GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS ENFERMERIA	LALANA CUENCA JOSE MANUEL	2016_0736	F	10/01/2018	TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD
HU	AP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	AREVALO DE MIGUEL ELISA	2016_1316	S1	15/01/2018	TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO
HU	AP	CS ALMUDEVAR	REGLA MARIN RAQUEL	2016_1738	S1	30/12/2017	VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA
HU	AP	CS ALMUDEVAR	ROYO ROYO SILVIA	2018_0714	F	13/02/2019	MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
HU	AP	CS ALMUDEVAR	BLANCO GIMENO VERONICA	2018_0734	S1	06/03/2019	APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA
HU	AP	CS ALMUDEVAR	FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR	2018_0767	S2	06/03/2019	ALMUDEVAR CAMINA
HU	AP	CS ALMUDEVAR	CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN	2018_0849	S1	22/01/2019	VIVIR BAILANDO
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2016_1278	F	29/01/2019	DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2016_1278	F	22/12/2017	DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS AYERBE	MALO GRACIA MARIA ELENA	2016_1279	F	22/12/2017	REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS AYERBE	LANZAROTE NASARRE LOURDES	2016_1348	F	26/12/2017	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. AYERBE
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2018_0549	F	29/01/2019	REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA
HU	AP	CS AYERBE	LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES	2018_0575	F	19/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD
HU	AP	CS BERDUN	GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN	2016_0028	F	27/12/2017	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA MARIA	2016_1246	F	27/12/2017	VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN C.S. BERDUN
HU	AP	CS BERDUN	ASCASO CASTAN MARIA LOURDES	2016_1248	S1	20/12/2017	CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA MARIA	2018_0280	F	05/02/2019	TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA
HU	AP	CS BERDUN	BAZTAN OLLETA LAURA	2018_0619	F	13/02/2019	RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2
HU	AP	CS BERDUN	OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL	2018_0625	F	27/02/2019	PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CABELLO ORDUNA OLGA	2016_1200	F	29/01/2019	PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CABELLO ORDUNA OLGA	2016_1200	F	21/12/2017	PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	BOBE PELLICER MARIA ANGELES	2016_1201	F	27/12/2017	MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	BOSQUE OROS ANNADEL	2018_0416	S1	25/01/2019	¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?
HU	AP	CS BROTO	PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO	2016_1231	F	30/12/2017	DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP	CS BROTO	PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO	2016_1231	F	15/03/2019	DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP	CS BROTO	DE LOPE ROMEO MARIA	2018_1069	S1	15/03/2019	BAXANDO T'A ESCUELA
HU	AP	CS GRAÑEN	CABELLUD LASIERRA MIRIAM	2016_1275	F	13/12/2017	HABLEMOS DE MEDICAMENTOS
HU	AP	CS GRAÑEN	GAVIN ANGLADA NATIVIDAD	2016_1275	F	11/03/2019	HABLEMOS DE MEDICAMENTOS
HU	AP	CS GRAÑEN	ARA LAUNA DOMINGO	2018_1006	F	15/03/2019	SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2016_0354	F	07/02/2019	RTEALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2016_0354	F	25/01/2018	REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL
HU	AP	CS HECHO	ZUBIAURRE BASSAS PILAR	2016_1139	S1	23/01/2018	TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS
HU	AP	CS HECHO	CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO	2016_1140	S1	22/01/2018	EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO
HU	AP	CS HECHO	GAVIN BLASCO ISABEL	2016_1140	F	06/02/2019	EDUCACION DIABETOLOGICA A CUIDADORES DE RESIDENCIAS
HU	AP	CS HECHO	PEREZ DEL CASTILLO DANIEL	2018_0583	S1	03/02/2019	CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2018_0584	F	07/02/2019	ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS HUESCA RURAL	MERIZ RUBIO JULIA	2018_0774	S2	18/02/2019	REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES
HU	AP	CS HUESCA RURAL	LABARTA PASCUAL MARIANO	2018_1001	S1	07/02/2019	DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL
HU	AP	CS JACA	MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR	2016_0390	S1	31/12/2017	MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA
HU	AP	CS JACA	PALACIN ALASTUEY ISABEL	2016_1326	S1	29/12/2017	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA
HU	AP	CS JACA	PALACIN ALASTUEY ISABEL	2016_1326	F	04/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA
HU	AP	CS JACA	LOPEZ CORTES VIRGINIA	2018_0612	S0	19/02/2019	"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS
HU	AP	CS JACA TRABAJO SOCIAL	PEREZ TURRAU ELENA	2016_1146	F	18/12/2017	ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO ADMISION Y DOCUMENTACION	SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE	2016_1714	F	25/01/2018	MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DE PERSONAL DEL EAP
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	GABAS GALLEGO GEMMA	2016_0286	F	21/12/2017	CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2016_1138	S1	22/12/2017	PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2016_1138	F	26/02/2019	PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	MUR LALUEZA MARIA JESUS	2018_0765	S2	27/02/2019	EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	CHARTE ALEGRE MARIA ELENA	2018_0825	F	06/02/2019	ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR	2018_1169	S1	10/03/2019	FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD
HU	AP	CS PIRINEOS	SANCHEZ VELILLA MARIA TERESA	2016_0077	S1	21/12/2017	CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA	2016_0154	S1	09/01/2018	PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA	2016_0154	F	27/02/2019	PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA
HU	AP	CS PIRINEOS	PEÑA ARENAS MERCEDES	2016_1143	F	16/03/2018	EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS
HU	AP	CS PIRINEOS	SANCHEZ LOMBA BEATRIZ	2016_1311	F	15/02/2018	ESCUELA DE SALUD
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLON FANTOVA ANTONIO	2018_0770	F	27/02/2019	INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LAIATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS PIRINEOS HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA	ALAYETO GASTON MARIA ANGELES	2018_0114	F	05/02/2019	PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA
HU	AP	CS PIRINEOS SALUD BUCODENTAL	SASO BOSQUE MARIA JOSE	2016_1451	S1	21/02/2018	TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ
HU	AP	CS SABIÑANIGO ADMISION Y DOCUMENTACION	CANO SANCHEZ MARGARITA	2016_1530	S2	22/02/2019	SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIO ABARCA TERESA	2016_0814	S2	24/12/2018	MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIO ABARCA TERESA	2016_0814	F	27/12/2017	MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)
HU	AP	CS SABIÑANIGO	LORENTE AZNAR TEOFILO	2016_0847	F	17/12/2017	MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2016_1267	S1	21/12/2017	MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2016_1267	F	13/02/2019	MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SABIÑANIGO	CANO SANCHEZ MARGARITA	2016_1530	S1	16/12/2017	SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL
HU	AP	CS SABIÑANIGO	PAZ FREIRE ISABEL	2018_0597	S1	13/02/2019	MI DIETA Y YO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2016_0173	F	25/02/2019	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	BUIL CALVO PILAR	2016_0520	S1	19/12/2017	PIES PARA QUE OS QUIERO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	BUIL CALVO PILAR	2016_0520	S2	20/02/2019	PIES PARA QUE OS QUIERO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2016_0840	F	08/02/2018	DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DE JUAN ASENJO JOSE RAMON	2018_0586	S2	26/02/2019	DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DOSTE LARRULL DIVINA	2018_0721	S1	11/02/2019	MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	LANAO MARTIN ADOLFO	2018_1221	F	28/02/2019	INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN
HU	AP	CS SANTO GRIAL PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2016_0173	S1	26/12/2017	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
HU	AP	CS SANTO GRIAL PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	DOSTE LARRULL DIVINA	2016_0936	S1	28/12/2017	ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	2016_1145	S1	27/03/2018	QUEDADAS POR TU SALUD
HU	AP	CS SARIÑENA	PARALED CAMPOS MARIA TERESA	2018_0743	F	20/02/2019	TALLERES DE SALUD COMUNITARIA
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	2018_1054	S0	22/02/2019	QUEDADAS POR TU SALUD
HU	AP	CS SARIÑENA FISIOTERAPIA EN AP	GIL GALAN SILVIA	2018_0182	F	06/02/2019	GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA
HU	AP	CS SARIÑENA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARNAL BESCOS MARIA JESUS	2016_0739	F	24/01/2018	PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SARIÑENA PEDIATRIA	VERA BELLA CARMEN	2016_0846	F	28/12/2017	REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	CS SARIÑENA PEDIATRIA	PARALED CAMPOS MARIA TERESA	2016_1144	F	19/12/2017	TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA
HU	AP	DAP HUESCA ADMISION Y DOCUMENTACION	CEREZUELA SAMPER CARMEN	2016_1204	S1	25/01/2018	DAP ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI_AP
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2016_1149	S1	25/01/2018	MEJORAR EL REGISTRO DE TIRAS Y AGUJAS SUMINISTRADAS EN OMI-AP
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1712	F	14/12/2018	MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1713	S1	25/01/2018	MEJORAR LA DETECCION Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1713	F	13/12/2018	MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR
HU	AP	DAP HUESCA	GUILLEN LORENTE SARA	2018_0024	F	09/01/2019	REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2018_0025	S1	08/01/2019	REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	ARTERO GUILLEN BELEN	2016_0622	F	10/01/2018	PROTOCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	GUERRI LLES YOLANDA	2016_0884	S1	15/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS (HUESCA)
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE	2016_0890	S1	10/01/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	SARRIA HERREROS SERGIO	2016_1216	S1	26/02/2018	LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	COARASA ALMENARA LORENA	2016_1316	F	11/03/2019	TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	CERECEDA SATUE MARIA PILAR	2016_1322	S1	29/12/2017	MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	GRACIA BERCERO CONCEPCION	2016_1721	F	04/01/2018	CONSULTA DE ENFERMERIA: EN UN UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	BAENA JIMENEZ MARIA NIEVES	2018_1076	F	01/03/2019	PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	PLANO VIDOSA MARIA PILAR	2018_1094	S1	27/02/2019	INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	ELBOJ SASO MARTA	2018_1223	S1	28/02/2019	MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA	2018_1224	F	25/02/2019	CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	BIARGE RUIZ ARTURO	2018_1391	S2	13/02/2019	CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS TERAPIA OCUPACIONAL	SANZ MALUENDA SONIA	2016_0892	F	09/01/2018	CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS TERAPIA OCUPACIONAL	MORCILLO GRANADO MARIA ISABEL	2018_1082	F	18/02/2019	CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UNIDAD DE LARGA ESTANCIA	DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA	2018_1033	S1	14/02/2019	UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA	SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE	2016_0890	F	26/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA	2016_0045	S1	19/12/2017	ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA	2016_0045	F	23/01/2019	ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ	2016_0050	S1	26/12/2017	ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ	2016_0050	F	14/12/2018	ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ	2016_0050	F	14/12/2018	ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	MORLANS GRACIA LUCIA	2016_0235	S1	14/01/2018	VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	DOZ SAURA NIEVES	2016_1128	F	20/12/2017	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2016_1373	S1	13/01/2018	ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	LUESMA CASAÑOLA CARMEN	2016_1621	F	25/01/2018	ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTESDEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD	2016_1635	F	16/02/2018	CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2018_0746	F	31/01/2019	DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA	2018_0797	F	23/01/2019	REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	QUILEZ PINA RAQUEL	2018_0799	S1	31/01/2019	MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS INFORMATICA	PUEYO MOY MARIA ISABEL	2018_0261	F	18/01/2019	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	LOPEZ GRACIA SIMEON	2016_1607	F	25/01/2018	CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	SALGADO GRACIA ANA	2016_0377	F	08/02/2018	PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	PUEYO MOY MARIA ISABEL	2016_0601	F	09/02/2018	MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAL LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	CHARTE GASCON MARTA	2018_1009	F	25/01/2019	MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA
HU	HOSP	H JACA MEDICINA INTERNA	PEREZ LORENZ JUAN BLAS	2016_0638	F	30/12/2017	MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ALLER CONDE MARIA	2016_0986	S1	09/02/2018	VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES
HU	HOSP	H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTIN LAHUERTA MARIA	2018_0235	S1	08/02/2019	USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO
HU	HOSP	H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ALLER CONDE MARIA	2018_1282	F	24/02/2019	MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DEDILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA PEDIATRIA	AGON BANZO PEDRO JESUS	2016_0266	S1	18/12/2017	PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LAASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA RADIODIAGNOSTICO	GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL	2016_1557	F	08/01/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA
HU	HOSP	H JACA RADIODIAGNOSTICO	GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL	2018_1162	F	14/03/2019	UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE ADMISION Y DOCUMENTACION	CALLAU PUENTE JAVIER	2016_1124	F	14/12/2017	REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE ADMISION Y DOCUMENTACION	CALLAU PUENTE JAVIER	2018_0546	F	04/03/2019	COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ALERGOLOGIA	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	2016_1247	F	15/02/2018	PREVALENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS
HU	HOSP	H SAN JORGE ALERGOLOGIA	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	2018_0353	F	22/02/2019	RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS	GARCIA CLAVER AINOHA	2018_0361	F	12/02/2019	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS	LLIMIÑANA ORDAS CARMEN	2018_1180	F	27/02/2019	APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1759	F	15/03/2019	DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1759	F	13/02/2018	PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA	2016_1760	F	13/02/2018	PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION
HU	HOSP	H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA	MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA	2018_1360	F	15/03/2019	TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	MOLINA TRESACO PAOLA	2016_0414	F	22/02/2018	MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTESICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	MOLINA TRESACO PAOLA	2016_0414	F	08/02/2019	ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREANESTESICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA	2016_0415	S1	28/12/2017	TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA	2016_0415	F	15/02/2019	IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	ALAMILLO SALAS CLARA	2016_0416	S1	28/12/2017	PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	NAJAR SUBIAS MONICA	2016_0614	S1	31/12/2017	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE	2018_0554	S1	18/02/2019	CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	OLIVAN LAFUENTE BLANCA	2018_0588	S1	04/02/2019	REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	INGLES SANZ CRISTIAN	2016_1741	F	13/02/2018	ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	INGLES SANZ CRISTIAN	2018_0913	S1	16/02/2019	TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	SANCHEZ PRIETO PATRICIA JIMENA	2018_1328	F	12/02/2019	TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	BERGUA MARTINEZ CLARA	2016_1063	S1	20/02/2018	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	GRACIA AZNAREZ MARIA	2018_0139	F	01/03/2019	RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	RIVERO FERNANDEZ ELENA	2018_0170	F	10/02/2019	REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	ARTERO BELLO PILAR	2018_0355	F	11/03/2019	CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SAUDI MORO SEF	2016_0080	S1	18/12/2017	PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTEDCLOSURE®)
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON	2016_0101	S1	28/12/2017	OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ZAMBRANA CAMPOS VANESA	2016_1027	S1	19/01/2018	MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SAUDI MORO SEF	2018_0200	F	10/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA	2018_1225	F	12/02/2019	TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO	2016_0469	S1	26/12/2017	PRESCRIPCION ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL	2016_0837	F	30/12/2017	MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO	2018_0236	F	05/02/2019	MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	SANCHO RODRIGO MARTA	2018_0242	F	28/02/2019	APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
HU	HOSP	H SAN JORGE CONTROL DE GESTION DE SISTEMAS	MONTERO ALONSO GEMMA	2018_0686	F	28/01/2019	CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	DEL PRADO SANZ MARIA ELENA	2016_0014	F	21/02/2018	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEO Y/O ARTROPATICO
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	GARCIA MALINIS ANA JULIA	2016_0103	F	30/12/2017	PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACON DE CIRUGIA DE MOHS
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	GARCIA MALINIS ANA JULIA	2018_1430	F	25/02/2019	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	DOMINGUEZ CAJAL MANUEL	2016_0118	F	26/12/2017	IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BER NIETO YOLANDA	2016_0205	F	21/12/2017	ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	MONTORO HUGUET MIGUEL	2016_0592	S1	22/02/2018	IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	DOMINGUEZ CAJAL MANUEL	2018_0421	F	19/02/2019	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	LAZARO RIOS MARIA	2018_1318	S0	14/03/2019	PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	ESTRADA ONCINS SILVIA	2018_1320	S2	15/03/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	OLIVAN GUERRI LORENZO	2018_1338	F	22/02/2019	OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BELLOC BARBASTRO BLANCA	2018_1344	S2	24/02/2019	DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BER NIETO YOLANDA	2018_1355	F	13/03/2019	ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	ASPURU RUBIO KATTALIN	2018_1399	F	26/02/2019	PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	CAMO MONTERDE PATRICIA	2018_1492	S1	11/02/2019	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION	MONTOIRO ALLUE RAQUEL	2016_1720	S1	02/01/2018	HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION	GIRAL OLIVAN ROSA	2018_0688	F	01/03/2019	ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION	BONDIA GIMENO ALFREDO	2018_1401	S1	20/12/2018	GESTION DE BIOSIMILARES
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION DE GESTION	MONTERO ALONSO GEMMA	2016_1558	F	28/12/2017	CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ALTEMIR TRALLERO JARA	2016_0823	S2	02/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDES EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE ESTERILIZACION	GARCIA MOYANO LORETO MARIA	2016_0159	F	15/12/2017	TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN	2016_0649	F	29/12/2017	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR	2016_0650	F	29/12/2017	CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	ESCOLANO PUEYO ANGEL	2018_0559	F	15/03/2019	USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR	2018_1401	S2	14/01/2019	GESTION DE BIOSIMILARES
HU	HOSP	H SAN JORGE GERIATRIA	ESCOLANO PUEYO ANGEL	2016_1708	F	28/12/2017	PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MURILLO FLOREZ ILDA MARIA	2016_1257	F	12/01/2018	IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	BORREL RONCALES MERCEDES	2016_1761	F	16/02/2018	PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	BORREL RONCALES MERCEDES	2018_0366	F	22/02/2019	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	BORREL RONCALES MERCEDES	2018_0366	F	25/02/2019	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	LACALLE AICUA LAURA	2018_1046	F	21/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIANTRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDEHOSPITALIZACION
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MURILLO FLOREZ ILDA MARIA	2018_1084	F	20/02/2019	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS	2016_0693	F	19/01/2018	PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	LANDER AZCONA MARIA ARANZAZU	2016_1087	S1	13/01/2018	PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	LABARTA MONZON JOSE LORENZO	2018_0089	F	19/02/2019	MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	CERRO JUNCOSA ANA	2018_0108	S1	17/01/2019	DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR	2016_0292	S1	23/12/2017	UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	OMISTE SANVICENTE TERESA	2016_0411	S1	23/12/2017	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES (OIC)
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA	2016_0704	S1	29/12/2017	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	NAVARRO PEREZ CLARA	2016_0704	S2	19/04/2018	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	PELAY CACHO RAQUEL	2018_0174	F	27/02/2019	ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR	2018_0424	F	27/02/2019	DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO	2018_0579	F	27/02/2019	MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	ARRAZOLA ALBERDI OIHANA	2016_0194	F	27/12/2017	MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	SALVATIERRA DOMPER SUSANA	2018_0404	F	26/02/2019	ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL	2016_0072	F	07/02/2019	MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2016_0072	F	01/02/2018	MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2016_0743	F	31/01/2018	INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	TORRES SOPENA LUIS	2016_1718	S1	01/02/2018	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	TORRES SOPENA LUIS	2016_1718	S2	08/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ARRIBAS GARCIA JORGE	2018_0479	F	07/02/2019	INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ANGULO LOPEZ ITZIAR	2018_0503	F	07/02/2019	ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	BEIRED VAL INES	2016_0765	F	30/01/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	FELEZ JUSTES ISABEL	2016_0799	F	25/01/2018	MEJORA EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	MUNGUIA NAVARRO PAULA	2018_0437	F	04/02/2019	MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	BEIRED VAL INES	2018_1035	F	19/02/2019	VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	FELEZ JUSTES ISABEL	2018_1098	F	20/02/2019	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEONATOLOGIA	REDOL LABARTA MONTSERRAT	2016_0491	F	21/04/2018	MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUMOLOGIA	CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN	2016_1253	S1	21/02/2018	PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROFISIOLOGIA CLINICA	PABLO ZARO MARIA JESUS	2018_0473	F	12/03/2019	GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	SERAL MORAL MARIA	2016_1007	F	30/12/2017	IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIACLINICA ELECTRONICA DE ARAGON
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	ALBERTI GONZALEZ OLALLA	2016_1009	S1	30/12/2017	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	GARCIA FERNANDEZ LORENA	2018_0279	F	27/02/2019	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	SERAL MORAL MARIA	2018_0463	F	14/03/2019	PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ CAMPO LEYRE	2016_0042	F	28/12/2017	CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	LAFALLA BERNAD OLIVIA	2016_0047	F	26/12/2017	CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ ARAGON MONICA	2016_0092	F	30/12/2017	CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MORENO PEREZ RAQUEL	2018_0418	S2	15/02/2019	INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)NÚMERO DE REGISTRO: 2018_0418

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	AGUSTIN OLIVA ANDREA	2018_0447	F	11/02/2019	IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	OBON CASTEL BEATRIZ	2018_0450	F	16/02/2019	AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ CAMPO LEYRE	2018_0595	F	11/02/2019	PROTOCOLO DE PREDICCION, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2016_1285	S1	30/12/2017	IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2016_1285	F	01/02/2019	IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	SOLER MACHIN JAVIER	2016_1653	S1	30/12/2017	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	SOLER MACHIN JAVIER	2016_1653	F	12/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA	2016_1656	S1	30/12/2017	CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA	2016_1656	F	06/03/2019	CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2018_0330	F	20/02/2019	CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA
HU	HOSP	H SAN JORGE ONCOLOGIA MEDICA	MADANI PEREZ JULIA	2018_1519	F	21/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERA TOLOSANA SILVIA	2016_0089	F	26/12/2017	IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERA TOLOSANA SILVIA	2018_1567	S1	26/02/2019	INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	GASCON RUBIO MARIA CRISTINA	2018_1568	S1	26/02/2019	MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	CALVO AGUILAR MARIA JOSE	2016_0027	S1	17/01/2018	ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	CONGOST MARIN SOFIA	2016_0031	F	23/01/2018	TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	HUERTA BLAS PALOMA	2016_0243	F	12/01/2018	INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES	2016_0476	S1	15/01/2018	IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	2018_0278	F	06/02/2019	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES	2018_0283	S1	06/03/2019	ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	SANCHO GRACIA ELENA	2018_0359	F	14/03/2019	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	CONGOST MARIN SOFIA	2018_0441	F	18/02/2019	CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	ABIO ALBERO SONIA	2018_0753	S1	19/02/2019	DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS
HU	HOSP	H SAN JORGE POOL DE ENFERMERIA	ABADIA EZQUERRA CARLOS	2016_0136	F	15/12/2017	WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSICOLOGIA CLINICA	CARCELLER TEJEDOR AMAYA	2016_1280	F	10/02/2018	ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSICOLOGIA CLINICA	MORER BAMBA BARBARA	2018_0115	F	07/02/2019	MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DETRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE	CAJA BUETAS ROSA MARIA	2016_0278	S2	16/02/2018	PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		PSIQUIATRIA					PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSIQUIATRIA	PELEGRIN VALERO CARMELO	2016_0559	F	08/02/2018	PREVENCION DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCION EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSIQUIATRIA	LOPEZ BERNUES RICARDO	2018_0681	F	06/02/2019	COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSIQUIATRIA	RIVARES MORCATE MARIA JESUS	2018_0696	F	04/02/2019	VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE QUIROFANOS	ARRAZOLA ALBERDI OIHANA	2018_0564	F	11/01/2019	IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	LACOMA LATRE EVA MARIA	2016_0226	F	18/12/2017	OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	SANCHEZ LALANA EVA	2016_0335	S1	31/12/2017	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	SANCHEZ LALANA EVA	2016_0335	F	08/03/2019	LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLOGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	MORALES BALIEN SANTIAGO	2016_1397	S1	24/01/2018	PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDA/OS DE PATOLOGIA MAMARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	AZANZA PARDO JORGE	2018_1053	F	25/02/2019	PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE	2018_1145	F	20/02/2019	DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	ALBAS TIERZ NURIA	2018_1343	F	25/02/2019	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE SUPERVISION DE ENFERMERIA	NAVARRO PEREZ CLARA	2016_0704	F	13/03/2019	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE UCI	LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA	2016_0738	S1	12/01/2018	GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE UCI	SERON ARBELOA CARLOS	2018_0070	F	16/01/2019	INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI
HU	HOSP	H SAN JORGE UCI	MENDOZA MURO GEMMA	2018_0086	S1	29/01/2019	HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMLIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	MUÑOZ PINTOR MANUEL	2016_0007	F	20/02/2018	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO	2016_1292	F	26/12/2017	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	GARCIA MOYANO LORETO MARIA	2018_0292	F	01/02/2019	JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	ELBAILE SARASA ROSARIO	2018_0509	F	19/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	ELBAILE SARASA ROSARIO	2018_0509	F	10/03/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	BLESA CLAVERO ELENA	2018_0694	S2	05/02/2019	IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	MILLAN ACERO ANA ROSA	2018_0972	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE	MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA	2018_1036	F	26/02/2019	PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		URGENCIAS					PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	GUIOTE PARTIDO INGRID	2016_1259	S1	15/12/2017	PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	CARCELLER TEJEDOR ELENA	2016_1286	F	13/02/2018	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	GARCIA RUIZ RAMIRO	2016_1291	F	13/02/2018	ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	GARCIA RUIZ RAMIRO	2018_0515	F	05/02/2019	PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA
HU	OT	DAP HUESCA	RIVERA FUERTES ANA MARIA	2016_1712	S1	25/01/2018	MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AMB	H BARBASTRO	RIVAS CALVETE MARTA	2016_0886	S1	11/02/2018	MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO
BA	AMB	UASA BARBASTRO	SIESO SEVIL ANA ISABEL	2016_0800	F	21/02/2018	DISEÑO E IMPLANTANCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AMB	USM BARBASTRO	GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA	2016_1086	F	31/01/2018	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LASUNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	AMB	USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO	GARCIA LACOMA MERCEDES	2016_0871	S1	11/02/2018	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)
BA	AMB	USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO	RIVAS CALVETE MARTA	2016_0886	S2	15/03/2019	MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMIJ A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO
BA	AP	CME MONZON ATENCION ESPECIALIZADA	LOPE DALMAU ISABEL ANGELA	2016_1556	S1	12/02/2018	PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON
BA	AP	CS ABIEGO	MILLAN BARRIO MARIA LUISA	2016_1467	S1	06/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017
BA	AP	CS ABIEGO	MILLAN BARRIO MARIA LUISA	2016_1467	S2	01/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS ABIEGO	CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES	2018_0372	S3	06/02/2019	EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA
BA	AP	CS ABIEGO	TODA CALVO MARIA ROSARIO	2018_0801	S1	01/02/2019	INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS AINSA	HERNANDEZ DE PEDRO MARIA	2016_1561	S1	23/01/2018	SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO
BA	AP	CS AINSA	CLAVER GARCIA PAULA	2016_1593	F	23/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS EN LA INFANCIA-ADOLESCENCIA
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2016_1605	S1	20/02/2018	CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO.(CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2016_1605	F	11/02/2019	VALORACION PIE DIABETICO (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)
BA	AP	CS AINSA	THACCO VELARDE MAGALY	2016_1629	F	12/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1398	S1	07/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1398	F	04/01/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1409	S2	14/01/2019	LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1409	F	05/02/2019	LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS
BA	AP	CS AINSA	BAGUES CASAS SONIA	2018_1419	S1	07/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1419	F	04/01/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENDION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA
BA	AP	CS AINSA	MALLOR VICENTE NATALIA	2018_1440	S2	11/02/2019	MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA ADMISION Y DOCUMENTACION	SORINAS FORNIES SILVIA	2016_1376	S1	24/01/2018	ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2016_1489	S1	07/02/2018	REEDUCACION DE SUELO PELVICOEN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICAION DEL SUELO PELVICOA CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2016_1489	F	20/02/2019	REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2018_0285	F	01/02/2019	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PALACIN ELTORO BEATRIZ	2018_0321	F	25/02/2019	BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2018_0326	S1	20/02/2019	EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	GRAU BARRULL ANA ISABEL	2018_0555	F	07/02/2019	PASEOS SALUDABLES
BA	AP	CS BARBASTRO	GRAU PUEYO TRINIDAD	2016_0556	F	31/01/2018	UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	GRACIA MONTOLIU ALICIA	2016_0574	S1	15/02/2018	IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	BLASCO OLIETE MELITON	2016_0581	S1	15/02/2018	MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO
BA	AP	CS BARBASTRO	CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES	2016_0711	S1	12/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO
BA	AP	CS BARBASTRO	CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES	2016_0711	F	27/02/2019	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO
BA	AP	CS BARBASTRO	TORRES CLEMENTE ELISA	2016_0970	S1	14/02/2018	IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	ARNAL TORRES ANA	2016_1550	S1	12/01/2018	ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	S1	12/01/2018	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	S2	26/02/2019	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC
BA	AP	CS BARBASTRO	LUEZA LAMPURLANES CRISTINA	2018_0954	S1	14/03/2019	MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	TORRES CLEMENTE ELISA	2018_0974	S1	12/03/2019	INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS BARBASTRO PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	SAGARRA NOVELLON DIANA	2018_0652	S1	08/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUSFAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BENABARRE	CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1559	F	15/02/2018	EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION
BA	AP	CS BENABARRE	CASTRO CUBERO ROSA	2016_1579	F	16/02/2018	GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS
BA	AP	CS BENABARRE	VENTURA SAURA MARIA PILAR	2016_1584	S1	16/02/2018	ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	S1	08/02/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	S2	14/02/2019	MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC
BA	AP	CS BERBEGAL	MONTERO MORATA CARLOS	2016_1526	S1	09/02/2018	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	JUAREZ GRACIA CRISTINA	2016_1526	F	21/02/2019	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2016_1544	S1	16/02/2018	INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AP	CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2016_1544	F	28/02/2019	INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2016_0727	S1	15/02/2018	MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2016_0727	F	15/01/2019	MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2018_0967	S1	15/03/2019	PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2018_1271	S1	15/01/2019	MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA
BA	AP	CS BINEFAR	GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA	2018_1335	S1	27/02/2019	DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	MONTERDE GUERRERO	2016_1043	F	01/07/2017	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		ADMISION Y DOCUMENTACION	JOSE MIGUEL				
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	S1	19/01/2018	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	ESPIER LLORENS ROSA MARIA	2016_1474	S1	02/02/2018	MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	ESPIER LLORENS ROSA MARIA	2016_1474	S2	24/02/2019	MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	PEREZ MELIZ MARIA PILAR	2016_0479	S1	16/02/2018	TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	PEREZ MELIZ MARIA PILAR	2016_0479	F	07/03/2019	TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	S1	22/01/2018	CARRO DE PARADAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	S2	26/02/2019	CARRO DE PARADAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2016_0698	S1	14/02/2018	EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2016_0698	S2	28/02/2019	EXPLORACION DE PIE DIABETICO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2016_1402	S1	16/02/2018	CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LAZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2016_1402	F	07/03/2019	CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2016_1408	S1	29/01/2018	RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2016_1408	F	15/02/2019	RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	S2	07/02/2019	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2018_0177	S1	15/02/2019	MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	YSEBIE RONSE ISABEL	2018_1446	S1	07/02/2019	FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2018_1493	S1	19/02/2019	IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES
BA	AP	CS FRAGA ADMISION Y DOCUMENTACION	CERVERA VIDAL DAVID	2018_1321	S1	13/02/2019	REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS
BA	AP	CS FRAGA	ARESTE ALBA NURIA	2016_0165	S1	17/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES
BA	AP	CS FRAGA	ARESTE ALBA NURIA	2016_0165	S2	20/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2016_0637	S1	04/02/2019	CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2016_0637	S1	22/01/2018	CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA
BA	AP	CS FRAGA	LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA	2016_0758	S1	09/02/2018	INTERVENCION EN LA COMUNIDAD
BA	AP	CS FRAGA	LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA	2016_0758	S3	10/03/2019	PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LAZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LAATENCION COMUNITARIA
BA	AP	CS FRAGA	CLEMENTE JIMENEZ SILVIA	2016_0770	S1	21/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CS DE FRAGA. COORDINACION ENTRE AP Y AE
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2018_0127	S1	04/02/2019	INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS FRAGA	BITRIAN AISA PILAR	2018_0191	S1	20/02/2019	USA LOS PIES CON CABEZA
BA	AP	CS FRAGA	NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ	2018_0316	S1	19/02/2019	PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA
BA	AP	CS GRAUS	SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA	2016_0022	S1	01/02/2018	TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	S1	16/02/2018	IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	S1	15/01/2019	ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	F	18/01/2019	PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA
BA	AP	CS GRAUS	PERALTA RUFAS ESTHER MARIA	2016_1418	S1	14/02/2018	GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2016_1569	S1	11/02/2018	GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2018_1126	S1	24/02/2019	GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA ASCENSION	2016_0635	S1	13/02/2018	MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA
BA	AP	CS LAFORTUNADA	BERNUES SANZ GUILLERMO	2016_1586	S1	12/02/2018	ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION
BA	AP	CS LAFORTUNADA	RUIZ ALMENARA VALENTIN	2016_1587	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN CS LAFORTUNADA
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA	2018_0051	S1	13/03/2019	CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS MEQUINENZA	BETRIAN HERRERA PATRICIA	2016_1384	F	19/02/2018	INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA
BA	AP	CS MEQUINENZA	FERRER SANZ MARIA JOSE	2018_1459	S1	18/02/2019	GESTION DE ANALITICAS
BA	AP	CS MONZON RURAL	LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES	2016_1413	S1	19/01/2018	EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD
BA	AP	CS MONZON RURAL	LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES	2016_1413	S2	18/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORONAS FUMANAL CONCEPCION	2016_1414	S1	16/02/2018	ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORONAS FUMANAL CONCEPCION	2016_1414	S2	05/03/2019	ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA
BA	AP	CS MONZON RURAL	ALASTRUE PINILLA CARMEN	2016_1455	S1	23/01/2018	LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SAMNITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA
BA	AP	CS MONZON RURAL	ALASTRUE PINILLA CARMEN	2016_1455	F	12/02/2019	LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	S1	14/02/2018	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	S2	28/02/2019	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN	2016_1536	S1	08/02/2018	CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
BA	AP	CS MONZON RURAL	PEREZ ALBIAC JOSE LUIS	2018_0454	F	06/03/2019	PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENT CRONICO COMPLEJO
BA	AP	CS MONZON URBANO ATENCION CONTINUADA EN AP	GUEVARA LOPEZ TERESA	2016_0784	S1	16/02/2018	MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON
BA	AP	CS MONZON URBANO ATENCION CONTINUADA EN AP	VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE	2016_1499	S1	16/02/2018	ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS MONZON URBANO ATENCION CONTINUADA EN AP	LOPE DALMAU ISABEL ANGELA	2016_1556	S2	06/03/2019	PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS MONZON URBANO	JAVIERRE MIRANDA ELENA	2016_1437	S1	10/02/2018	PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES
BA	AP	CS MONZON URBANO	BORDAS BUIL YOLANDA	2018_0932	S2	26/02/2019	TRIAJE DE CONSULTAS INDEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLON LOSCERTALES ANA CRISTINA	2016_1066	F	07/02/2018	MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	PASCUAL FRANCO MONICA	2016_1481	S1	07/02/2018	GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2016_1482	S1	07/02/2018	CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2016_1482	F	22/01/2019	CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	MOTIS MONTES GABRIEL	2016_1484	S1	07/02/2018	TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CAMARA ABON ELENA	2018_0552	S1	22/01/2019	DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CUY GODINA MARIA ANGELES	2018_0556	S1	22/01/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	RAMOS ESPAÑOL JUDIT	2018_0666	S1	22/01/2019	PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE
BA	AP	DAP BARBASTRO	VALLES GALLEGO VICTOR	2016_1476	S1	16/02/2018	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2016_1479	F	16/02/2018	PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2018_0106	S1	18/01/2019	GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA CONSULTAS EXTERNAS	PEREZ SARASA SUSANA	2018_0493	S2	15/02/2019	COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA MEDICINA INTERNA	CUCALON MARIN ROCIO	2016_0513	S1	09/02/2018	PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA URGENCIAS	PUEYO LALIENA SILVIA	2016_0342	S1	06/02/2018	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISIONDE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIASDEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA
BA	HOSP	H BARBASTRO ADMISION Y DOCUMENTACION	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2016_1763	S1	29/01/2018	PROYECTO POLYCARE
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	FONTAN ABAD ADRIAN	2016_0919	S1	29/01/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	LALANA GARCES MARTA	2016_0972	F	14/02/2018	REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	TAPIA LANUZA AMADO	2018_1032	F	15/02/2019	MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	SOPENA MURILLO ANA CRISTINA	2018_1241	F	15/02/2019	MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	TORREGROSA MARTIN MARIA DEL MAR	2014_0084	F	23/02/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	GABARRE ORUS PILAR	2015_0309	F	23/02/2018	IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2016_0162	F	23/01/2018	MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DELSERVICIO DE URPA Y CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	IRICIBAR MIR LAURA	2016_0242	F	07/02/2018	ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ARANA LENIS MARIA CONSTANZA	2018_0237	S1	09/03/2019	UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	PUEYO VICENTE YOLANDA	2018_0892	F	11/03/2019	MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2018_1088	F	16/01/2019	MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2018_1088	F	12/03/2019	MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2018_1403	F	16/01/2019	EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2018_1403	F	12/03/2019	EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO BIOQUIMICA	GONZALEZ PAVON LAURA	2015_0221	F	26/02/2018	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS
BA	HOSP	H BARBASTRO BIOQUIMICA	CATENA LACOMA MARIA JOSE	2015_0337	F	27/02/2018	PROCEDIMIENTO AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO	2016_0662	F	16/02/2018	FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ
BA	HOSP	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	REINOSO RODOLFO EDUARDO	2018_0655	S0	14/03/2019	MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE
BA	HOSP	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	GRADOS SASO DANIEL	2018_0898	S1	14/03/2019	CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	FRANCES RAMI ESMERALDA	2016_1001	F	05/02/2018	CARROS DE CURAS DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU MANTENIMIENTO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	CARRASQUER PUYAL AURORA	2016_1771	S1	13/02/2018	TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE	2018_0218	S1	15/03/2019	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	FRANCES RAMI ESMERALDA	2018_0320	S1	27/02/2019	UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ROCHE ALBERO ADRIAN	2016_0482	F	21/02/2018	MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ALONSO AYERBE LAURA	2018_0232	S2	12/03/2019	IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS
BA	HOSP	H BARBASTRO CONSULTAS EXTERNAS	NASARRE GER ANA	2018_0053	S1	21/01/2019	UGC DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO CONSULTAS EXTERNAS	NASARRE GER ANA	2018_0053	S1	04/03/2019	UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO CONSULTAS EXTERNAS	UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE	2018_0218	S1	15/03/2019	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2016_0300	S0	27/02/2019	PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2016_0300	S1	15/02/2018	PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	SANCHEZ SALAS PILAR	2018_0287	S1	27/02/2019	TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	AURED DE LA SERNA ISABEL	2018_1514	F	27/02/2019	INFORMATIZACION DE LOS RESULTADS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)
BA	HOSP	H BARBASTRO DIRECCION	PUYAL MELE ANA	2016_0503	S0	08/03/2019	FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES:UNIFICACION EN LA DISPENSACION,CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO DIRECCION	CASTELLAR OTIN ELENA	2016_1764	F	09/03/2018	UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL
BA	HOSP	H BARBASTRO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA	2018_0945	F	15/02/2019	ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS
BA	HOSP	H BARBASTRO ENFERMERIA	UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE	2016_1000	S1	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ESTERILIZACION	MORA ALINS FIDELA SOFIA	2018_1329	F	15/03/2019	ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	PUYAL MELE ANA	2016_0503	S1	30/01/2018	FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION,CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GOMEZ RIVAS PAULA	2016_0853	F	15/02/2018	ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO	2016_0923	F	15/02/2018	ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	BUSTOS MORELL CRISTINA	2016_0934	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	BUSTOS MORELL CRISTINA	2016_0934	F	07/03/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	SAHUN GARCIA ELISA MARIA	2018_1078	F	26/02/2019	PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO	2018_1081	F	26/02/2019	APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	BIBIAN GETINO CLARA MARIA	2016_1773	S1	07/02/2018	DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2016_1774	S1	07/02/2018	VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2018_0808	F	14/03/2019	VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2018_1316	F	14/03/2019	DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MOLES ALASTRUE JOSEFA	2011_0539	F	22/02/2018	IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR	2013_0032	F	23/02/2018	INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZAICION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	ESTEVE MORLAN MILAGROS	2014_0088	F	23/02/2018	IMPLANTACION DE LA PUNCION CAPILAR PARA PACIENTES INGRESADOS Y/O EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O EN EL SERVICIO DE DIALISIS CON TAO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	2016_1766	F	23/01/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	YUS CEBRIAN MARIA FLOR	2016_1767	F	31/01/2018	CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	2018_0222	F	25/02/2019	PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	YUS CEBRIAN MARIA FLOR	2018_0263	F	13/02/2019	CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	ROMERO QUEZADA LORIS LENDY	2018_0349	S1	13/02/2019	RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2016_1763	F	24/01/2019	PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES — POLYCARE"
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GONZALEZ IGLESIAS CARLOS	2016_0874	S1	13/02/2018	MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS	2016_0874	S2	26/02/2019	MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS(UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	MARTINEZ TRIVEZ PILAR	2016_1772	S1	15/02/2018	MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	MARTINEZ TRIVEZ PILAR	2016_1772	F	26/02/2019	MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GRASA LANAU JOSE ANTONIO	2018_0212	S1	23/02/2019	CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2018_0351	S1	22/02/2019	CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	ANIA LAHUERTA MARIA ALDONZA	2016_0176	S1	28/03/2018	PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR	2018_0062	S3	29/01/2019	IMPLEMETACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	BOLEA LADERAS LAURA	2018_0300	S1	25/02/2019	PYOYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA	2018_0154	F	14/03/2019	IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BARRIGA CONDE ANA	2015_0340	F	23/02/2018	INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LAPRESTA MOROS CARLOS	2016_0197	F	21/02/2018	PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL	2016_0248	F	21/02/2018	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	VEGA VIDALLE CONCEPCION	2016_1780	S1	15/02/2018	REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	VEGA VIDALLE CONCEPCION	2016_1780	F	28/02/2019	REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	GARCIA HERVAS AMELIA	2016_1783	S0	25/02/2019	ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	GARCIA HERVAS AMELIA	2016_1783	S1	16/02/2018	ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO	2018_1171	F	26/02/2019	ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	MORA ROLDAN LAURA	2018_1474	S1	28/02/2019	EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	LEON SUBIAS ERICA	2018_0823	S1	03/03/2019	ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLOGICA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	VIÑADO MAÑES CLARA MARIA	2018_0886	F	26/02/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2018_0889	S0	12/02/2019	CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2018_0889	F	06/03/2019	CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	MILLAN GARCIA JOSE RAMON	2015_0468	S1	14/02/2018	INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO	GARCIA FERNANDEZ LORENA	2016_0528	S1	01/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		NEUROLOGIA					ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2016_0528	S2	13/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	MILLAN GARCIA JOSE RAMON	2016_0901	S1	15/02/2018	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER	2018_0048	S1	11/01/2019	EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2018_0377	S1	11/01/2019	MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2018_0378	S1	11/01/2019	CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2018_0430	S1	11/01/2019	REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROSSERVICIOS HOSPITALARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2018_0430	F	13/03/2019	REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLCITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2016_0669	F	09/02/2018	PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	FRANCO SERRANO CARLOS	2016_0671	F	27/01/2018	ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MIGDAN CARMEN MIHAELA	2016_0780	S1	09/02/2018	EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TUDOR MADUTA	2016_0922	F	13/02/2018	TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DEFIOR SANTAMARIA SARA	2018_0107	F	03/02/2019	CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2018_0324	S3	03/02/2019	PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERDALA CLEMENTE RAQUEL	2018_0333	S0	15/01/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERDALA CLEMENTE RAQUEL	2018_0333	S1	04/02/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	2018_0370	S1	14/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	CALDERERO ARAGON VERONICA	2016_1782	S1	14/02/2018	PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DEL FLUJO DE ACTUACION
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	CALDERERO ARAGON VERONICA	2018_0317	S2	25/01/2019	PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	FLORIAN GERICO JESUS	2018_0331	S0	17/12/2018	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2016_0086	S1	26/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2016_0086	S2	18/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE	2016_0334	F	15/02/2018	IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2016_0749	F	12/02/2018	PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTESCON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2018_0365	F	26/02/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL
BA	HOSP	H BARBASTRO	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2018_0622	F	14/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		OTORRINOLARINGOLOGIA					
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2016_0709	S1	20/02/2019	PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2016_0709	F	20/02/2018	CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2018_0111	S1	21/02/2019	PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	BARBERA PEREZ PAULA MARIA	2018_0268	F	14/02/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES
BA	HOSP	H BARBASTRO PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	MINGUILLON ARANDA LUIS	2018_1431	S1	13/03/2019	ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO PSIQUIATRIA	GARCIA LACOMA MERCEDES	2016_0871	S2	15/03/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENICON CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
BA	HOSP	H BARBASTRO QUIROFANOS	PARDENILLA VIÑUALES EMMA	2018_0022	F	10/03/2019	MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO QUIROFANOS	BALLABRIGA GONZALEZ MONICA	2018_0895	S1	15/03/2019	ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINAHUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIOEN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	AZANZA PARDO JORGE	2016_0454	F	14/01/2018	ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ	2016_1777	S1	09/02/2018	EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	CASAS LAZARO JOAQUINA	2016_1778	F	12/02/2018	DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA PRIMERA VISITA EN CCEE DE REHABILITACION
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MARIN GASPAR ELENA MARIA	2016_1779	S1	12/02/2018	MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	FERNANDEZ SANCHEZ RUTH	2018_0057	S1	21/01/2019	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MARIN GASPAR ELENA MARIA	2018_0719	F	17/02/2019	MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DEPROTESIS TOTAL DE RODILLA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA	2018_0759	S1	22/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2018_0876	F	14/02/2019	PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR
BA	HOSP	H BARBASTRO REUMATOLOGIA	FABREGAS CANALES MARIA DOLORES	2016_0772	F	16/02/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL
BA	HOSP	H BARBASTRO SUPERVISION DE ENFERMERIA	MUR BARRABES DIANA	2016_0641	S1	30/01/2018	PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ
BA	HOSP	H BARBASTRO SUPERVISION DE ENFERMERIA	MUR BARRABES DIANA	2016_0641	S2	11/03/2019	PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ
BA	HOSP	H BARBASTRO TRABAJO SOCIAL	ABAD RUIZ ALODIA	2016_1077	F	30/01/2018	MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIADE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS
BA	HOSP	H BARBASTRO UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO	PESQUER VILAS ISABEL	2018_0244	F	08/02/2019	ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	TOA LARDIES ELENA	2016_0193	S1	15/02/2018	GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	TOA LARDIES ELENA	2016_0193	F	18/02/2019	GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	DIAZ MARTINEZ NOEMI	2016_0206	S1	17/02/2018	GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	DIAZ MARTINEZ NOEMI	2016_0206	F	11/03/2019	GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	ANDRES ALIERTA MARTA	2016_0697	S1	15/02/2018	ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	VALLES TORRES ELISA	2016_0966	S1	16/02/2018	ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	BUISAN GIRAL MARIA JOSE	2016_1477	S1	16/02/2018	ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2016_1477	F	18/01/2019	ABORDAJE DEL DOLOR
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2016_1478	F	16/02/2018	MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2018_0409	S0	26/02/2019	GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	VALLES TORRES ELISA	2018_1374	F	15/03/2019	ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	MOCTEZUMA VELAZQUEZ JOSE	2016_0954	F	22/02/2018	PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS ALBARRACIN	DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA	2016_0851	S1	24/09/2017	IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR
TE	AP	CS ALBARRACIN	MARTIN CLEMENTE MANUELA	2016_1250	F	11/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2016_1251	F	17/01/2018	ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES
TE	AP	CS ALBARRACIN	CASTILLON ALFAYE IGNACIO	2016_1446	S1	05/02/2018	MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS
TE	AP	CS ALBARRACIN	LASHERAS BARRIO MONICA	2016_1724	F	02/01/2018	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA
TE	AP	CS ALBARRACIN	PEREZ LAZARO CAROLINA	2016_1725	F	17/02/2018	MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	GALINDO DOBON MANUEL	2018_0309	F	25/02/2019	DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)
TE	AP	CS ALBARRACIN	SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS	2018_0352	F	25/02/2019	EVALUACION DEL SCRENNIG DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI
TE	AP	CS ALBARRACIN	DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA	2018_0705	S2	01/03/2019	ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	CASTILLON ALFAYE IGNACIO	2018_1359	S1	24/02/2019	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	2016_1214	S1	12/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	2016_1214	S2	25/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2016_1215	F	16/02/2018	OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2018_0389	F	29/01/2019	OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP
TE	AP	CS ALIAGA	CASTRO LOPEZ CARLOS	2016_1162	F	08/01/2018	TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA
TE	AP	CS ALIAGA	LLERA BUESO GUILLERMINA	2016_1163	F	08/01/2018	MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA
TE	AP	CS ALIAGA	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2018_0296	F	04/02/2019	ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALIAGA	LLERA BUESO GUILLERMINA	2018_0379	F	11/02/2019	CRECER CON SEGURIDAD
TE	AP	CS ALIAGA	CASTRO LOPEZ CARLOS	2018_0380	F	21/02/2019	VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)
TE	AP	CS ALIAGA	ORTIZ DOMINGUEZ LAURA	2018_1105	F	15/03/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)
TE	AP	CS BAGUENA	REDOLAR CHASENAS GEMMA	2016_0059	F	16/02/2018	CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA
TE	AP	CS BAGUENA	GONZALVO HERNANDO PILAR	2016_1213	F	15/02/2018	MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS
TE	AP	CS BAGUENA	OLORIZ RUIZ INES	2016_1241	S1	15/02/2018	EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR Y DESAYUNO SALUDABLE
TE	AP	CS BAGUENA	OLORIZ RUIZ INES	2018_0228	F	14/02/2019	ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA
TE	AP	CS BAGUENA	RUBIO GUTIERREZ ISABEL	2018_0230	F	13/02/2019	MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA
TE	AP	CS BAGUENA	SERRANO MORENO ANA CRISTINA	2018_0231	F	19/02/2019	MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS CALAMOCHA	CALVO CONS ANA MARIA	2016_0369	F	10/02/2018	PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA
TE	AP	CS CALAMOCHA	MENDEZ CAÑETE YOLANDA	2016_1184	S1	15/02/2018	MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S DE CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	TARTAJ TOMAS JOSE LUIS	2016_1202	S1	12/02/2018	GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	TARTAJ TOMAS JOSE LUIS	2016_1202	F	12/03/2019	GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	RUIZ DOMINGO ROSA MARIA	2016_1224	S1	06/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA
TE	AP	CS CALAMOCHA	RUIZ DOMINGO ROSA MARIA	2016_1224	F	11/03/2019	PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA
TE	AP	CS CALAMOCHA	GARCES MORERA CARMEN	2018_0253	S1	11/03/2019	PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL
TE	AP	CS CALAMOCHA	TRILLO CALVO EVA	2018_0304	F	29/01/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES
TE	AP	CS CALAMOCHA	TRILLO CALVO EVA	2018_0304	F	26/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES
TE	AP	CS CALAMOCHA	TUNDIDOR SARASA NURIA	2018_0306	F	13/03/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
TE	AP	CS CALAMOCHA	ZABALA GARCIA ANA ISABEL	2018_0540	F	11/03/2019	RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA
TE	AP	CS CEDRILLAS	ALONSO VALBUENA AINARA	2016_0040	F	10/02/2018	ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS
TE	AP	CS CEDRILLAS	MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA	2016_0365	F	15/11/2017	DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS
TE	AP	CS CEDRILLAS	COMAS RIBAS EDUARDO	2016_1206	S1	22/02/2018	VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS
TE	AP	CS CEDRILLAS	COMAS RIBAS EDUARDO	2016_1206	F	15/03/2019	VALORACION DE LA FUNCION RENALEN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS
TE	AP	CS CEDRILLAS	MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE	2016_1209	F	30/10/2017	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADRES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS CEDRILLAS	JULIAN MARTINEZ ANA	2018_0602	F	21/02/2019	RCP BASICA EN LA ESCUELA
TE	AP	CS CELLA	NAVARRO RUEDA MARIA JOSE	2016_0139	S2	28/01/2018	IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA
TE	AP	CS CELLA	HERNANDEZ DIAZ ROGELIO	2016_0373	S2	31/01/2018	ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN ELPROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)
TE	AP	CS CELLA	CERESUELA LOPEZ AMELIA	2016_1183	S1	15/02/2018	VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 O MAS AÑOS
TE	AP	CS CELLA	GRACIA ORTIZ FERNANDO	2016_1190	S2	28/02/2019	DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA
TE	AP	CS CELLA	GRACIA ORTIZ FERNANDO	2016_1190	F	14/02/2018	DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA
TE	AP	CS CELLA	GIL VALERO PILAR	2018_0541	F	08/03/2019	VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A 85 AÑOS
TE	AP	CS CELLA	CERESUELA LOPEZ AMELIA	2018_0638	F	01/03/2019	FORMACION SALUD FISICA Y EMOCIONAL
TE	AP	CS CELLA	MAICAS MAICAS FERNANDO	2018_1483	S1	26/02/2019	ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	GOMEZ CADENAS CONCEPCION	2016_1288	S1	15/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	PEÑA CLEMENTE FELIX	2018_1323	F	14/02/2019	NUTRICION EN LA TERCERA EDAD
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	ASCOZ HERRANDO CARLOS	2018_1540	F	15/03/2019	IMPLEMENTACION DEL TEST DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO	2016_1238	F	13/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA-EPOC
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	VIVO LAZARO JOSE LORENZO	2016_1239	F	13/02/2018	MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 207 EN EL SECTOR DE TERUEL.SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	BURILLO LAFUENTE MARIO	2018_0241	S2	27/02/2019	ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	BRUN IZQUIERDO ANA	2018_0618	S1	09/03/2019	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARNAU FUERTES ALICIA	2018_0570	S1	07/02/2019	CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SU PRIMEROS MESES
TE	AP	CS MOSQUERUELA	OLIVAS GUILLEN VALERIANO	2016_1164	F	08/02/2018	VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA CE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS
TE	AP	CS MOSQUERUELA	TENA CAMPOS MARCOS	2018_0399	F	11/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE
TE	AP	CS MOSQUERUELA	SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN	2018_0400	F	11/02/2019	AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD
TE	AP	CS MOSQUERUELA	COBOS COBOS MARCELO	2018_0472	S1	09/03/2019	NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	RUBIO SERRANO MARIA DOLORES	2016_1187	S1	16/02/2018	MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA	2016_1191	F	15/02/2018	IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN C.S. DE SANTA EULALIA
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	RUBIO SERRANO MARIA DOLORES	2018_0256	F	26/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES	2018_0262	S1	25/02/2019	ACTUALIZACION DE DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI-AP(DOMICILIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO-TERUEL
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	LATASA LATORRE DOLORES PILAR	2018_0729	S1	25/02/2019	DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS
TE	AP	CS SARRION	MORTE PEREZ ALFREDO	2016_1185	S1	23/09/2017	MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCION EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS SARRION	PALACIOS MEDRANO JESUS	2016_1185	F	02/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP:EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS SARRION	FUENTES MORENO ENCARNA	2016_1205	F	24/01/2018	VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO
TE	AP	CS SARRION	CONEJOS BELLIDO CARMEN	2018_0387	S1	21/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG
TE	AP	CS SARRION	RUIZ CARRALERO MANUEL	2018_0594	F	18/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	GOMEZ NAVARRO RAFAEL	2016_1175	F	02/02/2018	ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2016_1176	F	16/03/2019	MEJORA DE LA CALIDAD D E LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS DE TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CNANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) U YTIPLE WHAMY
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2016_1176	F	31/01/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINAII (ARAII) Y TRIPLE WHAMY
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	CASTILLO GUILLAMON MIGUEL	2016_1210	F	16/02/2018	MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2018_0633	F	28/02/2019	GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGRISTRO DEL DVA
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	MARTIN RODRIGUEZ MARIA	2018_1512	F	05/03/2019	ACTUACION ANTE OVACE
TE	AP	CS TERUEL CENTRO TRABAJO SOCIAL	LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA	2018_0176	F	21/02/2019	ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN	2016_1193	S1	12/02/2018	MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO	2016_1194	S1	12/02/2018	MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO	2016_1194	F	04/03/2019	MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	DIAZ DIAZ TANIA	2016_1195	S1	12/02/2018	PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: “TERUEL CAMINA CON GUSTO”
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	DIAZ DIAZ TANIA	2016_1195	F	27/02/2019	TERUEL CAMINA CON GUSTO
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE	2016_1208	F	16/02/2018	MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	LOU DOMINGO VICTORIANO	2018_0524	F	19/02/2019	EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE FISIOTERAPIA EN AP	MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA	2018_0187	F	12/02/2019	IMPLANTACION DE “ESCUELA DE ESPALDA” EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE – TERUEL
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE SALUD BUCODENTAL	ROSA MORALEDA SUSANA	2018_0165	S1	12/02/2019	SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL
TE	AP	CS UTRILLAS ATENCION CONTINUADA EN AP	BAYONA FARO YOLANDA	2016_1189	F	10/02/2018	PORCENTAJE DE PACIENTES PEDRIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO
TE	AP	CS UTRILLAS	BENEDI ZAMARVIDE MARTA	2016_1171	S1	23/01/2018	SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)
TE	AP	CS UTRILLAS	HOMEDES CELMA LAIA	2016_1174	F	24/01/2018	TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE LOS INHALADORES
TE	AP	CS UTRILLAS	MONZON GRACIA ANA ISABEL	2016_1181	S1	15/01/2018	PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN
TE	AP	CS UTRILLAS	LAZARO BELLA MERCEDES	2016_1186	S1	16/02/2018	CONTROL DEL GASTO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)
TE	AP	CS UTRILLAS	VALENZUELA FOVED AMPARO	2016_1212	F	13/02/2018	LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL
TE	AP	CS UTRILLAS	BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA	2018_0534	S1	10/12/2018	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA
TE	AP	CS UTRILLAS	MONZON GRACIA ANA ISABEL	2018_1157	S1	12/02/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)
TE	AP	CS UTRILLAS OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA	2018_0534	S1	08/02/2019	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA
TE	AP	CS VILLEL	LEON MIGUEL PURIFICACION	2016_1203	F	02/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOCEN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS VILLEL	DOMINGO MAICAS MIGUEL	2016_1207	F	01/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN ATENCION PRIMARIA I. EVALUACION DE LA ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE LOS PARCHES DE LIDOCAINA 5
TE	AP	CS VILLEL	MATAMALA GIMENO CARLOS	2018_0614	S1	19/02/2019	POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS VILLEL	MIGUEL POSA JORGE	2018_0834	S1	08/03/2019	USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL
TE	AP	DAP TERUEL	VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO	2016_1192	S1	15/02/2018	REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	DAP TERUEL	VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO	2016_1192	F	10/01/2019	REALIZACION ESPIROMETRIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL
TE	AP	DAP TERUEL	PEREZ DIEZ CRISTINA	2018_0079	S1	10/01/2019	CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICIO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES
TE	AP	DAP TERUEL	LAINEZ LORENTE MARIA TERESA	2018_0080	S2	10/01/2019	VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION
TE	AP	DAP TERUEL	MARTINEZ MARTINEZ MATILDE	2018_0082	S1	10/01/2019	GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA
TE	AP	DAP TERUEL DIRECCION	VICENTE MALLEN JOAQUIN	2016_1199	F	25/01/2018	OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
TE	AP	DAP TERUEL FARMACIA ATENCION PRIMARIA	PEREZ DIEZ CRISTINA	2016_0211	F	25/01/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS PSIQUIATRIA	MARTINEZ SOTO ALMUDENA	2016_1554	F	16/02/2018	ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN “RETRAIMIENTO SOCIAL” Y “EVITACION SOCIAL ACTIVA”
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS TERAPIA OCUPACIONAL	ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR	2016_0480	F	16/01/2018	MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL
TE	HOSP	CSS SAN JOSE FARMACIA HOSPITALARIA	CORREA BALLESTER MARTA	2016_0143	F	13/02/2018	OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION WEB “CHECKTHEMEDS”
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GONZALEZ GARCIA PALOMA	2016_0674	S1	15/02/2018	DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	FORCANO GARCIA MERCEDES	2016_0804	F	27/01/2018	MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA	2018_0142	F	15/02/2019	EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	MARTINEZ FABRE DANIEL	2018_0269	F	28/01/2019	NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA
TE	HOSP	CSS SAN JUAN DE DIOS GERIATRIA	MARTINEZ SOTO ALMUDENA	2015_0475	F	02/08/2016	CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ALERGOLOGIA	MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR	2016_0036	F	05/04/2018	RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ALERGOLOGIA	MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR	2018_0288	F	06/02/2019	SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	SANLLEHI VILA NURIA	2015_0627	F	03/06/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLOGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO	2015_0631	F	31/05/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2016_0115	F	26/10/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	SANLLEHI VILA NURIA	2016_0877	F	16/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO	2016_1762	F	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2018_0060	F	14/01/2019	ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2018_0060	F	12/02/2019	ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO	2018_0267	F	13/02/2019	REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	MURCIANO GARCIA FERNANDO	2016_0367	S1	22/02/2018	INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO	2016_1765	S1	15/02/2018	MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIAMTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA:GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO	2018_0092	F	04/03/2019	MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	BUENO COSIO OLGA MARIA	2018_0408	F	26/02/2019	MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICACMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CARDIOLOGIA	CALPE GIL MARIA JOSE	2016_1727	F	13/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CARDIOLOGIA	SILVA GONZALEZ DORINDA	2018_0536	S1	27/02/2019	PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA	2016_1732	S1	15/02/2018	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GONZALEZ PEREZ MARTA	2018_0563	S1	03/03/2019	IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE	2016_0148	F	11/02/2018	MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	OSCA GUADALAJARA MARTA	2016_0150	F	14/02/2018	GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2018_0128	F	31/01/2019	LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2018_0128	F	18/02/2019	LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEREZ JIMENO NURIA	2018_0181	S1	09/03/2019	PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ROYO AGUSTIN MARIA	2018_0185	S2	03/02/2019	PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	RANERA GARCIA MIGUEL	2018_0251	S1	24/02/2019	REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA	2016_0109	S1	13/02/2018	EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA	2016_0109	F	26/01/2019	EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	ARIÑO PEREZ INES	2018_1243	S1	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	PEREZ HERNANDEZ RAQUEL	2016_1051	F	04/02/2018	MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	GALVE ROYO FERNANDO LEON	2016_1723	S1	16/01/2018	UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	GALVE ROYO FERNANDO LEON	2016_1723	F	17/02/2019	PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	PEREZ HERNANDEZ RAQUEL	2018_0528	F	22/02/2019	PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2016_1321	S1	29/01/2018	PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2018_0017	F	10/02/2019	PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2018_0017	F	04/03/2019	PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2016_0011	S1	12/02/2018	SISTEMA DE PRESCRIPCION Y VALIDACION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2018_1414	F	14/01/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2018_1414	F	04/02/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2016_1728	F	13/02/2018	MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2018_0362	S1	20/02/2019	CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITA OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2016_0084	F	06/02/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	MONFORTE ZAFON ENCARNA	2016_0690	F	06/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	PEREZ MARTINEZ CARMEN	2016_1750	F	07/02/2018	CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2018_0343	F	25/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	MONTON DITO JOSE MARIA	2018_0346	F	25/02/2019	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	FONSECA LOPEZ CHERPENTIER	2016_0947	F	14/02/2018	PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	ZABALA LOPEZ SERGIO	2018_0163	F	06/02/2019	ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	ESCUSA JULIAN MILAGROS	2016_0999	S1	13/02/2018	COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	ACERO CARRERO ALMUDENA	2016_0395	F	19/01/2018	RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	LACASA SANCHEZ ALICIA	2016_0456	S1	16/01/2018	IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION. ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	RUIZ CRIADO JORGE	2016_1726	S1	15/01/2018	INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	LACASA SANCHEZ ALICIA	2018_0179	F	28/01/2019	BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	ACERO CARRERO ALMUDENA	2018_0204	S1	30/01/2019	EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUMOLOGIA	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2016_1735	F	12/02/2018	REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUMOLOGIA	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2018_0059	F	25/02/2019	VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	JARAUTA LAHOZ LAURA	2016_0069	S1	25/01/2018	APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	JARAUTA LAHOZ LAURA	2016_0069	S2	19/02/2019	APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2016_0073	F	07/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2018_0034	F	11/02/2019	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERNAL ARAHAL MARIA TERESA	2016_0762	F	16/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GARCES VALENZUELA MARTA	2016_0792	F	16/02/2018	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	COLECHA MORALES MARTA	2016_0967	F	21/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCION DEL CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	COLECHA MORALES MARTA	2018_0415	S1	20/02/2019	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	PASTOR ESPUIG MARIA	2016_0654	S1	13/02/2018	CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2016_0665	S1	28/01/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2018_0225	S1	24/02/2019	MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	GARGALLO BENEDICTO AMPARO	2018_1528	S1	27/02/2019	MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ONCOLOGIA MEDICA	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2016_0009	F	18/01/2018	MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ONCOLOGIA MEDICA	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2018_0276	F	20/02/2019	OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OTORRINOLARINGOLOGIA	HEREDIA LOPEZ GIOVANNY PATRICIO	2016_1731	F	22/01/2018	ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OTORRINOLARINGOLOGIA	BETANCES REINOSO FRANK ALBERTO	2018_0360	F	17/01/2019	PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	2013_0102	F	16/02/2018	PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2016_0531	F	08/02/2018	PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2016_0980	S1	16/02/2018	REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2016_0980	F	01/03/2019	REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL	2018_0354	S1	27/02/2019	VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ	2018_0354	F	17/02/2019	VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2018_0489	F	01/02/2019	DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2018_0489	F	05/03/2019	DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MUÑOZ ALBILLOS MARISOL	2018_0494	F	09/02/2019	REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RECIEN NACIDOS DEL H. OBISPO POLANCO TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2018_0749	F	01/03/2019	MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2018_0749	F	01/03/2019	MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	ALIJARDE LORENTE ROBERTO	2018_0989	F	22/02/2019	ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	BONE PINA MARIA JESUS	2018_0930	S1	26/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLOGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSICOLOGIA CLINICA	REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA	2016_0112	S1	13/01/2018	ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	SERRANO TORRES MARIA DOLORES	2014_0247	S1	27/02/2019	SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	PEREYRA GRUSTAN LORENA	2016_0111	F	16/02/2018	PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	LATORRE FORCEN PATRICIA	2018_0403	F	13/01/2019	FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	LATORRE FORCEN PATRICIA	2018_0403	F	25/01/2019	FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	LATORRE FORCEN PATRICIA	2018_0403	F	21/02/2019	FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA	2018_0590	F	08/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO RADIODIAGNOSTICO	MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA	2018_0011	S1	13/02/2019	CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	ORELLANA GARCIA RAQUEL	2016_0203	F	25/01/2018	INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	PECES GONZALEZ NATALIA	2016_0687	F	26/01/2018	COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICO DE REHABILITACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	RENAU HERNANDEZ ESMERALDA	2018_0386	S1	20/02/2019	CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO TRABAJO SOCIAL	MUÑOZ LEON MERCEDES	2016_0550	F	05/02/2018	PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE	2013_0020	F	15/02/2018	PREVENCION DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ESTABEN BOLDOVA VICTORIA	2013_0045	F	10/02/2018	MEJORA EN LA ATENCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROYECTO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ANDRES SALIENTE AURORA	2016_0147	S1	24/01/2018	DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ANDRES SALIENTE AURORA	2016_0147	F	11/12/2018	DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	LAJUSTICIA MORENO JOSE RICARDO	2016_0160	S1	24/01/2018	DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	MARTINEZ OVIEDO ANTONIO	2016_0178	F	11/01/2018	UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL	2016_0868	S1	14/02/2018	ELABORACION DE UN PROYECTO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ANDRES SALIENTE AURORA	2018_0063	F	11/12/2018	USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	LOPEZ MAS CLARA	2018_0469	F	14/01/2019	AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLOPARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICASEN URGENCIAS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AMB	USM ALCAÑIZ	SAENZ BALLOBAR ANA	2018_1438	S1	15/03/2019	INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL
AL	AMB	USM ALCAÑIZ	BECERRA DARRIBA HELENA	2018_1556	F	15/03/2019	OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	ALBESA BENAVENTE INMACULADA	2016_1136	F	26/01/2018	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AMESTOY CHIESA MARCELA	2016_1491	S1	12/02/2018	CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO SIRA	2016_1495	F	19/02/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE	2016_1521	S1	01/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GAN GARGALLO MARIA CARMEN	2016_1522	F	02/02/2018	GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2016_1608	F	01/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AGUILAR JULIAN MARTA	2016_1612	F	08/11/2018	GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2018_0342	S1	10/02/2019	PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO SIRA	2018_0391	F	30/01/2019	TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	SOLDEVILLA JIMENO ELENA	2018_0414	F	11/01/2019	"DIME LO QUE COMES"
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GAN GARGALLO MARIA CARMEN	2018_1133	F	15/02/2019	MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AGUILAR JULIAN MARTA	2018_1137	F	10/02/2019	MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2018_1470	S1	27/02/2019	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL
AL	AP	CS ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HURTADO LOPEZ CARMEN	2018_1059	F	26/02/2019	COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ PEDIATRIA	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE	2016_1521	F	27/02/2019	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS ALCORISA	SANCHEZ-CELAYA DEL POZO CARMEN	2016_0274	F	26/01/2018	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL
AL	AP	CS ALCORISA	TRILLO CALVO EVA	2016_0372	F	26/01/2018	PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
AL	AP	CS ALCORISA	MARTIN MARTIN JORGE	2016_1369	S1	24/01/2018	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA GORETTI	2016_1370	S1	24/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001
AL	AP	CS ALCORISA	GIL VALERO CARLOS PASCUAL	2016_1371	F	24/01/2018	MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS VISISTAS
AL	AP	CS ALCORISA	BONDIA HERRERO MARIA ISABEL	2018_0804	S1	28/02/2019	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA MARIA GORETI	2018_0860	S1	21/02/2019	FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL
AL	AP	CS ALCORISA PEDIATRIA	GOMEZ TENA GORETTI	2015_0039	F	05/10/2016	CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL
AL	AP	CS ANDORRA ADMISION Y DOCUMENTACION	GALVE CIERCOLES ROSA MARIA	2016_1487	S1	10/01/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA ADMISION Y DOCUMENTACION	GALVE CIERCOLES ROSA MARIA	2016_1487	F	22/02/2019	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	GARCIA LOPEZ ANA MARIA	2016_0404	S1	04/01/2018	ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	EGEA CANO MONTSERRAT	2016_0420	S1	20/12/2017	TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL IES DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL	2016_0477	S1	19/01/2018	CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AP	CS ANDORRA	VAQUE BIELSA MARIA PILAR	2016_1137	S2	24/01/2018	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS ANDORRA	VAQUE BIELSA MARIA PILAR	2016_1137	F	11/02/2019	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO ATENCION INTEGRAL A LA EPOC
AL	AP	CS ANDORRA	FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN	2016_1147	S1	15/01/2018	FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS
AL	AP	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2016_1335	S1	04/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE
AL	AP	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2016_1335	F	25/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE
AL	AP	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2016_1466	S1	18/01/2018	CONSULTA CONTROL OBESIDAD
AL	AP	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2016_1466	F	05/02/2019	CONSULTA CONTROL OBESIDAD
AL	AP	CS ANDORRA	TRILLO SALLAN ESTHER	2016_1710	S1	29/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD	2018_0069	S1	14/01/2019	IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA EN PATOLOGIA BILIAR Y TIROIDES
AL	AP	CS ANDORRA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2016_0488	F	17/01/2018	TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES
AL	AP	CS CALACEITE	GUILLEN MARIN JOSE MANUEL	2016_1355	S1	05/02/2018	GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALACEITE	GIL MOLINOS MARTA	2016_1356	S1	05/02/2018	MANOS RELUCIENTES
AL	AP	CS CALACEITE	SIMON MELCHOR ALBA	2018_1093	F	29/01/2019	DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2016_0161	F	07/02/2018	PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE
AL	AP	CS CALANDA	SANZ ALMALE ALFREDO	2016_1367	F	01/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
AL	AP	CS CALANDA	LLORCA CAMARASA MIGUEL	2016_1442	F	01/02/2018	IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	FERRANDO AZNAR CLARA	2016_1443	F	01/02/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CALANDA	DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES	2016_1444	F	07/03/2019	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS CALANDA	DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES	2016_1444	F	01/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS CALANDA	CHAMOCHO OLMOS ELVIRA	2016_1781	F	14/02/2018	ATENCION COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL AMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	FERRANDO AZNAR CLARA	2018_1140	S1	07/03/2019	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2018_1159	S1	27/02/2019	TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	COSTA MONTAÑES ROSA	2018_1388	S1	16/03/2019	PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS CANTAVIEJA	GOMEZ SILVESTRE MANUELA	2016_0018	F	25/01/2018	ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION	2016_1514	F	25/01/2018	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	2016_1515	F	02/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	CUCALON LAFUENTE MARCELINO	2016_1516	F	16/02/2018	MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016
AL	AP	CS CANTAVIEJA	PAULO FUERTES ROSARIO ANA	2016_1523	F	25/01/2018	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL
AL	AP	CS CANTAVIEJA	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	2018_0432	S0	18/02/2019	USO DE ANTIBIOTICOS EN FARIGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	MARCO LOSTAL CARMEN	2018_0538	F	03/01/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD
AL	AP	CS CANTAVIEJA	MARCO LOSTAL CARMEN	2018_0538	F	05/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD
AL	AP	CS CANTAVIEJA	PAULO FUERTES ROSARIO ANA	2018_0539	F	05/01/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	PAULO FUERTES ROSARIO ANA	2018_0539	F	19/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA
AL	AP	CS CASPE ADMISION Y DOCUMENTACION	MORENO COLAS BELEN	2016_1438	F	04/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS CASPE	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2016_0079	F	01/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2016_0184	F	22/02/2019	UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2016_0184	F	03/02/2018	UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	CALONGE VERGARA MARIA ISABEL	2016_1135	F	03/02/2018	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS CASPE	COSTA MONTAÑES ROSA MARIA	2016_1344	F	03/02/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	RELANCIO PASCUAL PATRICIA	2018_0933	F	11/03/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	BELLES PALLARES LUCIA	2018_1400	F	23/02/2019	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE
AL	AP	CS HIJAR	RIOS LAZARO MIGUEL	2016_0400	F	20/02/2018	MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO	2016_1453	S1	14/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS HIJAR	LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA	2016_1465	S1	20/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	LAZARO GRACIA PILAR	2018_0910	F	27/02/2019	CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2018_1300	F	13/02/2019	PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO	2018_1311	F	05/03/2019	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO	2018_1395	F	26/02/2019	MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA
AL	AP	CS HIJAR	GASPAR BLASCO ANTONIO	2018_1532	S1	12/02/2019	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR
AL	AP	CS MAELLA	PARDOS CAMACHO ANDRES	2016_1345	S1	09/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS MAELLA	PARDOS CAMACHO ANDRES	2016_1345	F	15/02/2019	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS MAELLA	SARTOLO ROMEO MARIA TERESA	2016_1346	F	15/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS MAELLA	GIMENEZ ANDRES FABIOLA	2016_1347	F	16/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAELLA	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2018_1173	S1	21/02/2019	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAELLA	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2018_1173	F	15/01/2019	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SALESA ALBALATE ALBERTO	2016_0155	S1	16/06/2017	INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2016_1422	F	09/02/2018	CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	BORRAZ MIR PILAR	2016_1441	S1	12/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	VILLALBA MIR ANA PILAR	2016_1497	S1	15/02/2018	¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SANCHEZ GORRIZ TERESA	2016_1498	F	16/01/2018	CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL. CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS DE ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2018_0703	F	13/01/2019	TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2018_0703	F	09/02/2019	TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER	2018_1236	S1	15/03/2019	REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	BORRAZ MIR MARIA PILAR	2018_1296	F	28/02/2019	RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SANCHEZ GORRIZ TERESA	2018_1390	F	28/02/2019	CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2018_1421	F	06/03/2019	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2016_1016	F	02/02/2018	MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II
AL	AP	CS MUNIESA	FESSENDEN GOMEZ JESSICA	2016_1352	F	08/02/2019	DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S. MUNIESA
AL	AP	CS MUNIESA	FESSENDEN GOMEZ JESSICA	2016_1352	F	27/01/2018	DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S.MUNIESA
AL	AP	CS MUNIESA	DE MINGO USON MIGUEL ANGEL	2016_1353	F	31/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS MUNIESA	SALESA ALBALATE ALBERTO	2018_0937	F	25/01/2019	TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS
AL	AP	CS MUNIESA	MALLEN EDO MARTA	2018_1155	F	14/01/2019	¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?
AL	AP	CS MUNIESA	MALLEN EDO MARTA	2018_1155	F	14/03/2019	¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2018_1256	S1	22/02/2019	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS MUNIESA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2016_1354	F	24/01/2018	INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA
AL	AP	CS MUNIESA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2018_0942	F	06/02/2019	SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1458	S1	24/01/2018	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1458	S2	26/02/2019	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	ZAPATER MONSERRAT MATILDE	2016_1459	S1	13/02/2018	MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES	LACAMBRA ORGILLES ELENA	2016_1460	F	01/02/2018	OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES	GRANERO LAZARO MATILDE	2016_1512	S1	21/02/2018	SALVAVIDAS
AL	AP	CS VALDERROBRES	GUERRERO VICENTE MARISOL	2018_0919	S1	08/03/2019	PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2016_1115	F	14/01/2019	INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1116	S2	14/01/2019	ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1717	F	02/02/2018	IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOSPACIENTES DIABETICOS
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2018_0068	S1	14/01/2019	ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ DIRECCION	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2016_1115	S1	02/02/2018	INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1117	S1	12/02/2018	GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL					
AL	AP	DAP ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1122	F	12/02/2018	MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU	2016_0753	F	26/01/2018	CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANALISIS CLINICOS	ARENZANA GARCIA SARA	2018_1412	S1	27/02/2019	PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOSTOMIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANALISIS CLINICOS	AYORA RUBIO RAQUEL	2018_1413	S1	27/02/2019	PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANATOMIA PATOLOGICA	CAY DIARTE ALFONSO	2018_0356	S2	13/02/2019	ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	MARIN ABAD TERESA	2016_0032	S1	19/02/2018	PROTOCOLO PARA UTILIZACION DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	JUDEZ LEGARISTI DIEGO	2016_0811	F	28/03/2018	ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	CALDERON AGUIRRE PATRICIA	2016_1562	S2	14/01/2019	PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	CALDERON AGUIRRE PATRICIA	2018_0265	S1	20/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	MURILLO PINA RAQUEL	2018_0392	S1	25/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ATENCION AL PACIENTE	CLAVERO SORIANO ANA CRISTINA	2018_0791	F	28/02/2019	MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BIOQUIMICA	PABLO BRUNA CARMEN	2018_1566	S1	13/03/2019	OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BIOQUIMICA CLINICA	SOLE LLOP MARIA ESTHER	2016_0660	F	02/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2016_0252	F	11/02/2018	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	ALTABA SANZ BEATRIZ	2016_0577	F	04/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PROTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2018_0149	S1	11/02/2019	REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MONTAÑES FOZ MARTA	2016_1505	F	16/06/2017	RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE OSTOMIZADO AL ALTA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ALMEIDA PONCE HELEN	2018_0233	S1	06/02/2019	OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	BLASCO GIL SILVIA	2018_0299	F	31/01/2019	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO	2018_0347	F	07/02/2019	ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN	2016_1500	S1	16/02/2018	RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MAURAIN VILORIA ANA	2018_0302	S1	31/01/2019	PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DERMATOLOGIA	RIVERA RODRIGUEZ ALVARO	2018_0604	F	20/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							DERMATOLOGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DERMATOLOGIA	FUENTELSAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA	2018_0605	F	26/02/2019	INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	LACARTA GARCIA PEDRO	2016_1168	F	17/01/2018	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	MARTINEZ CRESPO ELENA	2018_0522	F	11/03/2019	SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIRECCION	AGUD CARDONA MONICA	2016_1116	S1	02/02/2018	ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	GRACIA GIMENO PAOLA	2016_0053	F	07/02/2018	IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENFERMERIA	MARTINEZ UBIETO FERNANDO	2016_0812	F	30/01/2018	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENFERMERIA	BLASCO GIL SILVIA	2016_0819	F	30/01/2018	PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ESTERILIZACION	RODRIGUEZ ALBA SUSANA	2016_0215	F	20/02/2018	MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ESTERILIZACION	GONZALEZ VAQUERO CARMEN	2016_0216	F	20/02/2018	REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	VARELA MARTINEZ ISABEL	2016_0037	F	06/02/2018	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2016_1485	F	17/01/2018	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2016_1610	F	13/02/2018	INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2018_0741	F	04/03/2019	OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2018_1002	F	14/03/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DEMEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIAPARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2016_0135	S1	15/02/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2018_0727	S1	21/02/2019	IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2018_0727	S1	26/02/2019	IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PARICIO MORENO MIGUEL	2018_0812	S1	21/02/2019	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOSPACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HOSPITALIZACION A DOMICILIO	DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL	2018_0157	F	22/02/2019	MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ INFORMATICA	RECHE SABATER ALBERTO	2016_1611	S1	17/01/2018	INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	RUIZ MARISCAL MARIA	2016_0314	S1	14/01/2018	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	MARCILLA CORDOBA FRANCISCO	2018_0286	S1	26/02/2019	IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CALDERON MEZA JOSE MANUEL	2016_1262	S1	15/02/2018	CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CALDERON MEZA JOSE MANUEL	2018_0726	F	20/02/2019	CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ARRIBAS GARCIA JORGE	2016_0288	F	13/02/2018	ELABORACION E INMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	RUIZ ANDRES MARIA ANGELES	2018_0867	F	05/02/2019	REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEFROLOGIA	GRACIA GARCIA OLGA	2016_1173	S1	10/02/2018	INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEFROLOGIA	LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO	2018_0312	F	26/02/2019	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	FANDOS LORENTE SERGIO	2015_0255	F	03/05/2017	INDEPENDENCIA, ORGANIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS PROPIOS EN RELACION CON LAS POLIGRAFIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	2015_0298	F	02/05/2017	ACTUALIZACION DEL USO Y LIMPIEZA DE LAS CAMARAS DE INHALACION Y NEBULIZADORES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	HEREDIA FERRER LOURDES	2016_1179	F	06/03/2018	PROCEDIMIENTOS SERVICIO NEUMOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	2016_1313	F	19/01/2018	PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	2018_0118	F	14/02/2019	EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	MUÑOZ BERNAD TAMARA	2016_0699	F	31/01/2018	DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	MUÑOZ FARJAS ELENA	2016_0944	F	31/01/2018	IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	BALLESTER MARCO LAURA	2018_0402	S1	21/02/2019	ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	SARRION MOCHALES MONTSERRAT	2018_0406	S1	21/02/2019	SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	LAHOZ PASCUAL ISABEL	2016_0131	F	09/05/2018	PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GUTIERREZ SABIO MARIA FRANCISCA	2016_0941	F	08/02/2018	FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DEL PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ANDREU GISBERT PILAR	2018_0155	F	26/02/2019	ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SANCHO VIVES ESTHER	2018_1104	F	07/02/2019	PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGIA	LATRE REBLED BEATRIZ	2016_0015	F	24/01/2018	ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGIA	CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER	2016_1180	F	31/01/2018	REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	REAL CORDERO ESPERANZA	2016_0730	F	23/01/2018	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ ALEJANDRO MARIA	2016_0898	F	20/02/2018	OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	GALAN CERRATO NIEVES	2018_0171	F	28/02/2019	ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO	2018_0172	F	29/01/2019	INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	ORTI MOLES JESSICA	2018_0202	F	26/02/2019	ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ ALEJANDRO MARIA	2018_1373	S1	28/01/2019	REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OTORRINOLARINGOLOGIA	MOLINER PEIRO FERNANDO	2016_1281	F	11/04/2018	INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OTORRINOLARINGOLOGIA	MOLINER PEIRO FERNANDO	2018_0290	F	31/01/2019	DIGITALIZACION DE IMAGENES LARINGEAS PATOLOGICAS TOMADAS POR FIBROSCOPIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2016_0138	F	22/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2016_0191	F	20/02/2018	IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	OCHOA GOMEZ LAURA	2016_0212	F	20/02/2018	MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	PALOMAR JOVEN MARTA	2016_0609	F	16/02/2018	DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2018_0341	F	18/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2018_0344	F	18/02/2019	IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	OCHOA GOMEZ LAURA	2018_0484	F	25/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	LOPEZ SANCHO JOSE MARIA	2016_0519	F	23/02/2018	GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PRUEBAS FUNCIONALES	HEREDIA FERRER LOURDES	2018_0981	F	20/02/2019	PICTOGRAMA PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2016_1315	F	14/02/2018	PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DE ALCHOL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2018_1336	S0	12/04/2019	PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	LUCEA SODRIC SUSANA	2016_0219	F	30/01/2018	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	LOPEZ GONZALO ISABEL	2016_0253	F	06/02/2018	MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA	2016_1317	F	31/01/2018	RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA	2016_1319	F	31/01/2018	INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA	2018_0327	F	13/02/2019	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	MARTI AMELA ANA BELEN	2018_0345	F	13/02/2019	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA	2018_0393	F	20/02/2019	UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	POLO ROYO MARCO	2018_0394	F	20/02/2019	PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REUMATOLOGIA	CASORRAN BERGES MARTA	2016_0099	F	31/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REUMATOLOGIA	CASORRAN BERGES MARTA PILAR	2018_0425	F	26/02/2019	CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2016_0951	F	14/01/2018	IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2018_0138	F	24/02/2019	PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	BELENGUER CARRERAS LINA MARIA	2015_0042	F	18/01/2018	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	CRUZ LOPEZ ANA MARIA	2016_0421	F	08/02/2018	PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	COLAS OROS CARLOS	2018_0077	S1	14/01/2019	INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	ROYO MOLES MARIA ISABEL	2018_0664	F	21/02/2019	DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	GIL ORTIGOSA MARIA LUISA	2016_0585	F	21/02/2018	ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2016_1242	F	20/02/2018	IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LOPEZ VANESA	2016_1502	S1	19/06/2017	PROYECTO DE MEJORA PARA LA REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2018_0662	F	07/02/2019	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA
AL	HOSP	USM ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	BECERRA DARRIBA HELENA	2016_0213	F	15/02/2018	PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	USM ALCAÑIZ SALUD MENTAL	GONZALEZ PANZANO MANUEL	2016_0214	F	14/02/2018	PROGRAMA DEL CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSA Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2016_0311	F	31/01/2018	FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	TENA TOMAS MARIA FELISA	2018_0050	F	28/01/2019	DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS
Z1	AMB	CME GRANDE COVIAN	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2018_0050	F	17/12/2018	DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS
Z1	AP	CS ACTUR NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	RODRIGO PABLO MARIA JESUS	2016_1342	F	15/02/2018	MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN ELCENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	ARANDA CORVINOS MARIA DOLORES	2016_1570	S1	12/02/2018	CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DE DATOS CLINICOS
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA	2016_0523	F	13/02/2018	MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOPEZ CAMPOS MONICA	2016_0582	F	10/01/2018	REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	PUIG GARCIA MARIA CARMEN	2016_0642	F	16/02/2018	DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN	2016_1252	F	23/01/2018	MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	VALLES PINTO MARIA DOLORES	2016_1737	S1	28/01/2018	PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	PUIG GARCIA CARMEN	2018_0668	F	23/02/2019	¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOPEZ CAMPOS MONICA	2018_0707	F	22/02/2019	ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	LOZANO ENGUITA ELOISA	2018_0948	F	08/03/2019	MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	ABADIA TAIRA BEGOÑA	2018_0951	F	14/03/2019	MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA
Z1	AP	CS ACTUR NORTE	CLARES PUNCEL MARIA TERESA	2018_1475	F	15/03/2019	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES
Z1	AP	CS ACTUR OESTE ADMISION Y DOCUMENTACION	SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL	2016_1296	F	09/02/2018	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL C.S. AMPARO POCH
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	CALERO FUERTES MARTA	2016_1240	F	04/02/2018	MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	MORALES GREGORIO MARIA JESUS	2016_1295	F	04/02/2018	NORMALIZAN Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	SIERRA SERRANO LUIS ELIAS	2016_1298	F	12/02/2018	PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICUALR EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	TORNOS SIMON TERESA	2016_1339	S1	16/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE AL NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	PEREZ RAMIREZ ISABEL	2016_1341	F	16/02/2018	MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ACTUR OESTE	PEREZ RAMIREZ ISABEL	2018_1494	F	27/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ACTUR OESTE SALUD BUCODENTAL	NAVALES BELTRAN MARIA PILAR	2016_1338	F	02/02/2018	ESTIMACION DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRONICOS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ACTUR SUR	GONZALEZ UBEDA ROSA	2016_1337	S1	16/02/2018	TALLER: “APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA”(BASADO

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							EN EL MODELO MBSR-MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION. CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)
Z1	AP	CS ACTUR SUR	GONZALEZ UBEDA ROSA	2016_1337	S2	26/02/2019	TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)
Z1	AP	CS ACTUR SUR	ALVAREZ ROCHE TERESA	2016_1541	F	15/02/2018	PROGRAMA DE EPS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA MUJER MADURA
Z1	AP	CS ACTUR SUR	LAFUENTE GARCIA CARMEN	2016_1548	F	12/03/2018	DEPURACION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS
Z1	AP	CS ACTUR SUR	LOPEZ MARTINEZ SARA MARIA	2016_1549	F	15/02/2018	GRUPO EPS APRENDIZAJE TECNICAS DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA
Z1	AP	CS ACTUR SUR	PITARQUE GARGALLO MARIA PILAR	2016_1555	S1	16/02/2018	ATENCION A PACIENTES CON EPOC
Z1	AP	CS ALFAJARIN	LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL	2016_1585	F	31/01/2018	PAUTAS DE ACTUACION EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DE SOPORTE VITAL BASICO
Z1	AP	CS ALFAJARIN	LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL	2018_0750	S1	13/01/2019	MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR	2018_0751	S1	13/01/2019	REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A ALA COMUNIDAD EDUCATIVA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR	2018_0751	F	26/02/2019	REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES YCONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA
Z1	AP	CS ALFAJARIN	PUEYO VAL OLGA MARIA	2018_0952	S1	26/02/2019	EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN
Z1	AP	CS ALFAJARIN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	NAVARRO SERRANO EVA MARIA	2016_0834	S1	18/01/2018	ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN
Z1	AP	CS ARRABAL ADMISION Y DOCUMENTACION	JULIAN ARANDA MARIA PILAR	2018_0323	F	27/02/2019	REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CONFIRMACION
Z1	AP	CS ARRABAL ADMISION Y DOCUMENTACION	GASCON RICARTE ISABEL	2018_1420	F	27/02/2019	DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018
Z1	AP	CS ARRABAL	FRANCES PINILLA MARINA	2016_0290	S1	13/02/2018	TALLER DE REANIMACION PULMONAR Y ATRAGANTAMIENTO PARA PADRES Y MADRES DE NIÑOS DE C.S. ARRABAL
Z1	AP	CS ARRABAL	CHECA DIEZ MARIA ANGELES	2016_0504	F	16/02/2018	ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE
Z1	AP	CS ARRABAL	TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA	2016_1309	S1	12/02/2018	ASESORIA EDUCATIVA
Z1	AP	CS ARRABAL	MAGALLON BOTAYA ROSA	2016_1398	F	15/02/2018	IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO
Z1	AP	CS ARRABAL	BORRAZ ABELLA NURIA	2018_0970	F	11/02/2019	TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ARRABAL	BORRAZ ABELLA NURIA	2018_0970	F	15/02/2019	TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIASDOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ARRABAL	MAGALLON BOTAYA ROSA	2018_1498	S1	08/03/2019	EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ARRABAL	NOVELLA ABRIL PILAR	2018_1529	F	14/03/2019	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARINICOS EN CENTRO DE SALUD, CON CONTROL VENOSO DE INR. PROPUESTAS DE MEJORA
Z1	AP	CS ARRABAL TRABAJO SOCIAL	JUAN GERMAN MARISA	2016_1520	S1	14/02/2018	TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) ADMISION Y DOCUMENTACION	FRANCISCO HERRERO CARMEN	2016_0705	F	14/02/2018	PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA) ADMISION Y DOCUMENTACION	CASILLAS FERRANDIZ LUIS	2016_1537	F	14/02/2018	GESTION DEMANDA NO PRESENCIA EN CENTRO DE SALUD LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	SORIANO MARTINEZ ALBA	2016_0048	F	30/01/2018	MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	GRACIA PELIGERO MARIA	2016_0049	F	15/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			TERESA				DIABETES MELLITUS TIPO II
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	MURILLO AZNAREZ TERESA	2016_0180	F	18/01/2018	EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	2016_0549	F	14/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	DE LA PARRA CARQUE CELINA	2016_0888	S2	15/03/2019	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL YVALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	DE LA PARRA CARQUE CELINA	2016_0888	F	09/02/2018	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	JERICO CLAVERIA LAURA	2016_1525	S1	14/02/2018	PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE ACTIVIDADES EN COLABORACION CON EL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	2018_0105	F	10/03/2019	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARGOZA
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	ASSO OTAL MARIA ELENA	2018_1075	F	21/02/2019	GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS
Z1	AP	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	PONCE SALCEDA DOMINGO	2018_1561	F	15/03/2019	MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA
Z1	AP	CS BUJARALOZ	GUTIERREZ TORIO ANA SARA	2016_1324	F	13/02/2018	PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALOZ)
Z1	AP	CS BUJARALOZ	FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES	2016_1349	F	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALOZ
Z1	AP	CS BUJARALOZ	ABAD ROYO MERCEDES	2016_1351	F	22/02/2018	DETECCION DEL CANCER COLORECTAL
Z1	AP	CS BUJARALOZ	GUTIERREZ TORIO ANA SARA	2018_0737	F	15/03/2019	REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
Z1	AP	CS BUJARALOZ	ABAD ROYO MERCEDES	2018_0829	S1	15/03/2019	EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO IES DE BUJARALOZ
Z1	AP	CS LUNA	DE PABLO GONZALEZ RAFAEL	2016_1274	F	08/02/2018	MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS LUNA	ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA	2016_1752	S1	12/02/2018	CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:-SALUD BUCODENTAL-PRIMEROS AUXILIOS
Z1	AP	CS LUNA	ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA	2016_1752	F	27/05/2018	CONOCIMENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN LOS COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE SALUD BUCODENTAL Y PRIMEROS AUXILIOS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	MAZA SOLANAS PILAR	2016_0217	F	16/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	ROYAN MORENO PILAR	2016_1308	F	28/05/2018	PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	VITALLER SANCHO CONCEPCION	2016_1366	F	04/02/2018	PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL C.S. PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	VITALLER SANCHO CONCHA	2018_1227	F	07/02/2019	ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS
Z1	AP	CS PARQUE GOYA	AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL	2018_1297	F	28/02/2019	MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO IIINSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS SANTA ISABEL	ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA	2016_1363	F	16/02/2018	BLOG: SANTA ISABEL TE CUIDA
Z1	AP	CS VILLAMAYOR ADMISION Y DOCUMENTACION	IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE	2016_0006	S1	19/01/2018	ACTUALIZACION EQUIPO EN VIDEOBLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	ELVIRO BODOY TIRSO	2016_0051	S1	16/01/2018	MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS2016-2017
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	FIGUERAS ARA CARMEN	2016_1447	S1	18/01/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION YCONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN,MATERIAL DE URGENCIAS,Y DEPROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA(MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	AP	CS VILLAMAYOR	NAVARRO MAS MARIA VICTORIA	2018_0031	F	24/02/2019	CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL) ADMISION Y DOCUMENTACION	MARCEN GIMENEZ CONCEPCION	2016_1614	F	12/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	BARANDA VILLARROYA PILAR	2016_0447	F	13/02/2018	PASEO SALUDABLE
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GARCIA DOMINGUEZ SUSANA	2016_0472	F	12/02/2018	MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GRACIA MOLINA MARIA JOSE	2016_0939	F	13/02/2018	MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	GARCIA DOMINGUEZ SUSANA	2018_0959	F	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	FORCEN BELTRAN MARIA JOSE	2018_1025	F	26/02/2019	¡VOLVEMOS AL COLE! TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICA
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL)	BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR	2018_1384	F	04/02/2019	EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS
Z1	AP	CS ZUERA	SOLER COCHI PILAR	2016_0494	F	12/02/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE EN SU DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD ZUERA
Z1	AP	CS ZUERA	DIAZ FLE MARTA	2018_0301	F	30/01/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE
Z1	AP	CS ZUERA	GARRALON ORTEGA CRISTINA	2018_0444	F	26/02/2019	MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ZUERA
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	LABARTA MANCHO CARMEN	2016_1155	F	30/01/2018	URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	CASCANTE MARTINEZ ALICIA	2016_1160	F	22/01/2018	PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA EN LAS PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO REHABILITADOR Y/O FISIOTERAPEUTICO
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	GALINDO CHICO MIGUEL	2016_1178	F	25/01/2018	PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	MENDI METOLA CAROLINA	2016_1589	F	15/02/2018	PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	LLAMAS AGUNDEZ ENRIQUE	2016_1597	F	16/02/2018	DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	GALINDO CHICO MIGUEL	2018_0047	F	13/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	MENDI METOLA CAROLINA	2018_0071	S1	28/02/2019	GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1	NAVARRO VITALLA OSCAR	2018_0090	F	23/01/2019	PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1 CLIENTES	GOMEZ GARCIA DOLORES	2018_1525	F	15/03/2019	REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1 CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	REY LISO ANA ISABEL	2016_1543	F	15/02/2018	REDUCCION DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO PORPARTE DE LOS USUARIO, REMITIDA DESDE LOS CENTROS DE SALUD
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1 DIRECCION	CLERENCIA CASORRRAN CARLOS	2018_0045	F	15/03/2019	PROCEDIMIENTO PARA LA A TENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD
Z1	AT AMB	USM INFANTO JUVENIL ACTUR OESTE	MARCO ARNAU INMACULADA	2016_1749	S1	12/01/2018	ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA
Z1	HOSP	CME GRANDE COVIAN ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2016_0595	F	12/02/2018	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ADMISION Y DOCUMENTACION	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2016_0551	F	31/01/2018	FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ADMISION Y DOCUMENTACION	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2018_0036	F	28/01/2019	EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	DEL RIO ROMAN FRANCISCO	2016_0157	F	16/02/2018	APLICACION EXCEL PARA CONSULTAR LOS TUBOS A EXTRAER

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		ANALISIS CLINICOS	JOSE				SEGUN LAS DETERMINACIONES Y PERFILES QUE SE SOLICITAN EN EL VOLANTE DE ANALISIS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANALISIS CLINICOS	COMET MARTINEZ BELEN	2016_0163	F	16/02/2018	SEROTECA DE PACIENTES Y APLICACION EXCEL PARA LOCALIZAR LOS SUEROS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANALISIS CLINICOS	DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE	2018_1418	F	26/02/2019	PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO LABORATORIO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	ALMAJANO MARTINEZ CARMEN	2016_0849	S1	16/02/2018	ACTUALIZACION DEL CRIBADO CERVICAL. MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	ALMAJANO MARTINEZ CARMEN	2018_0675	S1	26/02/2019	SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLOGICA	MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER	2018_0684	S0	26/02/2019	SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANESTESIA Y REANIMACION	MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO	2018_1087	F	15/01/2019	PROYECTO DE MEJORA ANALGESICAEN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ANESTESIA Y REANIMACION	MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO	2018_1087	F	07/02/2019	PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA BLOQUE QUIRURGICO	CANO LATORRE ALEJANDRA	2016_0473	F	30/01/2018	IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL QUIROFANO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA BLOQUE QUIRURGICO	ABREU RUBIÑO MARIA DEL ROCIO	2018_0627	S1	27/02/2019	VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SESE SANZ PILAR	2016_0427	F	07/02/2018	ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	COLINA ONTAÑON MARIA LUISA	2018_0592	S1	26/02/2019	ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ARROYO RUBIO ERNESTO	2018_1175	S1	14/03/2019	DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ESTERILIZACION	VILLANUEVA CAMPAÑA ROSA MARIA	2016_0353	S1	09/02/2018	ELABORACION DE UNA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA FARMACIA HOSPITALARIA	IRIARTE RAMOS SONIA	2018_1058	F	13/03/2019	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA FARMACIA HOSPITALARIA	ANDRES ARRIBAS IGNACIO	2018_1209	F	14/02/2019	CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES	2014_0128	F	12/02/2018	HOSPITAL DE DIA: PARA QUIEN Y COMO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES	2015_0696	F	12/02/2018	MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	CANOVAS PAREJA CARMEN	2016_0137	F	13/01/2018	FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES	2016_0225	S1	07/02/2018	INFORMACION Y DIFUSION DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	DEZA PEREZ MARIA CARMEN	2016_0406	F	13/02/2018	VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	BALLESTERO DELGADO SILVIA	2016_0467	F	07/02/2018	ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GASPAR RUZ MARIA LUISA	2016_0575	S1	15/01/2018	ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2016_0855	F	12/02/2018	IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO	2016_1789	S1	09/02/2018	CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	MESA LAMPRE MARIA PILAR	2018_0132	F	07/02/2019	ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA L INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GASPAR RUZ MARIA LUISA	2018_0173	F	19/02/2019	PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SOLSONA FERNANDEZ SOFIA	2018_0220	S1	29/01/2019	PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN	2018_0384	F	09/02/2019	CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	ORDOVAS TERESA MARIA JOSE	2018_0847	F	18/02/2019	GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA	2018_0868	S1	25/02/2019	GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	ESTAUN FERNANDEZ MARIA TERESA	2018_0884	F	13/02/2019	GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2018_1051	S1	27/02/2019	CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	2016_0878	F	16/02/2018	INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	FRANCO GARCIA MARIA ESTHER	2018_0474	F	04/03/2019	RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN	2018_0475	F	15/01/2019	IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN	2018_0475	F	28/01/2019	IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	JORGE GARCIA RUTH NOEMI	2016_0329	S1	16/01/2018	CAMINANDO HACIA EL "PROA". IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	LAFUENTE MATEO MIRIAM	2016_1082	F	26/01/2018	ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	JORGE GARCIA RUTH NOEMI	2018_0882	S2	28/02/2019	CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	SAEZ ESCOLANO PAULA	2018_0975	S1	25/02/2019	IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTENSIVA	LAFUENTE MATEO MIRIAM	2018_1110	S1	06/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN	2018_1077	S1	15/01/2019	GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	DOMINGUEZ SANTAREN MARIA JOSE	2018_1347	F	09/02/2019	CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	COMABELLA CALLIZO NATALIA	2018_1348	S1	09/02/2019	EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ ABAD PEDRO	2018_0946	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SESE SANZ MARIA PILAR	2018_1416	S2	02/02/2019	ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	SANCHO REDONDO CARMEN	2018_1103	F	31/01/2019	DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA	BAZAN GIMENEZ PABLO	2018_1113	F	30/01/2019	DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		OFTALMOLOGIA					GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	PINILLA BOROBIA JUAN	2018_1217	F	18/02/2019	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ORTOGERIATRIA	MARTINEZ PLANAS ISABEL	2016_0317	S1	16/02/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA ORTOGERIATRIA	MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES	2018_1179	F	01/02/2019	TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OTORRINOLARINGOLOGIA	CASTELLOTE ARMERO AMPARO	2016_1786	S1	21/02/2018	PREPARACION PROTOCOLIZADA PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OTORRINOLARINGOLOGIA	DE FRANCISCO GARCES JOSE ENRIQUE	2016_1787	S1	16/02/2018	DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL: SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA OTORRINOLARINGOLOGIA	DE FRANCISCO GARCES JOSE ENRIQUE	2016_1787	S2	22/02/2018	DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL. SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	MOREO BERGADA PILAR	2016_0452	F	31/01/2018	ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA	MOREO BERGADA PILAR	2018_0049	F	13/03/2019	ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSICOLOGIA CLINICA	MUÑOZ CALVO MERCEDES	2016_0850	S1	21/02/2018	EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSIQUIATRIA	BERNAD POLO JUAN MANUEL	2016_0629	F	16/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HNSG
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSIQUIATRIA	RUBIO LARROSA VICENTE	2016_1784	S1	15/02/2018	CREACION DEL EQUIPO GESTOR DE CASOS DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017)
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA PSIQUIATRIA	MARTINEZ PLANAS ISABEL	2018_0940	F	24/02/2019	ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	CAMPOS SANZ ASUNCION	2016_0631	F	15/02/2018	ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (I) FASE INICAL
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE	2018_0205	S1	13/03/2019	MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACION	ANAYA GIL TERESA	2018_0234	F	25/02/2019	PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA UCI	PAMPLONA CALEJERO ELENA	2016_0289	F	12/01/2018	CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA UCI	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	2016_0977	F	11/02/2018	ELABORACION PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HNSG. VALORACION DE REALIZACION DE PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UCI
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA URGENCIAS	LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA	2016_0562	F	14/02/2018	INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA. MEJORAS EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H NTRA SRA DE GRACIA URGENCIAS	LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA	2018_0828	F	11/02/2019	"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ADMISION Y DOCUMENTACION	LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION	2016_0558	F	31/01/2018	DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ANESTESIA Y REANIMACION	DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES	2016_0062	F	15/01/2018	DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ANESTESIA Y REANIMACION	BONO ARIÑO CARMEN	2016_1580	F	15/02/2018	EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	DIESTE GONZALEZ MARIA	2018_0869	F	11/03/2019	UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		ANESTESIA Y REANIMACION	MERCEDES				CENTRALES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BIOQUIMICA	BONED JULIANI BEATRIZ	2018_1222	F	19/02/2019	FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BLOQUE QUIRURGICO	CANO LAZARO RAQUEL	2016_0755	F	11/11/2017	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BLOQUE QUIRURGICO	TOLON SORO ESPERANZA	2016_0794	F	23/01/2018	REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA BLOQUE QUIRURGICO	LASALA CONTE ELENA	2018_0995	S1	14/02/2019	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR	2016_0578	F	14/02/2018	GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HRV
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGIA	FITENI MERA ISABEL	2018_0941	F	14/03/2019	MEJORA DEL INFORME DE ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CON FEVI REDUCIDA PARA CONSEGUIR TITULACION DE LOS FARMACOS INDICADOS POR LAS GUIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ESCARTIN VALDERRAMA JORGE	2016_0683	S1	05/02/2018	PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	YANEZ BENITEZ CARLOS	2018_0657	S1	05/02/2019	IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	BLAS LAINA JUAN LUIS	2018_1230	S1	21/02/2019	PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)	RODRIGUEZ CURIESES PETRA	2015_0136	F	12/01/2018	EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)	AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR	2015_0178	F	12/01/2018	ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA AGUILERA DAVID	2015_0526	S1	15/02/2018	CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MEJIA CASADO ANA	2016_0232	F	16/02/2018	PREVENCION DE LA SOBREUTILIZACION DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVES DE LAIMPLANTACION DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA AGUILERA DAVID	2016_0786	S1	21/02/2018	CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA AGUILERA DAVID	2018_1229	F	14/03/2019	PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MEJIA CASADO ANA	2018_1376	F	27/02/2019	ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DERMATOLOGIA	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	2016_0623	F	16/02/2018	SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DERMATOLOGIA	GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER	2018_1194	F	08/03/2019	EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LAINTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DEHIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICADE DERMATOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA DIGESTIVO	PARDILLOS TOME ANA	2016_0987	F	06/02/2018	ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA	PEÑA GONZALEZ ELENA	2018_0611	F	15/02/2019	PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		DIGESTIVO					MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN	2018_0888	S1	12/02/2019	EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2018_1152	F	15/02/2019	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BANDRES NIVELA MARIA OROSIA	2018_1152	F	05/03/2019	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA FARMACIA HOSPITALARIA	MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA	2018_0722	F	12/02/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA FARMACIA HOSPITALARIA	MONCIN TORRES CARLOS ANGEL	2018_0859	S1	23/02/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA HOSPITALIZACION A DOMICILIO	SOLIS PASTOR ESTHER	2018_1181	F	22/02/2019	IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA DEL TRABAJO	NIEVAS MARCO MARIA PILAR	2018_1089	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTENSIVA	GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA	2016_0417	S1	15/02/2018	INSERCION ECOGUIADA DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCION PERIFERICA POR PERSONAL DE ENFERMERIA DE UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTENSIVA	TIRADO ANGLES GABRIEL	2016_1740	S1	13/02/2018	SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTENSIVA	TIRADO ANGLES GABRIEL	2018_0983	F	11/03/2019	PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	PASAMAR MILLAN BEATRIZ	2016_0632	F	14/02/2018	MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	SEVIL PURAS MARIA	2016_0677	F	05/03/2018	INCORPORACION DEL “BRIEFING DE SEGURIDAD” EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	MATIA SANZ MARTA TERESA	2016_0813	F	15/02/2018	ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	DIEZ MASSO FABIOLA PILAR	2018_1010	F	13/03/2019	ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER	2018_1096	F	17/02/2019	VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	SANCHEZ VICENTE YOLANDA	2018_1135	F	27/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	SEVIL PURAS MARIA	2018_1142	F	20/02/2019	INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	MARTINEZ ASENSIO SUSANA	2018_1184	F	26/02/2019	FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	CABALLERO ASENSIO RUTH	2018_1201	F	11/02/2019	HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	BERNAD USON MARIA ANTONIA	2016_0896	F	18/12/2017	IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ASPIROZ SANCHO CARMEN	2016_1733	F	15/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	CABESTRE GARCIA ROBERTO	2016_0737	S1	16/02/2018	ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	PEREZ GIMENEZ LAURA	2016_1470	F	22/02/2018	PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL	2016_1471	S1	19/02/2018	PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL	2016_1475	S1	08/03/2018	PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	EGEA GONZALEZ RAQUEL	2018_0390	S1	04/03/2019	PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	JIMENEZ MILLAN VANESA	2018_0395	F	10/03/2019	TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGIA	BOLDOVA LOSCERTALES ANA	2018_0851	S1	28/02/2019	PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE LA EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	PEREZ TRULLEN JOSE MARIA	2016_0344	S1	16/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA, NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	RIOS GOMEZ CONSUELO	2016_0995	F	22/02/2018	MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	LATORRE JIMENEZ ANA	2018_0615	F	11/01/2019	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	LATORRE JIMENEZ ANA	2018_0615	F	28/01/2019	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	LATORRE JIMENEZ ANA	2018_0615	F	28/02/2019	ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2018_0616	F	11/01/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2018_0616	F	28/01/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGIA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2018_0616	F	28/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OFTALMOLOGIA	HERNANDEZ VIAN RUBEN	2018_1164	F	25/02/2019	OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	NAYA GALVEZ MARIA JOSE	2016_1785	S3	22/02/2018	PROTOCOLO DE EVALUACION Y CONTROL DEL PACIENTE CON PRESBIACUSIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERO EGEA ANA	2018_0322	S1	25/02/2019	INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	NAYA GALVEZ MARIA JOSE	2018_0523	F	25/02/2019	ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERO EGEA ANA	2018_0779	F	22/02/2019	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA OTORRINOLARINGOLOGIA	LABARTA VIÑALES CARMEN	2018_0855	S1	28/02/2019	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PEDIATRIA	CASTAN LARRAZ BEATRIZ	2016_0521	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA FARMACOTERAPIA EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS. OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	SERRANO LAZARO ROGELIO	2016_0526	F	22/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2016_1012	S1	11/02/2018	CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA PSIQUIATRIA	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2018_0471	S1	24/02/2019	PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA QUIROFANOS	CANO LAZARO RAQUEL	2018_1066	F	26/02/2019	ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA RADIODIAGNOSTICO	GIMENEZ CEPERO FERNANDO JAVIER	2016_0443	S1	16/02/2018	ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA REUMATOLOGIA	GINER SERRET EMILIO	2018_0747	S2	11/03/2019	UNIDAD DE UVEITIS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UCI	ROMAN BUENO MARIA LUISA	2018_1220	F	24/02/2019	GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	RAMOS D'ANGELO FERNANDO	2018_1014	S1	14/03/2019	ATENCION A TIEMPO A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA	CHENLO TOUCEDA SILVIA	2018_1218	S1	06/03/2019	DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	ALDEA MOLINA ELISA	2013_0151	F	21/06/2018	AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	ALDEA MOLINA ELISA	2015_0121	F	20/06/2018	REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	ESCRICHE ROS ROCIO	2016_0070	S1	22/02/2018	AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	BAGUENA GARCIA ALICIA	2016_0078	S1	22/02/2018	OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO
Z1	HOSP	H ROYO VILLANOVA UROLOGIA	RIHUETE CARO ELVIRA	2016_0544	F	15/02/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AMB	H MIGUEL SERVET	SANZ SANZ HELENA	2016_1080	F	12/02/2018	MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑANIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	RUBIO GUTIERREZ ISABEL	2016_0323	F	20/11/2017	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA	2016_0453	F	12/01/2018	PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	NAVERAN TOÑA KARLOS	2016_1237	S1	19/01/2018	SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CAIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2105/2016)
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA	2018_0335	F	22/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE	PARDOS GARCIA ROSA ANA	2018_0498	F	26/02/2019	CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	CALVO VERA JOSE JUAN	2016_1468	F	19/01/2018	TALLER DE LAVADO DE MANOS ENCENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CASABLANCA	SALVADOR DEL VAL MARIA CARMEN	2018_0944	S1	14/03/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS CASABLANCA
Z2	AP	CS CASABLANCA	GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA	2018_0961	F	25/02/2019	INCOPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ARA MARTIN GEMA	2016_0666	F	14/02/2018	CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	ISAC ARRONDO MARTA EUGENIA	2016_1270	S1	16/02/2018	TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GOMEZ PELIGROS ANTONIO	2016_1609	F	25/02/2019	PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GOMEZ PELIGROS ANTONIO	2016_1609	F	14/02/2018	PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO	GUTIERREZ BLASCO JAVIER	2018_0810	F	04/03/2019	VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	HERRAIZ GASTESI GONZALO	2015_0686	F	11/07/2016	EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA	2016_0332	S1	15/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS,ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	MAHULEA LILIANA	2016_0630	F	11/02/2018	OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS,MALETINES CON MEDICACIONE INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO	BOLEA GORBEA CARLOS	2018_0814	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2016_0071	S1	05/02/2018	USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2018_1350	S1	28/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)	NAVARRO AZNAREZ GLORIA	2018_1350	S1	28/02/2019	POYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	COMPAIRED ARAGÜES VICENTE	2016_1289	S1	15/02/2018	REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR 1ARIA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)	PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA	2016_1382	S1	08/03/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	VICENTE ALDEA MARIA TERESA	2016_0038	F	12/02/2018	DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOSDE EVOLUCION

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	ROMEO GUTIERREZ AGUSTIN	2016_0247	F	09/02/2018	DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTASMEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN ELCENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	GRIMAL ALIACAR FERNANDO	2016_0380	S1	11/01/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUINY MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCIONEN EL EAP LA ALMOZARA 2017
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	PUEYO SALAVERA CLARA MARIA	2016_0570	F	08/02/2018	UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	MURO CULEBRAS MARIA	2018_0307	F	05/03/2019	RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	CAÑADA MILLAN JOSE LUIS	2018_0436	S2	15/03/2019	DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN LA POBLACION MAYOR
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	TOMEO MUÑOZ RUTH	2018_0453	F	22/02/2019	CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	VICENTE ALDEA MARIA TERESA	2018_0877	F	24/02/2019	IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA	BONA GARCIA JAIME	2018_0891	F	13/02/2019	FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	MARTES LOPEZ CARMEN	2016_0013	F	15/01/2018	NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2016_0437	S1	07/02/2018	OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2016_0437	F	03/02/2019	OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	ARMALE CASADO MARIA JOSE	2016_0451	F	05/02/2018	OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	RODRIGUEZ POLA TAMARA	2016_0991	F	15/01/2018	PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2016_1301	F	16/01/2018	LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	MUSEROS SOS DOLORES	2018_0058	F	25/02/2019	BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA	2018_0610	S1	28/01/2019	FORMACION A PACIENTE ACTIVO EN DIABETES
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	ANDRES AGORRETA PATRICIA	2018_0687	F	29/01/2019	MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	FRAILE MUÑOZ ALBA	2018_0702	S0	26/02/2019	ANDARINAS Y FUENTES NORTE
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE	GARCIA ROY AFRICA	2018_0830	F	24/02/2019	REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES	CHUECA RODRIGUEZ CARMEN	2016_0512	S1	22/02/2018	GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS REBOLERIA ADMISION Y DOCUMENTACION	CUBERO PABLO MANUEL	2018_0634	S1	19/02/2019	INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSING DELA FUNDACION ELTRANVIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN	2016_1361	F	01/02/2018	REVISION Y ACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS DEL C. S. REBOLERIA
Z2	AP	CS REBOLERIA	ROMERO FERNANDEZ LAURA	2016_1423	S1	09/02/2018	MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO
Z2	AP	CS REBOLERIA	ROMERO FERNANDEZ LAURA	2016_1423	S2	18/02/2019	PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)
Z2	AP	CS REBOLERIA	MUÑOZ MERCADO ANGELA	2018_0624	S1	14/02/2019	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD
Z2	AP	CS REBOLERIA SALUD BUCODENTAL	RODRIGUEZ GARCIA ANASTASIA FELISA	2018_1479	F	24/02/2019	PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	ACHA AIBAR CARMEN	2016_1126	S1	08/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	ACHA AIBAR CARMEN	2016_1126	F	13/03/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	SAZ GONZAGA ANGEL	2018_0768	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO)	SANZ RUBIO CONCEPCION	2018_1569	S1	04/04/2019	LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORAO MERCEDES	2016_0315	F	30/01/2018	EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORAO MARIA LUISA	2016_1400	S1	30/01/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	GOMEZ BORAO MERCEDES	2018_0550	F	15/02/2019	LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	15/01/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	15/01/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	12/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	15/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	20/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	ANGUAS GRACIA ANA	2018_0598	F	26/02/2019	APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	PALACIO LAPUENTE JESUS	2018_0724	F	13/02/2019	PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	15/01/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	15/01/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	15/02/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	20/02/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2018_1553	F	26/02/2019	PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA	2016_0393	S1	30/01/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	AREVALO DE MIGUEL ELISA	2016_1316	F	25/05/2018	TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	S1	29/12/2017	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	F	20/02/2019	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	FERRERAS GASCO DOMINGO ANTONIO	2018_0600	F	27/02/2019	BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO	ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA	2018_1342	F	22/02/2019	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II
Z2	AP	CS SAN JOSE CENTRO PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	LALANA JOSA MARIA PILAR	2018_1304	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL	2018_0194	S1	13/02/2019	TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA	2016_0396	S1	01/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA	2016_0396	F	25/02/2019	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE	FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA	2016_1571	F	02/01/2019	TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE SALUD BUCODENTAL	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2018_0009	F	10/01/2019	PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE SALUD BUCODENTAL	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2018_0009	F	30/01/2019	PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE TRABAJO SOCIAL	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	2016_0068	S1	23/01/2018	TALLLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE TRABAJO SOCIAL	BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD	2018_0012	F	14/02/2019	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL	VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA	2016_0055	S1	12/01/2018	CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA
Z2	AP	CS SAN JOSE NORTE UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL	QUIRCE SANCHEZ SUSANA	2016_0056	S1	11/01/2018	PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	GARCES ROMERO CARMEN	2016_1104	F	04/04/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ALBERO MARCEN LAURA	2016_1492	S1	09/03/2018	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ALBERO MARCEN LAURA	2016_1492	F	13/03/2019	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	ARRIETA HIGUERAS ELENA	2018_1143	F	13/03/2019	HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	LOPEZ ESTEBAN PILAR	2018_1234	F	04/03/2019	INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR	SAMPEDRO FELIU ALFONSO	2018_1249	S1	13/03/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C. S. SAN JOSE SUR
Z2	AP	CS SAN PABLO	VALVERDE ARANDA SELMA	2016_0778	F	15/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA	2016_0860	S1	16/02/2018	GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	NUIN CONS ELENA	2016_1075	F	16/02/2018	ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO
Z2	AP	CS SAN PABLO	GONZALO PEÑA JORGE	2016_1486	F	08/03/2019	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z2	AP	CS SAN PABLO	MACIPE COSTA ROSA MARIA	2016_1567	S1	26/01/2018	CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD
Z2	AP	CS SAN PABLO	ESCARTIN LASIERRA PATRICIA	2016_1567	F	27/02/2019	CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD
Z2	AP	CS SAN PABLO	MAZA INVERNON ANA CRISTINA	2018_0771	F	25/02/2019	MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS
Z2	AP	CS SAN PABLO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SAGASTE ROMEO TERESA	2018_0427	F	13/02/2019	GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA
Z2	AP	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2016_0320	S1	07/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MARTIN BUIL MARIA DEL MAR	2016_0320	S3	25/02/2019	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	AP	CS SASTAGO	LOPEZ MIRANDA SOFIA	2016_1074	S1	08/02/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	LOPEZ MIRANDA SOFIA	2016_1074	S2	23/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	TERUEL MAICAS ALICIA	2016_1551	S1	16/02/2018	COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO
Z2	AP	CS SASTAGO	ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER	2016_1551	S3	05/03/2019	COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2016_1566	S1	16/02/2018	ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2016_1566	F	05/03/2019	ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO	MONREAL ALIAGA ISABEL	2018_1277	F	25/02/2019	INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	LASARTE VELILLAS JUAN JOSE	2014_0387	S1	18/08/2016	CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	LASARTE VELILLAS JUAN JOSE	2016_0024	S2	08/02/2018	CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	RUIZ BARRANCO JESUS	2016_0409	S2	02/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	PEÑA GALO EDGAR	2016_1427	F	07/02/2018	SALVA CORAZONES
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	GARCIA LANZON CELESTE	2018_0962	S1	25/02/2019	PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	APARICIO JUEZ SARAY	2018_1091	F	11/02/2019	REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA	PEÑA GALO EDGAR	2018_1352	S1	27/02/2019	ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DEVIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE	2016_1564	S1	31/01/2018	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VALTUEÑA CAMACHO MARTA	2016_1583	S2	15/02/2018	CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	MARCO IBAÑEZ ALMUDENA	2018_0158	S1	26/02/2019	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA	2018_0709	S1	25/02/2019	PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ	VILLAR SEBASTIAN VICENTE	2018_0818	F	07/03/2019	INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2016_0459	F	15/02/2018	MANTENIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	BELTRAN GARCIA SARA	2016_1299	F	09/02/2018	MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	JIMENEZ PEREZ EVA	2016_1323	S1	14/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DEVALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	BELTRAN GARCIA SARA	2018_0363	F	30/01/2019	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO	2018_0718	S1	25/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL	2018_0739	F	06/02/2019	PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA	GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL	2018_0739	F	26/02/2019	PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	JIMENEZ PEREZ EVA	2016_1323	S2	24/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA
Z2	AP	CS VENECIA	ISLA COBETA JORGE	2016_1409	S1	02/03/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE CANAL IMPERIAL VENECIA 2017
Z2	AP	CS VENECIA	ISLA COBETA JORGE	2016_1412	S1	25/05/2018	JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA DIANAZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA
Z2	AP	CS VENECIA	NUÑEZ ALONSO ESTHER	2016_1412	S1	19/01/2018	JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA
Z2	AP	CS VENECIA	BURILLO MATEO RAQUEL	2016_1486	S1	02/03/2018	GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							CRIANZA
Z2	AP	CS VENECIA	BURILLO MATEO RAQUEL	2018_0949	F	27/02/2019	INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	TOBAJAS SEÑOR EVA	2016_0220	F	23/02/2018	ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	AZNAR CARBONELL ANGEL	2016_1534	F	16/02/2018	MEJORA DE REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL AGUERDO DE GESTION
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PALACIN ARBUES JUAN CARLOS	2016_1538	F	12/01/2018	AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR	2016_1552	F	15/02/2018	NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	ALONSO SANCHEZ MARTA	2016_1719	S1	12/03/2018	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PALACIN ARBUES JUAN CARLOS	2016_1719	F	15/03/2019	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	LAFITA MAINZ SERGIO	2018_0052	S1	15/03/2019	CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PASCUAL GUTIERREZ FLOR	2018_0084	S1	13/02/2019	PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	LAIN MIRANDA MARIA ELENA	2018_0793	F	14/03/2019	MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2	PINA GADEA BELEN	2018_1034	F	12/03/2019	PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 CLIENTES	MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE	2018_0691	F	15/02/2019	PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 CLIENTES	DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS	2018_0738	S1	13/03/2019	GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS	2016_1545	F	08/02/2018	MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA	MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE	2016_1598	F	02/02/2018	MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	PINA GADEA MARIA BELEN	2016_0308	F	12/01/2018	REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA	2016_1539	F	12/01/2018	ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	LABARTA MANCHO CARMEN	2018_1326	F	15/03/2019	INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 INFORMATICA	MARTINEZ DEL AMO FRANCISCO JOSE	2016_1591	F	10/01/2018	MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LADIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 INFORMATICA	NOSTI ESCANILLA JESUS	2018_0581	F	15/03/2019	REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUEHAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE
Z2	HOSP	CSS SAN JUAN DE DIOS FARMACIA HOSPITALARIA	SASTRE HERES ALEJANDRO JOSE	2015_0479	F	28/07/2016	ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)
Z2	HOSP	CSS SAN JUAN DE DIOS GERIATRIA	PALMERO PEREZ FRANCISCA	2015_0197	F	10/08/2016	ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA GERIATRIA	PERPIÑAN SANCHEZ LAURA	2018_1117	S2	14/03/2019	ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA NEUMOLOGIA	ANORO ABENOZA LAURA	2016_0141	S1	22/02/2018	IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA
Z2	HOSP	H GENERAL DE LA DEFENSA NEUMOLOGIA	GOMEZ GONZALEZ CRISTINA	2016_0440	S1	22/02/2018	IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ADMISION Y DOCUMENTACION	MORELLI BENITEZ JUANA MARIA	2016_0605	F	21/02/2018	CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANATOMIA PATOLOGICA	ALVAREZ ALEGRET RAMIRO	2016_1293	S1	25/02/2018	INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANTOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANATOMIA PATOLOGICA	ALVAREZ ALEGRET RAMIRO	2016_1293	S2	15/03/2019	INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANTOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANATOMIA PATOLOGICA	ROCHE LATASA ANA BELEN	2016_1588	S1	20/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF) EN EL Sº DE ANATOMIA PATOLOGICA POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	HERRANZ ANDRES MARIA PILAR	2016_0058	F	17/02/2019	MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	HERRANZ ANDRES MARIA PILAR	2016_0058	F	16/01/2018	MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	VALLES TORRES JORGE	2016_0097	F	01/02/2018	OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ NUEZ SILVIA	2016_0268	F	06/02/2018	REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RODRIGUEZ CALVO CORAL	2016_0280	S1	31/01/2018	ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RODRIGUEZ CALVO CORAL	2016_0280	F	27/02/2019	REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PEÑA DE BUEN NATALIA	2016_0392	S1	23/01/2018	MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CARBONELL BERNAL ROBERTO	2016_0425	S1	02/02/2018	MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	2016_0522	F	20/02/2018	ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA	2016_0624	F	22/02/2018	BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANJUAN VILLARREAL ALBERTO	2016_0865	F	19/02/2018	CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2016_1008	F	18/01/2019	IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION	2016_1008	F	07/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PORTERO LLORO LUIS PEDRO	2016_1028	S1	20/02/2018	INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ ANDRES ARMANDO	2016_1032	S1	20/02/2018	REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO	2016_1389	S1	14/02/2019	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO	2016_1389	S1	31/01/2018	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	ASENSIO PARIS ANA	2016_1391	S1	08/02/2018	OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2016_1393	S1	13/02/2019	ACTUALIZACIONY OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2016_1393	S1	15/02/2018	NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	LAGLERA TREBOL SALVADOR	2018_0845	S1	13/02/2019	PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO. IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA	2018_0858	S1	18/02/2019	PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	GALLEGO LIGORIT LUCIA	2018_0873	S1	04/02/2019	SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO	2018_0900	S1	26/02/2019	PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACION	MARTIN ESCUIN SOLEDAD	2018_1364	S1	05/03/2019	USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO	2016_1272	S1	15/02/2018	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	SOGUERO VALENCIA IRENE	2016_1273	S1	16/02/2018	PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA	2018_1250	S2	04/02/2019	MEMORIA DEL PROYECTO: MEJORA DE LA INFORMACION, ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	HERRANDO MEDRANO MONICA	2018_1281	S1	12/02/2019	MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	SANCHEZ PARRILLA MARCELINO	2016_1031	S1	11/02/2018	SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	GRACIA MATILLA ROSA	2016_1036	F	10/02/2018	MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	2016_1038	S1	03/02/2018	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	2016_1076	S1	16/02/2018	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	BANCALERO FLORES JOSE LUIS	2018_0255	S1	21/02/2019	IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	LARREA ORTIZ-QUINTANA MARIA DEL MAR	2018_0258	S1	12/03/2019	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	RELLO VARAS LUIS	2018_1306	F	15/03/2019	REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA CLINICA	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	2016_1076	F	27/02/2019	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA CLINICA	GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA	2018_0482	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	JIMENO JIMENEZ NOELIA	2016_0025	S1	28/01/2018	PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	QUILEZ FRAJ ELISA	2016_0306	F	09/02/2018	MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	LUIS LOBERA SARA	2016_0355	F	09/02/2018	DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO	2016_0356	F	06/02/2018	HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2016_0357	F	20/02/2018	LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2016_0357	F	15/03/2019	LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	QUILEZ FRAJ ELISA	2018_0543	F	30/01/2019	MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO	2018_1278	F	05/03/2019	EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR	2018_1279	F	11/03/2019	INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO	BUISAN FRANCO MARIA CARMEN	2018_1502	F	14/03/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2016_0263	S1	23/01/2018	VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL"APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL" (AEP)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	CALVO GALIANO NAIARA	2016_0405	S1	20/02/2018	CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MORENO ESTEBAN EVA	2016_0438	F	22/02/2018	DIGITALIZACIONDE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PEDRERA ROMAN VICTORIA	2016_0492	F	14/02/2018	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LOPEZ SANGÜESA DANIEL	2016_0546	F	14/02/2018	PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MARTINEZ SIMON MARIA ESTER	2016_0566	S1	13/02/2018	PROTOCOLIZACON DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DEDESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LAUNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER	2016_0668	F	19/02/2018	INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	DE CASAS HERRANDO NATALIA	2016_0940	S1	28/03/2018	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFEMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MACIAS MARIN LAURA	2016_0945	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE	2016_1042	F	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MARCEN MIRAVETE ANA	2018_0151	S1	04/02/2019	MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS	2018_0780	S1	20/01/2019	FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTUEY MARIA	2018_0885	S1	30/01/2019	INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTUEY MARIA	2018_0885	S2	23/02/2019	INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	LASALA ALASTUEY MARIA	2018_0885	F	24/02/2019	INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	ORTAS NADAL ROSARIO	2018_1208	S2	25/02/2019	PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		CARDIOLOGIA					
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	BERGUA MARTINEZ CLARA	2018_1274	F	14/03/2019	PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MIÑANO OYARZABAL ANTONIO	2018_1313	S1	25/01/2019	PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGIA	MIÑANO OYARZABAL ANTONIO	2018_1313	S1	14/03/2019	PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA CARDIOVASCULAR	MATAMALA ADELL MARTA	2016_1494	F	16/02/2018	OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA CARDIOVASCULAR	FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS	2018_1231	S0	25/02/2019	PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V.PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION	2016_0387	F	15/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MODREGO IRANZO DIANA	2016_0594	S1	15/02/2018	EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	DUQUE MALLEN MARIA VICTORIA	2018_1167	F	28/12/2018	TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SERRADILLA MARTIN MARIO	2018_1284	S1	18/02/2019	GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2016_1729	F	26/04/2018	COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA	2016_1730	F	26/04/2018	ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2018_1392	S1	11/02/2019	HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER	2018_1393	S1	11/02/2019	CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSITCO RAPIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	S1	09/05/2018	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	CARBONEL BUENO IGNACIO	2016_0026	S2	11/02/2019	AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MATEO AGUDO JESUS JOSE	2016_0181	F	13/01/2018	VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI	2016_0236	S1	18/01/2018	PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2016_0483	F	23/03/2018	CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2016_0483	F	25/02/2019	CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2016_0787	F	25/02/2019	AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEÑA JIMENEZ DIEGO	2016_0787	F	13/02/2018	AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MARTIN MARTINEZ ADRIAN	2016_0788	S1	13/02/2018	MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	CABALLERO BURBANO	2016_0805	S1	19/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MARIA JESUS				
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MARTIN HERNANDEZ CARLOS	2016_1401	F	19/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	AGUILAR EZQUERRA ANDRES	2018_0871	S0	13/03/2019	ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER	2018_1100	S1	28/02/2019	OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER	2018_1102	S1	28/02/2019	DISMINUCION DEL NUMERO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES ANCIANOS CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BUISAN FRANCO MARIA CARMEN	2018_1502	F	18/03/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA,CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	FERNANDEZ ATUAN RAFAEL	2018_0239	S1	08/02/2019	FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	CORONA BELLOSTAS CAROLINA	2018_0569	S1	19/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES	2018_0789	S1	20/02/2019	EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	YUSTE BENAVENTE VALENTIN	2016_0485	S1	07/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2016_1440	S1	19/02/2018	CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2016_1440	S2	26/02/2019	CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	YUSTE BENAVENTE VALENTIN	2018_0803	S1	13/02/2019	UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	POLO BERNE RAQUEL	2016_1350	S1	20/02/2018	ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET CIRUGIA TORACICA	BLANCO MANZANO NELIDA	2016_1365	S1	20/02/2018	VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET COMISION DE DOCENCIA	BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL	2018_1047	F	04/02/2019	CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UUDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II-DOCENCIA POSTGRADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	ZUBIRI ARA MARIA LUISA	2016_1790	S1	23/03/2018	TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	MORALES CALLAGHAN ANA MARIA	2018_1264	F	21/02/2019	PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGIA	GILABERTE CALZADA YOLANDA	2018_1290	F	25/02/2019	IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIETETICA Y NUTRICION	DE TORRES AURED MARIA LOURDES	2016_1134	S1	12/02/2018	FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BUENO CAPAPE ELIA	2016_0172	S1	16/02/2018	FORMACION EN EL RECAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA PARA ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	LAZARO RIOS MARIA	2016_0257	F	09/02/2018	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	FRAGO LARRAMONA SANTIAGO	2016_0259	F	13/02/2018	ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	LUZON SOLANAS LARA	2016_0260	F	23/01/2018	INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	SIERRA MOROS EVA MARIA	2016_0287	S1	25/02/2018	IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	CORSINO ROCHE PILAR	2016_0833	S1	19/02/2018	INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	VICENTE LIDON RAQUEL	2016_0842	S1	20/02/2018	CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	VICENTE LIDON RAQUEL	2016_0842	S2	24/01/2019	CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL	2016_0866	S1	20/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	BAJADOR ANDREU EDUARDO	2018_1219	F	12/03/2019	ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	SANCHEZ CUCALON SUSANA	2018_1266	S1	14/03/2019	PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON	2018_0120	S1	17/01/2019	GESTION CLINICA DEL RAQUIS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA	2018_0131	F	21/12/2018	PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET DIRECCION	PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON	2018_0135	S1	20/01/2019	RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	LAIN MERCADAL JUAN	2016_0852	F	21/02/2018	MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTODE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	SANZ PARIS ALEJANDRO	2016_1405	S1	24/03/2018	VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ACHA PEREZ JAVIER	2016_1410	F	21/02/2018	PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ACHA PEREZ JAVIER	2018_1211	F	08/02/2019	ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	NAVARRO AZNAREZ HERMINIA	2016_0625	F	15/02/2018	MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	CASAJUS LAGRANJA PILAR	2016_0943	F	09/02/2018	MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	2016_0969	S1	07/02/2018	MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE	2016_1005	F	16/02/2018	AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	ABAD SAZATORNIL MARIA REYES	2016_1057	F	16/02/2018	AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICAASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	PALOMO PALOMO PABLO	2016_1083	F	07/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL	2016_1083	F	15/03/2019	MATENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	LARRODE LECIÑENA ITZIAR	2016_1615	S1	16/02/2018	PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	NAVARRO AZNAREZ HERMINIA	2018_1491	S1	14/03/2019	MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET FARMACIA HOSPITALARIA	MERCHANTE ANDREU MIRIAM	2018_1551	S1	19/02/2019	MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES	2016_0527	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2016_0946	S1	16/02/2018	VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2016_1284	S1	16/02/2018	ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	ESTEBAN GIMENO ANA BELEN	2016_1287	S1	15/02/2018	COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2018_1118	S1	12/03/2019	FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RUIZ MARISCAL MARTA	2018_1192	S2	26/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL	2018_1202	S2	26/02/2019	ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET GERIATRIA	DE VAL LAFAJA ALODIA	2018_1267	S1	23/02/2019	ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	DE RUEDA CILLER BEATRIZ	2016_0123	S1	15/02/2018	PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA	2016_0128	S1	12/02/2018	PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR	2016_0535	F	12/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	IBORRA MUÑOZ ANA	2016_0779	S1	12/02/2018	MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN ELSISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOSNUEVOS AUTOANALIZADORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SALVADOR OSUNA CARLOS	2016_0859	S1	16/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PARRA SALINAS INGRID	2016_1002	S1	14/02/2018	MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR	2018_1295	S1	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	CALVO VILLAS JOSE MANUEL	2018_1378	F	26/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET HOSTELERIA	PEREZ SALILLAS MARIA	2016_0060	S1	20/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET INFORMATICA	LOPEZ MERCADER ANTONIO	2016_0002	F	07/02/2018	INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA DEL TRABAJO	DUEÑAS JOLLARD SANDRA	2016_1457	F	19/02/2018	VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN EL SERVICIO DE MICRO BIOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA DEL TRABAJO	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2018_1442	S1	26/02/2019	HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES.DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL	2016_0020	S1	12/01/2018	EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	KLIMENKO KLIMENKO ANTONINA	2016_0446	F	16/02/2018	JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	TEJADA ARTIGAS ANTONIO	2016_0985	S1	07/05/2018	MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	RUIZ AGUILAR ANTONIO LUIS	2016_0997	F	22/02/2018	NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO	2016_1305	F	21/01/2018	PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	LOMBARTE ESPINOSA EVELYN	2016_1307	F	21/01/2018	UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	GURPEGUI PUENTE MARTA	2018_0458	S2	06/03/2019	PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTENSIVA	LOMBARTE ESPINOSA EVELYN	2018_0459	S2	06/03/2019	PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA	2016_0976	S1	18/02/2018	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA	2016_0976	S2	15/03/2019	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	BIELSA MASDEU ANA MARIA	2016_1006	S1	16/04/2018	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	FIGUERAS VILLALBA PILAR	2018_1172	S1	15/02/2019	OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	ARAZO GARCES PIEDAD	2018_1261	F	26/02/2019	OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	DE LA CUEVA BARRAO LETICIA	2016_0552	F	14/01/2018	INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	ABOS OLIVARES MARIA DOLORES	2018_1027	S1	08/02/2019	NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS	2016_0891	S1	22/02/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL	2016_0904	S1	15/02/2018	PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL	2016_0904	F	18/01/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	2016_0283	F	23/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SAHAGUN PAREJA JUAN	2016_0322	F	19/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITALUNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ROC ALFARO MARIA LOURDES	2016_0351	F	19/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LOPEZ GOMEZ CONCEPCION	2016_0384	F	09/02/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	FERRER CERON ISABEL	2016_0468	F	08/02/2018	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA	2016_0507	F	13/02/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCIONBRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). SERVICIO MICROBIOLOGIA. HUMS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VIÑUELAS BAYON JESUS	2016_0509	F	23/01/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MARTIN SACO GLORIA	2016_0563	F	19/01/2018	ASESORAMIENTO MICROBIOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	PALACIAN RUIZ MARIA PILAR	2016_0572	S1	17/01/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	REZUSTA LOPEZ ANTONIO	2016_0603	F	12/02/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	REVILLO PINILLA MARIA JOSE	2016_0685	F	14/02/2018	AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VILLUENDAS USON MARIA CRUZ	2016_0751	F	04/02/2018	MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA	2016_0761	F	15/02/2018	ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLOGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO YMEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL	2016_0889	F	19/01/2018	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL	2018_1045	F	11/03/2019	MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMAISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2018_1160	F	08/03/2019	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2018_1160	F	12/03/2019	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN ELSERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA	2016_0540	F	14/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	FERRER LOPEZ EMILIA	2016_0560	S1	15/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	GUTIERREZ DALMAU ALEX	2016_1211	S1	21/02/2018	PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEFROLOGIA	SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH ALBERTO	2016_1416	S1	20/02/2018	PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VERA SOLSONA ELISABET	2016_0221	F	02/03/2018	OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MARTIN CARPI MARIA TERESA	2016_0262	F	21/02/2018	POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GOMARA DE LA CAL SARA	2016_0298	F	22/02/2018	EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICOINFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA YNEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VIÑADO MAÑES CLARA MARIA	2016_0333	F	21/02/2018	EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	FONDEVILA MONGE JUSTA	2016_0347	S1	13/02/2018	PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	HERRERO LABARGA MARIA INES	2016_0501	F	15/02/2018	ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION	2016_0576	F	13/01/2018	PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE DE HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	POLANCO ALONSO DINORA	2016_0618	F	22/03/2018	PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MINCHOLE LAPUENTE ELISA	2018_1233	F	28/02/2019	IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	VERA SOLSONA ELISABET	2018_1265	S2	27/02/2019	PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGIA	MARTIN CARPI TERESA	2018_1270	F	07/03/2019	PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	CASADO PELLEJERO JUAN	2016_0164	S3	11/02/2019	DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	CASADO PELLEJERO JUAN	2016_0164	F	31/01/2018	DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	GONZALEZ GARCIA LAURA	2016_0583	S1	17/01/2018	OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ	2018_1070	S2	02/03/2019	DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA	NOVO GONZALEZ BEATRIZ	2018_1206	S1	26/02/2019	PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	DOLZ ZAERA MARIA ISABEL	2016_0876	F	21/02/2019	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	HADDAD GARAY MARIA	2016_0876	F	15/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	DOLZ ZAERA MARIA ISABEL	2016_0921	F	15/02/2018	UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	HADDAD GARAY MARIA	2018_0487	F	07/02/2019	CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARTAL ROY JORGE	2016_0144	F	02/05/2018	PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	EXPOSITO SANCHEZ CARMEN	2016_0340	F	16/02/2018	EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2016_0391	F	27/02/2018	MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIADEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARA CALLIZO JOSE RAMON	2016_1431	F	27/02/2019	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	SERRANO PONZ MARTA	2016_1431	F	27/02/2018	SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	ARTAL ROY JORGE	2018_1242	F	11/02/2019	OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET NEUROLOGIA	TEJADA MEZA HERBERT	2018_1257	F	04/02/2019	PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BRUN VALVERDE ANA PILAR	2016_0228	F	06/02/2018	ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PEREZ JAVIER	2016_0254	S1	08/02/2018	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	OLIVAN LAMBEA CRISTINA	2016_0272	S1	06/02/2018	REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LACOMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA	2016_0282	S1	23/04/2018	MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETALCON LIMITACIONESIDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIONDE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA	2016_0282	S1	26/01/2018	MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CONLIMITACIONES IDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DEPICTOGRAMAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MAÑAS MARTINEZ MARIA DEL MAR	2016_0345	F	11/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SAZ SIMON LAURA	2016_0376	S1	04/02/2018	PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ROYO VIÑADO MARIA JESUS	2016_0419	S1	01/02/2018	PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARNAL GARCIA MARTA	2016_0419	S2	19/04/2018	PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS	2016_0433	F	16/02/2018	PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DEALTORIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ANDRES OROS MARIA PILAR	2016_0445	F	16/02/2018	IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GONZALEZ BALLANO ISABEL	2016_0493	F	16/02/2018	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TEJERO CABREJAS EVA LUCIA	2016_0580	F	16/02/2018	ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ LAZARO LAURA	2016_0664	F	16/02/2018	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	VIÑERTA SERRANO ESTHER	2016_0703	S1	04/05/2017	MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	AGUSTIN OLIVA ANDREA	2016_0715	F	16/02/2018	AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ADIEGO CALVO IGNACIO	2016_0725	F	15/02/2018	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UNPROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	JOSE GUTIERREZ YASMINA	2016_0750	S1	25/01/2018	PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PASCUAL MANCHO JARA	2016_0822	S1	16/02/2018	COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BOLEA TOBAJAS RAUL	2016_0828	S1	16/02/2018	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ LEON MARTA	2016_0836	S1	15/02/2018	ATENCION AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ SUÑER SILVIA	2016_0864	F	16/02/2018	IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2016_0935	S1	20/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ROY RAMOS VIRGINIA	2016_0973	F	16/02/2018	CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	YAGÜE MORENO HORTENSIA	2016_0974	F	13/02/2018	REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA					PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL	2016_0992	S1	12/04/2018	FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGO CONDE CESAR	2016_1021	F	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	VICENTE GOMEZ ISABEL	2016_1022	F	16/02/2018	ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TEBAN PONCE VANESSA	2016_1025	S1	16/02/2018	MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BAQUEDANO MAINAR LAURA	2018_0015	F	12/02/2019	INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DEGINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS YRECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO YSEGUIMIENTO EN CONSULTA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL	2018_0223	F	19/02/2019	CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BORQUE IBAÑEZ AMPARO	2018_0497	S1	01/02/2019	PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUBIO CUESTA PATRICIA	2018_0526	S1	13/03/2019	EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TAJADA CEPERO PILAR DARIA	2018_0762	S2	07/03/2019	OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DIESTE PEREZ ANA MARIA DE LA PEÑA	2018_1011	S2	11/03/2019	ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN	2018_1083	F	18/02/2019	ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	SANCHEZ PEREZ ANTONIO	2016_1406	S1	15/02/2018	PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	ABADIA ALVAREZ BEATRIZ	2016_1407	F	06/02/2018	PROTOCOLO DE ANTIAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DECATARATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	LOPEZ VALVERDE GLORIA	2018_0736	F	07/02/2019	PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OFTALMOLOGIA	BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO	2018_0878	F	14/02/2019	CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ARTAL CORTES ANGEL	2016_0054	S1	03/04/2018	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	JORDAN BENAVENT MARIA JESUS	2016_0256	F	24/01/2018	SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ BUSTO IÑAKI	2016_1429	S1	29/04/2018	IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ANTON TORRES ANTONIO	2016_1430	S1	29/04/2018	UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	2016_0296	S1	19/02/2018	MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR	2016_0327	F	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA	2016_0593	F	15/02/2018	MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPICA	GARCIA GIMENO BLANCA	2016_0633	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	TERRE FALCON RAMON	2016_0824	F	15/02/2018	PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	PEREZ DELGADO LAURA	2016_1268	S1	13/02/2018	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	FERNANDEZ LIESA RAFAEL	2016_1390	F	14/02/2018	INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	FRAILE RODRIGO JESUS JOSE	2016_1392	F	14/02/2018	PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	VICENTE GONZALEZ EUGENIO ANDRES	2016_1395	S1	19/01/2018	CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS REALIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO “AUDIONAUTAS”
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	DE MIGUEL GARCIA FELIX	2016_1396	S1	13/02/2018	APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER	2018_0796	F	18/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONESPOSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	SEVIL NAVARRO JORGE	2018_0811	F	04/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGIA	VICENTE GONZALEZ EUGENIO	2018_0947	F	13/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PALANCA ARIAS DANIEL	2016_0016	F	18/01/2018	TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	AYERZA CASAS ARIADNA	2016_0017	F	12/01/2018	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	LOPEZ RAMON MARTA	2016_0067	F	13/01/2018	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	FERRER LOZANO MARTA	2016_0167	S1	22/02/2018	CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	RITE GRACIA SEGUNDO	2016_0230	F	20/02/2019	CERTIFICACION ISO9001 DE LA UCI NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	RITE GRACIA SEGUNDO	2016_0230	F	07/02/2018	CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	BERENGUEL LOVACO RICHARD	2016_0301	F	12/02/2018	CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO:INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DEENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO	2016_0571	F	12/01/2018	MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADADEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	MONGE GALINDO LORENA	2016_0598	S1	10/02/2018	LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA	2016_0857	S1	20/02/2018	MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ROS ARNAL IGNACIO	2016_0931	S1	13/02/2018	PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PINILLOS PISON RAQUEL	2016_0984	S1	19/02/2018	MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	CAMPOS CALLEJA CARMEN	2016_1020	S1	22/02/2018	MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	2016_1035	F	20/02/2018	MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GARCIA ROMERO RUTH	2016_1343	S1	14/02/2018	MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GARCIA ESCUDERO CRISTINA	2016_1768	S1	06/02/2018	REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GARCIA ESCUDERO CRISTINA	2016_1768	F	20/02/2019	REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ABENIA USON PILAR	2016_1769	S1	05/02/2018	PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ABENIA USON PILAR	2016_1769	F	20/02/2019	PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	TORRES CLAVERAS SONIA	2016_1770	S1	07/02/2018	IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	TORRES CLAVERAS SONIA	2016_1770	F	20/02/2019	IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	2018_1176	S1	11/02/2019	DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	PEÑA SEGURA JOSE LUIS	2018_1356	S1	09/02/2019	DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LASUNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PERSONAL SUBALTERNO	MARTIN PEREZ JESUS	2016_0915	F	20/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTEDETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	MOÑITA BLANCO MARIA ADORACION	2016_0948	S1	19/02/2018	EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2016_1433	S1	19/02/2018	RIESGO CARDIOVASCULAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	CAMPO SANZ MATILDE	2018_1410	S2	30/01/2019	PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	DE JUAN LADRON YOLANDA	2016_0285	F	09/01/2018	MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	MORER BAMBA BARBARA	2016_0497	F	04/02/2018	ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA	2016_0732	F	09/01/2018	MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PASCUAL GARCIA ASUNCION	2016_1436	S1	01/01/2018	ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	GRACIA GARCIA PATRICIA	2016_1449	F	04/01/2018	PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2016_1462	S2	19/04/2018	SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	SOLER GONZALEZ CRISTINA	2016_1462	F	02/01/2019	SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOSADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ POZA ALFONSO	2016_1472	F	09/01/2018	DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS	2016_1483	F	15/02/2018	PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	ASENSIO MANERO CARMEN	2016_1513	F	16/02/2018	CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	DE JUAN LADRON YOLANDA	2018_0136	F	28/01/2019	PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	PEREZ POZA ALFONSO	2018_0153	F	28/01/2019	ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	ASENSIO MANERO CARMEN	2018_0382	F	23/02/2019	PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET PSIQUIATRIA	DOMPER TORNIL JAIME	2018_1111	S1	28/02/2019	SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	MAYAYO SINUES ESTEBAN	2016_0142	F	29/01/2018	EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	CRUZ CIRIA SILVIA	2016_0146	S0	30/01/2019	CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	CRUZ CIRIA SILVIA	2016_0146	S1	22/02/2018	CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	BERNAL LAFUENTE CELIA	2016_0463	S1	23/01/2018	SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	GRIMA GRIMA MARIA JOSE	2016_0539	S1	22/02/2018	ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	ARTAJONA BLANCO JOSE JESUS	2016_0541	S1	21/02/2018	ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	SERAL MORAL PILAR	2016_0591	S2	21/02/2019	CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	SERAL MORAL PILAR	2016_0591	F	22/02/2018	IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIODIAGNOSTICO	MARTIN CUARTERO JOAQUIN	2016_0917	S1	25/01/2018	ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	GANDIA MARTINEZ ALMUDENA	2016_0913	F	22/01/2018	SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	FONT GOMEZ JOSE ANTONIO	2016_1271	S1	21/02/2018	MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIAFISICA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET RADIOFISICA HOSPITALARIA	ALBA ESCORIHUELA VERONICA	2018_0219	S1	06/02/2019	VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	RUEDA GORMEDINO PILAR	2016_0169	F	23/04/2018	IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR	2016_0337	S1	12/03/2018	IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	JARIOD GAUDES RICARDO	2016_0343	F	13/03/2019	ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	JARIOD GAUDES RICARDO	2016_0343	F	22/01/2018	CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	MARTITEGUI JIMENEZ ELENA	2016_0394	S1	08/02/2018	ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	HIDALGO MENDIA BEGOÑA	2016_0573	S1	22/01/2018	ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	TRIS ARA MARIA JOSE	2016_0741	S1	14/02/2018	REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	FERRANDO MARGELI MERCEDES	2016_0869	S1	13/02/2018	CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HUMS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO	2016_0880	F	15/02/2018	DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GIMENO GONZALEZ MARINA	2016_0975	S1	22/02/2018	RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	MORATA CRESPO ANA BELEN	2016_1033	S1	22/02/2018	FASE 3 DE A REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GARCES CARDOS MARIA TERESA	2018_0209	F	25/02/2019	CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	PEZONADA UTRILLA MARIA ELVIRA	2018_0955	S0	28/02/2019	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GARCIA GALAN MARIA JOSE	2018_1496	S1	27/02/2019	ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	VAZQUEZ GALEANO CARLOS	2016_0667	F	20/03/2018	IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL Sº DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2016_1432	S1	15/02/2018	ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2016_1435	S1	14/02/2018	APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLOGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	PECONDON ESPAÑOL ANGELA	2018_0216	F	08/02/2019	ANALISIS CAUNTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2018_0217	F	08/02/2019	DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET TRABAJO SOCIAL	BOROBIO LAZARO ALMUDENA	2016_0702	F	05/02/2018	GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	ROY JIMENEZ MARIA	2016_0043	S1	28/02/2019	ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	ROY JIMENEZ MARIA	2016_0043	F	13/02/2018	UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI	OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL	2018_0148	F	28/01/2019	REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UCI PEDIATRIA	GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO	2016_0261	S1	22/02/2018	IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	SOLANO BERNAD VICTOR	2016_0052	F	12/02/2018	MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA	2018_1387	F	13/03/2019	REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET	GALVEZ ALVAREZ EVA	2016_0858	F	12/02/2018	CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 2

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		UNIDAD DE FORMACION					9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DELSECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	SANMARTIN ALLUE HECTOR	2016_0255	F	30/01/2018	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING	2016_0303	S1	30/01/2018	IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	ESTABEN BOLDOVA VICTORIA	2016_0362	F	10/02/2018	PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA	2016_0368	F	15/02/2018	MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	CUADRA GIMENEZ PILAR	2016_0436	S1	04/02/2018	IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL	2016_0517	F	28/06/2018	MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	HERRER CASTEJON ANA	2016_0643	S1	13/02/2018	ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR	2016_0695	S1	14/02/2018	ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	GROS BAÑERES BELEN	2016_0774	F	19/02/2018	ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	GIMENEZ VALVERDE ANTONIO	2016_0808	F	06/02/2018	RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	LOPEZ LOPEZ FERNANDO	2016_0818	S1	21/03/2018	ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	VAZQUEZ ARIZA JAVIER	2016_1017	F	13/02/2018	TRIAJE PEDIATRICO HOSPITALARIO
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	SANMARTIN ALLUE HECTOR	2018_1570	S1	11/04/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_0675	S1	14/02/2018	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_0675	F	24/02/2019	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	S1	20/02/2018	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	GIL MARTINEZ PEDRO	2016_1243	S2	07/02/2019	CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	BORQUE FERNANDO ANGEL	2016_1260	S1	18/03/2019	MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTION)
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	ESPILEZ ORTIZ RAQUEL	2016_1269	S1	20/03/2018	CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA
Z2	HOSP	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	ESPILEZ ORTIZ RAQUEL	2016_1269	F	19/02/2019	CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AMB	CME INOCENCIO JIMENEZ	TARRAGO GIL ROSA	2016_1064	F	16/02/2018	PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)
Z3	AMB	USM DELICIAS	GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES	2016_0567	S1	20/12/2017	ATENCION GRUPAL EN PACIENTES CON TMG EN EL CSM DELICIAS
Z3	AMB	USM DELICIAS	MORALES ROZAS ANA BELEN	2016_0569	S1	20/12/2017	ELABORACION DE UN REGISTRO DE LA SITUCION LEGAL Y SOCIOLABORAL DE LOS PACIENTES CON TMG EN CSM DELICIAS
Z3	AP	CS ALAGON ADMISION Y DOCUMENTACION	SANAGUSTIN RIAZUELO ALFONSO	2016_1677	F	06/02/2018	DEMANDA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS ALAGON	MAINAR LATORRE MARIA PILAR	2016_1070	F	30/01/2018	OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL REGISTRO OMI. CIERRE DE ORDENES MEDICAS
Z3	AP	CS ALAGON	LUÑO GARCIA BENITO	2016_1340	S1	08/02/2018	CONSEJO DE SALUD.-PROMOCION DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS
Z3	AP	CS ALAGON	ABELLO BLASCO PIEDAD	2016_1386	F	10/01/2019	MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA ADULTOS
Z3	AP	CS ALAGON	MARTINEZ FRAILE PILAR	2016_1542	S1	12/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS ALAGON	HERRERO GIL MARIA ANGELES	2018_0606	F	07/02/2019	SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	CORTES MARINA ROSA	2018_0792	F	13/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS ALAGON	GARISA ROCHA GEMA	2018_0862	F	11/02/2019	ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	MAINAR LATORRE MARIA PILAR	2018_1128	F	24/02/2019	GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON	FRANCO DE LA IGLESIA MARIA PILAR	2018_1199	F	14/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS BOMBARDA ADMISION Y DOCUMENTACION	OÑA RAMOS ANA MARIA	2016_1678	F	09/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS BOMBARDA	RENALES SOLER ISABEL	2016_1625	F	13/01/2018	GESTION DE RIESGOS. MATERIAL SANITARIO SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS BOMBARDA	LOBERA NAVAZ MARIA PILAR	2016_1633	S1	25/01/2018	APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL
Z3	AP	CS BOMBARDA	GUTIERREZ MORENO FELIX	2016_1645	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA
Z3	AP	CS BOMBARDA	MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL	2016_1647	F	23/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA
Z3	AP	CS BOMBARDA	ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL	2016_1654	S1	14/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: RCP BASICA
Z3	AP	CS BOMBARDA	GUTIERREZ MORENO FELIX	2018_0758	F	25/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS BOMBARDA	TORRECILLA CONDE JESUS	2018_0836	F	11/03/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD
Z3	AP	CS BOMBARDA	RENALES SOLER ISABEL	2018_0901	F	22/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO
Z3	AP	CS BOMBARDA	ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL	2018_1130	F	12/03/2019	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS BOMBARDA TRABAJO SOCIAL	PUEYO USON MARIA JOSEFA	2018_0912	F	30/01/2019	DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD BOMBARDA-MONSALUD
Z3	AP	CS BORJA	GAYARRE JORGE RAIMUNDA	2016_1638	F	08/02/2018	GESTION DE RIESGOS:MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS BORJA	GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO	2016_1646	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP BORJA
Z3	AP	CS BORJA	GARIJO BARSELO MERCEDES	2016_1664	S1	11/12/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA
Z3	AP	CS BORJA	ESTEBAN JIMENEZ OSCAR	2016_1664	F	11/05/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA
Z3	AP	CS BORJA	PABLO OCON LUIS DANIEL	2016_1680	F	15/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS BORJA	GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO	2018_1252	F	14/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP DE BORJA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS CARIÑENA	MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL	2016_0370	S1	16/01/2018	ATENCION EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISION DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISION DEL BOTIQUIN DOMICILIARIO
Z3	AP	CS CARIÑENA	LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA	2016_0659	F	14/01/2018	ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE,CUMPLIMIENTO LEY DE PROTECCION DE DATOS,MEJORA EN PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION
Z3	AP	CS CARIÑENA	MINGUEZ MARTIN CRISTINA	2016_1133	F	11/12/2017	MEJORA INTEGRAL EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA
Z3	AP	CS CARIÑENA	REDONDO COLLADO MARIA	2016_1627	F	26/01/2018	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	SANCHO ARIÑO VIRGINIA	2016_1667	S1	26/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS CARIÑENA	ORENSANZ ALAVA AFRICA	2018_0784	F	13/02/2019	AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS CARIÑENA	REDONDO COLLADO MARIA	2018_1174	F	01/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CARIÑENA	MAS SANCHEZ ADORACION	2018_1363	F	23/02/2019	MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS CASETAS ADMISION Y DOCUMENTACION	PENON GIMENO ANA MARIA	2016_1686	S1	17/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS CASETAS	CAMATS FRANCO MARIA CARMEN	2016_1331	S1	29/01/2018	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES	2016_1641	S1	04/12/2017	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS CASETAS	MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA	2016_1648	S1	18/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA	2018_0861	S1	11/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS CASETAS	ANDRES NILSSON ANA KARIN	2018_0979	S1	15/03/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE	2018_0987	S1	26/02/2019	BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	MARCOS CALVO MARIA PILAR	2018_0988	F	10/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS	VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE	2018_0990	S1	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS
Z3	AP	CS CASETAS TRABAJO SOCIAL	SANCHEZ MATEO OLGA	2016_1630	S2	22/01/2018	TALLER PARA CUIDADORES "CUIDAR Y CUIDARSE"
Z3	AP	CS CASETAS TRABAJO SOCIAL	SANCHEZ MATEO OLGA	2018_0678	S2	21/02/2019	"CUIDARTE"
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	DEL CAMPO PASTOR ABELARDO	2016_1631	S1	05/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE ADMISION Y DOCUMENTACION	CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA	2016_1665	F	05/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	GONZALEZ MIR MARIA FE	2016_1302	S1	20/12/2017	EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2016_1617	S1	20/12/2017	ADECUACION EN LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EAP DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	DEL CAMPO PASTOR ABELARDO	2016_1631	F	12/02/2019	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	TORRES ORTEGA ALBA	2016_1640	S1	16/02/2018	GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL	2018_0733	S1	07/02/2019	EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	PINILLA LAFUENTE MARINA	2018_0769	S1	01/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	GIL CORTES MARIA TERESA	2018_0922	F	18/02/2019	COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DNP Y OTROS FACTORES
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	SERRANO ANDRES MARIA PILAR	2018_0929	F	31/01/2019	ELABORACION DE LA AGENDA COMUNITARIA DEL C.S. DELICIAS NORTE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	TORRENTE GARRIDO JOSE IGNACIO	2018_1071	S1	27/02/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE	DUARTE CARCAS ALICIA	2018_1086	S2	28/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA	2016_1362	S1	07/02/2018	EDUCACION MATERNA PRE-PARTO
Z3	AP	CS DELICIAS SUR ADMISION Y DOCUMENTACION	CALLEN POLO JOAQUIN	2016_1662	F	16/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL	2016_0403	S1	14/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GALINDO MORALES GEMA	2016_0430	F	28/12/2017	PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	VAL LECHUZ BELEN	2016_1399	S1	14/02/2018	GRUPO DE LACTANCIA Y CRIANZA EN DELICIAS-SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA MARIA	2016_1415	S1	19/01/2018	PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	AGUIRRE ABADIA NOELIA MARIA	2016_1415	S3	20/02/2019	PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	LACLETA LORENTE ROSA MARIA	2016_1636	S1	19/01/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GONZALEZ RUBIO FRANCISCA	2016_1650	S1	14/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SAINTARIA EAP DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	FUERTES DOMINGUEZ AMPARO	2018_0646	S2	08/02/2019	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	TORRE MAÑAS MARIA LUISA	2018_0670	S1	10/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	GABAS BALLARIN MARIA PILAR	2018_0697	S1	08/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCIONPRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	CORDOBA GARCIA RODRIGO	2018_0805	F	13/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR	LLORENTE FAURO MARIA PILAR	2018_0921	S2	27/02/2019	LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS
Z3	AP	CS DELICIAS SUR FISIOTERAPIA EN AP	GALINDO MORALES GEMA	2018_0720	S2	07/02/2019	PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!“
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS ADMISION Y DOCUMENTACION	GARCIA YESTE MIGUEL	2016_1688	S1	16/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	BLASCO CASTELLO LUCIA CONSUELO	2016_1547	F	28/12/2017	PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	SORINAS DELGADO NOELIA	2016_1622	F	14/02/2018	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR	2016_1705	S1	08/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	CHAMORRO LASALA JOSE ANTONIO	2018_0819	F	15/03/2019	PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	SORINAS DELGADO NOELIA	2018_0820	F	15/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EAP
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA	2018_0985	F	15/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO	2018_1237	F	26/02/2019	AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS	MARES X CAMELIA VALENTINA	2018_1522	F	12/02/2019	ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS EJEA DE LOS CABALLEROS SALUD BUCODENTAL	MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION	2018_1515	F	07/03/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL
Z3	AP	CS EPILA ADMISION Y DOCUMENTACION	GRACIA ANDRES MERCEDES	2016_1691	S1	12/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS EPILA	SANZA PILAS JESUS	2016_1420	S1	29/01/2018	INSTRUCCION DEL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA
Z3	AP	CS EPILA	GRACIA CERVERO ETHEL	2016_1421	S1	26/01/2018	INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS
Z3	AP	CS EPILA	SERRABLO REQUEJO SERGIO	2016_1682	S1	13/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS EPILA	SANCHEZ NUÑEZ JAVIER	2016_1685	S1	15/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS EPILA	LOPEZ ALONSO BEATRIZ	2018_0640	S1	15/03/2019	PROA. PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS EPILA	GRACIA CERVERO ETHEL	2018_0917	F	14/03/2019	EDUCACION PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACION INFANTIL DE EPILA, LA MUELA Y LUMPIAQUE
Z3	AP	CS EPILA	SANZA PILAS JESUS	2018_0924	S1	15/03/2019	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	SANCHEZ NUÑEZ JAVIER	2018_1023	F	15/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA
Z3	AP	CS EPILA	GALAN BURILLO NURIA	2018_1565	F	20/02/2019	GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	AP	CS GALLUR	ESTEBAN JIMENEZ OSCAR	2015_0242	F	20/07/2016	PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2
Z3	AP	CS GALLUR	BERNAL GARCIA ALICIA	2016_0204	F	18/01/2018	REVISION DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 75 AÑOS
Z3	AP	CS GALLUR	CHICOTE ABADIA BEGOÑA	2016_1419	S1	23/01/2018	DIABETES Y COLEGIO
Z3	AP	CS GALLUR	CARCAS ESCALERA MARIA PILAR	2016_1661	F	24/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS GALLUR	LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA	2016_1670	F	26/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	ESPINACH LOSADA ALICIA	2016_1687	F	24/01/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS GALLUR	HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL ENRIQUE	2018_0642	F	20/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	BERNAL GARCIA ALICIA	2018_0874	F	20/02/2019	MEJORA DEL PROCESO DE IC EN C.S GALLUR
Z3	AP	CS GALLUR	SARASA OLANO MARINA	2018_1022	F	26/02/2019	PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI
Z3	AP	CS GALLUR	LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA	2018_1291	F	07/03/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BELLOSO ABAD ANA MARIA	2016_1357	F	15/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. HIGIENE UNA SANA COSTUMBRE EN EL DIA A DIA
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	GORGOJO ITOIZ MARIA PUY	2016_1358	F	16/02/2018	OPTIMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ALCAINE ALEGRE BEATRIZ	2016_1359	F	16/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y NUTRICION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO	2016_1360	F	15/02/2018	RCP PRIMEROS AUXILIOS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	GORGOJO ITOIZ MARIA PUY	2016_1529	F	06/02/2018	TRABAJAR EL CUADRO DE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ALCAINE ALEGRE BEATRIZ	2016_1533	F	06/02/2018	REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	POLO PASCUAL MANUELA	2016_1560	F	15/02/2018	REVISION Y MANTENIMIENTO APARATOS DE SALA DE URGENCIAS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	DUEÑAS AGULLO FRANCISCO	2016_1694	S1	15/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	TOVAR CORREA MARIA JESUS	2016_1694	F	16/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR	2018_0589	F	10/01/2019	PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS	BOIRA CUEVAS MARINA	2018_1358	F	23/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA	2016_0474	F	07/02/2018	LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			BELEN				LA INFANCIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	GARCIA LISON SILVESTRE	2016_0681	S1	14/02/2018	ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DEREVISON Y MANTENIMIENTO
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	MELUS GUTIERREZ ANGEL	2016_0757	S1	12/02/2018	TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL (SEGUNDA PARTE)
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	TIRADO AZNAR MARTA	2016_1531	F	23/01/2018	ATENCION AL TEMPORERO EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DÑA GODINA EN COLABORACION CON LAS ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2016_1540	F	09/02/2018	PASEOS PARA UN CORAZON SANO
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	BLESA RAMIREZ MARIA	2016_1651	F	11/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL EAP LA ALMUNIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	BAYONESTA BRUSELL MARIA JOSE	2016_1684	F	11/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	2016_1700	F	11/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	TIRADO AZNAR MARTA	2018_0813	F	11/03/2019	CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	BLESA RAMIREZ MARIA	2018_0899	F	23/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO	2018_0911	F	13/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DNA GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE	2018_0960	F	04/03/2019	ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA	2018_0999	S2	13/03/2019	TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y /O EMERGENCIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	2018_1444	F	11/03/2019	PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	CARA GRANADOS MARIA YOLANDA	2016_0105	S1	11/01/2018	MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	2016_0673	S1	13/02/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	2016_1572	S1	26/01/2018	ATENCION PLENA: MINDFULNESS Y RELAJACION EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	CASAÑAL QUINTANA GONZALO	2016_1671	F	15/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL	2018_1317	S0	19/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MARCO OLLOQUI MONICA	2018_1324	S1	10/02/2019	PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS	2018_1435	F	28/02/2019	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA	2018_1453	S4	01/03/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	FUNES SABIRON ANA PILAR	2018_1488	F	27/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA	GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES	2018_1564	S0	26/02/2019	HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	FRANCO GARCIA SARAY	2016_1336	F	09/01/2018	R.C.P. EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ISANTA POMAR CARLOS	2016_1672	S1	09/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA,E.A.P. MIRALBUENO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	2016_1695	S1	08/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GIL MOSTEO MARIA JOSE	2016_1701	S1	09/01/2018	GESTION DE RISEGOS MATERIAL SANITARIO, SALA, Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA	2018_0631	S0	22/01/2019	ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	2018_0635	S0	22/01/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	NAVARRO ZAPATA CARMEN	2018_0636	S0	23/01/2019	PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	LOMBAR GIMENO MARIA JOSE	2018_0648	F	24/01/2019	ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	POBES LACRUZ MARIA JESUS	2018_0653	S2	16/01/2019	AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN	2018_0676	S0	22/01/2019	DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	GIL UÑEZ CARMEN	2018_0683	S0	23/01/2019	SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION YMANTENIMIENTO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	ACIN LACASA MARTA	2018_0695	S0	24/01/2019	CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR	2018_0732	F	22/01/2019	MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS	MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO	2018_1325	S1	13/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS OLIVER	OLIVEROS BRIZ TERESA	2016_1306	S1	14/02/2018	RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	LOPEZ GRANADA MANUEL	2016_1320	S1	12/02/2018	PASEOS Y SALUD EN OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	VALIENTE LLORENTE BELEN	2016_1660	S1	21/12/2017	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS OLIVER	RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL	2016_1673	S1	20/12/2017	USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO
Z3	AP	CS OLIVER	ROY PEREZ CARMEN	2018_0815	F	15/03/2019	USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS OLIVER	MIRANDA ANAYA ANA BELEN	2018_0963	S1	16/03/2019	DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN UN CVENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS OLIVER	BELTRAN LACORT FEDERICO	2018_0966	F	15/03/2019	PROYECTO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS
Z3	AP	CS OLIVER	HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION	2018_1090	F	15/03/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	LOPEZ GRANADA MANUEL	2018_1095	S6	15/03/2019	FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
Z3	AP	CS OLIVER	SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO	2018_1153	F	15/03/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER	CAROD BENEDICO ETEL	2018_1156	F	15/03/2019	RECURSOS PARA TU SALUD (PROYECTO DE CONTINUIDAD)
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN	2016_1372	F	24/01/2018	CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA HTTPS://CONSEJOSALUDSADABA.WORDPRESS.COM
Z3	AP	CS SADABA	MARIN MURILLO MARIA PILAR	2016_1659	F	24/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS SADABA	ALCOLADO ARANDA ANA MARIA	2016_1674	F	25/01/2018	ADECUACION DE LA PRESCIRPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EAP SADABA
Z3	AP	CS SADABA	MARIN MURILLO PILAR	2018_0838	S1	06/02/2019	DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ GUZMAN TERESA	2018_0843	F	04/02/2019	CONTROLAR RIESGO D EINFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA
Z3	AP	CS SADABA	MORENO GUSTRAN CARMEN	2018_0852	F	13/02/2019	UNCASTILLO SE MUEVE
Z3	AP	CS SADABA	ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA	2018_0903	F	07/02/2019	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS SADABA
Z3	AP	CS SADABA	LABORDA EZQUERRA ROSARIO	2018_1041	S1	05/02/2019	VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO
Z3	AP	CS SADABA	PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN	2018_1122	F	28/02/2019	RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES
Z3	AP	CS SADABA	MENA GALLIZO ELENA	2018_1154	F	12/02/2019	ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA
Z3	AP	CS SADABA	GALAN ALAYETO BERTA	2018_1226	F	25/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			ELISABET				ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	HERNANDEZ ABADIAS LUCIA	2016_1658	F	05/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL	2016_1703	F	08/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	GARCIA LAFUENTE NATALIA	2018_0364	F	18/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO	HERNANDEZ ABADIAS LUCIA	2018_0827	S1	26/02/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO
Z3	AP	CS TARAZONA ADMISION Y DOCUMENTACION	GARCIA HUERTA EMILIA	2016_1624	F	16/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS TARAZONA ADMISION Y DOCUMENTACION	GARCIA HUERTA EMILIA	2018_0857	F	14/01/2019	DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS
Z3	AP	CS TARAZONA	LATORRE ORTE PALOMA	2016_1424	S1	15/02/2018	REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE COLEGIO
Z3	AP	CS TARAZONA	RIOS DOMINGUEZ FRANCISCA	2016_1434	S1	14/02/2018	UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA
Z3	AP	CS TARAZONA	COSCOLIN GARCIA MARIA PILAR	2016_1618	F	15/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	PEÑA LEON IRENE	2016_1626	F	12/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS TARAZONA	PEÑA LEON IRENE	2018_0637	F	21/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	COSCOLIN GARCIA PILAR	2018_0639	F	15/03/2019	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA
Z3	AP	CS TARAZONA	BELLOSO RODANES MARIA ISABEL	2018_0665	F	15/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS TARAZONA	LASHERAS GARCIA JULIA	2018_0935	F	28/01/2019	EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS
Z3	AP	CS TARAZONA	GARGALLO GOMEZ PILAR	2018_1080	F	14/03/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA	MODREGO MOROS MARIA AMPARO	2018_1205	F	05/02/2019	PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S. DE TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA ODONTOESTOMATOLOGIA	MARTINEZ SANZ ELENA	2016_0543	F	03/01/2018	LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL
Z3	AP	CS TARAZONA ODONTOESTOMATOLOGIA	MARTINEZ MARCO ESTRELLA	2016_1061	F	02/01/2018	ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA
Z3	AP	CS TAUSTE	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	2016_0789	F	24/04/2018	FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	2016_0793	F	10/01/2018	BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
Z3	AP	CS TAUSTE	LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE	2016_1328	S1	04/02/2018	GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS TAUSTE	GUILLEN GALVE MARIA	2016_1334	S1	01/02/2018	PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS
Z3	AP	CS TAUSTE	JACA PINZOLAS JUAN CARLOS	2016_1697	F	21/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS TAUSTE	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	2018_0671	S1	29/01/2019	HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE	2018_0763	F	25/02/2019	MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	ASTIER PEÑA MARIA PILAR	2018_0781	S1	13/03/2019	PROGRAMA D EOPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE	GUILLEN GALVE MARIA	2018_0788	S0	29/01/2019	SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL
Z3	AP	CS TAUSTE	CARRERAS GIRALDA ANTONIO	2018_0896	F	29/12/2018	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA
Z3	AP	CS TAUSTE	CARRERAS GIRALDA ANTONIO	2018_0896	F	02/02/2019	ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	DIESTE AISA LUCIA	2016_0670	S1	28/02/2018	CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CS UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	TEMPORAL VISUS ANTONIO	2016_1649	S1	01/03/2018	ADECUACION A LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	LIZANDRA FRON PEDRO	2016_1649	F	06/03/2018	ADECUACION EN LA PRESCRIPCIONB EN LA ASISTENCIA SANITARIA
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2016_1676	S1	27/02/2018	CAMINANDO CON CORAZON
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	CARRIQUIRI MILIAN CARMEN	2016_1683	S1	07/12/2017	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	SANCHEZ GARCIA ALICIA	2016_1690	S1	07/12/2017	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	CALAVIA SARNAGO DIEGO	2018_0713	F	27/02/2019	EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	AZNAR TEJERO PILAR	2018_0766	F	21/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	LIZANDRA FRON PEDRO	2018_0883	S1	04/02/2019	PROGRAMA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	OSES SORIA AMALIA	2018_1052	S1	21/02/2019	PROMOCION DE AUTOCUIDADOS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS	MURILLO LAHOZ EVA	2018_1092	S1	27/02/2019	MANTENIMIENTO OPTIMO DE CONSULTA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD
Z3	AP	CS UNIVERSITAS SALUD BUCODENTAL	MILLAN SOBRINO ESTELA	2018_1467	F	15/03/2019	¡MI HIJO NO COME CHUCHES!
Z3	AP	CS UTEBO	GARVI SOLER PAULA	2016_1312	S1	31/01/2018	TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS
Z3	AP	CS UTEBO	BRUN ALONSO BELEN	2016_1619	S1	12/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS UTEBO	GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR	2016_1704	F	01/02/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2016_1707	S1	30/01/2018	ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO
Z3	AP	CS UTEBO	GASTON FACI ANA	2018_0997	F	28/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EQUIPO
Z3	AP	CS UTEBO	ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE	2018_0998	S0	20/02/2019	TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA
Z3	AP	CS UTEBO PEDIATRIA	ORTILLES GARCIA MARTA	2018_1038	S1	28/02/2019	PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2015_0300	S1	14/02/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2015_0300	S4	19/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARRANCO OBIS PATRICIA	2016_0291	S1	09/01/2018	MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARTOLOME LALANZA MARIA LUCIA	2016_0470	F	05/02/2018	ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLARES ANDRES ROSA ISABEL	2016_0516	S1	25/01/2018	ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS	2016_1620	F	16/02/2018	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2016_1642	S1	09/01/2018	GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS	2016_1657	S1	31/01/2018	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	BARRANCO OBIS PATRICIA	2018_0690	F	26/02/2019	PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO	VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO	2018_0692	F	22/02/2019	GESTION DEL MATERIAL SANITARIO,MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	ROYO SARTO ANGEL	2016_1112	S2	22/02/2018	LIBRO DE PROCEDIMIENTOS
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	AZA PASCUAL-SALCEDO	2016_1114	F	16/02/2018	CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			MERCEDES				DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2016_1118	F	25/02/2018	GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	ZUECO OLIVAN MARIA GEMMA	2016_1120	F	16/02/2018	HIGIENE DE MANOS
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3	LAFITA MAINZ SERGIO	2018_0052	S1	15/03/2019	CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3 FARMACIA ATENCION PRIMARIA	LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS	2018_1439	F	16/01/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AP	ESAD ZARAGOZA 3 ESAD	AZNAR ARRIBAS MARIA LUISA	2016_0733	F	15/02/2018	CONTROL DE SINTOMAS EN LA AGONIA. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL
Z3	HOSP	CME INOCENCIO JIMENEZ REHABILITACION	GASPAR CALVO ELENA MARIA	2016_0202	F	15/01/2018	DIFUSION DE LOS TALLERES PARA CUIDADORES DEL HCU "LOZANO BLESA" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	CRP NTRA SRA DEL PILAR PSIQUIATRIA	MIR FERNANDEZ MARIA CRISTINA	2016_0319	S1	16/02/2018	MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIARES Y USUARIOS DEL C.R.P. NUESTRA SEÑORA DEL PILAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR	2016_0627	S1	30/01/2018	ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTESINGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	FERRER CLAVERIA LUCIA	2018_0650	F	17/02/2019	CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO	2016_0312	S1	13/12/2017	TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	SOTA OCHOA PATRICIA	2016_0325	S1	13/12/2017	MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO	2016_0326	S1	18/12/2017	PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS NO FIJADAS PARA UN OPTIMO TALLAJE Y DIAGNOSTICO POSTERIOR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	RAMIREZ GASCA MARIA TERESA	2016_0358	S1	11/12/2017	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	LAFUENTE MAINAR ANA BELEN	2016_0363	F	19/12/2017	ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MARTA CASANOVA CARLO BRUNO	2016_0364	F	15/12/2017	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREANING CITOLOGICO GINECOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	ANOZ CARBONELL ELISABETH	2016_0448	S1	31/01/2018	DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	FLORIA TRUC LIDIA	2016_0500	F	19/12/2017	ELABORACION DE UN NUEVO METODO DE TRABAJO PARA LA COMPROBACION DE CASETES/BLOQUES/PREPARACIONES EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MEJIA URBAEZ ELAINE	2016_0506	F	12/12/2017	PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	FELIPO BERLANGA INMACULADAFRANCESC	2016_0514	S1	04/01/2018	GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO REMITIDO A OTROS CENTROS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MOLECULARES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	CARDIEL GARCIA MARIA JOSE	2016_0672	S1	12/12/2017	ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CARCINOMA DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	OLMEDO ARBIZU EMMA	2018_0483	F	23/02/2019	INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	LAFUENTE MAINAR ANA BELEN	2018_0529	F	06/03/2019	MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	LAFUENTE MAINAR ANA BELEN	2018_0529	F	14/03/2019	MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MEJIA URBAEZ ELAINE	2018_0531	F	20/02/2019	TRAIJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	CARDIEL GARCIA MARIA JOSE	2018_0548	S2	14/03/2019	ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	FERRER FERRER MARTA LUCIA	2016_0091	F	31/12/2017	CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA REALIZACION DE TECNICAS DE ANESTESIA LOCORREGIONAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	LONGAS VALIEN JAVIER	2016_0133	F	09/01/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	MURILLO PINA RAQUEL	2016_0233	S1	09/02/2018	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	GASCA ANDREU OLGA	2016_0937	S2	12/01/2018	PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS. UNIDAD DEL DOLOR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	GUILLEN ANTON JULIA	2016_1643	S1	14/01/2018	OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADA ANTES DE FINALIZAR LA GESTACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX	2016_1663	F	27/01/2018	MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO INTERVENIDO DE COLUMNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	OLAGORTA GARCIA SILVIA	2018_0198	F	28/02/2019	OPTIMIZAR NIVELES HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	CALLAU CALVO AURORA	2018_0240	F	17/02/2019	CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX	2018_0467	F	07/02/2019	PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	BADEL RUBIO MARIA	2018_0476	F	14/03/2019	ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	GRIMA LAENCINA GEMA	2016_1753	S1	15/03/2019	MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPICO INFORMATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	GRIMA LAENCINA GEMA	2016_1753	S1	14/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	YUNGE DEL POZO GONZALO	2018_0376	S1	13/03/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	SANCHO GRACIA NOEMI	2018_0710	F	13/03/2019	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	SANTAMARIA GONZALEZ MARIA	2016_0200	F	22/12/2017	IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CONHIPERPROLACTINEMIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR	2018_0608	S2	28/02/2019	IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	RAMOS ALVAREZ MONICA	2018_0879	S1	13/03/2019	IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	LARA NAVARRO EMMA	2018_1273	F	15/02/2019	ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	RUIZ BUDRIA JOSE	2016_0611	S1	22/12/2017	GESTION INFORMATICA DEL CONTROL DE REACTIVOS DE LABORATORIO. IMPLANTACION DEL MODULO DE GESTION DE STOCK A TODAS LAS SECCIONES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	LLORENTE FERNANDEZ ELENA	2018_0656	F	04/03/2019	OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	LORENTE MARTIN SILVIA	2018_0745	F	04/02/2019	OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	LATORRE GARCES VIOLETA	2018_1026	S1	27/02/2019	MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA CLINICA	MENAO GUILLEN SEBASTIAN	2018_1268	F	04/03/2019	DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINATOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DELA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO	2016_0466	F	13/12/2017	VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	REVILLA MARTI PABLO	2016_0790	F	29/11/2017	GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UNCENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	REVILLA MARTI PABLO	2018_0786	F	07/02/2019	ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	PINILLA LOZANO MARIA JESUS	2018_1486	F	10/02/2019	CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	LUKIC OTANOVIC ANTONELA	2018_1560	S1	06/02/2019	PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCULB
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ROYO DACHARY PABLO	2016_0140	S1	18/12/2017	ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA SEGUIMIENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTINEZ GUILLEN JOSE	2016_0198	F	09/01/2018	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SOLER LANZUELA FRANCISCO	2016_0341	F	15/01/2018	CREACION DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICION DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA	2016_0597	F	20/12/2017	PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	PALACIOS FANLO MARIA JOSE	2016_0728	F	28/01/2018	OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	LAMATA DE LA ORDEN LAURA	2016_0838	F	16/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIAGENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ALLUE CABAÑUZ MARTA	2016_0895	S1	24/01/2018	ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H. CLINICO UNIVESITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	NAVARRO GONZALO ANA	2016_1085	S1	15/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIAONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO	2018_1060	S1	18/02/2019	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOSQUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA	2018_1186	S0	29/01/2019	TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ELIA GUEDEA MANUELA	2018_1198	S1	29/01/2019	REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ALLUE CABAÑUZ MARTA	2018_1285	S1	07/01/2019	EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	HERNAEZ ARZOZ ALBA	2018_1301	S1	09/01/2019	RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	HERNAEZ ARZOZ ALBA	2018_1301	S1	15/02/2019	RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ALBAREDA ALBAREDA JORGE	2016_0168	S1	12/12/2017	PLANIFICACION INFORMATICA DEL PROGRAMA QUIRURGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	HERRERA SERRANO ANA	2016_0170	S1	22/12/2017	MEJORA Y AMPLIACION DE LA INFORMACION A LOS CUIDADORES

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ISABEL				DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LADEGLUCION, A TRAVES DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS QUE OFRECE EL H.C.U. LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	SERAL GARCIA BELEN	2016_0218	F	20/12/2017	PROTOCOLO DE ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER	2016_0237	S1	11/01/2018	HOJA INFORMATIVA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA SECCION DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BLANCO RUBIO NIEVES	2016_0239	F	12/12/2017	LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K PREOPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE Y DISMINUCION DE DEMORA QUIRURGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CONSUMIDORES DE DICUMARINICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	BLANCO BAIGES EDUARDO	2018_1381	F	28/02/2019	INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	GARCIA-ALVAREZ GARCIA FELICITO	2018_1415	S1	27/02/2019	DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	JUAN GARCIA EMILIO	2018_1428	F	28/02/2019	TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGIA	CONEJERO DEL MAZO CLAUDIA	2018_1061	S1	24/02/2019	HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN	2016_0568	F	27/03/2018	OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIODE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	MILLASTRE BOCOS JUDITH	2016_0783	S1	16/05/2018	COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA, ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	MILLASTRE BOCOS JUDITH	2016_0783	S2	25/02/2019	COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA, ZARAGOZA)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	2018_0146	F	25/02/2019	DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA ESCUELA DE CELIACOS EN EL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN	2018_1163	F	13/03/2019	ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E MPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	LORENTE PEREZ SARA	2018_1200	S1	14/03/2019	HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIRECCION	JASA ARDANAZ VICENTE	2016_1757	S1	15/01/2018	GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIRECCION	JASA ARDANAZ VICENTE	2016_1757	F	31/01/2019	GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIRECCION	GUTIERREZ CIA ISABEL	2016_1758	S1	15/02/2018	ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO DIRECCION	JASA ARDANAZ VICENTE	2018_0110	S1	31/01/2019	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	GIMENO ORNA JOSE ANTONIO	2016_0722	F	20/02/2018	PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE DUE EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL	2018_0673	F	12/02/2019	GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	BLASCO LAMARCA YOLANDA	2018_0704	F	24/02/2019	PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMEDADES INFECCIOSAS	SANJOAQUIN CONDE ISABEL	2016_1011	S1	04/01/2018	MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	SAGREDO SAMANES MARIA ASUNCION	2016_0484	S1	22/12/2017	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	GIMENO GRACIA MERCEDES	2016_0586	S1	09/01/2018	VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	BONAGA SERRANO BEATRIZ	2016_0748	S1	04/02/2018	MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	PUERTOLAS TENA ISABEL	2016_0911	F	29/12/2017	MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO	2016_0933	F	18/12/2017	PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	ARENERE MENDOZA MERCEDES	2018_0980	F	12/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA HOSPITALARIA	GIMENO GRACIA MERCEDES	2018_1020	S0	26/02/2019	COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO GESTION DE CASOS	MONCHE PALACIN ANA MARIA	2016_0210	F	21/12/2017	NFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LAINTRANET DE HCU
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	OLAVE RUBIO MARIA TERESA	2016_1034	S1	27/01/2018	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2018_0907	S0	14/01/2019	INSTAURACION CONSULTA ENFERMERIA DE HEMOSTASIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2018_0907	F	14/02/2019	INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO INMUNOLOGIA	MARTINEZ LOSTAO LUIS	2018_1402	S1	27/02/2019	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION	2016_0434	F	02/02/2018	MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	SERRANO BARCOS LAURA	2018_0725	F	22/02/2019	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA DEL TRABAJO	INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION	2018_0740	S1	21/02/2019	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	DIAZ MELE MARIA CARMEN	2016_0003	F	09/12/2017	CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	LUQUE GOMEZ PILAR	2016_0587	F	16/02/2018	PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER	2016_0744	F	05/06/2018	SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UNIDADES DE CRITICOS DEL HCULB
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	SANCHEZ DONOSO NURIA	2016_0769	S2	27/02/2019	ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	OBON AZUARA BLANCA	2018_0282	F	08/02/2019	OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	OBON AZUARA BLANCA	2018_0282	F	03/03/2019	OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DELHOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA	2018_0591	S1	19/02/2019	PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	BARCELO CASTELLO MIREIA	2018_0630	F	15/02/2019	LTSV: NO INGRESO EN UCI
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	VELILLA SORIANO CARMEN	2018_1146	F	25/02/2019	MENOS ES MAS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		MEDICINA INTENSIVA					
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	VICENTE LOPEZ MARTA	2018_1286	S1	11/02/2019	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	RONCAL SOLA SUSANA	2018_1408	S1	11/02/2019	ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTENSIVA	MARTINEZ ABELLEIRA NURIA	2018_1441	F	28/02/2019	IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	RUIZ LAIGLESIA FERNANDO JOSE	2016_0030	F	31/01/2018	IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	BURILLO FUERTES PILAR	2016_0258	S1	15/02/2018	ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO. ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO	2016_0983	F	14/02/2018	IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	JOSA LAORDEN CLAUDIA	2018_0698	S1	11/03/2019	COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	TOYAS MIAZZA CARLA	2018_0856	S1	12/02/2019	APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN	2018_1114	S1	14/02/2019	HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	CANO FERNANDEZ ALBERTO	2018_1235	S1	24/02/2019	ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	OLIVERA GONZALEZ SUSANA	2018_1422	S1	04/03/2019	PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU “LOZANO BLESA” DE ZARAGOZA 2018
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	JIMENO SAINZ ARACELI	2018_1559	S1	28/01/2019	REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	JIMENO SAINZ ARACELI	2018_1559	S1	27/02/2019	REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESA” PROYECTO 2018_1559
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA NUCLEAR	PRATS RIVERA ENRIQUE	2018_1016	S1	26/02/2019	PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	HERNANDEZ GARCIA IGNACIO	2018_0772	F	07/02/2019	REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO	2018_0956	S1	27/02/2019	REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	FELIX MARTIN MANUELA	2018_1044	S1	25/02/2019	HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	2016_0273	F	18/12/2017	ACTUALIZACION DEL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SERAL GARCIA CRISTINA	2016_0602	F	11/12/2017	IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BENITO RUESCA RAFAEL	2018_0289	F	06/02/2019	DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD	2018_0294	F	30/01/2019	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ALGARATE CAJO SONIA	2018_0442	F	11/02/2019	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	SERAL GARCIA CRISTINA	2018_0488	F	11/02/2019	ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA					LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	VIDAL GALINDO MARIA ESTHER	2018_0875	F	15/02/2019	CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	IÑIGO GIL PABLO	2018_0645	F	11/03/2019	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	CRIADO MAINAR MARIA CARMEN	2018_1131	F	14/03/2019	APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGIA	SANCHEZ MARTIN MARIA PILAR	2018_1134	F	11/03/2019	TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	HERRERO JARQUE JOSE PABLO	2018_0517	F	24/02/2019	REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGIA	HERNANDEZ BONAGA MARIA	2018_0520	S0	24/02/2019	REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROCIRUGIA	ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR	2016_0338	S1	10/12/2017	EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	RODRIGUEZ MENA DIEGO	2016_0449	S1	21/12/2017	VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	RODRIGUEZ MENA DIEGO	2016_0449	S2	25/02/2019	VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	RODRIGUEZ MENA DIEGO	2016_0449	F	27/02/2019	VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DELTIROIDES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	MONTES PEÑA VIZMARY	2016_0450	S1	21/12/2017	VALORACION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	GUZMAN CARRERAS BEIRA	2016_0450	F	25/02/2019	VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	PEREZ LAZARO CRISTINA	2016_0244	S1	13/12/2017	MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL	2018_0350	F	13/02/2019	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	TEJERO JUSTE CARLOS	2018_0367	S1	22/02/2019	CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	PEREZ LAZARO CRISTINA	2018_0368	S2	14/02/2019	VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA.ESTRATEGIA IRASPROA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	SANTOS LASAOSA SONIA	2018_0373	F	05/02/2019	MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGIA	ROCHE BUENO JOSE CARLOS	2018_1177	F	17/02/2019	IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	OROS LOPEZ DANIEL	2016_0034	F	12/12/2017	MANEJO CLINICO DE LA RESTRICCION DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: ESTANDARIZACION DE LA VALORACION DEL CRECIMIENTO FETAL Y ESTADO HEMODINAMICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES LASHERAS SIRA	2016_0187	S2	31/01/2018	REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA 3 DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MORENO LAMANA VIRGINIA	2016_0275	S1	12/12/2017	PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATACION Y PARTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CARAZO HERNANDEZ BELEN	2016_0339	S1	19/12/2017	DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA	2016_0426	S1	29/12/2017	VIA CLINICA DE PARTO NORMAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA	2016_0478	F	31/01/2019	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA	2016_0478	F	10/12/2017	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	NASSAR MELIC NADIA	2016_0771	F	16/12/2017	INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO	MATEO ALCALA PURIFICACION	2016_0816	F	14/12/2017	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA					MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BOILLOS CALVO MARIA JOSE	2016_0843	S1	04/01/2018	APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BOILLOS CALVO MARIA JOSE	2016_0843	F	22/02/2019	APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GASCON MAS ELENA	2016_0982	F	03/01/2018	SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	PEREZ SORBE CRISTINA	2018_0532	S1	18/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ MEDEL JORGE	2018_0711	F	22/02/2019	ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MATEO ALCALA PURIFICACION	2018_0717	F	04/02/2019	DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ORNAT CLEMENTE LIA	2018_0728	S2	08/03/2019	ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARRIBAS MARCO MARIA TERESA	2018_0841	S2	08/03/2019	CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	EZQUERRA GIMENEZ ANA	2018_0936	F	06/02/2019	CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MORENO RUTIA ESTHER	2018_0976	S1	18/02/2019	ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	NARVION CASORRAN CAROLINA	2018_0984	F	20/02/2019	TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BESCOS SANTANA ELENA	2018_1151	F	28/01/2019	PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	MATEO GABAS JAVIER	2016_1623	F	17/05/2018	ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS INYECCIONES INTRAVITREAS DEANTIANGIOGENICOS Y DEL IMPLANTE INTRAVITREO DE DEXAMETASONA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	IBAÑEZ ALPERTE JUAN	2016_1639	F	21/12/2017	OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA REFRACTARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	CASAS PASCUAL PAULA	2016_1669	S1	03/01/2018	USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	ESTEBAN FLORIA OLIVIA	2016_1696	S1	26/01/2018	USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	MINGUEZ MURO ENRIQUE	2018_1065	F	13/02/2019	EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	REMON GARIJO LEON	2018_1119	F	12/02/2019	ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	IBAÑEZ ALPERTE JUAN	2018_1473	F	21/02/2019	RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGIA	IBAÑEZ ALPERTE JUAN	2018_1473	F	21/02/2019	RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA MEDICA	RAMOS FERNANDEZ MARTA	2016_0188	S1	13/11/2017	PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA ("RINCON DE OCIO")
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA MEDICA	PERIBAÑEZ GAIRIN ANTONIA	2016_0498	F	28/12/2017	MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA MEDICA	ANDRES CONEJERO RAQUEL	2018_1195	F	26/02/2019	INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGIA MEDICA	ISLA CASADO DOLORES	2018_1196	F	22/02/2019	CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	AGREDA MORENO BEATRIZ	2016_0240	S1	13/12/2017	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS PRESENTANDO EPISTAXIS

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	GARCIA CURDI FERNANDO	2018_0159	F	07/02/2019	ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL	2018_0417	S2	14/02/2019	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL	2018_0417	F	09/02/2019	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO	2018_0429	S1	14/02/2019	PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PARITORIOS	ECHARTE OBREGOZO MARIA TERESA	2016_0269	S1	29/12/2017	PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	GONZALEZ GARCIA GONZALO	2016_0616	F	15/01/2018	REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	HUERTA BLAS PALOMA	2018_0761	S1	13/02/2019	ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	CUADRON ANDRES LORENA	2018_0969	S1	08/02/2019	EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	BUENO LOZANO OLGA	2018_1017	S1	16/01/2019	ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	BUENO LOZANO OLGA	2018_1017	F	24/02/2019	ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	PEREZ CADENAS MARIA DEL MAR	2018_1018	S1	28/02/2019	GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	PUENTE COLINA ALBERTO	2018_1039	S1	28/02/2019	COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	REVILLA PEIRO BELEN	2016_0532	F	18/12/2017	PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	IRIGOYEN RECALDE ISABEL	2016_0628	F	13/02/2018	CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO PSIQUIATRIA	QUEROL NASARRE AURORA PILAR	2016_0691	F	04/02/2018	DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	DOMENE MOROS RUTH	2016_0579	S1	16/02/2018	ADECUACION INDICACIONES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL, CALIDAD DE CUMPLIMENTACION DE LA PETICION CURSADA EN URGENCIAS, CONOCER SI LA PETICION DE LA ECOGRAFIA TUVO RELEVANCIA EN EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	IBAÑEZ MUÑOZ DAVID	2016_0764	F	27/02/2018	IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	ESTEBAN CUESTA HELENA	2016_0810	S1	02/01/2018	DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE	2016_0881	S1	25/02/2018	PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIODIAGNOSTICO	DOMENE MOROS RUTH	2018_1547	S2	13/03/2019	POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES	2016_0107	F	07/12/2017	DISEÑO DE CURSOS ON-LINE EN LA PLATAFORMA MOODLE, DESTINADOS A LA FORMACION CONTINUADA DELPERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN LAS UNIDADES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS X
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	ORTEGA PARDINA PABLO	2016_0132	F	19/12/2017	CONTROL DE DOSIS ADMINISTRATIVAS ASIGNADAS POR PERDIDA DE INFORMACION DOSIMETRICA DEBIDA AL NO CAMBIO MENSUAL DE DOSIMETRO. ELABORACION DE ESTADISTICAS. ANALISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES DERIVADAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	2016_0171	F	11/12/2017	SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	GARCIA ROMERO ALEJANDRO	2018_1031	S1	28/02/2019	ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	JIMENEZ ALBERICIO JAVIER	2018_1043	F	28/02/2019	ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELESDE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOFISICA HOSPITALARIA	RUIZ MANZANO PEDRO	2018_1523	F	28/02/2019	PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTOMETABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	REGLA RAUFAST ANA JESUS	2016_0196	S1	21/12/2017	MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANOBLESA Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2016_0222	F	11/02/2018	MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA	2016_0706	S1	24/01/2018	ATENCION MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O CON RIESGO NEUROLOGICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	VILLARREAL SALCEDO ISABEL	2016_0735	S1	29/01/2018	EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	VILLARREAL SALCEDO ISABEL	2016_0735	F	20/02/2019	EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REUMATOLOGIA	PERALTA GINES CILIA AMPARO	2018_0756	F	11/02/2019	DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO REUMATOLOGIA	DELGADO BELTRAN CONCEPCION	2018_0757	F	12/02/2019	ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI	ROYO PUERTO MILAGROS	2016_0525	F	14/12/2017	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: “MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL “LOZANO BLESA”
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI QUIRURGICA	GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS	2016_0729	S1	15/01/2018	ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICOUNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UCI QUIRURGICA	SANCHEZ DONOSO NURIA	2016_0769	F	08/01/2018	PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD CENTRAL DE LABORATORIO (UCL)	PEÑA NEBRA ANA CARMEN	2018_0880	F	12/02/2019	REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2016_1754	S1	15/02/2018	DAÑO CERO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MOZOTA DUARTE JULIAN	2018_0104	S1	31/01/2019	ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE ESTOMATERAPIA	DIARTE ABENIA MARIA CARMEN	2016_0754	F	15/01/2018	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE FORMACION	CHARLO BERNARDOS MARTA	2016_1652	F	26/12/2017	GESTION DE PRACTICAS EN EL SECTOR III: ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO UNIFICADO QUE AGILICE Y GARANTICE SU SOLICITUD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE FORMACION	CHARLO BERNARDOS MARTA	2018_1123	S1	26/02/2019	ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA	2015_0297	F	08/01/2018	INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	PEÑA JIMENEZ TASIO	2016_0127	S1	20/12/2017	CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LAINCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO	2016_0158	F	27/12/2017	ETEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN	2016_0767	F	27/12/2017	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	VALIENTE MARTINEZ CAROLINA	2016_0845	F	01/01/2018	PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	AMORES ARRIAGA BEATRIZ	2018_0660	S1	11/02/2019	ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERPAI EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	GARCIA NOAIN ALBERTO	2018_0839	F	21/02/2019	USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	MONZON ALEBESQUE FRANCISCO	2016_0359	S1	15/02/2018	APLICACION DE UN FORMATO INFORMATIVO DE RECOGIDA DE DATOS, PARA LOS PACIENTES AFECTOS DE DISFUNCION ERECTIL, SOMETIDOS A TEST DE DROGAS VASOACTIVAS, DE CARA A SU UTILIZACION CON FINES TERAPEUTICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	UCAR TERREN ALBERTO	2016_0360	S1	14/02/2018	PROYECTO DE REHABILITACION PRECOZ PENEANA DE CARA A LA CPNSERVACION/RECUPERACION DE LA FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	MURILLO PEREZ CARLOS	2016_0418	F	19/12/2017	VIGILANCIA ACTIVA EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO DE BAJO GRADO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	AMBROJ NAVARRO CARMEN	2016_0441	F	13/12/2017	IMPLANTACION DEL MODELO DE “DIARIO MICCIONAL” EN LOS PACIENTES QUE SE REMITEN A CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE SUELO PELVICO
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	TIMON GARCIA ALEJANDRO	2016_0442	F	13/12/2017	HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE ESTUDIOS URODINAMICOS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	SUBIRA RIOS JORGE	2016_0588	F	14/12/2017	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE UROLOGIA Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA PARA LA ENSEÑANZA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UROSTOMIAS
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	GARCIA CABELLO CELIA ISABEL	2016_0590	F	19/12/2017	ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	HIJAZO GASCON DANIEL	2016_0745	F	12/12/2017	BASE DE DATOS DE LA CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA EN EL SERVICIO REFERENCIA DE LITIASIS DE ARAGON
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	BLASCO BELTRAN BENJAMIN	2016_0773	F	11/12/2017	IMPLEMENTACION DE DOCUMENTO INFORMATIZADO PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTESTRATADOS MEDIANTE ESWL EN NUESTRA UNIDAD
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	PLAZA ALONSO CRISTINA	2016_1024	F	18/12/2017	GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER	2018_0798	S1	16/02/2019	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	MURILLO PEREZ CARLOS	2018_0904	S1	24/02/2019	CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER
Z3	HOSP	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	SUBIRA RIOS JORGE	2018_0977	S1	26/02/2019	ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL, PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE
Z3	HOSP	USM DELICIAS PSIQUIATRIA	SEVA FERNANDEZ ANTONIO	2016_0781	F	19/12/2017	PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	TABUENCA FERRER JESUS LUIS	2016_1196	F	14/02/2018	MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTESMAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGOANTICOLINERGICO
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	JUSTE SERAL MARIA DEL MAR	2016_1197	F	14/02/2018	MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2016_1198	S1	18/01/2018	FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2018_0501	F	08/02/2019	TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA	2018_0572	S1	22/02/2019	PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	ROYO VILLA ALBERTO	2018_0573	S1	22/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ARIZA	HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION	2016_1220	S1	20/02/2018	MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS
CA	AP	CS ARIZA	NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA	2016_1456	S1	22/02/2018	DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ARIZA	ROIG BARTOLOME ISRAEL	2018_0551	S1	13/02/2019	MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ATECA	BLANQUEZ PUEYO MERCEDES	2016_1226	F	26/01/2018	CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE CONSULTORIOS LOCALES
CA	AP	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2016_1227	S1	18/01/2018	INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA
CA	AP	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2016_1227	F	27/02/2019	MEJORA DEL INFRADIAGNOSTICO DE LA ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN LA ZBS ATECA
CA	AP	CS ATECA	DE LORA NOVILLO PABLO	2016_1229	F	13/02/2018	CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA
CA	AP	CS ATECA	IBAÑEZ FORNES MONICA	2018_0582	S1	11/02/2019	ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PIQUERAS LORIENTE SUSANA	2016_0608	F	16/02/2018	IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	CHARLEZ MILLAN CARMEN	2016_0657	F	16/02/2018	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ GABAS MARIA LUISA	2016_0825	F	16/02/2018	FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGOPARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD.TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	GARCIA TENORIO ANDRES	2016_1165	F	16/02/2018	MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	TORCAL CASADO MARIA ROSARIO	2016_1166	F	15/02/2018	MEJORA EN LOS PACIENTES, DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRO ENFERMERO: LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PONCE LAZARO MARIA JOSE	2016_1167	S1	16/02/2018	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD.(ALUMNOS DE 6º DE PRIMARIA)
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PEREZ TORNOS MARIA CARMEN	2016_1739	F	20/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO	2018_0477	F	23/02/2019	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ FELEZ CARLOS	2018_0533	F	13/03/2019	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PIQUERAS LORIENTE SUSANA	2018_0567	F	22/02/2019	MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA	2018_0585	S1	04/01/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	PARRILLA GIL MARIA JOSE	2016_0815	F	16/02/2018	FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	BERNAD HERNANDO SONIA	2016_1230	F	09/01/2018	DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN	2016_1234	F	12/01/2018	PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION	2016_1235	F	09/01/2018	GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA	2016_1245	F	17/01/2018	IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	SOLANS PIQUERAS CARMEN	2018_0226	F	21/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA	2018_0252	F	20/02/2019	IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION	2018_0305	F	14/02/2019	REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	BERNAD HERNANDO SONIA	2018_0314	F	20/02/2019	PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR
CA	AP	CS DAROCA	CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL	2016_0821	F	20/02/2018	PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN DAROCA
CA	AP	CS DAROCA	SIMON APARICIO MARIA PAZ	2016_0821	F	14/02/2019	ESTRATEGIA DE PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EDAD INFANTIL Y ADOLESCENCIA (COLEGIO E INSTITUTO DAROCA)
CA	AP	CS DAROCA	BES FRANCO ANGEL	2016_1151	F	20/02/2018	PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO LA HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES
CA	AP	CS DAROCA	GARCIA TEJEDOR ANTONIO	2016_1152	F	20/02/2018	PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO ()
CA	AP	CS DAROCA	LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA	2016_1153	F	20/02/2018	PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DE ULCERACION EN EL ULTIMO AÑO
CA	AP	CS DAROCA	RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS	2018_0537	F	14/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
CA	AP	CS DAROCA	APARICIO SORIANO OLGA	2018_0578	S2	14/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA
CA	AP	CS ILLUECA	TELLO MARTIN ANGELA	2015_0713	F	22/04/2017	PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA
CA	AP	CS ILLUECA	MELUS ROJAS ROCIO	2016_1222	S1	30/01/2018	IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	MELUS ROJAS ROCIO	2016_1222	F	08/03/2019	IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	BENITO LOPEZ ANA MILAGROS	2016_1232	S1	09/02/2018	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	MURO CULEBRAS MARIA	2016_1232	S2	14/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	MURO CULEBRAS MARIA	2016_1232	F	05/03/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	LATORRE RUIZ CRISTINA	2016_1233	S1	13/02/2018	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUACACION SECUNDARIA
CA	AP	CS ILLUECA	LATORRE RUIZ CRISTINA	2016_1233	F	14/03/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA
CA	AP	CS ILLUECA	GARCIA REDONDO PILAR	2018_1275	S1	13/03/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	CEBOLLA POLA MARCOS	2016_0065	F	09/02/2018	MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	CS MORATA DE JALON	GONZALVO SANCHEZ PASCUAL	2016_1218	S1	05/02/2018	NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MARTI GUILLEN LOURDES	2016_1256	F	10/02/2018	REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	GISTAS QUILEZ MARIA PILAR	2016_1374	S1	22/01/2018	MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON
CA	AP	CS MORATA DE JALON	VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN	2016_1374	S2	14/03/2019	MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON
CA	AP	CS MORATA DE JALON	LACORT BELTRAN EVA	2016_1375	S1	14/03/2019	CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II
CA	AP	CS MORATA DE JALON	VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN	2016_1375	S1	22/01/2018	CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADORSEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON
CA	AP	CS MORATA DE JALON	NAYA MATEU YOLANDA	2018_0603	F	24/02/2019	EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON
CA	AP	CS SAVIÑAN	HUERTAS BADOS LUISA	2016_0152	F	17/01/2018	PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN
CA	AP	CS SAVIÑAN	VICIOSO ELIPE LOURDES	2016_1156	S1	17/01/2018	MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGOANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS
CA	AP	CS SAVIÑAN	VICIOSO ELIPE LOURDES	2016_1156	F	09/01/2019	MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS
CA	AP	CS SAVIÑAN	BLAS GABARDA JESUS	2016_1157	F	17/01/2018	MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOSPROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS
CA	AP	CS SAVIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2016_1158	F	17/01/2018	MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC
CA	AP	CS SAVIÑAN	JASO GRAU DOLORES	2016_1159	S1	17/01/2018	FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN
CA	AP	CS SAVIÑAN	JASO GRAU DOLORES	2016_1159	F	28/01/2019	FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN
CA	AP	CS SAVIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2018_0122	F	15/01/2019	MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS
CA	AP	CS SAVIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2018_0122	F	28/01/2019	MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS
CA	AP	CS SAVIÑAN	NAVARRA VICENTE BEATRIZ	2018_0123	F	09/01/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN
CA	AP	CS SAVIÑAN	NAVARRA VICENTE BEATRIZ	2018_0123	F	28/01/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SAVIÑAN
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2016_1265	F	11/02/2018	REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ABELLO GIRALDEZ EDUARDO	2016_1266	F	11/02/2018	REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	GUERRERO TOLEDO YAMILETH	2018_0560	S1	20/02/2019	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL	2018_0561	S1	25/02/2019	EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018: PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2018_0562	S1	20/02/2019	MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	S1	29/01/2018	DERMATOSCOPIA EN AP
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	S2	06/02/2019	DERMATOSCOPIA EN AP
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2016_1105	F	15/02/2018	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2018_0018	S1	15/01/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2018_0030	S1	15/01/2019	ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS
CA	AP	DAP CALATAYUD DIRECCION	CODES GOMEZ JOSE	2016_1102	F	05/02/2018	IMPLANTACION DEL MANUAL DE LOS PROCESOS DE INTERCONSULTA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ADMISION Y DOCUMENTACION	ARTAL GOMEZ MARIA CARMEN	2018_0337	F	27/02/2019	ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTAS Y A.PATOLOGICA EN EL SERVICIO DE ADMISION EN EL H.ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	ESTEVE ALCALDE PATRICIA	2016_0712	S1	09/01/2018	MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	MUÑOZ PEÑA CRISTINA	2018_0557	S0	28/02/2019	PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUDANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR ELMODO DE EXTRACCION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	ESTEVE ALCALDE PATRICIA	2018_0558	S1	24/02/2019	ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	MOLODEZKY HORTT MAURICIO	2016_0279	S1	17/01/2018	ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	CARNICERO GIMENO LAURA	2018_0332	F	15/03/2019	PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	ORTIZ ENCISO MARTA	2018_1207	S1	17/01/2019	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH BIOQUIMICA	GONZALEZ TARANCON RICARDO	2016_0721	F	09/01/2018	MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH BLOQUE QUIRURGICO	JIMENEZ IHUARBEN CARMEN	2016_0389	F	25/01/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE,INTRA Y POATOPERATORIO EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CARDIOLOGIA	ALAMEDA SERRANO JAVIER	2016_1131	F	17/01/2018	MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CARDIOLOGIA	ALQUEZAR GARCIA JOSE ANGEL	2018_0010	F	07/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CARDIOLOGIA	ALAMEDA SERRANO JAVIER	2018_0188	F	26/02/2019	UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE	2018_0112	F	26/02/2019	MEJORA DEL MANEJO DEL PAQCIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PALACIO BARRABES JESSICA	2016_0988	S1	22/02/2018	CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	DE JUAN CEBOLLADA CARMEN	2018_0178	F	15/03/2019	MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN	2018_0210	F	11/01/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN	2018_0210	F	05/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	SANCHO MUÑOZ ELENA	2018_0953	F	09/01/2019	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DELPROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	SANCHO MUÑOZ ELENA	2018_0953	F	06/02/2019	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DELPROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO	2016_0100	F	16/01/2018	CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN	2018_0566	F	11/02/2019	ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH FARMACIA HOSPITALARIA	URIARTE PINTO MOISES	2018_0485	S1	05/03/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ELHOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO	VALLEJO GUERRERO ASCENSION	2016_0104	F	08/02/2018	ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MEDICINA INTERNA	MANRESA OROZ NOEMI	2018_0133	F	19/02/2019	ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	ORTEGA MAJAN MARIA TERESA	2018_0388	S1	17/12/2018	PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	2018_0281	S2	08/01/2019	ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	2018_0281	S2	04/02/2019	ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2018_0284	S0	08/01/2019	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2018_0284	S2	04/02/2019	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNESTLLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEFROLOGIA	RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE	2018_0102	F	21/02/2019	MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEFROLOGIA	ESTEBAN GUAJARDO MARIA CRUZ	2018_0313	F	12/02/2019	MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUROLOGIA	PALACIN LARROY MARTA	2016_0305	F	29/12/2017	PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUROLOGIA	PALACIN LARROY MARTA	2018_0144	S1	13/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUROLOGIA	PALACIN LARROY MARTA	2018_0144	S1	14/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITALERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL	2018_0109	F	07/02/2019	ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MENES LANASPA JOSE JAVIER	2018_0643	F	13/03/2019	PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNAEN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGODURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAÑIZARES OLIVER SILVIA	2018_0824	F	15/03/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	FRANCO SERRANO CARLOS	2018_1544	F	15/03/2019	IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	PAJARES BERNAD ISABEL	2018_0521	S1	15/03/2019	ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	JIMENEZ RUBIANO BERTA	2018_1166	S1	15/03/2019	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH PEDIATRIA	ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ	2018_0196	F	18/02/2019	CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UCI	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2016_0302	S1	11/01/2018	ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	2018_0066	F	16/01/2019	MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2016_0302	S2	06/02/2019	ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2018_0100	S1	06/02/2019	IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2018_0100	S1	06/03/2019	IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	URDAZ HERNANDEZ MARTHA	2014_0302	S1	25/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DEL TRAUMATISMO CRANEAL EN UN HOSPITAL COMARCAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	GONZALEZ ARIZA BENJAMIN	2016_0120	F	24/01/2018	IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	MUÑOZ JACOBO SERGIO	2016_0956	S1	16/01/2018	MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	MUÑOZ JACOBO SERGIO	2016_0956	F	06/02/2019	MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	MONTESA LOU CRISTINA	2016_1041	F	25/01/2018	INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2016_1132	F	24/01/2018	MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2018_0672	S1	16/01/2019	AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UROLOGIA	MARTINEZ DELGADO ROBERTO	2014_0071	F	22/01/2018	PROTOCOLO DE CALIDAD DE TRATAMIETO Y SEGUIMIENTO DEL TUMOR VESICAL DE ALTO RIESGO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UROLOGIA	SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL	2014_0147	F	21/01/2018	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UROLOGIA	MARTINEZ DELGADO ROBERTO	2016_1067	F	20/01/2018	PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector 061 ARAGON

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS	AÑON GIMENO DAVID	2018_0866	S1	14/03/2019	INTEGRACION PLATAFORMAS TECNOLOGICAS 061/112
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS	SALDAÑA ROYO SERGIO	2018_0870	S1	14/03/2019	CUADRO DE MANDOS INTEGRAL SOBRE PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS	PALOU PAPASEIT BLANCA	2016_0694	S1	16/02/2018	ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATEIRAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS	MAINAR GOMEZ BELEN	2016_0534	S2	18/02/2018	MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON LISTADO DE MOTIVOS JUSTIFICADOS SEGUN LISTADO PACTADO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS-2016
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS	GIMENEZ BLASCO NATALIA	2016_0231	S1	16/02/2018	DISTRIBUCION TERRITORIAL DE LA IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO PARA EL SCACEST TENIENDO ENCUENTA LA VARIABLE TIEMPO DEPENDIENTE
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS	LAGUNAS PARDOS DIEGO	2016_1380	S1	15/02/2018	GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS	VILLELLAS AGUILAR IGNACIO	2016_1381	S1	14/02/2018	ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATASTROFES
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS	VILLELLAS AGUILAR IGNACIO	2016_1381	S2	26/02/2019	ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIASCOLECTIVAS Y CATASTROFES
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS	ANTON RAMAS ROBERTO	2016_1383	S1	13/02/2018	MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA
AR	061	061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS	ANTON RAMAS ROBERTO	2016_1383	F	15/03/2019	MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA
AR	061	CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON	LAGUNAS PARDOS DIEGO	2016_1380	F	14/03/2019	GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA
AR	061	UME FRAGA	PALOU PAPASEIT BLANCA	2016_0694	F	14/03/2019	ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATERIAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

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

(TODAS las Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados - AG 2018 y anteriores)

Número de memorias: 2432 (Actualizado el jueves 18 de febrero de 2021 a las 09:55:06 horas)

Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS CARDIOLOGIA	PINILLA LOZANO MARIA JESUS	2016_0885	F	28/12/2017	EDUCACION SANITARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS CONSULTAS EXTERNAS	RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ	2016_0912	F	30/12/2017	MEJORA EN LA GESTION DE LAS CITAS EN LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA EN EL C.S. CINCO VILLAS
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS MEDICINA INTERNA	OLIVAN USIETO MARIA TERESA	2016_0796	S1	11/01/2018	MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y MEDICINA INTERNA EN EL AREA DE LAS CINCO VILLAS DE ZARAGOZA, MEDIANTE INTERCONSULTA Y SESION CLINICA PRESENCIAL
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS MEDICINA INTERNA	GARCES HORNA VANESA	2018_1457	S1	14/03/2019	ATENCION CONTINUADA E INTEGRAL A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
Z3	HOSP	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS URGENCIAS	TRENC ESPAÑOL PATRICIA	2016_0831	F	07/12/2017	MEJORA DEL BOTIQUIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS(EJEA) PARA OPTIMIZAR LA ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL LALANA CUENCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUMANAL LACAMBRA CARMEN
PLANO VIDOSA PILAR
ARTERO GUILLEN BELEN
LANAO MARTIN ADOLFO
ELBOJ SASO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1ª FASE DE NOVIEMBRE A FEBRERO DE 2016:
1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad: escala de satisfacción
2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
3. Colaboración con la escuela de artes aplicadas para el diseño del libro
4. Taller de cocina creativa mensual
5. Taller de lectoescritura mensual
6. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
7. Búsqueda activa de financiación.
8. Búsqueda de espacios normalizados donde dar visibilidad al proyecto

2ª FASE DE MARZO A JUNIO DE 2017:
1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
2. Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas
Tareas administrativas
Reflexiones/introspección
3. Taller de cocina creativa y fotografía mensual
4. Reuniones con colaboradores externos: Escuela de Arte, medios de comunicación, sector hostelería.
5. MAYO 2017: Presentación del proyecto a la comunidad, realizado en centro socio-cultural

3ª FASE DE JULIO A DICIEMBRE DE 2017:

1. Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea y revisar la tarea ya realizada.
2. Reuniones semanales con colaboradores externos: Escuela de Arte, Gráficas Barbastro
3. JULIO 2017: Se entrega el libro a gráficas para su impresión
4. SEPTIEMBRE: Presentación oficial del libro en el salón de Actos de la Diputación Provincial de Huesca
5. OCTUBRE DE 2017: Presentación del Libro en Pamplona
6. DICIEMBRE DE 2017: Presentación del libro en Barbastro
7. Evaluación final del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Grado de cumplimiento:
Cumplimentar el 100% de las reuniones del equipo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas x 100
Nº de reuniones previstas
Reuniones realizadas: 35
RESULTADO: 100%

EXISTENCIA DEL LIBRO: VALORACIÓN DICOTÓMICA: SI/NO
RESULTADO: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con esta experiencia se pretende trabajar la recuperación de las personas con enfermedad mental con nuevas iniciativas creativas. Uno de los principales objetivos ha sido establecer un taller de escrituro-terapia como terapia habitual en el CRP Santo Cristo de los Milagros, método que pretende ayudar a forjar el autoconocimiento de las propias emociones de cada persona, con el fin de que module sus propósitos de vida, reencuentre su norte y se aproxime a un proyecto de vida satisfactorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

Objetivos específicos trabajados con los pacientes:la recuperación de habilidades en pacientes con trastorno mental grave a través de las terapias creativas, tales como:
Compromiso con la tarea
Planificación y toma de decisiones
Aumentar la autoestima
Cooperación y trabajo en equipo
Interés por el resultado final de la tarea
Estímulo de los sentidos
Mejorar la calidad de vida
Crecimiento personal

Objetivos en la sociedad: Lucha contra el estigma de la enfermedad mental, dando visibilidad y voz a los pacientes. Ofreciendo a la sociedad el fruto de un trabajo. Todo esto nos aleja de su patología, presentándose ante la sociedad como personas válidas y capaces.

7. OBSERVACIONES.
Aspectos a mejorar: Creemos que la información de las iniciativas de calidad ha llegado con dificultad, respecto a la selección de los proyectos, formar parte del contrato de gestión, plazos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/736 ========== ***

Nº de registro: 0736

Título
TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

Autores:
ELBOJ SASO MARTA, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LANAO MARTIN ADOLFO, PLANO VIDOSA PILAR, MORCILLO GRANADO ISABEL, ARTERO GUILLEN BELÉN

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora “Creación de un taller de escriturо-terapia como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación de ULE y PSICOGERIATRÍA: “edición de un libro de recetas de cocina”, desarrollado en este centro en el año 2015.
La creatividad y las distintas artes expresivas puede resultar una magnífica terapia rehabilitadora para aquellas personas que sufren un trastorno mental severo y persistente como la esquizofrenia (Atkinson y Wells, 2000).
Con este proyecto se ha conseguido establecer un taller de escriturо-terapia como terapia habitual en el CRP Santo Cristo de los Milagros.
Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida.
Tos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, quedó pendiente la edición física del libro por problemas de financiación
Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, con un doble objetivo:
Materializar la edición del libro
Marcar nuevos objetivos de trabajo con los pacientes y hacernos visibles exportando nuestro trabajo a la sociedad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general:
Facilitar la palabra a las personas que sufren una enfermedad mental y crear espacios de integración real;

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

una integración que implique la construcción de una nueva identidad más allá de la noción de la enfermedad.

Objetivos específicos:
Ser un proyecto concreto y con un resultado objetivo: edición del libro
Crear un espacio que fomente la expresión libre y la comunicación a través de la realización de actividades artísticas: taller de cocina creativa, taller de lectoescritura
Posibilitar el descubrimiento de estas prácticas como recurso rehabilitador
Debe ser reconocido socialmente por el paciente, sus familiares y su entorno.
Trabajar los aspectos más afectados en cada persona
Contribuir al desarrollo de la sensibilización social con relación al colectivo

MÉTODO
1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP. Si se considera preciso, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos
2. Búsqueda activa de financiación.
3. Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea y revisar la tarea ya realizada.
4. Taller mensual de cocina creativa: dirigido por los pacientes
5. Taller mensual de fotografía y lectoescritura (trabajo cognitivo)
6. Participación con la escuela de artes aplicadas en el diseño y edición del libro.
7. Contactar con diversos recursos de la ciudadanía: otros profesionales del mundo de la literatura, cocineros
8. Presentación en sociedad del libro por parte de los pacientes.

INDICADORES
1. Grado de Cumplimento:
Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.
2. Escala Virtuales de Satisfacción (por parte de los usuarios)al inicio y al término del proyecto.
3. Edición del libro

DURACIÓN
El proyecto se realizará entre el año 2016/2017, el cronograma se divide en varias fases con distintas actividades.
1ª FASE DE NOVIEMBRE A FEBRERO DE 2016:
1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad: escala de satisfacción
2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
3. Colaboración con la escuela de artes aplicadas para el diseño del libro
4. Taller de cocina creativa mensual
5. Taller de lectoescritura mensual
6. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
7. Búsqueda activa de financiación.
8. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos del 2016 por parte del responsables del proyecto
2ª FASE DE MARZO A JUNIO DE 2017:
1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea
2. Dos sesiones mensuales de ejecución de las tareas consensuadas
Tareas administrativas
Reflexiones/introspección
3. Taller de cocina creativa y fotografía mensual
4. Creación por parte de los usuarios de la portada y contraportada
5. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2017 por parte del responsables del proyecto
3ª FASE DE JULIO A OCTUBRE DE 2017:
Reunión semanal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea y revisar la tarea ya realizada.
Búsqueda de espacios normalizados donde dar visibilidad al proyecto
Presentación oficial del libro (por parte de los pacientes)
Evaluación final del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0736

1. TÍTULO

TALLER ESCRITUROTERAPIA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: EDICION Y DIVULGACION DE UN LIBRO DE COCINA EN LA COMUNIDAD

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ELISA AREVALO DE MIGUEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MALUENDA SONIA
COARASA ALMENARA LORENA
JUNCOSA ASIN CARLOS
CASASUS ESCUER ISABEL
BELENGUER ABIAN CRISTINA
LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ejercicios ludopedagógicos supervisados, dinámicos de sencilla comprensión y realización con los objetivos de: aumentar la permeabilización de vías aéreas, Drenaje postural, expulsión de secreciones bronquiales, movilización de musculatura caja torácica y abdominodiafragmática. Ejercicios propioceptivos sobre sobre el uso de musculatura respiratoria accesoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Valor de Indicadores

Indicador de seguimiento.
Modificación habito tabáquico.
Disminución de reagudizaciones bronquiales a los 12 meses.
Grado de satisfacción.

Objetivos esperados

Buena adherencia al taller.
Sin cambios con respecto a habito de fumar.
A los 4 meses ha habido un ligero descenso del numero de reagudizaciones de los participantes.
Alto grado de satisfacción de los participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la actualidad de los 30 paciente diagnosticados de EPOC y/o fumadores y subsidiarios de participar en el proyecto solo se han incorporado de forma habitual 8 pacientes. Es decir, entre un 20-25% de los pacientes potenciales. Esperamos que en las próximas semanas se lleguen a incorporar hasta un máximo de 15 pacientes.
El inicio de la actividad fue más lento del esperado ya que las características propias psicológicas de los pacientes hacen más difícil la incorporación de actividades novedosas a sus rutinas habituales. Dado lo cual la incorporación al taller de nuevos paciente fue mas progresiva y gradual de los esperado.
Tras el periodo de adaptación han sido los mismos pacientes los que se encargan de dirigir el ritmo y desarrollo de algunas de las actividades tales como la relajación y los ejercicios de “clapping”.
Inicialmente el taller fue diseñado para una duración de 30 minutos, si bien los mismos pacientes a los 20 minutos presentaban perdida de atención y abandono de la sala por lo que se decidió a cortar los tiempos de la sesión a 20 minutos.

7. OBSERVACIONES.
Debido a los traslados de enfermería se incorporaron al proyecto Dña Lorena Coarasa Almenara enfermera Especialista en Salud Mental y Dña Isabel Casasus Escuer Enfermera especialista en Salud Mental.

El taller se enriquecería si al equipo se incorporara un fisioterapeuta y un monitor de actividad física con el objetivo de fomentar actividades que permitan desarrollar y mejorar la capacidad cardiorespiratoria, y la musculatura respiratoria accesoria.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1316 ========== ***

Nº de registro: 1316

Título
TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Autores:
AREVALO DE MIGUEL ELISA, ELBOJ SASO MARTA, SANZ MALUENDA SONIA, JUNCOSA ASIN CARLOS, BELENGUER ABIAN CRISTINA, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, AUDINA ZAPATER MARIA JOSE, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención secundaria y terciaria patologia respiratoria
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La institucionalización, el tabaquismo, la obesidad, los antipsicóticos y la inactividad física son algunos de los factores más influyentes y que con frecuencia se suelen sumar en muchos de estos pacientes. La reeducación respiratoria son ejercicios básicos que con un mínimo entrenamiento pueden mejorar la función respiratoria. Los pacientes con trastorno mental severo muestran una prevalencia significativamente mayor a la población general en pataología respiratoria, peor función respiratoria, mayores tasas de morbilidad, ingresos hospitalarios y un exceso de morbilidad en enfermedades respiratorias.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se esperan conseguir son una disminución la sensación de ahogo y favorecer la expulsión de mucosidad bronquial, evitar el deterioro pulmonar, fortalecer la musculatura respiratoria, reducir el trabajo respiratorio y disminuir el numero de reagudizaciones y mejore la calidad de vida de los pacientes
Población diana: Usuarios ingresados en la unidad de larga estancia del CRP y Psicogeriatría que han manifestadop problemas respiratorios y más de tres reagudizaciones en los últimos 6 meses.
Sin límite de edad pero que muestren que mantengan conservadas las funciones cognitivas necesarias para participar en la actividad.

MÉTODO
Programa ludo-pedagógico de entrenamiento supervisado y reeducación terapéutica mediante una serie de ejercicios sencillos practicados con cierta regularidad nos va a permitir usar al máximo las capacidades pulmonares. La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 3 veces por semana, en sesiones de 30 minutos cada una. Cada sesión estará dirigida por equipo enfermería-terapia ocupacional, con una valoración inicial por parte del médico de familia del centro.
El taller comprenderá ejercicios de sencilla realización y comprensión, dinámicos y educativos basados en técnicas que ayuden a controlar la disnea, mejorar el estrés y aumentar la resistencia y tolerancia al esfuerzo, así como ejercicios que ayuden a expulsar las secreciones pulmonares y permeabilizar las vías aéreas y por último ejercicios que mejoren la respiración abdomino-diafragmática y fortalezcan la musculatura respiratoria. Adaptado por su puesto a cada edad, comprensibilidad y situación clínica del paciente.
* Permeabilización de vías aéreas y drenaje postural.
*Técnicas de reeducación respiratoria abdomino-diafragmática y recondicionamiento muscular. Movilizaciones de la caja torácica.
*Técnicas para mejorar la disnea y aumentar la tolerancia al esfuerzo. Respiración profunda y controlada. Técnicas de relajación y toma de conciencia respiratoria.
Al inicio del taller se reforzaran conceptos sobre el auto cuidado, el abandono del tabaco, la actividad física, medidas ergonómicas y la adherencia al tratamiento.

INDICADORES
Indicador nº de reagudizaciones a los 12 meses.: Evaluación a los 12 meses
Indicador nº de modificación (incremento del tratamiento respiratorio): Evaluación a los 12 meses
Indicador: modificación si/no en su hábito tabáquico: evaluación a los 12 meses
Indicador de mejoría: Porcentaje pacientes que han disminuido al menos en numero de 2 las reagudizaciones bronquiales con respecto al año anterior.
Indicador grado de satisfacción: Evaluación al final del programa.
Indicador de seguimiento: adherencia al taller.
Indicador de modificación cooximetro: Cooximetría al inicio del taller, a los 6 meses, a los 12 meses.

DURACIÓN
Inicio Junio 2017.
Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1738

1. TÍTULO

VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL REGLA MARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA NOCITO LOURDES
ATARES OTIN PAZ
CERDAN LANERO CRISTINA
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
MARIN PRADOS EDUARDO
ZUBIAUZ PEREZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TAL COMO SE INDICÓ EN EL CRONOGRAMA, EL PROYECTO SE ENCUENTRA EN FASE DE RECOGIDA DE DATOS. HASTA LA FECHA HAY UN TOTAL DE 22 REGISTROS.
DADO EN NÚMERO REGISTRADO MENOR DE LOS ESPERADO, SE HA DECIDIDO PROLONGAR UNOS MESES MÁS LA RECOGIDA DE DATOS A LA VEZ QUE SE PLANTEARÁ LA POSIBILIDAD DE ORGANIZAR CHARLAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS, Y HACERLAS EXTENSIBLES TANTO A PERSONAL DE RESIDENCIAS, COMO A PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, INSTITUCIONALIZADOS O NO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN 2017, LOS PACIENTES EN RIESGO DE CAÍDA (MAYORES DE 65 AÑOS) QUE ENGLOBAN EL CENTRO DE SALUD DE ALMUDÉVAR SON UN TOTAL DE 1371.
SE HAN PRODUCIDO UN TOTAL DE 22 CAÍDAS, CON LO QUE LA INCIDENCIA DE CAÍDAS ES DE 1.6%
DE ESTOS 22 PACIENTES, UN 40.9% SE HAN PRODUCIDO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS, Y UN 59.1% EN NO INSTITUCIONALIZADOS, SIENDO LA AMPLIA MAYORÍA COMO CONSECUENCIA DE FACTORES EXTRÍNSECOS (RESBALONES O TROPIEZOS CON MOBILIARIO).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ES POSIBLE QUE HAYA HABIDO CIERTO SESGO EN LA COMUNICACIÓN DE CAÍDAS LEVES POR PARTE DEL PERSONAL DE LAS RESIDENCIAS UNA VEZ CONOCIDA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.
SE REALIZARÁ UNA ENCUESTA A PERSONAL DE RESIDENCIA PARA COMPROBAR GRADO DE CONOCIMIENTOS EN MANEJO DE CAÍDAS, ADEMÁS DE EXTENDER LA CHARLA A PERSONAL Y PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.
EN LA PRÓXIMA MEMORIA DE SEGUIMIENTO, SE ENVIARÁ UN RESULTADO COMPLETO CON LOS INDICADORES DEFINITIVOS.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1738 ========== ***

Nº de registro: 1738

Título
VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA

Autores:
REGLA MARIN RAQUEL, ZUBIAUZ PEREZ JOSE, CERDAN LANERO CRISTINA, FERNANDEZ IZARBEZ MAR, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, BOSQUE GARCIA LAURA, ABADIA NOCITO LOURDES, ATARES OTIN PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Traumatismo (Caídas/Contusión)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de actividades preventivas

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1738

1. TÍTULO

VALORACION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS Y DESARROLLO DE PLANES DE PREVENCION Y MEJORA

Entendemos por caída la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. Puede clasificarse como accidental, debida a factores extrínsecos; o no accidental, generada por factores intrínsecos (alteraciones en nivel consciencia, problemas aparato locomotor, patologías y tratamientos crónicos...). Debido a estos múltiples factores y a que no todas las caídas obedecen a una única causa, es necesario actuar de manera preventiva y multidisciplinar en todas ellas para evitar consecuencias que impliquen mayor deterioro de calidad de vida del paciente, aumento de tasas de morbimortalidad e incremento del gasto sanitario.
Se estima que un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de las personas mayores de 80 años sufren una caída al año, lo que supone un importante problema de salud pública, generando como consecuencia discapacidades temporales o permanentes, o empeoramientos en su estado de salud y necesidades de nuevos cuidados o tratamientos. La incidencia anual de personas que sufren caída en la comunidad es del 30-35%, aumentando hasta edl 40% en personas institucionalizadas. Del 20 al 30% de las caídas presentan lesiones de moderadas a graves.
En el caso del área de salud perteneciente al Centro de Salud de Almudévar, hay asignadas 4 residencias a los cupos del equipo de Atención Primaria, sumando unos 200 residentes aproximadamente. Estas residencias, de gestión privada, cuentan con personal auxiliar, pero no de enfermería o medicina (excepto una de ellas), por lo que quizá podrían existir deficiencias de conocimiento de manejo de estos pacientes y situaciones entre su personal.

RESULTADOS ESPERADOS
1. GENERAL: Disminuir la incidencia de caídas y sus consecuencias posteriores en pacientes institucionalizados.
2. ESPECÍFICOS:
1. Identificar los factores de riesgo que provocan caídas en pacientes mayores de 65 años.
2. Valoración de riesgo de estas caídas analizando las causas más frecuentes y compararlas con las caídas en la comunidad, viendo las consecuencias tanto de manejo como de cuidados posteriores.
3. Implementar estrategias de mejora para la prevención y manejo de pacientes con potencial riesgo de caída.

MÉTODO
1. Creación de una hoja de registro de fácil cumplimentación para posterior elaboración de base de datos y análisis estadístico de la misma para conocer situación actual en el entorno.
2. Una vez obtenidos resultados, elaborar las actividades necesarias para la mejora de la seguridad de los pacientes, del entorno y control de los factores de riesgo.

INDICADORES
1. Incidencia de caídas: Nº de caídas / Pacientes totales institucionalizados x100
2. Incidencia de caídas de pacientes en riesgo: Nº caídas de pacientes en riesgo / pacientes en riesgo de caída x100
3. Incidencia de lesiones de gravedad: Nº lesiones moderadas-graves / total de caídas x 100
4. incidencia de lesiones leves y contusiones: Nº contusiones / total de caídas x100
5. Incidencia de caídas en domicilio vs residencias: Nº caídas domicilio / caídad totales x 100 y Nº caídas residencias / caídas totales x 100
6. Incidencia de caídas por situación funcional: Nº caídas Barthel <90 / caídas x100

DURACIÓN
1. Primera fase: elaboración cuestionario e inicio recogida de datos. Agosto 2017
2. Segunda fase: análisis estadístico de datos. Enero 2018
3. Tercera fase: elaboración e implementación de estrategias e intervenciones a realizar. Febrero 2018
4. Cuarta fase: nueva recogida de datos y evaluación estadística para comprobación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0714

1. TÍTULO

MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ROYO ROYO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUBIAUZ PEREZ JOSE
JUSTES ABIOL ANA LIDIA
GROS CACHO ELENA
ATARES OTIN PAZ
VISA GONZALEZ ISABEL
ABADIA NOCITO LOURDES
LAFUENTE ARIÑO EVA ANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En mayo se realizó un cartel detallando los pasos a seguir en la exploración del pie diabético que se colgo en las consultas del centro de salud y en la de los consultorios locales.
En septiembre realizamos tres sesiones a las que acudieron los profesionales de enfermería, salvo los que se encontraban de vacaciones.
En noviembre volvimos a reunirnos para revisar el cuadro de mandos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos llegado al objetivo ya que el 72% de los pacientes tiene la revisión del pie diabético realizada.
La fuente es el cuadro de mandos que va actualizando los datos periódicamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados pueden mejorar mucho todavía, sobretodo en algunos cupos, ya que hemos sufrido cambios de personal, bajas,..., que siempre influyen en entorpecer el avance positivo.
El proyecto es sostenible y ayuda a que la consulta de enfermería sea más eficiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/714 ========== ***

Nº de registro: 0714

Título
MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
ROYO ROYO SILVIA, ZUBIAUZ PEREZ JOSE MARIA, GROS CACHO ELENA, ABADIA NOCITO LOURDES, VISA GONZALEZ ISABEL, ATARES OTIN PAZ, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, LAFUENTE ARIÑO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

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

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

PROBLEMA
LA POSIBILIDAD QUE UNA PERSONA CON DIABETES MELLITUS DESARROLLE UNA ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO ES DE UN 15% Y UN 25%. LAS ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO SON LA PRIMERA CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS Y LA AMPUTACIÓN, SU PRINCIPAL COMPLICACIÓN.
MUCHOS PACIENTES DIABÉTICOS DESCONOCEN QUÉ ES UNA ÚLCERA Y CÓMO PUEDE LLEGAR A AFECTAR A SU CALIDAD DE VIDA.UNA FORMA DE DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE QUE NUESTRA POBLACIÓN DIABÉTICA DESARROLLE UNA ÚLCERA, SERÁ INFORMAR Y CONCIENCIAR A LOS DIABÉTICOS SOBRE EL AUTOCUIDADO, SIGUIENDO UNAS PAUTAS DE PREVENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0714

1. TÍTULO

MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

ESPECÍFICAS.

RESULTADOS ESPERADOS
-MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO.
-MEJORAR LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO.
-DETECCIÓN PRECOZ DE PATOLOGÍA VASCULAR, NEUROPÁTICA Y SU DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA.
-IMPLICACIÓN DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

MÉTODO
_REALIZAR SESIÓN CLÍNICA :
.DE LA INSPECCIÓN DEL PIE DIABÉTICO
.DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA DEL PIE DIABÉTICO.
.DE LA EXPLORACION VASCULAR. TÉCNICA DOPPLER.
.DETECCIÓN DEL RIESGO DEL PIE DIABÉTICO. VALORAR EL RIESGO DE PIE DIABÉTICO Y REALIZAR LA EXPLORACIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO.
.DEL REGISTRO DE DATOS.
.DEL USO DEL CUADRO DE MANDOS.
_REALIZACIÓN DE UN CARTEL POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA,DETALLANDO LOS PASOS A SEGUIR EN LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO. ESTE CARTEL ESTARÁ COLGADO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA, TANTO DEL CENTRO DE SALUD COMO DE LOS CONSULTORIOS LOCALES.

INDICADORES
_Nº PACIENTES CON EXPLORACIÓN PIE DIABÉTICO REALIZADA/ Nº PACIENTES DIABETICOS>=70%
_Nº DE PACIENTES CON EXPLORACIÓN DE PIE DIABÉTICO REALIZADA/ Nº PACIENTES DIABÉTICOS>= 60 %
_Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO / Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 40%

DURACIÓN
INICIO DEL PROGRAMA EN MAYO DEL 2018
SESIÓN CLINICA DEL PIE DIABÉTICO EN MAYO DEL 2018
DURANTE EL AÑO SE CITARÁN LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN CONSULTA PROGRAMADA PARA LA REALIZACIÓN DE LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICOSEGÚN RIESGO.
REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE (JULIO 18/ OCTUBRE 18/ DICIEMBRE18)

OBSERVACIONES
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

1. TÍTULO

APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... VERONICA BLANCO GIMENO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR
ROYO ROYO SILVIA
VISA GONZALEZ ISABEL
GROS CACHO ELENA
JUSTES ABIOL ANA LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La captación de las participantes se llevó a cabo a través de las asociaciones de amas de casa y en las consultas de la matrona, medicina y enfermería.
Las participantes fueron todas mujeres con edades comprendidas entre los 45-55 años, comenzaron 12 y se mantuvo la asistencia hasta la última sesión.
Se elavoró un folleto informativo, entre todos los miembros del proyecto, para entregar a las mujeres que iban a participar en el proyecto.
Las sesiones previstas eran siete, al final se han hecho cinco, se suprimió la película "Tomates verdes fritos" y la del comentario de la misma.
Se realizó una sesión al mes desde mayo a diciembre salvo los de julio, agosto y septiembre por estar en periodo vacacional. Cada una se dividia en dos partes, en la primera se daba la información y en la segunda se abordaban preguntas, experiencias personales,...
Todas las sesiones las ha impartido la matrona salvo la tercera " Hábitos de vida saludables en el climaterio: Alimentación y ejercicio físico" que la expuso la enfermera Isabel Visa.
La primera sesión se realizó el 7/5/18 a acudieron 12 mujeres Se les pasó la encuesta, se les entregó el folleto informativo y se trató el tema de la anatomía y fisiológia de la mujer.
La última sesión, 3/12/19, se trato el tema Sexualidad y métodos anticonceptivos y se les pasó una encuesta final.
La actividad se ha realizado en la Sala de Juntas del Centro de Salud de Almudévar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado en participación ha sido bueno, habiendo abandonos puntuales al alargarse en 5 sesiones, el interés de las mujeres ha sido alto.. En general se ha considerado alto el grado de comodidad, conocimientos adquiridos en el grupo, utilidad del aprendizaje y expectativas, suficiente el tiempo dedicado.
El 100% de las mujeres participantes conocen la diferencia entre la menopausia y el climaterio.
El 100% de las mujeres están concienciadas y comprometidas con llevar una dieta equilibrada y realizar ejercicio físico diario.
El 100% de las mujeres conocen las estrategias para prevenir posibles patologías relcionadas con la menopausia y el climaterio (obesidad, depresión, osteoporosis, incontinencia urinaria, ...).
Tras comparar los test (pre y post proyecto) observamos que el 75% de las mujeres han obtenido las respuestas correctas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La captación de esta población es dificultosa ya que la mayoría de las mujeres están trabajando.
Es una zona de salud con mucha dispersión y mucho nucleo rural, se tendría que contemplar la posibilidad de que la matrona se trasladara a los núcleo más grandes evitando los desplazamientos a los usuarios. Esta posible solución puede producir una mayor respuesta y un acercamiento de la figura de la matrona a la población.
Los asistentes han expresado su satisfacción tras realizarlos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/734 ========== ***

Nº de registro: 0734

Título
APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Autores:
BLANCO GIMENO VERONICA, FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR, ROYO ROYO SILVIA, VISA GONZALEZ ISABEL, GROS CACHO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

1. TÍTULO

APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

ELENA, JUSTES ABIOL ANA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
LA TRANSICIÓN DE LA MADUREZ A LA SENECTUD EN LA MUJER SE PRODUCEN DIVERSOS CAMBIOS, LOS CUALES EN GENERAL SON DESCONOCIDOS POR LA POBLACIÓN. ESTOS CAMBIOS GENERAN DIFERENTES SINTOMAS, QUE EN EL 50 % DE LAS MUJERES EN ESTA ETAPA LES GENERA DETERIORO EN SU CALIDAD DE VIDA.

RESULTADOS ESPERADOS
.DIFERENCIAR ENTRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
.CONOCER E IDENTIFICAR LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE ESTE PERIODO
.PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PROPIOS DEL CLIMATERIO
.CONOCER ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR POSIBLES PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

MÉTODO
LA ACTIVIDAD CONSTARÁ DE SIETE SESIONES DE UNA HORA DE DURACIÓN A UN GRUPO DE APROXIMADAMENTE 10 MUJERES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 45 Y 55 AÑOS
LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ A AQUELLAS MUJERES QUE ACUDAN A LA CONSULTA DE LA MATRONA, DE ENFERMERIA O DE MEDICINA, QUE SE ENCUENTREN EN LA EDAD ACOTADA.
TEMAS A TRATAR EN CADA SESIÓN:
.ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA MUJER
.SINTOMATOLOGÍA Y CAMBIOS EMOCIONALESHABITOS DE VIDA SALUDABLES EN EL CLIMATERIO
.SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
.TRATAMIENTOS Y PREVENCIÓN DEL CANCER GINECOLÓGICO
.PELÍCULA “ TOMATES VERDES FRITOS”
.COMENTARIO DE LA PELÍCULA . EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

INDICADORES
-% DE MUJERES QUE CONOCEN LA ETAPA DEL CLIMATERIO (QUÉ ES Y COMO AFECTA A SU ORGANISMO Y A SU VIDA / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-% DE MUJERES QUE REALIZAN DIETA SALUDABLE /TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-% DE MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIO / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-PARA LA EVALUACIÓN SE COMPARARÁN LOS TEST PRE Y POST, DONDE LAS PARTICIPANTES DEBERÁN OBTENER, AL MENOS, UN 25% MÁS DE RESPUESTAS CORRECTAS EN EL POST CON RESPECTO AL PRE.

DURACIÓN
DESDE MAYO A DICIEMBRE. EN MAYO SE CAPTARÁN EN LAS CONSULTAS A LAS MUJERES PARTICIPANTES. SERÁN SIETE SESIONES REPARTIDAS A UNA POR MES, SIEMPRE COINCIDIENDO CON EL PRIMER LUNES DE CADA MES.

OBSERVACIONES
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0767

1. TÍTULO

ALMUDEVAR CAMINA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MAR FERNANDEZ IZARBEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ATARES OTIN PAZ
ABADIA NOCITO LOURDES
LAFUENTE ARIÑO EVA ANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al comienzo se reunió a las personas interesada que cumplian con el perfil propuesto y se les informó en que consistía la actividad. Se les pasó una encuesta y a la semana se realizó una charla informativa sobre la importancia de la alimentación y el ejercicio físico para prevenir enfermedades cardiovasculares.
Los meses de verano se suspendió la actividad, retomándola en octubre.
La actividad se realiza todos los miércoles a las nueve de la mañana con una duración de aproximadamente una hora.
El grupo consta de diez personas que se mantiene constante en todas las sesiones. Consiste en paseos de marcha moderada ya que el perfil de las participantes lo permite.
Antes y después de la actividad se realizan unos ejercicios de estiramiento.
Trascurridos los dos meses de la actividad se les volvió a pasar la encuesta y apreciamos una respuesta muy posiva.

En septiembre, en la Residencia de Mayores “Santo Domingo” de Almudévar se contrató a una terapeuta ocupacional. Cuando nos enteramos nos pusimos en contacto con ella para manifestarle nuestro interés por su labor y para intentar trabajar conjuntamente con ella. Realizamos una guía de ejercicios encaminada al anciano frágil. Esta actividad se desarrolla una vez a la semana y con una duración de aproximadamente una hora. Se incluye a todos los ancianos independientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los participantes han aumentado su interes por modificar sus hábitos sedentarios para mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El grupo ha afianzado sus relaciones y son ellos los que quedan el resto de los días de la semana para continuar realizando actividad física.
No se han apreciado importantes variaciones en los indicadores de TA, FC e IMC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto va a continuar durante el 2019 y se plantea para este próximo año comenzar con pacientes frágiles institucionalizados.
En marzo, en el nucleo de San Jorge, se valorá crear otro grupo con personas de más edad y mayores limitaciones por lo que la marcha se adaptará a su perfil.
Se irán midiendo los indicadores a lo largo de este año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/767 ========== ***

Nº de registro: 0767

Título
ALMUDEVAR CAMINA

Autores:
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR, ROYO ROYO SILVIA, GROS CACHO ELENA, VISA GONZALEZ ISABEL, ATARES OTIN PAZ, ABADIA NOCITO LOURDES, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, LAFUENTE ARIÑO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0767

1. TÍTULO

ALMUDEVAR CAMINA

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

PROBLEMA
LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SON LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA Y PARA PODER DISMINUIR SU INSIDENCIA Y MORTALIDAD ES FUNDAMENTAL ACTUAR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN SU APARICIÓN.
SE DISTINGUEN DOS TIPOS DE FACTORES DE RIESGO, LOS NO MODIFICABLES (SEXO,EDAD Y HERENCIA GENÉTICA) Y LOS MODIFICABLES (TABACO, HIPERTENSION ARTERIAL, DISLIPEMÍAS, DIABETES MELLITUS, OBESIDAD, SEDENTARISMO Y CONSUMO DE ALCOHOL.
ESTÁ DEMOSTRADO QUE EL DEJAR DE FUMAR, REDUCIR EL CONSUMO DE SAL Y DE GRASAS, EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR, Y EVITAR EL SONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL REDUCE EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

RESULTADOS ESPERADOS
AUMENTAR EL INTERES DE LA POBLACIÓN, DEL CENTRO DE SALUD DE ALMUDÉVAR, POR MODIFICAR SUS HÁBITOS SEDENTARIOS PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y REDUCIR EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

MÉTODO
LA ACTIVIDAD SE REALIZARÁ LOS MIÉRCOLES A LAS DIEZ DE LA MAÑANA, SU DURACIÓN SERÁ DE APROXIMADAMENTE UNA HORA.
CONSISTIRÁ EN PASEOS DE MARCHA LEVE O MODERADA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN FÍSICA DE LOS PARTICIPANTES. ANTES Y DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD SE HARÁN UNOS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO.

INDICADORES
– AL COMIENZO DE LA ACTIVIDAD SE PASARÁ UNA ENCUESTA SOBRE LOS HÁBITOS SEDENTARIOS A LOS PARTICIPANTES Y AL FINALIZAR SE REALIZARÁ OTRA, PARA COMPARAR Y VER SI ESTOS HAN CAMBIADO .
– EL PRIMER DÍA DE LA ACTIVIDAD Y EL ÚLTIMO SE MEDIRÁN LAS CONSTANTES VITALES (PA, FC) Y EL IMC Y COMPARAR PARA VER POSIBLES CAMBIOS.
_ TRASCURRIDOS DOS MESES DE INICIADO EL PROYECTO SE PASARÁ UNA ENCUESTA PARA VALORAR LA MOTIVACIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y RECOGER SUGERENCIAS PARA IR MEJORANDO LA ACTIVIDAD.

DURACIÓN
COMENZARÁ EL PROYECTO EN MAYO Y TERMINARÁ EN NOVIEMBRE DEL 2018, AUNQUE PRETENDE SER UN PROYECTO DE CONTINUIDAD Y DE TRABAJO A LARGO PLAZO.

OBSERVACIONES
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN CAMPOS AVELLANA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN
PISA MAÑAS JARA
AVELLANAS MONTORI SOFIA
GARCES CASTILLO BEATRIZ
SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA
VITALLA PERALTA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó la presentación del proyecto,Mayo ; en los municipios, a las asociaciones, Centro de salud y presidente del Consejo de Salud.
Se elaboró un cartel para anunciar la presentación y otro para comunicar horario y lugar de la actividad que se mantiene en los consultorios y lugares de reunión en cada localidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicio de la actividad Junio 2018
Se han realizado sesiones semanales en los dos núcleos de población: 20 sesiones en Alcalá y 19 en Valsalada.
El número de participantes ha sido de 5 en Valsalada(V) y 18 en Alcalá(A).
En los meses de verano esta cifra se ha visto aumentada por la participación en la actividad de personas que veranean en los pueblos.
Hasta hoy todas son mujeres
La edad de las participantes entre 60/75 años es el 47% y entre 75/85 años el 53%para Valsalada y en Alcalá los dos grupos 65/75 y 75/85 al 50%
La media de asistencia ha sido 4 (V) y 12(A) personas
Los días de mayor asistencia fueron 6(V) y 20(A). Los de menor participación 2º(V)y 5 (A)
Según la encuesta inicial realizaban alguna actividad física a diario al aire libre en un 80% y a los 6 mese la realizan en el 89%
Se realizaron dos encuestas individuales a los 2 y 6 meses
* Sobre la percepción subjetiva de mejora referida a movilidad, estado de ánimo y relación con los demás con una escala 0-10 los resultados a los 6 meses:
-mejora movilidad:7.5 (v)y 7(A)
-estado ánimo: 8.5(V) y 8(A)
-relación social: 8 en los dos.
*Sobre satisfacción, escala 0-10, a los 6 meses // inicio, referida a:
-Tiempo para hacer lo que le gusta: 8.2//4.8 (V) y 8.6//6.2 (A)
-Lo que hace en su dia a dia merece la pena: 8//7.8(V) y 8.4//7.3(A)
-Satisfacción con su vida en conjunto en la actualidad: 8.2//6.6(V) y 8//7.2(A)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los participantes han expresado su satisfacción con la actividad, por pertenecer a un grupo y están incorporando las actividades aprendidas a su rutina diaria tanto dentro de casa como en actividad al aire libre
Tanto los ejercicios de relajación como los respiratorios han sido claves para iniciar y terminar la actividad en un ambiente relajado y positivo.
Los ejercicios de coordinación, equilibrio y corrección postural se han realizado según la planificación.
En relación con la actividad de ejercicio con música, baile, dadas las limitaciones para la bipedestación estable de algunos de los participantes se ha optado por hacer ejercicios prefentemente en sedestación.
No se ha conseguido la incorporación de participantes masculinos.
Pensamos que el proyecto puede continuar debido al interés, mejoras percibidas y satisfacción manifestada por las participantes.
La sostenibilidad del proyecto por el momento nos parece posible.
El proyecto es replicable

7. OBSERVACIONES.
Por la limitación de espacio no he aportado las encuestas utilizadas. Ruego me indique si es necesario

*** ========== Resumen del proyecto 2018/849 ========== ***

Nº de registro: 0849

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

VIVIR BAILANDO

Autores:
CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN, REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, PISA MAÑAS JARA, AVELLANAS MONTORI SOFIA, GARCES CASTILLO BEATRIZ, SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA, VITALLA PERALTA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

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

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

PROBLEMA
*Los dos núcleos de población donde se va ha realizar el proyecto tienen alta tasa de envejecimiento poblacional con pérdida de coordinación motora, flexibilidad, fuerza y equilibrio, además de pobres habilidades y resistencias para uso de sistemas de apoyo como bastones, andadores,...
*Alta prevalencia de enfermedades crónicas, procesos álgicos y somatización.
*Escasa actividad física, alto nivel de sedentarismo sobre todo en la población femenina, tendencia al aislamiento social.
El aumento de la actividad física ha demostrado la efectividad en la reducción de factores de riesgo cardiovascular, la mejora de la salud mental y la prevención de caidas sobre todo en ancianos.
La práctica de ejercicio grupal disminuye el aislamiento social, se ha demostrado que mejoran los autocuidados y las capacidades para desarrollar estrategias de afrontamiento de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
*Promover la participación activa de las personas mayores, con la creación de grupos normalizados y la inclusión de personas mayores con especiales problemáticas en la actividad
* Motivar para la realización de ejercicio físico.
* Adquirir conocimientos y estrategias necesarias para la realización de ejercicios físicos.
* Mejorar el estado cardiovascular, cardiorrespiratorio flexibilidad, fuerza, equilibrio, psicomotricidad fina, etc. en las personas mayores.
* Dotar de conocimientos sobre los hábitos saludables y la alimentación, así como de estrategias para desarrollar la memoria, la autoestima y las habilidades de comunicación.
* Fomentar la convivencia y las relaciones sociales a través de la participación en la actividad.
* Mantener el cuerpo y la mente activos de los destinatarios del Proyecto.

MÉTODO
Se publicitará el inicio de la actividad con apoyo de las asociaciones mediante cartel con 15 díasde antelación
En consulta captación activa.
Reunión inicial para presentación del proyecto en Centro de salud y localidades
El grupo máxuimo 20 participantes por localidad. Posibilidad creación dos grupos.
Frecuencia de la actividad 1día por semana.
La duración 1 hora por sesión.
El lugar local social
Las sesiones tendrán el desarrollo siguiente :
*Acogida (y presentación el primer día)
*Ejercicio de relajación
*Ejercicios respiratorios
*Ejercicios de estiramiento muscular y movilidad articular
*Ejercicios de coordinación desde movimiento grueso evolucionando a movimiento fino y de expresión de gesto en la medida de las posibilidades. Utilización de pequeños accesorios y materiales para ayuda en la coordinación
*Ejercicios para mejorar el equilibrio, corrección y ajuste postural
*Coordinación con música, Baile = movimiento coordinado al ritmo de la música .
*Descanso y puesta en común de experiencia de la actividad y recepción de inquietudes o modificaciones para la próxima sesión
*Ejercicio de respiración
*Ejercicio de relajación final y despedida.

Durante las sesiones se realizarán recomendaciones sobre hidratación, higiene corporal cuidado de los pies, uso de calzado, ropa adecuada y horario de ingesta previo al ejercicio.

INDICADORES
Número de sesiones realizadas
Participantes en la actividad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Media de participantes por sesión.
Encuestas de evaluación previa a ola actividad, a los dos meses del inicio y posteriormente de forma semestral sobre actidad fisica diaria habitual, y estado de bienestar subjetivo.
Diciembre/anual, se valorará la satisfacción con la actividad de los participantes mediante encuesta

DURACIÓN
*Planificación y elaboración del proyecto mayo 2018
*Inicio de actividad en Junio de 2018
*Duración del proyecto fase implantación hasta diciembre2018.
*Evaluación de resultados sergún indicadores propuestos
*Previsión de seguimiento de la actividad en el futuro de forma anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES MARCO AGUADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AYERBE
· Localidad ..... AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORREL MARTINEZ JOSE MARIA
MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MALO GRACIA MARIA ELENA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
MONTORI TORRIJOS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 22 de Mayo 2017.
5.2. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizaron tres sesiones clínicas con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la función renal, así como la actualización de protocolos en vigor:
5.2.1. Sesión clínica donde se realizó una puesta a punto de “Protocolos sobre ERC”, subrayando los datos sobre la importancia de los controles de tensión arterial y diabetes en los pacientes con FC<60 ml/min. Realizada el 29 de Mayo 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados.
5.2.2. Sesión clínica sobre el “Uso e influencia de los AINES en la ERC, así como de antibióticos, anticoagulantes, antidiabéticos orales, etc”. Se realizó el 5 de junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.
5.2.3. Sesión clínica sobre “Recomendaciones de uso, seguimiento y desprescripción de los IBPs”, subrayando la influencia de los mismo en la progresión de la ERC. Realizada el 23 de Octubre 2017.
5.3. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del Equipo de Atención Primaria: dificultades, dudas, etc. 3 de Julio 2017.
5.4. Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, dosis, duración de tratamiento, con el fin de evitar la iatrogenia por autoconsumo que incide en la aparición y progresión de la ERC. Se ha dado la información precisa y de forma individualizada a los pacientes afectos por ERC, sobre el no abuso de fármacos perjudiciales sin prescripción médica.
5.5. Primer seguimiento de resultados a fecha de 31 Agosto 2017. Se valoraron los resultados el 6 de Noviembre del 2017.
5.6. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre primeros resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. 6 Noviembre 2017.
5.7. Segundo seguimiento de resultados a fecha 20 de Diciembre del 2017. Nueva valoración de los mismos.
5.8. Finalización del proyecto con resultados a 31 de Diciembre 2018, tras un año de seguimiento desde el ultimo corte. Se redacta memoria definitiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1. ¿En cuantos pacientes se ha detectado insuficiencia renal crónica durante el período de estudio?
Del 1 de junio al 20 de diciembre del 2017…….. 12 pacientes
Del 20 de diciembre del 2017 al 31 de diciembre del 2018……. 43 pacientes
TOTAL pacientes en el período de estudio…….. 55
pacientes…….....2,5% de la población atendida

6.2. Nº pacientes informados/Nº pacientes detectados = 72%

VALORACIÓN DE RESULTADOS:
- Muy significativo el aumento espectacular del registro en OMI del episodio de Enfermedad Renal Crónica tras valoración del Filtrado Glomerular en la analítica de los pacientes. Las estrategias para la detección y control de la misma han mejorado ostensiblemente dentro del EAP. Se ha observado una progresión en aumento de detección durante el año 2018 respecto a los meses en que se comenzó el proyecto del 2017. Eso indica una habituación por parte del equipo en la solicitud del marcador de Filtrado Glomerular y albuminuria en las analíticas y registro del episodio correspondiente en OMI.
- Al mismo tiempo se ha incrementado la valoración de los factores de riesgo para la aparición y evolución de la ERC, ejerciendo un mayor control en las cifras de Tensión arterial y tratamiento correspondiente, y de las cifras de Glucemia en pacientes diabéticos y su tratamiento correspondiente. Un buen control de ambos parámetros influye en la progresión de la enfermedad.
- Se ha llevado a cabo una valoración individualizada de los fármacos nefrotoxicos: AINES, antidiabéticos orales o inhibidores de la bomba de protones, con un mayor control sobre la prescripción de los mismos en los pacientes con alteraciones previas en la función renal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

- El proyecto se diseñó inicialmente por una falta de adecuación en el registro del episodio de ERC del CS Ayerbe en comparativa con los otros CS del sector. Desde ese punto de vista se ha conseguido una amplia mejora al respecto.
- El plan de información a los usuarios de su estado renal, ha sido uno de los puntos a tener muy en cuenta. El fin último ha sido concienciar a la población sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, respetando las duraciones de los tratamientos recomendadas por su médico, así como el evitar el autoconsumo incontrolado que puede influir negativamente en la aparición y evolución de la ERC. Los resultados en este apartado no han sido óptimos al 100%, ya que en algunas ocasiones por cuestiones de tiempo, tipo de paciente, etc., no se ha dado dicha información. A pesar de todo, se ha conseguido que aumente la información sobre dichos aspectos, y la perspectiva de mejorar en el futuro impulsa el mantener unos estándares de calidad.
- Para la obtención de los datos se solicitó la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge de Huesca, previa autorización de la Dirección de Atención Primaria de Huesca. Se extrajeron los datos en 3 periodos distintos: Primer seguimiento a 31 de Agosto 2017; segundo seguimiento a 20 de Diciembre 2017, y tercero y último a 31 de Diciembre 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Hemos conseguido hacer un mayor registro de los episodios correspondientes a ECR en OMI, con una detección más precoz de los mismos. Lo que favorece una actuación más adelantada sobre los factores favorecedores de la evolución del proceso.
- Ha sido todo un ejercicio practico el vincular la posible aparición de insuficiencia renal o progresión de la misma con algunos fármacos con los que no solemos asociarla; es el caso de los IBP en aquellos pacientes con tratamientos mayores de 6 meses. Eso ha favorecido concretar si persistía la indicación tras el tiempo trascurrido desde la prescripción, e incluso la desprescripción en aquellos casos en que se correlacionaba con una evolución negativa, una vez descartado otros motivos que la expliquen.
- Se ha mejorado notablemente en conocer las indicaciones establecidas por protocolos para el tratamiento de AINES, fármacos de amplio uso y que favorecen la progresión de ERC, y manejar los distintos AINES según el riesgo cardiovascular, gastrointestinal y renal de cada uno, buscando la indicación más eficiente.
- Los profesionales del equipo de AP disponen en estos momentos de documentación actualizada para su consulta sobre la influencia de los fármacos que se deben o no prescribir, y cómo reducir las dosis según el grado de afectación renal. En resumen, un manejo más practico de todos ellos al poder contrastar la mejora sustancial del uso de los mismos.
- El proyecto ha facilitado la actualización de los factores que inciden en la progresión de la ERC, y la toma de conciencia de hacer un control más exhaustivo desde Atención Primaria. El progresivo aumento de registro en OMI de los episodios, nos hace pensar en una mejora notable en dicho aspecto que progresara con el tiempo.
- El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1278 ========== ***

Nº de registro: 1278

Título
DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
MARCO AGUADO MARIA ANGELES, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA, MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MALO GRACIA MARIA ELENA, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MONTORI TORRIJOS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Pacientes con Enfermedad Renal crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de registro en OMI

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

PROBLEMA
La importancia y utilidad del proyecto nace debido a la prevalencia de la ERC que va aumentando de forma progresiva con el envejecimiento (el 22% en mayores de 64 años, el 40% en mayores de 80 años), presentándose asociada a cuatro patologías crónicas de alta prevalencia como la diabetes, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca y la cardiopatía isquémica.
Dado que en nuestra Unidad presentamos un porcentaje alto de pacientes >65 años, con pluripatologías varias, es aconsejable detectar precozmente esta ERC con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectos, disminuir la progresión del riesgo de eventos cardiovasculares, así como reducir los elevados costes del tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad.
Para identificar la situación actual de nuestra Unidad nos hemos basado en los resultados de los indicadores del Acuerdo de Gestión del 2016 de nuestro CS, donde se aprecia una falta de adecuación en el registro en OMI de los criterios que identificarían la ERC.

RESULTADOS ESPERADOS
- Detección precoz de la ERC mediante la evaluación del FG y de la albuminuria, al menos una vez al año, en pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:

- Creación del episodio de ERC ajustándose a los valores indicados.

- Disminuir los factores de progresión y prevención del deterioro de la capacidad funcional para reducir la morbimortalidad cardiovascular

- Reducir la iatrogenia por el uso inadecuado de fármacos que repercuten en el deterioro de la función renal.

MÉTODO
- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar.. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario
- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizaran tantas sesiones clínicas sean necesarias con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la Función renal:
1) Abordaremos las nuevas recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs
2) La influencia de los AINE sobre el deterioro renal y el riesgo cardiovascular
3) Importancia de un buen control de DM tipo 2 en pacientes con ERC
4) Repercusión de la tensión arterial mal controlada en la función renal.
- Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, con el objetivo de evitar la iatrogenia por autoconsumo.

INDICADORES
En pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:
1. Personas mayores de 60 años
2. Hipertensión arterial
3. Diabetes mellitus tipo 2 o tipo 1 evolucionada
4. Antecedentes de enfermedad cardiovascular

Detectar una vez al año:

* FG inferior a 60 ml/minuto/1,73 m2 y confirmarse siempre su persistencia durante al menos 3 meses.
* En todos aquellos pacientes que reúnan este criterio, se abrirá el episodio en OMI de ERC U99
* Se obtendrán los datos de las analíticas realizadas de forma programada en el Centro de Salud.

DURACIÓN
1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores, cómo realizar registro en OMI e información sobre fármacos que influyen en ERC y vigilancia de los mismos. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22 de Mayo.
2) Sesión clínica sobre Recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 29 de MAyo
3) Sesión clínica sobre AINES y ERC. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 5 de Junio
4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio.Responsable: coordinador del mismo.
5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Prevista para 3 de Julio. Responsable: Belén Guerrero Álvarez
6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.
7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES MARCO AGUADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AYERBE
· Localidad ..... AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORREL MARTINEZ JOSE MARIA
MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MALO GRACIA MARIA ELENA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
MONTORI TORRIJOS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 22 de Mayo 2017.
5.2. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. 3 de Julio 2017.
5.3. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizaron 3 sesiones clínicas con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la función renal, así como actualización de protocolos en vigor:
5.3.1. Sesión clínica donde se realizó una puesta a punto de protocolos sobre ERC, subrayando los datos sobre la importancia de los controles de tensión arterial y diabetes en los pacientes con FC<60 ml/min. Realizada el 29 de Mayo 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados.
5.3.2. Sesión clínica sobre el uso y la influencia de los AINES en la ERC, así como de un amplio número de fármacos de uso habitual en la práctica clínica (antibióticos, anticoagulantes, antidiabéticos orales, etc). Se realizó el 5 de junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.
5.3.3. Sesión clínica sobre Recomendaciones de uso, seguimiento y desprescripción de los IBPs, subrayando la influencia de los mismo en la progresión de la ERC. Realizada el 23 de Octubre 2017.
5.4. Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, con el objetivo de evitar la iatrogenia por autoconsumo. Se ha dado la información precisa y de forma individualizada a los pacientes afectos por ERC, sobre el no abuso de fármacos perjudiciales sin prescripción médica.
5.5. Primer seguimiento de resultados a fecha de 31 de agosto 2017. Se valoran los resultados el 6 de Noviembre 2017.
5.6. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre primeros resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. 6 Noviembre 2017.
5.7. Finalización de proyecto con resultados a fecha 20 de Diciembre 2017. Se obtienen los resultados a dicha fecha y se redacta memoria definitiva del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1. ¿En cuántos pacientes se ha detectado Insuficiencia renal crónica durante el período de estudio? 12 pacientes.
6.2. Nº de pacientes informados/Nº pacientes detectados: 100%
6.3. VALORACIÓN DE RESULTADOS:
- Se han conseguido mejoras en abrir episodio en OMI de Enfermedad renal Crónica tras valoración analítica de control de los pacientes.
- Al mismo tiempo se ha valorado posibles causas de esa ERC, haciendo un mejor control de las cifras de TA y tratamiento correspondiente, y de las cifras de DM y su tratamiento correspondiente.
- Tras la valoración de resultados del primer seguimiento a fecha de 31 de Agosto, no se observó una mejora de los indicadores por varios motivos:
1) Por una parte por coincidir este primer seguimiento con los meses vacacionales del personal del CS.
2) Por otra parte porque al solicitar el corte de datos a informática, se hizo con los datos nuevos durante el periodo del 1 de junio al 31 de agosto. Por lo que no se cuantificaron los episodios abiertos anteriormente a dicha fecha. Se ha rectificado para el seguimiento final.
6.4. OBTENCIÓN DE DATOS:
Se solicitaron en ambos periodos (seguimiento y final) la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge de Huesca para la extracción de datos, previa autorización de la Dirección de Atención Primaria de Huesca. Aunque la fecha prevista de finalización del proyecto era a 31 de Diciembre del 2017, se solicitó terminar el 20 de Diciembre para poder elaborar la memoria final que se debe presentar antes del 31 de Diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
7.1. Se ha conseguido hacer una detección precoz de la ERC, y se han creado los episodios correspondientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

en OMI.
7.2. Se ha incidido en aquellos factores que favorecen la progresión de la ERC y cuyo control facilitarían la prevención de la misma. Mejores controles de tensión arterial en los hipertensos, mejores controles de cifras de glucemia en diabéticos, etc.
7.3. Se ha comenzado a revisar las prescripciones de Inhibidores de la bomba de protones en aquellos pacientes que llevan tratamiento con los mismos más de 6 meses, con el objetivo de favorecer la desprescripción en los casos en que se correlacione una evolución negativa de la ERC con la toma prolongada de IBPs, sin haber otro motivo que la explique.
7.4. Se ha mejorado notablemente en observar las indicaciones establecidas por protocolos para el tratamiento de AINES, fármacos de amplio uso y que favorecen la progresión de ERC.
CONCLUSIONES:
El proyecto ha facilitado la actualización de los elementos que inciden en la progresión de la ERC, y la toma de conciencia de hacer un control más exhaustivo desde Atención Primaria.
Los profesionales del equipo de AP disponen de documentación actualizada para su consulta sobre la influencia de los fármacos que se deben o no prescribir, y cómo reducir las dosis según el grado de afectación renal.
El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1278 ========== ***

Nº de registro: 1278

Título
DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
MARCO AGUADO MARIA ANGELES, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA, MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MALO GRACIA MARIA ELENA, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MONTORI TORRIJOS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Pacientes con Enfermedad Renal crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de registro en OMI

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

PROBLEMA
La importancia y utilidad del proyecto nace debido a la prevalencia de la ERC que va aumentando de forma progresiva con el envejecimiento (el 22% en mayores de 64 años, el 40% en mayores de 80 años), presentándose asociada a cuatro patologías crónicas de alta prevalencia como la diabetes, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca y la cardiopatía isquémica.
Dado que en nuestra Unidad presentamos un porcentaje alto de pacientes >65 años, con pluripatologías varias, es aconsejable detectar precozmente esta ERC con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectos, disminuir la progresión del riesgo de eventos cardiovasculares, así como reducir los elevados costes del tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad.
Para identificar la situación actual de nuestra Unidad nos hemos basado en los resultados de los indicadores del Acuerdo de Gestión del 2016 de nuestro CS, donde se aprecia una falta de adecuación en el registro en OMI de los criterios que identificarían la ERC.

RESULTADOS ESPERADOS
- Detección precoz de la ERC mediante la evaluación del FG y de la albuminuria, al menos una vez al año, en pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:

- Creación del episodio de ERC ajustándose a los valores indicados.

- Disminuir los factores de progresión y prevención del deterioro de la capacidad funcional para reducir la morbimortalidad cardiovascular

- Reducir la iatrogenia por el uso inadecuado de fármacos que repercuten en el deterioro de la función renal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1278

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL

MÉTODO
- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar.. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario
- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre los efectos de los fármacos más usados en patologías diarias, sobre la función renal. Nuevos avances en investigación. Se realizaran tantas sesiones clínicas sean necesarias con el objetivo de remarcar la importancia del control en las prescripciones de fármacos que pueden influir en el deterioro progresivo de la Función renal:
1) Abordaremos las nuevas recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs
2) La influencia de los AINE sobre el deterioro renal y el riesgo cardiovascular
3) Importancia de un buen control de DM tipo 2 en pacientes con ERC
4) Repercusión de la tensión arterial mal controlada en la función renal.
- Plan de información a los usuarios con progresivo deterioro en FG para educar sobre la importancia de manejar adecuadamente las medicaciones prescritas, con el objetivo de evitar la iatrogenia por autoconsumo.

INDICADORES
En pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:
1. Personas mayores de 60 años
2. Hipertensión arterial
3. Diabetes mellitus tipo 2 o tipo 1 evolucionada
4. Antecedentes de enfermedad cardiovascular

Detectar una vez al año:

* FG inferior a 60 ml/minuto/1,73 m2 y confirmarse siempre su persistencia durante al menos 3 meses.
* En todos aquellos pacientes que reúnan este criterio, se abrirá el episodio en OMI de ERC U99
* Se obtendrán los datos de las analíticas realizadas de forma programada en el Centro de Salud.

DURACIÓN
1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores, cómo realizar registro en OMI e información sobre fármacos que influyen en ERC y vigilancia de los mismos. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22 de Mayo.
2) Sesión clínica sobre Recomendaciones de uso, seguridad y desprescripción de los IBPs. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 29 de MAyo
3) Sesión clínica sobre AINES y ERC. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista 5 de Junio
4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio.Responsable: coordinador del mismo.
5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Prevista para 3 de Julio. Responsable: Belén Guerrero Álvarez
6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.
7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1279

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA MALO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AYERBE
· Localidad ..... AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ
MARCO AGUADO MARIA ANGELES
SANZ JACA AURORA
LANZAROTE NASARRE LOURDES
PELEATO LOPEZ OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 22 de Mayo 2017.

5.2. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. 3 de Julio 2017.

5.3. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad. Se realizaron 3 sesiones clínicas con el objetivo de actualización de protocolos en vigor:

5.3.1. Sesión clínica de revisión del Protocolo del paciente polimedicado, establecimiento de marcadores y forma de registro en OMI. 12 Junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados.
5.3.2. Sesión clínica definiendo los indicadores y adecuación de la medicación: criterios de STOPP/START, criterios de Beers, escalas de riesgo anticolinérgico, BOT-SALUD. 19 junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.
5.3.3. Sesión clínica definiendo la seguridad de los medicamentos: RAM frecuentes en ancianos, interacciones fármaco-fármaco y los medicamentos en la insuficiencia renal. 22 junio 2017. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.4. Plan de información a los pacientes con polimedicación, para discutir y acordar cambios sobre su medicación y suspender medicamentos no indicados.
Se llegó a un acuerdo con los profesionales médicos del equipo para dar la información precisa y de forma individualizada a los pacientes polimedicados, sobre el consumo de fármacos, la necesidad de control de los mismos, así como de evaluar periódicamente las indicaciones que propiciaron su prescripción.

5.5. Primer seguimiento de resultados a fecha de 31 de agosto 2017. Se valoran los resultados el 6 de Noviembre 2017.

5.6. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre primeros resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. 6 Noviembre 2017.

5.7. Finalización de proyecto con resultados a fecha 20 de Diciembre 2017. Se obtienen los resultados a dicha fecha y se redacta memoria definitiva del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1. Test de concordancia realizado por enfermería/Nº de polimedicados = 39,8%
6.2. Test de adherencia realizado por enfermería /Nº de Polimedicados = 45,6%
6.3. Revisión clínica del médico/Nº de Polimedicados = 33,98%
6.4. Nª Pacientes a los que se ha dado información personal sobre la medicación/Nº de polimedicados = 33,98%
6.5. VALORACIÓN DE RESULTADOS:
Tras la valoración de resultados del primer seguimiento a fecha de 31 de Agosto, no se observó una mejora de los indicadores por varios motivos:
1) Por una parte por coincidir este primer seguimiento con los meses vacacionales del personal del CS.
2) Por otra parte porque al solicitar el corte de datos a informática, se hizo con los datos nuevos durante el periodo del 1 de junio al 31 de agosto. Por lo que no se cuantificaron los episodios abiertos anteriormente a dicha fecha. Se ha rectificado para el seguimiento final.

En el corte de final de proyecto, se ha observado una mejoría espectacular en el seguimiento de estos pacientes y revisión de medicación tanto por parte de enfermería como de medicina. Ello es debido a la rectificación del modelo a seguir tras valoración de los resultados del primer seguimiento que no fueron aceptables.

6.6. OBTENCIÓN DE DATOS:
Se solicitaron en ambos periodos (seguimiento y final) la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge de Huesca para la extracción de datos, previa autorización de la Dirección de Atención Primaria de Huesca. Aunque la fecha prevista de finalización del proyecto era a 31 de Diciembre del 2017, se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1279

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

solicitó terminar el 20 de Diciembre para poder elaborar la memoria final que se debe presentar antes del 31 de Diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
7.1. Se ha conseguido hacer una revisión periódica de los medicamentos que toman los pacientes polimedicados, comprobando errores en dosificación y tiempo de tratamiento. También nos ha permitido ver el grado de cumplimiento, adherencia y concordancia de nuestros pacientes.
7.2. Se ha favorecido el hábito en los profesionales del EAP de hacer una revisión periódica del protocolo del anciano en OMI.
7.3. Hemos conseguido mejorar el cumplimiento terapéutico en el polimedicado, favoreciendo la adherencia terapéutica.
7.4. Se ha evitado, en lo posible, las duplicidades de fármacos, las interacciones medicamentosas y reacciones adversas, impidiendo la aparición de cascadas terapéuticas.
7.5. Nos hemos familiarizado con la desprescripción de determinados fármacos que no aportaban ningún beneficio al paciente, siendo perjudiciales en algunas ocasiones.

CONCLUSIONES:
El proyecto ha facilitado el hábito de cumplimentar el protocolo del plan de paciente polimedicado de OMI, que nos había deparado sorpresas en cuanto a la poca evaluación que se hacía del mismo.
Los profesionales del equipo de AP disponen de documentación actualizada para su consulta, haciendo hincapié en aquellos fármacos susceptibles de ser suspendidos por lo innecesario de los mismos o por su inadecuación en el estado del paciente.
El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1279 ========== ***

Nº de registro: 1279

Título
REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MALO GRACIA MARIA ELENA, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MARCO AGUADO MARIA ANGELES, SANZ JACA AURORA, LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES, PELEATO LOPEZ OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Polimedicado
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de registro en OMI

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

PROBLEMA
La población anciana es, en la actualidad, la principal consumidora de fármacos, siendo su utilización adecuada un componente fundamental de la calidad asistencial. En esta población es especialmente frecuente la polimedicación, definida como el uso conjunto de más de 5 fármacos.
La polimedicación puede estar asociada a la prescripción y uso de fármacos innecesarios o inadecuados y supone mayor riesgo de mal uso, de errores de dosificación, de baja adherencia terapéutica o incumplimiento, de interacciones farmacológicas y de reacciones adversas medicamentosas (RAM). La polimedicación es además un factor de riesgo independiente para la mortalidad en el anciano.
Dado que en nuestra Unidad presentamos un porcentaje alto de pacientes >75 años, con pluripatologías varias, y con toma de más de 5 fármacos, es aconsejable hacer una revisión y seguimiento de los mismos para reducir el consumo innecesario, con el fin de reducir la morbi-mortalidad, así como el gasto innesario para los pacientes y la sociedad.
Para identificar la situación actual de nuestra Unidad nos hemos basado en los resultados de los indicadores del Acuerdo de Gestión del 2016 de nuestro CS, donde se aprecia una falta de adecuación en el registro en OMI referido al Plan de Paciente Polimedicado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1279

1. TÍTULO

REVISION DE PRESCRIPCIONES EN PACIENTES POLIMEDICADOS EN ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
* Prevenir riesgos asociados al empleo de medicamentos en el anciano.
* Prevenir errores de medicación fomentando una cultura de seguridad en la actividad diaria de los profesionales.
* Prevenir el incumplimiento terapéutico
* Evitar las cascadas terapéuticas.
* Familiarizarse con la desprescripción

MÉTODO
* Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario
* Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad sobre:
1) La indicación y adecuación de la medicación:
        - Criterios STOPP/START
        - Criterios Beers
- Escalas riesgo anticolinérgico
- BOT-SALUD
2) La seguridad de los mismos:
- RAM frecuentes en ancianos
- Interacciones
- Medicamentos en Insuficiencia Renal
* Plan de información a los pacientes con polimedicación, para discutir y acordar cambios sobre su medicación y suspender medicamentos no indicados.

INDICADORES
Para la identificación de los pacientes polimedicados se realizará un seguimiento farmaterapéutico individualizado de los pacientes de más de 75 años.
1. 1. Personal de enfermería realizará la entrevista inicial para delimitar cuales cumplen con el requisito de tomar de forma crónica 5 principios activos diferentes en los 6 últimos meses de la revisión, a partir de la Receta Electrónica a nombre del paciente.
En caso positivo revisará la prescripción, concordancia y adherencia, con el objetivo de valorar los aspectos relacionados con la utilización de los medicamentos por los pacientes ancianos:
        * Valoración socio-sanitaria (Barber), funcional (Barthel) y cognitiva (Pfeiffer)
        * Valoración de la concordancia y grado de conocimiento (determinar qué fármacos toma realmente el paciente, incluida la dosis y patrón de las tomas)
        * Valoración de la adherencia terapéutica (test de Morinsky-Green-Levine)
1.2. Posteriormente se valorará por el médico de Atención Primaria que hará la revisión clínica de los medicamentos:
        - Jerarquización de las patologías
        - Ligar cada fármaco que toma el paciente a la patología que trata.
        - Replantear el plan terapéutico

Todas estas actividades quedarán registradas en el Progama OMI-AP, Paciente Polimedicado.

DURACIÓN
1) Reunión preliminar con el EAP. Establecer indicadores y cómo realizar registro en OMI. Criterios a establecer en cada una de las visitas y revisiones a realizar. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 22 de Mayo.

2) Sesión clínica sobre Criterios STOPP/START. Criterios Beers. Escalas riesgo anticolinérgico. Responsable: Mª Ángeles Marco Aguado. Fecha prevista 12 de Junio,
3) Sesión sobre manejo de escalas, registro en OMI, y BOT-SALUD. Responsable: Mª Ángeles MArco Aguado. Fecha prevista: 19 de Junio.
4) Fecha de inicio del proyecto el 15 de Junio.
5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Prevista para 3 de Julio
6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 15 Diciembre.
7) Evaluación del proyecto: 19 Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1348

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. AYERBE

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ..... LOURDES LANZAROTE NASARRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AYERBE
· Localidad ..... AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MONTORI TORRIJOS SARA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE
BORREL MARTINEZ JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan 2 reuniones de equipo en las que se da formación a los profesionales siguiendo las recomendaciones de la PACAP en la guia ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?
Se analizar las necesidades reales por parte del equipo en materia de educación Comunitaria llegando a la conclusión que se debe enfocar en un principio hacia la educación en el autocuidado especialmente de ancianos y adultos debido al envejecimiento de la población de la zona y a la dispersión de la misma
El 19 de Diciembre se realiza Consejo de Salud de Zona en el que se explica el proyecto y se pide apoyo y colaboración a distintas asociaciones(Amas de casa, Cruz Roja,) y Ayuntamientos de la zona así como a la trabajadora social mostrando buena disposición para realizar actividades comunitarias por parte de estos.
Diseñamos la Agenda Comunitaria quedando pendiente la puesta en marcha ya que las fechas de celebración del Consejo de Salud ha hecho que se retrase.
Tras las Navidades está previsto comenzar con las actividades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS:

-Analizar las necesidades reales de la población de la zona
salud en materia de Educación Comunitaria. SI

-Creación de una Agenda Comunitaria SI

-Realizar una Educación Comunitaria orientada a las necesidades de la zona. Pendiente

INDICADORES:

- Sesiones formativas del EAP: 4
-Médicos y enfermeros formados en el plan de implantación de la agenda: 11
-Contactos intersectoriales: Ayuntamiento Ayerbe, Consejo de Salud, Trabajador social, Asociación amas de casa de Ayerbe.
- Diseño de Agenda Comunitaria de acuerdo a las características de la población: Si
-Puesta en marcha de la agenda Comunitaria: No
-Nº de actividades de la agenda comunitaria puestas en marcha: Ninguna

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido a la dispersión de los profesionales del equipo y de la población resulta complicado el realizar reuniones y hacer contactos con la población para poder coordinar el proyecto.
Queda pendiente la puesta en marcha de la Agenda debido al retraso del proyecto condicionado a la celebración del Consejo de Salud de zona que se realiza el 19 de Diciembre de 2017.
Tras las Navidades queda pendiente comenzar con las actividades de la agenda teniendo previsto un taller de medicación y otro de alimentación saludable en el anciano

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1348 ========== ***

Nº de registro: 1348

Título
CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S.AYERBE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1348

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. AYERBE

LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES, MARCO AGUADO MARIA ANGELES, GUERRERO ALVAREZ BELEN, MONTORI TORRIJOS SARA, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE, SANZ JACA AURORA, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

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

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

PROBLEMA
La Atención Comunitaria es un pilar fundamental dentro de la Atención Primaria formando parte de su cartera de servicios.
Cada vez más, la población en general, demanda una atención comunitaria desde la perspectiva de la prevención y la promoción de la salud .
La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativas que se vienen realizando por parte de los distintos profesionales y que no quedan registrados en ningún tipo de documento y también ayudará a fomentar de forma activa la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables . Por lo tanto se pretende que esto sea la primera fase de un proyecto estratégico de Atención Comunitaria para que se implante de forma estable en nuestra Zona Básica de Salud

RESULTADOS ESPERADOS
-Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación Comunitaria.
-Creación de una Agenda Comunitaria.
-Realizar una Educación Comunitaria orientada a las necesidades de la zona.

MÉTODO
- Sesiones formativas del EAP .
-Establecer contacto con Ayuntamiento, Consejo de Salud, Trabajador social, colegio y distintas asociaciones de la zona para crear un entorno que apoye la salud.
-Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda real por parte de los miembros del proyecto.
-Diseño físico de la Agenda Comunitaria.
-Puesta en marcha de la Agenda

INDICADORES
-% de médicos y enfermeras formados en el plan de implantación de la agenda comunitaria.
-Nº de acuerdos intersectoriales para desarrollar actividades comunitarias.
-Diseño de Agenda Comunitaria de acuerdo a las características poblacionales.
-Puesta en marcha de la Agenda Comunitaria.

DURACIÓN
-Junio- sesiones formativas del EAP
-Julio a Septiembre -Establecer contactos comunitarios intersectoriales.
-Octubre- Análisis de los datos obtenidos en las distintos encuentros.
-Diciembre- Diseño de la agenda.
-Febrero -Puesta en marcha de la agenda.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES MARCO AGUADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AYERBE
· Localidad ..... AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORREL MARTINEZ JOSE MARIA
CLAVERO PEREZ MANUEL
GUERRERO ALVAREZ BELEN
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
MALO GRACIA MARIA ELENA
RAMON CASANOVA RICARDO
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a evaluar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 7 de Mayo 2018.
5.2. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad para establecer las indicaciones en Prevención Primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia y terapia combinada. Se realizaron 2 sesiones clínicas :
5.2.1. Sesión clínica sobre “Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria. Indicaciones de tratamiento en prevención primaria. Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes”. Realizada el 10 Mayo 2018. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.
5.2.2. Sesión clínica sobre “Tratamiento con estatinas. Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016”. 14 Mayo 2018. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.
5.3. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. 3 de Septiembre 2018.
5.4. Primer seguimiento de resultados a fecha de 30 de septiembre 2018. Se valoran los resultados y se remiten a Atención Primaria el 11 de Octubre 2018.
5.5. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre valoración de resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. Se realiza el 15 de Octubre 2018.
5.6. Finalización de proyecto con resultados a fecha 20 de Diciembre 2018. Se obtienen los resultados a dicha fecha y se redacta memoria definitiva del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al inicio del estudio = 8,47%
6.2. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al finalizar el estudio = 7.64%
6.3. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al inicio del estudio = 91,52%
6.4. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al finalizar el estudio = 92,35%
6.5. Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman estatinas en monoterapia = 80,7%.
6.6. Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman estatinas en monoterapia = 83,56%
6.7. Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman ezetimiba en monoterapia = 4,8%
6.8. Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman ezetimiba en monoterapia = 3,11%

VALORACIÓN DE RESULTADOS:
- Los objetivos iniciales que nos planteamos era conseguir modificaciones superiores al 5% en cuanto a reducción de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes combinados en prevención primaria. Y hay que decir que las expectativas han sido superadas con casi un 10% de reducción, lo que ha sido posible a una revisión a fondo de las indicaciones marcadas por las guías y aplicadas a nuestros pacientes.
- Importante ha sido la reducción de ezetimiba en monoterapia, de algo más de un 35%, acorde con los planteamientos de las Guías Europeas de dislipemias. Las indicaciones eran claras en cuanto a su utilización siempre que no se toleren estatinas. Por tanto tras una revisión a fondo de las indicaciones en prevención primaria, se comprobó que muchos de los pacientes no las cumplían.
- Esta mejora de resultados final se consiguió tras la valoración de los mismos en el primer seguimiento llevado a cabo en octubre, donde se recogieron datos que, aunque mejoraban los iniciales, distaban mucho de ser los actuales finales. Por tanto la valoración de estos datos en una reunión por el equipo repercutió en una mejora en la consecución de los planteamientos del proyecto.
- Este proyecto ha tenido un importante impacto en el tratamiento de nuestros pacientes, que sin tener ninguna patología cardiovascular, han visto reducido el uso de hipolipemiantes combinados, con la consiguiente mejora en evitar efectos secundarios.
- Los indicadores utilizados se acordaron inicialmente con la farmacéutica del Sector de Huesca, que orientó a aquellos que nos facilitaran una extracción de datos a partir de los listados proporcionados por la misma. Por tanto, los listados de los pacientes actualizados en el primer seguimiento y el final, han sido proporcionados por la farmacéutica, y analizados directamente en el Centro de Salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

- La actualización de los componentes del equipo en cuanto a las indicaciones de los tratamientos hipolipemiantes ha sido un factor primordial a la hora de la consecución de los objetivos iniciales. Los diversos recordatorios han facilitado al equipo una actualización que ha permitido mejorar las indicaciones iniciales de hipolipemiantes, así como la posibilidad de desprescripción de aquellos que no las cumplían. Todo ello se ha objetivado en los sucesivos cortes del proyecto llevados a cabo: disminuyo el uso de hipolipemiantes combinados en el primer seguimiento un 5,54%, y en el corte final se ha conseguido una disminución del 9,79%, datos que dan muestra de la importancia de hacer una revisión exhaustiva de los tratamientos.
- Se comenzó a revisar las prescripciones de ezetimiba en aquellos pacientes que la llevaban combinada o en monoterapia, favoreciendo la desprescripción en los casos en que no estaba indicada, consiguiendo una reducción de 35,2%.
- Todo ello supone una mejora muy sustancial respecto a los datos que el CS Ayerbe presentaba en la comparativa con el resto de centros del sector Huesca al comienzo del proyecto. La decisión de proponer este plan de trabajo era para mejorar los cifras iniciales.
- Pero la mejora no solo es a nivel de los pacientes, sino incluso a nivel de consumo farmacéutico reduciendo los costes del mismo.
- Los profesionales del equipo de AP disponen en estos momentos de documentación actualizada para su consulta sobre calculo de RCV, indicaciones de estatinas y resto de hipolipemiantes. Y un manejo más practico de todos ellos al poder contrastar la mejora sustancial del uso de los mismos.
- El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/549 ========== ***

Nº de registro: 0549

Título
REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

Autores:
MARCO AGUADO MARIA ANGELES, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, GUERRERO ALVAREZ BELEN, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, MALO GRACIA MARIA ELENA, RAMON CASANOVA RICARDO, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La importancia del proyecto nace tras la valoración de los resultados de los indicadores del Acuerdo de gestión de 2017 de nuestro CS, donde se aprecia un alto porcentaje de pacientes que tienen doble prescripción de hipolipemiantes en prevención primaria.
Basándonos en las Guías Europeas 2016 para el manejo de las dislipemias para prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV), las estatinas constituyen el tratamiento mas eficaz y seguro para reducir el c-LDL y la ECV. Pero en prevención primaria hay que estratificar, previamente, de forma individual el RCV, que nos ayudará a tomar la decisión de iniciar tratamiento con estatinas.
El uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas no se recomienda al carecer de evidencia consistente de su efectividad en variables clínicas y de seguridad, por lo que su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo, que no toleren tratamiento con estatinas a las dosis recomendadas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con combinación de fármacos hipolipemiantes, y revisar la indicación de las prescripciones en dichos pacientes identificando el grado de RCV en prevención primaria y valorar la suspensión de uno de los fármacos según los criterios establecidos en las GPC.
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con estatinas y ezetimiba en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

monoterapia, y valorar la idoneidad del hipolipemiante usado, si se ajusta a las directrices marcadas por las GPC y determinar el cambio del mismo si es necesario

MÉTODO
- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario.
- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad para establecer las indicaciones en prevención primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia o terapia combinada:
o Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria.
o Indicaciones de tratamiento en prevención primaria: cambios en estilo de vida.
o Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento y control de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular.
o Tratamiento tanto en monoterapia, como combinado: pautas, indicaciones y perfil de seguridad.
o Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016.

INDICADORES
- Se considerarán Prevención Primaria todos los diagnósticos SIN CÓDIGO CIAP K74 (angina), K75 (IAM), K76 (enfermedad cardíaca arterioesclerótica) y K90 (accidente cerebrovascular/ictus).
- Se valorará la idoneidad de la prescripción del tratamiento hipolipemiantes y se procederá a su modificación o suspensión si es necesario.
1) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al inicio del estudio.
2) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al finalizar el estudio.
3) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al inicio del estudio
4) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al finalizar el estudio
5) Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman estatinas en monoterapia
6) Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman estatinas en monoterapia
7) Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman ezetimiba en monoterapia
8) Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman ezetimiba en monoterapia

DURACIÓN
1) Reunión preliminar con el EAP para presentación del proyecto. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 7 Mayo 2018
2) Sesión clínica sobre Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria. Indicaciones de tratamiento en prevención primaria. Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 14 Mayo 2018
3) Sesión clínica sobre Tratamiento con estatinas. Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 21 Mayo 2018
4) Fecha de inicio del proyecto: 1 Junio. Responsable: coordinador del mismo.
5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Previsto para: Septiembre. Responsable: Belén Guerrero Álvarez
6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 1 diciembre
7) Evaluación del proyecto: 15-20 diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES LANZAROTE NASARRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AYERBE
· Localidad ..... AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIAS LIESA FRANCISCO
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MONTORI TORRIJOS SARA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
PEREZ GAMAZO VANESA
PELEATO LOPEZ OLGA
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A fin de proyecto se han realizado las actividades que se teniás programadas. Se han realizado tres sesiones en las distintas residencias de la zona. En las que se han hablado de:
-Lavado de manos con un taller práctico con lámpara UVA y reactivo para ver técnica correcta.
-Signos y sintomas más importantes en el anciano a valorar por parte del personal de la residencia.Se les dan pautas de actuación en tales casos y medidas a tener en cuanta en casos como hipoglucemias, sincopes...
-Estado de vacunación y su importancia por parte de los usuarios de las residencias como de los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado obtenido en los indicadores es el siguiente tras la revisión de la historia clínica del estado vacunal antes y después de las intervenciones.
Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados gripe tras nuestra intervención:
- En Ayerbe 57%vacunadas,14,2% desconocidos,28,8% no vacunadas.
-En Agüero 28,5% vacunados y 57.3% no vacunadas, 14,2% desconocido
Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados Hepatitis B tras nuestra intervención:
-En Ayerbe 71,6% 14.2% desconocido,14,2% no vacunadas
-En Agüero 57%, 21,5% desconocido, 21,5% no vacunadas
Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados de dT tras nuestra intervención.
-En Ayerbe 62%vacunadas, 14,2% desconocido, 23,8 no vacunadas
-En Agüero71% vacunadas, 14,5% desconocido, 14,5% no vacunadas

Nivel de conocimiento de los temas a tratar:Tras las sesiones realizadas el personal nos muestra subjetivamente por comentarios que nos realizan que las intervenciones y talleres realizados les han servido para aumentar conocimientos, aclarar dudas y para mejorar las relaciones con el centro de salud.También muestran su interés por otros temas distintos a los tratados y que se queda que se desarrollarán en futuras intervenciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración del equipo positiva de las intervenciones realizadas.
Se observa un aumento considerable del porcentaje de profesionales bien vacunados tras las sesiones y tallares realizados en especial es llamativo el aumento en la vacunación de VHB. Observamos que en cuanto a la vacunación de la gripe son más reticentes a ponersela, los trabajadores nos verbalizan su temor a los sintomas que pueden padecer tras la administración y eso se evidencia en la baja vacunación, lo que nos hace plantearnos otro tipo de estrategias para futuras intervenciones para aumentar este indicador.
El uso de material didáctico utilizado en el taller de lavado de manos nos parece muy adecuado para este tipo de sesiones ya que dinamiza el aprendizaje y hace que no sea tan pesado, por lo que para futuras intervenciones valoramos aumentar el uso de este tipo de técnicas de aprendizaje más que el formato de charla.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/575 ========== ***

Nº de registro: 0575

Título
EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA DE SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

Autores:
LANZAROTE NASARRE LOURDES, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MONTORI TORRIJOS SARA, ABADIAS LIESA FRANCISCO JAVIER, PEREZ GAMAZO VANESA, PELEATO LOPEZ OLGA, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ, GUERRERO ALVAREZ BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MANEJO DE PATOLOGÍA DEL ANCIANO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió “salud” en 1948 de la siguiente forma: “salud equivale a un completo estado de bienestar físico, mental y social que no consiste únicamente en una ausencia de enfermedad”

Por otra parte, en 1969 definió educación para la salud: “La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan”.
Estudiando la población de nuestra zona básica de salud (ZBS), observamos que está muy envejecida, como así demuestra una pirámide poblacional regresiva. Esto se traduce en un número elevado de ancianos y enfermos crónicos, que precisan cuidado y atención de otra pate de la población, menos numerosa, más joven, pero que debe “mantenerse sana”.
Este proyecto es la continuación de la creación e implantación de una agenda comunitaria en nuestro centro de salud.
Tras el estudio de la población y determinar las necesidades reales en la zona de salud de Ayerbe en materia de Comunitaria en el anterior proyecto, se pretende poner en marcha la agenda comunitaria mediante una serie de acciones sobre la población anciana buscando su empoderamiento en materia de salud y fomentar estilos de vida más saludables. El fin de este proyecto, es proporcionar a los habitantes de la comunidad conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida y la de los ancianos de su entorno, bien sea porque son trabajadores de residencias de ancianos, cuidadores en domicilio (contratados o familiares que tiene a su cargo personas mayores dependientes).

RESULTADOS ESPERADOS
Dar herramientas a la población encargada del cuidado de personas ancianas para saber:
- Gestionar su autocuidado: Promover la vacunación antigripal. Correcto lavado de manos y uso de antiséptico de manos, guantes. Uso de mascarilla en los casos indicados para evitar contagio del personal residente o del anciano en general. Correcta manipulación y movilización de los ancianos para evitar autolesiones.
- Identificar situaciones de riesgo para el anciano, principalmente: hipoglucemia, hipotensión, crisis hipertensivas, síncope.

MÉTODO
- Sesión formativa de higiene, lavado de manos y vacunas para prevención de transmisión y contagio de enfermedades infecciosas comunes en el entorno: gripe, gastroenteritis aguda, otras infecciones del tracto respiratorio.
- Sesión sobre signos de alarma en el anciano más comunes: síncope, hipoglucemia, hiperglucemia crisis hipertensivas.

INDICADORES
1-Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados cada año antes de nuestra intervención.
2-Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados cada año después de nuestra intervención.
3-Nivel de conocimiento de los temas a tratar, previo a la intervención (al inicio de la sesión)
4-Nivel de conocimiento adquirido de los temas tratados (una vez finalizada la sesión)
Los puntos 1 y 2 se evaluarán con la recogida de datos de vacunación en el registro existente en OMI
Los puntos 3 y 4 se evaluarán realizando un test al inicio de la sesión y otro al final para comparar los conocimientos previos con los adquiridos.

DURACIÓN
1) Reunión del equipo para presentación del proyecto: 4 junio 2018
2) Reunión del equipo para presentar materiales, ideas y propuestas para diseño de la intervención en la población diana: 18 junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

3) Reunión del equipo para ensayo de sesión propuesta y distribución de roles: 2 julio 2018
4) 1º Taller formativo equipo Residencia de Ayerbe (50% de la plantilla): 20 septiembre 2018
5) 2º Taller formativo equipo residencia de Ayerbe (50% restante): 27 septiembre 2018
6) Taller formativo equipo residencia de Agüero: 4 octubre 2018 (y 10 de octubre 2018 en caso de precisar dos talleres)
7) Reunión del equipo para analizar la evolución y resultados del proyecto: 8 octubre 2018
8) Fecha prevista de finalización del proyecto: 1 diciembre 2018-04-24
9) Evaluación del proyecto: 15-20 diciembre

OBSERVACIONES
Debido al amplio número de población que abarca el proyecto, implicando diferentes ámbitos (residencia, domicilio, poblaciones dispersas, etc) el principal objetivo en el presente año es llegar principalmente a los trabajadores de residencia, siendo nuestro interés intentar cubrir toda la población

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0028

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANA CARMEN GIMENEZ BARATECH
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERDUN
· Localidad ..... BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE OROS ANNADEL
VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES
ASCASO CASTAN MARIA LOURDES
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1 .Selección de temas: ejercicios osteoarticulares y correcto lavado de manos.
2. Elaboración de la parte teórica.
3. Elaboración de encuestas de satisfacción adaptadas a lso temas.
4. Selección de las poblaciones, cartelería e información de las actividades.
5. Realización de las actividades programadas. Se llevaron a cabo 2 charlas, 12 talleres de escuela de espalda, 12 talleres de lavado de manos y 10 talleres de estiramientos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los indicadores propuestos:
1. Nº de talleres programados ejercicios osteoarticulares 13 / nº talleres realizados 12; con resultado mayor al 80% propuesto
2. Nº de talleres programados taller lavado de manos 13 / nº talleres realizados 12; con resultado mayor al 80% propuesto
3. Nº de poblaciones donde se han impartido los talleres 12 / nº poblaciones adscritas al centro de salud 14 alcanzando el 85%
4. Porcentaje de asistentes satisfechos con las actividades mayor al 98%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las necesidades expresadas por la población a los sanitarios favorecen la participación activa en las actividades progamadas. Así mismo, el realizar la actividad en las poblaciones, evitando desplazamientos a los usuarios, produce por una parte una mayor respuesta y por otra un acercamiento de la figura del sanitario a la población. Por otra parte, no nos ha sido posible evaluar los conocimientos adquiridos tras los talleres, si bien los asistentes han expresado su satisfacción tras realizarlos. Quedaría pendiente este punto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/28 ========== ***

Nº de registro: 0028

Título
AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO

Autores:
ARNAL BARRIO ANA MARIA, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, BOSQUE OROS ANNADEL, VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES, ASCASO CASTAN MARIA LOURDES, GARCES ROMEO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

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

Enfoque .....: Participación comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0028

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el C.S. Berdún se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Dada la prevalencia de dolores osteomusculares en una población envejecida, nos planteamos realizar actividades en pequeños grupos en diferentes pueblos.
Para ello se seleccionaron dos temas:
el primero, ejercicios cervico-dorsales para fomentar el autocuidado y la disminución del uso de analgésicos para procesos banales;
el segundo, el lavado de manos, de importancia para evitar la trasmisión de enfermedades infecto-contagiosas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover la interacción de los sanitarios con la población haciendo más cercana la figura del profesional.
- Dar herramientas no farmacológicas para el tratamiento de dolores osteomusculares, mediante la realización de ejercicios y estiramientos con el fin de que sean capaces de aplicarlos en la vida diaria.
- Promover el lavado de manos dada la importancia de que la población conozca la correcta técnica del lavado de manos y pueda trasmitirlo a sus familiares.

MÉTODO
1. Selección de temas, teniendo en cuenta las preferencias de la población derivvado de las encuestas realizadas en otras actividades: Ana Arnal.
2. Elaboración de la parte teórica y selección de los ejercicios: Ana C. Giménez
3.Elaboración de las encuestas de satisfacción: Ana C. Giménez.
3. Información a la población y carteles informativos: Ana Arnal.
4. Realización de los talleres en diferentes poblaciones para evitar los desplazamientos a los usuarios: Ana Arnal.
5. Recogida de datos y evaluación: Teresa Garcés.

INDICADORES
Nº talleres programados/nº talleres realizados >80%

Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%

Nº poblaciones en las que se ha impartido los talleres/nº poblaciones adscritas al centro de salud >80%

DURACIÓN
Planificación de proyeto: marzo 2016
Realización de los talleres: primer ciclo abril-mayo
segundo ciclo: octubre-noviembre
Evaluación parcial: junio 2016
Evaluación final: diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1246

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN C.S. BERDUN

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA ARNAL BARRIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BERDUN
· Localidad ..... BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Actualizar el listado de pacientes EPOC según criterios de inclusión.
2. Realización de 2 sesiones clínicas del EAP para actualizar conocimientos el 5 y el 19 de abril.
3. Selección de encuesta(Osakidetza del Pais Vasco) acerca de los conocimientos de su enfermedad, utilización de inhaladores,actuación ante reagudizaciones y tratamiento no farmacologico.
4. Realización individual de la encuesta en las consultas a EPOC con tratamiento de inhaladores.
5. Evaluación de los resultados obtenidos de las encuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los indicadores propuestos:
1. Nº de pacientes participantes/nº total de pacientes con EPOC con inhaladores: 21 pacientes participantes/ 24 pacientes EPOC con inhaladores.87% . Supera el 70% marcado.
2. Nº de pacientes con conocimientos adecuados de su enfermedad (qué es EPOC, uso de inhaladores, cómo actuar en reagudizaciones)/nº total de participantes en la encuesta: 19 pacientes con conocimientos correctos/ 21 participantes. 90%. Supera ampliamente el standar marcado del 50 %.
3. Nº de pacientes que conocen y realizan tratamiento no farmacológico/nº total de participantes en la encuesta: 18 pacientes /21 pacientes participantes. 85%. Se ajusta al 90% prefijado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo una vez estudiados los resultados de las encuesta, es satisfactoria.
Creemos que los talleres grupales impartidos en el 2016 y la educación individualizada en consultas ha influido en los buenos resultados obtenidos en las encuestas.
Pensamos que la educación sanitaria individual es más efectiva dada la gran dispersión y la edad avanzada de la población por lo que se seguirá realizando esta actividad en las consultas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1246 ========== ***

Nº de registro: 1246

Título
VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN CS BERDUN

Autores:
ARNAL BARRIO ANA MARIA, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES, FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER, ASCASO CASTAN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1246

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS CONOCIMIENTOS Y EDUCACION SANITARIA EN PACIENTES EPOC EN C.S. BERDUN

PROBLEMA
La EPOC conlleva una gran carga de morbimortalidad y puede suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control y seguimiento y atención de urgencias, así como hospitalizaciones con su consecuente coste económico y social.
El autocuidado es un término aplicado a los programas educacionales encaminados a enseñar habilidades necesarias para realizar actuaciones específicas para la enfermedad, guiar el campo de conductas de salud y prestar apoyo emocional a los pacientes para el control de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.
Dado que el abordaje de la EPOC es prioritaria dentro de las líneas estratégicas del SALUD, decidimos conocer el grado de conocimiento que tienen dichos pacientes de su enfermedad y de su tratamiento para después realizar una mejora en su autocuidado y habilidades.

RESULTADOS ESPERADOS
- La población diana serán los pacientes diagnosticados de EPOC moderado -grave que utilicen inhaladores adscritos al CS de Bedún.
- Valorar el grado conocimiento de dichos pacientes de la enfermedad, utilización de inhaladores, actuación ante las reagudizaciones y tratamientos no farmacológicos.
- Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y mejorar el autocuidado de los pacientes con EPOC en tratamiento con inhaladores.

MÉTODO
- Actualizar el listado de pacientes EPOC según los criterios de inclusión.
- Realización de 2 sesiones clínicas del EAP para actualizar conocimientos.
- Búsqueda y selección de encuesta de conocimientos, actitudes y habilidades..
-Realización individual la encuesta al inicio de la actividad. Despues de realizar el taller o la educación sanitaria indidual, se les volverá a realizar la misma encuesta, para valorar si se han alcanzado los objetivos .
-Llegar a conseguir el correcto autocuidado de los pacientes.

INDICADORES
- nº de pacientes participantes/ nº total de pacientes EPOC > 70%
. nº pacientes con conocimientos adecuados de su enfermedad / nº total de pacientes participantes al inicio del estudio.
. nº pacientes con mejora de sus conocimientos / nº total de pacientes participantes al final del estudio > 50%
. nº de pacientes con correcto uso de los inhaladores al final de la educación sanitaria / nº total participantes
. >90%

DURACIÓN
1. Repasar el listado de pacientes con EPOC. Abril 2017
2. Realización de sesiones clínicas del EAP. Abril/mayo 2017.
3. Evaluación de conocimientos, manejo de la enfermedad y evaluación de conocimientos, actitudes y habilidades mediante encuesta. Mayo junio 2017
4. Realización de talleres y educación individualizada. Junio- septiembre 2017.
5. Evaluación final. Octubre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1248

1. TÍTULO

CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES ASCASO CASTAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BERDUN
· Localidad ..... BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER
ARNAL BARRIO ANA MARIA
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentación del programa del CCR por parte de DAP de Huesca a todo el personal sanitario.
Recepción del listado de la población diana y correción de errores.
Citación en consultas, entrega del material y explicación clara y completa de las acciones a realizar por parte del usuario.
Captación activa (llamada telefónica y entrevista personal) a partir del listado de los usuarios que no se pusieron en contacto con el personal sanitario.
Registro de las causas de exclusión del programa de prevención del CCR.
Registro de las patologías detectadas tras el test positivo.
Educación sanitaria individualizada en consulta de enfermería a los usuarios con SOH +.
Realización de una hoja informativa con medidas higiénico-dietéticas para la prevención del CCR.
Todas las acciones se han realizado según calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de test de SOH realizados tras la captación por carta, han alcanzado el 63,45% de la población diana, lo que cumple nuestras expectativas de alcanzar un mínimo de un 60%..La literatura médica reconoce una captación del 35 al 60 %.
Tras la captación activa de los pacientes con negativa a realizarse el test, solamente cambiaron de opinión y trajeron la muestra el 31,25 %, es decir 10 de los 32 pacientes a los que se contactó de forma individual, cuando nuestro objetivo era del 50%. Después de revisar la literatura vemos que nuestro objetivo era muy alto ya que los programas de detección de CCR en Murcia y en Hospitalet solo consiguen recaptar un 12 y un 15%.
Como indicadores logrados de interés para la salud tenemos:
- Se han diagnosticado 2 adenocarcinomas en fase precoz de los 15 usuarios con resultado de SOH positiva y a los que se realizócolonoscopia .
- Además se diagnosticaron 2 lesiones premalignas que serán re-evaluadas en 1 año y 6 usuarios con lesiones benignas que serán controlados en 5 años.
Resaltamos que uno de los adenocarcinomas diagnosticados fue en una usuaria con negativa a realizarse el test tras recibir la carta, que aceptó tras la captación activa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Llegamos a la conclusión de que es dificil convencer a los usuarios que han expresado su negativa al inicio del programa de prevención, aunque la ganancia en salud justifica la actitud activa. Creemos que habría que fijar objetivos más realistas.
Tras realizar la educación sanitaria individualizada en los usuarios con SOH +, se evaluarán los conocimientos adquiridos con una pequeña encuesta a los 6 meses.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1248 ========== ***

Nº de registro: 1248

Título
CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN CS BERDUN

Autores:
ASCASO CASTAN MARIA LOURDES, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES, FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER, ARNAL BARRIO ANA MARIA, GARCES ROMEO TERESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1248

1. TÍTULO

CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Tras varios varias demoras por problemas organizativos, se implantó en febrero 2017 el Plan de prevención de cancer colorrectal (CCR) en C.S. Berdún.
Dado que la población diana seleccionada por el SALUD son los usuarios de 60 a 70 años, lo que supone 139 personas en CS Berdún, nos propusimos superar el porcentaje de captación del 60% previsto, para lograr la mayor eficiencia posible de dicho programa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Diagnosticar en la fase precoz los posibles casos de cáncer colorrectal en la población de mayor riesgo.
- Implantar de forma bienal el Programa de prevención del cáncer colorrectal en C.S. Berdún
- Conseguir que el 80% de la población diana seleccionada por el SALUD se realice el test inmunológico.
- Realizar posteriormente un seguimiento a aquellos con resultado positivo del test

MÉTODO
- Presentación del programa de prevención del cancer colorrectal por parte de D.A.P. de Huesca a todo el personal sanitario.
- Recepción del listado de la población diana. Corrección de errores.
- Citación en consultas, entrega del material y explicación clara y completa de las acciones a realizar por parte del usuario.
- Captación activa a partir del listado de los usuarios que no se hubieran puesto en contacto con el personal sanitario.
- Registro de las causas de exclusión del programa de prevención del CCR.
- Registro de las patologías detectadas tras el test positivo.

INDICADORES
-Nº usuarios que responden a la cita por carta / población diana >60%

-Nº usuarios que se realizan el test tras la captación activa / nº usuarios con captación activa >50%

-Nº pacientes con SOH+ / población que se ha realizado la prueba

- Nº pacientes detectado con CCR / población diana > 1

DURACIÓN
-Febrero 2017: presentación del programa y organización de actividades: Lourdes Ascaso
-Febrero 2017:Recepción del listado de la población diana. Corrección de errores. Lourdes Ascaso
-Febrero- Mayo 2017:Citación en consultas, entrega del material y explicación clara y completa de las acciones a realizar por parte del usuario. Lourdes Ascaso
-Febrero- Mayo 2017:Captación activa a partir del istado de los usuarios que no se hubieran puesto en contacto con el personal sanitario: Lourdes Ascaso.
-Julio 2017: Análisis de los resultados. Ana C. Giménez.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1248

1. TÍTULO

CAPTACION ACTIVA DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN C.S. BERDUN

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0280

1. TÍTULO

TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA ARNAL BARRIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BERDUN
· Localidad ..... BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
BAZTAN OLLETA LAURA
GARCES ROMEO TERESA
ASCASO CASTAN LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Se seleccionó el tema en función de la solicitud de alguna asociación y del equipo directivo del Colegio Rural Agrupado (CRA) Rio Aragón.: Manejo inicial de situaciones de emergencia.
2- Se elaboró la parte teórica y práctica (según las guías), contactando con la Unidad Docente de Huesca para el préstamo de los maniquíes de RCP.
3- Nos coordinamos con los municipios (petición de locales, horarios..) y se elaboraron carteles informativos sobre el tema, la fecha y hora de los talleres programados.
4- Se elaboró la encuesta de satisfacción y conocimientos después de cada uno de los talleres de forma individual. Al personal docente no se pudo realizar por falta de tiempo.
5- Se realizaron 5 talleres prácticos en 5 municipios y 1 taller en el CRA "Río Aragón" agrupando a los profesores y monitoras de comedor escolar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se llevaron a cabo los 6 talleres programados.
- En los talleres realizados en los municipos participaron 81 personas
- Al taller para personal docente acudieron 38 personas, que significa el 100% de los convocados
- Se pasó una encuesta con 2 apartados (satisfacción y adquisición de conocimientos):
a.- Satisfacción: El 100% expresaron su satisfacción con actividad realizada, su duración, local y material empleado.
b.- Conocimientos: A las preguntas sobre “aprender y/o actualizar conocimientos de activar la cadena de supervivencia y manejar una situación de urgencia vital¨, después del taller el 87% dieron respuestas correctas en la encuesta.
En el taller del CRA no se pasó encuesta por falta de tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los asistentes a los talleres han recibido información sobre cómo manejar una situación de emergencia,.
Además se informó sobre el manejo y normativa general en Aragón del DESA.
Realizar los talleres de forma básicamente práctica, ha facilitado la alta satisfacción de los asistentes.
Al ser por la tarde y realizar la actividad en los municipios que solicitaron nuestra colaboración, se ha promovido la participación de personas más jovenes que en otras actividades programadas.
Tras los talleres, 4 ayuntamientos han adquirido un DESA.
Los profesores mostraron su agradecimiento por la colaboración.
El EAP se muestra satisfecho por alcanzar tan buenos resultados en este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/280 ========== ***

Nº de registro: 0280

Título
TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL DE SITUACIONES DE EMERGENCIA

Autores:
ARNAL BARRIO ANA MARIA, OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, BAZTAN OLLETA LAURA, GARCES ROMEO TERESA, ASCASO CASTAN LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0280

1. TÍTULO

TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

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

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

PROBLEMA
Diversas asociaciones y ayuntamientos expresaron la necesidad de realizar talleres prácticos de primeros auxilios dada la lejanía de los pueblos a los servicios médicos.
Además la adquisición de DESA por algunos ayuntamientos, ha generado la inquietud de la población ante posibles urgencias vitales.
Ya que la RCP básica en el medio extrahospitalario es la práctica que mayor número de vidas puede salvar, creemos de gran utilidad el conocimiento de esta práctica por el mayor número de personas.

RESULTADOS ESPERADOS
- conseguir que la población sepa manejar una situación de urgencia vital
- que la población sepa activar la cadena de supervivencia para agilizar la atención médica de urgencia
- dar a conocer la utilidad del DESA
- la población diana este proyecto se dirige a toda la comunidad

MÉTODO
- reuniones con diversos activos en la comunidad (profesores del CRA, asociaciones)
- reunión de equipo para diseñar la actividad y el calendario -realización de carteles, publicidad de la actividad

- elaboración de una encuesta básica sobre los conocimientos adquiridos
- realización de talleres por la tarde, fuera del horario laboral, para facilitar el acceso a la población trabajadora
- como recursos humanos para cada taller se desplazará un médico y una enfermera del EAP
- como recursos materiales se utilizarán los maniquís cedidos por la Unidad Docente de Huesca para que todos los asistentes realicen las maniobras de la RCP.

INDICADORES
- realizar la actividad al menos en 5 poblaciones de la zona de salud.
- realización de un test para la evaluación de los conocimientos adquiridos, en el que más del 80% respondan bien a las preguntas
- evaluación de satisfacción de la actividad: > 80% satisfechos o muy satisfechos

DURACIÓN
- reuniones, diseño de la actividad, petición de material y de locales: primer trimestre. Responsable Ana Arnal
- realización talleres: abril- mayo y octubre-noviembre. Responsable: Ana Arnal
- evaluación de la actividad mediante encuesta: diciembre: Ana Arnal y Teresa Garcés

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0619

1. TÍTULO

RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA BAZTAN OLLETA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BERDUN
· Localidad ..... BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNAL BARRIO ANA MARIA
ASCASO CASTAN LOURDES
GARCES ROMEO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Se seleccionaron 3 grupos de diabéticos tipo 2, con características similares, eligiendo el criterio de inclusión en reunión de equipo, mediante captación realizada de forma individual por teléfono o en consulta de enfermería.
2- Se seleccionó el material didáctico para impartir los talleres.: manual de educación diabetológica, fichas del método plato, fichas de cuidados de los pies, existente en la biblioteca del centro.
3- Se propusieron 4 municipios en un principio, pero sólo en 3 de ellos se logró la selección de más de 5 diabéticos con los criterios de inclusión propuestos.
4- Se elaboraron los contenidos de los 2 talleres que se impartieron en 3 municipios:
A. definición de la diabetes y tratamiento, técnica de autoanálisis y autocontrol, hipoglucemia con manejo de kit glucagon e hiperglucemia.
B. alimentación, ejercicio, pie diabético.
C. encuestas para la valoración de objetivos alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se impartieron 6 talleres en 3 municipios con un total de 20 participantes.
Se realizó una encuesta, pasado un mes, sobre las actividades realizadas con 4 preguntas:
El 95 % manifestó haber adquirido conocimientos sobre la enfermedad.
El 80 % afirmó que actualmente realiza una alimentación adecuada.
El 70% dijo haber mejorado la rutina en el ejercicio.
El 85% piensa que ahora vigila mejor sus pies.
Finalmente la encuesta se realizó al mes de concluir los talleres lo que ha podido condicionar los buenos resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades realizadas, de tipo “talleres”, consideramos que han resultado positivas para la consecución de los objetivos. Hemos pretendido dar y/o refrescar información, proporcionar conocimientos prácticos y modificar comportamientos, ya que consideramos que todo forma parte de la educación diabetológica, cuyo fin último creemos que es el AUTOCONTROL Y LA AUTONOMÍA por parte del paciente.
Por otro lado reseñar que ha sido interesante el intercambio de opiniones, experiencias y “modos de hacer las cosas” de los asistentes.
Creemos que este tipo de intervenciones pueden ser de utilidad en la reducción de complicaciones a corto y largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/619 ========== ***

Nº de registro: 0619

Título
RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Autores:
BAZTAN OLLETA LAURA, ARNAL BARRIO ANA MARIA, ASCASO CASTAN LOURDES, GARCES ROMEO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0619

1. TÍTULO

RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

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

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

PROBLEMA
Tras la evaluación del cuadro de mandos de diabéticos, detectamos que en nuestra población la mayoría de ellos son adultos con diabetes tipo 2, sobre los cuales la educación sanitaria resulta ser efectiva.
Siguiendo las directrices de la DAP, seleccionamos este proyecto asistencial ya que es una línea estratégica del año 2018.
Debido a que en la diabetes tipo 2 los usuarios son capaces de autogestionar y autocontrolar su enfermedad, desde el centro de salud nos proponemos realizar con ellos talleres de educación grupal.
Los profesionales contamos con las herramientas necesarias para ayudar a que los pacientes adquieran los conocimientos necesarios sobre su enfermedad y aumentar su capacidad de autogestión.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana son los diabéticos tipo 2 con tratamiento farmacológico.
Como objetivos nos proponemos:
- Promover el trabajo de enfermería en la educación grupal.
- Conseguir mediante los talleres, que los pacientes mejoren los conocimientos de su enfermedad, tratamiento farmacológico, hábitos de vida...;todo ello con el objetivo último de mejorar el autocontrol y la autonomía a través de la educación diabetológica.

MÉTODO
Selección de 4 grupos de diabéticos tipo 2, con características similares, según el criterio de inclusión elaborado en reunión de EAP.
Elección del material necesario para impartir los talleres.
Selección de los municipios en los que se realizarán los talleres, siendo al menos en 4 poblaciones diferentes.
Realización del primer taller: definición de la diabetes y tratamientos, hipoglucemia con el Kit glucagon e hiperglucemias.
Realización del segundo taller: alimentación y ejercicio, pie diabético.
Realización de encuestas para valoración de objetivos alcanzados.

INDICADORES
Número de poblaciones en las que se organizan los talleres: 4 municipios
Número de talleres realizados / número de talleres programados; 8 talleres.
Evaluar los conocimientos adquiridos mediante encuesta individual realizada antes y después de los talleres.
Para conocer si hemos conseguido alguna ganancia en salud se realizará, con posterioridad, una encuesta sobre “ Hábitos de vida modificados” .

DURACIÓN
Mayo- junio 2018: selección de pacientes para los talleres y municipios: Lourdes Ascaso y Ana Arnal
Mayo-junio 2018: selección material a utilizar en los talleres: Laura Baztán.
Junio 2018: elaboración de las diferentes encuestas: Laura Baztán
Septiembre 2018: primer ciclo de talleres: Lourdes Ascaso, Ana Arnal y Laura Baztán
Octubre: segundo ciclo de talleres: Ana Arnal, Lourdes Ascaso y Laura Baztán.
Noviembre 2018: evaluación de las encuestas y valorar nuevos talleres según la respuesta de los asistentes:.Ana Arnal .
Marzo 2019 : encuesta “ Hábitos de vida modificados”.Laura Baztán

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL OCHOA ROJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERDUN
· Localidad ..... BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al finalizar el proyecto se han realizado la mayoría de las actividades previstas, si bien el traslado a otro centro sin previo aviso del médico responsable del proyecto ha originado importantes cambios y déficits que señalaremos.
1.- Se han realizado las 3 reuniones previstas para planificación, formativa y discusión de casos concretos y además fueron necesarias 4 reuniones más dada la complejidad del abordaje de varios pacientes.
2.- Se evaluaron de forma individualizada cada uno de los 49 paciente de forma cruzada, de tal forma que ningún médico evaluó a sus propios pacientes.
3.- Se rellenó para cada paciente el formato del “Anexo III. Registro para la revisión clínica de los tratamientos”
4.- Se realizó por el médico que sufrió el traslado una base de dato excell de gran complejidad para la recogida de todas las variables a estudiar.
5.- Análisis estadístico: No ha podido ser correctamente evaluado al no tener acceso dicho médico a los pacientes de Berdún, por lo que no hemos podido realizar la evaluación de los 49 pacientes, sino solo de 30, excluyendo los 17 pacientes del médico trasladado y 2 fallecimientos. Además dada la complejidad del análisis estadístico no hemos podido completarlo en su totalidad. .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por todo lo anteriormente expuesto los resultados obtenidos han sido muy inferiores a los esperados. Sin embargo en los 30 pacientes que han sido finalmente válidos hemos extraído los siguiente resultados según los indicadores prefijados:

Nº de pacientes que dejan de ser polimedicados / Nº de paciente polimedicados = 6 / 30 = 20% (indicador 10%)

Nº de pacientes a los que se es ha realizado alguna modificación/ Nº polimedicados estudiados=
17 / 30 = 56%. (indicador 20%)

Nº de fármacos no indicados suprimidos/ Nº fármacos no indicados = 16 / 20 = 80% (indicador 20%)

Nº de duplicidades corregidas / Nº duplicidades detectadas = 8 / 10 = 80 % (indicador 75%)

Nº de interacciones corregidas / Nº de interacciones detectadas = 3 / 3 = 100% (indicador 50%)

Nº pacientes con reducción de riesgo anticolinérgico / Nº de pacientes en riesgo anticolinérgico =
0 / 2 = 0% (indicador 20%).

Los fármacos no indicados suprimidos fueron 6 omeprazoles, 1 cinitaprida, 1 furosemida, 1 terbutalina inhalada y 2 corticoide inhalado, 3 alopurinol en hiperuricemia asintomática,
Las duplicidades detectadas fueron:
Dos diuréticos de asa: furosemida y torasemida.,
Paracetamol y tramadol con fármacos que asocian estos 2 fármacos.
Vitamina D con fármacos que asocian estos esta vitamina con calcio.
Lorazepam y lormetazepam tomados ambos por la tarde noche.
Dos antagonistas alfaadrenérgicos: la doxazosina para el tratamiento de HTA y la tamsulosina para la HBP

No se cambiaron los 2 fármacos con riesgo anticolinérgico, por ser un antidepresivo y otra una quietapina con buenos resultado en las 2 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Trabajar sobre el paciente polimedicado es siempre complejo y no siempre los resultados son alentadores. Sin embargo el valorar pacientes de otros compañeros ofrece una visión nueva del tratamiento, ya que el médico de cabecera ha podido perder perspectiva tras haberlo tratado durante mucho tiempo.
Aunque el número pacientes final solo ha sido de 30, por las razones ya expuestas, los buenos indicadores obtenidos, nos impulsan a creer que la valoración cruzada es de mayor efectividad.
Al no poder contar con el análisis estadístico no hemos podido evaluar los fármacos más prevalentes dentro de la polimedicación ni los diagnósticos que inducen más a la prescripción múltiple ni medir el grado de inercia médica aunque si se ha realizado prevención cuaternaria en aquellos pacientes a los que se les suprimido fármacos potencialmente peligrosos o se han corregido duplicidades, y suspendido fármacos no indicados.
Aunque damos por cerrado este proyecto, queda abierta la posibilidad de repetirlo dentro de unos meses, dada la utilidad práctica y los resultados en salud conseguido en varios de estos pacientes.
Por último comentar la gran utilidad del “Anexo III. Registro para la revisión clínica de los tratamientos”

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

para realizar una revisión sistemática del paciente polimedicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ==================================== Resumen del proyecto 2018/625 ==================================== ***

Nº de registro: 0625

Título
PACIENTE POLIMEDICADO: ENTRE LA INERCIA MEDICA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

Autores:
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Polimedicado
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Tras el análisis de los datos del AGC 2017, vemos que en el CS Berdún el número de pacientes con más de 5 fármacos permanece estable a lo largo de los años, a pesar de las revisiones anuales realizadas por los MAP.
Quizá la revisión de los mismos pacientes por parte de su propio médico de familia resta objetividad a la hora de realizar valoraciones clínicas y posteriores ajustes. Por ello nos planteamos hacer dicha revisión de forma más exhaustiva y por otro profesional distinto al médico de familia habitual.
Las interacciones, los efectos secundarios y la utilización de fármacos de baja eficacia son causa de yatrogenia, evitable en parte, con una correcta revisión estructurada del tratamiento.
Además, así abordamos una linea de cuidados estratégicos según el AGC 2018.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es disminuir la yatrogenia evitable en pacientes mayores de 75 años que estén tomando 6 o más principios activos.
Si bien esa es nuestra población diana, dada la complejidad del trabajo a realizar, seleccionaremos una población del 51,5% (N:95 margen de error del 10% y nivel de confianza 95%), para trabajar en 2018 completando el total en 2019.
Mediante la revisión estructurada queremos conseguir, siempre de acuerdo con el médico de familia del paciente, lo siguiente :
- suprimir fármacos no indicados en el momento del estudio,
- evitar duplicidades,
- investigar las posibles interacciones y evitarlas en lo posible,
- ajustar dosificación según las características del paciente,
- reducir el riesgo anti colinérgico en el mayor número de pacientes posible.

MÉTODO
- Reunión para planificación del proyecto y puesta en común de actividades a realizar:1 reunión.
- Reunión formativa para aclarar conceptos, valoración riesgo anti colinérgico, objetivos terapéuticos...: 2 reuniones.
- Selección de la población diana de forma aleatoria con criterio de exclusión la pertenencia a cada cupo médico para conformar 3 grupos.
- Elaboración del estudio de cada paciente individualizado mediante la utilización del formato unificado propuesto por el Proyecto del Polimedicado.
- Consensuar con el médico de familia los posibles ajustes.
- Evaluación de los resultados del 2018 y replanteamiento de los objetivos para 2019 según los resultados obtenidos.

INDICADORES
Nº pacientes que dejan de ser polimedicados / Nº pacientes polimedicados estudiados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

Nº pacientes a los que se ha realizado alguna modificación / Nº pacientes polimedicados estudiados
Nº de fármacos no indicados suprimidos / Nº fármacos no indicados totales
Nº de duplicidades corregidas / Nº duplicidades detectadas
Nº de interacciones corregidas / Nº interacciones detectadas
Nº de pacientes con reducción de riesgo anti-colinérgico / Nº pacientes en riesgo anti-colinérgico

DURACIÓN
Reunión para planificación del proyecto : Ana Carmen Giménez, abril
Reunión formativa y selección de la población diana: Miguel Ochoa, abril-mayo.
Elaboración del estudio de cada paciente individualizado: Miguel Ochoa, mayo a octubre.
Replanteamiento objetivos Miguel Ochoa,diciembre 18- enero 19

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA CABELLO ORDUNA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE OROS ANNADEL
SALCEDO GIL SOLEDAD
MORALES LUMBRERAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
_ Fomentar colaboración desde la residencia, acudiendo al centro de salud inmediatamente tras el alta hospitalaria de alguno de los residentes. (Sept-18)
- Buscar apoyo en todos los MAP y MAC del centro de salud con la realización de una hoja de prescripción nueva tras cada alta hospitalaria, con cada nuevo residente o por lo menos una vez al año. (Nov-18)
- Valoración de hoja de prescripción por parte del personal del centro de salud. (Dic-18)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1-Nº pacientes residentes con hoja de registro completa / Nº pacientes totales de la residencia.
A fecha 9 de Enero de 2019, 46 residentes con hoja de registro completa, 44 =0.95
2-Se controla la prescripción: NO
3-Pacientes que se automedican en este momento el 13,04% de los residentes son válidos y con capacidad intelectual normal.
4- La valoración por parte del personal de la hoja de prescripción:
- Consideran que es adecuada. (100%)
- El 100% de los médicos la utilizan.
- No siempre la entregan para valoración del paciente siendo necesario pedirla.
(20,7%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras dos años realizando este proyecto hemos observado la buena acogida por parte del personal auxiliar de la residencia, así como la mejora en otros aspectos relacionados.
Ha mejorado nuestra comunicación y cercanía con el personal de la residencia y entre todas ellas, apuntando cada una de las incidencias que se suceden de una manera mas reglada que hasta este momento.
Seguimos teniendo poca colaboración por parte de la dirección de la residencia haciendonos mas difícil el control de la administración de medicamentos.
Intentaremos continuar mejorando en nuestra colaboración y en nuestros registros para garantizar un mejor cuidado de los residentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1200 ========== ***

Nº de registro: 1200

Título
PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA " DE BIESCAS

Autores:
CABELLO ORDUNA OLGA, BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL SOLEDAD, MORALES LUMBRERAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

PROBLEMA
En el actual registro de tratamientos de la Residencia hay datos incompletos que pueden llevar a errores. Es necesario mejorar dicho registro, además del control por parte de las auxiliares de la residencia de los fármacos durante todo el procedimiento. Se detectan casos de autoadministración de fármacos en pacientes válidos y mal registro de las modificaciones de los tratamientos en atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende conseguir mejor control sobre los fármacos administrados. La población diana es la de todos los residentes, tanto válidos como no válidos, que están asignados al Centro de Salud de Biescas o son mutualistas. Las intervenciones estan dirigidas tanto al equipo de primaria, como a las cuidadoras de la Residencia y a los ancianos institucionalizados, para mejorar la información y evitar errores.

MÉTODO
-Crear una hoja de registro con datos completos, nombre del médico asignado, fármacos y dosificación,posibles modificaciones.
-Control desde la preparación hasta la administración de los fármacos, en vasos con su nombre.
-Medición de pacientes válidos con medicación propia (búsqueda activa con registro de mesillas...) especialmente registro de los analgésicos precritos a demanda.
-Formación de las auxiliares de la residencia en el manejo de la hoja de registro e indicaciones adecuadas para el manejo de insulina, heparinas, inhaladores...
-Reunión informativa en el Centro de Salud y notificación de loscambios introducidos en el registro, incluido el personal sanitario de atención continuada.

INDICADORES
1-Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa/Nº de pacientes totales de la residencia=1
2-Número de Pacientes que se automedican al inicio del estudio/Número de pacientes que se automedican al final
3-Encuesta de satisfacción del personal de la Residencia

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2017

Evaluación a 30 de noviembre tras 6 meses de implantación

Realización hoja de registro:30 de marzo de 2017 por los 4 componentes del equipo y confección de las hojas de tratamiento individuales.
Presentación de la nueva carpeta el 31 de marzo en la Residencia y reunión con las cuidadoras.Encuesta de satisfacción.
Evaluación durante el mes de noviembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... OLGA CABELLO ORDUNA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE OROS ANNADEL
SALCEDO GIL SOLEDAD
MORALES LUMBRERAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas desde la memoria de seguimiento (31/7/2017), se han realizado:
- Fomentar colaboracion por parte de la direccion de la residencia en mantener registros actualizados. Siempre citar con MAP al alta hospitalaris de los residentes, reunion realizada: 20 Septiembre 2017.
- Sesion formativa con respecto al uso de inhaladores. 1 Octubre 2017.
- Charla sobre actuación en situación de urgencia: 15 Septiembre 2017.
- Buscar mas apoyo en direccion de la residencia reunion realizada el11 de Diciembre 2017.
-Realizacion de encuestas con el personal del CS: 12 Diciembre17.
Realizacion de encuestas con el personal auxiliar residencia: 12 Diciembre 2017.
- Conocer las propuestas de mejora y las dificultades de las auxiliares en el proceso: 21/Diciembre 17.
- Se han realizado reuniones informativas continuas con el EAP:

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES:
1- Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa / Nº pacientes totales de la residencia.
A fecha 1 de Mayo, 48 residentes todos con hoja de registro= 1
A fecha 31 de Julio, 51 residentes, con hoja de registro 48= 0.94
A fecha 21 de Diciembre, 50 residentes con hoja de registro 50= 1

2. Se controla la prescripcion: NO
3. Nº pacientes que se automedican: 11.76% de residentes son validos y con capacidad intelectual normal.
4. Numero de sesiones dadas a las auxiliares: 2 hasta 31/7/17. 2 durante ultimo semestre.
5.Encuesta al personal del CS de Biescas: Han contestado la encuesta el 47,36% del personal.
Pregunta 1:has podido valorar la nueva hoja de registro
El 66,66% de los encuestados han podido valorarla.
Pregunta 2:Te parece adecuada El 100% opina que si.
Pregunta 3: Te ha resultado util para la valoracion del paciente.
El 100% opina que si
Pregunta 4:La has utilizado (has escrito algo en ella).
El 66,66% si la ha utilizado.
Pregunta 5: Cambiarias algo para que fuera mas util.
El 50% cambiaria algo:
-Añadir los comentarios de las cuidadoras en otra hoja o la misma.
- Actualizaciones periódicas.
- Anotaciones del medico con : Fecha nombre, observaciones.
- No siempre la entregan para valorar al paciente.
6. Encuesta al personal de la residencia" La Conchada":
Han contestado la encuesta el 100% de las auxiliares.
Pregunta 1:Has utilizado la carpeta de administracion de farmacos elaborada desde el centro de salud.
El 100% ha respondido que si.
Pregunta 2: Te resulta útil para preparar la medicacion de cada paciente.
El 90,90% ha respondido que si.
Pregunta 3:Te parece adecuada.
El 81,81% ha respondido que si.
Pregunta 4:Cambiarias algo para que fuera mas practica o facil de utilizar.
El 72,73% no cambiaría nada y el 27,27% si cambiaria algo, estas son las sugerencias:
-Método de actualización de la hoja queda emborronado y muy lioso después.
- carro de medicación.
- Carpeta por programa informático.
En cuanto a sus necesidades se han advertido las siguientes sugerencias:
- 54,54% indican cursos de reciclaje. Acreditados para auxiliar de clinica sobre: Primeros auxilios y orientados a ancaianos, diabetes...
-Uso informatico para apuntar las incidencias de facil acceso al
medico.
-27,27% Historiales ordenados.
Falta de medicación.
-18,18% Falta de personal principalmente en el turno de
noche.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la realizacion de este proyecto hemos observado la buena acogida por parte del personal de la residencia, su colaboración, interés y deseo de hacer las cosas mejor
.Por otro lado a pesar de la buena predisposición de los miembros de la corporación local por realizar cambios y mejoras,observamos cierta falta de colaboración por parte de la dirección de la residencia no colaborando en la actualizacion del programa Excell que le ha sido dispensado para mantener registros actualizados, asi como la escasa colaboracion con auxiliares para facilitar su trabajo y concienciarse de la importancia de una buena administración de medicación. Por todo esto continuaremos realizando también actualizaciones del programa excell como minimo 2 veces/año para garantizar continuidad del trabajo realizado.
Con este proyecto hemos conseguido tambien disminuir el número de errores en la dispensaciln de medicacion y mayor control sobre todos los residentes.

Intentaremos continúar mejorando en nuestra colaboración y en nustros registros para garantizar unmejor cuidado de los residentes.

7. OBSERVACIONES.
Realizamos una memoria de seguimiento el 31/7/2017 que fue enviada a Dña Ana aller debidoa problemas con esta plataforma y no sabemos si la han recibido ya que en el documento que nos han enviado pone memoria de seguimiento no.
Gracias poor su atención.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1200 ========== ***

Nº de registro: 1200

Título
PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA " DE BIESCAS

Autores:
CABELLO ORDUNA OLGA, BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL SOLEDAD, MORALES LUMBRERAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En el actual registro de tratamientos de la Residencia hay datos incompletos que pueden llevar a errores. Es necesario mejorar dicho registro, además del control por parte de las auxiliares de la residencia de los fármacos durante todo el procedimiento. Se detectan casos de autoadministración de fármacos en pacientes válidos y mal registro de las modificaciones de los tratamientos en atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende conseguir mejor control sobre los fármacos administrados. La población diana es la de todos los residentes, tanto válidos como no válidos, que están asignados al Centro de Salud de Biescas o son mutualistas.
Las intervenciones estan dirigidas tanto al equipo de primaria, como a las cuidadoras de la Residencia y a los ancianos institucionalizados, para mejorar la información y evitar errores.

MÉTODO
-Crear una hoja de registro con datos completos, nombre del médico asignado, fármacos y dosificación,posibles modificaciones.
-Control desde la preparación hasta la administración de los fármacos, en vasos con su nombre.
-Medición de pacientes válidos con medicación propia (búsqueda activa con registro de mesillas...) especialmente registro de los analgésicos precritos a demanda.
-Formación de las auxiliares de la residencia en el manejo de la hoja de registro e indicaciones adecuadas para el manejo de insulina, heparinas, inhaladores...
-Reunión informativa en el Centro de Salud y notificación de loscambios introducidos en el registro, incluido el personal sanitario de atención continuada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDEMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS

INDICADORES
1-Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa/Nº de pacientes totales de la residencia=1
2-Número de Pacientes que se automedican al inicio del estudio/Número de pacientes que se automedican al final
3-Encuesta de satisfacción del personal de la Residencia

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2017

Evaluación a 30 de noviembre tras 6 meses de implantación

Realización hoja de registro:30 de marzo de 2017 por los 4 componentes del equipo y confección de las hojas de tratamiento individuales.
Presentación de la nueva carpeta el 31 de marzo en la Residencia y reunión con las cuidadoras.Encuesta de satisfacción.
Evaluación durante el mes de noviembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1201

1. TÍTULO

MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES BOBE PELLICER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO LACASTA ELENA
MORALES LUMBRERAS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Nº de reuniones : Tres reuniones con los participantes del proyecto
Reunion con el EAP para informar del proyecto (Acta 4 Abril 2017)
2. Revisión Documento para la firma del Consentimiento informado. PO-09_HU(P)E. SI
3. Elaborar cartel informativo para los usuarios y colgar en las salas de espera del Centro de Salud. SI
4. Archivo especifico en Admisión con los CI firmados y por orden de fecha de registro. SI .
5. Registrar e informar en la parte de "observaciones" y " flash" de la ficha administrativa de OMI del paciente que tenga el CI firmado.
6. Primera medición indicadores trimestral a 31 Diciembre 2017 de consulta de medicina / enfermeria
7. . Falta el seguimiento de medición indicadores según cronograma proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Indicadores:nº pacientes con CI firmado y registrado /nº consultas DMNP atendidas en el CSalud x 100

Medicina:(46 CI/185 DMNP)x100 = 24,8%
Enfermeria:(2 CI/34 DMNP)x100= 5,8%
Pediatria:(10 CI/29 DMNP) x 100 =43,4%
El indicador medio del totat de CI en DMNP =24,6 %
2. Objetivos: el 60% a los 6 meses de iniciado el Proyecto tengan CI firmado el 90% al año de iniciado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
_Es preciso seguir trabajando en la cobertura de los CI de esta actividad.Sobre todo en consulta de enfemeria,donde la demanda de esta consulta es menor.
.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1201 ========== ***

Nº de registro: 1201

Título
MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

Autores:
BOBE PELLICER MARIA ANGELES, CALVO LACASTA ELENA, MORALES LUMBRERAS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Accesibilidad del usuario en Atencion Primaria
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1201

1. TÍTULO

MEJORAR COBERTURAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL (DMNP) EN EL CENTRO DE SALUD DE BIESCAS

PROBLEMA
La implantación de la DMNP en las todas las agendas de medicina/pediatria y enfermeria/matrona del CSalud, basado en las indicaciones del "Plan Estrategico del Ministerio de Sanidad para la mejora de Atencion Primaria en España 2007-2012"con el objetivo de :mejorar el acceso del usuario a los servicios sanitarios evitando desplazamientos innecesarios y favorecer el trabajo de los profesionales.
Dado que la consulta teléfonica es un acto clínico y por tanto con posibles efectos médico-legales,es necesario contar con el consentimiento del paciente o tutor legal.
Hemos detectado la baja cobertura de los CI en este momento y las dificultades para su elaboración.

RESULTADOS ESPERADOS
Poblacion diana:
Todos los usuarios con cobertura en el CSalud,incluyendo la población pediatrica y las usuarias del servicio de matrona.
En el caso de menores los tutores legales.
Objetivos:
Que durante el tiempo de diseño del proyecto el 90% de los pacientes que hayan solicitado una consulta DMNP tengan cumplimentado el consentimiento informado.

MÉTODO
1) Reunión con el Servicio Admision y EAP para informar del proyecto.
2) Revision de la documentacion :
"Proyecto de Gestion de MNP en CS urbanos de Huesca".
Documento para la firma del Consentimiento informado.PO-09_HU(P)E.
Elaborar cartel informativo para los usuarios y colgar en las salas de espera del Centro de Salud.
3)Crear un archivo especifico en Admision con los CI firmados y por orden de fecha de registro.
4) Registrar e informar en la parte de "observaciones" y " flash" de la ficha administrativa de OMI del paciente que tenga el CI firmado,para el conocimiento entre los diferentes profesionales.
5) Dar informacion a los usuarios: consulta medicina/enfermeria/pediatria /matrona y servicio admision cuando se programe o se cite una consulta no presencial.

INDICADORES
1) Indicadores:

nº pacientes con CI firmado y registrado /nº consultas DMNP atendidas en el CSalud x 100

2) Medicion de indicador con perioricidad trimestral.

3) Objetivos: el 60% a los 6 meses de iniciado el Proyecto tengan CI firmado el 90% al año de iniciado.Diciembre 2018.

DURACIÓN
1) La duracion del proyecto se hara a un año.
2) Cronograma:
- Documentacion e información dentro del CSalud en Junio 2017 .
-Potenciar la informacion en consulta/admision y carteles informativos Julio y Agosto 2017.
- Iniciar la medición de indicadores en Enero 2018
-Finalizacion:en Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0416

1. TÍTULO

¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANNADEL BOSQUE OROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALCEDO GIL MARISOL
PARGADA ORTIZ NURIA
MIRANDA ORTIZ ANA
GRACIA NERIN JOSE
MARTIN LOPEZ MARIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se han realizado cuatro sesiones durante 4 semanas consecutivas los dias 18 y 25 de septiembre, y el 2 y 9 de octubre de 2018 en el Centro de Salud.
-Se realizaba una actividad física moderada: paseo de 30 minutos, con estiramientos musculares y ejercicios de espalda sana, seguidos de una charla-coloquio de los sanitarios y participantes en el proyecto, sobre temas de interés recogidos en las encuestas previas, con pautas para mejorar el bienestar físico y emocional.
-El equipo de mejora planificó en reuniones las actividades a realizar, ademas de comunicarlo al resto de integrantes del centro de Salud y al Consejo de Salud.
-La admistrativa Milagros Martín confeccionó los pósters informativos que se difundieron por comercios, biblioteca, ayuntamiento y centro de Salud (incluyendo consultorios locales activos), además de realizar captación activa en consultas.El ayuntamiento de Biescas informó de la actividad desde su página web.
-En la primera sesión la Dra. Bosque explicó los síntomas de la menopausia y cómo afrontarlos, basándose en las guías de Atención a la Mujer en el Climaterio del Sistema Nacional de Salud avaladas por las sociedades cientificas. En la segunda sesión la Enfermera Marisol Salcedo expuso las bases del Programa para promover hábitos de alimentacion saludables del Gobierno de Aragón y las recomendaciones de promoción del ejercicio. En la tercera sesión Milagros Martín con técnicas audiovisuales nos explicó nociones básicas de Tai Chi y Qi Gong, entregando en CD y/o pendrive a los asistentes un video de iniciación para poder seguir practicando en domicilio.En la cuarta sesión la Dra. Bosque habló del stress y se practicaron ejercicios de Mindfulness.Se recogieron encuestas de satisfacción y sugerencias para proseguir con las actividades en el futuro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante las cuatro sesiones se registraron un total de 51 (18+16+6+11) participantes, aunque en la tercera sesión por la climatología no conseguimos el número de más de 10 personas que nos habíamos propuesto.
Basándonos en la encuesta de satisfacción, el nivel de mejoría de bienestar emocional y en los conocimientos para mejorar la salud en la menopausia es muy satisfactoria, de 100%.
Respecto al objetivo propuesto de incremento de actividad física nos es difícil valorarlo porque ha sido en un periodo corto de tiempo y quizás no era adecuado como indicador. En próximas reuniones del equipo de mejora intentaremos utilizar indicadores más concretos y más precisos de evaluar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora está satisfecho con las actividades realizadas y por la alta satisfacción de las participantes.
Aspectos a mejorar: este proyecto hubiera tenido más difusión y posiblemente más duración y participación si el ayuntamiento, voluntarios de la Cruz Roja y la Comarca de Alto Gallego hubieran colaborado más activamente, ya que el Centro de Salud realizó la mayoría de las actividades,sin tener presupuesto de apoyo económico, y fuera de nuestro horario laboral,para su puesta en marcha. Creemos que el futuro de este proyecto debe continuar tras implicación de otras instituciones y que el Centro de Salud se ofrece para seguir impulsándolo pero no como los actores principales. En el Consejo de Salud así se convino y durante el primer trimestre iniciaremos reuniones con la Comarca y el ayuntamiento para mejorar el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/416 ========== ***

Nº de registro: 0416

Título
¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Autores:
BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL MARISOL, PARGADA ORTIZ NURIA, MIRANDA ORTIZ ANA, GRACIA NERIN JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0416

1. TÍTULO

¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: climaterio
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El equipo del Centro de Salud de Biescas, además de participar de forma activa en los proyectos actualmente vigentes, desea iniciar un nuevo proyecto comunitario que establezca contacto de los sanitarios con la población, y a partir de este proyecto surjan otros en el futuro.
Para conseguir que el equipo de trabajo sea interdisciplinar, se propone voluntarios entre los miembros del Consejo de Salud en noviembre de 2017.
La atención a la mujer en el climaterio está incluida en la cartera de servicios de este centro. Nos consta en nuestras consultas diarias una demanda muy frecuente de la mujer en periodo perimenopaúsico por los diversos síntomas: insomnio, sofocos, depresión, aumento del riesgo cardiovascular,transtornos de la sexualidad, depresión y alteraciones cognitivas com fallos de memoria. La práctica de ejercicio físico tiene evidencia científica grado A para mejorar el estado físico y el bienestar emocional.

RESULTADOS ESPERADOS
-MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA
-FOMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA
-MEJORAR LA SALUD MENTAL DE ESTA POBLACIÓN PARA QUE AFRONTE ESTA ETAPA VITAL DE FORMA POSITIVA Y NORMALIZADA.
-DISMINUIR LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS FRENTE A LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO FRENTE A LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO, LA DIETA SALUDABLE Y LA RELAJACIÓN

MÉTODO
-Se realizará una actividad física moderada: paseo de 30 minutos, con estiramientos musculares y ejercicios de espalda sana, seguidos de una charla-coloquio de los sanitarios y participantes en el proyecto, sobre temas de interés recogidos en las encuestas previas, con pautas para mejorar el bienestar físico y emocional. Habrá difusión desde el centro de salud, el ayuntamiento de Biescas, y la Mancomunidad del Alto Gállego.
-Grupo destinatario: iniciaremos el proyecto de 45 a 55 años ambas inclusive que residan en la localidad de Biescas, sin excluir a cualquier persona que decida acompañarnos.
-Lugar de inicio: Entrada al Centro de Salud de Biescas, situado en Plaza Constitución sn.
-¿Cuándo? Todos los martes a las 12/30 horas del tercer cuatrimestre del año 2018, a partir del 4 de septiembre de 2018.

INDICADORES
-Número de participantes en el proyecto mayor de 10 personas en cada sesión
-Nivel de mejoría de bienestar emocional de los participantes de más del 80%.
-Nivel de mejora de conocimientos sobre esta etapa de la vida de más del 80 %.
-Incremento de la actividad física en más del 80% de los participantes.

DURACIÓN
-En segundo cuatrimestre de 2018, reuniones del equipo de trabajo y preparación de talleres.
-En tercer cuatrimestre de 2018, desarrollo de las actividades con la población
-En primer cuatrimestre de 2019 se evaluará el proyecto, con observador externo
-En segundo cuatrimestre de 2019, tras las conclusiones y modificaciones, se continuará con el proyecto .

OBSERVACIONES

Antigua línea: Salud Mental

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0428

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA CLAVER GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE OROS ANNADEL
BOBE PELLICER MARIA ANGELES
MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se planteo en las diferentes asiciacione vecinales del valle, asi como en el IES y colegio realizar una serie de sessiones, poniendonos en contacto con representantes de ellas. Las sesiones tenian el siguiente cronograma: sesiones de 3h (charla sobre las enfermedades cronicas mas prevalenes en infancia y adolescencia; charla sobre la actuacino ante difernetes urgencias me´dcias: PCR, DESA, _ICTUS, centrandonos en el reconocimiento de las situaciones y la respuesta de la poblacion a las mismas; y por ultimo una sesion practica de RCP). Tras las actividades eran dinamicas, primero los profesionales y posterioremente coloquio con los participantes y practica, se pasaba una encuesta de satisfaccion de 0 a 5 y una de adquisicion de conocimientos (20 preguntas tipo test de 3 respuestas validas), asi mismo se recogia opiniones tras la puesta en comun

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos eran: aumentar la formacion del profesorado respecto a enfermedades cronicas mas prevalentes en la infanci-adolescencia.
-Mejorar la actitud ante diferentes situaciones desfavorables en las que se pudieran encontrar el personal docente o personas de nuestro valle
-Favorecer la integracion de las personas con enfermerdades cronicas, mejorando la percepcion de estos procesos
-Valorar la adquisicion de habilidades en taller de RCP basica

Como indicadores se realizaba una encuesta de adquisicion de conocimientos, una valoracion del grado de satisfaccion siendo 0 nada satisfechi y 5 totalmente y finalmente la puesta en comun con dudas y opiniones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El planteamiento como se ha dicho se hizo a varias asociaciones y centros docentes, solo uno de ellos dio una respuesta positiva y se llevo a cabo la sesion con 33 personas en mes de Abril, siendo la actividad valorada muy positivamente por todos ellos y adquiriendo mejoria en los conocimientos de los objetivos detallados.
No obstante el resto no quisieron realizarlas, nos hemos encontrado con el inconveniente que se trata de personas en activo que siempre planteabna realizar las actividades en jornadas tarde-noche, se intento acomodarnos pero resulta complicado pues se trata realiazar la actividad comunitaria fuera de nuestro horario laboral, no siempre teniamos disposicion personal y a esto se suma que dada la dispersion geografica de nuestro centro de salud, no podemos dejar sin atender los consultorios en horarios de mañana. Desde el personal medico se planteo esta actividad pero no ha habido colaboracion del resto del equipo por lo que llevar a cabo todas las sesiones si alguno no podia por fechas ha sido mas complicado.
Ha existido por tanto una falta de colaboracion de parte del EAP asi como la dificultad de tener que realizar toda la actividad fuera de nuestro horario laboral, por la dispersion y por la falta de facilidad por parte de la DAP de compensar el tiempo extra de alguna manera.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/428 ========== ***

Nº de registro: 0428

Título
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTES ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

Autores:
CLAVER GARCIA PAULA, BOSQUE OROS ANNADEL, BOBE PELLICER MARIA ANGELES, MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0428

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

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

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

PROBLEMA
El 24 de Junio del año 2015 se publica en BOA la necesidad de disponer de botiquin y medicacmentos de urgencias en los centros educativos. Desde entonces detectamos preocupacion por parte del profesorado y en otros sectores (comarcas, asociaciones de vecinos...) ante la falta de conocimientos a la hora de actuar ante problemas de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
-aumentar la formación del profesorado respecto a las enfermedades crónicas prevalentes en infancia-adolescencia
-mejorar la actitud ante situaciones desfavorables ante las que se encuentre el personal docente o personal de las asociaciones vecinales
-Favorecer la integración de las personas con enferemedades crónicas, mejorando la percepción sobre estos procesos
-Valorar el impacto de una intervención educativa sobre los conocimientos del personal alq ue se imparten las sesiones

MÉTODO
-Establecer contacto con las asociaciones vecinales, instituto y CRA del valle
- Ofertar charlas sobre las enferemedades cronicas mas prevalentes en infancia-adolescencia (1 ssión teórica)
-Ofertar charla sobre la actuacion ante diferentes urgencias medicas (1 sesión teórico-practica))
-Taller de RCP básica (1 sesión eminentemente practica)
-Encuesta de adquisición de conocimientos y satisfacción.

INDICADORES
-Valorar mediante encuesta la adquisición de conocimientos
-Valorar el grado de satisfaccion

DURACIÓN
-Sesiones teórico-practicas divididas en 3 bloques de 1 h de duración cada uno de ellos
-Se realizarann las sesiones a lo largo del año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO PIEDRAFITA CARILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BROTO
· Localidad ..... BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORO LLORO JOSE MIGUEL
ACIN SAMPIETRO ANA MARIA
BELLES LLERDA RAQUEL
TORRERO BESCOS YOLANDA
CORVINOS LOSCERTALES MONICA
DE LOPE ROMEO MARIA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han llevado a cabo las actividades programadas tal y como se establecía en el calendario marcado:
- Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón.
- Sesión formativa sobre realización e interpretación de espirometrías.
- Reunión de equipo para decidir organización de las espirometrías (agendas, horarios, material por escrito que se entregará al paciente)
- Listados de pacientes entre 40-80 años por cupos. Corrección de errores.
- Citación de pacientes captados en los horarios programados para espirometría (ENF)
- Realización de espirometría (ENF)
- Registro de patrón espirométrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio.
- En todos los casos abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo

Además, y tras el seguimiento intermedio que se hizo en agosto de 2017 se realizó una sesión en el centro para exponer los resultados hasta la fecha y una sesión clínica como recuerdo de técnica de realización de espirometrías y de diagnóstico de EPOC. También se depuraron listados de fumadores de entre 40 y 80 años para continuar con la búsqueda activa de posibles pacientes con EPOC sin diagnosticar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal del proyecto era aumentar el diagnóstico precoz de EPOC en la población de nuestra zona de salud aumentando así su tasa de prevalencia mediante la captación activa. Antes de la implantación del proyecto la tasa de prevalencia era del 0,84%, muy por debajo de la tasa esperada según los estudios (10%).
Realizando espirometrías a la mayoría de los fumadores de entre 40 y 80 años se pretendía aumentar esta tasa. Para medirla se utilizó como indicador el mismo que usa el aplicativo web de Cuadro de mandos CMCronicos y que se actualiza semanalmente:

Indicador 1: Prevalencia EPOC:
- Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
- Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad

Se esperaba alcanzar el estándar del 3%

Con los datos actualizados a 24 de diciembre se ha alcanzado un 2,41% que aunque no alcanza el estándar supone un notable incremento respecto a la situación de partida

Para que esa tasa fuera lo más real posible había que hacer espirometrías a la mayor cantidad de pacientes posibles. Para ello se utilizó el indicador Espirometrías/Tabaco:

Indicador 2: Espirometrías/Tabaco

- Numerador: Fumadores de 40 a 80 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 2 años
- Denominador: Población fumadora de 40 a 80 años

La fuente de este indicador fue OMI-AP con los pacientes asignados al servicio Atención al paciente dependiente del tabaco comprobando manualmente si constaba espirometría realizada en los últimos dos años.

El estándar que se esperaba alcanzar era del 60%, que ya vimos que en la evaluación intermedia era demasiado optimista y el resultado obtenido a fecha 30 de diciembre ha sido del 28,07%

Como objetivo secundario, para tener actualizados los datos de fumadores y no fumadores, se pretendía aumentar la tasa de detección de tabaquismo en la población preguntando por el consumo de tabaco a los pacientes que acudían a consulta. Para medirlo utilizamos otro indicador que también facilita el Cuadro de Mandos CMCrónicos al que llamamos Detección Tabaco:

Indicador 3: Detección Tabaco

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

-Numerador: Pacientes >= 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años
- Denominador Población asignada >= 15 años

El estándar que se esperaba alcanzar era del 80% y el resultado obtenido a 24 de diciembre ha sido del 72,08%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al finalizar el proyecto se ha conseguido aumentar la tasa de prevalencia de EPOC que ha pasado del 0,84% al 2,41%. Si bien está por debajo del estándar marcado como objetivo, nos damos cuenta gracias al segundo indicador (Espirometrías/Tabaco) que el número de espirometrías realizadas ha sido muy inferior al que considerábamos adecuado para que el objetivo principal se pudiera cumplir. Si hubiéramos alcanzado el 60 % de fumadores con espirometría hecha probablemente habríamos detectado más casos de EPOC. Aún así estamos satisfechos pues hemos pasado del 5,78% al 28,07% de fumadores con espirometría realizada.

La tasa de detección de tabaquismo también ha aumentado del 48,88% al 72,08% y se aproxima al estándar

Consideramos que el proyecto, que se inició prácticamente en mayo y con el paréntesis veraniego, que en esta zona de salud supone un incremento desmesurado de la presión asistencial, disponía de poco tiempo para alcanzar los objetivos marcados, por lo que planteamos continuar en la misma línea durante el año 2018 donde se espera mejorar los resultados dada la experiencia adquirida por el personal en el manejo del espirómetro y la interpretación de sus resultados. Además, recientemente se nos ha proporcionado por parte de la Dirección de Atención Primaria un espirómetro nuevo,todavía sin instalar, solicitado como recurso necesario para el proyecto que presumiblemente obtendrá resultados más fiables que el actual.

En la segunda quincena de enero se realizará una sesión en el centro por parte del coordinador del proyecto para exponer los resultados y proponer continuar desarrollándolo durante el año 2018

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1231 ========== ***

Nº de registro: 1231

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Autores:
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, LLORO LLORO JOSE MIGUEL, ACIN SAMPIETRO ANA MARIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, CORVINOS LOSCERTALES MONICA, DE LOPE ROMEO MARIA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón se enmarca en las líneas prioritarias de acción que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades con gran incidencia o prevalencia o que producen una elevada carga social y económica sobre la población.
El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% de la población de entre 40 y 80 años (11% en la población estudiada en la provincia de Huesca).
En nuestro centro actualmente sólo un 1,34% de la población en esa franja de edad están diagnosticados de EPOC y aunque comparativamente con el resto del sector sanitario (2%) o del total de Aragón (2%) no hay excesivas diferencias. es de suponer que la prevalencia debería ser más o menos concordante con la de los estudios realizados.
Además de las causas relacionadas directamente con la espirometría, prueba fundamental para el diagnóstico (falta de formación del personal, dificultad para que el paciente realice una prueba válida, antigüedad del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

espirómetro, poca accesibilidad al mismo en un centro con 17 núcleos poblacionales), una de las causas principales para este infradiagnóstico podría ser la falta de búsqueda activa y detección precoz en los mayores de 40 años expuestos a factores de riesgo, fundamentalmente al tabaquismo.
Este proyecto tratará de implementar el subproceso “diagnóstico precoz de EPOC” expuesto en el Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnóstico precoz y, de ese modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa de la población mayor de 40 años con tabaquismo como factor de riesgo.
De manera secundaria se espera aumentar la tasa de detección de tabaquismo en nuestra población

MÉTODO
- Sesión formativa sobre realización e interpretación de espirometrías.
- Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón
- Reunión de equipo para decidir organización de las espirometrías (agendas, horarios, material por escrito que se entregará al paciente)
- Listados de pacientes entre 40-80 años por cupos
- Revisión sistemática de historias clínicas buscando si se ha preguntado por hábito tabáquico, si no tienen realizada espirometría o si ya cumplían criterios de inclusión sin episodio de EPOC abierto (MED-ENF)
- Citación de pacientes captados en los horarios programados para espirometria (ENF)
- Realización de espirometría (ENF)
- Registro de patrón espirómetrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio. Abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo (MED)
- Seguimiento bimensual de los indicadores hasta finalización del proyecto

INDICADORES
1 Prevalencia EPOC:
- Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
- Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad
El estándar que se espera alcanzar es del 3%
2 Detección tabaco:
-Numerador: Pacientes >= 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años
- Denominador Población asignada >= 15 años
El estándar que se espera alcanzar es del 80%.
Fuente de estos dos indicadores: Web de cuadro de mandos Cmcronicos en el apartado Acuerdo de gestión
Además incluimos el siguiente indicador:
3 Espirometrias Tabaco:
- Numerador: Fumadores de 40 a 80 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 2 años
- Denominador Población fumadora de 40 a 80 años
El estándar que se espera alcanzar es del 60%
Fuente: OMI

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio: Marzo 2017
Fecha de finalización: Diciembre 2017
Cronograma:
Sesiones formativas, Reunión de equipo, Listado de cupos Marzo 2017.
Revisión historias clínicas, realización, interpretación y registro de espirometrías: Abril-Junio 2017 y Septiembre-Diciembre 2017 *
Evaluaciones intermedias: 30 Junio, 31 Octubre y 31 Diciembre 2017
Evaluación Final Enero 2018
* Al encontrarnos en un área turística importante, se decide no programar espirometrías en los meses de verano

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO PIEDRAFITA CARILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BROTO
· Localidad ..... BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORO LLORO JOSE MIGUEL
ACIN SAMPIETRO ANA MARIA
BELLES LLERDA RAQUEL
TORRERO BESCOS YOLANDA
CORVINOS LOSCERTALES MONICA
DE LOPE ROMEO MARIA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han llevado a cabo las actividades programadastal y como se establecía en el cronograma inicial:
-Sesiónes formativas sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón, realización e interpretación de espirometrías..
- Organización de agendas y horarios de realización de espirometrías
- Listados de pacientes de 40 a 80 años por cupos
- Citación de pacientes captados
- Realización de espirometrías
- Registro de patrón espirométrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterios
- En todos los casos abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo

Además, se realizó una sesión de exposición de resultados a final de 2017 y las oportunidades de mejora aparecidas y otra sesión de manejo del nuevo espirómetro instalado en los primeros meses de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal del proyecto era aumentar el diagnóstico precoz de EPOC en la población de nuestra zona de salud aumentándose así su tasa de prevalencia mediante la captación activ. Antes de la implantación del proyectola tasa de prevalencia era del 0,84%, muy por debajo dela tasa esperada según los estudios (10%)
Realizando espirometrías a la mayoría de los fumadores de entre 40 y 80 años se pretendía aumentar esta tasa. Para medirla se utilizócomo indicador el mismo que usa el aplicativo web deCuadro de mandos CMCronicos
Indicador 1: Prevalencia EPOC (Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC; Denominador: Población entre 40 y 79 años)
Se esperaba alcanzar el estandar del 3%, alcanzándose en Diciembre de 2018 un 2,62% que aunque no alcanza el estándar supone un notable incremento respecto a la situación de partida.
Para que esta tasa fuera lo más real posible había que hacer espirometrías a la mayor cantidad de pacientes posibles. Para ello se utilizó el indicador Espirometrías/Tabaco
Indicaro 2. Espirometrías/Tabaco (Numerador: Fumadores de 40 a 80 años con espirometría realizada en los dos últimos años; Denominador: Fumadores de 40 a 80 años)
La fuente fue OMI-AP con los pacientes asignados al servicio Atención al paciente dependiente del tabaco comprobando manualmente si constaba espiroometría realizada.
El estándar que se esperaba alcanzar era del 60% que ya en la memoria de seguimiento se demostró excesivamente optimista. Al final del periodo de evaluación el resultado ha sido del 30,02 %
Como objetivo secundario, se pretendía aumentar la tasa de detección de tabaquismo en la población preguntando por el consumo de tabaco. Para medirlo utilizamos otro indicador proporcionado por el Cuadro de mandos CMCronicos a que llamamos Detección Tabaco
Indicador 3: Detección Tabaco (Numerador: Pacientes >=15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los 2 últimos años; Denominador: Pacientes >=15 años
Se esperaba alcanzar el 80% y el resultado obtenido ha sido del 81,58%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al finalizar el proyecto se ha conseguido aumentar la tasa de prevalencia de EPOC que ha pasado del 0,84% al 2,62%. Si bien está por debajo del estándar marcado como objetivo, nos damos cuenta gracias al indicador 2 que no se han realizado el número de espirometrías deseadas. Aun así nos sentimos satisfechos pues hemos pasado del 5,78% al 30,02% de fumadores con espirometría realizada.
La tasa de detección del tabaquismo también ha aumentado del 48,88% al 81,58% alcanzando el estándar.
Consideramos que el proyecto iniciado hace 2 años con 2 paréntesis veraniegos de máxima presión asistencial y con el problema añadido del cambio de equipos informáticos que supusieron la necesidad de reinstalar en varias ocasiones el software del espirómetro con un largo periodo de inactividad, pese a no llegar al estándar ha supuesto que todo el equipo se comprometa y tenga presente la realización de espirometrías a los fumadores por lo que damos por finalizado el proyecto pasando a ofertarlo como parte de la cartera de servicios del Centro de Salud de Broto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1231 ========== ***

Nº de registro: 1231

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Autores:
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, LLORO LLORO JOSE MIGUEL, ACIN SAMPIETRO ANA MARIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, CORVINOS LOSCERTALES MONICA, DE LOPE ROMEO MARIA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón se enmarca en las líneas prioritarias de acción que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades con gran incidencia o prevalencia o que producen una elevada carga social y económica sobre la población.
El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% de la población de entre 40 y 80 años (11% en la población estudiada en la provincia de Huesca).
En nuestro centro actualmente sólo un 1,34% de la población en esa franja de edad están diagnosticados de EPOC y aunque comparativamente con el resto del sector sanitario (2%) o del total de Aragón (2%) no hay excesivas diferencias. es de suponer que la prevalencia debería ser más o menos concordante con la de los estudios realizados.
Además de las causas relacionadas directamente con la espirometría, prueba fundamental para el diagnóstico (falta de formación del personal, dificultad para que el paciente realice una prueba válida, antigüedad del espirómetro, poca accesibilidad al mismo en un centro con 17 núcleos poblacionales), una de las causas principales para este infradiagnóstico podría ser la falta de búsqueda activa y detección precoz en los mayores de 40 años expuestos a factores de riesgo, fundamentalmente al tabaquismo.
Este proyecto tratará de implementar el subproceso “diagnóstico precoz de EPOC” expuesto en el Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnóstico precoz y, de ese modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa de la población mayor de 40 años con tabaquismo como factor de riesgo.
De manera secundaria se espera aumentar la tasa de detección de tabaquismo en nuestra población

MÉTODO
- Sesión formativa sobre realización e interpretación de espirometrías.
- Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón
- Reunión de equipo para decidir organización de las espirometrías (agendas, horarios, material por escrito que se entregará al paciente)
- Listados de pacientes entre 40-80 años por cupos
- Revisión sistemática de historias clínicas buscando si se ha preguntado por hábito tabáquico, si no tienen realizada espirometría o si ya cumplían criterios de inclusión sin episodio de EPOC abierto (MED-ENF)
- Citación de pacientes captados en los horarios programados para espirometria (ENF)
- Realización de espirometría (ENF)
- Registro de patrón espirómetrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio. Abordaje de tabaquismo. Plantear actitud terapéutica según resultados y seguimiento según protocolo (MED)
- Seguimiento bimensual de los indicadores hasta finalización del proyecto

INDICADORES
1 Prevalencia EPOC:
- Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
- Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad
El estándar que se espera alcanzar es del 3%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1231

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

2 Detección tabaco:
-Numerador: Pacientes >= 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años
- Denominador Población asignada >= 15 años
El estándar que se espera alcanzar es del 80%.
Fuente de estos dos indicadores: Web de cuadro de mandos Cmcronicos en el apartado Acuerdo de gestión
Además incluimos el siguiente indicador:
3 Espirometrias Tabaco:
- Numerador: Fumadores de 40 a 80 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 2 años
- Denominador Población fumadora de 40 a 80 años
El estándar que se espera alcanzar es del 60%
Fuente: OMI

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio: Marzo 2017
Fecha de finalización: Diciembre 2017
Cronograma:
Sesiones formativas, Reunión de equipo, Listado de cupos Marzo 2017.
Revisión historias clínicas, realización, interpretación y registro de espirometrías: Abril-Junio 2017 y Septiembre-Diciembre 2017 *
Evaluaciones intermedias: 30 Junio, 31 Octubre y 31 Diciembre 2017
Evaluación Final Enero 2018
* Al encontrarnos en un área turística importante, se decide no programar espirometrías en los meses de verano

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DE LOPE ROMEO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BROTO
· Localidad ..... BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO
PALAZON FRANCO MARTA
NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR
RIVERA GUIRAL ESTEFANIA
BELLES LLERDA RAQUEL
TORRERO BESCOS YOLANDA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez iniciado el curso escolar 2018-2019 se acordaron en reunión de equipo posibles temas a tratar pero han sido las propias AMYPAs y los centros esolares los que han solicitado del centro la colaboración del personal del Centro de Salud para acercar temas sanitarios de interés para la comunidad escolar que han sido preparados por miembros del equipo de mejora

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el primer trimestre del curso escolar 2018-2019 (último trimestre de 2018) se ha realizado una charla a petición de las familias sobre "Infestación por piojos"
En lo que llevamos de segundo trimestre se ha realizado una charla sobre primeros auxilios a alumnos de educación infantil y otra sobre nociones básicas de reanimación cardiopulmonar

Puesto que la evaluación final del proyecto está pensada a final del curso escolar, la encuesta de satisfacción no ha sido todavía pasada
En 2018 no ha sido posible convocar el Consejo de Salud de Zona

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las características de la población escolar al tratarse de escuelas unitarias con niños y niñas de diversas edades y la dispersión en tres núcleos que aunque pertenecientes al mismo Centro Rural Agrupado, llevan una programación de clases en ocasiones no coincidente dificulta realizar actividades específicas por grupos de edades y coordinarse con horarios escolares y del centro de salud .
No obstante continuaremos con el proyecto hasta final de curso con la idea de darle continuidad en los sucesivos cursos y que "Baxar t'a escuela" sea una constante en nuestra zona de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1069 ========== ***

Nº de registro: 1069

Título
"BAXANDO T'A ESCUELA"

Autores:
DE LOPE ROMEO MARIA, PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, PALAZON FRANCO MARTA, NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR, RIVERA GUIRAL ESTEFANIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Siguiendo la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón, promovida recientemente por el departamento de Sanidad, el Equipo de Atención Primaria de Broto quiere iniciar un proyecto dirigido a los niños y niñas en edad escolar (infantil y primaria) de nuestra zona de Salud.

En nuestra zona de Salud la escolarización en esas edades se realiza en el Centro Rural Agrupado “Alto Ara”, al que pertenecen 4 centros escolares, en Broto, Torla, Fiscal y Boltaña, este último fuera de nuestra zona de salud. En el curso 2016/2017 se escolarizaron 176 alumnos (42 en Broto, 31 en Fiscal, 18 en Torla y 84 en Boltaña)*. El CRA “Alto Ara” pertenece a la Red Aragonesa de escuelas promotoras de la salud (RAEPS) y por ello entendemos que, a nuestro juicio, la colaboración con el CRA resulta ideal para nuestro primer acercamiento a la Atención Comunitaria.

Nuestra intención es acercar a las aulas mediante charlas y actividades orientadas según grupos de edades, una serie de temas que el Equipo de Atención Primaria propondrá inicialmente sobre estilos de vida saludable, alimentación, higiene y lavado de manos, higiene bucodental, primeros auxilios, nociones de RCP, prevención de consumo de tabaco y alcohol... etc, y que serán los propios profesores del CRA y las AMYPAS quienes decidirán qué temas les parecen más pertinentes de los propuestos o si prefieren que se hable de otro tema, y así hacerles partícipes en el desarrollo del proyecto.

*Fuente: opendata/aragon.es/servicios/cras/evolucion-alumnos

RESULTADOS ESPERADOS
El primer y más importante objetivo de este proyecto es acercar el Centro de Salud a la comunidad.

De manera más específica se espera que los niños y niñas hasta 12 años de nuestra zona de salud tomen conciencia de la importancia de llevar un estilo de vida saludable y aumenten sus conocimientos en los temas tratados.

Como objetivo secundario, aprovechando la difusión del proyecto y las relaciones con las AMYPAS, trataremos de reactivar el Consejo de Salud de Zona, que no se reúne desde hace más de tres años .

MÉTODO
Tras elaborar una lista de posibles temas a tratar, se contactará con la dirección del CRA “Alto Ara” y las AMYPAS para que elijan al menos tres temas que consideren de interés para sus alumnos/hijos.

El responsable de cada tema elaborará y diseñará una charla o planteará una actividad para llevar a cabo en función de la edad de los niños y niñas destinatarios. Así mismo diseñará un pequeño test de evaluación para los niños mayores de 6 años.

Se planificará una charla trimestral en cada una de las escuelas de nuestra zona (Fiscal, Broto y Torla). Al final de cada charla se pasará un test de evaluación a los mayores de 6 años .

Se realizará una encuesta de satisfacción entre los profesores del CRA y los padres después de la última charla del curso.

INDICADORES
Nº de Charlas/actividades realizadas. Se espera realizar al menos 3 en cada centro de nuestra zona durante el año académico. Fuente: Registro propio

Adquisición de conocimientos en los niños tras asistir a las charlas/actividades. Se espera que la media aritmética de los resultados en los tests de evaluación sea superior al 60% de la máxima nota posible.

Indice de satisfacción: Se espera que el resultado de las encuestas de satisfacción sea superior al 80%

Reunión del Consejo de Salud de Zona: Se espera que se realice hasta Junio de 2019 al menos una reunión.

DURACIÓN
Junio 2018: Elaboración de listado de posibles temas a tratar en las escuelas.

Junio 2018: Reparto de temas a preparar entre los componentes del equipo.

Junio 2018-Abril 2019: Preparación de exposiciones, charlas, material y/o actividades, cuestionarios de evaluación de cada tema y encuesta de satisfacción.

Septiembre 2018: Propuesta de temas a tratar a los profesores del CRA y las AMYPAS

Septiembre 2018: Elaboración de calendario definitivo de sesiones en las escuelas

Septiembre 2018 – Junio 2019: Realización de al menos una charla trimestral en cada uno de los centros de nuestra zona

Junio 2019: Evaluación y, según resultados, dar continuidad al proyecto en los siguientes cursos académicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM CABELLUD LASIERRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GRAÑEN
· Localidad ..... GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFRAGUETA PUENTE BELEN
GAVIN ANGLADA NATIVIDAD
PUY CABRERO ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar hubo una recogida de la demanda realizada por la presidenta de las amas de casa de uno de los municipios pertenecientes al centro de salud. Se expuso dicha propuesta en una reunión de equipo del centro y y se formó el equipo de trabajo para el proyecto formado por 4 personas.

Se fueron realizando búsquedas individuales de bibliografía y de soporte audiovisual para su posterior puesta en común en las reuniones del equipo. Estas reuniones solían tener una duración de una hora con una periodicidad semanal a lo largo de 2 meses.

Realizamos una presentación power-point con texto e imágenes para intentar facilitar la comprensión de los asistentes. Además, grabamos un vídeo interpretado por personal del centro de salud, en el que se representa una situación cotidiana llevada en clave de humor a la exageración. Durante la charla, también realizamos un pequeño taller práctico con envases de medicamentos que se reparten entre todos los asistentes. Así mismo, dejamos un espacio para la reflexión y dudas.

Una vez terminado, se repartieron las tareas que cada miembro del equipo iba a realizar durante la charla y se hizo una primera presentación (el 5 de Mayo de 2017) al equipo del centro de salud para que aportasen su opinión y sugerencias. Unos días después impartimos la charla en la asociación de las amas de casa de donde había surgido la demanda y nos fuimos poniendo en contacto con las asociaciones del resto de núcleos de la zona de salud de Grañén.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para evaluar el grado de consecución del objetivo planteado, utilizamos una encuesta que se pasa antes de comenzar la charla y una vez terminada esta y que consta de 6 preguntas con 4 opciones posibles de respuesta.
Una vez analizados los datos obtenidos en estas encuestas (previa y posterior) y comparados entre sí, observamos que después de la charla, hay una mejora de los conocimientos de un 21% de media en cuanto a los contenidos de la misma (¿qué es un medicamento?, uso racional del medicamento, automedicación, polimedicado e incumplimiento terapéutico), llegándose a alcanzar un 30% en alguna de las preguntas.
Hemos detectado una alta respuesta por parte de la población con una buena afluencia a las charlas. Una mejora en la comunicación con los profesionales sanitarios. Un mayor conocimiento para lograr una automedicación responsable.

Existe una limitación en los objetivos a alcanzar por problemas de horario (que dificultan la asistencia a la población más joven) físicos e intelectuales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia de devolver la información. Realizar más dinámicas activas para fomentar la participación de los asistentes. Contactar con los farmacéuticos de la zona y con Salud Mental para que nos aportasen sus ideas y problemas detectados que pueden ser distintos a los nuestros.
La evaluación se ha visto sesgada por las características propias de la mayoría de los asistentes (edad avanzada, dificultades sensoriales, analfabetismo...)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1275 ========== ***

Nº de registro: 1275

Título
HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Autores:
CABELLUD LASIERRA MIRIAM, GAVIN ANGLADA NATIVIDAD, LAFRAGUETA PUENTE BELEN, PUY CABREO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población en general y pacientes crónicos y polimedicados en particular
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se ha detectado un desconocimiento en la población acerca del uso de algunos medicamentos y las consecuencias de la polimedicación sobre la salud.
Con este proyecto se pretende, en la medida de lo posible, concienciar a la población sobre el uso racional del medicamento.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto, es mejorar el conocimiento de la población de la zona de salud de Grañén acerca del uso y abuso de los medicamentos.

MÉTODO
Se realizarán chralas educativas a la comunidad (amas de casa, jornadas culturales...)
Para la realización de este proyecto, haremos reuniones semanales de los miembros del equipo para elaborar una presentación con la documentación recogida.

INDICADORES
Mejorar el conocimiento de la población.
Evaluación mediante encuesta previa y posterior a la charla.

DURACIÓN
La duración de la charla será de aproximadamente 2 horas. Será impartida por los miembros del equipo.
La fecha de inicio del proyecto es Mayo 2017 y su finalización Mayo 2018

OBSERVACIONES

Antigua línea: Uso Racional del Medicamento

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NATIVIDAD GAVIN ANGLADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GRAÑEN
· Localidad ..... GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABIO SARRATE MARIA PILAR
FUERTES ESTALLO MARIA
NOGUES SEN MARIA LOURDES
PUY CABRERO ALICIA
MENDOZA ESCUER ANA MARIA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado CUATRO actividades en la comunidad relacionadas con el proyecto HABLEMOS DE MEDICAMENTOS. La actividad está dividida en 3 partes, a saber: 1. Presentación y explicación mediante power-point de los aspectos más relevantes realacionados con los medicamentos para usuarios. 2. Visionado de un video de rol playing de la actuación de usuarios en una consulta médica y 3. Acción y juego participativo de los asistentes.
En todas las sesiones se han incluido acciones para facilitar la participación de los asistentes, parte 3,como son: 1. Debatir sobre las conductas inadecuadas que se observan en el video mostrado y 2 mediante la realización de un juego en el que las personas asistentes, al final de la exposición y agrupadas en grupos, tratan de emparejar cada una de las definiciones que se han expuesto con su correspondiente etiqueta del concepto definido (rotulada en una cartulina), como por ejemplo: tolerancia, medicamento.... También se propone en cada una de las sesiones que en suscesivas reuniones que tengan en su comunidad o asociación realicen un dibujo relacionado con esta actividad, de forma que les invite a la reflexión y al mismo tiempo se pueda confeccionar un poster-colas con los mismos que promueva así la difusión de esta acción.
Las acciones se desarrollaron los días: 19/06, 07/11, 26/11 y 17/12/2018, en Sodeto, Grañén, Frula y Robres respectivamente. Los asistentes en total han sido 89 personas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo del proyecto, es mejorar el conocimiento de la población de la zona de salud de Grañén acerca del uso y abuso de los medicamentos.
Valor de Indicadores

Porcentaje de asistentes que reflejan en la encuesta después de la charla un entendimiento de la información que aparece en las cajas de los medicamentos como “bastante” o “mucho” .
Estándar: >85%
Resultado: 79,01%

Porcentaje de asistentes que reflejan en la encuesta después de la charla que creen que es “bastante” o “ muy importante” conservar la presentación a la hora de tomar un fármaco.
Estándar: > 90%
Resultado: 95,89%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estas acciones Centro de Salud-Comunidad fortalecen el establecimiento de un mayor vinculo con los “activos de la comunidad”y acercan los temas sanitarios a la población.
La organización la lleva a cabo la asociación de Amas de Casa lo que condiciona que la mayor parte del auditorio son mujeres y en su mayoría mayores de 65 años, y muchas de ellas de edad muy avanzada.
No se consigue alcanzar el objetivo de entendimiento de la información que aparece en las cajas de medicamentos (nos proponiamos > 85%, y solo alcanzamos un 79,01% de las personas que tras la actividad refieren entenderla “bastante o mucho”). Este dato puede estar afectado por dos aspectos: 1. El nivel de conocimientos de partida de la información que aparece en las cajas de medicamentos es muy baja, únicamente el 33,3% de los asistentes refiere entenderla “bastante o mucho”, por lo que observamos una elevación del nivel de conocimientos muy significativo, aunque eso sí en el plazo inmediato y 2. El ya mencionado de asistentes de edades muy avanzadas.
Para acciones posteriores se hará hincapié en las informaciones más relevantes que aparecen en la caja de los medicamentos (nombre comercial, dosis, conservación) obviando aquellas otras que puedan resultar más complejas (código identificativo...).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1275 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1275

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Nº de registro: 1275

Título
HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Autores:
CABELLUD LASIERRA MIRIAM, GAVIN ANGLADA NATIVIDAD, LAFRAGUETA PUENTE BELEN, PUY CABREO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población en general y pacientes crónicos y polimedicados en particular
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se ha detectado un desconocimiento en la población acerca del uso de algunos medicamentos y las consecuencias de la polimedicación sobre la salud.
Con este proyecto se pretende, en la medida de lo posible, concienciar a la población sobre el uso racional del medicamento.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto, es mejorar el conocimiento de la población de la zona de salud de Grañén acerca del uso y abuso de los medicamentos.

MÉTODO
Se realizarán chralas educativas a la comunidad (amas de casa, jornadas culturales...)
Para la realización de este proyecto, haremos reuniones semanales de los miembros del equipo para elaborar una presentación con la documentación recogida.

INDICADORES
Mejorar el conocimiento de la población.
Evaluación mediante encuesta previa y posterior a la charla.

DURACIÓN
La duración de la charla será de aproximadamente 2 horas. Será impartida por los miembros del equipo.
La fecha de inicio del proyecto es Mayo 2017 y su finalización Mayo 2018

OBSERVACIONES

Antigua línea: Uso Racional del Medicamento

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1006

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DOMINGO ARA LAUNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GRAÑEN
· Localidad ..... GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JORDAN LANASPA GISELA
ANDREU RUFAT MARIA JOSE
SOLANES OLIVAN MARIA PILAR
CABAÑUZ LATORRE MERCEDES
QUINTANA VELASCO CARMEN
CABAÑUZ BENEDICTO MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se solicitó a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los pacientes con la triple terapia a través de una búsqueda en el sistema informático OMI. En la última revisión del cuadro de mando en el EAP de Grañén, al inicio del proyecto, se identificaron 34 pacientes con la triple terapia.
Se analizó la indicación de prescripción en cada uno de los casos y las alternativas terapéuticas que en cada uno de los mismos existían, y se empezó por la retirada de AINEs en el plazo más breve cuando esto era posible.
Se siguió realizando una revisión del cuadro de mandos por si aparecían nuevos casos, tratando de igual manera que la triple terapia durase el menor tiempo posible.
Se realizaron dos reuniones del equipo para debatir alternativas terapéuticas en los casos más complejos.
Los pacientes con la triple terápia fueron monitorizados en su función renal. Se controló la función renal si no se disponía de valores de creatinina sérica, filtrado glomerular y coeficiente albúmina/creatinina en orina en los 6 meses previos, siempre y cuando ya estuviesen en tratamiento con la triple combinación en ese momento o cuando sin llevar ese tiempo fuesen a continuar con la misma por no existir una alternativa terapéutica adecuada.
Al final del proyecto, febrero de 2019, en la revisión del cuadro de mandos se identificaron 17 pacientes con la triple terapia.
Se ha comunicado a todos los participantes del proyecto los resultados obtenidos y todos ellos han dado el visto bueno a esta memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Nº DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY REVISADA LA IDONEIDAD DE LA MISMA/Nº TOTAL DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY.
Estándar: 100%
Resultado 100%
- Nº DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERÁPIA TRIPLE WHAMMY Y AL MENOS UNA DETERMINACIÓN DE FUNCIÓN RENAL SEMESTRAL/Nº TOTAL DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERÁPIA TRIPLE WHAMMY.
Estándar: 80%
Resultado: 78,57%
- Nº DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY DESPUES DE LA INTERVENCIÓN (al final del proyecto)/ Nº DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY ANTES DE LA INTERVENCIÓN (al inicio del proyecto).
Estándar: Se fijó únicamente en "reducción".
Resultado: Reducción del 50%
* La fuente de datos es OMI y la HCE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El análisis y procesado de los datos a través de los actuales sistemas de información proporciona una fuente de revelación de gran importancia para su uso clínico. El conocimiento de “situaciones de riesgo” para la seguridad de las personas en el uso de medicamentos como en este caso el denominado “triple Whammy” ha permitido una actuación decidida de los profesionales que ha conseguido la reducción a la mitad los usuarios con la triple terapia. Acotar poblaciones de riesgo y diseñar proyectos de intervención para mejorar la seguridad de la prescripción medicamentosa en las mismas mejoran los resultados obtenidos en la consulta.
- Observaciones: Han existido problemas en el acceso al cuadro de mandos por parte de los profesionales médicos durante las últimas semanas y por ello no se ha podido revisar las fechas de las analíticas con sus correspondientes valores de función renal en 3 de ellos, exluyendose estos casos, por tanto, del indicador correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1006 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1006

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

Nº de registro: 1006

Título
SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

Autores:
ARA LAUNA DOMINGO, JORDAN LANASPA GISELA, ANDREU RUFAT MARIA JOSE, SOLANES OLIVAN MARIA PILAR, CABAÑUZ LATORRE MARIA MERCEDES, CABAÑUZ BENEDICTO MARIA CRISTINA, QUINTANA VELASCO CARMEN L

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El término triple whammy (TW) fue utilizado por primera vez en el año 2000 por Thomas para definir el fallo renal agudo (FRA) asociado al tratamiento concomitante con inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (iECA), diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Este término,
que se podría traducir como «triple golpe», representa la acción combinada de estos 3 grupos de fármacos a nivel renal.
Thomas describió 2 casos clínicos y realizó una revisión de la literatura publicada, encontrando que el uso combinado de AINE y diuréticos duplicaba el riesgo de hospitalización comparado con diuréticos solos, y que la combinación iECA, AINE y diuréticos estaba implicada en un 50% de casos de FRA iatrogénico.
Desde entonces, se han publicado diferentes estudios observacionales que refuerzan esta relación.
En 2014,Fournier et al. analizaron una base de datos de farmacovigilancia francesa y encontraron que el FRA causado por la interacción entre AINE e iECA/ARA-II o diuréticos fue el efecto adverso notificado con mayor frecuencia.
En nuestro país se ha publicado recientemente un estudio observacional en el que se detectaron 85 ingresos por FRA asociado a fármacos de la combinación TW.
En la última revisión del cuadro de mando en el EAP de Grañén se identificaron 34 pacientes con la triple terapia.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
Reducir el riesgo de iatrogenia, casos de FRA, en pacientes en tratamiento con la triple terápia Whammy.
OBJETIVOS ESPECIFICOS.
Reducir el número de pacientes con la triple terapia, si esta no está absolutamente justificada.
Mejorar la monitorización de la función renal.

MÉTODO
Identificar los pacientes con la triple terapia.
Se solicitará a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los mismos a través de una búsqueda en el sistema informático OMI. Fuente de datos: Cuadro de mando.
Analizar la indicación de prescripción en cada uno de los casos y las alternativas terapéuticas que en cada uno de los mismos existen, empezando por la retirada de AINEs.
Se llevará a cabo una revisión de las historias clínicas de los pacientes con la triple terapia. En una primera fase cada médico realizará una revisión de toda la medicación de los pacientes Whammy asignados en su cupo, suspendiendo los fármacos no indicados. Posteriormente, y en una segunda fase, los casos que continúen con la triple terapia serán analizados en un pleno monográfico por el grupo del proyecto junto con los médicos responsables para ver si existe una alternativa terapéutica para cada uno de los casos, y de encontrarla se llevará a cabo.
Los pacientes que sigan con la triple terápia serán monitorizados de la función renal.
Se monitorizará la función renal si no se dispone de valores de creatinina sérica, Filtrado glomerular y coeficiente albúmina/creatinina en orina en los 6 meses previos, siempre y cuando ya estuviese en tratamiento con la triple combinación en ese momento. Si el paciente hace menos de 6 meses que lleva la triple combinación y no se dispone de los valores de función renal mencionados, también se monitorizará.

INDICADORES
Nº DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY REVISADA LA IDONEIDAD DE LA MISMA/Nº TOTAL DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY. Estándar 100%
Nº DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERÁPIA TRIPLE WHAMMY Y AL MENOS UNA DETERMINACIÓN DE FUNCIÓN RENAL SEMESTRAL/Nº TOTAL DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERÁPIA TRIPLE WHAMMY. Estándar > 80%

DURACIÓN
Comunicación por escrito del proyecto a todos las médicas y enfermeras del centro de Salud, incluyendo a las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1006

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

profesionales de Atención Continuada y personal de sustituciones de verano o bajas. Junio 2018 hasta el final del proyecto.
Identificar los pacientes Whammy. Junio 2018
Reunión del grupo de mejora y las médicas titulares para asignar los pacientes encontrados y debatir las alternativas terapéuticas. Junio 2018
Analizar la indicación de la prescripción (1ª fase). Julio-Agosto-Septiembre 2018. Cada médica la realizará de los pacientes de su cupo. (incluye la citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta en el caso de que esto sea posible).
Identificar los pacientes Whammy. Octubre 2018
Analizar la indicación de la prescripción (2ª fase). Octubre-Noviembre 2018. Análisis grupal de los casos (incluye la posterior citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta en el caso de que esto sea posible).
Identificar los pacientes Whammy. Diciembre 2018
Monitorización de la función renal. Diciembre 2018 -Enero 2019 (incluye la creación de un aviso-flash en OMI de "paciente Whammy" con la fecha para la realización de la próxima analítica adecuada a los tiempos establecidos y la ejecución de la susodicha solicitud).
Identificar los pacientes Whammy. Revisar la existencia del aviso completo en OMI en todos ellos y que figura la petición de la analítica como efectuada. Febrero 2018. Cada médica los pacientes pertenecientes a su cupo.
Medición de los indicadores. Abril 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

RTEALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ADELA VAZQUEZ ECHEVERRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
GAVIN BLASCO ISABEL
ZUBIAURRE BASSAS PILAR
TORRERO BESCOS SUSANA
MONTON AGUARON NOELIA
DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN REALIZADO 24 ESTUDIOS A PACIENTES DE UNA POBLACION DIANA DE 39 PACIENTES (61.6%).
LAS PERDIDAS EN EL ESTUDIO HAN SIDO: 4 DEFUNCIONES Y 2 PERSONAS QUE HAN CAMBIADO DE DOMICILIO. ADEMAS 9 PERSONAS HAN SIDO RETIRADAS DEL ESTUDIO POR UN DETERIORO FISICO O COGNITIVO SEVERO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN EL 87.5% DE LOS PACIENTES, TRAS LA PRUEBA, HAN SEGUIDO CON EL MISMO TRATAMIENTO, AL ESTAR BIEN CONTROLADOS.
EN 12.5% DE LOS PACIENTES EL ESTUDIO HA PERMITIDO DISMINUIR LOS FARMACOS A UTILIZAR.
HASTA EN UN 30% DE LOS CASOS, LO QUE SE HA HECHO ES UN REAJUSTE HORARIO EN LA TOMA DE LOS FÁRMACOS, AL CONSTATAR UN RITMO NO DIPPER.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS RESULTADOS NOS TRANQUILIZAN EN GENERAL AL VER QUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES ESTÁN BIEN TRATADOS Y CONTROLADAS SUS CIFRAS TENSIONALES, Y QUE SOLO EN ALGUNOS CASOS HAY QUE REAJUSTAR HORARIAMENTE LA TOMA DE LOS FARMACOS.

7. OBSERVACIONES.
AL TRATARSE DE UNA POBLACION DE AVANZADA EDAD, EN SU MAYORIA, LA TOLERANCIA AL DISPOSITIVO HA PROVOCADO ALGUNA QUEJA, PRINCIPALMENTE DE INTERFERENCIA CON EL SUEÑO.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/354 ========== ***

Nº de registro: 0354

Título
REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Autores:
VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, TORRERO BESCOS SUSANA, MONTON AGUARON NOELIA, DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El problema se detecto en la revisón del programa de HTA
Encontramos un numero elevado de pacientes que precisan 3 o mas farmacos para el control
En la actualidad disponemos de un MAPA en el CS
Esperamos comprobar la indicación de los tratamientos medicos y de medidad higienico dieteticas,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

RTEALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

principalmente en pacientes polimedicados

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos comprobar mediante la monitorizacion de la presión arterial durante 24 horas, que el tratamiento sea el adecuado o precise alguan modificación tanto de los farmacos como de la hora de las tomas y de otras medidas con el fin de adecuar y mejorar el control del TA

MÉTODO
Realizar un MAPA a toda la población diana
Para la monitorización, la posterior interpretación y registro de los datos, contamos con la colaboración del equipo : Medicina, Enfermeria, Admisión, y Atención continuada

INDICADORES
Numero de monitorizaciones relaizadas /población diana

Numero pacientes mal controlados/ numero mapas realizados

DURACIÓN
Octubre 2016 Reunión para la planificación, nº de pacientes que aporta cada cupo
Noviembre 2016 Aprendizaje de manejo del aparato y reparto el mismo,en los 3 cupos

Diciembre 2016 Comenzaremos la realización de las monitorizaciones
Junio 2017 Finalizacion del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ADELA VAZQUEZ ECHEVERRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
28-4-17 Se han realizado 11 estudios, empezamos mas tarde por problemas con el bluetooth del aparato.
Los resultados muestran el buen control de las cifras tensionales en la mayoria de los pacientes, siendo solo necesaria modificar la franja horaria en la toma de los fármacos, por ritmo no dipper en 3 de los pacientes, menos de un 25%, en los 8 restantes no se ha modificado la pauta de tratamiento.

31-8-17 En este cuatrimestre se han realizado 8 estudios, en 6 casos (75%) no se ha modificado el tratamiento, y en los otros dos: en uno de ellos se ha ajustado la toma en franja horaria por ritmo no dipper, y en el otro se han suprimido medicamentos por encontrarse valores muy bajos de TA.

28/12/2017 En este cuatrimestre hemos realizado 5 estudios, en 2 de los casos (40%) se ha tenido que modificar la franja horaria de la toma de los fármacos y en 1 caso (20%) se ha comprobado que la TA estaba mal controlada y se ha cambiado el tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Este estudio lo planificamos para llevarlo a cabo durante 2 años, y empezamos tarde por problemas con el manejo del aparato al principio.

La población diana era de 52 personas, pero hemos tenido que descartar a 6 personas, principalmente un deterioro cognitivo severo que dificultaba el desarrollo de la prueba.

De los 24 MAPAS realizados, 17 de ellos demostraban un buen control de la TA en todas las franjas horarias, aunque ha sido una tónica bastante común el observar un ritmo no dipper.

De los 7 MAPAS que denotaban un buen control, en 5 de ellos la solución parecía estar en modificar la hora de la toma de los fármacos antihipertensivos, intentando asi lograr un ritmo dipper.

Los otros 2 MAPAS de mal control tensional han sido bien distintos: 1 de ellos demostraba unas cifras tensionales muy bajas, que han permitido retirar alguno de los fármacos.

En el otro caso las cifras tensionales estaban muy mal controladas, optando por cambiar la terapia antihipertensiva.

Pensamos que los resultados obtenidos son muy importantes para controlar a nuestros pacientes hipertensos e intentar asi evitar las complicaciones de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los miembros del EAP hemos aprendido mucho del manejo del aparato y de su lectura e interpretación.

Continuaremos durante 2018 con los pacientes que faltan de estudiar.

7. OBSERVACIONES.
5.- SITUACIÓN AL FINAL DEL PROYECTO: RESULTADOS ALCANZADOS
Objetivos esperados

Esperamos comprobar la indicación de los tratamientos médicos de la HT y de medidas higiénico dietéticas, principalmente en pacientes polimedicados

Valor de Indicadores

24 Monitorizaciones realiadas/ sobre 46 personas de poblacion diana
1. Numero de monitorizaciones realizadas /población diana = % ¿?
7 pacientes mal controlados/ de 24 mapas realizados
2. Numero pacientes mal controlados/ numero mapas realizados = % ¿?

5 pacientes se modifica la franja horaria de la toma de antihipertensivos/ 7 pacientes mal controlados

2 pacientes se cambia el tratamiento/ sobre 7 pacientes mal controlados.
3. Numero pacientes con tratamiento modificados / pacientes mal controlados = % ¿?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

*** ==================================== Resumen del proyecto 2016/354 ==================================== ***

Nº de registro: 0354

Título
REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

Autores:
VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, TORRERO BESCOS SUSANA, MONTON AGUARON NOELIA, DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El problema se detecto en la revisón del programa de HTA
Encontramos un numero elevado de pacientes que precisan 3 o mas farmacos para el control
En la actualidad disponemos de un MAPA en el CS
Esperamos comprobar la indicación de los tratamientos medicos y de medidad higienico dieteticas, principalmente en pacientes polimedicados

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos comprobar mediante la monitorizacion de la presión arterial durante 24 horas, que el tratamiento sea el adecuado o precise alguan modificación tanto de los farmacos como de la hora de las tomas y de otras medidas con el fin de adecuar y mejorar el control del TA

MÉTODO
Realizar un MAPA a toda la población diana
Para la monitorización, la posterior interpretación y registro de los datos, contamos con la colaboración del equipo : Medicina, Enfermeria, Admisión, y Atención continuada

INDICADORES
Numero de monitorizaciones relaizadas /población diana

Numero pacientes mal controlados/ numero mapas realizados

DURACIÓN
Octubre 2016 Reunión para la planificación, nº de pacientes que aporta cada cupo
Noviembre 2016 Aprendizaje de manejo del aparato y reparto el mismo,en los 3 cupos

Diciembre 2016 Comenzaremos la realización de las monitorizaciones
Junio 2017 Finalizacion del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0354

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1139

1. TÍTULO

TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR ZUBIAURRE BASSAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ofrecera un taller a la población adulta y anciana de las localidades deHecho y Anso Este se realizara en el CS Hecho y en Anso
La asistencia sera voluntaria y se comunicara a traves de carteles y ofrecimiento en la consulta,indicando dia y hora

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los talleres han tenido tenido una aceptacion excelente por parte de la poblacion femenina, todas las asistentes fueron mujeres
ANSO 36 mujeres
HECHO 52 mujers
Total 88 mujeres de la zona de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido positiva la captación directa en la consulta, dado que los carteles informativos, apenas dieron resultados
Exposición del tema
Entrga de material impreso
Realización de ejercicios
Puesta en común

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1139 ========== ***

Nº de registro: 1139

Título
TALLER DE ACTIVIDAD COMUNITARIA PARA MOVILIZACION DE COLUMNA CERVICAL Y EXTREMIDADES SUPERIORES

Autores:
ZUBIAURRE BASSAS PILAR, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

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

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

PROBLEMA
Se ha detectado un numero elevado de personas que manifiestan molestias articulares y limitación de movilidad de extremidades superiores. Aprovechando esta situación y de cara a la socialización de las personas mayores, se decide organizar un taller de educación grupal para realizar y enseñar ejercicios físicos de columna cervical y cintura escapular

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1139

1. TÍTULO

TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS

Enseñar ejercicios físicos de columna cervical y extremidades superiores con el fin de aumentar la movilidad articular, disminuir el dolor y potenciar el encuentro entre pacientes aumentando su socialización y calidad de vida

MÉTODO
Se ofrecerá el taller a la población adulta de 70 a 80 años.
Hemos tenido en cuenta que son la edad más frecuentadora y con más incidencias de patología osteoarticular
La asistencia será voluntaria y se comunicara atraves de carteles y ofrecimiento en la consulta, indicando dia y hora .
Se realizara un encuentro trimestral en los consultorios de Hecho Y Anso, ofreciéndolos a todas las localidades de la zona e salud
Lo dirigirá el personal de enfermeria

INDICADORES
Nº pacientes asistentes en Hecho /población de 70-80 años
Nº pacientes asistentes en Anso/población de 70-80 años

DURACIÓN
El 1º taller en el 1º trimestre 2017
El 2º y 3º taller en los trimestres correspondientes
El 4º taller, en el ultimo trimestre del año se finalizará y evaluaremos los resultados

OBSERVACIONES
Estará dirigido a un grupo entre 10-15 personas por taller
En caso de mayor afluencia se repetiría el taller

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO CASADO ORTIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
GAVIN BLASCO ISABEL
ZUBIAURRE BASSAS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Toma de contacto con los trabajadores de las 2 residencias pasándoles un pequeño cuestionario de 20 preguntas, con respuestas de Verdadero o Falso, que reafirmen lo explicado el año pasado en conceptos básicos de DM II.
2. Continuaremos con un ejercicio práctico, oral, en el que repasaremos los conceptos de: Hipoglucemia, como reconocerla, como iniciar su tratamiento, y cuidado del pie diabetico.
3. Entregaremos material escrito en el que se detallan los signos de alarma del pie diabético y su cuidado necesario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. 16 participantes
2. El porcentaje de respuestas correctas es muy elevado, ronda el 85%, y los errores se han debido especialmente a la redacción, en ocasiones engañosa, de las preguntas.

También hemos insistido, y los conceptos han quedado claros, de las normas de actuación en los casos de hipo e hiperglucemia, que puedan darse en las residencias de ancianos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos muy satisfechos con los resultados, en general los conocimientos básicos de la enfermedad están garantizados.
Esperamos que esto redunde en un mejor cuidado del pie diabetico, en particular, y en la disminucion de las complicaciones de esta enfermedad.
Continuidad de la formacion de los trabajadores,con el desarrollo de una reunión anual, dado que pueden cambiar los trabajadores de las mismas,o para reforzar los conocimientos, dejando siempre una puerta abierta y fácil para comentar cualquier duda o problema que se vayan presentando.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1140 ========== ***

Nº de registro: 1140

Título
EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE ANCIANOS DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

Autores:
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

PROBLEMA
La Diabetes tipo 2 es una patología que nos encontramos frecuentemente en la población anciana.Nuestro objetivo inmediato es aumentar los conocimientos sobre este tema, de los trabajadores de las residencias de ancianos en Hecho y Anso
Haciendo especial hincapié en la necesidad de una dieta adecuada,higiene meticulosa y cuidados de los pies, asi como el manejo de administración de fármacos e insulina

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es aumentar la formación en este campo, de los trabajadores de las residencias e ancianos, para un mejor control higienico, dietético y farmacológico de los pacientes diabeticos

MÉTODO
Detección de la población diana en los listado de Diabetes de OMI-AP
Actuaciones en forma de taller de formación en las 2 residencias de las localidades de Hecho y Anso

INDICADORES
Encuesta previa al taller de habilidades y conocimientos sobre DM

Encuesta posterior al taller con evaluación de conocimientos

DURACIÓN
1º taller en Mayo 2017 en Hecho
1º taller en Mayo 2017 en Anso

Evaluación en Junio 2017 en Hecho
Evaluación en junio 2017 en Anso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA A CUIDADORES DE RESIDENCIAS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GAVIN BLASCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Charlas en forma de taller en las dos residencias de ancianos(Anso y Hecho)
Dos en cada residencia en 2016,una en 2017.
Objetivo aumentar la formacionde los cuidadores en el manejo y complicaciones de pacientes con este tipo de patologia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se paso un cuestionario de conocimientos previos al taller y al mes se volvio a pasar . Aumento el numero de respuestas correctas al 85%
Mejoro la respuestade los cuidadores ante situaciones de complicacion de los pacientes .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. 16 participantes
2.El porcentage de respuestas correctas es muy elevado 85% y los errores,segun ibamos corrigiendo,se debio dar mas a preguntas un poco engañosas.
3.Estamos muy satisfechos de los resultados,en general los conocimientos basicos de los cuidados estan garantizados.
Ha quedado claro normas de actuacion en hiper/hipoglucemia, cuidado de los pies.
Muy buena disposicion de los participantes.
Hemos dejado puerta abierta para comentar dudas o dificultades que se presnten

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1140 ========== ***

Nº de registro: 1140

Título
EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE ANCIANOS DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO

Autores:
CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO, VAZQUEZ ECHEVARRIA ADELA, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

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

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

PROBLEMA
La Diabetes tipo 2 es una patología que nos encontramos frecuentemente en la población anciana.Nuestro objetivo inmediato es aumentar los conocimientos sobre este tema, de los trabajadores de las residencias de ancianos en Hecho y Anso
Haciendo especial hincapié en la necesidad de una dieta adecuada,higiene meticulosa y cuidados de los pies, asi como el manejo de administración de fármacos e insulina

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1140

1. TÍTULO

EDUCACION DIABETOLOGICA A CUIDADORES DE RESIDENCIAS

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es aumentar la formación en este campo, de los trabajadores de las residencias e ancianos, para un mejor control higienico, dietético y farmacológico de los pacientes diabeticos

MÉTODO
Detección de la población diana en los listado de Diabetes de OMI-AP
Actuaciones en forma de taller de formación en las 2 residencias de las localidades de Hecho y Anso

INDICADORES
Encuesta previa al taller de habilidades y conocimientos sobre DM

Encuesta posterior al taller con evaluación de conocimientos

DURACIÓN
1º taller en Mayo 2017 en Hecho
1º taller en Mayo 2017 en Anso

Evaluación en Junio 2017 en Hecho
Evaluación en junio 2017 en Anso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0583

1. TÍTULO

CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DANIEL PEREZ DEL CASTILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA
CASADO ORTIZ ROSARIO
ZUBIAURRE BASAS PILAR
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 2 cursos, el las localidades de Hecho y anso, de 8 horas lectivas, cada uno en dos días de 4 horas.Dichos cursos fueron acreditados por el I.Colegio de Medicos de Huesca.
Se impartieron en la sala multiusos de anso y en la residencia L,ausin de Hecho.
Con muñecos y simuladores DESA del Colegio de medicos de Huesca

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de participantes que tenian previo un curso de DESA y SVB/ nº participantes= 6/20
Puntuación Media previa al test= 13/20
Puntuación Media posterior al test= 17,85 /20
Encuesta de satisfación; 4,9 sobre 5
Se acreditaron con el certificado correspondiente del I.C.M. de Huesca a los 20 alumnos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estos cursos estan avalados por su eficacia para salvar vidas, la dificultas estriba en que poblaciones alejadas de nucleos urbanos tienen muy dificil acceder a estas formaciones, ademas de la lejania de recursos de UMES y UVIs moviles.El hacer accesibles estos cursos en el mundo rural, sacandolos de las ciudades es fundamental.Si que el mayor problemas es la logistica y gestón de material y simuladores del curso

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/583 ========== ***

Nº de registro: 0583

Título
CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

Autores:
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO ISABEL, CASADO ORTIZ ROSARIO, VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA, ZUBIAURRE BASSAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: personas mayores de 18 años sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Necesidad sentida en nuestra población, y recogida en su desarrollo en el Consejo de Salud de Diciembre 2017, de educación sanitaria en el campo de la actuación ante la emergencia vital, que se incrementa al trabajar en una zona geográfica distante de los recursos sanitarios especializados o del hospital.

Consideramos muy pertinente la educación sanitaria en este campo, e incluimos el manejo del DESA, ya que desde los distintos consistorios están considerando la posibilidad de conseguir o comprar estos aparatos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0583

1. TÍTULO

CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana : toda persona mayor de edad que viva en los municipios pertenecientes al centro de Salud de Hecho. Se crearán grupos de 8-10 personas máximo en cada localidad.

Objetivos generales: Difundir normas básicas para la prevención de la enfermedad coronaria y de la muerte súbita cardiaca. Formación de los posibles “primeros intervinientes” en la cadena de supervivencia, para disminuir la mortalidad y secuelas que ocasionan las paradas cardiacas, impulsando estrategias dirigidas a la desfibrilación temprana.

Objetivos especificos: El curso tiene el objetivo de aportar los conocimientos y destrezas necesarios para poder realizar una primera atención de la parada cardiorrespiratoria, hasta el momento de la llegada de los equipos especializados.

MÉTODO
El curso se compone de una parte no presencial, en la que se dotará al alumno al menos con 15 dias de antelación de material escrito referentes al SBV y a la Desfibrilación semiautomática.. Se complementa con una segunda parte presencial, con metodología ampliamente probada por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Critica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). La duración de la parte presencial será de 8 horas.

INDICADORES
Indicadores:
1)Numero de participantes en el curso que tenian ya un curso oficial de SVB o DESA previos./ Numero de participantes en el curso
2) Puntuacion obtenida en el test previo al curso/ Puntuacion obtenida en el test posterior al curso, que nos servirá como cuantificación del objetivo docente alcanzado.
3) Realización de una encuesta de satisfaccion, donde podremos igualmente cuantificar la mejora subjetiva detectada por los participantes en el curso.

DURACIÓN
Hemos elaborado un cronograma con el reparto de los tiempos asignados a la formación teórica (160 minutos) y a la formácion práctica (300 minutos). Al terminar se realizará una evaluación final de los conocimientos adquiridos mediante un examen multitest de 20 items, cada una de ellos con 5 respuestas posibles, siendo solo una válida.
Como instrumento de medida de los conocimientos adquiridos contemplamos la realización de un test previo al curso.
Se realizarán en las localidades de Hecho y Ansó, con fechas previstas para los dias 21 y 22 de Mayo en el primer grupo en la localidad de Hecho y 24 y 25 de Mayo en Anso.
En estos municipios se canaliza a través de los ayuntamientos y responsables sociales la difusión del curso y de las fechas de realización del mismo.

OBSERVACIONES
A lar personas seleccionadas, que, cumpliendo los requisitos, asistan al curso se les extenderá el correspondiente Diploma certificado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Huesca.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0584

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ADELA VAZQUEZ ECHEVERRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUBIAURRE BASAS PILAR
CASADO ORTIZ ROSARIO
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
NUESTRA ACTUACION PASA POR LA COMUNICACION CON EL PACIENTE PARA ARGUMENTAR CONCRETAMENTE LA NECESIDAD O NO DE UN TRATAMIENTO ANALGESICO-AINE DE FORMA CRONICA, O INTENTAR EL CONTROL DE SU SINTOMATOLOGIA CON OTROS FARMACOS MAS ADECUADOS.
IGUALMENTE VALORACION DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO MAS ADECUADO EN CADA PACIENTE.
POBLACION DIANA 18 PERSONAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NUESTRO OBJETIVO ERA LA DISMINUCION EN UN 50% DEL NUMERO DE PACIENTES CON ESTE RIESGO, Y HEMOS CONSEGUIDO UNA DISMINUCION DEL 56%.
Y LA PRESERVACION O MEJORA DE LA FUNCION RENAL EN AQUELLOS PACIENTES HIPERTENSOS, QUE POR SUS ALGIAS CRONICAS, PRECISAN TRATAMIENTO ANALGESICO-ANTINFLAMATORIO. CON EL CONTROL FARMACOLOGICO UN 39% DE LOS PACIENTES HAN MEJORADO SU FGR EN MAS DE UN 10%.
EL NUMERO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL SE MANTIENE ESTABLE, SIN CAMBIOS, AL PRINCIPIO Y FINAL DEL ESTUDIO.
EN 3 PACIENTES HEMOS CONSTATADO UNA DISMINUCION DEL FGR ALREDEDOR DEL 10%, PERO SIN PRESENTAR DE MOMENTO, INSUFICIENCIA RENAL.
EN EL 45% RESTANTE LOS VALORES DE FGR SE HAN MANTENIDO EN VALORES NORMALES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
VEMOS QUE EL CONTROL ADECUADO DE LOS FARMACOS MEJORA SENSIBLEMENTE LA FUNCION RENAL DE NUESTROS PACIENTES.
PROPOSITO: MEJORAR LA EDUCACION SANITARIA DE NUESTRA POBLACION, CON INFORMACION AMPLIA Y PRECISA DE LOS FARMACOS QUE UTILIZAMOS EN SUS TRATAMIENTOS.

7. OBSERVACIONES.
LOS DOS PACIENTES CON I.R.C. AL COMIENZO Y FIN DEL ESTUDIO: EN EL PRIMER CASO PACIENTE DE 91 AÑOS, A LA QUE AUN RETIRANDO EL AINE NO HEMOS CONSEGUIDO MEJORAR SU I.R.C., SIENDO MODERADA. EN EL SEGUNDO CASO SE TRATA DE UNA MUJER DE 75 AÑOS, CON PLURIPATOLOGIA Y ELEVADO RCV. PRESENTA UNA IRC LEVE, NO HEMOS PODIDO MODIFICAR SUS TRATAMIENTOS, PERO EN CAMBIO HEMOS OBJETIVADO UNA MEJORIA DEL 10% EN SU FGR.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/584 ========== ***

Nº de registro: 0584

Título
ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Autores:
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, CASADO ORTIZ ROSARIO, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: HIPERTENSION/ DOLOR CRONICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0584

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

PROBLEMA
Necesidad detectada a través de los indicadores del cuadro de mandos de Farmacia,de una actuación en el denominado "triple whammy" como instrumento de mejora de calidad asistencial en nuestra población.

Hablado con la DAP estimamos oportuno el esfuerzo en la disminución en un 50% de los pacientes sometidos a tratamiento antihipertensivo con IECAs o ARA II, asociados a un AINE, de forma crónica, con el objeto de mejorar su función renal, en los casos de insuficienciarenal ya detectada, o en la preservación de la misma, en los pacientes que no presentan en la actualidad deterioro de la función renal.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana : listado de pacientes detectados en el triple whammy: numero 18.

Objetivo general: Preservación o mejora de la función renal de los pacientes hipertensos que precisan tratamiento analgésico/antinflamatorio por algias crónicas.

MÉTODO
Nuestra actuación pasa por la comunicación con el paciente para argumentar concretamente la necesidad o no de un tratamiento analgésico-antinflamatorio de forma crónica, o intentar el alivio de su sintomatología con otros fármacos mas adecuados.

Igualmente valoración del tratamiento antihipertensivo mas idóneo para cada paciente.

INDICADORES
Indicadores:
1) Nª de pacientes en listado triple whammy en el momento del inicio del proyecto de mejora/ Nº de pacientes en listado triple whammy al finalizar el año 2018, intentando conseguir una disminución alrededor del 50%.

2) Nº de pacientes con Insuf. Renal al principio del estudio/Nº de pacs. Con insuf. Renal al final del estudio.

3) Nº de pacs. Con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio

DURACIÓN
Desde el momento en que fuera admitido nuestro proyecto, éste se desarrollaría a lo largo del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JULIA MERIZ RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HUESCA RURAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADIEGO USED MARIA DE LA O

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Reunión de equipo, en Junio 2018, donde se actualizan los criterios de indicación y valoración del MAPA, así como el nº de pacientes que aportará cada profesional.
2.- se han realizado un total de 20 registros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizan un total de 20 MAPAS, de los cuales, 7 son DIPPER, 2 HTA de bata blanca, 7 no DIPPER, 4 DIPPER extremos.
Se demuestra mediante nuestro estudio que existen pocos casos de HTA de bata blanca, y que hay bastantes casos de HTA desconocida, o no confirmada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tanto pacientes como equipo han participado y colaborado de forma satisfactoria,
conclusiones sacadas: Se verifica mediante este proyecto, que en un porcentaje alto, existe una HTA de fondo.
En 4 pacientes se diagnostica DIPPER extremo.
dados los resultados obtenidos, creemos conveniente continuar realizando este tipo de seguimiento, pero enfocando el estudio a pacientes con sospecha de HTA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/774 ========== ***

Nº de registro: 0774

Título
REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Autores:
MERIZ RUBIO JULIA, ADIEGO USED MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

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

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

PROBLEMA
Encontramos pacientes con cifras tensionales elevadas en consulta, que en autocontroles son normales y queremos saber si es preciso tratar farmacológicamente.(hipertensión de bata blanca). Como criterios de inclusión pondremos :
- pacientes con más de tres tomas en consulta por encima de 140/90 mmhg y con autocontroles normales y sin tratamiento farmacológico.
- deberán haber estado 3 meses con medidas higienico-dietéticas antes de ser incluidos en el proyecto

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos comprobar si existe inindicación para iniciar tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión de bata blanca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

MÉTODO
Hacer el MAPA a pacientes diana (que cumplan criterios de inclusión)

INDICADORES
- Número de MAPAS realizados
- número de pacientes positivos captados que han precisado tratamiento farmacológico.

DURACIÓN
-Seleción de pacientes que cumplan criterios de inclusión.Se llevará a cabo una reunión de equipo para la planificación (número de pacientes que aporta cada cupo).
-Aviso personalizado a cada paciente

Inicio dia 4-6-2018 finalización diciembre 2018 si bien según resultados alcanzados se podría considerar como proyecto de continuidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIANO LABARTA PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HUESCA RURAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BALLARIN ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
sesion clinica con tema de EPOC el 12-3-2018, que incluia
-nuevo espirometro, manejo
-volcado datos a Hªclinica de OMI
-revisiones clinicas GESEPOC y Golg 2017
-taller de espirometria
Mayo 2018 se acuerda proyeco de mejora cel CS deteccion precoz de EPOC
-partiendo de prervlencia de OPEC en OMI 1,1%
-partiendo de fumadores de 40 a 80 años con espirometria hecha :9,8%
Incidencia :cambio de ordenadores en consultas en agosto 2018. No compatible con espirometro nuevo. comunicada incidencia, no resuelta octubre 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revision octubre 2018 objetivos alcanzados
-Prevalencia de EPOC 1,18%(objetivo anual era 2%)
-Fumadores de 40 a 80 años conespirometia hecha es 11% (objetivo anual era 13 %)
Comunicado en sesion clinica acada miembro del equipo, con gran disparidad entre cupos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
promover la aplicacion uniforme en todos los cupos el programa de EPOC

7. OBSERVACIONES.
Incidencia si resolver, no posible volcado de datos del espirometro al fichero de calidad, desde implantacion de ordenadores nuevos,par control en cada consulta. comunicados a informeaticos CAU y proveedor del espirometro, refieren incompatibilidad programas informaticos entre ambos...
- previsto nuebo taller de espirometria y revision de programa de EPOC y proyecto de mejroa de forma anual.
Mariano Labarta- Isabel Garcia
7-2-2019

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1001 ========== ***

Nº de registro: 1001

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Autores:
LABARTA PASCUAL MARIANO, GARCIA BALLARIN ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

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

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

PROBLEMA
Desde hace 5 años, se hace una revisión anual del programa de EPOC, a fecha de Mayo 2018 tenemos incluidos 60 pacientes, lo que supone una prevalencia del 1,1 %. (prevalencia teórica 9%).
teniendo incluidos emn el programa del tabaco a 536 pacs. lo que supone un 9,8%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

la detección precoz se realizará a la población que comprenda el ratio de edad entre 40-80 años.Partiendo en la actualidad con 406 de los 3.499 usuarios de este rango de edad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnostico precoz de EPOC, y de este modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa a los fumadores en ese rango de edad.
de manera secundaria se espera aumentar la tasa de detención del tabaquismo en nuestra población.

MÉTODO
- sesión formativa anual sobre el Programa de atención al EPOC, que incluye actualización de guias .
- taller de espirometría (agendas, material horarios..)
- realización de espirometrías por ENF
- Busqueda activa de tabaquismo en toda consulta a demanda por parte de medicina y enfermería.

INDICADORES
Semestralmente se calculará la prevalencia de pacientes incluidos en el programa de EPÔC y tabaquismo.
Partiendo del 1,1%, esperamos aumentar por lo menos a un 2 % en EPOC.
Partiendo de 9,8 %, esperamos aumentar al menos a 13%, en tabaquismo

DURACIÓN
Primero,se realizará en el plazo de un mes el cálculo de fumadores entre 40 y 80 años con espirometría incluida en OMI.
Segundo, semestralmente se calculará las prevalencias de EPOC y Tabaquismo alcanzadas.
Tercero, revisión global anual del programa de EPOC.(Mayo 2019), en la que se realizará una sesión en el centro por parte del cordinador del proyecto, para exponer los resultados y proponer medidas oportunas para alcanzar los objetivos.

OBSERVACIONES
Dada la dificultad de accesibilidad y dispersión de la población, sería conveniente disponer un vitalograph (detección FEV1 / FEV6) por parte del personal de enfermería y medicina.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0390

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

Fecha de entrada: 31/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL PILAR MINGUEZ SORIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALDEA DORADO CARMEN
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
IZUEL PEREZ LOURDES
LOPEZ CORTES VIRGINIA
PUENTE GALAN MARIA RAFAELA
SANCHEZ SANZ JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. El 22.09.16 se realizó la sesión clínica en la que se comunicó al EAP del CS de Jaca el proyecto de Plan de Mejora de Calidad para el consultorio de CANFRANC -ESTACIÓN
2. Se realizaron varios carteles que se colgaron en la sala de espera del consultorio indicando:
La necesidad de citarse antes de acudir a la consulta y la obligatoriedad de acudir al Centro de Salud de Jaca para darse de alta como desplazado en aquellos en cuya tarjeta sanitaria no conste el médico de Canfranc
3. Se han entregado tarjetas informativas con los teléfonos de Cita Previa, Consultorio Médico y Servicio de Urgencias de atención continuada, indicando los horarios de consulta, habiéndose repartido en el Centro de Salud, en el consultorio médico de Canfranc, en la farmacia del pueblo, en el Ayuntamiento y en la oficina de Turismo de Canfranc.
4. Se realizaron adhesivos para colocarlos en el dorso de las tarjetas de los pacientes en los que su tarjeta no contiene la información sobre el teléfono de cita previa
5. Se realizó una campaña de concienciación por parte de los profesionales del consultorio para que los pacientes conozcan la importancia de la cita previa, informando así mismo al Ayuntamiento, Oficina de Turismo y oficina de farmacia de Canfranc, para que recalquen a los usuarios que soliciten asistencia médica, la importancia de la cita previa.
6.Además, desde la Dirección de AP, se gestionó la inclusión en la parte de atrás de las nuevas tarjetas sanitarias de los pacientes de Canfranc y en la documentación de paciente desplazado, del número de teléfono de la cita previa del CS de Jaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores previos a las acciones realizadas revelaron que más del 39% de los pacientes que acudian a la consulta a demanda, no solicitaban cita previa.
Un año después de la aplicación de estas medidas el porcentaje es del 35%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todavía no es valorable la estadística por haber aplicado estas medidas paulatinamente a lo largo de todo un año.
En principio no ha sido una mejora espectacular, pero el hecho de haber mejorado ya nos da fuerza para seguir intentando mejorar este aspecto de la consulta.
Las costumbres en los pueblos pequeños son difíciles de cambiar pero sobre todo es importante saber que ¡el cambio es posible!

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto de mejora fue valorado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca en Julio de 2017 con la asesoría de la Directora de Enfermería y la Directora de Personal Administrativo y de gestión de Tarjeta Sanitaria, cambiándole el título a:
MEJORA EN LA ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

También se cambiaron algunas acciones a desarrollar, eliminando las correspondientes a la gestión por parte de la DAP de la documentación de la parte de atrás de la tarjeta sanitaria, por no pertenecer a las competencias del EAP.
Todas estas variaciones se trasladaron en Julio de 2017 a la Entidad de Gestión de Proyectos aunque finalmente dichos cambios no han sido publicados de nuevo en la página de proyectos aceptados.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/390 ========== ***

Nº de registro: 0390

Título
MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0390

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

Autores:
MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR, GUILLEN ANTON VICTORIA, LOPEZ CORTES VIRGINIA, ALDEA DORADO CARMEN, SANCHEZ SANZ JESUS, PUENTE GALAN MARIA RAFAELA, IZUEL PEREZ LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

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

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La idea de que podemos mejorar la gestión de las consultas debe ser una constante.
Una buena organización de la consulta requiere gestionar adecuadamente 2 herramientas fundamentales: Los circuitos organizativos (gestión de la demanda) y la agenda (gestión del tiempo).
Las agendas deben ajustarse a la realidad de cada ámbito y no al deseado.
La cita previa no sirve para disminuir la demanda, sino para ordenarla, siendo una herramienta imprescindible para el correcto desarrollo de una consulta de atención primaria.

En el consultorio de Canfranc-Estación, los pacientes acuden en un alto porcentaje sin citar.

Realizando un estudio estadístico de los pacientes que acudieron a dicho consultorio desde Noviembre de 2015 a Agosto de 2016 se observa que el 36,26% de los que acuden en situación de demanda a la consulta de medicina y mayor porcentaje en la consulta de enfermería (excluyendo consultas domiciliarias, urgencias, consultas programadas y administrativas) acuden sin pedir cita.

Consultando con los usuarios no citados refieren que las causas son:
1. En la parte de atrás de la tarjeta de los pacientes pertenecientes al cupo de Canfranc – Estación, no está registrado ningún número de teléfono de cita previa, tan solo consta el del consultorio
2. No están acostumbrados y no conciben la importancia de la cita previa
3. Gran afluencia de pacientes desplazados (trabajadores eventuales durante unos meses en periodos estacionales) y turistas que pasan algunos días en la zona, desconocedores del sistema.
4. Dichos desplazados no saben el teléfono para citarse entre otras causas por:
    - En su hoja de desplazado no consta el teléfono para citas, sino sólo el del consultorio
    - Muchos de ellos no tienen tarjeta de desplazado y consultan en la página web de la Estación de Canfranc donde solo consta el número del consultorio.
    - Otros telefonean bien al número de teléfono de cita previa del CS de Jaca pero, al estar con frecuencia la línea ocupada, son respondidos por un contestador automático que les remite al número de la web SALUD INFORMA –CITA PREVIA: 902 555321 que no admite a ningún paciente que no pertenezca a esta zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Una correcta organización de la consulta con adecuada gestión de la demanda y del tiempo, en la que lo habitual sea acudir con cita previa.

MÉTODO
1) Cambiar la información de los números de teléfono que constan en la parte de atrás de la tarjeta sanitaria incluyendo el de la cita previa del Centro de Salud de Jaca y los de urgencias: El del consultorio y el del centro de salud de Jaca.
2) Cambiar también la información de los números de teléfono en la hoja que se entrega a los pacientes desplazados
3)Incluir dichos números de teléfono en unas tarjetas informativas, en la que también se indicarán los horarios de consulta y que se dejarán en la oficina de Turismo de Canfranc.
4)Colocar en la pagina web de Canfranc información al respecto
5)Cambiar el contestador del centro donde indica que pueden llamar al teléfono de Salud-Informa y especificar “excepto desplazados”.

INDICADORES
Creemos que son suficientes para la monotorización de este proyecto la realización de una nueva estadística después de haber realizado todas las acciones antes mencionadas.

DURACIÓN
El 22.09.16 Reunión del EAP para diseño y realización del proyecto de mejora.
En Septiembre de 2017 valoración de resultados y cierre del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0390

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN UN CONSULTORIO RURAL CON FRECUENTES PACIENTES DESPLAZADOS, MEDIANTE LA PROMOCION DE LA CITA PREVIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PALACIN ALASTUEY
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTAUN BUETAS EVA MARIA
GALINDO RUBIO CARLOS
GIMENO ARNAL AMALIA
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
LOPEZ FERNANDEZ AMPARO
MINGUEZ SORIO MARIA PILAR
PEREZ VELASCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Charla inicial (Junio 17) proponiendo y explicando el desarrollo de un proyecto de mejora que consiste en un protocolo para el control del carro de paradas y del maletín de urgencias, que se inicia en el CS de Jaca, dirigida a todo el personal del centro de Salud
2. Diseño de los listados (Julio-Agosto 17)con la descripción cuantitativa y cualitativa de los fármacos y el material a incluir en dicho Carro de Paradas y en el Maletín de Urgencias.
3.Desarrollo de un protocolo de revisiones de caducidades y existencias de dichos fármacos por parte del personal (Septiembre 17):
a) Listados de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos del Servicio Aragonés de Salud.
b) Mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten. Esta actividad como mínimo debe comprender:
?-Comprobar el stock mínimo de productos sanitarios acordado en el EAP localizados en el carro de paradas y maletín de urgencias.
?-Se comprobarán periódicamente las caducidades de las medicaciones y del material sanitario. Existe un registro de caducidades que se gestiona por parte de los responsables de enfermería.
?-La revisión habitual del carro de paradas y maletín de urgencias que resulte sin hallazgos conllevará la consignación y firma en el registro correspondiente.
?-Siempre que se detecte alguna irregularidad o situación susceptible de mejora se cumplimentará en el registro de incidencias. Esto incluye fundamentalmente la ausencia o la caducidad de un medicamento o un producto sanitario descubierta en el momento de una atención sanitaria.
4.Se ha realizado una Sesión Clínica exponiendo al personal del CS el protocolo concreto y las actividades a realizar (Octubre 17).
5.Se ha realizado el control y registro de las actividades protocolizadas, así como de las incidencias durante las mismas quedando pendiente la estadística del proceso por ser todavía corto el periodo de tiempo a evaluar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el C.S de Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque redactar y desarrollar el protocolo ha llevado mucho esfuerzo de consenso de los distintos profesionales así como revisiones bibliográficas y reuniones de trabajo en equipo, ahora todo el personal del centro se siente orgulloso de este protocolo, teniendo siempre a disposición del Centro de Salud, un maletín de urgencias revisado y un carro con su contenido preparado para cualquier urgencia vital, siendo hasta ahora mínimas las incidencias. De momento queda pendiene la estadística con los indicadores por llevarse a cabo desde hace poco tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1326 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Nº de registro: 1326

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Autores:
PALACIN ALASTUEY ISABEL, MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR, ESTAUN BUETAS EVA MARIA, GALINDO RUBIO CARLOS, GIMENO ARNAL AMALIA, GUILLEN ANTON VICTORIA, LOPEZ FERNANDEZ AMPARO, PEREZ VELASCO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y RIESGO VITAL
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El carro de paradas y el maletín de urgencia constituyen un punto crítico en la atención continuada y de urgencia, por lo que su adecuada dotación y mantenimiento son puntos clave para garantizar la atención y la seguridad del paciente.

El carro de paradas debe permitir a los miembros del EAP una actuación adecuada al disponer de un rápido acceso al material, equipos y fármacos que sean necesarios para la atención inicial de situaciones que requieran un soporte vital.

Aunque en nuestro Centro de Salud ya se realiza su mantenimiento y gestión, no disponemos de un protocolo que garantice una seguridad total en la reposición de los materiales y fármacos, con el consiguiente riesgo que ello conlleva.

Por ello hemos pensado hacer un plan de mejora diseñando un protocolo que nos permita mayor seguridad en la reposición y organización de estos materiales y de los fármacos utilizados o caducados para evitar riesgos predecibles.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el Centro De Salud De Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

MÉTODO
I. En primer lugar se dispondrá de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos ya aplicados en otros centros del Servicio Aragonés de Salud.

II Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.

III. Crear un registro de las actividades protocolizadas y otro registro de las incidencias

IV. Realizar una sesión clínica de equipo para transmitir esta actividad a todos los profesionales del centro, consensuar el protocolo y determinar las tareas y personal que deberá responsabilizarse de las mismas.

INDICADORES
Una vez hecho el protocolo. Se evaluará la aplicación del mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Indicadores por separado para Carro de Paradas y para Maletín de Urgencias:

I. Nº de revisiones del carro de parada/ del maletín de urgencias realizadas en 6 meses / Nº de revisiones completas del carro de parada previstas en el protocolo durante un 6 meses.

II. Nº de incidencias del carro de parada/ maletín de urgencia (fármacos caducados, fármacos ausentes no repuestos tras la utilización del mismo, material no repuesto o caducado) en 6 meses x 100 / Nº de revisiones del carro de parada/ maletín de urgencia previstas en el protocolo durante 6 meses

DURACIÓN
Fecha de diseño del protocolo: Junio-Julio 2017
Fecha de inicio del protocolo: 15 de Julio 2017
Fecha de Duración prevista hasta la 1ª evaluación: 6 meses tras inicio del protocolo.
Tiempo de aplicación del protocolo: Indefinido salvo mejoras
Responsables de la implantación. EAP del C.S. Jaca
Plan de comunicación del protocolo al EAP en sesión clínica: 15 de Junio

OBSERVACIONES
Se trata de la puesta en marcha de un protocolo del carro de paradas y del maletín de urgencias en el CS de Jaca basándonos en la evidencia científica, ayudados de las guías, protocolos, vía clínica o procedimientos basados en la evidencia.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PALACIN ALASTUEY
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUEZ SORIO MARIA PILAR
ESTAUN BUETAS EVA MARIA
GALINDO RUBIO CARLOS
GIMENO ARNAL AMALIA
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA
LOPEZ FERNANDEZ AMPARO
PEREZ VELASCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Charla inicial (Junio 17) proponiendo y explicando el desarrollo de un proyecto de mejora que consiste en un protocolo para el control del carro de paradas y del maletín de urgencias, que se inicia en el CS de Jaca, dirigida a todo el personal del centro de Salud
2. Diseño de los listados (Julio-Agosto 17)con la descripción cuantitativa y cualitativa de los fármacos y el material a incluir en dicho Carro de Paradas y en el Maletín de Urgencias.
3.Desarrollo de un protocolo de revisiones de caducidades y existencias de dichos fármacos por parte del personal (Septiembre 17):
a) Listados de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos del Servicio Aragonés de Salud.
b) Mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten. Esta actividad como mínimo debe comprender:
-Comprobar el stock mínimo de productos sanitarios acordado en el EAP localizados en el carro de paradas y maletín de urgencias.
-Se comprobarán periódicamente las caducidades de las medicaciones y del material sanitario. Existe un registro de caducidades que se gestiona por parte de los responsables de enfermería.
-La revisión habitual del carro de paradas y maletín de urgencias que resulte sin hallazgos conllevará la consignación y firma en el registro correspondiente.
-Siempre que se detecte alguna irregularidad o situación susceptible de mejora se cumplimentará en el registro de incidencias. Esto incluye fundamentalmente la ausencia o la caducidad de un medicamento o un producto sanitario descubierta en el momento de una atención sanitaria.
4.Se ha realizado una Sesión Clínica exponiendo al personal del CS el protocolo concreto y las actividades a realizar (Octubre 17).
5.Se ha realizado el control y registro de las actividades protocolizadas, así como de las incidencias durante las mismas quedando pendiente la estadística del proceso por ser todavía corto el periodo de tiempo a evaluar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el C.S de Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.
I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque redactar y desarrollar el protocolo ha llevado mucho esfuerzo de consenso de los distintos profesionales así como revisiones bibliográficas y reuniones de trabajo en equipo, ahora todo el personal del centro se siente orgulloso de este protocolo, teniendo siempre a disposición del Centro de Salud, un maletín de urgencias revisado y un carro con su contenido preparado para cualquier urgencia vital, siendo hasta ahora mínimas las incidencias.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/1326 ================================== ***

Nº de registro: 1326

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

Autores:
PALACIN ALASTUEY ISABEL, MINGUEZ SORIO MARIA DEL PILAR, ESTAUN BUETAS EVA MARIA, GALINDO RUBIO CARLOS, GIMENO ARNAL AMALIA, GUILLEN ANTON VICTORIA, LOPEZ FERNANDEZ AMPARO, PEREZ VELASCO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y RIESGO VITAL
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El carro de paradas y el maletín de urgencia constituyen un punto crítico en la atención continuada y de urgencia, por lo que su adecuada dotación y mantenimiento son puntos clave para garantizar
la atención y la seguridad del paciente.

El carro de paradas debe permitir a los miembros del EAP una actuación adecuada al disponer de un rápido acceso al material, equipos y fármacos que sean necesarios para la atención inicial de situaciones que requieran un soporte vital.

Aunque en nuestro Centro de Salud ya se realiza su mantenimiento y gestión, no disponemos de un protocolo que garantice una seguridad total en la reposición de los materiales y fármacos, con el consiguiente riesgo que ello conlleva.

Por ello hemos pensado hacer un plan de mejora diseñando un protocolo que nos permita mayor seguridad en la reposición y organización de estos materiales y de los fármacos utilizados o caducados para evitar riesgos predecibles.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación de un protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y del maletín de urgencia en el Centro De Salud De Jaca, determinando las distintas responsabilidades y el personal encargado de las mismas así como los periodos de tiempo en los que se realizarán estas funciones, siguiendo unos criterios científicos, con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente y de la práctica profesional de los responsables de salud del centro.

I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.
II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias
III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

MÉTODO
I. En primer lugar se dispondrá de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado conforme a los protocolos ya aplicados en otros centros del Servicio Aragonés de Salud.

II Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.

III. Crear un registro de las actividades protocolizadas y otro registro de las incidencias

IV. Realizar una sesión clínica de equipo para transmitir esta actividad a todos los profesionales del centro, consensuar el protocolo y determinar las tareas y personal que deberá responsabilizarse de las mismas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1326

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DEL MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA

INDICADORES
Una vez hecho el protocolo. Se evaluará la aplicación del mismo.

Indicadores por separado para Carro de Paradas y para Maletín de Urgencias:

I. Nº de revisiones del carro de parada/ del maletín de urgencias realizadas en 6 meses / Nº de revisiones completas del carro de parada previstas en el protocolo durante un 6 meses.

II. Nº de incidencias del carro de parada/ maletín de urgencia (fármacos caducados, fármacos ausentes no repuestos tras la utilización del mismo, material no repuesto o caducado) en 6 meses x 100 / Nº de revisiones del carro de parada/ maletín de urgencia previstas en el protocolo durante 6 meses

DURACIÓN
Fecha de diseño del protocolo: Junio-Julio 2017
Fecha de inicio del protocolo: 15 de Julio 2017
Fecha de Duración prevista hasta la 1ª evaluación: 6 meses tras inicio del protocolo.
Tiempo de aplicación del protocolo: Indefinido salvo mejoras
Responsables de la implantación. EAP del C.S. Jaca
Plan de comunicación del protocolo al EAP en sesión clínica: 15 de Junio

OBSERVACIONES
Se trata de la puesta en marcha de un protocolo del carro de paradas y del maletín de urgencias en el CS de Jaca basándonos en la evidencia científica, ayudados de las guías, protocolos, vía clínica o procedimientos basados en la evidencia.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0612

1. TÍTULO

"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA LOPEZ CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron varias reuniones organizativas con los miembros del equipo, viendo dificultad en la participación por falta de tiempo e interés .
Al final, se ha decidido unirnos a otro activo de la comunidad, la asociación ASAPME en Jaca que ellos ya habian implantado con sus usuarios unos paseos saludables 1 vez a la semana para lo que realizamos unos carteles informativos y unas hojas de registro de participacion semanal que se inscriben en el servicio de admisión .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
los resultados son satisfactorios con los planteados inicialmente, al unirnos con otro activo de la comunidad según cosnta en las hojas de registro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Realmente al unirnos a ASAPME creemos que realmente se hace medicina comunitaria en vez de crear un proyecto aislado desde el Centro de Salud se facilicita la sostenibilidad y la posibilidad de que exista continuidad .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/612 ========== ***

Nº de registro: 0612

Título
"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

Autores:
MORENO NARES PURIFICACION, LOPEZ CORTES VIRGINIA, LUZ MARTINEZ MARIA LUISA, MAÑE GODE MARTA, LALAGUNA PUERTOLAS MARIA, PALACIO BUEN PILAR, GUILLEN ANTON VICTORIA, JIMENEZ LORES ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

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

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

PROBLEMA
EL EJERCICIO FISICO ES UN HÁBITO DE VIDA SALUDABLE IMPRESCINDIBLE PARA LA PREVENCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, EL CUAL SE INCREMENTA DE FORMA EXPONENCIAL CUANDO ASOCIAMOS VARIOS FACTORES COMO PUEDE SER LA OBESIDAD .EN ESTOS PACIENTES QUE ADEMAS SUELEN ASOCIAR MULTIMORBILIDAD PUEDEN BENEFICIARSE DE ESTA HÁBITO YA QUE LA MAYORIA SUELEN SER SEDENTARIOS.

RESULTADOS ESPERADOS
FOMENTAR LA PRACTICA DE EJERCICIO FISICO EN PACEITNE OBESO SEDENTARIO. EL GRUPO ESTARA FORMADO POR PACIENTES CON CAPACIDAD FISICA QUE PERMITA CAMINAR AL MENOS 30 MINUTOS A RITMO LIGERO.

MÉTODO
SE OFERTARÁ ACTIVIDAD AL GRUPO 1 O 2 DIAS POR SEMANA, SEGÚN RECURSOS. LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0612

1. TÍTULO

"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

INDICADORES
INDICADOR Nº 1-- Nº DE PACIENTES QUE REALIZAN LA 1º MARCHA. VALOR MÍNIMO 4 VALOR MÁXIMO 10

INDICADOR Nº 2 --MEDIDO AL AÑO DE INICIO DEL PROYECTO
Nº DE PACIENTES QUE HAN REALIZADO MÁS DE 8 MARCHAS/ POR EL Nº DE PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO : VALOR MINIMO 40% DE LOS PACIENTES AL INICIO

DURACIÓN
INICIO EN OCTUBRE 2018
RESPONSABLES LOS INDICADOS PREVIAMENTE
SIN FECHA FIN PROGRAMA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0620

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA LOPEZ CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
realizamos varias reuniones de equipo médico para explicar a qué llamamos pacientes Triple Whammy, como utilizar la información del cuadro de mandos de farmacia, facilitar el listado de los pacientes ... a lo largo del año se han realizado recordatorios vía reuniones o a través del correo OMI .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
resultados más que satisfactorios muy por debajo de lo previsto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos ha llamado la atención el desconocimiento existente y el poco uso que se hace del cuadro de mandos de farmacia .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/620 ========== ***

Nº de registro: 0620

Título
TRIPLE WHAMMY: PREVENCION DE LA INSUFICIENCIA RENAL

Autores:
MINGUEZ SORIO PILAR, PALACIO BUEN PILAR, FANLO ABELLA SARA, JIMENEZ LORES ANTONIO, GUILLEN ANTON VICTORIA, CLAVERA TEJERO JOSE MARIA, ALDEA DORADO CARMEN, FANLO PEREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

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

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

PROBLEMA
A TRAVES DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, EN EL INSTRUMENTO TRIPLE WHAMMY SE OBSERVÓ LA ALTA PREVALENCIA DE PACIENTES CON RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL O YA ESTABLECIDA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD.
SE DECIDE DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES CON ESTE RIESGO POR LA TOMA DE IECAS, ARAII ASOCIADOS A AINES DE FORMA CRÓNICA .

RESULTADOS ESPERADOS
DETECTADOS 139 PACIENTES TRIPLE WHAMMY POR EL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA EN ABRIL 2018
OBJETIVOS
1.DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES TRIPLE WHAMMY AL 50% COMO MÍNIMO.
2.DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES TRIPLE WHAMMY CON INSUF RENAL AL 25% COMO MÍNIMO.

MÉTODO
1. SESIÓN DE FORMACION PARA TODOS LOS COMPAÑEROS MÉDICOS SOBRE INSUFICIENCIA RENAL MÁS HTA Y AMPLIAR CONOCIMIENTOS DEL MANEJO DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA-- FACILITAR EL LISTADO DE LOS PACIENTES TRIPLE WHAMMY DE CADA CUPO PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO.
2. VALORACIONES PERIÓDICAS DE LOS LISTADOS DE LOS CUPOS
3. SESIÓN DE EVALUACIÓN FINAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0620

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

INDICADORES
1.Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY EN EL MOMENTO DEL PROYECTO DE MEJORA / Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY AL FINALIZAR EL AÑO 2018

2.Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY CON INSUF. RENAL EN EL MOMENTO DEL PROYECTO DE MEJORA / Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY CON INSUF RENAL AL FINALIZAR EL AÑO 2018

DURACIÓN
SE DESARROLLA A LO LARGO DEL 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1146

1. TÍTULO

ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ELENA PEREZ TURRAU
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS
DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA
MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
- Distribución de las zonas de salud SIN TSSanitario.
-Determinación de los recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la ficha.
- Determinación del SSBase correspondiente a cada localidad.
- Reuniones de trabajo de losTTSS sanitarios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Cumplimentación Ficha de Recursos sociales zona de Ayerbe.
- Cumplimentación Ficha de Recursos sociales zona de Berdún
- Cumplimentación Ficha de Recursos sociales zona de Biescas.
- Cumplimentación Ficha de Recursos sociales zona de Huesca Rural.
- Cumplimentación Ficha de Recursos sociales zona de Sabiñanigo.
- Cumplimentación Ficha de Recursos sociales zona de Hecho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha permitido al equipo de Trabajadores Sociales Sanitarios tener una toma de contacto y coordinación con profesionales del ámbito de los servicios sociales, a la vez de hacer una reactualización de los recursos sociales en las diferentes zonas de salud, poniendo al día la información relativa a ellos: direcciones, contactos, permanencias...

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1146 ========== ***

Nº de registro: 1146

Título
ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
PEREZ TURRAU ELENA, ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS, DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA, MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Potencialmente todo tipo de patologías
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyecto Asistencial por Unidades funcionales
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROPUESTO POR LA DIRECCIÓN PROVINCIAL AL NO HABER TS SANITARIO EN TODOS LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR.
NECESIDAD DE DISPONER DE INFORMACION BASICA SOBRE RECURSOS SOCIALES EN EL SECTOR.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar información social básica a los profesionales sanitarios de las zonas de salud donde no hay TS sanitario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1146

1. TÍTULO

ELABORACION Y DIFUSION DE UN MAPA DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

MÉTODO
- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
-Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para cada TS .
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN trabajador social.
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la Ficha.
- Determinación del Servicio Social Base correspondiente a cada localidad
-Reuniones de trabajo de los TTSS sanitarios

INDICADORES
- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.
Existe una Ficha de Recursos Sociales básicos SI-NO
-Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para
cada TS . Se han distribuido SI-NO
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN
trabajador social.Se han concretado todas las zonas de salud sin TS
sanitario SI-NO
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en
la Ficha. Se ha cumplimentado la Ficha de recursos sociales basicos
SI-NO
- Difusión. Disposición de la información en la WEB del sector sanitario
de Huesca. Desde la Dirección de Atención Primaria se ha remitido a
cada centro de salud su Ficha correspondiente SI-NO

DURACIÓN
- Diseño de la Ficha de Recursos sociales básicos de cada zona de salud.Octubre 2016 - Enero 2017
-Distribución de las zonas de salud SIN trabajador social sanitario para cada TS . Enero 2017
- Determinación de las localidades que agrupa cada centro de salud SIN trabajador social. Enero-Febrero 2017
- Determinación de recursos sociales básicos más relevantes a incluir en la Ficha. Marzo 2017
- Determinación del Servicio Social Base correspondiente a cada localidad. Abril 2017

OBSERVACIONES
Este Proyecto forma parte de los Acuerdos de Gestión Clinica planteados a los trabajadores sociales del sector
Huesca

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1714

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DE PERSONAL DEL EAP

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE SANTOLARIA UBIETO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cálculo de horas para adecuar el personal de AC y evitar contrataciones externas

Registro en la DAP de todas las incidencias de los profesionales para poder medir indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Permisos asumidos por personal de atención continuada/permisos asumidos por contrataciones de bolsa en 9 de los EAP marcados como objetivo.
No incremento del gasto del Capítulo 1 el aumento ha sido en el SECTOR del 1,68%*

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha servido para mejorar la organización de los equipos, sobre todo de enfermería ya que se ha dado más valor a la continuidad que al hecho de sustituir. Deberíamos intentar reflejar esta continuidad en los resultados de objetivos, proyectos ….

7. OBSERVACIONES.
* Este es el dato del Sector, tendríamos que restar el capítulo 1 de los 4 centros excluídos en el Proyectos (Urbanos y Huesca Rural)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1714 ========== ***

Nº de registro: 1714

Título
MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DEL PERSONAL DEL EAP

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, RIVERA FUERTES ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, CEREZUELA SAMPER CARMEN, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

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

PROBLEMA
Irregular cobertura de permisos con contrataciones de personal parqa sustitucines a días sueltos, muchas veces sin conocimiento de AP, ni de OMI-AP u otros programas y procedimeintos, ni conocimiento de las ZBS y forma específica de trabajar del sector.
Baja cobertura de sustituciones por el personal MAC y EAC de los permisos del EAP.
Dificultad para encontrar facultativos para sustituciones en contratos precarios (días, semanas)
Existencia de una bolsa única para el personal de enfermería, que o permite discriminar por conocimientos del AP a los profesionales en ella inscritos
Precariedad de los contratos ofrecidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1714

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION ASEGURANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN SITUACIONES DE AUSENCIA DE PERSONAL DEL EAP

RESULTADOS ESPERADOS
Con el proyecto intentamos garantizar la continuidad asistencial y minimizar la precariedad laboral en el sector. Tener profesionales formados en AP y que garanticen la continuidad y la totalidad de la cartera de servicios en AP, minimizando el impacto de las ausencias de los profesionales habituales en la salud de la población atendida.

MÉTODO
Ver análisis.

INDICADORES
Permisos asumidos por el personal de Atención Continuada vs permisos asumidos por contrataciones externas (bolsa)
No incremento del capítulo I

DURACIÓN
2017-2018

OBSERVACIONES
quedan exlcuidos de esta gestión de RRHH los 3 centros urbanos y Huesca Rural, dado que la centralización de los 4 en un único PAC, y el elevado número de profesionales a sustituir, hacen imposible esta gestión.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... GEMMA GABAS GALLEGO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLON CARRERA MARIA JESUS
ORDAS BITRIAN MERCEDES
MUÑOZ GIMENEZ CONCEPCION
GIMENO PRADAS MARIA ROSA
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE
ANORO MONCAYOLA CARMEN
ESPEJO LORENTE MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado todas las salidas a caminar previstas, nuestros grupos no se organizan según año natural sino según año escolar. El 1º grupo que es el que se vamos a evaluar, inicio la actividad el 4 de Octubre del 16 y la finalizó el 15 de Junio del 17 e hicieron 3 periodos.
El primer periodo se inició el 4 Octubre de 2016 y finalizó el 20 de Diciembre de 2016, saliendo a caminar todos los martes y jueves de 10 a 11 de la mañana, realizando un total de 22 salidas. Iniciaron la actividad 21 participantes y la terminaron 27 ya que se sumaron 8 participantes a lo largo del trimestre. De los 21 participantes que iniciaron la actividad solamente la abandonaron 2. Salieron siempre acompañados de una enfermera y de una auxiliar administrativa ó trabajadora social del centro
El 6 de Octubre Gemma Gabás enfermera del Centro de Salud dio una charla a los participantes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y factores a tener en cuenta antes de salir a caminar.
El 24 de Noviembre Ana Sánchez matrona del Centro de Salud impartió un taller a las participantes sobre suelo pélvico.
Salieron siempre acompañados de una enfermera y de una auxiliar administrativa ó trabajadora social del centro.
El segundo periodo se inició el 10 de Enero de 2017 y finalizó el 6 de Abril de 2017, saliendo a caminar todos los martes y jueves de 10 a 11 de la mañana, realizando un total de 26 salidas. Iniciaron la actividad 27 participantes y la terminaron 30 ya que se sumaron 4 participantes a lo largo del trimestre. De los 27 participantes que iniciaron la actividad solo abandono 1
El 12 de Enero Gemma Gabás enfermera del Centro de Salud dio una charla a los participantes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y factores a tener en cuenta antes de salir a caminar.
El 23 de Febrero Ana Sánchez matrona del Centro de Salud impartió un taller a las participantes sobre suelo pélvico.
El 6 de Abril Lorena Ornaque, alumna de 4º de Nutrición impartió una charla a los participantes sobre Nutrición.

El tercer periodo se inició el 25 de Abril de 2017 y finalizó el 15 de Junio de 2017, saliendo a caminar todos los martes y jueves de 10 a 11 de la mañana, realizando un total de 16 salidas. Iniciaron la actividad 25 participantes y la terminaron omo26 ya que se sumó 1 participante a lo largo del periodo.
Salieron siempre acompañados de una enfermera y de una auxiliar administrativa ó trabajadora social del centro
El 2 de Mayo Gemma Gabás enfermera del Centro de Salud impartió una charla a los participantes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud y factores a tener en cuenta antes de salir a caminar.
El 15 de Junio Ana Sánchez matrona del Centro de Salud impartió un taller a las participantes sobre Menopausia.

Reuniones organizativas y de comunicación:
El 12 de Setiembre del 16, 19 dic del 16 y el 3 de Abril del 17, reunión del Personal de enfermería, Trabajador social y jefa del servicio de admisión convocada por la responsable del programa para organizar las carteleras de las personas que acompañan cada día a los participantes. Así mismo ha habido otra reunión el 25 de setiembre del 17 para para organizar las carteleras de acompañantes del nuevo grupo que inicia la actividad el 3 de Octubre.
El 17 de Setiembre del 16, el 12 de Enero del 17, el 21 de abril del 17 reunión del EAP para analizar como estaba yendo la actividad.
El 15 de Setiembre del 17 reunión del EAP para valorar los resultados obtenidos en el grupo que finalizo en junio, y analizar sugerencias de cambios para el nuevo grupo que iniciara la actividad en Octubre del 17
Reuniones de los responsables de los proyectos comunitarios :

Se han realizado varias reuniones de los responsables de comunitaria del centro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
C) Objetivos y resultados alcanzados:

Se ha formado un grupo de 10 personas que ya sale a caminar por su cuenta y que siguen quedando en la puerta del centro. Esto supone que el 29% de los participantes a valorado como beneficioso el ejercicio y que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

mantienen una buena relación entre ellos como demuestra el hecho de que sigan saliendo a caminar juntos. El Objetivo era el 25%.

Han abandonado el proyecto el 23% de los participantes, el objetivo esta en que no abandonen más del 40%

La encuesta que se ha pasado al finalizar y los resultados es la siguiente:
Tenían que puntuar de 1 a 5 cada pregunta, siendo 1 el resultado peor y 5 el resultado mejor
La propuesta de paseos desde el centro de Salud le ha parecido? El 100% de los participantes la valoran con un 5
Los recorridos le han parecido? El 70% la valoran con un 5 y el 30% con un 4
El número de participantes le ha parecido? El 100 % lo valoran con un 5
Los días de la semana le han parecido? El 90% lo valoran con un 5 y el 10% con un 4
El horario es adecuado? El 100% lo valoran con un 5
La relación con otros participantes? El 100% la valoran con un 5
La duración del paseo, le parece bien? El 100% la valoran con un 5, aunque después en el apartado de observaciones el 20% proponen caminar 3 días por semana
Lo recomendaría a otras personas? El 100% lo valoran con un 5
Le gustaría continuar con los paseos? El 100% lo valoran con un 5
Cree que salir a caminar beneficia su salud? El 100% lo valoran con un 5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para que el proyecto sea viable tiene que participar todo el centro, ya que supone abandonar las consultas de forma rotatoria 2h a la semana y sino son muchos los implicados no se puede llevar a cabo.

7. OBSERVACIONES.
E) Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto

Con el grupo que comienza en Octubre del 18 hemos decidido modificar algunos de los objetivos. quedando así:

Favorecer la relación entre los participantes para aumentar sus relaciones sociales mejorando así su estado de ánimo. Valorar según encuesta
Incorporar el ejercicio físico ayudando a la rutina diaria, intentando conseguir que salgan a caminar ellos los días que no salen con nosotros Objetivo que 20% de los participantes aumenten las horas de ejercicio a la semana
Aumentar la conciencia entre los participantes de la importancia de las MHD saludables tanto en la prevención como en la mejoría de enfermedades crónicas. Que no abandonen el proyecto mas del 40% en cada uno de los turnos

Favorecer la mejor adherencia y uso de ttos farmacológicos, valorar según adherencia al principio y al final . Objetivo que el 25% de los pacientes que no cumplan ttº farmacológico al inicio de la actividad lo cumplan al final

Mejorar la calidad de vida de los participantes a través de mejorar sus constantes de:
-Peso, en pacientes con obesidad ó sobrepeso, Objetivo que el 20% de los participantes con sobrepeso y/o obesidad pierdan peso durante la duración del proyecto.
-Tensión arterial en pacientes hipertensos, que mejoren su TA el 20 % de los participantes en el proyecto
-Hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos, que mejore en un 20 % de los pacientes diabéticos durante la duración de la actividad
- Que el 20% de los pacientes que participan en el proyecto con dislipemia mejoren la cifra de colesterol

Para valorar esto, hemos diseñado una ficha que rellenaremos al principio y final de cada turno. (Anexo 1).

Encuesta de Satisfacción (Anexo 2)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

ANEXO 1
CHINA-CHANO

Nombre:

edad:

Medico: Enfermera:

Peso:
IMC:
Talla:

Perímetro abdominal: Perímetro abdominal/talla:

Si el paciente es diabético, hemoglobina glicosilada

Colesterol

Adherencia Ttº Farmacológico: Buena Mala Regular

ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN RAPA

Categoría (Nº Categoría)
Descripción
Puntos Brutos
Sedentario (1)
Realiza actividades físicas muy pocas veces.
1 Pts
Poco activo (2)
Realiza algunas actividades físicas ligeras y/o moderadas pero no cada semana.
2 Pts
Poco activo regular-ligero (3)
Realiza algunas actividades físicas ligeras cada semana.
3 Pts
Poco activo regular (4)
-Realiza actividades físicas moderadas cada semana, pero menos de 5 días a la semana, o menos de 30 minutos diarios en esos días.
-Realiza actividades físicas vigorosas cada semana, pero menos de 3 días por semana o menos de 20 minutos en esos días.
4 a 5 Pts
Activo (5)
-Realiza 30 minutos o más de actividades físicas moderadas al día, 5 o más días a la semana.
-Realiza 20 minutos o más de actividades físicas vigorosas por día, 3 o más días por semana.
6 a 7 Pts
ANEXO 2

CHINA-CHANO

ENCUESTA DE OPINIÓN

Puntúe de 0 a 5

La propuesta de paseos desde el Centro de Salud le ha parecido? ----

Los recorridos le han parecido adecuados?----

El número de participantes le ha parecido?----

Los días de la semana le han parecido?----

El horario es adecuado?----

La relación con otros participantes?----

La duración del paseo le parece bien?----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

Lo recomendaría a otras personas?----

Le gustaría continuar con los paseos?----

Cree que salir a caminar beneficia su salud?---

Quiere realizar algún comentario u observación:

Puede proponernos algún nuevo recorrido:

Continuara caminando este verano por su cuenta o con otras personas del grupo aunque no vayan acompañados por personal del Centro de Salud:

*** ========== Resumen del proyecto 2016/286 ========== ***

Nº de registro: 0286

Título
CHINA-CHANO. PASEOS SALUDABLES. CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO

Autores:
GABAS GALLEGO GEMMA, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, ORDAS BITRIAN MERCEDES, MUÑOZ GIMENEZ CONCEPCION, GIMENO PRADAS MARIA ROSA, SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE, AÑORO MONCAYOLA CARMEN, ESPEJO LORENTE MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Personales con pocas relaciones sociales
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1.- Responder a la necesidad detectada por los miembros del EAP, de que hay personas sobre todo mayores de nuestra zona de salud que por encontrarse solas no realizan ejercicio físico tan necesario en la prevención y tratamiento de enfermedades Cardio-vasculares, problemas musculo-esqueléticos y otros.
2.- Promocionar la salud aprovechando los paseos, dándoles información sobre los beneficios del ejercicio, dieta saludable y cumplimiento de tratamientos y otras MHD.
3.-Teniendo en cuenta el gran número de personas con incontinencia urinaria por relajación del suelo pélvico, aprovechar el grupo para realizar educación sanitaria al respecto.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Favorecer la relación entre los participantes para aumentar sus relaciones sociales, mejorando así su estado de ánimo.
2.- Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico, ayundando a incorporar esta actividad a la rutina diaria, intentando conseguir que salgan a caminar ellos los días que no salen con nosotros aunque sean pequeños grupos.
3.- Incorporar los ejercicios de rehabilitación del suelo pévico a su rutina habitual.
4.- Aumentar la conciencia entre los participantes de las MHD saludables tanto en la prevención como en la mejoría de las enfermedades crónicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0286

1. TÍTULO

CHINA-CHANO (PASEOS SALUDABLES)CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORROHUESCA

5.- Favorecer la mejor adherencia y uso de los ttos farmacológicos.

MÉTODO
Captación de participantes en las Ctas de Enfermería, Medicina y Trabajor Social. Entrega de folleto informativo y recogida de datos personales.
Salida a caminar dos días por semana, martes y jueves de 10 a 11 horas por la zona de salud. El primer turno será del 4 de octubre al 20 de diciembre, el segundo turno del 17 de enero al 6 de abril y el tercer turno del 18 de abril al 15 de junio de 2017, reanudándose en octubre.
Los participantes iran acompañados por dos personas del Centro de Salud "Enfermeras, Trabajador Social, Aux administrativo y Aux Enfermería.
Realizar por parte de los profesionales de enfermería, durante los paseos y de forma dinámica "educación sanitaria" respecto a diferentes MHD alimentación, consumo de fármacos, abandono de tabaco etc.
Se dará una charla informativa de 15/20 minutos al inicio de la acrtividad en cada trimestre sobre los beneficios del ejercicio para la salud y preparación para salir a caminar por Gemma Gabás Enfermera del Centro.
Por parte de la Matrona del Centro Pilar Sanchez se realizará un taller de suelo pélvico en cada turno.
Al finalizar cada turno se realizará un encuesta de opinión a los participantes

INDICADORES
1.-Realizar la actividas al menos durante 3 periodos de al menos dos meses.
2.-Que termine la actividad el 50% de los participantes inscritos en cada turno.
3.-Encuesta de opinión de los participantes de cada turno.

DURACIÓN
Octubre de 2016 a Octubre 2017
Presentación del proyecto al EAP.
Charla sobre beneficio del ejercicio en el control de patologias crónicas y prevención de enfermedades cardiovasculares, una por turno.
Taller del suelo pélvico, uno en cada turno.
Suspender la actividad durante julio, agosto y septiembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE ..... LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA
CAÑARDO ALASTUEY CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De cara a favorecer el empoderamiento de este grupo de mujeres hacia una práctica voluntaria y autónoma de los diferentes hábitos saludables en relación a la alimentación y la actividad física, se ha dividido la intervención en cuatro fases, de las cuales dos de ellas: la fase de sensibilización y enganche y la fase de sensibilización y consolidación, se han llevado a cabo durante el curso escolar 2016-2017.
Las actividades realizadas han consistido en la realización de sesiones de actividad física con las madres (al principio una vez/semana y a partir de febrero de 2017 2 veces/semana), participación en marchas populares, actividades lúdicas conjuntas madres e hijos, talleres de alimentación saludable (raciones, consumo de hidratos de carbono, merienda saludable, acompañamiento a establecimiento de alimentación, talleres de cocina) y cuatro sesiones con salud mental infantojuvenil.
Se ha contado con la colaboración de la Universidad, Ayuntamiento, la Asociación YMCA, Ibercaja y la Peña Zoiti de Natación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En primer lugar, reflejar que este proyecto está utilizando una metodología de Investigación Acción Participativa, por lo que los objetivos a evaluar en este primer año de actividad se han limitado a evaluar la metodología seguida.
El primer objetivo marcado era el de la participación de las madres. Sin duda, ellas han ido marcando con sus deseos el ritmo y el tipo de actividad física que se ha ido realizando.
La media de asistencia a las actividades ha ido disminuyendo a lo largo del año. Motivos de la disminución de la asistencia a las actividades: de todas las participantes que comenzaron en el proyecto, algunas encontraron trabajo al inicio de curso y dos de ellas se quedaron embarazadas. Durante los meses de febrero y marzo se produjo una gran disminución, algunos de los motivos fueron: enfermedades tanto de ellas como de los familiares, obligaciones laborales y personales. Los últimos meses se colapsaron las actividades tanto las de alimentación, como las de actividad física y mental, siendo uno de los motivos la falta de organización para poder acudir a alguna de ellas. Resulta necesario tener en cuenta que durante el mes de abril y mayo hubo periodos con cuatro y hasta cinco actividades semanales.

En cuanto a la orientación hacia los determinantes de salud y la perspectiva de equidad, se ha tenido en cuenta la situación económica y cultural de estas familias, y las dificultades que estas familias van a presentar a la hora de continuar con la actividad física y de alimentación saludable planteadas. Todo está basado en que pueda tener una continuidad en el futuro pensando en esas dificultades socioculturales y económicas, ofreciéndoles unas herramientas adecuadas para que las puedan utilizar de manera autónoma. En todo momento se ha buscado perseguir cambios desde una perspectiva de modificaciones pequeñas pero significativas de los comportamientos.

En cuanto a la participación intersectorial, ha habido una muy buena implicación de los tres sectores: el universitario (y más concretamente la Facultad de la Ciencias de la Actividad física y el deporte), el centro escolar y el centro de salud. Ha existido algo más de dificultad en poner en marcha las actividades educativas en relación con la alimentación saludable, aunque al final hubo dos estudiantes del grado de nutrición que se encargaron de las mismas. La coordinación de los diferentes agentes ha sido bastante fluida y ha contribuido a la realización de actividades conjuntas que han permitido que las actividades se abordaran desde una perspectiva interdisciplinar.

Por otro lado, han sido muy interesantes y reveladores las opiniones que las madres han expresado al final de este primer año de intervención:
“Me he sentido muy especial en este curso, me ha subido mi autoestima y he estado relajada y contenta. Deseo empezar en septiembre con muchas ganas”
“Gracias por entrar en mi vida, por permitirme experimentar y explayarme. Nunca os olvidaré por darme el empujón que necesitaba para volar”
“Muchas gracias por formar este grupo que nos ha unido a todas las madres”
“Estoy muy orgullosa de participar en este grupo y de vivir experiencias nuevas en mi vida que nunca imaginé”
“De mi parte quiero expresar que he podido encontrar mi yo de nuevo y que vuelvo a ser yo. Que quiero seguir prosperando y seguir haciendo ejercicio junto con mis hijos. Que me lo he pasado muy bien y que me lo he pasado muy bien”

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Con los datos que hemos recogido este curso pasado, hemos podido identificar una serie de problemas como las dificultades en concretar con las mujeres los horarios de intervención, los motivos por los que ellas no han acudido a todas las sesiones, las dificultades que tienen para incorporar conductas saludables, los problemas económicos a los que se enfrentan y los obstáculos culturales.

Este año nos proponemos comenzar a trabajar con objetivos más concretos. Así mismo incorporaremos, en la medida de lo posible, indicadores de evaluación tanto del proceso como de los resultados, ya desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Se propondrá incluir una representante de las madres en el grupo investigador.

Este año vamos a seguir disponiendo de los siguientes recursos: clases de actividad física, natación, talleres de cocina y sesiones de control de las emociones y educación parental. No obstante, siguiendo una orientación de investigación participativa, iremos integrando aquellas actividades que el grupo de mujeres demanden y consideren necesarias en su proceso de adquisición de hábitos saludables. De igual manera, si el grupo de trabajo considera la posibilidad de incluir nuevas actividades o dinámicas, lo introduciremos desde una perspectiva consensuada.

Efectos no previstos
Positivos;
- Creación de sentimiento de grupo, habiéndose creado una red de apoyo mutuo.
- Aumento evidente de la autoestima en las participantes.
- Han adquirido la costumbre de excusarse si no podían acudir a las sesiones.
- Ruptura de barreras y prejuicios de los profesionales implicados en el proyecto hacia la población diana y viceversa.
- La relación que se ha iniciado con la Universidad nos está abriendo las puertas a la posibilidad de nuevos proyectos a realizar conjuntamente.

Negativos:
- Imposibilidad de trabajar la actividad física con el grupo de niños y niñas por su mal comportamiento.

Lo que hemos aprendido es que la evaluación nos sirve para la toma de decisiones, solucionar problemas y comprender lo que ha pasado. Que la evaluación es algo continuo y es algo sobre lo que tenemos que pensar al iniciar cualquier proyecto.

Nuestro proyecto tiene un buen diseño en relación a la equidad, intersectorialidad, empoderamiento de la población a la que va dirigido, la desmedicalización, la transmisión de los resultados a todo el equipo, …. pero tenemos que mejorar todavía más en relación a la participación de la población en todos los aspectos del proyecto.

En este segundo año vamos a intentar mejorar todavía más la participación de la población en todos los aspectos del proyecto, valorar e intentar solucionar la adherencia de las madres al proyecto y buscar una solución a la intervención con los niños.

Vemos muy interesante tener reunión previa con el SARES antes de comenzar cualquier proyecto comunitario desde nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1138 ========== ***

Nº de registro: 1138

Título
PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Autores:
PARDOS MARTINEZ CARLOS, SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR, BROTO COSCULLUELA PURIFICACION, FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE, CAÑARDO ALASTUEY CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

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

PROBLEMA
Desde hace varios años existe una cooperación estable entre el colegio Pio XII y el CS Perpetuo Socorro, realizando actividades conjuntas en el marco de la promoción de la salud.

Este proyecto tiene su origen en un problema sentido por la comunidad educativa del colegio Pío XII en relación a la obesidad infantil en un colectivo desfavorecido como es la etnia gitana.

En 2012, el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) puso en marcha la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Podríamos considerar este proyecto dentro del marco referencial de dicha estrategia, ya que nuestro objetivo es promover, diseñar, coordinar e implantar acciones que produzcan cambios en un área de especial relevancia para la salud como es la obesidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El primer objetivo es promover la participación activa de las familias.

Para ello, en un principio, se irá valorando conjuntamente cuáles son sus conocimientos, valores, creencias, tradiciones y comportamientos en relación a la alimentación y la actividad física. Que las familias se observen y tomen conciencia de su propia realidad.

A partir de allí se plantearán objetivos educativos para lograr su capacitación en relación con una alimentación saludable y un ejercicio físico como parte de su actividad diaria. Todo ello consensuado con las familias a través de una reflexión (con sentido crítico, favoreciendo la comunicación interpersonal y grupal, la autoestima y la resolución de conflictos) orientadas hacia la autonomía y la toma de decisiones libres sobre la salud.

MÉTODO
Sabemos que la mera transmisión de conocimiento relevante sobre un tema de salud no es suficiente para modificar comportamientos. Se ha elegido una metodología participativa, trabajando las habilidades para la vida y apoyándonos en el aprendizaje basado en la experiencia. Es decir, partir de situaciones cotidianas y aplicar técnicas educativas en grupos pequeños con puestas en común que potencien la participación e implicación.

La etnia gitana es una población vulnerable y desfavorecida, por lo que deberíamos abordar los problemas de salud desde los determinantes sociales canalizando iniciativas de cambios sociales, ambientales y contextos.

Nos propusimos un innovador trabajo en red contando con los activos para la salud de nuestro entorno. Nos pusimos en contacto con la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, con la Escuela Universitaria de Enfermería, con la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, con Cáritas del barrio, y con el secretariado gitano. Todo ello para proporcionar una respuesta coherente y coordinada, para posteriormente, con el proyecto definido, contar con determinadas áreas del Ayuntamiento de Huesca.

Se ha constituido un equipo de trabajo que integran profesionales de los centros implicados. Este equipo está coordinado por un profesor de la Universidad (Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte), la trabajadora social del Colegio Pio XII y un pediatra del Centro de Salud Perpetuo Socorro.

INDICADORES
Se ha realizado un estudio previo sobre los niveles de actividad física con acelerómetros, y se ha pasado la escala de autoestima de Rosemberg en las madres de los niños y niñas con obesidad. Ambos se repetirán periódicamente para valorar los cambios en su situación física y emocional.

Se han recogido los motivos de consulta a su médico de familia y servicios de urgencia durante el año previo al comienzo de la intervención.

Tanto a los niños como a las madres se les ha realizado medidas antropométricas (talla, peso, IMC, perímetro abdominal), tensión arterial, y estudio básico metabólico (glucemia, TSH, perfil lipídico)

En el 2º trimestre de 2017 se hará una valoración de la alimentación en estas familias por medio de encuesta nutricional validada y entrevistas conjuntas, para que sean conscientes de su estilo de alimentación, y que las familias realicen propuestas de cambio.

DURACIÓN
Durante los meses de enero a junio de 2016 se realizaron varias reuniones, alguna de ellas con las familias de estas niñas y niños obesos, con el objetivo de promover su participación activa.

Desde octubre de 2016 se realiza actividad física con las madres de estos niños y niñas. En febrero de 2017 se ha iniciado la actividad física con los niños y niñas obesos. En marzo de 2017 se iniciarán las actividades relacionadas con la alimentación.

El proyecto está diseñado hasta final del curso escolar 2017-2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ REMACHA MARIA
AIBAR ALBERTO
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras las fases de sensibilización y “enganche”, y de sensibilización y consolidación realizadas durante el curso escolar 2016-2017, para este cuso escolar 2017-2018 se había propuesto llevar a cabo las fases de empoderamiento y de preparación a la gestión autónoma.

Para ello, se siguieron realizando sesiones de actividad física con las madres de niños obesos (2 sesiones semanales), sesiones sobre nutrición (1 por trimestre), y de salud mental (7 sesiones, desarrolladas por profesionales de la USMIJ, durante el 2º y 3º trimestre de curso escolar). Una vez al trimestre se ofertaron sesiones conjuntas madres e hijos con distintas temáticas de juego y organizadas por la Facultad de Ciencias de la salud y del deporte. Se realizó un taller de cocina.

Respecto a la actividad física, se realizaron bailes, ejercicios de tonificación, CORE, espalda sana y se utilizaron materiales novedosos para ellas, lo que aumentaba su motivación. Además se realizaban andadas (una vez a la semana) por el entorno de Huesca, normalmente las participantes elegían el recorrido. Las actividades físicas cognitivas se basaban en actividades dinámicas que favorecían su participación y reflexion sobre sus niveles de actividad física.

Respecto a la línea de alimentación saludable, durante el año 2018-2019 sólo fue posible realizar un taller de cocina. Sin embargo, las sesiones de alimentación saludable coginitiva se realizaron con la misma frecuencia que el año anterior. Normalmente las participantes decidían los temas que más les preocupaban o los hábitos más complicados de modificar. Así, durante las dinámicas se les aportaban herramientas o consejos para ayudarles a modificar los comportamientos menos saludables.

Finalmente, las sesiones de salud mental estaban orientadas a mejorar la educación parental. La enfermera y la psiquiatra, apoyadas por el personal de pediatría, les comentaban temas importantes para facilitar la educación de los niños, así como algunos temas que preocupaban a las madres a la hora de educarlos (ej. miedos, sentimientos, negación de los caprichos, autoridad frente a los hijos, evolución de la niñez a la adolescencia, etc.).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto ha pasado por dos fases. El primer año fue muy positivo en relación a la participación de las familias, a las actividades realizadas y a los resultados en satisfacción de las participantes. Durante el segundo año la participación fue muy inferior, pero hemos podido analizar, a través de entrevistas, grupos de discusión y diario de campo, las barreras familiares, culturales, ambientales, económicas, laborales y psicológicas que presentan estas mujeres, pertenecientes a una población desfavorecida, para la práctica de la actividad física y la puesta en marcha de otras conductas saludables.

Las barreras familiares eran mencionadas por todas las informantes a la hora de practicar AF (i.e., cuidado de los hijos, cuidado de familiares cercanos) mostrándose una alta saturación e interacción entre todas las informantes con dicha categoría. En muchos casos la prioridad de su tiempo la ocupan los miembros de su familia, anteponiéndola a sus intereses.

La barrera cultural, percibida únicamente por el subgrupo de informantes pertenecientes a la etnia gitana. Algunas de las barreras culturales que se han podido encontrar son las relacionadas con las tradiciones del culto, siendo juzgado el escuchar música o el bailar cuando acaba de fallecer un familiar cercano; o cuando las mujeres viudas van con ropas ajustadas para practicar deporte o en bañador para aprender a nadar. Todo ello podría afectar a la hora de inculcar hábitos saludables y activos en las vidas de dicha población.

Las informantes perciben como barreras la climatología y el entorno en el que viven (i.g., el barrio). En el presente caso, las informantes recalcan que las temperaturas más bajas les limitan a la hora de practicar AF, aunque no se especifican actividades en concreto.

Las barreras económicas emergen de las afirmaciones cuando se les pregunta sobre cómo les podría afectar la economía a la hora de practicar AF; la mayoría recurren a los altos precios de los gimnasios, ignorando algunas de las facilidades que ofrecen las asociaciones, ayuntamientos, etc. Sin embargo, dicha barrera es habitualmente percibida en las poblaciones desfavorecidas, siendo en algunos casos el principal motivo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

abandono los altos costes de las
actividades.

La barrera laboral, entendiendo como causa principal el trabajo, el cual afecta a los horarios de las actividades prácticas o a la falta de tiempo. Así pues, podría encubrir otras barreras no afirmadas por el caso explícitamente, como la falta de tiempo o el cansancio después del trabajo. En nuestro estudio, la barrera laboral únicamente es percibida por el subgrupo de informantes no pertenecientes a la etnia gitana, lo que podría deberse a una de las características del eje familiar de la etnia gitana en la que, mayoritariamente, sólo es el hombre el que aporta
ingresos a la familia y por tanto, las mujeres no tienen trabajos fuera del hogar.

Las características psicológicas de las informantes son percibidas como barreras para practicar AF, normalmente relacionadas con estados de ánimo, vergüenza a exponerse hacia otras personas o pereza.

Las participantes subrayan frecuentemente su obesidad y las limitaciones que les produce en algunos casos el tamaño de su tripa o la fatiga, además ellas aprecian miedos a hacerse daño realizando actividades deportivas que vienen dados por su peso. En el presente caso analizado, las barreras físicas únicamente son percibidas por las participantes de etnia gitana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La evaluación de las barreras percibidas por estas madres a la hora de realizar AF nos ayuda a comprender el sedentarismo y la inactividad física de este tipo de poblaciones.

Recomendamos diseñar programas que eviten y eliminen las barreras percibidas por esta población, además de sensibilizar y concienciar a las participantes sobre la importancia y los beneficios que van a reportar en ellas la práctica de AF y el llevar un estilo de vida activo y saludable.

La intervención deberá tener en cuenta las características económicas, culturales y del contexto de las participantes, proponiendo programas que favorezcan la equidad y ofrezcan oportunidades para gestionar su tiempo, creando espacios y franjas horarias flexibles, en función de los horarios laborales, para practicar AF.

Podremos tomar como punto de partida la realidad mostrada en este proyecto, proporcionando las herramientas adecuadas para disminuir y eliminar las barreras percibidas a la hora de realizar o incorporar AF en su vida diaria.

El proyecto, tal como se ha realizado durante estos dos años, deja de realizarse.

Durante el próximo curso escolar se tiene intención de continuar el Proyecto Pío se mueve con otro grupo de madres del Colegio, posiblemente madres de niños de infantil. En estos momentos se les está pasando un cuestionario a las madres para ver su predisposición y necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1138 ========== ***

Nº de registro: 1138

Título
PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Autores:
PARDOS MARTINEZ CARLOS, SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR, BROTO COSCULLUELA PURIFICACION, FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE, CAÑARDO ALASTUEY CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

PROBLEMA
Desde hace varios años existe una cooperación estable entre el colegio Pio XII y el CS Perpetuo Socorro, realizando actividades conjuntas en el marco de la promoción de la salud.

Este proyecto tiene su origen en un problema sentido por la comunidad educativa del colegio Pío XII en relación a la obesidad infantil en un colectivo desfavorecido como es la etnia gitana.

En 2012, el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) puso en marcha la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS. Podríamos considerar este proyecto dentro del marco referencial de dicha estrategia, ya que nuestro objetivo es promover, diseñar, coordinar e implantar acciones que produzcan cambios en un área de especial relevancia para la salud como es la obesidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El primer objetivo es promover la participación activa de las familias.

Para ello, en un principio, se irá valorando conjuntamente cuáles son sus conocimientos, valores, creencias, tradiciones y comportamientos en relación a la alimentación y la actividad física. Que las familias se observen y tomen conciencia de su propia realidad.

A partir de allí se plantearán objetivos educativos para lograr su capacitación en relación con una alimentación saludable y un ejercicio físico como parte de su actividad diaria. Todo ello consensuado con las familias a través de una reflexión (con sentido crítico, favoreciendo la comunicación interpersonal y grupal, la autoestima y la resolución de conflictos) orientadas hacia la autonomía y la toma de decisiones libres sobre la salud.

MÉTODO
Sabemos que la mera transmisión de conocimiento relevante sobre un tema de salud no es suficiente para modificar comportamientos. Se ha elegido una metodología participativa, trabajando las habilidades para la vida y apoyándonos en el aprendizaje basado en la experiencia. Es decir, partir de situaciones cotidianas y aplicar técnicas educativas en grupos pequeños con puestas en común que potencien la participación e implicación.

La etnia gitana es una población vulnerable y desfavorecida, por lo que deberíamos abordar los problemas de salud desde los determinantes sociales canalizando iniciativas de cambios sociales, ambientales y contextos.

Nos propusimos un innovador trabajo en red contando con los activos para la salud de nuestro entorno. Nos pusimos en contacto con la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, con la Escuela Universitaria de Enfermería, con la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, con Cáritas del barrio, y con el secretariado gitano. Todo ello para proporcionar una respuesta coherente y coordinada, para posteriormente, con el proyecto definido, contar con determinadas áreas del Ayuntamiento de Huesca.

Se ha constituido un equipo de trabajo que integran profesionales de los centros implicados. Este equipo está coordinado por un profesor de la Universidad (Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte), la trabajadora social del Colegio Pio XII y un pediatra del Centro de Salud Perpetuo Socorro.

INDICADORES
Se ha realizado un estudio previo sobre los niveles de actividad física con acelerómetros, y se ha pasado la escala de autoestima de Rosemberg en las madres de los niños y niñas con obesidad. Ambos se repetirán periódicamente para valorar los cambios en su situación física y emocional.

Se han recogido los motivos de consulta a su médico de familia y servicios de urgencia durante el año previo al comienzo de la intervención.

Tanto a los niños como a las madres se les ha realizado medidas antropométricas (talla, peso, IMC, perímetro abdominal), tensión arterial, y estudio básico metabólico (glucemia, TSH, perfil lipídico)

En el 2º trimestre de 2017 se hará una valoración de la alimentación en estas familias por medio de encuesta nutricional validada y entrevistas conjuntas, para que sean conscientes de su estilo de alimentación, y que las familias realicen propuestas de cambio.

DURACIÓN
Durante los meses de enero a junio de 2016 se realizaron varias reuniones, alguna de ellas con las familias de estas niñas y niños obesos, con el objetivo de promover su participación activa.

Desde octubre de 2016 se realiza actividad física con las madres de estos niños y niñas. En febrero de 2017 se ha iniciado la actividad física con los niños y niñas obesos. En marzo de 2017 se iniciarán las actividades relacionadas con la alimentación.

El proyecto está diseñado hasta final del curso escolar 2017-2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1138

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCION EN FAMILIAS DE NIÑOS OBESOS DEL COLEGIO PIO XII

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0765

1. TÍTULO

EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MUR LALUEZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAJARAVILLE ASO PILAR
CASTELLON CARRERA MARIA JESUS
HERRANZ CORTES FRANCISCA
BAYOD CALVO CONCEPCION
TORRES TRASOBARES MARIA LUISA
GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA
GARASA LOPEZ MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZARON SESIONES CLÍNICAS . POR LOS TRASLADOS HA HABIDO UN CAMBIO DE PROFESIONALES IMPORTANTE EN EL CENTRO POR LO QUE LA CONTINUIDAD DEL PROYECTO FUE IMPOSIBLE REALIZARLO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
VER APARTADO ANTERIOR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PRESENTADO EL PROYECTO A LOS NUEVOS COMPAÑEROS SOLICITAMOS REINICIAR EL PROYECTO DE MEJORA en 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/765 ========== ***

Nº de registro: 0765

Título
EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

Autores:
MUR LALUEZA MARIA JESUS, CAJARAVILLE ASO PILAR, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, HERRANZ CORTES FRANCISCA, BAYOD CALVO CONCEPCION, TORRES TRASOBARES MARIA LUISA, GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA, GARASA LOPEZ MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del sistema renal
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
* Revisión bibliográfica de los criterios stop, objeto del estudio.

* Listado de pacientes con prescripción de fármacos, objeto de estudio en receta electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Disminuir la prescripción inadecuada
2.-Mejorar la seguridad del paciente
3.-Aumentar la eficiencia

MÉTODO
* Sesión inicial formativa con presentación del proyecto al Equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0765

1. TÍTULO

EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS

* Sesiones formativas conjuntas Medicina/ enfermería y farmacéutica del Sector (3 sesiones formativas)..

* Sesiones formativas con los especialistas (Cardiologos, Nefrologos,.....) atendiendo a los criterios stop elegidos.

INDICADORES
* Determinación analítica de potasio cada seis meses, en el 70 % de los pacientes objeto de estudio (Pacientes en tratamiento con IECA/ARA II + DIURETICOS AHORRADORES DE POTASIO).

*Revisión del 70% de los pacientes en tratamiento con AINE que presenten un filtrado glomerular < 50 mL/min

DURACIÓN
* Un año

* Segundo semestre 2018 y primer semestre 2019.

* Revisiones/Sesiones cada 3 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CHARTE ALEGRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAÑARDO ALASTUEY CLARA
BAYOD CALVO CONCEPCION
ORDAS BITRIAN MERCEDES
TORRES TRASOBARES MARIA LUISA
ESPEJO LORENTE MONICA
BESCOS GARCIA BLANCA
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Veinticinco sujetos han participado en el proyecto, 16 en el grupo experimental (9 hombres y 7 mujeres) que realizaron un entrenamiento multicomponente durante 5 meses, 3 sesiones/semana y 60-75 minutos/sesión; y 9 en el grupo control (9 mujeres) que continuaron con el mismo estilo de vida. Todos los sujetos eran mayores de 65 años y sin importantes limitaciones funcionales. Se controlaron variables antropométricas, constantes vitales, marcadores bioquímicos, capacidad funcional, tratamiento farmacológico y parámetros nutricionales. Se realizó una valoración de la condición física (pre y postintervención) mediante la batería Senior Fitness Test.
Así mismo se realizó una valoración de la composición corporal (pre y postintervención) mediante Tanita, tallímetro y cinta métrica, encuesta de calidad de vida (cuestionario EUROQol-5D, sólo en el grupo experimental), analítica básica y capacidad funcional (valorada únicamente en el grupo experimental)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto al grupo experimental, el peso corporal (p=0.285), el IMC (p=0.488) y el índice cadera-cintura (p=0.178) tenían suaves disminuciones sin llegar a ser estadísticamente significativas. Por otro lado, la masa magra (p=0.590), la masa libre de grasa (p=0.571) y la masa ósea (p=0.580) aumentaron de forma leve sin que existieran diferencias significativas entre los valores antes y después del entrenamiento. Por su parte, sí que se obtuvieron reducciones estadísticamente significativas en el porcentaje de grasa corporal que se redujo un 0.9% (p=0.000), en la masa grasa 0.5 Kg (p=0.036) y en el perímetro de cintura 4.5 cm (p=0.020).
La encuesta de calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D) únicamente se pasó en el grupo experimental, donde se obtuvieron disminuciones significativas en el estado de depresión, reduciéndose 2 puntos (p=0.025).
La capacidad funcional fue valorada específicamente en el grupo intervención, donde se observaron mejoras estadísticamente significativas en la capacidad funcional, un incremento de 1.25 puntos con una significación (p=0.046).
También en el grupo experimental, se vio una disminución significativa de 11.2 mmHg en la TA sistólica (p= 0.001). Respecto al grupo control, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del colesterol LDL que se redujo 5.8 mg/dl (p=0.008) y en la hemoglobina que se redujo 4.1 g/L (p=0.023). Por su parte, el grupo experimental mejoró en casi todos los parámetros, aunque solo se registraron diferencias significativas en el colesterol total que se redujo 7.9 mg/dl (p=0.012), en el colesterol LDL que disminuyó en 7.3 mg/dl (p=0.004), el colesterol HDL que aumento en 3.9 mg/dl (p=0.016) y por último, destacar el aumento que tuvo la vitamina D3 fue de 6.8 ng/ml (p=0.046). Aunque el grupo control haya reducido el colesterol LDL significativamente, la disminución del grupo intervención es mayor y con una significación más cercana al 0.000.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En definitiva, parece que el entrenamiento multicomponente puede mejorar diversos aspectos de la salud y mantener la independencia durante el envejecimiento de los mayores.

7. OBSERVACIONES.
Con este proyecto se ha comenzado una colaboración muy interesante con la Facultad de ciencias de la salud y del deporte de la Universidad de Huesca y nuestro centro de salud, que va a continuar en el 2019, por lo que vamos a poder integrar este proyecto como una actividad comunitaria para ofrecer a los pacientes que cumplan criterios.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/825 ========== ***

Nº de registro: 0825

Título
ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

Autores:
CHARTE ALEGRE MARIA ELENA, CAÑARDO ALASTUEY CLARA, BAYOD CALVO CONCEPCION, ORDAS BITRIAN MERCEDES, TORRES TRASOBARES MARIA LUISA, ESPEJO LORENTE MONICA, BESCOS GARCIA BLANCA, SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

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

PROBLEMA
Hoy en día estamos observando un envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza de vida. Estas personas mayores sufren un deterioro de sus cualidades físicas que contribuyen a que disminuyan sus niveles de actividad física y consecuentemente también empeoran sus patologías de base.
Desde nuestro Centro de Salud hemos visto que hay un porcentaje elevado de inactividad física entre nuestros pacientes y éste es mayor en el grupo de personas mayores de 65 años. Además, hay datos publicados que muestran que la inactividad física es la cuarta causa de muerte en el mundo (OMS, 2017). Por ello creemos que una intervención con actividad física en este grupo poblacional no solo va a mejorar la condición física sino también la calidad de vida y la composición corporal de estas personas. También se espera disminuir el uso de fármacos, la demanda asistencial… y consecuentemente una disminución del gasto sanitario.
Este proyecto necesita la colaboración de un equipo multidisciplinar de profesionales que incluya a médicos, enfermeras y profesionales de la actividad física y del deporte. Para ello contamos con la colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la condición física y la calidad de vida de los pacientes mayores de 65 años del Centro de Salud Perpetuo Socorro que participen en la intervención, así como disminuir los niveles de inactividad física.
Conseguir una adherencia a la actividad física en este grupo poblacional.

MÉTODO
Se realizará un entrenamiento multicomponente adaptado a la condición física de los participantes donde se trabajarán los componentes de la condición física relacionados con la salud (resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y resistencia a la fuerza, equilibrio y flexibilidad) en sesiones de 60-90 minutos 3 veces por semana con una duración de 5-6 meses.
Además de llevarán a cabo reuniones periódicas del Equipo de Atención Primaria e interdisciplinarias, iniciales y de seguimiento, para puesta en común EAP-investigadores
Este proyecto también permite estrechar lazos con la Universidad de Zaragoza.

INDICADORES
Se evaluará la condición física (pre y postintervención) mediante la batería Senior Fitness Test, así como la composición corporal (pre y postintervención) mediante Tanita, tallímetro y cinta métrica. Se pasará una encuesta de calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D). Se medirá la capacidad funcional (índice de Barthel) y TAS, TAD y FC en reposo. También se valorarán posibles cambios analíticos (comparando la analítica pre y postintervención) y si hubiera un cambio en el número de asistencia a consultas (demanda), de ingresos, asistencia a urgencias, tratamiento farmacológico de patologías crónicas (según datos registrados en OMI-AP y HCE). Se valorará la alimentación mediante la cumplimentación del cuestionario de adherencia a dieta mediterránea.
Se requerirá a los sujetos participantes una adherencia al programa que se definirá como la asistencia a más del 80% de las sesiones para realizar la evaluación y el análisis de la intervención.

DURACIÓN
Se pretende que el proyecto tenga una duración aproximada de un curso escolar. Inicialmente se hará una presentación del proyecto al EAP del Centro de Salud (1 ó 2 sesiones de 45-60 minutos), posteriormente se realizará el reclutamiento de sujetos (3 semanas) y se llevará a cabo la evaluación preintervención (2 semanas). La intervención tendrá una durante de unas 20-22 semanas. Finalmente se realizará la evaluación postintervención (2 semanas) y se hará el análisis de resultados (6 semanas).
Se realizará una exposición de los resultados al finalizar (1 ó 2 sesiones).
Se espera que este no sea un proyecto aislado, sino que tenga continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES
Pendiente de valoración por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANCHEZ MOLINA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAULES CUESTA ISABEL MARIA
BESCOS GARCIA BLANCA
CASTELLON CARRERA MARIA JESUS
FERNANDEZ PALMA BELEN
CORTES IZAGA MARIA
ALONSO MORTE JONATAN
URBANO PANADERO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre junio y octubre de 2018 se llevaron a cabo 3 reuniones de los miembros del equipo con las personas responsables de Caritas. Se diseñaron los talleres y se fijaron las fechas de los mismos durante el primer trimestre del curso. Los grupos de mujeres participantes los formaron desde la propia asociación.
Para la elaboración de los talleres preparamos "power points" de cada tema y cuestionarios pre y post taller. Asimismo preparamos técnicas grupales: Brainstorming, fotopalabra, y role-playing.
Se han realizado en total 6 talleres, cada taller lo formaban 2 grupos de aproximadamente 15 personas. Taller "Utilización correcta de servicios sanitarios, prevención de enfermedades crónicas y cv, hábitos saludables" Taller: " Vacunación en adultos y niños, cura de heridas". Taller "Salud de la mujer, prevención de ca-cx, ca-mama." Taller: "Planificación familiar, métodos anticonceptivos, planificar embarazo saludable" Taller: " Primeros auxilios: actuación ante situaciones de urgencia como quemaduras, atragantamiento, PCR,..." Taller: "Nutrición Saludable" .
Hemos impartido una sesión clínica en nuestro centro de salud con el fin de transmitir el proyecto al resto del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº Talleres realizados/ nº Talleres programados: 3/5 Fuente: propia
NºMujeres embarazadas: 6 Fuente: cuestionario
NºMujeres con seguimiento embarazo/nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto: 6/6 Fuente: cuestionario, HCE
Nº mujeres que aprueban utilizar me´todo anticonceptivo/ nº mujeres con necesidad de anticoncepcio´n que acuden al taller: 13/15 Fuente: cuestionario
Nº Mujeres con cribado de ca-cx realizado al finalizar el programa/ nº mujeres que participan en el programa con criterios de cribado: SIN MEDIR DE MOMENTO
Nº Mujeres que saben realizar ejercicios de suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/mujeres que han participado en el taller: SIN MEDIR DE MOMENTO
Un nuevo indicador que podríamos incluir y que medimos con los cuestionarios realizados es:
nº mujeres que conocen como prevenir el ca-cx tras el taller/ nº mujeres participantes en el mismo: 25/34 Fuente: cuestionario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto del presente curso todavía no ha finalizado ya que la intervención que realizamos está incluida en un programa que tiene lugar durante el curso escolar por lo que hay indicadores que todavía no hemos podido evaluar ya que no se han impartido los talleres pertinentes que están programados en estos próximos meses de marzo a junio. Por otro lado nos hemos planteado la inclusión de nuevos indicadores a través de cuestionarios pre y post intervención, también sería útil el poder pasarlos de nuevo a los 3 meses. Hay indicadores que planteamos en el proyecto inicial que se podrían medir obteniendo datos de las historias de las personas que participan en el proyecto pero no tenemos los permisos pertinentes por lo que hemos elaborado otra manera de evaluar a través de cuestionarios. Por lo que en adelante podemos continuar con los indicadores que habíamos elegido y añadir otros relacionados a fin de poder evaluar los esfuerzos y hacer cambios donde se necesiten.
Una aportación al proyecto ha sido que desde la organización, Cáritas, se nos propuso incluir a algunos varones en determinados talleres. Acudieron a 3 de los 6 talleres impartidos 4 varones/taller.
Otra valiosa aportación al proyecto ha sido la inclusión e implicación de estudiantes de enfermería y nutrición y de médicos internos residentes de nuestro centro de salud, así como la inclusión de nuevos talleres no programados en el proyecto inicial pero que a través de las peticiones de los participantes hemos visto interesante realizar.

7. OBSERVACIONES.
Tenemos la duda de si podríamos obtener permiso para entrar en las HCE de las participantes para obtener datos que nos permitan medir algunos indicadores. Otra duda que nos surge es que la coordinadora del proyecto cambia de centro de salud, por una comisión de servicios, y querríamos saber si sería posible su continuidad en el proyecto aunque fuera como participante.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1169 ========== ***

Nº de registro: 1169

Título
FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Autores:
SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR, PAULES CUESTA ISABEL MARIA, CALVERA FANDOS LAURA, BESCOS GARCIA BLANCA, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, FERNANDEZ PALMA BELEN, VELILLA ALONSO TERESA, MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: salud de la mujer
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde las consultas de Atención Primaria percibimos que hay determinados colectivos, como son la etnia gitana, y las mujeres inmigrantes, que precisan de una mayor atención. Proporcionar una adecuada educación sanitaria para el autocuidado y la prevención es tarea ardua en la consulta individual y en la mayor parte de los casos no es suficiente y pensamos que sería muy enriquecedor poder llegar a estas personas a través de intervenciones educativas en la comunidad.

A través de la Asociación de vecinos del barrio Perpetuo Socorro conocimos el proyecto de Caritas con población en riesgo social. Dentro de dicho proyecto contemplan la realización de talleres de educación para la salud dirigidos específicamente a mujeres en situación de vulnerabilidad social y precisaban de personal sanitario para impartirlos.

En octubre de 2017 nos reunimos con la Trabajadora social y Educadora de Caritas y diseñamos un programa de intervención educativa para llevar a cabo durante el curso 2017-18. El programa incluyó talleres y charlas sobre : Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida. Taller de métodos anticonceptivos.Taller de suelo pélvico.Talleres de nutrición que ha constado de 4 sesiones a cada grupo.

Dada la acogida por parte de las mujeres participantes y la evaluación positiva realizada por Caritas sobre la colaboración en su programa a través de estos talleres, nos planteamos el presente proyecto.

En la evaluación del programa llevado a cabo durante este curso, hemos observado una mayor cobertura en el cribado de ca-cx realizado en estas mujeres y un mayor acceso a información en métodos anticonceptivos. Asimismo hemos percibido la necesidad de empoderamiento y autoestima de las mujeres atendidas, por ello se planteó a la psicóloga residente de la USM colaborar en el proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
-Promover el empoderamiento de las mujeres a través de técnicas y métodos ajustados a sus necesidades.
-Mejorar el autocuidado de la mujer, dándoles a conocer diversos aspectos relacionados con la salud en las distintas etapas de la vida.
-Hacer una utilización racional y responsable de los recursos sanitarios.
-Conocer el censo de mujeres embarazadas en este colectivo.
- Objetivos específicos para cada taller.

MÉTODO
-Taller 1: Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida: Informar y mejorar el conocimiento sobre la anatomía femenina, ciclo menstrual y principales formas de prevención de cáncer femenino. Embarazo saludable.

-Taller 2: Aspectos prácticos en la elección y utilización del método anticonceptivo.

- Taller 3: práctica de ejercicios del suelo pélvico.

-Taller 4: Mejorar la calidad nutricional de los platos. Aspectos a tener en cuenta a la hora de hacer la compra. Etiquetado. Grupos de alimentos y plato saludable. Este taller se llevarán a cabo en 4 sesiones, con la colaboración de estudiantes de nutrición en prácticas.
-Taller 5: Salud mental en la comunidad. Acceso, recursos y desarrollo de estrategias de afrontamiento y autoestima

INDICADORES
Nº mujeres embarazadas en este colectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Nº talleres realizados/ Nº talleres programados

Nº Mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/ nºmujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller.

Nº mujeres con cribado ca-cx realizado al finalizar programa/nºmujeres que participan en el programa con criterios de cribado.

Nº mujeres con seguimiento de embarazo realizado/ nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto.

Nº Mujeres que saben realizar ejercicios del suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/ mujeres que han participado en el taller.

DURACIÓN
- Elaboración del programa y puesta en común con Trabajadora Social y Educadora de Caritas para la preparación de los grupos de participantes.(junio-octubre). Tres reuniones
- nº de charlas-talleres en función del número de participantes. Se trabajará con grupos de 8-12 personas. Comenzarán en octubre-noviembre y se llevarán a a cabo a lo largo del curso 2018-2019.
- Reunión en diciembre para seguimiento, evaluación de lo realizado hasta entonces y planificar los restantes talleres.
- Reunión abril-mayo para evaluación final y continuidad próximo curso

OBSERVACIONES
Es un proyecto en la comunidad y las mujeres que participan pertenecen a diferentes centros de salud de Huesca. Los objetivos específicos de cada taller no pueden ser expuestos por falta de espacio en el formulario.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión general de coordinadores del Proyecto 29/09/2018, 25/10/2018, 20/11/2018 y 22/02/2019
Los objetivos de esta fase eran:
Informar, motivar y comprometer en el proceso a todas las personas implicadas en el mismo, niños y niñas, instituciones, personas adultas acompañantes,
Reconocer los espacios
Realizar un diagnóstico participativo de la situación actual de las salas de espera, explorando posibilidades de mejora.
Fechas: se ha realizado entre los meses de octubre de 2018 a febrero del 2019.
Lugar: en el Servicio de Pediatría del Centro de Salud Perpetuo Socorro ubicado en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús y en el Colegio Pio XII

Trabajo de campo:
Niñas y niños de la Comisión de salud del Proyecto Ciudad de las niñas y niños de Huesca el 23/10/2018
Niñas y niños de la Ludoteca Candeleta el 27/11/2018
Pacientes y acompañantes que han acudido a nuestras consultas durante los días 27-29/11/2018 y del 3-5/12/2018
Niñas y niños de 1º de Primaria del Colegio Pío XII el 14-15/01/2019
Niñas y niños de 5 años del Colegio Pío XII el 28-29/01/2019
Niñas y niños de 3º de Primaria del Colegio Pío XII el 4-6/02/2019

El trabajo de campo ha consistido en información del contexto, la apertura de la mirada con otros ejemplos y la exploración del espacio con el sistema de Foto-voice. Se finalizaba con una sesión de relajación-visualización con grabación sonora de cómo sería la sala de espera que imaginan.

Se han elaborado diversos paneles con explicaciones del proyecto, ejemplos de cambios de otras salas de espera, posibles temáticas para su votación, y buzón de ideas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Participantes:
Han participado un total de 177 niños y niñas y 118 personas adultas acompañantes de los niños y niñas al Servicio de Pediatría.

Con los niños y niñas se recogieron sus aportaciones a través de entrevistas participativas apoyadas en los siguientes materiales:
Panel explicativo del proceso
Panel para valorar las posibles temáticas.
Panel para valorar aspectos que podrían hacer más agradable la sala de espera y las propuestas que ya teníamos.
Panel para otras ideas, sugerencias, etc. ambientado como un aeropuerto al que llegan esas ideas escritas en un papel en forma de aviones de papel.
Quedando los datos básicos del niño/niña (sexo, edad y procedencia) así como sus respuestas a las diferentes preguntas recogidas por la persona facilitadora en una hoja de registro.
En el caso de las personas adultas acompañantes se realizó a través de encuestas anónimas.
Los adultos también firmaban autorizaciones para la participación de los niños y niñas a los que acompañaban y que por edad y disponibilidad quisieran participar.

En este momento se están analizando todos los datos recogidos durante el trabajo de campo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La coordinación de los responsables en esta etapa está siendo óptima. Desde el inicio del proyecto se ha creado y fortalecido una red muy interesante de personas implicadas desde diversas entidades, con diversas disciplinas, con participación de niños de diversas edades, procedencias y situaciones personales, lo que hace del proyecto un proyecto de participación muy completo.

Se ha decidido que el proyecto sea parte de un estudio de Investigación Acción Participativa, para lo cual se ha incluido en el equipo a la profesora del Departamento de Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza, Elena Lobo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Efectos no previstos: hasta el momento no se han detectado.

Difusión realizada: de momento no realizada dado la fase del proyecto donde nos encontramos. Próximamente se colocarán carteles informativos, con los resultados que vamos obteniendo, en el pasillo de pediatría, con el objetivo de que los usuarios vean la evolución del proceso.

Linea de mejora: en la rama de investigación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1504 ========== ***

Nº de registro: 1504

Título
"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Autores:
PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS, MARTINEZ OLIVAS SILVIA, SANCHEZ ARCUSA JOSE MIGUEL, GARRIDO JIMENEZ ISIDRO, SEBASTIAN BONED FLOR, AYLLON NEGRILLO ESTER, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

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

PROBLEMA
Dentro del marco de cooperación estable que existe entre el CS P.Socorro y el CEIP Pío XII, una de las actividades consiste en la realización de visitas de los alumnos al CS donde los niños opinan sobre el área de pediatría. Una de las propuestas ha sido la modificación del espacio de la sala de espera.

La pediatría del CS P.Socorro ha apostado por apoyar el Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca. Una intervención de participación infantil donde los niños hacen oír su voz en los temas y las decisiones que les afectan.

El CS P.Socorro ha iniciado la identificación de los activos de salud dentro del marco de la Estrategia de At. Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Uno de ellos ha sido la ludoteca municipal. El proyecto propuesto entra dentro de su línea de actuación.

Al igual que el hogar, la escuela y el entorno, el CS puede ser un espacio de participación de los niños y niñas.

De este modo, la pertinencia del proyecto se basa en la participación de los niños y niñas del consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, del CEIP Pío XII y de la ludoteca municipal Candeleta, en la remodelación de la sala de espera y pasillos del Área de Pediatría del CS Perpetuo Socorro.

RESULTADOS ESPERADOS
OJETIVO GENERAL:
Desarrollar una estrategia de promoción de participación infantil en el Sistema Sanitario Público.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Escuchar de los niños y niñas las propuestas sobre las modificaciones que realizarían sobre la sala de espera y pasillos del área de pediatría del CS P.Socorro.
Transformar las opiniones de estos niños y niñas en acciones concretas.
Que se dé el apoyo de las Instituciones implicadas.
Que se den respuestas a corto o medio plazo a sus propuestas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Que sean los propios niños y niñas los que ejecuten el diseño y la realización de este proyecto.
Que los niños y niñas visualicen los resultados y conozcan el impacto de su participación

MÉTODO
Reunión con miembros del SARES de Huesca para la valoración y pertinencia del Proyecto.

Reunión informativa del Equipo de pediatría del CS Perpetuo Socorro con la Dirección de Atención Primaria y de Atención Especializada.

Reuniones periódicas entre responsables del Proyecto la Ciudad de las niñas y los niños de Huesca, el coordinador de las ludotecas, la dirección del CEIP Pío XII, representantes de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, y del CS del Perpetuo Socorro.

Visita de los niños y niñas a la segunda planta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, área de pediatría, acompañados por responsables de las instituciones implicadas y del personal de mantenimiento del Hospital.

Instalar en la sala de espera, coincidiendo con el periodo de visitas de los niños y niñas ya referidos, un "rincón de ideas" para los niños y niñas que la utilizan durante sus visitas médicas.

Además, y para "ampliar la mirada", se valorará la posibilidad de realizar una exposición de fotografías de salas de espera pediátricas amigables para que pudiera ser votada por los propios niños y niñas usuarios de nuestro CS.

Recogida de las propuestas que realicen los niños y niñas.

Estudio de las propuestas y su viabilidad. Se contará con la participación del personal de mantenimiento del Hospital.

En caso necesario, modificación de las propuestas y sesión con los niños y las niñas para su re-evaluación.

Realización de un presupuesto para su ejecución.

Aprobación del presupuesto.

Realización de las propuestas definitivas con la participación de los niños y niñas.

Se recogerá documentación audiovisual durante todo el proceso con el objetivo de difundir la experiencia.

INDICADORES
La importancia de este proyecto es el PROCESO PARTICIPATIVO. Por lo tanto, se valorará de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas como el de la participación infantil que se haya alcanzado.

Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas

DURACIÓN
El proyecto en sí se desarrollará entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019.

Durante el primer semestre de 2018
- se están realizando reuniones con los responsables de todas las instituciones implicadas.
- Se realiza presupuesto inicial.

En septiembre de 2018
- reunión formal con los responsables de las instituciones implicadas.
- preparación del material de consulta a las niñas y niños (rincón de las ideas, fotografías, ……).

Octubre a diciembre de 2018:
- visita de los niños al área de pediatría del CS. Propuestas iniciales.
- colocación en la sala de espera del "rincón de las ideas"
- exposición de fotografías de salas de espera pediátricas "amigables"
- establecer un sistema de evaluación de la sala de espera y pasillos con distintas técnicas para población infantil.

Enero-marzo de 2019:
- valoración de las propuestas iniciales y consensuar las propuestas definitivas a llevar a cabo.
- elaboración definitiva y aprobación del presupuesto

Abril-diciembre de 2019:
- compra del material necesario
- realización del trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

OBSERVACIONES
Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes. En concreto, se priorizarán los proyectos dirigidos a las siguientes áreas: Atención Comunitaria

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0077

1. TÍTULO

CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA SANCHEZ VELILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Cs Pirineos a continuado incluido en la campaña de la OMS para mejorar la higiene de manos.
Aplicación del instrumento proporcionado por el Marco de autoevaluación de la higiene de manos 2010 con el objetivo de asignar al centro de salud uno de los 4 niveles con respecto a las prácticas de higiene de manos y su promoción.
Conocido el nivel del Centro aplicar los instrumentos de la OMS para mejorar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
. Comparación antes y después de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación

Puntuación año 2015 antes de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación.: 220 (Nivel de higiene de manos Básico)
Puntuación año 2016 después de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación.: 275 (Nivel de higiene de manos Intermedio o Consolidado)
Puntuación año 2017 después de continuar las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del marco de autoevaluación.: 315 (Nivel de higiene de manos Intermedio o Consolidado)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la aplicación de los instrumentos de la OMS hemos mejorado en la puntuación del marco de autoevalución. Queda pendiente amplio margen de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/77 ========== ***

Nº de registro: 0077

Título
CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO

Autores:
SANCHEZ VELILLA MARIA TERESA, JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Información/comunicación/relación con usuarios/ paciente/familiares
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una higiene de manos apropiada, es uno de los métodos más simples y eficaces para disminuir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). No obstante, el personal sanitario omite esta práctica en un 60% de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0077

1. TÍTULO

CONSTITUCION POR PARTE DEL CS PIRINEOS DE BUENAS PRACTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: LAVADO/DESCONTAMINACION DE MANOS ANTES Y DESPUES DEL CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE Y OBJETOS DE SU ENTORNO

las situaciones en las que es necesaria, por estar en contacto con los pacientes. La campaña “Salve Vidas: límpiese las manos”, liderada por la OMS tiene el objeto de invertir esta costumbre.
En nuestro CS se ha analizado el problema y se ha considerado como una oportunidad de mejora basándonos el la estrategia proporcionada por la OMS.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo Principal del proyecto continiar con las mejoras de las prácticas del personal del CS en la higiene de manos.
M ejorar el nivel de puntuación del CS Pirineos respecto a la anterior evaluación con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción.

MÉTODO
Inclusión del CS en la campaña de la OMS para mejorar la higiene de manos en http://www.who.int/gpsc/5may/register/en/index.html

Para conocer la puntuación se aplicará el instrumento proporcionado por el Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2010 .De esta manera se asignará el CS a uno de los 4 niveles con respecto a las prácticas de higiene de las manos y su promoción
-Insuficiente
-Básico
-Intermedio
- avanzado

Una vez conocido el nivel del CS se aplicarán los instrumentos OMS para mejorar siendo responsables de su puesta en marcha los responsables del proyecto, dichos instrumentos están en relación con los indicadores pertinentes que figuran en el Marco, examinadas las áreas en las que se necesita mejorar se elaborará por parte de los responsables del proyecto un Plan de acción para lograr esas mejoras empezando con los instrumentos de la OMS pertinentes

INDICADORES
Comparación antes y después de las mejoras introducidas en los 5 apartados de los componentes del Marco de autoevaluación

DURACIÓN
Inicio Mayo 2016 Finalización Mayo 2017
Mayo 2016: Conocer el nivel el CS en el Marco de autoevaluación de la OMS. (275.- Nivel de Higiene de manos Intermedio o consolidado)
Junio 2016-Abril 2017 examinar las áreas en las que el CS necesita mejorar según los resultados de evaluación y elaborar y poner en marcha un plan de acción para lograr esas mejoras

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA CASTILLO OLIVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLER BLANCO ANA ISABEL
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
NAYA ATARES SERGIO
ROSICO RAMON MARIA TERESA
ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA
GARCIA CALVO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se propone realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes. Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente..
2. Posteriormente se comparará el diagnóstico del radiólogo con el emitido por el médico de familia para realizar un estudio de concordancia.
3. En una segunda parte del proyecto,llegado a un grado de concordancia aceptable tratará de realizar diagnósticos de sospecha para que luego los confirme o no el Radiólogo con el fin de confirmar la habilidades

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El responsable del proyecto ha recibido durante el 2016 un curso de la SEMG (Sociedad Española de Médicos generales y de Familia)con una duración de 2,4 créditos. El contenido de este curso versaba sobre ecografía cervical :Tiroides, tronco supraaortico y glándulas salivales . También tiene formación anterior acreditada de varios cursos de ecografía clínica para AP sobre ecografía abdominal, ecografía músculo esquelética y eco cardiovascular.
Se han realizado a lo largo del año 2017 dos sesiones una teórica y otra práctica sobre el ABC de la ecografía abdominal. Impartidas por el responsable del proyecto. Actualmente solo el responsable del proyecto realiza ecografías en el Centro.
Se han hecho ecografías a 68 pacientes. El número de ecografías por órganos ha sido de 201, correspondientes a el hombro (supraespinoso), tiroides, aorta, hígado, vesícula, riñón y vejiga de las cuales en AP se han detectado 53 patológicas. No se ha valorado el diagnóstico.
El grado de concordancia en Diciembre de 2017 de las 201 ecografías valoradas (Normal, Patológica), tanto en AP como por RX ha sido bueno (kappa 0,77), lo que indica un grado de acuerdo muy aceptable en esta primera valoración en cuanto a distinguir una eco normal de patológica en los órganos antes nombrados.
No se ha medido la satisfacción del paciente aunque no hubo negativas a poder repetir la eco grafía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Entre las lecciones aprendidas está el paso de un diagnostico de presunción clínica aun diagnostico mas preciso clinico-ecográfico. No obstante es una técnica que requiere mucho entrenamiento y una formación regladas una perspectiva muy clínica en su utilización para AP.

7. OBSERVACIONES.
En una continuación de este proyecto se trata de pasar a un segundo nivel para identificar algunas patologías básicas y concretas, al mismo tiempo que continuar con este primer nivel para los que comienzan.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/154 ========== ***

Nº de registro: 0154

Título
PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Autores:
CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, NAYA ATARES SERGIO, ASENSIO GRACIA MAVELI, GARCIA CALVO ANGEL, FOURNIER BEDOYA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías diagnosticables con ECOGRAFÍA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: Hacer ECOGRAFÍA CLÍNICA como en Cariñena

PROBLEMA
En nuestro Centro disponemos de varias técnicas: ECG, Espirometría... que nos ayudan en nuestro trabajo
Pero falta la última técnica que se está implantando: la ECOGRAFÍA CLÍNICA, que es inocua, económica, fácil acceso, dinámica y reproducible
Y los nuevos ecógrafos son digitales y resolutivos
Estas cualidades han llevado a plantearnos este Programa de Mejora y buscar la concordancia con el RADIÓLOGO
En el año 2015 estaba implantado en varias comunidades con Madrid a la cabeza con el 19% de Centros de Salud con ecógrafo
En Aragón solo Cariñena y en algún momento Valdefierro y La Jota
En esos Centros de un total de 5900 casos se han detectado patologías en el 52%
El grado de satisfacción del usuario era de un 82% de muy satisfecho
Hasta ahora la Ecografía solo podía realizarla el Radiólogo “verdadero especialista” y nosotros solo solicitarla como procedimiento diagnóstico
Carecíamos de formación hasta que hemos realizado varios cursos básicos y de perfeccionamiento, todos acreditados para adquirir conocimientos básicos de ECOGRAFÍA CLÍNICA
A los participantes del grupo se les recomendará un curso anual de formación o sesiones clínicas o talleres formativos
La ecografía tiene la capacidad de detectar la ecogenicidad de cada órgano y con Doppler los flujos en los mismos
Por todo ello se pueden detectar todas las estructuras de cada órgano y es usada como diagnóstico por Radiólogos, Cardiólogos, Ginecólogos, Medicina de Urgencias, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Urología, Pediatría y ahora se está implantando en Medicina de Familia
Utilidad del programa de ECOGRAFÍA CLINICA está pensado para patologías frecuentes y básicas que podamos identificar como sospecha y así adelantar al especialista o hacer revisiones de casos ya diagnosticados

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora en los servicios del Centro y en los resultados de la atención
Participación y desarrollo de los profesionales
Mejora de los procesos asistenciales y del paciente pluripatológico
Aplicación de experiencias llevadas a cabo en otros Centros: Cariñena
Aumentar la satisfacción del usuario

MÉTODO
Las medidas que se proponen si se aprueba el Proyecto: realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes
Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente
Así habrá 3 subgrupos:
Realización de Ecografías
José María Castillo Olivera
Sergio Naya Atarés
Tratamiento de datos
Alejandro Fournier Bedoya
Revisión de concordancias
Resto del equipo cada uno en su cupo
El procedimiento sería, REVISIÓN de ecografías según el programa del punto 8, realizadas e informadas por el Radiólogo, y ver la concordancia de las mismas por un observador que lo coteja con el informe
Realizar nuevas ecografías según el programa del punto 8 sobre NUEVOS CASOS ante un observador que lo coteja con el informe del Radiólogo
Ver el grado de concordancia de ambos grupos
En este primer paso y en los siguientes no se tratará de realizar diagnósticos sino solo sospecharlos para que luego los confirme o no el Radiólogo

INDICADORES
Método observacional simple: porcentaje que coincide con el informe del especialista y de los que no coinciden
Programa estadístico SPSS V21 para el análisis de datos
Datos de concordancia cada 6 meses, del grupo de revisiones y de nuevos casos

DURACIÓN
1º año
Sospecha de patología básica
Aorta, hígado, vesícula, tiroides, riñón, vejiga y supraespinoso
2º año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Patología abdominal, urológica y tendinosa
3º año
Patología osteomuscular nerviosa y vascular
4º año
Sospecha de patología cardiológica básica
5º año
Sospecha de patología cardiológica nivel medio
6º año
Patología pancreática, mamaria, testicular, presión venosa central y otros de cursos acreditados

OBSERVACIONES
Si no pudiéramos realizar diagnósticos en CASOS NUEVOS haríamos solo REVISIONES hasta que alcancemos un nivel de concordancia moderado-sustancial que según el índice Kappa sería de 0,41 a 0,80 y poder entonces comenzar con más seguridad con CASOS NUEVOS
Coste 0 puesto que disponemos de Ecógrafo portátil nuevo del Director del Proyecto con ecografía convencional, modo B, Doppler Color y Doppler Pulsado
Cada año se presentará un NUEVO PROYECTO especificando el programa según el capítulo 8

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA CASTILLO OLIVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAYA ATARES SERGIO
ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA
ALLER BLANCO ANA ISABEL
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
ROSICO RAMON MARIA TERESA
GARCIA CALVO ANGEL
IZQUIERDO CUARTERO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto es continuación del iniciado en el año 2016.Además del coordinador se han formado dos médicos más del EAP con el curso de 60 horas organizado por El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, que incluía un programa de ecografia clínica básica:Abdominal, Tiroides, Osteomuscular, Renourológica y Vascular.Dicha formación se ha completado con la participación en el Foro del espacio "ECOGRAFÍA EN AP (POCCUS)", un intercambio de opiniones y formación entre el grupo docente y alumnado mediante la participación donde dos médicos del EAP han subido varios casos clínicos (16) .
El coordinador del proyecto ha dado dos sesiones clínicas en el Centro de Salud, una teórica y otra práctica, para dar a conocer la ecografia clínica al resto de EAP y a los MIR de 4ª año de MF y Comunitaria que ya participan de forma diaria con los médicos de Centro que realizan ecografías.
En el último concurso de traslados se ha incorporado un médico más que realiza ecografia clínica, siendo al final cuatro los médicos los que realizan ecografías en el EAP.
Hemos sido dotados por el SALUD de un ecógrafo GE con el que se han realizando las ecografías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número total de ecografías clínicas realizadas es de 269 que se distribuyen de la siguiente forma:83 abdominales;61 músculo esqueléticas:59 renourológicas;54 de tiroides; 5 vasculares y 4 de partes blandas.
El número total de pacientes a los que se ha realizado ecografia según consta en el ecógrafo es de 256.
Se han encontrado hallazgos con sospecha de patología en 188 de las ecografías realizadas y 81 de ellas han sido dadas como normales.
Como continuación del proyectos inicial 2016, el coordinador del proyecto ha calculado la concordancia a los 101 paciente a los que ha realizado ecografia clínica, con un total de 160 ecografías:52 abdominales; 46 renourologicas; 17 de tiroides; 38 musculo esqueléticas; 5 vasculares y 2 de partes blandas.
Salen a 1,6 ecografías /paciente pues al realizar ecografías abdominales aprovechaba para realizar renourológcias y así procedía con osteomusculares y en otros casos.
De las 160 ecografías se ha obtenido posible patología en 27 abdominales;26 renourologicas; 9 en tiroides; 20 en musculoesquelética;2 en vascular y 1 en partes blandas que suponen un total de 85.
Fueron derivadas a especializada que encontró patología en 82 de ellas .El índice de concordancia es de 0,92

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La ecografia clínica es de gran utilidad en AP, pués si la concordancia con especializada sigue siendo buena, algunos casos pueden derivarse al especialista correspondiente y si no hay patología no hay que hacer derivaciones innecesarias.
Si seguimos mejorando en nuestra formación y continuamos en esta línea el proyecto puede pasar a ser parte de la oferta del Centro de Salud a su población, acorde con la literatura y las diversas sociedades científicas en AP que están apoyando la implantación de esta técnica diagnóstica.
La satisfacción de los usuarios aunque no ha sido cuantificada objetivamente la consideramos buena pues todos se prestan a esta exploración y no ha habido quejas al respecto.

7. OBSERVACIONES.
Se necesita seguir la formación en ecografia al resto del equipo y hacer partícipes a los MIR de MF y Comunitaria de dicha formación.
Se necesitaría adecuar las agendas asistenciales para contemplar también esta actividad.
Otro punto importante es el espacio en que debe ubicarse el ecógrafo de forma permanente en un espacio apropiado.
Por último de cara al futuro se debería poder conectar el ecógrafo a OMI-AP y la historia Clínica Electrónica para poder incorporar esta prueba a la historia clínica del paciente.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/154 ========== ***

Nº de registro: 0154

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Título
PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Autores:
CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, NAYA ATARES SERGIO, ASENSIO GRACIA MAVELI, GARCIA CALVO ANGEL, FOURNIER BEDOYA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías diagnosticables con ECOGRAFÍA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.......: Hacer ECOGRAFÍA CLÍNICA como en Cariñena

PROBLEMA
En nuestro Centro disponemos de varias técnicas: ECG, Espirometría... que nos ayudan en nuestro trabajo
Pero falta la última técnica que se está implantando: la ECOGRAFÍA CLÍNICA, que es inocua, económica, fácil acceso, dinámica y reproducible
Y los nuevos ecógrafos son digitales y resolutivos
Estas cualidades han llevado a plantearnos este Programa de Mejora y buscar la concordancia con el RADIÓLOGO
En el año 2015 estaba implantado en varias comunidades con Madrid a la cabeza con el 19% de Centros de Salud con ecógrafo
En Aragón solo Cariñena y en algún momento Valdefierro y La Jota
En esos Centros de un total de 5900 casos se han detectado patologías en el 52%
El grado de satisfacción del usuario era de un 82% de muy satisfecho
Hasta ahora la Ecografía solo podía realizarla el Radiólogo “verdadero especialista” y nosotros solo solicitarla como procedimiento diagnóstico
Carecíamos de formación hasta que hemos realizado varios cursos básicos y de perfeccionamiento, todos acreditados para adquirir conocimientos básicos de ECOGRAFÍA CLÍNICA
A los participantes del grupo se les recomendará un curso anual de formación o sesiones clínicas o talleres formativos
La ecografía tiene la capacidad de detectar la ecogenicidad de cada órgano y con Doppler los flujos en los mismos
Por todo ello se pueden detectar todas las estructuras de cada órgano y es usada como diagnóstico por Radiólogos, Cardiólogos, Ginecólogos, Medicina de Urgencias, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Urología, Pediatría y ahora se está implantando en Medicina de Familia
Utilidad del programa de ECOGRAFÍA CLINICA está pensado para patologías frecuentes y básicas que podamos identificar como sospecha y así adelantar al especialista o hacer revisiones de casos ya diagnosticados

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora en los servicios del Centro y en los resultados de la atención
Participación y desarrollo de los profesionales
Mejora de los procesos asistenciales y del paciente pluripatológico
Aplicación de experiencias llevadas a cabo en otros Centros: Cariñena
Aumentar la satisfacción del usuario

MÉTODO
Las medidas que se proponen si se aprueba el Proyecto: realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes
Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente
Así habrá 3 subgrupos:
Realización de Ecografías
José María Castillo Olivera
Sergio Naya Atarés
Tratamiento de datos
Alejandro Fournier Bedoya
Revisión de concordancias
Resto del equipo cada uno en su cupo
El procedimiento sería, REVISIÓN de ecografías según el programa del punto 8, realizadas e informadas por el Radiólogo, y ver la concordancia de las mismas por un observador que lo coteja con el informe
Realizar nuevas ecografías según el programa del punto 8 sobre NUEVOS CASOS ante un observador que lo coteja con el informe del Radiólogo
Ver el grado de concordancia de ambos grupos
En este primer paso y en los siguientes no se tratará de realizar diagnósticos sino solo sospecharlos para que luego los confirme o no el Radiólogo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

INDICADORES
Método observacional simple: porcentaje que coincide con el informe del especialista y de los que no coinciden
Programa estadístico SPSS V21 para el análisis de datos
Datos de concordancia cada 6 meses, del grupo de revisiones y de nuevos casos

DURACIÓN
1º año
Sospecha de patología básica
Aorta, hígado, vesícula, tiroides, riñón, vejiga y supraespinoso
2º año
Patología abdominal, urológica y tendinosa
3º año
Patología osteomuscular nerviosa y vascular
4º año
Sospecha de patología cardiológica básica
5º año
Sospecha de patología cardiológica nivel medio
6º año
Patología pancreática, mamaria, testicular, presión venosa central y otros de cursos acreditados

OBSERVACIONES
Si no pudiéramos realizar diagnósticos en CASOS NUEVOS haríamos solo REVISIONES hasta que alcancemos un nivel de concordancia moderado-sustancial que según el índice Kappa sería de 0,41 a 0,80 y poder entonces comenzar con más seguridad con CASOS NUEVOS
Coste 0 puesto que disponemos de Ecógrafo portátil nuevo del Director del Proyecto con ecografía convencional, modo B, Doppler Color y Doppler Pulsado
Cada año se presentará un NUEVO PROYECTO especificando el programa según el capítulo 8

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

Fecha de entrada: 16/03/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES PEÑA ARENAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LOMBA BEATRIZ
BARTOLOME FANDOS LOURDES
UGARTE FARRERONS SOL
LOPEZ PANO ESTELA
COARASA MONTER PILAR
ROYO ROYO SILVIA
FRANCO SANAGUSTIN TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES
1. Se seleccionará un grupo homogéneo y con características similares según el criterio de inclusión formado por 10-15 pacientes.

La actividad se desarrollará en la sala de Juntas de C.S. Pirineos.

2. Se impartirán un total de 5 sesiones de educación grupal por miembros del equipo de enfermería del Centro de Salud Pirineos en el que se desarrollarán diferentes aspectos de la Diabetes, dotando de herramientas al paciente para fomentar el autocuidado y prevención así de las complicaciones derivadas de la enfermedad.
El programa cuenta con 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos que impartirán semanalmente a partir de la fecha establecida que se aproxima que será en el mes de Abril de 2017 estructuradas de la siguiente manera:
Sesión 1: ¿Qué es la Diabetes?
Sesión 2: Nutrición y Ejercicio
Sesión 3: Tratamientos: antidiabéticos orales e insulina
Sesión 4: Complicaciones Agudas y Crónicas
Sesión 5: Pie Diabético
Cada sesión contará de una exposición del tema a abordar por la enfermera responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol- playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de manera activa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos empezado el proyecto con un primer grupo de educación con 13 participantes, del 2de mayo al 6 de Junio teniendo que aumentar una sesión más a petición de los participantes. Durante el periodo vacacional hemos parado la actividad, y la retomaremos a partir del mes de Octubre.
Valorado el primer Indicador " nº de pacientes que han aumentado sus conocimientos sobre DM" Se les pasó una cuestionario de 13 preguntas el primer día, y el mismo cuestionario el último día.
El primer día el resultado fue de un 63,3 % de respuestas acertadas. El último un 73%, produciendose un aumento en un 7,7 %, por lo que si se ha producido un aumento pero quizás menos del esperado.
Creemos que esto es debido al cuestionario, revisaremos para adecuar mejor las preguntas al contenido de las sesiones.

Respecto al segundo indicador "nº de pacientes satisfechos con la actividad", No se les pudo pasar la encuesta de satisfacción por no estar acabada de diseñar por lo que no tenemos resultado de este indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Acciones de mejora propuestas tras el primer seguimiento
Reevaluar el contenido del cuestionario de conocimientos
Terminar de diseñar encuesta de satisfacción

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1143 ========== ***

Nº de registro: 1143

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

Autores:
PEÑA ARENAS MERCEDES, SANCHEZ LOMBA BEATRIZ, BARTOLOME FANDOS LOURDES, UGARTE FARRERONS SOL, LOPEZ PANO ESTELA, COARASA MONTER PILAR, ROYO ROYO SILVIA, FRANCO SANAGUSTIN TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

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

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

PROBLEMA
La incorporación de los programas de educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento de la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado el mejor control glucémico y la reduccio´n de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones,
aunque se requiere de programas educativos mantenidos y de refuerzo a lo largo del tiempo. (7)
“La participacio´n activa del paciente en el manejo diario de la diabetes es la u´nica solucio´n eficaz para el control de la enfermedad y de sus complicaciones a largo plazo” (OMS).

RESULTADOS ESPERADOS
Promover el desarrollo de enfermería en el ámbito de la educación grupal para la salud y su papel relevante en la comunidad.
Aumentar los conocimientos del paciente sobre Diabetes y dotarle de herramientas y recursos que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable que minimicen las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad y por consiguiente aumenten su calidad de vida.
Evaluar la eficacia del programa de educacio´n tomando como indicadores, el aumento de conocimientos, importancia del control glucémico, modificacio´n de conducta y la satisfaccio´n de los participantes.

MÉTODO
Se seleccionará un grupo homogéneo y con características similares según el criterio de inclusión formado por 10-15 pacientes.
La actividad se desarrollará en la sala de Juntas de C.S. Pirineos.
Se impartirán un total de 5 sesiones de educación grupal por miembros del equipo de enfermería del Centro de Salud Pirineos en el que se desarrollarán diferentes aspectos de la Diabetes, dotando de herramientas al paciente para fomentar el autocuidado y prevención así de las complicaciones derivadas de la enfermedad.
Cada sesión contará de una exposición del tema a abordar por la enfermera responsablemediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol- playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de manera activa.

INDICADORES
La evaluación se llevará a cabo mediante los cuestionarios que rellenarán de manera individual los asistentes al programa al principio de la primera sesio´n y despue´s de la u´ltima sesio´n y que versarán sobre:
El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus.
Modificaciones de conducta en la vida diaria.
Importancia del control del nivel glucémico en la enfermedad.
Satisfacción del proyecto a nivel de usuario.
Los indicadores a utilizar:
Número de pacientes que han aumentado sus conocimientos sobre DM tras la intervención de las 5 sesiones.
Número de pacientes satisfechos con el programa.

DURACIÓN
El programa cuenta con 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos que impartirán semanalmente a partir de la fecha establecida que se aproxima que será en el mes de Abril de 2017 estructuradas de la siguiente manera:
Sesión 1: ¿Qué es la Diabetes?
Sesión 2: Nutrición y Ejercicio
Sesión 3: Tratamientos: antidiabéticos orales e insulina
Sesión 4: Complicaciones Agudas y Crónicas
Sesión 5: Pie Diabético.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ SANCHEZ LOMBA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRANCO SANAGUSTIN TERESA
CANUDO AZOR MARIA DOLORES
UGARTE FARRERONS SOL
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
ROMAN ESCARTIN MANUELA
LAMORA PALLAS ESTHER PIRINEOS
BETRAN COARASA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. PROCESO
• ORGANIGRAMAS
• Organigrama planificación y proceso:
• 06/06/17: Decisión de iniciar un proyecto comunitario en el Centro de Salud (C.S.).
• 23/06/17: Análisis de situación, conformación del equipo de proyecto y primeros planteamientos de la Escuela de Salud.
• 21/07/17: Establecimiento de población diana y redacción de indicadores.
• 17/08/17: Propuesta a enfermería para realizar el primer taller de la Escuela de Salud y decisión de realizarla sobre inhaladores por las necesidades detectadas. El primer taller lo proponen los profesionales hasta que haya mayor difusión entre los pacientes de la Escuela de Salud. Se fijan fechas, contenido y población a la que va dirigido.
• 01/09/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.
• 14/09/17: Revisión final del material a entregar y de la sesión a impartir sobre inhaladores.
• 27/09/17: Análisis de evaluaciones.
• 28/09/17: Reunión conjunta entre responsable y matrona para fijar fechas, contenidos y población diana para el segundo taller de la Escuela de Salud sobre ejercicios de suelo pélvico.
• 6/10/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.
• 18/10/17: Revisión final del material a entregar y de la sesión a impartir sobre ejercicios de suelo pélvico.
• 27/10/17: Análisis de evaluaciones.
• 01/11/17: Reunión conjunta entre responsable de proyecto y fisioterapeuta para fijar fechas, contenidos y perfil de pacientes para el taller sobre higiene postural.
• 03/11/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.
• 15/11/17: Revisión de contenidos del taller de higiene postural.
• 24/11/17: Análisis de evaluaciones.

• Organigrama comunicación:
• 16/06/17: Comunicación al equipo de Atención Primaria del C.S. la intención de iniciar un proyecto comunitario acorde a las necesidades que hayan detectado.
• 07/07/17: Presentación al resto de personal del C.S la Escuela de Salud.
• 1/09/17: Comunicación al resto del equipo de salud la fecha de realización del primer taller que será sobre inhaladores, la población a la que va dirigida para que realicen la captación activa desde las consultas y a las administrativas para que registren a los pacientes que soliciten participar. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en zonas comunes del C.S.
• 27/09/17: Tras recibir las evaluaciones del primer taller se reciben bastantes propuestas de los participantes para que realicemos un taller sobre ejercicios de suelo pélvico; por lo que solicitamos la colaboración de la matrona para realizar un taller sobre este tema.
• 6/10/17: Comunicación al resto del equipo de salud incluyendo a las administrativas la fecha de realización del segundo taller que será sobre ejercicios de suelo pélvico, la población a la que va dirigida para que realicen la captación activa desde las consultas. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en zonas comunes del C.S.
• 30/10/17 : Contacto con fisioterapia con la propuesta de hacer un taller sobre ergonomía postural por petición de los usuarios del centro.
• 3/11/17: Comunicación al resto del equipo de salud el contenido, la fecha de realización y la población a la que va dirigida el tercer taller de la Escuela de Salud que será sobre higiene postural, para que realicen la captación activa desde las consultas y a las administrativas para que registren a los pacientes que soliciten participar. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en zonas comunes del C.S.

• Organigrama actividades:
• 26/09/17: PRIMER TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE INHALADORES.
• 26/10/17: SEGUNDO TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO.
• 23/11/17: TERCER TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE EJERCICIOS DE HIGIENE POSTURAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

2. MATERIALES
- Usados:
- Documentos en papel: Folletos informativos para que repartan todos los profesionales en su consulta, hojas de inscripciones para administrativas. Documentos de refuerzo de conocimientos para pacientes en los dos primeros talleres.

- Material didáctico:
- Taller inhaladores: sillas, mesa, proyector, ordenador, inhaladores de prueba con mecanismos diferentes de uso.
- Taller suelo pélvico: sillas, proyector, ordenador, materiales de muestra de diferentes dispositivos que existen en el mercado para refuerzo del suelo pélvico.
- Taller higiene postural: Colchonetas.

- Recursos para pacientes:
- Taller Inhaladores: documento explicativo y recordatorio sobre el uso del inhalador que usaban. Encuesta de satisfacción.
- Taller suelo pélvico: documento explicativo de beneficios de realización de ejercicios de suelo pélvico, rutina de ejercicios para realizar en domicilio y posibilidad de hacer seguimiento individualizado de progresos desde consulta de la matrona. Encuesta de satisfacción.
- Taller de higiene postural: Encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque en el planteamiento inicial no se fijó unos estándares mínimos en los indicadores dado a la novedad del proyecto respecto a otros llevados a cabo en el centro la evaluación de los objetivos que podemos realizar es la siguiente:

- Evaluación del objetivo general:
- El objetivo general de proyecto se ha cumplido en gran medida ya que 2/3 de los talleres planteados fueron por los pacientes e iban encaminados a desarrollar estrategias en prevención de salud aplicables y útiles según han valorado los pacientes en su vida diaria.
- Los talleres seguían una metodología de impartición dinámica y participativa en la que los pacientes dirigían en gran parte la orientación de los objetivos y actividades de la sesión solventando sus inquietudes.
- Asimismo se les hizo partícipes en todo el proceso del proyecto, desde su planificación (teniendo posibilidad de sugerir temas) implantación (adecuando la actividad a sus necesidades) y evaluación (su opinión forma parte de los indicadores a medir y pueden expresar sus opiniones así como sus necesidades sentidas).
- Por todo ello, creemos que este proyecto sigue una línea acertada para empoderar al paciente y reforzar sus conocimientos para mejorar su autonomía y autorresponsabilidad en cuanto a la salud.

- Evaluación de los objetivos específicos:
- Aumentar la participación comunitaria: En el conjunto de los talleres se consiguió una participación total de 19 pacientes diferentes. 2 de ellos repitieron en uno de los siguientes talleres impartidos. Por lo que la participación es mayor que en la media de los proyectos anteriores llevados a cabo en el centro. La edad media de participación fue de 61,75 años. Un 66,6% de los asistentes fueron mujeres.
- Involucrar al paciente en su salud: Los pacientes en 2/3 de los talleres fueron ellos los que decidieron el tema a desarrollar en el siguiente taller según sus necesidades expresadas. Y participaron en todas las sesiones de manera activa y adecuando los talleres para que pudieran seguir poniendo en práctica los conocimientos y habilidades adquiridas en su día a día.
- Reunir a pacientes con las mismas inquietudes y necesidades: La participación era voluntaria por lo que todos ellos compartían esas inquietudes o necesidades a abordar.
- Detectar necesidades de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud: algunas de las necesidades detectadas fueron por parte del paciente y otras por parte de los profesionales. Por lo que los talleres abordaban problemas detectados desde ambos lados de la visión de salud.

4. METODOLOGÍA
- Metodología para la recogida de información de la evaluación:
- Encuestas de satisfacción
- Registro de inscripción y asistencia.

- Indicadores cuantitativos y cualitativos:
1. Nº de sugerencias recibidas:
a. Por profesionales del centro: 5 verbales
b. Por usuarios del centro: 7 sugerencias escritas y numerosas verbales
2. Nº de pacientes que participan en cada taller:
a. La participación total en los tres talleres fue de 21 pacientes. 19 diferentes en todos ellos.
b. La participación desglosada por taller en % según plazas ofertadas fue:
i. Taller inhaladores: 60%
ii. Taller suelo pélvico: 100%
iii. Taller higiene postural: 63%
3. Nº de talleres realizados: contenido. En total se realizaron 3 talleres de manera mensual. El contenido fue muy diverso entre ellos y dirigido a poblaciones diferentes para conseguir una participación más universal, conseguir una mayor difusión del proyecto y llegar a poblaciones más difíciles de captar en consulta y que al ofrecerles recursos más dinámicos y participativos donde veían un beneficio más directo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

para su día a día acudían a las sesiones .
4. Nº de profesionales que participan: Se involucraron la mayoría de los profesionales del centro (admisión, enfermería, matrona, fisioterapeuta, medicina, pediatría…) cada uno desempeñando una función que contribuyó a sacar el proyecto adelante (difusión, propuestas, captación, impartición de taller, recogida de encuestas, registro de asistencia).
Tal y como se pretendía en el planteamiento inicial se consiguió que el proyecto se desarrollase de manera multidisciplinar impartiendo talleres dirigidos por personal de las diferentes categorías profesionales del centro.
5. Grados de conocimiento/ habilidades adquirido antes y después de los talleres: el 95% de los pacientes expresaron como muy útil los conocimientos adquiridos para su vida cotidiana y un 5% como útiles.
6. Grado de satisfacción de los pacientes: el 100% consideraba que habían cumplido sus expectativas y recomendaría el taller.

- Comparación de los cambios al inicio (análisis del problema) y al final:
- Se consiguió involucrar a las diferentes categorías profesionales del centro y pacientes en un proyecto comunitario:
- Captación y difusión: medicina y enfermería.
- Dirección de taller: enfermería, fisioterapia y matrona.
- Registro de pacientes: admisión
- Necesidades detectadas: profesionales y pacientes.
- Evaluación: profesionales y pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Evaluación de los objetivos no alcanzados:
- Hubiese sido positivo continuar con los talleres para abarcar mayor número de temas, mayor participación de otras categorías profesionales y llegar a mayor población.
- Aunque no se realizó curva de conocimientos posteriormente se reforzaba a nivel individual en consulta a los pacientes sobre las habilidades aprendidas.
- Faltó mayor difusión a los pacientes de las actividades que se iban a realizar ya que en alguno de los talleres faltaron plazas por cubrir.

5.CONCLUSIONES
Aunque todos los participantes valoraron como útil los talleres, es cierto que también consideraron como positivo ampliar el número de sesiones de cada temática de talleres para aumentar y fijar los conocimientos y habilidades aprendidas en este primero, por lo que sería positivo una vez identificadas algunas de las necesidades expresadas por los pacientes ampliar el número de sesiones de cada taller.
Asimismo, sería positivo mejorar la difusión y realizar un mejor y exhaustivo análisis de la población que pertenece al centro de salud para garantizar una equidad en la atención y acceso a los talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1311 ========== ***

Nº de registro: 1311

Título
ESCUELA DE SALUD

Autores:
SANCHEZ LOMBA BEATRIZ, FRANCO SANAGUSTIN TERESA, CANUDO AZOR MARIA DOLORES, UGARTE FARRERONS SOL, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, ROMAN ESCARTIN MANUELA, LAMORA PALLAS MARIA ESTHER, BETRAN COARASA LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

PROBLEMA
Este proyecto trata de dar respuesta a las nuevas inquietudes de salud de los ciudadanos, poniendo en práctica los nuevos paradigmas emergentes enfocados a la Salutogénesis del individuo, dejando atrás un modelo patriarcal y enfocado en la patogeneidad y teniendo en cuenta la diversidad de grupos de población y necesidades que acoge este Centro de Salud.
Se pretende combinar la educación para la salud, que comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar los conocimientos de la población y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud y la promoción de salud, que tiene como finalidad empoderar a los ciudadanos, es decir, responsabilizarles en la defensa de la salud propia y colectiva.
Gracias a la amplia variedad de profesionales de la salud que conforman el Centro, es viable este proyecto y lo capacita para dar una atención interdisciplinar, integral y de calidad, en el que se incluye la prevención (primaria, secundaria y terciaria), el tratamiento, la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración y socialización) y la promoción de salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud) en todas las esferas bio-psico-sociales del individuo, abordándolas desde las tres áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales.

RESULTADOS ESPERADOS
• Generales:
• Mejorar y dotar al paciente de habilidades y herramientas que le ayuden a solventar las necesidades que haya identificado.
• Específicos:
• Aumentar la participación comunitaria
• Involucrar al paciente en su salud
• Reunir a pacientes con las mismas inquietudes y necesidades
• Detectar necesidades de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud.

MÉTODO
• La difusión se realizará indirectamente mediante carteles y folletos informativos y de manera directa por los profesionales del Centro de Salud.
• Quedarán a la disposición de los pacientes un buzón de sugerencias donde puedan dejar sus propuestas de temas a tratar.
• Según el número de peticiones se elegirá cada mes el tema del siguiente taller grupal.
• Se llevará a cabo en el Centro de Salud en una sala acondicionada para la actividad que se vaya a realizar.
• Las sesiones serán interactivas y dinámicas en las que primará la participación de los pacientes.
• Cada sesión será dirigida por uno o varios profesionales de salud del Centro según el área del tema a tratar.

INDICADORES
•Indicadores:
• Porcentaje de satisfacción de los asistentes
• Nº de asistentes a las sesiones
• Porcentaje de pacientes que refiere haber ampliado sus conocimientos o habilidades sobre el tema de salud tratado.
• Porcentaje de pacientes que indica que los conocimientos adquiridos son útiles para su vida diaria.
•Evaluación:
• Mediante encuestas tras las sesiones.

DURACIÓN
• La duración del proyecto será de un año en el que se impartirán sesiones/ talleres mensuales.
• Cada sesión/taller tendrá una duración de una hora.

OBSERVACIONES
Se podría plantear una ampliación de un tema concreto tratado en uno de los talleres desglosándolo en varias sesiones en caso de identificar un gran interés o necesidad de la población.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

1. TÍTULO

INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LAIATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO CASTILLON FANTOVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMORA PALLAS ESTER
LUESMA GUIRAL MIGUEL
TORRIJO CASCANTE MIGUEL ANGEL
CLAVER GERMAN ALFREDO
CHAVERRI ALAMAN EVA
ESCAR RIVERA MARIA ISABEL
AGUARON JOVEN EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tres sesiones de equipo, multidisciplinar, explicando las consecuencias de la terapia Triple Wammy consensuando el protocolo de actuación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disminución de 32% de pacientes en tratamiento con TW a fecha diciembre 2018 en la población diana

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Metodología, tanto por parte de Medicina como de Enfermería para identificar pacientes en terapia con TW y modificar el tratamiento

7. OBSERVACIONES.
Nos gustaría continuar con el proyecto durante el año 2019 y conseguir disminuir en más del 50% a los pacientes en terapia con TW

*** ========== Resumen del proyecto 2018/770 ========== ***

Nº de registro: 0770

Título
INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Autores:
CASTILLON FANTOVA ANTONIO, LAMORA PALLAS ESTER, LUESMA GUIRAL MIGUEL, TORRIJO CASCANTE MARIA ANGEL, CLAVER ALFREDO, CHAVERRI ALAMAN EVA, ESCAR RIVERA MARIA ISABEL, AGUARON JOVEN EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Insuficiencia renal
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Una vez conocidos y analizados los datos de cartera de servicios de 2017, se apreció que uno de los puntos de mejora por parte del equipo era la disminución de los pacientes en tratamiento con triple Whammy (TW)
Durante el año 2017 la disminución de pacientes con estos tratamientos fue mínima. Se trata de pacientes que debido a esta triple terapia tienen un riesgo considerable de fracaso renal agudo y un aumento concomitante del número de ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Disminución entre 40 y 50% de pacientes en tratamiento con TW a final de año
Población diana : Usuarios del C. de S. Pirineos mayores de 18 años

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

1. TÍTULO

INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LAIATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

MÉTODO
Realización en Mayo de 2018 de sesión clínica conjunta para Medicina, Enfermería y Admisión presentando el riesgo de la TW y explicando los fármacos que forman parte de cada grupo y determinando estrategias conjuntas.
Obtención por medio del cuadro de mandos del listado de pacientes en tratamiento crónico con TW
Admisión se encargará de identificar a estos pacientes en el encabezamiento de su historia con una TW, durante el mes de mayo para que su médico-enfermera lo identifique y actúe en consecuencia
Posteriormente intervención individualizada con cada médico y enfermera con recomendaciones para la supresión de uno o más componentes de la TW. Propuesta de alternativa, si procede, de alguno de los fármacos componentes de la TW.
En Octubre de 2018 se realiza Sesión Clínica de todo el equipo presentando datos y aplicando de nuevo las medidas anteriormente citadas si la evolución de las cifras no fuera descendente como se prevé

INDICADORES
Número de pacientes mayores de 18 años en tratamiento crónico obtenido del cuadro de mandos
Monitorización de la función renal (FR): Revisión de la FR en los 6 meses previos al estudio, si estaba ya conTW. Si no se disponía cifra de FR se recomienda solicitarla. Estos datos se obtendrán de la historia informatizada en OMI-AP
Valor a alcanzar: Se espera al final del estudio una disminución del 40-50% del número de pacientes en tratamiento con TW

DURACIÓN
Inicio del proyecto, mayo de 2018 por medio de una sesión clínica conjunta, impartida por el coordinador del proyecto.
Durante los meses de mayo a septiembre, intervención por parte de Medicina y Enfermería sobre los pacientes con TW; con posterior intervención individualizada si se precisara, durante este mismo periodo.
En octubre de 2018, nueva sesión clínica conjunta de análisis de los datos obtenidos realizada por el coordinador del proyecto
En diciembre de 2018, finalización del proyecto con presentación de los datos obtenidos en enero de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ALAYETO GASTON
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAMBA MORER BARBARA
SANCHEZ LUCAS NAIARA
GIL PELEATO EVA
CARCELLER TEJEDOR AMAYA
CALVERA FANDOS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISION BIBLIOGRAFICA
SELECCIÓN PROTOCOLOS Y TESTS
CONFECCION PROTOCOLOS
COMIENZO USO PROTOCOLOS DESDE ABRIL 2018
lOS PROTOCOLOS ESTAN GUARDADOS EN DOCUMENTO WORD Y UTILIZADOS POR LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA DE NEUROPSICOLOGIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CONFECCION E INCORPORACIÓN DE 5 TIPOS DE PROTOCOLOS DE EXPLORACON:
-DETERIORO COGNITIVO MAYORES DE 65 AÑOS
-ESCLEROSIS MULTIPLE
-ABUSO DE ALCOHOL
-TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO
-HIDROCEFALEA
NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DESDE ABRIL DE 2018 HASTA ENERO DE 2018: 145 PERSONAS
NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS MISMO PERIODO DE 2017: 128 PERSONAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reducir el tiempo requerido por paciente a través de la implantación del uso de protocolos por objetivos de evaluación permite incrementar la eficiencia del servicio ofrecido, permitiendo atender mayor número de pacientes (preservando la calidad de la atención y de los resultados obtenidos).
Por otro lado, los protocolos son subsidiarios de mejora continua, han de estar basados en la literatura científica sin perder de vista que al mismo tiempo han de adecuarse a los objetivos planteados desde las distintas unidades derivantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/114 ========== ***

Nº de registro: 0114

Título
PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Autores:
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES, MORER BAMBA BARBARA, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GIL PELEATO EVA, CARCELLER TEJEDOR AMAYA, CALVERA FANDOS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En marzo de 2016 se pone en funcionamiento el Programa de Neuropsicología, dentro del Servicio de Atención Continuada de la especialidad, en el hospital San Jorge de Huesca .
En estos momentos el programa se lleva a cabo por un residente de psicología bajo la supervisión de psicólogo adjunto, durante dos tardes (de 4 horas) a la semana. Desde su puesta en funcionamiento las derivaciones de pcientes por parte de los diversos servicios (neurología, psicogeriatría, UHB de psiquiatría, unidades de salud mental...) para la realización de exploraciones neuropsicológicas ha aumentado considerablemente. Se hace necesario reducir el el tiempo requerido por paciente sin que redunde en la calidad de las exploraciones. Se plantea para ello la confección de protocolos de evaluación (por objetivos de evaluación) que permitan incrementar la eficiencia del servicio, preservando la calidad de la atención y de los resultados obtenidos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es poder evaluar a los pacientes derivados a la unidad según diferentes protocolos de evaluación neuropsicológica confeccionados por objetivos de evaluación, una vez revisada la literatura, seleccionados los tipos de protocolos y los test y baterías que compongan cada uno de ellos. Con ello se optimizará el procedimiento de evaluación, reduciendo drásticamente el tiempo previo dedicado a la selección de pruebas (hasta ahora de forma individualizada), este ahorro de tiempo redundará en: mejor atención, incremento de pacientes evaluados, realización de tareas (corrección de pruebas, realización de informes)...

MÉTODO
1- REVISION BIBIOGRAFICA: Revisar los protocolos realizados por otras unidades : A cargo del residente bajo supervisión psicólogo adjunto.

2.- ELECCION DE LOS TIPOS DE PROTOCOLOS POR OBJETIVOS: Una vez revisada la literatura y teniendo en cuenta las particularidades de la demanda atendida se elegirán los distintos tipos de protocolos (ejemplos de posibles tipos de protocolos: protocolo para casos de sospecha de demencia en personas mayores de 65 años; protocolo para casos de personas con historial de abuso de tóxicos, protocolo para casos de TCE, ACV...etc)

3.- SELECCION DE LOS TESTS Y BATERIAS que compondrán los distintos protocolos de evaluación: Seleccionar aquellos que se adapten a las necesidades de la unidad y requerimientos del tipo de demanda.

4.- CONFECCION DE LOS PROTOCOLOS

5.- COMENZAR EXPLORACIONES SEGUN PROTOCOLOS

6.- EVALUACION: Protocolos de evaluación y nº de pacientes explorados por tipo de protocolo

INDICADORES
1.- PROTOCOLOS CONFECCIONADOS: Tipos de protocolo según objetivos de evaluación y test y baterías que componen cada uno de los tipos de protocolo.
2.- Nº DE PACIENTES EVALUADOS POR PROTOCOLO CONFECCIONADO

Pacientes que se benefician de cada uno de los tipos de protocolo confeccionados

DURACIÓN
8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO DEL PROYECTO: 1 DE MARZO 2018

FIN DEL PROYECTO: indefinido

CRONOGRAMA:

-1 y 2: REVISION BIBLIOGRAFICA y ELECCION DE LOS TIPOS DE PROTOCOLOS POR OBJETIVOS: MARZO 2018
-3 y 4: SELECCION DE LOS TESTS Y BATERIAS y CONFECCION PROTOCOLOS: MARZO DE 2018
-5.- EXPLORACIONES SEGÚN PROTOCOLOS: A PARTIR DE DE ABRIL 2018
-6.- EVALUACION: JULIO 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1451

1. TÍTULO

TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE SASO BOSQUE
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CODERA LLENA MANUEL
RETORTILLO MUÑOZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han elaborado tripticos y poster :"COMO SALVAR UN DIENTE DEFINITIVO VOLANDO" .
Se han distribuido los poster en:
-todos los centros de salud (consultas de pediatria) del sector Huesca
- todos los colegios publicos y concertados de Huesca capital
Los tripticos se han distribuido en centros escolares a alumnos de 2º primaria, asi como a profesorado.
Asimismo se han realizado charlas educativas respecto a como actuar ante un traumatismo dental, dada la importancia de la precocidad de tto.
-Curso para medicos,que incluyo tema sobre traumatismos,impartido en la unidad docente
-Atencion insitu a escolar accidentado en patio de recreo,con fractura incisivo central.Localizacion fragmento e instrucciones.
-ningun caso de avulsión en consulta de centro de salud pirineos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aproximadamente 500 escolares,50 profesores (y alumnos en practicas)
Los profesores y todos los centros tienen expuesto en lugar visible el protocolo a seguir en caso de fracturas o avulsion dental y actuan inmediatamente,

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El pabij incluye desde el año en que que cumplen 6 y hasta el año que cumple 13 (discapacitados 16). La actividad educativa en colegios se centra en 5-(que ya cumplen 6 y por tanto entran), 6 y 7, en general.
La idea de mejora es ampliar mas edades en cuanto al tema de traumatismos para el curso proximo.Y sobre todo,que sepan que esta asistencia esta cubierta por parte del odontologo de atencion primaria, ya que hemos detectado a traves de encuestas realizadas en colegios que muchos padres no tienen este conocimiento,

7. OBSERVACIONES.
Destacar la importancia del tema, ya que ahora es muy improbable que un niño pierda un diente anterior (incisivos) por caries, siendo los traumatismos los que representan la causa de pérdida por no haber actuado correctamente en la media hora posterior al traumatismo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1451 ========== ***

Nº de registro: 1451

Título
ATENCION A LOS TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ

Autores:
SASO BOSQUE MARIA JOSE, RETORTILLO MUÑOZ MARIA, CODERA LLENA MANUEL, HIDALGO OLIVARES GONZALO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRAUMATISMO DENTAL-AVULSIÓN
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
ACTUACIÓN INMEDIATA EN LOS CASOS DE TRAUMATISMO EN GENERAL Y AVULSIONES Y FRACTURAS DE PERMANENTES EN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1451

1. TÍTULO

TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DEL PROGRAMA PABIJ

PARTICULAR:
REPOSICION DEL FRAGMENTO FRACTURADO Y REIMPLANTACION INMEDIATA DEL DIENTE AVULSIONADO.
CONTROL RADIOGRAFICO Y FERULIZACIÓN SI FUERA NECESARIA.

RESULTADOS ESPERADOS
ATENCION TEMPRANA A LOS TRAUMATISMOS DENTALES
CONSERVACIÓN DEL DIENTE PERMANENTE EN BOCA.
(LA ACTUACIÓN INMEDIATA ES FUNDAMENTAL PARA LA VIABILIDAD DE LA PIEZA)

MÉTODO
INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN DIANA, FAMILIARES Y DOCENTES EN CENTROS DE SALUD Y COLEGIOS RESPECTIVAMENTE MEDIANTE TRIPTICOS INFORMATIVOS, CHARLAS EDUCATIVAS Y POSTERS.

INDICADORES
REGISTRO DE LAS ACTIVIDADS DIVULGATIVAS EN COLEGIOS Y CENTROS DE SALUD Y ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRAUMATIZADOS.

DURACIÓN
YA SE HA EMPEZADO A REALIZAR LA PARTE EDUCATIVA EN COLEGIOS Y CENTROS DE SALUD.
SE HA SOLICITADO TAMBIEN EL MATERIAL NECESARIO PARA MEJORAR LA ATENCION Y PODER REALIZAR RADIOGRAFIAS, REPOSICIONES Y FERULIZACIONES PROPORCIONANDO ASI UNA ASISTENCIA COMPLETA Y NO SOLO ORIENTATIVA COMO SE VENIA REALIZANDO HASTA AHORA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA CANO SANCHEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MELENDO MORENO MARIA PILAR
GONZALEZ TORRES EDUARDO
RIVILLA MARUGAN LAURA
RIO ABARCA TERESA
LABARTA BELLOSTAS MARIA
CINCA MONTERDE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Febrero 2018: reunión Equipo Atención Primaria /ASAPME/ Trabajador Social Comarca y Equipo de Salud Mental.
Mayo y septiembre 2018: reunión de coordinación del responsable del Centro de Salud con responsable de ASAPME
Mayo 2018: explicación del proyecto en la facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte (Universidad de Zaragoza, campus de Huesca), como parte de la asignatura “ejercicio físico en poblaciones específicas”. En esta actividad nos acompañaron profesionales y usuarios de AVIFES (Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental) y se proyectó el documental “Y si te dijeran que puedes, Premio Somos Pacientes 2018 como la “Mejor Iniciativa de concienciación social”
Octubre 2018: excursión el domingo 28 octubre de usuarios, familiares y profesionales, de 3 horas de duración y con visita a una Ermita de la zona.
Diciembre 2018: “Vermut navideño”

Se ha realizado 1 sesión semanal de ejercicio físico durante todo el año ininterrumpidamente (46 sesiones), con una duración media de 1 hora. Una vez al mes la sesión se ha prolongado con 1 hora de ejercicio dirigido por la fisioterapeuta del Centro de Salud (estiramientos y propiocepción).
En alguna de las salidas nos ha acompañado personal del Grupo de Montaña de Sabiñánigo con propuesta de rutas por su parte.

Se ha incorporado la actividad al blog de “Estrategia Atención Comunitaria Aragón”, para que los profesionales de la zona puedan ofrecer el proyecto como un recurso más a los usuarios que crean necesarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Participación usuarios: entre 6-11 personas por sesión. De ellos la participación de voluntarios “sanos” ha oscilado entre 1 y 4. Medido mediante registro de asistencia.
– N.º de usuarios que asistieron a la primera sesión (INDICADOR 1): 14 usuarios.
– Número de usuarios que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: 9 en total. Corresponde a un 64% del número inicial de usuarios (superior al 40% de los indicadores)

-Participación de profesionales de distintas entidades comunitarias: en todas las sesiones ha habido un mínimo de un profesional: terapeuta ocupacional de Asapme, personal del Centro de Salud (medicina, enfermería, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, administrativo) o personal de Comarca (trabajador social). Su implicación ha sido constante y muy bien coordinada.

-Se ha conseguido crear una rutina semanal de ejercicio sin realizar ningún parón, ni siquiera en vacaciones estivales y navideñas.
En algunos usuarios que tenían nivel previo de actividad limitado, se observa mejora en capacidad de actividad física, ya que inicialmente paraban al poco del inicio de la actividad y ahora pueden completar el mismo recorrido que el resto.

- Se ha conseguido que varios de los usuarios realicen ejercicio no sólo el día de la actividad sino en sesiones fuera del programa.

-Socialización significativa entre los usuarios, interacción no dirigida entre ellos, satisfacción percibida entre usuarios (observación directa, principalmente a cargo de profesional de Asapme).
Algunos de los participantes han asumido el rol de líder, en caso de que sea necesario desagregar el grupo por la diferente capacidad física de los asistentes, alguno de los voluntarios se coordina con el profesional para hacer dos grupos según nivel.
-Aunque no estaba prevista inicialmente la monitorización de parámetros analíticos, y de hecho no se ha hecho de forma reglada, en los dos diabéticos del grupo se ha observado una mejora significativa de su control metabólico (sin cambios en tratamiento) pasando uno de ellos de una HBA1C de 8 en diciembre 2017 a 7,4 en junio 2018. La otra usuaria presentaba HBA1C de 8 en agosto 2017 y 6,8 en agosto 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-La principal conclusión: es una actividad muy bien acogida tanto por los usuarios como por los profesionales. A parte del ejercicio físico como herramienta terapeuta fundamental de salud físico-psíquica, se ha trabajado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

el estigma de la enfermedad mental. Ha dejado de ser importante
reconocer a qué grupo pertenecen las nuevas incorporaciones.

-Efecto no esperado: llegan nuevas incorporaciones al grupo con distintas problemáticas como son el aislamiento social, miedo a caminar sola por problemas de audición, pacientes en recuperación tras quimioterapia....

-Objetivo no cumplido: Sigue sin poder cumplirse la hora semanal de ejercicio en el agua con monitor, debido al cambio de empresa encargada de servicios municipales.

-Áreas de mejora: Se han colocado carteles distribuidos en el municipio para promover la iniciativa de los paseos y recordarlo de forma continuada a la ciudadanía en general.
También está previsto editar una cuña de radio dentro de la sección de actividades culturales de la zona.

7. OBSERVACIONES.
La excursión extra tiene muy buena acogida entre los asistentes y está prevista realizar otra en primavera. Se intentará ofertar esta actividad al menos dos veces al año.
En este punto se nos plantea el problema de que no disponemos de transporte hasta el punto de partida (Comarca puede ofrecer vehículo, pero no los fines de semana); ni seguro de responsabilidad para la actividad. En la única ocasión en que se ha realizado los usuarios firmaron un documento de descargo de responsabilidad.
También se intentará realizar actividades conjuntas con AVIFES (Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental).

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1530 ========== ***

Nº de registro: 1530

Título
SIN QUEBRANTAR HUESO. PROGRAMA DE PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANAO MARTIN ADOLFO, ANDRES RUIZ AINHARA, RIO ABARCA TERESA, GARCIA ALVAREZ PEDRO, LABARTA BELLOSTA MARIA, CANO SANCHEZ MARGARITA, CINCA MONTERDE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Pocos tratamientos farmacológicos tienen un impacto en mortalidad, calidad de vida y prevención de enfermedad comparable al ejercicio físico. Sin embargo, muchas veces el consejo sanitario es poco efectivo, hecho que se constata aún más en pacientes psiquiátricos, en los que muchas veces coexisten problemas de sobrepeso, sedentarismo y enfermedades asociadas, y por tanto podrían beneficiarse especialmente si lo llevaran a cabo. Es frecuente que centremos nuestra intervención sanitaria en el ámbito de su salud mental, incidiendo menos en prevención cardiovascular o bienestar físico.
Además, en muchas ocasiones, estos pacientes presentan cierta tendencia al aislamiento social, lo que dificulta aún más la realización de ejercicio

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos fomentar la práctica de ejercicio físico a la vez que la socialización de pacientes psiquiátricos. Para ello formaremos desde el centro de salud un grupo constituido al 50% por pacientes psiquiátricos y 50% por voluntarios sin patología. Los pacientes a los que se ofrecerá este proyecto deberán tener una mínima capacidad física, que permita caminar al menos media hora a ritmo ligero

MÉTODO
Se ofertará actividad en el grupo 1 o 2 días por semana, según recursos.La captación de pacientes se realizará por parte de atención primaria, equipo de salud mental y trabajadores sociales. La enfermera de salud mental

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

será la encargada de convocar a los pacientes que deseen participar
Uno de los días contaremos con la colaboración del servicio municipal de deportes que pondrá a nuestra disposición durante 1 hora la piscina climatizada con monitor
El otro día se realizarán paseos de entre media hora y cincuenta minutos a ritmo considerado moderado. Según la preparación del profesional que conduzca el grupo de podrá complementar con ejercicios de fuerza y estiramiento.
La fisioterapeuta del centro de salud supervisará periódicamente estos ejercicios
Contamos con la participación en el acompañamiento a pacientes de ASAPME (asociación aragonesa pro salud mental), trabajadores sociales de comarca, personal sanitario y no sanitario del centro. Abierto a otras asociaciones o colectivos en un futuro

INDICADORES
Indicador nº 1
Número de pacientes que realizan la 1ª sesión de ejercicios
Valor mínimo pacientes 5. Valor máximo 10
Indicador nº 2 (medido al año de inicio del proyecto)
Número de pacientes que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: valor mínimo: 40% de los pacientes al inicio

DURACIÓN
Inicio en Octubre 2017.Responsables los que figuran como miembros del equipo de mejora. Sin fecha fin programada

OBSERVACIONES
Se nos plantea la duda de si precisaríamos algún tipo de seguro para desarrollar el proyecto

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO

Fecha de entrada: 24/12/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA RIO ABARCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FERRER VIRGINIA
VICENTE CAMPOMANES ELBA
PICKFORD SARA
HERNANDEZ AGUSTIN LUISA
LABARTA BELLOSTAS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Soprte comunicacion entre profesionales At continuada/At primaria
-Sesiones (dispositivos de via aerea, desfibilador manual, codigo infarto) y curso formativo 20h de urgencias en el ambito de at primaria en el Hosp Jaca.
-Actualizaciones de los set de urgencias se añadio un set nuevo de acidemia propionica.
- Revisiones semanales y mensual de sala de urgencias y maletin coche

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se considera adecuada la formacion realizada ya que no se pudo impartir el taller de RCP pero se cumplio con sesiones y curso formativo.
El soporte de comunicacion funciono adecuadamente los primeros meses, despues se ha obsevado una disminucion de casos.
Aumento del % de cumplimiento de revisiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir los sets de urgencias y parto en rev periodicas al igual que el nuevo desfibrilador.
Mejorar e insistir en el panel de soporte pa comunicaciones.
Anotar los problemas en hoja de incidencias y enviar al Coordinador.
Se hara propuesta para modificar las pautas de revisiones de la sala y malentin, incluyendo al personal que no haga guardias en At primaria.

7. OBSERVACIONES.
Vamos a incluir en el programa los nuevos componentes anteriormente mencionados ya que ni Mar lobarda ni Marta Mañe permanecen en este centro.
Quermos establecer una mejora en el carro de paros y la sala donde se guarda las botellas de O2 hay que revisarla y hablarlo con el coordinador.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/814 ========== ***

Nº de registro: 0814

Título
MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Autores:
RIO ABARCA TERESA, MAÑE GODE MARTA, LORBADA PACHECO MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante el pasado año desarrollamos un proceso de mejora del área de urgencias de nuestro centro de salud. Aunque se han conseguido mejorar algunos aspectos como las revisiones de la sala de urgencias y el maletín del coche, o la formación de los profesionales en emergencias, quedan aún aspectos mejorables
Se ha detectado falta de comunicación entre los profesionales de consulta y los de atención continuada
También se ha incrementado la formación en emergencias, pero es preciso continuar en esta linea y fomentar la coordinación con nuestra UME de referencia

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la comunicación entre los profesionales de consulta, los de atención continuada y los de 061
Mejorar la formación del personal del centro de salud en atención a la emergencia
Facilitar la atención a la emergencia

MÉTODO
En el área de urgencias se dispondrá de un soporte de comunicación (pizarra o corcho) para informar sobre pacientes susceptibles de atención durante el horario de atención continuada (terminales, inestables etc). Del mismo modo se informará, por parte de los profesionales de atención continuada de los casos de mayor gravedad o susceptibles de seguimiento atendidos durante la jornada de atención continuada
Se realizará un taller de formación en RCP avanzada que será llevado a cabo por los profesionales de la UME de Sabiñánigo, en horario de tarde y de 4 horas de duración
También se realizará sesión recordatoria de las patologías de las que se realizó set de urgencias en programa de mejora de año pasado (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones, intoxicaciones, s. coronario agudo, arritmias)
Se intentará optimizar la cumplimentación de las hojas de revisiones de urgencias

INDICADORES
1/ Asistencia al taller de RCP avanzada que se realizará en colaboración con UME de Sabiñánigo (hoja de firmas)
2/ Grado de cumpliemtnación de hoja de firmas de revisiones de urgencias. Tendrá que haberse realizado revisión y firma mensual del maletín del coche. Revisión y firma semanal del área de urgencias

DURACIÓN
Entre Enero y febrero se reliazará el taller con la UME de Sabiñánigo (ya acordado con ellos con la supervisión del 061), según disponibilidad ponentes
En Junio se realizará sesión de recordatorio de las patologías de las que realizamos set de emergencias (ver proyecto año pasado)
Desde Octubre 2016 se ha instalado en área de urgencias el soporte para el intercambio de información entre profesionales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ..... TERESA RIO ABARCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAÑE GODE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha establecido como vía de comunciación entre los profesionales de primaria y los de atención continuada un corcho en el área de urgencia, donde se informa de pacientes críticos, terminales, ingresados etc
- Se han realizado 3 sesiones sobre código infarto: 1/ SESIÓN GENERAL 2/ CASOS CLÍNICOS 3/ DERIVACIONES ESPECIALES ECG (hoja de firmas de asistentes)
Se han formado dos profesionales del centro en código ictus (fin de formación Diciembre 2017). Realizarán sesión para el centro en Enero 2018
-Se ha actualizado el set de ANAFILAXIA elaborado en proyecto previo acorde a nueva guía del SALUD
-Se ha organizado un nuevo SET de atención a lactante con ACIDEMIA PROPIÓNICA por un caso grave declarado en nuestro área
- Se ha continuado con las revisiones del área de urgencias y el maletín de domicilios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado la revisión del área de urgencias y el maletín de domicilios. La revisión del maletín se ha completado de forma mensual (con una sola excepción) como estaba programada. La revsión del área de urgencias, aunque se ha mejorado con respecto a anterior valoración, no se ha hecho de forma semanal como estaba previsto, con un mínimo de 1 vez al mes y un máximo de 4.
No se ha conseguido realizar sesión conjunta con UME de Sabiñánigo por cambios en personal de la misma (motivos ajenos al centro de salud)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente mejorar perioricidad revisiones urgencias
Pendiente actualización RCP
Una medida sencilla como un corcho en urgencias ha mejorado comunicación sobre pacientes críticos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/814 ========== ***

Nº de registro: 0814

Título
MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Autores:
RIO ABARCA TERESA, MAÑE GODE MARTA, LORBADA PACHECO MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el pasado año desarrollamos un proceso de mejora del área de urgencias de nuestro centro de salud. Aunque se han conseguido mejorar algunos aspectos como las revisiones de la sala de urgencias y el maletín del coche, o la formación de los profesionales en emergencias, quedan aún aspectos mejorables

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Se ha detectado falta de comunicación entre los profesionales de consulta y los de atención continuada
También se ha incrementado la formación en emergencias, pero es preciso continuar en esta linea y fomentar la coordinación con nuestra UME de referencia

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la comunicación entre los profesionales de consulta, los de atención continuada y los de 061
Mejorar la formación del personal del centro de salud en atención a la emergencia
Facilitar la atención a la emergencia

MÉTODO
En el área de urgencias se dispondrá de un soporte de comunicación (pizarra o corcho) para informar sobre pacientes susceptibles de atención durante el horario de atención continuada (terminales, inestables etc). Del mismo modo se informará, por parte de los profesionales de atención continuada de los casos de mayor gravedad o susceptibles de seguimiento atendidos durante la jornada de atención continuada
Se realizará un taller de formación en RCP avanzada que será llevado a cabo por los profesionales de la UME de Sabiñánigo, en horario de tarde y de 4 horas de duración
También se realizará sesión recordatoria de las patologías de las que se realizó set de urgencias en programa de mejora de año pasado (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones, intoxicaciones, s. coronario agudo, arritmias)
Se intentará optimizar la cumplimentación de las hojas de revisiones de urgencias

INDICADORES
1/ Asistencia al taller de RCP avanzada que se realizará en colaboración con UME de Sabiñánigo (hoja de firmas)
2/ Grado de cumpliemtnación de hoja de firmas de revisiones de urgencias. Tendrá que haberse realizado revisión y firma mensual del maletín del coche. Revisión y firma semanal del área de urgencias

DURACIÓN
Entre Enero y febrero se reliazará el taller con la UME de Sabiñánigo (ya acordado con ellos con la supervisión del 061), según disponibilidad ponentes
En Junio se realizará sesión de recordatorio de las patologías de las que realizamos set de emergencias (ver proyecto año pasado)
Desde Octubre 2016 se ha instalado en área de urgencias el soporte para el intercambio de información entre profesionales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

Fecha de entrada: 17/12/2017

2. RESPONSABLE ..... TEOFILO LORENTE AZNAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAO MARTIN ADOLFO
BANDRES FRANCO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Octubre 2016: reunión con responsables de las dos residencias de nuestra localidad (enfermería en un caso, auxiliar de enfermería y personal de dirección en otro) para explicar el proyecto y coordinar las acciones
- A partir de Noviembre 2016 : iniciamos la cita de las consultas administrativas de las residencias como "demanda no presencial", de forma que puedan gestionarse de la forma menos disrruptiva posible en consulta
Coincidiendo con la vacunación anual de gripe se procede a actualizar la vacunación antineumocócia de los usuarios institucionalizados que carecían de ella, quedando vacunados prácticamente el 100% de los residentes.
Los facultativos realizan una valoración de qué residentes se beneficiarían de la vacunación indicada en pacientes de riesgo y se procede a su remisión a consulta Medicina Preventiva H. Jaca.
Los nuevos ingresos en residencia son citados como "domicilios programados" a su médico de referencia, de forma que, se realiza visita al nuevo ingresado en plazo de 1 mes; en el plazo de 1 semana si la institucionalización ha sido motivada por causas médicas (tras hospitalización o proceso intercurrente)
-Se instaura OMI en las dos residencias geriátricas
-Enero 2017: sesión clínica a cargo del centro de salud sobre manejo del SARM en residencias geriátricas, con asistencia de enfermería y auxiliares de ambas residencias
- Junio-Julio 2017: todos los usuarios institucionalizados son citados como "domicilio programado" con su médico de referencia. Esta cita sirve a modo de recordatorio para que el profesional realice al menos una valoración anual de la evolución del paciente: si ha habido cambios en situación basal, revisión de medicación crónica, revisiones pendientes etc.
-Octubre 2017: reunión equipo para valorar estado del proyecto y áreas de mejora
-Diciembre 2017: sesión con servicio de Geriatría sobre anciano frágil (pospuesta a Enero por circunstancias del ponente)
Reunión con responsables de residencia para recordar / actualizar objetivos del programa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 1: del total de nuevos institucionalizados desde Noviembre, se procede a valorar cuántos tienen su situación basal anotada en OMI (se han excluido de esta medición los fallecidos, los ingresos temporales y los pacientes <65 años que ingresaron por causa psiquiátrica y/o social):
- TOTAL NUEVOS INGRESOS: 21
13 SI anotada situación basal en OMI / 8 NO anotada
INDICADOR 2: nº de citas programadas de revisión anual que se tradujeron en actuación por parte del facultativo de atención primaria (se midió revisando las citas programadas realizadas en Junio y Julio, valorando en OMI si se habían traducido en solicitud de analítica, revisión de medicación, visita programada o actualización (tipo derivación a geriatría, revisión de situación basal etc)
de 114 CITAS PROGRAMADAS citadas: 42 se tradujeron en actuación (36% del total)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha supuesto una mejora en la coordinación con las residencias de nuestra localidad, con una mayor implicación del profesional de atención primaria en el seguimiento de estos pacientes, una mejora de la cobertura vacunal y una optimización de la anotación en la historia clínica de estos usuarios. Creemos que esto redundará en mejora de la seguridad, disminuyendo posibilidad de errores y mejorando la calidad de la atención en estos pacientes que, a pesar de ser en su mayoría pluripatológicos y polimedicados, en muchos casos estaban recibiendo menos atención que otros usuarios en las mismas condiciones
ÁREAS DE MEJORA: al valorar el nº de residentes que tenían su situación basal anotada, se detectó gran variabilidad en el lugar de anotación de las misma. En reunión de equipo se decidió unificar criterios y anotarla en "avisos" al profesional.
Se detectó también un error (no identificado) al citar el domicilio programado anual de uno de los cupos: sólo fueron citados 4 pacientes
En los últimos meses del años (coincidiendo también con cambios de personal en ambas residencias), se ha detectado una disminución de observancia de los ítems acordados: citas programadas de nuevos institucionalizados, informar a facultativo de ingresos hospitalarios de residentes, valoración vacunal de nuevos ingreso....Se procederá a recordar los objetivos y actuaciones a los profesionales de la residencia

7. OBSERVACIONES.
El 2º indicador que en un principio nos proponíamos medir (nº de nuevos institucionalizados que tiene su situación basal anotada en historia de papel de la residencia) ha sido sustituido por otro. El motivo es que comprobamos que dicha anotación era realizada por personal de la residencia con lo cual no era una forma válida de medir la actuación del equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/847 ========== ***

Nº de registro: 0847

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANAO MARTIN ADOLFO, LORENTE AZNAR TEOFILO, BANDRES FRANCO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGICOS
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención a usuarios de residencias es especialmente compleja por tratarse en su mayoría de pacientes pluripatológicos.
La visita a estos pacientes suele realizarse a última hora de la jornada laboral, existiendo a veces un infrarregistro en los historiales de estos usuarios
La carga de trabajo administrativo que se genera desde las residencias es habitualmente alta, no estando organizada en las agendas de los profesionales
Una de las residencias que asistimos dispone de atención facultativa, y muchas veces delegamos el seguimiento de estos pacientes. Sin embargo la complejidad delos mismo exige optimizar su atención por parte de todos los implicados, no siendo deseable que el médico de atención primaria asuma el papel de mero gestor administrativo o disponible únicamente para casos de urgencia
Por otro lado, el facultativo de la residencia no tiene acceso a información de historia clínica electrónica como los facultativos del SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
1.Organizar el trabajo administrativo generado desde las residencias, realizándose d ela forma menos disruptiva posible para el profesional del SALUD
2.Mejorar la coordinación con el facultativo de la residencia que dispone de él
3.Aumentar la implicación de los facultativos del SALUD como profesionales de referencia de los usuarios institucionalizados
4.Disponer de una historia clínica actualizada de estos usuarios
5.Estar al día de los nuevos ingresos de residentes, sobre todo de aquellos con patología médica importante
6. Mejorar la seguridad del paciente, minimizando errores provocados en el proceso de institucionalización (cambios en su medicación habitual tras ingreso hospitalario, pérdida de revisiones por especializada etc)
7. Optimizar la cobertura vacunal de estos pacientes

MÉTODO
Las citas administrativas se gestionarán como "demanda no presencial” para que el profesional disponga de hueco específico para ellas
Los profesionales del centro de salud tendrán notificación de cada nuevo ingreso de residente asignado a su cupo y se comprometen a realizar una visita inicial a dicho residente en el plazo de 1 mes .Si se trata de un ingreso motivado por causas médicas (tras hospitalización o proceso intercurrente) la visita se intentará realizar en el plazo de 1 semana.
Cada usuario de la residencia tendrá recogido en su historia clínica (tanto de OMI como de papel en la propia residencia) la situación basal del residente, de manera que el personal que atienda a dicho usuario de manera puntual, pueda contar con esta información.Dicha historia de papel en la residencia también recogerá las visitas del personal del SALUD, ya sea de su médico/enfermero, como de personal MAC/EAC.
Por parte de la residencia se aportará fotocopia de los informes médicos de los residentes, tanto de hospitalización como de consulta por especializada
Los médicos del centro de salud nos comprometemos a realizar de forma anual una valoración de la evolución de cada uno de los usuarios que tenemos asignados. En esta valoración se prestará atención a revisión de medicación crónica.En el caso de la residencia que dispone de facultativo, se comentarán sugerencias con él.Para que sirva de recordatorio se citará anualmente a cada médico un DOMICILIO PROGRAMADO de los residentes que tiene asignados
Por parte del centro de salud se priorizará la vacunación del los pacientes institucionalizados
Se invitará a los profesionales sanitarios de la residencia a las sesiones clínicas que estén relacionadas con atención al paciente geriátrico, y se les mantendrá actualizados sobre las novedades que puedan surgir que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

impliquen a pacientes de su competencia

INDICADORES
1. Del total de nuevos institucionalizados en 2017 se valorará cuántos tienen su situación basal anotada en OMI
2. Del total de nuevos institucionalizados en 2017 se valorará cuántos tienen su situación basal anotada en la historia de la residencia

DURACIÓN
Noviembre 2016: tras reunirnos con los responsables de las residencias, nos empezaran a informar de cada nuevo ingreso, que se citará como domicilio programado de medicina y enfermería
Junio 2017: se citará a cada médico un domicilio programado de todos los residentes asignados a su cupo, para que revise si ha habido cambios significativos en situación, revise medicación etc
En septiembre 2017 se evaluarán indicadores

OBSERVACIONES
Se solicitará a Gerencia la implantación de OMI en los ordenadores de que dispone la residencia

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... LAURA RIVILLA MARUGAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MALINIS ANA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde Mayo hasta Noviembre de 2017 se ha llevado a cabo la formación del profesional de atención primaria, mediante 10 días de rotación en consulta de Dermatología H. de Jaca.
En Octubre 2017 se realizó una reunión del equipo de atención primaria para informar a los profesionales
Desde Octubre 2017 se crearon en la agenda del profesional formado a tal fin, huecos de consulta programada para que otros profesionales pudieran remitir a sus pacientes para valoración dermatoscópica: 3 huecos semanales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han valorado un total de 15 pacientes en la agenda creada a tal fin (no incluye a los pacientes del cupo del profesional formado en dermatoscopia, que son valorados en demanda normal)
- 9 pacientes se consideró que no cumplían criterios de remisión a Dermatología
- 1 paciente fué remitida por vía rápida habilitada en este proyecto de mejora, por sospecha de melanoma; tiempo de espera 1 día. Diagnóstico tras extirpación :nevus displásico
-2 pacientes se remitieron de forma preferente, con una espera media de 50 días y con diagnóstico en ambos casos de carcinoma basocelular
-3 pacientes se remitieron por vía normal, con una media de espera de 80 días. Pendientes valoración en Enero, sin diagnóstico actual

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar del corto desarrollo del programa hasta ahora, la impresión es que se podrá mejorar la precocidad en el diagnóstico y tratamiento de lesiones malignas, con una excelente respuesta por parte de la dermatóloga de referencia en el único caso sospechoso de melanoma (valorado en 1 día). Esto se verá facilitado también desde primaria al disminuir el número de derivaciones (la mitad de los pacientes valorados al dermatoscopio no fueron remitidos)
Áreas de mejora: creemos imprescindible ampliar la formación del médico de referencia en el centro de salud, para lo cual realizará un curso intensivo de 3 dias durante el mes de Abril
Efectos no esperados: además de las patologías inicialmente incluidas en el programa (lesiones con criterios de cáncer cutáneo o atipia), se ha mejorado la resolución de otras patologías (inflamatorias, micóticas etc). Al mejorar la vía de contacto con la dermatóloga de referencia, otras patologías no demorables por lo sintomáticas (aunque no fueran sospechosas de malignidad), también se han beneficiado de su valoración temprana, compartiendo imágenes vía portal del empleado (previo consentimiento explícito del paciente) y adelantando la cita cuando se ha considerado necesario por parte de especializada

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1267 ========== ***

Nº de registro: 1267

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, GARCIA MALINIS ANA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

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

PROBLEMA
En nuestro hospital existe una considerable lista de espera en dermatología. Se propone un sistema de comunicación directo entre Atención primaria y Dermatología de forma que, los pacientes con patologías no demorables, sean valorados por nuestro especialista de referencia en unos plazos máximos de 2 a 8 semanas (según patología), desde que son detectados ´por el médico de familia

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas, estableciendo un circuito de intercomunicación y derivación de pacientes con sospecha de la misma entre AP y Dermatología, disminuyendo así la lista de espera en las primeras visitas a menos de 4 semanas cuando se cumplan criterios de melanoma.
OBJETIIVOS SECUNDARIOS:
- Formar a un médico de familia en dermatoscopia, de forma que adquiera conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y pueda identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia
-Fomentar la relación primaria / especializada
-Obtener un modelo extrapolable a otros centros del sector

MÉTODO
Establecimiento de un protocolo con ítems de sospecha de neoplasia maligna cutánea (melanoma y cáncer cutáneo no melanoma), teniendo como base las "Referal Guidelines for suspected cáncer, NICE 2011", adaptada a nuestro medio, y realizado conjuntamente entre el Servicio de Dermatología y Atención Primaria
Formación de un profesional del centro de Atención primaria (Dra Rivilla) en el manejo del dermatoscopio y aplicación de este protocolo, con rotación de 5 días en consulta de Dermatología, se valorará necesidad de más
Los médicos del Centro de salud de Sabiñánigo tendrán como profesional de consulta dentro de su equipo al que ha recibido la formación específica, y se creará en al agenda de este profesional un hueco diario para valoración de lesiones dudosas que sean remitidas pro otros compañeros
Establecimiento de un circuito de comunicación (vía correo electrónico) para que el médico del centro de salud encargado remita a los pacientes susceptibles a Dermatología y sean valorados en un plazo máximo de 2-8 semanas, obviando el circuito habitual

INDICADORES
Se recogerán a los 4, 8 y 12 meses del inicio del proyecto:
- Número de pacientes remitidos a Dermatología por la vía establecida
-Media de tiempo (días) entre la remisón desde AP y la 1ª visita para los dos tipos de lesiones (sospecha de melanoma y resto)
-Diagnóstico de las patologías remitidas
-A los 4 meses la dermatóloga de referencia de este proyecto (Dra Ana Julia García-Malinis) valorará si la remisión de los pacientes se ajusta a los criterios deseados. También valorará si procede aumentar el tiempo de formación en el servicio

DURACIÓN
Establecimiento del protocolo y definición del circuito: Abril 2017
Formación del profesional responsable: Mayo, Junio 2017
Inicio de la consulta de dermatoscopia y derivación de pacientes: Septiembre 2017
Medida de los indicadores: Enero, Mayo y Septiembre 2018

OBSERVACIONES
En una segunda fase del proyecto a desarrollar en 2018 se procederá a mejorar la formación de los médicos de familia de los centros de salud adscritos al hospital de Jaca en patología dermatológica
Se consensuará un listado de patologías banales no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones...)
Se formará a los médicos de Atención primaria patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve- moderado, dermatitis seborreicas, molluscum...), de forma que, la consulta de Dermatología pueda tener un contenido más ajustado a patologías específicas

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA RIVILLA MARUGAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MALINIS ANA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han valorado un total de 50 pacientes por la persona formada en dermatoscopia.Estos pacientes eran citados en un hueco específico de la consulta de la responsable del proyecto.
Durante el 2018 esta médico de familia ha ampliado su formación en dermatoscopia mediante curso presencial de 3 días (subvencionado por ella misma)
Además de la vía inicialmente prevista se inició una vía de interconsulta de dudas con dermatología compartiendo archivos digitales vía portal del empleado (previo consentimiento de los pacientes), formato `por el que se han consultado 24 pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 50 pacientes valorados: 28 NO fueron REMITIDOS a otro nivel / 14 fueron remitidos PREFERENTE y 8 fueron remitidos por vía NORMAL
El tiempo medio de espera de los pacientes preferentes fué de 65 días, salvo para las 2 sospechas de melanoma que fueron 11 días (3 dias en un caso y 20 en otro)
De las dos sospechas de melanoma, el diagnóstico fué nevus displásico en un caso y el otro no acudió a especializada por cambio de domicilio (paciente desplazado). El resto de diagnósticos de patología preferente remitida fueron: 2 nevus displásicos / 3 nevus azules / 2 carcinomas escamosos / 2 carcinomas basocelulares/ 1 enfermedad Bowen/ 1 pendiente / 1 no acudió

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Si bien es cierto que la valoración de las sospechas de melanoma fué precoz, la espera del resto de patología preferente la consideramos excesiva. Aunque en el momencto actual se ha reducido considerablemente ese tiempo de espera, las dos participantes de este proyecto han decido aunar esfuerzos en un nuevo proyecto que mejore la calidad de las derivaciones a dermatología desde primaria, incidiendo en la remión precoz de patología melanocítica dudosa y la no remisión de patoogia meramente estética. Dicho proyecto se realizará a lo largo de 2019
También han observado la utilidad de la vía de compatir imágenes en esta especialidad en concreto, y por ello plantean la instauración de la teledermatología como un objetivo importante a lograr en el plazo más corto posible.
Este proyecto de mantiene como proyecto de continuidad

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1267 ========== ***

Nº de registro: 1267

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, GARCIA MALINIS ANA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA
En nuestro hospital existe una considerable lista de espera en dermatología. Se propone un sistema de comunicación directo entre Atención primaria y Dermatología de forma que, los pacientes con patologías no demorables, sean valorados por nuestro especialista de referencia en unos plazos máximos de 2 a 8 semanas (según patología), desde que son detectados ´por el médico de familia

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas, estableciendo un circuito de intercomunicación y derivación de pacientes con sospecha de la misma entre AP y Dermatología, disminuyendo así la lista de espera en las primeras visitas a menos de 4 semanas cuando se cumplan criterios de melanoma.
OBJETIIVOS SECUNDARIOS:
- Formar a un médico de familia en dermatoscopia, de forma que adquiera conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y pueda identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia
-Fomentar la relación primaria / especializada
-Obtener un modelo extrapolable a otros centros del sector

MÉTODO
Establecimiento de un protocolo con ítems de sospecha de neoplasia maligna cutánea (melanoma y cáncer cutáneo no melanoma), teniendo como base las "Referal Guidelines for suspected cáncer, NICE 2011", adaptada a nuestro medio, y realizado conjuntamente entre el Servicio de Dermatología y Atención Primaria
Formación de un profesional del centro de Atención primaria (Dra Rivilla) en el manejo del dermatoscopio y aplicación de este protocolo, con rotación de 5 días en consulta de Dermatología, se valorará necesidad de más
Los médicos del Centro de salud de Sabiñánigo tendrán como profesional de consulta dentro de su equipo al que ha recibido la formación específica, y se creará en al agenda de este profesional un hueco diario para valoración de lesiones dudosas que sean remitidas pro otros compañeros
Establecimiento de un circuito de comunicación (vía correo electrónico) para que el médico del centro de salud encargado remita a los pacientes susceptibles a Dermatología y sean valorados en un plazo máximo de 2-8 semanas, obviando el circuito habitual

INDICADORES
Se recogerán a los 4, 8 y 12 meses del inicio del proyecto:
- Número de pacientes remitidos a Dermatología por la vía establecida
-Media de tiempo (días) entre la remisón desde AP y la 1ª visita para los dos tipos de lesiones (sospecha de melanoma y resto)
-Diagnóstico de las patologías remitidas
-A los 4 meses la dermatóloga de referencia de este proyecto (Dra Ana Julia García-Malinis) valorará si la remisión de los pacientes se ajusta a los criterios deseados. También valorará si procede aumentar el tiempo de formación en el servicio

DURACIÓN
Establecimiento del protocolo y definición del circuito: Abril 2017
Formación del profesional responsable: Mayo, Junio 2017
Inicio de la consulta de dermatoscopia y derivación de pacientes: Septiembre 2017
Medida de los indicadores: Enero, Mayo y Septiembre 2018

OBSERVACIONES
En una segunda fase del proyecto a desarrollar en 2018 se procederá a mejorar la formación de los médicos de familia de los centros de salud adscritos al hospital de Jaca en patología dermatológica
Se consensuará un listado de patologías banales no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones...)
Se formará a los médicos de Atención primaria patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve- moderado, dermatitis seborreicas, molluscum...), de forma que, la consulta de Dermatología pueda tener un contenido más ajustado a patologías específicas

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 16/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA CANO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIO ABARCA TERESA
LABARTA BELLOSTAS MARIA
CINCA MONTERDE CARMEN
LORBADA PACHECO MAR
RIVILLA MARUGAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo 2017: reunión EAP y equipo salud mental. Puesta en común del proyecto, lluvia de ideas, reclutamiento de voluntarios, análisis de viabilidad. Organización de contacto con entidades
Desde Mayo a Septiembre: contacto con activos en la comunidad (trabajadores sociales comarca, deportes ayuntamiento, asapme, centro de mayores...).
Septiembre 2017: reunión EAP y asapme para organización y calendario
Desde Septiembre 2017: captación candidatos en consultas
INICIO INTERVENCIÓN: 8 NOVIEMBRE. Se ha realizado 1 sesión semanal de ejercicio físico, con una duración de entre 1:15-1:45 minutos.TOTAL: 6 sesiones. FECHAS: 8/15/22/29 Noviembre y 13 Diciembre (próxima 20 Diciembre). En todas ellas se ha caminado un mínimo de 45 minutos seguidos de estiramientos y/o relajación. Una vez al mes la sesión ha finalizado con 1 hora de ejercicio dirigido por fisioterapeuta del centro de salud (estiramientos y propiocepción).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-participación usuarios: entre 7-11 personas por sesión. De ellos la participación de voluntarios "sanos" ha oscilado entre 1 y 4.Medido mediante registro de asistencia
-participación profesionales de distintas entidades comunitarias: en todas las sesiones ha habido un mínimo de 2 profesionales: terapeuta ocupacional asapme, personal del centro de salud (medicina, enfermería, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, administrativo) o personal de comarca (trabajador social).La implicación de los profesionales ha superado con creces las expectativas iniciales
-Se ha conseguido crear una rutina, al menos semanal de ejercicio. En algunos usuarios que tenían nivel previo de actividad limitado ya hemos observado mejora en capacidad de actividad física (observación directa)
- Socialización significativa entre los usuarios, interacción no dirigida entre ellos, satisfacción percibida entre usuarios (observación directa, principalmente a cargo de profesional de asapme que ha acudido a todas las sesiones)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La principal conclusión es que ha sido una actividad muy bien acogida tanto por los usuarios como por los profesionales. Aparte del ejercicio físico como herramienta terapeuta fundamental de salud físico-psíquica, se ha trabajado el estigma de la enfermedad mental. En nuestra lista de asistentes discriminábamos inicialmente pacientes y voluntarios. Hemos acabado sin saber, y sin querer saber, a qué grupo pertenecían las nuevas incorporaciones.
Efecto no esperado: aunque inicialmente lo presentamos como un proyecto se salud mental, hemos tenido incorporaciones de usuarios con diferentes patologías (no mentales), que también se benefician de ejercicio, especialmente personas con problemas de aislamiento social
Objetivo no cumplido: se había programado con ayuntamiento 1 hora semanal de ejercicio en el agua con monitor. Debido al cambio de empresa encargada de servicios municipales aún no se ha podido iniciar dicha actividad (pendiente)
Áreas de mejora: se ha detectado heterogeneidad en las pautas / intensidad del ejercicio en función del profesional a cargo. Se intentará unificar criterios en lo sucesivo.
Hemos observado diferente capacidad entre los usuarios, por lo que ha sido necesario hacer dos grupos que caminen a diferente ritmo.

7. OBSERVACIONES.
A partir del próximo trimestre, deberá disminuir la participación de asapme (por menor disponibilidad horaria en nuestra localidad), cuyo profesional había acudido hasta ahora a todas las actividades y servido de nexo de unión entre las diferentes sesiones. Supondrá un esfuerzo organizativo mayor, pero creemos que con la colaboración de los voluntarios y la participación existida hasta este momento será posible

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1530 ========== ***

Nº de registro: 1530

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Título
SIN QUEBRANTAR HUESO. PROGRAMA DE PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANAO MARTIN ADOLFO, ANDRES RUIZ AINHARA, RIO ABARCA TERESA, GARCIA ALVAREZ PEDRO, LABARTA BELLOSTA MARIA, CANO SANCHEZ MARGARITA, CINCA MONTERDE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Pocos tratamientos farmacológicos tienen un impacto en mortalidad, calidad de vida y prevención de enfermedad comparable al ejercicio físico. Sin embargo, muchas veces el consejo sanitario es poco efectivo, hecho que se constata aún más en pacientes psiquiátricos, en los que muchas veces coexisten problemas de sobrepeso, sedentarismo y enfermedades asociadas, y por tanto podrían beneficiarse especialmente si lo llevaran a cabo. Es frecuente que centremos nuestra intervención sanitaria en el ámbito de su salud mental, incidiendo menos en prevención cardiovascular o bienestar físico.
Además, en muchas ocasiones, estos pacientes presentan cierta tendencia al aislamiento social, lo que dificulta aún más la realización de ejercicio

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos fomentar la práctica de ejercicio físico a la vez que la socialización de pacientes psiquiátricos. Para ello formaremos desde el centro de salud un grupo constituido al 50% por pacientes psiquiátricos y 50% por voluntarios sin patología. Los pacientes a los que se ofrecerá este proyecto deberán tener una mínima capacidad física, que permita caminar al menos media hora a ritmo ligero

MÉTODO
Se ofertará actividad en el grupo 1 o 2 días por semana, según recursos.La captación de pacientes se realizará por parte de atención primaria, equipo de salud mental y trabajadores sociales. La enfermera de salud mental será la encargada de convocar a los pacientes que deseen participar
Uno de los días contaremos con la colaboración del servicio municipal de deportes que pondrá a nuestra disposición durante 1 hora la piscina climatizada con monitor
El otro día se realizarán paseos de entre media hora y cincuenta minutos a ritmo considerado moderado. Según la preparación del profesional que conduzca el grupo de podrá complementar con ejercicios de fuerza y estiramiento.
La fisioterapeuta del centro de salud supervisará periódicamente estos ejercicios
Contamos con la participación en el acompañamiento a pacientes de ASAPME (asociación aragonesa pro salud mental), trabajadores sociales de comarca, personal sanitario y no sanitario del centro. Abierto a otras asociaciones o colectivos en un futuro

INDICADORES
Indicador nº 1
Número de pacientes que realizan la 1ª sesión de ejercicios
Valor mínimo pacientes 5. Valor máximo 10
Indicador nº 2 (medido al año de inicio del proyecto)
Número de pacientes que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: valor mínimo: 40% de los pacientes al inicio

DURACIÓN
Inicio en Octubre 2017.Responsables los que figuran como miembros del equipo de mejora. Sin fecha fin programada

OBSERVACIONES
Se nos plantea la duda de si precisaríamos algún tipo de seguro para desarrollar el proyecto

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0597

1. TÍTULO

MI DIETA Y YO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PAZ FREIRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVILLA MARUGAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 10 sesiones de trabajo grupal en pacientes con sobrepeso/obesidad.En las sesiones han participado un profesional de enfermería y uno de medicina de familia.En cada sesión se abordaban distintos aspectos sobre alimenación saludable, se pesaba a los asistentes y se elaboraba entre ellos los menús correspondientes hast ala siguiente sesión, con supervisión de los profesionales. Las sesiones tuvieron lugar los días 15-22-29 Noviembre 20 Diciembe 2017 y 17 Enero, 21 Febrero, 21 Marzo, 18 Abril, 16 Mayo, 13 Junio. En algunas ocasiones los participantes llevaban tareas para casa como elaborar un mneú semanal o fotografiar los paltos que habían elaborado. Se pasó encuesta de conocimientos previos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La asistencia fue variable entre 3 y 8 usuarios en las distintas sesiones. Disponemos del peso de 7 usuarios (uno sólo acudió a primera sesión).Hemos medido el peso a los 5 meses de inicio (cuando aún estaba activo el proyecto y los usuarios acudían de forma programada a la actividad) INDICADOR 1 y a los 9-12 meses (cuando el proyecto había finalizado y el peso se obtenía cuando el paciente acudía a consulta por otro motivo) INDICADOR 2
INDICADOR 1: A los 5 meses del progrma la pérdida media de peso entre los 7 usuarios que permanecieron en el mismo fué del 8.1%
INDICADOR 2: entre los 9 y los 12 meses la pérdida de peso respecto al inical fué del 5.5%, si bien es cierto que sólo disponemos de este dato de 4 de lso 7 usuario (2 cambiaron de domicilio y otro no volvió a acudir a consulta)
Nos habíamos marcado como objetivo la pérdida de un mínimo del 5%, con lo que se ha conseguido el objetivo previsto
Teniendo en cuenta el escaso mantenimiento de la pérdida de peso con las distintas dietas según todos los estudios, creemos que podemos considerar satisfactorio el imapcto conseguido. Además de la pérdida en sí de kg, ha sido significativa la mejorái en conocimientos de hábitos de dieta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La educacion grupal es una manera de rentabilizar el tiempo de los profesionales, pudiendo llegar a más población en el mismo tiempo. El componente motivacional del grupo también es destacado, ya que personas que si poseían conocimeintos correctos sobre alimentación y no habían conseguido perder peso en otras ocasiones, esta evz lo han conseguido. Sin embargo el mayor logro ha sido que usuarios con muy bajo nivel de conocimiento de hábitos saludables, han mejorado este conocimiento.Creemos que la elaboración supervisada de los menús por parte de los usuarios ha sido motivador para ellos y daba a los profesionales la posibilidad de detectar errores y aclararlos.
Es perfectamente asumible la replicabilidad del proyecto y así lo haremos en el futuro

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/597 ========== ***

Nº de registro: 0597

Título
MI DIETA Y YO

Autores:
PAZ FREIRE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0597

1. TÍTULO

MI DIETA Y YO

Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Sobrepeso, obesidad y enfermedades asociadas son uno de lso principales problemas de salud subsidiarios de intervención en consulta de Atención Primaria.Con frecuencia la intervención realizada es poco efectiva o sólo lo es de forma temporal, sin conseguir un cambio en el patrón de hábitos, los pacientes se ponen"a dieta" pero no "cambian su dieta"

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos realizar una intervención prolongada en el tiempo con el objetivo de mejorar los hábitos en alimentación, dirigida a personas con sobrepeso/obesidad. La pérdida de peso mantenida en el tiempo será un objetivo secundario

MÉTODO
Se formará un grupo de usuarios, que por iniciativa propia o consejo sanitario, serán convocados de manera grupal y periódica en consulta dirigida por el profesional de medicina y el de enfermería de referencia de manera conjunta
Durante el primer mes del proyecto las citas serán semanales. En estas primeras semanas se abordarán distintos aspectos sobre nutrición, ejercicio físico, distintas causas y consecuencias del exceso de peso, errores habituales, bebidas azucaradas, desayuno,formas de cocinado, principales grupos nutricionales y su presencia en los distintos platos etc.
La 2ª semana los usuarios realizaran su propio diario dietético, que será revisado y puesto en común en la siguiente sesión con la supervisión de los profesionales. Se elaborará de forma consensuada el menú de la siguiente semana.
Después del primer mes las citas serán mensuales y de forma progresiva se irán asignando tareas a los usuario, de forma que las dietas serán en parte elaboradas por los profesionales, en parte propuestas por los usuarios y revisadas por los profesionales.
En cada visita se abordarán dificultades detectadas, refuerzo del ejercicio físico, pautas para comer fuera de casa etc
Se realizará peso mensual de los usuarios
Se pasarán encuestas sobre conocimientos de nutrición
Los usuarios realizarán fotografías de platos previamente pactados para abordar las raciones "estándard"

INDICADORES
Peso al inicio y a los 6 y 10 meses de inicio del proyecto.

Se valorará si se ha conseguido pérdida de un 5% del peso en al menos el 30% de los usuarios inicialmente captados para la intervención

DURACIÓN
INICIADO:NOVIEMBRE 2017. Citas: 15-22-29 Noviembre
SIGUIENTES CITAS CON PERIODICIDAD MENSUAL:
20 DICIEMBRE / 17 ENERO / 21 MARZO / 18 ABRIL / 16 MAYO / 13 JUNIO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDAS LAFARGA OLGA
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA
DOSTE LARRULL DIVINA
USIETO GRACIA TERESA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
CAJAL MARZAL ADOLFO
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Organización:
-Análisis de la situación: revisión de BOA 24/6/2015 y resolución de 7 de Noviembre de 2017 de instrucciones educativas de atención al alumnado con enfermedades crónicas así como intervención en situaciones de urgencia en los centros docentes de Aragón. Marzo 2018
-Reunión en la que se decide mantener el mismo grupo de trabajo multidisciplinar formado por pediatras, enfermeras de pediatría, médicos de familia, trabajador social. Marzo 2018.
-Selección de centros escolares, se incluye en el proyecto a más centros concertados de la zona de salud. En Junio de 2018 se envían cartas a equipos directivos de centros docentes informando del proyecto. CEIP el Parque, CEIP Pedro J. Rubio, Colegio Salesianos, Colegio San Viator, Colegio Santa Ana.
-En Septiembre 2018 se contacta con los centros que han manifestado su interés en participar de la formación.
Comunicación
-Información sobre la evolución del proyecto al resto de profesionales del equipo de atención primaria en las distintas reuniones de equipo realizadas a lo largo del año.
-Se mantiene informado al grupo de trabajo de pediatría comunitaria de la Asociación Aragonesa de Atención Primaria (arAPAP).
Intervención:
- Se concreta con la dirección de cada centro escolar la fecha de la actividad y los temas a tratar según las necesidades que plantean por las enfermedades de su alumnado.
-Se realizan las sesiones formativas a los docentes:
- Colegio Salesianos: 9 octubre 2018. Acuden: Zulema Pinillos, Adolfo Cajal, Olga Ordás y Teresa Usieto. Se abordan los temas: reacciones alérgicas y anafilaxia, mareos, convulsiones en niños epilépticos, obstrucción de la vía aérea, diabetes y sus complicaciones en la escuela, heridas y traumatismos. Duración de la formación: 2 horas.

-CEIP Pedro J. Rubio: 10 de octubre de 2018. Acuden: Zulema Pinillos, Adolfo Cajal, Olga Ordás, Teresa Usieto y MIR familia. Se abordan los temas: reacciones alérgicas y anafilaxia, convulsiones en niños epilépticos, obstrucción de la vía aérea, heridas y traumatismos. Duración de la formación: 1 hora y media.
-Colegio Santa Ana: 6 noviembre 2018. Acuden: Zulema Pinillos, Olga Ordás, Teresa Usieto, Angel Luis Arricivita, MIR familia, estudiante de medicina. Se abordan los temas: reacciones alérgicas y anafilaxia, diabetes mellitus y sus complicaciones en la escuela, heridas y traumatismos. Duración de la formación: 1 hora y media.
Evaluación:
La evaluación de las intervenciones se realiza mediante:
-Encuestas de satisfacción anónimas dirigidas a los docentes en las que se puntúa de 1 a 5 (siendo la mejor puntuación) la duración de las sesiones, el material didáctico utilizado, a los ponentes: expresión y conocimiento del tema; conocimientos adquiridos, utilidad y si recomendaría la sesión a otros compañeros. Además se incluye en las encuestas un apartado de sugerencias para que los docentes puedan expresar libremente su percepción sobre las sesiones y sus propuestas de mejora.
-Observador externo: valora la asistencia, la interacción entre el claustro de profesores y el personal sanitario. La aceptación y valoración de los dispositivos que se llevaron para que pudieran manipular y probar; y el material audiovisual empleado que se proporciona al centro.
Materiales utilizados:
-Algunas de las sesiones fueron elaboradas a partir del material de la Guía para Centros Docentes de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Todas se realizan mediante presentaciones en power point que se les proporciona para que puedan consultar posteriormente.
-En la sesión de actuación frente a las convulsiones y a la anafilaxia se incluyeron vídeos de la Asociación Aragonesa de Epilepsia y de la Asociación de Española de Alergología Pediátrica.
-Se llevó a los centros dispositivos que pueden ser necesarios en situaciones de emergencia en niños con enfermedades crónicas para que los pudieran manipular y probar como diacepam rectal en epilépticos y adrenalina en casos de anafilaxia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultado indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

1. Número de docentes que participan en la formación /total de docentes:>50%

CEIP Pedro J Rubio: 19/37=51,35%
Colegio Salesianos: 40/45=88,8%
Colegio Santa Ana: 27/32=84,37%

2. Nº centros educativos en que se imparte formación/Nº total centros educativos de zona básica de salud >50%
Formación en 3 colegios/ 5 colegios ZBS: 60%

Grado de consecución de los objetivos e impacto del proyecto:

En las conversaciones con los equipos directivos previas a las sesiones formativas se exploran las necesidades sobre la forma de actuar ante las distintas situaciones sanitarias que pueden surgir en los colegios y se adaptan los temas a tratar a las sugerencias y necesidades percibidas por cada centro de acuerdo con el objetivo general del proyecto.
En un centro se realizaron sesiones también durante el año 2016 y 2017 y en los otros 2 centros concertados es el primer año que se acude.
Se completa la formación ante situaciones de urgencias frecuentes, forma de actuación en niños con patologías crónicas, se resuelven dudas, se recuerdan los cauces correctos a la hora de ponerse en contacto con los servicios sanitarios, se da conocer material sanitario que puede ser necesario en situaciones de urgencia para que puedan manipularlo, probarlo y comprobar de forma supervisada su uso correcto y se dan conocer recursos disponibles y accesibles para poder ser utilizados en cualquier momento.
Este año se ha contactado con todos los colegios de la zona con una participación de del 60% de los centros y con una elevada asistencia de docentes a las sesiones

Descripción de resultados alcanzados:
Observador externo:

- Valora como positivo:
. Percibe en ambos centros buen ambiente e interés del personal docente por las presentaciones. Continúan las explicaciones y toman apuntes.
.Buena recepción del material de consulta dejado en los ordenadores los centros, la guía de para centros docentes de AEpap y enlace a web de consulta sobre epilepsia.
.Buena aceptación de los dispositivos (adrenalina, diacepam rectal) que se llevan desde el centro para que puedan manipular y tocar.
.Buena interacción entre el personal docente y sanitario. Preguntan dudas sobre la forma de administración de la medicación, expresan situaciones que les generan temor y manifiestan su agrado hacia temas como heridas y traumatismos por su gran aplicabilidad diaria.
.El personal docente hace nuevas propuestas para futuras sesiones.

- Puntos de mejora percibidos por el observador:
.En uno de los centros se produjo un retraso en el inicio de la sesión por falta de puntualidad de parte de los docentes y varios de ellos abandonaron la sala sin que hubiera finalizado y sin rellenar las encuestas de satisfacción.
.Escaso tiempo para abordar algunos de los temas propuestos. Percibe que sería necesario reducir el número de temas por sesión o ampliar la duración.

Encuestas de satisfacción:

Se recogieron un total de 40 encuestas en el Colegio Salesianos, 12 en CEIP Pedro J. Rubio y 27 en Colegio Santa Ana.

-Resultados obtenidos en los parámetros evaluados:

Colegio Salesianos:
-Duración de las sesiones: 4,35
-Material didáctico utilizado: 4,5
-Ponentes. Expresión y conocimiento sobre el tema: 4,8
-Conocimientos adquiridos: 4,87
-Utilidad: 4,92
-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 4,8

CEIP Santa Ana:
-Duración de las sesiones: 4
-Material didáctico utilizado: 4,3
-Ponentes y conocimiento sobre el tema: 4,6
-Conocimientos adquiridos: 4,5
-Utilidad: 4
-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 4,5

CEIP Pedro J. Rubio:
-Duración de las sesiones: 4,8
-Material didáctico utilizado: 4,87

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

-Ponentes y conocimiento sobre el tema: 4,8
-Conocimientos adquiridos: 4,92
-Utilidad: 4,8
-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 5

Sugerencias aportadas por los docentes

-Cambio de horario a su horario docente para poder hacerlo más amplio
-Hacer parte más práctica

Especificación de la información recogida para la evaluación. Metodología e indicadores:

Para realizar la evaluación, se han recogido las impresiones aportadas por el observador externo, las de los propios profesionales sanitarios que dieron las sesiones, las puntuaciones obtenidas en los distintos apartados de las encuestas de satisfacción y las sugerencias aportadas por los docentes.
La valoración por parte del profesorado ha sido muy positiva en general, lo que se refleja en las altas puntuaciones en las encuestas de satisfacción. El apartado de sugerencias resulta muy útil para poder valorar las líneas de mejora que se centran sobre todo en la escasez de tiempo y el horario. También permite valorar lo que ellos han percibido de forma más positiva. La mayoría de ellos recomendarían las sesiones a otros compañeros.
El observador externo también ha valorado en general de forma positiva las sesiones. Sus percepciones coinciden en gran manera con las valoraciones y sugerencias de los docentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Grado de implicación y participación de los destinatarios y participantes:
A lo largo de los tres años en los que se ha realizado el proyecto se han ido ampliando los colegios en los que se ha propuesto la formación siendo del 100% de los colegios de la ZBS. Iniciándose en un principio solo en los públicos (CEIP El Parque y Pedro J.Rubio) y extendiéndose posteriormente a los concertados. (San Viator, Salesianos y Santa Ana).
De los cinco colegios, han participado 4, habiendo uno que ha manifestado que si necesita alguna información ya es conocedor del proyecto, pero no ha requerido colaboración en este tiempo. Obteniendo por tanto una participación del 100% de los colegios públicos y del 67% de los colegios concertados de la ZBS.
Cabe destacar la gran participación del CEIP Pedro J Rubio que ha solicitado formación todos los años del proyecto. Incluso se puso en contacto este año 2018 para que diéramos taller relacionado con la salud a los alumnos de 6º curso, la cual resultó ser muy gratificante para ambas partes.

Valoración del equipo de mejora
La valoración de los profesionales sanitarios es positiva sobre todo en lo referente al interés mostrado por el profesorado por la información, recursos y materiales utilizados. Así como por la colaboración en la cumplimentación de las encuestas de satisfacción.

Comparación de los cambios entre la situación previa y final. Cumplimiento de objetivos
En los centros escolares pueden surgir situaciones de urgencias y emergencias, previsibles o no, que pueden requerir una actuación inicial por parte del docente. Esta atención inicial puede ser de gran ayuda hasta que el menor pueda recibir asistencia médica.
Las instrucciones que regulan la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón reflejan la conveniencia de programar alguna sesión de formación y asesoramiento del profesorado.
La puesta en marcha de este proyecto ha permitido iniciar este proceso en los centros escolares de nuestra zona de salud que hasta este momento no disponían de otra vía de formación en este sentido. Se han adaptado las sesiones a sus necesidades atendiendo a las situaciones de urgencias más frecuentes y en función de situaciones concretas de niños que asisten a sus centros. También, han recibido recursos que desconocían para poder acceder a esta información de forma continua.
Por todo ello se han cumplido los objetivos que nos planteamos al inicio del mismo y a la vez se ha estrechado un vínculo entre los colegios y el centro de salud para que tengan más confianza a la hora de trasladarnos cualquier duda o necesidad en temas de salud.

Como conclusión final pensamos que este proyecto ha abierto una vía de comunicación y de contacto entre el centro de salud y los centros escolares. Dado que contamos con la ventaja de trabajar con la misma población y tras la valoración positiva de la actividad por los docentes, es probable que puedan surgir otras actividades en las que el personal docente y el sanitario podamos trabajar de forma conjunta en beneficio de la población infantil con la que trabajamos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/173 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

***

Nº de registro: 0173

Título
ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Autores:
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, ORDAS LAFARGA OLGA, DOSTE LARRULL DIVINA, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, USIETO GRACIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, CAJAL MARZAL ADOLFO, ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

Enfoque ....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde el EAP Santo Grial, con el objetivo de fomentar la participación comunitaria, y buscando el mejorar la promoción de la salud, surge la idea de ayudar e informar a los profesionales docentes en lo referenre a la atención sanitaria, a través de formación específica y conociendo la población sobre la que trabajan, coincidiendo con la población pediátrica que nosotros tenemos asignada.

Trataríamos de aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver sus dudas y despejar miedos antes situaciones complicadas, además de recordar los cauces correctos a la hora de pedir ayuda o ponerse en contacto con los servicos sanitarios.

Un porcentaje de niños escolarizados tienen enfermedades crónicas que en un momento pueden requerir tomar una decisión por parte del docente, además de situaciones urgentes que pueden surgir en un momento dado y en cualquier niño.

RESULTADOS ESPERADOS
Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas

MÉTODO
- Análisis de situación. RevisiónBOA 24/06/2015- Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centrs docentes.
- Selección de grupo de trabajo
- Selección temas a tratar: Hipoglucemias, golpes y contusiones, curas de heridas, crisis epilépticas, conocimientos básicos de Adrenalina "Kit antialérgicos", atragantamiento, RCP básica. Apoyo psicosocial inmediato en situaciones de urgencia-emergencia.

INDICADORES
Nº docentes que participan en la formación/ Nº total docentes >50%
Nº centros educativos publicos en que se imparte formación/ Nº total CEIP de ZBS > 50%

DURACIÓN
Presentación al equipo directivo de los CEIP mediante carta como toma de contacto: junio 2016
Encuentro con dirección de CEIP, valorando y escuchando sus sugerencias, así como presentarles nuestro abordaje de situaciones: septiembre 2016
Reunión con todo el claustro docente, sesión de formación: octubre - noviembre 2016
Encuesta de satisfacción de la actividad: noviembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ..... PILAR BUIL CALVO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ CARCAVILLA JUANA
PICONTO NOVALES MARIA
LABORDA RODRIGO PILAR
VENTURA MUÑOZ YOLANDA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION
BOTAYA ESTAUN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2016, el EAP se implicó en autoformación de conceptos, exploración y manejo de educación grupal. Se realizaron tres sesiones formativas, realizadas tanto por medicina como por enfermería, revisando conceptos de exploración, unificación de mensajes y registro de actividad. (Fechas de realización 25-10-16, 10-11-16, 11-11-16)
Se realizó un documento por parte de enfermería sobre consejos prácticos, que fue revisado por el EAP y que se entrega en cada sesión a los pacientes participantes.
Hemos tenido 4 sesiones con pacientes (fechas 23-11-16, 11-05-17, 15-06-17 y 29-11-17).
Como recursos usados, hemos precisado material visual, material de exploración de pie diabético, sala de juntas en condiciones, y 4 despachos para realizar la exploración

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Uno de los indicadores que esperábamos era el Nº pacientes que acuden a la formación/Nº total de pacientes convocados, >80%. En las 4 sesiones, en total hemos convocado a 60 pacientes, acudiendo 52 de los convocados, lo que supone un 86%. Además acuden familiares implicados en el cuidado, no estando recogidos en estos resultados.
Las encuestas de satisfacción realizadas por los pacientes de manera anónima, todas han dado los resultados más altos/favorables.
Implicación de EAP, en general y principalmente enfermería- Se ha implicado todo el EAP, colaborando de forma unitaria.
Realizada reunión con EAP con fecha 11-10-17 para valorar la satisfacción del EAP y continuidad del proyecto, los resultados son muy favorables, acude todo el personal de enfermería y se decide continuar con el proyecto, además de la buena recepción y dinámica dentro del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora valora la importancia del trabajo grupal como una nueva experiencia y método de trabajo, con buenos resultados en este proyecto. Interés en continuar. Nueva manera de adquisición de conocimientos, aprendizaje entre iguales.
La respònsabilidad en cada sesión va rotando entre los profesionales, eso permite una mayor implicación y gusta esa dinámica.
Se plantea la posibilidad de contactos mapeando la zona básica de salud para aumentar la difusión y conocimiento de esta actividad.
Actividad no limitada por condiciones sociales, ni edad. Posibilidad de aumentar el tema de autocuidados, no solo al manejo de pies, sino conocimientos de diabetes en general, pero de momento, continuaremos con formación de manejo del pie diabético.
Aspectos pendientes:mejora de las condiuciones físicas de la sala donde se realiza el proyecto. Mejora de la accesibilidad física para algunos pacientes (se realiza en 4 planta del centro de salud y es una limitación física en determinados casos)

7. OBSERVACIONES.
Proyecto facilmente realizable en otros centros de salud, interesante para la formación MIR de Atención Primaria y Enfermería comunitaria.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/520 ========== ***

Nº de registro: 0520

Título
PIES PARA QUE OS QUIERO

Autores:
BUIL CALVO PILAR, RUIZ CARCAVILLA JUANA, PICONTO NOVALES MARIA, LABORDA RODRIGO PILAR, VENTURA MUÑOZ YOLANDA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

CAMPOS REIG RAMON, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, CASTRILLO SALCEDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

Enfoque .....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población diabética correspondiente a nuestra ZBS es aproximadamente de 1156 personas, desde nuestras consultas acompañamos, informamos, educamos y tratamos de evitar complicaciones en relación con su enfermedad.
Uno de los puntos débiles de los DM son sus pies, objeto de cuidado, seguimiento y valoración por nuestra parte
Trataremos de reforzar la responsabilidad individual del paciente, valorando en conjunto factores psicosociales y mejorando los estilos de vida a través de la información emitida durante este proceso

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la salud y el bienestar de la población diabética.
Adopción de estilos de vida saludables.
Aumentar la información y conocimientos de los pacientes respecto al cuidado de sus pies.
Reforzar los conocimientos adquiridos por parte de los pacientes en la consulta individualizada.
Fomentar la relación, intercambio de conocimientos y aclaración de dudas en un entorno de participación comunitaria.

MÉTODO
Análisis de situación
- Selección de grupo de trabajo
- Revisión de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Sesión formativa en pie Dm para todo el personal
- Trabajo en sesión con los pacientes.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES
Nº pacientes que acuden a la formación/ Nº total de pacientes convocados >80%.
Encuestas de satisfacción

DURACIÓN
Sesión formativa en pie Dm para todo el personal (octubre- 2016)
- Selección de conceptos a transmitir y organización de trabajo (octubre 2016)
- Selección de grupo de pacientes (noviembre 2016)
- Trabajo en sesión con los pacientes, transmisión de conocimientos y exploración clínica). Una sesión con cada grupo. Trabajo en 4 grupos. (diciembre 2016 - marzo 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR BUIL CALVO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ CARCAVILLA JUANA
PICONTO NOVALES MARIA
LABORDA RODRIGO PILAR
VENTURA MUÑOZ YOLANDA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION
BOTAYA ESTAUN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 se han realizado 5 sesiones. Se han incluido pacientes de todos los cupos del EAP. Han acudido 65 pacientes en total. Han sido 3 sesiones antes del verano y 2 en otoño, tal como estaba previsto en el cronograma. Se reparte material explicativo elaborado en el centro de salud. Se ha reorganizado el sistema organizativo dentro del EAP para participar todos los miembros de forma activa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Participación de 93% de los profesionales implicados. Los pacientes convocados han sido 74, han fallado 9, supone una asistencia a la convocatoria de un 82%, superando el estandar de 80%. Se han incorporado 3 de los nuevos profesionales llegados al centro,, el objetivo era lograr, al menos, la participación de 2. Respecto a las encuestas de satisfacción, queda registrado el alto nivel de satisfacción alcanzado por parte de los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Interés en el EAP de continuidad de proyecto, satisfacción entre los profesionales al terminar el año. Se puede replantear una actitud más activa por parte de los pacientes, que se valorará para el próximo año.

7. OBSERVACIONES.
En el próximo año 2019 se modificará los componentes de equipo ante la modificación de personal del EAP

*** ========== Resumen del proyecto 2016/520 ========== ***

Nº de registro: 0520

Título
PIES PARA QUE OS QUIERO

Autores:
BUIL CALVO PILAR, RUIZ CARCAVILLA JUANA, PICONTO NOVALES MARIA, LABORDA RODRIGO PILAR, VENTURA MUÑOZ YOLANDA, CAMPOS REIG RAMON, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, CASTRILLO SALCEDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

Enfoque .....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población diabética correspondiente a nuestra ZBS es aproximadamente de 1156 personas, desde nuestras consultas acompañamos, informamos, educamos y tratamos de evitar complicaciones en relación con su enfermedad.
Uno de los puntos débiles de los DM son sus pies, objeto de cuidado, seguimiento y valoración por nuestra parte
Trataremos de reforzar la responsabilidad individual del paciente, valorando en conjunto factores psicosociales y mejorando los estilos de vida a través de la información emitida durante este proceso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la salud y el bienestar de la población diabética.
Adopción de estilos de vida saludables.
Aumentar la información y conocimientos de los pacientes respecto al cuidado de sus pies.
Reforzar los conocimientos adquiridos por parte de los pacientes en la consulta individualizada.
Fomentar la relación, intercambio de conocimientos y aclaración de dudas en un entorno de participación comunitaria.

MÉTODO
Análisis de situación
- Selección de grupo de trabajo
- Revisión de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Sesión formativa en pie Dm para todo el personal
- Trabajo en sesión con los pacientes.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES
Nº pacientes que acuden a la formación/ Nº total de pacientes convocados >80%.
Encuestas de satisfacción

DURACIÓN
Sesión formativa en pie Dm para todo el personal (octubre- 2016)
- Selección de conceptos a transmitir y organización de trabajo (octubre 2016)
- Selección de grupo de pacientes (noviembre 2016)
- Trabajo en sesión con los pacientes, transmisión de conocimientos y exploración clínica). Una sesión con cada grupo. Trabajo en 4 grupos. (diciembre 2016 - marzo 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA JIMENEZ FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYUELO DEL VAL PASCUAL
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA
LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO
NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR
GIL FERRER LAURA
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
PARALED CAMPOS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Realizar una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados por las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales y por los Servicios de Salud Autonómicos en relación al calendario de visitas recomendado para el PSI.
2. Revisión de los documentos encontrados en la búsqueda bibliográfica por parte de los miembros del proyecto de calidad.
3. Elaboración por los pediatras y enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del correo electrónico.
4. Se da a conocer el documento de consenso a todos los Centros de Salud del Sector de Huesca mediante el envío de cartas por correo y se fija un periodo de instauración con fecha límite hasta el 31/12 /2017(Septiembre de 2017)
5. Se contacta con todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca para evaluar puesta en marcha del documento de consenso. (22 de Diciembre de 2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVO PRINCIPAL
Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer un calendario de visitas único del PSI para todos los centros de salud del sector de Huesca.
Este calendario único de consultas para la realización del PSI, debe asegurar, por un lado, el cumplimiento de las mínimas consultas marcadas en la cartera de servicios de atención al niño sano de Aragón y, a su vez ser flexible para adaptarse a los niños y adolescentes con circunstancias especiales que puedan precisar un número diferentes de visitas dentro del PSI.
INDICADORES:
1. Resultados de la búsqueda bibliográfica. Nº de documento final a considerar.
2. Número de reuniones para consensuar el documento. Contenido.Distribución del trabajo..
3. Nº de profesionales de pediatría del Sector que han recibido el documento.
4. A los 3-6 meses. Valorar el grado de adherencia a dicho documento .

SEGUIMIENTO:
Seguimiento Primer Cuatrimestre:

1-Contacto entre profesionales de los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector Huesca:
Se inicia contacto con los distintos profesionales de los Equipos de Pediatría de Atención Primaria del sector de Huesca.
Se crea un grupo de comunicación por medio de correo oficial entre los profesionales incluidos en el proyecto. Además, se ha extendido el contacto al resto de los profesionales de los equipos de Pediatría de Atención primaria del Sector de Huesca, ya que disponemos de un grupo de comunicación de mensajería no oficial a través de redes sociales, que nos permite mantener un contacto estrecho e inmediato. Esta vía se ha utilizado para intercambiar opiniones y concertar reuniones.
Se decide comenzar el proyecto realizando inicialmente una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados por las distintas sociedades científicas en relación al calendario de visitas recomendado para el Programa de Salud Infantil (PSI) y se fija fecha para realizar una reunión el 9 de Mayo abierta a todos los profesionales de los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector de Huesca.

2-Búsqueda Bibliográfica:
Para unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría del sector de Huesca para establecer un calendario de visitas único del PSI para todos los centros de salud del Sector, se ha realizado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

una revisión de distintas intervenciones basándose en los documentos del Programa de Salud infantil (PSI) de la Asociación Española de pediatría de Atención Primaria(AEPap) y otros elaborados por grupos de expertos como la Guía de actividades preventivas por grupos de edad del Grupo Previnfad de la Asociación Española de Pediatría y Grupo PAPPS infancia y adolescencia del programa de actividades preventivas de la SEMFYC. También, se ha tenido en cuenta los mínimos establecidos en la Cartera de servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón.
Bibliografia revisada:
1.Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad.En recomedaciones PrevInfad/PAPP(en línea).Actualizado mayo 2014.Disponible en http:/www.aepap.org/previnfad/actividades.htm
2. http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil/
3.Galve Sanchez-Ventura J.¿Son eficaces las revisiones de salud en los niños?.Evid Pediatr.2008;4:47.
4.Colomer Revuelta J y Grupo PrevInfad.¿Cuantos controles son necesarios en el Prograa de Actividades Preventivas? En: AEPap ed.Curso de Actualización Pediatría 2004.Madrid: Exlibris Ediciones, 2004:p.57-60.
5.http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonesSalud/AreasTematicas/InformacionCiudadano_DerechosDeberes/ci.01_Atencion_primaria.detalleDepartamento#section5

Seguimiento Segundo Cuatrimestre:
1- Reunión :
Se realiza una reunión el día 9 de Mayo en el centro de salud Santo Grial abierta a todos los profesionales de los Equipos de pediatría del Sector con el objetivo de poner en común los datos encontrados en la búsqueda bibliográfica, valorar las revisiones que se realizan en la actualidad en los distintos centros e intentar llegar a un consenso de unificación de la periodicidad de las consultas programadas del PSI para todo el Sector.
1. Se pone en común los datos encontrados en la bibliografía revisada.
2. Se propone entre todos establecer un número de revisiones considerado como óptimo para satisfacer las necesidades de la población y proporcionar un cuidado adecuado. Según la bibliografía revisada, se objetiva que en la actualidad, no existen evidencias sobre cuál es el número óptimo de revisiones durante la infancia y la adolescencia, por lo que se considera que debe existir una cierta flexibilidad teniendo en cuenta la variabilidad de los distintos equipos como la carga existencial, las posibilidades de organización, personal de los equipos de pediatría disponibles en cada centro, las necesidades individuales de atención de cada cupo, etc.
3. Cada centro reflejó las revisiones que estaban realizando en sus equipos en ese momento.
4. Se evalúan las características individuales de los distintos equipos. No en todos hay la misma disponibilidad de personal a la hora de realizar las revisiones. En este sector, hay centros que no disponen de personal de enfermería de pediatría para realizar las actividades programadas, por lo que disponen de menos recursos.
5. Se considera que lo ideal es establecer el número de revisiones adaptadas a los momentos claves del desarrollo del niño y al calendario vacunal vigente en la medida de lo posible.
6. Se considera que aunque se establezca un número de revisiones como óptimo y se unifiquen criterios, debe existir un margen de flexibilidad para realizarlas según las características de los diferentes equipos.
7. Respecto al reparto de actividades entre el personal de enfermería y pediatras en cada revisión, se considera que debe adaptarse según las características individuales de cada equipo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se considera idóneo por consenso establecer las siguientes revisiones por edades :
-Recién nacido
-15 días
-1 mes
-2 meses
-4 meses
-6 meses
-9 meses
-11 meses (sólo vacuna)
-12 meses
-15 meses
-18 meses
-24 meses
-3 años
-4 años
-6 años
-8 años
-10 años
-12 años
-14 años

2-Comunicación al personal de los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector Huesca.

1. Se informa al resto del personal del los equipos de pediatría las decisiones consensuadas a través del grupo de comunicación.
2. Dado que todo el personal no ha podido asistir a la reunión, se deja un plazo para evaluar lo sugerido, propuestas de mejora e intentar el máximo consenso.
3. Se mantiene comunicación periódica a través del grupo de correo y se acepta por consenso el calendario de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

revisiones propuesto en la reunión.
4. Se decide enviar carta del documento de consenso de la periodicidad de las consultas del PSI para todos los equipos de Atención Primaria del sector Huesca y fijar un periodo de instauración con fecha límite hasta el 31/12/2017.

Acciones de mejora propuestas tras el segundo seguimiento

Enviar cartas sobre el documento de consenso a todos los equipos del sector Huesca
Fijar fecha de puesta en marcha del nuevo calendario de revisiones consensuado

Seguimiento tercer Cuatrimestre

1-Comunicación del Documento de Consenso a los Equipos de Pediatría del Sector (Septiembre 2017):
Se envían cartas vía correo postal interno del SALUD a todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca en las que se adjunta el Documento de Consenso con las edades de revisiones propuestas y se establece un periodo de instauración con fecha límite hasta el 31/12/2017.
Indicador :número de profesionales que han recibido el documento:100%
Se les indica vía y persona de contacto si surge algún problema en la puesta en marcha del proyecto.

2-Contacto con los Equipos de Pediatría para evaluar la puesta en marcha del Documento de Consenso (22/12/2017):
Se contacta con los integrantes de todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca a través de Grupo de Comunicación.
Todos los centros confirman la puesta en marcha del documento y haber realizado los cambios necesarios para adaptarse a las fechas de revisiones consensuadas.
Indicador: Valorar grado de adherencia a dicho documento:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras realizar una búsqueda bibliográfica, se objetiva que en la actualidad no existen evidencias sobre el número óptimo de revisiones de salud a realizar durante la infancia y la adolescencia, por lo que se decide llegar a un consenso entre los profesionales de los Equipos de Pediatría Atención Primaria del Sector de Huesca.
En nuestra propuesta, la periodicidad de las visitas de salud se ha realizado teniendo en cuenta los momentos claves del desarrollo infantil y el calendario vacunal vigente considerando que debe existir cierta flexibilidad para adaptarse a las características de los distintos equipos.
Tras consensuar el calendario de revisiones del niño sano y comunicar el Documento a todos los Equipos de Pediatría del Sector de Huesca; se confirma que a finales de Diciembre de 2017 todos los Centros del Sector han puesto en marcha el Documento y han realizado los cambios necesarios para adaptarse a las fechas propuestas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/840 ========== ***

Nº de registro: 0840

Título
DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

Autores:
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, PUYUELO DEL VAL PASCUAL, PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO, NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR, GIL FERRER LAURA, BROTO COSCULLUELA PURIFICACION, PARALED CAMPOS TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Programa de salud infantil
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0840

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ESTANDARIZACION DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL (PSI) EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR DE HUESCA

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de Salud Infantil (PSI), también llamado programa de revisiones del niño sano, consiste en el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño y en la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y adolescencia.
Es una de las principales actividades ejercidas por los equipos de pediatría en atención primaria y se organiza mediante visitas programadas, coincidiendo con los momentos claves del desarrollo infantil y con el calendario vacunal vigente.
Actualmente, en los equipos de pediatría de los centros de salud del sector de Huesca no existe un único calendario de visitas para realizar las actividades del PSI, sino que el número de visitas se organiza de acuerdo a la sobrecarga asistencial y a la población que atiende cada centro de salud, lo que fomenta la variabilidad y no asegura la equidad a la hora de realizar la atención sanitaria programada en la infancia y adolescencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer un calendario de visitas único del PSI para todos los centros de salud del sector de Huesca.
Este calendario único de consultas para la realización del PSI, debe asegurar, por un lado, el cumplimiento de las mínimas consultas marcadas en la cartera de servicios de atención al niño sano de Aragón y, a su vez ser flexible para adaptarse a los niños y adolescentes con circunstancias especiales que puedan precisar un número diferentes de visitas dentro del PSI.

MÉTODO
Realizar una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados por las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales y por los Servicios de Salud Autonómicos en relación al calendario de visitas recomendado para el PSI.
Revisión de los documentos encontrados en la búsqueda bibliográfica por parte de los miembros del proyecto de calidad.
Elaboración por los pediatras y enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del correo electrónico.

INDICADORES
Actas de las reuniones presenciales.
Documento único y consensuado de la periodicidad de las consultas programadas del PSI para todos los Equipos de Atención Primaria del sector de Huesca

DURACIÓN
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016- ENERO 2017: realización de la revisión bibliográfica
Febrero-Marzo 2017: puesta en común de las recomendaciones encontradas en la búsqueda bibliográfica y elaboración del Documento de consenso
Abril 2017: Puesta en marcha del nuevo calendario del PSI

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON DE JUAN ASENJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDAS LAFARGA OLGA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
JIMENEZ SARRADELL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación agenda específica realizado
Creación base de datos no realizado
Continuar formación en dermatoscopia no realizado
Coordinar derivaciones con dermatología no realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº biopsias realizadas 0 / Valoraciones 16
Nº derivaciones dermatología 3 / Valoraciones 16

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Fundamental continuar formación en dermatoscopia y coordinación con el servicio de dermatología .
Necesario la creación de una base de datos para el registro .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/586 ========== ***

Nº de registro: 0586

Título
DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
DE JUAN ASENJO JOSE RAMON, ORDAS LAFARGA OLGA, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, JIMENEZ SARRADELL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

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

PROBLEMA
El creciente aumento de la demanda asistencial que vivimos en el ámbito sanitario es un hecho conocido por todos los facultativos. Es motivo de continuos debates y revisiones con el objetivo de hallar soluciones para mejorar aspectos de la atención, como la accesibilidad, garantizando la calidad de la práctica clínica diaria con seguridad para el paciente, sin que ello suponga una sobrecarga de trabajo superior a la que ya estamos sometidos.

La creación de consultas monográficas en AP, en concreto en problemas dermatológicos y su resolución a través del uso del dermatoscopio, permite a los profesionales de AP mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en la atención a determinada patología dermatológica concreta.

RESULTADOS ESPERADOS
Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones dermatológicas.
Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de cirugía menor de nuestro centro de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Realización de biopsia, según lesión, en atención primaria.
Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al servicio de Dermatología.
Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes

MÉTODO
Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.

Se realizará el registro de la lesión, con descripción clínica y sintomatológica, se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.

Se registrará en una base de datos creada para esta consulta.

INDICADORES
Nº biopsias realizadas/Nº valoraciones.
Nº derivaciones a Derma/Nº valoraciones realizadas.

DURACIÓN
Mayo-junio 2018.
Creación de base de datos.
Creación de agenda específica para el proceso.
Contacto con servicio de Dermatología para reforzar formación, así como circuito de derivaciones de lesiones ya valoradas.
Presentación del proyecto en el EAP

Noviembre
Reevaluación del proceso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DIVINA DOSTE LARRULL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRIPA CADENAS PATROCINIO
JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA
CANCER MORE PILAR
USIETO GARCIA TERESA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
21 de Abril:
Sesión formativa del Dr Cruz Cubells sobre la Experiencia en Lérida de la consulta de detección, con la utilización del Test Prodiscat Pediátrico.

21 de mayo:
Reunión en Educación con los responsables del Departamento de Atención a la Diversidad, para informar del proyecto y la necesidad de colaboración entre Departamentos, sobre todo con los orientadores de los centros.

24 de octubre:
Se establece la incorporación sistemática del test, en la revisión del niño sano de 6 años, y el circuito de derivación de los niños a los orientadores de los colegios públicos. Se acuerda que el circuito de derivación a los colegios concertados será a través de la Asesora Técnica de Atención a la Diversidad.

23 de noviembre:
Reunión con los orientadores de los colegios públicos para aclarar dudas y concretar la fecha de la reunión al final del curso escolar entre representantes de los servicios de pediatría y ellos

30 de Noviembre:
Validación del test Prodiscat Pediátrico. Información a orientadores, pediatras, departamento de diversidad .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El primer listado, obtenido en abril de 2018 de niños de 0 a 14 años con Episodio P24 activo eran de 315 niños. Tras la adecuación del episodio P24 a los que realmente cumplen criterios y acotar la edad de 6 a 14, son 21 los casos que realmente cumplen criterios de inclusión. Existiendo a partir de este momento una adecuación del 100% de los casos entre diagnóstico y episodio de OMI-AP.
2. De abril a diciembre del 2018 se ha conseguido un aumento en la detección del 30%, muy superior al objetivo marcado, a expensas de niños mayores de 6 años no diagnosticados previamente.
4. Comunicación entre el departamento de Sanidad y Educación al inicio y al final del curso: SI
5. Comunicación entre el Departamento de Sanidad y Educación ante un caso complejo : SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión de la correlación de episodios ha puesto de manifiesto la importancia de hacer un buen registro del diagnóstico en OMI para obtener una extracción de datos que refleje la realidad.
El mantenimiento de este proyecto queda justificado por la necesidad de conseguir una detección precoz a los 6 años y asegurar el seguimiento adecuado en el colegio.
Nos planteamos como nuevos indicadores:
* nº de test realizados a los 6 años/nº total de niños de 6 años. Objetivo entre 90-100%
* el nº de test positivos a los 6 años/ nº test hechos en la revisión del niño sano a los 6 años Objetivo 5%

7. OBSERVACIONES.
Por movilidad de profesionales en los centros, Vanessa Rodriguez Campodarve y Mª Luisa Sancho Rodriguez han participado en el proyecto hasta diciembre de 2018, para que conste en sus certificados. A partir de Enero de 2019 forman parte del proyecto en sustitución de las anteriores Juan Manuel Jimenez Hereza y Pilar Cancer More.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/721 ========== ***

Nº de registro: 0721

Título
MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

Autores:
DOSTE LARRULL DIVINA, LARRIPA CADENAS PATROCINIO, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA, PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, SEBASTIAN BONEL FLOR, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, USIETO GARCIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastorno del aprendizaje
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20% porque a veces se incluyen a todos los niños/as con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar en el 10%. Tenemos que tener en cuenta que el 40% de niños con dislexia presentan TDHA. Y si valoramos el porcentaje en centros de drogadicción, cárceles etc. el porcentaje es superior al 40%.
La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual.
Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo) Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas, además de problemas sociales y económicos para la familia.
La introducción de un test de detección validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico, ya que uno de los aspectos a tratar es la “historia personal y desarrollo evolutivo”, que hace referencia a los datos relativos al embarazo, parto, alimentación, sueño, funcionamiento visual y auditivo, enfermedades, accidentes graves, hospitalizaciones, preferencia manual, desarrollo afectivo etc. Especial atención debemos prestar al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia.
El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas de desarrollo del niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Asegurar la correlación entre el P24 “trastorno del aprendizaje” con Dislexia, excluyendo “TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85”
2. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
3. Realizar el test a demanda ante la persistencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

MÉTODO
1. Conocer los niños con el episodio P24 de cada cupo y comprobar su adecuación
2. Establecer comunicación entre departamento de educación y sanidad.
3. Introducción del Test Prodiscat Pediátrico en la revisión de los 6 años.
4. Comprobar el conocimiento por parte de los orientadores de los centros, de los niños con P24 detectados.
5. Transmitir al EAP la herramienta diagnóstica en una sesión clínica.

INDICADORES
1. Correlación del 80% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018

2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso comp0lejo SI/NO. Diciembre 2018

DURACIÓN
1. Correlación del 100% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso comp0lejo SI/NO. Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ADOLFO LANAO MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUMANAL LACAMBRA CARMEN
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
ARTERO GUILLEN BELEN
PLANO VIDOSA MARIA PILAR
VELDUQUE BALLARIN ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo de mejora
2. Búsqueda de espacios comunitarios para la presentación del proyecto
Presentación del proyecto en espacios normalizados:
Feria del libro de Barbastro
Feria del libro de Huesca
Mercado Medieval de Asapme
Feria del libro de Monzón
3. Talleres de cocina quincenales
4. Sesiones educativas de habilidades sociales mensuales
5. Crear espacios de encuentro con otros profesionales y pacientes de la red de salud mental:
Convivencia con usuarios Asapme
6. Exposición del proyecto por parte de los pacientes en las Jornadas de Psiquiatría "Arte y salud mental" Hospital San Jorge el 12/12/2018
7. Exposición del proyecto por parte de los pacientes en las Jornadas Aragonesas: La alimentación: trastornos alimenticios versus vida saludable. Hospital San Jorge, 26/02/2019
8. Próxima asistencia y realización de un taller de cocina por parte de los pacientes para el público en general en la V feria de las asociaciones Monzón y Cinca Medio 9 y 10 de marzo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Escala Virtuales de Satisfacción: ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN
Grado de Cumplimento:
• Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
100%
Grado de Cumplimento:
• Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan: alto grado de adherencia a la actividad. Se han beneficiado una media de 20 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido a los grandes logros obtenidos durante estos tres años, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en las vidas de los pacientes, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida.
Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, teniendo en cuenta que el lugar adecuado para el tratamiento debe ser en el entorno social del usuario, pondremos nuestro objetivo en la comunidad, para que la intervención sea normalizadora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1221 ========== ***

Nº de registro: 1221

Título
INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

Autores:
LANAO MARTIN ADOLFO, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, ARTERO GUILLEN BELEN, PLANO VIDOSA MARIA PILAR, ELBOJ SASO MARTA, VELDUQUE BALLARIN ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

PROBLEMA
Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora “Creación de un taller de escrituro-terapia como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación de ULE y PSICOGERIATRÍA, desarrollado en este centro desde el año 2015.

Debido a los grandes logros obtenidos durante estos tres años, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en las vidas de los pacientes, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida.

Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, teniendo en cuenta que el lugar adecuado para el tratamiento debe ser en el entorno social del usuario, pondremos nuestro objetivo el la comunidad, para que la intervención sea normalizadora.

La integración en la comunidad de una persona con una enfermedad mental supone uno de los mejores respaldos para su buena evolución clínica, impulsando la recuperación de su proyecto vital y la integración social, evitando así las consecuencias del estigma; rechazo, marginación y exclusión social.

La herramienta utilizada para este fin será la divulgación del libro de cocina Apetito Común escrito por los pacientes del CRP. Se programarán diferentes actividades e intervenciones comunitarias que permitan hacernos visibles exportando nuestro trabajo a la sociedad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general:
Articular intervenciones comunitarias con pacientes con TMG, a través de la divulgación del proyecto Apetito Común, trabajando la integración en la comunidad y la erradicación del estigma y la discriminación social.

Objetivos específicos:
Posibilitar el descubrimiento de estas prácticas como recurso rehabilitador
Participación activa de la comunidad
Asegurar el derecho de ciudadanía.
Transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios
Generar habilidades de adaptación para responder a las demandas de la vida comunitaria, que deben ser aprendidas “in situ”
Lograr el reconocimiento social, familiar y del entorno.
Aprender habilidades sociales
Contribuir al desarrollo de la sensibilización social con relación al colectivo

MÉTODO
1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP. Si se considera preciso, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos
2. Búsqueda de espacios comunitarios para la presentación del proyecto
   Presentación del proyecto en espacios normalizados:
   Feria del libro de Barbastro
   Feria del libro de Huesca
   Mercado Medieval de Asapme
   Presentación en la librería Cálamo en Zaragoza
3. Contactar con diversos recursos de la ciudadanía: otros profesionales del mundo de la literatura, cocineros..
4. Búsqueda del apoyo de otros organismos vinculados a los servicios de Salud Mental.
5. Sesiones educativas de habilidades sociales
6. Crear espacios de encuentro con otros profesionales y pacientes de la red de salud mental

INDICADORES
1. Grado de Cumplimento:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.

2. Escala Virtuales de Satisfacción (por parte de los usuarios)al inicio y al término del proyecto.

DURACIÓN
El proyecto se realizará entre el año 2018, el cronograma se divide en varias fases con distintas actividades.

1ª FASE DE ENERO A JUNIO DE 2018:
1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes: escala de satisfacción
2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado para marcar los objetivos, planificar la tarea
3. Búsqueda de espacios normalizados para la presentación del proyecto y realización de los trámites burocráticos.
4. Talleres prácticos de habilidades sociales.
5. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora
6. Dos sesiones de encuentro y convivencia con profesionales/usuarios de la red de salud mental
7. Inicio de la presentación de proyecto en espacios comunitarios (feria del libro...)

2ª FASE DE DE 2018:
1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea.
2. Talleres prácticos de habilidades sociales, entrenamiento “in situ”
3. Continuación de la presentación del proyecto por parte de los usuarios en espacios comunitarios (mercado medieval, librería Zaragoza..)
4. Dos sesiones de encuentro y convivencia con profesionales/usuarios de la red de salud mental
5. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2018 por parte del responsables del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDAS LAFARGA OLGA
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA
DOSTE LARRULL DIVINA
USIETO GRACIA TERESA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
CAJAL MARZAL ADOLFO
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Organización:
-Análisis de la situación: revisión BOA 24/06/2015. Instrucciones relativas a organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros no docentes.
-Formación del equipo multidisciplinar formado por pediatras, enfermeras de pediatría, médicos de familia, trabajador social en Marzo 2017.
-Selección de centros escolares en Mayo 2017. Responsables: Zulema Pinillos, Maite Jiménez, Olga Ordás.
-Envío de cartas a la dirección de cada centro al final del curso escolar informando del proyecto. Junio 2017. Responsable Zulema Pinillos.
-Llamada telefónica a los directores de los centros para toma de contacto, explicar proyecto y acordar reunión para concretar intervención. Septiembre 2017. Responsable Zulema Pinillos.
-Reuniones con dirección de centros escolares: Octubre 2017. Responsable Zulema Pinillos y Olga Ordás.

Comunicación:
-Información sobre la evolución de proyecto al resto de los profesionales del centro de salud en las distintas reuniones de equipo realizadas a lo largo del año. Responsable Adolfo Cajal.
- Se realiza curso como evaluar proyectos de comunitaria en Octubre 2017 donde se comparte con otros compañeros del sector. Responsables: Olga Ordás y Zulema Pinillos
-Se da a conocer el proyecto al Grupo de trabajo de Pediatría comunitaria de Arapap (Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria) y se presenta en las XIII Jornadas Aragonesas de Pediatría de Atención Primaria el 27 de Octubre dentro de la mesa redonda “Actividades comunitarias: otra manera de hacer pediatría”. Octubre 2017. Responsable Maite Jiménez.

Intervención:
-Reuniones con los equipos directivos de los centros docentes para valorar necesidades formativas, concretar los temas a tratar y fijar la fecha de las sesiones.
Las reuniones con los equipos directivos de los centros que han querido participar en el Proyecto se realizaron:

.CEIP El Parque: 5 de Octubre de 2017. Responsable Olga Ordás y Zulema Pinillos
.CEIP Pedro J. Rubio: 3 de Noviembre de 2017. Responsable Zulema Pinillos.

-Sesiones formativas a los docentes .Se desplaza personal del Centro de Salud a los colegios. Se realizan tres sesiones:

-CEIP El Parque: Se realiza el 18 de Octubre y se abordan los temas de anafilaxia, convulsiones, heridas y traumatismos y espasmos del sollozo. (Adolfo Cajal, Zulema Pinillos, Olga Ordás, Guadalupe Ordoñez)
-CEIP Pedro J. Rubio: Se realiza el 15 de Noviembre y se abordan los temas de anafilaxia, convulsiones, heridas y traumatismos y atragantamientos. (Adolfo Cajal, Zulema Pinillos, Teresa Usieto, MIR familia)
-CEIP El Parque: Apoyo psicosocial inmediato en situiaciones de urgencia-emergencia (Angel Luis Arricivita Amo)

Evaluación:
La evaluación de las intervenciones se realiza mediante:
-Encuestas de satisfacción anónimas dirigidas a los docentes en las que se puntúa del 1 al 5 (siendo 5 la mejor puntuación) la duración de las sesiones, el material didáctico utilizado, a los ponentes, expresión y conocimiento del tema, conocimientos adquiridos, utilidad y sí recomendarían la sesión a otros compañeros. Además, se incluye en las encuestas un apartado de sugerencias para que los docentes puedan expresar libremente su percepción sobre las sesiones y propuestas de mejora.
-Observador externo: valora la asistencia, la interacción entre el claustro de profesores y el personal sanitario, la aceptación y valoración de los dispositivos que se llevaron para que pudieran manipular y probar y el material utilizado en las sesiones y que se dejó en los centros. Responsable: Angel Luis Arrecivita, MIR familia en CEIP el Parque y Olga Ordas en CEIP Pedro J. Rubio.

Materiales utilizados:
-Las sesiones fueron elaboradas a partir del material de la Guía para Centros Docentes de la Asociación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud/biblioteca/guia-aepap-para-centros-docentes

-En la sesión de actuación frente a las convulsiones se incluyeron vídeos de la Asociación Aragonesa de Epilepsia y se les facilitó el enlace a web de consulta (vivirconepilepsia.es)
-Se llevó a los centros dispositivos que pueden ser necesarios en situaciones de emergencia en niños con enfermedades crónicas para que los pudieran manipular y probar como diacepam rectal en epilépticos y adrenalina en casos de anafilaxia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Valor Indicadores:

1. Nº reuniones de grupo: Se han realizado a lo largo del año varias reuniones entre los componentes del grupo, aunque no de forma protocolizada. Se plantea para el próximo año realizar reuniones de forma más establecida en la que participen todos los componentes.

2. Nº de sesiones formativas dadas a los docentes. Contenido.
Sesión formativa en CEIP El Parque: Convulsiones, Anafilaxia y alergias, heridas y traumatismos, espasmos de sollozo y desvanecimientos.
Sesión formativa aspectos psicosociales en situaciones de urgencia-emergencia en CEIP El Parque
Sesión formativa en CEIP Pedro J Rubio: Convulsiones, anafilaxia y Alergias, heridas y traumatismos y atragantamientos.

3. Nº Docentes que participan en la formación/Nº total de docentes:
- CEIP El parque 15/30= 50%
- CEIP Pedro J rubio: 35/37: =94,59%

4. Nº centros educativos públicos en que se impone formación/Nº total CEIP zona básica se salud: 100%

5. Nº CEIP en los que se contacta /Nº CEIP en los que se realiza formación: 50%

Grado de consecución de los objetivos del proyecto:

En las reuniones concertadas con los equipos directivos previas a las sesiones formativas se exploran las necesidades sobre la forma de actuar ante las distintas situaciones sanitarias que pueden surgir en los colegios y se adaptan los temas a tratar a las sugerencias y necesidades percibidas por cada centro de acuerdo con el objetivo general del proyecto.

En ambos centros se realizaron sesiones también durante el año 2016 y se completa la formación ante situaciones de urgencias frecuentes, forma de actuación en niños con patologías crónicas, se resuelven dudas, se recuerdan los cauces correctos a la hora de ponerse en contacto con los servicios sanitarios, se da conocer material sanitario que puede ser necesario en situaciones de urgencia para que puedan manipularlo, probarlo y comprobar de forma supervisada su uso correcto y se dan conocer recursos disponibles y accesibles para poder ser utilizados en cualquier momento.

Se ha contactado con todos los colegios públicos de la zona y con 2 concertados.
Con una participación de momento del 100% de los centros públicos y con una participación una elevada asistencia de docentes a las sesiones.

Descripción de resultados alcanzados:

• Observador externo:

- Valora como positivo:
. Percibe en ambos centros buen ambiente e interés del personal docente por las presentaciones .Continúan las explicaciones y toman apuntes.
.Buena recepción del material de consulta dejado en los ordenadores los centros, la guía de para centros docentes de AEpap y enlace a web de consulta sobre epilepsia.
.Buena aceptación de los dispositivos (adrenalina, diacepam rectal) que se llevan desde el centro para que puedan manipular y tocar.
.Buena interacción entre el personal docente y sanitario. Preguntan dudas sobre la forma de administración de la medicación, expresan situaciones que les generan temor y manifiestan su agrado hacia temas como heridas y traumatismos por su gran aplicabilidad diaria.
.El personal docente hace nuevas propuestas para futuras sesiones.

- Puntos de mejora percibidos por el observador:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

.En uno de los centros se produjo un retraso en el inicio de la sesión por falta de puntualidad de parte de los docentes y tres de ellos abandonaron la sala sin que hubiera finalizado y sin rellenar las encuestas de satisfacción.
.Escaso tiempo para abordar algunos de los temas propuestos. Percibe que sería necesario reducir el número de temas por sesión y limitar la duración a una hora para evitar sobrecarga de información a los docentes.
.Falta de tiempo para formular dudas. Sería necesario fomentar el espacio de dudas y preguntas.

• Encuestas de satisfacción:

-Se recogieron un total de 12 encuestas en el CEIP El parque y 37 en CEIP Pedro J. Rubio.

-Resultados obtenidos en los parámetros evaluados:

CEIP El parque:
-Duración de las sesiones: 5
-Material didáctico utilizado: 4.5
-Ponentes. Expresión y conocimiento sobre el tema: 4,5
-Conocimientos adquiridos: 5
-Utilidad: 5
-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 5

CEIP Pedro J Rubio:
-Duración de las sesiones: 4
-Material didáctico utilizado: 4
-Ponentes. y conocimiento sobre el tema: 4
-Conocimientos adquiridos: 4
-Utilidad: 4
-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 4,5

• Sugerencias aportadas por los docentes:
-Cambio de horario de las sesiones dentro de su horario docente.
-Aumentar el tiempo para poder formular dudas y preguntas.
-Falta de tiempo para abordar algunos temas y excesiva información en otros.
-Propuesta de nuevos temas para futuras sesiones.

• Los datos recogidos aportan una información muy valiosa para continuar con el proyecto, conocer la percepción de los docentes, identificar áreas de mejora y detectar los aspectos que mejor valoración reciben para potenciarlos.
En general se ha percibido una buena acogida de la iniciativa en los colegios. Las encuestas de satisfacción han permitido valorar a través de las altas puntuaciones alcanzadas que los docentes manifiestan haber aumentado los conocimientos que tenían previamente sobre el tema y que consideran útil la formación recibida.
Valoran de forma muy positiva el material que se deja en los centros para poder acceder a él si lo necesitan en algún otro momento. El proyecto ha permitido darles a conocer recursos que desconocían como la Guía para centros docentes de la AEpap, webs de consulta y las vías correctas de solicitar ayuda sanitaria.
También valoran positivamente los dispositivos que se llevaron para probar y que pueden ser necesarios utilizar en situaciones de emergencias previsibles en niños con enfermedades crónicas conocidas. Manifiestan que enfrentarse a estas situaciones les produce angustia y temor y el hecho de poder practicar con los dispositivos les da mayor tranquilidad y mejora sus habilidades a la hora de mejorar la atención inicial de estos niños en caso de emergencias.
La sugerencia de nuevos temas a tratar en otras sesiones nos muestra su interés por dar continuidad al proyecto y ampliar su formación.
Desde el grupo de colaboradores incluidos en el proyecto del centro de Salud se percibe como una experiencia positiva de oportunidad de acercamiento a los colegios, que ha permitido que nos conozcan y abrir vías de comunicación para trabajar de forma conjunta en la mejora de la calidad de la asistencia y bienestar de los niños con los que ambos colectivos trabajamos.

Especificación de la información recogida para la evaluación. Metodología e indicadores:

Para realizar la evaluación, se han recogido las impresiones aportadas por el observador externo, las de los propios profesionales sanitarios que dieron las sesiones, las puntuaciones obtenidas en los distintos apartados de las encuestas de satisfacción y las sugerencias aportadas por los docentes.
La valoración por parte del profesorado ha sido muy positiva en general, lo que se refleja en las altas puntuaciones en las encuestas de satisfacción. El apartado de sugerencias resulta muy útil para poder valorar las líneas de mejora que se centran sobre todo en la escasez de tiempo y el horario. También permite valorar lo que ellos han percibido de forma más positiva. La mayoría de ellos recomendarían las sesiones a otros compañeros.
El observador externo también ha valorado en general de forma positiva las sesiones. Sus percepciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

coinciden en gran manera con las valoraciones y sugerencias de los docentes.
La valoración de los profesionales sanitarios también es positiva sobre todo en lo referente al interés mostrado por el profesorado por la información, recursos y materiales utilizados. Perciben también la falta de tiempo y las prisas de algunos docentes por finalizar por temas de horario.....

Comparación de los cambios entre la situación previa y final.

En los centros escolares pueden surgir situaciones de urgencias y emergencias, previsibles o no, que pueden requerir una actuación inicial por parte del docente .Esta atención inicial puede ser de gran ayuda hasta que el menor puedan recibir asistencia médica.
Las instrucciones que regulan la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón reflejan la conveniencia de programar cada año alguna sesión de formación y asesoramiento del profesorado.
La puesta en marcha de este proyecto ha permitido iniciar este proceso en los centros escolares de nuestra zona de salud que hasta este momento no disponían de otra vía de formación en este sentido. Se han adaptado las sesiones a sus necesidades atendiendo a las situaciones de urgencias más frecuentes y en función de situaciones concretas de niños que asisten a sus centros. También, han recibido recursos que desconocían para poder acceder a esta información de forma continua.

Grado de implicación y participación de los destinatarios y participantes:

-Se oferta el proyecto a todos los colegios que pertenecen a la zona básica de Salud del centro Santo Grial a la que corresponden dos centros públicos (CEIP El Parque y Pedro J.Rubio) y dos concertados (San Viator y Salesianos).
De momento, han participado los dos los centros públicos y uno de los centros concertados ha mostrado interés en concertar una reunión a principios del próximo año.
-Se realizan las sesiones en los centros con una participación de los docentes de:
.CEIP El Parque: asistencia de 15 docentes de un claustro de 30 (50%)
.CEIP Pedro J.Rubio: asistencia de 35 docentes de un claustro de 37 (94,59%)

-Colaboran en evaluación del proyecto a través de las encuestas de satisfacción el 80% de los asistentes del CEIP El Parque y el 100% de los asistentes del CEIP P.J.Rubio.

Valoración de los objetivos y aspectos no alcanzados:

-Se ha objetivado un descenso en la asistencia de profesorado en uno de los centros respecto al año anterior. Según los datos recogidos por el observador externo y las sugerencias de los docentes parece que ha podido ser motivado por el horario elegido desde el equipo directivo del centro para realizar la sesión. Sugieren la formación sea realizada dentro de su horario docente.
-Es complicado evaluar de forma objetiva la mejora del grado de conocimiento adquirido por los docentes sin haber realizado algún cuestionario previo a la formación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de dificultades y flexibilidad del proyecto:
-De acuerdo a lo reflejado en el apartado de sugerencias dirigido a los docentes, en muchos de los casos coinciden en reflejar que hay poco tiempo para poder formular dudas y preguntas y que al dar varias sesiones juntas es mucha información para la duración conjunta de las charla.
Sería necesario limitar el número de temas a tratar por sesión para fomentar una mayor interacción entre el claustro y el personal sanitario a través de resolución de dudas, exposición de situaciones reales vividas en los centros, etc.

-El horario en la que se realizaron las sesiones fué propuesto por los equipos directivos de los colegios y el personal sanitario que se desplazó a los centros se adaptó a la propuesta. A pesar de esto, algunos profesores sugieren que las sesiones deberían realizarse dentro de su horario docente.
Pensamos que esta ha podido ser la causa de ausencias, de retrasos de asistencia sobre el horario previsto y de que algunos de ellos se marcharan antes de terminar las charlas ; por lo que de cara a próximas sesiones, estaría bien intentar concertar con los equipos directivos el horario que mejor se pudiera adaptar a los docentes.

Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones. Posibilidades de extensión y de replicabilidad de las iniciativas en otros centros:

-El proyecto ha abierto una vía de comunicación y de contacto desde el centro de salud con los centros escolares. Dado que contamos con la ventaja de trabajar con la misma población y tras la valoración positiva de la actividad por los docentes, es probable que puedan surgir otras actividades en las que el personal docente y el sanitario podamos trabajar de forma conjunta en beneficio de la población infantil con la que trabajamos.

-El proyecto de momento se ha puesto en marcha en dos de los centros escolares de la zona de salud que han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

mostrado interés en participar. Se va a seguir con el proyecto en estos centros. Se han concertado nuevas sesiones con otros temas sanitarios.
Se ha mantenido la comunicación con otro de los centros que ha manifestado querer iniciar el proyecto más adelante y con el otro centro, también se ha contactado en distintas ocasiones vía telefónica. Conocen el proyecto, la disponibilidad de nuestro equipo y forma de contactar en caso de querer participar.

-Es un proyecto que precisa escaso consumo de recursos materiales y que por sus características es fácilmente reproducible desde cualquier otro centro de salud .
Se ha dado a conocer desde el Grupo de Pediatría Comunitaria y en las Jornadas de Arapap mostrando varios pediatras interés en poder poner en marcha proyectos similares de colaboración con los colegios desde sus equipos de Atención Primaria.

- Cambiar el formato de las sesiones para intentar posibilitar una mayor interacción e intercambio dinámico de información entre los docentes y el personal sanitario. Limitar la duración de las sesiones a una hora y el número de temas tratados por sesión, evitando la sobrecarga de información y dejando mayor espacio para dudas, exponer situaciones reales y practicar con los dispositivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/173 ========== ***

Nº de registro: 0173

Título
ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Autores:
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, ORDAS LAFARGA OLGA, DOSTE LARRULL DIVINA, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, USIETO GRACIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, CAJAL MARZAL ADOLFO, ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

Enfoque ....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde el EAP Santo Grial, con el objetivo de fomentar la participación comunitaria, y buscando el mejorar la promoción de la salud, surge la idea de ayudar e informar a los profesionales docentes en lo referenre a la atención sanitaria, a través de formación específica y conociendo la población sobre la que trabajan, coincidiendo con la población pediátrica que nosotros tenemos asignada.

Trataríamos de aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver sus dudas y despejar miedos antes situaciones complicadas, además de recordar los cauces correctos a la hora de pedir ayuda o ponerse en contacto con los servicos sanitarios.

Un porcentaje de niños escolarizados tienen enfermedades crónicas que en un momento pueden requerir tomar una decisión por parte del docente, además de situaciones urgentes que pueden surgir en un momento dado y en cualquier niño.

RESULTADOS ESPERADOS
Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas

MÉTODO
- Análisis de situación. RevisiónBOA 24/06/2015- Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centrs docentes.
- Selección de grupo de trabajo
- Selección temas a tratar: Hipoglucemias, golpes y contusiones, curas de heridas, crisis epilépticas,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

conocimientos básicos de Adrenalina "Kit antialérgicos", atragantamiento, RCP básica. Apoyo psicosocial inmediato en situaciones de urgencia-emergencia.

INDICADORES
Nº docentes que participan en la formación/ Nº total docentes >50%
Nº centros educativos publicos en que se imparte formación/ Nº total CEIP de ZBS > 50%

DURACIÓN
Presentación al equipo directivo de los CEIP mediante carta como toma de contacto: junio 2016
Encuentro con dirección de CEIP, valorando y escuchando sus sugerencias, así como presentarles nuestro abordaje de situaciones: septiembre 2016
Reunión con todo el claustro docente, sesión de formación: octubre - noviembre 2016
Encuesta de satisfacción de la actividad: noviembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0936

1. TÍTULO

ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... DIVINA DOSTE LARRULL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
LATRE OTAL VANESSA
USIETO GRACIA TERESA
IDAÑEZ RODRIGUEZ DOLORES
BUIL CALVO PILAR
DUASO ALLUE LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-- En noviembre 2016 de procede a elaborar el listado de las niñas nacidas entre el 1/1/2002 y 31/12/2003.
--Se evalúan por separado los resultados obtenidos de la cohorte de niñas nacidas en 2002 y las nacidas en 2003.
--En febrero 2017, se actualizan los miembros del equipo (hay variación debido a los traslados)
--En marzo 2017 se hace un primer corte para valorar cuantas de las niñas nacidas en 2002 todavía tienen pendiente alguna dosis y se hace captación activa de las mismas llamándolas por teléfono. También se evalúa como va la captación de las niñas nacidas en 2003.
-- En Julio 2017 se realiza otro corte de características similares.
--En noviemdre 2017 se realiza otro corte .
--Todas las niñas que acuden a la primera dosis salen de la consulta con la cita de la 2ª dosis y se pone un Flash en OMI para que cuando acudan a la consulta del MAP les recuerde la fecha de la 2ª dosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES DE NIÑAS NACIDAS EN 2002

De 117 niñas nacidas en 2002 se excluyen 4:
1 No se puede contactar . No acude al centro desde hace 3 años.
1 Se excluye. Ha ido a vivir a otro país.
2 Se vacunan en centro externo.
Entran a formar parte del programa 113 niñas

1-- Nº niñas 1ª dosis papiloma /Nº niñas programa papiloma: 104/113 cobertura: 92.04%

Los motivos de no vacunación han sido:
4 niñas rechazan la vacuna del papiloma pero no la dT
4 niñas rechazan las 2 vacunas
1 se llama reiteradamente y no acude.

2-- Nº niñas 2ª dosis de papiloma / Nº niñas que reciben la 1ª dosis: 98/104 Cobertura :94.23%

3-- Nº niñas que salen de la primera revisión con cita para la 2ª dosis: Cobertura :100%

4-- Nº de niñas en cuya Hª consta haber recibido Educación Sexual. Este item no se evalúa en las niñas nacidas en 2002 debido a que este indicador se introdujo cuando más de la mitad de estas niñas ya habían venido a la primera cita.

INDICADORES DE NIÑAS NACIDAS EN 2003

De 92 niñas nacidas en 2003, se excluyen 5:
4 no se logra contactar. No acuden al centro desde hace varios años.
1 Se vacuna en centro externo.
Entran a formar parte del programa 87 niñas.
De estas se evalúan en esta memoria para la primera dosis, las nacidas hasta el 31 de agosto de 2003, y para la segunda las nacidas hasta el 31 de marzo de 2003 ya que en ocasiones la cita se les da con varios meses de retraso por distintos motivos (presión asistencial, retraso por enfermedad, estudios..). Son un total de 48 niñas para la 1ª dosis y 17 para la 2ª.

1-- Nº niñas 1ª dosis papiloma /Nº niñas programa papiloma: 46/48 Cobertura:95,08%.

Los motivos de no vacunación han sido:
1 Rechaza la vacuna del papiloma y la dT.
1 Pendiente de vacunar con cita asignada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0936

1. TÍTULO

ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

2-- Nº niñas 2ª dosis de papiloma / Nº niñas que reciben la 1ª dosis: 17/17 Cobertura :100%

3-- Nº niñas que salen de la primera revisión con cita para la 2ª dosis: Cobertura :100%

4-- Nº de niñas en cuya Hª consta haber recibido Educación Sexual./ Nº niñas que acuden a la primera dosis papiloma 27/46 . Cobertura 58,62%
Inferior al objetivo marcado que era de un95%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este programa ha supuesto una oportunidad de mejora importante, ya que gracias a la captación activa (En ocasiones ha sido necesario llamar de forma reiterada), se ha observado un aumento importante en la cobertura vacunal de 2ª dosis de papiloma respecto a la cohorte de niñas de 2001, pasando de un 86,44% a un 94,23%, alcanzando casi el objetivo fijado que era de un 95%, Es muy importante que el mayor número posible de niñas esté protegido. Con los datos analizados hasta el momento, de las niñas nacidas en 2003, parece que los resultados van a ser incluso mejores.

Otro punto de interés importante analizando los datos provisionales de las niñas nacidas en 2003, es que sólo hay 1 niña que haya rechazado la vacunación (en el año 2002 fueron 8). Creemos que la información que se da a las familias sobre vacunación es muy importante, en ocasiones hay que dedicar tiempo a explicar bien las cosas ya que permite aclarar ideas erróneas .
.
El Nº de niñas en el que consta haber recibido Educación Sexual coincidiendo con la 1ª dosis del papiloma es bastante inferior al esperado . Para intentar aumentar esta cobertura, cuando las niñas acudan a la2ª dosis de papiloma se revisará la Hª de OMI, y si no la han recibido se les dará coincidiendo con la 2ª dosis .

7. OBSERVACIONES.
Se da por finalizado el seguimiento para las niñas nacidas en 2002.

Para poder dar por concluido el programa, habrá que continuar durante el año 2018, puesto que las niñas nacidas en el segundo semestre de 2003, no cumplirán criterios de 2ª dosis hasta el año 2018. Además como se ha indicado en el punto anterior se intentará mejor la cobertura en Educación Sexual cuando acudan a esta 2ª dosis.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/936 ========== ***

Nº de registro: 0936

Título
ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

Autores:
DOSTE LARRULL DIVINA, ORTILLES GARCIA MARTA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, LATRE OTAL VANESSA, IDAÑEZ RODRIGUEZ DOLORES, BUIL CALVO PILAR, DUASO ALLUE LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: poblacion sana sin patologia
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Vacuna contra el virus del Papiloma Humano, se administra en la Comunidad Autónoma de Aragón en dos dosis. En el año 2016 ha estrado en vigor un nuevo calendario vacunal y dicha vacuna se administrará a la edad de 12 años. Todavía existen unas cohortes de niñas, las nacidas en 2002 y 2003 a las que se les administrará la vacuna a los 14 años. Por lo tanto cuando corresponde administrar la 2ª dosis ya no son pacientes pediátricas y por tanto es más fácil que se pierdan oportunidades de administrar la segunda dosis.
Continuando con el programa iniciado el año anterior se administrarán las dos dosis en la consulta de pediatría, la primera coincidiendo con el programa del niño sano a los 14 años, y la segunda seis meses

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0936

1. TÍTULO

ULTIMAS COHORTES DE VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO A LOS 14 AÑOS. MEJORANDO LA COBERTURA VACUNAL Y APROVECHANDO LA COYUNTURA PARA REALIZAR EDUCACION SEXUAL

después.
Se va a aprovechar la oportunidad para realizar Educación Sexual a las niñas cuando acudan a la cita de la primera dosis.

RESULTADOS ESPERADOS
En el programa desarrollado el año pasado se ha obtenido una cobertura de 1ª dosis de papiloma del 94.28% y de 2ª dosis de papiloma del 86,44%, algo inferior a lo esperado.
Se espera que el mayor número posible de niñas inicien la vacunación. Lo ideal sería una cobertura en la primera dosis superior al 95%.
Alcanzar una cobertura de vacunación de 2ª dosis de papiloma superior al 95%
El 100% de las niñas deben de salir de la primera consulta con la cita para la 2ª dosis.
Un porcentaje de niñas superior al 95% deben recibir Educación Sexual

MÉTODO
Elaborar un listado de las niñas nacidas en 2002 y 2003.
--Captación de estas niñas para darles la cita de la revisión de los 14 años, donde se les administrará la primera dosis de vacuna y se les dará información sobre Educación Sexual que deberá quedar reflejado en la Historia Clínica.
--Las niñas saldrán de la consulta con la fecha de la cita de la segunda dosis.
--Para reforzar el programa se pondrá un "Flash" en Historia clínica de OMI para que cuando acudan a la consulta del MAP les recuerde la fecha de la segunda dosis.
--Si no acuden a la cita prevista se realizará captación activa por teléfono.

INDICADORES
--Nº de niñas de 14 años que reciben la primera dosis papiloma/ Nº total niñas 14 años.
--Nº de niñas 14 años que reciben la segunda dosis papiloma/Nº niñas que recibieron la primera dosis.
--Nº de niñas que salen de la primera revisión con la cita de la segunda dosis.
--Nº de niñas en cuya historia consta haber recibido Educación Sexual.

DURACIÓN
--Elaboración de listados de las niñas nacidas en 2002 y 2003.
--En Diciembre de 2016 se realizará un primer corte, para evaluar la progresión del programa y hacer captación de las niñas que no han acudido .
-- Así sucesivamente se harán cortes trimestrales y se recopilarán datos hasta que se de el programa por concluido (de las niñas nacidas a finales de 2003 no se podrán tener los resultados hasta mitades del 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1145

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Fecha de entrada: 27/03/2018

2. RESPONSABLE ..... SARA BORNAO CASAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NICAS FIANCES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Organizativas
Formación del personal responsable y colaborador del proyecto a través de los programas y estrategias de promoción de salud del SNS desde el día 01/01/2016 hasta el 01/03/2016

- De comunicación
El día 07/03/2016 se informa al EAP del proyecto “QUEDADA” apoyadas por metodología audiovisual obtenida de los audiovisuales del SNS de promoción de Salud y un vídeo de las actividades físicas realizadas en nuestro centro de salud con población adulta antes de iniciar el proyecto como tal
El día 14/03/2017 se colocan panfletos informativos en las puertas de las consultas de nuestro centro de salud
El mismo día 14 se empieza a aprovechar el momento de las consultas para informar del proyecto a los pacientes adultos
El 15/03/2016 se contacta con las responsables de las asociaciones de la zona y se presenta el proyecto

- De intervención
El día 15/03/2016 se da la primera charla informativa en la asociación de mujeres y consumidores de Sariñena
El día 24/03/2016 empezamos con las sesiones semanales de una hora de duración los jueves de 10 a 11. En ellas combinamos ejercicios de calentamiento, aeróbicos, anaeróbicos y estiramientos, teniendo en cuenta las condiciones físicas y las patologías de cada usuario
En caso de meteorología adversa aprovechamos la sala multiusos del centro para dar información sobre hábitos saludables

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de asistentes a las sesiones informativas en las diferentes asociaciones/Nº de asociados a dichas asociaciones
Nº de usuarios que acuden a las sesiones/Nº de usuarios a los que se les ha informado de dicha actividad
Nº de usuarios que acuden a la quedada/Nº de usuarios a los que se les ha recomendado participar en la misma

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista del trabajo realizado hasta la fecha hemos podido observar varios problemas que son los que nos llevan a tener dificultades a la hora de hacer una buena evaluación del proyecto
- Por ello nos planteamos como mejora hacer un buen diseño del proyecto que nos permita poder evaluarlo con rigor
-Integración al programa de otros miembros del EAP
No cabe duda de que el proyecto está más que justificado dada la evidencia científica del ejercicio físico en el proceso de salud enfermedad, pero es un proyecto que no puede realizar una sola persona. Por ello, el plan de mejora empezaría integrando más al EAP y haciéndolo partícipe de las actividades.
-Implicación de los servicios municipales y otras asociaciones con las que compartir el proyecto y poder solicitarles no solo la prestación de locales para llevar a cabo las sesiones informativas y las de ejercicio físico sino también el personal que ellos tienen contratado para la realización de actividades de ocio y tiempo libre

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1145 ========== ***

Nº de registro: 1145

Título
QUEDADAS POR TU SALUD

Autores:
BORNAO CASAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1145

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
NECESIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA EN UNA POBLACIÓN CRÓNICA Y ENVEJECIDA COMO ES LA DEL EAP SARIÑENA

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la actividad física que realizan los individuos que no cumplen con las recomendaciones internacionales sobre actividad física y reforzar su mantenimiento a aquellos que las cumplen, así como reducir el sedentarismo
Dar a conocer a la población adulta la importancia que tiene la actividad física sobre el proceso salud-enfermedad.Dar a conocer las actuales recomendaciones del SNS sobre la actividad física. Aumentar la actividad física en los individuos que no cumplen las recomendaciones internacionales sobre actividad física.Reforzar el mantenimiento en los que sí las cumplen. Reducir el sedentarismo

MÉTODO
Educación individual/grupalCASASA
-Valorar la actividad física y periodos sedentarios
-Analizar factores y barreras que influyen en la práctica o no de la actividad física
-Con pacientes que no cumplen las recomendaciones, consensuar objetivos progresivos
-Romper periodos sedentarios de más de dos horas
-Planificar un seguimiento “registro de la actividad física”
-Informar de los recursos comunitarios

INDICADORES
REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN EL FORMATO AL EFECTO. Realizar al menos una quedada mensual

DURACIÓN
Continuación de actividad realizada en 2016, en principio sin fecha d efin

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA PARALED CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAZOL PERIZ YOLANDA
FELIPE VILLA BEATRIZ
LOPEZ TORRES ANA
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA
GABAS LARRUY MARIA ISABEL
PRIETO BONSON ROSA
NARRO EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades propuestas inicialmente y programadas dieron un pequeño giro en el mes de abril de 2018 cuando se nos propuso el AGC 2018. Realmente, toda nuestra actividad que iba dirigida hacia la participación activa en una feria agrícola y ganadera, para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se dirigió hacia la elaboración de los recursos sociales para la creación de activos y la colaboración escolar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El 9 de octubre se realiza una reunión de asociaciones y entidades de la zona con la representación de 27 entidades. A partir de aquí se elabora una base de datos con los mismos
- El 25 de octubre nos reunimos con los Servicios Sociales de la Comarca de los Monegros para poner en marcha el programa PPAP y con dos colegios (La Laguna de Sariñena y CRA Monegros Norte) pertenecientes a los colegios promotores de salud
- Se participa en las actividades ya iniciadas en estos colegios con los programas: "Taller de cocina" y "Aprendo a comer"
- Se programan para el 2019 tres campañas de salud. Para la difusión de las mismas se contará con los agentes de salud presentes en la base de datos, así como con los medios de comunicación locales.
- Se propone crear la Agenda Comunitaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Uno de los objetivos principales de este proyecto ha sido contactar con la población y tratar de sacar la salud a la calle. Creemos que esto se está logrando y es por ello por lo que nuestro siguiente paso es la creación de una Agenda Comunitaria para el seguimiento y evalución de las distintas participaciones sobre y con la población

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/743 ========== ***

Nº de registro: 0743

Título
TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Autores:
PARALED CAMPOS MARIA TERESA, GAZOL PERIZ YOLANDA, FELIPE VILLA BEATRIZ, LOPEZ TORRES ANA, BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA, PRIETO BONSON ROSA, ABADIAS PEÑA MARINA, VERA BELLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

PROBLEMA
4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información…

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las CCAA y sociedades científicas, ha elaborado la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Fue apro-bada por el Consejo Interterritorial del SNS el 18 de diciembre de 2013, con el objetivo de conseguir ganar años de vida en buena salud y libres de discapaci-dad y se desarrolla en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Croni-cidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y tiene su vigencia hasta 2020.

El ámbito local es un lugar idóneo para mejorar la salud de la población, trabajando conjuntamente entre sectores y contando con la participación de la ciudadanía.
La estrategia elaborada para la implementación local supone la puesta en marcha y de-sarrollo de dos acciones clave que deben ir precedidas de la Adhesión del municipio a la Estrategia y que son:
Constitución de una mesa de coordinación intersectorial en el mu-nicipio.
Identificación de recursos para la promoción de la salud y la pre-vención en el municipio (mapeo de recursos)
Este proyecto está enfocado a abordar la segunda acción: identificación de recursos para la promoción de la salud y la prevención en los municipios pertenecientes a la Zona básica de salud de Sariñena (Sector I Huesca) y la participación en ellos.

RESULTADOS ESPERADOS
Informar a la población sobre la importancia del ejercicio físico y deporte para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad
Informar a la población de los recursos locales para el desarrollo de la actividad física
Interactuar con asociaciones, instituciones y empresas locales para fomentar la prevención de la enfermedad y promoción de la salud
Dar a conocer a la población la importancia de la salud como bien comunitario.
Analizar la percepción del estado de salud de la población

MÉTODO
Elaboración de un documento “Queda con tu salud” en el que figuren los distintos recursos físicos para la práctica del ejercicio físico y el deporte en la ZBS.
Elaboración de dos postérs:
1. Recursos de asociaciones
2. Recursos físicos

Presentación de dicho documento en el entorno de FEMOGA 18 (Feria agrícola y ganadera de Monegros) aprovechando la captación, influencia y afluencia que esta feria tiene sobre la población de la zona.
Desarrollo de una jornada de salud encuadrada en la programación de dicha feria y basada en la oferta de actividades físicas para el curso 2018/19 por parte de asociaciones, clubes deportivos e instituciones privadas y públicas
Realizar el Cuestionario de salud SF12 a los participantes en dicha jornada

INDICADORES
1. Nº de entidades (asociaciones, clubes, instituciones,....)que participan en la actividad
2. Nº de personas que participan en la jornada de salud de la FEMOGA 18
3. Nº de Cuestionarios SF12 realizados en dicha actividad

DURACIÓN
Mayo 18:

Elaborar las cartas informativas a los ayuntamientos y comarca para recoger la información de las posibles entidades colaboradoras
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Yolanda Gazol Périz

Elaborar las cartas para solicitar la colaboración de las entidades.
Responsables: Ana López Torres y Eduardo Narro

Junio 18:

Recogida de información y respuesta de los entes colaboradores
Responsables: Maribel Gabas Larruy y Ana López Torres

Propuesta de actividad a FEMOGA 18
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y M. Victoria Burgos

Julio 18:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Elaboración de documento “Queda con tu salud”
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Rosa Prieto
Elaboración de pósters
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Eduardo Narro

Reunión con las distintas entidades para organizar la jornada de salud
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Beatriz Felipe

Presentación del del documento “Queda con tu salud” en el marco de actividades de FEMOGA 18
Responsables: M. Teresa Paraled Campos Y Marina Abadías

Desarrollo de la jornada de salud en el marco de actividades de FEMOGA 18
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Marina Abadías

Noviembre 18:

Evaluación de resultados
Responsables: M. Teresa Paraled Campos

Presentación de resultados
Responsables: M. Teresa Paraled Campo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GAZOL PERIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PRIETO BONSON ROSA
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS
BORNAO CASAS SARA
LOPEZ TORRES ANA
GABAS LARRUY MARIA ISABEL
FELIPE VILLA BEATRIZ
ALCUBIERRE OTO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta
Sesión clínica “Registro y realización del Zarit en OMI”
Sesión clínica: “Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI”
Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:
Sesión clínica: “Detección e intervención tabáquica y su registroen OMI”

Julio 18:
En dos reuniones del equipo de DUEs, puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Octubre 18:
Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Noviembre 18:
Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios
Enviar a gerencia de atención primeria el RIF.

Diciembre 18:
Evaluación de los indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tasa de registro de Zarit alcanzada: 94%.
Tasa de registro de Pie diabético alcanzada: 71%.
Tasa de registro de intervención del tabaco alcanzada: 73%.
Se han cumplido los objetivos del Proyecto de calidad: "Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena”
Se han cumplido los objetivos del proyecto de salud comunitaria: “Quedas por tu salud”

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está trabajando hacia unos objetivos comunes con una mejora de la formación en el registro OMI de indicadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/817 ========== ***

Nº de registro: 0817

Título
MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Autores:
GAZOL PERIZ YOLANDA, BORNAO CASAS SARA, LOPEZ TORRES ANA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, FELIPE VILLA BEATRIZ, GABAS LARRUY MARIA ISABEL, ALCUBIERRE OTO ANA, LAFONTANA GRACIA VANESSA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

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

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

PROBLEMA
El pasado 11 de Abril del presente año 2018, se presenta el Acuerdo de Gestión Clínica al EAP haciendo una valoración de los resultados conseguidos hasta el momento. En esta valoración, entre otras conclusiones, se objetiva una baja prevalencia de EPOC, baja detección e intervención en tabaquismo, un mal registro en cuadro de mandos de DM con una mala valoración del pie diabético. Puesto esto en común, y después de un intercambio de impresiones, se analiza la situación, teniendo en cuenta la condición socioeconómica de la ZBS y se buscan causas que llevan a estos resultados. Una de ellas es el mal registro por lo que se decide su abordaje.
En la revisión hecha por la dirección el 5 de mayo, se objetiva que: “Los resultados reflejados en el cuadro de mandos de diabetes no concuerdan con la atención que los profesionales prestan a sus pacientes. Todos estamos de acuerdo en que es un problema en el registro, no en el cuidado y la asistencia dada. Se intentará mejorar el mismo”
El 2 de Mayo, en reunión de la dirección de enfermería de AP con el equipo de DUEs del Centro de Salud, se propone reforzar la plantilla con una EAC, actualmente hay dos EACs, y tratar de apoyar los proyectos de calidad dirigidos a la mejora de los resultados del AGC.
El 4 de mayo, reunido el equipo de enfermería, acepta la propuesta de dirección y se proponen los siguientes puntos de mejora:
Mejorar los registros de:
Zarit
Pie diabético
Detección de tabaco
Mejora del circuito de derivación a fisioterapia y protocolo de gestión de la consulta
Conseguir que exista un núcleo promotor de actividades comunitarias en el equipo.
El 9 de Mayo se presenta la propuesta al resto del EAP y se decide hacer un grupo de trabajo para el desarrollo de este proyecto de calidad con objetivos concretos pero acciones abiertas y amplias.

RESULTADOS ESPERADOS
Alcanzar una tasa de registro de Zarit de: 70%
Alcanzar una tasa de resgistro de Pie diabético de: 60%
Alcanzar una tasa de intervención del tabaco de: 60%
Cumplir con los objetivos propuestos en el Proyecto de calidad: Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena”
Cumplir con los objetivos de los proyectos de salud comunitaria: “Talleres de educación comunitaria” y “Quedas por tu salud”

MÉTODO
1. Crear un grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto

Responsable: Yolanda Gazol Périz (DUE)

2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:
Realización del Zarit
Buen registro de la revisión y riesgo del pie diabético
Detección e intervención sobre el tabaquismo

Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)

3. Ejecutar la revisión de los registros actuales de los indicadores clínicos

Responsable: M. Jesús Ullod Borruel (DUE)

4. Organizar el trabajo y distribuir tareas, contando con el apoyo de una EAC, con la actualización del RIF y agendas de OMI

Responsable: Yolanda Gazol Périz

INDICADORES
Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo (%).
Personas = 15 anos a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo (%)
Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit (%)

Lista de espera en consulta de FST

Creación de un núcleo promotor de actividades comunitarias

DURACIÓN
Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta
23 de mayo: Sesión clínica “Registro y realización del Zarit en OMI”
30 de mayo: Sesión clínica: “Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI”
31 de mayo: Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:
6 de junio: Sesión clínica: “Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI”
Enviar a dirección el RIF.

Julio 18:
En dos reuniones del equipo de DUEs (11 y 18 de julio): Puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Septiembre 18:
Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios

Octubre 18:
Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Diciembre 18:
Evaluación de los indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA BORNAO CASAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NICAS FIANCES CARMEN
CORTES MARIA DOLORES
GIL GALAN SILVIA
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS
BROTO CARTAGENA ASCENSION
GRASA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta

Junio y julio 18:
Elaboración de información para entregar en consulta. La actividad se realiza todos los viernes de 10 a 11h.
Lugar: centro de salud de sariñena
Elaboración de carteles informativos en el Centro de Salud
Elaboración de la agenda comunitaria en OMI con el registro de los pacientes incluídos en la actividad
La actividad incluye ejercicios de calentamiento, aeróbicos y estiramientos

Septiembre y Octubre 18:
Comunicar al EAP los criterios de inclusión y forma de derivación para acceder a la actividad

Diciembre 18:
Evaluación de los indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realizar la actividad 1h/semana
Se ha realizado la actividad una vez a la semana
Nº de usuarios que acuden a las “Quedadas”
Acuden entre 6 y 8 pacientes semanales (100% de los derivados)
Encuesta de satisfacción trás 6 meses de participación
Valoración positiva

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La participación y satisfacción por parte de los usuarios favorece la continuidad de este proyecto de calidad.
Queda pendiente fomentar la divulgación del mismo a través de los medios de comunicación

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1054 ========== ***

Nº de registro: 1054

Título
QUEDA POR TU SALUD

Autores:
BORNAO CASAS SARA, NICAS FIANCES CARMEN, CORTES MELERO MARIA DOLORES, GIL GALAN SILVIA, BROTO CARTAGENA ASCENSION, BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, GRASA ARNAL ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCION AL ADULTA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La ZBS de Sariñena se caracteriza por tener un 26,27% de población mayor de 65 años, con una bajo nivel socioeconómico y un 14% de población inmigrante.
La inactividad física supone, en sí misma, un factor de riesgo de mortalidad (el cuarto según la lista de FR atribuibles a la mortalidad según la OMS)independiente del resto de factores de riesgo. Es la responsable del 6% del total de las muertes
El riesgo de muerte no sólo se relaciona con la inactividad física. La mayoría de estudios demuestran que este riesgo aumenta cuanto peor es la condición física. Existe evidencia científica que pon de manifiesto la relación entre el sedentarismo, la inactividad física y el proceso de salud/enfermedad
Basándonos en el Plan estratégico para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad: " La actividad física asocia múltiples beneficios para la salud, en todas las
edades, en ambos sexos y en diferentes circunstancias socioeconómicas.
Ser físicamente activo es muy relevante para mejorar y mantener la
salud de las personas,para la prevenIr numerosas enfermedades crónicas y situaciones de riesgo y para mejorar el curso de algunas de ellas"
Consideramos como prioridad estratégica de trabajo en nuestra ZBS la necesidad de promover la actividad física.

RESULTADOS ESPERADOS
Concienciar a la población de la importancia que tiene la actividad física diaria sobre el proceso salud-enfermedad.
Aumentar la actividad física que realizan los individuos que no cumplen con las recomendaciones internacionales y reforzar su mantenimiento en aquellos que las cumplen
Dar a conocer las actuales recomendaciones del SNS sobre la actividad física.
Reducir el sedentarismo

MÉTODO
1. Crear un grupo de trabajo para la revisión de este proyecto y ajustarlo a las necesidades actuales

2. Informar al EAP de la oferta de este servicio en una de las sesiones que realiza los miércoles

3. Elaborar hojas informativas y/o marcapáginas sobre estrategias de promoción de salud y prevención para entregar en consulta
4. Hacer carteles informativos para el Centro de salud y consultorios

5. Informar a la población a través de los medios de comunicación locales y comarcales
6. Difundir la actividad desde el proyecto de calidad de "Talleres para la comunidad"
7. Difundir la actividad a través de las distintas asociaciones locales: mayores, mujeres, ...

Responsable: Sara Bornao Casas

INDICADORES
Nº de usuarios que acuden a las "Quedadas"/nº de usuarios a los que se les ha recomendado dicha actividad (OMI registro de recomendación de ejercicio físico)
Nº de asistentes a las sesiones informativas en las diferentes asociaciones/Nº de asociados a las asociaciones convocadas
nº de usuarios que han acudido a las quedadas y que han incorporado el ejercicio físico en su vida diaria/nº de usuarios que han acudido a las quedadas

DURACIÓN
Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta

Junio y julio 18:
Elaboración de información para entregar en consulta
Elaboración de carteles informativos para el Centro de Salud y consultorios
Elaborar la información para transmitir a través de los medios de comunicación locales y comarcales

Septiembre y Octubre 18:
Comunicar al EAP la información generada para el cumplimiento de la actividad
Contactar con las distintas asociaciones locales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Contactar con medios de comunicación local para la difusión de la actividad

Diciembre 18:
Evaluación de los indicadores y hacer un ejercicio de retroalimentación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

1. TÍTULO

GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA GIL GALAN
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En junio de 18 se realizan las encuestas telefónicas de la escala EVA y del Cuestionario SF 12 para iniciar el tratamiento en grupos de espalda. En octubre de 18 se vuelve a realizar otra encuesta telefónica a 44 pacientes, que habían participado en las sesiones grupales de espalda, para valorar la adherencia al tratamiento. De ellos, 12 siguen realizando ejercicios, 13 no los realizan, 7 a veces y 12 pacientes NS/NC por lo que se obvia el paso del as encuestas como indicadores del proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
? Nº de pacientes tratados con patología aguda: 27
? Nº de pacientes tratados con patología crónica: 295
? Lista de espera generada en a los 6 meses de aplicación de las actividades: 2 meses
? Nº de usuarios que contestan a la escala de dolor EVA
nª de usuarios que pasan por el servicio al año

- Nº de usuarios que contestan al cuestionario de salud SF-12
nª de usuarios que pasan por el servicio al año

En octubre de 18 se vuelve a realizar otra encuesta telefónica a 44 pacientes, que habían participado en las sesiones grupales de espalda, para valorar la adherencia al tratamiento.
De ellos, 12 siguen realizando ejercicios, 13 no los realizan, 7 a veces y 12 pacientes NS/NC por lo que se obvia el paso del as encuestas como indicadores del proyecto de calidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No hay adherencia al tratamiento de fisioterapia

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/182 ========== ***

Nº de registro: 0182

Título
GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Autores:
GIL GALAN SILVIA, CAMPO REVILLA ISABEL, PPARALED CAMPO MARIA TERESA, ABADIAS PEÑA MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades osteomuscualr/ osteoarticular/ EPOC
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información…

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

1. TÍTULO

GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA

La ZBS de Sariñena está formada por 17 núcleos de población con un G4 de dispersión geográfica y atiende a una población de 7,093 habitantes (6368 adultos y 725 niños) con un 26,27% mayores de 65 años y 11,12% menores de 15 años. La rentabilidad es baja con un 13,1% de población extrajera.
El centro de salud consta de 7 médicos de familia, un pediatra, 8 enfermeras, 3 auxiliares administrativas, 1 auxiliar de enfermería y como unidades de apoyo 1 psiquiatra, una matrona y una fisioteraputa de área

Considerando estas características, en diciembre de 2017, se presenta un estudio descriptivo de la consulta de fisioterapia de centro de salud desde septiembre a diciembre de 2017, en el que se constata:
Casi el 75% de patología tratada ha sid patología vertebral, en el siguiente orden: cervical, lumbar, escoliosis y dorsal.
Que la mayoría de las derivaciones son desde AP.
Que había generada una lista de espera en septiembre de 2017 de 9 meses la cual se trata de reducir aplicando las siguientes medidas: revisión de derivaciones por parte de los médicos de atención primaria y hacer sesiones en grupo para el tratamiento de patologías que así lo permitan
Que estas medidas adoptadas fueron efectivas.
La elaboración de un protololo para la gestión y derivación de pacientes al servicio de FTP del centro de salud puede ser una arma eficaz para el buen funcionamiento de la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar listas de espera mayores de dos meses para pacientes crónicos.
Conseguir que los pacientes crónicos aprendan una serie de ejercicios para su autogestión de los procesos afectos.
Poder tratar patologías agudas para reducir posibles cronificaciones y mejoría de la calidad de vida del paciente

MÉTODO
REUNIONES:
Mínimo 1 vez / mes.
En Abril 2018 redacsión del protocolo.
Mayo 2018: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo presentado.
Dic 2018: Evaluación de indicadores.
RECURSOS MATERIALES:
Ordenador.
Excell.
Power point.

INDICADORES
Nº de pacientes tratados con patología aguda.
Nº de pacientes tratados con patología crónica.
Lista de espera generada en un año

DURACIÓN
CALENDARIO PREVISTO:
Abril 18: Redacción del protocolo para la gestión de la consulta de CS Sariñena....Responsables: Silvia Gil e Isabel Campo

Mayo 18: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo.....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

Dic 18 : Evaluación de indicadores....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ARNAL BESCOS
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MOLINA PILAR
ROMAN ESCARTIN MANUELA
ESCANILLA SAMPER PILAR
ALBA CANELA MARIAN
SESA RUSPIRA PILAR
BLANCO GIMENO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el primer trimestre de 2016, realizamos una revisión bibliográfica sobre el tema, buscando la evidencia científica actual disponible.
Entre mayo y junio 2016 redactamos el proyecto y lo remitimos al Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés de Salud cuando se publicó la convocatoria.
En junio 2016, en reunión de matronas del sector realizamos una discusión y puesta en común del proyecto y concretamos fecha para reunión con los fisioterapeutas del sector ya que habíamos concebido en un inicio el programa como multidisciplinar
En octubre 2016 mantuvimos la reunión con fisioterapeutas del sector. Se concluye que por razones de espacio, tiempo y formación no ven conveniente participar en el proyecto. Además se nos comenta que ya existe una unidad de suelo pélvico, especializada en el Hospital San Jorge, en el Servicio de Rehabilitación, por todo ello decidimos llevar a cabo nuestro proyecto derivando los casos necesarios al servicio de RHB por medio del MAP.
En el mes de noviembre de 2016, comenzamos con la selección de participantes, captando en la visita del puerperio tardío (cuarentena) a las mujeres con una puntuación en testing vaginal < 4
y por tanto son incluidas en programa y concertamos visita con ellas a los 3 meses y 6 meses postparto, si aun no llegan al testing de 4.
Se les informa y enseña la realización de ejercicios de suelo pélvico y educación sanitaria así como medidas higiénico dietéticas y factores de riesgo para las disfunciones del SP. La educación sanitaria en este caso es individualizada así como entrenamiento de estos ejercicios. Muchas de ellas habían aprendido a realizarlos en la educación maternal.

1. Constituir el grupo de mejora objetivos a alcanzar: identificación y conocimiento de su propio suelo pélvico. Aprender a realizar ejercicios de Kegel. Adquirir el hábito de realizar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.
2. Derivar de forma précoz a las mujeres que no mejoran tras las actividades propuestas.
3. Definir el protocolo de actuación
4. Definir los indicadores de seguimiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La recuperación del suelo pélvico es básica a cualquier edad y cualquier mujer a partir de la adolescencia debería de conocer sobre su propio cuerpo. Se puede prevenir, tratar y rehabilitar.

En el periodo del postparto se debilita considerablemente la musculatura pélvica que no se recuperará espontáneamente del todo.

Transtornos de incontinencias urinarias, prolapsos y disfunciones sexuales son susceptibles de intervención porparte de las matronas de atención primaria.

55%
Nº DE PUÉRPERAS QUE COMPLETAS LAS TRES SESIOENS/ÙÉRPERAS CITADAS.

44
Nº DE PUÉRPERAS QUE TIENEN AUMENTO EN LOS TEST DE OXFORD MODIFICADO SEGÚN PIGNÉ EN DOS PUNTOS COMO MÍNIMO. TAMBIÉN ESTÁ INCLUIDA LA ESCALA EN EL OMI EN VALORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO.

68

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA

Nº DE MUJERES CITADAS POR OTROS TRASTORNOS: INCONTINENCIA URINARIA,PROLAPSOS O DISFUNICONES SEXUALES .

4
Nº DE MUJERES CON OTROS TRASTORNOS QU
TIENEN AUMENTO EN LOS TEST DE OXFOR
MODIFICADO SEGÚN PIGNÉ EN DOS PU
COMO MÍNIMO. TAMBIÉN ESTÁ INCLUIDA LA ESCAL
EN EL OMI EN VALORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

64,28% Nº DE MUJERES DERIVADAS A ESPECIALIZDA
NUMERO DE MUJERES CITADAS = % .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como la recuperación del suelo pélvico es básica en cualquier edad y en el postparto es susceptible a debilitarse,se espera con la implantación de dicho proyecto prevenir,detectar y tratar de forma precoz dichos trastornos

Se han logrado definir los indicadores de seguimiento y mejorar los registros del suelo pélvico en OMI.

En la visitas de seguimiento a la mujer se le han reforzado: Las enseñanzas de autoconocimiento de su suelo pélvico.
Adquirir el habito de realizar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico de rutina y sobre todo si carga peso.
Evitar realizar deportes de impacto y el estreñimiento.

Queda demostrado que las mujeres que realizan los ejercicios de kegel indicados y controlados por la matrona de atención primaria en el postparto y en disfunciones sexuales y/o urinarias, han notado mejoría evidente y mayor calidad de vida, aunque no hayan aumentado en mas de 2 puntos en la puntuación de la Escala de O

Análisis de las causas posibles por las que no se llega en los indicadores de peor resultado.
· Las puerperas del medio rural tienen mas dispersión geográfica que la que vive en zona urbana y esto les dificulta el desplazamiento al centro de salud para realizar las 3 sesiones de seguimiento.
· Hay mujeres que no tienen incontinencia urinaria pero si disfuncion del suelo pelvico de otro tipo y no acuden a los seguimientos por que no le dan importancia.
· Otras mujeres desean ir al Fisioterapeuta privado y entonces no acuden a realizar seguimiento con matrona de primaria.
· En las poblaciones que atiende C.S Sabiñanigo y C.S Jaca, el tocólogo las cita a las mujeres en Hospital de Jaca para que acudan a las visita del puerperio precoz y tardío, entonces se pierden mujeres para ver y controlar su suelo pelvico con la matrona de primaria.
· Muchas mujeres no aumentan la puntuación del testing por que reconocen que no hacen los ejercicios del suelo pelvico.
· Hay mujeres que te llaman para anular la cita del seguimiento por incontinencia de orina o disfuncion sexual por que sienten mejoría que no puedes valorar de forma objetiva por que ya no te acuden.
· La lejanía que existe en el medio rural para acudir al Servicio de Rehabilitación del Hospital San Jorge de Huesca, supone que aunque han sido derivadas por el MAP y citadas en menos de 6 meses,no puedan acudir .
· Los prolacsos de utero y vejiga a partir del grado 2 no son ni recuperables ni susceptibles de mejorar con ejerciciso de kegel.

· Darle en persona a la mujer la cita para el proximo seguimiento del suelo pelvico.
· Llamarla el dia de antes a la mujer para recordarle la cita.
· Crear episodio de incontinencia,prolapso o disfuncion sexual en el tapiz del OMI para registrar mejor los seguimientos

7. OBSERVACIONES.
·
· Seria importante tener un perinometro modelo EPI-NO Delphine plus,en las consultas de la matrona de primaria, para realizar mejor la valoracion cuantitativa del suelo pelvico y para usar de biofeebak con la paciente.
· Nos gustaría tener formación continuada y multidisciplinar con el servicio de Fisioterapia del Hospital San Jorge, para compartir y aprender a trabajar mejor la musculatura del suelo pélvico y que nos cuenten que métodos y resultados observan al tratar y rehabilitar la musculatura del suelo pélvico en la puerpera y en la mujer con disfunciones sexuales y/o urinarias.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/739 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA

Nº de registro: 0739

Título
PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
ARNAL BESCOS MARIA JESUS, SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR, ROMAN ESCARTIN MANUELA, ALBA CANELA MARIA ANGELES, SESA RUSPIRA MARIA PILAR, ESCANILLA SAMPER PILAR, BLANCO GIMENO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Con los años de experiencia, se ha detectado que no existe un protocolo de las actuaciones a seguir, cuando una paciente acude a la consulta de la matrona, para captar de forma precoz mujeres en riesgo de padecer una disfunción de suelo pélvico.
Observada la necesidad se prioriza el tema, ya que de manera habitual detectamos en nuestras consultas mujeres que presentan dichas disfunciones.

RESULTADOS ESPERADOS
La recuperación del suelo pélvico es básica a cualquier edad y cualquier mujer a partir de la adolescencia debería de conocer sobre su propio cuerpo. Se puede prevenir, tratar y rehabilitar. En el periodo del postparto se debilita considerablemente la musculatura pélvica que no se recuperará espontaneamente del todo.
Transtornos de incontinencias urinarias, prolapsos y disfunciones sexuales son susceptibles de intervención por parte de las matronas de atención primaria.
Con la implantación de dicho protocolo se espera mejorar el conocimiento de las mujeres de su propio cuerpo, detectar y tratar de forma precoz dichos trastornos.

MÉTODO
Constituir el grupo de mejora
objetivos a alcanzar: identificación y conocimiento de su propio suelo pélvico. Aprender a realizar ejercicios de Kegel. Adquirir el hábito de realizar los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. Derivar de forma précoz a las mujeres que no mejoran tras las actividades propuestas.
Definir el protocolo de actuación.
Definir los indicadores de seguimiento.

INDICADORES
-Comprobar la correcta realización y adhesión al tratamiento: realización de los ejercicio de Kegel de 3 a 7 días a la semana. En plantilla de OMI para valoración de Suelo Pélvico.
-La valoración y seguimiento de las puérperas se realizará, en tres consultas concertadas: puerperio tardío, a los 3 meses y 6 meses postparto.
-Aumento en los test de Oxford modificado según Pigné en dos puntos como mínimo. También está incluida la escala en el OMI en valoración del Suelo Pélvico.
-Derivar a Rehabilitación a las mujeres que tras las visitas concertadas no consiguen una valoración en el test de Oxford de al menos 4 puntos

DURACIÓN
Reunión Equipo investigador: mayo 2016
Reunión Equipo multidisciplinar (con fisioterapeutas de atención primaria del Sector): octubre 2016
Selección de participantes y seguimiento con las actividades propuestas: de noviembre 2016 a junio 2017
Analisis de la información obtenida: julio-octubre 2017
Resultados y conclusiones: octubre 2017
Informe final: octubre-noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0739

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION Y DETECCION DE DISFUNCIONES DE SUELO PELVICO EN LA CONSULTA DE LAS MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................: 3 Bastante

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VERA BELLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO
LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO
CAMPOS AVELLANAS MARIA CARMEN
NAVARRO PEÑALVER ARANZAZU
IBORT OTAL CRISTINA
CANCER MORE PILAR
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones seriadas presenciales los primeros jueves de cada mes entre los equipos de pediatría de atención primaria de cada uno de los centros del sector de Huesca

Se establece a su vez un medio de comunicación oficial mediante correo y no oficial a través de redes sociales que permita mantener informados a todos los participantes tanto de la programación de las reuniones así como de las conclusiones establecidas.

En dichas reuniones se ponen en común inicialmente las pautas sobre la introducción de la alimentación complementaria dadas por los distintos profesionales en su centro correspondiente, así como revisión y actualización de recomendaciones actuales según la bibliografía revisada sobre las recomendaciones realizadas por las sociedades nacionales e internacionales expertas en nutrición infantil (AEP, AEPap, ESPGHAN, SEN, OMS…)

Unificando criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría se establecen unas recomendaciones generales y comunes en las pautas de introducción de la alimentación complementaria de acuerdo a la evidencia científica existente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1 / Creación de un documento único y consensuado de las pautas de introducción de la alimentación complementaria en el sector de Huesca que se entregará a los padres en las revisión de salud correspondientes y que incluye las siguientes características :

CONSIDERACIONES GENERALES
La Leche materna es el mejor alimento para el bebe. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Sociedad Española de Pediatría recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años o hasta que la madre y el niño quieran.

Se aconseja iniciar el proceso de diversificación alimentaria a los 6 meses y nunca antes de los 4 meses.

El calendario de incorporación de nuevos alimentos es siempre una información orientativa.

Se deben ir incorporando los alimentos de forma progresiva de uno en uno y en pequeñas cantidades respetando un intervalo del algunos días para cada alimento observando como se tolera.

A medida que el niño crezca es aconsejable ir incorporando preparaciones diferentes a los triturados(alimentos chafados o pequeños trozos) . No dar alimentos sólidos duros y pequeños con los que puedan atragantarse .

El ambiente durante las comidas debe ser cómodo y relajado evitando estímulos externos (televisión, móvil, tablet …).

Es bueno hacer que el niño participe de su alimentación: dejarle tocar y elegir los alimentos que quiere llevarse a la boca entre los que se le han ofrecido

No todos los niños comen la misma cantidad de alimento. Cada niño tiene una necesidad diferente que varia a lo largo del tiempo. No es recomendable forzar.

OBSERVACIONES SOBRE ALGUNOS ALIMENTOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Fórmulas infantiles/Derivados lácteos/Leche de vaca

o Fórmula tipo 1 o de inicio: Desde el nacimiento hasta los 6 meses . Como alternativa a la lactancia materna cuando ésta no sea posible o como complemento de la misma cuando sea necesario

o Fórmula tipo 2 o de continuación: En los niños alimentados con fórmula es aconsejable pasar a este tipo a partir de los 6 meses

o Derivados lácteos (yogurt natural, queso fresco) se pueden ofrecer a partir de los 9 meses

o No dar leche de vaca antes de los 12 meses

Cereales sin gluten (arroz, maíz…) y cereales con gluten (trigo, avena, cebada y centeno).
o A partir de los 6 meses . Siendo aconsejable introducir el gluten antes de los 7 meses

Frutas. A partir de los 6 meses
o Deben ser variadas, naturales y del tiempo
o Ofrecer con cuchara. No se aconsejan darlas en biberón por el riesgo de producir caries
o Las consideradas más alergénicas (frutas rojas o con pelo) suelen retrasarse hasta después del año, aunque no es imprescindible

Verduras . A partir de los 6 meses
o Puede ofrecerse cualquier verdura (judías verdes, puerro, calabacín, patata, puerro, cebolla, zanahorias), EXCEPTO aquellas que contienen gran cantidad de nitratos (espinacas, acelga, borraja, apio, col, remolacha) que se recomiendan no añadirlas hasta los 12 meses .
o Se aconseja consumir la verdura el mismo día conservándose en nevera y si se desea guardar más de 24 horas deberá ser congelada

Carne. A partir de los 6 meses
o Pollo, pavo, ternera, cordero … SIN GRASA. Las vísceras no son aconsejables

Pescado. A partir de los 6 meses
o Pescado blanco y azul .
o Se recomienda utilizar pescado previamente congelado
o No se recomienda en menores de 3 años el consumo de determinados pescados azules (pez espada o emperador, atún rojo, cazón, lucio) por su alto contenido en mercurio.
o No dar la cabeza de los crustáceos (gambas, langostinos, cigalas …) ni el cuerpo de lo cangrejos, ya que contienen cadmio.

Legumbres. A partir de los 6 meses
o Lentejas, garbanzos, alubias…
o Cocinadas con verduras, arroz … sin embutidos

Huevo. A partir de los 6 meses
o Siempre bien cocinado (huevo duro, tortilla, revuelto), 2-3 veces por semana
o Primero la yema y luego la clara (más alergénica)

Otras recomendaciones
o Empezar a ofrecer agua al introducir alimentos diferentes a la leche
o A los alimentos no se les debe añadir ni azúcar, ni miel ni edulcorantes
o Es conveniente evitar la sal . Si se emplea que sea en pequeñas cantidades
o Se puede añadir aceite de oliva extra a los alimentos en pequeñas cantidades
o No se recomiendan los alimentos superfluos (bollerías, chucherías, patatas fritas, chocolates, galletas, embutidos …)

2/ Incluir estas recomendaciones en las plantillas unificadas del programa informático OMI –AP para que sean accesibles a todos los profesionales del equipo de atención primaria : Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida e idealmente de forma complementaria hasta los 2 años de edad junto con la introducción de la alimentación complementaria supone un proceso de gran importancia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

para el crecimiento y desarrollo del niño

Debemos tener en cuenta que no existe un calendario único . Se decide crear este proyecto para unificar la información y elaborar unas recomendaciones básicas para la introducción de la alimentación complementaria con el fin de:

- que los padres conozcan de manera sencilla el tipo de alimento que pueden dar a su hijo
- servir a los profesionales sanitarios como guía para reforzar la información que se les facilita a los padres
- informar a la población general sobre la introducción de la alimentación complementaria

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/846 ========== ***

Nº de registro: 0846

Título
REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Autores:
VERA BELLA CARMEN, PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO, LARRIPA CADENAS MARIA PATROCINIO, CAMPOS AVELLANAS MARIA CARMEN, NAVARRO PEÑALVER ARANZAZU, IBORT OTAL CRISTINA, CANCER MORE PILAR, SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recomendaciones de alimentación a población infantil sana
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La alimentación complementaria se define como cualquier alimento sólido o líquido que no sea leche materna o leche de fórmula adaptada y el momento óptimo para introducirla, según la OMS, es a partir de los 6 meses de edad.
Si no se introduce la alimentación complementaria en el momento y la forma correcta se pueden producir problemas en la salud futura del niño: retraso en la adquisición de la masticación, deficiencias vitamínicas, anemia, obesidad…
En la actualidad, cada equipo de atención primaria del sector de Huesca introduce la alimentación complementaria siguiendo unas pautas propias lo que genera gran disparidad en la información que se transmite a las familias de los niños y puede generar desconfianza y confusión en los padres sobre estas recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar los criterios entre los profesionales de los equipos de pediatría para establecer unas recomendaciones generales y comunes en las pautas de introducción de la alimentación complementaria de acuerdo a la evidencia científica existente.
Incluir estas recomendaciones sobre la introducción de la alimentación complementaria en las plantillas unificadas del programa informático OMI-AP para que sean accesibles a todos los profesionales del Equipo de atención Primaria.

MÉTODO
Realizar una revisión bibliográfica sobre las recomendaciones realizadas por las sociedades científicas nacionales e internacionales expertas en nutrición infantil, la OMS… en torno a la introducción de la alimentación complementaria.
Elaboración por parte de los pediatras y las enfermeras del sector de un documento de consenso para todos los centros de salud por medio de reuniones presenciales y del uso del correo electrónico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0846

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA UNIFICACION DE LAS PAUTAS DE INTRODUCCION DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

Inclusión del documento de consenso para la unificación de las pautas de introducción de la alimentación complementaria en el sector de Huesca en las plantillas de consejos del programa informático OMI-AP.

INDICADORES
Actas de las reuniones presenciales organizadas por los profesionales.
Documento único y consensuado de las pautas de introducción de la alimentación complementaria para todos los Equipos de Atención Primaria del Sector

DURACIÓN
Noviembre-Diciembre- 2016- Enero 2017: realización de la revisión bibliográfica.
Febrero-Marzo 2017: puesta en común de las recomendaciones encontradas en la búsqueda bibliográfica y elaboración del documento de consenso.
Abril 2017 - en adelante: informar a las familias en las consultas programadas del programa de salud infantil (PSI) de las nuevas recomendaciones en la introducción de la alimentación complementaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1144

1. TÍTULO

TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA PARALED CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORNAO CASAS SARA
GAZOL PERIZ YOLANDA
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA
PRIETO BONSON ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
18/05/17: Preparación al parto: El recien nacido (5 personas)
27/05/17: Hábitos saludables en la población de Capdesaso y organizada por la asociación de vecinos de dicha población (28 personas)
22/09/17: Educación diabetológica en la población de S. Juan del Flumen. (14 personas)
24/09/17: Presentación del documento "Queda con tu salud" en el marco de la Feria Agrícola y ganadera de Sariñena (FEMOGA 17) con la colaboración de las distintas asociaciones y empresas dedicadas al fomento del ejercicio físico. Participación de 34 personas
09/12/17: Fomento del ejercicio físico: "Queda con tu salud" organizado por la agrupación de peñas de Sariñena. Participación de 63 personas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados se pueden medir con la participación de las distintas organizaciones y personas en las actividades realizadas.
Entidades colaboradoras: Comarca de los Monegros, Ayuntamientos de las poblaciones de la zona de salud (Sariñena, Lanaja, Lalueza, Sena, Villanueva de Sijena, Capdesaso y Albalatillo)
Asociaciones: Agrupación de peñas Sariñena, Grupo de senderismo y montaña, Club natación Sariñena
Empresas: Hozona, Irsa, Mapi Durgalé

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es satisfactoria ante la respuesta de la población aunque ciertamente es dificil medir el impacto sobre los hábitos de salud de la población.
La elevada presión asistencial de la zona, por sus características, impiden la participación en centros escolares, población que sería muy importante su abordaje
Sería conveniente continuar con las actividades ya iniciadas y llegar a alcanzar la población infantil y joven en los centros escolares

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1144 ========== ***

Nº de registro: 1144

Título
TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

Autores:
PARALED CAMPOS TERESA, BORNAO CASAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1144

1. TÍTULO

TALLERES DE EDUCACION COMUNITARIA

PROBLEMA
Fomentar el autocuidado y la educación para la salud en un EAP conpoblación envejecida y nivel socieconomico medio

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer a la población educación para la salud, establecer vías de comunicación con la comunidad de la ZBS para atender sus necesidades con más calidad

MÉTODO
Se realizarán un mínimo de 6 charlas o talleres de salud comunitaria
Se captarán los pacientes en consulta de enfermería y o medicina, o bien se anunciarán las charlas mediante carteles en el CS. También se podrán realizar talleres a solicitud de asociaciones de vecinos, FEACCU, ayuntamientos, otras.

INDICADORES
Realización de al menos 6 charlas/talleres de educación comunitaria al año. Recogida de las mismas, con contenido, fecha y número de asistentes

DURACIÓN
Año 2017 (continuación de proyecto llevado a cabo en 2016)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1204

1. TÍTULO

DAP ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI_AP

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CEREZUELA SAMPER
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMORA PALLAS ESTHER PIRINEOS
PUENTE GALAN MARIA RAFAELA
CANO SANCHEZ MARGARITA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA
DUASO ALLUE LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de un documento de consenso.
Mantenimiento de las agendas
Informe mensual

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Correspondencia de los actos de las agendas de todos los profesionales con el documento de estandarización y a su vez con el RIF de cada equipo en el 90% de los casos
Citación a través de Salud informa para todos los profesionales del sector (ver observaciones)*

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos ha ayudado a entender mejor la complejidad de OMI_AP y a dar más valor a la calidad de registro.
Gran dificultad cuando se trata de modificar programas informáticos, gran diversidad en las respuestas dadas desde los diferentes responsables

7. OBSERVACIONES.
El porcentaje se refiere a la concordancia de los actos de las agendas con el documento de estandarización, no se han podido trabajar los RIF, la DAP ha solicitado el aumento en un administrativo para poder desarrollar bien la unidad de Atención al Usuario en AP, derechos ARCO y acutalización de RIF, pero no ha sido posible.

*No ha sido posible debido a que en el sector hay un número importante de cupos en los que no hay asociación médico/enfermera por lo que un número importante de usuarios no pueden acceder a la citación a través del salud informa. Problema que se solucionaría con la asignación de enfermera a través de BDU.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1204 ========== ***

Nº de registro: 1204

Título
ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI-AP

Autores:
CEREZUELA SAMPER CARMEN, SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE, LAMORA PALLAS MARIA ESTHER, PUENTE GALAN MARIA RAFAELA, CANO SANCHEZ MARGARITA, GARCES ROMEO TERESA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA, DUASO ALLUE LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

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

PROBLEMA
La falta de unificación previa al incremento de centros con OMI AP y la facilidad que proporciona OMI a la hora de crear Actos y Agendas varias, habían llevado consigo una diversificación de los tipos de cita en cada centro, que dificultaba enormemente la elaboración del Sistema de Información en Atención Primaria (SIAP), lo que conllevaba una difícil extracción de los datos así como la poca fiabilidad de los mismos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1204

1. TÍTULO

DAP ESTANDARIZACION DE LAS AGENDAS DE OMI_AP

RESULTADOS ESPERADOS
Para poder corregir errores comunicados por el SIAP mensualmente y a su vez poder realizar una correcta y realista extracción de los datos que repercuten en los Acuerdos de Gestión Clínica de los centros. Además una correcta identificación para los usuarios de las agendas en el salud informa, lo que implica citarse a través de la web.

MÉTODO
Desde esta Dirección de Atención Primaria, se trabajó en un documento adecuado a las necesidades del Sector y se realizó una reunión con los profesionales de admisión de todos los centros de salud, realizando las explicaciones y aclaraciones oportunas al respecto, e indicando que este proceso forma parte de su Acuerdo de Gestión de 2016.

Una vez explicado, se les informa que con fecha 31 de diciembre de 2016 se llevará a cabo la revisión de los actos y agendas y ver el cumplimiento del punto del Acuerdo.

Este proyecto continua hasta conseguir la uniformidad y estandarización del 100% de agendas y actos

INDICADORES
Correspondencia de los actos de las agendas de todos los profesionales con el documento de estandarización y a su vez con el rif de cada equipo.
La evaluación se llevará a cabo como una auditoria externa desde la DAP

DURACIÓN
2017-2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1149

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE TIRAS Y AGUJAS SUMINISTRADAS EN OMI-AP

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CALVO GASCON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEREZUELA SAMPER CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación a los profesionales de enfermería del sector y TCAE "atención al paciente diabético tipo 2"
Adecuar los recursos a las necesidades de autoanálisis ajustar consumos de los centros.
EIR de comunitaria trabajo de investigación
Información trimestral a los equipos sobre la adecuación del seguimiento de los pacientes diabéticos a sus necesidades.
en la carpeta compartida con los centros de la evolución de este proyecto se informa de las incidencias trimestralmente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han emitido el 100% de informes de incidencias de registro. (trimestral)
Concordancia registro OMI/EXCEL proyecto se ha mejorado un 5% en el registro de agujas y un 1 % en el de tiras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos conseguido una base de datos de los diabéticos del Sector más actualizada que los registros de OMI, no hemos conseguido mejorar el registro en OMI sobre el material que se entrega a los diabéticos. Los datos recogidos nos sirven como análisis de la situación para el Proyecto propuesto para el 2018, ya que actualizaremos nuestro censo de pacientes DM tipo 1 con calculadores de bolo y bombas de insulina, ya que no coinciden con los datos proporcinados por la consulta de endocrino. Y también nos muestra acciones que tenemos que dejar de hacer con el paciente tipo 2.

7. OBSERVACIONES.
Pensar mejor el título del Proyecto, no refleja el desarrollo del mismo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1149 ========== ***

Nº de registro: 1149

Título
GESTION DEL PROGRAMA DE TIRAS Y AGUJAS DEL SECTOR DE HUESCA

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se observa un registro no actualizado en la DAP del consumo de tiras y agujas de los pacientes diabéticos. Se plantea un registro por parte de los profesionales, actualizado, el stock del material estará vinculado a esto. Intentar identificar la multicausalidad del bajo registro e iniciar actividades de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el registro de tiras y agujas suministradas en OMI-AP para optimizar el gasto y garantizar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1149

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE TIRAS Y AGUJAS SUMINISTRADAS EN OMI-AP

suministro a todos los pacientes que lo precisen.

MÉTODO
Se ha creado un acceso a una carpeta compartida entre DAP y los centros de salud, donde aparecía la excel por cupos. En febrero 2016 se puso en marcha, esta excel contenía el listado de diabéticos que hasta ahora se hacía en la Secretaría de Dirección y que sabíamos que no estaba actualizado. Se indicó a los profesionales de enfermería, administrativos y TCAE, que de manera trimestral se debería hacer una actualización de los mismos. Desde la Dirección de enfermería, se han hecho informes trimestrales (marzo, junio, diciembre, en septiembre no se pudo realizar), donde se informaba a los centros los errores que había el la hoja, bien de registro o de no adecuación del material que estaba registrado para las necesidades de ese paciente. Se les informaba del consumo mensual, y se dio acceso a la responsable del almacén para que actualizara los pactos de los centros en base a estas necesidades reales.
Por otra parte se han hecho extracciones de OMI por parte del servicio de informática del sector de los DGP V_TIRAS y V_AGUJAS, comparando estos resultados con el registro en la Excel. Este dato se presenta como indicador clínico propio del Sector.
El registro de consumo de agujas sigue estando muy por debajo de las necesidades reales, esto no se debe solamente a la falta de registro sino también a la reutilización de las mismas por parte de los pacientes, dato que se ha tratado en sesiones clínicas en los centros de salud, para intentar mejorarlo.

INDICADORES
• INDICADORES DE MEDIDA: Se compararán los resultados obtenidos en el indicador de Tiras y agujas a pacientes diabéticos (DGP V_TIRAS y V_AGUJAS), con los datos de la Excel.
Auditoría De las Exel por la Dirección de Enfermería
• RESULTADOS ESPERADOS: Concordancia de datos, y suministro de tiras y agujas adecuado a todos los pacientes.

DURACIÓN
La evaluación se realiza trimestralmente por la DAP, la duración prevista del protocolo dependerá de la mejora de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 14/12/2018

2. RESPONSABLE ..... AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GASCON ANA MARIA
GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación de las agendas propias de la consulta de paliativos, formación en el cuestionario NECPAL y monitorización de la actividad de las mismas agendas en aquellos centros en los que han aceptado su desarrollo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo de partida: 0 centros en nuestro Sector tenían agenda o habían comenzado este proyecto antes de su inicio en 2017.
El estándar de control sería de la aplicación en al menos el 20% de los Centros de Salud.
De los 14 centros del Sector el 20% serían 2,8 centros (3 centros).
En este momento la aplicación de las agendas activas con el programa de paliativos está activa en 3 Equipos (Ayerbe, Biescas y Berdún).
Con lo que si el baremo alcanzase unos objetivos entre el 20% del estándar sería de 10 puntos máximos con 3 centros y 0 puntos con 2 centros.
Al alcanzar el máximo del estándar la puntuación en este proyecto alcanza los 10 puntos.
Los resultados de este proyecto no se pueden evaluar en un indicador de impacto poblacional debido al tamaño de estos 3 centros y su dispersión.
La fuente de datos de los resultados es la actividad de agendas proporcionada por el departamento de control de gestión de Huesca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las agendas de paliativos han tenido poco impacto en muchos de los centros, presentados, el cuestionario NECPAL no ha sido bien recibido por todos los profesionales de primaria y se comparten estos pacientes en los Equipos de atención primaria sin necesidad de reflejar los datos en una agenda propia de paliativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1712 ========== ***

Nº de registro: 1712

Título
MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR DE HUESCA

Autores:
RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

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

PROBLEMA
Se plantea esta mejora para conseguir identificar a tiempo y asegurar la continuidad de cuidados de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

pacientes susceptibles de cuidados paliativos del Sector de Huesca, ya que sus características de dispersión y la existencia de un sólo equipo de ESAD, lo dificultan.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Creación de una consulta monográfica en los centros de salud.
2- Existencia de sesiones formativas a los miembros del EAP.
3- Que aumente el número de pacientes derivados al ESAD y disminuya su seguimiento por esta unidad aumentando el seguimiento por parte de los EAP.

MÉTODO
1- Designación de un responsable de cada EAP (en muchos ya existen profesionales con formación específica en Cuidados Paliativos)
2- Cursos de formación en detección, habilidades de comunicación y terepeúticas, a definir por los profesionales: "formación de formadores"
3- Talleres charlas de formación de estos profesionales a sus compañeros.
4- Diseño e implantación en OMI de formularios para la detección NEC-PAL
Seguimiento por la Comisión e CP de AP del Sector

INDICADORES
1- Consulta monográfica de cuidados paliativos en un mínimo de 10/14 EAP
2- Número de pacientes atendidos en la agendas de CP (consulta monográfica)
3- Comparativa 2016-2017 de número de pacientes vistos por el ESAD y media de visitas del ESAD a cada uno; objetivo: que haya más pacietnes vistos, menos veces.
4- Sesiones formativas a los miembros del EAP (mínimo 2 año)- Acta y registro de las mismas.

DURACIÓN
Noviembre 2016-Enero 2017 acabar de definir el proyecto: indicadores concretos, formación prevista.
Febrero-Marzo 2017 escoger profesionales de cada EAP y dar taller inicial de formación (ESAD)
Fecha de inicio de las consultas monográficas abril 2017, implantación progresiva según formación y mediciones trimestrales en cada reunión de la comisión de CP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
CALVO GASCON ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación registro indicadores.
Formación en detección y abordaje del EPOC
Renovación de espirómetros

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora en los siguientes indicadores:

1 Pacientes fumadores a los que se les ha realizado la intervención tabáquica (61,62% a 64%)

2 Personas mayores o igual a 15 años a las que se les ha preguntado por el consumo de tabaco (51,8% a 60%)

3 Razón de prevalencia de EPOC (2% a 2,3%)

4 Pacientes con Diagnóstico de EPOC y registro de síntomas en el último año (27,34% a 34,4%)

5 Pacientes con diagnóstico de EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vias aéreas (20,6% a 33%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cambiar la indicacón de la espirometría a pacientes fumadores con sintomatología

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1713 ========== ***

Nº de registro: 1713

Título
MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se ha detectado una baja cobertura de los indicadores de detección y seguimiento de la EPOC, tanto en medicina como enfermería.
Siendo el EPOC una linea estratégica del Departamento y siendo los indicadores de cobertura del mismo de los peores de nuestro sector, consideramos importante mejorar la formación en el mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el resultado de los objetivos de esta Linea Estratégica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA

MÉTODO
Formación de los profesionales en la detección y abordaje del EPOC, mediante los cursos propuestos, y además
dormación de registro en OMI-AP, mediante sesiones impartidas por la DAP en cada EAP
mejoría en la dotación de espirómetros, formación en la técnica e interpretación de la misma.
Consultas monográficas de deshabituación tabáquica en los EAPs interesados.

INDICADORES
Valoración de los indicadores: mejoría en los objetivos incluídos en los AGC de los equipos dentro de la linea
estratégica del EPOC.

DURACIÓN
2017-2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

Fecha de entrada: 13/12/2018

2. RESPONSABLE ..... AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GASCON ANA MARIA
GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No se ha conseguido modificar la zona de screening de EPOC en OMI de acuerdo a las nuevas recomendaciones que relacionan la realización de la espirometría con la presentación de síntomas en pacientes fumadores.
No pudiendo incorporarse el cuestionario planteado por esta Dirección para facilitar el diagnóstico de EPOC en pacientes fumadores y revisar la correcta prevalencia de EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo: Aumento del porcentaje de los pacientes fumadores que se les ha realizado la intervención tabáquica un 5%.
Valor inicial del que se partía para mejorar: 68.63%.
Valor final objetivo máximo: 72.42%
Rango de puntuación max y 20%max: 72.42%- 71.02% (10-0)
Cifra alcanzada: 71.31%= 2 puntos/10.
Fuente de datos: Cuadro de mandos, evolución de indicadores, intervención de tabaco desde 31/12/18 hasta el 13/12/18:

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No es efectivo proponer ningún proyecto que suponga modificaciones de OMI.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1713 ========== ***

Nº de registro: 1713

Título
MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Se ha detectado una baja cobertura de los indicadores de detección y seguimiento de la EPOC, tanto en medicina como enfermería.
Siendo el EPOC una linea estratégica del Departamento y siendo los indicadores de cobertura del mismo de los peores de nuestro sector, consideramos importante mejorar la formación en el mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el resultado de los objetivos de esta Linea Estratégica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

MÉTODO
Formación de los profesionales en la detección y abordaje del EPOC, mediante los cursos propuestos, y además
dormación de registro en OMI-AP, mediante sesiones impartidas por la DAP en cada EAP
mejoría en la dotación de espirómetros, formación en la técnica e interpretación de la misma.
Consultas monográficas de deshabituación tabáquica en los EAPs interesados.

INDICADORES
Valoración de los indicadores: mejoría en los objetivos incluídos en los AGC de los equipos dentro de la linea estratégica del EPOC.

DURACIÓN
2017-2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA GUILLEN LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GASCON ANA MARIA
ELDUQUE PALOMO AMADEO
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Implantación de TAONet para el seguimiento de pacientes en tratamiento con AC orales no Directos.
Formación en la herramienta.
Revisión de la correcta indicación de los tratamientos anticoagulantes.
Revisión de los criterios de seguimiento y control de la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador de Impacto en cobertura (%):
(Población en tto ACO cuyo seguimiento se realiza a través de TAO Net)/(Población en tratamiento anticoagulante oral) x100
RANGO Contemplado 2018: 30-50%
Resultado: 1884 pacientes/3003 pacientes x 100= 62%
Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica:
(Pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV o ICTUS))/(Número total pacientes con ACOD) x100
RANGO Contemplado 2018: 60-80%
Resultado: 84,8%
Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica:
(Pacientes en tratamiento con ACOD con al menos una determinación de Filtrado Glomerular en el último año)/(Número total pacientes con ACOD) x100

RANGO Contemplado 2018: 60-80%
Resultado: 59,34%
Puntuación (0-10 puntos): 0 puntos

Fuente de datos: Query de OMI y Receta electrónica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Retraso en el inicio de TAONET en el Sector de Huesca. Se comenzó a mitad de septiembre, la formación inicial fue en julio. Habiendo detalles que no se habían integrado bien que hasta final de octubre no se pudieron corregir.
• El retraso en el inicio de TAONET, la alarma por errores en las tiras en agosto, cambio de medidores por nuevo concurso en noviembre, que son factores que pueden originar inseguridad en los profesionales, nos ha llevado a retrasar la implantación del seguimiento al paciente en autocontrol en AP. Este seguimiento en nuestro sector se está haciendo desde la consulta de enfermería de hematología, por lo que esperamos a enero a desarrollar el circuito de derivación y formación necesaria a los profesionales.
• El desconocimiento de la tasa de pacientes anticoagulados en el Sector y su ajuste a las tasas de la Comunidad Autónoma y España; así como de los datos de seguimiento de dichos pacientes; junto con la lentitud en la implantación del programa en el Sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/24 ========== ***

Nº de registro: 0024

Título
REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El 30% de los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca a fecha de noviembre 2017, está en tratamiento con ACOD (anticoagulantes directos). Este cifra era del 26% hace 1 año, coincidiendo con la media en nuestra CA; aun así siendo superior a la media nacional (24%). Aún habiendo aumentado también los pacientes en tratamiento con aVK.
El 7% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca han tenido al menos 1 episodio hemorrágico que precisó asistencia a urgencias en el último año (2017), el 17% de los pacientes que han sufrido una hemorragia han asistido en más de una ocasión a urgencias. Los pacientes en tto con ACOD tienen una media de edad de 80,19 años.
El 1,5% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca ha sufrido un episodio de ICTUS en el último año pese a estar en tratamiento.
A pesar que 67% de los pacientes en tratamiento con aVK se controlan en AP,eL autocontrol de estos pacientes en estos momentos sólo se puede realizar a través de AE.
La dosificación y seguimiento de pacientes en tratamiento con aVK en AP se realiza a través de OMI
El 43% de los pacientes en tratamientos con ACOD en el Sector de Huesca no están bien asociados al episodio correcto de OMI.
No se dispone de información de seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACOD (FG, Adherencia,…)
Mejorar la autonomía y la calidad de vida de pacientes en tratamiento con aVK ofertando el autocontrol, garantizando la equidad y los 3 modelos de control en el Sector de Huesca.
Garantizar la comunicación de los datos del paciente AP-AE a través de un sistema informático común, que mejore además el cálculo de dosificación farmacológico.
Garantizar la seguridad del paciente anticoagulado, en tres niveles: indicación, seguimiento y resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el tipo de tratamiento que llevan los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca.

Conocer las complicaciones hemorrágicas asociadas al tratamiento con ACOD

Conocer los episodios de ICTUS o accidente cerebro vascular en los pacientes tratados con ACOD

Implantar el autocontrol del paciente anticoagulado con aVK en Atención Primaria.

Mejorar el registro de la indicación de tratamiento con ACOD en OMI

Disponer de información para el seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD (FG)

MÉTODO
Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados

Inclusión del autocontrol

Formación a los profesionales en TAONet

Formación a los profesionales en gestión de autocontrol

Formación a los profesionales en ACOD
Instalación de TAONET

Evaluación de resultados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

INDICADORES
Número de pacientes en tratamiento con antocoagulantes orales.
Nºde pacientes en tratamiento anticoagulante con ACOD/ Total de pacientes anticoagulados (en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de hemorragia mayor o menor con asistencia a urgencias Hospitalarias/ Total pacientes con ACOD (en %)
Nº pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de ICTUS o accidente cerebrovascular con asistencia a urgencias Hospitalarias / Total pacientes con ACOD (en %)
Nº de EAP del Sector de Huesca con consulta monografica de autocontrol del TAO
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV/ICTUS)/ Total pacientes con ACOD (en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD con al menos un FG registrado en OMI en el último año/ Total de pacientes con ACOD (en %)

DURACIÓN

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados
DAP PRIMER TRIMESTRE

Inclusión del autocontrol ABRIL EAP

Formación a los profesionales primer semestre 2018

Instalación TAONET mayo 2018

Evaluación de resultados Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Fecha de entrada: 08/01/2019

2. RESPONSABLE ..... AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
CALVO GASCON ANA MARIA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• No se ha podido habilitar una vía informatizada para la incorporación de los resultados del test. La inclusión de un pdf en la historia, la descripción del diagnóstico por parte de la enfermera de digestivo en HCE, o incluso la creación del tic de OMILab con el test han sido pasos baldíos que no han llevado a ningún puerto. Actualmente la transmisión del resultado de la prueba sigue haciéndose a través de correo postal interno al MAP.
• La inclusión de la realización del test ha llevado previamente a varias reuniones de coordinación con el Servicio de Digestivo, y a la realización de un video de instrucciones dirigido al personal de enfermería que realiza la prueba y unas instrucciones precisas del envío. La organización de un sistema de valija y de su correspondiente método de envío desde los centros a la consulta de digestivo.
• En el contexto del Servicio de Digestivo tienen pautas de tratamiento de la dispepsia diferentes entre sí, y si las comparamos con las GPC actuales, pautas que pensamos deberían de ser las establecidas en nuestro Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• La priorización de la realización de esta prueba se ha centrado en los equipos rurales quienes presentan a día de hoy una población alrededor de los 53.030 habitantes (49% de la población del Sector). En el momento actual, está realizándose el test en Grañén, Almudévar, Sabiñánigo, Hecho y Berdún.

-Indicador de Impacto en cobertura (%):
(Población rural incluida en la realización del test de H.Pylori en AP en el Sector Huesca en 2018)/(Población total rural del Sector de Huesca) x100
RANGO Contemplado 2018: 30-50%
Resultado: 20522 hab/52997 hab x 100= 38,7%
Puntuación (0-10 puntos): 4,25 puntos

-Indicador de Actividad de cambio de oferta:
(Difusión de la formación en realización del Test H.Pylori)/(Número total de los EAP del sector) x100

RANGO Contemplado 2018: 80-100%
Resultado: 14/14=100%
Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La expansión final del test en el resto de centros se realizará a lo largo de este primer trimestre de 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/25 ========== ***

Nº de registro: 0025

Título
REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN, CALVO GASCON ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Desde el 27% al 70% de las consultas de Atención Primaria se relacionan con la dispepsia como motivo de consulta.

El 75% de los Test de HP solicitados desde AP se hacen desde los CS urbanos de Huesca capital. Abarcando un 50% de la población del Sector.

En el último año se han solicitado un total de 1880 test de Helicobacter Pilory desde AP, a través de OMI.

No es posible la realización del test de diagnóstico del H.Pilory en las consultas de AP, derivando al paciente al HSJ con la consiguiente pérdida de tiempo y desplazamiento del mismo

Dentro del proceso de la transmisión de resultados del Test de HP, existen lagunas conflictivas en las que el resultado puede no transmitirse al profesional sanitario

No existe capacidad de extracción de datos de resultado del Test de H.Pilory en Huesca puesto que como el test se realiza fuera de laboratorio, la solicitud se realiza en un volante de interconsulta que no registra a través de DGP.
No existe un protocolo unificado de tratamiento de la dispepsia y de realización de Test de aliento de HP en el Sector de Huesca entre AP y AE

La realización del test en AE únicamente implica una derivación al Servicio de Digestivo en los primeros pasos de diagnóstico del proceso de Dispepsia.

El coste del Test (aprox. 20€), hace necesaria una herramienta o protocolo de monitorización de la realización del Test unificada para poder evaluar los resultados del mismo y proveer de una formación en el proceso para el profesional sanitario basado en la evidencia científica y el consenso entre AP y AE del Sector.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS
Mejorar la variabilidad en el acceso a los tests de HP de la población del Sector

Implantar la realización del tests de HP en las consultas de AP
Mejorar la transmisión vía telemática de los resultados de los tests de HP desde AE .

Establecer criterios de consenso AP-AE para el tratamiento de la dispepsia, diagnóstico y erradicación de HP

MÉTODO
Realización de protocolo del Sector

Compra de test HP desde Farmacia AP

Formación en realización test HP

Formación enfermería ICV

Formación en protocolo dispepsia y errad HP

Creación buzón ICV Test HP en HCE

Evaluación desarrollo

INDICADORES
Número de tests HP realizados en CS rurales/ Total tests HP realizados (en %)

Número total tests HP realizados en AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Número de EAP que incorporan la realización del test de HP

Comunicación de resultados de test vía telemática

Existencia de protocolo unificado AP-AE tratamiento
dispepsia/diagnóstico y erradicación HP

DURACIÓN
Realización de protocolo del Sector Primer trimestre AP_AE
Compra de test HP desde Farmacia AP Enero 2018
Formación en realización test HP hasta mayo del 218 DAP
Formación enfermería ICV marzo abril 2018 AP_AE
Formación en protocolo dispepsia y errad HP Abril Agosto DAP AE
Creación buzón ICV Test HP en HCE SSCC enro 2018
Evaluación desarrollo Diciembre DAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CALVO GASCON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELDUQUE PALOMO AMADEO
GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión formativa con Enfermería de Endocrinología.
Desarrollo del Proyecto de Actividades Comunitarias con los EAp del Sector fomentando la formación orientada a pacientes diabéticos.
Formación en nuevos materiales de insulinización y control de glucemia a los profesionales de enfermería de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores seleccionados para este proyecto son 3:
Indicador de Actividad:
(nº de EAP con distribución de material para pacientes con DM tipo1)/(EAP Sector Huesca) x100
RANGO Contemplado 2018: 60-80%
Resultado: 71,42%
Puntuación (0-10 puntos): 5,5 puntos

Indicador de Impacto:
(nº de EAP con activ de educación diabetológica)/(nº de EAP con act.comunitarias basadas en educación y autocontrol de pacientes) x100
RANGO Contemplado 2018: 30-50%
Resultado: 4 de un total de 10 centros: 40%
Puntuación (0-10 puntos): 5 puntos

Indicador de Impacto:
(Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin ?insulina con glucómetro)/(Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin?insulina) x100
Rango Contemplado: disminución del 20% del valor inicial del 6,12% al 4,9% de pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin ?insulina con glucómetro.
Resultado: 5,21%
Puntuación (0-10 puntos): 7,5 puntos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valorando los resultados hay que seguir trabajando la continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales para un óptimo seguimiento de estos pacientes, y continuar en la línea "No hacer" en las actuaciones propias de atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/336 ========== ***

Nº de registro: 0336

Título
PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, SERAL SOLANAS MARIA JOSE, BARRAGON ANGULO AMAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

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

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

PROBLEMA
Existen 286 pacientes con diagnóstico de DM tipo 1 aproximadamente en el Sector de Huesca, el 11% (31) con calculador de bolo y el 7% con bomba de insulina
Los recursos necesarios para el control de su DM 1 se proporcionan desde AE
Hay pacientes DM tipo 2 en tratamiento con ADO no hipoglucemiante o hipoglucemiante, pero fuera de sistuación de inestabilidad, con glucómetros
Control glucémico en cosulta programada de enfermería a pacientes DM tipo2
Falta de continuidad clínica y de cuidados de los pacienes DM tipo 1

RESULTADOS ESPERADOS
Identificar pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermeria del EAP de referencia
Suministrar el material de los pacientes DMtipo1 desde los EAP
Conocer los pacientes con DM tipo 2 con ADO y sin insulina que utilizan glucómetro.
Potenciar la educación grupal y comunitaria a pacientes diabéticos tipo 2

MÉTODO
Realizar protocolo del Sector
Suministro del material en la consulta de AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud.
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias
Evaluar resultados

INDICADORES
Número de pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermeria del EAP de referencia/ Nº de pacientes con DM tipo1 (en %) 90%
Número de EAP que suministran el material necesario a estos pacientes. 10 centros
Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina que utilizan glucómetro/Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina (en %) Mejorar en un 20% el valor inicial
Número de EAP con educación grupal o actividad comunitaria en pacientes diabéticos tipo 2. 7 centros

DURACIÓN
Realizar protocolo del Sector AP/AE marzo 2018
Suministro del material en la consulta de AP Abril 2018 AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud. AP abril 2018
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias AP mayo 2018
Evaluar resultados DAP diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE ..... BELEN ARTERO GUILLEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO OREA SAGRARIO
GARCIA PARDOS ANA
RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA
JUNCOSA ASIN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha cumplido con el calendario marcado y los recursos empleados fue un equipo de 5 profesionales y material sobre todo informático para el diseño y desarrollo de la memoria.
Elaboración de un procedimiento común y estructurado a seguir ante la fuga de un paciente (9 reuniones de equipo)
Elaboración de hojas de registro y comunicación de la fuga completas y uniformes (8 reuniones de equipo)
Propuestas de mejora (2 reuniones de equipo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados:
Se han creado:
Documento actualizado del Protocolo de fuga del CRP Santo Cristo de los Milagros
Hojas de registro y comunicación de la fuga actualizadas, completas y uniformes

Indicadores:
La fuente de obtención de los indicadores detallados a continuación serán las nuevas hojas de registro diseñadas para tal fin.
-Nº de fugas reincidentes / Nº de fugas totales x 100
-Cumplimentación de la hoja de registro de fuga
-Nº fugas registradas según protocolo/ Nº fugas totales x 100

Desde el año 2015 al 2017, un total de tres años, en el total de las tres unidades (Psicogeriatría, Larga Estancia y Media estancia) el registro de fugas registradas según protocolo son 30 de las cuales 20 han sido fugas reincidentes, lo que significa un 66.66% de reincidencia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos propuestos fueron:
-Establecer un marco de actuación común ante un caso de fuga adecuándolo a la normativa legal establecida
-Disminuir el tiempo de actuación ante una fuga y mejorar la efectividad y eficiencia de las intervenciones necesarias a implantar
-Llevar a cabo un registro de fuga completo y uniforme que recoja la información necesaria cuando se detecte la fuga de un paciente y posibilite así una evaluación periódica de los indicadores propuestos

Conclusiones y propuestas de futuro:
La fuga de un paciente del centro es un incidente grave de seguridad por lo que es susceptible de ser comunicado de una forma estructurada y uniforme para una mayor coordinación y eficacia en la intervención y registrado para poder identificar fallos y poder establecer planes de mejora.
Además de una rápida y coordinada intervención ante la fuga de un paciente se ve necesario y fundamental una adecuada prevención para minimizar riesgos e intentar disminuir los casos de fugas, para lo que se proponen mejoras futuras descritas a continuación en el siguiente párrafo
Se recomienda la inclusión futura a este protocolo de una valoración individualizada del riesgo de fuga estableciendo una clasificación de niveles de vigilancia e indicaciones específicas del manejo del riesgo dentro de los Planes Individuales de Atención al paciente.
Este nivel de riesgo y vigilancia no es estático, varía a lo largo del tiempo, según el estado del paciente, por lo que será necesario una revisión continua para que sea acorde a las circunstancias presentes.
Esta propuesta se hace con el objetivo de mejorar la prevención de la fuga unificando criterios y tomando decisiones compartidas y prudentes, sin centrarse solamente en el procedimiento a seguir cuando ocurre ésta.
Para una mejor evaluación del protocolo y siguiendo los indicadores ya descritos, de aquí en adelante se registrarán tanto el total de fugas reales como las registradas

7. OBSERVACIONES.
He enviado a otro lugar previamente esta memoria equivocadamente (apartado acuerdos/contratos 2018)
Disculpen las molestias ocasionadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE

*** ========== Resumen del proyecto 2016/622 ========== ***

Nº de registro: 0622

Título
ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE SITUACION DE FUGA DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

Autores:
ARTERO GUILLEN BELEN, GARCIA PARDOS ANA MARIA, JUNCOSA AIN CARLOS, MARCO OREA SAGRARIO, RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es frecuente que algunos pacientes hospitalizados en un momento determinado decidan abandonar el hospital o planificar una fuga, especialmente en los casos en que desconfían del entorno terapéutico o han sido ingresados en contra de su voluntad. Debido a la vulnerabilidad del paciente en el contexto de una crisis, las fugas y abandonos son un riesgo para la seguridad del paciente y potencialmente de otras personas.
La responsabilidad de los profesionales en cuanto a la custodia de los pacientes en salud mental, se ve en ocasiones en conflicto con el cumplimiento de la normativa vigente que salvaguarda el derecho a la autonomía del paciente (Ley 4/2002,de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente). La organización sanitaria deberá procurar una atención que además de respetar la dignidad de la persona y libertad individual, garantice la seguridad de los pacientes a su cargo, por lo que se establece la necesidad de realizar una actualización del procedimiento de actuación en los casos en los que se detecte la fuga de un paciente en nuestra unidad así como la inclusión de una valoración del riesgo de fuga, e indicaciones específicas sobre cómo manejar el riesgo en los Planes Individuales de atención.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer un marco de actuación común en caso de fugas y adecuarlos a la normativa legal establecida

- Llevar a cabo un registro de fuga completo y uniforme que proporcione la información necesaria cuando se detecte la fuga de un paciente.

- Incluir una valoración individualizada del riesgo de fuga, e indicaciones específicas sobre cómo manejar el riesgo en los Planes Individuales de atención al paciente

MÉTODO
Se realizarán reuniones del equipo para la elaboración y creación de los registros necesarios para agilizar los trámites en el caso de fuga:

- Hoja de registro de fuga (para comunicar el hecho vía Fax al juzgado, Policía Nacional, Policía Local y Guardia Civil)

- Hoja de comunicación de retorno de fuga

- Establecer criterios de clasificación de niveles de vigilancia

- Valoración del riesgo de fuga según los criterios anteriores

INDICADORES
-Indicadores del procedimiento:

1. Elaboración del procedimiento según calendario previsto.
2. Grado de implantación (porcentaje de fugas durante el primer año de aplicación del procedimiento)

- Indicadores del resultado:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE

1. Número de fugas registradas durante 1 año de aplicación. .
2. Cumplimentación de la hoja de registro de fugas durante este periodo

DURACIÓN
Fecha de inicio: Noviembre 2016
Fecha fin : Junio 2017

CALENDARIO

NOVIEMBRE : Reunión del equipo para programación de tareas
ENERO : Elaboración de un borrador
FEBRERO : Elaboración del procedimiento
MARZO : -Información y difusión entre los profesionales del centro implicados en su aplicación
- Aplicación del procedimiento
MAYO : Primera reunión de Evaluación y seguimiento de la implantación
JUNIO : Reunión de seguimiento y evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0884

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS (HUESCA)

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GUERRI LLES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA PARDOS ANA
COLL MATEOS RAQUEL
LAGUNA RODRIGO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas desde el inicio del proyecto han sido:
1.- La selección de los Diagnósticos, y la distribución de ellos entre los participantes para la selección de las intervenciones más frecuentes (realizado en la convocatoria 2015)
2.- El desarrollo de los Diagnósticos seleccionados, con los correspondientes NOC y NIC (realizado en la convocatoria 2015)
3.- La realización en equipo del documento que se pueda exportar al Plan Individual de Rehabilitación multidisciplinar (realizado en la convocatoria 2016)
(La parte correspondiente al grupo de trabajo formado por los componentes del equipo (puntos 1, 2 y 3) se finalizó en Mayo 2017)
No ha sido posible realizar la segunda parte por motivos ajenos al grupo de trabajo. Quedaría pendiente según el organigrama al inicio del proyecto:
4.- Implantación en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros"
5.- Evaluación a los 6 meses del Plan Estandarizado de Cuidados Enfermería.
6.- Modificación si es precisa, tras la evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Realizar documento "Plan estandarizado de cuidados de Enfermería" - Realizado
2.- Evaluación mediante reuniones de equipo trimestrales - Realizadas hasta la realización del documento. Pendiente retomar tras implementación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha constatado la necesidad que había de modificar el área de cuidados de enfermería dentro del P.I.R. multidisciplinar usado. Se le ha proporcionado mayor rigor de acuerdo a la taxonomía NANDA, NIC y NOC, quedando algo desvirtuado al tener que adaptarlo y simplificarlo para poder implementarlo.
Dado el trabajo realizado y el convencimiento de la necesidad de mejoría, es nuestro deseo finalizarlo, aunque sea fuera de la convocatoria de Proyectos de mejora de la calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/884 ========== ***

Nº de registro: 0884

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" (HUESCA)

Autores:
GUERRI LLES YOLANDA, COLL MATEOS RAQUEL, GARCIA PARDOS ANA MARIA, LAGUNA RODRIGO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0884

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL AREA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DENTRO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION EN EL C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS (HUESCA)

PROBLEMA
El C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" es un Centro de Rehabilitación Psicosocial con un equipo multidisciplinar. Se realiza un Plan Individual de Rehabilitación (P.I.R.) de cada paciente, en el cual hay un Área de Cuidados de Enfermeria. Se ha observado la necesidad de adaptar El Plan Estandarizado de Cuidados con nomenclatura NANDA, NIC y NOC al formato del P.I.R.
Durante el tiempo de trabajo en la convocatoria previa, se ha constatado la necesidad de mejorar y adaptar el Área de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Elaborar el Plan de Cuidados Estandarizado con los Diagnósticos e Intervenciones más frecuentes en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" (ya realizado en la convocatoria 2015)
2.- Adaptación al formato P.I.R. multidisciplinar.
3.- Implantación del Plan Estandarizado dentro del Área de Enfermería en el P.I.R.
4.- Evaluación al año de su implantación.

MÉTODO
1.- Se realizó la selección de los Diagnósticos, y la distribución de ellos entre los participantes para la selección de las intervenciones más frecuentes (realizado en la convocatoria 2015)
2.- Se desarrollaron los Diagnósticos seleccionados, con los correspondientes NOC y NIC (realizado en la convocatoria 2015)
3.-Se realizará en equipo, el documento de donde se pueda exportar al Plan Individual de Rehabilitación individualizándolo (en proceso; por el grupo de trabajo)
4.- Implantación en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" (Equipo de enfermería)
5.- Evaluación a los 6 meses del Plan Estandarizado de Cuidados Enfermería (grupo de trabajo)
6.- Modificación si precisa, tras la evaluación (grupo de trabajo)

INDICADORES
1.- Número de diagnosticos desarrollados y adaptados al formato P.I.R.
2.- Implementación del Área de Cuidados de enfermería en el P.I.R.

DURACIÓN
1.- Realizar el documento: Plan Estandarizado de Cuidados de Enfermería. (hasta Febrero 2017)
2.- Implantación dentro del P.I.R. multidisciplinar (Marzo-Agosto 2017)
3.- Evaluación a los 6 meses (Septiembre 2017)
4.- Modificación si es preciso (Octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE SANCHO LANZAROTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA BERCERO CONCEPCION
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
GRACIA MONTORI ESTHER
CUELLO OLIVAN TERESA
GALINDO LASIERRA VICTOR
HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA
LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES DE EUIPO DE MEJORA DONDE SE TRABAJAN LOS SIGUIENTES ASPECTOS:
-Revisión de las actividades realizadas hasta el momento
-Análisis de los recursos (materiales, humanos)
-Descripción de las actividades a llevar a cabo
-Descripción del protocolo
-Sesione informativas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Reuniones de equipo (grado de cumplimentación)
Numero de reuniones de trabajo realizadas/ Numero de reuiones previstas x 100. 100% (4)
-Documento Protocolo Salidas realizado (si/ No) : Pendiente
-Número de salidas realizadas según protocolo . Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta el 31 Diciembre se han elaborado una serie de partes del protocolo como son las formas de actuación y actividades a realizar ante varios tipos de salidas de l centro
Diseño de los registros de salidas
Queda pendiente la elaboración del documento, implementación y difusión del mismo en el centro

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/890 ========== ***

Nº de registro: 0890

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Autores:
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GRACIA BERCERO CONCEPCION, CARRERO BACIGALUPE ITZIAR, GRACIA MONTORI ESTHER, CUELLO OLIVAN TERESA, GALINDO LASIERRA JOSE, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

PROBLEMA
Una de las actividades asistenciales de gran importancia en nuestro medio es el acopañamiento terapútico del paciente.
Por este motivo y por la ubicación de nuestro centro (2,5 km de la ciudad de Huesca) se ha valorado la necesidad de realizar un protocolo en el cual estén definidas las salidas a realizar, medio de transporte a utilizar y personal preciso para las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un protocolo de actuación:
-Estandarización del procedimiento de actuación
-Elaboración de Algoritmo actividades a realizar
-Registro de las salidas realizadas.

MÉTODO
-Revisión de las actuaciones realizadas hasta el momento
-Análisis de los recursos del centro (materiales como humanos)
-Descripción de las acciones a llevar a cabo por los diferentes profesionales
-Descripción del protocolo
-Sesión informativa (difusión entre el personal del centro)

INDICADORES
-Reuniones del equipo de mejora
-Documento registro de las salidas cumplimentado correctamente
-Numero de salidas realizadas según protocolo
-Numero de sesiones formativas para el personal

DURACIÓN
Octubre 2016: Revisión bibliográfica de otros protocolos
Noviembre 2016: Reunión inicial del equipo y reparto de tareas
Enero 2017: Elaboración de protocolo (borrador) Revisión por el equipo de trabajo
Marzo 2017: Realizar el documento que refleje el protocolo (Hojas de registro).
Mayo 2017:Sesión informativa en el Centro.
Junio 2017;Implantación del protocolo en el CRP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Fecha de entrada: 26/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SERGIO SARRIA HERREROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ TAUSIA DANIEL
NOGUERAS BRAVO ELISA
ELFAU MAIRAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó un “Analisis del uso de farmacos neurolépticos y lineas de mejora”. Partiendo de ese conocimiento de la situación, se han identificado áreas de mejora, consensuadas entre los profesionales del equipo de mejora y basadas en el contexto y en la bibliografía.
Se comienzan a implementar, tras una priorización de acuerdo a la factibilidad y al impacto en los pacientes:

1ª Mejorar la información y facilitar accesibilidad

-Registro de pacientes afectos de Trastorno mental grave (TMG)
-Historia clínica informatizada de Salud mental
-Auditoria clínica del uso de neurolepticos

2ª Mejorar las prácticas clinicas

-Formación, implicación y coordinación de los profesionales
-Introducir el consentimiento informado y la decisión compartida con los pacientes
-Disponer de suficientes recursos psicosociales

3ªSupervisar

-Protocolo de seguimiento del tratamiento
-Protocolo de monitorización de efectos secundarios
-Comisión de calidad: evaluación del gasto, uso y seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el 2017 se eligieron dos de las 9 líneas de mejora identificadas:
1-Diseño e implantación del consentimiento informado
En el diseño del consentimiento se ha realizado un esfuerzo de conciliación entre ofrecer al paciente la información necesaria para que ejerza el derecho que contempla la ley y no crear un estado de alarma o inquietud por la posible incidencia de efectos adversos. Se contempla como una herramienta de información que ayuede a establecer un dialogo y una decisión compartida sobre el tratamiento.

Dado que los pacientes que inician tratamiento son los menos, y que la mayoría son pacientes con un uso prolongado en la fecha de presentación del consentimiento, se informa tambien sobre los riesgos de la discontinuación brusca.

Este consentimiento esta abierto a posteriores aportaciones de los profesionales implicados y al debate sobre sus efectos en la práctica clinica diaria. El formato se puede consultar en el anexo I

2-Diseño e implantación del protocolo de seguimiento de tratamientoSe ha diseñado un protocolo de seguimiento de tratamiento que trasciende los aspectos meramente medico-farmacológicos. La complejidad de los TMG y su repercusión en todas las esferas de la vida de los pacientes obliga a poner el enfasis en aspectos psicosociales.

En este seguimiento es fundamental la coordinación entre profesionale. Aunque se ha diseñado una hoja de registro, el formato papel es poco operativo, por lo que para compartir y agilizar información y coordinación estamos a la espera de la informatización de la historia clínica de salud mental y del registro de casos de TMG.

Como vemos pues es dificil poder implementar medidas aisladas y asi se señalaba en el documento de referencia, cuando decia que es el conjunto de ellas, con su interdependencia, lo que hará posible una mejora real de la asistencia.

Ya existen en la practica clinica habitual protocolos de seguimiento sobre aspectos parciales del tratamiento, como se hace con los pacientes que consumen clozapina ante el riesgo de agranulocitosis, o con los consumidores de sales de litio. Estos protocolos estan en marcha y estandarizados.

En el protocolo se incluyen una hoja de inclusión en el protocolo con datos de contacto e información basica en el área institucional, de salud y sociolaboral. Se ha elaborado ademas una ficha de registro anual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

donde dejar constancia de la intervenciones que se realizan por los distintos profesionales que intervienen en el seguimiento del caso. Ademas se anotara la cumplimentación del tratamiento, pruebas complementa rias y analíticas perceptivas, hospitalizaciones e intervenciones en el área sociolaboral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante identificar líneas de mejora y abordarlas de forma proactiva en el ámbito de la salud mental
La presencia de profesionales de salud mental en todos los ámbitos de la atención sanitaria es imprescindible para la continuidad en la atención, pero dificulta la coordinación y la implantación de nuevas acciones.

7. OBSERVACIONES.
Se pretende hacer una implantación progresiva a lo largo de 2018 tanto del consentimiento informado como del protocolo de seguimiento, para locual se comenzara por los CSM adscritos al CRP, una vez valorada la plantilla de profesionales actual y su disponibilidad

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1216 ========== ***

Nº de registro: 1216

Título
LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN EL CENTRO DE GASTO DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Autores:
SARRIA HERREROS SERGIO, PEREZ TAUSIA DANIEL, NOGUERAS BRAVO ELISA, ELFAU MAIRAL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

PROBLEMA
Los neurolépticos son fármacos cuyo objetivo es bloquear de los receptores D2 postsinápticos. La acción de los neurolépticos ni es selectiva a nivel local, ya que afecta al conjunto del sistema dopaminérgico, ni es exclusivo a nivel receptorial ya que afecta a muchos otros receptores además de los dopaminérgicos.

Estamos ante unos fármacos que no ofrecen un ttº etiológico sino sintomático, que fueron inicialmente aprobados para su uso en la esquizofrenia y con usos actuales mas amplios, muy poco selectivos a nivel receptorial y con un perfil de efectos secundarios y posibles complicaciones relevantes.

En los últimos años hemos asistido a una importante polémica y es difícil evaluar tanto la eficacia como la seguridad de estos fármacos, porque el grueso de las publicaciones ha tenido influencia de la industria farmacéutica. En algunos casos se ha ocultado (no se ha comunicado) resultados desfavorables de estudios patrocinados por multinacionales que posteriormente ha sufrido multas millonarias.

Los efectos secundarios son muy diversos y de potencial gravedad. Existe infinidad de literatura, pero hay dos hechos a resaltar, la alta frecuencia de las alteraciones hormonales y endocrinometabolicas y el debate sobre su efecto en SNC

Se pretende recoger los datos de dispensación de neurolépticos en el ejercicio 2016 correspondiente al centro de gasto del Centro de Rehabilitación Psicosocial CRP Sto Cristo de los Milagros del que dependen tres unidades hospitalarias: UME, ULE y Psicogeriatría y tres USM (Pptuo Socorro, Jaca y Sariñena-Grañen-Almudevar).

Hay que tener en cuenta que tanto la contabilización del gasto como el suministro no dependen de una misma unidad, estando involucrada tanto la farmacia de AP como la farmacia del CSS SGDO Corazón.

No disponemos de los instrumentos necesarios para realizar un análisis cualitativo, ni se ha realizado una revisión manual de un número representativo de historias clínicas para poder ser riguroso, por lo que hay que limitarse a hacer algunos comentarios autocríticos sobre la evidencia, es decir sobre la práctica clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

generalizada, en relación a dos hechos: la polifarmacia y la dosis excesiva.

Una aproximación artesanal a nuestras historias clínicas, al menos las del CSM donde yo trabajo y las de compañeros a las que he podido tener acceso demuestran que esta mala práctica está más extendida de lo que debiera. Los pacientes psicóticos en monoterapia son más la excepción que la regla. Se podría decir que se están prescribiendo con cierta banalidad (10).

Respecto a la prescripción de dosis excesivas es evidente que el aumento del consumo al que me he referido en la justificación se explica en parte porque estamos prescribiendo dosis más altas, además de ampliar el abanico de indicaciones, en ocasiones fuera de ficha técnica. El que en una década se pasara de las 3DHD a las más de 8, junto a la estabilidad de la incidencia de la esquizofrenia y otras psicosis lo ratifican.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este documento es hacer una cuantificación del consumo y el gasto y un análisis cualitativo del uso a la luz de las recomendaciones de la literatura con el fin de establecer líneas de mejora realistas y mensurables que puedan incorporarse a la gestión clínica.

MÉTODO
Una vez realizado el análisis sobre los datos cuantitativos del gasto, se establecen unas líneas de mejora a la luz de los datos aportados y de las recomendaciones de consenso de la literatura. Los documentos consultados acuerdan en la restricción del uso de los neurolépticos, pero en distinta medida

A la racionalización de la prescripción y consecuente disminución del gasto hay que llegar recorriendo un camino. Las medidas simplemente desincentivadoras son de corto alcance.

Para ello son necesarias tres etapas:

1ª Tener más información y que esta sea más asequible

- -Registro de pacientes afectos de TMG (en el momento actual se está instaurando dicho registro, siendo Huesca es el primer sector sanitario en el que se instaura)
- -Historia clínica informatizada de SM
- -Auditoria clínica del uso de neurolépticos

2ª Mejorar las prácticas clínicas

- -Formación, implicación y coordinación de los profesionales
- -Introducir consentimiento informado y la decisión compartida con los pacientes
- -Disponer de suficientes recursos psicosociales

3ª Supervisar

- -Protocolo de ttº
- -Protocolo de monitorización de efectos secundarios
- -Comisión de calidad: evaluación del gasto, uso y seguimiento

INDICADORES
% de pacientes con Consentimiento informado en su historia:
Pacientes en tto con neurolépticos con consentimiento informado / Total de pacientes en tto con neurolépticos (>= 10%)
Existencia protocolo de ttº:
Elaboración y aprobación por Dirección de protocolo de tto con neurolépticos (SI)

% disminución del gasto por neurolépticos:
% de disminución del gasto por neurolépticos en 2017 con respecto al 2016 (>=5%)

DURACIÓN
En el primer trimestre de 2017 se realiza análisis cuantitativo del gasto que sirve como punto de partida
El resto de actividades se realizaran de forma paulatina hasta final del 2018

OBSERVACIONES
La consecución de los objetivos irá ligada en parte a la mejora de la Historia clínica electrónica y a la implicación de otros profesionales

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1216

1. TÍTULO

LINEAS DE MEJORA EN LA DISPENSACION DE FARMACOS NEUROLEPTICOS EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LORENA COARASA ALMENARA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUNCOSA ASIN CARLOS
CASASUS ESCUER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como ya detallamos en anteriores memorias, seguimos realizando ejercicios ludopedagógicos supervisados, que son de sencilla comprensión, dinámicos y utilizando el juego e instrumentos de viento como conductor. Los objetivos desde el principio han sido aumentar la permeabilización de la vía aérea, drenaje postural, expulsión de secreciones bronquiales, movilizar la caja torácica y abdominodiafragmática. Se han realizado también ejercicios propioceptivos sobre el uso de musculatura respiratoria accesoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Continuamos realizando la actividad con los 8 pacientes que se incorporaron al proyecto, acudiendo de forma habitual 6 de ellos.
No ha habido cambios respecto al hábito tabáquico, han mantenido el consumo habitual.
Desde la última memoria presentada, ha habido 1 paciente con reagudización de su EPOC, que ha precisado tratamiento adicional, sin ingreso hospitalario agudo. El resto han permanecido estables.
Tras pasar la encuesta de satisfacción final, los pacientes destacaban lo divertido y ameno de las sesiones, así como el estiramiento de la espalda y caja torácica, lo que repercutía en una disminución del dolor y mejoría en la expulsión de secreciones. Todos han puntuado la actividad como positiva/muy positiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante el desarrollo de este proyecto, se ha precisado ajustar las sesiones a las características personales de los usuarios, haciéndolas algo más cortas para que mantuvieran la atención y no perdieran el interés (de los 30 minutos iniciales lo acortamos a 20 minutos, durante los cuales la implicación y ejecución eran buenas).
Una vez aprendieron los ejercicios aparecieron líderes naturales en el grupo que eran los que iban dirigiendo la actividad y animando al resto de compañeros, haciendo de la terapeuta una mera espectadora, supervisando únicamente la realización correcta de los ejercicios.

7. OBSERVACIONES.
Debido a cambios en la plantilla pasa a ser la responsable del proyecto Dña. Lorena Coarasa Almenara, Enfermera Especialista en Salud Mental.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1316 ========== ***

Nº de registro: 1316

Título
TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Autores:
AREVALO DE MIGUEL ELISA, ELBOJ SASO MARTA, SANZ MALUENDA SONIA, JUNCOSA ASIN CARLOS, BELENGUER ABIAN CRISTINA, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, AUDINA ZAPATER MARIA JOSE, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención secundaria y terciaria patologia respiratoria
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

La institucionalización, el tabaquismo, la obesidad, los antipsicóticos y la inactividad física son algunos de los factores más influyentes y que con frecuencia se suelen sumar en muchos de estos pacientes. La reeducación respiratoria son ejercicios básicos que con un mínimo entrenamiento pueden mejorar la función respiratoria. Los pacientes con trastorno mental severo muestran una prevalencia significativamente mayor a la población general en pataología respiratoria, peor función respiratoria, mayores tasas de morbilidad, ingresos hospitalarios y un exceso de morbilidad en enfermedades respiratorias.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se esperan conseguir son una disminución la sensación de ahogo y favorecer la expulsión de mucosidad bronquial, evitar el deterioro pulmonar, fortalecer la musculatura respiratoria, reducir el trabajo respiratorio y disminuir el numero de reagudizaciones y mejore la calidad de vida de los pacientes
Población diana: Usuarios ingresados en la unidad de larga estancia del CRP y Psicogeriatría que han manifestadop problemas respiratorios y más de tres reagudizaciones en los últimos 6 meses.
Sin límite de edad pero que muestren que mantengan conservadas las funciones cognitivas necesarias para participar en la actividad.

MÉTODO
Programa ludo-pedagógico de entrenamiento supervisado y reeducación terapéutica mediante una serie de ejercicios sencillos practicados con cierta regularidad nos va a permitir usar al máximo las capacidades pulmonares. La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 3 veces por semana, en sesiones de 30 minutos cada una. Cada sesión estará dirigida por equipo enfermería-terapia ocupacional, con una valoración inicial por parte del médico de familia del centro.
El taller comprenderá ejercicios de sencilla realización y comprensión, dinámicos y educativos basados en técnicas que ayuden a controlar la disnea, mejorar el estrés y aumentar la resistencia y tolerancia al esfuerzo, así como ejercicios que ayuden a expulsar las secreciones pulmonares y permeabilizar las vías aéreas y por último ejercicios que mejoren la respiración abdomino-diafragmática y fortalezcan la musculatura respiratoria. Adaptado por su puesto a cada edad, comprensibilidad y situación clínica del paciente.
* Permeabilización de vías aéreas y drenaje postural.
*Técnicas de reeducación respiratoria abdomino-diafragmática y recondicionamiento muscular. Movilizaciones de la caja torácica.
*Técnicas para mejorar la disnea y aumentar la tolerancia al esfuerzo. Respiración profunda y controlada. Técnicas de relajación y toma de conciencia respiratoria.
Al inicio del taller se reforzaran conceptos sobre el auto cuidado, el abandono del tabaco, la actividad física, medidas ergonómicas y la adherencia al tratamiento.

INDICADORES
Indicador nº de reagudizaciones a los 12 meses.: Evaluación a los 12 meses
Indicador nº de modificación (incremento del tratamiento respiratorio): Evaluación a los 12 meses
Indicador: modificación si/no en su hábito tabáquico: evaluación a los 12 meses
Indicador de mejoría: Porcentaje pacientes que han disminuido al menos en numero de 2 las reagudizaciones bronquiales con respecto al año anterior.
Indicador grado de satisfacción: Evaluación al final del programa.
Indicador de seguimiento: adherencia al taller.
Indicador de modificación cooximetro: Cooximetría al inicio del taller, a los 6 meses, a los 12 meses.

DURACIÓN
Inicio Junio 2017.
Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1322

1. TÍTULO

MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CERECEDA SATUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA FERNANDEZ RAUL
GABAS LARRUY MARIA ISABEL
CABELLUD LASIERRA MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Recogida de datos de pacientes susceptibles de ser incluidos en el protocolo en el plazo estimado.
- Realización de protocolo para monitorización de factores de riesgo cardiovascular en pacientes afectos de Trastorno Mental Grave (TMG) en el plazo estimado en base a revisión de guías clínicas y documentos de consenso de expertos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Obtener un registro de pacientes con TMG en el área objeto del proyecto con el fin de mejorar el control y disminuir el riesgo de abandono de seguimiento de estos pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha obtenido un registro de pacientes con TMG en el área dependiente de los Centros de Salud de Grañén, Sariñena y Almudevar.
Por cambios laborales y de destino entre el personal implicado en el equipo de mejora se han producido retrasos en el cronograma previsto.
Dado que es una actividad que se inició con el objetivo de que se mantenga en el tiempo de forma indefinida no se considera motivo para paralizar el proyecto.
Se considera relevante su continuidad debido a la importancia de del control de factores de riesgo cardivascular entre los pacientes afectos de TMG y como medida facilitadora de coordinación de todo el personal sanitario implicado en los casos en un área caracterizada por su dispersión geográfica.
En cualquier caso, se considera un área de mejora la coordinación entre profesionales cuando se producen cambios laborales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1322 ========== ***

Nº de registro: 1322

Título
PROTOCOLO PARA LA MOTORIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

Autores:
CERECEDA SATUE MARIA PILAR, GABAS LARRUY MARIA ISABEL, CABELLUD LASIERRA MIRIAM, GRACIA ASCASO IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

PROBLEMA
Diversos estudios muestran que los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) tienen una morbimortalidad más elevada que la población general. Dentro de las principales causas se encuentran las enfermedades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1322

1. TÍTULO

MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

cardiovasculares (HTA, IAM, ACV) y las enfermedades nutricionales y metabólicas. De hecho, los pacientes con TMG, principalmente con Esquizofrenia, presentan un porcentaje más elevado de factores de riesgo cardiovascular que la población general, siendo por tanto importante su detección.
La dispersión geográfica del área objeto de intervención, así como el de sus profesionales, dificulta una adecuada monitorización de los factores de riesgo cardiovascular de este tipo de pacientes, que en muchas ocasiones acuden con menor frecuencia a su Médico de Atención Primaria y a los programas de prevención propios de éste nivel.
De esta forma, se pretende mejorar la coordinación entre el personal de enfermería y el FEA de Psiquiatría, así como una monitorización de los factores de riesgo cardiovascular.
Pese a no existir un consenso, a efectos de este proyecto entenderemos por TMG aquellos pacientes principalmente con diagnósticos incluidos dentro del espectro psicótico, con una duración de la enfermedad de al menos dos años y deterioro funcional.

RESULTADOS ESPERADOS
Atención al Trastorno Mental Grave mediante la monitorización de los factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes y su derivación a especialista de MFyC en caso de que sea necesario. Se pretende también establecer posteriormente medidas encaminadas a su control y prevenir enfermedades derivadas de los mismos.

MÉTODO
• Se realizara una sesión clínica con el personal de enfermería donde se informará de las recomendaciones a seguir para la monitorización de los factores de riesgo cardiovascular. En este primer estadio se establecerán los cuidados necesarios en varios grupos: TMG en tratamiento con fármacos depot, TMG en tratamiento con clozapina, resto de pacientes con diagnóstico de TMG. De cara a establecer las frecuencias del seguimiento se seguirán las recomendaciones aportadas por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
• Desde la consulta de Salud Mental se derivarán los pacientes con diagnóstico de TMG a la consulta de Enfermería de Atención Primaria de referencia.
• Una vez remitido se realizarán las siguientes determinaciones, cuya periodicidad dependerá del riesgo previo del paciente así como del tratamiento psicofarmacológico instaurado:
– Medidas antropométricas: peso, talla, IMC
– Analítica general: colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicéridos, glucemia, hemograma, prolactina en caso de recibir tratamiento con neurolépticos.
– Constantes: TA, FC
– EGC
– Antecedentes consumo de tabaco.
– Los datos serán incluidos en el programa informático OMI
– Al paciente se le proporcionará una cita para revisión y en su defecto se generará un flash en el programa informático con la siguiente visita.

INDICADORES
- Número de pacientes con medidas antropométricas registradas /Número de pacientes con TMG
- Número de pacientes con registro de constantes en los últimos seis meses/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
- Número de pacientes con analítica en el último año/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
- Número de pacientes con ECG realizado en el último año/ Número de paciente con diagnóstico de TMG
Los estándares se establecerán en un 70% y para ello se evaluaran los datos registrados en el último año.
Seguimiento: se realizará una reunión anual con los profesionales implicados con objetivo motivacional, evaluación conjunta de resultados, propuestas de áreas de mejora, recuerdo de protocolo instaurado así como darlo a conocer entre el personal de reciente incorporación.

DURACIÓN
- Enero-Junio 17: recogida de datos de pacientes susceptibles de ser incluidos en el protocolo.
-Junio-Septiembre 17: realización de protocolo siguiendo las recomendaciones citadas y realización de sesiones clínicas dirigidas principalmente a personal de enfermería.
-Septiembre- Diciembre 17: derivación de pacientes.
-Al ser una actividad continuada no tiene fecha de finalización.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1322

1. TÍTULO

MONITORIZACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL AREA RURAL

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1721

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: EN UN UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION GRACIA BERCERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIARGE RUIZ ARTURO
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
GUERRI LLES YOLANDA
BAENA JIMENEZ NIEVES
ROBLES VALERO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones de Enfermería para explicar el programa y la sistemática de trabajo.
-Se establece el horario de desarrollo de la actividad en horario de la Unidad (Martes Tarde)
-Diseño de registros: se han empleado los registros de actividad diseñados para ello,registro específico de la consulta donde se especificantemas tratados, registro numérico de las mismas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se cumplimentará registro específico a todos los pacientes a los que se les realiza la consuklta.
Registro de actividad: Número de pacientes a los que se realiza consulta y se refleja en registro/ Numero de pacientes a los que se realiza la consulta x 100 (100%)
- La consulta se realizará mínimo cada dos meses a cada paciente ingresado.
Numero de pacientes a los que se realiza la consulta (bimensual) / Número de pacientes ingresados en la Unidad x 100
Se realizan un totla de 65 consultas.
-Reunioens de Enfermeía trimestrales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad ya está consolidada en la dinámica de trabajo de la Unidad.Los temas a tratar están protocolizados en un programa de trabajo (siempre abierto a nuevas aportaciones para incluirlas en el mismo)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1721 ========== ***

Nº de registro: 1721

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA EN UNA UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

Autores:
GRACIA BERCERO CONCEPCION, BIARGE RUIZ ARTURO, ELBOJ SASO MARTA, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GUERRI LLES YOLANDA, BAENA JIMENEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

PROBLEMA
En el CRP Santo Cristo de los Milagros desde la Unidad de enfermería trabajamos con la dinámica de trabajo de Enfermera referente,esto implica que cada Enfermera tiene unos pacientes asignados para realizar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1721

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: EN UN UME DIRIGIDA A PACIENTES CON TMG

seguimiento de su rehabilitaciín y continuidad de cuidados desde antes del ingreso hasta el alta del centro.
Cada paciente tiene unos objetivos planificados en los PIR y dentro de los PIR se incluye el plan de cuidados de enfermería, la realización de la consulta va a ayudar a crear una dinámica de trabajo donde la enfermera tiene un espacio para dedicar a intervención individual con cada paciente y hacer el seguimiento del plan que tiene que ver con los cuidados de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS
objetivos:
-La enfermera referent de cada paciente realizará la consulta mensual con sus tutorizados.
-Fomentar hábitos saludables durante el ingreso y asegurar la continuidad de cuidadso
-Seguimiento de los objetivos y actividades pactados con el paciente y planificados en el PIR

MÉTODO

INDICADORES
-Registro de la actividad: Número de pacientes a los que se realiza la consulta/numero de pacientes a los que se realiza la consulta y se refleja en el registro diseñado para ello
-Numero de pacientes ingresados/numero de pacientes a los que se les realiza la consulta bimensual (minimo).
-Reunión enfermería trimestral

DURACIÓN
-Reunión de Enfermería inicial (ya realizada) Junio 2017 para asignar pacientes y dewsarrollae programa de la actividad
-Noviembre 2017 Reunión para valorar actividad
-Diciembre 2017:valoración cuantitativ a de la actividad e indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1076

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA NIEVES BAENA JIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
GUERRI LLES YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización del diseño del "Programa de Sesiones" semanales
- Realización del Power Point de las sesiones teóricas
- Realización de las "Tarjetas de supuestos prácticos"
- Realización de documento de "Recomendaciones al alta"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Desarrollo de las sesiones psicoeducativas que conforman el programa: Se ha realizado el desglose de cada una de las 7 sesiones que conforman el Programa (contenido teórico y recursos materiales necesarios: Test, power point y tarjetas con supuestos prácticos)
- Implementación del Programa de Adherencia al tratamiento dentro de la agenda de actividades de UME: No se ha podido implementar por el momento por ser un módulo dentro de Psicoeducación y Educación para la Salud del CRP y se están actualmente impartiendo otros módulos. Se prevee llevarlo a cabo en un mes aproximadamente.

Los resultados que se pretenden conseguir es concienciar de la importancia de la adherencia al tratamiento en pacientes con TMG, que lo incluyan en su vida diaria y lo puedan mantener a lo largo del tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se puede llegar a ninguna conclusión de momento ya que no se ha implementado el programa aún. Desde el equipo de mejora creemos que es un tema que siempre suele estar presente en este centro y se destaca la importancia de su sostenibilidad en el tiempo porque lo consideramos un tema muy relevante con un gran impacto tanto para el usuario, familia, sistema sanitario, etc. Se podrá ir incluyendo nueva información obtenida a lo largo del tiempo para mejorar y actualizar el programa.

7. OBSERVACIONES.
Pendiente de implementarlo próximamente.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1076 ========== ***

Nº de registro: 1076

Título
PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Autores:
BAENA JIMENEZ MARIA NIEVES, GUERRI LLES YOLANDA, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

PROBLEMA
La OMS define la adherencia a un tratamiento cómo el seguimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo indicado. Además, incluye acudir a las citas previstas con el personal sanitario, desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1076

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

En el caso de las personas con trastorno mental grave, la falta de adherencia terapéutica se produce con más frecuencia que en otro tipo de enfermedades crónicas. Ésto se debe, entre otras cosas, a la falta de conciencia de enfermedad, a los efectos adversos de la medicacion, olvidos de la toma,a la falta de alianza terapéutica, etc. Dentro de la rehabilitación de las personas con TMG es imprescindible mejorar y potenciar dicha adherencia, dado que es indispensable para mantener la estabilidad y prevenir recaídas.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se pretenden conseguir con este programa son:

Mejorar adherencia al tratamiento.
Prevenir recaídas y descompensación psicopatológica.
Aumentar conocimientos sobre los psicofármacos, efectos de éstos y signos/síntomas precoces de recaídas.
Facilitar estrategias para conseguir la preparación y toma aútonoma de la medicación.
Valorar implicación y adherencia en los permisos durante el ingreso en la unidad.

MÉTODO
Desarrollar un programa específico de adherencia al tratamiento, basado en sesiones semanales (martes) de una hora de duración aproximadamente dirigidas por una Enfermera Especialista en Salud Mental y un coterapeuta.
Los materiales necesarios serán: pizarra, rotuladores, power point del programa, proyector y pc.

INDICADORES
Desarrollo de las sesiones que conforman el programa.
Implementación del programa de adherencia al tratamiento dentro de la agenda de actividades de UME.

DURACIÓN
Inicio : abril 2018
Desarrollo de las sesiones: hasta Octubre 2018
Implementación del programa: a partir de Noviembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PLANO VIDOSA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAO MARTIN ADOLFO
ARTERO GUILLEN BELEN
MATA TORNIL ELENA
BERNAD BETORED GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIÓN QUINCENAL DEL EQUIPO:
1. Realización de las fichas técnica de cada sesión
2. Selección del grupo de pacientes
3. Definir el encuadre

DESARROLLO DE LAS SESIONES DEL PRIMER CUATRIMESTRE
SALIDAS A LA COMUNIDAD
- Paseo en bus y charla circulación vial en la policía Local.
- Convivencia con Asapme en Salas
-Sala Tanto Monta. Cantorales, museo pedagógico
- Centro Comercial. Practicas de habilidades sociales y gestión de la economía.
- Cine con cena. Película: Campeones
- Salida al centro de gestión de residuos. Grhusa
- Salida al supermercado. Manejo de la economía.

CHARLAS
- Alimentación saludable
- Caminos de Barbastro, ofrecida por Daniel Valles.
- La India y su cultura. Ponente: Manuel Campelo.
- Camina por tu ciudad de una forma segura. Policía Local
- Hábitos en la mesa. Videos de refuerzo.
- La salud mental. videos y puesta en común.
- Documental: Océanos de plástico. Reflexiones sobre la contaminación.
- Tertulia : Cómo celebramos la fiesta de todos los santos.
- El arte de aprender a comer. Cristina Hernadez
- Alérgenos. Riesgos en algunos alimentos.

OCIO DIRIGIDO

EDUCATIVO/SENSORIAL/MOTRICIDAD
- Higiene personal . Hábitos y rutinas.
- Comportamiento Social. refuerzo videos.
- Baile divertido. Pasos de coordinación y ritmo.
- Pirámide de los alimentos. Puesta en común y murales.
- Taller de verduras y hortalizas. Exposición.
- Taller de frutas del mundo. Exposición y degustación.
- Práctica de poner la mesa. Presentación y decoración.
- Taller práctico sobre el Reciclaje. Videos de refuerzo.
- Talleres prácticos con materiales reutilizables.
- Taller práctico. Aromaterapia.
- Taller práctico de cafetería.
- Cartelería.
- Organización jornada del CRP Santo Cristo
- Organizació del mercado medieval con Asapme.
- Limpieza y organización del taller de cocina.
- Taller con frutos de otoño.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido el calendario y planificación prevista
Alto grado de participación de los usuarios: 20-25 usuarios de media
Satisfacción del usuario: alto grado expresado
Atender expectativas de los profesionales: alto grado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del proyecto socio-educativo dirigido a todos los usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros, ha tenido una muy repercusión positiva en sus vidas y en su proceso de recuperación. Pretendemos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

seguir trabajando con ellos, poniendo en valor el conocimiento sobre los hábitos y conductas saludables. Supone un punto de partida para avanzar en el autocuidado y bienestar de los pacientes con salud mental.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1094 ========== ***

Nº de registro: 1094

Título
INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

Autores:
PLANO VIDOSA MARIA PILAR, LANAO MARTIN ADOLFO, ARTERO GUILLEN BELEN, MATA TORNIL ELENA, BERNAD BETORE GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

PROBLEMA
En el CRP Santo Cristo de los Milagros llevamos trabajando durante estos últimos años con nuevas estrategias con el objetivo de despertar la motivación de nuestros usuarios, siempre desde óptica de la recuperación, lo que nos permite rescatar la parte sana de las personas y alejarnos de la enfermedad.

Nuestros usuarios se caracterizan por presentan déficits en el desarrollo de sus capacidades funcionales que afectan a diversos aspectos de su vida. Su conducta se caracteriza por retraimiento social, abandono de responsabilidades y del autocuidado personal e incapacidad laboral.
En la actualidad vemos la oportunidad de complementar dicho proyecto rehabilitador con un módulo educativo en el que se impartirán conocimientos higienico-dietéticos, talleres prácticos y entrenamiento en la comunidad para trabajar:
1. La educación para la salud: como parte inherente a todas las acciones de salud, con la intención de adquirir conocimientos y conductas favorables hacia su salud, modificando aquellas que resulten nocivas.
2. Las habilidades sociales en personas con TMG: aumentando su capacidad de competencia.

RESULTADOS ESPERADOS
A QUIEN VA DIRIGIDO:
Usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros con Trastorno Mental Grave

OBJETIVO GENERAL:
Trabajar la recuperación del paciente con TMG: la salud física y mental impartiendo conocimientos de autocuidado personal. Ésto incluye hábitos de alimentación, autocuidado y las habilidades sociales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Disminución de comportamientos de riesgo como consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas y dieta inadecuada.
Aprendizaje de conocimientos básicos culinarios
Adquisición de conocimientos: Aprender a alimentarnos
Trabajar la resistencia al cambio de hábitos
Trabajar las habilidades sociales: comportamiento social adecuado, normas de convivencia, comportamiento en la mesa.
Adquirir habilidades instrumentales: manejo del dinero, realizar compras de alimentos, gestión de economía doméstica.
Desarrollar habilidades sociales de convivencia: valores de trabajo en equipo, comunicación activa,
Adquirir compromiso con la tarea, autocontrol y disciplina.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

METODOLOGÍA
Modelo comportamental-educativo:
Permite la integración de contenidos de información y de habilidades y señala la importancia de que las adquisiciones de las conductas saludables se realicen de forma natural, integradas en el proceso educativo.
Utilizaremos básicamente dos estrategias de intervención:
1. La educación para salud
2. Aprendizaje de habilidades sociales.

INDICADORES
1. Cuestionario del grado de satisfacción con el programa
2. Grado de adherencia y cumplimiento
3. Memoria del programa.

DURACIÓN
El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto)
Se programarán los módulos teóricos (1 semanal)
Historia de la cocina
Materias primas
Utensilios de cocina
Alimentación saludable
Nutrición
Métodos básicos de cocinado
Reciclaje
Alérgenos, cocina sin gluten
Salud e higiene mental
Cuidado de la salud personal
Economía doméstica

Clases y talleres prácticos: (1 semanal)
Los sentidos: aromaterapia
Taller de cocina
Entrenamientos: Un día de mesa y mantel
Habilidades sociales: normas sociales en la mesa
Presentaciones/decoración mesa
Taller de expresión de los sentidos y las emociones

Entrenamiento en la comunidad:
Colaboraciones con sector hostelería
Talleres con profesionales del mundo de la cocina
Entrenamiento de AVDs instrumentales: compras de alimentos, manejo del dinero, comportamiento social en la comunidad.
Comida de hermandad

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA ELBOJ SASO
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIARGE RUIZ ARTURO
GRACIA BERCERO CONCEPCION
VAL LOPEZ ROSARIO
SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS
FELIPE LANUZA GENMA
CUELLO OLIVAN TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Evaluación previa sobre las dimensiones del espacio terapéutico
2. Reunión quincenal del equipo de mejora para consensuar los datos y la revisión de las normas de funcionamiento de la unidad/dispositivos.
3. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
• Creación normas de funcionamiento para regular los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
• Dar a conocer las normas a usuarios y trabajadores
4. Planificación de las tareas y actividades dirigidos a las situaciones clínicas frecuentes
5. Adecuación de los espacios:
Fomento de espacios saludables: sin humo dentro del hospital
• Diseño plan alternativo para pacientes fumadores
• Educación sanitaria (tabaco), trabajo grupal con pacientes para crear buenos hábitos.
6. Adecuación de espacios terápeuticos
• Creación sala polivalente para actividades terapéuticas: tertulia, ocio y tiempo libre, reunión de familias.
• Puesta en marcha de las actividades teniendo en cuenta las modificaciones estructurales
7. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades, para fomentar el apoyo
8. Diseño del proyecto de adecuación de sala para actividades rehabilitadoras
9. Taller de biblioteca, creación de un servicio de biblioteca por parte de los pacientes para su uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Adecuación de los espacios: SI 100%
Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería SI
Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece el contacto terapéutico, está estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas,la familia y los profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica.
Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Plan de Salud Mental en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación.
Hemos observado durante este año una gran mejora el ambiente terapéutico del CRP Santo Cristo de los Milagros garantizando la humanización de la atención y la mejoría del paciente en un ambiente normalizado y saludable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1223 ========== ***

Nº de registro: 1223

Título
MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

FUNCIONAMIENTO

Autores:
ELBOJ SASO MARTA, BIARGE RUIZ ARTURO, GRACIA BERCERO CONCEPCION, ABARCA GRASA ANA, VAL LOPEZ ROSARIO, SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS, FELIPE LANUZA GENMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

PROBLEMA
El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento, mejora la satisfacción y los resultados en salud.

En los estudios referentes a este tema sigue quedando patente que el ambiente terapéutico es un concepto complejo, compuesto por diferentes dimensiones, relacionadas con recursos físicos, humanos y organizativos. Además, está estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas,la familia y los profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Plan de Salud Mental en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación.

Por ello, se propone revisar el ambiente terapéutico del CRP en toda su complejidad y elaborar planes de mejora en las unidades, una tarea ambiciosa que pretende iniciar una línea de trabajo y que necesita el compromiso de profesionales, pacientes, familiares y gestores pero también una planificación y ejecución de intervenciones específicas.

RESULTADOS ESPERADOS
5. OBJETIVOS DEL PROYECTO
Objetivos general:
Mejorar el ambiente terapéutico del CRP Santo Cristo de los Milagros para garantizar la humanización de la atención y favorecer el proceso de recuperación.
Objetivos específicos:
1. Analizar la situación actual sobre a dinámica de funcionamiento de las unidades.
2. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
3. Favorecer el desarrollo de actitudes positivas y de espacios saludables
4. Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad
5. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades, para fomentar el apoyo

MÉTODO
Estudio del grupo de trabajo sobre las dimensiones del ambiente terapéutico en las unidades del CRP:
El espacio físico
La dinámica de funcionamiento
El ambiente relacional

Una vez realizado el análisis de cada una de las dimensiones se harán recomendaciones, basadas en la evidencia disponible y adaptadas a nuestro entorno. Una vez consensuadas se plasmarán en un documento que debe contener:

Actualización de las guías de funcionamiento, en las que se debe explicitar las normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.

Se hará el seguimiento de las actividades acordadas y la implantación de nuevas actividades y se plantearán las incidencias relacionadas con las infraestructuras.
En el modelo de unidad de Gestión Clínica, la coordinación/supervisión de la unidad o dispositivo mantendrá reuniones periódicas con la Dirección del Centro y la Coordinación de Cuidados de enfermería.

INDICADORES
INDICADOR:
Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.
ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO

INDICADOR:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados
ESTÁNDAR: 4 reuniones/año

DURACIÓN
El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto).
1ª FASE DE ENERO A JUNIO DE 2018:
1. Evaluación previa sobre las dimensiones del espacio terapéutico
2. Reunión quincenal del equipo de mejora para consensuar los datos y la explicitación de las normas de funcionamiento de la unidad/dispositivos.
3. Planificación de las tareas y actividades dirigidos a las situaciones clínicas frecuentes
2ª FASE DE DE 2018:
1. Reunión quincenal del equipo de mejora.
2. Realización del documento con las recomendaciones de mejora y su difusión
3. Puesta en marcha de las actividades teniendo en cuenta las modificaciones estructurales y las necesidades de recursos humanos.
4. Continuidad asistencial interna: a través de reuniones establecidas por la unidad y la dirección del centro
5. Evaluación del proyecto en diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IOVANNA RODRIGUEZ CRESPO
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATA TORNIL ELENA
FUMANAL LACAMBRA CARMEN
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
ALEGRE GUERRA BEATRIZ
BERNAD BETORED GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El programa ha tenido una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, descansando en verano (julio/agosto)
Reunión quincenal del equipo de mejora para:
1. Realización de las fichas técnica de cada sesión
2. Selección del grupo de pacientes siguiendo los criterios del plan individual de rehabilitación
3. Definir el encuadre de las sesiones
Sesiones grupales de trabajo:
1. Se han realizado de enero a diciembre 20 sesiones grupales quincenales. S
2. Grupo de pacientes: una media de 18 pacientes por sesión
3. Se han trabajado principalmente las emociones básicas y la escucha activa potenciando la comprensión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se trata de un proyecto piloto, su repercusión ha sido muy satisfactoria. Ha tenido un enfoque basado en el positivismo, la creatividad, participación grupal, la libertad de expresión y la flexibilidad.
Se ha creado un espacio físico y visual del mundo emocional, un “Rincón Emocional” que ayuda a conocer las emociones para conseguir mejores niveles de desarrollo personal y social.
Valor de Indicadores:
Realización de reuniones quincenales de coordinación por parte del equipo de mejora: 100%
Grado de cumplimiento y de adherencia a la actividad: alta participación una media de18-20 pacientes y un gran grado de adherencia.

6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: LECCIONES APRENDIDAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ya que nos encontramos en un centro de rehabilitación psicosocial, dónde se encuentran personas con problemas de salud mental de diversa índole, y que en su mayoría presentan dificultades en la identificación, comprensión y manejo emocional, nos parecía indispensables un rincón reflexivo, creativo y de escucha base de todo proceso emocional, con el objetivo de que sea solo un precedente, un inicio, de un rincón mágico y de apoyo emocional para el centro.

La finalidad de este proyecto es colaborar en la tarea de recuperación personal para el desarrollo de las capacidades emocionales de los participantes. La aplicación de este programa no debería quedarse como un hecho aislado o puntual, descontextualizado, sino todo lo contrario, debería aplicarse como un programa integrado dentro de nuestro programa rehabilitador.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1224 ========== ***

Nº de registro: 1224

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Título
CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:
RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA, MATA TORNIL ELENA, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, ALEGRE GUERRA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

PROBLEMA
La salud mental o emocional es una parte muy importante de la salud general y fundamental en el ámbito de trabajo al que pertenece nuestro centro.

Las emociones, son un aspecto fundamental en el desarrollo de todo ser humano, es importante trabajarlas, ayudando a favorecer el desarrollo de las mismas, haciéndoles capaces de identificarlas, aceptarlas y poder llevarlas a la práctica

Por tanto, ya que nos encontramos en un centro de rehabilitación psicosocial, dónde se encuentran personas con problemas de salud mental de diversa índole, y que en su mayoría presentan dificultades en la identificación, comprensión y manejo emocional, se propone crear un rincón reflexivo, creativo y de escucha base de todo proceso emocional, con el objetivo de que sea solo un precedente, un inicio, de un rincón mágico y de apoyo emocional para el centro.

La finalidad de este proyecto es colaborar en la tarea de recuperación personal para el desarrollo de las capacidades emocionales de los participantes. La aplicación de este programa no debería quedarse como un hecho aislado o puntual, descontextualizado, sino todo lo contrario, debería aplicarse como un programa integrado dentro de nuestro programa rehabilitador.

RESULTADOS ESPERADOS
A QUIEN VA DIRIGIDO:
Usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros con Trastorno Mental Grave

OBJETIVOS GENERALES:
Crear un espacio físico y visual del mundo emocional, un “Rincón Emocional” que ayude a conocer las emociones humanas de manera que permitan conseguir mejores niveles de desarrollo personal y social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Tomar conciencia del propio estado emocional.
Participar activamente en el proceso grupal, con actitud cooperativa, dialogante, constructiva y sin juicios.
Tomar conciencia de la importancia de las emociones en nuestra vida diaria y de lo mucho que nos unen a la especie humana (emociones universales).
Favorecer la empatía a través de la comprensión de las emociones de los demás.
Crear un espacio de escucha y comprensión que favorezca la interacción, aprendizaje y continuidad del taller.
Potenciar el desarrollo de la capacidad creativa y trabajo manual y artístico.

MÉTODO
ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DEL PROGRAMA:
Se propone una ficha técnica de cada sesión para responder a un guión conocido y consensuado aunque siempre será flexible y dispuesto a las modificaciones oportunas, fruto de las necesidades percibidas a lo largo de las sesiones tanto por los participantes como por los profesionales encargados de guiar la actividad.

METODOLOGÍA ACTIVA: el usuario es el protagonista del proceso de aprendizaje de las emociones y el objetivo fundamental es mantener activa la mente de los pacientes tratando de hacerle analizar y observar las situaciones que se le presentan, conectando con su “yo” interno.

Se partirá de un enfoque constructivista, utilizando una metodología globalizada y activa para llevar a cabo un aprendizaje emocional significativo y funcional en cualquier contexto y situación. Las actividades se realizarán en grupo, aunque algunas prácticas se trabajen individualmente.
Cada actividad se indicará el procedimiento de su desarrollo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

- Cuestionario de evaluación de cada sesión
- Encuesta de satisfacción a los participantes del taller al finalizar el programa
- Grado de cumplimiento y de adherencia a la actividad.

DURACIÓN
El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto)

DESARROLLO DEL PROGRAMA:
El programa se desarrollará en 20 sesiones de 50 minutos aproximadamente cada una, con una frecuencia quincenal y una participación óptima recomendable de 15 a 20 personas, que serán guiadas durante la actividad por dos profesionales sanitarios.

El grupo participante será elegido por el equipo multidisciplinar siguiendo los criterios del plan individual de rehabilitación (PIR)
Se trata de un proyecto piloto y de su repercusión, desarrollo, satisfacción y evaluación dependerá su continuidad. Tendrá un enfoque basado en el positivismo, la creatividad, participación grupal, la libertad de expresión y la flexibilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ARTURO BIARGE RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRI LLES YOLANDA
GRACIA BERCERO CONCEPCION
ELBOJ SASO MARTA
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
FUSTER RAMON BEGOÑA
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
COARASA ALMENARA LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Constitución Comisión de Continuidad de Cuidados 27/09/17
Reuniones semanales de trabajo para la elaboración del documento Desde Sept 17´- Feb 18
Aprobación documento Abril 18´
Revisión externa Mayo 18´
Elaboración libro “CCC, Enfermera gestora de casos en SM”
ISBN-13 978-84-09-02788-0 (1.06.18)
Depósito legal: HU 95 – 2018 (4.06.18)
Elaboración presentación Power Point para difusión Diciembre 18
Presentación documento y programa en CRP Diciembre 18
Implantación Equipo de continuidad de Cuidados en la Comunidad Enero 19
Presentación documento y programa en CSM Grañen Enero 19
Presentación documento y programa en CSM Sariñena Enero 19
Presentación documento y programa en HSJ Enero 19´
Presentación documento y programa en CSM Almudevar Febrero 19

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado las actividades según el calendario establecido.
Indicadores
Derivación % solicitudes con tiempo de respuesta igual o menor de 72h hábiles
Acogida y valoración % personas con las q se contacta en 7 días telefónicamente
% personas satisfechas con la acogida y valoración
Plan de seguimiento % personas adheridas al programa (acuden a citas sucesivas)
% cumplimiento de intervenciones programadas
% personas satisfechas con el proceso de intervención
Coordinación % reuniones mensuales realizadas
% informes realizados
(No es posible presentar resultados al ser reciente la implantación. Implantación/inicio Proyecto de la Continuidad de Cuidados Comunitarios el 8 enero 2019)
Dotación de una Enfermera Especialista en SM como Enfermera Gestora de Casos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo ha sido muy positiva y de gran valía profesional en el día día, al igual de la necesidad de mantener dicho Servicio para la mejora de calidad de la atención al usuario.
Lo que queda pendiente es hacer una evaluación del los objetivos alcanzados una vez se lleve un periodo de implantación adecuado.
La sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replica con del 100%.
El proyecto ya está implantado y dotado de personal de Enfermería, al igual de su implantación y en la actualidad ya está funcionado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1391 ========== ***

Nº de registro: 1391

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

Título
ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTALCONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD ENFERMERA

Autores:
BIARGE RUIZ ARTURO, GUERRI LLES YOLANDA, GRACIA BERCERO CONCEPCION, ELBOJ SASO MARTA, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, FUSTER RAMON BEGOÑA, CARRERO BACIGALUPE ITZIAR, COARASA ALMENARA LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastorno Mental Grave
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En la actualidad, nos encontramos en una nueva fase de los procesos de la reforma psiquiátrica, en la que el objetivo de la misma no está dirigido a la anulación de estructuras arcaicas sino a fomentar la atención comunitaria y la coordinación entre los diferentes servicios y profesionales, favoreciendo la continuidad de la atención hacia esta población.
Este proceso debería estar centrado en la implantación y desarrollo de medidas que mejoren la calidad de vida de estos pacientes y sus familias, y en ofrecer una atención integral a los mismos, con el objeto de prevenir o disminuir las hospitalizaciones asegurando una Continuidad de los Cuidados (C.C.) que favorezca la integración en el medio.
La C.C. se centra en atender las necesidades de los usuarios, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, que requieren intervención de la asistencia sanitaria, sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales. Implica trabajar por procesos en un sistema cooperativo integrado por tres elementos esenciales: personas, entornos e información. A través de un modelo de comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales, se fijan unos objetivos específicos de cobertura, calidad, formación y evaluación, de acuerdo con las especificidades y prioridades de cada dispositivo.
Una característica básica que se atribuye a la continuidad de cuidados es la transversalidad, a partir de la cual los servicios asumirán como natural que en cualquier punto en el tratamiento de un paciente éste pueda recibir una variedad de servicios acorde a sus necesidades.
Estas aportaciones continuadas constituyen un elemento de integralidad que pueden cubrir distintas áreas:
1) Los programas terapéuticos deben ir encaminados a cubrir las necesidades holísticas de la persona (bio-psico-social), por ello los programas deben ser asumidos por un equipo terapéutico multidisciplinar.
2) La complejidad de los programas requieren una diversidad de servicios que posibiliten la creación de un clima de trabajo dinámico.
3) Consideramos las funciones de soporte y acompañamiento como parte fundamental para realizar la Continuidad de Cuidados.
Entre las distintas redes que interatuación se incluye a profesionales, usuarios, familiares y otros grupos sociales.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERALES
Constituir un marco de referencia para contribuir a mejorar y desarrollar la Continuidad de Cuidados en Salud Mental, basado en la coordinación como principal instrumento de trabajo en su vertiente tanto organizativa como asistencial.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Diseñar los programas específicos para la coordinación de los Cuidados de Salud Mental entre los diferentes dispositivos de Salud Mental, así como con Atención Especializada, Atención Primaria y otros servicios necesarios para la intervención con el usuario.
Generar el documento que unifique lo relativo a la creación, desarrollo, funcionamiento y evaluación del Programa de Continuidad de Cuidados en Salud Mental.

MÉTODO
En Septiembre del 2017 se creó la Comisión de Continuidad de Cuidados donde se aprobó el Reglamento del funcionamiento interno de la Comisión, donde surgió el grupo de trabajo de expertos.
Durante el periodo de Septiembre 2017 a Febrero 2018 se han realizado 18 reuniones de coordinación con diferentes expertos de diferentes dispositivos de SM de las cuales ha resultado:
La elaboración del Programa de Continuidad de Cuidados
Se han realizado:
6 reuniones de la Comisión de Continuidad de Cuidados
18 reuniones del grupo de trabajo de expertos en SM
Creación de un libro de "Continuidad de Cuidados en la Comunidad Enfermera Gestora de Casos en Salud Mental".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

ISBN-13 978-84-09-02788-0
Depósito legal : HU 95 - 2018

INDICADORES
Indicador-1: Pacientes psiquiátricos dependientes que reciben atención docmiciliaria.
Fórmula: Nº pacientes concriterios de inclusión
----------%
Pacientes con TMG candidatos
Indicador-2: reingresos hospitalarios
Fórmula: Nº de reingresos hospitalarios en el programa de CCC
---------- %
Nº de ingresos hospitalarios totales
Indicador-3: Pacientes psiquiátricos atendidos en urgencias psiq.
Fórmula: : Nº de pacientes CCC atendidos urgencias psiquiátricas
---------- %
Nº de pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas

DURACIÓN
Aplicación del proyecto dentro de un equipo Asertivo Comunitario. Gestión de Casos Comunitarios en Septiembre 2018 (Vid documento a aportar con cronograma, actividades, edición del libro con protocolos...)

OBSERVACIONES
la creación de la CC en la Comunidad estaban dentro del CGP del CRP de Huesca 2017, con el nº de indicador 1.4. Procesos de Enfermería, concretamente el 1.4.3.
Se pretende incluirlo dentro de los objetivos estratégicos del Departamento, CP del 2018, por lo que se está elaborando un EAC Gestión de Casos del Sector.
Enfermería debería ser la que lidera dichas acciones de Cuidados de Continuidad de Cuidados Comunitarios dentro de un equipo multiprofesional y Coordinado por la figura de un Facultativo Psiquiatra.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0892

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SONIA SANZ MALUENDA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELBOJ SASO MARTA
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
BELENGUER ABIAN CRISTINA
HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA
VELDUQUE BALLARIN ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, INCREMENTANDO TANTO EL NÚMERO DE SESIONES DE TRABAJO ARTESANAL, COMO EL NÚMERO DE PARTICIPANTES EN ELLAS.
GESTIÓN Y COMERCIALIZACIÓN QUE LES PERMITA INCREMENTAR SU AUTONOMÍA EN EL MANEJO DEL DINERO, A TRAVÉS DE LOS MERCADOS COMUNITARIOS DOS VECES AL AÑO.
RECONOCIMIENTO AL ESFUERZO: LA EXPOSICIÓN Y COMERCIALIZACIÓN SON, EN SÍ MISMOS ELEMENTOS MOTIVANTES QUE HACEN QUE QUIERAN CONTINUAR CON EL TRABAJO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CUMPLIMIENTO: SE PLANIFICARON 2 SESIONES SEMANALES DE 120 MINUTOS CADA UNA, DE LUNES A VIERNES. INDICADOR:
2 sesiones semanales realizadas x 100= 100%
2 sesiones planificadas

INCLUSO SE HAN TENIDO QUE AUMENTAR EL NÚMERO DE SESIONES SEMANALES DEBIDO A LA DEMANDA DE LOS PRODUCTOS REALIZADOS.
COMPLETAN EL TALLER 3 PERSONAS MÁS DE LAS QUE LO COMENZARON. EMPEZARON 8 Y ACTUALMENTE ASISTEN 11 PERSONAS.

EL PRODUCTO ARTESANAL SE HA COMERCIALIZADO TANTO EN EL HOSPITAL SAN SAN JORGE COMO EN EL PROVINCIAL EN AGOSTO Y EN DICIEMBRE

RESPUESTAS DE LA ENCUESTA:
EL 100% DE LOS USUARIOS CONTESTAN QUE ESTÁN MUY SATISFECHOS CON LA REALIZACIÓN DEL TALLER.
EL 100% CONTESTAN QUE SÍ VAN A SEGUIR PARTICIPANDO EN ÉL.
EL 100% CONTESTAN QUE LA DURACIÓN DE LAS SESIONES LES PARECE ADECUADA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HA CONSEGUIDO LLEVAR A CABO EL PROYECTO EN SU TOTALIDAD Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN TANTO DE USUARIOS COMO DE LOS TRABAJADORES ES MUY ELEVADO. QUEDA PENDIENTE PONERSE EN CONTACTO CON OTROS COLECTIVOS Y BUSCAR LA COLABORACIÓN DE OTRAS ENTIDADES PARA SEGUIR DANDO VISIBILIDAD Y OPORTUNIDADES DE DESARROLLO A LOS USUARIOS QUE PADECEN UN TRASTORNO MENTAL GRAVE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/892 ========== ***

Nº de registro: 0892

Título
CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

Autores:
SANZ MALUENDA SONIA, ELBOJ SASO MARTA, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, GRACIA BERCERO CONCEPCION, BELENGUER ABIAN CRISTINA, HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA, VELDUQUE BALLARIN ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0892

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora “Creación de un taller preocupacional como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación del CRP Santo Cristo de los Milagros, desarrollado en este centro en el año 2015.

El colectivo de personas con trastorno mental grave parece caracterizarse, en general y muy especialmente en el terreno del acceso al empleo, por una considerable complejidad y discapacidad,
Hacer frente a esa situación exige procesos originales e individualizados que permitan intervenciones múltiples y variadas.
La actividad productiva sirve por sí misma como elemento organizador de la vida cotidiana, como estímulo al desarrollo cognitivo y como vehículo de relaciones sociales

Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la actividad productiva ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y qué ha servido para fortalecer la autoestima, adquirir el rol de “trabajador”, mejorar las habilidades y su calidad de vida.

Todos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto con nuevos objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS
Dado el papel múltiple que puede jugar el trabajo en la vida de estos ciudadanos y aunque el ideal sigue siendo una actividad coherente, retribuida y socialmente valorada, parece necesario disponer de alternativas graduadas que permitan una mejor adaptación a la variabilidad del colectivo.

Objetivo general: Mantener el taller pre-laboral, encuadrando siempre la actividad productiva en un marco rehabilitador y orientado hacia la comunidad.
Objetivos específicos:
Organizar el tiempo vital.
Desplazar el rol de la persona enferma al rol de persona trabajadora
Facilitar el desarrollo de relaciones y redes sociales
Mantener la autosuficiencia económica del taller
Mejorar la satisfacción personal y la calidad de vida
Mejorar la autonomía de las personas.
Potenciar el compromiso y su implicación terapéutica
Motivar a los usuarios para el trabajo
Iniciación el mercado laboral/ocupacional

MÉTODO
Metodología: Modelo de competencias
El modelo competencial se basa en los recursos con los que cuenta un individuo para asumir progresivamente nuevos roles, adquirir habilidades y capacidades; en definitiva, adaptarse mejor a los cambios.

Actividades:
SESIONES FORMATIVAS, relacionados con: la adquisición de habilidades para la elaboración de productos y realización de trabajos
ACTIVIDADES PRODUCTIVAS, en función de las demandas y de las capacidades de las personas (fabricación de jabones y velas, fieltro, abalorios)
GESTIÓN Y COMERCIALIZACIÓN, contabilidad, búsqueda de mercados de los productos artesanos (mercado ASAPME, ayuntamiento...)
COLABORACIÓN CON OTRAS ENTIDADES: conocer experiencias similares en otros dispositivos de Salud Mental.
RECONOCIMIENTO AL ESFUERZO: les permitirá sentirse miembros activos y valorados.

INDICADORES
1. Grado de Cumplimento:
Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.

2. Escala Virtuales de Satisfacción (usuarios) al inicio y al término del proyecto
3, Existencia del producto artesanal y exportación a la comunidad.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0892

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL TALLER PREOCUPACIONAL DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS Y ORIENTACION DE SU ACTIVIDAD HACIA LA COMUNIDAD

El proyecto se realizará entre el año 2016/2017, fases:
1ª FASE DE OCTUBRE 2016 A FEBRERO de 2017:
1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad.
2. Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos
3. Dos sesiones semanales de trabajo artesanal:
4. Reunión mensual de los profesionales
5. Búsqueda de nuevos mercados
6. Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
7. Evaluación de la tarea
2ª FASE DE MARZO A JUNIO DE 2017:
1. Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos a realizar y planificar la tarea
2. Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas en la reunión semanal
3. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora.
4. Visita a otros dispositivos con experiencias similares
5. Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
6. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos del trimestre
3ª FASE DE JULIO A OCTUBRE DE 2017:
Reunión semanal de 1h de duración donde los pacientes puedan marcar los objetivos a realizar y planificar la tarea
Dos sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas:
Exposición y venta en los distintos dispositivos comunitarios
Se pasará de nuevo la encuesta de satisfacción/expectativas a los pacientes, comparándola con la encuesta inicial.
Evaluación final y memoria del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL MORCILLO GRANADO
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ SANZ HELENA
MOREU MAZA DESIRE
VAL LOPEZ ROSARIO
CORDERO GONZALEZ AURELIA
ABARCA GRASA ANA
DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se realizan actividades manipulativas con diferentes utilidades y en función de las capacidades de cada usuario, enfocadas:
1º a las fiestas locales de San Lorenzo, para su venta en el CRP de Huesca y Hospital de San Jorge y Hospital Provincia. Se elaboran productos como abalorios, muñecos peñistas para camisetas, coleteros, pasadores…
2º las fiestas Navideñas, para su venta en el hospital San Jorge y en el CRP. Elaborando productos artesanales como centros de mesa, adornos para árboles navideños, postales……
3º productos realizados bajo encargo como han sido jabones artesanales, photocall y decoración de delantales.
-Reunión del personal con el grupo de usuarios que participan para presentarles el proyecto y recoger sus aportaciones.
-Se pasan la evaluación inicial (expectativas del usuario).
-Evaluaciones intermedias con los usuarios, posteriores al cierre de ventas
-Reuniones con los usuarios de forma periódica para tomar decisiones sobre la marcha del taller, productos a trabajar, valoración de lo que se va haciendo, responsabilidades de cada uno, planteamiento de fechas ……. (planificación).
-Reuniones periódicas del equipo del proyecto para ir valorando dificultades y posibles modificaciones.
- Reunión final personal y usuarios para cerrar el proyecto.
- Reunión y planificación para la compra de material e ir a comprarlo.
- Todas estas actuaciones se han llevado a cabo dentro de los tiempos establecidos para su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.
- Compromiso del taller por parte de los usuarios:
Se planifica 2/3 sesión semanal, dependiendo de la demanda, de 90 minutos englobada dentro del resto de actividades terapéuticas de la unidad x100= 100%, lo que indica alto compromiso con el proyecto.
- Mejora de la estructuración del tiempo vital y facilitación de desarrollo de relaciones y redes sociales.
Indicadores:
o Asistencia y puntualidad, a través de registros. 95% del total de usuarios, acudiendo con puntualidad.
o Cooperación y trabajo en equipo,, 97% presentan capacidad para trabajar en grupo y el 3% presentan mayor dificultad trabajando en grupo por lo que se individualiza.
o Se observa mejoría en las competencias manipulativas y cognitivas, (atención, memoria de trabajo, planificación y toma de decisiones).

- Mejora de la satisfacción personal, evaluado a través de encuestas de satisfacción. Todos los pacientes muestran satisfacción con el taller, el 83,5% muestran satisfacción elevada y el 16,5 %, moderada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto se ha llevado en su totalidad en los plazos establecidos, consiguiendo los objetivos planificado. En general los usuarios se muestran satisfechos con el taller y con la venta de los productos elaborados, afecto así a su mejora psicopatológica.
Valoramos por su buen funcionamiento y aceptación de los usuarios, que quede instaurado en el centro como actividad terapéutica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1082 ========== ***

Nº de registro: 1082

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Título
CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Autores:
MORCILLO GRANADO MARIA ISABEL, MOREU MAZA DESIREE, VAL LOPEZ ROSARIO, ABARCA GRASA ANA, ESPAÑOL ROSEL BEATRIZ, GOMEZ MORATE ESPERANZA, CORDERO GONZALEZ AURELIA, SANZ SANZ HELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

PROBLEMA
Este proyecto de mejora viene a ser la continuidad del proyecto de mejora "Creación de un taller preocupacional como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación del CRP de los Milagros desarrollado en este centrodesde el 2015.
La actividad productiva sirve por si misma como elemento organizador de la vida cotidiana, como estímulo al desarrollo cognitivo y como vehículo de relaciones sociales.

RESULTADOS ESPERADOS
Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la actividad productiva ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y que ha servido para fortalecer la autoestima, la adquisición del rol de trabajador, mejorar las habilidades y su calidad de vida.
Todos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto para mantener los objetivos e incorporar a nuevos participantes.

MÉTODO
Sesiones formativas, relacionados con la adquisición de habilidades para la elaboración de productos y realización de trabajos
Actividades productivas, en función de las demandas y de las capacidades de las personas (abalorios, fieltros, madera....)
Gestión y exposición de los productos en la comunidad (Hospital Provincial, Hospital San Jorge)
Colaboración con otras entidades, experiencias similares en otros dispositivos de Salud Mental
Reconocimiento al esfuerzo, les permitirá sentirse miembros activos y valorados.

INDICADORES
1- Grado de cumplimiento:
cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas/Nº de reuniones previstas x 100
Nº de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan
2- Escala Virtuales de Satisfacción (usuarios) al principio y termino del proyecto
3- Existencia del producto artesanal y presentación en la comunidad.

DURACIÓN
1ª FASE DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2018.
Evaluación previa, trabajo con pacientes 1 sesión /semana, reuniones mensuales del equipo, elaboración de los productos y 1ª presentación en comunidad para San Lorenzo. En septiembre evaluación de resultados hasta el momento.
2ª FASE DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2018:
Se mantiene igual, excepto que la producción ira encaminada a las fiestas de Navidad.
3ª FASE DE ENERO A MAYO DE 2019:
Se continuara igual con producción especifica según fechas señaladas. Y se pasara encuesta satisfacción/expectativas. Evaluación final y memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1033

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA DE LA FUENTE UTRILLA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COARASA ALMENARA LORENA
MARTINEZ FAU JUANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dentro de la Rehabilitación en pacientes con Trastorno Mental Grave en Unidades de Larga Estancia es imprescindible potenciar las capacidades conservadas para favorecer la autonomía. En cuanto al campo del ocio hay que destacar la actualidad, atractivo y gran difusión de los videojuegos. Las novedades tecnológicas aplicadas a la videoconsola, como la Nintendo Wii, proporcionan nuevas formas de jugar en las que se pueden mejorar y entrenar habilidades motoras en un contexto motivador.
Propusimos crear un programa de estimulación cognitiva, física y sensorial mediante la utilización de la videoconsola Nintendo Wii y los juegos Wii Sports y Brain Games. Para ello se adecuó una sala de estética interactiva con el soporte previamente mencionado, decoración relacionada con la multimedia y mobiliario confortable con el fin de crear un ambiente propicio para el uso y disfrute de estos juegos.
Se inició el proyecto en Julio de 2018 con un total de 6 participantes que ya habían tenido contacto con los videojuegos previamente y aceptaron participar libremente. Cada sesión se llevó a cabo con la presencia de la terapeuta ocupacional y una enfermera/TCAE que dirigían la actividad. Se pasó el test MOCA a cada participante previamente al inicio de las sesiones.
La actividad permite trabajar los aspectos relacionados con la actividad física, atención, coordinación óculo-manual, ritmo y equilibrio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron un total de 5 sesiones de 60 minutos de duración con los juegos Wii Play y Wii Fifa que teníamos en ese momento, tras la cuales, los pacientes perdieron el interés, principalmente, por las dificultades de adaptación al juego y el hecho de que no les gustaba competir entre ellos, lo que les provocaba frustración y ganas de abandonar el juego al poco rato de haberlo iniciado. En la mayoría de las ocasiones se abandonaba la actividad antes de la hora de finalización.
Hay que destacar que los pacientes que integraban este proyecto presentaban unos niveles previos de apatía, abulia e inactividad altos, sumado al hecho de que tienen dificultades también a la hora de socializar con otras personas. De todas formas, valoraban la novedad y el ambiente creado para la inmersión en el juego. Al poco tiempo, el sensor de la consola se estropeó, por lo que no se podía jugar. Debido a esto y también al cambio de terapeuta ocupacional en el servicio se decidió parar las sesiones y repensar el proyecto para tener más éxito en un intento futuro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido a lo comentado anteriormente, con la videoconsola ya arreglada, se decide dar un nuevo enfoque y buscar una nueva población diana, creando grupos más homogéneos y con gustos similares que puedan reforzarse entre sí y estimular la continuidad. Igualmente, empezar con sesiones más cortas de unos 30 minutos 2 veces a la semana para ir integrando la dinámica y evitar agobios.
Se propone un grupo exclusivo de mujeres, otro de personas menores de 35 años y otro de personas mayores de 45 años.
Los indicadores serían los mismos que en el proyecto original: indicador de seguimiento (adherencia al taller), indicador de mejoría (puntuación en el juego al inicio y final del taller), indicador de mejoría (puntuación en el test MOCA al inicio y final del taller) e indicador de grado de satisfacción (evaluación al finalizar el programa).

7. OBSERVACIONES.
La responsable del proyecto pasa a ser Cristina De la Fuente Utrilla, Terapeuta Ocupacional.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1033 ========== ***

Nº de registro: 1033

Título
UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1033

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:
MOREU MAZA DESIREE, COARASA ALMENARA LORENA, ALEGRE GUERRA BEATRIZ, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

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

PROBLEMA
La apatía, la abulia, la inactividad física y la institucionalización (con la falta de estimulación que conlleva), son elementos muy presentes en muchos pacientes con trastorno mental grave, que condicionan de manera muy negativa su día a día.

Dentro de la rehabilitación en pacientes con Trastorno Mental Grave es imprescindible potenciar las capacidades conservadas para favorecer su autonomía. Dentro del campo del ocio hay que destacar la actualidad, atractivo y gran difusión de los videojuegos Las novedades tecnológicas aplicadas a la videoconsola, como la Nintendo Wii, proporcionan nuevas formas de jugar en las que se pueden mejorar y entrenar habilidades motoras en un contexto motivador.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son mejorar la coordinación, movilidad y resistencia, mejorar las capacidades cognitivas como son la atención, memoria, fluidez verbal, poner en contacto tanto a jóvenes como a mayores con las nuevas tecnologías de una manera lúdica favoreciendo la adherencia a la actividad.

Población diana: usuarios ingresados en la Unidad de Larga Estancia del CRP Santo Cristo de los Milagros en los que se observa apatía y desinterés por las actividades del centro, sin límite de edad.

MÉTODO
Programa de estimulación cognitiva, física y sensorial mediante la utilización de la videoconsola Nintendo Wii y los juegos Wii Sports y Brain Games.
La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 2-3 veces a la semana en sesiones de 60 minutos.
Cada sesión estará dirigida por el equipo de terapia ocupacional/enfermería, con una valoración inicial por parte de la terapeuta ocupacional del centro.
La actividad se realizará a través de estos videojuegos que permitirán trabajar los aspectos que más interesen en cada usuario (actividad física, atención, coordinación óculo-manual, ritmo, equilibrio...).
El número de usuarios será de 6-8 por sesión.

INDICADORES
Indicador de seguimiento: adherencia al taller. Evaluación a los 6 y 12 meses.
Indicador de mejoría: puntuaciones de los juegos al inicio y final del taller. Evaluación a los 6 y 12 meses.
Indicador de mejoría: puntuación en el test MOCA al inicio y final del taller.
Indicador de grado de satisfacción: evaluación al finalizar el programa.

DURACIÓN
Inicio en Junio 2018.
Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

OBSERVACIONES
Se ha habilitado una estancia del centro para la realización de esta actividad con una ambientación y decorado atractivas que favorezcan un clima agradable y distendido.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE SANCHO LANZAROTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA BERCERO CONCEPCION
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
GRACIA MONTORI ESTHER
CUELLO OLIVAN TERESA
GALINDO LASIERRA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El CRP “Santo Cristo de los Milagros” es un dispositivo específico de rehabilitación psicosocial que forma parte de los recursos de Atención Especializada de Salud Mental. Atiende a personas que sufren un trastorno mental grave de los sectores sanitarios de Huesca y Barbastro. Es un centro de puertas abiertas con espíritu rehabilitador y con objetivos de integración en la comunidad, dirigido a las personas con Trastorno Mental Grave, y su objetivo fundamental es ayudar a mejorar sus habilidades y recursos personales para un mejor y más exitoso funcionamiento en la comunidad, incrementando su salud, autonomía personal y calidad de vida.
El trabajo terapéutico y rehabilitador se realiza mediante intervenciones individuales y grupales sobre distintas áreas y mediante diferentes programas que pretenden alcanzar unos objetivos concretos.
Algunas de las actividades del Programa de Rehabilitación se realizan fuera de sus instalaciones, solos o en grupo, con o sin personal de apoyo, dependiendo de la autonomía del usuario y los objetivos a conseguir. Las actividades que se realizan fuera del centro pueden ser asistenciales y rehabilitadoras
Dada la importancia de las actividades comunitarias en este proceso de rehabilitación, se valora la pertinencia de disponer de un procedimiento que regule los diferentes tipos de salidas que se realizan en el CRP, que unifique la forma de actuación ante cualquier tipo de salidas de todo el personal del CRP, asi como mejorar la calidad y celeridad en todas las salidas realizadas siempre
en condiciones óptimas de seguridad.
Se han elaborado registros en los que anotar las salidas que se realicen desde el CRP y algoritmo de actuación en los diferentes tipos de salidas.
No se ha podido disponer del procedimiento en el tiempo previsto inicialmente por imposibilidad de coordinar el proyecto hasta el momento de mi incorporación laboral tras una baja maternal, habiéndolo retomado posteriormente y finalizado en febrero de 2019.
? La finalidad de este procedimiento es mejorar los conocimientos del personal gracias a la difusión del procedimiento. Los objetivos del mismo son:
? -Valorar previamente los recursos disponibles y utilizarlos de forma adecuada y con mayor eficacia.
-Mejorar la información del personal disponible durante el turno en cada jornada en el CRP Santo Cristo de los Milagros de Huesca
-Garantizar el adecuado abordaje y atención de las situaciones que puedan presentarse en el desarrollo de una salida, facilitando la toma de decisiones ante cualquier incidencia.
? -Establecer un sistema de atención y una estructura de coordinación clara, ágil y accesible para la atención y traslado de la urgencia en salud mental.

? -Incrementar la capacidad resolutiva de las situaciones de urgencia en salud mental por parte de los Equipos.

? -Poner a disposición de los profesionales y de las familias un sistema accesible y sencillo a los servicios públicos en caso de urgencia psiquiátrica.

? -Efectuar de la manera más apropiada el traslado del paciente, de tal forma que éste implique el menor riesgo posible y no repercuta negativamente sobre el estado del paciente.

? -Coordinar con el servicio de destino la recepción del paciente, facilitando la información necesaria para la continuidad de cuidados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha elaborado el procedimiento de salidas del CRP mediante las reuniones del equipo de mejora, así como los registros y algoritmos de actuación.
Queda pendiente realizar sesión de difusión dirigida al personal del CRP del procedimiento elaborado. Se valora que a través de este procedimiento existe una mejor atención a los usuarios, una mejor utilización de recursos disponibles, garantizando los derechos de los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora positivamente la elaboración y desarrollo del procedimiento que sirve para estandarizar la actuación ante cualquier tipo de salidas y las competencias de cada profesional. Se recomienda consultar el procedimiento antes de la realización de salidas del CRP para conocer como se actuará. Se consideran

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

cumplidos los objetivos planteados al inicio del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Se modifica el titulo inicial y se denomina finalmente "Procedimiento: salidas del CRP Santo Cristo de los Milagros"

*** ==================================== Resumen del proyecto 2016/890 ==================================== ***

Nº de registro: 0890

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

Autores:
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GRACIA BERCERO CONCEPCION, CARRERO BACIGALUPE ITZIAR, GRACIA MONTORI ESTHER, CUELLO OLIVAN TERESA, GALINDO LASIERRA JOSE, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, HERNANDEZ DE ANDRES LUISA FERNANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Una de las actividades asistenciales de gran importancia en nuestro medio es el acopañamiento terapútico del paciente.
Por este motivo y por la ubicación de nuestro centro (2,5 km de la ciudad de Huesca) se ha valorado la necesidad de realizar un protocolo en el cual estén definidas las salidas a realizar, medio de transporte a utilizar y personal preciso para las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un protocolo de actuación:
-Estandarización del procedimiento de actuación
-Elaboración de Algoritmo actividades a realizar
-Registro de las salidas realizadas.

MÉTODO
-Revisión de las actuaciones realizadas hasta el momento
-Análisis de los recursos del centro (materiales como humanos)
-Descripción de las acciones a llevar a cabo por los diferentes profesionales
-Descripción del protocolo
-Sesión informativa (difusión entre el personal del centro)

INDICADORES
-Reuniones del equipo de mejora
-Documento registro de las salidas cumplimentado correctamente
-Numero de salidas realizadas según protocolo
-Numero de sesiones formativas para el personal

DURACIÓN
Octubre 2016: Revisión bibliográfica de otros protocolos
Noviembre 2016: Reunión inicial del equipo y reparto de tareas
Enero 2017: Elaboración de protocolo (borrador) Revisión por el equipo de trabajo
Marzo 2017: Realizar el documento que refleje el protocolo (Hojas de registro).
Mayo 2017:Sesión informativa en el Centro.
Junio 2017;Implantación del protocolo en el CRP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0890

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SALIDAS DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA PUERTOLAS GÜERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CLAVER ANA ISABEL
AURIA GENZOR GEMA
UBIETO COMENGE MARIA LOURDES
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
BRETOS FAÑANAS SILVIA
ASUN ASPIROZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Revisión Bibliográfica en bases de datos biomédicas.
2.- Elaboración de una hoja de registro para la recogida de datos de intervención.
3.- Seguimiento durante un año de los pacientes que han sido portadores de vía subcutánea.
4.- Monitorizar el uso de dos tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes.
5.- Presentación mediante sesión clínica y taller.
6.- Elaboración de una lista de fármacos para su uso por vía subcutánea.
Pendiente de finalización:
1.- Establecer los criterios de elección de la zona de punción.
2.- Elaborar los niveles de evidencia y grados de recomendación de esta técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.-Generación de evidencia durante un año: desde febrero de 2016 hasta febrero de 2017 con la recogida de datos mediante un estudio
descriptivo-prospectivo.
2.- Medición de los cinco indicadores establecidos en el proyecto.
3.- Hemos aumentado en nuestro hospital la administración de fármacos por esta vía de manera eficaz y segura.
4.- Beneficio obtenido en la bioseguridad y confort del paciente por el uso de la palomilla de vialón frente a la metálica.
5.- El uso de la palomilla de vialon resulta más ventajosa
econónicamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.-Falta evidencia científica en cuanto a los cuidados enfermeros
requeridos por los pacientes portadores de una vía subcutánea.
2.- Falta, así mismo, evidencia científica en la utilización de la vía
subcutánea tanto para la hidratación como para la administración de fármacos.
3.- Queda pendiente finalizar las recomendaciones y niveles de evidencia de esta guía.
4.- Queda así mismo pendiente la divulgación del proyecto finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/45 ========== ***

Nº de registro: 0045

Título
ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Autores:
PUERTOLAS GUERRI YOLANDA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, CABRERO CLAVER ANA ISABEL, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, BRETOS FAÑANAS SILVIA, NOGUERAS BRAVO ELISA, ASUN ASPIROZ TERESA, UBIETO COMENGE LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La utilización de la vía subcutánea para la administración de tratamientos supone un alto riesgo para la seguridad del paciente y del personal sanitario y no sanitario. No obstante el uso correcto de esta vía puede ser muy beneficioso en la práctica clínica.

Pretendemos elaborar una guía de práctica clínica para la administración óptima de los tratamientos indicados por vía subcutánea. Esta guía nos permitirá:

-Evitar los accidentes biológicos derivados de la utilización de esta técnica.

- Mejorar el confort del paciente sin disminuir la eficacia del tratamiento.(Menos contenciones mecánicas, menos técnicas invasivas, menos dolorosa…)

- Racionalizar las cargas de trabajo.

- Disminuir las complicaciones y efectos adversos que se derivan del uso de otras vías (oral, iv…)

- Ser eficientes, optimizando y racionalizando el uso de los recursos.

- Elaborar una guía de uso adecuado de fármacos que pueden administrarse por esta vía.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es elaborar una guía que facilite el uso correcto de la vía subcutánea en el tratamiento de los pacientes, de manera segura y sin disminuir la eficacia terapéutica de los fármacos.

MÉTODO
Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Elaboración de una hoja de registro para la recogida de datos de intervención.

Monitorizar el uso de varios tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes, así como los diferentes métodos de fijación del catéter.

Establecer, según la evidencia científica, los criterios de elección de zona de punción dependiendo del tratamiento a administrar.

Elaborar un documento de criterios de inclusión de pacientes tributarios del uso de esta vía.

Presentación mediante sesión clínica a los profesionales del Centro.

INDICADORES
-Nº de profesionales con accidente biológico/nº profesionales del centro desde 2007 hasta 2016.

-Nº de pacientes que han sido tratados mediante vía subcutánea durante el año 2016..

-Nº de pacientes que han presentado efectos adversos secundarios al uso de esta vía.

-Coste económico de la técnica
-Coste en tiempo de enfermería

DURACIÓN
-Inicio de recogida de datos:marzo 2016
-Finalización de recogida de datos: enero 2017
-Marzo 2016: revisión bibliográfica
-Febrero 2017 :evaluación de datos recogidos e indicadores
-Marzo-abril 2017: elaboración de la guía de práctica clínica.
-Mayo 2017: presentación de la guía a los profesionales del Centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA PUERTOLAS GÜERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CLAVER ANA ISABEL
AURIA GENZOR GEMA
UBIETO COMENGE MARIA LOURDES
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
BRETOS FAÑANAS SILVIA
ASUN ASPIROZ TERESA
NOGUERA BRAVO ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Actividades previas a la elaboración de la guía: constitución equipo de mejora, búsqueda bibliográfica, selección de bibliografía, reparto de tareas. Esta parte ha sido muy laboriosa lo que motivó un alargamiento de los plazos previstos
2. Elaboración de la guía de práctica clínica para el manejo de la vía subcutánea.
3. Elaboración y distribución de una encuesta, entre los pacientes usuarios de vía subcutánea y/o cuidadores, durante dos meses, para conocer su grado de satisfacción.
4. Seguimiento durante un año de los pacientes que han sido portadores de vía subcutánea.
5. Monitorizar el uso de dos tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes.
6. Presentación mediante sesión clínica y taller, planificado para el próximo año, por problemas de agenda del hospital.
7. Elaboración de una lista de fármacos para su uso por vía subcutánea.
8. Establecer los criterios de elección de la zona de punción.
9. Elaborar los niveles de evidencia y grados de recomendación de esta técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados

1.-Generación de evidencia durante un año: desde febrero de 2016 hasta febrero de 2017 con la recogida de datos mediante un estudio descriptivo-prospectivo.
2.- Medición de los cinco indicadores establecidos en el proyecto.
3.- Hemos aumentado en nuestro hospital la administración de fármacos por esta vía de manera eficaz y segura.
4.- Beneficio obtenido en la bioseguridad y confort del paciente por el uso de la palomilla no metálica frente a la metálica.
5.- El uso de la palomilla no metálica resulta más ventajosa econónicamente.

Valor de Indicadores

- Indicador 1:
nº profesionales del Hospital con accidente biológico 2007-2016: total 10, de los cuales 6 son por uso de vía subcutánea.
- Indicador 2:
nº de pacientes tratados con vía subcutánea durante 2016: de febrero a septiembre de 2016 un total de 65 pacientes.
- Indicador 3:
nº pacientes con efectos adversos por el uso de la vía subcutánea: 4 pacientes.
- Indicador 4:
Coste económico de la técnica(material):
PALOMILLA METÁLICA: 1,27 €
PALOMILLA NO METÁLICA: 3,69 €

- Indicador 5:
coste en tiempo de enfermería: 4´24´´

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.-Falta evidencia científica en cuanto a los cuidados enfermeros requeridos por los pacientes portadores de una vía subcutánea.
2.- Falta, así mismo, evidencia científica en la utilización de la vía subcutánea tanto para la hidratación como para la administración de fármacos.
4.- El próximo año 2019 se realizarán sesiones clínicas y un taller (solicitada acreditación) para la divulgación del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/45 ========== ***

Nº de registro: 0045

Título
ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

Autores:
PUERTOLAS GUERRI YOLANDA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, CABRERO CLAVER ANA ISABEL, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, BRETOS FAÑANAS SILVIA, NOGUERAS BRAVO ELISA, ASUN ASPIROZ TERESA, UBIETO COMENGE LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cuidados paliativos
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La utilización de la vía subcutánea para la administración de tratamientos supone un alto riesgo para la seguridad del paciente y del personal sanitario y no sanitario. No obstante el uso correcto de esta vía puede ser muy beneficioso en la práctica clínica.

Pretendemos elaborar una guía de práctica clínica para la administración óptima de los tratamientos indicados por vía subcutánea. Esta guía nos permitirá:

-Evitar los accidentes biológicos derivados de la utilización de esta técnica.

- Mejorar el confort del paciente sin disminuir la eficacia del tratamiento.(Menos contenciones mecánicas, menos técnicas invasivas, menos dolorosa…)

- Racionalizar las cargas de trabajo.

- Disminuir las complicaciones y efectos adversos que se derivan del uso de otras vías (oral, iv…)

- Ser eficientes, optimizando y racionalizando el uso de los recursos.

- Elaborar una guía de uso adecuado de fármacos que pueden administrarse por esta vía.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es elaborar una guía que facilite el uso correcto de la vía subcutánea en el tratamiento de los pacientes, de manera segura y sin disminuir la eficacia terapéutica de los fármacos.

MÉTODO
Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Elaboración de una hoja de registro para la recogida de datos de intervención.

Monitorizar el uso de varios tipos de palomillas para comprobar la que mejor se adapta a las necesidades de nuestros pacientes, así como los diferentes métodos de fijación del catéter.

Establecer, según la evidencia científica, los criterios de elección de zona de punción dependiendo del tratamiento a administrar.

Elaborar un documento de criterios de inclusión de pacientes tributarios del uso de esta vía.

Presentación mediante sesión clínica a los profesionales del Centro.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0045

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA

-Nº de profesionales con accidente biológico/nº profesionales del centro desde 2007 hasta 2016.

-Nº de pacientes que han sido tratados mediante vía subcutánea durante el año 2016..

-Nº de pacientes que han presentado efectos adversos secundarios al uso de esta vía.

-Coste económico de la técnica
-Coste en tiempo de enfermería

DURACIÓN
-Inicio de recogida de datos:marzo 2016
-Finalización de recogida de datos: enero 2017
-Marzo 2016: revisión bibliográfica
-Febrero 2017 :evaluación de datos recogidos e indicadores
-Marzo-abril 2017: elaboración de la guía de práctica clínica.
-Mayo 2017: presentación de la guía a los profesionales del Centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ RAMIREZ LAGUARTA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ESPOT ALMA MARIA
LOPEZ TORMES CONCEPCION
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
LOPEZ BESCOS SUSANA
AURIA GENZOR GEMA
BELLON RAMOS TURIA
PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Revisión bibliográfica en base de datos biomédicas, entre septiembre y octubre de 2016.
2.- Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.
3.- Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.
4- Elaboración o modificación de los nuevos Registros de Enfermería, según la información obtenida.
5.- Presentación de los nuevos registros a las enfermeras de nuestro hospital para que revisen, opinen y/o propongan modificaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Elaboración de los nuevos registros de más fácil y rápida cumplimentación, con información clara y concisa:
        Valoración de Enfermería
        Gráfica de Constantes
        Hoja de Recogida de Procedimientos
        Informe de Continuidad de Cuidados
        Registro de Curas
Dichos Registros permiten una recogida de datos objetiva, impidiendo interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.
2.- Eliminación de los items que no nos aportan información o que es redundante.
3.- Incorporación de items que completen la información.
4.- Reducción del tiempo de anotación, pudiendo dedicar mayor tiempo a la atención directa al usuario.
5.- Disminución del número de hojas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- Nuestros Registros constituirán un instrumento esencial para obtener la información necesaria para aplicar unos cuidados de calidad.
2.- Estos documentos forman parte de la Historia Clínica, documentos válidos desde el punto de vista clínico y legal.
3.- Queda pendiente la aprobación de los nuevos Registros de Enfermería por la Comisión de Historias Clínicas.
4.- Queda así mismo pendiente la divulgación del proyecto finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/50 ========== ***

Nº de registro: 0050

Título
ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Autores:
RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ, GARCIA ESPOT ALMA MARIA, LOPEZ TORMES CONCEPCION, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, LOPEZ BESCOS SUSANA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, BELLON RAMOS TURIA, PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora del proceso enfermero

PROBLEMA
Unos completos registros de enfermería constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados enfermeros de calidad.
Estos documentos, junto con el resto de la historia clínica, son los únicos que tienen validez desde el punto de vista clínico y legal.

Los actuales registros enfermeros se elaboraron, o fueron corregidos, hace aproximadamente diez años. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta de adecuación de los mismos a nuestras necesidades de información actuales, hace necesaria una revisión que permita optimizar su uso.

Algunos estudios reflejan que cada enfermera ocupa entre 30 y 130 minutos por turno en la cumplimentación de dichos registros.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan obtener y reflejar una información de calidad, necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Crear unos registros de fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa.

Crear unos registros que permitan una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Reducir el tiempo de anotación; lo que implica un mayor tiempo empleado en la atención directa al usuario.

Racionalizar su cumplimentación, eliminando aquellos items que no nos aportan información o que es redundante y añadiendo otros que la completen.

Disminuir los textos narrativos, mejorando la eficiencia de nuestras anotaciones.

Mejor manejo de la historia clínica por la disminución del nº de hojas.

MÉTODO
Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.

Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.

Elaboración o modificación de los actuales registros según la información obtenida.

Exposición de los resultados y presentación de los nuevos registros a los profesionales del centro.

INDICADORES
Número de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados enfermeros.

Coste en tiempo de enfermería de cumplimentación de los registros anteriores versus actuales.

Entrevista a los profesionales de enfermería para valorar cualitativamente sus impresiones de disminución o aumento del tiempo a la hora de obtener y registrar información.

Número de hojas modificadas.

Número de items que sustituyen la información narrativa.

Número de items eliminandos.

Número de items añadidos.

Reevaluación de los nuevos registros al cabo de seis meses.

DURACIÓN
Revisión bibliográfica: Septiembre/Octubre 2016
Inicio de recogida de datos : Octubre 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Finalización de recogida de datos: Diciembre 2016.
Análisis de los datos recogidos:Enero 2017
Elaboración de los nuevos registros: Febrero/Marzo 2017
Presentación y aprobación por la dirección del centro:Abril 2017
Puesta en marcha de los nuevos registros a partir de Abril 2017
Reevaluación: Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 14/12/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ RAMIREZ LAGUARTA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ESPOT ALMA MARIA
LOPEZ TORMES CONCEPCION
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
LOPEZ BESCOS SUSANA
AURIA GENZOR GEMA
BELLON RAMOS TURIA
PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Revisión bibliográfica en base de datos biomédicas, entre septiembre y octubre de 2016.
2.- Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.
3.- Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.
4- Elaboración y modificación de los nuevos registros de enfermería, según la información obtenida.
5.- Presentación de los nuevos registros a las enfermeras de nuestro hospital para que las revisen y opinen y/o propongan modificaciones.
6.- Realización de sesiones clínicas para su presentación y divulgación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de los nuevos registros de más fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa:
- Valoración de Enfermería
- Gráfica de Constantes
- Hoja de recogida de procedimientos
- Informe de Continuidad de Cuidados
- Registro de Curas

Dichos Registros permiten una recogida de datos objetiva, impidiendo interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.
Eliminación de los items que no nos aportan información o que es redundante.
Incorporación de items que completen la información.
Reducción del tiempo de cumplimentación, pudiendo dedicar más tiempo a la atención directa al usuario.
Disminución del número de hojas de la historia clínica.
Los nuevos registros de enfermería han sido aprobados por la Comisión de Historias Clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- Nuestros nuevos registros constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria para aplicar unos cuidados de calidad.
2.- Estos documentos forman parte de la Historia Clínica, son documentos válidos desde el punto de vista clínico y legal.
4.- Los nuevos registros de enfermería son una herramienta de trabajo que permiten realizar la labor enfermera de una forma más ágil, precisa y objetiva.
5.- El grupo de trabajo elaborador de los nuevos registros de enfermería, hemos detectado la necesidad de reevaluar periódicamente dichos registros adaptándolos a las necesidades asistenciales cambiantes.
6.- Unos registros de enfermería de calidad, permiten al equipo multidisciplinar que trata al paciente, obtener de forma eficiente toda la información que precisa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/50 ========== ***

Nº de registro: 0050

Título
ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ, GARCIA ESPOT ALMA MARIA, LOPEZ TORMES CONCEPCION, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, LOPEZ BESCOS SUSANA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, BELLON RAMOS TURIA, PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora del proceso enfermero

PROBLEMA
Unos completos registros de enfermería constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados enfermeros de calidad.
Estos documentos, junto con el resto de la historia clínica, son los únicos que tienen validez desde el punto de vista clínico y legal.

Los actuales registros enfermeros se elaboraron, o fueron corregidos, hace aproximadamente diez años. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta de adecuación de los mismos a nuestras necesidades de información actuales, hace necesaria una revisión que permita optimizar su uso.

Algunos estudios reflejan que cada enfermera ocupa entre 30 y 130 minutos por turno en la cumplimentación de dichos registros.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan obtener y reflejar una información de calidad, necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Crear unos registros de fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa.

Crear unos registros que permitan una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Reducir el tiempo de anotación; lo que implica un mayor tiempo empleado en la atención directa al usuario.

Racionalizar su cumplimentación, eliminando aquellos items que no nos aportan información o que es redundante y añadiendo otros que la completen.

Disminuir los textos narrativos, mejorando la eficiencia de nuestras anotaciones.

Mejor manejo de la historia clínica por la disminución del nº de hojas.

MÉTODO
Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.

Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.

Elaboración o modificación de los actuales registros según la información obtenida.

Exposición de los resultados y presentación de los nuevos registros a los profesionales del centro.

INDICADORES
Número de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados enfermeros.

Coste en tiempo de enfermería de cumplimentación de los registros anteriores versus actuales.

Entrevista a los profesionales de enfermería para valorar cualitativamente sus impresiones de disminución o aumento del tiempo a la hora de obtener y registrar información.

Número de hojas modificadas.

Número de items que sustituyen la información narrativa.

Número de items eliminandos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Número de items añadidos.

Reevaluación de los nuevos registros al cabo de seis meses.

DURACIÓN
Revisión bibliográfica: Septiembre/Octubre 2016
Inicio de recogida de datos : Octubre 2016.
Finalización de recogida de datos: Diciembre 2016.
Análisis de los datos recogidos:Enero 2017
Elaboración de los nuevos registros: Febrero/Marzo 2017
Presentación y aprobación por la dirección del centro:Abril 2017
Puesta en marcha de los nuevos registros a partir de Abril 2017
Reevaluación: Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 14/12/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ RAMIREZ LAGUARTA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ESPOT ALMA MARIA
LOPEZ TORMES CONCEPCION
GRACIA ALAGON MARIA PILAR
LOPEZ BESCOS SUSANA
AURIA GENZOR GEMA
BELLON RAMOS TURIA
PUERTOLAS GÜERRI YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Revisión bibliográfica en base de datos biomédicas, entre septiembre y octubre de 2016.
2.- Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.
3.- Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.
4- Elaboración y modificación de los nuevos registros de enfermería, según la información obtenida.
5.- Presentación de los nuevos registros a las enfermeras de nuestro hospital para que las revisen y opinen y/o propongan modificaciones.
6.- Realización de sesiones clínicas para su presentación y divulgación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de los nuevos registros de más fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa:
Valoración de Enfermería
Gráfica de Constantes
Hoja de recogida de procedimientos
Informe de Continuidad de Cuidados
Registro de Curas
Dichos Registros permiten una recogida de datos objetiva, impidiendo interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.
Eliminación de los items que no nos aportan información o que es redundante.
Incorporación de items que completen la información.
Reducción del tiempo de cumplimentación, pudiendo dedicar más tiempo a la atención directa al usuario.
Disminución del número de hojas de la historia clínica.
Los nuevos registros de enfermería han sido aprobados por la Comisión de Historias Clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- Nuestros nuevos registros constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria para aplicar unos cuidados de calidad.
2.- Estos documentos forman parte de la Historia Clínica, son documentos válidos desde el punto de vista clínico y legal.
4.- Los nuevos registros de enfermería son una herramienta de trabajo que permiten realizar la labor enfermera de una forma más ágil, precisa y objetiva.
5.- El grupo de trabajo elaborador de los nuevos registros de enfermería, hemos detectado la necesidad de reevaluar periódicamente dichos registros adaptándolos a las necesidades asistenciales cambiantes.
6.- Unos registros de enfermería de calidad, permiten al equipo multidisciplinar que trata al paciente, obtener de forma eficiente toda la información que precisa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/50 ========== ***

Nº de registro: 0050

Título
ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

RAMIREZ LAGUARTA MARIA PAZ, GARCIA ESPOT ALMA MARIA, LOPEZ TORMES CONCEPCION, GRACIA ALAGON MARIA PILAR, LOPEZ BESCOS SUSANA, AURIA GENZOR MARIA GEMA, BELLON RAMOS TURIA, PUERTOLAS GUERRI YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora del proceso enfermero

PROBLEMA
Unos completos registros de enfermería constituyen un instrumento esencial para obtener la información necesaria que permita aplicar unos cuidados enfermeros de calidad.
Estos documentos, junto con el resto de la historia clínica, son los únicos que tienen validez desde el punto de vista clínico y legal.

Los actuales registros enfermeros se elaboraron, o fueron corregidos, hace aproximadamente diez años. Esto, junto con la necesidad detectada por parte de los profesionales de la falta de adecuación de los mismos a nuestras necesidades de información actuales, hace necesaria una revisión que permita optimizar su uso.

Algunos estudios reflejan que cada enfermera ocupa entre 30 y 130 minutos por turno en la cumplimentación de dichos registros.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan obtener y reflejar una información de calidad, necesaria para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Crear unos registros de fácil y rápida cumplimentación con información clara y concisa.

Crear unos registros que permitan una recogida de datos objetiva, que impidan interpretaciones subjetivas durante la valoración y el registro.

Reducir el tiempo de anotación; lo que implica un mayor tiempo empleado en la atención directa al usuario.

Racionalizar su cumplimentación, eliminando aquellos items que no nos aportan información o que es redundante y añadiendo otros que la completen.

Disminuir los textos narrativos, mejorando la eficiencia de nuestras anotaciones.

Mejor manejo de la historia clínica por la disminución del nº de hojas.

MÉTODO
Revisión bibliográfica en bases de datos biomédicas.

Revisión de anteriores historias clínicas para valorar que información no se complementa, es repetitiva o ambigua.

Entrevistas con las profesionales de enfermería, que trabajan con los actuales registros, para detectar información sobrante y deficiencias de información.

Elaboración o modificación de los actuales registros según la información obtenida.

Exposición de los resultados y presentación de los nuevos registros a los profesionales del centro.

INDICADORES
Número de pacientes anual a los que se les ha aplicado el plan de cuidados enfermeros.

Coste en tiempo de enfermería de cumplimentación de los registros anteriores versus actuales.

Entrevista a los profesionales de enfermería para valorar cualitativamente sus impresiones de disminución o aumento del tiempo a la hora de obtener y registrar información.

Número de hojas modificadas.

Número de items que sustituyen la información narrativa.

Número de items eliminandos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0050

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Número de items añadidos.

Reevaluación de los nuevos registros al cabo de seis meses.

DURACIÓN
Revisión bibliográfica: Septiembre/Octubre 2016
Inicio de recogida de datos : Octubre 2016.
Finalización de recogida de datos: Diciembre 2016.
Análisis de los datos recogidos:Enero 2017
Elaboración de los nuevos registros: Febrero/Marzo 2017
Presentación y aprobación por la dirección del centro:Abril 2017
Puesta en marcha de los nuevos registros a partir de Abril 2017
Reevaluación: Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0235

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LUCIA MORLANS GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
UBIS DIEZ ELENA
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Elaboración de protocolo que integra instrumentos de valoración funcional, cognitiva, social identificando asimismo, criterios de fragilidad y estimación de mortalidad a medio y largo plazo para realizar a los pacientes subsidiarios de TAVI
2) Valoración, por parte de dos geriatras, de los pacientes con estenosis aórtica severa derivados desde Cardiología
del Hospital San Jorge y Barbastro
3) Redacción y envío de un informe con las conclusiones post valoración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) Redacción del protocolo: SI
2) Valoración en el plazo de una semana al 90% de los pacientes derivados: NO
3) Aplicacion del protocolo al 100% de los paciente derivados: SI
4) Redaccion y envio del informe al servicio de referencia en al 100% de los casos: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El procolo redactado ha resultado de fácil aplicación en los pacientes, y hemos apreciado homogeneidad en las decisiones de los facultativos que realizaban la valoración
La presión asistencial del Servicio de Geriatría ha hecho imposible la valoración del 100% de los paciente en el plazo de una semana. Si bien es cierto que este hecho no ha supuesto un retraso en el proceso de implantación TAVI, ya que el informe se redactaba y enviaba en 24 horas al servicio de referencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/235 ========== ***

Nº de registro: 0235

Título
VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

Autores:
MORLANS GRACIA LUCIA, UBIS DIEZ ELENA, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Más de la mitad de los pacientes octogenarios con EA severa son tratados mediante terapia conservadora (tratamiento paliativo que no mejora el pronóstico vital), cuando, aunque no son aptos para recibir el tratamiento convencional mediante cirugía, sí podrían beneficiarse del reemplazo valvular por vía percutánea (TAVI).
Una valoración geriátrica integral es fundamental para el abordaje efectivo y eficiente de estos pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0235

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES SUBSIDIARIOS DE IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

identificando aquellos que podrían beneficiarse de dicha alternativa y descartando aquellos en los que la esperanza de vida sea inferior a un año.
Este hecho convierte al TAVI en el paradigma del enfoque multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar la variabilidad en la valoración de los pacientes subsidiarios de TAVI en el sector de Huesca mediante el diseño y redacción de un protocolo que integre instrumentos de valoración funcional, cognitiva, social identificando asimismo, criterios de fragilidad y estimación de mortalidad a medio y largo plazo.
Responder de forma rápida y eficaz a la solicitud de colaboración por parte de los cardiólogos de nuestro sector.

MÉTODO
1) Diseño y redacción de un protocolo para valoración geriátrica integral del paciente subsidiario de TAVI.
2) Valoración, por parte de dos geriatras, de los pacientes con estenosis aórtica severa derivados desde Cardiología del Hospital San Jorge en el plazo de una semana.
3) Redacción y envío de un informe con las conclusiones post valoración.

INDICADORES
1) REDACCIÓN DE PROTOCOLO SI/NO
2) VALORACIÓN EN EL PLAZO DE UNA SEMANA AL 90% DE LOS PACIENTES ENVIADOS SI/NO
3)APLICACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL 100% DE LOS CASOS. SI/NO
4) REDACCIÓN Y ENVÍO DEL INFORME AL SERVICO DE REFERENCIA EN EL 100% DE LOS CASOS SI/NO

DURACIÓN
SEPTIEMBRE DE 2016: DISEÑO Y REDACCIÓN DEL PROTOCOLO
OCTUBRE 2016-MAYO2017: APLICACIÓN DEL PROTOCOLO
MAYO 2017: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1128

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... NIEVES DOZ SAURA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUILEZ PINA RAQUEL
GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE
NOGUERAS BRAVO ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Para la realización del protocolo se creó un equipo multidisciplinar de mejora liderado por la enfermera responsable de la administración y control del hierro i.v.. Participan además en el grupo: Geriatras, Farmaceútica,
enfermeras y auxiliar de enfermería
- En principio se realizó una búsqueda bibliográfica y de otros protocolos similares.
- Con la información obtenida se adaptó al paciente geriátrico y la contexto de un Hospital de día geriátrico.
- Se elaboró el protocolo, se revisó por la Unidad de Calidad y a se aprobó por la dirección de enfermería
- Se realizó una sesión informativa en el Hospital de Día
- Se ha elaborado una tabla resumen que se colocará en un sitio visible para el personal responsable de administrar el hierro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo elaborado y difundido: SI
Número de pacientes de HDG tratados con Fe IV: 12
Número de dosis administradas: 30
% pacientes con todos los registros cumplimentados: 100%
Reacciones adversas tras los 30 minutos de la administración: 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de un protocolo de administración de Fe IV ha sido muy util para unificar criterios en la administración y para llevar a cabo todas las acctividades descritas por parte de los responsables designados. Cuando se aplica adecuadamente el protocolo, las reacciones adversas disminuyen practicamente en su totalidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1128 ========== ***

Nº de registro: 1128

Título
PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

Autores:
DOZ SAURA NIEVES, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, NOGUERAS BRAVO ELISA, GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE, LEDO BLASCO PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anemia ferropénica
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1128

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA)

PROBLEMA
La anemia ferropénica es un síntoma/enfermedad muy prevalente en nuestro medio, más aún tratándose de pacientes geriátricos. Cada vez los facultativos de nuestro Hospital prescriben más el Hierro intravenoso .
Se decidió por consenso que la administración del Hierro intravenoso de forma ambulatoria se administrara en el Hospital de Día de Geriatría.
Para la realización de esta práctica que precisa cuidados especiales, es necesario redactar un protocolo de actuación y difundirlo para que todos los profesionales implicados (Geriatras, farmaceútica, enfermeras y auxiliares) tengan conocimiento de él.
De esta menera se asegura la realización de forma homógenea para mayor seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Administración del Hierro intravenoso en las mejores condiciones posibles en el Hospital de Día de Geriatría.

- Mejorar la seguridad del paciente geriátrico ambulatorio en todos aquellos a los que se les prescriba hierro endovenoso.

MÉTODO
- Para la realización del protocolo se crea un equipo multidisciplinar de mejora liderado por la enfermera responsable de la administración y control del hierro i.v.. Participan además en el grupo: Geriatras, Farmaceútica, enfermeras y auxiliar de enfermería
- En principio se realiza una búsqueda bibliográfica y de otros protocolos similares que habrá que adaptar a nuestro tipo de paciente geriátrico y a nuestro ámbito Hospital de Día.
- Una vez elaborado el protocolo, se pasará para su revisión a la Unidad de Calidad y a la Dirección para su aprobación
- Se difundirá en una Sesión interna del Hospital de Día
- El algoritmo resultante se colocará en sitio visible

INDICADORES
CRITERIOS EVALUACIÓN:
- Control de constantes antes, durante y despues de la infusión
- Registro documental de los controles
- Asegurar que consta historia de alergia e hipersensibilidad
- Asegurar cita para visita médica posterior de control
- Registrar incidentes y efectos adversos en hoja enfermería y en SINASP
INDICADORES:
- Nº pacientes tratados según procedencia
- % pacientes con la totalidad de registros cumplimentados
- % pacientes que sufren algún efecto adverso durante o en los 30 minutos posteriores a la perfusión

DURACIÓN
- Revisión bibliógráfica: Nov. 2016
- Redacción del protocolo y difusión en Hospital de Día G.: Dic 2016
- Comienzo de los registros: 1 /01 /2017
- Registro de efectos adversos: desde 01/01/2017
- Evaluación semestral y reunión del equipo de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1373

1. TÍTULO

ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NARVION CARRIQUIRI ADRIANA
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha revisado la literatura sobre instrumentos que puedan ayudar a detectar el anciano que más se puede beneficiar de un ingreso en un Servicio de Geriatría, encontrando los instrumentos ISAR y TRST. Tras analizar una revisión crítica publicada recientemente en este país, consideramos que con efectos prácticos podía ser más operativo describir unos criterios de pacientes en los que su situación funcional como consecuencia de su enfermedad se podría ver más comprometida, y por tanto mayor beneficio podrían encontrar con su ingreso en camas de geriatría.
Estos criterios se enviaron al servicio de Urgencias comentando los posibilidades de su incorporación, estando pendientes en este primer trimestre divulgarlos y ponerlos en práctica.
Otro punto difícil de resolver es el determinar el circuito de aquellos pacientes que pese a cumplir criterios de ingreso en el Sº de Geriatría deben ingresar en el Sº de Medicina Interna, por no disponer de camas en el momento de su ingreso. En este supuesto se está trabajando en este momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consenso con el Sº de Urgencias del Hospital San Jorge sobre el tipo de paciente a trasladar al Sº de Geriatría el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los instrumentos publicados en la literatura, son de difícil aplicación en Sº Urgencias y no cuentan en la actualidad con la suficiente precisión diagnóstica para ser de utilidad clínica., por lo que preferimos diseñar unos criterios basados en la experiencia clínica propia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1373 ========== ***

Nº de registro: 1373

Título
ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología aguda
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: INTERDISCIPLINARES

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

PROBLEMA
El Servicio de Urgencias inicialmente preparado para atender patología aguda y grave se enfrentan día a día y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1373

1. TÍTULO

ADECUACION DE INGRESO DE PACIENTES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS AL SERVICIO DE GERIATRIA

cada vez con más frecuencia a pacientes con múltiples enfermedades, reagudizaciones de enfermedades crónicas y ancianos frágiles.

El número de visitas al Servicio de Urgencias ha ido aumentando en las últimas décadas. Actualmente se estima que la población anciana origina entre el 15-25 % del total de la carga asistencial en este sector.

La formación del médico de Urgencias no debe de centrarse únicamente en el proceso agudo sino que debe reconocer las peculiaridades del paciente geriátrico para su adecuada derivación y que éste se beneficie de la atención en un Servicio de Geriatría..

Por todo ello es necesario la unificación de criterios entre los especialistas de los Servicios de Urgencias, Medicina interna y Geriatría para que la calidad asistencial resulte lo mas eficaz y eficiente posible.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Elaborar un protocolo consensuado entre los Servicios de Urgencias, Medicina interna y Geriatría de adecuación de ingreso de los pacientes mayores de 80 años.
2. Una vez realizado el protocolo formar y difundir dicho proyecto a los profesionales sanitarios implicados para su cumplimiento.

MÉTODO
1. Búsqueda bibliográfica.
2. Reuniones de equipo con le representante de cada servicio implicado en la realización del protocolo.
3. Elaboración del protocolo
4. Sesiones formativas a los profesionales implicados en el empleo del protocolo de derivación del paciente geriátrico desde el Servicio de Urgencias.

INDICADORES
Evaluar la adecuación de la derivación desde la implantación del protocolo.

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto: 1 de junio de 2017
Fecha de fin del proyecto: 1 de junio de 2018

ACCIONES Y CALENDARIO PREVISTOS
1. Búsqueda bibliográfica durante el mes de junio de 2017 por todos los integrantes del equipo de mejora
2. Reuniones de equipo con el representante de cada servicio implicado en la realización del protocolo: tras la búsqueda de bibliografía y durante los 6 últimos meses del año 2017
3. Elaboración del protocolo por todos los integrantes del equipo de mejora durante los 6 últimos meses del año 2017
4. Sesiones formativas a los profesionales implicados en el empleo del protocolo de derivación del paciente geriátrico. Se llevará a cabo tras la elaboración del protocolo por los componentes del equipo de mejora durante los 3 primeros meses del 2018
5. Implantación del protocolo: tras la realización de las sesiones formativas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1621

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTESDEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LUESMA CASAÑOLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO ARTIEDA ALMUDENA
MARTIN GROS LOURDES
ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA
BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD
LERA DEL AMO JAVIER
CHARTE GASCON MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 10 talleres para adiestramiento de cuidadores principales en los que han participado fundamentalmente familiares y cuidadores de pacientes ingresados en el Hospital Sdo Corazón de Jesús de Huesca.
En todos ellos se ha pasado una encuesta de satisfacción con los contenidos y la metodología del taller
Se ha elaborado el cuadernillo con un resumen del taller para dar a los participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
10 talleres impartidos
130 participantes
% encuestas cumplimentadas: 98% que muestran satisfacción muy elevada
Elaboración folleto: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La coordinación entre trabajadores y cuidadores ha sido fundamental para entender mejor las necesidades del paciente y mejorar progresivamente la atención que se presta.
Los objetivos planteados, se han cumplido:
- Mejorar la accesibilidad a la formación de cuidadores
- Instruir y fomentar la importancia del propio bienestar del cuidador
- Mejorar la percepción que el usuario tiene de nuestro hospital y del SALUD
- Mejorar la imagen del centro en la sociedad

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1621 ========== ***

Nº de registro: 1621

Título
ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

Autores:
LUESMA CASAÑOLA CARMEN, AURIA GENZOR MARIA GEMA, PUEYO ARTIEDA ALMUDENA, MARTIN GROS LOURDES, ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA, BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD, LERA DEL AMO JAVIER, CHARTE GASCON MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1621

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN FOLLETO FORMATIVO PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTESDEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

PROBLEMA
El Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca presta una asistencia centrada fundamentalmente en la asistencia al paciente geriátrico en todo su proceso asistencial:
- Pacientes con enfermedades agudas o descompensación de enfermedades crónicas
- Pacientes que precisan cuidados de larga duración
- Pacientes con enfermedades en fase avanzada y/o irreversible
- Pacientes que requieren RHB (fundamentalmente patología neurológica y traumatológica).

Al alta, en la continuidad de cuidados al domicilio, el cuidador/familia es el principal apoyo del paciente. Para que este apoyo se de en las máximas condiciones de calidad y de seguridad tanto para el paciente como para el propio cuidador, es necesario un adiestramiento y una formación adecuada.

Desde el año 2009 se vienen realizando en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de forma periódica unos talleres dirigidos a tal fin. La encuesta de satisfacción revela unos resultados muy positivos. De sus comentarios se deduce que podría obtenerse un mayor beneficio documentando los conocimientos que se ofrecen porque algunos cuidadores por sobrecarga de trabajo o incompatibilidad horaria no pueden asistir de forma presencial. Podría tratarse también de recuerdo de algunos de los aspectos tratados en el taller.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
- Elaboración de un documento formativo, sencillo y visual con un resumen de los conocimientos impartidos en los talleres de adiestramiento de cuidadores

Otros objetivos:
- Mejorar la accesibilidad a la formación de cuidadores
- Instruir y fomentar la importancia del propio bienestar del cuidador
- Mejorar la percepción que el usuario tiene de nuestro hospital y del SALUD
- Mejorar la imagen del centro en la sociedad

MÉTODO
- Continuar con los talleres que se vienen ofertando
- Revisar encuesta de satisfacción, dejando pregunta abierta para detectar aspectos del cuidado no tratados y demandados
- Intentar grabación de sencillos vídeos de los aspectos más prácticos y útiles del taller

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
Elaboración del documento formativo	Se ha elaborado un documento y se entrega a los pacientes dados de alta con dependencia o riesgo de dependencia	>40% (se comenzará a entregar en octubre)
Satisfacción con los talleres	Resultado de la encuesta: recomendaría a otros cuidadores la asistencia a este taller	>90%

DURACIÓN
- Julio 2017: reunión del equipo de mejora ya constituido para seleccionar aspectos formativos más importantes que deba contener el documento. Cada subgrupo profesional se encargara de los temas de su competencia
- Septiembre 2017: puesta en común
- Octubre 2017: puesta en marcha del primer borrador, acompañado de encuesta de satisfacción.
- Enero 2018: evaluación y detección de áreas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1635

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOLEDAD BALLABRIGA ESCUER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO ARTIEDA ALMUDENA
QUILEZ PINA RAQUEL
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
MOYA PORTE TERESA
ALLUE GRACIA MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TALLERES PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ACTUALIZACION DE HERIDAS CRÓNICAS
CREACIÓN DE AGENDA PROPIA DE CITACIÓN
AMPLIACIÓN DE LA BASE DE DATOS REALIZADA POR LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRÓNICAS PARA FALCILITAR LA ELABORACIÓN DE INDICADORES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR: PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN EL ORIGEN DE LA DEMANDA:
-A PETICIÓN FAMILIAR:16,6%
-C.S. ABIEGO: 0,8%
C.S. ALMUDEVAR: 3,9%
-C.S. AYERBE: 1,6%
-C.S. BARBASTRO: 0,8%
-C.S. BERDÚN: 0,8%
-C.S. BIESCAS: 3,8%
- C.S. BROTO: 0,8%
-C.S. GRAÑÉN: 3.1%
-C.S. PERPETUO SOCORRO: 7%
-C.S. PIRINEOS: 7%
C.S. SABIÑÁNIGO% 10,1%
C.S. SANTO GRIAL: 6,3%
C.S. SARIÑENA: 4,7%
HUESCA RURAL: 3,9%
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS:18%
HOSPITAL SAN JORGE: 9,4%
EL INDICADOR DE PROCENTAJE DE HERIDAS QUE EPITELIZAN POR COMPLETO EN UN AÑO, HA SIDO CAMBIADO POR: MOTIVO DEL ALTA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2017:
-EPITELIZACIÓN TOTAL: 56%
-VALORACIONES Y CONTINUIDAD EN SU CENTRO DE SALUD: 20%
-FASE DE EPITELIZACIÓN: 20%
-INGRESO HOSPITALARIO: 4%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La Unidad de Heridas no está todavía incluida en cartera de Servicios del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
Dado el volumen que atiende y que según se comprueba en los indicadores se ha convertido en una Unidad de referencia para el Sector.
Queda pendiente el registro de todas las consultas no presenciales(teléfonicas e imágenes enviadas por vía telemática).

7. OBSERVACIONES.
Se debería incluir la Unidad de Heridas Crónicas dentro de la Cartera de servicios del Hospital.
Formalizar nuevos proyectos: Heridas asociadas a patología autoinmune y unidad de pie diabético

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1635 ========== ***

Nº de registro: 1635

Título
CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Autores:
BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD, PUEYO ARTIEDA ALMUDENA, QUILEZ PINA RAQUEL, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, MOYA PORTE TERESA, ALLUE GRACIA MIGUEL, LUESMA CASAÑOLA CARMEN, MONTOIRO ALLUE RAQUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1635

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HERIDAS CRÓNICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Las heridas crónicas suponen un problema de salud de primer nivel que repercute en todos miembros del sistema sanitario tanto en los pacientes, disminuyendo su calidad de vida, autonomía, autoestima e incapacidad para la vida laboral, como en los profesionales y la organización con un elevado coste en su atención ya que consumen muchos recursos sanitarios tanto humanos como materiales.
Las Unidades de Heridas deben garantizar el derecho a la atención sanitaria poniendo al servicio de la persona con heridas todos los recursos técnicos y humanos.
Hace 10 años en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús se creó la Unidad de Heridas de Sector de Huesca constituyendo un equipo interdisciplinar que garantiza el derecho a la asistencia sanitaria, además de ser un modelo de coordinación entre los niveles asistenciales para lograr una atención integral. El papel de la enfermera responsable de la Unidad como profesión que amalgama y cataliza las necesidades de los pacientes ha sido clave para el desarrollo y evolución de la Unidad y para la coordinación tanto de equipo interdisciplinar en el centro como con otros niveles asistenciales del Sector e, incluso, de la provincia.

En 2010 se publicó el primer documento: “Ulceras crónicas: un abordaje integral”
Al cumplirse 10 años se pretende valorar la evolución de la Unidad, consolidar su funcionamiento a través de la detección de áreas de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
- Los propios de la Unidad de heridas crónicas:

o Valorar la efectividad y la eficiencia de las distintas alternativas terapéuticas en las heridas crónicas
o Disminuir la variabilidad en la práctica clínica tanto en diagnóstico como en tratamiento
o Aumentar la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial
o Evitar ingresos innecesarios
o Compartir el conocimiento con profesionales de otros niveles asistenciales
o Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas

- Crear una agenda propia de citación que permita una mejor gestión de tiempos en la consulta y mayor facilidad para la explotación de datos y obtención de indicadores
- Incluir la Unidad en cartera de Servicios del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

MÉTODO
- Consulta de referencia del Sector para pacientes con heridas crónicas liderada por Enfermería (Mª Sol Ballabriga), respaldada por el equipo formado por otro personal de enfermería, médicos geriatras y consultores.
- Acceso a la consulta desde el propio Hospital, H. S Jorge, Atención Primaria, Centros residenciales :
o Presencial
o Telefónica
o A través de tecnologías de la información (se ha implementado de manera informal)

- Servir de referencia para nuevos proyectos (valoración de úlceras asociadas a patología autoinmune, consulta de pie diabético…)

INDICADORES
INDICADOR Explicación indicador estándar
% pacientes según el origen de la demanda % de pacientes que son derivados del propio hospital, desde H S Jorge, de AP, de centros residenciales
Tasa de epitelización % de heridas que son derivadas a la Unidad y que se epitelizan por completo en un año >=85%

DURACIÓN
A lo largo de 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1635

1. TÍTULO

CONSOLIDACION Y MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0746

1. TÍTULO

DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOBO ESCOLAR ANTONIO
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO
VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA
LACALLE AICUA LAURA
PANIEGO LOPEZ ANA
UBIS DIEZ ELENA
PERALTA GASCON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones de todos los integrantes del grupo en los meses de mayo, septiembre y diciembre para consensuar los puntos asignados a cada miembro del grupo que los había elaborado previamente. Tras la elaboración y consenso del Documento en el mes de diciembre, presentación a cada uno de los servicios en el mes de enero de 2019 y puesta en marcha del documentado tras la presentación del mismo a la Dirección del Hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El primer resultado ha sido la elaboración del documento.
Los resultados marginales eran conseguir una estancia preoperatoria menor de 48 horas en el 30-40% de los pacientes, y ha sido en el 49% de ellos, y una estancia preoperatoria menor de 72 horas en el 50-60% de los pacientes, y ha sido en el 66% de ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cualquier trabajo realizado por un equipo multidisciplinar es enriquecedor para todos los miembros del equipo y esto se traslada a una mejora en la atención al paciente. Al presentar el documento en los Servicios implicados y someterlo a una revisión crítica por parte de los mismos garantiza su cumplimiento actual y futuro, pese a posibles cambios dentro del Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/746 ========== ***

Nº de registro: 0746

Título
DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

Autores:
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, LOBO ESCOLAR ANTONIO, FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA, LACALLE AICUA LAURA, PANIEGO LOPEZ ANA, UBIS DIEZ ELENA, PERALTA GASCON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejoría clínica/coordinación asistencial
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fractura de cadera es un proceso que genera un elevado consumo de recursos y en el que se ven implicados un numero importante de profesionales de distintos servicios, por lo que debe existir una correcta coordinación para conseguir resultados eficientes. Con este fin se elaboro en el año 2011 un documento titulado “Recomendaciones en fractura de cadera”, que con el paso de los años precisa una revisión profunda. En estos años transcurridos se han producido cambios significativos en la terapia anticoagulante con aparición de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0746

1. TÍTULO

DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

nuevos fármacos con acción distinta a los antivitamina K clásicos. Así mismo en estos años se ha producido una significativa remodelación en los servicios implicados en la atención al proceso de fractura de cadera.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la variabilidad existente en la atención de la fractura de cadera.

Actualizar el documento previo de "Recomendaciones en fractura de cadera".

Mejorar la coordinación entre los diversos servicios participantes en el proceso de fractura de cadera, mejorando los resultados clínicos, con una correcta adecuación de los recursos existentes.

MÉTODO
Revisión del documento actual "Recomendaciones en fractura de cadera", aportación por cada uno de los profesionales implicados las modificaciones que se consideren oportunas. Reuniones para consensuar los cambios propuestos. Se estiman dos reuniones presenciales, ademas del intercambio de correos electrónicos. Reunión de presentación a los servicios afectados del documento una vez finalizado.

INDICADORES
Realización del documento

Porcentaje de pacientes con una estancia prequirúrgica menor de 2 días

DURACIÓN
Revisión del documento anterior, mayo 2018

Aportación cambios, junio 2018

Consensuar cambios, julio y agosto 2018

Presentación documento, ultimo trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0797

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUILEZ PINA RAQUEL
DOZ PEREZ NIEVES
NARVION CARRIQUIRI ADRIANA
SOLER FRIAS CATERINA
ORTAS SOLER MARIA CRUZ
OTAL PUEYO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha creado un manual para mejorar la seguridad de los pacientes en el hogar.
- Se ha entregado la guía junto al informe de alta para que tenga acceso a ella los familiares.
- Se ha explicado la guía a los pacientes.
- Se ha entrevistado a la familia para conocer el entorno y aconsejar las adaptaciones oportunas para mejora la seguridad y autonomía de los pacientes.
-Se ha entrenado a los usuarios en el uso de ayudas Técnicas y adaptaciones.
- No se ha entregado la guía a los pacientes que por reagudización clínica han ingresado en planta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pacientes con ictus que acuden a HDG y se les ofrece la guía 98% (el estándar propuesto es el 90%)
Familiares con ictus que acuden a HDG y se les ofrece la guía 92% (el estándar propuesto es el 90%)
Entornos adaptados a la nueva situación 70% (el estándar propuesto es el 50%. Contando como entorno adaptado los pacientes viven en residencia).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto nos ha ayudado a conocer al usuario de forma global, pudiendo observar sus dificultades y capacidades y como se desenvuelve en su entorno.
Conocer si generaliza el tratamiento que se ofrece en HDG en las actividades de la vida diaria, para mejorar su recuperación funcional.
Sería interesante revisar la guía para introducir conceptos e información relativo al manejo del paciente en el hogar

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/797 ========== ***

Nº de registro: 0797

Título
REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

Autores:
SANCHEZ LECINA CRISTINA, QUILEZ PINA RAQUEL MARIA, DOZ SAURA NIEVES, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SOLER FRIAS CATERINA, ORTAS SOLER MARIA CRUZ, OTAL PUEYO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0797

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

PROBLEMA
El ictus es la primera causa de discapacidad en el mundo. Su incidencia en Aragón esta en torno al 7% en los mayores de 65 años. La repercusión en las personas es bastante llamativa, dado que la mayoría de los supervivientes sufren alguna incapacidad, que les dificulta su vida diaria. La nueva ocupación de cuidador implica una carga emocional y física que puede alterar su rutina y afectar a múltiples niveles.
Desde Hospital de Día Geriatría (HdG) trabajamos en la fase subaguda donde puede existir una mejoría a medio-largo plazo, gracias a la reorganización cerebral que puede ser modulada por técnicas de rehabilitación a través de la plasticidad cerebral. Y una vez estabilizado el cuadro valoramos la adaptación del entorno a las funciones conservadas para dar al paciente la mayor independencia posible disminuyendo la posibilidad de institucionalización, minimizando las complicaciones y con ello disminuyendo el coste sanitario global.
Este proyecto pretende generalizar el tratamiento que se realiza en HdG al entorno del paciente para ello se realizara una guía informativa para familiares y pacientes que les ayude a entender mejor el proceso y a ayudar en la recuperación funcional y cognitiva de la persona. Sin duda no son recetas únicas que se puedan emplear del mismo modo en todas las personas que hayan sufrido un ictus y con cada paciente será necesario una evaluación individualizada de su situación y una entrevista para explicar de manera adecuada las particularidades de su proceso concreto.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO:
El objetivo es dar una guía que ayude al paciente y su familia en la integración óptima dentro de su entorno habitual, con el mayor grado de autonomía posible.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Evitar conductas, movimientos, “vicios” que puedan perjudicar la recuperación funcional del paciente
Educar a los familiares en la asistencia y ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria del paciente recién dado de alta hospitalaria y que se encuentra en tratamiento de recuperación funcional en Hospital de Día de Geriatría
Disminuir la ansiedad de cuidadores y pacientes mejorando sus condiciones de salud.

MÉTODO
Crear un tríptico que contenga breves indicaciones para estimulación y posicionamiento de hemicuerpo pléjico a través de imágenes e instrucciones escritas, y un Manual con consideraciones dentro del hogar para la seguridad y bienestar del familiar afectado.
El tríptico será entregado y explicado en las primeras sesiones al paciente
Mantener entrevista con familiares para informar sobre realización de higiene, alimentación, vestuario, movilización, traslados y las ayudas técnicas que precisará.
Mostrar el uso de ayudas técnicas y ofrecer información de como obtenerlas.
Entrenar a los pacientes en actividades de vida diaria de forma segura para evitar lesiones y mejorar la independencia

INDICADORES
% de pacientes con ictus que acuden a HdG a los que se les ofrece la guía (90%)
% de familiares con ictus que acuden a HdG a los que se les ofrece la guía (90%)
% de entornos adaptados a la nueva situación (50%)

DURACIÓN
Mayo-Agosto: Creación de guía para la recuperación de los pacientes con ictus
Agosto: Diseño de un registro de intervenciones del equipo de HdG
Septiembre-Diciembre: Puesta en practica de la guía

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL QUILEZ PINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA
DOZ SAURA NIEVES
NARVION CARRIQUIRI ADRIANA
SOLER FRIAS CATERINA
OTAL PUEYO ELENA
ORTAS SOLER MARIA CRUZ
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se ha creado una guía de ejercicios multicomponente adaptados a la capacidad funcional de distintos grupos de pacientes ancianos teniendo en cuenta resultados en la escala SPPB
- Se ha dejado una carpeta para que todos los médicos del servicio tengan acceso a esta documentación y así poder entregarla a otros pacientes que no acudan a Hospital de Día de Geriatría, pero puedan beneficiarse de la realización de dichos ejercicios.
- Se ha explicado la guía de ejercicios a los pacientes y se les han enseñado ejercicios durante su estancia para que los continúen de manera ambulatoria al alta de cara a un mantenimiento de situación funcional.
-Se ha incluido en la valoración geriátrica de ingreso y alta: Tinetti (equilibrio y marcha), MNA, MEC, Pfeiffer, SPPB, Velocidad de la marcha, Barthel y dinamometría.
- Se ha dado a los pacientes recomendaciones para prevención de caídas en función de resultados de escalas
-Se ha realizado bioimpedanciometria para detección de sarcopenia en los pacientes que se estimaba oportuno y no tenían contraindicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de pacientes a los que se les entrega guía de ejercicios del total de pacientes con sarcopenia (85%)
90% el estándar propuesto es el 85%
% de pacientes en los que aparece el diagnóstico de sarcopenia
10% (no se había propuesto estándar; en bibliografia recogida en torno 10-30%)
% de pacientes a los que se les realizan todos los test
95% el estándar propuesto es el 80%
% de pacientes que no tienen contraindicación para realización de bioimpedanciometria y se les realiza 50% el estándar propuesto es el 75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto nos ha ayudado a conocer la prevalencia de obesidad sarcopénica y sarcopenia existente en nuestros pacientes ancianos que habitualmente esta infradiagnosticada e infratratada.

En las consultas de revisión hemos preguntado a los pacientes si continúan haciendo los ejercicios aprendidos y entregados; encontrando una baja adherencia por lo que debemos reforzar de algún modo este punto esencial (llamadas? Insistir en su importancia en cada consulta? Involucrar más a familiares?).

La nutrición es un pilar muy importante también en el tratamiento de esta patología por lo que debemos insistir más en la adecuación de la dieta a las necesidades y gustos; suplementando cuando sea preciso.

Deberíamos realizar también bioimpedanciometria al alta para ver de una manera objetiva la ganancia muscular conseguida con la terapia de recuperación funcional realizada en Hospital de Día. Y podría ser interesante también repetirla en consulta de revisión para ver si se ha mantenido la ganancia.

7. OBSERVACIONES.
No se ha cumplido el objetivo propuesto de realización bioimpedanciometria en parte por problemas técnicos informáticos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/799 ========== ***

Nº de registro: 0799

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)

Autores:
QUILEZ PINA RAQUEL MARIA, SANCHEZ LECINA CRISTINA, DOZ SAURA NIEVES, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SOLER FRIAS CATERINA, OTAL PUEYO ELENA, ORTAS SOLER MARIA CRUZ, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sarcopenia
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La sarcopenia es la pérdida de masa muscular esquelética por envejecimiento y contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano. En su etiopatogenia se incluyen diversos mecanismos tanto intrínsecos del propio músculo como cambios del sistema nervioso central, además de factores hormonales y de estilo de vida. La sarcopenia está directamente relacionada con la fragilidad y tiene implicaciones etiopatogénicas en la obesidad, la resistencia a la insulina y la inflamación. De todas las alternativas terapéuticas, sólo el ejercicio físico multicomponente ha demostrado eficacia en incrementar la masa muscular esquelética, combinado o no con suplementación nutricional o con vitamina D.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducción de la morbimortalidad asociada a la sarcopenia mejorando el pronóstico y la supervivencia
Promover la participación activa de familiares/cuidadores
Capacitar a los pacientes para mantener una alimentación saludable y realización de ejercicio físico multicomponente como parte de su actividad habitual.

MÉTODO
Población diana: Pacientes que acuden a recuperación funcional a Hospital de Día de Geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Realización de valoración geriátrica integral
Realización de bioimpedanciometria a los pacientes no portadores de prótesis metálicas ni marcapasos
Realización de medidas antropométricas (IMC, pliegues tricipital y subescapular, perímetro pantorrilla y brazo)
Medición de fuera por dinamometría de mano dominante
Realización de escala Tinetti para valoración de marcha y equilibrio
Realización de escala SPPB
Realización de test cognitivos (MEC, Pfeiffer)
Medición situación funcional (Barthel)
Realización de test MNA para valoración de situación nutricional y clasificación en pacientes normonutridos, en riesgo y malnutridos
Adecuación farmacológica de los pacientes ancianos
Entrega de guía ejercicios físicos adecuados a la situación del paciente, basados en patología y SPPB, que serán similares a los realizados por el paciente durante su estancia en HDG para que los realice de manera ambulatoria

INDICADORES
% de pacientes a los que se les entrega guía de ejercicios del total de pacientes con sarcopenia (85%)
% de pacientes en los que aparece el diagnóstico de sarcopenia
% de pacientes a los que se les realizan todos los test (Tinetti, MNA, MEC, Pfeiffer, dinamometría, SPPB, Barthel) (80%)
% de pacientes que no tienen contraindicación para realización de bioimpedanciometria y se les realiza (75%)

DURACIÓN
Revisión bibliografía mayo 2018
Realización de guía ejercicios multicomponente adaptados a distintos SPPB junio-agosto 2018
Inclusión de estos test en la evaluación al ingreso de los pacientes que acuden a HDG a partir de septiembre 2018 de forma indefinida
Puesta en marcha de un programa de ejercicios multicomponente que se les entregara a los pacientes que acudan a HDG desde septiembre 2018 de forma indefinida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL PUEYO MOY
· Profesión ..... INFORMATICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARAMILLO GONZALEZ ROSA
ESCARIO MUR PILAR
CALVO PARDO AURORA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El cambio que supuso que el Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama de la Provincia Huesca pasara de dos a una persona para realizar las tareas administrativas, supuso una amenaza en la calidad del Programa y en la satisfacción de las usuarias, pero una oportunidad que obligó al equipo a innovar en la organización del trabajo y a utilizar las nuevas tecnologías para facilitar la accesibilidad de las pacientes. La buena voluntad de los profesionales es imprescindible, pero el trabajo diario no debe basarse en esa circunstancia, es necesario protocolizar las actuaciones, organizar el trabajo e identificar responsabilidades.
En este marco se creó un grupo de mejora formado por la Coordinadora del Programa, la responsable administrativa, la informática del Hospital y otra profesional de la administración del centro ubicada físicamente en el edificio anexo y que reunía una de las condiciones que hemos comentado era imprescindible pero no única: la buena voluntad y la motivación profesional.
- Se acordó y así se hizo desviar hacia la administración una de las dos líneas telefónicas con las que el PPCM cuenta y que estaban atendidas por una única persona
- Se instaló el acceso al Programa informático propio del PPCM desde la administración del Hospital (Edificio Anexo), para que se tuviera acceso desde el puesto de trabajo de administración.
- Se ha creado un gmail para utilizar el “drive”, compartiendo un calendario donde se registran los huecos de citación y poderlos ocupar por usuarias que llaman por teléfono. La comunicación es en tiempo real entre las dos profesionales y en ningún momento se utilizan datos de carácter personal
- En los tres primeros meses de funcionamiento, al recepcionar las llamadas se realizó y se registró una pregunta / encuesta: ¿Es la primera vez que nos llama? ¿Cuántas veces lo ha intentado? (1, 2, >2)
- Se han registrado las reclamaciones vía telefónica, ya que no se ha conseguido que se documenten.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% reclamaciones (escritas, presenciales o telefónicas) por dificultades en el acceso / total de reclamaciones:
98.2% (no se han presentado reclamaciones escritas. Se han registrado llamadas tfno. y presenciales reclamando por las dificultades de acceso. Todas las reclamaciones han sido por el mismo motivo. Solo hubo una reclamación por problema de trato)
% de usuarias que han contactado telefónicamente al primer intento 68%
% de usuarias que han contactado telefónicamente al 2º intento 29.3%
% usuarias que han contactado telefónicamente con más de 2 intentos 2.7%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se ha conseguido que ninguna usuaria presente reclamación escrita, aunque se ha instado a ello a numerosas pacientes que se quejaban por la dificultad de acceso telefónico.
No pareció ético retrasar la medida, y antes no se medía la dificultad de acceso, por lo que los indicadores miden la accesibilidad tras la implementación de las acciones.
Las situaciones difíciles aportan a veces oportunidades de mejora.
La innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares, tenemos que aprender a abrir los ojos para ver con que medios a nuestro alrededor podemos contar
Ampliar los equipos de trabajo con personas motivadas profesionalmente consigue buenos resultados y aumenta la motivación en el trabajo aunque aumenten las cargas
La medidas adoptadas han resultado útiles, mejorando la accesibilidad, pero no es suficiente

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/261 ========== ***

Nº de registro: 0261

Título
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

HUESCA

Autores:
PUEYO MOY MARIA ISABEL, JARAMILLO GONZALEZ ROSA MARIA, ESCARIO MUR MARIA PILAR, CALVO PARDO AURORA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

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

PROBLEMA
El Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama de la Provincia Huesca ha contado con dos personas durante 15 años para realizar las tareas administrativas. Por circunstancias ajenas al Programa, desde septiembre de 2017 se ocupa de todas las tareas una auxiliar administrativa.
Las tareas han cambiado a lo largo de estos años, eliminando el archivo físico que constituía una parte importante del trabajo. Por otra parte se han incorporado tareas nuevas más especializadas derivadas de la digitalización de las imágenes como el volcado de imágenes al PACS desde un disco duro extraíble donde se han almacenado las imágenes obtenidas en la Unidad Móvil de Mamografías.
Una de las tareas que más tiempo requiere es la atención telefónica. Con una sola persona para dos líneas telefónicas no se puede dar una atención de calidad y se dificulta la accesibilidad al Programa.

RESULTADOS ESPERADOS
General: Mejorar la calidad asistencial en el PDPCM
Específicos:
Mejorar la accesibilidad de las usuarias al Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama
Aumentar la satisfacción de las usuarias con el PDPCM

MÉTODO
Acceso al Programa informático desde la administración del Hospital (Edificio Anexo), para que tenga acceso otra profesional que desarrolla habitualmente su trabajo en administración
Creado un gmail para utilizar el “drive”, compartiendo un calendario donde se registran los huecos de citación y poderlos ocupar por usuarias que llaman por teléfono.
La comunicación es en tiempo real entre las dos profesionales y en ningún momento se utilizan datos de carácter personal
Al recepcionar las llamadas se realizará y se registrará una Pregunta encuesta: ¿Es la primera vez que nos llama? ¿Cuántas veces lo ha intentado? (1, 2, >2)

INDICADORES
- % de usuarias que han contactado telefónicamente al primer intento
-% de usuarias que han contactado telefónicamente al 2º intento
- % usuarias que han contactado telefónicamente con más de 2 intentos
- % reclamaciones (escritas, presenciales o telefónicas) por dificultades en el acceso / total de reclamaciones

DURACIÓN
ABRIL 2018:
- Instalación de PPCM en ordenador de administración
- Desvió de llamadas a administración
OCTUBRE 2018:
- Análisis de los primeros datos y valoración de la mejora
DICIEMBRE 2018
- Análisis final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1607

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SIMEON LOPEZ GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONGE OTAL SILVIA
TRILLO CAMPO MARTA
LANASPA BENITEZ ROCIO
GAVIN CLAVER MARIA JOSE
JARAMILLO GONZALEZ ROSA
CALVO PARDO AURORA
VINUE BIESA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han seguido las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003), La sociedad española de Radiología,
se identificaran los criterios de calidad de la técnica mamográfica de cribado.
- Se han mantenido reuniones con el objetivo dedocumentar el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
- Se han identificado indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% mamografías repetidas por problemas técnicos (estándar <1%):
0.22%
Subproceso documentado e implantado: SI

Satisfacción de las usuarias: no se ha medido a través de encuesta. La medida indirecta a través de las reclamaciones presentadas por escrito (0) y vía telefónica (6), referidas 5 de ellas a la dificultad al acceso telefónico y una de ellas al retraso en la ronda correspondientes.
Ninguna reclamación de ningún tipo referida a la satisfacción con la información recibida ni con la atención recibida.
Se han objetivado dos casos de negativa a continuar con la prueba por dolor que han sido analizados cualtitativamente por la coordinadora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante documentar de forma esquématica todo el proceso, delimitando muy bien, tanto el responsable del subproceso como los responsables de las distintas actividades.
Medir la calidad de las actividades y valorar el resultado de acuerdo a estándares propuestos previamente, facilita la detección de áreas de mejora, motiva al profesional y prporciona conocimiento real y objetivo de los resultados intermedios del Programa poblacional

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1607 ========== ***

Nº de registro: 1607

Título
CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

Autores:
LOPEZ GRACIA SIMEON, MONGE OTAL SILVIA, TRILLO CAMPO MARTA, LANASPA BENITEZ ROCIO, GAVIN CLAVER MARIA JOSE, JARAMILLO GONZALEZ ROSA, CALVO PARDO AURORA, VINUE BIESA ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1607

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por todas las zonas de salud de la Comunidad Autónoma.
La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años.
La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de
reducción de mortalidad en los programas de cribado.
El año pasado se actualizó la documentación del Proceso: “cribado poblacional de cáncer de mama”. Se identificaron los distintos subprocesos, se priorizaron y se nombró responsables de cada uno de ellos.
En Aragón, las mamografías se llevan a cabo en Unidades fijas situadas en Hospital Nª Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud. En los dos tipos de Unidad se realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
Uno de los aspectos claves para garantizar la calidad del proceso es realizar las mamografías con técnica correcta según los criterios previamente establecidos y, siempre, con la aprobación del Radiólogo que las interprete. Esta calidad repercute en una imagen más adecuada para el diagnóstico y evita en gran parte uno de los efectos indeseables del programa que es la repetición de mamografía por problemas técnicos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Documentar el subproceso “realización de mamografía de cribado y recribados”
-Identificar los criterios de calidad de la mamografía de cribado
-Definir indicadores de calidad del subproceso para evaluar periódicamente la calidad de la mamografía de cribado

MÉTODO
- Siguiendo las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003), La sociedad española de Radiología, se identificaran los criterios de calidad de la técnica mamográfica de cribado.
- Se documentará el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
- Se identificarán los indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
Mamografías repetidas por problemas técnicos	Nº de mamografías repetidas por problemas técnicos /nº mamografías realizadas	<1%
Existencia de subproceso documentado e implantado	Documento Si/NO	SI
Satisfacción de las usuarias con la información recibida acerca de la técnica	% usuarias satisfechas o muy satisfechas con la atención recibida / usuarias que cumplimentan la encuesta	>90%

DURACIÓN
Las actividades se llevarán a cabo durante el año 2017.
Al final del año, además de conseguir el estándar de calidad en la repetición por problemas técnicos, se pretende identificar otros indicadores que permitan evaluar más aspectos de la realización de la técnica

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1607

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIA DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA SALGADO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES
ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA
LERA DEL AMO JAVIER
NERIN BUEN NATALIA
MARTIN GROS LOURDES
LACAMBRA SANTOS EVA
CHARTE GASCON MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el año 2017 se registraron 1077 ingresos en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de los cuales 381 fueron valorados por el médico rehabilitador lo que representa el 35,37%.
Hemos agrupado a los pacientes en 3 diagnósticos principales: fractura de cadera, ACV y síndrome de inmovilidad (que aglutina un amplio y variado grupo de pacientes que no presentan ni fractura de cadera, ni un ictus y que engloba desde patología quirúrgica, infecciosa, tumoral, neurológica, etc)
En cada paciente se ha registrado el tratamiento que ha realizado (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia), el numero de sesiones de cada uno de esos tratamientos y la atención a los familiares y/o cuidadores.
Las escalas con las que se han valorado a los enfermos, tanto al ingreso como al alta, son las siguientes:
Test FAC (Functional ambulation classification): test de marcha
Escala BipHS (Clasificación funcional de la bipedestación del Hospital de Sagunto)
TCT (Test de control de Tronco)
Escala Tinetti de equilibrio
Escala Fois (Functional Oral Intake Scale): escala funcional de ingesta por via oral
Escala MECV-V: Método de exploración clínica volumen-viscosidad de deglución
Presencia de disartria: leve, moderada, severa.
PCA (Protocolo Corto de Evaluación de la Afasia):
Test del reloj para la valoración cognitiva
MEC: miniexamen cognitivo de Lobo
Indice de Barthel para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (AVDB)
Indice de Barthel modificado: para la valoración de las AVDB.

En las sesiones que realiza el equipo de rehabilitación los martes se ha comentado cada uno de todos los pacientes ingresados, se ha expuesto la situación actual, los objetivos a conseguir y los plazos. Se ha propuesto una fecha de alta que se ha respetado en la mayoría de los casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En relación con los 3 grupos diagnósticos hemos obtenido los siguientes datos:

99 pacientes presentaban una FRACTURA DE CADERA. De todos ellos únicamente 4 no realizaron ningún tratamiento.

95 enfermos realizaron 1555 sesiones de fisioterapia con una media de 16,4 sesiones por individuo.
La mayoría de pacientes no caminan al ingreso y tienen una bipedestación no funcional o completamente dependiente.
Al alta la mayoría necesitan un apoyo para mantener la bipedestación y caminan con ligero contacto de una persona.
El control de tronco mejora y también el equilibrio. Los fisioterapeutas se han comunicado con 33 familias.

19 pacientes realizaron 291 sesiones de terapia ocupacional con una media de 15,3 sesiones por individuo. La mayoría de los pacientes presentaban una dependencia en las AVDB y un deterioro cognitivo. En el momento del alta habia mejorado ssu situación funcional.La terapeuta ocupacional habló con una familia.

13 pacientes realizaron tratamiento de logopedia, con una media por paciente de 6,3 sesiones de tratamiento y un cómputo global de 82 sesiones. A 8 pacientes se les realizó una valoración de la deglución. En 2 casos se contactó con las familias.

97 pacientes presentaban un ICTUS. Todos fueron valorados por el médico rehabilitador aunque 2 no llegaron a realizar ningún tratamiento.
90 pacientes, con una media de 19,6 sesiones por paciente, realizaron un total de 1743 sesiones de fisioterapia.
La mayoría de pacientes no caminan al ingreso y tienen una bipedestación imposible o nula. Al alta la mayoría

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

mantienen una bipedestación muy asistida y caminan con mucha ayuda de una persona o 2 personas. El control de tronco mejora y también el equilibrio pero siguen siendo deficitarios. Los fisioterapeutas se han comunicado con 33 familias de enfermos con ictus.

53 pacientes realizaron 1151 sesiones de terapia ocupacional, con una media de 21,7 sesiones por enfermo.La mayoría de los pacientes presentaban una dependencia en las AVDB y un deterioro cognitivo. En el momento del alta habia mejorado su situación funcional aunque el índice de Barthel al alta es el más bajo de los 3 grupos diagnósticos. La terapeuta ocupacional habló con 12 familias o cuidadores.

72 pacientes realizaron, con una media de 12,6 sesiones por paciente, un total de 906 sesiones de logopedia. En 53 pacientes se valoraron los trastornos deglutorios. Se contactó con 19 familias.

3. En relación con los síndromes de inmovilidad 185 pacientes fueron agrupados bajo este diagnóstico. 5 de ellos no llegaron a realizar ningún tratamiento.
180 pacientes realizaron 2273 sesiones de fisioterapia con una media de 14,4 sesiones por paciente. La mayoría de ellos tienen una bipedestación no funcional no caminan en el momento del ingreso y no mantiene control de tronco. Al alta la mayoría tienen un buen control de tronco, necesitan un apoyo para mantener la bipedestación y caminan con leve ayuda de una persona. Se habla con 38 familares o cuidadores.

37 pacientes realizaron 627 sesiones de terapia ocupacional con una media de 16.9. La mayoría de los pacientes presentaban una dependencia en las AVDB y un deterioro cognitivo. En el momento del alta habia mejorado su situación funcional . Se habló únicamente con una familia.

52 pacientes han realizado una media de 9,3 sesiones de logopedia con un total de 486 sesiones. Se valoraron a 38 pacientes por alteraciones en la deglución y se contactó con 8 familias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este trabajo hemos objetivado mediante escalas la situación incial de los pacientes en el momento de comenzar el tratamiento rehabilitador y tras finalizar el mismo.
Hemos cuantificado también el número de familiares o cuidadores con los que establece comunicación con cualquier miembro del equipo de rehabilitación
Se han producido errores en la recogida de información y en su posterior registro informático que deben ser subsanados. Asi, por ejemplo, no hemos podido saber en que que porcentaje de enfermos se ha prolongado el tratamiento rehabilitador.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/377 ========== ***

Nº de registro: 0377

Título
PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Autores:
SALGADO GRACIA ANA, ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES, LERA DEL AMO JAVIER, ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA, MARTIN GROS MARIA LOURDES, LACAMBRA SANTOS EVA, CHARTE GASTON MARTA, NERIN BUEN NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con alto nivel de dependencia, fundamentalmente por patología del sistema nervioso y/o del aparato locomotor
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad en el Servicio de Rehabilitación del hospital Sagrado Corazón de Jesús se articula en torno a los pacientes ingresados y a los pacientes ambulatorios con dinámicas de trabajo diferentes. El tratamiento de los pacientes ambulatorios se realiza en las primeras y en las últimas horas de la jornada; suelen ser tratamiento individuales o en reducidos grupos, y con una duración máxima de 30 minutos. El tratamiento de los enfermos ingresados se realiza entre las 10 y las 13 horas, el tiempo que transcurre entre el desayuno y la hora de la comida. Disponemos por tanto de 180 minutos para atender a un colectivo que en ocasiones alcanza los 40 enfermos. En ese intervalo de tiempo realizan las diferentes sesiones de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia y aunque el tratamiento es individual, en las instalaciones están presentes los demás enfermos. Lógicamente cuanto mayor es el número de enfermos, menor es el tiempo de dedicación a cada uno.
De forma mayoritaria el paciente que ingresa en nuestro centro para rehabilitación es un anciano, con pluripatología y que de forma aguda o progresiva ve disminuida su capacidad funcional. Aunque también se derivan adultos jóvenes todos ellos son enfermos con una elevada dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (AVDB). Esto supone una elevada carga de trabajo y especialmente para el personal auxiliar de enfermería.
Por circunstancias diversas ya sea por factores dependientes del enfermo (como la aparición de complicaciones médicas), o del propio sistema sanitario (realización de pruebas complementarias, consultas médicas...) o circunstancias sociales (realización de obras en el domicilio para la supresión de barreras arquitectónicas, enfermedad del cuidador o búsqueda de residencia) la estancia hospitalaria se prolonga y con ello también el tratamiento de rehabilitación.
Los recursos humanos del Servicio de Rehabilitación no solo no se han mantenido estables en los últimos años sino que han disminuido.
Como consecuencia de todas las anteriores circunstancias es necesario definir con precisión la duración más eficiente del tratamiento rehabilitador de manera que todos los recursos se dediquen a los enfermos con un potencial para mejorar funcionalmente y no a aquellos con una situación estabilizada.
La comunicación a las familias o cuidadores sobre los resultados funcionales obtenidos con cada enfermo se realiza habitualmente por intermediadores como son los médicos geriatras, que son siempre los que derivan mediante una hoja de interconsulta al paciente a rehabilitación. Con ello a veces se pierde calidad y cantidad en la información a pesar de las sesiones conjuntas semanales entre el médico rehabilitador y los médicos geriatras. Este es un punto débil que representa también una oportunidad de mejora con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
-No prolongar la duración del tratamiento rehabilitador, una vez que se hayan alcanzado los objetivos propuestos por el equipo.
-Transmitir esos resultados obtenidos a las familias y/o cuidadores principales así como la enseñanza de cuidados.

MÉTODO
Los objetivos de cada paciente en rehabilitación se van a dividir en 3 categorías:
1.Objetivos de fisioterapia: relacionados esencialmente con la capacidad de marcha del paciente.
2. Objetivos de terapia ocupacional: relacionados con las AVDB y la situación cognitiva.
3. Objetivos de logopedia: en relación con la deglución y la comunicación.
Cada uno de estas metas se plasmará en una o varias escalas que se pasarán al enfermo al inicio, al final del tratamiento y semanalmente como mínimo. En función de ellas de establecerán unas pautas, en unos tiempos determinados y una vez alcanzados se programará una fecha de alta de Rehabilitación.

INDICADORES
Son 4 los indicadores principales:
-Porcentaje de pacientes en los que se prolonga el tratamiento rehabilitador y número de sesiones de cualquiera de las 3 terapias .
-Porcentaje de familias con las que se contacta y porcentaje en las que ésta se lleva a cabo la entrevista.

DURACIÓN
El inicio del plan tendrá lugar en el tercer trimestre del 2016 y las actividades se llevarán a cabo durante el año 2017 con un primer corte de resultados el 30 de junio del 2017.

OBSERVACIONES
-Para cumplir uno de los objetivos del proyecto, la utilización del tiempo y de los profesionales de forma eficiente, sería necesario adquirir andadores de apoyo antebraquial, uno para cada una de las 3 plantas de geriatría. De esta forma las familias podrían emplearlos por las tardes, en el caso de que lo precise el paciente y fundamentalmente cuando se les ha dado el alta de RHB para mantener la capacidad funcional obtenida.
-El trabajo de los auxiliares de enfermería es esencial en el Servicio de Rehabilitación y por supuesto también en este proyecto. Por motivos de espacio no se han podido incluir entre los 8 componentes, pero los nombramos aquí: Juan José Sierra Grasa, Maria Boned Perez, Ana Mª Jaime Cuello, Rosario Martinez Perdomo, Lidia López Tormes, Basilisa Jurado Castro. También queremos incluir a la informatica Maria Isabel Pueyo Moy sin cuyos conocimientos e intervención no será posible la realización de este trabajo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0377

1. TÍTULO

PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA Y FACILITAR LA COMUNICACION CON LOS CUIDADORES

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0601

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAL LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL PUEYO MOY
· Profesión ..... TECNICO/A DE INFORMATICA
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALGADO GRACIA ANA
ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo del proyecto era recoger de forma sencilla y fiable los datos de los pacientes que reciben tratamientos rehabilitadores en el Servico de Rehabilitación del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, de forma ambulatoria.
COn estos datos, facilitar la elaboración de indicadores que nos proporcionen información de la actividad del Servicio con el objetivo final de mejorar en la asistencia que prestamos, con el consumo de tiempo y recursos más adecuados.
Tras varias reuniones entre la médico rehabilitadora, fisioterapeutas, logopedas y terapeutas ocupacionales del Servicio, se construyó una base de datos que recoge variables relacionadas con datos de filiación del paciente, procedencia, demora el comienzo del tratamiento (si es normal o preferente), causas de la demora, renuncias a tto, causa de la renuncia,consulta y/o tratamiento, tipo del tratamiento que recibe

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha elaborado una base de datos que se aloja en el Servidor del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca
- Los datos pueden ser introducidos por todo el personal implicado, responsabilizándose cada uno de su área de tratamiento o consulta
- % de cumplimentación de los campos de la base = 98%
- Selección de indicadores (se prevee construir un pequeño cuadro de mando del servicio de rehabilitación):
- Procedencia (% de pacientes que provienen de Hscj,HSJ, A.P. y otros
- % Pacientes derivados como preferentes
- % de pacientes que renuncian a tto (por causas)
-% pacientes que posponen la fecha de comienzo de tto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las fuentes de información para la construcción de indicadores deben ser sencillas y accesibles para que todos los profesionales introduzcan los datos y no se añada una carga importante de trabajo añadida a la asistencial
Es preciso analizar por el grupo de mejora los indicadores para concluir si, de verdad, miden la calidad del servicio
Convendría construir un cuadro de mando del Servicio de Rehabilitación derivado de los datos recogidos para que el personal, en un golpe de vista, pueda valorar la evolución de su servicio y además sirva de incentivo para la recogida de la información.
Las medidas que observamos, no nos proporcionan información del resultado final del tratamiento rehabilitador, nos proporcionan iformación de la calidad del proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/601 ========== ***

Nº de registro: 0601

Título
MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

Autores:
PUEYO MOY MARIA ISABEL, SALGADO GRACIA ANA, ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA, ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES, MARTIN GROS MARIA LOURDES, CHARTE GASCON MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0601

1. TÍTULO

MEJORAR EL REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA PARA AUMENTAL LA EFECTIVIDAD DEL SERVICIO

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente geriatrico pluripatológico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad en el Servicio de Rehabilitación del hospital Sagrado Corazón de Jesús se articula en torno a los pacientes ingresados y a los pacientes ambulatorios. En general se trata de pacientes geriátricos con múltiples patologías. En los 15 años de existencia del Servicio ha aumentado considerablemente la actividad con practicamente los mismos recursos, por lo que se hace imprescindible una perfecta coordinación y un aprovechamiento del tiempo y de las actividades para prestar un servicio más eficiente.
Para ello en primer lugar se impone una recogida y registro de todos los datos y una elaboración de indicadores sencillos y facilmente medibles que nos proporcionen la información necesaria para tomar decisiones en cuanto al funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS
- COntar con una base de datos de la actividad del Servicio
- Facilitar lo máximo posible el registro para todos los estamentos
- Tener accesible la información del Servicio para que todos los implicados puedan acceder a ella
- Obtener indicadores de medida de los procesos de Rehabilitación
- Facilitar la toma de decisiones en base a los indicadores obtenidos

MÉTODO
- - Reunión del Servicio de Rehabilitación con el de Informática para recoger las ideas e intentar plasmarlas en un primer borrador.
- Elaboración de la base de datos por parte de la Informática del Hospital
- Sesión informativa a todos los implicados acerca del registro de datos en la base informática
- Pilotaje de la base de datos (primer trimestre)
- ´Reunión para valorar las sugerencias de cambio tras el pilotaje
- Puesta en marcha definitiva

- Elaboración de los primeros indicadores

INDICADORES
- - Base de datos elaborada: SI /NO
- % de cumplimentación de los campos de la base (>80%)
- Selección de indicadores básicos (se elegirán una vez pilotada la base de datos, se determinarén en la evaluación intermedia del proyecto)

DURACIÓN
- Elaboración de la base de datos: 4º trimestre 2016
- Pilotaje del registro: 1º trimestre 2017
- Implementación de las modificaciones tras el pilotaje: Abril 2017
- Puesta en marcha: Abril 2017
- Selección de indicadores: Junio 2017
. Evaluación final: Diciembre 2017

OBSERVACIONES
En esta primera propuesta se pretende registrar los pacientes ambulatorios.
Posteriormente se pretende llevar a cabo una sistemática similar para pacientes ingresados, obviamente con algunos datos e indicadores distintos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA GARCIA CORTES
· Profesión ..... LOGOPEDA
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHARTE GASCON MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de una Guía que incluye una hoja de ruta, en la que se plasman todas las actuaciones de los diferentes grupos implicados, de cara a la detección, exploración, tratamiento y comunicación de las medidas compensatorias y medidas de prevención de complicaciones secundarias a la disfagia.

Así mismo, se incluyen una serie de documentos que, a modo de plantilla, son cubiertos por las logopedas para informar en relación a las medidas compensatorias establecidas para cada paciente, tanto al personal del hospital como al propio paciente y sus familias.

Se ofrecen sesiones formativas al personal de enfermería y a auxiliares de enfermería, en las que las logopedas imparten formación sobre la disfagia, y presentan la Guía.

Las auxiliares de enfermería y el personal de enfermería responden a un cuestionario sobre el grado de conocimiento en torno a la disfagia y su manejo intrahospitalario antes y después de la realización de las sesiones formativas, para constatar el aprovechamiento de esas acciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Objetivos:
1.Mejorar la formación del personal sanitario en DO.
1.1.Impartir acciones formativas adaptadas a los grupos profesionales.
Indicador: -Realización de sesiones formativas.
Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.
Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.
1.2. Aumentar el grado de conocimiento en relación a la DO.
Indicador: -Mejora en, al menos, un 20% del grado de conocimientos de las profesionales.
Método de evaluación: -Análisis de los resultados de los cuestionarios de evaluación previos y posteriores a la formación.
Resultado: - Mejora de un 21% en auxiliares de enfermería, y de un 35,8% en enfermeras.
2. -Mejorar la coordinación entre servicios.
2.1.-Presentar la guía de abordaje de la DO a los agentes implicados.
Indicador: -Realización de sesiones formativas.
Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.
Resultado:-4 sesiones formativas impartidas.
2.2.-Implementar modelos de comunicación por escrito entre logopedia y enfermería.
Indicador: -Realización de las sesiones formativas.
Método de evaluación:-Cronograma acciones formativas.
Resultado:-4 sesiones formativas impartidas.
Indicador 2: -Presentación de los modelos de comunicación entre profesionales.
Métodos de evaluación:-Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ. -Cronograma acciones formativas.
Resultado: -Explicación y entrega de los modelos.
Indicador 3: -Entrega de las indicaciones a enfermería en, al menos, un 95% de los pacientes.
Método de evaluación: -Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.
Resultado: -Se entregaron indicaciones sobre un 95,45% de los pacientes atendidos.
3. Mejorar la detección de los pacientes con DO.
3.1.-Comunicar grupos de riesgo y signos clínicos de DO a enfermería.
Indicador: -Realización de las sesiones formativas.
Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.
Resultado:-4 sesiones formativas impartidas.
Indicador 2: -Presentación de los documentos de grupos de riesgo y signos clínicos de DO.
Métodos de evaluación:-Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ.
-Cronograma acciones formativas.
Resultados: -Explicación y entrega de los documentos.
4.Mejorar el tratamiento de la DO y reducir sus complicaciones derivadas.
4.1.-Formar al personal en relación a ello.
Indicador: -Realización de las sesiones formativas.
Método de evaluación:-Cronograma acciones formativas.
Resultado: -4 sesiones de formación impartidas.
4.2.-Mejorar la adaptación y seguimiento individual de las medidas compensatorias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Indicador:-Presentación de los modelos de comunicación entre profesionales.
Método de evaluación:-Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ.
-Cronograma acciones formativas.
Resultado:-Explicación y entrega de los modelos.
Indicador 2:-Entrega de las indicaciones a enfermería en, al menos, un 95% de los pacientes.
Método de evaluación: -Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.
Resultado: -Se entregaron indicaciones sobre un 95,45% de los pacientes atendidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El escribir y estructurar el plan de mejora de este modo nos ha ayudado a su implementación y seguimiento.
Hemos comprobado que la comunicación entre profesionales es de vital importancia para el abordaje de los pacientes con disfagia oro-faríngea. Nos gustaría investigar y cuantificar esta relación: el grado de información del resto de profesionales del paciente, con el grado de mejoría en el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/927 ========== ***

Nº de registro: 0927

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Autores:
GARCIA CORTES MONICA, CHARTE GASCON MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

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

PROBLEMA
La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta, para minimizar las complicaciones secundarias a la disfagia, y reducir así la duración de las estancias hospitalarias, y las rehospitalizaciones y fallecimientos causados por este trastorno

RESULTADOS ESPERADOS
- mejorar la formación del personal sanitario en disfagia
- mejorar la coordinación entre servicios
- mejorar la detección de los pacientes con disfagia
- mejorar el tratamiento de la disfagia
- reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.

MÉTODO
Elaboración de una Guía que incluya una hoja de ruta, en la que se plasmarán todas las actuaciones de los diferentes grupos implicados, de cara a la detección, exploración, tratamiento y comunicación de las medidas compensatorias y medidas de prevención de complicaciones secundarias a la disfagia.
Así mismo, se incluirán una serie de documentos que, a modo de plantilla, serán cubiertos por las logopedas para informar en relación a las medidas compensatorias establecidas para cada paciente, tanto al personal del hospital como al propio paciente y sus familias
Se ofrecern sesiones formativas al personal de enfermería y a auxiliares de enfermería, en las que las logopedas impartirán formación sobre la disfagia, y presentarn la Guía´
Las auxiliares de enfermería y el personal de enfermería responderan a un cuestionario sobre el grado de conocimiento en torno a la disfagia y su manejo intra-hospitalario antes y después de la realización de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

sesiones formativas, para constatar el aprovechamiento de esas acciones .

INDICADORES
-Realización de sesiones formativas: >= 4
-Mejora del grado de conocimientos de las profesionales: > 20% tras la sesión formativa con respecto a test inicial
-Utilización de los modelos de comunicación entre profesionales: > 95% de pacientes ingresados con disfagia

DURACIÓN
PRIMER TRIMESTRE 2018: Elaboración de la Guía por parte de las Logopedas
SEGUNDO TRIMESTRE 2018: FORMACIÓN A PROFESIONALES
SEGUNDO SEMESTRE 2018.REGISTRO COMUNICACIÓN
EVALUACIÓN FINAL Y CORRECCIÓN DE VARIACIONES SOBRE LO PLANIFICADO EN DICIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA CHARTE GASCON
· Profesión ..... LOGOPEDA
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CORTES MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración de plantillas de comunicación para comunicar por escrito las medidas compensatorias y recomendaciones en torno a la deglución de cada uno de los pacientes con disfagia valorado y/o tratado en el servicio de logopedia: un documento será entregado al inicio del ingreso y otro al finalizar la hospitalización.

-Entrega de la documentación y explicación verbal de la misma a las familias de los pacientes con disfagia: tanto al inicio de la hospitalización como al alta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos:
-Mejorar el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.
-Reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.
-Mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia.

Indicador:
-Aumento en un año de, al menos, un 20% de las intervenciones a familias de pacientes con DO.

Método de evaluación:
-Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.

Resultados:
-Se incrementó en un 48,21% el número de intervenciones a familias de pacientes con DO, con respecto al año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A través de este plan hemos comprobado la importancia de la comunicación con las familias de los pacientes con disfagia oro-faríngea, de cara a mejorar el tratamiento de la disfagia. Nos surge la idea de lo interesante que sería cuantificar esta relación: entre familia informada y pronóstico de la disfagia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1009 ========== ***

Nº de registro: 1009

Título
MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

Autores:
CHARTE GASCON MARTA, GARCIA CORTES MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disfagia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

PROBLEMA
La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta. Se ha detectado la necesidad de mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia, tanto durante la hospitalización de los enfermos con disfagia como al alta domiciliaria, para garantizar el seguimiento de las indicaciones dadas desde nuestro servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.
-Reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.
-Mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia.

MÉTODO
-Elaboración de plantillas de comunicación para comunicar por escrito las medidas compensatorias y recomendaciones en torno a la deglución de cada uno de los pacientes con disfagia valorado y/o tratado en el servicio de logopedia: un documento será entregado al inicio del ingreso y otro al finalizar la hospitalización
-Entrega de la documentación y explicación verbal de la misma a las familias de los pacientes con disfagia: tanto al inicio de la hospitalización como al alta.

INDICADORES
-Aumento del número de intervenciones a las familias de los pacientes con disfagia: aumento de al menos un 20% con respecto al año anterior.

DURACIÓN
Primer semestre 2018: elaboración de los modelos de comunicación para las familias de los pacientes con disfagia.
Segundo semestre 2018: registro de las comunicaciones con las familias.
Diciembre 2018: Evaluación final y corrección de variaciones sobre lo planificado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0638

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JUAN BLAS PEREZ LORENZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE DIOS ROMERO ALBERTO
MERINO LABORDA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para evaluar el cumplimiento de las recomendaciones sobre los informes de alta de los expertos de la Sociedad Española de Medicina Interna Med Clin (Bar).2010;134(11):505-510 se han revisado 50 informes de alta a través de la historia electrónica de las altas de Medicina Interna del Hospital de Jaca, elegidos al azar, correspondientes al mes de octubre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se observa que el porcentaje de cumplimento de cada uno de los indicadores es:
1: 86%, 2; 80%, 3: 98%, 4: 80%, 5. 66%, 6: 84%, 7:100%, 8: 2%, 9: 90%, 10. 98%: 11. 94%, 12: 66%,, 13: 80%, 14:74%, 15.:78%, 16: 4%.
Hay que considerar que el objetivo 8 que se puso no figura en las recomendciones de la SEMI (Conthe Gutierrez P, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc).doi:10.1016/j.medcli.2009.12.002) y es difícilmente alcanzable (hacer constar en un informe de alta la tendencia en sus constantes habituales). Tampoco figura y no hay acuerdo poner el email del Servicio o teléfono de la institución (16)
Se concluye por ello que todos los indicadores, excepto el 8 y el 16 se cumplen sobradamente en más del 50% de los informes;

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aplicación de los criterios de este proyecto supone una mejora en la práctica clínica que da lugar a una mejor información para el enfermo y el médico de Atención Primaria, por otra parte permite disponer de un mayor número de datos en la historia clínica electrónica del paciente lo que facilita la continuidad de la asistencia, y finalmente genera la satisfacción de un trabajo bien hecho, las causas de estas posibles deficiencias pueden ser el desconocimiento de las directrices o recomendaciones vigentes, la escasa dedicación a una actividad considerada burocrática y la complejidad de los datos al ser muchos pacientes crónicos complejos.

7. OBSERVACIONES.
Aún cundo inicialmente se pensó para el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Jaca posteriormente a su presentación los dos facultativos se han integrado con el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge, en donde hace 5 años ya se realizó un proyecto análogo y se ha incluido en el Acuerdo de gestión del Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge, por lo que figura como responsable el Jefe de Servicio; en los últimos 6 meses los siete facultativos del Hospital San Jorge han participado en la asistencia del Hospital de Jaca y de hecho la mitad de los informes del último mes les corresponden.

Pudiendo concluir que los informe de alta de Medicina Interna procedentes del Hospital de Jaca son actualmente de elevada calidad y cumplen las recomendaciones de la SEMI

*** ========== Resumen del proyecto 2016/638 ========== ***

Nº de registro: 0638

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:
DE DIOS ROMERO ALBERTO, MERINO LABORDA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0638

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El problema se detectó al revisar el incumplimiento de las recomendaciones sobre los informes de alta de los expertos de la Sociedad Española de Medicina Interna (Consenso Para la Elaboración del Informe de Alta Hospitalaria en Especialidades Médicas. Med Clin(Bar).2010;134(11):505-510. Accesible online en: www.elsevier.es/medicinaclinica / http://mileon.files.wordpress.com/2010/05/consensoinformealtahospitalaria.pdf).

Las causas de estas deficiencias en los informes pueden ser el desconocimiento de las directrices o recomendaciones vigentes, la escasa dedicación a una actividad considerada como burocrática y poco atractiva, la complejidad de los datos (pluripatológicos y polimedicados), la mayor probabilidad de cometer errores, el síndrome del médico quemado, la histórica ausencia de evaluaciones de calidad asistencial y la histórica ausencia docente e investigadora basada en la revisión de datos de informes de alta.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera mejorar la calidad y cantidad de información relevante del contenido de los informes de alta. Esta mejora se traduce en un impacto positivo para la continuidad asistencial entre diferentes niveles, se producen menores errores y mayor seguridad, se posibilita un mejor uso de datos para epidemiología, investigación, docencia y se evitan problemas legales.

MÉTODO
Se espera que, al menos el 50% de los procedimientos del informe del alta detallados en el consenso sobre los antecedentes, la historia actual, la exploración física, los exámenes complementarios, la evolución, los diagnósticos, el tratamiento y el control al alta se cumplan.

INDICADORES
Se proponen 16 indicadores (constancia de contenidos en los informes de alta):

1. Ausencia de acrónimos (excepto los clásicos HTA, EPOC y ECG).
2. Antecedentes: familiares, capacidad funcional o grado de dependencia en pacientes de alto riesgo (edad > 80 años, comorbilidad como ictus, neoplasia en fases terminal o demencia, por ejemplo).
3. Antecedente: información detallada de la comorbilidad (grado del déficit cognitivo, grado de EPOC, órganos diana afectados por la HTA o diabetes, % de la HB A1c en la diabetes, el estadiaje de la neoplasia (TNM, por ejemplo), el filtrado glomerular en la insuficiencia renal, causa y grado de la insuficiencia cardiaca, etc.).
4. Antecedente: pronóstico de las enfermedades en estadio avanzado o terminales (mal pronóstico e irreversible) y constancia de la orden de no reanimar o limitación del esfuerzo terapéutico (integrar las Voluntades Anticipadas).
5. Antecedentes: tratamiento actual o previo detallado con el nombre del principio activo, la dosis, la vía de administración y el horario prescrito.
6. Antecedentes: hábitos tóxicos, duración y su estimación cuantitativa.
7. Antecedentes: alergias, intolerancias y efectos adversos (diferenciados).
8. Exploración física: constantes previas habituales (su tendencia) y las de la asistencia pre o extra-hospitalaria (domicilio, 0,61 o Centro de Salud) que motivó el traslado.
9. Exploración física: constantes habituales en Urgencias: presión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), temperatura (Tª), sin olvidar la frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (Sat O2) indicando si es basal o con oxígeno y la escala del dolor si procede (dolor agudo o crónico y bajo tratamiento analgésico).
10. Evolución: consta el razonamiento clínico de los cambios de tratamiento y del diagnóstico diferencial.
11. Diagnóstico principal que motivó el ingreso, evitando en la medida de lo posible la mención de diagnóstico sintomáticos (disnea, dolor, fiebre) o sindrómicos (síndrome anémico, síndrome prostático) sin mención causal (aunque sea una hipótesis). Se detalla el diagnóstico según el indicador número 4.
12. Diagnóstico: grado de funcionalidad / dependencia (Barthel) (si precisa), así como el estado cognitivo (si precisa).
13. Diagnóstico: se incluyen también los efectos adversos, alergias, intolerancias, errores y yatrogenia (si precisa), así como los diagnósticos secundarios.
14. En el plan y recomendaciones se incluye la actitud pronóstica en función del estado de la enfermedad (paliativo, etc., si precisa).
15. Tratamiento: consta el principio activo, la dosis, la duración, la vía y el horario y se razonan los motivos de los cambios terapéuticos.
16. Se explicitan contactos de referencia para resolver dudas (teléfono de la institución / e-mail laboral).

DURACIÓN
- Análisis de la situación mediante estudio de una muestra de 50 informes de alta hospitalarios (escogidos aleatoriamente) del año 2016: hasta Enero de 2016.
- Exposición de datos, análisis y propuestas de mejora dando a conocer el proyecto en detalle a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0638

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE JACA

especialistas a los que va destinado: Febrero de 2017.
- Recogida de datos posterior (muestra aleatoria de 50 informes): de Marzo a Junio de 2016.
- Análisis de impacto (diferencias de cumplimiento de indicadores antes y después del proyecto): Julio de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0986

1. TÍTULO

VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALLER CONDE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRASCO GARCIA MARIA ANGELES
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA
NAVARRO GIL CELIA
FERRER POSA LAURA
GAZO ORTIZ DE URBINA ANA
MARTIN LAHUERTA MARIA
HERRER PURROY LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este periodo se ha llevado a cabo la visita a las instalaciones de obstetricia del Hospital de Jaca con una periodicidad de una al mes por la matrona.
Se ha realizado una recogida de datos de mujeres que acudían a la visita desde Noviembre 2016 a Diciembre 2017 y los recursos empleados han sido la realización y copia de cartel para colocar por el hospital y centros de salud que corresponden y la elaboración de unas láminas para enseñar durante la visita.
Se ha elaborado un dossier para el equipo de matronas en el que se unifica la información a dar en cada visita.
Se ha informado personalmente al equipo ginecológico y matronas del centro de salud en contacto con las gestantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La asistencia de gestantes, respecto del total de nacimientos en nuestro hospital, a la visita ha sido del 22,13% por debajo del standard marcado en un principio. Hemos elaborado esta estadística con las visitas que se han realizado de Enero de 2017 a Diciembre de 2017.
No se ha podido recoger cuestionario de calidad marcado en los objetivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las gestantes y sus familias que han tenido acceso a este servicio nos han reportado satisfacción con el proyecto y durante la dilatación y el parto, las familias eran conocedoras de los protocolos y las rutinas hospitalarias.
El alcance propuesto ha sido menor del marcado en un principio aunque estas tasas derivan en su mayoría de:
- Familiarizadas con las instalaciones por parto previo en nuestro hospital
- Dificultad para cuadrar fechas antes del parto.
- Cambios frecuentes en el equipo de matronas implicadas en el estudio

La renovación de este proyecto supondría la posibilidad de realización de la encuesta de satisfacción que quedó pendiente en esta edición que nos daría datos estadísticos sobre la satisfacción materna y la utilidad del mismo. Para ello vamos a establecer visitas guiadas más regulares, cada tres semanas y a elaborar el cuestionario de satisfacción para ser entregado al alta tras el parto a las mujeres que hayan acudido.

7. OBSERVACIONES.
En esta renovación se han incluido otras colaboradoras.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/986 ========== ***

Nº de registro: 0986

Título
VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES

Autores:
ALLER CONDE MARIA, ESANILLA SAMPER MARIA PILAR, BUENO PERAL ARANZAZU, MARTIN TARIFA LAURA, SANTIAGO SANCHO MARTA, HERRER PURROY LORENA, SAN MIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0986

1. TÍTULO

VISITA A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE JACA PARA FUTURAS MADRES Y PADRES

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muchas guías de atención al parto en el territorio español ya incluyen estas visitas al hospital dentro de su estrategia de atención al parto como parte de su circuito de acogida a la mujer durante su embarazo y al parto
Durante las consultas que realizamos desde la semana 36 de gestación, manifiestan su inquietud por conocer la forma de trabajo y los recursos con los que contamos en nuestro hospital
Creemos que la posibilidad de conocer las instalaciones, materiales, recursos y los lugares dentro del hospital donde se va a desarrollar el nacimiento de sus bebés, transmitirá a madres y a padres seguridad y confianza. Es un buen momento para la resolución de dudas en conjunto sobre la formas de actuación en situaciones de bajo riesgo y de protocolos en caso de traslado materno o neonatal.
Muchas guías de atención al parto en el territorio de España ya incluyen estas visitas al hospital dentro de su estrategia de atención al parto como parte de su circuito de acogida a la atención al embarazo y al parto

RESULTADOS ESPERADOS
Una vivencia más cómoda y cercana de su paso por el hospital conociendo el recorrido normal establecido para un nacimiento de bajo riesgo.
Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto
Mejorar la satisfacción global de la gestante y su familia durante su estancia en nuestra unidad.
Aumentar la información de la gestante sobre el circuito hospitalario en el momento del parto.

MÉTODO
Se programará una visita guiada el primer sábado de cada mes. La llevará a cabo la matrona que se encuentre de guardia ese día y recorrerán las salas de dilatación, los paritorios, sala de primera valoración neonatal y planta de hospitalización con sala de neonatos.
Crearemos un sistema de derivación desde nuestras consultas de matrona y desde las consultas de obstetricia.
Estableceremos un estándar de visita que todas conozcamos para ajustarnos a un mismo recorrido e información

INDICADORES
El 100% de mujeres que vayan dar a luz en nuestro hospital visiten la unidad
El 100% de las mujeres reciban la encuesta de satisfacción
Estableceremos un cuestionario,previa notificación y permiso por parte de la dirección de nuestro hospital, que será anónimo y en sobre cerrado. Dicho custionario estará basado en la escala Likert de satisfacción con 5 niveles de respuesta que recogeremos en el ingreso en planta tras el parto.

DURACIÓN
Se comenzarán las visitas en Noviembre 2016
Realización de las visitas a la unidad: Noviembre 2016-Agosto 2017
Recogida de todas las encuestas Agosto 2017- Septiembre 2017
Evaluación de los datos y del proyecto Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0235

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MARTIN LAHUERTA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLER CONDE MARIA
CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA
FERRER POSA LAURA
GAZO ORTIZ DE URBINA ANA
HERRER PURROY LORENA
NAVARRO GIL CELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Compra de la lenteja (disco-sit), sufragada por los componentes del equipo de mejora.
Se realiza un manual de uso del disco sit, accesible a todo el equipo y de fácil interpretación.
Se elabora un cuestionario de recogida de datos y satisfacción de la usuaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las usuarias ven de forma positiva el uso del disco-sit cuando se les propone su uso.
Las mujeres usuarias de epidural son más partícipes de su parto y más conscientes del mismo al no encontrarse estáticas en la cama durante la dilatación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del proyecto se vio dificultada por la carencia de un disco -sit apropiado en la unidad, por lo que los miembros del equipo de mejora sufragaron los gastos para comprar uno.
Se vió que la mejor forma de presentar el material y su uso no era una reunión con todo el equipo como se planteó al principio. Se valoró la posibilidad de realizar un manual de uso, ya que no requiere una técnica compleja ni dificultosa.
Queda pendiente recoger más datos que corroboren la consecución de los objetivos marcados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/235 ========== ***

Nº de registro: 0235

Título
USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Autores:
MARTIN LAHUERTA MARIA, ALLER CONDE MARIA, CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES, CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA, FERRER POSA LAURA, GAZO ORTIZ DE URBINA ANA, HERRER PURROY LORENA, NAVARRO GIL CELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La pelvis materna tiene cierta capacidad de movimiento entre sus huesos. Los movimientos se producen en las articulaciones propias de la pelvis, provocando una modificación de su morfología interior por donde pasará el feto.
En el parto, la pelvis adapta su forma a la cabeza del bebé. Cada milímetro ganado facilita más su paso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0235

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Comprender que la pelvis se mueve y que deforma su interior significa un gran paso para no obstaculizar ese movimiento en el momento del parto.
En el medio hospitalario, el uso intraparto de la epidural está muy extendido. Tras su administración las mujeres dejan de adoptar posiciones que facilitan la apertura de su pelvis ya que los movimientos quedan prácticamente anulados, dificultando así el paso de la cabeza. A veces, a pesar de lograr dilatación completa el descenso de la cabeza no se efectúa por la limitación de movimientos y deriva en una cesárea o que el descenso sea “asinclitico” y precise un parto instrumental. El índice de cesáreas y partos instrumentados planteado por la Estrategia al Parto Normal (2012) para cumplir estándares de calidad se encuentra por debajo del 15%. En 2017, hemos reducido la tasa de cesáreas a un 20.6% con una tasa de instrumentación de 22.9%. Debido a la mayor morbimortalidad materno-fetal derivada de las intervenciones tocúrgicas se plantea un problema de salud que se presenta en pacientes (mujeres en trabajo de parto con analgesia regional) con unas necesidades específicas (limitación de la movilidad).
La esferodinamia facilita la dilatación, pero cuando se administra la epidural el proceso se suspende por la imposibilidad de la mujer de permanecer de pie de forma autónoma. La lenteja (disco-sit) permite la libertad de movimientos pélvicos, sustituyendo la esferodinamia clásica cuando no es posible tras la epidural, contribuyendo así a la dilatación y a la consecución de un parto eutócico. Posibilita el balanceo pélvico y el movimiento libre de las articulaciones de pelvis, columna y cadera, favoreciendo la ampliación de los diámetros pélvicos y evitando la contranutación sacra producida al estar apoyada contra una superficie dura (colchón) que dificulta el encajamiento de la cabeza.
Es por ello que nos planteamos el uso de una herramienta económica y accesible a nuestra población, que nos permita favorecer la biomecánica en el proceso de parto y así reducir las distocias de dilatación o expulsivo, derivadas de malposiciones fetales.

RESULTADOS ESPERADOS
-Facilitar la mecánica del parto (descenso, flexión, encajamiento, rotación interna) aumentando los diámetros pélvicos y permitiendo mayor elongación de ligamentos y articulaciones pélvicas tras la epidural.
- Disminuir las cesáreas y partos instrumentales como consecuencia de no descensos por distocias de rotación o no encajamiento de la cabeza.
- Hacer partícipe a la mujer de su parto, a pesar de la limitación de movimiento que la epidural produce, mediante la lenteja
- Incrementar la satisfacción de las mujeres en el proceso de nacimiento.
- Fomentar el uso de medidas no farmacológicas que permitan una mejor evolución del parto normal.

MÉTODO
La matrona ofrecerá a la mujer la posibilidad de usar la lenteja, instruyéndola y adaptando las posturas que crea oportunas en función de las exploraciones realizadas.
La paciente puede usarla sentándose sobre ella en la cama con las piernas cruzadas favoreciendo la entrada de la presentación fetal en la pelvis y descansar la espalda en la cabecera de la cama debidamente incorporada.
En decúbito lateral, la mujer se puede colocar encima de la lenteja; asi el sacro está libre y la presión de la lenteja sobre la cresta ilíaca superior permite ampliar los últimos planos del canal del parto, favoreciendo el descenso y el inicio de la expulsión fetal.
En decúbito supino, la lenteja se puede colocar bajo la zona de la pelvis, debajo del sacro. Esto evita que el sacro quede fijado y pueda moverse con libertad.
La recogida de datos la realizarán las matronas del equipo durante el periodo establecido, en una ficha diseñada para tal actividad.

INDICADORES
-Nº partos instrumentados por distocia de rotación o no descenso: Nº partos intervenidos por distocia / total mujeres que usan la lenteja.
-Nº cesáreas con dilatación completa sin existencia de compromiso fetal previo: Nº cesáreas sin compromiso fetal/ total mujeres que usan lenteja
-Nº horas de dilatación: Nº horas dilatación de mujeres que usan la lenteja.
-Nº horas en expulsivo: Nº horas expulsivo de mujeres que usan la lenteja.
-Nº partos eutócicos: Nº partos normales con uso de lenteja / total de partos.

DURACIÓN
- Inicio: una vez confirmada la aceptación por la comisión de calidad.
- Preparación del personal: se reunirá al personal de paritorio para presentar el material y su uso en una sesión de una hora aproximadamente.
- Primera monitorización: 6 meses después del inicio
- Segunda monitorización: 12 meses después del inicio
- Finalización: Evaluación de resultados y valoración de implementación definitiva del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0235

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DEDILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALLER CONDE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAZO ORTIZ DE URBINA ANA
FERRER POSA LAURA
HERRER PURROY LORENA
SANMIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL
PRADAS SANZ MARIA
MARTIN LAHUERTA MARIA
MEDRANO LOPEZ ERIKA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una recopilación de partogramas de hospitales aragoneses, de hospitales de otras Comunidades Autónomas y se revisó el partograma recomendados por la OMS para el establecimiento de la recogida de datos de interés y de las líneas de acción en obstetricia.
Se establecieron reuniones periódicas con el servicio de obstetricia para establecer los datos a recoger en el mismo y posibles mejoras del partograma en uso. Fueron en total 4 reuniones con todo el equipo para la puesta en común.
Se acordó una reunión con supervisora y equipo de planta que recibe a la puérpera y al recién nacido en planta de hospitalización una vez se tuvo el boceto del partograma y los datos a registrar en la epicrisis del parto. Así queríamos mejorar la comunicación escrita con este servicio de cara a una mejora en la asistencia y en la efectividad de las actividades a realizar sobre la madre y el recién nacido incluyendo datos y registros de la estancia en puerperio inmediato.
Por último se presentó el nuevo partograma al servicio de pediatría que asiste en sala de partos para posibles mejoras en la recogida de datos en lo concerniente al recién nacido.
Se consensuó con servicio de documentación del Hospital San Jorge el procedimiento para enviar el nuevo partograma, maquetación y codificación con número de formulario para que pudiese ser suministrado por almacén con el resto de registros enfermeros oficiales utilizados en el Hospital de Jaca.
A día de hoy, el nuevo partograma, está enviado al servicio de documentación del Hospital San Jorge con el acuerdo de todo el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha establecido un nuevo partograma para nuestra unidad de obstetricia del Hospital de Jaca para la mejor recogida y comunicación con los servicios que atienden a la madre y al recién nacido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La necesidad de un mejor registro en nuestro hospital tanto a nivel legal como a nivel funcional en relación al parto era una necesidad que se perseguían desde hacía tiempo. Con este proyecto se ha resuelto, con implicación de varios servicios, este registro y queda resuelta la demanda.
Queda pendiente la valoración tras la implementación del mismo, que no se incluían en este proyecto pero que se realizará en un continuo por seguir mejorándolo en caso de necesidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1282 ========== ***

Nº de registro: 1282

Título
MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:
ALLER CONDE MARIA, GAZO ORTIZ DE URBINA ANA, FERRER POSA LAURA, HERRER PURROY LORENA, SANMIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL, PRADAS SANZ MARIA, MARTIN LAHUERTA MARIA, MEDRANO LOPEZ ERIKA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DEDILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El partograma es una herramienta para realizar un seguimiento del trabajo de parto, fue creada en el año 1954, desde entonces ha evolucionado incluyendo todo tipo de información. ayuda a monitorizar el trabajo de parto, se trata de una representación gráfica de los valores y de los eventos que se producen durante el parto, aparecen valores como los signos vitales de las parturientas, la frecuencia cardíaca de los fetos, el avance de la dilatación cervical, etc. Antes de Emmanuel Friedman no se había realizado ningún modelo exhaustivo de la evolución del trabajo de parto. Fue así que en 1954 él estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto

En 2008 el Ministerio de Sanidad elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto normal ebn la que establece que el uso del partograma reduce los partos prolongados, el uso de oxitocina, las tasas de sepsis posparto y las tasas de cesáreas mientras que incrementa el índice de partos espontáneos. A su vez establece, con una recomendación A, que se utilice una línea de acción de 4 horas
En 2015, la OMS (Organización Mundial de la Salud) anunció esta herramienta como una de las más importantes en el campo de la atención obstétrica moderna, por ello, recomienda su uso a nivel universal.
En la actualidad, el Hospital de Alta Resolución del Pirineo cuenta con un partograma para la recogida de datos y para el seguimiento de la dilatación de manera efectiva y clara. La necesidad de una revisión del mismo se plantea por la mejora en el seguimiento de la dilatación, adecuarnos a las recomendaciones generales del Ministerio de Sanidad en su Guía de Practica Clínica y establecer registros más exactos y de mayor utilidad para la continuidad de cuidados de la parturienta y del recién nacido.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto se dirige a la mejora de las condiciones obstétricas de las parturientas en trabajo de parto y un mayor control de los sucesos intraparto y periparto en recién nacidos con los siguientes objetivos:
-Disminuir la morbilidad y mortalidad maternoperinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
-Proveer a las matronas, personal médico y de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto que ofrezca mejor información del proceso y de eventos anteparto a destacar.
-Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
-Reducir el índice de operaciones cesáreas y los resultados adversos perinatales mediante el establecimiento de líneas de alerta y de acción.

MÉTODO
- Se realizará una recopilación de diferentes partogramas de la Comunidad aragonesa y Comunidades vecinas y del partograma recomendado por la OMS.
- Se realizará una búsqueda bibliográfica para la adecuación a la evidencia científica sobre curvas de dilatación y fases.
- Se establecerán reuniones mensuales con el equipo de Obstetricia de Hospital de Jaca para poner en consenso los puntos o parámetros a modificar.
- Una vez se llegue al consenso de las modificaciones, se establecerá una reunión con el Servicio de Documentación de Sector de Huesca para establecer la maquetación del partograma y elaborarlo.
- Reuniones con el Servicio de Obstetricia postimplantación para nuevas revisiones y posibles modificaciones

INDICADORES
El indicador de consecución de objetivo lo marcará la puesta en marcha del nuevo partograma en nuestro servicio.

DURACIÓN
La duración del proyecto será de un año aproximadamente:
- Recopilación de partogramas : 1 mes
- Búsqueda bibliográfica: 1 mes
- Reuniones de Servicio : mínimo 2
-Maquetación por parte de Servicio de Documentación: en dependencia del mismo
- Puesta en marcha del nuevo partograma: 2 meses
- Reunión de revisión postimplantación: Al menos 1
- Correcciones, mejoras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DEDILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0266

1. TÍTULO

PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LAASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... PEDRO JESUS AGON BANZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYUELO DEL VAL PASCUAL
PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO
NAVARRO GIL CELIA
ESCANILLA SAMPER PILAR
BUENO PERAL ARANZAZU
ALLER CONDE MARIA
MARTINEZ MORALES SAMUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La Comisión de Lactancia del Hospital de Jaca se ha reunido de forma periódica para trabajar en los objetivos descritos en el Proyecto de Acreditación de la primera fase de la IHAN.
Hemos diseñado un Protocolo de Lactancia Materna que recoge las propuestas de la IHAN, lo hemos adaptado a las características propias de nuestro hospital y nos hemos planteado revisarlo anualmente, o siempre que alguna novedad lo haga necesario (última actualización en septiembre de 2017).
Actividades realizadas para difundir el protocolo:
. Reparto de copias en las zonas del hospital que tienen relación directa con los recién nacidos, para que siempre se encuentren al alcance del personal sanitario implicado en la atención neonatal.
. Explicación directa del protocolo al personal sanitario.
. Presentación del protocolo y pautas pasa ser “Hospital IHAN” en sesiones clínicas, el 25 de octubre y el 12 de diciembre de éste año, dentro del programa se sesiones de la Comisión de Formación del Hospital de Jaca.
Hemos puesto en marcha un sistema de registro de datos relativos a la lactancia materna (tipo de parto, peso al nacimiento, tipo de lactancia, etc) que se cumplimenta en todos los partos que se atienden en éste hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En diciembre de 2016 el Hospital de Jaca obtuvo la acreditación de la Fase 1D de la IHAN.
En 2010, la tasa de lactancia materna exclusiva al alta en el Hospital de Jaca era 71.3%. En 2016 logramos un aumentar a 74.3% y actualmente es 74.7%.
La satisfacción de madres, padres y personal sanitario es elevada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Actualmente, desde la comisión de lactancia trabajamos para consolidar las mejoras realizadas y abordar los cambios necesarios para obtener la acreditación de la siguiente fase de la IHAN. Entre ellos, la realización de un curso de lactancia materna para profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/266 ========== ***

Nº de registro: 0266

Título
PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

Autores:
AGON BANZO PEDRO JESUS, PUYUELO DEL VAL PASCUAL, PINILLA FUENTES JOSE ANTONIO, NAVARRO GIL CELIA, ESCANILLA SAMPER PILAR, BUENO PERAL ARANZAZU, ALLER CONDE MARIA, MARTINEZ MORALES SAMUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0266

1. TÍTULO

PROYECTO ACREDITACION DE LA PRIMERA FASE DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE LAASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA (IHAN) EN EL HOSPITAL DE JACA

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En 2004, el Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa, reconoció la lactancia materna como una prioridad de salud pública a nivel europeo, y las bajas tasas de amamantamiento y su abandono temprano como un problema de graves consecuencias para la salud materno-infantil, la comunidad y el medioambiente. Este Plan de Acción Europeo urgió a las administraciones nacionales y comunitarias a poner en marcha planes de actuación y recursos humanos y financieros que promuevan y apoyen eficazmente la lactancia materna. Actualmente, la prevalencia y la duración de la lactancia materna en España continúa siendo inferior a lo recomendado por la OMS y por Asociación Española de Pediatría. En nuestro ámbito, las tasas de lactancia materna exclusiva previa al alta y a los 3 meses de vida se estiman ligeramente mejores que las publicadas en otras áreas sanitarias, no obstante, creemos que todavía podemos progresar en este aspecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo principal es aumentar las tasas de lactancia materna y la duración de la misma, respetando siempre la decisión de la madre que opta por la lactancia artificial.
Nuestro objetivo secundario es obtener la acreditación de la primera fase de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). La IHAN ha sido avalada por la OMS y la UNICEF para animar a los centros sanitarios a adoptar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.
Planteamos estos objetivos como el inicio de un proyecto más ambicioso. Nos proponemos desarrollar de forma progresiva y escalonada los cambios necesarios para completar las 4 fases de la IHAN (www.ihan.es).

MÉTODO
Para lograr la acreditación de la primera fase IHAN es necesario que exista en el Hospital una Comisión de Lactancia y una Normativa de Lactancia Materna establecida. El Hospital de Jaca cuenta con una Comisión de Lactancia con varios años de recorrido, formada por pediatras, ginecólogo, matronas, personal de enfermería y auxiliares. Esta comisión trabaja para desarrollar los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural propuestos por la IHAN.
Disponemos de un Protocolo de Lactancia Materna elaborado por las matronas del Hospital de Jaca, adaptado a las características propias de nuestro Hospital y consensuado en la Comisión de Lactancia.
Para obtener la acreditación de la primera fase de IHAN también es necesario cumplimentar un cuestionario sobre diferentes aspectos asistenciales y organizativos del Hospital. La Comisión de Lactancia, en una de sus reuniones, debatió y completó dicho cuestionario propuesto por la IHAN.

INDICADORES
La IHAN se encarga de evaluar los logros alcanzados en las diferentes fases. No obstante, nosotros evaluaremos anualmente la evolución proyecto por medio de 5 indicadores: tasas de mantenimiento de lactancia materna al alta hospitalaria, a los 3, 6 y 12 meses de edad, y grado de satisfacción materna en cuanto al apoyo recibido.

DURACIÓN
Actualmente, cumplimos los requisitos necesarios para solicitar la acreditación de la primera fase IHAN. Esperamos obtener dicha acreditación este año, consolidar las mejoras realizadas y plantear el abordaje de los cambios necesarios para optar a la fase 2 en 2017. Posteriormente, trabajaremos en el desarrollo de las siguientes fases.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1557

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE ..... DANIEL MANUEL GRACIA BARRANCO
· Profesión ..... TER
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAUSELL MINGOTES PILAR
FRIAS RAMON PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Realización de un listado de verificación de la correcta identificación de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía.

• Medición de resultados antes y después de la implementación de la medida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Resultados antes de la implementación del listado de verificación (medición realizada en Mayo y Junio):
-Total exploraciones realizadas en pacientes ingresados: 31.
-Procedencia: 51,6% Medicina Interna, 35,5% Cirugía, 12,9% Traumatología.
-Prioridad: 96% Normal.
-Número de pacientes ingresados correctamente identificados/Número total de pacientes ingresados a los que se le realiza una radiografía: 29 pacientes/ 31 pacientes.

• Resultados tras la implementación del listado de verificación (medición realizada en Noviembre):
-Total exploraciones realizadas en pacientes ingresados: 13
-Procedencia: 69,2% Medicina Interna, 30,8% Traumatología.
-Prioridad: 100% Normal.
-Número de pacientes ingresados correctamente identificados/Número total de pacientes ingresados a los que se le realiza una radiografía: 13 pacientes/ 13 pacientes.

• Realización del check list: Sí.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia de la implicación del personal TER y los pacientes en su propia seguridad para disminuir el número de efectos adversos, con respecto a la identificación correcta.

Es necesario ampliar la medición para valorar si la medida instaurada ha sido efectiva

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1557 ========== ***

Nº de registro: 1557

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA

Autores:
GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL, RAUSELL MINGOTES PILAR, FRIAS RAMON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes ingresados que precisen la realización de una radiografía.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1557

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO AL QUE SE LE VA A REALIZAR UNA RADIOGRAFIA

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

PROBLEMA
Se define como efecto adverso cualquier evento que provoca daño al paciente. Muchos de los efectos adversos que se producen en el ámbito hospitalario son como consecuencia de un error en la identificación de los pacientes. Los factores precipitantes de este efecto adverso son las edades extremas, problemas de audición, ausencia de protocolos estandarizados entre otros. Estos factores ocurren en nuestro centro dado el envejecimiento de la población de referencia.
Por todo lo anteriormente expuesto, nos parece importante abordar este problema de seguridad en el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejora en la seguridad de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía, disminuyendo el número de efectos adversos mediante la verificación de la correcta identificación.
- Implicación del personal de TER en la seguridad del paciente ingresado.
- Implicación del paciente ingresado en su propia seguridad.

MÉTODO
- Realizar un listado de verificación de la correcta identificación de los pacientes ingresados a los que se les va a realizar una radiografía.
- Implicar a los pacientes en su propia seguridad.

INDICADORES
- Realización del listado de verificación.
- Número de pacientes ingresados correctamente identificados/Número total de pacientes ingresados a los que se le realiza una radiografía.

DURACIÓN
- Realización del listado de verificación: último trimestre de 2016.
- Recogida de los datos: durante el 2017.
- Medición de los resultados: diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1162

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DANIEL MANUEL GRACIA BARRANCO
· Profesión ..... TER
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRIAS RAMON MARIA PILAR
RAUSELL MINGOTES PILAR
GIMENEZ NAVARRO CARMEN
ROCA CAMPO MIRIAM
ALMEIDA ESCARTIN NURIA
TROBAJO NAVARRO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración de un protocolo del uso de arco quirúrgico.
-Revisión y consenso del protocolo por todo el personal sanitario implicado.
-Difusión e implementación del protocolo.
-Realización de una encuesta de satisfacción entre el personal sanitario implicado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados de la encuesta para valorar la satisfacción y las expectativas del personal sanitario implicado:
Nº de encuesta recibidas/ número encuestas entregadas: 100%
• Valoración grado de satisfacción entre los profesionales implicados:
-Grado satisfacción con la elaboración del protocolo: 85% muy satisfecho, 15 % moderadamente satisfecho.
-Grado de satisfacción con la difusión del protocolo: 85% muy satisfecho, 15 % moderadamente satisfecho.

• Valoración de las expectativas:
-Disminución de la variabilidad clínica: 100% muy de acuerdo
-Disminución de la tasa de repetición número de exposiciones inservibles / número total de exposiciones: 71.4% muy de acuerdo, 28.6% acuerdo intermedio.
-Disminución del tiempo de realización de examen: 85% muy de acuerdo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización del protocolo de uso del arco quirúrgico ha supuesto una disminución de la variabilidad clínica en dicho proceso y en el tiempo de realización del examen, mejorando la seguridad clínica del paciente. También se ha logrado un elevado grado de satisfacción entre los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1162 ========== ***

Nº de registro: 1162

Título
UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO

Autores:
GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL, FRIAS RAMON MARIA PILAR, RAUSELL MINGOTES PILAR, GIMENEZ NAVARRO CARMEN, ROCA CAMPO MIRIAM, ALMEIDA ESCARTIN NURIA, TROBAJO NAVARRO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1162

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO

PROBLEMA
El arco quirúrgico es un instrumento utilizado principalmente para la obtención de imágenes radiológicas de alta resolución y calidad a tiempo real, en el ámbito quirúrgico. Este facilita las intervenciones quirúrgicas y permite corroborar los resultados de manera inmediata.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende unificar los criterios de uso de un arco quirúrgico por los profesionales que integran el servicio, asegurando los estándares de calidad requeridos.

MÉTODO
Las acciones previstas son la elaboración de un protocolo consensuado de uso del arco quirúrgico, acompañada de la difusión del mismo.

INDICADORES
Elaboración del protocolo.
Difusión del mismo entre los miembros del servicio.

DURACIÓN
La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:
- mayo - agosto -> Redacción del protocolo.
- septiembre -> Aprobación consensuada del protocolo
- noviembre – diciembre -> Difusión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EUGENIA PALANCA GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALADREN PEREZ BELEN
BORRA MOLINER ELISA
GONZALEZ GARCIA RICARDA
LACASTA VIVAS CARLOS
LAVILLA VILLAVERDE CARMEN
POVEDA SERRANO PILAR
SUPERVIA ALONSO ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nos propusimos analizar desde el servicio de urgencias, mediante los siguientes indicadores las recomendaciones que elaboró la sociedad Española de Medicina de urgencias y emergencias (SEMES) sobre "Que no hacer", como objetivo principal de disminuir las intervenciones sanitarias innecesarias. Realizando un estudio observacional, descriptivo y de carácter retrospectivo analizando estos indicadores:
1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieren el control de diuresis:

a. Revisar historia clínica electrónica (HCE) de los pacientes con diagnóstico de : Insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón, shock, sepsis, hematuria, retención orina.
b. ¿Han utilizado sonda vesical?
c. Indicaciones para el uso de sonda vesical para el control de diuresis en estos pacientes:
- Pacientes graves que requieran control estricto de la diuresis sin poder asegurar la micción espontánea voluntaria.
- determinados procedimientos quirúrgicos.
- retención y obstrucción urinaria.
- excepcionalmente para mantener seco la zona genital como en el caso de escaras locales, introducir medicamentos con fines diagnósticos o terapéuticos, proporcionar una drenaje continuo o de lavado continuo de la vejiga.
d. Formula: nº pacientes a los que no se les coloca sonda urinaria para control de diuresis/nº de pacientes que se les debe controlar la diuresis x 100.
e. Estándar: 80%.

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea:

a. Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de : insuficiencia cardiaca, EPOC, insuficiencia respiratoria, disnea, infección respiratoria, neumonía, insuficiencia respiratoria, asma, bronquitis.
b. ¿ Se ha realizado gasometría arterial?
c. Indicaciones de realización de gasometría arterial:
- EPOC
- Exacerbación moderada o grave.
- Constataciones de O2 bajas y/o sospecha de hipercapnia o carbonarcosis.
- Si es necesario por inicio o control de VMNI.
d. Insuficiencia cardiaca grave.
e. Asma si existen signos de:
- Crisis grave o de riesgo vital.
- Mala respuesta al tratamiento.
- Pacientes que no se puede mantener saturación por encima de 90% a pesar de oxigenoterapia.
f. Fórmula: nº pacientes que acude a urgencias por disnea a los que no se les realiza gasometría arterial/nº pacientes atendidos en urgencias por disnea x 100.
g. Estándar: 80%

3. No realizar ecografía venosa de extremidades en pacientes con baja sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) y dímero-D negativo:

a. Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de "dolor en extremidades", TVP.
b. ¿Se realizó determinación analítica de dímero D?.
c. Se calculó la probabilidad clínica-escala de Wells (escala de Puesto clínico hospitalario, PCH).
d. Se derivó a Hospital de referencia para hacer ecografía venosa.
e. En aquellos pacientes con probabilidad clínica baja y dímero negativo, no precisan prueba de imagen ya que excluye el diagnostico con seguridad por la baja incidencia de acontecimientos trombóticos (o,7%) durante el seguimiento a los 3 meses.
f. Formula: nº pacientes que acuden a urgencias y a los que no se derivan y/o no realizan Eco doppler con baja sospecha de TVP (escala TVP en PCH (PCH)=0)/ nº de pacientes que acuden a urgencias con baja sospecha de TVP (escala TVP de PCH=0)x 100.
g. Estándar: 90%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

4. No administrar plasma o concentrados de complejo de protrombina en una situación de no emergencia para revertir los antagonistas de la vitamina K:

a. Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva, hematuria, sangrado que requiera intervención quirúrgica por ejemplo el politraumatizado y además si están tomando sintrom, warfarina).
b. ¿Se ha administrado protomplex/plasma?.
c. Los concentrados de complejo de protombina sólo se deben ultilizarse en pacientes con hemorragia grave y en aquellos que necesitan cirugía urgente. Plasma sólo debe utilizarse en este contexto si los concentrados de protombina no están disponibles o están contraindicado.
d. Formula: nº de pacientes a los que no se les ha administrado plasma o concentrado de complejo de protombina para revertir a los antagonistas de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia/nº de pacientes en tratamiento con antagonistas de de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia x100.
e. Estándar: 90%.

5. No se debe colocar una sonde nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas:

a. Revisar HCE de hemorragia digestiva alta y baja, valorar si se ha puesto SNG o no.
b. Su colocación raramente modifica el manejo del paciente con hemorragia digestiva, no tiene capacidad de predecir la necesidad de tratamiento endoscópico, no tienen impacto de resultados, no cambia actitudes clínicas, puede asociarse a un importante número de complicaciones.
c. Formula: nº de pacientes a los que no se les coloca SNG antes hemorragia digestiva/nº de pacientes que acuden a urgencias con hemorragia digestiva x100.
d. Estándar: 95%.

Se han difundido todos estos datos, entre los profesionales de urgencias y de hospitalización y las recomendaciones de las Semes mediante sesiones clínicas. En la primera sesión clínica realizada en noviembre/18 además se explicó los objetivos de este trabajo de calidad y posteriormente tras la recogida y análisis de datos se ha hecho otra sesión clínica en enero/19 para exponer los resultados obtenidos y a que conclusiones se ha llegado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A.Muestra a estudio:
La población a estudio la formarán todos aquellos pacientes mayores de 14 años de edad que tienen como primer diagnostico en el servicio de urgencias del Hospital de Jaca, los antes mencionados en el periodo comprendido desde le día 1 de septiembre del 2017 al día 30 de septiembre del 2018.

B. Descripción de la muestra.
Se obtuvo una muestra de 778 pacientes distribuidos, según el diagnóstico, de la siguiente manera:
- insuficiencia cardíaca :149
- edema agudo de pulmón:8
- shock :9
- sepsis :29
- disnea: 33
- EPOC : 49
- insuficiencia respiratoria :35
- infección respiratoria : 54
- neumonía: 99
- bronquitis :135
- asma :31
- dolor de extremidad : 16
- edema de extremidad : 4
- TVP :10
- hemorragia digestiva alta : 18
- hemorragia digestiva baja : 11
- ascitis : 6
- politraumatizado : 5
- hematuria : 42
- retención de orina : 34

De esos 778 pacientes, 457 eran hombres (58,7%) y 321 mujeres (41,3%).
En relación a la edad, la mayoría de los participantes tenían entre 78 y 98 años (47%), siendo el siguiente grupo de edad más numeroso, con un 28,5%, el que comprendía el intervalo entre 57-77 años. Así mismo, siguiendo la tendencia descendente en cuanto a frecuencia, se situarán con un 16,1%, 7,2% y 1,2% respectivamente los siguientes intervalos de edad: grupo de 36-56 años, 17-35 años y mayor o igual a 99 años.

C. Recogida de datos.
Accediendo a la historia clínica electrónica (HCE) del paciente y al episodio relativo a la fecha y diagnóstico que consta en el PCH para la obtención de las variables a estudio, siempre manteniendo en el anonimato los datos del paciente a estudio.
Con toda la información obtenida se cumplimentarán una tabla Excel para, posteriormente, realizar la tabulación y análisis de los datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

D. Análisis y tratamiento de los datos.
A través de los programas:
Microsoft Office Excel para la codificación y tabulación de datos.
Microsoft Office Word para la redacción de informes y conclusiones.
SPSS para Windows (v.16.0) para el análisis estadístico de los datos obtenidos.
Microsoft Office PowerPoint 2007 para la realización del material de apoyo empleado en la presentación del trabajo.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cualitativas empleando porcentajes, y frecuencias absolutas mientras que, para las variables cuantitativas, además de las medidas anteriormente citadas, se utilizarán la mediana y la moda.

1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieran control de diuresis:
De un total de 271 pacientes a un 31% (n=84) se les colocó sondaje vesical y a un 69% (n=187) no se les realizó, si lo analizamos según el diagnóstico con requerimientos para control de diuresis no se cumple el estándar establecido (80%) excepto en los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca que no se realizó sondaje vesical (91,9%), en el resto que son edema agudo de pulmón (50%), shock (33,3%), sepsis (72,4%), hematuria (52,4%), retención orina (0,0%) no llegan al estándar establecido, además llama la atención que en el diagnostico de sepsis predominan los pacientes no sondados (de 29 pacientes en total, 8 consta que se realizó sondaje y en 21 no se realizó), que nos puede indicar que no se está realizando un control estricto de diuresis como indican las guías o que no consta en la historia clínica que se realizó este procedimiento.

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea:
Se analizó una muestra de 593 pacientes a los que un 67,5% no se les realizó por lo que no llegamos al estándar (80%) y si se realizo a una 32,5%. A los paciente que se les realizó mas este tipo de procedimiento ha sido con diagnóstico de edema agudo de pulmón (75%), EPOC (61,2%), insuficiencia respiratoria (57,1%) y cumplen el estándar a aquellos pacientes con diagnostico de bronquitis (85,9%) y asma (93,5%).
Cuando se analizaron todas estas historias clínica se llegó a la conclusión de que no consta que técnica se realiza, que tipo de gasometría si es arterial o venosa y en que condiciones se realizaba esta técnica (en estado basal o con oxígeno) y si se tenía en cuenta el estado basal de ese paciente (con que cifras de oxigeno tiene normalmente) para disminuir el número de gaometrías realizadas.

3. No realizar eco doppler a pacientes con baja sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) y D-dímero negativo:
Aquí tenemos una casuística baja (n=26) con un 57,69% que no se realizó ecografía por lo que estamos por debajo del estándar (90%) que puede ser debido también a la muestra baja de pacientes. Se les realizó D-dímero a todos pacientes con dolor de extremidad (n= 16) y sospecha de TVP (n= 10) siendo el resultado del mismo positivo en en 15 (5 con diagnostico de dolor de extremidad y 10 como primer diagnostico de sospecha de TVP), a todos ellos se les derivó para realizar un ecografía a nuestro hospital de referencia, al no disponer en nuestro hospital de ecografía de urgencias. Además solo en un paciente quedó registrado el calculo de escala de Wells en su historia clínica que tenía D-dímero positivo y se derivo al hospital de referencia para realizar ecografía.

4. No administrar plasma o concentrado de complejo de protombina en una situación de no emergencia para revertir a los antagonistas de la vitamina K :
De una muestra de 71 pacientes solo a uno se le administró complejo de protombina con diagnostico de hemorragia digestiva alta y en tratamiento con sintrom . De estos 71 pacientes revisados con diagnóstico de hemorragia digestiva alta (n=18), hemorragia digestiva baja (n=11) y hematuria (n=42), están tomando sintrom un 16,9% (n=12) . No se administró plasma ni complejo de protombina a un 98, 6% que supera el estándar establecido (90%).

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas:
De un total de 29 pacientes (n=18 con diagnósticos de hemorragia digestiva alta, n= 11 con diagnostico de hemorragia digestiva baja) a un paciente se le colocó la SNG que presentaba una hemorragia digestiva alta, es decir a un 96,6% no se coloco SNG por lo que estamos encima del estándar establecido (95%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Un control mayor de diuresis en enfermos con patologías como las sepsis.
- Dejar reflejado en las historias clínicas las técnicas que se realiza (tipos de sondaje, gasometrías) y las condiciones en que éstas se llevan a cabo para no perder información para futuros estudios.
- Utilizar las escalas que tenemos en el PCH y registrarlas en la historia clínica.
- Mientras realizábamos esté análisis de datos desde nuestro hospital de referencia surgió un nuevo protocolo sobre el manejo del paciente con sospecha de TVP, por lo que en la segunda parte de este estudio valoraremos si hay una mejora sobre el manejo del paciente con sospecha de TVP tras la implantación del protocolo a seguir.
- Tras exponer con datos de este primera parte del estudio y exponer las conclusiones y los que hay que mejorar a los profesionales de urgencias y del hospital se volverán a hacer un segundo estudio entre el periodo de 1/10/18 hasta el 1/05/19 para ver si este estudio ha impactado de forma positiva en la optimización de recursos, evitar los riesgos secundarios a la realización intervenciones innecesarias y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/938 ========== ***

Nº de registro: 0938

Título
QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:
PALANCA GRACIA EUGENIA, BORRA MOLINER ELISA, ALADREN PEREZ BELEN, GONZALEZ GARCIA RICARDA, LAVILLA VILLAVERDE CARMEN, LACASTA VIVAS CARLOS, POVEDA SERRANO PILAR, SUPERVIA ALONSO ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

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

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

PROBLEMA
Ante la situación actual de disminución de los recursos en los servicios de salud se ha hecho necesario el identificar y disminuir aquellos actos sanitarios sin una gran evidencia científica, lo que supone una falta de beneficio para el paciente, disminuye la seguridad del mismo ya que en muchas ocasiones estos actos pueden producir un daño en el usuario y aumenta los costes.
Varias han sido las iniciativas y propuestas para intentar controlar el problema de realizar actuaciones médicas y diagnósticas como las do not do recommendations (dndR), u otras como «Chooseling wisely» o «Making prudent healthcare happen», cuyos principios giran en torno a: no hacer daño, llevar a cabo la intervención mínima apropiada o hacer exclusivamente lo que sabemos y podemos hacer bien, siempre en un contexto de renovación de las relaciones entre profesionales y usuarios basado en la corresponsabilidad para la obtención de los mejores resultados y la atención más equitativa.
En 2013 el Ministerio de Sanidad realizó un “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas” con objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, estableciéndose una línea de trabajo “Que No Hacer”, sobre la cual Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)elaboró sus 5 recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimizar los recursos
- Evitar los riesgos secundarios a la realización de intervenciones innecesarias
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados

MÉTODO
- Elaborar recomendaciones, criterios de inclusión y de derivación en relación a las recomendaciones “que no hacer” de SEMES
- Difundir entre los profesionales de urgencias y hospitalización las recomendaciones de SEMES mediante sesiones clínicas
- Medir el impacto de la intervención:
- Situación previa a la intervención
- Situación tras la intervención

INDICADORES
1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieran el control de la diuresis.
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: Nº de pacientes a los que no se les coloca sonda urinaria para control de diuresis/Nº de pacientes que se les debe controlar la diuresis x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias que precisan control de diuresis
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencia (SU)
f.Estándar: 80%

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: Nº de pacientes que acude a urgencias por disnea a los que NO se les realiza gasometría arterial/ Nº de pacientes atendidos en urgencias por disnea x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por disnea
d.Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 80%

3. No realizar ECO doppler a pacientes con baja sospecha de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Dimero D negativo
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: Nº de pacientes que acuden a urgencias y a los que no se deriva y/o no realiza ECO doppler con baja sospecha de TVP (escala TVP de Puesto Clinico Hospitalario (PCH) = 0) y Dimero D negativo/ Nº de pacientes que acuden a urgencias con baja sospecha de TVP (escala TVP de PCH= 0) x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias con sospecha baja de TVP
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 90%

4. No administrar plasma o concentrados de complejo de protrombina en una situación de no emergencia para revertir a los antagonistas de la vitamina K
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: Nº de pacientes a los que No se les ha administrado plasma o concentrado de complejo de protrombina para revertir a los antagonistas de la Vitamina K en una situación de no emergencia / Nº de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por hemorragia grave y que toman antagonistas de la Vitamina K
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 90%

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas (HD).
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: Nº de pacientes a los que NO se les coloca SNG ante una HD / Nº de pacientes que acuden a urgencias con HD x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por HD
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
f. Estándar: 95%

DURACIÓN
- Análisis de la situación previo a la difusión de las recomendaciones en septiembre 2018
- Dar a conocer las recomendaciones a través de sesiones clínicas y documento
- Recoger los datos tras implantación del proceso en el primer trimestre de 2019
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1124

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 14/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JAVIER CALLAU PUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CHIA QUINTIN
DOMINGUEZ IZQUIERDO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El grupo de mejora constituido para la realización de este proyecto se reunió con periodicidad quincenal los primeros tres meses para
repartir tareas de acuerdo a la categoría profesional de cada miembro del equipo de mejora.
Tras la revisión de los aspectos jurídicos de la Documentación Clínica, actualizarla a las necesidades de los objetivos del proyecto
Se trabajó conjuntamente en la elaboración de un protocolo de actuación para con la documentación clínica que disipe las dudas existentes en éste aspecto a todos los profesionales del hospital. .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Se realizó una revisión completa de la legislación referente al uso de la documentación clínica y a los derechos de los ciudadanos con respecto al contenido de todos aquellos datos que aparecen en la Historia Clínica.
2. Se ha documentado el proceso "solicitud de documentación clínica", donde se recoge el protocolo de actuación ante las diferentes solicitudes de documentación clínica con las que nos encontramos en el trabajo diario del servicio de Documentación Clínica y Archivos del Hospital San Jorge.

El documento generado tiene 2 destinatarios finales:
- Externos: Todos aquellos usuarios y ciudadanos que necesiten solicitar cualquier documento de la Historia Clínica del hospital tanto suya como de aquellos a los que pueda representar legalmente.
- Internos: Todo el personal sanitario del hospital que esté en contacto con la Historia Clínica de los pacientes y a los que se les pueda pedir cualquier documento referido a los procesos asistenciales que haya tenido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha mejorado el conocimiento de todos los profesionales del hospital respecto la solicitud de documentación clínica y redundará sin lugar a dudas en la calidad del proceso de entrega de documentación clínica a distintos agentes
La legislación que regula estos aspectos ha sufrido modificaciones en los últimos años, por lo que resultaba imprescindible realizar una revisión de la misma para actualizar la toma de decisiones a la hora de servir o no la documentación clínica solicitada

7. OBSERVACIONES.
Queda pendiente la valoración de la adecuada implementación del protocolo. Para ello en los siguientes meses se auditarán las solicitudes. El indicador que utilizaremos para medir el resultado será el siguiente:
Número de solicitudes de documentación realizadas siguiendo el protocolo / Número total de solicitudes de documentación

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1124 ========== ***

Nº de registro: 1124

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
CALLAU PUENTE JAVIER, SOLANO CHIA QUINTIN, DOMINGUEZ IZQUIERDO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1124

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL PROCESO DE SALIDA DE DOCUMENTACION CLINICA DESDE EL HOSPITAL SAN JORGE

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Documentación clínica referida a cualquier patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Eficiencia en la gestión de la documentación clínica
---
Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Hospital San Jorge, como todos los hospitales de la red pública, están sujetos a continuas peticiones de documentación clínica tanto por parte de particulares como entidades (mutuas, aseguradoras etc.), así como juzgados y profesionales sanitarios con fines de investigación, inspección etc.
La legislación que regula estos aspectos está bastante dispersa y ha sufrido modificaciones en los últimos años, lo que dificulta la toma de decisiones a la hora de servir o no la documentación clínica solicitada por los distintos agentes que hemos comentado anteriormente.
Una vez acabado el proyecto mejorará el conocimiento de todos los profesionales del hospital respecto a este tema y redundará sin lugar a dudas en la calidad del proceso de entrega de documentación clínica a agentes distintos de las personas a las que se refiere la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Realizar una revisión completa de la legislación referente al uso de la documentación clínica y a los derechos de los ciudadanos con respecto al contenido de todos aquellos datos que aparecen en la Historia Clínica.
2. Redactar un protocolo de actuación ante las diferentes solicitudes de documentación clínica con las que nos encontramos en el trabajo diario del servicio de Documentación Clínica y Archivos del Hospital San Jorge.

MÉTODO
Desarrollar una revisión de los aspectos jurídicos de la Documentación Clínica, actualizarla a las necesidades de los objetivos del proyecto y elaboración de un protocolo de actuación para con la documentación clínica que disipe las dudas existentes en éste aspecto a todos los profesionales del hospital.
Los profesionales implicados en el proyecto se reunirán 2 veces al mes en reuniones de no más de 3 horas para desarrollar las conclusiones del trabajo individual que haya realizado cada uno durante ese periodo.

INDICADORES
Protocolo de actuación por escrito aceptado por la Comisión de Historias Clínicas del Hospital, validado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital.

DURACIÓN
2017: Enero a marzo: Revisión de la legislación actual.
2017: Abril a Septiembre: Redacción del protocolo y presentación a la Comisión de Historias Clínicas del Hospital.
2017: Octubre a Diciembre: Validación por la Unidad de Calidad y aprobación por la Dirección.

OBSERVACIONES
El proyecto mejorará el conocimiento y la actuación de todos los profesionales del hospital respecto a la gestión de la Documentación Clínica en todos los aspectos jurídicos que plantea, aclarando todas las actuaciones que se presenten, en un tema tan delicado y complejo como lo es el uso de la documentación cumpliendo estrictamente las leyes que protegen la confidencialidad para los usuarios del sistema sanitario.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER CALLAU PUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NIVELA DURAND SOLEDAD
SOLANO CHIA QUINTIN
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE
ACIN CANFRANC LORENZO
IZARBEZ PUENTE ALBERTO
BORREL RONCALES LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han delimitado todos los procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo de la Unidad de Admisión y Documentación del Hospital S Jorge. Se delimitaron entradas y salidas.
Se han priorizado los procesos mediante un sistema de puntuación individual por los miembros del equipo de mejora valorando la idoneidad, la oportunidad, la factibilidad, la repercusión en los pacientes y/o usuarios, el beneficio para el personal sanitario y la eficiencia (coste económico y en valores como tiempo)
Se nombró propietario de cada proceso, siendo responsables de documentar el mismo, identificando al menos un indicador de medida del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se identificaron 6 Procesos operativos y 24 procesos secundarios. Se han documentado el 100 % de los procesos.
Se han identificado un 90 % de los formatos
Queda la implantación del registro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Documentar todos los procesos por un único equipo de mejora, ha supuesto una importante carga de trabajo para algunos profesionales.
Se valora positivamente lo que supone como normalización del trabajo del Servicio, lo que compensaría la carga de trabajo.
Es necesaria la implicación de todo el personal para lograr registros bien cumplimentados que faciliten la elaboración de indicadores
Sería de gran ayuda un cuadro de mando con los indicadores propuestos

7. OBSERVACIONES.
El trabajo sirve de base para optar a certificación externa calidad tipo ISO 9001

*** ========== Resumen del proyecto 2018/546 ========== ***

Nº de registro: 0546

Título
COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S. JORGE DE HUESCA

Autores:
CALLAU PUENTE JAVIER, NIVELA DURAND SOLEDAD, SOLANO CHIA QUINTIN, ACIN CANFRANC LORENZO, IZARBEZ PUENTE ALBERTO, BORREL RONCALES LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

PROBLEMA
Se ha visto la necesidad de normalizar todos los procesos que se realizan en la Unidad de Admisión y Documentación clínica del Hospital S. Jorge. No es tarea ni sencilla ni que se pueda acometer en un corto espacio de tiempo. El programa deberá implicar al mayor número de profesionales posible que trabajen en la Unidad, para que sean ellos los que definan quién, cómo, dónde, en cuanto tiempo se realizan todas las actividades, y de qué manera añadirán valor a la forma de hacerlo en la actualidad.
El servicio de Admisión es un pilar fundamental en el funcionamiento de los Hospitales. Su funcionamiento óptimo es fundamental para la gestión adecuada de recursos (camas, quirófano, pruebas diagnósticas, consultas externas, listas de espera...) En los últimos años las nuevas tecnologías han cambiado en gran manera la forma de trabajar y tanto el personal como procesos y procedimientos se han ido adaptando, pero la normalización facilitará el trabajo, aumentará la eficacia y la eficiencia no solo de este servicio, sino del Hospital en general lo que repercutirá en una mejora de la atención que se presta a los pacientes.
En el aspecto de la Documentación Clínica, la gestión de las historias clínicas entraña una gran dificultad por el volumen que se mueve diariamente, siendo el archivo una de las unidades con capacidad para mejorar. Además, se presenta la historia clínica informatizada como un nuevo reto.
Dentro de éste escenario en 2016 se plantearon las bases para tratar de alcanzar una certificación externa de calidad tipo ISO 9001.
A lo largo del año 2017 desde el SADC se han desarrollado hasta el 70% de los procesos por lo que para el 2018 que darían el 30% para llegar a conseguir el 100%.

RESULTADOS ESPERADOS
- Conseguir la normalización de todos los procesos de la Unidad de Admisión y Documentación clínica (finalización del 30% de los procesos que quedan por documentar).
- Proponer la certificación externa como garantía de compromiso con la calidad y la mejora continua

MÉTODO
? Identificar todos los procesos relacionados con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica que faltan de normalizar.
? Delimitar la entrada y salida de los procesos
? Priorizar los procesos mediante un sistema de puntuación individual que valora la idoneidad, la oportunidad, la factibilidad, el beneficio que obtendrán los pacientes, el beneficio que obtendrá el personal sanitario, el coste económico o la mejora de la eficiencia.
? Nombrar los responsables de cada proceso.
? Documentar por el grupo de mejora.
? Identificar al menos un indicador por proceso.
? Normalizar formatos y registros.
? Plantear un sistema de auditoría interna, detectando áreas de mejora y observaciones o incumplimientos de lo normalizado.
? Revisión por la dirección

INDICADORES
Procedimiento de Ingreso (SI /NO)
Procedimiento de Traslado (SI /NO)
Procedimiento de Alta (SI /NO)
Proceso de coordinación organizativa del proceso asistencial en CEX (SI /NO)
Inclusión de pacientes en el registro de demanda quirúrgica (% de pacientes con datos incompletos o mal recogidos del total de pacientes incluidos el LEQ)
Preparación de dosieres para estudio-investigación (SI /NO)
Relación de puestos de trabajo (RPT) del SADC y definición del acceso informático. (SI /NO)

DURACIÓN
Fecha Inicio: 01/01/2018
Fecha finalización: 31/12/2018
Calendario:
? Primer semestre 2018: Revisión del total de los procesos definidos en su día e identificación de procesos que quedan hasta finalizar.
? Segundo semestre 2018:
1. Documentar el 30% de los procesos restantes.
2. Implantar
- Propuestas para 2019:
-Auditoría interna.
- Revisión por la Dirección
- Proponer la Certificación Externa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1247

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBA LATAS VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La población a estudio la comprendieron 62 pacientes con sospecha de alergia a penicilinas con o sin pruebas previas cuya historia clínica no contraindicaba la realización de las mismas. Para ello se realizaron a estos pacientes a estudio pruebas cutáneas en prick e intradérmicas con PPL, DM, Penicilina G, Ampicilina, Amoxicilina, ácido clavulánico, y si eran negativas se les realizaba una prueba de exposición oral con la o las pencilinas problema. Como control positivo se utilizó histamina diclorhidrato (10 mg/ml) y como control negativo una solución salina. A 20 pacientes se les extrajo una muestra de sangre para la determinación de los niveles de IgE total y específica frente a Amoxicilina, Ampicilina, Penicilina G, Penicilina V.

Los indicadores que se utilizaron para monitorizar el proyecto fueron los siguientes:
1. Número de pacientes con resultado positivo en los prick-test o pruebas intradérmicas para cualquiera de las penicilinas o sus componentes o con prueba de exposición positiva/ número total de pacientes a los que se realizan estas pruebas.
2. Número de pacientes con resultado positivo en los prick-test o pruebas intradérmicas para ácido clavulánico o con prueba de exposición positiva para ácido clavulánico/ número total de pacientes a los que se realizan las pruebas.
3. Número de pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas, con reacción a Penicilinas en años anteriores a 2017, con o sin pruebas de alergia previas, y son verdaderamente alérgicos/ número total de pacientes que creían ser alérgicos a penicilinas.
4. Número de pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas, con reacción a Penicilinas en años anteriores a 2017, con o sin pruebas de alergia previas, y no lo son/ número total de.
5. Número de historias clínicas de los pacientes del proyecto que contienen un documento de consentimiento informado firmado por el médico y el paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El porcentaje de pacientes con pruebas positivas para Penicilinas fue del 19,3%
El porcentaje de pacientes con pruebas positivas para ácido clavulánico pero con tolerancia a Penicilinas fue del 4,8%
El 10% de los pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas con reacción a Penicilinas en años anteriores, con o sin pruebas de alergia previas, son verdaderamente alérgicos a estos fármacos.
El 90% de los pacientes que creían ser alérgicos a Penicilinas con reacción a Penicilinas en años anteriores, con o sin pruebas de alergia previas, no lo son realmente
El porcentaje de historias clínicas de los pacientes incluidos en el proyecto es del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Realizar un correcto diagnóstico de alergia a penicilinas o descartar alergia a las mismas es importante por las consecuencias que para el paciente tiene el poder o no emplear estos fármacos en futuras infecciones bacterianas. Descartar que un paciente sea alérgico a Penicilinas permite que en un futuro pueda beneficiarse del tratamiento más idóneo para él y no tener que emplear una alternativa menos eficaz y/o más cara.

7. OBSERVACIONES.
El poder realizar pruebas diagnósticas, en ocasiones de riesgo, en unas condiciones de seguridad para el paciente, con los recursos materiales y humanos necesarios, permite al personal sanitario de la Unidad de alergología realizar su trabajo con una mayor seguridad. Como resultado se mejora la calidad en la atención a nuestros pacientes, evitándoles falsos diagnósticos de alergia a fármacos. Sin unas condiciones de seguridad mínimas no se pueden realizar pruebas de riesgo como son las pruebas con fármacos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1247 ========== ***

Nº de registro: 1247

Título
INCIDENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1247

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE ALERGIA A PENICILINAS EN PACIENTES DE LA PROVINCIA DE HUESCA CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE ALERGIA A ESTOS FARMACOS

ALERGIA A ESTOS FARMACOS

Autores:
ROJAS HIJAZO BEATRIZ, BARBA LATAS VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
Realizar un correcto diagnóstico de alergia a penicilinas o descartar alergia a las mismas es importante por las consecuencias que para el paciente tiene el poder o no emplear estos fármacos en futuras infecciones bacterianas. Disponer de los medios materiales y humanos adecuados es fundamental para llevar a cabo un diagnóstico correcto.

RESULTADOS ESPERADOS
El presente proyecto tiene como objetivo principal confirmar o descartar alergia a antibióticos betalactámicos en pacientes de la provincia de Huesca con sospecha de alergia a Penicilinas, con o sin pruebas cutáneas y de exposición previas, que acuden a la consulta de alergia del Hospital San Jorge para confirmar o descartar dicho diagnóstico de sospecha.

MÉTODO
La población a estudio la comprenden 100 pacientes con sospecha de alergia a penicilinas con o sin pruebas previas cuya historia clínica no contraindique la realización de las mismas. Para ello se realizarán a estos pacientes a estudio pruebas cutáneas en prick e intradérmicas con PPL, DM, Penicilina G, Ampicilina, Amoxicilina, y si son negativas se les realizará una prueba de exposición oral con la o las pencilinas problema. Como control positivo se utilizará histamina diclorhidrato (10 mg/ml) y como control negativo una solución salina. A todos los pacientes se les extraerá una muestra de sangre para la determinación de los niveles de IgE total y específica frente a Amoxicilina, Ampicilina, Penicilina G, Penicilina V.

INDICADORES
Los indicadores que se van a utilizar para monitorizar el proyecto son los siguientes:
1. Número de pacientes con resultado positivo en los prick-test o pruebas intradérmicas para cualquiera de las penicilinas o sus componentes/ número total de pacientes a los que se realizan estas pruebas.
2. Número de pacientes con resultado positivo en las pruebas de exposición oral o parenteral frente a Penicilinas/ número total de pacientes a los que se realizan las pruebas de exposición con estos fármacos.
El primer indicador se va a obtener mediante la realización de pruebas cutáneas mediante prick test y pruebas intradérmicas a todos los pacientes incluidos en el proyecto. Tras un tiempo de 15 minutos se leerán y se anotarán los resultados en una hoja de registro.
El segundo indicador se va a obtener mediante la realización de pruebas de exposición oral o parenteral a los pacientes cuyas pruebas cutáneas o determinación analítica de IgE específica sean negativas. Se anotarán los resultados en una hoja de registro.

DURACIÓN
Inicio estimado del proyecto junio 2017. Período de reclutamiento: 5 meses. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, los datos sobre la enfermedad, se realizarán las pruebas cutáneas y se sacará una muestra de sangre a los sujetos en los que esté indicado. Fin estimado del estudio: Octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBA LATAS VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Lectura detenida del documento RESCAL (Recomendaciones de Seguridad y Calidad en Alergología). Este documento fue publicado en enero de 2018 por el Comité de Calidad y Seguridad de la SEAIC (Sociedad española de Alergología e Inmunología Clínica) con el objetivo de proporcionar una serie de recomendaciones sobre recursos humanos, técnicos y estructurales y de tiempos en función del riesgo y complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
• La alergóloga ha identificado y clasificado las enfermedades alérgicas y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las mismas de los 760 pacientes de primeras consultas visitados entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018, así como el riesgo de realizar estos procedimientos. La clasificación se ha realizado en base a la anamnesis y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de alergología en función del riesgo estimado, estableciéndose los niveles de riesgo A, B Y C. Para cada nivel de estratificación el documento RESCAL define los recursos técnicos, estructurales y humanos necesarios para su ejecución, así como el tiempo de dedicación asistencial requerido.
Nivel A: Baja complejidad, corta duración (observación <2h), bajo riesgo de reacciones. Estas pruebas se pueden hacer en cualquier centro sanitario, con un nivel de asistencia bajo. Incluyen pruebas cutáneas, pruebas epicutáneas, espirometría, Test de broncodilatación.
Nivel B: Mayor complejidad, Observación >2h (tiempo en el que el paciente ha de permanecer bajo vigilancia del personal sanitario), Riesgo moderado-Alto de reacciones. Se recomienda que estas pruebas se realicen en un Hospital de día de alergia, que podría ser intrahospitalario o extrahospitalario siempre que pueda garantizarse la posibilidad de atención urgente en escasos minutos y acceso a la unidad de críticos en un tiempo inferior a 15 minutos. Incluyen prueba de exposición de bajo riesgo a alimentos y medicamentos, administración de fármacos biológicos, inmunoterapia.
Nivel C: Alta complejidad, supervisión y monitorización constante por parte de personal de enfermería o de facultativo especialista, Riesgo extremo por la gravedad potencial de la reacción o por la existencia de comorbilidad. Se trata de pruebas que precisan una estructura hospitalaria dotada de monitorización con acceso directo a UCI/REA/Urgencias, en donde poder atender a un paciente crítico, dotado con reanimación cardiopulmonar avanzada inmediata en caso necesario. Incluyen provocación bronquial inespecífica (metacolina), prueba de exposición de medio y alto riesgo con alimentos y medicamentos, desensibilización a medicamentos, inmunoterapia de riesgo.
• La enfermera entrenada especialmente en alergología ha realizado las técnicas diagnósticas y terapéuticas de alergología. Además, es la encargada del control de la conservación de extractos, del inventario, de las fechas de caducidad, de los suministros, etc.
• Se ha comprobado las actuaciones que se hacen correctamente en la Unidad de Alergología del Hospital San Jorge según el documento RESCAL y se ha intentado modificar la actuación en la práctica alergológica de nuestra Unidad en base a las recomendaciones de este documento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las actuaciones que se hacen correctamente en la Unidad de Alergología del Hospital San Jorge según el documento RESCAL:
• Se comprueba periódicamente que el material para tratar reacciones anafilácticas está en stock y sin caducar
• Se tiene acceso a celadores rápidamente localizables para traslado de pacientes de forma urgente. Se dispone de una camilla con ruedas.
• Cuando se realizan pruebas de riesgo con fármacos o alimentos se comprueba que el paciente haya suspendido solo ese día betabloquentes e IECA si los tomara por ser fármacos que, en caso de reacción anafiláctica, hacen que el paciente no responda bien a la adrenalina.
• Tener una UCI o un Servicio de Urgencias cerca para poder hacer pruebas de alergia con alimentos o medicamentos.
• Se dispone de un Electrocardiógrafo y carro de paradas cerca

De acuerdo con las recomendaciones del documento RESCAL en la Unidad de Alergología del hospital San Jorge habría que realizar las siguientes modificaciones:
• Poner en conocimiento de los gestores y otros especialistas la complejidad de los métodos diagnósticos y terapéuticos específicos de la especialidad
• Disponer de un Hospital de día de alergología definido en el documento RESCAL como lugar ubicado intrahospitalariamente donde se garanticen las medidas de seguridad en los procedimientos alergológicos y cierto grado de comodidad o confort para el paciente cuando el tiempo de observación previsto sea mayor de 2 horas o cuando el riesgo del procedimiento o situación basal del paciente aconsejen medidas adicionales de precaución. Es necesario 2 m2 por paciente. En 20m2 se pueden tratar hasta 10 pacientes. Las pruebas de provocación con alimentos o medicamentos, con independencia de la gravedad esperable, se debería de realizar en un hospital de día (por el período de observación superior a 2horas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

- Disponer de un espacio o a sala de tratamiento de reacciones anexa a la sala de realización de pruebas aislada visualmente del resto de los pacientes del hospital de día.
- En la sala de pruebas faltaría un armario o vitrina para almacenar medicamentos.
- El personal que trabaja en la Unidad debería realizar un curso de reanimación cardiorespiratoria cada 2 o 3 años.
- Estar familiarizado con el carro de paradas y saber utilizar el desfibrilador disponible.
- Realizar jornadas o sesiones de formación y actualización de los procedimientos en enfermería.

Para revisar la calidad asistencial entendida como éxito de los procedimientos y satisfacción de los pacientes atendidos se ha dispuesto indicadores de actividad, calidad e indicadores de rendimiento. Como indicador de actividad se ha utilizado el % de primeras visitas del total de visitas entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018, siento éste de un 58,38%. En promedio, sin valorar complejidad asistencial ni ajuste por plantilla, un servicio de Alergología realizaría unas 1.000 primeras visitas anuales por médico especialista, observándose que en la Unidad de alergología del Hospital San Jorge este registro en el año 2018 se superó, probablemente debido a que visitamos más pacientes de primer día en huecos de revisiones libres (una primera visita por cada dos sucesivas). En este año 2008 había huecos de revisiones libres debido a que esta Unidad fue creada en el año 2017. El % de visitas sucesivas del total de visitas entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018 ha sido del 41,61%. El porcentaje de consultas de alta resolución se ha estimado en un 17-20%.
Como indicador de rendimiento se ha utilizado el % de pacientes con enfermedad alérgica clasificados según el nivel de riesgo de los procedimientos del total de pacientes vistos en la consulta en el año 2018, que ha sido de un 66% desde abril de 2018. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel A ha sido de un 50%. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel B ha sido de un 30%. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel C ha sido de un 20%.
Como indicador de calidad se utilizó el % de pacientes sometidos a pruebas de exposición con alimentos o medicamentos en los que se comprobó que hubieran suspendido betabloqueantes e IECA el día de la prueba del total de pacientes sometidos a pruebas de exposición, que fue del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los indicadores asistenciales actuales solo miden actividad de primeras consultas y sucesivas, sin ninguna relación con la complejidad de los procesos atendidos, de los tiempos de dedicación asistencial requeridos para el desempeño de la actividad asistencial, de los métodos diagnósticos y de los procedimientos terapéuticos que exigen profesionales preparados y condiciones adecuadas que garanticen la seguridad del paciente y la calidad del procedimiento. Por tanto faltan indicadores de actividad que reflejen esta complejidad. Creemos que sería interesante poder reflejar de alguna manera los tiempos invertidos en preparar las pruebas a realizar en pacientes complejos, el tiempo que se tarda en realizar un informe, y el tiempo invertido en valorar volantes de hojas de consultas e interconsulta virtual.

En un inicio se pensó en incluir como otro indicador de calidad las encuestas de satisfacción de los pacientes pero finalmente no las llegamos a incluir. Se podrían incluir para un proyecto posterior.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/353 ========== ***

Nº de registro: 0353

Título
RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Autores:
ROJAS HIJAZO BEATRIZ, BARBA LATAS VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La práctica clínica alergológica ha de centrarse en las necesidades de los pacientes y en la población en general, y debe garantizar su seguridad y la calidad de la prestación.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es proporcionar una serie de recomendaciones que permitan desarrollar la práctica clínica alergológica en ese contexto de calidad y seguridad, definiendo para ello las necesidades estructurales y los recursos humanos y de tiempo aconsejados para el desarrollo de dicha actividad.

MÉTODO
Las herramientas clínicas que permiten el diagnóstico de certeza son una historia clínica completa, pruebas cutáneas estandarizadas, pruebas in vitro fiables y pruebas de exposición controlada para confirmar el diagnóstico o asegurar la tolerancia, en cada caso.
Se establecen dos niveles de intervención:
1. Diagnóstica: identificación del paciente alérgico y búsqueda de alternativas.
2. Terapéutica: procedimientos de desensibilización, inmunoterapia o administración de biológicos.

INDICADORES
1. Identificación y clasificación de las patologías alergológicas de acuerdo con la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10)
2. Identificación y clasificación de los procedimientos incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de alergología.
3. Clasificación de todos los procedimientos de acuerdo con su nivel de riesgo según consenso por parte de los comités de la SEAIC.
4. Definición de los recursos estructurales y humanos precisos para el desempeño de la actividad alergológica en relación con los procedimientos previamente descritos.
5. Definición de los tiempos asistenciales requeridos por el personal sanitario y por los pacientes para la realización de los citados procedimientos.

DURACIÓN
La fecha prevista de inicio será el 30 de abril de 2018 y la fecha prevista de finalización del proyecto el 21 de diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AINOHA GARCIA CLAVER
· Profesión ..... QUIMICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUZO FONCILLAS JOSE
FERRER GIMENEZ MARGARITA
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
LAVIÑA FAÑANAS CONCHA
PALACIN BURREL SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Se mantiene la acreditación resolviendo las Observaciones halladas en la última auditoría externa, tras el envío del PAC (Plan de Acciones Correctivas) en el plazo establecido.
• Este verano se ha revisado toda la documentación vigente del laboratorio y se han modificado y actualizado los documentos que se han considerado necesarios.
• Se ha realizado el cálculo de los coeficientes de variación (CV%) intraserie e interserie para la PCR y la sangre oculta en heces.
• Se ha incluido la PCR en el PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento de Análisis. Bioquímica General.
• Se ha elaborado el PTA-31 Determinación de sangre oculta en Heces Sangre Oculta en Heces.
• Se ha elaborado el PTE-14 Mantenimiento de Equipo Sentifit 270
• En Julio y Agosto se han publicado los nuevos procedimientos y las revisiones en el Listado de Documentación en vigor en la intranet.
• 21 de Noviembre de 2018. Se pasa la auditoría externa.
• A fecha de hoy (11-02-2019) está pendiente recibir el informe de auditoría interna para acometer los cambios y correcciones que se sugieren en ella.
• No obstante, ya se tiene preparada la una nueva revisión del PTA-31 Determinación de sangre oculta en Heces Sangre Oculta en Heces (revisión B) en la que se resuelven las desviaciones evidenciadas durante la auditoría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Conseguir mantenimiento de la acreditación y la inclusión de la bilirrubina directa en el alcance: Conseguido, junio 2018
• Inclusión de PCR en el PTA-05 (actualización) : Conseguido, Publicado en Intranet Calidad Agosto 2018.
• Elaboración y publicación del nuevo PTA-31 Determinación de sangre oculta en heces y documentos relacionados: Conseguido, Publicado en Intranet Calidad Julio 2018
• % de nuevos ensayos acreditados frente al total de propuestos (>50%): Conseguido, se han incluido el 100% de ensayos propuestos.
• Actualización y revisión de documentos de nivel II y nivel III: Conseguido, actualizados 7 documentos de Nivel II y 22 de nivel III.
• Pendiente de recibir el informe de Auditoría interna por parte del equipo auditor.
• Número de No Conformidades Mayores en Auditoría Externa <3: Pendiente, prevista Octubre de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han conseguido los objetivos propuestos en este proyecto de mejora. En vista de la buena evolución durante la auditoría interna, es previsible que cuando se realice la auditoría externa (Octubre 2019) el Alcance de la acreditación incluya de forma oficial a las técnicas de PCR y sangre oculta en heces.
Se precisaría más de apoyo de personal administrativo para realización de tareas de documentación y registros. Además, se debería obtener mayor reconocimiento laboral por el desempeño de actividades que contribuyen al mantenimiento del Sistema de Calidad de los Laboratorios del Servicio Aragonés de Salud.

7. OBSERVACIONES.
Habitualmente, las auditorías externas, como se recoge en la propia norma ISO 15189:2013 tienen una periodicidad no superior a 18 meses. Por este motivo, como la última auditoría a este servicio se realizó en Abril de 2018, la siguiente está prevista para Octubre de 2019. Una vez transcurra este proceso, se incluirán las nuevas determinaciones en el alcance de la acreditación para nuestro laboratorio.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/361 ========== ***

Nº de registro: 0361

Título
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
GARCIA CLAVER AINOHA, PUZO FONCILLAS JOSE, FERRER GIMENEZ MARGARITA, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, LAVIÑA FAÑANAS CONCHA, PALACIN BURREL SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Acreditación ISO 15189 o Certificación ISO 9001

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

PROBLEMA
El laboratorio del Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica tiene la acreditación ISO15189 desde el año 2010. La implantación de un sistema de calidad supone un importante valor añadido para el laboratorio y para todo el medio hospitalario, puesto que una empresa externa (en este caso ENAC) acredita que tiene un sistema de Gestión de Calidad conforme a la normativa y que el laboratorio tiene la capacidad técnica para la realización de los ensayos físico-químicos incluidos en el alcance. La implantación y el mantenimiento del sistema de gestión de calidad supone la necesidad de mejorar continuamente y también un esfuerzo añadido a la actividad asistencial del servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el presente proyecto se pretende mantener el sistema de calidad y aumentar el alcance de la acreditación para las determinaciones de Proteína C reactiva y sangre oculta en heces.

MÉTODO
- Mantener la acreditación resolviendo las Observaciones halladas en la última auditoría externa.
- Envío del PAC (Plan de Acciones Correctivas) en el plazo establecido.
- Modificación de los procedimientos vigentes que se precisen según las observaciones de la auditoría externa.
- Cálculo de los coeficientes de variación (CV%) intraserie e interserie para la PCR y la sangre oculta en heces.
- Incluir la PCR en el PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento de Análisis. Bioquímica General.
- Elaborar el PTA correspondiente, Procedimiento de análisis. Sangre Oculta en Heces.
- Elaborar el PTE correspondiente, Procedimiento de Equipos. Sentifit 270
- Incluir estos nuevos procedimientos y las nuevas revisiones de los procedimentos modificados en el Listado de Documentación en vigor en la intranet.
- Realizar una Auditoría interna y corregir las desviaciones que se hallen en la misma, antes de la siguiente auditoría externa.
- Realizar la auditoría externa

INDICADORES
- Indicador: % de nuevos ensayos acreditados frente al total de propuestos (>50%)
- Número de No Conformidades Mayores en Auditoría Externa <3.

La evaluación se realizará según los puntos indicados en la propia norma ISO15189: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

DURACIÓN
El servicio está acreditado desde el año 2010. El sistema de calidad es un proyecto vivo, que continúa desde esa fecha. Durante el año 2018 se incluirán las nuevas técnicas a acreditar que se evaluarán en la auditoría externa de 2019 (plazo aproximado 18 meses).
El calendario propuesto es el siguiente:
- Mayo 2018: envío de PAC a ENAC con las acciones de mejora propuesta.
- Junio: Recepción de la reevaluación de la acreditación de ENAC con incorporación de la bilirrubina directa en el alcance (proceso previo).
- Junio: Incorporación de PCR al Procedimiento de Análisis de Bioquímica General
- Julio-Agosto-Septiembre: Preparación de los procedimientos y documentación correspondientes a la Determinación de sangre oculta en heces.
- Octubre 2018: Envío de los procedimientos para inclusión en intranet calidad del Salud.
- Noviembre 2018 (estimado): Auditoría interna SALUD.
- Primer trimestre de 2019 (estimado): Resolución de desviaciones detectadas en la auditoría interna
- Octubre 2019 (estimado): Auditoría externa ENAC.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1180

1. TÍTULO

APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LLIMIÑANA ORDAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUZO FONCILLAS JOSE
BUENO MORENO ANTONIO
SUBIAS LONCAN MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Estudio del flujo de trabajo del personal y de llegada de muestras urgentes al Laboratorio
- Análisis de los tiempos de demora, de respuesta y de procesamiento en los equipos analíticos
- Seguimiento de las muestras en tiempo real: “Gemba Walk”
- Identificación de problemas, interrupciones y limitaciones para el trabajo
- Observación de la disponibilidad y acceso al material de uso continuo y diario
- Documentación gráfica de la situación y espacios antes y después de la toma de decisiones
- Solución de problemas, corrección de dificultades y de errores perpetuados en las secuencias y métodos de trabajo, así como en la organización de espacios
- Eliminación de barreras y puesta en orden de los elementos almacenados durante años: material de trabajo inapropiado, cables, mobiliario mal dispuesto, protocolos no actualizados, dispositivos en desuso, libros de consulta antiguos, soportes informáticos desfasados, equipos sin uso, superficies infrautilizadas
- Implementación de áreas de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Flujos de trabajo mejorados y más resolutivos
- Espacios libres de obstáculos y optimizados
- Orden y limpieza en zonas de alto rendimiento y volumen de trabajo
- Actualización de protocolos y elementos de consulta
- Material ordenado con fácil accesibilidad (“cada cosa en su sitio y cada sitio para una cosa”; eliminación de material no útil ni adecuado
- Mejora en el rendimiento y satisfacción personal; renovado interés por el puesto de trabajo y mantenimiento en perfectas condiciones del mismo por parte de los trabajadores de la sección

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido mejorar de forma notable y satisfactoria para todos el área y modo de trabajo correspondiente al Laboratorio de Urgencias, zona de alto tránsito personal y alta de carga de trabajo, con mínima remodelación de espacios y reubicación de materiales y equipos analíticos disponibles.

7. OBSERVACIONES.
El compromiso y análisis conjunto de todos los profesionales (facultativos y T.E.L) que trabajamos en esa área ha sido primordial para el cumplimiento de los objetivos propuestos y consenso de decisiones tomadas, en el beneficio del trabajo diario de todos y de fidelidad a los pacientes cuyas muestras analíticas procesamos con máximo rigor y profesionalidad con el mínimo tiempo de demora.
Agradecemos a Beckman Coulter® su apoyo y formación en el sistema LEAN que nos ha descubierto un nuevo modelo, que ha sido y será, de gran utilidad en la gestión y organización de nuevas áreas en el Laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca en el futuro próximo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1180 ========== ***

Nº de registro: 1180

Título
APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA “5S” EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, PUZO FONCILLAS JOSE, BUENO MORENO ANTONIO, SUBIAS LONCAN MARIANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1180

1. TÍTULO

APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
El Laboratorio de Urgencias desempeña un papel clave dentro del Servicio de Análisis y Bioquímica Clínica del Hospital, debido a las propias particularidades de funcionamiento que lo diferencian del resto de Laboratorios de rutina y lo convierten en una Unidad prioritaria de proyección de mejora dentro del Servicio.
En este área existe una mayor presión asistencial y el tiempo de respuesta depende de factores como:
- motivación constante del personal (turnos)
- organización del puesto de trabajo (muchas personas)
- distribución de espacios (limitado)
- utilización de analizadores y material (con frecuencia compartidos con rutina)
- atención a la principal línea telefónica de nuestro Servicio

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el rendimiento profesional del personal técnico especialista en Laboratorio (T.E.L.), atendiendo a la mejor utilización de espacios, tanto físicos como virtuales, con re-estructuración de flujos de trabajo mediante la implantación del sistema de mejora continúa “LEAN” y metodología de trabajo “5s”(modelo de gestión empresarial enfocado a obtener mejores resultados y máximo valor en el trabajo con los recursos disponibles), con el fin de conseguir un sistema consensuado de organización del área y sus recursos.

MÉTODO
- Introducción, motivación y formación por parte del responsable facultativo del Laboratorio de Urgencias a los T.E.L. en el sistema LEAN
- Implicación del personal usuario del área en la identificación de problemas, de procesos y toma de decisiones consensuadas para su posterior implantación
- Formación de grupos multidisciplinares para la participación en el análisis del sistema organizativo de trabajo, aplicable al Servicio de Laboratorio:
  seleccionar, eliminar, estructurar, estandarizar y mantener
- Adquisición de nuevas herramientas de organización y gestión (LEAN)

INDICADORES
- Material gráfico del “antes y después”
- Identificación de errores y correcciones establecidas
- Mapa de procesos de resolución de problemas
- Paneles con fotos de la estandarización consensuada
- Elaboración de documento final de trabajo
- Evaluación externa por parte de empresa de formación (Beckman Coulter)

DURACIÓN
Formación en sistema LEAN: mayo 2018
Formación de grupos: mayo 2018
Análisis de situación: junio 2018
Aplicación del proyecto: junio 2018 con sistema de mejora continúa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA
GOMEZ GONZALEZ CARLOS
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Creación de un texto consensuado y estandarizado para su inclusión en los informes de las citologías ginecologicas.
2.- Diseño de nuevos flujogramas, modificando los ya existentes, para optimizar la labor coordinada entre la sección de patología molecular y la de transcripción de informes.
3.- Difusión entre las TEAP y los FEA de la necesidad del cambio propuesto para mejorar la eficiencia en el cribado de cáncer de cérvix.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
95% de mujeres de 30 a 65 años, con VPH16+, a las que se recomienda derivación directa a la consulta de colposcopia.
98% de citologías ginecológicas de 30 a 65 años VPH16+ con texto estandarizado recomendando derivación a colposcopia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Necesidad de trabajo en equipo y coordinado para mejorar los resultados de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1759 ========== ***

Nº de registro: 1759

Título
PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El cáncer de cérvix supone una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial. En España supone unas 850 muertes anuales. Se asocia a un gran gasto sanitario derivado del cribado y el manejo y tratamiento de las lesiones preneoplásicas o neoplásicas invasivas incipientes.
Desde las guías de 2014 de prevención y manejo del cáncer de cérvix, la evidencia a favor del cribado primario basado en HPV es de grado I, con un nivel de recomendación A. El cotest y el cribado citológico muestran un nivel de evidencia I, con recomendaciones B y C, respectivamente.
En dicha guía de consenso se indica, que salvo excepciones como marcada inmunosupresión, el cribado se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH

debe iniciar a los 25 años, basándose en citología trianual. A partir de los 30, el cribado debe basarse en la determinación del estatus del HPV, en caso negativo el estudio se debe repetir a los 5 años. El cribado debe extenderse de forma genérica hasta los 65, si bien, se pude finalizar antes en pacientes histerectomizadas por causa distinta al cáncer de cérvix y prolongarse hasta alcanzar 10 años sin lesión citológica o infección detectada de HPV o 20 años después de una conización por lesión CIN2 o superior.

La adecuación a las recomendaciones de las guía evita citologías y estudios de HPV innecesarios, que no mejoran la tasas de detección de cáncer de cérvix o lesiones preneoplásicas de alto grado y si mejoran los tiempos de respuesta y disminuyen el gasto. Todo ello contribuye a mejorar la eficiencia de los programas de cribado de cáncer de cérvix.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana:

Mujeres mayores de 25 años. El límite superior de edad se ajustará a lo expuesto en el apartado de fundamento y a las recomendaciones de las guías actualmente en vigor.

Objetivos del proyecto:

Mayor adhesión a las recomendaciones de la guía española de prevención de cáncer de cérvix.
Mejora de la eficiencia de la citología ginecológica en el cribado del cáncer de cérvix.

MÉTODO
• Comprobación de edad y antecedentes de las pacientes en la hoja de petición y en el sistema de información del laboratorio.
• Rechazo de realización de citología ginecológica y estudio de HPV en mujeres menores de 25 años, salvo en el contexto de seguimiento de una conización. El rechazo se acompaña del momento de entrada en el cribado de la paciente.
• Rechazo de realización de citología ginecológica en mujeres histerectomizadas por causas no relacionadas con el cáncer de cérvix, por ejemplo carcinoma de ovario, endometrio. El rechazo se acompaña de un recordatorio de las guías nacionales de cribado de cáncer de cérvix.
• Realización de citología líquida en medio líquido en mujeres de 25 a 30 años.
• Realización de estudio de patología molecular para HPV en mujeres entre 30 y 65 años.
• Realización de citología ginecológica en medio líquido en mujeres entre 30 y 65 años tras estudio de patología molecular para HPV positivo.
• En mujeres mayores de 65 años revisión de los antecedentes en el sistema de información del laboratorio. Si no han transcurrido 10 años sin lesión citológica y/o negatividad para HPV o si no han transcurrido 20 años desde una conización por CIN2 o superior, se llevará a cabo el estudio de patología molecular para HPV y si es positivo la citología en medio líquido; en caso contrario, se rechaza la realización de la citología y/o el estudio de patología molecular para el HPV.

INDICADORES
Indicadores:
% de citologías ginecológicas realizadas en menores de 25 años.
% de mujeres entre 30 y 65% con estudio de patología molecular para HPV.
% de rechazo de citologías en mujeres menores de 25 años.
Objetivos:
% de citologías ginecológicas en menores de 25 años inferior al 7% (porcentaje de citologías en menores de 25 años antes de la publicación de las guías de cribado en el sector de Huesca).
% de mujeres entre 30 y 65 años con estudio de patología molecular para HPV superior al 95% (según las guías de 2014 debe ser la prueba primaria de cribado).

DURACIÓN
El proyecto se iniciará en enero de 2018 y finalizará un año después.
Colaborarán a este proyecto todo el personal técnic y facultativo del servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Jorge, coordinados por el interlocutor, Dr. F.J Queipo.

Semestralmente se revisarán los datos de los indicadores, los cuales se comunicarán al personal técnico y facultativo del servicio.

A lo largo del proyecto se mantendrá comunicación constante con la consulta de patología cervical con el fin de detectar debilidades, solucionarlas y mejorar el proyecto. También se le comunicarán los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

DINAMIZACION Y OPTIMIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN FUNCION DEL GENOTIPADO PARCIAL DE VPH

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL
GOMEZ GONZALEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han llevado a cabo charlas con los/as Tecnicos Especialista en Anatomía Patológica (TEAPs) para comunicarles los resultados que iba arrojando el cribado en el servicio de Anatomía Patológica de Huesca y la importancia de su papel.

Se han llevado a cabo charlas orientadas a TEAPs y FEAs de Anatomía Patológica para la adopción conjunta del protocolo elaborado.

Se estableció un período de charlas de un mes y otro mes de rodaje en el año previo a la implantación de este programa.

Los recursos empleados han sido de tipo informático para la formación en el nuevo protocolo. No ha sido necesaio ni la adquisición de equipamiento ni contratación de personal.

Siempre que ha sido posible se han comunicado los hallazgos, primeramente en el hospital, con las Jornadas científicas que anualmente organiza el Hospital San Jorge. Asímismo se han llevado comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, por ejemplo el Eurogin 2017 en Ámsterdam.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha logrado el objetivo de reducir el porcentaje de citologías ginecológicas en menores de 25 años por debajo del 5%. De hecho, el porcentaje es inferior al 3%.

El porcentaje de mujeres entre 30 y 65 años con estudio de VPH como prueba primaria es superior al 95%, cuando el objetivo era situarse entre el 90 y 95%.

El impacto de la adopción ha sido un uso más eficiente de la citología y evitar la iatrogenia asociada al sobretratamiento y el daño por infratratamiento ya que el test de VPH es mucho más sensible que la citología.

Como indicadores se utilizó el porcentaje de citologías ginecológicas en mujeres menores de 25 años y de mujeres de 30 a 65 años con test VPH como prueb primaria.

Se ha tomado como referencia las recomendaciones del consenso español multidisciplinar para el cribado de cáncer de cérvix de noviembre de 2014.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un aspecto muy destacable de este proyecto es el que el trabajo entre facultativos y personal técnico redunda en un mejor flujo de trabajo y mayor eficiencia del servicio.

Además, la adopción de guías clínicas recientes permite proporcionar una asistencia sanitaria de calidad.

Dado que no ha requerido de nueva tecnología y personal, podría ser replicable en otros hospitales, además de sostenible. Para reproducir este protocolo se requiere una adecuada comunicación entre los servicios implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1759 ========== ***

Nº de registro: 1759

Título
PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El cáncer de cérvix supone una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial. En España supone unas 850 muertes anuales. Se asocia a un gran gasto sanitario derivado del cribado y el manejo y tratamiento de las lesiones preneoplásicas o neoplásicas invasivas incipientes.

Desde las guías de 2014 de prevención y manejo del cáncer de cérvix, la evidencia a favor del cribado primario basado en HPV es de grado I, con un nivel de recomendación A. El cotest y el cribado citológico muestran un nivel de evidencia I, con recomendaciones B y C, respectivamente.

En dicha guía de consenso se indica, que salvo excepciones como marcada inmunosupresión, el cribado se debe iniciar a los 25 años, basándose en citología trianual. A partir de los 30, el cribado debe basarse en la determinación del estatus del HPV, en caso negativo el estudio se debe repetir a los 5 años. El cribado debe extenderse de forma genérica hasta los 65, si bien, se pude finalizar antes en pacientes histerectomizadas por causa distinta al cáncer de cérvix y prolongarse hasta alcanzar 10 años sin lesión citológica o infección detectada de HPV o 20 años después de una conización por lesión CIN2 o superior.

La adecuación a las recomendaciones de las guía evita citologías y estudios de HPV innecesarios, que no mejoran la tasas de detección de cáncer de cérvix o lesiones preneoplásicas de alto grado y si mejoran los tiempos de respuesta y disminuyen el gasto. Todo ello contribuye a mejorar la eficiencia de los programas de cribado de cáncer de cérvix.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana:

Mujeres mayores de 25 años. El límite superior de edad se ajustará a lo expuesto en el apartado de fundamento y a las recomendaciones de las guías actualmente en vigor.

Objetivos del proyecto:

Mayor adhesión a las recomendaciones de la guía española de prevención de cáncer de cérvix.
Mejora de la eficiencia de la citología ginecológica en el cribado del cáncer de cérvix.

MÉTODO
• Comprobación de edad y antecedentes de las pacientes en la hoja de petición y en el sistema de información del laboratorio.
• Rechazo de realización de citología ginecológica y estudio de HPV en mujeres menores de 25 años, salvo en el contexto de seguimiento de una conización. El rechazo se acompaña del momento de entrada en el cribado de la paciente.
• Rechazo de realización de citología ginecológica en mujeres histerectomizadas por causas no relacionadas con el cáncer de cérvix, por ejemplo carcinoma de ovario, endometrio. El rechazo se acompaña de un recordatorio de las guías nacionales de cribado de cáncer de cérvix.
• Realización de citología líquida en medio líquido en mujeres de 25 a 30 años.
• Realización de estudio de patología molecular para HPV en mujeres entre 30 y 65 años.
• Realización de citología ginecológica en medio líquido en mujeres entre 30 y 65 años tras estudio de patología molecular para HPV positivo.
• En mujeres mayores de 65 años revisión de los antecedentes en el sistema de información del laboratorio. Si no han transcurrido 10 años sin lesión citológica y/o negatividad para HPV o si no han transcurrido 20 años desde una conización por CIN2 o superior, se llevará a cabo el estudio de patología molecular para HPV y si es positivo la citología en medio líquido; en caso contrario, se rechaza la realización de la citología y/o el estudio de patología molecular para el HPV.

INDICADORES
Indicadores:
% de citologías ginecológicas realizadas en menores de 25 años.
% de mujeres entre 30 y 65% con estudio de patología molecular para HPV.
% de rechazo de citologías en mujeres menores de 25 años.
Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1759

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE OPTIMIZACION Y EFICIENCIA DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN MUJERES DE 30 A 65 AÑOS

% de citologías ginecológicas en menores de 25 años inferior al 7% (porcentaje de citologías en menores de 25 años antes de la publicación de las guías de cribado en el sector de Huesca).
% de mujeres entre 30 y 65 años con estudio de patología molecular para HPV superior al 95% (según las guías de 2014 debe ser la prueba primaria de cribado).

DURACIÓN
El proyecto se iniciará en enero de 2018 y finalizará un año después.
Colaborarán a este proyecto todo el personal técnic y facultativo del servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Jorge, coordinados por el interlocutor, Dr. F.J Queipo.

Semestralmente se revisarán los datos de los indicadores, los cuales se comunicarán al personal técnico y facultativo del servicio.

A lo largo del proyecto se mantendrá comunicación constante con la consulta de patología cervical con el fin de detectar debilidades, solucionarlas y mejorar el proyecto. También se le comunicarán los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1760

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GORKA MUÑIZ UNAMUNZAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se procedió a revisar los check list del Colegio Americano de Patólogos, Real Colegio Británico y Australiano de Patólogos y el libro blanco de la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Posteriormente se sintetizaron los diversos aspectos o item y, finalmente,se elaboró el protocolo de dictado para informes de Anatomía Patológica para piezas de conización.

Se estableció como plazo para la adopción de este tipo de informe estandarizado el segundo semestre del año, fecha de revisión del protocolo del Colegio Americano de Patólogos, de uso muy extendido.

Para elaborar el proyecto, se creó una subcarpeta en la carpeta electrónica común con el protocolo, en castellano, disponible para el dictado y/o la impresión para su consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido el objetivo marcado de que el 75% de los informes de piezas de conización se lleven a cabo con esta estandarización.

El indicador utilizado fue el % de informes de conización que seguían el protocolo consenso alcanzado. El porcentaje de, al menos, un 75% es arbitrario, ya que no encontramos en la literatura una cifra más objetiva.

La estandarización y actualización periódica de los informes de Anatomía Patológica aúna equidad y calidad. Garantizan que cualquier mujer conizada va a tener un informe de Anatomía Patológica con toda la información necesaria, según la eviencia científica del momento, para decidir la actitud y manejo posterior. La actualización periódica asegura que los cambios en la práctica diaria van a ser recogidos para proporcionar una asistencia sanitaria de calidad y eficiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario un esfuerzo conjunto de todos los miembros de un servicio de Anatomía Patológica para elaborar un protocolo de informe consensuado.

Este informe asegura la equidad y pone en valor el trabajo en Anatomía Patológica, ya que se aúnan flexibilidad, equidad y rigor científico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1760 ========== ***

Nº de registro: 1760

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE PIEZAS DE CONIZACION

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica al disminuir la variabilidad y obtener datos para mejorar los resultados clínicos de las conizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1760

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION

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

PROBLEMA
En los últimos 4 años se ha triplicado el número de conizaciones realizadas en el hospital San Jorge de Huesca.

Las conizaciones son necesarias para el tratamiento de las lesiones preneoplásicas y puede ser el primer tratamiento en algunas lesiones invasivas.

Los informes de Anatomía Patológica no sólo deben proporcionar información diagnóstica y pronóstica, sino que deben recoger datos que permitan mejorar parámetros de calidad asistencial.

La mejor forma de alcanzar el objetivo anteriormente expuesto es homogeneizar los informes, para disminuir la variabilidad y permitir su estudio, con el fin de emprender proyectos de mejora asistencial y monitorizarlos.

Existen varios protocolos para informar las piezas de conización, a nivel nacional e internacional. Ninguno es claramente superior a los otros.

RESULTADOS ESPERADOS
Deseamos homogeneizar los informes de Anatomía Patológica de piezas de conización y que incluyan información útil para la unidad de patología cervical.

La población diana serían todas las mujeres conizadas en el hospital San Jorge de Huesca. Teniendo en cuenta los datos del servicio de Anatomía Patológica, la cifra rondaría las 60-70 conizaciones anuales.

MÉTODO
a) Elaboración por los FEA de Anatomía Patológica de un informe que sintetice las propuestas del Colegio Americano de Patólogos, Colegio Británico de Patólogos, Colegio de Patólogos de Australia y la Sociedad Española de Anatomía Patológica.

b) Colocación de dicho informe en el disco duro de común del Servicio de Anatomía Patológica e impresión de una copia en papel para cada patólogo.

c) Elaboración de base de datos de conizaciones con los datos de los informes de Anatomía Patológica.

d) Semestralmente se recopilarán y expondrán los datos obtenidos en el servicio de Anatomía Patológica, con comunicación a la unidad de patología cervical.

No se prevéen cambios en la oferta de servicios.

INDICADORES
Los indicadores para monitorizar el proyecto serán:

a) % de informes que utilizan la estructura del informe protocolizado consenso.
b) % de informes que recogen todos los parámetros del informe protocolizado consenso.
c) % de conizaciones en los que la pieza de conización es única, con un espesor entre 5 y 10 mm y con legrado endocervical tomado.

Los objetivos a alcanzar son:

a) 95% de informes con la estructura del informe protocolizado consenso.
b) 95% de informes que recojan todos los parámetros del informe protocolizado consenso.
c) 25% de informes en los que en las conizaciones sean de pieza única, con un espesor entre 5 y 10 mm y con legrado endocervical realizado.

DURACIÓN
La duración de este proyecto es de un año, con comienzo el 1 de enero de 2018.

Al iniciarse el segundo semestre del año, nos reuniremos los FEA de Anatomía Patológica y los ginecólogos encargados de la consulta de patología cervical para analizar los datos del primer semestre, buscando debilidades y propiendo mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1760

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS PIEZAS DE CONIZACION

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1360

1. TÍTULO

TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... GORKA MUÑIZ UNAMUNZAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER
GOMEZ GONZALEZ CARLOS
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Optimización de la tinción inmunocitoquímica ki67/p16.
2.- Difusión entre los FEA de Anatomía Patológica de la necesidad de la realización de la técnica descrita en citologías ginecológica de 30 a 65 años, sin atipia, pero con VPH no 16/18+.
3.- Coordinación con la consulta de patología cervical y matronas para identificar precozmente posibles olvidos de la actividad realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
90% de citologías ginecológicas sin atipia, VPH no 16/18+ en mujeres de 30 a 65 años con tinción dual realizada.
10% de disminución de citologías por el mayor intervalo entre citologías ginecológicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La labor coordinada entre servicios, unido a nuevas herramientas diagnósticas mejoran la eficiencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1360 ========== ***

Nº de registro: 1360

Título
TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

Autores:
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, GOMEZ GONZALEZ CARLOS, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, RAMON CAJAL JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La citología ginecológica y las pruebas detección del virus del papiloma humano (VPH) son la base de la prevención del cáncer de cérvix.

La positividad para VPH se asocia con mayor riesgo de lesiones preneoplásicas, si bien éste difiere según el tipo. Los de mayor riesgo son los tipos 16 y 18, lo que ha llevado a recomendar colposcopia en su presencia, independientemente del resultado de la citología.

Un escenario de gran carga asistencial, pero esa enfermedad asociada es el de VPH positivo a tipos de alto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1360

1. TÍTULO

TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

riesgo no 16/18, pero con citología negativa. La actitud más generalizada es repetir la citología y el test de VPH al año. Esto ha ocasionado una fuerte presencial asistecial con bajo rendimiento diagnóstico, ya que en numerosas ocasiones la citología sigue siendo negativo y el VPH continúa siendo positivo.

Queremos reducir estas repeticiones de bajo rendimiento y para ello vamos a utilizar una herramienta como es la tinción dual inmunocitoquímica para ki67y p16.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es reducir el número de pacientes con VPH+ otros no 16/18 y citología ginecológica negativa que se remite anualmente a la consulta de colposcopia.

La población diana sería la población femenina no histerectomizada entre 30 y 65 años.

La intervención se relacionaría con las matronas de Atención Primaria y el servicio de Ginecología y Obstetricia, sobre todo a la consulta de patología cervical, y, sobre todo, al servicio de Anatomía Patológica.

MÉTODO
Las acciones concretras serían:

a) Indicación de tinción dual ki67/p16 por parte del patólogo en situaciones de VPH positivo para otros tipos de alto riesgo no 16/18, con citología ginecológica negativa.

b) Modificar conjuntamente los protocolos de derivación para cambiar la periodicidad de la revisión en la situación anterior, según el siguiente esquema:
b.1.- Si la tinción dual es negativa: revisión y repetición del test de VPH y citología ginecológica a los 2 años.
b.2.- Si la tinción dual es positiva: derivación a la consulta de patología cervical para colposcopia.

Como pasos previos se llevarán charlas informativas-formativas dirigidas a FEA de Anatomía Patológica y Ginecología y Obstetricia, TEAP y matronas. Se expondrá nuestra casuística y se explicará el cambio implantado. Todo se realizará las semanas previas al cambio.

Con una periodicidad cuatrimestral o semestral se presentarán los datos que se vayan obteniendo, para la resolución de duda y plantear mejoras, a los FEA, Matronas y TEAP implicados.

Con el fin de difundir el trabajo realizado y el valor añadido de esta intervención, se llevará en forma de pósters y/o comunicaciones a los foros profesionales de mayor impacto.

INDICADORES
Los indicadores a utilizar son:

a) Porcentaje de mujeres de 30 a 65 años con VPH positivo a otros tipos de alto riesgo no 16/18 con técnica de tinción dual realizada e informada.

b) Número de revisiones y repeticiones del test VPH y citología ginecológicas ahorradas.

El primer objetivo se ha establecido en el 90% pese a no haber una cifra comparable en la literatura, pero se ha elegido por ser una cifra exigente que demuestra el compromiso con la calidad.

La segunda cifra se espera que supere las 80, por extrapolación de nuestros datos de frecuencia de VPH+ para tipos no 16/18 y la positividad de la tinción dual en nuestra experiencia.

DURACIÓN
En las semanas previas a la implantación se llevarán a cabo charlas formativas con los FEAs implicados, matronas y TEAP para comunicarles nuestros datos, el proyecto y el objetivo marcado.

Con periodicidad semestral se presentarán los datos que se vayan obteniendo, para la resolución de duda y plantear mejoras, a los FEA, Matronas y TEAP implicados.

El proyecto se iniciará el 1 de enero de 2018 y finalizará un año después.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1360

1. TÍTULO

TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTESICA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PAOLA MOLINA TRESACO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
PANZANO FRANCO ROSA MARIA
ARA IBARZ MARIA HERMINIA
ROSELLO PARDO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este grupo de mejora se inició en el año 2016 motivado por la necesidad general, por parte del servicio de Anestesiología y Reanimación, de ofrecer una mejor evaluación perioperatoria de todo paciente candidato a cirugía programada; y un manejo activo y acorde a las principales guías clínicas y evidencia disponible de la medicación crónica de los pacientes. En ese sentido, aquellos pacientes con patología reumatológica (ya sean autoinmunes o inflamatorias) requieren con frecuencia distintos tipos de fármacos modificadores de la enfermedad; muchos de los cuales actúan a nivel del sistema inmunológico con el consecuente y potencial riesgo de incrementar el riesgo de infección perioperatoria. Deben por tanto intentar protocolizarse el manejo de estas medicaciones, atendiendo no solo a sus propiedades y características farmacológicas, sino también a la individualización en cada paciente (en función del tipo de patología, gravedad...) así como a las posibles consecuencias y riesgos-beneficios que la interrupción de dicho tratamiento pueda tener en la evolución postoperatoria del paciente.

El grupo de mejora se ha reunido una vez por trimestre exceptuando los meses vacacionales de julio-septiembre (aunque a esto hay que añadir una comunicación activa continuada).
En una primera reunión se intentaron establecer distintos criterios que permitieran la identificación adecuada (en base a tipo de patología, situación, gravedad…) de estos pacientes en la consulta de valoración preanestésica. Posteriormente, en una segunda/tercera reunion, y basándonos en el trabajo realizado por el servicio de Anestesiología para el manejo perioperatorio de los fármacos de administración crónica, se estableció un protocolo a seguir en estos pacientes en cuanto a la interrupción o no de los distintos fármacos modificadores de la enfermedad.

En un futuro, la intención del grupo es evaluar; no solo el número de pacientes con este tipo de tratamientos en los que se ha procedido a seguir el protocolo, sino también hasta que punto se ha producido una modificación de las posibles complicaciones asociadas al mantenimiento o suspensión de dichos medicamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de un listado de los principales fármacos utilizados en este tipo de patologías y de su adecuado manejo perioperatorio en base a la evidencia disponible: Objetivo alcanzado y plasmado en un libro publicado por el Servicio de Anestesiología. Se han elaborado también dosieres resumidos para facilitar el manejo de estos (y otros) tratamientos en la consulta de preanestesia
Discusión con otros servicios relacionados con estos pacientes de los riesgos-beneficios de la interrupción o no de estos tratamientos: Existe en estos momentos cierta carencia en la consecución de este objetivo, que se plantea por ello como uno de los objetivos
Adecuada comunicación al paciente y sus familiares de las medidas a seguir en el manejo de estos fármacos: Objetivo en nuestra opinión alcanzado, si bien sería interesante establecer una posible encuesta de satisfacción

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos alcanzado el primer objetivo: la identificación de los principales fármacos utilizados en este tipo de pacientes y la realización de un protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia disponible. No obstante será necesario a lo largo del año 2018 la confirmación objetiva de que dichos protocolos han sido correctamente seguidos en un alto porcentaje de estos pacientes. Será necesario valorar que desde la visita preoperatoria se han establecido una serie de recomendaciones, así como evaluar objetivamente si dichas recomendaciones han sido posteriormente correctamente comunicadas al paciente y sus familiares, y comprobadas preoperatoriamente antes de la intervención (mediante el check-list).

Queda no obstante pendiente, a modo de autocrítica (para los miembros participantes del grupo) el conseguir una mayor concienciación de todos aquellos profesionales encargados de la valoración preoperatoria en cuanto a la identificación y manejo de estos pacientes.
Para ello, el grupo se ha planteado la realización de una sesión informativa al Servicio de Anestesiología (valorando la posibilidad de dar una charla también a los distintos servicios quirúrgicos, responsables también de un manejo perioperatorio óptimo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTESICA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/414 ========== ***

Nº de registro: 0414

Título
MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA PREANESTESICA

Autores:
MOLINA TRESACO PAOLA, LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE, PANZANO FRANCO ROSA MARIA, ARA IBARZ MARIA HERMINIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, ROSELLO PARDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades autoinmunes en tratamiento
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas son tratadas habitualmente con FAMEs (fármacos modificadores de la enfermedad), estos pueden ser sintéticos (metotrexate, leflunomida, sulfasalazina entre otros) o biológicos (antifactor de necrosis tumoral-antiTNf, antiinterleucinas, antiCD20, etc).
La introducción de potentes terapias para tratar estas enfermedades, que modifican la inmunidad, ha activado la alerta de que los procesos infecciosos puedan incrementarse todavía más en el perioperatorio.
Los riesgos asociados a mantener o suspender la medicación que recibe un paciente durante el perioperatorio, no dependen exclusivamente de los fármacos en cuestión, sino de la gravedad de la patología y del grado de control alcanzado con el tratamiento.
Es importante plantearse la forma de actuar porque al suspender un tratamiento en este tipo de enfermedades, existe la posibilidad de:
1. rebrote de la enfermedad precisando corticoides, que dificultan la cicatrización e incrementan las infecciones.
2. el retraso que provocará el brote en la rehabilitación postquirúrgica.
3. la posible inmunogenicidad al reintroducir el fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valoración de los riesgos de mantener o suspender los fármacos y las recomendaciones actuales para cada patología.
- Creación de un protocolo de manejo perioperatorio de estos tratamientos iniciado en la consulta preanestésica.
- Disminución de los riesgos y posibles complicaciones asociadas tanto a la suspensión de dichos fármacos que pueden determinar la suspensión de la intervención por reagudizaciones o inestabilización de la patología crónica como a las alteraciones que estos medicamentos provocan en el organismo al ser tomados de forma habitual.

MÉTODO
- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a tener en cuenta en la consulta de preanestesia y consensuar, en los casos necesarios, con los servicios que tratan la patología de los pacientes (reumatología, dermatología y digestivo.
- Prescripción del tratamiento y explicación, a pacientes y familiares, de las modificaciones del mismo según los protocolos establecidos.
- Creación de un circuito de intervención rápida de pacientes en tratamiento con dichos fármacos

INDICADORES
- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES VALORADOS EN CONSULTA PREANESTESICA

- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo, elaborar un “check list” en acogida quirúrgica sobre el cumplimiento de las indicaciones recibidas, evaluación de la disminución de suspensión de intervenciones por errores en la toma de fármacos, valoración de la disminución de complicaciones asociadas al manejo perioperatorio del tratamiento crónico…
7.2- Evaluación.
Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

DURACIÓN
Revisión bibliográfica: octubre 2016
Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.
Evaluación en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREANESTESICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAOLA MOLINA TRESACO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA
VERA BELLA JORGE
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
NAJAR SUBIAS MONICA
QUILEZ PEREZ LUCIA
PANZANO FRANCO ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto iniciado en el an~o 2016 surge de la necesidad del servicio de Anestesiologi´a y Reanimacio´n de ofrecer una mejor evaluacio´n perioperatoria y un manejo activo y acorde a las principales gui´as cli´nicas y evidencia
disponible de la medicacio´n cro´nica a todo paciente con patologi´a reumatolo´gica y candidato a cirugi´a programada .
En ese sentido, muchos de estos fármacos actu´an a nivel del sistema inmunolo´gico, con el consecuente y potencial riesgo de incrementar el riesgo de infeccio´n perioperatoria.
Debíamos por tanto intentar protocolizar el manejo de estas medicaciones, atendiendo a las propiedades y caracteri´sticas farmacolo´gicas, así como a la individualizacio´n en cada paciente y a las posibles consecuencias y riesgos-beneficios que la interrupcio´n de dicho tratamiento pueda tener en la evolucio´n postoperatoria.
El grupo se ha ido reuniendo de manera trimestral con los siguientes objetivos:
-Establecer criterios que permitieran la identificacio´n adecuada (en base a tipo de patologi´a, situacio´n, gravedad...) de estos pacientes en la consulta de valoracio´n preaneste´sica.
-En sucesivas reuniones, y basa´ndonos en el trabajo realizado por el servicio de Anestesiologi´a para el manejo perioperatorio de los fa´rmacos de administracio´n cro´nica, se establecio´ un protocolo a seguir en estos pacientes en cuanto a la interrupcio´n o no de los distintos fa´rmacos modificadores de la enfermedad.
-Finalmente la intencio´n del grupo fue evaluar; no solo el nu´mero de pacientes con este tipo de tratamientos en los que se ha procedido a seguir el protocolo, sino tambie´n hasta que punto se ha producido una modificacio´n de las posibles complicaciones asociadas al mantenimiento o suspensio´n de dichos medicamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Elaboracio´n de un listado de los principales fa´rmacos utilizados en este tipo de patologi´as y de su adecuado manejo perioperatorio en base a la evidencia disponible.
-Publicación de un libro elaborado por el Servicio de Anestesiologi´a.
-Elaboración de dosieres resumidos para facilitar el manejo de estos (y otros) tratamientos en la consulta de preanestesia.
-Comunicación multidisciplinar con otros servicios implicados con estos pacientes de los riesgos-beneficios de la interrupcio´n o no de estos tratamientos.
-Adecuada comunicacio´n al paciente y sus familiares de las medidas a seguir en el manejo de estos fa´rmacos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Consideramos una correcta identificacio´n en la consulta de preanestesia de los principales fa´rmacos utilizados en terapias biológicas e inmunosupresores.
- La realizacio´n y posteriores revisiones/actualizaciones del protocolo de manejo perioperatorio de los fármacos (basado en la evidencia disponible)han resultado de gran ayuda para un manejo consensuado del Servicio.
-Confirmacio´n objetiva de que dichos protocolos han sido correctamente seguidos en un alto porcentaje de estos pacientes (>82% de cumplimentación)
-Confirmación de que desde la visita preoperatoria se han establecido una serie de recomendaciones, tanto a pacientes como a familiares.
-Verificación en antequirófano (mediante el check-list) de que dichas recomedaciones preoperatororias se han seguido por parte de los pacientes correctamente.
-Se ha conseguido mayor concienciacio´n de todos aquellos profesionales encargados de la valoracio´n preoperatoria en cuanto a la identificacio´n y manejo de estos pacientes.
-Realizacio´n de una sesio´n informativa al Servicio de Anestesiologi´a sobre los progresos, conclusiones, recomendaciones y resultados del trabajo realizado por el grupo.

7. OBSERVACIONES.
A modo de autocrítica, nos hubiera gustado la realización de encuestas de manera formal y por escrito (ya que si que hemos realizado encuestas verbales en las consultas) sobre la información, claridad y satisfacción de nuestros objetivos por parte de pacientes y familiares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREANESTESICA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/414 ========== ***

Nº de registro: 0414

Título
MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA PREANESTESICA

Autores:
MOLINA TRESACO PAOLA, LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE, PANZANO FRANCO ROSA MARIA, ARA IBARZ MARIA HERMINIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, ROSELLO PARDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades autoinmunes en tratamiento
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas son tratadas habitualmente con FAMEs (fármacos modificadores de la enfermedad), estos pueden ser sintéticos (metotrexate, leflunomida, sulfasalazina entre otros) o biológicos (antifactor de necrosis tumoral-antiTNf, antiinterleucinas, antiCD20, etc).
La introducción de potentes terapias para tratar estas enfermedades, que modifican la inmunidad, ha activado la alerta de que los procesos infecciosos puedan incrementarse todavía más en el perioperatorio.
Los riesgos asociados a mantener o suspender la medicación que recibe un paciente durante el perioperatorio, no dependen exclusivamente de los fármacos en cuestión, sino de la gravedad de la patología y del grado de control alcanzado con el tratamiento.
Es importante plantearse la forma de actuar porque al suspender un tratamiento en este tipo de enfermedades, existe la posibilidad de:
1. rebrote de la enfermedad precisando corticoides, que dificultan la cicatrización e incrementan las infecciones.
2. el retraso que provocará el brote en la rehabilitación postquirúrgica.
3. la posible inmunogenicidad al reintroducir el fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valoración de los riesgos de mantener o suspender los fármacos y las recomendaciones actuales para cada patología.
- Creación de un protocolo de manejo perioperatorio de estos tratamientos iniciado en la consulta preanestésica.
- Disminución de los riesgos y posibles complicaciones asociadas tanto a la suspensión de dichos fármacos que pueden determinar la suspensión de la intervención por reagudizaciones o inestabilización de la patología crónica como a las alteraciones que estos medicamentos provocan en el organismo al ser tomados de forma habitual.

MÉTODO
- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a tener en cuenta en la consulta de preanestesia y consensuar, en los casos necesarios, con los servicios que tratan la patología de los pacientes (reumatología, dermatología y digestivo.
- Prescripción del tratamiento y explicación, a pacientes y familiares, de las modificaciones del mismo según los protocolos establecidos.
- Creación de un circuito de intervención rápida de pacientes en tratamiento con dichos fármacos

INDICADORES
- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.
- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo, elaborar un “check list” en acogida quirúrgica sobre el cumplimiento de las indicaciones recibidas, evaluación de la disminución de suspensión de intervenciones por errores en la toma de fármacos, valoración de la disminución de complicaciones asociadas al manejo perioperatorio del tratamiento crónico…

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLOGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREANESTESICA

7.2- Evaluación.
Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

DURACIÓN
Revisión bibliográfica: octubre 2016
Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.
Evaluación en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA FRANCISCA VILA AMENGUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALAMILLO SALAS CLARA
NAJAR SUBIAS MONICA
VERA BELLA JORGE
SAUCO JAQUES JOSE EMILIO
FERNANDEZ GIL MARTA
ANTON QUIROGA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras el inicio del grupo de mejora en el año 2016, motivado por la trascendencia clínica que una potencial y/o conocida vía aérea difícil puede tener tanto sobre la seguridad del paciente como sobre el ejercicio del profesional médico (incluyendo no solo a la especialidad de anestesiología sino también a otras como medicina intensiva y/o urgencias) y con el objetivo de intentar identificar a aquellos pacientes que por su exploración preintervención fueran potencialmente considerados como vía aérea difícil, se procedió a intentar establecer un protocolo de identificación de factores de vía aérea difícil, inicialmente en la visita preoperatoria (pero también, en el caso de las urgencias, en la valoración preoperatoria inmediata a la realización de la intervención), utilizando para ello los distintos marcadores que las distintas sociedades anestésicas han considerado como útiles en base a la evidencia disponible.

A lo largo del año 2017 se han realizado cuatro reuniones con asistencia masiva (salvo justificación exclusivamente motivada por la existencia de guardia o de libranza de guardia de algún asistente) de los miembros del grupo en las siguientes fechas: 8/02/2017, 6/06/2017, 12/08/2017 y 12/12/2017. Durante estas reuniones se procedió a analizar el número de vías aéreas difíciles no previstas, así como el número de vías aéreas potencialmente difíciles identificadas en la visita preoperatoria en aquellos pacientes candidatos a cirugía programada, así como a valorar el manejo (relativo a vía aérea) que se había realizado con dichos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Así, y a partir de los datos analizados y evaluados en las distintas reuniones se han llegado a las distintas conclusiones respecto a los objetivos (inicialmente marcados) a realizar según los planes del grupo de mejora del año anterior:

. 1) La identificación de pacientes con potencial vía aérea difícil por parte de miembros del servicio de anestesiología en la consulta de preanestesia ha sido adecuada, en base a los principales factores predictores recomendados por las principales sociedades anestésicas. Dicha identificación ha sido adecuadamente descrita en la hoja de evaluación preanestésica, así como adecuadamente transmitida al servicio de anestesia de cara a realizar un adecuado manejo de dichos pacientes.

. 2) La aparición de vía aérea difícil no esperada en quirófano (una situación de alto riesgo para el paciente) ha sido, en los (afortunadamente) escasos casos en los que ha aparecido, adecuadamente manejada e identificada, con la consecuente identificación en la hoja intraoperatoria de dichos pacientes y la transmisión activa tanto al paciente como a los familiares del paciente de dicha situación, con el objetivo de minimizar los riesgos futuros que una posible anestesia general (y/o manejo de su vía aérea por situaciones de emergencia) pudiera tener.

. 3) Uno de los objetivos que se plantearon en el inicio del grupo de mejora fue la elaboración de un registro informatizado y a ser posible adjuntado a la historia clínica electrónica. Lamentablemente, si bien se ha podido realizar una correcta identificación en la historia clínica (en papel) de los pacientes con vía aérea difícil potencial o conocida, su incorporación a la historia clínica electrónica no ha sido posible, en gran parte debido al déficit que la historia clínica electrónica presenta en nuestro hospital.

4). Aunque inicialmente se intentó realizar la identificación mediante tarjeta de aquellos pacientes con vía aérea difícil potencial o conocida, la práctica clínica nos ha conducido a otro planteamiento: la identificación mediante tarjetea de posible vía aérea difícil no suponía grandes diferencias respecto a la identificación en la visita preanestésica (programada o urgente) de dicha vía aérea en lo que respecta al servicio de anestesia, donde además la presencia de una potencial vía aérea difícil era comunicada de forma activa al resto de los miembros del servicio; en el caso de una situación de urgencia, en aquellas ocasiones (afortunadamente pocas) en lo que esto ha sucedido la emergencia de la situación hacía que o bien los facultativos consultasen el acto anestésico (o preanestésico) previo o bien, en caso de emergencia, no se consultase ningún aspecto de la historia relativo a la VAD. Eso ha hecho que los miembros de este grupo de mejora se plantee nuevas medidas que minimicen el riesgo de VAD y optimicen su manejo, en lugar de la identificación mediante tarjeta.

5). Esas medidas que se han decidido adoptar, en lugar de la administración y creación de una tarjeta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

identificativa (al menos hasta la posibilidad de poder adjuntar y disponer realmente de una historia clínica electrónica adecuada) se han aprobado en las distintas reuniones del grupo de mejora, y son las siguientes: identificación y comunicación activa a los miembros del servicio de anestesiología y servicios relacionados con el paciente de la presencia de una vía aérea difícil potencial, administración clara y concisa al paciente y sus familiares directos de la existencia de una vía aérea difícil conocida en aquellos casos pertinentes (con especial énfasis en la necesidad de comunicar dichos datos ante cualquier situación que pudiera requerir de un acceso a la vía aérea), identificación clara y resaltada en el acto quirúrgico-anestésico de la existencia de una vía aérea difícil, formación (en la medida de lo posible) de todos aquellos facultativos posibles sobre el adecuado manejo y/o identificación de una vía aérea difícil y formación continuada de facultativos del servicio en el manejo de la vía aérea difícil .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La identificación de una vía aérea difícil (potencialmente) en una visita preoperatoria es fundamental; para ello, parece claro que la utilización de los principales indicadores de vía aérea difícil son suficientes para su identificación. A este respecto, consideramos que los facultativos anestesistas, por su formación y trabajo diario, están sobradamente formados en su identificación y exploración; se hace necesario no obstante, una vez identificada una vía aérea difícil (potencial) la correcta transmisión de la información al resto del servicio y en especial al facultativo responsable el día de la intervención, para el desarrollo de un adecuado manejo del paciente. En este sentido, para años posteriores se considera necesaria la implementación de la transmisión de la información de una forma segura y generalizada al servicio de anestesia.

El problema se plantea en situaciones de urgencia o emergencia, en los que pudiera darse la situación de no disponer del tiempo necesario para la correcta consulta de los datos preanestésicos. Aunque uno de los objetivos iniciales de este grupo era la creación de una tarjeta de identificación, consideramos que lo ideal sería disponer de una adecuada historia clínica electrónica en la que se detallará el carácter difícil de la vía aérea del paciente. Desgraciadamente esto escapa a las posibilidades de este grupo, debiendo buscar alternativas hasta que dicha historia clínica electrónica (adecuada) sea una realidad.

Consideramos por ello que hasta entonces, además de una correcta identificación en los documentos anestésicos, lo mejor que podemos hacer es una formación activa de todos los facultativos en el manejo e identificación de la vía aérea difícil. Para ello, se ha valorado la posibilidad de realizar cursos y/o charlas de formación en el manejo de la vía aérea básicos para los facultativos del hospital, y avanzados para aquellos facultativos que puedan estar más relacionados con el manejo de la vía aérea (anestesistas, médicos intensivistas, médicos de urgencias).

7. OBSERVACIONES.
En base a lo anterior, consideramos la necesidad de prorrogar el grupo de mejora (al menos) un año más, tanto por su importancia en el trabajo diario del servicio como en la seguridad de los pacientes, con los siguientes objetivos:

1. Formación de los miembros del servicio de anestesiología en el manejo adecuado de la vía aérea: para ello, se intentará desde el grupo de mejora la distribución de distintos cursos de formación para que de forma generalizada se distribuya entre los miembros del servicio. Durante este año, dos miembros han realizado curso de formación en manejo fibroscópico de vía aérea y dos en acceso quirúrgico a vía aérea.
2. Desarrollo de programa de formación en manejo de vía aérea para otros facultativos: el servicio de anestesia realiza de forma activa un curso en manejo de vía aérea. Desde el grupo de mejora se considera fundamental la continuación de esta actividad, así como un esfuerzo activo en darlo a conocer y permitir su generalización a todos aquellos facultativos interesados.
3. Identificación adecuada y registro de pacientes con vía aérea difícil real o potencial: se considera fundamental continuar con el registro de aquellos pacientes que pudieran presentar vía aérea difícil y su adecuada identificación en los registros anestésicos.
4. Implementación de identificación de estos pacientes en la historia clínica electrónica: aunque escapa (probablemente) a las posibilidades reales de este grupo de mejora, consideramos fundamental desarrollar de manera activa con los responsables de la creación de la historia clínica electrónica un elemento de identificación de vía aérea difícil, de fácil e inmediata consulta en aquellas situaciones en que sea necesaria.
5. Concienciación del resto de servicios quirúrgicos: uno de los aspectos que hemos encontrado, motivados por la situación actual, es que muchos pacientes son evaluados y posteriormente programados sin notificación (al servicio de anestesia) a pesar de haber dispuesto específicamente la necesidad de dicha notificación para una adecuada preparación del manejo de la vía aérea. Uno de los objetivos a conseguir el próximo año es que, en aquellos casos de potencial vía aérea difícil identificados en visita preoperatoria, se consiga una programación con suficiente antelación y notificación al servicio de anestesiología para su correcto manejo.
6. Análisis del manejo de una vía aérea difícil y protocolización: una vez se consiga una adecuada identificación y comunicación de una potencial vía aérea difícil, su manejo debe ser lo más protocolizado posible de cara a una mayor seguridad de los pacientes. Para ello, y desde este grupo, se toma como objetivo para el próximo año el análisis detallado de aquellos casos de vía aérea difícil así como el desarrollo e implementación de un protocolo de manejo o guía de manejo a conocer por todos aquellos profesionales que en un momento determinado pudieran estar relacionados con el manejo de la vía aérea.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

*** ========== Resumen del proyecto 2016/415 ========== ***

Nº de registro: 0415

Título
TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

Autores:
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, ALAMILLO SALAS CLARA, NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE, SAUCO JAQUES JOSE EMILIO, FERNANDEZ GIL MARTA, ANTON QUIROGA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la práctica clínica de los profesionales dedicados al manejo de la vía aérea (anestesiología, medicina intensiva, urgencias) un grave problema, por su complejo abordaje, es la vía aérea difícil (VAD); definida como la situación en la que resulta difícil la intubación del paciente pudiendo asociar o no problemas para su ventilación y oxigenación.

Cuando la existencia de VAD es conocida o previsible deben ponerse en marcha protocolos especiales con estrategias organizadas para facilitar las técnicas de ventilación e intubación con más probabilidad de éxito y garantía en la seguridad del paciente.

Existen una serie de predictores, aprobados por las Sociedades Científicas, para prever la existencia de VAD en el paciente a tratar y que han demostrado su limitación en algunos casos en los que los profesionales, tras su evaluación en el paciente, no encuentran datos de la posible existencia de dicha dificultad que aparece posteriormente en el momento del abordaje de la vía aérea convirtiendo el proceso en una situación de extrema urgencia.

La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología destaca el manejo de la VAD.

El problema surge en aquellos casos que presentan una VAD imprevista, es decir, aquella en la que ni por la situación clínica ni por los predictores evaluados se tiene evidencia de que pueda serlo. Su incidencia es baja pero supone una situación de alarme que acontece sin estar preparados para ello.

RESULTADOS ESPERADOS
- Tener un registro objetivo de los casos de VAD no esperable mediante la evaluación previa del paciente.
- Disminuir el riesgo, en actuaciones posteriores, de pacientes que hayan presentado una VAD inesperada en el servicio de anestesiología de este hospital y que se pretenden censar como tal.
- Registrar, notificar y poner a disposición del paciente que haya presentado una VAD no prevista, en nuestro servicio, una tarjeta que informe de la situación con la intención de prevenir posteriores episodios al comunicarlo en los servicios donde pueda recibir asistencia en un momento determinado.

MÉTODO
- Elaboración de una tarjeta identificativa de VAD en todo paciente que haya presentado una VAD inesperada y en aquellos casos en que se haya confirmado en los que la evaluación previa la hacía previsible.
- Elaborar un registro (se intentará informatizado y adjuntado a la historia clínica electrónica por ser el método ideal) de la situación de VAD.
- La tarjeta y el registro serán cumplimentados por el anestesiólogo que se ha encontrado con el problema de VAD con la intención de recoger datos sobre diagnóstico si lo hubiera, tratamiento y posible prevención del problema.
- Se ha elegido el formato tarjeta porque, al contrario que los informes, ésta puede portarse en la cartera donde el paciente puede tener disponibilidad inmediata en caso de necesidad no prevista.
- Además de la entrega de la tarjeta se dará al paciente (o familiares si no estuviera en disposición) información verbal del episodio de forma fácil y comprensible explicando lo importante de la prevención en estas situaciones.
- Estructura de la tarjeta:
  . Anverso: datos de filiación del paciente, Peso, IMC o Talla. Fecha del episodio. Datos de valoración previa de la vía aérea (test de Mallampati, apertura bucal…).
  . Reverso: tipo de cirugía (urgente o no), intervención. Paciente ventilable o no. Técnica que ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

resuelto el problema. Técnicas que han fallado previamente (si las ha habido). Paciente anestesiado o despierto. Un apartado de observaciones para explicar brevemente las circunstancias importantes del episodio.

INDICADORES
- Creación de un registro (a ser posible informatizado) de los pacientes a los que se les ha entregado tarjeta por haber presentado VAD.
- Recogida de los datos sobre cada episodio de VAD comunicado en la tarjeta con el fin de estudiar causas y posibles soluciones.
- Si hay casos suficientes, bianualmente, a través de los registros realizados previamente, se analizaran incidencias, frecuencias, causas, datos antropométricos, dispositivos utilizados…

7.2- Evaluación.
Evaluación: medida de los indicadores de seguimiento una vez al año (número de casos registrados, número de tarjetas entregadas).
Una vez puesto en marcha el plan y su registro se evaluarán bianualmente los indicadores descritos en el punto 4 y aquellos que, por lo que aporte la experiencia, sean de utilidad.

DURACIÓN
Elaboración de las tarjetas: diciembre 2016.
Elaboración del registro: diciembre de 2016.
Primera evaluación de registro y estadística de los datos recogidos en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA FRANCISCA VILA AMENGUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAJAR SUBIAS MONICA
VERA BELLA JORGE
MOLINA TRESACO PAOLA
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
GALLEGO ESTRADA FERNANDO
OLIVAN LAFUENTE BLANCA
ABIOL CAMPOS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Sesión informativa acerca de la implantación de la tarjeta de vía aérea difícil. Asistencia del 80% de los miembros del servicio (ausencias justificadas)
- Diseño e impresión de la tarjeta identificativa por duplicado (para el paciente y para la historia clínica en papel)
- A los pacientes identificados como vía aérea difícil, se les entrega una tarjeta debidamente rellenada, junto con una breve y sencilla explicación acerca de su utilidad y de la conveniencia de llevarla encima en todo momento
- Incorporación a la historia clínica en papel del duplicado de la tarjeta entregada al paciente, rellenada por el mismo facultativo
- Auditoría en noviembre acerca de los casos registrados y la cumplimentación de la tarjeta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Buena adhesión al proyecto de mejora por parte del servicio de anestesiología
- Correcta identificación y registro de los casos de vía aérea difícil, aproximándose a la incidencia publicada en las guías de manejo de vía aérea
- Se han evitado situaciones de riesgo en el manejo de la vía aérea por la tarjeta incluida en la historia clínica de la población diana
- Mejoría global en la seguridad y calidad en el manejo de la vía aérea
- Gestión responsable de recursos en función de los casos detectados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se considera muy necesaria la correcta transmisión de la información tanto verbal (como se venía haciendo hasta antes del proyecto) como por escrito en los casos con dificultad en el manejo de la vía aérea
- El registro de los casos acontecidos ayuda en la detección de necesidades de formación y de previsión de recursos para maximizar la seguridad y calidad en la atención del paciente
- Se recomienda seguir con el proyecto, nombrando nuevos responsables y realizando auditorías anuales

7. OBSERVACIONES.
Se considera finalizado el presente proyecto por traslado a otro hospital de la coordinadora.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/415 ========== ***

Nº de registro: 0415

Título
TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

Autores:
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, ALAMILLO SALAS CLARA, NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE, SAUCO JAQUES JOSE EMILIO, FERNANDEZ GIL MARTA, ANTON QUIROGA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología de vía aérea
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la práctica clínica de los profesionales dedicados al manejo de la vía aérea (anestesiología, medicina intensiva, urgencias) un grave problema, por su complejo abordaje, es la vía aérea difícil (VAD); definida como la situación en la que resulta difícil la intubación del paciente pudiendo asociar o no problemas para su ventilación y oxigenación.
Cuando la existencia de VAD es conocida o previsible deben ponerse en marcha protocolos especiales con estrategias organizadas para facilitar las técnicas de ventilación e intubación con más probabilidad de éxito y garantía en la seguridad del paciente.
Existen una serie de predictores, aprobados por las Sociedades Científicas, para prever la existencia de VAD en el paciente a tratar y que han demostrado su limitación en algunos casos en los que los profesionales, tras su evaluación en el paciente, no encuentran datos de la posible existencia de dicha dificultad que aparece posteriormente en el momento del abordaje de la vía aérea convirtiendo el proceso en una situación de extrema urgencia.
La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología destaca el manejo de la VAD.
El problema surge en aquellos casos que presentan una VAD imprevista, es decir, aquella en la que ni por la situación clínica ni por los predictores evaluados se tiene evidencia de que pueda serlo. Su incidencia es baja pero supone una situación de alarme que acontece sin estar preparados para ello.

RESULTADOS ESPERADOS
- Tener un registro objetivo de los casos de VAD no esperable mediante la evaluación previa del paciente.
- Disminuir el riesgo, en actuaciones posteriores, de pacientes que hayan presentado una VAD inesperada en el servicio de anestesiología de este hospital y que se pretenden censar como tal.
- Registrar, notificar y poner a disposición del paciente que haya presentado una VAD no prevista, en nuestro servicio, una tarjeta que informe de la situación con la intención de prevenir posteriores episodios al comunicarlo en los servicios donde pueda recibir asistencia en un momento determinado.

MÉTODO
- Elaboración de una tarjeta identificativa de VAD en todo paciente que haya presentado una VAD inesperada y en aquellos casos en que se haya confirmado en los que la evaluación previa la hacía previsible.
- Elaborar un registro (se intentará informatizado y adjuntado a la historia clínica electrónica por ser el método ideal) de la situación de VAD.
- La tarjeta y el registro serán cumplimentados por el anestesiólogo que se ha encontrado con el problema de VAD con la intención de recoger datos sobre diagnóstico si lo hubiera, tratamiento y posible prevención del problema.
- Se ha elegido el formato tarjeta porque, al contrario que los informes, ésta puede portarse en la cartera donde el paciente puede tener disponibilidad inmediata en caso de necesidad no prevista.
- Además de la entrega de la tarjeta se dará al paciente (o familiares si no estuviera en disposición) información verbal del episodio de forma fácil y comprensible explicando lo importante de la prevención en estas situaciones.
- Estructura de la tarjeta:
. Anverso: datos de filiación del paciente, Peso, IMC o Talla. Fecha del episodio. Datos de valoración previa de la vía aérea (test de Mallampati, apertura bucal…).
. Reverso: tipo de cirugía (urgente o no), intervención. Paciente ventilable o no. Técnica que ha resuelto el problema. Técnicas que han fallado previamente (si las ha habido). Paciente anestesiado o despierto. Un apartado de observaciones para explicar brevemente las circunstancias importantes del episodio.

INDICADORES
- Creación de un registro (a ser posible informatizado) de los pacientes a los que se les ha entregado tarjeta por haber presentado VAD.
- Recogida de los datos sobre cada episodio de VAD comunicado en la tarjeta con el fin de estudiar causas y posibles soluciones.
- Si hay casos suficientes, bianualmente, a través de los registros realizados previamente, se analizaran incidencias, frecuencias, causas, datos antropométricos, dispositivos utilizados…
7.2- Evaluación.
Evaluación: medida de los indicadores de seguimiento una vez al año (número de casos registrados, número de tarjetas entregadas).
Una vez puesto en marcha el plan y su registro se evaluarán bianualmente los indicadores descritos en el punto 4 y aquellos que, por lo que aporte la experiencia, sean de utilidad.

DURACIÓN
Elaboración de las tarjetas: diciembre 2016.
Elaboración del registro: diciembre de 2016.
Primera evaluación de registro y estadística de los datos recogidos en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0416

1. TÍTULO

PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CLARA ALAMILLO SALAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA
SAUCO JAQUES JOSE EMILIO
CARRION PAREJA JUAN CARLOS
BOTAYA ESTAUN ANA
POLO TOLOSANA MARTA
PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EL motivo de la creación de este grupo fue la importancia que las náuseas y vómitos postopoeratorios (NVPO) pueden tener en la recuperación postanestésica, tanto en confortabilidad del paciente como en seguridad, aumento de tasas de ingreso hospitalario, aumento de costes, aumento de complicaciones…EL objetivo fundamental de la creación de este grupo de mejora tenía como base la estratificación del riesgo preoperatorio de NVPO de los pacientes, y el desarrollo de unos protocolos que permitieran tanto la profilaxis como el tratamiento de las NVPO; a partir de aquí, es de suponer que se conseguirá la disminución de la incidencia de esta complicación y con ella la de sus posibles consecuencias en el paciente.

A lo largo del año se han producido 5 reuniones del grupo de mejora, citándose a continuación las actividades realizadas:

1. Elaboración de protocolos de estratificación de riesgo preoperatorio para NVPO: desarrollado a raíz de consulta bibliográfica (guías de práctica clínica, manuales…), y traslado al Servicio de Anestesiología para su implementación en la visita preanestésica (en caso de cirugía programada) y en la valoración preanestésica en cirugías de urgencia. Se ha utilizado principalmente, por su evidencia, la escala de Apfel para adultos.
2. Elaboración de protocolo de profilaxis de NVPO: a partir también del análisis de la bibliografía existente, se ha desarrollado un protocolo de prevención de NVPO con medidas farmacológicas (administración previa de distintos fármacos), medidas intraoperatorias (potenciación de anestesia regional sobre general, minimización del uso de opioides intraoperatorios, minimización del uso de óxido nitroso…). Estas medidas se realizan en base a lo que debe considerarse primera medida preventiva, la estratificación del riesgo realizada durante la valoración preanestésica.
3. Elaboración de protocolo de tratamiento de NVPO: en aquellos pacientes en los que a pesar de una adecuada profilaxis se presente esta complicación debe realizarse un tratamiento lo más protocolizado posible. Para ello, se ha desarrollado también dicho protocolo para su aplicación en este tipo de pacientes.
4. Creación de vademécum de fármacos relacionados con la profilaxis-tratamiento de las NVPO: la realización de protocolos se ha basado no solo en la bibliografía disponible, sino también en su adaptación al contexto real de nuestro servicio y Hospital, usándose los fármacos actualmente disponibles al respecto y especificándolo en el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los distintos indicadores que inicialmente nos planteamos citamos a continuación los resultados obtenidos:
. Creación de protocolos y verificación: se han creado los citados protocolos de estratificación de riesgo, profilaxis y tratamiento de NVPO, que se han presentado al Servicio de Anestesiología para su aprobación e implementación posterior.

. Control de los resultados: aprovechando la visita para el control de dolor agudo postoperatorio se ha iniciado también el control y seguimiento de la incidencia de NVPO en pacientes postoperados, estando pendiente de su análisis (supeditado a un mayor tiempo de funcionamiento del protocolo).

. Se ha iniciado la recogida de datos respecto a incidencia de NVPO durante su estancia en Unidad de Recuperación Anestésica, estando pendiente su análisis una vez exista un mayor tiempo de funcionamiento del protocolo).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Creación de protocolos de estratificación de riesgo de NVPO en cirugía mayor ambulatoria: dada la importancia cada vez mayor que la CMA va a tener en nuestro contexto (siempre si se consigue una adecuada organización de la misma), consideramos oportuno la implementación de un protocolo adaptado para la estratificación de riesgo en pacientes de CMA; para ese fin, se ha propuesto la utilización de la Escala de Apfel adaptada a Cirugía Mayor Ambulatoria, que debería aplicarse de manera individualizada a todo paciente candidato a CMA.
2. Solicitud de nuevos fármacos: existen fármacos cuya eficacia ha sido demostrada en el tratamiento de las NVPO, especialmente en aquellos casos refractarios al tratamiento inicialmente establecido en los protocolos, que no están disponibles en nuestro Hospital. Uno de los objetivos para mejorar el programa de apoyo es la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0416

1. TÍTULO

PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

solicitud mediante los informes que se consideren oportunos de dichos fármacos.
3. Registro de datos: uno de los objetivos (iniciales también) futuros es la creación de un registro con el análisis de la problemática real que plantean las NVPO: análisis de población de alto riesgo detectada en la valoración preanestésica, análisis del cumplimiento de los distintos protocolos, análisis de la incidencia de NVPO global, en Unidad de Reanimación Postanestésica y en Planta, incidencia de NVPO tardíos en CMA…Este será, a consideración de los miembros del grupo de mejora, uno de los principales objetivos para el próximo año.
4. Valoración de la importancia de las NVPO: aunque el número de pacientes en edad pediátrica intervenidos en nuestro hospital no es especialmente alto, consideramos que la elaboración de un protocolo al respecto para el adecuado manejo de las NVPO en estos pacientes puede ser muy importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/416 ========== ***

Nº de registro: 0416

Título
PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

Autores:
ALAMILLO SALAS CLARA, VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, SAUCO JAQUES JOSE EMILIO, CARRION PAREJA JUAN CARLOS, BOTAYA ESTAUN ANA, POLO TOLOSANA MARTA, PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Efectos secundarios anestésicos y quirúrgicos
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) son un problema de aparición frecuente (entre un 20-30% de todas las intervenciones quirúrgicas) que empeora el bienestar del paciente y su satisfacción además de prolongar la estancia hospitalaria, en algunas ocasiones, ya que aumentan el número global de complicaciones.
Este problema se hace más importante y limitante en el caso de la cirugía mayor ambulatoria ya que dificulta el proceso haciendo necesario el ingreso en la mayoría de las situaciones en que aparecen.
Las repercusiones de las NVPO son muy variadas dando lugar a la aparición de complicaciones postoperatorias tan importantes como la neumonía por broncoaspiración, dehiscencias de suturas, retraso en la ingesta, deshidratación…
Se hace necesaria la creación de unas normas de actuación y protocolos tanto de prevención como de tratamiento basados en la actual evidencia científica sobre los fármacos y medidas existentes para minimizar la aparición de este problema.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la incidencia de aparición de NVPO en las intervenciones realizadas en nuestro centro.
- Disminución del número de ingresos que se generan por este motivo en los pacientes que han sido intervenidos en el circuito de cirugía mayor ambulatoria.
- Creación de un protocolo de profilaxis de NVPO con las medidas para prevenir su aparición adaptadas a las cirugías y su riesgo de aparición.
- Creación de un protocolo de tratamiento de NVPO una vez se han presentado.
- Crear un vademecum con los fármacos a utilizar tras la revisión de la evidencia científica publicada.
- Disminuir el número de complicaciones postoperatorias debidas a la aparición de NVPO.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes durante todo su proceso quirúrgico.

MÉTODO
- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a utilizar para la profilaxis de las NVPO.
- Elaborar un listado de los fármacos a utilizar para el tratamiento de las NVPO una vez que aparecen.
- Creación de dos protocolos de actuación, uno para profilaxis y otro para tratamiento, adaptados al tipo de cirugía y sus riesgos de NVPO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0416

1. TÍTULO

PREVENCION DE NAUSEAS Y VOMITOS POSTOPERATORIOS EN ADULTOS. PROTOCOLO DE ACTUACION

INDICADORES
- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.
- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo:
. Elaborar un “check list” en la Unidad de Recuperación Post Anestésica sobre la profilaxis de NVPO realizada previa a la cirugía y en el intraoperatorio.

7.2- Evaluación.
Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.
. Elaborar un sistema de recogida de incidencia de NVPO durante su estancia en la Unidad de Recuperación Post Anestésica y una vez el paciente se encuentra en la planta de hospitalización.
- Una vez el protocolo se haya aplicado durante el tiempo suficiente (se considerará al crear el mismo), valoración de la disminución de la aparición de NVPO y sus complicaciones asociadas.
- Creación de un registro de aparición de NVPO y la necesidad o no de ingreso por este motivo en los pacientes intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria.
- Realizar una encuesta de satisfacción a los pacientes a los que se haya aplicado el protocolo.

DURACIÓN
Revisión bibliográfica: octubre 2016
Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.
Primera evaluación en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 31/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MONICA NAJAR SUBIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA BELLA JORGE
FERNANDEZ GIL MARTA
VILLARROEL PINO ENRIQUE
ZAMBRANO CAMPOS VANESA
ALCOLEA BERNAD TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La rehabilitación intensificada multimodal quirúrgica constituye la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias destinadas a aquellos pacientes que van a ser sometidos a cirugía colorrectal con el objetivo de mejorar la recuperación del paciente y disminuir las complicaciones y la mortalidad. La rehabilitación intensificada comienza en el momento del diagnóstico y pretende reconocer las necesidades individuales del paciente para prevenir complicaciones y optimizar su tratamiento antes, durante y después de la cirugía, siendo imprescindible contar con la estrecha colaboración de todos los especialistas que participan en el proceso, así como del propio paciente y sus familiares. La implementación del protocolo es un proceso complejo que conlleva tiempo y el trabajo coordinado de diferentes especialidades, las actividades realizadas por nuestro grupo de mejora durante los últimos 12 meses incluyen: ? Reunión de presentación de los integrantes del grupo y asignación de tareas. Se elaboró un calendario de actividades. Se asignó un responsable para búsqueda de la bibliografía referente a protocolos y recomendaciones actualizadas del tema.
? Reunión multidisciplinar (Anestesistas, Cirujanos y Enfermería) para reconocer las fortalezas y debilidades en el manejo del paciente sometido a cirugía colorrectal en nuestro hospital. Se valoró la posible adaptación de los protocolos de la Vía RICA del ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como las recomendaciones del grupo GERM (Grupo Español de Rehabilitación Multimodal). También se tomaron en consideración protocolos de otras sociedades científicas, así como metaanalisis de impacto publicados en revistas especializadas. ? Se realizó entrevistas personalizadas no estructuradas al personal del bloque quirúrgico, con el fin de elaborar cursos formativos adaptados a las necesidades detectadas. Quedó pendiente realizar actividades de este índole para el personal de planta y consultas externas. ? Se realizaron 2 coloquios formativos sobre el proceso de implantación y beneficios del programa de rehabilitación multimodal dirigidos a los servicios de anestesiología y reanimación y cirugía general. Se valoró la necesidad de implementar un programa formativo que incluya además los servicios de enfermería, endocrinología y nutrición entre otros. ? Se elaboró el primer borrador del protocolo de Rehabilitación Intensificada en cirugía colorrectal electiva en el Hospital San Jorge de Huesca. Siendo indispensable su discusión interdisciplinaria para la detección de posibles barreras de implementación. ? Se definieron los criterios de selección de los pacientes susceptibles de beneficiarse del programa. ? Se diseño una guía preliminar del procedimiento para explicar a paciente y familiares el programa y las actividades pertinentes a realizar. ? Se redactaron los documentos de consentimiento informado necesarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Diseño y puesta en marcha del Protocolo de rehabilitación intensificada adaptados al Hospital San Jorge de Huesca:
- Verificación de la elaboración de los protocolos adaptados al Hospital San Jorge: 6 reuniones multidisciplinarias.
- Registro de las actividades realizadas para la difusión del programa: 1 ronda de entrevistas no estructuradas.
- Registro de las actividades formativas a los diferentes profesionales implicados: 2 coloquios formativos.

- Disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria de los pacientes:
Revisión de los datos recogidos: número y características de los pacientes, tipo de intervención, procedimientos realizados, estancia media, complicaciones: Elaboración de una tabla de recogida de datos sobre la situación previa a la implementación del protocolo.

- Valoración de los datos recogidos en los cuestionarios de calidad de vida y recuperación postoperatoria:
Pendiente de realizar posterior a la implementación del protocolo.
- Aumento de la satisfacción del paciente y sus familias: Pendiente de realizar las encuestas de satisfacción y sugerencias, una vez implementado el protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario dar continuidad al grupo de mejora para lograr alcanzar los objetivos propuestos, ya que se requiere tiempo y dedicación para poner en marcha un protocolo tan complejo. Lecciones aprendidas: Es importante la formación y el cambio de mentalidad hacia el trabajo en grupo por parte del personal sanitario, así como la implicación activa del paciente.

Es necesario diseñar una matriz temporal con todas las actividades e intervenciones que se realizan al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

paciente durante todo el proceso asistencial. Deben quedar registradas todas las actuaciones, también se deben asignar responsables a todas las actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/614 ========== ***

Nº de registro: 0614

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE, FERNANDEZ GIL MARTA, GODED BROTO IGNACIO, ZAMBRANO CAMPOS VANESA, ALCOLEA BERNAD TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía colorrectal es altamente invasiva y consume gran número de recursos en todo su proceso. Este consumo aumenta cuando se presentan complicaciones.
Los programas de rehabilitación multimodal, surgen a principios de los años noventa como un concepto de cuidados pre, intra y postoperatorios cuyo objetivo es mejorar la recuperación tras la cirugía electiva reduciendo así la estancia hospitalaria. Es una estrategia multidisciplinar para reducir las complicaciones postoperatorias y el estrés quirúrgico responsables de la aparición de disfunción orgánica.
En este sentido, es esencial lograr varios objetivos:
- La intervención debe ser realizada en las mejores condiciones posibles: identificar las comorbilidades inherentes a cada uno de los pacientes mejorando en lo posible su control previo y disminuir el tiempo de ayuno con la administración de soluciones carbohidratadas.
- Se debe optimizar el manejo peri e intraoperatorio: minimizando el dolor, el íleo y la inmovilización con analgesia adecuada, control de fluidos y cirugía mínimamente invasiva siempre que sea posible.
- Se debe optimizar rehabilitación postoperatoria: iniciando tolerancia oral precoz y movilización temprana, retirando sondas y drenajes colocados durante la intervención.
Dado que se trata de una actuación multidisciplinar, se hace necesaria la protocolización de todas las actividades en conjunto para conseguir los máximos beneficios.

RESULTADOS ESPERADOS
- Protocolos de rehabilitación intensificada adaptados al Hospital San Jorge de Huesca y sus recursos.
- Puesta en marcha del programa: circuitos…
- Disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria de los pacientes.
- Aumento de la satisfacción del paciente y sus familias.

MÉTODO
- Revisión de las recomendaciones existentes en la actualidad.
- Reuniones multidisciplinarias para consensuar la adaptación de los protocolos propuestos por las sociedades científicas a la situación individual de nuestro hospital.
- Formación de los profesionales implicados en todo el proceso en un programa de rehabilitación multimodal (cirugía general, anestesiología, endocrinología y enfermería)
- Creación de los protocolos
- Difusión, explicación y publicación de los protocolos para facilitar el acceso a todos los profesionales.
- Definición de los criterios de selección de los pacientes candidatos de entrar en el programa.
- Establecer un procedimiento para explicar a paciente y familiares el programa y las actividades a realizar en cada caso. El paciente deberá firmar los documentos de consentimiento informado necesarios.
- Creación de una hoja de recogida de datos de los casos que entran en el programa, encuesta de calidad de vida del paciente pre y postoperatoria (cuestionarios estandarizados) y de los procedimientos realizados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0614

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Desde la consulta, el paciente recibirá una pauta de suplementos nutricionales y unas recomendaciones de ejercicio físico, según sus capacidades, para optimizar su estado basal.
- Establecimiento de estrategias de analgesia multimodal adaptadas al tipo de cirugía.
- El documento con los datos recogidos quedará archivado por el grupo de rehabilitación intensificada para futuros análisis.

INDICADORES
- Verificación de la elaboración de los protocolos adaptados al Hospital San Jorge.
- Registro de las actividades realizadas para la difusión del programa.
- Registro de las actividades formativas a los diferentes profesionales implicados.
- Revisión de los datos recogidos: número y características de los pacientes, tipo de intervención, procedimientos realizados, estancia media, complicaciones…).
- Valoración de los datos recogidos en los cuestionarios de calidad de vida y recuperación postoperatoria.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

DURACIÓN
La puesta en marcha del proyecto se realizará en varias fases:
- Inicio (2-3 meses): reunión de los representantes de los diferentes servicios, creación del circuito y adaptación de los protocolos.
- Formación, difusión y publicación: estas actividades se realizaran en diferentes ediciones mientras se pone en marcha el programa para no demorar la implementación del mismo.
- Implementación y puesta en marcha del programa: una vez aprobado el mismo por las autoridades hospitalarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NEKANE URRESTARAZU ESPORRIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ GIL MARTA
PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA
CASTEL LANGA MARIA PILAR
DEMUR LAPLANA LAURA
BERGUA SALAS LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tal y como se comentó inicialmente, se puso en marcha este proyecto de mejora con el fin de brindar un correcto manejo del dolor agudo postoperatorio y un control adecuado de los catéteres epidurales y perineurales colocados en quirófano y que posteriormente permanecerán en la planta.
De este modo, se ha realizado un seguimiento exhaustivo por parte de Enfermería de REA y el Servicio de Anestesiología de los catéteres implantados durante los tres primeros días postoperatorios, recogiendo diversas variables en una hoja específicamente diseñada para ello.

Recordamos los objetivos del proyecto:
-Analizar el funcionamiento de los catéteres colocados en quirófano durante el postoperatorio
-Detectar problemas en el manejo y cuidado de los catéteres
-Detectar reacciones adversas y complicaciones derivadas de los catéteres y de los fármacos empleados
-Evaluar el dolor percibido por los pacientes mediante la escala EVA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este periodo de tiempo se han recogido datos de 22 catéteres epidurales implantados en quirófano y que han sido utilizados para optimizar el control de dolor postoperatorio. De ellos, tres se colocaron a nivel torácico y el resto a nivel lumbar.

Las cirugías para las que se han colocado son:
-Prótesis de cadera: 1
-Osteosíntesis de tibia: 1
-Cirugía abdominal abierta: 6
-Prótesis de rodilla: 3
-Cesárea: 6
-Histerectomía abdominal: 2
-Nefrectomía: 2
-Prostatectomía: 1

Indicadores:
-Fármacos y efectos secundarios derivados de los mismos
-Permanencia y utilización del catéter epidural en planta
-Medición del dolor mediante la escala EVA en reposo y en movimiento
-Complicaciones relacionadas con el catéter epidural

FÁRMACOS EMPLEADOS Y EFECTOS SECUNDARIOS:
Los fármacos empleados han sido ropivacaína 0.2% y levobupivacaína 0.125%.
En 18 de ellos se añadió fentanilo en la perfusión (de 3 a 4 ml) de anestésico local.
Sólo uno de ellos presentó prurito como efecto secundario y ninguna otra sintomatología atribuible al mórfico (4,5%). En ninguno de ellos se detectaron síntomas ni signos relacionados con toxicidad por anestésicos locales.
Las velocidades de infusión fueron variables entre 5 ml/h y 11 ml/h en función del paciente, la cirugía realizada y su patología de base.

PERMANENCIA DEL CATÉTER EPIDURAL:
- Un día postoperatorio: 10 pacientes
- Dos días postoperatorios: 6 pacientes
- En un paciente se produjo salida accidental del catéter epidural durante el primer día postoperatorio y en tres durante el segundo día postoperatorio
- A dos de los pacientes se les retiró el catéter epidural durante el primer día postoperatorio por complicaciones no relacionadas con el mismo (ingreso en UCI y reintervención quirúrgica por problemas relacionados con la cirugía)

MEDICIÓN DEL DOLOR EN PLANTA MEDIANTE LA ESCALA EVA EN REPOSO Y EN MOVIMIENTO:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

En uno de los pacientes no fue valorable la escala EVA por barrera idiomática
Clasificación EVA:
-Leve (0-3)
-Moderado (4-7)
-Severo (8-10)

Primer día postoperatorio (medido en 18 pacientes): Quedan excluidos los dos pacientes a los que se les retiró por otros motivos el catéter, el paciente con barrera idiomática y la extracción accidental durante el primer día

EVA REPOSO: EVA MOVIMIENTO:
-Leve ?14 pacientes (77%) -Leve ? 12 pacientes (66%)
-Moderado ? 2 pacientes (11%) -Moderado ?4 pacientes (22%)
-Severo ?2 pacientes (11%) -Severo ?2 pacientes (11%)

Segundo día postoperatorio (medido en 6 pacientes)

EVA REPOSO: EVA MOVIMIENTO:
-Leve ?5 pacientes (83,3%) -Leve ? 4 pacientes (66,6%)
-Moderado ? 1 pacientes (16,6%) -Moderado ? 2 pacientes (33,3%)
-Severo ? 0 pacientes -Severo ? 0 pacientes

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL CATÉTER EPIDURAL DETECTADAS:
-Cuatro salidas accidentales: Del total de 22 pacientes recogidos, supone un 18%. En los tres casos que se produjo la extracción accidental durante el segundo día, fue en contexto de higiene y cambio postural
-Una cefalea postpunción dural que cedió con tratamiento analgésico convencional y reposo relativo
-Analgesia "parcheada" en uno de los pacientes
-Hipotensión sintomática en uno de los pacientes (solucionada disminuyendo la velocidad de infusión)
-Tres pacientes presentaron bloqueo sensitivo o motor de extremidades inferiores que se solucionó disminuyendo la velocidad de infusión del fármaco
-Tres pacientes precisaron rescates analgésicos endovenosos para control del dolor

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se hace necesario continuar con la recogida y análisis de datos de este proyecto para terminar de obtener una conclusión acerca del manejo del control postoperatorio del catéter epidural en planta, así como para seguir detectando efectos adversos y posibles errores humanos (como salidas accidentales) que deriven en un incorrecto control del dolor.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/554 ========== ***

Nº de registro: 0554

Título
CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

Autores:
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, OLIVAN LAFUENTE BLANCA, CASTEL LANGA MARIA PILAR, DEMUR LAPLANA LAURA, BERGUA SALAS LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

PROBLEMA
El control del dolor postoperatorio es esencial para brindar una mejor calidad de atención hospitalaria al paciente.
Dentro del amplio abanico de posibilidades para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio se encuentra la anestesia epidural, ampliamente conocida por su extendido uso para el trabajo de parto.
Realizamos este proyecto para implantar un mejor control del dolor postoperatorio, un control exhaustivo y correcto del catéter epidural, así como para evitar o detectar las posibles complicaciones derivadas del mismo, favoreciendo una pronta recuperación y rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pone en marcha este proyecto para iniciar un control de todos los pacientes portadores de catéter epidural implantado en el área quirúrgica.
Objetivos principales:
- Favorecer su permanencia
- Evitar un mal uso del mismo, así como manipulaciones externas incorrectas derivadas del desconocimiento de su uso
- Evitar la migración y extracción/salida accidental del catéter
- Disminuir el riesgo de infección y sus complicaciones asociadas
- Conseguir un alivio sostenido del dolor disminuyendo los requerimientos de opiáceos
- Evitar los efectos adversos de analgésicos endovenosos
- Conseguir una vasodilatación periférica en pacientes con isquemia de EEII
- Proporcionar al personal de enfermería los conocimientos y habilidades de las técnicas de fijación, mantenimiento y retirada del catéter epidural
- Identificar efectos adversos derivados de la analgesia epidural:

-Hipotensión y bradicardia
-Prurito
-Náuseas y vómitos
-Toxicidad neurológica
-Bloqueo sensitivo y motor
-Hematoma y absceso epidural
-Sedación y depresión respiratoria

MÉTODO
Acciones previstas:
-Formación al Servicio de Enfermería de Hospitalización sobre el manejo básico y cuidados del catéter epidural, así como de los conocimientos necesarios para identificar situaciones potencialmente graves derivadas del mismo.
-Recogida por parte de Enfermería y del Servicio de Anestesia de datos diarios de cada catéter epidural que haya en planta mediante un sistema reglado (Hojas de evaluación del catéter epidural).
-Archivo de las mismas durante el periodo de un año y evaluación de los resultados para identificar complicaciones y evaluar el control del dolor postoperatorio.

INDICADORES
-Existencia y disponibilidad del material necesario.
-Datos a recoger en las Hojas de control de catéter epidural:
- Nombre del paciente y cama de hospitalización
- Fecha de colocación del catéter, nivel del mismo, fármaco, concentración del mismo, y velocidad de infusión
- Tipo de cirugía realizada
- EVA en reposo y a la movilización
- Presencia de prurito (y asociación o no con opiáceos)
- Bloqueo sensitivo-motor de EEII
- Plan para el día siguiente
- Última analítica antes de la retirada del catéter
- Fecha de retirada del mismo

-Registro con los datos obtenidos en las Hojas de control durante el periodo de un año para calcular:
- Porcentaje de pacientes con catéter epidural que son intervenidos
- Porcentaje de pacientes que presentan salida accidental del catéter epidural
- Identificar efectos adversos y complicaciones derivadas del catéter epidural

-Comparar los datos obtenidos con la incidencia habitual de efectos adversos y complicaciones.

DURACIÓN
-Sesión/formación a Enfermería de Hospitalización (fecha aún por determinar) una vez aprobado el proyecto.
-Inicio de la recogida de datos desde la aprobación del proyecto hasta el segundo semestre de 2019.
-Reuniones periódicas cada dos meses entre Enfermería y el Servicio de Anestesia para identificar problemas durante la recogida de datos.
-Análisis de los resultados obtenidos tras finalizar la recogida de datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA OLIVAN LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE
GALLEGO ESTRADA FERNANDO
GOMEZ GIMENO ANGELICA
BERGUA SALAS LORENZO
ZABAU FERMOSELLE JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Diseño de hoja en papel para registro de casos de punción durales, de datos de interés acerca de la técnica y de síntomatología acompañante.
-Archivo de dichas hojas en fichero del número de punciones durales accidentales, que se han producido durante realización de técnica epidural para trabajo de parto, desde junio de 2018.
-Control diario de sintomatología de las mismas, así como analgesia en planta, hasta el alta. Registro de otras complicaciones en caso de producirse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han registrado un total de 4 punciones durales accidentales durante la realización de la técnica epidural en pacientes para analgesia de trabajo de parto, desde junio de 2018.
Todas ellas han recibido seguimiento, control diario de la sintomatología por parte del servicio de Anestesia durante su ingreso en planta hasta el alta.
Para ello, se ha utilizado un formulario diseñado para el proyecto en el que se han recogido los siguientes datos:

-Datos del paciente (etiqueta)
-Fecha de punción dural y circunstancias de la misma (por ejemplo, punción con aguja versus punción con catéter).
-Valoración de cefalea (EVA) y características de la misma.
-Náuseas y/o vómitos.
-Fotofobia.
-Focalidad neurológica.
-Necesidad de reposo absoluto.
-Inicio de deambulación.
-Duración en días de la sintomatología.
-Tratamiento analgésico que se está administrando. Necesidad de analgesia de rescate.
-Necesidad de técnicas invasivas para tratamiento como parche hemático.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo realizado ha cumplido el objetivo de dejar registrado este tipo de complicación que se produce con cierta frecuencia durante la realización de la técnica epidural para trabajo de parto, y que aunque no suele tener consecuencias graves en la mayoría de las ocasiones, suele ir acompañada de un cortejo de síntomas que pueden resultar invalidantes para la paciente los días posteriores.
Pensamos que es interesante el registro y seguimiento de las punciones durales que se realizan para ser conscientes de la frecuencia con la que se producen, así como para poder realizar un seguimiento y control óptimo de las mismas por parte de nuestro servicio, y así poder mejorar y protocolarizar el tratamiento analgésico de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/588 ========== ***

Nº de registro: 0588

Título
REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

Autores:
OLIVAN LAFUENTE BLANCA, VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE, GALLEGO ESTRADA FERNANDO, GOMEZ GIMENO ANGELICA, BERGUA SALAS LORENZO, ZABAU FERMOSELLE JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La CPPD es la complicación mayor más habitual tras anestesia neuroaxial, y es especialmente frecuente en obstetricia. Suele ser una complicación benigna y autolimitada, pero sin vigilancia y sin tratamiento puede conducir a otras complicaciones más graves.

Actualmente, en el servicio de Anestesia, se realiza un seguimiento de los casos de CPPD y se lleva a cabo un tratamiento individualizado, pero no existe un registro real del número de casos que se producen, y por ello, cabe la posibilidad de que se produzca un inadecuado control de los mismos.

Este proyecto surge de la necesidad de conocer la situación real de esta complicación en nuestro servicio, así como la frecuencia con la que se produce y sus efectos secundarios, para lograr un adecuado manejo y tratamiento de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
-Identificar y registrar el número de casos de CPPD por año que se producen.

-Mejorar el control, seguimiento y tratamiento de CPPD.

-Estandarizar el tratamiento de CPPD para manejo de este tipo de complicación de manera protocolizada.

-Proporcionar a la paciente la información necesaria acerca de la CPPD.

MÉTODO
Acciones previstas:

- Diseño de hoja tipo para registro de casos, de datos de interés acerca de la técnica y de síntomatología acompañante.
-Archivo en fichero de todos los casos que se produzcan durante el año, con su hoja adjunta con la información necesaria de cada caso.
-Control diario de sintomatología y analgesia en planta, hasta el alta.
-Registro de complicaciones añadidas a la cefalea.
-Valoración por parte de la paciente de la atención recibida.
-Estudio de resultados un año vista.

INDICADORES
Datos a recoger en hoja de control diseñada para el proyecto:
-Datos del paciente (etiqueta)
-Fecha de punción dural y circunstancias de la misma (por ejemplo, punción con aguja versus punción con catéter).
-Valoración de cefalea (EVA) y características de la misma.
-Náuseas y/o vómitos.
-Fotofobia.
-Focalidad neurológica.
-Necesidad de reposo absoluto.
-Inicio de deambulación.
-Duración en días de la sintomatología.
-Tratamiento analgésico que se está administrando. Necesidad de analgesia de rescate.
-Necesidad de técnicas invasivas para tratamiento como parche hemático.

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio: junio 2018

Recogida de datos durante el periodo de un año y análisis de los resultados descritos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1741

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTIAN INGLES SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERMOSO CUENCA VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redacción de consentimientos informados de intervenciones más frecuentes en Cirugía Vascular

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de maquetación para subir a Intranet hospitalaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesaria la valoración del Comité de Ética del Hospotal previa a la subida de los archivos a ntranet

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1741 ========== ***

Nº de registro: 1741

Título
ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
INGLES SANZ CRISTIAN, HERMOSO CUENCA VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
Actualmente, excepto para la intervención quirúrgica de varices mediante safenectomía, no se disponen de Consentimientos Informados que detallen los efectos secundarios de una cirugía, por lo que se usan consentimientos genéricos anotando manualmente las potenciales complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Dar una información precisa, clara y fácilmente entendible por el paciente que se somete a un acto quirúrgico dentro de la esfera de la cirugía vascular. Así mismo, agiliza el trabajo de los facultativos al poder descargar los Consentimientos Informados desde cualquier ordenador conectado a la intranet hospitalaria, sin tener que añadir complicaciones de manera manuscrita.

MÉTODO
Para cumplir los objetivos se tiene prevista una reunión con el Comité de Historias Clínicas con el fin de valorar, maquetar y codificar los Consentimientos Informados de tratamientos quirúrgicos.

INDICADORES
Se incluirán los Consentimientos Informados en la intranet del Hospital progresivamente por procedimientos de más habitual a menos habitual. Actualmente no hay ninguno descargable a través de internet.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1741

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DENTRO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Implantación durante último trimestre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0913

1. TÍTULO

TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTIAN INGLES SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión con delegados de casas comerciales, redacción de múltiples informes técnicos y económicos con el fin de poder disfrutar del material necesario para la realización una técnica quirúrgica que ya se realiza cotidianamente en el Hospital Universitario Miguel Servet, en el HCU Lozano Blesa y en el Hospital Provincial de Zaragoza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aceptación por la Comisión de Adquisiciones del Área de Huesca en la sesión celebrada el día 24 de enero de 2019 la compra de la tecnología necesaria para poder operar varices mediante termoablación con láser

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusión es que existen demasiadas trabas para adquirir una tecnología ya incluida en el Servico Aragonés de Salud y con lo que se tiene una amplia experiencia en su utilización.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/913 ========== ***

Nº de registro: 0913

Título
TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Autores:
INGLES SANZ CRISTIAN, FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La insuficiencia venosa crónica es una patología con una elevada prevalencia en la población. El tratamiento clásico mediante safenectomia tiene una considerable morbilidad y conlleva una baja laboral de unos 30-45 días. Desde aproximadamente 15 años existen nuevas técnicas menos invasivas mediante procedimientos endovenosos más rápidos, menos agresivos y con mejor postoperatorio.

RESULTADOS ESPERADOS
- Población diana: Pacientes con insuficiencia venosa crónica menores de 75 años.
- Disminuir la estancia media
- Disminuir número de pacientes en lista de espera al realizar más intervenciones en la jornada quirúrgica
- Disminuir el tiempo de baja médica
- Aumentar la calidad de vida

MÉTODO
- Formación al personal de enfermería en el manejo del procedimiento endovascular.
- Adquisición de generador y fibras para EVLA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0913

1. TÍTULO

TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

- Recursos materiales: ecógrafo, funda de ecógrafo, indroductores 6F, aparato para anestesia tumescente, generador de potencia, fibras láser y calzador de media.
- Elaboración de documento informativo postquirúrgico

INDICADORES
Tasa de oclusión de Vena safena a los 3, 6 y 12 meses (90-95%).

DURACIÓN
Inicio proyecto Julio 2018
Finalización Julio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0914

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INGLES SANZ CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha evaluado a todo pacientes en hemodiálisis o pre-diálisis de los sectores de Huesca y Barbastro a petición de los servicios de nefrología correspondientes. En dicha valoración se ha realizado una anamnesis, una exploración física y una valoración mediante ecodoppler de ambos miembros superiores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado en 2018 en total 47 fístulas arteriovenosas (FAV) de 52 pacientes evaluados. Los 5 pacientes que se descartó la realización de FAV, las causas fueron en todos ellos la ausencia de venas para la realización de una FAV autóloga y el alto riesgo quirúrgico para la realización de una FAV protésica . Todas han sido intervenidas en menos de 60 días desde el momento de la evaluación por cirugía vascular del paciente excepto en 2 casos en los que los pacientes rechazaron en un primer momento la realización de la FAV. De las 47 FAV realizadas: 3 fueron con prótesis de PTFE, 6 humerobasílicas complejas con superficialización y las 38 restantes humerocefálicas radiocefálicas. Las 38 FAV del último apartado se realizaron en todos los casos sin ingreso y con anestesia local y las 9 restantes con anestesia general y con un ingreso media de 1,2 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es imprescindible la valoración ecográfica previa a la realización de una FAV para hemodiálisis con el fin de cartografíar la antomía venosa y arterial del paciente y así optimizar la estrategia quirúrgica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/914 ========== ***

Nº de registro: 0914

Título
ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

Autores:
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, INGLES SANZ CRISTIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
El acceso vascular para hemodiálisis es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.
El objetivo del proyecto es optimizar la fístula arterio-venosa, para lograr un acceso vascular nativo y disminuir la necesidad de colocación de catéter para hemodiálisis.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes con insuficiencia renal crónica en los que se prevea un inicio próximo de hemodiálisis o que ya hayan iniciado tratamiento.
Agilizar la valoración de los pacientes con necesidad de FAV.
Aumentar el número de pacientes con acceso vascular apto para hemodiálisis.
Disminuir el número de pacientes con catéter vascular.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0914

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

MÉTODO
Realizar valoración de todos los pacientes mediante exploración física y ecodoppler.

INDICADORES
Nº pacientes evaluados/mes
% pacientes intervenidos en <60 días

DURACIÓN
Inicio de actividad: Julio 2018
Fin de actividad: Julio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1328

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA JIMENA SANCHEZ PRIETO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BANIANDRES RODRIGUEZ IRENE
ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU
RAMIREZ SANAGUSTIN PATRICIA
SANTANDER LABAZUY LAURA
GIMENEZ RIVARES PATRICIA
BETRAN GABAS MARIA SOLEDAD
LOPEZ BESCOS SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO PARA RECOPILAR INFORMACIÓN SOBRE LA SAFENECTOMÍA Y LOS CUIDADOS A REALIZAR EN EL PACIENTE, AL ALTA A SU DOMICILIO-
SE HA FORMADO EL TRÍPTICO Y ESTÁ EN FASE DE REVISÓN E IMPRESIÓN DEL MISMO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
? REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A DOMICILIO EN 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN Y FOMENTAR LA ACTIVIDAD PRECOZ
? DAR CONFIANZA, RESOLVIENDO SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
? QUE LA PERSONA QUE RECIBE EL TRÍPTICO MANIFIESTE QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISA EN SU DOMICILIO.
? TODOS LOS PACIENTES INTERVENIDO DE VARICES SE VAYAN AL DOMICILIO CON EL DÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ES IMPORTANTE EL TRABAJO EN EQUIPO, EN TODAS LAS CATEGORIAS, APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA Y /O CONOCIMIENTOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, REVISANDO LA BIBLIOGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1328 ========== ***

Nº de registro: 1328

Título
TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

Autores:
SANCHEZ PRIETO PATRICIA, BANIANDRES RODRIGUEZ IRENE, ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU, RAMIREZ SANAGUSTIN PATRICIA, SANTANDER LABAZUY LAURA, GIMENEZ RIVARES PATRICIA, BETRAN GABAS MARIA SOLEDAD, LOPEZ BESCOS SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
ANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LIMITADA A 24H TRAS LA INTERVENCION, SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE DAR APOYO AL PACIENTE Y SUS FAMILIAS, PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS PROPIAS DE LA INTERVENCION, DE LAS ACTIVIDADES QUE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1328

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

PUEDE REALIZAR TRAS LA CIRUGIA, FACILITANDO AL PACIENTE TRIPTICO INFORMATIVO DE CUIDADOS POSTERIORES A LLEVAR A CABO EN EL DOMICILIO.

RESULTADOS ESPERADOS
-QUE EL PACIENTE INTERVENIDO MANIFIESTE ENTENDER LA INFORMACIÓN DADA AL ALTA HOSPITALARIA
-REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE DE IR A CASA EN 24 HORAS
-FOMENTAR LA ACTIVIDAD PRECOZ TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FAVORECIENDO SU AUTONOMÍA, HACIENDO HINCAPIÉ EN LAS RECOMENDACIONES NECESARIAS EN EL DOMICILIO.
-TODO PACIENTE INTERVENIDO DE VARICES SE IRÁ A CASA CON EL TRÍPTICO.

MÉTODO
- REALIZACIÓN DEL TRÍPTICO
- REALIZACION DE REUNION CON EL EQUIPO DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE CIRUGIA VASCULAR, PARA INICIO DEL PROYECTO.

INDICADORES
- EL 100% DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES SE IRÁN CON EL TRÍPTICO AL ALTA HOSPITALARIA.
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ASEGURARÁ LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS EXPLICADOS MEDIANTE PREGUNTAS DIRECTAS Y CONCISAS.

DURACIÓN
DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2018: REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA BUSCAR LA INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS AL ATA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A DESARROLLAR.
DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2018 : REUNIONES PARA REALIZAR EL TRIPTICO INFORMATIVO
DICIEMBRE 2018: MANDAR A REPROGRAFIA EL TRITICO Y DARLO A CONOCER A TODO EL PERSONAL DE LA PLANTA PARA SU USO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1063

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CLARA BERGUA MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ONDIVIELA PEREZ JORGE
MARQUINA BARCOS ADOLFO
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA
JIMENO GRILLO CARMEN
BRUN GUINDA DAVID
ARTERO BELLO PILAR
CALLEN SALVATIERRA MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Revisión de la literatura y protocolos existentes en otras comunidades autónomas
Se revisaron últimas Guías clínicas de SCACEST y SCASEST de la Sociedad Europea de Cardiología y American Heart Association. Así mismo el libro de texto de Cardiología Braunwald 10 ed (2015) También los Procesos asistenciales de SCA de la Comunidad Autónoma de Andalucía y El Documento del Código Infarto Aragón (diciembre 2016-enero 2017)
2. Discusión y consenso por parte de la Unidad de Cardiologia, UCI y la enfermería de la planta (febrero de 2017).
Se realizaron 2 reuniones, con trabajo intermedio de consenso a través de correo electrónico hasta alcanzar consenso con la redacción final de los protocolos. En ellos se recogen los textos pre-redactados y fármacos a administrar en los pacientes con síndrome coronario Agudo agrupados en varias categorías adaptadas a las diferentes circunstancias en que se atienden los pacientes con SCA en el centro.
Debido a la ejecución de y los traslados hospitalarios y diversas circunstancias personales de la persona encargada de seguir con el proyecto el calendario no se ha podido seguir, hubo un parón, reiniciándose el desarrollo del proyecto en octubre de 2017
Dichos textos se envían a Farmacia Hospitalaria para su inclusión como protocolos en el Farmatools, con lo que el tratamiento básico en cada caso se prescribe con un “clic” realizando posteriormente las correcciones necesarias para personalizar el tratamiento adaptándolo a cada paciente.
3. Difusión de los protocolos (Urgencias, Medicina Interna, UCI) SE realiza una reunión presencial con cada Unidad para explicar los protocolos y realizar simulación práctica con el programa Farmatools. Se remite así mismo el documento conjunto del protocolo a cada Unidad en formato digital y puesta en marcha de los mismos. (noviembre 2017).
4. Evaluación de resultados Debido al retraso acumulado se decide diferir el corte para monitorización del uso y la encuesta de satisfacción a abril de 2018 (6 meses tras la puesta en marcha), momento en que se remitirá la memoria definitiva. Durante la implementación se ha decidido realizar así mismo un registro prospectivo de los errores detectados, atribuibles a la protocolización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La totalidad de los miembros del grupo asistieron a las reuniones previstas y participaron activamente en la redacción de los protocolos
Se ha conseguido la unificación de criterios en un protocolo común respecto a las órdenes de tratamiento en los pacientes con diagnóstico SCA, minimizando la variabilidad en la práctica clínica entre las diferentes Unidades y los diferentes profesionales y adaptándola a las últimas recomendaciones basadas en la evidencia. Así mismo se aumenta la seguridad del paciente evitando olvidos y prescripciones inadecuadas, especialmente en fármacos antitrombóticos, oxigenoterapia y nivel de actividad física.
Aunque no se haya realizado la encuesta la impresión recogida es muy favorable por parte de los facultativos que la utilizan debido a la facilidad, rapidez y seguridad con la que se puede realizar la prescripción y debido a la homogeneización de la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es altamente recomendable la protocolización del tratamiento de las patologías más prevalentes para reducir la variabilidad de la práctica, aumentar la seguridad del paciente y facilitar la labor administrativa
Los protocolos, aunque basado en las Guías Clínicas y otras evidencias disponibles, deben adaptarse a cada centro pues difiere el tipo de paciente atendido, o al menos el momento del Proceso en el que se le atiende.
Para no perder el plus de seguridad que aporta la protocolización de las actuaciones en las diferentes patologías (debido a los errores derivados de la digitalización de registros y prescripciones: “corta y pega” indiscriminado, ausencia de revisión y adaptación de los textos a las circunstancias de cada paciente, etc…) debe insistirse en la revisión sistemática de los ítems de los protocolos preformados, adaptándolos a cada paciente y sus circunstancias personales (edad, función renal, alergias, riesgos particulares, comorbilidades, etc…). Por este motivo se ha añadido a los indicadores inicialmente previstos el registro de errores mencionado previamente
Los protocolos deben estar actualizados. En este caso se ha decidido revisión anual para adaptarlo a las nuevas recomendaciones, si procede o en el momento que se requiera si el cambio en las mismas es de suficiente entidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1063

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

7. OBSERVACIONES.
8. Observaciones
Como se ha mencionado, debido al retraso del calendario de implementación del proyecto, como se ha explicado más arriba, se decide diferir el corte para monitorización del uso y la encuesta de satisfacción a abril de 2018 (6 meses tras la puesta en marcha), momento en que se remitirá la memoria definitiva. En esta memoria se remitirá así mismo el resultado del registro prospectivo de los errores detectados, atribuibles a la protocolización.

Se ha añadido un facultativo al grupo de mejora, Dra M Pilar Artero Bello, que se incorporó al mismo tras remitir el Proyecto pero que ha trabajado activamente en el mismo.

No se han detallado aquí los diferentes protocolos por considerar que no era el objeto de la memoria. Si se considera necesario o pueden ser útiles como ejemplo para su impelmentación en otro medio, están a disposición y se remitirán si así se solicita.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1063 ========== ***

Nº de registro: 1063

Título
PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

Autores:
BERGUA MARTINEZ CLARA, ONDIVIELA PEREZ JORGE, MARQUINA BARCOS ADOLFO, VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA, JIMENO GRIÑO CARMEN, BRUN GUINDA DAVID, CALLEN SALVATIERRA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El tratamiento de síndrome coronario agudo en planta de cardiología implica la prescripción de fármacos de varios grupos terapéuticos(antiagregantes, antitrombóticos, antianginosos, estatinas) además de cuidados y procedimientos específicos (reposo, monitorización). La protocolización posibilita la disminución de errores, dismuye el tiempo empleado por los facultativos en esta tarea y contribuye a homogeneizar la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear protocolos para el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) del síndrome coronario agudo durante la fase de hospitalización en planta de Cardiologia.

MÉTODO
1. Revisión de la literatura y protocolos existentes en otras comunidades autónonas
2. Discusión y consenso por parte del servicio de Cardiologia, UCI y la enfermería de la planta.
4. Redacción de los protocolos.
1. Difusión de los protocolos (Urgencias, Medicina Interna, UCI) y puesta en marcha de los mismos.
2. Encuesta de Evaluación

INDICADORES
1. Asistencia a las reuniones de discusión y consenso (Cardiólogos, enfermera de referencia, supervisora)
3. Presentación de los protocolos en Enero de 2017 (Responsable)
4. Monitorización de uso de los protocolos: Numero de usos de los protocolos / Numero de pacientes ingresados por SCA, en un corte a Junio de 2017
5. Encuesta de satisfacción a los profesionales: Urgencias, UCI, Cardiologia

DURACIÓN
Noviembre 2016 Revisión de la literatura

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1063

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGIA. TODOS A UNA

Diciembre 2016 Discusión Cardiologia
Enero 2017: Redacción de Protocolos
Febreo 2017: Difusión y puesta en marcha de los protocolos.
Monitorizacion Junio 2017

OBSERVACIONES
Faltan 3 componentes del grupo por determinar, se confirmará a 18 de Octubre

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0139

1. TÍTULO

RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA GRACIA AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO FERNANDEZ ELENA
ARTERO BELLO PILAR
BRUN GUINDA DAVID
ONDIVIELA PEREZ JORGE
ANORO CASBAS MARIA JOSE
CALLEN SALVATIERRA MONICA
LIESA PELAY LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La parada cardiaca intrahospitalaria es un problema importante de salud pública, con alta incidencia (5/1000 ingresos) y alta mortalidad (hasta 20%). La supervivencia y la calidad de vida posterior dependen directamente del tiempo de respuesta. Nuestro proyecto pretende mejorar la rapidez de respuesta al inicio de las maniobras de resucitación, la mejora del trabajo en equipo y disminuir la incertidumbre del personal implicado en la atención de esta patología.
Para ello hemos creado un grupo de trabajo con los integrantes del proyecto, realizando un estudio de los indicadores de calidad de nuestro proceso y seleccionando aquellos con mayor relevancia para alcanzar la eficiencia en el procedimiento. Se engloban en indicadores de rapidez de respuesta a la llamada, indicadores de adecuación del personal y del material, indicadores del proceso de atención y de valoración del resultado final.
Se ha elaborado una check list con 26 items en los que valoramos: identificación de la situación de parada cardiaca (constantes vitales); la toma de tiempos (primer aviso, inicio maniobras básicas, llegada personal asistencial, inicio maniobras avanzadas); monitorización; realización correcta de resucitación básica; desfibrilación; realización correcta de RCP avanzada; asunción de tareas específicas por cada miembro del equipo de resucitación; disponibilidad del material necesario para la atención de la parada; presencia de la Historia Clínica en la habitación del paciente; orden expresa de no RCP o documento de voluntades anticipadas en la Historia Clínica si era el caso; éxito o fracaso en la recuperación de circulación espontánea.
Hemos realizado dos simulacros sorpresa con muñeco, implicando al personal de la planta y personal de UCI, recreando las distintas situaciones de una parada cardiaca de la práctica clínica habitual, analizando posteriormente la intervención mediante los items de la check list y grabación en video del procedimiento. Tras los simulacros se ha hecho una puesta en común con el personal de la planta para identificar los campos de mejora y una sesión formativa.
Los objetivos fijados son iniciar la RCP básica antes de los 4 minutos y la avanzada (incluyendo desfibrilación si procede) antes de los 8 minutos, procurando disminuir los tiempos de respuesta al menos en un 20%. Pretendemos sistematizar la realización correcta de las maniobras de resucitación y su secuencia temporal mediante la asignación de los roles específicos para cada persona implicada en la atención. Y con ello disminuir el estrés del personal en la atención de esta patología valorado con una encuesta del 1 (nada de mejora) al 4 (mucha mejora).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con el proyecto hemos conseguido mejorar los tiempos de respuesta. En el primer simulacro se tardó 3’40 min en dar el primer aviso, en el último 40’’, mejora del 82%. El tiempo de inicio de RCP básica en el primero fue 5’30 y en el último 2’30, mejora del 55%, quedando por debajo del estándar fijado. El tiempo en llegar el médico a la habitación pasó de 5’30 en el primero a 2’50 en el último, mejora 48%. Las maniobras se realizaron correctamente en todos los casos, mejorando mucho la rapidez y el orden del primer a último simulacro, mediante el entrenamiento y la actualización del conocimiento.
Se ha logrado disminuir la incertidumbre, y con ella el estrés del personal ante la situación de la parada cardiaca en planta, de forma notable: 3 en la encuesta de valoración al personal sobre una escala del 1 (nada de mejora) al 4 (mucha mejora).
Se ha realizado un video final con los estándares de actuación, de gran utilidad para las sesiones de repaso.
En las sesiones de puesta en común hemos acordado los roles de cada uno de los participantes con vistas a la estandarización del proceso, con resultados todavía incompletos en la última práctica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El resultado del proyecto ha sido satisfactorio por haber logrado identificar los objetivos de mejora, plasmándolos en la check list como herramienta con contenido adecuado y de fácil visualización a la hora de analizar el proceso. La participación e implicación del personal ha sido buena y ha permitido mejorar la actuación desde los distintos puntos de vista.
Tras completar el proyecto se ha evidenciado una importante mejora en los tiempos de respuesta y en la aplicación eficiente de las técnicas de RCP. Hemos conseguido entrar en los estándarers de calidad, que no alcanzábamos al inicio. La mejora ha sido modesta en la asunción de roles por cada miembro del equipo, identificándolo como un aspecto de mejora, al igual que la percepción de situación de estrés. Hemos identificado la importancia de organizar un número de teléfono único para la atención a la PCR. Hemos propuesto realizar un documento con la secuencia de actuación para cada estamento implicado con el fin de facilitar el proceso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0139

1. TÍTULO

RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Del proyecto surge el reconocimiento por parte del personal implicado de la utilidad de este entrenamiento y la demanda de establecerlo de forma periódica en la planta de hospitalización

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/139 ========== ***

Nº de registro: 0139

Título
RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Autores:
GRACIA AZNAREZ MARIA, RIVERO FERNANDEZ ELENA, ARTERO BELLO PILAR, ANORO CASBAS MARIA JOSE, CALLEN SALVATIERRA MONICA, CHAMORRO GANDUYO JUANA, BRUN GUINDA DAVID, ONDIVIELA PEREZ JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Tras detectar la necesidad de difundir las secuencias de actuación en las situaciones de riesgo vital y el entrenamiento en las mismas, se propone un plan para consolidar el entrenamiento en RCP como actividad formativa en el personal de la sexta planta del hospital San Jorge.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la rapidez del inicio de las maniobras de RCP y la monitorización del paciente en parada cardiaca. Mejora del trabajo en equipo Disminución de la incertidumbre ante estas situaciones

MÉTODO
Test de valoración de conocimientos básicos en la secuencias de actuación en Noviembre y en Junio Sesión formativa. Entrega de material básico Entrenamiento trimestral cronometrado Encuesta de satisfacción : estres ante la situación, satisfacción con trabajo en equipo

INDICADORES
Asistencia a sesiones formativas Tiempo desde alarma de parada hasta inicio de RCP (Junio menos Noviembre) Tiempo hasta la monitorio (Junio menos Noviembre) % de aciertos en el test de valoración de conocimiento básicos RCP (Junio- Septiembre) Puntuación de estrés ante situación: Junio- Septiembre Satisfacción con el trabajo en equipo: Junio- Septiembre

DURACIÓN
Test de valoración de conocimientos básicos en la secuencias de actuación en Noviembre y en Junio Sesión formativa. Entrega de material básico Diciembre Entrenamiento trimestral cronometrado: Enero y Mayo Encuesta de satisfacción post entrenamiento : estres ante la situación, satisfacción con trabajo en equipo. Enero y Mayo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

1. TÍTULO

REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA RIVERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA AZNAREZ MARIA
MARQUINA BARCOS ADOLFO
BRUN GUINDA DAVID
ONDIVIELA PEREZ JORGE
ALINS REMI IGNACIO
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA
PONTAQUE ABADIAS LAURA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar, en Abril del 2018, redactamos el protocolo de estudio genético y screening de las cardiopatías familiares en el Hospital San Jorge, especificando el modo de registro y las pruebas a realizar de los pacientes afectos de enfermedades cardiacas genéticas.
Posteriormente, entre Mayo y Junio del 2018 iniciamos un registro de todos los pacientes afectos de una posible cardiopatía familiar. Una vez identificados los probandos realizamos el árbol genealógico de cada familia. El árbol genealógico, queda registrado en el drive de Cardiología (www.cardiologia.huesca@gmail.com). De esta manera la información de los pacientes queda accesible para todo el servicio de Cardiología de una forma ordenada y rápida. Así mismo, la información queda informatizada y los árboles no aparecen en la historia clínica de los pacientes puesto que en ellos se incluye información de otros familiares que no tiene porqué ser conocida por otro familiar sin previo consentimiento.
Desde Julio a Diciembre del 2018 solicitamos el estudio genético del probando en los casos en los que estaba indicado según la rentabilidad en la patología, el valor del resultado en el estudio familiar y la voluntad del paciente. El estudio genético, consistente en una analítica de sangre, se solicita a través de un formulario específico que se realiza en la secretaría de Cardiología y se remite al Hospital Universitario Miguel Servet. El paciente debe ser informado debidamente y firmar el consentimiento para realizar el estudio.
Tras los resultados del estudio genético del probando realizamos el estudio genético a los familiares si se identifica la variante patogénica responsable de la enfermedad o variantes de significado incierto en las que se recomienda ampliar el estudio familiar. Si el estudio genético del probando identifica una variante benigna no sirve para confirmar el diagnóstico ni está indicado el estudio genético de los familiares.
En cualquier caso, tras los resultados del estudio genético, iniciamos el estudio de los familiares con las pruebas diagnósticas indicadas en cada patología (ECG, ecocardiograma, etc…) para poder identificar a los posibles afectos de la cardiopatía familiar precozmente. Se deberá realizar un seguimiento periódico de pacientes afectos y familiares susceptibles de desarrollar la enfermedad. Estos seguimientos se prolongarán hasta los 60 años en el caso de las miocardiopatías, momento a partir del cual se considera que no se desarrolla ya el fenotipo de la enfermedad. En el caso de familiares en los que se haya descartado la enfermedad con realización de un test genético negativo para la mutación genética identificada en la familia podrán ser dados de alta sin necesidad de seguimientos periódicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores utilizados fueron los siguientes:
- Número de pacientes con posible cardiopatía familiar incluidos en el registro: 45
- Número de pacientes a los que se les ha realizado estudio genético (incluye probandos y familiares): 64
- Número de familias estudiadas: 25

Dada la prevalencia de las cardiopatías familiares en la población general (1 de cada 400 personas), durante este tiempo hemos registrado una buena parte de las familias afectas en nuestra población de referencia, y seguiremos completando el registro conforme vayan surgiendo los pacientes con este tipo de cardiopatía. El número de estudios genéticos realizados hasta la fecha es concordante con el número de familias estudiadas, puesto que la indicación de realizarlo depende de varios factores como son rentabilidad del estudio en la cardiopatía, el valor del resultado en el estudio familiar y la voluntad del paciente.
De los 45 probandos incluidos en el registro, el estudio genético fue positivo en 11 de ellos (24%), permitiendo descartar la enfermedad en sus familiares e identificar a aquellos portadores susceptibles de desarrollar la enfermedad que requieren un seguimiento más estrecho. En 13 (28%) de ellos se detectaron variables de significado incierto, son mutaciones que actualmente, con el conocimiento disponible, se desconoce si producen la enfermedad o no. En el resto el estudio genético fue negativo, o bien no se realizó por diferentes motivos o está aún pendiente de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades cardiacas que tienen en común el tener una base genética y una presentación familiar. Afectan a 1 de cada 400 personas de la población general lo que supone unas 1000 familias por cada 500.000 habitantes. Además todas ellas son enfermedades que pueden relacionarse

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

1. TÍTULO

REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

con la muerte súbita, siendo las cardiopatías familiares la causa más frecuente de muerte súbita en menores de 35 años y la cardiopatía isquémica en el resto de la población.
Según las últimas recomendaciones y guías clínicas se debe realizar un estudio genético para el diagnóstico de las mismas (con diferente grado de recomendación según la enfermedad) y sobretodo un estudio de los miembros de la familia para poder identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo de esta manera instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales, prevenir eventos y realizar un asesoramiento reproductivo.
Es fundamental una adecuada organización y un sistema de registro que permita identificar a los familiares de los pacientes con cardiopatía genética de una forma eficiente, sobre todo teniendo en cuenta que en muchas ocasiones estas enfermedades pueden debutar con muerte súbita. Además la identificación de estas cardiopatías permite realizar un consejo profesional y deportivo, puesto que muchas de las arritmias mortales tienen relación con el ejercicio y hay ciertas profesiones que se deben evitar.
El protocolo de estudio y screening de cardiopatía familiares nos ha permitido mejorar la atención de los pacientes con este tipo de enfermedades del corazón y continuaremos realizando el registro y ampliando el número de familias estudiadas conforme vayamos diagnosticando nuevos casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/170 ========== ***

Nº de registro: 0170

Título
REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

Autores:
RIVERO FERNANDEZ ELENA, GRACIA AZNAREZ MARIA, MARQUINA BARCOS ADOLFO, BRUN GUINDA DAVID, ONDIVIELA PEREZ JORGE, ALINS REMI IGNACIO, VILLAROEL SALCEDO MARIA TERESA, PONTAQUE ABADIAS LAURA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades caracterizadas por tener una presentación familiar, una base genética y ser potencialmente causantes de muerte súbita. El diagnóstico temprano de los familiares permite identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo prevenir eventos, instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales y realizar un asesoramiento reproductivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un registro de los pacientes con cardiopatías familiares, realizar el estudio genético del probando y posteriormente el screening familiar.
Las enfermedades cardíacas objetivo serían miocardiopatías (M. Hipertrófica, M. arritmogénica, M. dilatada, M. restrictiva, M. no compactada), canalopatías (Sd. QT largo, Sd. QT corto, Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, Sd. Brugada) y enfermedades de la aorta (S. Marfan y otros síndromes).

MÉTODO
Diseño del protocolo de estudio.
Registro de todos los pacientes afectos de una posible cardiopatía familiar.
Estudio genético de los probandos.
Realización de árboles familiares de cada paciente afecto.
Según resultados del estudio genético se realizaría el estudio genético a los familiares (si se identifica el gen responsable de la enfermedad) o el estudio con ECG/ecocardiograma (si no se identifica el gen responsable).
Seguimiento periódico de pacientes afectos y familiares susceptibles de desarrollar la enfermedad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

1. TÍTULO

REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

INDICADORES
Número de familias incluidas en el registro.
Número de pacientes con posible cardiopatía familiar a los que se les realiza estudio genético.
Número de familias estudiadas.

DURACIÓN
Abril-Junio 2018: diseño del protocolo, registro de datos de los pacientes con sospecha de cardiopatía familiar y realización de árboles genealógicos.
Julio-Diciembre 2018: Estudio de probandos e inicio de estudio de familiares

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR ARTERO BELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO BETES VICTOR
TOBEÑA PUYAL MARIA
MARQUINA BARCOS ADOLFO
ALINS RAMI IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se ha creado un equipo multidisciplinar entre Cardiología, Oncología y Hematología compuesto por 2 miembros de cada especialidad.
-Se ha elaborado un borrador del Protocolo: Monitorización y diagnóstico precoz de cardiotoxicidad y Derivación a la consulta de Cardio-oncología, que posteriormente ha sido consensuado y modificado por parte del equipo multidisciplinar hasta su elaboración definitiva, aspecto que ha retrasado la aplicación del mismo y apertura de la consulta según el calendario previsto. Se ha creado un Chek-list resumen del protocolo (sobre los criterios de derivación a la consulta) para facilitar su aplicación.
-Se ha abierto una consulta ambulatoria de Cardio-oncologia, un día a la semana que precisa de un cardiólogo, una enfermera y un ecocardiógrafo.
-Se han realizado sesiones informativas en los diferentes servicios para comunicar el protocolo a los profesionales. Los pacientes serán informados en la primera visita a la consulta de Oncología-Hematología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Obtención de un protocolo conjunto multidisciplinar, siguiendo las directrices de la Sociedad Española de Cardiología, Hematología y Oncología, pero adaptado a nuestro medio y nuestro hospital, consensuado por los tres Servicios, así como la creación del Equipo multidisciplinar tal y como nos habíamos marcado.

Impacto: La Cardiotoxicidad es una complicación en la mayoría de los casos a largo plazo (10 años) por lo que su verdadero impacto se verá en el futuro. Lo que queremos conseguir con este protocolo es un diagnóstico en fase precoz y por lo tanto aun reversible, para que no la lleguen a desarrollar. Actualmente el impacto radica en no retrasar el inicio del tratamiento oncológico y evitar su suspensión por problemas de cardiotoxicidad, lo que conlleva un mejor pronóstico de su proceso oncológico y por lo tanto de su supervivencia. Se ha creado una base de datos para recoger todos los pacientes remitidos a la consulta, pero dado el poco tiempo desde su puesta en marcha los indicadores referidos en la memoria inicial no son aún del todo aplicables. Los indicadores que se han podido medir, es el número de pacientes que se les ha aplicado el protocolo (86%), número de pacientes remitidos a la consulta de media a la semana: 4, Número de pacientes que se les ha retrasado el inicio de tratamiento quimioterápico por descartar cardiotoxicidad: 0.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creación de un protocolo ha sido una herramienta muy positiva ya que permite a los profesionales implicados saber actuar en otros campos diferentes a los de su especialidad, pero muy importantes por las consecuencias pronosticas que tienen. Así los Hematólogos y Oncólogos saben cuándo derivar a cardiología y las pruebas a realizar para la monitorización de cardiotoxicidad y los Cardiólogos saben que complicación puede derivar de cada tratamiento oncológico para actuar de forma precoz.
El equipo multidisciplinar ha facilitado la comunicación entre nosotros y permite reunirnos en caso de necesidad.
Queda pendiente realizar en los Centros de Salud sesiones informativas del protocolo a los Médicos de Atención Primaria.
La sostenibilidad del proyecto radica en que la cardiotoxicidad es un importante problema en crecimiento, consecuencia del aumento de la supervivencia del cáncer y la mayor edad de los supervivientes y precisa de pocas pruebas, no muy costosas y sin efecto nocivo para los pacientes para su diagnóstico en una fase precoz. Es un proyecto que ya se está realizando en varios Hospitales de España adaptado a cada centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/355 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Nº de registro: 0355

Título
CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Autores:
ARTERO BELLO PILAR, MARCO BETES VICTOR, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, TOBEÑA PUYAL MARIA, MADANI PEREZ JULIA, MARQUINA BARCOS ADOLFO, ALINS RAMI IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los avances en la detección precoz y el tratamiento del cáncer han reducido de manera significativa la mortalidad de los pacientes, sin embargo, para mejorar el pronóstico también es necesario prevenir, diagnosticar y tratar eficazmente las complicaciones relacionadas con las mismas, entre ellas la cardiotoxicidad, definida como el conjunto de enfermedades cardiovasculares derivadas de los tratamientos onco-hematológicos y que incluyen no sólo la disfunción ventricular, sino también la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, arritmias, valvulopatías…..en función de los fármacos utilizados.
La toxicidad cardiovascular de dichas terapias es un problema ampliamente reconocido con múltiples esquemas terapéuticos, pero la evidencia científica es escasa en cuanto a su manejo.
Hoy por hoy en nuestro hospital a los pacientes con potencial riesgo de toxicidad cardiovascular se les realizan ecocardiogramas de control, pero no hay una equipo multidisciplinar para tomar decisiones conjuntas en cuánto qué pacientes se podrían beneficiar por ser de mayor riesgo de un control más estrecho o de un tratamiento previo, ni un protocolo de actuación de monitorización y diagnostico precoz de dicho daño, además esto puede llevar a una preocupación excesiva por la aparición de toxicidad que impida terapias potencialmente curativas, así como la subestimación de éste riesgo que puede comprometer el pronóstico vital a largo plazo.
Por ello es útil crear equipos multidisciplinares locales para optimizar los resultados en salud tanto de los pacientes con cáncer cómo de los supervivientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de un equipo local multidisciplinar Cardio-onco-hematologia cuyo objetivo sea:
- Agilizar la comunicación entre los profesionales implicados en el proceso del cáncer.
- Desarrollar un protocolo local de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones cardiovasculares.
- Facilitar el tratamiento oncológico.
- Evitar interrupciones en la administración del tratamiento antitumoral.

Creación de una consulta en Cardiología para pacientes oncológicos cuyo objetivo sea:
- Optimizar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Optimizar medidas terapéuticas de protección cardiaca.
- Identificar y tratar precozmente posibles toxicidades cardiovasculares.
- Programar un seguimiento de los supervivientes al cáncer.

MÉTODO
En primer lugar se va a realizar un Protocolo de actuación en función del tratamiento oncológico que se vaya a administrar, que describa: cómo estratificar el riesgo cardiovascular del paciente y tipo de pruebas que hay que realizar tanto de forma basal como a lo largo del tratamiento para detección precoz (por ejemplo en caso de administración de antraciclinas, ecocardiograma y biomarcadores), así como los pacientes que necesitan un seguimiento más estrecho en la consulta de Cardiología para tratamiento ya sea preventivo o por detección precoz de cardiotoxicidad.

El equipo multidisciplinar estará formado por el cardiólogo a cargo de la consulta, el cardiólogo encargado de imagen cardiaca así como de un oncólogo y un hematólogo.
Dado que en éstos pacientes es importante no demorar las pruebas ni las consultas para minimizar las interrupciones del tratamiento oncológico, se va intentar abrir una consulta de media mañana 2 días a la semana.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

INDICADORES
Número de pacientes con tratamiento potencialmente cardiotóxico a los que se les aplica el protocolo respecto al número total de pacientes.
Valorar retraso de inicio de tratamiento oncológico antes y después de la puesta en marcha del proyecto.
Valorar suspensión de tratamientos por cardiotoxicidad antes y después de la puesta en marcha del proyecto.
Valorar desarrollo de Cardiotoxicidad a largo plazo (años tras la suspensión del tratamiento).

DURACIÓN
-Creación de un borrador del protocolo de actuación en los meses de mayo y junio.
-Puesta en común de éste borrador entre los miembros del equipo para mejoras y modificaciones entre julio, agosto y septiembre
-Apertura de la consulta en octubre-noviembre y puesta en marcha del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0080

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTEDCLOSURE®)

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... SEF SAUDI MORO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA FORCEN MARIA TERESA
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO
GODED BROTO IGNACIO
TALAL EL-ABUR ISSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un protocolo para la recogida de datos y sobre el uso, necesidad y bases fisiológicas del uso de la terapia VAC. En el figuran dos formularios. El primero consta de cuatro secciones donde se recogen y analizan las condiciones generales del paciente y del defecto: 1. Datos de filiación; 2.Perfil de la herida; 3. Dimensiones de la herida; 4. Prescripción facultativa.
El segundo formulario, también con cuatro secciones, es sobre el control mensual del tratamiento con VAC

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se trata de un estudio observacional prospectivo. Estamos a la espera de alcanzar el tamaño muestral definitivo en los próximos meses para proceder a realizar el análisis estadístico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente alcanzar el número necesario de casos para proceder a realizar el correspondiente análisis estadístico.
A lo largo del año, el dispositivo VAC ha cambiado de laboratorio (Smith & Nephew), por lo que hemos sufrido un discreto retraso en la recogida de datos.
El proyecto sigue siendo absolutamente viable.
La valoración del equipo a la espera del análisis estadístico es muy favorable dada la buena evolución clínica de los pacientes, con menor incidencia de herida quirúrgica infectada, menor estancia hospitalaria y mejor manejo domiciliario del paciente.
La evidencia científica disponible, junto a la experiencia inicial de algunos servicios, sugiere que la Terapia de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM puede ser especialmente útil en Cirugía General, tanto en el tratamiento de heridas subagudas (dehiscencias), como en procesos agudos que precisen de tratamiento mediante cierre diferido (abdomen abierto).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/80 ========== ***

Nº de registro: 0080

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

Autores:
SAUDI MORO SEF, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO, PEREZ ZAPATA ANA ISABEL, BORAO MUÑOZ ELENA, BAQUE SANZ FERNANDO, GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0080

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTEDCLOSURE®)

PROBLEMA
El sistema de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM es una terapia no invasiva, controlada, que utiliza la presión negativa sobre la herida para promover la cicatrización en un medio húmedo y cerrado, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, estimulando el tejido de granulación y disminuyendo la colonización bacteriana.
En los últimos años, la Terapia de Presión Negativa V.A.C.® THERAPYTM se ha presentado como una nueva alternativa terapéutica, especialmente efectiva en el caso de heridas agudas, subagudas y crónicas de distinta etiología.El dispositivo V.A.C.® THERAPYTM emplea un sistema de presión subatmosférica a partir de un apósito en forma de esponja adaptable a las características individuales de cada herida. El tamaño de los poros de la esponja se encuentra entre 400 y 600 nm., unido a un tubo de drenaje que va a promover su colapso y mantener las condiciones de presión subatmosférica de forma continua o intermitente y uniforme en toda la herida.
Últimamente, se ha planteado el uso de terapias, supuestamente “similar”, con gasas empaquetadas sobre la herida. Respecto a esto, debemos recalcar que los fundamentos científicos de V.A.C.® THERAPYTM se basan en el uso del sistema de tratamiento integrado. Este sistema consta de mecanismos de acción de probada eficacia que actúan tanto a nivel de los tejidos (MACROTENSIÓN) como de las células (MICROTENSIÓN).
La Macrotensión es la alteración visible que se produce cuando la presión negativa contrae el apósito de espuma de poros abiertos V.A.C.® THERAPYTM, lo que aproxima los bordes de la herida. Además V.A.C.® THERAPYTM elimina el exudado, reduce el edema y favorece la perfusión.
La Microtensión se produce a nivel de las células y provoca su estiramiento debido al contacto de la espuma de poros abiertos V.A.C.® THERAPYTM con el lecho de la herida

RESULTADOS ESPERADOS
El VAC debe ser considerado como una herramienta de apoyo fundamental en el tratamiento quirúrgico de pacientes que presentan heridas complejas, donde han fracasado o fracasarán, la cirugía o los tratamientos conservadores convencionales. Adelantarnos a éstos fracasos, hará realmente rentable (desde el punto de vista coste/beneficio y fundamentalmente para la buena evolución clínica del paciente) la utilización del VAC para el paciente y el Hospital. Con el objetivo principal de un tratamiento optimo en:
Heridas agudas.
Dehiscencia de herida quirúrgica
Injertos mallados de ubicación difícil.
Úlceras crónicas profundas.
Ulceras crónicas superficiales.
Colgajos con compromiso vascular

MÉTODO
Responsables del equipo: Dr. Saudí y Dra. Abadía quienes coordinaran y supervisaran la recogida de datos y la evolución clínica de todos los pacientes; siendo el facultativo que prescribe el dispositivo el responsable directo del paciente, de su colocación, curas y evolución clínica.
Los pacientes tal y como figura en el protocolo serán seguidos en nuestras consultas externas de Cirugía General, hasta la resolución clínica.

INDICADORES
Para ello se han diseñado dos formularios (con cuatro secciones cada uno) que se deben ser completados por los facultativos del Servicio de Cirugía (los ocho miembros) que forman parte de este proyecto de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud:
FORMULARIO 1.- Formulario para la prescripción de la V.A.C.® THERAPYTM. Valoración de las condiciones generales del paciente y del defecto
SECCION 1.- DATOS DEL PACIENTE
SECCIÓN 2.- PERFIL DE LA HERIDA (Si se va a tratar más de una herida será necesario rellenar un formulario adicional por cada una de ellas)
SECCIÓN 3.- DIMENSIONES DE LA HERIDA (Si las formas son irregulares, documente la dimensión mayor)
SECCIÓN 4.- PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA
FORMULARIO 2. PARA EL CONTROL MENSUAL DEL TRATAMIENTO CON LA V.A.C.® THERAPYTM*
SECCION 1.- DATOS DEL PACIENTE
SECCIÓN 2.- DATOS GENERALES
SECCIÓN 3.- DIMENSIONES DE LA HERIDA (Si las formas son
Irregulares, documente la dimensión mayor)
SECCIÓN 4.- INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO (Indique la causa de la interrupción del tratamiento)
Todos los datos recabados serán incluidos en una base de datos y tratados desde un punto de vista estadístico con el SPSS versión 22.0.0.0

DURACIÓN
Este servicio de Cirugía General y sus facultativos, dispone de todo el equipamiento necesario, para su puesta en marcha. Conocen la técnica y requisitos para la inclusión de pacientes.
Por nuestra parte con objeto de poder medir los resultados
Fecha de Inicio: 2 de Noviembre de 2.016
Fecha de Fin: 30 de Junio 2.017
Análisis estadístico, confección y presentación de resultados: 1 Septiembre 2017

OBSERVACIONES
Se envió de forma detallada todo el protocolo que consta de 53 folios, donde figuran todos los flujo-gramas, esquemas, tablas de inclusión y exclusión de pacientes... Y se detalla de forma muy pormenorizada y exhaustiva el protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0080

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON LA TERAPIA V.A.C. ®(V.A.C.® THERAPYTM; VACUUM ASSISTEDCLOSURE®)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0101

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMON GOMEZ SUGRAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUASCH MARCE MONTSERRAT
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
ROLDON GOLET MARTA
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión clínica en el Servicio de Cirugía General y Servicio de Urgencias
Comunicación oral en las jornadas científicas del Hospital San Jorge

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 61% presentaban más de 9 puntos en la escala de Alvarado, por lo tanto, una alta probabilidad de apendicitis aguda
La PCR fue positiva en el 84 % de los pacientes.
Se registraron un 79 % de apendicitis aguda confirmas por A-P, el resto fueron "blancas".
La sensibilidad de la escala de Alvarado modificada (Escala más PCR) és mayor (0.97 versus 0.88) y su especificidad es menor (0.2 versus 0.47)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La escala diagnóstica de Alvarado modificada (Escala más PCR), puede ser una herramienta muy útil para mejora la eficiencia diagnóstica de la apendicitis aguda.
El uso sistemático en la práctica clínica de esta escala modificada podría disminuir la realización de pruebas de imagen complementarias para el diagnóstico de apendicitis aguda y así, reducir los costes económicos sanitarios que conlleva

7. OBSERVACIONES.
Se ha ampliado la base de datos de forma prospectiva
El primer trimestre del año 2018 realizar la estadística para la obtención de más resultados y conclusiones.
Según los resultados se planteará la realización de un protocolo y la vía clínica el diagnóstico eficiente de apendicitis aguda

*** ========== Resumen del proyecto 2016/101 ========== ***

Nº de registro: 0101

Título
OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

Autores:
GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON, GUASCH MARCE MONTSERRAT, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, ROLDON GOLET MARTA, MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La eficiencia diagnóstica es uno de los parámetros principales que evalúa la calidad de la atención hospitalaria de una institución.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0101

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

En cuanto a cirugía se refiere, la apendicitis aguda es, sin duda, la patología urgente más frecuente a la que se enfrenta un Servicio de Cirugía General. Con la intención de disminuir las implicaciones en términos de coste económico y las complicaciones quirúrgicas en pacientes con dudas diagnósticas de apendicitis o en pacientes con apendicitis complicada, se han incorporado diversos estudios de imagen, laboratorio y técnicas laparoscópicas que contribuyen al aumento de la efectividad en el diagnóstico y eventual tratamiento de la apendicitis aguda.
La escala de Alvarado es un índice para el diagnóstico de apendicitis aguda que es factible, ya que así se ha demostrado en estudios previos, permitiendo la identificación de pacientes con una posible apendicitis aguda que requieren cirugía urgente. La aplicación de esta escala disminuye consecuentemente el margen de error diagnóstico y por lo tanto sus posibles implicaciones legales y económicas.
Los índices diagnósticos también permiten en el grupo de enfermos de mayor edad, donde la exploración física y la clínica suelen ser más inespecíficos, indicar de forma más precisa la necesidad del uso de pruebas de imagen.

RESULTADOS ESPERADOS
El primer objetivo de este proyecto es optimizar el uso de pruebas complementarias para el diagnóstico de una patología, en la que en el momento actual, la exploración física y la clínica siguen siendo prioritarias. Se espera que mediante el uso de la escala Alvarado modificada se consiga disminuir la necesidad de emplear pruebas complementarias para el diagnóstico de apendicitis aguda, sobre todo en el grupo de pacientes de mayor edad, ya que son los que requieren con más frecuencia el uso de pruebas de imagen para una mejor orientación diagnóstica.
El segundo objetivo es redactar y aplicar un protocolo y una vía clínica para el diagnóstico de apendicitis aguda; iniciando un estudio prospectivo de validación.

MÉTODO
Realizar un estudio retrospectivo de nuestra práctica diaria, recogiendo datos de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un período de dos años y medio, comprendido desde Enero del 2014 a Junio del 2016. Se recogerán todos los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos, basándonos en los criterios de la escala Alvarado modificada, ya que, se incluye la PCR y el fibrinógeno como reactantes de fase aguda.
Evaluar la sensibilidad, especificidad y exactitud diagnóstica de un índice diagnóstico de apendicitis modificado de la descripción original de Alvarado y correlacionar la eficacia del mencionado índice con los estudios diagnósticos realizados y con los resultados histopatológicos de los pacientes sometidos a cirugía por sospecha de apendicitis aguda.

INDICADORES
El hecho de asumir la eficiencia diagnóstica como un fenómeno medible numéricamente es realmente un reto. Se aplicarán criterios aceptados para la evaluación de la calidad de diagnóstico ante la sospecha de apendicitis en estudios clínicos, que son: tasa de apendicectomía negativa por informe anatomopatológico de 5%; tasa de laparotomía negativa de 10%; tasa de perforación potencial de 35%; tasa de perforación no diagnóstica de 15%; y tasa de apendicitis no diagnosticada de 5%.

DURACIÓN
Se han recogido todos los datos de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un período de dos años y medio, comprendido desde enero del 2014 a junio del 2016. A partir de octubre de 2016, en función de la base de datos y cálculos estadísticos, se redactará y aplicará un protocolo y vía clínica para el diagnóstico de apendicitis aguda; iniciando un estudio prospectivo, a partir de enero de 2017, de validación de la utilidad de la escala de Alvarado modificada y en consecuencia, la optimización de pruebas complementarias para su diagnóstico; especialmente en la población de mayor edad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1027

1. TÍTULO

MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... VANESA ZAMBRANA CAMPOS
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GODED BROTO IGNACIO
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS
RUBIO BARLES PEDRO JAIME
CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO
MORROS DIAZ EMILIO
NAVARRO PEREZ CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones trimestrales para la puesta en común de bibliografía con las últimas recomendaciones en el tratamiento de la pancreatitis aguda. El objetivo final es la elaboración de un protocolo de actuación para el manejo adecuado del paciente ya que requiere la actuación multidisciplinar conjunta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a la extensión de la patología y sus distintos grados con líneas terapéuticas diferentes, todavía se está elaborando el protocolo y no se ha puesto en marcha.
Creemos que puede tener un impacto positivo en el sistema nacional de salud ya que implicaría ahorro de recursos al disminuir la estancia hospitalaria y diminuir el número de reingresos.
Para poder analizarlo se recogerán datos relacionados con los días de estancia hospitalaria y resultados de morbimortalidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusión, deberemos terminar de realizar el protocolo para empezar a aplicarlo. Ha quedado pendiente su finalización y su puesta en marcha.
Creemos que puede ser importante su realización para optimizar el tratamiento del paciente y mejorar datos de morbimortalidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1027 ========== ***

Nº de registro: 1027

Título
MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ZAMBRANA CAMPOS VANESA, CUARTERO CUENCA BERTA, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, RUBIO BARLES PEDRO JAIME, CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO, MORROS DIAZ EMILIO, NAVARRO PEREZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio del páncreas caracterizado por dolor abdominal de intensidad relevante y elevación de enzimas pancreáticas. En España se estima una incidencia aproximada de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1027

1. TÍTULO

MANEJO MODERNO DE LA PANCREATITIS AGUDA: IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO CLINICO DE AMBITO INTERDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL SAN JORGE

350 casos por millón de habitantes y año. Actualmente una PA se clasifica como leve (ausencia de complicaciones), moderada (complicaciones locales y/o fallo orgánico de duración menor de 48 h) y grave (fallo orgánico de duración mayor de 48 h) (Criterios de Atlanta revisados). Un 33% de los casos de PA evolucionan hacia formas moderadas o graves y es en ellos donde se concentran las mayores tasas de mortalidad (25-30%) debido primordialmente a fracaso persistente de órganos y/o complicaciones sépticas. Hoy en día, un abordaje avanzado de la PA en todos sus espectros de gravedad exige a menudo la labor coordinada e interdisciplinar de numerosos colectivos de profesionales incluyendo el propio staff de Urgencias, gastroenterólogos, endoscopistas avanzados, cirujanos, anestesiólogos, intensivistas, radiólogos y expertos en nutrición, así como personal de enfermería especializado. El objetivo de este proyecto es constituir un equipo de especialistas capaces de desarrollar un protocolo que garantice un abordaje moderno e interdisciplinar de la PA, especialmente de aquellos casos con factores predictivos de evolución desfavorable.

RESULTADOS ESPERADOS
(1) Potenciar una cultura de pacto y cooperación inter-servicios para un abordaje moderno e interdisciplinar de la PA, especialmente en sus formas moderada y grave (2) Consensuar criterios homogéneos de actuación respecto a los procedimientos diagnósticos necesarios para confirmar el diagnóstico, etiología y gravedad, en orden a las recomendaciones vigentes de las guías de práctica clínica (GPC); (3) Favorecer que el manejo de la PAMG: médico-intensivo, endoscópico, quirúrgico y nutricional se halle en concordancia con lo establecido en los documentos de consenso y que las actuaciones pertinentes se llevan a cabo de forma precoz y en el momento indicado; (4) Iniciar un registro de casos (base de datos) que permita tabular información que pueda ser implementada con fines de investigación con el consentimiento preceptivo del paciente.

MÉTODO
La elaboración del protocolo se llevará a cabo de acuerdo con un modelo estándar o de referencia asegurando que cumple los criterios de calidad pertinentes tanto en la definición del problema y de la población diana, como en la selección de las personas involucradas en su diseño, la idoneidad de la evidencia, la claridad y precisión del documento, los recursos necesarios para su aplicabilidad, así como su evaluación y medida de impacto. Las fases fundamentales del protocolo que se prevé llevar a cabo se resume en las siguientes acciones: (1) Constitución del equipo; (2) Revisión de la evidencia y grados de recomendación; (3) Elaboración del documento; (4) Revisión crítica del documento por los miembros del Grupo; (5) Intervención de revisores externos con acreditada experiencia en el tema tratado; (6) Validación definitiva del documento y (7) Aplicación y monitorización. Temas que serán objeto de especial interés en el documento serán los siguientes: (1) Definición de términos clave; (2) Procedimientos diagnósticos; (3) Evaluación de la gravedad; (4) Control del dolor abdominal; (5) Medidas de Reanimación; (6) Nutrición; (7) Empleo de antibióticos; (8) Diagnóstico y manejo de las complicaciones locales; (9) Manejo de los pacientes con PA asociada a cálculos biliares; (10). Aspectos relacionados con la Ética Asistencial. Igualmente el Documento hará referencia a la idoneidad en la dotación de personal y equipamiento del Centro necesarios para la atención de estos pacientes y el momento en que un paciente con PA debería ser trasladado a un Centro de referencia para la realización de una técnica o procedimiento no disponible en el hospital de origen.

INDICADORES
1) % de casos en quienes los procedimientos diagnósticos fueron llevados a cabo en el tiempo establecido en el protocolo.
2) % de casos en quienes se aplicaron scores validados predictivos de gravedad.
3) % de casos en quienes se aplicaron las medidas de reanimación y control del dolor de acuerdo a los estándares reflejados en el documento (ERD).
4) % de casos en quienes el soporte nutricional se llevó a cabo de acuerdo a los ERD.
5) % de casos en quienes los procedimientos terapéuticos (drenajes -necrosectomía) se llevaron a cabo en orden a los ERD.
6) % de casos que han sido incluídos en el registro diseñado para este fin.

DURACIÓN
1) Constitución del equipo, revisión de la evidencia y redacción del documento: octubre 2016-marzo de 2017; (2) Aplicación, registro y monitorización (abril 2017-diciembre 2017).

OBSERVACIONES
(1) Además de los facultativos mencionados en el apartado (Responsable/colaboradores), consideramos primordial la inclusión de la Dra Arantzazu Lander Azcona (Intensivista) si ello es posible (alander@salud.aragon.es). (2) Aparezco como responsable en otro proyecto sobre implementación del Proyecto INFOGASTRUM en los Centros de Salud del sector sanitario de Huesca. En caso de incompatibilidad, pueden retirarme y poner como responsable del INFOGASTRUM a cualquiera de los colaboradores que aparecen en el proyecto.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SEF SAUDI MORO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA FORCEN MARIA TERESA
TALAL EL-ABUR ISSA
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO
SARVISE LACASA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La urokinasa es una proteína que activa el plasminógeno formando plasmina, una proteasa activa que degrada, proteínas, la fibrina. Existen diferencias en las técnicas de drenaje percutáneo: distintos tipos de catéteres, distintos métodos de imágenes para guiar el drenaje y distinto manejos de los catéteres de drenaje. La mayoría de los estudios que evaluaron técnicas de drenaje percutáneo no fueron controlados, por lo que no está establecido cual es el mejor método. Actualmente los radiólogos consideran que todos los métodos por imágenes son útiles para guiar el drenaje, aunque muchos prefieren la tomografía computada para realizar el procedimiento y el seguimiento del absceso.
Nuestro estudio incluyó 10 pacientes, entre 38 y 81 años, con abscesos que requirieron drenaje percutáneo. Se consideró absceso a toda colección de líquido con cultivo positivo o que según el criterio clínico necesitaba tratarse como absceso (los pacientes que habían recibido antibióticos podían tener líquidos con cultivos negativos). Los pacientes fueron tratados en las primeras 24 horas colocando el catéter de drenaje. Se excluyeron los abscesos pancreáticos por el riesgo de tratarse un pseudoquiste (frecuentemente tienen pseudoaneurismas en su interior que pueden romperse con los fibrinolíticos). También se excluyeron los pacientes con tumores, malformaciones arteriovenosas, con coagulapatía e hipersensibilidad a la urokinasa. Durante 4 días, desde la colocación del catéter de drenaje, se administró solución salina o urokinasa con intervalos de 8 horas. La dosis de urokinasa dependía del tamaño del absceso: 1-3 cm:12500 U/3ml), 3-5cm:25000 U(5ml);5-10 cm:50000U(10ml);mas de 10cm:100000 U(10ml). Después de administrada la urokinasa se limpiaba el catéter con solución salina y posteriormente se clampa durante 15 minutos y se dejaba drenar el contenido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se definió exitoso cuando había una resolución completa del absceso según el examen físico y un laboratorio normal y no se necesitó de otra intervención para lograr la curación. El catéter se retiraba cuando el drenaje era menor del 10 ml/día en 3 días consecutivos.

Localización	Número
Peritoneales	4
Retroperitoneales	1
Parenquimatosos	2
Hematomas Infectados	3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante el tiempo en que se llevó a cabo este estudio (Mayo- Noviembre 2018), dadas las características demográficas de la población de estudio, no se incluyeron un número suficiente de pacientes para analizar la influencia de factores como el tamaño del absceso, las características del mismo (tabicación, hematoma, etc.), la localización, el tamaño del catéter utilizado o el método de drenaje (succión o gravedad). Hemos observado que el tratamiento con Uroquinasa tuvo un tiempo de ingreso hospitalario promedio menor y un menor costo total y diario, con respecto al tratamiento clásico.
La crítica principal que puede hacerse a este trabajo es el número pequeño de pacientes estudiado, que impide un análisis completo de las variables que influyen en el tratamiento y resta fuerza estadística a los resultados. Es necesario realizar estudios con más pacientes para mejorar la significación estadística de los resultados. Un sesgo importante de este estudio es que no se empleó un sistema doble ciego, esto puede influir en el resultado. No se informan efectos adversos con la utilización de urokinasa, se asume que no los hubo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/200 ========== ***

Nº de registro: 0200

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Autores:
SAUDI MORO SEF, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, TALAL EL-ABUR ISSA, ZAMBRANA CAMPOS VANESA, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, ROLDON GOLET MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
DESCRIPCIÓN: La urokinasa es una enzima producida por los riñones, utilizándose cultivos de células renales humanas para producir esta sustancia. Debido a que es un producto endógeno, las reacciones de hipersensibilidad son menos frecuentes que con la estreptoquinasa, aunque esta última es mucho más barata. MECANISMO DE ACCIÓN La urokinasa ejerce su acción sobre el sistema fibrinolítico endógeno para convertir el plasminógeno a plasmina rompiendo directamente el enlace arginina-valina en el plasminógeno. La plasmina degrada la fibrina y el fibrinógeno y también los factores procoagulantes V y VIII. Los productos de degradación de la fibrina y del fibrinógeno ejercen un efecto anticoagulante clínicamente significativo, que se mantiene en la circulación durante unas 24 horas. Como resultado de la disminución de los niveles plasmáticos de fibrinógeno, la urokinasa también reduce la agregación plaquetaria y la viscosidad de la sangre. FARMACOCINÉTICA Los efectos trombolíticos disminuyen pocas horas después de la administración, pero los efectos anticoagulantes se mantienen durante 24 horas. No se sabe en que extensión la urokinasa atraviesa la barrera placentaria y se excreta en la leche. La semi-vida plasmática es de unos 20 minutos con un rápido aclaramiento hepático.

RESULTADOS ESPERADOS
Proporcionar cuidados de calidad y seguridad al paciente con heridas quirúrgicas anfractuosas de larga evolución.
Optimizar recursos materiales y carga asistencial aportando valor a la organización y disminuyendo costes.
Aumentar la satisfacción de los pacientes

MÉTODO
1.- Identificar aquellas heridas quirúrgicas complicadas susceptibles de tratamiento desbridante con Urokinasa® y notificarlo a la Supervisora de Enfermería o/y al Cirujano.
2.- El Cirujano comprobará en la Historia Clínica los siguientes datos:
a) DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE
b) DATOS DE LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE
c) DATOS TÉCNICOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
d) DATOS del día y de los parámetros DE LA ÚLTIMA ANALÍTICA realizada
e) Anotar la medicación y el tipo de dieta que lleva pautado el paciente
f) Anotar la existencia o no de TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PREVIOS AL TRATAMIENTO DESBRIDANTE CON UROKINASA® DE LA HERIDA QUIRÚRGICA
g) Anotar la existencia o no de CULTIVOS PREVIOS AL TRATAMIENTO DESBRIDANTE CON UROKINASA® DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.
3.- Las curas se realizarán CADA 12-24 HORAS según las siguientes indicaciones, pero se debe de INDIVIDUALIZAR CADA CURA SEGÚN CRITERIO Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

INDICADORES
1.- El personal de Enfermería previa petición del volante por el Médico, tomará CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS de la herida quirúrgica PREVIOS a la cura diaria (del turno de mañanas) en los días 1º, 3º, 5º y 8º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®.
2.- Realizar ANALÍTICA con carácter NORMAL, los días 1º, 3º, 5º y 8º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®, por el personal de Enfermería previa petición del volante por el Médico Residente y en la que deben de figurar los siguientes parámetros: Hemograma, bioquímica, coagulación, ESTUDIO NUTRICIONAL, estudio de la función hepática, función renal y estudio metabólico del hierro
3.- El Médico FOTOGRAFIARA de la herida quirúrgica previamente a la cura diaria de los días 1º, 3º, 5º, 8º, 10º y 15º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®.

DURACIÓN
Fecha de Inicio "recogida de pacientes": 2 de Mayo 2.018
Fecha Fin "recogida de pacientes": 2 Noviembre 2.018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Recogida de pacientes: 6 meses
Análisis de Resultados: Noviembre 2018
Presentación de Resultados: 13 Diciembre 2018

OBSERVACIONES
Corrección del proyecto 2018_0197 (Contrato Programa) en el cual se me solicita se me indica que supero el numero de caracteres.
Solicito una vez corregido su admisión.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1225

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GONZALEZ SANAGUSTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO ALAGON TRINIDAD
GALINDO LANUZA MARIA DOLORES
ARA REY ANA CRISTINA
MORLAN POCIELLO SARA
GARULO GRACIA DANIEL
GALVEZ RODRIGUEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO PARA RECOPILAR INFORMACIÓN SOBRE LA COLECISTECTOMIA Y LOS CUIDADOS A REALIZAR EN EL PACIENTE, AL ALTA A SU DOMICILIO-
SE HA FORMADO EL DÍPTICO Y ESTÁ EN FASE DE REVISÓN E IMPRESIÓN DEL MISMO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
? REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A DOMICILIO EN 24-48 HORAS DE LA INTERVENCIÓN.
? DAR CONFIANZA, RESOLVIENDO SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
? QUE LA PERSONA QUE RECIBE EL DÍPTICO MANIFIESTE QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISA EN SU DOMICILIO.
? TODOS LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS SE VAYAN AL DOMICILIO CON EL DÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ES IMPORTANTE EL TRABAJO EN EQUIPO, EN TODAS LAS CATEGORIAS, APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA Y /O CONOCIMIENTOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, REVISANDO LA BIBLIOGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1225 ========== ***

Nº de registro: 1225

Título
TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

Autores:
GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA, CALVO ALAGON TRINIDAD, GALINDO LANUZA MARIA DOLORES, ARA REY ANA CRISTINA, ZAZO CEBOLLERO CLARA ISABEL, MORLAN POCIELLO SARA, GARULO GRACIA DANIEL, GALVEZ RODRIGUEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN SANITARIA

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

PROBLEMA
ANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LIMITADA A 24-48 HORAS TRAS LA INTERVENCIÓN, SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE DAR APOYO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIAS, PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS PROPIAS DE LA INTERVENCIÓN, DE LAS ACTIVIDADES QUE PUEDE REALIZAR TRAS LA CIRUGÍA Y LA EDUCACIÓN EN LA DIETA QUE SE ACONSEJA SEGUIR TRAS UNA COLECISTECTOMÍA.
POR ESO, VAMOS A REALIZAR ESTE TRÍPTICO INFORMATIVO.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1225

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

- QUE LA PERSONA INTERVENIDA MANIFIESTA QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISARÁ EN SU DOMICILIO.
- REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A CASA EN 24-48 HORAS.
- DAR CONFIANZA AL PERSONAL QUE LE ATIENDE EN EL HOSPITAL, RESOLVIENDO TODAS SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
- TODO PACIENTE COLECISTECTOMIZADO SE IRÁ A SU DOMICILIO CON EL TRÍPTICO.

MÉTODO
- REALIZACIÓN DEL TRÍPTICO.
- REALIZACIÓN DE REUNIÓN CON EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO, PARA CONOCIMIENTO DEL PROYECTO.

INDICADORES
- EL 100% DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS SE IRÁN CON EL TRÍPTICO AL ALTA HOSPITALARIA.
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ASEGURARÁ DE LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS EXPLICADOS MEDIANTE PREGUNTAS DIRECTAS Y CONCISAS.

DURACIÓN
DE JUNIO A SEPTIEMBRE 2018: REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA BUSCAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA COLECISTECTOMÍA Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A DESARROLLAR.
DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2018: REUNIONES PARA REALIZAR EL TRÍPTICO INFORMÁTICO.
DICIEMBRE 2018: MANDAR A REPROGRAFÍA EL TRÍPTICO Y DARLO A CONOCER AL PERSONAL DE LA PLANTA PARA SU USO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0469

1. TÍTULO

PRESCRIPCION ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA AMPARO FONTESTAD UTRILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO RODRIGO MARTA
CUARTERO CASIN CRISTINA
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
ALCOLEA BETEI BEATRIZ
GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Tres reuniones del grupo en el último semestre de 2017.
- Preparación de una presentación que, posteriormente, se ha presentado de manera individualizada a los diferentes servicios quirúrgicos del hospital (Cirugía General, Traumatología, Urología, Dermatología, Gincecología, ORL, Oftalmología y Cirugía Vascular) para transmitir las inquietudes despertadas en la comisión de seguridad sobre el tema de la prescripción electrónica, así como respecto a la correcta realización del Check List quirúrgico y de la notificación mediante el sistema SINASP.
- Elaboración de la guía de prescripción de perfusiones endovenosas para hospitalización y urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados:
- Mejora en la prescripción electrónica
- Aumento de las notificaciones en el sistema Sinasp
- Cumplimentación correcta del Check List quirúrgico
Valor de Indicadores:
- Medición de las intervenciones del servicio de Farmacia
- Evaluación periódica por parte del coordinador del sistema
- Estudio al azar de un número de hojas del Check list valorando si la cumplimentación del mismo es o no correcta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han realizado distintas reuniones para la elaboración de una presentación y difusión de la misma con el objetivo de transmitir que:
- La prescripción electrónica nos favorece a todos los profesionales sanitarios y debemos intentar realizarla de la forma más correcta posible en beneficio de los pacientes.
- Hay que seguir trabajando para disminuir la reticencia de algunos profesionales a la hora de manejar herramientas que mejoran la seguridad de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

Es importante seguir insistiendo en estos tres temas, bien desde la comisión de Seguridad clínica como por otras personas involucradas en estos temas.

7. OBSERVACIONES.
- En enero de 2018 una vez finalizadas las sesiones informativas se recogerán datos de las intervenciones realizadas por farmacia en los tratamientos prescritos tras el inicio del plan de mejora
- Se volverán a realizar para marzo nuevas sesiones con los resultados obtenidos.
- En el segundo semestre del año se realizara nueva evaluación realizando un análisis comparativo de resultados

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE APOYO:
Realizar sesiones de formación continúas para enseñar/insistir en el correcto manejo del programa Farmatools.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/469 ========== ***

Nº de registro: 0469

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0469

1. TÍTULO

PRESCRIPCION ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

PRESCRIPCION ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

Autores:
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, SANCHO RODRIGO MARTA, SIESO GRACIA MARIA RUT, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, FRANCO LACASA SUSANA, CUARTERO CASIN CRISTINA, ALCOLEA BETEI BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología quirúrgica en general
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los Servicios Quirúrgicos son especiales, los usuarios que precisan ingreso en los mismos en su mayoría precisan tratamiento quirúrgico presentando una situación de particular vulnerabilidad en mayor o menor escala dependiendo del tipo de intervención y de las características del paciente.
El tratamiento quirúrgico lleva implícito la prescripción al paciente de analgesia, antibioterapia, nutriciones parenterales y el tratamiento habitual del enfermo crónico queda relegado a un segundo plano .No es fácil realizar una prescripción adecuada sobre todo en pacientes pluripatológicos que precisan gran numero de medicamentos.

Se hizo un estudio descriptivo sobre las intervenciones realizadas por el servicio de farmacia en relación a las prescripciones realizadas por los facultativos de servicios quirúrgicos, hallándose los siguientes resultados: 30,4% de intervenciones son respecto a fármacos se prescriben en el texto asociado, un 23% precisó cambio por otro fármaco, un 5% ha requerido ajustes respecto a la dosis entre otros. Que 1/3 de los medicamentos se prescriba en el texto asociado es un grave problema de seguridad clínica, ya que ni puede ser validado por farmacia ni preparado ni dispensado correctamente por lo que en el caso de que ocurriera un evento adverso seria mas difícil detectarlo y que actuasen las barreras del sistema para minimizar las consecuencias del mismo.

Por otra parte, en diversas reuniones realizadas por un grupo multidisciplinar (facultativos y personal de enfermería de varias áreas, todos ellos pertenecientes a la Comisión de Seguridad Clínica del Hospital), se han observado otros puntos débiles del proceso de prescripción en el contexto de Servicios quirúrgicos a mejorar, como son:

1. Paso a la mayor brevedad de vía parenteral a enteral en los fármacos en los que sea posible.

2. Administración de diluciones de fármacos consensuada con el resto del hospital.

El objeto de este plan de mejora es intentar facilitar la tarea de la prescripción electrónica mejorando así la seguridad y la calidad de la asistencia en relación a tratamientos médicos administrados a los pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos de nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar de la cultura de Seguridad del paciente.

2. Realizar estudio descriptivo de las patologías más relevantes y características de los pacientes atendidos en los servicios quirúrgicos.

3. Optimización de la prescripción electrónica.

4. Disminución de prescripción de fármacos en el texto asociado de Dominion.

5. Disminuir la duración de tratamientos intravenosos al mínimo imprescidible en pacientes con tolerancia oral adecuada.

6. Disminución de intervenciones de farmacia realizadas secundarias a error en la prescripción

MÉTODO
1. Mejora de cultura de seguridad del paciente

a. Presentación del Plan de Mejora

b. Realizando sesiones de:

i. Seguridad del paciente en el paciente quirúrgico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0469

1. TÍTULO

PRESCRIPCION ELECTRONICA DEL MEDICAMENTO EN LOS SERVICIOS QUIRURGICOS

ii. Utilidad de notificación al sistema SINAPS de eventos adversos

iii. Importancia de la prescripción electrónica. Incidiendo en:

· Disminución texto asociado para prescribir

· Pasar en cuanto sea posible el tratamiento a vía oral

2. Realización de estudio descriptivo del tipo de población atendida en los servicios quirúrgicos y su patología más prevalente. Con el fin de buscar grupos de pacientes cuyo tratamiento pudiera ser protocolizado en un futuro

INDICADORES
1. Número de intervenciones de farmacia en relación con prescripción de fármacos incluidos ya en el vademecum del hospital San Jorge en el texto asociado / número de estancias hospitalarias.

2. Desarrollar una alerta que avise la posibilidad de pasar de vía intravenosa a vía oral en dos fármacos cuya biodisponibilidad es equivalente vía oral y vía intravenosa que serán el Levofloxacino 500 mg y el omeprazol 20 mg.

3. Intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción / número de intervenciones realizadas por el servicio de farmacia

DURACIÓN
· Del 17 de octubre al 1 Diciembre: realización de sesiones en los servicios quirúrgicos.

· El 1 diciembre iniciamos primera recogida de datos y análisis de los mismos para valorar nuevas estrategias.

· Enero y febrero: realización de estudio descriptivo del tipo de pacientes y patología más prevalente.

· Marzo y abril: reincidir en sesiones si fuera preciso.

· Junio: presentación memoria de resultados y nuevas propuestas si las hubiese

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0837

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... EUGENIO DE PAUL VICENTE ALONSO DE ARMIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANAGUSTIN SOLANO MIGUEL
MARIN PUYALTO DANIEL
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO
SANCHO RODRIGO MARTA
MIRASOL CATALAN PATRICIA
FRECHIN PERTUSA RAUL
LOBO ESCOLAR ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se realizó una sesión entre los miembros del Servicio de Traumatología a comienzos del 2017 para recordar los criterios del protocolo.
-Se contestó a los médicos de atención primaria la necesidad de enviar a nuestra consulta a los pacientes con radiografía cuando veíamos la inexistencia de ésta.
-Se explicó en consulta a los pacientes los motivos por los que un hallux valgus es quirúrgico, dejando fuera la parte estética.

Se ha revisado cada inclusión en la lista de espera quirúrgica por parte del servicio de Traumatología,con los siguientes parámetros:
-Más de seis meses de tratamiento conservador.
-Ángulos con criterio quirúrgico indiscutible (HV>15º e IM>9º).
-Patología concomitante (metatarsalgia asociada, dedos en garra asociados, dedos en martillo asociados)
Si cumplían los tres criterios, se consideraba una indicación de acuerdo al programa, si no los cumplía, no.

El periodo analizado es Septiembre 2016-Septiembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Mantenimiento de la lista de espera (45 al final del proyecto anterior) por 41 al final de éste.
-Disminución de entradas totales en lista de espera: 87 en el proyecto anterior por 75 este año.
-Casos fuera del protocolo: 26% al inicio del proyecto, por 13% este año.
-Aumento de pacientes que acuden con radiografía a la consulta de traumatología: 5% al inicio del periodo de evaluación por 40% al final.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Con dos años de dos proyectos de calidad hemos conseguido bajar la lista de espera quirurgica en un 38%, disminuir el número de entradas totales un 26%,disminuir el número de entradas fuera del protocolo en un 36%.
-Todos estos datos son muy positivos, si bien no hemos cumplido el objetivo de llegar a sólo el 10% de inclusiones fuera de protocolo (13%),creemos que la tendencia claramente a la baja es muy esperanzadora.Así mismo, no hay que olvidar lo que cuesta implantar nuevos protocolos en el ámbito diario de trabajo tras muchos años con otros métodos.
-Hemos conseguido que casi la mitad (40%) de los pacientes acudan a la consulta con una radiografía, disminuyendo visitas de consulta innecesarias y acelerando el proceso de soluciones para el paciente. Creemos que el dato es positvo, puesto que antes, prácticamente todos los pacientes acudían sin estudio radiológico, pero no suficiente, pues deberíamos conseguir aumentar por encima del 75% este dato. Lo dejamos marcado, como objetivo a conseguir para siguientes años.
-Estamos seguros de que al año siguiente podremos alcanzar mejores resultados aún.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/837 ========== ***

Nº de registro: 0837

Título
MEJORA EN EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

Autores:
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, SANAGUSTIN SILANO MIGUEL, RODRIGUEZ CHACON LUIS, MIRASOL CATALAN PATRICIA, BARREU ESCAR REYES, FRECHIN PERTUSA RAUL, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA, LOBO ESCOLAR ANTONIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0837

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE HALLUX VALGUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La patología del hallux valgus es una patología muy frecuente,
llegando a ser de 35% en mayores de 65 años.Actualmente, existe gran variabilidad en la indicación de propuesta quirúrgica para esta patología, dada la gran presión asistencial existente,derivando en un aumento de la lista de espera, aumento de expectativas para los pacientes y aumento de indicaciones no justificadas.
Para ello, proponemos actualizar la intervención que iniciamos en el proyecto del año 2015, para disminuir lo más posible los pacientes que no cumplan los criterios del protocolo. siguiendo actuando en la parte hospitalaria pero añadiendo una actuación enfocada a la consulta de primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
-90% de los pacientes incluidos en la lista de espera quirúrgica, cumplan los siguientes requisitos:dolor severo que altere la marcha, más de seis mese de tratamiento conservador,ángulo HV>15º o IM>9º o presencia de paología asociada (dedos en garra, neurinoma de Morton, metatarsalgia).
-Disminuir la entrada en lista de espera quirúrgica.
-Disminuir el número de pacientes en consultas de Traumatología, sin una radiografía como método inicial de valoración de la patología.

MÉTODO
-Sesión en el servicio de COT explicando el protocolo.
-Contestación excrita a los médicos de familia explicando el protocolo,pues son parte fundamental en la derivación a nuestras consultas de esta patología.
-Educación a los pacientes en la consulta, de la no indicación quirúrgica por motivos estéticos.

INDICADORES
-Número de entradas en lista, de acorde al protocolo y no.
-Número de pacientes no adecuados al protocolo y causas.
-Número de pacientes que llegan a las consultas sin una radiografía de pie para evaluar el problema desde la consulta de primaria.
-Lista de espera al inicio del protocolo y al final:comparación.

DURACIÓN
-Junio 2016-Febrero 2017: Monitorización de las inclusiones, elaboración de contestaciones a los médicos de familia, sesión explicativa en el servicio de Traumatología.
-Marzo 2017-Junio 2017:Evaluación de resultados, discusión entre los participantes, detección de puntos de mejora.

OBSERVACIONES
Se trata de la continuación de un proyecto comenzado el año pasado, con resultados positivos pero mejorables, dado que un 25% de los pacientes se nos escapaban del protocolo.
Este año queremos disminuir este porcentaje a menos del 10%, así como un parámetro a tener en cuenta en el proceso es la cantidad de pacientes que acuden desde su centro de salud sin una radiografía que evalúe el estado del pie y seguir disminuyendo la lista de espera.
Todos esos parámetros pensamos que pueden redundar en una mejora de la atención, globalizada y en una mejora de los recursos, entre ellos menos citas a los pacientes por no tener una radiografía realizada, sin tratamiento.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0236

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA AMPARO FONTESTAD UTRILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOMPRADE CASASIN SUSANA
CID MARTINEZ ROSA
REBOLLO GONZALEZ SARAI
MONTES LORIZ ELENA
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL
PILARCES VIRGILI SALOME
CASTILLO CORTES LORETO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de historias clínicas y las notificaciones anónimas realizadas en el sistema Sinasp para identificar el número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta en el año 2018.
- Revisión de historias clínicas y registro de quirófano para contabilizar el número de re intervenciones motivadas por una incorrecta movilización postoperatoria en la planta.
- Modificación del folleto informativo que se proporciona al paciente durante el ingreso hospitalario sobre la correcta movilización en los primeros meses tras la implantación de una prótesis de cadera. Folleto que se entregará también al personal que se incorpore nuevo en la cuarta planta (enfermería, auxiliares de enfermería, celadores y estudiantes).
- Realización de una clase teórico-práctica sobre el tema, dirigida a todo el personal de la planta de traumatología y cirugía ortopédica del hospital San Jorge de Huesca, impartida por los FEA de COT que figuran en este proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados:
- Aumento de los conocimientos sobre el tema del personal sanitario que tiene relación con este tipo de pacientes, para evitar complicaciones derivadas de una incorrecta movilización del paciente.
- Disminuir el número de complicaciones y re intervenciones derivadas de una movilización incorrecta.
- Realizar un folleto explicativo de la correcta movilización tras la implantación de una prótesis de cadera, más visual y completo que disminuya las dudas tanto del paciente como del personal sanitario implicado.

Valor de Indicadores:
- Número de complicaciones sobre movilización incorrecta: cero.
- Número de re intervenciones: cero.
- Grado de dependencia al alta (Índice de Barthel): 74.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La clase impartida tuvo un grado de asistencia satisfactorio. En ella, se resolvieron dudas y se contestaron preguntas que realizaron los asistentes.
El folleto explicativo, es más visual y consideramos que más entendible por lo que será de gran utilidad tanto para los pacientes como para el personal sanitario implicado.
Aun así, el manejo que se realiza de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera en la planta de hospitalización, es satisfactorio y así lo indica la ausencia de complicaciones derivadas de un manejo incorrecto y el índice de Barthel, cuyos valores entran dentro de los parámetros estándar.

7. OBSERVACIONES.
Las dos bajas causadas a mitad del proyecto, han sido ocupadas por dos enfermeras de la cuarta planta de hospitalización, Loreto Castillo Cortés y Salomé Pilarcés Virgili, que están directamente relacionadas con el proyecto y su correcto cumplimiento.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/236 ========== ***

Nº de registro: 0236

Título
MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0236

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Autores:
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, SANCHO RODRIGO MARTA, MOMPRADE CASASIN SUSANA, CID MARTINEZ ROSA, REBOLLO GONZALEZ SARAI, MONTES LORIZ ELENA, BOSQUE CASASIN ISABEL, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Prevención/detección precoz

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

PROBLEMA
- La alarma generada tras dos complicaciones secundarias a la incorrecta movilización de dos pacientes que habían sido intervenidos mediante artroplastia de cadera, propició la solicitud, por parte del personal de enfermería y celadores de la planta de Traumatología, de la realización de unas clases de instrucciones básicas sobre cómo movilizar correctamente a estos pacientes.
- Pensamos que se trata de un proyecto útil que puede llevar a unificar criterios sobre el manejo de estos pacientes evitando así las posibles complicaciones de una movilización incorrecta como puede ser la luxación protésica, la fractura periprotésica, arrancamiento accidental de sondas urinarias, drenajes y vías periférica…
- Se trata de un problema serio cuyas consecuencias pueden ser de suma importancia ya que pueden derivar en la necesidad de realizar una reintervención.

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificar el modo de realizar las movilizaciones de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera durante su ingreso hospitalario.
- Evitar las consecuencias de una movilización incorrecta.
- Dotar de autonomía a todo el personal sanitario que está a cargo de estos pacientes durante su hospitalización (celadores, auxiliares de enfermería y enfermeras) para poder realizar la movilización de estos pacientes sin supervisión médica.
- Mayor tranquilidad y seguridad de todo el personal a la hora de realizar las movilizaciones.

MÉTODO
- Impartición de clases teórico-prácticas sobre la correcta movilización de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera dirigidas fundamentalmente a personal de enfermería, celadores y auxiliares de enfermería que estén en relación con el manejo de este tipo de pacientes.
- Los responsables de la impartición de estas clases serán los facultativos del servicio de COT, el personal de enfermería de la cuarta planta de hospitalización y los celadores que aparecen en este plan de mejora ya que son los que trabajan diariamente con estos pacientes.

INDICADORES
- Número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta. Se monitorizará mediante la historia clínica y las notificaciones anónimas realizadas en el sistema Sinasp por este motivo.
- Número de reintervenciones derivadas de ello. Se monitorizará mediante el registro de quirófano.
- Grado de dependencia del paciente al alta. Se monitorizará mediante el Índice de Barthel (escala que se ocupa de valoración funcional de un paciente y su rehabilitación).

DURACIÓN
- La primera clase se impartirá en el mes de junio 2018 y se podrá repetir las veces que sean necesarias, a petición de cualquier profesional relacionado con el tema.
- La duración de este plan de mejora sería indefinida una vez impartida la clase.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0236

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA SANCHO RODRIGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL
REBOLLO GONZALEZ SARAI
BERASATEGI NORIEGA IRAIA
PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR
JAL ALLUE ANA ISABEL
MARTINEZ MORALES SAMUEL
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-La hemoglobina preoperatoria es el principal factor predictivo de recibir una transfusión sanguínea, por lo que el diagnóstico y tratamiento de la anemia preoperatoria constituye la parte fundamental para evitarla.

-El proyecto de mejora se basa en la instauración de un protocolo de ferroterapia intravenosa en las primeras 24 horas de ingreso hospitalario en los pacientes con fractura osteoporótica de cadera.

-A todo paciente diagnosticado de fractura osteoporótica de cadera ingresados en el Hospital de Jaca, el mismo día del ingreso, se comienza con el tratamiento con la ferroterapia intravenosa que se repetirá cada 48 horas hasta completar tres dosis.

-En función de las cifras de hemoglobina resultantes de la analítica de control del día de ingreso, se administra asimismo eritropoyetina.

-Durante el ingreso hospitalario se van realizando hemogramas de control para valorar la necesidad de añadir algún otro tratamiento para la corrección de la anemia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Disminuir el número de transfusiones: se ha transfundido al 15% de pacientes con diagnosticados de fractura osteoporótica de cadera tras la implantación de ferroterapia intravenosa, un 10% menos en comparación con pacientes en los que no se administró la ferroterapia intravenosa.
-Disminuir las reacciones postransfusionales: no se observaron reacciones adversas postransfusionales en los pacientes transfundidos.
-Optimizar las cifras de hemoglobina y hematocrito durante el ingreso hospitalario: hematocrito medio postquirúrgico de 30,4% y al alta de 31,1%.
Hemoglobina media postquirúrgica de 10,2 g/dL y al alta de 10,5 g/dL.
-Menores complicaciones derivadas de la anemia postfractura: se ha observado una disminución en el número de hipotensiones derivadas de cifras de hemoglobina bajos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-La implantación de la ferroterapia intravenosa desde el primer día de ingreso del paciente con fractura osteoporótica de cadera beneficia ampliamente al paciente, no sólo por un mejor estado general con menos cuadros de malestar e hipotensiones, sino por disminuir las necesidades transfusionales y un mejor control analítico del paciente a su llegada a quirófano.

- La administración de hierro intravenoso y eritropoyetina no aumenta la estancia hospitalaria.

- La optimización de los valores de hemoglobina y de los depósitos de hierro previos a la cirugía es fundamental para evitar la anemia postoperatoria y minimizar el riesgo de transfusión.

- Demorar la intervención a lo mínimo imprescindible ya que ello supone un menor descenso de la hemoglobina prequirúrgica.

7. OBSERVACIONES.
-Asimismo se está realizando un protocolo oficial de ferroterapia intravenosa para su uso en planta de hospitalización de COT en el Hospital de Jaca.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/242 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Nº de registro: 0242

Título
APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Autores:
SANCHO RODRIGO MARTA, FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, REBOLLO GONZALEZ SARAI, SANAGUSTIN SILANO MIGUEL, PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR, JAL ALLUE ANA ISABEL, MARTINEZ MORALES SAMUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología del hospital de Jaca por fractura de cadera, pendientes de traslado al hospital San Jorge de Huesca para ser intervenidos quirúrgicamente, se verían beneficiados de la administración de ferroterapia intravenosa para mejorar sus cifras de hemoglobina (Hb) prequirúrgicas y así disminuir el número de transfusiones y complicaciones perioperatorias y postoperatorias. La administración de la ferroterapia intravenosa supone una medida eficaz para una disminución del número de las complicaciones que aparecen al inicio de la sedestación, posiblemente por motivos hemodinámicos (mareos, hipotensión, sudoración, síncopes...).
En estos momentos, dicho tratamiento no se administra de manera reglada y tampoco en todos los pacientes.
Este proyecto es útil porque un tratamiento intensivo de la anemia preoperatoria con preparados de hierro endovenoso, supone una rápida y efectiva recuperación de los niveles de Hb con la consiguiente mejora de la situación del enfermo para afrontar la cirugía y el postoperatorio inmediato además de disminuir la necesidad de recibir una transfusión sanguínea alogénica con sus posibles riesgos asociados.

RESULTADOS ESPERADOS
La anemia influye muy negativamente en la calidad de vida de los enfermos en general y en los pacientes con fractura osteoporótica de cadera en particular. Aplicando este tratamiento, se pretende mejorar la situación basal del enfermo alcanzando cifras de hemoglobina en el rango de la normalidad y con ello disminuir las complicaciones postoperatorias derivadas de la anemia en estos pacientes.
Disminuir el número de transfusiones alogénicas en pacientes diagnosticados de fractura osteoporótica de cadera en el hospital de Jaca.

MÉTODO
El mismo día del ingreso del paciente en planta, el facultativo responsable prescribirá la ferroterapia intravenosa en función de las cifras de hemoglobina en la analítica de ingreso del paciente.
El personal de enfermería se encargará de comenzar la administración del tratamiento el mismo día del ingreso.
Se administrarán tres dosis de hierro intravenoso separadas en intervalos de 48 horas.
Se realizará, además del hemograma al ingreso, un hemograma postoperatorio y un hemograma al alta.

INDICADORES
Número de transfusiones pre o postquirúrgicas realizadas durante el ingreso. Se monitoriza mediante la historia clínica.
Cifras de Hb en las analíticas realizadas durante el ingreso hospitalario. Se monitoriza con los resultados de las analíticas visibles a través de la intranet clínica.
Número de complicaciones derivadas de la anemia: aparición de síntomas hemodinámicos, retraso de la movilización de los pacientes... Monitorización mediante la historia clínica.

DURACIÓN
Cronograma: el mismo día del ingreso, se inicia el tratamiento con la ferroterapia intravenosa que se repetirá cada 48 horas hasta completar tres dosis.
Se extraerán los datos referentes a los indicadores mencionados cada 3 meses valorando si, en el periodo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

un año, el tratamiento ha sido efectivo para que así quede implantado definitivamente.
La duración del proceso será indefinida una vez se haya verificado la efectividad del proyecto, pautando dicho tratamiento a todo paciente ingresado diagnosticado de fractura de cadera.

OBSERVACIONES
Ninguna

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0686

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... GEMMA MONTERO ALONSO
· Profesión ..... TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CONTROL DE GESTION DE SISTEMAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRAL DE MUR MARIA MATILDE
PELEGRIN VALERO CARMELO MARIANO
GARCIA CARRILLO MARIA TEODOSIA
PUYOL MASIAS MARIA AZUCENA
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER
TORRALBA SUSIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En febrero de 2018 se comenzó a trabajar en el diseño de un cuadro de mandos que englobase toda la atención sanitaria de salud mental del Sector de Huesca. Siguiendo la forma de trabajo del resto de centros y servicios del sector se trabajó en un cuadro de mandos que mostrara la información desagregada por unidades (equipo de atención primaria, UME, ULE, etc.) y también agregada a nivel superior (Todas las unidades de salud mental de AP, toda la actividad del CRP). En este momento se contactó con las personas de los distintos centros que registran la información con la que se va a trabajar, para establecer proceso de explotación de datos para alimentar el cuadro de mandos

En junio de 2018 se envió una versión preliminar del cuadro de mandos a la dirección médica, al jefe de servicio de psiquiatría y a Javier Olivera, para que la validasen y/o aportasen las consideraciones que quisieran. Con el feedback de ese correo se realizaron las oportunas modificaciones en el cuadro de mandos que se volvió a remitir a los mismos actores para su aprobación definitiva.

A finales de junio, una vez obtenido el visto bueno, ya se estaba en disposición de difundir el cuadro de mandos con periodicidad mensual. Se solicitó al jefe de servicio de psiquiatría que indicase los destinatarios del cuadro de mandos.

En agosto se realizó el primer envío de cuadro de mandos, con información desglosada por centros y unidades para que los responsables puedan realizar la difusión entre los mandos intermedios que consideren. Desde entonces se ha realizado con la periodicidad establecida el envío periódico del cuadro de mandos, y se ha incluido a los cuadros de mandos de centros que se remiten a la dirección y gerencia del Sector.

Actualmente se encuentra incorporado con un proceso más de Control de Gestión y se remite a los profesionales de la especialidad así como a la dirección y gerencia del Sector Sanitario de Huesca. La base es un archivo Excel que refleja la actividad de forma mensual y agregada hasta el mes en curso haciendo una comparación con los mismos periodos del año anterior para poder ver la evolución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El cuadro de mandos estuvo creado y con el 100% de indicadores que lo componen informados para diciembre de 2018. De hecho ya en funcionamiento en agosto de 2018 y remitido de forma periódica y puntual a todos los agentes involucrados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cuadros de mandos necesitan la implicación de diversos actores para que sean útiles y cumplan con su finalidad. Deben ser revisados periódicamente, así como cada vez que los orígenes de los que dependen sufran alguna modificación. Este cuadro de mandos ha permitido comprobar información que no estaba registrando correctamente y sirve para que las personas responsables de capturar la actividad sepan la importancia y necesidad del trabajo que realizan, pues sin él, no puede haber información a analizar sobre funcionamiento, carga de trabajo, demoras, etc. En resumen del funcionamiento de una agenda, servicio, unidad o centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/686 ========== ***

Nº de registro: 0686

Título
CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0686

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

MONTERO ALONSO GEMMA, GIRAL DEMUR MARIA MATILDE, PELEGRIN VALERO CARMELO, GARCIA CARRILLO MARIA TEODOSIA, PUYOL MASIAS MARIA AZUCENA, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, TORRALBA SUSIN MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
La salud Mental en el Sector de Huesca se articula mediante la asistencia en distintos niveles y centros de asistencia. Actualmente, la visión que se tiene de la actividad asistencial de Salud Mental es en forma de silos, aislada por centro/nivel en el que se presta, por lo que se pierde la visión conjunta y transversal de la misma. La gestión de agendas de las Unidades de Salud Mental a través del Sistema de Información Hospitalaria precisa de un feedback a los profesionales para que sean conscientes de la importancia de no solo gestionar las agendas, sino también de capturar la actividad realizada.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende crear un cuadro de mandos unificado de salud mental que ofrezca una visión global de la asistencia de salud mental del Sector de Huesca.

MÉTODO
Las acciones previstas son la creación de un cuadro de mandos asistencial de salud mental que incluya:
- Hospitalización
  - Agudos/Corta Estancia
  - Media Estancia
  - Larga Estancia
  - Psicogeriatría
- Actividad Ambulatoria
  - Consultas Externas Psiquiatría San Jorge
  - Consultas Externas Psicogeriatría Hospital Sagrado Corazón
  - Unidades de Salud Mental
  - Unidades Infanto-Juveniles
  - UASA
- Hospital de Día

Una vez el cuadro de mandos que se trabajará con los auxiliares administrativos que trabajan con los sistemas de información de cada uno de los centros y que se acuerda con el jefe de Psiquiatría del Sector de Huesca, será el cuadro de mandos que de forma mensual tenga disponible el Servicio de Psiquiatría, Dirección Médica y Gerencia del Sector.

INDICADORES
El cuadro de mandos estará creado y con el 100% de indicadores que lo compongan informados para diciembre de 2018.

DURACIÓN
La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:
- abril -> Diseño del contenido del cuadro de mandos.
- mayo - agosto -> Establecer proceso de explotación de datos para alimentar el cuadro de mandos
- septiembre - octubre -> Pilotaje del cuadro de mandos.
- noviembre – diciembre -> El cuadro de mandos se pone a disposición de los agentes interesados y es la fuente única de información para proporcionar las estadísticas autonómica y estatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0686

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0014

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEO Y/O ARTROPATICO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA DEL PRADO SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DUQUE MAVILLA SILVIA
GARCIA MAGALLON BLANCA
COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN
ROSELLO PARDO ROSA
GILABERTE CALZADA YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
: Se diseñó un algoritmo de desintensificación para dos ANTI-TNF(Adalimumab y Etanercept). Utilizamos escalas o indicadores de evolución de la enfermedad empleadas en Dermatología y Reumatología: PASI, DLQI, DL20 entre otros. Iniciamos la DESINTENSIFICACIÓN DEL 50% DE LA DOSIS DE CADA FARMACO en pacientes que hayan conseguido una respuesta de PASI > ó = 90 Y respuesta DLQI < ó =1 en tratamiento con anti tnf (adalimumab: el 50% de la posología seria bajar 1 semana porque se pinchan cada 2 semanas, es decir cada 3 semanas y etanercept: el 50% de la pososlogía serían 3 días porque se pinchan cada semana) llegar a esa respuesta y mantenerla durante un mínimo de 3 meses consecutivos, independientemente del tiempo que hayan tardado en conseguirla, se seguirá con la desintensificación del fármaco cada 3 meses y siempre que mantengan una respuesta óptima, hasta un máximo de 3 deintensificaciones. El algoritmo sería: Adalimumab (1ª desintensificación: 1 vial /3 semanas. 2ª desintensificación: 1 vial/4 semanas. 3ª desintensificación: 1 vial/ +4 semanas.
Etanercept(1ª desintensificación : un vial /10 dias. 2ª desintensificación: 1 vial/2 semanas. 3ª desintensificación: 1 vial/3 semanas)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se incluyeron 23 pacientes de Dermatología y 8 pacientes de Reumatología, un total de 31 pacientes. 20 en tratamiento con adalimumab y 11 en tratamiento con etanercept.
Los pacientes tratados con adalimumab, han conseguido mayor número de desintensificaciones y han mantenido la respuesta óptima durante periodos más largos de tiempos que los pacientes con etanercept en el psoriasis cutáneo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:
1-Una vez que los fármacos ANTITNF han conseguido estabilizar la enfermedad(proceso autoinmune), en los pacientes seleccionados, no ha sido necesario seguirles tratando a las dosis establecidas por ficha técnica, sino que a dosis reducidas en un 50%, 75% e incluso 100% de la posología establecida por la ficha técnica seguían libres de enfermedad
2-El ahorro por paciente ha sido como mínimo el 50% del gasto farmacológico mensual por paciente.
LECCIONES APRENDIDAS:
1-Podría existir una diferencia de acción entre ambos fármacos, en cuanto a regular el sistema inmunitario de los pacientes a largo plazo, más evidente en los pacientes afectos de Psoriais cutáneo.
2-Los facultativos especialistas hemos sido gestores-responsables, no sólo de la enfermedad de los pacientes, también del gasto farmacéutico y sanitario, dato importante para ser tenido en cuenta por las gerencias hospitalarias y las comisiones de farmacia, en la toma de decisiones y elaboración de protocolos a la hora de protocolizar uso de fármacos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/14 ========== ***

Nº de registro: 0014

Título
OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEO Y/O ARTROPATICO

Autores:
DEL PRADO SANZ MARIA ELENA, DUQUE MAVILLA SILVIA, GARCIA MAGALLON BLANCA, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN, ROSELLO PARDO ROSA, GILABERTE CALZADA YOLANDA, GARCIA MALINIS ANA JULIA, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0014

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS TRATAMIENTOS CON FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTANEO Y/O ARTROPATICO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: artropatía psoriásica
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dado el importante número de pacientes con Psoriasis cutáneo y/o artropático, que se benefician de los tratamientos con fármacos biólogicos que controlan y mantienen al paciente sin enfermedad, muchos de ellos durante más de 9 meses. Se iniciaron pautas posológicas alargadas en el tiempo (desintensificando dosis) y el paciente se sigue manteniendo sin enfermedad.
Esto supone un beneficio tanto para el paciente que recibe menos dosis de medicación y sigeu libre de enfermedad, como para el sistema de salud pués supone un importante ahorro en el gasto farmacéutico

RESULTADOS ESPERADOS
1-Protocolizar la pautas de desintensificación de los farmacos biológicos, cuando cumpaln criteriso médico dermatológicos y reumatológicos de evolución
2- diminuir la cantidad de medicamento suministrados a los pacientes una vez se encuentre libres de enfermedad y cumplan los criterios previos establecidos
3- colaboración conjunta por parte de los servicios de dermatología reumatología y farmacia en el manejo de éstos pacientes
4- disminuir el gasto farmacéutico hospitalario

MÉTODO
-Establecer un protolocolo médico para cuando comenzar a desintensificar la medicación a los pacientes. Manejo de escalas dermatológicas: PASI, DLQI, y escalas reumatológicas.Cada servicio correspondeiente diseñará el suyo y lo aplicará individulamente a sus pacientes y en conjunto derma-reuma cuando el paciente esté afecto de los dos sistemass y lleve el mismo biológico.
-diseñar tablass de excel por parte del servico de Farmacia, para cada biológico desintensificado y calcular el ahorro anual con la nueva pososlogía

INDICADORES
-escalas PASI Y DLQI para dermatología, controles cada 3, 6 y 9 meses de la desintensificación inicial
-escalas de reumatología para control a los 3, 6 y 9 meses de la deintensificación o espaciación de dosis
-escalas de farmacología para conocer el ahorro o disminución de gastos en los pacientees desintensificados

DURACIÓN
inicio Octubre 2016,
primeros controles enero 2017
segundos controles abril 2017
tercer control julio 2017
Finalización del proyecto octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0103

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACON DE CIRUGIA DE MOHS

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANA JULIA GARCIA MALINIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN
GOMEZ GONZALEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que permite la extirpación de tumores cutáneos con el máximo ahorro de tejido sano. Esto se consigue mediante el estudio anatomopatológico de cada uno de los bordes de la tumoración. Actualmente se está realizando la implementación inicial a la cirugía de Mohs. Dado que es una técnica que requiere una colaboración entre el Servicio de Anatomía Patológica y Dermatología y dada la complejidad del mismo y del requerimiento de personal técnico y de mayor capacidad quirúrgica, se está realizando en casos de melanoma, carcinoma epidermoide y carcinoma Meckel, marcaje de los tumores para posterior estudio anatomopatólogico y control de sus bordes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Minimizar la recidiva del tumor cutáneo
Incrementar la tasa de curación de cáncer cutáneo
Tasa de recidiva: actualmente de los tumores marcados intraoperatoriamente, sólo se ha producido una recidiva en un carcinoma de Merckel que presentaba afectación de planos profundos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El control de los bordes del cancer de piel sobretodo en el caso de melanoma y carcinoma epidermoide, es primordial para el control de las recidivas posteriores. Aunque actualmente estemos realizando una implementación inicial con marcaje intraoperatorio y posterior estudio en parafina del tumor, nos permite conocer mejor el alcance de nuestra cirugía, así como valorar las tasas de recidivas. A pesar de las dificultades para poder realizar esta cirugía tanto por la necesidad de personal del Servicio de Anatomía Patológica y nuestra situación en Dermatología en este año, estando al 50% del personal, hemos aprendido y nos es satisfactorio, haber podido controlar el tumor y evitar recidivas dentro de nuestro proceso inicial de implementación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/103 ========== ***

Nº de registro: 0103

Título
PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIADEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACON DE CIRUGIA DE MOHS

Autores:
GARCIA MALINIS ANA JULIA, QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, DEL VALLE SANCHEZ ELENA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS, GILABERTE CALZADA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer cutáneo es un problema de salud mundial, ya que es la neoplasia maligna más frecuente, con una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0103

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACON DE CIRUGIA DE MOHS

incidencia que aumenta anualmente entre 3-8%. La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica que permite la extirpación de tumores cutáneos con el máximo ahorro de tejido sano. Esto se consigue mediante el estudio anatomopatológico de cada uno de los bordes de la tumoración.
Según el Registro de Cirugía de Mohs de la Academia Española de Dermatología (AEDV), puesto en marcha en 2013 (http://aedv.es/investigacion/proyectos-de-investigacion/registro-nacional-de-cirugia-micrografica-de-mohs/) un buen número de hospitales, tanto públicos como privados de nuestro país, realiza este tipo de cirugía de forma rutinaria. Aragón es una de las pocas Comunidades Autónomas que no dispone de ningún centro sanitario público o privado en el que ésta se lleve a cabo. Esto tiene dos consecuencias:
1. Los pacientes con indicación precisa de este tipo de cirugía han de ser derivados a otras comunidades para su intervención. Ello ocasiona alteraciones personales y sociales a los pacientes y sus familias, complejidad logístico-administrativa para el Servicio Aragonés de Salud y un gasto económico derivado de lo anterior para la institución.
2. Pacientes con indicación de cirugía de Mohs no reciben este tratamiento por las dificultades que supone su derivación a centros fuera de la Comunidad, con el riesgo de un mayor índice de persistencias y recurrencias tumorales y las complicaciones que de esto se derivan. Además, las persistencias y recurrencias se detectan más tardíamente, lo que puede condicionar una actitud terapéutica más agresiva o una pérdida de oportunidad potencialmente evitable.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: creación de un proyecto de colaboración entre el Servicio de Anatomía Patológica y Unidad de Dermatología, para la realización de la Cirugía Micrográfica de Mohs, con el fin de incrementar la tasa de curación de cáncer cutáneo.
Objetivos secundarios:
- Minimizar la posibilidad de persistencia tumoral que condicionaría la recidiva del tumor.
- Preservar el mayor tejido sano peritumoral posible, de especial importancia en tumores faciales.
- Disminuir el impacto psicosocial y el gasto sanitario que de una derivación a un centro sanitario fuera de la Comunidad Autónoma.

MÉTODO
Criterios de inclusión:
- Personas con cáncer cutáneo que cumpla las indicaciones de cirugía de Mohs
- Firmar el consentimiento informado por escrito
Criterios de exclusión:
- Rechazo de la cirugía por parte del paciente
- Presentar patologías que puedan contraindicar una intervención quirúrgica.
MÉTODO
Las indicaciones principales para la cirugía de Mohs son los carcinomas basocelulares y espinocelulares; aunque, actualmente, las indicaciones para la realización de este tipo de cirugía se encuentran en aumento, teniendo que individualizar cada caso en función de las características del paciente y el tumor.
El paciente que presente un cáncer cutáneo, que cumpla indicaciones para el tratamiento con cirugía de Mohs, será incluido dentro de la lista de espera quirúrgica para cirugía de Mohs. Previo a la realización del proceso quirúrgico, en aquellos casos en los que el protocolo lo indique, se realizará una prueba de imagen complementaria para delimitar las dimensiones del tumor y permitir un mejor abordaje quirúrgico.
Una vez que el paciente se encuentra en la intervención quirúrgica, se realizarán todos los pases quirúrgicos necesarios, hasta que no se observe persistencia histológica tumoral, mediante el estudio anatomopatológico. Posteriormente, se procederá al cierre del defecto mediante cierre directo o reconstrucción mediante colgajo o injerto cutáneo, según precise.
Para la realización de éste proceso, la Unidad de Dermatología y el Servicio de Anatomía Patológica, se encuentran dotados de la infraestructura humana y técnica necesaria para llevar a cabo dicha cirugía. Además, requerirá de la presencia de dos dermatólogos para realizar la intervención, y de un técnico de anatomía patológica y un patólogo para el procesado y diagnóstico anatomopatológico de la muestra.

INDICADORES
Se han realizado reuniones con los diferentes facultativos que componen el proyecto con el fin de unificar criterios de inclusión, exclusión y derivación.
Se espera obtener:
Mejora en las tasas de curación medida mediante el porcentaje de tumores recidivados en los 2 años de seguimiento tras una cirugía de Mohs comparado con el número los mismos tipos histológicos de tumores recidivados en los 2 años de seguimiento antes de instaurarse la cirugía de Mohs.

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto octubre de 2016 y como mínimo una año de duración del mismo. Se realizará, en un inicio, una sesión mensual, que se modificará en función de las necesidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0103

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION ENTRE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y UNIDAD DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE PARA LA REALIZACON DE CIRUGIA DE MOHS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA JULIA GARCIA MALINIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN
SOLANAS TREVIÑO RUTH
DEL PRADO SANZ MARIA ELENA
PLANAS LINARES DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Se ha evaluado la mejoría de la respuesta y calidad de vida del paciente mediante una serie de encuestas que miden la actividad de la urticaria y la calidad de vida:
o UAS (urticary activity score), permite medir la actividad de la urticaria (prurito, presencia o no de habones) mediante una escala de 0 a 42 durante 4 semanas, considerándose controlada cuando la puntuación es inferior a 7.
o DLQI: es una encuesta validada de medición de la calidad de vida en dermatología.
o La disminución del gasto farmacéutico se ha obtenido de la diferencia entre el gasto con pauta de ficha técnica y gasto pauta desintensificación.
Actividades realizadas
o Se han realizados dos protocolos de desintensificación en pacientes que se encuentran en tratamiento con Omalizumab 300mg:
o Primera pauta: optimización por bajada de dosis
1º Descenso de dosis a 225mg cada 4 semanas durante 3 meses
2º Descenso de dosis a 150 mg cada 4 semanas durante 3 meses
3º Descenso de dosis a 75mg cada 4 semanas durante 3 meses
4º Posteriormente, suspender tratamiento.
o En caso que en algunos de los pasos el paciente tenga un mal control o UAS superior a 7 se volvería a la dosis de inicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o En la unidad de Dermatología, tenemos 21 pacientes en tratamiento con Omalizumab que cumplen criterios de inclusión del plan de calidad.
o A un paciente se le suspendió el tratamiento por falta de respuesta e ineficacia.
o 8 pacientes continúan con su dosis inicial.
o Con respecto a la primera pauta de desintensificación: 3 pacientes a dosis de 225 cada 4 semanas, 2 a dosis de 150mg cada 4 semanas, 2 pacientes a dosis de 75mg, todos en espera de suspensión y un paciente se ha llegado a suspender, por mejoría completa y ausencia de síntomas clínicos de urticaria.
o Con respecto a la segunda pauta: tres pacientes se han llegado a desintensificar de 2 a 3 semanas y dos pacientes, se ha llegado a suspenden por estar asintomáticos tras desintensificación semanal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
o La implantación de un protocolo de desintensificación permite el mejor manejo de la urticaria crónica espontánea, minimizando la dosis de administración y de esta forma, minimizando los efectos adversos que suponen los tratamientos biológicos.
o Se ha conseguido la reducción gasto farmacéutico. La media del coste mensual por paciente es de 860 euros. Con reducción a dosis de 225, el coste se reduce a unos 700 euros mensuales. En los pacientes con dosis de 150, la reducción en gasto sanitario se ha reducido unos 430 euros y en el caso de los pacientes con dosis de 75mg a unos 210 euros mensuales. La reducción mensual en total ha llegado a un total de casi 3000 euros, sin contar los 3 pacientes que se ha llegado a suspender el tratamiento.
o Además en los pacientes, en los que se han conseguido una optimización por semanas el número de visitas se ha visto reducido.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1430 ========== ***

Nº de registro: 1430

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

Autores:
GARCIA MALINIS ANA JULIA, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN, SOLANAS TREVIÑO RUTH, DEL PRADO SANZ MARIA ELENA, PLANAS LINARES DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La urticaria es una de las afecciones cutáneas más frecuentes en nuestro medio con una prevalencia estimada de entre el 0,5 y el 1% de la población general.La urticaria crónica espontánea (UCE) se caracteriza por la presencia de habones y/o angioedema durante más de 6 semanas de causa desconocida y no inducible.
La UCE representa cerca del 70% de todas las urticarias crónicas, generando una importante repercusión en la calidad de vida del paciente dado su difícil manejo terapéutico. El manejo de la UCE supone varios eslabones terapéuticos. Inicialmente se pauta antihistamínicos orales a dosis de ficha técnica. En caso de no respuesta a dosis regulares de antihistamínicos-H1 de segunda generación se recomienda el uso de hasta 4 veces la dosis pautada o cambio otro antihistamínico. En los casos refractarios la tercera línea de tratamiento correspondería al uso de omalizumab, ciclosporina o añadir un antagonista de leucotrienos, entre otros. El uso de corticoides sistémicos solo estaría recomendado para el manejo de las exacerbaciones agudas en pautas cortas de menos de una semana.
El Omalizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado que se une selectivamente a la IgE libre y ha sido aprobado para el tratamiento de la UCE. La dosis recomendada para el tratamiento de la UCE con Omalizumab es de 300 mg cada 4 semanas.

RESULTADOS ESPERADOS
- realizar e implementar un protocolo de desintensificación del tratamiento con Omalizumab en pacientes con UCE en la consulta de Dermatología.
- Disminuir el gasto farmacéutico y sanitario.
- Disminuir el número de visitas del paciente.
- Disminuir el número de reacciones adversas asociados al fármaco y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Evaluar la calidad de vida del paciente.

MÉTODO
- Criterios de inclusión: pacientes con UCE en tratamiento con Omalizumab controlada con UAS: 0-1 y UAS7 : =7.
- Criterios de exclusión: pacientes con UCE en tratamiento con Omalizumab no controlada o con UAS 7 mal controlado, superior a 7.
Los pacientes que cumplan criterios de inclusión y que inicialmente se encuentran en tratamiento con Omalizumab 300mg cada 4 semanas, irán optimizando su pauta de la siguiente forma:
1º Descenso de dosis a 225mg cada 4 semanas durante 3 meses
2º Descenso de dosis a 150 mg cada 4 semanas durante 3 meses
3º Descenso de dosis a 75mg cada 4 semanas durante 3 meses
4º Posteriormente, suspender tratamiento.
En caso que en algunos de los pasos el paciente tenga un mal control o UAS superior a 7 se volvería a la dosis de inicio.

INDICADORES
Indicadores y evaluación
Se evaluará la mejoría de la respuesta y calidad de vida del paciente mediante una serie de encuestas que miden la actividad de la urticaria y la calidad de vida:
- UAS (urticary activity score), permite medir la actividad de la urticaria (prurito, presencia o no de habones) mediante una escala de 0 a 42 durante 4 semanas, considerándose controlada cuando la puntuación es inferior a 7.
- DLQI: es una encuesta validada de medición de la calidad de vida en dermatología.
La disminución del gasto farmacéutico se obtendrá de la diferencia entre el gasto con pauta de ficha técnica y gasto pauta desintensificación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

DURACIÓN
Enero a Diciembre de 2018. Actualmente ya se está realizando la optimización y desintisificación del tratamiento en los pacientes con UCE en el servicio de Dermatología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MANUEL DOMINGUEZ CAJAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
OLIVAN GUERRI LORENZO
LAMBAN AISA ANA
BER NIETO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración de protocolos, de acuerdo con los Servicios de Microbiología y Medicina Preventiva, para valorar estados de inmunización.
2. Coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva para evaluar de forma individualizada la necesidad de vacunaciones, así como el protocolo de entrega de las mismas (o, en su defecto, de las recetas necesarias para su obtención).
3. Elaboración de protocolos, de acuerdo con los Servicios de Microbiología y de Extracciones, para valorar la presencia de Tuberculosis activa o latente mediante la utilización de Mantoux (con o sin Booster) y Quantiferon.
4. Remisión de pacientes a realización de las pruebas necesarias para comprobar estado inmunitario y descartar TBC activa o latente, todo ello de forma individualizada según su patología, antecedentes y tratamientos activos o futuros.
5. Comprobación rutinaria de los Checklist de valoración del estado inmunitario durante las visitas en la consulta monográfica para prevención de infecciones oportunistas.
6. Elaboración por parte de la Dra. Ber de hojas de información acerca de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado. Actualmente estas hojas se encuentran accesibles a través de la página web de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG),
a. HOJAS DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/04_infogastrum_enfermedad_crohn_web.pdf
b. HOJAS DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/10_infogastrum_colitis_ulcerosa_web.pdf
7. Entrega y explicación durante las visitas de dichas hojas informativas.
8. Mejora en el circuito de derivación, tanto de pacientes de nuevo diagnóstico, como de otros que así lo precisen, desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME).
9. Atención continuada de las formas de contacto rápido de los pacientes con los responsables de la CME y de la Unidad de EII.
10. Colaboración con alumnos de la Facultad de Nutrición para la valoración de parámetros nutricionales, incluyendo los obtenidos por báscula de bioimpedancia, así como para asesoramiento nutricional de aquellos pacientes que lo precisen.
11. Gestión de la citación de peticiones derivadas de las consultas médicas y de citas solicitadas por el propio paciente a través de los medios de contacto.
12. Colaboración en estudios multicéntricos en los que participa la Unidad mediante apoyo en el reclutamiento, el seguimiento, las extracciones sanguíneas y el procesamiento de muestras.
13. Introducción de nuevos casos y actualización de los ya incluidos en el registro nacional de pacientes (Base de Datos ENEIDA).
14. Reuniones entre facultativos médicos y quirúrgicos encargados de la atención de pacientes con EII y enfermeros de la CME para adecuar el seguimiento de los protocolos establecidos, resolver dudas, unificar criterios y valorar nuevas necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Elaboración de un protocolo coordinado con Microbiología y M. Preventiva, así como lograr la logística para administrar vacunas en la CME: Realizado el protocolo y remitidos para su seguimiento todos los pacientes de nuevo diagnóstico y aquellos con dudas sobre su inmunización previa. Actualmente la administración de vacunas se realiza de forma centralizada para todo nuestro centro hospitalario a través del Sº de Medicina Preventiva.
- Elaboración de protocolos para valorar presencia de TBC activa o latente: Realizado el protocolo y remitidos para su seguimiento todos los pacientes de nuevo diagnóstico.
- Elección de parámetros analíticos y medidas antropométricas para valorar el estado nutricional, estableciendo los momentos de realización: Realizado. La mayor parte de los pacientes en seguimiento en una de las consultas médicas de EII han sido valorados y realizadas recomendaciones individualizadas a través de la CME en colaboración con estudiantes de la Facultad de Nutrición.
- Creación, para su difusión online o en papel, de hojas informativas: Realizadas las hojas informativas. Accesibles on-line y entregadas durante la primera visita en la CME.
- Mantener reuniones periódicas entre facultativos y enfermeros de la CME para resolver dudas de actuación y valorar necesidades: Realizadas dos reuniones regladas anuales además de contacto permanente en caso de necesidades puntuales.
- Pacientes valorados en la CME: Durante los años 2016 y 2017 se han realizado un total de 1077 visitas y consultas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

* Vistas presenciales: 632, de las cuales 177 han sido primeras visitas y 455 consultas sucesivas.
* Consultas telefónicas: 205.
* Consultas vía correo electrónico: 240.
* Resolución sin necesidad de modificar la visita médica aproximadamente del 85% de las consultas.
- Pacientes con checklist de inmunización: Todos los pacientes con nuevo diagnóstico de EII durante 2016 y 2017 han sido valorados y se les ha abierto el checklist en la CME, el cual es completado de forma progresiva durante su seguimiento.
- Días de espera para la primera consulta ordinaria en la CME: Menor a 10 días.
- Participación en investigación. - Estudio de incidencia en EII: Registro de datos, extracción analítica y procesamiento de muestras.
- Estudio Legacy: Registro de datos.
- Eneida: Registro de datos.
- Establecer e incorporar a la CME cuestionarios de CVRS y psicosociales, así como decidir los momentos de realización. - Pendiente de realización.
- Creación de página web propia. - Pendiente de realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
? El seguimiento de los protocolos creados para conocer el estado inmunitario del paciente y la presencia de enfermedades latentes, así como la continua utilización de los checklist de comprobación, permiten mejorar la seguridad en la utilización de fármacos con potenciales efectos adversos graves.
? A través de las hojas de información creadas y entregadas, así como mediante la posibilidad de acceder a páginas webs con contenido verificado, es posible mejorar la autonomía del paciente ayudando a corto y medio plazo en la capacidad para entender los tratamientos a los que se les va a someter así como para formar parte activa en la elección de los mismos.
? La labor de la CME permite aumentar la disponibilidad del equipo encargado de la salud de los pacientes con EII (médicos y enfermeros) así como su atención precoz y la resolución temprana de problemas relacionados con su enfermedad o con los fármacos utilizados. Igualmente la colaboración en estudios de investigación mejora la posibilidad de participación de toda la Unidad en ellos.
? En este momento quedaría pendiente completar la incorporación de cuestionarios psicosociales y de calidad de vida relacionados con la salud que permitirían valorar de forma más objetiva estos aspectos en los pacientes, relacionándolo con los tratamientos y la actuación por parte de la Consulta Monográfica. Igualmente la elaboración de una página web propia podría mejorar el conocimiento tanto acerca de la Unidad de EII como de su propia enfermedad, si bien esto queda actualmente corregido de forma parcial mediante la utilización de páginas web de las asociaciones y grupos de trabajo en EII de las que los miembros de la Unidad forman parte (AEG y GETECCU).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/118 ========== ***

Nº de registro: 0118

Título
IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Autores:
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, OLIVAN GUERRI LORENZO, LAMBAN AISA ANA, BER NIETO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una entidad que a menudo requiere tratamientos costosos con potenciales efectos adversos graves. Su abordaje multidisciplinar ha promovido la creación de Unidades específicas de manejo integral. De acuerdo con distintos Consensos sobre las Unidades de EII, la consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

monográfica de enfermería (CME) resulta esencial para optimizar la asistencia, mejorar la autonomía de pacientes, supervisar tratamientos, prevenir complicaciones y facilitar un acceso rápido a los pacientes.
Durante el segundo semestre de 2015 y el 2016 se ha desarrollado el proyecto "CREACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL". La CME comenzó de forma parcial a finales de 2015 y de forma reglada en 2016. Actualmente hay adscritos dos enfermeros, específicamente formados, que cuentan con dos jornadas para atención directa al paciente y con 2 horas el resto de jornadas dedicadas a actividades relacionadas y a resolución telemática de consultas. Hasta Junio de 2016 se han atendido unas 500 visitas y 100 consultas telemáticas. De éstas se resolvieron sin visita médica un 92%, se adelantaron consultas médicas en un 5% y se ingresaron 3 pacientes sin acudir a Urgencias. Complementariamente han participado en estudios y en la actualización de casos en un registro nacional. Así, actualmente la CME está ofreciendo diversos servicios que progresivamente deben ir aumentando para mejorar su calidad de atención. Entre estas competencias a implementar podría destacarse la valoración continua de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y del estado nutricional, la prevención de infecciones y aumentar la información proporcionada a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Mejorar la valoración de la CVRS y el abordaje psicosocial.
2- Lograr la logística necesaria para una adecuada evaluación nutricional mediante parámetros nutricionales y antropométricos.
3- Aumentar la información proporcionada a pacientes en situaciones especiales o que vayan a recibir tratamiento.
4- Asegurar una correcta profilaxis de enfermedades infecciosas en individuos a riesgo mediante protocolos multidisciplinares.
5- Aumentar la información online propia sobre la EII y sobre la Unidad.
6- Coordinar y facilitar la relación con otras unidades (Hospital de día, Farmacia, Granulocitoaféresis, etc).

MÉTODO
1- Establecer e incorporar a la CME cuestionarios de CVRS y psicosociales, así como decidir los momentos de realización.
2- Elección de parámetros analíticos y medidas antropométricas para valorar el estado nutricional, estableciendo los momentos de realización.
3- Creación, para su difusión online o en papel, de hojas informativas individualizadas para pacientes en situaciones concretas (mujeres en edad fértil, ancianos, etc) y acerca de cuidados y precauciones para pacientes en tratamiento (Inmunomoduladores, biológicos, etc).
4- Elaboración de un protocolo coordinado con Microbiología y M. Preventiva, así como lograr la logística para administrar vacunas en la CME.
5- Creación de página web en la que incluir tanto información de la Unidad y su personal, como información útil para pacientes.
6- Mantener reuniones periódicas entre facultativos y enfermeros de la CME para resolver dudas de actuación y valorar necesidades.

INDICADORES
1- Porcentaje de pacientes con test de CVRS y psicosocial realizados en un año.
2- Porcentaje de pacientes con evaluación nutricional realizada en un año.
3- Pacientes que han seguido el protocolo consensuado de profilaxis de infecciones y vacunas administradas en la CME.
4- Creación de página web, número de visitas y cantidad de descargas de documentos.
5- Se mantendrá la evaluación de ítems del proyecto previo:
a. Pacientes controlados anualmente.
b. Pacientes con check-list de inmunización.
c. Pacientes o familiares que han precisado contacto telefónico u online en un año.
d. Días de espera para la primera consulta ordinaria en la CME.

DURACIÓN
- Segundo semestre de 2016:
Elaboración de los cuestionarios de CVRS y psicosociales, o elección de cuestionarios validados.
Elección de parámetros analíticos y antropométricos y establecer la logística de realización.
Creación de hojas informativas.
Elaboración del protocolo multidisciplinar de profilaxis de enfermedades infecciosas y lograr la logística necesaria para administrar vacunas.
Reuniones periódicas de la Unidad.
- 2017:
Implementación de los cuestionarios, el control nutricional y el protocolo de profilaxis infecciosa en la práctica habitual de la CME.
Creación de la página web.
Reuniones periódicas de la Unidad y actualizar necesidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0118

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE NUEVAS COMPETENCIAS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0205

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BER NIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL MONTERDE VANESA
TORRALBA CAMPOS MARIA LUISA
EIZMENDI BINDER ANA
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL
BELLOC BARBASTRO BLANCA
CORTES GARCIA LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Revisión diaria/semanal de los volantes de derivación a las CCEE de Digestivo desde el inicio del proyecto
2- Clasificación de los volantes de derivación en cita presencial preferente o normal, o derivación de nuevo a su MAP/especialista con recomendaciones basadas en la guías clínicas.
3- Estadística (los datos presentados son tras 6 meses de puesta en marcha este proyecto): número total de volantes de derivación y origen de los mismos, % remitidos como preferentes, % preferentes valorados por especialista, % pacientes citados online, % pacientes citados en consultas y tiempo (días) de demora para una primera visita preferente o normal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados

Reducción de tiempo de demora a una 1era consulta a Digestivo (tiempo para lograr este objetivo: 6 meses-1 año)

Valor de Indicadores
A los 3 meses de iniciar el proyecto se experimentó una reducción de 45 días. A los 6 meses el tiempo de demora para una primera consulta preferente o normal de 15 días.

Objetivos esperados:
Calcular número de derivaciones en 6 meses
% preferentes derivadas
% preferentes tras revisión directa del FEA
% de consultas NO presenciales

Valor de Indicadores
748 volantes (>100 /mes)
37% preferentes
12% preferentes por el especialista
40% consultas no presenciales (indicaciones a su MAP o especialista que ha derivado según las guías de práctica clínica)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conclusiones: La gestión directa ha permitido una adecuación rápida y eficaz de la lista de espera con priorización de patologías preferentes y optimización de los tiempos de demora

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE APOYO

1.- Realizar encuesta de satisfacción a los médicos de atención primaria sobre este método para la citación en las CCEE de Digestivo
2.- Revisar la historia clínica de los pacientes que se han derivado a su MAP sin cita presencial en nuestras consultas y ver las actuaciones que se han realizado y resultados (pruebas, citaciones, ingresos, fallecimientos, etc...)
3.- Realizar nuevo análisis estadístico para comparar con los datos que disponemos de los primeros 6 meses de instauración del proyecto (valorar si los datos mejoran /se mantienen /empeora). En el caso de empeoramiento de objetivos valorar las causas de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0205

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/205 ================================== ***

Nº de registro: 0205

Título
ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

Autores:
BER NIETO YOLANDA, BERNAL MONTERDE VANESA, TORRALBA CAMPOS MARIA LUISA, EIZMENDI BINDER ANA MARIA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, BELLOC BARBASTRO BLANCA, CORTES GARCIA LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las causas implicadas en la generación de las listas de espera son múltiples y no siempre dependen de factores que se puedan controlan en los servicios de atención especializada. Una inadecuada lista de espera genera una peor atención al paciente y un deterioro en la coordinación asistencial. Actualmente nuestro servicio presenta una prolongada demora con un claro impacto negativo en la calidad de la atención al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la nueva adecuación de la lista de espera con priorización directa de nuestro servicio, se pretende modificar la dinámica clásica de citaciones de las agendas de Digestivo del Hospital San Jorge de Huesca con el objetivo de evaluar a los pacientes preferentes con una demora máxima de 15 días y el resto de pacientes con una demora menor a 30 días

MÉTODO
Se elimina la posibilidad de cita directa en nuestras agendas desde atención primaria y urgencias. Semanalmente se evalúan todos los volantes de derivación, con la información recibida y la disponible en las bases de datos del hospital (intranet-historia clínica electrónica) se decide si: a) enviar un informe con recomendaciones basadas en guías de práctica clínica a seguir por el médico de atención primaria, sin necesidad de evaluación presencial del enfermo (se realiza informe en una agenda especial creada para este motivo – visita online-) o b) si el enfermo precisa cita presencial preferente (< 15 días) o normal (< 30 días). De forma paralela se adapta la oferta de nuestras agendas de primera visita según la priorización que se ha realizado.

Además se facilita un correo electrónico de contacto para cualquier duda o sugerencia relativo a los pacientes, citaciones o seguimiento de guías clínicas.

El paciente recibirá una carta informando que debe acudir nuevamente a su centro de salud, que también habrá recibido una carta con las recomendaciones para su caso.

INDICADORES
Mensualmente se realizará las siguientes evaluaciones

-Número total de volantes de derivación, así como origen de los mismos
-% de pacientes remitidos como preferentes
-% de pacientes preferentes tras evaluación por especialista
-% de pacientes de consulta online
-Número total y % de pacientes citados en consulta
-Tiempo (días) de demora para una primera consulta (preferente/normal)

DURACIÓN
Este nuevo sistema de citación se ha iniciado en Febrero de 2016 y pretende ser el método de citación en nuestras consultas. Se ha creado una agenda específica para las visitas online /informes a médico de atención primaria.
En el plazo de aproximadamente 6 meses-1 año calculamos alcanzar la meta de una demora inferior a 15 días para la consulta preferente y menor de 30 días para la normal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0205

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA LISTA DE ESPERA EN CONSULTA ESPECIALIZADA CON PRIORIZACION DE PATOLOGIAS PREFERENTES MEDIANTE GESTION DIRECTA Y FLEXIBLE DE LAS AGENDAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0592

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL MONTORO HUGUET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA GARCIA ANGEL
ARA LAUNA DOMINGO
BARRIO NAVASCUES JOSE MARIA
BETRAN GRACIA JOSE GABRIEL
BOBE PELLICER MARIA ANGELES
CAJAL MARZAL ADOLFO
CAJARAVILLE ASO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La consecución del programa dependía en gran medida de la producción editorial de una empresa que clausuró sus actividades mercantiles en el curso de 2017 (fallecimiento de su director). Todo ello ha retrasado considerablemente la consecución del proyecto. Actualmente el programa AEGastrum-SEMFYC ha sido trasladado a otra empresa (International Marketing & Communication) y se ha llegado a un acuerdo con el Vicerrectorado de la Universidad a distancia de Madrid (UDIMA) para que este programa sea acreditado como un Título Propio de Experto en “Protocolos de actuación conjunta entre gastroenterólogos y médicos de familia”, El objetivo es iniciar el alojamiento de contenidos del programa a partir del 15 de noviembre de 2018. Me hubiese gustado adjuntar dos ejemplos de monográficos que ya han sido maquetados, pero el sistema no lo permite. No obstante, los he enviado al correo electrónioc de la Unidad de Calidad del Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores referidos en el proyecto de mejora de la calidad 592, incluían, entre otros, disminuir la tasa de derivaciones inapropiadas y contribuir a acortar la lista de espera de 1ªas visitas. Este objetivo pensamos que se ha conseguido (consultar cuadro de mandos de la Unidad de Aparato Digestivo de los ejercicios 2015-2107), gracias a la interconsulta virtual que permite revisar una a una todas las derivaciones a través de la propia historia clínica electrónica. Sin embargo, el objetivo primordial y de fondo del programa, que es mejorar la gestión conjunta que MF y gastroenterólogos hacen de las patologías digestivas más prevalentes, está por alcanzar. Establecer indicadores que obligan a hacer un análisis del antes y después de un determinado modo de proceder, comporta un tiempo y dedicación que hoy en día es difícil de obtener. Un hándicap importante ha sido inestabilidad de las plantillas de facultativos que hacen muy difícil mantener un compromiso a medio y largo plazo de estos programas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No pueden establecerse conclusiones definitivas, porque el programa ha experimentado una demora por las circunstancias mencionadas. En cualquier caso, la AEG y La SEMFYC han llegado a acuerdos y todos los médicos de familia van a ser invitados a participar a través de los cauces de comunicación habitual de la SEMFYC y también a través de la escuela de patología digestiva virtual de la AEG (www.spsdiv.net) donde se anuncia el programa (http://spadiv.net/aegastrum-semfyc). /Confiamos plenamente que la conversión del programa en un título de posgrado Universitario haga del mismo un desafío, digno de la confianza de los colegas a quienes va dirigido. Su implementación local mediante videoclases alojadas en una URL específica sigue siendo un objetivo a corto plazo de nuestra Unidad (http://www.indogastro.org/foro/index.html).

7. OBSERVACIONES.
La formación del MF en el ámbito de la especialidad de Aparato Digestivo debe mejorar implementando e incentivando programas formativos que mejoren sus competencias y habilidades en este ámbito. Los residentes de la especialidad de MFyC deberían tener un programa concreto de contenidos pactados entre las Sociedades Científicas, capaces de ser asumidos a lo largo de su periodo de rotación por las Unidades y Servicios de Aparato Digestivo, con independencia de que sean formados en otros contenidos transversales (ética, comunicación, investigación, etc). Con todas las bondades que tienen, a menudo les distraen de su verdadero cometido durante la rotación, como es adquirir los conocimientos y un mínimo de experiencia en las patologías que verdaderamente van a ser objeto de su actividad profesional en los Centros de Salud.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/592 ========== ***

Nº de registro: 0592

Título
IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0592

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

Autores:
MONTORO HUGUET MIGUEL, ARA GARCIA ANGEL, ARA LAUNA DOMINGO, BARRIO NAVASCUES JOSE MARIA, BETRAN GRACIA JOSE GABRIEL, BOBE PELLICER MARIA ANGELES, CAJAL MARZAL ADOLFO, CAJARAVILLE ASO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con síntomas digestivos son valorados inicialmente por médicos de familia (MF) en los Centros de Salud (CS). La eficacia y sostenibilidad del sistema sanitario depende, en gran medida, de la toma de decisiones en estos escenarios. El cribado de los volantes dirigidos desde la atención primaria de salud (APS) hacia el entorno hospitalario, ha permitido identificar elevadas tasas de derivaciones inapropiadas, factor determinante de demoras no deseadas e insatisfacción por parte de los usuarios. La Unidad de Gastroenterología y Hepatología del HSJ de Huesca presentó durante el ejercicio de 2015 un proyecto de mejora de la Calidad Asistencial (INDOGASTRUM) (http://www.indogastro.org/foro/index.html) basado en la creación de un foro de interacción donde MF y especialistas en Ap. Digestivo (EAD) comparten experiencia y conocimiento. El foro se divide en áreas temáticas donde se pueden alojar opiniones de expertos o formular preguntas al especialista de carácter genérico e interés general. Como continuidad al foro INDOGASTRUM se presenta un proyecto basado en la implementación de protocolos de actuación conjunta y flujogramas de gestión clínica entre MF y EAD impulsado por la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) con el respaldo y auspicio de la SEMFYC.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Disminuir la tasa de derivaciones inapropiadas proporcionando mayor autonomía y capacidad de gestión al MF.
2) Contribuir a la difusión de protocolos de actuación conjunta entre primaria y hospitalaria centrados en los síntomas digestivos más prevalentes.
3) Establecer criterios de derivación consensuados por expertos de ambas Asociaciones Científicas con especial énfasis en el conocimiento de los síntomas de alarma que obligan a una atención preferente por parte de EAD.
4) Proporcionar criterios qué permitan definir qué tipo de pacientes pueden ser atendidos esencialmente en el ámbito de la APS, cuáles son tributarios de un manejo por EAD y en qué situaciones se hace necesaria una atención y seguimiento conjunto.

MÉTODO
AEGastrum es un programa formativo de ámbito estatal, impulsado desde la vocalía de Docencia de la AEG, cuenta con el aval de la SEMFYC y está acreditado por la Asociación de Profesiones Sanitarias de Madrid. El programa consta de 12 monográficos, relativos a las patologías más prevalentes: a saber: 1) Enfermedad por reflujo gastroesofágico; 2) Dispepsia; 3) Helicobacter pylori; 4) Gas y Distensión abdominal; 5) Síndrome de intestino irritable; 6) Estreñimiento crónico; 7) Diarrea crónica; 8) Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca; 9) La enfermedad inflamatoria intestinal en el centro de salud; 10) Patología anorrectal benigna: hemorroides y fisura anal; 11) Idoneidad de la solicitud de colonoscopia en atención primaria; 12) Revisión del paciente post-polipectomía.
Cada monográfico se impartirá en un CS por parte de un EAD del HSJ-Hu, previo acuerdo con el coordinador correspondiente. Los contenidos del monográfico serán grabados por un equipo (Docentia TV) con experiencia en la transmisión de Cursos y Reuniones Científicas (http://www.docentiatv.com/-inicio) y alojados posteriormente en una plataforma web desde donde se podrán ver en diferido, bien desde los 14 CS dependientes del sector sanitario de Huesca, o a título individual desde los ordenadores personales de los MF. La financiación del proyecto está respaldada por la cuenta de investigación del grupo INDOGASTRO (investigación y docencia en gastroenterología) del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, cuyo titular es el Dr Montoro Huguet. Los contenidos del PROGRAMA AEGastrum no están supeditados a intervención alguna por parte de la industria farmacéutica, siendo su propiedad intelectual y Copyright de las Sociedades Científicas que lo respaldan y promueven.

INDICADORES
1) Relación de 1ªas visitas solicitadas desde la APS en 2018 / 2016 < 1; 2) Relación entre derivaciones inapropiadas en 2018/2016 < 1; 3) Satisfacción global del programa evaluada mediante encuesta cumplimentada por los MF de los CS.

DURACIÓN
Las sesiones clínicas se impartirán entre los meses de noviembre de 2016 y diciembre de 2017, salvando los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0592

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROYECTO INFOGASTRUM (AEG-SEMFYC) EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA: PROTOCOLOS DE ACTUACION CONJUNTA (FLUJOGRAMAS DE GESTION CLINICA) ENTRE MEDICOS DE FAMILIA Y GASTROENTEROLOGOS

meses de julio y agosto de 2017.

OBSERVACIONES
Forman parte del equipo de este proyecto los coordinadores de los 14 CS del SSH. Debido a la limitación establecida en la convocatoria, se han incluído por orden alfabético los 8 primeros. A fin de evitar cualquier agravio, se ruega considerar la posibilidad de incluir en el programa a los coordinadoresde los CS restantes:Pirineos: (Antonio Castillón [acastillonf@salud.aragon.es]; Berdún: (Ana Carmen Gimenez Baratech [acgimenezb@salud.aragon.es]; Broto (José Miguel Lloro Lloro [jmlloro@salud.aragon.es]); Jaca: María Virginia López Cortés vlopez@salud.aragon.es]; Ayerbe (Juan José Martinez Trivez [jjmartinezt@salud.aragon.es]; Sariñena: María José Suárez Fernández: [mjsuarez@salud.aragon.es]; y Hecho (Adela Vázquez Echevarría [avazqueze@salud.aragon.es]).

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUEL DOMINGUEZ CAJAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMO MONTERDE PATRICIA
BER NIETO YOLANDA
OLIVAN GUERRI LORENZO
LAMBAN AISA ANA
LUE ALBERTO
MONTORO HUGUET MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Reuniones entre los miembros del grupo de mejora para la toma de distintas decisiones entre las que se incluyen las siguientes:
a. Tiempos necesarios durante la primera visita especializada para realizar una correcta historia clínica, dar una información suficiente y plantear el tratamiento y seguimiento de los pacientes.
b. Pruebas complementarias necesarias o útiles para el correcto diagnóstico y seguimiento.
c. Parámetros clínicos y analíticos a valorar o solicitar (hemograma, parámetros nutricionales, reactantes de fase aguda, etc) durante la primera visita especializada.
d. Escalas, Clasificaciones y Cuestionarios (Índice de Harvey Bradshaw, Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease, etc) a utilizar durante la primera visita especializada para evitar la variabilidad entre los facultativos.
e. Creación de un Checklist con el fin de rellenarlo durante la consulta de primera visita y en el que se recoge de forma sistemática información útil para el correcto diagnóstico, la valoración de factores de riesgo y para decidir el tratamiento de una forma suficientemente clara y concisa para evitar errores.
2. De acuerdo con el Servicio de Citaciones se ha decidido la paulatina modificación de los tiempos asignados a las primeras visitas de las distintas consultas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), tanto Enfermedad de Crohn (EC) como de Colitis Ulcerosa (CU), de las que dispone el Sº de Digestivo.
3. Igualmente se ha decidido la creación de un nuevo número para codificar las primeras visitas en las consultas específicas de EII para evitar confusiones en las citaciones. De esta forma se evita el que un paciente sea citado en una consulta diferente a la prevista por disminuyendo el riesgo de duplicar visitas o de que el paciente sea valorado menos tiempo del decidido.
4. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME).
5. Mejoras en la entrega y explicación durante las visitas de hojas informativas que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado, como las accesibles a través de la página web de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG):
http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/04_infogastrum_enfermedad_crohn_web.pdf

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Tras la elaboración del proyecto, y desde el 1 de Enero de 2019, se ha incrementado el tiempo de la primera visita en Consulta monográfica de EII del Dr Domínguez a 30 minutos (en vez del tiempo estándar de 15 minutos de la consulta general), permitiendo establecer un clima de consulta más confortable y empático a la vez que se recaba toda la información necesaria siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente. Se ha decidido iniciar los cambios en una consulta especializada de nueva creación en el Hospital San Jorge e ir implementando los cambios progresivamente en las ya existentes (Consultas de Inflamatoria de Dr Montoro y Dra Ber, localizadas en Hospital Sagrado Corazón de Jesús).
2. Se ha general un nuevo número de codificación de las primeras visitas en las consultas específicas de EII (1.333) en línea con el código de seguimiento que ya existía (2.333).
3. Se ha creado un Checklist que se rellena durante la primera consulta especializada en un paciente con EC. Se trata de un cuestionario estructurado en cuatro apartados o pasos: Historia Clínica, Evaluación Actividad Inflamatoria, Preparación para el tratamiento y Pruebas y solicitudes pendientes. El primero de ellos recoge datos acerca de la historia clínica relevantes para un correcto diagnóstico y clasificación de la EC, una valoración de los factores de riesgo de mala evolución y datos acerca de tratamientos previos (x.ej pautados desde Atención Primaria u otros especialistas). El segundo de los pasos caracteriza la actividad inflamatoria mediante la recopilación de variables analíticas relevantes (sanguíneas y fecales) e índices de actividad clínicos (Índice de Harvey Bradshaw) y endoscópicos (Simplified Endoscopic activity Score for Crohn’s Disease). El tercero recoge información necesaria para individualizar el tratamiento mejorando la seguridad estableciendo contraindicaciones, comprobando el correcto cumplimiento de los diferentes protocolos de cribado y profilaxis de infecciones y estableciendo las necesidades individuales de derivación a otros especialistas o de solicitud de pruebas complementarias. Finalmente se ha creado un apartado en el que poder recoger todos los ítems que han quedado pendiente y que deben ir obteniéndose en próximas visitas para evitar errores.
4. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME) mediante la inclusión de esta necesidad en el Checklist de comprobación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

5. Colaboración en estudios multicéntricos en los que participa la Unidad mediante el apoyo en el reclutamiento de pacientes de nuevo diagnóstico.
6. Igualmente, el aumento del tiempo disponible permite mejorar la recopilación de los datos necesarios para la completa introducción de nuevos casos de pacientes con EC en el registro nacional de pacientes con EII (Base de Datos ENEIDA).
7. Durante la primera visita se entrega y explica hojas informativas elaboradas con enlaces a páginas web de contenido verificado.
8. Hasta la elaboración de la memoria a todos los pacientes de nuevo diagnóstico con EC atendidos como primera visita se le ha realizado el Checklist y se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad así como la información de contacto con la Unidad. Sin embargo, dado que la consulta no ha podido ser instaurada hasta Enero de 2019 por dificultad para ajustar con las agendas previas no es posible valorar en este momento el cumplimiento del resto de ítems.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad de curso crónico cuyo coste, asociado a su diagnóstico y tratamiento, depende de múltiples factores como son su localización y extensión, su fenotipo, la presencia de manifestaciones extraintestinales y la respuesta a los tratamientos. Un estudio europeo (IMPACT) demostró que el retraso en el diagnóstico es la norma, lo que explica que gran parte de los pacientes remitidos a la consulta por primera vez hayan sido sometidos a múltiples pruebas y tratamientos. En estos casos la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere un tiempo adecuado tanto para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad como para recabar información necesaria para el diagnóstico y la planificación segura y eficiente del tratamiento. Esta recopilación de la información se ha estructurado en nuestro proyecto a través del Checklist creado y el tiempo de primeras visitas se ha ampliado con respecto a las consultas generales para asegurar que pueda completarse evitando errores secundarios a una precipitada entrevista clínica.
- Actualmente quedaría pendiente comprobar la correcta utilización del Checklist durante la práctica clínica habitual, así como incluir la realización de forma sistemática en las primeras visitas de estos pacientes de cuestionarios acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad.
- En este momento se está comenzando a realizar el Checklist en la consulta monográfica en la que se han implementado los nuevos horarios y codificaciones por lo que en el futuro la idea es replicar esto en las otras dos consultas de EII de nuestra Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/421 ========== ***

Nº de registro: 0421

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

Autores:
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, CAMO MONTERDE PATRICIA, BER NIETO YOLANDA, OLIVAN GUERRI LORENZO, LAMBAN AISA ANA, MONTORO HUGUET MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad de curso crónico secundaria a una respuesta inmune aberrante en un individuo genéticamente susceptible. Su incidencia anual en Europa es de 5,5-6,5 casos por cada 100.000 habitantes. Los costes asociados a su diagnóstico y tratamiento dependen en gran medida de la localización y extensión de la enfermedad, de su fenotipo (inflamatorio, penetrante-fistulizante y fibroestenótico), de la presencia o no de manifestaciones extraintestinales y de la respuesta a los tratamientos. Un estudio europeo (IMPACT) demostró que el retraso en el diagnóstico es la norma, con una media de 1-3 años (18% > 5 años) y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

que el 64% de los casos precisaron atención urgente antes de llegar al diagnóstico.
Todo ello explica que gran parte de los pacientes remitidos a la consulta por primera vez, hayan sido sometidos a múltiples pruebas y ensayos terapéuticos, incluyendo hospitalización y cirugía. La información obtenida por el paciente, a menudo procede de fuentes poco fidedignas, es incompleta, alarmante, errónea o incluso dañina. Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar un protocolo asistencial para pacientes con EC que son atendidos por primera vez en la consulta monográfica de EII del H. San Jorge siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.

MÉTODO
- Establecer un clima de consulta confortable y empático incluyendo tiempos de visita adecuados, para recabar toda la información necesaria.
- Creación de un protocolo de actuación conjunta (médico y enfermera) basado en un esquema predefinido y apoyado por un Checklist que recuerda el cumplimiento sistemático de los siguientes pasos:
1º Obtener información acerca del debut de la enfermedad, así como de todas aquellas variables que permiten estratificar el riesgo, incluyendo hábito tabáquico, localización, extensión, fenotipo (clasificación de Montreal) y Manifestaciones Extraintestinales con vistas a seleccionar la terapia más apropiada.
2º Protocolizar las investigaciones necesarias para definir la localización y extensión de los segmentos afectados por la enfermedad y medición de la actividad clínica, biológica, endoscópica y obtenida por pruebas de imagen.
3º Recabar información acerca de todas las variables relacionadas con la seguridad incluyendo estado inmune frente a infecciones, TBC, historia de cáncer y coordinar acciones con Medicina Preventiva, para determinar la pertinencia y/o contraindicación de terapias avanzadas (inmunomoduladores y biológicos).
4º Ponderar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante cuestionarios validados, a fin de establecer una referencia sobre la que sustentar los resultados de las diferentes terapias.
5º Búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad.

INDICADORES
- % de pacientes atendidos por 1ª vez que cuentan con un check-list de apoyo para la prestación asistencial.
- % de pacientes que han sido atendidos en los tiempos predefinidos en el programa.
- % de pacientes en cuya asistencia ha intervenido la enfermera de la consulta monográfica.
- % de pacientes en quienes se han investigado las variables que permiten estratificar el riesgo.
- % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo el protocolo de inmunosupresión y derivación a Medicina Preventiva.
- % de pacientes a quienes se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna, acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad.

DURACIÓN
Primer semestre 2018: Reuniones entre los miembros de la Unidad (staff médico y de enfermería) para el diseño del Checklist de apoyo con los parámetros que permitirán ordenar de un modo sistemático la información a recabar.
Segundo semestre 2018: Aplicación sistemática del Checklist de apoyo para una asistencia sistematizada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1318

1. TÍTULO

PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LAZARO RIOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTRADA ONCINS SILVIA
ALASTRUEY REYES ANDRES DANIEL
MILLAN ACERO ANA ROSA
CARRERA LAPIEDRA NOELIA
VELILLA ALONSO TERESA
POVEDA SERRANO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A fecha de hoy, el protocolo ha sido redactado y consensuado entre los miembros del Servicio de Digestivo quedando pendiente el fijar una fecha para ser comunicado a los miembros del Servicio de Urgencias y poder comenzar con la implementación. Así mismo se ha evaluado la adecuación de este protocolo a la agenda actual del Servicio de Endoscopias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente no podemos extraer resultados, dado que no se ha puesto en marcha el protocolo a día de hoy

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado un protocolo con criterios claros en la definición de hemorragia digestiva baja no grave para poder identificar aquellos pacientes que se podrían beneficiar de un manejo ambulatorio. La creación de un circuito de asistencia rápida para los pacientes con HDB sin ningún criterio de gravedad permitiría optimizar el manejo clínico de estos pacientes reduciendo los costes y la morbilidad asociada a estancias hospitalarias innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1318 ========== ***

Nº de registro: 1318

Título
PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

Autores:
LAZARO RIOS MARIA, ESTRADA ONCINS SILVIA, ALASTRUEY VAL REYES, ANDRES DANIEL, MILLAN ACERO ANA ROSA, CARRERA LAPIEDRA NOELIA, VELILLA ALONSO TERESA, POVEDA SERRANO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
La Hemorragia digestiva baja (HDB) es un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias, su incidencia ha aumentado en los últimos años (> 30 casos por 105 habitantes y año) y suponen un 20-15% de los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva. En la población anciana, la HDB puede superar en incidencia a la hemorragia digestiva alta (200 casos por 10 5 habitantes de 80 años). Una proporción importante de pacientes con HDB son ingresados con la finalidad de acortar la demora en la realización de la colonoscopia, generando con ello un incremento notable del gasto sanitario y de estancias hospitalarias inapropiadas. La creación de un circuito de asistencia rápida para los pacientes con HDB sin ningún criterio de gravedad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1318

1. TÍTULO

PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

permitiría optimizar el manejo clínico de estos pacientes reduciendo los costes y la morbilidad asociada a estancias hospitalarias innecesarias.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Establecer un circuito de asistencia rápida por vía ambulatoria para los pacientes que acuden a Urgencias por presentar una HDB sin ningún criterio de gravedad.
2. Mejorar la eficiencia del sistema y el gasto sanitario derivado de estancias hospitalarias inapropiadas, sin comprometer la seguridad del paciente.
3. Disminuir la tasa de complicaciones inherentes a estancias hospitalarias innecesarias incluyendo las derivadas del encamamiento inadecuado en pacientes de edad avanzada, pluripatológicos y polimedicados.

MÉTODO
1. Estratificar el riesgo de los pacientes que acuden a Urgencias con HDB de acuerdo con parámetros objetivos basados en la forma de presentación, antecedentes personales y examen físico
2. Establecer un protocolo asistencial consensuado con el Staff de Urgencias que permita seleccionar a los pacientes que podrían beneficiarse de un circuito de asistencia rápida preservando en todo momento la seguridad.
3. El protocolo incluiría:
a. Explicación al paciente de la naturaleza de su problema y de la necesidad de realizar colonoscopia precoz para alcanzar un diagnóstico sin necesidad de hospitalización.
b. Entrega al paciente del consentimiento informado y de la preparación para la colonoscopia.
c. Garantizar la realización de una colonoscopia en un tiempo inferior a 2 semanas
4. Valoración en consultas externas de Aparato Digestivo tras la realización de la colonoscopia con una demora < 2 semanas.

INDICADORES
a. % de pacientes evaluados en Urgencias por HDB en el intervalo de un año.
b. % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo la estratificación del riesgo
c. % de pacientes asistidos clasificados como HDB NO GRAVE en quienes se ha logrado evitar un ingreso hospitalario.
d. % de pacientes asistidos en Urgencias a quienes se ha realizado una colonoscopia diagnóstica por vía ambulatoria en un intervalo < 2 semanas.
e. % de pacientes con HDB que han sido atendidos en la consulta de Aparato Digestivo de manera precoz (< 2 semanas desde la realización de la colonoscopia ambulatoria).

DURACIÓN
Antes de septiembre de 2018:
Reunión con el Staff de Urgencias del HSJ de Huesca para consensuar un protocolo de actuación conjunta en el paciente que acude a urgencias por presentar HDB, incluyendo la estratificación de la gravedad de acuerdo con una escala validada (escala pronóstica de Strate).
Antes de noviembre 2018
Comunicación e información del circuito a los Médicos de Urgencias del Hospital San Jorge
Adecuación de las agendas de endoscopia para prever la realización de colonoscopias diagnósticas en pacientes con HDB clasificada como NO GRAVE en un intervalo < 2 semanas.
Adecuación de las agendas de consultas externas para informar de los resultados de la colonoscopia y planificar su tratamiento
Análisis de los indicadores: julio/ 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1320

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ESTRADA ONCINS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAZARO RUBIO MARIA
SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN
ORTEGA ORTEGA BELEN
SOLER ALLUE SANDRA
BORRA MOLINER ELISA
RIVAS CALVETE OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos elaborado un documento-protocolo asistencial que hemos remitido a los miembros del equipo que desempeñan su actividad en Urgencias. Su valoración ha hecho que actualmente estemos elaborando una hoja informativa para entregar a pacientes,, que puedan ser manejados sin necesidad de ingreso (ya sean valorados en Urgencias o en nuestras consultas), con breve explicación de su patología, las medidas higiénico dietéticas con las que ellos pueden contribuir y las recomendaciones para acudir nuevamente para ser valorado en Urgencias.
Asimismo hemos elaborado un "circuito" con la colaboración de los compañeros del servicio de Urgencias para que los pacientes que puedan ser dados de alta (que creeremos no serán muchos) tengan un control precoz en consulta.
En los residentes "rotantes "en nuestro servicio hemos fomentado la formaciòn en realización de paracentesis diagnóstica siempre que ha sido posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos observado que prácticamente la totalidad de los pacientes que ingresan actualmente procedentes del servicio de Urgencias por descompensación ascítica, ya tienen realizada paracentesis diagnóstica lo que favorece el manejo terapéutico y la precocidad de tratamiento antibiótico (si se precisa) en caso de peritonitis bacteriana espontánea.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que la elaboración de este protocolo, la formación a los residentes rotantes en nuestro servicio en la realización de paracentesis diagnóstica y la colaboración con los miembros del equipo ha ayudado a fomentar la realización de dicha técnica en el servicio de Urgencias.
Queda pendiente la realización de documento informativo para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1320 ========== ***

Nº de registro: 1320

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

Autores:
ESTRADA ONCINS SILVIA, LAZARO RUBIO MARIA, SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN, ORTEGA ORTEGA BELEN, SOLER ALLUE SANDRA, BORRA MOLINER ELISA, RIVAS CALVETE OLGA, EIZMENDI BINDER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1320

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ascitis es la causa más común de descompensación en la cirrosis hepática (CH) y afecta a un 5-10 % de los pacientes con CH compensada cada año. Además, el 75% de los pacientes que debutan con ascitis tienen como causa subyacente la cirrosis.

Desde nuestra Unidad se realiza el seguimiento de aproximadamente 300 pacientes con CH de diferentes etiologías, la mayoría compensados, lo que supone que unos 15-30 pacientes desarrollarán ascitis a lo largo del año.

La descompensación ascítica en el paciente cirrótico se clasifica en tres grados en función de la cantidad de líquido ascítico y no todas requieren ingreso.

Grado 1: leve, detectable por ecografía.

Grado 2: moderada: distensión simétrica moderada del abdomen

Grado 3: severa: provoca importante distensión abdominal

Únicamente la ascitis grado 3 requiere ingreso hospitalario.

El análisis del líquido ascítico obtenido por paracentesis diagnóstica (PD) permite establecer un diagnóstico precoz de peritonitis bacteriana espontánea (PBE), reduciendo con ello la mortalidad desde el 90 al 20%. Hoy en día, la PD está indicada ante cualquier paciente que debuta con ascitis grado 2-3 o que requiere ingreso por CH complicada. Una adecuada valoración de estos pacientes en Urgencias permite optimizar su manejo clínico y evitar ingresos inapropiados.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Promover la cultura de realizar PD de forma rutinaria en todo paciente que acude a Urgencias con sospecha de ascitis grado 2-3 o que va a precisar ingreso por cualquier otra descompensación (encefalopatía hepática, hemorragia por hipertensión portal...).
2. Obtener en todos los casos información relativa al recuento de neutrófilos, la concentración de proteínas, cultivo de líquido ascítico y el GASA (gradiente seroascítico de albúmina) cuando la causa de la ascitis no es clara.

MÉTODO
1) Promover una reunión con el Staff de Urgencias para consensuar las indicaciones de PD en diferentes escenarios clínicos.
2) Establecer un circuito de asistencia rápida (< 1 semana) en las consultas de hepatología en aquellos pacientes con descompensación hidrópica que no han requerido de ingreso hospitalario tras su valoración en Urgencias.
3) Proporcionar recursos para el aprendizaje de la PD por parte de los MIR que rotan por la Unidad de Aparato Digestivo y solvencia para llevar a cabo la técnica de manera efectiva durante sus guardias de presencia física.

INDICADORES
1) % de pacientes con hepatopatía crónica que acuden a Urgencias por presentar ascitis de debut grado 2-3 en quienes se ha realizado análisis del líquido ascítico mediante PD.
2) % de pacientes con CH que ingresan en el hospital por presentar una complicación asociada (hemorragia digestiva, encefalopatía, infecciones) a quienes se les realiza PD como parte de la evaluación realizada en el Servicio de Urgencias.
3) % de pacientes evaluados en Urgencias por ascitis que finalmente son diagnosticados de una PBE, beneficiándose, por tanto, de un diagnóstico precoz.
4) % de pacientes con ascitis grado 2 que tras conocer el resultado de la PD han evitado un ingreso hospitalario.
5) % de pacientes valorados por ascitis en el Servicio de Urgencias que sin requerir ingreso hospitalario han sido valorados por la Unidad de Aparato Digestivo mediante el circuito de asistencia rápida, activado para este fin.

DURACIÓN
Septiembre 2018 comentar con el personal de servicio de Urgencias y fecha fin septiembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1320

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338

1. TÍTULO

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LORENZO OLIVAN GUERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASPURU RUBIO KATTALIN
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS
RIVAS CALVETE OLGA
LASIERRA BETRAN CARMEN
DIESTE SAMITIER SONIA
SUELVES FERRER MARIA TERESA
ALASTRUEY VAL MARIA REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reunión en junio de 2018 con los componentes del proyecto de calidad para realizar la encuesta y dividirla para pacientes que acuden por colonoscopia de cribado der cáncer de colon o convencional. Cálculo del tamaño muestral para obtener diferencias en estos dos grupos de pacientes.
-Posteriormente reunión con jefa de suministros (Ana Carmen Jauregui) responsable del correo del hospital para decidir cómo llegarían las encuestas de nuestros pacientes una vez entregadas tras la colonoscopia. Se decide que el paciente acuda con la encuesta a su centro de atención primaria y desde ahí por correo interno enviarlas al servicio de Endoscopia.
- Los componentes del proyecto de calidad, preparan múltiples sobres con la dirección de la unidad introduciendo la encuesta y diferenciando si se trata de una colonoscopia de cribado.
- Desde aproximadamente Julio de 2018 hasta diciembre de 2018 reparto de las encuestas a los pacientes sometidos a una colonoscopia, entregando un total de 1016. Tarea realizada por enfermería y auxiliares de la unidad de endoscopias digestivas.
- En enero de 2019 reunión con los componentes del proyecto de calidad, para introducir los datos de la encuesta en base de datos (Excel) y posteriormente análisis de datos mediante el programa estadístico spss 15.0.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se calculó el tamaño de la muestra siendo necesarios 383 pacientes; en los 5 meses de entrega se repartieron un total de 1016 encuestas, siendo respondidas un total de 506 (participación del 49.8%). El 82% (n=417) fueron de pacientes que se sometieron a una colonoscopia convencional frente a un 18% (n= 89) de pacientes del cribado de cáncer de colon. La participación fue similar en los dos grupos de pacientes.
Los resultados globales fueron los siguientes:
- Tiempo de espera para la cita: el 83% de los pacientes contestaron que el tiempo había sido excelente, bueno o muy bueno.
- Tiempo de espera el día de la exploración: el 86,8% de los pacientes respondieron que había sido excelente, muy bueno o bueno.
- La cortesía del médico: El 98 % de los pacientes contestaron que había sido excelente, muy bueno o bueno.
- El 100 % de los pacientes respondieron que la cortesía de enfermería había sido excelente, muy buena o buena.
- El 96,2% de los pacientes perciben las explicaciones recibidas como excelentes, muy buenas o buenas.
- Solo un 3.4% de los pacientes contestaron que las molestias percibidas tras la colonoscopia fueron regulares o malas.
- La puntuación global de la exploración se distribuyó de la siguiente manera: 10.9% buena, 58.3 % excelente y 30.8% muy bueno. Destaca que no hubo ninguna respuesta de puntuación regular o mala
- El 100 % de los pacientes repetirían la exploración en el mismo centro y el 99% de los pacientes con el mismo médico
Si realizamos tablas de contingencia según si el paciente pertenece al cribado CCR o si es colonoscopia convencional solo encontramos diferencias en el tiempo de espera para la cita. En pacientes sometidos a colonoscopia convencional hay un porcentaje mayor de pacientes que perciben el tiempo de espera malo o regular (3.6 % y 15.8% respectivamente) comparado con el grupo de cribado (1.1% malo o 4.5% regular p= 0.009).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez que el paciente se le realiza una colonoscopia en nuestro servicio, el grado de satisfacción es alto sobre la espera en el día de la exploración, la cortesía del médico, la cortesía de la enfermera, en las explicaciones recibidas y molestias percibidas.
Encontramos diferencias en el grado de satisfacción en la espera hasta la cita de la colonoscopia entre los dos grupos de pacientes, siendo menor el grado de satisfacción en los pacientes sometidos a colonoscopia convencional. Esto es debido a que el paciente de cribado es citado en un tiempo inferior a 1 mes por protocolo, y ese tiempo es superior en el grupo de pacientes sometidas a una colonoscopia vía convencional.
Conviene mejorar este último aspecto y mejorar nuestras listas de espera de citaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338

1. TÍTULO

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

7. OBSERVACIONES.
El trabajo realizado desde la unidad de endoscopias del Hospital de San Jorge se percibe como excelente o muy bueno por parte del paciente sometido a una colonoscopia. El punto de mejora (y debilidad del servicio) es el tiempo de espera de realización de la endoscopia, por lo que desde Febrero de 2019 se decidió aumentar los días de endoscopias por las tardes.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1338 ========== ***

Nº de registro: 1338

Título
OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LA COLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
OLIVAN GUERRI LORENZO, ASPURU RUBIO KATALIN, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, RIVAS CALVETE OLGA, LASIERRA BETRAN CARMEN, DIESTE SAMITIER SONIA, SUELVES FERRER MARIA TERESA, ALASTRUEY VAL MARIA REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La percepción de satisfacción del paciente a quien se le realiza una endoscopia digestiva depende de varios factores donde intervienen diversos "actores" (citaciones, médicos, enfermeras, auxiliares y celadores). La Unidad de endoscopias (UED) funciona como Unidad de Acceso Abierto y realiza unas 2.500 colonoscopias anuales tanto convencionales como procedentes del programa de cribado de cáncer colorrectal (CCr) implantado por el Departamento de Sanidad de la DGA. Un eje fundamental en los programas de gestión de calidad es la satisfacción del paciente. Hasta el momento, no disponemos de datos acerca de la calidad sentida por el paciente en relación con los procedimientos llevados a cabo. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes permitiría detectar puntos débiles y áreas susceptibles de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a colonoscopia ambulatoria en nuestro hospital y evaluar si existen diferencias en función de que se trate de exploraciones convencionales o pertenecientes al programa de cribado de CaCrr

MÉTODO
Todo paciente sometido a colonoscopia ambularia recibirá en el momento del alta un Cuestionario de satisfacción validado (GHAA-9m) y adaptado a procedimientos endoscópicos, junto con un sobre franqueado para ser enviado a la UED (ver modelo anexo del GHAA-9m).

INDICADORES
Parámetros que explora la encuesta validada:
Tiempo de espera hasta la realización de la prueba.
Espera el día de la exploración
Cortesía del médico
Explicaciones recibidas
Molestias percibidas durante la exploración.
Puntuación global de la exploración.
¿Repetiría la exploración en el mismo centro?
¿Repetiría la exploración con el mismo médico?

DURACIÓN
Distribución de los cuestionarios a partir del mes de junio-18.
Inclusión de los resultados en la base de datos desde julio-18 hasta septiembre-18.
Análisis estadístico entre los meses de octubre y diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338

1. TÍTULO

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA BELLOC BARBASTRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMBAN AISA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión en septiembre 2018 con el equipo del proyecto de calidad (Ana Lambán) para diseñar un cuestionario previo a la realización de manometría esofágica y pH-impedanciometría y planear la recogida de datos de las pruebas solicitadas.
En octubre 2018 se inicia la cumplimentación de los cuestionarios previamente a las pruebas y la recogida de datos de las pruebas solicitadas.
Hemos redactado un modelo de carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar la información necesaria para optimizar la indicación de la prueba solicitada y/o la necesidad de llevar a cabo alguna exploración previa a su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Número total de peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría, así como su procedencia.
Desde octubre 2018 hasta febrero 2019 se han recibido, en total, 45 peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría.
- % de peticiones con indicación adecuada e inadecuada tras la información obtenida a través del cuestionario estructurado.
La indicación de las solicitudes fue adecuada en todos los casos, excepto en una solicitud que se rechazó tras identificar, al revisar la historia del paciente, patología grave que contraindicaba la prueba.
o 97´77% peticiones adecuadas
o 2,22% peticiones inadecuadas

- % de pacientes con solicitud de manometría esofágica y ph-impedanciometría sin gastroscopia previa a su realización.
De las 45 peticiones realizadas, 3 manometrías y 3 ph- impedanciometrías se habían solicitado sin haber realizado previamente una gastroscopia. Esta prueba estaba pendiente en todos los casos, excepto en uno de los que se había solicitado ph-impedanciometría. En este caso se envió una carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar realizar una gastroscopia previamente a la exploración. En todos estos casos se realizó la manometría tras obtener el resultado de la gastroscopia.
o 13´33% de las peticiones sin gastroscopia previa a la exploración
o 86´67% de las peticiones con gastroscopia previa a la exploración

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El diseño de un cuestionario dirigido a la valoración de síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la realización de una manometría esofágica, pH-metría e impedanciometría, ha permitido obtener información que ayuda a estimar la idoneidad y pertinencia de la prueba solicitada, así como para el análisis e interpretación de sus resultados.
Desde octubre 2018 hasta febrero 2019 se han recibido, en total, 45 peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría. La indicación de las solicitudes fue adecuada en la mayoría de los casos (97´77%).
De las 45 peticiones realizadas, 3 manometrías y 3 ph- impedanciometrías (13´33% del total) se habían solicitado sin haber realizado previamente una gastroscopia. Esta prueba estaba pendiente en todos los casos, excepto en uno de ellos. Tras el envío de una carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar realizar una gastroscopia previamente a la exploración obtuvimos una buena respuesta y se realizó posteriormente la exploración solicitada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1344 ========== ***

Nº de registro: 1344

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Título
DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Autores:
BELLOC BARBASTRO BLANCA, LAMBAN AISA ANA, ESCOBAR BELLO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La manometría esofágica de alta resolución (MAR) ha supuesto un avance en el diagnóstico de los trastornos motores esofágicos. Por su parte, la pHmetría de 24 horas asociada o no a impedanciometría es la prueba más precisa y sensible para identificar reflujo gastroesofágico patológico, discernir los distintos tipos de reflujo y su correlación con los síntomas. Estas pruebas se realizan en el Laboratorio de Motilidad y Trastornos Funcionales Digestivos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús que recibe peticiones procedentes de toda la provincia. Actualmente el paciente que va a ser sometido a estas pruebas recibe información telefónica acerca de la preparación previa a su realización. Sin embargo, de acuerdo con las recomendaciones establecidas en la Primera Reunión Nacional de Consenso en Manometría de Alta Resolución del Grupo Español de Motilidad Digestiva, la cumplimentación de cuestionarios dirigidos a la valoración de síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la realización de estas exploraciones, permiten la obtención de una información estructurada de gran valor para estimar la idoneidad y pertinencia de la prueba solicitada, así como para el análisis e interpretación de sus resultados. Actualmente no existe un protocolo consensuado que permita recoger esta información de una manera homogénea y sistematizada.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Diseñar un cuestionario estructurado que permita recabar toda la información necesaria para determinar la pertinencia e idoneidad de la prueba solicitada y conocer el número de peticiones inapropiadas.
2. Optimizar la recogida de la información concerniente a los síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la llevar a cabo la exploración con el propósito de facilitar el análisis e interpretación de los registros obtenidos.

MÉTODO
1. Revisión sistemática de la literatura, así como de las recomendaciones emitidas por Asociaciones Científicas de ámbito estatal e internacional relacionadas con la motilidad digestiva (visibles en www.spadiv.net) para identificar los ítems más adecuados para estructurar un cuestionario sencillo, eficiente y comprensible para los pacientes que permite cumplir con las expectativas y objetivos planteados.
2. El cuestionario será estructurado en orden a tres dominios o dimensiones relativos a
? - Síntomas que justifican la solicitud;
? - Procedimientos diagnósticos llevados a cabo (incluyendo la gastroscopia y análisis histológico de la mucosa esofágica para el despistaje de esofagitis eosinofílica) antes de realizar la manometría
? - Tratamientos recibidos antes de la prueba solicitada.
3. Redacción de un modelo de carta educada y dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar la información necesaria para optimizar la indicación de la prueba solicitada y/o la necesidad de llevar a cabo alguna exploración previa a su realización (p. ej. gastroscopia y biopsia del esófago), antes de realizar MAR.

INDICADORES
Mensualmente se realizarán las siguientes valoraciones:
1. Número total de peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría, así como su procedencia.
2. % de peticiones con indicación adecuada e inadecuada tras la información obtenida a través del cuestionario estructurado.
3. % de peticiones que tras el feedback con el médico solicitante fueron finalmente reconsideradas o desestimadas.
4. % de pacientes con solicitud de manometría esofágica sin gastroscopia y biopsia esofágica previas a su realización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

DURACIÓN
Inicio en junio 2018 durante un año, hasta Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

1. TÍTULO

ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BER NIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EIZMENDI BINDER ANA
LUE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
? En Junio de 2018 reunión con el equipo del proyecto de calidad para elaborar las preguntas de la encuesta ; se realiza un apartado sobre datos demográficos del médico de atención primaria, otro apartado respecto a tiempo, otro relativo a infrastructura y sobre la comunicación entre Primaria-Especializada. Finalmente una evaluación sobre la satisfacción global.
? A finales de Junio de 2018 nos ponemos en contacto con Amadeo Elduque (subdirector médico de atención primaria) para revisar encuesta elaborada por el equipo, y sugiere cambios en varias preguntas.
? Nueva reunión del equipo de calidad en septiembre de 2018 para modificar la encuesta.
? Nos comunicamos a través del mail con el subdirector médico de atención primaria para que envíe a los médicos de atención primaria, el enlace para realizar la encuesta de manera anónima vía online. Se envía dos mails recordatorios para que rellenen la encuesta (total médicos de atención primaria = 165)
? En Enero de 2019 obtenemos los datos de la encuesta y analizamos resultados
Se ha modificado el calendario inicial, tras volver a elaborar una nueva encuesta con las modificaciones por parte del subdirector de atención primaria, y evitamos enviar el mail en meses de vacaciones para evitar una baja participación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se evidencia una participación baja (n=42, participación del 20%). 69% mujeres, el 44% pertenecen a centros de atención primaria de Huesca capital.

Dimensión tiempo
? El 78% creen que el nuevo sistema de interconsultas disminuye la demora en el tiempo de cita, un 16% creen que la demora es igual que previamente
? El 53% de los médicos de atención primaria no tiene un tiempo asignado en su actividad diaria para leer la respuesta a la interconsulta y ponerse en contacto con el paciente
Dimensión infraestructura
? El 91% no refiere tener problemas técnicos para realizar la interconsulta
? El 72% tienen el sistema operativo actualizado en el ordenador de la consulta
? El 84% refieren que no tiene limitación de caracteres para realizar la interconsulta.
Dimensión comunicación Primaria-Especializada
? El 72% creen que este nuevo sistema de citaciones favorece la comunicación
? Al 75% les resulta útil las indicaciones del manejo/tratamiento del paciente si finalmente el paciente no llega a ser visto en las consultas de especializada
? El 69% les resultaría útil añadir en las respuestas de la interconsulta un enlace a guías/protocolos de práctica clínica
? La mayoría de médicos de atención primaria (78%) desconocen que existe un mail especifico del Servicio de Digestivo para ponerse en contacto desde primaria. Solo el 40% de los que conocen la existencia de la dirección de mail, lo utilizan
Satisfacción Global
? En una escala del 1 al 5 (1= nada satisfecho y 5 = muy satisfecho); en 62'5% puntuaron 4 sobre 5, y 15'6% 5 sobre 5.
Se dejó un apartado de comentarios y destacan varios puntos
1- se percibe una sobrecarga con este nuevo sistema
2- no hay alerta en el sistema del programa utilizado por médicos de primaria (OMI) para saber que se ha contestado la interconsulta
3- no se puede intercambiar información de forma ágil con OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque la satisfacción global del nuevo sistema es bueno o muy bueno, hay puntos de mejora en la comunicación entre Primaria-Especializada.

7. OBSERVACIONES.
Creemos que debemos insistir en la comunicación sea más ágil por lo que tenemos que potenciar el uso del mail.
Estamos abiertos a cualquier sugerencia por parte de Atención Primaria para mejorar

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1355

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

1. TÍTULO

ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

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

Nº de registro: 1355

Título
ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

Autores:
BER NIETO YOLANDA, BELLOC BARBASTRO BLANCA, EIZMENDI BINDER ANA, CAMO MONTERDE PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La puesta en marcha de la interconsulta virtual en la Sección de Gastroenterología y Hepatología del hospital san Jorge (SGH-HSJ) ha permitido reducir la demora de 1ªs visitas solicitadas desde Atención Primaria a < 15 días. El sistema se basa en los siguientes principios: (1) Se elimina la posibilidad de cita directa desde atención primaria y Urgencias; (2) Se realiza una evaluación semanal de todas las solicitudes, tomando como base la información contenida en el volante de derivación y la disponible en las bases de datos del hospital (intranet-historia clínica electrónica). (3) De acuerdo con esta información se establecen dos vías de atención: a) Visita presencial (preferente [< 15 días] o normal [< 30 días]; b) Resolución de la solicitud sin necesidad de visita presencial. En este caso, el médico de cabecera recibe un informe personalizado con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible (Guías de práctica clínica, Documentos de Consenso), que garantizarán una calidad asistencial óptima, sin necesidad de desplazar al paciente. (4) Cuenta de correo electrónico a disposición del médico de cabecera para cualquier aclaración.

Cumplidos 2 años desde la implantación del nuevo sistema, interesa conocer el grado de satisfacción de los médicos de atención primaria, identificar puntos de mejora y optimizar la comunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Ponderar la opinión y grado de satisfacción de los médicos de atención primaria de nuestro sector acerca de las bondades y debilidades del nuevo sistema de citaciones.

2. Identificar áreas de mejora que permitan corregir debilidades del sistema, a la vez que mejorar la comunicación entre ambos niveles asistenciales.

3. Implementar cualquier propuesta o iniciativa promovida desde los propios Centros de salud, con el objetivo de corregir cualquier desviación en los estándares de calidad y seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.

MÉTODO
1. Diseño de un cuestionario de satisfacción estructurado en varios dominios o dimensiones que permitan evaluar la satisfacción global del médico de cabecera en relación al nuevo sistema y clasificarlo en (“excelente” “óptimo” “manifiestamente mejorable”), a la vez que recoger las propuestas de mejora promovidas desde el propio centro de salud.

2. Reunión formal con los colaboradores del proyecto para participar de forma activa en el diseño del cuestionario.

3. Distribución del cuestionario en formato electrónico y de forma anónima desde la propia Dirección de atención primaria.

4. Análisis estadístico de la información obtenida y registrada en la base de datos electrónica.

INDICADORES
1. Ponderación de la satisfacción global del sistema en una escala numérica de 1----10.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

1. TÍTULO

ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

2. % de médicos de atención primaria que califican al sistema como “excelente” “óptimo” “manifiestamente mejorable”, tanto de una manera global, como singularizada en cada uno de las dimensiones y parámetros encuestados.

3. nº de propuestas de mejora que pueden ser implementadas en el sistema tras su análisis y aprobación por el grupo de mejora.

DURACIÓN
– Junio 2018 elaboración del cuestionario

– Julio 2018 envío del cuestionario a los médicos de atención primaria del sector de Huesca

– Julio-septiembre 2018: recepción, tabulación y análisis estadístico de la información obtenida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... KATTALIN ASPURU RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS
LACALLE AICUA LAURA
LASIERRA BETRAN CARMEN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
CARRERA LAPIEDRA NOELIA
ESCOBAR BELLO MARIA
DIESTE SAMITIER SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Reunión de los componentes del equipo de mejora de los servicios de digestivo (Dra. Aspuru y Dr. Santolaria) y de hematología (Dra. Lacalle) en junio: estudiamos y valoramos las guías clínicas más actualizadas sobre manejo de la antiagregación y antiacoagulación previa a la colonoscopia y decidimos basar nuestro documento en las últimas guías de las sociedades americana y europea de endoscopia y en el documento español de consenso para manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico:

- D. Vivas et al. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU. Rev Esp Cardiol. 2018;71(7):553–564
- Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, Boustiere C, Baglin TP, Smith LA, Radaelli F, Knight E, Gralnek IM, Hassan C, Dumonceau JM. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. Endoscopy. 2016 Apr;48(4):385-402.
- Acosta RD, Abraham NS, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Early DS, Eloubeidi MA, Evans JA, Faulx AL, Fisher DA, Fonkalsrud L, Hwang JH, Khashab MA, Lightdale JR, Muthusamy VR, Pasha SF, Saltzman JR, Shaukat A, Shergill AK, Wang A, Cash BD, ar DeWitt JM. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. Gastrointest Endosc. 2016 Jan;83(1):3-1

2.- Redacción del primer borrador del documento en julio y agosto: en el servicio de digestivo nos encargamos de estudiar las guías clínicas, seleccionar los contenidos y redactar un primer documento con las ideas principales
3.- Redacción del texto definitivo en septiembre, octubre y noviembre: las Dras. Aspuru y Lacalle nos reunimos en varias ocasiones para concretar el contenido del documento y que este resultase sencillo, claro y conciso. Un aspecto esencial ha sido redactarlo y maquetarlo para conseguir un texto práctico y visual, incluyendo cuadros y tablas.
4.- Reunión con Amadeo Elduque (Subdirector Médico de Atención Primaria) en diciembre para la elaboración de la estrategia para darle la máxima difusión al documento: se decide que se enviará por mail el documento de manejo de anticoagulación/antiagregación en pacientes de cribado de CCR a todos los médicos de atención primaria del sector. En los próximos meses se ampliará la edad de inicio del cribado cribado de CCR a 50 años y aprovecharemos la comunicación del cronograma por centros de salud para adjuntar el documento.
5.- Valoración del documento por dirección en enero: se envía el documento a Dirección del Hospital y a Dirección de Gestión que consideran adecuada su difusión y aprueban que se cuelgue en la intranet del sector.
6.- Reunión con el servicio de informática en febrero para colgar el documento en la intranet del sector: se decide ubicar el documento junto con los consentimientos informados para la endoscopia y los volantes prerredactados de petición de colonoscopia y gastroscopia. El documento ha quedado accesible para los médicos de atención primaria y todos los médicos de otras especialidades que deseen consultarlo ya que se trata de una guía de consulta útil aplicable a otros pacientes fuera del programa de prevención de cáncer colorrectal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos redactado un documento actualizado para el manejo de la antiagregación y anticoagulación para la colonoscopia de cribado que contempla los nuevos anticoagulantes orales de acción directa y los antiagregantes más recientes. Este manual incluye tablas para estratificación del riesgo trombótico y una tabla con un cronograma de ejemplo para suspender el Sintrom o aldocumar y realizar la terapia puente con heparina. Los nombres de los antiagragantes y anticoagulantes se acompañan de los nombres comerciales del fármaco para agilizar el proceso de consulta y evitar confusiones. En términos generales se trata de un texto conciso y redactado de forma esquemática con el objetivo de que sea muy visual y que el médico de atención primaria no pierda mucho tiempo en decidir la pauta a seguir.
La difusión del documento todavía no ha sido la deseada ya que como he explicado anteriormente se enviará por mail a medida que se vaya iniciando el cribado en la población de 50 a 59 años, el cronograma de implantación del cribado es escalonado para no saturar la unidad de endoscopias por lo tanto tardaremos unos meses en poder valorar el impacto de nuestro proyecto de calidad y calcular los indicadores seleccionados. La fuente de obtención de los datos serán la historia clínica electrónica para conocer el tratamiento crónico de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

pacientes y las complicaciones asociadas al procedimiento y los propios pacientes que nos informarán sobre si se les ha ajustado el tratamiento antiagregante o anticoagulante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El cribado de cáncer colorrectal se considera la procedimiento más coste-efectivo y coste-eficaz de los programas de prevención de cáncer, pero conlleva un incremento significativo de la actividad de una unidad de endoscopias. Además de la adecuación de las colonoscopias de los pacientes sintomáticos o de alto riesgo es imprescindible optimizar la agenda de las exploraciones del programa de cribado. Por este motivo consideramos imprescindible evitar repetir exploraciones innecesariamente. La implantación de esta estrategia de manejo del paciente antiagregado/anticoagulado ha permitido minimizar las repeticiones de colonoscopias con el riesgo, el perjuicio y la incomodidad que conllevan para el paciente. Esperamos que a medida que se vaya ampliando la difusión del documento consigamos observar una reducción en la lista de espera optimizando así el funcionamiento de nuestra unidad

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1399 ========== ***

Nº de registro: 1399

Título
PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

Autores:
ASPURU RUBIO KATALIN, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, LACALLE AICUA LAURA, LASIERRA BETRAN CARMEN, BELLOC BARBASTRO BLANCA, CARRERA LAPIEDRA NOELIA, ESCOBAR BELLO MARIA, DIESTE SAMITIER SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El cáncer colorrectal (CCR) es actualmente el cáncer más frecuente si tomamos como referencia ambos sexos. Su detección precoz es clave en el pronóstico de la enfermedad y, hoy en día, es posible gracias a los programas de cribado (PrCr). En Aragón el programa de cribado consiste en la detección de sangre oculta en heces mediante un test inmunoquímico bienal y colonoscopia a los resultados positivos.

Se estima que entre el 40 y el 60% de los pacientes a quienes se les realiza una Ccr tendrán adenomas subsidiarios de resección endoscópica o polipectomía. La polipectomía se considera una técnica con riesgo implícito de hemorragia digestiva. En este punto, las guías clínicas actuales recomiendan ajustar el tratamiento antiagregante y anticoagulante días antes de la prueba para minimizar el riesgo. Por otro lado, existe una elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en nuestro medio lo que implica que una proporción significativa de pacientes subsidiarios de colononoscopia se hallarán en tratamiento anticoagulante o antiagregante.

Desde la implantación del PrCr en nuestra área de salud es notable el número de colonoscopias que deben repetirse al no haberse suspendido la toma de antiagregantes o anticoagulantes. Este fenómeno resta eficiencia al programa, genera un nuevo riesgo (e incomodidad) al paciente, grava los costes y repercute directamente en la productividad laboral al generar absentismo y presentismo en el paciente. En el otro extremo, algunos pacientes suspenden por iniciativa propia la anticoagulación añadiendo riesgo de eventos cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Optimizar el manejo de los pacientes antiagregados y anticoagulados a quienes se les realiza una Ccr, tras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

balancear la seguridad cardiovascular y el riesgo de hemorragia digestiva.
2. Reducir el número de complicaciones hemorrágicas y cardiovasculares asociadas al procedimiento.
3. Disminuir la tasa de colonoscopias evitables y acortar los tiempos de demora.
4. Facilitar y simplificar la labor del médico de atención primaria.

MÉTODO
Diseñar un protocolo asistencial basado en la información proporcionada por las Guías y Consensos promovidos desde diferentes ámbitos -Endoscopia, Cadiología- donde se explique de una forma eficiente, clara y concisa la pauta a seguir en el paciente subsidiario de colonoscopia de cribado y que recibe anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.
El protocolo será valorado y consensuado con el Servicio de Hematología.
Establecer una estrategia de comunicación que garantice una amplia difusión del protocolo en los centros de salud de nuestra área sanitaria.
El Documento quedará accesible en la intranet del sector para todos los médicos de atención primaria y los demás interesados, ya que se trata de una guía de consulta útil aplicable a muchos otros pacientes fuera del programa de cribado de CCR.

INDICADORES
Indicadores:

- % de pacientes a los que se les realiza una colonosocopia pertenecientes al programa de cribado de CCR que reciben tratamiento anticoagulante o antiagregante.
- % de pacientes candidatos a Ccr a quienes se les realiza la colonoscopia una vez que se ha ajustado el tratamiento aniticoagulante o antiagregante, de acuerdo con los procedimientos y directrices establecidos en el protocolo.
- % de colonosocopias que es necesario duplicar por no haber ajustado el tratamiento.
- Tasa de complicaciones asociadas al procedimiento tras la aplicación de las directrices expuestas en el protocolo asistencial (incluye aquellas asociadas a la endoscopia propiamente dicha y las complicaciones cardiovasculares)
- nº de horas de absentismo laboral relacionado con el procedimiento.

La obtención de los datos será obtenida a través de una entrevista clínica realizada al paciente con la debida antelación antes de la colonosocopia. El resultado óptimo sería que ningún paciente precisase repetir la colonoscopia por no haber ajustado previamente el tratamiento.

DURACIÓN
- Elaboración del protocolo de manejo del paciente que va a ser sometido a CCr hallándose en tratamiento anticoagulante o antiagregante en junio-2018.
- Valoración y aprobación del documento por el Servicio de Hematología: julio de 2018.
- Difusión del Documento a través de la Dirección de Atención primaria, así como de la intranet del hospital en el 4º trimestre de 2018.
- Tabulación, análisis e interpretación de los resultados preliminares: 1º trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1492

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA CAMO MONTERDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL
SUELVES FERRER MARIA TERESA
CUARTERO CUENCA BERTA
GIMENO GARCIA BEATRIZ
VELILLA ALONSO TERESA
PALANCA GARCIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre los componentes del proyecto para perfilar el organigrama
Inicio del checklist adecuado al servicio de urgencias.
Se ha informado parcialmente a los pacientes del proyecto que queremos iniciar para mayor confianza

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejoría de la atención inicial al paciente con enfermedad inflamatoria intestinal que acude por un brote agudo de su enfermedad.
Adecuación de la anamnesis y exploración inicial por parte de los facultativos de urgencia
Organización y adecuación de la solicitud de pruebas complementarias desde el servicio de urgencias.
Optimización del inicio y mantenimiento del tratamiento del brote agudo.
Mejora de la vía de acceso a la unidad de Enfermedad Inflamatoria del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto tiene buena aceptación por parte de los profesionales y es una forma de facilitar una vía rápida para el manejo de este tipo de pacientes, si bien es preciso más tiempo y experiencia para poder adecuarlo a las necesidades del servicio.
La orientación es adecuada pero es necesario perfilarlo mejor y optimizar algunos aspectos del checklist y valoración del paciente.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario más tiempo para realizar una correcta labor del proyecto puesto que se está empezando a implantar el checklist por lo que de momento se trata de una memoria de seguimiento y es necesario más tiempo para una correcta adecuación y correcta valoración de los indicadores, de cara al segundo semestre de 2019

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1492 ========== ***

Nº de registro: 1492

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
CAMO MONTERDE PATRICIA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, SUELVES FERRER MARIA TERESA, CUARTERO CUENCA BERTA, GIMENO GARCIA BEATRIZ, VELILLA ALONSO TERESA, PALANCA GARCIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1492

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), donde se incluye la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU) es una patología de curso crónico, en cuya etiopatogenia influyen factores ambientales, genéticos e inmunológicos, con una incidencia anual que está en aumento siendo actualmente en Europa de 5,5-6,5 casos por cada 100.000 habitantes. Estos pacientes pueden presentar una evolución compleja debido al curso natural de la enfermedad que suele cursar con episodios de reactivación de la actividad, o presentar efectos secundarios debidos a los fármacos utilizados, obligando al paciente a tener que acudir al servicio de urgencias.
Una adecuada acción en el servicio de urgencias puede ser determinante en estos pacientes, desarrollando unas pautas generales de actuación, estableciendo un contacto con la unidad o la consulta especializada de EII. Estos pacientes pueden presentar complicaciones propias de la enfermedad (brote agudo de actividad, oclusión intestinal, hemorragia digestiva) que requerirán tratamiento específico y dirigido.

Es por esto, que es necesario una pauta de actuaciones en el servicio de urgencias para una correcta valoración de síntomas alarmantes o signos que sugieran gravedad en el cuadro clínico, así como saber diferenciar el brote de la EII, de un proceso diferente,aunque concomitante al curso de la enfermedad, y no someter así al paciente a riesgos innecesarios, como tratamiento antibiótico, antiinflamatorio o corticoesteroideo si no es necesario.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar un protocolo asistencial de atención al paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el servicio de Urgencias en el Hospital San Jorge.
Con este protocolo se pretende mejorar la atención al paciente en el servicio de urgencias indicando la correcta valoración del paciente, optimizar el tratamiento de forma adecuada, haciendo un uso racional de los recursos y fármacos para disminuir las complicaciones y posibles efectos adversos teniendo en cuenta una serie de variables y pasos a seguir.
Éstos serían:
- Realización una correcta valoración inicial del paciente con antecedentes y datos clínicos de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (tipo, curso, complicaciones previas) y tratamiento farmacológico actual y previo.
- Realización de pruebas complementarias necesarias iniciales para determinar actividad de la enfermedad, y diagnóstico diferencial con posibles patologías que pueda presentar el paciente de forma concomitante.
- Determinar en función de los resultados tratamiento a seguir, con optimización de dosis de forma individualizada.
- Contacto con la unidad para crear un acceso rápido en caso de seguimiento ambulatorio del paciente

MÉTODO
-Creación de un Checklist para realizar en el servicio de urgencias, donde se identifiquen los aspectos clínicos, signos y síntomas, más importantes en la anamnesis del paciente, junto con datos del curso de la enfermedad y tratamientos concomitantes.
-Protocolizar petición de pruebas complementarias iniciales: analítica sanguínea completa (con PCR y VSG si está disponible), radiografía simple de tórax y abdomen y coprocultivos; definir en qué situaciones estaría indicado solicitar otras pruebas de imagen (ecografía y TAC abdominal).
-Elección de índices de evaluación de actividad clínica.
-Acceso de manera rápida y eficaz con la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el hospital para una adecuada valoración interdisciplinar

INDICADORES
•% de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que han sido atendidos en urgencias
•% de pacientes atendidos en el servicio de urgencias por un brote agudo de su enfermedad inflamatoria intestinal
•% de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el servicio de urgencias por un motivo diferente a un brote agudo de su enfermedad
•% de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el servicio de urgencias que requieren ingreso hospitalario

DURACIÓN
?Primer semestre 2018: Reuniones entre los miembros de la unidad (staff médico y de enfermería) para la elección de marcadores de seguimiento, índices de evaluación clínica, protocolizar pruebas complementarias para solitiicar en urgencias y vía de derivación a consulta monográfica de enfermedada inflmatoria intestinal.
?Segundo semestre 2018: Creación del Checklist e inicio de su utilización y del resto del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1720

1. TÍTULO

HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Fecha de entrada: 02/01/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MONTOIRO ALLUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ LORENZ JUAN BLAS
BALLESTEROS GONZALEZ FERNANDO
LOPEZ UBEDA MARTA
MASIP ESQUERDA MONTSERRAT
MIRAVETE VALIENTE MARIA JESUS
ALLUE VALLE MARIA BEGOÑA
BORREL RONCALES MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación del grupo de humanización del hospital: 10 de noviembre 2017. Dicho grupo está formado por 8 profesionales de distintos ámbitos y se reúne periódicamente.

Reuniones con el consejo de las niñas y los niños para la identificación de las necesidades y expectativas de la población pediátrica: estas reuniones se realizaron el 23 de marzo y el 9 de noviembre

Reuniones con los responsables del consejo de las niñas y los niños: 13 de marzo, 16 de octubre y 19 de diciembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estudio de las necesidades y expectativas detectadas en la población pediátrica: realización de un documento en el que se recogen todas ellas. En dicho documento se detallan propuestas con respecto a la relación humana, a las instalaciones y al entorno.

Realización e implementación de la guía de acogida dirigida a las niñas y los niños que ingresan en el hospital.

Puesta en marcha de nuevas iniciativas de humanización de la asistencia pediátrica del Hospital San Jorge: creación de pictogramas explicativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• La puesta en marcha del proyecto “Hospital de las niñas y los niños” ha contribuido en el hospital San Jorge en:
-Evaluación de iniciativas para la humanización de la asistencia pediátrica del Hospital. Así como determinar los elementos futuros de intervención para la mejora de la humanización en el proceso de asistencia pediátrico.
-Fomentar la participación activa del niño en su proceso asistencial.
-Creación del grupo de humanización.

• La sostenibilidad del proyecto así como su replicación a otros ámbitos está avalada por la creación y consolidación en el hospital del grupo de humanización. Este grupo tiene como misión de extender una cultura de humanización a todos los niveles del hospital, resaltando la importancia y las implicaciones que esta puede tener en la asistencia sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1720 ========== ***

Nº de registro: 1720

Título
HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Autores:
MONTOIRO ALLUE RAQUEL, PEREZ LORENZ JUAN BLAS, ALLUE VALLE MARIA BEGOÑA, BALLESTEROS GONZALEZ FERNANDO, LOPEZ UBEDA MARTA, BORREL RONCALES MERCEDES, MASIP ESQUERDA MONTSERRAT, MIRAVETE VALIENTE MARIA ANGELES JESUS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1720

1. TÍTULO

HOSPITAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
La enfermedad en la infancia supone una ruptura con la biografía del niño y provoca un gran impacto físico, psicológico y social. La Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas proclama el derecho de la infancia a disponer de protección, cuidados y asistencia especiales, así como el derecho del niño a expresar su opinión y a ser escuchado cada vez que se tome una decisión que le afecte. En 1999 el pedagogo italiano Francesco Tonnuci comenzó un proyecto internacional de participación ciudadana que pretendía tomar al niño como parámetro de la construcción de la ciudad y todo su entorno. En el año 2011 se puso en marcha en Huesca el proyecto creándose el laboratorio de la Ciudad de las niñas y los niños y el Consejo de las niñas y los niños.

Humanizar es algo más que ser amable, se trata de un compromiso activo y una responsabilidad. Con este proyecto se pretende apostar por sustentar y mejorar aspectos y dimensiones de una asistencia sanitaria humanizada en la infancia en el Hospital San Jorge.

RESULTADOS ESPERADOS
- Identificar las necesidades, expectativas y demandas de los niños, respecto a la atención humanizada, a lo largo de todo el proceso asistencial.
- Identificar las expectativas, necesidades y demandas que requieren los profesionales del Hospital San Jorge para promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en la población pediátrica del centro.
- Identificar áreas de mejora: Humanizar los espacios físicos y personalizar el proceso de información y acogida a pacientes pediátricos y familiares.
- Establecer un plan de actuación.

MÉTODO
-Reuniones cuatrimestrales con el Consejo de las Niñas y los Niños.
-Creación y puesta en marcha del grupo de humanización del centro.
-Identificación de las áreas de mejora.
-Establecer plan de actuación.

INDICADORES
-Creación grupo humanización del centro.
-Realización reuniones cuatrimestrales con los profesionales y los niños.
-Identificación de áreas de mejora.

DURACIÓN
2017: estudio de la opinión de los profesionales y los niños. Identificación de las áreas de mejora.

2018: Implantación de las mejoras propuestas. Verificación de su funcionamiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0688

1. TÍTULO

ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA GIRAL OLIVAN
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
PABLO JULVEZ SILVIA
MONTERO ALONSO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha reestructurado el apartado referente a las comisiones clínicas en la Intranet del Sector. Facilitando información de interés, modelo de solicitud de incorporación, relación de comisiones y resumen anual.

Cada comisión dispone de un espacio propio en el que aparece reflejado su reglamento, los miembros que la integran o han formado parte de ella en alguna ocasión, las actas, un resumen anual así como las solicitudes de nueva incorporación (lista de espera). Se ha recopilado esta información de todas las comisiones, actualizado y organizado atendiendo a la estructura anteriormente descrita.

El calendario marcado se ha cumplido, en abril ya existía esta estructura en la intranet aunque no tuviera contenido o este no estuviera actualizado. En mayo se envió un correo a los presidentes y secretarios de las distintas comisiones informándoles del nuevo apartado de la intranet, solicitándoles la información necesaria, comunicándoles así mismo la importancia de mantener actualizada la información ahí expuesta en aras de la transparecencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha puesto a disposición de todos los profesionales del Sector Sanitario la información relativa las Comisiones que les permita conocer qué comisiones hay, cuál es su contenido, quiénes son sus miembros y qué actividad realiza.

Se ha facilitado la petición de ingreso en las mimas estableciendo unos criterios homogéneos, un modelo estándar y publicando la lista de espera para formar parte de cada una de las comisiones. ADemás, pueden consultar el número de miembros de cada comisión, si su unidad clínica está ya integrada en la Comisión y el número de personas que han solicitado la pertenencia a la misma.

Se ha agilizado el proceso de acreditación de pertenencia a las mismas al tener recopilada toda la información necesaria para poder consultarla al momento y poder emitir la correspondiente certificación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Disponer de un circuito definido con estructura delimitada y accesible para todo el personal facilita la gestión de las Comisiones y mejora el conocimiento de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/688 ========== ***

Nº de registro: 0688

Título
ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Autores:
GIRAL OLIVAN ROSA, BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL, MONTOIRO ALLUE RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0688

1. TÍTULO

ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

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

PROBLEMA
En el Sector de Huesca hay constituidas distintas Comisiones como órganos de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para asesorar a la respectiva Dirección y en la que participan los profesionales que desarrollan su actividad en los centros asistenciales adscritos al Sector Sanitario de Huesca del Servicio Aragonés de Salud. Se componen de un Presidente, un Secretario y un número definido de vocales, pudiendo participar Residentes en formación.
Actualmente no hay disponible información actualizada y completa, accesible para los trabajadores del Sector de Huesca sobre las Comisiones constituidas, los miembros que pertenecen a cada una de ellas ni la actividad que se realiza en su seno. Como consecuencia los profesionales no saben qué comisiones existen para poder solicitar su ingreso ni cuál es el procedimiento a seguir, por lo que Secretaría de Dirección tiene que atender a estas consultas de forma periódica.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende poner a disposición de todos los profesionales del Sector Sanitario la información relativa las Comisiones que les permita conocer qué comisiones hay, cuál es su contenido, quiénes son sus miembros y qué actividad realiza.
También se pretende facilitar la petición de ingreso en las mimas estableciendo unos criterios homogéneos, un modelo estándar y publicando la lista de espera para formar parte de cada una de las comisiones, descargando a Secretaría de Dirección de tener que atender estas consultas.
Adicionalmente, se pretende agilizar el proceso de acreditación de pertenencia a las mismas teniendo recopilada toda la información necesaria para poder consultarla al momento y poder emitir la correspondiente certificación.

MÉTODO
Las acciones previstas son recopilar y organizar la información de las distintas comisiones. La información que se facilite estará estructurada de forma que se muestre un breve documento introductorio, así como un listado con las Comisiones indicando:
- Nombre comisión
- Núm. actual miembros
- Presidente (mail)
- Secretario (mail)

Cada Comisión tendrá su propio espacio en el que, como mínimo, deberá aparecer:
- Reglamento
- Actas de comisiones
- Resumen anual de actividad
- Relación miembros (inicio, fin, cargo)
- Lista de solicitudes (persona, servicio, fecha solicitud)

Se contactará vía email con los presidentes y secretarios de todas las comisiones para informales y solicitarles su colaboración.

INDICADORES
% de comisiones que tienen en la nueva estructura los contenidos mínimos establecidos. (100% - 70%)

DURACIÓN
La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:
- abril -> Relación actualizada de comisiones y del documento introductorio.
- mayo -> Correo electrónico a los presidentes/secretarios informándoles de los cambios y de la información que deben facilitar.
- junio-agosto -> Recopilación y organización de toda la información recibida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 20/12/2018

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO BONDIA GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERMEJO ESCOBAR AMALIO
AMADOR RODRIGUEZ PILAR
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
ESCOLANO PUEYO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Monitorización del consumo de biosimilares (BS) respecto a los biológicos habitualmente utilizados en el entorno hospitalario.
Incluyendo un apartado particular de enfermos con enfermedad inflamatoria intestinal.
Desarrollo de actividades formativas del uso de este tipo de fármacos para todos los estamentos del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de consumo de BS/total de consumo de biológicos:
Valor objetivo: 2,5%
Valor obtenido: 9% (consumo de fármacos de Datos de farmacia)
Rango resultados: 10 puntos

Nº de pacientes tratados con BS respecto al total de pacientes tratados con biológicos:
Valor objetivo: 10%
Valor obtenido: 37% (de 422 pacientes tratados con biológicos que tienen BS, 156 han sido tratados con BS) (consumo de fármacos de Datos de farmacia)
Rango resultados: 10 puntos

Porcentaje de variación de pacientes tratados con BS en 2018/
Porcentaje de variación de pacientes tratados con BS en 2017
Valor objetivo: 50%
Valor obtenido: 40,5%
Rango resultados: 1 punto

Nº de pacientes nuevos con EII en tto con BS/nº de pacientes nuevos totales con EII
Valor objetivo: 90%
Valor obtenido:85.7%
Rango resultados: 7,5 puntos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sería conveniente hacer expandivo este Proyectos a otros sectores del hospital para mejorar el uso racional del medicamento, siempre y cuando no existan trabas burocráticas que lo impidan.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1401 ========== ***

Nº de registro: 1401

Título
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:
AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.
A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.
Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.
La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:
• Se comercializan con importantes reducciones de precio.
• Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
• Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
• Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.
La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.
En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.
SITUCIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.
Los fármacos biosimilares disponibles son:
- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab
Los servicios implicados han sido:
- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)
El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:
- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría:6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

MÉTODO
1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.
3.- Reuniones con la Dirección Médica.
4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

INDICADORES
INDICADOR/ES: VALOR OBJETIVO 2018
% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos 2,5%
% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. 10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

% de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17 50%
% de variación de consumo de biosimilares 18/17 50%
Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR. 20%
Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII 90%
Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital Si

DURACIÓN
1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
6.- Trazabilidad de los biosilimares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

OBSERVACIONES
La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1558

1. TÍTULO

CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... GEMMA MONTERO ALONSO
· Profesión ..... TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION DE GESTION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCOLEA GUERRERO MARTA
RIVERA FUERTES ANA MARIA
BIARGE RUIZ ARTURO
LUESMA CASAÑOLA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar se realizó un diseño de los contenidos mínimos que debía tener la web del Sector de Huesca, estableciendo la organización y asegurando la representación de todos los centros que comprenden el sector.
En base a la web que se planteaba se solicitó presupuesto a distintas empresas para el desarrollo y alojamiento de la web y se seleccionó a una de ellas.
Se decidieron los dominios con los que se quería publicar la página web y se adquirieron.
Una vez adjudicado el trabajo de desarrollo de la web a la empresa correspondiente, se trabajo con ella para desarrollar los contenidos a incluir en la misma.
Se identificó una persona responsable de cada centro para gestionar la información que se ofrecía sobre el mismo.
Se crearon los contenidos, se facilitaron a la empresa y se creó la estructura y estética de la misma. Se hicieron diversas modificaciones según los resultados que se obtenían y las pretensiones iniciales (navegabilidad, facilidad de uso, imagen y servicios que se dan al público).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La página web está terminada con los contenidos mínimos que se establecieron. Se han adquirido los dominios en los que estará accesible. Actualmente está en preproducción en la URL
http://dl318.dinaserver.com/hosting/test/hosajo/web/portada.php

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha comenzado con unos contenidos mínimos para tener una presencia en Internet y una canal oficial de comunicación con el ciudadano. Ofreciendo información básica que debe estar a su disposición de forma fácil y accesible. Se pretende ir incrementando la información que se ofrece de los centros e implicar a los servicios para que ofrezcan información de interés para los usuarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1558 ========== ***

Nº de registro: 1558

Título
CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:
ALCOLEA GUERRERO MARTA, MONTERO ALONSO GEMMA, RIVERA FUERTES ANA MARIA, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, ELDUQUE PALOMO AMADEO, CALVO GASCON ANA MARIA, BIARGE RUIZ ARTURO, LUESMA CASAÑOLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
En la era digital el Sector Sanitario de Huesca no cuenta con un sitio web dirigido a los ciudadanos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1558

1. TÍTULO

CREACION DE LA WEB DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

usuarios del Sector como otros Sectores del Servicio Aragonés de Salud.
Adaptarse a las nuevas formas de comunicación y estar presente en los medios digitales es un objetivo para el 2017

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de un sitio web del sector sanitario de Huesca dirigido a los ciudadanos.

MÉTODO
- Definición de la estructura del sitio web y diseño.
- Generación de los contenidos.
- Definición de responsables para su mantenimiento.
- Definición de responsables de contenidos.

INDICADORES
- Puesta en marcha del sitio web

DURACIÓN
- Noviembre 2016- Diciembre 2017
- Primera fase: Finalizada en Julio 2017
- Segunda fase: Finalizada en Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0823

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDES EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JARA ALTEMIR TRALLERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRAGAN ANGULO AMAYA
CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO
HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO
GARCIA CALVO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.elaboracion de una guía práctica para Atención Primaria con los criterios de derivavacion a la consulta de alta resolución de nódulo tiroideo.
2.Adquisicion y compra del ecografo
3.planificacion y organización de la agenda de la consulta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.guia práctica del nódulo tiroideo
2 Ecografo
2.consulta N52,los jueves,con agenda END-BAR,específica del nódulo tiroideo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.Demora en la adquisición del ecografo.
2.dificultad en el aprendizaje de la técnica ecografica
3.Definicion de unos criterios claros de derivación a la consulta específica de nódulo tiroideo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/823 ========== ***

Nº de registro: 0823

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDEA EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR Y MEJORAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
ALTEMIR TRALLERO JARA, CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, HERRANZ CORTES FRANCISCA ROSARIO, GARCIA CALVO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procesos tiroideos constituyen, después de la diabetes, la patología endocrinológica más frecuente en la consulta de de Atención Primaria. La buena coordinación entre el Médico de Atención Primaria y el Endocrinólogo es un reto del sistema Sanitario de Salud en España. El abordaje de la patología tiroidea desde Atención Primaria tiene gran interés y su correcto manejo podría evitar muchas derivaciones al Endocrinólogo. La observación y la sospecha clínica en la consulta de Atención Primaria son fundamentales para el diagnóstico, por lo que sería importante difundir una guía de actuación y manejo de los procesos tiroideos en los Centros de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0823

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PATOLOGIA TIROIDES EN ATENCION PRIMARIA PARA UNIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar una guía para el manejo adecuado del nódulo tiroideo en Atención Primario y definir unos criterios de derivación a la consulta de Endocrinologia.

MÉTODO
Difusión de una guía práctica para el manejo del nódulo tiroideo en los Centros de Atención Primaria

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que se benefician de la aplicación de ese protocolo.:
1 Número de visitas totales.
2.Número de analíticas solicitadas
3.Número de ecografías tiroideas
4.Número de derivaciones

DURACIÓN
Inicio el 1 de enero del 2017 sin fecha de finalización

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0159

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE ..... LORETO MARIA GARCIA MOYANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LERA OMISTE INMACULADA
GARI LACRUZ ANGEL
ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA
CALVETE PALACIO PILAR
BESCOS OROS MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado el tríptico y se solicito a la Dirección del Hospital San Jorge su registro permanente para poder difundirlo de manera constante. Esto ha llevado tiempo, por lo que hasta este momento, solo se han podido difundir unos 150 trípticos en los meses de Octubre y Diciembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS:
- Dar a conocer información sobre el Comité Ética Asistencial del Sector Huesca, cometido, misión, funciones, integrantes, medios de contacto, etc.
- Fomentar las consultas tanto por parte de los usuarios como de los profesionales sanitarios al Comité Ética Asistencial del Sector Huesca.

RESULTADOS:
- Se han contabilizado unos 70 trípticos sobrantes.
- No se ha constatado un aumento de las consultas recibidas, no obstante los integrantes del Comité comentan el aumento de comentarios y consultas de manera personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- En lo escaso de la experiencia, esta ha sido positiva. Seguiremos desde el Comité de Ética Asistencial difundiendo el documento.

7. OBSERVACIONES.
- Finalmente hemos necesitado más tiempo del esperado para elaborar un tríptico explicativo que fuera también legible y simple. El proceso se ha alargado más de lo esperado, no obstante el resultado ha sido favorable.
Para el futuro; - Debemos realizar una lista de lugares más propicios o estratégicos para difundir el tríptico

*** ========== Resumen del proyecto 2016/159 ========== ***

Nº de registro: 0159

Título
TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

Autores:
GARCIA MOYANO LORETO MARIA, LERA OMISTE INMACULADA, GARI LACRUZ ANGEL, ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA, CALVETE PALACIO PILAR, BESCOS OROS MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los usuarios y profesionales
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Participacion, accesibilidad e informacion de usuarios y profesionales.

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0159

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO PARA LOS USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR HUESCA

La bioética se ocupa, entre otras cosas, de asesorar a profesionales y pacientes en el ámbito de la asistencia sanitaria ante la toma de decisiones difíciles con una dimensión ética, así como de orientar en la aplicación de los avances científico-técnicos en el campo de la biomedicina, de acuerdo con los valores y principios morales.

Un Comité de Ética Asistencial es un órgano consultivo que asesora a sus profesionales y usuarios sobre aquellos aspectos de la práctica clínica que presentan problemas éticos, también se encarga del fomento de la formación e investigación en Bioética.

Debido a los cambios y reformas vividas en Aragón con respecto a la regulación del Comité de Bioética de Aragón y los Comités de Ética Asistencial (Decreto 96/2013 de 28 de mayo), en nuestro sector, en los últimos años han surgido diversos cambios y transformaciones, sobretodo en lo que respecta a la normativa interna, regulación legal (acreditación), incorporación de nuevos miembros, formación, etc. Es por ello necesario informar tanto a usuarios como a profesionales de la existencia de dicho Comité así como la difusión de su cometido, medios de contacto, etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Mediante esta herramienta se pretende:
- Dar a conocer información sobre el Comité Ética Asistencial del Sector Huesca, cometido, misión, funciones, integrantes, medios de contacto, etc.
- Fomentar las consultas tanto por parte de los usuarios como de los profesionales sanitarios al Comité Ética Asistencial del Sector Huesca.

MÉTODO
Se realizara un tríptico explicativo y simple sobre las funciones del Comité de Ética Asistencial, información sobre métodos de contacto, etc.
El tríptico será difundido por las Unidades y Servicios del Hospital San Jorge, centros de Salud, Servicios de Atención al paciente o usuarios, así como otros lugares pertenecientes al Sector Huesca.

INDICADORES
Se contabilizaran tras un tiempo prudencial los trípticos sobrantes, así como el número de consultas recibidas tras la difusión de la información.

DURACIÓN
El proyecto pretende ser continuo en el tiempo de manera que dichos trípticos estén siempre disponibles como medio de información.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0649

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN VIÑUALES ARMENGOL
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA
BERNAL MONTERDE VANESA
EGIDO MURCIANO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Coordinación con los servicios implicados para establecer el circuito de solicitud – petición y dispensación de los fármacos antivirales.
2.-Modificación de la periodicidad de las determinaciones de las cargas virales, pasando a realizar únicamente dos, una antes de comenzar el tratamiento (CV inicial) y otra tras la finalización del mismo para poder determinar la eficacia del tratamiento.
3.- Se han elaborado hojas de información para los pacientes de los nuevos medicamentos antivirales que se están utilizando (Maviret, Epclusa y Zepatier).
4.- Seguimiento de la adherencia mediante el registro de las dispensaciones en el módulo de pacientes externos. Esto ha permitido detectar incidencias en tres ocasiones durante 2016 y dos en 2017, analizar las causas y establecer las medidas correctoras oportunas.
5.- Detección de posibles interacciones entre los fármacos antivirales y la medicación domiciliaria. Para ello, antes de tramitar la petición del fármaco, se revisa el tratamiento farmacológico que está registrado en la HCE y en su caso, se contacta con el médico prescriptor.
6.- En la primera dispensación se facilita al paciente información oral y escrita de los medicamentos que va a tomar (cómo tomar la medicación, pauta, qué hacer en caso de olvido, posibles efectos secundarios...) y se realiza una entrevista detallada para detectar posibles interacciones con la medicación domiciliaria que no aparece registrada en la HCE y los productos de herbodietética. En las siguientes visitas se entrevista al paciente para detectar posibles reacciones adversas.

Esto ha permitido detectar interacciones farmacológicas con la medicación domiciliaria en 15 pacientes de los 64 tratados durante 2016 y en 22 pacientes (en 5 de ellos se ajustó el TAR previo al inicio del tratamiento) de los 60 tratados durante 2017.
En cuanto a la seguridad: Durante 2016 se detectó alguna reacción adversa a medicamentos (RAM) en 17 pacientes y durante 2017 se detectaron RAMs en 16 pacientes. Todas las RAMs detectadas estaban descritas en las fichas técnicas de los medicamentos y en ningún caso obligó a suspender el mismo. Sólo 1 caso precisó ingreso por RAM y fue debida a ribavirina y no al fármaco antiviral pautado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Detección de posibles reacciones adversas a la medicación.
Nº RAM detectadas 2016: 17
Nº RAM detectadas 2017: 16
Nº pacientes con RAM 2016-2017 / Nº pacientes tratados: 33/124
2.- Intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas debidas a interacciones farmacológicas con la medicación domiciliaria.
Nº IF realizadas 2016: 15
Nº IF realizadas 2017: 22
3.- Adherencia al tratamiento
De los 124 pacientes que han sido tratados durante los años 2016 y 2017, sólo 5 no han tomado correctamente la medicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aparición de estos nuevos antivirales representa un gran avance en el tratamiento del VHC.
A nivel de seguridad son terapias bien toleradas pero requieren la intervención del farmacéutico para evitar las interacciones farmacológicas.
La atención integral de estos pacientes por un equipo multidisciplinar aporta beneficios importantes para el paciente pero requiere destinar personal necesario para poderlo llevar a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/649 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0649

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Nº de registro: 0649

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Autores:
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, ESCOLANO PUEYO ANGEL, BERNAL MONTERDE VANESA, EGIDO MURCIANO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Hepatitis C
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
a infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es un problema de salud de primera magnitud en Europa. Es la primera causa de enfermedad hepática terminal y una de las principales indicaciones de trasplante hepático. El VHC se divide en 7 genotipos con numerosos subtipos, siendo el genotipo 1 el más frecuente en Europa con una prevalencia del 70%, seguido del genotipo 3.
Para el genotipo 1, la terapia triple con PEG+RBV y uno de los inhibidores de proteasa están disponibles desde el año 2011 y presentan una tasa de respuesta viral sostenida (RVS) que oscila entre el 30-84% en función de subtipo, el polimorfismo del gen IL28B, la respuesta al tratamiento previo y la gravedad del daño hepático. Para el resto de los genotipos, el tratamiento consiste en la combinación de PEG+RBV durante 16-48 semanas. Las tasas de RVS oscilan entre el 30 y el 80%, siendo en los genotipos 2 y 3 en los que se consiguen mejores resultados. Los tratamientos basados en interferón (IFN) se asocian a un gran número de efectos adversos, lo que limita su aplicabilidad en algunos grupos de pacientes. Por lo tanto, las moderadas tasas de eficacia y la gran cantidad de efectos secundarios de las terapias basadas en interferón, especialmente en los pacientes con enfermedad hepática más avanzada y en los que han fracasado tratamientos previos, hacen muy necesarios otros fármacos que sean mejor tolerados, más efectivos y que permitan combinaciones libres de interferón. En el momento actual existe un enorme desarrollo de la investigación de nuevos fármacos frente al VHC que actúan de manera directa y que proporcionan aumentos muy importantes en la eficacia y de seguridad . La rápida aparición de estas nuevas moléculas junto con el elevado coste que suponen estos tratamientos, hace necesario un estrecho seguimiento para evaluar tanto la eficacia en la práctica clínica habitual como las posibles reacciones adversas de nueva aparición.
Este proyecto se inició el año pasado y se puede concluir que: La aparición de estos nuevos antivirales representa un gran avance en el tratamiento del VHC. En nuestro estudio el 100% de los pacientes consiguió CV indetectable al finalizar el tratamiento así como una alta tasa de RVS en semana 12. No obstante, habría que esperar a los resultados de CV en semana 24 post-tratamiento, así como analizar las razones de los rebrotes en pacientes que habían conseguido la indetectabilidad al finalizar el tratamiento. A nivel de seguridad son terapias bien toleradas pero requieren la intervención del farmacéutico para evitar las interacciones farmacológicas. La buena coordinación y seguimiento por parte del equipo multidisciplinar ha permitido optimizar los tratamientos y mejorar la eficiencia y seguridad en la atención de estos pacientes. Dado que todavía no se han tratado todos los pacientes, la aparición de nuevas moléculas para el tratamiento de esta patología y los buenos resultados obtenidos el año pasado, se hace necesario continuar con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinación con los facultativos implicados.
Seguimiento de la eficacia de los nuevos antivirales y de la adecuación a las directrices del Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C.
Seguimiento de la adherencia al tratamiento.
Atención farmacéutica a estos pacientes mediante información oral y escrita.
Detección de posibles interacciones de los nuevos fármacos con la medicación domiciliaria.
Detección /notificación de reacciones adversas a medicamentos.

MÉTODO
Revisión con los Servicios implicados de la metódología definida en cuanto a la periodicidad de las determinaciones de las CV, y análisis de los resultados del proyecto durante el año anterior.
Cumplimentación de los datos relativos al genotipo y las cargas virales periódicas en la carpeta compartida Microbiología-Farmacia. Esto permitirá realizar el seguimiento exhaustivo de todos los tratamientos y poder valorar la eficacia en las condiciones reales de utilización.
Elaboración de hojas informativas para los pacientes de los nuevos medicamentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0649

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C POR PARTE DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Para realizar el seguimiento de la adherencia al tratamiento, se utilizará el registro de dispensaciones del módulo de dispensación a pacientes externos del programa Farmatools
La detección de posibles interacciones y reacciones adversas se realizará mediante entrevista con el paciente en el momento de la dispensación.

INDICADORES
% Pacientes con CV indetectable al finalizar el tto.
Nº Reacciones adversas a medicamentos detectadas/ nº de medicamentos dispensados.
Nº de intervenciones farmacéuticas realizadas.
Nº de pacientes a los que se ha realizado atención farmacéutica/ nº total de pacientes.

DURACIÓN
Revisión de la metodología y análisis de los resultados con los servicios: Enero 2017.
Elaboración hojas informativas: Enero y siguientes.
Atención farmacéutica, detección de interacciones y reacciones adversas: Enero y siguientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0650

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR AMADOR RODRIGUEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCOLANO PUEYO ANGEL
ALLUE FANTOVA NATALIA
CUARTERO CASIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creación de un equipo multidisciplinar con los facultativos y personal de enfermería implicados en el proceso asistencial.

-Establecimiento del circuito de actuación para realizar la conciliación.

-Definición y clasificación de discrepancias.

-Establecimiento de un sistema de priorización de pacientes subsidiarios de conciliación:>70 años y >5 fármacos domiciliarios.

-Establecimiento de las fuentes de información y elaboración de un sistema estandarizado para recopilar y documentar la información clínica y farmacológica del paciente.

-Elaboración de formulario específico para documentar todos los medicamentos del paciente al alta.

-Elaboración, junto a FEAs del Servicio de Urgencias, de una guía de administración de fármacos por vía parenteral en urgencias.

-Resolución de consultas de administración de fármacos.

-Optimización de costes sanitarios.

-Farmacovigilancia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Conciliación de la medicación a 17 pacientes.

-Nº de medicamentos conciliados: 145

-% de pacientes con discrepancias en la medicación: 52,9%

-Nº discrepancias aceptadas/nº total de discrepancias: 75%. Standard: >50%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto de conciliación de la medicación en el Servicio de Urgencias se encuentra en marcha y en pleno proceso de desarrollo. Tal como se ha visto durante el desarrollo de este proyecto, la conciliación de la medicación garantiza a lo largo del proceso asistencial que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, con la dosis, la vía y la frecuencia correctas y adecuadas a la situación del paciente, así como la nueva prescripción realizada en el hospital. El Servicio de Urgencias es la puerta de entrada del paciente a la atención especializada y se debe garantizar una farmacoterapia segura y eficiente durante todo el proceso asistencial. La realización de la conciliación en dicho servicio resulta de vital importancia y la presencia de un farmacéutico garantiza uso racional del medicamento.

7. OBSERVACIONES.
Por favor, les agradeceríamos que María Pilar Amador Rodríguez constara como Coordinadora del Proyecto y Ángel Escolano Pueyo pasara a ser otro miembro del equipo de mejora; tal y como consta en este documento. En el envío original se encontraba invertido. Muchas gracias.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/650 ========== ***

Nº de registro: 0650

Título
CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0650

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ESCOLANO PUEYO ANGEL, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, ALLUE FANTOVA NATALIA, VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN, CUARTERO CASIN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención farmacéutica al paciente en urgencias es una actividad clínica de importancia creciente. Se han publicado numerosos estudios, dentro y fuera de nuestro país, que ponen de manifiesto la alta prevalencia de problemas relacionados con la medicación en los pacientes atendidos en urgencias y la capacidad del farmacéutico de prevenirlos y resolverlos trabajando en colaboración con los equipos multidisciplinares que los atienden. En este contexto, una de las actividades más consolidadas es la revisión del tratamiento crónico que recibe el paciente. Por un lado, los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) ocasionan un porcentaje importante de ingresos hospitalarios. Su identificación es necesaria para tratar el episodio agudo que presenta el paciente. Por otro lado, la revisión del tratamiento crónico forma parte del proceso de conciliación, necesario para adecuar la terapia crónica que recibe el paciente a la nueva situación clínica que presenta en el hospital. El objetivo del proceso de conciliación de la medicación es garantizar que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, asegurándose de que están prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correctas, y que son adecuados a la situación del paciente y a la nueva prescripción. También intenta evitar las interacciones y duplicidades entre la medicación crónica y la aguda, ajustándose a la situación clínica actual. Toda discrepancia no justificada por el médico se considera un error de conciliación.
El proceso de conciliación de la medicación debería ser una práctica integrada en la actividad asistencial diaria en todos los hospitales ya que ha demostrado ser una estrategia importante para reducir los errores de medicación, los costes de los tratamientos y los riesgos potenciales para los pacientes, siempre y cuando se revisen los tratamientos farmacológicos en las primeras 24-48 h de la admisión. Sin embargo, una de las principales barreras para la conciliación de la medicación es la disponibilidad de tiempo del personal sanitario para añadir este proceso en sus tareas habituales.
Por esta razón muchos hospitales han optado por hacer una selección de pacientes según diferentes criterios de prioridad. Una de las poblaciones más susceptibles de presentar problemas relacionados con la medicación en los servicios servicios de urgencias es la constituida por las personas mayores. Este hecho ha sido reconocido por la American Geriatric Society y The American College of Emergency Physicians que recomienda la incorporación de un farmacéutico en los equipos que los atienden. Se trata de una población que, a menudo, presenta comorbilidades asociadas y recibe multitud de medicamentos. Se ha estimado que el 6-30% de los ingresos en pacientes mayores se deben a problemas relacionados con los medicamentos y que un porcentaje importante se debe a prescripciones potencialmente inapropiadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinación con los facultativos implicados.
Asegurar una atención sanitaria continua, segura y de calidad.
Favorecer la continuidad asistencial interniveles de los pacientes.
Aumentar el conocimiento de los pacientes sobre el tratamiento farmacológico.
Disminuir los errores de medicación producidos en las distintas transferencias asistenciales.
Disminuir las interacciones farmacológicas.
Evitar intolerancias y alergias medicamentosas.

MÉTODO
Creación de un equipo multidisciplinar integrado por un farmacéutico y por personal del Servicio de Urgencias implicado en el proceso asistencial.
Establecimiento del circuito de actuación para realizar la conciliación y asignación de responsabilidades.
Definición y clasificación de discrepancias y establecimiento de recomendaciones frente a las discrepancias observadas
Establecer un sistema de priorización de pacientes subsidiarios de conciliación.
Análisis de las distintas fuentes de obtención de la información farmacológica de los pacientes (Farmasalud, OMIG, Historia electrónica...) y elaboración de un sistema estandarizado (base de datos e impresos específicos) para recopilar y documentar la información sobre todos los medicamentos del paciente, incluyendo la entrevista al paciente y/o cuidador.
Elaboración de una tarjeta o impreso específico para documentar todos los medicamentos del paciente al alta y que permita una adecuada coordinación con Atención Primaria.

INDICADORES
Nª Pacientes con conciliación de la medicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0650

1. TÍTULO

CONCILIACION DE LA MEDICACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Nº de Medicamentos conciliados.
Porcentaje de pacientes con discrepancias. Pacientes con discrepancias/ Nº pacientes conciliados.
Nº Medicamentos con discrepancias / Nº total de medicamentos conciliados.
Nº Discrepancias aceptadas / Nº total de discrepancias.

DURACIÓN
Creación equipo multidisciplinar: Nov- Dic 16.
Definición del circuito, de discrepancias, recomendaciones y criterios priorización: Enero-Marzo 17
Elaboración impresos y tarjeta: Abril 17.
Inicio conciliación: Mayo y siguientes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0559

1. TÍTULO

USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ESCOLANO PUEYO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
ARROYOS BELLOC FRANCISCA
CAJA BUETAS ROSA
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Estandarización y compra de las soluciones diluidas de KCl comercializadas.
-Establecimiento del procedimiento de actuación ante las prescripciones que no se adaptan a las dosificaciones comercializadas.
-Definición de las unidades asistenciales que precisan las soluciones concentradas de KCl estableciendo el stock necesario y definiendo las condiciones de almacenamiento, dispensación, preparación y administración. Dispensación desde farmacia exclusivamente de soluciones concentradas de KCl a las unidades predefinidas.
-Retirada de las soluciones concentradas de KCl del resto de unidades que dispondrán de las soluciones prediluidas.
-Distribución de información escrita en forma de dípticos informativos.
-Impartición de sesiones al personal de enfermería.
-Elaboración de un manual de prescripción del sistema PEA destinada al personal facultativo.
-Elaboración de un protocolo escrito y validado por la comisión de seguridad y de calidad de la utilización de potasio intravenoso.
-El calendario marcado se ha cumplido según lo especificado en la memoria inicial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Elaboración y distribución de dípticos informativos: Sí
-Impartición de al menos una sesión sobre el uso seguro del KCl intravenoso al personal de enfermería: Sí
-Impartición de al menos una sesión sobre el uso seguro del KCl intravenoso al personal facultativo: Sí
-Elaboración y distribución de un manual de prescripción del sistema PEA destinada al personal facultativo: Sí
-Elaboración de un protocolo escrito y validado por la comisión de seguridad y de calidad de la utilización de potasio intravenoso.
-Tasa de sustitución de prescripciones de KCl concentrado a KCl diluido >85%: 95,6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La introducción del KCl diluido ha sido satisfactoria. Ha resultado primordial haber llevado a cabo sesiones informativas previas y el reparto de dípticos, así como las reuniones anteriores con los servicios médicos y las supervisoras de cada área para informar de la puesta en marcha del proyecto y solicitar recomendaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/559 ========== ***

Nº de registro: 0559

Título
USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

Autores:
ESCOLANO PUEYO ANGEL, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ARROYOS BELLOC FRANCISCA, CAJA BUETAS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0559

1. TÍTULO

USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La administración incorrecta de soluciones concentradas de cloruro potásico (KCl) por vía intravenosa constituye uno de los problemas más reconocidos y tratados en el campo de la seguridad del paciente.
En múltiples ocasiones han ocurrido errores de consecuencias mortales debido a la administración accidental de KCl concentrado por vía intravenosa. Un factor contribuyente común en muchos de estos casos ha sido la disponibilidad de viales o ampollas de KCl concentrado en las áreas asistenciales.
Por lo tanto, una práctica de seguridad elemental que se fomenta es la retirada de las soluciones inyectables concentradas de KCl de las unidades asistenciales y su sustitución por soluciones diluidas comerciales.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir los posibles riesgos para los pacientes derivados de la administración intravenosa de soluciones de KCl en el Hospital General San Jorge de Huesca.

MÉTODO
-Participar con un equipo multidisciplinar en la elaboración de un protocolo de utilización de KCl en el centro.

-Estandarizar las soluciones diluidas de KCl que deben utilizarse en el Hospital y establecer límites de dosis, concentración y velocidades de infusión. Establecer un procedimiento de actuación ante las prescripciones que no se adapten a las soluciones normalizadas, como por ejemplo la aplicación de un protocolo de sustitución automática.

-Definir las unidades asistenciales donde se necesite disponer de soluciones concentradas de KCl y establecer las condiciones para su almacenamiento, dispensación, preparación y administración. Dispensar desde el Servicio de Farmacia estas soluciones concentradas exclusivamente a las áreas críticas autorizadas y siguiendo el protocolo establecido.

-Contribuir a la difusión y cumplimiento de estas recomendaciones y del protocolo de utilización del KCl: distribuir información escrita (dípticos informativos) indicando que especifique las nuevas presentaciones de KCl diluido de nueva adquisición en el Hospital (presentación, mEq K/mL, mEq K/envase) e impartición de sesiones a personal de enfermería.

-Retirar los viales y ampollas de KCl concentrado de las unidades asistenciales y reemplazarlos por soluciones diluidas comerciales.

-Revisión del almacenamiento de KCl concentrado en las unidades autorizadas y no autorizadas

INDICADORES
-Elaboración de un protocolo de utilización de KCl en el centro: Sí/No
-Elaboración y distribución de dípticos informativos que pongan de manifiesto la importancia del uso seguro del potasio intravenoso y especifiquen las nuevas presentaciones de KCl diluido disponibles en el Hospital a la Supervisora de cada unidad de enfermería y Jefe de cada Servicio clínico: Sí/No
-Impartición de al menos una sesión sobre el uso seguro del potasio intravenoso al personal de enfermería: Sí/No.
-Elaboración y distribución de un manual de prescripción en el sistema de Prescripción Electrónica Asistida (Farmatools) para distribuir al personal facultativo que especifique la denominación exacta de las nuevas presentaciones de KCl diluido disponibles en el hospital.

DURACIÓN
-2ª quincena de abril 2018: elaboración de dípticos informativos, sesión informativa y manual de prescripción.
-1ª quincena de mayo 2018: presentación del proyecto a Supervisoras de la Unidad y Jefes de Servicio. Distribución de información (dípticos y manual de prescripción) e impartición de sesiones.
-2ª quincena de mayo 2018: inicio de la prescripción y administración de KCl diluidos, monitorización continua con la presencia física de un farmacéutico en las unidades de hospitalización para resolver las posibles dudas o inconvenientes que puedan surgir.
-Junio 2018: Revisión del grado de implantación de las soluciones de KCl diluidas comprobando que la prescripción, dispensación, almacenamiento y administración de dichas soluciones se ajustan a las especificaciones establecidas en el centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0559

1. TÍTULO

USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR AMADOR RODRIGUEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
ESCOLANO PUEYO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se han realizado charlas informativas en los servcios implicados en el uso estos fármacos (Oncología, Hematología, Reumatología, Dermatología y Medicina Interna).
2.- Se han tenido reuniones conjuntas con la Dirección Médica y los servicios implicados en el uso biosimilares.
3.- Se ha llevado al orden del día de la Comisión de Farmacia del Sector.
4.- Se han realizado dos charlas formativas, una de ellas en el marco de las sesiones generales del Hospital y otra organizada con la Gerencia para el Sector de Huesca y Barbastro.
5.- Se han seleccionado los Servicios implicados en el uso de biosimilares gestionando con ellos tanto la introducción como la forma de utilización de los mismos.
6.- Una vez introducidas las moléculas, el Servicio de Farmacia tiene que gestionar tanto el seguimiento de los fármacos como la trazabilidad de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1: % de consumo de biosimilares respecto al consumo total de biológicos con biosimilar en el mercado durante el año 2018. Objetivo marcado (2,5%). Resultado obtenido: 9%

Indicador 2: % de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. Objetivo marcado (10%). Resultado obtenido: 37%

Indicador 3: % de variación de número de pacientes tratados con biosimilares 18/17. Objetivo marcado: (50%). Resultado obtenido: 40,5%

Indicador 4: % de variación del consumo de biosimilares 18/17. Objetivo marcado: (50%). Resultado obtenido: 83%

Indicador 5: Nº de pacientes nuevos con AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR. Objetivo marcado: (20%). Resultado obtenido: 5%

Indicador 6: Nº de pacientes nuevos con EII con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de EII: (90%). Resultado obtenido: 85,7%

Indicador 7: Charlas formativas e informativas: si. Se han realizado charlas formativas e informativas ya comentadas en los puntos anteriores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La incorporación al sitema sanitario de los fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario que requiere una importante labor de formación y concienciación del personal implicado, sin menoscabar la eficacia y seguridad de los tratamientos.
Este proyecto tiene una duración y seguimiento de dos años en los que se intentará mejorar alguno de los indicadores evaluados.

7. OBSERVACIONES.
Proyecto de duración de dos años.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1401 ========== ***

Nº de registro: 1401

Título
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.
A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.
Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.
La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:
• Se comercializan con importantes reducciones de precio.
• Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
• Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
• Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.
La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.
En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.
SITUCIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.
Los fármacos biosimilares disponibles son:
- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab
Los servicios implicados han sido:
- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)
El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:
- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría:6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

MÉTODO
1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

3.- Reuniones con la Dirección Médica.
4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

INDICADORES
INDICADOR/ES: VALOR OBJETIVO 2018
% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos 2,5%
% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. 10%
% de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17 50%
% de variación de consumo de biosimilares 18/17 50%
Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR. 20%
Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII 90%
Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital Si

DURACIÓN
1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
6.- Trazabilidad de los biosilimares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

OBSERVACIONES
La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ESCOLANO PUEYO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
MEJIA ESCOLANO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Asistencia y formación personalizada al personal facultativo, MIR y de enfermería a la hora de integrarPCH-Dominion.

-Elaboración de una guía de procedimiento para la correcta prescripción en el entorno PCH-Dominion y distribución a los profesionales implicados tanto en formato físico como por correo electrónico.

-Reuniones periódicas con los profesionales implicados en la integración PCH-Dominion para poner en común y solventar los problemas encontrados.

-Integración plena de los programas informáticos PCH-Dominion,

-Planificación e instalación de un sistema automático de dispensación (SAD) de medicamentos.

-Asistencia y formación al personal del Servicio de Urgencias sobre el funcionamiento del SAD.

-Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos y personal necesario.

-Resolución de dudas y dificultades con el manejo del SAD al personal de enfermería.

-Analizar el uso y consumo de los medicamentos en urgencias.

-Evaluar los tratamientos prescritos en urgencias.

-Gestión y organización de stocks.

-Validación farmacéutica de los tratamientos y comienzo de la conciliación del tratamiento con la medicación domiciliaria.

-Intervenciones sobre la prescripción.

-Consultas relacionadas con la farmacoterapia (posología, forma de administración, reacciones adversas…)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Integración satisfactoria de los programas PCH-Dominion: Sí.

-Planificación e instalación del SAD: Sí.

-Elaboración de un manual de procedimiento de manejo del SAD: Sí

-Agilidad en la reposición del SAD: Tiempo medio de preparación de medicamentos: 15 minutos. Standard: 20 minutos. Dato obtenido mediante cronometración.

-Agilidad en la reposición del SAD: Tiempo medio de la reposición de los medicamentos en el SAD: 5 minutos. Standard: 10 minutos. Dato obtenido mediante hora de inicio de reposición y final extraída del SAD.

-Control de stock: Porcentaje de descuadres de stock encontrados y subsanados por el Servicio de Farmacia frente al total de dispensaciones: 13,5%. Standard 15%. Dato obtenido del SAD: nº veces que el personal de farmacia debe regularizar el stock del SAD.

-Calidad en la reposición (ausencia de errores de reposición): Nº de especialidades repuestas erróneamente/total de especialidades: 0,32%. Standard: <5%. Dato obtenido y registrado cada vez que se detecta un medicamento repuesto en otro lugar.

-Medicamentos caducados: Detección de medicamentos caducados/total de medicamentos: 0%. Standard: 0%. Dato obtenido cada vez que se revisan las caducidades del SAD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La satisfactoria integración PCH-Dominion ha aumentado la eficiencia en el acto de la prescripción por parte del personal médico facultativo. Se reduce el tiempo empleado en dicha actividad ya que la prescripción se transcribe de forma automática de Dominion a PCH y se reducen los consiguientes errores debidos a la transcripción manual evitando así potenciales errores de medicación.

Por otro lado, la instauración del SAD ha permitido tener un control y trazabilidad absoluta del stock de medicamentos en el Servicio de Urgencias. Este control permite reducir el stock de medicamentos en esta unidad, así como un control exhaustivo de las caducidades y una trazabilidad total en el proceso terapéutico (quién prescribe, quien retira la medicación, a qué paciente y a qué hora). Facilita además el análisis de la farmacoterapia permitiendo la participación activa del farmacéutico en el equipo de salud.

Este proyecto todavía está en fase de desarrollo ya que la experiencia del día a día nos ayuda a mejorar solventando los pequeños inconvenientes que surgen a lo largo del tiempo, como puede ser ajustes de stock a nivel tanto cuali como cuantitativo o formación en el manejo del dispositivo. Sería interesante invitar a otros facultativos, personal de enfermería y supervisoras de unidades a que conocieran el SAD para que pudieran aportar nuevas ideas y sugerencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1708 ========== ***

Nº de registro: 1708

Título
PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ESCOLANO PUEYO ANGEL, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, MEJIA ESCOLANO DAVID, CAJA BUETAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
La finalidad de este proyecto es integrar los programas informáticos PCH, DOMINION y un sistema automatizado de dispensación (SAD) para facilitar la prescripción de medicamentos y optimizar la gestión de stock de los mismos, con el correspondiente ahorro económico, de tiempo y carga de trabajo del personal del Servicio de Urgencias. Además, se garantiza la total trazabilidad en el proceso terapéutico (quién prescribe y qué persona retira la medicación a nombre de qué paciente) y la optimización de la situación farmacoterapéutica global del paciente que ingresa en el Servicio de Urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se proponen están relacionados con la seguridad del paciente, la seguridad del proceso y la eficiencia:

- Optimizar la gestión de stock de medicamentos en Urgencias.
- Eliminar los depósitos de medicamentos y sus problemas derivados (roturas, pérdidas, caducidades…)
- Disponibilidad de medicamentos las 24h del día.
- Facilitar el análisis de la farmacoterapia del paciente con la participación activa del farmacéutico en el equipo de salud.
- Detectar y disminuir los problemas relacionados con la medicación (PRM)
- Promulgar el uso racional de los medicamentos.
- Reducir costes económicos asociados a los stocks de medicación tradicionales.
- Reducir costes económicos asociados a los PRMs.
- Generar conocimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MÉTODO
- Asistencia y formación a personal facultativo y de Enfermería en la integración PCH-Dominion.
- Planificación e instalación de un sistema automático de dispensación (SAD) de medicamentos.
- Asistencia y formación al personal del Servicio de Urgencias sobre el funcionamiento de los SAD.
- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento de las principales patologías atendidas en Urgencias.
- Analizar el uso y consumo de medicamentos en Urgencias.
- Evaluar los tratamientos prescritos en Urgencias.
· Actividades del farmacéutico:
o Gestión y organización de stocks.
o Detección y prevención de PRM.
o Conciliación del tratamiento con medicación domiciliaria al ingreso y al alta. o Intervenciones sobre la prescripción.
o Elaboración de guías de práctica clínica/protocolos.
o Consultas de administración de medicamentos.
o Optimización de costes sanitarios.
o Farmacovigilancia
- Medición de todos los parámetros anteriores.
- Actuación en los puntos débiles hallados.
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones.

INDICADORES
- Indicadores logísticos
o Elaborar un manual de procedimiento de manejo del SAD
o Nº de especialidades por debajo del stock mínimo/total especialidades.
o Tiempo medio de preparación de los medicamentos a reponer.
o Tiempo medio de la reposición de los medicamentos en el SAD.
o Porcentaje de descuadres de stock encontrados por el Servicio de Farmacia/total de dispensaciones realizadas
o Nº de especialidades repuestas erróneamente/total de especialidades: <5% ç

- Indicadores farmacoeconómicos.
o Consumo de medicamentos con/sin SAD
o Detección de medicamentos caducados/total de medicamentos · Indicadores de gestión clínica.
o Nº de especialidades prescritas/nº de especialidades retiradas
o Nº de medicamentos retirados de manera excepcional/nº de medicamentos totales.
o Nº de pacientes conciliados/nº de pacientes totales

DURACIÓN
- Formación del grupo de trabajo (Dic-2016).
- Integración de PCH-Dominion (Dic- 2016-Enero-2017).
- Formación y resolución de los problemas de la integración Enero-Marzo 2017.
- Plan estratégico de dispensación de medicamentos en el Servicio de Urgencias. Dic 2016- Marzo 2017:
o Revisar consumos de medicamentos de la Unidad.
o Seleccionar los medicamentos, definir máximos y mínimos.
o Planificar estructura del SAD. o Definir con la Unidad la ubicación.
o Gestionar el acceso a los usuarios.
o Definir procedimientos y protocolos para el manejo de SAD.
o Realizar reuniones periódicas de formación.
- Rediseño de circuitos de dispensación de medicación (Abril 2017) - Protocolización de distribución de tareas entre el personal de Enfermería de Urgencias y el personal del Servicio de Farmacia (Abril- Mayo 2017)
- Formación del personal de Enfermería de Urgencias (Mayo- 2017) - Formación del personal del Servicio de Farmacia (Mayo- 2017)
- Instalación del SAD (Junio 2017)
- Establecer un plan de mantenimiento y contingencia para garantizar el funcionamiento de los SAD (Julio-Septiembre 2017)
- Establecer indicadores de seguridad y económicos
- Iniciar el proyecto de conciliación de los pacientes que ingresan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1708

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTEGRACION DE ATENCION FARMACEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

```
 en el Servicio de Urgencias (Octubre 2017).
-Enero 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ILDA MARIA MURILLO FLOREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACALLE AICUA LAURA
MARCO AMIGOT JOSE JAVIER
MENENDEZ JANDULA BARBARA
SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA
SECORUN PACO CRISTINA
RUBIO VILLANUA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Para la identificación de los procesos que necesitan ser documentados en el servicio de transfusión se utilizaron diferentes técnicas de identificación de problemas (encuesta, tormenta de ideas) en la que participó todo el personal que labora en el mismo y se lelvó a cabo en mayo de 2017.

• Aplicación de parrilla de priorización de los procesos. Junio 2017.

• Documentación de los siguientes dos procesos seleccionados como prioritarios: Septiembre a Diciembre de 2017.

o Transfusión en situación de extrema urgencia o desesperada

o Transfusión masiva.

El proyecto se dio a conocer a todo el personal del Servicio de Hematología y Hemoterapia a través de reuniones informativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados

1. Identificar los procesos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio de transfusión y definir los protocolos y procedimientos necesarios para llevarlos a cabo. Ver Anexo 1.

-Indicador: Listado de procesos identificados (que sirva de base para un posterior listado de documentación en vigor): SI

2. Priorización según parrilla de criterios (factibilidad, impacto clínico, mejora de la seguridad de los pacientes y mejorar la respuesta a las demandas existentes). Ver Anexo 2.

Indicador: Procesos priorizados según parrilla de priorización: SI

3. Llevar a cabo la documentación de dos de los procesos priorizados para su posterior implementación.

-Indicador: - Procesos documentados en formato estándarizado en la Unidad de calidad del Sector >= 2: SI, pendiente formatear.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-En el servicio de transfusión ha habido importantes cambios del personal: teniendo en cuenta la responsabilidad que el proceso transfusional implica y pese a que el personal de Enfermería ha sido reemplazado por Técnicos de laboratorio, con lo cual la experiencia previa en la sistemática del proceso se ha perdido, se ha logrado con mucho esfuerzo asumir y adaptarse a las nuevas condiciones.

-Dado complejidad e interdisciplinariedad del proceso clínico de transfusión, se está trabajando en su elaboración con la participación de la Comisión de transfusión hospitalaria del H. San Jorge.

7. OBSERVACIONES.
ANEXO 1. LISTADO DE PROCESOS IDENTIFICADOS

1. Proceso de solicitud y recepción de componentes sanguíneos al Banco de Sangre y Tejidos de Aragón (BSTA), implica los siguientes procedimientos normalizados de trabajo (PNT):

a. PNT de pedidos de componentes sanguíneos al centro de transfusión sanguínea regional (petición electrónica),

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

condiciones de almacenamiento y transporte.

b. PNT de recepción de los componentes sanguíneos en el servicio (comprobación de la calidad, comprobación de grupo ABO/Rh D, entrada en el programa informático, almacenamiento, control de temperatura, etc).

2. Proceso de gestión de existencias: Stock de componentes, caducidades, etc.

3. Proceso clínico de transfusión: implica tres fases en términos generales.

I. La primera fase de solicitud de componentes sanguíneos, puede ser realizada por un facultativo desde cualquier servicio / unidad del Hospital para lo cual se diseñará un nuevo formato de petición de componentes sanguíneos (puede ser electrónico).

a. PNT de evaluación de la necesidad del tratamiento con componentes sanguíneos.

b. PNT de información al paciente y documentación de su consentimiento informado.

II. Una segunda fase de recepción de la solicitud y de muestras de sangre, en el servicio de transfusión, se precisan los siguientes procedimientos normalizados de trabajo (PNT):

a. PNT de recepción de muestras de sangre y verificación de registro de seguridad (gricode), criterios de aceptación de las muestras recibidas.

b. PNT de pruebas pretransfusionales: pruebas de compatibilidad (fenotipado ABO y Rh D, fenotipo extendido, escrutinio de anticuerpos irregulares (EAI) e indicaciones de realizar prueba cruzada) y selección de componentes (además de compatibilidad ABO y Rh verificar si se precisan otras especificaciones como fenotipado extendido, irradiados, inactivados, cuarentenados, etc).

c. PNT de dispensación de componentes sanguíneos.

d. PNT de manual de técnicas de inmunohematología en el servicio de transfusión.

III. La última fase de transfusión de los diferentes componentes sanguíneos.

a. PNT de preparación de la transfusión, administración, velocidad de transfusión, selección y uso de dispositivos de infusión, observación basal y vigilancia del paciente.

b. PNT de actuación y notificación de reacciones / efectos adversos transfusionales.

c. PNT de trazabilidad de los componentes sanguíneos.

4. Proceso de transfusión masiva.

5. Proceso de transfusión de extrema urgencia o "desesperada".

ANEXO 2. PRIORIZACION DE PROCESOS IDENTIFICADOS

Una vez aplicada una matriz de priorización, teniendo encuenta la factibilidad, el impacto en pacientes y/o en los profesionales del hospital, la satisfacción de pacientes y/o otros profesionales “clientes” del Servicio de transfusión, viabilidad económica, técnica y de recursos humanos y posible resistencia al desarrollo del proyecto, se definión el siguiente orden de prioridad para desarrollar la documentación de los procesos:

1. Proceso de transfusión de extrema urgencia o desesperada.

2. Proceso de transfusión masiva.

3. Proceso de gestión de existencias.

4. Proceso de solicitud y recepción de componentes sanguíneos.
5. Proceso clínico de transfusión.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1257 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Nº de registro: 1257

Título
IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, BORREL RONCALES MERCEDES, MENENDEZ JANDULA BARBARA, IZQUIERDO GARCIA ISABEL, SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA, SECORUN PACO CRISTINA, MEDINA GIMENO RUTH EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio de Hematología es un Servicio transversal, en el que confluyen las peticiones de todos los centros sanitarios del Sector, tanto de A Primaria como especializada; esto hace necesario tener protocolizados y normalizados todos y cada uno de los procesos que se realizan en el Servicio de Hematología.

A lo anterior, se añade la complejidad técnica de todos los procesos del Servicio, no es tarea sencilla ni que se pueda acometer en un corto espacio de tiempo, deberá implicar al mayor número de profesionales del servicio para que sean ellos los que definan quién, cómo, dónde y en cuanto tiempo se realizan todas las actividades y de que manera se puede añadir valor a como se hacen en la actualidad.

En los últimos años las nuevas tecnologías han cambiado en gran manera la forma de trabajar y tanto el personal como procesos y procedimientos se han ido adaptando, pero la normalización facilitará el trabajo, aumentará la eficacia y la eficiencia no solo de este servicio, sino del Hospital en general lo que repercutirá en una mejora de la atención que se presta a los pacientes.
De esta forma se sentarán las bases para una posible certificación de calidad externa, tipo ISO 9001.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental es identificar y documentar los diferentes procedimientos operativos que se llevan a cabo en el Servicio de Transfusión de la Unidad de Hematología y Hemoterapia del Hospital San Jorge que permita normalizar y para asegurar la calidad de todos los procesos.

- Identificar todos los procesos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio de transfusión y definir los protocolos y procedimientos necesarios para llevarlos a cabo.
- Priorización según parrilla de criterios (factibilidad, impacto clínico, mejora de la seguridad de los pacientes y mejorar la respuesta a las demandas existentes).
- Llevar a cabo la documentación de dos de los procesos priorizados para su posterior implementación.

MÉTODO
De manera funcional, no estructural, podemos identificar en el Servicio varias secciones:
- Oncohematologia
- Servicio de Transfusión
- Laboratorio de Hematología
- Hemostasia
- Eritropatología

Inicialmente se propone comenzar con la sección de Transfusión, la identificación y priorización de los procesos, se contará con la participación de los facultativos de Hematología, liderados por el Jefe del Servicio y coordinados por la coordinadora de calidad del Servicio y contará también con la participación activa de la Supervisora de enfermería, personal de enfermería y técnicos de laboratorio de la sección.

Para la priorización se elaborará una matriz objetiva que tenga en cuenta la factibilidad, el impacto en pacientes y/o en los profesionales del servicio, la satisfacción de pacientes y/o otros profesionales “clientes” del Servicio de Hematología, coste, posible resistencia en el desarrollo del proyecto, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1257

1. TÍTULO

IDENTIFICAR Y PRIORIZAR LOS PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Una vez seleccionados los procesos prioritarios, desde el grupo de mejora de la calidad liderado por la coordinadora, se iniciará la documentación del mismo con los conocimientos científico/técnicos necesarios y su experiencia profesional. Esta documentación será revisada por el Jefe de Servicio y aprobados por la dirección asistencial correspondiente, tal y como recoge el Procedimiento de control de documentación del Sector.

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	Estándar
Identificación de procesos documentación en vigor	Elaborar un listado de procesos que sirva de base para un posterior listado de	SI
Priorización de los procesos prioritarios para documentarlos	Aplicar parrilla de priorización con criterios objetivos y elegir los más	1 proceso priorizado/sección
Documentación de procesos Sector	Procesos documentados en formato estándarizado en la Unidad de calidad del	>= 2

DURACIÓN

- Identificación de procesos: antes 30/05/2017
- Priorización de procesos: Junio 2017
- Documentación de dos o más procesos: Septiembre/Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Está prevista la modificación de miembros del Servicio de transfusión, el personal de enfermería será reemplazado por Técnicos de laboratorio lo cual supone importantes cambios en la sistemática del proceso transfusional.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1761

1. TÍTULO

PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO VILLANUA CONCEPCION
SOLANS BLECUA ISABEL
CEBOLLERO MATA MARISA
CAMINO GUIU MARIA JESUS
DOLZ PEREZ MARIA
ALASTRUEY MATEO MARIA
MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de Abril, y por necesidades del Servicio, se realiza una reestructuración de su personal en el que se permutan enfermeros por TEL cumpliendo la normativa del 14 de junio de 1984. Para ello, y conscientes de la importancia y transcendencia que el acto transfusional implica, se planifican actividades formativas que ayuden a adquirir la capacitación adecuada para desempeñar las nuevas tareas. Por otro lado, como estos cambios repercuten en el resto de las unidades de hospitalización se modifican procedimientos y diseñan nuevas estrategias.
Para obtener la capacidad necesaria e imprescindible para desarrollar y aplicar las nuevas actividades demandadas se programa un mínimo de 35 horas entre teoría y práctica apoyadas en varios documentos creados expresamente para la formación.
Se inicia con una sesión teórica, presentada en power point, con una duración de unas dos horas, en el que se imparten conceptos básicos sobre los diversos tipos de donación de sangre, fraccionamiento y conservación de hemocomponentes, sistemas de grupos sanguíneos, pruebas de compatibilidad pretransfusional (pruebas cruzadas y tipaje y escrutinio), reacciones adversas transfusionales y trazabilidad sanguínea,
Durante la práctica se muestran los diferentes modelos de petición de componentes sanguíneos utilizadas en el Hospital, el funcionamiento del sistema de seguridad transfusional por código de barras GRICODE ®, el del programa informático de Banco de Sangre e-Delphyn, las técnicas de pruebas de compatibilidad sanguínea, selección de componentes, procedimiento de salida, entrega y transfusión de componentes, etc.
Duración y calendario
Se realiza un cronograma que ayuda a planificar la formación de los 6 primeros profesionales que tienen que incorporarse a turnar en el Servicio el 17 de abril. Se inicia el 15 de marzo de 2017 y para que sea más efectiva se realiza individualmente en turnos de mañana y tarde.
En el mes de mayo se forman 3, en junio 2 y en octubre el último profesional.
Recursos empleados
Se entrega a cada participante una guía rápida en donde vienen descritas cómo desarrollar todas las actividades de la Sección de Hemoterapia y Banco de Sangre, varios folletos cuyo contenido deben obligatoriamente conocer como son la “Información Clave en Hemoterapia”, “Actuación en transfusión desesperada”. Y por último, se les proporciona un test de autoevaluación para cumplimentar de forma anónima y voluntaria.
Paralelamente, se convocan reuniones con las supervisoras de los servicios de hospitalización para notificarles el nuevo procedimiento y las repercusiones en su personal. Se diseña, para intentar cumplir al máximo la trazabilidad del proceso y que la transfusión sea lo más segura posible, un check list de comprobación pretransfusional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consigue alcanzar la capacidad formativa necesaria de los profesionales,en el periodo de tiempo previsto, para iniciar la actividad laboral en el Servicio Transfusional.
Indicadores
Número de sesiones impartidas: Son un total de 12 sesiones individuales en los que se evidencia que deben aumentarse el número de horas planificadas, hasta un máximo de 56 horas, para los profesionales que carecían de experiencia.
Número de participantes. El 100% de los profesionales que tenía que incorporarse a las actividades de la Sección realizaron la formación.
Número de participantes que cumplimentan la autoevaluación. El 83,33%, 10 de los 12 participantes, solicitan el documento de Autoevaluación.
En el archivo del Servicio se registró tanto la asistencia a la formación como de la la solicitud del test de Autoevaluación de los discentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Después de unos meses de la implementación del Proyecto y del inicio de las actividades se observa que, como punto de formación de conocimientos básicos, ha sido útil, pero también se evidencia la necesidad de una formación más específica, continua y normalizada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1761

1. TÍTULO

PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1761 ========== ***

Nº de registro: 1761

Título
PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

Autores:
BORREL RONCALES MERCEDES, RUBIO VILLANUA CONCEPCION, SOLANS BLECUA ISABEL, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, DOLZ PEREZ MARIA, ALASTRUEY MATEO MARIA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad

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

PROBLEMA
A lo largo de 2017, y por necesidades del Servicio de Hematología, se plantea una reestructuración de su personal en el que se permutan enfermeros por Técnicos especialistas en laboratorio (TEL) cumpliendo la normativa del 14 de junio de 1984. Para ello, y conscientes de la importancia y transcendencia que el acto transfusional implica, se planifican actividades formativas que ayuden a adquirir la capacitación adecuada para desempeñar las nuevas tareas. Por otro lado, como estos cambios repercuten en el resto de las unidades de hospitalización se plantean modificaciones procedimientos y diseñan nuevas estrategias.

RESULTADOS ESPERADOS
Dotar de la capacidad necesaria e imprescindible al personal para desarrollar y aplicar las nuevas actividades demandadas.
Garantizar la seguridad de los procedimientos lo que repercutirá en mejora de la calidad de la atención al paciente

MÉTODO
En total se programan un mínimo de 35 horas entre teoría y práctica apoyadas en varios documentos creados expresamente para la formación.
Se iniciará con una sesión teórica (presentación en power point) para pasar a la práctica: diferentes modelos de petición de componentes sanguíneos, sistema de seguridad transfusional, programa informático, técnicas de pruebas de incompatibilidad sanguínea, selección de componentes, procedimiento de salida, entrega y transfusión de componentes, etc.
Se entregará a cada participante una guía rápida en donde vienen descritas cómo desarrollar todas las actividades de la Sección de Hemoterapia y Banco de Sangre, varios documentos cuyo contenido deben obligatoriamente conocer como son la “Información Clave en Hemoterapia”, “ Actuación en transfusión desesperada”.
Por último, se les proporcionará un test de autoevaluación para cumplimentar de forma anónima y voluntaria.
Paralelamente, se convocarán reuniones con las supervisoras de los servicios de hospitalización para notificarles el nuevo procedimiento y las repercusiones en su personal.
Se diseñará, para intentar cumplir al máximo la trazabilidad del proceso y que la transfusión sea lo más segura posible, un check list de comprobación pretransfusional.

INDICADORES
Número de sesiones impartidas
% de participantes del total de TEL
% de participantes que cumplimentan la autoevaluación del total de participantes
Check list de comprobación pretransfusional SI /NO

DURACIÓN
Las actividades se llevarán a cabo a partir el 15 de marzo de 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1761

1. TÍTULO

PLAN DE FORMACION EN INMUNOHEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

Esta previsto que finalice todo el plan en la última semana de octubre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEBOLLERO MATA MARISA
CAMINO GUIU MARIA JESUS
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA
MARCO BETES VICTOR
MARCO AMIGOT JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Conseguir recursos materiales: Se ha dotado durante estos meses de:
? Sala con el mobiliario necesario
? Un nuevo ordenador. Se dispone de e-mail de la Unidad
? Teléfono móvil con línea directa con WhatsApp

o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones. Se han diseñado ambas.
? Guía de acogida. Elaborada.
? Folleto de las recomendaciones y efectos adversos. Como soporte informativo se ha diseñado una plantilla base con el objetivo de ir introduciendo las diversas patologías que requieran un mayor conocimiento del paciente en su hemopatía y tratamiento y en el que una intervención precoz pueda evitar complicaciones

o Crear registro de actividades asistenciales:
? Elaborada base de datos inicio y seguimiento. Iniciado registro en enero 2019.
o Monitorización de adhesión al tratamiento. Se pospone el inicio para el 2019.

o Programación y planificación de la gestión de agendas. La planificación se ha realizado, pero no se ha iniciado hasta contar con los recursos humanos necesarios.
o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales. Realizado el protocolo.
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico. Se ha diseñado una base de datos en la que consta servicio o centro derivador, sospecha diagnóstica, prioridad y tiempo de respuesta. Iniciado registro en noviembre de 2018.
o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas. Se fijan los 2º y 4º viernes como días de sesión entre los hematólogos y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados
o Realización de:
? Base de datos: Elaboradas
? Guía de acogida: Elaborada
? Cuidados y recomendaciones: Elaborada

o Número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados: 38 pacientes atendidos, de los cuales un 68% corresponden a pacientes onco-hematológicos*.

o Número de llamadas telefónicas atendidas**: 27 llamadas. El 82% han sido de pacientes oncohematológicos. *

o Número de demoras en los tratamientos programados: 0. No se han constatado demoras en los tratamientos en Hospital de Día. Solo un paciente precisó ingresar al no disponer de cama en Hospital de Día *

o Número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres: 0/2. No se han realizado porque no lo precisaron ya que uno realizaba el mantenimiento enfermería del Hospital de Día al finalizar el tratamiento y el otro por motivos logísticos por Centro de Salud (Jaca)*.

*Datos obtenidos de noviembre y diciembre.
**Solo se han contabilizado aquellas llamadas que han evitado una visita y las que han derivado en adelantos de cita e ingresos. También las de carácter más administrativo en las que se ha invertido al menos 15 minutos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han llevado a cabo una gran parte de las actividades planificadas para implementar la Consulta de Enfermería del paciente oncohematológico, pero han faltado más recursos humanos para desarrollarlo en su totalidad. El proyecto se espera completar durante el 2019.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/366 ========== ***

Nº de registro: 0366

Título
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Autores:
BORREL RONCALES MERCEDES, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO BETES VICTOR, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El manejo del paciente hematológico es, en términos generales, complejo dentro de la atención sanitaria.
La implementación de la Consulta de Enfermería de Hematología puede constituir una excelente oportunidad para ofrecer una atención integral a los pacientes.
El papel educacional y de apoyo del profesional de enfermería ayuda a transmitir a los pacientes los conocimientos necesarios, tanto de su enfermedad como del manejo de su tratamiento, promoviendo actividades encaminadas a una mayor seguridad y una implicación del paciente en su autocuidado.
El manejo de la mayoría de las patologías hematológicas precisa de un abordaje multidisciplinar que involucra a distintos niveles o servicios del sistema sanitario que puede ser complejo para el paciente. Disponer de una enfermera que sea su referente, coordine, planifique y oriente al paciente, favorecerá las necesidades asistenciales y mejorará la gestión de recursos.
La enfermera de Hematología, por otro lado, permitirá una optimización de los tiempos de diagnóstico en diferentes patologías: Mieloma Múltiple, GMSI, SMD,...

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del paciente hematológico, en especial del oncohematológico.

Objetivos estratégicos:
o Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de su enfermedad.
o Reducir la morbilidad: asesorar para prevenir, detectar, controlar y disminuir los efectos secundarios del tratamiento.
o Detectar problemas de tipo familiar o social que dificulten el plan terapéutico.
o Ayudar al paciente/ familia a adaptarse a su nueva situación.
o Familiarizar al paciente con el medio y circuito hospitalario: guía de acogida.
o Ayudar al cumplimiento o adherencia al tratamiento.
o Servir como referente y coordinador con el resto de profesionales sanitarios.
o Favorecer la comunicación interprofesional del equipo de enfermería y coordinar y colaborar con el resto de profesionales, hematólogos, farmacéuticos, radiólogos, enfermeras del Hospital de Día, etc.
o Disminuir el número de enfermos que acuden a la consulta médica de forma no programada y a las urgencias hospitalarias.
o Reducir el tiempo de diagnóstico en los pacientes afectos de Gammapatías Monoclonales gracias a la elaboración e implementación de un protocolo con la colaboración del Laboratorio de Bioquímica.
o Mantenimientos de catéteres de vía central.
o Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO
o Conseguir recursos materiales: dotación de mobiliario, ordenador, teléfono móvil de contacto
o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones
o Crear un registro de las actividades asistenciales: elaborar una base de datos de inicio y seguimiento y otro sobre incidencias y acciones correctoras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

o Monitorización de adhesión al tratamiento
o Programación y planificación de la gestión de agendas
o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico
o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas

INDICADORES
o Realización de: base de datos, guía de acogida y folleto sobre cuidados y recomendaciones
o número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados
o número de llamadas telefónicas atendidas
o número de demoras en los tratamientos programados
o número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres

DURACIÓN
o Cronograma:
abril y mayo: elaboración de guías, registros, planificación de agenda
junio: puesta en marcha de la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEBOLLERO MATA MARISA
CAMINO GUIU MARIA JESUS
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA
MARCO BETES VICTOR
MARCO AMIGOT JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Conseguir recursos materiales: Se ha dotado durante estos meses de:
- Sala con el mobiliario necesario.
- Un nuevo ordenador. Se dispone de e-mail de la Unidad.
- Teléfono móvil con línea directa con WhatsApp.
o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones. Se han diseñado ambas.
- Guía de acogida. Elaborada.
- Folleto de las recomendaciones y efectos adversos. Como soporte informativo se ha diseñado una plantilla base con el objetivo de ir introduciendo las diversas patologías que requieran un mayor conocimiento del paciente en su hemopatía y tratamiento y en el que una intervención precoz pueda evitar complicaciones.
o Crear registro de actividades asistenciales:
- Elaborada base de datos inicio y seguimiento. Iniciado registro en enero 2019.
o Monitorización de adhesión al tratamiento. Se pospone el inicio para el 2019.
o Programación y planificación de la gestión de agendas. La planificación se ha realizado, pero no se ha iniciado hasta contar con los recursos humanos necesarios.
o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales. Realizado el protocolo.
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico. Se ha diseñado una base de datos en la que consta servicio o centro derivador, sospecha diagnóstica, prioridad y tiempo de respuesta. Iniciado registro en noviembre de 2018.
o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas. Se fijan los 2º y 4º viernes como días de sesión entre los hematólogos y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o Realización de:
- Base de datos: Elaboradas.
- Guía de acogida: Elaborada.
- Cuidados y recomendaciones: Elaborada.
o Número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados: 38 pacientes atendidos, de los cuales un 68% corresponden a pacientes onco-hematológicos*.
o Número de llamadas telefónicas atendidas**: 27 llamadas. El 82% han sido de pacientes oncohematológicos*.
o Número de demoras en los tratamientos programados: 0. No se han constatado demoras en los tratamientos en Hospital de Día. Solo un paciente precisó ingresar al no disponer de cama en Hospital de Día *.
o Número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres: 0/2. No se han realizado porque no lo precisaron ya que uno realizaba el mantenimiento enfermería del Hospital de Día al finalizar el tratamiento y el otro por motivos logísticos por Centro de Salud (Jaca)*.
*Datos obtenidos de noviembre y diciembre.
**Solo se han contabilizado aquellas llamadas que han evitado una visita y las que han derivado en adelantos de cita e ingresos. También las de carácter más administrativo en las que se ha invertido al menos 15 minutos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han llevado a cabo una gran parte de las actividades planificadas para implementar la Consulta de Enfermería del paciente oncohematológico, pero han faltado más recursos humanos para desarrollarlo en su totalidad. El proyecto se espera completar durante el 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/366 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

***

Nº de registro: 0366

Título
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Autores:
BORREL RONCALES MERCEDES, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO BETES VICTOR, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El manejo del paciente hematológico es, en términos generales, complejo dentro de la atención sanitaria.
La implementación de la Consulta de Enfermería de Hematología puede constituir una excelente oportunidad para ofrecer una atención integral a los pacientes.
El papel educacional y de apoyo del profesional de enfermería ayuda a transmitir a los pacientes los conocimientos necesarios, tanto de su enfermedad como del manejo de su tratamiento, promoviendo actividades encaminadas a una mayor seguridad y una implicación del paciente en su autocuidado.
El manejo de la mayoría de las patologías hematológicas precisa de un abordaje multidisciplinar que involucra a distintos niveles o servicios del sistema sanitario que puede ser complejo para el paciente. Disponer de una enfermera que sea su referente, coordine, planifique y oriente al paciente, favorecerá las necesidades asistenciales y mejorará la gestión de recursos.
La enfermera de Hematología, por otro lado, permitirá una optimización de los tiempos de diagnóstico en diferentes patologías: Mieloma Múltiple, GMSI, SMD,...

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del paciente hematológico, en especial del oncohematológico.

Objetivos estratégicos:
o Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de su enfermedad.
o Reducir la morbilidad: asesorar para prevenir, detectar, controlar y disminuir los efectos secundarios del tratamiento.
o Detectar problemas de tipo familiar o social que dificulten el plan terapéutico.
o Ayudar al paciente/ familia a adaptarse a su nueva situación.
o Familiarizar al paciente con el medio y circuito hospitalario: guía de acogida.
o Ayudar al cumplimiento o adherencia al tratamiento.
o Servir como referente y coordinador con el resto de profesionales sanitarios.
o Favorecer la comunicación interprofesional del equipo de enfermería y coordinar y colaborar con el resto de profesionales, hematólogos, farmacéuticos, radiólogos, enfermeras del Hospital de Día, etc.
o Disminuir el número de enfermos que acuden a la consulta médica de forma no programada y a las urgencias hospitalarias.
o Reducir el tiempo de diagnóstico en los pacientes afectos de Gammapatías Monoclonales gracias a la elaboración e implementación de un protocolo con la colaboración del Laboratorio de Bioquímica.
o Mantenimientos de catéteres de vía central.
o Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO
o Conseguir recursos materiales: dotación de mobiliario, ordenador, teléfono móvil de contacto
o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones
o Crear un registro de las actividades asistenciales: elaborar una base de datos de inicio y seguimiento y otro sobre incidencias y acciones correctoras
o Monitorización de adhesión al tratamiento
o Programación y planificación de la gestión de agendas
o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas

INDICADORES
o Realización de: base de datos, guía de acogida y folleto sobre cuidados y recomendaciones
o número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados
o número de llamadas telefónicas atendidas
o número de demoras en los tratamientos programados
o número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres

DURACIÓN
o Cronograma:
abril y mayo: elaboración de guías, registros, planificación de agenda
junio: puesta en marcha de la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIANTRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDEHOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA LACALLE AICUA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MORENO PABLO
BUISAN CASBAS GEMMA
PARDIÑAS BARON BEATRIZ
CAMINO GUIU MARIA JESUS
CEBOLLERO MATA MARISA
ALBA ESTEBAN PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar, hemos establecido un circuito intrahospitalario, para aquellos pacientes que tras haber iniciado un ACOD desde atención especializada, fueran remitidos a Hematología para recibir formación en anticoagulación y posteriormente realizar un seguimiento clínico y analítico.

Esta consulta se ha establecido en la primera planta del hospital San Jorge, junto a extracciones ("consulta de anticoagulación"), en la cual se atiende a los pacientes ambulatorios en el siguiente horario: De lunes a viernes de 12:00h a 14:15h*. Para ello hemos redactado una nueva hoja de consulta de canalización para el paciente anticoagulado, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

En esta consulta, se ha iniciado el registro de pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa, y se ha cumplimentado por parte de enfermería las fichas de seguimiento para estos pacientes, que se han redactado para este propósito *.

En esta consulta, enfermería especializada en anticoagulación, ha otorgado la educación sanitaria a cada uno de los pacientes, y se les ha dado información por escrito sobre el fármaco que han iniciado*.

Tras esta primera valoración, se ha dado continuidad a la consulta, citando a los pacientes a los 3 meses, posteriormente a los 6 meses y al año, de cara a realizar el seguimiento clínico y analítico, el recomendado para pacientes con este tipo de tratamiento anticoagulante. Para ello hemos creado una nueva a agenda de trabajo. Tras realizar estas visitas, si no hay ningún incidente daremos de alta al paciente y recomendaremos seguimiento por atención primaria.

* Material realizado para el desarrollo del proyecto.

- Nueva hoja de consulta para pacientes anticoagulados. En su reverso aparece el horario de atención al paciente.
- Ficha de seguimiento para pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
-Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Eliquis.
-Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Lixiana.
-Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Xarelto.
-Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Pradaxa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados que se exponen a continuación no son los que se indicaron expresamente como indicadores; esto se debe a que no ha transcurrido un año desde el inicio de la consulta, y además, nos encontramos pendientes de una actualización informática que nos permita obtener los datos estadísticos de forma fidedigna.

En total se ha atendido a un total de 50 pacientes:
Todos ellos (100%) han recibido educación sanitaria.
El 100% han realizado el seguimiento analítico y clínico, en los tiempos establecidos.
El 100% tienen una ficha de recogida de datos correctamente cumplimentada.

De ellos:
- 21 pacientes (43%) con Eliquis.
De estos pacientes, el 42% tomaban previamente sintrom y el 58% lo habían iniciado de novo.
El 63% fueron remitidos desde el S. de Neurología, el 35% del S. de Hematología y el 2% del S. de cardiología.

- 17 pacientes (35%) con Xarelto:
De estos pacientes, el 72% tomaban previamente sintrom y el 28% lo han iniciado de novo.
El 1% fueron remitidos desde el S. de Neurología, el 59% del S. de Hematología y el 39% del S. de cardiología y 1% del S. de Medicina Interna.

- 7 pacientes (14%) con Pradaxa:
De estos pacientes, el 71% tomaban previamente sintrom y el 29% lo han iniciado de novo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIANTRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDEHOSPITALIZACION

El 43% fueron remitidos desde el S. de Cardiología y el 57% del S. de Hematología.

- 5 pacientes (8%) con Lixiana:
De estos pacientes, el 80% tomaban previamente sintrom y el 20% lo han iniciado de novo.
El 20% fueron remitidos desde el S. de Cardiología, el 40% del S. de Hematología y el 40% del S. de Medicina Interna.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos este proyecto importante de cara a tener un control de los pacientes en tratamiento anticoagulante (tanto los AVK y los de acción directa), su adherencia al tratamiento y posibles efectos adversos.

Además, esto nos permitirá hacer un registro posterior de aquellos que han presentado complicaciones hemorrágicas y/o trombóticas, y así poder ofrecer al paciente una mejor asistencia sanitaria y seguridad clínica.

Dado que este proyecto es ambicioso y precisa un manejo mutidisciplinar entre todos los servicios que tratan pacientes anticoagulados, consideramos que debemos prorrogarlo un año y darlo a conocer de forma más exhaustiva, para conseguir una base de datos más amplia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1046 ========== ***

Nº de registro: 1046

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

Autores:
LACALLE AICUA LAURA, SANCHEZ MORENO PABLO, CAMINO GUIU MARIA JESUS, CEBOLLERO MATA MARISA, PARDIÑAS BARON BEATRIZ, BUISAN CASBAS GEMA, FERNANDEZ RIVERO ELENA, ALBA ESTEBAN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
Los nuevos anticoagulantes (Pradaxa, Edoxaban, Rivaroxaban y Apixaban) son en la actualidad fármacos de primera elección en muchas ocasiones en los pacientes con fibrilación auricular. Si bien no precisan controles de INR (como es preciso en los antivitamina K), sí precisan controles clínicos y analíticos.
Hemos detectado que estos fármacos se inician frecuentemente desde Atención especializada, y que estos pacientes no reciben la adecuada información sobre el fármaco prescrito y lo que conlleva estar anticoagulado.
Desde el S. de Hematología, queremos implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico y control de posibles complicaciones, y además estar a disposición del resto de especialidades para cualquier duda en el manejo de los pacientes anticoagulados.
Por ello deseamos crear una consulta médica y de enfermería para todos estos pacientes que inician estos fármacos desde hospitalización. Además, contamos con la ventaja de disponer ya de una consulta de enfermería específica para los pacientes anticoagulados. Hasta el momento se ha remitido a los pacientes que inician dicumarínicos, para ajuste y seguimiento del tratamiento. Consideramos que esta consulta, con enfermería ya capacitada, es una oportunidad para dar formación a los pacientes sobre el anticoagulante de acción directa que están tomando y aumentar así la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Ser centro de referencia en anticoagulación en el Sector de Huesca.
2. Realizar un registro de todos los pacientes anticoagulados del sector de Huesca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIANTRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDEHOSPITALIZACION

3. Formar a los pacientes sobre las indicaciones, precauciones, complicaciones de la anticoagulación oral con ACODS y mejorar el cumplimiento terapéutico.
4. Realizar controles analíticos y clínicos de cara al ajuste de dosis de los ACODs.
5. Controlar eventos trombóticos y hemorrágicos en pacientes anticoagulados con ACODs.

MÉTODO
1. Establecer un circuito intrahospitalario y posteriormente con Atención primaria, para que aquellos pacientes que inician un ACOD desde atención especializada sean remitidos a Hematología para recibir formación en anticoagulación y realizar un seguimiento clínico y analítico.
2. Elaboración del registro de pacientes anticoagulados.
3. Cumplimentación de las fichas de pacientes y educación sanitaria por parte de enfermería.
4. Se realizará una primera visita a los pacientes en la consulta de enfermería de anticoagulación, los cuales se canalizarán a través de una hoja de consulta.
5. Esta consulta estará disponible todos los días de lunes a jueves de 12:30 h a 13:30 h y los viernes de 8:30h a 10:30h.
6. Tras esta primera valoración se citará a los pacientes en consultas externas de Hematología, previa extracción analítica.

INDICADORES
1. Nº pacientes anticoagulados a los que se les ha realizado educación sanitaria / nº pacientes nuevos anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
2. Nº pacientes con analítica anual realizada y valorada / nº pacientes anticoagulados nuevos con anticoagulantes de acción directa
3. Nº de pacientes con ficha de recogida de datos correctamente cumplimentada / nº pacientes anticoagulados
4. Nº de pacientes que ya estaban previamente anticoagulados con ACODs y se han introducido en el circuito y se les ha realizado educación sanitaria.

DURACIÓN
Mayo y Junio de 2018: informar y elaborar el circuito con el resto de especialidades y redactar la documentación necesaria (volante de canalización, material informativo para el paciente, hoja de notificación de complicaciones).
Inicio en Junio del 2018 consulta de primera visita.
Valoración anual de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ILDA MARIA MURILLO FLOREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO AMIGOT JOSE JAVIER
MARCO_BETES VICTOR
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
BORREL RONCALES MERCEDES
MENENDEZ JANDULA BARBARA
BERGUA AMORES CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
*Se realizó una revisión de la bibliografía disponible sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
*Reuniones multidisciplinares (Hematología, Farmacia, Bioquímica y Nefrología) para discutir la información disponible y decidir la estrategia a adoptar.
*Elaboramos un protocolo de diagnostico de Mieloma Múltiple y GMSI
*Enviamos el protocolo de diagnostico de Mieloma Múltiple y GMSI a la Coordinadora de Calidad del sector para su aprobación, asignación de código y publicación en la intranet del Sector de Huesca.
*Diseñamos una hoja de acogida para pacientes con toda la información necesaria para la atención en el servicio de Hematología y en el Hospital de día oncológico, responsables de su elaboración Mercedes Borrel e Ilda Murillo.
*Enviamos la hoja de acogida de paciente a la Coordinadora de Calidad del sector para su aprobación, codificación y publicación en la intranet del Sector de Huesca.
*Iniciado diseño y escritura de protocolo de tratamiento y seguimiento de Mieloma Múltiple y GMSI, pendiente de finalizar.

Previsto presentación de los protocolos en sesión general del Hospital en marzo 28 de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Elaborado Protocolo clínico de Diagnostico de Mieloma Múltiple y Gammapatias Monoclonales de Significado Incierto en el sector sanitario de Huesca y enviado a la Unidad de Calidad para su aprobación y publicación en la intranet del Sector.
-Elaborada hoja de acogida para pacientes con enfermedades hematológicas y enviada a Unidad de calidad para su aprobación y publicación en la intranet del Sector.
-En proceso de realización el Protocolo clínico de Tratamiento y seguimiento del mieloma múltiple y gammapatias monoclonales de significado incierto en el Sector Sanitario de Huesca, pendiente consensuar con Sº de Farmacia y de Nefrología, y enviarlo a Unidad de Calidad para su aprobación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Se ha logrado consensuar con los diferentes servicios involucrados en cada una de las fases de atención al paciente afecto de Mieloma Múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto, especialmente en cuanto al diagnóstico, hemos culminado el protocolo, quedando pendiente finalizar el protocolo de tratamiento y seguimiento.

-De otra parte hemos avanzado en el fortalecimiento del papel de la Enfermera de Hematología en la atención integral a pacientes con MM, el cual consideramos fundamental como eje organizador de todos los procesos a los que se enfrenta el paciente.
-Finalmente queremos resaltar que este proyecto es largo y complejo, consideramos que precisa por lo menos dos años para su ejecución, puesta en marcha y evaluación por lo tanto proponemos continuar en el año 2019 como parte II.

7. OBSERVACIONES.
Algunos miembros del equipo de mejora se modificaran producto de la movilidad por las oposiciones.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1084 ========== ***

Nº de registro: 1084

Título
PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:
MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, MARCO BETES VICTOR, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, BORREL RONCALES MERCEDES, MENENDEZ JANDULA BARBARA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Mieloma Múltiple (MM) y las gammapatías monoclonales de significado incierto (GMSI), son hemopatías de baja frecuencia, muy heterogéneas y cuyo manejo es de gran complejidad; especialmente el manejo de los pacientes con un MM sintomático, patología incurable en el momento actual y que conlleva una morbilidad importante.
En los últimos años ha habido grandes avances en el diagnóstico y tratamiento del MM; respecto al diagnóstico, el avance en las pruebas de imagen disponible para detectar afectación ósea o extramedular precisan una adecuada definición de su papel, y los avances en cuanto a las técnicas disponibles para medir la respuesta obtenida con el tratamiento (EMR).
Respecto al tratamiento también hay novedades, básicamente por el desarrollo de nuevos fármacos, de tal forma que hoy día contamos con diferentes fármacos y combinaciones de estos que hace difícil la elección de uno u otro.
Por todo lo anterior, consideramos muy importante contar con una guía de manejo de estos pacientes, que de un lado permita disminuir la variabilidad en la práctica clínica y de otro garantice una adecuada canalización de los esfuerzos que precisa su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental es protocolizar, mediante una guía multidisciplinar, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectos de mieloma múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto.
En primer lugar, se pretende facilitar la realización de todas las pruebas necesarias para el correcto diagnóstico de los pacientes con sospecha de gammapatía monoclonal, centralizado en un profesional de enfermería responsable de coordinar la realización de dichas pruebas; estos pacientes pueden llegar al servicio de Hematología derivados desde otras especialidades (Medicina Interna, Traumatología, Nefrología, Reumatología, etc), desde Atención Primaria o desde el laboratorio de Bioquímica, por un sistema de captación precoz bien, porque se detecte un proteinograma alterado, unos niveles de proteínas totales séricas elevadas o un descenso global de inmunoglobulinas.
En segundo lugar, pretendemos definir claramente los protocolos de tratamiento a emplear en primera línea, de acuerdo con la edad, comorbilidades y estado general del paciente que permite definir si es candidato o no a consolidación con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; y los protocolos a utilizar en líneas posteriores, durante las recaídas, de tal manera que se estandarice la práctica clínica para el manejo de estos pacientes.
Finalmente, dado que en esta patología las recaídas son frecuentes y los tratamientos conllevan una serie de posibles efectos secundarios, pretendemos definir la estrategia de seguimiento más adecuada que permita tanto una detección precoz de la recaída como de las complicaciones relacionadas con los tratamientos.

MÉTODO
-Documentación: revisión de la bibliografía disponible sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
-Reuniones multidisciplinares (Hematología, Farmacia, Bioquímica) para discutir la información disponible y decidir la estrategia a adoptar.
-Definir procesos para valoración de pacientes que precisen soporte de otras especialidades (Nefrología, Traumatología, Unidad del Dolor, etc)
-Consensuar, dentro de las opciones de tratamiento disponible, los protocolos que se utilizaran en cada caso para el manejo de esta patología.

INDICADORES
-Elaboración de la guía de Mieloma Multiple y GMSI:
Indicador: Elaborada SI o NO.
-Elaboración de hoja de acogida para pacientes con diagnostico de gammapatía monoclonal y/o mieloma multiple:
Indicador: Elaborada SI o NO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

DURACIÓN
-Mayo a Julio de 2018: documentación en relación con diagnostico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectos de MM y GMSI.
-Septiembre a Octubre 2018: Reuniones de consenso.
-Noviembre a Diciembre 2018: 1. Elaboración de la guía y presentación ante comité correspondiente para su aprobación y publicación en la intranet del sector de Huesca. 2. Diseño de hoja de acogida para pacientes con toda la información necesaria para su atención en el servicio de Hematología y en el Hospital de día oncológico.
- Diciembre de 2018: 1. Presentación de la guía a todo el personal, tanto personal técnico de laboratorio, de enfermería y facultativos) de los servicios implicados en su elaboración (Hematología, Bioquímica y Farmacia). 2. Difusión de la guía y hoja de acogida entre pacientes afectos de mieloma múltiple o gammapatía monoclonal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS LOPEZ CLAVER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANDER AZCONA MARIA ARANZAZU
AVELLANAS CHAVALA MANUEL LUIS
LABARTA MONZON JOSE LORENZO
ESCOS ORTA JESUS OSCAR
SERON ARBELOA CARLOS
MARTINEZ GONZALEZ DANIEL
CABALLERO NUÑEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-El 7 de Enero de 2016 se creó y se formalizó el Equipo para la realización del proyecto, realizándose Acta de dicha reunión (Acta 1/ 2016).
Se realizó el protocolo de indicación de petición de coagulación según las Guías de The American Collage of Emergency Physicans (ver tabla 1); y se difundió mediante sesión clínica y por correo electrónico a todos los facultativos de la UCI.

-Se diseñó una hoja de recogida de datos para los pacientes del grupo control 2015 y otra para el grupo protocolo 2016.
-En el grupo control se incluyen los pacientes ingresados de forma consecutiva en los primeros 6 meses del 2015 (recogida retrospectiva de la historia clínica). En el grupo protocolo se incluyen los pacientes ingresados de forma consecutiva en los primeros 6 meses del 2016 (recogida prospectiva).

Se excluyeron los pacientes < 18 años, estancia menor de 24 horas, pacientes con riesgo hemorrágico alto, hepatopatía grave, enfermedad hematológica y uso de anticoagulantes.

-Hubo dos reuniones del grupo para evaluar el desarrollo y seguimiento del proyecto según el calendario establecido (Acta 2 y 3/2016) y finalmente tras la recogida de datos, se procede a analizar los resultados.
- Método: Estudio cuasiexperimental con control histórico. Se recogen variables demográficas, nº de extracciones (clasificadas en bioquímica, hemograma, gasometrías y coagulaciones), grado de anemización, necesidad de transfusión y mortalidad.
En el análisis estadístico se describen variables cualitativas con porcentajes y cuantitativas con medias y desviación estándar. Se comparan mediante X2, t de Student ó la U de Mann-Whitney, con soporte informático SPSS.

Tabla 1.
PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE UCI.
1.- Pacientes anticoagulados
2- Infecciones graves activas
3- Trastornos hemorrágicos
4- Trombosis venosas y arteriales
5- Politraumatismos graves
6- Preoperatorio
7- Pacientes con inestabilidad hemodinámica
8-Enfermedad hepática
9- Alteraciones hematológicas conocidas
10-Sospecha de déficit de vitamina K

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se incluyeron 92 pacientes en el grupo control y 107 en el grupo protocolo. Los grupos fueron homogéneos en edad (68,5 vs 67,3 años), sexo masculino (70 vs 72 %), escala de gravedad APACHE II (13,9 vs 11,7), tipo de ingreso (cirugía 40% vs 41%), estancia (5,24 vs 5,26 días) y Hemoglobina al ingreso (11,9 vs 12 g/dl)

Al analizar los resultados (ver tabla 2) se observa en el grupo protocolo una reducción del 35,6% del nº de peticiones de coagulación (229 con una tasa de 0’48 /día) versus grupo control (356 con una tasa de 0’80 /día) con significación estadística.
Así mismo, hay disminución del grado de anemización (-0,4 vs -0,7 g/dl) y de la mortalidad (5,6 vs 9,8 %) sin significación estadística. El porcentaje de pacientes transfundidos fue similar en ambos grupos (12,1 vs 12,0 %).

TABLA 2:
Control Protocolo p

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

	2015	2016	(X2 o t Student)
Pacientes [n]	92	107	
Edad	68,5(14,4)	67,3 (16,2)	0.57
Sexo masculino n (%)]	65 (70,7)	77 (72)	0.87
Estancia	5,24(5,7)	5,26(6,6)	0.98
Cirugía [n (%)]	37 (40,2)	44 (41,1)	1.0
Apache II [media(DE)]	13,9(6,4)	11,7 (6,6)	0.18
Hb ingreso (g/dL)	11,9 (2,4)	12,0 (2,5)	0.79
Hb alta (g/dL)	11,1 (2,3)	11,5 (2,3)	0.80
Nº global de peticiones[n]	1833	1969	0.64
Nº de coagulaciones [n]	356	229	0.001
Nº peticiones/día/pac	4,0(1,7)	3,6 (1,8)	0.10
Nº bioquímica/día/pac	1,19 (0,4)	1,16 (0,4)	0.62
Nº hemogramas/día/pac	1,1 (0,4)	1,0 (0,5)	0.45
Nº de coagulación/día/pac	0,8 (0,5)	0,48 (0,4)	0.001
Nº gasometría/día/pac	1,0 (0,6)	0,9 (0,6)	0.83
Anemización (g/dL)	-0,7 (1,5)	-0,4 (1,5)	0.24
Mortalidad [n (%)]	9 (9,8)	6 (5,6)	0.29
Transfundido [n (%)]	11 (12,0)	13 (12,1)	1.0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-La implantación del protocolo consiguió reducir el nº de peticiones innecesarias de coagulaciones en un 35, 6% con significación estadística.

-Esto conlleva no sólo disminución de costes económicos, sino también disminución de la carga del personal sanitario y racionalización de los recursos sanitarios

-Se observó una disminución de la anemización iatrogénica en UCI, que si bien no tiene significación estadística, si muestra una tendencia a menor anemización en el grupo del protocolo

-La seguridad de los pacientes no se vio comprometida con respecto a las necesidades de transfusiones y mortalidad global.

RECOMENDACIÓN:
-Según este Proyecto de Mejora, la implantación de un protocolo para la solicitud de coagulación cumpliendo unas indicaciones, conllevaría una disminución de costes y cargas de trabajo, sin menoscabo en la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/693 ========== ***

Nº de registro: 0693

Título
PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

Autores:
LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS, EITO ARNAL ANTONIO JOSE, LABARTA MONZON JOSE LORENZO, LANDER AZCONA ARANTXA, ESCOS ORTA JESUS OSCAR, MALLOR BONET TOMAS, MARTINEZ GONZALEZ DANIEL, LAIRLA OLIVAN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRITICO
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

PROBLEMA
Problema u oportunidad de mejora seleccionada.
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN: En Cuidados Intensivos, las peticiones y extracciones de analíticas así como pruebas de imagen suponen una parte muy importante del trabajo diario del personal sanitario de la U.C.I.Se ha demostrado en múltiples estudios la ineficacia, por aumento de costes y efectos secundarios, de la realización rutinaria de radiografías y análisis sanguíneos. En muchas ocasiones la realización de pruebas innecesarias conlleva aumento del coste sanitario, estudios ineficaces y requerimientos adicionales de otras técnicas (pruebas de imágenes, ampliación de estudios de coagulación, etc.).En una revisión sistemática de los estudios preoperatorios, hubo alteraciones en los test de coagulación entre un 4,8 -15,6% del total; pero sólo conllevó un cambio en la actitud terapeútica en el 0’8% de los pacientes, lo que confirma el elevado número de peticiones innecesarias que se solicitan de forma rutinaria.Múltiples estudios han demostrado que las extracciones sanguíneas innecesarias en pacientes de UCI producen anemización iatrogénica, lo que conlleva a un aumento de los costes y de las transfusiones sanguíneas realizadas (riesgo de transmisión de infecciones, TRALI, reacciones transfusionales, etc).Por lo tanto, con la bibliografía existente y de acuerdo con las Guías de las Sociedades Científicas, consideramos que podríamos disminuir el número de peticiones innecesarias en los test de coagulación rutinarios si se aplica un protocolo de solicitud de test coagulación en aquellos pacientes con antecedentes de sangrado o factores de riesgo para desarrollar una coagulopatía aguda.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos sin alterar los resultados clínicos esperados, incluyendo los episodios de sangrado, necesidades de transfusión y mortalidad global
2.- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado con reducción de los gastos al disminuir el nº de peticiones y racionalización de los recursos sanitarios.
3.- Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados disminuyendo la carga de trabajo del personal sanitario y los costes asicomo los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas y la anemización iatrogénica en U.C.I

MÉTODO
Método:·
Los pacientes ingresados en UCI serán evaluados mediante anamnesis, exploración física y realización de pruebas complementarias, entre las que se incluyen las pruebas de coagulación.· Para la reducción del nº de solicitudes de controles de coagulación ineficaces solicitadas de forma rutinaria, se instaurará un protocolo en el que se definen los pacientes con riesgo de presentar alteraciones de la coagulación.
Actividades a Realizar:· Se realizará una Sesión Clínica al personal médico de la U.C.I. dónde se informará de la puesta en marcha de este proyecto.· Se informará a los médicos de las situaciones clínicas en las que es necesario realizar un control de coagulación (según las Guias de The American Collage of Emergency Physicians)
:- Pacientes con sangrado activo-
Pacientes con cuadro de shock séptico activo-
Signos clínicos de sangrado o coagulopatía activa (hematomas cutáneos, etc).
Historia previa de sangrados espontáneos o excesivos
Uso actual de anticoagulantes
Sospecha o confirmación de CID (coagulopatía intravascular diseminada)
Evidencia de enfermedad hepática (por historia o examen clínico)
Historia de malnutrición o malabsorción en grado severo- Enfermedades hematológicas.
Necesidad de realizar procesos invasivos (cirugía urgente o procedimientos que requieren anticoagulación: ej. Hemodiafiltración continua)
Imposibilidad de realizar anamnesis del paciente para valorar riesgo de coagulopatía.

INDICADORES
Para evaluar la efectividad de la medida a ejecutar se compararán dos grupos:
uno tras aplicar el método restrictivo (grupo protocolo recogido durante el año 2016) y otro grupo de control del año 2015
.Se compararán en cada grupo:
- datos demográficos y epidemiológicos
- nº de solicitudes sanguíneas
- nº de episodio de sangrados
- requerimiento de medicación procoagulante
- requerimiento de transfusiones sanguíneas
- necesidad de cambio terapéutico y
mortalidad global.

DURACIÓN
· En el primer mes del año, se informará a los facultativos sobre el protocolo a seguir y se presentará la hoja de recogida de datos.· Se implantará el protocolo el 1 de Febrero de 2016 al 31 de Diciembre de 2016.· Se recogerán los datos de los pacientes en la hoja de datos.· Durante el periodo de estudio, los componentes del Equipo de Mejora se reunirán en 3 ocasiones para valorar el seguimiento de la implantación, de las incidencias y resultados preliminares, lo que transcribirán mediante Acta de Reunión.· Finalmente al terminar el periodo de estudio se analizarán los datos obtenidos y se reflejarán en la Memoria del Servicio.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0693

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DISMINUCION DE PETICIONES DE COAGULACION EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA U.C.I. AÑO 2016

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ARANZAZU LANDER AZCONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO LIESA ROSA
MILAGRO BEAMONTE ANA
LABARTA MONZON LORENZO
LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS
MARTINEZ GONZALEZ DANIEL
LAIRLA OLIVAN MARTA
ESCOS ORTA JESUS OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con la SEMICYUC
(Sociedad Española de Medicina Intensiva) y la SEEIUC (Sociedad Española de Enfermería Intensiva) ha elaborado un protocolo denominado “RESISTENCIA ZERO” (Prevención de la Emergencia de Bacterias Multirresistentes en UCI) que tiene como objetivo principal reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes de origen nosocomial intra-UCI. Este proyecto forma parte de la Estrategia de Seguridad del paciente que el Ministerio impulsa en colaboración con las Comunidades Autónomas.
Para llevar a cabo este proyecto se requiere la formación de equipos en cada Hospital que cooperen en la consecución de los objetivos. En este proyecto es precisa la colaboración de médicos, enfermeras y auxiliares de UCI junto con el Servicio de Microbiología, parte imprescindible en el proyecto para hacer el diagnóstico y también es necesaria la colaboración con Medicina Preventiva. Para iniciarlo se requieren medios materiales sin los que es literalmente imposible abordar algunas de las tareas incluidas en el proyecto.
Por lo tanto para desarrollar e implantar el proyecto en nuestro Hospital lo primero que necesitamos es disponer del kit de hisopos para extraer muestras y de los medios de cultivo específicos para detectar gérmenes multirresistentes, algunos de los cuales no están a nuestro alcance en la actualidad por lo que en la actualidad se ha solicitado a la dirección una Reunión para poder poder comprarlos e iniciar el proyecto dada la importancia del proyecto
.
Tras confirmar la compra del material se implantara de forma progresiva el proyecto en la Unidad.
Actualmente se esta formando el grupo de Trabajo con médicos de UCI, Microbiología y Medicina Preventiva, así como enfermería y auxiliares de Cuidados Intensivos.

A principios de Febrero hay una nueva Reunión de todo el equipo coordinador autonómico para ver la situación en las distintas Unidades y decidir la iniciación del proyecto con criterios uniformes en toda la Comunidad.

Nuestra Unidad también ha empezado a registrar durante todo el año en todos los pacientes el ENVIN completo, programa informático utilizado en Cuidados Intensivos para estudiar las infecciones en Cuidados Intensivos, y esta base de datos es la que se va a utilizar para registrar los datos de la Resistencia Zero, para facilitar su introducción nuestra Unidad va a realizar el ENVIN completo todo el año.

A lo largo de este año se implantara el proyecto en nuestra Unidad y con ello tendremos un mapa de los gérmenes multirresistentes de nuestra Unidad y con la implantación de las medidas valoraremos sus tasas y la evolución a lo largo del proyecto.
El primer paso realizado ha sido la compra del material necesario para la realización del proyecto, tras la compra de todos los materiales necesarios unificada a nivel de Aragón y autorizada por nuestra Dirección, se compraron el kit de hisopos con medio de transporte y los 4 medios de cultivo necesarios.
Mientras se inicio un curso de Formación en Resistencia Zero. La persona responsable de la formación ha sido A Lander que ha implantado la formación a todo el personal de la Unidad. Durante dos meses consecutivos y en pequeños grupos de 2-3 y 4 personas ha ido realizando la formación a todo el personal de la UCI (Facultativos Especialistas Area, Residentes UCI y rotantes en la Unidad, enfermeras, auxiliares y estudiantes de enfermería que están rotando en la Unidad. En este Curso se les explica el proyecto, cual es nuestra situación y de que medios disponemos y como lo vamos a ir implantando en la Unidad. Posteriormente se anima a todo el personal a realizar el Curso Resistencia Zero on line sobre el proyecto.
También se explica que la implantación de proyecto se hará de forma progresiva dada la complejidad del proyecto.
En este proyecto están implicadas muchas personas de diferentes servicios.
Se toma 3 cultivos de vigilancia (frotis nasal, de orofaringe y rectal) y en un medio de cultivo se remiten a Microbiología. En aproximadamente 24 horas están los resultados.
El laboratorio de Microbiología es muy importante ya que todas las muestras son procesadas por ellos y les genera una carga de trabajo importante. De acuerdo con ello se decide que las muestras se recogerán los martes por su organización.
El Servicio de limpieza del Hospital dispone de un protocolo actualizado de limpieza diario de boxes y resto de la UCI (donde se especifica METODO, FRECUENCIA Y PRODUCTOS DESINFECTANTES) para superficies, suelo, paredes y resto de estructuras fijas de las habitaciones revisado recientemente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA

Tras realizar todos los pasos anteriores en Marzo se pone en marcha el Proyecto.
También se ha elaborado una encuesta al ingreso del paciente. A todo paciente que ingresa en UCI se le realiza la encuesta, cuando el enfermo esta colonizado o infectado previamente por un germen multirresistente o si se cumplen dos del resto de ítems el paciente es aislado hasta que se confirme si tiene o un germen multirresistente. La realización de la encuesta la hace el médico responsable del enfermo al ingreso.
Esto implica que él numero de enfermos aislados es mucho mayor y por tanto la carga de trabajo para todo el personal es mucho mayor.
En 24 – 48 horas están los resultados y el enfermo se le puede retirar el aislamiento si es negativo. Esto implica una carga asistencial para Microbiología que tiene que ofrecer los resultados en un tiempo corto y también para el personal de la UCI. El fin de semana el problema es más importante porque no se pueden tener los resultados dado que el fin de semana no hay Microbiólogo de Guardia.
La recogida de datos y su posterior análisis se realiza a través del programa ENVIN – HELICS.
Asimismo se rediseña la hoja de cultivos de los enfermos para que queden reflejados el inicio de la antibioterapía y su finalización y el motivo de inicio (empírico o dirigido) y sospecha diagnostica o diagnostico confirmado, desencalado antibiótico. Diariamente en la Sesión se valora la indicación de los antibióticos utilizados en cada paciente, su vía y forma de administración y se valora su retirada o su ajuste. También se sigue la profilaxis antibiótica posquirúrgica siguiendo el protocolo del Hospital. Se ha incidido en la extracción de muestras previas a la administración de antibiótico y en el procesado y envio de las muestras para su procesamiento rápido. Se ha responsabilizado a todo el equipo médico de la necesidad del cumplimiento de las normas de política antibiótica. Todo ello para mejorar y optimizar el empleo de los antimicrobianos.
La responsable de enfermería del proyecto, se ha encargado de la mejora a la adherencia a la higiene de manos y es responsable de potenciar las precauciones de aislamiento para evitar la transmisión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El germen mas frecuentemente encontrado tanto en el ámbito de nuestra UCI, como en Aragón como a nivel Nacional tanto previamente al ingreso como durante el ingreso son los BLEEs.
- Con estos datos podemos decir que nuestra UCI tiene más enfermos colonizados o infectados cuando ingresan en UCI que a nivel de Aragón o a nivel nacional. Pero una vez que ingresan en UCI la tasa de colonización o infección intraUCI es baja.
- Por tanto hemos elaborado un mapa de los gérmenes multirresistentes en nuestra Unidad y hemos elaborado un paquete de recomendaciones para disminuir el número de pacientes ingresados con un gérmen multirresistente.
- El objetivo de disminuir un 20% la tasa de pacientes con gérmenes multirresistentes requiere más tiempo y el proyecto sigue desarrollandose en el tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El germen mas frecuentemente encontrado tanto en el ámbito de nuestra UCI, como en Aragón como a nivel Nacional tanto previamente al ingreso como durante el ingreso son los BLEEs.
1. - Con la implantación de este proyecto se ha conseguido obtener un mapa microbiológico de nuestra Unidad objetivando que la mayor parte de las colonizaciones e infecciones son previas al ingreso en UCI y que los gérmenes más frecuentes son las
enterobacterias BLEE a nivel global. IntraUCI los gérmenes más frecuentes son el SARM y los BGN carbapenemasas.
2. - Se ha iniciado una serie de normas y estrategias para mejorar y optimizar el empleo de los antimicrobianos
3. - Se ha incidido y mejorado en las normas de aislamiento.

7. OBSERVACIONES.
Con estos datos podemos decir que nuestra UCI tiene más enfermos colonizados o infectados cuando ingresan en UCI que a nivel de Aragón o a nivel nacional. Pero una vez que ingresan en UCI la tasa de colonización o infección intraUCI es baja.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1087 ========== ***

Nº de registro: 1087

Título
PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA

Autores:
LANDER AZCONA ARANTXA, MILAGRO BEAMONTE ANA, LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS, LABARTA MONZON JOSE LORENZO, NAVARRO LIESA ROSA, GARCES FERRANDO CARMEN, SANZ CARDIEL ALICIA, MARTINEZ GONZALEZ DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRITICO
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:
La aparición de resistencias a los antibióticos es una gran amenaza para la salud pública en todo el mundo que incrementa los costes de la atención sanitaria, la tasa de fracaso de tratamiento y la mortalidad. Los pacientes ingresados en UCI tienen mayor probabilidad de desarrollar infecciones nosocomiales (20-30%) y son especialmente susceptibles de ser infectados o colonizados por gérmenes multirresistentes.En España, mediante el registro ENVIN-HELICS se conoce la evolución de sus tasas, la etiología de las mismas y la sensibilidad de los microorganismos patógenos más frecuentes. La aparición de una bacteria multirresistente (BMR) condiciona el pronóstico del paciente crítico e incrementa el consumo de recursos.El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad junto con la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva) y la SEEIUC (Sociedad Española de Enfermería Intensiva) ha elaborado un protocolo denominado “RESISTENCIA ZERO” (Prevención de la Emergencia de BMR en UCI) que tiene como objetivo principal reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes de origen nosocomial intra-UCI

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Elaborar un paquete de recomendaciones en pacientes ingresados en servicios o unidades de pacientes críticos con el objetivo de disminuir la selección y/o diseminacion de bacterias multirresistentes en la UCI
2.- Reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica uno o más BMR (bacterias multirresistentes) de origen nosocomial intra-UCI
3.- Describir el mapa de BMR en nuestra unidades de pacientes críticos

MÉTODO
Para llevar a cabo este proyecto se requiere la formación de equipos en cada Hospital que cooperen en la consecución de los objetivos. En este proyecto es precisa la colaboración de médicos, enfermeras y auxiliares de UCI junto con el Servicio de Microbiología, parte imprescindible en el proyecto para hacer el diagnóstico y también es necesaria la colaboración con Medicina Preventiva. Para iniciarlo se requieren medios materiales sin los que es literalmente imposible abordar algunas de las tareas incluidas en el proyecto.Para impulsar la implementación del proyecto a nivel autonómico se formó un grupo de coordinación acordando las siguientes propuestas:
-Se vigilarán todos los pacientes ingresados en UCI exceptuando en nuestro caso los enfermos coronarios (con menor riesgo de infección/colonización por BMR), salvo que dichos enfermos tengan factores de riesgo.
-Muestras a estudiar: frotis nasal, faríngeo y rectal en cada paciente mediante un kit que incluye tres hisopos y un medio de transporte de Cary-Blair.
- Bacterias Multirresistentes a estudiar: S. aureus meticilin resistente (SARM), enterobacterias resistentes a cefalosporinas de 3º y 4º generación: productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y cefamicinasas plasmídicas (pAmpC) y adicionalmente estudiar la colonización por enterobacterias resistentes a carbapenems por producción de carbapenemasas solo en aquellos pacientes que ingresen en UCI procedentes de centros sanitarios de otros países o comunidades autónomas en los que se aísla con frecuencia enterobacterias productoras de carbapenemasas
-Medios de cultivo: se propone la siembra de las muestras recogidas de los pacientes incluidos en la vigilancia en medios cromogénicos que son selectivos y diferenciales y además más baratos y asequibles que los métodos moleculares (PCR) permitiendo ofrecer resultados preliminares altamente fiables en 24 horas y definitivos en 48 horas, lo que limita el tiempo de aislamiento en pacientes no colonizadosLa previsión de coste por paciente es de 3.02 euros que se incrementa en 2,75 euros en pacientes con riesgo de portar enterobacterias resistentes a carbapenems

INDICADORES
- Cumplimentacion de la lista de verificación (check list) para detectar pacientes con riesgo elevado de ser portadores de BMR
- Control de uso e indicaciones de antibioterapia asi como resistencias
- Uso y complimiento de las diferentes precauciones :estandar y por mecanismos de transmisión (medidas de aislamiento)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1087

1. TÍTULO

PROYECTO RESISTENCIA ZERO 2016 (PREVENCION DE LA EMERGENCIA DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO) UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA

DURACIÓN
Durante el año 2016 se va a continuar con el proyecto (iniciado en marzo de 2015 y continuando su participación el el proyecto ENVIN -UCI) para seguir teniendo un mapa microbiológico y la política antimicrobiana de la Unidad y valorar el cumplimiento de las mejoras de aislamiento y se ha iniciado la elaboración de un protocolo de limpieza de nuestro material y aparataje que se continuará evaluando.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LORENZO LABARTA MONZON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ DANIEL
LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA
BUESA ESCAR ANA MARTA
GIL ALOS ANA
CERRO JUNCOSA ANA
LAIRLA OLIVAN MARTA
REULA ARASANZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se constituyó el Equipo de Mejora y posteriormente en el mes siguiente se desarrolló el Programa de Mejora, con la formación del personal (médicos y enfermeras) de las distintas escalas de sedoanalgesia y agitación para su monitorización a través de sesiones de formación (3 sesiones) y su registro a través de la plataforma informática de registro y monitorización de los pacientes de la UCI (programa METAVISION implantado desde 2016).

Se instruyó al personal para saber realizar las escalas, conocer los niveles con rango adecuado y a través de un algoritmo que permite la autonomía por parte de enfermería (ya contrastada su eficacia, por nuestra práctica desde 2011) valorar aumentar o disminuir la titulación de las bombas de sedación o administrar tratamiento anti-álgico y detectar precozmente un estado de agitación.
Las escalas de sedación utilizada fue la escala RASS, la escala de dolor (EVA y ESCID) y la escala de agitación fue la escala CAM-UCI (homologadas por la Guía de Sedoanalgesia del grupo de trabajo de Sedación –analgesia y agitación de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)).
Para facilitar la valoración de escalas, se distribuyó un díptico con las diferentes escalas y se introdujo dichas escalas en el programa informático de Metavisión.
Se incluyó a pacientes con necesidad de sedoanalgesia mayor de 24 horas y se compararon dos grupos, según el periodo pre-instrucción (grupo control, también llamado periodo A) o post- instrucción (grupo intervención o periodo B).
El periodo de recogida del periodo A fue del 15 de enero al 14 de abril de 2018; y el periodo de recogida del grupo B fue del 15 de mayo al 14 de agosto de 2018.

Se realizó una recogida de datos con las variables: edad, sexo, gravedad con escala APACHE II, tipo de ingreso médico o quirúrgico, necesidad y tiempo de ventilación mecánica, escalas RASS, EVA, ESCID, CAM-UCI, medicación en UCI, estancia en UCI, presencia de agitación, mortalidad y eventos (retirada de dispositivos no deseados o lesiones).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Basándonos en los datos del proyecto SEDAN UCI del año 2013 (Proyecto nacional realizando un corte de prevalencia del manejo de sedoanalgesia en las Unidades de Cuidados Intensivos de España) en el que se objetivó un déficit en el manejo de sedoanalgesia a nivel nacional en los siguientes aspectos:
-UCIs con protocolo de sedación de un 57%.
- con autonomía en el manejo farmacológico de sedación por parte de enfermería de un 57%.
- cumplimentación de registros con escalas de sedación de un 70%, de escala de dolor de un 44% y de escala de delirio de un 10%.

Por todo ello nuestros objetivos fueron conocer nuestros indicadores y verificar la mejoría de sus valores con la implementación de este proyecto de mejora (comparando el periodo B con el periodo A).

Los objetivos fueron:
-Registro de incidencia de agitación en UCI.
-Porcentaje de cumplimentación diaria de la escala RASS y escalas EVA/ESCID.
-Disminución del grado de dolor tras tratamiento.
-Disminución de la incidencia de agitación.
-Evaluar parámetros de morbimortalidad en ambos grupos (estancia UCI y mortalidad).

Se recogieron los datos de 138 pacientes (79 del grupo A y 59 del grupo B), siendo los datos siguientes:
-Ambos grupos fueron homogéneos con respecto a sexo masculino (grupo A 69% vs grupo B 60%), edad (70 vs 69 años), nivel gravedad APACHE II (18 vs 19), tipo de ingreso quirúrgico (59 vs 58 %) y necesidad de ventilación mecánica (45 vs 42%).

Con respecto a los objetivos alcanzados e indicadores:
1-La incidencia global de agitación fue del 23%.
2-La cumplimentación diaria de la escala RASS fue 70% en el grupo A y del 82% en el grupo B; y de la escala del dolor EVA/ESCID fue 73% en el grupo A y 84% en el grupo B.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

La cumplimentación de la escala de agitación con la escala CAM-UCI fue del 34% en el grupo A y del 62% en el grupo B.
3- El porcentaje de pacientes con menor dolor tras tratamiento (EVA o ESCID menor de 4) fue mayor en el grupo B (40%) que en el grupo A (33%).
4- Menor porcentaje de agitación en el grupo B (21%) comparado con el grupo A (25%).
5- La incidencia de estancia en UCI y mortalidad, hubo una tendencia menor (pero no significativa) en el grupo B (estancia 11 días y mortalidad 21%) con respecto al grupo A (estancia 12 días y mortalidad 25%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como fortalezas del estudio:
- Se consolida la implantación de un protocolo de sedoanalgesia guiado por enfermería siendo seguro y eficaz.
- Nivel alto de monitorización de analgesia y dolor (mayor del 80% como indican las guías del Grupo de Trabajo de sedoanalgesia de la SEMICYUC).
- Mejor control del dolor de los pacientes (mayor porcentaje de pacientes con bajo nivel de dolor con EVA/ESCID menor de 4).
- Se ha desarrollado e implementado la escala de agitación CAM-UCI en un 62%.
- Se constata con un indicador medible, la alta prevalencia de pacientes que presentan agitación (23%) en los pacientes con sedoanalgesia superior a 24 horas.
- La presencia de la aplicación informática dentro de la Metavisión, ayuda al personal a cumplimentar las escalas y estar alerta ante la prevalencia de agitación.
Como debilidades del estudio:
- El paso del tiempo puede jugar un papel de disminución en la cumplimentación de las escalas.
- El tratamiento de la agitación debería ser plurifocal (preventivo, psicológico, medidas no físicas y farmacológico).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/89 ========== ***

Nº de registro: 0089

Título
MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

Autores:
LABARTA MONZON LORENZO, MARTINEZ GONZALEZ DANIEL, LACOSTENA PEREZ M EUGENIA, BUESA ESCAR ANA MARTA, LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS, LANDER AZCONA ARANCHA, ESCOS ORTA JESUS, CABALLERO NUÑEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION: En la mayoría de pacientes ingresado en UCI es necesaria la administración de sedantes y analgésicos para tratar la ansiedad que genera la situción de enfermedad grave, para disminuir la sensación de disnea, conseguir la adaptacion a ventilación mecánica, controlar la agitación, disminuir el dolor y poder realizar las técnicas invasivas que requieren los enfermos.
Por ello las distintas Sociedades abogan por la monitorización de la sedación, dolor y agitación. Los expertos aconsejan la monitorización por escalas completas que no sólo incluyan la valoración de la sedación (ejemplo RAMSAY), sino que incluyan apartados como la sedacion, el dolor y el delirio. Por eso aconsejan escalas de sedoanalgesia y agitación como serían las escalas de sedación-agitación: Riker Sedation-Agitation Scale (SAS) o Richmond Agitation-Sedatiton Scale (RASS), las escalas para el dolor como son la EVN, EVA y ESCID, y las escalas para valorar la agitacion como serían la Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) o la Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

1-Registro de incidencia de agitación en UCI
2Cumplimentacion de medida RASS diaria, escalas de dolor
3.- Disminución del grado de dolor tras tratamiento (grupo control e intervención)
4.- Disminución de la incidencia agitacion
5. Evaluar parametros de morbimortalidad en ambos grupos (estancia UCI, mortalidad, calidad de vida)

MÉTODO
-Inicialmente se constituirá el Equipo de Mejora
-Posteriormente se desarrollará el Programa de Mejora con la formación del personal de las distintas escalas de sedoanalgesia y agitación
-Se incluirán todos pacientes de UCI con estancia mayor de 24 horas.
-Se tomaran los registros de sedación con la escala de RASS, escala de dolor (EVA o ESCID) y el registro de agitación con la escala de CAM-UCI.
La sedoanalgesia se seguirá realizando en los dos grupos, según el algoritmo de la UCI para control del dolor y la sedación.
El grupo de Mejora de Calidad, realizará una hoja de recogidas de datos (edad, sexo, antecedentes, tratamientos, tipo de ingreso, mediación en UCI, escalas de gravedad, escala sedación, escala dolor, escala agitación, presencia de agitación, tipo de agitación, estancia en UCI, Ventilacion Mecánica, mortalidad, etc). Se firmará un compromiso de confidencialidad en la recogida de datos y con la conformidad del Jefe de Servicio o Director. Finalmente se analizarán los datos obtenidos y se realizará un analisis estadístico para estimar la significación de las medidas realizadas.

INDICADORES
1-% de pacientes agitados/total pacientes > 24 horas.
2- 80% de mediciones cumplimentadas
3-% de pacientes con valor de EVA o ESCID <4 en ambos grupos. (menor en el grupo intervención)
4-% de episodios agitacion en ambos grupos (menor en el grupo intervención)
5-Media de dias de estancia en UCI, % de mortalidad, valor en la escala de calidad de vida SF36

DURACIÓN
Fecha de inicio: 15 de Enero 2018 - Final 15 Agosto 2018
1.- Formación en las escalas RASS.
2-Reunion en Enero-Febrero del Grupo de Mejora de Calidad para estimar el cumplimiento del registro de escalas.
3.-Reunión en Marzo para plasmar y concretar el algoritmo definitivo para control del dolor y profilaxis de agitacion.
4.-Implementación del algoritmo en el programa Informatico Metavision (antes del 14 de Junio de 2017.
5.- Implementación el 15 de Junio del algoritmo en los pacientes de UCI
6.- De forma progresiva rellenar las hojas de recogidas de datos de los pacientes y a partir del 15 de Agosto de 2017 analizar los datos de forma analítica para obtener conclusiones y evaluar la obtencion de los objetivos deseados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CERRO JUNCOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIRLA OLIVAN MARTA
MENDOZA MURO GEMMA
SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE
MONTAÑANA GUZMAN ISABEL
BARA LERA MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Búsqueda Bibliógrafica de Enero a Marzo de 2018.No existen check list tipo para revisión de Boxes de UCI, se encuentran varios de diferentes hospitales que no podemos adoptar dado que la infraestructura de nuestra UCI no nos lo permite.
- Diseño de un Check list propio de Abril a Septiembre.
-Consenso sobre el material mínimo que debe contener un Box al ingreso del paciente (se decide un stock tipo para que todos los boxes queden acondicionados con el mismo material).
-Reparto de actividades a realizar por TCAE y por DUE en la reposición y revisión del Box.
-Se decide creación de 2 check list; El primero a rellenar al alta del paciente, tras la limpieza y reposición del mismo, por la TCAE. El segundo a rellenar previo al ingreso del nuevo paciente por el DUE responsable del ingreso, con las actividades que en el check list se especifican.
-Se decide la colocación de la herramienta a cumplimentar en la carpeta de cada BOX en formato papel (fotocopias del check list)
-Durante el mes de Diciembre se forma al personal del servicio implicado para su posterior implementación durante el mes de Enero del año en curso
-Definición de los métodos de evaluación de la herramienta y los criterios de resultado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Formación del 100% del personal de la unidad en la cumplimentación del check list.
A lo largo del mes de Diciembre se ha formado al personal de la unidad, estando formados el 100% de los implicados en su uso.
- Desarrollo del proyecto: creación de la herramienta de trabajo y definición de los criterios de evaluación.
Se implementa el Check list en la unidad durante el mes de Enero y haremos valoraciones periódicas de los resultados durante este año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al no disponer de una herramienta de recogida de datos ni un Stock claro del contenido del Box, nos ha llevado más tiempo del pensado su creación, tras su implementación valoraremos si la herramienta nos proporciona una rutina de trabajo que aumente la seguridad clínica y si la herramienta es capaz de aumentar la seguridad del profesional de que todo está correcto cuando reciba al paciente.
Métodos de evaluación:
El grupo de trabajo realizará mensualmente una revisión de los datos recogidos y un control in situ un de la veracidad de los mismos.
Resultados:
1.-Porcentaje de realización del check list Post-alta y pre-ingreso.
2.-Porcentaje de cumplimiento de las medidas del Check List .
3.-Se realizaran rondas de seguridad mensuales para evaluar el adecuado cumplimiento.

7. OBSERVACIONES.
ADJUNTO MODELO CHECK LIST:

NUMERO DE BOX (RODEAR) : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD AL INGRESO EN UCI

PREPARACIÓN DEL BOX AL ALTA Y PREVIA AL INGRESO DEL NUEVO PACIENTE

FECHA: TCAE RESPONSABLE DEL ALTA:
Actividades de la auxiliar (Al Alta)
SI
NO
Revisar el estado de limpieza del box, cama hecha y y colchon antiescaras inflado *

Reponer el material de la bandeja: 3 botes de clorhexidina y 1 de alcohol, 4 SF de 10 cc, 2 paquetes de gasas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

y 1 de compresas esteriles, 1 termometro digital, 1 bote de colonia, 1 peine, 1 bote de crema hidratante y 1 bote de corpitol

Soporte de bombas a ambos lados correctamente enchufado y mínimo con 2 bombas a cada lado, 2 de ellas de jeringa

Aspirador de secreciones correctamente montado y conectado a toma de vacio, gusano en el soporte superior en su bolsa y sondas de 2 tamaños en su cubículo

4 botes de sueros de vertido rápido

3 guantes estériles de cada talla (6,5 – 7 – 7,5 – 8)

Toma de oxígeno con flujómetro correctamente conectada a toma de O2, humidificador estéril en su bolsa

Ambú esterilizado con alargadera y filtro en la parte superior del box

1 paquete de electrodos en el lateral del monitor

Existencia de manguito de la tensión, electrodos y pulsioxímetro

Fonendoscopio

*En caso de disponer de más boxes libres y ante el desconocimiento del siguiente ingreso se intentara tener a disposición cama con colchón antiescaras y cama con viscolastica si es posible

FECHA: DUE RESPONSABLE DEL INGRESO:

Actividades de la Enfermera (Previas al ingreso)
SI
NO
Encender el monitor y comprobar el límite de alarmas

Encender el respirador, comprobar su montaje correcto y que ha sido chequeado. Conectarlo a pulmón de prueba

Verificar que las bombas de perfusión se encuentran enchufadas y cargan

Verificar la existencia de ambú

Verificar el funcionamiento del aspirador de secreciones y montaje del gusano si se precisa

Verificar el correcto funcionamiento de la toma de Oxígeno y montar el humidificador

Suero fisiológico purgado y conectado a conexión bilumen y llave de 3 pasos

Si el paciente viene intubado: venda de gasa, compresa, gasas y vaselina para sujección adecuada del TOT

Preparación de medicación urgente previsible si el ingreso lo precisa**

** SI - cuando sí lo precisa, NO - cuando no lo precisa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/108 ================================== ***

Nº de registro: 0108

Título
DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Autores:
CERRO JUNCOSA ANA, LAIRLA OLIVAN MARTA, MENDOZA MURO GEMMA, SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE, MONTAÑANA GUZMAN ISABEL, BARA LERA MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios.
La seguridad del paciente además de ser una prioridad en la asistencia sanitaria, es un derecho reconocido a nivel mundial.
Es preciso que cada Box de UCI este dotado del material necesario para la atención del paciente crítico en el momento de su ingreso, para ello el Box debe ser preparado cada vez que se da un alta.
Consideramos importante la creación de un check list para verificar la correcta disposición de los recursos materiales del habitáculo

RESULTADOS ESPERADOS
1. Dar la más rápida y eficiente atención en el momento del ingreso de un paciente en nuestra unidad
2. Organizar el trabajo en equipo a la hora de adecuar el Box tras el alta de un paciente facilitando el ritmo de trabajo.
3. Mejorar el rendimiento asistencial debido a la necesidad permanente de atención, a la complejidad de los enfermos críticos y al gran número de personal sanitario que trabaja en estas unidades
4. Establecer cauces de comunicación adecuados entre todo el personal sanitario implicado.

MÉTODO
? Crear un check list con el material necesario de cada Box para tras cada alta dejarlo adecuado para su nuevo uso
? Implementar su uso en nuestra unidad poniendo en conocimiento la existencia y el uso del mismo entre el personal implicado

INDICADORES
? Valoración anual de hojas de registro y su mejora según las necesidades del servicio
? Evaluación de la cumplimentación de la herramienta de trabajo por parte del personal implicado

DURACIÓN
Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0292

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

Fecha de entrada: 23/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO
CALVO BEGUERIA EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se inició en el mes de septiembre de 2016, instaurándose una consulta específica de pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular (presencia de dos o más factores de riesgo vascular), atendidos por especialistas de Dermatología y Medicina Interna. Todos han cumplido los criterios de selección. A todos ellos se les ha realizado en la primera visita: cuestionarios pertinentes, ficha inicial, historia clínica completa, recogida de datos sobre tratamiento habitual, dieta, ejercicio, hábitos tóxicos, exploración física completa, solicitándose exploraciones complementarias pertinentes y realizándose cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE. A cada uno de ellos se les administró una Hoja de Información que explica la finalidad del estudio y la confidencialidad de sus datos.
Se han planificado revisiones cada 3, 6, 9 y/o 12 meses, en función de las necesidades del paciente. En la actualidad se han revisado a los 6 meses un total de 11 pacientes, estando pendientes de revisión el resto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Objetivo: Valorar pacientes con psoriasis y riesgo vascular en la Unidad Dermatología-Medicina Interna. Indicador: número de pacientes con psoriasis y comorbilidades valorados en la Unidad Dermatología-Medicina Interna (desde septiembre de 2016 hasta noviembre de 2017): 29
2. Objetivo: Realizar seguimiento de los pacientes en la consulta. Indicador: Número de pacientes a los que se realiza seguimiento a los 6 meses: 11
3. Objetivo: Modificar tratamiento cuando sea preciso. Indicador: Pacientes a los que se les modifica tratamiento (farmacológico) durante este seguimiento: 9. Pacientes a los que se les modifica tratamiento (de estilo de vida) durante este seguimiento: 11
4. Objetivo: Calcular el riesgo cardiovascular de los pacientes de la consulta mediante SCORE. Indicador: Cálculo del riesgo cardiovascular: en 29 pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que dada la alta comorbilidad de esta enfermedad, la atención integral del paciente psoriásico requiere un enfoque multidisciplinar. Por ello el trabajo coordinado de especialistas en Dermatología y Medicina Interna desde esta consulta específica puede mejorar sustancialmente la evolución de la psoriasis y de sus complicaciones, así como la calidad de vida de estos pacientes.
Durante el próximo año están programadas las revisiones pertinentes para los pacientes incluidos y se prevé que aumente el número de sujetos en la consulta.

7. OBSERVACIONES.
Continuar desarrollando la consulta específica de Psoriasis-Medicina Interna.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/292 ========== ***

Nº de registro: 0292

Título
UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

Autores:
GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, OMISTE SANVICENTE TERESA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO, CALVO BEGUERIA EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0292

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

Otro Tipo Patología: Enfermedades metabólicas y cardiovasculares
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que en España tiene una prevalencia de un 2,3%. Extrapolados los datos a la población del Sector Huesca, se estima una prevalencia de 2400 pacientes. La psoriasis presenta múltiples manifestaciones clínicas, tanto de la piel y las articulaciones como sistémicas, por lo que su atención requiere un abordaje integral. Los pacientes con psoriasis con mucha frecuencia asocian factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como la obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, hiperglucemia, hipertensión arterial y dislipemia. Además el riesgo de padecer síndrome metabólico y cardiopatía isquémica parece estar relacionado con la severidad de la psoriasis y con un debut más temprano de la enfermedad.
La psoriasis tiene además un importante impacto psicológico y social, asociándose con una elevada prevalencia de depresión y ansiedad (28-67% y 45% respectivamente). La afectación que produce en el bienestar físico y psíquico conlleva un deterioro de la calidad de vida y altas tasas de incumplimiento terapéutico (40%).
Un tratamiento efectivo de la psoriasis debe abarcar no solo el bienestar físico, sino también el psicológico y social. Por ello el manejo del paciente psoriásico ha de ser multidisciplinario, lo que implica la identificación y tratamiento de los problemas psicológicos, adicciones, enfermedades metabólicas, cardiovasculares y articulares asociadas.

RESULTADOS ESPERADOS
La atención integral del paciente psoriásico requiere un enfoque multidisciplinar que abarque todo el espectro de afectación de esta enfermedad: afectación cutánea, articular, sistémica, factores psicosociales. El trabajo coordinado de especialistas en Dermatología y Medicina Interna desde una consulta específica diseñada específicamente para el tratamiento y seguimiento a largo plazo del paciente psoriásico, puede mejorar sustancialmente la evolución de la psoriasis y de sus complicaciones, así como la calidad de vida de estos pacientes.
El objetivo principal de este proyecto es: instaurar una consulta específica de pacientes con psoriasis y factores de riesgo cardiovascular, atendidos por especialistas de Dermatología y Medicina Interna, para mejorar su abordaje integral.

MÉTODO
Se valorarán pacientes diagnosticados de psoriasis que presenten FRCV derivados desde las consultas de Dermatología, Reumatología y Medicina Interna. Los criterios de selección serán:
• Edad mayor de 18 años.
• Firmar consentimiento informado.
• Tener dos o más FRCV
En la primera visita, se recogerán los siguientes datos:
- Cuestionario de conocimientos del paciente acerca de la psoriasis.
- Cuestionario sobre calidad de vida DLQI y PSOlife.
- Se rellenará la ficha inicial de paciente psoriásico, incluyendo: datos de filiación, nivel de estudios, situación laboral, smartphone con conexión a Internet.
- Se realizará la historia clínica completa, incluyendo: características de su psoriasis, antecedentes familiares, personales (FRCV, enfermedades cardiovasculares, de la piel, inflamatorias, reumatológicas, infecciosas, ansiedad y depresión, entre otras). Tratamiento habitual, dieta, ejercicio, hábitos tóxicos.
- Exploración física completa, incluyendo grado y forma de afectación de la psoriasis, afectación articular, peso, talla, IMC, PA, fototipo, perímetro abdominal.
- Exploraciones complementarias, si precisasen y analítica (glucosa, HbA1C, perfil lipídico, úrico, albuminuria, filtrado glomerular, calcio, vitamina D, PTH, VSG, PCR)
- Se realizará cálculo del RCV mediante SCORE
- Se administrará al paciente una Hoja de Información que explique la finalidad del estudio y la confidencialidad de sus datos.

Además se llevarán a cabo las medidas de intervención oportunas (tratamientos, dieta, medidas higiénico dietéticas).
Posteriormente se llevará a cabo el seguimiento de los pacientes, con similares cuestionarios y exploraciones, así como las intervenciones pertinentes.

INDICADORES
1. Número de pacientes con psoriasis y comorbilidades valorados en la Unidad Dermatología-Medicina Interna.
2. Número de pacientes a los que se realiza seguimiento a los 6 meses.
3. Pacientes a los que se les modifica tratamiento (farmacológico y de estilo de vida) durante este seguimiento.
4. Cálculo mediante SCORE del riesgo cardiovascular.

DURACIÓN
El proyecto se iniciará en el mes de septiembre de 2016, con una consulta mensual de pacientes con psoriasis y riesgo vascular (ver criterios de inclusión). Se realizarán revisiones de los mismos a los 3, 6, 9 y 12 meses, en función de las necesidades del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0292

1. TÍTULO

UNIDAD DE PSORIASIS DE DERMATOLOGIA-MEDICINA INTERNA: ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0411

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES (OIC)

Fecha de entrada: 23/12/2017

2. RESPONSABLE ..... TERESA OMISTE SANVICENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENO GRIÑO CARMEN
CARMONA ESCRIBANO VALLE
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
LAHOZ LASALA CLARA
CALVO BEGUERIA EVA MARIA
GARCIA MAGALLON BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de la bibliografía actualizada sobre osteoporosis inducida por glucocorticoides (OIC). Comparación de las sugerencias realizadas por diferentes documentos de consenso para la OIC.
- Recogida de datos previa a la elaboración del protocolo mediante revisión de documentación clínica e historia clínica de los pacientes en tratamiento prolongado con corticoides. Se toma como referencia a pacientes con arteritis de células gigantes diagnosticados en el hospital San Jorge entre el año 2000 y 2012 que recibieron tratamiento corticoideo. Monitorización de fracturas osteoporóticas durante el tratamiento y los 6 meses posteriores al mismo. En los datos analizados un 8% presentaba osteoporosis y hasta un 14% presentó fractura durante el seguimiento. Menos del 20% recibió tratamiento para prevenir la pérdida de masa ósea.
- Elaboración de un protocolo de bolsillo con las recomendaciones más importantes.
- Difusión de dicho protocolo mediante sesiones clínicas algunos de los especialistas que más prescriben tratamientos prolongados con corticoides: Medicina Interna, Reumatología, Neurología y Neumología. Familiarizarse con las escalas de riesgo de osteoporosis como el FRAX o escalas de riesgo de caídas, especialmente en el paciente anciano.
- Monitorización del cumplimiento del protocolo y de la aparición de fracturas osteoporóticas en los pacientes a los que prescribimos glucocorticodes, tomando de nuevo como referencia los pacientes con arteritis de células gigantes. Por el momento se valora muy positivamente el cumplimiento del protocolo. Debido a que son tratamientos prolongados, en los próximos meses se analizará el porcentaje de fracturas osteoporóticas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Concienciar a los especialistas de nuestro hospital que utilizan glucocorticoides durante más de tres meses en el tratamiento de sus patologías de la importancia de la osteoporosis inducida por los mismos y el riesgo de fractura: Conseguido.
2. Elaboración de un protocolo de manejo sencillo de la OIC y difusión: Conseguido.
3. Disminuir la prevalencia de la osteoporosis secundaria a través de mejorar el manejo de los fármacos por los especialistas que tratan adultos con terapias prolongadas con glucocorticoides y en definitiva disminuir las fracturas en esos enfermos: En proceso. Monitorizado el cumplimiento del protocolo, en espera de poder evaluar el impacto sobre el porcentaje de fracturas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El uso de corticoides en tratamientos prolongados es frecuente pero la valoración y prevención de la OIC es baja. Las fracturas suponen una consecuencia grave con deterioro funcional y aumento de mortalidad en nuestros pacientes. Al iniciarse un tratamiento con corticoides debe tenerse en cuenta, cuánto tiempo y a que dosis, aproximadamente, se va a mantener el tratamiento con esteroides orales así como el estado clínico del paciente. En todos los casos, es aconsejable la indicación de medidas generales, y en casos de riesgo moderado o alto añadir medidas farmacológicas.

7. OBSERVACIONES.
Hasta el momento no se ha podido valorar el impacto sobre la reducción de fracturas tras de la realización del protocolo ya que como decíamos los pacientes valorados en el periodo de realización del proyecto continúan en su mayoría con tratamiento corticoideo por lo que deberán evaluarse más adelante.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/411 ========== ***

Nº de registro: 0411

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0411

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES (OIC)

Autores:
OMISTE SANVICENTE TERESA, PEREZ LORENZ JUAN BLAS, JIMENO GRIÑO CARMEN, CARMONA ESCRIBANO VALLE, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, LAHOZ LASALA CLARA, CALVO BEGUERIA EVA MARIA, GARCIA MAGALLON BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Prevención/Detección precoz

PROBLEMA
El amplio uso de los corticoides ha hecho que la osteoporosis inducida por glucocorticoides (OIC) sea la principal causa de osteoporosis asociada a fármacos; por lo que constituye, un problema sanitario de gran magnitud. Los corticoides son una medicación de uso frecuente tanto en Atención primaria como durante la hospitalización; sin embargo, menos del 7 al 14% de los enfermos, según las series publicadas, reciben algún tipo de tratamiento para evitar la pérdida de masa ósea. Es fundamental el reconocimiento de este problema y la actuación precoz debido a las consecuencias deletéreas de los glucocorticoides sobre el hueso.
La prevención de la osteoporosis inducida por glucocorticoides resulta coste-efectiva especialmente porque el tratamiento puede limitarse al período de exposición a los corticoides, cuando el riesgo de fractura es mayor y la fractura puede suceder muy pronto.
El objetivo es elaborar un documento basado en la evidencia para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteoporosis inducida por glucocorticoides en adultos, evitando a largo plazo la principal complicación: las fracturas.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la prevalencia de la osteoporosis secundaria a través de mejorar el manejo de los fármacos por los especialistas que tratan adultos con terapias prolongadas con glucocorticoides y en definitiva disminuir las fracturas en esos enfermos.

MÉTODO
-Revisión de la literatura y elaboración del protocolo. Nos basaremos fundamentalmente en la última guía de la SEIOMM (Sociedad Española de Investigación ósea y metabolismo mineral) y Clinician´s Guide to prevention and treatment of Osteoporosis entre otras actualizaciones relacionadas con el tema.
-Difusión de dicho protocolo mediante sesiones clínicas entre los especialistas que más prescriben tratamientos prolongados con corticoides : Medicina Interna, Reumatología, Neurología, Neumología y Oftalmología, Dermatología y Medicina de familia.

INDICADORES
- Realización de protocolo escrito y resumen de bolsillo para difusión entre los diferentes especialistas implicados.
- Recogida de datos para comprobar su cumplimiento mediante revisión de documentación clínica e historia clínica electrónica de los pacientes en tratamiento prolongado con corticoides. Monitorización de fracturas osteoporóticas durante el tratamiento y los 6 meses posteriores al mismo.

DURACIÓN
Enero 2016 elaboración del protocolo
Febrero 2016 difusión del mismo mediante sesiones clínicas
Junio 2016 recogida de datos para comprobar su cumplimiento

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA AUXILIADORA MARTINEZ PANZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entrega de la Guía de Práctica Clínica sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos a los miembros del equipo para su lectura y estudio
Estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP
Reunión de los miembros del equipo donde
- se revisan los puntos de la guía de práctica clínica
-se presentan los resultados de los controles previos a la implementación del proyecto
-se procede a la elaboración de un listado de medicamentos de uso habitual que puedan ser causantes de flebitis química.
-se revisa la presentación protocolo de manejo de catéter venoso central no permanente
- se planifica la realización de formación tanto al personal médico como de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como es un proyecto en elaboración no ha sido posible la medición de los los resultados a través de los indicadores seleccionados:
- Existencia de la Guía de Practica Clínica y accesibilidad de la misma en la unidad
Porcentaje de paciente con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico
Media del numero de vías periféricas por paciente durante el episodio por servido médico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras el estudio de la Guía Clínica el equipo detecta la necesidad de realizar una valoración adecuada respecto a la elección del tipo de vía venosa según tratamiento, duración de la terapia y características del paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/704 ========== ***

Nº de registro: 0704

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, NAVARRO PEREZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

PROBLEMA
En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados “a pie de cama” en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

RESULTADOS ESPERADOS
• Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
• Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
• Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

MÉTODO
Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.
Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta.
Seguimiento de los indicadores.

INDICADORES
Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.
Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.
Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)
Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

DURACIÓN
Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.
Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.
Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.
Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 19/04/2018

2. RESPONSABLE ..... CLARA NAVARRO PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGLERA BAILO LORENA
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
BESCOS LACAMBRA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Entrega de la guía de práctica clínica sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos a los miembros del equipo para su lectura y estudio
-Estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación de fleibitis 2ª a CVP
-Reunión de los miembros del equipo donde:
-se revisan los puntos de la guía de práctica clínica
-se presentan los resultados de los controles previos a la la implementación del proyecto
-se procede a la elaboración de un listado de medicamentos de uso habitual que puedan ser causantes de flebitis química
-se revisa la presentación de protocolo de manejo de catéter venoso central no permanente
-se planifica la realización de formación tanto al personal médico como de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como es un proyecto en elaboración, no ha sido posible la medición de los resultados a través de los indicadores seleccionados:
-Existencia de la guía de práctica clínica y accesibilidad de la misma en la unidad
-Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
-Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico
-Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras el estudio de la guía clínica el equipo detecta la necesidad de realizar una valoración adecuada respecto a la elección del tipo de vía venosa según tratamiento, duración de la terapia y características del paciente

7. OBSERVACIONES.
La memoria de seguimiento estaba entregada, pero como hay cambios respecto al responsable y componentes del equipo volvemos a enviarla.
El calendario previsto para 2018/2019 sería:
-Abril- mayo 2018: revisión por el equipo de mejora de los protocolos actuales y modificarlos en base a la guía de práctica clínica y conocer el listado de medicamentos más irritantes por vía EV
-Octubre-Noviembre 2018: presentación de las recomendaciones a los profesionales de las unidades sobre los medicamentos irritantes y recomendaciones de la guía de la práctica clínica (formación) e implementación del proyecto
-Enero 2019: evaluación de indicadores

*** ========== Resumen del proyecto 2016/704 ========== ***

Nº de registro: 0704

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, NAVARRO PEREZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados “a pie de cama” en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

RESULTADOS ESPERADOS
• Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
• Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
• Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

MÉTODO
Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.
Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta.
Seguimiento de los indicadores.

INDICADORES
Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.
Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.
Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)
Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

DURACIÓN
Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.
Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.
Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.
Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 3 Bastante

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PELAY CACHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR
CALVO BEGUERIA EVA MARIA
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
OMISTE SANVICENTE TERESA
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO
CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han valorado 87 pacientes con patología autoinmune de la consulta de Medicina Interna - Enfermedades Autoinmunes del Hospital San Jorge de Huesca atendidos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018.
Se confeccionó previamente una ficha que recoge: diagnóstico de la enfermedad autoinmune, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, actividad física, datos antropométricos (perímetro de cintura e IMC), datos bioquímicos (perfil lipídico, glucémico, función renal y cociente albúmina/creatinina en orina) y cifras de tensión arterial.
En cada enfermo se ha valorado la presencia o no de Síndrome Metabólico según los criterios del National Colesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (ATP III) y se ha estratificado el riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 87 enfermos valorados en consulta se ha estimado el RCV y la presencia de síndrome metabólico en 86. La edad media ha sido 61,44 años, 66 eran mujeres y 20 hombres. Tenían antecedentes familiares de ECV precoz el 20,93%.
- Fumadores: 25,58%.
- Hábito enólico actual 2,32%.
- Sedentarismo: 34,88%.
- Sobrepeso: 34,88% y obesidad: 27,90%.
- CLDL >115 mg/dl, 44,18% CLDL >130 mg/dl 32,25%. CHDL < de 40 mg/dl en varones y de 50 mg/dl en mujeres: 25,58%. Triglicéridos >150 mg/dl: 13,9%.
- Glucemia >100 mg/dl: 37,20%.
- Presión arterial elevada >de 130/85: 55,81%.

Indicadores:
1- "Número de enfermos con enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes a los que se realiza estudio de FRCV (estándar: 80%)". N=86 de 87 (98,85%).
2- "Número de pacientes con EAS atendidos en consultas de enfermedades Autoinmunes en los que se calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%)." N= 86 de 87 (98,85%).
3- "Porcentaje de pacientes con EAS que presenta síndrome metabólico". 32,55% con síndrome metabólico según los criterios ATP III.

4- "Comparación en porcentaje de RCV (bajo/moderado/alto/muy alto) en cada uno de los subgrupos de EAS." Los pacientes valorados en consultas:
o 27,9% tenían Lupus Eritematoso Sistémico, de ellos el 16,67% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 33,33% riesgo moderado y el 9,09% riesgo alto.
o 20,93% tenían Vasculitis, de ellos el 44,44% presentaban Síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 22,22% tenían riesgo bajo, el 66,66% riesgo moderado y el 11,11% riesgo alto.
o 9,30% tenían Síndrome Antifosfolípido, de ellos el 25% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 25% riesgo moderado y el 25% riesgo alto.
o 9,30% tenían Síndrome Sjögren, de ellos el 25% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 75% tenían riesgo bajo y el 25% riesgo moderado.
o 4,65% tenían Esclerodermia, ninguno presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo y el 50% riesgo moderado.
o 4,65% tenían Miopatías Inflamatorias, ninguno presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo y el 50% riesgo moderado.
o 23,25% tenían otras Enfermedades Autoinmunes (Sarcoidosis, glomerulonefritis..) de ellos el 70% presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 30% riesgo moderado, el 10% riesgo alto y el 10% riesgo muy alto.

5- "Número de pacientes en los que se modifica el tratamiento farmacológico y/o estilo de vida.". Una vez valorados los FRCV, el RCV y el síndrome metabólico se recomienda medidas higiénico-dietéticas a 52 pacientes y cambios en el tratamiento farmacológico de los FRCV a 20 enfermos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas tienen mayor riesgo de tener enfermedades cardiovasculares; esto se debe tanto al desarrollo de arteriosclerosis precoz y acelerada como a la elevada comorbilidad y prevalencia de factores de riesgo cardiovascular así como a la propia inflamación crónica. También el tratamiento con corticoides, inmunosupresores o AINE, fármacos muy utilizados para el control de estas enfermedades, puede provocar elevación de la glucemia y/o presión arterial o empeorar una hipertensión arterial ya existente.
En este grupo de pacientes observamos una alta prevalencia de FRCV, especialmente sobrepeso, hipertensión, tabaquismo y dislipemia; también se aprecia una elevada prevalencia de síndrome metabólico. Todo ello implica un aumento del RCV global, ya de por sí alto en los enfermos con enfermedades Autoinmunes Sistémicas.
Tras calcular el RCV mediante SCORE ha sido preciso recomendar medidas higiénico dietéticas a un 60,46% de los enfermos y modificar el tratamiento farmacológico previo de sus FRV a un 23,25%. Estos datos nos deben hacer reflexionar acerca de la importancia de incluir en nuestra práctica clínica habitual la valoración de los FRCV y la estimación del RCV mediante las escalas existentes, para tratar de mejorar el RCV en estos enfermos y disminuir su morbimortalidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/174 ========== ***

Nº de registro: 0174

Título
ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Autores:
PELAY CACHO RAQUEL, GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, CALVO BEGUERIA EVA MARIA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, OMISTE SANVICENTE TERESA, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO, CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) tienen mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares (ECV). Esto se debe tanto al desarrollo de arteriosclerosis precoz y acelerada como a la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y a la propia inflamación crónica. También el tratamiento con corticoides, inmunosupresores o AINES, fármacos muy utilizados para el control de esta enfermedades, puede provocar elevación de presion arterial (PA) o empeorar una HTA esencial ya existente.
Las enfermedades más analizadas a este respecto en estudios epidemiológicos han sido el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis reumatoide (AR). Los pacientes con LES tienen mayor riesgo que la población general de presentar infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrales vasculares y mortalidad por ECV. Los FRCV tradicionales que se asocian con un mayor riesgo de ECV en estos pacientes son HTA, edad avanzada, dislipemia, tabaquismo, sexo masculino y elevación de proteina C reactiva (PCR). También se postulan como factores predictores de ECV una mayor actividad de la enfermedad y la utilización de azatioprina y corticoides.
Por otro lado la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con LES alcanza un 38% en estudios epidemiológicos internacionales.
Por ello el control de los FRCV en los pacientes afectos de EAS se considera fundamental para tratar de mejorar su RCV y debe ser una práctica habitual en su manejo.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

1. Estudiar los FRCV en los pacientes atendidos en las consultas de Enfermedades Autoinmunes del Hospital San Jorge de Huesca, así como estratificar su RCV mediante SCORE.
2. Determinar el porcentaje de enfermos con EAS que presentan síndrome metabólico.
3. Analizar los distintos FRCV y el RCV global en cada una de las EAS valoradas en consultas (LES, síndrome antifosfolípido, esclerodermia, Sjogren, miopatías inflamatorias y vasculitis).
4. Tratar de optimizar el tratamiento de dichos FRCV tanto con medidas higiénico dietéticas como farmacológicas.

MÉTODO
Se realizará una evaluación de los pacientes con EAS de forma ambulatoria que incluirá:
- Historia clínica: incluyendo antecedentes familiares de primer grado de ECV precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, estilo de vida y tratamientos.
- Exploración física: medida de PA según el consenso de la ESH/ESC; parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro de cintura)
- Análisis sanguíneo: bioquímica que incluya función renal, filtrado glomerular (FG), ionograma, ácido úrico, glucosa basal (y HbA1C en su caso), perfil lipídico (colesterol total, fracciones HDL y LDL, triglicéridos).
- Análisis de orina: albuminuria
Se calculará el RCV mediante escala SCORE. Se excluirán de dicho cálculo los pacientes con ECV establecida.
En función del perfil de riesgo de cada paciente se indicarán las medidas terapéuticas o profilácticas que se estimen oportunas de cara a reducir el RCV.

INDICADORES
- Número de enfermos con EAS atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes a los que se realiza estudio de FRCV (estándar: 80%)
- Número de pacientes con EAS atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes en los que se calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%)
- Porcentaje de pacientes con EAS que presenta síndrome metabólico.
- Comparación en porcentaje de RCV (bajo/moderado/alto/muy alto) en cada uno de los subgrupos de EAS.
- Número de pacientes en los que se modifica el tratamiento farmacológico y/o estilo de vida.

DURACIÓN
Se trata de un estudio prospectivo que se llevará a cabo en la consulta de Enfermedades Autoinmunes durante el segundo semestre del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OMISTE SANVICENTE TERESA
PELAY CACHO RAQUEL
JIMENO GRIÑO CARMEN
EGIDO MURCIANO MIGUEL
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
PEREZ LORENZ JUAN BLAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha calculado el riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE de los enfermos infectados por VIH atendidos en Consulta de Infecciosos de Hospital San Jorge de Huesca (n=160). Se han seleccionado los menores de 45 años con RCV bajo (n=25). Hemos confeccionado una ficha que recoge: antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, datos antropométricos y bioquímicos (perfil lipídico, glucémico, función renal). Tras contacto telefónico hemos conseguido valorar a 18 pacientes. A cada uno de ellos se les ha colocado un aparato de monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) de 24 horas para valorar el comportamiento de la presión a lo largo del día y la noche, además de cumplimentar la ficha. Los 7 pacientes restantes no han podido ser valorados por cambio de vivienda, imposibilidad de venir al hospital por comorbilidad o no acudir a la cita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Edad media de la muestra: 42,2 años; 12 hombres y 6 mujeres. Antecedentes familiares ECV precoz: 11,11%. Fumadores: 77,77%. Hábito enólico: 44,44%. Sedentarismo: 66,66%. Sobrepeso: 66,66% y obesidad: 11,11%. cLDL >115 mg/dl: 66,66% (44,44% cLDL >130 mg/dl). cHDL bajo (menor de 40 mg/dl en varones y de 48 mg/dl en mujeres): 33,33%. Triglicéridos >150 mg/dl: 55,55%. Glucemia >100 mg/dl: 22,22%. Presión elevada en MAPA 22,22% de los sujetos.
Indicadores:
• "Número de pacientes VIH atendidos en Consulta de Infecciosos a los que se les calcula el RCV mediante SCORE" (Estándar 80%). N= 160 de 174 (91,9%)
• "Número de enfermos VIH con RCV leve a los que se realiza MAPA" (Estándar 80%). N= 18 de 25 (72%). Encontramos dificultades en cumplir el estándar al ser una población con un considerable porcentaje de baja adherencia, siendo frecuente la falta de asistencia a las visitas programadas.
• "Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón patológico de presión arterial". 66,6% (44,44% patrón dipper extreme, 11,1% patrón riser y 11,11% patrón no dipper). El 33,3% de los pacientes tienen patrón dipper (normal).
Hemos reevaluado exhaustivamente a los sujetos con patrón desfavorable o anormal de presión arterial en MAPA, insistiendo en el control del resto de FRCV.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En esta muestra observamos una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, especialmente sobrepeso, tabaquismo y dislipemia, lo que sin duda va a repercutir en el riesgo global, ya aumentado en pacientes VIH. Existe también una elevada prevalencia (66,6%) de patrón anormal de presión arterial en MAPA (no dipper, dipper extreme y riser), lo que también implica un aumento del riesgo, conllevando la necesidad de intensificar las medidas de prevención cardiovascular.
El estudio con MAPA en estos pacientes jóvenes con riesgo cardiovascular bajo podría ser útil para mejorar su estratificación al detectar patrones desfavorables de presión arterial. La detección de dichos patrones debería conllevar una intensificación en las medidas higiénico- dietéticas y en el control del resto de FRCV.

7. OBSERVACIONES.
Durante el desarrollo de este proyecto ha sido de destacar la dificultad para poder valorar a estos sujetos, especialmente por su poca disponibilidad para acudir al hospital y la falta de asistencia a las visitas programadas.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/424 ========== ***

Nº de registro: 0424

Título
DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGO CARDIOVASCULAR LEVE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

Autores:
GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, OMISTE SANVICENTE TERESA, PELAY CACHO RAQUEL, JIMENO GRIÑO CARMEN, EGIDO MURCIANO MIGUEL, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, PEREZ LORENZ JUAN BLAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
Los pacientes con infección por el VIH tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) que la población general y los eventos cardiovasculares con frecuencia se presentan en edades más tempranas. La identificación de los pacientes con elevado RCV es esencial para la adopción de medidas preventivas y debería formar parte de la evaluación clínica habitual de los sujetos infectados por el VIH. Las estrategias para disminuir el RCV incluyen el control de la replicación del virus y la identificación y control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales FRCV, generando gran impacto sobre la mortalidad cardiovascular.
La medida de presión arterial (PA) mediante MAPA es un predictor más sensible del riesgo de eventos cardiovasculares que la medida de PA en consulta. Los patrones de descenso de PA en MAPA más relacionados con eventos cardiovasculares son el patrón non dipper y el extreme dipper. Por ello la MAPA es especialmente útil cuando existe una discordancia entre la PA en consulta y ambulatoria, de cara a evaluar su comportamiento a lo largo del día y su variabilidad. Existen datos procedentes de la literatura que encuentran una elevada prevalencia de patrón non dipper entre los sujetos infectados por VIH.
El estudio con MAPA en los pacientes jóvenes infectados por VIH con RCV leve podría mejorar su estratificación, detectando patrones de PA que impliquen un mayor riesgo. Esto ayudaría a intensificar las medidas profilácticas y terapéuticas pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS
-Estratificar el RCV de los enfermos VIH atendidos en la Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge de Huesca
-Valorar la realización de MAPA en los pacientes VIH menores de 40 años con RCV leve
-Identificar a los sujetos con patrón de MAPA que implique un mayor RCV para poder optimizar su prevención y tratamiento
-Mejorar el diagnóstico de HTA en los enfermos VIH: HTA enmascarada, fenómeno de bata blanca, HTA lábil

MÉTODO
Se realizará una evaluación de los pacientes VIH atendidos en la Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge de Huesca que incluirá:
-Historia clínica: antecedentes familiares de primer grado con ECV precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, estilo de vida y tratamientos.
-Exploración física incluyendo medida de PA según consenso de ESH/ESC (Sociedad Europea de Hipertensión/ Sociedad Europea de Cardiología), parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro de cintura).
-Análisis sanguíneo; bioquímica que incluya función renal, filtrado glomerular (FG), ionograma, ácido úrico, glucosa basal (y HbA1C en su caso), perfil lipídico (colesterol total, fracciones HDL y LDL, triglicéridos).
-Cálculo del RCV mediante escala SCORE a todos los pacientes de la Consulta de Infecciosos. Se excluirán de dicho cálculo los sujetos con ECV establecida.
-Estudio de MAPA a los sujetos menores de 45 años con RCV leve.
Se revisará a los pacientes en consulta ambulatoria.

INDICADORES
-Número de pacientes VIH atendidos en Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge a los que se les calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%).
-Número de enfermos VIH con RCV leve calculado mediante SCORE a los que se les realiza MAPA (estándar 80%).
-Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón non dipper.
-Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón extreme dipper.

DURACIÓN
Se trata de un estudio prospectivo que se llevará a cabo en la Consulta de Infecciosos durante el segundo semestre de 2018 y primer semestre de 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

```
OBSERVACIONES


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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO MALLEN DIAZ DE TERAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO BEGUERIA EVA MARIA
MARQUINA MARTINEZ DIANA
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL
INGLES ZAMORA CRISTIAN
CARMONA ESCRIBANO MARIA DEL VALLE
JIMENO GRIÑO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de un protocolo para el manejo de la TVP y TVS en los enfermos atendidos en Urgencias del Hospital San Jorge y Hospital de Jaca, con 5 reuniones entre los componentes del programa, pertenecientes a los Servicios de Radiología, Hematología, Cirugía vascular, Urgencias y Medicina Interna. Tras unificación del coordinador de Urgencias del HSJ y Hospital de Jaca, se extiende el programa al Hospital de Jaca. Se han realizado 2 sesiones de divulgación del programa.
-Procedimiento para la Gestión de citas de Eco-Doppler venosa para la detección de Trombosis venosa profunda (Servicio de Admisión y Documentación clínica / Proceso de Gestión de citas en consultas externas), de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias y que entren en el protocolo de TVP para tratamiento ambulatorio, con citación preferente en Servicio de Radiología para realización de Eco-Doppler venoso y consulta específica de Medicina Interna (agenda MITROM, consulta 15)
- Se ha creado agenda en Radiología con hueco a las 11h, para realizar Eco-Doppler venosa a los pacientes incluidos en el programa, los lunes, martes, jueves y viernes.
- Se ha creado nueva agenda específica (MITROM) en Consulta de Medicina Interna, que se atiende en la consulta nº 15 los lunes y los jueves a partir de las 13h, para nuevos diagnósticos y revisiones, con realización de historia clínica completa, exploración física, valoración de TVP provocada o no provocada
- Derivación desde consulta de M. Interna, al Servicio de Hematología para inicio y control de tratamiento anticoagulante oral tras tratamiento con HBPM previo.
-Derivación desde consulta de M. Interna al Servicio de Hematología tras finalización del tratamiento, de los pacientes con criterios para la realización de estudio de Trombofilia
-Derivación desde consulta de M. Interna a Cirugía vascular de los pacientes con síndrome post-flebítico o con TVS, para valoración
- Despistaje en consulta de M. Interna, de neoplasia oculta en pacientes con TVP no provocada que cumplan los criterios para dicho estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras una fase inicial, hasta la realización del protocolo de derivación y asignación de consulta de Medicina Interna con agenda específica (MITROM), se inició la implantación del protocolo el 1 de Octubre.
Del 1 de Octubre de 2018 al 18-2-2019 se han atendido dentro del programa a 35 pacientes con sospecha de TVP, que cumplían los criterios para el manejo ambulatorio, todos ellos con informe de Urgencias en el que se indicaba el diagnóstico e inicio del tratamiento con HBPM.
Los 35 pacientes cumplían todos los ítems de indicación de tratamiento domiciliario de TVP en check list.
No fue preciso en ninguno de los casos la realización de nuevos análisis de control previo a la consulta de M. Interna (MITROM)
En la totalidad de los casos se realizó el estudio de Eco-Doppler antes de 72 h desde el diagnóstico de TVP en Urgencias.
Todos los enfermos fueron citados en Consulta de M. Interna (MITROM) el lunes o jueves siguiente a la realización de Eco-Doppler venoso, intentando juntar las dos citas el mismo día siempre que ha sido posible, en especial en los que residían fuera de la ciudad de Huesca
Ningún paciente fue excluido del programa de tratamiento ambulatorio por negativa del mismo al tratamiento domiciliario.
Durante el mismo periodo de tiempo, se han atendido 10 segundas consultas para revisiones, resultados de pruebas realizadas o suspensión de tratamiento una vez finalizado el tiempo de la indicación de terapia anticoagulante.
En 2 de los pacientes se suspendió en la primera visita en M Interna, la anticoagulación con HBPM, al no confirmarse con Eco-Doppler la clínica de TVP
El número de pacientes que han sido ingresados de Octubre a Diciembre (solo está codificado hasta Diciembre) por no cumplir los criterios del protocolo han sido de 3 en Medicina Interna por TEP asociado y 2 en Cirugía vascular por isquemia crónica y aneurisma .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La dificultad del proyecto podría estar en la instauración del mismo, al estar implicados diferentes Servicios (Cirugía Vascular, Hematología, Radiología, Urgencias, Medicina Interna y Servicios administrativos), consecuencia de lo cual ha sido el retraso de la implantación hasta el mes de Octubre. Uno de los problemas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

ha sido conseguir una consulta específica (nº15) durante 2 días a la semana (Lunes y Jueves a las 13h).
También hubo una inicial reticencia en alguno de los médicos de Urgencias a la instauración del programa ya que era una patología que siempre había ingresado en Cirugía Vascular.
Posteriormente tras divulgación del Programa y viendo que el realizar tratamiento ambulatorio es la manera mayoritaria en el resto de Hospitales, ha sido asumido por completo.
Teniendo en cuenta que siguiendo la actuación previa a la instauración del Programa, estos pacientes ingresaban en el Servicio de Cirugía vascular una media entre 24 y 72h (según si el ingreso era el fin de semana), entendemos que la actuación del programa es coste-efectiva. Más aún cuando dicha Unidad en el Hospital San Jorge ha estado en los últimos años con plazas de facultativos sin cubrir, ante la escasez de especialistas y con gran carga asistencial.
Dados los resultados, entendemos que este proyecto aporta una mejora en la calidad de la atención al paciente, que puede realizar tratamiento domiciliario. Además tiene un coste económico bajo, y aún es más rentable teniendo en cuenta los costes de los ingresos no realizados.
Otro punto a favor del programa es que la participación del internista le aporta un plus en el diagnóstico de las neoplasias ocultas asociadas a TVP.
El tener la consulta desubicada, sin personal de enfermería asignado, y en alguna ocasión dicha consulta ha estado ocupada en el horario asignado por Neurología o por Medicina Preventiva, es otro inconveniente encontrado.
Ante el desarrollo de la Medicina Interna en nuestro Hospital y crecimiento de las áreas en que estamos implicados, el tener una sola consulta (nº29) resulta totalmente insuficiente; dotar al Servicio de una segunda consulta contigua, que podría ser atendida a la vez por el mismo personal de enfermería solucionaría la situación, que reiteradamente se ha solicitado.
El Programa de mejora de la calidad para la atención integral durante el proceso desde consultas externas al paciente con TVP y TVS, evitando ingreso hospitalario está instaurado desde el 1 de Octubre 2019 y entendemos que dados sus resultados debe tener continuidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/579 ========== ***

Nº de registro: 0579

Título
MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Autores:
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO, CALVO BEGUERIA EVA MARIA, MARQUINA MARTINEZ DIANA, LACALLE AICUA LAURA, PEREZ CLAVIJO GRETEHEL, INGLES ZAMORA CRISTIAN, CARMONA ESCRIBANO MARIA DEL VALLE, GIMENO GRIÑO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), que incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) es un problema de salud pública importante.Según los datos del Registro informatizado RIETE, en España la incidencia anual de ETEV es de 0.16 por 1000 personas.
Los resultados de ensayos clínicos en los que se compara el tratamiento ambulatorio con HBPM con el tratamiento hospitalario con heparina no fraccionada intravenosa en la fase aguda de la TVP aislada demuestran incidencias similares de hemorragia y recidiva tromboembólica. Evitando al paciente la morbimortalidad y riesgo de infecciones qué conlleva el ingreso hospitalario.
Por otro lado, el TEP es unaenfermedad potencialmente grave, siendo responsable de un 4-10% de todos los fallecimientos hospitalarios. Es por ello, muy importante realizar protocolos consensuados para la correcta sospecha de ETEV en urgencias qué garanticen el diagnóstico y tratamiento adecuado delos pacientes con sospecha de ETEV a fin de evitar morbimortalidad y asegurar el correcto seguimiento de estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

RESULTADOS ESPERADOS
? Realizar un protocolo de derivación a consultas externas de pacientes con ETEV, excluyendo a los pacientes de alto riesgo que requieran ingreso.
? Difusión de dicho protocolo entre los servicios implicados
? Realizar protocolos de seguimiento ambulatorio coordinados desde Medicina Interna que incluyan valoración por los servicios de Cirugía Vascular y Hematología. Que deriven en lo posible en un diagnóstico etiológico.

MÉTODO
Se aplicará a todos los enfermos atendidos y diagnosticados de TVP en el servicio de Urgencias del Hospital San Jorge. Incluirá
-Historia clínica completa incluyendo: antecedentes personales (sexo, edad, tabaquismo) y familiares de TVP, posibles causas precipitantes del proceso (inmovilizaciones, cirugía reciente, hospitalización previa, fracturas, tratamiento hormonal, embarazo, puerperio, proceso neoplásico activo, enfermedades autoinmunes...) exploración física completa (IMC).
-Analítica: bioquímica (Incluido función renal con filtrado glomerular (FG) / y función hepática (GOT, GPT, LDH), hemograma, coagulación, INR, TTPA, D dímero.Valorar gasometría arterial si saturación <95 %.
-ECG. RX tórax. Eco Doppler venosa (si fuera posible). -AngioTAC si sospecha tras valoración completa de embolia pulmonar asociada o TEP
Se deberá aplicar la probabilidad clínica pre-test ante cualquier sospecha de ETEV con el índice Wells para TVP; https://samiuc.es.calculadores-medicos.
-Valoración en Consultas Externas de los pacientes identificados según el protocolo a desarrollar
- Se iniciará tratamiento anticoagulante en el S. Urgencias. Según protocolo.

INDICADORES
? Realización del Protocolo
? Número de enfermos atendidos en el S de Urgencias con sospecha de TVP a los cuales se les haya derivado a consultas externas por cumplir los criterios de inclusión.
? Número de pacientes qué han precisado ingreso por no cumplir los criterios de inclusión y/o cumplir criterios de exclusión

DURACIÓN
Se iniciaran las reuniones en Mayo de 2018, evaluándose en el primer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0194

1. TÍTULO

MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ..... OIHANA ARRAZOLA ALBERDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES CATALAN YOLANDA
CALDERON MEZA JOSE MANUEL
SALVATIERRA DOMPER SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Septiembre del año 2016, se solicito al servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca y al laboratorio de Jaca, información sobre pacientes con resultados positivos a GMR (número de historia clínica, germen con resultado positivo y resistencia y fecha del resultado) del periodo comprendido de Septiembre del año 2015 a Septiembre del año2016. Con esta información se elaboro una base de datos para realizar las búsquedas a partir del número de historia o de los apellidos y los nombres de los pacientes que habían ingresado en el hospital.
Para dar una continuidad a dicha base de datos, acordamos con el servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca, que todos los lunes, nos enviarían un Excel con los datos, de todos los resultados positivos a GMR que habían obtenido la semana anterior, para posteriormente revisar dichos resultados, compararlos con la base de datos elaborada y poder realizar las modificaciones oportunas.
El listado con todos los pacientes que ingresan en el hospital, lo obtuvimos a partir del programa HIS.
En octubre se puso en marcha el proyecto, y empezamos a revisar diariamente, si alguno de los pacientes que había ingresado en el hospital tenía algún cultivo positivo a algún GMR y precisaba precauciones de contacto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:
Pacientes que ingresaron con sospecha de colonización o infección de GMR con precauciones/ Nº de pacientes que ingresaron con sospecha de colonización o infección de GMR = 37/108=0,34
Media de días que un paciente está ingresado sin precauciones = 1 día
El método de obtención de dichos datos fue mediante el registro en una base datos de las siguientes variables: declaración del GMR (base de datos o urgencias), fecha de ingreso y fecha de aislamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dicho proyecto de mejora sigue siendo utilizado actualmente en el Hospital San Jorge y se ha puesto en marcha en el Hospital de Jaca. Además, dicha base de datos ha sido de gran utilidad para conocer que pacientes con sospecha de presentar un GMR va a ser intervenido quirúrgicamente y adoptar las medidas oportunas en dicho bloque quirúrgico para evitar la diseminación de dichos gérmenes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/194 ========== ***

Nº de registro: 0194

Título
MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA, GARCES CATALAN YOLANDA, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, TORRES SOPENA LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0194

1. TÍTULO

MEJORAR EL SISTEMA DE CAPTACION DE PACIENTES QUE INGRESAN CON GERMENES MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Algunos pacientes atendidos en el hospital son especialmente vulnerables a ser colonizados o infectados por gérmenes multirresistentes (GMR). La resistencia antibiótica es un factor que repercute en la evolución del paciente y en el consumo de recursos dentro de las unidades planteando actualmente un problema de Salud Pública por la morbilidad y mortalidad que ocasionan pero también por el coste económico y social que suponen.
En la aparición y difusión de resistencia a antibióticos confluyen dos factores fundamentales: las medidas de control de colonización/infección y la presión selectiva de los antimicrobianos.
Para poder limitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados, es fundamental identificar precozmente a los pacientes colonizados y/o infectados por GMR que ingresan en nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivos nos planteamos:
1.- Crear un entorno seguro para todos los pacientes.
2.- Evitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados.

MÉTODO
- Elaborar una base de datos con todas las personas a los que se les ha aislado un GMR en alguno de los cultivos obtenidos en el servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca.
- Obtener un registro diario de todos los pacientes que han sido hospitalizados en el hospital.
- Revisar diariamente si alguno de los pacientes que ha ingresado en el hospital tiene algún cultivo positivo a algún GMR y precisa precauciones de contacto.

INDICADORES
- Pacientes que ingresan con sospecha de colonización o infección de GMR con precauciones/ Nº de pacientes que ingresan con sospecha de colonización o infección de GMR
- Media de días que un paciente esta ingresado sin precauciones.

DURACIÓN
- SEPTIEMBRE:
o Solicitar la base de datos de GMR al servicio de microbiología y parasitología del Hospital San Jorge de Huesca y formular junto a ellos estrategias para poder incluir en la base de datos los cultivos positivos a GMR que van obteniendo en su trabajo diario.
o Obtener información sobre la forma de cómo conseguir un listado con todos los pacientes que ingresan en el hospital el día anterior.
o Forma de tener acceso diario a ese listado.
- OCTUBRE: Puesta en marcha del proyecto de mejora
- MARZO: Análisis de los resultados y evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES
Pretendemos que se instauren lo antes posible, las precauciones necesarias para limitar la diseminación de GMR entre los pacientes hospitalizados.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0404

1. TÍTULO

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA SALVATIERRA DOMPER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEOS FERNANDEZ-ARROYO NURIA
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA
RODRIGUEZ ZAMORA MARIA JESUS
ARAZO RIVAS JANA
MORENO MEJIA ANA GRACIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EL 4/6/2018 COMENZÓ A APARECER LA ALERTA DE GERMEN MULTIRRESISTENTE EN EL PCH DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SAN JORGE DE HUESCA.
LA ALERTA CONSISTE EN UN ICONO QUE APARECE EN LA PANTALLA DEL PCH CUANDO SE REALIZA EL TRIAJE DEL PACIENTE. DICHA ALERTA INDICA QUE HA TENIDO UN GERMEN MULTIRRESISTENTE EN UN CULTIVO EN EL ÚLTIMO AÑO, CON LO QUE EL PROFESIONAL PONDRÁ EN MARCHA EL PROTOCOLO EXISTENTE EN NUESTROS CENTROS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DESDE EL 4/6/2018 HASTA EL 4/12/2018 ACUDIERON AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA 96 PACIENTES CON ANTECEDENTES DE GERMEN MULTIRRESISTENTES EN EL ULTIMO AÑO, DE LOS CUALES, A 90 DE ELLOS, SE LES APLICARON LAS PRECAUCIONES SEGÚN PROTOCOLO, YA DESDE SU ENTRADA AL SERVICIO DE URGENCIAS.
NOS MARCAMOS COMO OBJETIVO, QUE EL 90% DE ESOS PACIENTES CON ALERTA EN EL PCH SE LES APLICARAN LAS MEDIDAS ADECUADAS SEGÚN EL PROTOCOLO VIGENTE EN NUESTROS CENTROS.
CON LOS REGISTROS UTILIZADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA, DICHO OBJETIVO HA TENIDO UN CUMPLIMIENTO DEL 93.75%, QUE CONSIDERAMOS MUY SATISFACTORIO.
EN CUANTO AL HOSPITAL DE JACA, EL PORCENTAJE OBTENIDO ES DEL 100%, PERO EL PERIODO DE ESTUDIO ES INFERIOR A LOS 6 MESES (7/8/2018 AL 4/12/2018), YA QUE NUESTRA UNIDAD NO TUVO ACCESO AL PCH DE DICHO HOSPITAL PARA PODER REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN DIARIA HASTA ESA FECHA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CON LA INTRODUCCIÓN DEL ICONO DE GMR EN EL PCH DE NUESTROS HOSPITALES HEMOS CONSEGUIDO LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS PACIENTES LO QUE HA PERMITIDO QUE LOS PROFESIONALES APLIQUEN LAS PRECAUCIONES ADECUADAS TANTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS COMO EN EL TRASLADO DEL MISMO A CUALQUIER UNIDAD O SERVICIO CENTRAL, PARA EVITAR LAS TRANSMISIONES CRUZADAS, PROTEGIENDO AL RESTO DE PACIENTES.
SE HA CONSEGUIDO TAMBIÉN UNA MAYOR IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES A LA HORA DE TRATAR A DICHOS PACIENTES.
POR ÚLTIMO, NOS PARECERÍA INTERESANTE Y AYUDARÍA AL SERVICIO DE URGENCIAS, QUE LA ALERTA DEL PCH CONCRETARA EL TIPO DE GERMEN MULTIRRESISTENTE DEL QUE SE TRATA, CUANDO NO SEA SARM Y LA FECHA DEL ÚLTIMO RESULTADO POSITIVO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/404 ========== ***

Nº de registro: 0404

Título
ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

Autores:
SALVATIERRA DOMPER SUSANA, MATEOS FERNANDEZ-ARROYO NURIA, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS, ARAZO RIVAS JANA, MORENO MEJIA ANA GRACIELA, ARRAZOLA ALBERDI OIHANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0404

1. TÍTULO

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

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

PROBLEMA
ADQUIRIR UN GERMEN MULTIRRESISTENTE REPERCUTE EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE, EN LA MORBI-MORTALIDAD QUE OCASIONAN Y EN EL COSTE ECONÓMICO QUE ESTO SUPONE.
EN LA APARICIÓN Y DIFUSIÓN DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS INFLUYEN DOS FACTORES IMPORTANTES QUE SON: LAS MEDIDAS DE CONTROL DE COLONIZACIÓN/INFECCIÓN Y LA PRESIÓN SELECTIVA DE LOS ANTIMICROBIANOS. CON ESTE SISTEMA DE ALERTA PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE DICHOS PACIENTES.

RESULTADOS ESPERADOS
DETECTAR Y AISLAR A LOS PACIENTES PORTADORES DE GMR EN EL ÚLTIMO AÑO CONSIGUIENDO UN MAYOR CONTROL DE LOS MISMOS DE FORMA PRECOZ Y FACILITANDO EL TRABAJO AL RESTO DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

MÉTODO
CUANDO APAREZCA LA ALERTA, ÉSTA PUEDE APARECER COMO SARM U OTRO GMR Y ES ENTONCES CUANDO EL PROFESIONAL DEBE DE CONSENSUAR DICHA ALERTA CON EL PROTOCOLO DE GMR EXISTENTE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS.
SE ESTABLECERÁ UN CIRCUITO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS TRES SERVICIOS IMPLICADOS: SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, URGENCIAS Y LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA, SIENDO ÉSTA ÚLTIMA, LA ENCARGADA DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS.

INDICADORES
PORCENTAJE DE PACIENTES DETECTADOS CON ALERTA CON MEDIDAS ADECUADAS SEGÚN PROTOCOLO/ TOTAL DE PACIENTES CON ALERTA.
SE PRETENDE CONSEGUIR UN PORCENTAJE =90%

DURACIÓN
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS E INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS CORRECTORAS: 6 MESES

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL BETRAN ESCARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRES SOPENA LUIS
BELLIDO RUIZ ROSARIO
ARCOS GALEOTE ANGELA
ALOS CORONAS ELENA
MAIRAL CLAVER PILAR
LUIS GRACIA ANA
LAGLERA BAILO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
? El 15 de junio de 2018 se realiza reunión con Supervisoras y Coordinadoras de Enfermería del Hospital San Jorge y del Hospital Provincial para dar a conocer el Manual de Toma de Muestras; se invita a leerlo y plantear las dudas surgidas en la próxima reunión.
? El 28 de junio de 2018: se realiza reunión con Supervisoras de Enfermería para resolver dudas del Manual de Toma de Muestras.
? 21 noviembre 2018: reunión de Facultativos de Microbiología y Supervisoras de Enfermería del Hospital San Jorge y Hospital Provincial; se recogen por escrito las dudas/puntualizaciones sobre el Manual de Toma de Muestras. Desde el Servicio de Microbiología se plantea realizar un póster para colgar en Controles de Enfermería de las plantas de hospitalización donde figuren los contenedores, muestras y temperaturas de conservación de las principales muestras enviadas a Microbiología. Asimismo se presentan los datos de las incidencias relacionadas con la toma y envío de muestras de cada Servicio.
? Diciembre 2018-enero 2019: Recuento de las incidencias registradas en el Laboratorio sobre las muestras mal recogidas o transportadas recibidas en Microbiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
? Se medirán el número de consultas realizadas al Laboratorio de Microbiología respecto a la toma, conservación y transporte de las muestras una vez publicado el manual en la intranet del Sector (<2% del total de muestras).
6 consultas/ 22416 total muestras=0.02%
? Se medirán el número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras).
73 muestras inadecuadas/22416 =0.32%
? Se medirán el número de muestras mal transportadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras).
4 muestras mal transportadas/22416= 0.01%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad que desarrolla el Laboratorio de Microbiología está orientada esencialmente al diagnóstico microbiológico de las enfermedades infecciosas. Este diagnóstico depende de la calidad de la muestra clínica recibida en el Laboratorio; por ello las muestras mal recogidas, transportadas de forma inadecuada, o mal conservadas, pueden implicar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado y al alcance del personal sanitario en la Intranet del Sector es esencial para que la actividad del Laboratorio de Microbiología se desarrolle de forma eficaz, eficiente y con criterios de calidad.

Creemos que las reuniones mantenidas durante este año, así como el feed back recibido del personal sanitario encargado de realizar y enviar las muestras al Laboratorio, contribuirán a mejorar este Manual, permitiendo que sea un documento activo y sobre todo útil para conseguir un correcto diagnóstico microbiológico y un adecuado tratamiento antibiótico de cada paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/72 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

Nº de registro: 0072

Título
MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA, TORRES SOPENA LUIS, MAIRAL CLAVER PILAR, BELLIDO RUIZ ROSARIO, MATINELO BENITO LOURDES, NIETO CHUPS VIRGINIA, PEREZ SANCHEZ DIEGO, MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Todas la enfermedades sospecha infección
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Toda la información diagnóstica que el laboratorio de Microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida. Una toma mal realizada, mal transportada o conservada en condiciones inadecuadas, puede inducir a errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.
En el Laboratorio de Microbiología se reciben habitualmente consultas en relación con el tipo de muestra más adecuado, de como realizar la toma o el contenedor o medio de transporte a utilizar.
Tanto del personal médico como el de enfermería de Atención Primaria y Especializada han manifestado la necesidad de la existencia de un Manual que dé respuesta a estas preguntas y sirva para consulta en el caso que fuera necesario

RESULTADOS ESPERADOS
Con este Manual se espera cubrir las necesidades que han manifestado tener el personal clínico, y disminuir las muestras inadecuadas o mal transportadas, que en muchos casos son irrepetibles debido a los tratamientos recibidos o la imposibilidad de volver a obtener la muestra

MÉTODO
Para la Realización del Manual, la Responsable de Calidad realizará una guía que será revisada por el Responsable Técnico, así como el resto de los componentes del equipo de mejora.
Tras revisión se solicitará la aprobación por parte de la Dirección del Laboratorio y posteriormente por la Dirección del Hospital.
Se solicitará difundir en intranet del sector para que esté accesible tanto para Atención Primaria como Especializada
Una vez esté accesible en intranet, se comunicará a Dirección de Atención Primaria para que lo informe a los Coordinadores de los diferentes Centros, y a Atención Especializada por un correo electrónico a los Jefes de Servicio/Sección. La supervisora enviará un correo al resto de supervisoras del Hospital y junto con y el personal técnico lo comunicarán en una de las actividades formativas que mantienen de forma regular

INDICADORES
Indicadores:
Realización del Manual
Número de consultas realizadas respecto a toma o trasporte de muestras tras difusión del Manual en intranet < 2% del total de muestras
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras difusión del Manual <2% del total de muestras
Número de muestras mal trasportadas tras difusión del Manual <2% del total de muestras

DURACIÓN
La duración será de 1 año
Realización Manual: Marzo 2017
Revisión, aprobación y difusión en intranet Abril 2017
Comunicación a los Servicios: Mayo 2017
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo 2017 a Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRES SOPENA LUIS
MAIRAL CLAVER PILAR
BELLIDO RUIZ ROSARIO
MATINERO BENITO LOURDES
NIETO CHUPS VIRGINIA
PEREZ SANCHEZ DIEGO
MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De las actividades planificadas solamente se ha realizado el Manual de toma de muestras para Microbiología. Esto se ha debido a varias circunstancias:
- La responsable del Proyecto, Ana Milagro, debido a la oferta de plaza de interinidades, dejó su trabajo en el Hospital San Jorge para ir al Servicio de Microbiología del Hospital Miguel Servet.
- La realización del Manual de toma de muestras se ha retrasado debido a los cambios que se han ido sucediendo en el Servicio de Microbiología en cuanto a la sistemática de recogida de las muestras; se han ido cambiando reactivos y procedimientos. Por este motivo no ha sido posible finalizarlo hasta finales del año 2017.
El resto de las actividades, al depender de la disponibilidad del Manual, no se han realizado, pero quedan pendientes para poder ser continuadas en un segundo proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado el Manual de toma de muestras de Microbiología y se ha enviado a la Dirección del Hospital, habiendo sido aprobado para su difusión en la intranet.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La utilización como consulta del Manual de toma de muestras por parte del personal de Enfermería y por parte de los facultativos puede redundar en una mejora ostensible en cuanto al diagnóstico de los diferentes procesos infecciosos. Está claro que, cuanto mejor es la toma de una muestra biológica, más probabilidades se tienen de hacer un correcto diagnóstico. A su vez, se va a favorecer un diagnóstico más rápido, un tratamiento más dirigido y una mejor eficacia y eficiencia en la gestión de tratamientos antimicrobianos. La base de un buen diagnóstico microbiológico es una buena muestra.

7. OBSERVACIONES.
Quisiera hacer constar que, debido a que la responsable del Proyecto, Ana Milagro, por motivos de movilidad laboral, tuvo que trasladarse a otro Hospital de nuestra Comunidad, no pudo realizar el seguimiento de este Proyecto. Por lo tanto, he sido yo, Luis Torres Sopena, responsable del Servicio de Microbiología del Hospital San Jorge de Huesca, el que ha cumplimentado los datos arriba solicitados.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/72 ========== ***

Nº de registro: 0072

Título
MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA, TORRES SOPENA LUIS, MAIRAL CLAVER PILAR, BELLIDO RUIZ ROSARIO, MATINELO BENITO LOURDES, NIETO CHUPS VIRGINIA, PEREZ SANCHEZ DIEGO, MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS

Otro Tipo Patología: Todas la enfermedades sospecha infección
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Toda la información diagnóstica que el laboratorio de Microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida. Una toma mal realizada, mal transportada o conservada en condiciones inadecuadas, puede inducir a errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.
En el Laboratorio de Microbiología se reciben habitualmente consultas en relación con el tipo de muestra más adecuado, de como realizar la toma o el contenedor o medio de transporte a utilizar.
Tanto del personal médico como el de enfermería de Atención Primaria y Especializada han manifestado la necesidad de la existencia de un Manual que dé respuesta a estas preguntas y sirva para consulta en el caso que fuera necesario

RESULTADOS ESPERADOS
Con este Manual se espera cubrir las necesidades que han manifestado tener el personal clínico, y disminuir las muestras inadecuadas o mal transportadas, que en muchos casos son irrepetibles debido a los tratamientos recibidos o la imposibilidad de volver a obtener la muestra

MÉTODO
Para la Realización del Manual, la Responsable de Calidad realizará una guía que será revisada por el Responsable Técnico, así como el resto de los componentes del equipo de mejora.
Tras revisión se solicitará la aprobación por parte de la Dirección del Laboratorio y posteriormente por la Dirección del Hospital.
Se solicitará difundir en intranet del sector para que esté accesible tanto para Atención Primaria como Especializada
Una vez esté accesible en intranet, se comunicará a Dirección de Atención Primaria para que lo informe a los Coordinadores de los diferentes Centros, y a Atención Especializada por un correo electrónico a los Jefes de Servicio/Sección. La supervisora enviará un correo al resto de supervisoras del Hospital y junto con y el personal técnico lo comunicarán en una de las actividades formativas que mantienen de forma regular

INDICADORES
Indicadores:
Realización del Manual
Número de consultas realizadas respecto a toma o trasporte de muestras tras difusión del Manual en intranet < 2% del total de muestras
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras difusión del Manual <2% del total de muestras
Número de muestras mal trasportadas tras difusión del Manual <2% del total de muestras

DURACIÓN
La duración será de 1 año
Realización Manual: Marzo 2017
Revisión, aprobación y difusión en intranet Abril 2017
Comunicación a los Servicios: Mayo 2017
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo 2017 a Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0743

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAIRAL CLAVER PILAR
SECORUN PACO CRISTINA
GONZALEZ RIOS ISABEL
MALO PINTADO SUSANA
LUIS GRACIA ANA
PELAEZ MARTINEZ CONCEPCION
PALACIO SIN MARIA DE LA O

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una Guía para recoger los mantenimientos de los equipos e incorporar los procedimientos necesarios para realizar en cada equipo, la frecuencia adecuada, así como el personal encargado de realizarlo. Se ha codificado con el código….y está disponible en la intranet, como documento de calidad según la NORMA UNE-EN ISO 15189.
En primer lugar, se codificaron todos los equipos en el módulo de calidad del SIL del Laboratorio de Microbiología y, a continuación, se programaron los diferentes mantenimientos correspondientes a los diferentes equipos.
A continuación, se realizó un taller y una sesión en la Unidad para explicar el funcionamiento del módulo de calidad del programa informático del Laboratorio en donde se van a realizar los registros y la forma de registrarlos.
Se ha ido haciendo evaluación trimestral cumpliendo el indicador de >90% del mantenimiento de los equipos realizado.
Igualmente, se han medido las desviaciones detectadas, tanto en auditorías internas como externas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado la Guía de mantenimiento de equipos, que está disponible en la intranet, junto con el resto de los documentos relacionados con la acreditación UNE-EN ISO 15189.
Se han alcanzado el resto de los objetivos propuestos: codificación de los equipos, realización del taller y la sesión en el Laboratorio, seguimiento trimestral de los registros de mantenimiento en los que se ha cumplido el indicador y no se han detectado desviaciones en las auditorías interna y externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la aplicación de la Guía en la Laboratorio se ha conseguido implementar la dinámica del registro de los mantenimientos de equipos y favorecer la detección de posibles anomalías en los mismos precozmente y poder aplicar un tratamiento correctivo de una forma rápida.
Igualmente, se han quitado los registros en papel en hojas Excel anteriores a la utilización del módulo de calidad del SIL del Laboratorio, haciendo un uso más ecológico de los recursos.

7. OBSERVACIONES.
Quisiera hacer constar que, debido a que la responsable del Proyecto, Marisa Monforte, por motivos de movilidad laboral, tuvo que trasladarse a otro Hospital de nuestra Comunidad, no pudo realizar el seguimiento de este Proyecto. Por lo tanto, he sido yo, Luis Torres Sopena, responsable del Servicio de Microbiología del Hospital San Jorge de Huesca, el que ha cumplimentado los datos arriba solicitados.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/743 ========== ***

Nº de registro: 0743

Título
INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

Autores:
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, MAIRAL CLAVER PILAR, SECORUN PACO CRISTINA, GONZALEZ RIOS ISABEL, MALO PINTADO SUSANA, LUIS GRACIA ANA, PELAEZ MARTINEZ CONCEPCION, PALACIO SIN MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0743

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diagnóstico de enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los equipos que integran el L. de Microbiología exigen una inversión considerable y muchas veces tienen altos costes de mantenimiento correctivo. Por lo tanto, es importante contar con un programa de mantenimiento preventivo, adecuadamente planificado y gestionado, que garantice el correcto funcionamiento. Un programa de este tipo prolonga la vida útil de los equipos y minimiza los costes relacionados con su utilización. Es a su vez, requisito de la NORMA UNE EN ISO 15189 en la que el L. de Microbiología del Hospital General San Jorge de Huesca está acreditado.
Una estrategia de mantenimiento preventivo incluye procedimientos tanto de inspección de funcionamiento como de limpieza de los diferentes elementos/componentes del equipo. Las inspecciones de seguridad, en ocasiones, deben realizarse por personal externo al L. de Microbiología como Electromedicina (calibración de pipetas, datalogger, sondas…), y el Laboratorio debe guardar registro de dichas actividades. Las inspecciones de funcionamiento aseguran que el equipo funcione correctamente y el mantenimiento preventivo, propiamente dicho, que es llevado a cabo por los miembros del L. de Microbiología y se realiza con el fin de prolongar la vida útil de los equipos y reducir la frecuencia de desperfectos.
Además, el adecuado estado de conservación de los mismos, garantiza la seguridad y prevención de contaminaciones, tanto para el personal, como en el caso de las cabinas de flujo laminar, que previenen la contaminación del personal que manipula las muestras de riesgo Biológico de nivel 2 como Mycobacterium tuberculosis, Virus de la Gripe, etc. Como en el caso de las estufas para incubación de medios de cultivo, en los que la contaminación por hongos filamentosos puede originar graves problemas de contaminación entre muestras con las consiguientes dificultades diagnósticas
Un programa eficaz de mantenimiento preventivo exige planificación, gestión y ejecución adecuadas. La ejecución apropiada del programa es esencial para garantizar el funcionamiento óptimo de los equipos. Para cumplir dichos requerimientos se propone realizar una guía en la que se recojan los mantenimientos de los equipos y que incorpore los procedimientos necesarios a realizar en cada equipo, la frecuencia adecuada, así como el personal encargado de realizarlo.
El programa informático del L. de Microbiología SIGLO permite configurar la planificación y registro de dicho mantenimiento, para ello es necesario la codificación de los equipos, e introducción en el programa tanto del equipo como el tipo de mantenimiento, la frecuencia y el personal encargado.

RESULTADOS ESPERADOS
Sistematizar y mejorar los mantenimientos de los equipos gracias al programa informático SIGLO, en el que se puede programar un sistema de registro (cumplimiento de la trazabilidad) y de alarmas (cumplimiento de la planificación) que facilitan la dinámica del trabajo del Laboratorio, ayudando a mantener los equipos en las mejores condiciones posibles y garantizando, también, que se cumplan los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad NORMA UNE EN ISO 15189

MÉTODO
La responsable de Calidad del Laboratorio junto con el personal que se requiera, realiza, actualiza y difunde la guía de uso del módulo Mantenimientos del sistema SIGLO en Sesión de Servicio
Se realizará un Taller en el que se explique de forma práctica los mantenimientos necesarios. Este taller será dirigido por los miembros del personal que realiza de forma habitual el mantenimiento
El resto del personal realiza los mantenimientos y los registra en el Sistema informático SIGLO

INDICADORES
Indicador 1: Elaboración de la Guía
Indicador 2: Codificación e Introducción de los equipos y sus mantenimientos al sistema informático del L. de Microbiología
Indicador 3: Realización de Sesión de Servicio y Taller sobre mantenimientos preventivos para los equipos que sean necesarios
Indicador 4: Evaluación trimestral de realización >90% de los mantenimientos realizados en los equipos
Indicador 5: Ausencia de desviaciones en relación a mantenimientos preventivos de equipos tanto en auditoria externa como interna

DURACIÓN
1 año. Las fechas serán aproximadas
Inicio: octubre 2016 final diciembre 2016: Elaboración de guía de mantenimiento preventivo de equipos. Codificación de equipos e Introducción de códigos y mantenimientos en Sistema Informático del Laboratorio
Enero 2016: Difusión y Formación a los profesionales de Microbiología en sesión del Servicio y Taller en los equipos que sea necesario
Desde Enero: Registro durante el año de todos los mantenimientos preventivos realizados en el L. de Microbiología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0743

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN PROGRAMA DE GESTION Y REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE EQUIPOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUIS TORRES SOPENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
EGIDO MURCIANO MIGUEL
OMISTE SANVICENTE TERESA
LABARTA MONZON LORENZO
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha hecho una evaluación de las necesidades en cuanto a medios, equipamiento, recursos y personal.
Se ha realizado una presentación del Programa de PROA en el Hospital, en sesión clínica, para todos los facultativos y residentes.
Se ha hecho una evaluación del consumo de antibióticos.
Se han sacado los resultados de las DDD/100 estancias.
Se ha realizado el mapa de resistencias correspondiente al año 2016.
Se ha realizado la Guía de Tratamiento antibiótico del Hospital.
Se han monitorizado las bacteriemias diagnosticadas y se ha realizado el seguimiento de los pacientes. Se comunicaba la positividad de los hemocultivos a los miembros del PROA y estos, a su vez, lo comunicaban a los facultativos responsables de los pacientes afectados. De esta manera se comenzaba un tratamiento más dirigido y precoz. Lo mismo con los pacientes de Atención Primaria: se contactaba al médico de AP para que hiciera un seguimiento estrecho de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Finalización de la Guía de tratamiento antibiótico del Hospital.
Se han obtenido las DDD/100 estancias, para poder comparar los resultados en los años siguientes.
Se ha obtenido el consumo de antibióticos para poder hacer un seguimiento tras aplicar las estrategias de PROA. Con el mapa de resistencias se podrá observar la evolución de las mismas a lo largo de los años y, de esta manera, ver si el PROA está siendo efectivo.
Queda pendiente la medición de la mortalidad a los 14 días por bacteriemias; este dato es más complicado de obtener y se están revisando las historias de los pacientes para terminar de completar el seguimiento durante el año 2017.
Se ha disminuido el tiempo de diagnóstico de las bacteriemias ya que, desde que se ha implantado el seguimiento de estos pacientes, en menos de media hora son localizados y tratados de forma dirigida, bien dejando el tratamiento antibiótico inicial o bien, en cada caso, cambiarlo por uno más adecuado a los microorganismos detectados.
En estos momentos se está diseñando una encuesta de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los grupos de trabajo PROA pueden ser altamente eficaces y eficientes en la toma de decisiones para tratar correctamente a los pacientes. Esto, a su vez, va a redundar en un mejor manejo de antibióticos, logrando una menor aparición de resistencias.
Igualmente, se han quitado los registros en papel en hojas Excel anteriores a la utilización del módulo de calidad del SIL del Laboratorio, haciendo un uso más ecológico de los recursos.

7. OBSERVACIONES.
.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1718 ========== ***

Nº de registro: 1718

Título
PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TORRES SOPENA LUIS, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, EGIDO MURCIANO MIGUEL, OMISTE SANVICENTE TERESA, LABARTA MONON LORENZO, EL DUQUE PALOMO AMADEO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

MÉTODO
- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.
- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.
Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador
- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.
Formación, se prevén acciones:
- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del PROA
- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

INDICADORES
- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:
1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.
- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias).
Caracterización de mecanismos de resistencia
- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.
- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

DURACIÓN
- Formación del PROA: 11-Mar-2016
- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI
- Ene-2017: programar objetivos
- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)
- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)
- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.
- Formación MIR: comienzo con año académico.
- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).
- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS TORRES SOPENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
EGIDO MURCIANO MIGUEL
LABARTA MONZON LORENZO
OMISTE SANVICENTE TERESA
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Seguimiento de pacientes con bacteriemia, durante el año, informando desde Microbiología los casos positivos e indicando y aconsejando el tratamiento antibiótico más adecuado en cada caso.
- Realización del mapa de resistencias del Sector de Huesca del año 2017
- Informe del consumo de antibióticos del Hospital San Jorge de Huesca durante el año 2017
- Realización de dos cursos de formación en PROA para FEA y MIR: fechas 17 de abril y 4 de diciembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Porcentaje de pacientes con bacteriemias atendidas por experto PROA: 99%. Se considera un resultado favorable =70%
- Tiempo de informe de bacteriemias, desde el resultado positivo hasta el informe al Grupo PROA: 100% inferior a 24 horas. El tiempo medio ha sido de una hora. Se considera un resultado favorable un tiempo inferior o igual a 24 horas en el 70% de las bacteriemias.
- Se han realizado dos sesiones formativas: una el 17 de abril de 2018 y otra el 4 de diciembre de 2018.
- Porcentaje de tratamientos empíricos adecuados global: este parámetro es difícil de valorar ya que, en algunas ocasiones, no figura el episodio inicial en las historias clínicas y puede crear confusión. Aun así, se ha valorado en los que los datos estaban disponibles y ha sido de un 52%, mayor del 50% propuesto.
- Mortalidad cruda a los 14 días: la mortalidad de los pacientes con bacteriemia ha sido del 14,7%
- La estancia media hospitalaria hasta el alta ha sido de 15 días, con una mediana de 10 días.
- Mapa de resistencias de 2017: realizado en mayo de 2018.
- Medición del consumo de antibióticos: está disponible en la intranet del Sector el consumo en DDD/100 estancias correspondiente a los años 2015, 2016 y 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante el trabajo en equipo y multidisciplinar. Desde la implantación del PROA en el Hospital se ha mejorado la asistencia a los pacientes con bacteriemia, realizándose un diagnóstico y tratamiento precoz y más dirigido. De la misma manera, en aquellos pacientes a los que se le dio el alta desde Urgencias, fueron localizados y monitorizados para valorar el tratamiento administrado y la necesidad o no de volver al hospital para evaluar la situación clínica. Todo ello ha supuesto una gran mejora asistencial.
Por otro lado, se ha mejorado la prescripción antibiótica debido a la mayor concienciación del personal facultativo en el buen uso de antimicrobianos.
Pero todo ello debe ser monitorizado a lo largo de estos años e ir corrigiendo aquellas situaciones con opciones de mejora, sobre todo las pautas de tratamiento que se pueden ir ajustando a las necesidades de cada paciente y evitar dosificaciones alargadas en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.
El principal problema que tienen estos proyectos es la falta de tiempo destinado a la recogida de datos y seguimiento de pacientes. Esto es así por la falta de medios, sobre todo humanos, y la alta presión asistencial. Por ello, sería conveniente poder destinar más tiempo de personal para poder avanzar de una forma más rápida en la consecución de los objetivos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1718 ========== ***

Nº de registro: 1718

Título
PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TORRES SOPENA LUIS, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, EGIDO MURCIANO MIGUEL, OMISTE SANVICENTE TERESA, LABARTA MONON LORENZO, EL DUQUE PALOMO AMADEO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

MÉTODO
- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.
- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.
Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador
- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.
Formación, se prevén acciones:
- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del PROA
- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

INDICADORES
- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:
1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.
- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias).
Caracterización de mecanismos de resistencia
- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.
- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

DURACIÓN
- Formación del PROA: 11-Mar-2016
- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI
- Ene-2017: programar objetivos
- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)
- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)
- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.
- Formación MIR: comienzo con año académico.
- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).
- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARRIBAS GARCIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGULO LOPEZ ITZIAR
PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION
MALO PINTADO SUSANA
SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA
OSTA PEREZ MERCHE
GRACIA LOSILLA EVA
PINILLA MAINAR CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha implantado un nuevo procedimiento en el Laboratorio de Microbiología, mediante el cual se emiten informes preliminares en pacientes con Bacteriemias. Para ello, en primer lugar, desde el 1 de enero de este año, a partir de frasco de Hemocultivo positivo, se procede a informar su visión directa por tinción GRAM. En segundo lugar, a partir del 1 de marzo de este año, en aquellas muestras que el equipo de incubación de hemocultivos indica que son positivas antes de las 10 de la mañana, y que por lo tanto nos permite llevar a cabo el procedimiento necesario, se procede a la identificación precisa del microorganismo presente en dicho cultivo mediante la aplicación de la técnica MALDI-ToF. A partir de esta identificación se están realizando informes en un lapso de tiempo de 4-6horas respecto al emitido con la visión de gram. Con dichos informes los facultativos correspondientes adecuan el tratamiento antibiótico para que éste sea más dirigido. Para dejar registro de la actividad y poder explotar los indicadores, se está procediendo al registro de las horas a las que se realiza el primer y el segundo informe en el sistema informático del laboratorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº hemocultivos con informe preliminar de visión de tinción GRAM /Total de hemocultivos positivos (desde 01/01/2018). Objetivo: >85%
Resultados alcanzados: 100%

Nº hemocultivos con informe preliminar de identificación por Maldi-TOF/Total de hemocultivos positivos (desde 01/03/2018). Objetivo: >50
Resultados alcanzados: 51,18%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El indicador referido al informe preliminar de la identificación ha sido algo por debajo de lo esperado pero sin embargo dentro del objetivo propuesto para este primer año de implantación.

Sobre un total de 297 hemocultivos positivos entre el 01/03/2019 y 31/12/2018, se ha podido efectuar una identificación preliminar en 152. De media se ha efectuado la identificación con una defierncia de 3,6h +/- 0,8 respecto a la visión directa de tinción gram.

Esta identificación precoz ha permitido orientar la terapéutica antimicrobiana en todos los pacientes mencionados gracias a la colaboración con el Grupo PROA del Hospital San Jorge. Gracias a la metodología de trabajo de este grupo y el ágil flujo comunicativo, toda identificación precoz ha sido notificada al médico responsable de cada uno de los pacientes, ofreciendo asesoramiento a cerca de la conducta adoptar en aquellos casos en que dicho médico así lo solicitaba. A medio plazo podrán hacerse estudios epidemiológicos que muestren la efectividad de este procedimiento a la hora de prevenir la aparición de multirresistencias, gracias a la minimización de el uso de terapias empíricas con antibióticos de amplio espectro.

Por otro lado los 145 hemocultivos restantes no han podido identificarse de forma precoz principalmente debido a la ausencia de atención continuada en horario de tardes y festivos en el Laboratorio de Microbiología y Parasitología. Para poder llevar a cabo esta identificación, es necesaria una incubación previa del subcultivo realizado en medio sólido a partir del frasco positivo de hemocultivo de 4horas. Esto hace que aquellos hemocultivos positivos más tarde de las 10 de la mañana no puedan ser objeto de este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/479 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Nº de registro: 0479

Título
INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Autores:
ARRIBAS GARCIA JORGE, ANGULO LOPEZ ITZIAR, PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION, MALO PINTADO SUSANA, SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA, OSTA PEREZ MERCHE, GRACIA LOSILLA EVA, PINILLA MAINAR CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Actualmente se ha demostrado la importancia de la llamada medicina personalizada, basada en utilizar el fármaco adecuado para la persona indicada en el momento oportuno. En las enfermedades infecciosas, un diagnóstico ágil, acertado y un tratamiento apropiado son esenciales tanto para la curación del paciente como para disminuir su morbimortalidad. Hasta ahora los pacientes con Bacteriemias debían esperar entre 24/48h desde que el frasco de hemocultivo resultaba positivo hasta que se identificaba el gérmen causante, tiempo en ocasiones excesivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Recientemente se ha implantado en el Hospital San Jorge un grupo de PROA mediante el que se pretende racionalizar y optimizar el uso de los antibióticos, adecuando su espectro y duración al patógeno así como al foco infeccioso. Desde el Laboratorio de Microbiología se lleva a cabo un apoyo constante a dicho grupo, tratando en todo momento de perfeccionar los métodos utilizados para identificar las etiologías de las enfermedades infecciosas. Entre otras cosas aspira cada día a agilizar los procesos, aspecto que condiciona la evolución clínica de los pacientes, su estancia hospitalaria así como la probabilidad de error en el tratamiento empírico.
En el laboratorio de Microbiología, se incorporó la técnica de espectrometría (MALDI-ToF) el 1 de Marzo de 2018. Esta técnica proteómica, basada en el estudio y caracterización del conjunto de proteínas expresadas por un genoma microbiano, destaca por su rapidez y fiabilidad en la identificación de microorganismos, así como su bajo coste en reactivos. La implementación de esta técnica, junto con las técnicas de tinción a partir de Hemocultivos positivos, nos brinda la oportunidad de elaborar informes preliminares a los clínicos responsables de los pacientes afectados de patologías infecciosas. Estos informes ayudarán significativamente a una adecuada prescripción en la terapia antibiótica con todo lo que ello implica en cuanto a pronóstico y consumo de recursos sanitarios.

MÉTODO
Se va a implementar un nuevo procedimiento en el Laboratorio de Microbiología, mediante el cual se emitirán informes preliminares en pacientes con Bacteriemias. Para ello se pretende, en primer lugar, a partir de frasco de Hemocultivo positivo, informar su visión directa por tinción GRAM y, en segundo lugar, mediante la aplicación de la técnica MALDI-ToF en esas mismas muestras positivas de hemocultivos, realizar informes concretando la identidad del patógeno infeccioso, ambos informes en un lapso de tiempo de 4-6horas entre uno y otro. Esto nos permitirá adelantar incluso en 48/72 horas el resultado de la identificación microbiana si se compara con la identificación bioquímica clásica y en 24 horas si se compara con la identificación mediante MALDI-ToF a partir de colonias bacterianas o fúngicas, lo que tiene un impacto clínico evidente, ofreciendo la posibilidad de implementar un tratamiento antimicrobiano precoz más dirigido en los pacientes con sepsis.

INDICADORES
Nº hemocultivos con informe preliminar de visión de tinción GRAM /Total de hemocultivos positivos
Objetivo: >85%
Nº hemocultivos con informe preliminar de identificación por Maldi-TOF/Total de hemocultivos positivos
Objetivo: >50%

DURACIÓN
Se registrarán los indicadores en el Ssistema informático del laboratorio (SIL) y se explotarán una vez al año.
-Comienzo registro gram preliminar: 1 de Enero 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

-Comienzo registro Maldi-TOF preliminar: 24 Abril 2018.
-Explotación resultados: Enero 2019.

OBSERVACIONES
-

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ITZIAR ANGULO LOPEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRIBAS GARCIA JORGE
MAIRAL CLAVER PILAR
CHAVARRIGA PENELLA JOSE LUIS
PALACIO SIN MARIA DE LA O
UBIETO ROLDAN ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha planificado un calendario de sesiones semanales impartidas por los facultativos especialistas de Microbiología.

-05/09/2018 Sesión clínica Sección Orinas; Mª Pilar Mairal Claver: Novedades sección urocultivos (futuro cribador de orinas y posible nueva rutina).
-12/09/2018 Sesión clínica Sección Hemocultivos. Jorge Arribas García: Novedades introducidas en la sección (comentarios mapa de resistencias, registro horas positividad frascos, registro horas informe identificación grupo PROA, etc.).
-19/09/2018 Sesión clínica Sección Genital y E.T.S; Ana Betrán Escartín: Caso clínico, vaginitis por P.multocida en paciente con CA genital.
-26/09/2018 Sesión clínica Serología Hepatitis; Luis Torres Sopena: Actualización en posibles patrones serológicos de Hepatitis A, B, C, y E.
-03/10/2018 Sesión clínica Sección coprocultivos; Mª Pilar Mairal Claver: Incremento de casos por Campylobacter coli en el último semestre.
-10/10/2018 Sesión clínica Sección Epidemiología; Jorge Arribas García: Filtros de retenciones antibióticas implementadas en el SIL.
-17/10/2018 Sesión clínica Sección Piel y Partes Blandas; Ana Betrán Escartín: Caso clínico Actinomyces Peni R en onfalitis en niño de 9 años.
-24/10/2018 Sesión clínica Sección Diagnóstico Molecular; Luis Torres Sopena: Brote de Sarampión.
-07/11/2018 Sesión clínica Sección Parásitos; Mª Pilar Mairal Claver: Exposición caso clínico "Paciente fallecida por shock anafiláctico relacionado con Hidatidosis de 20 años de evolución.
-14/11/2018 Sesión clínica Sección Bacteriología Respitatoria; Jorge Arribas García: Control ambiental de Broncoscopios. A proposito de una serie de casos de broncoaspirados positivos a P.aeruginosa de posible orígen en el dispositivo.
-21/11/2018 Sesión clínica Sección Micobacterias; Ana Betrán Escartín: Evaluación del Control de Calidad Externo trimestral (MB-2/18): Por qué de resultado no esperado en dicho control.
-28/11/2018 Sesión clínica grupo PROA; Luis Torres Sopena: Presentación de nueva tabla para registro de pacientes con bacteriemias intervenidos en grupo PROA.
-12/12/2018 Sesión clínica Sección Líquidos Biológicos; Ana Betrán Escartín: Caso clínico de Meningitis asociada a anestesia epidural.
-19/12/2018 Sesión clínica Serología de Virus respiratorios; Luis Torres Sopena: Actualización y recordatorio de protocolos y procedimientos en puertas de la temporada de Gripe.

Dichas sesiones constan de una presentación/exposición por parte de un miembro del servicio (FEA) de una actualización sobre el tema utilizando los recursos audiovisuales del Servicio.
Tras cada sesión, se lleva a cabo un turno de ruegos y preguntas que permite la interacción entre los docentes y discentes para llegar a una resolución conjunta o elaboración de conclusiones. Al finalizar la sesión, se realiza una encuesta de satisfacción de la actividad así como un registro de asistencia por parte de los discentes(firmas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Impartir las sesiones clínicas planificadas según el calendario: >90%. Resultado 100%
-Asistencia mínima requerida de los miembros de la plantilla, acreditada por la hoja de firmas tras cada sesión: 80%.
Resultado 100%
-Encuesta de satisfacción con sugerencias de forma anónima, valoración al profesorado y aplicación práctica de lo aprendido: valoración igual o >7 (nota sobre 10).
Resultado 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han podido llevar a cabo todas las sesiones planificadas y con asistencia total por parte del personal. Ha sido importante en la consecución de los objetivos el haber consensuado previamente los días en los que se iban a impartir dichas sesiones con todo el personal así como el haber acreditado estas sesiones, lo cual ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

propiciado una motivación extra para todo él. Esta asistencia ha redundado en una formación global de todo el personal y creemos que en una mejora en la calidad del servicio prestado por cada uno de nosotros.

En cuanto a los aspectos mejorables, se ha planteado el incorporar medios audiovisuales (tipo proyector o pantalla de TV grande) que faciliten las presentaciones llevadas a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/503 ========== ***

Nº de registro: 0503

Título
ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Autores:
ANGULO LOPEZ ITZIAR, ARRIBAS GARCIA JORGE, MAIRAL CLAVER PILAR, CHAVARRIGA PENELLA JOSE LUIS, PALACIO SIN MARIA DE LA O, UBIETO ROLDAN ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
La necesidad de planificar un programa de sesiones multidisciplinares en el Servicio de Microbiología nace de las peticiones reiteradas de los distintos profesionales que trabajan en la Unidad, de hecho se ha sugerido en entrevistas personales con los miembros de la plantilla en numerosas ocasiones.

Las sesiones multidisciplinares dentro de los servicios desempeñan un papel cada vez más importante como punto de encuentro para que los miembros sanitarios del servicio puedan interactuar y aprender unos de otros.

Así mismo, muchos de los contenidos de las sesiones semanales obedecen a la necesidad de hacer partícipe al servicio de nuevas evidencias científicas que necesitan de ser implementadas en la práctica diaria, así como de la revisión del Servicio de nuevas metodologías de trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general del programa de sesiones multidisciplinares es disponer de una herramienta de mejora del personal sanitario a través de la Formación Continuada y Reciclaje de los profesionales.

Los objetivos más específicos de este programa de sesiones serían:

- Compartir las actualizaciones diagnóstico-terapéuticas en los procesos infecciosos más prevalentes y que generan actuación multidisciplinar coordinada.
- Favorecer la comunicación entre los miembros del Servicio, facilitando además la interacción entre distintos Servicios y Unidades de nuestro hospital.
- Proporcionar actualización en procesos diagnósticos en enfermedades infecciosas y microbiología clínica.
- Actualizar los conocimientos en investigación sanitaria.
- Comunicar los diferentes procedimientos, normas de actuación, procesos y protocolos relevantes para todos los profesionales del servicio.
- Fomentar el uso de las guías y protocolos clínicos.
- Potenciar el feed-back de la información a los profesionales del servicio.

MÉTODO
Se planificará un calendario de sesiones semanales impartidas por los facultativos especialistas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Microbiología, basándonos en la siguiente metodología:

- Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio (FEA) de una actualización sobre el tema utilizando los recursos audiovisuales del Servicio.

- Tras cada sesión, se abrirá un turno de ruegos y preguntas que permita la interacción entre los docentes y discentes y resolución conjunta o elaboración de conclusiones.

- Al finalizar la sesión, se realizará una encuesta de satisfacción de la actividad.

- Asimismo se cumplimentará por parte de los discentes una hoja de asistencia (firmas).

INDICADORES
- Impartir las sesiones clínicas planificadas según el calendario: >90%.

- Asistencia mínima requerida de los miembros de la plantilla, acreditada por la hoja de firmas tras cada sesión: 80%.

- Encuesta de satisfacción con sugerencias de forma anónima, valoración al profesorado y aplicación práctica de lo aprendido: valoración igual o >7 (nota sobre 10).

DURACIÓN
Inicio de la actividad: 01-09-2018.

Periodicidad semanal de las sesiones programadas.

Finalización de la actividad: 31-12-2018.

Evaluación del proyecto: Enero de 2019. Revisión de la asistencia requerida y valoración del programa de sesiones mediante las encuestas de satisfacción.

OBSERVACIONES
-

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0765

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... INES BEIRED VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FELEZ JUSTES ISABEL
BERGUA AMORES CARLOS
MUNGUIA NAVARRO PAULA
LOGROÑO GONZALEZ JOSE MANUEL
UTRILLA PEREZ MARTA
MONTUENGA GRACIA JUDITH
TENA RAMOS GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo establecido se consensuó con el equipo de enfermería integrante en este proyecto la manera de valorar, prevenir y tratar los orificios de salida de los catéteres permanentes (CTP). Posteriormente se ha realizado un protocolo de actuación según el estado (grado) de los orificios de salida (OS). Para la elaboración de dicho protocolo se ha realizado un póster con imágenes de OS de CTP en distinto grado de estado junto con la actuación requerida en cada situación como apoyo visual para todo el personal implicado en el cuidado de los CTP de la unidad de hemodiálisis. El registro del estado de los OS se ha apuntado en la historia electrónica del sistema informático Nefrolink.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2017 se han valorado un total de 1179 veces los OS de 31 CTP (en el 100% de los casos). Según protocolo se han recogido 17 frotis para cultivo, siendo el 0,015% de las valoraciones sospechas de infección. Sólo en el 17% se ha evidenciado crecimiento bacteriano, siendo en todos ellos S. epidermidis. En una paciente se ha retirado el catéter por infección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En nuestra unidad de hemodiálisis tenemos muy pocas infecciones relacionadas con CTP a pesar de tener un alto porcentaje como acceso vascular permanente y definitivo. Esto posiblemente sea debido al exhaustivo y minucioso trabajo que se lleva realizando desde hace tiempo en este campo de la nefrología en nuestro servicio (ya se realizó un proyecto para la implantación del catéter y otro para la conexión y desconexión de los pacientes), lo que muestra la alta sensibilidad del personal sanitario de la unidad en este aspecto y los buenos resultados obtenidos. Como conclusión, destacar la importancia de realizar protocolos en colaboración con enfermería respecto al cuidado y tratamiento del paciente.

7. OBSERVACIONES.
No se ha podido realizar la cronología inicial debido a que la aprobación del plan de mejora no se comunicó. Se han obtenido los resultados de todo el año 2017.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/765 ========== ***

Nº de registro: 0765

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Autores:
BEIRED VAL INES, FELEZ JUSTES ISABEL, BERGUA AMORES CARLOS, VIRTO RUIZ RAFAEL, LORGROÑO GONZALEZ JOSE MANUEL, UTRILLA PEREZ MARTA, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0765

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE VALORACION DE LOS ORIFICIOS DE SALIDA DE LOS CATETERES PERMANENTES TUNELIZADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La incidencia y prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica que precisa de tratamiento renal sustitutivo (TRS) está aumentando cada año. De estos pacientes en TRS más del 40% están en hemodiálisis y menos del 10% en diálisis peritoneal (resto de pacientes son trasplantados renales). Actualmente, en casi todas las unidades de hemodiálisis de España existe una gran prevalencia de catéteres permanentes tunelizados (CPT) como acceso vascular definitivo.
El objetivo de los CPT es proporcionar un flujo sanguíneo adecuado para una diálisis eficaz. Tanto su colocación como su monitorización, atendiendo a las complicaciones que puedan surgir como las infecciones y la disfunción del catéter, son responsabilidad del personal sanitario de la unidad de hemodiálisis, por lo que es imprescindible la elaboración de protocolos para detectarlas, prevenirlas y tratarlas.
Es de gran importancia hacer hincapié en el control de los orificios de salida de los CPT y del túnel subcutáneo, puesto que son la puerta de entrada de las infecciones, y una infección de dichos orificios o del túnel es la causa más frecuente de sepsis de origen en el catéter, causa de disfunción del CPT por desplazamiento de éste y pérdida del acceso vascular.
Actualmente, en España no existen protocolos ni criterios estandarizados para la valoración de los orificios de salida de los CPT y cada hospital elabora los suyos propios, lo que contrasta con el manejo de la diálisis peritoneal donde sí existen desde 1996. (Criterios de Twardowski).
Por todo ello, el Servicio de Nefrología considera imprescindible la elaboración de un protocolo para el cuidado de los orificios de salida de manera similar a lo que se hace en diálisis peritoneal.

RESULTADOS ESPERADOS
Protocolizar y estandarizar la valoración, prevención y tratamiento de los orificios de salida de los CPT de hemodiálisis. Disminuir el número de infecciones de los CPT en pacientes prevalentes en hemodiálisis. Mejorar la funcionalidad de los CPT.

MÉTODO
En una primera fase, elaboración de un protocolo en el que se establecerán:
1) los criterios de los distintos grados del estado (aspecto) de los orificios
2) la frecuencia en su graduación y 3) el manejo y tratamiento de los orificios según el grado.
En una segunda fase, se instruirá al personal de enfermería de la unidad de hemodiálisis mediante la elaboración de un póster con los criterios y el manejo establecidos con apoyo visual (fotografías de los distintos grados de orificios), para unificar visualmente los criterios.

INDICADORES
Porcentaje de oportunidades en las que se ha aplicado el protocolo, (número de oportunidades en las que se debe aplicar el protocolo respecto al número de veces en las que se ha aplicado), mediante un registro. Porcentaje de infecciones relacionadas con el CPT respecto al número de pacientes portadores de catéter. Porcentaje de CPT retirados por infección del mismo.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo e instrucción: noviembre de 2016.
Recogida de datos: diciembre de 2016- mayo de 2017.
Evaluación de los datos: junio de 2017.

OBSERVACIONES
Se aplicará a todos los pacientes en hemodiálisis que porten un CPT.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
BEGUE PASCUAL MARIA ARANZAZU
LAGLERA BAILO LORENA
ANORO CASBAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una sesión formativa el día 6/10/2017 a la que asistieron el servicio de medicina interna, la comisión de seguridad clínica, otras especialidades médicas, miembros de servicio centrales como urgencias y farmacia y las supervisoras de enfermeria de la quinta y sexta planta. Aquellos servicios que por motivos de logística no pudieron asistir se les informó y aportó material relacionado con la prescripción, dispensación y administración del tratamiento y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. La sesión formativa se realizó mediante exposición con medios audiovisuales (power point) y fue impartida por la responsable del proyecto, Isabel Félez. De ser necesario se aportará el material audiovisual . En estas mismas sesiones se ha recordado la importancia de la seguridad clínica unida a la prescripción

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos han sido facilitados por el servicio de farmacia, enumeraremos por objetivos esperados,por valor de indicadores y resultados
1/OBJETIVO:Establecer un circuito de actuación coordinada entre los facultativos, entre enfermería y el servicio de farmacia hosptalaria. INDICADOR: Proporción del número de validaciones relaizadas por farmacia entre las 8 a 13 h con respecto al de validaciones entre la 8a 16h. RESULTADO: SEPTIEMBRE 2017: 8 a 13 h 24035 validaciones, 13 a 16 h 26828 validaciones. 24035/26828*100= 89.6% NOVIEMBRE 2017: 8 a 13 h 21040 validaciones, 13 a 16 h 24773 validaciones21040/24773*100= 85 %
2/OBJETIVO Uso correcto del texto asociado. INDICADOR:Tasa del número de intervenciones de farmacia en relación con la prescripción de fármacos incluidos en el vademécum del hospital en el texto asociado(incluye añadir fármacos incluídos en guía farmacia y pautados en texto asociados,adecuación de pautas irregulares y sustitución de fármacos no incluidos en guía por equivalentes terapeúticos):RESULTADO:SEPTIEMBRE 2017 28/71*100=39.43% NOVIEMBRE 2017 17/71*100=24%
3/OBJETIVO:Disminuir errores con la dosis de fármacos y su vía de administración. INDICADOR:Tasa del número de intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción con respecto al número de estancias.RESULTADO: SEPTIEMBRE 2017 16/71*100=22.53% NOVIEMBRE 2017 21/71*100=29.6%
Expuestos los resultados de forma general observamos una leve mejoría de los indicadores calculados posterior a la intervención,por lo que podemos concluir en líneas generales que la intervención en la mejora de la prescripción aunque escasamente ha contribuido de forma favorable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mejora en la prescripción electrónica es un arduo trabajo que precisa la implicación de todo el personal sanitario y la coordinación con el servicio de farmacia. La buena realización de estas prácticas genera en primer lugar el beneficio para el paciente, evita la realización de trabajo innecesario tanto por enfermería como por el servicio de farmacia y en último lugar,y no por ello menos importante, garantiza la seguridad clínica en el paciente.
Es necesario continuar de forma reglada con las sesiones de formación e implicar a todos los servicios en su desarrollo. Sugeriría que se incluyera en las sesiones de formación de los residentes y de especial importancia para su cumplimentación que se incluyera en los contratos de gestión de cada servicio dada su relevancia.

7. OBSERVACIONES.
Es importante destacar que el proyecto no ha seguido la cronología inicial debido a que la aprobación del plan de mejora no se comunicó. Destacaremos que los indicadores previos a la intervención de mejora (que es la realización de sesiones formativas) han sido tomados el mes de septiembre del 2017, la intervención se realiza a o largo del mes de octubre del 2017 y los indicadores postintervención en Noviembre 2017 .
El plan viene desarrollado por parte de la comisión de seguridad clínica y mortalidad

*** ========== Resumen del proyecto 2016/799 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Nº de registro: 0799

Título
MEJORA EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
FELEZ JUSTES ISABEL, MEJIA ESCOLANO DAVID, CUARTERO CASIN CRISTINA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, BERGUA MARTINEZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS, ESCARTIN LAPLANA ENMA, BEGUE PASCUAL MARIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier tipo de patología dentro de las especialidades médicas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el conjunto de los eventos adversos que se producen en relación a la atención sanitaria, uno de los grupos mas importantes esta en relación con el uso del medicamento. En España entre un 1,4% a un 5,3% de los pacientes hospitalizados sufrieron durante su estancia hospitalaria eventos adversos motivados por errores en la medicación. Los principales tipos de errores fueron: la falta de prescripción de un medicamento necesario, la prescripción de dosis incorrectas o de un medicamento inadecuado, el seguimiento insuficiente del tratamiento y las interacciones entre los fármacos . La omisión fue el error mas frecuente en todos los procesos.Destacar que la segunda línea estratégica del plan nacional de la seguridad para el paciente 2015-2020 es la referente a las Prácticas Seguras y dentro de estas el primer objetivo es promover el uso seguro del medicamento, recomendando a su vez el uso de la prescripción electrónica La prescripción electrónica ha supuesto un gran avance en la seguridad del paciente pero no exento de errores. En nuestro centro hemos realizado un estudio descriptivo para identificar los eventos mas frecuentes en nuestro medio, constatando que en un número no despreciable de ocasiones son secundarios al uso de la herramienta informática .En este plan de mejora que se realiza en colaboración entre la Comisión de Seguridad Clínica y representantes de enfermería, del farmacia hospitalaria y especialidades médicas tiene como fin generar estrategias de trabajo para mejorar la Seguridad del Paciente con respecto a la prescripción electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS
1/•Establecer un circuito de actuación coordinada entre los facultativos, enfermería y farmacia hospitalaria.
2/Disminuir errores con la dosis de fármacos y su vía de administración.
3/Uso correcto del texto asociado
4/Evitar el error utilizando el propio evento adverso.

MÉTODO
1/Formación del personal sanitario relacionado con la prescripción, dispensación y administración del tratamiento estableciendo coordinación entre los diferentes niveles. De relevante importancia es que prescripción del tratamiento pueda ser revisado por el Servicio de Farmacia. Para ello las validaciones deberían realizarse antes de las 13,30 horas.
2/La prescripción electrónica tiene indudablemente grandes ventajas, pero se observan la intervención en numerosas ocasiones por el servicio de farmacia para corregir modificaciones de dosis, de vía o de forma galénica. Se propone que el fármaco al que queremos modificar algún parámetro lo suspendamos y lo prescribamos de nuevo.
3/Estandarización del texto asociado que incluya variables como género de vida, dieta, control de constantes u oxigenoterapia. De forma más especifica cada especialidad añadirá las variables que considere .Evitar su uso para la prescripción de fármacos que estén incluidos en el vademécum del hospital. Revisar cada día el texto asociado, borrar todos aquellos epígrafes que no sean necesarios, haciéndolo más operativo.
4/Informar de los eventos adversos en relación al tratamiento. Comunicarlos a través del SINASP

INDICADORES
•Porcentaje del número de validaciones realizadas por farmacia entre las 8 a 13 h con respecto al de validaciones realizadas entre las de 8 a 16 h .
•Tasa del número de intervenciones de farmacia en relación con la prescripción de fármacos incluidos en el vademécum del hospital en el texto asociado con respecto al número de estancias hospitalarias .
•Tasa del número de intervenciones de farmacia secundarias a error en la prescripción con respecto al número de estancias.
•Estudio comparativo entre la recogida de datos realizada antes y después de la intervención .

DURACIÓN
• Noviembre y Diciembre 2016: elaboración de sesiones informativas y presentación en las diferentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

especialidades médicas del plan de mejora
• Enero a Mayo del 2017 : Recogida de datos.
•Junio 2017 analísis de datos y estudio comparativo con respecto a los datos obtenidos previamente al plan de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA MUNGUIA NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FELEZ JUSTES ISABEL
INGLES SANZ CRISTIAN
MONTUEGA GRACIA JUDITH
TENA RAMOS GLORIA
VIÑUALES LAVIÑA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha compuesto el grupo de trabajo, responsable de la monitorización y vigilancia del acceso vascular.
- Se ha elaborado el Protocolo de monitorización con métodos de segunda generación (anexo I)
- Se han medido los indicadores con la periocidad establecida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado los objetivos principales de este proyecto:
- Protocolizar y estandarizar la valoración de la FAV en hemodiálisis.
- Estandarizar los métodos de monitorización del acceso entre el personal de enfermería.
- Incluir métodos de segunda generación en la valoración de las FAV.
- La tasa de trombosis de FAV anual entra dentro de los estándares de calidad.

OBJETIVOS ESPERADOS:
1.- Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Periodicidad: anual. Estándar: < 0,15 trombosis/paciente/año: Tasa anual de trombosis: 0.20 trombosis/paciente/año
2.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Periodicidad: Cuatrimestral. Estándar: > 90%: 95%
3.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas nativas con estenosis significativa, no trombosada, reparadas quirúrgicamente que siguen permeables después del año. Periodicidad: anual. Estándar: > 50% al año: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El acceso vascular es fundamental para una hemodiálisis óptima. En el año 2017 se publicaron las nuevas Guías del acceso vascular, y el capítulo 7 de las mismas está dedicado a Indicadores de calidad en Hemodiálisis. En nuestra Unidad a través de este Protocolo de calidad queremos conocer la situación actual de las fístulas arteriovenosas nativas.
Los resultados han sido satisfactorios, aunque mejorables. La tasa anual de trombosis del acceso vascular ha sido algo superior a las últimas recomendaciones del Grupo Interdisciplinar español del acceso vascular: 0.2 trombosis/paciente/año frente a una tasa < 0.15 recomendado. Es importante señalar que otras guías clínicas del acceso vascular establecen una tasa de trombosis máxima de FAVn < 0.25, siendo más estricto en España ya que en algunos registros la tasa era menor.
Se ha integrado a la práctica clínica habitual de la Unidad la monitorización del acceso vascular mediante métodos de segunda generación y se ha reforzado los métodos de monitorización de primera generación, todo ello hace que este proyecto de mejora se continue realizando y forme parte de la actividad habitual en hemodiálisis.

7. OBSERVACIONES.
Señalar que, según el organigrama inicial, el protocolo y la instrucción de la vigilancia del acceso vascular se realizó en junio de 2018 y la primera medida del Qa (flujo del acceso vascular) se realizó en julio, cuando además ya habían ocurrido 2 de las 3 trombosis de FAV que hemos tenido en la Unidad. Por tanto, esperamos que, en adelante, esto no ocurra gracias a los sistemas de vigilancia.

SUGERENCIAS: El proyecto de mejora iba dirigido a la FAV nativa, ampliaremos los métodos de monitorización y vigilancia a las FAV protésicas.

ANEXO I: PROTOCOLO ENFERMERÍA MEDICIÓN FLUJO ACCESO VASCULAR-MÓDULO BTM® (TERMODILUCIÓN)
1. Asegurarnos que puncionamos las dos agujas (arterial y venosa) sobre una misma vena.
2. Realizar la exploración SIN On-Line, Qb 300 mL/min y Flujo de baño 500 ml/min.
3. Anotar el Qb efectivo (mL/min)
4. Anotar la 1ª Recirculación obtenida con las líneas en posición invertida (Rx) %
5. Invertir las líneas de hemodiálisis.
6. Activar de forma manual la medición de la 2ª recirculación con las líneas en posición normal.
7. Anotar la 2ª Recirculación obtenida con las líneas en posición normal (Rn) %
8. Fijar los parámetros de hemodiálisis según la prescripción habitual.
9. Entrar en el programa informático de Hemodiálisis (Nefrolink) > Abrir paciente > Acceso vascular > Vigilancia > Nuevo > Anotar los datos de la sesión (Rn, Rx y Qs) > Aceptar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/437 ========== ***

Nº de registro: 0437

Título
MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

Autores:
MUNGUIA NAVARRO PAULA, FELEZ JUSTES ISABEL, INGLES SANZ CRISTIAN, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA, VIÑUALES LAVIÑA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

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

PROBLEMA
El acceso vascular para hemodiálisis es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.
El objetivo de la monitorización y vigilancia de la fistula arteriovenosa (FAV) es diagnosticar precozmente la patología de la FAV. La trombosis irreversible de la FAV ocasiona una serie de consecuencias negativas para el paciente prevalente que sigue un programa de Hemodiálisis (HD): reducción del capital venoso, necesidad de la implantación de un catéter venoso central (CVC), menor eficacia de la HD, posible estenosis o trombosis de venas centrales, y la construcción de una nueva FAV. Todo ello incrementa la frecuencia de hospitalización, la morbimortalidad y el gasto sanitario del paciente en HD crónica.
Los métodos o técnicas de cribado o screening para el diagnóstico precoz de la estenosis significativa de la FAV se clasifican en 2 grandes grupos, y se recomienda emplear ambos en las últimas Guías del Acceso Vascular, para la vigilancia de la FAV. Los métodos de primera generación incluyen la monitorización clínica durante la sesión (exploración física, problemas durante la sesión de HD), determinación del porcentaje de recirculación, disminución de la adecuación de la HD, etc. Los métodos se segunda generación permiten calcular el flujo sanguíneo (QA) de la FAV e incluyen los métodos de cribado dilucionales y la ecografía Doppler, presentado ambos un rendimiento equivalente en cuanto a la determinación del flujo del acceso vascular. El método de cribado dilucional, puede calcularse con los monitores de la Unidad de HD actual, sin embargo no se emplean.

RESULTADOS ESPERADOS
Protocolizar y estandarizar la valoración de la FAV en hemodiálisis. Incluir métodos secundarios de valoración de la FAV en la Unidad de Hemodiálisis. Disminuir el número de trombosis de FAV en pacientes prevalentes en hemodiálisis. Mejorar la funcionalidad de la FAV.

MÉTODO
En una primera fase, componer un grupo de responsables del acceso vascular (enfermería y facultativos), encargado de la monitorización final del acceso vascular. En una segunda fase, elaboración de un protocolo e instrucción al personal de enfermería sobre los métodos de monitorización del acceso vascular, para unificar su evaluación y registro, así como implantar la técnica de segunda generación (Cribado dilucional) en la Unidad de HD.

INDICADORES
(Según recomendaciones Guías del Acceso Vascular para Hemodiálisis publicadas en la Revista Nefrología en 2017 del Grupo Español multidisciplinar del Acceso Vascular)
1.- Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Periodicidad: anual.Estándar: < 0,15 trombosis/paciente/año.
2.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Periodicidad: Cuatrimestral.Estándar: > 90%.
3.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas nativascon estenosis significativa, no trombosada, reparadas quirúrgicamente que siguen permeablesdespués del año. Periodicidad: anual.Estándar: > 50% al año.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo e instrucción: mayo- junio 2018. Recogida de datos: Se registrará el QA en el programa informático (Nefrolink) de forma bimensual, en la pestaña de “Vigilancia del acceso vascular”. Evaluación de los datos: trimestral (enero, abril, julio y octubre de cada año)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

OBSERVACIONES
Se aplicará a todos los pacientes en hemodiálisis portadores de FAV.

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1035

1. TÍTULO

VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... INES BEIRED VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERGUA AMORES CARLOS
UTRILLA PEREZ MARTA
MONTUENGA GRACIA JUDITH
TENA RAMOS GLORIA
QUILEZ PEREZ LUCIA
SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En junio de 2018 se realizó la primera reunión con el equipo implicado en el desarrollo del plan de calidad. Se impartió una sesión clínica informativa con el título "Nutrición en el paciente con enfermedad renal crónica". Se realizó una hoja de registro de datos aportando: datos demográficos, comorbilidad, parámetros de diálisis, datos analíticos, parámetros antropométricos y tratamiento habitual. Además se valoró la calidad de vida mediante el kdqol-36 y se realizó una encuesta dietética. En julio se realizó la primera valoración de los pacientes y posteriormente cada 3 meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han valorado un total de 52 pacientes (95% del total) en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Jorge. Al inicio del estudio, la prevalencia de síndrome de desgaste proteico-energético era del 19% (10 pacientes). En todos ellos se intervino con consejos higiénico dietéticos usando las recomendaciones de las guías de la Sociedad Española de Nefrología y material aportado de la asociación de enfermos renales (ALCER). Los indicadores utilizados para la detección del SDPE son los propios de su diagnóstico. En comparación con otros estudios nutricionales en pacientes renales, nuestra prevalencia es baja puesto que en algunos puede llegar a alcanzar hasta el 30-40%. En las revisiones posteriores realizadas cada 3 meses, el porcentaje de pacientes con dicho síndrome no se había modificado a pesar de instaurar medidas dietéticas apropiadas posiblemente por la importante comorbilidad asociada e incidencias clínicas transcurridas durante el año (infecciones, intervenciones quirúrgicas...)-

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del estado nutricional y la detección del síndrome de DPE es esencial en los pacientes con enfermedad renal crónica y aún más en los pacientes en tratamiento renal sustitutivo. Es imprescindible la actuación e implicación del personal de enfermería tanto para su detección y tratamiento, por lo que es de gran importancia su formación en nutrición especifica en el paciente renal. En nuestro proyecto, las enfermeras han sido las encargadas de llevar a cabo todas las mediciones antropométricas y de realizar las recomendaciones nutricionales, por lo su implicación ha sido máxima, conllevando un gran aprendizaje en dicha materia e implicación. Desde la Unidad de Hemodiálisis se considera que tras la realización de este proyecto, se debe hacer extensible al resto del personal de enfermería y así instaurar dicha práctica en la rutina diaria de su trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1035 ========== ***

Nº de registro: 1035

Título
VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
BEIRED VAL INES, BERGUA AMORES CARLOS, UTRILLA PEREZ MARTA, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1035

1. TÍTULO

VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
En 2008, la Sociedad Internacional de Nutrición Renal y Metabolismo (ISRNM) propuso la adopción del término protein-energy wasting (síndrome de desgaste proteico-energético, DPE) como nomenclatura unificadora y punto de partida hacia un mejor conocimiento y tratamiento de los problemas nutricionales en el paciente urémico.
El término DPE intenta aunar en una sola entidad patológica las múltiples alteraciones nutricionales y catabólicas que acontecen en la enfermedad renal crónica y que conllevan la pérdida gradual y progresiva de masa tanto muscular como grasa. Es un síndrome común, especialmente a partir del estadio 4-5 de ERC, que está presente en el 30-60 % de los pacientes en diálisis. Las consecuencias clínicas del DPE pueden ser graves y reclaman un tratamiento rápido y efectivo, puesto que se asocia a un incremento de la mortalidad tanto global como cardiovascular, del número de infecciones e ingresos, y a otras muchas comorbilidades.

RESULTADOS ESPERADOS
Evaluar el estado nutricional mediante los actuales criterios del síndrome de DPE en los pacientes en hemodiálisis al inicio del tratamiento renal sustitutivo y cada 3 meses. Los criterios del DPE se basan en: criterios bioquímicos, masa corporal, masa muscular e ingesta dietética.
Proponer las intervenciones nutricionales necesarias.

MÉTODO
Educar en la indentificación y manejo de problemas nutricionales al personal médico y de enfermería. Instaurar en la unidad de hemodiálisis un protocolo de valoración del síndrome de DPE y su seguimiento. Consensuar la intervención dietética y nutricionales en el paciente detectado.
Estudio observacional sobre la población en hemodiálisis en el Hospital San Jorge, para lo que se realizará:
1.- Creación del grupo de trabajo, consensuar el protocolo y formación de los miembros implicados.
2.- Elaboración de base de datos.
3.- Establecer las medidas dietéticas y nutricionales adecuadas.

INDICADORES
Determinación de la incidencia y prevalencia del síndrome de DPE en la unidad de hemodiálisis.
Porcentaje de pacientes en los que se haya intervenido con medidas dietéticas y con medidas dietéticas y aportes nutricionales.

DURACIÓN
1.- Sesión informativa, distribución de trabajo y elaboración del protocolo: junio de 2018.
2.- Primera valoración y seguimiento: julio 2018, octubre 2018, enero 2019.
3.- Analísis de los resultados: febrero de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAJARAVILLE ASO PILAR
CHARTE ALEGRE MARIA ELENA
GARCIA CALVO ANGEL
QUINTANA VELASCO CARMEN
BEIRED VAL INES
MUNGUIA NAVARRO PAULA
BERGUA AMORES CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se constituyó el equipo de mejora y se coordinó con Atención primaria unas reuniones para abordar los puntos a tratar del protocolo.Durante los meses de Septiembre y Octubre del 2018 se ha redactado un documento de consenso entre el servicio de Nefrología del Hospital San Jorge y Atención Primaria con la finalidad de mejorar la detección, derivación y seguimiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) desde Atención Primaria a Especializada. Dicho documento fue enviado a finales de Noviembre del 2018 a todos los coordinadores de Atención Primaria del Sector de Huesca que pusieron en conocimiento a los facultativos de sus centros y que sirve como guía para el manejo de la ERC. Se supervisó con cada uno de los coordinadores que había sido recibido y dado máxima difusión. También se expuso un tiempo para aclarar dudas sobre el mismo y que las notificaran (el documento puede ser solicitado para su revisión).A finales de Noviembre del 2018 se puso en marcha consulta virtual (interconsulta primaria) .Los médicos de atención primaria, usando el documento de consenso como guía, realizan sus interconsultas y solicitan las derivaciones pertinentes. Todas estas acciones descritas nos han permitido establecer un circuito de trabajo coordinado entre Nefrología y Atención Primaria que se refleja con los excelentes resultados alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han comparado en cuanto a detección de ERC y correcta derivación a nefrología (según las indicaciones del protocolo) los 2 meses previos a su implantación y los meses posteriores en el que el documento ya estab en manos de los profesionales de primaria. Los datos quedan claramente expresados por los objetivos establecidos y el valor de los indicadores.
1. Optimizar las derivaciones desde Atención Primaria a Nefrologia . ESTÁNDAR >50%
Nº paciente derivados aplicando protocolo/Nº de pacientes derivados *100
Periodo antes implantar protocolo (Octubre-Noviembre 2018)
19/39*100=48,71%
Periodo después implantar protocolo (diciembre 2018- enero2019)
16 /18*100= 88,8%
2.Aumentar la seguridad del paciente al disminuirla iatrogenia por fármacos inadecuados en ERC. ESTANDAR >30%
Nº paciente modificado tratamiento/ Nº de pacientes con tratamiento *100
Periodo antes implantar protocolo (Octubre-Noviembre 2018) 5 /39*100=12,82%
Periodo después implantar protocolo (Diciembre 2018- Enero2019)
6 /18*100= 33,33%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El dotar a los profesionales de atención primaria de un herramienta tan útil y sencilla como es un protocolo ha permitido: mejorar la detección de los pacientes con ERC, la correcta derivación a la consulta de nefrología, la implantación precoz de medidas terapeúticas que permiten disminuir la progresión de la ERC y disminuir la iatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de ERC. El periodo inicial de recogida de datos abarcaba desde Octubre del 2018 a Abril del 2019 y el análisis de datos en Mayo y Junio (un año con respecto a cuando se entregó el proyecto). Dado que las memorias se han solicitado antes de cumplir un año solo se han podido comparar los 2 meses previos al documento de consenso y los 2 meses posteriores a su implantación. Estos han sido suficientes para poder establecer una comparativa con claros resultados a favor de la elaboración y puesta en marcha del protocolo.El tercero de los objetivos que era disminución del tiempo medio de demora entre una primera consulta y una posterior resultado de la correcta derivación no ha sido posible medirla por la brevedad del periodo Se trata de un proyecto en el que vamos a observar a lo largo tiempo buenos resultados como han sido expuestos hasta y que sin duda ha permitido que Atención Primaria y Nefrología "hablemos un mismo idioma" en cuanto a enfermedad renal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1098

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

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

Nº de registro: 1098

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:
FELEZ JUSTES ISABEL, CAJARAVILLE ASO PILAR, CHARTE ALEGRE MARIA ELENA, GARCIA CALVO ANGEL, QUINTANA VELASCO CARMEN L, BEIRED VAL INES, MUNGUIA NAVARRO PAULA, BERGUA AMORES CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. Según los resultados del estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) el 10 % de la población adulta sufre algún grado de ERC. El 6,8 % tienen insuficiencia renal (FG < 60 ml/min). Esta entidad se asocia a una importante morbi-mortalidad cardiovascular, así como costes muy significativos. Solo una pequeña proporción de enfermos con ERC evolucionarán hacia la insuficiencia renal terminal con sus complicaciones asociadas y necesidad de tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante). Esta evolución hacia la pérdida de función renal tiene un curso progresivo, en el que podemos influir mediante una actuación precoz sobre sus principales causas: hipertensión arterial y diabetes mellitus. El control de estas debe ser estricto y adecuado a las recomendaciones de las Guías en vigor no solo para minimizar su progresión y tratar las complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, sino también para reducir el riesgo vascular asociado a la ERC. Por otra parte, Un número importante de pacientes con ERC están sin diagnosticar (se estima que alrededor del 20% de la población con más de 60 años tienen insuficiencia renal, esto es ERC avanzada), bien porque no se efectúan controles de función renal, bien porque tienen una ERC oculta (tienen enfermedad renal a pesar de que las creatininas séricas están en el rango de normalidad del laboratorio) En pacientes seguidos en Atención Primaria con enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, la prevalencia de insuficiencia renal puede alcanzar cifras del 35-40%.En este contexto, desde hace varios años se han establecido guías y recomendaciones para optimizar la detección y tratamiento de la población con ERC. Las recogidas en el Documento de Consenso SEN-semFYC sobre la Enfermedad Renal Crónica publicado en el año 2008, sobre el que se basan las recomendaciones actuales, pretenden, con el consenso de las sociedades científicas implicadas, dotar de una herramienta útil a los profesionales a cargo de la población con ERC en el ámbito de la medicina de familia .El objetivo último de estas recomendaciones es la de dotar a los profesionales de la salud de una herramienta sencilla que permita: Mejorar la detección de los pacientes con ERC, lo que se traducirá en la implantación precoz de medidas terapéuticas que permitan disminuir la progresión de la ERC y de la morbimortalidad vascular asociada Aumentar la seguridad del paciente con ERC al disminuir la yatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de insuficencia renal. Reducir el coste sociosanitario relacionado con esta enfermedad. La derivación a nefrología debe de protocolizarse entre atención primaria y el servicio de nefrología, con planes de actuación y estrategias de comunicación ágil entre los dos niveles asistenciales. Este proyecto de mejora pretende llevar a cabo todo lo anteriormente expuesto

RESULTADOS ESPERADOS
1-Mejorar la detección de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC).
2. Optimizar las derivaciones desde atención primaria a nefrología.
3- Implantación precoz de medidas terapéuticas que permitan disminuir la progresión de la ERC y de la morbimortalidad vascular asociada.
4. Aumentar la seguridad del paciente con ERC al disminuir la yatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de insuficencia renal.
5. Establecer un sistema de comunicación eficaz que permita compartir información entre los diferentes niveles asistenciales.

MÉTODO
Inicialmente se constituirá el equipo de mejora. Se realizarán reuniones entre los médicos de atención primaria participantes y el servicio de nefrología. De forma consensuada se elaborará un protocolo de detección y derivación a nefrología desde atención primaria. También se elaborará un documento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

de •”recomendaciones en el paciente con enfermedad renal crónica”. Además de los centros partícipes del proyecto se hará extensivo a otros centros de atención primaria que estén interesados en optimizar la detección y derivación. Se establecerá un canal de comunicación fluido entre los miembros del equipo de mejora

INDICADORES
1-Número de pacientes que son derivados a nefrología desde atención primaria aplicando el protocolo/ número total de derivaciones Objetivo 50%
2-Número de pacientes a los que se modifica el tratamiento derivado de la aplicación del documento de recomendaciones en el paciente con enfermedad renal crónica. Objetivo 30%
3-Disminución del tiempo medio demora entre una primera consulta de nefrología y una posterior revisión resultado de la correcta y completa derivación. Objetivo 50%

DURACIÓN
1.-Sesiones informativas y elaboración del protocolo y documento: julio, agosto y septiembre 2018.
2.-Aplicación del protocolo elaborado y recogida de datos: octubre del 2018 a abril del 2019
3.- Análisis de datos: mayo y junio 2019:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0491

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES

Fecha de entrada: 21/04/2018

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT REDOL LABARTA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEONATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANAGUSTIN PERIE CARMEN
LAVILLA ABRIL SHEILA
GALLEGO DOMEC MARIA ESTHER
OTAL ORDAS LUCIA
RUIZ OLLES ROSA MARIA
MERIDA CEBOLLERO JUAN
RODRIGUEZ ACIN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de dos trípticos con información completa sobre actuaciones para con el recién nacido en la Unidad de Neonatos, diferenciando en cada uno de los trípticos las recomendaciones en lactancia materna o lactancia artificial según proceda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de los padres reciben el tríptico informativo.
En el momento del alta del RN durante los meses de noviembre y diciembre de 2017se pregunta a los padres verbalmente por la utilidad del tríptico, ("Poco útil", "Útil", "Muy útil").
Encontrando que en el 90% de los padres consideran la medida como "Muy util".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha tenido muy buena aceptación por parte de los padres que consideran la información contenida muy útil.
El proyecto tiene un coste económico mínimo únicamente el derivado de la impresión por parte del Servicio de reprografía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/491 ========== ***

Nº de registro: 0491

Título
MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES

Autores:
REDOL LABARTA MONTSERRAT, SANAGUSTIN PERIE CARMEN, LAVILLA ABRIL SHEILA, GALLEGO DOMEC MARIA ESTHER, OTAL ORDAS LUCIA, RUIZ OLLES ROSA MARIA, MERIDA CEBOLLERO JUAN, RODRIGUEZ ACIN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La utilidad del proyecto viene dada por la información recogida por el personal de Enfermeria del Servicio de Neonatos, sobre la necesidad que tienen los padres que acaban de tener un hijo, de recibir toda la información relativa a los cuidados del recién nacido y conocer todas las actuaciones que se llevan a cabo con su hijo en los primeros días de vida en el hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0491

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS PADRES

RESULTADOS ESPERADOS
*Unificar la información que reciben los padres.
*Informar de las actuaciones que se llevarán a cabo con su hijo mientras permanezcan en el hospital.
*Fomentar la participación de los padres en el cuidado del recién nacido.

MÉTODO
Elaboración de dos trípticos con la información más completa posible sobre actuaciones para con el recién nacido en la Unidad de Neonatos, diferenciando en cada uno de los trípticos las recomendaciones en lactancia materna o lactancia artificial según proceda.

INDICADORES
* Que el 100% de los padres de un recién nacido en este Hospital reciba el tríptico informativo.
* Elaboración de una encuesta de satisfacción cuando llevemos un año desde la puesta en marcha del proyecto.

DURACIÓN
Desde la aceptación de este proyecto y sin fecha prevista de finalización si el proyecto cumple nuestras espectativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1253

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN CEGOÑINO DE SUS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRIZ MUÑOZ ELENA
GARCIA SAEZ SANDRA
SOLER ALLUE SANDRA
BORDERIAS CLAU LUIS
GARRAPIZ LOPEZ JAVIER
CASTILLON FONTOVA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo del proyecto es mejorar en el manejo del paciente con EPOC coordinando la Atención Primaria y la Atención Especializada. Para la cual estamos analizando los pacientes diagnosticados de EPOC en el Centro de Salud Pirineos de Huesca. En estos pacientes estamos analizando lo siguiente: - Si todos tienen su espirometría donde exista un patrón obstructivo (criterio diagnóstico de EPOC); - La comorbilidad del paciente EPOC y si esta bien tratada; sobre todo estamos estudiando la prevalencia de ansiedad-depresion en estos pacientes (siendo una comorbilidad que tiene un valor pronóstico importante, ¿se diagnostica y se trata de forma correcta); - Si esta bien catalogada la gravedad según escalas multidimensionales; - Número de exacerbaciones; - Determinación de alfa 1 antitripsina (todos los pacientes deben tener una determinación como mínimo); - Tratamiento prescrito; - Vacunación antineumocócica; Tecnica inhalatoria (cuestionario validado TAI). Con estos resultados conoceremos como estamos manejando la EPOC y se comunicaran a los profesionales los posibles defectos detectados para mejorar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía no tenemos resultados definitivos. No se pudo cumplir los plazos de inicio del proyecto porque, por motivos laborales tuvimos que retrasarlo. También nos llevo mucho tiempo recoger todos los pacientes diagnosticados de EPOC. Se elaboró una hoja de recogida de datos. Muchas espirometrías no estan localizadas en Atención Primaria, pues son diagnosticados en Atención Especializada, y entonces miramos si estan en la historia del Hospital, lo que también nos lleva más consumo de tiempo. Para la recogida de datos nos basamos en la historia clínica de Atención Primaria y en algunos casos, de la historia del Hospital.
En la actualidad estamos recogiendo datos e introduciendolos en el programa informático. Esperamos terminar en 2-3 meses. Lo resultados provisionales recogidos hasta la fecha nos indican que, en lineas generales, tenemos bien diagnosticados los paciente EPOC, pero existen algunos defectos en el manejo. Estos resultados se comunicaran a los compañeros para sensibilizar a todos de la importancia de esta enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados que tenemos hasta la fecha son provisionales, pero ya nos indican que van a tener una gran utilidad para mejorar el manejo del paciente EPOC y sensibilizar a todos los compañeros sobre los aspectos mas importantes de esta enfermedad (espirometría para diagnosticar, comorbilidades, clasificación de la gravedad, exacerbaciones, tratamiento, tecnica inhalatoria, determinación de alfa 1 antitripsina, vacunación antineumocócica).

7. OBSERVACIONES.
HACEMOS UN CAMBIO EN EL EQUIPO DE MEJORA: En lugar de Agirre Gonzalez, Amaia se incluye Soler Allué, Sandra.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1253 ========== ***

Nº de registro: 1253

Título
PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Autores:
CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN, BRIZ MUÑOZ ELENA, GARCIA SAEZ SANDRA, AGIRRE GONZALEZ AMAIA, BORDERIAS CLAU LUIS, GARRAPIZ LOPEZ JAVIER, CASTILLON FONTOVA ANTONIO, ARIZON MENDOZA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1253

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La espirometría es la prueba clave para el diagnóstico de la EPOC y se deben realizar mas exploraciones para mejorar el infradiagnóstico de la EPOC.
En la actualidad la mayoría de las sociedades científicas nacionales e internacionales recomiendan clasificar la gravedad de la EPOC con índices multidimensionales. Un aspecto importante en el manejo del paciente con EPOC son las comorbilidades que lleva asociadas esta enfermedad y que influyen en el tratamiento y en el pronóstico de la misma. Recalcar, pues, que el manejo diagnóstico del paciente con EPOC es más complejo que hace unos años.
El tratamiento de la EPOC consiste fundamentalmente en la prescripción de broncodilatadores por vía inhalada. En los últimos años se han comercializado nuevos fármacos y sistemas de inhalación, lo que ha complicado el tratamiento de esta enfermedad.
Dado el elevado infradiagnóstico y la complejidad del manejo da la EPOC consideramos un factor clave la colaboración entre Atención Primaria y Neumología de nuestro Sector, que nos permita realizar un diagnóstico y tratamiento correcto del paciente con EPOC.

RESULTADOS ESPERADOS
- Detección precoz de la EPOC.
- Aumentar el número de pacientes con una clasificación de la gravedad según índices multidimensionales.
- Incrementar el número de pacientes que tienen una determinación de alfa 1 antitripsina.
- Aumentar la sensibilización sobre la importancia de las comorbilidades y exacerbaciones.
- Mejorar la técnica inhalatoria.
- Aumentar el número de pacientes vacunados frente al neumococo.

MÉTODO
Se realizará el proyecto de mejora entre la Atención Especializada de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge y el Centro de Salud Pirineos de Huesca, con pacientes pertenecientes a dicho Centro.

a) En pacientes sin diagnóstico previo de EPOC:

- Realización de espirometrías y test broncodilatador a los pacientes de 40 años o mayores con tabaquismo y síntomas respiratorios.

b) En Pacientes diagnosticados con anterioridad de EPOC:

- Clasificar la gravedad de los pacientes en función de índices multidimensionales.
- Valoración del CAT.
- Valoración de la comorbilidad mediante el Índice de Charlson.
- Escala HAD-Hospital,Ansiedad y Depresión.
- Determinación de los niveles de alfa 1 antitripsina.
- Prescripción de la vacuna anitineumocócica.
- Realización del Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI).

INDICADORES
Valoración antes y después de la puesta en marcha del proyecto de mejora de calidad.

- Número de espirometrías realizadas en los pacientes con factores de riesgo.
- Número de pacientes clasificados con índices multidimensionales.
- Evaluar la comorbilidad.
- Evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión.
- Número de determinaciones de la alfa 1 antitripsina.
- Número de profilaxis antineumocócica.
- Puntuación en el TAI.

DURACIÓN
- Abril-Mayo 2017: Redacción del programa de colaboración.
- Mayo-diciembre 2017: Comenzar a realizar espirometrías a la población con factores de riesgo. Ir revisando los pacientes ya diagnosticados de EPOC.
- Enero-febrero 2018: Análisis de los resultados y evaluación del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1253

1. TÍTULO

PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y NEUMOLOGIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0473

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PABLO ZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENAVENTE AGUILAR ISABEL
LASIERRA PERIZ YOLANDA
MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA
LASCORZ CORTINA ISABEL
VALLDEPEREZ ESPINACH ROSA
ABADIAS PUYUELO EVA
ESCARTIN ORUS ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de Guía de Enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que los indicadores serían Uso de la Guía/Persona/Tiempo, a valorar cada 6 meses, en este caso como el proyecto era la realización de la Guía, los indicadores habría que valorarlos a los 6 meses y al año (mediados/final de 2019)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos esta guía de gran utilidad, en la actualidad para el personal existente para consultar el modo de actuación y los protocolos, y principalmente para futuras incorporaciones de personal al Servicio, ya que facilitará mucho la incorporación al aportar información relevante para la Especialidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/473 ========== ***

Nº de registro: 0473

Título
GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
PABLO ZARO MARIA JESUS, BENAVENTE AGUILAR ISABEL, LASIERRA PERIZ YOLANDA, MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA, SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS, LASCORZ CORTINA ISABEL, ABADIAS PUYUELO EVA, SANZ PEREZ LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La Neurofisiología Clínica es una especialidad médica que se basa en el estudio del Sistema Nervioso tanto Central como Periférico por medio de pruebas complementarias. La formación médica de la especialidad está totalmente establecida, mientras que en lo referente al personal de Enfermería la titulación oficial universitaria en nuestro país no existe como tal. En algunos países de Europa, como Italia o Portugal dentro de la formación universitaria sí existe el Grado en Técnico de Neurofisiología Clínica. En otros países como en Suecia y Finlandia existe una titulación de Técnico en Neurofisiología Clínica no universitaria como tal (especialización de Enfermería).
Dado que es una especialidad muy técnica, el personal de Enfermería que empieza a trabajar como técnico en un Servicio de Neurofisiología Clínica encuentra dificultades en su inicio ya que carece de formación sobre el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0473

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

tema, por ello creemos que sería de gran utilidad disponer de una guía práctica en la que se reflejen las principales técnicas, material, equipamientos y protocolos a seguir en la realización de las diferentes exploraciones neurofisiológicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Realización de una Guía Práctica para personal de Enfermería en el Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital San Jorge. En dicha guía se resumirán las diferentes exploraciones que se realizan en nuestro servicio, detallando el material necesario, las labores del personal de Enfermería y los protocolos a seguir en cada una de ellas.

MÉTODO
En la guía se describirán las diferentes técnicas realizadas en nuestro servicio, incluyéndose el material y equipamiento necesario para cada una de ellas, y los protocolos de montaje y realización:

- Electromiogramas y Electroneurogramas
- Electroencefalogramas
  - Estudios vídeo-EEG basales
  - Estudios vídeo-EEG de siesta
  - Estudios vídeo-EEG tras privación de sueño

Potenciales Evocados

- Potenciales evocados auditivos
  - PEATC en lactantes (programa de screening de hipoacusia de Aragón)
  - PEATC en niños
  - PEATC en adultos
- Potenciales evocados somatosensoriales
- Potenciales evocados visuales
  - PEV y Electoretinograma-pattern
  - PEV y ERG flash (Ganzfeld)
- Estudios polisomnográficos
  - Poligrafia cardiorespiratoria nocturna
  - PSG nocturnos
  - Test de latencias múltiples de sueño
- Estudios de monitorización vídeo-EEG de larga duración
- Estudios de monitorización vídeo-EEG nocturnos

INDICADORES
Un indicador de este proyecto sería el empleo de la guía, por lo que el indicador sería el Uso de la misma/Persona/Unidad de Tiempo.
Se evaluará periódicamente el número de veces que se emplea la guía de forma periódica (cada 6 meses).

DURACIÓN
La duración de este proyecto es indefinida, en cuanto dispongamos de la guía se utilizará inmediatamente, realizándose revisiones cada 2 años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1007

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIACLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA SERAL MORAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
GARCIA RUBIO SEBASTIAN
RUIZ PALOMINO PILAR
TORDESILLAS LIA CARLOS
BESTUE CARDIEL MARIA
ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2016 se inició el conocimiento de las diferentes plantillas disponibles en la Historia Clínica Electrónica: hoja de ingreso e informe de alta de ictus isquémico, ictus hemorrágico y accidente isquémico transitorio. Se analizaron sus diferentes apartados y escalas incluidas consensuadas por el grupo de trabajo para el Seguimiento y Mejora del Programa de Atención al Ictus en Aragón (PAIA).
Durante los seis meses siguientes (Enero - Junio 2017) se fueron utilizando las diferentes plantillas para los pacientes que ingresaron en el área de ictus del Hospital San Jorge. Ingresaron un total de 126 pacientes en dicho periodo. Durante la realización de sus informes de ingreso/alta se detectaron 12 problemas relacionados con la información/calidad de las mismas que fueron reportados al equipo informático del Salud de Aragón responsable de la implantación de la historia clínica para su conocimiento y posible subsanación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante los primeros meses de 2017 se han pilotado todas las plantillas incluidas en la Historia Clínica Electrónica (HCE) para los pacientes ingresados por ictus en nuestra área.
Se detectaron 12 problemas relacionados con la calidad/información de las plantillas que incluida que fueron reportados para su subsanación.
Durante el año 2017 se ha generalizado el uso de las diferentes plantillas informáticas en la Sección de Neurología del Hospital San Jorge, en el 100% de los pacientes ingresados. En la actualidad es la única herramienta con la que se trabaja para la realización de los informes de ingreso y alta de los pacientes afectos de ictus en nuestra área, tras haberla incluido en nuestra práctica clínica asistencial. Además estos informes están disponibles a través de la HCE para todos los facultativos involucrados en la atención sanitaria del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la introducción de plantillas estandarizadas en la atención al ictus se ha mejorado la asistencia y facilitado el trabajo diario de los facultativos al incrementar la calidad de los informes de ingreso/alta. Esto supone una importante mejora tanto en la continuidad asistencial con otros niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospitales de larga estancia), así como, entre los diferentes sectores al estar disponible la información a través de la HCE.
La homogeneización de la atención/información incluida incrementa la seguridad y permite disminuir la variabilidad clínica e incrementar la competencia
En el futuro cuando se haya implementado en todos los hospitales de nuestra comunidad permitirá evaluaciones completas del proceso asistencial que mejorará la calidad y el tratamiento de la información para detectar posteriores líneas de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1007 ========== ***

Nº de registro: 1007

Título
IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Autores:
SERAL MORAL MARIA, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, GARCIA RUBIO SEBASTIAN, RUIZ PALOMINO PILAR, TORDESILLAS LIA CARLOS, BESTUE CARDIEL MARIA, ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1007

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIACLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Ictus
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad cerebrovascular supone aproximadamente un 50-60% de la patología hospitalaria atendida en Unidades de Neurología, por lo que las acciones sobre la misma tiene un elevado impacto en la asistencia.
En 2009 se pone en marcha en nuestra comunidad un grupo de trabajo para el Seguimiento y Mejora del Programa de Atención al Ictus en Aragón. Desde entonces la atención a esta patología ha experimentado un mejora continua tanto en morbimortalidad como en homogeneización de la asistencia entre los diferentes sectores.
La reciente implantación de la Historia Clínica Electrónica en nuestra comunidad ha supuesto y supone una importante oportunidad de mejora en estos aspectos al facilitar la información entre los distintos niveles asistenciales así como entre los diferentes sectores.
Durante el año 2015 el equipo informático del salud responsable de la implantación de la historia clínica (CGIPC) junto con el grupo de trabajo del Ictus han realizado plantillas específicas de los tres principales procesos de hospitalización de la patología cerebrovascular: Ictus isquémico, Ictus hemorrágico y Accidente isquémico Transitorio. Esto supone un importante avance al facilitar la asistencia a través de la normalización de procesos y usos de escalas con repercusión en práctica clínica, disminuir la variabilidad y mejorar la seguridad clínica. Además permite a través de su codificación la extracción de información relevante para su posterior evaluación con el fin de detectar problemas y oportunidades de mejora.
Desde la sección de Neurología del Hospital San Jorge vamos a llevar a cabo el pilotaje de estas plantillas con la finalidad de evaluar su aplicación en la práctica clínica y en el trabajo diario asistencial por parte de los facultativos, los beneficios en la homogeneización de la asistencia y la detección de posibles errores o información relevante no incluída, para su posterior ampliación al resto de Unidades de Neurología de nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la asistencia ? Facilitar el trabajo diario de los facultativos (tras el proceso de entrenamiento) a través de herramientas incluidas en las plantillas. Incrementar la calidad de los informes de alta que repercutirá en la mejora entre la continuidad asistencial y entre sectores
2. Incrementar la seguridad ? Disminuir la variabilidad clínica e incrementar la competencia
3. Permitir evaluaciones completas del proceso asistencial que mejorará la calidad y el tratamiento de la información para detectar posteriores líneas de mejora.

MÉTODO
1. Incorporación progresiva de la utilización en la práctica clínica habitual de las diferentes plantillas disponibles: Informes de ingreso e Informes de alta de Ictus Isquémico, Ictus Hemorrágico y Accidente Isquémico Transitorio.
2. Detección y registro de posibles errores, información relevante no disponible o cambios en la plantilla que dificulten su utilización diaria.
3. Informar periodicamente de los problemas detectados a los responsables (Equipo informático y grupo de Ictus) para su evaluación y modificación según proceda

INDICADORES
- Pilotaje realizado de las diferentes plantillas Si/No
- Comunicación de problemas detectados y notificados (Si/No)
- Subsanación de problemas detectados (Si/No)
- Tasa de pacientes con Informe de alta específico de enfermedad cerebrovascular (objetivo > 75%)

DURACIÓN
Noviembre 2016: Conocimiento/Entrenamiento por parte de los facultativos de la sección de las diferentes plantillas y sus utilidades
Diciembre 2016-Mayo 2017: Pilotaje de las diferentes plantillas y comunicación continua de los problemas/posibilidades de mejora detectados para su subsanación
Junio 2017: Consolidación del uso de plantillas entre los facultativos de nuestro hospital en práctica clínica diaria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1007

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION Y PILOTAJE DE INFORMES CLINICOS ESPECIFICOS DE ICTUS A TRAVES DE LA HISTORIACLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

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

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... OLALLA ALBERTI GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERAL MORAL MARIA
GARCIA RUBIO SEBASTIAN
RUIZ PALOMINO PILAR
TORDESILLAS LIA CARLOS
BLESA CLAVERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para la mejora de la Atención al Ictus se constituyó un grupo multidisciplinar en el que han participado/participan activamente los Servicios de Urgencias, Radiología y Neurología.
Hasta la fecha actual se ha actualizado el Protocolo de Manejo de Ictus en Área de Ictus del Hospital San Jorge y se ha elaborado con el Servicio de Radiología el Protocolo para la realización de Neuroimagen avanzada en la Atención urgente al ictus. Estando en el momento actual pendiente de derivación a Unidad de Calidad de nuestro sector.
El protocolo para la atención en Urgencias y Criterios de Derivación para trombectomía al centro de referencia está en proceso de actualización debido a los cambios que han acaecido en el último año (2017) en la Atención al Ictus por la evidencia científica disponible (ampliación de criterios para fibrinolisis y trombectomía) y los cambios en la Atención en nuestra comunidad (desde Noviembre de 2017 existe guardia de Neurovascular para la atención a los pacientes de nuestra comunidad).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha creado un equipo multidisciplinar del que forman parte facultativos de los Servicios de Radiología, Urgencias y Neurología.
Se ha actualizado el protocolo de Manejo en Área de Ictus
Se ha elaborado el protocolo para la realización de Neuroimagen avanzada en el Ictus.
Está en proceso la realización de Atención en Urgencias, criterios y vía para derivación para fibrinolisis y trombectomía mecánica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta el momento actual se ha avanzado en la realización de protocolos para una atención de calidad a los pacientes con Ictus en nuestro sector.
Queda pendiente finalizar la vía de derivación a centro de referencia para el manejo del Ictus agudo, así como la difusión a los diferentes servicios de nuestro hospital que están en contacto con la patología y pasar los protocolos por la Unidad de Calidad de nuestro sector. Se ha propuesto como plazo de finalización Febrero de 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1009 ========== ***

Nº de registro: 1009

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

Autores:
ALBERTI GONZALEZ OLALLA, MEJIA ESCOLANO DAVID, SERAL MORAL MARIA, GARCIA RUBIO SEBASTIAN, RUIZ PALOMINO PILAR, TORDESILLAS LIA CARLOS, BLESA CLAVERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Ictus en nuestro medio es la principal causa de discapacidad en el adulto, así como la principal causa de mortalidad en la mujer y la segunda en el hombre. En Aragón se cae en 2009 un grupo de trabajo para la mejora a la atención del Ictus multicéntrico que ha puesto en marcha la atención en fase aguda al Ictus de forma homogénea con aplicación de cuidados específicos que han demostrado disminuir la mortalidad y secuelas del mismo. Nuestro hospital participó de manera muy activa y en colaboración con los servicios de urgencias, radiología, nutrición y rehabilitación en la realización de protocolos de diagnostico precoz de complicaciones y de cuidados en fase aguda que lograron disminuir la mortalidad desde el primer año de su instauración. En un segundo tiempo se puso en marcha en nuestro centro en 2011 el tratamiento fibrinolítivo IV para aquellos pacientes candidatos (entorno a un 10%) que permite pisar de forma total o parcial en algunos casos el trombo causante del Ictus, obteniendo un tamaño lesionan cerebral menor y por tanto mejor capacidad funcional final del paciente con un grado menor de dependencia. En este tiempo se han ido ampliando la ventana horaria y ajustando los criterios de inclusión, permitiendo acceder al tratamiento fibrinolítico IV a un mayor numero de pacientes. A pesar de todo en muchos casos el fibrinolítico iv no es capaz de lisar el trombo por lo que en estos últimos años se han desarrollado distintas técnicas para tratar de mejorar la recanalización precoz de la arteria. Entre ellas la trombectomía mecánica ha demostrado su eficacia y seguridad en la extracción mecánica del trombo y recanalización arterial, consiguiendo una grado significativamente menor de dependencia de los pacientes a los 3 y 6 meses. En 2016 se aprueba en cartera de servicios la trombectomía mecánica en aragón centralizada en el Hospital Miguel Servet con la próxima puesta en marcha a lo largo de 2017.

Es por tanto preciso reorganizar la atención al Ictus en fase aguda en nuestro hospital para poder ofrecer este tratamiento en las mejores condiciones de efectividad y seguridad a nuestra población. Para ello se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para la realización de protocolos de actuación en urgencias y criterios de derivación de pacientes candidatos a trombectomía desde nuestro hospital al centro de referencia, así como protocolos y guía de actuación de acogida de los pacientes en nuestra area de ictus tras el procedimiento, para asegurar un adecuado circuito de vuelta que permita asegurar los cuidados médicos y de enfermería que estos pacientes precisarán, evitando la sobresaturación del centro de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS
La realización de estos protocolos de actuación tiene como finalidad asegurar la excelencia en el tratamiento en fase aguda al Ictus al permitir a nuestra población acceder de forma homogénea y segura a dicho tratamiento.

Asegurar el uso racional de recursos sanitarios al facilitar el traslado precoz de los pacientes desde el centro de referencia a nuestro hospital, evitando así el "colapso" asistencial en el hospital de referencia, permitiendo una actuación ágil y organizada entre sectores sanitarios.

MÉTODO
Se creará un grupo de trabajo multidisciplinar con el personal implicado en el proceso formado por facultativos de urgencias, radiología y neurología para desarrollar los protocolos de actuación, diagnóstico y derivación para trombectomía en la atención en fase aguda del ictus en nuestro hospital.

INDICADORES
-Creación del grupo multidisciplinar de trabajo formado por facultativos especialistas en Urgencias, Radiología y Neurología. (S/N)
-Redacción de los protocolos de actuación, diagnóstico y derivación para trombectomía desde nuestro Hospital al centro de referencia. (S/N)
-Presentación de dichos protocolos al Grupo de atención integral del Ictus de Aragón, detección de problemas y corrección de los mismos. (S/N)
-Puesta en marcha de los protocolos. (S/N)
-% de adecuación en la aplicación de los protocolos, una vez puesto en marcha a nivel de Aragón la trombectomía. Objetivo >80%

DURACIÓN
-Noviembre 2016 creación del grupo multidisciplinar
-Noviembre-Enero 2017: desarrollo y corrección de los protocolos
-Febrero 2017: presentación de lo protocolos al grupo de atención al Ictus integral de Aragón y modificación si es preciso de los mismos.
-Feb-Diciembre 2017: aplicación de los protocolos y normalización de su uso en al actuación al Ictus en fase aguda en nuestro hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL ICTUS EN FASE AGUDA A TRAVES DE LA CREACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION, DIAGNOSTICO Y DERIVACION PARA TROMBECTOMIA MECANICA

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0279

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LORENA GARCIA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORDESILLAS LIA CARLOS
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
SERAL MORAL MARIA
GIMENEZ MUÑOZ ALVARO
GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL
TERINGUER MUR MARIA PILAR
EIZMENDI BINDER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha iniciado la consulta especifica de cefalea, dentro del Sº de Neurología, con una periodicidad de 1 consulta mensual clínica (de diagnostico y tratamiento) y otra consulta con una periodicidad mensual de técnicas para tratamientos de cefaleas (infiltración de toxina botánica y bloqueos anestésicos), se ha creado una bases de datos para filiar a los pacientes atendidos, se esta en proceso de la realización de protocolos de derivación, así como de tratamiento de cefaleas mas frecuentes. Se realizar formación a los MIR de MFYC en esta consulta especifica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se esta realizando en la consulta tal como se había propuesto un diagnostico clínico según IHS, una orientación terapéutica y recomendación es tanto para los pacientes como para los MAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En los últimos meses se ha incrementado el numero de pacientes atendidos en la consulta, precisando tres días al mes para ello, lo cual denota la necesidad que había en este ámbito que ahora se esta cubriendo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/279 ========== ***

Nº de registro: 0279

Título
PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

Autores:
GARCIA FERNANDEZ LORENA, TORDESILLAS LIA CARLOS, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, SERAL MORAL MARIA, GIMENEZ MUÑOZ ALVARO, GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL, TERINGUER MUR MARIA PILAR, EIZMENDI BINDER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cefaleas son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso.La alta prevalencia de la cefalea en nuestro medio y la repercusión socioeconómica que comporta justifica la aparición en los últimos años de unidades específicas para el estudio y tratamiento de este grupo de patologías. la cefalea es el motivo de consulta más frecuente en las consultas de Neurología.Como ocurre con diferentes subespecialidades en la Neurología, una Unidad de Cefalea cumple con la tarea de reconocer y tratar de forma más adecuada al paciente con cefalea, una vez diagnosticados y orientadosterapéuticamente muchos de los enfermos vistos se podrían continuar el seguimiento en Atención Primaria con lo que se reducirían las consultas reiteradas a urgencias,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0279

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

consulta general de Neurología y atención primaria.En los últimos años el desarrollo de distintas técnicas de tratamiento invasivas (inyección de toxina botulínica y bloqueos nerviosos) con muy buenos resultados hace que sea preciso una formación específica.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana del proyecto es todo paciente con cefalea del sector de Huesca.La principal intervención es orientar el proceso diagnostico-terapéutico de los pacientes con cefalea desde el servicio de Neurología del Hospital San Jorge.Se espera mejorar la calidad en el manejo y seguimiento de pacientes con cefalea, sobre todo en los que requieren especial atención: migraña crónica, cefalea de Horton, Neuralgia del trigémino. Tener una referencia para los médicos de atención primaria del sector para orientar durante el proceso diagnostico terapéutico también a
través de la teleconsulta.

MÉTODO
Emisión de una primera impresión diagnostica. Siguiendo la clasificación internacional de cefaleas en su última versión.Solicitud de pruebas diagnósticas necesarias Elaboración de un plan terapéutico: Información sobre el diagnostico, sobre las opciones de tratamiento. Entrega de calendario de cefalea. Entrega de folletos informativos de las cefaleas más prevalentes (Migraña y cefalea tensional, con consejos prácticos para pacientes) así como cefaleas con peculiaridades especiales (cefalea en racimos, neuralgia del trigémino). Entrega de informe con destino a atención primaria con recomendaciones, advertencias sobre efectos secundarios de los tratamientos etc…Realización de técnicas avanzadas para el tratamiento de cefaleas: Inyección de toxina botulínica, bloqueos anestésicos.Seguimiento periódico de los pacientes según necesidades especiales.
Realización de protocolos asistenciales: Criterios de admisión y alta de la consulta, secuencia temporal de actividades, responsable de cada actividad, registro de cada actividad, indicadores de evaluación de tratamientos avanzados en cefaleas, para la minimización de riesgos y accidentes.
de derivación de atención primaria, criterios de admisión y tratamiento en hospital de
día, de diagnóstico de cefaleas primarias más frecuentes, de diagnóstico de cefaleas
secundarias más frecuentes, de tratamiento de cefaleas primarias más frecuentes, de
tratamiento de cefaleas secundarias más frecuentes, de indicación y aplicación de técnicas terapéuticas invasivas y semi-invasivas.Formación a médicos de Atención primaria, mediante estancias en la consulta especifica de cefalea, en cursos FOCUSS etc...Creación de registros de pacientes de la consulta especifica de cefalea, de inidencias generales, de actividades de formacion e investigacion, de reclamacionesEstablecer un plan de comunicación: sobre la creación y funcionamiento de la consulta. Garantizar la asistencia a pacientes con cefalea que precisan una atención rápida.

INDICADORES
Creación de una base de datos con los pacientes de la consulta. Tras un año de la puesta en marcha de la consulta y posteriormente de forma anual se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes.Realización de una memoria anual, atendiendo a los indicadores recomendados por el Grupo de estudio de cefalea de la Sociedad Española de Neurología: % de pacientes con registro de diagnóstico de trabajo en la 1ª visita, con diagnóstico codificado según la ICHD vigente, utilizacion de diario/calendario, tratados según guías basadas en la evidencia evaluacion con escalas de discapacidad y calidad de vida, % de procedimientos con consentimiento informado, % de pacientes tratados con bloqueos e infiltraciones.Tiempo de demora de atención en la consulta.

DURACIÓN
En el mes de Mayo de 2018 la médico responsable de la consulta de cefalea realizara una rotación por la Unidad de cefaleas del HCU Lozano Blesa de Zaragoza, para la formación en técnicas invasivas en cefaleas y manejo de una consulta especifica de cefalea.Posteriormente (a partir de junio) se citaran consultas específicas de cefalea en el Hospital San Jorge de Huesca con una periodicidad de 2 al mes, cada día de se visitaran en torno a los 10 pacientes, 30 minutos por consulta. La duración del proyecto se prevé indefinida. Revisión anual de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0463

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA SERAL MORAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
TORDESILLAS LIA CARLOS
GIMENEZ MUÑOZ ALVARO
GARCIA FERNANDEZ LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el primer semestre de 2018 se realizó puesta en común de las patologías más prevalentes en Consultas de Atención Primaria. Se decidió abordar cefalea y deterioro cognitivo. Para ello se organizó un programa de formación a través de la convocatoria Foccus en la que participaron todos los miembros del equipo para la formación de Médicos de Atención Primaria en estas patologías. En el caso de la cefalea se asumieron los criterios de derivación recomendados por la Sociedad Española de Neurología y en el caso de las demencias se estableció el protocolo de recomendaciones analíticas y de exploración cognitiva en Atención Primaria previo a la derivación al especialista. Además se realizó hoja de recomendaciones para el paciente con Migraña (cefalea más prevalente) y modelo de informe para aportar al paciente para que se remitiera al Médico de Atención Primaria. Además se reorganizó la asistencia en la Sección de Neurología, de forma que se ha dotado de un tiempo estipulado para dar respuesta a la interconsulta virtual de forma que la respuesta se pueda realizar con celeridad.

Durante el segundo semestre se puso en marcha la difusión del trabajo realizado a los Médicos de Atención Primaria. En Septiembre de 2018, se realizó el programa Focuss anteriormente comentado, al que asistieron 4 MAP del sector. En este programa se ha hecho difusión de los protocolos de derivación propuestos por la Sociedad Española de Neurología. Así mismo, dado el buen acogimiento del programa, entre los profesionales de Atención Primaria, se va a mantener este programa en el año 2019, para continuar la formación de profesionales en la patología neurológica más prevalente. Se ha realizado un Grupo de Mejora en el que participan profesionales de Atención Primaria junto con facultativos de Neurología, para optimizar el trabajo conjunto entre ambos niveles asistenciales y difusión de las acciones realizadas a los centros de salud, siendo la responsable la Dra. García (F.E.A. Neurología del Hospital San Jorge). Se ha optimizado la respuesta a la interconsulta virtual para responder a las dudas o cuestiones planteadas por los Médicos de Atención Primaria o citar en los casos necesarios. Se ha organizado esta actividad dentro del Servicio, de forma que la práctica totalidad de las consultas relacionadas con estas patologías se responden en un plazo inferior a 72 horas en días laborables. Se está implementando progresivamente el uso de la Historia Clínica Electrónica en la consulta de Neurología, de forma que los facultativos de Atención Primaria pueden acceder a la información generada de la Consulta de Neurología con las recomendaciones de tratamiento y pautas a seguir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado la comunicación entre los distintos niveles asistenciales: Primaria-Especializada, mediante la comunicación directa a través del programa de formación Focuss sobre manejo de patología neurológica prevalente en Atención Primaria y con la creación de un grupo de mejora para el manejo de la cefalea. Además se está incorporando progresivamente el uso del Curso Clínico de la Historia Clínica Electrónica en Consultas Externas de Neurología de forma que el Médico de Atención Primaria tiene accesible la información derivada del proceso asistencial y las pautas y recomendaciones a seguir. Se ha dotado de tiempo la respuesta a la interconsulta virtual de forma que los Médicos de Atención Primaria tienen un sistema de comunicación fluído y eficaz con un breve tiempo de respuesta.
A cierre de 2018 (según los datos ofrecidos desde Administración del Hospital para el acuerdo de gestión), había disminuído el número de pacientes con demora > 60 días respecto al año previo.
El porcentaje de colaboraciones valoradas a través de interconsulta virtual respecto a las solicitadas desde Atención Primaria en el año 2018 ha sido de un 99,5%. La práctica totalidad de las consultas relacionadas con las patologías: cefalea y deterioro cognitivo, se han respondido en un plazo inferior a 72 horas (salvo excepciones de días festivos consecutivos o cuestiones muy concretas que precisan de solicitar y revisar la historia clínica determinada de un paciente).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la puesta en marcha del programa y la evaluación del mismo, consideramos que ha mejorado la satisfacción en la comunicación entre los facultativos de ambos niveles asistenciales. Con la llegada del Curso Clínico de la Historia electrónica y la interconsulta virtual, se ha favorecido la comunicación entre ambos niveles, con una información de calidad y que repercute en una mejora de salud de los pacientes y en una atención más transversal.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0463

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

*** ========== Resumen del proyecto 2018/463 ========== ***

Nº de registro: 0463

Título
PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SERAL MORAL MARIA, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, TORDESILLAS LIA CARLOS, GONZALEZ MUÑOZ ALVARO, GARCIA FERNANDEZ LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La patología neurológica ha objetivado un incremento notable en los últimos años debido entre otras razones al envejecimiento de la población y al mayor acceso a la información con la que cuentan los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
Las demoras en las Consultas de Neurología se han incrementado progresivamente haciendo necesario un nuevo planteamiento de la asistencia neurológica ambulatoria.
Por un lado una gran parte de la asistencia en Consultas se centra en unos pocos síndromes clínicos, de diagnóstico eminentemente clínico, que podrían ser abordadas de forma segura y con calidad desde Atención Primaria, con el entrenamiento y el apoyo adecuados.
Por otro lado no existe en el momento actual una comunicación eficaz entre los distintos niveles asistenciales que permita una adecuada valoración y derivación de los pacientes. La puesta en marcha de la interconsulta virtual presenta una oportundad de mejora para hacer que las comunicaciones sean más fluídas y que de esta forma desde Atención Primaria pueda atenderse una parte significativa de la patología neurológica ambulatoria con apoyo del facultativo Especialista cuando sea requerido.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental es establecer un sistema de comunicación
eficaz que permita compartir información entre los diferentes niveles asistenciales y de esta forma abordar determinada patología neurológica desde Atención Primaria de forma eficiente, evitar derivaciones innecesarias, mejorar la asistencia temprana en los casos en que esta sea necesaria y solucionar dudas/problemas que pudieran surgir en la atención a los pacientes neurológicos.

MÉTODO
Primera fase: En sucesivas reuniones entre los facultativos se expondrán las patologías más prevalentes y que puedan ser abordadas desde Atención Primaria. Inicialmente se ha decidido trabajar en dos grandes síndromes por su alta prevalencia: Cefalea y Deterioro Cognitivo. Se realizarán protocolos de valoración, manejo y derivación, así como documentos informativos tanto para el Médico de Atención Primaria como Información para los pacientes. Estos protocolos una vez finalizados serán accesibles desde Atención Primaria para su consulta.
Segunda fase: Se informará a los distintos Centros de Salud del trabajo anterior elaborado para su consulta. A través de la Hisotra Clínica electrónica se resolverán las cuestiones que puedan surgir en la Atención de estos pacientes en el menor plazo de tiempo posible (se estima 24 horas en días laborables). Si el paciente finalmente es derivado por necesidad o dudas diagnósticas a la Consulta de Neurología, al alta de la misma se elaborará un informe con el diagnóstico y pauta de tratamiento y cuidados a seguir.

INDICADORES
Reducción demora media para acceso a Consultas Externas de Neurología respecto al periodo anterior 2017
Porcentaje de consultas virtuales realizadas antes de las 72 horas. 100%
Porcentaje de consultas virtuales (relacionadas con Cefalea o Deterioro Cognitivo) que se resuelven de forma telemática sin necesidad de derivación a Consultas. 40%

DURACIÓN
Primera fase: Elaboración de protocolos: Segundo trimestre de 2018 (Abril-Junio)
Segunda fase: Puesta en marcha del sistema de comunicación: Junio-Diciembre 2018.
Evaluación y conclusiones: Enero 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0463

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0042

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... LEYRE RUIZ CAMPO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFALLA BERNAD OLIVIA
HERNANDEZ ARAGON MONICA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
ALVES BLANCO PAULA
BARRIO ALLER JOSE MARIA
VELA LETE ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha habilitado un correo electrónico para las pacientes que se encuentren en seguimiento en la consulta de Reproducción. Dicho correo, se proporciona a las parejas, en la primera visita, junto con otra serie de informaciones útiles antes de iniciar el proceso asistencial en esta consulta. Las pacientes pueden requerir asesoramiento sobre los tratamientos que se están administrando, su propia patología, y cualquier duda que pueda surgir. Además, gracias al correo electrónico, se ha mejorado la vertiente administrativa, optimizando los tiempos para citar a las pacientes, que en esta consulta son variables, en función del ciclo menstrual o del éxito o no de los tratamientos. Las pacientes son vistas en un plazo de uno a cuatro días desde que nos remiten su mail, para poder iniciar las diversas técnicas de reproducción asistida o realizar la prueba diagnóstica que se requiera en un momento preciso del ciclo ovárico.
Se ha formado en fundamentos básicos de reproducción a una matrona que pudiera orientar a las parejas en seguimiento en nuestra consulta sobre los estudios y pruebas a los que van a ser sometidos, hábitos de vida saludable, y las distintas técnicas de reproducción asistida que se pueden llevar a cabo, tanto en nuestro centro, como si requieren la canalización a otro servicio, y sobre los distintos tratamientos que se precisan. La idea inicial era que existiera una consulta presencial de matrona, para que los pacientes pudieran disponer de la posibilidad de obtener una información profesional, fiable, pausada, empática, que ayudara a mejorar la satisfacción de los usuarios, y sobre todo el bienestar físico y psicológico de las parejas con problemas de esterilidad. La consulta de enfermería especializada presencial no ha llegado a existir dentro de la programación de planning oficial, ni se ha conseguido que se destinara una matrona exclusiva para esta dedicación. Las parejas han sido asesoradas en la forma que se pretendía, pero gracias a la buena voluntad del personal sanitario, que a pesar de tener otras ocupaciones asistenciales, han hecho hueco para prestar dicho servicio también a estas pacientes.
Se remitió vía electrónica a todas las pacientes que habían utilizado en algún momento el correo electrónico del servicio una encuesta de satisfacción, en la que se les preguntaba sobre la accesibilidad al servicio, estado de las instalaciones, las relaciones interpersonales, y la satisfacción general con el servicio prestado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La disponibilidad del correo electrónico ha sido una herramienta útil que ha permitido mejorar la asistencia a nuestros pacientes, proporcionando un nivel de satisfacción mayor, que antes de su utilización. En total se han recibido 800 correos electrónicos en un año, que pertenecían a 80 parejas diferentes en seguimiento en nuestra consulta.
Se remitió a las usuarias de la consulta electrónica una encuesta preguntándoles por la accesibilidad al servicio, el estado de las instalaciones, las relaciones que se establecían con el personal sanitario y la satisfacción general. Un 62% de las pacientes clasifican la asistencia como muy satisfactoria, y un 31% de satisfactoria. Superando así el indicador establecido al inicio del proyecto en el que se esperaba un grado de satisfacción por encima del 75%.
Se realizaron un total de 207 consultas por parte del ginecólogo y 130 visitas presenciales con la matrona formada en Esterilidad, lo que supone una labor asistencial por parte de la enfermería especializada del 36,41% en la atención multidisciplinar de estas pacientes.
No se pudo registrar el tiempo de espera hasta la primera consulta con enfermería especializada, desde la primera visita por parte del ginecólogo, al no existir finalmente dicha consulta presencial programada en planning oficial. La asistencia a las pacientes para información se realizaba siempre que fuera posible, el mismo día de la consulta ginecológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La disponibilidad de correo electrónico para consulta de las pacientes, resulta una herramienta muy útil, que mejora la satisfacción de las mismas respecto a su asistencia. Además permite citar de forma precoz a estas pacientes para iniciar distintas técnicas de reproducción asistida, o realizar pruebas diagnósticas en función del ciclo menstrual.
Existe posibilidad de mejora, si se dispusiera del personal suficiente para poder realizar una consulta de enfermería especializada presencial, de forma programada, que permitiera a las pacientes disponer del tiempo suficiente para poder orientar a estas pacientes y darles el apoyo que precisan dentro del seguimiento clínico habitual.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0042

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

*** ========== Resumen del proyecto 2016/42 ========== ***

Nº de registro: 0042

Título
CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

Autores:
RUIZ CAMPO LEYRE, LAFALLA BERNAD OLIVIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, ALVES BLANCO PAULA, BARRIO ALLER JOSE MARIA, VELA LETE ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Esterilidad
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Consulta de Reproducción en la Sanidad Pública se encarga de realizar el estudio completo de la pareja con deseo genésico y de algunas técnicas de reproducción asistida en función del tipo de Hospital y su cartera de servicios. El contenido de esta consulta es muy amplio y se ha detectado una carencia en la dedicación que se puede ofrecer a los pacientes desde la actividad programada diaria. En la Consulta de Esterilidad se realizan múltiples tareas, tales como explicar fundamentos básicos de la reproducción, dar consejo preconceptivo, asesorar sobre hábitos de vida, desarrollar técnicas de reproducción asistida, instruir en la autoadministración por parte del paciente de distintos fármacos y además, y de forma fundamental, aportar apoyo emocional.

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Jorge de Huesca se realiza el estudio completo de la pareja con deseo genésico y diversas técnicas de reproducción: estímulos de la ovulación, coitos dirigidos e inseminaciones artificiales con semen conyugal (IAC). Cada ciclo de tratamiento depende de la menstruación de la mujer, requiere varios controles ecográficos y además, en el caso de las IAC, se citan otro día para la inseminación. Es aquí donde surge un problema organizativo, ya que no se disponen tantos días de consulta médica como sería necesario, por lo que se necesita otra estructura de apoyo para llevar a cabo toda la labor propia de esta Consulta.

La propuesta de creación de una consulta presencial y electrónica de enfermería para la atención especializada en reproducción podría cubrir parte de estas deficiencias.

RESULTADOS ESPERADOS
El resultado principal que esperamos conseguir es que los pacientes de la Consulta de Reproducción tengan la posibilidad de obtener una información profesional, fiable, pausada, completa, interactiva y cercana sobre su patología, sobre los tratamientos y otras dudas que puedan surgirles.

Otro de los objetivos a lograr mediante el apoyo de una enfermera especializada es instruir a los pacientes en el uso de fármacos indicados para las técnicas de reproducción asistida, para que se sientan seguros utilizándolos y puedan hacerlo en su domicilio de forma autónoma.

Además puede servir como otro punto de apoyo emocional y asesoramientos a las parejas.

Finalmente también tendrá una vertiente administrativa, ya que se dispondrá de una consulta electrónica que se atenderá todos los días y, además de resolver dudas sobre los temas anteriormente expuestos, se citará a las pacientes en función de su regla o si precisan ser visitadas por otro motivo en la Consulta.

MÉTODO
Crear y desarrollar una consulta de enfermería especializada en reproducción, apoyada por el equipo médico ginecológico, con dos vertientes, una presencial y otra electrónica:

- Consulta presencial:
o 1ª visita: proporcionar fundamentos de la reproducción, hábitos de vida, consejo preconceptivo etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0042

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA PRESENCIAL Y ELECTRONICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN REPRODUCCION

o 2ª visita: tras el diagnóstico y a la vista de los resultados del estudio de fertilidad de la pareja, completar la información sobre las técnicas de reproducción asistida ofrecidas.
o 3ª visita: instrucciones para el uso de fármacos.

- Consulta electrónica:
o Resolución de dudas.
o Contacto administrativo directo.

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes que acuden a la primera consulta enfermería de reproducción y posteriormente siguen tratamientos en nuestro Servicio.
2. Número de pacientes que han requerido contacto por mail en un año.
3. Días de espera para la primera consulta ordinaria con enfermería.
4. Equivalentes de tiempo completo de personal de enfermería dedicado a la consulta monográfica de enfermería.
5. Grado de satisfacción de las parejas con la atención recibida.

DURACIÓN
Presentación de la Consulta de Enfermería Especializada en Reproducción en el Servicio y comisión Hospitalaria en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del procedimiento y valoración inicial del funcionamiento del nuevo protocolo a los 3 meses para valorar posibles mejoras. Al finalizar un año de consulta, presentar datos, índices de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0047

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ..... OLIVIA LAFALLA BERNAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OBON CASTEL BEATRIZ
PEREZ RUIZ JAVIER
ABAD RUBIO CRISTINA
ZABAU FERMOSELLE JARA
MORENO PEREZ RAQUEL
ESTEBAN ESCAÑO LUIS MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado un modelo ajustado de cálculo de percentil de peso fetal intraútero y de estimación de peso previsto al nacimiento, en base a la población de recién nacidos del Hospital San Jorge de Huesca, tomando de forma retrospectiva los datos de nacimientos en el hospital de 2015 y 2016.
Se ha implementado una aplicación web que determina las tablas y curvas de crecimiento individual, proporcionando el peso estimado al parto y el percentil de crecimiento en cada edad gestacional:

https://appgrowthcharts.shinyapps.io/SanJorge/

Se consiguió la autorización para su empleo de la Jefatura de Servicio y la activación por parte del Servicio de Informática, y una vez con esta herramienta, hemos individualizado el seguimiento del crecimiento fetal a través de las distintas ecografías que se practican a las gestante en función de la evolución de la gestación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado (PFE) intraútero utilizando el modelo creado:
- El cálculo de PFE se ha realizado en el 100% de las pacientes que han acudido a la ecografía del tercer trimestre (687 mujeres) y también en aquellas que ha habido que repetir las ecografías por alteraciones del crecimiento o patología materna o fetal (123 ecografías más).

Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el PFE intraútero utilizando el modelo creado y presentan una feto pequeño para la edad gestacional, un feto con una restricción de crecimiento intraútero o un macrosoma:
- El porcentaje de pequeños para la edad gestacional o fetos con restricción de crecimiento fetal intraútero es del 10% y el de macrosomas del 3%.

Comparación entre el percentil que asignaría la tabla de referencia utilizada previamente y el percentil ajustado según las características de los padres, de la gestación y del feto:
- En la realización del modelo predictivo para elaborar la calculadora de pesos fetales, se ha objetivado que los percentiles usados anteriormente sobrevaloraban el percentil de peso fetal, debido a que la población de recién nacidos oscenses parece tener un peso algo superior a la media nacional.

Tasa de éxito en la predicción, tanto en el cálculo de percentil como en el peso fetal estimado al nacimiento:
- La estimación de PFE se ha logrado con una elevada tasa de éxito con un margen de error al nacimiento de ± 200g.

Registro de complicaciones debidas al peso fetal:
- Pendiente de completar su realización con los datos del 2016 y 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusión es que estamos muy satisfechos con la creación de esta aplicación ya que nos ayuda a cumplir el objetivo fundamental que es clasificar bien a los fetos, diferenciar los pequeños para la edad gestacional con los retrasos de crecimiento patológicos, así como los fetos macrosómicos, para poder identificar posibles complicaciones y mejorar la calidad asistencial. Se han generado curvas de crecimiento personalizadas a las características de cada gestación, permitiendo una estimación más ajustada de los percentiles de crecimiento desde la semana 19 a 42 de gestación, y que se pueden usar fácilmente desde la aplicación online.

7. OBSERVACIONES.
En ocasiones nos encontramos con la limitación de la conexión informática, de manera que tenemos impresas las tablas de percentiles, para que los días que no funciona correctamente, ninguna paciente se quede sin una estimación de peso ajustada a nuestra población, aunque en estos casos, no se puede “customizar el peso” de acuerdo con las características paternas y del embarazo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/47 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0047

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

***

Nº de registro: 0047

Título
CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

Autores:
LAFALLA BERNAD OLIVIA, VICENTE LOPEZ BEATRIZ, OBON CASTEL BEATRIZ, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, ABAD RUBIO CRISTINA, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, SAVIRON CORNUDELLA RICARDO, ESTEBAN ESCAÑO LUIS MARIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El retraso de crecimiento intraútero es la 1ª causa de mortalidad fetal intraútero y de 1/5 de las muertes perinatales. También, 1/5 de los recién nacidos prematuros, por debajo de las 34 semanas, presentan restricción de crecimiento. Casi el 50% de los fetos con retraso de crecimiento presentan alguna complicación perinatal y mayor riesgo de daño neurológico y muerte súbita del lactante. En la vida adulta tienen más riesgo de padecer HTA crónica, DM tipo II, enfermedad cardiovascular o accidentes cerebro-vasculares.

Por contra, los fetos macrosómicos asocian una mayor incidencia de cesárea, y en el parto vaginal un aumento de desgarros en el canal del parto. También se describen un mayor número de hemorragias maternas y de complicaciones relacionadas con la cirugía y la anestesia. La mortalidad en el feto macrosómico es mas elevada y existe un mayor riesgo de traumatismos obstétricos, principalmente la distocia de hombros y la lesión del plexo braquial. A largo plazo la macrosomía fetal se vincula con un mayor riesgo de desarrollar DM tipo 2, obesidad y síndrome metabólico.

Por lo tanto es muy importante conocer el peso fetal estimado intraútero, el percentil de crecimiento y la previsión de peso al nacimiento de cara a tomar decisiones en el seguimiento del embarazo y a la hora de finalizar la gestación garantizando el bienestar fetal y materno. La posibilidad de asignar un percentil a una estimación de peso actualmente puede hacerse bien utilizando unas tablas de pesos de recién nacidos varones y mujeres en las diferentes edades gestacionales (muchos de ellos con patología de base, ya que todos los nacidos prematuros probablemente no tendrían un desencadenamiento del parto fisiológico) o bien con un modelo que calcule el percentil en base a los nacidos en esa población con curvas de crecimiento de referencia adecuadas y personalizadas a las características de la gestante. Este modelo integra varias variables de los padres y de la gestación para individualizar el resultado del feto.

Las características del proyecto se enmarcan dentro de la medicina personalizada puesto que el cálculo de percentiles se realiza de modo individualizado para las características de la gestante. Para que los cálculos sean accesibles se generará una aplicación web.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental del modelo ajustado será clasificar bien a los fetos, diferenciar los pequeños para la edad gestacional con los retrasos de crecimiento patológicos, así como los fetos macrosómicos, para poder identificar posibles complicaciones y mejorar la calidad asistencial. Para ello se generará una aplicación web capaz de generar curvas de crecimiento personalizadas a las características de cada gestación, permitiendo una estimación más ajustada de los percentiles de crecimiento desde la semana 19 a 42 de gestación.

MÉTODO
Creación de un modelo ajustado de cálculo de percentil de peso fetal intraútero y de estimación de peso previsto al nacimiento, en base a la población de recién nacidos del Hospital San Jorge de Huesca, para ello se tomarán de forma retrospectiva los datos de nacimiento en el hospital de 2015 y 2016.

Implementación de una aplicación web que determina las tablas y curvas de crecimiento individual, proporcionando el peso estimado al parto y el percentil de crecimiento en cada edad gestacional.

Una vez desarrollada esta herramienta, se individualizará el seguimiento del crecimiento fetal a través de las distintas ecografías que se practiquen a la gestante.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0047

1. TÍTULO

CREACION DE UN MODELO AJUSTADO PARA CALCULAR LOS PERCENTILES DE PESO FETAL INTRAUTERO Y LA ESTIMACION DE PESO AL NACER

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado intraútero utilizando el modelo creado.
2. Porcentaje de pacientes que acuden a la Consulta de Ecografías del Servicio de Obstetricia del Hospital San Jorge en los que se calcula el peso fetal estimado intraútero utilizando el modelo creado y presentan una feto pequeño para la edad gestacional, un feto con una restricción de crecimiento intraútero o un macrosoma.
3. Comparación entre el percentil que asignaría la tabla de referencia utilizada previamente y el percentil ajustado según las características de los padres, de la gestación y del feto.
4. Tasa de éxito en la predicción, tanto en el cálculo de percentil como en el peso fetal estimado al nacimiento.
5. Registro de complicaciones debidas al peso fetal.

DURACIÓN
Presentación del Modelo Ajustado y de la Aplicación en el Servicio y comisión Hospitalaria en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del procedimiento y valoración inicial del funcionamiento de la aplicación y los resultados a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al completar un año de utilización de la aplicación presentar datos, índice de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0092

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MONICA HERNANDEZ ARAGON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE LOPEZ BEATRIZ
MORENO PEREZ RAQUEL
RUIZ CAMPO LEYRE
OBON CASTEL BEATRIZ
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
ABAD RUBIO CRISTINA
SESE PIQUER MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto fue presentado al Servicio de Ginecología del Hospital San Jorge en Noviembre de 2016, siendo bien aceptado ya que la idea se había comentado previamente. Se distribuyeron los diferentes protocolos quirúrgicos para su redacción (llamados “pre-redactados”) entre los miembros del Servicio, cada uno de ellos con la supervisión de un miembro del grupo de mejora y se dio el plazo de un mes para realizarlos. Finalmente, los protocolos elaborados fueron: cesárea, legrado, histerectomía abdominal, histerectomía vaginal, conización cervical, laparoscopia diagnóstica y quirúrgica, histeroscopia diagnóstica y quirúrgica y colocación de malla TOT (son nuestras cirugías más frecuentes). Los protocolos se realizaron en formato Word, pero respetando la sistemática de la actual hoja de protocolo quirúrgico del hospital, es decir, manteniendo los mismos apartados y orden (es la misma para todas las especialidades quirúrgicas). Se dejó espacio en blanco para rellenar “Hallazgos”, y “Observaciones” para anotar las posibles variaciones de la técnica quirúrgica el día de la intervención y entonces imprimirlo.
Como ampliación del proyecto, consideramos interesante unificar una parte del proyecto presentado en esta convocatoria por Raquel Moreno, pero que no fue aceptado finalmente (proyecto 2016_0046, sobre “Plantillas pre-redactadas para los informes de alta”). La ampliación consistió en realizar también unas plantillas de informes de alta pre-redactadas para los informes de alta de Cirugía CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), copia de los cuales son entregadas a las pacientes. Son cirugías muy frecuentes en nuestro Servicio, y es importante que las pacientes vayan a su domicilio con el diagnóstico y las recomendaciones a seguir por escrito y fácilmente comprensibles. El alta es dada por la tarde por el facultativo de guardia, que sin esta plantilla la mayor parte de las veces no disponía de tiempo para realizarlo adecuadamente. Se realizaron informes pre-redactados de alta de CMA de: conización cervical, histeroscopia, ligadura tubárica por laparoscopia y legrado.
Una vez elaborados todos los formatos pre-redactados (se alargó aproximadamente un mes más del tiempo inicialmente previsto, al ampliarse el número de plantillas), se presentaron en Sesión Clínica del Servicio de Ginecología, opinando todos los profesionales y realizando algún cambio por tanto. Se intentó actualizar al máximo la descripción de las técnicas quirúrgicas.
Como dificultad, hubo que adaptar el formato Word también al programa de textos del hospital, para que pudiera abrirse en cualquier ordenador. Se contactó con el Servicio de Informática para que incluyera los pre-redactados en la carpeta de Documentos Compartidos de los profesionales de Ginecología del hospital.
Posteriormente, los formatos se presentaron en la Comisión de Historias Clínicas, estando aún pendientes de aprobación. Debido a esta demora, que persiste en la actualidad, comenzamos a utilizarlos en Abril de este año, adjuntando el pre-redactado a la hoja de protocolo quirúrgico, que es la aprobada hasta la fecha. En cuanto a los informes de alta pre-redactados de CMA, sí que se utilizan desde Abril, porque la sistemática es similar a la que se realizaba anteriormente, mejorando la calidad del informe.
Finalmente, este mes de Diciembre, se han presentado los resultados en el Servicio y han sido considerados satisfactorios por todos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El facultativo que pasa planta al día siguiente de la intervención revisa que se haya usado el pre-redactado en las pacientes quirúrgicas y lo anota en un registro creado al efecto (tabla Excel en el ordenador de la planta y las consultas), junto al tipo de intervención. Tras la revisión de los datos registrados, concluimos que el porcentaje de protocolos pre-redactados realizados sobre el total de cirugías es del 75% (desde Abril a Diciembre de 2017), cumpliendo con el objetivo marcado del 75-80%. Además, debemos tener en cuenta que dicho porcentaje ha ido en aumento conforme nos hemos familiarizado a su uso: es del 85% desde Septiembre de 2017 hasta la fecha y creemos que seguirá aumentando. En cuanto a las causas de no utilizar las plantillas, lo que han apuntado los facultativos como más frecuente son los problemas informáticos o la dificultad de acceso a un ordenador cercano.
En cuanto a los informes de CMA, se realizó también un registro similar, rellenado por el facultativo que lo elabora y entrega a la paciente. En este caso, el porcentaje de informes pre-redactados utilizados frente al total de cirugías CMA es el 95%, muy elevado. Además, en la revisión al mes de la paciente en consulta se le pregunta por la satisfacción sobre el informe recibido (opciones Sí/No) y el porcentaje satisfactorio es del 85% (también lo consideramos un buen resultado, el objetivo esperado era > 80%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos observado gran ahorro de tiempo y mejora de la comprensión por parte de otros profesionales, así como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0092

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

una mayor precisión en la descripción de los procedimientos.
Hay que tener en cuenta también que estos protocolos quirúrgicos son para la Historia Clínica “a papel”, ya que cuando es dada de alta, la paciente tiene su informe de alta con el procedimiento realizado (éste sí incluido en la Historia Clínica Electrónica), aunque pensamos que en un futuro sería conveniente incluirlo todo en la Historia Electrónica.
Cuando el formato del protocolo quirúrgico sea aprobado por la Comisión de Historias Clínicas, ya no será necesario adjuntarlo a la "Hoja de Protocolo Quirúrgico" actual.
La parte de informes de alta de cirugía CMA ha tenido una gran aceptación, tanto por parte de los profesionales como de las pacientes, ya que es un informe más completo que los que teníamos previamente y se comprende mejor.
Como asunto pendiente, los informes de alta de CMA están a la espera de ser incluidos en la Historia Clínica Electrónica, ya que a fecha de hoy los informes de CMA no quedan registrados más que a papel y creemos que es algo que debemos corregir.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto fue presentado por Beatriz Vicente López, que actualmente no trabaja en el Hospital San Jorge de Huesca, por lo que delegó en mí la finalización del proyecto como responsable.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/92 ========== ***

Nº de registro: 0092

Título
CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
VICENTE LOPEZ BEATRIZ, MORENO PEREZ RAQUEL, HERNANDEZ ARAGON MONICA, ABAD RUBIO CRISTINA, GREGORIO MAYORAL ESTHER, SESE PIQUER MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La redacción correcta de los protocolos quirúrgicos es fundamental para el buen entendimiento por parte de cualquier profesional sanitario que tenga acceso a ellos de la cirugía realizada, los pasos que se han llevado a cabo, los hallazgos encontrados, las dificultades específicas de esa paciente a las que se ha tenido que hacer frente, así como de las medidas que se han tenido que tomar para su resolución.
La importancia radica tanto en que una complicación en el postoperatorio puede ser debida a una acción llevada a cabo durante la cirugía y, además, para cirugías posteriores nos interesa conocer de forma detallada qué sucedió en las intervenciones previas.
A causa de la cada vez mayor presión asistencial que soportamos los profesionales sanitarios, y en un intento de optimización del tiempo del que disponemos, hemos venido comprobando que la redacción de los protocolos quirúrgicos tras las cirugías que se realizan tienden a ser cada vez más esquemáticos y su redacción cada vez más rápida, con los problemas que ello conlleva de falta de rigurosidad en la descripción del acto quirúrgico y falta de entendimiento por parte de otros profesionales.
Con este proyecto de mejora de calidad se pretende disponer de protocolos quirúrgicos de todas las cirugías frecuentemente realizadas en un quirófano de obstetricia y ginecología en forma de archivo digital, descritos los pasos habituales que se llevan a cabo de manera estándar.
De ese modo, el ginecólogo/a responsable de la intervención quirúrgica se encontraría ya redactado todo aquello que de rutina se realiza en dicha cirugía y podría emplear el tiempo en explicar, de forma más detallada, en el apartado de “Observaciones” las particularidades propias del acto quirúrgico a las que ha tenido que enfrentarse.
Asimismo, la letra de imprenta ayudaría a la correcta comprensión del protocolo por parte de todos los profesionales sanitarios que lo requiriesen

RESULTADOS ESPERADOS
-Mayor rigurosidad en la descripción de las intervenciones quirúrgicas realizadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0092

1. TÍTULO

CREACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

-Optimización del tiempo del que se dispone entre intervenciones en quirófano
-Favorecer la comprensión lectora de los protocolos quirúrgicos

MÉTODO
Se pretende involucrar a todos los miembros del Servicio de Obstetricia y Ginecología en la redacción de protocolos quirúrgicos estándar para las cirugías que de forma rutinaria se llevan a cabo en nuestro servicio: Cesárea, histerectomía abdominal simple o incluyendo anejos, histerectomía vaginal, colpoperineoplastia, conización cervical, laparoscopia diagnóstica o quirúrgica (en sus diferentes variantes), histeroscopia quirúrgica, colocación de malla TOT.
Dichos protocolos se presentarían ante la Comisión de historias clínicas del hospital y una vez aprobado su uso, se guardarían como un archivo de formato word en una carpeta de un pc al que los miembros del servicio tuvieran fácil acceso.
Tras la realización de la cirugía pertinente, bastaría con imprimir una copia del protocolo correspondiente a la misma y rellenar de forma única el apartado referido como “Observaciones”.

INDICADORES
1. El día posterior a un quirófano obstétrico-ginecológico, el ginecólogo/a responsable de la planta de hospitalización deberá revisar los protocolos quirúrgicos presentes en la historia clínica, comprobando que se trata de los documentos pre-redactados.
2. Cálculo del porcentaje de protocolos pre-redactados sobre el total de cirugías llevadas a cabo en un periodo de tiempo determinado.
Se pretende que dicho porcentaje esté por encima del 75-80%

DURACIÓN
Presentación del proyecto en el servicio del hospital en un mes desde la fecha. Plazo de un mes para la redacción de los protocolos quirúrgicos. Presentación de los mismos ante la comisión de historias clínicas del hospital.
Tras su aprobación, comienzo de uso y primera valoración de resultados a los 3 meses.
Al completar un año de utilización, presentación de datos en sesión clínica del servicio y en la comisión de calidad del hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MORENO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUSTIN OLIVA ANDREA
RUIZ CAMPO LEYRE
GOMEZ GIMENO ANGELICA
VELA LETE ANA
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL
OTAL LASPAUS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Dar opción a las pacientes a alta domiciliaria sin necesidad de ingreso hospitalario tras cirugía de colocación de malla TOT para la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Retirada de sonda vesical de forma precoz en Unidad de CMA, inmediatamente tras cirugía.
- Elaboración de informe de alta CMA que la paciente recibe el mismo día de la intervención.
- Alta precoz en 2-3 horas tras cirugía si buena recuperación postoperatoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Reducción del tiempo de ingreso hospitalario:
Nº procedimientos CMA e ingreso ordinario anual: 14 procedimientos incluidos en régimen CMA del total de 14 TOT realizadas en el año 2018.

• Reducción del coste derivado de hospitalización y uso eficiente de los recursos.
Nº de consultas a urgencias o ingreso tras alta en CMA o tras ingreso ordinario en 1 año: se ha registrado una visita a urgencias que no precisó ingreso ni tratamiento (duda de la paciente que se resolvió en la sala de exploración del Sº de Urgencias).
Nº de pacientes que precisan ingreso tras la intervención a pesar de ser incluidas en CMA: no se han registrado ingresos.

• Mejora de la calidad asistencial y percepción de las pacientes

• Disminución del número de ITUs al disminuir el tiempo de la sonda vesical

• Implicación del paciente y su familia en los cuidados postoperatorios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La inclusión de pacientes en régimen de CMA para la colocación de mallas TOT por IUE en el Servicio de Ginecología, ha permitido disminuir el tiempo de permanencia hospitalario (ninguna paciente durante el pasado año requirió ingreso tras la intervención), consiguiéndose así los objetivos marcados al inicio de la puesta en marcha del proyecto.

Esto a su vez, a permitido la elaboración de protocolo de inclusión de las pacientes en CMA tras colocación de malla TOT (quedando excluidas aquellas pacientes que por comorbilidad precisan de ingreso previo o posterior para su mejor seguimiento, evaluación o preparación prequirúrgica).

Percepción positiva por parte de la paciente y sus familiares.

7. OBSERVACIONES.
En los registros hospitalarios consta paciente de 43 años que precisó ingreso por dolor abdominal varios días tras al alta, pero se trató de un dolor de origen digestivo, quedando ingresada a cargo del Sº. de Digestivo: diverticulitis aguda.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/418 ========== ***

Nº de registro: 0418

Título
INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418

(IUE)

Autores:
MORENO PEREZ RAQUEL, AGUSTIN OLIVA ANDREA, RUIZ CAMPO LEYRE, GOMEZ GIMENO ANGELICA, VELA LETE ANA, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, BONED GALAN MARIA JOSE, OTAL LOSPAUS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La CMA se define como la atención a procesos susceptibles de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que el paciente no necesita ingreso hospitalario y puede ser dado de alta pocas horas después del procedimiento.

La CMA surge con la finalidad de optimizar los recursos, no solo agilizando los actos quirúrgicos y racionalizando los crecientes gastos sanitarios, sino también mejorando la calidad asistencial.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina por la uretra provocada por aumentos en la presión intraabdominal, que normalmente se neutraliza por el control neurógeno de la resistencia uretral y la disipación de las fuerzas intraabdominales, a través del armazón fisiológico de la uretra en el interior de la pelvis.

La corrección de la IUE es un procedimiento quirúrgico frecuente y que ha simplificado su realización de tal manera, que un alto porcentaje de pacientes son candidatas a ser incluidas en un programa de CMA ya que la técnica quirúrgica cumple todos los criterios de inclusión recomendados. Asimismo, el hecho de que pueda ser realizada con anestesia intradural o sedación, implica que tampoco sea necesario ser muy selectivos en lo que al riesgo quirúrgico y anestésico se refiere, lo que la convierte en un procedimiento idóneo en pacientes añosas donde el riesgo anestésico suele ser elevado.

La TOT (tension free trans obturator tape) consiste en colocar una malla suburetral pasándola, a cada lado, por el orificio obturador. Las ventajas son: evita la apertura del espacio de Retzius, disminuyendo la probabilidad de lesiones de víscera hueca, hemorragias y hematomas en dicho espacio y haciendo innecesaria la realización de cistoscopia intraoperatoria ya que la cinta se ubica en un plano inferior a la vejiga.

En la actualidad, en nuestro Servicio, la colocación de la malla TOT se realiza mediante cirugía con ingreso hospitalario, que frecuentemente es de 2 días de duración (1º día de ingreso y cirugía, y 2º día de retirada de sonda vesical permanente y alta).
En la actualidad proponemos una retirada precoz de la sonda vesical tras la intervención en la misma Unidad de CMA, siendo posible el alta precoz a las pocas horas si la paciente orina con normalidad tras la retirada de la misma y si no se presentan otras complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducción del tiempo de hospitalización.
- Reducción del coste derivado de la hospitalización.
- Uso eficiente de recursos sanitarios.
- Mejora de la calidad asistencial.
- Reducción de la morbilidad asociada del ingreso (infecciones por mantenimiento de la sonda vesical, etc)
- Mejora de la percepción asistencial por parte del paciente y a familia.
- Minimización del impacto sobre el paciente y su entorno que supone el ingreso hospitalario.
- Promoción de una atención más humanizada.
- Implicación del paciente y su familia en los cuidados post operatorios, favoreciendo la educación para la salud y la enseñanza del manejo de la patología.
- Mejora de la UCMA, con inclusión progresiva de distintos procedimientos, que favorece el crecimiento profesional del equipo que la forma.

MÉTODO
Creación de protocolo de inclusión de pacientes subsidiarios de colocación de malla TOT para la IUE en CMA: criterios de inclusión y exclusión.
Creación de protocolo de manejo del paciente desde su salida de quirófano y hasta ser dado de alta, dentro de la Unidad de CMA, por parte del personal de enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418

Realización de informes de alta en la Unidad de CMA que el paciente recibirá antes de abandonar la Unidad con las instrucciones y recomendaciones dadas al alta, que a su vez permite poner en conocimiento del Médico de Atención primaria el proceso realizado, evitando informes de alta enviados por correo ordinario.

En cuanto a recursos sanitarios, ya disponemos de una Unidad de CMA y un equipo, que funciona correctamente en la actualidad, sin que la inclusión de la TOT en UCMA pueda suponerla necesidad de más personal o espacio físico para un correcto funcionamiento.

INDICADORES
Número de procedimientos llevados a cabo mediante CMA e ingreso ordinario en un año (datos obtenidos en lista de espera quirúrgica según inclusión).

Número de consultas en urgencias o ingresos tras el alta desde CMA o ingresos ordinarios en un año (datos obtenidos desde registro urgencias/ingresos en planta de ginecología).

Número de pacientes que precisan ingreso tras la intervención a pesar de estar programados como pacientes de CMA en un año (datos obtenidos de ingresos en planta de ginecología).

DURACIÓN
Previsto iniciar a lo largo de 2018, inlcuyendo el procedimiento TOT en UCMA a partir de las pacientes ya incluidas en lista de espera quirurgica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0447

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANDREA AGUSTIN OLIVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO PEREZ RAQUEL
HERNANDEZ ARAGON MONICA
GOMEZ GIMENO ANGELICA
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO
OTAL LOSPAUS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración de plantillas de informe de alta
-Realización de informe de alta tras cada intervención incluida en el programa de CMA y entrega a los pacientes antes del alta hospitalaria. Se inició el proyecto en el plazo estipulado y se lleva a cabo hasta el momento de forma ininterrumpida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con este proyecto se ha mejorado la experiencia de los pacientes, se han optimizado los recursos de la CMA y se ha facilitado la información de la cirugía a los Médicos de Atención Primaria, ya que los informes se copian en la historia electrónica y se facilitan dos copias al paciente, una de ellas para entregar en el Centro de Salud.
El indicador a estudio: nº pacientes CMA con informe/nº pacientes CMA= 100%
Se realizó un informe de alta de CMA a todas las pacientes previo al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se han incluido las plantillas en los ordenadores del quirófano ni en la historia clínica electrónica junto con el resto de plantillas de informes.
Este proyecto puede continuarse en el tiempo ya que ha cumplido los objetivos y existe una mejor percepción de la CMA por parte de profesionales y pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/447 ========== ***

Nº de registro: 0447

Título
IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

Autores:
AGUSTIN OLIVA ANDREA, MORENO PEREZ RAQUEL, HERNANDEZ ARAGON MONICA, GOMEZ GIMENO ANGELICA, RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, OTAL LOSPAUS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge de Huesca actualmente se llevan a cabo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0447

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

numerosas intervenciones a través del circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). De este modo se facilita la accesibilidad y el alta precoz de los pacientes tras intervenciones de bajo riesgo quirúrgico que son candidatas a alta hospitalaria en las horas subsiguientes a la cirugía. Algunas de estas intervenciones son: conizaciones cervicales, histeroscopias quirúrgicas, oclusiones tubáricas bilaterales laparoscópicas y colocación de mallas T-O-T (se incluirá próximamente dentro de las cirugías candidatas a CMA)
En la consulta realizada previamente a la intervención, tras una revisión exhaustiva de la historia clínica, se selecciona a las pacientes candidatas a CMA. A las pocas horas de estas cirugías, una vez que las pacientes se han recuperado de la analgesia y se comprueba que existe una buena tolerancia oral, movilidad y micción normal y se han descartado complicaciones, pueden obtener el alta hospitalaria bajo instrucciones y reposo domiciliario. Hasta ahora las pacientes abandonaban el centro con instrucciones médicas y un documento en la que se recogía el tipo de cirugía realizada y las recomendaciones tras la intervención.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la incorporación de estas plantillas de informe de alta tras CMA esperamos mejorar la experiencia de nuestras pacientes y facilitar el acceso a la información sobre su intervención, tanto a la paciente como al Médico de Atención Primaria.

MÉTODO
El proyecto que planteamos incorpora plantillas para los informes de alta tras CMA de las siguientes intervenciones: conización cervical, histeroscopia quirúrgica, colocación de malla TOT y oclusión tubárica bilateral. Tras la realización de cada intervención de CMA, los facultativos implicados en la intervención, rellenarán la plantilla de alta CMA con los datos individuales de cada paciente (antecedentes, pruebas realizadas, diagnóstico, hallazgos quirúrgicos y técnicas aplicadas) en el periodo de tiempo transcurrido hasta la siguiente intervención. En el documento se incluyen instrucciones, signos de alarma y recomendaciones que deben seguirse ambulatoriamente tras cada intervención.
Una vez transcurrido el periodo de convalecencia en el postoperatorio inmediato, habitualmente en la sala de despertar de quirófano y en la Unidad de CMA, la enfermera avisa a los facultativos de guardia para confirmar el alta de la paciente. Este facultativo, tras revisar el historial médico, explorar a la paciente y verificar que es candidata a alta hospitalaria, le entregará el informe, quedando una copia del mismo en el historial de la paciente.

INDICADORES
Número de pacientes CMA con informe de alta/ Número de pacientes CMA = 95%

DURACIÓN
Este proyecto se iniciará el 1 de Mayo de 2018 y se realizará durante 1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0450

1. TÍTULO

AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ OBON CASTEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD RUBIO CRISTINA
MACHIN RICOL MARIA PILAR
VICENTE ITURBE MARIA
PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER
ZABAU FERMOSELLE JARA
MAS FORTUÑO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración protocolo de actuación y manejo para mejorar la atención y garantizar que sea integral,humanizada y científica.
Creación de una guía de actuación que unifica la atención al duelo en la maternidad/paternidad.
Proporcionar recursos en el proceso del duelo: colaboración con psicosomática, contacto con asociaciones de apoyo tras el alta, consulta especifica de seguimiento.
Implementación de Check list del estudio de muerte fetal anteparto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el Hospital San Jorge en el año 2018 se han producido tres óbitos fetales, en los cuales se aplicado el protocolo descrito anteriormente, y que ha permitido hacer un seguimiento individualizado, atendiendo las necesidades especificas en cada caso en particular. De este modo, se han podido detectar algunas alteraciones patológicas que han podido justificar la muerte fetal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pocas veces nos enfrentamos a estos casos, por suerte. La atención profesional requerida va más allá de la estrictamente médica. Nuestra actuación y nuestra actitud no deben empeorar la percepción del momento. Dar la noticia siendo estrictamente "profesionales" puede transmitir frialdad, se debe usar el sentido común sin olvidar la humanización y la empatía hacia los padres que acaban de sufrir la perdida

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/450 ========== ***

Nº de registro: 0450

Título
AMPLIACION DEL ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

Autores:
OBON CASTEL BEATRIZ, ABAD RUBIO CRISTINA, VICENTE ITURBE MARIA, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, ZABAU FERMOSELLE JARA, MAS FORTUÑO JOSE MARIA, CORTIZO GARRIDO SANDRA, RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el momento actual es estudio que se realiza del feto muerto intrauterino esta limitado a un estudio basico anatomopatologico.
Consideramos que en este momento se puede ampliar el estudio para investigar mas causas posibles y ayudar a las familias, con esta nueva informacion, a sobrellevar el duelo mejor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0450

1. TÍTULO

AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliar el estudio de posibles causas de muerte fetal anteparto.
Crear via clinica para facilitar el manejo y resultados del estudio ante este diagnostico.

MÉTODO
Contactar con el servicio de Genetica del Hopital Miguel Servet de Zaragoza (HMSZ) para el envio y analisis de muestras y tejidos.
Contactar con el servicio de Microbiologia del Hopital San Jorge de Huesca para el envio y analisis de muestras y tejidos.
Creacion de infome postmorten para la familia donde se recoja toda la información obtenida en el estudio.
Facilitar a las familias asesoramiento de cara a futuras gestaciones.

INDICADORES
Intentar descubrir, al menos, el 50% de las causas de la mortalidad en este grupo.
Entrega de informe de resultados al 100% de las familias.
Citar en consulta de asesoramiento posterior al 100% de las familias.

DURACIÓN
Contactar con los servicios anteriormente citados en el segundo trimestre del presente año.
Posteriormente elaboracion de la via clinica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCION, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LEYRE RUIZ CAMPO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE ITURBE MARIA
HERNANDEZ ARAGON MONICA
PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER
VELA LETE ANA
CORTIZO GARRIDO SANDRA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como se indicó en la memoria de seguimiento a todas las pacientes en la primera visita de embarazo del hospital, se les realiza el screening de riesgo de preeclampsia mediante una adecuada anamnesis y los resultados de la exploración del primer trimestre realizado en la consulta.
Según los criterios de la guía NICE, clasificamos a las pacientes en alto y moderado riesgo de preeclampsia:
- Alto riesgo: antecedente de preeclampsia en gestaciones previas o presencia de enfermedades previas (DM pregestacional, HTA, enfermedad renal, enfermedad autoinmune o lupus, SAF)
- Riesgo moderado: en función de la paridad, edad materna (>40 años), IMC >30, intervalo intergenésico >10 años, gestación múltiple, antecedentes familiares de preeclampsia y alteraciones en la medición de IPmAUt.
En estas pacientes se instaura tratamiento profiláctico la administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (en nuestro centro administramos 100 mg/día) que en teoría puede evitar aproximadamente un 10% de los casos de PE, siempre que se comience a administrar durante la primera mitad del embarazo (antes de las 16 semanas) y en gestantes de riesgo alto.
Todas las embarazadas que inician tratamiento profiláctico están incluidas en nuestro protocolo de estudio y es en las que tendríamos que determinar en la semana 24 el cociente sFlt-1/PlGF. La determinación de biomarcador permite ayudar en el diagnóstico y predicción de preeclampsia.
La determinación de este cociente no se ha podido realizar en nuestro centro ni en el laboratorio del hospital de referencia. Aunque se han remitido ciertas muestras desde el hospital de referencia a otros laboratorios para su estimación, el tiempo de espera entre la extracción de la muestra y el resultado del cociente se demoraba unos días, con lo cual la utilidad de obtener un valor determinado que ayudara a mejorar la toma de decisiones en las gestaciones de riesgo, o derivar pacientes a centros de III nivel con diagnóstico precoz de patología, o tener una herramienta para diagnóstico diferencial en casos dudosos o atípicos, no se encontraba, por lo que se dejaron de mandar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 se atendieron un total de 609 pacientes. De ellas 53 casos se incluyeron en el estudio y se administró tratamiento profiláctico con AAS 100 desde el primer trimestre de la gestación por riesgo de preeclampsia moderado/grave. Esto supone un 8% de la población gestacional, un poco más alto de la proporción esperada al inicio del proyecto.
Se registraron 5 casos de preeclampsia que finalizaron la gestación en el HSJ. De ellos 3 casos se encontraban con tratamiento profiláctico desde el primer trimestre de la gestación, y otros 2 eran pacientes sin factores de riesgo al inicio del embarazo.
Se remitieron a Hospital de III nivel de referencia 9 casos con diagnóstico de preeclampsia grave o asociada a otras condiciones materno-fetales que requerían manejo allí. De esos 9 casos 6 se encontraban en el estudio con tratamiento asociado y 3 no.
Los datos de nuestra muestra concuerdan con los hallazgos en la bibliografía en los que se estima que la prevalencia de preeclampsia es aproximadamente un 2% (en nuestras pacientes 2,2%)
9 de los casos con diagnóstico de preeclampsia eran pacientes que al inicio de gestación presentaban riesgo moderado-severo para su padecimiento y en las que se instauró el tratamiento, y en las otras 5 en las que no se instauró la profilaxis y finalmente desarrollaron esta patología se revisó de nuevo la historia clínica y en 4 de los casos no se cumplían los criterios, pero en 1 de ellos si que se debería haber iniciado dicho tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la realización del proyecto hay que recalcar la importancia de realizar una adecuada anamnesis en el primer trimestre y en sucesivas visitas gestacionales, para estimar el riesgo individual de las embarazadas a preeclampsia y poder instaurar tratamiento profiláctico que permita disminuir la morbimortalidad materno-fetal en aquellas gestaciones de riesgo. Es fundamental para poder implantar posteriormente los biomarcadores que sepamos realizar una correcta identificación de gestantes en las que los aplicaremos, ya que debido al coste que suponen, no es factible hoy por hoy determinarlos en la población general.
Queda pendiente poder instaurar la determinación del cociente sFlt-1/PlGF en nuestro laboratorio o en el de referencia que permita obtener el resultado de forma rápida y sin demora de días para poder ayudar en la toma de decisiones o predecir la evolución o el desarrollo de un preeclampsia en los días sucesivos. Este biomarcador permite obtener una prueba reproducible y objetiva que es fácil de obtener cuándo se dispone del kit para su estimación, que presenta una elevada especificidad para predecir complicaciones en las pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCION, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

y que requiere menos experiencia para su interpretación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/595 ========== ***

Nº de registro: 0595

Título
PROTOCOLO DE PREDICCION, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

Autores:
RUIZ CAMPO LEYRE, VICENTE ITURBE MARIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, VELA LETE ANA, CORTIZO GARRIDO SANDRA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La preeclampsia (PE) que afecta al 2% de los embarazos, es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las distintas sociedades científicas recomiendan que en la primera visita de control prenatal se calcule el nivel de riesgo para PE, a través de las características maternas (edad, índice de masa corporal (IMC), historia previa e historia familiar). El objetivo de realizar esta identificación precoz de pacientes con riesgo elevado es realizar una supervisión intensiva tanto materna como fetal, que permita establecer un diagnóstico más temprano de PE, y mitigar los posibles resultados adversos que se derivan de la misma.
Hoy en día se sabe que esta patología se asocia al 10-15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación. A nivel perinatal, esta enfermedad representa el 20-25% de toda la mortalidad perinatal, principalmente secundaria a la finalización iatrogénica del embarazo de forma prematura.
En esta enfermedad se produce un fallo en la implantación placentaria con una disfunción subsiguiente, que provoca una expresión alterada de los factores angiogénicos y antiangiogénicos, como el factor de crecimiento placentario (PlGF) y la forma soluble de la tirosina quinasa-1 (sFlt-1). Los niveles del primero se ven reducidos y los del segundo se encuentran muy aumentados. Se han desarrollado test automatizados para la medición rápida y sencilla de estos marcadores.
Resulta especialmente útil como ayuda al diagnóstico y predicción de la preeclampsia calcularlo en forma de cociente (sFlt-1/PlGF). Se ha tomado como punto de corte el valor de sFlt-1/PlGF de 85 que permite diagnosticar la preeclampsia temprana con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 97%.
La optimización de la actitud médica ante la PE resulta ser hasta el momento el único factor pronóstico modificable de la PE y basándonos en la evidencia científica y las guías de actuación, se disminuyen sustancialmente las complicaciones maternas cuándo se realiza un manejo estandarizado respecto a uno que no.
Se propone introducir un protocolo de manejo para gestantes de alto riesgo de PE, basado en controles de consulta prenatal, realización de estudio Doppler de arterias uterinas e implantación del cociente sFlt-1/PlGF.

RESULTADOS ESPERADOS
- Seleccionar gestantes de alto riesgo para PE en la consulta de obstetricia y de Atención primaria lo antes posible. Se estima que supondrá un 5% de la población general de gestantes.
- Integrar marcadores angiogénicos en la práctica clínica para el correcto seguimiento de los embarazos.
- Mejorar la toma de decisiones en gestaciones de riesgo de sufrir complicaciones derivadas de la función placentaria defectuosa.
- Disminución de actuaciones iatrogénicas evitables.
- Permitir derivaciones de pacientes a centros de III nivel, con diagnóstico precoz.
- Permitir obtener una herramienta adicional para el diagnóstico diferencial de casos dudosos o atípicos.
- Uso eficiente y optimizado de recursos sanitarios.
- Mejorar los resultados maternos y perinatales de las pacientes con PE.
- Mejora de la calidad asistencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCION, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

- Mejora de la percepción asistencial por parte de la paciente y su familia.

MÉTODO
Implantación de un protocolo de predicción, diagnóstico y valoración pronóstica de la preeclampsia en el control obstétrico.
En una primera fase se seleccionaran las gestantes de alto riesgo, que serán incluidas en este protocolo de seguimiento. Se realizará mediante una combinación de datos de la historia clínica, exploración materna y ecográficos (estudio Doppler de arterias uterinas).
En la fase de seguimiento intensivo, se realizará un empleo racional del cociente sFlt-1/PlGF y sus puntos de corte establecidos en las gestantes seleccionadas en la primera fase. La primera medición de este valor se determinará a partir de la semana 20 (momento óptimo entre la 24 y la 26) y en función de los puntos de corte establecidos se establecerá el seguimiento más adecuado.
Se comunicará el nuevo protocolo para que las matronas de atención primaria, identifiquen en la captación de embarazo a aquellas pacientes que cumplan los criterios de inclusión del protocolo.

INDICADORES
Número de pacientes incluidas en protocolo/Número total de gestantes de nuestra consulta.
Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF realizadas en total.
Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF con resultado >85 antes de la aparición clínica de síntomas.
Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF con resultado >655 que han precisado finalizar gestación en menos de 48 horas.
Pacientes con diagnóstico de preeclampsia que no hayan sido incluidas en el estudio.

DURACIÓN
Previsto iniciar a lo largo de 2018. En cuánto se disponga del test en el laboratorio.
Mayo-Junio: elaborar documentos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
SOLER MACHIN JAVIER
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
PEREZ NAVARRO ITZIAR
RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se solicitó ampliación cartera Servicios para implantar XEN con fecha 4-7-17. Se denegó la propuesta con fecha 14-11-17. Los 12 pacientes seleccionados candidatos a XEN fueron derivados a nuestro centro de referencia Hospital Universitario Miguel Servet, siendo intervenidos en dos sesiones quirúrgicas en Octubre de 2017. En las cirugías estuvo el Dr. Ramón Fernández Quispe, de la Sección de Glaucoma del Hospital San Jorge, evolucionando en la curva de aprendizaje.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann):

PENDIENTE OBTENER INDICADORES

Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal:

PENDIENTE OBTENER INDICADORES

Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO:

PENDIENTE OBTENER INDICADORES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lección aprendida: no poner en marcha un proyecto hasta no obtener por escrito la autorización de los organismos pertinentes, pese a que la disposición y el entorno sean favorables.

No se pueden obtener conclusiones por ahora respecto a la eficacia del dispositivo XEN en los pacientes derivados porque ha pasado poco tiempo desde la cirugía, en algunos ni dos meses. Dos meses es el tiempo prudencial necesario para considerar si el dispositivo cumple su función.

7. OBSERVACIONES.
En los meses siguientes se podrán obtener los datos para establecer el valor de los indicadores.
Los pacientes que se consideran candidatos a XEN son derivados al Hospital Miguel Servet, donde permiten que los cirujanos en proceso de formación completen su curva de aprendizaje ofreciendo máxima colaboración y disposición.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1285 ========== ***

Nº de registro: 1285

Título
IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, SOLER MACHIN JAVIER, ALMENARA CRISTINA, PEREZ NAVARRO ITZIAR, RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ampliar la oferta de tratamiento para pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPPA) que no son satisfactoriamente controlados con tratamiento tópico convencional.
En nuestro centro, en caso de necesitar subir escalón terapéutico en casos insuficientemente controlados, se opta por la técnica quirúrgica de trabeculectomía.
Una posibilidad, en casos seleccionados, puede ser la implantación del dispositivo de drenaje (ab interno) llamado XEN.
Con el drenaje XEN se busca disminuir la presión intraocular como objetivo principal.
Además, se acorta el tiempo quirúrgico respecto a otras técnicas.
El glaucoma es una de las causas más importantes de ceguera irreversible en el mundo y su incidencia en la población general aumenta con la edad

RESULTADOS ESPERADOS
Reducción de la presión intraocular en pacientes seleccionados con glaucoma primario de ángulo abierto mediante la implantación de dispositivo de drenaje XEN.

MÉTODO
-Seleccionar los pacientes adecuados tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión.
-Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN.
-Tutorización de sesiones quirúrgicas (número por determinar) con personal entrenado.
-Incorporación de la técnica a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
-Evaluación de los resultados, según indicadores establecidos

INDICADORES
- Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann)
- Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal
- Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO.

DURACIÓN
Inicio estimado del proyecto: junio 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, se realizará la técnica quirúrgica y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES
Si no se reclutara un número suficiente de pacientes en el período establecido, sería interesante prolongar el estudio para verificar la utilidad de la técnica.
En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que reclutemos a pacientes ancianos también, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar ambas opciones .

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
SOLER MACHIN JAVIER
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
PEREZ NAVARRO ITZIAR
RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Seleccionar los pacientes adecuados tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión. Un total de 12 pacientes se han derivado para colocar XEN al Hospital Miguel Servet entre octubre de 2017 y diciembre de 2018. De éstos, se colocó XEN en 9 pacientes (uno se desestimó por hemorragia subconjuntival, otro por mal estado general del paciente y otro finalmente optó por ser intervenido en Huesca de catarata de ojo afectado para evitar más desplazamientos a Zaragoza).

-Realización de 1 sesión clínica de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN.

-Tutorización de 2 sesiones quirúrgicas con personal entrenado, en Hospital Miguel Servet.

-Evaluación de los resultados, según indicadores establecidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Indicador Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann): en todos los casos que completaron seguimiento salvo en uno, se redujo la PIO respecto a valores basales tras la cirugía. En dos casos se realizó el procedimiento en el mismo acto quirúrgico de la cirugía de la catarata, y en total 5 pacientes precisaron algún procedimiento posterior (needling) para garantizar la viabilidad del implante.
-Indicador Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal: de media se observa una reducción del 36% en la PIO, teniendo en cuenta los datos de 8 pacientes que han completado el seguimiento. Existe amplia variabilidad entre los pacientes.
-Indicador Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO: de 9 pacientes, en 7 se ha reducido el número previo de colirios para controlar PIO, es decir en el 77,7% de los casos. De éstos 7 casos, en 2 pacientes se ha prescindido del uso de colirios hipotensores (21% de los casos intervenidos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La selección adecuada de los pacientes es fundamental para aumentar las posibilidades de éxito del implante XEN.
En determinados casos se puede optar por procedimientos combinados (asociado a cirugía de catarata).
Procedimientos posteriores pueden estar indicados para garantizar la viabilidad del implante (needling).

7. OBSERVACIONES.
No se ha aumentado el número de pacientes respecto a la memoria de seguimiento porque no se han enviado más pacientes al Hospital Miguel Servet.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1285 ========== ***

Nº de registro: 1285

Título
IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, SOLER MACHIN JAVIER, ALMENARA CRISTINA, PEREZ NAVARRO ITZIAR, RUIZ RIZALDOS ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1285

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA QUIRURGICA DE IMPLANTE XEN PARA TRATAMIENTO DE GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Ampliar la oferta de tratamiento para pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPPA) que no son satisfactoriamente controlados con tratamiento tópico convencional.
En nuestro centro, en caso de necesitar subir escalón terapéutico en casos insuficientemente controlados, se opta por la técnica quirúrgica de trabeculectomía.
Una posibilidad, en casos seleccionados, puede ser la implantación del dispositivo de drenaje (ab interno) llamado XEN.
Con el drenaje XEN se busca disminuir la presión intraocular como objetivo principal.
Además, se acorta el tiempo quirúrgico respecto a otras técnicas.
El glaucoma es una de las causas más importantes de ceguera irreversible en el mundo y su incidencia en la población general aumenta con la edad

RESULTADOS ESPERADOS
Reducción de la presión intraocular en pacientes seleccionados con glaucoma primario de ángulo abierto mediante la implantación de dispositivo de drenaje XEN.

MÉTODO
-Seleccionar los pacientes adecuados tributarios de esta técnica de acuerdo a los criterios de inclusión.
-Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre el dispositivo drenaje XEN.
-Tutorización de sesiones quirúrgicas (número por determinar) con personal entrenado.
-Incorporación de la técnica a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
-Evaluación de los resultados, según indicadores establecidos

INDICADORES
- Presión intraocular (PIO) tras el procedimiento en el ojo intervenido (tonometría estándar de Goldmann)
- Porcentaje de reducción de PIO respecto a previa basal
- Reducción del número de colirios hipotensores necesarios para controlar la PIO.

DURACIÓN
Inicio estimado del proyecto: junio 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Durante este tiempo se seleccionará a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado, se realizará la técnica quirúrgica y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES
Si no se reclutara un número suficiente de pacientes en el período establecido, sería interesante prolongar el estudio para verificar la utilidad de la técnica.
En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que reclutemos a pacientes ancianos también, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar ambas opciones .

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SOLER MACHIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA GABARRE MIRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Indicar las actividades realizadas para conseguir los objetivos deseados
Revisión de los protocolos y guías de práctica clínica existentes para esta técnica recomendados por las sociedades científicas pertinentes (Sociedad Española de Oftalmología, Sociedad Española de Retina y Vitreo).
Entrega al paciente de un consentimiento informado actualizado en el que se le explique el tratamiento que se le va a llevar a cabo, su secuencia y necesidad para que sepa las medidas de higiene y antisepsia que le van a ser realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Adecuación de los espacios hospitalarios necesarios para los tratamientos intravítreos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es recomendable armonizar el procedimiento entre los facultativos, ya que el paciente se acostumbra a una manera de proceder. Los protocolos permiten pequeñas variaciones del procedimiento, que pueden debatirse entre los médicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1653 ========== ***

Nº de registro: 1653

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
SOLER MACHIN JAVIER, ARA GABARRE MIRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se han detectado diferentes formas de proceder por parte de los facultativos cuando se inyectan fármacos en vítreo (antiangiogénicos, corticoides) en quirófano, todas ellas aceptadas por las sociedades científicas pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos del proyecto: unificar criterios entre los facultativos del centro en el procedimiento de inyección de fármacos intravítreos.

Población diana: todos aquellos pacientes que precisen tratamiento con antiangiogénicos y/o corticoides intravítreos, independientemente de la patología de base por la que que se indican, edad, sexo o raza.

El proyecto se dirige a los facultativos que inyectan los fármacos, no solo a los que conforman la Unidad de Retina.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

MÉTODO
-Inclusión de los pacientes tributarios de esta técnica según criterios de tratamiento que establece la sociedad científica de referencia (Sociedad Español de Retina y Vítreo)
-Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre dicha técnica.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

INDICADORES
Se consideran los siguientes indicadores en este proyecto:

- número de pacientes que han recibido inyección intravítrea.
- número de procedimientos realizados (será superior al número de pacientes, ya que muchos pacientes reciben más de una inyección)
- material fungible utilizado en el procedimiento: paños, blefarostato, marcadores, antibiótico tópico preoperatorio, intra o postoperatorio (SÍ o NO, en función de si se ha utilizado o no en el procedimiento)
- número de pacientes que han sufrido complicaciones derivadas de la inyección.

DURACIÓN
La actividad se desarrollará durante el curso 2017 y se pretende mantenerla en el futuro.
Los responsables de su implantación serán todos los facultativos que realicen el procedimiento.
Fecha prevista de inicio: marzo de 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Fecha de finalización del proyecto aproximada: enero 2018. Durante este tiempo se obtendrá el consentimiento informado de los pacientes incluidos, se realizará la técnica en quirófano y se evaluarán los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SOLER MACHIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA GABARRE MIRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Inclusión de los pacientes tributarios de esta técnica según criterios de tratamiento que establece la sociedad científica de referencia (Sociedad Español de Retina y Vítreo)
-Realización de 1 sesión clínicas de actualización de conocimientos sobre dicha técnica.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.
-Se ha realizado un protocolo sobre cómo proceder para realizar las inyecciones intravítreas, pendiente de aprobación por la Comisión de Calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Número de procedimientos realizados entre 2017 y 2018: 5259 inyecciones en total; en 2017 se realizaron 2363 procedimientos y en 2018 un 22,56% más, hasta los 2896 inyecciones (datos obtenidos del cuadro de mandos que ofrece el Hospital). Del 1-1-18 al 31-12-18, 850 inyecciones corresponden a procedimientos bilaterales, es decir, el 29,35% del total de ese año (no se han recogido datos similares de 2017).

-Número de pacientes que han recibido inyección intravítrea en 2018: 2471 pacientes han entrado en quirófano; de estas entradas, no todas corresponden a pacientes nuevos, ya que muchos pacientes reciben más de una inyección. Se ha contabilizado el número de personas que en 2018 han hecho uso del quirófano por este motivo (datos obtenidos de los partes de quirófano correspondientes). No hay datos desglosados de 2017.

-Material fungible utilizado en el procedimiento:
SÍ: blefarostato, marcador, antibiótico postoperatorio; en todos los casos.
NO: antibiótico preoperatorio.
Respecto al paño, se ha usado hasta septiembre de 2018. A partir de ese momento se prescinde del paño, sin alterar el procedimiento ni haber observado consecuencias indeseables.

-Número de pacientes que han sufrido complicaciones derivadas de la inyección:
Ningún paciente ha sufrido endoftalmitis, la complicación más temida y que realmente pretendíamos contabilizar.
No se han contabilizado otros efectos secundarios como hiposfagma, queratitis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El protocolo ha servido para unificar criterios entre los oftalmólogos que realizan el procedimiento en HSJ.
La inyección bilateral de fármacos antiangiogénicos se ha mostrado una técnica segura.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1653 ========== ***

Nº de registro: 1653

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
SOLER MACHIN JAVIER, ARA GABARRE MIRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1653

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA INYECCION DE FARMACOS INTRAVITREOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se han detectado diferentes formas de proceder por parte de los facultativos cuando se inyectan fármacos en vítreo (antiangiogénicos, corticoides) en quirófano, todas ellas aceptadas por las sociedades científicas pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos del proyecto: unificar criterios entre los facultativos del centro en el procedimiento de inyección de fármacos intravítreos.

Población diana: todos aquellos pacientes que precisen tratamiento con antiangiogénicos y/o corticoides intravítreos, independientemente de la patología de base por la que que se indican, edad, sexo o raza.

El proyecto se dirige a los facultativos que inyectan los fármacos, no solo a los que conforman la Unidad de Retina.

MÉTODO
-Inclusión de los pacientes tributarios de esta técnica según criterios de tratamiento que establece la sociedad científica de referencia (Sociedad Español de Retina y Vítreo)
-Realización de 2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre dicha técnica.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

INDICADORES
Se consideran los siguientes indicadores en este proyecto:

- número de pacientes que han recibido inyección intravítrea.
- número de procedimientos realizados (será superior al número de pacientes, ya que muchos pacientes reciben más de una inyección)
- material fungible utilizado en el procedimiento: paños, blefarostato, marcadores, antibiótico tópico preoperatorio, intra o postoperatorio (SÍ o NO, en función de si se ha utilizado o no en el procedimiento)
- número de pacientes que han sufrido complicaciones derivadas de la inyección.

DURACIÓN
La actividad se desarrollará durante el curso 2017 y se pretende mantenerla en el futuro.
Los responsables de su implantación serán todos los facultativos que realicen el procedimiento.
Fecha prevista de inicio: marzo de 2017. Período de reclutamiento: 7 meses aproximadamente. Fecha de finalización del proyecto aproximada: enero 2018. Durante este tiempo se obtendrá el consentimiento informado de los pacientes incluidos, se realizará la técnica en quirófano y se evaluarán los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... LAURA ROSALIA JIMENEZ LASANTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Pendiente comenzar actividades por problemas administrativos (Consulta Medicina Interna).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente comenzar actividad de la consulta multidisciplinar de Uveítis.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1656 ========== ***

Nº de registro: 1656

Título
CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Autores:
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implementación de Unidades Multidisciplinares de Uveítis es un nuevo modelo de gestión para el manejo de esta patología. Están constituidas por facultativos de Oftalmología y Medicina Interna o Reumatología que valoran de forma conjunta al paciente en una misma consulta. Permiten una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas, evitar desplazamientos innecesarios y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo. A pesar de los esfuerzos, hasta en el 50% de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico concreto, son las denominadas uveítis idiopáticas.

La uveítis es una enfermedad prevalente en nuestro medio y es la tercera causa de ceguera en los países desarrollados en personas en edad laboral; supone aproximadamente el 10% del total de las causas de pérdida de visión.

Por ello, se propone como proyecto la puesta en marcha de una consulta de estas características en el Hospital San Jorge de Huesca.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es el manejo integral del paciente con uveítis, creando una consulta multidisciplinar (conjunta de Oftalmología y Medicina Interna).

Los objetivos secundarios son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

- disminuir la demanda de interconsultas a otras especialidades (Reumatología, Nefrología, Neurología,etc).
- establecer protocolos terapéuticos conjuntos para el abordaje multidisciplinar del paciente.
-organización de sesiones multidisciplinares entre ambos servicios implicados.

MÉTODO
-Reclutamiento de pacientes afectados de uveítis, derivados desde otras consultas de Oftalmología o desde otros Servicios (como interconsulta)
-Realización de 1-2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre uveítis.
-Incorporación del proceso a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

INDICADORES
-Número de pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de uveítis en el período establecido del proyecto,
-Procedencia de los pacientes (Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología, Nefrología, Atención Primaria, Otros)
-Utilidad para alcanzar un diagnóstico etiológico (SÍ, si se logra; NO en caso contrario)

Otros parámetros evaluables, con más limitaciones:
-Estimación del número de consultas ahorradas.

DURACIÓN
Inicio estimado del proyecto: julio 2017. Período de reclutamiento: 12 meses aproximadamente. Durante este tiempo se atenderá
a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado de las pruebas que lo precisen, se realizarán los tratamientos indicados (inmunosupresores y/o biológicos en Hospital de Día, sin necesidad de ingreso) y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES
En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que también reclutemos a pacientes adolescentes, jóvenes y ancianos, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar otras opciones.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA ROSALIA JIMENEZ LASANTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado la Unidad Multidisciplinar de Uveítis integrada por 2 facultativos: la Dra. Madroñero del Servicio de Medicina Interna y la Dra. Jiménez del Servicio de Oftalmología. Este tipo de Unidades constituyen un modelo de gestión óptimo para el manejo de esta patología. En esta unidad multidisciplinar valoramos de forma conjunta al paciente en una misma consulta física, 4 citas con código 7.5 todos los jueves en la consulta 5. Esto nos permite una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar el número de consultas, evitar desplazamientos innecesarios y pruebas complementarias repetidas y un manejo terapéutico global de nuestros pacientes con uveítis. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo.
Las actividades realizadas han sido:
-Reclutamiento de pacientes afectados de uveítis desde julio de 2017 a febrero 2019 incluido: 18 meses en total, en primer lugar un periodo inicial de 6 meses y un periodo de 12 meses desde la creación de la consulta nominativa: C.EXT OFTC -UVEITIS- DRA JIMENEZ/DRA MADROÑERO.
-Incorporación del proceso a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos, mediante los protocolos creados por la Dra. Madroñero y Dra. Jiménez, utilizando como fuente la revisión de las historias clínicas y con la creación de tablas de resultados en formato Excell.
Es importante señalar que en este proyecto han existido varias limitaciones:
1- La Dra. Madroñero no pudo contar con consulta de Uveítis nominativa denominada “C.EXT OFTC -UVEITIS- DRA JIMENEZ/DRA MADROÑERO” hasta el 1 de marzo de 2018, por lo que de Julio de 2017 a Febrero 2018, por razones asistenciales propias de su servicio, sólo pudo incorporarse a la consulta de Uveítis algunos jueves de forma intermitente. Por ello, he decidido cambiar el periodo de reclutamiento de pacientes a un año completo desde la fecha en la que la Dra. Madroñero pudo asistir de forma regular a la consulta Multidisciplinar, es decir 12 meses de marzo 2018 a febrero 2019.
2.- Los pacientes de Uveítis, aunque debían ser siempre citados con el código 7.5 para su posterior identificación, no siempre han sido citados así, sino a veces con código 2.22 dentro de la agenda de la Dra. Jiménez, con lo que ha sido imposible identificar a todos los pacientes de uveítis nuevos atendidos en nuestra unidad.
3. – En ocasiones en las que las 4 citas de código 7.5. no se completaban con pacientes de uveítis, hemos identificado que en la agenda de Uveítis multidisciplinar se han ocupado esas citas con otros pacientes principalmente de la Unidad de Retina de la Dra. Jiménez. Por consiguiente, eso dificulta más aun el reclutamiento de los pacientes de uveítis.
4. – El indicador denominado “Procedencia de los pacientes (Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología, Nefrología, Atención Primaria, Otros)”: INDICADOR 3, no ha podido registrarse, ya que en la mayoría de los casos no se podía identificar de dónde procedían los pacientes (ausencia de volantes de derivación, el paciente desconoce quién le envía, etc), por ello se ha decidido sustituir ese indicador por uno más apropiado en nuestra consulta multidisciplinar: “Utilidad para el tratamiento global del paciente” (SI, si se logra; NO en caso contrario).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se atendieron 65 pacientes nuevos con código 7.5 en la consulta multidisciplinar durante los 12 meses (del 1 de marzo 2018 al 28 de febrero 2019). De estos 65 pacientes, 47 eran pacientes con uveítis y 18 no eran pacientes de uveítis (INDICADOR 1).
De esos 47 nuevos pacientes con uveítis:
-Utilidad para alcanzar un diagnóstico etiológico: 35: SI. 12: NO. Es decir, en un 74,46% de nuestros pacientes nuevos fue útil el manejo multidisciplinar para llegar a un diagnóstico etiológico (INDICADOR 2). (Se alcanza diagnóstico o etiológico o de patología sistémica que puede estar relacionada de forma directa o indirecta con la uveítis)
-Utilidad para el tratamiento global del paciente: 36: SI. 11: NO. Es decir, en un 76,60% de nuestros pacientes nuevos fue útil el manejo multidisciplinar para establecer un tratamiento integral y global (INDICADOR 3).

Teniendo en cuenta los datos expuestos, se constata que el resultado obtenido ha sido muy satisfactorio y está en relación al standard esperado. Este proyecto pone de manifiesto la importancia de la creación de estas unidades para mejorar el manejo de estos pacientes y hacerlo más coste efectivo. El impacto en la reducción del número de interconsultas a otras especialidades, de nuevas citas es muy llamativo. En una sola visita, en muchas ocasiones, el paciente recibía todo el tratamiento necesario: de su patología ocular por parte de la Dra. Jiménez y sistémico, por la Dra. Madroñero.
La fuente de estos 3 indicadores (INDICADOR 1, 2 Y 3) ha sido las historias clínicas, siendo el método de obtención, la revisión retrospectiva de las mismas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Como valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas y sobre la consecución de objetivos marcados, cabe afirmar que se considera que se han obtenido resultados muy satisfactorios, puesto que en más de 3 de cada 4 pacientes con uveítis el abordaje multidisciplinar ha sido de utilidad para el diagnóstico y tratamiento de los mismos. Para nuevos proyectos futuros en esta línea, y para mejorar el sistema de recogida de datos de pacientes, sugeriríamos la pertinencia de mejorar el sistema de citaciones de la Unidad, siendo sólo pacientes con uveítis los que se puedan citar con código 7.5, y no siendo nunca éstos citados con código 2.22. Consideramos que podría ser de utilidad volver a analizar los resultados de nuestros indicadores en el futuro, cuando nuestra Unidad multidisciplinar tenga mayor recorrido en el tiempo. Con la creación de esta consulta y su adición a la cartera de servicios de Oftalmología del Hospital General San Jorge se ha mejorado la atención al paciente al mismo tiempo que se realiza un manejo más coste-efectivo de esta patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1656 ========== ***

Nº de registro: 1656

Título
CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

Autores:
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La implementación de Unidades Multidisciplinares de Uveítis es un nuevo modelo de gestión para el manejo de esta patología. Están constituidas por facultativos de Oftalmología y Medicina Interna o Reumatología que valoran de forma conjunta al paciente en una misma consulta. Permiten una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas, evitar desplazamientos innecesarios y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo. A pesar de los esfuerzos, hasta en el 50% de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico concreto, son las denominadas uveítis idiopáticas.

La uveítis es una enfermedad prevalente en nuestro medio y es la tercera causa de ceguera en los países desarrollados en personas en edad laboral; supone aproximadamente el 10% del total de las causas de pérdida de visión.

Por ello, se propone como proyecto la puesta en marcha de una consulta de estas características en el Hospital San Jorge de Huesca.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es el manejo integral del paciente con uveítis, creando una consulta multidisciplinar (conjunta de Oftalmología y Medicina Interna).

Los objetivos secundarios son:
- disminuir la demanda de interconsultas a otras especialidades (Reumatología, Nefrología, Neurología,etc).
- establecer protocolos terapéuticos conjuntos para el abordaje multidisciplinar del paciente.
-organización de sesiones multidisciplinares entre ambos servicios implicados.

MÉTODO
-Reclutamiento de pacientes afectados de uveítis, derivados desde otras consultas de Oftalmología o desde otros Servicios (como interconsulta)
-Realización de 1-2 sesiones clínicas de actualización de conocimientos sobre uveítis.
-Incorporación del proceso a la cartera de servicios que ofrece Oftalmología.
-Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1656

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON UVEITIS

INDICADORES
-Número de pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de uveítis en el período establecido del proyecto,
-Procedencia de los pacientes (Oftalmología, Medicina Interna, Reumatología, Nefrología, Atención Primaria, Otros)
-Utilidad para alcanzar un diagnóstico etiológico (SÍ, si se logra; NO en caso contrario)

Otros parámetros evaluables, con más limitaciones:
-Estimación del número de consultas ahorradas.

DURACIÓN
Inicio estimado del proyecto: julio 2017. Período de reclutamiento: 12 meses aproximadamente. Durante este tiempo se atenderá
a los pacientes, se obtendrá el consentimiento informado de las pruebas que lo precisen, se realizarán los tratamientos indicados (inmunosupresores y/o biológicos en Hospital de Día, sin necesidad de ingreso) y se evaluarán resultados.

OBSERVACIONES
En la población diana hemos seleccionado Adultos; es posible que también reclutemos a pacientes adolescentes, jóvenes y ancianos, si bien no sale reflejada la posibilidad de marcar otras opciones.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER MACHIN JAVIER
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO
GINER MUÑOZ MARIA LUISA
GUTIERREZ RUIZ FERNANDO
MARTINEZ VELEZ MIREYA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Búsqueda bibliográfica relacionada.
-Comunicación con el Servicio de Hematología.
-Comunicación con el Servicio de Anestesia y Reanimación.
-Sesión clínica interna (Oftalmología) para acordar criterios en los que se actuará de otra forma (es decir, en qué casos sí se suspenderán los anticoagulantes antes de la cirugía de la catarata).

Fruto de estas acciones se ha elaborado un protocolo de actuación en cirugía de catarata, consensuado con Anestesia, para proceder en dichas situaciones.
Se ha puesto en conocimiento de Lista de Espera Quirúrgica, que ha creado una nueva prestación (código) que indica a los anestesistas si deben dar pauta de retirada de anticoagulantes en el momento en que los pacientes son citados en el preoperatorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se planeó comenzar con el programa el 1-9-18, pero no fue hasta el 1-11-18 que se inició la recogida de datos, cuando se subsanaron problemas de coordinación con Anestesia propios de la puesta en marcha de una iniciativa. Se plantea intervenir a los pacientes de catarata sin retirar su medicación anticoagulante en caso de que la tome, siempre y cuando la exploración oftalmológica considere la catarata como no complicada a priori, es decir, exista buena midriasis, no existan otros factores como pseudoexfoliación y/o la dureza de la misma no sea extrema.

Sobre la idea inicial se decidió a posteriori incluir en la base de datos a todos los pacientes que tomaran también también algún antiagregante, con los mismos criterios expuestos anteriormente.

Desde el 1-11-18 hasta el 8-2-19 se han recogido datos de 62 pacientes que toman cualquier anticoagulante y/o antiagregante. De éstos, 24 pacientes toman anticoagulantes (14 pacientes Sintrom, 4 pacientes Xarelto, 4 pacientes Eliquis y 2 pacientes Pradaxa). A su vez, de estos 24 pacientes, 2 de ellos asociaban un anticoagulante y un antiagregante (1 paciente Sintrom y Adiro 100, y 1 paciente Eliquis y Adiro 100).
El resto, 38 pacientes, tomaban antiagregantes. De éstos, 26 pacientes tomaban Adiro 100, 6 pacientes Clopidogrel, 3 pacientes Adiro 300, 2 pacientes Tromalyt y 1 paciente Plavix. A su vez, de estos 26 pacientes, 2 de ellos asociaban más de 1 antiagregante (Clopidogrel y Adiro 100).

Los indicadores evaluados para monitorizar el proyecto son:

-Número de pacientes intervenidos con anticoagulación: 24 pacientes.

-Número de suspensiones quirúrgicas por alteración de la coagulación el día de la intervención: ningún paciente se ha suspendido por este motivo.

-Número de pacientes que han tenido algún tipo de incidente durante la cirugía relacionado (sangrado): 1 paciente (1,6% del total evaluado) sufrió un sangrado en cámara anterior tras impactar una cánula con iris (tomaba Clopidogrel)

-Número de pacientes que han requerido maniobras y/o tratamiento intra o postoperatorios por eventos relacionados: 1 paciente (1,6% del total evaluado) requirió lavado de cámara anterior y se dejó viscoelástico ante sangrado que no cede (es el mismo paciente comentado en el punto anterior). Precisó volver a quirófano 18 días después para nuevo lavado de cámara anterior, siendo resolutiva esta cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados avalan no retirar sistemáticamente dicho tratamiento en estas situaciones, como ya realizan otros centros sanitarios del entorno. Se pretende no suspenderlo salvo que el oftalmólogo crea conveniente por las características del caso que se deba proceder de otra forma.

Ha sido muy útil en nuestro caso que se involucre el Servicio de Admisión (a través de Lista de Espera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Quirúrgica) en el proceso, para coordinar los Servicios de Oftalmología y Anestesia, aprovechando la consulta preoperatoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/330 ========== ***

Nº de registro: 0330

Título
CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, SOLER MACHIN JAVIER, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, GINER MUÑOZ MARIA LUISA, GUTIERREZ RUIZ FERNANDO, MARTINEZ VELEZ MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente los pacientes que van a ser intervenidos de catarata y que toman por cualquier causa anticoagulantes reciben instrucciones para abandonar dicho tratamiento temporalmente. Existe bibliografía suficiente que avala no retirar sistemáticamente dicho tratamiento en estas situaciones, como ya realizan otros centros sanitarios del entorno. Se pretende no suspenderlo salvo que el oftalmólogo crea conveniente por las características del caso que se deba proceder de otra forma. Es necesario la colaboración de Hematología, así como que Anestesia conozca y apruebe también la nueva pauta de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos del proyecto:
Realizar la cirugía de catarata con seguridad en pacientes anticoagulados sin retirar dicha medicación.

Población diana: pacientes pendientes de intervención de catarata, independientemente de su edad y/o sexo, que tomen anticoagulantes.

Servicio al que se dirige:
Oftalmología

Otros Servicios implicados:
Hematología y Anestesia

MÉTODO
Las acciones previstas incluyen:
-Búsqueda bibliográfica relacionada.
-Comunicación con el Servicio de Hematología.
-Comunicación con el Servicio de Anestesia y Reanimanción.
-Sesión clínica interna (Oftalmología) para acordar criterios en los que se actuará de otra forma.
-No se requieren recursos materiales adicionales.
-No afecta a la oferta de servicios ofrecidos.

INDICADORES
Los indicadores para monitorizar el proyecto son:
-Número de pacientes intervenidos con anticoagulación
-Número de suspensiones quirúrgicas por alteración de la coagulación el día de la intervención.
-Número de pacientes que han tenido algún tipo de incidente durante la cirugía relacionado (sangrado).
-Número de pacientes que han requerido maniobras y/o tratamiento intra o postoperatorios por eventos relacionados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

DURACIÓN
Se espera comenzar en mayo de 2018 con el proyecto y poder ofrecer resultados al finalizar el año. Si el número de pacientes ofreciese escasa casuistica, se ampliaría el plazo unos meses más hasta completar al menos un año.

OBSERVACIONES
Aunque en población diana se pone que va dirigido a ancianos, en realidad va para adultos/ancianos, y en general para todos los pacientes, de cualquier edad, que se intervengan de catarata en nuestro centro y a la vez tomen tratamiento anticoagulante.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1517

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEXIA FERNANDEZ RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADANI PEREZ JULIA
MILLASTRE BOCOS ESTHER
GROS SANAGUSTIN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la revisión bibliográfica y según ficha técnica de las toxicidades más frecuentes secundarias a los tratamiento oncológicos aprobados en la actualidad en el España.
Se ha redactado un nuevo documento de consentimiento informado para la administración de tratamiento oncológico, revisado por el equipo médico de la Unidad clínica de oncología, enfermería, y farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aprobación del documento de consentimiento por la comisión de documentación clínica del centro hospitalario.
Firma de dos copias del nuevo documento de consentimiento informado previas al inicio del tratamiento oncológico por parte del paciente y médico prescriptor del tratamiento, independientemente de la línea y esquema iniciados.
Posteriormente entrega al paciente de una de las dos copias firmadas del documento de consentimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han llevado a cabo todos los objetivos propuestos en el proyecto, consiguiendo la optimización y actualización del documento de consentimiento informado que reciben los pacientes previo a recibir tratamiento oncológico especificándose las toxicidades más frecuentes secundarias a los tratamientos utilizados en la actualidad.
Además se entrega una copia del nuevo consentimiento informado al paciente especificando el diagnostico oncológico, el tratamiento que inicia y las principales toxicidades derivadas de este para su revisión y consulta tanto por parte del paciente como por otros profesionales sanitarios que lo requieran (atención primaria, servicio de urgencias, etc)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1517 ========== ***

Nº de registro: 1517

Título
OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Autores:
FERNANDEZ RUIZ ALEXIA, MADANI PEREZ JULIA, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, ESCOLANO PUEYO ANGEL, GROS SANAGUSTIN LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dada la aprobación de nuevos tratamientos oncológicos, como agentes biológicos e inmunoterápicos, con un espectro de toxicidad totalmente diferente al de la quimioterapia convencional surge la necesidad de modificar y renovar el documento de consentimiento informado el tratamiento de los pacientes oncológicos. De esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1517

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

forma, además de mejorar la información aportada al paciente sería de utilidad para la colaboración y el control sintomático por parte de atención primaria o los servicios de urgencias con el fin de mejorar la asistencia a este perfil de pacientes de difícil manejo.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimización del documento de consentimiento informado dirigido a todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna candidatos a administración de tratamiento oncológico oral o intravenoso por parte del servicio de oncología médica.

Actualización con firma de nuevo consentimiento informado al inicio de cada línea de tratamiento y se entregará copia especificando el esquema de tratamiento para disposición del paciente y su médico de atención primaria.

MÉTODO
Revisión bibliográfica y en ficha técnica de las toxicidades más frecuentes de los tratamientos oncológicos aprobados actualmente.

Redacción del nuevo documento de consentimiento informado.

Reunión con farmacia y enfermería para revisión y modificación del consentimiento informado.

Envío para valoración y aprobación por la Comisión de documentación clínica.

Sustitución del antiguo documento e inicio de entrega de dos copias firmadas del nuevo consentimiento informado a todos los pacientes que inicien un nuevo tratamiento oncológico.

INDICADORES
A FECHA 30/11/18: Aprobación del nuevo documento de consentimiento informado para tratamiento oncológico por la Comisión de Documentación Clínica.

A FECHA 1/12/18: Entrega del nuevo documento de consentimiento informado para tratamiento oncológico al 100% de los pacientes que inician nuevo esquema de tratamiento, independientemente de la línea que comiencen.

DURACIÓN
1/7/2018 – 30/9/2018: Revisión bibliográfica y ficha técnica de toxicidad de los tratamientos oncológicos.

1/10/2018 – 1/11/2018: Reunión con farmacia y enfermería para su revisión y modificación.

1/11/2018 – 30/11/2018: Envío y aprobación por la Comisión de Documentación Clínica.

Desde el 1/12/2018: Sustitución del anterior y entrega del nuevo consentimiento informado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JULIA MADANI PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ RUIZ ALEXIA
LASTRA DEL PRADO RODRIGO
MILLASTRE BOCOS ESTHER
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN
MATAS PALOMARES OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Entre los meses de Julio 2018 y Octubre 2018 se realizó por parte del oncólogo una revisión y actualización de los protocolos de administración de tratamiento de los tumores digestivos de origen colorrectal así como de los tumores ginecológicos adecuándolos a las guías NCCN 2018 y últimas aprobaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps).

2. A lo largo de Noviembre 2018 y Diciembre 2018 se completó por parte del oncólogo la actualización de esquemas de tratamiento del resto de tumores: mama, pulmón, cabeza y cuello, tumores cutáneos y tumores urológicos.

3.A su vez se revisó la premedicación de dichos esquemas terapéuticos adecuándolos a las últimas guías para la prevención de nauseas y vómitos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) publicadas en 2016.

4. Se realizó un documento Word para cada tipo de tumor con sus correspondientes esquemas de tratamiento y premedicaciones actualizadas tanto para enfermedad localizada como diseminada.

5. Se realizó una puesta en común con el Servicio de Farmacia y enfermería por un lado en Octubre 2018 con la primera parte de los protocolos revisados y en Diciembre 2018 con la segunda parte actualizada.

6. En Enero 2019 puesta en marcha del proyecto con la actualización paulatina por parte del Servicio de Farmacia de los esquemas terapéuticos en el programa informático Farmis – Oncofarm 3.0 ®

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS ELIMINADOS : 36,89 %
- Fórmula : Nº de esquemas eliminados x 100/ Nº total de esquemas previos a la actualización
107 x 100 /290 = 36,89 %
- Fuente : Base de datos del programa Farmis – Oncofarm ®
- Estándar : > 30 %

2.NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS NUEVOS : 27,66%
- Fórmula : Nº de esquemas nuevos x 100/ Nº total de esquemas tras la actualización
70 x 100 / 253 = 27,66%
- Fuente : Base de datos del programa Farmis – Oncofarm ®
- Estándar : 30 %

3.NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS EN LOS QUE SE MODIFICA LA PREMEDICACIÓN: 100%
- Fórmula : Nº de esquemas terapéuticos en los que se modifica la premedicación x 100 / Nº total de esquemas terapéuticos
253 x 100/253 = 100%
- Fuente : Base de datos del programa Farmis – Oncofarm ®
- Estándar : > 75 %

4. REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PREMEDICACIÓN: 20 minutos.
- Fórmula: Tiempo de estancia en Hospital de Día de Oncología para la administración de la premedicación antes de la actualización - Tiempo de estancia después de la actualización : 45 minutos – 25 minutos : 20 minutos.
- Fuente : Programa Farmis – Oncofarm ®
- Estándar : 20 minutos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la revisión de los esquemas terapéuticos, al introducir nuevas terapias acordes con las últimas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

aprobaciones y al eliminar aquellos esquemas fuera de práctica clínica, hemos cumplido uno de los objetivos de nuestro proyecto que era optimizar la calidad de la atención en la consulta de Oncología Médica.

Otro objetivo cumplido es que al reducir el número de fármacos administrados como premedicación se ha conseguido disminuir el tiempo de estancia en Hospital de Día en aproximadamente 20 minutos por paciente.

En el momento inicial se planteo como indicador el número de pacientes por día a los que se administra tratamiento antes y después de las modificaciones. Con la actualización de la premedicación ganamos una media de tres horas al día en Hospital de Día de Oncología que se pueden ocupar tanto para la administración de quimioterapia de corta duración como de terapias de soporte (por ejemplo hierro intravenoso).Pero no siempre las tres horas equivalen a 3 tratamientos (pacientes). El número de pacientes viene limitado por el tiempo que se tarda en validar el tratamiento, preparar la medicación o por el tiempo de infusión del fármaco.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1519 ========== ***

Nº de registro: 1519

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS : QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

Autores:
MADANI PEREZ JULIA, FERNANDEZ RUIZ ALEXIA, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, MATAS PALOMARES OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En Oncología, los avances en el tratamiento que se han venido desarrollando en las últimas décadas han supuesto un cambio en las posibilidades de curación y en los tiempos de supervivencia de muchos tipos de cáncer.
La complejidad creciente de los tratamientos oncológicos (quimioterapia, anticuerpos monoclonales, inhibidores tirosín-quinasa, inmunoterapia y combinaciones de ellos) hace imprescindible no sólo una revisión sino también una actualización de los protocolos de administración de dichas terapias.
Todo ello resulta útil para optimizar tanto la atención inicial en la consulta como durante la administración de tratamiento oncológico en el hospital de día.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisión de la premedicación de todos los esquemas terapéuticos cuyo objetivo sea:
• Adecuarla a las últimas guías clínicas de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) para la prevención de nauseas y vómitos.
• Disminuir el número de fármacos administrados como premedicación en esquemas seleccionados de quimioterapia, anticuerpos monoclonales e inmunoterapia.
• Disminuir tiempo de estancia en hospital de día.
Revisión y actualización de los esquemas terapéuticos cuyo objetivo sea :
• Introducir nuevas terapias acorde con las últimas aprobaciones.
• Eliminar aquellos esquemas terapéuticos que han quedado fuera de la práctica clínica actual.
• Optimizar la calidad de la atención en la consulta de oncología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

MÉTODO
En primer lugar se realizará por parte del oncólogo una revisión progresiva de los protocolos de administración de tratamiento oncológico según patología : digestivo colorrectal, digestivo no colorrectal, tumores ginecológicos, mama, pulmón, tumores cutáneos, cabeza y cuello, sarcomas y tumores urológicos.
En segundo lugar se hará una puesta en común con el servicio de farmacia y con enfermería para mejoras y modificaciones.
Por último lugar un farmacéutico introducirá y actualizará de manera paulatina los protocolos en el programa informático Farmis para su posterior puesta en marcha.

INDICADORES
Número de esquemas terapéuticos nuevos introducidos respecto al total.
Número de esquemas terapéuticos eliminados respecto al total.
Número de esquemas terapéuticos en los que se modifica la premedicación respecto al total.
Tiempo de estancia en el hospital de día para la administración de terapia oncológica antes y después de la modificación de los esquemas de premedicación.
Número de pacientes por día a los que se administra tratamiento por parte de la unidad de oncología antes y después de revisar los protocolos terapéuticos.

DURACIÓN
Revisión y actualización de los protocolos entre los meses de Julio a Octubre.
Puesta en común de los protocolos actualizados con el servicio de farmacia e incorporación paulatina en el programa informático Farmis durante Noviembre - Diciembre.
Puesta en marcha del proyecto en Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ..... SILVIA HERRERA TOLOSANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL
LAGUNA CALLAU GENOVEVA
FONTANA CALVO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El volante de derivación o la hoja de consulta resulta insuficiente para la derivación de pacientes con patología de la voz.
Las nuevas tecnologías hacen posible compartir imágenes con los Logopedas que físicamente realizan su trabajo en otro centro hospitalario.
Se procede a la grabación de las exploraciones realizadas mediante fibrolaringoscopia y laringoscopio rígido para remitirlas en la carpeta compartida a logopedia de los pacientes que se van a enviar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado la comunicación entre ambas partes (Otorrino y Logopeda) sobre patologías a tratar
Mejorar el tratamiento de los pacientes que son remitidos a logopedia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Información directa por ambas partes, se ha mejorado la comunicación bidireccional
- Se objetiva la necesidad de la colaboración con el servicio de informática

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/89 ========== ***

Nº de registro: 0089

Título
IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

Autores:
LOPEZ VAZQUEZ ANDRES, ESCOLAN GELOS ANGEL, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL, CHARTE GASCON MARTA, LACAMBRA SANTOS EVA, EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO, VIBAN FORTUNY JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCION DEL PACIENTE CON TRASTORNOS DE LA VOZ
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los trastornos relacionados con la voz son muy frecuentes en la Consulta de Otorrinolaringología (ORL). Existen muy diversas causas tanto funcionales u orgánicas que pueden ocasionar cambios en la calidad de la voz de los pacientes.
Para la correcta exploración y tratamiento de los pacientes es necesario una relación estrecha entre los otorrinolaringólogos encargados de los pacientes con trastornos vocales y los rehabilitadores de la voz o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS ENTRE LOGOPEDIA Y OTORRINOLARINGOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA DE LA VOZ

logopedas.
En el Sector de Huesca, los hospitales donde trabajan los Servicios de ORL y LOGOPEDIA están separados fisicamente y por tanto, se dificulta la atención de los pacientes. Los pacientes son derivados mediante Hojas de Consulta con una descripción somera del estado de la laringe del paciente a rehabilitar pero en el Servicio de Logopedia no pueden valorar las imágenes ni las grabaciones de la laringe.
Junto con el Servicio de Informática del Hospital se propone crear una carpeta de documentos compartidos en la que los profesionales tanto de ORL como de Logopedia puedan incluir los informes pertinentes y las grabaciones de la laringe del paciente a rehabilitar.
Posteriormente los resultados del análisis acústico de la voz por parte de Logopedia podrán colgarse en esa misma carpeta de documentos compartidos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora en la calidad, satisfacción y en la atención al paciente con patología de la voz.
Coordinación y comunicación directa entre los Servicios encargados de la patología de la voz, el Servicio de Logopedia puede ver “in situ” la imagen laríngea y la patología a rehabilitar
Estudios a largo plazo de las imágenes y el análisis acústico de la voz antes y después del tratamiento rehabilitador creando una base de datos para estos pacientes y dividida por patologías.
Crear un protocolo de actuación ante el paciente de la voz con áreas definidas entre los Servicios sin duplicar exploraciones.

MÉTODO
Creación, por parte del Servicio de Informática una carpeta de documentos compartidos en las que se incluirán subcarpetas con el número de historia del paciente explorado. Esas subcarpetas contendrán imágenes grabadas de la patología laríngea por parte del Servicio de ORL y análisis acústico de la voz por parte del Servicio de Logopedia.
Creación de una base de datos de los pacientes rehabilitados con la que se obtendrán resultados estadísticos para posteriores publicaciones e intraservicio observando dónde se puede mejorar (estudios por patologías : disfonía tras tiroidectomía, postoperados con intubación orotraqueal, patología orgánica quirúrgica de las cuerdas vocales como nódulos, edemas, carcinomas...)
Encuesta de satisfacción a los pacientes rehabilitados
Facilitar el trabajo aumentando la calidad del Servicio multidisciplinar en pacientes con patología vocal.

INDICADORES
- CREACION DE CARPETA DE DOCUMENTOS COMPARTIDOS SI/NO

- DERIVACIÓN A LOGOPEDIA CON DOCUMENTO INSERTADO EN LA CARPETA DESDE OTORRINOLARINGOLOGÍA. > al 50%

DURACIÓN
Desde Diciembre de 2016 a Junio de 2017. Revisión de los datos en esa fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1567

1. TÍTULO

INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA HERRERA TOLOSANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
FONTANA CALVO MARIA ISABEL
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración de un modelo de informe para los pacientes que son valorados en las Consultas de ORL y precisan adaptación protésica.
- Entrega del informe al paciente durante la consulta
- Encuesta de utilidad del informe:
- Se le ha entregado el informe SI / NO
-Grado de utilidad en la adaptación protésica mucho / bastante/ indiferente / poco / nada.
- Grado de satisfacción información para la adaptación: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-% de pacientes que precisan audioprótesis y reciben el informe: standard marcado 90 %, alcanzado 75%
-% pacientes que consideran útil la información : 100 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes se encuentran muy satisfechos de acudir al audioprotesita con un informe elaborado por su médico otorrinolaringólogo responsable, en el que indique su patología las pruebas realizadas y sus resultados.
Los audioprotesistas valoran positivamente esta información valiosa del paciente, que mejora la calidad de su adapatación protésica posterior.
Como lecciones aprendidas al evaluarla es que no todos los profesionales del servicio entregamos el informe y que hay que hacer un esfuerzo porque todos los pacientes se vayan con el mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1567 ========== ***

Nº de registro: 1567

Título
INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

Autores:
HERRERA TOLOSANA SILVIA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los especialistas en Otorrinolaringología realizamos la prescripción de las prótesis auditivas y son

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1567

1. TÍTULO

INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

finalmente los audioprotesistas quienes realizan la adaptación de los pacientes.
La correcta adaptación depende en gran medida de la información de la que dispongan en los gabinetes de audioprótesis, conocimiento de patologías concomitantes, antecedentes quirúrgicos y otoscopia.

RESULTADOS ESPERADOS
- Conseguir la unificación y precisión de la información que se proporciona a los pacientes que precisan una adaptación protésica.
- Entregar un informe para que los pacientes dispongan de toda la información para entregar a los audiprotesistas para la adaptación de las prótesis auditivas más adecuadas a sus necesidades
- Alcanzar una mayor seguridad y calidad en la adaptación protésica

MÉTODO
- Elaboración de un modelo de informe para los pacientes que son valorados en las Consultas de ORL y precisan adaptación protésica
- Entrega del informe al paciente durante la consulta
- Encuesta de utilidad del informe:
- Se le ha entregado el informe SI / NO
-Grado de utilidad en la adaptación protésica mucho / bastante/ indiferente / poco / nada
- Grado de satisfacción información para la adaptación: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

INDICADORES
- % de pacientes que precisan audioprótesis y reciben el informe (>=90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

DURACIÓN
-Elaboración del informe: antes del 15 de septiembre
-Entrega del informe y encuesta: desde 15 septiembre. Las encuestas se entregarán en las sucesivas consultas.
-Análisis de resultados provisionales: A los 3 meses del inicio de las actividades

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA GASCON RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
FONTANA CALVO MARIA ISABEL
HERRERA TOLOSANA SILVIA
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa standar: 90 %, alcanzado : 90%
- % pacientes que consideran útil la información: standar 90 %, alcanzado:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes encuentran útil la información aportada, con bastante grado de satisfacción, ya que les da seguridad al conocer su proceso durante el ingreso y donde acudir a pedir información si durante el pase de planta no ha podido estar el acompañante o surgen dudas después.
Conclusión: Tenemos que intentar que al 100% de los pacientes se les entregue la hoja informativa, implicando a otros estamentos de la atención sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1568 ========== ***

Nº de registro: 1568

Título
MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Autores:
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención.
La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

MÉTODO
- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

INDICADORES
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa (>= 90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

DURACIÓN
- Elaboración de la hoja: antes del 15 de septiembre
- Entrega hoja informativa y encuesta: desde 15 septiembre en adelante
-Análisis de resultados provisionales: a los 3 meses del inicio de las actividades

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0027

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CALVO AGUILAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONGOST MARIN SOFIA
ABIO ALBERO SONIA
HUERTA BLAS PALOMA
VERA BELLA CARMEN
AGON BANZO PEDRO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar, para llevar a cabo nuestro proyecto, tuvo lugar una reunión conjunta entre el personal de enfermería y pediatras de Atención Primaria de todos los centros de salud pertenecientes al sector de Huesca, y el personal de enfermería y los médicos adjuntos del servicio de pediatría del Hospital S.Jorge, con el fin de elaborar y consensuar, en base a la evidencia científica actual y las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología y Ministerio de Sanidad, la elaboración de un documento que recogiera las recomendaciones de los cuidados al alta hospitalaria del bebé, en cuanto al cordón umbilical, el baño, el cambio de pañal, la posición idónea para dormir, la alimentación prioritariamente con leche materna exclusiva y la preparación de los biberones con leche de fórmula adaptada en las situaciones en las que así se haya decidido. ?
Por otro lado, nos reunimos los distintos profesionales implicados en el cuidado y atención al recién nacido durante su estancia en paritorio y maternidad (matronas, anestesistas, ginecólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería y pediatras), y de esta forma modificar las prácticas en paritorio en el momento del nacimiento, priorizando el contacto precoz piel con piel del bebé con la madre y evitando la separación de los mismos salvo en caso necesario por indicación médica. Asimismo se revisaron las pautas de profilaxis de la oftalmía neonatal y la enfermedad hemorrágica del RN, los cuidados del cordón umbilical y el cribado neonatal.?
Tras ambas reuniones, se elaboró un documento de consenso basado en las nuevas recomendaciones de las sociedades científicas y este documento, se incorporó a las historias de los recién nacidos para ser entregado sin excepción en el momento del alta hospitalaria junto con su cartilla de salud infantil.
Respecto a los cuidados del RN en maternidad, se estableció como pauta general salvo excepciones por indicación médica, el cuidado del cordón umbilical con agua y jabón, sin administración de antisépticos ni colocación de gasas ni apósitos, tal como recomienda la evidencia científica actual. Así mismo se revisaron las pautas en relación a la lactancia materna y se impartió un curso para personal sanitario con el fin de mejorar los conocimientos y por tanto la atención a las madres lactantes.
En el área de partos, se hizo hincapié en el contacto precoz piel con piel, separando de la madre únicamente a aquellos recién nacidos que precisaran asistencia médica al nacer por su situación clínica desfavorable. También se ha insistido especialmente en el inicio y refuerzo de la lactancia materna desde el mismo momento del nacimiento, en el área de partos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al modificar las pautas de los cuidados del área umbilical, se ha constatado una clara disminución del número de días de caída del cordón. Por otro lado, al suspender la administración de antisépticos y uso de gasas y apósitos impregnados en alcohol de 70º o clorhexidina, no se ha constatado un aumento de la infección en el área umbilical. ?
El porcentaje de lactancia materna al alta ha sido 71,8%, mixta 23,2% y de fórmula 5%. Al evitar en la medida de lo posible la separación de la madre y el bebé, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a la salida de la maternidad y al mes de vida, se ha incrementado notablemente. Asímismo se ha observado una menor incidencia de distrés respiratorio e hipoglucemia neonatal, probablemente por el efecto beneficioso que tiene sobre el bebé el contacto precoz piel con piel, que evita la pérdida de calor, y el inicio precoz tras nacer, de la lactancia materna.
Respecto a la entrega del documento sobre cuidados del recién nacido al alta de maternidad, se ha observado una homogeneidad a la hora de realizar dichos cuidados por parte de las familias, a la vez que ha disminuido la confusión que generaba el hecho de que los padres acudieran por su cuenta a diferentes fuentes de internet, revistas de divulgación con escaso rigor científico y otras fuentes poco fiables, dado que no disponían de un documento que explicara por escrito y de manera clara y sencilla, los cuidados del bebé.
Todos los recién nacidos quedan registrados en el programa nacional NEOSOFT, donde se introducen todos los datos referentes al embarazo, parto, periodo perinatal y somatometría, además de diagnósticos, tipo de lactancia que recibe el bebé, procedimientos realizados y recomendaciones al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estas pautas y actividades, se pusieron en marcha durante el mes de mayo del 2016 y en la actualidad siguen en vigor, y son revisadas de forma anual y en función de las modificaciones que sufran los estándares actuales recomendados por la Sociedad Española de Neonatología, que en momento actual, no han sufrido nuevas modificaciones.
Durante el año 2016 ha habido 644 partos en el hospital S.Jorge de Huesca, de los cuales 137 han sido por cesárea. Todos estos niños se han beneficiado de estas nuevas pautas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0027

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/27 ========== ***

Nº de registro: 0027

Título
ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
GARCIA ESCUDERO CRISTINA, CALVO AGUILAR MARIA JOSE, CONGOST MARIN SOFIA, HUERTA BLAS PALOMA, AGON BANZO PEDRO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estandarización de los cuidados del recién nacido desde el nacimiento y durante las primeras horas de vida postnatal son parte de los objetivos de la Sociedad Española de Neonatología. En los últimos años, las recomendaciones en cuanto a la atención y cuidados al alta del recién nacido sano, han sufrido modificaciones, de forma que se ha hecho necesaria la actualización de las pautas utilizadas en nuestra maternidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de estas nuevas recomendaciones es aplicar la mejor evidencia científica en los procedimientos en el cuidado del RN desde el nacimiento y en los primeros días de vida postnatal, cuando el bebé ya se encuentra establecido en su domicilio.

MÉTODO
En el momento de la actualización de las recomendaciones, se revisó el concepto de RN sano, y las prácticas en paritorio en el momento del nacimiento, priorizando el contacto precoz piel con piel del bebé con la madre y evitando la separación de los mismos salvo en caso necesario por indicación médica. Asimismo se revisaron las pautas de profilaxis de la oftalmía neonatal y la enfermedad hemorrágica del RN, los cuidados del cordón umbilical y el cribado neonatal.
Se consensuó con el personal de Atención Primaria relacionado con la atención al niño, los criterios de actualización y recomendaciones de los cuidados al alta hospitalaria del bebé, en cuanto al cordón umbilical, el baño, el cambio de pañal, la posición idónea para dormir, la alimentación prioritariamente con leche materna exclusiva y la preparación de los biberones con leche de fórmula adaptada en las situaciones en las que así se haya decidido.

INDICADORES
-Por un lado al modificar las pautas de cuidados del cordón umbilical, se ha constatado una clara disminución del número de días de caída del cordón.
-Al evitar en la medida de lo posible la separación de la madre y el bebé, el porcentaje de lactancia materna exclusiva a la salida de la maternidad y al mes de vida, se ha incrementado notablemente.

DURACIÓN
Las nuevas pautas de cuidados del recién nacido se pusieron en marcha durante el mes de mayo del presente año y en la actualidad siguen en vigor, para ser revisadas de forma anual y en función de las modificaciones que sufran los estándares actuales recomendados por la Sociedad Española de Neonatología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0027

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO SANO EN EL PARTO Y PRIMERAS HORAS DE VIDA POSTNATAL Y AL ALTA DE LA MATERNIDAD EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0031

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL PRADO SANZ MARIA ELENA
GIL FERRER LAURA
BELLON CLAVER PILAR
GARCIA ESCUDERO CRISTINA
ABIO ALBERO SONIA
CALVO AGUILAR MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El hemangioma infantil es el tumor benigno mas frecuente en la infancia. La toma de decisiones respecto al tratamiento de los mismos debe seguir las guías de practica clínica y la evidencia científica disponible. Por este motivo, tras la publicación del Consenso Español sobre el Hemangioma Infantil se decidió iniciar el tratamiento del mismo en nuestro centro. Tras recoger información bibliográfica se informó a los centros de Atención Primaria para derivar y citar a los posibles candidatos de manera preferente en el mismo día en las consultas de Pediatría y de Dermatología para poder iniciar el tratamiento con propranolol en el tiempo establecido según las recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría. Se realiza Historia clínica, exploración física y ecográfica valorando los riesgos del tratamiento. Tras esta valoración los pacientes que cumplen todos los requisitos son programados para ingreso e inicio del tratamiento. La familia recibe y cumplimenta un formulario de consentimiento informado.
Los pacientes acuden a nuestro centro donde permanecen durante la toma de las dos primeras dosis para valorar posibles reacciones adversas (hipotensión, hipoglucemia,..). Al alta se entrega un informe y hoja de recomendaciones para continuar con el propranolol de forma domiciliaria y se programa la siguiente visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Septiembre de 2016 se han remitido a consultas 23 pacientes y se han han realizado 22 tratamientos.
Uno de los casos remitidos desde atención primaria se envió al centro de referencia (Hospital Miguel Servet de Zaragoza) para control ante hemangiomas múltiples y de localización profunda con sospecha de obstruccion de la via aérea.
De los pacientes incluidos se ha retirado la medicación en un caso por mala cumplimentación del tratamiento.
Solo se han registrado reacciones adversas en un paciente (en el que se retiró la medicación).
21 de los 22 pacientes incluidos ha recibido el tratamiento con éxito (aun hay pacientes que no han finalizado la pauta completa de tratamiento).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde que se inició esta actividad en nuestro centro ha resultado satisfactoria para pacientes, familias y profesionales por la eficacia de la medicación, su seguridad y la comodidad de las familias al evitar desplazamientos innecesarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/31 ========== ***

Nº de registro: 0031

Título
TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL

Autores:
CONGOST MARIN SOFIA, DEL PRADO SANZ MARIA ELENA, GIL FERRER LAURA, BELLON CLAVER PILAR, GARCIA ESCUDERO CRISTINA, ABIO ALBERO SONIA, CALVO AGUILAR MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0031

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL HEMANGIOMA INFANTIL CON PROPRANOLOL

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los hemangiomas infantiles son tumores benignos con alta incidencia en niños menores de un año. Un 12% de los mismos se puede beneficiar del tratamiento médico. Este tratameinto debe realizarse segun guias de practica clinica, para ello se revisa la bibliografía y se elabora un protocolo basado en las recomendaciones formuladas por los especialistas.

RESULTADOS ESPERADOS
Tratamiento médico de hemangiomas infantiles simples previo diagnostico ecográfico dermatológico.

MÉTODO
Diagnóstico ecográfico y clínico por Servicio de Dermatología para inclusión en protocolo.
El tratamiento médico consiste en la administración de propranolol por vía oral ya que es el tratamiento de elección de los hemangiomas infantiles y es el único aprobado para dicha indicación. Para ello se realiza el ingreso en Hospital de día para administración de propranolol por vía oral en dosis progresivas realizando los controles correspondientes con monitorización de frecuencia cardiaca y tensión arterial así como glucemia y control clínico para detectar posibles efectos secundarios de la medicación. Previamente se cumplimenta el consentimiento informado por parte de los profesionales y la familia.

INDICADORES
- Número de pacientes sometidos a dicho tratamiento entre el total de pacientes diagnosticados de angioma infantil.
- Seguimiento por parte del Servicio de Dermatología para comprobar efectividad.
- Comunicación de reacciones adversas entre el total de pacientes tratados.

DURACIÓN
Agosto 2016: revision bibliografica y elaboracion de protocolo clínico.
Octubre 2017: seleccion de casos e inicio del proyecto.

OBSERVACIONES
Este tratamiento se está llevando a cabo con éxito en otros centros con buena tolerancia y adecuada efectividad. De esta manera se puede evitar desplazamientos a otros centros pudiendo realizarse en nuestro Hospital.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0243

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PALOMA HUERTA BLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES
IZUEL JARNE ANA
CASAJUS BETRAN CARMEN
SANTAFE LOPEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Previamente al inicio de la actividad se elaboró y se adaptó a nuestro hospital un protocolo de inducción de tolerancia oral en lactantes con alergia PLV en base a la actuación de nuestro servicio de alergología de referencia del Hospital Miguel Servet. Se diseñó un algoritmo de diagnóstico-seguimiento-tratamiento para pacientes con APLV IgE mediada, el cual fue remitido vía mail a los Pediatras de los centros de salud de nuestro área (Sector Huesca). En dicho correo se les remitía en archivo adjunto la pauta de actuación en caso de sospecha de APLV IgE mediada en atención primaria, insistiendo en la importancia de la remisión precoz en las primeras 24-48 horas tras el diagnóstico. Así mismo se facilitaron los teléfonos de contacto directos con consulta externa de Pediatría para facilitar el proceso.
- Se realizaron acciones formativas con las enfermeras de planta, instruyéndolas en la pauta de ascensos semanales, modo de preparación de las fórmulas e identificación de reacciones adversas. Se elaboraron hojas tipo de Pauta de ITO (inducción de tolerancia oral) en las que se incluían tabla con fecha- cantidad para cada aumento semanal. En hoja adjunta debía anotar cualquier incidencia o reacción adversa. Cada paciente disponía de una hoja de tratamiento con medicación precargada en caso de reacción alérgica.
- Se llevó a cabo un taller de reconocimiento y manejo de anafilaxia, impartido conjuntamente con el servicio de enfermería pediátrica de nuestro hospital (marzo 2017) en el que se reforzaron conocimientos y aclararon dudas.
- De forma progresiva durante el periodo de Octubre de 2016- Octubre 2017 fueron valorados en consulta externa de Alergología Pediátrica un total de 26 pacientes con clínica, test cutáneos y/o IgE específica de leche y fracciones positivo. Dichos pacientes fueron citados en planta de pediatría para iniciar la pauta desensibilización de forma progresiva. Los pacientes se citaban de forma automática de manera semanal, pudiendo acelerar la pauta según criterio médico consensuado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se llevó a cabo la elaboración de base de datos para recogida de datos entre los que figuraban los siguientes indicadores de seguimiento: Edad de inicio de inducción de tolerancia y edad en la que se adquiere la tolerancia completa, reacciones adversas tras inicio de inducción de tolerancia, número de reacciones adversas que precisan tratamiento farmacológico, número de pacientes que adquieren tolerancia completa tras inicio de la pauta.
- Se incluyeron en este periodo un total de 26 pacientes, siendo el 54% mujeres y el 46% varones. La edad media de inicio de la pauta de inducción de tolerancia oral de fue 6,19 meses con intervalo de 3-10 meses. La duración media de la inmunoterapia fue de 15,5 semanas, con un intervalo entre 13-19 semanas.
La tolerancia se alcanzó en 24 de los 26 pacientes (92,3%). En 2 de ellos (7,7%) se suspendió por inicio de síntomas gastrointestinales, en uno de ellos vómitos y en otro dolor abdominal y deposiciones dispépticas. El 11,5% de los pacientes presentó reacciones adversas leves localizadas a nivel cutáneo, precisando sólo 1 de ellos (3,8%) administración de antihistamínico oral. No hubo ningún caso de anafilaxia. Los pacientes se han ido reevaluando al mes tras finalizar la ITO y al año del fin de la pauta, mostrando el 100% de los que había tolerado la pauta de ITO una adecuada tolerancia de productos lácteos y sin presentar reacciones adversas, por lo que han podido ser dados de alta con un régimen de vida normal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se ha comprobado en el seguimiento de estos pacientes, que la tolerancia a largo plazo se mantiene sin efectos adversos en la mayoría de los pacientes, obteniendo una gran mejoría en su calidad de vida, suponiendo además, un aumento de la confianza de la familia e implicación en el tratamiento.
- Se ha disminuido notablemente el tiempo medio de consumo de fórmulas especiales y por tanto se han ahorrado una gran cantidad recursos económicos y personales.
- El protocolo se va a seguir desarrollando como práctica habitual en nuestro hospital dados los resultados obtenidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/243 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0243

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

Nº de registro: 0243

Título
INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

Autores:
HUERTA BLAS PALOMA, ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, ABIO ALBERO SONIA, IZUEL JARNE ANA, CASAJUS BETRAN CARMEN, ASPIROZ GUILLEN ANABEL, SANTAFE LOPEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ALERGIA ALIMENTARIA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se habla de Alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) cuando un individuo, tras ingesta de proteínas lácteas manifiesta una respuesta anormal con un un mecanismo inmunológico comprobado (Hipersensibilidad inmediata). Tras la exposición al alérgeno el sujeto se sensibiliza y produce anticuerpos específicos para algunas fracciones proteicas de la leche. Al ser la leche el primer alimento no homólogo que se introduce en la dieta de un lactante es la APLV la primera alergia que debuta, afectando a un 2% de la población. En España el porcentaje de alérgicos a leche de vaca en el primer año de vida se sitúa entre 0,36% y 1,95%. Ocupa el tercer lugar en las patologías alérgicas detrás de la alergia al huevo y al pescado. Hasta ahora la evitación del alimento era el único tratamiento establecido. La dieta de exclusión tiene ciertas repercusiones familiares, sociales y económicas que influyen en la calidad de vida. Los niños alérgicos a leche suelen estar sobreprotegidos por los problemas que conllevan las trasgresiones. A pesar de todas las precauciones, esta dieta puede resultar difícil de realizar con éxito y es frecuente la aparición de síntomas, incluso graves, por contacto inadvertido con el alimento y por el riesgo de ingestión accidental. Además, pueden tener problemas nutricionales (déficit de calcio) y problemas económicos, ya que las fórmulas especiales no están subvencionadas a partir de los dos años de edad. Se han venido comunicando, en la literatura médica de la última década, series de pacientes pediátricos en los que se consigue empleando aumentos progresivos de cantidad del alimento, alcanzar la tolerancia y conseguir incorporarlo con normalidad a la alimentación del paciente, lo que equivale en la práctica a la curación. Se ha comprobado en el seguimiento de estos pacientes que la tolerancia a largo plazo se mantiene sin efectos adversos en la mayoría de los pacientes, obteniendo una gran mejoría en su calidad de vida. En la actualidad, en nuestro servicio de alergología de referencia del Hospital Infantil Miguel Servet y en otros centros nacionales, están trabajando en la inducción de tolerancia a alimentos y adelantar la instauración de tolerancia. Las series comunicadas han ido aumentando, los procedimientos haciéndose más comunes y los resultados hasta el momento son muy satisfactorios con porcentajes de éxito de entre el 70 y el 95%. Por todos estos motivos, se ha optado por actitudes intervencionistas que conduzcan a inducir la tolerancia con el fin de modificar la historia natural de la alergia a proteínas de leche de vaca.

RESULTADOS ESPERADOS
1 Conseguir una tolerancia precoz de dicho alimento adquiriendo una normalización de los hábitos dietéticos de dichos pacientes, evitando así mismo una alimentación deficitaria. 2 Disminuir el riesgo de reacciones adversas por ingestión o contacto accidental con el alimento problema. 3 Disminución del gasto en fórmulas especiales que en muchos niños deben mantenerse hasta los 2 años o más, las cuales son financiadas en nuestro medio hasta que el niño tiene los 2 años. Tras inicio de la inducción de tolerancia oral la adquisición de tolerancia puede alcanzarse hacia los 3 meses del inicio de la pauta, disminuyendo notablemente los meses que el niño debe consumir una leche de fórmula especial.

MÉTODO
1 Revisión de la evidencia científica: guías clínicas, revisiones, protocolos de otros hospitales (Odriozola, Ruiz del Olmo). 2 Elaboración/Adaptación a nuestro hospital de un protoloco de inducción de tolerancia oral en lactantes con APLV en base a la actuación de nuestro servicio de alergología de referencia (Hospital Miguel Servet) (Huerta, Odriozola, Abio). 3 Evaluación y selección de pacientes menores de 12 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV mediante historia clínica detallada, test cutáneos y analítica con IgE específica (Huerta, Izuel, Casajus). 4 Elaboración de base de datos para recogida de datos y resultados (Huerta, Ruiz del Olmo, Abio). 5 Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y preparación/seguimiento de pauta desensibilización (Aspiroz, Santafe)

INDICADORES
1 Edad de inicio de inducción de tolerancia y edad en la que se adquiere la tolerancia completa. 2 Reacciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0243

1. TÍTULO

INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA IGE MEDIADA

adversas tras inicio de inducción de tolerancia. 3 Número de reacciones adversas que precisan tratamiento farmacológico (antihistaminico. Adrenalina, corticoide). 4 Número de pacientes que adquieren tolerancia completa tras inicio de la pauta.

DURACIÓN
1 Revisión de la evidencia científica (Septiembre- Octubre 2016). 2 Elaboración/Adaptación a nuestro hospital de un protoloco de inducción de tolerancia oral (Septiembre- Octubre 2016). 3 Evaluación y selección de pacientes menores de 12 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV (Octubre 2016- Octubre 2017). 4 Elaboración de base de datos para recogida de datos y resultados (Octubre 2016- Octubre 2017). 5 Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y seguimiento de pauta desensibilización (Octubre 2016-Octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0476

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTERO BELLO PILAR
BRUN GUINDA DAVID
LAVILLA ABRIL SHEILA
REDOL LABARTA MONTSERRAT
AZANZA MONTULL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde Noviembre 2016 hasta Febrero 2017 se formó a enfermería en la técnica de realización de la medición, indicando momento adecuado para su determinación. Se elaboró además para el proyecto una nueva hoja de registro de cuidados del recién nacido con un apartado concreto para el despistaje cardiológico, configurando a su vez un sello específico para su impresión en las cartillas de nacimiento.
Se comunicó el inicio de la actividad a los profesionales de los centros de salud del Sector, y a su vez en el alta de cada recién nacido se explica a la familia todos los screening realizados y el significado de dicho sello.

Se inició el screening neonatal cardiológico en Marzo de 2017 (previsto para Enero 2017), realizándose en todos los recién nacidos del Hospital San Jorge.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado el screening a 546 recién nacidos en el año 2017 y a 16 recién nacidos en 2018, hasta el momento de elaboración de esta memoria.
De los 562 cribados realizados han resultado negativos el 100% (SatO2 >=95% pre y postductal y diferencia <3%).
No se han obtenido falsos positivos (FP) (estándar de falsos positivos del 0,17%).
Hemos detectado un falso negativo (FN) en un paciente remitido por su pediatra a los 15 días de vida por detección de soplo cardiaco, diagnosticándose de drenaje venoso pulmonar anómalo, pero que al tratarse de una forma parcial puede no tener repercusión en la pulsioximetría los primeros días de vida.
La especificidad del test ha sido del 100% (el 100% de pacientes sanos ha tenido resultado negativo), lo cual aumenta la tasa de FN pero minimiza los FP, recomendado en test de screening de enfermedades poco prevalentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que el proyecto se ha desarrollado de forma óptima, y al realizar un sello especifico de cribado cardiológico que debe imprimirse en todas las cartillas del recién nacido, se ha minimizado al máximo la posibilidad de su no realización, de forma que desde su implementación en la Unidad se ha realizado a TODOS los recién nacidos en nuestro Hospital.
Es un cribado necesario en el Servicio de Pediatría, inocuo y de sencillo seguimiento, del que no deriva ningún coste económico. Conviene dar sesiones formativas al personal de enfermería de nueva incorporación al Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/476 ========== ***

Nº de registro: 0476

Título
IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

Autores:
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, VERA BELLA CARMEN, ARTERO BELLO MARIA PILAR, LAVILLA ABRIL SHEILA, REDOL LABARTA MONTSERRAT, AZANZA MONTULL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0476

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL DESPISTAJE DE CARDIOPATIAS DUCTUS DEPENDIENTE MEDIANTE PULSIOXIMETRIA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La detección precoz de cardiopatías congénitas graves permite su tratamiento y corrección quirúrgica en los plazos adecuados, lo que permite mejorar el pronóstico de estos niños. No siempre es posible el diagnostico prenatal por ecografía o por exploración física del neonato durante su estancia en la maternidad. Esto es especialmente importante en las cardiopatías ductus dependientes, cuyo cierre puede desencadenar un fallo cardiovascular e incluso la muerte. El ductus es obligatorio para asegurar el gasto cardíaco en los casos de estenosis del tracto de salida del VD (circulación pulmonar) o del VI (circulación sistémica). El debut es una situación amenazante para la vida ya que el ductus se cierra de manera espontánea antes de la 4º semana de vida. Ante la sospecha hay que iniciar tratamiento inmediato con PGE1 para asegurar su permanencia. La incidencia de cardiopatías congénitas ductus dependientes oscila entre 1-2 casos/1000 recién nacidos. La exploración física y los síntomas pueden ser sutiles o ausentes en los primeros días. La pulsioximetría entre las 24 y 72 horas es un método rápido, simple, no invasivo, barato, reproducible y con poca variabilidad. La exploración física en los primeros días de vida tiene una sensibilidad del 63% en este tipo de cardiopatías, si asociamos la pulsioximetría asciende al 83%. La pulsioximetría por si sola tiene una especificidad del 99%. Los falsos positivos son escasos (0.17%), de los cuales un 45% presentan otro tipo de patología neonatal (cardiopatía no ductus dependiente, sepsis, etc).
Se considera resultado negativo cifras de Sat O2=95% en mano derecha o pie y diferencia =3%. Se considera positivo pre y postductal 90-<95% o diferencia >3% en tres medidas separadas de una hora o Sat <90% en mano o pie. En los casos positivos se contactara con servicio de Cardiología para realización de ecocardiografía urgente.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir el riesgo de dar de alta a un neonato potencialmente grave.
-Reducción de morbimortalidad asociada a estas patologias en caso de retraso diagnóstico mejorando el pronóstico y la supervivencia.
-Seleccionar a los pacientes candidatos de valoración cardiológica pediátrica urgente.

MÉTODO
-Medida de pulsioximetría con sensor en mano derecha (preductal) y otra en cualquiera de los dos pies (postductal).
-La medición se realizará entre las 24 y 72 horas con el recién nacido tranquilo, evitando el sueño profundo y los momentos de alimentación.
-Onda de pletismografía adecuada.
-Personal entrenado en toma de pulsioximetría en neonatos.
-Tiempo estimado < 10 minutos.

INDICADORES
-Numero total de recién nacidos.
-Numero de recién nacidos a los que se realiza pulsioximetría entre las 24-72 horas.
-Numero de recién nacidos con alta precoz de la maternidad (primeras 24 horas).

DURACIÓN
-Octubre-Noviembre 2016:
Revisión bibliográfica.
Registro de resultado de pulsioximetría en la Hoja de cuidados de recién nacido.
Formación al personal de enfermería de pulsioximetría neonatal pre y postductal.
Inclusión de pulsioximetría en las rutinas de recién nacido.
-A partir de Diciembre de 2016:
Puesta en marcha del programa de screening neonatal y mantenimiento de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0278

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABIO ALBERO SONIA
CALVO AGUILAR JOSEFA
SAN AGUSTIN PERIE CARMEN
REDON LABARTA MONTSERRAT
BELLON CLAVER PILAR
LOPEZ UBEDA MARTA
PABLO ZARO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DURANTE EL MES DE MAYO SE REUNIÓ EL EQUIPO COORDINADOR Y REVISANDO LA BIBLIOGRAFÍA EXISTENTE REALIZO UN PROTOCOLO ACTUALIZADO DE ESTUDIO DE DESPISTAJE DE HIPOACUSIA NEONATAL: REGISTRÁNDOSE TODOS LOS PACIENTES CON OEA (OTOEMISIONES ACÚSTICAS) ALTERADAS, LAS PETICIONES REALIZADAS DE PEAT Y LOS RESULTADOS PATOLÓGICOS ENCONTRADOS. INCLUYENDO TRAS LA SEGUNDA OEA ALTERADA LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR CMV (MEDIANTE PCR EN ORINA), CON INCLUSIÓN DE UNA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DURANTE EL PERÍODO DEL 18 DE MAYO DE 2018 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018, SE REALIZARON UN TOTAL DE 597 OEA, TENIENDO QUE REPETIRSE 11 EN LA SEGUNDA SEMANA DE VIDA, DE LAS CUALES 9 FUERON NORMALES. EN LOS DOS PACIENTES CON OEA REPETIDA NEGATIVA SE SOLICITO RECOGIDA DE ORINA PARA DESPISTAJE DE CITOMEGALOVIRUS, DETECTÁNDOSE UN CASO POSITIVO CON PEAT COMPATIBLE CON HIPOACUSIA BILATERAL MODERADA. EL OTRO PACIENTE CON OEA NEGATIVA, SE REPITIÓ AL MES PERSISTIENDO ALTERADO DE FORMA UNILATERAL. SE SOLICITARON PEAT QUE FUE COMPATIBLE CON HIPOACUSIA IZQUIERDA LEVE. GRACIAS A LA INSTAURACIÓN DE DICHO PROTOCOLO DE DESPISTAJE SE LOGRO DETECTAR A LOS 16 DÍAS DE VIDA, UN CASO DE INFECCIÓN NEONATAL POR CITOMEGALOVIRUS QUE PERMANECÍA CLÍNICAMENTE ASINTOMÁTICO Y SE INICIO TRATAMIENTO CON VALGANCICLOVIR, QUE HA CONTINUADO DURANTE 6 MESES. EN EL CONTROL LA HIPOACUSIA HA PASADO DE MODERADA A MODERADA-LEVE, PENDIENTES DE FINALIZAR TRATAMIENTO.
INDICADORES:
Nº PACIENTES AFECTOS DE INFECCIÓN POR CMV CONGÉNITO /TOTAL PACIENTES CON OEA ALTERADAS:1/11
Nº PEAT SOLICITADOS /TOTAL PACIENTES CON OEA REALIZADAS:2/597
Nº PACIENTES AFECTOS DE INFECCIÓN POR CMV CONGÉNITO /PEAT REALIZADOS: 1/2

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA INSTAURACIÓN DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ HA SIDO MUY BIEN ACOGIDA POR EL SERVICIO, PERMITIENDO EL TRATAMIENTO PRECOZ DE UN PACIENTE QUE DE OTRA MANERA SE HUBIERA DETECTADO DE MANERA TARDÍA.
COMO POSIBLE PROPUESTA DE MEJORA, SE PLANTEA LA CREACIÓN DE UNA HOJA DE RECOGIDA DE INDICADORES DE RIESGO DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, QUE INCLUIRÍA LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPOACUSIA, PESO DE RECIÉN NACIDO INFERIOR A 1500GR, ANOMALIAS CRANEOFACIALES, MENINGITIS BACTERIANA, HIPERBILIRRUBINEMIA QUE PRECISA EXSANGUINOTRANSFUSIÓN, PUNTUCIÓN BAJA DEL APGAR Y MEDICACIÓN OTOTOXICAS. Y EN DICHOS PACIENTES DE RIESGO SEGUIMIENTO MÁS ESTRECHO SOLICITANDOSE PEAT.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/278 ========== ***

Nº de registro: 0278

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

Autores:
SANZ DE MIGUEL MARIA DEL PILAR, ABIO ALBERO SONIA, CALVO AGUILAR JOSEFA, SAN AGUSTIN PERIE CARMEN, REDON LABARTA MONTSERRAT, BELLON CLAVER PILAR, LOPEZ UBEDA MARTA, PABLO ZARO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0278

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cribado de recién nacidos para la pérdida auditiva conduce a una detección e intervención más temprana en pacientes con problemas auditivos congénitos. La intervención temprana puede mejorar la adquisición del lenguaje y el rendimiento educativo en los pacientes afectados. La evidencia es clara de que el cribado de los recién nacidos detecta la pérdida de la audición a una edad significativamente más temprana que el hecho de basarse únicamente en la identificación de los signos clínicos de la pérdida auditiva.
El citomegalovirus (CMV) congénito es la causa infecciosa más frecuente de perdida auditiva neonatal o de inicio tardío permanente, y lo que es más importante, existe la posibilidad de terapia antiviral que mejore su pronostico.
Sin embargo, el coste beneficio es elevado por lo que no se recomienda su detección universal en todos los recién nacidos que no superen en una ocasión las otoemisiones acústicas (OEA), reservándose para la detección selectiva de aquellos casos que presenten síntomas compatibles o que en 2 ocasiones no se superen las otoemisiones acústicas, sin retrasar con ello el diagnostico temprano de la hipoacusia.
Si se detectan pruebas de detección positivas para CMV el tratamiento puede iniciarse tras informar a la familia de los riesgos/beneficios de la terapia antiviral, siendo mejores los resultados auditivos cuando su comienzo se realiza en las primeras semanas de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un registro de los paciente con pruebas alteradas en el despistaje de hipoacusia neonatal mediante OEA.
Estandarizar la inclusión del cribado de la infección congénita de CMV, mediante análisis de orina precoz, tras alteración de la 2º OEA.
Protocolizar la solicitud del los Potenciales Auditivos Evocados (PEAT) tras 3º OEA alterada.

MÉTODO
Diseño actualizado del protocolo de estudio de despistaje de hipoacusias neonatales
Registro de todos los pacientes con OEA alteradas.
Registro de las peticiones realizadas de PEAT y resultados patológicos encontrados.
Registro de los pacientes con detección de infección congénita por CMV, con inclusión de una hoja de consentimiento informado para inicio del tratamiento.

INDICADORES
Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito /total pacientes con OEA alteradas.
Nº PEAT solicitados /total pacientes con OEA realizadas
Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito /PEAT realizados

DURACIÓN
Reunión del equipo coordinador del protocolo y revisión de la bibliografía en Junio 2018
Revisión final de los resultados a finales de Diciembre 2018, con valoración de nuevas propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0283

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
VERA BELLA CARMEN
GALLEGO DOMEQUE ESTHER
LAVILLA ABRIL SHEILA
OTAL ORDAS LUCIA
SANTANA ESPEJO EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 2 sesiones de actualización en RCP neonatal, por las mañanas y en la misma planta de pediatría, para formación y mejora de los miembros de la plantilla (pediatras, enfermeras/os, matronas y auxiliares) en reanimación neonatal, situación que vivimos de forma frecuente en nuestro servicio dado el número de partos anuales, principalmente durante las guardias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mantener formado al personal encargado de llevar a cabo dichas situaciones de reanimación neonatal, familiarizándose con el material necesario y perdiendo el miedo a actuar ante las diversas situaciones de estrés que se viven en paritorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se trata de un proyecto necesario debido a que la reanimación neonatal forma parte de nuestra práctica clínica diaria, y la buena praxis tendrá gran repercusión en la salud y futuro del recién nacido y sus familias.
Por la situación laboral actual existe cierta rotación y cambio en el personal del Servicio (pediatras, enfermeras/os y auxiliares), que hace indispensable este tipo de formación continuada. No implica gasto de recursos por lo que vemos indispensable su mantenimiento de forma indefinida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/283 ========== ***

Nº de registro: 0283

Título
ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

Autores:
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, VERA BELLA CARMEN, GALLEGO DOMEQUE ESTHER, LAVILLA ABRIL SHEILA, OTAL ORDAS LUCIA, SANTANA ESPEJO EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Pediatría consta de una unidad específica de atención neonatal, donde una enfermera y una técnico auxiliar de enfermería se encargan de los cuidados del recién nacido sano y patológico, junto con el equipo de pediatras del Servicio. Cuando tiene lugar en paritorio o en quirófano un parto complicado (instrumentado, cesárea, o posible alteración del bienestar fetal por diversas circunstancias) acudimos de inmediato al área quirúrgica la enfermera y el pediatra para asistir al recién nacido en el momento del parto, junto con la ayuda de la matrona. En dicho momento crítico nos encontramos la mayoría de las veces (puesto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0283

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

que ocurre frecuentemente en horario de guardia) un máximo de 3 personas, que debemos estar perfectamente capacitadas para realizar la RCP al neonato de forma óptima.
La trascendencia de dicha actuación (vital para en neonato) y el frecuente cambio de personal por sustituciones y nuevas incorporaciones en el área materno-infantil, nos obliga a mantener una continua actualización y formación en dicha materia.

RESULTADOS ESPERADOS
Formación continua en RCP neonatal para una mejora en la asistencia al recién nacido en el parto y al neonato ingresado que sufra una posible parada respiratoria y/o cardiaca.
Aumento de la supervivencia libre de secuelas en el paciente neonatal (primer mes de vida).
Optimización de recursos en RCP neonatal para un uso más eficiente.

MÉTODO
Se realizarán sesiones periódicas programadas de actualización en RCP neonatal para el personal del área materno-infantil, 3-4 sesiones al año.
Tendrán una duración aproximada de 2 horas y constarán de una primera parte breve teórica en pediatría seguida de una fase práctica en la cuna de reanimación del área de paritorio, y finalizando en la incubadora de transporte para simular el posible traslado del paciente.
Recursos: pediatras docentes, muñecos lactantes (disponemos), ordenador y pantalla.

INDICADORES
Calendario de sesiones cada 3-4 meses para abarcar a todo el personal implicado en la asistencia al recién nacido en el área materno-infantil del Hospital San Jorge y las nuevas incorporaciones.
Cumplimiento de dicho calendario y encuesta de satisfacción a los receptores de las distintas sesiones valorando su utilidad.
Reuniones posteriores a una reanimación neonatal real para analizar las actuaciones, errores y campos de mejora.

DURACIÓN
Sesiones (duración 2 horas): Enero 2018 (ya realizada), Mayo-Junio 2018, Octubre-Noviembre 2018.
Responsables de su implantación: Equipo de Pediatría del Hospital San Jorge.
Reuniones del equipo de reanimación tras los casos reales que surjan durante el año.
Fecha de proyecto: Enero 2018-Diciembre 2018.

OBSERVACIONES
Disponemos actualmente de todos los recursos necesarios para el proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA SANCHO GRACIA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES
VERA BELLA CARMEN
JIMENEZ BLANCO COVADONGA
DELGADO PUENTE MARTA
VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS
SANTOLARIA ESCARTIN DOLORES
SANTAFE LOPEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva se creó la consulta de Alta Resolución Neonatal en enero de 2018, asignando a la misma la agenda correspondiente (PED PL). Se informó al servicio de Pediatría-Neonatología de la nueva consulta para el conocimiento de todo el personal tanto médico, como enfermería y auxiliares.

Las citaciones de los pacientes en dicha consulta son gestionadas desde la planta de Pediatría (Nido) a través del personal de enfermería. Se elaboró por ello un documento explicativo sobre el proceso de citación, que se encuentra a disposición del personal en el área de Neonatología; además de ofrecer información verbal a las enfermeras de la unidad sobre el proceso de citación.

A lo largo del año 2018 el número total de recién nacidos en el hospital ha sido de 545, siendo 36 de ellos prematuros entre 34 y 36 semanas de gestación y 3 de ellos prematuros menores de 34 semanas de gestación. En este periodo han sido citados y atendidos en la consulta de alta resolución un total de 188 pacientes (generando 222 episodios), lo que supone un 34,5% del total de recién nacidos.

En mayo de 2018 se elaboró un sistema de registro manual donde constan los pacientes atendidos en la consulta y el motivo de derivación a la misma, con el objetivo de conocer las características de los pacientes citados. Desde el 1/05/2018, se registraron manualmente 152 pacientes atendidos de un total de 446 recién nacidos totales en ese periodo (34%). En el registro informático aparecen, tras eliminar algunas citaciones repetidas erróneamente, 148 citaciones (correspondientes a 143 pacientes, ya que algunos de ellos precisaron ser citados varios días). Existe, por lo tanto, cierta discrepancia entre el registro manual y el informático con 117 pacientes que figuran en ambos registros, 31 pacientes que figuran únicamente en el registro informático y 35 pacientes que aparecen sólo en el registro manual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El principal motivo de consulta es el control de peso y/o de ictericia, incluyendo una valoración de la lactancia materna en aquellos recién nacidos alimentados de esta manera. A continuación se detallan las características de los 152 pacientes registrados manualmente desde el 1/05/2018. Se realizó control de peso en 86 pacientes (56,5% de los pacientes citados), precisando ingreso únicamente uno de los pacientes por pérdida ponderal excesiva y deshidratación. El control de ictericia se realizó en 51 pacientes (33,5%), en la mayoría de las ocasiones (n=47) de forma conjunta con el control de peso. En estos pacientes se realiza generalmente control clínico, mediante exploración física, y determinación de la cifra de bilirrubina transcutánea. En 11 de los pacientes fue preciso realizar analítica sanguínea para bilirrubina venosa, precisando 7 de ellos ingreso para tratamiento.

En los pacientes citados a control de peso, se hizo también apoyo y refuerzo de lactancia materna si era preciso. De los 8 recién nacidos dados de alta con lactancia mixta tras el nacimiento, uno de ellos era alimentado con lactancia materna exclusiva a la semana de vida. De los que habían sido dados de alta con lactancia materna exclusiva: el 38% precisó lactancia mixta tras el control en consulta y, sólo uno, se alimentaba con lactancia artificial a la semana de vida.

Si hacemos referencia al grupo de prematuros tardíos (34-36 semanas), en los 28 pacientes que nacieron a partir del 1/05/2018 se aseguró un adecuado control de peso a las 24-48 horas del alta. El 50% de ellos fueron citados en la consulta de alta resolución. Del resto, uno de ellos precisó traslado al hospital de referencia y los demás fueron dados de alta con una curva ponderal ascendente en los últimos días de ingreso, por lo que el control clínico se realizó en su centro de salud.

Otra de las causas por las que se decidió crear la consulta de alta resolución neonatal fue la necesidad, en ocasiones, de repetir alguna de las pruebas de cribado realizadas a todos los recién nacidos antes del alta. El cribado metabólico o “prueba del talón” se repitió en 39 pacientes (25,65% del total); de los cuales 20 neonatos eran prematuros y 5 eran recién nacidos de 37 semanas de edad gestacional. Se recomienda repetir este cribado endocrino-metabólico en todos los recién nacidos prematuros a los 15 días de vida, lo que justifica el elevado número de casos correspondientes a este grupo. Sin embargo, el total de recién nacidos prematuros en este periodo (desde 1/05/2018) fue de 30, por lo que sería recomendable en un futuro analizar el motivo por el que no consta la repetición de la prueba en 10 de estos pacientes. Por otro lado, el cribado auditivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

mediante otoemisiones acústicas fue el motivo de derivación a consulta en 24 pacientes (15,7%).

Constan además otros motivos diferentes de consulta, menos frecuentes, como la recogida de orina para detección de citomegalovirus, control de glucemia, extracción de analítica sanguínea o revisión del cordón umbilical. No se ha registrado ningún caso de alta precoz (antes de las 48 horas de vida).
Del total de pacientes registrados desde mayo (152), únicamente 8 precisaron reingreso hospitalario tras ser valorados en consulta (5%). Si excluimos a aquellos que fueron citados para realización de pruebas complementarias, el porcentaje de ingresos sería del 9%. En el caso de no disponer de la consulta de alta resolución la mayoría de estos pacientes hubiesen precisado alargar su estancia hospitalaria un mínimo de 24-48 horas, con todas las consecuencias que esto conlleva.

Por otro lado, entre mayo y diciembre de 2018, 63 pacientes han precisado la repetición de pruebas complementarias específicas del periodo neonatal (siendo muchos de estos casos pacientes prematuros).

INDICADORES:
- Nº de recién nacidos prematuros tardíos citados a la consulta de Alta resolución (AR) a las 24 – 48 horas del alta / Nº total de recién nacidos prematuros tardíos: Cumplimiento 100%

- Nº de recién nacidos con alta precoz citados a la consulta de AR a las 24 – 48 horas del alta / Nº total de recién nacidos con alta precoz. Cumplimiento: 100% (no ha habido ningún alta precoz)

- Nº de pacientes que precisan reingreso/Nº total de pacientes citados en consulta de AR. Valor: 5%

- Nº de pacientes citados para control de peso/Nº total de pacientes citados en consulta de AR. Valor: 56,5%

- Nº de pacientes citados para control de ictericia/Nº total de pacientes citados en consulta de AR. Valor: 33,5%

- Nº de pacientes citados informativamente en consulta de AR/ Nº total de pacientes registrados en sistema de registro de consulta de AR. Valor: 97%

- Nº de pacientes con lactancia materna exclusiva tras ser dados de alta de consulta de AR/Nº total de pacientes citados a control clínico en consulta de AR. Valor: 60%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos adecuado incidir en conseguir que las citaciones informatizadas en la consulta sean del 100% de los pacientes atendidos.

Consideramos el bajo porcentaje de reingresos un aspecto muy positivo en relación con el rendimiento y utilidad de la consulta. En el caso de no disponer de la consulta de alta resolución la mayoría de los pacientes citados hubiesen precisado alargar su estancia hospitalaria un mínimo de 24-48 horas, con todas las consecuencias que esto conlleva.

El recién nacido presenta una complejidad que hace deseable su manejo por personal entrenado; por ello, nos parece importante y de gran utilidad el disponer de esta consulta para la realización de las diversas pruebas que puedan ser necesarias. Pensamos que esta herramienta proporciona un elemento de mejora en la calidad de la asistencia ofrecida a estos pacientes.

CONCLUSIONES FINALES: Consideramos que la implantación de la consulta de alta resolución neonatal supone una mejora en la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes, por lo que se mantendrá en el futuro. Gracias a esta herramienta se han disminuido los días de estancia hospitalaria de un importante número de pacientes sin que esto implique una elevada tasa de reingresos. Además, se garantiza la realización de forma reglada y por personal experto de las pruebas complementarias que puedan ser necesarias en estos pacientes durante el periodo neonatal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/359 ========== ***

Nº de registro: 0359

Título
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

Autores:
SANCHO GRACIA ELENA, ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, VERA BELLA CARMEN, JIMENEZ BLANCO COVADONGA, DELGADO PUENTE MARTA, VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS, SANTOLARIA ESCARTIN DOLORES, SANTAFE LOPEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La duración de la estancia del binomio madre-recién nacido (RN) tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; siendo actualmente lo habitual en nuestro medio una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48h. Dado que el periodo de hospitalización es breve, a veces no hay tiempo suficiente para constatar que la alimentación está bien instaurada por lo que es necesario extremar la vigilancia en aquellos que presenten pérdidas cercanas al 10% o dificultades en relación con la lactancia materna. Asimismo, pueden surgir complicaciones tras el alta como la aparición de ictericia que resulta una de las causas más frecuentes de reingreso.
En los últimos años la tasa de prematuridad se ha incrementado, sobretodo en relación con los prematuros tardíos, los cuales presentan mayor riesgo de complicaciones y mayores tasas de reingreso hospitalario que los RN a término. Los criterios para el alta de estos pacientes son semejantes a los de los RN a término sanos. Sin embargo, debido al mayor riesgo de morbilidad neonatal, necesitan un seguimiento más estrecho por lo que se ha de garantizar un seguimiento médico a las 24-48h.
Por otro lado, cabe la posibilidad de valorar una estancia reducida (menor de 48 horas) ante petición familiar en el caso de RN a término sanos; aunque esta opción no es válida para todas las madres y RN. Además del cumplimiento de una serie de criterios previos al alta, este alta neonatal precoz requiere de la necesidad de un control pediátrico precoz tras el alta debido al riesgo de posibles anomalías no detectadas en el ingreso.
Finalmente, existen una serie de pruebas complementarias que se solicitan a los recién nacidos de forma rutinaria (cribado metabólico y auditivo) que en determinadas ocasiones pueden precisar ser repetidas en el centro hospitalario lo cual debe de ser registrado y realizado de forma organizada.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantación de una consulta de alta resolución neonatal
- Asegurar un control pediátrico precoz en paciente de riesgo de presentar complicaciones tras el alta (prematuros tardíos, alta precoz, dificultades de alimentación, riesgo de ictericia severa) lo cual permitirá, entre otras cosas, disminuir la estancia media hospitalaria de los mismos.
- Promoción de lactancia materna
- Realización de pruebas complementarias en planta de pediatría por personal formado y de forma organizada.
- Registro de pacientes que precisan citación en consulta de alta resolución para conocer la prevalencia de los diferentes motivos de derivación.
- Detección de problemas de aparición tras el alta y disminución de tasa de reingreso

MÉTODO
- Revisión bibliográfica
- Creación de agenda específica para consulta de alta resolución (Enero 2018)
- Información a todo el personal del servicio del funcionamiento de dicha consulta
- Implicación del personal en la organización y citación de los pacientes.
- Elaboración de un registro de pacientes atendidos, motivos de derivación de los mismos y pruebas complementarias realizadas.
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

INDICADORES
- Nº de recién nacidos prematuros tardíos citados a la consulta de Alta resolución (AR) a las 24 – 48 horas del alta / Nº total de recién nacidos prematuros tardíos.
- Nº de recién nacidos con alta precoz citados a la consulta de AR a las 24 – 48 horas del alta / Nº total de recién nacidos con alta precoz.
- Nº de pacientes que precisan reingreso/Nº total de pacientes citados en consulta de AR.
- Nº de pacientes citados para control de peso/Nº total de pacientes citados en consulta de AR
- Nº de pacientes citados para control de ictericia/Nº total de pacientes citados en consulta de AR
- Nº de pacientes registrados en sistema de registro de consulta de AR / Nº total de pacientes citados en consulta de AR.
- Nº de pacientes con lactancia materna exclusiva tras ser dados de alta de consulta de AR/Nº total de pacientes citados a control clínico en consulta de AR.

DURACIÓN
- Revisión bibliográfica: Enero-febrero 2018
- Creación agenda de consulta: Enero 2018
- Información al servicio: Marzo 2018
- Elaboración sistema de registro: Abril-Mayo 2018
- Revisión de indicadores: Noviembre-Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0441

1. TÍTULO

CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
LAFALLA BERNAD OLIVIA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
BELLON CLAVER PILAR
BARBANOJ TORRECILLA ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la revisión bibliográfica se inició la puesta en común. Hasta la fecha se han realizado 3 sesiones.
Se ha establecido una reunión semanal para comentar los embarazos patológicos así como la agenda semanal de cesáreas y partos de riesgo. También se ha presentado la evolución de los recién nacidos que se han considerado relevantes.
Se ha actualizado la pauta de analgesia no farmacológica en el recién nacido.
Se están revisando los protocolos de hijo de madre diabética, hijo de madre con disfunción tiroidea e hijo de madre portadora de estreptococo del grupo B (pendientes de ratificación).
Se ha actualizado el despistaje de Toxoplasmosis durante la gestación.
Se están revisando las indicaciones de screening neonatal de citomegalovirus.
Se ha comentado la administración de sulfato de magnesio a las gestantes con amenaza de parto prematuro como medida de neuroprotección.
Se han revisado las recomendaciones de asistencia al parto normal según versan en la guía de práctica clínica del sistema nacional de salud.
Se ha revisado el proceso de identificación del recién nacido.
Se ha producido la reconversión de la planta de Obstetricia y se está evaluando el impacto que este cambio ha supuesto en la atención al recién nacido y su madre.
Se han establecido unos mínimos en la información telefónica cuando se solicita la presencia del servicio de Pediatría a un parto de riesgo.
Se está estudiando la posibilidad de aproximar la cuna térmica de reanimación al quirófano correspondiente en las cesáreas.
Se ha establecido la rutina de glucemias a los recién nacidos hijos de madre con diabetes gestacional antes de llegar a la planta de maternidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de reuniones/año: 3 en 9 meses (desde el inicio de las reuniones).
Porcentaje de asistencia: 100%
Numero de protocolos actualizados: 3 (pendientes de ratificación)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración global es muy satisfactoria ya que se han tratado múltiples temas muy relevantes en nuestra practica médica diaria. Queda pendiente la ratificación de los protocolos revisados y continuar con la puesta en común. Las reuniones del comité van a continuar realizándose con una periodicidad bimensual así como la reunión semanal con el servicio de Obstetricia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/441 ========== ***

Nº de registro: 0441

Título
CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
CONGOST MARIN SOFIA, SANZ DE MIGUEL MARIA DEL PILAR, LAFALLA BERNAD OLIVIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, ZABAU FERMOSELLE JARA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, BELLON CLAVER PILAR, BARBANOJ TORRECILLA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0441

1. TÍTULO

CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas y fetales en el embarazo y el parto, el diagnóstico oportuno y la atención adecuada.
Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante una atención prenatal temprana, sistemática y de calidad, permitiendo identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.
Propiciar la atención prenatal de forma integral, mediante la creación de un equipo multidisciplinar (Unidades de Pediatría y Obstetricia) estimula acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Generar las directrices para disminuir la morbi-mortalidad perinatal.
Intervenir para mejorar el diagnostico, seguimiento, derivación y tratamiento de los partos prematuros y neonatos prematuros.
Optimizar la coordinación para el manejo de recién nacidos que nacen con patologías susceptibles de diagnóstico prenatal y/o que requieren de tratamientos médicos o quirúrgicos especiales.
Coordinación, comunicación e integración tanto a nivel local como con la red asistencial para fortalecer los aspectos preventivos, de diagnóstico precoz, derivación fluida y tratamiento oportuno por los servicios clínicos correspondientes.
Se presentarán los casos y temas que requieren un manejo perinatal multidisciplinario.

MÉTODO
Establecimiento de rutina de reuniones periódicas del comité de salud perinatal formados por pediatras, obstetras, matronas y enfermeras de pediatría y obstetricia.
Presentación de las pacientes en control: En estas reuniones se presentan todas las pacientes en control, se actualiza el estudio, evolución y se discute el manejo en forma multidisciplinaria, consensuando las actuaciones pertinentes según la evidencia.
Presentación de Temas: se realizan presentaciones actualizadas de temas relacionados con las pacientes en control, elaborando protocolos conjuntos de actuación.

INDICADORES
Numero de reuniones/año (minimo 2/ año, limite superior 12/año)
Porcentaje de asistencia (minimo 50%, limite superior 100%)
Número de pacientes estudiados/embarazos controlados en el servicio (según patología).
Numero de protocolos actualizados/consensuados (minimo 1/año).

DURACIÓN
- Abril- Mayo 2018: búsqueda bibliográfica
- Junio 2018 inicio de reuniones con periodicidad mínima semestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA ABIO ALBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONGOST MARIN SOFIA
LOPEZ UBEDA MARTA
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
AZANZA MONTULL CARMEN
URZOLA CASTRO CARMEN
CASAJUS BETRAN CARMEN
SERAL SOLANES MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En los meses de junio y septiembre se consensuó junto al Servicio de Endocrinología del Hospital el plan a seguir.Se fijó el calendario de la consulta de transición en todos los primeros lunes no festivos de cada mes.La consulta se localiza físicamente en las consulta 52 de consultas externas (correspondientes a endocrinología.). Se ha asignado una agenda especifica desde el servicio de citaciones.En dicha consulta, nos reunimos la pediatra, la endocrinóloga y la enfermera perteneciente a la consulta de endocrinología. Se realiza una entrevista al paciente de manera conjunta, somatometría y medición de la HbA1c capilar.Cuando se precisa, se realiza colaboración por la enfermera y TCAE de la consulta de pediatría, así como por la enfermera de dietética y nutrición.En las primeras consultas realizadas hasta el momento actual, la supervisión del paciente ha sido realizada principalmente por la pediatra,que es la persona con quien los pacientes están más familiarizados, con el fin de que progresivamente sea la endocrinóloga quien realice este papel.
El criterio de inclusión en esta consulta ha sido principalmente la edad, se han incluido pacientes de 17 años, ó próximos a cumplirlos, con el objetivo de durante un año realizar las consultas de manera conjunta, con una periodicidad trimestral y al cumplir los 18 años continuar el seguimiento en la consulta de adultos.
Hasta el momento actual (febrero 2018) se han realizado dos consultas y han sido incluidos dos pacientes.Esta previsto, cuantificar el grado de satisfacción de los pacientes mediante una encuesta .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados hasta ahora alcanzados son preliminares, serán mejor concretados en la memoria final el año próximo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La iniciativa ha sido muy bien acogida tanto por los pacientes como por sus familias así como por los profesionales implicados.
Creemos que en patologías de tipo crónico como es la Diabetes Mellitus tipo1, es importante realizar en la adolescencia una transición a adultos de manera progresiva que permita un seguimiento mas cercano del paciente y redunde en un mejor control metabólico de la enfermedad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/753 ========== ***

Nº de registro: 0753

Título
DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Autores:
ABIO ALBERO SONIA, CONGOST MARIN SOFIA, LOPEZ UBEDA MARTA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, AZANZA MONTULL CARMEN, URZOLA CASTRO CARMEN, CASAJUS BETRAN CARMEN, SERAL SOLANAS MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clinica

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades endocrinológicas crónicas más prevalentes. Tiene una incidencia y prevalencia creciente en la infancia. Un adecuado control metabólico está influenciado, además de por una correcta educación diabetológica continuada tanto a los niños/ adolescentes como a sus padres, por un estrecho y cercano seguimiento por parte de los profesionales implicados. El periodo de intensos cambios de la adolescencia, con sus características propias, puede ser un momento de un empeoramiento en el control metabólico por parte del paciente. Tanto los adolescentes con diabetes como sus padres pueden percibir el paso al Servicio de Endocrinología de adultos, con un médico y una enfermera que todavía no conocen… como una ”interrupción” en su pauta de tratamiento previa, con un enfoque del paciente diferente. Existen estudios donde se constata un empeoramiento del control metabólico con posterior incremento del gasto sanitario.
Actualmente en nuestro servicio el traspaso a la unidad de adultos se hace dando de alta al paciente,con el correspondiente informe médico, derivando a la consulta de endocrinología mediante una hoja de consulta solicitando su seguimiento
Sociedades científicas como la ISPAD, ADA, propugnan transiciones a las consultas de adultos planificadas conjuntamente entre el pediatra, el endocrino de adultos, el adolescente y su familia. Iniciar la transición durante la adolescencia actualizando la formación diabetológica del adolescente, realizando una consulta conjunta con el especialista de adultos y planificar una consulta “de vuelta” tras la transición para verificar la adecuada realización de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar una transición adecuada del adolescente diabético desde la consulta de diabetes pediátrica a la consulta de endocrinología de adultos en el hospital San Jorge, reduciendo las posibles pérdidas de seguimiento, redundando en un mejor control metabólico del paciente.

Promover la comunicación entre los profesionales implicados.

Responsabilizar al adolescente en el autocuidado personal y de su diabetes.

MÉTODO
Diseño del protocolo de actuación y seguimiento de estos pacientes, con edad de inclusión (pacientes con debut previo a los 14 años, con edad actual entre 14-18 años) y características de los mismos.
Se establecerá un calendario de consultas, con periodicidad trimestral, con un mínimo de 3 consultas al año, de modo compartido.
Registro de pacientes incluidos.
Registro de consultas conjuntas realizadas.
Registro de consultas “de vuelta” realizadas.
Registro de satisfacción de los pacientes incluidos en este programa de calidad.
Actualización bibliográfica, Búsqueda de ultimas recomendaciones internacionales.

INDICADORES
Nº de pacientes incluidos respecto del total de pacientes diabéticos adolescentes.
Nº de consultas conjuntas realizadas respecto del total de pacientes incluidos.
Nº de consultas “de vuelta” realizadas respecto del total de pacientes diabéticos transferidos.
Nº de encuestas de satisfacción realizadas respecto del total de pacientes incluidos.

DURACIÓN
Reunión del equipo de coordinación y establecimiento del protocolo en mayo-junio 2018.
Reunión y revisión de la experiencia inicial en diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0136

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ABADIA EZQUERRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. POOL DE ENFERMERIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MOYANO LORETO MARIA
LECINA ALASTRUEY AIDA
BESCOS VAQUERO SANDRA
MARTINEZ MARTINEZ ESMERALDA
FRECHIN PERTUSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha recopilado información sobre las actividades y tareas que se realizan en cada Servicio o Unidad del Hospital San Jorge de Huesca, también la ubicación de algunos recursos materiales,especificaciones según el turno de mañana, tarde y noche e información relevante o específica de cada Unidad.

Se ordeno dicha información en un registro informático, tras ello se validó dicha información mediante la consulta a las enfermeras supervisoras así como con otros compañeros y de manera paralela se consultaron los distintos documentos de acogida o información que se facilitaban, hasta el momento, al personal de nueva incorporación.

Después, la información se facilitó por medio de una aplicación móvil gratuita, facilitando un enlace de descarga a todo el personal de nueva incorporación en la Unidad Pull, así como al personal ya en plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS:
- Mejorar las condiciones profesionales y las competencias asistenciales facilitando así la práctica clínica, al disponer de información de la unidad en la que se esta trabajando.
- Disminución del estrés del personal.
- Disminución de errores y olvidos, tanto en la asistencia al paciente como en las labores administrativas o de registro.
- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

RESULTADOS:
- Se puede observar las gráficas de uso, que se adjuntan, de la aplicación.
- Las reacciones ante la iniciativa de los trabajadores ha sido muy positiva.
- La aplicación se ha actualizado constantemente, dando la posibilidad a todo el personal a participar en su desarrollo aportando opiniones o conocimiento e incluso alertando de cambios o directrices de las distintas Unidades o Servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Seguiremos intentado mejorar y actualizar la aplicación, así como poder tenerla disponible para iphone.

7. OBSERVACIONES.
- Se han recibido varias felicitaciones por la iniciativa, incluso una entrevista en la revista Enfermería en Desarrollo.
- para el futuro; se pretende conseguir presupuesto para mejorar su estética y poder tenerla disponible para iphone.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/136 ========== ***

Nº de registro: 0136

Título
WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ABADIA EZQUERRA CARLOS, GARCIA MOYANO LORETO MARIA, LECINA ALASTRUEY AIDA, BESCOS VAQUERO SANDRA, MARTINEZ MARTINEZ ESMERALDA, FRECHIN PERTUSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0136

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes hospitalizados
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Enfermería Pull, es una plantilla de enfermería adicional que solventa las situaciones en las que se requiere sustitución o refuerzo de las plantillas de manera puntual, en ocasiones, sin previo entrenamiento y con experiencia limitada en ciertas Unidades.
Trabajar en la Unidad Pull de enfermería supone un gran reto. Se han de conocer las particularidades de los diferentes Servicios y Unidades sobre todo de las especiales; la forma de organizar el trabajo, peculiaridades de la práctica clínica en distintas especialidades, conocimiento de técnicas y protocolos, labores administrativas, ubicación de recursos materiales, etc.
Además este tipo de personal está expuesto a diversos factores que pueden comprometer su compromiso profesional, como el aumento del estrés o ansiedad debido a los constantes cambios de Servicio o Unidad, sentimiento de no pertenencia a la institución, pérdida de control de ciertas situaciones, etc. A todo esto hay que sumar, como es natural, la exigencia en cuanto al cumplimiento con el trabajo diario como de un miembro de la plantilla habitual se tratara y la formación, en ocasiones insuficiente, por las causas descritas anteriormente, por parte de las administraciones sanitarias.
Encontramos entonces que podría ser útil tener siempre a mano la información básica, relativa a cada Unidad o Servicio especifico.
WIKIPOOL es una aplicación gratuita para móviles ideada y desarrollada para servir de ayuda en la práctica clínica diaria del personal de enfermería que presta servicio en la Unidad de Enfermería Pull (pool, enfermera volante, enfermera localizada o “corre turnos”), del Hospital San Jorge de Huesca.
La aplicación pretende ser simplemente una recopilación de directrices para el trabajo diario de este grupo de enfermeros, que abarca información como la que se puede encontrar en el manual de acogida al personal de las unidades, instrucciones, recomendaciones acerca de la practica clinica, técnicas, ubicación de recursos materiales y servicios, funcionamiento de unidades y tareas administrativas. De esta manera se pretende facilitar la integración, clarificar ciertas directrices y servir de apoyo tanto al personal nuevo como al más veterano.

RESULTADOS ESPERADOS
Mediante esta herramienta se pretende:
- Mejorar las condiciones profesionales y las competencias asistenciales facilitando así la práctica clínica, al disponer de información de la unidad en la que se esta trabajando.
- Disminución del estrés del personal.
- Disminución de errores y olvidos, tanto en la asistencia al paciente como en las labores administrativas o de registro.
- Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

MÉTODO
El trabajo se llevará a cabo recopilando información que, de manera altruista, el personal actual de la Unidad Pull, ofrecerá. Se recopilaran y ordenaran en un registro informático los conocimientos, experiencias, apuntes, etc. Tras ello se validará dicha información mediante la consulta a las enfermeras supervisoras así como con otros compañeros y de manera paralela se consultarán los distintos documentos de acogida o información que se facilitan, hasta el momento, al personal de nueva incorporación.
Tras todo ello, y debido principalmente a la extensión de la información recopilada, se decidió incluir todo en una aplicación móvil gratuita, mediante la cual pudiera consultarse de una manera rápida y fácil. La aplicación contendrá la descripción de las tareas de todos los Servicios o Unidades frecuentados por el personal Pull. Además de la ubicación de algunos recursos materiales, especificaciones según el turno de mañana, tarde y noche, o información relevante o específica de cada Unidad.
Hay que destacar la versatilidad de esta idea, puesto que la aplicación estará en constante evolución, adaptación y actualización, dando la posibilidad a todo el personal a participar en su desarrollo aportando opiniones o conocimiento e incluso alertando de cambios o directrices de las distintas Unidades o Servicios. El coste del proyecto será de 0 euros.
Se facilitará un enlace de descarga a todo el personal de nueva incorporación en la Unidad Pull, así como al personal interino ya en plantilla. La aplicación, no estará disponible en Play Store por motivos de privacidad, confidencialidad y buen uso del instrumento.

INDICADORES
El uso de la aplicación móvil, sera monitorizado. Se realizaran cálculos descriptivos del uso de la herramienta móvil, descarga y uso diario.

DURACIÓN
El proyecto pretende ser continuo en el tiempo de manera que la aplicación este disponible para todo aquel personal que se una a la Unidad de Pull. La versatilidad y dinámica de la herramienta permitirá ir realizando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0136

1. TÍTULO

WIKIPOOL: APLICACION MOVIL PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD PULL DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

```
cambios en la información proporcionada cuando esto sea necesario.

OBSERVACIONES


Valoración de otros apartados
-----------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ............................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1280

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AMAYA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una entrevista semiestructurada para realizar un cribado de pacientes según su idoneidad o no para la pertenencia a un grupo psicoterapéutico en el cual es criterio de exclusión el padecer un trastorno depresivo, ansioso, somatomorfo o disociativo de intensidad grave. De esta forma, la entrevista que se ha elaborado ha filtrado a aquellos pacientes que padecen este tipo de trastornos con una intensidad leve o moderada, que son los idóneos para participar en el programa.
Para ello se ha realizado una revisión sistemática y exhaustiva sobre la bibliografía existente para la elaboración de una entrevista semiestructurada que tenga buena fiabilidad y validez, y se ha consultado a expertos en estadística para su validación.
Para estos fines, se han cumplido los tiempos que marcamos en los objetivos iniciales, que son:
- Junio y Julio de 2016: revisión bibliográfica sobre elaboración de entrevistas.
- Agosto y Septiembre de 2016: confección de entrevista.
- Octubre de 2016 a Mayo de 2017: realización de entrevistas a posibles candidatos a la terapia.

Como el personal derivante de pacientes a este grupo psicoterapéutico son los médicos de atención primaria de los centros de salud Pirineos y Perpetuo Socorro de Huesca, se han realizado dos sesiones informativas a los los integrantes de estos centros, los días 15 de julio y 22 de julio de 2016. En estas sesiones informativas, se explica detalladamente el programa, así como los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes, para que ellos hagan una primera criba de pacientes que a su juicio clínico sean idóneos, y después pasar a hacer la entrevista que filtre de forma definitiva a estos candidatos.
También se han colgado varios pósteres informativos en los centros de salud Pirineos y Perpetuo Socorro de Huesca para que aquellos pacientes que consideren poder beneficiarse de este programa, soliciten a su médico de familia una derivación al mismo, y éste les derive a la entrevista si lo consideran conveniente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este tiempo, ha habido un total de 59 derivaciones de pacientes por parte de los médicos de familia de los centros de salud Pirineos y Perpetuo Socorro al programa de atención continuada.
De estos 59 pacientes, se ha realizado la entrevista al 48 de ellos (no acuden a la entrevista 11 de ellos), de los cuales 28 han pasado el filtro como pacientes idóneos para el programa (es decir, pacientes que padezcan un trastorno depresivo, ansioso, somatomorfo o disociativo de carácter leve o moderado, quedando excluidos los pacientes con estas patologías de nivel grave, que son remitidos al Centro de Salud Mental).
Así, como el protocolo de David H. Barlow (2015), en el cual nos basamos para realizar este programa, indica que los grupos han de ser de 12 personas, se han podido formar hasta la fecha 2 grupos de psicoterapia de 12 pacientes cada grupo, quedando 4 pacientes en espera para formar parte del siguiente grupo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo responsable de la elaboración de este protocolo, consideramos que ha sido de gran utilidad y una herramienta imprescindible el contar con esta entrevista para poder obtener a los candidatos aptos a este formato de terapia.
Este proyecto es sostenible debido a su bajo coste económico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1280 ========== ***

Nº de registro: 1280

Título
ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR AMAYA, GIL PELEATO EVA, VILLALBA YUSTE FERNANDO, ALAYETO GASTON MARIAN, SANCHEZ LUCAS NAIARA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1280

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existe una cada vez mayor prevalencia de los trastornos mentales en la población general. En los países occidentales, se calcula que un 40% de la población sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida.

Los trastornos mentales generaron en 2002 un coste económico de 7.019 millones de euros, de los cuales los costes médicos directos supusieron el 36,9%, los costes asociados a cuidados informales el 17,7% y los costes por baja laboral el 42,7%. Los trastornos mentales son la segunda causa de baja laboral en España (Centro de Investigación Biomédica en Red 2002).

En atención primaria, el uso de psicofármacos es elevado y se prolonga excesivamente en el tiempo. Entre un 20 y un 40% de los pacientes de atención primaria consumen principios psicoactivos (Secades et al. 2003).

La terapia cognitivo-conductual para los trastornos emocionales, ha mostrado ventajas a largo plazo en relación al coste/efectividad sobre el uso de antidepresivos (Hollinghurst, Kessler, Peters y Gunnell, 2005).

Por ello, se ha visto necesario el desarrollo de una intervención que prevenga o disminuya la aparición de síntomas psicopatológicos.

El programa de atención continuada de residentes de psicología clínica consiste en una terapia de grupo para los trastornos emocionales, basada en el enfoque transdiagnóstico para los trastornos emocionales, siguiendo el protocolo unificado de David H. Barlow (Barlow, 2015).

Este protocolo se centra en las clásicas técnicas de la terapia cognitivo-conductual que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de trastornos aisaldos.

Se enfatiza la prevención de la evitación, la exposición conductual e interoceptiva, la modificación de cogniciones desadaptativas y el incremento de conciencia emocional.

Los participantes se seleccionan de los centros de salud del Perpetuo Socorro y de Pirineos (Huesca). Todos ellos mayores de edad. La derivación viene desde el médico de familia, que detecta los posibles candidatos y los deriva al programa.

Estos candidatos, son personas con un trastorno emocional de intensidad leve o moderada (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, estrés, trastorno somatomorfo o trastorno disociativo).

Al ser requisito indispensable que la persona no sufra un trastorno de intensidad grave, se requiere un cribado que excluya a este tipo de personas, las cuales serán derivadas a una unidad de salud mental de adultos.

Por este motivo, surge la necesidad de la elaboración de una entrevista semi estructurada que detecte la idoniedad del paciente para la pertenencia al programa o no (además de la realización de varios test psicodiagnósticos validados que ayuden a detectar si el candidato cumple los requisitos pertinentes: BDI, BAI, WHOQOL-BREF y Termómetro de la salud.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es la creación de una entrevista semi estructurada que permita al terapeuta la discriminación de aquellos pacientes que serían susceptibles de pertenecer al programa de terapia de grupo para el tratamiento de trastornos emocionales leves-moderados

MÉTODO
Una tarde a la semana (martes de 16 a 20 horas) para la realización de las entrevistas para reclutar candidatos a la terapia de grupo.

La otra tarde (jueves de 16 a 20h) irá destinada a la terapia de grupo propiamente dicha.

Dos residentes de Psicología Clínica del hospital San Jorge que serán los encargados de realizar las entrevistas, así como los cuestionarios de cribado.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1280

1. TÍTULO

ELABORACION DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA PROGRAMA DE ATENCION CONTINUADA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA CLINICA

Nº pacientes que son derivados al programa por el médico de familia.
Nº pacientes que realizan la entrevista.
Nº pacientes que pasan la criba para pertenecer a la terapia.

DURACIÓN
1ª parte: junio y julio: revisión bibliográfica sobre elaboración de entrevistas.
2ª parte: agosto y septiembre: confección de entrevista.
3ª parte: octubre a mayo: realización de entrevistas a posibles candidatos a la terapia.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0115

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DETRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BARBARA MORER BAMBA
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL PELEATO EVA
ROMERA MORALES JOSE DAVID
URZOLA CASTRO CARMEN
CARCELLER TEJEDOR AMAYA
PELEGRIN VALERO CARMELO MARIANO
LACAL ALEJANDRE LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión bibliográfica y de guías de práctica clínica sobre la evaluación psicológica en TCA
- Selección de las pruebas psicométricas más adecuadas
- Solicitud de compra de alguna de las pruebas
- Creación de un documento Word a modo de plantilla donde registrar las puntuaciones de cada prueba por paciente.
- Administración de las pruebas a los pacientes nuevos en la unidad
- Corrección de las pruebas
- Registro de las puntuaciones en la plantilla correspondiente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración del protocolo y plantilla de registro	Alcanzado
Implantación del protocolo	Alcanzado
Casos nuevos con protocolo entregado	100%
Casos nuevos con protocolo completado	80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La corrección y registro de las puntuaciones, así como su interpretación, requieren mucho tiempo y éste es difícil extraerlo del destinado a la asistencia. Por otro lado, con el cambio de ordenadores, se han perdido programas de corrección de tests psicológicos, motivo por el cual no se han podido corregir tests de los últimos pacientes nuevos. Siendo necesaria la compra de nuevo material, aun pendiente. Po restos motivos la sostenibilidad del proyecto está en riesgo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/115 ========== ***

Nº de registro: 0115

Título
MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
MORER BAMBA BARBARA, CARCELLER TEJEDOR AMAYA, GIL PELEATO EVA, PELEGRIN VALERO CARMELO, ALAYETO GASTON MARIA ANGELES, OJEDA MARTINEZ AINHOA IRUNE, LACAL ALEJANDRE LAURA, URZOLA CASTRO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0115

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DETRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge de Huesca es una unidad especializada, interdisciplinar, orientada al tratamiento integral de los pacientes en la provincia. Facilitando el acceso de tratamiento en el propio territorio. Se detecta la necesidad de instaurar un protocolo de evaluación psicológica con el fin de mejorar ésta, así como la precisión en el diagnóstico.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la evaluación psicológica de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, tanto adolescentes como adultos, que acuden a la unidad, a través de un protocolo individualizado de evaluación.

MÉTODO
Aplicar el protocolo de evaluación en la pimera acogida en la consulta de Psicología Clínica y elaborar un documento en el que se recojan de forma unificada los resultados. El protocolo de evaluación consistirá en una serie de instrumentos y escalas estandarizadas, así como de la entrevista clínica psicológica. Se requiere de tiempo para la revisión bibliográfica y elaboración del material, colaboración de los residentes de Psicología Clínica que rotan en la unidad, y disponer de los test e instrumentos de medida.

INDICADORES
Elaboración del protocolo y del documento de registro de resultados. El indicador de evaluación será el número de casos atendidos desde Psicología Clínica que tengan completado el documento en el plazo de un mes desde la primera entrevista. El límite inferior es del 70% y superior del 100% de los casos atendidos con el documento completado.

DURACIÓN
La fecha prevista de inicio es marzo de 2018, y fin marzo de 2019.

3 meses para búsqueda bibliográfica, revisión de Guía de Práctica Clínica y elaboración del protocolo y documento de resultados.
9 meses para la implantación del protocolo.
3 meses finales de evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0278

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA CAJA BUETAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
PELEGRIN VALERO CARMELO
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER
LAUNA ZAMORA CRISTINA
CASASUS ESCUER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES:
-Unificación de protocolos consensuados entre los dos servicios.
-Realización de una reunión informativa del protocolo con todo el personal, tanto en urgencias como en psiquiatría
.
-Envío del protocolo vía e-mail .
-Difusión y exposición del flujograma realizado en el tablón de Urgencias, donde se indican las actividades.
-Difusión de la lista de verificación del cumplimiento del protocolo en el servicio de psiquiatría.
- Recogida de datos en psiquiatría, del paciente que ingresa, durante el periodo de 25 días entre noviembre y Diciembre, y así evaluar el cumplimiento del protocolo.

CALENDARIO:
-Ultimo trimestre de 2016: Redacción del proyecto de mejora y elaboración del protocolo unificado.
-1º y 2º trimestre de 2017: Difusión del protocolo.
-Ultimo trimestre de 2017: Recogida de datos según la lista de verificación y evaluación de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS:
-Estandarización del protocolo entre los dos servicios.
-De los 28 pacientes ingresados durante el periodo a estudio, se obtienen los siguientes resultados, según la lista de verificación establecida:
1-El 93% de los pacientes ingresas acompañados del psquiatra.
2-El 85% de los pacientes,no son portadores ni llevan en la bolsa de pertenencias objetos peligrosos.
3-El 68% de los pacientes ingresan con la ropa debidamente identificada.
4-El 93% de los pacientes ingresan con pijama o camisón según corresponde.
5-El 57% de los pacientes llegan a la unidad con la historia clínica en el momento del ingreso.
6-Del total de los pacientes,casi el 30% ingresaron con sujeción física, de éste porcentaje casi el 90% estaban correctamente contenidos.
Del total de los pacientes estudiados, el 18% no cumple alguno de los items establecidos en la lista de verificación.

IMPACTO:
Este proyecto ha tenido repercusión en la disminución del peligro potencial al que estamos expuestos en determinados momentos, gracias a la concienciación y coordinación del equipo de los dos servicios implicados, tanto en Urgencias al recibir al paciente psiquiátrico, como en psiquiatria al realizar el seguimiento y evaluar el cumplimiento del protocolo.
INDICADORES:
- Número de profesionales que han asistido a la sesión explicativa del nuevo protocolo/ Número de profesionales que deben conocer este nuevo protocolo.
-Numero de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo establecido en un periodo de 25 días/ Numero de Pacientes que ingresan desde urgencias en ese periodo.
*Se cotejará, mediante una lista de verificación de 5 puntos, (6 puntos en el caso de paciente contenido)

FUENTE:
-Lista de verificación del cumplimiento del protocolo.

MÉTODO DE OBTENCIÓN:
-Obtención de una base de datos a través de las necesidades demandadas por el personal, para mejorar las condiciones del ingreso del paciente, disminuyendo la peligrosidad y aumentando la seguridad del paciente y del personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0278

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

-La existencia de un protocolo único consensuado y estandarizado,con la unificación de criterios entre los dos servicios, para evitar el riesgo potencial de auto o heteroagresividad del paciente,mejorando su seguridad y la del personal.
-La concienciación del personal, sobre la importancia que tiene la atención del paciente psiquiátrico, para evitar riesgos.
-Incidir en que la historia clínica se reciba en el momento del ingreso del paciente, para agilizar el trabajo y los registros.
-Este estudio ha sido favorecedor para fomentar la coordinación y colaboración del equipo de ambos servicios.

RECOMENDACIONES:
Continuar en el seguimiento del cumplimiento del protocolo, poniendo en conocimiento del equipo de los dos servicios, la posibilidad de realizar nuevos periodos a estudio, para recordarlo,sostener el proyecto y seguir evaluando los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/278 ========== ***

Nº de registro: 0278

Título
INGRESO DESDE URGENCIAS DEL PACIENTE PSIQUIATRICO EN LA UCE

Autores:
CAJA BUETAS ROSA, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, CASASUS ESCUER ISABEL, LAUNA ZAMORA CRISTINA, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
- Existencia de varios protocolos.
- Variabilidad en los ingresos y no se hacen de forma estandarizada.
- Falta de cooordinación entre los dos servicios en el proceso ingreso paciente

RESULTADOS ESPERADOS
-Unificar los protocolos existentes
-Estandarizar el proceso del ingreso consensuado entre los dos servicios y entre todos los miembros del equipo multidisciplinar.
-Eliminar o disminuir el extravío de enseres de los pacientes en el proceso de ingreso.
-Disminuir posibles riesgos lesivos en el paciente auto o heteroagresivo.

MÉTODO
-Revisión de los protocolos existentes, para unificarlos entrre los dos servicios.
-Adecuación de las necesidades a cada tipo de paciente, en relación al riesgo potencial de auto o heteroagresividad.
-Difusión a todos los miembros del equipo, de la existencia del nuevo protocolo, por medio de reuniones, y entrega del mismo.
-Definición de las tareas a realizar por cada miembro del equipo.

INDICADORES
-Numero de pacientes que ingresan en la unidad y no cumplen el protocolo de ingreso / Numero de pacientes que ingresan en la unidad desde urgencias.
-Creación de una base de datos para cuantificar las desviaciones del protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0278

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS A LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

DURACIÓN
-Ultimo trimestre 2016: -
-Redacción proyecto mejora.
-Elaboración del protocolo unificado.
-De Enero a Octubre de 2017:
-Difusión del nuevo protocolo
-Puesta en marcha del nuevo protocolo,
-Cumplimentación base de datos.
-De Octubre a Diciembre:
-Evaluación de los resultados y análisis de los mismos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCION DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCION EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMELO PELEGRIN VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCAR ARGUIS CESAR
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
CABRERO CEBRIAN VISITACION
LOPEZ BERNUES RICARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se diseño un tríptico que consta de tres partes:
1.1. Cuestionario de triaje para el riesgo suicida en Urgencias de Horowitz
1.2. Cuestionario para la valoración de la gravedad de la conducta suicida en urgencias
1.3. Ítems dicotómicos de;
a) Factores predisponentes: trauma o abuso infantil; sobreprotección infantil; antecedentes de intentos suicidas; antecedentes familiares de conducta suicida; ausencia de pareja; aislamiento social; abuso de drogas; enfermedad somática grave; dolor crónico incapacitantes; accesibilidad a métodos violentos; personalidad del clúster B.
b) Factores precipitantes: duelo reciente; acontecimientos vitales estresantes; acumulo de experiencias negativas; posibilidad de consumo de sustancias desinhibidoras.
c) Psicopatológica: desesperanza; impulsividad; inestabilidad emocional/desregulación afectiva; dificultad para solucionar problemas; pensamiento dicotómico (ley de todo o nada); rigidez cognitiva; vulnerabilidad al estrés y sucesos vitales negativos; agresividad; sentimientos de vacío crónico y sentimientos de rabia.

Con este triptico el médico de urgencias ha evaluado a todos los pacientes que han acudido a urgencias con ideación autolitica o tras haber realizado un gesto o intento autolitico. En base al mismo y basado en una valoración cualitativa se ha decidido el ingreso en la UCE o se ha procedido al alta.

Una vez ingresado el mismo protocolo ha servido al equipo multidisciplinar (enfermería, psicología o psiquiatría) para tratar de forma focal (terapia focal) ítems concretos (p. ej. desesperanza o duelo reciente) y para tomar la decisión de proceder al alta del paciente tras la intervención en crisis. Para ello se han utilizado las técnicas psicoterapéuticas más aceptadas en la actualidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con este procedimiento se ha evaluado e ingresado a los siguientes pacientes en el año 2017 que han acudido a Urgencias con ideación autolitica. Se han visto 132 pacientes con ideación y/o intento autolitico; varios de ellos han repetido por lo cual se ha visto en total 104 y se ha ingresado 59 casos, es decir, más del 50 %. A continuación, se detallan todos los pacientes ingresados y con los diagnósticos realizados en urgencias.

INGRESOS: 59
Primer diagnóstico:
Ideas de suicidio: 16
Ingesta/intoxicación no accidental por fármacos: 5
Intoxicación medicamentosa: 7
Intoxicación aguda por alcohol: 1
Intoxicación por benzodiacepinas: 2
Intoxicación por producto desconocido: 1
Intoxicación por tranquilizantes: 1
Observación para presunta enfermedad mental: 3
Observación por presunto intento de suicidio: 10
Trastorno de la personalidad no especificado: 5
Problemas/Trastornos de conducta: 2
Trastorno mixto de la personalidad rasgos límites y dependientes: 1
Rasgos vulnerables de la personalidad: 1
Depresión mayor: 1
Abuso de sedantes/hipnóticos o ansiolíticos: 1
Ansiedad: 1
Cuerpo extraño en la laringe (ingestión de cuchilla tras cortes en muñeca): 1
Segundo diagnóstico:
Ideas de suicidio: 3
Alteración de la conducta: 1
Intento autolítico: 1
Depresión: 4
Dependencia alcohólica: 1
Intoxicación por paracetamol: 1
Trastorno de personalidad con rasgos límites: 20
Trastorno de personalidad clúster B: 4

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCION DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCION EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Trastorno de conducta de inicio en la infancia: 1
Trastorno de adaptación con humor deprimido: 1
Trastorno delirante con ideas paranoides: 1
Trastorno disociativo/de conversión: 1
Trastorno esquizoafectivo: 1
Trastorno mixto de la personalidad: 1
Valorar clínica de espectro psicótico:1
Rasgos vulnerables de la personalidad: 1
Trastorno personalidad clúster C: 1
Tercer diagnóstico:
Dependencia a la heroína: 1
Intoxicación aguda por alcohol: 2
Rasgos vulnerables de personalidad: 1
Dependencia a cocaína: 1
Otros estados de ansiedad: 1
Duelo prolongado: 1

A continuación, se detallan todos los pacientes no ingresados y con diagnósticos realizados:
NO INGRESO: 72
Primer diagnóstico:
Ideas de suicidio: 11
Ansiedad: 4
Abuso de alcohol: 1
Intoxicación no accidental por fármacos: 9
Intoxicación accidental por fármacos: 1
Intoxicación medicamentosa: 12
Intoxicación por antidepresivos: 2
Intoxicación por benzodiacepinas: 7
Intoxicación por paracetamol: 2
Intoxicación por sedantes: 1
Intoxicación por tranquilizantes: 2
Observación por presunto intento de suicidio: 7
Trastorno de la conducta: 1
Trastorno de personalidad no especificado: 8
Trastorno bipolar: 2
Trastorno personalidad clúster B: 15
Trastorno explosivo de la personalidad: 1
Segundo diagnóstico:
Dependencia a cocaína: 1
Abuso de alcohol: 1
Abuso de cannabis: 2
Esquizofrenia estabilizada: 1
Gesto autolítico: 2
Grave ludopatía: 1
Historia de abuso de tóxicos: 1
Ideas de suicidio: 2
Ingesta de benzodiacepinas: 2
Ingesta medicamentosa voluntaria: 2
Intoxicación accidental: 1
Intoxicación aguda por alcohol: 3
Intoxicación medicamentosa: 4
Intoxicación por AINES: 1
Observación presunto intento de suicidio: 1
Ansiedad: 2
Trastorno de la personalidad sin especificar: 4
T. Personalidad clúster B: 2
T. de adaptación: 2
Trastorno por consumo de cocaína: 1
T dependencia de alcohol y cocaína: 1
Trastorno ansioso depresivo: 1
Tercer diagnóstico:
Abuso de cocaína: 1
Episodio depresivo: 3
Abuso de cannabis: 1
Consumo perjudicial de tóxicos: 1
Intento autolítico sin letalidad: 1
Intoxicación por benzodicepinas: 1
Trastorno bipolar: 1
Trastorno de adaptación: 1
Trastorno mixto de personalidad: 1
ABORDAJE DE LOS PACIENTES EN PLANTA:
De los 59 pacientes con ideación autolitica 29 tenían un TRASTORNO DE PERSONALIDAD, la mayoría con rasgos inmaduros-limites, el abordaje en planta ha consistido en los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCION DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCION EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

1. INTERVENCION DE ENFERMERIA:
A todo paciente que ingresa en UCE se le hace una Valoración según los “Patrones Funcionales de Gordon”.
En el Patrón de: Adaptación-Tolerancia a estrés se valoran los siguientes Factores de Riesgo:
Antecedentes de violencia autodirigida
Manifiesta deseos de morir (verbal)
Antecedentes de intento de suicidio
Patrón de amenaza de violencia (p. ej amenaza verbal sobre propiedades/personas, amenazas sociales, maldiciones, actos/gestos de amenazas...
Impulsividad.
Desesperanza
Ideación suicida
Rasgos de impulsividad
Agresividad
Ansiedad
Hipersensibilidad al estrés social
Dificultad para solucionar problemas
Sentimientos de rabia
Sentimientos de vacío crónico
Pensamiento dicotómico
Se incluyen en el Plan de Cuidados el Diagnóstico de Riesgo:

Riesgo de suicidio. 00150. Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida
Factor relacionado: Manifiesta deseos de morir

NOC Autocontrol del impulso suicida

NIC Prevención del suicidio
Actividades
Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio
Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para trasmitirle atención y Franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.
Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, Control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva).
. Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el Deseo de autolesión.

NIC: Manejo ambiental: prevención de la violencia
Actividades
Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros
Controlar la seguridad de los artículos que traen las visitas.

2. INTERVENCION PSIQUIATRIA/PSICOLOGIA. Hemos realizado una “Intervención en crisis” con la aplicación fundamentalmente de las siguientes técnicas:
2.1. Terapia dialéctica conductual. A diferencia de otros enfoques para el tratamiento de los trastornos de personalidad la terapia dialéctica evita activamente el “culpar a la víctima”. El tratamiento se focaliza en la validación y el “empoderamiento”. Se le ayuda a regular sus reacciones emocionales, a reducir los comportamientos extremos asociados a estas reacciones y a aceptarlas.
2.2. Terapia interpersonal. El énfasis se da al cambio en el contexto inmediata de la persona, su manera de reaccionar ante el estrés en los cambios importantes en la vida y la disfunción personal.
2.3. Terapia icónica. El uso de iconos (imágenes simbólicas que guían la conducta adaptativa) facilita la comprensión de los contenidos terapéuticos y, una vez terminada la terapia, serán evocados de forma rápida mediante la memoria visual. Esta evocación rememora, a través del icono, los conceptos terapéuticos que resultarían muy lentos y difíciles de recordar en palabras.
2.4. Terapia de solución de problemas.

RESULTADOS:
Por el seguimiento realizado en la historia clínica electrónica y si en ella no hay datos por la información de los compañeros del ambulatorio, de los pacientes que ingresaron y se ha comprobado su evolución hasta el momento ningún paciente de los ingresos con ideación autolitica y trastorno de personalidad ha terminado durante este año su vida de forma trágica; no obstante falta de comprobar un 30 % de los casos que no se disponen de datos por el momento de su evolución.
También nos falta de tratar estadísticamente datos como que rasgos psicopatológicos predominaban en los pacientes ingresados, sus perfiles sociodemográficos…; estamos recogiendo y analizando los datos y serán publicados en foros o revistas especializadas.
Esta metodología instaurada ha sido calificada como útil por la mayoría de los compañeros que realizan guardias por:
Explora de una forma reglada la psicopatología de los pacientes.
Te ayuda a la toma de decisiones.
Te sirve para justificar un ingreso involuntario, en caso de negativa de ingreso, en pacientes que dentro de su psicopatología se nieguen a hacerlo.

Desafortunadamente hemos comprobado que el problema del suicidio es mucho mas complejo y actualmente una epidemia silenciosa y no hemos conseguido reducir el número de suicidios en la provincia (24 en el año 2017);

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCION DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCION EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

por 21 en el año 2016. Esto significa lo que ya conocíamos el suicidio es un grave problema que necesita un plan o programa global y longitudinal; no como este programa de calidad que aborda una patología concreta y de una manera transversal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra impresión es que es un instrumento útil y eo de personalidad y en los pacientes con ideación suicida y/o gestos autoliticos en general. En especial la descripción psicopatológica y esta visión de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores según las teorías actuales de la etiopatogenia del suicidio.ficaz para la valoración y prevención del suicidio en pacientes con trastornos de la personalidad límite
Nuestra impresión es que es que la información proporcionada por la exploración de los factores predisponentes, precipitantes y la psicopatologia aporta más información para tomar la decisión que el cuestionario de Horowitz que es un cuestionario de screening, pero con muy elevada sensibilidad (prácticamente todos puntúan positivo) y baja especificidad.
Nos ha ayudado para en algunos casos forzar el ingreso del paciente con el argumento de que es un “protocolo del servicio” y con la posterior solicitud de autorización judicial si es preciso.
Fue presentado en la Sociedad Aragonesa de Psiquiatría y consideramos que debería -tras consensuarse con otros servicios de la comunidad- valorar la posibilidad de incluirlo en la historia clínica electrónica (quizás en un apartado restringido debido a la gran cantidad de información personal existente).

7. OBSERVACIONES.
Ya referidas anteriormente: modificarlo suprimiendo el instrumento simplificado de Horowitz.
Considerar que el programa para selección del diagnóstico psiquiátrico del servicio de urgencias del hospital “San Jorge” es en nuestro criterio inadecuado; con muchos diagnósticos como “observación por presunta enfermedad mental”; lo cual dificulta estudios retrospectivos. Este aspecto lo hemos comentado entre los profesionales e incluso con responsables de admisión; consideramos que la instauración de la posibilidad de realizar diagnósticos en urgencias, aunque fueran provisionales, con el sistema de clasificación de las enfermedades mentales (CIE-10) nos ayudaría a realizar estudios y planes de mejora como el actual.
Es obviamente insuficiente y necesita incluirse de un abordaje del suicidio más integral y longitudinal.
Sería importante conocer las características clínicas, sociodemográficas e incluso estacionales de los pacientes que han realizado un suicidio consumado; esto nos ayudaría a un plan de prevención probablemente más eficiente. El suicidio sigue siendo un tema tabú y se tiende poco a investigar los diagnósticos y los factores que pudieron tener un papel precipitante o protector de esta toma de decisión tan dramática.

.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/559 ========== ***

Nº de registro: 0559

Título
PREVENCION DEL SUICIDO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCION EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

Autores:
PELEGRIN VALERO CARMELO, ESCAR ARGUIS CESAR, JAUREGUI ISASMENDI MIREN JOSUNE, ESCARTIN LASIERRA MARTA, GONZALEZ MONSEGUR MARIA DOLORES, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, LOPEZ BERNUES RICARDO, CABRERO CEBRIAN VISITACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0559

1. TÍTULO

PREVENCION DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ATENCION EN URGENCIAS Y UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En los últimos años se estan produciendo un aumento muy importante de los suicidios consumados siendo en la actualidad la principal causa de muerte en pacientes jóvenes.
Estos suicidos no son debidos a un aumento de la prevalencia del Trastorno Mental Grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor con melancolia, alcoholismo...), sino a Trastornos de personalidad con incapacidad impulsividad, inetsabilidad emocional, dificultades para el manejo de la rabia y la agresividad, vulnerabilidad al estrés y sucesos vitales negativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución del número de suicidos consumados en el sector/area de Huesca en el año 2017 de pacientes afectos de Trastorno de la Personalidad y/o Trastornos adaptativos a conflcitos de la vida diria.

MÉTODO
- Cuestionario de triaje para el riesgo suicida en urgencias de Horowitz y cols.
- Cuestinario para la valoración de la gravedad de la conducta suicida en atención primaria y urgencias de Torras-Garcia y cols.
- Tras el ingreso en UCE para contención de los pacientes con riesgo de conducta suicida abordaje multidisciplinar (psiquiátrico, psicológico, social y de enfermería) tanto individual como grupal siguiendo los modelos de diatesis-vulnerabilidad al estrés de Mann y cols; e integrativos de Turecki y Oquendo. Se procederá al alta del paciente tras evaluación conjunta por todos los integrantes del riesgo suicida. Se utilizará, además de la entrevista clínica, instrumentos como la escala de desesperanza de Beck, escala de riesgo suicida de Plutichk e inventario de razones para vivir.

INDICADORES
- Número de pacientes con Trastorno de personalidad y riesgo suicida ingresados.
- Número de tentativas de suicidio realizados por estos pacientes a los seis meses del alta de la Unidad de Corta Estancia.
- Número de suicidos consumados en el año 2017 y comparación con los consumados en el año 2016 según las estadísticas recogidas.

DURACIÓN
- Octubre-Diciembre 2016: terminación del protocolo y entrenamiento del equipo.
- Octubre-Diciembre 2016: coordinación y puesta en común de los integrantes del grupo de trabajo
- Octubre-Diciembre 2016: inicio del protocolo de forma piloto para mejorar la metodología del plan de mejora.
- 2017: implementación del programa de calidad
- 2017: integrar a los equipos de atención primaria, salud mental y trabajo social comunitarios

OBSERVACIONES
Nuestro objetivo es intentar ampliarlo a la conducta suicida en general (integrando el Trastorno Mental Grave) y generalizarlo a toda la comunidad.
También consideramos necesario incluir la evaluación del riesgo suicida en la historia clínica electrónica.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RICARDO LOPEZ BERNUES
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CEBRIAN VISITACION
ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN
SIESO SEVIL ANA ISABEL
LLACER NAVARRO CARMEN
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION
CASTAN PEREZ LIDIA
MARTINEZ CABELLO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las actividades marcadas en el proyecto para conseguir los objetivos fijados:
- Se puso en conocimiento el proyecto de mejora a los profesionales de la unidad de psiquiatria del Hospital San Jorge de Huesca participantes y al resto de dispositivos mediante llamada telefonica y envio del proyecto por correo electrónico
- Se elaboro un listado actualizado de los telefonos de contacto de las enfermeras de todos los dispositivos de la red asistencial de salud mental a donde se derivan los pacientes tras el alta hospitalaria
- Se realiza un cuestionario de satisfacción propio para las enfermeras responsables de las unidades donde se deriva al paciente.
- Se consultan todos los informes de enfermeria al alta de la UCE de psiquiatria durante el perido marcado para el estudio (2 meses)
- Se analizan los datos en base a los indicadores planteados
- Se evaluan los resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se analizaron informes de alta de enfermeria de la unidad de agudos desde el 1 de noviembre hasta el 31 de diciembre del 2018. En total fueron 98 pacientes del alta de los cuales 25 se retiraron del análisis por ser altas provisionales (permisos/reingresos). De los 73 pacientes restantes 3 fueron altas voluntarias que no se realiza informe, quedando una total de 70. De estos 70 pacientes en 4 historias no aparecieron informe de continuaidad de cuidados. De todos los pacientes dados de alta de la unidad en este periodo analizado en el 94.28% existía informe de enfermeria. Se analizaron un total de 66 informes de altas de los cuales en 33 especificaba claramente el contacto telefónico con la enfermera de la unidad responsable del caso al alta hospitalaria. En el 50 % restante, en 20 informes no aparecía el motivo por el que no se contactó (el 60%). En un caso el seguimiento se realizó en planta, otro fue un traslado, otro no se localizo a la enfermera y 3 de ellos eran revisiones o altas provisionales y el resto se derivó a centros privados (7).
En 33 de los 70 informes de enfermería aparecía el contacto telefónico
Cabe destacar que en un 30% de los informes no aparecía la causa por la que no se habia contactado con la enfermera de referencia.

Se enviaron por correo electronico las encuestas de satisfacción a las enfermeras de los dispositivos donde se derivaba a los pacientes tras el alta hospitalaria para que se remitieran rellenados.
De los 15 dispositivos a los cuales se envió la encuesta de satisfacción 2 eran las unidades de salud mental infantojuvenil.
Se recogieron a través del correo 5 respuestas (33%). De esas respuestas en la pregunta 1: 100% respondieron que si habian recibido llamada desde la unidad de agudos para derivar el caso
En la pregunta 2: todas las enfermeras contestaron que ven muy necesaria la coordinación al alta entre las enfermeras
En la pregunta 3: 4 respondieron que la información era muy útil y una de ellas que era bastante útil
En la pregunta 4 : el 100 % respondieron que esta comunicación favorecía siempre el seguimiento posterior del caso
En la pregunta 5: 3 enfermeras constestaron que se duplica un poco la información con respecto al informe de enfermería y 2 de ellas que casi no se duplica.
En la pregunta 6: todas coincidieron en que se debe realizar la llamada de coordinación.

Pese a la poca tasa de respuestas del cuestionario de satisfación (33%) la satisfacción general por las repuestas contestadas es alta, valorando la necesidad de realizar la llamada de coordinación asi como la información recibida sobre el caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora positivamente la realización de la coordinación telefónica por parte del equipo de mejora. Para hacer más sostenible la realización en un futuro del mismo se debería dar mas difusión del proyecto sobre todo en el personal de nueva incorporación para favorecer el cumplimiento del mismo.
Otro aspecto de mejora sería incluir el contacto entre enfermeras de centros privados, traslados..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

generalizándose el uso de la coordinación siempre que un paciente se fuera de alta de la unidad de agudos de psiquiatría para favorecer la continuidad de cuidados y la adherencia/seguimiento al tratamiento.
Otro aspecto de mejora sería realizar en un futuro un cuestionario de satisfacción validado para poder comparar con otros estudios sobre el tema

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/681 ========== ***

Nº de registro: 0681

Título
COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

Autores:
LOPEZ BERNUES RICARDO, CABRERO CEBRIAN VISITACION, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN, SIESO SEVIL ANA ISABEL, LLACER NAVARRO CARMEN, LATAPIA LOPEZ CONCEPCION, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades mentales
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La unidad de corta estancia de psiquiatria del Hospital San Jorge de Huesca presta servicio a las necesidades de los pacientes con patología mental aguda de toda la provincia. Las enfermeras que prestamos los cuidados de salud mental a estos pacientes en el sevicio de psiquiatria realizamos el informe de alta que se entrega al paciente cuando se va del servicio y a su vez se mandan a los diferentes dispositivos a los que se deriva el paciente.
Desde el servicio se ha plantado la necesidad de mejorar la coordinacion entre los distintos dispositivos de salud mental de la provincia de Huesca.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del programa de calidad es establecer mediante contacto telefonico la coordinacion y mejora de la información al alta de la unidad de agudos de psiquiatria entre las enfermeras de salud mental de la provincia de Huesca
Los dispositivos de la red de salud mental de la provincia son: UCE de Huesca, CRP Santo Cristo de los Milagros,(UME,ULE y Psicogetriatria) UASA de Huesca y Monzon, Hospital de dia, CSMental de Jaca, Huesca (Pirineos y Perpetuo Socorro), Sabiñanigo, Monzon, Fraga, Barbastro y USMental InfantoJuvenil de Huesca y Barbastro.

MÉTODO
- Dfusión de la iniciativa de mejora a todos los enfermeros de la unidd de agudos.
- Elaboración de un listado actual de los numeros de teléfono de los distintos dispositivos (extensiones)
- Añadir en el informe de alta de enfermeria de la UCE, en las observaciones/ recomendaciones, el dispositivo con el que se ha contactado.
- Realizar un cuestionario de satisfacción a todos los dispositivos sobre la coordinación del programa realizado.

INDICADORES
- Evaluar la llamada de coordinación realizada a través del informe de enfermería al alta de la unidad de agudos de psquiatria.
- Medir la satisfaccion de las enfermeras participantes a través del cuestinario realizado para el programa.
- Nº de informes de alta en el que aparece el contacto telefónico realizado/ Nº de altas en el período 1/10/2018 al 31/12/2018.
- Nº de encuestas telefónicas de satisfacción recogidas/ Nº de enfermeras que pertenecen a dichos dispositivos.

DURACIÓN
Informar del programa de calidad a las enfermeras de salud mental de los distintos dispositivos de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

provincia de Huesca durante los meses de verano
Fecha de inicio de la evaluación a traves del informe de alta de enfermeria: 01/10/18
Fecha de fin de la evaluacion: 31/12/18
Realizacion del cuestinonario de satisfacción mediante llamada telefonica a las enfermeras de salud mental: mes de enero y febreo del 2019
Evaluación y difusion de los resultados obtenidos: marzo y abril 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0696

1. TÍTULO

VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS RIVARES MORCATE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAN PEREZ LIDIA
MARTINEZ CABELLO VERONICA
LOPEZ BERNUES RICARDO
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION
CABRERO CEBRIAN VISITACION
LLACER NAVARRO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Para medir la cumplimentación del protocolo y unificar criterios entre el servicio de urgencias y psiquiatría se han realizado las siguientes actividades:
-Abril- Mayo 2018:Recogida de datos (formulario de seis preguntas) con cada paciente que ingresaba desde urgencias durante 25 días consecutivos (el mismo período que el año anterior).
Junio a Octubre: Seguimiento de los datos establecidos en los pacientes que ingresan desde urgencias para garantizar la coordinación entre ambos servicios.
-Noviembre 2018:Tratamiento de datos recogidos y comparativa con el período anterior :De los 21 pacientes recogidos, el 100%ingresan acompañados del psiquiatra, el 94% no son portadores ni llevan en la bolsa de pertenencias objetos peligrosos, el 76% de los pacientes ingresan con la ropa debidamente identificada, el 80,95% de los pacientes ingresan con pijama o camisón según corresponde, el 66,6% de los pacientes llegan a la unidad con la historia clínica ee el momento del ingreso, del total de los pacientes, el 14% ingresaron con sujeción física, de éstos, el 100%estaban correctamente contenidos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados/ Indicadores

- Se ha disminuido el número de pacientes recibidos desde urgencias en condiciones inadecuadas para ingreso en relación a la seguridad, en relación al indicador establecido:
  - Número de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo en el período establecido/ Nº de pacientes que ingresan desde urgencias en ese período
  - Ha mejorado la coordinación del ingreso del paciente entre ambos servicios reduciendo así las posibles situaciones de riesgo que pueden ocurrir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora ha detectado en el estudio que se ha mejorado el porcentaje en este periodo en relación al período estudiado del año anterior en casi todos los aspectos:
El acompañamiento del psiquiatra, no llevar objetos peligrosos encima ni en la bolsa de pertenencias, en la identificación de la ropa de los pacientes, en que los pacientes suben con la historia clínica y en la sujeción correcta de los pacientes contenidos.
El único aspecto susceptible a mejorar es si el paciente llega a la planta con pijama o camisón, según las condiciones de ingreso (contenido o no).
Con estos resultados podemos observar que conseguir el hábito y la rutina de la revisión del paciente desde urgencias, después de haber sido valorado para ingresar, nos hace motivarnos y seguir encaminados a conseguir una buena coordinación entre el servicio de urgencias y psiquiatría para mejorar la continuidad y los cuidados desde el ingreso al alta del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/696 ========== ***

Nº de registro: 0696

Título
VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0696

1. TÍTULO

VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

Autores:
RIVARES MORCATE MARIA JESUS, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA, LOPEZ BERNUES RICARDO, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, LATAPIA LOPEZ CONCEPCION, GIMENEZ IVANKA, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la unidad de agudos nos dimos cuenta de la necesidad de unificar los criterios de acogida del paciente para realizar el traslado entre urgencias y psiquiatría. En el 2017 desarrollamos un protocolo consensuado entre los dos servicios.Tras la realización de dicho protocolo realizamos una medición para valorar la cumplimentación del mismo y valorar los puntos débiles para poder reforzarlos tras su puesta en marcha.
Una buena coordinación entre el servicio de urgencias y psiquiatría es fundamental para la buena acogida del paciente en la unidad garantizando la seguridad del paciente y lde los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificar criterios de manejo del paciente psiquiátrico en los dos servicios.
- Mejorar la acogida del paciente cuando ingresa en la unidad.
- Aumentar la seguridad del paciente y de los profesionales tanto en el servicio de urgencias como en la unidad de psiquiatría.

MÉTODO
- Realización del cuestionario para medir la cumplimentación del protocolo.
- Reunión de equipo de enfermería para informar de la puesta en marcha del proyecto.
- Nueva recogida de datos en la unidad de psiquiatría del paciente que ingresa desde urgencias durante 25 días (mismo período que en 2017), para evaluar el seguimiento del cumplimiento del protocolo.

INDICADORES
- Nº de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo establecido en un período de 25 días / Nº de pacientes que ingresan desde urgencias en ese período
Fuente de datos: lista de verificación de cinco puntos(seis puntos en el caso de paciente contenido).
- Esperamos alcanzar un 80% de cumplimentación del protocolo.

DURACIÓN
- Reunión de información con el equipo del servicio para la puesta en marcha: 1ªquincena de abril 2018.
- Recogida de datos durante 25 días entre abril y mayo 2018
- Tratamiento de los datos y elaboración de resultados:Tercer trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... OIHANA ARRAZOLA ALBERDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER ALLUE CARLOS
SANZ PANZANO CAROLINA
FELIPE MIRANDA ADRIANA
RODRIGUEZ LOPEZ ANDREA
SOLER ALLUE SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Junio 2018: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más importantes que deba contener el folleto.
Septiembre 2018: Puesta en común de la información encontrada y elaboración del folleto.
Octubre 2018: El jefe de servicio de oftalmología revisa el folleto y está de acuerdo en que se difunda. Se consensa entre este y el equipo de enfermería, que el folleto solo se entregará a los pacientes que vayan a recibir por primera vez el tratamiento, la entrega se realizará en la consulta de oftalmología junto con el consentimiento informado. El resto de pacientes (aquellos que hayan recibido alguna vez el tratamiento) como ya conocen el servicio y su funcionamiento y el volumen es tan alto, no hemos considerado entregarlo en mano y hemos optado por hacer un cartel que avise en la zona de espera, tipo: "Si acude para recibir una inyección intravítrea, le interesa leer el folleto que dejamos a su disposición", y dejando allí unos cuantos para que cada paciente sea libre de cogerlo o no.
Finales de octubre 2018: Puesta en marcha del proyecto.
Noviembre, diciembre y enero 2018: Autorización de impresión de los folletos y cartel informativo, impresión de los mismos, entrega de estos folletos a los oftalmólogos el día 16 de noviembre y comienzo de la repartición de estos el día 19 de noviembre en consultas externas a pacientes que comienzan por primera vez el tratamiento y puestos a disposición en la zona de espera. Medición de los indicadores.
Finales de enero 2018: Evaluación y detección de áreas de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados:

- Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y sus familiares.

- Mejorar la satisfacción de los usuarios que van a recibir un tratamiento intraocular.

Valor de indicadores:
- Proporción de pacientes que inician el tratamiento y acuden a nuestro servicio con el folleto informativo entregado = 95%.
Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.
Número de pacientes que inician el tratamiento: 38 pacientes.
Número de pacientes que acuden con el folleto: 31 pacientes.
Indicador: 81,5%.

- Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio y no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto = 5%
Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.
Número de pacientes que acuden a nuestro servicio: 434 pacientes.
Número de pacientes que no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto: 0 pacientes.
Indicador: 0%.

- Proporción de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento = 5 %
Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.
Número de pacientes que no acuden a nuestro servicio: 8 pacientes.
Número de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento: 4 pacientes.
Indicador: 5%.

- Proporción de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo = 95%
Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.
Número de pacientes que acuden a nuestro servicio con folleto: 238 pacientes.
Número de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo: 238 pacientes.
Indicador: 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

El equipo de mejora considera que hay que reforzar en las consultas la repartición de los folletos por parte de los oftalmólogos o de enfermería, ya que es el punto de inicio para que el paciente obtenga la información necesaria sobre lo que se va a encontrar el día que acuda a nuestro servicio.
Consideramos que los pacientes acuden con la información necesaria sobre cómo se debe administrar el tratamiento, pautas de actuación y pautas postintervención, reflejándose en menos ansiedad, menos preguntas en lo que se refiere a cómo debe de acudir y no acudir y reduciéndose el número de pacientes que no acuden a nuestro servicio sin previo aviso.

Como conclusión, creemos que sería necesario que dicho folleto se siguiese entregando en consultas externas a pacientes que se inician en el tratamiento, pudiéndose prescindir de su reparto en la zona de espera.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/564 ========== ***

Nº de registro: 0564

Título
IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA, SOLER ALLUE CARLOS, SANZ PANZANO CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Las inyecciones intravítreas son procedimientos mínimamente invasivos, utilizados como vía de administración de medicamentos en distintas patologías oftalmológicas. En los últimos años se está produciendo un incremento del uso de esta técnica debido al aumento en el número de indicaciones y en el número de agentes que se pueden administrar. A pesar de habérseles explicado en consulta y firmado el consentimiento, la primera vez que se van a someter al tratamiento presentan dudas, tales como administracion del tratamiento, pautas de actuación y pautas postintervención por lo que creemos que la información que podrían recibir estos pacientes podría ser ostensiblemnte mejorable.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y sus familiares.
Mejorar la satisfacción de los usuarios que van a recibir un tratamiento intraocular.

MÉTODO
Realizar un folleto informativo para que los pacientes y sus familiares conozcan el funcionamiento del servicio, como deben acudir, si no acuden a donde deben llamar, donde se les va a administrar, secuencia del procedimiento y pautas postintervencion, el cual sera entregado e informado el primer día que acudan a nuestro servicio, en la antesala de quirofano, por el equipo de enfermería.

INDICADORES
Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio que cuentan con el folleto informativo = 95%
Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio y no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto = 5%
Proporción de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento = 5 %
Proporción de pacientes satisfechos con la informacion que se le ofrece en el folleto informativo = 95%

DURACIÓN
Mayo 2018: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más importantes que deba contener el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

folleto.
Junio 2018: Puesta en común de la información encontrada y elaboración del folleto.
Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto, acompañado de encuesta de satisfacción.
Enero 2019: Evaluación y detección de áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA LACOMA LATRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LALANA EVA
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO
ABADIA FORCEN MARIA TERESA
GUASCH MARCE MONTSERRAT
IBOR SERRANO LORETO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado un protocolo de actuación ante la gran cantidad de radiografías de tórax solicitadas al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca por parte de múltiples servicios peticionarios, se considera necesario evaluar las diferentes situaciones y establecer los criterios de inclusión para su realización, para reducir la radiación recibida por los pacientes y el coste que ello conlleva.

1. REVISIÓN DEL TEMA

La realización de radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria no está indicada ya que rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste efectiva.

Los estudios complementarios preoperatorios en ningún caso sustituyen una adecuada historia clínica y anamnesis del paciente.

Según la Sociedad Americana de Radiología la evaluación preoperatoria mediante radiografía de tórax está indicada:
? Si hay síntomas cardiorrespiratorios.
? Si existe posibilidad significativa de patología torácica que comprometa el resultado quirúrgico.
? Si existe posibilidad significativa de patología torácica que lleve a aumentar la morbi-mortalidad perioperatoria.

Se revisan los criterios de la Sociedad Americana de Radiología, con fecha de corrección de 2011, según la cual estaría indicada en pacientes mayores de 70 años con enfermedad cardiopulmonar crónica sin radiografía de tórax reciente (en los 6 meses previos a la consulta) o en pacientes con sospecha de patología cardiopulmonar aguda.

Según el procedimiento sobre pruebas preoperatorias de los pacientes ASA 1 (pacientes sanos sin enfermedades previas), las recomendaciones al respecto están establecidas por la Sociedad Europea de Anestesia, que se basan en un documento redactado por el National Institute for Clinical Excellence en junio del año 2003 y que tiene por título “Guideline for preoperative investigations in patients undergoing elective surgery”. Según dicha guía, en pacientes ASA 1, no está indicada la Rx de tórax independientemente del grado de cirugía (únicamente en pacientes mayores de 60 años en grados de cirugía 3 o 4 no existe consenso sobre su realización o no).

Según los criterios de remisión de pacientes a los servicios de diagnóstico por la imagen, documento elaborado como guía clínica por el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido, estaría indicado el estudio radiológico preoperatorio:
? Sólo si se va a realizar cirugía cardiopulmonar.
? Si se prevee un posible ingreso en la UCI.
? Si hay sospecha de tumor maligno ó tuberculosis.
? Si existen síntomas cardiorrespiratorios
? En pacientes muy ancianos.
? Si hay una cardioneumopatía conocida pero estudios radiológicos de tórax recientes no sería necesario repetir la radiografía.

Existen estudios que consideran que la radiografía de tórax preoperatoria debería realizarse:
? En pacientes mayores de 60 años.
? En los fumadores de más de 20 cigarrillos diarios.
? En pacientes inmigrantes y en los procedentes de zonas endémicas de tuberculosis pulmonar sin radiografía de tórax previa.
? En pacientes con neumopatías crónicas, patología traqueal, cardiovascular, obesidad.
? En pacientes neoplásicos e inmunodeprimidos tratados con radioterapia y/o quimioterapia.

En el futuro programa de Garantía de Calidad del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge (en elaboración), se considerará que la radiografía de tórax preoperatoria se debe realizar en:
? Pacientes mayores de 60 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

? En una intervención cardio-pulmonar.
? Si se sospecha una enfermedad cardio-pulmonar.

2. RECOMENDACIONES

Tras revisar la bibliografía disponible, comentándolo con las especialidades implicadas y tras ser consensuado en nuestro centro se recomienda la radiografía de tórax como estudio preoperatorio en:
? Pacientes mayores de 60 años.
? Intervención cardiopulmonar.
? Sospecha de enfermedad cardio-pulmonar aguda o crónica.
? Antecedente de patología tumoral.
? Pacientes obesos (Índice de masa corporal mayor o igual a 30).
? Fumadores de 20 o más cigarrillos al día.
? Preoperatorio de patología tiroidea.
? En pacientes inmigrantes y en los procedentes de zonas endémicas de tuberculosis pulmonar sin radiografía de tórax previa.
? Ausencia de radiografía de tórax en los 6 meses previos a la consulta de anestesiología

3. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN LA SECCIÓN DE RADIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Los facultativos especialistas que soliciten una radiografía preoperatoria deberán comprobar los criterios de inclusión según el presente procedimiento previo a la elaboración del volante peticionario.

El radiólogo encargado de informar la radiología simple es el responsable de revisar las solicitudes de radiología preoperatoria que se van a realizar a la mañana siguiente, y éste rechaza aquellas que no se ajustan a las recomendaciones indicadas previamente.

En los casos en los que no se realiza la radiografía:

El técnico de radiología entrega al paciente una carta informativa elaborada por los radiólogos de la Sección en la que se les explica el motivo por el que se anula la exploración.
La administrativa de la Sección de Radiología debe anular la prestación e indicar el motivo de la anulación: protocolo preoperatorio.
El radiólogo, emite el siguiente informe: “Dada la edad del paciente y el protocolo establecido, se desestima la realización de la radiografía solicitada, salvo otra indicación clínica”.

De este modo se pretende disminuir las radiografías de tórax preoperatorias en aquellos casos en los que no están indicadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACR Appropriateness Criteria. Routine admission and preoperative chest radiography. Latest review date 2011.

2. ACR-SPR Practice Guideline for the Performance of Chest Radiography. Revised 2011.

3. Guideline for preoperative investigations in patients undergoing elective surgery http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK48482/#ch6.s5 Acceso el 21- 05-2013.

4. ACR Standards for the performance of pediatric and adult chest radiography. ACR standards 1993, Revised 2001.

5. Criterios de revisión de pacientes a los Servicios de Diagnóstico por la imagen adaptados por la Comisión Europea y expertos europeos en Radiología y Medicina Nuclear, junto con el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido 2000.

6. Macpherson DS. Preoperative laboratory testing: should any test be "routine" before surgery Med Clin North Am. 1993; 77:289-308.

7. Archer Ch, Adrian R, Levy M, McGregor M. Value of routine preoperative chest xrays: a meta-analysis. Can J Anaesth. 1993 Nov; 40(11):1022-7.

8. Serrano Aguilar P, López Bastida J, Duque González B, Pino Capote JA, González Miranda F, Rodríguez Pérez A, Erdocia Eguía J. Patrón de utilización de pruebas preoperatorias en una población sana y asintomática en Canarias. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2001; 48 (7): 307-13.

9. Oliva G, Vilarasau F, Martín-Baranera M. Survey on the preoperative evaluation in Catalonian surgical centers. What is the attitude and opinion of the professionals involved? .Rev Anestesiol Reanim. 2001 Jan; 48(1):11-6.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

10. Wiencek RG, Weaver DW, Bouwman DL, Sachs RJ. Usefulness of selective preoperative chest x-ray films. A prospective study. Am Surg. 1987 Jul; 53(7):396-8.

11. Manual del programa de Garantía de Calidad. Capítulo 3, Ed1, Rev 2. 2008 Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Objetivos esperados:
Mejorar el funcionamiento y recursos del Servicio de Radiología.
Disminuir la dosis de radiación que los pacientes reciben.

- Valor de Indicadores:
Se establecerá un indicador que calcule la reducción en el número de radiografías de tórax realizadas, con el número de las realizadas en el momento actual (se realizan a 6100 pacientes/año). Se predice que la reducción será en torno al 30%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de radiografías de tórax es una prueba muy común en cualquier servicio de Radiodiagnóstico. Se pretende disminuir su número en las cirugías programadas puesto que no existe suficiente evidencia científica de que sea necesaria su realización en el 100% de los casos. De este modo se agilizarán las peticiones en el servicio de radiología. Es importante considerar que se evitará radiación innecesaria en algunos pacientes. Por todo esto, es necesario establecer este protocolo de actuación multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.
Durante un periodo inicial de adaptación de puesta en marcha del protocolo, se nombrará un radiólogo responsable de revisar las solicitudes de radiología preoperatoria que se realicen para que exista una adecuada adquisición de nuevos hábitos y rechazar aquellas que no se ajusten a las recomendaciones indicadas. Será durante un periodo temporal a determinar.

Se establecerá un periodo de sugerencias para que cada servicio pueda estudiarlo y hacer comentarios o sugerir cambios antes de oficializarlo.

SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL PROGRAMA DE APOYO:
Difusión del protocolo consensuado a todos los servicios peticionarios y publicación en la intranet del hospital.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/226 ========== ***

Nº de registro: 0226

Título
OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

Autores:
LACOMA LATRE EVA MARIA, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, SANCHEZ LALANA EVA, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO, SIESO GRACIA MARIA RUT, GUASCH MARCE MONTSERRAT, IBOR SERRANO LORETO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS CUSAS QUE REQUIERAN CIRUGIA DE FORMA PROGRAMADA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La realización de radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria está cuestionada ya que rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste efectiva.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0226

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RADIOGRAFIA DE TORAX EN ESTUDIOS PREOPERATORIOS PROGRAMADOS

Los estudios complementarios preoperatorios en ningún caso sustituyen una adecuada historia clínica y anamnesis del paciente.
Según la Sociedad Americana de Radiología la evaluación preoperatoria mediante radiografía de tórax está indicada:

- Si hay síntomas respiratorios.
- Si existe posibilidad significativa de patología torácica que comprometa el resultado quirúrgico.
- Si existe posibilidad significativa de patología torácica que lleve a aumentar la morbi-mortalidad perioperatoria.

Estos criterios fueron revisados y concluyen que estaría indicada en paciente mayores de 70 años con enfermedad cardiopulmonar crónica sin radiografía de tórax reciente (en los 6 meses previos a la consulta) o en pacientes con sospecha de patología cardiopulmonar aguda.

Ante la gran cantidad de radiografías de tórax solicitadas al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca por parte de múltiples servicios peticionarios, se considera necesario evaluar las diferentes situaciones y establecer los criterios de inclusión para su realización, para reducir la radiación recibida por los pacientes y el coste que ello conlleva.

RESULTADOS ESPERADOS
Consensuar entre los servicios implicados la elaboración de una guía con las indicaciones y recomendaciones que deban cumplir los pacientes para realizar una radiografía de tórax como estudio preoperatorio en pacientes con cirugías programadas.

Mejorar el funcionamiento y recursos del Servicio de Radiología.

MÉTODO
- Creación del grupo de mejora formado por médicos de radiología, anestesia, cirugía y urología.
- Reuniones mensuales del equipo para establecer las recomendaciones de la radiografía de tórax como estudio preoperatorio.
- Revisar la bibliografía disponible y evidencia científica (guías clínicas, revisiones y protocolos de otro hospitales), comentándola con las especialidades implicadas y consensuarlo con el servicio de Anestesia.
- Implementación de dicha guía/protocolo y puesta en marcha del programa.

INDICADORES
- Establecer el número de reuniones del equipo de mejora.
- Se establecerá un periodo de sugerencias para que cada servicio pueda estudiarlo y hacer comentarios o sugerir cambios antes de oficializarlo.
- Difusión del protocolo consensuado a todos los servicios peticionarios y publicación en la intranet del hospital.
- Durante un periodo inicial de adaptación de puesta en marcha del protocolo, se nombrará un radiólogo responsable de revisar las solicitudes de radiología preoperatoria que se realicen para que exista una adecuada adquisición de nuevos hábitos y rechazar aquellas que no se ajusten a las recomendaciones indicadas. Será durante un periodo temporal a determinar.
- Se establecerá un indicador que nos calcule la reduccción en el número de radiografías de tórax realizadas tras la instauración del protocolo, con el número realizadas en el momento actual (se realizan a 6100 pacientes/año). Se predice que la reducción será en torno al 30%.

DURACIÓN
Reuniones mensuales y contacto entre los miembros del equipo de forma continuada vía telefónica o vía email.

- Fecha de inicio del proyecto 1 de octubre de 2016.
- Búsqueda de literatura científica. Octubre-noviembre 2016.
- Realización y aprobación de las recomendaciones. Enero-marzo 2017.
- Elaboración del protocolo inicial. Abril 2017.
- Presentación a servicios. Periodo de evaluación en que se admitan cambios y sugerencias. Mayo 2017.
- Periodo de adaptación al nuevo protocolo supervisado por un radiólogo responsable. Junio-julio 2017.
- Inicio del establecimiento final del proyecto, sin supervisor. Septiembre 2017.
- Fecha de revisión programada a los 12 meses. Octubre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 31/12/2017

2. RESPONSABLE ..... EVA SANCHEZ LALANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMA LATRE EVA MARIA
MOLINA TRESACO PAOLA
ALASTRUEY LAIRLA EVA
BARBA LATAS VANESA
MARTIN SANCHEZ NATALIA
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN:
Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angioTC, tomografía computarizada...). Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:
-reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
-reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
-Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
-Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

ACTUACIÓN INICIAL EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA ANTE REACCIÓN ALÉRGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO:

1. Parar la bomba de inyección de contraste
2. Avisar al radiólogo responsable
3. Llevar a la sala donde esté el paciente el carro de paradas
4. Teléfono BUSCA DE ANESTESIA: 524404
5. ENTORNO: monitorización del paciente: pulsioximetría y presión arterial
6. POSICIÓN: decúbito supino y piernas elevadas (si vómitos o pacientes inconscientes: posición en decúbito lateral izquierdo)
7. FÁRMACOS: Adrenalina intramuscular, 0,3 ml en cara anterolateral del muslo (puede repetirse a los 5-15 min)
8. OTRAS MEDIDAS DE SOPORTE: Oxígeno mascarilla tipo Venturi a alto flujo (10-15 L/min)

Se consensuó con el servicio de anestesiología que ante reacción alérgica moderada o grave en un paciente se contactará con el anestesiólogo de guardia vía busca.
Como se venía realizando hasta ahora, los pacientes con reacción alérgica leve (náuseas, calor generalizado y rubor facial se derivarán al servicio de urgencias para observación durante 3-4 h, previo contacto telefónico.

En proyecto la realización de protocolo formal sobre la actuación y primeras atenciones al paciente que sufre una reacción alérgica al contraste yodado intravenoso. Dicho protocolo se entregará al nuevo personal del servicio de radiología el primer día de llegada al puesto de trabajo en nuestro servicio.

MEJORAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA:

Adquisición de un monitor desfibrilador para el servicio. Previamente el servicio de radiodiagnóstico compartía monitor desfibrilador con el servicio de pruebas especiales de cardiología, ubicado en el edificio anexo al hospitalario.

Nuevo carro de paros, con ruedas y fácilmente desplazable. Colocado en la sala central del servicio de radiología, con comunicación directa a todas las salas. Una enfermera del servicio de radiología revisa periódicamente el perfecto orden del material del carro, así como la existencia de suficientes recambios de cada instrumental y la fecha de caducidad de los medicamentos.

SESIONES IMPARTIDAS EN EL SERVICIO

Sesión impartida a los médicos radiólogos sobre la fisiopatología de las reacciones alérgicas por parte de la Dra Beatriz Rojas, alergóloga. El servicio de Alergología se ha incorporado recientemente en la atención al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

paciente en el hospital San Jorge.
Pendiente de realizar durante el primer semestre de 2018 sesión-curso de Reanimación Cardiopulmonar. Impartida por el servicio de Anestesiología y Reanimación. Orientada a facultativos y enfermería.

PENDIENTE DE REALIZAR

- A la mayor premura posible se iniciará la revisión de la actuación realizada en los pacientes que han sufrido reacción al contraste yodado en el último trimestre, buscando posibles mejoras. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo del proyecto de mejora, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el momento actual ya se dispone de un protocolo de tratamiento para el paciente con reacción alérgica al contraste yodado intravenoso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el momento actual ya se dispone de un protocolo de tratamiento para el paciente con reacción alérgica al contraste yodado intravenoso.

7. OBSERVACIONES.
Debido al cambio del lugar de trabajo de varios de los profesionales inicialmente implicados en este proyecto y a la nueva incorporación del servicio de alergología en el hospital, ha habido algunos cambios en los miembros del presente proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/335 ========== ***

Nº de registro: 0335

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SANCHEZ LALANA EVA, LACOMA LATRE EVA MARIA, MOLINA TRESACO PAOLA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, ALASTRUEY LAIRLA EVA, MARTIN SANCHEZ NATALIA, IBOR SERRANO LORETO, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: reacción alérgica al contraste
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angioTC, tomografía computarizada...).
Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:
-reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
-reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
-Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
-Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

Ante las dudas surgidas por parte del personal médico y enfermero durante la atención de los últimos casos de reacción al contraste y valorando que hubiera sido posible una mejor actuación creemos necesario organizar un grupo de trabajo para realizar un nuevo protocolo de actuación, en el que se incluirá al personal de radiología, anestesiología y la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer un plan de actuación del servicio de radiología ante posibles casos de anafilaxia moderada o grave al contraste yodado intravenoso

- Mejorar y agilizar la atención al paciente, así como el funcionamiento del servicio.

MÉTODO
- Creación de un grupo de trabajo formado por un médico de radiología, un médico de anestesia y un médico de la Unidad de Cuidados Intensivos. Dicho grupo se encargará de revisar las últimas guías de actuación ante anafilaxia y crearán un protocolo adecuado a nuestro servicio.
- Revisión del material necesario en el carro de paros orientado a la anafilaxia al contraste yodado intravenoso (medicación, material de intubación, desfibrilador...). Nombrar a dos personas encargadas de la revisión y reposición del carro de paros de forma periódica.
- Formación para los profesionales: difusión del protocolo (incluirlo en la intranet del hospital) y curso de actualización en tratamiento y reanimación del paciente con reacción grave.

INDICADORES
- Establecer los indicadores necesarios para evaluar la atención al paciente que sufre reacción alérgica al contraste.
- Conocimiento del personal de enfermería y médico de Radiología de la actuación ante un caso de reacción alérgica moderada o grave al contraste yodado, mediante entrevistas orales.
- Revisión a posteriori de la actuación realizada en los pacientes que hayan sufrido reacción al contraste yodado, buscando posibles fallos en la atención. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo de trabajo, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

DURACIÓN
- Análisis de la situación: noviembre 2016.
- Creación del grupo de trabajo y sesiones grupales: diciembre 2016 - enero 2017.
- Realización y aprobación del protocolo: febrero 2017.
- Sesiones de formación al personal de Radiología: marzo y abril 2017.
- Implantación del protocolo: mayo - junio 2017.
- Revalorar cada caso de anafilaxia atendido en nuestro servicio la semana siguiente del suceso.
- Actualización del protocolo a los 12 meses. Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLOGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA SANCHEZ LALANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROJAS HIJAZO BEATRIZ
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO
LACOMA LATRE EVA MARIA
SERRA PUYAL BEATRIZ
GONZALEZ GAMBAU JORGE
ALASTRUEY LAIRLA EVA
BARBA LATAS VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ante el antecedente de reacción adversa a medios de contraste radiológico (MCR) en pacientes derivados al Servicio de radiodiagnóstico para someterse a pruebas de imagen o ante una reacción a MCR durante la prueba, el personal del Servicio de radiodiagnóstico o de Urgencias se pone en contacto con la Unidad de alergología para derivar al paciente para valoración y estudio si precisa.
Desde junio de 2018 hasta la fecha se han remitido a la Unidad de Alergología 6 pacientes con antecedente de reacción adversa a MCR.
Se habló con el Servicio de farmacia para adquirir Iobitridol como una de las alternativa más adecuadas a la Iopromida (medio de contraste no iónico utilizado en el Hospital San Jorge)
En la Unidad de alergología se realiza la historia clínica a los pacientes derivados. En base a la historia clínica las reacciones adversas a MCR se clasifican en:
a) fisiológicas (no alérgicas) que se resuelven espontáneamente y no hace falta estudio en alergología ni premedicar en la siguiente exploración radiológica
b) Reacciones de hipersensibilidad inmediatas, que ocurren en la primera hora y que pueden ser mediadas por IgE o por liberación inespecífica de mediadores de mastocitos y basófilos
c) Reacciones de hipersensibilidad tardía, que ocurren entre la primera hora y la primera semana y que están mediadas por linfocitos T.
En función de si la reacción es inmediata o tardía se realizan pruebas cutáneas en prick e intradérmicas en las primeras y epicutáneas en las segundas, siempre con los contrastes utilizados en el servicio de radiodiagnóstico del hospital San Jorge (Iopromida y Amidotrizoato de meglumina y amidotrizoato de sodio según prueba de imagen realizada) y con la alternativa a utilizar, si fuera necesario, para futuras exposiciones (Iobitridol).
En función de la gravedad de la reacción inmediata y del resultado de las pruebas cutáneas se realiza una prueba de exposición con una alternativa con o sin premedicar con corticoide y antihistamínico.
Los recursos empleados han sido medios de contraste radiológico: Iopromida (Ultravist), amidotrizoato de meglumina y amidotrizoato de sodio (Gastrografin) y Iobitridol (Xenetix), lancetas, jeringas, agujas, soportes para pruebas epicutáneas, esparadrapo.
De los 6 pacientes remitidos 2 tuvieron reacciones fisiológicas y no hizo falta realizar estudio.
Un paciente tuvo una reacción inmediata severa con Iopromida consistente en urticaria, vómitos, disnea con Saturación de oxígeno del 70%. Las pruebas cutáneas fueron negativas y se le aconsejó para futuras exploraciones radiológicas con contraste utilizar premedicación y exposición con una alternativa diferente al medio de contraste con el que tuvo la reacción (Iobitridol cuyas pruebas cutáneas fueron negativas).
Otro paciente tuvo una reacción inmediata moderada con un medio de contraste radiológico iónico (Amidotrizoato de meglumina y amidotrizoato de sodio) consistente en angioedema facial y prurito generalizado. Las pruebas cutáneas fueron negativas y se le aconsejó para futuras exploraciones radiológicas con contraste utilizar medios de contraste radiológico no iónicos con premedicación para evitar recurrencias.
Los dos últimos pacientes tuvieron reacciones tardías consistentes en exantemas maculopapulos pruriginosos generalizados. En el momento actual no han sido visitados por el servidio de Alergología. Se les realizarán pruebas epicutáneas y en prick e intradérmicas con lectura tardía, pendientes de resultado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido crear una línea de derivación de pacientes desde el servicio de Radiología o urgencias al servicio de alergología para el estudio de las reacciones al contraste yodado.
Tras el estudio alergológico preciso se valora contraste alternativo si es posible para próximos estudios radiológicos.

Objetivos esperados:
1. Remitir al servicio de Alergología a todos aquellos pacientes que sufren reacción de hipersensilidad al contraste.
2. Detectar las reacciones fisiológicas y no confundirlas con reacciones adversas. El 33,3% de las reacciones que presentaron los pacientes derivados a Alergología se consideraron reacciones fisiológicas.

Valor de indicadores:
1. Número de derivaciones al Servicio de alergología entre el total de pacientes con antecedente de reacción adversa a MCR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLOGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

2. Número de reacciones fisiológicas entre el total de reacciones de los pacientes derivados a la Unidad de alergología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El contraste intravenoso aumenta la sensibilidad en la detección de patología y muchas veces es imprescindible para el diagnóstico. No todas las incidencias registradas a raíz de la inyección de contraste yodado son reacciones adversas ni hay por qué evitar todos los MCR. Por este motivo es importante una valoración detenida de las reacciones adversas a MCR. El impacto de este proyecto es destacar la importancia de la colaboración entre los servicios de alergología y radiodiagnóstico para que ante un antecedente no confirmado de reacción adversa a MCR en un paciente o una reacción a los mismos el paciente sea derivado a la consulta de Alergología con la máxima información posible (medio de contraste utilizado, síntomas que ha presentado y tiempo trascurrido desde su administración) para su valoración.

7. OBSERVACIONES.
El número de derivaciones al Servicio de alergología no ha sido todo lo deseable. Por este motivo continuaremos el registro de derivación y mantendremos contacto ambos servicios para ver futuras opciones de mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/335 ========== ***

Nº de registro: 0335

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SANCHEZ LALANA EVA, LACOMA LATRE EVA MARIA, MOLINA TRESACO PAOLA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, ALASTRUEY LAIRLA EVA, MARTIN SANCHEZ NATALIA, IBOR SERRANO LORETO, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: reacción alérgica al contraste
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angioTC, tomografía computarizada...).
Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:
-reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
-reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
-Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
-Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

Ante las dudas surgidas por parte del personal médico y enfermero durante la atención de los últimos casos de reacción al contraste y valorando que hubiera sido posible una mejor actuación creemos necesario organizar un grupo de trabajo para realizar un nuevo protocolo de actuación, en el que se incluirá al personal de radiología, anestesiología y la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer un plan de actuación del servicio de radiología ante posibles casos de anafilaxia moderada o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLOGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

grave al contraste yodado intravenoso

- Mejorar y agilizar la atención al paciente, así como el funcionamiento del servicio.

MÉTODO
- Creación de un grupo de trabajo formado por un médico de radiología, un médico de anestesia y un médico de la Unidad de Cuidados Intensivos. Dicho grupo se encargará de revisar las últimas guías de actuación ante anafilaxia y crearán un protocolo adecuado a nuestro servicio.
- Revisión del material necesario en el carro de paros orientado a la anafilaxia al contraste yodado intravenoso (medicación, material de intubación, desfibrilador...). Nombrar a dos personas encargadas de la revisión y reposición del carro de paros de forma periódica.
- Formación para los profesionales: difusión del protocolo (incluirlo en la intranet del hospital) y curso de actualización en tratamiento y reanimación del paciente con reacción grave.

INDICADORES
- Establecer los indicadores necesarios para evaluar la atención al paciente que sufre reacción alérgica al contraste.
- Conocimiento del personal de enfermería y médico de Radiología de la actuación ante un caso de reacción alérgica moderada o grave al contraste yodado, mediante entrevistas orales.
- Revisión a posteriori de la actuación realizada en los pacientes que hayan sufrido reacción al contraste yodado, buscando posibles fallos en la atención. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo de trabajo, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

DURACIÓN
- Análisis de la situación: noviembre 2016.
- Creación del grupo de trabajo y sesiones grupales: diciembre 2016 - enero 2017.
- Realización y aprobación del protocolo: febrero 2017.
- Sesiones de formación al personal de Radiología: marzo y abril 2017.
- Implantación del protocolo: mayo - junio 2017.
- Revalorar cada caso de anafilaxia atendido en nuestro servicio la semana siguiente del suceso.
- Actualización del protocolo a los 12 meses. Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1397

1. TÍTULO

PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDA/OS DE PATOLOGIA MAMARIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO MORALES BALIEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PANIEGO LOPEZ ANA
OMIST ONDIVIELA SUSANA
AUDINA BENTUE MARIA TERESA
ELBOJ SASO SALAS
AZANZA PARDO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En 2017 se ha creado el grupo de mejora y se busca las mejores evidencias actuales.
Realización de Focuss por parte del equipo médico y de Fisioterapeutas
Incluir en el tratamiento nuevas técnicas:
Hemos realizado tratamiento del linfedema con nuevas técnicas de drenaje (Godoy) además de la que se hacía habitualmente (Leduc)
En este momento pendientes de finalizar el algoritmo de prevención y tratamiento desde la intervención quirúrgica.
Reunión pendiente el 1 de Febrero en Hospital Miguel Servet de los responsables de Linfedema de los distintos Hospitales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Unificar criterios sobre todo en cuanto al tratamiento
Poner en marcha el protocolo, elaborando un algoritmo de actuación que facilite el seguimiento del protocolo a partir de Marzo-Abril
Indicador:
Mejoría del Linfedema: disminución de la Circometría después del Tratamiento
Protocolo: Elaboración e implementación del protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos observado que mediante la realización de la técnica de Godoy, los resultados obtenidos han sido buenos en la mayoría de los casos.
Han quedado pendientes que para la actualización del tratamiento sería preciso la incorporación de nuevos materiales que mejoran la efectividad del tratamiento:
Terapia linfática mecánica con aparatos de terapia pasiva de EESS. Terapia de compresión- contención, “Vendaje Gorgurao” o similar
Otro tipo de vendajes para Terapia de Compresión.
Formación en la técnica de Godoy de otros fisioterapeutas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1397 ========== ***

Nº de registro: 1397

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DOCUMENTADO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE PATOLOGIA MAMARIA

Autores:
MORALES BALIEN SANTIAGO, PANIEGO LOPEZ ANA, OMIST ONDIVIELA SUSANA, CARNICER CORTES ISABEL, GARCES PEIRON ANA, VERA BLASCO NAUSICA, DE ARCE OSUNA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Linfedema

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1397

1. TÍTULO

PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA EN PACIENTES INTERVENIDA/OS DE PATOLOGIA MAMARIA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Rehabilitación realiza prevención de linfedema en las pacientes intervenidas de patología mamaria.
El médico Rehabilitador visita a la paciente en el ingreso hospitalario, en los primeros días del postoperatorio.
En esa primera visita se valora la movilidad, se entrega folleto de la aecc y se dan recomendaciones. Todas son citadas en la consulta en un mes aproximadamente para valorar si precisan tratamiento.
Algunas de ellas son incluidas en un grupo de terapia.
En el caso de que aparezca linfedema realizamos tratamiento mediante Drenaje linfático manual, Presoterapia, Vendaje multicapa etc.
Todas actividades se realizan sin tener un protocolo documentado y falta también indicadores de medida que evalúen el beneficio que se obtiene con las intervenciones tanto de prevención como terapeúticas.
En estos momentos se están utilizando nuevas técnicas que no se venían utilizando hasta ahora y que mejoran o sustituyen a las que se venían utilizando anteriormente.

RESULTADOS ESPERADOS
. Elaborar un protocolo documentado de prevención y tratamiento del linfedema de acuerdo a la norma de control de documentación del sector.
- Actualizar los tratamientos con nuevas técnicas
- Recoger datos que permitan valorar objetivamente la mejoría

MÉTODO
- Reunión del equipo de mejora para, basando en el trabajo realizado hasta el momento y las técnicas de tratamiento más actuales, elaborar un protocolo de actuación
- Incluir en el tratamiento nuevas técnicas
- Poner en marcha el protocolo, elaborando un algoritmo de actuación que facilite el seguimiento del protocolo

INDICADORES
INDICADORES

Protocolo: Elaboración e implementación del protocolo : Sí/No

Mejora del tto del linfedema: % pacientes con disminución de la circometría después del tratamiento

DURACIÓN
El primer semestre del 2017 se crea el grupo de mejora y se busca las mejores evidencias actuales.
A fin de año se pretende tener elaborado e implementado el protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE AZANZA PARDO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELBOJ SASO SALAS
LATORRE BADIA ESTEFANIA
ABOS NAVARRO IXEA
GRACIA SEN MARIA CARMEN
CASTAN GASQUET RAQUEL
CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD
MORALES BALIEN SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El equipo multidisciplinar del proyecto tras valorar y seleccionar aquellos aspectos que considera que el usuario debe conocer previo a las sesiones de tratamiento, elabora un folleto informativo para dar a conocer dichos aspectos.
A la vez se redacta una encuesta de satisfacción a fin de evaluar la aceptación y utilidad de dicho folleto, así como la satisfacción por parte de los usuarios, y de este modo poder valorar su modificación si fuese necesario.
En reunión se hace conocedores y partícipes a todos los profesionales de la unidad de rehabilitación (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapuetas y Terapia Ocupacional) tanto de la existencia del folleto como de los resultados de la encuesta de satisfacción, y se les informa de en qué modo se va a proceder a la distribución del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Atendiendo a los indicadores planteados en un principio, que buscaban medir el grado de implantación del proyecto y satisfacción por parte de los usuarios, podemos decir, que la implantación del proyecto es total, los folletos se están repartiendo a todos aquellos usuarios que en su primer día acceden a tratamiento. Y que el grado de satisfacción alcanza un 90%, según las encuestas de los usuarios, (cumplimentadas en un 65% con respecto al total de encuestas entregadas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se trata de un proyecto sencillo pero de gran utilidad para aquellos usuarios que llegan por primera vez a un servicio en el que, a priori, desconocen su funcionamiento. Si bien en un principio se diseñó para repartir un folleto en las consultas, al final se creyó más conveniente su distribución en el acceso a tratamiento, para que la información fuese oportuna e inmediata, y así evitar pérdidas u olvidos debido al lapso de tiempo que puede ocurrir entre la consulta y la cita de tratamiento. Vista la recepción que tiene el folleto, es importante mantener y dar continuidad a lo iniciado con este proyecto, ya que es una herramienta útil para trasmitir la información que nos interesa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1053 ========== ***

Nº de registro: 1053

Título
PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
AZANZA PARDO JORGE, ELBOJ SASO SALAS, LATORRE BADIA ESTEFANIA, ABOS NAVARRO IXEA, GRACIA SEN MARIA CARMEN, CASTAN GASQUET RAQUEL, CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD, MORALES BALIEN SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Susceptible de Tratamiento Rehabilitador
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El acceso al tratamiento en el servicio de Rehabilitación suele conllevar una serie de dudas en el paciente. Además de existir una serie de normas y necesidades que el usuario debe conocer para optimizar las sesiones y el tiempo de las mismas.
Se plantea por tanto la elaboración de un plan de acogida y la entrega, en el momento de la consulta de RHB, de un folleto que explique y resuma todas las normas del servicio de fisioterapia/terapia ocupacional y resuelva sus dudas.
Para valorar la efectividad del folleto se presentará una encuesta de satisfacción donde el usuario participará de forma activa.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios:
- Facilitar la información al paciente, mejorando las vías de comunicación entre el usuario y la unidad.
- Anticipar la resolución de problemas más comunes.
- Promover una mayor implicación del usuario en su tratamiento.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales:
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Optimización de las sesiones. Mejorar la distribución de tiempo.

MÉTODO
- El equipo multidisciplinar del proyecto valorará y seleccionará aquellos aspectos que considere que el usuario deba conocer previo a las sesiones de tratamiento.
- Se elaborará un folleto informativo con dichos aspectos.
- Se elaborará una encuesta de satisfacción que evalúe la utilidad de dicho folleto a fin de valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos o su modificación si fuese necesario.
- Reunión para hacer conocedores y partícipes a todos los profesionales implicados en la unidad de Rehabilitación (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapuetas y Terapia Ocupacional) tanto de la existencia del folleto como de la encuesta de satisfacción e informarles sobre su distribución.

INDICADORES
La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:

-Indicador (implantación): Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de gimnasio después de haber sido derivados a fisioterapia especializada por el FEA rhb:
Descripción: Nº de pacientes que reciben el folleto/Nº de pacientes derivados a tratamiento por FEA RHB X 100
Fuente: Registro de pacientes que acceden a la unidad de RHB.
Estandar: 70-80%

-Indicador (implantación): Porcentaje de encuesta rellenadas por los usuarios que han recibido el folleto
Descripción: Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de pacientes que reciben el folleto X100
Fuente: Recogida de encuestas en la unidad
Estandar : 60-70%

-Indicador (satisfacción): Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida en el folleto
Descripción: Nº de pacientes que consideran importante la información recibida/ Nº de pacientes que rellenan la encuesta X 100
Fuente: Recogida de encuestas en la unidad
Estandar: 70-80%

DURACIÓN
- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Mayo de 2018
- Valoración y elaboración del folleto: Junio 2018.
- Elaboración de la encuesta: Junio de 2018.
- Implantación total del Proyecto: Septiembre de 2018.
- Monitorización de indicadores y resultados: Septiembre de 2018 – Diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO JOSE GARCIA ROMERO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZANZA PARDO JORGE
LATORRE BADIA ESTEFANIA
SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA
MORALES BAILEN SANTIAGO
SOUTO AYERBE CLARA
GRACIA SEN MARIA CARMEN
VIÑUALES PEREZ SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elabora un sistema de triaje por parte del responsable del proyecto, que es el encargado de aplicarlo. Se pone en marcha el sistema. Se emplean recursos informáticos disponibles en el centro, Se adopta el sistema por parte de los prescriptores del tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se completa el diseño (si)
Se aplica el proyecto en los plazos previstos. (si)
Número de pacientes que que al iniciar tratamiento indican disminución de funcionalidad en sus AVD respecto al dia de la
consulta con médico rehabilitador. Valor a alcanzar: <25%. 20% objetivo alcanzado.
% de pacientes que retoman sus AVD en un periodo de tratamiento inferior al estimado >15%, no medido.

5.,Encuesta de satisfacción a profesionales. >80% satisfechos. Si

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración positiva en general aunque la movilidad del personal del servicio ha dificultado la redacción del proyecto, la presión asistencial y otras situaciones personales (preparar oposiciones) dificultan el desarrollo de reuniones de trabajo. Quedan pendientes encuestas de satisfacción. El proyecto es sostenible a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1145 ========== ***

Nº de registro: 1145

Título
DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

Autores:
GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE, AZANZA PARDO JORGE, LATORRE BADIA ESTEFANIA, SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA, MORALES BALIEN SANTIAGO, SOUTO AYERBE CLARA, GRACIA SEN MARIA CARMEN, VIÑUALES PEREZ SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

La creciente demanda de la atención de servicios sanitarios por parte de la población, debida a muy diversos factores (envejecimiento de la población, mejora de la accesibilidad, aumento de la cartera de servicios, mayor preocupación por la calidad de vida relacionada con el bienestar físico, etc.) unida a la lógica limitación de recursos conlleva un inevitable incremento de la demora en el acceso a la gran mayoría de servicios ofertados en el Sistema Nacional de Salud, el engrosamiento de las temidas “Listas de espera” es a día de hoy uno de los indicadores más relevantes y de referencia del funcionamiento de un servicio público de Salud. Los servicios de Rehabilitación no son ajenos a este problema y por su atención transversal a la población en todas sus franjas de edad y de continuidad de cuidados colaborando con la mayoría de servicios asistenciales del Hospital y Atención Primaria sufre con más intensidad el incremento de la presión asistencial.
Las característica fundamental de los pacientes atendidos en un servicio de Rehabilitación es probablemente su extrema heterogeneidad, este rasgo fundamental hace difícil la correcta gestión de la lista de espera y por ende ofrecer una fecha estimada de inicio de tratamiento al paciente, y a los servicios demandantes, los requerimientos del paciente en los distintos aspectos de la accesibilidad, añaden dificultad a esta gestión y alteran la secuencia óptima de acceso al tratamiento que liimitaria el agravamiento del problema por demora excesiva en su tratamiento fisioterapeutico.

RESULTADOS ESPERADOS
• Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios.
- Ajustar el periodo de espera del paciente de acuerdo a la gravedad con que el problema que padece interfiera en su capacidad para desarrollar sus actividades de la vida diaria (AVD) con normalidad.
- Minimizar el riesgo de empeoramiento o pérdida de capacidad en su estado físico.
- Establecer y dar a conocer un periodo estimado de acceso a tratamiento según problema y características del paciente.
- Acortar los plazos de incorporación a las AVD.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.
La disminución de la variabilidad de acceso al tratamiento en pacientes con problemas similares permitirá ajustar los plazos de tratamiento y optimizará la coordinación de interconsultas.
Mejora en la efectividad del tratamiento.

MÉTODO
El equipo de mejora diseñará un plan de actuación destinado a elaborar un sistema de triaje que será evaluado por el el resto de profesionales del servicio de rehabilitación y de otros servicios solicitadores de interconsultas.
Se pondrá en marcha el sistema diseñado, sujeto a distintas monitorizaciones y ajustes por parte del equipo de mejora.
Se elaborará un sistema definitivo que estará sujeto a evaluación y mejora continua.

INDICADORES
La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

1. Se completa el diseño de triaje finalizado y se presenta a los servicios implicados.. (S/N) Valor a alcanzar: S
2.El sistema de triaje es efectivamente implantado. (S/N). Valor S
3.% de pacientes que al iniciar tratamiento indican disminución de funcionalidad en sus AVD respecto al dia de la consulta con médico rehabilitador. Valor a alcanzar: <25%.
4.% de pacientes que retoman sus AVD en un periodo de tratamiento inferior al estimado >15%
5.,Encuesta de satisfacción a profesionales. >80% satisfechos.

DURACIÓN
Inicio del proyecto: 1/6/2018
Diseño de sistema de triaje. Junio 2018.
Implantación a pacientes con indicación de tratamiento a partir del 1/7/2018.
Monitorización; 15 de diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1343

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA ALBAS TIERZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AUDINA BENTUE MARIA TERESA
MANAU OMEDES CRISTINA
URRUTIA DIEZ AMAIA
GARCES PEIRON ANA
SOLANILLA LECINA PALMIRA
CASTEL PANZANO ROSARIO
GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha desarrollado un calendario de de reuniones del equipo que ha diseñado un modelo de Gestión por Competencias en el servicio de RHB, que establece un perfil profesional de sus componentes, la elaboración ha seguido el calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se implementa un documento que desarrolla el proyecto. se pone a disposición del los componentes del servicio, se establece un calendario de actualizaciones.
Se alcanza un diseño definitivo del modelo de GC, (SI)
% de miembros del servicio que responden al cuestionario, Objetivo 100%, resultado 80%
Se elabora una memoria con los datos obtenidos (SI)
Se establece un programa de formación y mejora de competencias (S)
Se diseña un ciclo de mejora continua sobre el modelo (S)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es positiva en general, encontrando alguna dificultad en el establecimiento del calendario de reuniones, debido a la apretada agenda de trabajo. El proyecto es sostenible a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1343 ========== ***

Nº de registro: 1343

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ALBAS TIERZ NURIA, AUDINA BENTUE MARIA TERESA, MANAU OMEDES CRISTINA, URRUTIA DIEZ AMAIA, GARCES PEIRON ANA, SOLANILLA LECINA PALMIRA, CASTEL PANZANO ROSARIO, GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de rehabilitación del Hospital San Jorge de Huesca se compone de dos terapeutas ocupacionales (TO), 14 fisioterapeutas, 6 TCAE y 3 médicos especialistas en RHB. Forma parte de uno de los servicios centrales del hospital y colabora con una parte importante de ellos, recibiendo pacientes derivados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1343

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

principalmente por traumatología, reumatogia, neurología, o geriatría y en menor medida neumología y el resto de servicios. Sin olvidar a la creciente derivación desde AP.
Esta diversidad de especialidades se traduce en una lista creciente de patologías y problemas de salud que requieren, como es lógico, de una especialización paralela por parte de los profesionales del servicio de rehabilitación que atenderá a esos pacientes.
Dado que las especialidades dentro del campo de la Fisioterapia o TO no están contempladas en el sistema nacional de salud, debe ser cada profesional, quien las desarrolle de forma individual, de acuerdo a su interés personal en un campo u otro de la rehabilitación (por no decir del amplisimo campo de la medicina).
Adolecen la inmensa mayoria de Servicios de RHB de los hospitales públicos de la inexistencia de un modelo de Gestión por Competencias (GC) que, de alguna forma, pueda paliar la citada carencia de reconocimiento oficial de las especialidades en esta disciplina. Nuestra propuesta es crear un modelo de GC, adaptado al servicio de rehabilitación que catalogue a cada profesional dentro de una especialidad de fisioterapia con el objetivo de proporcionar un tratamiento óptimo y de calidad a la diversidad de patologías que presentan los pacientes derivados a este servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
Diseñar, desarrollar e implantar un modelo de Gestión por Competencias en el servicio de rehabilitación de Hospital San Jorge, que nos permita conocer con exactitud el perfil profesional y el resto de capacidades de sus componentes, con objeto de dar una respuesta más precisa a la variedad de problemas que debemos atender, lo que redundará en una mayor efectividad en la atención al paciente.
Conocer las competencias de nuestros profesionales nos ayudará a definir con exactitud las técnicas en las que están formados y evaluar las necesidades de formación para conseguir una plantilla con una formacion equilibrada que pueda dar una respuesta integral a las demandas del resto del servicios del hospital y, en difinitiva, al paciente sin importar su patología.
Que el resto de servicios del hospital conozca las competencias del nuestro servirá para mejorar las dervivaciones y optimizar recursos.

MÉTODO
El coordinador del proyecto establecerá un calendario de reuniones y reparto de tareas con el resto del equipo, a lo largo del presente año.
El servicio recibirá formación sobre el modelo de GC y las ventajas de su implantación.
Se elaborarán sucesivos borradores y se procederá a su desarrollo y aplicación de acuerdo un sistema de mejora continua del documento.
Se contempla su presentación al resto de servicios y su aplicación en las nuevas incorporaciones de profesionales al servicio.

INDICADORES
Al finalizar el calendario previsto:
1. Se alcanza un diseño definitivo de modelo de GC para el servicio de RHB. (S/N). Objetivo. Si
2. % de miembros del servicio que responden al cuestionario y entrevista diseñado: Objetivo: 100%.
3. Se elabora una memoria con los datos obtenidos. (S/N). Objetivo S.
4. Se establece un programa de formación y mejora de competencias de acuerdo a los resultados obtenidos. (S/N).
5.Se diseña un ciclo de mejora continua sobre el modelo de GC. (S/N)

DURACIÓN
1.Se iniciará el diseño en Junio de 2018.
2.Redacción del documento definitivo en Septiembre de 2018.
3.Implantación Octubre 2018.
4.Evaluación. Noviembre 2018.
5. Redacción de memoria y proyecto de formación y desarrollo de competencias. Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CLARA NAVARRO PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BESCOS LACAMBRA NURIA
BELLOC BARBASTRO BLANCA
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
LAGLERA BAILO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
* Realización de la "guía sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos".

*2018: Actualización y realización de procedimientos de enfermería relacionados con la terapia intravenosa (incluidos en la mencionada guía):

- Cateterización central de inserción periférica de corta y larga duración.
- Cateterización de vía venosa periférica
- Preparación para cateterización central.
- Normas de sellado de vías venosas centrales y periféricas.
- Extracción de sangre a través de CVC.
- Técnica de desobstrucción de catéter central de inserción periférica.
- Mantenimiento extra e intraluminal de dispositivos de acceso venoso central.
- Mantenimiento extra e intraluminal de dispositivos de acceso venoso periférico.
- Mantenimiento de Hickman y PICC

*Realización de un listado de medicamentos más utilizados en Medicina Interna y Digestivo Osmolaridad>600mOsm/l y/o Ph <5 o >9.

*Análisis de índice de flebitis en la unidad por especialidades. Evolución en los tres últimos años (Medicina Interna y Digestivo).

*Realización de Sesión de Enfermería en la unidad sobre cuidados y mantenimiento de vías venosas periféricas y centrales.

*Difusión entre los facultativos de MIR y Digestivo de la indicación de canalización de vía central si cumple los criterios de la guia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Disminución del índice de flebitis en la unidad de medicina interna
-Realización de la guía de terapia intravenosa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Importancia en la asepsia en el cuidado de la vía así como el tipo de vía necesaria según el medicamento prescrito

-Pendiente que la guía sea aprobada por la comisión de calidad para su publicación en la intranet y así estar accesible para su consulta

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/704 ========== ***

Nº de registro: 0704

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, NAVARRO PEREZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados “a pie de cama” en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

RESULTADOS ESPERADOS
• Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
• Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
• Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

MÉTODO
Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.
Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta.
Seguimiento de los indicadores.

INDICADORES
Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.
Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.
Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)
Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

DURACIÓN
Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.
Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.
Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.
Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0738

1. TÍTULO

GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA EUGENIA LACOSTENA PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BEITIA MENDIOLA BEGOÑA
BUESA ESCAR ANA MARTA
NUÑEZ ALLUE ANA CRISTINA
QUILEZ PEREZ LUCIA
OLIVARI MONTOYA MARIELLA
VILLANUA MARTIN MARIA DEL CARMEN
GALLEGO ESTRADA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Estudio por parte de todo el grupo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos
Reuniones posteriores en septiembre y octubre de 2017 para resaltar los puntos que debe de contener el protocolo de nuestro centro
Revisión de los protocolos y la guía de procedimiento del hospital para actualizar los ya existentes y elaborar los nuevos en noviembre y diciembre de 2017
Elaboración de una presentación para difundir a todo el personal del hospital el nuevo protocolo en octubre de 2017
Presentación a las diferentes unidades del protocolo, comenzando en noviembre de 2017
Seguimos en fase de difusión actualmente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso central y periférico,
No hay mas resultados pues estamos en pleno periodo de difusión del proyecto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo valora la presentación como la mejor herramienta para difundir el proyecto.
Queda pendiente realizar la presentación a parte de las unidades del centro.
El próximo estudio se realizará en cuatro meses tras la presentación a todo el personal de enfermería que cuida las vías y de medicina que las inserta.
La unificación en los cuidados en la inserción y mantenimiento de las vías en todo el hospital para conseguir unos resultados que mejoren la seguridad del paciente y reduzcan las complicaciones derivadas de su uso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/738 ========== ***

Nº de registro: 0738

Título
IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA BASADOS EN LA EVIDENCIA EN LA INSERCION Y CUIDADO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0738

1. TÍTULO

GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

Autores:
LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA, UNGRIA MURILLO JULIA, VILLANUA MARTIN MARIA DEL CARMEN, BEITIA MENDIOLA BEGOÑA, QUILEZ PEREZ LUCIA, ARA GABAS MONICA, OLIVARI MONTOYA MARIELLA, EITO ARNAL ANTONIO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PERSONAS PORTADORAS DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES NO PERMANENTES
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. De igual forma en nuestro hospital se encuentra implantado hace ya varios años el proyecto de Bacteriemia Zero en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dados los buenos resultados obtenidos merced a ambos proyectos, y estimando necesario ampliar estas iniciativas de mejora de la sensibilidad de los profesionales y reducción de la variabilidad en la práctica clínica a las vías centrales en todo el hospital, es por lo que promovemos esta nueva iniciativa. Somos conocedores de que el volumen de las vías centrales en las plantas es menor pero no así la gravedad de las complicaciones que se puede derivar de su uso. Por todo ello, pretendemos implementar un programa de formación de las enfermeras en nuestro centro, con el fin de conseguir una práctica clínica más homogénea basada en las últimas recomendaciones. Para ello se adaptarán los diferentes protocolos de enfermería del mantenimiento de vías venosas centrales de nuestro centro, entre otros, a las medidas enunciadas en el protocolo de Bacteriemia Zero y a la Guía de Practica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no permanentes en adultos editada en 2014 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Número de bacteriemias por cada 1000 días de catéter venoso central en Unidades de Cuidados Intensivos: 2,18 en el año 2015.

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificación de los cuidados en la inserción y mantenimiento de las vías venosas centrales en todo el Hospital General San Jorge de Huesca.
- Reducción de las complicaciones asociadas a las vías venosas centrales.
- Mejora de la seguridad de los pacientes portadores de estos dispositivos.

MÉTODO
Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basada en las últimas evidencias.
Realización de un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso central.
Diseño de una presentación sobre los cuidados del catéter venoso central. Presentación de los documentos a través de reuniones informativas en las diferentes unidades. Responsable:
Seguimiento de los indicadores de los cuidados del catéter venoso central. Realizando un estudio posterior y a los 4 meses de las presentaciones.

INDICADORES
Nº de profesionales formados
Existencia del protocolo de mantenimiento de vías centrales actualizado en la unidad.
Número de vías centrales con el apósito manchado, mojado y/o despegado/ nº total de vías centrales revisadas.
Número de vías centrales con todos los accesos cerrados con conectores/ nº total de vias centrales revisadas
Número de vías centrales con lista de chequeo realizada en la inserción/ nº total de vias centrales revisadas.
Número de registros de vía central/ nº total de vias centrales revisadas
Número de pacientes en los que se puede verificar en el registro el cambio de llaves y sistemas entre 4 y 7 días (excepto transfusiones, lípidos o causa justificada)/ nº total de vias centrales revisadas.

Se obtendrán a través de la realización de un muestreo aleatorio y en las unidades informatizadas con gacela o en la UCI, cuando se encuentre disponible, algunos de ellos se podrán obtener mediante explotación informática.

DURACIÓN
Septiembre de 2016: Reunión con los profesionales responsables del grupo motor y realización de una propuesta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0738

1. TÍTULO

GUIA SOBRE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

de presentación con diapositivas para llevar a cabo la formación.
Noviembre: Realización de un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso central
Noviembre 2016- Febrero 2017: Realización de la formación en las unidades diana.
Mayo 2017: Evaluación de los indicadores
Octubre- Noviembre de 2017: Evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0070

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS SERON ARBELOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MERCADER ANTONIO
GIMENEZ GIL RAFAEL
BESCOS ABIOL JORGE ANTONIO
OMEDAS BONAFONTE PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante un periodo de dos meses se realiza software de enlace entre las variables correspondientes del programa informatico instalado en los servidores del hospital y de uso en la UCI, con los valores correspondientes del laboratorio, a la vez que se han realizado mejoras en la implementación del propio programa, para actualizarlo en relación a cambios de productos nutricionales, formatos de petición a farmacia, formatos de órdenes de tratamiento nutricional......

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido el aumento del numero de prescripciones nutricionales realizadas con la ayuda del programa de nutrición artificial, alcanzándose este año mas de 250 consultas al programa informático, con otras tantas prescripciones nutricionales, correspondientes a 80 pacientes. La practica totalidad de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos que han recibido nutrición artificial, enteral y/o parenteral. Los indicadores marcados en el proyecto eran numero de pacientes tratados y numero de prescripciones realizadas. Ademas hay una reducción del tiempo de consulta al programa al captar de forma automática todos los valores del laboratorio necesarios para realizar la prescripción nutricional artificial ademas de un evidente reducción de errores que puedan ser debidos a problemas en la transcripción manual que podrían llevar a cabo un error en la prescripción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda demostrado:
1.- la capacidad de formar equipos multidisciplinares entre estamentos diferentes, en este caso Clínicos en Informáticos
2.- la mejoría en el tratamiento de datos que ayuda a unas mejores prescripciones, en este caso de la Nutrición Artificial en la UCI, evitando errores de transcripción
3.- la reducción del tiempo necesario para hacer una prescripción nutricional adecuada al reducir al máximo la necesidad de teclear manualmente datos sensibles para el programa.
4.- la protocolización de una tarea que precisa varios pasos, que hace que hagamos un tratamiento nutricional protocolizado y a la vez individualizado a los pacientes ingresados en la Unidad d eMEdicina Intensiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/70 ========== ***

Nº de registro: 0070

Título
INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Autores:
SERON ARBELOA CARLOS, LOPEZ MERCADER ANTONIO, GIMENEZ GIL RAFAEL, BESCOS ABIOL JORGE ANTONIO, OMEDAS BONAFONTE PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRITICOS Y POSQUIRURGICOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0070

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente existe un programa informatico de soporte nutriional artificial, utilizado en pacientes fundamentalmente de intensivos, aunque puede usarse en el resto del hospital y que radica en un seridor del SALUD. Hasta el momento actual se introducen los datos de las analíticas precisas para el funcionamiento del programa, de forma manual. Tarea laboriosa que requiere tiempo y es propensa a errores. Esos datos son usados posteriormente en formulas e indicadores que establecen la recomendación nutricional, por lo que es preciso que sean correctos.

RESULTADOS ESPERADOS
Se trata de modificar el programa para que pueda leer de la base de datos de laboratorio los datos de las últimas analíticas y poder incorporarlas con un solo click de ratón, facilitando la tarea y disminuyendo la posibilidad de errores.

MÉTODO
Hay que desarrollar software para poder leer de laboratorio los datos precisos e integrarlo en el programa de nutrición.

INDICADORES
1 - Número de pacientes tratados.
2 - Número de analíticas capturadas e incorporadas.

DURACIÓN
Se prevé una duración de dos meses, desde inicio de Febrero para realizar la integración y el resto del año para comprobar la utilización correcta y corrección de errores.

OBSERVACIONES
el soporte nutricional artificial es una tarea importante en el contexto del paciente critico y en el posquirúrgico en general que debe de protocolizarse de forma adecuada y que exige un estrecho control.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0086

1. TÍTULO

HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMLIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... GEMMA MENDOZA MURO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBAR VIVES INMACULADA
MARTINEZ POLO MARTA
BESCOS BAQUERO SANDRA
LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE
ALFARO ESCARTIN MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MARZO- formación del grupo de trabajo en marzo de 2018.

JUNIO- 1ª reunión del grupo de trabajo. Se presenta el proyecto a desarrollar. El proyecto se llevará a cabo en dos fases.
- 1ª fase: diseño de un tríptico informativo y de una guía para familiares de UCI. Año 2018
- 2ª fase: diseño del protocolo de acogida de familiares de pacientes ingresados en UCI. Año 2019

Presentación al equipo de un modelo orientativo de guía para comenzar a trabajar y repartición del trabajo.
Búsqueda bibliográfica.
Elaboración del guión. “conoce y acércate”
Selección de contenidos por subgrupos de trabajo. Marta y M. José asumen el tríptico. Sandra y Margarita asumen “el día a día de tu familiar, rutina diaria”, . Inma asume “técnicas y procedimientos”, Gemma asume el resto de la guía, el diseño, edición y maquetación.

OCTUBRE- 2ª reunión del grupo de trabajo.
Se seleccionan contenidos para el tríptico.
Se revisan contenidos para la guía.
Se comentan colaboradores que van a participar en la guía.

NOVIEMBRE- Reuniones de Gemma con los colaboradores por separado. 3 reuniones.

DICIEMBRE - 3ª reunión del grupo de trabajo donde se cierran contenidos y diseño elegido.
- Reunión con el jefe de servicio y con la supervisora actual de la UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha elaborado el tríptico de acogida a UCI para las familias de los pacientes que ingresan en UCI y una guía de Familiares, que se ha entregado a la Coordinadora de Formación para entregar a la Unidad de Calidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos planteados van en la dirección de mejorar y minimizar el gran impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos tanto para la familia como para el paciente a través de la acogida en la Unidad. Pensamos que la aplicación de este nuevo triptico y guia de las familias de pacientes ingresados en UCI, mejorara el grado de satisfacción de las familias y del propio paciente, les implicará en sus cuidados como una pieza importante e implicará mas si cabe a los profesionales que imparten los cuidados.
Queda pendiente para el año 2019 la entrega de los productos informativos ya maquetados y en fase de impresión, para evaluar los indicadores durante 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/86 ========== ***

Nº de registro: 0086

Título
HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Autores:
MENDOZA MURO GEMMA, ALBAR VIVES INMACULADA, MARTINEZ POLO MARTA, BESCOS BAQUERO SANDRA, LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE, ALFARO ESCARTIN MARGARITA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0086

1. TÍTULO

HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMLIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRITICOS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El ingreso de una persona en una Unidad de Cuidados Intensivos siempre es una situación especial, el paciente está crítico. Esta situación supone un proceso traumático que provoca en la familia una situación de crisis, preocupación y ansiedad.
Existen investigaciones coincidentes en resaltar que las necesidades principales de las familias de pacientes ingresados en UCI son la información y la seguridad.
Otras autoras como Concha Zaforteza consideran que dentro de las necesidades sentidas por los familiares están tener información comprensible, sentir esperanza, cercanía con el ser querido, soporte y confort.
La acogida de la familia y elaboración de una guía donde se expliquen cuidadosamente las características, normativa y funcionamiento de la Unidad es esencial en el comienzo de esta relación familia-paciente-institución que se inicia con el ingreso de la persona en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS
- Minimizar el impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia a través de la acogida en la Unidad.
- Mejorar el grado de satisfacción de las familias al alta del paciente.
- Mejorar la calidad de los cuidados considerando que la familia es un elemento fundamental para el paciente.
- Implicar más a los profesionales en la acogida de la familia en la Unidad.

MÉTODO
- Creación de un grupo de trabajo “HUMANIZANDO LA UCI DE SAN JORGE” integrado por una representación de todos los colectivos sanitarios de la unidad.
- Diseño del protocolo de acogida de familiares de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.
- Diseño de una guía de presentación de la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia.
- Presentación en el servicio del protocolo y la guía todos los profesionales sanitarios antes de su puesta en marcha.
- Entrega de la guía a las familias de los pacientes ingresados
- Evaluación del impacto de la guía sobre la satisfacción de la familia referente a la acogida que se les dispensa

INDICADORES
- Elaboración del protocolo de acogida. Estándar: SÍ
- Elaboración de la guía de presentación de la Unidad. Estándar: SÍ
- Número de profesionales formados / número total de profesionales x 100. Estándar>80%
- Número de guías entregadas/número de ingresos. Estándar >80% (desde el inicio de la fecha comienzo)

DURACIÓN
Formación del grupo de trabajo y reuniones programadas en los meses de Marzo, Mayo, Septiembre y Diciembre para la elaboración de la guía.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0007

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MANUEL MUÑOZ PINTOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUINA BARCOS ADOLFO
PUJOL KELLER ANA
CAÑARDO ALASTUEY CLARA
CRISAN ANDREA
CUARTERO CUENCA BERTA
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL
TEJEDOR MENDEZ REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se parte de una situacion inicial ya conocida,que demuestra la necesidad de aplicar este programa.En el proyecto de calidad con el mismo mombre Fase 1 se obtienen los siguientes datos:
De 31 pacientes diagnosticados de SCASEST a lo largo de un semestre (primer semestre de 2016) se les calcularon las escalas de riesgo vascular a 17.
Se puso en marcha un programa de formación entre el personal medico para concienciarlos de la necesidad indispensable de realizar las escalas pronosticas de riesgo isquemico y de sangrado. Así mismo se actualizaron los conocimientos y las ultimas guías clínicas para protocolizar que antiagregante es el indicado en base al riesgo isquemico/hemorragico de cada paciente.
Se protocolizaron las ultimas guías clínicas y se pusieron en funcionamiento
Se realizo una hoja de recogida de datos con diferentes ítems, que sirvió para realizar un estudio transversal donde primero se realizo un estudio univariable y luego bivariable mediante chi cuadrado
A lo largo del segundo semestre de 2016 se realizaron dos sesiones clinicas informativas a cerca de los ultimos protocolos de Cardiopatia isquemica asi como los ultimos estudios y datos obtenidos en pacientes de vida real. Con esta informacion se intenta transmitir la necesidad de realizar las escalas de cara a iniciar el tto antiagregante adecuado. Asi mismo se insta a realizar las escalas y a transcribirlas al informe del PCH,dado que se piensa que uno de los problemas es realizarlas pero no transcribirlas.
La muestra fue de 72 pacientes en un periodo de doce meses (2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se espera que de todos los pacientes a los cuales se les calculan las escalas de riesgo isquemico/hemorragico estén correctamente antiagregados en un porcentaje >95%.
Un 100% de los pacientes a los que se les calcularon las escalas TIMi/CRUSADE estaban correctamente antiagregados según las guías
De los antiagregados calcular el riesgo hemorrágico y el riesgo Isquemico en un porcentaje> 90%
De todos los pacientes antiagregados en un SCASEST se les calcularon las escalas a un 95%. . 68 de 72 pacientes
De todos los pacientes con diagnostico de SCASEST se espera que estén correctamente antiagregados >90%
De todos los pacientes con el diagnostico de SCASEST están correctamente antiagregados el 96,7%, con una p 0,029 .Fueron 70 pacientes de 72.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos podido comprobar que los resultados reflejan una mejora en la calidad asistencial de los pacientes con SCASEST y sobre todo que el programa formativo a nivel del personal medico ha servido para actualizar y mejorar la práctica clínica entre los profesionales.
Se puede concluir que a nivel asistencial no hay errores en el tto medico del SCASEST 97% y que cuando se realizan las escalas se siguen las guías clínicas 100%.
Aclarar desde el punto de vista formativo que solo es necesario realizar la escala TIMI SCASEST y CRUSADE. No es necesario realizar la HAS/BLED que valora el riesgo hemorrágico en pacientes anticoagulados. De los 68 pacientes a los que se les calculo el riesgo hemorrágico se utilizo en 35 de ellos la escala HAS/BLED.

7. OBSERVACIONES.
Mi mayor decepción ante el programa de apoyo, es la dificultad para controlar el inicio y fin de cada plan de calidad y la solapacion entre la evaluación del anterior y la configuración del actual.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/7 ========== ***

Nº de registro: 0007

Título
PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0007

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

Autores:
MUÑOZ PINTOR MANUEL, MARQUINA BARCOS ADOLFO, PUJOL KELLER ANA, CAÑARDO ALASTUEY CLARA, CRISAN ANDREA, AMPARO REYES MERLIN ERNESTO, MARTINEZ CASTILLON DIEGO, ORTEGA ORTEGA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el pasado año, pusimos en marcha la primera fase del programa para conocer los resultados reales del uso de las escalas de riesgo isquemico y hemorragico en el SCASEST.Con anterioridad al paln de mejora solo a dos pacientes de treinta y dos SCASEST se les calcularon las escalas de riesgo isquemico/ hemorragico. Tras la puesta en marcha del programa, el resultado obtenido muestra que todos los pacientes a los que se les calcularon las escalas estaban correctamente antiagregados y que a todos los pacientes con el diagnostico de SCASEST se les trato con el AA adecuado segun las ultimas guias de SEC.
Sin embargo,el resultado obtenido no fue el esperado debido a que solo se realizan las escalas en el 55% de los pacientes cuando esperabamos el 90%.Por otro lado hemos observado que en estos pacientes en los que se realizaron las escalas de riesgo,tb se realizo la escala HAS/BLED que no es necesaria en este tipo de patologia.
Es en base a estos resultados por lo que consideramos necesario continuar nuestro programa para mejorar los datos previos.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es mejorar el resultado obtenido en el estudio realizado y conseguir que a los pacientes diagnosticados de SCASEST mediante nuestro plan de mejora se les realizen las escalas de riesgo isquemico y hemorragico en un porcentaje proximo al 90%.

MÉTODO
Antes de poner en marcha el plan de mejora la situacion actual era claramente pesima, es por este motivo que consideramos que nuestra intervencion ha sido claramente favorable y efectiva hasta ahora.
El plan de mejora consistira en prorrogar nuestra actividad en el tiempo e intensificar nuestra formacion.
Analizada ya la situacion actual del problema realizaremos intervenciones por medio de sesiones clinicas para continuar adquiriendo estas habilidades. Hemos llegado tambien a la conclusion de que una de las causas de estos pobres resultados puede ser que las escalas se realizen pero no se transcriban al informe del PCH,por tanto no se refleja que se hayan realizado. Como novedad en nuestro plan incidiremos en que las escalas se deben realizar y transcribir al informe del PCH.

INDICADORES
-Escala GRACE n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala.

-Escala TIMI score (SCASEST) n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala.

-Escala CRUSADE n de pacientes atendidos en urgencias por SCASEST que se les realizo esta escala

DURACIÓN
-Partimos de una situacion actual en la que ya conocemos los resultados y en la que ya se encuentra en funcionamiento nuestra estrategia,por lo tanto desde el primer momento intensificaremos nuestro intervencion previa durante un periodo de doce meses.

-Analizaremos los resultados obtenidos, con nuestro plan de mejora, primero por medio de un estudio univariable y luego por medio de uno bivariable con chi cuadrado.

-Por ultimo compararemos estos resultados con los obtenidos anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0007

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR CARDIOPATIA ISQUEMICA. FASE 2

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1292

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEJIA ESCOLANO DAVID
CAJA BUETAS ROSA MARIA
PINIES LLORET LOURDES
GALLEGO LLORENS ROSA
MORENO SIERRA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez formado el equipo de trabajo multiprofesional, se ha elaborado y documentado el PROTOCOLO DE INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA (se adjunta).
Se ha revisado por la Unidad de Calidad del Sector y aprobado por la dirección.
Se lan elaborado así mismo tres documentos derivados del proceso:
ANEXO 1. Folleto Información a pacientes y familiares
del SU.
ANEXO 2. Tríptico de información del Triaje del SU.
ANEXO 3. Protocolo de información para pacientes y
familiares del SU del HSJ.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Garantizar la información a pacientes y familiares que son
atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Jorge de
Huesca.
- Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y
familiares.
- Humanizar la asistencia a pacientes y familiares.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias,
así como disminuir la tasa de reclamaciones asociada a la falta
de información

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La Información es un elemento capital en la relación paciente/
profesional sanitario, siendo fundamental en el proceso asistencial, a lavez que una herramienta eficaz a lo hora de establecer una relación deconfianza con los pacientes y sus familias
Protocolizar todos los aspectos relacionados con la información, ayuda a mejorar la atención en urgencias
Queda pendiente valorar la satisfacción de pacientes atendidos y famílas y la medición de los indicadores identificados para medir el proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1292 ========== ***

Nº de registro: 1292

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Autores:
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA, PINIES LLORET LOURDES, GALLEGO LLORENS ROSA MARIA, MEJIA ESCOLANO DAVID, SARIÑENA GRACIA MARIA FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes y familaires que acuden al Servicio de Urgencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1292

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El HSJ proporciona asistencia dirigida a la comunidad de acuerdo a los “principios de equidad, solidaridad, universalidad e integración social”.
Misión
El HSJ despliega la misión del SALUD en todos los ámbitos de la asistencia.
Está formado por un conjunto de profesionales que, con su esfuerzo diario y trabajo en equipo, proporcionan la mejor asistencia posible en sus episodios de salud, caminando hacia la calidad total.
El objetivo es satisfacer las expectativas de todas las personas de la organización y de la comunidad, con el desarrollo, reconocimiento y participación de los profesionales de la organización.
Visión
El HSJ se perfila como un Centro formado por profesionales las personas. Esta atención se basa en el trato respetuoso y la mejora continua de nuestro trabajo bajo el marco de la excelencia, proporcionando a las personas la resolución óptima de sus problemas de salud
Valores
-Tomando como base los valores del SALUD, el hospital asume como propios:
-Participación de las personas en las decisiones sobre su salud.
-Profesionales cualificados que cuentan con medios técnicos y formativos adecuados y que participan en las decisiones de la organización.
-Asistencia segura basada en el mejor conocimiento científico

La información constituye uno de los componentes más relevantes de la calidad en el ámbito sanitario, sobre todo desde el punto de vista de la calidad percibida por los usuarios del sistema sanitario. La información a pacientes y familiares sobre la situación clínica y el proceso asistencial es básica para garantizar el derecho a la información que está reconocido en la Ley de Sanidad.
La información es un elemento fundamental en la relación paciente/profesional sanitario, siendo un elemento capital del proceso asistencial, a la vez que es una herramienta eficaz a la hora de establecer una relación de confianza con los pacientes y sus familias. Una de las principales quejas que refieren tanto los pacientes como los familiares de los Servicios de Urgencias, es la escasa y/o deficiente información recibida sobre el estado de salud del paciente. Autores con Schwarts y Overton ponen como prioridad para disminuir las quejas del enfermo y aumentar su satisfacción que “ el personal debe hacer todos los esfuerzos necesarios para proporcionar a los enfermos y a sus familiares toda la información posible”. Además, la información a los pacientes y familiares ayuda a disminuir la ansiedad inherente a la atención de situaciones urgentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar la información a pacientes y familiares que son atendidos en el Servicio de Urgencias del HSJ.
Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y familiares
Humanizar la asistencia a pacientes y familiares
Mejorar la satisfacción de los usuarios del Servicio de Urgencias, así como disminuir la tasa de reclamaciones asociada a la falta de información

MÉTODO
Establecer un protocolo de información y acogida a pacientes y familiares, en el que se describa la dinámica asistencial del Servicio de Urgencias, así como qué tipo de información se da, y quién es el responsable de facilitar dicha información.

INDICADORES
1) Información a los pacientes
Dimensión: Satisfacción
Fórmula: Nº pacientes informados/ Nº pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias x 100
Explicación de términos: Paciente informado: pacientes que responden sí a las preguntas de satisfacción referidas a la información
Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y dados de alta en el periodo revisado. Criterios de exclusión: pacientes ingresados o derivados a otros centros
Tipo resultados
Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias. Encuesta de satisfacción. Documentación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1292

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA (HSJ)

y registros de la Unidad de Atención al Paciente
Estándar: Superior al 90%

2) Existencia de protocolo de información a pacientes y familiares
Dimensión: Satisfacción. Seguridad
Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
Explicación de términos: El protocolo de información debe especificar el tipo de información que se facilita a pacientes y familiares en cada una de las fases del proceso asistencial en urgencias, así como el responsable de proporcionarla
Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
Tipo: Estructura
Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
Estándar: Si

3) Reclamaciones por desinformación
Dimensión: Satisfacción
Fórmula: Nº de reclamaciones por falta de información/ Nº de personas atendidas desde urgencias x 100
Explicación de términos: Reclamaciones : verbales o por escrito a la Unidad de Atención al paciente, referidas a la falta de cualquier tipo de información a pacientes y/o tutores de pacientes atendidos en urgencias, así como a sus familiares
Población: Pacientes que acuden a Urgencias y son dados de lata en el periodo revisado
Tipo: Resultado
Fuente de datos: Documentación y registros de SUH y registros de la Unidad de Atención al paciente
Estándar: 0,1/1000 urgencias

DURACIÓN
Realización del protocolo en el primer semestre de 2017, implantación durante el 2º semestre. Evaluación anual desde su implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0292

1. TÍTULO

JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LORETO MARIA GARCIA MOYANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA
LORES CASANOVA SOLEDAD
RODRIGUEZ MAÑAS JARA
FIGUEROLA NOVELL JANINA
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Jornada de Bioética para la ciudadanía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ENCUESTA A PARTICIPANTES
Nº Encuestados: 39
Sexo: Total contestados: 39. 16 hombres, 23 mujeres.
Edad: Total contestados: 36. De 30-50: 11, de 50 a 70: 20, más de 70: 5.
Media de edad: 57 años.
AMBITO PROFESIONAL. Total contestados: 37 Excelente: 3 Muy bueno: 9 Bueno: 25.
La organización ha sido. Total contestados: 39 Excelente: 14 Muy bueno: 15 Bueno: 10.
El nivel de los contenidos ha sido. Total contestados: 39 Excelente: 16 Muy bueno: 14 Bueno: 8 Indiferente: 1.
La utilidad de los contenidos aprendidos. Total contestados: 36 Excelente: 6 Muy bueno: 17 Bueno: 11 Indiferente: 2.
La utilización de medios audiovisuales. Total contestados: 39 Excelente: 6 Muy bueno: 7 Bueno: 17 Indiferente: 6 Malo: 3.
La comodidad de la sala. Total contestados: 38 Excelente: 21 Muy bueno: 12 Bueno: 4 Indiferente: 1.
La duración ha sido. Total contestados: 37 Excelente: 6 Muy bueno: 20 Bueno: 11.
En general, la Jornada te ha parecido. Total contestados: 38 Excelente: 13 Muy bueno: 14 Bueno: 11.
Mi motivación ha sido. Total contestados: 38 Excelente: 3 Muy bueno: 15 Bueno: 20.
La asimilación de contenidos. Total contestados: 36 Excelente: 2 Muy bueno: 15 Bueno: 19.
La aplicación práctica de la Jornada. Total contestados: 39 Excelente: 4 Muy bueno: 17 Bueno: 16 Indiferente: 2.
Contenido de la ponencia. Total contestados: 35 Excelente: 13 Muy bueno: 13 Bueno: 9.
Tienen buena capacitación técnica. Total contestados: 36 Excelente: 10 Muy bueno: 11 Bueno: 15.
Han propiciado buena comunicación. Total contestados: 37 Excelente: 10 Muy bueno: 13 Bueno: 14.
Han cumplido los objetivos propuestos. Total contestados: 38 Excelente: 8 Muy bueno: 18 Bueno: 11 Indiferente: 1.
Observaciones sobre ponente/s. Total contestados: 1. “Profesionales muy cualificados y muy bien preparado el tema”.
¿Recomendarías la Jornada? Total contestado: 38 Si: 38.
Valoración global de la Jornada (puntuación de 1 a 10). Total contestados: 26 Puntuación 5: 1. Puntuación 7: 3. Puntuación 8: 7. Puntuación 8.5: 1 Puntuación 9: 8. Puntuación 9.5: 1 Puntuación 10: 5.
Media de puntuación: 8.22
Sugerencias de temas para otra Jornada: Total contestados: 3. “Aplicación de tareas más especificas que se realizan en el comité, cuidados paliativos”, “Aportar documentación escrita”, “Encarnizamiento terapéutico, cuidados paliativos”.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos logrado difundir entre los ciudadanos aspectos básicos sobre la Bioética y dar a conocer la existencia de los Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación, funciones, forma de trabajar y posibilidad de incorporase a ellos.Valoraremos la posibilidad de repetir experiencia en otra ocasión dando más publicidad para aumentar la participación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/292 ========== ***

Nº de registro: 0292

Título
JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0292

1. TÍTULO

JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA

Autores:
GARCIA MOYANO LORETO MARIA, ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA, LORES CASANOVA SOLEDAD, RODRIGUEZ MAÑAS JARA, FIGUEROLA NOVELL JANINA, ALAYETO GASTON MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos y en poblacion sana
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Conciencia ética en profesionales y pacientes
---
Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los objetivos principales del Comité de ética Asistencial del sector Huesca es la formación y docencia en ética y a la difusión de las funciones del Comité tanto a ciudadanos como a profesionales.
Es por ello que se pretende llevar a cabo una Jornada de Bioética para toda la ciudadanía. Tratando los siguientes temas:
¿Qué son los Comités de Ética? ¿Qué tipos de comités hay en Aragón?
¿Qué es el Consentimiento informado? Conceptos de confidencialidad y intimidad.
¿Que son las voluntades anticipadas?
¿Por qué los ciudadanos deben participar en los Comités de Ética?
¿Cómo pueden participar los ciudadanos en el desarrollo de la Bioética?

RESULTADOS ESPERADOS
Difundir entre los ciudadanos aspectos básicos sobre la Bioética y dar a conocer la existencia de los Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación, funciones, forma de trabajar y posibilidad de incorporase a ellos.

MÉTODO
Jornada de Bioética para la ciudadanía

INDICADORES
? Cuestionario de opinión del participante para jornadas, congresos y seminarios
La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.
Cuestionario de satisfacción del docente participante en una actividad formativa
La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.

DURACIÓN
Abril 2018, se valorara repetir experiencia a final de año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAJA BUETAS ROSA
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
MARTIN FERRANDO FERNANDO
LOPEZ BRETOS ROSA
SERVETO GALINDO OLGA
PINIES LLORET LOURDES
OLIVAN ESCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez formado un equipo multiprofesional, se realizaron distintas reuniones tras las cuales se elaboró un proceso del cual se deriva un plan de actuación ante catástrofes y emergencias múltiples externas (Anexo I del proceso), y se ha organizado un almacén de catástrofes de fácil acceso que contiene el material imprescindible para llevar a cabo la identificación y clasificación de los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias procedentes de un catástrofe externa. Este proceso ha sido revisado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital San Jorge.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU), manteniendo la asistencia de otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados a cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir
Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado
Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura
Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
Definir el sistema de identificación y admisión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los hospitales que disponen de este tipo de planes de actuación cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.
Se han analizado los indicadores propuestos, existiendo el plan de actuación frente a catástrofes externas, y se realiza la revisión semestral del almacén de catástrofes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/509 ========== ***

Nº de registro: 0509

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Autores:
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA MARIA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, MARTIN FERRANDO FERNANDO, PINIES LLORET LOURDES, SERVET GALINDO OLGA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, LOPEZ BRETOS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La catástrofe se identifica como un hecho imprevisto y desafortunado que de manera brusca ocasiona un gran número de víctimas, existiendo, de manera puntual, una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles. Una catástrofe es por tanto, un hecho sorpresivo y que únicamente puede contrarrestarse con una formación y organización previas, para lo cual es necesario disponer de planes y procedimientos que permitan controlar la situación y minimizar las posibles consecuencias.
El establecimiento de medidas adecuadas de organización y de seguridad pueden paliar las consecuencias de una catástrofe, siendo la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas una prioridad por encima de cualquier otra consideración. El hospital es el destinatario de la mayor parte de las víctimas de una catástrofe, y el Servicio de Urgencias, la zona del hospital con mayor impacto en esta situación.
En el año 2000 la OMS establece la definición de “Hospitales Seguros” como indicador mundial en la reducción de los desastres, y define los planes ante catástrofes externas como aquellos que permiten desarrollar una actividad coordinada y eficiente ante situaciones que pueden comprometer la organización y la capacidad de respuesta hospitalaria.
Los hospitales que disponen de este tipo de planes cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU) manteniendo la asistencia a otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
2.- Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados ante cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir (horario laboral, de guardia, festivo).
3.- Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado.
4.- Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura.
5.- Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
6.- Definir el sistema de identificación y admisión

MÉTODO
Elaborar un plan de actuación del SU, frente a catástrofes y emergencias múltiples externas, en el que se determine la organización del SU en cuanto a recursos humanos y materiales, niveles de alerta, cuándo activar dichos niveles, secuencias de actuación según niveles de alerta, todo ello dirigido a optimizar la atención a las víctimas.

INDICADORES
1) Existencia de un plan de actuación frente a catástrofes externas
• Area del indicador: Servicio de Urgencias
• Criterio de calidad: Seguridad
• Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
• Explicación de términos: El plan de actuación frente a catástrofes externas debe especificar la organización humana y material del SU frente a una catástrofe externa
• Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
• Tipo: Estructura
• Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
• Estándar: Si

2) Revisión semestral del almacén de catástrofes
• Área del indicador: Servicio de Urgencias
• Criterio de calidad: Seguridad
• Fórmula: Número de revisiones realizadas x100/ Número de revisiones previstas
• Explicación de términos: Revisión realizada: El contenido del almacén de catástrofes debe permanecer siempre en correcto estado y funcionamiento. Debe constar la persona y fecha que realiza la revisión. Revisión prevista: Se establece como adecuada una periodicidad semestral
• Población: Número total de revisiones realizadas en el periodo previsto
• Tipo: Proceso
• Fuente de datos: Documentación y registros del SUH
• Estándar: > 95%

DURACIÓN
Elaboración del plan en los 3 primeros trimestres del año 2018, darlo a conocer al SU en el ultimo trimestre del año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAJA BUETAS ROSA
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
MARTIN FERRANDO FERNANDO
LOPEZ BRETOS ROSA
SERVETO GALINDO OLGA
PINIES LLORET LOURDES
OLIVAN ESCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez formado un equipo multiprofesional, se realizaron distintas reuniones, tras las cuales se elaboró un proceso, del cual se deriva un plan de actuación ante catástrofes y emergencias múltiples externas (Anexo 1 del proceso), y se ja organizado un almacén de catástrofes de fácil acceso que contiene el material imprescindible para llevar a cabo la identificación y clasificación de los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias procedentes de una catástrofe externa. Este proceso ha sido revisado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital San Jorge

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU), manteniendo la asistencia de otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados a cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir.
Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado
Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura
Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
Definir el sistema de identificación y admisión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los hospitales que disponen de este tipo de planes de actuación cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.
Se han analizado los indicadores propuestos, existiendo el plan de actuación frente a catástrofes externas, y se realiza la revisión semestral del almacén de catástrofes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/509 ========== ***

Nº de registro: 0509

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Autores:
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA MARIA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, MARTIN FERRANDO FERNANDO, PINIES LLORET LOURDES, SERVET GALINDO OLGA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, LOPEZ BRETOS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La catástrofe se identifica como un hecho imprevisto y desafortunado que de manera brusca ocasiona un gran número de víctimas, existiendo, de manera puntual, una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles. Una catástrofe es por tanto, un hecho sorpresivo y que únicamente puede contrarrestarse con una formación y organización previas, para lo cual es necesario disponer de planes y procedimientos que permitan controlar la situación y minimizar las posibles consecuencias.
El establecimiento de medidas adecuadas de organización y de seguridad pueden paliar las consecuencias de una catástrofe, siendo la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas una prioridad por encima de cualquier otra consideración. El hospital es el destinatario de la mayor parte de las víctimas de una catástrofe, y el Servicio de Urgencias, la zona del hospital con mayor impacto en esta situación.
En el año 2000 la OMS establece la definición de “Hospitales Seguros” como indicador mundial en la reducción de los desastres, y define los planes ante catástrofes externas como aquellos que permiten desarrollar una actividad coordinada y eficiente ante situaciones que pueden comprometer la organización y la capacidad de respuesta hospitalaria.
Los hospitales que disponen de este tipo de planes cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU) manteniendo la asistencia a otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
2.- Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados ante cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir (horario laboral, de guardia, festivo).
3.- Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado.
4.- Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura.
5.- Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
6.- Definir el sistema de identificación y admisión

MÉTODO
Elaborar un plan de actuación del SU, frente a catástrofes y emergencias múltiples externas, en el que se determine la organización del SU en cuanto a recursos humanos y materiales, niveles de alerta, cuándo activar dichos niveles, secuencias de actuación según niveles de alerta, todo ello dirigido a optimizar la atención a las víctimas.

INDICADORES
1) Existencia de un plan de actuación frente a catástrofes externas
• Area del indicador: Servicio de Urgencias
• Criterio de calidad: Seguridad
• Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
• Explicación de términos: El plan de actuación frente a catástrofes externas debe especificar la organización humana y material del SU frente a una catástrofe externa
• Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
• Tipo: Estructura
• Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
• Estándar: Si

2) Revisión semestral del almacén de catástrofes
• Área del indicador: Servicio de Urgencias
• Criterio de calidad: Seguridad
• Fórmula: Número de revisiones realizadas x100/ Número de revisiones previstas
• Explicación de términos: Revisión realizada: El contenido del almacén de catástrofes debe permanecer siempre en correcto estado y funcionamiento. Debe constar la persona y fecha que realiza la revisión. Revisión prevista: Se establece como adecuada una periodicidad semestral
• Población: Número total de revisiones realizadas en el periodo previsto
• Tipo: Proceso
• Fuente de datos: Documentación y registros del SUH
• Estándar: > 95%

DURACIÓN
Elaboración del plan en los 3 primeros trimestres del año 2018, darlo a conocer al SU en el ultimo trimestre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

del año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0694

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA BLESA CLAVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELBAILE SARASA ROSARIO
CUARTERO CASIN CRISTINA
MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA
BAGE GIL AMAYA
MOYANO LEDESMA AMPARO
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado varias reuniones para la elaboración del protocolo, y para definir las actividades que debe realizar cada estamento, a lo largo de este año. Y se ha elaborado una guía que define las medidas para la revisión de la medicación de los pacientes del servicio de urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En proceso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En proceso

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/694 ========== ***

Nº de registro: 0694

Título
IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
BLESA CLAVERO ELENA, ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CUARTERO CASIN CRISTINA, MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, BAGE GIL AMAIA, MOYANO LEDESMA AMPARO, ESCOLANO PUEYO ANGEL, SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad del paciente se ha convertido en los últimos tiempos en un elemento clave de la calidad asistencial, tanto para pacientes y familiares como para gestores y profesionales sanitarios, todos ellos desean una asistencia sanitaria segura, eficiente y efectiva. Sin embargo, la atención sanitaria es una actividad compleja, que acarrea riesgos para la salud de los pacientes, que pueden llevar a la aparición de eventos adversos.
Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en el ámbito hospitalario, produciéndose la mitad de estos errores en procesos relacionados con la transición asistencial. La posibilidad de cometer estos errores se ve aumentada en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), ya que en el área del hospital donde se detectan un mayor número de errores de medicación prevenibles por paciente ingresado.
La Conciliación de la medicación consiste en obtener una lista completa de la medicación previa del paciente, y compararla con la prescripción médica después de la transición asistencial. En este proceso es clave la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0694

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

participación activa del paciente y sus familiares. El objetivo es garantizar que a lo largo de todo el proceso asistencial el paciente recibe toda la medicación necesaria que estaba tomando previamente, con dosis, vía de administración y frecuencia correctas, adecuada a su situación actual.
La conciliación debe ser un objetivo y una responsabilidad compartidos por todos los profesionales sanitarios, siendo la solución a los problemas derivados de los errores de mediación existentes en la práctica clínica diaria.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Revisar y actualizar toda la medicación de todos los pacientes que son atendidos en el SUH, para proporcionar una atención segura, y minimizar los errores de medicación y aparición de eventos adversos.
2. Conciliar la medicación de todos los pacientes que permanecen más de 24 horas en el SUH, y si permanecen menos de 24 horas priorizar aquellos fármacos cuyo tiempo de conciliación recomendado es menor de 4 horas.
3. Conciliar toda la medicación en las 6 primeras horas transcurridas desde la admisión en el SUH.

MÉTODO
Realizar una guía que defina las medidas generales para la revisión y conciliación de la medicación de los pacientes que acuden al SUH.
Establecer las estrategias a seguir para conseguir la conciliación terapéutica en aquellas situaciones de alto riesgo de producir un evento adverso.

INDICADORES
1) Pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias con el tratamiento domiciliario revisado y actualizado
• Dimensión: Seguridad
• Fórmula: Nº pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias con el tratamiento domiciliario revisado y actualizado/ Nº pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias x 100
• Explicación de términos: Se debe revisar y actualizar todo el tratamiento domiciliario del paciente, con el objeto de evitar errores de medicación, interacciones medicamentosas
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y dados de alta en el periodo revisado.
• Tipo: resultado
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
• Estándar: Superior al 80%
2) Pacientes que permanecen más de 24 horas en el Servicio de Urgencias con el tratamiento conciliado
• Dimensión: Seguridad
• Fórmula: Nº de pacientes que permanecen más de 24 horas en el SU con el tratamiento conciliado/ Nº total de pacientes que permanecen más de 24 horas en el SU x 100
• Explicación de términos: El paciente diana de la conciliación de la medicación en el SU, es el que permanece más de 24 horas en el SU, ya que es en el que la falta de conciliación puede acarrear la aparición de eventos adversos con mayor frecuencia
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias que han permanecido más de 24 h en dicho servicio
• Tipo: Resultado
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias
• Estándar: >90%
3) Pacientes a los que se concilia la medicación en las 6 primeras horas desde su ingreso en Urgencias
• Dimensión: Seguridad
• Fórmula: Nº de pacientes a los que se concilia la medicación en las 6 primeras horas desde su ingreso en Urgencias/ Nº total de pacientes que permanecen más de 6 horas en el SU x 100
• Población: Pacientes que acuden a Urgencias y son dados de alta en el periodo revisado
• Tipo: Resultado
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias
• Estándar: 50%

DURACIÓN
Realización de la guía en el tercer trimestre de 2018, implantándola en el último trimestre de 2018 para su inmediata aplicación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0972

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ROSA MILLAN ACERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL
CUARTERO CUENCA BERTA
PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS
ALONSO MORTE JONATAN
BUISAN CASBAS GEMMA
SANCHEZ LALANA EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de un Protocolo para el manejo del paciente que ha sufrido un TCE y que acude al SUH, indicaciones de pruebas complementarias pertinentes y los criterios del destino del paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El protocolo se implanta en el primer trimestre de 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos creído conveniente la elaboración de esta guía que recoge las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y así poder realizar las actuaciones y pruebas complementarias necesarias para optimizar la atención al paciente afecto de un TCE

7. OBSERVACIONES.
Los indicadores quedan pendientes de evaluar una vez se implante el protocolo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/972 ========== ***

Nº de registro: 0972

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
MILLAN ACERO ANA ROSA, SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN, PEREZ CLAVIJO GRETEHEL, CUARTERO CUENCA BERTA, BUISAN CASBAS GEMA, PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS, ALONSO MORTE JONATAN, SANCHEZ LALANA EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) es definido como un intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico o funcional del contenido craneal, lo cual condiciona alguna de las manifestaciones clínicas siguientes: la confusión o desorientación, la pérdida de conciencia, la amnesia postraumática, otras anomalías neurológicas como los signos neurológicos focales, la convulsión y/o lesión intracraneal.
Los TCE son una de las causas más importante de asistencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), aunque la mayoría de ellos (más del 90%) sólo precisaran observación cuidadosa durante 24-48 horas. Conllevan una morbilidad importante y constituyen la principal causa de muerte por traumatismo en cualquier grupo de edad, siendo en menores de 45 años la primera causa de muerte e incapacidad. En pacientes con edad avanzada las consultas en urgencias por caídas son comunes y los TCE son relativamente frecuentes. Esta patología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0972

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

implica importantes costes para el sistema sanitario y para la sociedad en general, al ser responsable de un gran número de años potenciales de vida perdidos.
Todo paciente que ha sufrido un TCE producto de un accidente de cualquier tipo debe ser considerado un politraumatizado y, por ende, esto implica la necesidad de un minucioso examen físico general y valorar la realización de determinadas pruebas diagnósticas.
Por todo ello, creemos conveniente la elaboración de esta guía, que recogerá las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, y así poder realizar las actuaciones y pruebas complementarias necesarias para optimizar la atención al paciente afecto de un TCE.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar un protocolo de actuación del TCE que sirva de instrumento para una correcta evaluación y clasificación inicial, junto con unos cuidados precoces del paciente para identificar posibles signos de alarma.
- Definir los criterios para realización de estudios radiográficos (Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal y Radiografía de columna cervical).
- Definir los criterios de observación en el SUH, así como los criterios de ingreso hospitalario y/o traslado al servicio de referencia para atención especializada por neurocirugía.

MÉTODO
Elaborar un protocolo que incluya el manejo del paciente que ha sufrido un TCE y que acude al SUH, las indicaciones para la solicitud de las pruebas complementarias pertinentes, así como los criterios que definan el destino del paciente.

INDICADORES
- Registro de la escala coma Glasgow (GCS) desglosada al ingreso y al alta del paciente del SUH.
o Dimensión: Efectividad. Riesgo
o Justificación: La GCS es un factor pronóstico del TCE con buena relación con la existencia de lesión intracraneal.
o Fórmula: Nº de pacientes con registro de GCS desglosada al ingreso y al alta del SUH / Nº de pacientes atendidos por TCE x 100.
o Población: Pacientes con TCE atendidos en el SUH.
o Explicación de términos: Registro de la GCS en el informe de alta del SUH desglosando los 3 ítems (A+B+C).
o Tipo: Proceso.
o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
o Estándar: 100%.
- Constancia en el informe del SUH de exploración neurológica y examen pupilar.
o Dimensión: Efectividad. Seguridad.
o Fórmula: Nº de pacientes atendidos por TCE en los que se realiza exploración neurológica y examen pupilar / Nº de pacientes atendidos por TCE x 100.
o Población: Pacientes con TCE atendidos en el SUH.
o Tipo: Proceso.
o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
o Estándar: > 95%.

- Entrega de recomendaciones al alta domiciliaria.
o Dimensión: Seguridad. Continuidad.
o Justificación: La entrega de recomendaciones al alta domiciliaria al paciente atendido por TCE y/o a sus familiares evitará la demora para volver a consultar en caso de agravamiento del estado del paciente.
o Fórmula: Nº de pacientes en los que consta la entrega de la hoja de recomendaciones al alta domiciliaria / Nº de pacientes atendidos por TCE y dados de alta a domicilio del SUH x 100.
o Población: Pacientes atendidos por TCE en el SUH y dados de alta a domicilio.
o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
o Estándar: 90 %.

DURACIÓN
Realización del protocolo en el tercer trimestre de 2018, implantándolo en el primer trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036

1. TÍTULO

PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA MONTOLIO RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUARTERO CASIN CRISTINA
BLESA CLAVERO ELENA
OLIVAN ESCO MARIA PILAR
SANCHO RODRIGO MARTA
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
SANCHO GRACIA ELENA
MEJIA ESCOLANO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones del grupo de mejora.
- Protocolo de sedoanalgesia.
- Consentimiento informado del proceso.
- Encuesta de satisfacción del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado un protocolo de analgesia y sedación y todavía no se ha podido evaluar el impacto del proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La importancia de la estandarización de la práctica clínica para disminuir la variabilidad de la misma disminuyendo la posibilidad de eventos adversos.
- El trabajo en equipo con la interacción de distintas especialidades que aportan diferentes puntos de vista sobre el mismo proceso, enriqueciendo el mismo.
- La importancia de aplicar técnicas de sedoanalgesia a aquellos pacientes que precisen procesos diagnósticos y terapéuticos que les generen estrés o dolor, mejorando la calidad asistencial haciendo más confortable la estancia del enfermo en el servicio de Urgencias.
- Ser conocedor de los fármacos que se utilizan, así como sus dosis y posibles fármacos antagonistas si se precisan.

7. OBSERVACIONES.
Recomendamos la realización de protocolos que consensuen la actuación de distintos servicios favoreciendo la interacción entre los mismos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1036 ========== ***

Nº de registro: 1036

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS

Autores:
MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, CUARTERO CASIN CRISTINA, BLESA CLAVERO ELENA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, SANCHO RODRIGO MARTA, VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL, SANCHO GRACIA ELENA, MEJIA ESCOLANO DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036

1. TÍTULO

PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

a. En el SU se realizan procedimientos diagnósticos y ciertas técnicas que producen dolor y ansiedad en los pacientes. Se crea la necesidad de establecer unos protocolos de analgesia y sedación que puedan ser implementados por médicos de urgencias no especialistas en anestesiología, y así conseguir un control seguro del dolor y la ansiedad, proporcionar cierto grado de amnesia, evitar los movimientos del paciente durante la realización de distintas pruebas y minimizar la respuesta al estrés del paciente.
b. Dicho protocolo mejorará la calidad asistencial, aportando a los pacientes los beneficios de la sedación minimizando los riesgos asociados.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar un protocolo de sedoanalgesia para aquellos procedimientos que generen un estrés en el paciente.
- Que todo paciente que se aplique el protocolo tenga firmado el consentimiento informado.

MÉTODO
- Realización de protocolo de sedoanalgesia en el servicio de urgencias adecuado a varios grupos de pacientes distribuidos según edad y patología asociada, que puedan ser aplicados en la actuación diaria de los médicos de urgencias y pediatría del HSJ consensuado con los diferentes servicios del hospital San Jorge.
- Realización de un consentimiento informado adaptado para sedoanalgesia
- Realizar una valoración de la satisfacción del profesional y del paciente tras realizar el procedimiento.

INDICADORES
a. Existencia de protocolo de sedoanalgesia
- Dimensión: Satisfacción. Seguridad.
- Formula: Existencia de protocolo SI/NO.
- Población: Pacientes que acuden al servicio de urgencias con un proceso que precise de un procedimiento con sedoanalgesia.
- Tipo: Estructura.
- Fuente de datos: Censo de protocolos del Servicio de Urgencias.
- Estándar: SI.

b. Aplicación de protocolo de sedoanalgesia a mayores 14 años.
- Dimensión: Satisfacción y seguridad
- Formula: Nº de pacientes mayores 14 años a los que se les realiza procedimiento diagnostico-terapéutico con cierto grado de estrés atendido en urgencias del HSJ y se aplica el protocolo/ Total de pacientes > 14 años sometidos a dichos procedimientos x 100.
- Población: Pacientes mayores 14 años atendidos en urgencias
- Tipo: proceso
- Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
- Estándar: Superior al 90%

c. Aplicación de protocolo de sedoanalgesia a menores 14 años.
- Dimensión: Satisfacción y seguridad
- Formula: Nº de pacientes menores 14 años a los que se les realiza procedimiento diagnostico-terapéutico con cierto grado de estrés atendido en urgencias del HSJ y se aplica el protocolo / Total de pacientes < 14 años sometidos a dichos procedimientos x 100.
- Población: Pacientes menores 14 años atendidos en urgencias
- Tipo: proceso
- Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
- Estándar: Superior al 90%

d. Consentimiento de sedoanalgesia firmado
- Dimensión: Seguridad
- Formula: Nº de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia y firman el consentimiento informado/ Nº total de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia x 100.
- Población: Pacientes atendidos en urgencias
- Tipo: estructura
- Fuente de datos:
- Estándar: 100 %

e. Complicaciones al aplicar el protocolo de sedoanalgesia
- Dimensión: Seguridad y efectividad.
- Formula: Nº de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia y presentan alguna complicación con el mismo/Nº de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia x 100.
- Población: pacientes a los que se aplica el protocolo de sedoanalgesia
- Tipo: resultado
- Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
- Estándar: menor al 10%

DURACIÓN
- Realización del proceso y protocolo.
- Dar a conocer el proceso y protocolo a los servicios implicados.
- Recoger los datos tras implantación del proceso en el primer trimestre de 2019.
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036

1. TÍTULO

PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1259

1. TÍTULO

PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE ..... INGRID GUIOTE PARTIDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONO ARIÑO ARACELI
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
FONT CELAYA JAVIER
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA ALARCON JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Elaboración del proceso durante abril y mayo de 2017.
• Ajuste nuevo protocolo hasta julio de 2017.
• Monitorización del proceso, detección de fallos y dificultades, con propuestas de mejora hasta septiembre de 2017.
• Implantación definitiva a partir de octubre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Tiempo entre la inclusión en LEQ y la realización de la biopsia de 11,77 días (criterio establecido en 1 mes).
- Tiempo entre la realización de la biopsia y visita del paciente en la consulta 20,48 días (criterio establecido en 6 semanas).
- Porcentaje de casos positivos comentados en sesión conjunta: 80% (criterio establecido en 85%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Del 1 de junio al 30 de octubre de 2017 se han realizado en el Servicio de Urología 45 biopsias de próstata, con una incidencia de cáncer detectado del 44,4% (20 casos). La asignación rutinaria de fecha de quirófano y la solicitud de cita de control ha sido correctamente implantada.
Durante el período vacacional no se han podido comentar 4 casos de biopsia positiva por diferentes motivos, pero el cumplimiento de las sesiones en el período ordinario ha sido correcto.
La extracción de datos es un proceso laborioso con riesgo de inducir a errores, ya que hay que realizarlo de manera “artesanal”, entrando en varias páginas de la historia y creando registros manuales.
RECOMENDACIONES:
Solicitar apoyo informático para el acceso a los datos básicos necesarios para el control del proceso.
Establecer alternativas y opciones al registro de casos y realización de sesiones en los períodos de menor personal/ mayor carga asistencial.

7. OBSERVACIONES.
La disminución de disponibilidad de quirófano durante el mes de agosto, aumentan ligeramente el tiempo entre la inclusión en lista de espera y la realización de la biopsia, que sólo en 1 caso sobrepasó el mes que establecimos como criterio de calidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1259 ========== ***

Nº de registro: 1259

Título
PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

Autores:
GUIOTE PARTIDO INGRID, BONO ARIÑO ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, FONT CELAYA JAVIER, DOLEZAL PETR, APARICIO JUEZ LARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: cáncer de próstata
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1259

1. TÍTULO

PROCESO DIAGNOSTICO DEL CANCER DE PROSTATA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El cáncer de próstata es una patología prevalente en nuestro medio. El diagnóstico precoz y su tratamiento son fundamentales para aumentar la supervivencia en esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es la mejora en eficiencia del proceso de diagnóstico (biopsia de próstata y estudio de extensión) de cáncer de próstata, así como de la indicación de tratamiento del mismo.

MÉTODO
- Optimización de los intervalos de diagnóstico y realización de pruebas complementarias durante el proceso.
- Establecimiento de criterios consensuados y basados en la evidencia para la indicación de solicitud de pruebas y posterior tratamiento.

INDICADORES
- Tiempo desde la indicación de biopsia de próstata hasta realización de la misma. (3 semanas-1mes).
- Tiempo desde la realización de la biopsia hasta indicación terapéutica (4 semanas-6 semanas)
- Porcentaje de casos de cáncer detectado comentados en sesión con establecimiento de consenso de decisión terapéutica (75-85%)

DURACIÓN
- Elaboración del proceso durante los meses de abril y mayo de 2017.
- Ajuste de las actividades actuales al nuevo protocolo hasta julio de 2017.
- Monitorización del proceso, detección de fallos y dificultades, con propuestas de mejora hasta septiembre de 2017.
- Implantación definitiva a partir de octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1286

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUIZ RAMIRO
BONO ARIÑO ARACELI
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
ABAD ROGER JORGE
SUBIAS BARDAJI PILAR
NAVAS PIEDRAFITA DANIELA
MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el inicio de este Proyecto en el primer semestre del 2017 se ha creado la consulta especializada en Tumor Vesical. Se designaron 2 Facultativos responsables de dicha consulta, que se lleva a cabo los lunes y martes en la consulta número 19 del hospital San Jorge de Huesca. Para ello se ha creado, desde el Servicio de Citaciones, la prestación "tumor vesical" y el código 2.69 para identificar y remitir a los pacientes con esa patología a las consultas designadas a tal efecto.
Se ha cumplido con el calendario marcado al inicio del proyecto. Así, en mayo-junio de 2017 se designaron los 2 Facultativos especialistas adscritos al Servicio de Urología responsables, así como las consultas físicas a utilizar (consulta número 19, los lunes y martes).
Desde julio de 2017, todos los pacientes con tumor vesical visitados en las consultas de Urología, se remiten para las siguientes revisiones rutinarias a las consultas asignadas.
En diciembre 2017 - enero 2018 identificamos problemas como la no utilización de códigos o prestaciones que identificaran a los pacientes que presentan esta patología; por lo que en varias ocasiones se citaron en otras consultas urológicas (no lunes o martes en la C.19). A raíz de ésto, y en colaboración con el Servicio de Citaciones, se fijaron la prestación "tumor vesical" y el código 2.69
Para el desarrollo de este proyecto se han utilizado tanto la Actualización de los protocolos de seguimiento de Tumor vesical de bajo, intermedio y alto grado; como la actualización de las pautas de instilación endovesical del quimioterápico Mitomicina C y la inmunoterapia BCG. Dichas actualizaciones, basadas en las Guías Clínicas Europeas de Urología, se han elaborado como Proyecto de Acuerdo de Gestión Clínica 2016 por parte del Servicio de Urología, adaptándolas a nuestro medio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como objetivo inicial del Proyecto nos marcamos la creación de una Consulta especializada en Tumor Vesical. Dicha consulta está en marcha desde el segundo semestre de 2017.
Los pacientes que presentan esta patología son revisados habitualmente cada 6 meses con pruebas complementarias como ecografía, citologías urinarias, cistoscopias... Así, los pacientes remitidos a la Consulta Especializada de Tumor vesical en el segundo semestre de 2017 se están visitando en la actualidad. Sobre ellos se están aplicando los Protocolos actualizados de seguimiento e instilaciones endovesicales.
El control de pacientes fuera de seguimiento óptimo (en cuanto a tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento per sé), según Guías Clínicas y los protocolos actuales del Servicio son < 10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creación de una Consulta especializada en Tumor Vesical mejora el rendimiento en la visita de pacientes con esta patología. Reciben un seguimiento estrecho, preciso y acorde a los Protocolos y Guías Clínicas según grupos de riesgo; evitando variabilidad interprofesional.
Los pacientes atendidos agradecen tener un Facultativo (o dos) de referencia, aunque la satisfacción de los mismos según encuesta (tipo ISO) no se ha realizado debido al escaso tiempo de seguimiento en la actualidad. Sería una oportunidad como Proyecto de Acuerdo de Gestión futura.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1286 ========== ***

Nº de registro: 1286

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA RUIZ RAMIRO, BONO ARIÑO ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, NAVAS PIEDRAFITA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1286

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

DANIELA, SUBIAS BARDAJI PILAR, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE, ABAD ROGER JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tumor vesical es la más común de las patologías malignas del tracto urinario. Su evolución es impredecible y con el tiempo el 50-88% presentan recidivas. La probabilidad de progresión (invasión muscular) de un tumor no músculo-invasivo es de unos 12% a los 5 años. Los tumores vesicales no músculo-invasivos pueden presentan un amplio abanico de comportamientos en cuanto a recidiva y progresión se refiere, dividiéndose en 3 grupos; desde un grupo de bajo riesgo, hasta el grupo que consiste en pacientes que cursan con tumores que presentan una relativa agresividad ya desde el inicio, y que aproximadamente un 45% de los pacientes progresarán a tumores músculo-invasivos. Esta heterogeneidad complica la elección del tratamiento y seguimiento correcto para cada paciente; es por eso por lo que se intenta estratificar a los pacientes según grupos de riesgo de recidiva y progresión.
Actualmente, los facultativos del Servicio de Urología del hospital San Jorge de Huesca atienden en las Consultas Externas toda clase de patología urológica, sin diferenciación por grupos de patología. Los pacientes con tumores vesicales corresponden a un alto porcentaje de las consultas programadas cada día; además de la Consulta de Enfermería para instilaciones de quimioterápicos endovesicales que se realiza una vez por semana, para tratamiento adyuvante del tumor vesical no músculo-invasivo. En el año 2015 (pendientes aún de la estadística de 2016) diagnosticamos en nuestro Servicio 45 nuevos casos, realizamos 126 cirugías endoscópicas (resección transuretral de tumor vesical, biopsias vesicales, etc.), 150 cistoscopias en la Consulta y 424 instilaciones endovesicales con quimio o inmunoterápicos. La elevada incidencia y prevalencia de esta patología uro-oncológica y su complicada heterogeneidad precisa, por parte de los Especialistas en Urología, un gran conocimiento de esta enfermedad, así como la implicación explícita por parte de los Facultativos de actualización permanente en este ámbito urológico.
La implementación de esta Consulta mejorará el rendimiento de la consulta, ya que los pacientes recibirán un seguimiento estrecho, preciso y evitando estudios innecesarios, ajustando tiempos y pruebas complementarias acordes a su riesgos de recidiva y/o progresión de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de una Consulta especializada de Urología en pacientes con Tumor vesical, llevada a cabo por 2 Facultativos Especialistas del Servicio de Urología.
Se pretende fijar objetivos y analizarlos, detectando debilidades y proponiendo líneas de mejora; analizar las necesidades y el uso-consumo adecuado de medios en esta Unidad; potenciar y motivar el trabajo conjunto; fomentar la responsabilidad individual de los Facultativos; profundizar en el estudio y desarrollo del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer vesical no músculo invasivo e invasivo, que redundará en la satisfacción del paciente y en una mayor producción científica-investigadora.

MÉTODO
Dos consultas semanales especializadas en pacientes con tumor vesical, además de la consulta semanal de enfermería para instilaciones endovesicales de quimioterápicos.
Dos Facultativos Especialistas de la plantilla estructural del Servicio de Urología del hospital San Jorge, que serán los encargados de atender esta Consulta especializada.
Una consulta coincidirá con el mismo día de la consulta de Enfermería e instilaciones endovesicales para agilizar dudas, complicaciones y seguimiento posterior a los tratamientos endovesicales. La otra consulta será otro día de la semana diferente, ya que se precisará la sala utilizada para instilaciones para la realización de ecografías o cistoscopias propias del diagnóstico y/o seguimiento del paciente con Tumor vesical.

INDICADORES
Control óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio < 10%
Satisfacción pacientes atendidos mediante Consulta especializada en Tumor vesical; según encuesta de satisfacción (ISO) 100%

DURACIÓN
Duración: Permanente e indefinida.
Calendario:
•Mayo-Junio 2017: Organización del Servicio de Urología para adecuar las Consultas ya establecidas a la implantación de 2 Consultas especializadas en Tumor vesical.
•Junio-Julio 2017: Se comenzará la derivación de los pacientes en seguimiento por tumor vesical a estas consultas especializadas y se seguirá su proceso evolutivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1286

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN TUMOR VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

•Noviembre-Diciembre 2017: Identificación y subsanación de problemáticas posibles acaecidas hasta el momento.
•Marzo-Abril 2018: Valoración de la situación tras un año de consultas especializadas en tumor vesical.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1291

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARCELLER TEJEDOR ELENA
GUIOTE PARTIDO INGRID
DOLEZAL PETR
SUBIAS BARDAJI PILAR
NAVAS PIEDRAFITA DANIELA
MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Mayo Junio 2017: Revisión de la última evidencia científica basada en guías de práctica clínica a nivel nacional e internacional (europeas y americanas) y adecuación de la misma a nuestro entorno y recursos.
- Mayo-Junio 2017: Colaboración con otros servicios de Urología de la comunidad.
- Mayo-Junio 2017: Elaboración de documentos para cada uno de los grupos de riesgo con el fin de alcanzar la máxima agilidad en consulta.
- Junio-Julio 2017: Inicio de consulta especializada con apoyo en dichos documentos.
- Julio 2017 - Marzo 2018: Detección de problemas, corrección de los mismos, ajuste de protocolos a dichos problemas, propuestas o solicitud de medios al resto de servicio.
- Marzo - Abril 2018: Valoración de resultados, de cumplimiento de objetivos, de percepción y satisfacción de pacientes y profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A Febrero de 2018 y tras la correspondiente revisión de la literatura se han identificado 3 grupos de riesgo de recidiva y progresión en base a características del tumor vesical (alto riesgo, riesgo intermedio y bajo riesgo). De acuerdo a estos grupos, se han realizado 3 propuestas de seguimiento y de tratamiento adyuvante según lo encontrado en la bibliografía y tras colaboración con otros servicios de Urología de Aragón, dichas propuestas han sido consensuadas y refrendadas por el resto del servicio de acuerdo a la larga trayectoria del mismo en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento en nuestro entorno y con los medios de que se dispone.
Se han elaborado documentos de lectura fácil para el manejo de cada paciente que serán incluidos en la historia clínica de modo que en el caso de que los responsables de la consulta se encuentren fuera del Hospital (Vacaciones, días libres etc.), dicha consulta pueda seguir su funcionamiento normal con cualquiera de los otros facultativos.
Actualmente nos encontramos reclutando todos los pacientes subsidiarios de beneficiarse de este seguimiento, bien los que ya están siendo controlados en consulta por antecedente de tumor vesical, bien los que están siendo sometidos a tratamiento adyuvante endovesical o bien aquellos diagnosticados "de novo" y dados de alta en planta (de tal forma que acuden a la consulta habilitada para tal fin).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un protocolo que estandarice el seguimiento de los pacientes afectos por carcinoma vesical no musculoinvasivo resulta fundamental para ajustar los recursos a los requerimientos de cada paciente. La aplicación del mismo ha sido bien aceptada tanto por los profesionales implicados como por los pacientes. El momento de mayor dificultad en la implantación del mismo ha sido al inicio, pues en la mayoría de ocasiones es necesario adaptar el seguimiento que se venía haciendo al nuevo protocolo (en plazos y en pruebas diagnósticas). Sería muy interesante realizar un trabajo de valoración de satisfacción percibida por los pacientes así como de comparación en tasa de detección de recidivas y de progresión del nuevo seguimiento vs el antiguo, si bien en el momento actual no es posible por el escaso seguimiento de acuerdo a nuevo protocolo. Se encuentra pendiente cuantificar qué pacientes se encuentran fuera de protocolo y las razones del incumplimiento, aunque nuestra impresión es que este grupo resulta anecdótico y no relacionado con problemas ocasionados por el mismo sino que se trate de pacientes que aun no han acudido a la consulta de control. Este proyecto nos anima a continuar elaborando otros como, por ejemplo, el seguimiento en los pacientes con tumor vesical musculoinvasivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1291 ========== ***

Nº de registro: 1291

Título
ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1291

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, GUIOTE PARTIDO INGRID, DOLEZAL PETR, APARICIO JUEZ LARA, SUBIAS BARDAJI PILAR, NAVAS PIEDRAFITA DANIELA, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El carcinoma urotelial vesical es la patología maligna más común del tracto urinario siendo el cáncer 11º en cuanto a frecuencia en todo el mundo, éste es más frecuente en varones que en mueres (8,9 casos por 100000 personas-año frente a 2,2) pero debemos tener en cuenta que España es el país con una tasa de incidencia ajustada por edad más alta de la unión europea, además dentro de España, Aragón es una de las comunidades con una tasa de cáncer de vejiga más elevada.
Además de una gran heterogeneidad pronostica propia de los diferentes grados tumorales, existen factores asociados con una mayor probabilidad de recidiva, otros de progresión y no disponemos de marcadores rutinarios con alta rentabilidad diagnóstica más allá de las citologías urinarias (con una sensibilidad superior al 70 % en tumores de alto grado y del 35-48% en los de bajo grado, y una especificidad del 95%), por lo que el resultado final es que nos encontramos con un grupo de pacientes muy heterogéneo que se beneficiarían de un seguimiento individualizado.
Dadas la frecuencia y la heterogeneidad de la patología tumoral vesical, los pacientes afectados por la misma podrían beneficiarse de un seguimiento individualizado, exhaustivo y óptimo en base a las últimas guías de evidencia clínica sin necesidad de desembolso económico alguno ya que la infraestructura y el personal necesarios ya forman parte del Servicio de Urología si bien creemos que una reorganización y mejor gestión de dichos recursos podría repercutir en un diagnóstico precoz de las recidivas o de la progresión así como reducir el número de pruebas, de consultas o dar de alta a pacientes con períodos libres de enfermedad prolongados.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración e implementación de cronogramas de pruebas diagnósticas y de consultas así como de terapia endovesical óptimos de acuerdo a las evidencias recogidas en las guías de práctica clínica de referencia en base al grupo de riesgo de cada paciente.

MÉTODO
Búsqueda, revisión y evaluación de guías de práctica clínica relacionadas y elaboración e implementación de cronogramas de pruebas diagnósticas y de consultas así como de terapia endovesical óptimos en base al grupo de riesgo de cada paciente. Seguimiento homogéneo de estos pacientes por 2 urólogos dedicados a ello en 2 consultas monográficas semanales.
Se agruparán los pacientes por grupo de riesgo y dentro de cada grupo se realizarán los procedimientos necesarios en tiempo y forma (ECO, Citologías, Cistoscopias, Biopsias vesicales, TAC, Urografías intravenosas…).
Podrá plantearse excluir del seguimiento propuesto a pacientes con características especiales (reacciones alérgicas a terapia endovesical, edad avanzada…) o consensuar procedimientos fuera de protocolo entre los urólogos encargados de la unidad.

INDICADORES
INDICADOR 1:Cumplimiento del seguimiento propuesto
EXPLICACIÓN 1:Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente / Pacientes en seguimiento no excluidos por condiciones especiales
ESTÁNDAR 1: > 90%
INDICADOR 2:Administración de Mitomicina o BCG de forma adecuada al protocolo
EXPLICACIÓN 2:Pacientes que reciben BCG o Mitomicina según protocolo/ Total de pacientes que reciben BCG o Mitomicina
ESTANDAR 2: >90%
INDICADOR 3:Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo
EXPLICACIÓN 3: Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de protocolo / Total de procedimientos realizados
ESTANDAR: <10%
INDICADOR 4: Evaluación fuera de consulta especializada EXPLICACIÓN 4: Pacientes diagnosticados de tumor vesical no “de novo” (con anatomía patológica) vistos en consulta no especializada/ total de pacientes diagnosticados de tumor vesical no “de novo” vistos en total
ESTÁNDAR 4:<10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1291

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA VESICAL EN EL SERVICIO DE UROLOGIA

DURACIÓN
Duración: Permanente e indefinida.
Calendario:
•	Mayo-Junio 2017: Revisión de guías de práctica clínica (Europeas, Españolas y Americanas) así como protocolos de otros servicios de Urología. Grupos de riesgo y elaboración de cronogramas de seguimiento y tratamiento de acuerdo a los mismos.
•Junio-Julio 2017: Coincidiendo con el inicio de consulta especializada destinada a estos pacientes, se inicia la puesta en marcha de nuestros protocolos.
•Noviembre-Diciembre 2017: Detección de problemas en el seguimiento y adaptación o modificación del protocolo.
•Marzo-Abril 2018: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente y para la institución.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUIZ RAMIRO
BONO ARIÑO MARIA ARACELI
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER
SUBIAS BARDAJI PILAR
NAVAS PIEDRAFITA DANIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha conseguido ampliar el espectro de pacientes visitados en la consulta especializada de Tumor Vesical del Hospital San Jorge de Huesca, ya que previamente estaba diseñada para el seguimiento de pacientes con tumores vesicales NO músculo-invasivo. En la actualidad, esta consulta especializada atiende al paciente de forma integral, desde su primer diagnóstico de tumor vesical, hasta el seguimiento que precisa incluso tras la realización de cistectomía en su caso.
Así, todos los pacientes intervenidos de tumor vesical, sea músculo-invasivo o no, al alta hospitalaria se derivan a esta consulta especializada.
Los pacientes con tumores vesicales no músculo-invasivos llevan un seguimiento muy estandarizado tras la realización de un Protocolo aprobado hace un año por la Unidad de calidad de este hospital. De la misma forma, y para estandarizar el seguimiento de los pacientes tras cistectomía, se ha realizado recientemente un "Protocolo de seguimiento de pacientes sometidos a cistectomía radical por tumor vesical", pendiente de aprobación.
Por otro lado, se ha conseguido que la consulta de enfermería dedicada a las instilaciones vesicales se amplíe a 2 días semanales, con lo que dicha consulta se utiliza también para dilataciones uretrales o cuidados y manejo de la ostomía urinaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos cumplido los objetivos de nuestro proyecto inicial, cumpliendo con el calendario marcado y con los indicadores estándar.
Así, conseguimos:
- Control óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio: <10%
- Cumplimiento del seguimiento propuesto Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente según protocolo / Pacientes en seguimiento: >90%
- Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de protocolo /Total de procedimientos realizados: <10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al realizar una atención integral del paciente con tumor vesical, tanto los profesionales que los atendemos, como los propios pacientes, valoran esta consulta muy positivamente.
Son atendidos por los mismos profesionales, desde su primera consulta y todas las posteriores en el seguimiento estandarizado de su patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/510 ========== ***

Nº de registro: 0510

Título
OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA RUIZ RAMIRO, BONO ARIÑO MARIA ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, APARICIO JUEZ LARA, GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER, SUBIAS BARDAJI PILAR, NAVAS PIEDRAFITA DANIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología maligna más frecuente del tracto urinario es el tumor vesical, y es la patología urológica que genera más gasto sanitario.
La probabilidad de progresión (invasión muscular) de un tumor no músculo-invasivo es de unos 12% a los 5 años. El 43% de los pacientes a los que se realiza cistectomía corresponde a pacientes cuyo primer diagnostico fue tumor vesical sin invasión muscular, pero que ha progresado con el tiempo.

Durante el año 2017, y como dos Proyectos de mejora de calidad del Servicio, pertenecientes a los Acuerdos de Gestión de 2016, se ha creado una consulta especializada en tumor vesical, con estandarización en el seguimiento y tratamiento de los diversos tumores vesicales no músculo-invasivos. Así, durante este tiempo, se ha conseguido ajustar y optimizar tiempos y pruebas complementarias acordes al riesgo de recidiva y/o progresión de cada paciente.
En nuestro Servicio de Urología se realizan en torno a unas 130 – 150 cirugías endoscópicas de tumor vesical y alrededor de unas 25 cistectomías al año, tras diagnóstico de tumor vesical músculo-invasivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliar el espectro de pacientes en la consulta especializada en Tumor vesical, ya que hasta el momento sólo se visitaban pacientes con enfermedad no músculo-invasiva; para los cuales se han elaborado distintos protocolos de actuación y seguimiento según grupos de riesgo.
Derivar estos pacientes ya en seguimiento en las consultas generales de Urología, a la consulta especializada en Tumor vesical.
Remitir al alta los pacientes cistectomizados a dicha consulta para seguimiento rutinario.
Plantear realizar una consulta de enfermería de ostomías urológicas.
Estandarización del seguimiento en consultas tras la intervención quirúrgica según la realización de un Protocolo orientado con las guías clínicas europeas de tumor vesical músculo-invasivo.
Optimizar recursos en la gestión de los tumores vesicales músculo-invasivos desde la resección transuretral hasta la cistectomía.

MÉTODO
Dos consultas semanales especializadas en pacientes con tumor vesical, además de la(s) consulta(s) semanal(es) de enfermería para instilaciones endovesicales de quimioterápicos para patología vesical. Posibilidad de ampliar esta(s) consulta(s) para dudas y/o complicaciones con los estomas urológicos.
Dos Facultativos Especialistas de la plantilla estructural del Servicio de Urología del hospital San Jorge, que son los encargados de atender esta Consulta especializada.
Una consulta coincidirá con el mismo día de la consulta de Enfermería e instilaciones endovesicales para agilizar dudas, complicaciones y seguimiento posterior a los tratamientos endovesicales.
La otra consulta será otro día de la semana diferente, ya que se precisará la sala utilizada para instilaciones para la realización de ecografías o cistoscopias propias del diagnóstico y/o seguimiento del paciente con Tumor vesical.

INDICADORES
INDICADOR Explicación indicador estándar
Control óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio.
< 10%
Cumplimiento del seguimiento propuesto Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente según protocolo / Pacientes en seguimiento
> 90%
Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de protocolo / Total de procedimientos realizados
< 10%

DURACIÓN
Duración: Permanente e indefinida.
Calendario:
- Mayo-Noviembre 2018: Se comenzará la derivación de los pacientes en seguimiento semestral por tumor vesical a las consultas especializadas y se seguirá su proceso evolutivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

- Noviembre-Diciembre 2018: Identificación y subsanación de problemáticas posibles acaecidas hasta el momento.
- Abril-Mayo 2019: Valoración de la situación tras un año de consultas especializadas en tumor vesical.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALDERERO ARAGON VERONICA
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
LASTRA DEL PRADO RODRIGO
CARCELLER TEJEDOR ELENA
GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER
DOLEZAL PETR
BONO ARIÑO MARIA ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo- Junio 2018: Se forma un equipo de Urología y Oncología médica que constituirá el germen del comité para, posteriormente y dependiendo de la dinámica, ampliar el mismo a otras especialidades implicadas en la atención sanitaria del paciente afectado por tumores urológicos. Se identifican los recursos disponibles para las reuniones considerando los mismos suficientes y se adquiere el compromiso de asistencia y colaboración por parte de los miembros del mismo. Se acuerda realizar reuniones con una periodicidad quincenal, en horario de jueves de 14 a 15 horas (dependiendo de la finalización de la actividad asistencial en cada caso), en la planta 4ª en el despacho de adjuntos del servicio de Urología. El objetivo inicial del comité es comentar casos que precisen derivación desde Barbastro a Huesca, una atención multidisciplinar o de una complejidad que requiera un consenso en la toma de decisiones.
- Junio- Agosto 2018: Se realizan una serie de reuniones en las que acordamos el control de los casos mediante la realización de una base de datos. Durante el período de verano desciende ligeramente la participación debido a la menor actividad asistencial y al periodo vacacional pero, a pesar de todo, se continúa con la actividad del mismo.
- Septiembre 2018 - Febrero 2019: Se pone en marcha el comité, se registran los casos y se toman decisiones consensuadas de los mismos. Se considera adecuado incluir al servicio de Radiodiagnóstico y de Anatomía Patológica en el mismo. Además y dado que se va a desplazar a nuestro centro un facultativo de Oncología Radioterápica, se considera óptimo que cuando esto suceda, se programe el comité el día en el que dicho facultativo se encuentre en nuestro centro para que pueda asistir al mismo. Durante este periodo se inician los trámites para dar oficialidad al comité desde el punto de vista de la normativa vigente, se contacta con la unidad de calidad para informarnos y se empiezan a elaborar los estatutos del comité.
- Marzo Abril 2019: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el comité se han comentado 184 pacientes, 145 procedentes de Barbastro (78,8%), 34 de San Jorge (18,5%) y 5 missing (2,7%).
En cuanto a la localización del tumor, 103 pacientes presentaban un cáncer de próstata (56%), 40 de vejiga (21,7%), 34 de riñón (18,5%), 3 de testículo (1,6%), 2 de pene (1,1%), 1 de uréter (0,5%) y 1 origen desconocido (0,5%).
De acuerdo a los indicadores que fijamos en su momento para evaluar nuestro proyecto:
- Cumplimiento de calendario de reuniones: se fijó un estándar superior al 90% y, en este punto, hemos alcanzado el 100% puesto que se han llevado a cabo todas las reuniones que se han programado. Este alto cumplimiento se debe a que hemos adaptado el programa de reuniones al calendario, es decir, en cada comité se fijaba la fecha del siguiente que, en condiciones normales, era 15 días después pero que, en ocasiones y porque fuese festivo, podría adelantarse o retrasarse por lo que vemos que esta metodología ha impactado positivamente en el cumplimiento sin que lo haga negativamente en el manejo de los casos tratados.
- Resolución de casos: se fijó un estándar superior al 80% y se ha alcanzado un 95%. El 5% corresponde a casos que, por su complejidad, han precisado derivación a servicios de Urología de centros terciarios que dispusiesen de servicio de cirugía vascular y cardíaca (tumores renales con trombo en vena cava) o de pacientes que por su ideología no aceptaban transfusiones sanguíneas. El resto de pacientes han sido resueltos con recursos propios de los sectores de Huesca y Barbastro.
- Derivación de pacientes: Se trata de pacientes que fueron derivados a otro centro sin ser comentados previamente en el comité. En este punto se fijó un estándar inferior al 20%. En este punto resulta complejo indicar un grado de cumplimiento con precisión pero, sin duda, se encuentra por debajo del estándar marcado. La dificultad reside en que algunos casos muy complejos se pueden derivar directamente desde la consulta de Huesca o Barbastro y comentar en las sesiones de los servicios alcanzando consenso en la canalización a ese nivel y no considerando necesario que lleguen hasta el comité.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha de un comité de tumores constituye un importante reto tanto para los profesionales implicados como para los hospitales desde un punto de vista administrativo y de organización de los recursos. Sin duda, la motivación del equipo junto con el apoyo de las direcciones médicas han constituido los pilares fundamentales para que este proyecto haya podido iniciarse y avanzar. Nos queda pendiente otorgar al mismo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

un marco formal basado en la normativa que regula los comités, para ello tenemos elaborado un borrador que hemos de consensuar en el comité en primera instancia, posteriormente contar con la aprobación de la comisión de tumores del hospital y, por último, de la dirección médica. Está siendo una experiencia muy gratificante para todos, pues no sólo se trata de optimizar recursos y de consensuar casos sino de conocer el aspecto multidisciplinar en patología urológica oncológica y nuestra responsabilidad de actualización de conocimientos, lo que repercute en el día a día en una mejor atención de nuestros pacientes.
Es un proyecto que es perfectamente reproducible en otros hospitales ya que no conlleva un gran uso de recursos sino de reorganizar de los que ya se dispone.
Un ambicioso objetivo al que deberíamos aspirar es al de protocolizar el manejo de todos los pacientes oncológicos de urología "estándar" de forma que en ambos sectores se lleve a cabo de la misma forma y usar el comité para aquellos pacientes que no tienen cabida en dichos protocolos de manejo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/515 ========== ***

Nº de registro: 0515

Título
PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, CALDERERO ARAGON VERONICA, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER, DOLEZAL PETR, BONO ARIÑO MARIA ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología oncológica urológica supone una importante carga asistencial para los servicios de Urología de Aragón tanto desde un punto de vista de procedimientos quirúrgicos como de seguimiento en consultas, así como para los servicios de Oncología Médica.
En este sentido, tradicionalmente se han establecido vías de colaboración oficiosas entre servicios y entre hospitales ya que en ocasiones se comentan casos entre profesionales que generan dudas de manejo, que requieran tratamientos quirúrgicos complejos o un enfoque multidisciplinar.
Es por ello que creemos necesario dar oficialidad a esas vías de colaboración entre los Servicios de Oncología médica y Urología de los Hospitales de Barbastro y Huesca de forma que ya no sea una conversación telefónica a título individual entre profesionales la que de lugar a una canalización de pacientes sino que sean todos los profesionales implicados en la atención del paciente oncológico los que puedan aportar su punto de vista realizando un tratamiento integral del paciente oncológico de los sectores de Huesca y Barbastro minimizando diferencias entre sectores.
El objetivo 12 de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de salud establece que los centos hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha comités de tumores que establezcan en plan terapéutico global, así el Hospital San Jorge es el centro de referencia del Sector Barbastro y, por ello, se plantea establecer dicho comité en nuestro centro.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar una comisión de tumores urológicos interhospitalaria periódica entre los sectores de Barbastro y Huesca para realizar un manejo integral del paciente con tumores urológicos cuyo diagnóstico, tratamiento o seguimiento requiera medios no disponibles en un determinado centro o cuyo manejo sea susceptible de tener una consideración multidisciplinar.
Posibilitar el intercambio de conocimientos entre profesionales de diferentes especialidades así como aumentar la motivación a la constante actualización científica en materia de Oncología Urológica.

MÉTODO
Establecer las vías de comunicación necesarias para lograr acordar un calendario de reuniones periódicas así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

como del contenido a tratar en dichas reuniones (casos controvertidos, elaboración de protocolos de seguimiento, derivación de pacientes que requieran tratamiento quirúrgico complejo…).
Se elaborarán actas de las reuniones en las que se incluirán los profesionales presentes así como los casos tratados.
Según los resultados obtenidos y las carencias detectadas, se plantearán otros recursos necesarios (por ejemplo incorporación de profesionales de otras especialidades).

INDICADORES
INDICADOR 1: Cumplimiento de calendario de reuniones
EXPLICACION 1: Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas previamente
ESTÁNDAR 1: > 90%
INDICADOR 2: Resolución de casos
EXPLICACIÓN 2: Casos “resueltos” sin precisar apoyo externo/ Total de casos comentados
ESTÁNDAR 2: >80%
INDICADOR 3: Derivación de pacientes
EXPLICACIÓN 3: Pacientes derivados y comentados en comité/ Pacientes derivados sin ser comentados previamente en comité ESTÁNDAR 3: <20%

DURACIÓN
- Mayo-Junio 2018: Conformación del equipo de Urología y Oncología médica que formará parte del comité. Realizar una serie de reuniones para identificar problemas en cada uno de los sectores y aportar ideas mediante técnica de brainstorming. Puesta en común de los mismos, toma de decisiones estratégicas previa realización de priorización de problemas. Consenso en periodicidad (calendario predefinido), forma, lugar, temas a tratar e integrantes del comité.
- Junio-Agosto 2018: Reparto de tareas, reuniones previas del comité a modo de simulacro, tratando casos reales e identificando problemas en la puesta en marcha.
- Septiembre-Febrero 2018: Puesta en marcha del comité, registro de los casos tratados y toma de decisiones.
- Marzo-Abril 2018: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA RIVERA FUERTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
ELDUQUE PALOMO AMADEO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación de las agendas monográficas
Formación en la detección, comunicación y terapia para el adecuado seguimiento de estos pacientes
Designación de responsables en el EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consultas monográficas creadas en los 14 Centros de Salud del Sector. Se partía de un valor inicial de 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Plantear mejor los objetivos, actividades e indicadores

7. OBSERVACIONES.
Se ha impartido, desde la plataforma de formación, un curso on-line de paliativos que finalizó en diciembre. En dicho curso no han podido ser admitidos todos los responsables de los centros y se deberían de realizar nuevas ediciones.
Tenemos que insistir en la utilización de las consultas monográficas y en la identificación de los pacientes subsidiarios de estos cuidados.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1712 ========== ***

Nº de registro: 1712

Título
MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR DE HUESCA

Autores:
RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente susceptible de cuidados paliativos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se plantea esta mejora para conseguir identificar a tiempo y asegurar la continuidad de cuidados de los pacientes susceptibles de cuidados paliativos del Sector de Huesca, ya que sus características de dispersión y la existencia de un sólo equipo de ESAD, lo dificultan.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Creación de una consulta monográfica en los centros de salud.
2- Existencia de sesiones formativas a los miembros del EAP.
3- Que aumente el número de pacientes derivados al ESAD y disminuya su seguimiento por esta unidad aumentando el seguimiento por parte de los EAP.

MÉTODO
1- Designación de un responsable de cada EAP (en muchos ya existen profesionales con formación específica en Cuidados Paliativos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

2- Cursos de formación en detección, habilidades de comunicación y terepeúticas, a definir por los profesionales: "formación de formadores"
3- Talleres charlas de formación de estos profesionales a sus compañeros.
4- Diseño e implantación en OMI de formularios para la detección NEC-PAL
Seguimiento por la Comisión e CP de AP del Sector

INDICADORES
1- Consulta monográfica de cuidados paliativos en un mínimo de 10/14 EAP
2- Número de pacientes atendidos en la agendas de CP (consulta monográfica)
3- Comparativa 2016-2017 de número de pacientes vistos por el ESAD y media de visitas del ESAD a cada uno; objetivo: que haya más pacietnes vistos, menos veces.
4- Sesiones formativas a los miembros del EAP (mínimo 2 año)- Acta y registro de las mismas.

DURACIÓN
Noviembre 2016-Enero 2017 acabar de definir el proyecto: indicadores concretos, formación prevista.
Febrero-Marzo 2017 escoger profesionales de cada EAP y dar taller inicial de formación (ESAD)
Fecha de inicio de las consultas monográficas abril 2017, implantación progresiva según formación y mediciones trimestrales en cada reunión de la comisión de CP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA RIVAS CALVETE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LACOMA MERCEDES
ARA USIETO MARISOL
GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA
PINA BORRUEL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• 6 derivaciones (2 proceso depresivo, 3 ansioso, 1 apoyo por familia parental con problemas graves de salud mental)
• 6 informes de derivación
• Reuniones con Enfermeria 2
• Sesiones conjuntas 4
• Planteamiento de encuesta telefónica (boceto) para casos que no aceptan un seguimiento posterior en este momento, y tiene Alta en la USMIJ.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
** Se han realizado 6 derivaciones de adolescentes de más de 18 años a la Unidad de Salud Mental de Barbastro
** 5 de ellos se continuó seguimiento desde la USMIJ hasta su entrevista.
** 5 de ellos fueron acompañados a dicha entrevista por la Enfermera Especialista en salud Mental de la USMIJ, a la acogida.
** 4 de ellos fueron derivados con el Informe de su proceso, evolución, etc realizado por las profesionales de la USMIJ en fecha.
** 1 de ellos finalmente no quiso continuar en adultos, por entender que su mejoría podría seguir sin necesidad de seguimiento. Aún así se contactó con él via telefónica, realizado una entrevista de seguimiento (que próximamente realizaremos de forma explícita y con indicadores claros) y otra a los tres meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque la muestra es muy pequeña, la sensación de satisfacción en los usuarios derivados es alta (valorando el acompañamiento, la información recibida por los profesionales de su proceso anterior, acercando el nuevo servicio mucho más a ellos), la adherencia terapéutica es satisfactoria (por ambas partes, algunos de ellos llevando tratamiento desde el principio, no hay abandonos hasta la fecha).

El paciente que no aceptó la continuidad del tratamiento, siguió informando por teléfono cuando fue contactado de su bienestar, agradeciendo dicho seguimiento

Es importante seguir con este plan de mejora, y ampliar con una entrevista telefónica (que se realizará a tal efecto, de forma explícita) para todos aquellos casos que queriendo estar fuera del circuito asistencial consideramos necesario seguir de forma indirecta su proceso, y a la vez respetando su autonomía. El objetivo es intentar no perder al paciente potencial si volviera a recaer, y en los primeros pasos de su recaída poder volver a reiniciar tratamiento.

7. OBSERVACIONES.
Continúa el Proyecto en 2018

*** ========== Resumen del proyecto 2016/886 ========== ***

Nº de registro: 0886

Título
MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

Autores:
RIVAS CALVETE MARTA, GARCIA LACOMA MERCEDES, ARA USIETO MARISOL, GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA, LOPEZ CORONAS ROSA, SUSIN NAVARRO ANA, PINA BORRUEL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, se derivan a los diferentes Servicios de Salud Mental del Sector de Adultos unos 5-8 pacientes por año. Los motivos para la derivación son los siguientes:
Pacientes que inician tratamiento con 17 años en la USMIJ con pocos meses para cumplir 18 años, por ser menores aún no pueden iniciar tratamiento en la Unidad de Salud mental de Adultos, y deben seguir tratamiento ya iniciado.
Pacientes que cumplidos los 18 años, necesitan por su patología continuar en tratamiento o en seguimiento en una Unidad de Adultos
Pacientes que cumplidos los 18 años sin patología mental, deben continuar en la Unidad de Adultos por la especial vulnerabilidad sociofamiliar a nivel preventivo.
Pacientes que tras ser dados de Alta Terapéutica en la USMIJ, tras varios años y ya cumplidos más de 18 años inician tratamiento por el mismo motivo u otro diferente en la Unidad de Salud Mental de Adultos.
Es un realidad que parte de dichos pacientes, se “pierden” en la derivación, aún habiendo concertado cita de derivación. Los motivos pueden ser de diversa índole: dificultades para acceder al Servicio una vez “olvidada” la primera cita, lista de espera, el “miedo” a cambiar de profesionales, pensar que no es necesario, etc.
El hecho es que en 10 años que lleva la USMIJ creada, se podrían haber “perdido” o no haber continuado tratamiento de manera continuada unos 20 a 40 jóvenes que sí necesitaban una continuidad de cuidados de salud mental.
Por ello los Equipos de Salud Mental consideramos necesarios establecer intervenciones que no queden en la mera derivación (cita e informe).

RESULTADOS ESPERADOS
Que al menos un 80% de los pacientes puedan tener una continuidad de cuidados e intervención en Salud Mental de Adultos tras ser dados de Alta Terapéutica o Derivación y sean subsidiarios de continuar tratamiento.
Mejorar la información terapéutica entre los profesionales que van a atender a dichos usuarios
Motivación del paciente y la familia sobre la necesidad de continuar en la Unidad de Adultos con su proceso
Que el paciente y la familia se sientan acompañados y guiados hasta que se establezca la intervención por parte de USM de Adultos.

MÉTODO
Realizar un informe-guía del proceso por el que fue derivado, tipo de demanda real y demanda encubierta, diagnóstico y propuesta de intervención, así como de la adherencia al tratamiento de dicho usuario . Profesionales de psiquiatría y psicología
Realizar entrevistas de motivación por parte Psiquiatría, Psicología y Enfermería sobre la necesidad de continuar el tratamiento, antes de anunciar el Alta en la USMIJ
Búsqueda de cita con Enfermería en Adultos por parte de Enfermeria de la USMIJ, programada yen un corto espacio de tiempo entre el Alta de USMIJ e inicio o primer contacto con Adultos
De demorarse la cita con USM de Adultos, seguimiento por parte de Enfermería de la USMIJ del caso y la familia hasta el primer contacto con Adultos.
Realización y envío del Informe a USM de Adultos antes de la cita programada.
Acompañamiento del paciente y la familia por parte de Enfermería de la USMIJ en la acogida con Enfermería de Adultos.

INDICADORES
Registro de pacientes con criterio claro de derivación a USM de Adultos (Enfermeria de la USMIJ)
Registro de pacientes derivados por la USMIJ a la USM de Adultos (Enfermería de Adultos)
Correspondencia cita programada y acogida (número de citas y acogidas de dicho resgostros)
Reuniones de seguimiento de casos.
El 95% pacientes derivados de USMIJ deben tener Informe de psiquiatría y psicología de su proceso y enviado a la nueva Unidad de Referencia con 1 mes de antelación de la cita programada.
Entre el 70-90% deberían ser citados antes de terminar el seguimiento en la USMIJ con no más de 1 mes .
El 95% de pacientes derivados deberían haber sido acompañado en la primera cita con Enfermería de Adultos.

DURACIÓN
Noviembre a Junio de 2016:
**Reunión de coordinación Enfermeras Especialistas en Salud Mental, revisión de posibles casos y preparación de Agendas para previsión de cita programada
**Elaboración de Informes Clínicos de Derivación por parte de psiquiatría y psicología
** Cita programada en la USM de Adultos, y citas de entrevistas de motivación y acompañamiento del Equipo de la USMIJ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

*Elaboración de registros de cara a la evaluación
Julio a noviembre de 2016:
** Evaluación y seguimiento de las actuaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0800

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTANCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL SIESO SEVIL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... UASA BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CALVO LAURA
GARCIA GILART RAQUEL
HERNANDEZ PARICIO JAZMINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se informó a los pacientes de la Unidad durante la consulta individual de enfermería de la existencia de este programa y se incluyeron aquellos usuarios que manifestaron deseo de mejorar las conductas de salud de alimentación y actividad física. Desde la consulta del resto de participantes en el programa de mejora (trabajo social, psicología y psiquiatría) también se les ofertó el programa, especialmente a aquellos que presentaban problemas de obesidad.
A todos los pacientes se les realizó una valoración nutricional y de actividad física para evaluar las necesidades alteradas del Patrón Funcional 2: nutricional / metabólico según Marjory Gordon. Esta valoración incluyó:
- Medidas antropométricas (Peso, talla, IMC, Circunferencia de cintura y Circunferencia de cadera).
- Cuestionarios de frecuencia de consumo semanal y Registros de ingesta durante 24 horas 3 días a la semana (recuerdo de 24 horas).
- Valoración de la actividad física realizada (sedentaria, ligera, activa y muy activa).
- Cálculo de su Tasa de Metabolismo Basal y Gasto Calórico Total.
- Hábitos de alimentación, rechazos y preferencias alimentarias.
Para ello se elaboró un documento de valoración nutricional y de recuerdo de ingesta de 24 horas.
En función de esta valoración se elaboró el plan de cuidados para cada paciente mediante la aplicación del Proceso Enfermero como método científico de trabajo de uso en la práctica asistencial. Para ello se utilizaron las taxonomías internacionales de la NANDA (North American Nursing Association) para los diagnósticos enfermeros, la NOC (Nursing Outcomes Classification) para los resultados y NIC (Nursing Interventions Classification) para las intervenciones a realizar. Los cuidados realizados se enmarcan dentro del modelo de enfermería de Virginia Henderson, que es el implantado en nuestra Comunidad Autónoma.
En todos los pacientes detectamos uno de estos dos diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA:
• 00002 Sobrepeso
• 00232 Obesidad (en distintos grados).
Como resultados nos planteamos los siguientes:
• NOC 1802 Conocimiento: dieta, que se define como el grado de comprensión transmitido sobre la dieta recomendada. Para su evaluación elegimos los siguientes indicadores específicos:
o 180201 Dieta recomendada
o 180203 Ventajas de la dieta recomendada
o 180204 Objetivos de la dieta
o 0211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta
Dichos indicadores se midieron con la escala Likert propuesta por la NOC:
Conocimiento: Ninguno (1); Escaso (2); Moderado (3); Sustancial (4); Extenso (5).
• NOC 1841 Conocimiento: manejo del peso, que se define como el grado de conocimiento transmitido sobre la promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, el cuerpo, el género y la edad. Para su evaluación se eligieron los siguientes indicadores:
o 184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso
o 184118 Cambios de estilo de vida para favorecer el peso óptimo
o 184117 Estrategias para modificar la conducta
Dichos indicadores se midieron con la escala Likert propuesta por la NOC:
Conocimiento: Ninguno (1); Escaso (2); Moderado (3); Sustancial (4); Extenso (5).
• NOC 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar, definido como convicciones personales de que una persona puede cambiar una determinada conducta de salud. Para su evaluación elegimos este indicador:
o 170118 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud
Este indicador se midió con la escala Likert propuesta por la NOC:
Muy débil (1); Débil (2); Moderado (3); Intenso (4); Muy intenso (5).

Para alcanzar los resultados propuestos NOC 1802 Conocimiento: dieta y NOC 1841 Conocimiento: manejo del peso se realizaron las siguientes intervenciones:
NIC 5414 Enseñanza: dieta prescrita, definida como la preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita. Para ello seleccionamos las siguientes actividades:
o Explicar el propósito de la dieta.
o Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas a la dieta prescrita.
o Enseñar al paciente a leer etiquetas y seleccionar alimentos adecuados.
o Proporcionar un plan de comidas escrito e individualizado adaptado a sus gustos y necesidades nutricionales, de forma semanal.
o Enseñar al paciente a planificar comidas adecuadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0800

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTANCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

o Incluir a la familia según el caso.
NIC 4360 Modificación de la conducta, definida como la promoción de un cambio de conducta. Las actividades que se realizaron fueron:
o Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta objetivo) en términos concretos.
o Desglosar la conducta a cambiar en unidades de conducta más pequeñas, mensurables.
o Ayudar al paciente a identificar los más pequeños logros alcanzados.
o Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación de conducta.
o Realizar un seguimiento de refuerzo durante varios meses.
NIC 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos, definido como ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales. Las actividades que se realizaron fueron las siguientes:
o Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente.
o Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes/ beneficios.
o Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso.
o Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados exitosos.

Para alcanzar el resultado NOC 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar, valoramos realizar las siguientes intervenciones:
NIC 5270 Apoyo emocional, definida como proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos d tensión. Para su desarrollo realizamos las siguientes actividades:
o Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
o Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
NIC 4420 Acuerdo con el paciente, que consiste en el negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico, realizando las siguientes actividades:
o Ayudar a identificar las prácticas de salud que desea cambiar.
o Ayudar a que identifique sus habilidades.
NIC 5246 Asesoramiento nutricional, definida como la utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta. Las actividades seleccionadas fueron:
o Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
o Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
o Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
o Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de estado nutricional.
o Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
o Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valora la conveniencia de la ingesta dietética.
o Discutir el significado de la comida con el paciente.
o Discutir hábitos de compra de comida.
NIC 1280 Ayuda para disminuir de peso, que consiste en facilitar la pérdida de peso corporal y/o la grasa corporal. Las actividades que seleccionamos fueron las siguientes:
o Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.
o Establecer una mea de pérdida de peso deseada.
o Pesar al paciente semanalmente el primer mes del programa, quincenalmente durante los dos meses siguientes y de forma mensual a partir de los tres meses de seguimiento.
o Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto energético.
o Ayudar a ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad.
o Desarrollar un plan de comidas semanal con una dieta equilibrada.
NIC 0200 Fomento del ejercicio, definida como: facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud. Las actividades seleccionadas fueron:
o Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.
o Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
o Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
o Determinar la motivación del individuo para empezar/ continuar con el programa de ejercicios.
o Ayudar al paciente a establecer metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
o Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente.
o Animar al paciente a empezar o continuar con el ejercicio.
o Ayudar a integrar el programa de ejercicio en su rutina diaria.
o Controlar el cumplimiento del programa de ejercicios por parte del paciente.
o Incluir a la familia/ amigos del paciente en la planificación y el mantenimiento del programa de ejercicios.

Se realizaron sesiones de seguimiento individualizado, de forma semanal el primer mes, quincenal los dos siguientes meses y mensual a partir de los tres meses de seguimiento, con un mínimo de 10 sesiones de seguimiento por paciente. Este patrón se ajustaba a las necesidades y evolución de cada paciente. En cada consulta de seguimiento se valoraban los indicadores antropométricos de peso, talla, circunferencia de cadera y cintura e índice cintura-cadera, y se realizaba educación nutricional y abordaje motivacional del cambio de hábitos de alimentación y actividad física. Se adaptó un menú diario que se entregaba de forma semanal durante el primer mes que se ajustaba a las necesidades nutricionales del paciente. Así mismo, se valoró la actividad física más acorde al estado de salud del paciente que podía realizar.
Este programa se comenzó a realizar en noviembre de 2016 y se continuó realizando hasta noviembre de 2017, cuando se realizó la evaluación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0800

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTANCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como resultados alcanzados por un lado tenemos la creación del Programa de Educación Nutricional y Promoción de la Actividad Física en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias en la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones del Sector Sanitario de Barbastro, que antes no se realizaba como tal, aunque sí se realizaban intervenciones sobre promoción de hábitos de vida saludables por parte de los profesionales de la Unidad.
Valoramos el seguimiento del programa por parte de los usuarios de la Unidad que se adscribieron al mismo. Para ello utilizamos como indicador de conducta de cumplimiento del programa el nº de personas que acudieron al 70% de las citas del programa/ total de personas incluidas en el programa y multiplicado por 100. Hubo un total de 16 pacientes incluidos en este programa, de los cuales 3 abandonaron el seguimiento entre la tercera y quinta sesión, por lo que no alcanzaron el 70% de las citas del programa (un mínimo de 7 sesiones sobre 10). El resto de los pacientes cumplieron con un mínimo de 7 sobre 10 sesiones realizadas.
Algunos de ellos continuaron recibiendo seguimiento tras esas 10 sesiones, de forma mensual (un 18,75% de los pacientes). Los pacientes se incorporaron al programa en su mayor parte entre los meses de noviembre de 2016 y enero de 2017, aunque hubo incorporaciones a este programa hasta el mes de abril de 2017.
Como estándar nos habíamos marcado que como mínimo el 50% de los pacientes incluidos en el programa asistieran al 70% de las sesiones marcadas (7 de las 10 sesiones), encontrando que 13 de los 16 pacientes cumplieron con el seguimiento del programa en 7 o más sesiones, lo que hace un porcentaje del 81,25%.
Otro de los resultados obtenidos tras la implementación del programa fue que la mayoría de los pacientes que completaron el programa aumentaron el conocimiento de la dieta prescrita, llegando a alcanzar un conocimiento sustancial o extenso en todos los indicadores seleccionados de dicho NOC. Para ello se valoraron según la escala Likert seleccionada los conocimientos de los pacientes al inicio y al final del programa en cada indicador. El indicador que utilizamos fue el número de usuarios que completaron el programa que alcanzaron un conocimiento sustancial en los distintos indicadores del NOC 1802 Conocimiento: dieta respecto al total de usuarios que completaron el programa y multiplicado por 100. Como estándar nos habíamos planteado que el 70% de los usuarios alcanzaran un conocimiento sustancial de la dieta, lográndose dicho resultado.
RESULTADOS NOC 1802 CONOCIMIENTO: DIETA
- 180201 Dieta recomendada: un 92,3% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de la dieta recomendada.
- 180203 Ventajas de la dieta recomendada: un 92,3% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de las ventajas de la dieta recomendada.
- 180204 Objetivos de la dieta: un 76,93% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de las ventajas de la dieta recomendada.
- 0211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta: un 76,93% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial sobre la planificación de menús utilizando las directrices de la dieta.
También observamos que la mayoría de los pacientes que completaron el programa aumentaron el conocimiento sobre el manejo del peso, llegando a alcanzar un conocimiento sustancial o extenso en todos los indicadores seleccionados en este NOC. La evaluación de dicho conocimiento se realizó según la escala Likert recomendada para evaluar dicho NOC. Se valoraron los conocimientos de los pacientes al inicio y al final del programa en cada indicador. El indicador que utilizamos fue el número de usuarios que completaron el programa que alcanzaron un conocimiento sustancial en los distintos indicadores del NOC 1841 Conocimiento: manejo del peso, respecto al total de usuarios que completaron el programa y multiplicado por 100. Como estándar nos habíamos planteado que el 70% de los usuarios alcanzaran un conocimiento sustancial de la dieta, lográndose dicho resultado.
RESULTADOS NOC 1841 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL PESO
-184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso: : un 76,91% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de la relación entre dieta, ejercicio y peso.
- 184118 Cambios de estilo de vida para favorecer un peso óptimo: El 69,24% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de los cambios de estilo de vida para favorecer un peso óptimo.
- 184117 Estrategias para modificar la conducta: el 84,62% de los pacientes alcanzaron como mínimo un conocimiento sustancial de estrategias para modificar la conducta.
Por último, observamos que la mayoría de los pacientes que completaron el programa mejoraron en la evaluación del NOC Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar, aunque no del mismo modo que en los resultados anteriores. La valoración de este NOC se realizó según la escala Likert recomendada, y se evaluó el indicador “Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud” al inicio y al final del programa. El indicador que utilizamos fue el número de usuarios que completaron el programa que alcanzaron una confianza intensa respecto al total de usuarios que completaron el programa y multiplicado por 100. Como estándar nos habíamos planteado que el 70% de los usuarios alcanzarían una confianza intensa en su capacidad para llevar a cabo una conducta de salud, no alcanzándose dicho resultado, ya que fueron un 61,55% de los pacientes los que alcanzaron una confianza intensa para llevar a cabo una conducta de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que las actividades realizadas han sido en general suficientes para alcanzar los objetivos de nuestro Proyecto de Calidad. Sin embargo, nos gustaría incidir en aspectos que se podrían mejorar o desarrollar de otro modo en posteriores ediciones:
-Por un lado, resaltar que hace falta mejorar las actividades para aumentar la autoconfianza de los pacientes en su capacidad para cambiar una conducta de salud. Observamos mucha resistencia a creer que eran capaces de cambiar de conducta, y probablemente deberíamos haber incidido en un mayor abordaje motivacional.
- Por otro, aunque consideramos que el propósito del proyecto está alcanzado, que era realizar educación nutricional en el colectivo de usuarios de una Unidad de adicciones, creemos que esta actividad trajo consigo otro resultado que fue la disminución de peso en la mayor parte de estos pacientes. Y aunque no se propuso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0800

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTANCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

como un resultado a conseguir en esta primera edición, sería interesante medirlo para posteriores ediciones si se volviera a realizar.
Creemos que es un proyecto sencillo de poner en marcha y muy rentable económicamente, ya que puede mejorar la salud y la calidad de vida de población más vulnerable, como lo son las personas con problemas adictivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/800 ========== ***

Nº de registro: 0800

Título
DISEÑO E IMPLANTANCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Autores:
SIESO SEVIL ANA ISABEL, GARCIA CALVO LAURA, GARCIA GILART RAQUEL, HERNANDEZ PARICIO JAZMINA

Centro de Trabajo del Coordinador: UASA BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La población con problemas adictivos se encuentra en alto riesgo por su estilo de vida. La drogodependencia predispone no sólo a desórdenes nutricionales relacionados con una ingesta deficiente de alimentos, sino también a aquellos desórdenes relacionados con el abuso de alimentos. Además no es infrecuente la presencia de patologías orgánicas, como el VIH o las hepatitis, que conducen a un empeoramiento de su estado nutricional. Los déficits nutricionales son debidos tanto a un estilo de vida desordenado y a una falta de interés por la alimentación como a problemas específicos derivados del consumo.
La educación nutricional tiene objetivos más amplios que la información aunque ésta sea una parte esencial de la misma pues permite asentar las actitudes correctas y los comportamientos deseables sobre la base del conocimiento. Uno de nuestros objetivos con los usuarios de la U.A.S.A. es favorecer la toma de conciencia de que la alimentación saludable es un valioso medio para prevenir la enfermedad y promover su salud, integrándola en el contexto de su realidad cotidiana. Es importante resaltar que no se concibe la planificación de un programa de educación nutricional sin incluir el estímulo de la vida activa y el ejercicio físico, que forman parte de un estilo de vida saludable.
Por todo ello consideramos que el incidir en la educación nutricional y promoción de la actividad física favorecerá la adopción de un estilo de vida más saludable de nuestros usuarios, lo que redundará en su recuperación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar el número de usuarios de la UASA que modifiquen conductas inadecuadas en relación a la alimentación, actividad física y manejo del peso.
- Aumentar la capacidad percibida para modificar conductas no saludables de nuestros usuarios.
- Mejorar la capacidad de autocuidado de nuestros usuarios.

MÉTODO
1. Creación del Programa de Educación Nutricional y promoción de la actividad física para usuarios de la U.A.S.A. del sector de Barbastro. Este programa se realizará de forma individualizada y consistirá en:
- realización de una valoración nutricional y de actividad física de los usuarios, que incluya medidas antropométricas (Peso, talla, IMC, Circunferencia de cintura y Circunferencia de cadera, Cuestionarios de frecuencia de consumo y Registros de ingesta, Tasa de Metabolismo Basal y Gasto Calórico Total).
- elaboración del plan de cuidados en función del diagnóstico de enfermería detectado según las alteraciones detectadas en el Patrón funcional de salud 2: Nutricional / Metabólico de Marjory Gordon.
- realización de un tratamiento nutricional individualizado, con una dieta y una pauta de actividad física ajustada a las necesidades del usuario en función de la valoración nutricional.
- Sesiones de seguimiento individualizado, donde se valoren indicadores antropométricos, y se realizará

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0800

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTANCION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION NUTRICIONAL EN PACIENTES CON UN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

educación nutricional y abordaje motivacional del cambio de hábitos de alimentación y actividad física.
2. Serán incluidos todos aquellos usuarios que deseen mejorar las conductas de salud de alimentación y actividad física.
3. Podrán ser derivados por cualquier miembro del equipo terapéutico de la U.A.S.A. (trabajadora social, psicóloga, enfermera o psiquiatra).

INDICADORES
1. Creación del Programa de Educación Nutricional y Promoción de la Actividad Física en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias en la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones del Sector Sanitario de Barbastro.
2. Indicador de conducta de cumplimiento del programa: nº de personas que acuden al 70% de las citas del programa/ total de personas incluidas en el programa
3. Conocimiento sustancial de la dieta prescrita por el 70% de los usuarios, evaluado a través del NOC 1802 Conocimiento: dieta, con los siguientes indicadores específicos:
- 180201 Dieta recomendada
- 180203 Ventajas de la dieta recomendada
- 180204 Objetivos de la dieta
- 180211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta
4. Conocimiento sustancial de la forma más adecuada del manejo del peso por el 70% de los usuarios, a través del NOC 1841 Conocimiento: manejo del peso, con los siguientes indicadores específicos:
- 184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso
- 184118 Cambios de estilo de vida para favorecer el peso óptimo
- 184117 Estrategias para modificar la conducta
5. Mejora de la capacidad percibida para modificar las conductas no saludables por parte de los usuarios, a través del NOC 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar, con el siguiente indicador específico:
- 170118 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud

DURACIÓN
Inicio del programa en noviembre de 2016.
Evaluación en mayo de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1086

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LASUNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... USM BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CORONAS ROSA
SUSIN NAVARRO ANA
SIESO SEVIL ANA ISABEL
MOLES ARCOS BARBARA
VAL CLAU MARIA JOSE
KAWAMURA MURILLO EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
- Realización de un registro o censo de los pacientes con trastorno mental grave en tratamiento con antipsicótico inyectable de larga duración derivados por su psiquiatra de referencia para control.
- Administración del antipsicótico inyectable de elección según características clínicas concretas del paciente.
- Realizar consulta con abordaje psicoeducarivo integral del paciente: social, comorbilidad física, perfil metabólico con analíticas necesarias, estilo de vida con hábitos de vida saludables,medidas higienico-dietéticas, adherencia, apoyo familiar
- LLamada telefónica a los pacientes que no acuden a la cita prevista para la administración del inyectable.(recuerdo telefónico)
- Valoración por psiquiatra preferentemente de pacientes con síntomas de empeoramiento, efectos adversos por el tratamiento y que no aceptan ni acudan al tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El paciente acude a la cita prevista para administración de su tratamiento inyectable, se ha disminuido el incumplimiento al mejorar la adherencia (recuerdo de cita por teléfono si es preciso), que se valorará en un fututo.
Se ha objetivado que hay pacientes con mala adherencia al tratamiento, se trabaja de manera personalizada con cada uno.
Se detecta de manera precoz síntomas de empeoramiento o efectos adversos del tratamiento con una intervención preferente por
psiquiatra de referencia,disminuyendo así el abandono del mismo por esta causa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante porque la adherencia al tratamiento evita empeoramientos, visitas al servicio de urgencias e ingresos.
Todo este proyecto nos ha servido para mejorar en la atención a este tipo de pacientes, así como una mejora de la coordinación entre el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1086 ========== ***

Nº de registro: 1086

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA, LOPEZ CORONAS ROSA, SUSIN NAVARRO ANA, SIESO SEVIL ANA ISABEL, MOLES ARCOS BARBARA, VAL CLAU MARIA JOSE, KAWAMURA MURILLO EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: USM BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastorno Mental Grave

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1086

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LASUNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO

Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los inyectables de larga duración permiten controlar los síntomas de la enfermedad mental grave con eficacia. Precisan una administración espaciada en el tiempo (quincenal, mensual,o trimestral), facilitando el seguimiento y la adherencia terapeútica de los pacientes. Disminuyen las recaídas y las hospitalizaciones psiquiátricas, así como las demandas a los servicios de urgencias. Se reduce la posibilidad de presentar efectos adversos por toma de medicación inadecuada (automedicación, equivocaciones en dosis, tomas u horarios etc).
Observamos que algunos pacientes no acuden con la regularidad prescrita a la administración de su inyectable.
El profesional de enfermería es clave tanto para la administración del tratamiento inyectable correspondiente, como por la labor psicoeducativa y el abordaje integral en estos pacientes que habitualmente presentan un alto riesgo de enfermedades metabólicas.
Fomenta la relación terapeútica, estableciendo un vínculo más frecuente y potencia la adherencia adecuada al tratamiento. Así como la detección de síntomas sugestivos de empeoramiento o de efectos adversos relacionados con el tratamiento, notificandolo al psiquiatra y de esta forma interviniendo de manera preferente.

RESULTADOS ESPERADOS
Que el paciente acuda a la cita prevista para administración de su tratamiento inyectable, disminuir el incumplimiento al mejorar la adherencia (recuerdo de cita por teléfono si es preciso).
Detección precoz de síntomas de empeoramiento o efectos adversos del tratamiento con intervención preferente por psiquiatra de referencia,disminuyendo el abandono del mismo por esta causa.

MÉTODO
- Realización de un registro o censo de los pacientes con trastorno mental grave en tratamiento con antipsicótico inyectable de larga duración derivados por su psiquiatra de referencia para control.
- Administración del antipsicótico inyectable de elección según características clínicas concretas del paciente.
- Realizar consulta con abordaje psicoeducarivo integral del paciente: social, comorbilidad física, perfil metabólico con analíticas necesarias, estilo de vida con hábitos de vida saludables,medidas higienico-dietéticas, adherencia, apoyo familiar
- LLamada telefónica a los pacientes que no acuden a la cita prevista para la administración del inyectable.(recuerdo telefónico)
- Valoración por psiquiatra preferentemente de pacientes con síntomas de empeoramiento, efectos adversos por el tratamiento y que no aceptan ni acudan al tratamiento

INDICADORES
-Número de pacientes que estaban ya con antipsicóticos de larga duración.
- Número de pacientes derivados por psiquiatra de referencia para inicio de tratamiento inyectable con antipsicoticos de larga duración.
- Número de pacientes que acuden a ponerse el tratamiento con regularidad.
- Número de pacientes que no acuden a ponerse el tratamiento y es necesario llamar por telefono
- Número de pacientes que abandona el tratamiento y registro de motivos.
-Número de pacientes que precisa hospitalización psiquiátrica o visitas en los servicios de urgencias.

DURACIÓN
La duración será de enero de 2017 a junio de 2017.
Cronograma:
El censo de pacientes en tratamiento ya instaurado se realizara en los dos primeros meses del estudio

Los pacientes de nueva instauración se incluiran en la primera cita de administración del tratamiento.

Los pacientes que no acuden y se les llama se incluiran en la misma cita en que se produzca la ausencia y llamada.

Los pacientes con empeoramiento, efectos adversos, negativas y ausencias al tratamiento se citaran preferentemente con psiquiatria.
Se registrarán las hospitalizaciones psiquiátricas o visitas a los servicios de urgencais durante este período.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1086

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LASUNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GARCIA LACOMA
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA USIETO MARISOL
MOLES ARCOS BARBARA
RIVAS CALVETE MARTA
PINA BORRUEL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• En mayo-septiembre.- 4 reuniones del Equipo de Mejora donde cada profesional exponía al grupo un resumen de los aspectos más importantes y de relevancia clínica y de coordinación (en función de la bibliografía asignada), habiéndose trabajado documentos tanto de tipo legal como clínico sobre diagnóstico, tratamiento de dichos trastornos (en adolescentes son pocos los documentos bibliográficos disponibles, ya que hasta el DSM-5 no se consideraba la disforia de género que no incluyera dicha disforia desde la infancia, de forma explícita).
• En diciembre.- Reunión con la profesional Carmen San Isidro, Psicóloga Clínica de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza que de forma personal ha atendido a muchos de estos pacientes.
En Aragón, no existe Unidades de Trastorno de Identidad de Género (U.T.I.Cs), son los propios profesionales de las Unidades de salud Mental quienes van adquiriendo experiencia y formación de forma totalmente personal. Existe coordinación con otros profesionales sanitarios, endocrinos, cirujanos de forma autónoma.

En enero-febrero.-
Reuniones con profesionales pediatras y algún médico de primaria, de forma informal. No era un tema recurrente en su que hacer diario y los enviaban a las USMIJs del Sector, como referentes. Quejas de poca formación al respecto y dificultades para abordar el tema con las familias (por las connotaciones emocionales y sociales que suponía un diagnóstico de este tipo). Apoyaban las actuaciones desde la USMIJ.
Contacto con Orientador de un Centro en concreto de Primaria, (el resto de pacientes no nos dio permiso en esas fechas para hablar con el Orientador) al que asiste uno de nuestros pacientes, explorando sobre la información que tenía el Equipo de Orientación, el Equipo Directivo. Se constata que es un tema “que les queda muy grande”, ya no sólo por la dificultad y la problemática que puede derivar con el resto de alumnos si no sobre todo como explicar a los padres del resto de los niños de una forma normalizada los cambios físicos o de apariencia de uno de sus compañeros.
No eran conocedores de las Indicaciones recientes desde el Gobierno de Aragón, en Educación, respecto a cómo tratar en las aulas a dichos niños (puedan ir a los baños del género al que se adscriban, cambiarse en vestuarios de dicho género, etc..). Cierto miedo en cuanto a estos cambios, y piden apoyo casi total a cualquier actuación desde nuestro Servicio.

De mayo a octubre las actuaciones con los familiares y pacientes con dicho diagnóstico ha sido muy dispar, en función de las características familiares, la condición de la relación de los padres, y el tiempo para asumir lo que hasta ahora era tener un hijo con un determinado sexo y pasar a tener el mismo hijo con otro sexo (miedo al futuro, a su adaptación, a si es definitivo el diagnóstico, etc.). Los 4 casos siguen en tratamiento y apoyo para el cambio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque inicialmente este Plan pretendía realizar un Protocolo de colaboración con diferentes profesionales y familiares implicados, la realidad nos ha dado idea de la falta de información, formación, sensación de soledad, y miedos de afrontar una realidad que va más allá del propio paciente (sobre todo a nivel escolar). Aunque la intervención desde el punto de vista clínico y de acompañamiento desde el Servicio se ha ido realizado, con parones y avances en función de la realidad y el sentimiento del caso, a nivel interprofesional hemos entendido la dificultad de coordinar y protocolizar un tema en el que falta información, formación y referencias. Se sigue echando de menos el surgimiento en nuestra Comunidad Autónoma de al menos una U.T.I.C de referencia ya que son muchos los padres quienes piden una segunda opinión ante este tipo de diagnósticos sobre todo en infantil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por ello seguiremos con este Plan de Mejora, intentando aunar esfuerzos una vez sensibilizados los agentes implicados y teniendo un estudio de la realidad, para aunque de forma sucinta poder abordar el inicio de un protocolo de actuación (con las dificultades que conlleva que puedan llevarse a cabo todos los pasos, por la idiosincrasia del trastorno y porque socialmente es difícil para muchos de entender y participar de forma clara en la dirección de apoyar un cambio de actitudes que facilite la integración, y evite el estigma.

7. OBSERVACIONES.
Seguimos con el Plan en 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/871 ========== ***

Nº de registro: 0871

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

Autores:
GARCIA LACOMA MERCEDES, ARA USIETO MARISOL, RIVAS CALVETE MARTA, LALAGUNA MALLADA PAULA, MOLES ARCOS BARBARA, PINA BORRUEL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disforia de Género
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Mejora en las diferentes fases de intervención de los pacientes con Disforia de Género y sus familias

PROBLEMA
En este último año han sido remitidos a la USMIJ, dos niñas y un niño menores de 10 años, así como un adolescente varón con problemas de identidad sexual. Tras 10 años de trayectoria de la Unidad, tan sólo se había remitido un adolescente de 17 años, que ya vivía y vestía con forme a su identidad psicológica, donde la demanda era el tratamiento hormonal. Esta nueva situación ha supuesto para el Equipo un gran reto.
La manifestación en menores de disconformidad con su identidad de género supone tanto a nivel familiar como escolar, una consternación, una situación de especial vulnerabilidad que puede llegar a provocar problemas de integración o de rechazo social así como desembocar en abandono o fracaso escolar, además de sufrimiento añadido del menor y la familia.
Las dificultades a las que pueden enfrentarse las personas transexuales aconsejan desarrollar actuaciones que permitan atenderlas adecuadamente en el ámbito educativo, contando con sus familiares y su entorno, para conseguir su plena integración social, y evitar posibles situaciones de rechazo, discriminación o transfobia.
Por todo ello es necesario abordar estas situaciones proporcionando información y formación a la comunidad educativa y favoreciendo el aprendizaje y la práctica de valores basados en el respeto a las diferencias y en la tolerancia a la diversidad sexual.
Puesto en que en nuestro Sector no existía experiencia previa sobre el tema y a nivel de la Comunidad Autónoma todavía se están definiendo las líneas de actuación respecto a los menores con esta problemática, nos planteamos planificar el modelo de asistencia integral y coordinada entre todos los profesionales implicados
En definitiva, nos encontramos sin protocolos de actuación propios tanto a nivel sanitario como a nivel educativo en Aragón, y con unos menores y familias y profesorado que demandan unos planes de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Información clara del algoritmo asistencial de pacientes menores y adolescentes con disforia de género en Aragón. Antecedentes y situación actual
- Establecer actuaciones coordinadas entre los profesionales implicados tanto a nivel clínico (pediatras, endocrinólogos), como psicológico (USMIJ), como educativo (centros educativos) para poder dar una repuesta integral a los pacientes garantizando el diagnóstico, acompañamiento y seguimiento.

MÉTODO
- Revisión bibliográfica de la literatura científica, así como a protocolos de otras comunidades autónomas (Andalucía, País Vasco, Cataluña, Canarias..)
- Reunión con los profesionales que atienden la Disforia de Género en Aragón, con el objeto de esclarecer cuál es la realidad clínica en nuestra Comunidad a este respecto, si existen profesionales de referencia suscritos por el Salud a quiénes se puedan remitir para confirmación de diagnóstico, etc.
- Reunión y Formación con el Grupo de Trabajo de Pediatría Endocrinológica Hospitalaria
- Contactar con Asociaciones de usuarios de disforia de género
- Reuniones de trabajo con Pediatras y Médicos de atención Primaria.
-Reuniones de Trabajo con los Orientadores y Equipo Directivo de los diferentes centros escolares de los menores
- Establecer líneas claras de actuación a nivel escolar (ayuden al menor en la integración de los centros, información a a profesores, información a padres …) a través de Charlas de sensibilización.
- Establecer líneas estratégicas de actuación en la USMIJ a nivel clínico.
Los responsables de realizar las actividades serían los componentes dee equipo del Plan de Mejora de Calidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

INDICADORES
- Reuniones realizadas con los diferentes profesionales de Salud y de Educación
- Reuniones realizadas con Asociaciones de usuarios
- Visitas clínicas a alguna unidad específica.
- Cursos de Formación para el equipo de trabajo de este proyecto.
- Documento de consenso entre los profesionales (previas consultas con las Direcciones respectivas)
- Actuaciones clínicas y educativas con los usuarios y familias (Intervenciones clínicas, formación y sensibilización a través de charlas por los diferentes centros educativos a familias y profesionales)

DURACIÓN
- mayo –septiembre (búsqueda bibliográfica, contactos con diferentes profesionales sanitarios)
- octubre-diciembre (reuniones con los diferentes profesionales sanitarios implicados y que están trabajando en disforia de género; primeras reuniones con Asociaciones de afectados y educadores; remisión para confirmación de diagnóstico al profesonal dereferencia.
- enero –mayo (implementación de las actuaciones mínimas que faciliten la integración y respeto a su identidad de los niños atendidos por esta problemática). Primer documento de consenso.
-junio (borrador del documento de consenso conjunto entre profesionales sanitarios y de la educación del Sector)
-octubre (revisión del borrador, incidencias etc)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMIJ A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA RIVAS CALVETE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LACOMA MERCEDES
ARA USIETO MARISOL
MOLES ARCOS BARBARA
DEL PINO CARO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el año 2018, tan sólo se han derivado dos casos a Salud Mental de Adultos para continuar tratamiento tras tener más de 18 años. El resto de pacientes candidatos a Alta terapéutica eran menores y habían concluido su proceso terapéutico en la USMIJ. Las actividades realizados y características diagnósticas con dichos pacientes fueron:

Ambas derivaciones eran pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual y problemas de comportamiento necesaria para continuar en seguimiento y/o tratamiento.
Sus respectivos informes de derivación a salud mental de adultos (se realizan 2 Informes clínicos)
2 coordinaciones de enfermería de Salud Mental de Adultos e Infantil.
Al igual que años anteriores, se han mantenido entrevista de motivación al Alta para continuar el proceso en el dispositivo de Adultos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS

_Se realizaron las 2 derivaciones a la unidad de Salud Mental de Adultos
_En 1 de los casos se realizó acompañamiento físico en la primera consulta y en el otro la familia expresó su deseo de acudir por sus medios ya que ambos padres eran a su vez pacientes de dicha unidad de salud mental de adultos.
_ Se realizaron llamadas telefónicas de control para confirmar su asistencia a las consultas de adultos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES

Ambas familias agradecieron la posibilidad de orientación y acompañamiento en el proceso de cambio que supone el paso de la unidad infantojuvenil a la de adultos.
Por lo tanto vemos cumplido nuestro objetivo de asegurar la continuidad y seguimiento de dichos pacientes, y en concreto en ambos casos ya que su discapacidad intelectual genera múltiples problemas en el día a dia tanto del paciente como de la familia .
.
El equipo de trabajo de este Plan da por finalizado el mismo incorporándolo de manera sistemática a nuestra cartera de servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/886 ========== ***

Nº de registro: 0886

Título
MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

Autores:
RIVAS CALVETE MARTA, GARCIA LACOMA MERCEDES, ARA USIETO MARISOL, GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA, LOPEZ CORONAS ROSA, SUSIN NAVARRO ANA, PINA BORRUEL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMIJ A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, se derivan a los diferentes Servicios de Salud Mental del Sector de Adultos unos 5-8 pacientes por año. Los motivos para la derivación son los siguientes:
Pacientes que inician tratamiento con 17 años en la USMIJ con pocos meses para cumplir 18 años, por ser menores aún no pueden iniciar tratamiento en la Unidad de Salud mental de Adultos, y deben seguir tratamiento ya iniciado.
Pacientes que cumplidos los 18 años, necesitan por su patología continuar en tratamiento o en seguimiento en una Unidad de Adultos
Pacientes que cumplidos los 18 años sin patología mental, deben continuar en la Unidad de Adultos por la especial vulnerabilidad sociofamiliar a nivel preventivo.
Pacientes que tras ser dados de Alta Terapéutica en la USMIJ, tras varios años y ya cumplidos más de 18 años inician tratamiento por el mismo motivo u otro diferente en la Unidad de Salud Mental de Adultos.
Es un realidad que parte de dichos pacientes, se “pierden” en la derivación, aún habiendo concertado cita de derivación. Los motivos pueden ser de diversa índole: dificultades para acceder al Servicio una vez “olvidada” la primera cita, lista de espera, el “miedo” a cambiar de profesionales, pensar que no es necesario, etc.
El hecho es que en 10 años que lleva la USMIJ creada, se podrían haber “perdido” o no haber continuado tratamiento de manera continuada unos 20 a 40 jóvenes que sí necesitaban una continuidad de cuidados de salud mental.
Por ello los Equipos de Salud Mental consideramos necesarios establecer intervenciones que no queden en la mera derivación (cita e informe).

RESULTADOS ESPERADOS
Que al menos un 80% de los pacientes puedan tener una continuidad de cuidados e intervención en Salud Mental de Adultos tras ser dados de Alta Terapéutica o Derivación y sean subsidiarios de continuar tratamiento.
Mejorar la información terapéutica entre los profesionales que van a atender a dichos usuarios
Motivación del paciente y la familia sobre la necesidad de continuar en la Unidad de Adultos con su proceso
Que el paciente y la familia se sientan acompañados y guiados hasta que se establezca la intervención por parte de USM de Adultos.

MÉTODO
Realizar un informe-guía del proceso por el que fue derivado, tipo de demanda real y demanda encubierta, diagnóstico y propuesta de intervención, así como de la adherencia al tratamiento de dicho usuario . Profesionales de psiquiatría y psicología
Realizar entrevistas de motivación por parte Psiquiatría, Psicología y Enfermería sobre la necesidad de continuar el tratamiento, antes de anunciar el Alta en la USMIJ
Búsqueda de cita con Enfermería en Adultos por parte de Enfermeria de la USMIJ, programada yen un corto espacio de tiempo entre el Alta de USMIJ e inicio o primer contacto con Adultos
De demorarse la cita con USM de Adultos, seguimiento por parte de Enfermería de la USMIJ del caso y la familia hasta el primer contacto con Adultos.
Realización y envío del Informe a USM de Adultos antes de la cita programada.
Acompañamiento del paciente y la familia por parte de Enfermería de la USMIJ en la acogida con Enfermería de Adultos.

INDICADORES
Registro de pacientes con criterio claro de derivación a USM de Adultos (Enfermeria de la USMIJ)
Registro de pacientes derivados por la USMIJ a la USM de Adultos (Enfermería de Adultos)
Correspondencia cita programada y acogida (número de citas y acogidas de dicho resgostros)
Reuniones de seguimiento de casos.
El 95% pacientes derivados de USMIJ deben tener Informe de psiquiatría y psicología de su proceso y enviado a la nueva Unidad de Referencia con 1 mes de antelación de la cita programada.
Entre el 70-90% deberían ser citados antes de terminar el seguimiento en la USMIJ con no más de 1 mes .
El 95% de pacientes derivados deberían haber sido acompañado en la primera cita con Enfermería de Adultos.

DURACIÓN
Noviembre a Junio de 2016:
**Reunión de coordinación Enfermeras Especialistas en Salud Mental, revisión de posibles casos y preparación de Agendas para previsión de cita programada
**Elaboración de Informes Clínicos de Derivación por parte de psiquiatría y psicología
** Cita programada en la USM de Adultos, y citas de entrevistas de motivación y acompañamiento del Equipo de la USMIJ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0886

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMIJ A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO

*Elaboración de registros de cara a la evaluación
Julio a noviembre de 2016:
** Evaluación y seguimiento de las actuaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1556

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL ANGELA LOPE DALMAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME MONZON
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION ESPECIALIZADA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRUNO CASADO LIDIA
CORTINA LACAMBRA RAQUEL
ESCOLANO EZQUERRA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el mes de julio de este año, nos hemos reunido, en varias ocasiones, el equipo de trabajo integrado por profesionales de Médicos (titulares y de atención continuada) y Enfermería (titulares y de atención continuada) pertenecientes a los centros de salud de Monzón Rural y Monzón Urbano,
El trabajo desarrollado hasta el momento ha sido la valoración del registro de pacientes (registro del episodio, existencia de listados por episodio, ver como se puede controlar las altas de estos pacientes en fines de semana o festivos, valorar los fallos de la comunicación entre profesionales, crear una hoja de continuidad asistencial para el domicilio e intentar si puede ser incluida en OMI, nombrar un profesional que realice las funciones de enlace entre los miembros de atención de los equipos de cabecera y los miembros de atención continuada, valoración de la utilización de farmacología y vías de administración en estos pacientes, valoración de los cuidados no farmacológicos en estos pacientes y familias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras las anteriores revisiones, hemos constatado que:
- Hay pacientes que no están bien registrados en este episodio.
- No hay un listado único de pacientes terminales, sino que es común para pacientes dependientes- inmovilizados - terminales y está claro que no siempre coinciden los tres términos en la misma persona
- No sabemos como podemos obtener la información de los pacientes que terminales que puedan ser dados de alta en fines de semana o festivos
- Falta de comunicación entre los profesionales de los equipos
- Se ha creado una hoja de registro de seguimiento y evaluación domiciliaria del paciente
- Se están preparando las sesiones, para explicar el proyecto a los miembros de los equipos y objetivos del mismo, que incluyen el recordatorio de farmacología y vías de administración en AP, así como cuidados no farmacológicos (para el paciente y su familia) que podrían incluir a otros profesionales como Fisioterapeutas, Psicólogos y Trabajadores Sociales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implicación por los miembros del equipo con respecto al proyecto está siendo muy positiva, teniendo en cuenta que se realiza fuera de nuestro horario laboral, al ser difícil el poder coincidir en un mismo horario puesto que lo formamos profesionales, con distintas jornadas laborales y de dos equipos de primaria y un equipo de atención continuada
Quedan pendientes, la inclusión de la hoja de seguimiento domicliario en plantillas de OMI, La creación de un listado de pacientes terminales único y control de altas hospitalarias de estos pacientes. También quedan pendientes las sesiones clínicas, que se harán en estos próximos meses

7. OBSERVACIONES.
¿ A quién debemos dirigirnos para que nos orienten en como podemos obtener estos listados, como realizar la hoja de seguimiento domiciliario, altas hospitalarias ? Gracias

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1556 ========== ***

Nº de registro: 1556

Título
PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Autores:
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA, SOLENZAL ALVAREZ OSCAR, HERRERO FUERTES ALBERTO, ESCOLANO EZQUERRA SILVIA, BRUNO CASADO LIDIA, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, POLO BLASCO MARI CARMEN, CORTINA LACAMBRA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME MONZON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1556

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TERMINALES ONCOLOGICOS Y DE ORGANO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE ATENCION CONTINUADA EN EL PACIENTE TERMINAL

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los paciente terminales, presntan multiples sintomas,cambiantes en breves periodos de tiempo.
Los profesionales del centro de salud, tanto en horario de mañanas como atencion continuada, hemos detectado la necesidad de mejorar el registro y comunicacion entre profesionales para asegurar la contiunuidad de cuidados adecuados en estos pacientes y sus familias.

RESULTADOS ESPERADOS
poblacion diana : pacientes terminales oncologicos y terminales de organo mayores de 14 años.
se mejorará el registro especifico de los pacientes terminales.
se actualizaran los protocolos de actuacion en los sintomas mas frecuentes de estos enfermos y educacion sanitaria a las familias.
se revisarán los registros de voluntades anticipadas.

MÉTODO
se realizaran actividades formativas y de sensibilizacion entre los profesionales que trabajan en el centro de salud con el objetivo de mejorar la codificacion del paciente terminal.
asi como actividades de formacion para mejorar la atencion de los sintomas mas frecuentes.

INDICADORES
Nº DE PACIENTES TERMINALES REGISTRADOS EN OMI

Nº DE SESIONES REALIZADAS EN 7 MESES.
INDICADOR SERÁ Nº DE SESIONES / 7 >O= A 0,85

DURACIÓN
MEJORA DE REGISTRO:
RESPONSABLE MARI CARMEN POLO Y RAQUEL CORTINA.
ACTIVIDADES EN EL AÑO 2017 SE REALIZARAN EN EL MES DE OCTUBRE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA CON UNA POSTERIOR EVALUACION DEL IMPACTO.
ACTIVIDADES DE FORMACION:
RESPONSABLE
ISABEL LOPE Y CONCEPCION CORONAS.
ACTIVIDADES FORMATIVAS RELACIONADAS CON MANEJO DE ESTOS PACIENTES. SE REALIZARÁ UNA ACTIVIDAD FORMATIVA MENSUAL DESDE NOVIEMBRE DEL 2017 HASTA ABRIL DEL 2018.
FECHA PREVISTA DE INICIO : OCTUBRE 2017 Y EVALUCION EN JUNIO 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MILLAN BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ABIEGO
· Localidad ..... ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TODA CALVO MARIA ROSARIO
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES
CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES
CASTRO ASIN ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una reunión de Equipo para llevar a cabo la selección de pacientes que cumplian los criterios de inclusión.El grupo se ha compuesto de 5 personas, (se ha producido un fallo en la asistencia de uno de los participantes), siendo un grupo homogéneo en edad, instrucción y tratamientos.
Hasta el momento se ha realizado la primera sesión de una hora de duración con el siguiente contenido: " Conocimientos fundamentales de la diabetes". Al inicio de la sesión se cumplimento un pre-test para valorar los conocimientos de partida así como el compromiso de asistencia. Como recursos materiales se han utilizado: ordenador, proyector y presentaciones de power-point.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto ha sido recibido con satisfacción por parte de los asistentes, con compromiso de responsabilizarse y aumentar el autocuidado de su enfermedad.Se ha seguido el cronograma marcado hasta el momento. Como criterio de inclusión para elegir a la población diana se estableció:
- Mal control metabólico (Hb mayor 7%)
- Sobrepeso IMC mayor 25%
- Capacidad suficiente de aprendizaje
Al estudiar nuestra poblalción diana nos dimos cuenta que era dificil adaptarse a los criterio de inclusión establecidos, por lo se optó por modificarlos. La población diana en la actualidad es:
- Pacientes diabéticos tipo 2, mayores de 60 años, de nuestra zona de salud.
Los indicadores del proyecto son:
- Realización de al menos 3 sesiones educativas en un grupo completo.
-Número de pacientes que han aumentado sus conocimientos de DM, tras la intervención diabetológica, así como su grado de satisfacción con el programa.
La fuente de obtención es los pacientes diabéticos tipo 2 incluidos en el programa OMI del EAP. se ha seguido como criterio de selección aquellos con peor control diabetológico, capacidad suficiente de aprendizaje y similar nivel de instrucción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aportación más importante de este trabajo es la implantación progresiva de un plan educativo, que permite mejorar los conocimientos y habilidades de los pacientes en cuanto a su autocuidado.Consideramos que es una patología de gran importancia en el ámbito sanitario susceptible de ser evaluada.
El programa se ha iniciado, quedando pendiente 3 sesiones clínicas y sus evaluaciones correspondientes.Se realizará el test post-intervención así como la encuesta de satisfacción.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1467 ========== ***

Nº de registro: 1467

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Autores:
MILLAN BARRIO MARIA LUISA, TODA CALVO MARIA ROSARIO, GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES, CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES, CASTRO ASIN ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevalencia de la enfermedad detectada en nuestra zona y la apreciación de falta de puesta en práctica de los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, que se transmiten diariamente en nuestras consultas, son los motivos por los que tras reunión y consenso en el equipo, decidimos implantar un plan de estrategia educativa sobre educación diabetológica. Como complemento de la educación individualizada en las consultas,creemos conveniente reforzar a través de la educación grupal el autocontrol de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios, que esta patología ocasiona.

RESULTADOS ESPERADOS
Serán criterios de inclusión para elegir a la población diana:
-Mal control metabólico HbA1 > 7%
- Sobrepeso IMC >25%
- Capacidad suficiente de aprendizaje

El objetivo de la educación diabetológica es mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.
Serán objetivos específicos conseguir mejorar en los siguientes ámbitos: control glucémico y en los hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, control del peso).

MÉTODO
- Reunión de equipo para seleccionar a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. La elección del grupo será homogénea en edad, nivel de instrucción y tratamientos. Los grupos estarán compuestos por 6 personas.
- Cumplimentación de pre-test para valorar conocimientos de partida.
- Se realizarán 4 sesiones, cada dos meses, de una hora de duración con los siguientes contenidos:
1º. Conocimientos fundamentales de la diabetes.
2º. Alimentación y ejercicio.
3º. Hipo-hiperglucemia.
4º. Cuidados de piel y pies.

- En las sesiones se favorecerá el diálogo bidireccional tanto con los ponentes como con los miembros del grupo, con la finalidad de intercambiar experiencias.
- Se finalizará con un test post-intervención para valorar conocimientos adquiridos.
- Se realizará encuesta de satisfacción.
- Las sesiones se impartirán en la sala de reuniones del centro de salud.
- Recursos materiales: Ordenador, proyector (power-point, videos).
Folletos informativos.
Encuesta satisfacción.
Test para pacientes.
Báscula y tallímetro.

INDICADORES
Se proponen los siguientes indicadores:

- Que el 50% de la población diana disminuya su IMC.
- Que el 50% de la población diana disminuya su HBA1c.
- Realización de al menos 3 sesiones educativas (un grupo completo).

DURACIÓN
-Realización de 4 sesiones educativas, cada 2 meses, de una hora de duración.
-Inicio septiembre 2017.
-Finalización junio 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MILLAN BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ABIEGO
· Localidad ..... ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TODA CALVO MARIA ROSARIO
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES
CASTRO ASIN ALFREDO
CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las 3 charlas que quedaban para concluir el cronograma. Los cinco componentes del grupo han acudido a todas las sesiones, por lo que la participación ha sido de un 100%. Previo a la sesión se realiza pre-test para valorar conocimientos de partida.Las sesiones realizadas con una hora de duración han sido las siguientes:
- Alimentación y ejercicio
- Hipo-hiperglucemia
-Cuidado de pies y piel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido los indicadores propuestos ya que, respecto al primero las sesiones se han realizado según el número y periodicidad previsto, existiendo un total compromiso por los asistentes.
Respecto al segundo indicador se evidencia aumento en el nivel de conocimientos dado que se detecta un 75 % de aciertos en los pre-test que pasa a ser de un 95% en las encuestas post-intervención.Esto supone que la educación grupal mejora los conocimientos incorporando información y habilidades que generan responsabilidad en el control de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El impacto del proyecto ha sido alto. Se han cumplido los objetivos planteados con gran repercusión en los pacientes.Dado que los resultados han sido positivos y existe alto grado de satisfacción se continuara con el proyecto en el 2019. Se elegirá otra población diana, con iguales indicadores y se reducirá a tres el número de sesiones.Las sesiones tendrán una periodicidad mensual y una hora de duración con los siguientes contenidos:
- Conocimientos fundamentales. Alimentación y ejercicio.
- Hipo-hiperglucemias.
- Cuidados pies y piel.
Se realizarán los tes pre y post intervención así como las encuestas de satisfacción. El cronograma será el siguiente:
- Fecha inicio Marzo 2019
Fecha realización sesiones durante los meses de Abril-Mayo-Junio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1467 ========== ***

Nº de registro: 1467

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Autores:
MILLAN BARRIO MARIA LUISA, TODA CALVO MARIA ROSARIO, GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES, CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES, CASTRO ASIN ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La prevalencia de la enfermedad detectada en nuestra zona y la apreciación de falta de puesta en práctica de los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, que se transmiten diariamente en nuestras consultas, son los motivos por los que tras reunión y consenso en el equipo, decidimos implantar un plan de estrategia educativa sobre educación diabetológica. Como complemento de la educación individualizada en las consultas,creemos conveniente reforzar a través de la educación grupal el autocontrol de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios, que esta patología ocasiona.

RESULTADOS ESPERADOS
Serán criterios de inclusión para elegir a la población diana:
-Mal control metabólico HbA1 > 7%
- Sobrepeso IMC >25%
- Capacidad suficiente de aprendizaje

El objetivo de la educación diabetológica es mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.
Serán objetivos específicos conseguir mejorar en los siguientes ámbitos: control glucémico y en los hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, control del peso).

MÉTODO
- Reunión de equipo para seleccionar a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. La elección del grupo será homogénea en edad, nivel de instrucción y tratamientos. Los grupos estarán compuestos por 6 personas.
- Cumplimentación de pre-test para valorar conocimientos de partida.
- Se realizarán 4 sesiones, cada dos meses, de una hora de duración con los siguientes contenidos:
1º. Conocimientos fundamentales de la diabetes.
2º. Alimentación y ejercicio.
3º. Hipo-hiperglucemia.
4º. Cuidados de piel y pies.

- En las sesiones se favorecerá el diálogo bidireccional tanto con los ponentes como con los miembros del grupo, con la finalidad de intercambiar experiencias.
- Se finalizará con un test post-intervención para valorar conocimientos adquiridos.
- Se realizará encuesta de satisfacción.
- Las sesiones se impartirán en la sala de reuniones del centro de salud.
- Recursos materiales: Ordenador, proyector (power-point, videos).
Folletos informativos.
Encuesta satisfacción.
Test para pacientes.
Báscula y tallímetro.

INDICADORES
Se proponen los siguientes indicadores:

- Que el 50% de la población diana disminuya su IMC.
- Que el 50% de la población diana disminuya su HBA1c.
- Realización de al menos 3 sesiones educativas (un grupo completo).

DURACIÓN
-Realización de 4 sesiones educativas, cada 2 meses, de una hora de duración.
-Inicio septiembre 2017.
-Finalización junio 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0372

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CASTELLS SOLANAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ABIEGO
· Localidad ..... ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO ASIN ALFREDO
TODA CALVO MARIA ROSARIO
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES
MILLAN BARRIO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se inicia en el mes de noviembre del 2018 realizándose una reunión con el equipo docente del CRA Vero-Alcanadre. Se plantea un cambio en el grupo de alumnos a intervenir, se trabajará con el colegio de Abiego (inicialmente Bierge).Acordamos con el equipo el contenido de la charla-taller para adaptarla al grupo de edad así como a los conocimientos de partida.
Queda pendiente la realización de la sesión con los alumnos programada para febrero del 2019. Tras la sesión se realizará evaluación de los conocimientos a traves de preguntas cortas.
A los 4 meses se realizará una segunda evaluación con la finalidad de verificar y afianzar los conocimientos dietéticos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto no está concluido. Queda pendiente la realización de la primera sesión con escolares que se llevará a cabo en febrero así como la evaluación de adquisición de conocimientos a los 4 meses. El proyecto es acogido con satisfacción y colaboración por parte del Equipo docente que se ha implicado en las actividades, que promueven una alimentación sana en la infancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto se realizará a lo largo de este curso escolar . Consideramos fundamental la intervención en el ámbito escolar que ayuda a modificar hábitos alimentarios y a prevenir enfermedades en el futuro. Es importante para ello el compromiso y la colaboración por parte de todos los niveles de intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/372 ========== ***

Nº de registro: 0372

Título
EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

Autores:
CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES, TODA CALVO MARIA ROSARIO, CASTRO ASIN ALFREDO, GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES, MILLAN BARRIO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación nutricional en la escuela
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras reunión de equipo y analizando la situación en la comunidad, se detecta como una de las prioridades, la instauración de programas para la salud en el ámbito escolar, con la iniciativa de fomentar la educación sobre la alimentación. Promover hábitos saludables previene patologías agudas y crónicas, así como favorece el desarrollo de estilos de vida que ofrezcan bienestar y calidad de vida.
La adquisición de hábitos alimentarios y comportamientos saludables en la etapa infantil (escolar) es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0372

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

fundamental para asegurar conductas beneficiosas para la salud en el futuro.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Alumnos del CRA Vero-Alcanadre. Colegio de Bierge.
- Como principal objetivo se pretende informar y motivar a la población infantil en la práctica de hábitos alimentarios saludables.
- Verificar la adquisición de conocimientos 6 meses post-intervención.

MÉTODO
Reunión con el Equipo docente para explicar el proyecto y elaborar un calendario conjunto
-.En la primera sesión se pretende realizar una puesta en común acerca de conocimientos nutricionales, que nos ayude a valorar el punto de partida y que hábitos debemos reforzar con mayor intensidad.
- En la segunda sesión se realizará una charla teórica acerca de los nutrientes, cantidad necesaria y recomendable en la ingesta. Analizar la pirámide de los alimentos.Tras explicación teórica se llevará a cabo una actividad individual construyendo la pirámide.
Concluir la sesión con una encuesta de preguntas cortas, donde se valorarán las contestaciones satisfactorias, de los conocimientos adquiridos en el taller.
-Se finalizará con una encuesta post-intervención 6 meses después de la práctica, para verificar y afianzar conocimientos adquiridos.

INDICADORES
- Evaluación tras encuesta de los conocimientos aprendidos durante el taller.

- Evaluación a los 6 meses, por encuesta, valorando conocimientos alimentarios adquiridos.

DURACIÓN
Tres sesiones a lo largo del curso escolar 2018-2019.
Finalización del proyecto junio 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0801

1. TÍTULO

INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO TODA CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ABIEGO
· Localidad ..... ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES
MILLAN BARRIO MARIA LUISA
CASTRO ASIN ALFREDO
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente no se podido realizar la creación de las agendas de los profesionales, dado que esto no depende del equipo.Por este motivo los pacientes atendidos han sido citados en las propias agendas de los profesionales, en los consultorios locales.Las agendas ya están creadas con lo que a partir de ahora los pacientes serán citados en las consultas monográficas.
Hasta el momento se han incluido 3 pacientes en los que se ha realizado:
- Valoración grado motivación.
- Intervención intensiva.
- Seguimiento posterior.
El primer paciente continua sin fumar en la actualidad,se continua el seguimiento.
El segundo ha vuelto a fumar tras la intervención.
El tercero se encuentra iniciando la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto al primer indicador tres pacientes se han sometido a una intervención intensiva del total de los fumadores.
Respecto al segundo indicador el proyecto no lleva un año en funcionamiento por lo que no podemos valorar el número de pacientes ex-fumadores al año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención primaria posee unas características de accesibilidad y continuidad que le hacen ocupar un lugar fundamental en la intervención contra el tabaquismo.
El proyecto se ha iniciado y continuaremos con la realización de una reunión de equipo en febrero, para recordar a los profesionales la creación de las agendas y el seguimiento del proyecto dada la escasa captación de pacientes conseguida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/801 ========== ***

Nº de registro: 0801

Título
INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Autores:
TODA CALVO MARIA ROSARIO, MILLAN BARRIO MARIA LUISA, CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES, CASTRO ASIN ALFREDO, GERMES RUIZ-DENA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dependencia tabáquica
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0801

1. TÍTULO

INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Reunidos en Equipo y tras analizar la situación actual a través de la información disponible, detectamos una prevalencia elevada de pacientes fumadores, en los que se ha realizado una insuficiente intervención para la deshabituación tabáquica.
El tabaquismo es el factor de riesgo modificable que causa por si mismo un mayor número de muertes prematuras e invalidez.Se trata de un problema de salud pública tanto por su prevalencia como por sus consecuencias para la salud.La población fumadora presenta un riesgo aumentado de padecer cáncer broncopulmonar, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Por tanto decidimos realizar un proyecto asistencial específico de deshabituación tabáquica, con el fin de disminuir el número de fumadores así como prevenir enfermedades futuras.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Pacientes fumadores pertenecientes al Centro de Salud de Abiego.
Disminuir el número de pacientes con dependencia al tabaco y por tanto prevenir patología cardiovascular y respiratoria, aumentando su calidad de vida.
Valoración del grado de motivación para la deshabituación tabáquica e intervención posterior (Test de Richmond).
Valoración de pacientes que han abandonado el hábito tabáquico en un año.

MÉTODO
Modificar las agendas de los profesionales, con la finalidad de crear consultas monográficas que permitan atender directamente a estos pacientes. Dadas las caracteristicas geográficas y poblacionales de nuestro centro, la atención se llevará a cabo en los consultorios locales de cada profesional.Se dispondrá en la agenda de todos los profesionales de media hora semanal (2 horas al mes) para atender las consultas de deshabituación tabáquica.
Valorar grado de motivación, planteando la intervención intensiva y seguimiento posterior.
Seguimiento a los 3 días, dos semanas y al mes del abandono tabáquico. Apoyo telefónico posterior.
Medición CO en la consulta.
Formación y entrenamiento de los profesionales del centro. Realizar una sesión formativa.

INDICADORES
- Nº Pacientes que se han sometido a una intervención intensiva sobre el total de los fumadores.

-Nº Pacientes ex-fumadores al año.

DURACIÓN
Fecha inicio: septiembre 2018
Organización agenda consultas junio-agosto 2018.
Curso preparación de profesionales Mayo 2018.
Sesión formativa junio 2018.
Evaluación de datos junio 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1561

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA HERNANDEZ DE PEDRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALZON PATRICIA
ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO
HERNANDEZ DE PEDRO MARIA
CLAVER GARCIA PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diariamente se realizaba control de limpieza y orden en la sala, asi como chequeo de monitos/desfibrilador que se registraba en una hoja (realizado por el medico saliente de guardia), oxigenoterpia.
Diariamente se reponia material usado en la guardia tanto de mochilas como de la sala (realziado por enferemera saliente de guardia)
Registro mensual de caducidades de ampulario, nevera por parte de responsables del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La sala se ha reorganizado quedando un mejor acceso al paciente. La dotacion de nuevo carro de paros y revision del mismo asi como del monitor (aportacion del ayuntamiento) ha sido positiva y bien aceptada por los trabajadores

La revison de oxigeno, ampulario, orden de estanterias y cajones, mochilas y aparatos ha sido correcta en la mayoria de los meses.
Se ha llevado a cabo el registro de firmas de las revisones mensuales y el del monitor y DESA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoracion ha sido positiva en el equipo porque el orden y el control de caducidades ha hevho mas facil el trabajo en situacion de urgencia
Se ha decidido continuar con el cumplimiento de este programa
Ha quedado pendiente ser mas constantes en la reposicion de material y en el de la mochila cuando se vuelve de alguna urgencia, y no reponerse los materiales individucales con material de la sla de urgencias

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1561 ========== ***

Nº de registro: 1561

Título
SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GETION DEL EQUIPAMIENTO

Autores:
CLAVER GARCIA PAULA, ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO, LOPEZ CALZON PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto se consideró necesario para poder tener la sala en perfecto estado de uso, con todo el aparataje en correcto funcionamiento y en el lugar habitual de uso, así como el control de las caducidades de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1561

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO

medicación.

RESULTADOS ESPERADOS
Que no haya medicación caducada .
Que no falte medicación
Carro de curas equipado y preparado para su uso con todo el material.
Aparataje sin averias y funcionando perfectamente.
Papel de camilla .
Limpieza y orden general de la sala

MÉTODO
Hoja de recogida de firmas
El médico y la enfermera que salen de guardia deben reponer el material usado hacer la revisión según el acuerdo diario y firmar la hoja correspondiente. En esa evisión diaria se incluye el orden de la sala,el carro de curas y el papel de la camilla.
Los lunes se revisrá eñl oxígeno, los martes el ampulario, el miercoles el orden de cajones y estanterías, los jueves la mochila de urgencias, los viernes mórficos, sábado DESA y domingo coche y stock del material y medicación.
Mensualmente se realiza la revisión completa del desfibrilador y del aparato de electrocardiograma.

INDICADORES
Revisar mensualmente la hoja de firmas para tener datos sobre el cumplimiento del programa.

DURACIÓN
Durante todo el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1593

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS EN LA INFANCIA-ADOLESCENCIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PAULA CLAVER GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 3 sesiones teorico-practicas al profesorado del instituto de la localizadda basadas en la actuacion de los mismos ante enferemedades croncias prevalentes en poblacion adolescente: actuacion ante crisis de asma, reaccion anafilactica, reaccion alergica, crisis convulsiva, diabetes y sus complicaicones y accidentes. Se añadio una sesion de RCP basica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras las sesiones se realizo un cuestionario de 20 preguntas con tres respuestas y solo una de ellas valida. En todos los aspectos habia una clara mejoria sueperiror al 70% de los conocimeintos respecto al la encuesta incial y casi el 80% se veia con preparacion para actuar ante estas situaciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA experiencia ha sido muy positiva para el profesorado y para los docentes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1593 ========== ***

Nº de registro: 1593

Título
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADDES CRONICAS EN AL INFANCIA-ADOLESCENCIA

Autores:
CLAVER GARCIA PAULA, PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades prevalentes en la infancia y adolescencia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se pusieron de manifiesto de carencias en los conocin¡mientos teorico-prácticos acerca de enfermedades crónica prevalente en la población adolescente de la zona por parte del profesorado del IES Sobrarbe..

RESULTADOS ESPERADOS
El ojetivo pretende que se mejore la formación del profesorado en enfermedades crónicas prevalentes y sus comlicaciones de la infancia-adolecencia, para mejorar la actuación y respuesta del profesorado ante posibles complicaciones surgidas de las mismas.

MÉTODO
Actividades mediante sesiones teorico-prácticas sobre: asma, diabetes,crisis epilépticas y convulsivas, alergias, intolerancias alimentarias y accidentes.
Se realizaran seis sesiones de trabajo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1593

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS EN LA INFANCIA-ADOLESCENCIA

Se elabora un cuestionario de 20 preguntas con 3 posibles respuestas (solo una de ellas válida.) Se pasa el cuestionario antes de las sesiones y a las cuatro semanas tras impartir las mismas.
El limite inferiór a alcanzar es una mejora el el conocimiento del 50% de los asistentes. El limite superior estará en una mejora de los conocimientos del 70%.

DURACIÓN
Incio en Febrero de año 2017 y finalización en diciembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1605

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO.(CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO
LOPEZ CALZON PATRICIA
MARIN CAMPODARVE ALFREDO
PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Listado de diabéticos.
- De los diabéticos,cuáles tenían realizada la consulta de pie diabético y cuáles no.
- De los que no, en consulta de control de glucemia, citar para valorar pie diabético e incluso, cita por vía telefónica.
- Consulta de pie diabético: dopler, valorar sensibilidad...todos aquellos parámetros que incluye dicha consulta.
- Ir consultando a través del cuadro de mandos cada cierto tiempo las coberturas, mantenimiento...etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados no son los esperados por diversas incidencias: doppler estropeado durante un tiempo, cambio de profesionales...
Aun así, el proyecto ha alcanzado los mínimos objetivos: un 75% tienen realizada la exploración del pie diabético.

La fuente: es el cuadro de mandos que va variando periódicamente algunos datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa puede mejorar mucho todavía, sobre todo, en algunos cupos . Ahora, con los profesionales más estabilizados, puede hacerse más hincapie en una mejora continua.
Queda pendiente la progresión continuada en valoración de consulta del pie diabético pero aun así, el proyecto es sostenible y ayuda a una labor de dicha consulta más eficiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1605 ========== ***

Nº de registro: 1605

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO. (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Autores:
BORBON CAMPOS INES, LOPEZ CALZON PATRICIA, PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA, ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Porcentaje mejorable de la cobertura de valoración de pie diabético, dentro de la población de la zona de salud que está en el programa 306.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1605

1. TÍTULO

CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO.(CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

RESULTADOS ESPERADOS
Població diana será aquellos pacientes que estén incluidos en el programa 306 diabéticos. que un 90% tengas realizada la exploración de pie diabético según protocolo.

MÉTODO
Citación en consultra según protocolo.Todas las consultas de enfermería disponen de instrumental para realizarf dicha exploración.

INDICADORES
-Pacientes que tengan realizada la exploración de pie diabétio según marca el protocolo del programa 306. Objetivo inferior de calidad que un 70% tengan realizada la exploración. Objetivo superior un 90% tenan realizada la exploración.

DURACIÓN
Durante todo el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1605

1. TÍTULO

VALORACION PIE DIABETICO (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALZON PATRICIA
PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA
ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades son las de consulta de enfermería del pie diabético: sensibilidad, doppler, martillo... Se utilizó material propio para la revisión del pie diabético. Se realizó citaciones en consulta según protocolo.
Se realizó durante el año 20017 y continuado hasta diciembre del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultado alcanzado fue de un 80%, no llegó al objetivo previsto, ya que el cuadro de mandos de diabetes de cada cupo no estaba abierto a la persona responsable para poder llevar un seguimiento más exhaustivo.
Aún así, mejoró el número de pacientes diabéticos revisados del pie diabético

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se podría mejorar si la accesibilidad al cuadro de mando por quien mantiene la responsabilidad fuese continua.
Cada enfermero/a debe llevar un plan de seguimiento sobre esta consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1605 ========== ***

Nº de registro: 1605

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO. (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Autores:
BORBON CAMPOS INES, LOPEZ CALZON PATRICIA, PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA, ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Porcentaje mejorable de la cobertura de valoración de pie diabético, dentro de la población de la zona de salud que está en el programa 306.

RESULTADOS ESPERADOS
Població diana será aquellos pacientes que estén incluidos en el programa 306 diabéticos. que un 90% tengas realizada la exploración de pie diabético según protocolo.

MÉTODO
Citación en consultra según protocolo.Todas las consultas de enfermería disponen de instrumental para realizarf dicha exploración.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1605

1. TÍTULO

VALORACION PIE DIABETICO (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

-Pacientes que tengan realizada la exploración de pie diabétio según marca el protocolo del programa 306. Objetivo inferior de calidad que un 70% tengan realizada la exploración. Objetivo superior un 90% tenan realizada la exploración.

DURACIÓN
Durante todo el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1629

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MAGALY THACCO VELARDE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑUALES PALAZON LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesiones: 4 de 45 minutos con una media de 12 participantes por sesión (noviembre y diciembre). Encuesta de conocimientos antes y después de cada sesión.
Encuesta final de necesidades.
Se ha empleado material gráfico y el existente como consejos para la fiebre, la diarrea,,,etc

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora de conocimientos de los cuidadores
Disminución de la ansiedad de los cuidadores.
Disminución de la frecuentación de los niños
Mejora de habilidades y conocimientos entre otros en: lavados nasales, manejo de antitérmicos,masajes abdominales, hidratación oral...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dificultad para realizar las sesiones: horarios, distancia, carreteras..
Valoración de insistir en la educación personalizada en em medio en el que nos movemos.

7. OBSERVACIONES.
-

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1629 ========== ***

Nº de registro: 1629

Título
EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Autores:
BERNUES SANZ GUILLERMO, GRACIA MARCO MARIA, CLAVER GARCIA PAULA, RUIZ ALMENARA VALENTIN, THACCO VELARDE MAGALY

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PAT. PEDIÁTRICA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1) Introducción: Desde el punto de vista de la consulta de pediatría de AP destacan una serie de consultas sobre patologías que son manejables de forma domiciliaria y no requieren, en un primer momento, evaluación por parte del personal sanitario. Los motivos de consulta más frecuentes hacen que se retrase la asistencia de otras patologías y sobrecargan las consultas de pediatría y medicina/ enfermería de familia con citas urgentes.
Planteamos un proyecto de taller que constituya un espacio de relación entre profesionales sanitarios y cuidadores de niños que lescpermita verbalizar e intentar resolver dudas que puedan surgir en el proceso de cuidado de un niño enfermo transmitiendo conocimientos sobre el manejo de la patología pediátrica más frecuente en su estadio inicial.

2) Análisis de la situación: En forma de encuesta para padres y personal sanitario para determinar las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1629

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

principales inquietudes/carencias de los cuidadores, acerca del manejo de síntomas que pueden ser asistidos de forma domiciliaria. Con los resultados de dicha encuesta se escogerán los 4 síndromes/síntomas principales acerca de los que se organizarán una serie de talleres.

Trabajaremos considerando la asistencia de múltiples factores relacionados con la situación y necesidades de los cuidadores:
Factores ambientales: entorno próximo: familia y sistemas de soporte (edad de los padres, 1er hijo, manejo previo de enfermedad infantil), situación socioeconómica familiar; entorno social: valores y costumbres culturales, modelos socioculturales de maternidad y paternidad.
Factores personales: área cognitiva (conocimientos sobre el proceso natural de enfermar y su relación con la maduración del sistema inmunitario), área emocional (vivencias, creencias y experiencias personales; expectativas de resultados: (siento que puedo controlar la situación), área habilidades (manejo, psicomotoras y personales, conflictos)

RESULTADOS ESPERADOS
GENERALES
- Dotar de habilidades y conocimientos a los cuidadores habituales de estos niños, en el manejo de los síntomas mas comunes de las enfermedades infantiles frecuentes.
- Disminuir la frecuentación de los preescolares a los servicios sanitarios.
- Disminuir la ansiedad de los cuidadores ante los síntomas habituales en los niños con enfermedades banales.
ESPECIFICOS:
1. De conocimiento:
-Adquirir conocimientos sobre el manejo domiciliario de las patologías tratadas.
-Conocer pilares del tratamiento y reconocer signos de alarma.
2. De actitud:
- Expresar sus vivencias y experiencias, incrementar sus conocimientos, adquirir las habilidades necesarias para cuidar, desarrollar autoridad, aceptación, autoestima, autonomía.
3. De habilidad:
- Mejorar o adquirir habilidad en diferentes técnicas: Lavados nasales, uso de antitérmicos, masajes abdominales, hidratac. oral y otros
Población diana: Cuidadores: madres y padres, abuelos... de niños entre 6 meses a 6 años que tengan interés en aumentar sus conocimientos.

MÉTODO
1. Captación: Desde las consultas del CS, aunque la admisión será pública y se podrán captar personas interesadas desde servicios sociales, centros educativos, admisión del CS, cartelería..
2.Desarrollo de la intervención: Taller de 4 sesiones de unos 45-60´ de duración, con un máx. de 10 participantes .Que consten de una 1ª parte de charla-coloquio, en la que se desarrollarán los temas que se decidirán en función de las necesidades/inquietudes que muestre la población diana y una 2ª parte, práctica en la que te desarrollaran habilidades sobre diferentes técnicas. Además se pretende reforzar gráficamente el mensaje transmitido en el taller mediante folletos informativos y posters para la sala de espera de la consulta.
3. Quién impartirá el taller: Sanitários del CS
4. Dónde se imparte: Sala de reuniones del CS

INDICADORES
- Evaluación de la intervención: De forma continuada evaluando los resultados el proceso y la adecuación de los recursos.
- 1º: Encuesta de conocimientos: pre y post taller.
- 2º. Evaluación del proceso educativo mediante 2 encuestas:
1ª.Datos en cuanto asistencia y participación: Para los monitores.
2ª.Grado de consecución de las actividades previstas, adecuación de los monitores del taller al grupo y contenidos, así como el programa de contenidos): Para los cuidadores.

DURACIÓN
Información:15 a 30 Sept. Realización de un taller de 4 sesiones con una duración de entre 45-60' cada una, quincenales, en los meses de Oct y Nov. Evaluación de la actividad y recopilación nuevas propuestas de necesidades sentidas por los asistentes en atención comunitaria, Diciembre.

OBSERVACIONES
Servicio o Unidad: Atención Primaria
Se reenvía el Proyecto por exceso inicial de caracteres (>5000)
(Proyecto: 2016_1581 (Contrato Programa))

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LOPEZ CALZON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGUES CASAS SONIA
PERA FERRAZ CARMEN
THACCO VELARDE MAGALY
MARIN CAMPODARVE ALFREDO
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Encuesta previa para ver situacion de conocimientos de donde partimos.
Taller de disfagia, donde hicimos una parte teorica, para explicar el significado de disfagia, signos y sintomas, consecuencias, medidas generales, medidas nutricionales y niveles de viscosidad.
Taller práctico donde realizamos mezclas con espesantes para ver los tipos de consistencias, realizamos diferentes tipos de comidas adecuadas a pacientes con disfagia, enseñamos a manejar los espesantes y sus niveles de viscosidad.
Taller practico en manejo de obstrucción parcial y completa de via aerea.
Encuesta al finalizar los talleres de formación, para saber que se ha entendido y asimilado el concepto de disfagia, y como gestionarla en cada caso.
Encuesta de satisfacción, en cuanto al personal que lo imparte, la información recibida (si es clara, concisa y concreta)
Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.
Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El dia 23 de octubre de 2018 se realizo el taller de disfagia y practico de mezcla de espesantes.
El dia 27 de diciembre de 2018 se realizó el taller practico en manejo de obstrucción de via aerea.
Se empleó soporte informatico, mediante power point para explicación de los talleres.
Para el taller practico dispusimos de cocteleras, espesantes, diferentes tipos de comida para que comprendieran las texturas y el grado de disfagia. Hicimos el test de disfagia a liquidos. Se realizaron mezclas para ver las consitencias.
Para taller practico de OVACE dispusimos de simulaciones de diferentes situaciones.
Los resultados alcanzados han sido positivos. Las encuestas de satisfacción fueron positivas,. Todos los asistentes (20 cuidadoras de la residencia, 3 cocineras y enfermeras del centro de salud Ainsa), entendieron a la perfección la disfagia, asimilaron los conceptos de mayor importancia, y como gestionar la obstrucción de via aerea si se produjera.
Tras el taller y por el momento no se ha producido ninguna brocoaspiración de los residentes de la Solana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora ha sido favorable y positiva.
Se han alcanzado los objetivos previstos.
Como no todas las cuidadoras pudieron acudir a los talleres, se propuso hacer una segunda vuelta para el resto de personal, que no pudo asistir a la primera convocatoria.

7. OBSERVACIONES.
Se incluirá en la agenda de comunitaria del Centro para seguimiento.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1398 ========== ***

Nº de registro: 1398

Título
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Autores:
LOPEZ CALZON PATRICIA, BORBON CAMPOS INES, PERA FERRAZ CARMEN, ZAPATERO CASEDAS ANA, THACCO VELARDE MAGALY, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Senilidad
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Para valorar la situación de partida de la Residencia de la Solana utilizamos la técnica DAFO.

Debilidades: escasez de recursos humanos,poca cualificación, variabilidad de la información recogida, no utilización de protocolos, casos previos de atragantamientos e infecciones respiratorias tras posibles broncoaspiraciones durante la alimentación.

Amenazas: presión de los familiares, presión por intenso trabajo, la toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.

Fortalezas: apoyo constante desde el centro de salud, necesidad sentida por parte de los cuidadores de la residencia, necesidad sentida por parte de los trabajadores del centro de salud de Ainsa. Inclusión del paciente cronico complejo en cartera de servicios y que cada institucionalizado tiene adjudicado un médico y enfermera del CS Ainsa.

Oportunidades: creación en el centro de salud de un puesto de enfermera comunitaria, adecuar las intervenciones: actividades de escucha, información y formación para conocer la disfagia, un problema poco conocido pero muy común sobre todo en la gente más edad.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto está dirigido a las cuidadoras y cocineras de la Residencia La Solana de Ainsa para que conozcan esta gran desconocida "La Disfagia", ya que en pacientes institucionalizados aumenta considerablemente hasta establecerse en una prevalencia del 60%.
La población diana sobre la que incidirá estos conocimientos y habilidades adquiridos por las cuidadoras y cocineras serán los pacientes institucionalizados.

MÉTODO
Las acciones previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

Realizar un cuestionario previo, para ver donde partimos.

Un taller de formación e información sobre la DIsfagia, dirigido a todo el personal de la Residencia de Ainsa usando soporte informatico, mediante un power point. Escuchar y resolver sus dudas, sus preocupaciones referentes a la disfagia. Conocer sus signos y sintomas, sus consecuencias, las medidas generales a adoptar durante las comidas y después de las comidas, medidas nutricionales, saber adaptar la consistencia de los liquidos al nivel de disfagia de cada paciente.

Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

INDICADORES
Encuesta previa para conocer situación de donde partimos. Encuesta de 10 preguntas (con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas.)
Fuente de datos: SARES.
Encuesta al finalizar los talleres de formación para saber que se ha entendido y asimiliado el concepto de disfagia y cómo gestionarla en cada caso. (test con 10 preguntas, con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas)
Encuesta de satisfacción en cuanto al personal que lo imparte, la información (si es clara, concisa y concreta), si creen que les ha podido servir para su practica diaria, si el material ha sido adecuado, si la duración ha sido apropiada...
Esta valoración se hara con una escala tipo Likert (donde 1 es: no me ha gustado,resultado util... hasta 5 que significa: el grado optimo de evaluación de los objetivos.)

DURACIÓN
La duración prevista es un taller o dos, de 10-12 personas en cada taller (son 25 cuidadoras, más 3 cocineras).
La fecha prevista está por concretar, está hablado con la directora y falta concertar un día concreto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Evaluación posterior a la realización del taller
Fecha de finaización: Máximo el 31 de octubre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Fecha de entrada: 04/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LOPEZ CALZON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGÜES CASAS SONIA
BORBON CAMPOS INES
PERA FERRAZ CARMEN
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN
THACCO VELARDE MAGALY
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS.
Encuesta previa para conocer situación de donde partimos.
Taller de disfagia, donde hicimos una parte teorica para explicar el significado de disfagia, signos y sintomas, consecuencias, medidas generales, medidas nutricionales y niveles de viscosidad.
Taller práctico en donde realizamos mezclas con espesantes para ver los tipos de consistencias, realizamos diferentes tipos de comidas adecuadas a pacientes con disfagia, enseñamos a manejar los espesantes.
Taller practica en manejo de obstrucción parcial y completa de via aérea.
Encuesta al finalizar los talleres de formación para saber que se ha entendido y asimilado el concepto de disfagia y como gestionarla en cada caso.
Encuesta de satisfacción en cuanto al personal que lo imparte, la información (si es clara, concisa y concreta, si creen que les ha podido servir para su práctica diaria.
Evaluacion final de los conocimientos y habilidades adquiridas.
Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO.
El día 23 de octubre realizamos taller de formación de disfagia y taller práctico de mezcla de espesantes.
El día 27 de diciembre realizamos taller práctico en manejo de obstrucción parcial y completa de vía aérea.

RECURSOS EMPLEADOS.
Empleamos soporte informatico, mediante power point para explicación del taller formativo.
Para el taller práctico dispusimos de cocteleras, espesantes, diferentes tipos de comida para que comprendieran las texturas y el grado de disfagia. Hicimos el test de disfagia a liquidos. Realizamos mezclas para ver las consistencias.
Para taller práctico usamos simulaciones en los diferentes tipos de OVACE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido muy positivos. Las encuestas de satisfacción fueron muy positivas, todos y todas las asistentes (20 cuidadoras de la Residencia La Solana +3 cocineras+enfermeras del centro de salud de Ainsa) entendieron a la perfección la disfagia, asimilaron los conceptos de mayor importancia, y como gestionar la obstrucción de via aerea si se produjera.
Tras el taller y por el momento no se ha producido ninguna broncoaspiración de los residentes de La Solana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora ha sido favorable y muy positiva. Se han alcanzado los objetivos previstos.
Como no todas las cuidadoras pudieron acudir a los talleres, se propuso hacer una segunda vuelta para el resto del personal que no pudo asistir en la primera convocatoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1398 ========== ***

Nº de registro: 1398

Título
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Autores:
LOPEZ CALZON PATRICIA, BORBON CAMPOS INES, PERA FERRAZ CARMEN, ZAPATERO CASEDAS ANA, THACCO VELARDE MAGALY, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Senilidad
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Para valorar la situación de partida de la Residencia de la Solana utilizamos la técnica DAFO.

Debilidades: escasez de recursos humanos,poca cualificación, variabilidad de la información recogida, no utilización de protocolos, casos previos de atragantamientos e infecciones respiratorias tras posibles broncoaspiraciones durante la alimentación.

Amenazas: presión de los familiares, presión por intenso trabajo, la toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.

Fortalezas: apoyo constante desde el centro de salud, necesidad sentida por parte de los cuidadores de la residencia, necesidad sentida por parte de los trabajadores del centro de salud de Ainsa. Inclusión del paciente cronico complejo en cartera de servicios y que cada institucionalizado tiene adjudicado un médico y enfermera del CS Ainsa.

Oportunidades: creación en el centro de salud de un puesto de enfermera comunitaria, adecuar las intervenciones: actividades de escucha, información y formación para conocer la disfagia, un problema poco conocido pero muy común sobre todo en la gente más edad.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto está dirigido a las cuidadoras y cocineras de la Residencia La Solana de Ainsa para que conozcan esta gran desconocida "La Disfagia", ya que en pacientes institucionalizados aumenta considerablemente hasta establecerse en una prevalencia del 60%.
La población diana sobre la que incidirá estos conocimientos y habilidades adquiridos por las cuidadoras y cocineras serán los pacientes institucionalizados.

MÉTODO
Las acciones previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

Realizar un cuestionario previo, para ver donde partimos.

Un taller de formación e información sobre la DIsfagia, dirigido a todo el personal de la Residencia de Ainsa usando soporte informatico, mediante un power point. Escuchar y resolver sus dudas, sus preocupaciones referentes a la disfagia. Conocer sus signos y sintomas, sus consecuencias, las medidas generales a adoptar durante las comidas y después de las comidas, medidas nutricionales, saber adaptar la consistencia de los liquidos al nivel de disfagia de cada paciente.

Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

INDICADORES
Encuesta previa para conocer situación de donde partimos. Encuesta de 10 preguntas (con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas.)
Fuente de datos: SARES.
Encuesta al finalizar los talleres de formación para saber que se ha entendido y asimiliado el concepto de disfagia y cómo gestionarla en cada caso. (test con 10 preguntas, con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas)
Encuesta de satisfacción en cuanto al personal que lo imparte, la información (si es clara, concisa y concreta), si creen que les ha podido servir para su practica diaria, si el material ha sido adecuado, si la duración ha sido apropiada...
Esta valoración se hara con una escala tipo Likert (donde 1 es: no me ha gustado,resultado util... hasta 5 que significa: el grado optimo de evaluación de los objetivos.)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

DURACIÓN
La duración prevista es un taller o dos, de 10-12 personas en cada taller (son 25 cuidadoras, más 3 cocineras).
La fecha prevista está por concretar, está hablado con la directora y falta concertar un día concreto.
Evaluación posterior a la realización del taller
Fecha de finaización: Máximo el 31 de octubre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1409

1. TÍTULO

LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Exposición-taller, juegos...sobre la función enfermera. Recursos: pendrive, pantalla digital, posits, material sanitario... Calendario: se realizó durante el curso escolar.
Se realizó un power point para informar y desarrollar el tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado fue del 100% del conocimiento de los escolares, a través de encuestas realizadas posteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad en sí supuso una mejora en la forma de entender el escolar la función enfermera, llegando a los objetivos marcados: conocimiento, divulgación...por parte de los escolares. Quedan pendientes muchos temas que podrían tratarse respecto a enfermería y a diversas etapas escolares.
Debería repetirse dichas actividades en cada aula, edad...escolar, así como, nuevos temas adaptados a cada etapa del niño.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1409 ========== ***

Nº de registro: 1409

Título
LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Autores:
BORBON CAMPOS INES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Eduación escolar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta en el colegio, una idea parcial de la función enfermera. La idea es acercar a los alumnos de primaria, in vivo, las diversas y múltiples funciones de la enfermera en ámbitos diferentes.
Se puede comenzar con una charla-taller relacionada con las funciones, para luego continuar con otras más específicas y educativas para los alumnos según edades.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es que los alumnos (específicamente los de 7-8 años), conozcan la profesión enfermera en todos sus ámbitos, y como no, dar entrada a la enfermera en el colegio donde tiene mucho campo para aportar y dar a conocer conocimientos.

MÉTODO
Se hará una charla-taller con información, actividades, juegos...etc, a través de los cuales, los niños aprenderán más sobre esta profesión.
La idea es poder continuar con esta exposición de conocimientos en los diversos grupos de edades de educación primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1409

1. TÍTULO

LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

INDICADORES
Los datos para medir estos indicadores se obtendrán de la evaluación de las encuestas de satisfacción por parte de los alumnos.
Se espera que la adquisición de conocimientos por parte del alumnado sea total.
Encuesta de satisfacción: superior al 90%.

DURACIÓN
Principio de Junio 2018: Preparación de la charla, juegos...etc.

Finales de Junio 2018: Realizar la charla-taller.

Septiembre 2018: Contacto con el profesorado para poder realizar más charlas durante el curso 2018/2019 en diferentes aulas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1409

1. TÍTULO

LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Exposición -taller, juegos...sobre la función enfermera. Recusos: pendrive, pantalla digital, posits, material sanitario... Calendario: se realizó durante el curso escolar. Se confeccionó un power point para informar y desarrollar el tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado fue del 100% del conocimiento de los escolares, a través de encuestas realizadas posteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad en sí supuso una mejora en la forma de entender el escolar la función enfermera, llegango a los objetivos marcados: conocimiento, divulgación, proyección...por parte de los escolares. quedan pendientes muchos temas que podrían tratarse respecto a enfermería y a diversas etapas escolares. Debería repetirse dichas actividades en cada aula, edad... escolar, así como, nuevos temas adaptados a cada etapa del niño.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1409 ========== ***

Nº de registro: 1409

Título
LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Autores:
BORBON CAMPOS INES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Eduación escolar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta en el colegio, una idea parcial de la función enfermera. La idea es acercar a los alumnos de primaria, in vivo, las diversas y múltiples funciones de la enfermera en ámbitos diferentes.
Se puede comenzar con una charla-taller relacionada con las funciones, para luego continuar con otras más específicas y educativas para los alumnos según edades.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es que los alumnos (específicamente los de 7-8 años), conozcan la profesión enfermera en todos sus ámbitos, y como no, dar entrada a la enfermera en el colegio donde tiene mucho campo para aportar y dar a conocer conocimientos.

MÉTODO
Se hará una charla-taller con información, actividades, juegos...etc, a través de los cuales, los niños aprenderán más sobre esta profesión.
La idea es poder continuar con esta exposición de conocimientos en los diversos grupos de edades de educación primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1409

1. TÍTULO

LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

INDICADORES
Los datos para medir estos indicadores se obtendrán de la evaluación de las encuestas de satisfacción por parte de los alumnos.
Se espera que la adquisición de conocimientos por parte del alumnado sea total.
Encuesta de satisfacción: superior al 90%.

DURACIÓN
Principio de Junio 2018: Preparación de la charla, juegos...etc.

Finales de Junio 2018: Realizar la charla-taller.

Septiembre 2018: Contacto con el profesorado para poder realizar más charlas durante el curso 2018/2019 en diferentes aulas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA BAGUES CASAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALZON PATRICIA
BORBON CAMPOS INES
THACCO VELARDE MAGALY
PERA FERRAZ CARMEN
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Taller e formación, donde detalladamente, con ayuda de soporte informatico, se desarrollo el contenido del tema.
Establecimos una guía de lesiones por presión, fricción y cizallamiento, para adelantarnos a la aparición de este tipo de lesiones, adoptando unas medidas especificas en cuanto a nutrición, cuidado diario de la piel, control de humedad, disminución de presión sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen la presión.
Establecimos una via de comunicación directa con el equipo de enfermeria del centro de salud, para asesoramiento y abordaje.
El taller formativo se llevo a cabo el 27 de diciembre por Sonia Bagües, siendo el resultado muy positivo, valorado por los asistentes de forma muy favorable y positiva. Entendieron los objetivos de la guia de prevención de lesiones a la perfección y llevan a cabo esta guía en su dia a dia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados por el momento son favorables, no ha aparecido ninguna lesión por presión.
La comunicación entre los equipos multidisciplinares a mejorado considerablemente.
Se ha instaurado el manejo de la guia de prevencion de lesiones por presión para personas cuidadoras de la residencia La Solana.
Las encuestas tanto de formación, como de satisfacción han sido calificadas de forma positiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas es positivo y favorable, se han alcanzado los objetivos propuestos, la colaboración por parte del equipo ha sido inmejorable, implicandose en todo el proceso, en la elaboración de la guia y su puesta en funcionamiento.

7. OBSERVACIONES.
Se incluirá en la agenda comunitaria del centro el seguimiento.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1419 ========== ***

Nº de registro: 1419

Título
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Autores:
LOPEZ CALZON PATRICIA, ZAPATERO CASEDAS ANA, PERA FERRAZ CARMEN, MARIN CAMPODARVE ALFREDO, BORBON CAMPOS INES, THACCO VELARDE MAGALY, HERNANDEZ DE PEDRO MARIA, GIL SUS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Senilidad
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Se estima que el mayor porcentaje de las lesiones por presión son potencialmente evitables, por lo que su aparición, está relacionado directamente con la calidad de los cuidados prestados por parte de las cuidadoras y de los profesionales de enfermería, atendiendo fundamentalmente a la nutrición, la correcta higiene, manejo de la humedad, cambios posturales y correcta elección del tto para evitar su aparición.

Pertinencia del proyecto.

Enlazando con el proyecto realizado de educación para la salud a las cuidadoras de la residencia de nuestra ZBS DISFAGIA, continuamos con otro proyecto dirigido para ellas. Establecemos una tecnica de análisis, diagnóstico de la situación de partida y priorización de intervenciones. Para ello utilizamos la técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).

Debilidades:

Escasez de recursos humanos, a veces no se cubren ausencias y/o bajas del personal, lo que influye negativamente en el desarrollo normal de las actividades y en el cuidado de los residentes, sobrecargando al personal cuidador.
Poca cualificación a la hora de identificar los tipos de lesions que presentan o pueden presentar los ancianos residentes.
Variabilidad en la información recogida, a veces se intuye lo que se quiere decir y no se pregunta cuando no se entiende la información.
No utilización de guía, protocolo estandarizado para la prevención de lesiones por presión.
Aumento de la carga de trabajo por elevadas demandas de cuidados específicos.
Aumento del numero de pacientes que pressentan lesiones por presión.

Amenazas:
Presión por elevada carga de trabajo que repercute directamente sobre el cuidado de los residentes.
La toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.
Presión por los familiares.

Fortalezas
Apoyo constante e intervencionista desde nuestro Centro de Salud de Aínsa.
Necesidad sentida por parte de los trabajadores de nuestro centro de salud (enfermeria y medicina). Hay un aumetno considerable de las curas a realizar de lesiones derivadas de presión, fricción...
Necesidad sentida por parte de lñas cuidadoras y Directora de la residencia . Demasiada carga asistencial.
Cada paciente institucionalizado tiene asignada una enfermera que puede intervenir dirigiendo la guia de prevención de lesiones por presión.
Oportunidades:
Realización de un proyecto de Atención Comunitaria dedicado a la información, a la formación y creación y establecimiento de una guía de prevención de lesiones por presión, fricción o cizallamiento para las personas cuidadorasde la residencia. Disminuyendo con esta guía la incidencia en la aparicion de dichas lesiones y si se produjeran, minimizar en lo posible los tiempos de curación.
Implicación por parte de todos los enfermeros del CS de Ainsa y de las cuidadoras de la Residencia de la Solana.(Ainsa).

RESULTADOS ESPERADOS
Proyecto de educacion para la salud dirigido a las cuidadoras de la Residencia de Ainsa, para crear y llevar a cabo una guia de prevención de lesiones por presión.
La población diana sobre la que incidirá será los pacientes institucionalizados.

MÉTODO
Las actividades previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:
-Taller de formación, donde detalladamente con ayuda de soporte informatico se desarrollará el contenido del tema y estableceremos una Guía de prevencion de lesiones por presión, fricción y cizallamietno.
-Estableceremos una guia para adelantarnos a la aparición de las lesiones por presión, teniendo que adoptar unas medidas especificas en cuanto a nutrición, cuidado diario de la piel, control del exceso de humedad, disminución de presion sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen presión.
-Establecer una comunicación con el equipo del centro de salud para asesoramiento, y en cuanto se detecten zonas susceptibles de aparición de lesión, abordarla en estadios iniciales.

INDICADORES
-Encuesta de evaluacion: Se evaluará la información recibida, si es util, clara, concreta.
-Guia de prevención de lesiones por presión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA

-Nº de ulceras de aparición posterior a la instauración del la guia de prevención de ulceras por presión.
-Evaluaremos cada paciente enseñando escalas de utilización enfermera (NORTON).
-Análisis descriptivo de los datos cuantitativos (nº incidencia de lesiones) y cualitativos.de los datos (tipificación del tipo de lesión).
-Tiempo recomendado de curación para cada lesión (diferenciación lesiones I, II, III IV), si se cumplen los tiempos esperados.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Julio 2018,
Las actividades previstas de formación se llevaran a cabo durante el verano de julio de 2018 (una tarde en sala de juntas de CS Ainsa)
Establecimiento de la guia de prevención en conjunto tras el taller de formación y su posterior instauración.
Se llevará a cabo durante el resto del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENDION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Fecha de entrada: 04/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LOPEZ CALZON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGÜES CASAS SONIA
BORBON CAMPOS INES
THACCO VELARDE MAGALY
PERA FERRAZ CARMEN
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Taller de formación, donde detalladamente, con ayuda de soporte informático se desarrolló el contenido del tema.
Establecimos una Guia de prevención de lesiones por presión, fricción y cizallamiento, para adelantarnos a la aparición de este tipo de lesiones, adoptando unas medidas específicas en cuanto a nutrición, cuidado diaria de la piel, control del exceso de humedad, disminucionde presión sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen la presion.
Establecimos una via de comunicacioón directa con el equipo de enfermería del centro de salud para asesoramiento y abordaje.
El taller formativo se llevo a cabo el 27 de diciembre por Sonia Bagües, siendo el resultado muy positivo, valorado por los asistentes de forma muy favorable y positiva. Entendieron los objetivos de la guia de prevención de lesiones a la perfección y llevan a cabo esta guía en su día a día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados por el momento son muy favorables, no ha aparecido ninguna nueva lesión por presión.
La comunicación entre los equipos multidisciplinares ha mejorado considerablemente (equipo de enfermeria del Centro de Salud y equipo de cuidadoras del Centro Residencial La Solana).
Se ha instaurado el manejo de la guia de prevención de lesiones por presión para personas cuidadoras de la Residencia La Solana.
Las encuestas tanto de formación, como de satisfacción han sido muy calificadas de forma positiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas es positivo y favorable, se han alcanzado los objetivos propuestos, la colaboración por parte del equipo ha sido inmejorable, implicandose en todo el proceso de elaboración de la guía y su puesta en funcionamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1419 ========== ***

Nº de registro: 1419

Título
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Autores:
LOPEZ CALZON PATRICIA, ZAPATERO CASEDAS ANA, PERA FERRAZ CARMEN, MARIN CAMPODARVE ALFREDO, BORBON CAMPOS INES, THACCO VELARDE MAGALY, HERNANDEZ DE PEDRO MARIA, GIL SUS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Senilidad
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENDION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Se estima que el mayor porcentaje de las lesiones por presión son potencialmente evitables, por lo que su aparición, está relacionado directamente con la calidad de los cuidados prestados por parte de las cuidadoras y de los profesionales de enfermería, atendiendo fundamentalmente a la nutrición, la correcta higiene, manejo de la humedad, cambios posturales y correcta elección del tto para evitar su aparición.

Pertinencia del proyecto.

Enlazando con el proyecto realizado de educación para la salud a las cuidadoras de la residencia de nuestra ZBS DISFAGIA, continuamos con otro proyecto dirigido para ellas. Establecemos una tecnica de análisis, diagnóstico de la situación de partida y priorización de intervenciones. Para ello utilizamos la técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).

Debilidades:

Escasez de recursos humanos, a veces no se cubren ausencias y/o bajas del personal, lo que influye negativamente en el desarrollo normal de las actividades y en el cuidado de los residentes, sobrecargando al personal cuidador.
Poca cualificación a la hora de identificar los tipos de lesions que presentan o pueden presentar los ancianos residentes.
Variabilidad en la información recogida, a veces se intuye lo que se quiere decir y no se pregunta cuando no se entiende la información.
No utilización de guía, protocolo estandarizado para la prevención de lesiones por presión.
Aumento de la carga de trabajo por elevadas demandas de cuidados específicos.
Aumento del numero de pacientes que pressentan lesiones por presión.

Amenazas:
Presión por elevada carga de trabajo que repercute directamente sobre el cuidado de los residentes.
La toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.
Presión por los familiares.

Fortalezas
Apoyo constante e intervencionista desde nuestro Centro de Salud de Aínsa.
Necesidad sentida por parte de los trabajadores de nuestro centro de salud (enfermeria y medicina). Hay un aumetno considerable de las curas a realizar de lesiones derivadas de presión, fricción...
Necesidad sentida por parte de lñas cuidadoras y Directora de la residencia . Demasiada carga asistencial.
Cada paciente institucionalizado tiene asignada una enfermera que puede intervenir dirigiendo la guia de prevención de lesiones por presión.
Oportunidades:
Realización de un proyecto de Atención Comunitaria dedicado a la información, a la formación y creación y establecimiento de una guía de prevención de lesiones por presión, fricción o cizallamiento para las personas cuidadorasde la residencia. Disminuyendo con esta guía la incidencia en la aparicion de dichas lesiones y si se produjeran, minimizar en lo posible los tiempos de curación.
Implicación por parte de todos los enfermeros del CS de Ainsa y de las cuidadoras de la Residencia de la Solana.(Ainsa).

RESULTADOS ESPERADOS
Proyecto de educacion para la salud dirigido a las cuidadoras de la Residencia de Ainsa, para crear y llevar a cabo una guia de prevención de lesiones por presión.
La población diana sobre la que incidirá será los pacientes institucionalizados.

MÉTODO
Las actividades previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:
-Taller de formación, donde detalladamente con ayuda de soporte informatico se desarrollará el contenido del tema y estableceremos una Guía de prevencion de lesiones por presión, fricción y cizallamietno.
-Estableceremos una guia para adelantarnos a la aparición de las lesiones por presión, teniendo que adoptar unas medidas especificas en cuanto a nutrición, cuidado diario de la piel, control del exceso de humedad, disminución de presion sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen presión.
-Establecer una comunicación con el equipo del centro de salud para asesoramiento, y en cuanto se detecten zonas susceptibles de aparición de lesión, abordarla en estadios iniciales.

INDICADORES
-Encuesta de evaluacion: Se evaluará la información recibida, si es util, clara, concreta.
-Guia de prevención de lesiones por presión.
-Nº de ulceras de aparición posterior a la instauración del la guia de prevención de ulceras por presión.
-Evaluaremos cada paciente enseñando escalas de utilización enfermera (NORTON).
-Análisis descriptivo de los datos cuantitativos (nº incidencia de lesiones) y cualitativos.de los datos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENDION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

(tipificación del tipo de lesión).
-Tiempo recomendado de curación para cada lesión (diferenciación lesiones I, II, III IV), si se cumplen los tiempos esperados.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Julio 2018,
Las actividades previstas de formación se llevaran a cabo durante el verano de julio de 2018 (una tarde en sala de juntas de CS Ainsa)
Establecimiento de la guia de prevención en conjunto tras el taller de formación y su posterior instauración.
Se llevará a cabo durante el resto del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1440

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA MALLOR VICENTE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS AINSA
· Localidad ..... AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERA MUR SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se les da a los pacientes información escrita de cómo deben recoger las muestras adecuadamente.
Se captan a través de los pacientes, historias... si tienen programada analítica con especialista y unificar extracción especialista + OMI (según protocolo), o bien, si médico de primaria manda analítica, intentar coincidir con la de especialista (si tiene programada), OMI (si resultados no urgen) + especialista.
1ª monitorización fue de octubre del 2018 a diciembre del mismo año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a la recogida de muestras, el resultado fue de un 92,85% favorable a las muestras recogidas aceptablemente. Con el tiempo, se espera un porcentaje superior.
En cuanto a las solicitudes de especialista y médico de familia, el resultado en estos 3 meses es: el 97% de las analíticas se realizan por separado y tan sólo un 11,50%, se aprovecha en una sola extracción la petición de primaria + especializada. Estos resultados tienen que aumentar en los próximos meses, a través de la información, búsqueda...de todos los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo debe trabajar aunando esfuerzos para que las analíticas no se dupliquen en breves periodos de tiempo y además de un ahorro económico, sea un beneficio para el paciente, profesionales: viajes, duplicidades que no modifican resultados...etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1440 ========== ***

Nº de registro: 1440

Título
MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

Autores:
BORBON CAMPOS INES, LOPEZ CALZON PATRICIA, PERA FERRAZ CARMEN, THACCO VELARDE MAGALY, ZAPATERO CASEDAS ANA, MALLOR VICENTE NATALIA, RIVERA MUR SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detectan formas erróneas de recogida de muestras quizá por una información no demasiado clara y concisa para determinados usuarios.
Se observan la duplicidad de analíticas en periodos de tiempo cortos, en los cuales, el resultado de los parámetros no se realiza en laboratorio debido a su extracción reiterante y corta en el tiempo.
El proyecto es importante para una mejora efectividad y eficiencia en cuanto a recursos de todo tipo y a una menor duplicidad de datos.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera que la recogida de las muestras sean recibidas el día de la extracción de forma válida, por lo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1440

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

menos en un 95% de los usuarios.
Unificar en la medida de lo posible, las analíticas programadas por distintas especialidades en una sola extracción.
Disminuir costes humanos, materiales y económicos.
Reducir número de viajes a los usuarios si pueden realizarse con una sola extracción.
Decrecer número de domicilios para extracción por parte de enfermería si se unifican solicitudes.

MÉTODO
- Dar información escrita, clara y concisa a los usuarios sobre la forma idónea de recogida de muestras.

- Captar las peticiones de analíticas provenientes de especialistas, a través de: historia clínica, preguntar al paciente.. tanto en consulta médica/enfermería como en servicio de admisión.

INDICADORES
Los datos para la medición serán:
- Porcentaje de pacientes que traen las muestras aceptablemente/ nº total de recogida de muestras.

-Nº de peticiones (A.P + Especializada) / total de extracciones.
-Nº de peticiones compartidas de especializada / total de extracciones de especializada.

DURACIÓN
Septiembre 2018: Se presentará al EAP y puesta en marcha de la información a profesionales y usuarios.
Octubre 2018: Recogida de datos en la agenda de extracciones de forma mensual.
Enero 2019: 1ª monitorización de los datos recogidos.
Mayo 2019: 2ª monitorización
Junio 2019: Exposición de resultados en reunión de EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1376

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SILVIA SORINAS FORNIES
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA GARCIA LYDIA
ASARTA SANCHEZ-FORTUN MARIA DOLORES
CASTELLANOS DE MUR MANUEL
MORERA TARDOS MARIA PILAR
GUALLARTE HERREROS OLGA
VILLAS SENDER MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REPARTIERON CARTELES PARA COLOCAR EN TODOS LOS CONSULTORIOS LOCALES Y AYUNTAMIENTOS, INDICANDO LOS DOCUMENTOS QUE IBAN A NECESITAR, COPIAS DE LAS AUTORIZACIONES Y LA IMPORTANCIA DE TENER LOS DATOS CORRECTOS EN NUESTRA BASE DE DATOS. LOS ENFERMEROS Y MÉDICOS LO COMUNICABAN A LOS PACIENTES QUE VEÍAN EN CONSULTA (COMPROBABAN SUS DATOS). SEGUIMOS CON EL PROYECTO, YA QUE CREEMOS QUE ES IMPORTANTE QUE SE SIGA REALIZANDO INDEFINIDAMENTE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESPECTO A AÑOS ANTERIORES, HEMOS VISTO UN INCREMENTO DE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO EN TARJETA SANITARIA. COMO INDICADOR, TAMBIÉN HEMOS NOTADO QUE LAS INTERCONSULTAS SALEN CADA VEZ EN MAYOR NÚMERO CON LOS DATOS CORRECTOS Y EN EL AÑO 2017 NO RECIBIMOS NINGUNA LLAMADA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA SOLICITÁNDONOS LOCALIZAR A NINGÚN PACIENTE, LO QUE ERA HABITUAL EN AÑOS ANTERIORES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CADA ENFERMERO SE OCUPABA DE LOS PACIENTES DE SU LOCALIDAD, Y ESO HA HECHO POSIBLE QUE MÁS PACIENTES ACUDAN AL CENTRO DE SALUD A CAMBIAR LOS DATOS. SI ESTA ACTIVIDAD SE LLEVA A CABO DE FORMA ININTERRUMPIDA, CONSEGUIREMOS UNA BASE DE DATOS ACTUALIZADA, LO QUE FACILITA EL TRABAJO A TODOS LOS PROFESIONALES DEL EAP.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1376 ========== ***

Nº de registro: 1376

Título
ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU

Autores:
SORINAS FORNIES SILVIA, PINILLA GARCIA LYDIA, ASARTA SANCHEZ-FORTUN MARIA DOLORES, CASTELLANOS DE MUR MANUEL, MORERA TARDOS MARIA PILAR, GUALLARTE HERREROS OLGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: LOCALIZACIÓN PARA COMUNICAR PATOLOGIAS URGENTES/CITAS/OTROS
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora comunicacion

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es difícil localizar a muchos pacientes debido a que no han actualizado sus datos en BDU, y por consiguiente, es complicado comunicarles cambios de citas, se devuelven TSI, cuesta localizarles para comunicarles resultados urgentes... Esto se ve reflejado en el trabajo realizado diaramiente en el Centro de Salud, cuando se tienen que modificar citas y no conseguimos localizar a los pacientes y/o acuden sin poder ser atendidos (lo que genera malestar y molestias innecesarias), así como una pérdida de tiempo tanto para ellos como para los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1376

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU

RESULTADOS ESPERADOS
Tener lo más actualizada posible la Base de Datos, para poder localizar, en caso necesario, a los pacientes lo más rápido posible. La población a la que va dirigida son todos los pacientes de nuestro Centro de Salud. Concienciar también a los colaboradores en este proyecto de que es importante que transmitan a los pacientes que pasan por la consulta que tengan actualizados sus datos.

MÉTODO
Para poder llegar a ellos, pondríamos carteles en los Consultorios Locales, Ayuntamientos, Farmacias, etc... solicitando que actualicen sus datos en caso de haber cambiado en los últimos años. Para concienciar también a los colaboradores en este proyecto de que es importante que transmitan a los pacientes que pasan por la consulta que tengan actualizados sus datos, realizaríamos una reunion de EAP para explicarles la importancia del proyecto.
Los recursos para llevarlo a cabo es el personal de nuestro EAP, folios para los cambios en BDU y los carteles.
Los servicios a ofrecer al paciente serán más accesibles para ellos al poder localizarles cuando se les vaya a ofertar.

INDICADORES
Incremento, respecto de años anteiores, del número de cambio de domicilios llevados a cabo en un determinado período. Y también consultar si el número de TSI devueltas por correos de nuestro CS se ha disminuido en ese período.

DURACIÓN
Período de concienciación EAP: 1 semana
Período de implantación: 1 semana
Fecha prevista de inicio: 1/06/2017
Fecha prevista de fin: 1/6/2018 (aunque la intención es que se siga haciendo de forma indefinida, ya que siempre habrá nuevos pacientes y cambios de dirección y teléfono).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICOEN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICAION DEL SUELO PELVICOA CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... HELGA PORQUET GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAS SENDER MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Charla inicial de 1 hora de duración donde se explica y se vé con presentacion Power Point :
1- Anatomia y fisiología del suelo pelvico, músculos del tronco superior en concreto de core abdominal y diafragma.Funciones principales.
2- Causas principales del debilitamiento del suelo pelvico.
3.- Trastornos comunes del suelo pélvico hiper o hipotonificado.
4- Beneficios del ejercicio en mujeres en embarazo, postparto y menopausia.
5.- Ejercicios tipo Pilates como ejercicio suave y rehabilitador para flexibilizar músculos del core abdominal. Ejercicios de kejel.
6.- Coactivacion de suelo pelvico con respiracion diafragmática para estabilizar region lumbopélvica.
7.- Respiracion diafragmática, integracion en la vida diaria.
8,-Informacion sobre hábitos saludables en la miccion y defecacion.

Consulta individual con registro de varios factores a valorar sobre hábitos de la persona. Datos generales.

8 0 10 sesiones de una hora a la semana de clase guiada para aprender a mecanizar los ejercicios y la respiracion diafragmática y compromiso de repetirlos dos y tres veces a la semana en su domicilio.
Deben comprar un fit ball de su tamaño segun estatura y esterilla y encontrar en casa un momento para ellas.
Seguir la guía de ejercicios en una hoja por si se olvida.

Consulta individual a demanda para ayuda por diferentes cuestiones privadas y derivación a la matrona si procede.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado 20 clases a 6 personas, 5 de las cuales tenian incontinencia de esfuerzo y urgencia en un contexto de menopausia, la sexta era una puerpera con parto vaginal y vino por prevencion.
Todas han mejorado en sintomatología y continencia, saben evitar pérdidas, aguantan vejiga 2 h, refieren tener tonificado musculos abdominales del tronco superior, han cambiado hábitos miccionales y defecatorios. Respiran expandiendo el torax y activando los músculos abdominales durante la exalación y así incorporan ese momento de relajacion y espacio personal de autocuidado.
En definitiva ha mejorado su salud, han manifestado su molestia y han explicado abiertamente su dolencia dejando atrás este tema tabú que tanto las incomoda y avergüenza.
Usan la pelota de pilates y conocen ejercicios que han integrado en su vida cotidiana y que les proporciona beneficios en cuanto a ganar en higiene postural, fuerza, perdida de peso, autocuidado y percepcion positiva de su imagen (casos de baja autoestima generacional).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que detectar la mujer que acude a charla y solo hay una motivacion de socialización, esto sirve igualmente como beneficio y acto positivo para la persona, pero se debe de recanalizar a actividades dirigidas a la creatividad o ejercicio que realicen en su barrio o pueblo.

Disminuir número de clases a 8, sesiones, 1 a la semana durante dos meses.

Realizacion de hoja de ejercicios para que tengan guia y poder seguirlos en casa. Todos son sencillos y tienen un nombre concreto clave.

Todas aquellas mujeres que con la tos o estornudo hace presión y hay perdida de orina en un contexto de menopausia o no que tras haber realizado las sesiones y el seguimiento no mejora, deben de ir al ginecologo, estar en su peso y seguir haciendo este tipo de ejercicios porque aunque haya cirugía se debe de continuar con actividad y flexibilizacion del suelo pélvico.

7. OBSERVACIONES.
Los ayuntamientos son colaboradores de prestar sus salas para impartir charlas y hacer la clases para mayor numero de mujeres. Aqui en el Centro el espacio es limitado a 6 personas.

Gracias a los compañeros porque aunque es una hora de agenda,estamos en el medio rural y los pueblos estan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICOEN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICAION DEL SUELO PELVICOA CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD

alejados. Hasta ahora colaboran en atención a pacientes o tratamiento de urgencia segun necesidad en el tiempo de actividad por compromiso del acto de atención comunitaria.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1489 ========== ***

Nº de registro: 1489

Título
REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
REEDUCACION DE SUELO PELVICO CON EJERCICIOS TIPO PILATES EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE HIPER O HIPOTONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD.

Mujeres postmenopáusicas con varios embarazos de partos vaginales que padecen incontinencia urinaria de cualquier tipo y aunque le aconsejen en ginecología que haga ejercicios sel suelo pélvico no toman conciencia y no son capaces de llevarlos a cabo porque tampoco se enseñan en concreto, se prescriben los ejercicios de KEJEL pero no hay motivación. La reeducacion facilita la continencia de esfinteres y obseravción del cuerpo y previene enfermedades asociadas de la humedad como infecciones urinarias de repetición además de la incomodez circunstancial de pérdidas de orina y braguita mojada o compresa contínua con olores y mala sensación de confort que conlleva .

RESULTADOS ESPERADOS
Tonificación se suelo pélvico relacionada con aumentar o potenciar fuerza muscular para evitar pérdidas de orina cuando hay presión derivada de la tos, estornudo o sobresalto.
Lo mismo en cuanto a evitar prolapso de Útero en condiciones normales en personas mayores.
Si hay cirugía de aparato vesical, ginecologico o digestivo, reeducar suelo pélvico para evitar prolapsos posteriores.
Mejorar relaciones sexuales.
Evitar infecciones de la zona.
Tonificar de nuevo la musculatura del suelo pélvico tras el parto vaginal en puérperas.

MÉTODO
Clases guiadas con ejercicios de suelo pélvico tipo pilates con repercusion anatómica del tronco superior ya que es diréctamente proporcional en tono de suelo pelvico.
Ademas de Ejercicios de kegel con respiración diafragmática al mismo tiempo.
Anuncio de clases en cartel informativo en centro de salud de Albalate y pueblos de la zona.
Búsqueda activa en consulta donde la mujer comunica su situación.
Asociaciones de mujeres o amas de casa, de embarazadas, de mujeres a partir de 35 años interesadas en la tonificación como prevención.
Se harán dos charlas al años, una en el 2º trimestre y otra en el 4 trimestre. Es una sesión de 1, 30 minutos con apoyo audiovisual de power point donde se explica anatómicamen la musculatura del suelo pélvico y tronco superior de la mujer, los problemas comunes derivados de la mala tonificación del mismo, y los ejercicios en imagenes con objetos accesorios como pelotas fit ball de todos los tamaños, también se explica la respiración diafrajmática y su técnica junto a la relajación asociada como beneficio inmediato. Es ameno, con lenguaje coloquial y todas las mujeres con misma omtivación.
Habrá una clase de 50 min semanal en Albalate de Cina las 8:15 de la mañana, será en la sala de preparación al parto donde caben 12 personasy serán 12 sesiones aprox. donde aprenderan ejercicios y integraran el hábito

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICOEN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICAION DEL SUELO PELVICOA CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD

tan saludable y sencillo. Ellas en su domicilio deberán practicar lo que necesiten.
El nivel de exigencia en cuanto a condición física es nulo, no requiere capacidad ni fuerza atlética, simplemente motivación personal para el autocuidado.

INDICADORES
Indicadores: encuestas personales anónimas y consulta individual y personalizada donde, incontinencia es en mayor y menor medida la evidencia de la mejora del proceso.
Cada mujer parte de una situación y se hara recogida de datos exhustiva de la condicion en que se encuentra, la mejora la observaremos en base a ese punto de partida de su hábito miccional cuando estaba sana o no había esta situación de no control de esfinteres por urgencia o esfuerzo.
Si son parturientas o personas con disfunción sexual se recogeran igualmente habitos miccionales, infecciones asociadas, etc. La CONTINENCIA como indicador a alcanzar.

DURACIÓN
Responsable de impartir clase de ejercicios de suelo pélvico: Helga Porquet Gracia con título de Reeducacion de suelo pélvico tipo pilates recibido en Colegio de Enfermería de Huesca de 30 horas por la matrona Francesca Santarelly del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. La actividad consistirá en clase de 50 minutos semanal, serán 12 sesiones aproximadamente, el tratamiento es largo y continuo para integrarlo como hábito y evitar su fracaso.
El póster en los centros indicando lo saludable del asunto, la moda del pilates y dedicarse un rato a una misma como reclamo, y nuestra accesibilidad en los centros de Belber de Cinca, Alcolea de Cinca, Ontiñena Osso de Cinca y Albalate de Cina con acceso a información en las consultas de médico y enfermería, donde se explicaría el objetivo en concreto. Este 2017 daría comienzo el proyecto en Septiembre hasta final de año, se inicia con una sesión explicativa y se deciden el número de personas elegidas por patología y gravedad. Depende de la demanda, en consecuencia haríamos grupos, observaríamos predisposición
y unificariamos para que fuera un grupo con misma motivación, homogéneo en edad y patología.
Consiste en recoger datos en consulta individual con respuestas medibles con evidencia clínica tipo A para posteriormente hacer encuesta y valorar progresión.

OBSERVACIONES
Es la primera vez que hago un proyecto formal, desde que hice el curso en el Colegio de Enfermería estoy muy concienciada, lo he comprovado en mi misma por algun porblema de incontinencia de esfuerzo y lo he puesto en marcha en mi consultoria de Ontiñena desde febrero, tengo 7 mujeres que han recibido la enseñanza y hay mejora, esto funciona si se hace constante dos veces por semana pero una vez que se integra se evidencia mejora clinica.
Si falta de aportar algun dato comunicarmelo a traves de mi correo. Gracias

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... HELGA PORQUET GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesion - taller inicial con apoyo Power Point de 1:30h de charla informativa con anatomía básica de suelo pélvico, diafragma y músculos toraco-abdominales de la mujer además de la presentación de fundamentos del Pilates como ejercicio para tonificación del mismo. Dos grupos separados, 1 de puerperas o madres jóvenes y otro de mujeres de 55 años en adelante durante o después del climaterio. TODAS ELLAS con INCONTINENCIA URINARIA.
-Reciben información adjunta escrita con ejercicios detallados para la práctica en su domicilio. Lenguaje sencillo corto y conciso.
-Serie de 5 sesiones de 1h de duración conmigo como guía para la práctica de ejercicios de pilates seleccionados. Cintas elasticas y pelota.
- Test final para valorar conocimientos y mejoras.
- Cuestionario de valoración del taller común de cursos del Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todas ellas coinciden en que la integración de la actividad es un práctica sencilla y aunque disciplinada es fácil de realizar. Muy beneficiosa a corto plazo para obtener buenos resultados, no sólo en la mejora de la continencia, sino en higiene postural, relajación y sensacion de autocuidado.
Del grupo jóven eran un total de 10 y han seguido en su domicilio practicando dos veces por semana 6 de ellas, las otras 4 se han apuntado a pilates en sus pueblos.
Del grupo de mujeres en edad de climaterio eran 8, 4 hacen la práctica en su domicilio y otras 4 no han continuado.
Datos recogidos por telefono o cita en consulta y registrado.
Todas ellas realizan la respiración diafragmática y son capaces de controlar la micción, los ejercicios de Kejel están presentes en su dia a día y su conciencia de tonificación muscular a nivel conocimiento corporal es mayor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha gustado mucho la actividad, han conocido el pilates y llega a esta zona de salud como actividad ligera básica para todo el mundo ya que no requiere gran tono físico.
La actividad es interesante pero ahora en estos dos últimos años ha calado tanto sus beneficios y su práctica tan adaptable al nivel de exigencia de cada uno que la persona interesada puede realizar los ejercicios en casa o en un gimnasio o como actividad de la comarca.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1489 ========== ***

Nº de registro: 1489

Título
REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
REEDUCACION DE SUELO PELVICO CON EJERCICIOS TIPO PILATES EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE HIPER O HIPOTONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD.

Mujeres postmenopáusicas con varios embarazos de partos vaginales que padecen incontinencia urinaria de cualquier tipo y aunque le aconsejen en ginecología que haga ejercicios sel suelo pélvico no toman conciencia y no son capaces de llevarlos a cabo porque tampoco se enseñan en concreto, se prescriben los ejercicios de KEJEL pero no hay motivación. La reeducacion facilita la continencia de esfinteres y obseravción del cuerpo y previene enfermedades asociadas de la humedad como infecciones urinarias de repetición además de la incomodez circunstancial de pérdidas de orina y braguita mojada o compresa contínua con olores y mala sensación de confort que conlleva .

RESULTADOS ESPERADOS
Tonificación se suelo pélvico relacionada con aumentar o potenciar fuerza muscular para evitar pérdidas de orina cuando hay presión derivada de la tos, estornudo o sobresalto.
Lo mismo en cuanto a evitar prolapso de Útero en condiciones normales en personas mayores.
Si hay cirugía de aparato vesical, ginecologico o digestivo, reeducar suelo pélvico para evitar prolapsos posteriores.
Mejorar relaciones sexuales.
Evitar infecciones de la zona.
Tonificar de nuevo la musculatura del suelo pélvico tras el parto vaginal en puérperas.

MÉTODO
Clases guiadas con ejercicios de suelo pélvico tipo pilates con repercusion anatómica del tronco superior ya que es diréctamente proporcional en tono de suelo pelvico.
Ademas de Ejercicios de kegel con respiración diafragmática al mismo tiempo.
Anuncio de clases en cartel informativo en centro de salud de Albalate y pueblos de la zona.
Búsqueda activa en consulta donde la mujer comunica su situación.
Asociaciones de mujeres o amas de casa, de embarazadas, de mujeres a partir de 35 años interesadas en la tonificación como prevención.
Se harán dos charlas al años, una en el 2º trimestre y otra en el 4 trimestre. Es una sesión de 1, 30 minutos con apoyo audiovisual de power point donde se explica anatómicamen la musculatura del suelo pélvico y tronco superior de la mujer, los problemas comunes derivados de la mala tonificación del mismo, y los ejercicios en imagenes con objetos accesorios como pelotas fit ball de todos los tamaños, también se explica la respiración diafrajmática y su técnica junto a la relajación asociada como beneficio inmediato. Es ameno, con lenguaje coloquial y todas las mujeres con misma omtivación.
Habrá una clase de 50 min semanal en Albalate de Cina las 8:15 de la mañana, será en la sala de preparación al parto donde caben 12 personasy serán 12 sesiones aprox. donde aprenderan ejercicios y integraran el hábito tan saludable y sencillo. Ellas en su domicilio deberán practicar lo que necesiten.
El nivel de exigencia en cuanto a condición física es nulo, no requiere capacidad ni fuerza atlética, simplemente motivación personal para el autocuidado.

INDICADORES
Indicadores: encuestas personales anónimas y consulta individual y personalizada donde, incontinencia es en mayor y menor medida la evidencia de la mejora del proceso.
Cada mujer parte de una situación y se hara recogida de datos exhustiva de la condicion en que se encuentra, la mejora la observaremos en base a ese punto de partida de su hábito miccional cuando estaba sana o no había esta situación de no control de esfinteres por urgencia o esfuerzo.
Si son parturientas o personas con disfunción sexual se recogeran igualmente habitos miccionales, infecciones asociadas, etc. La CONTINENCIA como indicador a alcanzar.

DURACIÓN
Responsable de impartir clase de ejercicios de suelo pélvico: Helga Porquet Gracia con título de Reeducacion de suelo pélvico tipo pilates recibido en Colegio de Enfermería de Huesca de 30 horas por la matrona Francesca Santarelly del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. La actividad consistirá en clase de 50 minutos semanal, serán 12 sesiones aproximadamente, el tratamiento es largo y continuo para integrarlo como hábito y evitar su fracaso.
El póster en los centros indicando lo saludable del asunto, la moda del pilates y dedicarse un rato a una misma como reclamo, y nuestra accesibilidad en los centros de Belber de Cinca, Alcolea de Cinca, Ontiñena Osso de Cinca y Albalate de Cina con acceso a información en las consultas de médico y enfermería, donde se explicaría el objetivo en concreto. Este 2017 daría comienzo el proyecto en Septiembre hasta final de año, se inicia con una sesión explicativa y se deciden el número de personas elegidas por patología y gravedad. Depende de la demanda, en consecuencia haríamos grupos, observaríamos predisposición

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

1. TÍTULO

REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

y unificariamos para que fuera un grupo con misma motivación, homogéneo en edad y patología.
Consiste en recoger datos en consulta individual con respuestas medibles con evidencia clínica tipo A para posteriormente hacer encuesta y valorar progresión.

OBSERVACIONES
Es la primera vez que hago un proyecto formal, desde que hice el curso en el Colegio de Enfermería estoy muy concienciada, lo he comprovado en mi misma por algun porblema de incontinencia de esfuerzo y lo he puesto en marcha en mi consultoria de Ontiñena desde febrero, tengo 7 mujeres que han recibido la enseñanza y hay mejora, esto funciona si se hace constante dos veces por semana pero una vez que se integra se evidencia mejora clinica.
Si falta de aportar algun dato comunicarmelo a traves de mi correo. Gracias

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA SORINAS FORNIES
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA GARCIA LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos impreso carteles y folletos informativos y los hemos repartido por los consultorios. A todos los pacientes que acudían al mostrador del Centro de Salud, les explicábamos los beneficios de tener instalada la aplicación, así como a los que nos llamaban por teléfono. Muchos pacientes (sobre todos los más mayores), nos solicitaban instrucciones de uso directamente sobre su móvil, y les explicábamos cómo funcionaba la aplicación y cómo sacarle el máximo provecho. Cuando venían a solicitar una interconsulta para el especialista, les explicábamos que podían ver luego dicha cita en su teléfono incluso antes de que recibieran la carta, por ejemplo... Que podían ver si estaban pendientes de alguna revisión. Y también estamos fomentando que se les recuerde, vía sms (porque la mayoría no tiene dirección de email) que tienen que acudir a una cita con el especialista (AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN VÍA SMS). Esto ha reducido el absentismo en Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han reducido a más de la mitad el número de llamadas recibidas en el Centro de Salud para peticiones de cita o consultas de citas de Especializada. En los consultorios locales esto se ha notado aún mas, ya que los pacientes estaban acostumbrados a acudir sin cita, y cada vez más la solicitan tanto a través de la página web como a través del móvil. Esto nos permite realizar tareas (como actualización de historias, bases de datos...) que antes no podíamos realizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cuando disponen de la información necesaria, la mayoría de los pacientes son muy receptivos a las nuevas tecnologías. Aunque seamos un centro con pacientes con una edad media bastante alta, está funcionando mucho mejor de lo que esperábamos. No es un proyecto finalizado, ya que están disponibles nuevos servicios, y seguimos informando a los pacientes sobre dichos servicios. Nuestro objetivo es llegar al 80% de la población. También necesitaríamos nuevos folletos (ya impresos o para imprimir) con los nuevos servicios disponibles tanto en la web como en el móvil.

7. OBSERVACIONES.
Hay nuevos servicios disponibles tanto en la web como el la aplicación del móvil, pero no disponemos de folletos informativos para poder explicarlo a los pacientes.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/285 ========== ***

Nº de registro: 0285

Título
INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:
SORINAS FORNEIS SILVIA, PINILLA GARCIA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NINGUNA. TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. La mayoría de la población de nuestro Centro de Salud está en otras localidades y el uso del teléfono de Salud Informa les resulta muy caro.Entonces se produce una saturación en las llamadas para cita previa en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS

teléfono del Centro de Salud.
2. Muchos usuarios llaman en repetidas ocasiones para preguntar cuándo tienen las citas con el especialista (porque se las dan con mucho tiempo) o no saben si están pendientes de que les llamen. Con esta aplicación, lo tendrían todo controlado. También se evitarían extravíos de citas y los correspondientes absentismos, aumento de listas de espera...
Esto también se vería reflejado en un menor número de llamadas del teléfono del Centro de Salud, que en muchas ocasiones está ocupado y no deja acceso a una posible urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Potenciar las alternativas que ha puesto en marcha el SALUD para pedir cita y actualizar los datos de localización: con el PIN en Salud Informa, y en la aplicación móvil para pedir cita y consultar las citas de Especializada. También el envío de "sms" recordando que en 2-3 días van a tener una cita con el especialista.
Nuestro proyecto consistiría en que estas nuevas aplicaciones lleguen al mayor número de pacientes posible, de manera que tengan al alcance de su mano más información y más actualizada.

MÉTODO
1.- Exponer al resto del EAP las ventajas de estos servicios en una reunión.
2.- Elaborar carteles informativos para colgar tanto en consultorios locales como en Ayuntamientos y Farmacias, intentando llegar al mayor número de personas.
3.- Elaborar folletos informativos y hacerlos accesibles a la población.
4.- Aprovechar las gestiones que los usuarios vienen a realizar al Centro de Salud o las llamadas telefónicas para ofertarles tanto la aplicación como las posibilidades de la Web.

INDICADORES
Anualmente, solicitaremos a BDU el número trámites que hemos realizado en "AUTORIZACIONES DE COMUNICACIÓN" y números de "SOLICITUD DE PIN" que se han realizado.
Esperamos un incremento de un 15-20% en cada uno de ellos.

DURACIÓN
La duración será indefinida, ya que siempre habrá nuevos usuarios a los que incluir en este proyecto.
Responsable implantación: SILVIA SORINAS FORNIES.
Fecha de inicio prevista: 10/04/2018
Fecha de finalización del proyecto: indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0321

1. TÍTULO

BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ PALACIN ELTORO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORQUET GRACIA HELGA
VILLAS SENDER MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas se centraron básicamente en dos: una consulta monográfica y charlas en los colegios.
Los pacientes que cumplían los requisitos (IMC superior a 25, con alguna alteración en su analítica y predispuestos a cambiar sus hábitos) fueron seleccionados. A estos se les realizaba una primera consulta para poder valorar, cambiar hábitos y realizar dietas personalizadas.
En cuanto a la otra actividad se habló con los diferentes colegios que abarca nuestro centro de salud y se concretaron fechas para realizar charlas sobre alimentación con los niños y otras con los cuidadores. Estas últimas estaban abiertas a todo el público.
Se trabajo con power point y muestras de alimentos para los más pequeños: trigo sarraceno, quinoa,...
En cuanto al calendario lo han ido marcando los colegios según la materia que estudiaban en ese momento o el proyecto que estaban dando.
Los pacientes de las consultas monográficas fueron seleccionados por los profesionales de cada consultorio y en cuanto a la otra actividad tras ponernos en contacto con los colegios ellos informaron a los padres. En caso de que los profesores considerarán que el aforo iba a ser escaso, se notificó al ayuntamiento para que lo pregonarán.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a las charlas en los coles, se pasaron dos encuestas una para los profesionales de la educación y otra para los cuidadores de los niños.
Ambos grupos creían que era un tema importante que se debía tratar. Los profesores destacaron la importancia de que alguién externo al centro educativo y sanitario hablará de este tema.
En cuanto a los cuidadores destacaron la necesidad de apoyo en este tema ya que a veces por la edad de sus hijos o familiares no coinciden con revisiones hasta dentro de un tiempo.
En cuanto a las consultas monográficas valoramos los resultados que fueron positivos (pérdida de peso) en la mayor parte de los pacientes. Algunos abandonaron ya que referían que hay épocas del año en las cuales es imposible hacer dieta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto lo valoramos positivamente ya que nos ha hecho crear un vínculo con los colegios viendo los posibles puntos en los que podemos trabajar en un futuro. Debido a que en nuestro centro la consulta de pediatría esta muy saturada los cuidadores agradecían el trabajar el aspecto de los hábitos higienico-dietéticos con tranquilidad.
En cuanto a la consulta monográfica, pacientes no incluidos en el proyecto mostraron ganas por entrar debido a los buenos comentarios de los que teníamos. Ya que al ser consultas semanales o quincenales el seguimiento era mucho más personalizado.
A destacar un aspecto negativo de este proyecto y es la falta de tiempo para poder desarrollarlo. Las actividades se han desarrollado pero sin poder profundizar en ellas por el escaso tiempo disponible.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/321 ========== ***

Nº de registro: 0321

Título
BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Autores:
PALACIN ELTORO BEATRIZ, PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0321

1. TÍTULO

BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Debido a que los porcentajes de obesidad y sobrepeso están aumentando desde las infancia y los adultos cada vez tienen más enfermedades cardiovasculares relacionadas con malos hábitos en la alimentación, se decidio trabajar estos desde las edades más tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Adquisición de buenos hábitos higienico-dietéticos desde la primera infancia.
2. Solucionar dudas y falsos mitos a los cuidadores en la introducción a la alimentación complementaria
3. Mejorar el conocimiento de los distintos grupos de alimentos entre los niños de 3-12 años
4. Fomentar dietas saludables en los niños de 3-12 años
5. Mejorar el IMC de la población adulta con factores de riesgo cardiovascular

6.

MÉTODO
1. Se realizará educación grupal con los niños en los diferentes colegios mediante charlas sobre los distintos grupos de alimentos, dando una mayor importancia a los de cercanía y temporada.Se realizarán 4 charlas a lo largo del año escolar en cada uno de los colegios que pertenecen a este centro de salud.
2. Se hará una charla destinada a gestantes y cuidadores de niños de 0-12 meses en la que se hablará sobre la lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta y la introducción de los alimentos. Se realizará la charla cada 6 meses.
3. En los diferentes pueblos que abarca este centro de salud se harán charlas sobre alimentación saludable, etiquetado y la información engañosa qeu muchas veces nos aporta la publicidad. SE realizará una en cada pueblo y según las demandas de la población se valorará incrementar el número.
4. Dos días a la semana se hará una consulta monográfica para perder peso y mejorar hábitos higienico-dietéticos. Esta irá destinada a la población adulta que cumpla criterios de sobrepeso u obesidad y este motivada a realizar el cambio en la alimentación.

INDICADORES
La evaluación a los niños se realizará mediente una rúbrica al final del curso escolar y la de los adultos se hará valorando los resultados de IMC y analiticos en los pacientes que acudan a la consulta monográfica.
En cuanto a los que acudan a las charlas se les administrará un cuestionario para que valoren la información recibida.

DURACIÓN
El proyecto se iniciará el 1 de mayo del 2018 con la apertura de la consulta monográfica y durará hasta el 31 de mayo del 2019 cuando se fincalicen las actividades en los colegios.
La consulta se iniciará el mes de mayo al igual que las charlas con los adultos y todo el trabajo llevado a cabo con los niños se hará durante el periódo escolar 2018-2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... HELGA PORQUET GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Búsqueda activa de pacientes predispuestos a mejorar su salud y con capacidad cognitivo-conductual para integrar aprendizaje de sesiones.
Total 20 personas con sus parejas.
-4 sesiones de 1:30h los martes a las 10h durante el mes de Mayo con apoyo power point sencillo donde se ve lo especificado en proyecto tal cual estaba previsto.
-Prácticas de ejercicios de fisioterapia respiratoria diafragmática y de uso de inhaladores.
- TEST previo de valoración de conocimientos y percepción estado de su salud y test final para comprobar aprendizaje.
-Encuesta básica de valoración taller de sesiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 20 pacientes, 3 abandonan en segunda sesion.
De los 17 los que siguen el taller completo están satisfechos y mejoran en uso de inhaladores, la respiración y relajación la llevan a cabo satisfactoriamente, conocen signos y síntomas de alarma para urgencia, aprenden sobre cómo llevar una alimentación adecuada y estilo de vida favorecedor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El EAP concluye que una educacion grupal favorece la motivación del paciente a aceptar su enfermedad y a valorar la importancia de llevar a cabo hábitos que favorecen mantener la salud.
Hacemos hincapié en seguimiento individual continuo y educar con refuerzo positivo.
Los pacientes hombres que tienen pareja y delegan en ella han tomado conciencia de su estado de salud y refieren querer hacerse cargo en lo referente a su cuidado como el tratamiento inhalatorio, paseos saludables, vigilancia de sus síntomas, en definitiva responsabilizarse de lo que le ocurre cuando enferma y actuar para curarse con actitud de mejora y ánimo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/326 ========== ***

Nº de registro: 0326

Título
EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los consejos sobre Conocimientos sobre la enfermedad repiratoria inflamatoria, prevencion y control de sintomas, aspectos importantes del tratamiento, y seguimiento en general una vez diagnosticado, es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

responsabilidad de enfermería.
Dado el gran número de pacientes que a causa de su situación social característica (edad, viudedad, crónico complejo, depresión)tienen dificultades para llevar a cabo los cuidados o se encuentran incapaces por falta de voluntad de llevar su enfermedad con buena actitud ante la agudizacion, es motivo de reconducir o retransmitir de otra manera esta información sobre hábitos básicos esenciales dedicando mas tiempo y atención desdenuestra parte en esta nueva intervención pero de forma grupal.
El paciente aprenderá a gestionar mejor su enfermedad crçonica para mejorar su rutina diaria y convivir aceptándo la circunstancia de la forma mas positiva posible.

RESULTADOS ESPERADOS
-Conocimiento de enfermedad crónica, informacion general al pte. y a la pareja que le acompaña y forma parte de la educacion.
-Signos y sintomas de la agudización y cómo actuar ante ella.
- Instruir en cada sesion sobre prevención con hábitos saludabes: alimentacion, ahorro de energía en actividades rutinarias, sexualidad, puesta en marcha del ejercicio físico, uso de inhaladores, rehabilitacion respiratoria,deshabituación tabáquica, tecnicas de relajación con respiracion abdominal/ diafragmática, escucha activa.
Que el pte y acompañante que convivenen el domicilio familiar esten informados y sin dudas respecto de la actuacion ante la enfermedad. La informcion es poder.
Dar atención suficiente en entorno de aprendizaje relajado para que tomen conciencia y se responsabilicen de su vida ante las complicaciones.
Que los pacientes empaticen entre ellos con el consuelo de la enfermedad que afecta a muchos por desfracia.

MÉTODO
Reunión de 1 hora donde se analiza circunstancia actual sobre enfermedad crónica EPOC.
Evaluacion de situación y de las necesidades.Puesta en marchadel proyecto. Criterios de seleccion.
Charla informativa con Power point resumiendo objetivos, ventajas y plan de actuación y cómo va a tratarse la información en cada sesion.
Cada cupo de cada zona rural es revisado por su MAP Y EAP correspondiente, participamos todos, Alcolea de Cinca, Ontiñena, Albalate de Cinca, Belber de Cinca y Osso de Cinca y seleccionan enfermos crónicos y pareja segun criterio diagnostico previo de EPOC O ASMA CRONICA, todos con espirometría realizada y seguimiento dificil por circunstancias varias que no acuden a consulta y sin embargo enferman repetidas veces. Edad comprendida entre 65 y 85 años sin deterioro cognitivo avanzado. Seran llamados por el personal y citados a educacion grupal con consentimiento previo en consulta individual argumentando necesidad de recibir este curso.
Se realiza en espacio amplio y para un máximo de 30 personas.
Se realizarán 4 sesiones, una a la semana de 1:30 min de duración en un espacio público del ayunatmiento con proyector para visualizacion power point.

INDICADORES
Entrevista personal en consulta individualizada para evaluación de conocimientos y seleccion. Fuente y registro en OMI.
Encuesta inicial con datos personales.
Test de evaluacion final y resolución de dudas.
Prácticas en 2º sesion sobre inhaladores con los suyos, deben traerlos.
Prácticas sore respiración abdominal y técnicas de relajación, habrá dos camillas. Evaluación in situ de técnicas.
Lo impartimos dos enfermeras, yo como responsable con la formación FOCUSS sobre educacion a fruos con EPOC.
Triptico en color sobre actuacion antes signos y sintomas.
Información resumida en cada sesión.
Folio con datos de hábitos saludables más importantes en alimentación, ahorro de energñia y ejercicios.
Test sobre conocimientos al inicio y otro de evaluación final.
Taller de inhaladores con material practico con los actuales.
Taller respiración diafragmática.
Tecnica de relacion muscular de Jacobson.
Valoración final de conocimientos y diploma de asistencia final a todos con observaciones si precisa sobre impresiones de las educadoras para actitud ante el cambio de hábitos.
Incidencia y prevalencia de la enfermedad.

DURACIÓN
Una primera ronda se hará los martes de Mayo de 9:30 a 11h.
La segunda ronda en Octubre, pendiente de confirmar.
Al estar en la zona rural 2 de los 5 EAP son los educadores y deben ser sustituidos por el personal ante urgencias en esas horas.
La agenda se ocupará con la consulta con educacion grupal y completará con los nombres de los miembros asistentes.

OBSERVACIONES
Se espera asistencia y compromiso de los pacientes, una vez han asistido se busca llevarlo a cabo de forma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

amena por eso el pwer point es sencillo corto.
Tecnicas de entretenimiento y distracción, proyección, ejercicios practicos, y preguntas, dejarles expresarse.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0555

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL GRAU BARRULL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIN ELTORO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PASEOS UNA VEZ POR SEMANA DE 45´DE DURACION ACOMPAÑADOS POR MEDIO Y /O ENFERMERA EN LA LOCALIDAD DE OSSO DE CINCA. SE DISMINUYÓ LA PERIODICIDAD DEBIDO A LAS COMPLICACIONES SURGIDAS DURANTE EL PERIODO ESTIVAL (VACACIONES, DOBLAJES....)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CONSEGUIMOS IMPACTO EN CUANTO A CONVOCATORIA DE POBLACION, SE MOTIVÓ A UN BUEN NUMERO DE PERSONAS, ALGUNAS DE LAS CUALES NO TENIAN EL HÁBITO PREVIO DE CAMINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACION GLOBAL ES MUY POSITIVA, SE CONSIGUE MOTIVAR A CAMINAR Y A REALZIARLO EN GRUPO CON MEJORA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES, CONTACTO CON LA NATURALEZA E INDIRECTAMENTE MEJORANDO EL RIESGO CARDIOVASCULAR. QUEDA PENDIENTE CONSEGUIR QUE SE MANTENGA EL HÁBITO SIN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO, PERO EL PROYECTO SERIA FACILMENTE REPETIBLE ANUALMENTE

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/555 ========== ***

Nº de registro: 0555

Título
PASEOS SALUDABLES

Autores:
GRAU BARRULL ANA ISABEL, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: contacto medioambiente, mejora salud fisica y mental
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta la tendencia al sedentarismo en la población, la desmotivación a caminar de forma individual, lo cual repercute negativamente en el control de factores de riesgo cardiovascular asi como en el marcado deficit de vitamina D que se detecta en este grupo de población.
Consideramos que puede ser beneficioso a nivel de control de peso, tension arterial, niveles de vitamina D y sobre todo en el aspecto comunitario motivando a la población en la realizacion de ejercicio fisico al aire libre.

RESULTADOS ESPERADOS
Se dirige a toda la poblacion, especialmente intentaremos captar a aquellos con otros factores de riesgo cardiovascular.

MÉTODO
Se plantearan dos salidas semanales (miercoles y viernes) de 45 minutos al inicio de la jornada laboral.
Informaremos previamente en consulta y se publicitará a través del Ayuntamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0555

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

INDICADORES
Se planteara una encuesta de satisfaccion al finalizar la actividad

DURACIÓN
Jornadas de 45 minutos, miercoles y viernes durante 6 meses a realizar por los alrededores de Osso. Previsto se inicie en Junio 2018

Carteles informativos en el Ayuntamiento, centro social y Consultorio de Osso de Cinca.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0556

1. TÍTULO

UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... TRINIDAD GRAU PUEYO
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA CRUZ ARNAL LUCIA
CARDIL FONZ EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un protocolo unificado del material que debe haber en el carro de paros de los Centros de Salud del Sector Barbastro que tienen el mismo modelo de Carro
Se han realizado Sesiones de formación e información al EAP
Se han elaborado las ITs de trabajo correspondientes y desde hace 6 meses se esta aplicando el protocolo unificado correspondiente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A las sesiones de formación e información realizadas han asistido el 95% de los profesionales del EAP.
Se ha establecido el nuevo protocolo y se esta aplicando con implicación de todo el personal de enfermería, auxiliar de enfermería y medicina del EAP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por el momento solo 4 Centros de salud tienen el mismo modelo de Carro de paros y se han acogido al protocolo.
Seguimos impartiendo en el Centro al menos una sesión anual al EAP

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/556 ========== ***

Nº de registro: 0556

Título
UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO

Autores:
BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, GRAU PUEYO TRINIDAD, DE LACRUZ ARNAL LUCIA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, CARDIL FONZ EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: RCP
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y RAPIDEZ EN LA ASISTENCIA

PROBLEMA
En cada centro de salud del sector el carro de paros esta distribuido y organizado de forma diferente, no existe un protocolo para unificar criterios de organización. Aprovechando que se ha dotado a alguno de los centros del sector del mismo modelo de carro paros, pensamos que puede ser interesante unificar su organización y distribución.
Con este proyecto se pretende conseguir disminuir la variabilidad en la organización y distribución del material en los carros de paros de los centros de salud del sector Barbastro, mejorando la coordinación entre los diferentes centros de salud, que influirá en la reducción de la demora en la aplicación del tratamiento de la RCP y aumentará la seguridad del paciente.
También se pretende adecuar los recursos del sector y su distribución entre los centros.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0556

1. TÍTULO

UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO

Creación de un grupo de trabajo
Implantación de un protocolo consensuado para todo el sector y colgarlo en intranet.
Inclusión progresiva de los centros de salud al programa
Unificar la organización/distribución del material el los carros de paros; así como el listado de stock mínimo
Formatos de registro de revisión y control unificados para todos los centros de salud del sector

MÉTODO
1- Creación de un grupo de trabajo
2- Analizar la situación (variabilidad entre los diferentes centros)
3- Elaboración del protocolo y listado de stock mínimo
4- Presentación e información del protocolo a los diferentes centros del sector (gerencia)
5- Aprobación de un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
6- Sesiones de información / formación en los Centros de Salud
7- Evaluación – revisión del protocolo y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora que pudieran surgir

INDICADORES
1- Porcentaje de carros de paros que han implantado el protocolo común (Nº Carros de paros unificados / Nº centros de Salud del Sector)
2- Protocolo actualizado y colgado en la Intranet del sector (SÍ/NO)
3-Porcentaje de Equipos de Atención Primaria a los que se ha impartido formación común (Nº sesiones de formación --información / Nº de centros de S. del Sector)

DURACIÓN
1- ANALISIS DE LA SITUACION Y CREACIÓN DEL GRUPO DE MEJORA (1 MES)
2- ELABORACION DEL PROTOCOLO (2- 3 MESES)
3- PRESENTACION DEL PROTOCOLO A GERENCIA
4-SESIONES DE FORMACION /INFORMACION (3-6 MESES)
5- EVALUACION DE COMO SE HA IMPLANTADO EL PROTOCOLO EN LOS DIFERENTES CENTROS (GRADO DE ACEPTACION) AL AÑO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0574

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALICIA GRACIA MONTOLIU
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EIZAGUERRI MATEO CELES
PUY BARON ANA
BOIX ALOY CONSUELO
CAZCARRA JUSTE ESTHER
MAIRAL SANZ PILAR
SOPENA NOGUERAS NURIA
MARTINEZ NOVEL LUCIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes que solicitan DEMNP se citan en el médico o pediatra que tienen asignado, pudiendo requerir el servicio también en matrona, enfermería, odontologia o trabajadora social, según la consulta que quiera realizar el paciente.
Acceden a este tipo de consulta todos los profesionales del Centro de Salud.
Todos los profesionales del Centro de Salud disponen en sus agendas de varios actos con el código DEMNP, distribuidos a lo largo de las agendas diarias durante toda la jornada laboral, a criterio de cada profesional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
*INDICADORES:
-Número de pacientes que utilizan el Servicio desde enero hasta octubre de 2017.
Las consultas realizadas en Enfermería son 242, en Medicína de Familia 1,889 y en Pediatría 269.
-No ha habido ninguna incidencia ni reclamación por parte de los profesionales ni de los pacientes.
-Se realizó Sesión de formación/información de Consulta no Presencial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Percibimos que la satisfacción entre profesionales y usuarios es alta.
Se aumenta la accesibilidad a pacientes que por diferentes circunstancias no puedan acceder a la consulta presencial.
Siendo muy util para dar resultados de pruebas y seguimiento de tratamientos a pacientes conocidos anteriormente en la consulta.

7. OBSERVACIONES.
No es necesario consentimiento informado. Si el paciente es conocido por el profesional se realizará la consulta.
Si hay dudas sobre la identidad del paciente y/o no tiene historia clínica abierta, el profesional concerta una cita presencial.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/574 ========== ***

Nº de registro: 0574

Título
IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA MONTOLIU ALICIA, EIZAGUERRI MATEO MARIA CELES, PUY BARON ANA, BOIX ALOY CONSUELO, CAZCARRA JUSTE ESTHER, SOPENA NOGUERAS NURIA, MAIRAL SANZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0574

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Hay un perfil de usuarios que tienen dificultades para la asistencia presencial en el centro de salud, por motivos diversos, laborales, salud, frecuencia de consultas...Nuestro proyecto pretende facilitar la accesibilidad en usuarios con necesidad de consulta no presencial que cumpla los requisitos éticos para consulta telefónica.
Familiar cuidador principal de paciente dependiente.
Requisitos éticos:
Que haya existido consulta presencial previamente.
No puede ser ofertada a todos los pacientes de forma generalizada, por las características de personalidad, factores sociales...
Aceptación de paciente y profesional a la consulta no presencial (consentimiento informado).
Que exista código de identificación.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos de la Actividad:
Favorecer la accesibilidad de los usuarios a través de la consulta telefónica de sus procesos asistenciales que no requieren exploración clínica.
Optimizar la carga asistencial en las consultas de Atención Primaria.
Establecer procesos estandarizados de atención asistencial a través de medidas de organización y gestión de la consulta telefónica.

MÉTODO
Profesionales sanitarios y Servicio de Admisión.
Elaboración de flujograma del proceso.
Curso de formación a los profesionales implicados.
Carteles informativos del Servicio a los pacientes.
Adecuación de las agendas de los profesionales participantes.
Encuesta de satisfacción.
Captación, circuito, organización del proceso:
La captación se realizará mediante carteles informativos del nuevo Servicio.
Se ofertará a los pacientes individualmente por los profesionales de Admisión.
El circuito será el siguiente:
Verificar si cumple criterios de admisión.
Existencia de consentimiento informado y registrarlo en OMI. Tipo de consulta que solicita (Medicina, Enfermería, Pediatría, Matronas, Trabajadora Social, Odontología).
Comprobar si está el profesional asignado.
Citar en hueco CNP.

INDICADORES
Número de pacientes que utlizan esta servico. Objetivo 50 pacientes en el primer año.
Número de pacientes con CNP/ número de consentimientos informados. Objetivo 100%.
Grado de satisfacción del profesional con el proceso.
Evaluación sementral.
Realización de una sesión de formación: SI/NO

DURACIÓN
Elaboración de flujograma en diciembre.
Curso de formación a los profesionales en enero 2017.
Carteles informativos a los pacientes en febrero 2017.
Adecuación de las en febrero de 2017.
Encuesta de satisfaccion a los 6 meses de la implantacion con frecuencia semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0574

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0581

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MELITON BLASCO OLIETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRES CLEMENTE ELISA
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA
CAÑAS FRANCIA JOSE MARIA
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para aumentar el diagnóstico de pacientes EPOC se solicitó a la Dirección de AP del sector listado de:
Pacientes en tratamiento crónico con inhaladores
Pacientes con diagnóstico de bronquitis, bronquiectasias, enfisema
Los listados se pasarán a cada equipo medicina/enfermería para que valoren si procede solicitar espirometría.
Se han realizado 370 espirometrias en el año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Intervención global sobre tabaquismo:
Sesión sobre abordaje del tabaquismo el día 3/7/1017 impartida por Dr. Blasco
Puesta en funcionamiento en enero/2018 de una consulta específica de deshabituación tabáquica cuyo responsable será el Dr. Blasco:
Sesión de presentación al EAP el día 17/1/2018 “Consulta de deshabituación tabáquica”
Se ha aumentado sensiblemente la cobertura de EPOC, el 1.9%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El diagnóstico del paciente EPOC es complejo. La consulta específica de Deshabituación Tabáquica puede ser una ayuda importante para la accesibilidad a este Servicio de los pacientes que quieran dejar de fumar.
Consulta monográfica los martes de 13:30-14:30
Derivación: Desde consultas de medicina/enfermería
Criterios de inclusión: Fumador que desea intento de abandono
Contenido
Primera consulta, presencial
Martes de 13:30-14:30 15 minutos
Datos sobre el consumo de tabaco, información, plantear fecha de cese del consumo, plantear grupos de relajación
2. Telefónica: Ha fijado día D?
3. Presencial: Previa al cese. Tto farmacológico. Cooximetría
4. Telefónica: 2-4 días cese
5. Presencial 7-10 días cese. Cooximetría
6. Telefónica 2 semanas cese
7. Presencial 1 mes cese
8. Telefónica: 2 meses cese
9. Telefónica: 6 meses cese
10. telefónica: 1 año cese
Salida del programa
No fijar fecha para cese
Recaída
1 año sin fumar

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/581 ========== ***

Nº de registro: 0581

Título
MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Autores:
BLASCO OLIETE MELITON, TORRES CLEMENTE ELISA, LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, CAÑAS FRANCIA JOSE MARIA, ARIÑO ALDABO CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0581

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EPOC
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos analizado nuestros resultados en la atención del paciente EPOC, es evidente que existe un infradiagnóstico en nuestro Centro tenemos un 3.1% de pacientes diagnosticados siendo la prevalencia en Aragín del 10.4%. La espirometria es la prueba fundamental para diagnosticar a estos pacientes, las dificultades en su realización y la participación activa del apciente, junto a la preparacion para la prueba, interpretación y registro en OMI son un cúmiulo de obstaculos que contribuyen al infradiagnostico.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumento del diagnóstico del paciente EPOC.
Mejorar la intervención de deshabituación tabáquica.

MÉTODO
Sesión de formación de diagnostico de EPOC y registro de espirometrÍas en OMI
Sesión formación de enfermería en calidad de esperimotrÍas
Sesión de formación de deshabituación tabáquica.
En consulta de medicina y enfermería mediante la investigación del hábito tabáquico, se solicitará espirometría con instrucciones al paciente para la realización de la prueba
Se citará al paciente en consulta programada de medicina para resultado de espirometría, registro en OMI e intervención tabáquica.
La intervención tabáquica también se puede realizar en consulta de enfermería y derivar a medicina si el Riscmon es mayor de 6p.
Pacientes >de 45 años fumadores o exfumadores.
Pacientes >14años se investigará hábito tabáquico
Pacientes sintomáticos con aumento de disnea, espectoración o/y bronquitis de repetición>2 episodios/año
Pacientes con riesgo laboral EPOC.

INDICADORES
Aumentar el diagnóstico EPOC hasta un 6%.
Espirometrías registradas en OMI / Total de espirometrías realizadas
Paciente con espirometría realizada tenga intervención tabaquica/Total de espirometrías realizadas.
La evaluación se realizará semestralmente.

DURACIÓN
Sesión de formación EPOC y registro en OMI de espirometrias. Noviembre 2016.
Sesión de formación calidad de espirometrias. Noviembre 2016.
Sesión formación deshabituación tabaquica. Diciembre 2016.
Evaluacion de los indicadores semestralmente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0711

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... DOLORES CASTARLENAS SANMARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAESTRE SANTOLARIA SIRA
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD
PUEYO ACIN ARANCHA
FORNIES LACOSTA PILAR
VISTUE TORNIL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
. Elaboración de un cuestionario para la recogida de información-conocimentos dirigída a los profesonales de enfermería del Centro, y análisis de dicha información.
.Creación de una guia de actuacación para la exploración del pie diabético, basándonos en las herramientas de trabajo de las que actualmente disponemos.
.Realización de sesiones formativas a los profesionales del Centro; una de la teoría y otra práctica de la revisión del pie diabético.
.Recogida del grado de conocimientos adquiridos por los profesionales tras acudir a las sesiones formativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A la sesión de formacion asistieron el 95% de los profesionales del E.A.P.
Poseemos los datos de registro del pie diabético del año 2016 y 2017; precisaremos los resultados del 2018; para realizar la comparativa tras las sesiones de formación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente de analizar los resultados de los cuestionarios que realizaron los profesionales pre y post sesión formativa.
Se ha retrasado en un año del anásilis definitivo del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
El responsable y algunos miembros del proyecto han cambiado por traslados y bajas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/711 ========== ***

Nº de registro: 0711

Título
MEJORA DE CALIDAD EN EL CRIBADO LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO

Autores:
MAESTRE SANTOLARIA SIRA, MIRANDA OLIVAR TRINIDAD, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, PUEYO ACIN ARANCHA, SALAS GUIRAL PAZ, VISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, MELER PARACHE GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos analizado los datos de cartera de servicios, detectamos bajos resultados en la exploración del pie

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0711

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO

diabeto. El pie diabético engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infección producen lesiones tisulares o úlceras debido a pequeños traumatismos, produciendo una importante morbilidad que puede llegar incluso a amputaciones.
La mayoría de las personas con pie diabético presentan enfermedad arterial periférica. La isquemia y la infección pueden estar presentes también.La neuropatía es una complicación microvascular que produce pérdida de sensibilidad en el pie, favoreciendo deformidades, una presión anormal, heridas y úlceras.
Las úlceras del pie diabético pueden ser prevenibles con una adecuada estrategia que comprenda cribado, clasificación del riesgo y medidas efectivas de prevención y tratamiento.
Todos estas complicaciones pueden ser modificadas y prevenibles, por eso pensamos que es importante aumentar la cobertura de esta exploracion para cuantificar el riesgo.
La guía NICE recomienda realizar el cribado del pie diabetico a pacientes ambulatorios con DM2 para identificación y tratamiento de pacientes de alto riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar de la cobertura en la exploración del pie diabético.
Identificar los factores de riesgo para desarrollar pie diabético.
Valoración del riesgo del pie diabetico .

MÉTODO
Población diana :Paciente diagnosticado de diabetes tipo 2.
Captación en Consulta de Medicina y Enfermería.
El paciente es citado en consulta programada de enfermería .
Se identifican factores de riesgo : Tabaco, enfermedades cardiovasculares, evolución y control de la diabetes, neuropatías, problemas locales en los pies.
Exploración: Palpación de pulsos periféricos, monofilamento, diapasón, doppler en ausencia de pulsos palpables
Clasificación del riesgo: Riesgo bajo, riesgo moderado, riesgo alto, pie ulcerado.
Personal de enfermería y medicina .
Material necesario para una correcta exploración.
Sesiones formación 1 semestral.
Protocolo anexo I

INDICADORES
Nº de exploraciones de pie diabético/ nº de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2. Objetivo 50%.
Nº de exploraciones de pie en las que se identifican factores de riesgo/nº total de exploraciones
Nº de exploraciones en las que haya valoración del riesgo / nº total de exploraciones . Objetivo 75%
Realización de dos sesiones de formación.
Evaluación semestral.

DURACIÓN
Evaluación semestral de los indicadores.
Elaboración de protocolo noviembre 2016
sesiones de formación diciembre 2016 y junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0711

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DOLORES CASTARLENAS SANMARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORNIES LACOSTA PILAR
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD
PUEYO ACIN ARANCHA
VISTUE TORNIL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos cuatro sesiones clínicas con el personal de enfermería del Centro de salud, dos teóricas y dos prácticas. Se puso de manifiesto la necesidad de explorar el pie diabético, haciendo hincapié en la prevención.

Se ha confeccionado una guía de bolsillo, en la que se detallan los puntos importantes para la revisión del pie diabético. El objetivo es que se simplifique el procedimiento a seguir y se realice con la frecuencia recomendada.

Este guía se entrega a todos los enfermeros del Centro.

Se gestionó la petición de material para la exploración del pie diabético para todos los profesionales de enfermería del Centro y se recibieron los sets, a principios del año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que el objetivo principal del proyecto de calidad consistía en aumentar las exploraciones del pie en el paciente diabético, tipo II, podemos resaltar el aumento de dichas exploraciones al conocer la cifra comparativa entre el 2017 y el 2018. El incremento fue de un 13%.
Nos hubiera gustado comparar el dato con el de fechas anteriores al inicio de este proyecto, que fue en 2016, pero no es procedente porque el registro no se hacía de la misma forma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras profundizar en el estudio de protocolos de exploración del pie diabético, con la información que aporta la experiencia diaria y con la puesta en común del personal de enfermería del Centro, llegamos a la conclusión de que lo más importante es educar al paciente en su autoexploración y concienciarlo de las medidas a tomar para evitar posibles lesiones posteriores. Además, el personal de enfermería debe realizar las exploraciones con la frecuencia recomendada, según los criterios de Edimburgo.

El objetivo es prevenir o detectar lo antes posible las lesiones, principalmente por medio de la observación del pie.

Del grupo de trabajo sale la necesidad de hacer, por lo menos una vez al año, una sesión clínica sobre exploración del pie diabético, y también en el caso de que entren nuevos profesionales al Centro. El objetivo es mantener la sensibilización alcanzada en estos dos años, que nos lleve a efectuar las exploraciones con la frecuencia necesaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/711 ========== ***

Nº de registro: 0711

Título
MEJORA DE CALIDAD EN EL CRIBADO LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO

Autores:
MAESTRE SANTOLARIA SIRA, MIRANDA OLIVAR TRINIDAD, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, PUEYO ACIN ARANCHA, SALAS GUIRAL PAZ, VISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, MELER PARACHE GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0711

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos analizado los datos de cartera de servicios, detectamos bajos resultados en la exploración del pie diabeto.
El pie diabético engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infección producen lesiones tisulares o úlceras debido a pequeños traumatismos, produciendo una importante morbilidad que puede llegar incluso a amputaciones.
La mayoría de las personas con pie diabético presentan enfermedad arterial periférica. La isquemia y la infección pueden estar presentes también.La neuropatía es una complicación microvascular que produce pérdida de sensibilidad en el pie, favoreciendo deformidades, una presión anormal, heridas y úlceras.
Las úlceras del pie diabético pueden ser prevenibles con una adecuada estrategia que comprenda cribado, clasificación del riesgo y medidas efectivas de prevención y tratamiento.
Todos estas complicaciones pueden ser modificadas y prevenibles, por eso pensamos que es importante aumentar la cobertura de esta exploracion para cuantificar el riesgo.
La guía NICE recomienda realizar el cribado del pie diabetico a pacientes ambulatorios con DM2 para identificación y tratamiento de pacientes de alto riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar de la cobertura en la exploración del pie diabético.
Identificar los factores de riesgo para desarrollar pie diabético.
Valoración del riesgo del pie diabetico .

MÉTODO
Población diana :Paciente diagnosticado de diabetes tipo 2.
Captación en Consulta de Medicina y Enfermería.
El paciente es citado en consulta programada de enfermería .
Se identifican factores de riesgo : Tabaco, enfermedades cardiovasculares, evolución y control de la diabetes, neuropatías, problemas locales en los pies.
Exploración: Palpación de pulsos periféricos, monofilamento, diapasón, doppler en ausencia de pulsos palpables
Clasificación del riesgo: Riesgo bajo, riesgo moderado, riesgo alto, pie ulcerado.
Personal de enfermería y medicina .
Material necesario para una correcta exploración.
Sesiones formación 1 semestral.
Protocolo anexo I

INDICADORES
Nº de exploraciones de pie diabético/ nº de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2. Objetivo 50%.
Nº de exploraciones de pie en las que se identifican factores de riesgo/nº total de exploraciones
Nº de exploraciones en las que haya valoración del riesgo / nº total de exploraciones . Objetivo 75%
Realización de dos sesiones de formación.
Evaluación semestral.

DURACIÓN
Evaluación semestral de los indicadores.
Elaboración de protocolo noviembre 2016
sesiones de formación diciembre 2016 y junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0970

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELISA TORRES CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUERTOLAS MAYAYO ROSA
ORTEGA CASTRILLO ITZIAR
ACIN GARCIA SANTIAGO
PIÑOL JANE ANA
BUERA BROTO MARIA DOLORES
PUEYO GARCIA MARIA CONCEPCION
BADIA PLAYAN CARRODILLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
? Se ha realizado un flujograma para la organización de la consulta, en el que se definen: indicación de la MAPA, petición vinculada a episodio HTA OMI, actividades de la consulta enfermería, realización e interpretación de la MAPA y designar responsables.
? Se ha consensuado las indicaciones para la realización de la MAPA.
? Se ha elaborado Hoja Instrucciones al Paciente.
? Se ha creado una agenda específica MAPA para la citación de los pacientes.
? se ha realizado una sesión de formación de lectura e interpretación de los datos.
? se ha explicado al EAP la organización de la consulta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado un total de 20 MAPAS,de los cuales las lecturas fueron correctas en un 100%. El tiempo medio de espera para la realización fué de 21 dias.
% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA es del 31%.
El 80% de los registros son patológicos.
El 10% fenomeno de bata blanca.
El 45% son no DIPPER
El 10% DIPPER extremo.
El 10% RISSER.
En el 80% de los pacientes explorados hubo cambio de tratamiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La satisfacción de los profesionales que han derivado a sus pacientes para realización de MAPA es alta porque da mucha información del ritmo circadiono de la presión arterial y ayuda en la toma de decisiones.
Hay que mejorar la participación y formación de los miembros del EAP.
Estandarizar los informes.
Los registros de las actividades del paciente durante la exploración.
Los registros en EXCEL de las caracteristicas del paciente.
Sesiones de formación.
Colaborar en la implementación en otros centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/970 ========== ***

Nº de registro: 0970

Título
IMPLANTACION EXPLORACION DE LA MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:
TORRES CLEMENTE ELISA, PUERTOLAS MAYAYO ROSA, MARTINEZ CARRILLO JUAN, ACIN GARCIA SANTIAGO, PIÑOL JANE ANA, BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0970

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: HTA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hipertensión (HTA) es una de las causas prevenibles más importantes de morbimortalidad y su manejo es una de las intervenciones más frecuente en atención primaria (AP). La clasificación de los pacientes como hipertensos tiene importantes repercusiones sobre su vida. La presión arterial (PA), es una variable biológica que experimenta fluctuaciones a lo largo de las 24 horas dependiendo del período de actividad/descanso (ritmo circadiano o nictameral). En la HTA estas oscilaciones pueden hacerse más ostensibles, y a veces no predecibles, lo que hace muy útil conocer el perfil de estas modificaciones para un mejor diagnóstico, para establecer el pronóstico y asegurar un adecuado tratamiento de cada paciente. La MAPA es una de las técnicas disponibles actualmente para el diagnóstico y control de la PA, ha demostrado ser mejor predictor de morbimortalidad cardiovascular, consiste en la realización de múltiples medidas fuera de la consulta, durante un periodo de 24-48 horas, en las que el individuo realiza, la actividad física y laboral habitual. Permite identificar a los pacientes con HTA con fenómeno de bata blanca, demuestra la presencia de HTA nocturna y observar la variabilidad de la PA y la eficacia de los tratamientos durante 24 horas Hoy en día, las diferentes sociedades científicas incluyen a la MAPA en la evaluación y manejo del paciente hipertenso (NICE, 2011; Hermida RC, 2013; O'Brien E, 2013; Hackam DG, 2013).
Los pacientes en los que está indicada la realización de MAPA tienen que ser enviados al hospital.
Actualmente en el Centro de Salud hay profesionales con formación (FOCUSS) para poder realizar la prueba en AP.
Para ello se plantean los siguientes objetivos:
• Disminuir la la morbimortalidad cardiovascular
• Disminuir tiempos de espera. Evitar tener que derivar al hospital para realizar la MAPA
• Mejora de la seguridad del paciente
1. Sobre los profesionales
• Disminuir en la medida de lo posible la variabilidad, estableciendo recomendaciones comunes para todos los profesionales del EAP.
2. Sobre la organización / recursos económicos
• Mejorar la capacidad de resolución de atención primaria.
• El proyecto tiene como objetivo introducir en nuestro centro de salud la exploración de la MAPA (motorización ambulatoria de la presión arterial).
Nuestro centro de salud esta dotado de monitor MAPA.

RESULTADOS ESPERADOS
• Implantación progresiva de la MAPA, en nuestro centro de salud para el diagnostico y seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial .
• Definir el flujograma para la realización e interpretación de la MAPA y designar responsables.
• Realización de protocolo consensuado para la priorización de pacientes y acciones posteriores. Aunque idealmente sería útil conocer el perfil circadiano de la presión arterial de todos los hipertensos incluso de todos los individuos de alto riesgo vascular, esta medida probablemente no sea coste/efectiva al menos de momento, por lo que existen una serie de indicaciones internacionalmente admitidas:
? Hipertensión de "bata blanca" y efecto bata blanca.
? Hipertensión refractaria.
? Síntomas de hipotensión con tratamiento antihipertensivo.
? Valoración de necesidad de modificación terapéutica (*)
? Hipertensión episódica (*)
? Disfunción autónoma (diabetes) (*)
? Hipertensión oculta (fenómeno de bata blanca inverso)
(*): Indicaciones no admitidas universalmente. el registro de 24 horas tiene una reproducibilidad aceptable y ha demostrado que tiene un mayor valor pronóstico que la PA en clínica. Es la mas habitualmente utilizada en clínica y en estudios de investigación, excepto por algún grupo con amplia experiencia .
Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.

MÉTODO
- Sesiones de formación
- Definir flujogramas
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
? Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora
- La implantación de la MAPA, seria un servicio nuevo en nuestro centro de salud para lo cual se creará consulta especifica MAPA, con agenda independiente.
? Adiestramiento de enfermería para las instrucciones al paciente, colocación y retirada.
? Formación profesionales de medicina para lectura, interpretación y análisis de los datos.
- Difusión en el EAP. Sesión de formación
- Implantación progresiva en otros centros de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0970

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

INDICADORES
% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA.
% de pacientes derivados a consulta que no se ajustan a protocolo Indicadores clínicos:
% de pacientes con diferencias entre presión diurna y nocturna
% de pacientes con fenómeno bata blanca.
% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.

DURACIÓN
Sesiones de formación primer trimestre 2017.
- Aprobar el protocolo y difusión en EAP primer trimestre 2017
- Definir flujogramas .
-Crear agenda y consulta especifica de medicina y enfermería segundo trimestre de 2017.
Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora semestralmente.
- Implantación progresiva en varios centros de salud segundo semestre 2018.

? ?
?
?

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA ARNAL TORRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO ACIN ARANCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realizó primero la presentación del proyecto al EAP y posteriormente el taller.
- Realización de 4 talleres en distintas residencias de la zona de salud de Barbastro, dirigidas a los profesionales y cuidadores y familiares de las mismas.
- Se utilizó materiales didacticos tipo tripticos y taller práctico demostrativo con jeringas, espesantes, alimentos cocinados....
-Los talleres se realizaron según cronograma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la actualidad queda por pasar la encuesta posterior a los talleres.
Como resultados subjetivos durante este proceso se ha observado que ha mejorado la técnica: se ha retirado el uso de jeringas de alimentación.
Como resultado objetivo se ha comprobado en una residencia en concreto que no consta en agenda ningún aviso por broncoaspiración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Quedan pendientes:
- Ampliar la formación a todas las residencias.
- Pasar la encuesta posterior a la formación, realizar una valoración comparativa de la encuesta previa.
- Realizar una charla de recuerdo en cada residencia pasados unos tres meses del taller

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1550 ========== ***

Nº de registro: 1550

Título
ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
ARNAL TORRES ANA MARIA, PUEYO ACIN ARANCHA, VALDOVINOS FERNANDEZ NOEMI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Justificación de la actividad comunitaria: Los últimos estudios del 2015 realizados por el Ministerio de Sanidad demuestran que la Disfagia Orofaringea afecta a un 84% de las personas con Alzheimer, 50% de los pacientes con PARKINSON y entre un 10%-30% de los pacientes tras sufrir un ICTUS. Así como dichos estudios indican que entre un 40 %-50% de nuestros ancianos presentaran PRESBIFAGIA (disfagia por el proceso de envejecimiento).
Ámbito de aplicación: Programa piloto: Residencia de Estadilla, la cual cuenta con 68 residentes y un 25% -30% de pacientes con prescripción de espesante.
Nuestra meta es conseguir con este programa piloto en dicha residencia que las personas con disfagia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

orofaríngea reciban una alimentación EFICAZ Y SEGURA disminuyendo las complicaciones e ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana:

Personas institucionalizadas en residencias.
Cuidadores de residencias (auxiliares de enfermería, gerocultoras, familiares.

Objetivos de la Actividad:
1- Identificar los grupos de riesgo y los principales signos y síntomas de disfagia en ancianos institucionalizados
2- Detectar precozmente la disfagia orofaríngea en los grupos de riesgo.
3. Fomentar la realización de planes de cuidados específicos e individualizados en disfagia orofaríngea.
4. Disminución ingresos hospitalarios por BRONCOASPIRACIÓN .

MÉTODO
Captación, circuito, organización del proceso:

Cuidadores de residencia, enfermería y medicina de Atención Primaria.
Si sospecha disfagia por síntomas de alerta se realiza cribado por parte de enfermera de AP (Anexo I). Se cita al paciente con el médico de familia para ínter -consulta con geriatría (realización test de disfagia).Tras el diagnóstico se incluirá al paciente programa piloto de cuidados específicos en residente con disfagia orofaríngea,realizados por el personal cuidador de la residencia.

Se realizaran las siguientes actividades de formación para cuidadores de residencia:
Taller de abordaje en persona con disfagiaorofaringea: signos y síntomas de alerta cuidados específicos y tratamiento individualizado.
Se impartirá por las enfermeras de dicha actividad comunitaria.
Recordatorio del taller pasados tres meses. Se pasara test de conocimiento antes del taller y posterior a los tres meses.
Recordatorio test (ANEXO II)
Elaboración de registro de pacientes con disfagia.

Recursos humanos y materiales:
Enfermeras del Centro de Salud de Barbastro: Ana Mª Arnal Torres, Arancha Pueyo Acín, Noemí Valdovinos Fernández.
Cuidadores de residencia.
Materiales didácticos: Guía rápida con RECOMENDACIONES PARA PERSONA CON DISFAGIA OROFARíNGUEA.
Listado de registro de pacientes incluidos en dicho programa (Anexo III)

INDICADORES
-Nº de pacientes hospitalizados por causa relaccionada con la disfagia/Nª de pacientes comn disfagia en la residencia.
-Nº de cuidadores aistentes al curso (proporción)
-Nº de familiares asistentes al curso (proporción)
-Nº de cuidadores a los que pasados 3 meses de la formación, han obtenido la calificación de medio ó alta(tes de conocimiento de disfagia)/ Nº de cuidadores que han realizado el curso.

DURACIÓN
El proyecto dara comienzo en el último trimestre de 2017:
--Se empezará por detectar la prevalencia de pacientes con Disfagia en la resicencia.
-Presentación del Proyecto al equipo
-Captación de cuidadores y familiares implicados con las comidas de los pacientes en la residencia.
-Se pasará el Tes de conocimiento de Disfagia, seguidamente de impartirta el taller.
-Pasados tres meses en enero de 2018 se vlvera a pasar el tes de concimiento y se volvera a realizar el taller de recuerdo.
-Evaluación de resultados.
-En el segundo semestre de 2018, se realizará el taller en dos residencias de Barbastro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES BUERA BROTO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA PLAYAN CARRODILLA
CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES
VISTUE TORNIL BEATRIZ
FORNIES LACOSTA PILAR
BLASCO OLIETE MELITON
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Presentación del proyecto al EAP
- Taller de inhaladores al EAP
- Reuniones de los componentes del equipo del proyecto para preparar las sesiones formativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Participación del 95% de los profesionales del EAP a la presentación y al taller.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- En este momento se estan preparando las presentaciones para la formación a los grupos de pacientes.
- Un subgrupo de este equipo esta realizando una captación para el aumento de cobertura de los pacientes con registro de EPOC.
- Como todavía no se han iniciado las sesiones formativas a grupos de pacientes queda pendiente para este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
EDUCACION GRUPAL A PACIOENTES CON EPOC

Autores:
BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, VISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, BLASCO OLIETE MELITON, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
JUSTIFICACION

El EPOC es una enfermedad que conlleva una gran carga de morbimortalidad y pueden suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control, seguimiento y visitas a urgencias.
La educación sanitaria del paciente y familia con una enfermedad respiratoria va a consistir en la aplicación de un programa que les permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hagan partícipe activo en el cuidado de su enfermedad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Por ello hemos considerado que la implantación de un programa de educación grupal a pacientes diagnosticados de EPOC, haciendo partícipes a pacientes y familia, favorecerá el auto-cuidado, el conocimiento de su enfermedad y prevendrá reagudizaciones. Hay evidencias de que la rehabilitación pulmonar aumenta la capacidad para el ejercicio, disminuye los síntomas y mejora la calidad de vida.
A pesar de la implantación de un programa de educación sanitaria grupal no exime al paciente de acudir a sus revisiones periódicas con su médico y enfermera, que servirán para reforzar la información, revisar el uso correcto de la medicación, vigilar el cumplimiento terapéutico, así como solucionar los problemas que pudieran surgir.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAL
Mejorar conocimientos y auto-cuidados de pacientes con EPOC en el Centro de Salud de Barbastro

ESPECIFICOS:

1) Impartir una sesión anual sobre EPOC y uso correcto de inhaladores a todos los profesionales del centro.
2) Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y en el caso de que ocurran saber cómo actuar ante ellas.
3) Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios así como una fisioterapia respiratoria efectiva.

Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

La población diana incluye los siguientes criterios de inclusión:
Pacientes con diagnostico EPOC en el Centro de Salud de Barbastro, de al menos 1 año de evolución (espirometria con FEV1< 70 con broncodilatación).
Se incluirán en el programa a familiares y cuidadores para reforzar su implicación .

MÉTODO
METODOLOGIA
1º- Captación por el EAP según criterios de inclusión. (CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA).
2º-Sesiones individuales para valoración inicial por parte de las enfermeras responsables del programa (cuestionario de valoración inicial antes de comenzar el programa.)
3º Sesiones grupales semanales de 90 min de duración (4 sesiones por grupo)
4º Sesión individual a las 2 semanas de la realización de las sesiones grupales para seguimiento con las enfermeras del programa.
5º Sesión individual a los 3 y a los 6 meses de finalizar las sesiones grupales para seguimiento con enfermera de referencia del paciente..
7º Evaluación del taller (asistencia, metodología empleada, encuestas de satisfacción…) y evaluación de conocimientos, habilidades adquiridas

INDICADORES
INDICADORES
1- Nº de profesionales asistentes al taller/ Nº de profesionales del Centro (Médicos y Enfermeras)
2- Mejorar en la adhesión al tratamiento y en el manejo de inhaladores,
Nº de pacientes que mejoran el uso de los inhaladores tras la educación grupal/ Nº total de pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN
CRONOGRAMA:
El proyecto comenzara en el segundo semestre del 2017 con continuidad en años sucesivos, impartiéndose en principio un taller por semestre (Primer semestre mayo -junio y segundo semestre noviembre -diciembre)
1º ELABORACION PLAN DE FORMACION Y PREPARACION DE LAS SESIONES
2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO
Estos 2 puntos se realizaran desde julio a octubre del 2017
3º- CAPTACION DE LOS PACIENTES EN CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA
4º- CONSULTA INDIVIDUAL DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION INICIAL.
5º INICIO DE LAS SESIONES (4 SESIONES DE 90 MIN. DURACION) El primer taller de formación se impartirá en noviembre- diciembre del 2017
6º CONSULTA INDIVIDUAL A LAS 2 SEMANAS DE TERMINAR LA EDUCACION GRUPAL CON ENFERMARIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO EPOC
7º EVALUACION RESULTADOS (de enero a abril 2018)

OBSERVACIONES

Antigua línea: EPOC

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES BUERA BROTO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA PLAYAN CARRODILLA
CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES
VISTUE TORNIL BEATRIZ
FORNIES LACOSTA PILAR
BLASCO OLIETE MELITON
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de las sesiones de formación consensuadas con todos los componentes del proyecto y de las hojas-resumen de lo impartido en cada sesión para entregar a los pacientes.
Selección de pacientes. En la consulta de enfermería y medicina de referencia ya se les había explicado en que iba a consistir el plan de formación, no obstante por teléfono se confirma su participación y se les cita en consulta para una entrevista previa con las enfermeras responsables del proyecto
(evaluación inicial anexo I)
Se imparten 4 sesiones de formación (1 sesión semanal de 1 hora y media) a 10 pacientes, junto a algunos familiares cuidadores acompañantes. En cada sesión se entrega información escrita sobre lo hablado y se evaluá la asimilación de lo impartido en la sesión anterior.
15 días después de terminadas las sesiones se programa cita en consulta con las enfermeras del proyecto (evaluación post-formación anexo I) y se cita a los 3 meses con su enfermera de referencia para control y nueva evaluación de conocimientos (anexo I).
Se realiza sesión clínica al EAP sobre inhaladores.
Se informa al EAP de los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-En el análisis de los resultados de los test sobre conocimientos realizados pre y post -formación se objetiva en todos los pacientes una mejora en los conocimientos sobre su enfermedad.
-Previo al inicio de la sesión sobre el uso inhaladores se realiza test para evaluación de la técnica inhalatoria, este test se repite al inicio de la siguiente sesión y en las consultas posteriores (15 días después de la formación y a los 3 meses). los errores detectados en la 1ª evaluación en la gran mayoría de los casos en los controles posteriores se han corregido, no obstante en cada consulta se hace un recordatorio de la técnica correcta, así como de las técnicas y ejercicios para realizar una fisioterapia efectiva
-Se realiza sesión clínica al EAP sobre la EPOC y el uso correcto de inhaladores, con asistencia a la misma de un 70 % del personal

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de las dificultades para compaginar el trabajo asistencial del día a día y poder impartir la formación, los resultados obtenidos con los pacientes y sus familiares nos animan a seguir con el proyecto durante este año y a ser posible impartir formación en 2 periodos (mayo y octubre) como en principio teníamos programado

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
EDUCACION GRUPAL A PACIOENTES CON EPOC

Autores:
BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, VISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, BLASCO OLIETE MELITON, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
JUSTIFICACION

El EPOC es una enfermedad que conlleva una gran carga de morbimortalidad y pueden suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control, seguimiento y visitas a urgencias.
La educación sanitaria del paciente y familia con una enfermedad respiratoria va a consistir en la aplicación de un programa que les permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hagan partícipe activo en el cuidado de su enfermedad.
Por ello hemos considerado que la implantación de un programa de educación grupal a pacientes diagnosticados de EPOC, haciendo partícipes a pacientes y familia, favorecerá el auto-cuidado, el conocimiento de su enfermedad y prevendrá reagudizaciones. Hay evidencias de que la rehabilitación pulmonar aumenta la capacidad para el ejercicio, disminuye los síntomas y mejora la calidad de vida.
A pesar de la implantación de un programa de educación sanitaria grupal no exime al paciente de acudir a sus revisiones periódicas con su médico y enfermera, que servirán para reforzar la información, revisar el uso correcto de la medicación, vigilar el cumplimiento terapéutico, así como solucionar los problemas que pudieran surgir.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAL
Mejorar conocimientos y auto-cuidados de pacientes con EPOC en el Centro de Salud de Barbastro

ESPECIFICOS:

1) Impartir una sesión anual sobre EPOC y uso correcto de inhaladores a todos los profesionales del centro.
2) Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y en el caso de que ocurran saber cómo actuar ante ellas.
3) Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios así como una fisioterapia respiratoria efectiva.

Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

La población diana incluye los siguientes criterios de inclusión:
Pacientes con diagnostico EPOC en el Centro de Salud de Barbastro, de al menos 1 año de evolución (espirometria con FEV1< 70 con broncodilatación).
Se incluirán en el programa a familiares y cuidadores para reforzar su implicación .

MÉTODO
METODOLOGIA
1º- Captación por el EAP según criterios de inclusión. (CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA).
2º-Sesiones individuales para valoración inicial por parte de las enfermeras responsables del programa (cuestionario de valoración inicial antes de comenzar el programa.)
3º Sesiones grupales semanales de 90 min de duración (4 sesiones por grupo)
4º Sesión individual a las 2 semanas de la realización de las sesiones grupales para seguimiento con las enfermeras del programa.
5º Sesión individual a los 3 y a los 6 meses de finalizar las sesiones grupales para seguimiento con enfermera de referencia del paciente..
7º Evaluación del taller (asistencia, metodología empleada, encuestas de satisfacción…) y evaluación de conocimientos, habilidades adquiridas

INDICADORES
INDICADORES
1- Nº de profesionales asistentes al taller/ Nº de profesionales del Centro (Médicos y Enfermeras)
2- Mejorar en la adhesión al tratamiento y en el manejo de inhaladores,
Nº de pacientes que mejoran el uso de los inhaladores tras la educación grupal/ Nº total de pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN
CRONOGRAMA:
El proyecto comenzara en el segundo semestre del 2017 con continuidad en años sucesivos, impartiéndose en principio un taller por semestre (Primer semestre mayo -junio y segundo semestre noviembre -diciembre)
1º ELABORACION PLAN DE FORMACION Y PREPARACION DE LAS SESIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO
Estos 2 puntos se realizaran desde julio a octubre del 2017
3º- CAPTACION DE LOS PACIENTES EN CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA
4º- CONSULTA INDIVIDUAL DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION INICIAL.
5º INICIO DE LAS SESIONES (4 SESIONES DE 90 MIN. DURACION) El primer taller de formación se impartirá en noviembre- diciembre del 2017
6º CONSULTA INDIVIDUAL A LAS 2 SEMANAS DE TERMINAR LA EDUCACION GRUPAL CON ENFERMARIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO EPOC
7º EVALUACION RESULTADOS (de enero a abril 2018)

OBSERVACIONES

Antigua línea: EPOC

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0954

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA LUEZA LAMPURLANES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOHORQUE BATLLE SOLANGELINA
COSCULLUELA MORA MARIA
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD
LIZANDRA RALUY RAFAEL
TORRES CLEMENTE ELISA
BLASCO OLIETE MELITON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza una sesion de presentacion del proyecto en el primer semestre de 2018. se explica como y que datos recoger en la atencion a estos pacientes.
Se prepara y se organiza un maletin para la atencion del paciente paliativo, con la medicacion que se usa en la via subcutanea, para tratamiento de sintomas, asi como las vias y los infusores necesarios.
se plastifica la guia para el uso de la via subcutanea, y se incluye en el maletin.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
32 paciente se identifican como paliativos por el equipo de soporte de atencion primaria (ESAD)en el cs de Barbastro en este periodo.
1ºINDICADOR: paliativos esad/ total paliativos= 0%
Solo 17 de estos pacientes se identifican como paliativos en el programa de OMI-AP, osea 15 han sido atendidos,solo por el ESAD:15/32=47%
(se han mirado los registros de omi, tanto e en la creacion del episodio, como en texto libre)
2º iNDICADOR: cumplimentacion de Items en el episodio de terminal / total de terminales=100%
solo en 6 de ellos se cumplimenta registro de items dentro del episodio.
el resultado es del 35%.
3ºiNDICADOR: identificar agonia y plan de actuacion/terminales que han fallecido en elultimo año=100%
de los 17 pacientes identificados como terminales, ninguno tiene señalada la fase de agonia i el plan de actuacion, siendo el resultado e un 0%
4ºINDICADOR:saber el lugar de fallecimiento de estos pacientes, no hay estandar
del total 10 de ellos fallecieron en el Hospital,, 3 por complicaciones hemoragicas, 3 por fracaso multiorganico. 2 por disnea, 1 por agitacion .y uno en el hospital pero no se encuentra la causa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
la primera dificultad encontrada es la inclusion de los pacientes en el programa de OMI-P cuando son derivados desde el hospital al ESD, queda pendiente la elaboracion de un flujograma entre ambos niveles a traves del servicio de admision .
Por otra parte la inclusion como paciente terminal, sea por enfermedad oncologica o no oncologica no se lleva a cabo, aunque si se atiende al paciente y asi lo indican los registros por parte del equipo de atencion primaria, debido entre otras cosas a los multiles planes personales en los que se entremezcla la informacion a recoger, tanto en el diagnostico como en el seguimiento. Anciano, Dependiente, Inmovilizado, Cronico complejo ... paliativo..... cada uno de ellos con sus desplegables de valoracion y seguimiento, dificultando en muchos momentos el registro y la busqueda de informacion clara sobre estos pacientes cuando pasan de unos a otros programas.
En este sentido se plantea este año pooder implantar atraves de la comision de cuidados paliativos del Sector de Barbastro, una hoja de identificacion y recogida de datos, comun y accesible para todos los niveles asistenciales.
Queda pendiente, la formacion para todos los profesionales de la fase agonica, identificacion y plan de actuacion si se produce. y la presentacion del maletin para tratamiento de sintomas mediante la via subcutanea y preparacion de infusores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/954 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0954

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Nº de registro: 0954

Título
MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, BOHORQUE BATLLE SOLANGELINA, COSCULLUELA MORA MARIA, MIRANDA OLIVAR TRINIDAD, BIBIAN SANMARTIN ANA, LIZANDRA RALUY RAFAEL, TORRES CLEMENTE ELISA, BLASCO OLIETE MELITON

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
la atención domiciliaria se ha hecho mas compleja, con mas tipología de pacientes, con enfermedades terminales no oncológicas, y oncológicas que precisan de cuidados paliativos.
El ESAD surge como equipo facilitador de los cuidados paliativos en domicilio y pasan a manejar al paciente en su totalidad, en la mayoría de los casos, sobretodo si son derivados del medio hospitalario y casi al 100% en situaciones de agonía previas a la muerte.
Los profesionales de atención primaria, en algunas ocasiones no tenemos identificados a los pacientes necesitados de cuidados paliativos cuando se dan de alta de otros niveles asistenciales. llegando la información solo al ESAD. Algunos no se llegan a incluir en el programa de terminales, y no se recoge la información necesaria para el manejo cuando aparecen complicaciones,o síntomas de agonía en los ultimos días, por parte de cualquier sanitario del equipo.

RESULTADOS ESPERADOS
Utilizar herramientas de coordinación con el ESAD y con el equipo de atención primaria para trasmitir y compartir información del paciente terminal, para unificar criterios y tratar al paciente de forma integral, cuando el paciente lo requiera por cualquier profesional.
Como objetivos secundarios:
establecer un circuito de captación e inclusion de pacientes terminales.
establecer criterios para registrar la información necesaria en OMI-AP, para la mejor atención de estos pacientes.

fomacion y manejo de sintomas comunes y complicaciones en estos pacientes en el final de sus días.

MÉTODO
-Elaborar un flujograma del proceso de captación e inclusión:
Los pacientes con necesidad de cuidados paliativos que son derivados del medio hospitalario al ESAD, serán citados por el servicio de admisión en la agenda, del médico y enfermera para inclusión en el programa. EL ESAD avisa al servicio de admision para citarlos en la geneda del medico y la enfermera de AP,(citarlos e incluirlos como maximo en 48h)
Se crea el episodio enfermedad en fase terminal.
.(los pacientes que se derivan al esad desde atención primaria también tendran creado el episodio.)
se acordaran unos items minimos de informacion a recoger en el episodio de terminal dentro de la HC, para que esten a disposicion de todos los sanitarios.
Si el paciente dispone de ultimas voluntades, registradas o ha manifestado alguna voluntad con algún sanitario o con la familia, reflejando cuales serian.
Si el paciente es conocedor de su situación y desenlace, asi como la familia, o cuidadores(residencia).
Plantear plan de cuidados terminales que hacer/no hacer. Y registrar estos ultimos.
Identificar la fase de agonía si aparece, y plan de actucion.

Fonación y actualización en recogida de datos en la HC sobre paceintes terminales: 1h (AP)2º SEMESTRE 2018
Formación en criterios de terminalidad y agonía: 1h ESAD
2º SEMESTRE 2018
Formación en estrategias terapéuticas básicas.
Creación de un maletín para cuidados paliativos 1H (AP-ESAD)
2º SEMESTR2018

INDICADORES
PACIENTES EN PALIATIVOS SOLO ATENDIDOS POR EL ESAD.
1-Paliativos solo por el esad/ total de paliativos=0%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0954

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Listados del esad, lisados de omi
(Sino aparece AP puede deberse a algún fallo en funciones, no se identifica al paciente ni se informa a su médico….)
CUMPLIMENTACION DE ITEMS:
2-registro ultimas voluntades oficial o manifestada por el paciente paliativo/ total de pailativos= 100%
3-registro de informacion al paciente de su situacion/
total paliativos=100%
4-registro informacion a familiares de la situacion/
total paliativos=100%
Listados de omi yESAD
identificar agonia / plan e actuación:
Si se está en esta fase se tiene que haber previsto y reflejado en omi mediante el flas …el plan de actuación y el tratamiento de los síntomas más frecuentes estertores, agitación dolor…
5-Pacientes paliativos que tiene identificada la agonía y el plan de actuación/ paliativos que han fallecido en el último año =100%
Listados de omi
6-conocetr el lugar de fallecimiento de los pacientes paliativos.
Paliativos que ha fallecido según el lugar, domicilio o casa/ paliativos que han fallecido en el último año NO HAY ESTANDAR
Si muchos fallecen fuera del domicilio…. revisar el circuito asistencial…..

DURACIÓN
iniciamos proyecto el 1 junio de 2018. finalizaremos el 30 de mayo de 2019.
primera quincena de junio:
consensuar el flujograma pra estos pacientes entre Esad, Admision, y EAP.
segunda quincena de junio: medico ap: formacion de 1h al resto del equipo para, informacion y actualizacion de inclusion y registro del paciente terminal
segunda quincena de junio; Esad formacion de 1h para el equipo en sintomas y tratamiento agonia.
si tenemos el maletin lo pondremos en uso.
primera evaluacion en diciembre de 2018. aplicar medidas correctoras segun resultados, segunda evaluacion 30 de mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA TORRES CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACIN GARCIA SANTIAGO
PUERTOLAS MAYAYO ROSA
LAUSIN MARIN SAGRARIO
BUERA BROTO DOLORES
PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION
BADIA PLAYAN CARRODILLA
GRACIA MONTOLIU ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha informado al EAP de la organización de la consulta monográfica MAPA.
Se ha promovido la realización de MAPA o AMPA, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento, sesión clínica explicativa del proyecto en el EAP. Febrero 2018 E. Torres.
Elaboración de Protocolo para la priorización de pacientes para exploración MAPA; se realizó por los de colaboradores del proyecto en marzo 2018.
Sesión de formación para profesionales de medicina para lectura MAPA, interpretación y análisis de los datos por E. Torres marzo 2018.
Sesión de formación importancia de la MAPA e interpretación impartida por medicina interna. Dr. Pablo Sanchez. Febrero 2019.
Hemos realizado formación para implementación de la MAPA en el C,S. Monzón y C.S.Tamarite por parte de medicina y enfermería.
La interpretación de resultados da la MAPA es realizada por 4 médicos de familia formados y la colocación del monitor y descarga de resultados realizada por 3 enfermeras. Las citaciones se realizan en el servicio de admisión por una administrativo de referencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES:
MAPAS normales 11/ 128= 8.5%
MAPAS patológicos 106/ 128= 82.81%
MAPAS no válidos 11/128= 8.5%

% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA.
Objetivo 70%. Resultado: 15/16= 93.75%

Variabilidad en el número de solicitudes de la prueba: entre 1 y 46 solicitudes/médico

% de pacientes hipertensos con exploración MAPA / total hipertensos.
Objetivo 5%.
128/3.000= 4.26%

% de pacientes con alteración ritmo circadiano
91/ 128= 71%
No Dipper 63
Risser 10
Dipper extremo 18
TOTAL 91

% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.
106 (MAPAs patológicos) /128= 82%

% de pacientes en automonitorización domiciliaria.
Objetivo 5%. Este indicador no se ha podido medir

% de pacientes hipertensos con valoración de RCV.
Objetivo 70%. Este indicador no se ha podido medir

% de pacientes hipertensos con intervención en estilo de vida.
Objetivo 60%. Este indicador no se ha podido medir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha mejorado el diagnóstico y seguimiento de los pacientes hipertensos mediante la utilización de la MAPA, durante el próximo año protocolizaremos la utilización en el diagnostico y seguimiento del paciente hipertenso con la AMPA.
Buena implementación de la consulta monográfica MAPA habiendo realizado durante el 2018 128 MAPAS de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

cuales el 91.4% han sido válidas.
Ha habido un buen cumplimiento del flujograma y protocolo establecido por parte de los profesionales.

Tareas pendientes 2019.

Sesiones de formación de enfermería para la medida correcta de la PA con MAPA/ AMPA. Finales de marzo 2019 responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
Protocolo de utilización de la AMPA en diagnóstico y seguimiento de hipertensión arterial, abril 2019. Responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
Sesión de formación guías clínicas HTA. Responsable S. Acín .
Sesión de formación casos clínicos MAPA. Mayo- Junio 2019 responsables E. Torres, R. Puertolas, S. Lausín
Sesión de formación terapia antihipertensiva. Abril 2019 responsables: S. Acín, Pablo Sánchez
Llamada telefónica a los pacientes hipertensos que no acudan a la cita de seguimiento de enfermería. Julio 2019 responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía.
Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora anualmente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/974 ========== ***

Nº de registro: 0974

Título
INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

Autores:
TORRES CLEMENTE ELISA, PUERTOLAS MAYAYO ROSA, ACIN GARCIA SANTIAGO, ORTEGA CASTRILLO ITZIAR, PIÑOL JANE ANA, BUERA BROTO DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, y la hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, con una prevalencia estimada en torno al 20% en mayores de 18 años, cifra que puede doblarse en mayores de 65 años. La hipertensión (HTA) es una de las causas prevenibles más importantes de morbimortalidad y su manejo es una de las intervenciones más frecuente en atención primaria (AP).
En 2017 se implementó en el Centro de Salud de Barbastro la exploración MAPA. Los resultados de una muestra de 50 pacientes evidenciaron que el 83% de ellos no estaban bien controlados, requiriendo modificaciones en el tratamiento; el 63% tenían un ritmo circadiano alterado.
Sería útil conocer el perfil circadiano de la presión arterial de los pacientes hipertensos, y de todos los individuos de alto riesgo cardiovascular. La MAPA ha demostrado que tiene un elevado valor pronóstico.
Con este proyecto nos proponemos revisar el diagnóstico, seguimiento, tratamiento farmacológico, educación sanitaria y adherencia al tratamiento del paciente hipertenso.

RESULTADOS ESPERADOS
? Mejorar el diagnóstico mediante confirmación de MAPA o AMPA.
? Valorar el riesgo cardiovascular y daño de órganos diana.
? Sesiones de formación del tratamiento farmacológico de la HTA basado en la evidencia.
? Intervenciones para modificar estilo de vida.
? Seguimiento del paciente usando la automonitorización domiciliaria de la PA (AMPA) dentro de un programa con intervención de los profesionales sanitarios.
? Mejorar la adherencia al tratamiento. Actuación sobre absentismo de citas consulta de enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

MÉTODO
Realización de protocolo para la priorización de pacientes para exploración MAPA (HTA de “bata blanca”, HTA refractaria, sospecha HTA oculta, pacientes con RCV alto) y establecer objetivos de cifras de PA dependiendo de edad y factores de riesgo. Fomentar la realización de MAPA o AMPA, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento.

Sesiones de formación de enfermería para la medida correcta de la PA con MAPA/ AMPA y para realizar la educación de los pacientes. (Dos sesiones / año)

Valoración del riesgo cardiovascular. Realización de ECG y analítica que incluya glucosa, iones, creatinina, filtración glomerular, colesterol total y HDL y proteinuria.

Formación de profesionales de medicina para lectura MAPA, interpretación y análisis de los datos.

Intervenciones en estilo de vida por enfermería. Registro en historia clínica de: dieta, ejercicio, alcohol, consumo de sal y tabaco.

Sesiones de formación de terapia antihipertensiva. (Dos sesiones / año)

Llamada telefónica a los pacientes hipertensos que no acudan a la cita de seguimiento de enfermería.

Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES
% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA. Objetivo 70%.

% de pacientes hipertensos con exploración MAPA / total hipertensos. Objetivo 5%.

% de pacientes con alteración ritmo circadiano

% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.

% de pacientes en automonitorización domiciliaria. Objetivo 5%

% de pacientes con valoración de RCV. Objetivo 70%

% de pacientes con intervención en estilo de vida. Objetivo 60%

Los datos se extraerán de la historia clínica y Excel de registro.

DURACIÓN
Difusión en el EAP. JUNIO 2018. Responsable E.Torres

Protocolo indicaciones MAPA /AMPA . JUNIO 2018

- Sesiones de formación enfermeria JULIO- SEPTIEMBRE. Responsables D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
- Sesiones de formación terapia antihipertensiva JULIO- OCTUBRE. Responsables S Acín y I. Ortega.
- Sesión casos clínicos MAPA. SEPTIEMBRE. Responsables R Puértolas y A. Piñol.

Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora anualmente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0652

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUSFAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DIANA SAGARRA NOVELLON
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABIZANDA GUILLEN ANA
CONDE BARREIRO SANTIAGO
BLECUA PORTA CARMEN
ABAD VICENTE MARIA PILAR
CAZCARRA JUSTE ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de encuesta de hábitos (se realizará antes y depués de realizar las sesiones)
Elaboración e impresión de pósters y folletos informativos para divulgación de la actividad (distribución por colegios, institutos, centro de salud..)
Elaboración de las sesiones clínicas en formato powert point que se presentarán a los pacientes y consulta de bibliografía pertinenete para su elaboración
Selección de pacientes: elaboración de lista de posibles candidatos (se ha extraído del programa informatico OMI de atención primaria aquellos niños con diagnostico de sobrepeso u obesidad con edades comprendidas entre los 6 y 14 años)
Captación de los pacientes en proceso (se ha empezado a contactar por teléfono ofertando el asistir a las charlas a los pacientes que cumplen los criterios anteriormente descritos), además de todos aquellos que voluntariamente participar tras ser conocedores de la actividad a traves de los pósters y folletos informativos y que cumplan los criterios comentados
Recursos: impresión de folletos y pósters, espacio habilitado (previamente disponible en el centro de salud), tallímetro y báscula (previamente disponibles)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente llevar a cabo el desarrollo de las sesiones y posterior análisis de datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dificultades: No se ha seguido el cronograma según estaba previsto inicialmente (pendiente llevar acabo las sesiones) dado que se han encontrado dificultades para conciliar un horario en que esté disponible el espacio habilitado en el centro de salud (ocupado de forma intermitente por otro servicio) y en que los niños y sus familias puedan acudir (horario de mañanas es horario escolar y por la tarde las familias comentan dificultades para compaginar con extraescolares).

7. OBSERVACIONES.
Pendiente resolver el problema comentado en el apartado anterior; cuando el grupo de pacientes esté definido se acordará el horario que mejor resulte a la mayoría de asistentes

*** ========== Resumen del proyecto 2018/652 ========== ***

Nº de registro: 0652

Título
INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUS FAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:
SAGARRA NOVELLON DIANA, CONDE BARREIRO SANTIAGO, ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA, BLECUA PORTA CARMEN, ABAD VICENTE MARIA PILAR, CAZCARRA JUSTE ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0652

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUSFAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La obesidad infantil ha aumentado de forma exponencial en las últimas décadas y con ello sus comorbilidades, con el correspondiente impacto en materia sobre la salud. En muchos casos el inicio se produce la infancia y la adolescencia pero el problema persiste en la edad adulta, por lo que es importante hacer un diagnóstico y tratamiento precoz. Esta patología suele presentar escasa respuesta a las medidas de tratamiento habituales con una baja motivación y adherencia. Se propone intervenir a nivel de los niños con sobrepeso y obesidad y sus familiares a través de charlas (sesiones teórico prácticas educativas) que se impartirán en el centro de salud y a través de las cuales se pretende conseguir una mejoría en los parámetros antropométricos (peso e IMC) de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el percentil de IMC para la edad y sexo de los pacientes y motivar cambios en el estilo de vida dieta y realización de ejercicio físico.

MÉTODO
Se realizara medida de parámetros antropométricos antes y después de finalizar la intervención.
Elaboración de encuesta de hábitos antes y tras las charlas.
Sesión clínica de formación con el servicio de pediatría de A.P entre medicina y enfermería
Elaboración de carteles y folletos informativos de la intervención.
Captación: se extraerá lista de programa informático OMI de aquellos pacientes entre 6 y 14 años con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, ofertando participar en el programa así como aquellos pacientes con reciente diagnostico de sobrepeso/obesidad, aquellos que son controlados de forma periódica en las consultas de pediatría por este motivo y los que mediante la promoción del proyecto con folletos y carteles informativos decidan participar voluntariamente.
Las charlas se desarrollaran en un espacio habilitado del centro de salud con medios audiovisuales (presentaciones power point), Las mediciones de peso y cálculo IMC se llevaran a cabo con el material del que se dispone en las consultas de pediatría del centro de salud
Se desarrollaran 6 sesiones teórico prácticas en el centro de salud en horario a determinar (en función de la conveniencia de los asistentes), de una hora de duración, a la que acudirán los niños acompañados de sus padres con el objeto de conseguir que los cambios en el estilo de vida y la alimentación se produzcan desde dentro del ámbito familiar. Las sesiones se desarrollaran a lo largo de 12 semanas (semanalmente alternas) a partir del mes de septiembre de 2018.

INDICADORES
Evaluar si se producen cambios en el estado de salud y parámetros antropométricos (registro de peso, talla e IMC) de los pacientes. Registro de participación

DURACIÓN
La captación de pacientes, formación de equipo, firma de consentimiento se realizará de septiembre a diciembre de 2018. Las sesiones iniciaran en le mes de Enero de 2019 y se realizara una a la semana de manera alterna; terminando de impartir las sesiones en Marzo de 2019 con análisis posterior de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1559

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER CITOLER PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BENABARRE
· Localidad ..... BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN FUERTES JOSE JAVIER
PUEYO ENRIQUE CONCEPCION
MUR MURO MARIA TERESA
LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado sesiones formativas, en numero de 6, dirigidas a población agrupada en colectivos sociales como colegios en la zona, residencia de ancianos, asociación de amas de casa, asi como en el propio centro de salud.
Para ello se ha dispuesto de material audiovisual y de locales cedidos por los distintos colectivos.
Dos sesiones dirigidas personal al cuidado de ancianos en Residencia de Mayores de Benabarre: "Actitud frente a la complicación en el paciente afecto DM, manejo de los boligrafos de insulina" ; "Uso de medicamentos en ancianos: formas de administrarlos, interacciones...".
Dos sesiones dirigidas a alumnos de los colegios publicos de Benabarre y CEIP Joaquin Costa de Graus: "Primeros auxilios" y "Proyecto Hospital: el sistema cardiovascular desde enfermeria".
Una sesion dirigida a la asiciación de Amas de Casa de Benabarre: "La patologia del Tiroides".
Una sesion dirigida a profesionales del centro de salud y de la residencia de ancianos: "Codigo IAM"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A destacar la alta participacion e implicación de la población a quien se dirigen estas actividades.
Se han realizado 6 sesiones a lo largo del año sobre las 4 previstas inicialmente.
Se han realizado encuestas de satisfaccion, asi como, valoracion por parte de los responsables de las distintas asociaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Destacamos el interes suscitado en los responsables de los distintos colectivos a quienes iva dirigido el presente proyecto, asi como la demanda de continuidad en la realizacion de distintas acitividades formativas en la poblacion de nuestra zona en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1559 ========== ***

Nº de registro: 1559

Título
EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Autores:
CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER, MARTIN FUERTES JOSE JAVIER, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION, LATORRE AGUILAR IGNACIO, MUR MURO MARIA TERESA, LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologias crónicas, urgencias...
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de impartir educación sanitaria en la población respecto a las patologías mas prevalentes y en urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1559

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Decidido por consenso del EAP.
Estrategia de intervención comunitaria

RESULTADOS ESPERADOS
Promoción hábitos saludables en la comunidad.
Instruir personal dedicado al cuidado de enfermos crónicos dependientes.
Difusión en la población de conceptos básicos en primeros auxilios.
Educación a grupos de pacientes crónicos.

MÉTODO
Instruir personal dedicado al cuidado de enfermos crónicos.
Charlas participativas desarrolladas a lo largo del año.
Locales habilitados en colegio, ayuntamiento, centro de salud...

INDICADORES
Realización de, al menos, 4 actividades en relación a lo expuesto a lo largo del año.
Encuestas de opinión (valoración de los asistentes, valoración personal docente…)

DURACIÓN
A realizar durante el año.
Comunicar en Consejo de Salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1579

1. TÍTULO

GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA CASTRO CUBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BENABARRE
· Localidad ..... BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CODINA MARCET MIREYA
MUZAS BERGES PAZ
ALQUEZAR LABAD MARISA
LATORRE AGUILAR IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISION SISTEMATICA, CON PERIODICIDAD MENSUAL, DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, POR PARTE DE LA PERSONA DESIGNADA, DE ACUERDO A NUESTRO PO CON EL CONSECUENTE REGISTRO EN ANEXOS 10 Y 11.
REALIZACION DE TALLERES DE "REFRESCO" CON FECHAS 27/3/2017 Y 4/9/2017 CON ASISTENCIA DEL 100% DEL PERSONAL SANITARIO DEL EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CORRECTA CUMPLIMENTACION DE RESULTADOS REVISIONES PERIODICAS EN DOCUMENTO CORRESPONDIENTE (ANEXOS 10 Y 11) CON LAS CORRECCIONES OPORTUNAS SI PROCEDIERON.
REALIZACION DE TALLERES DE "REFRESCO" CON FECHAS 27/3/2017 Y 4/9/2017 CON ASISTENCIA DEL 100% DEL PERSONAL SANITARIO DEL EAP Y ALTA SATISFACCION EXPRESADA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SI BIEN EL PROYECTO DE MEJORA SE ESTABLECIO PARA UN LIMITE TEMPORAL DE UN AÑO, SE CONSTATA LA NECESIDAD DE SU CONTINUACION EN EL TIEMPO DADO EL INTERES SUSCITADO Y LA TRANQUILIDAD GENERADA EN TODO EL PERSONAL CON TAREAS ASISTENCIALES.
LAS REVISIONES PERIODICAS EVITAN LA EXISTENCIA CADUCIDADES SOBREPASADAS, DESORDEN DEL MATERIAL EN MALETINES...
ASI MISMO, LOS TALLERES DE REFRESCO, PERMITEN AL PERSONAL MANTENERSE AL DIA EN CUANTO A LA UBICACION, UTILIZACION, Y DISTRIBUCION DEL MATERIAL Y MEDICAMENTOS DE LOS MALETINES.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1579 ========== ***

Nº de registro: 1579

Título
GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Autores:
CASTRO CUBERO ROSA MARIA, CODINA MARCET MARIA ASUNCION, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION, MUZAS BERGES PAZ, ALQUEZAR LABAD MARIA LUISA, LATORRE AGUILAR IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atencion a la urgencia fuera del centro de salud
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Maletines de urgencias susceptibles de ser utilizados por todo el personal sanitario del centro de salud.
Necesidad detectada de talleres de "refresco" periódicos respecto al material existente y su utilización en situaciónes de urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
Estado de los maletines de urgencias y de su contenido siempre en perfecto estado para su uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1579

1. TÍTULO

GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Personal sanitario del centro de salud entrenado para su manejo.

MÉTODO
Revisión de los maletines con periodicidad mensual por responsable designado de acuerdo al PO establecido.
Taller semestral de "refresco" en el manejo de los maletines y su contenido.

INDICADORES
Valoración anual hojas de registro de actividades establecidas según PO (anexos 10 y 11) correctamente cumplimentadas.
Hojas de registro de asistencia a talleres de "refresco" cumplimentadas por todo el personal sanitario del centro.

DURACIÓN
Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1584

1. TÍTULO

ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VENTURA SAURA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BENABARRE
· Localidad ..... BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR LABAD MARISA
CASTRO CUBERO ROSA
LATORRE AGUILAR IGNACIO
LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PACIENTES CON EPISODIO DE DM II ABIERTO EN OMI CAPTADOS DE FORMA CONJUNTA POR ENFERMERIA Y MEDICINA MEDIANTE CONSULTA PROGRAMADA:
INSPECCION DE PIES POR ENFERMERIA (CALLOSIDADES, CALZADO, LESIONES, UÑAS…).
VALORACION CONJUNTA DE EXPLORACION VASCULAR Y NEUROLOGICA (ITB, PULSOS, SENSIBILIDAD, REFLEJOS…).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADO A FINAL 2017 INFERIOR AL 40% SOBRE LO INICIALMENTE PRESUPUESTADO PARA EL AÑO. OBJETIVO INICIAL PARA EL AÑO EXCESIVAMENTE AMBICIOSO.
PROYECTO A CONTINUAR EN 2018.
-PCE "RIESGO DETECCION PIEL (PIE DIABETICO) / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.
-PROTOCOLO "AP-ADULTO EXPLORACION PIE" / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE OBVIA LA NECESIDAD DE MANTENER EL PROYECTO DADA LA IMPORTANCIA DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO ADECUADOS DE LA PATOLOGIA DEL PIE EN EL PACIENTE DIABETICO.
NECESIDAD DE INSISTIR, POR PARTE DE MEDICINA Y ENFERMERIA, A PACIENTES AFECTOS DM PARA QUE ACUDAN CONSULTA PROGRAMADA UNA VEZ CITADOS (CONCIENCIAR DE LA IMPORTANCIA DE LAS REVISIONES DEL PIE EN EL DIABETICO).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1584 ========== ***

Nº de registro: 1584

Título
ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DABETICO

Autores:
VENTURA SAURA MARIA PILAR, ALQUEZAR LABAD MARIA LUISA, CASTRO CUBERO ROSA MARIA, LATORRE AGUILAR IGNACIO, LACAMBRA CALVER MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
MEJORAR CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO INSTRUYENDO EN EL CUIDADO DEL PIE DIABETICO TANTO AL PROPIO PACIENTE COMO AL PERSONAL SANITARIO RESPONSABLE.

RESULTADOS ESPERADOS
ADIESTRAR AL PACIENTE EN LA DETECCION DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD "PIE DIABETICO".
EVITAR COMPLICACIONES "PIE DIABETICO".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1584

1. TÍTULO

ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO

EVITAR AMPUTACIONES.

MÉTODO
PACIENTES CON EPISODIO DE DM ABIERTO EN OMI SERAN CAPTADOS DE FORMA CONJUNTA POR MEDICINA Y ENFERMERIA MEDIANTE CONSULTA PROGRAMADA.
INSPECCION PIES POR ENFERMERIA (CALLOSIDADES, CALZADO, LESIONES, UÑAS...)
VALORACION CONJUNTA DE EXPLORACIÒN VASCULAR Y NEUROLÒGICA (ITB, PULSOS, Tª, SENSIBILIDAD, REFLEJOS)

INDICADORES
ANUAL: CUMPLIMIENTO AL 80 % DE PACIENTES CON EPISODIO DE DM.
-PCE "RIESGO DETECCION PIEL (PIE DIABETICO) / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.
-PROTOCOLO "AP-ADULTO EXPLORÀCION PIE" / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.

DURACIÓN
VALORACION ANUAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SONIA LAPLAZA ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBANO RIVARES MARIA JESUS
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO
MONTERO MORATA CARLOS
GUILLEN SOLANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas en este proyecto han sido revisión del material de la sala de urgencias y de los maletines de urgencias.
En ella han participado varios miembros del EAP, realizando la revisión de forma mensual.
Esta revisión del material y las caducidades la registramos en el ordenador (carpeta ISO).
Queda registrado en la Hoja creada para este proyecto las firmas de las Personas que la realizan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este proyecto el 100% de los Miembros del EAP han participado en la revisión del material de la sala y de maletines de urgencias.
Objetivo >80%
Las revisiones han sido realizadas en un 100% el objetivo es >90%.
Los indicadores utilizados han sido:
- Nº miembros del EAP que participa en la revisión del material.
- Revisiones realizadas en tiempo y forma / revisiones programadas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos decidido continuar con este proyecto, la valoración ha sido muy positiva. En una situación de urgencia todo el material esta preparado, ordenado y con las caducidades de la medicación revisadas.
Consideramos que es muy importante tener la sala de urgencias ordenada y con el material revisado para poder dar una mejor atención sanitaria a nuestros Pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1464 ========== ***

Nº de registro: 1464

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Autores:
LAPLAZA ARA SONIA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, BORRUEL MOREU MARIA DEL CARMEN, SALINAS GISTAU ANA MARIA, BORRUEL CALZADA TERESA, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, MONTERO MORATA CARLOS, GUILLEN SOLANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material.
La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

MÉTODO
Para lograr los objetivos,en reunión de equipo se decidio realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

INDICADORES
Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

DURACIÓN
La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA LAPLAZA ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMBRA FIERRO PILAR
ALBANO RIVARES MARIA JESUS
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
CABRERO CALVO MARIA CARMEN
GUILLEN SOLANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las revisiones de los maletines y la sala de Urgencias, de forma mensual, por parte de los miembros del EAP.
El material y las caducidades quedan registradas en el ordenador en la carpeta ISO.
Elaboramos una hoja de firmas, donde queda registrado el personal que realiza la revisión cada mes.
Se ha realizado de forma correcta todos los meses del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este proyecto evaluamos dos indicadores:

- Número de miembros del EAP que participan en la revisión del material.
- Revisiones realizadas en tiempo y forma/ revisiones programadas.

Durante este año se han conseguido ambos objetivos, >80% en el primer indicador, y >90% en el segundo indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo ha sido muy positiva, ya que en una situación de Urgencia es muy importante el orden en la sala y que todo el material esté actualizado en cuanto a su caducidad.
Se ha valorado con el EAP y hemos decidido continuar con este proyecto, aunque con algunas modificaciones para mejorarlo.
Para facilitar el trabajo de realizar las revisiones de maletines y sala de Urgencias, hemos consensuado elaborar una nueva plantilla de registro, donde cada participante del EAP realizará una parte de la revisión que estará dividida en 9 bloques, a revisar por 9 participantes, que realizarán cada uno su parte, e irá rotando mensualmente.
Esta modificación se preveé que comenzará en el mes de Marzo de 2019.
Por eso, creemos pertinente continuar con este proyecto que nos parece muy interesante y se obtienen buenos resultados, ya que consideramos imprescindible que tanto los maletines como la sala de Urgencias esté ordenado y con toda la medicación revisada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1464 ========== ***

Nº de registro: 1464

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Autores:
LAPLAZA ARA SONIA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, BORRUEL MOREU MARIA DEL CARMEN, SALINAS GISTAU ANA MARIA, BORRUEL CALZADA TERESA, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, MONTERO MORATA CARLOS, GUILLEN SOLANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas.
Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material.
La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

MÉTODO
Para lograr los objetivos,en reunión de equipo se decidio realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

INDICADORES
Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

DURACIÓN
La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MONTERO MORATA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAREZ GRACIA CRISTINA
GUILLEN SOLANO CARMEN
LOPEZ ALONSO ANGELES
LAPLAZA ARA SONIA
SALINAS GISTAU ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%).
Resultado: 76%

2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%).
Resultado: 84%

3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes.(objetivo > 75%)
Resultado:79%
4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografia de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%).
Resultado 78%
5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%).
Resultado:
-Revisión microalbuminuria: 75%
-Revisión filtrado glomerular: 76%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante el año ha habido problemas con el registro de los datos en el cuadro de mandos con el filtrado glomerular, la microalbuminuria, retinografías.
Por otra parte, cada año hay que hacer hincapié en la necesidad de seguir realizando estas actividades porque puede haber variaciones de la cobertura de estos indicadores y es necesario implicar al personal del EAP en la importancia de su realización.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1526 ========== ***

Nº de registro: 1526

Título
MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
MONTERO MORATA CARLOS, JUAREZ GRACIA CRISTINA, GUILLEN SOLANO CARMEN, LOPEZ ALONSO ANGELES, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALINAS GISTAU ANA MARIA, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

RESULTADOS ESPERADOS
GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

MÉTODO
EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

INDICADORES

1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes
(objetivo > 75%)
4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografia de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)
SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

DURACIÓN
1 año. Seran responsables de su implantación los citados anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA JUAREZ GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALONSO ANGELES
SALAS MARIN PASCUAL
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
CAMBRA FIERRO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Educación diabetológica, monitorización clínica y analítica. Los recursos humanos y materiales usados han sido personal del EAP y Cuadro de mandos de Diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo: 58%
Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de Hb. A1c en los últimos 6 meses: 62%
Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes: 77%
Porcentaje de pacientes diabéticos sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado retinografía de cribado en los últimos 3 años. Este objetivo se valorará en 2019.
Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año: revisión microalbuminuria 60%, revisión filtrado glomerular 86%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han alcanzado todos los objetivos, excepto el pie diabético y la revisión de Hb. A1c, debido a problemas en el EAP por traslado por concurso del responsable del proyecto y una larga baja laboral.
Evaluando los resultados, han estado por encima de la media tanto del sector de Barbastro como de Aragón.
Debemos seguir insistiendo en la necesidad de continuar realizando estas actividades, mejorando la cobertura de estos indicadores, que nos ayudan y son útiles para el control y la revisión del paciente diabético, evitando complicaciones y mejorando su pronóstico y calidad de vida.
Por lo tanto se realizará una revisión del Cuadro de mandos de Diabetes cada tres meses, para observar la evolución de los resultados

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1526 ========== ***

Nº de registro: 1526

Título
MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
MONTERO MORATA CARLOS, JUAREZ GRACIA CRISTINA, GUILLEN SOLANO CARMEN, LOPEZ ALONSO ANGELES, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALINAS GISTAU ANA MARIA, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

PROBLEMA

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

RESULTADOS ESPERADOS
GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

MÉTODO
EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

INDICADORES

1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes
(objetivo > 75%)
4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografia de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)
SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

DURACIÓN
1 año. Seran responsables de su implantación los citados anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLO GIMENO INMACULADA
ALBANO RIVARES MARIA JESUS
RAMON CASANOVA RICARDO
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño de una Hoja de Registro de las Interconsultas (IC) realizadas a Urgencias, en la que se hace constar la fecha, identificación del paciente, si se realiza IC por Telemedicina (ICxTM) o se deriva directamente a Hospital, y si la ICxTM resolvió o no el problema urgente.
Se realizó reunión de Equipo para explicar el contenido del Proyecto y datos a registrar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Vaciados los datos recogidos en las hojas de registro, los hemos relacionado con los datos extraídos de IC registradas en OMI, obteniendo los siguientes indicadores:
Número de ICxTM a Urgencias en 2017 = 4
Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en 2017: 4/102 = 3,92
Porcentaje de ICXTM sobre el total de pacientes: 4/ 1386 = 0,288
Porcentaje de ICxTM resueltas sin derivar a Hospital: 4/4 = 100 %
Añadimos otro indicador no planteado en inicio pero que consideramos interesante por lo que relaciona:
- Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en horario de mañana: 4/86 = 4,65

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que en números absolutos se ha utilizado poco esta herramienta, pero en cambio se confirma su utilidad pues en todos los casos se ha solucionado la urgencia sin necesidad de derivar el paciente al hospital.
Nos parece interesante el indicador que relaciona las ICxTM realizadas en horario de mañanas puesto que realmente refleja las posibilidades de esta herramienta, pues es en dicho tramo horario cuando disponemos de ella. Aunque el tramo horario de atención continuada es mayor, el volumen de consultas es mucho menor y se constata que la mayoría de las IC a Urgencias se realizan en el horario habitual de mañana.
Pensamos que esta herramienta es muy útil, pero somos conscientes de que cuesta su implantación. Si bien el porcentaje no parece elevado (alrededor del 4%), si se consiguiera que una cantidad similar de todas las IC a Urgencias se beneficiaran de ella, esa cifra sería “considerable”, dado el volumen de urgencias hospitalarias que se registran al cabo del año.
Analizando los casos individuales, 3 de los ellos correspondían a patología traumatológica; curiosa coincidencia que fueron 3 fracturas vertebrales osteoporóticas, que tras realizar la placa se hizo la IcxTM y se resolvió de forma conjunta, con la participación del médico de urgencias y el especialista.
Hay que comentar que existe un sesgo de infrarregistro difícil de cuantificar. Los pacientes desplazados desaparecen del registro OMI, al igual que los fallecidos. En ocasiones se remiten pacientes a Hospital directamente desde su domicilio sin hacer hoja de IC en OMI. Igualmente no nos ha evaluado los registros del MAC de sector y de un profesional MAC del equipo que luego se trasladó. Todo ello aumentaría el denominador y conllevaría un discreto descenso del porcentaje.
Igualmente, comenzamos a registrar cuando el año ya estaba en curso. También somos conscientes de la dificultad de que todos los miembros del EAP nos impliquemos por igual y consigamos mantener un perfecto registro durante todo el año. Habrá que contar con ello a la hora de continuar con este proyecto.
Por otra parte, será interesante valorar la repercusión que pueda tener la implantación de la consulta virtual en las distintas especialidades respecto a la demanda de Urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1544 ========== ***

Nº de registro: 1544

Título
INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, PABLO GIMENO INMACULADA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, RAMON CASANOVA RICARDO, LAPLAZA ARA SONIA, MONTERO MORATA CARLOS, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Patologías que a menudo consideramos urgentes no siempre son subsidiarias de atención hospitalaria. Dudas clínicas, diagnósticas o terapéuticas se podrían muy bien orientar o incluso solucionar con el asesoramiento de otros profesionales. Se trata de utilizar una herramienta que ya tenemos, como es la Interconsulta virtual con el Servicio de Urgencias, para ayudarnos a tomar las decisiones adecuadas ante situaciones urgentes que podrían resolverse sin necesidad de remisión del paciente al hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar al profesional de primaria la asistencia y resolución de patologías urgentes potencialmente solucionables a dicho nivel.
- Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Servicio de Urgencias del Hospital, lo que además contribuye a disminuir la carga asistencial en dicho servicio.
- Integrar progresivamente la Interconsulta por telemedicina al Servicio de Urgencias en nuestra actividad habitual .
- Fomentar pautas asistenciales y terapéuticas comunes y complementarias entre primaria y especializada.

MÉTODO
- El personal del EAP identifica al paciente que precisa de atención urgente y con los datos que dispone valora la susceptibilidad de solucionar la urgencia desde atención primaria con el asesoramiento del personal de urgencias del Hospital, mediante consulta virtual con dicho servicio. En tal caso hace la IC a Urgencias y comprueba en la Intranet que la IC está bien realizada (Intranet, Servicio, Primaria, Berbegal, Telemedicina, Teleinterconsulta, Primaria, Solicitudes). Abre la pestaña de Crear Formulario y resalta los datos o pruebas pertinentes que precisan ser valoradas, además del teléfono de contacto. Posteriormente contactar con el servicio de Urgencias a través del nº 638891212 ó extensión 720150 y se les notifica que se ha hecho la IC.
- Para la captación y registro se diseñarán unas hojas en las que consten las IC a Urgencias realizadas en horario de mañanas, derivadas al hospital directamente o bien realizada IC por telemedicina. En este caso constará si finalmente la urgencia fue resuelta en primaria o precisó remisión a hospital. Cada médico dispondrá en su consulta de esta hoja de registro.
- Reunión del EAP explicativa del Proyecto y registros a realizar.
- Entre los recursos humanos contamos con el personal del EAP de Berbegal y el personal responsable de atender las IC del Servicio de Urgencias del H. de Barbastro.

INDICADORES
- Número de IC realizadas a Urgencias por Telemedicina.
- Porcentaje de IC realizadas por Telemedicina sobre el total de IC a Urgencias del Centro de salud, en horario de mañanas.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina sobre el total de pacientes del centro de salud.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina resueltas en Atención Primaria sin necesidad de remisión a Hospital.

DURACIÓN
Durante todo el año 2017.
Reunión en la primera quincena de Julio.
Se realizará a final de 2017 evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERBEGAL
· Localidad ..... BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLO GIMENO INMACULADA
ALBANO RIVARES MARIA JESUS
RAMON CASANOVA RICARDO
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Teniendo la hoja de registro de ICxTM ya diseñada, sin necesidad de modificación de la misma, se realizó reunión del EAP al objeto de explicar la continuación del proyecto, resolución de dudas y entrega de dicha hoja a todos los facultativos del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se solicitaron las hojas de registro y se contabilizó el número de pacientes a los que se realizó ICx TM a Urgencias. Dada la falta de registros continuados de IC a Urgencias se procedió a obtener dicho dato del programa OMI, siendo conscientes que ello supone un infrarregistro porque los remitidos desde su domicilio, desplazados o fallecidos desaparecen del programa OMI. Tampoco hay constancia de los remitidos a Urgencias desde su domicilio sin Hoja de IC de OMI.
De cualquier manera, sólo hay constancia de 1 paciente con ICxTM.
El número de IC a Urgencias desde el C.S. de Berbegal en 2018 registradas en OMI nos da un resultado de 97.
De ellas 8 corresponden al horario de Atención continuada y 11 constan contabilizadas pero paciente no encontrado (dados de baja).
Porcentaje de ICxTM sobre el total de pacientes del Centro: 1/1367= 0,073 %
Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en 2018: 1/97= 1,03%
Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias por las mañanas y con registro: 1/78=1,28%
Porcentaje de ICxTM resueltas sin derivar a hospital: 1/1= 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para evitar el problema de Infrarregistro, arriba comentado, se diseñó la hoja de datos incluyendo en ella los datos de derivación . Hemos constatado que su uso se fue abandonando progresivamente. El proyecto, por tanto, ha fallado desde su base.
Nos ha sorprendido la baja utilidad de esta herramienta pues sólo 1 profesional ha hecho uso de la misma y solamente en una ocasión.
Analizando estos resultados, encontramos diferentes causas posibles:
- Importante y principal, la falta de motivación e implicación individual en el proyecto.
- Dificultad de llevar un doble registro: en OMI y en la hoja correspondiente.
- La propia herramienta de ICxTM por lo que puede suponer de sobrecarga laboral.
- La presión asistencial, dado que la urgencia siempre conlleva tiempo y altera la dinámica habitual de la consulta.
- Necesidad de solución rápida que demanda el paciente, lo que puede inducir a derivar al hospital directamente.
- Implantación de la Interconsulta virtual con Atención Especializada.
- Añadimos otra: somos un equipo pequeño, que asume las mismas actividades que otros y donde las tareas se reparten entre pocas personas, lo que implica un plus de sobrecarga a veces difícil de llevar. Si a ello se le añade algún cambio de personal o baja laboral, la dinámica se complica.
Sería interesante conocer cómo asumen esta actividad otros EAP y si realmente se le da el valor que tiene o queda infravalorada e infrautilizada. Nos llevaría a una reflexión conjunta sobre la propia atención primaria: ¿Sómos capaces de ir asumiendo actividades? ¿Queremos y podemos implicarnos más en nuestro trabajo?.
A pesar de que estamos convencidos de su utilidad en ciertas situaciones urgentes, no hemos sabido integrarla en nuestra actividad clínica habitual, y es por ello que damos por finalizado este proyecto asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1544 ========== ***

Nº de registro: 1544

Título
INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, PABLO GIMENO INMACULADA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, RAMON CASANOVA RICARDO, LAPLAZA ARA SONIA, MONTERO MORATA CARLOS, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Patologías que a menudo consideramos urgentes no siempre son subsidiarias de atención hospitalaria. Dudas clínicas, diagnósticas o terapéuticas se podrían muy bien orientar o incluso solucionar con el asesoramiento de otros profesionales. Se trata de utilizar una herramienta que ya tenemos, como es la Interconsulta virtual con el Servicio de Urgencias, para ayudarnos a tomar las decisiones adecuadas ante situaciones urgentes que podrían resolverse sin necesidad de remisión del paciente al hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar al profesional de primaria la asistencia y resolución de patologías urgentes potencialmente solucionables a dicho nivel.
- Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Servicio de Urgencias del Hospital, lo que además contribuye a disminuir la carga asistencial en dicho servicio.
- Integrar progresivamente la Interconsulta por telemedicina al Servicio de Urgencias en nuestra actividad habitual .
- Fomentar pautas asistenciales y terapéuticas comunes y complementarias entre primaria y especializada.

MÉTODO
- El personal del EAP identifica al paciente que precisa de atención urgente y con los datos que dispone valora la susceptibilidad de solucionar la urgencia desde atención primaria con el asesoramiento del personal de urgencias del Hospital, mediante consulta virtual con dicho servicio. En tal caso hace la IC a Urgencias y comprueba en la Intranet que la IC está bien realizada (Intranet, Servicio, Primaria, Berbegal, Telemedicina, Teleinterconsulta, Primaria, Solicitudes). Abre la pestaña de Crear Formulario y resalta los datos o pruebas pertinentes que precisan ser valoradas, además del teléfono de contacto. Posteriormente contactar con el servicio de Urgencias a través del nº 638891212 ó extensión 720150 y se les notifica que se ha hecho la IC.
- Para la captación y registro se diseñarán unas hojas en las que consten las IC a Urgencias realizadas en horario de mañanas, derivadas al hospital directamente o bien realizada IC por telemedicina. En este caso constará si finalmente la urgencia fue resuelta en primaria o precisó remisión a hospital. Cada médico dispondrá en su consulta de esta hoja de registro.
- Reunión del EAP explicativa del Proyecto y registros a realizar.
- Entre los recursos humanos contamos con el personal del EAP de Berbegal y el personal responsable de atender las IC del Servicio de Urgencias del H. de Barbastro.

INDICADORES
- Número de IC realizadas a Urgencias por Telemedicina.
- Porcentaje de IC realizadas por Telemedicina sobre el total de IC a Urgencias del Centro de salud, en horario de mañanas.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina sobre el total de pacientes del centro de salud.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina resueltas en Atención Primaria sin necesidad de remisión a Hospital.

DURACIÓN
Durante todo el año 2017.
Reunión en la primera quincena de Julio.
Se realizará a final de 2017 evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA JANER SUBIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Información a la familia de la realización de la educación grupal mediante folleto informativo que se enviará por correo ordinario, y animar a apuntarse a la misma. La familia interesada contactará con el equipo de Pediatría para elegir grupo.
- Contacto con Salud Pública para solicitar ejemplares del Documento de Salud del Asma en Pediatría.
- Contacto con coordinador del centro y dirección de AP del hospital para acordar lugar de realización de las sesiones grupales, calculando 50 niños con 1 o 2 acompañantes adultos y divididos en 2 sesiones de unas 2 horas cada una: se acuerda solicitud de aula al Ayuntamiento de Binéfar, dado que el centro de salud no dispone de salas para albergar el elevado número previsto de asistentes.
- Impartición de 2 sesiones formativas dirigidas a los niños y sus familias, cuyo objetivo es mejorar el conocimiento de la patología y el control de las crisis de asma mediante educación grupal. Se realizarán en las fechas programadas en una de las aulas multifuncionales del Ayuntamiento de Binéfar (pendiente de confirmación), en 2 grupos de 25 niños divididos según disponibilidad familiar, para alcanzar mejores coberturas y trabajar con grupos más reducidos.
Primera parte: Formación teórica mediante presentación Power Point: qué es el asma, sus síntomas y posibles desencadenantes, reconocimiento de una crisis de asma. Medidas ambientalesa adoptar para evitar futuras crisis.
Segunda parte: Formación teorico-práctica. Tratamiento del asma (agudo y crónico), uso y manejo de los diferentes tipos de inhaladores y sus cámaras, educación en autocontrol domiciliario del asma: manejo del tratamiento crónico y actuación ante una crisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Estimación de la prevalencia de niños con asma moderada – grave en nuestras consultas previa a la realización del proyecto: 51/1623 (3,2%).
- Coberturas vacunación antigripal en niños asmáticos previa realización del proyecto: 34/51 (66,66 %). 17 pacientes no vacunados (33,3%) por distintos motivos: 11 por negativa familiar (3 de los cuales el motivo era alergia al huevo), 4 por no conseguir localizarlos, 2 por controles en médicos privados.
- Proyecto en desarrollo, pendiente de finalización para obtener resultados e indicadores propuestos:
- aumento de la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP,
  - nº niños - familiares que asisten a las sesiones / nºasmáticos convocados,
  - aumento de la tasa de vacunación en niños asmáticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: debemos mejorar el registro diagnóstico en OMI-AP. Tras la finalización del proyecto, la prevalencia de asma obtenida desde el programa OMI-AP debería aproximarse al 10%.
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, esperamos conseguir un mínimo de 2 visitas anuales para mejorar el control, adherencia al tratamiento en niños asmáticos y resolver posibles dudas en la evolución de su enfermedad.
- Dificultad para la realización de sesión grupal por el número elevado de posibles participantes (50 niños con acompañantes) y necesidad de desplazamiento fuera del centro para llevar a cabo la actividad.
- Pendiente de finalización para obtener más conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/727 ========== ***

Nº de registro: 0727

Título
MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Autores:
MIRALBES TERRAZA SHEILA, JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia en nuestro medio, afectando al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública ya que disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares y produce elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento de la enfermedad y en su manejo es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma, que se resumen en una mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Es importante implicar al niño y su familia en el tratamiento y control de la enfermedad para que asuman un papel activo, responsable y eficiente sobre su cuidado. Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de que el niño y su familia sepan reconocer los desencadenantes del asma y sepan actuar ante una crisis asmática, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar el registro en OMI-AP de los niños incluidos en el programa del niño asmático. Conocer la prevalencia de la enfermedad en nuestro medio.
- Mejorar el conocimiento de la patología y sus síntomas por parte del niño y familiares. Mejorar sus autocuidados y la adhesión al tratamiento.
- Mejorar el control de las crisis, disminuir las exacerbacioones de la enfermedad. Disminuir la demanda asistencial que genera.
- Usar de forma adecuada los inhaladores. Aumentar los conocimientos sobre técnicas de inhalación.
- Aumentar el conocimiento sobre los desencadenantes. Prevención del tabaquismo pasivo o activo en adolescentes.
- Aumentar la proporción de niños con factores de riesgo vacunados de gripe estacional (niños asmáticos vacunados).

MÉTODO
- Registro adecuado de los niños con asma en el programa del niño asmático.
- Se programarán un mínimo de 3 sesiones para cada niño/familia. Se pretende hacer educación grupal bajo consentimiento informado. El programa que seguirá el niño estará basado en el Documento de salud del Asma en pediatría del Gobierno de Aragón.
- Primera sesión: Formación teórica sobre la enfermedad a los padres/familias/cuidadores: mejor conocimiento de la patología, sus síntomas y de los desencadenantes de las crisis asmáticas. Responder posibles dudas.
- Segunda sesión: Formación teórico-práctica sobre uso de inhaladores y plan de manejo del asma. El niño con asma activa o su familia/cuidadores debe tener un plan de manejo por escrito y conocer como actuar si presenta síntomas.
- Tercera sesión: motorización de los síntomas. Educación en autocontrol del asma.
- Recomendar vacunación antigripal estacional.
- Seguimiento periódico del niño asmático.

INDICADORES
- Aumento de la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP.
- Porcentaje de niños asmáticos (o familiares) que asisten al total de sesiones grupales: 50%
- Porcentaje de niños asmáticos a los que se les ha realizado educación dirigida sobre técnica de inhalación: 80%
- Número de niños/familiares que asisten a las sesiones/número de asmáticos convocados (asma activa en ultimo año y programa de niño asmático recogido en OMI-AP): 50%
- Aumento de la tasa de vacunación de niños asmáticos: 75%

DURACIÓN
- Noviembre a enero: Creación del grupo de trabajo, actualización bibliográfica y elaboración de las sesiones.
- Febrero: Captación activa de los niños con asma.
- Marzo a septiembre: Programación y realización de las sesiones formativas para niños y familiares.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA JANER SUBIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La intervención educativa de carácter grupal se informó a las familias de niños asmáticos o con hiperreactividad bronquial (a través del programa OMI-AP) mediante el envío de unm folleto informativo por correo ordinario. Además, para llegar a más familias, se informaba a los niños candidatos que acudían a las consultas y se informó a través de la red social Facebook de Pediatría Binéfar. Con el fin de conseguir una buena educación grupal, se impartieron 2 sesiones formativas en diferente horario en función de la disponibilidad de horario laboral de la familia: una por la mañana de 9.30 h a 11.00 h y otra por la tarde de 15.30 h a 17.00 h. Las sesiones tuvieron lugar el 9 mayo del 2018 en el aula del Ayuntamiento de Binéfar, y la charla fue impartida por Pediatra y Enfermera de las consultas de Atención Primaria.
La Primera Parte de la sesión consistió en formación teórica sobre el asma. Mediante una presentación de Power Point de unos 45 min de duración, se explicó: concepto de asma, sus desencadenantes, síntomas, diagnóstico, tratamiento agudo y crónico, medidas preventivas. Se utilizaron videos y diversas imágenes gráficas para aclarar los conceptos.
La segunda parte consistió en formación teórico – práctica, centrándose en el uso correcto de los diferentes tipos de inhaladores y sus cámaras, y en el manejo correcto de medicación aguda o crónica mediante ejemplos de casos clínicos. Como material, se llevaron del centro diferentes dispositivos de inhalación placebo y varios modelos de cámaras para que las familias aprendiesen mejor su manejo y lo practicasen bajo la supervisión de un profesional. Se realizaron ejercicios de role - playing para detectar y corregir errores frecuentes.
Entregamos a cada familia asistente una hoja informativa del asma y otra hoja ilustrativa para el manejo correcto de las cámaras de inhalación. Se les explicó la continuidad del seguimiento individual del asma en consultas nmediante 2 citas anuales: en octubre-noviembre y en abril-mayo.
Al finalizar, los asistentes realizaron una pequeña encuesta de satisfacción para que los padres pudieran valorar en una escala del 1 (muy insatisfecho) al 5 (muy satisfecho) varios aspectos: contenido teórico de la charla, contenido práctico, medios y materiales utilizados, horario y duración de la charla, y puntuación global.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
– Estimación de la prevalencia de niños con asma moderada – grave en nuestras consultas previa a la realización del proyecto: 51/1623 (3,2%).
– Coberturas vacunación antigripal en niños asmáticos previa realización del proyecto: 34/51 (66,66 %). 17 pacientes no vacunados (33,3%) por distintos motivos: 11 por negativa familiar (3 de los cuales el motivo era alergia al huevo), 4 por no conseguir localizarlos, 2 por controles en médicos privados.
- Coberturas vacunación antigripal en niños asmáticos posterior a la realización del proyecto: 30/34 = 88,23%. Este resultado supone un aumento de la tasa de vacunación en niños asmáticos.
- Aumento de la tasa de vacunación en niños asmáticos del 13.23%. (36/48 = 75%en la campaña del 2017, 30/34 = 88.23% en la campaña del 2018).
- Asistencia a las sesiones: 10 /34 = 29.4%. (Nºfamiliares que asisten a las sesiones / nºasmáticos convocados).
- Medias de la puntuación en la Encuesta de satisfacción:
-Contenido teórico de la charla: 4.875
-Contenido práctico de la charla: 4.875
-Medios y materiales utilizados: 4.75
-Horario y duración de la charla: 4.5
-Valoración global: 4.875

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
– Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: debemos mejorar el registro diagnóstico en OMI-AP. Tras la finalización del proyecto, la prevalencia de asma obtenida desde el programa OMI-AP debería aproximarse al 10%.
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, esperamos conseguir un mínimo de 2 visitas anuales para mejorar el control, adherencia al tratamiento en niños asmáticos y resolver posibles dudas en la evolución de su enfermedad, y aumentar la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP.
– Escasa asistencia a las sesiones formativas. Probablemente por el horario y el lugar de realización de las mismas.
– Corrección de errores en la técnica de inhalación debido a la realización de la misma bajo supervisión de un profesional.
– Muy buenos resultados en las encuestas de satisfacción realizadas por las familiaas asistentes.
– Tras las conclusiones finales de este proyecto, decidimos realizar otro proyecto educativo para niños y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

familiares pero de manera individual desde las consultas de Pediatría y Enfermería Pediátrica para seguir mejorando el diagnóstico y seguimiento de nuestros pacientes asmáticos, el cual se está desarrollando a lo largo de este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/727 ========== ***

Nº de registro: 0727

Título
MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Autores:
MIRALBES TERRAZA SHEILA, JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia en nuestro medio, afectando al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública ya que disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares y produce elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento de la enfermedad y en su manejo es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma, que se resumen en una mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Es importante implicar al niño y su familia en el tratamiento y control de la enfermedad para que asuman un papel activo, responsable y eficiente sobre su cuidado. Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de que el niño y su familia sepan reconocer los desencadenantes del asma y sepan actuar ante una crisis asmática, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar el registro en OMI-AP de los niños incluidos en el programa del niño asmático. Conocer la prevalencia de la enfermedad en nuestro medio.
- Mejorar el conocimiento de la patología y sus síntomas por parte del niño y familiares. Mejorar sus autocuidados y la adhesión al tratamiento.
- Mejorar el control de las crisis, disminuir las exacerbacioones de la enfermedad. Disminuir la demanda asistencial que genera.
- Usar de forma adecuada los inhaladores. Aumentar los conocimientos sobre técnicas de inhalación.
- Aumentar el conocimiento sobre los desencadenantes. Prevención del tabaquismo pasivo o activo en adolescentes.
- Aumentar la proporción de niños con factores de riesgo vacunados de gripe estacional (niños asmáticos vacunados).

MÉTODO
- Registro adecuado de los niños con asma en el programa del niño asmático.
- Se programarán un mínimo de 3 sesiones para cada niño/familia. Se pretende hacer educación grupal bajo consentimiento informado. El programa que seguirá el niño estará basado en el Documento de salud del Asma en pediatría del Gobierno de Aragón.
- Primera sesión: Formación teórica sobre la enfermedad a los padres/familias/cuidadores: mejor conocimiento de la patología, sus síntomas y de los desencadenantes de las crisis asmáticas. Responder posibles dudas.
- Segunda sesión: Formación teórico-práctica sobre uso de inhaladores y plan de manejo del asma. El niño con asma activa o su familia/cuidadores debe tener un plan de manejo por escrito y conocer como actuar si presenta síntomas.
- Tercera sesión: motorización de los síntomas. Educación en autocontrol del asma.
- Recomendar vacunación antigripal estacional.
- Seguimiento periódico del niño asmático.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

INDICADORES
- Aumento de la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP.
- Porcentaje de niños asmáticos (o familiares) que asisten al total de sesiones grupales: 50%
- Porcentaje de niños asmáticos a los que se les ha realizado educación dirigida sobre técnica de inhalación: 80%
- Número de niños/familiares que asisten a las sesiones/número de asmáticos convocados (asma activa en ultimo año y programa de niño asmático recogido en OMI-AP): 50%
- Aumento de la tasa de vacunación de niños asmáticos: 75%

DURACIÓN
- Noviembre a enero: Creación del grupo de trabajo, actualización bibliográfica y elaboración de las sesiones.
- Febrero: Captación activa de los niños con asma.
- Marzo a septiembre: Programación y realización de las sesiones formativas para niños y familiares.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FERMIN ROMERO NEVADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA
SANZ PUERTOLAS PATRICIA
BUIL VIDALLER JOSE ANGEL
ORTEGA GARRIDO DOLORES
PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se inicio la realización en nuestro centro de Ecografías de hombro con la detección de patología tributaria de mejora con la derivación al servicio de Rehabilitación de cara no solo de realización de técnicas recuperadoras sino del adiestramiento en la realización de ejercicios diarios domiciliarios de cara a la no perdida de masa muscular de la cintura escapular correspondiente.
El director del proyecto fue trasladado al poco tiempo de aprobación del mismo con lo que la actividad se vio paralizada y aunque la realización de Ecografías de hombro se ha realizado y la derivación se han producido errores en la recogida de datos de forma informática siendo muy difícil la recuperación de los resultados de dicha actividad. Se ha previsto ya la subsanación de dichos errores y la sustitución de dicho coordinador de cara a la consecución de objetivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido evaluar dado el fallo de recogida informático

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la importancia de dicha actividad en la recuperación de estos pacientes nuestra intención es continuar con dicha actividad procediendo a la sustitución del director del proyecto por Dr Fermín Romero Nevado y creación de una agenda exclusiva para citación de dichos pacientes aplicando diferentes índices de medición de mejora percibida por el paciente y mejora objetivada en forma, de incremento de los grados de movilidad y disminución de dolor de los mismos, así mismo el porcentaje de Ecografías de hombro que precisan derivación a este servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/967 ========== ***

Nº de registro: 0967

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTI JARNE FERNANDO, ROMERO NEVADO FERMIN, GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, SANZ PUERTOLAS PATRICIA, BUIL VIDALLER JOSE ANGEL, ORTEGA GARRIDO DOLORES, PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA, TABUENCA PUEYO MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

La Atención Primaria es el nivel básico de atención al usuario, para el desarrollo de las funciones de prevención y promoción de la salud se incluye la figura del fisioterapeuta como servicio de apoyo para el manejo de procesos de baja complejidad hacia el autocuidado y la capacidad resolutiva en este primer nivel asistencial.

El hombro doloroso es un problema clínico frecuente y una de las consultas más prevalentes en AP, siendo las lesiones músculo-tendinosas las patologías mas frecuentes y la ecografía la herramienta más eficaz para su estudio y de reciente inclusión en nuestro EAP.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios asistenciales y agilizar la atención se definieron los circuitos de derivación y se requiere la actuación coordinada de profesionales con pautas consensuadas, en el caso que nos ocupa, desde las Unidades de Fisioterapia de AP se propone la implantación de un programa de ejercicio físico terapéutico para personas con patología musculo-esquelética de baja complejidad localizada en el hombro.

La población diana son pacientes con dolor de hombro con escasa pérdida de movilidad derivados tras estudio de Ecografía El objetivo es que los pacientes participantes adquieran las habilidades necesarias para continuar realizando los ejercicios y pautas indicadas en su domicilio.

Para garantizar la continuidad asistencial los pacientes con procesos de mayor complejidad continuarán siendo atendidos en los servicios de rehabilitación, cuya accesibilidad en tiempo de espera se verá beneficiada, al tratar a pacientes menos complejos en el ámbito de Atención Primaria.

MÉTODO
Se plantean 4 sesiones de fisioterapia de 30 minutos durante dos semanas (dos sesiones a la semana) y una evaluación sobre la efectividad de la terapia al mes de finalizar las sesiones, valorando la adherencia y seguimiento en domicilio de las pautas indicadas, la satisfacción del paciente y la mejora de la funcionalidad.

INDICADORES
NUMERO DE ECOGRAFÍAS OSTEOMUSCULARES DE HOMBRO REALIZADAS.
NUMERO DE DERIVACIONES INTERCONSULTA A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA TRAS EL DIAGNOSTICO CON ECOGRAFÍA.

DURACIÓN
INICIO ABRIL 2018
FINAL JUNIO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA JANER SUBIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La intervención educativa de carácter individual se realiza mediante dos citas a lo largo de un año, en función del grado de control de asma de cada niño. Una vez seleccionados los niños asmáticos o con hipersensibilidad bronquial a través del programa informático OMI-AP, se contactó con la familia mediante vía telefónica informándoles brevemente de la educación individual y concertando una cita de 20 minutos de duración para ello. Estas citas se llevaron a cabo por la Enfermera de Pediatría durante los meses de octubre y noviembre, haciendo coincidir así con la campaña de vacunación antigripal anual y aprovechando la cita además de para la educación individual, para la administración de dicha vacuna.
En esta 1ºcita se explicó y se rellenó junto a la familia el Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón, y se completaron los datos correspondientes en OMI. Dado que se disponía de pocos ejemplares en el centro, los meses previos contactamos con Salud Pública para poder repartir documentos a todos los niños. En él, quedan registrados los antecedentes personales y familiares, los desencadenantes conocidos y estudios complementarios realizados. Se insiste a la familia llevarlo siempre a cada visita relacionada con el asma de su hijo.
En esta visita también se rellena y entrega a la familia dos documentos:
1) el plan de seguimiento del asma, donde explica el tratamiento personalizado que cada niño debe seguir (de acuerdo con el tratamiento ya pautado por su pediatra, o concertando una cita con pediatría en caso de necesidad de modificación) y se aprovechó para repasar la correcta técnica de administración e insistir en llevar a las futuras visitas su cámara de inhalación. Se educa a la familia para saber reconocer los síntomas de mal control.
2) El plan de actuación ante una crisis asmática, dejando claro a los responsables del niño los síntomas que deben reconocer y la medicación que deben administrar en caso de crisis.
Por último, se administra la vacunación antigripal y se informa que se les avisará para una segunda cita del seguimiento del asma que tendrá lugar en los meses de abril - mayo aproximadamente, siempre y cuando no presenten ninguna exacerbación previa que precise control médico con anterioridad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- N° niños asmáticos vacunados de gripe/N° niños asmáticos en total (60%): 30/34 = 88,23%
- Prevalencia de niños asmáticos (5%) 34/1623 = 2.1%
– Proyecto en desarrollo, pendiente de finalización para obtener más resultados e indicadores propuestos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
– Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: debemos mejorar el registro diagnóstico en OMI-AP. Tras la finalización del proyecto, la prevalencia de asma obtenida desde el programa OMI-AP debería aproximarse al 5%.
– Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, esperamos conseguir un mínimo de 2 visitas anuales para mejorar el control, adherencia al tratamiento en niños asmáticos y resolver posibles dudas en la evolución de su enfermedad.
– Mejoría en la educación de familiares: se espera conseguir una mejoría en el seguimiento y en las exacerbaciones implicando más a la familia en el tratamiento del niño mediante un mejor conocimiento de la enfermedad.
- Con el desarrollo de este proyecto, se espera conseguir una disminución de las visitas a urgencias por asma gracias a su mejor control domiciliario y a la precocidad del tratamiento adecuado.
– Pendiente de finalización para obtener más conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1271 ========== ***

Nº de registro: 1271

Título
MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Autores:
JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, BOZAL CORTES MARIA JESUS, DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El asma es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afectando aproximadamente al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública: disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares, produciendo elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento y manejo de la enfermedad es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma: mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de implicar al niño y su familia para que reconozcan los desencadenantes y sepan actuar ante una crisis, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.
En nuestras consultas, hemos objetivado un infradiagnóstico de asma registrado en OMI-AP: prevalencia del 3,5 % de niños asmáticos en nuestra población frente al 10 % que refleja la bibliografía. En el 2017 se puso en marcha un proyecto de educación grupal (formación teórica y práctica) a niños asmáticos y sus familias. Este año, el proyecto pretende conseguir un correcto seguimiento y de forma individualizada de los niños asmáticos según lo establecido en las guías de práctica clínica pediátrica.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reforzar los conocimientos sobre la patología, sus desencadenantes y su tratamiento.
- Prevención del tabaquismo pasivo/activo en adolescentes.
- Reconocimiento por parte de la familia y paciente de una crisis de asma y su actuación.
- Mejorar la adhesión al tratamiento crónico y conseguir un mejor control del asma.
- Evaluar con la familia las técnicas de inhalación y conseguir un buen uso de los distintos inhaladores.
- Aumentar la proporción de niños asmáticos vacunados de gripe estacional.
- Mejorar el diagnóstico del niño asmático y su registro en OMI-AP.
- Resolución de dudas acerca de su patología.

MÉTODO
Se concertarán un mínimo de 2 citas anuales, según el grado de control del asma de cada niño. Se informará a la familia telefónicamente de la actividad, programando la primera visita (Enfermería pediátrica), donde se aportarán y explicarán, de forma individualizada y por escrito:
- Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón: antecedentes personales y familiares, desencadenantes conocidos, estudios complementarios realizados. Rellenar los datos que falten en el programa OMI-AP.
- Plan de seguimiento del asma: tratamiento farmacológico de mantenimiento y técnica correcta de administración. Reconocimiento de síntomas en caso de asma mal controlado.
- Plan de actuación ante una crisis asmática: reconocimiento de los síntomas y actuación en domicilio.
- Recomendación de la vacunación antigripal.
En una segunda visita (Pediatra), se realizará un seguimiento evolutivo del asma del paciente mediante el Cuestionario del control del asma en niños (CAN). Se valorará el impacto del asma desde la visita anterior: ingresos hospitalarios, visitas al centro de salud o a urgencias, absentismo escolar. Se completará el plan de seguimiento en el programa OMI-AP. En esta consulta, se realizará un repaso a los planes individualizados de tratamiento y a las técnicas de inhalación, modificando las dosis si fuera necesario, se reforzará la adherencia al tratamiento y se realizará educación sanitaria acerca de los desencadenantes, así como la solución de posibles dudas. El resto de visitas se realizarán en consultas de Pediatría o de Enfermería pediátrica, según la evolución del asma del paciente.
Se informará a los profesionales del centro de salud (CS) de la realización del proyecto, mediante una sesión clínica: explicar el proyecto, participación en él, correcto registro en OMI-AP de las exacerbaciones y cambios en el tratamiento agudo, derivar a las consultas de Pediatría a aquellos niños en los que se observe un mal control de su patología desde las visitas a Atención Continuada.

INDICADORES
- N°niños asmáticos vacunados de gripe/N° niños asmáticos en total (60%)
- Prevalencia de niños asmáticos (5%)
- N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN"/N°niños asmáticos totales (80%)
- N°niños con una puntuación >8 en el "Cuestionario CAN"/ N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" (<15%)
- Nºniños asmáticos evaluados con el "Documento de seguimiento para el registro de visitas sucesivas" del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Grupo de vías respiratorias de Aragón/Nºniños asmáticos totales (80%)
- Nºniños o familiares que acuden a las 2 visitas/nºtotal de niños asmáticos convocados (70%)

DURACIÓN
- Revisión bibliográfica y creación del protocolo: Junio 2018. Equipo de Pediatría (EP).
- Contacto telefónico con las familias de niños asmáticos: Septiembre-Octubre 2018. EP
- Sesión clínica sobre el proyecto al EAP: Octubre 2018. CS.
- Primera visita programada: Octubre-noviembre 2018. Enfermería.
- Segunda visita programada: Abril-Mayo 2019. Pediatría.
- Resultados del proyecto: Junio-Agosto 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TEODORA GARCIA MINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BINEFAR
· Localidad ..... BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES
MARTINEZ SENTIS VICENTE
ROMERO NEVADO FERMIN
IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA
CASTILLON LOSCERTALES ANA
MOTIS MONTES GABRIEL
SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones de trabajo para búsqueda de bibliografía sobre criterios diagnósticos y de manejo de disfagia.
Presentación de taller de disfagia realizado en otros centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Preparación de sesión a presentar a los trabajadores de centros residenciales de los centros dependientes de los C.S. Binéfar y Tamarite.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo aprecia la importancia del abordaje multidisciplinar de la disfagia para la prevención de sus complicaciones.
Pendiente de presentar en el próximo trimestre las sesiones a los gerocultores, en pequeños grupos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1335 ========== ***

Nº de registro: 1335

Título
DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

Autores:
GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES, MARTINEZ SENTIS VICENTE, ROMERO NEVADO FERMIN, IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA, CASTILLON LOSCERTALES ANA, MOTIS MONTES GABRIEL, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Senilidad
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El progresivo envejecimiento de la población en Aragón (el 21% de la población en Aragón es mayor de 65 años), asociado al aumento de la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas (tales como demencia o enfermedad de Parkinson), hace que la aparición de disfagia orofaríngea, sea cada vez más común. Entendemos por disfagia orofaríngea, la dificultad para tragar que se produce a nivel faríngeo, dificultando el paso de alimentos sólidos y líquidos desde el primer proceso de la deglución. Esta dificultad además de suponer una pérdida de calidad de vida al paciente, es un factor de riesgo de broncoaspiración y sus consecuencias.
Si bien el diagnóstico precoz de la disfagia es importante para poderla abordar, también lo es el adecuado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

manejo de la misma por parte de los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectos de dicha alteración.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar los criterios diagnósticos de disfagia en población de riesgo, para mejorar la detección precoz de la misma.
Revisar las recomendaciones en cuanto a alimentación de los pacientes afectos de disfagia.
Fomentar la realización de planes de cuidado específicos e individualizados de disfagia orofaríngea entre los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectos de disfagia.
Disminuir el riesgo de broncoaspiración entre los pacientes con disfagia.

MÉTODO
Creación de un grupo de trabajo formado por médicos y DUEs de los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite para revisar tanto los criterios diagnósticos como los planes de cuidado específicos para este tipo de paciente, haciendo especial hincapié sobre el uso de espesantes en las diferentes texturas recomendadas, según el grado de disfagia que presente el paciente.
Realización de talleres dirigidos a cuidadores y familiares de los pacientes institucionalizados en las residencias de la Comarca de La Litera de Huesca.

INDICADORES
- Valoración de número de pacientes registrados en OMI con diagnóstico de disfagia antes y después de la intervención.
- % de auxiliares de geriatría que asisten a los talleres, del total de auxiliares trabajadores de las residencias de la Comarca de la Litera de Huesca.
- nº de diagnósticos de broncoaspiración antes y después de la intervención

DURACIÓN
Duración aproximada 1 año.
3º trimestre 2018_ Creación de grupo de trabajo del abordaje de la disfagia, búsqueda de datos sobre prevalencia de disfagia, revisión de criterios diagnósticos.
4ª trimestre 2018_ Elaboración de planes de cuidados específicos y elaboración de talleres a impartir a los auxiliares de geriatría trabajadores de los centros sociosanitarios de la comarca.
1º trimestre 2019_ Presentación en los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite del Proyecto de Calidad, Presentación de los talleres sobre el conocimiento y el manejo de la disfagia.
2º trimestre de 2019_ Evaluación de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1043

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Fecha de entrada: 01/07/2017

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL MONTERDE GUERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BELLO MARIA JESUS
YSEBIE RONSE ISABEL
FRANCO ANGUSTO REYES
PALLAS COTS BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han creado huecos de consulta a demanda a las 9 horas, para usuarios que, por motivos laborales o de desplazamiento, no pueden acudir a las horas establecidas de consulta a demanda.
- Se han creado huecos en las agendas con el acto DEMNP para no interrumpir la consulta. El sanitario llama al final de la mañana a los usuarios allí anotados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se propusieron indicadores "actos 9 utilizados/actos 9 creados" o "demnp utilizados/demnp creados" pero creemos quees sobrecargar a los servicios de informática para conseguir estos indicadores.
La finalidad principal era mejorar estas agendas y mejorar la accesibilidad del usuario y con esta modificación de agendas ya lo hemos conseguido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al modificar agendas, se ha conseguido mayor accesibilidad y no interrumpimos la consulta para pasar llamadas o para solicitar autorización para una cita fuera del horario habitual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1043 ========== ***

Nº de registro: 1043

Título
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Autores:
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, GARCIA BELLO MARIA JESUS, MONTERDE GUERRERO JOSE MIGUEL, YSEBIE RONSE ISABEL, FRANCO ANGUSTO REYES, PALLAS COTS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Dificultad de determinados usuarios para acceder a consulta médica por coincidir ésta con su horario laboral o implicar desplazamientos considerables.
2. Interrupciones de la consulta para atender llamadas de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Facilitar acceso a consulta presencial estableciendo huecos a las 9 h. para ser ocupados por usuarios que no pueden acudir a otras horas.
2. Evitar la interrupción de la consulta creando huecos en las agendas para atender la demanda no presencial.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1043

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Agendas de omi:
1. Creación de un hueco de demanda (con situación "indemorable") a las 9h. en los dias que otras actividades lo permitan (reunión de Equipo, domicilios, citas programadas,...)
2. Creación de 3 huecos hacia el final de la mañana con acto dnp (demanda no presencial)
Procedimiento de cita:
1. Utillizar el hueco de las 9h. para usuarios a los que les sea imposible acudir a otra hora de las ofertadas en las agendas.
2. Citar en hueco "dnp" a los usuarios que deseen contactar telefónicamente con su médico, poniendo en "observaciones" el numero de teléfono al quedebemos llamar.

INDICADORES
Num. Huecos usados demanda indemorable/Num. De huecos creados como demanda indemorable

Num. Huecos usados con acto DNP / Num. Huecos creados DNP

DURACIÓN
Modificacion de agendas: 31-10-2016

31-03-2017 evaluación de resultados.
30-06-2017 evaluación de resultados.
30-09-2017 evaluación de resultados.
30-12-2017evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT GUILLEN PEREZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Información en reunión del EAP del proyecto.
- Elaboración y actualización de octavillas informativas
- Inclusión de la misma información en los trípticos informativos que se entregan al asignar médico en este EAP
- Información verbal a los usuarios que acuden por otras gestiones al Servicio de Admisión o llaman por teléfono.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PIN's GENERADOS

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0	3	#DIV/0!
1001130102V	15	100	566,67%
1001130103H	7	86	1128,57%
1001130104L	1	1	0%
1001130105C	5	46	820,00%
1001130201R	2	53	2550,00%

Casilla “SMS” activada:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	1	3	200,00
1001130102V	39	125	220,51
1001130103H	45	119	164,44
1001130104L 0	4	#DIV/0!	
1001130105C	43	85	97,67
1001130201R	32	71	121,88

Citas dadas por “web”

CIAS	2016	2017	INCREM.
0101Q	18	20	11,11
0102C	28	91	225,00
0103H	63	107	69,84
0104L	186	171	-8,06
0105C	42	86	104,76
PEDIATRIA	8	41	412,50
ENF-APL	6	13	116,67
ENF-RAB	8	15	87,50
ENF-MLM	19	15	-21,05
ENF-JAGG	0 8	#DIV/0!	
ENF-RMG	0	0	#DIV/0!
TOTAL AÑO	378	567	50,00

OBTENCIÓN DE DATOS: Se ha necesitado de la intervención del CAU para facilitarnos datos sobre número de PIN generados y número de casillas "SMS" activadas en BDU.
Se ha necesitado la intervención de Informática de Barbastro que nos ha facilitado el número de citas obtenidas por "Web".
Se hizo una previsión de incrementar en un 15% estos datos. Los resultados han sido mucho mayores, lo cual es lógico ya que partíamos de cero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que el proyecto es muy interesante, ya que potencia la autonomía del paciente, implicándolo en la buena gestión de sus citas y aumentando su información con respecto de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1461

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

========== ***

Nº de registro: 1461

Título
FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:
GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no está relacionado con patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: implicación del usuario con el sistema sanitario
---
Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.
-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.
Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en “saludinforma” ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan
- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.
2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:
- A través de Internet, en www.saludinforma.es
- Mediante la APP “saludinforma”

Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):
- La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.
- La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en www.saludinforma.es a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.

El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

MÉTODO
- Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.
- Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.
- Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos
- Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

INDICADORES
Cada año solicitaremos los siguientes datos:
- Número de casillas “autoriza comunicación por SMS” marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.
- Número de PIN generados en BDU.
- Número de citas dadas en OMI con la clave “web”

Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.
SITUACIÓN DE PARTIDA:
PINs GENERADOS:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

1001130105C 5
1001130201R 2
Casilla “SMS” activada:
CIAS ENERO-17/ENERO-18/INCREM.
10011301010 1
1001130102V 39
1001130103H 45
1001130104L 0
1001130105C 43
1001130201R 32
Citas dadas por “web”**
CIAS Año 2016 Año 2017 INCREM. Año 2018 INCREM.
1001130101Q: 1968
1001130102V/1001130103H/1001130201R: 2460
1001130104L: 492
1001130105C: 1476
**dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

DURACIÓN
Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citaciones “web” de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.
El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA ESPIER LLORENS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUELLO RIVAS MARIA CARMEN
GRASA CORTINA MARIA DOLORES
TAMBORERO SAYOS MONTSERRAT
GARCES ABADIAS PILAR
LAPORTA ANTON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FORMACION: Se han llevado a cabo los siguientes encuentros formativos promovidos dentro del Sector:
• Aplicación HERMES para comunicar Partes al Juzgado.
• Cargos a Terceros. BBDD del INSS (ATT77)
• Asistencia Sanitaria y Gestiones electrónicas impartido por personal del INSS
• Encuentro entre Servicios de Admisión de Atención Primaria y Atención Especializada.
• Formación para personal de admisión de AE sobre los datos contenidos en BDU. Dar a conocer el APP de Salud Informa, obtención de PIN y comunicación por “SMS” de las citas.
Promovido por la Unidad Docente:
• Taller de RCP Básica y manejo del DESA para personal no sanitario.
En cuanto a la actividad diaria, se ha seguido con:
• Comunicación por correo electrónico con los diferentes Servicios hospitalarios para informar de
o cambios de domicilio o teléfono
o solicitar cambios o anulaciones, o unir citas.
• Desde AP se accede al Programa Asistencial del Hospital, para dejar en PRECITA a pacientes que no podemos citar en LEE o que no entran en Interconsulta Virtual.
• Se utiliza plenamente la aplicación de DOCUMENTACIÓN CLÍNICA de la Intranet del Sector para solicitud o envío de informes:
o Para el hospital de Barbastro
o Enviamos por esta misma vía los informes a Inspección de Huesca, con encriptación automática del documento.
o Recientemente se ha añadido el envío, a través de esta misma aplicación, de las solicitudes de informes al Hospital de San Jorge, también con encriptación automática del documento.
• Desde Admisión de AP, se está trabajando en dar a conocer a los usuarios las nuevas formas de contacto e información de citas: APP, SMS, obtención de PIN. Para ello se han elaborado trípticos informativos para los usuarios. Con esto esperamos una mayor implicación del usuario con sus citas y la consiguiente disminución del absentismo a las visitas de especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Realizada la revisión “C“ del PO-08 Manual de Coordinación de los Servicios de Admisión Primaria y Especializada.
• Accedemos a la precita del hospital para registrar citas.
• Nos comunicamos por correo electrónico. El uso del fax es prácticamente inexistente.
• ABSENTISMO. Seguimiento. (tabla 1)

Centro de Salud	2017	2016
ABIEGO	11%	5%
AINSA	13%	10%
ALBALATE	11%	10%
BARBASTRO	11%	10%
BENABARRE	13%	12%
BERBEGAL	8%	7%
BINEFAR	11%	9%
CASTEJON	17%	11%
FRAGA	17%	17%
GRAUS	10%	7%
LAFORTUNADA	9%	10%
MEQUINENZA	37%	15%
MONZON RURAL	9%	7%
MONZON URBANO	13%	11%
TAMARITE	13%	11%
PROM. S. BTRO.	12%	10%

• Seguridad, rapidez y trazabilidad de las gestiones de solicitud y envío de informes con el Hospital de Barbastro, el de San Jorge y con la Inspección Médica mediante la aplicación “Documentación Clínica” de la Intranet del Sector.
• PIN-SMS por Centro de Salud:

ZONA	SMS	PIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

ABIEGO 0 3
AINSA 159 141
ALBALATE 253 205
BARBASTRO 252 362
BENABARRE 10 57
BERBEGAL 18 7
BINEFAR 801 405
CASTEJON 421 305
FRAGA 1190 262
GRAUS 515 390
LAFORTUNADA 61 23
MEQUINENZA 11 43
MONZON RURAL 33 56
MONZON URBANO 101 371
TAMARITE 781 84
TOTALES 2017 4606 2714

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras varios años de encuentros formativos, tanto de los servicios de Admisión de AP como de éstos con Admisión de Especializada, valoramos muy positiva y necesaria esta coordinación, que ha hecho que nos conozcamos, hemos simplificado y unificado gestiones, hemos diseñado sistemas de comunicación entre AP-AE más rápidos y seguros, eliminando fax, fotocopias, correo en papel,…etc.
El usuario no tiene que desplazarse al hospital para realizar sus gestiones, ya que las canalizamos desde Admisión de los distintos CC.SS. del Sector de Barbastro.

7. OBSERVACIONES.
Tenemos pleno apoyo y reconocimiento de la Dirección de nuestro Sector y desde aquí nuestro agradecimiento, pero echamos en falta apoyo para mejorar o diseñar herramientas de trabajo que cubran las necesidades actuales.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1474 ========== ***

Nº de registro: 1474

Título
MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Autores:
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, CUELLO RIVAS M CARMEN, GRASA CORTINA DOLORES, TAMBORERO SAYOS MONSERRAT, GARCES ABADIAS PILAR, LAPORTA ANTON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las Unidades de Admisión de los centros de salud y del hospital están compuestas por trabajadores que continuamente contactan con los ciudadanos para gestionar o resolver una multiplicidad de necesidades de gestión (información, citas, interconsultas, libre elección de especialista, reclamaciones, solicitudes de documentación clínica, trámites administrativos, etc.).
Muchos de los trámites administrativos de AE pueden realizarse desde AP, lo que es especialmente importante dada la dispersión poblacional y la distancia con el hospital en este Sector sanitario. Por este motivo es fundamental unificar procedimientos y actuar de forma coordinada. Para ello en los últimos años se han desarrollado actividades y encuentros, y se han conseguido algunos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

- Disminuir la variabilidad entre las unidades de admisión de los equipos de atención primaria.
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales
- Implementar las novedades en procesos administrativos.
- Promover la utilización de Salud Informa (PIN, SMS, app)
- Primeros auxilios para personal no sanitario
- Eliminación del uso de fax para pedir citas.
- Utilización de aplicación para solicitud y envío de documentación clínica por vía telemática, tanto con el hospital de Barbastro como con la inspección (visados) de Huesca.
- Seguimiento del absentismo en A Especializada
- Acceso al programa de citas del hospital por parte de admisión de AP para registrar en la Precita cuando no hay fechas en LEE.
- Comunicación por correo electrónico de cambios de domicilio o tno. y anulación o cambio de citas.
- Mejorar la información facilitada al usuario en los Centros de salud relativa a AE: consultas sucesivas o listas de espera para LEQ.

En definitiva, el objetivo principal del proyecto es facilitar al usuario desde su Centro de Salud, todas las gestiones administrativas relacionadas con los servicios sanitarios a partir de una buena coordinación entre niveles.

MÉTODO
- Actualizar los manuales de procedimientos administrativos (PO-06 y P0-08).
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP con los de AE.
- Formación. Temas propuestos para este año:
- El Servicio de Admisión y D.C. del H. de Barbastro. Reunión anual para actualización de contenidos comunes
- Consulta No Presencial
- Recordatorio de datos útiles en las citas en Consultas Externas.
- Novedades en la gestión de las Canalizaciones.
- Gestión de la oxigenoterapia domiciliaria.
- Recordatorio de datos útiles en la citas en Radiodiagnóstico. Preparaciones
- Revisión de casos prácticos en Documentación Clínica.
- Dudas frecuentes en Lista de Espera Quirúrgica.
- Facturación, unificación de criterios
- Realizar la precita a interconsultas en las unidades de admisión de Atención Primaria.

INDICADORES
- Nº de reuniones realizadas en 2017 (a nivel de AP y entre AP-AE)
- N de gestiones de PIN y SMS por Centro de Salud
- Memoria anual. Contenido de las reuniones y cursos. Resultados obtenidos.
- P0-08 (Manual para coordinación de servicios admisión de especializada y primaria) revisado y actualizado.
- % de absentismo en consultas de AE (comparativa 2016 y 2017). Por sector y por EAP

DURACIÓN
1er. trimestre 2017: Implantación consulta no presencial
2º trimestre nº Reunión AP, cursos de formación admisión de AP
3er. trimestre: Reunión AP-AE
4º trimestre: Actualización PO-08

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA ESPIER LLORENS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUELLO RIVAS MARIA CARMEN
GRASA CORTINA MARIA DOLORES
TAMBORERO SAYOS MONTSERRAT
GARCES ABADIAS PILAR
LAPORTA ANTON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación: Se han llevado a cabo los siguientes encuentros dirigidos a formar al personal de Admisión en las tareas diarias y a que estas tareas se hagan de forma uniforme en todo el Sector:
Abril: Acogida al personal de nueva incorporación. 3 mañanas de formación.
Mayo: Cambios informáticos con motivo de la renovación de los Pc.
Nueva plataforma para comunicar los Partes al Juzgado: PSP.
Octubre: Web de seguridad del Gobierno de Aragón.
Diciembre: Cargos a Terceros.
Hay una comunicación diaria mayoritariamente por correo electrónico con los distintos Servicios de Admisión de Especializada, para solicitar cambios o uniones de citas a pacientes, informar de cambios de domicilio o teléfono, etc.
También comunicamos duplicidades de HHCC o errores en los AR del hospital que detectamos en Primaria para su corrección.
Facilitamos estas gestiones al usuario lejos del hospital y contribuimos a disminuir incidencias en las citas.
Seguimos precitando las Interconsultas o pruebas radiológicas directamente en el programa del hospital.
Es de gran utilidad la aplicación Documentación Clínica para solicitar informes a Especializada tanto de Barbastro como de H. San Jorge y para enviar documentos a Inspección de Huesca.
Seguimos dando publicidad a las nuevas aplicaciones que facilitan el acceso al usuario a los servicios del Salud (APP).
La Reunión de Coordinación AP-AE se llevará a cabo en Febrero de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Seguimiento absentismo a especializada

ABSENTISMO	2018	2017	2016
ABIEGO	8,78%	10,70%	5,32%
AINSA	15,37%	12,92%	9,99%
ALBALATE	11,03%	10,98%	10,18%
BARBASTRO	11,80%	11,34%	10,13%
BENABARRE	13,46%	12,79%	11,69%
BERBEGAL	7,73%	8,43%	6,78%
BINEFAR	12,15%	11,41%	9,10%
CASTEJON	15,70%	16,84%	11,35%
FRAGA	13,67%	16,80%	17,17%
GRAUS	9,92%	9,93%	7,04%
LAFORTUNADA	12,88%	9,49%	10,28%
MEQUINENZA	19,13%	36,67%	15,38%
MONZON RURAL	9,21%	8,58%	6,72%
MONZON URB	13,53%	13,20%	10,94%
TAMARITE	15,72%	12,71%	11,45%
Promedio Sector	12,67%	13,52%	10,24%

Desde Primaria se está haciendo un esfuerzo por implicar al usuario en las gestiones o anulaciones de sus citas y no se ve una repercusión positiva. Hay que tener en cuenta también que pueden influir las listas de espera y la falta de especialistas.
En cuanto a SMS activados en BDU y PIN facilitados:

INCREM. SMS 2017-2018	INCREM.PIN 2017-2018
ABIEGO 100,00%	25,00%
AINSA 29,02%	37,61%
ALBALATE 54,00%	61,25%
BARBASTRO 34,20%	58,15%
BENABARRE 64,29%	32,14%
BERBEGAL 61,70%	75,86%
BINEFAR 34,34%	57,64%
CASTEJON 24,96%	41,79%
FRAGA 30,12%	70,16%
GRAUS 6,53%	33,67%
LAFORTUNADA 39,00%	36,11%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

MEQUINENZA	45,00%	61,26%
MONZON RURAL	31,25%	65,85%
MONZON URBANO	40,94%	58,91%
TAMARITE	6,02%	48,78%
PROMEDIO INCREM	28,46%	55,22%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos muy positivamente que el usuario en zona rural, lejos de su hospital de referencia, en muchas ocasiones de edad avanzada, pueda hacer sus gestiones desde Admisión de Primaria, evitándole desplazamientos.
La coordinación y los circuitos de comunicación establecidos entre los Servicios de admisión de Primaria y Especializada es fundamental para facilitar gestiones, evitar errores, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1474 ========== ***

Nº de registro: 1474

Título
MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Autores:
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, CUELLO RIVAS M CARMEN, GRASA CORTINA DOLORES, TAMBORERO SAYOS MONSERRAT, GARCES ABADIAS PILAR, LAPORTA ANTON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las Unidades de Admisión de los centros de salud y del hospital están compuestas por trabajadores que continuamente contactan con los ciudadanos para gestionar o resolver una multiplicidad de necesidades de gestión (información, citas, interconsultas, libre elección de especialista, reclamaciones, solicitudes de documentación clínica, trámites administrativos, etc.).
Muchos de los trámites administrativos de AE pueden realizarse desde AP, lo que es especialmente importante dada la dispersión poblacional y la distancia con el hospital en este Sector sanitario. Por este motivo es fundamental unificar procedimientos y actuar de forma coordinada. Para ello en los últimos años se han desarrollado actividades y encuentros, y se han conseguido algunos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la variabilidad entre las unidades de admisión de los equipos de atención primaria.
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales
- Implementar las novedades en procesos administrativos.
- Promover la utilización de Salud Informa (PIN, SMS, app)
- Primeros auxilios para personal no sanitario
- Eliminación del uso de fax para pedir citas.
- Utilización de aplicación para solicitud y envío de documentación clínica por vía telemática, tanto con el hospital de Barbastro como con la inspección (visados) de Huesca.
- Seguimiento del absentismo en A Especializada
- Acceso al programa de citas del hospital por parte de admisión de AP para registrar en la Precita cuando no hay fechas en LEE.
- Comunicación por correo electrónico de cambios de domicilio o tno. y anulación o cambio de citas.
- Mejorar la información facilitada al usuario en los Centros de salud relativa a AE: consultas sucesivas o listas de espera para LEQ.
En definitiva, el objetivo principal del proyecto es facilitar al usuario desde su Centro de Salud, todas las gestiones administrativas relacionadas con los servicios sanitarios a partir de una buena coordinación entre niveles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

MÉTODO
- Actualizar los manuales de procedimientos administrativos (PO-06 y P0-08).
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP con los de AE.
- Formación. Temas propuestos para este año:
- El Servicio de Admisión y D.C. del H. de Barbastro. Reunión anual para actualización de contenidos comunes
- Consulta No Presencial
- Recordatorio de datos útiles en las citas en Consultas Externas.
- Novedades en la gestión de las Canalizaciones.
- Gestión de la oxigenoterapia domiciliaria.
- Recordatorio de datos útiles en la citas en Radiodiagnóstico. Preparaciones
- Revisión de casos prácticos en Documentación Clínica.
- Dudas frecuentes en Lista de Espera Quirúrgica.
- Facturación, unificación de criterios
- Realizar la precita a interconsultas en las unidades de admisión de Atención Primaria.

INDICADORES
- Nº de reuniones realizadas en 2017 (a nivel de AP y entre AP-AE)
- N de gestiones de PIN y SMS por Centro de Salud
- Memoria anual. Contenido de las reuniones y cursos. Resultados obtenidos.
- P0-08 (Manual para coordinación de servicios admisión de especializada y primaria) revisado y actualizado.
- % de absentismo en consultas de AE (comparativa 2016 y 2017). Por sector y por EAP

DURACIÓN
1er. trimestre 2017: Implantación consulta no presencial
2º trimestre nº Reunión AP, cursos de formación admisión de AP
3er. trimestre: Reunión AP-AE
4º trimestre: Actualización PO-08

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PEREZ MELIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ NOGUERO NIEVES
MAULEON PELLON MARIA PILAR
SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
GARCIA SANJUAN GEMA
CLAVERO PEREZ MANUEL
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se designa un responsable.
Se verifica la implicación tanto de profesionalessanitarios como de alumnos y profesores.
Se prepara temario adecuado para cada curso de alumnos.
Se coordinan días de talleres con el profesorado del Colegio.
Para los niños más pequeños utilizamos dispositivos visuales y auditivos para facilitar la enseñanza.
Se valora la metodología utilizada mediante preguntas al finalizar el taller.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos intentado implicar a la población en los procesos asistenciales, así como a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado.
Conseguimos mayor seguridad y satisfacción de todo el personal implicado en el proyecto.
Mejoramos la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones corerectas desde el inicio.
Aumentamos la satisfacción de alumnos y profesores an cuanto a primeros auxilios.
En relación con los indicadores, el número de preguntas acertadas por el alumnado ha llegado casi al 100% de aciertos, superando con creces el objetivo marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la importancia de conocer una RCP básica y primeros auxilios, hemos determinado junto con el profesorado desarrollar este tipo de taller una vez al año para afianzar conceptos. Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/479 ========== ***

Nº de registro: 0479

Título
TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Autores:
PEREZ MELIZ MARIA PILAR, ALVAREZ NOGUERO NIEVES, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, GARCIA SAN JUAN MARIA GEMA, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

PROBLEMA
En los últimos años, desde el colegio de Benasque, nos piden voluntarios del personal sanitario del PAC de Benasque, para impartir este tipo de formación.
Durante las atenciones sanitarias, se objetiva continuamente el desconocimiento de actuación ante situaciones urgentes y/o que precisen atención.
Los alumnos de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
Nos encontramos en zonas rurales con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

RESULTADOS ESPERADOS
Implicar a la población en los procesos asistenciales. Implicando a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado, se conseguirá una mayor seguridad y satisfacción de todos los implicados.
Mejorar la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio.
Prevenir accidentes propios de la infancia /adolescencia y/o las consecuencias de estos, aumentando así la seguridad del usuario.
Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto de centros educativos de la zona de salud.
Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.

MÉTODO
Designar responsables y verificar la implicación tanto del personal sanitario como de los alumnos y profesores.
Preparación de un temario adecuado a la población en edad escolar.
Coordinación con el profesorado y la dirección del centro educativo para la impartición de los talleres.
Realizar un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES
Atención adecuada en primeros auxilios/Total de atenciones>90%

Nº preguntas acertadas en test/Total de preguntas >80%

DURACIÓN
Se impartirán los talleres en el colegio durante el primer trimestre del 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PEREZ MELIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAULEON PELLON MARIA PILAR
SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
GARCIA SANJUAN GEMA
CLAVERO PEREZ MANUEL
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se designa un responsable para llevar a cabo el proyecto.
- Se comunica en reunión de equipo del C. S. Castejón de Sos el proyecto a desarrollar en el Colegio de Benasque.
- Se mantiene reunión informativa con profesorado del Centro Escolar.
- Se coordinan días de talleres con el profesorado del Colegio.
- Se verifica la implicación tanto de profesionales sanitarios como de alumnos y profesores.
- Se prepara temario adecuado para cada curso de alumnos. Para los niños más pequeños utilizamos dispositivos visuales y auditivos para facilitar la enseñanza.
- Se forman grupos de trabajo por edades para desarrollar los talleres.
- Se valora la metodología utilizada y el aprovechamiento de la actividad por parte de los alumnos mediante preguntas al finalizar el taller.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Hemos intentado implicar a la población en los procesos asistenciales, así como a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado.
- Conseguimos mayor seguridad y satisfacción de todo el personal implicado en el proyecto.
- Mejoramos la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio.
- Proporcionamos conocimientos y habilidades relacionadas con cada grupo de escolares de R.C.P y primeros auxilios.
- Aumentamos la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.
- Familiarizamos al alumnado con situaciones de los temas tratados.
- En relación con los indicadores, el número de preguntas acertadas por el alumnado ha llegado casi al 100% de aciertos, superando con creces el objetivo marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.
Nuestra valoración ha sido muy positiva tanto en ejecución como en resultados obtenidos.
Todo el alumnado y profesorado han manifestado su satisfacción.
Ha merecido la pena.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/479 ========== ***

Nº de registro: 0479

Título
TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Autores:
PEREZ MELIZ MARIA PILAR, ALVAREZ NOGUERO NIEVES, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, GARCIA SAN JUAN MARIA GEMA, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En los últimos años, desde el colegio de Benasque, nos piden voluntarios del personal sanitario del PAC de Benasque, para impartir este tipo de formación.
Durante las atenciones sanitarias, se objetiva continuamente el desconocimiento de actuación ante situaciones urgentes y/o que precisen atención.
Los alumnos de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
Nos encontramos en zonas rurales con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

RESULTADOS ESPERADOS
Implicar a la población en los procesos asistenciales. Implicando a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado, se conseguirá una mayor seguridad y satisfacción de todos los implicados.
Mejorar la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio.
Prevenir accidentes propios de la infancia /adolescencia y/o las consecuencias de estos, aumentando así la seguridad del usuario.
Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto de centros educativos de la zona de salud.
Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.

MÉTODO
Designar responsables y verificar la implicación tanto del personal sanitario como de los alumnos y profesores.
Preparación de un temario adecuado a la población en edad escolar.
Coordinación con el profesorado y la dirección del centro educativo para la impartición de los talleres.
Realizar un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES
Atención adecuada en primeros auxilios/Total de atenciones>90%

Nº preguntas acertadas en test/Total de preguntas >80%

DURACIÓN
Se impartirán los talleres en el colegio durante el primer trimestre del 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
PUYUELO LARDIES ASUNCION
MORET MARTINEZ MARIA LUISA
FRANCH FERRER MONSERRAT
ALVAREZ NOGUERO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dotacion y puesta en funcionamiento del carro de paradas
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesion clinica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consiguen los objetivos marcados con exito. Se cumplen los objetivos propuestos en el proyecto. Se ha establecido un calendario de revisiones y se han asignado responsables. Se ha realizado sesion clinica para presentación de carro y para asignación de responsable y elaboración de calendario de revisiones.
Indicadores utilizados:
- Numero de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Numero de sesiones formativas/año => 1

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez puesto en funcionamiento del Carro de paradas, el objetivo a seguir es mantenimiento del carro de paradas segun calendario y normas de uso, actualización si procede, y mantener y actualizar el conocimiento al repecto, asicomo el reciclaje periodico del personal.

7. OBSERVACIONES.
Estamos pendientes de que la comsion del Medicamento se pronuncie sobre la solicitud de incluir medicación que consideramos importante: actocortina amp, Tranxilium 50 mg am y Distraneurine.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/486 ========== ***

Nº de registro: 0486

Título
CARRO DE PARADAS

Autores:
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONTSERRAT, ALVARED NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencia Vital
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

PROBLEMA
En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordad una situacion de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la atencion del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

MÉTODO
Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación inprescindible para cumplir su función
Organizacion y distribucion del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clinica

INDICADORES
- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

DURACIÓN
Duracion: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

OBSERVACIONES
Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atencion Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
PUYUELO LARDIES ASUNCION
MORET MARTINEZ MARIA LUISA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mantenemos el proyecto un año mas, dado que ha habido dificultades y contratiempos, ajenos al proyecto y la voluntad de sus integrantes, que han impedido su conclusión. A saber, ha habido un cambio de los equipos uinformaticos que han conllevado el cambio del programga en el que realizabamos todos los controles y registros de actividfad y caducidades, la base de datos Acces; la dirección no nos ha proporcionado una solucion para migrar los datos a los nuevos programas, ni tampoco la posibilidad de seguir con dicha base de datos; en segundo lugar hemos solicado la ampliación e inclusion de nuevos medicamentos en el Carro de paros, pero la comisión del medicamento aún no ha contestado, y hace ya un año que se presento la solicitud.
En cuanto a las actividades realizadas :
- Creación de Kits específicos para la atención de cuadros concretos: agitación, anafilaxia y coma
Sesion clínica
- Solicitud de medicación nueva que consideramos imprescindibel, con su debida justificación documental y casos clinicos: Actocortina, Tranxilium 50 y Distraneurina.
-Controles y seguimientos del estado del carro: caducidades, revisiones programadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El registro de las revisiones se ha visto afectado por las incidencias informaticas no resueltas .
- pese a ello se han realizado y mantenido la actualización y buen estado de funcionamiento del carro, cumpliendo con elcalendario de revisiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez puesto en funcionamiento, el objetivo es subsanar los problemas surgidos, manbtener el programas de controly revisiones, mantener el reciclaje periodico del personal del centro.

7. OBSERVACIONES.
El programa informatico esta en vías de solución y esperamos esté en funcionamiento en las próximas semanas. Estamos a la espera de la respuesta de la comisión de l medicamento, para poder completar la medicación que consideramos necesaria, dada la peculiaridad de nuestro centro y la distancia que nos separa del hospital más próximo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/486 ========== ***

Nº de registro: 0486

Título
CARRO DE PARADAS

Autores:
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONTSERRAT, ALVARED NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencia Vital
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

PROBLEMA
En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordad una situacion de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la atencion del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

MÉTODO
Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación inprescindible para cumplir su función
Organizacion y distribucion del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clinica

INDICADORES
- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

DURACIÓN
Duracion: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

OBSERVACIONES
Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atencion Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYUELO LARDIES ASUNCION
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO
MORED MARTINEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizo (13 DE MARZO DE 2017)sesión clínica de pie diabético, registro de datos en OMI y consulta en cuadro de mandos; asi como un taller de ITB.

En las reuniones de equipo periodicamente se recuerda la necesidad de visita periodica al cuadro de mandos de diabetes.

Realización de la valoración y exploración de pie diabético, recomendando la realizacion de ITB a todos los diabeticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
pacientes con valoracion riesgo pie diabetico realizado/ nº pacientes diabeticos=104/215 =48% standar >70%

pacientes con exploracion pie diabetico realizada/ nº pacientes diabeticos=132/215= 61% standar >60%

pacientes ITB realizado /nº pacientes diabeticos=
84/215=39% standar >40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
se ha conseguido realizar las exploraciones de pie diabetico propuestas pero resta aumentar las valoraciones del riesgo en un 22% .
respecto a la realizacion del ITB practicamente hemos conseguido el standar propuesto

Proponemos insistir en la realizacion conjunta de la valoracion del riesgo y exploracion del pie igualando los standares propuestos al 60% .

Reforzar el esfuerzo en la realizacion del ITB en las exploraciones y mantener el mismo standar de 40%

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/698 ========== ***

Nº de registro: 0698

Título
EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, MORED MARTINEZ MARIA LUISA, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASAS AGUSTENCH NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La posibilidad de que una persona con diabetes
desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de
entre el 15% y el 25%.
Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación de la extremidad es su principal complicación.
Muchos pacientes con diabetes desconocen qué es una úlcera y cómo puede llegar a afectar a su calidad de vida. Con el objetivo de informar y concienciar sobre esta patología el proyecto del pie diabetico trata de ser una herramienta para fomentar el autocuidado, siguiendo los consejos de los expertos, para mantener unas pautas de prevención específicas es fundamental para evitar este tipo de lesiones y/o minimizar sus complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO
MEJORAR EN CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO
DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA VASCULAR,NEUROPATICA Y SU DERIVACION A ESPECIALIZADA
IMPLICACION DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

MÉTODO
Realizar sesion clinica recuerdo de exploracion de pie diabetico,registro de datos y uso de cuadro de mandos

Insistir en la visita periodica al cuadro de mandos de diabetes

Valorar el riesgo de pie diabetico y realizar la exploracion segun la clasificacion del riesgo

INDICADORES
Nº PACIENTES CON VALORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 70%

Nº PACIENTES CON EXPLORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 60%

Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO/Nº PACIENTES DIABETICOS>=40%

DURACIÓN
INICIO PROGRAMA NOVIEMBRE 2016

SESION CLINICA PIE DIABETICO NOV- 16

DURANTE EL AÑO CITACION PROGRAMADA PARA REALIZACION DE EXPLORACION DEL PIE DIABETICO SEGUN RIESGO.
REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE
(FEBRERO17/ MAYO17/AGOSTO 17/ NOVIEMBRE 17)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DE PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesion clínica de presentacion del Protocolo de atención al pie diabetico en
Aragon realizado en mayo del 2018.
Poniendo énfasis en la nueva unidad de pie diabetico creada en el Hospital de Barbastro y los circuitos de canalización parala detección el seguimiento de dicha patologia.
Periódicamente se recomienda a todos los profesionales en las reuniones de equipo la actualización en el cuadro de mandos para realizar seguimiento de los indicadores relacionados con la diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de datos informáticos ya que el cuadro de mandos nos da información sobre las revisiones de pie diabético realizadas pero no nos informa sobre los ITB realizados.
los datos que podemos extraer del cuadro de mandos a diciembre de 18 son :
Revisión de pie diabético .=48´72%
Valoración de pie diabético. =46.15%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante este año 2018 hemos bajado el estandar propuesto (Mayor de 60%) de exploraciones de pie diabetico realizadas.
No disponemos de datos sobre ITB realizados pero podemos extrapolar que también será menor del propuesto (mayor del 40%)
El objetivo final es prevenir y detectar complicaciones. Enfermería debe adquirir competencias en la valoración del pie diabético identificando factores de riesgo.
Con la puesta en escena de la nueva unidad de pie diabético, que da continuidad a nuestros cuidados esperamos reforzar y conseguir una mejor atención al pie diabético.

7. OBSERVACIONES.
Durante el 2019 se revisarán los indicadores ya que parece ser que es dificultoso obtener datos sobre los ITB realizados.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/698 ========== ***

Nº de registro: 0698

Título
EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, MORED MARTINEZ MARIA LUISA, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASAS AGUSTENCH NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DE PIE DIABETICO

PROBLEMA
La posibilidad de que una persona con diabetes
desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de
entre el 15% y el 25%.
Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación de la extremidad es su principal complicación.
Muchos pacientes con diabetes desconocen qué es una úlcera y cómo puede llegar a afectar a su calidad de vida. Con el objetivo de informar y concienciar sobre esta patología el proyecto del pie diabetico trata de ser una herramienta para fomentar el autocuidado, siguiendo los consejos de los expertos, para mantener unas pautas de prevención específicas es fundamental para evitar este tipo de lesiones y/o minimizar sus complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO
MEJORAR EN CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO
DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA VASCULAR,NEUROPATICA Y SU DERIVACION A ESPECIALIZADA
IMPLICACION DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

MÉTODO
Realizar sesion clinica recuerdo de exploracion de pie diabetico,registro de datos y uso de cuadro de mandos

Insistir en la visita periodica al cuadro de mandos de diabetes

Valorar el riesgo de pie diabetico y realizar la exploracion segun la clasificacion del riesgo

INDICADORES
Nº PACIENTES CON VALORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 70%

Nº PACIENTES CON EXPLORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 60%

Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO/Nº PACIENTES DIABETICOS>=40%

DURACIÓN
INICIO PROGRAMA NOVIEMBRE 2016

SESION CLINICA PIE DIABETICO NOV- 16

DURANTE EL AÑO CITACION PROGRAMADA PARA REALIZACION DE EXPLORACION DEL PIE DIABETICO SEGUN RIESGO.
REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE
(FEBRERO17/ MAYO17/AGOSTO 17/ NOVIEMBRE 17)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LAZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En lugar de crear un registro en papel (Proyecto previo 2016_0293) “Creación de un registro para mejorar la comunicación interprofesional en el P.A.C de Benasque” se decide modificar agendas y ampliar el proyecto a toda la Zona de Salud creando un registro informatizado: Proyecto 2016_1402 : “Creación de un circuito para mejorar la comunicación asistencial interprofesional en la Zona de Salud de Castejón de Sos”. Así preservamos la L.O.P.D. El proyecto 2016_1402 tiene la misma finalidad que el 2016_0293 pero en distinto formato.Se designan responsable del proyecto.
Se realiza sesión informativa.
Se crea un registro de comunicación interprofesional sencillo, que, después de ser consensuado por los distintos profesionales, se decide sea informatizado a través de modificación en las agendas OMI.
* Creación de huecos “admin” en color verde, destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesionalñ que atiende, registrándolo en la agenda del profesional all que quiere informar.
* Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visista presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto “ extra” (derivado de otro profesional). En este apartado es importante que si el paciente no acude, este hecho quede registrado (marcar al “no acudió”.). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.
Se comprueba la puesta en marcha del registro y se anotan distintas incidencias.
Se crea un flujograma explicativo y se distribuye a todos los profesionales.
Se envía correo electrónico interno el 9 Noviembre 2017 a todos los profesionales recordando el proyecto y cómo registrarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha conseguido que el registro sea rellenado por los distintos profesionales, pero se ha puesto en marcha el proyecto.
Se ha intentado implicar a los distintos profesionales y se ha intentado cumplir los objetivos.
Se ha mejorado la atención del ususario en la Zona de Salud tras mejorar la comunicación interprofesional.
Ha mejorado la asistencia de calidad.
Ha aumentado la seguridad a la hora de desarrollar los procesos asistenciales.
Han disminuido los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
Se garantiza la LOPD.
Ha aumentado la satisfaccion de los profesionales.
No se han pedido datos al servicio de informática para elaborar la información en relación a los indicadores porque aunque el proyecto 2016_1402 está bien informado y diseñado, no se han utilizado suficientemente esos huecos habilitados. Aportaremos dichos datos en la siguiente convocatoria y haremos especial hincapié en el desarrollo del proyecto ya que creemos es una buena herramienta de comunicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tenemos que seguir insistiendo en que no se haga transmisión verbal sino registrada en los huecos habilitados.

7. OBSERVACIONES.
En el correo electrónico enviado a los profesionales del Centro se explica lo siguiente:
“ Se ha puesto en marcha el programa de comunicación interprofesional en el Centro de Salud. Os hemos dejado un flujograma explicándolo en cada casillero.
Es muy sencillo, sirve para mejorar la comunicación sobretodo desde A.C a titulares y viceversa.Os explico brevemente aquí.
Se crearon huecos verdes "ADMIN" en cada agenda, tanto de A.C. como de titulares de mañanas; nos indica que debemos abrir la historia porque debemos de estar informados de dicho paciente por el motivo que sea.
En el caso en que un paciente creamos conveniente que debe de ser visitado en consulta por otro profesional (E.A.C, médico de familia, pediatra...) lo citaremos cambiando un acto de demanda por otro que pone "EXTRA", (derivado de otro profesional); en este caso, si no acude a consulta, debemos clicar en "no acudió". En caso de que sea un domicilio, se clicará "EXTRA" y en observaciones añadiremos que es un domicilio.
En una próxima reunión lo explicaré, o si tenéis alguna duda me lo comunicais. Gracias”.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1402 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LAZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Nº de registro: 1402

Título
CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Autores:
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, PEREZ MELIZ MARIA PILAR, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA, GARCIA SANJUAN GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que requiera continuidad de tratamiento y/o cuidados
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente no existe ningún circuito de comunicación asistencial entre los profesionales del EAP, ya que hasta ahora la información de continuación de tratamientos ha estado basada en notas personales dejadas en las mesas de consulta.
Este procedimiento no garantiza ninguna seguridad ni en el seguimiento al paciente ni con respecto a la LOPD., suponiendo un problema para la atención sanitaria de calidad
El objetivo de este proyecto es diseñar un circuito que facilite o garantice la continuidad asistencial que debe ser llevada a cabo entre los distintos profesionales, en los distintos turnos.
Así aumentaríamos la seguridad y satisfacción del usuario y de los profesionales implicados, aumentando la calidad en la atención sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del usuario en la Zona de Salud.
Ofrecerle una asistencia de calidad.
Aumentar la seguridad a la hora de desarrollar procesos asistenciales.
Disminuir los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
Garantizar la LOPD.
Implicar a todos los profesionales y verificar que todos se implican en el cumplimiento de objetivos.
Aumentar la satisfacción de los profesionales

MÉTODO
Designar responsable.
Creación de un circuito de comunicación interprofesional sencillo.
Las irregularidades que se detecten se reflejarán en el registro de incidencias.
Modificación agendas OMI.
Creación de huecos “admin” en color verde destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.
Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto “extra”: DERIVADO DE OTRO PROFESIONAL. En este apartado es importante que si el paciente No acude, este hecho quede registrado. (darle al “no acudió”). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.
Realizar sesión informativa en reunión del EAP.

INDICADORES
- Número de incidencias abiertas en relación al circuito de comunicación.
- Número de huecos verdes "admin" utilizados.

DURACIÓN
Inicio: 22 de mayo: presentación del borrador del proyecto al EAP.
Junio: modificación agendas OMI para poner huecos verdes “admin.”
Una vez modificadas las agendas, se informará mediante reunión de EAP a todos los miembros para poder iniciar el circuito.
Finalización: Mayo 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LAZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como se explicó en la anterior memoria enviada, en lugar de crear un registro en papel (Proyecto previo 2016_0293) “Creación de un registro para mejorar la comunicación interprofesional en el P.A.C de Benasque” se decide modificar agendas y ampliar el proyecto a toda la Zona de Salud creando un registro informatizado: Proyecto 2016_1402 : “Creación de un circuito para mejorar la comunicación asistencial interprofesional en la Zona de Salud de Castejón de Sos”.
Así PRESERVAMOS LA L.O.P.D. (El proyecto 2016_1402 tiene la misma finalidad que el 2016_0293 pero en distinto formato.)
- Se designan responsable del proyecto, siendo Mª Eugenia Castillo la encargada de llevarlo a cabo.
- Se realiza sesión informativa en el C. S. Castejón de Sos.
- Se crea un registro de comunicación interprofesional sencillo, que, después de ser consensuado por los distintos profesionales, se decide sea informatizado a través de modificación en las agendas OMI.
* Creación de huecos “admin” en color verde, destinados a comunicación asistencial informativa unicamente. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.
* Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto “ extra” (derivado de otro profesional). En este apartado es importante que si el paciente no acude, este hecho quede registrado (marcar al “no acudió”). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.
- Se comprueba la puesta en marcha del registro y se anotan distintas incidencias.
- Se crea un flujograma explicativo y se distribuye a todos los profesionales por medio de un correo interno en OMI.(Se envía correo electrónico interno el 9 Noviembre 2017 a todos los profesionales recordando el proyecto y cómo registrarlo). Y en sucesivas ocasiones se va recordando verbalmente para que se lleve a cabo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha puesto en marcha el proyecto: el registro no ha sido rellenado por la totalidad de los distintos profesionales, pero aquellos que lo han utilizado han podido observar que facilita la comunicación asistencial interprofesional y el trabajo.
- Se ha intentado implicar a los distintos profesionales y se ha intentado cumplir los objetivos.
- Se ha mejorado la atención del usuario en la Zona de Salud tras mejorar la comunicación interprofesional.
- Ha mejorado la asistencia de calidad.
- Ha aumentado la seguridad a la hora de desarrollar los procesos asistenciales. - Han disminuido los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
- Se garantiza la LOPD.
- Ha aumentado la satisfacción de los profesionales que han desarrollado este programa.
- No se han pedido datos al servicio de informática para elaborar la información en relación a los indicadores porque aunque el proyecto 2016_1402 está bien informado y diseñado, no se han utilizado suficientemente esos huecos habilitados. Seguimos haciendo especial hincapié en el desarrollo del proyecto ya que creemos es una buena herramienta de comunicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tenemos que seguir insistiendo en que no se haga transmisión verbal sino registrada en los huecos habilitados para que prevalezca la L.O.P.D.

7. OBSERVACIONES.
En el correo electrónico enviado a los profesionales del Centro se explica lo siguiente: “ Se ha puesto en marcha el programa de comunicación interprofesional en el Centro de Salud. Os hemos dejado un flujograma explicándolo en cada casillero. Es muy sencillo, sirve para mejorar la comunicación sobre todo desde A.C a titulares y viceversa. Os explico brevemente aquí. Se crearon huecos verdes "ADMIN" en cada agenda, tanto de A.C. como de titulares de mañanas; nos indica que debemos abrir la historia porque debemos de estar informados de dicho paciente por el motivo que sea. En el caso en que un paciente creamos conveniente que debe de ser visitado en consulta por otro profesional (E.A.C, médico de familia, pediatra...) lo citaremos cambiando un acto de demanda por otro que pone "EXTRA", (derivado de otro profesional); en este caso, si no acude a consulta, debemos clicar en "no acudió". En caso de que sea un domicilio, se clicará "EXTRA" y en observaciones añadiremos que es un domicilio. En una próxima reunión lo explicaré, o si tenéis alguna duda me lo comunicáis . Gracias”.
Continuaremos insistiendo ya que facilita la comunicación interprofesional manteniendo la L.O.P.D.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1402 ========== ***

Nº de registro: 1402

Título
CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Autores:
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, PEREZ MELIZ MARIA PILAR, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA, GARCIA SANJUAN GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que requiera continuidad de tratamiento y/o cuidados
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente no existe ningún circuito de comunicación asistencial entre los profesionales del EAP, ya que hasta ahora la información de continuación de tratamientos ha estado basada en notas personales dejadas en las mesas de consulta.
Este procedimiento no garantiza ninguna seguridad ni en el seguimiento al paciente ni con respecto a la LOPD., suponiendo un problema para la atención sanitaria de calidad
El objetivo de este proyecto es diseñar un circuito que facilite o garantice la continuidad asistencial que debe ser llevada a cabo entre los distintos profesionales, en los distintos turnos.
Así aumentaríamos la seguridad y satisfacción del usuario y de los profesionales implicados, aumentando la calidad en la atención sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del usuario en la Zona de Salud.
Ofrecerle una asistencia de calidad.
Aumentar la seguridad a la hora de desarrollar procesos asistenciales.
Disminuir los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
Garantizar la LOPD.
Implicar a todos los profesionales y verificar que todos se implican en el cumplimiento de objetivos.
Aumentar la satisfacción de los profesionales

MÉTODO
Designar responsable.
Creación de un circuito de comunicación interprofesional sencillo.
Las irregularidades que se detecten se reflejarán en el registro de incidencias.
Modificación agendas OMI.
Creación de huecos “admin” en color verde destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.
Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto “extra”: DERIVADO DE OTRO PROFESIONAL. En este apartado es importante que si el paciente No acude, este hecho quede registrado. (darle al “no acudió”). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.
Realizar sesión informativa en reunión del EAP.

INDICADORES
- Número de incidencias abiertas en relación al circuito de comunicación.
- Número de huecos verdes "admin" utilizados.

DURACIÓN
Inicio: 22 de mayo: presentación del borrador del proyecto al EAP.
Junio: modificación agendas OMI para poner huecos verdes “admin.”
Una vez modificadas las agendas, se informará mediante reunión de EAP a todos los miembros para poder iniciar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

el circuito.
Finalización: Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-SOLICITUD MATERIAL PARA REALIZACIÓN PROYECTO.
-CONCRETAR LUGAR Y DÍA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.
-REALIZACIÓN ACTIVIDAD:01-2017 Y 02-2017
-INFORMAR PROYECTO EN CONSEJO DE SALUD:06-2017 Y 11-2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD:29-06-2017 Y 09-11-2017
-RESULTADOS DEL TEST INICIAL EN RELACIÓN CON EL TEST FINAL >40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración ha sido positiva tanto en la ejecución como en los resultados obtenidos.Las personas que han participado en las actividades han manifestado su satisfacción con ellas por la información que aportan y la importancia que tienen en las situaciones de compromiso vital.
Esperamos seguir con el proyecto y si es posible aumentar el nº de personas a las que va destinado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1408 ========== ***

Nº de registro: 1408

Título
FORMACION EN R.C.P. BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. DE CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Instituto Nacional de Estadística en su último informe, sigue situando a la E.C.V. como 1ª causa de muerte en España con el 29,39% del total de fallecidos.La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año.La mayoría de estas muertes se producen en el ámbito extrahospitalario y casi siempre, los primeros que atienden a las victimas son sus familiares, amigos, vecinos...por lo que la educación en las maniobras de resucitación deben de ir dirigidas a toda la población, para iniciarlas de la manera más precoz posible e intentar conseguir mayor supervivencia del paciente, con las menores secuelas posibles.
Cada vez más, se recomienda la existencia de DESA en lugares no sanitarios, por lo que la formación sobre su manejo se hace imprescindible, sobretodo en aquellos lugares donde ya existe el desfibrilador, siendo necesaria, según la legislación vigente aragonesa, un certificado de formación para su uso.
En conversaciones con miembros de ayuntamientos, asociaciones de la zona detectamos el interés que suscita este tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

RESULTADOS ESPERADOS
.Proporcionar los conocimientos y las habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca por parte del personal no sanitario.
.Aumentar la supervivencia y disminuir las secuelas en caso de parada.
.Implicar a las personas en el cuidado y atención de su salud y de sus conciudadanos.
.Conocimiento de la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca
.Familiarizarse con el DESA y su manejo..

MÉTODO
-Hablar con la población para organizar los cursos.
- Informar en el próximo Consejo de Salud.
-Preparar presentaciones teóricas.
-Solicitar los materiales necesarios para la realización de los talleres: muñecos, torsos, DESA demostración...
-Pasar test pre y pos formación.
-Registro de la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaría

INDICADORES
-Acta del Consejo de Salud donde se recoga la presentación de los proyectos Asistenciales y Comunitarios.
-Nº de talleres = o > 1
-Aumento de la puntuación de los participantes en el test,tras la formación.

DURACIÓN
Enero-Diciembre 2017
Consejo de salud:mayo-junio 2017
Conversaciones con Ayuntamientos y Asociaciones: enero-diciembre
Cursos de RCP Básica: 3 horas
Cursos de RCP y manejo DESA: 8 h.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-SE SOLICITÓ MATERIAL PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO A LA UNIDAD DOCENTE Y AL COLEGIO DE MÉDICOS.
-EL 03/02/2018: CHARLA PARA LA ASOCIACIÓN DE MUJERES DE BONANSA-MONTANUY.
-EL 20/04/2018: CURSO -TALLER DE RCP Y MANEJO DEL DESA PARA LAS PERSONAS ACREDITADAS EN LOS AÑOS ANTERIORES.
-EL 26/11/2018:CURSO-TALLER RCP-PRIMEROS AUXILIOS A 1º BACHILLERATO I.E.S. CASTEJÓN DE SOS.
-SE INFORMÓ DEL PROYECTO EN LOS CONSEJOS DE SALUD DE LA ZONA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LA S FICHAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA
-REGISTRO EN ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD.
-RESULTADOS DEL TEST INICIAL EN RELACIÓN CON EL TEST FINAL >40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HA SIDO MUY POSITIVO Y DE GRAN UTILIDAD PRACTICA EL DESARROLLO DE ESTE PROYECTO.cOMO AHORA ESTÁ CONSOLIDADO Y REGISTRADO EN LA AGENDA COMUNITARIA DECIMOS SU CIERRE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1408 ========== ***

Nº de registro: 1408

Título
FORMACION EN R.C.P. BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. DE CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Instituto Nacional de Estadística en su último informe, sigue situando a la E.C.V. como 1ª causa de muerte en España con el 29,39% del total de fallecidos.La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año.La mayoría de estas muertes se producen en el ámbito extrahospitalario y casi siempre, los primeros que atienden a las victimas son sus familiares, amigos, vecinos...por lo que la educación en las maniobras de resucitación deben de ir dirigidas a toda la población, para iniciarlas de la manera más precoz posible e intentar conseguir mayor supervivencia del paciente, con las menores secuelas posibles.
Cada vez más, se recomienda la existencia de DESA en lugares no sanitarios, por lo que la formación sobre su manejo se hace imprescindible, sobretodo en aquellos lugares donde ya existe el desfibrilador, siendo necesaria, según la legislación vigente aragonesa, un certificado de formación para su uso.
En conversaciones con miembros de ayuntamientos, asociaciones de la zona detectamos el interés que suscita este tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

RESULTADOS ESPERADOS
.Proporcionar los conocimientos y las habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca por parte del personal no sanitario.
.Aumentar la supervivencia y disminuir las secuelas en caso de parada.
.Implicar a las personas en el cuidado y atención de su salud y de sus conciudadanos.
.Conocimiento de la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca
.Familiarizarse con el DESA y su manejo..

MÉTODO
-Hablar con la población para organizar los cursos.
- Informar en el próximo Consejo de Salud.
-Preparar presentaciones teóricas.
-Solicitar los materiales necesarios para la realización de los talleres: muñecos, torsos, DESA demostración...
-Pasar test pre y pos formación.
-Registro de la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaría

INDICADORES
-Acta del Consejo de Salud donde se recoga la presentación de los proyectos Asistenciales y Comunitarios.
-Nº de talleres = o > 1
-Aumento de la puntuación de los participantes en el test,tras la formación.

DURACIÓN
Enero-Diciembre 2017
Consejo de salud:mayo-junio 2017
Conversaciones con Ayuntamientos y Asociaciones: enero-diciembre
Cursos de RCP Básica: 3 horas
Cursos de RCP y manejo DESA: 8 h.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT GUILLEN PEREZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Información al EAP sobre la actividades que se realizan.
- Actualización de octavillas informativas
- Inclusión de la misma información en los trípticos informativos que se entregan al asignar médico en este EAP
- Información verbal sobre las ventajas de la Aplicación y del Aviso por SMS a los usuarios que acuden por otras gestiones al Servicio de Admisión o llaman por teléfono.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos de casillas marcadas en BDU para SMS y el número de PIN generados, nos lo ha facilitado el CAU.
Los datos sobre citas "web" nos los ha facilitado el Servicio de Informática de nuestro Sector.
En todos los datos de SMS, Pin asignados y citas Web obtenidas, se observa un incremento notable.

AUTORIZA COMUNICACIÓN por SMS					INCREMENTO SMS		
CIAS	ene-17/ene-18/ene-19			CIAS	17-18	18-19	
1001130101Q	1	3	5	1001130101Q	66,67%	40,00%	
1001130102V	39	125	170	1001130102V	68,80%	26,47%	
1001130103H	45	119	155	1001130103H	62,18%	23,23%	
1001130104L	0	4	10	1001130104L	100,00%	60,00%	
1001130105C	43	85	130	1001130105C	49,41%	34,62%	
1001130201R	32	71	91	1001130201R	54,93%	21,98%	
TOTALES	160	407	561	PROMEDIO	67,00%	34,38%	

PINES GENERADOS					INCREMENTO PIN		
CIAS	ene-17/ene-18/ene-19			CIAS	17-18	18-19	
1001130101Q	0	3	5	1001130101Q	100,00%	40,00%	
1001130102V	15	100	176	1001130102V	85,00%	43,18%	
1001130103H	7	86	145	1001130103H	91,86%	40,69%	
1001130104L	1	1	8	1001130104L	0,00%	87,50%	
1001130105C	5	46	108	1001130105C	89,13%	57,41%	
1001130201R	2	53	82	1001130201R	96,23%	35,37%	
TOTALES	30	289	524	PROMEDIO	77,04%	50,69%	

CITAS "WEB" REGISTRADAS: incremento: año 2017: 33%, año 2018: 28%

CIAS	2016	2017	2018
0101Q	18	20	15
0102C	28	91	152
0103H	63	107	201
0104L	186	171	104
0105C	42	86	170
PEDIATRIA	8	41	69
PUYUELO	6	13	20
ALONSO	8	15	33
MORED	19	15	10
GªGONZALEZ	0	8	17
MARTINEZ	0	0	1
TOTAL AÑO	378	567	792

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estos datos indican una implicación del usuario en el sistema. En la Aplicación tienen su agenda de visitas, por lo que pueden gestionarlas y solicitar anulaciones, lo que ayuda a disminuir el absentismo, tanto a Primaria como a Especializada, ésta última más necesaria, dadas las listas de espera.

7. OBSERVACIONES.
Deseamos continuar un año más con este Proyecto para conseguir una mayor cobertura. En nuestro Centro de Salud tenemos un 15,70% de absentismo a Especializada y creemos necesario bajar esta cifra.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1461 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Nº de registro: 1461

Título
FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:
GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no está relacionado con patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: implicación del usuario con el sistema sanitario
---
Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.
-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.
Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en “saludinforma” ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan
- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.
2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:
• A través de Internet, en www.saludinforma.es
• Mediante la APP “saludinforma”
Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):
• La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.
• La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en www.saludinforma.es a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.
El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

MÉTODO
• Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.
• Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.
• Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos
• Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

INDICADORES
Cada año solicitaremos los siguientes datos:
• Número de casillas “autoriza comunicación por SMS” marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.
• Número de PIN generados en BDU.
• Número de citas dadas en OMI con la clave “web”
Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.
SITUACIÓN DE PARTIDA:
PINs GENERADOS:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		
1001130105C	5		
1001130201R	2		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Casilla “SMS” activada:
CIAS ENERO-17/ENERO-18/INCREM.
1001130101Q 1
1001130102V 39
1001130103H 45
1001130104L 0
1001130105C 43
1001130201R 32
Citas dadas por “web”**
CIAS Año 2016 Año 2017 INCREM. Año 2018 INCREM.
1001130101Q: 1968
1001130102V/1001130103H/1001130201R: 2460
1001130104L: 492
1001130105C: 1476
**dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

DURACIÓN
Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citaciones “web” de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.
El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se informó del proyecto en reunión del EAP
Solicitó y recibió el MAPA y el tensiometro detector de arrimias (este hace 3 meses).
Se creó la agenda para la realización del MAPA
Se programó la distribución del MAPA entre los distintos cupos del centro
Se realizaron sesiones clínicas y talleres de manejo e interpretación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-nº de sesiones formativas: 3 registradas en el acta de sesiones (2 en noviembre del 2017 y 1 en noviembre del 2018.Objetivo: >2
-nº de MAPAS realizados: 42 .objetivo:=> 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pensamos que ha sido util la introducción del MAPA en el diagnostico, control y seguimiento de nuestros pacientes hipertensos y pensamos en continuar con el proyecto para normalizar en todos los cupos su uso y además introducir de un modo parecido al MAPA, el tensiómetro detector de arritmias, ya que no hemos tenido tiempo de implantarlo por recibirlo hace poco tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/177 ========== ***

Nº de registro: 0177

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, ALONSO BERGES RAQUEL, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por el elevado riesgo cardiovascular que conlleva, siendo el principal factor de riesgo cardiovascular modificable para un evento cardiovascular. La medida aislada de la presión arterial obtenida de forma programada o fortuita en un centro sanitario o en una oficina de farmacia puede considerarse como un punto de partida en el diagnostico, seguimiento y tratamiento de la HTA. No obstante al tratarse de una medición casual, aislada, realizada fuera del entorno habitual del paciente puede verse afectada por el efecto "bata blanca"al tiempo que es poco reproducible y no proporciona información durante las actividades cotidianas del paciente o durante el sueño. Estas limitaciones pueden conducir a problemas o errores en el diagnóstico,en la evaluación del perfil de riesgo del paciente, en la efectividad y adecuación de los tratamientos antihipertensivos instaurados y,en general, en la de decisiones clínicas. Por todo ello los profesionales sanitarios nos deberíamos decantar por usar dispositivos de medidas más innovadores,que permitan evitar el efecto "bata

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

blanca",que tengan mayor reproductividad y que permitan estudiar la variabilidad de la PA y su patrón circadiano durante la actividad cotidiana del paciente,como puede ser el dispositivo de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial "MAPA".

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes hipertensos.
-Disminuir las complicaciones cardiovasculares del paciente hipertenso.
-Mejorar la estratificación del Riesgo Cardiovascular.
-Aumentar los conocimientos sobre Hipertensión Arterial de los profesionales sanitarios.
-Fomentar el uso del MAPA entre los profesionales sanitarios, familiarizándose con su realización e interpretación.
-Aumentar la satisfacción delos usuarios y profesionales.

MÉTODO
-Información del proyecto en reunión del E.A.P.
-Realización de sesiones clínicas sobre HTA.
-Solicitar MAPA-Realización de varias sesiones clínicas y talleres sobre su manejo e interpretación.
-Solicitar Tensiometro con detector de arritmias.Sesión clínica sobre manejo y interpretación.
-Crear agenda para la realización MAPA.
-Programar la utilización del MAPA entre los distintos cupos.

INDICADORES
-Nº de sesiones formativas = > 2.
-Nº de MAPAS realizados => 10

DURACIÓN
Noviembre 2017-Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1446

1. TÍTULO

FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL YSEBIE RONSE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primera reunión con los distintos instituciones colaboradoras prevista el 25/02/2019 (instituto, colegio, residencia de ancianos, servicios sociales y ayuntamiento, Centro de salud)

La idea es crear un activo para la salud para que se puedan apuntar a los mayores del valle a la actividad a través de una derivación por parte de los profesionales médicos del CS de Castejón de Sos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
se hizo una primera propuesta del proyecto en el consejo de salud en dic 2018 con buena acogida. Se decide ampliar el proyecto a todos los mayores del Valle. El alcalde quiere organizar un transporte para que los mayores de los pueblos puedan acudir a las actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
parece que el proyecto tiene una buena acogida por las instituciones colaboradoras.

7. OBSERVACIONES.
La escasez de tiempo debida a la carga de trabajo nos impide desarrollar el proyecto con más agilidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1446 ========== ***

Nº de registro: 1446

Título
SALUD COMUNITARIA: FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Autores:
YSEBIE RONSE ISABEL, ALONSO BERGES RAQUEL, GONZALEZ FERNANDEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los ancianos pasan gran parte del día sentados y con escasos estímulos. Los RRHH con los que cuenta le residencia no son suficientes para poder cubrir esas necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el bienestar y estimular la actividad física y agilidad mental de los residentes.
Fomentar en los jovenes valores como el, compromiso, respeto y la empatia con los mayores.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1446

1. TÍTULO

FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Realizar una vez por semana paseos, gimnasia gerontológica y/o actividades lúdicas.

INDICADORES
nº de residentes implicados/nº de total de residentes=40%

nº de alumnos del instituto implicados/ nº de alunado del instituto=10%

nº de alumnos del colegio implicados/nº de alumnado de colegio=10%

DURACIÓN
inicio: septiembre 2018
duración: curso escolar

OBSERVACIONES
la idea del proyecto de salud comunitaria es que a lo largo del tiempo, los alumnos obtengan suficiente empoderamiento para llevar a cabo las actividades sin nuestra supervisión.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1493

1. TÍTULO

IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una sesión clínica para presentar el proyecto y un pequeño taller para adiestrar a los profesionales sobre el registro de los pacientes tratados con NACO en TAONET.
Busqueda activa de los pacientes tratados con NACO a traves del Servicio de Farmacia DE ATENCIÓN PRIMARIA (Maria José Buisan). Se reparte un listado entre los profesionales para su posterior registro en OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Pacientes con NACO registrados en TAONET/ total de pacientes tratados con NACO= 23/28 = 60%
El standar marcado era de un 10%,la respuesta del equipo ha sido muy positiva.

2.Pacientes tratados con NACO registrados en TAONET/ total de pacientes registrados en TAONET = 23/80 = 28%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aceptación del proyecto ha sido positiva. en este momento tenemos al 60% de los pacientes tratados con NACO correctamente identificados en la historia clínica.
Continuaremos este año 2019 revisando a través del listado de pacientes tratados ACOD hasta que el registro se realice de forma sistemática.
Se pretende llegar al 90% de los pacientes registrados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1493 ========== ***

Nº de registro: 1493

Título
IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTOS DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

Autores:
ALONSO BERGES RAQUEL, YSEBIE RONSE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Del total de los pacientes anticoagulados, sólo existía registro con un ícono espicífico en OMI para los pacientes tratados con Sintrom. Tras la último modificación de TAONET es posible registrar los pacientes tratados con los NACOS.
Consideramos que el hecho de tener a todos los pacientes anticoagulados correctamente registrasdos contribuye a la seguridad del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1493

1. TÍTULO

IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

RESULTADOS ESPERADOS
Identificar a los pacientes tratados con NACO a través del nuevo registro de TAONET.

MÉTODO
busqueda activa de los pacientes que están en tratamiento con NACO y proceder a su registro en el programa de TAONET

INDICADORES
pacientes con NACO registrados en TAONET/total de pacientes registrados en TAONET> 10%
pacientes con NACO registrados en TAONET/total de pacientes en tto con NACO

DURACIÓN
junio 2018 (coincide con la implantación de la nueva versión del TAONET)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DAVID CERVERA VIDAL
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLLADOS GRAO LAURA
PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN
VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL
JARNE GER CARLOS
FORTIT GARCIA JONATAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se reciben llamadas telefónicas en cuatro de los terminales, lo que se simultanea con la atención al público según acude al centro.
Se han instalado auriculares que facilitan la atención telefónica, así como el tecleado a la vez que se está al aparato.
Se realizó difusión de la obtención de cita por internet y a través de la aplicación.
Se ha sintetizado mucha de la información expuesta a los pacientes, lo que permite concentrar más atención en cada mensaje.
Se ha replanteado la disposición de los trabajadores, de modo que no tienen especialización concreta, sino que atienden cualquier tipo de demanda que los pacientes puedan realizar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A la fecha de cumplimentar esta memoria, el responsable no puede acceder a los datos necesarios para calibrar los resultados alcanzados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A falta de conocer los resultados reales de las medidas adoptadas, puede ser precipitado extraer conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1321 ========== ***

Nº de registro: 1321

Título
REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Autores:
CERVERA VIDAL DAVID, COLLADOS GRAO LAURA, PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN, VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL, JARNE GER CARLOS, FORTIT GARCIA JONATAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Aspectos relacionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Administrativo y organizativo

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a reclamaciones de usuarios, y por la funcionalidad intracentro, se observa que la recepción de llamadas externas e internas es limitada, quedando muchas sin responder. Según datos de enero de 2018, solo se respondió el 19% de llamadas (81% desatendidas)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

El CS Fraga recibe más de 700 llamadas varios días por semana casi en cualquier periodo del año. Así, se atienden en media 133 llamadas/día.

El equipo de admisión consta de 5 auxiliares administrativos y atiende más de 19.000 usuarios, de Fraga y pueblos vinculados. Los meses de mayo las afiliaciones aumentan hasta un 30%, lo que repercute directamente en nuevas tarjetas. Esto implica una labor reflejada en los siguientes datos, del 1 de enero hasta 31 de mayo de 2018:

Registros de tarjeta Sanitaria, movimientos: 2.336
Registros en OMI: 51.176
Altas rápidas: 919

La fluidez en la comunicación telefónica es muy apreciada por usuarios y profesionales, y su ausencia genera insatisfacción. Por el gran volumen de tareas y usuarios no es posible contestar todas las llamadas tal y como sería deseable.
Así, es crucial aportar mejoras estructurales/organizativas, que palíen la falta de recursos humanos y diseñar un sistema que agilice la comunicación telefónica para el CS Fraga.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera:
Disminuir la demanda de comunicación telefónica, fomentando el uso de vías alternativas
Aumentar al menos en un 8 % la recepción telefónica
Que el nuevo diseño favorezca un trabajo de calidad y genere satisfacción y salud a usuarios, profesionales y sistema.
Un ahorro económico a medio – largo plazo.
Población diana: usuarios; intervenciones dirigidas a: usuarios, profesionales y sistema.

MÉTODO
Punto de partida: hasta abril 2018 solo entraban llamadas en 2 de los 5 teléfonos -que podían silenciarse, quedando una señal luminosa como todo reclamo de atención- y existía una única vía de entrada para las llamadas. Gracias a una monitorización, se esclarece cuál es el déficit y la comparativa respecto a otros centros, evidenciando la necesidad de cambios.
El notable número de reclamaciones que responde el coordinador del CS lo confirma.
La jefa de admisión del Sector Barbastro llevó a cabo cambios técnicos y ha expuesto propuestas de cambio contrastadas, a la vez que matiza las posibilidades técnicas de los auxiliares administrativos. Las acciones iniciadas son:

1. se ha establecido un ritmo para la recepción telefónica y para actividades simultáneas, consistente en uno a uno y evitar dejar entradas telefónicas perdidas

2. se han habilitado líneas de entrada múltiples, todos los teléfonos pueden recoger llamadas y ninguno silenciarse
3. se han solicitado posters y folletos de SALUD INFORMA, repartidas estratégicamente por el CS

4. los profesionales del CS han diseñado carteles y tarjetas con información de SALUD INFORMA para entrega directa a pacientes

5. Está tratada con D.A.P. la necesidad de un 6º auxiliar administrativo (ratio de usuarios / auxiliar administrativo recomendado)

6. Se está gestionando el cambio de distribución horaria del personal de admisión que, actualmente, colabora en la recepción de pacientes en urgencias de 15 a 17 horas, lo que excede de sus competencias y mengua el desarrollo de actividades propias

7. Dotar al personal de admisión de auriculares inalámbricos que facilitan responder las llamadas desde cualquier sitio y dan rapidez al tener las manos libres

Se ha acordado tratar sobre la recepción de llamadas telefónicas en un mínimo de 3 reuniones anuales entre auxiliares administrativos y coordinación de A.P. (se reúnen mínimo cada mes), en 1 de cada 3 reuniones entre profesionales de medicina (reunión semanal) y en 1 de cada 6 reuniones con todos los profesionales del CS (promedio de 3 reuniones mensuales)

Se espera aumentar la satisfacción y el empoderamiento de usuarios y mejorar la agilidad de las funciones y bienestar de los auxiliares administrativos.

INDICADORES
1. comparar total de llamadas entre enero 2018 y enero 2019, recibidas en el CS Fraga, de lunes a viernes en horario de 8 a 15 horas. Aumentar llamadas atendidas respecto al total del 19% de enero 2018 al 27% en enero 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

2. Nº de citas obtenidas por web/Nº de PIN facilitados desde BDU

Los datos serán suministrados por CAU

Los límites inferior y superior de calidad: 21% y 33% de llamadas atendidas respecto al total de entrantes.

DURACIÓN
Inicio: 1ª semana junio 2018
Fin: enero de 2019, tras obtención de resultados, con muestra inicial en noviembre 2018

Si los resultados se acercan a los esperados y/o generan tendencia, se establecerá y dará continuidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... NURIA ARESTE ALBA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BITRIAN AISA PILAR
LAFUENTE PALACIN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Pacientes EPOC con más de 6 meses desde el diagnóstico, en consulta de enfermería se explica en que consiste la intervención (al paciente y al familiar).
Anatarlo en história clínica.
Cada intervención consta de 10 participantes (entre pacientes y cuidadores) y tiene que haber 4 de reserva.
4 sesiones de 1 h 30 minutos, con talleres.
Se realiza questionario de conocimientos antes y a los 6 meses de la intervención. Questionario de uso de inhaladores antes y despues intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sumatorio (%test conocimientos a los 6 meses- % test conocimientos pre, de todos los participantes)/ nº participantes = 11.44 % (el objetivo era aumentar un 5%).
Sumatorio (%test inhaladores post- %test inhaladores pre) / nº participantes = 25.97% (el objetivo era aumentar un 5%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al igual que en la búsqueda bibliográfica hemos vista que la educación sanitaria aumenta los niveles de conocimientos y habilidades de los pacientes con EPOC.
Se debería de realizar una sesión de mantenimiento, en los pacientes que ya han recibido la intervención, cada 2 años.
Debemos continuar realizando esta intervención en todos aquellos pacientes con EPOC del CS de Fraga.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/165 ========== ***

Nº de registro: 0165

Título
INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Autores:
ARESTE ALBA NURIA, BITRIAN AISA PILAR, LAFUENTE PALACIN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En septiembre de 2011 se implantó el Programa de EPOC en el Servicio Aragonés de la Salud por parte del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Posteriormente, en el año 2013 se realizó una revisión exhaustiva de historias clínicas, de los 113 pacientes diagnosticados de EPOC se observó que a solo un 0,86% de éstos se les había aplicado dicho programa.
En los últimos datos publicados en el Epidemiologic Study of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Spain (EPI-SCAN), se habla de una prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en España de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

10,2%, aumentando ésta con la edad, el consumo de tabaco y siendo mayor en los pacientes con menor nivel educativo. La EPOC destaca por su elevada morbimortalidad, así como por un elevado coste sanitario, un incremento en el porcentaje de absentismo laboral, y una disminución de la calidad de vida de estos pacientes.
Se ha constatado que la rehabilitación pulmonar (RP) tiene efectos beneficiosos en pacientes con EPOC, a la vez que aumenta su capacidad funcional y su calidad de vida, disminuye sus exacerbaciones, las visitas a los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios. Lo mismo pasa con la vacuna de la gripe, ésta disminuye las exacerbaciones; En cambio, no podemos decir lo mismo de la vacuna neumocócica 23 valente, por no tener suficiente evidencia, aunque se recomienda su administración y continuar con su investigación. Los programas de RP se centran en la actividad física e incluyen educación a pacientes en autocontrol y cambios de estilos de vida, siendo el más importante el abandono del hábito tabáquico, ya que esta medida se ha demostrado eficaz y la principal para evitar el desarrollo y progresión de la EPOC.
Los cuidadores, especialmente si son familia, juegan un papel importante en la promoción de la salud de los pacientes. El hecho de cuidar pacientes con enfermedades crónicas, a menudo, tiene un impacto psicológico negativo. Aumentando sus conocimientos se puede reducir este impacto negativo, tanto en los pacientes como a en sus cuidadores.
Debido a todo lo anterior descrito, decidimos poner en marcha, en mayo de 2014, un programa de intervención educativa a pacientes con EPOC y sus cuidadores.
Para ello, se contemplan los siguientes objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL
Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes diagnosticados de EPOC mediante una intervención educativa.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1. Mejorar la administración de los inhaladores en estos pacientes, en un 10%.
2. Autoevaluar los signos y síntomas de las exacerbaciones.
3. Realizar correctamente los ejercicios respiratorios.
4. Conseguir el abandono del hábito tabáquico del 100% de los pacientes con EPOC.
5. Disminuir el número de visitas a urgencias en un 10%
6. Aumentar el número de pacientes con EPOC vacunados de la gripe y del neumococo, en un 10%.

MÉTODO
- Intervención educativa que consta de 4 sesiones (cada una de 1 hora 30minutos, una vez por semana). Dicha intervención se realiza dos veces al año.
- Grupos de 10-12 personas, entre pacientes y cuidadores.
- Test de conocimientos previo intervención y tras la intervención (a los 0, 3 y 6 meses).
- Test de manejo de inhaladores previo intervención y tras ella.
- Revisión del objetivo del abandono del hábito tabáquico, ya que igual es una utopia.
- Registro de las sesiones en la historia clínica de cada paciente.
- Registro de los resultados de los test en la historia clínica de cada paciente.

INDICADORES
Test de conocimientos post intervención 0 m - test pre intervención
- Test de conocimientos post intervención 3 m - test pre intervención
- Test de conocimientos post intervención 6 m - test pre intervención
- Test manejo de inhaladores post intervención – test pre intervención
- Visitas urgencias post intervención a los 6 meses- visitas urgencias 6 meses anteriores a la intervención
- Número de pacientes vacunados de la gripe post intervención - Número de pacientes vacunados de la gripe pre intervención
- Número de pacientes vacunados del pneumococo post intervención – número de pacientes vacunados del pneumococo pre intervención

Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado de estos indicadores es el marcado por los objetivos específicos.

DURACIÓN
1er y 3er trimestre del año selección de los participantes.
2º y 4º trimestre realización de la intervención.
1 vez/año taller de inhaladores con los profesionales del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA ARESTE ALBA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BITRIAN AISA PILAR
NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Intervención educativa que consta de 4 sesiones (cada una de 1 hora 30minutos, una vez por semana). Este año 2018 se ha realizado un grupo en mayo y en diciembre se hizo un recordatorio a los primeros grupos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes tras la intervención han aumentado una media de 26% en cuanto a los conocimientos. Y un 19.9 % en la técnica de inhalación. Esto en cuanto al grupo de mayo.
En cuanto al grupo de recordatorio solo se les pasó el cuestionarió de conocimientos habiendo un aumento del 9.2%. Aquí vemos que el aumento ha sido menor al del grupo de mayo, pero tras analizar las encuestas hemos visto que en este grupo, que ya habían realizando la intervención con anterioridad y ahora era un recordatorio, el nivel de conocimientos previo era mayor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos visto que la intervención educativa es efectiva para aumentar los conocimientos y las habilidades. Por lo cual creemos que es necesario continuar con la intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/165 ========== ***

Nº de registro: 0165

Título
INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Autores:
ARESTE ALBA NURIA, BITRIAN AISA PILAR, LAFUENTE PALACIN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En septiembre de 2011 se implantó el Programa de EPOC en el Servicio Aragonés de la Salud por parte del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Posteriormente, en el año 2013 se realizó una revisión exhaustiva de historias clínicas, de los 113 pacientes diagnosticados de EPOC se observó que a solo un 0,86% de éstos se les había aplicado dicho programa.
En los últimos datos publicados en el Epidemiologic Study of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Spain (EPI-SCAN), se habla de una prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en España de 10,2%, aumentando ésta con la edad, el consumo de tabaco y siendo mayor en los pacientes con menor nivel educativo. La EPOC destaca por su elevada morbimortalidad, así como por un elevado coste sanitario, un incremento en el porcentaje de absentismo laboral, y una disminución de la calidad de vida de estos pacientes.
Se ha constatado que la rehabilitación pulmonar (RP) tiene efectos beneficiosos en pacientes con EPOC, a la vez que aumenta su capacidad funcional y su calidad de vida, disminuye sus exacerbaciones, las visitas a los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios. Lo mismo pasa con la vacuna de la gripe, ésta disminuye

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

las exacerbaciones; En cambio, no podemos decir lo mismo de la vacuna neumocócica 23 valente, por no tener suficiente evidencia, aunque se recomienda su administración y continuar con su investigación. Los programas de RP se centran en la actividad física e incluyen educación a pacientes en autocontrol y cambios de estilos de vida, siendo el más importante el abandono del hábito tabáquico, ya que esta medida se ha demostrado eficaz y la principal para evitar el desarrollo y progresión de la EPOC.
Los cuidadores, especialmente si son familia, juegan un papel importante en la promoción de la salud de los pacientes. El hecho de cuidar pacientes con enfermedades crónicas, a menudo, tiene un impacto psicológico negativo. Aumentando sus conocimientos se puede reducir este impacto negativo, tanto en los pacientes como a en sus cuidadores.
Debido a todo lo anterior descrito, decidimos poner en marcha, en mayo de 2014, un programa de intervención educativa a pacientes con EPOC y sus cuidadores.
Para ello, se contemplan los siguientes objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL
Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes diagnosticados de EPOC mediante una intervención educativa.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1. Mejorar la administración de los inhaladores en estos pacientes, en un 10%.
2. Autoevaluar los signos y síntomas de las exacerbaciones.
3. Realizar correctamente los ejercicios respiratorios.
4. Conseguir el abandono del hábito tabáquico del 100% de los pacientes con EPOC.
5. Disminuir el número de visitas a urgencias en un 10%
6. Aumentar el número de pacientes con EPOC vacunados de la gripe y del neumococo, en un 10%.

MÉTODO
• Intervención educativa que consta de 4 sesiones (cada una de 1 hora 30minutos, una vez por semana). Dicha intervención se realiza dos veces al año.
• Grupos de 10-12 personas, entre pacientes y cuidadores.
• Test de conocimientos previo intervención y tras la intervención (a los 0, 3 y 6 meses).
• Test de manejo de inhaladores previo intervención y tras ella.
• Revisión del objetivo del abandono del hábito tabáquico, ya que igual es una utopia.
• Registro de las sesiones en la historia clínica de cada paciente.
• Registro de los resultados de los test en la historia clínica de cada paciente.

INDICADORES
Test de conocimientos post intervención 0 m - test pre intervención
• Test de conocimientos post intervención 3 m - test pre intervención
• Test de conocimientos post intervención 6 m - test pre intervención
• Test manejo de inhaladores post intervención – test pre intervención
• Visitas urgencias post intervención a los 6 meses- visitas urgencias 6 meses anteriores a la intervención
• Número de pacientes vacunados de la gripe post intervención - Número de pacientes vacunados de la gripe pre intervención
• Número de pacientes vacunados del pneumococo post intervención – número de pacientes vacunados del pneumococo pre intervención
Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado de estos indicadores es el marcado por los objetivos específicos.

DURACIÓN
1er y 3er trimestre del año selección de los participantes.
2º y 4º trimestre realización de la intervención.
1 vez/año taller de inhaladores con los profesionales del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARESTE ALBA NURIA
AYUDAN PEIRON BELEN
CASAS SORO SILVIA
SISCART TRESANCHEZ DOLORS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- revisión diaria: de la bala de oxígeno de urgencias y firmar registro, y de la temperatura de la nevera de urgencias y firmar registro.
- revisión mensual: comprobar material y caducidades el día uno de cada mes. Firmar registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% de los registros realizados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al estar protocolorizado, se han realizado las actividades y se ha conseguido el objetivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/637 ========== ***

Nº de registro: 0637

Título
PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, ARESTE ALBA NURIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, CALDERO SANTIAGO LIDIA, CASAS SORO SILVIA, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Continuar con las mejoras del protocolo del año pasado - Control de las existencias en el almacén - Actividades de mantenimiento preventivo del aparataje de atención continuada - Control de caducidades. Con vistas a lograr la excelencia en Atención Primaria, el Centro de Salud debe contar con un área de atención continuada diseñada orgánica y funcionalmente para atender al paciente, con una garantía asistencial que permita al equipo la toma de decisiones oportunas y que además garantice la distribución y el flujo adecuado de la urgencia y la emergencia. El presente proyecto trata de continuar con la sistemática que recoge el proceso de manejo, revisión y mantenimiento de la zona de atención continuada. El mantenimiento de una zona de atención continuada con todos los materiales y fármacos necesarios, y el aparataje en correcto funcionamiento, que con los resultados de este año vemos que nos ayuda a poder asistir a la urgencia/emergencia de manera más eficiente y rápida.

RESULTADOS ESPERADOS
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Registro de firmas del mantenimiento adecuado del material en la zona de AC, con una periodicidad mensual • Registro del informe de verificación de los aparatos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

(electrocardiógrafo, desfibrilador y otros), conforme a las normas ISO • Registro y control puntual (el 1er fin de semana de cada mes) y exhaustivo de las caducidades de los fármacos, según norma ISO. • Continuar con la participación activa de todos los profesionales del CS que ejercen parte de su actividad en la zona de AC. • Desarrollar el protocolo establecido de consenso y garantizar su cumplimiento. • Editar el protocolo para su difusión en el ámbito de la Atención Primaria. • Cumplimiento adecuado de las tareas previstas.

MÉTODO
Designación de un profesional responsable de verificar calidad y el cumplimiento del proyecto. • Evaluación constante de los principales indicadores de calidad, que ha de garantizar un correcto funcionamiento de este servicio. • Reposición del material del servicio de AC cada viernes por las enfermeras que estén de guardia. • Control y registro de las caducidades de las consultas, los boxes y los maletines de AC el 1er fin de semana de cada mes por la mitad del equipo de guardia. • Control y registro del mantenimiento preventivo de los aparatajes de la zona de AC el 1er fin de semana de cada mes por las enfermeras de guardia. • Realización del pedido de farmacia y material fungible cada 15 días (los viernes) por las enfermeras de guardia. • Control y registro de las caducidades del almacén del servicio de AC una vez/mes (coincidiendo con el 1er pedido de almacén del mes) por las enfermeras de guardia. • Comprobar y registrar diariamente la existencia, de al menos el 25%, de oxígeno de la bombona portátil por las enfermeras que estén de 3 a 5, en caso de existir menos cambiar la bombona. • Comprobar y registrar temperatura de la nevera de las vacunas diariamente por la enfermera que entre de guardia. • Control y registro de la esterilización una vez por semana por las enfermeras de guardia. • Limpieza y mantenimiento del vehículo de urgencias según protocolo. • Los maletines de urgencias, el DESA, el ECG portátil y la bombona de oxígeno portátil están ubicadas en el pasillo de la sala de estar de la zona de AC. • Presentar los resultados en forma de estimaciones de cumplimiento de cada uno de los criterios, con un intervalo de confianza del 95%. Representación gráfica. • Análisis de hipotéticas causas de calidad deficiente o inadecuado cumplimiento. • Reuniones del equipo, con registro en ISO. •

• Continuar con el sistema de registro elaborado el año pasado de caducidades informatizado que permita actualización rápida y sencilla. Se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización. Adaptándose a la sistemática actual a los formatos incluidos en el sistema de calidad ISO 9001

INDICADORES
Indicadores operativos: grado de cumplimentación de cada uno de los registros de caducidades, esterilización, funcionamiento y estado de la nevera, oxígeno, electrocardiógrafo y desfibrilador. Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado para cada uno de los indicadores es >80%.

DURACIÓN
Programa iniciado el año pasado.
Continuidad del protocolo elaborado el año pasao.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARESTE ALBA NURIA
AYUDAN PEIRON BELEN
CASAS SORO SILVIA
SISCART TRESANCHEZ DOLORS
CALDERO SANTIAGO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
. Revisión diaria: De 15 a 22 horas la enfermera de guardia. A las 8 de la mañana la enfermera de pediatría.
- Comprobar la presencia y funcionamiento de la bala de oxígeno
- Firmar la hoja de registro, presente en el carro en soporte papel, identificándose con su nombre
- Si algo de los dos primeros puntos no está correcto, solventarlo en el acto o dar parte de incidencias
- Comprobar la temperatura de la nevera de urgencias y registrarla

2. Revisión mensual: día 1 de cada mes de 15 a 17 horas. Primer fin de semana de cada mes
- Comprobar material y caducidades
- Firmar la hoja presente en el carro soporte papel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: (Registros realizados/ total registros a realizar) x 100
Resultado 94% (siendo el objetivo haber conseguido > 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido el objetivo establecido.
Nos hemos dado cuenta que al estar protocolizadas las actividades, éstas se llevan a cabo. Y al mismo tiempo, detectamos problemas e intentamos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/637 ========== ***

Nº de registro: 0637

Título
PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, ARESTE ALBA NURIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, CALDERO SANTIAGO LIDIA, CASAS SORO SILVIA, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Continuar con las mejoras del protocolo del año pasado - Control de las existencias en el almacén - Actividades de mantenimiento preventivo del aparataje de atención continuada - Control de caducidades. Con vistas a lograr la excelencia en Atención Primaria, el Centro de Salud debe contar con un área de atención continuada diseñada orgánica y funcionalmente para atender al paciente, con una garantía asistencial que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

permita al equipo la toma de decisiones oportunas y que además garantice la distribución y el flujo adecuado de la urgencia y la emergencia. El presente proyecto trata de continuar con la sistemática que recoge el proceso de manejo, revisión y mantenimiento de la zona de atención continuada. El mantenimiento de una zona de atención continuada con todos los materiales y fármacos necesarios, y el aparataje en correcto funcionamiento, que con los resultados de este año vemos que nos ayuda a poder asistir a la urgencia/emergencia de manera más eficiente y rápida.

RESULTADOS ESPERADOS
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Registro de firmas del mantenimiento adecuado del material en la zona de AC, con una periodicidad mensual • Registro del informe de verificación de los aparatos (electrocardiógrafo, desfibrilador y otros), conforme a las normas ISO • Registro y control puntual (el 1er fin de semana de cada mes) y exhaustivo de las caducidades de los fármacos, según norma ISO. • Continuar con la participación activa de todos los profesionales del CS que ejercen parte de su actividad en la zona de AC. • Desarrollar el protocolo establecido de consenso y garantizar su cumplimiento. • Editar el protocolo para su difusión en el ámbito de la Atención Primaria. • Cumplimiento adecuado de las tareas previstas.

MÉTODO
Designación de un profesional responsable de verificar calidad y el cumplimiento del proyecto. • Evaluación constante de los principales indicadores de calidad, que ha de garantizar un correcto funcionamiento de este servicio. • Reposición del material del servicio de AC cada viernes por las enfermeras que estén de guardia. • Control y registro de las caducidades de las consultas, los boxes y los maletines de AC el 1er fin de semana de cada mes por la mitad del equipo de guardia. • Control y registro del mantenimiento preventivo de los aparatajes de la zona de AC el 1er fin de semana de cada mes por las enfermeras de guardia. • Realización del pedido de farmacia y material fungible cada 15 días (los viernes) por las enfermeras de guardia. • Control y registro de las caducidades del almacén del servicio de AC una vez/mes (coincidiendo con el 1er pedido de almacén del mes) por las enfermeras de guardia. • Comprobar y registrar diariamente la existencia, de al menos el 25%, de oxígeno de la bombona portátil por las enfermeras que estén de 3 a 5, en caso de existir menos cambiar la bombona. • Comprobar y registrar temperatura de la nevera de las vacunas diariamente por la enfermera que entre de guardia. • Control y registro de la esterilización una vez por semana por las enfermeras de guardia. • Limpieza y mantenimiento del vehículo de urgencias según protocolo. • Los maletines de urgencias, el DESA, el ECG portátil y la bombona de oxígeno portátil están ubicadas en el pasillo de la sala de estar de la zona de AC. • Presentar los resultados en forma de estimaciones de cumplimiento de cada uno de los criterios, con un intervalo de confianza del 95%. Representación gráfica. • Análisis de hipotéticas causas de calidad deficiente o inadecuado cumplimiento. • Reuniones del equipo, con registro en ISO. •

• Continuar con el sistema de registro elaborado el año pasado de caducidades informatizado que permita actualización rápida y sencilla. Se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización. Adaptándose a la sistemática actual a los formatos incluidos en el sistema de calidad ISO 9001

INDICADORES
Indicadores operativos: grado de cumplimentación de cada uno de los registros de caducidades, esterilización, funcionamiento y estado de la nevera, oxígeno, electrocardiógrafo y desfibrilador. Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado para cada uno de los indicadores es >80%.

DURACIÓN
Programa iniciado el año pasado.
Continuidad del protocolo elaborado el año pasao.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

INTERVENCION EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA LLORENTE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN ARANDA MANUEL
ALBAS MARTINEZ PILAR
MILLANES GALLINAT PATRICIA
ROYES SATORRES ALICIA
CALDERO SANTIAGO LIDIA
CLEMENTE JIMENEZ SILVIA
PORTOLES CAMBREDO MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan 3 intervenciones:
- Formación dirigida a población infantil en "Hábitos de higiene". A cargo de Alicia Royes, para aproximadamente 200 personas entre niños y adultos.

- Formación en Cribado de Cáncer de Cuello de Útero con “auto-toma” en colaboración con AECC y Asociaciones de Amas de Casa locales, realizada a cargo de las Matronas del C.S Fraga (Patricia Millanes) en conjunto con el Servicio de Ginecología de Barbastro (Mª Ángeles Aragón); y en el marco de un proyecto de calidad que se desarrolla desde 2005. Se realiza esta intervención con la comunidad en Zaidin (70 asistentes), Torrente de Cinca (40 asistentes), Mequinenza (50 asistentes) y Fraga (100 asistentes).

- Participación de 2 profesionales de C.S Fraga (Adoración Noguero, Mª Pilar Albás) en el curso de deshabituación tabáquica organizado por AECC de Bajo Cinca

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: 2-3 Intervenciones en comunidad en diferentes activos
Resultado Se realizan 3 intervenciones en diferentes ámbitos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con el objeto de mejorar la programación de las Actividades de Intervención Comunitaria, orientada a las necesidades de la Zona Básica de Salud se presenta el Proyecto de Calidad: PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA.

7. OBSERVACIONES.
Actualmente en fase de diseño y recogida de datos demográficos y sanitarios de la Zona Básica de Salud.
Encuesta e indicadores de Salud creados.
Resultados y análisis cartográfico Julio.
Priorización Septiembre-Octubre.
Puesta en marcha Acción Comunitaria.
Recogida de resultados de determinantes de Salud tras un año de actuación.
Durante 1er trimestre del 2018 recomposición del grupo por cambios del personaldel CS debido a los traslados, lo que implica modificación del cronograma con retrasos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/758 ========== ***

Nº de registro: 0758

Título
PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

Autores:
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA, CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, ALBAS MARTINEZ PILAR, ELIAS VILLANUEVA ESTHER, MILLANES GALLINAT PATRICIA, PORTOLES CAMBREDO MARGARITA, CALDERO SANTIAGO LIDIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

INTERVENCION EN LA COMUNIDAD

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Ante el aumento de demanda de servicios sanitarios causados por el envejecimiento de la población, el aumento de problemática social y la población flotante (temporeros); se plantea un estudio para orientar el trabajo del Equipo de Atención Primaria (EAP), no sólo basado en la demanda de atención sanitaria, sino ofreciendo actividades centradas en la Comunidad, con el objetivo de la Salutogénesis.
Se propone una revisión del Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC) de la Zona Básica de Salud (ZBS), partiendo del DSC realizado en Fraga en Mayo de 2000, desde la recogida y análisis de datos: sanitarios, sociales, demográficos y cualitativos de percepción de salud tanto por parte de la población como de agentes sociales.
Se pondrá especial interés en los determinantes de salud, con la intención de orientar futuras acciones dentro de la Atención Comunitaria, con intervención multisectorial.
Tras una adecuada priorización de los problemas de salud, será fundamental la participación activa del Consejo de Salud para iniciar la Atención Comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mapa de la ZBS y Activos en Salud
- Identificación de problemas de Salud de la Comunidad
- Priorización de los problemas de Salud detectados y actuación sobre los mismos
- Mejoría de los determinantes de salud sobre los que se actúa

MÉTODO
• Propuesta de indicadores socio-sanitarios y demográficos que se recogerán bianualmente

• Diseño de Encuesta de Salud en dos niveles: población general y agentes sociales /profesionales sanitarios

• Realización de estadística (SPSS y Epidat) y cartografía sanitaria (ArcGis)

• Priorización de la orientación de la actividad de Atención Comunitaria a través de método Hanlon y criterio experto

• Desarrollo de la Actividad Comunitaria para los próximos 2 años

INDICADORES
- Diagnóstico de estado de Salud de la ZBS.
- Alcanzar en encuesta de Salud un número representativo de encuestas según la población en censo de la ZBS que incluya al menos 2 zonas rurales.
- Se obtendrán al menos 3 líneas de actuación para orientar la Atención Comunitaria, tras técnicas de priorización.
- Valorar mejora de índices de determinantes de Salud en un 5%.

DURACIÓN
Diseño del estudio de recogida de datos. Fecha límite 15 de Diciembre 2016
Contacto con diferentes agentes sociales y administraciones locales para desarrollo común de proyecto. Fecha límite 15 de Febrero 2017
Primeros resultados indicadores socio-sanitarios y demográficos 15 marzo de 2017
Encuesta de Salud durante mes de mayo-junio 2017
Resultados y análisis cartográfico 15 julio 2017
Priorización 15 septiembre 2017
Puesta en marcha Acción Comunitaria 15 octubre 2017
Recogida de resultados de determinantes de Salud tras un año de actuación: 15 octubre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LAZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LAATENCION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA LLORENTE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLANES GALLINAT PATRICIA
CALDERO SANTIAGO LIDIA
ALBAS MARTINEZ PILAR
SISCART TRESANCHEZ DOLORS
VELASCO MANRIQUE MARTA
NAVASA DE SUS INES
MORERA SERRA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la Encuesta de Salud, en sus fases de desarrollo y acotado de preguntas a realizar a la población. Encontrándonos en este momento en fase de contactar con organizaciones, asociaciones y diversas administraciones locales tras la cual se pondrá fecha para extenderla a la población.
Por otro lado se han seleccionado indicadores de salud y sociodemográficos para complementar los resultados de la encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente de resultados de la encuesta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización del proyecto en C.S. Fraga, hemos visto que un proyecto grande es complicado cuando se tienen varios cambios de plantilla, teniendo que ajustar el proyecto a los cambios y teniendo que reiniciar partes del mismo. No obstante con buena aceptación de los nuevos miembros del equipo, por lo que se tiene interés en seguir adelante con el mismo, ya que puede ser bueno para la población y la Zona Básica de Salud en la orientación de nuestra actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/758 ========== ***

Nº de registro: 0758

Título
PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

Autores:
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA, CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, ALBAS MARTINEZ PILAR, ELIAS VILLANUEVA ESTHER, MILLANES GALLINAT PATRICIA, PORTOLES CAMBREDO MARGARITA, CALDERO SANTIAGO LIDIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante el aumento de demanda de servicios sanitarios causados por el envejecimiento de la población, el aumento de problemática social y la población flotante (temporeros); se plantea un estudio para orientar el trabajo del Equipo de Atención Primaria (EAP), no sólo basado en la demanda de atención sanitaria, sino ofreciendo actividades centradas en la Comunidad, con el objetivo de la Salutogénesis.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LAZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LAATENCION COMUNITARIA

Se propone una revisión del Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC) de la Zona Básica de Salud (ZBS), partiendo del DSC realizado en Fraga en Mayo de 2000, desde la recogida y análisis de datos: sanitarios, sociales, demográficos y cualitativos de percepción de salud tanto por parte de la población como de agentes sociales.
Se pondrá especial interés en los determinantes de salud, con la intención de orientar futuras acciones dentro de la Atención Comunitaria, con intervención multisectorial.
Tras una adecuada priorización de los problemas de salud, será fundamental la participación activa del Consejo de Salud para iniciar la Atención Comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mapa de la ZBS y Activos en Salud
- Identificación de problemas de Salud de la Comunidad
- Priorización de los problemas de Salud detectados y actuación sobre los mismos
- Mejoría de los determinantes de salud sobre los que se actúa

MÉTODO
• Propuesta de indicadores socio-sanitarios y demográficos que se recogerán bianualmente

• Diseño de Encuesta de Salud en dos niveles: población general y agentes sociales /profesionales sanitarios

• Realización de estadística (SPSS y Epidat) y cartografía sanitaria (ArcGis)

• Priorización de la orientación de la actividad de Atención Comunitaria a través de método Hanlon y criterio experto

• Desarrollo de la Actividad Comunitaria para los próximos 2 años

INDICADORES
- Diagnóstico de estado de Salud de la ZBS.
- Alcanzar en encuesta de Salud un número representativo de encuestas según la población en censo de la ZBS que incluya al menos 2 zonas rurales.
- Se obtendrán al menos 3 líneas de actuación para orientar la Atención Comunitaria, tras técnicas de priorización.
- Valorar mejora de índices de determinantes de Salud en un 5%.

DURACIÓN
Diseño del estudio de recogida de datos. Fecha límite 15 de Diciembre 2016
Contacto con diferentes agentes sociales y administraciones locales para desarrollo común de proyecto. Fecha límite 15 de Febrero 2017
Primeros resultados indicadores socio-sanitarios y demográficos 15 marzo de 2017
Encuesta de Salud durante mes de mayo-junio 2017
Resultados y análisis cartográfico 15 julio 2017
Priorización 15 septiembre 2017
Puesta en marcha Acción Comunitaria 15 octubre 2017
Recogida de resultados de determinantes de Salud tras un año de actuación: 15 octubre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0770

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CS DE FRAGA. COORDINACION ENTRE AP Y AE

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ PEÑA CORALIA
CASAUS CALAVIA VIRGINIA
PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES
GARCIA SANCHEZ SILVIA
PORTOLES CAMBREDO MARGARITA
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión de equipo.
Recogida de interconsulta en consulta de ginecología por motivo de metrorragia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicio de recogida de datos en consulta de ginecología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ante los cambios acontecidos debido a los traslados y oposiciones en el CS de Fraga, centro de especialidades y servicio de ginecología del Hospital de Barbastro, el equipo de trabajo a quedado desmembrado. Por todo ello, posponemos y queda suspedido, de momento, el proyecto de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/770 ========== ***

Nº de registro: 0770

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CENTRO DE SALUD FRAGA. COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA

Autores:
CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, GONZALEZ PEÑA CORALIA, MILLANES GALLINAT PATRICIA, CASAUS CALAVIA VIRGINIA, PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES, GARCIA SANCHEZ SILVIA, PORTOLES CAMBREDO MARGARITA, LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las metrorragias son el motivo de la mayoría de interconsultas realizadas desde Atención Primaria a Ginecología, suponiendo en el mes de septiembre el 47% de los motivos de derivación en el C.S. Bajo Cinca. La metrorragia se define como sangrado procedente de la cavidad uterina, entre periodos menstruales, en cantidad y duración variables y sin relación con el ciclo menstrual (Muxi C, 2009; Fraser IS, 2011). Se realiza búsqueda de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Uterine Hemorrhage, Metrorrhagia y Primary Health Care (28/9/16), para posterior lanzamiento de búsquedas bibliográfica encontrando en la actualidad escasos datos relativos a la frecuencia de consulta en Atención Primaria. En 57 artículos extraídos, sólo M. Shapley y colaboradores 2004, estudian la presencia de estos síntomas en mujeres de 18 a 54 años: menorragia 25% (IC: 22-29); cambios en patrón del ciclo 29% (IC: 26-32); ciclos más cortos 21% (IC: 19-24); ciclos más largos 15%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0770

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CS DE FRAGA. COORDINACION ENTRE AP Y AE

(IC: 13-18); sangrado intermenstrual 17% (IC: 14-19); sangrado postcoital 6% (IC: 5-8); periodo prolongado 9% (IC: 7-11). Por otro lado, en nuestro quehacer diario suponen una de las causas más habituales de derivación a las consultas de ginecología. Se estima una incidencia de sangrado uterino anormal entre 11-13% y va aumentando con la edad hasta el 24% entre 36-40 años (Marret H 2010).
Entre las causas que explican la etiología de las metrorragias están las orgánicas (miomas, hiperplasia endometrial, pólipos endometriales); las iatrogénicas (spooting por anticoncepción hormonal); las disfuncionales, ya sean con ovulación o con anovulación, siendo éstas últimas las más frecuentes en la perimenopausia y pubertad; y las metrorragias postmenopaúsicas.

RESULTADOS ESPERADOS
El presente proyecto trata de establecer unas pautas de diagnóstico y actuación ante la mujer que acude a la consulta de atención primaria por metrorragia, estableciendo unos criterios claros de coordinación y derivación a Atención Especializada, si precisa. Para ello, se contemplan los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL
- Mejorar la atención a las pacientes que presenten esta patología

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Conocer la incidencia de metrorragias en Atención Primaria.
- Elaborar una guía práctica sobre manejo de metrorragias en Atención Primaria coordinada y consensuada con Atención Especializada.
- Mejorar la calidad de vida de las pacientes afectas.
- Disminuir la lista de espera.
- Facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Mejorar la eficiencia en la atención a metrorragias.
- Adecuación de la derivación de Atención Primaria a Especializada en metrorragias.
- Disminuir los tiempos de espera para mujeres que realmente necesiten Atención Especializada prioritaria.
- Disminuir la derivación a servicios de urgencias de mujeres con metrorragias susceptibles de ser tratadas en consultas.

MÉTODO
- Crear un equipo de trabajo
- Fomentar la formación de los médicos de atención primaria
- Revisar protocolos sobre metrorragias y elaborar uno adecuado y adaptado a nuestro centro
- Establecer circuito asistencial
- Elaborar un sistema de registro de datos referentes a metrorragias para evaluación del proyecto
- Monitorizar el número de derivaciones por esta patología a Atención Especializada y servicios de urgencias

INDICADORES
- Nº de mujeres que consultan en Atención Primaria por metrorragia
- Disminución del porcentaje en % de éstas que son derivadas a Atención Especializada
- Mejoría de la adecuación de la derivación a consulta de Atención Especializada de acuerdo a la prioridad (normal o preferente) en %
- Porcentaje de mujeres que llegan a Ginecología con hemograma realizado.

DURACIÓN
Recogida de datos de incidencia de metrorragias en Atención Primaria: Octubre 2016.
Recogida de datos de derivaciones realizadas a Atención Especializada: Septiembre-Octubre 2016.
Reunión del equipo, organización y reparto de tareas: Noviembre 2016
Elaboración de la guía y establecimiento de circuitos de derivación: Noviembre-Diciembre 2016
Presentación al resto del equipo de Atención Primaria en Diciembre 2017
Evaluación en Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES
AYUDAN PEIRON BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Repostaje del vehículo.
2. Mantenimiento del vehículo: en el taller de referencia (RODI) anualmente. ITV cuando corresponda.
3. Limpieza del vehículo por dentro y por fuera cada 6 meses. El primer día laborable del mes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100%. Se realizo el mantenimiento y la limpieza en las fechas previstas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es más seguro y cómodo para los profesionales mantener el coche en buenas condiciones debido al gran número de salidas que se realizan.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/127 ========== ***

Nº de registro: 0127

Título
INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, LIDIA CALDERO SANTIAGO, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Mantenimiento del vehículo del centro necesario para la atención urgente del paciente fuera del Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir un buen mantenimiento del vehiculo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

MÉTODO
1. Repostaje del vehiculo: se realizará cuando quede un cuarto del depósito; en la gasolinera situada en la Avda. Aragón (Fraga).
Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para hacer el albarán, el cual, se depositará en la valija de urgencias para admision.
2. Mantenimiento: se realizará en el taller de referencia (RODI), en el momento que corresponda la revisión de forma ANUAL.
ITV cuando corresponda y posibles reparaciones se realizarán de forma consensuada con el coordinador.
3. LImpieza: por dentro y por fuera del vehículo cada 6 meses, el primer día laborable del mes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

INDICADORES
-El mantenimiento del coche se realizará como mínimo cada 12 meses y como máximo cada dos años.
-Limpieza del coche se realizará como mínimo cada 6 meses y como máximo cada año.

DURACIÓN
-Mantenimiento: revisión anual y duración indefinida.
-Limpieza: revisión anual y duración indefinida.
-Plan de comunicación: reunión en el Centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
-Fecha prevista de iniciación, marzo 2018.
-Calendarios (Anexo 1y anexo 2)
-Responsables de implantación: El equipo responsable de antención continuada de Calidad.
-Plan: El equipo responsable se encargará de avisar al Coordinador cuando toque revisión de mantenimiento o limpieza para que éste de la orden.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0191

1. TÍTULO

USA LOS PIES CON CABEZA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR BITRIAN AISA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA
DE LOS SANTOS MARTINEZ GERDICA
ARESTE ALBA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la intervención al grupo intervención y se les ha pasado la encuesta a los 6 meses.
Se les ha pasado la primera encuesta y se ha repetido a los 6 meses.
Debido a la falta de personal no se ha podido completar la comparación de los grupos con el programa EPICAT.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el grupo intervención ha habido un aumento de media de un 12.22%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la intervención se ha percido un cambio de hábitos, aunque repasando las encuentas vemos que hay algun caso en el que no ha habido ningún cambio. Esto podría deberse a que son costumbre muy arraigadas y posiblemente 1 sesión no sea suficiente para conseguir el cambio.
La recomendación sería terminar el estudio para poder hacer la comparativa de los grupos y comprobar la efectividad de la intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/191 ========== ***

Nº de registro: 0191

Título
USA LOS PIES CON CABEZA

Autores:
BITRIAN AISA PILAR, LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA, DE LOS SANTOS MARTINEZ GERDICA, ARESTE ALBA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus es una enfermedad muy frecuente. La prevalencia en nuestro país oscila entre un 4% y un 6%. Un 15% de éstos desarrollará a lo largo de su vida problemas en sus pies. El pie diabético afectará a la actividad social, laboral y familiar del paciente y supone un coste elevado. Hasta un 10% de los casos que presentan problemas en los pies requieren ingresos hospitalarios o la amputación de la extremidad afectada.
Para logar que los pacientes hagan prevención, es necesario que tengan conocimientos suficientes que les ayuden a integrar las acciones preventivas en su día a día, diversos estudios concluyen que es indispensable el empleo de la educación para la salud, con la finalidad de fortalecer la prevención y el control de los factores de riesgo, la identificación del pie de alto riesgo y la educación diabetológica dirigida a que las personas adopten de forma habitual y sistemática las normas elementales para el cuidado de sus pies y para el control. Por otro lado, existen diferentes estudios donde se concluye que la intervención educativa modifica favorablemente los hábitos de estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0191

1. TÍTULO

USA LOS PIES CON CABEZA

RESULTADOS ESPERADOS
Determinar el cambio de hábitos en el cuidado de los pies en agricultores diabéticos tipo 2, según si han recibió o no educación sanitaria, a los 6 meses de la intervención.

MÉTODO
- Cuestionario antes de la intervencion y despues de esta al grupo intervencion.
- Intervencion educativa de 1sesion con una duración de 1 h y 30 minutos.
- Cuestionario antes del verano y despues de este en el grupo control.

INDICADORES
- Resultados 2º questionario-resultados 1er questionario% mayor al 10%.
- Mediante el programa Epicat comprobaremos si la intervención es más efectiva en los pacientes para producir cambios que las medidas habituales

DURACIÓN
- Enero-Febrero 2018 creación de los grupos.
- Marzo- Abril intervenciones.
- Antes del verano y despues de este cuestionario en grupo control.
- A los 6 meses de la intervención cuestionario grupo intervencion.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO MIGUEL MARIA PILAR
SENAR TENA MARIA ESTER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-"Prevención del Cancer de Cuello Uterino" Patricia Millánes,Matrona.
2-" Dislipemia" Isabel Domingo, MAP.
3- "Hipertensión arterial" Isabel Domingo,MAP.
4-"Diabetes" Isabel Domingo, MAP
5-"Salud mental" Paloma del Pino,Trabajadora Social.
6-"Cuidado del pie diabético" Nuria Aresté,EAP.
7-" Encuesta a paciente EPOC" Pilar Bitrian, EAP
8-" Atención al paciente Adolescente" Jonatan Fortit, MAP, Coordinador de C.S.Fraga.
9-"Cuando esta indicado hacer una Analítica de Sangre con PSA. Cambios ante aumento de falsos positivos" Paz Navarro, MAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como fortalezas adquiridas:
-sinergias con otros actores de la población a la que atendemos, en concreto con un medio de comunicación de prestigio local,que puedan permitir en un futuro un canal de información veraz con la población.
-descubrimiento de " talentos" de compañeras como comunicadoras en materia de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Proyecto todavía en curso. En un primer momento se proyecto para hacerse 12 emisiones en un arco temporal de un año. Se comentó con la resposable en Radio Fraga pero sólo tenía cabida de Enero a Junio 2019.

7. OBSERVACIONES.
Como dificultades:
-se precisa un acuerdo de equipo en el Centro de Salud para cubrirnos entre nosotras durante la grabación de los episodios. Para evitar que haya menoscabo en la tarea asistencial en un contexto de una población grande que demanda antención y escasos recursos humanos, los cuales llevan a que estas actividades se releguen al voluntarismo de las profesionales (en algunos casos fuera de su jornada laboral con el desgaste personal que esto supone). En última instancia se precisa un apoyo efectivo en materia de recursos humanos por parte de la gerencia del Sector.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/316 ========== ***

Nº de registro: 0316

Título
PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Autores:
NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SENAR TENA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SALUTOGÉNESIS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Inexistencia de un medio de comunicación entre comunidad y equipo de atención primaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Utilizar la radio local como medio de difusión de programas y noticias puntuales de salud

RESULTADOS ESPERADOS
Llegar a la comunidad de una manera dinámica con mensajes para la prevención de enfermedades y promoción de la salud

MÉTODO
Intervenciones en directo en la radio sobre temas de salud de corta duración por diferentes profesionales del centro de salud
Mediante spots informativos de las diferentes campañas (sol sano dieta equilibrada gripe CCR citologías)

INDICADORES
Registro de las actividades realizadas
Objetivo de 12 intervenciones al año

DURACIÓN
Intervenciones de 5´-10´
Inicio para Septiembre 2018 sin fecha límite de finalización
Evaluación semestral mediante encuesta telefónica sobre el conocimiento de la actividad realizada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DEDOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN ELMARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DELEAP DEL CS FRAGA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ RUBIO MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SASO BOSQUE CRISTINA
GARCIA SANCHEZ SILVIA
MARIN FLORIA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha solicita los papeles para realizar la acreditación de la formación, en proceso de tramitación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debio a los cambios de personal y a la falta de este no se ha podido terminar el proceso.
A pesar de ello, en el 1er trimestre del 2019 se está trabajando en ello, para poder tener la acreditación para el segundo sementre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La docencia no se ha dejado de hacer, pero no ha podido ser con acreditación. La recomendación es continuar trabajando en ello para conseguirla.

7. OBSERVACIONES.
Debido al cambio de personal, ha habido un cambio en la persona responsable del proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/644 ========== ***

Nº de registro: 0644

Título
ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

Autores:
GARCIA SANCHEZ SILVIA, RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ, MARIN FLORIA ANA BELEN, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SASO BOSQUE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología prevalente en la atención diaria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Fraga en el ámbito de Calidad de la Docencia según la norma ISO en Atención Primaria.
-Unificación de criterios de protocolización de actuación en la actividad diaria para profesionales provenientes de diversos ámbitos (primaria, hospitalaria y otras CCAA) que forman el equipo de atención primaria del C.S. Fraga
-Necesidad del registro de la actividad docente y de la acreditación docente del C.S. Fraga

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la formación del profesional del C.S. Fraga en aras a una mejor atención del paciente en la atención primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DEDOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN ELMARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DELEAP DEL CS FRAGA

-Control de factores de riesgo cardio-vasculares de los pacientes
-Mejora de la atención comunitaria

MÉTODO
Sesiones formativas de actualización de los profesionales del C.S. Fraga sobre patologías prevalentes y de prevención en nuestro medio.

-Charlas de difusión en radio y medios de telecomunicación

INDICADORES
-Encuestas previas y posteriores a las sesiones de formación para evaluar el grado de mejora de los conocimientos de los asistentes. Objetivo a alcanzar: mejora superior al 70%.
-Resultados de mejora de la atención comunitaria tras la impartición de un taller de atención a la comunidad. Indicador: encuestas previas y posteriores de los pacientes asistentes a los talleres.

DURACIÓN
Se realizarán 16 y 20 sesiones anuales de una hora de duración a realizar por los integrantes del equipo de atención primaria.
Se realizarán, así mismo, talleres comunitarios de apoyo, mínimo 1 al trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0022

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA SANCHEZ ADRIAN
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de un protocolo de Tratamiento conservador de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
Sesiones clínicas en CS de Castejón de Sos (09.05.2016) y CS Graus (19.08.2016) para presentación del protocolo de derivación al Equipo de Atención Primaria.
Charlas divulgativas en la comunidad acerca del cuidado del Suelo Pélvico (Graus, Secastilla, Lascuarre).
Elaboración de un folleto de educación sanitaria con las pautas y fases del entrenamiento muscular del suelo pélvico, que se entrega a todas las mujeres que cumplen los criterios de inclusión para el programa.
Puesta en marcha del programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico, que consta de una visita de valoración inicial con la matrona, de 1-5 sesiones de fisioterapia y una valoración final con la matrona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de mujeres derivadas para iniciar el programa ha sido de: 25, de las cuales 12 cumplían los criterios de inclusión. El número de sesiones ha oscilado entre 1 y 4.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la valoración realizada concluimos que el número de mujeres incluidas en el programa es muy bajo, teniendo en cuenta la alta prevalencia de la incontienencia urinaria de esfuerzo. Por ello se realizarán en 2018 sesiones clínicas en los EAP para divulgar el proyecto.
Además se observa una mala adherencia al programa de entrenamiento. Por ello se realizará durante el año 2018 un trabajo de invesgación cualitativa que indague en los factores asociados a la mala adherencia terapéutica, para poder posteriormente realizar los cambios y mejoras pertinentes.

7. OBSERVACIONES.
Hasta dic de 2016 la persona responsable del proyecto fue Verónica Blanco Gimeno, matrona. El motivo de su retirada fue, que por un concurso de traslados, ya no ejerce en el CS de Graus-Castejón de Sos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/22 ========== ***

Nº de registro: 0022

Título
TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BLANCO GIMENO VERONICA, FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es muy prevalente en las mujeres de edad avanzada y supone también la forma más común de incontinencia urinaria (IU) en las mujeres menores de 75 años, ya que afecta a casi un 50% de ellas. La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente su calidad de vida, ya que reduce su autoestima, merma su autonomía e influye en la esfera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0022

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

de las relaciones sociales.
La IUE se define como la pérdida súbita e involuntaria de orina asociada a cualquier actividad que aumente la presión intraabdominal. Esto provoca que la presión intravesical aumente y supere a la presión del sistema esfinteriano uretral, en ausencia de contracción del detrusor.
La causa final de la IUE es la disminución de la presión uretral, y ésta puede estar reducida por dos causas que pueden coexistir: la “deficiencia esfinteriana intrínseca” y la uretra “hipermóvil”, en la que los elementos de sostén de la uretra (entre ellos el suelo pélvico) están debilitados.

RESULTADOS ESPERADOS
- Prestar atención sanitaria a la mujer que presenta IUE y cuyo médico de referencia se sitúe en los CS de Graus y Castejón de Sos, con objeto de mejorar su situación clínica y prevenir complicaciones futuras, mejorando así su calidad de vida de forma integral.
- El objetivo se centrará en intentar resolver el problema de su IUE a través de las intervenciones necesarias, tanto asistenciales como de educación sanitaria, con los recursos disponibles en la zona de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
- Identificar y captar a las mujeres que presentan IUE en las zonas de salud de referencia.
- Proporcionar una asistencia de buena calidad, centrada básicamente en el entrenamiento muscular del suelo pélvico, integrando patrones posturales, motrices y respiratorios adecuados en las actividades de la vida diaria (AVD).
- Fomentar la autosuficiencia y el autocuidado.

MÉTODO
-Elaboración y puesta en marcha de un programa multidisciplinar (matrona-fisioterapeuta) de entrenamiento de suelo pélvico (ESP) en mujeres con IUE
-Establecer los criterios de inclusión y exclusión en el programa de ESP.
-Definir las actividades a realizar, tanto asistenciales como de educación sanitaria, quién las lleva a cabo, cuándo y de qué forma. Establecer un cronograma de actividades.

INDICADORES
-Presentación del programa multidisciplinar de ESP en sesiones clínicas
-Número de usuarias incluídas/excluídas en el programa. (para ello habría que realizar alguna adaptación en OMI para poder realizar esta búsqueda).

DURACIÓN
-Elaboración del programa multidisciplinar de ESP. Primer trimestre
-Presentación del programa en los EAP. Segundo trimestre
-Puesta en marcha del programa. Tercer trimestre
-Evaluación. Cuarto trimestre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 1 Nada
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 1 Nada
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUAL PLANAS MONTSERRAT
LASCORZ GOICOECHEA ANA
MAGAZ MONTANER RAQUEL
MARTI JARNE FERNANDO
CALDERON GRAU PILAR
MONCUS MURO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Reunión en Gerencia de Atención Primaria el 21.04.2017, de 13 a 15h con asistencia de todos los fisioterapeutas de AP del Área de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación de las UFAP; propuesta de actividad de mejora de calidad para el año 2017. Se concluye en dicha reunión que dentro del Proyecto de Mejora de Calidad: “Guía de Actuación de las UFAP del Sector Barbastro” se pretende consensuar una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia.
• Búsqueda bibliográfica y de Guías de funcionamiento de Unidades de Fisioterapia de diversos centros públicos. Lectura y análisis de cada uno de los documentos. Elaboración de un borrador.
• Reunión en H. de Barbastro el 27.10.2017, de 13 a 15h., con asistencia de todos los fisioterapeutas de AP del Sector de Barbastro. Orden del día: Elaboración del documento de Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia. Puesta en común de las conclusiones extraídas en el análisis previo y presentación de diversos borradores. Discusión y aprobación de un documento consensuado.

CRONOGRAMA
• 1er TRIMESTRE. Se analiza la situación de las UFAP. Propuesta de elaborar una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia dentro del marco del plan de mejora de calidad “Guía de Actuación de las UFAP del Sector Barbastro”.
• 2º TRIMESTRE. Elaboración del documento.
• 3er TRIMESTRE. Presentación del borrador del documento.
• 4º TRIMESTRE. Presentación, discusión y aprobación por consenso del documento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• La existencia de una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia contribuye a mejorar el conocimiento de los usuarios con respecto a este servicio sanitario.
• Dicha guía se expondrá al público en un tablón accesible en el Centro de Salud donde se ubique dicha Unidad de Fisioterapia, y se le dará a conocer a los usuarios en el momento en que acudan a esta Unidad para recibir atención.
• Así mismo esta Guía ofrece:
• Información de cómo debe tramitarse la prescripción de Fisioterapia, entregándose en Admisión y no en las Salas de Fisioterapia
• Indicación de las condiciones en las que debe acudir el usuario a tratamiento, en cuanto a vestimenta, uso de las instalaciones, frecuentación, etc.
• Advertencia de los riesgos en salud que pueden sufrir determinados usuarios portadores de marcapasos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Mejora de la coordinación entre los profesionales
• Disminuir la variabilidad con el consenso con AE de unos criterios mínimos de derivación a las UFAP
• Es necesario continuar con el proyecto en 2018 para poder cumplir la totalidad de objetivos que se marcaron en un primer momento

7. OBSERVACIONES.
Se adjunta la guía de funcionamiento de la Unidad para usuarios

*** ========== Resumen del proyecto 2016/82 ========== ***

Nº de registro: 0082

Título
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:
-No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
-Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
-Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Para ello se plantean los siguientes objetivos:
* En cuanto a los usuarios:
- Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
- Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
* En cuanto a los profesionales:
- Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
* En cuanto a la organización/recursos económicos:
- Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

MÉTODO
- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

INDICADORES
- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

DURACIÓN
- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer trimestre.
- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTI JARNE FERNANDO
MONFORT FERRIS SUSANA
MAGAZ MONTANER RAQUEL
GUAL PLANAS MONTSERRAT
BUISAN ESPIAS ROCIO
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
* Fecha de inicio del proyecto: 22.06.2018. El proyecto se consensúa en una reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro en el Hospital de Barbastro, en la que asiste la Directora de Enfermería, Ana Monclús.

* Segunda reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro, celebrada el 30.11.2018 en el Centro de Salud-Pediatría de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación actual de las UFAP.
Las fisioterapeutas recientemente incorporados al área de Barbastro manifiestan su voluntad de participar en el AGC 2018-1484. Se les informa y se les hace entrega de la documentación relacionada con el anterior Proyecto de mejora de calidad 2016-0082: El "protocolo de derivación a las UFAP del Sector de Barbastro" y la "Guía de funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia" y la presentación en power point del protocolo de derivación para su uso en las charlas informativas/sesiones clínicas en los Centros de salud.

Se analiza la situación de las UFAP y se comentan las siguientes situaciones:
- La UFAP de Barbastro ha recibido un montante de prescripciones de fisioterapia emitidas por el Servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro que originalmente iban destinadas a la Sala de Fisioterapia del propio Hospital.
- En la UFAP de Binéfar se observa cómo se derivan a Fisioterapia de forma reiterativa determinados pacientes desde AP, que demandan una atención quasi continuada. También se da el caso de pacientes derivados desde el Hospital de Lleida por médicos traumatólogos, que prescriben fisioterapia a pacientes con patología compleja o intervenidos quirúrgicamente, con indicaciones de tratamientos complejos y/o de larga continuidad. Ello supone, en ambos casos, un incumplimiento de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a fisioterapia de AP.
- Se acuerda por consenso que cada UFAP realice charlas informativas o sesiones clínicas en los Centros de Salud de referencia para exponer/recordar el protocolo de derivación a las UFAP, con el soporte de la presentación en power point elaborada para tal efecto. Se propone incluir este documento en la carpeta Común de cada Centro de Salud así como en el Manual de Acogida.
- Se acuerda por consenso que cuando un usuario inicie tratamiento fisioterápico, se hará constar en el protocolo de "Fisioterapia 1º día" los siguientes ítems:
Procedencia de la derivación:
? Médico de AP
? Pediatría
? Rehabilitación
? Otros
El registro de la pertinencia de la derivación a fisioterapia se realizará en cuanto se habilite dicho apartado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la incorporación de nuevos profesionales a las UFAP y la creación de una nueva UFAP en la ciudad de Barbastro, se ha establecido una coordinación y un consenso en cuanto a la utilización del Protocolo de derivación a las UFAP y a la Guia de funcionamiento de las UFAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por el momento no se ha realizado evaluación del indicador de pertinencia de la derivación a la UFAP (en cuanto al cumplimiento o no de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a las UFAP) porque se está a la espera de que los departamentos correspondientes del SALUD realicen las adaptaciones informáticas necesarias en OMI solicitadas en junio de 2018 a la dirección de Enfermería de AP del Sector de Barbastro.
Se está a la espera de la puesta en marcha de la Comisión de gestión clínica de procesos músculo-esqueléticos del Sector Barbastro.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/82 ========== ***

Nº de registro: 0082

Título
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:
-No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
-Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
-Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Para ello se plantean los siguientes objetivos:
* En cuanto a los usuarios:
- Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
- Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
* En cuanto a los profesionales:
- Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
* En cuanto a la organización/recursos económicos:
- Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

MÉTODO
- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

INDICADORES
- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

DURACIÓN
- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

trimestre.
- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE ..... GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUAL PLANAS MONTSERRAT
BUISAN ESPIAS ROCIO
MARTI JARNE FERNANDO
MAGAZ MONTANER RAQUEL
MONFORT FERRIS SUSANA
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- 2 reuniones de dirección de AP con las UFAP y el servicio de Rehabilitación del hospital de Barbastro
- 3 reuniones en 2018 de los profesionales de fisioterapia de atención primaria del sector para elaborar el protocolo
- 3 sesiones clínicas / formación en EAP (Abiego, Berbegal y Barbastro) de 1 hora de duración para explicar los criterios de derivación y organización de las unidades.
- Se ha presentado el protocolo de las UFAP al servicio de rehabilitación y se han consensuado criterios. Estamos pendientes de la aprobación definitiva de dicho protocolo.
- En este año se han aumentado recursos en el sector: un segundo fisioterapeuta en Binéfar y la creación de una nueva UFAP en Barbastro con 2 nuevos profesionales
- Han sido derivados 150 pacientes desde rehabilitación de Barbastro pendientes de tratamiento fisioterápico, a la nueva UFAP de Barbastro, lo que ha supuesto una descarga de las listas de espera de fisioterapia en el hospital.
- Consulta de procesos musculoesqueléticos: está pendiente su puesta en marcha en el hospital, que está prevista para el primer semestre de 2019 (condicionada a la incorporación de un nuevo FEA de Rehabilitación)
- Interconsulta virtual de procesos musculoesqueléticos: ya se está realizando con el servicio de RHB (se analizarán los datos en cuanto a resolución y respuesta cuando finalice el año 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Documentación relacionada aprobada: El “protocolo de derivación a las UFAP del Sector de Barbastro” y la “Guía de funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia” y la presentación en power point del protocolo de derivación para su uso en las charlas informativas/sesiones clínicas en los Centros de salud.

- Fecha de inicio del proyecto: 22.06.2018. El proyecto se consensúa en una reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro en el Hospital de Barbastro, en la que asiste la Directora de Enfermería. El protocolo está pendiente de su aprobación definitiva y publicación en INTRANET.
- Segunda reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro, celebrada el 30.11.2018 en el Centro de Salud-Pediatría de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación actual de las UFAP. Las fisioterapeutas recientemente incorporadas al área de Barbastro manifiestan su voluntad de participar en el AGC 2018-1484.

La UFAP de Barbastro ha recibido un montante de prescripciones de fisioterapia emitidas por el Servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro que originalmente iban destinadas a la Sala de Fisioterapia del propio Hospital.
En la UFAP de Binéfar se observa cómo se derivan a Fisioterapia de forma reiterativa determinados pacientes desde AP, que demandan una atención cuasi continuada. También se da el caso de pacientes derivados desde el Hospital de Lleida por médicos traumatólogos, que prescriben fisioterapia a pacientes con patología compleja o intervenidos quirúrgicamente, con indicaciones de tratamientos complejos y/o de larga continuidad. Ello supone, en ambos casos, un incumplimiento de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a fisioterapia de AP.
Se acuerda por consenso que cada UFAP realice charlas informativas o sesiones clínicas en los Centros de Salud de referencia para exponer/recordar el protocolo de derivación a las UFAP, con el soporte dela presentación en power point elaborada para tal efecto. Se propone incluir este documento en la carpeta Común de cada Centro de Salud así como en el Manual de Acogida. Se han realizado en Barbastro, Abiego y Berbegal.
Se acuerda por consenso que cuando un usuario inicie tratamiento fisioterápico, se hará constar en el protocolo de “Fisioterapia 1º día” los siguientes ítems:
Procedencia de la derivación: Médico de AP / Pediatría / Rehabilitación / Otros.
El registro de la pertinencia de la derivación a fisioterapia, en cuanto al cumplimiento o no de los criterios de inclusión del protocolo de derivación no puede realizarse hasta que los departamentos correspondientes del SALUD realicen las adaptaciones informáticas necesarias en OMI.
16% de las interconsultas virtuales de RHB han sido resueltas telemáticamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Necesitamos continuar trabajando, ya que la creación de las nuevas UFAP se ha demorado hasta el último

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA

trimestre.
• También ha habido problemas para programar reuniones con el servicio de RHB debido a las incertidumbres relacionados con los cambios continuos de personal (traslados, OPEs, etc)
• En principio es un proyecto que ha demostrado ser útil, nos ha permitido crear un grupo con un objetivo común y esto también nos facilita poder consensuar criterios de evaluación (incentivos) con los propios profesionales
• Se ha mejorado la coordinación AP-AE (Rehabilitación y Fisio del hospital). Se ha observado que deben de revisarse las indicaciones de derivación desde RHB a las UFAP para no duplicar y optimizar el funcionamiento de ambos dispositivos asistenciales.
• Se valora dar el proyecto por finalizado y crear una comisión/grupo de trabajo dependiente de la Comisión clínica de gestión clínica y calidad asistencial. La intención es que esta comisión se consolide como grupo estable. La comisión se podría llamar "COMISIÓN PARA LA COORDINACIÓN DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPEÚTICO A PACIENTES CON PROCESOS MUSCULOESQUELÉTICOS", con participación de profesionales del ámbito de la atención primaria y especializada (rehabilitador y coordinadora de unidad de fisio del hospital).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/82 ========== ***

Nº de registro: 0082

Título
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:
-No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
-Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
-Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Para ello se plantean los siguientes objetivos:
* En cuanto a los usuarios:
- Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
- Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
* En cuanto a los profesionales:
- Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
* En cuanto a la organización/recursos económicos:
- Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA

MÉTODO
- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

INDICADORES
- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

DURACIÓN
- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer trimestre.
- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ESTHER MARIA PERALTA RUFAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUELO FLORIA MARCOS
SANCHEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones de matrona, enfermería pediátrica y pediatra con familias y niños de 0-12 meses de edad, con una periodicidad aproximada de unos 15 días, descansando en periodos vacacionales. Las sesiones se han anunciado de forma periódica tanto de manera activa en las consultas de los pacientes diana como en el tablón de anuncios y en la página del Facebook del equipo.
Se han realizado hasta el momento desde la puesta en marcha del proyecto 14 sesiones, con temática diversa, incluyendo: lactancia materna, alimentación infantil, ritmo intestinal de los niños, trastornos digestivos funcionales, estreñimiento, masaje infantil, actuación ante un atragantamiento y RCP básica, alimentación en el postparto y lactancia, anticoncepción en el postparto, cuidados del suelo pélvico, ejercicios recomendados en el postparto… Alguno de los temas se ha repetido en varias ocasiones dado que la población asistente ha sido diferente y han sido cuestiones demandadas de forma frecuente en las encuestas iniciales realizadas.
En cada una de las sesiones llevadas a cabo se ha seguido la misma dinámica: presentación de los asistentes, resolución de dudas, introducción del tema, exposición práctica mediante preguntas a resolver por las familias y corrección de errores, y dudas finales. Se ha entregado material impreso a modo de resumen de la información más relevante en la mayoría de las sesiones. En alguna sesión se han empleado materiales audiovisuales y en otra material médico, como por ejemplo para el taller de RCP básica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto de los indicadores propuestos, se han conseguido los objetivos esperados en todos los que se han evaluado hasta el momento:
- Realización de al menos 15 reuniones anuales del grupo de crianza. Hasta la fecha actual se han realizado 14 sesiones (de mayo a febrero 2018), teniendo ya programadas quincenalmente las fechas de las próximas a realizar.
- Participación de al menos un 10% de la población diana en las reuniones. Al menos un familiar de cada recién nacido a lo largo del periodo comprendido desde la puesta en marcha del proyecto ha acudido en una ocasión al grupo de crianza, exceptuando aquellas familias que, bien por barrera idiomática, distancia al centro de salud o no disponibilidad de tiempo por incorporación al trabajo, no han podido acudir.
- Reflejar el tiempo dedicado en agenda OMI. Se ha citado a todos los pacientes que han acudido al grupo de crianza como educación grupal en los días que se han realizado las sesiones, y se ha dejado constancia en cada historia de la temática tratada.
- Respecto a los indicadores de: mejora de los conocimientos maternos sobre lactancia y autocuidado tras el parto y mejora de habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en niños de 0-12 meses, no se disponen de resultados definitivos, porque la mayoría de los niños incluidos en el proyecto todavía no han cumplido los 12 meses y por tanto no se ha realizado dicha revisión de salud, no pudiéndose entregar la encuesta para valorar dichos aspectos. La valoración subjetiva de dichos resultados es elevada, dado que las personas que han acudido a estas sesiones han manifestado activamente su satisfacción con el desarrollo del grupo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo del grupo de crianza ha sido una actividad satisfactoria tanto para los profesionales implicados como para los familiares, porque al tratarse de una actividad muy participativa, hemos podido aprender de las familias y sus experiencias así como éstas de nosotros. Asimismo, durante las consultas de demanda y revisiones programadas de los pacientes que han acudido de forma asidua, se ha objetivado un aumento de los conocimientos de los familiares y un adecuado manejo de las situaciones tratadas en dichas sesiones.
El aspecto que más dificultad supone es la capacidad de convocar a la población, dado que la asistencia es muy variable, dándose días con la sala al máximo de su capacidad, mientras que otros la asistencia ha sido baja, en ocasiones motivada por la climatología o periodos vacacionales. Principalmente acuden las madres, pero en alguna ocasión también ha acudido algún padre al grupo, mostrándose satisfecho con la actividad.
Así pues, se prevé continuar de forma regular con el proyecto, dado que la población a la que va dirigido está en constante renovación, y los resultados son positivos a varios niveles, según se ha comentado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1418

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

========== ***

Nº de registro: 1418

Título
GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

Autores:
PERALTA RUFAS ESTHER MARIA, MUR TORRES SARA, BOSCH ALCOLEA ELISABETH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Consulta sobre lactancia, actividades preventivas y manejo de patologías frecuentes en el primer año de vida y en el posparto
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Partimos de la existencia de un grupo de lactancia en nuestro centro desde hace varios años, el cual se reúne esporádicamente, dirigido por la matrona, en el que se resuelven consultas sobre lactancia materna exclusivamente. Durante el primer año de vida de un niño, la demanda generada en consultas de pediatría por patologías banales y consultas sobre actividades preventivas y de promoción de la salud es numerosa, así como también lo son las consultas a la matrona sobre lactancia y cuidados tras el embarazo.
Se decide ampliar el grupo existente, dirigiéndolo a los niños alimentados con lactancia materna y también a aquellos alimentados con lactancia artificial, así como a sus familiares. Además, la temática del grupo no sólo incluye temas sobre lactancia materna, sino también información sobre crianza y actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y también atendiendo al puerperio y la salud reproductiva de la mujer.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener y desarrollar un grupo de apoyo para familiares en la crianza de niños de 0-12 meses.
Mejorar conocimientos y habilidades maternas en el desarrollo de una lactancia exitosa y en autocuidado tras el parto.
Proporcionar a los familiares de estos niños habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en esta etapa de la vida infantil
Informar sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia.
Fomentar la relación entre las participantes fuera del ámbito sanitario.

MÉTODO
Reuniones de matrona, enfermera pediátrica y pediatría con familias y niños de 0-12 meses de edad, que se intentarán realizar con una periodicidad mínima de 15 días, de 1,5 horas de duración aproximada.
Se informa de su realización en las consultas de los profesionales que participan en la actividad, en el tablón de anuncios y en la página del facebook del equipo que desarrolla el proyecto.
Son sesiones en las que participan no sólo los profesionales de salud, sino también el resto de los asistentes. En ocasiones se utilizan recursos audiovisuales o impresos, así como demostraciones prácticas; y en otras se podrá requerir la presencia de alguna persona externa al equipo experta en algún tema concreto a tratar

INDICADORES
Realización de al menos 15 reuniones anuales del grupo de crianza
Número de reuniones realizadas en los últimos 12 meses. Resultado esperado > ó = 15)

Participación de al menos un 10% de la población diana en las reuniones
Número familias asistentes en al menos una ocasión a las reuniones/ Total de niños recién nacidos a lo largo de los 12 meses anteriores X 100 (Resultado esperado > ó = 10%)

Reflejar el tiempo dedicado en agenda OMI
Constancia de los pacientes que han acudido a la consulta en la agenda de OMI, citados como educación grupal los días que se realiza el grupo. (Resultado esperado: que todos los días que se realice grupo de crianza, consten citados pacientes como educación grupal en agenda de OMI)

Mejora de los conocimientos maternos sobre lactancia y autocuidado tras el parto en al menos el 50% de los participantes.
Medido mediante encuesta de mejora de conocimientos del primer día que acude a la reunión respecto del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

momento de finalización de su participación en el grupo.
Número de familiares que consideran que han mejorado sus conocimientos / Total de familiares que acuden a reuniones de grupo de crianza X 100 (Resultado esperado > ó = 50%)

Mejora de habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en niños de 0-12 meses, en al menos el 50% de los participantes
Medido mediante encuesta de mejora de habilidades del primer día que acude a la reunión respecto del momento de finalización de su participación en el grupo.
Número de familiares que consideran que han mejorado sus habilidades / Total de familiares que acuden a reuniones de grupo de crianza X 100 (Resultado esperado > ó = 50%)

DURACIÓN
Fecha de inicio: 26 de mayo de 2017
Fecha de finalización: se prevé darle continuidad, dado que la población a la que va dirigido está en constante renovación.
Primera fase: Reuniones de coordinación y temas a tratar; así como ofrecer información al resto del equipo del centro de salud
Segunda fase: Realización del grupo presencial, en la primera ocasión que acudan se entregará la encuesta de valoración de conocimientos y habilidades a todas las familias. La encuesta comparativa se entregará a las familias que hayan acudido, al cumplir los niños los 12 meses, aprovechando la cita de la revisión de salud. En las reuniones participarán de forma indistinta tanto la enfermera pediátrica, la matrona como la pediatra; dependiendo del tema a tratar en cada reunión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1569

1. TÍTULO

GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLEMENTE ARAGUAS MARIA LUISA
SIRVENT MAZARICO IGNACIO
PUENTE CIRIA FRANCISCO JAVIER
MEGINO PEÑA VICTOR
ORDUNA NAVAS MARIA
BUCHACA PARDO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos una primera reunión de Equipo de Enfermería en enero de 2017 en la que se crea el grupo de personas que estan interesadas en la realización del proyecto.En dicha reunión definimos el perfil de cuidadores que van a participar.Serán seleccionados de los Servicios 313,314 y 320 . son los que corresponden a Inmovilizados, Terminales y Conicos- Dependientes del Sistema OMI -AP.
Todos ellos cumpliran el requisito de tener un Índice de Barthel con un resultado = a 90.
Seleccionamos los temas prioritarios a tratar:
1-Realización de cuidados en Aseo e Higiene y cambio de Absorbentes
2-Realización de cambios posturales para el mantenimeiento de una alineación correcta y prevención de Lesiones por presión.
3-Mantemiento de la ergonomia del cuidador en la realización de los cambios posturales.Muestra de dispositivos de ayuda en la movilizaciónde pacientes.
Decidimos que de forma individual buscaremos el material que nos parezca adecuado para las sesiones.

Realizamos una segunda reunión en Abril de 2017 en la que decidimos la estructura del taller.Elegimos una sesión expositiva en la Sala de Juntas del Centro de Salud utilizando el oredenador de docencia y conexion a Internet y cañon de proyecciones y otra sesión práctica en la Sala de Fisioterapia en la que se realizaran practicas de lo explicado anteriormente. Se acuerda dos sesiones en dos semanas consecutivas para el mismo grupo. Posteriormente vimos que no se podía realizar en este modo porque los cuidadores no podian dejar a sus familiares tanto tiempo solos porque no todos tenian otra persona que le atendiera durante su ausencia o por por otras circunstancias de desplazamiento.
Del material aportado consideramos que los videos de Salud informa pueden ser de gran utilidad en la sesion para ser visualizados y posteriormente comentados, así como darles el enlace a los cuidadores para poder ser visualizados por ellos en sus domicilios.
Discutimos el como medir su estado de salud para realizar el cuidado y elegimos una escala diferente a la escala Zarit et Zarit por ser más rápida y sencilla en las respuestas durante la sesión y utilizada por servicios de Salud en cuidadores. La escala elegida es la EuroQol 5D y puesto que la mencionada ya esta realizada dentro del PC-DEPEND.VALORACION CUIDADOR.Añadimos la recopilación de algún dato básico (edad, ayudas externas....nivel de ayuda que precisa su familiar),su contestación es de forma anónima.
Nos planteamos la evaluación de los contenidos así que auto-creamos una encuesta que se ciña a los temas expuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Dos de los ocho asistentes viajaron mas de 30 Km para la asistencia a la sesión y aunque manifestaron su interés ven complicado la asistencia a sesiones de forma continuada.
-En reunión realizada el 15 de Noviembre con la incorporación al centro de nuevos profesionales se sugiere la posibilidad derealización de blog (que permita la interactuación y contacto permanente entre los cuidadores y profesionales sanitarios), ya que la presencia al taller fue dificultosa. Esto no exime la la posibilidad de encuentros físicos profesionales-cuidadores pero si el mantenimiento del grupo activo.
Uno de los cuidadores expuso que no tiene acceso a Internet el resto tiene un manejo habitual.
-Por parte del grupo de trabajo el aprendizaje de una Planificación más realista de definir claramente los objetivos propuestos y su sistema de medida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Participacion de los cuidadores. Acudieron un 80% de los cuidadores a los cuales se les ofertó el taller.
Los pacientes pertenecian del Servicio de Inmovilizados y Dependientes. No acudió ninguno del Servicio de Terminales.
Todos los participantes al taller rellenaron la encuesta EuroQol 5D. La encuesta final fue entregada por algunos y otros prefieriron llevarla y ser recogida por los enfermeros durante las visitas domiciliarias programadas.
Satisfacción personal por parte de los cuidadores por la convocatoria y manifestada verbalmente. Sentimiento de pertenencia al grupo.
Alto índice de participación en dialogo abierto y tras terminar la sesión práctica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1569

1. TÍTULO

GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS

En uno de los domicilios posteriormente se contrató a una persona para ayuda en los cambios posturales y cambio de absorbente. Se cambiaron también el tipo de absorbentes.
En otro domicilio se adecuo la cama y adquirieron una cama articulada y barandillas.
Toda esta información se objetivo en las sucesivas Visitas a domicilio realizadas por los enfermeros de cupo.
Se expusieron todos los contenidos que se tenían previstos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1569 ========== ***

Nº de registro: 1569

Título
GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS (ASEO/HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES PP, ...) Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON CUALQUIER NIVEL DE DEPENDENCIA DE ZS DE GRAUS

Autores:
BANDRES PARDO NATALIA, CLEMENTE ARAGUAS MARIA LUISA, FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, BAGÜES CASAS SONIA, SIRVENT MAZARICO IGNACIO, PERNA ESPOT JOSEFINA, PUENTE CIRIA JAVIER, SORO VIVAS ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atencion a pacientes funcionalmente dependientes
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora atención de pacientes dependientes en domicilio. Soporte al cuidador.

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cuidados referidos serían:

ASEO/HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION, HIGIENE POSTURAL, ALIMENTACION ...

Dado el aumento del envejecimiento de la población que conlleva a un aumento de perdida de autonomía y mayor dependencia junto con unos cuidadores dedicados durante años al cuidado de sus familiares y detectando un riesgo de cansancio en el rol del cuidador se decide la creación de este grupo en el que se aúne el orientar a estos cuidadores en recursos (formativos, en sesiones, recursos en la red, material de ayuda al cuidado, asociaciones....) y la favorecer la comunicación entre ellos compartiendo el nexo común que es la actividad de cuidar a su familiar.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de un grupo de cuidadores y favorecer la relaccion interpersonal entre ellos
Fomentar la relaccion terapeutica de los cuidadores con el EAP
Mejora del rendimiento del cuidador en la aplicación de cuidados directos

MÉTODO
sesiones formativas/informativas programadas conjuntamente entre los miembros del grupo de cuidadores y el personas que integramos el grupo de trabajo

INDICADORES
numero de sesiones que se realizan (3 sesiones)
asistencia de cuidadores (50% de los que se ofrece)
nivel de satisfacción de los cuidadores (escala likert)

DURACIÓN
realización de sesiones. 1ª sesión ya realizada 23/06/2017
2ª sesión (final de septiembre/octubre)
3ª a determinar

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1569

1. TÍTULO

GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GRAUS
· Localidad ..... GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE
PUEYO GARCIA ROSA MARIA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BUCHACA PARDO NURIA
AGUELO FLORIA MARCOS
PUENTE CIRIA JAVIER
ORDUNA NAVAS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Impresión de listados de pacientes adscritos al programa 320(Atención al inmovilizado, dependiente y Terminal) en cada uno de los cupos, con el fin de cuantificar el número de cuidadores a los que ofertamos el blog.
-Determinación de criterios de inclusión para la oferta del blog y de exclusión, determinado como criterio de inclusión:
Cuidador de paciente inmovilizado/dependiente en domicilio familiar o contratado, que sea quien realice los cuidados directos en ABVDs o supervisión de las mismas, para la satisfacción de las Necesidades Humanas Básicas.
Determinamos como criterio de exclusión a pacientes terminales, pacientes institucionalizados en residencias y aquellos cuyos cuidadores no tengan aptitudes para manejo del blog y/o no posean conexión a internet o dispositivo para hacerlo.
-Elaboración de hoja de registro Excel. Como método de registro de nombre y apellidos del paciente, fecha y oferta de blog, y motivo por el que no se oferta o se rechaza por parte del cuidador, I.Barthel en ese momento, si la cuidadora es durante 24 h, si y tienen ayuda de cuidadora del Servicio Comarcal. Si el cuidador es un familiar se le entrega test de sobrecarga de Zarit.
-Valoración de pacientes en el domicilio utilizando el I de Barthel en el momento de presentación del blog y los ítems de la hoja de Excel.
-Durante el mes de Marzo a Julio diseño del blog, elección de contenidos, elección de Editor de páginas web gratuito y sencillo en su manejo.
-Presentación de trabajo realizado hasta el momento al EAP en reunión de equipo (junio 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos revisado la cobertura de la implementación de la oferta del blog en cada uno de los ocho cupos médicos del Centro de Salud de Graus. En este momento no es posible una evaluación ya que se empezó a ofertar a principios de septiembre de 2018 y precisamos más tiempo tanto para la oferta del mismo como para el manejo por parte de los cuidadores.
En los domicilios en los que conocen el blog valoran positivamente los contenidos y la facilidad de uso del blog. Observamos que en los domicilios que hay un PC o tablet es mucho mas sencillo que la visualización que en el móvil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-El equipo de trabajo valoramos adecuadamente el trabajo realizado, encontramos dificultades en la búsqueda de contenidos a nivel de soporte emocional al cuidador, y que les resulten útiles, ya que consideramos que la esfera Psicológica nos es más difícil de abordar. A nivel de cuidados enlazamos con documentos de la web del salud y videos de salud informa, así como escaneando de documentos editados por diferentes Servicios de Hospitales del Salud. (HCLB, H de Barbastro…)
-Creemos que es un proyecto en desarrollo, hemos estado en contacto con personal de recursos humanos de la Comarca de la Ribagorza para que también lo conozcan las cuidadoras comarcales que acuden a los domicilios a realizar la ayuda en los cuidados, y creemos que podría publicitarse a otras zonas básicas de Salud para apoyo en el programa de Atención a pacientes Inmovilizados y Dependientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1126 ========== ***

Nº de registro: 1126

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Título
GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Autores:
BANDRES PARDO NATALIA, MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE, PUEYO GARCIA ROSA MARIA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BUCHACA PARDO NURIA, AGUELO FLORIA MARCOS, PUENTE CIRIA JAVIER, ORDUNA NAVAS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidadores de pacientes dependientes
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Trás taller realizado en 2017 con cuidadores de la ZBS de Graus, se observó que aunque el porcentaje de participación es elevado (80%), el desplazamiento hasta el centro y la usencia del domicilio fueron algunos aspectos que tuvieron una valoracion negativa.
Se propone como nuevo proyecto la realización de un blog que permita una una plataforma de información con los cuidadores y enlaces a otros lugares de interes tanto para el cuidado de su familiar como el propio autocuidado.

RESULTADOS ESPERADOS
- Creación de un blog con información elegida por los componentes del equipo de trabajo.
- Potenciar el uso de esta herramienta en las visitas programadas a los domicilios.
- Aumento de conocimientos y aptitudes en el cuidado
-Disminución de sentimiento de dudas e inseguridad en los cuidadores.
-Disminución de sobrecarga en el cuidador

MÉTODO
- Presentación al EAP del Centro el Proyecto (objetivos, valores..)
-Obtención de listados de cartera de servicios de Inmovilizados y Dependientes de ZBS de Graus.
- Definir criterios de inclusión de los cuidadores (aptitudes fisicas y posibilidades tecnicas..tener acceso a internet... dispositivo para conexión.....)
-Seleccion de test valoración sobrecarga del cuidador.
-Enseñanza al EAP del Blog, ruta de conexión al mismo para la transmision de esta información a los cuidadores/familiares.(3 sesiones)
-Creación de encuesta de evaluación de uso de blog para cuidadores .
-Creación de encuesta evaluación por cupos del EAP de oferta del blog.

INDICADORES
- Porcentaje de cuidadores a los que se ha enseñado el manejo del Blog en el domicilio <50 - 80 %

-Porcentaje de cuidadores que han valorado positivamente la información y han incorporado tecnicas / recursos materiales para mejorar el cuidado < 40 - 80%

-Porcentaje de reducción de nivel de sobrecarga valorado según test elegido / nivel de calidad de vida

DURACIÓN
-Presentación de Proyecto al EAP (Mayo 2018)
-Obtención listados de Servicio de Inmovilizados y Dependientes(Junio18)-
-Creación de criterios de inclusion de cuidadores(juni0 2018)
-Blog realizado y disponible para ser ofertado en Internet(Agosto 2018)
-Enseñanza del manejo en domicilios a cuidadores (Agosto, Sept, Oct, Nov, 2018)
-Pasar encuestas de evaluación a cuidadores y componentes del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0635

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASCENSION GRACIA MARCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNUES SANZ GUILLERMO
GARCIA SEGURA ENRIQUETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Acceso bimensual al CMD en sesion de equipo.
- Sistematizacion del acceso al CMD en la consulta programada DM.
- Sesion EAP y dirección :revision resultados cotrato programa 2017.
- Sesion EAP actualización de las nuevas aplicaciones de la herramienta el CMD.
El calendario de actividades se ha cumplido con un margen de tiempo aceptable al programado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El nº de sesiones de EAP del CMD ha sido de cinco, con la participacion, en al menos una ocasión, de cada uno de los profesionales.
- Los pacientes con HbA1c en rango ha aumentado respecto año anterior.
- Los pacientes con retinografia realizada, tanto en AP como en especializada, han incrementado su registro en la HC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Aceso sistematico en las consultas programadas DM.
- Utilidad en el mejor seguimiento y resultados en el paciente diabetico.
- Actualizar periodocamente el manejo de las nuevas aplicaciones por parte de todo el personal del EAP.

7. OBSERVACIONES.
_ El desconocimento de la fecha concreta en que se realiza la actualización los datos volcados, resta operatividad a la herramienta.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/635 ========== ***

Nº de registro: 0635

Título
MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA

Autores:
GRACIA MARCO MARIA ASUNCION, BERNUES SANZ GUILLERMO, GARCIA SEGURA ENRIQUETA TERESA, GALINDO SERRANO IZARBE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detección y priorización: Transcurridos unos meses desde la presentación del cuadro de mando de diabetes, se constata la poca adherencia a la herramienta en el seguimiento de los pacientes diabéticos.
Causas: falta de destreza en su manejo, conexiones telemáticas lentas en los consultorios locales, no integración en las actividades diarias.
Importancia/ utilidad: proporciona información de calidad en el seguimiento del paciente diabético. Permite un mejor seguimiento del enfermo diabético.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0635

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General: Mejorar los resultados en salud en el paciente diabético .
Objetivos Secundarios:
-.Implementar entre los profesionales el uso del Cuadro de
Mandos de Diabetes.
-Mejorar el registro en OMI, del seguimiento del paciente diabético.
-Supervisar la adherencia a las pruebas complementarias.
-Aumentar el porcentaje de pacientes con Hbna A1c en rango.
-Mejorar el perfil en URM de los pacientes diabéticos.

MÉTODO
-Consulta, al menos mensual, por parte de cada profesional, del C.M. de Diabetes.
-Realización de sesiones de Equipo con revisión del Cuadro de Mandos de Diabetes (bimensual).
-Identificación de pacientes diabéticos con deficits de registro en el seguimiento.
-Elaboración de listados desagregados por cupos de pacientes diana y contacto telefónico/ correo@ / Wasap para su captación y cita.

INDICADORES
- Nº de sesiones clínicas del Equipo en el periodo (anual)
- Pacientes con HbA1c en rango/ Total de pac diabéticos x100
- Pacientes con Retinografía realizada/Total pac diabéticos x100

Obtención de datos de resultados desde el cuadro de mano de diabetes con carácter bimestral.

DURACIÓN
Comienzo: 1 de agosto de 2016. Finalización: 31 de Julio de 2017.
Cronograma:
Agosto: reunión del EAP, detección y priorización del problema, análisis del problema priorizado.
Septiembre: diseño del cambio y acciones de mejora.
Octubre/noviembre: inicio de las acciones de mejora necesarias.
Diciembre/Enero: monitorización del proceso.
Febrero: reevaluación para verificar las medidas propuestas.
Marzo/Junio: aplicar las acciones de mejora propuestas.
Julio: monitorización del proceso. Resultados.

OBSERVACIONES
Se trata de integrar el uso de la nueva herramienta,sistemáticamente, en la actividad asistencial de los profesionales que atienden al paciente diabético, creando un Ciclo de Mejora Continua de la Calidad en la atención al usuario.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1586

1. TÍTULO

ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMO BERNUES SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA MARCO MARIA ASCENSIÓN
GALINDO SERRANO IZARBE
THACCO VELARDE MAGALY
HERRAIZ VILELLAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Videoconferencia mensual de los miembros del EAP de Lafortunada con los profesionales de la U.S.M. del Sector Barbastro.
Consultas con los pacientes previas a cada videoconferencia.En su caso, cita y consultas posteriores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han monitorizado un total de 19 pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.
Se han realizado un total de 10 videoconferencias.
Ha permitido una mejora importante en la calidad del seguimiento de este tipo de patologías.
Ha lanzado de modo claro ula colaboración entre primaria y especializada, en este caso la U.S.M. permitiendo un mejor abordaje clínico y farmacológico de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un programa fundamental en este tipo de patologías.
Pacientes acostumbrados a su médico de familia como interlocutor intermedio con el especialista en el caso de dudas o mala evolución.
Muy buena acogida del programa entre los pacientes.
Programa para seguimiento en años sucesivos

7. OBSERVACIONES.
Alguna videoconferencia perdida por problemas técnicos.(2)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1586 ========== ***

Nº de registro: 1586

Título
ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Autores:
BERNUES SANZ GUILLERMO, GRACIA MARCO MARIA ASUNCION, GALINDO SERRANO IZARBE, THACCO VELARDE MAGALY

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
USM del Sector con elevada demanda y tiempos de primera evaluación elevados.
Dificultades de coordinación Primaria/ especializada
Incertidumbres en el manejo del seguimiento de los pacientes con patología psiquiátrica severa.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1586

1. TÍTULO

ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Mejorar calidad del cuidado de los pacientes de la Unidad de Salud Mental (USM)
Reducir número de interconsultas y de derivaciones de los Centros de Salud (CS) a las USMs
Reducir número de consultas presenciales en las USMs
Fortalecer capacidades de los equipos de AP en el tratamiento de trastornos mentales
Mejorar equidad en el acceso a los servicios de los pacientes
Satisfacción del usuario.
Satisfacción del profesional

MÉTODO
Sesión de videoconferencia USM/ CS Lafortunada mensual. El primer jueves de cada mes.(12 año)
Profesionales de la U.S.M. Del Sector
E.A.P. del C.S. Lafortunada
Profesionales implicados en el Proyecto Mastermind
Unidades de videoconferencia.

INDICADORES
Número de sesiones realizadas en 12 meses
Número de profesionales participantes/ año
Número de pacientes en seguimiento/ año

DURACIÓN
Plurianual.
Seguimiento por la dirección

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1587

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN CS LAFORTUNADA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VALENTIN RUIZ ALMENARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO SERRANO IZARBE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Izarbe y Valentin; Curso de Ecografia en A.P. APF016/17
Recibimiento de ecografo en CS Ainsa (Compartido)
Realización de Ecografia Tiroidea (1), abdominal(2), Rodilla(1)+Seguimiento(1), Vascular (1) + seguimiento(1), Genital (1) + seguimiento(1).
9 Ecografias 1 mes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Seguimiento clínico con herramienta radiológica de los pacientes que lo han requerido del CS Lafortunada y que actualmente se encuentran en tratamiento de diversas patológicas
-Desarrollo profesional

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Pendiente de sesion de reversion en CS. Al finalizar Curso.
-Formalizacion de Curso básico y avanzado de ecografia clinica y aplicabilidad (taller) para EAP (medicina y enfermeria).
-Dificultad Importante por la necesidad de desplazamiento fuera de zona de salud y franja horaria.
-Dificultad para intercambio, aprendizaje y experiencia compartida por el motivo previo.

7. OBSERVACIONES.
Pendiente de asignación de ACTO – AGENDA Y FORMALIZACION ANTE EL: desplazamiento a otro CS, indispensabe que sea fuera de horario laboral y zona de salud asignada.
Pendiente de Ubicación del aparataje, cuarto obscuro para mejorar calidad de imagen, donde no afecte otras actividades y que se encentre seguro, bajo llave para que no corra peligro de daño accidental.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1587 ========== ***

Nº de registro: 1587

Título
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN EL C. S. LAFORTUNADA

Autores:
RUIZ ALMENARA VALENTIN, GALINDO SERRANO IZARBE, BERNUES SANZ GUILLERMO, GRACIA MARCO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologia abdominal y osteomuscular
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Demora en la realización de ecografías en nuestro Sector.
Descarga del volumen de petición pruebas de imagen diagnósticas a rx
Prueba diagnóstica inocua.
Mejora de la capacidad diagnóstica y de la pertinencia de las derivaciones.
Optimización de costes.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1587

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN CS LAFORTUNADA

Apoyo al diagnóstico.
Mejora de los tiempos de espera.
Derivación orientada.
Satisfacción del usuario.
Satisfacción del profesional

MÉTODO
Adquisición de ecógrafos para AP.
Formación en Ecografía para médicos de AP
Oferta de la ecografía diagnóstica en AP en cartera de servicios

INDICADORES
Número de ecografías realizadas en los 6 primeros meses tras la implantación.
Número de profesionales formados

DURACIÓN
Plurianual.
Seguimiento por la dirección de Sector

OBSERVACIONES
Dependiente de la adquisición de ecógrafo.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0051

1. TÍTULO

CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA GRACIA MARCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAFORTUNADA
· Localidad ..... LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNUES SANZ GUILLERMO
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ
GARCIA SEGURA ENRIQUETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realizacion de tres sesiones clinicas del EAP para informar de la puesta en marcha del proyecto y su seguimiento.
- Elaboracion de un archivo, con las correspondientes hojas de informacion al paciente para la preparacion de cada prueba radiologica especifica. Acceso informatico en : comun - no iso - preparacion paciente pruebas radiologicas.
- Diseño del procedimiento operativo de la citacion: desde su solicitud, instrucciones de la preparacion, citacion, realizacion e informe recibido.
El cumplimiento del cronograma de ha ido adaptando a las nuevas incorporaciones de personal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado ha superado el standard, con los datos indirectos explotados.

La fuente de los resultados alcanzados,ha sido la emision de los correspondientes informes de las pruebas solicitadas en HCE. Sin mas datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Aplicar la metodologia de citacion escrupulosamente,en todos los casos q se pueda, ya q no siempre hay agendas disponibles en el momento de solicitud de la prueba.
- Actualizar periodicamente las novedades en las citaciones y preparaciones.
-Como impacto del proyecto resultaria util un canal de comunicacion directo desde radiologia del hospital con el CSalud para la trasmision de las incidencias acahecidas en los casos concretos. Con el fin de mejorar el proceso.
- Podria constituirse como PO (procedimiento operativo ISO) del sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/51 ========== ***

Nº de registro: 0051

Título
CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GRACIA MARCO MARIA, BERNUES SANZ GUILLERMO, RUIZ ALMENARA VALENTIN, GARCIA SEGURA ENRIQUETA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: varias
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0051

1. TÍTULO

CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

La creación de nuevas agendas en AP para la citacion de pruebas radiologicas en el servicio de radiologia del H Barbastro, requiere de la asignación horaria indicada, asi como de la informacion al paciente sobre la correcta preparacion para la realizacion de la prueba radiologica. Las mejores condiciones del paciente, repercutirán en la mayor calidad de las imagenes, facilitando la correcta interpretacion de las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
_ La poblacion diana será :todos aquellos pacientes del CS que se les solicite una prueba radiologica de imagen en el H Barbastro y en el CE Monzón.
1. Objetivo general:
- Todas las citas de las pruebas radiologicas citadas desde AP constarán del : volante de solicitud, del documento de la cita y de la hoja de preparacion de la prueba especifica.
2. Ojetivo Especifico:
-El profesional que entregue la documentacion de la cita radiologica al paciente, deberá de informar exhaustivamente del lugar, día y hora asi como de la correcta preparacion a realizar previamente a la prueba.
- Educar a los paciente sobre la importancia de su implicacion en el proceso para la consecucion exitosa de los resultados de las pruebas.

MÉTODO
- En sesion de EAP informar a todos los profesionales del CS de la nueva oferta de servicio desde AP y su correcta realizacion.
- Diseñar un proceso operativo de citacion a radiologia desde AP.
- Elaborar un archivo con las hojas de preparacion de cada prueba radiologica con la informacion escrita a los pacientes. El acceso en -comun-no iso en todos lor ordenadores de los profesionales del CS.

INDICADORES
- Nº de pruebas radiologicas citadas en AP y realizadas correctamente/Nº pruebas radiologicas citadas en AP x 100
- Nº pruebas radiologicas citadas en AP y no realizadas/Nºpruebas radiologicas citadas en AP x100
- Registro de incidencias en el procedimiento operativo de citacion de pruebas radiologicas.
Fte datos. OMI buzon de Ordenes clinicas pendientes, donde se reciben los resultados de las OC solicitadas

DURACIÓN
Comienzo: 1 marzo 2018. Finalizacion 31 diciembre 2018
Cronograma:
Marzo :Sesion de EAP presentando el proyecto a los profesionales.
Abril: Diseño del Procedimiento operativo
Mayo: Inicio de las acciones
Junio: Monitorizacion del proceso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1384

1. TÍTULO

INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA BETRIAN HERRERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MEQUINENZA
· Localidad ..... MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAREZ CASTELLO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión para formar un grupo de trabajo.

Curso para dejar de fumar iniciado el 27 de Septiembre 2017, fueron 5 sesiones realizadas por la enfermera Patricia Betrian y un psicólogo de la Asociación Española contra el cáncer.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se pudo formar grupo de trabajo ya que no había nadie del Equipo de Atención Primaria interesado en formar parte, así que el proyecto fue llevado a cabo de forma individual por la enfermera Patricia Betrian.
Los resultado del curso para dejar de fumar fueron muy positivos, de las 20 personas realizaron el curso 16 y 8 personas dejaron de fumar definitivamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto me ha abierto los ojos, la gente está receptiva a la educación sanitaria, esta interesada en temas y hábitos saludables. Esto nos abre muchos abanicos de trabajo a los sanitarios para conseguir una población más saludable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1384 ========== ***

Nº de registro: 1384

Título
INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA

Autores:
BETRIAN HERRERA PATRICIA, FERRER SANZ MARIA JOSE, JUAREZ CASTELLO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: comunitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la reunión realizada el día 15 de Mayo 2017 nos hemos dado cuenta de la importancia de la actividad comunitaria en la zona de salud, aunque siempre hemos realizado cosas puntuales (consejo de Salud, charlas de alimentación, visita guardería,...)nunca hemos dado constancia de ello. Así con este proyecto pretendemos visualizar nuestro trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un grupo de trabajo
Establecer cronológicamente los pasos a seguir en el proyecto.
Conocer las necesidades de la zona de Salud.
conocer las actividades que se realizan en la zona.
Crear confianza
Aumentar conocimientos de la población, para disminuir la demanda sanitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1384

1. TÍTULO

INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA

MÉTODO
sesión sobre la actividad comunitaria.

INDICADORES
Disminución de la demanda sanitaria en procesos que hemos trabajado.

DURACIÓN
Aún por definir

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1459

1. TÍTULO

GESTION DE ANALITICAS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE FERRER SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MEQUINENZA
· Localidad ..... MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ REQUENA ANGEL
JUAREZ CASTELLO PILAR
MENDOZA ESCUER INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
peticiones analíticas por map o enfermera cupo, peticiones realizadas según programas OMI, ajustar peticiones especialistas a peticiones map en items y tiempo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sin tener cifras exactas es dificil valorar los resultados, seguiremos con este mismo sistema. pendiente de resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por una parte el que todas las analíticas tengan que pasar por map es una sobrecarga de trabajo para los mismos, por otra es una manera de tener mayor nº de analíticas realizadas sin necesidad de hacer múltiples extracciones al mismo paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1459 ========== ***

Nº de registro: 1459

Título
GESTION DE ANALITICAS

Autores:
FERRER SANZ MARIA JOSE, GOMEZ REQUENA ANGEL, JUAREZ CASTELLO PILAR, MENDOZA ESCUER INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologias
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado un aumento considerable en el número de extracciones analíticas, por un aumento en los dias de espera, tambien analíticas repetidas en poco tiempo al mismo paciente solicitadas por diferentes profesionales, esto supone un gasto en recursos y una mala asistencia a los pacientes por repeticion de pruebas.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir en número de analíticas, haciendo que toda petición sea gestionada a traves de médico/enfermera de cupo, para adaptarla tambien a los programas en los que se incluye al paciente. Esta actuación está dirigida a toda la población mayor de 14 años de la ZBS.

MÉTODO
- Desde admisión toda analitica de especilaista deberá ser dirigida a profesionales cupo.
- Toda analítica deberá ser solicitada teniendo en cuenta no solo el programa en que se incluye el paciente sino tambien las posibles revisiones medicos especialistas.
- En reuniones EAP se habla, se decide y se repasa este plan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1459

1. TÍTULO

GESTION DE ANALITICAS

INDICADORES
nº analiticas 2018/ nº analíticas 2017.
Valorar la disminución del nº analiticas: valores a alcanzar 20% menos.

DURACIÓN
Desde 1 junio 2018 a 31 diciembre 2018.
Revisiones mensuales en reuniones EAP para valorar el desarrollo del proyecto y la dificultad que supone.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES LONCAN MARGALEJO
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Grupo de pacientes seleccionados por su motivación personal, interés en conocer la enfermedad y deseo de aumentar el uso de habilidades para el manejo de la enfermedad en el tema de autocuidados.

Todos habían recibido la información individualizada en la consulta de enfermería, pero manejar un grupo ha supuesto la formación de las enfermeras en dinámicas grupales, exposición y afrontamiento de grupos.

Estrategia de educación a pares Teach-back, enseñanza por retroalimentación.

Motivos de exclusión: inmovilizados, dependientes, dificultad desplazamiento, deterioro cognitivo, rechazo expresado a recivir educación diabetológica.

Motivos de inclusión: Interés por obtener formación o información, planteamiento individualizado de dificultad sobre como afrontar la situación y deseo de lograrlo, dudas y dificultades en el autocuidado expresadas de forma individual, tratar de potenciar las habilidades sociales.

Metodología activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias.

Se realizaron 6 sesiones, distribuidos en dos jornadas. Las sesiones fueron: Conceptos generales de la diabetes, ¿Qué puedo hacer para controlar mi diabetes? (de 2 a 4 sesión), Complicaciones de diabetes, tratamientos e insulinas.

Seguimiento durante un año con entrevista clínica, controles y analíticas al inicio, y a los 3-6 y 12 meses. Control de conceptos adquiridos mediante pre-test antes del inicio del curso y post-test al año del curso. Test: Escala de conocimientos en DM- ECODi. Realizado por Bueno et Col.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Satisfacción de los usuarios, sensación de pertenencia a un grupo, identificación con un centro de salud rural y no solo con el consultorio local, reconocimiento de dudas elaboradas o no expresadas en la formación individual. Aumento de conocimientos y habilidades personales. Repaso de hábitos de vida saludables adaptados al entorno rural.

Satisfacción de profesionales en la elaboración del taller y satisfacción en la dinámica del taller, así como en la finalización y obtención de conocimientos, constatado con encuesta pre-curso y post-curso.

Mejoría en datos analíticos respecto a IMC, P. Cintura, HBA1C, Colesterol total, LDL col, y en conocimientos con mejora de resultados de test. Se mantuvieron igual las cifras de TA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cuando se logra generar una necesidad pasa a ser una necesidad sentida y expresada, pero si no se genera, el desconocimiento puede aumentar su crítica y rechazo.

Interés de los pacientes que han participado en el grupo de contribuir en posteriores cursos de educación grupal, tanto como alumnos como discentes.

Incluir entre nuestras actividades la educación a grupos contemplada en aplicativo OMI_AP.

Incorporarnos a la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud.

Fomentar la participación comunitaria.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1413 ========== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, LERIS OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo ....: Hombres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
la diabetes es una patologia frecuente cronica (12%) en nuestro entorno; la educacion diabetica ha demostrado evidencia aplicada en grupos de nuestro entorno
Con el proyecto pretendemos desarrollar un protocolo educativo para personas con diabetes tipo 2 (DM2) en nuestro centro de salud de Monzon Rural, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patología crónica ocasiona.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.

Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en los siguientes hábitos
Hábitos de vida saludables: alimentación, control del peso y ejercicio físico

• Control de factores de riesgo: lípidos, presión arterial y tabaquismo.

• Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.

• Cuidados del pie diabético

• Control glucémico adecuado.

• Adherencia a la medicación.

MÉTODO
La metodología será activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias entre los participantes; se pretende que
el paciente sea protagonista de su aprendizaje y progreso en el manejo de su enfermedad.

El personal que participa en la Educación para Diabetes Mellitus tiene conocimientos y habilidades sobre la enfermedad
Charlas y talleres mensuales a los tres meses reevaluacion y puesta en comun de experiencias y al termino del proceso

INDICADORES
Porcentaje de mejora en el Control glucémico de los pacientes, evaluado a los 3 meses y a los 6 meses, esperado mas del
10% de mejora de hemoglobina glicada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

Porcentaje de mejora de conocimiento sobre la diabetes y las habilidades de autocuidado evaluado a los 3 meses y a los 6 meses.

Porcentaje de reducción de la presión arterial, el peso corporal y la necesidad de medicación para la diabetes al termino del programa

DURACIÓN
sesion este año en octubre 2017

evaluacion en enero 2018

OBSERVACIONES
se solicito y consiguio una subvencion en 2016 para compra de material porcedente de la DGA, salud publica

Valoración de otros apartados

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES LONCAN MARGALEJO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
CARRION PAREJA ROSA
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 6 sesiones, distribuidos en dos jornadas. Las sesiones fueron: Conceptos generales de la diabetes, ¿Qué puedo hacer para controlar mi diabetes? (de 2 a 4 sesión), Complicaciones de diabetes, tratamientos e insulinas.

Seguimiento durante un año con entrevista clínica, controles y analíticas al inicio, y a los 3-6 y 12 meses. Control de conceptos adquiridos mediante pre-test antes del inicio del curso y post-test al año del curso. Test: Escala de conocimientos en DM- ECODi. Realizado por Bueno et Col.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los profesionales :
Aumento de las habilidades en dinámicas grupales de educación para la salud.
Mejora en las habilidades individuales y colectivas de los profesionales implicados en el proceso de educación.
Refuerzo y actualización de los conocimientos sobre la enfermedad.

Respecto al equipo de Atención Primaria
Fomentar la participación y abordaje comunitario dentro del equipo de atención primaria.
Incluir la educación grupal en la dinámica de trabajo como equipo de Atención Primaria.
Respecto a los pacientes:
Aumento de los conocimientos en relación con su proceso crónico: Diabetes Mellitus.
Lograr un cambio de hábitos en su vida diaria, aportándoles información, conocimientos y eliminando el aislamiento social y superando el tabú de la enfermedad.
Reconocimiento de errores o hallazgo de lagunas de desconocimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejora como EAP en los resultados de educación a grupos.

Mejora como EAP en técnicas de abordaje comunitario.

Implicación de todo el EAP, no solo enfermería: manejo de datos estadísticos, colaboración con datos médicos durante las sesiones, etc.

Proyecto como EAP.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1413 ========== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, LERIS OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
la diabetes es una patologia frecuente cronica (12%) en nuestro entorno; la educacion diabetica ha demostrado evidencia aplicada en grupos de nuestro entorno
Con el proyecto pretendemos desarrollar un protocolo educativo para personas con diabetes tipo 2 (DM2) en nuestro centro de salud de Monzon Rural, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patología crónica ocasiona.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.

Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en los siguientes hábitos
Hábitos de vida saludables: alimentación, control del peso y ejercicio físico

• Control de factores de riesgo: lípidos, presión arterial y tabaquismo.

• Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.

• Cuidados del pie diabético

• Control glucémico adecuado.

• Adherencia a la medicación.

MÉTODO
La metodología será activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias entre los participantes; se pretende que
el paciente sea protagonista de su aprendizaje y progreso en el manejo de su enfermedad.

El personal que participa en la Educación para Diabetes Mellitus tiene conocimientos y habilidades sobre la enfermedad
Charlas y talleres mensuales a los tres meses reevaluacion y puesta en comun de experiencias y al termino del proceso

INDICADORES
Porcentaje de mejora en el Control glucémico de los pacientes, evaluado a los 3 meses y a los 6 meses, esperado mas del
10% de mejora de hemoglobina glicada

Porcentaje de mejora de conocimiento sobre la diabetes y las habilidades de autocuidado evaluado a los 3 meses y a los 6 meses.

Porcentaje de reducción de la presión arterial, el peso corporal y la necesidad de medicación para la diabetes al termino del programa

DURACIÓN
sesion este año en octubre 2017

evaluacion en enero 2018

OBSERVACIONES
se solicito y consiguio una subvencion en 2016 para compra de material porcedente de la DGA, salud publica

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION CORONAS FUMANAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCAY MARIN FRANCISCO
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS
ALASTRUE PINILLA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PASEOS POPULARES CORRESPONDIENTES AL 30% DE LOS MUNICIPIOS; AZANUY, FONZ CASTEJON DEL PUENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
150 PACIENTES PARTICIPARON ENTRE TODOS LOS PASEOS
3 TRIPTICOS EDITADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ES ÚTIL Y MOTIVADOR.

SE PRODUCE UN EFECTO CASCADA EN LA CONMUNIDAD QUE SE IMPLICA HACIENDO MARCHAS CORTAS Y LARGAS DEPENDIENDO DEL ESTADODE SALUD DE CADA UNO, LOS AYUNTAMIENTOS COLABORAN EN LAS MARCHAS, TAMBIEN LAS ASOCIACIONES DE AMAS DE CASA

7. OBSERVACIONES.
PARA EL AÑO 2018 TENEMOS PREVISTO AMPLIAR A DOS MUNICIPIOS MAS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1414 ========== ***

Nº de registro: 1414

Título
ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Autores:
CORONAS FUMANAL CONCEPCION, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, MARTÍN VIDAL MARIA JESUS, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: PATOLO CARDIOVASCULAR
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los hábitos de vida saludables son el pilar básico del equilibrio
entre la salud y la enfermedad. Una causa de enfermar es el desequilibrio de esta balanza, a causa de la pérdida progresiva en nuestra vida diaria de los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterranea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo
en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la proximidad al paciente y la posibilidad del mesaje breve y reiterado de forma individualizada, vamos a tratar de fomentar la participación comunitaria y de reforzar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

mensaje emitido desde nuestras consultas.

Así, en este marco, la oportunidad de mejora seleccionada es el informar, trabajar y fomentar hábitos de vida saludables desde un abordaje de participación comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos generales- Transmisión de información sobre estilos de vida
saludables, fomentar y promocionar hábitos correctos y tratar de dar respuesta a dudas surgidas en relación con este
tema.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, pedanías, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa
en implicarlos y fomentar los hábitos saludables. También involucrar al EAP en proyectos de participación comunitaria.

MÉTODO
En el EAP- Revisión bibliográfica de datos sobre el tema, valoración de la
situación actual del PACAP en Aragón (Programa de Actividades de Atención a la Comunidad en AP), actualización de conocimientos.

En la comunidad- Difusión a través de charlas divulgativas de promoción de la salud.

se hacen paseos reglados con cada comunidad y nucleo de poblacion segunse acordo en consejo de salud
se diseña e imprime untriptico de cada ruta f
los ayuntamientos marcaran caminos almenos uno por ayuntamiento

INDICADORES
Nº de paseos realizadosX100 sobre
el total de ayuntamientos de la ZBS

Nº tripticos realizados X 100 Total sobre el total de ayuntamientos

DURACIÓN
se viene realizando este programa desde 2016.

ya se han realizado 3 andadas y 3 tripticos

Se espera llevar a cabo durante el otoño de 2017 2 andadas y dos tripticos mas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION CORONAS FUMANAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES
ALCAY MARIN FRANCISCO
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS
CARRION PAREJA ROSA
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALASTRUE PINILLA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado paseos de 45 minutos de duracion acompañados por medico y/o enfermera durante el año 2018 en la localidad de Pomar.
En los pueblos de Castejon del Puente y Azanuy se realizan talleres de memoria, herramienta muy util para retrasar el deterioro cognitivo; promovidos por la Asociacion de Amas de Casa
En los pueblos de Pueyo de Santa Cruz y Alfantega la comarca ha organizado sesiones de Pilates una vez a la semana.
En Pueyo de Santa Cruz la juventud acompañados por el médico realizan salidas en bicicleta cada 15 días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Satisfacion de las personas que participan en las diferentes actividades enriqueciendo las relaciones interpersonales, contacto con la naturaleza en alguna de ellas e indirectamente mejorando el riesgo cardiovascular y mental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Promover el ejercicio físico desde los centros de salud anima a participar a la población y a organizarse por si mismos.
Queda pendiente instaurar paseos en algunas del centro y conseguir que mantengan el habito sin el acompañamiento de los profesionales de la salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1414 ========== ***

Nº de registro: 1414

Título
ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Autores:
CORONAS FUMANAL CONCEPCION, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: PATOLO CARDIOVASCULAR
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los hábitos de vida saludables son el pilar básico del equilibrio
entre la salud y la enfermedad. Una causa de enfermar es el desequilibrio de esta balanza, a causa de la pérdida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

progresiva en nuestra vida diaria de los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterranea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo
en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la proximidad al paciente y la posibilidad del mesaje breve y reiterado de forma individualizada, vamos a tratar de fomentar la participación comunitaria y de reforzar el
mensaje emitido desde nuestras consultas.

Así, en este marco, la oportunidad de mejora seleccionada es el informar, trabajar y fomentar hábitos de vida saludables desde un abordaje de participación comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos generales- Transmisión de información sobre estilos de vida
saludables, fomentar y promocionar hábitos correctos y tratar de dar respuesta a dudas surgidas en relación con este
tema.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, pedanías, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa
en implicarlos y fomentar los hábitos saludables. También involucrar al EAP en proyectos de participación comunitaria.

MÉTODO
En el EAP- Revisión bibliográfica de datos sobre el tema, valoración de la
situación actual del PACAP en Aragón (Programa de Actividades de Atención a la Comunidad en AP), actualización de conocimientos.

En la comunidad- Difusión a través de charlas divulgativas de promoción de la salud.

se hacen paseos reglados con cada comunidad y nucleo de poblacion segunse acordo en consejo de salud
se diseña e imprime untriptico de cada ruta f
los ayuntamientos marcaran caminos almenos uno por ayuntamiento

INDICADORES
Nº de paseos realizadosX100 sobre
el total de ayuntamientos de la ZBS

Nº tripticos realizados X 100 Total sobre el total de ayuntamientos

DURACIÓN
se viene realizando este programa desde 2016.

ya se han realizado 3 andadas y 3 tripticos

Se espera llevar a cabo durante el otoño de 2017 2 andadas y dos tripticos mas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SAMNITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ALASTRUE PINILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
LERIS OLIVA JOSE MARIA
CARRION PAREJA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CUATRO CHARLAS EN CUATRO MUNICIPIOS DISTINTOS SOBRE TABAQUISMO, CUDADOS DE SALUD, ALIMENTACION SALUDABLE, HABITOS SALUDABLES, IMPARTIDAS 4 MEDICOS Y DOS ENFERMERAS DEL EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
155 ASISTENTES EN TOTAL, CUATRO NUCLEOS DE PUBLACION HAN RECIBIDOS EDUCACION SANITARIA(= 25% DE LOS NUCLEOS DEL EAP) PARTICIPACION DE 6 PROFESIONALES DEL EAP(=60%).

SATISFACION PERCIBIDA ALTA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBERIAMOS HACER UN A EVALUACION DE IMPACTO CON TEST PRE Y POST CHARLA O SIMILAR

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1455 ========== ***

Nº de registro: 1455

Título
LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACRO PROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, LERIS OLIVA JOSE MARIA, CARRION PAREJA ROSA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
nuestra sociedad tiende a olovidar los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterranea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la continuidad y la longitudinalidad, que refuerza los lazos emocionales bidireccionales entre los profesionales sanitarios(tanto médicos como enfermeras) y pacientes. Esto hace que cualquier charla dada por los sanitarios ya conocidos por la comunidad se vuelva un debate abierto con interacciones, preguntas, bidireccionalidad....muy alejado de la charla convencional, y posiblemente más potente a la hora de transmitir mensajes. Estas charlas y conferencias son buscadas y promovidas directamente desde las asociaciones de la propia comunidad cada año. Hemos querido darle forma a esta realidad con este proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SAMNITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos generales- Registro estructurado de las charlas y conferencias impartidas por miembros del EAP sobre temas sanitarios dentro del ámbito de la ZBS durante el año 2017. Valoracion de la participación en las mismas y del impacto en la comunidad.
tema.
Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables.

MÉTODO
En el EAP- registro sistematico de estas actividades en soporte ISO, cosa que hasta ahora no se llevaba a cabo, con anotacion de las interacciones y debates habidos numero de participantes y elaboracionde una pequeña acta por cada charla realizada.

En la comunidad- realización de charlas divulgativas sobre temas sanitarios a peticion de la comunidad. Fomento de la interaccion, el debate, el dialgo durante o al final de las mismas, huyendo intencionadamente de la conferencia magistral pasiva.

INDICADORES
Nº de charlas realizadas en 2017

Nº de sanitarios que han impartido charlas/Total del personal sanitario del EAP

nº de participantes/total poblacion MAYOR DE 14 AÑOS de las ZBS

Nºde personas que interaccionan y/o participan activamente en las charlas/total de asistentes estimados al conjunto de todas las charlas

DURACIÓN
se viene realizando este programa desde la creacion del EAP en 1997, y aun antes, como PROFESIONALES APD.
Ya se han impartido dos charlas este año, con 65 participantes y 9 interacciones, y 4 profesionales implicadossobre un totla de 10.
Se espera participar en al menos dos mas durante el otoño de 2107

se hara una evaluacion del conjunto de charlas y se valoraran áreas de mejora, especialmente en el fomento de la participacion activa en enero 2018, en reunión de equipo.

OBSERVACIONES
Se buscarán algun tipo de indicadores del impacto de dichas charlas en la comunidad durante 2018.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ALASTRUE PINILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
LERIS OLIVA JOSE MARIA
CARRION PAREJA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
29-11-2018: Charla coloquio "Estado emocional: potenciar la autoestima"
Actividad realizada con la Asociación de la Tercera Edad de Pomar de Cinca.
Presentan y acompañan esta actividad la enfermera y la médico de Pomar de Cinca, pertenecientes al EAP Monzón Rural.
Se desarrolla en los locales de la asociación, con la participación de 48 personas.
Se hace una presentación de diapositivas y varias ejercicios prácticos relativos a la autoestima, terminando con un coloquio.
Participan 48 personas de Pomar de Cinca, de forma activa, tanto en los ejercicios como en el coloquio.
La actividad se termina con una merienda compartida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
48 participantes
2 profesionales sanitarios, miembros del EAP Monzón Rural
Participación de la asociación de la Tercera Edad de Pomar de Cinca
Un núcluo de población del ámbito del C.S. Monzón Rural
NIVEL DE SATISFACCION: ALTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este tipo de actividades, charlas sobre temas sanitarios y de educación para la salud, tienen muy buena acogida entre la población.
Se vienen haciendo desde hace muchos años. Actualmente hay menos demanda de las asociaciones, pero cuando es necesario es una actividad muy implantada que se desarrolla sin dificultad.
Creemos que no es necesario mantenerla como proyecto asistencial para el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1455 ========== ***

Nº de registro: 1455

Título
LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACRO PROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, LERIS OLIVA JOSE MARIA, CARRION PAREJA ROSA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
nuestra sociedad tiende a olovidar los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterranea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la continuidad y la longitudinalidad, que refuerza los lazos emocionales bidireccionales entre los profesionales sanitarios(tanto médicos como enfermeras) y pacientes. Esto hace que cualquier charla dada por los sanitarios ya conocidos por la comunidad se vuelva un debate abierto con interacciones, preguntas, bidireccionalidad....muy alejado de la charla convencional, y posiblemente más potente a la hora de transmitir mensajes. Estas charlas y conferencias son buscadas y promovidas directamente desde las asociaciones de la propia comunidad cada año. Hemos querido darle forma a esta realidad con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos generales- Registro estructurado de las charlas y conferencias impartidas por miembros del EAP sobre temas sanitarios dentro del ámbito de la ZBS durante el año 2017. Valoracion de la participación en las mismas y del impacto en la comunidad.
tema.
Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables.

MÉTODO
En el EAP- registro sistematico de estas actividades en soporte ISO, cosa que hasta ahora no se llevaba a cabo, con anotacion de las interacciones y debates habidos numero de participantes y elaboracionde una pequeña acta por cada charla realizada.

En la comunidad- realización de charlas divulgativas sobre temas sanitarios a peticion de la comunidad.
Fomento de la interaccion, el debate, el dialgo durante o al final de las mismas, huyendo intencionadamente de la conferencia magistral pasiva.

INDICADORES
Nº de charlas realizadas en 2017

Nº de sanitarios que han impartido charlas/Total del personal sanitario del EAP

nº de participantes/total poblacion MAYOR DE 14 AÑOS de las ZBS

Nºde personas que interaccionan y/o participan activamente en las charlas/total de asistentes estimados al conjunto de todas las charlas

DURACIÓN
se viene realizando este programa desde la creacion del EAP en 1997, y aun antes, como PROFESIONALES APD.
Ya se han impartido dos charlas este año, con 65 participantes y 9 interacciones, y 4 profesionales implicadossobre un totla de 10.
Se espera participar en al menos dos mas durante el otoño de 2107

se hara una evaluacion del conjunto de charlas y se valoraran áreas de mejora, especialmente en el fomento de la participacion activa en enero 2018, en reunión de equipo.

OBSERVACIONES
Se buscarán algun tipo de indicadores del impacto de dichas charlas en la comunidad durante 2018.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CORTINA LACAMBRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALCAY MARIN FRANCISCO
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN HECHO DOS BASES DE DATOS CONJUNTA DE LOS SEIS CUPOS, CON LA ACTIVIDAD DEL AÑO 2017 REFERENTE A ESTE TEMA,UNA DE DIABETICOS Y OTRA DE DIABETICOS, QUE CUMPLIAN CRITERIOS.
748 HIPERTENSOS
338 DIABETICOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
COBERTURA:
113 ECG DE HIPERTENSOS, QUE SUPONE EL 15%
Y
61 ECG DE DIABETICOS QUE SUPONE EL 18%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBEMOS HACER HINCAPIE EN ESTE TEMA FALTA MUCHO POR CUMPLIMENTAR, PERO LO POSITIVO ES QUE LA CREACION INICIAL DE AMBAS BASES DE DATOS, COLOCADAS EN RED COMUN NOS VA A FACILITAR EL TRABAJO FUTURO DE ESTE PROYECTO Y DE OTROS QUE PUEDAN SURGIR

7. OBSERVACIONES.
PODRIA SER UTIL DISPONER DE UN SEGUNDO APARATO ECG PARA GRABAR ON LINE EN LA INTRANET

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1524 ========== ***

Nº de registro: 1524

Título
REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Autores:
CORTINA LACAMBRA RAQUEL, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, CARRION PAREJA ROSA, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA REALIZACIONDE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GEsTION EN PACIENTEs CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

MÉTODO
CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

REALIZACIONDE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA

CREACIOND E DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE

CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL

PERSONAL DE ENFERMERIA

INDICADORES
NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS

NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS

DURACIÓN
CONSECUCION DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017
REALIZACIONDE LOS ECG DE SEPT A DIC 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CORTINA LACAMBRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALCAY MARIN FRANCISCO
CARRION PAREJA ROSA
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de ECG con citación en agenda de OMI en el electrocardiografo del C.S de Monzón con conexión a INTRANET. hasta Octubre de 2018 que fallo la misma.
Busqueda en la INTRNET del dector de pacientes de la base de datos que se le ha realizado ECG en el hospital
Volcado de todos los ECG con la fecha de realización en las bases de datos que realizamos (Hipertensos y Diabeticos de los 6 cupos)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De 760 Hipertensos la cobertura es de 60% (456)
De 348 Diabeticos la cobertura es de 69.54%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha ampliado un año para intentar alcanzar una cobertura más alta cuando arreglen el ECG.
La importancia de tener un registro electrocardiografico al que tengan acceso los médicos de AP, del Hospital, del PAC, para poder comparar las alteraciones detectadas si son agudas o cronicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1524 ========== ***

Nº de registro: 1524

Título
REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Autores:
CORTINA LACAMBRA RAQUEL, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, CARRION PAREJA ROSA, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA REALIZACIONDE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GEsTION EN PACIENTEs CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO
REALIZACIONDE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA

CREACIOND E DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE

CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL

PERSONAL DE ENFERMERIA

INDICADORES
NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS

NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS

DURACIÓN
CONSECUCION DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017
REALIZACIONDE LOS ECG DE SEPT A DIC 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1536

1. TÍTULO

CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ESTEBAN SANMARTIN SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRION PAREJA ROSA
LERIS OLIVA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Captación: Por enfermería y medicina al cumplimentar “Planes personales”.
Realizar intervención breve a todos los fumadores, recomendando el abandono del hábito tabáquico.
Derivar a medicina para consulta de deshabituación, si lo desea.
Citar para espirometría, y realizarla, si está indicada.
Interpretar la espirometría.
Incluir en programa de EPOC al paciente que presenta criterios diagnósticos.
Estudiar la posibilidad de organizar talleres de deshabituación tabáquica en coordinación con la AECC de Monzón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Detección de consumo de tabaco
Numerador: población de 15 años o más con DGP “TABACO” = SI, en los últimos dos años
Denominador: población 15 años o más con algún registro en los últimos dos años.

Prevalencia de EPOC diagnosticada
Numerador: población mayor de 15 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: población 15-80 años

Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría
Numerador: paciente con dignostico de EPOC (R95) con el DGP “ESPIROMETRIA” realizado al menos una vez en los dos últimos años.
Denominador: Pacientes con diagnostico de EPOC (R95) con algún registro en los dos últimos años.
Realizada evaluación en 7/2/2018 sobre muestreo de pacientes EPOC. Se objetiva se ha realizado espirometría a un 67% de pacientes.

Pacientes en seguimiento por EPOC: seguimiento por enfermería
Numerador: pacientes con diagnostico de EPOC a los que se ha interrogado sobre los DGP “LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS” Y “MANEJO VÍAS AÉREAS”, al menos una vez en el último año.
Denominador: pacientes con diagnostico de EPOC con algún registro en el último año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HEMOS CAPTADO MAYOR NÚMERO DE EPOC Y REALIZADO ESPIROMETTRIAS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1536 ========== ***

Nº de registro: 1536

Título
CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC (CONTINUACION DEL AÑO 2016)

Autores:
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CARRION PAREJA ROSA, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LERIS OLIVA JOSE MARIA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1536

1. TÍTULO

CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
LA PREVALENCIA DE EPOC EN NUESTRO MEDIO A RAIZ DE LA EPIDEMIA TABAQUICA DE LOS AÑOS 70 Y 80 AUN ES ALTA, POR ELLO CREEMOS IMPORTANTE SEGUIR LAS INDICACIONES DEL ACUERDO DE GESTION Y BUSCAR ACTIVAMENTE EPOC REALIZARLES ESPIROMETRIA Y FOMENTAR EL ABANDONO DEL TABAQUISMO

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la detección del paciente fumador, con especial atención al tramo de edad de 15 a 35 años
Recomendar a las personas fumadoras el abandono del hábito tabáquico y ofrecerles la consulta de deshabituación tabáquica.
Realizar espirometrías a las personas con factores de riesgo de desarrollar EPOC
Captar y seguir al paciente diagnosticado de EPOC, como paciente crónico.
Realizar formación del personal sanitario para el seguimiento y tratamiento del paciente EPOC

MÉTODO
Captación: Por enfermería y medicina al cumplimentar “Planes personales”.
Realizar intervención breve a todos los fumadores, recomendando el abandono del hábito tabáquico.
Derivar a medicina para consulta de deshabituación, si lo desea.
Citar para espirometría, y realizarla,
Interpretar la espirometría.
Incluir en programa de EPOC al paciente que presenta criterios diagnósticos.o
Colaborar con los talleres de deshabituación tabáquica de la AECC de Monzón.

INDICADORES
Detección de consumo de tabaco
Numerador: población de 15 años o más con DGP “TABACO” = SI, en los últimos dos años
Denominador: población 15 años o más con algún registro en los últimos dos años.

Prevalencia de EPOC diagnosticada
Numerador: población mayor de 15 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: población 15-80 años

Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría
Numerador: paciente con dignostico de EPOC (R95) con el DGP “ESPIROMETRIA” realizado al menos una vez en los dos últimos años.
Denominador: Pacientes con diagnostico de EPOC (R95) con algún registro en los dos últimos años.

Pacientes en seguimiento por EPOC: seguimiento por enfermería
Numerador: pacientes con diagnostico de EPOC a los que se ha interrogado sobre los DGP “LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS” Y “MANEJO VÍAS AÉREAS”, al menos una vez en el último año.
Denominador: pacientes con diagnostico de EPOC con algún registro en el último año

DURACIÓN
este programa viene del año 2016, hasta la fecha se han llevado a cabo en febrero de 2016 y 2017 cursos de deshabituacion tabaquica en el CS monzon con la AECC.
durante todo el 2016 y lo que va del 2017 se han ido detectando pacientes EPOC y se les ha ido realizando las espirometrias;
la actividad de este proyecto es continua a lo largo de todo el año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0454

1. TÍTULO

PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENT CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PEREZ ALBIAC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON RURAL
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALASTRUE PINILLA CARMEN
CARRION PAREJA ROSA
LERIS OLIVA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se han hecho 4 sesiones de casos clinicos de pacientes reales comentados y una sesion de revision bibliografica sobre metodoligia, y principios de Ariadna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
los profesionales del EAP han compartido experiencias y han aprendido manejotanto clinico como de registro OMI AP sobre este tema

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
es muy importante poner en comun experiencias y compartir errores y aciertos

7. OBSERVACIONES.
acabamos este año con 2 casosclinicos mas hasta completar los seis cupos, uno por cupo, antes de mayo 2019

*** ========== Resumen del proyecto 2018/454 ========== ***

Nº de registro: 0454

Título
PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (PCC)

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, ALASTRUE PINILLA CARMEN, CARRION PAREJA ROSA MARIA, LERIA OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatologia por definicion
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
es un objetivo estrategico del SALUD el desarrollo de unidades de continuidad asistencial para estos pacientes, en los sectores coordinando atencion primaria y atencion hospitalaria

el eap monzon rural es piloto del inicio del programa de atencion al paciente cronico complejo en Aragón.

La zona de salud tiene adscritos muchos pacientes de este tipo, en el contexto de una poblacion envejecida, con un 30% aproximado de pacientes mayores de 65 años

RESULTADOS ESPERADOS
mejorar la capacitacion de los profesionales de lEAP en la atencion a este tipo de pacientes.
conocer los criterios de identificacion del PCC.
Aprender y adiestrarse en utilizar las herramientas OMI para el seguimiento del PCC.

MÉTODO
deteccion de caso que cumplan criterios de inclusion desde las consultas de medicina y enfermeria.
Realizacion de 5 sesiones dirigidas a la revision de uno o más historias clincas de pacientes reales, uno de cada cupo (ya se revisó un cupo en 2017).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0454

1. TÍTULO

PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENT CRONICO COMPLEJO

Discusion conjunta en la sesion contando con las aportaciones de todos los profesionales del plan de actuacion mas recomendable a seguir en dichos pacientes, siguiendo elesquema propuesto en OMI, planes personales.

INDICADORES
-numero de pacientes detectados./ total esperado (objetivo 30%)
-numero de sesiones clinicas dedicadas a este tema realizadas a 31 de dic 2018 (objetivo=5).
-numero de pacientes trabajados en sesion clinica (objetivo= 5).
-numero de cupos de medicina con paciente revisados

DURACIÓN
deteccion de pacientes hasta 30 de diciembre 2018.

relaizacion de sesiones de septiembre a diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0784

1. TÍTULO

MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA GUEVARA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ TORGUET ANA
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE
FOJ JIMENEZ ERIKA
MERINO SANTAELLA SUSANA
CONSUL BEGUE ISABEL
SAURA FEJA RAMON
CANALEJO MENDAZA LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunion y consenso con la coordinacion del centro de Salud y con los celadores encabezados en este proyecto.
Consenso con la Administracion del centro para la documentacion necesaria de cara a los nuevos celadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realizacion de protocolo de recogida de datos adecuadamente en la atencion domiciliaria
Protocolo en cuanto a la atención de los pacientes que ingresen por el servicio de atencion continuada del centro de salud de Monzón

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Recomendamos seguir los protocolos para una mejor atencion a la poblacion
Encontramos fallos en el recibimeinto de los celadores por parte del sistema

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/784 ========== ***

Nº de registro: 0784

Título
MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON

Autores:
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA, CANALEJO MENDAZA LUIS SANTIAGO, CONSUL BEGUE ISABEL, SAURA FEIXA RAMON, PERA FERRAZ CARMEN, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, FOJ JIMENEZ ERIKA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion continuada
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Criterios en la toma de datos de los avisos domiciliarios. Unificar y realizar un protocolo.
Reparto de las cargas de trabajo de la demanda en sala
Reparto de las cargas de trabajo de los avisos domiciliarios
Definir criterios de gravedad y no gravedad de los avisos domiciliarios

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar demoras en los domicilios urgentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0784

1. TÍTULO

MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON

Mejorar la atención del paciente domiciliario
Trasmitir tranquilidad a los pacientes y familiares domiciliarios
Mejorar los repartos de las cargas tanto en domicilio como en la sala de espera

MÉTODO
Crear un equipo de trabajo motivado para diseñar e implementar el proyecto de trabajo
Realizar un protocolo de recogida de datos domiciliarios adecuado y unificado para todo el personal administrativo y no administrativo que tomen nota de un aviso .
Crear los criterios que definen gravedad o no gravedad en los avisos domiciliarios
Realizar valoración domiciliaria a través de unos criterios, del estado de la urgencia y definirla como real o no.

Realizar charlas informativas a los profesionales implicados en este proyecto: Celadores, Enfermería y Medicina

INDICADORES
Razón de Urgencias domiciliarias: Nºde urgencias reales / Nºde urgencias totales= 0,6-0,75

DURACIÓN
Octubre: crear equipo de trabajo
Noviembre: realizar los criterios y protocolos pertinentes
Diciembre: Prueba piloto y mejora de los criterios de selección de criterios
Enero: Puesta en marcha y valoración del proyecto.

OBSERVACIONES
Se pedirá colaboración a todo el equipo sanitario y administrativo que se vea relacionado e incluido en este proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1499

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JACQUELINE VAZQUEZ FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ GALLEGO MARIA DOLORES
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CLEMENTE ROLDAN EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Grupo de trabajo creado
2- Análisis de la situación, en el que se ha observado que existía variabilidad entre los diferentes centros
3- Elaboración del protocolo y listado de stock mínimo (común para todos los centros e implementado en un primer momento en el PAC de Monzón)
4- Presentación del protocolo consensuado en diferentes centros del sector: Se han realizado dos charlas informativas en cuanto al material mínimo de carros, distribución del mismo y protocolos organizativos de los carros en los centros de salud de Barbastro y en el Centro de salud de Binéfar. Previamente también se presentó en los centros de salud de Monzón Urbano y Rural (PAC Monzón)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Funcionamiento adecuado del protocolo de revisión en el Centro de salud de Barbastro y en el PAC de Monzón.
Reorganización en la distribución dentro del carro de paradas y equiparar el stock mínimo entre los carros del centro de Salud de Barbastro y Monzón. De igual manera en el Centro de salud de Binéfar, aunque está en fases iniciales
Involucrar a todo el personal de enfermería y medicina en estas actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Concluimos que la organización del protocolo de revisión mensual de los carros de paros no era la adecuada y se hicieron los cambios pertinentes siendo más cómoda y efectiva.
También concluimos que mantener una información cruzada entre los centros de salud es interesante y sumativo para implantar nuevas propuestas e inquietudes.
Recomendamos involucrar en el conocimiento y manejo del carro de paros de todo el personal de los centros de salud.
Recomendamos también realizar sesiones de actualización y memoria para el uso adecuado del carro ante una parada.
Recomendamos tener actualizados los protocolos de actuación de una parada según los protocolos nacionales.

ACTIVIDADES PENDIENTES (2018)
- Aún quedan actividades con algún centro de salud en cuanto a la nueva dotación para que sea equiparable al resto de los centros de salud.
- También realizar charla informativa en el centro de salud de Castejón de Sos.
- Evaluación del funcionamiento y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora y/o nuevos proyectos que pudieran surgir
- Simulacros de funcionamiento del carro de paros (sesiones de actualización y memoria para el uso adecuado del carro ante una parada).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1499 ========== ***

Nº de registro: 1499

Título
ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

Autores:
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ARESTE ALBA NURIA, BUERA BROTO MARIA DOLORES, MUÑOZ GALLEGO MARIA DOLORES, BETRIAN HERRERA PATRICIA, MONTERO MORATA CARLOS, CLEMENTE ROLDAN EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1499

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En los centros de salud del sector el carro de paros está distribuido y organizado de forma diferente, no existe en la actualidad un protocolo para unificar criterios de organización.
Aprovechando que se ha dotado a alguno de los centros del sector del mismo modelo de carro paros, pensamos que puede ser interesante unificar su organización y distribución.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende conseguir disminuir la variabilidad en la organización y distribución del material en los carros de paros de los centros de salud del sector Barbastro, mejorando la coordinación entre los diferentes centros de salud, que influirá en la reducción de la demora en la aplicación del tratamiento de la RCP y aumentará la seguridad del paciente.
También se pretende adecuar los recursos del sector y su distribución entre los centros. Además, esto facilitará el trabajo del personal que cambia de puesto de trabajo a otro centro de salud.
Promover el intercambio de información entre profesionales de diferentes centros de salud y elaborar un protocolo de consenso.
Implantación progresiva del protocolo consensuado para todo el sector y publicarlo en intranet.
Unificar la organización/distribución del material el los carros de paros; así como el listado de stock mínimo.
Formatos de registro de revisión y control unificados para todos los centros de salud del sector.
Futuras colaboraciones para otras actividades relativas a la gestión de la urgencia vital.

MÉTODO
1- Creación de un grupo de trabajo
2- Analizar la situación (variabilidad entre los diferentes centros)
3- Elaboración del protocolo y listado de stock mínimo (común para todos los centros)
4- Presentación del protocolo a los diferentes centros del sector
5- Aprobación de un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
6- Sesiones de información / formación en los Centros de Salud
7- Evaluación – revisión del protocolo y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora y/o nuevos proyectos que pudieran surgir

INDICADORES
1- Porcentaje de carros de paros que han implantado el protocolo común (Nº Centros de Salud con carros de paros unificados / Nº Centros de Salud del Sector)
2- Protocolo actualizado y colgado en la Intranet del sector (SÍ/NO)
3-Porcentaje de Equipos de Atención Primaria a los que se ha impartido formación común (Nº sesiones de formación--información / Nº de centros de S. del Sector)

DURACIÓN
1- ANALISIS DE LA SITUACION Y CREACIÓN DEL GRUPO DE MEJORA (Febrero 2017)
2- ELABORACION DEL PROTOCOLO Y FORMATOS ASOCIADOS (Mayo 2017)
3- APROBACIÓN DEL PROTOCOLO (Junio 2017)
4- SESIONES DE FORMACION (Septiembre 2017)
5- IMPLANTACIÓN PROGRESIVA EN VARIOS CENTROS DE SALUD (Diciembre 2017)
6- EVALUACION DEL PROYECTO Y OBTENCIÓN DE INDICADORES (Enero 2018)
7- PROPUESTA DE NUEVAS ACCIONES DE MEJORA Y/O PROYECTOS (Marzo 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1499

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1556

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL ANGELA LOPE DALMAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRUNO CASADO LIDIA
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
CORTINA LACAMBRA RAQUEL
ESCOLANO EZQUERRA SILVIA
SOLENZAL ALVAREZ OSCAR LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta el mes de julio de este pasado año, nos hemos reunido, en varias ocasiones, el equipo de profesionales que integramos este proyecto.El trabajo desarrollado en este ultimo año, ha sido la elaboración de una hoja de registro domiciliaria, donde se apunte el seguimiento del paciente, por los profesionales del centro de salud, (personal de cupo y personal de atención continuada) y preparar la información de lo que queremos dar en las sesiones clínicas que tenemos pensadas dar al resto de los equipos que integran el PAC (Monzón Rural y Monzón Urbano)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Está resultando mas difícil de lo esperado la elaboración de la hoja de registro que teníamos pensada, ya que se debe consensuar con la Dirección de Primaria y valorar la forma de obtenerla desde el programa OMI. la imposibilidad de encontrar fechas para reunirnos los integrantes del equipo, (debido a vacaciones, OPEs...etc) ha hecho que todo el trabajo de la preparación de las sesiones se haya retrasado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Quedan pendientes la presentación del proyecto a los equipos, así como las sesiones clínicas que queremos realizar

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1556 ========== ***

Nº de registro: 1556

Título
PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Autores:
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA, SOLENZAL ALVAREZ OSCAR, HERRERO FUERTES ALBERTO, ESCOLANO EZQUERRA SILVIA, BRUNO CASADO LIDIA, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, POLO BLASCO MARI CARMEN, CORTINA LACAMBRA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME MONZON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TERMINALES ONCOLOGICOS Y DE ORGANO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE ATENCION CONTINUADA EN EL PACIENTE TERMINAL

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los paciente terminales, presntan multiples sintomas,cambiantes en breves periodos de tiempo.
Los profesionales del centro de salud, tanto en horario de mañanas como atencion continuada, hemos detectado la necesidad de mejorar el registro y comunicacion entre profesionales para asegurar la contiunuidad de cuidados adecuados en estos pacientes y sus familias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1556

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

RESULTADOS ESPERADOS
poblacion diana : pacientes terminales oncologicos y terminales de organo mayores de 14 años.
se mejorará el registro especifico de los pacientes terminales.
se actualizaran los protocolos de actuacion en los sintomas mas frecuentes de estos enfermos y educacion sanitaria a las familias.
se revisarán los registros de voluntades anticipadas.

MÉTODO
se realizaran actividades formativas y de sensibilizacion entre los profesionales que trabajan en el centro de salud con el objetivo de mejorar la codificacion del paciente terminal.
asi como actividades de formacion para mejorar la atencion de los sintomas mas frecuentes.

INDICADORES
Nº DE PACIENTES TERMINALES REGISTRADOS EN OMI

Nº DE SESIONES REALIZADAS EN 7 MESES.
INDICADOR SERÁ Nº DE SESIONES / 7 >O= A 0,85

DURACIÓN
MEJORA DE REGISTRO:
RESPONSABLE MARI CARMEN POLO Y RAQUEL CORTINA.
ACTIVIDADES EN EL AÑO 2017 SE REALIZARAN EN EL MES DE OCTUBRE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA CON UNA POSTERIOR EVALUACION DEL IMPACTO.
ACTIVIDADES DE FORMACION:
RESPONSABLE
ISABEL LOPE Y CONCEPCION CORONAS.
ACTIVIDADES FORMATIVAS RELACIONADAS CON MANEJO DE ESTOS PACIENTES. SE REALIZARÁ UNA ACTIVIDAD FORMATIVA MENSUAL DESDE NOVIEMBRE DEL 2017 HASTA ABRIL DEL 2018.
FECHA PREVISTA DE INICIO : OCTUBRE 2017 Y EVALUCION EN JUNIO 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA JAVIERRE MIRANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALASTUEY FLETA CONCEPCION
ALLUE BLANCO MARIA
BUENO OLIVAN MILVA
GARCIA MINGUEZ MARIA
LAMARCA GAY ROCIO
LASCORZ CORTINA PILAR
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este año las actividades realizadas han sido:
1.Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.
Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
Recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El cuestionario ha sido realizado por estudiantes de 2º de ESO en dos Centros de Educación Secundaria de Monzón.
En total se han recogido 195 encuestas.
Actualmente estamos llevando a cabo al análisis descriptivo de los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con respecto al trabajo en equipo, el resultado es muy positivo: adecuada implicación de los miembros del equipo en todas las fases del proyecto.
Buena acogida de la actividad e los centros educativos implicados tanto por los educadores, como por los estudiantes y sus familias.
Como puntos de mejora destacaríamos la escasa aportación de los estudiantes en la parte cualitativa del cuestionario: escasa respuestas o muy breves en esos apartados.
Dificultad para conciliar agendas y tiempo disponible para llevar a cabo el proyecto al no disponer de espacio habilitado para ello en nuestras agendas profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1437 ========== ***

Nº de registro: 1437

Título
PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Autores:
JAVIERRE MIRANDA ELENA, ALASTUEY FLETA CONCEPCION, ALLUE BLANCO MARIA, BUENO OLIVAN MILVA, GARCIA MINGUEZ MARIA, LAMARCA GAY ROCIO, LASCORZ CORTINA PILAR, LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Muchos adolescentes no reconocen como violencia de género (VG) conductas de desigualdad y de control a la pareja, lo cual se relaciona con la probabilidad de padecer VG en edad adulta. En nuestro entorno no se ha desarrollado una estrategia integral en los centros educativos y sanitarios. Por ello, planteamos un proyecto de prevención de VG en 2 fases: Detección e intervención.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

MÉTODO
1.Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal en varias fases:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.
Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
Recogida de datos y análisis de resultados.
Planificación de la intervención.

4: Realización del cuestionario en un grupo con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
6: Recogida de datos y análisis de resultados.
7: Planificación de la intervención.

INDICADORES
Análisis descriptivo de los resultados cunatitativos y cualitativos.

DURACIÓN
Fase de detección : 1 año
Fase de Intervención: 1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0932

1. TÍTULO

TRIAJE DE CONSULTAS INDEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BORDAS BUIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONZON URBANO
· Localidad ..... MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFRAGÜETA PUENTE BELEN
GUEVARA LOPEZ TERESA
VAZQUEZ FERNANDEZ JAQUELINE
LANAU FIERRO YOLANDA
PABLO CASADO ARTURO
FOJ JIMENEZ ERIKA
BARRANCO OBIS MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Octubre de 2018 se puso en marcha un protocolo de triaje que implica al personal administrativo, que es el que recoge todas las consultas indemorables que se demandan de 8 a 15 horas.
Si el motivo de consulta es administrativo (bajas, recetas,...) se les oferta la primera hora libre de la agenda de su médico.
Si el motivo de consulta es clínico se citan en la agenda de enfermería como "CONSULTA INDEMORABLE". Es el personal de enfermería el que establece la prioridad de esa demanda en base a criterios clínicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se planteó la primera evaluación de resultados para Octubre de 2019, es decir, un año después de la puesta en marcha del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De todas formas deberemos replantearnos la evaluación de resultados, ya que precisamente desde Octubre de 2018 contamos con una consulta de rebosamiento, en la que se atienden los problemas de salud que no pueden esperar hasta la cita ofertada en la agenda de su MAP.
Esto ha disminuido el número de indemorables que se ven cada mañana en las consultas de Atención Primaria.
Deberíamos enfocar más la evaluación de resultados en la variación de los días de lista de espera necesarios para ser atendidos por el médico de Atención Primaria, que deberían haberse reducido

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/932 ========== ***

Nº de registro: 0932

Título
TRIAJE DE CONSULTAS INDEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

Autores:
BORDAS BUIL YOLANDA, LAFRAGUETA PUENTE BELEN, GUEVARA LOPEZ TERESA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, LANAU FIERRO YOLANDA, PABLO CASADO ARTURO, FOJ JIMENEZ ERIKA, BARRANCO OBIS MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Motivos de consulta
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Centro de Salud Monzón Urbano se caracteriza por tener unas cifras de consulta a demanda diarias muy elevadas, lo que ocasiona que haya muchos días de lista de espera para que el paciente pueda ser visto por su médico de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0932

1. TÍTULO

TRIAJE DE CONSULTAS INDEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

En concreto, de los 9 médicos titulares de adultos adscritos al Centro de salud, uno de ellos acumulaba en la semana 16 11 días de lista de espera, en dos cupos 7 días, y en otros 2, 6 días, de lo que se deduce que más de la mitad de la población adulta asignada a este centro tiene que esperar una semana para ver atendido un problema de salud. estos datos son extrapolables también a las consultas de pediatría.
Como consecuencia de esto, todos los días hay un elevado número de consultas indemorables en la franja horaria de la mañana. Esto conlleva una gran presión asistencial y va en relación inversa a la calidad de la asistencia prestada

RESULTADOS ESPERADOS
Se persigue con este proyecto mejorar la calidad asistencial organizando las citas indemorables en base a motivos de consulta o criterios clínicos, de forma que no sea el paciente quien decida el tiempo de demora para ser atendido según el grado de "urgencia percibida", sino el personal sanitario, de acuerdo con un protocolo establecido que mida la "urgencia real"

MÉTODO
Se pretende que todas las consultas indemorables que se generen entre las 8 de la mañana y las 15 horas, pasen por un proceso de triaje que comenzaría en el servicio de admisión, como puerta de entrada al sistema sanitario, y continuaría en las consultas de enfermería de cada equipo de atención primaria.
De esta forma, y en base a un protocolo por definir, se clasificaría el motivo de consulta de cada paciente en 4 estadíos de gravedad, que condicionarían el tiempo de espera para recibir atención.
En una segunda fase se implementaría el mismo sistema de triaje en Atención Continuada, de modo que se organice la asistencia en base a criterios clínicos.

INDICADORES
Como primer paso haremos un balance cuantitativo del número de consultas indemorables que se atienden en un periodo de tiempo determinado y seguidamente estableceremos el protocolo de triaje atendiendo al tipo de consulta (burocrática o clínica) y a la potencial gravedad de la misma.
-Número de indemorables atendidos en consulta médica en 2017-nº de indemorables atendidos en el mismo periodo de 2018.
-Días de espera para ser visto por el médico de AP en 2017-días de espera para ser visto por el médico de AP en el mismo periodo de 2018

DURACIÓN
Nos planteamos la puesta en marcha del proyecto en el mes de Octubre de 2018. La primera evaluación de resultados se llevaría a cabo al año de comenzado el proyecto, cuantificando la diferencia existente entre ambos periodos en cuanto al número de consultas indemorables y a la variación de los días de lista de espera necesarios para ser atendidos por el médico de Atención Primaria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1066

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA CASTILLON LOSCERTALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASCUAL FRANCO MONICA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
PARDO MIGUEL MARIA PILAR
GARCIA DINNBIER AINA
VEGA CUETO ANA
CUY CODINA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Marzo 2017: Elaboración de las Hojas de registro de actividad e incidencias.

Abril 2017: Sesión informativa a todos los miembros del centro sobre este proyecto de mejora de calidad y procedimiento para las revisiones pertinentes.

Abril 2017 – actualidad:
Revisiones sistemáticas y por apartados:
- Diaria: sala de urgencias (de lunes a viernes, de 15 a 17h. MAP y EAP)
- Semanal: sala de urgencias y coche del centro de salud (sábados y domingos. MAC y EAC).

Hoja de incidencias:
- Disponible para rellenar ante cualquier deficiencia, en cualquier momento. Se traslada verbalmente a los coordinadores.

Octubre 2017
Reestructuración del mobiliario y del material de la sala de urgencias para una atención más coordinada.

Diciembre 2017
Petición y recepción por la Gerencia del Sector Barbastro, de dos maletines de emergencias (circulatorio y respiratorio) para la asistencia en vía pública y domicilio.

Enero 2018
Equipación de los maletines, elaboración de las hojas de su contenido/ubicación de los diferentes materiales y fármacos en los mismos.
Presentación de los maletines en sesión informativa a todos los miembros del EAP. Consenso entre el EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dada la necesidad organizativa de la sala de urgencias y planteadas sus ventajas, todo el personal del EAP ha acogido satisfactoriamente la idea planteada y han colaborado activamente en la revisión de la sala y del coche del centro de salud, consiguiendo:
Valoración mensual:
- Las hojas de registro de revisiones han sido cumplimentadas.
- La sala de urgencias y el vehículo del centro se encuentra siempre ordenado y con todo el material necesario para una atención urgente.
- Correcto y exhaustivo control de las caducidades.
- Material de electromedicina correctamente revisado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la elaboración de una hoja de stock mínimo de fármacos y fungible que debe contener la sala de urgencias.

Dada la buena acogida del control periódico y sistematizado de la sala de urgencias-vehículo, así como los resultados obtenidos, el EAP de Tamarite de Litera continuará utilizando las hojas de registro de actividad e incidencias creadas a partir de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1066

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1066 ========== ***

Nº de registro: 1066

Título
MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Autores:
CASTILLON LOSCERTALES ANA, PASCUAL FRANCO MONICA, LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, GARCIA DINNBIER AINA, VEGA CUETO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención patología urgente en Atención Primaria
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la cadena asistencial de nuestro sistema de Salud, la Atención Primaria es el primer eslabón en la atención de la Urgencia, bien en los Centros de Salud o en el propio domicilio del paciente.
Es en la Atención Primaria donde se atiende, de forma inicial, el mayor número de situaciones de emergencia vital y de parada cardio-respiratoria, en las que es muy importante una atención correcta y precoz, tanto para la supervivencia del paciente como para prevenir complicaciones o minimizar secuelas, que influirán en su futura calidad de vida. Asimismo, una correcta actuación también puede generar menos coste económico a nivel de estancia hospitalaria, fármacos,…
Por otro lado, en un Centro de Salud rural, como es el caso del C.S. Tamarite de Litera, es amplio el horario en el que en el centro solamente permanecen, para la atención de la población total, dos personas: médico y enfermera/o.
El objetivo de este proyecto es realizar un control periódico y sistematizado de la sala de Urgencias y del coche del C.S. con el fin de que en la utilización diaria, tanto en el horario de Atención Continuada como en las posibles urgencias acaecidas en el horario ordinario, esté presente en ambos todo el material disponible (tanto fungible como técnico), a mano, y en condiciones de uso inmediato.
Con ello se facilitará una mejora en la calidad asistencial, al acompañar a la toma de decisiones oportunas el conocimiento del material disponible.

RESULTADOS ESPERADOS
- Sala de Urgencias siempre en condiciones adecuadas para atender las posibles urgencias.
- Revisión correcta de sala y maletines.
- Carro de paros revisado y en correcto estado.
- Material de electromedicina revisado.
- Stock mínimo de fungibles y medicación.
- Carro de curas ordenado y con material necesario.
- Coche en perfecto estado y con material revisado para los desplazamientos urgentes.

MÉTODO
* Método:
- Se tratará de implicar a todo el personal sanitario del Centro de salud.
- Hojas de registro de actividad e incidencias.
* Actividades:
Se realizará una revisión diaria de la sala de Urgencias, sistematizada por apartados, y semanal del coche, de forma que con una periodicidad mensual todo el material esté revisado.
Durante la semana laboral, de lunes a viernes, se revisará la sala de Urgencias en horario de 15 a 17h, y corresponderá hacerlo al personal: médico y enfermera que cubran dicho horario.
En los fines de semana, la revisión de la sala de Urgencias y del coche del C.S. la realizará el personal de Atención Continuada (MAC y EAC).
Cada revisión quedará reflejada y firmada por el/los sanitarios que la realicen en la casilla correspondiente de unas hojas de registro de la actividad.
También se anotará en la misma hoja, en el apartado “observaciones”, las deficiencias encontradas y subsanadas, así como el material repuesto.
Las incidencias que no puedan subsanarse se comunicarán a los coordinadores del E.A.P. para buscar la solución apropiada.
También se ha creado una hoja de registro donde anotar las deficiencias que se detecten, tanto en la sala de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1066

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Urgencias como en el coche,por parte de cualquier sanitario durante la jornada laboral, en un momento diferente a la revisión diaria.

INDICADORES
Se realizará la evaluación de este proyecto con periodicidad mensual.
Tendrá como objeto revisar la cumplimentación correcta de las hojas de registro y valorar si dicho proyecto es válido para alcanzar realmente los objetivos para el que ha sido creado.
Será un indicador de la consecución de objetivos el hecho de disminuir los apuntes en la hoja de incidencias
Dicha evaluación se plasmará en un informe que se presentará en una reunión del EAP, para hacer una valoración en común y realizar los cambios y/o mejoras oportunos.

DURACIÓN
Durante el mes de Marzo se crearán las hojas de registro de actividades e incidencias.
Abril se pondrá en marcha el programa.
Se revalorará cada mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1481

1. TÍTULO

GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MONICA PASCUAL FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ BUJ ESTRELLA
RIVARES BACHES MANUEL
ESTEVE CAPDEVILA EULALIA
CASTILLON LOSCERTALES ANA CRISTINA
MOTIS MONTES GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación de cuatro profesionales del Centro de Salud de Tamarite de Litera a través del curso On-line realizado por el IACS “Registro de la información en OMI-AP y RE”:
- Médico: Mónica Pascual Franco.
- Médico: AínaGarcía Dinnbier
- Enfermera: Estrella Sánchez Buj
- Enfermera: Concepción Pueyo Enrique (Además, realizó el curso organizado por el Sector Barbastro: “Calidad en el registro de datos en el aplicativo OMI-AP”)

Finalizada la formación de los profesionales, se han realizado distintas sesiones formativas para todo el personal del Centro de Salud.

Las sesiones impartidas hasta las fecha han sido las siguientes:

- 1ª sesión (21/09/2017): Agenda en OMI
- 2ª sesión (28/09/2017): Lista de pendientes en OMI
- 3ª sesión (05/10/2017): Protocolos
- 4ª sesión (19/10/2017): Gestión de antecedentes, condicionantes y problemas.
- 4ª sesión (02/11/2017): Apuntes y curso clínico
- 5ª sesión (16/11/2017): Pantalla tapiz planes de cuidados
- 6ª sesión (14/12/2017): Registro vacunal
- 7ª sesión (18/01/2018): Elaboración de un plan de cuidados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 1:

Fórmula del indicador: Nº de asistentes a las sesiones formativas/Nº total de miembros del EAP x 100

Estándar marcado: >60%
Resultado alcanzado: 85%
Método de obtención: hoja de firmas de asistencia a cada sesión formativa

Nº sesión	Nº asistentes		Estándar alcanzado	Estándar
1ª sesión	20	95%	>60%	
2ª sesión	16	76%	>60%	
3ª sesión	18	85%	>60%	
4ª sesión	17	66%	>60%	
5ª sesión	17	80%	>60%	
6ª sesión	18	85%	>60%	
7ª sesión	19	90%	>60%	
TOTAL	125	85%	>60%	

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Mejora de datos de registro sobre prevalencia de EPOC con respecto al año anterior.
- Fórmula del indicador: Nº pacientes diagnóstico EPOC 2016/Nª pacientes diagnóstico EPOC 2017
- Estándar marcado: 0,3%.
- Resultado alcanzado: pendiente.
- Método de obtención: resultados del Acuerdo de Gestión Sector Barbastro-C.S. Tamarite de Litera.

INDICADOR 3:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1481

1. TÍTULO

GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

- Nombre del indicador: Mejora de datos de registro con respecto al año anterior de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año.
- Fórmula del indicador: Mº de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios/Nº de pacientes con diagnóstico de EPOC x 100

- Standar marcado: 70%.
- Resultado alcanzado: pendiente.
- Método de obtención: resultados del Acuerdo de Gestión Sector Barbastro-CS Tamarite de Litera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de las sesiones de formación de corta duración impartidas de septiembre a diciembre de 2017, percibimos que todavía no todo el personal del Centro de Salud realiza el registro de los datos de manera homogénea.
Por ello, y por deseo expreso de los compañeros, creemos necesaria la continuación de este proyecto de mejora.
Además, no conocemos todavía los resultados del último acuerdo de Gestión, lo que nos permitiría evaluar el cumplimiento de dos de los tres indicadores marcados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1481 ========== ***

Nº de registro: 1481

Título
GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

Autores:
PASCUAL FRANCO MONICA, SANCHEZ BUJ ESTRELLA, GARCIA DINNBIER AINA, RIVARES BACHES MANUEL, ESTEVE CAPDEVILA EULALIA, CASTILLON LOSCERTALES ANA, MOTIS MONTES GABRIEL, CUY GODINA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente la Atención Primaria se encuentra informatizada. Los profesionales sanitarios accedemos a la hª clínica del paciente a través del aplicativo informático que conocemos como OMI-AP. Se trata de una herramienta que bien utilizada, mejora la calidad del dato recogido lo que deriva en un mejor control de nuestros pacientes y de la calidad asistencial.
La percepción que tenemos es que, dicha herramienta está siendo infrautilizada debido en parte a la diversidad de los métodos de registro empleados por los profesionales sanitarios ya que sólo unos pocos están correctamente formados para tal uso.

RESULTADOS ESPERADOS
Proporcionar a los profesionales de nuestro EAP los conocimientos suficientes para llevar a cabo correctamente los registros de la información clínica en base a nuestra cartera de servicios.

MÉTODO
- Formación de dos profesionales del EAP (un médico y una enfermera) a través del curso online realizado por el IACS de "Registro de la información en OMI-AP y RE".
- Sesiones formativas una vez realizado el curso para el resto de los profesionales del EAP.
- Solicitar acceso al material didáctico de dicho curso para realizar las sesiones formativas.

INDICADORES
- Nº asistentes a las sesiones formativas del EAP/Nº total de miembros del EAP mayor del 60%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1481

1. TÍTULO

GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

- Mejora de datos de registro sobre prevalencia de EPOC con respecto al año anterior, hasta un 0,3.
- Mejora de datos de registro con respecto al año anterior de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el útlimo año, hasta un 70%.

DURACIÓN
- Primer cuatrimestre de 2017 formación de dos profesionales del EAP.
- Sesiones clínicas de corta duración de septiembre a diciembre de 2017.
- Valoración de resultados del Acuerdo de Gestión 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA DELIA CASTILLO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
CUY CODINA MARIA ANGELES
RIVARES BACHES MANUEL
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Marzo de 2017
Nombramiento de responsables de cuidados paliativos:
- Ana Delia Castillo López: médico de atención continuada.
- Judit Ramos Español: enfermera de jornada ordinaria.

Ambos responsables han recibido previamente formación específica en cuidados paliativos en cursos realizados por el IACS(FOCCUSS) y/o SALUD.

Abril de 2017
Identificación de pacientes pertenecientes al C.S. de Tamarite, candidatos a cuidados paliativos. Elaboración de un dossier con los datos básicos de cada paciente, principales patologías y tratamiento que reciben.

Noviembre 2017-Enero 2018
Sesiones formativas dirigidas al personal del centro:
- Ana Delia Castillo López:
1ª sesión (30/11/2017): ¿Qué es un paciente paliativo?
- Judit Ramos Español:
2ª sesión (18/01/2018): Cuidados en el paciente paliativo

Enero 2018
Realización y reparto de trípticos para los profesionales del EAP. Uno dirigido para medicina y otro, para enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 1:

Fórmula del indicador: Nº asistentes a las sesiones formativas del EAP / Nº total de miembros del euipo x 100

Estándar marcado: >60%
Resultado alcanzado: 86%
Método de obtención: hoja de firmas de asistencia a cada sesión formativa.

Nº sesión	Nº asistentes		Estándar alcanzado	Estándar
1ª sesión	20	95%	>60%	
2ª sesión	16	76%	>60%	
TOTAL	36	86%	>60%	

INDICADOR 2:

Nombre del indicador: satisfacción de los familiares sobre la adecuación de la atención recibida.
Estándar marcado:>65%
Resultado alcanzado: encuesta pendiente de realizar.
Método de obtención: encuesta a familiares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los profesionales del Centro de Salud muestran agradecimiento tras las sesiones formativas y demandan más formación para abordar con mayor calidad la atención al paciente paliativo.

Queda pendiente la realización de la encuesta a familiares, para lo que sería necesaria la ampliación de este proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1482 ========== ***

Nº de registro: 1482

Título
CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Autores:
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, GARCIA DINNBIER AINA, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, VEGA CUETO ANA, RIVARES BACHES MANUEL, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando hablamos de Cuidados Paliativos nos encontramos con dos tipos de pacientes, los oncológicos y los no oncológicos.
En nuestra Zona Básica de Salud hay un porcentaje de enfermos crónicos de alta complejidad, mayor que la media de nuestra comunidad.
Estos enfermos crónicos de alta complejidad pueden presentar patologías que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con su enfermedad.
Es en estos pacientes donde nos hemos dado cuenta que nos cuesta más renunciar a un tratamiento específico de su patología, aún cuando el propio paciente y la familia establecen una renuncia razonable a ese tratamiento que conlleva un nuevo ingreso hospitalario. Más si cabe si presenta alguna reagudización o complicación de su patología crónica en horario de Atención Continuada donde es valorado por profesionales que no son su médico y enfermera de referencia.
Por todo ello, creemos necesario la implantación de nuestra propia Unidad de Cuidados Paliativos para que todos los pacientes y sus familiares reciban la mejor atención las 24 horas del día los 7 días de la semana

RESULTADOS ESPERADOS
Saber identificar cuando un paciente no oncológico se trata de un paciente paliativo y comunicarlo a todos los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro Centro de Salud para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como la de sus familiares y cuidadores siguiendo los mismos criterios.

MÉTODO
Nombrar a varios responsables que trabajan en Atención Continuada y en Jornada Ordinaria para que exista una mejor comunicación.
Sesiones formativas tanto para saber reconocer al paciente paliativo como para saber actuar ante las distintas situaciones con las que nos podemos encontrar.

INDICADORES
- Encuesta a los familiares sobre la adecuación de la atención recibida. Satisfactoria en un porcentaje mayor del 65%.
- Nº asistentes del EAP a las sesiones formativas/ Nº total de miembros del EAP mayor del 60%

DURACIÓN
- Preparación de las sesiones formativas y realización de trípticos para los profesionales sanitarios del EAP en el primer semestre de 2017.
- Sesiones formativas previa implantación de la Unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

- Implantación de la Unidad en el último cuatrimestre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA DELIA CASTILLO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CUY GODINA MARIA ANGELES
PASCUAL FRANCO MONICA
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA
RIVARES BACHES MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Marzo 2017
Nombramiento de responsables de cuidados paliativos:
Ana Delia Castillo López: Medico de Atención continuada.
Judit Ramos Español: Enfermera de Atención Primaria.
Ambos responsables han recibido previamente formación especifica en cuidados paliativos en cursos realizados por el IACS (FOCCUSS) y/o SALUD.

ABRIL 2017
Identificación de pacientes pertenecientes al CS de Tamarite de Litera, candidatos a cuidados paliativos.
Elaboración de un dossier con los datos básicos de cada paciente, principales patologías y tratamiento que reciben.

Noviembre 2017- Diciembre 2018
Sesiones formativas dirigidas al personal del centro:
1ª Sesión: Oncología en AP, impartida por Ana Delia Castillo. Día 30 de Noviembre de 2017.
2ª Sesión: Criterios de Terminalidad en un paciente paliativo, impartida por Ana Delia Castillo y Judit Ramos. Día 21 de Diciembre de 2017.
3ª Sesión: Dolor en Cuidados paliativos, impartida por Ana Delia Castillos y Judit Ramos. Día 28 de Diciembre de 2017.
4ª Sesión: Sedación paliativa, impartida por Ana Delia Castillo y Judit Ramos. Día 18 de Enero de 2018.
5ª Sesión: Taller vía Subcutánea y Cuidados del paciente Paliativos. Día 20 de Diciembre de 2018.

Enero de 2018
Realización y reparto de trípticos para los profesionales del EAP.
Un tríptico para los profesionales de medicina.
Sintomas frecuentes y tratamiento habitual.
Manejo de fármacos.
Fármacos mezclables habitualmente.
Fármacos más usados por vía subcutánea.

Un tríptico para los profesionales de enfermería.
Cuidados de enfermería- sedación.
Cuidados de la boca.
Nutrición
Vía Subcutánea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 1:

$$\frac{\text{Nº asistentes a las sesiones formativas del EAP}}{\text{Nº total de miembros del EAP}} \times 100$$

1ª Sesión:
Asistentes: 20 20/21x100= 95%
Estándar Alcanzado: 95%
Estándar Marcado: >60%

2ª Sesión:
Asistentes: 20 20/21x100= 95%
Estándar Alcanzado: 95%
Estándar Marcado: >60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

3ª Sesión:
Asistentes: 18 18/21x100= 86%
Estándar Alcanzado: 86%
Estándar Marcado: >60%

4ª Sesión:
Asistentes: 16 16/21x100= 76%
Estándar Alcanzado: 76%
Estándar Marcado: >60%

5ª Sesión:
Asistentes: 21 21/21x100= 100%
Estándar Alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >60%

TOTAL: 90%

NDICADOR 2:

Nombre del indicador: Satisfacción de los familiares sobre la adecuación de la atención recibida.

TOTAL: 14 ENCUESTAS.
ENCUESTA entregada a los familiares/ cuidadores:

1-.¿Cree que el dolor de su familiar se controlo bien?
-SI
-NO
-NS/NC

2-.¿Cree que su muerte fue tranquila en paz?
- SI
-NO
-NS/NC

3-.¿ Esta satisfecho con la información recibida sobre la enfermedad y su evolución?
- SI
- NO
- NS/NC

4-.¿Usted tuvo facilidades para hablar con el equipo de Atención Primaria?
-SI
-NO
-NS/NC

5-.Marque las características que usted cree que define el ambiente del equipo:
- Acogedor
- Tranquilizador
- Amable
- Frio
- Aspero
- Triste

6-.¿Hay algo que no le gusto?
-SI
-NO
-NS/NC

7-. ¿Qué cree que podemos mejorar?
- NADA
- ALGO
- TODO

*¿Cree que el dolor de su familiar se controlo bien?
SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias
_____ x100

Nº de encuestas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

* ¿Crees que su muerte fue tranquila y en paz?
SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias
_____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

*¿Esta satisfecho de la información recibida sobre la enfermedad y su evolución?
SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias
_____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

* Usted tuvo facilidades para hablar con el grupo de At. Primaria?
SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias
_____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

*¿Hay algo que no le gusto?

SI: 0
NO: 14

Nº respuestas NO satisfactorias
_____x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

* Marque las características que usted cree que define el ambiente del equipo de At. Primaria:

- Acogedor: 12 12/14x100=86% Estándar Alcanzado: 86%
Estándar Marcado: >65%
-Tranquilizador: 13 13/14x100= 93% Estándar Alcanzado: 93%
Estándar Marcado: >65%
-Amables: 13 13/14x100=93% Estándar Alcanzado: 93%
Estándar Marcado: >65%
-Frio: 0 1/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%
-Aspero: 0 1/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

-Triste: 0 1/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%

*¿Qué cree que podemos mejorar?
-NADA: 14 14/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%
-ALGO:0 0/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%
-TODO:0 0/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los familiares y cuidadores de los pacientes con cuidados paliativos atendidos en este proyecto de mejora se encuentran satisfechos y muy agradecidos por la atención recibida por los profesionales de nuestro centro de salud, tal y como indican los resultados de las encuestas. Creen que es necesario tener un buen soporte en estas situaciones tan complicadas tanto para los paciente como para los familiares.
Por otra parte los profesionales del centro han agradecido encarecidamente las sesiones realizadas en el centro, ya que les ha facilitado mucho el trabajo en su día a día de la consulta de At. Primaria. Cada vez es más frecuente tener pacientes con cuidados paliativos por eso todos lo profesionales tendríamos que tener conocimientos de como actuar y trabajar con estos pacientes que requieren de nuestros cuidados.
Por todo lo comentado se finaliza el proyecto pasando a ser oferta del Centro de Salud de Tamarite.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1482 ========== ***

Nº de registro: 1482

Título
CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Autores:
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, GARCIA DINNBIER AINA, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, VEGA CUETO ANA, RIVARES BACHES MANUEL, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando hablamos de Cuidados Paliativos nos encontramos con dos tipos de pacientes, los oncológicos y los no oncológicos.
En nuestra Zona Básica de Salud hay un porcentaje de enfermos crónicos de alta complejidad, mayor que la media de nuestra comunidad.
Estos enfermos crónicos de alta complejidad pueden presentar patologías que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con su enfermedad.
Es en estos pacientes donde nos hemos dado cuenta que nos cuesta más renunciar a un tratamiento específico de su patología, aún cuando el propio paciente y la familia establecen una renuncia razonable a ese tratamiento que conlleva un nuevo ingreso hospitalario. Más si cabe si presenta alguna reagudización o complicación de su patología crónica en horario de Atención Continuada donde es valorado por profesionales que no son su médico y enfermera de referencia.
Por todo ello, creemos necesario la implantación de nuestra propia Unidad de Cuidados Paliativos para que todos los pacientes y sus familiares reciban la mejor atención las 24 horas del día los 7 días de la semana

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

RESULTADOS ESPERADOS
Saber identificar cuando un paciente no oncológico se trata de un paciente paliativo y comunicarlo a todos los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro Centro de Salud para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como la de sus familiares y cuidadores siguiendo los mismos criterios.

MÉTODO
Nombrar a varios responsables que trabajan en Atención Continuada y en Jornada Ordinaria para que exista una mejor comunicación.
Sesiones formativas tanto para saber reconocer al paciente paliativo como para saber actuar ante las distintas situaciones con las que nos podemos encontrar.

INDICADORES
- Encuesta a los familiares sobre la adecuación de la atención recibida. Satisfactoria en un porcentaje mayor del 65%.
- Nº asistentes del EAP a las sesiones formativas/ Nº total de miembros del EAP mayor del 60%

DURACIÓN
- Preparación de las sesiones formativas y realización de trípticos para los profesionales sanitarios del EAP en el primer semestre de 2017.
- Sesiones formativas previa implantación de la Unidad.
- Implantación de la Unidad en el último cuatrimestre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1484

1. TÍTULO

TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GABRIEL MOTIS MONTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPEÑA LLERA ANABEL
GARCIA DINNBIER AINA
PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con la finalidad de conocer los temas de salud que más inquietud despiertan entre la población:
- Ya existente: Buzón de sugerencias en el Centro de Salud de Tamarite de Litera y consultorios locales.
- Mayo-junio / 2017: Información a los pacientes desde las consultas y admisión de la existencia y ubicación de los buzones de sugerencias.

Reunión del EAP (tormenta de ideas) mayo 2017.

Finalmente se decidió que en el año 2017 se realizarían talleres de primeros auxilios para la población.

Taller primeros auxilios Castillonroy: impartido por Dra. Aína García Dinnbier. Nº participantes 48.

Taller primeros auxilios Albelda: impartido por Dra. Mónica Pascual Franco y enfermera Judit Ramos Español. Nº participantes 45

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Finalmente asistieron a los talleres de formación un total de: 93 personas.
Los principales resultados de las encuestas de satisfacción mostraron los siguientes resultados:
- 90% se mostraron muy satisfechos.
- 85% indicaron que la formación recibida resultará útil para mejorar su salud.
- 100% recomendarían estos talleres a otros familiares/amigos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente contactar con las diferentes asociaciones para conocer sus inquietudes.
La EpS Comunitaria es un pilar básico de nuestro trabajo diario. Creemos que sería conveniente continuar con la realización de los talleres para empoderar a la población sobre hábitos de vida saludables. Nuestro día a día muestra como existe una importante falta de adherencia a los correctos hábitos H-D.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1484 ========== ***

Nº de registro: 1484

Título
TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Autores:
MOTIS MONTES GABRIEL, CASTILLON LOSCERTALES ANA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CUY CODINA MARIA ANGELES, LAPEÑA LLERA ANA ISABEL, PASCUAL FRANCO MONICA, GARCIA DINNBIER AINA, CAMARA AVON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Habitos saludables en general

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1484

1. TÍTULO

TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde el centro de salud, distintos compañeros vienen realizando a titulo personal, formación y talleres en distintas corporaciones y asociaciones referentes a temas de salud. Estos temas se han iniciado a propuesta de entidades o bien por observación de una falta de información en la población diana referente a un tema en cuestión. En ocasiones son charlas para adolescentes o sobre problemas de salud en la tercera edad, o población en general, jornadas de puertas abiertas del Centro para los niños de Guardería, talleres orientados a ampliar conocimientos en determinados grupos de riesgo (EPOC, DIABETICOS, HIPERTENSOS...) formación básica en RCP para la población en general...
Se propone realizar talleres orientados al cuidado de la salud en las distintas etapas de la vida, desde la infancia a la tercera edad y así dejar protocolizada la información compartida con los usuarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer cuales son los principales temas de salud que mayor interes despiertan en la poblacion

Animar a la poblacion a participar en las distintas actividades que de la formación puedan surgir

Registrar la formacion impartida a la poblacion gral, por los distintos componentes del equipo de salud

MÉTODO
Recoger informacion relevante en temas de salud, que los distintos organismos y asociaciones tengan interés en implementar.

Para ello se propone dejar un buzon de sugerencias para proponer temas en Ayuntamiento y Centro de Salud.
Recoger las inquietudes que puedan surgir del consejo de salud de zona,
Proponer a la Escuela e IES, la posibilidad de que los alumnos reciban información sobre hábitos de vida saludables, impartidos por los profesionales del centro.
Contactar con las distintas asociaciones, para conocer las inquietudes sobre temas de salud que estos puedan tener y sobre estos temas, realizar talleres.

INDICADORES
La formación impartida, tiene por finalidad aumentar los conocimientos que la población dispone sobre mantenimiento de salud y hábitos saludables, se propone realizar al menos 3 talleres repartidos a lo largo del año natural sobre distintos temas de salud. Al finalizar los talleres se pasará un cuestionario de satisfacción para conocer el grado de aceptación del taller y si los conocimientos les serán útiles para mejorar o mantener los hábitos de salud.

DURACIÓN
El presente proyecto se iniciará en el año natural 2018, desde Enero hasta Diciembre, repartiendo un taller en cada cuatrimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA CAMARA ABON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOTIS MONTES GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Mayo de 2018 se informó al resto del equipo del proyecto a realizar y nos pusimos en contacto con el colegio San Miguel de Tamarite de Litera. Contactamos con SARES donde nos informaron de distintas estrategias para realizar los talleres.
En Junio de 2018 elaboramos la encuesta alimentaria. Programamos conjuntamente con el colegio la primera reunión ya comenzado el curso escolar 2018-2019.
En Noviembre de 2018 acudieron los alumnos de 2º de primaria al centro de salud donde realizamos un taller de promoción de la salud y alimentación saludable, con actividades para los niños donde dimos a conocer también la actividad que realizamos diariamente en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto al indicador : número de niños de 2º primaria que acuden a los talleres/ número total de niños de 2º primaria: acudieron el 100% de los niños a la primera sesión. (El estándar que se esperaba alcanzar era del 95%)
Como todavía no hemos realizado la segunda sesión no podemos valorar el segundo indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El taller realizado en el centro de salud tuvo muy buena acogida por parte del colegio y de los niños. La encuesta alimentaria es fácil de rellenar. Los niños son muy receptivos a la información que podemos aportar desde el sistema sanitario, por lo que nos parece interesante poder terminar este proyecto con buenos resultados y a raíz de éste elaborar nuevas estrategias de educación sanitaria en esta población diana.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/552 ========== ***

Nº de registro: 0552

Título
DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Autores:
CAMARA ABON ELENA, MOTIS MONTES GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En esta época de aceleración y prisas, en ocasiones los niños van al colegio con un mínimo desayuno, que en ocasiones es escaso o no adecuado. Además, los alimentos que toman en almuerzo, a menudo distan de ser saludables. Por otro lado, una dieta equilibrada y sana, es primordial para asegurar un aporte adecuado de nutrientes en este periodo de desarrollo, crecimiento y aprendizaje.
En las revisiones del niño sano de los nueve años, con bastante frecuencia apreciamos un desequilibrio nutricional por exceso no presente en la revisión anterior (6 años).
Este aumento del IMC del niño, podría ser debido a la falta de buenos hábitos alimentarios.
A partir de este proyecto, se pretende en primer lugar objetivar y posteriormente mejorar la adecuación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

los hábitos alimentarios en los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera, edad en la que ellos mismos poseen capacidad de decisión, aprendizaje e instauración de correctos hábitos higiénico dietéticos. Se hará hincapié en potenciar un desayuno saludable.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Conocer los hábitos dietéticos de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.
2.- Orientar sobre la mejor forma de alimentarse e informar sobre las repercusiones que una alimentación de baja calidad puede suponer en el rendimiento escolar y en el mantenimiento de la salud.
3.- Mejorar los hábitos alimentarios en el desayuno-almuerzo de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.

MÉTODO
Al inicio del proyecto, se realizará una sesión informativa sobre del Proyecto a todos los miembros del centro de salud.
Mediante una encuesta, se recogerá información sobre los hábitos alimentarios de los niños de Tamarite de Litera que cursan 2º y 3º de Primaria, focalizándose en el desayuno-almuerzo. La misma encuesta, reflejará los alimentos que los niños han portado ese día a las aulas como almuerzo.
Posteriormente, y en colaboración con el colegio, se realizarán diferentes talleres sobre dieta sana en los que los niños aprenderán a través del juego, sobre los alimentos saludables, los que no lo son, así como a elaborar sus propios menús de desayunos saludables.
Finalizados los talleres, se realizará de nuevo la encuesta inicial para comparación de resultados.

INDICADORES
Numerador: nº de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite que acuden a los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite.
El estándar que se espera alcanzar es: > 95%

Numerador: niños de 2º y 3º de Primaria que siguen un almuerzo saludable al finalizar los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria que acuden a los talleres
El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

DURACIÓN
Mayo de 2018:
Sesión informativa del Proyecto al personal del centro de salud y al colegio de Tamarite.
Elaboración de la encuesta alimentaria.
Elaboración de panfletos/pegatinas.
Contacto con SARES para solicitar préstamo de material para los talleres.
Junio de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Taller 1.- Grupos de alimentos y dieta equilibrada.
Reparto de panfletos/pegatinas.
Octubre de 2018:
Taller 2.- Preparando un desayuno saludable.
Diciembre de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Enero de 2019:
Sesión informativa/formativa a los padres y AMPA con principales resultados encontrados. Refuerzo positivo.
Presentación de resultados a los compañeros del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CUY GODINA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRIAN HERRERA PATRICIA
PASCUAL FRANCO MONICA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA
CAMARA ABON ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIDADES REALIZADAS.

Marzo 2018

Elegimos proyecto de mejora para el Centro de Salud de Tamarite de Litera.

Abril 2018

Iniciamos proyecto de mejora que finalizara en Enero de 2020.

A finales del mes de abril se solicito a la dirección de Atención primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos de todos los pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Tamarite.

Mayo 2018

Se realiza sesión clínica para todos los profesionales del centro de salud para informar sobre el proyecto y desarrollo de este. En esta reunión se entrega a los profesionales de enfermería el listado de pacientes con tratamiento con inhaladores.

Junio 2018

Se realizo:

* Hoja de registro (Paciente/ diagnostico de EPOC/ Uso de inhalador correcto)

* Encuesta sobre conocimiento en uso de inhaladores (Anexo 1)

Junio 2018- Junio 2019

Captación de pacientes en consulta de enfermería.

Septiembre- Octubre 2018

Reciclaje de los profesionales de enfermería en la realización de espirometrías. Previamente realizada formación especifica en espirometrías en cursos realizados por el IACS (FOCCUSS) y/o SALUD.

Septiembre 2018

Comenzamos con la realización de espirometrías y entrega de encuestas para valoración.

Octubre 2018

En el centro de salud hemos creado un registro de espirometrías donde se registra fecha de realización de espirometrías, paciente fumador o ex fumador, utilización de inhaladores, diagnostico de EPOC, información para realizar espirometría, cumplimento de las normas para realizar espirometría, técnica del paciente, colaboración del paciente, calidad de espirometria.

PROCEDIMIENTOS PENDIENTES DE REALIZAR

-Seguir captando pacientes.

- Realización de espirometrías de los pacientes de nueva captación.

- Realización de sesiones clínica mensuales para nueva adquisición de conocimientos en nuestros paciente con diagnóstico de EPOC (tanto a los pacientes diagnosticados como los nuevos pacientes diagnosticados).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

- Realizar formación a cuidadores, profesiones de residencias de ancianos

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN USO INHALADORES EN EPOC

Encuesta anónima

Por favor, marque con una X en el recuadro la respuesta

Fecha: …..../...../ ….....

* Sexo:

Hombre ? Mujer ?

1.- ¿Qué medicamentos inhalados usa?. Escríbalos

….....

….....

2.- ¿Lo inhala directamente?

a. Sí ?

b. No ?

3.- ¿Utiliza cámara?

a.- Sí ?

b.- No ?

4.- Cuando tiene que administrarse dos medicamentos, ¿cuál es el que se toma primero?. (Escríbalos en el orden en que se los administra.)

1º:
….....

2º .
….....

5.- ¿Le han explicado en alguna ocasión cómo utilizar un inhalador?

a. Sí ?

b . No ?

6.- ¿Ha recibido otro tipo de consejos sobre el uso de inhaladores?

a.- Si ?

b.- No ?

7.- Respecto a la técnica de inhalación, usted realiza:

a. Primero: Espiración previa (vaciar los pulmones) Sí ? No?

b. Segundo: Inspiración post espiración (llenar los pulmones) Sí ? No?

c. Tercero : Apnea después de inspirar (aguntar sin respirar) Sí ? No?

8. ¿Cúantos segundos considera necesario aguantar?

a. Menos de 5 ?

b. Entre 5 y 10 ?

c- Lo que aguante (escriba cuantos segundos) ?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

9.- En caso de tener que tomar otra dosis. ¿Cuánto tiempo espera?

a. Me lo aplico directamente tras la anterior inhalación ?

b. Espero 30 segundos ?

c. Espero más de 30 segundos ?

10.- ¿Limpia el dispositivo de inhalación?

a. Si ?

b. No ?

11-. Con qué frecuencia se olvida de tomar los Inhaladores?

a. Nunca
b. A veces:

i. Mañana ?

ii. Tarde ?

iii. Noche ?

c. Cuando estoy sin síntomas

12.- ¿Se enjuaga la boca después de usar el inhalador?

a. Siempre ?

b. Nunca ?

c. A veces ?

13.- ¿ Desde que usa el inhalador ha tenido alguna vez alguna infección de las que le comentamos a continuación?

a. Ulceras bucales (heridas abiertas en la boca ?

b. Candidiasis bucal en lengua o mejillas (manchas blancas en la boca) ?

c.- Otros (especificar)
….....

Gracias por colaborar

C. S. Tamairte de Litera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS

Resultados pendientes

Indicador 1:

Prevalencia de EPOC:

Numerador: Población entre 40 -79 años con diagnostico de EPOC

Denominador: Población asignada entre 40-79 años

Objetivo es alcanzar el 3.5%

Indicador 2:

Pacientes con Tratamiento con Inhaladores:

Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores.

Denominador: paciente que llevan tratamiento de inhaladores

Nuestro objeto es que asista el 30%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Indicador 3:

Espirometrías:

Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.

Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores.

Objetivo: Realizar espirometrías al 40% de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES

Desde el centro de salud de Tamarite de litera elegimos este proyecto ya que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad Infradiagnosticada, ya que en poco tiempo que llevamos haciendo espirometrías hemos captado nuevos pacientes. Al principio de comenzar nuestro proyecto de mejora se nos complico un poco la labor ya que el espirómetro del centro no reunía las condiciones necesarias para realizar espirometrías, eso nos dificulto el trabajo. Una vez solucionado el problema continuamos con el proyecto según lo planificado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/556 ========== ***

Nº de registro: 0556

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC; MAS Y MEJOR

Autores:
CUY GODINA MARIA ANGELES, BETRIAN HERRERA PATRICIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, CAMARA ABON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud.
El estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) ha determinado que la prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población de 40 a 80 años.
Tras el análisis de la situación en nuestro Equipo de Atención Primaria hemos visto que sólo tenemos un 2.41% de pacientes con diagnóstico de EPOC lo que nos lleva a pensar que tenemos un elevado caso de pacientes infradiagnosticados.
Así mismo, estudios previos han demostrado en mayor o menor medida que la utilización de los dispositivos de inhalación suele resultar complicada para los pacientes enfermos de EPOC, y que en un número importante de casos se
manipulan de manera errónea por lo que creemos que es importante asegurar una correcta instrucción en la técnica para que las personas puedan beneficiarse de su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
? Captación activa de pacientes con factores de riesgo para aumentar la prevalencia de EPOC en nuestro Equipo de Atención Primaria.

? Educación sanitaria a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos sobre el manejo de los diferentes tipos de inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

MÉTODO
? Creación de un grupo de mejora.

? Se solicita a Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes con tratamiento de inhaladores crónicos (farmacia)

? Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.

? Captación telefónica de pacientes en tratamiento con inhaladores sin diagnóstico de EPOC para realizar espirometría.

? Inclusión del episodio “EPOC” en pacientes que cumplen criterios diagnósticos tras realización de espirometría.

? Formación sobre el manejo de los inhaladores a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos de la zona.

? Encuesta al paciente en tratamiento con inhaladores sobre el manejo de su uso al inicio y tras la formación pertinente.

INDICADORES
Prevalencia EPOC:
Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad
Nuestro objetivo es alcanzar el 3,5%

Pacientes con tratamiento con inhaladores:
Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores
Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores
Nuestro objetivo es que asista el 30%

Espirometrías
Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.
Denominador: pacientes que llevan tratamiento de inhaladores
Nuestro objetivo es que se realicen espirometría al 40% de los pacientes

DURACIÓN
1. Inicio del proyecto: Abril 2018, fecha finalización: junio 2020
2. Solicitud a la Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos (abril 2018)
3. Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.(mayo 2018)
4. Realización: hoja de registro y encuesta de valoración sobre el manejo de inhaladores (a partir de junio 2018)
6. Citación de pacientes captados para espirometría (septiembre 2018)
7. Realización de la espirometrías (a partir de octubre 2018)
8. Formación del manejo de inhaladores al paciente el día de la realización de la espirometría. Previamente se le realizará la encuesta sobre el manejo de dichos inhaladores.
9. Lectura y registro en OMI de las espirometrías por los médicos responsables del proyecto.
10. Si cumple criterios EPOC citar con su MAP.
11. Citación en consulta de enfermería 20 días después de la realización de la espirometría para valorar la encuesta sobre los conocimientos conocidos tras resultados.
12. Formación a cuidadores y farmacéuticos noviembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUDIT RAMOS ESPAÑOL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
GALLEGO BARRABES SUSANA
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CUY GODINA MARIA ANGELES
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA
RAMOS ESPAÑOL PILAR
PEIRAU ESCUER MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MARZO 2018
Elegimos proyecto de mejorara CS Tamarite.

ABRIL 2018
Sesión informativa a miembros de CS Tamarite.
- Explicamos a los compañeros del centro los objetivos importantes del proyecto de mejora.
- Actividades a realizar en el proyecto.
- Población diana.

MAYO 2018
Se reúne el equipo de trabajo para organizar y realizar reparto de tareas.
- Realización de trípticos informativos.
- Realización de carteles informativos para colocar en el centro de salud y consultorios pertenecientes a CS Tamarite.
- Encuesta de hábitos higienice dietéticos para entregar al iniciar la actividad y finalizar la actividad (ANEXO 1).
- Encuesta de satisfacción (ANEXO 2).
- Realización de plantillas de seguimiento, para registrar número de participantes en cada sesión e incidencias.

JUNIO-SEPTIEMBRE 2018
-Captación de pacientes con riesgo cardiovascular en las consultas de At. Primaria.
- Entrega de trípticos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.
- Se colocan carteles informativos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.

SEPTIEMBRE 2018
- Según el cronograma presentado en el acuerdo de gestión, se iniciaban las sesiones por grupos de edad. No se pudo comenzar con la actividad por problemas de falta de personal en el equipo y cambios en el centro.

OCTUBRE 2018
- Se forman los grupos por edades para iniciar las sesiones de “Pasito a Pasito”.

OCTUBRE- DICIEMBRE 2018
- Responsable del proyecto de mejora, realiza curso online “3ª Ed. Consejo en actividad física y prescripción de ejercicio para profesionales sanitarios”

DICIEMBRE 2018
- Se inicia sesiones Pasito a Pasito por la Litera. Se realizan dos sesiones por semana en Tamarite de Litera, Lunes de 10.30h a 11.30h (mayores de 65años), viernes de 10.30h a 11.30h (menores de 65años) y en Albelda (mayores de 65 años) los jueves de 10.30h a 11.30h.

ANEXO 1

Actividad Física que realiza usted:

¿Realiza ejercicio físico todos los días? (caminar, ir en bici, nadar…)

1-. Si
2-. NO

-¿Crees que realizas suficiente actividad física?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

1-. Si
2-. NO

¿Crees que la actividad física que realizas es adecuada?

1-. Si
2-. NO

¿Sigues alguna rutina?

1-. SI
2-. NO

¿Va solo a caminar?

1-. Si
2-. NO

ANEXO 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

- ¿Le ha gustado la iniciativa Pasito a Pasito, Paseos saludables por la Litera?

1-.SI
2-.NO

¿Le han gustado los recorridos realizados en las sesiones?

1-.SI
2-.NO

¿Le han parecido bien los horarios?

1-.SI
2-.NO

¿ Le ha parecido bien el número de participantes?

1-.SI
2-.NO

¿Le ha parecido bien la duración de las sesiones?

1-.SI
2-.NO

¿Lo recomendaría algún amigo o vecino del pueblo?

1-.SI
2-.NO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 1

La evaluación de los resultados se realizara mediante la cumplimientación de una encuesta al principio de la primera sesión (ANEXO 1) y otra encuesta que entregaremos a los pacientes dos meses después de terminar las sesiones (ANEXO 1). Con esta encuesta valoraremos:
A los dos meses de finalizada la actividad, el 50% de los pacientes seguirán con una correcta rutina del ejercicio diario.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº asistentes que 2 meses después sigue caminando}}{\text{Nº asistentes totales a las sesiones}} \times 100$$

INDICADOR 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno completaran el total de las sesiones.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº de asistentes que completan el total de sesiones}}{\text{Nº de asistentes que se inscribieron a la actividad}} \times 100$$

INDICADOR 3

Se entregara a todos los participantes una encuesta de satisfacción (ANEXO 2). El 80% de los pacientes se mostraran satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

$$\text{Formula del indicador} = \frac{\text{Nº de asistentes satisfechos con la actividad}}{\text{Nº de asistentes que se han inscrito en la sesión}} \times 100$$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cuando elegimos este proyecto de mejora teníamos la duda de si a los paciente les iba a gustar esta actividad, ya que desde las consultas de At. Primaria de nuestro centro se apreciaba una necesidad importante que había que abordar, la actividad física. La verdad es que casi llevamos 2 meses realizando las sesiones y ha tenido muy buena acogida por parte de los pacientes, si todo evoluciona como hasta ahora, lo más seguro es que haya que crear nuevos grupos de paciente para que no sean muy multitudinarias estas sesiones. En el pueblo de Albelda donde hay un consultorio perteneciente a nuestro centro de Salud, se ha creado grupo donde se va caminar una vez por semana por su buena acogida, ya que en un principio los paseos solo iban a realizar en Tamarite.
Una de las pocas complicaciones en realizar esta actividad, es que tienen que participar muchos de los profesionales del centro ya que en cada sesión se necesitan dos profesionales (no todos los paciente llevan el mismo ritmo caminando), lo que supone bloquear consultas, en el caso de nuestro centro consultas de enfermería.
Por tanto en nuestro centro seguiremos con este proyecto de mejora ya que ha tenido muy buen acogido tanto por los pacientes como por los profesionales, por el aumento de las relaciones sociales entre nuestro participantes y además de la importancia que tiene la actividad física en nuestro paciente con riesgo cardiovascular.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/666 ========== ***

Nº de registro: 0666

Título
PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Autores:
RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, GALLEGO BARRABES SUSANA, BETRIAN HERRERA PATRICIA, CUY GODINA MARIA ANGELES, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Participación comunitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Multitud de guías hacen énfasis en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de un estilo de vida saludable basado entre otras cosas en el fomento de la actividad física, incorporación de una dieta saludable y el abandono del tabaco en pacientes fumadores.
Desde el Centro Salud de Tamarite de Litera, apreciamos una alta frecuentación en la consulta de pacientes con la necesidad de abordar la actividad física como factor de protección para la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares bien por falta de conocimiento sobre sus beneficios reales así como por falta de motivación.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la vida activa de nuestros pacientes sedentarios con factores de riesgo cardiovascular.
2. Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico.
3. Incorporar el ejercicio físico a la rutina diaria del paciente.
4. Favorecer las relaciones entre los participantes.
5. Promoción de un estilo de vida saludable.

MÉTODO
Sesión informativa a todos los miembros del centro de salud sobre el Proyecto Asistencial.
Creación folletos informativos que se repartirán en los consultorios, farmacias, centro cultural y Cruz Roja.
Captación de participantes en las consultas de Enfermería y Medicina. Entrega de folletos informativos sobre la actividad y recogida de datos de los pacientes interesados.
El proyecto se oferta a la población entre 40-65 años y 65-80 años con problemas respiratorios, cardiacos y con factor de riesgo cardiovascular. Se realizaran diferentes grupos entre 8 y 12 personas. Salida a caminar y gimnasia de mantenimiento dos días a la semana, lunes y miércoles 11.00h a 12.30h por la zona de salud
Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad frecuentemente unidos a la inactividad física.
Los participantes de la actividad irán acompañados de dos enfermeras del Centro de Salud.

INDICADORES
La evaluación de los resultados se realizará mediante la cumplimentación de una encuesta al principio y al finalizar la actividad. Se pasará otra encuesta vía telefónica a los dos meses de finalizada la actividad.

1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.
2. A los dos meses de finalizada la actividad, el 60% de los pacientes seguirán con una correcta rutina de ejercicio diario.
3. El 40% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a esta actividad comunitaria.
4. El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno, completarán el total de las sesiones.
5. El 80% de los pacientes se mostrará satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

DURACIÓN
- Abril 2018: Sesión informativa a miembros CS: abril 2018
- Mayo 2018: Reunión del grupo de trabajo para organización y reparto de tareas.
- Mayo 2018: Realización de una encuesta sobre hábitos higiénicos dietéticos a pasar a los pacientes al inicio y al finalizar la actividad, otra de satisfacción y planilla de seguimiento.
- Mayo 2018- agosto de 2018: Captación de pacientes en las consultas.
- Julio 2018: Elaboración/preparación del contenido de las charlas.
- Septiembre 2018: Inicio de las sesiones por grupos de edad.
- Marzo 2019: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población que a participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICTOR VALLES GALLEGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO NEVADO FERMIN
BITRIAN DEL CACHO ANDRES
RUIZ ALMENARA VALENTIN
GUEVARA LOPEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Proyecto que necesita más tiempo para su implementación. Retraso en la compra de ecógrafos hasta noviembre 2017.

Difusión del Proyecto a los coordinadores de todos los Centros de Salud. Información a los profesionales y captación de los interesados.
Actividades formativas:
1er Curso en mayo 2017 organizado en Barbastro por la Unidad Docente. 11 asistentes del Sector Barbastro.
2º Curso del 11 al 14 de diciembre en Barbastro, organizado IACS. 18 asistentes.
Dotación de ecógrafos a 5 Centros de Salud: Aínsa, Binéfar, Fraga, Graus y Monzón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Nº de profesionales con formación básica: 18
• % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad: 66%
Aínsa, Barbastro, Benabarre, Binéfar, Fraga, Graus, Lafortunada, Monzón Urbano, Monzón Rural y Tamarite.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Hay profesionales interesados en incorporar la ecografía a su práctica clínica.
• La formación realizada ha sido bien valorada y motivadora, aunque no es suficiente para realizar ecografías clínicas con seguridad. Es necesario facilitar la práctica con tutorización y el acceso a formación avanzada, al menos a varios de los profesionales con formación básica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1476 ========== ***

Nº de registro: 1476

Título
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
VALLES GALLEGO VICTOR, ROMERO NEVADO FERMIN, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, GALINDO SERRANO IZARBE, RUIZ ALMENARA VALENTIN, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, LERIS OLIVA JOSE MARIA, GUEVARA LOPEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ecografía es una técnica inocua que puede reproducirse, mínimamente invasiva y muy útil para el despistaje

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

de varias patologías para la cuales se solicitan otras pruebas de elevado coste y no exentas de riesgos. Se trata de una exploración que cada se solicita más, tanto por los especialistas del hospital como de atención primaria, y que genera en el Sector de Barbastro una elevada demora, de más de 6 meses en muchos casos.
La escasez de radiólogos, ocupados en interpretar pruebas complicadas y más invasivas es una de las causas de esta demora, por lo que los médicos en un intento de ser prácticos y llegar al diagnóstico lo antes posible soliciten esas mismas pruebas que colapsan los servicios de radiología.
La Ecografía ya se ha demostrado muy útil en manos de los Médicos de Familia bien formados y habituados, en colaboración con Radiología, disminuyendo secuelas causadas por la espera, con abaratamiento de costes y percepción del usuario de una mejora del servicio. También permite el seguimiento de lesiones en el tiempo, que no se puede llevar a cabo por la demora actual.

RESULTADOS ESPERADOS
- Formar médicos de atención primaria para la realización de ecografías clínicas.
- Iniciar la actividad en un centro piloto (CS Barbastro) que por su proximidad al hospital puede favorecer las actividades formativas y la coordinación con radiología.
- Extender la oferta a otros centros de Salud conforme haya disponibilidad de ecógrafo y estén los profesionales formados.
- Aumentar la oferta de pruebas diagnósticas en AP y la capacidad de resolución, adaptándose así a las tendencias actuales de la profesión.
- Generar un entorno colaborativo con el servicio de radiología que permita priorizar las exploraciones ecográficas y discriminar las ecografías clínicas, que pueden ser realizadas e interpretadas por el médico de AP, de aquellas otras que precisen de realización o informe por radiología.
- Creación de interconsulta virtual con radiología para valorar la concordancia, priorizar ecografías preferentes y facilitar la formación continuada.
- Disminuir listas de espera introduciendo la Ecografía en AP, como método de despistaje diagnóstico.
- Aumentar la satisfacción del usuario y de profesionales.

MÉTODO
- Establecer oferta formativa en Ecografía para profesionales de Atención Primaria. Cursos básicos y aprendizaje avanzado con tutorización del Servicio de Radiología.
- Diseño de protocolos de actuación (admisión, medicina de familia e interconsulta) y seleccionar motivos de consulta principales.
- Habilitar consulta en CS Barbastro: línea de datos, ecógrafo.
Agenda en OMI para ecografías.
- Interconsulta virtual con radiología (diagnósticos preferentes o imágenes dudosas). Sesión de difusión del protocolo en el centro de salud. Designar responsable en CS.
- Extender este programa progresivamente en CS con médicos con formación.

INDICADORES
- Nº de profesionales con formación básica.
- % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad.
- nº de ecografías realizadas por médico de atención primaria y por centro de salud.
- % de ecografías resueltas por AP (capacidad de resolución).
- % de ecografías que se solicita interconsulta a radiología.
- % de ecografías que se ajustan a protocolo (estudio de pertinencia)
- Estudio del impacto en las listas de espera hospitalarias de ecografías
- Estudio de concordancia por pares (% diagnósticos AP que coinciden con radiólogo)
- Estudio de satisfacción (profesionales y de usuarios).

DURACIÓN
Primer trimestre 2017:
Dotación de ecógrafo al CS Barbastro
Curso de formación básica en ecografías
Elaboración de protocolos (indicaciones, circuitos)
Crear agendas OMI, adecuar Intranet (interconsultas) y RIS-PACS
2º-3º trimestre:
Formación avanzada y estudio de concordancia
Inicio actividad en el CS Barbastro.
Interconsulta virtual con radiología
4º trimestre:
Implantación progresiva en 1 ó 2 CS.
1º trimestre 2018:
Análisis de la actividad, evaluación de indicadores, propuesta de acciones de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURGASE ESTALLO IRENE
CORTES MARIN CLARA
CAMPO SANCHEZ JUDIT
RUIZ MONTES FRANCISCO
MOLINER MARCEN IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Análisis de situación
- Selección de responsables (grupo multidisciplinar AP-AE)
- Definir los criterios de derivación para las patologías mas prevalentes en Endocrinología:
Diabetes melitus tipo2, trastornos de la función tiroidea, hiperprolactinemia.
- Realización de protocolo consensuado para que los pacientes lleguen a la consulta de Endocrinología con las pruebas complementarias precisas, realizadas previamente a su visita. Los flujogramas quedaron definidos.
- Inclusión progresiva de los CS en el programa, en estos momentos los 15 equipos de atención primaria del sector
- Sesiones de formación en los EAPs: solo se ha podido realizar en algunos (Monzón, Barbastro, Binéfar) y además se presentó en comisión técnico-asistencial de atención primaria. Aunque el programa, se envío a todos los EAP de sector para la difusión en una reunión de equipo para que fuera de conocimiento y utilización por todos los facultativos en sus interconsultas a Endocrinología.
Queda pendiente:
- Colgar el protocolo en la intranet (Actualmente ya se ha hecho)
- Sesiones de formación en los EAP con la participación del s. de endocrinología lo cual es complejo debido a la dispersión de los centros y de que solo hay una especialista en nuestro sector y su lista de espera es muy elevada
- Evaluación del programa y puesta en marcha de acciones de mejora

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.
- Mejora de la continuidad / seguimiento de pacientes entre AP – AE: interconsulta virtual y correo electrónico diario con dudas diagnósticas y terapéuticas
- Creación de un grupo de trabajo, así como de un protocolo consensuado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• La puesta en marcha de este protocolo aunque fue “digamos” truncada por la puesta en marcha de la interconsulta virtual en cuanto al procedimiento de comunicación entre AP y la única especialista endocrinología ha puesto de manifiesto que es precisa la creación de criterios de derivación de las patologías mas prevalentes y con mayor nº derivaciones. Evitando así interconsultas innecesarias y facilitando la resolución de las interconsultas al llegar los pacientes al especialista con las pruebas diagnosticas precisas que eviten interconsultas sucesivas recurrentes.
• También han ayudado a delimitar criterios para la derivación de patologías en las que existía falta de criterio en la necesidad de la interconsulta.
• Asi pues seria bueno crear criterios de derivación claros y concisos para las patologías mas derivadas a las distintas especialidades.

7. OBSERVACIONES.
• Basándose en los errores mas habituales en las derivaciones habría que realizar actividades de formación en los EAP para evitarlos.
• Dado que la falta de especialistas en Endocrinología en nuestro sector habría que Aumentar la implicación del Servicio de Medicina Interna (MI) en las interconsultas referidas a patologías endocrinológicas mas prevalentes definidas en este protocolo.
Y tras acordarlo con medicina interna acotar y publicitar las patologías endocrinológicas derivables al s. de medicina interna.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1479 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Nº de registro: 1479

Título
PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA

Autores:
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, CORTES MARTIN CLARA AURORA, CAMPO SANCHEZ JUDIT, RUIZ MONTES FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Aumento de la demora en interconsultas para esta especialidad en los últimos años
Solo hay una plaza de endocrinología en el Sector Barbastro
Derivaciones que no aportan las pruebas complementarias necesarias
Derivaciones inadecuadas por no existir unos criterios unificados consensuados
Reducir la variabilidad y reducir listas de espera y costes asociados
Coordinación asistencial entre niveles podría mejorar

RESULTADOS ESPERADOS
Para ello se plantean los siguientes objetivos:
1. Sobre los pacientes
• Disminuir tiempos de espera. Reducir la demora diagnóstica en pacientes sintomáticos (síntomas y signos de alerta)
• Mejora de la seguridad del paciente
2. Sobre los profesionales
• Disminuir en la medida de lo posible la variabilidad, estableciendo recomendaciones comunes tanto en el ámbito de AP como en AE
• Reducción de la carga asistencial
• Mejora de la coordinación
3. Sobre la organización / recursos económicos
• Evitar la duplicación de consultas y pruebas diagnósticas
• Evitar la derivación innecesaria de pacientes que pueden ser tratados en A.P.
• Adecuar los recursos del Sector a las evidencia disponible

MÉTODO
- Inclusión progresiva de los CS en el programa
- Definir los criterios de derivación para las patologías mas prevalentes en Endocrinologia
Diabetes melitus tipo2
Trastornos de la función tiroidea
Hiperprolactinemia
- Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.
- Mejora de la continuidad / seguimiento de pacientes entre AP – AE.
- Realización de protocolo consensuado con el fin de que los pacientes lleguen a la consulta de Endocrinologia con las pruebas complementarias precisas, realizadas previamente a su visita
- Análisis de situación
- Selección de responsables y construir grupo multidisciplinar
- Sesiones de formación en los EAPs
- Implantación progresiva en varios centros de salud
- Definir flujogramas
- Aumentar la implicación del Servicio de Medicina Interna (MI) en las interconsultas referidas a patologías endocrinológicas mas prevalentes definidas en este protocolo
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

INDICADORES
- % de pacientes con Diabetes tipo 2 derivados / % de pacientes con diabetes tipo 2 diagnosticada Por profesional y Centro
- Reducción del tiempo de espera en el S. de Endocrionologia
- Pacientes derivados a endocrinología tras 1 año del inicio del protocolo / Nº pacientes derivados a endocrinología desde AP en el año previo a la implantación del protocolo

DURACIÓN
- Análisis de situación (Diciembre 2016)
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet (Enero 2017)
- Sesiones de formación (Febrero / Marzo 2017)
- Implantación progresiva en todos centros de salud empezando por los de mayor población
- Definir flujogramas
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLES GALLEGO VICTOR
BUISAN GIRAL MARIA JOSE
COSCOJUELA QUIROGA ANA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BLASCO OLIETE MELITON
AURED DE LA SERNA ISABEL
BADIA PLAYAN CARRODILLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Incluido en cartera de servicios de AP
- 4 reuniones de dirección de AP con servicio de digestivo y laboratorio. También había representantes asistenciales de atención primaria
- 6 sesiones clínicas / formación en EAP (Barbastro, Monzón, Aínsa, Binéfar, Graus, Fraga) de 1 hora de duración para explicar los criterios de utilización del test y el procedimiento de realización. La totalidad de los EAP (15) han acudido a esta formación en el centro más cercano. La formación se impartió por parte de medicina y enfermería del servicio de digestivo
- Actualmente todos los EAP pueden solicitar / realizar tests desde AP, ya que se han distribuido por los centros hasta que se ha agotado el stock (la falta de tests se inició en verano)
- Se ha establecido el sistema de petición en OMI-AP y la integración de los resultados en OMI como una prueba de laboratorio más
- Coincidiendo con la implementación de los circuitos y las actividades formativas, se produjo la rotura de stocks del test, que no se ha resuelto hasta la segunda semana de enero. Hasta el momento no tenemos resultados valorables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Coincidiendo con la implementación de los circuitos y las actividades formativas, se produjo la rotura de stocks del test, que no se ha resuelto hasta la segunda semana de enero. Hasta el momento no tenemos resultados valorables.
- Todos los Equipos de AP han recibido formación y han iniciado actividades para su puesta en marcha.
- El proyecto está muy avanzado, aunque no podemos medir resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• El proyecto está muy avanzado, se ha trabajado la coordinación entre atención primaria, digestivo y laboratorio, y la organización de la logística de las pruebas, pero está pendiente de poder analizar resultados.
• Tenemos muchos problemas relacionados con el desabastecimiento, que han complicado el seguimiento/evaluación del proyecto.
• Necesitamos continuar con el proyecto en 2019 para consolidarlo, que los profesionales incorporen a su práctica diaria estas actividades, poderlo evaluar e iniciar nuevas acciones de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/106 ========== ***

Nº de registro: 0106

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DISPEPSIA

Autores:
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO, VALLES GALLEGO VICTOR, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, COSCOJUELA QUIROGA ANA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BLASCO OLIETE MELITON, AURED DE LA SERNA ISABEL, BADIA PLAYAN CARRODILLA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Cartera servicios AP

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Infradiagnóstico de la infeccion por Helicobacter pylori en pacientes con Dispepsia Gastrica, en pacientes atendidos AP debido a la falta de acceso a la prueba diagnostica (Test del Aliento) por parte de los M.F.
En AP de nuestro sector no se realiza el Test del Helicobacter en AP
Los resultados del test no están integrados en INTRANET ni en HCE por lo cual los resultados no son accesibles para A.P
Los pacientes con dispepsia consumen innecesariamente consultas de especialista de digestivo y tanto para la realización del test diagnostico, la comunicacion de los resultados de dicho test, la comunicación de resultados,la puesta en marcha del tratamiento si procede, y el posterior control de la erradicacion tras el tratamiento .
El médico de AP no controla el proceso ni interviene en el tratamiento, al no tener acceso a la prueba diagnostica y
desconoce los resultados del Test del Aliento realizados por A.E.

RESULTADOS ESPERADOS
- Incorporación de la técnica diagnóstica que se realizara en las consultas de enfermería correspondiente a cada paciente o en una consulta monográfica en dependencia de la organización y caracteirsticas de cada EAP.
- Creacción de consultas específicas para la realización de la técnica (según organización de cada EAP).

MÉTODO
1.- Realización de talleres de formación en todos los C.S. para el conocimiento de la técnica de realización de la prueba.
2.- Formación de los médicos de familia en lo que se refiere al protocolo diagnóstico y terapeutico definido en el grupo de trabajo de protocolización.
3.- Adecuación del procedimiento informatico. Modulab va a actuar como como punto de conexión entre las solicitudes de Atención Primaria (OMI), las de Atención Especializada y el laboratorio de referencia, en el que se realice la prueba. Creación de nueva prueba llamada Test del Aliento de Helicobacter Pylori, con el código "TAHP". Del mismo modo los resultados se volcarán a Modulab y de éste a OMI, pero además quedarán todos disponibles en la Intranet.
3.-

INDICADORES
-- Nº total de tests de diagnóstico utilizados en AP en 2018 / nº de tests utilizados en el sector (AP +AE) en el mismo periodo X 100 Valor Objetivo : 96/96(2017) > 50%
-- Nº de EAPs con sesiones clínicas realizadas e implementación protocolo de criterios diagnósticos y seguimiento de esta patología Valor Objetivo >90%
-- Nº de test positivos durante 2018 / nº de test utilizados en AP X 100 Valor Objetivo : a definir según la bibliografía conocida
-- Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo derivados a digestivo en el año Valor Objetivo :< 20 %
A desarrollar SQL (DGA)

DURACIÓN
Todo el proceso se desarrollara durante el primer semestre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0493

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA PEREZ SARASA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
CASTELLA SEGARRA MARTA
ARIÑO BAILO VANESA
LAPEÑA LLERA ANABEL
COSTA MENEN ELENA
DUESO CORVALAN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento del Protocolo Autonómico de contracepción, tanto por Atención Primaria, asumiendo la anticoncepción de bajo riesgo, como por especializada, controlando solamente la contracepción en mujeres de riesgo y derivando al control de DIUS a las matronas de AP
Reunión del grupo de trabajo.
Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados.
Taller práctico acreditado para inserción y retirada de implantes. impartido por Dra Aragón como formadora SEC en Hospital de Barbastro el día 7 de noviembre del 2018 de 5 horas de duración.
Información por la matrona de Planta a las mujeres en el puerperio inmediato, de los métodos anticonceptivos existentes y si son mujeres de riesgo, se programa la cita en consulta especializada al alta postparto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las mujeres atendidas en el CS Fraga que solicitan información para IVES en los cinco últimos años han sido 144
De ella un 78.8 % son extranjeras y de las extranjeras las mujeres de Europa del Este suponen el 81,3% de las demandantes de IVES. En 2017 llama la atención que el 41,9% de las mujeres atendidas habían tenido un IVE previo.
En 2018 se han atendido 18 mujeres que solicitan IVE, 13 menos que en 2017.
En 2018 se han controlado 199 mujeres embarazadas, de las cuales 103 eran Españolas (51.5%) y Extranjeras 97 (48.5%), siendo el porcentaje mayor los correspondientes a las nacionalidades de Rumania, Bulgaria y Marruecos.
En este año observamos una disminución de mujeres que acuden a solicitar IVES es del 41,9%, en especial en el grupo de extranjeras que ha disminuido en un 46,1%
El número de implantes insertados por Atención Primaria ha pasado de 51 año el año 2016 a 164 en 2017 Y 206 en 2018, su uso se ha incrementado en un 403% en dos años, debido a la mejor accesibilidad de las usuarias.
En Atención Especializada se han colocado en 2017 solamente 21 implantes anticonceptivos y 50 en 2018
En 2016 se colocaron 9 implantes en urgencias de ginecología, en especial a mujeres en riesgo de exclusión para facilitarles el acceso al método. En 2017 solo se ha insertado uno y en 2018 ninguno ya que la incorporación de las matronas a esta actividad facilita la captación de grupos de riesgo y la inserción de métodos seguros sin demora dependiente de la consulta de ginecología. En urgencias en 2016 se instauraron 51 métodos LARC y en 2018 solo 22, incluyendo en ellos los DIUS MIRENA que se insertan por SMA.
En Atención especializada seguimos haciendo la retirada de los implantes .
DIUS: El gasto por DIUS de LNG de 5 años (Jaides y Kylena) en 2018 ha sido de 57, 48% más que el año anterior.
Consideramos que puede tener utilidad en las jóvenes como método anticonceptivo y como tratamiento de dismenorreas y otras patologías y que es un método a potenciar.
Los DIUS de LNG en 2016 se colocaron 118, en 2017 unos 164 y en 2018 se han insertado 178.
En total se insertaron en las consultas de ginecología del Sector en 2018 unos 410 LARC, 109 más que en 2016
Demora en Consultas de ginecología para atender Inserción de métodos LARC. En Diciembre de 2016 teníamos una demora media de más de 90 días y en 2017 de 29 días para atender una la inserción métodos LARC. En Diciembre de 2018 la demora media ha sido diferente en las consultas Monzón y Barbastro, siendo ésta de más de 90 días por problemas de falta de personal, mientras que en Fraga la demora ha sido de 20 días. A fecha 30 de enero no hay demora en ninguna consulta por la realización de consultas extraordinarias y a la disminución de demanda por anticoncepción de bajo riesgo que la asumen los equipos de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Número de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de puérperas: 90 %
Número de DIUS insertos en consultas en 2018: 292
Numero de DIUS en nulípara 2018: 30
Número de implantes insertados por Atención Primaria 2018: 206
Numero de implantes insertados por Atención especializada en 2018: 50
Numero de implantes retirados por mala tolerancia en AP en 2018 : 2
Control de complicaciones. 1 IMPLANTE POR INFECCIÓN DE LA HERIDA
La población en edad fértil que asistimos en el Sector Barbastro, es compleja, el porcentaje de mujeres extranjeras atendidas en el parto en el hospital es del 35% y en algunas consultas, como Fraga, llega al 48%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0493

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

con 18 nacionalidades diferentes.
Se trabaja para informar sobre anticoncepción y evitar IVES de repetición, captando mujeres de riesgo por matronas de Atención Primaria y matronas de Planta y facilitarles el acceso a métodos seguros.
Destacar la importancia del implante anticonceptivo como método de larga duración, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria, la instauración del mismo por las matronas de AP permite ofertarlos a todas las mujeres del Sector en igualdad de condiciones y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital.
El incremento en la inserción de metodos LARC permite ofrecer una anticoncepción segura y eficaz en el Sector.
El 21% de las mujeres atendidas en CE. de Fraga para LARC había tenido IVES previos.
En 2018 han disminuido las mujeres que solicitan IVES, desconocemos si es por la mayor oferta de métodos seguros o es circunstancial.
Consideramos necesario trabajar coordinadamente, enfermería, matronas y ginecólogos para facilitar la contracepción segura.
El hecho de que los equipos de AP asuman la anticoncepción de bajo riesgo, disminuye la presión asistencial y la demora para poder instaurar los métodos LARC seguros y con alta eficacia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/493 ========== ***

Nº de registro: 0493

Título
COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Autores:
PEREZ SARASA SUSANA, BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GASCON MAS ELENA, ARIÑO BAILO VANESA, LAPEÑA LLERA ANA ISABEL, COSTA MENEN ELENA, DUESO CORBALAN CARMEN, IRICIBAR MIR LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el Sector Barbastro trabajan,matronas de AP, enfermería y ginecólogos, facilitando la información en contracepción y la accesibilidad a las consultas, en especial a mujeres en riesgo de exclusión.
En 2015, iniciamos un Plan de Mejora, para informar en el puerperio inmediato sobre métodos LARC. De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos. El implante, era bien aceptado en etnia gitana e inmigrantes.
Seguimos trabajando el circuito asistencial en el postparto inmediato.
En 2015, se inició en AP la inserción de implantes subdérmicos por parte de las matronas,
El 33% de los partos atendidos en 2017 en H.de Barbastro, son inmigrantes y en consulta de Fraga un 44%. Este colectivo, es especialmente vulnerable por barrera idiomática y desconocimiento de los recursos y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad. El 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Mejorar la calidad de vida de las mujeres.
Objetivos específicos.
- Información contraceptiva en puerperio inmediato.
- Dar información escrita y clara de los diferentes métodos.
- Potenciar uso de métodos seguros de Larga Duración (LARC)
- Espaciar intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en cta. especializada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0493

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

MÉTODO
Presentación del Protocolo Autonómico en S. de ginecología y realización de reunión conjunta con las matronas de AP para valorara las novedades.
Curso acreditado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en H.de Barbastro el 29/09/2016.
Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados.
Taller practico acreditado para inserción y retirada de implantes. impartido por Dra Aragón,formadora SEC en H. de Barbastro el 14/11/2017 (5h)
Información contraceptiva en el puerperio inmediato y si son de riesgo, derivar a consulta especializada.
RESULTADOS 2017
MUJERES QUE SOLICITAN IVES ATENDIDAS C.S FRAGA .
En los 5 últimos años 144 mujeres solicitan información para IVES.
Un 78.8 % son extranjeras (81,3% de Europa del Este) .En 2017 el 41,9% habían tenido un IVE previo
Implantes en AP se han incrementado en un 321% en 2017.
El nº de implantes en las consultas de zonas alejadas del hospital fue de 33 en 2017.
DIUS: Jaides, colocados 9 en todo el Sector.
DIUS Mirena se ha incrementado en un29.6%
Total insertados en consulta de ginecología 352 LARC 2016 y 322 LARC 2017.
Demora en Cta. ginecología para Inserción de métodos LARC 30 dias.

INDICADORES
Nºmujeres puérperas informadas en Planta 90 %
NºDIUS insertos en 2018.
Nºimplantes insertos por A. P. y A. Especializada en 2018
Nºimplantes retirados por mala tolerancia
Control complicaciones.

DURACIÓN
Finalizacion en Dic. 2018.
Recogida complicaciones de los implantes.
Taller practico :Retirada implantes por matronas Nov. 2018
Evaluacion: Nov. 2018

OBSERVACIONES
Destacar la importancia del implante como método LARC, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria, la inserción por las matronas de AP permite ofértalos todas las mujeres del Sector y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital.
El 21% de las mujeres atendidas en CE Fraga para LARC han tenido IVES previos.
Es necesario seguir trabajando conjuntamente con enfermería, para captar mujeres de riesgo.
11. ENFOQUE PRINCIPAL DEL PROYECTO
Coordinarnos con matronas de AP para captar grupos de riesgo y simplificar el circuito de acceso a los métodos anticonceptivos seguros
Atender de forma preferente a mujeres con patología o problemática social que lo soliciten.
POBLACION DIANA.
Mujeres en edad fértil que acuden a parir al hospital de Barbastro. 640
Todas mujeres en edad fértil del Sector.
Mujeres entre 15 y 65 años 31.731

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0513

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROCIO CUCALON MARIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAYAN SERRANO LETICIA
ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MARIA IGNACIA
RUZ SANCHO DAVINIA
RODRIGUEZ BERENGUER RAQUEL
CANELLAS AMNELLA MARTA
PEREZ RUEDA NOELIA
ALTEMIR MURILLO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elabora consentimiento informado para la toma de imágenes.
Al entregar a cada paciente o familiar se explica el motivo
Se ha creado una carpeta con las imágenes de las úlceras almacenadas por NHC y un archivo de word con una tabla poniendo los antecedentes,NHC, edad y sexo y la valoración y evolución de las úlceras.
A día de hoy se sigue solicitando la autorización y elaborando el archivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al tener un archivo con imágenes y evolución de las úlceras, enfermería y medicinapuede acceder y ver la evolución con el tratamiento aplicado a dicha úlcera.
Los pacientes que han reingresado, han tenido seguimiento de la úlcera de modo continuado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se necesitaba un consentimiento informado para poder realizar fotografías yllevar un seguimiento más objetivo de las úlceras. De este modo todo el personal médico y enfermero tiene la misma perspectiva de evolución, objetivándolo a la vez en imágenes y por escrito.
Es algo necesario en una planta hospitalaria puesto que cada día rota el personal y no lo ve siempre la misma persona.

7. OBSERVACIONES.
Se solicita el seguimiento de dicho proyecto puesto que vemos algo productivo y de mejora en lacontinuidad de la úlcera y su tratamiento.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/513 ========== ***

Nº de registro: 0513

Título
PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Autores:
CUCALON MARIN ROCIO, ORTEGA TORREÑO AZZAHARA, RUZ SANCHO DAVINIA, ALTEMIR MURILLO EVA, CANELLAS AMNELLA MARTA, RODRIGUEZ BERENGUER RAQUEL, PEREZ RUEDA NOELIA, ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MARIA IGNACIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0513

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es muy frecuente el uso de imágenes fotográficas en los estudios/ trabajos de investigación sanitarios y también como instrumento en la práctica clínica asistencial, siempre preservando la confidencialidad, la intimidad, la privacidad y la dignidad del paciente. Para ello es necesario disponer de varios elementos indispensables como son: una autorización escrita a los pacientes o a sus responsables legales que informe de qué y para qué se realizan y utilizan las imágenes obtenidas. Así como de unos archivos médicos protegidos para el registro de datos, que en nuestro caso servirán como instrumento en la practica clínica, para hacer consultas a otros expertos pertinentes para su tratamiento, como material docente del personal y posteriormente para elaborar publicaciones médicas, garantizando el anonimato de la información cuando ésta vaya a ser usada para investigación. Ateniéndonos a los fundamentos jurídicos sobre protección y transmisión electrónica de datos médicos que se recogen en directivas comunitarias en España

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el tratamiento y prevención de úlceras mediante la creación de una autorización escrita para la utilización de datos fotográficos.
Disminuir la estancia hospitalaria en pacientes con esta patología.
Detección de complicaciones asociadas y tratamiento precoz de las mismas.

MÉTODO
1º- Creación de hoja de consentimiento informado para la toma de imágenes de la lesión, dicho documento reflejara: que y para qué se realizan y emplean las imágenes.
2º: Creación de un archivo informático con imágenes autorizadas de acceso restringido:
Se adjuntarán las imágenes en carpetas de un ordenador con acceso exclusivo del personal de enfermería y medicina responsable del tratamiento del paciente con contraseña. Dichas carpetas estarán identificadas únicamente por NHC. Imágenes con medición de las lesiones al ingreso y nuevos controles fotográficos cada 72 horas para controlar la evolución y complicaciones asociadas al cuidado de las mismas.
3º Creación de una base de datos informática-hoja excel para registro de datos confidenciales referente a la evolución de la ulcera: Valoración de la úlcera, NHC, Sexo, Edad y antecedentes clínicos(como factores de riesgo).

INDICADORES
- Aumento de los conocimientos e información de los profesionales sobre la patología cutánea.
- Seguimiento de la evolución mediante la base de datos creada en Excel.

DURACIÓN
Creación y establecimiento desde 1 de octubre durante un año con expectativa de implantarse como medida establecida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0342

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISIONDE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIASDEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SILVIA PUEYO LALIENA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ RIVAS VANESSA
SANZ ARMUNIA MANUEL
TOLOSA BARRIOS OIHANA
MONTILLA DURAN LORENA
CUCALON MARIN ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración de hoja de control de material y medicación donde aparece ubicación en el carro, cantidades y caducidades (aprobado por la comisión de farmacia y terapéutica 1/2012 del extinto Consorcio de Salud).

-Elaboración de hoja que incluya la fecha de revisión, la firma del responsable de la revisión,el número de sellado y las observaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se ha conseguido mantener el carro sellado y completo.

-El equipo de urgencias habitual, conoce el contenido del carro.

-Se ha conseguido implicar más al personal del servicio de urgencias hospitalarias de Fraga en el control,mantenimiento y funcionamiento de los elementos del carro de paros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El equipo cree muy necesario mantener un control de todo el material del carro de paros.

- Es de suma importancia que todo el personal del servicio de urgencias (fijo y eventual) esté familiarizado con el contenido y el mantenimiento del carro de paros.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/342 ========== ***

Nº de registro: 0342

Título
IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISION DE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

Autores:
PUEYO LALIENA SILVIA, SANCHEZ RIVAS VANESSA, SANZ ARMUNIA MANUEL, MONTILLA DURAN LORENA, PORQUERAS GRACIA DAVID, TOLOSA BARRIOS OIHANA, CUCALON MARIN ROCIO, MIRALVES GUIRAL MARIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0342

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISIONDE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIASDEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El carro de paros es un elemento indispensable dentro de cualquier centro hospitalario, especialmente en un servicio de urgencias.

Todos los profesionales sanitarios que trabajan en esta unidad deben conocer la ubicación del carro, su organización, el manejo y funcionamiento del mismo.

El centro sanitario de Fraga dispone de un Box Vital en el área de urgencias donde se encuentra ubicado el carro de paros. Este Box está a disposición de todo el personal sanitario del centro que lo precise ante una atención urgente inmediata.

Debido a que muchos profesionales tienen acceso al carro de paros, nos vemos en la necesidad de crear un protocolo de control, reposición y revisión de este con la finalidad de mantenerlo en unas condiciones óptimas para su utilización.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mantener de forma permanente una dotación completa y correcta del carro.

- El equipo de urgencias deberán conocer el contenido y distribución de los elementos que posee el carro de paros.

- Implicar al personal del servicio de urgencias hospitalarias de Fraga en el control, mantenimiento y funcionamiento de los elementos del carro de paros.

MÉTODO
Será responsabilidad del personal de enfermería de urgencias hospitalarias cada lunes en turno de tarde:

1. Revisar el orden del material y la medicación del carro de paros, así como la existencia de recambios en el almacén y la revisión de la fecha de caducidad de todos los componentes del carro.

2. El último lunes de cada mes, además de realizar el control del carro, se retirarán y repondrán los materiales y medicaciones que vayan a caducar.

3. Diariamente se verificará, en cada turno, que el carro esté precintado correctamente.

En ausencia de éste, se realizará la revisión, reposición y sellado del mismo.

Para todo esto, se creará una hoja de control de material y medicación, donde aparecerá la ubicación en el carro, cantidades (aprobado por la comisión de farmacia y terapéutica 1/2012 del extinto Consorcio de Salud) y fecha de caducidad. Así mismo, otra hoja que incluya la fecha de revisión, la firma, así como el número de sellado y observaciones.

INDICADORES
1. Verificación mensual del listado de caducidades.

2. Cumplimentación y registro completo de todas las revisiones.

3. Análisis mensual del funcionamiento del procedimiento por medio de los componentes del equipo de mejora.

DURACIÓN
Desde el 1 de noviembre de 2016 hasta el 30 de abril de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN IGNACIO COLL CLAVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
SIERRA CALLAU MODESTO
ROMERO MARCO DIONISIA
ANGLES BARBASTRO ROSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Siguiendo el calendario incluido en la propuesta, en esta primera anualidad se han realizado todas las actividades necesarias para la definición y desarrollo de la plataforma tecnológica para provisión de cuidados integrados sociales y sanitarios, mediante hospitalización a domicilio, a pacientes crónicos en fases de reagudización.
Concretamente se han realizado las tareas necesarias para definir y desarrollar los siguientes componentes de la plataforma:
- El entorno colaborativo para crear planes de cuidados, para su puesta en marcha y seguimiento.
- El sistema de tele-monitorización de variables clínicas mediante sensorización pasiva
- Los sistemas de ayuda a la decisión para la gestión de alarmas relativas a la monitorización de variables clínicas, la propuesta de modificación del plan fármaco terapeéutico en función de criterios start/stop para pacientes polimedicados y la propuesta adaptación de los planes de cuidados según perfil clínico del paciente.
- Los sistemas de gamificación orientados a conseguir un paciente activo en cuanto a su perfil patológico y a observar buenas prácticas en su nuevo rol.
Se han trabajado los criterios de inclusión y exclusión de pacientes. También las características de la prueba de concepto y del piloto necesario para la evaluación de la plataforma que se van a bordar en la segunda anualidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha desarrollado la primera versión de plataforma tecnológica integrada compuesta por los componentes enumerados en el apartado anterior. Esta lista para abordar su validación mediante una prueba de concepto y un piloto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No aplica en esta fase. Esperamos describir las lecciones aprendidas después de la prueba piloto, en la próxima memoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1763 ========== ***

Nº de registro: 1763

Título
PROYECTO POLYCARE

Autores:
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, EITO CUELLO JUAN JOSE, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, SIERRA CALLAU MODESTO, ROMERO MARCO DIONISIA, ANGLES BARBASTRO ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE

PROBLEMA
POLYCARE es un proyecto que pertenece al programa HORIZON2020 enmarcado en la convocatoria de "Personalización de salud y cuidados" y en concreto en la temática PHC-25-2015 "Sistemas TICS y servicios para la integración de cuidados".
El reto de POLYCARE es desarrollar y evaluar un modelo de cuidado integrado centrado en el paciente y con soporte en el uso de sistemas TIC y servicios avanzados que permitan la monitorización y el cuidado de pacientes crónicos en fases agudas en su domicilio.
Los dos objetivos principales del proyecto son mejorar la calidad de vida y del cuidado de estos pacientes y mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales.
En Polycare se va a evolucionar el protocolo de alta precoz desarrollado en el proyecto previo "Smartcare", prestando una "hospitalización a domicilio" controlada. No solo para pacientes con EPOC, sino también para pacientes con insuficiencia cardiaca. En este caso vamos a apoyarnos de Servicios Sociales de la Comarca del Somontano, que son socios del proyecto y pondrán personal dedicado.

Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare,
Contrato Programa 2017
51
que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio.
Mientras buscamos una fecha después de las vacaciones para bajar al centro de salud y crear el grupo, podemos avanzar en dos cosas:
Revisar los criterios de inclusión para pacientes
Revisar los signos que pueden ser alerta y el protocolo de actuación del Call center
Siempre pensando que los pacientes serían pacientes en fases de exacerbación y en situación de hospitalización a domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
PILOTAJE DE CUIDADOS INTEGRADOS A PACIENTE CRONICO REAGUDIZADO EN SITUACION HOSPITALIZACION A DOMICILIO

MÉTODO
El consorcio del proyecto incluye empresas de desarrollo tecnológico y proveedores de servicios sociales y sanitarios.
Las empresas de desarrollo van a adaptar, desarrollar y a evolucionar aplicaciones existentes con la colaboración de los proveedores de servicios. Estas aplicaciones pertenecen a los campos de SAD (Sistemas de Ayuda a la Decisión), Gamificación, Tele-Monitorización de constantes vitales y wearables.
El proyecto consiste en una prueba de concepto que se llevará a cabo Sector Sanitario de Barbastro. El reto del proyecto es realizar la prueba de concepto del servicio con las tecnologías desarrolladas por las empresas tecnológicas.
Se realizarán tareas de definición de requisitos, de participación, criterios de inclusión, protocolo de trabajo con un equipo multidisciplinar, para pacientes con diversas patologías. Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio.
Posteriormente se desarrollará la prueba de concepto durante 18 meses, identificando usuarios, incluyéndolos en programa, definición del plan de cuidados integrado social y sanitario, y seguimiento de dicho plan de cuidados en situación de hospitalización a domicilio.

INDICADORES
Durante toda la fase de pruebas se recogerá información

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE

para acabar con una evaluación exhaustiva del impacto de la provisión de servicios de atención integrada en situación de hospitalización a domicilio con ayuda de las TICs en estos pacientes. Dicha evaluación seguirá una metodología que deberá diseñarse específicamente para la evaluación de la innovación tecnológica en el ámbito sanitario.

DURACIÓN
ENERO 2017- DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES
En etapas más avanzadas del proyecto se intentará incorporar la Rehabilitación específica para los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.
La colaboración entre Atencion Especializada, Atencion Primaria, Urgencias y los Servicios Sociales es clave en este proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2009/0064

1. TÍTULO

EFICACIA EN LA ATENCION AL PACIENTE QUE REQUIERA DE ACCESO VASCULAR PERIFERICO, DESDE LA CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA CORED NASARRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEVE MORLAN MILAGROS
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
COSCOJUELA QUIROGA ANA
GARCIA SOLANS MERCEDES
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
BONED DEFIOR CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES CON RESPONSABLES DE ENFERMERIA Y DUES IMPLICADOS EN EL CIRCUITO DE LOS SERVICIOS DE DIGESTIVO, RADIOLOGIA, QUIROFANO, REANIMACION Y CONSULTAS.
REUNIONES DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2009, EXPLICANDO LAS ACCIONES A REALIZAR. DESDE CONSULTAS SE ESCRIBIRA EN LA PATICION A LAPIZ "HAY QUE PONER VIA"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
95% DE SATISFACCION EN LOS PACIENTES QUE REQUERIAN VIA (registro en la petición con una escala de 0-10, valorando satisfacción cuando estaba 8-10)
98% DE SATISFACCION EN LOS SERVICIOS A LOS QUE ACUDIAN ESTOS PACIENTES (registro en papel con una escala de 0-10, valorando satisfacción cuando marcaban 8-10)
DISMINUCION DE PETICION DE MATERIAL PARA REALIZAR LA EXTRACCIÓN DE SANGRE EN UN 7% (aguja y cono de sistema vacio)
OPTIMIZACIÓN TIEMPO DE ENFERMERA, SIN VALORAR EN MINUTOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACION DEL EQUIPO DE MEJORA ES MUY POSITIVA, SE HAN CUMPLIDO LOS OBJETIVOS DE SATISFACCION DEL PACIENTE EVITANDO PUNCIONES INNECESARIAS, GASTO ECONOMICO INNECESARIO Y GASTO DE TIEMPO ENFERMERO INNECESARIO. SE VALORARA EN ADELANTE HACERLO EXTENSIVO A LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DIA ONCO-HEMATOLOGICO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2009/64 ========== ***

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0919

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ADRIAN FONTAN ABAD
· Profesión ..... BIOLOGO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOPENA MURILLO ANA
SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
COSTA RODRIGUEZ PATRICIA
BIELSA MOLINA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se recogen resultados de albúmina, colesterol, linfocitos y resultados del score CONUT de 458 pacientes con analítica de ingreso desde su implantación hasta finales del 2016. Los pacientes se agrupan según su estado de desnutrición y el servicio de peticionario. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar, las cualitativas en porcentaje. Se realiza estudio ANOVA con Analyse-it. Significancia $p<0.05$.

Se incluye en el informe del laboratorio el grado de desnutrición en el cribado, pretendiendo así que el medico responsable del paciente inicie estudio de la valoración nutricional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La media de edad de los pacientes es 80,76 ± 7,21 años, siendo un 50,66 % hombres. El 17,47 % presentan un estado nutricional normal, el 36,24% un estado de desnutrición leve, el 37,99% moderado y un 8,30% un estado severo. El servicio que más ingresos presenta es medicina interna, siendo éste en el que los pacientes presentan peor estado nutricional, seguido de geriatría y cirugía. Los niveles de albúmina (g/dL), colesterol (mg/dL) y linfocitos totales /mL de la población se muestran en la tabla muestran disminuciones estadísticamente significativas conforme aumenta el grado de desnutrición. Tanto la albúmina, el colesterol como los linfocitos, presentan una disminución de la media según aumenta el grado de desnutrición, $p<0.0001$ en las tres variables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
•Es un método útil y automático para el cribado nutricional de los ingresados en el hospital.
•Supone un valor añadido a la información que aporta el Laboratorio Clínico.
•Aporta información tanto de los pacientes en los que debemos hacer énfasis en corregir el estado de desnutrición, así como los servicios que atienden a pacientes con mayor riesgo.

Es recomendable que los servicios peticionarios una vez que reciben la información del cribado, tomen medidas para evaluar el estado nutricional, y si es necesario intervengan en consecuencia. Con todo ello se pueden reducir las co-morbilidades y el tiempo de estancia media, reduciendo así los costes globales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/919 ========== ***

Nº de registro: 0919

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Autores:
LARREA ORTIZ-QUINTANA MARIA DEL MAR, FONTAN ABAD ADRIAN, SOPENA MURILLO ANA, SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, COSTA RODRIGUEZ PATRICIA, BIELSA MOLINA PATRICIA, HERNANDEZ MORA EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0919

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La desnutrición hospitalaria constituye un grave problema con importantes repercusiones clínicas y económicas. Se estima que la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55%. Es altamente conocida la relación entre esta desnutrición y el incremento de las tasas de morbi-mortalidad, como afectaciones del aparato digestivo, función cardiorrespiratoria, sistema endocrino, procesos de cicatrización y curación de heridas, así como aumento de las complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia hospitalaria, con el consiguiente aumento del costo de la asistencia hospitalaria.
Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación de un sistema de detección de desnutrición para la totalidad de los pacientes ingresados sin costes adicionales. Además de la vigilancia de la incidencia de nuevos casos, su seguimiento y aplicación del procedimiento para la mejoría de la situación del paciente, con los consiguientes beneficios tanto clínico-asistenciales como económicos. Por todo ello, se utilizan diferentes métodos de cribado para la detección de la desnutrición hospitalaria. Uno de ellos es el método CONUT, en él, se aplica un score dependiendo de las concentraciones de albúmina, linfocitos y colesterol, clasificando a los pacientes en riesgo por desnutrición normal, leve, moderada y severa.
El objetivo de calidad de este proyecto es la implantación y cálculo de este score en pacientes ingresados mayores de 40 años, a los que se les realiza una analítica con los 3 parámetros básicos, valoración de su estado nutricional y consiguiente informe al médico responsable, así como su seguimiento semanal.
Este proyecto ha sido expuesto en sesión clínica general de forma conjunta por facultativos de Análisis Clínicos y el Responsable de la Comisión de Nutrición del Hospital de Barbastro, llegando a un acuerdo general con los asistentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Envío de informe al medico solicitante.
Seguimiento del estado nutricional mientras se encuentre ingresado.
Proporcionar ayuda en la priorización de pacientes que deben ser tratados por desnutrición
Prevención de coomorbilidades asociadas a la desnutrición en el paciente ingresado
Mejora de la calidad asistencial en pacientes ingresados

MÉTODO
Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes ingresados, del resultado del cálculo del score con un comentario interpretativo del estado de desnutrición.
El facultativo que valida las peticiones de bioquímica revisará todas las peticiones realizadas de pacientes ingresados y valorará el estado previo y la evolución del score durante el ingreso.
Reuniones entre los responsables con la Comisión de Nutrición del Hospital de Barbastro.

INDICADORES
Número de pacientes a los que se les aplica el score.
Número de pacientes con estado nutricional normal.
Número de pacientes con estado de desnutrición leve.
Número de pacientes con estado de desnutrición moderado.
Número de pacientes con estado de desnutrición severo.
Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición

DURACIÓN
La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 12 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0972

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA LALANA GARCES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FONTAN ABAD ADRIAN
CARRILLO PRADA JOSEFINA
MARTINS DOMINGO ORLANDO
VIVES AGUEDA PEDRO JOSE
SILLES ESFORZADO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han revisado las recomendaciones de las Guías sobre enfermedades víricas en Hemodiálisis y Guías de Centros de Hemodiálisis de la Sociedad Española de Nefrología, donde se definen los controles analíticos y periodicidad de medición de las diferentes determinaciones serológicas para VHB, VHC y VIH.
Con estas recomendaciones hemos actualizado los protocolos de serología para pacientes en Hemodiálisis.
Se han ido revisando a través de nuestro sistema informático las peticiones solicitadas de la unidad de Hemodiálisis para ver si se ajustaban a los nuevos protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se valora el número de peticiones que se han ajustado a los protocolos: un 49%, por tanto no llega al estándar establecido.(>90%). Por lo que se han revisado las serologías realizadas en el año 2016 y 2017 para VHC, VHB y VIH.
Analizando por determinaciones serológicas se observa una disminución significativa para las determinaciones de VHB y VIH., de un 21% y 19%, respectivamente. Estas determinaciones cumplen con los objetivos establecidos (disminución de un 10%).
En cuanto a las serologías de VHC, ha habido un incremento de peticiones de un 14%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El bajo porcentaje de peticiones que se ajustan a los protocolos y el aumento de peticiones de serologías de VHC, es debido a varios factores.
Por un lado, el aumento de movilidad de pacientes de la unidad que se van de vacaciones o ingresan en otros centros, a los que se les solicitan serologías por encima de lo establecido; por otra parte, la alteración de enzimas hepáticas que justifica la solicitud de serologías para descartar etiología viral y por último, posibles desajustes en las peticiones por aumento de la rotación del personal en la unidad.
Ante estos resultados, se decide continuar el estudio para identificar y controlar otros factores que expliquen el incremento de analíticas de VHC y poner en marcha medidas de corrección a lo largo del año 2018.
Para ello, se deberán tener en cuenta pacientes agudos que se vayan a dializar de manera ocasional, se revisarán las serologías que deberán realizarse a pacientes que acuden de vacaciones, así como a pacientes que se dializan en Lérida que realizan sus controles serológicos en nuestro laboratorio.
Se decide instaurar en nuestro programa informático un sistema que nos permita identificar los pacientes de Hemodiálisis. Para ello se va a crear un grupo de pacientes patológicos, a los que se aplicarán diversas herramientas de gestión de la demanda, como el rechazo automático de pruebas serológicas cuando se solicitan con mayor periodicidad de la establecida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/972 ========== ***

Nº de registro: 0972

Título
REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Autores:
LALANA GARCES MARTA ELENA, VEGA VIDALLE CONCEPCION, FONTAN ABAD ADRIAN, TAPIA LANUZA AMADO, MARTINS DOMINGO ORLANDO, VIVES AGUEDA PEDRO JOSE, CARRILLO PRADA JOSEFINA, SILLES ESFORZADO MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0972

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROTOCOLO SEROLOGÍA PACIENTES HEMODIÁLISIS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las infecciones víricas inciden el la morbi-mortalidad de los pacientes en las unidades de Hemodiálisis.
Un objetivo fundamental es identificar precozmente a los pacientes infectivos o potencialmente infectivos para establecer medidas de aislamiento que impidan la transmisión nosocomial horizontal, principal vía de transmisión.
El control analítico es fundamental en estos pacientes: la determinación de serologías víricas forma parte de todos los protocolos de control del paciente en Hemodiálisis. También es importante para valorar las posibilidades de tratamiento según las características del paciente, especialmente en aquellos candidatos a trasplante renal.
Las determinaciones a realizar para estos pacientes están estándarizadas por la Sociedad Española de Nefrología y sus recomendaciones son las que han marcado nuestra linea de actuación. Sin embargo, debido al aumento continuado de pruebas serológicas, surge la necesidad de revisar con el servicio de Nefrología las determinaciones que deben realizarse, la frecuencia y pruebas de confirmación que se envían a laboratorios externos. Así como las pautas y nuevas pruebas a solicitar en caso de seroconversión.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuar protocolos de serologías de pacientes de Hemodiálisis de nuestro hospital a las recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología.
Estandarizar la periodicidad con la que se deben solicitar dichos controles, para disminuir peticiones innecesarias o no indicadas.
Determinar qué parámetros deben solicitarse a nuestro laboratorio de referencia en caso de seroconverión para confirmar resultados..
Disminución en número de determinaciones serológicas de VHB, VHC y VIH.

MÉTODO
Revisión y modificación del documento “Serología de Paciente de Hemodiálisis” PTP-PR-VBC de nuestro sistema de calidad basado en la norma UNE-EN ISO 15189.
Reuniones con facultativos de Análisis Clínicos y Nefrología para establecer perfiles analíticos
Se crearán perfiles analíticos incluyendo los parámetros que se deben solicitar de manera automática a través de nuestro sistema informático.

INDICADORES
1.- Indicador: Porcentaje de solicitudes de serología de pacientes en Hemodiálisis que se ajustan a los protocolos.
Estándar: >90%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
2.- Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VIH (Ac VIH) de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior.
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
3.- Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VHC (Ac VHC) de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior.
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
4.-Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VHB, que incluyen: Ags VHB, Ac Anti core total VHB y Ac. Anti VHBs de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual

DURACIÓN
Implantación de nuevos protocolos de serología de pacientes en hemodiálisis: 12 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0972

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................: 3 Bastante

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1032

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMADO TAPIA LANUZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CATENA LACOMA MARIA JOSE
ROBRES GUILLEN MARIA PILAR
LOPEZ SANCHEZ BELEN
COSTA CATALAN PALOMA
SOPENA MURILLO ANA CRISTINA
PEREZ PEREZ ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha implantado en el sistema informático del Laboratorio un algoritmo para detectar aquellas muestras de orina de Urgencias que presentan sospecha de tener una infección del tracto urinario (ITU) en base a los resultados obtenidos en el análisis cualitativo realizado.
Se ha implando el procedimiento para crear automáticamente el cultivo de orina en las muestras seleccionadas por el algoritmo y para incluir en el informe de urgencias un comentario que avise al médico solicitante de que el cultivo está en curso.
Se ha establecido el sistema para la conservación de las muestras, de modo que puedan ser sembradas en el próximo turno de trabajo de Microbiología y se ha notificado a todo el personal técnico del Laboratorio.
Se ha comunicado a los facultativos de Urgencias que no es necesario que realicen solicitud de cultivo ni envíen muestra para aquellos paciente bb
que les hemos enviado el comentario "cultivo en curso"-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la actualidad, la totalidad de las muestras recibidas en el Laboratorio procedentes del Servicio de Urgencias está siendo filtradas y detectados los casos de sospecha de ITU, según los resultados de los análisis. A todas ellas se les solicita el cultivo de orina y la muestra es guardada para su posterior siembra.
Aproximadamente 40 muestras mensuales cumplen los criterios y son procesadas por este sistema.
Los resultados de los cultivos muestran que el 80 % de ellas tienen un informe como cultivo positivo y se incluye el antibiograma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados son muy positivos facilitando y agilizando la labor de los profesionales de urgencias y evitando que algunos pacientes se marchen de alta sin el correspondiente cultivo y antibiograma, cuando procede.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1032 ========== ***

Nº de registro: 1032

Título
MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA ENLABORATORIO

Autores:
TAPIA LANUZA AMADO, CATENA LACOMA MARIA JOSE, ROBRES GUILLEN MARIA PILAR, LOPEZ SANCHEZ BELEN, COSTA CATALAN PALOMA, SOPENA MURILLO ANA CRISTINA, PEREZ PEREZ ANA BELEN, CLUSA BARRABES CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1032

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad, las muestra de orina recibidas de pacientes ambulatorios para análisis cualitativo y sedimento, cuyos resultados cumplen con los criterios establecidos por el Laboratorio para considerar que el paciente sufre una infección del tracto urinario (ITU), son derivadas a la sección de Microbiología para su cultivo. Esto evita que el médico tenga que solicitar el cultivo en una nueva muestra, adelanta la identificación del germen causante y su antibiograma, y permite la instauración de un tratamiento precoz adecuado en base a las sensibilidades mostradas. Los resultados obtenidos son muy buenos: entre el 1 y 2 % de las muestras totales analizadas son derivadas para cultivo y más del 80 % de estas tienen un resultado positivo y se informa el antibiograma.
Las muestras de urgencias han estado hasta la fecha excluidas de este procedimiento, sobretodo por la complejidad añadida que supone su gestión fuera del horario de actividad normal del Laboratorio. Hemos detectado que a los pacientes con sospecha diagnóstica de ITU en el Servicio de urgencias se les instaura tratamiento empírico y se les remite a su médico de cabecera. Éste cuando recibe al paciente no dispone de la confirmación del cultivo positivo ni del antibiograma para comprobar la idoneidad del tratamiento.
Consideramos que este proyecto, con un uso muy limitado de recursos, puede mejorar notablemente la atención a los pacientes que acuden al servicio de Urgencias con ITU y favorece la continuidad de la asistencia en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
1- Detectar a aquellos pacientes que acuden a Urgencias con ITU
2- Implantar una sistemática que permita realizar el cultivo de orina y el antibiograma, cuando este sea positivo, a partir de la muestra analizada en el Laboratorio con carácter urgente.

Población diana:
Número total de pacientes con análisis cualitativo de orina de Urgencias aproximado 600/mes. Cumplen los criterios de ITU entre un 5 y un 10 % (30-60 pacientes /mes).

MÉTODO
Actividades:

1- Revisar el algoritmo de detección de las ITU con los resultados de la tira y el sedimento en el programa informático (Ana Cristina Sopena)
2- Establecer un método de conservación de la muestra. Pilar Robres
3- Implantar el procedimiento de solicitud del cultivo.
4- Plan de comunicación al personal del Laboratorio
5- Comunicación externa a los facultativos de Urgencias y Atención Primaria.

INDICADORES
Consideraremos cumplido el proyecto cuando más del 80 % de las muestras que cumplan los criterios de ITU en urgencias tengan un informe de urocultivo.

DURACIÓN
1- Revisar el algoritmo de detección de las ITU con los resultados de la tira y el sedimento en el programa informático: julio 2018
2- Establecer un método de conservación de la muestra. Pilar Robres:julio 2018
3- Implantar el procedimiento de solicitud del cultivo. septiembre 2018
4- Plan de comunicación al personal del Laboratorio: septiembre 2018
5- Comunicación externa a los facultativos de Urgencias y Atención Primaria: septiembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1032

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA SOPENA MURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TAPIA LANUZA AMADO
SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES
LALANA GARCES MARTA
FONTAN ABAD ADRIAN
PAUL VIDALLER PEDRO
PORTOLES CARDONA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Se ha actualizado el sistema informático del laboratorio (LIS) de manera que permite la integración de las bases de datos del laboratorio del CAR de Fraga. Esta integración permite la visualización de las analíticas realizadas en este laboratorio y realizar una gestión de estos datos a distancia.
2) Se ha incorporado un sistema de control de calidad para todos los parámetros realizados en este centro. La incorporación de controles de calidad permite garantizar la fiabilidad de los resultados.
3) El sistema informático nos permite visualizar las analíticas realizadas a pacientes en este centro y su gestión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este momento el 100% de las analíticas realizadas en el laboratorio de CAR de Fraga pueden ser visualizadas desde el SIL del laboratorio del Hospital de Barbastro. Se dispone de un sistema de control de calidad para todas las técnicas realizadas en este centro. El 100% de los controles de calidad pueden ser visualizados desde nuestro laboratorio lo que permite su evaluación por el facultativo responsable para garantizar los resultados de las analíticas y proceder a la validación facultativa. La validación de los resultados es llevada a cabo por el técnico o enfermera responsable del laboratorio de Fraga. Posteriormente el facultativo de guardia del Hospital de Barbastro realiza la validación facultativa. Actualmente el 100% de las analíticas realizadas son supervisadas y validadas por el facultativo. Una de las actividades propuestas en este proyecto era mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos. Estamos a la espera de realizar el concurso público por lo que el objetivo no se ha podido cumplir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este proyecto ha permitido incorporar el laboratorio de CAR de Fraga al laboratorio del Hospital de Barbastro. Desde nuestro hospital podemos realizar la gestión de estos resultados mediante la visualización de los controles de calidad y la validación facultativa de los resultados. Sería recomendable realizar un documento de aseguramiento de la calidad con la persona responsable del laboratorio en el CAR de Fraga para una mejor gestión de los controles. En el futuro y dependiendo del concurso público de reactivos esperamos mejorar la gestión económica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1241 ========== ***

Nº de registro: 1241

Título
MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO EN LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SOPENA MURILLO ANA CRISTINA, TAPIA LANUZA AMADO, SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES, LALANA GARCES MARTA, FONTAN ABAD ADRIAN, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PORTOLES CARDONA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La desaparición de Consorcio de Alta Resolución de Aragón (CASAR) ha conducido a que los centros sanitarios que eran gestionados por éste hayan pasado a depender de las respectivas gerencias del sector sanitario en el que están ubicados. Es un objetivo de la Dirección del Hospital de Barbastro que los servicios de éste asuman el control del funcionamiento de los correspondientes servicios del CAR de Fraga. Hasta noviembre de 2017 la prestación analítica de ese centro estaba adjudicada por concurso público a un laboratorio privado de Jaca. El Hospital de Barbastro venía soportando el gasto de reactivos, pero la responsabilidad facultativa recaía en la empresa adjudicataria.

RESULTADOS ESPERADOS
Gestionar desde el servicio de Análisis Clínicos y Hematología del Hospital de Barbastro, tanto desde el punto de vista de la prestación analítica como de la económica, el funcionamiento del laboratorio del CAR de Fraga:
Mejorar la calidad de la información integrando los datos en la base de datos de Barbastro.
Mejorar la calidad analítica implantando un programa de control de calidad.
Actualizar el tipo y características de las pruebas disponibles
Mejorar la gestión económica.

MÉTODO
1-Actualizar la versión del sistema informático del Laboratorio (LIS) de Barbastro para que permita el trabajo en modo multicentro.
2-Incorporar la base de datos del laboratorio del CAR de Fraga a la de Barbastro para integrar los datos demográficos de pacientes y los resultados y poder hacer una gestión a distancia de los mismos.
3-Implantar un sistema de aseguramiento de la calidad, mediante la incorporación de controles a la actividad analítica para garantizar los resultados y proceder a su validación facultativa.
4- Actualizar el catálogo de pruebas disponibles adecuándolo a las necesidades clínicas del CAR de Fraga
5- Mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos.

INDICADORES
1- Visualización y gestión del 100% de las analíticas efectuadas en el CAR de Fraga desde el SIL del Hospital de Barbastro.
2- % de analíticas con validación facultativa: objetivo > 90 %
3- Disponer de gráfica de controles para el aseguramiento de la calidad en el 100% de las técnicas implementadas en el CAR de Fraga.
4- Visualización desde el CAR de Fraga de un catálogo de pruebas en octubre de 2018.
5- % de disminución del gasto tras la incorporación al laboratorio del Hospital de Barbastro.

DURACIÓN
Los puntos 1 y 2 (actualización de la versión del sistema informático del laboratorio y la integración de la base de datos del laboratorio CAR de Fraga a la de Barbastro) ya ha sido realizada a fecha 31 de mayo de 2018.

3-Implantar un sistema de aseguramiento de la calidad, mediante la incorporación de controles a la actividad analítica para garantizar los resultados y proceder a su validación facultativa: octubre 2018

4- Actualizar el catálogo de pruebas disponibles adecuándolo a las necesidades clínicas del CAR de Fraga: octubre 2018

5- Mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos. Debido a que la realización de este punto depende de la realización de un concurso público establecemos el plazo en diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR TORREGROSA MARTIN
· Profesión ..... TEAP
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ONCINS TORRES ROSA
CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR
GABARRE ORUS PILAR
COMES GARCIA MARIA DOLORES
RODEL HERNANDEZ ITXAZNE
CORED NASARRE ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE ELABORACION DE INSTRUCCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO
DISEÑO DE UNA HOJA EXCEL PARA REGISTRO DE LA CUALIFICACION DEL PERSONAL DEL SERVICIO Y DE PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
CREACION DE UNA CARPETA CON TODA LA DOCUMENTACION DE CURSOS EXTERNOS E INTERNOS REALIZADOS POR EL PERSONAL DEL SERVICIO.
ENERO SE NOTIFICA AL SERVICIO DE SALUD LABORAL LA DEFICIENCIAS DE SEÑALIZACION Y LA CARENCIA DE FICHAS TECNICAS DE LOS PRODUCTOS QUE SE UTILIZAN.
FEBRERO SE INTRODUCE EN EL SERVICIO UNA CARPETA DEBIDAMENTE IDENTIFICADA PAR ANOTAR LAS INCIDENCIAS DE LAS MUESTRAS DE GINECOLOGIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN MARZO DE 2015, EL SERVICIO DE SALUD LABORAL COMIENZA A TRABAJAR EN LAS PETICIONES SOLICITADAS:
-SE SEÑALIZA EL LABORATORIO
-SE ACONDICIONA CON ESTANTERIAS UN CUARTO ANEXIONADO A LA SALA DE MACRO QUE SE ENCONTRABA VACIO. CONCENTRANDO TODAS LAS MUESTRAS DE FORMOL YA ESTUDIADAS Y PENDIENTES DE DIAGNOSTICO.
-SE VAN COLOCANDO CARPETAS CON LAS FICHAS TECNICAS DE LOS REACTIVOS EN ESTANTERIAS AL LADO DE LOS APARATOS QUE LOS UTILIZAN

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS TEAP DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO VALORAN POSITIVAMENTE LAS ACCIONES EMPRENDIDAS.
QUEDA PENDIENTE DE SOLUCIONAR LA TRAZABILIDAD DE LAS MUESTRAS NO GINECOLOGICAS QUE SE ENVIAN (POR RAZONES EXTERNAS AL SERVICIO) A OTROS LABORATORIOS MAS CONCRETAMENTE AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA.
QUEDA PENDIENTE DE SOLUCIONAR LA TRAZABILIDAD DE LAS MUESTRAS GINECOLOGICAS EN SOPORTE INFORMATICO

7. OBSERVACIONES.
EL PERSONAL DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA SE MUESTRA SATISFECHO CON LA LOCALIZACIÓN EN EL CUARTO CERRADO QUE TIENE VENTILACION EXTERNA, PARA ALMACENAMIENTO DE LAS MUESTRAS CON FORMOL

*** ========== Resumen del proyecto 2014/84 ========== ***

Nº de Registro: 0084

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
TORREGROSA MARTIN MARIA DEL MAR, ONCINS TORRES ROSA, CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR, GABARRE ORUS MARIA PILAR, COMES GARCIA MARIA DOLORES, RODIL HERNANDEZ ITXAZNE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
- El servicio de anatomía patológica de este hospital, dispone de guías de manejo de aparatos y técnicas, pero no procedimientos de trabajo propios.
- Existen procedimientos de trabajo escritos pero necesitan actualización y ampliación debido a la automatización de todo el servicio.
- El periodo de aprendizaje del nuevo personal se hace correctamente pero no esta documentado.
- También se hace formación interna y externa, pero no hay documento escrito, ni existe ningún registro.
- No existen registro en formato informatico de las muestras que se envian a otros laboratorios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- No estan a disposición las fichas técnicas de reactivos, ni la documentación y control de los equipos.
- No esta debidamente señalizado el laboratorio; zonas de lavaojos, zona de macro, etc.
- No existe registro de incidencias en soporte informatico.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- Protocolizar los procedimientos de trabajo de cada sección.
- Formación continuada interna y externa del personal del laboratorio, bien documentada.
- Corregir errores que se detecten en el resgistro de incidencias.
- Señalización del servicio.
- Ubicación, conocida por el personal del servicio, de las fichas técnicas de los reactivos y documentación y control de equipos.
- Estandarización del periodo de aprendizaje del nuevos personal.
- Optimización del control de muestras enviadas a otros laboratorios, mediante el soporte informatico.

MÉTODO
- Elaboración de nuevos procedimientos de trabajo.
- Actualización y ampliación de procedimientos de trabajo ya existentes.
- Elaboración y resgistro de un programa de formación continuada anual.
- Implantación de una guía a seguir para estandarizar el aprendizaje de nuevos profesionales.
- Ubicar carteles indicativos de las zonas del laboratorio, colocación de fichas técnicas en cada sección, tambien colocación de documentación y control en cada equipo.
- Utilización de una base de datos para control de muestras que se envían al exterior y de registro de incidencias.

INDICADORES
- Realización del 100% de los procedimientos de trabajo.
- Inclusión en la base de datos de todas las muestras que se han externalizado en el año 2014. Nº de muestra recibidas y externalizadas del laboratorio/ Nº de muestras externalizadas registradas en la base de datos x 100

DURACIÓN
- 6 meses para realización de procedimientos de trabajo, actualización y ampliación, realización de guias de formación continuada y de aprendizaje para nuevos profesionales. Adaptación de las base de datos para registro de incidencias y muestras que se externalicen.
- 5 meses de trabajo con las nuevas acciones.
- 1 mes de conclusiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0309

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR GABARRE ORUS
· Profesión ..... TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR
CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR
MALDONADO MUÑOZ CRISTINA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEPTIEMBRE:
RECOGIDA DE DATOS DE BAG DE MESES DE FEBRERO-MARZO Y ABRIL DEL 2014
RECOGIDA DE DATOS DE BAG DE MESES DE FEBRERO-MARZO Y ABRIL DEL 2015
DATOS QUE SE RECOGEN DE LA PROPIA PETICION Y DEL SIL
NOVIEMBRE REALIZACION DE UNA TABLA EXCEL PARA INTRODUCIR LOS DATOS OBTENIDOS
DICIEMBRE CREACION DE UN PROTOCOLO PARA ACTIVAR POR LOS TEAP, EL ESTUDIO MACROSCOPICO Y TECNICAS REQUERIDAS CON EL PROPOSITO DE ACELERAR EL TIEMPO DE ESTUDIO DE LA BIOPSIA Y OBTENCION DE RESULTADOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE CONCLUYE EL PROYECTO CON LA OPTIMIZACION DE TIEMPOS PARA LA OBTENCION DEL RESULTADO FINAL.
SE ADELANTA EL DIAGNOSTICO EN 24 HORAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACION POR PARTE DE LOS TEAP Y PATOLOGO DEL SERVICIO ES SATISFACTORIA
LA UNIDAD DE MAMA DE ESTE HOSPITAL TAMBIEN HACE UNA VALORACION POSITIVA DE ESTE PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/309 ========== ***

Nº de Registro: 0309

Título
IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA

Autores:
GABARRE ORUS PILAR, TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR, CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR, MALDONADO MUÑOZ CRISTINA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
Una muestra de biopsia de mama (BAG) en nuestro laboratorio después del procesamiento normal de la muestra: (inclusión en parafina, realización del bloque, corte de la muestra y tinción de la preparación histológica) más las nuevas técnicas inmunohistoquimicas que solicita la patóloga, para un estudio mas completo, tiene un tiempo de trabajo hasta obtener el resultado de tres ó cuatro días.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Adelantar en 24 horas mínimo el diagnostico de una muestra de de mama (BAG).

MÉTODO
Cribado de informe según clasificación del radiólogo: altamente sospechoso de malignidad. Con anotación de la hora de llegada, que nos servirá de guía para el tiempo que está la muestra en formol (aconsejable entre 6-12h) y además para controlar el tiempo transcurrido hasta la obtención del resultado.
Descripción macroscópica de la muestra.
Solicitar las técnicas predeterminadas a través del SIL Patwin.
A las 12 horas se trabaja la muestra (corte del bloque, tinción de la preparación histológica, realización de las técnicas de inmunohistoquimica).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0309

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA

Finalmente pasar a la patóloga para el diagnostico.

INDICADORES
Registrar hora y día de llegada de los volantes del 2015.
Registro de fecha del resultado emitido del 2015.
Obtener del SIL patwin numero de BAG del 2014 y fecha de recepción de la muestra y fecha de emisión de resultado.

DURACIÓN
Un mes para obtención y conclusión de resultados del 2014.
Un mes para la creación de una tabla en el ordenador en la que anotaremos la fecha y hora de llegada y emisión de informes.
Un mes para la evaluación de los datos.
Nueve meses para actuar de la manera propuesta.
Un mes para hacer comparativa de resultado 2014 y 2015.
Un mes para conclusiones y final de proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0162

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DELSERVICIO DE URPA Y CMA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YUSTE ARA ALFREDO
CAMPO SIN ALICIA
ARCAS SANCHEZ ESTHER
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
IRICIBAR MIR LAURA
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Octubre 2016. Se realizó un parte de incidencia al Servicio de informática con las necesidades para este proyecto, estableciendose un orden en las acciones.
-Octubre y noviembre 2016.
Se depuraron los archivos existentes en los dos ordenadores y se organizaron los documentos importantes en diferentes carpetas dándoles un nombre claro en relación a su contenido.
-Diciembre 2016.
El Servicio de Informática eliminó los programas inservibles y revisó la capacidad de los ordenadores, aumentando su memoria. También se creó una carpeta, llamada URPA/CMA en el servidor (ordenador central) del Hospital de Barbastro. Se crearon accesos directos a dicha carpeta desde los dos ordenadores.
-Enero 2017. Se colocaron las carpetas válidas y ordenadas en la nueva carpeta creada en el servidor central del Hospital de Barbastro. Se cursó una petición de otro ordenador para la Unidad al Servicio de Informática.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Disponer de espacio privado en el ordenador, para guardar documentos importantes para el Servicio.
-Tener todos los documentos ordenados en carpetas de forma clara para poder acceder de forma rápida.
-Disponer de los mismos archivos desde cualquier ordenador del Servicio.
- Eliminar sobrecarga de documentos duplicados y/o inservibles en los ordenadores.
- Disponer de un tercer ordenador en el Servicio, desde mayo de 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este momento se dispone de 3 ordenadores que sin ser nuevos están revisados aumentando al máximo su capacidad. El personal del Servicio puede acceder a los documentos necesarios para el trabajo, actualizados y ordenados desde cualquier ubicación, debido a que los 3 ordenadores disponen del acceso directo a la misma carpeta. Esto nos proporciona rapidez y seguridad. Además podemos trabajar en el mismo documento desde cualquier ordenador, lo que nos facilita los trabajos en común. También al tener el acceso a la carpeta de forma puntual no nos afecta que otras personas utilicen los ordenadores las 24 horas del día en ausencia del personal especifico de la Unidad. El tener los documentos en el servidor nos proporciona tranquilidad ya que evita la perdida de documentos importantes para el Servicio.

7. OBSERVACIONES.
En proyecto inicial se planteó el crear un acceso restringido solo para el personal del servicio, pero por consenso se decidió no poner contraseña especifica para la carpeta común con el propósito de un acceso mas rápido.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/162 ========== ***

Nº de registro: 0162

Título
MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DEL SERVICIO DE URPA Y CMA

Autores:
ESCOLANO HURTADO CARMEN, YUSTE ARA ALFREDO, CAMPO SIN ALICIA, ARCAS SANCHEZ ESTHER, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, IRICIBAR MIR LAURA, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONTSERRAT

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0162

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DELSERVICIO DE URPA Y CMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: organizativo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......: organizativo

PROBLEMA
Los servicios de URPA y CMA son dos partes dentro del bloque quirúrgico. Se componen de dos salas separadas, una con cinco camas para pacientes postquirúrgicos en la URPA y otra con cuatro camas y cuatro sillones para pacientes de cirugía ambulatoria en la CMA. Las características de estos Servicios son:
- Dos servicios separados físicamente que comparten documentos,
-Dos servicios diferentes donde el personal se mueve de uno a otro según necesidades asistenciales.
-Utilización de muchos documentos en papel que se imprimen desde los dos ordenadores existentes.
-Servicio con horario de 8 a 15 horas, pero que permanece abierto 24 horas para urgencias con necesidad de acceso a los ordenadores.
-Los ordenadores son antiguos con capacidad reducida.
-Los ordenadores son utilizados por mucho personal en turno de mañanas tanto del servicio como de diferentes especialidades que trabajan en los quirófanos.
Los problemas detectados se esquematizan de la siguiente manera:
• Los ordenadores son utilizados por personal del servicio y por mucho personal ajeno, lo que nos lleva a encontrar gran cantidad de archivos irrelevantes para nuestro servicio, normalmente en el escritorio pero en ocasiones dentro de las diferentes carpetas. El personal del Servicio teme que documentos importantes del servicio sean modificados o eliminados de forma involuntaria.
• El personal del servicio URPA y CMA se mueve entre los 2 espacios de forma habitual, por ello se crean archivos duplicados en los dos ordenadores existentes con el objetivo de acceder desde las dos ubicaciones.
• Cuando se esta trabajando en alguna modificación, proyecto, etc. el personal tiene que transportarlo en un dispositivo externo para llevarlo de un ordenador a otro, apareciendo en ocasiones duplicados de trabajos en diferentes fases de realización.
• Los ordenadores son antiguos, con poca capacidad y están llenos de documentos inservibles.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disponer de espacio privado en el ordenador, con acceso restringido para el personal del Servicio URPA/CMA para guardar documentos importantes para el Servicio.
-Tener todos los documentos ordenados en carpetas de forma clara para poder acceder de forma rápida.
-Disponer de los mismos archivos desde los dos ordenadores.
- Poder hacer trabajos en común accediendo al documento desde cualquier ordenador del Servicio.
- Eliminar sobrecarga de documentos duplicados y/o inservibles en los ordenadores

MÉTODO
- Revisión exhaustiva por parte del personal del servicio de URPA y CMA de todos los archivos guardados en ambos ordenadores.
- eliminar inservibles para el Servicio.
-seleccionar documentos validos, clasificándolos en carpetas.
- Realizar parte al Servicio de informática para:
-eliminación de programas inservibles y revisión de capacidad de los ordenadores.
-Creación de carpeta URPA/CMA en el servidor (ordenador central) del Hospital de Barbastro.
-Adjudicación de usuario y contraseña al personal de URPA/CMA para el acceso a dicha carpeta.
-Creación de accesos directos a carpeta URPA/CMA desde los dos ordenadores.
-Colocación de los archivos en la carpeta creada y organización de los documentos.

INDICADORES
• Claves de acceso
Que todo el personal de URPA y CMA disponga de clave de acceso para la carpeta del Servicio URPA/CMA, conozca como acceder y utilice la carpeta.

% personal del servicio de URPA + % personal del servicio de CMA que acceda a la carpeta del servidor URPA/CMA*100/ total de trabajadores del servicio URPA+ CMA.
Estandar: 100%

• Carpeta en el servidor llamada URPA/CMA.
Existencia de una carpeta en el ordenador central del Hospital de Barbastro llamada URPA/CMA.
Resultado esperado: Si

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0162

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DELSERVICIO DE URPA Y CMA

-Octubre.
Realización del parte de incidencias al Servicio de informática.
-Octubre y noviembre 2016.
Depuración de los archivos existentes en los dos ordenadores.
Organización de los archivos importantes en diferentes carpetas dándoles nombre claro de lo que contienen.
- Diciembre 2016.
Colocación de las carpetas seleccionadas en la nueva carpeta creada.
Adjudicación de claves de acceso para personal de URPA/CMA a dicha carpeta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0242

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA IRICIBAR MIR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPO SIN ALICIA
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA
ARCAS SANCHEZ ESTHER
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
ESCOLANO HURTADO CARMEN
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Contactamos con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto y estudiar la viabilidad del mismo. Recibiendo tanto su aprobación como interés e intención de colaborar.

Comprobamos con el servicio de medicina preventiva qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Se revisó minuciosamente el protocolo del servicio de medicina preventiva entre todo el personal de enfermería de la unidad.
Realizamos reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los pacientes que requieran aislamiento.
Realizamos una guía con los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento y realizamos un póster para exponerlo en la unidad.
Dichas actividades fueron realizadas durante las fechas establecidas en el proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras varias reuniones del equipo de mejora, se establecieron y normalizaron las Medidas de Control de aislamiento que se deben aplicar en cada caso concreto en nuestra unidad, asumiendo exclusivamente, los pacientes que precisen aislamiento de contacto.
Se colocó en la unidad un póster de “precauciones de aislamiento” elaborado por el servicio de medicina preventiva, también se puso a disposición de los trabajadores los carteles indicativos de aislamiento por contacto.
Realizamos dos reuniones con el personal sanitario de la unidad en las que se informó del procedimiento a seguir en estos casos.
En dichas reuniones se puso en conocimiento de los trabajadores las normas de actuación reflejadas en la guía y el póster de elaboración propia con el protocolo de aislamiento adaptado a nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias al conocimiento de la guía de actuación y la correcta utilización del póster, se ha conseguido la unificación de criterios y el manejo adecuado de los pacientes que precisan aislamiento por contacto en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/242 ========== ***

Nº de registro: 0242

Título
ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
IRICIBAR MIR LAURA, CAMPO SIN ALICIA, ARCAS SANCHEZ ESTHER, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0242

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecto-contagiosas (prevención)
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en el medio hospitalario, tanto entre pacientes como entre pacientes y personal sanitario, ha motivado la consideración y puesta en marcha, en la mayoría de los hospitales, de una serie de medidas o precauciones para evitarlo. Nuestro hospital dispone de un protocolo de aislamientos cuya ultima actualización se ha realizado en 2016.
En nuestra unidad URPA (unidad de reanimación post-anestésica) atendemos a los pacientes ingresados en el hospital que necesitan ser intervenidos quirúrgicamente, exceptuado a los que precisaran cuidados intensivos tras la operación (UCI), Entre los que se encuentran pacientes que precisan diferentes medidas de aislamiento.
Siguiendo el protocolo de nuestro hospital, encontramos en el apartado de control ambiental lo siguiente:
• Control ambiental, aislamiento transmisión por contacto y gotas
HABITACIÓN INDIVIDUAL. Si no se dispone de habitación individual y, siempre consultando previamente con el Servicio de Medicina Preventiva, se podrá hacer un aislamiento por cohortes.
• Control ambiental, aislamiento transmisión aérea
HABITACIÓN INDIVIDUAL.
– La puerta debe permanecer siempre CERRADA.
– La habitación debe tener presión negativa respecto al pasillo.
– La renovación de aire debe ser entre 6 y 12 recambios de aire por hora.
– La extracción de aire debe ser directamente al exterior, y si recircula debe colocarse un filtro HEPA antes de la incorporación al circuito general.
Teniendo en cuenta las características de la unidad que dispone de 5 boxes separados únicamente por biombos, un espacio físico reducido y la imposibilidad de disponer de una habitación individual, consideramos necesaria la adaptación de dicho protocolo a la unidad para poder llevar a cabo las medidas de protección y aislamiento lo más correctamente posible.
La elaboración de una guía de actuación, para la atención de este tipo de pacientes con unas normas claras, estandarizadas y conocidas por todo el personal, resultará de gran utilidad al personal y facilitará el correcto seguimiento del protocolo del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
En primer lugar los objetivos marcados por el protocolo del Hospital.
o Prevenir la diseminación de microorganismos entre pacientes, personal sanitario, visitantes y equipos.
o Proteger a los profesionales sanitarios de la exposición a microorganismos de fluidos corporales, sangre, aerosoles, excreciones, secreciones, agujas contaminadas u objetos cortantes.
Y como objetivos específicos:
o Establecer y normalizar las medidas de control que se deben aplicar en cada caso concreto, en nuestra unidad.
o Difundir entre el personal sanitario responsable del paciente en la unidad las actuaciones a seguir, en coordinación y con el asesoramiento del servicio de medicina preventiva.

MÉTODO
? Contactar con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto y estudiar la viabilidad del mismo. A realizar coordinador proyecto de mejora.
? Comprobar con el servicio de medicina preventiva qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Miembros proyecto de mejora
? Revisar minuciosamente el protocolo del servicio de medicina preventiva entre todo el personal de enfermería de la unidad. Miembros proyecto de mejora.
? Realizar reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los pacientes que requieran aislamiento. Miembros proyecto de mejora y servicio de medicina preventiva .
? Registrar en forma de guía los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento. Miembros proyecto de mejora.
? Realizar póster para exponerlo en la unidad. Miembros proyecto de mejora.

INDICADORES
? Puesta en marcha de la guía de aislamientos en la unidad.
? Comprobar la existencia del póster en unidad .
? Actualización de la guía anualmente.

DURACIÓN
? Contactar con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto, estudiar la viabilidad del mismo y comprobar qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Primera semana de octubre.
? Revisar de forma minuciosa e individualmente el protocolo del servicio de medicina preventiva por todo el personal de enfermería de la unidad. Mes de octubre.
? Realizar reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0242

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

pacientes que requieran aislamiento. Primera reunión ultima semana de octubre, según presión asistencial.
? Registrar en forma de guía los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento. Ultima semana de febrero.
? Realizar póster para exponerlo en la unidad. En la segunda quincena de marzo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0237

1. TÍTULO

UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONSTANZA ARANA LENIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRASQUER PUYAL AURORA
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
LATRE SASO CRISTINA
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA
HIDALGO MENE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Mayo 2018 a Febrero 2019. Hemos llevado a cabo una reunión cada dos semanas con el equipo de trabajo para el desarrollo de todas las fases del proyecto.
-Mayo a Julio 2018 hemos realizado una revisión detallada, sistematizada de la legislación actual con respecto a la normativa vigente de los consentimientos informados
-Septiembre a Diciembre 2018 hemos realizado la revisión y unificación del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, regional y sedación, a nivel del hospital de Barbastro. Hemos presentado dicho documento en la reunión general de los jefes de servicio de Aragón para su revisión, aprobación y posterior implementación.
-Enero a Febrero 2018 hemos enviado el documento a revisión por el comité de historias clínicas del hospital de Barbastro y una vez autorizado hemos iniciado el trámite de colgar el consentimiento en la intranet de nuestro hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Hemos logrado un consenso con respecto al desarrollo del consentimiento anestésico informado y su unificación en el Hospital de Barbastro.
-Hemos llevado dicho documento a la reunión de los Jefes de Anestesiología y Reanimación donde ha sido discutido y revisado.
-Hemos enviado el documento final a revisión por el comité de historias clínicas del hospital de Barbastro y una vez autorizado hemos iniciado el trámite de colgar el consentimiento en la intranet de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-En este momento ya disponemos del Consentimiento Anestésico Informado elaborado según la normativa vigente en la legislación española, unificado y revisado por todos los jefes de Anestesia de Aragón.
-Está en curso la publicación del consentimiento unificado en la intranet del Hospital de Barbastro y en general de todos los hospitales de Aragón. Mayo 2019
-Está pendiente la socialización del documento mediante la comunicación escrita con acuse de recibo a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro. Junio 2019
-Está pendiente la implementación del uso del consentimiento anestésico informado unificado. Julio-Diciembre 2019
-El importante retraso que ha presentado el desarrollo de nuestro proyecto obedece al intento de unificación del documento a nivel de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/237 ========== ***

Nº de registro: 0237

Título
UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, GALLEGO FRANCO FRANCISCO JAVIER, HIDALGO MENE MARIA JESUS, HUICI GERMAN ALBERTO, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA, SANCHEZ URIA LUCIANO VALENTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0237

1. TÍTULO

UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUIRURGICAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
ES LA LEY 14/1986,DE ABRIL,GENERAL DE SANIDAD, LA PRIMERA QUE HA REGULADO LA EXIGENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DERIVA DE LA PROMULGACION DE LA CONSTITUCION ESPAÑOLA DE 1978.EN ESE MOMENTO CAMBIA LA CONDICION DEL PACIENTE DE PARA SER CONSIDERADO USUARIO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, CON EL CONSECUENTE DERECHO A LA INFORMACION SANITARIA.
BAJO ESTE PRECEPTO ES DE SUMA IMPORTANCIA LA ACTUALIZACION Y UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESICO.

RESULTADOS ESPERADOS
UNA VEZ ACTUALIZADO Y UNIFICADO EL CONSENTIMIENTO ANESTESICO INFORMADO SERA PUBLICADO EN LA INTRANET DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SERA DE USO OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PACIENTES A QUIENES SE LES VAYA A REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE REQUIERA ANESTESIA.

MÉTODO
Realizaremos los siguientes procedimientos
1-Revisión sistematizada de la legislacion actual con respecto a la normativa vigente con respecto a los consentimientos informados
2-Revisión y unificacion del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, anestesia regional y sedación
3-Publicacion del consentimiento informado unificado en la intranet del Hospital de Barbastro
4-Socialización del consentimiento anestesico unificado mediante comunicacion a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro
5-Implementación del uso del consentimiento anestesico unificado

INDICADORES
1-Publicación,en la intranet del Hospital, del consentimiento e implementación de su uso . La evaluación de este indicador la realizaremos mediante la siguiente medición: Nº de pacientes programados para intervenciones quirurgicas vistos en la consulta preanestésica en un periodo de 6 meses despues de la implementación del proyecto/Nº pacientes programados para intervenciones quirurgicas vistos en la consulta preanestésica en un periodo de 6 meses despues de la implementación del proyecto que firmaron el consentimiento anestésico unificado X 100;

2-Verificación de la socialización del consentimiento anestésico unificado mediante acuse de recibo de las comunicaciones enviadas a los diferentes jefes de servicio mediante acuse de recibo

DURACIÓN
1-Revisión sistematizada de la legislacion actual con respecto a la normativa vigente con respecto a los consentimientos informados.Mayo 2018
2-Revisión y unificacion del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, anestesia regional y sedación.Mayo 2018
3-Publicacion del consentimiento informado unificado en la intranet del Hospital de Barbastro. Previa autorización por parte del comité de historias clínicas.Junio 2018
4-Socialización del consentimiento anestesico unificado mediante comunicacion a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro.Junio 2018
5-Implementación del uso del consentimiento anestesico unificado .A partir de julio de 2018-Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... AURORA CARRASQUER PUYAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
LATRE SASO CRISTINA
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA
HUICI GERMAN ALBERTO
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Mayo 2018 a Febrero 2019. Hemos llevado a cabo una reunión semanal con el equipo de trabajo para el desarrollo de todas las fases del proyecto.
-Mayo a Agosto 2018 hemos realizado una revisión detallada del formulario actual de valoración pre anestésica
-Septiembre a Diciembre 2018 hemos solicitado la autorización de la implementación del formulario por parte del comité de Historias Clínicas del Hospital de Barbastro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Hemos logrado el desarrollo del formulario de valoración pre anestésica, previa revisión y discusión del documento basados en los formularios de otras instituciones hospitalarias del país.

-Hemos llevado dicho documento al Comité de Historias Clínicas del Hospital

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-En este momento ya disponemos del formulario de Valoración Pre anestésica del Hospital de Barbastro autorizado por el Comité de Historias Clínicas
-Está pendiente su publicación en la intranet del Hospital de Barbastro y en general de todos los hospitales de Aragón. Mayo 2019
-Está pendiente la finalización del proceso de informatización del formulario y su socialización mediante la comunicación escrita a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro incluyendo el Departamento de enfermería. Diciembre 2019
-Está pendiente la implementación del formulario de valoración pre anestésica
Julio-Diciembre 2019
-El importante retraso que ha presentado el desarrollo de nuestro proyecto obedece al intento de unificación del documento a nivel de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/238 ========== ***

Nº de registro: 0238

Título
INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, CARRASQUER PUYAL AURORA, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, HUICI GERMAN ALBERTO, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUIRURGICAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La valoración preanestésica es el protocolo de estudio
que permite la evaluación del estado físico y riesgo del
paciente para establecer un plan anestésico de acuerdo con
su análisis y, de ser posible, respetar la preferencia del
paciente. Para realizar la valoración,según se indique,deberá contar con exámenes de laboratorio (biometría hemática, química
sanguínea, pruebas de coagulación), Rx de
tórax y electrocardiograma, que son estudios realizados al paciente antes de la administración de la anestesia,cuyos resultados deben quedar registrados en dicha documento, para
evaluar el estado físico y riesgo al que estará expuesto.
La informatización de la valoración preanestésica nos permitirá optimizar recursos, ahorrar tiempo, pero sobre todo nos permitirá dar una mejor calidad en la atención al paciente por cuanto la información de su historia clínica quedará plasmada con claridad y homogeneidad en la intranet del hospital para disposición de todo el que la necesite.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Revisión, optimización e informatización del formulario de valoración preanestésica del Hospital de Barbastro y la implementación de su uso en todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico.

MÉTODO
1- Realizaremos una revisión detallada de los formularios de valoración preanestésica que se están utilizando actualmente en los diferentes servicios de Anestesiología y Reanimación del país con el fín de extraer la información que mejor se adapte a nuestros pacientes y procedimientos quirúrgicos y asi lograr optimizar el formulario que utilizamos en este momento en el Hospital de Barbastro
2-Una vez desarrollado el formulario lo enviaremos al Comité de Historias Clínicas para la autorización de su implementación .
3-El proceso de informatización del documento lo realizaremos de la mano del departamento de Informática del Hospital de Barbastro quines se encuentran en este momento en el desarrollo de un software para tal fín.
4-La socialización del documento la realizaremos mediante comunicación escrita a los jefes de servicio del hospital, incluyendo el departamento de enfermería.
5-Para la implementación del uso del formulario solicitaremos al Departamento de Informática del Hospital de Barbastro una capacitación de los anestesistas y personal de enfermería de consulta externa en los temas informáticos relevantes para dicho fin.
Una vez terminada la capacitación iniciaremos el proceso de diligenciamiento de la valoración preanestésica en la intranet.
6-Realizaremos un primer análisis de datos recogidos
7-Divulgaremos los resultados obtenidos
8_Estableceremos planes de mejora

INDICADORES
-Porcentaje de pacientes cuya valoración preanestésica se realiza en el documento informatizado:

Nº de pacientes con valoración preanestésica informatizada/ Nº Total de pacientes vistos en la consulta preanestésica X 100

Nº de pacientes con valoración preanestésica informatizada/ Nº Total de pacientes vistos mediante hoja de consulta X 100

-Porcentaje de pacientes con la valoración preanestésica informatizada perfectamente cumplimentada

- -Verificación de la socialización del documento mediante acuse de recibo de las comunicaciones enviadas a los diferentes jefes de servicio y departamento de enfermería del hospital.

DURACIÓN
1-Revisión y optimización del formulario actual de la valoración preanestésica. Mayo 2018
2-Autorización de la implementación del formulario por parte del comité de Historias Clínicas.Junio 2018
3-Proceso de informatización del documento.Julio-Octubre 2018
4-Socialización del documento. Noviembre 2018
5-Implementación de su uso en todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

anestésico.Diciembre 2018-Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0892

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA PUEYO VICENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSTA BRUALLA CRISTINA
PARDENILLA VIÑUALES EMMA
CARRERA ALEGRE ANA JOVITA
BALLARIN BUISAN MARIA JOSE
ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN
BELLOSTA PUEYO MERCEDES
ABAD SANZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una revisión del carro de intubación dificultosa junto con el Jefe de Servicio de Anestesia, se ha retirado el material más obsoleto y se ha añadido material más novedoso. Consensuado y aprobado en el servicio de quirófano.
Se ha reestructurado la hoja del listado del material que contiene el carro, para que se revise diariamente por el personal de enfermería.
Se ha realizado una sesión informativa del personal de enfermería de quirófano y de la UCI. Se ha informado de la actualización del carro de intubación dificultosa (contenido actual y su distribución). También en la misma sesión se ha explicado el funcionamiento y manejo de los nuevos dispositivos ante una intubación dificultosa, dejando ha disposición de todos los trabajadores de quirófano un archivo informático que detalla lo explicado en dicha sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la sesión informativa realizada y pasado un periodo de tiempo prudencial, nuestros compañeros del servicio nos han explicado que les ha sido muy beneficioso a la hora de llevar a cabo estas técnicas.
El registro de la hoja del listado del material se hace diariamente de manera correcta.
Nº sesiones: 1
Nº asistentes: 32
Hojas impresas de revisión: si
Hojas impresas del listado del material: si
Hojas de registro de intubaciones: si
Nº intubaciones (mayo - diciembre 2018):17
Nº intubaciones exitosas/Nº intubaciones con fibroscopio total: 16/17

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El conjunto del equipo de este proyecto de mejora estamos muy satisfechas con la nueva organización del carro de intubación dificultosa; ya que nos facilita nuestra correcta actuación ante situaciones que conllevan un riesgo vital para el paciente con intubación dificultosa.
La sesión informativa ha sido muy útil tanto para el personal quirúrgico habitual como para el de nueva incorporación, ya que facilita la estandarización de las actividades de enfermerí necesarias para una correcta intubación dificultosa del paciente, minimizando riesgos indeseables.
El proyecto esta finalizado sin nada pendiente

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/892 ========== ***

Nº de registro: 0892

Título
MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PUEYO VICENTE YOLANDA, COSTA BRUALLA CRISTINA, PARDENILLA VIÑUALES EMMA, CARRERA ALEGRE ANA JOVITA, BALLARIN BUISAN MARIA JOSE, ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN, BELLOSTA PUEYO MERCEDES, ABAD SANZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0892

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con via aerea dificultosa
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de quirófano del hospital de Barbastro tratamos pacientes que presentan dificultades del abordaje de la vía aérea. Para ello disponemos de un carro de intubación dificultosa provisto de materiales y accesorios indispensables para realizar una exitosa intubación. Debido a la elevada oferta de nuevos materiales en el mercado, este carro ha sufrido cambios recientemente, por lo que pensamos que es fundamental actualizar su contenido y que todo el personal lo conozca, ya que se utiliza para la intubación dificultosa de los pacientes descritos anteriormente, para intervenciones quirúrgicas en pacientes con patologías más graves, que anteriormente se derivaban a otros hospitales por no disponer de UCI, y también se utiliza en el servicio de UCI.

Ante estas evidencias pensamos que es necesario la actualización, reestructuración y mejora del carro de intubación dificultosa que existe en la unidad, a la vez que unificar la actuación ante estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Estandarización y unificación de la actuación en pacientes con intubación dificultosa.
2. Reestructurar y organizar el carro de intubación dificultosa, adecuándolo al material nuevo.
3. Divulgación de los nuevos cambios al personal del servicio de quirófano.

MÉTODO
1. Se añadirá el material nuevo al carro de intubación dificultosa y se retirará el que ha quedado obsoleto.
2. Imprimir hojas nuevas de reposición y revisión del contenido del carro.
3. Sesión formativa al personal de quirófano y UCI de los nuevos cambios y las actuaciones a seguir.

INDICADORES
- Nº de sesiones:
- Nº de asistentes:
- Hojas impresas de contenido y revisión (si/no)
- Listado del material del carro (si/no)
- Hoja de registro de intubación con fibroscopio e incidencias
- Nº intubaciones con fibroscopio
- Nº intubaciones con fibroscopio exitosas / nº intubaciones con fibroscopio total.

DURACIÓN
- Reestructuración y organización del carro: noviembre 2018
- Imprimir hojas de contenido y revisión:noviembre 2018
- Realizar sesiones: enero – febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- De mayo del 2018 a febrero del 2019. Se realizó 1 reunión semanal con el equipo de trabajo para la organización y realización de todas las fases del proyecto.
- Mayo. Se diseñó la hoja de recogida de datos y se establecieron las pautas para la recogida.
- Junio. Se recogieron datos durante un mes para conocer situación de partida.
- Julio. Se realizó el análisis de los datos (estudio descriptivo, 175 casos con 19 variables recogidas).
- Septiembre y octubre. Según resultados del estudio y búsqueda de evidencia, se realizó un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos.
- Octubre. Se presentó y acepto el protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- De octubre-diciembre. Se realizó la formación del equipo en las actuaciones del protocolo y se puso en marcha. Se recogieron datos postintervención, durante 2 meses (382 casos).
- Diciembre. Se realizó el análisis del estudio pre-post con 557 casos.
- Enero 2019. Elaboración de las conclusiones.
- Febrero 2019. Realización de la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Conocer la situación de partida (análisis descriptivo de 19 variables): prevalencia de hipotermia al ingreso en la URPA/CMA (74%), recuperación de la normotermia (temperatura corporal axilar entre 36-37.2ºC) al alta de la URPA/CMA (71.8%), grado de confort térmico al alta (87.7%), no existencia de frío al alta (96%).
- Realización de un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos según el modelo establecido por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- Medición de los indicadores del protocolo: existencia del material necesario (mantas convencionales, 4 calefactores y mantas desechables, 2 termómetros de medición precisa de temperatura corporal), el 100% del personal fijo de plantilla está formado en las actuaciones del protocolo de recuperación térmica y lo lleva a cabo, el 81.3% de los pacientes son dados de alta en la unidad de URPA/CMA con normotermia, el 98.7% de los pacientes al alta tiene un grado de confort térmico bueno y el 98.4% de los pacientes no tiene frío al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este momento se dispone de un protocolo de actuación de recuperación de la hipotermia en pacientes postquirúrgicos, del material y la formación necesaria para llevarlo a cabo. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo con mejoría de resultados en los pacientes. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector.
El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1088 ========== ***

Nº de registro: 1088

Título
MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Autores:
ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes postquirurgicos
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La hipotermia (temperatura < 36 ºC) durante la fase intra-operatoria tiene una incidencia superior al 60%. Las complicaciones más importantes de la hipotermia son: aumento de los eventos cardiacos mórbidos, aumento de la infección quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, y aumento significativo del sangrado quirúrgico. El mantenimiento de la normotermia en el periodo perioperatorio mejora el confort del paciente y disminuye las complicaciones. En el Servicio de URPA/CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), se observa que los pacientes refieren haber pasado frío en quirófano y/o continúan teniéndolo al ingreso en URPA/CMA. Se toma la temperatura axilar al ingreso y se coloca manta convencional. En la mayoría de las ocasiones el paciente queda conforme, pero la temperatura no siempre llega a valores normales. La medición y recuperación de la temperatura corporal de los pacientes no está protocolizada, por ello, en ocasiones los pacientes no llegan a recuperar la normotermia y aunque debería ser criterio de alta en URPA, en ocasiones, son dados de alta con temperaturas inferiores a 36º

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana:Pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA/CMA
Objetivo principal:Obtener confort térmico en el periodo postoperatorio inmediato. Objetivos secundarios: Determinar la incidencia de hipotermia postoperatoria. Medir la normotermia al final del periodo postoperatorio inmediato. Protocolizar acciones encaminadas a recuperación de la temperatura corporal

MÉTODO
Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida
Recogida de datos previos para conocer situación de partida
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario
Realizar protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en el paciente intervenido quirúrgicamente
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo
Recogida de datos postintervención
La finalidad de este proyecto es mantener en todo momento el confort térmico de los pacientes consiguiendo la recuperación de la temperatura corporal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en un espacio breve de tiempo.

INDICADORES
La fuente de información serán los registros de la temperatura corporal de los pacientes al ingreso y alta de la URPA/CMA y como método de evaluación se utilizara un test de satisfacción de confort térmico.
Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en los Servicios de URPA/CMA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin.Los indicadores de medida serán:
1.Personal sanitario disponible para realizar la actividad.Indicador: % trabajadores URPA/CMA disponibles para realizar la actividad.Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
2. Disponibilidad material.Indicador: % calefactores, mantas desechables, mantas convencionales y termómetros disponibles.Estandar: No menos de 4 calefactores y 2 termómetros.
3.Protocolo de recuperación térmica en el postoperatorio inmediato.Indicador: Existencia de protocolo validado para recuperación de temperatura corporal en los pacientes postoperados.Estandar: SI
4.Formación del personal de la URPA/CMA.Indicador: % de trabajadores en URPA/CMA formado en el protocolo de recuperación térmica.Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
5.Aplicación del protocolo de recuperación térmica.Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo.Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE que ha sido formada.
6.Pacientes hipotérmicos al ingreso en URPA/CMA.Indicador: % pacientes con temperatura corporal axilar < 36ºC.Estandar: > 50%
7.Recuperación de temperatura.Indicador: % pacientes que recuperan la temperatura corporal previa a intervención quirúrgica.Estandar: = 80%
8.Pacientes con nomotermia al alta en URPA/CMA.Indicador: % pacientes con temperatura corporal 36-37ºC al alta en URPA/CMA.Estandar: = 80%
9.Confort térmico.Indicador: % pacientes que están satisfechos o muy satisfechos en un test de confort térmico.Estandar: = 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

DURACIÓN
Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades,junio-febrero
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio,junio-febrero
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida,junio
Recogida de datos previos para conocer situación de partida,octubre
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario.junio-septiembre
Realizar protocolo de actuación,septiembre-octubre
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo,octubre
Recogida de datos postintervención,noviembre-diciembre
Análisis y elaboración de la memoria,enero-febrero

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- De mayo del 2018 a febrero del 2019. Se realizó 1 reunión semanal con el equipo de trabajo para la organización y realización de todas las fases del proyecto.
- Mayo. Se diseñó la hoja de recogida de datos y se establecieron las pautas para la recogida.
- Junio. Se recogieron datos durante un mes para conocer situación de partida.
- Julio. Se realizó el análisis de los datos (estudio descriptivo, 175 casos con 19 variables recogidas).
- Septiembre y octubre. Según resultados del estudio y búsqueda de evidencia, se realizó un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos.
- Octubre. Se presentó y acepto el protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- De octubre-diciembre. Se realizó la formación del equipo en las actuaciones del protocolo y se puso en marcha. Se recogieron datos postintervención, durante 2 meses (382 casos).
- Diciembre. Se realizó el análisis del estudio pre-post con 557 casos.
- Enero 2019. Elaboración de las conclusiones.
- Febrero 2019. Realización de la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Conocer la situación de partida (análisis descriptivo de 19 variables): prevalencia de hipotermia al ingreso en la URPA/CMA (74%), recuperación de la normotermia (temperatura corporal axilar entre 36-37.2ºC) al alta de la URPA/CMA (71.8%), grado de confort térmico al alta (87.7%), no existencia de frío al alta (96%).
- Realización de un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos según el modelo establecido por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- Medición de los indicadores del protocolo: existencia del material necesario (mantas convencionales, 4 calefactores y mantas desechables, 2 termómetros de medición precisa de temperatura corporal), el 100% del personal fijo de plantilla está formado en las actuaciones del protocolo de recuperación térmica y lo lleva a cabo, el 81.3% de los pacientes son dados de alta en la unidad de URPA/CMA con normotermia, el 98.7% de los pacientes al alta tiene un grado de confort térmico bueno y el 98.4% de los pacientes no tiene frío al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este momento se dispone de un protocolo de actuación de recuperación de la hipotermia en pacientes postquirúrgicos, del material y la formación necesaria para llevarlo a cabo. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo con mejoría de resultados en los pacientes. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector.
El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1088 ========== ***

Nº de registro: 1088

Título
MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Autores:
ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes postquirurgicos
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La hipotermia (temperatura < 36 ºC) durante la fase intra-operatoria tiene una incidencia superior al 60%. Las complicaciones más importantes de la hipotermia son: aumento de los eventos cardiacos mórbidos, aumento de la infección quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, y aumento significativo del sangrado quirúrgico. El mantenimiento de la normotermia en el periodo perioperatorio mejora el confort del paciente y disminuye las complicaciones. En el Servicio de URPA/CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), se observa que los pacientes refieren haber pasado frío en quirófano y/o continúan teniéndolo al ingreso en URPA/CMA. Se toma la temperatura axilar al ingreso y se coloca manta convencional. En la mayoría de las ocasiones el paciente queda conforme, pero la temperatura no siempre llega a valores normales. La medición y recuperación de la temperatura corporal de los pacientes no está protocolizada, por ello, en ocasiones los pacientes no llegan a recuperar la normotermia y aunque debería ser criterio de alta en URPA, en ocasiones, son dados de alta con temperaturas inferiores a 36º

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana:Pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA/CMA
Objetivo principal:Obtener confort térmico en el periodo postoperatorio inmediato. Objetivos secundarios: Determinar la incidencia de hipotermia postoperatoria. Medir la normotermia al final del periodo postoperatorio inmediato. Protocolizar acciones encaminadas a recuperación de la temperatura corporal

MÉTODO
Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida
Recogida de datos previos para conocer situación de partida
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario
Realizar protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en el paciente intervenido quirúrgicamente
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo
Recogida de datos postintervención
La finalidad de este proyecto es mantener en todo momento el confort térmico de los pacientes consiguiendo la recuperación de la temperatura corporal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en un espacio breve de tiempo.

INDICADORES
La fuente de información serán los registros de la temperatura corporal de los pacientes al ingreso y alta de la URPA/CMA y como método de evaluación se utilizara un test de satisfacción de confort térmico.
Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en los Servicios de URPA/CMA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin.Los indicadores de medida serán:
1.Personal sanitario disponible para realizar la actividad.Indicador: % trabajadores URPA/CMA disponibles para realizar la actividad.Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
2. Disponibilidad material.Indicador: % calefactores, mantas desechables, mantas convencionales y termómetros disponibles.Estandar: No menos de 4 calefactores y 2 termómetros.
3.Protocolo de recuperación térmica en el postoperatorio inmediato.Indicador: Existencia de protocolo validado para recuperación de temperatura corporal en los pacientes postoperados.Estandar: SI
4.Formación del personal de la URPA/CMA.Indicador: % de trabajadores en URPA/CMA formado en el protocolo de recuperación térmica.Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
5.Aplicación del protocolo de recuperación térmica.Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo.Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE que ha sido formada.
6.Pacientes hipotérmicos al ingreso en URPA/CMA.Indicador: % pacientes con temperatura corporal axilar < 36ºC.Estandar: > 50%
7.Recuperación de temperatura.Indicador: % pacientes que recuperan la temperatura corporal previa a intervención quirúrgica.Estandar: = 80%
8.Pacientes con nomotermia al alta en URPA/CMA.Indicador: % pacientes con temperatura corporal 36-37ºC al alta en URPA/CMA.Estandar: = 80%
9.Confort térmico.Indicador: % pacientes que están satisfechos o muy satisfechos en un test de confort

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

térmico.Estandar: = 80%

DURACIÓN
Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades,junio-febrero
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio,junio-febrero
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida,junio
Recogida de datos previos para conocer situación de partida,octubre
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario.junio-septiembre
Realizar protocolo de actuación,septiembre-octubre
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo,octubre
Recogida de datos postintervención,noviembre-diciembre
Análisis y elaboración de la memoria,enero-febrero

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ESCOLANO HURTADO CARMEN
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
MINGUILLON ARANDA LUIS
PUY FORADADA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Junio. Se programó una visita al Servicio de URPA/CMA para la evaluación de riesgos laborales por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.) y los delegados de prevención del Sector Barbastro.
- Julio (3/07/2018) se realiza la primera visita al Servicio.
- Agosto. Se recibe el informe de evaluación de riesgos laborales en el Servicio de URPA/CMA y se procede a su lectura por parte de todos los trabajadores.
- Septiembre y octubre se realizan 4 reuniones del personal con la supervisora del Servicio de URPA/CMA, para establecer listado de las medidas preventivas, según frecuencia y prioridad, siempre siguiendo el informe de evaluación de la Unidad de PP.RR.
- Noviembre. Se consensuaron cambios con la Unidad RR.LL, Supervisora del Servicio y Dirección de enfermería. Se comenzó con los cambios realizables por el personal del servicio: Eliminar innecesarios, reagrupar lo necesario y liberar zonas de paso.
o Se ha reorganizado el Servicio para quitar los objetos colocados en las estanterías superiores.
o Se ha disminuido el stockage en farmacia y almacén.
o Se ha aumentado la frecuencia de los pedidos tanto de farmacia como de material de almacén.
o Se ha colocado de forma adecuada los cables de los 5 boxes en la URPA, 4 boxes en las camas de CMA y los de los 5 boxes en los sillones de la CMA.
o Se eliminaron 1 carro de lencería en la CMA y 2 carros antiguos de curas.
o Se eliminó carro antiguo y mesa de curas en la URPA.
o Se modificó la posición de las camas en la CMA para ampliar la zona de paso.

- Noviembre. Visita del responsable del Servicio de mantenimiento, Supervisora de RRMM y responsable de RR.LL. para estudiar y planificar las adaptaciones más adecuadas para el Servicio y para el personal.
o Proporcionar carros de enfermería adecuados a las necesidades del servicio.
o Disponer de material seguro para acceder a zonas altas. Escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
o Cambiar taburetes por otros adecuados en cuanto a estabilidad.
o Cambio o adaptación de mesas de trabajo en URPA y en la CMA por otras con profundidad adecuada para el trabajo.
o Proporcionar apoya pies en las mesas de trabajo (3).
o Proporcionar termómetro ambiental de temperatura y humedad para el control del ambiente de trabajo.
o Cambio de extintores, uno en URPA y otro en CMA.
o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
o Se estudiará con el servicio de mantenimiento la forma más óptima de colocación de los enchufes y cables para las estufas de aire convectivo.
o Señalizar los topes en el suelo para las camas de la CMA.
o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
o Colocar ventana en puerta antiincendios de zona de sucio.
o Colocar aviso en el suelo de puerta de entrada principal que se abre de forma automática hacia adentro.
o Retirar soporte horizontal en los boxes de la URPA para evitar golpes en la cabeza del personal y reubicar los soportes para los palos de gotero y luces auxiliares.

- Diciembre
o Se dispone de carro de enfermería adecuado para la CMA y otro para la URPA.
o Se dispone de 2 escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
o Se sustituyen 1 taburete por otro adecuado.
o Se dispones de 2 termómetros de medición de temperatura ambiente y humedad para la URPA y CMA.
o Se ha modificado la posición de los soportes horizontales de los 5 boxes y se ha reubicado los palos de gotero
- Enero
o Reposa-pies para las mesas de trabajo están solicitados en espera de recibirlos.
o Cambio de extintores pendiente por el Servicio de RRLL.
o Ante la imposibilidad de sustituir las estufas de aire convectivo por otras sin cable, se decidió la señalización del cable con color destacado.
o Señalización de topes en el suelo para las camas de la CMA y aviso de peligro en la puerta de entrada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

principal está en proceso de colocación.
o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
o En espera de la colocación de la ventana en puerta antiincendios de zona de sucio por el Servicio de mantenimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Existencia de informe de evaluación del Servicio por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.).
- Se ha conseguido un aumento de espacio libre en el Servicio y liberación de obstáculos en las zonas de paso, mediante la eliminación de innecesarios y la ordenación de lo necesario.
- Se ha adaptado el Servicio según los riesgos detectados en el informe de RRLL., en cuanto a espacio físico, iluminación optima, mesas de trabajo, ordenadores adecuados, sillas adaptadas, apoya-pies en las mesas de trabajo, temperatura y humedad del ambiente, posibles caídas de estanterías y objetos.
- Se dispone de herramientas de trabajo seguras, carros de trabajo adecuados, taburetes y escaleras estables.
- Se dispone de libro de registro de accidentes menores en el Servicio de URPA/CMA. Se han registrado 10 accidentes en el año 2018, 2 de ellos se notificaron al Servicio de RRLL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han conseguido todos los cambios posibles, aportados por el equipo de trabajo tanto a nivel sanitario como de mantenimiento, pero quedan pendientes los de tipo estructural, imposibles de realizar y de tipo económico, siendo imposible en este momento, como el cambio de mesas de trabajo, hasta que se disponga de presupuesto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1403 ========== ***

Nº de registro: 1403

Título
EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Autores:
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, GABARRRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ESCOLANO HURTADO CARMEN, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, MINGUILLON ARANDA LUIS, PUY FORADADA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de URPA/CMA se vienen produciendo accidentes en los trabajadores sanitarios, golpes, pellizcos, atropello de pies. También lesiones tipo contracturas musculares. En este Servicio el personal recibe a los pacientes en camilla procedentes del quirófano tras una intervención quirúrgica en estado de postanestesia inmediata, por ello el traslado de los pacientes camilla- cama, debe ser rápido y sin posibilidad de colaboración por parte del paciente, la rapidez es primordial. El trabajar rápido y la no adecuación del mobiliario repercute en los accidentes. El personal sanitario accidentado rara vez coge baja laboral, pero le ocasiona dolor y golpes sobre todo en brazos, frente y cabeza y dedos de los pies.
La seguridad de los trabajadores debería ser un asunto relevante a estudiar y prevenir en todas las empresas

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Población diana
- Personal sanitario trabajador del servicio de URPA/CMA

Objetivo principal
- Prevenir los accidentes en el puesto de trabajo

Objetivos secundarios
- Conocer los riesgos más relevantes de los trabajadores del servicio URPA/CMA
- Establecer una adecuada planificación preventiva

MÉTODO
- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos
- Ejecutar las medidas preventivas
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad

INDICADORES
- Proceso
  - Criterio: Evaluación de riesgos
    Indicador: Existencia de una evolución de riesgos laborales del servicio URPA/CMA. La medida sería SI/NO
    Estandar: SI
  - Criterio: medida de prevención seleccionada
    Indicador: Realización de la medida de prevención elegida. Medida SI/NO
    Estandar: SI

- Resultado
  - Criterio: Personal sanitario del servicio URPA/CMA que presentan accidente de trabajo
    Indicador: % trabajadores URPA/CMA que sufren accidente de trabajo en el periodo de tiempo de octubre 2018 a 28 febrero2019
    Estandar: 0

DURACIÓN
- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA (junio)
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes (junio)
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos (junio)
- Efectuar los adecuados controles periódicos (agosto-septiembre)
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad (octubre-febrero)
- Elaboración de la memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ESCOLANO HURTADO CARMEN
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
MINGUILLON ARANDA LUIS
PUY FORADADA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Junio. Se programó una visita al Servicio de URPA/CMA para la evaluación de riesgos laborales por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.) y los delegados de prevención del Sector Barbastro.
- Julio (3/07/2018) se realiza la primera visita al Servicio.
- Agosto. Se recibe el informe de evaluación de riesgos laborales en el Servicio de URPA/CMA y se procede a su lectura por parte de todos los trabajadores.
- Septiembre y octubre se realizan 4 reuniones del personal con la supervisora del Servicio de URPA/CMA, para establecer listado de las medidas preventivas, según frecuencia y prioridad, siempre siguiendo el informe de evaluación de la Unidad de PP.RR.
- Noviembre. Se consensuaron cambios con la Unidad RR.LL, Supervisora del Servicio y Dirección de enfermería. Se comenzó con los cambios realizables por el personal del servicio: Eliminar innecesarios, reagrupar lo necesario y liberar zonas de paso.
o Se ha reorganizado el Servicio para quitar los objetos colocados en las estanterías superiores.
o Se ha disminuido el stockage en farmacia y almacén.
o Se ha aumentado la frecuencia de los pedidos tanto de farmacia como de material de almacén.
o Se ha colocado de forma adecuada los cables de los 5 boxes en la URPA, 4 boxes en las camas de CMA y los de los 5 boxes en los sillones de la CMA.
o Se eliminaron 1 carro de lencería en la CMA y 2 carros antiguos de curas.
o Se eliminó carro antiguo y mesa de curas en la URPA.
o Se modificó la posición de las camas en la CMA para ampliar la zona de paso.

- Noviembre. Visita del responsable del Servicio de mantenimiento, Supervisora de RRMM y responsable de RR.LL. para estudiar y planificar las adaptaciones más adecuadas para el Servicio y para el personal.
o Proporcionar carros de enfermería adecuados a las necesidades del servicio.
o Disponer de material seguro para acceder a zonas altas. Escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
o Cambiar taburetes por otros adecuados en cuanto a estabilidad.
o Cambio o adaptación de mesas de trabajo en URPA y en la CMA por otras con profundidad adecuada para el trabajo.
o Proporcionar apoya pies en las mesas de trabajo (3).
o Proporcionar termómetro ambiental de temperatura y humedad para el control del ambiente de trabajo.
o Cambio de extintores, uno en URPA y otro en CMA.
o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
o Se estudiará con el servicio de mantenimiento la forma más óptima de colocación de los enchufes y cables para las estufas de aire convectivo.
o Señalizar los topes en el suelo para las camas de la CMA.
o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
o Colocar ventana en puerta antiincendios de zona de sucio.
o Colocar aviso en el suelo de puerta de entrada principal que se abre de forma automática hacia adentro.
o Retirar soporte horizontal en los boxes de la URPA para evitar golpes en la cabeza del personal y reubicar los soportes para los palos de gotero y luces auxiliares.

- Diciembre
o Se dispone de carro de enfermería adecuado para la CMA y otro para la URPA.
o Se dispone de 2 escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
o Se sustituyen 1 taburete por otro adecuado.
o Se dispones de 2 termómetros de medición de temperatura ambiente y humedad para la URPA y CMA.
o Se ha modificado la posición de los soportes horizontales de los 5 boxes y se ha reubicado los palos de gotero
- Enero
o Reposa-pies para las mesas de trabajo están solicitados en espera de recibirlos.
o Cambio de extintores pendiente por el Servicio de RRLL.
o Ante la imposibilidad de sustituir las estufas de aire convectivo por otras sin cable, se decidió la señalización del cable con color destacado.
o Señalización de topes en el suelo para las camas de la CMA y aviso de peligro en la puerta de entrada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

principal está en proceso de colocación.
o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
o En espera de la colocación de la ventana en puerta antiincendios de zona de sucio por el Servicio de mantenimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Existencia de informe de evaluación del Servicio por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.).

- Se ha conseguido un aumento de espacio libre en el Servicio y liberación de obstáculos en las zonas de paso, mediante la eliminación de innecesarios y la ordenación de lo necesario.

- Se ha adaptado el Servicio según los riesgos detectados en el informe de RRLL., en cuanto a espacio físico, iluminación optima, mesas de trabajo, ordenadores adecuados, sillas adaptadas, apoya-pies en las mesas de trabajo, temperatura y humedad del ambiente, posibles caídas de estanterías y objetos

- Se dispone de herramientas de trabajo seguras, carros de trabajo adecuados, taburetes y escaleras estables.

- Se dispone de libro de registro de accidentes menores en el Servicio de URPA/CMA. Se han registrado 10 accidentes en el año 2018, 2 de ellos se notificaron al Servicio de RRLL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han conseguido todos los cambios posibles, aportados por el equipo de trabajo tanto a nivel sanitario como de mantenimiento, pero quedan pendientes los de tipo estructural, imposibles de realizar y de tipo económico, siendo imposible en este momento, como el cambio de mesas de trabajo, hasta que se disponga de presupuesto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1403 ========== ***

Nº de registro: 1403

Título
EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Autores:
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, GABARRRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ESCOLANO HURTADO CARMEN, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, MINGUILLON ARANDA LUIS, PUY FORADADA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de URPA/CMA se vienen produciendo accidentes en los trabajadores sanitarios, golpes, pellizcos, atropello de pies. También lesiones tipo contracturas musculares. En este Servicio el personal recibe a los pacientes en camilla procedentes del quirófano tras una intervención quirúrgica en estado de postanestesia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

inmediata, por ello el traslado de los pacientes camilla- cama, debe ser rápido y sin posibilidad de colaboración por parte del paciente, la rapidez es primordial. El trabajar rápido y la no adecuación del mobiliario repercute en los accidentes. El personal sanitario accidentado rara vez coge baja laboral, pero le ocasiona dolor y golpes sobre todo en brazos, frente y cabeza y dedos de los pies.
La seguridad de los trabajadores debería ser un asunto relevante a estudiar y prevenir en todas las empresas

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana
- Personal sanitario trabajador del servicio de URPA/CMA
Objetivo principal
- Prevenir los accidentes en el puesto de trabajo
Objetivos secundarios
- Conocer los riesgos más relevantes de los trabajadores del servicio URPA/CMA
- Establecer una adecuada planificación preventiva

MÉTODO
- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos
- Ejecutar las medidas preventivas
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad

INDICADORES
- Proceso
o Criterio: Evaluación de riesgos
Indicador: Existencia de una evolución de riesgos laborales del servicio URPA/CMA. La medida sería SI/NO
Estandar: SI
o Criterio: medida de prevención seleccionada
Indicador: Realización de la medida de prevención elegida. Medida SI/NO
Estandar: SI

- Resultado
o Criterio: Personal sanitario del servicio URPA/CMA que presentan accidente de trabajo
Indicador: % trabajadores URPA/CMA que sufren accidente de trabajo en el periodo de tiempo de octubre 2018 a 28 febrero2019
Estandar: 0

DURACIÓN
- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA (junio)
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes (junio)
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos (junio)
- Efectuar los adecuados controles periódicos (agosto-septiembre)
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad (octubre-febrero)
- Elaboración de la memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0221

1. TÍTULO

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS

Fecha de entrada: 26/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA GONZALEZ PAVON
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIELSA MOLINA PATRICIA
CARRILLO PRADA JOSEFINA
RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL
VILLACAMPA BUIL ROSA
SANZ GARRIDO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION EN JUNIO DEL 2015 PARA DESIGNAR RESPONSABLE PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO, SE ACUERDA NOMBRAR DOS DE CADA SECCION: MICROBIOLOGIA, HEMATOLOGIA Y BIOQUIMICA. EN ESTE REUNION SE ELIGE EL ORDENADOR DE URGENCIAS PARA UBICAR LA CARPETA.

OCTUBRE SE RECOPILAN DE CADA SECCION TODOS LOS PROCEDIMIENTOS EXISTENTES, SE ACTUALIZAN Y SE REVISAN POR SI HUBIERA CAMBIOS.

FEBRERO SE EMPIEZAN A INTRODUCIR EN LA CARPETA LOS PROCEDIMIENTOS CORRECTOS DE ENVIO. SE CONFECCIONA UNA HOJA PARA APUNTAR LAS POSIBLES INCIDENCIAS EN CADA PROCEDIMIENTO.

HASTA JUNIO SE VALORA MEDIANTE REGISTRO EN LAS HOJAS DE INCIDENCIAS SU DIFICULTAD O, SATISFACCION O MEJORAS A REALIZAR.

JULIO COINCIDIENDO CON EL PERIODO VACACIONAL DE LOS TEL PUESTA EN MARCHA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADO ALTAMENTE SATISFACTORIO, TODO EL PERSONAL DEL LABORATORIO PUEDE CONSULTAR EN LOS TURNOS DE TARDE Y NOCHE LAS CONDICIONES OPTIMAS DE ENVIO DE MUESTRAS, COMO ENVIARLAS Y SI PUEDEN ESPERAR PARA EL DIA SIGUIENTE.

DEBIDO AL MOVIMIENTO DE FACULTATIVOS ESPECIALISTAS CON NECESIDAD DE ENVIO DE MUESTRAS FUERA DE NUESTRA COMUNIDAD A LABORATORIOS EXTERNOS O CENTROS DE INVESTIGACION, QUEDA UN REGISTRO CON EL ITINERARIO Y PRUEBA REQUERIDA.

GUIA DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE ENVIOS ESPECIALES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ESTE PROYECTO SIGUE ACTIVO, PUES CADA DIA HAY NUEVOS REQUERIMIENTOS DE ENVIOS FUERA DE NUESTRA COMUNIDAD, ESTUDIOS NUEVOS Y PETICIONES NUEVAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/221 ========== ***

Nº de Registro: 0221

Título
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS

Autores:
GONZALEZ PAVON LAURA, BIELSA MOLINA PATRICIA, CARRILLO PRADA JOSEFINA, RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL, VILLACAMPA BUIL ROSA, SANZ GARRIDO SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
EL AUMENTO DE RECEPCION DE MUESTRAS DEL HOSPITAL QUE SE DERIVAN A OTROS CENTROS Y EL AUMENTO DE MUESTRAS QUE RECIBIMOS DE OTROS CENTROS O LUGARES QUE DEBEMOS GUARDAR EN CONDICIONES OPTIMAS PARA POSTERIORMENTE REALIZAR SU ENVIO, HACEN NECESARIO LA CREACION DE UN ESPACIO REFERENTE.
HAY T.E.L. RESPONSABLES DE ESTOS ENVIOS, PERO EL PROBLEMA SURGE CUANDO NO ESTAN ESTAS PERSONAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0221

1. TÍTULO

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS

RESPONSABLES, Y AUNQUE LOS PROCEDIMIENTOS ESTAN EN PAPEL RESULTA INCOMODA SU LOCALIZACION.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
CREACION DE UNA CARPETA EN EL ORDENADOR DE URGENCIAS DEL LABORATORIO, ES EL LUGAR IDONEO Y PRACTICO DONDE LOCALIZAR LOS PROTOCOLO ADECUADO DE ENVIO O RECEPCION.

MÉTODO
- DEFINIR PROCEDIMIENTOS.
- SELECCIONAR RESPONSABLES.
- ELECCION DEL ORDENADOR DONDE ESTARAN UBICADOS.
- CREACION DE UNA CARPETA DONDE ESTARAN AGRUPADOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS, RESPONSABLES Y COMPROMISO DE ACTUALIZACION.
- CREACION DE UN INDICE PARA FACILITAR LA LOCALIZACION DEL PROCEDIMIENTO. ESTARA UBICADA EN LA CARPETA.
- CREACION DE UNA HOJA SOBRE LA DIFICULTAD EN EL ENVIO Y SUGERENCIAS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO QUE TAMBIEN SERA UTILIZADO PARA LA TRAZABILIDAD DE LA MUESTRA.
- EVALUACION Y PUESTA EN MARCHA DE NUEVAS ACCIONES.

INDICADORES
- REALIZACION Y ACTUALIZACION DEL 100% DE PROCEDIMIENTOS.
- INCLUSION DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS EN LA CARPETA.
-REALIZACIÓN DEL HOJA DE OBSERVACIONES Y TRAZABILIDAD.
-REALIZACION DEL INDICE.

DURACIÓN
- DE JUNIO A JULIO DE 2015, ELECCION DE RESPONSABLES.
- DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2015 RECOPILACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.
- DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2015, CREACIÓN DE LA CARPETA E INTRODUCCIÓN DE PROCEDIMIENTOS. CREACION DE LA HOJA DE OBSERVACIONES Y TRAZABILIDAD.
- DE ENERO A ABRIL 2016, VALORACION DEL RESULTADO.
- MAYO 2016,PUESTA EN MARCHA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0337

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CATENA LACOMA
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRON CEBOLLERO PILAR
GONZALEZ PAVON LAURA
CARRILLO PRADA JOSEFINA
VENTEO FRANCO CARMEN
PEREZ PEREZ ANA BELEN
BOLTAINA GUARDIA ESTELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CONTACTAR CON EL SERVICIO INFORMATICO DEL SIL MODULAB, PARA HABILITAR EL PROGRAMA DE CONTROL DE STOCK.
ESTAR EN CONTACTO CON ELLOS PARA DEFINIR ALARMAS, CANTIDADES MINIMAS DE STOCK, CADUCIDAD, DEFINIR GRUPOS, CALIBRADORES, CONTROLES, REACTIVOS,.....
EN MARZO REUNION DEL PERSONAL DEL LABORATORIO PARA INFORMAR A TODO EL PERSONAL DE COMO ACTUAR ANTE ESTE PROYECTO:
-LOS TEL CUANDO SE TERMINEN LOS REACTIVOS DE BIOQUIMICA DEBERAN DEPOSITAR EN LAS CAJAS ROTULADAS QUE ESTARAN SITUADAS EN LOS LUGARES SEÑALIZADOS, HABRA UNA CAJA PARA DEPOSITAR LOS REACTIVOS, CONTROLES Y CALIBRADORES TERMINADOS, OTRA ROTULADA PARA DEPOSITAR LAS CAJAS DE LOS CONSUMIBLES ACABADOS.
-SE DESIGNAN A DOS TEL DE BIOQUIMICA DE RUTINA DE TURNO DE MAÑANA, COMO RESPONSABLES DE DAR ENTRADA Y SALIDA A TODO EL MATERIAL DE BIOQUIMICA QUE ENTRA EN ESTE PROYECTO, (EN PRINCIPIO SOLO EL MATERIAL DE LOS AUTOMATIZADORES DE ROCHE). TAMBIEN TENDRAN LA TAREA DE REVISAR PERIODICAMENTE LOS ALMACENES Y CUARTO FRIO PARA COMPROBAR CONCORDANCIA DE EXISTENCIAS Y PROGRAMA.
-CUANDO SUBAN EL MATERIAL DEL ALMACEN, PREGUNTARAN POR EL TEL RESPONSABLE DEL PROYECTO Y LE ENTREGARAN LOS ALBARANES (ESTO SE PACTA CON EL RESPONSABLE DEL ALMACEN). EL TEL RESPONSABLE DARA ENTRADA EN EL SIL.
-LOS TECNICOS DEL SIL MODULAB, FORMAN A LOS TEL DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA DE RUTINA RESPONSABLES DE DAR ENTRADA Y SALIDA A LOS PRODUCTOS DE ROCHE. DURANTE EL MES DE MAYO
-SE LES ASIGNA,A ESTOS TEL, LA TAREA DE ESCRIBIR ESTE PROCEDIMIENTO PARA QUE ESTE AL ALCANCE DE TODO EL SERVICIO E INCLUIRLO EN NUESTRO PROGRAMA DE CALIDAD.
-SE DESIGNAN RESPONSABLES DE RECOPILAR DATOS DE PEDIDOS EXTRAS REALIZADOS ENTRE LOS MESES DE JULIO Y DICIEMBRE DEL 2014 Y 2015.
FEBRERO 2016 REUNION DE TODO EL PERSONAL DEL LABORATORIO PARA COMENTAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROYECTO Y HACER UN RECORDATORIO MAS DE LA OBLIGATORIEDAD DE DEPOSITAR LOS REACTIVOS VACIOS EN LOS LUGARES CORRESPONDIENTES.
MAYO A OCTUBRE DEL 2016 CONTAJE DE PEDIDOS EXTRAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LOS RESULTADOS DEL PERIODO DEL 2015 SON BASTANTE MALOS.
EN 2014 SE REALIZARON 10 PEDIDOS EXTRAS.
EN 2015 SE REALIZARON 16 PEDIDOS EXTRAS, DEBIDO A QUE AUN VIGILANDO CONTINUAMENTE LOS STOCK, NEVERAS Y ALMACEN, HABIA IRREGULARIDADES: REACTIVOS QUE NO ENTRABAN EN LOS APARATOS Y SE VOLVIAN A DEJAR EN CUARTO FRIO, CAJAS VACIAS QUE NO SE DEPOSITABAN EN LOS LUGARES DEFINIDOS PARA DAR DE BAJA, ETC.
EVOLUCION DEL PROYECTO EN EL 2016: DISMINUCION DE PEDIDOS EXTRAS REALIZADOS EN LOS MESES DE MAYO A OCTUBRE DEL 2016. SE REALIZAN 7 PEDIDOS EXTRAS NO AUMENTANDO EL STOCK DEFINIDO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
MUCHO ESFUERZO Y TRABAJO PARA CONSEGUIR BUENOS RESULTADOS. HAY QUE IMPLICAR A TODO EL PERSONAL DEL LABORATORIO.
SE SIGUE REVISANDO EL ALMACEN Y CUARTO FRIO CONTINUAMENTE PARA NO ENTRAR EN ROTURA DE STOCK.
RECORDATORIO EN TODAS LAS REUNIONES DEL PERSONAL DE LA OBLIGATORIEDAD DE DEPOSITAR EN LOS LUGARES ADECUADOS.
CONCIENCIAR AL PERSONAL DEL SERVICIO DE LO IMPORTANTE QUE ES LA BUENA ACTUACION PARA CONSEGUIR BUENOS RESULTADOS.

7. OBSERVACIONES.
SE SIGUE EVOLUCIONANDO, MEJORANDO E INNOVANDO EN ESTE PROYECTO.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/337 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0337

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Nº de Registro: 0337

Título
PROCEDIMIENTO DE AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
CATENA LACOMA MARIA JOSE, GIRON CEBOLLERO PILAR, GONZALEZ PAVON LAURA, CARRILLO PRADA JOSEFINA, VENTEO FRANCO CARMEN, PEREZ PEREZ ANA BELEN, BOLTAINA GUARDIA ESTELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
Anualmente se realiza una programación de reactivos de bioquímica que se desglosa mensualmente, tras recibir los pedidos mensuales programados, según el gasto estimado, es frecuente la necesidad de realizar pedidos extras para cubrir el trabajo hasta terminar el mes y por el contrario se puede llegar a tener un stock en ocasiones excesivo y en otras inexistentes.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación en el SIL – MODULAB de una aplicación para realizar pedidos, la cual nos permitirá prever con más exactitud y antelación en el tiempo:
- El gasto estimado en un mes, evitando realizar pedidos extras.
- Tener un estocaje más ajustado a las necesidades.
- Controlar de forma automática las caducidades de los productos.

MÉTODO
Contactar con MODULAB para poner en marcha la aplicación del programa.
Hacer una estimación del gasto de consumibles, reactivos, controles y calibradores, valorando en el año 2014.
Introducción de datos obtenidos en la aplicación del Modulab.
Distribuir el material según la metodología.
Establecer las alarmas de aviso de estocaje máximo, mínimo y caducidad próxima.
Decidir responsables de dar entrada y salida a los reactivos, calibradores, controles y consumibles.
Decidir responsables de revisar y valorar mensualmente la aplicación, para asegurar la concordancia entre el stock real y el que nos muestra el programa.
Realizar reuniones formativas e informativas del nuevo proyecto al personal de bioquímica y urgencias implicado.

INDICADORES
Comparativa de pedidos extras realizados entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y los realizados entre Abril y Septiembre del 2015.
Comparativa de stock entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y stock entre los meses de Abril a Septiembre del 2015.

DURACIÓN
De Enero a Febrero del 2015, instalación del programa y estimación del gasto de material.
En Marzo del 2015, información y formación al personal que vaya a hacer uso del programa y asignar responsables.
De Abril a Septiembre, puesta en marcha y seguimiento.
En Octubre realizar evaluación comparativa de pedidos extras realizados entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y los realizados entre Abril y Septiembre del 2015.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0662

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GUSTAVO FRANCISCO ANGULO BALDUZZI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROJAS FAVIO ANIBAL
GRIABAL GARCIA MANUEL LEONCIO
MAGALLON PUY JUAN ALBERTO
MARTINEZ CASTILLON JAVIER
ARILLA ALBAS ANA MARIA
GOMEZ MARQUEZ MARIA
COMPS ALMUNIA DANAE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 2 reuniones presenciales, una en el hospital con los miembros de urgencias y cardiología, y otra con los dos centros de salud con mayor población del área (CS Barbastro y CS Monzón) para la implementación un protocolo de derivación de los pacientes con primer diagnóstico de fibrilación auricular (FA), desde atención primaria y desde urgencias. Con los demás CS se realizaron contactos por vía telefónica. Se solicitó al jefe de sección de informática del hospital la autorización para utilizar el nuevo programa de consultas virtuales, similar al que ya estaba siendo utilizado por neurología.
Se estableció un protocolo de atención en la consulta de cardiología donde se incluyo como parte de la valoración inicial en la primera consulta la ecocardioscopía (V-scan GE). Se confeccionó un documento ad-hoc que incluyo la valoración de función sistólica del ventrículo izquierdo, presencia de valvulopatías significativas, y determinación si el sujeto era apto o no para el uso de nuevos anticoagulantes (NACO). Dicho informe quedaba documentado en intranet, HP Doctor, para la visualización inmediata de los médicos de atención primaria. Posteriormente se completó la evaluación con la realización de un ecocardiograma reglado. Se utilizaron los criterios de las guías de práctica clínica en FA [European Society of Cardiology (ESC), Sociedad Española de Cardiología (SEC)] y la reglamentación autonómica (visado) para decidir el tipo de anticoagulante inicial. Los pacientes que acudían a urgencias con diagnóstico de FA de reciente comienzo, ya sea derivados por los médicos de atención primaria o no, fueron registrados, se les realizó valoración con las escalas mencionadas y se le inició anticoagulación en caso de estuviera indicado, además del resto de la medicación necesaria. El día posterior se recogía la información del paciente y se los citaba preferente con alguno de los dos cardiólogos implicados en el proyecto. Se incorporaron los datos a una base de datos Excel y se analizaron los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de los pacientes fueron derivados desde urgencias hospitalarias. Ningún paciente fue derivado desde atención primaria al servicio de cardiología con FA de reciente diagnóstico mediante el protocolo implementado. No se derivó ningún paciente de forma on-line. El sistema de consultas virtuales solicitadas al jefe de informática nunca fue autorizado por dirección médica. Al momento de la finalización del proyecto se implementó un sistema de consultas virtuales para derivación desde atención primaria a especialidades, por lo que no se pudo contar con dicha herramienta durante la realización del proyecto en cuestión. Ningún paciente fue resuelto in situ en los centros de atención primaria por el sistema de derivación directo propuesto. Se asistieron 91 pacientes con FA de reciente diagnóstico registrados desde 01/09/2016 al 31/08/2017. El 62% se anticoagularon con acenocumarol y el 38% con NACO. De estos últimos el 40% recibió apixaban el 37% ribaroxaban, el 18% edoxaban y el 2% dabigatran. En un paciente estaba contraindicado el uso de anticoagulantes y otro paciente fue medicado con ácido acetilsalicílico debido a preferencia del paciente con riesgo embólico intermedio. Se logró reducir el tiempo a la primera visita con el especialista y el tiempo a la primera valoración ecocardioscópica a 11 días, semejante a los resultados obtenidos en el proyecto de mejora a la accesibilidad de pacientes con FA (2015-2016). No hubo una indicación equivocada de NACO relacionado con valvulopatías significativas que contraindiquen su uso. La correlación ecocardioscopía con ecocardiografía fue del 100% realizada por un especialista entrenado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El protocolo de derivación desde urgencias a consultas de cardiología logró reducir los tiempos de atención con el especialista y el inicio de la anticoagulación desde el primer contacto hospitalario. El protocolo de derivación dependiente de atención primaria no funcionó correctamente, deberá analizarse el motivo y proponer soluciones. Estamos convencidos de que si esta vía de derivación se implementara desde los órganos de dirección correspondientes descongestionaría el volumen de consultas de urgencias hospitalarias con disminución del tiempo al contacto con el especialista, ofreciendo una herramienta práctica, segura y rápida al médico de atención primaria permitiendo el inicio precoz del tratamiento anticoagulante, optimizando la calidad de atención médica y promoviendo la coordinación entre atención primaria y especializada.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0662

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

*** ========== Resumen del proyecto 2016/662 ========== ***

Nº de registro: 0662

Título
FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Autores:
ANGULO BALDUZZI GUSTAVO, ANIBAL ROJAS FAVIO, SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO, GRIABAL GARCIA MANUEL LEONCIO, MAGALLON PUY JUAN ALBERTO, BLASCO OLIETE MELITON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FIBRILACION AURICULAR
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en España con una prevalencia del 4.4%, afectando al 10% de los pacientes mayores de 65 años y aumentando su incidencia con la edad. Como es conocido la FA aumenta 5 veces el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) de origen cardioembólico a quien la padece. Los estudio estiman que la FA es responsable del 25% de los 24000 ACV cardioembólicos que se producen en España al año, siendo además la prevalencia de este tipo de ACV superior en pacientes <45 años. Todo esto supone un importante problema sanitario puesto que conlleva un riesgo de morbi-mortalidad incremental siendo el ACV isquémico la complicación más temida de la FA dadas sus secuelas devastadoras y elevado riesgo de recurrencia. El ACV causa una mortalidad anual del 50% durante el primer año tras su diagnóstico, siendo además responsable de discapacidad en el 60% de los pacientes que sobreviven.
Los ensayos han demostrado el beneficio clínico neto del tratamiento anticoagulante de la FA, tanto con los clásicos antivitamina K (AVK) como con los nuevos anticoagulantes orales no antivitamina K (NACOS) con una importante reducción de los eventos embólicos y de la mortalidad (más marcado en ancianos que en jóvenes). En nuestro país, del total de pacientes anticoagulados, el 85% están siendo tratados con AVK. Para medir la calidad de la anticoagulación se calcula el tiempo que el paciente está correctamente anticoagulado mediante la denominada permanencia en tiempo en rango terapéutico (TTR) y según los estudio españoles Anfagal y Paula-2015 el 40 % de los pacientes anticoagulados con AVK tienen un inadecuado control de anticoagulación con unos valores de TTR por debajo del nivel deseado el 60 % del tiempo. Este inadecuado control aumenta los episodios de ACV, lo que genera un ingente gasto sanitario debido a los ingresos hospitalarios por esta causa y aumenta también el gasto social por la pérdida de capacidades de los pacientes, produciendo además trastornos en la calidad de vida del involucrado y de su familia. En los últimos años han surgido nuevas opciones de tratamiento anticoagulante, con fármacos más seguros y eficaces que el tratamiento convencional con AVK. Para disminuir las secuelas y complicaciones de la FA, es imprescindible instaurar un tratamiento rápido y efectivo, que cuente con la evaluación precoz por parte de Cardiología, así como también instaurar a nivel asistencial un mecanismo coordinado de derivación de los pacientes, y el cambio en los tratamientos según las nuevas guías europeas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir el tiempo entre el diagnóstico de fabricación auricular y la primera ecografía cardiaca.
- Implementación de las escalas para decidir la necesidad de anticoagular o no.
- Empleo de la escalas para decidir que tipo de tratamiento anticoagulante emplear si está indicado hacerlo
- Adecuación de los posibles tratamientos a las indicaciones de las guías, tanto en la iniciación como en las sucesivas visitas de control.

MÉTODO
- Reunión de los miembros del equipo de mejora para unificar criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento
- Agilizar la accesibilidad y canalización directa a la Consulta de Arritmias Trombogénicas de los pacientes diagnosticados en A.Primaria sin la necesidad de acudir a Urgencias (utilizando nuevo programa on line en marcha para el servicio de Urgencias)
- Sistema de consulta on line y resolución in situ del caso con AP
- Creación de un protocolo de acción inicial ante el diagnóstico (analíticas, ECG y examen físico básico necesario)
- Unificación de las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico como la utilización de la escala SAMETT2R2 que predice la probabilidad de éxito del tratamiento con AVK.
- Creación de una base de datos con los pacientes atendidos en el Sector Barbastro centralizada en la consulta de Cardiología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0662

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

- Creación de una consulta preferente para la asistencia específica de pacientes con fibrilación auricular
- Implementación de un sistema de apoyo ecográfico rápido para los pacientes de Atención Primaria (vscan) para poder orientar el tratamiento de la forma más precoz posible

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes derivados del Servicio de Urgencias hospitalarias y desde Atención Primaria con diagnóstico de FA
- Porcentaje de paciente derivados on line desde AP
- Porcentaje de pacientes con resolución in situ (en su Centro de Salud)
- Tiempo desde el diagnostico en AP/Urgencias a la toma del anticoagulante
- Porcentaje de pacientes derivados con antivitamina K o con nuevos anticoagulantes orales
- Porcentaje de pacientes derivados con antiagregantes o sin anticoagulación

DURACIÓN
JULIO 2016: reunión del equipo de mejora y unificación de los criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

SEPTIEMBRE 2016: configuración del protocolo definitivo
OCTUBRE 2016: inicio de derivaciones de pacientes a consulta especializada.
DICIEMBRE 2016 : reunión para valorar problemas en el funcionamiento asistencial
MARZO 2016: recolección de datos y discusión de los mismos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... RODOLFO EDUARDO REINOSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRADOS SASO DANIEL
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo antiarrítmico, parecido a un marcapasos en su aspecto externo pero con una función, una finalidad y unas indicaciones diferentes.
Su principal función es proteger al paciente de la muerte súbita cardíaca arrítmica, debida a arritmias ventriculares que el aparato puede tratar de manera efectiva.
Los pacientes con cardiopatías, en especial los pacientes que padecen disfunción ventricular izquierda severa, corren el riesgo de sufrir una parada cardíaca a consecuencia de una arritmia ventricular (taquicardia ventricular o fibrilación ventricular). De manera similar a cuando se administra una descarga con el desfibrilador externo del carro de paradas, este dispositivo reconoce la arritmia y la trata administrando una descarga si es necesario desde el interior del corazón.
El primer desfibrilador implantable fue inventado en Estados Unidos en 1967 por el Prof. Mirowski, tras la muerte de un compañero suyo que había padecido varios episodios de taquicardia ventricular. No fue hasta el año 1980 cuando se implantó por primera vez en EEUU, recibió la aprobación de la FDA en 1985 y unos años más tarde se comenzó a implantar en Europa1. En sus inicios eran dispositivos muy elementales que sólo administraban descargas eléctricas en función de la frecuencia cardíaca, pues todavía no contaban con las funciones más avanzadas de detección disponibles hoy día. A lo largo de los años, gracias al avance tecnológico, se han ido perfeccionando y aumentando sus características, a la vez que se ha logrado disminuir su tamaño.
Consta de dos partes fundamentales: el generador y el electrocatéter. El generador se sitúa bajo la piel del paciente, en la región pectoral, es la batería del aparato y proporciona la energía necesaria para administrar las descargas. El electrocatéter (cable) une el generador con el interior del corazón, se introduce a través del sistema venoso hasta el interior del ventrículo derecho del paciente.
El dispositivo es capaz de reconocer el ritmo cardíaco del paciente (vigila continuamente) y si detecta una arritmia ventricular, administra las terapias antitaquicardia.
Un DAI reúne las funciones de desfibrilador (antitaquicardia), y también de un dispositivo antibradicardia (marcapasos). Las funciones de estimulación antibradicardia y antitaquicardia se llevan a cabo aplicando pequeños pulsos de bajo voltaje indoloros y generalmente inapreciables. Las funciones antitaquicardia incluyen la liberación de estímulos repetidos para eliminar taquicardias y cuando esto no es posible, administrar descargas de mayor voltaje. Estas descargas (también denominadas “choques”) son percibidas como un “golpe fuerte” o “descarga” y pueden ser dolorosas.
El DAI ha demostrado aumentar la supervivencia de manera significativa cuando se implanta en aquellos pacientes en los que está correctamente indicado, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica.
Interferencias del desfibrilador
El desfibrilador puede presentar alteraciones en su normal funcionamiento a consecuencia de los efectos de otros dispositivos presentes en el medio hospitalario (interferencias).
En el quirófano el electobisturí puede generar interferencias y ocasionar que el DAI administre terapias y descargas inapropiadas.
La actividad eléctrica del bisturí hace que el aparato se confunda, interprete una arritmia maligna cuando en realidad no existe y administre una descarga innecesaria.
Es por ello que se recomienda desactivar las terapias del desfibrilador. Esto puede conseguirse de dos maneras:
1. Mediante el programador específico de la casa comercial del desfibrilador, a través de un cabezal que se coloca sobre el generador o bien se puede conectar con telemetría. Una vez finalizada la intervención quirúrgica se vuelven a activar las terapias. En nuestro hospital no disponemos de programadores de marcapasos ni de desfibriladores, por lo que esta opción no está disponible.

2. Mediante la colocación de un imán de suficiente tamaño sobre la zona de la piel del paciente donde se encuentra el generador. Como norma general, se desactivarán las terapias, pero es importante conocer que la respuesta al imán puede ser distinta en función de la casa comercial del dispositivo.

A Puntos clave que debemos revisar en el paciente portador de DAI en quirófano
Antes de la intervención es imprescindible conocer:
1. Tipo de DAI que lleva el paciente. Modelo y marca comercial.
2. Indicación de DAI. Motivo por el que fue implantado.
3. Última revisión del dispositivo: correcto estado y funcionamiento o si presentaba alguna incidencia. Estado de la batería.
4. Si el paciente es dependiente de marcapasos (por sí mismo no tiene ritmo propio y en condiciones normales el DAI además de protegerle de arritmias malignas está actuando continuamente como un marcapasos que proporciona estimulación eléctrica para el latido del corazón)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

B En quirófano y reanimación
- El paciente se encuentra siempre monitorizado en quirófano o reanimación.
- Es conveniente monitorizar la presión de pulso, además de la monitorización electrocardiográfica porque el mismo electobisturí altera y produce artefactos en la señal ECG mientras está funcionando. Si la presión de pulso cae, una de las causas de esta caída puede ser precisamente una arritmia ventricular.
- Tener disponibles siempre un desfibrilador externo y un marcapasos transitorio (transcutáneo o percutáneo)
- Se recomienda la utilización del electrobisturí de manera intermitente siempre que sea posible y a la energía de salida disponible más baja. Si se utiliza en el modo unipolar, al menos a 15 cm del desfibrilador. Colocar el electrodo neutro, de retorno o dispersor del electobisturí (placa adhesiva) lo más alejado posible del DAI, en la extremidad inferior derecha si el generador se encuentra en la región pectoral izquierda.

Respuesta al imán del DAI en función de la casa comercial
Desactiva terapias pero en algunos casos de manera distinta y además el aparato está programado para emitir sonidos (distintos pitidos) para informar de su estado y de si están activadas o no las terapias antitaquicardia (descargas incluidas)

1) St. Jude MedicalR
Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado
No efecto en la función marcapasos

2) BiotronikR
Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado
No efecto en la función marcapasos

3) BostonR
Si se escuchan pitidos intermitentes (sincrónicos con la onda R del ECG) mantener el imán 30 segundos
Si pasa a pitido continuo significa que están desactivadas las terapias y podemos retirar el imán.
Podemos activarlo de nuevo volviendo a colocar el imán otros 30 segundos (volverá a oírse un pitido sincrónico con la R).
Si no pasa a pitido continuo el dispositivo no entregará terapias mientras el imán esté colocado sobre el generador
Si no se escuchan pitidos necesitaremos un programador para desactivar el DAI.
No efecto en la función marcapasos

4) MedtronicR. La emisión de alertas acústicas se circunscriben a:
Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado.
Si el desfibrilador tiene activada la función "alertas del paciente" (dispositivos más modernos), podemos escuchar pitidos que emite el dispositivo para informar del estado del DAI. Si al colocar el imán se escucha un pitido continuo durante 20 segundos indica que el DAI funciona correctamente; un pitido doble (alto/bajo) indica que ha ocurrido una situación de urgencia grave; un pitido intermitente indica que ha ocurrido una situación de urgencia leve.
No efecto en la función marcapasos

5) Ela MedicalR
Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado
Efecto en la función de marcapasos: estimulación al modo programado 96 l.p.m. (batería completa). La frecuencia va bajando a medida que la batería se va descargando. Amplitud y duración de impulso a valores máximos.
DAI subcutáneos
En los últimos años se ha comenzado a implantar DAI subcutáneos. Estos dispositivos se implantan por vía subcutánea sin necesidad de acceso venoso.
Esto supone un avance ya que la vía venosa puede dar lugar a complicaciones. Son capaces de reconocer y tratar las arritmias ventriculares administrando una o varias descargas. El aparato reconoce el ECG del paciente y si detecta un cambio en su morfología (por una fibrilación ventricular o una taquicardia ventricular rápida) administra una descarga.
El generador, de mayor tamaño que en los DAI concencionales, queda alojado en la región lateral del tórax del paciente y el electrodo de descarga se tuneliza quedando alojado en la región precordial del paciente. Como contrapartida, al no disponer de un electrocatéter en contacto con la superficie interna del corazón, no son capaces de administrar terapias de sobreestimulación como tratamiento alternativa a la descarga para finalizar episodios de taquicardia ventricular2.
En los pacientes en los que son frecuentes estas taquicardias, los dispositivos subcutáneos no son por tanto adecuados pero sí tienen su lugar en aquellos pacientes en los que el objetivo es prevenir la muerte súbita y no se prevé la aparición de taquicardias ventriculares. Sobre todo en pacientes jóvenes y niños, o en pacientes que han presentado problemas de acceso venoso o complicaciones repetidas de los electrodos intravasculares3. Además no requiere el uso de fluoroscopia para su implante y si es necesario el explante, en general es técnicamente más sencillo que en los dispositivos intravasculares4.
En estos dispositivos el uso del imán para desactivar las terapias es similar a los DAI convencionales. Si el imán está bien colocado sobre el dispositivo, se escucharán pitidos (sincrónicos con la onda R del ECG) aproximadamente un segundo después de aplicar el imán. A partir de ese momento la detección de arritmias está suspendida y el tratamiento con descargas, inhibido5. El tratamiento solo se inhibirá (deshabilitará)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

temporalmente durante la aplicación del imán.
En caso de un dispositivo en una ubicación profunda, puede ser difícil escuchar las señales acústicas. Si no se pueden detectar los pitidos, es posible que se deba utilizar el programador para suspender el tratamiento en estos pacientes.

.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes portadores de DAI propuestos para cualquier tipo de cirugía programada (excepto la cirugía de cataratas) debían ser derivados directamente a otros centros de referencia que cuenten con un Servicio de Cardiología donde dispongan de medios para la programación de los desfibriladores. A lo largo del segundo semestre de 2018, un paciente ha debido ser derivado por este motivo.

Se ha elaborado un documento informativo para profesionales sanitarios sobre del DAI y su funcionamiento (se adjunta).

No se ha registrado ninguna complicación perioperatoria en relación al DAI ni a los marcapasos convencionales durante el segundo semestre de 2018 en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las intervenciones en pacientes con marcapasos convencional (sin desfibrilador) se pueden llevar a cabo con seguridad en el hospital comarcal
Los pacientes portadores de DAI que deben ser derivados representan una minoría

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/655 ========== ***

Nº de registro: 0655

Título
MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

Autores:
GRADOS SASO DANIEL, ABAD SANZ MARIA, REINOSO RODOLFO EDUARDO, ROJAS FAVIO ANIBAL, ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo antiarrítmico, cuya principal función es proteger al paciente de la muerte súbita cardíaca arrítmica, debida a arritmias ventriculares que el aparato puede tratar de manera efectiva.
Los pacientes con cardiopatías, en especial los pacientes que padecen disfunción ventricular izquierda severa, corren el riesgo de sufrir una parada cardíaca a consecuencia de una arritmia ventricular (taquicardia ventricular o fibrilación ventricular). El DAI ha demostrado aumentar la supervivencia de manera significativa cuando se implanta en aquellos pacientes en los que está correctamente indicado, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica. El desfibrilador puede presentar alteraciones en su normal funcionamiento a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

consecuencia de los efectos de otros dispositivos presentes en el medio hospitalario (interferencias). En el quirófano el electobisturí puede generar interferencias y ocasionar que el DAI administre terapias y descargas inapropiadas. Es por ello que en este contexto se recomienda desactivar las terapias del desfibrilador y reactivarlas en el posoperatorio.
Cada vez es mayor el número de pacientes portadores de estos dispositivos en nuestro hospital y es también cada vez más frecuente que estos pacientes deban ser sometidos a procedimientos quirúrgicos.
Se han detectado por parte de Anestesiología y Cardiología casos repetidos de pacientes con desfibrilador que se enfrentan a una intervención quirúrgica sin una planificación adecuada previa del manejo de su dispositivo antiarrítmico. Se considera también fundamental aumentar el conocimiento y la concienciación de los profesionales sanitarios en nuestro hospital acerca del DAI y su correcto manejo perioperatorio

RESULTADOS ESPERADOS
Casuística: Proyecto dirigido a la atención en el perioperatorio de los pacientes portadores de desfibrilador en el Sector de Barbastro
Resultados:
- resultados sobre la salud: mejora de la seguridad del paciente, prevención de complicaciones, mejora de la calidad de vida del paciente
- resultados en gestión: disminución de número de intervenciones pospuestas/demoradas en pacientes con DAI, reducción del número de ingresos por complicaciones, optimización de los recursos aplicados en estos pacientes, disminución del número de interconsultas a cardiología y de pruebas diagnósticas innecesarias
- resultados en los profesionales: aumento del conocimiento de los profesionales sanitarios del desfibrilador, incremento de seguridad y disminución de incertidumbre cuando se atiende a estos pacientes, implicación de diversos profesionales de distintas especialidades, mayor satisfacción en la atención prestada, mejora de la asistencia y control de los pacientes con DAI, continuidad asistencial del paciente

MÉTODO
Actividad: las actividades a desarrollar se fundamentan en:
-Información a profesionales sanitarios sobre el DAI y la importancia de su adecuado manejo y funcionamiento
- Control de pacientes portadores de DAI que deben ser intervenidos quirúrgicamente
- Creación de un algoritmo de actuación específico por parte de los profesionales sanitarios
- Recomendaciones generales de manejo perioperatorio y específicas en función del tipo de DAI

INDICADORES
Elaboración de documento informativo para profesionales sanitarios sobre del DAI y su funcionamiento
Número de intervenciones quirúrgicas en pacientes portadores de DAI
Número de complicaciones perioperatorias en relación al DAI

DURACIÓN
Inicio proyecto en el segundo semestre 2018.
Plan de comunicación al hospital por medios de difusión internos
Plan de comunicación con especialidades quirúrgicas

OBSERVACIONES
Los pacientes portadores de DAI propuestos para cualquier tipo de cirugía programada (excepto la cirugía de cataratas) deberán ser derivados directamente a otros centros de referencia que cuenten con un Servicio de Cardiología donde dispongan de medios para la programación de los desfibriladores.
Los pacientes portadores de DAI que se deban intervenir de urgencia serán valorados por el servicio de Anestesiología que decidirá en función del tipo de cirugía.
Se crea una hoja informativa del DAI para profesionales sanitarios

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0898

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DANIEL GRADOS SASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCAPA LAPLANA ESTHER
RODRIGUEZ GUALDA CARMEN
REINOSO RODOLFO EDUARDO
PONS MATEO MONSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El plan ha consistido en la implementación de una visita basada en citar el mismo día dos pruebas diagnósticas de Cardiología (previamente se citaban en días distintos) con la realización en una única visita de:

1) ecocardiograma basal
2) ergometría (bien con eco en esfuezo o bien ergometría convencional y
3) toma de decisión y solicitud de pruebas invasivas si es el caso.

Un número importante de pacientes son derivados a consulta de Cardiología para estudio de dolor torácico y esto supone una carga de trabajo importante para nuestro servicio.

El dolor torácico es un síntoma asociado a patologías potencialmente mortales como la cardiopatía isquémica. En otras ocasiones el dolor torácico tiene orígenes distintos y es necesario en estos pacientes descartar una enfermedad cardíaca como causante de los síntomas. Por ello, un adecuado manejo de esta entidad deberá basarse en una estratificación del riesgo del paciente y en alcanzar un equilibrio entre las pruebas invasivas innecesarias en pacientes de bajo/moderado riesgo (con ahorro de costes y de yatrogenia asociada) y las pruebas imprescindibles para un estudio adecuado y de calidad del paciente que lo precisa, de acuerdo a las guías de práctica clínica de Cardiología.

Las pruebas que es preciso solicitar en la mayoría de los casos son en primer lugar, un estudio de imagen cardíaca con ecocardiograma en reposo para descartar la presencia de cardiopatía estructural y en segundo lugar una prueba de detección de isquemia miocárdica (ergometría o prueba de esfuerzo). En función del riesgo del paciente además las guías recomiendan realización de prueba de esfuerzo con imagen en pico de esfuerzo o en postesfuerzo inmediato (ecocardiograma de esfuerzo: sensibilidad del 80-85% y especificidad del 80-88% frente al 40-50% de sensibilidad y 85% de especificidad de la ergometría convencional sin imagen)

Las particularidades geográficas de nuestro sector, con una población dispersa hace que los pacientes deban realizar viajes en ocasiones largos para la realización de las pruebas diagnósticas y es preciso reducir el número de visitas en la medida de lo posible.

Se trataba de un proyecto dirigido a la atención de los pacientes con dolor torácico estable en el Sector de Barbastro.
Se llevó a cabo la realización de ecocardiograma y ergometría en una sola visita al hospital.

Las actividades desarrolladas se fundamentan en, como se ha comentado al inicio:
- Realización en una única visita de 1) ecocardiograma basal, 2) ergometría (bien con eco en esfuezo o bien ergometría convencional y 3)toma de decisión y solicitud de pruebas invasivas si es el caso.
- Realización de prueba de detección de isquemia con imagen (ecocardiograma de estrés) en los casos que lo precisan (aquellos con una probabilidad pretest de cardiopatía isquémica del 66 al 85%) de acuerdo con las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología.

Se pretendía agilizar el proceso diagnóstico y aumentar la satisfacción de los pacientes, incrementando la comodidad (resolución en una visita al hospital) y reducción del número de desplazamientos que tienen que realizar.

Se ha llevado a cabo una encuesta telefónica en la que se realizaban la siguientes preguntas a algunos pacientes:

1-¿Se encuentra bien? (no eventos adversos cardiovasculares)
2-Lugar de residencia y tiempo de viaje al hospital
3- ¿Cómo evaluaría la atención recibida en términos generales? 1 al 5
4- ¿Considera una ventaja la realización de la prueba el mismo día? Del 1 al 5
5- ¿no le importaría haber venido otro día? Puntuar del 1 al 5 el inconveniente que supondría haber venido otro día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entre los meses de Julio a Diciembre se han realizado un total de 46 visitas con ecocardiograma y prueba de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0898

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

detección de isquemia en una visita.

Se han dado 33 altas directas ese mismo día (71% de los pacientes)

No ha habido eventos adversos cardiovasculares en el seguimiento de estos pacientes hasta el momento (0 reingresos hospitalarios por causa cardiovascular, 0 eventos adversos cardiovasculares) (seguimiento hasta 15 de Febrero de 2018)

La encuesta indica una elevada satisfacción de los pacientes (puntuación de 4.8/5 en la evaluación global de la atención recibida (pregunta número 3). Puntuación de 5/5 en la evaluación de la percepción de la ventaja que supone para el paciente realizar las pruebas el mismo día (pregunta 4). El inconveniente que hubiera supuesto venir en dos días distintos es 3.6/5 (pregunta 5). El tiempo de viaje medio hasta el hospital es de 23.3 minutos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estrategia se ha mostrado segura y eficaz.

El número de visitas que ha tenido que realizar estos pacientes al hospital se ha reducido a la mitad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/898 ========== ***

Nº de registro: 0898

Título
CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

Autores:
GRADOS SASO DANIEL, ESCAPA LAPLANA ESTHER, RODRIGUEZ GUALDA CARMEN, REINOSO RODOLFO EDUARDO, ROJAS FAVIO ANIBAL, PONS MATEO MONTSERRAT, ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un gran número de pacientes son derivados a consulta de Cardiología para estudio de dolor torácico y esto supone una carga de trabajo importante para nuestro servicio. El dolor torácico es un síntoma asociado a patologías potencialmente mortales como la cardiopatía isquémica. En otras ocasiones el dolor torácico tiene orígenes distintos y es necesario en estos pacientes descartar una enfermedad cardíaca como causante de los síntomas. Por ello, un adecuado manejo de esta entidad deberá basarse en una estratificación del riesgo del paciente y en alcanzar un equilibrio entre las pruebas invasivas innecesarias en pacientes de bajo/moderado riesgo (con ahorro de costes y de yatrogenia asociada) y las pruebas imprescindibles para un estudio adecuado y de calidad del paciente que lo precisa, de acuerdo a las guías de práctica clínica de Cardiología.
Las pruebas que es preciso solicitar en la mayoría de los casos son en primer lugar, un estudio de imagen cardíaca con ecocardiograma en reposo para descartar la presencia de cardiopatía estructural y en segundo lugar una prueba de detección de isquemia miocárdica (ergometría o prueba de esfuerzo). En función del riesgo del paciente además las guías recomiendan realización de prueba de esfuerzo con imagen en pico de esfuerzo o en postesfuerzo inmediato (ecocardiograma de esfuerzo: sensibilidad del 80-85% y especificidad del 80-88% frente al 40-50% de sensibilidad y 85% de especificidad de la ergometría convencional sin imagen)
Las particularidades geográficas de nuestro sector, con una población dispersa hace que los pacientes deban realizar viajes en muchas ocasiones largos para la realización de las pruebas diagnósticas y es preciso reducir el número de visitas en la medida de lo posible.

RESULTADOS ESPERADOS
Proyecto dirigido a la atención de los pacientes con dolor torácico estable en el Sector de Barbastro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0898

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

Se pretende realización de ecocardiograma y ergometría en una sola visita al hospital. Comunicación de los resultados al paciente y toma de decisión (alta o solicitud de coronariografía) en la misma visita

MÉTODO
Actividad: las actividades a desarrollar se fundamentan en:
- Realización en una única visita de 1) ecocardiograma basal, 2) ergometría (bien con eco en esfuezo o bien ergometría convencional y 3)toma de decisión y solicitud de pruebas invasivas si es el caso.
- Permitiría realización de prueba de detección de isquemia con imagen (ecocardiograma de estrés) en los casos que lo precisan (aquellos con una probabilidad pretest de cardiopatía isquémica del 66 al 85%) de acuerdo con las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología.

INDICADORES
INDICADOR Y ESTÁNDAR
Número de ecocardiogramas realizados en esta consulta (número de ecocardiogramas que se libera de la lista de ecocardiograma convencional)
Número de días hasta realización de ergometría
Resultados:
- resultados sobre la salud: mejora de la seguridad del paciente, mejora de la calidad de vida del paciente, incremento de la satisfacción y calidad percibida
- resultados en gestión: disminución de número de visitas, reducción del número de ecocardiogramas pendientes. Se estima una reducción de 10-15 ecocardiogramas por semana (40-60 al mes)
- Disminución de la demora en la realización de la prueba de detección de isquemia.
- Resultados en los profesionales: aumento de la satisfacción de los profesionales sanitarios, aumento de eficiencia del trabajo realizado.

DURACIÓN
Inicio proyecto en el segundo semestre 2018.
Plan de comunicación al hospital por medios de difusión internos

OBSERVACIONES
Se pretende agilizar el proceso diagnóstico. Se pretende aumentar la satisfacción de los pacientes, incrementando la comodidad (resolución en una visita al hospital) y reducción del número de desplazamientos que tienen que realizar.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1001

1. TÍTULO

CARROS DE CURAS DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU MANTENIMIENTO

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ESMERALDA FRANCES RAMI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONED IBOR CARLOS
PINTADO TORRECILLA MARINA
VALERO ASCASO EVA
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA
SEIRA LLEDOS MARIA PILAR
RODRIGUEZ MAÑAS MARIA MAR
ROLDAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Diciembre de 2016, se reune el grupo de componentes del plan de mejoray se decide el material que ha de haber en cada cajón de los carros de curas, así como en los compartimentos laterales. Se hacen unas hojas (en las que se incluyen fotos indicando el lugar y cantidad de cada material) para que todo el personal, tanto de la planta como eventual,pueda mantener una homogeneidad de reposición.
En Febrero de 2017, tras un mes trabajando con los tres carros de curas, y las hojas que se crearon para reponer los carros, se hacen pequeñas modificaciones en la cantidad de algún material.
Los carros se están reponiendo al final de cada turno y todos los lunes por la mañana, se revisan cada cajon minuciosamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El trabajo de enfermeria se ha aliviado gracias a los carros de curas, y el buen mantenimiento que se está llevando a cabo. Especialmente en situaciones no previstas, ya que evita viajes innecesarios. Y por ello menor cansancio del personal.
El que todo el mundo sepa que ha de haber en cada carro, evita que cofusión a la hora de reponer y que todo el mundo encuentre el material rápidamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el personal de enfermería está muy satisfecho con los tres carros de curas y su funcionamiento. Saber donde hay que buscar facilita mucho el trabajo. Al haber estandarizado la reposición evita las perdidas de tiempo buscando material en todos los cajones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1001 ========== ***

Nº de registro: 1001

Título
MATERIALES QUE INTEGAN LOS CARROS MULTIFUNCION DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO,ASI COMO SU MANTENIMIENTO

Autores:
FRANCES RAMI ESMERALDA, BONED IBOR CARLOS, SEIRA LLEDOS MARIA PILAR, VALERO ASCASO EVA, ROLDAN MORENO LAURA, PINTADO TORRECILLA MARINA, CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA, RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1001

1. TÍTULO

CARROS DE CURAS DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU MANTENIMIENTO

PROBLEMA
Dado, que hasta ahora se estaba trabajando con carros simples que se preparaban cada profesional en su turno y dejaba vacío al finalizar la jornada, teniendo en cuenta que trabajamos en turno rotatorio, que somos en plantilla 12 enfermeras y 10 auxiliares de enfermería, y como cada persona cuenta con un criterio puede dificultar el trabajo si no se sigue la misma pauta de orden y mantenimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
• Mejorar la efectividad del trabajo de los equipo de enfermería de la planta de cirugía del hospital de Barbastro.
• Estandarizar el material que ha de formar parte del carro de curras, para que todos los profesionales sepan que hay y donde debe estar.
• Mantener limpio y ordenado el carro multifunción.

MÉTODO
Primera semana de octubre se reúnen los componentes del proyecto del plan de mejora y se consensua el material que podría formar parte de cada cajón del carro multifunción.
Esa misma semana, reunión con los TCAEs de la planta para orientar forma de trabajo, en relación a los carros multifunción y consensuar mantenimiento.
A mediados de noviembre y tras aproximadamente 6 semanas de trabajo con los carros multifunción, los miembros del plan de mejora, se reunirán para valora la idoneidad del material acordado en la primera reunión. Se realizarán los cambios de cantidad o ubicación de material.
Se valorará el funcionamiento de la reposición y limpieza de los carros.
Se creará una hoja de control de cada carro, en la que el responsable del proyecto, la cumplimentará el primer viernes de cada mes par (Cada dos meses) .La hoja estará compuesta por 6 ítems. Si está conseguido el ítem valdrá un punto y si no está bien 0.
Se busca conseguir más del 66% de los ítems
Diciembre: Iniciar control del mantenimiento del carro multifunción.
Abril 2017: Primer corte de indicadores.
Octubre 2017: Segundo corte de indicadores.
Se reunirá el grupo de mejora y valorará los resultados y posibles modificaciones a la vista de los resultados.
Puesta en marcha de las modificaciones si fueran necesarias
Diciembre: Fin del plan de mejora

INDICADORES
• Revisión de los datos obtenidos de la hoja control creada en noviembre de 2016.
• Opinión de los componentes de del plan de mejora obtenido en su uso diario y expresada en las reuniones de grupo

DURACIÓN
Inicio en octubre de 2016 y finalización en diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1771

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AURORA CARRASQUER PUYAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
ABAD SANZ MARIA
BENTUE OLIVAN LUCIA
HUICI GERMAN ALBERTO
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los meses de junio 2017 a diciembre 2017 se ingresaron 24 pacientes con colecistitis aguda con criterios para la inclusión en el proyecto de tratamiento quirúrgico precoz:
- Diagnostico de CA
- Clínica menor de 7 días de evolución
- Sin tratamiento anticoagulante ni antiagregante
- Sin datos clínicos de sospecha de patología biliar concomitante (dilatación de via biliar principal, coledocolitiasis, bilirrubina mayor a 3 mg/dL, amilasa elevada 4 veces, enzimas de colestasis elevadas 1,5 veces)
- Aceptación de tratamiento quirúrgico por parte del paciente

De estos 24 pacientes se intervinieron de manera preferente durante los 3 primeros días de ingreso a 13 de ellos (54.2%), en quirófano urgente fuera de jornada laboral habitual a 7 de los mismo (53.8% de las intervenciones)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes intervenidos de manera precoz presentaron una estancia media de 5 días postquirúrgicos, sin requerir reingreso posterior para intervención. Se intervinieron de manera laparoscópica el 92.3% de los pacientes sin incidencias. La mortalidad fue de 0 % y únicamente un paciente (7.7 %) presentó una complicación en forma de fístula postquirúrgica autolimitada.

Aquellos que no se intervinieron de manera precoz presentaron una estancia media de 7 días, con posterior inclusión en lista de espera quirúrgica para colecistectomía electiva. Igualmente no presentaron mortalidad, pero 2 de ellos (18%) requirieron reingresos por el mismo episodio de colecistitis.

Los datos de los pacientes intervenidos fueron recogidos de manera prospectiva y se revisaron las bases de datos de codificación hospitalaria para revisar todos los episodios de ingreso por causa biliar (colelitiasis, colecistitis aguda y crónica y coledocolitiasis).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La cirugía precoz de la colecistitis aguda es una cirugía factible y segura que puede completarse por laparoscopia y permite una recuperación correcta del paciente en un único ingreso hospitalario.
Sin embargo la realización de esta cirugía requiere una organización del equipo quirúrgico, anestésico y de enfermería complejo que en ocasiones no permite la realización de la misma. Así se pone de manifiesto dado que el 45.8% de los pacientes que podrían haberse beneficiado de la cirugía precoz no fueron intervenidos.
Al revisar los datos se evidencia que en la mayor parte de los pacientes no intervenidos se trataba de personas ancianas, pluripatológicos y en ocasiones institucionalizados, parámetros no recogidos en los criterios de exclusión, pero a tener en cuenta a la hora de indicar una cirugía urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1771 ========== ***

Nº de registro: 1771

Título
TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA (CA)

Autores:
CARRASQUER PUYAL AURORA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, HUICI GERMAN ALBERTO, ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1771

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La colelitiasis es una de las patologías digestivas más frecuentes en la población y su complicación en forma de CA representa una de la patologías urgentes de mayor prevalencia, con una mortalidad global de en torno al 10%.
Hay un claro consenso en todas las vías clínicas recientes de que el mejor manejo de esta patología es la cirugía precoz de la misma mediante colecistectomía laparoscoópica.
Sin embargo dada la complejidad técnica y organizativa de esta intervención en nuestro centro el manejo habitual de la colecistitis es mediante tratamiento conservador con ingreso, dieta absoluta, fluidoterapia, antibioterapia, relegando la intervención urgente en aquellos casos que presente mala evolución clínica.
En el año 2016 en nuestro centro se atendieron en 102 pacientes con CA sin otra complicación biliar relacionada (pancreatitis, coledocolitiasis, ictericia) de las cuales requirieron reingreso e intervención en un 2º tiempo 88 (86.2 %) de ellos con una estancia media de 4.43 días en el primer ingreso.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es ofrecer un tratamiento quirúrgico precoz de las CA que cumplan los criterios para la misma, permitiendo una resolución temprana de la patología y en un mismo ingreso. La técnica quirúrgica de elección ha de ser la laparoscópica dado que comporta una menor morbilidad y una recuperación más temprana.
La aplicación de este proyecto comportaría:
- Menor tasa de reingreso por un evento similar
- Menor morbilidad
- Menor pérdida de calidad de vida y de productividad laboral
- Minimización del coste sanitario

Este proyecto implica al servicio de Cirugía General (CG), Anestesiología y Enfermería.
Los pacientes que podrían beneficiarse de este proyeto son aquellos pacientes que ingresen con:
- Diagnostico de CA
- Clínica menor de 7 días de evolución
- Sin ttº anticoagulante ni antiagregante
- Sin datos clínicos de sospecha de patología biliar concomitante (dilatación de via biliar principal, coledocolitiasis, bilirrubina mayor a 3 mg/dL, amilasa elevada 4 veces, enzimas de colestasis elevadas 1,5 veces)
- Aceptación de tratamiento quirúrgico por parte del paciente

Se estima que la población diana podrían ser 30-40 pacientes /año.

MÉTODO
La cirugía precoz de la CA por laparoscopia comporta una dificultad técnica por la cual se precisa la participación de 2 cirujanos. En nuestro centro las intervenciones urgentes las realiza el CG asistido por el ginecólogo de guardia, sin embargo para la aplicación de esta técnica y la resolución de sus posibles complicaciones es necesaria la experiencia y la cooperación de ambos cirujanos.
Igualmente, al tratarse de una patología urgente, se presenta de manera imprevista y se tiene que resolver en partes quirúrgicos no programados, por lo que sobrecarga el quirófano de urgencias.
Por lo tanto para su aplicación es necesario:
- Cooperación de Anestesiología para la realización de las cirugías en parte de Urgencias cuando no fuera posible realizarlo en el quirófano programado habitual.
- Presencia del CG de guardia habitual y un ayudante de CG durantes las mañanas o en horas fuera de jornada laboral
- Cooperación de enfermería quirúrgica para la realización de técnica laparoscópica en el quirófano de urgencias.

Por lo tanto ante un paciente con CA se requerirán los siguientes pasos:
- Indicación de cirugía precoz (urgente diferida) de la CA por parte del CG según criterio médico.
- Realización de la intervención en un plazo máximo de 7 dias desde el inicio de los síntomas
- Programación de la intervención en quirófano habitual de CG si posible
- En caso de no ser posible se realizará de manera urgente durante las horas fuera del horario laboral siempre que el anestesista de guardia y enfermería quirúrgica dieran su consentimiento por motivos de organización o presión asistencial del quirófano de Urgencias

Los recursos materiales a utilizar son los habituales en una intervención de colecistectomia laparoscópica ya utilizados en nuestro centro.
Los recursos humanos necesarios son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1771

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA

- CG de guardia
- Anestesista de guardia
- Enfermería quirúrgica de urgencias
- CG ayudante disponible

INDICADORES
Los indicadores a utilizar serán:
- % de pacientes con CA intervenidos precozmenre sobre el nº total de pacientes con CA ingresadas
- % de cirugías realizadas por laparoscopia
- Días de estancia hospitalaria
- Morbilidad y mortalidad

Los datos se recogeran de manera prospectiva en base de datos de todos los pacientes que ingresen de manera urgente con CA litiasica que entren dentro de los criterior definidos

DURACIÓN
Dos años (Junio 2017-Mayo 2019) en los que se recogerán datos de los pacientes para poder implementar posteriormente el programa de manera rutinaria. Los componentes del equipo de CG serán los encargados de recoger la casuistica y datos relacionados.
El proyecto se evaluará y comunicará en la Memoria del Sº de CG y Aparato Digestivo del H. de Barbastro y mediante la plataforma así prevista por el SALUD.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MURO SHEILA
PINTADO TORRECILLA MARINA
TRICAS CRAVER BEGOÑA
GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ
LAVIÑA LARDIES SONIA
FERRER MATEO SARA
SALAMERO UBIERGO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado la mayoría de las actividades planteadas en el plan de mejora, pero al ser un proyecto de gran envergadura y que requiere una gran revisión de información para que queden todos los puntos bien claros y fundamentados en la mejor practica clínica.
En concreto, ya se ha designado a la persona encargada de dicha consulta (María José Ubiergo Mumbiela) por su formación avanzada.
Se ha creado la agenda para poder citar primera consulta, seguimiento y consulta telefónica.
Se están revisando las guías para la educación en el paciente con estoma digestivo (se está en contacto con la enfermera de estomatoterapia del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida para ya que su consulta funciona desde hace años y está dentro del proyecto BPSO.)
Se ha creado una hoja nueva para el control de los estomas ingresados en la planta de cirugía.
Se ha realizado un registro de todos los estomas nuevos que se han realizado en la planta de cirugía durante 2018.
Se va a seguir haciendo en 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realmente la consulta no se ha podido abrir durante todo el 2018 porque la revisión de las diferentes guias está siendo más exhaustiva de lo que se pensaba en un principio. Este año se pondrá en marcha la consulta y se espera poder completar los indicadores marcados en 2018.
La revisión del plan de cuidados en el post operatorio inmediato ha sido muy útil para las enfermeras de la planta y con la nueva hoja de registro de los estomas queda mucho más claro que dispositivos se han usado en el paciente y ha facilitado mucho la continuidad de cuidados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha medido el numero de nuevos pacientes a los que se les ha realizado un estoma digestivo a lo largo de 2018, realmente ha servido para hacer consciente las cargas de trabajo que se tienen el planta de cirugía y ha quedado patente la necesidad de la puesta en marcha de la consulta. A nivel de planta, se ha facilitado mucho desde que se puso en marcha el nuevo registro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/218 ========== ***

Nº de registro: 0218

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
UBIERGO MUNBIELA MARIA JOSE, LOPEZ MURO SHEILA, PINTADO TORRECILLA MARINA, TRICAS CRAVER BEGOÑA, GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ, LAVIÑA LARDIES SONIA, FERRER MATEO SARA, SALAMERO UBIERGO GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente ostomizado
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento del número de pacientes portadores de estomas en los últimos años, ha generado la necesidad de crear un plan de actuación específico.

La instauración de una estoma produce una serie de reacciones en el paciente que comportan cambios importantes en su vida cotidiana, que conllevan alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, ritmo intestinal), cambios psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) por eso es importante acompañar durante todo el proceso a este tipo de usuarios para ayudarles adaptarse a esta nueva situación.

Ha quedado demostrado en diferentes estudios que la atención coordinada de enfermería entre los diversos niveles asistenciales mejora la adaptación y manejo de esta nueva situación por parte del paciente y/o cuidadores. Una ostomia es un largo proceso que comienza antes de la intervención quirúrgica y continúa hasta después de que las heridas han cicatrizado.

Ayudar a desarrollar esta capacidad de auto cuidado será primordial para que estos usuarios tengan mejores resultados en salud.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Crear una consulta de enfermería de estomaterapia para el control del paciente ostomizado en el Sector de Barbastro.

2. Establecer los criterios de derivación y / o inclusión a la consulta de enfermería de estomaterapia.

3. Revisión de los registros de enfermería hospitalarios que se realizan en los pacientes portadores de estoma.

4. Formación y coordinación con AP.

MÉTODO
- Elección de un espacio donde se pueda visitar a los pacientes con estoma.
- Elección de una enfermera para desarrollar la consulta de estomaterapia.
- Crear una agenda para poder citar a los pacientes. Determinar que días se pasa consulta, cuanto tiempo se precisa para cada cita,etc..
- Crear una derivación en OMI (como proceso terapéutico) para que los profesionales puedan derivar a sus pacientes.
- Elección de criterios para incluir a los pacientes, cada cuanto se realizaran las visitas, el contenido educativo en cada una de las visitas,….
- Revisión de las guías en el cuidado de estoma y y determinar una guia para la educación de los pacientes.
- Revisión de las hojas de registro en planta de cirugía, para poder hacer una buena recogida de datos. Se prevé ponerse en contacto con la comisión de Historias clínicas del Hospital de Barbastro para poder validar la hoja resultante.
- Revisión del plan de cuidados del pacientes ostomizado.
- Abrir la consulta de enfermería para pacientes con estoma.
- Información/Formación a los profesionales de AP para que conozcan el nuevo servicio, formas de acceder a él, cuando pueden llamar para resolver dudas,……
- A los dos meses de la puesta en marcha de la consulta de enfermería para pacientes con estoma, se realizará una evaluación del servicio prestado en ese tiempo.
- Se iniciará un registro de los pacientes que se les realiza un estoma digestivo durante 2018.
- Análisis y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES
- Nª de pacientes ostomizados atendidos en la consulta de estomaterapia.
- Nº de de pacientes vistos primera visita en la consulta de estomaterapias.
- Nº de consultas telefónicas atendidas en la consulta de estomaterapia.

DURACIÓN
Marzo-18: Elección del espacio y la profesional
Abril-18: Creación agenda y derivación OMI (2 meses)
Mayo - septiembre -18: establecimiento de criterios, revisión de guias, registros y plan de cuidados.
Octubre-18: Puesta en marcha de la consulta.
Diciembre-18: información de la consulta en AP y evaluación del funcionamiento de la consulta.
Febreo-18: Evaluación del plan de mejora
Durante todo el año se registrarán todos los nuevos estomas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ESMERALDA FRANCES RAMI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEIRA LLEDOS MARIA PILAR
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA
GARCIA HIRALDO ISABEL MARIA
VALERO ASCASO EVA MARIA
LORENTE AIBAR MARIA PILAR
SANTOS BELINCHON CRISTINA
CORTES BORBON LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado todas las actividades que se plantearon en el plan de mejora para 2018. En la primera reunión de los componentes del plan de mejora se decidió trabajar en las recomendaciones de:
- Colecistectomía por laparoscopía
- Hemorroidectomia y fisura anal
- Herniorrafia /Eventrorrafia
- Pacientes portadores de drenaje al alta

Tras 3 reuniones y revisar la información encontrada se consensuaron, se generaron las recomendaciones para las patologías escogidas. Las reuniones se desarrollaron entre mayo y septiembre de 2018.
En octubre 2018, fueron revisadas por el jefe de cirugía y en diciembre de 2018 se realizó la sesión informativa al resto enfermeros de la planta.
No se han incluido en el programa del HP-doctor ya que se va a dejar de utilizarse en breve dicho programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos medido y no se ha conseguido el estándar marcado por dos motivos. El primero, porque se tardó en hacer la sesión informativa al resto de compañeros (Diciembre de 2018) y el segundo problema que se detecto fue los profesionales de enfermería no constaban en la planta correcta (dado el constante cambio de ubicación del personal de enfermería, el programa HP-doctor las ubicaba en el primer servicio que habían trabajado). Nos hemos puesto en contacto con el servicio de informática y se ha ubicado a los profesionales que trabajan actualmente en el servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Continuamos con dicho proyecto, ya que los dos meses que estamos trabajando con las recomendaciones todos los profesionales están muy satisfechos y se pretende aumentar las recomendaciones al alta de enfermería en cuatro patologías más durante 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/320 ========== ***

Nº de registro: 0320

Título
UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FRANCES RAMI ESMERALDA, SEIRA LLEDOS MARIA PILAR, CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA, GARCIA HIRALDO ISABEL MARIA, VALERO ASCASO EVA MARIA, LORENTE AIBAR MARIA PILAR, SANTOS BELINCHON CRISTINA, CORTES BORBON LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que precisan intervencion quirurgica programada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Se busca unificar y agilizar el trabajo enfermero

---

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Consultando la legislación vigente que compete con nuestro trabajo diario de planta, nos encontramos con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.
Apartado o) El informe clínico de alta siempre que haya hospitalización.

En la planta de cirugía, hay varios procesos que se repiten frecuentemente a lo largo del tiempo, como pueden ser las hernioplastias, colecistectomias por laparoscopia, hemorroidectomias,.....El contar con un documento que de antemano ya enumerara los cuidados básicos que necesita cada proceso, acortaría mucho los tiempos de realizar un informe de cuidados de enfermería al alta y a unificaría el trabajo de las enfermeras en la planta de cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar las recomendaciones que se dan en el informe de cuidados de enfermería al alta, en las patologías quirúrgicas más frecuentes en la planta de cirugía del Hospital de Barbastro.
Facilitar el trabajo de enfermería, al tener escritos de antemano los consejos en el informe de cuidados de enfermería al alta de los pacientes quirúrgicos.

MÉTODO
Decidir en que procesos quirúrgicos se estandarizan el informe de cuidados de enfermería al alta
Revisión bibliográfica de las últimas recomendaciones,en cada uno de los procesos en los que se decida trabajar por parte del grupo de mejora .
Consensuar con el grupo de participantes que consejos se incluyen en el documento.
Junto con el servicio de informática del Hospital de Barbastro incluir dicho consejos, acordados por el grupo de mejora, en el documento.
Realizar charla informativa al resto del personal de enfermería de la planta de cirugía.
Tras la puesta en marcha de los informes de cuidados de enfermería al alta,con los consejos parametrizados, valorar la inclusión de nuevos procesos .

INDICADORES
aumento de un 20% del nº de altas de enfermería en la planta de cirugía durante 2018, en relación al nº de altas de enfermería realizadas en 2017.

DURACIÓN
Febrero de 2018: Constitución del grupo de trabajo para realizar la parametrización del informe de cuidados de enfermería al alta. Incio de la revisión bibliográfica en relación a los consejos que se dan a los pacientes.

Abril de 2018: Juntar todas las revisiones encotradas y acordar que consejos se incluyen para cada proceso .

Mayo de 2018: Junto con el servicio de informática del Hospital de Barbastro. Generar los archivos en HP- doctor para que todos los profesionales de enfermería puedan utilizarlo en la práctica diaria.

Junio de 2018:Charla informativa al resto de los profesionales de enfermería de la planta de cirugía para dar a conocer el contenido de las nuevas altas.

Julio de 2018 : Hacer un corte para valorar o no el aumento de las altas de enfermería en relación a las que se habían hecho en ese mismo periodo el año anterior.

Noviembre de 2018 hacer un segundo corte para valorar nº de altas realizadas. Valoración de los resultados obtenidos.

Diciembre de 2018:Valorar la inclusión de nuevos procesos quirúrgicos en las altas de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0482

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ADRIAN ROCHE ALBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALARCON FERNANDO ESTEBAN
CALVO DE MORA REBOLLO MARIA JESUS
BLANCO BAIGES EDUARDO
ALONSO AYERBE LAURA
HUICI GERMAN ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha seguido el calendario indicado en la solicitud. En una primera fase se ha creado el grupo de mejora. Se ha realizado una importante labor de formación de todo el personal implicado en el proceso. En este sentido se han realizado los siguientes cursos:

“Curso Actualización de en el manejo del paciente en una unidad de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatología”. Acreditado con 1,8 créditos. Barbastro, 9-11/05/2016. Exp 02-0010-06/0140-A

2º edición del “Curso de Actualización de en el manejo del paciente en una unidad de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatología”. Acreditado con 1,8 créditos. Barbastro, 19-21/09/2016. Exp 02-0010-06/0140-A

“Curso Actualización en técnicas y patología traumática básica”. 2,6 créditos. 12 horas. 1,2 marzo 2017 (02-0010-06/0207-A).

“Curso de Actualización en técnicas y patología traumatológica en Atención Primaria”. Barbastro, 13 y 14 de diciembre de 2016. 2,6 créditos (02-0010-06/0200-A)

“Curso Instrumental quirúrgico de osteosíntesis en traumatología” (SBA-0756/2016), Barbastro, 12/12/2016. 1,2 créditos

“Curso-Taller Inmovilizaciones y vendajes funcionales” (exp 02-0010-06-0194A). Barbastro 7 y 9 de noviembre de 2016. 2 créditos. BA-0624/2016.

2ª edición del “Curso-Taller Inmovilizaciones y vendajes funcionales” (exp 02-0010-06-0194B). Barbastro 30 y 31 de enero de 2017. 2 créditos. BA-0007/2017.

Entre los meses de octubre y diciembre se ha implementado el proyecto y se han estudiado los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los cursos de formación y las sesiones clínicas han permitido estandarizar el proceso, y llegar a acuerdos y pautas claras para el manejo de los pacientes de edad avanzada con fractura de cadera.

Desde que el paciente llega a urgencias y es diagnosticado se inicia el protocolo para planificar la intervención. Se estudia el estado general, se estabilizan las enfermedades crónicas, se tratan los problemas de salud agudos, y se deja al paciente en dieta absoluta y sin heparina hasta tener claro la posibilidad de intervención quirúrgica. Durante el ingreso, se siguen en gran medida las pautas descritas, pautando la heparina a las 21:00, todo ello con el objetivo de realizar la intervención en las mejores condiciones y lo antes posible, disminuyendo la comorbilidad asociada al retraso en el tratamiento quirúrgico de estos pacientes.

La disminución del tiempo de espera en fracturas pertrocantéreas ha sido de 2,3 días de media, destacando que el 67% de los pacientes se han intervenido durante las primeras 24h del ingreso.

En el caso de la fractura intracapsular de cadera, el tiempo medio para la intervención ha disminuido 1,3 días. Se trata de una mejora del tiempo prequirúrgico inferior debido a que este tipo de fracturas requieren mayores recursos de personal, por lo que no se pueden realizar durante la guardia. En todo caso, el 85% de los pacientes se han intervenido antes de las 48 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración global ha sido muy buena.

El esfuerzo realizado para unificar criterios entre los diferentes servicios implicados era necesario y ha permitido mejorar el manejo de estos pacientes.
La labor docente realizada, con los cursos y sesiones impartidas, ha sido reconocida tanto por los profesionales implicados directamente en el proceso como por aquéllos que participan esporádicamente, como en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0482

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

el ámbito de la atención primaria.

Hemos constatado, tal y como se avala en la literatura, que la optimización del proceso de fractura de cadera mejora los indicadores del ingreso del paciente y disminuye la mortalidad del paciente durante el primer año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/482 ========== ***

Nº de registro: 0482

Título
MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

Autores:
ROCHE ALBERO ADRIAN, ALARCON FERNANDO ESTEBAN, CALVO DE MORA REBOLLO MARIA JESUS, BLANCO BAIGES EDUARDO, ALONSO AYERBE LAURA, EITO CUELLO JUAN JOSE, HUICI GERMAN ALBERTO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fractura de cadera del anciano tiene una alta prevalencia en la población y se observa un aumento de incidencia en los últimos años. Representa un importante peso de la actividad quirúrgica y de hospitalización del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Según los estudios, el 24% de pacientes que sufren una fractura de cadera fallecen en el primer año tras la fractura. Menos del 30% recuperan su situación funcional previa a la fractura. La mayoría de los que superan el ingreso hospitalario necesitan ayuda para las actividades de la vida cotidiana, de ellos uno de cada cuatro precisan seguir cuidados en un centro de larga estancia o residencia.
Esta patología supone un reto de salud pública por su volumen e impacto en la salud. Se ha demostrado que la optimización de la estancia hospitalaria, particularmente la realización de la cirugía en las primeras 24-48 horas y la deambulación precoz son claves para la recuperación funcional de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es optimizar el proceso de fractura de cadera en el anciano acortando el tiempo prequirúrgico. Paralelamente se pretende disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, las comorbilidades asociadas y mejorar el estado funcional del paciente al alta hospitalaria.

MÉTODO
Se pretende actuar a varios niveles del proceso de hospitalización para acortar el tiempo prequirúrgico.
Desde Urgencias se protocolizará la asistencia para que cada paciente tenga el preoperatorio completo desde el diagnóstico. Se protocolizará la pauta de heparina y fármacos antiagregantes y anticoagulantes para que no retrasen la intervención. Se iniciarán los tratamientos pertinentes. Así mismo se priorizará la asignación de cama hospitalaria a los pacientes candidatos a cirugía en las primeras 24 horas.
Por parte de Anestesia se pretende valorar al paciente al ingreso para optimizar sus enfermedades crónicas previas y planificar la cirugía lo antes posible.
En la planta de hospitalización se controlarán las pautas establecidas para estos pacientes y se controlará el correcto estado del paciente antes y después de la intervención.
Traumatología coordinará el proceso en su conjunto con idea de realizar al intervención en las primeras 24-48 horas en los casos en que sea posible.
El Servicio de Geriatría contribuirá al correcto estado del paciente, la optimización de las enfermedades crónicas y el tratamiento de las posibles comorbilidades.

INDICADORES
El indicador principal será el tiempo preoperatorio, monitorizando el número de pacientes intervenidos en las primeras 24 y 48 horas.
Se monitorizará también la estancia hospitalaria, el tipo de fractura, datos epidemiolócos (edad, estado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0482

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

funcional previo y posterior, enfermedades asociadas, etc) y la supervivencia

DURACIÓN
De enero a junio de 2016 se han realizado los contactos pertinentes para formar el equipo de mejora. Se ha sensibilizado a los agentes implicados en la necesidad de mejorar el proceso. Se ha establecido la comunicación entre los servicios implicados para definir objetivos, identificar problemas y buscar soluciones.
Septiembre: Sesiones clínicas interdisciplinarias para exponer las pautas acordadas y buscar un protocolo común.
Octubre: elaboración y puesta en marcha de las acciones pactadas. Identificación de problemas y búsqueda de soluciones.
Octubre, noviembre y diciembre: ejecución de las pautas acordadas y monitorización del proceso
Enero de 2017: estudio y análisis de datos

OBSERVACIONES
Se van a realizar reuniones mensuales para valorar el proceso e implementar mejoras viendo los resultados intermedios y valorando la opinión de los agentes implicados

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA ALONSO AYERBE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYAL MELE ANA
CAMPO SIN ALICIA
PUY FORADADA JOSEFA
GARCIA CLAU SUSANA
BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL
SATUE ARMENGOL OLIVIA
GRAU SANZ MARIA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La situación que nos encontramos al inicio del proyecto de mejora, es que en nuestro centro se utilizan de forma generalizada sistemas abiertos tipo llave de tres vías y válvulas bidireccionales, para el acceso al catéter ya sea para la administración de medicación e infusiones intravenosas o extracción de muestras sanguíneas.
Durante el año 2018 se registraron en el servicio de prevención de riesgos laborales de nuestro sector, un total de 46 accidentes biológicos, de los cuales sólo 18 fueron a causa de pinchazos accidentales con agujas.
Durante el mes de Mayo de 2018 se llevaron a cabo varios talleres para conocer el manejo y uso de los conectores cerrados. Estos talleres fueron impartidos por parte del comercial del material adjudicatario. Se realizaron varias sesiones formativas, para las supervisoras de las diferentes unidades y también para todo el personal del hospital que fueron bajando al aula de forma paulatina a lo largo de toda una mañana. Recientemente se volvieron a repetir dichas sesiones formativas en el mes de Febrero de 2019 para refuerzo de conocimientos ante la proximidad de la sustitución de los sistemas abiertos actuales por los sistemas cerrados.
En el servicio de UCI por sus características especiales y el uso de diferente material que el resto de las unidades de hospitalización, sí que se ha comenzado con la implantación de los sistemas cerrados, aunque con retraso debido a la dificultad para disponer de material adjudicado. En dicho servicio se esta elaborado un póster para unificar criterios en el correcto manejo y montaje de las diferentes necesidades de uso que tienen, según el acceso ya sea venoso o arterial y la utilización de las diferentes luces. También se está realizando un “Manual de montaje y preparación para las diferentes técnicas especiales en UCI” destinado a dar a conocer el material necesario para cada situación, tanto para el personal de enfermería actual el de nueva incorporación y para que el personal auxiliar en cuidados de enfermería sepa en cada momento que debe de preparar.
Por el momento no se han podido realizar más actividades de las programadas, ya que por problemas con la distribución y aprovisionamiento, estamos a expensas de que se distribuyan los sistemas cerrados en el hospital en sus distintas modalidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a los resultados, al estar en espera de la implantación generalizada, no se pueden presentar en su totalidad. Respecto a la implantación, por el momento se ha implantado su uso únicamente en la UCI. La formación se ha realizado a todo el personal por medio de los talleres realizados. Cuando se realice la implantación en las unidades se realizará un refuerzo en el uso y manejo de los dispositivos así como la distribución de póster explicativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En espera de resultados definitivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/232 ========== ***

Nº de registro: 0232

Título
IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO D4EL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Autores:
ALONSO AYERBE LAURA, PUYAL MELE ANA, CAMPO SIN ALICIA, PUY FORADADA JOSEFA, GARCIA CLAU SUSANA, BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL, SATUE ARMENGOL OLIVIA, GRAU SANZ MARIA SOLEDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Engloba a todos los pacientes ingresados
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Asistencial y Seguridad del trabajador

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La protección y seguridad para el trabajador, inoculación accidental, es una de nuestras áreas de mejora. Ya en noviembre de 2008 distintas organizaciones europeas comunicaron a la Comisión Europea su deseo de entablar negociaciones, con arreglo al artículo 138, apartado 4, y el artículo 139 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, con objeto de celebrar un Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario.
En el mes de julio de 2009 los interlocutores sociales europeos firmaron el texto del Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. Con posterioridad se han aplicado otras directivas respecto a la utilización de objetos punzantes o cortantes; como la directiva 2010/32/UE del consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. La Orden ESS/1451/2013, de 29 de Julio. Trasposición al ordenamiento jurídico nacional de la Directiva europea. La guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios, publicada 31 de Agosto 2015 por el ministerio de Sanidad.
Una de las medidas para evitar estos accidentes es el uso de sistemas de conectores cerrados sin agujas.
Por otro lado la disminución de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter (CRBSI)
Según la GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION DE INFECCIONES RELACIONADAS CON EL CATETER INTRAVASCULAR (Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011 CDC)
Las válvulas para la inyección de medicamentos, administración de infusiones intrave¬nosas y recolección de muestras de sangre representan una posible puerta de entrada para los microorganismos en el acceso vascular de catéteres, estas válvulas deben taparse cuando no se usan. En general, los sistemas de acceso de catéter cerrado se asocian a menos CRBSI que los sistemas abiertos, y debieran usarse preferentemente.
El uso de los conectores de catéteres o válvulas mecánicas parece ser más eficaz, para re¬ducir la colonización del conector, que las llaves de paso y tapas. La recomendación de los fabricantes de este tipo de conectores es que deben usarse los desinfectantes apropiados para evitar la transmisión de micro¬bios a través de los conectores. La limpieza de estos conectores con una gasa impregnada en solución antiséptica es fácil, pero el exceso de trabajo y la falta de información podrían impedir el correcto funcionamiento de estos dispositivos.
La implantación del uso de conectores cerrados sin agujas en todo el hospital así como su correcto uso es el fundamento de este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
-Implantar en todo el Hospital el uso de conectores libres de agujas
-Formación a todo el personal implicado en su uso correcto
- Disminuir el número de accidentes por instrumentos cortantes y punzantes

MÉTODO
? -Análisis de la situación Abril 2018
? -Recoger datos previos sobre inoculaciones accidentales Consulta al Servicio de salud Laboral .Abril 2018
? -Formación a todo el personal relacionado con el uso de conectores libres de agujas (indicaciones, uso correcto, desinfección) mediante talleres realizados por el especialista en producto de las casas comerciales adjudicatarias. Mayo 2018
? -Refuerzo en la práctica diaria, del uso de estos dispositivos, en las diferentes unidades por los componentes del grupo de mejora. Mayo 2018
? -Elaboración de un póster para el correcto manejo de los dispositivos se colocaran en los cuartos de medicación de las plantas quirófanos urgencias CMA, radiología, Hospitales de Día, farmacia. Junio 2018
? -Implantación del uso de los dispositivos libres de agujas Mayo-Junio 2018
? -Diseño de un cuestionario para personal sobre el manejo de los dispositivos para evaluación de conocimientos y satisfacción. Junio2018
? -Se realizaran 2 cortes presénciales en todos los servicios donde se ha implantado el dispositivo, para realizar el seguimiento del correcto uso de los dispositivos. Septiembre y Diciembre 2018.
? -Recogida de datos tras la implantación de las inoculaciones accidentales Consulta al Servicio de Salud Laboral y análisis comparativo. Enfermera salud Laboral. Diciembre 2018
? -Análisis de resultados y diseño de acciones de mejora Febrero 2019
? -Difusión de los resultados Febrero 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

INDICADORES
? -Porcentaje de Unidades en las que se ha implantado el uso de sistemas de conectores cerrados. Resultado 100%
? -Enfermeras formadas en el uso de los conectores/total enfermeras usan estos dispositivos. Resultado= 90%

DURACIÓN
La duración y fechas previstas para llevar a cabo cada actividad están detalladas junto con las actividades propuestas en el apartado correspondiente a las mismas.
La duración del proyecto desde Abril del 2018 a Febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UGC DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Fecha de entrada: 21/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA NASARRE GER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
CHARRO CALVILLO MARA
SANCHEZ SALAS PILAR
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BUSTOS MORELL CRISTINA
CASTELLAR OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2018, se ha creado una agenda específica de enfermería para desarrollar, entre otras, atención a los pacientes con Artritis Reumatoide y Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
Tenemos registrado el número de tratamientos totales que hemos administrado en Hospital de Día Médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que han quedado además registradas en la historia clínica de cada paciente. No podemos saber aún si se ha reducido el número de toxicidades puesto que en el año anterior no disponíamos aún de esta consulta. Está previsto poder hacer esa comparación al año siguiente.
Así mismo, también hemos registrado las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control del tratamiento recibido en HDía, y también de las llamadas que han cursado los pacientes para preguntar dudas.
Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.
Respecto a la Artritis Reumatoide, hemos creado un grupo de trabajo para el control del uso racional del tratamiento biológico (en adelante, TB).
De manera paralela, hemos creado otro grupo de trabajo para el mismo objetivo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
Tenemos abierta una agenda en HIS de enfermería que seguirá, entre otros, un protocolo de actuación en primera visita de AR y también en visitas sucesivas.
En el proyecto de continuidad que realizaremos en 2019, tenemos previsto pasar una encuesta de satisfacción a pacientes y/o familiares, de manera similar a la que ya pasamos para el análisis de la patergia. En el proyecto de continuidad, también se incluye el informe de continuidad de cuidados específicos dirigido al mantenimiento de una comunicación fluida y permanente entre niveles asistenciales.
De manera aún incipiente, se ha creado un grupo multidisciplinar, que incluye varias especialidades médicas (farmacia, digestivo, reumatología y dermatología) y personal de enfermería, para la gestión del conocimiento adquirido, y dicho grupo está recabando información para confeccionar las bases de datos para su posterior explotación.
Respecto a la formación continuada, varios profesionales sanitarios han realizado un curso sobre tratamientos biológicos en consulta externa.
Se han registrado un mínimo de 3 sesiones clínicas interdisciplinarias para poner en común casos complejos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Agenda específica creada.
Grupo de trabajo activo.
3 sesiones clínicas realizadas
872 pacientes nuevos en 2018. 1003 valoraciones de adherencia al tratamiento y educación sanitaria. Además, hay 663 consultas telefónicas relacionadas y 195 valoraciones nutricionales.
Tratamientos administrados: Reumatología 377; Digestivo 171; Neurología 332; Dermatología 11; Endocrinología 134. TOTAL: 1025.
También se ha registrado el número de toxicidades (1662).
(Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha logrado crear una unidad específica para el control del tratamiento biológico de varias enfermedades crónicas, entre las que destacan dos importantes, tanto por su relevancia clínica como por su prevalente, que son la Artritis Reumatoide y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En dicha unidad, se contempla un organigrama global desde el diagnóstico de la enfermedad, las visitas médicas, las visitas a enfermería, las pautas de tratamiento, y el control posterior de estos enfermos.
Es importante reseñar que esta unidad está abierta a seguir estos mismos protocolos con otras patologías médicas crónicas, como psoriasis, oftalmopatías, endocrinopatías, etc, a los que actualmente ya estamos administrando dichos tratamientos biológicos.
Esta unidad integra el funcionamiento y la asistencia prestada por 6 especialides médicas, siempre obteniendo un mayor beneficio tanto para pacientes como para profesionales que los atienden.
Creemos necesario continuar con el proyecto en 2019 con los mismos objetivos, para así consolidar las actividades e implantar nuevas acciones de mejora.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UGC DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/53 ========== ***

Nº de registro: 0053

Título
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Autores:
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto sociosanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

RESULTADOS ESPERADOS
los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinares (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,
- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada

Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

MÉTODO
Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:
- metodología clínica
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración
- consulta asistencial telefónica
- gestión de efectos adversos
- incidencias y adherencia terapéutica

El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UGC DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

INDICADORES
INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería
con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional
de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional
de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido
a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar
entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

DURACIÓN
Fecha inicio marzo 2018.
Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HdDAM)
Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA NASARRE GER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
CHARRO CALVILLO MARA
SANCHEZ SALAS PILAR
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BUSTOS MORELL CRISTINA
CASTELLAR OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2018, se ha creado una agenda específica de enfermería para desarrollar, entre otras, atención a los pacientes con Artritis Reumatoide y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Tenemos registrado el número de tratamientos totales que hemos administrado en Hospital de Día Médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que han quedado además registradas en la historia clínica de cada paciente. No podemos saber aún si se ha reducido el número de toxicidades puesto que en el año anterior no disponíamos aún de esta consulta. Está previsto poder hacer esa comparación al año siguiente. Así mismo, también hemos registrado las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control del tratamiento recibido en HDía, y también de las llamadas que han cursado los pacientes para preguntar dudas. Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos. Respecto a la Artritis Reumatoide, hemos creado un grupo de trabajo para el control del uso racional del tratamiento biológico (en adelante, TB). De manera paralela, hemos creado otro grupo de trabajo para el mismo objetivo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Tenemos abierta una agenda en HIS de enfermería que seguirá, entre otros, un protocolo de actuación en primera visita de AR y también en visitas sucesivas. En el proyecto de continuidad que realizaremos en 2019, tenemos previsto pasar una encuesta de satisfacción a pacientes y/o familiares, de manera similar a la que ya pasamos para el análisis de la patergia. En el proyecto de continuidad, también se incluye el informe de continuidad de cuidados específicos dirigido al mantenimiento de una comunicación fluida y permanente entre niveles asistenciales. De manera aún incipiente, se ha creado un grupo multidisciplinar, que incluye varias especialidades médicas (farmacia, digestivo, reumatología y dermatología) y personal de enfermería, para la gestión del conocimiento adquirido, y dicho grupo está recabando información para confeccionar las bases de datos para su posterior explotación. Respecto a la formación continuada, varios profesionales sanitarios han realizado un curso sobre tratamientos biológicos en consulta externa. Se han registrado un mínimo de 3 sesiones clínicas interdisciplinarias para poner en común casos complejos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Agenda específica creada. Grupo de trabajo activo. 3 sesiones clínicas realizadas 872 pacientes nuevos en 2018. 1003 valoraciones de adherencia al tratamiento y educación sanitaria. Además, hay 663 consultas telefónicas relacionadas y 195 valoraciones nutricionales. Tratamientos administrados: Reumatología 377; Digestivo 171; Neurología 332; Dermatología 11; Endocrinología 134. TOTAL: 1025. También se ha registrado el número de toxicidades (1662). (Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha logrado crear una unidad específica para el control del tratamiento biológico de varias enfermedades crónicas, entre las que destacan dos importantes, tanto por su relevancia clínica como por su prevalente, que son la Artritis Reumatoide y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En dicha unidad, se contempla un organigrama global desde el diagnóstico de la enfermedad, las visitas médicas, las visitas a enfermería, las pautas de tratamiento, y el control posterior de estos enfermos. Es importante reseñar que esta unidad está abierta a seguir estos mismos protocolos con otras patologías médicas crónicas, como psoriasis, oftalmopatías, endocrinopatías, etc, a los que actualmente ya estamos administrando dichos tratamientos biológicos. Esta unidad integra el funcionamiento y la asistencia prestada por 6 especialides médicas, siempre obteniendo un mayor beneficio tanto para pacientes como para profesionales que los atienden. Creemos necesario continuar con el proyecto en 2019 con los mismos objetivos, para así consolidar las actividades e implantar nuevas acciones de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/53 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Nº de registro: 0053

Título
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Autores:
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto sociosanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

RESULTADOS ESPERADOS
los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinares (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,
- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada

Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

MÉTODO
Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:
- metodología clínica
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración
- consulta asistencial telefónica
- gestión de efectos adversos
- incidencias y adherencia terapéutica

El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

INDICADORES
INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería
con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional
de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional
de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido
a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar
entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

DURACIÓN
Fecha inicio marzo 2018.
Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HdDAM)
Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MURO SHEILA
PINTADO TORRECILLA MARINA
TRICAS CRAVER BEGOÑA
GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ
LAVIÑA LARDIES SONIA
FERRER MATEO SARA
SALAMERO UBIERGO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elegido el lugar de la consulta que será la consulta de Enfermería
La persona elegida será la enfermera de la consulta de Cirugía
Horario: tardes para no interferir en el trabajo habitual y la agenda será a demanda hasta establecer unos criterios.
Se ha realizado una revisión de las hojas de registro de los pacientes ingresados y ha sido autorizada por la Comisión de Historias clínicas.
También se ha revisado el plan de cuidados del paciente ostomizado.
Se citarán los pacientes a través de Enfermería mediante un e-mail que llegará a Admisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha creado una agenda y se están viendo pacientes que se localizan actualmente en la consulta de Cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto tiene mucho futuro porque cada día se realizan más estomas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/218 ========== ***

Nº de registro: 0218

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
UBIERGO MUNBIELA MARIA JOSE, LOPEZ MURO SHEILA, PINTADO TORRECILLA MARINA, TRICAS CRAVER BEGOÑA, GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ, LAVIÑA LARDIES SONIA, FERRER MATEO SARA, SALAMERO UBIERGO GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente ostomizado
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento del número de pacientes portadores de estomas en los últimos años, ha generado la necesidad de crear un plan de actuación específico.

La instauración de una estoma produce una serie de reacciones en el paciente que comportan cambios importantes en su vida cotidiana, que conllevan alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, ritmo intestinal), cambios psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

integración y reinserción) por eso es importante acompañar durante todo el proceso a este tipo de usuarios para ayudarles adaptarse a esta nueva situación.

Ha quedado demostrado en diferentes estudios que la atención coordinada de enfermería entre los diversos niveles asistenciales mejora la adaptación y manejo de esta nueva situación por parte del paciente y/o cuidadores. Una ostomia es un largo proceso que comienza antes de la intervención quirúrgica y continúa hasta después de que las heridas han cicatrizado.

Ayudar a desarrollar esta capacidad de auto cuidado será primordial para que estos usuarios tengan mejores resultados en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear una consulta de enfermería de estomaterapia para el control del paciente ostomizado en el Sector de Barbastro.

2. Establecer los criterios de derivación y / o inclusión a la consulta de enfermería de estomaterapia.

3. Revisión de los registros de enfermería hospitalarios que se realizan en los pacientes portadores de estoma.

4. Formación y coordinación con AP.

MÉTODO

- Elección de un espacio donde se pueda visitar a los pacientes con estoma.
- Elección de una enfermera para desarrollar la consulta de estomaterapia.
- Crear una agenda para poder citar a los pacientes. Determinar que días se pasa consulta, cuanto tiempo se precisa para cada cita,etc..
- Crear una derivación en OMI (como proceso terapéutico) para que los profesionales puedan derivar a sus pacientes.
- Elección de criterios para incluir a los pacientes, cada cuanto se realizaran las visitas, el contenido educativo en cada una de las visitas,….
- Revisión de las guías en el cuidado de estoma y y determinar una guia para la educación de los pacientes.
- Revisión de las hojas de registro en planta de cirugía, para poder hacer una buena recogida de datos. Se prevé ponerse en contacto con la comisión de Historias clínicas del Hospital de Barbastro para poder validar la hoja resultante.
- Revisión del plan de cuidados del pacientes ostomizado.
- Abrir la consulta de enfermería para pacientes con estoma.
- Información/Formación a los profesionales de AP para que conozcan el nuevo servicio, formas de acceder a él, cuando pueden llamar para resolver dudas,……
- A los dos meses de la puesta en marcha de la consulta de enfermería para pacientes con estoma, se realizará una evaluación del servicio prestado en ese tiempo.
- Se iniciará un registro de los pacientes que se les realiza un estoma digestivo durante 2018.
- Análisis y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES

- Nª de pacientes ostomizados atendidos en la consulta de estomaterapia.
- Nº de de pacientes vistos primera visita en la consulta de estomaterapias.
- Nº de consultas telefónicas atendidas en la consulta de estomaterapia.

DURACIÓN

Marzo-18: Elección del espacio y la profesional
Abril-18: Creación agenda y derivación OMI (2 meses)
Mayo - septiembre -18: establecimiento de criterios, revisión de guias, registros y plan de cuidados.
Octubre-18: Puesta en marcha de la consulta.
Diciembre-18: información de la consulta en AP y evaluación del funcionamiento de la consulta.
Febreo-18: Evaluación del plan de mejora
Durante todo el año se registrarán todos los nuevos estomas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TAMARA GRACIA CAZAÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SALAS MARIA PILAR
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
BUIL MARTINEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La consulta se viene realizando de manera mensual y en ocasiones bimensual, desde Enero hasta Diciembre. Los días de consultas realizados han sido 14.
Agenda: Primer miércoles de cada mes, de 13.00 a 15 horas.
Número de pacientes: 5 por consulta.
Todos los pacientes que presenta Psoriasis y artritis psoriásica del servicio de Dermatología y Reumatología se les revisa en esa consulta para no duplicar citas.
En la primera consulta se realizan cuestionario de manera individualizada gracias a SCREEN APs, un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil ue contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica así como cuestionarios de calidad de visa y el índice PASI (índice de gravedad y de extensión de la psoriasis), para una correcta derivación a la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Enero 2015-Diciembre 2018
109 pacientes (75 nuevos, 34 revisiones)
Motivo de referencia: Duda diagnóstica(43%),Terapéutica (57%).
Resultados: - Nuevo diagnóstico Aps: 29 (27%)
- Nuevo diagnóstico Ps: 11 (10%)
- Inicio o cambio de tto biol/inmunosup
- Dx de efectos secundarios
- Otros diagnósticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El abordaje holístico multidisciplinar del paciente ofrece una mejora de la percepción global de calidad en el paciente y en los profesionales. En los proyectos futuros está poder realizar una derivación desde atención primaria y una vía de interconsulta virtual para un diagnóstico y/o detección de brote precoz y un tratamiento más adecuado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/300 ========== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA CAZAÑA TAMARA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, BUIL PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ SALAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades de la Piel
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La psoriasis (Ps) es una enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que afecta principalmente a la piel y el aparato locomotor, pero también se han descrito otras comorbilidades como el síndrome metabólico. En su evolución generalmente la afectación cutánea precede a la afectación articular en hasta en un 80% de los casos. A su vez la Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad
crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante hasta en un 30% de los pacientes con Psoriasis. En esta patología desempeñan un papel fundamental tanto dermatólogos como reumatólogos ya que un diagnóstico precoz evita exámenes innecesarios, tratamientos poco efectivos, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos de este programa son facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con psoriasis y APs tomando decisiones terapeúticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital, y por último reducir los costes de la asistencia a los pacientes con APs y Ps.

MÉTODO
Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posteriormente se ha creado la consulta con el código PSORD, para la que se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado. En el caso de dermatología debido a la dificultad de la detección precoz se ha instalado el programa Screen APs se trata de un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica y que deben autorrellenar aquellos pacientes que el clínico dermatólogo considere conveniente.
Los tres cuestionarios han sido ampliamente utilizados en la bibliografía internacional y son: PASE, ToPAS Y PEST. Además a todos los pacientes se les realiza el cuestionario de calidad de vida QALY.

INDICADORES
Entre los indicadores que se van a calcular son el número de primeras y segundas visitas y la ratio primera/sucesiva. Se calcularan los porcentajes de derivación por parte de cada servicio, los cambios de diagnóstico de derivación y las variaciones en el tratamiento. Valorar la calidad de vida mediante el test QALY y HAQ en la primera consulta y revaluar a los seis meses.

DURACIÓN
La periodicidad será mensual. El primer miércoles de cada mes en horario de 13:00 a 14.30, 5 pacientes disponiendo de 15minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro.
En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... TAMARA GRACIA CAZAÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SALAS MARIA PILAR
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado con periodicidad mensual, desde Enero hasta Diciembre. Las consultas realizadas han sido 10 (excepto septiembre y noviembre).
Agenda: Primer miércoles de cada mes, de 13.30 a 15 horas.
Número de pacientes: 4-6 por consulta.
Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell.
Además se ha instalado el programa SCREEN APs, un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica, para una correcta derivación a la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de consultas realizadas: 42.
Primeras visitas: 29. Revisiones conjuntas:13
Servicio de procedencia: Dermatología 21
Reumatología 14
Consulta PSORD 7
Motivo de derivación: Duda diagnóstica 25
Duda o control terapéuticos 17
Resultados: Nuevo diagnóstico de artritis psoriásica 15
Nuevo diagnóstico de psoriasis 5
Diagnóstico de artropatías no psoriásicas 6
Lesiones cutáneas no psoriásicas 3
Psoriasis paradójicas 2
Cambio de tratamiento local/sistémico 6
Tratamiento biológico: inicio / control/ cambio 11

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La visión global y multidisciplinar del paciente ofrece una mejora de la percepción global de calidad en el paciente y en los profesionales. Estamos intentado realizar una vía clínica de seguimiento y derivación en el que se podrían remitir desde atención primaria y urgencias para un diagnóstico más precoz y un tratamiento más adecuado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/300 ========== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA CAZAÑA TAMARA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, BUIL PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ SALAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades de la Piel

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La psoriasis (Ps) es una enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que afecta principalmente a la piel y el aparato locomotor, pero también se han descrito otras comorbilidades como el síndrome metabólico. En su evolución generalmente la afectación cutánea precede a la afectación articular en hasta en un 80% de los casos. A su vez la Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad
crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante hasta en un 30% de los pacientes con Psoriasis. En esta patología desempeñan un papel fundamental tanto dermatólogos como reumatólogos ya que un diagnóstico precoz evita exámenes innecesarios, tratamientos poco efectivos, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos de este programa son facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con psoriasis y APs tomando decisiones terapeúticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital, y por último reducir los costes de la asistencia a los pacientes con APs y Ps.

MÉTODO
Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posteriormente se ha creado la consulta con el código PSORD, para la que se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado. En el caso de dermatología debido a la dificultad de la detección precoz se ha instalado el programa Screen APs se trata de un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica y que deben autorrellenar aquellos pacientes que el clínico dermatólogo considere conveniente.
Los tres cuestionarios han sido ampliamente utilizados en la bibliografía internacional y son: PASE, ToPAS Y PEST. Además a todos los pacientes se les realiza el cuestionario de calidad de vida QALY.

INDICADORES
Entre los indicadores que se van a calcular son el número de primeras y segundas visitas y la ratio primera/sucesiva. Se calcularan los porcentajes de derivación por parte de cada servicio, los cambios de diagnóstico de derivación y las variaciones en el tratamiento. Valorar la calidad de vida mediante el test QALY y HAQ en la primera consulta y revaluar a los seis meses.

DURACIÓN
La periodicidad será mensual. El primer miércoles de cada mes en horario de 13:00 a 14.30, 5 pacientes disponiendo de 15minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro.
En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR SANCHEZ SALAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA CAZAÑA TAMARA
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha logrado dar continuidad a la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.
Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Aínsa, Castejón de Sos, Lafortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón…hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinenza.
Durante 2018 se ha unido al proyecto el centro de Salud de Binéfar, y se ha dinamizado la actividad con centros como Lafortunada y Aínsa, que por motivos técnicos habían quedado sin medios para continuar la actividad.
Se ha actualizado el modelo existente de teleconsulta, modificando el formulario existente, e integrando la Teledermatología en la Interconsulta Primaria de la Historia Clínica Electrónica, permitiendo a cualquier especialista acceder al episodio.
Se ha realizado una jornada de formación presencial con los responsables de Teledermatología de cada Centro de Salud para informar de dicha actualización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado un total de 210 interconsultas virtuales:

- Centro de salud Barbastro: N 148, Resolución 105 (71%), consulta física 43 (29%)
- Centro de salud Castejón: N 34, Resolución 25 (74%), consulta física 9 (26%)
- Centro de salud Benabarre: N 25, Resolución 17 (68%), consulta física 8 (32%)
- Centro de salud Lafortunada: N 3, Resolución 2 (67%), consulta física 1 (33%)

Se han resuelto a través de teledermatología un total de 149 interconsultas (71%) y 61 pacientes precisaron cita en el servicio de Dermatología (29%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La Teledermatología es un sistema útil para la detección rápida de patología, con una buena selección de pacientes.
Las mayores tasas de concordancia con el gold standard se ven en patología tumoral.
Los pacientes se han mostrado satisfechos con el funcionamiento del sistema.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/287 ========== ***

Nº de registro: 0287

Título
TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SANCHEZ SALAS PILAR, GRACIA CAZAÑA TAMARA, LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con el objetivo de potenciar un sistema de asistencia y derivación directa desde Atención Primaria hasta el nivel hospitalario para pacientes con lesiones dermatológicas, el Hospital de Barbastro (Huesca) dispone de la Unidad de Teledermatología que, fue creada en el año 2007 y cuya actividad se ha implantado progresivamente con todos los centros de salud del Sector.
Una aplicación indiscutible es la utilización de la Teledermatología como método de cribado o selección de los pacientes con patología dermatológica no resuelta por el médico general y que le plantea a este último serias dudas en cuanto a que el paciente pueda esperar a la consulta ordinaria o que precise de una consulta urgente por el dermatólogo.
La Teledermatología evita desplazamientos de los pacientes y reduce los tiempos de espera para las consultas especializadas.
La Teledermatología es un tipo de consulta satisfactoria para los pacientes que se han sometido a ella. Asimismo, satisface a los médicos generales que solicitan las consultas especializadas a través de este sistema y constituye un buen sistema de comunicación y colaboración de los médicos de Atención Primaria con los de Especializada.
Creemos que el modelo de teleconsulta en Dermatología, dada las características demográficas y orográficas de nuestro Sector, puede mantenerse con rentabilidad y eficiencia clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos del proyecto son dar continuidad a la implementación de la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.
Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Aínsa, Castejón de Sos, Lafortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón…hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinenza, y próximamente Binéfar.

MÉTODO
a) Análisis diferido de imágenes.
El médico de Atención Primaria, desde los Centros de Salud seleccionados para este servicio, cumplimenta un formulario prefijado junto con varias imágenes clínicas y dermatoscópicas del paciente, dependiendo del tipo de lesión.

El dermatólogo revisa el caso y emite un informe con su opinión diagnóstica y/o terapéutica, que estará a disposición del médico consultante. Igualmente puede solicitar nuevos datos, exámenes complementarios, o visita convencional con el paciente si lo considera oportuno.
b) Teleformación.
Utilización de los sistemas de telecomunicación para la formación de los profesionales sanitarios e, incluso, de pacientes.
c) Formación presencial.
Presencia del dermatólogo y/o responsables del servicio de Informática en los centros de Salud para la formación clínica o técnica requerida en la implantación y seguimiento del sistema.

INDICADORES
- Número de teleconsultas que se resuelven sin visita presencial.
- Ratio número total de teleconsultas/ teleconsultas resueltas en un único acto médico, en general y también evaluado por centros de Salud.
- Tiempo medio de espera desde la petición de la teleconsulta hasta su realización.
- Concordancia entre el diagnóstico de sospecha emitido por el médico de Atención Primaria y el diagnóstico del especialista, como marcador de formación continuada.

DURACIÓN
Evaluación de teleconsultas por el dermatólogo diariamente, según demanda, dentro de su jornada laboral.
Elaboración de informes para Atención Primaria de forma inmediata.
Jornadas de formación según requerimientos de los especialistas de Atención Primaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1514

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS RESULTADS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL AURED DE LA SERNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARELLANO CARRERA ROCIO
COSCOJUELA QUIROGA ANA
HARB SAID YAMAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado una agenda específica con las instrucciones para la realización del fibroscan realizándose un total de 104 exploraciones. La industria farmacéutica ha cedido el mismo con una periodicidad de 2-3 mese, a demanda interna del servicio. Actualmente está solicitado un fibroscan de nueva generación que incluirá la realización del CAP que nos permitiría cuantificar la esteatosis hepática, patología en incremento en nuestra sociedad.
El documento que se obtiene tras la realización del fibroscan permite evitar el uso de papel con tinta perecedera, encontrándose pendiente de poder integrarlo en la red hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de informe, 104 pacientes valorados en el Hospital de Barbastro evitando desplazamiento a Huesca y/o Zaragoza, en proceso de integración informática.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El fibroscan es una medida no invasiva de fibrosis hepática que permite evitar técnicas agresivas como la biopsia hepática. Realizando agendas al respecto con personal entrenado se aumenta el rendimiento de la técnica, con incremento sustancial de las solicitudes al ampliar el tipo de pacientes que la requieren. Queda pendiente poder integrar el informe realizado en la red para permitir su visualización sin precisar la historia clínica(en proceso).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1514 ========== ***

Nº de registro: 1514

Título
INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Autores:
AURED DE LA SERNA ISABEL, ARELLANO CARRERA ROCIO, COSCOJUELA QUIROGA ANA, HARB SAID YAMAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Para cuantificar la fibrosis hepática el procedimiento que se utilizaba es la biopsia hepática,sin embargo ahora disponemos de otras opciones no invasivas para cuantificarla, como lo es el fibroscan o elastografía de transición (ET), las cuales son capaces de determinar el grado de fibrosis hepática y el estado de rigidez del hígado
En el Hospital de Barbastro disponemos de un fibroscan en préstamo cada 2-3 meses por parte de la industria farmacéutica. Anteriormente el paciente se desplazaba hasta Zaragoza para su realización en el Hospital

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1514

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS RESULTADS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Clínico Universitario Lozano Blesa. El resultado del fibroscan se registrará en la intranet lo que permitirá ver el resultado desde cualquier hospital de la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
La elaboración de un documento accesible en la intranet evitará tener el resultado en un papel térmico, en el cual la tinta desaparece con el tiempo y además puede ser causa de extravío ya que tiene unas dimensiones reducidas que facilitan su pérdida.
Así mismo se evitará repetir la prueba de forma innecesaria.

MÉTODO
Realización de un documento que valore los distintos grados de fibrosis con respecto al resultado obtenido en la prueba, fácilmente interpretable por cualquier médico que acceda a él.

INDICADORES
Resultados informativos en la intranet: 100%

DURACIÓN
-Julio-Agosto-18: realización de una plantilla estandar
-Septiembre-Octubre-18: contacto con el servicio de informática
-Noviembre 18: implementación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES:UNIFICACION EN LA DISPENSACION,CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA PUYAL MELE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
COMPRA DEL MATERIAL NECESARIO, ARMARIOS HOMOLOGADOS Y SU COLACION

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
UNIDICACION EN EL ALMACENAMIENTO Y EN EL TIPO DE ALMACENAJE UNIFICACION EN EL MODO DE REGISTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
QUEDA PENDIENTE LA UNIFICACION DE LA MEDICACION QUE DEBE DE IR DENTRO DEL ARMARIO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/503 ========== ***

Nº de registro: 0503

Título
FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PUYAL MELE ANA MARIA, MUR BARRABES DIANA, CABRERO LASIERRA FRANCISCO JAVIER, NADAL ABADIAS NATALIA, ALONSO AYERBE LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del proyecto es todo paciente ingresado en el Hospital de Barbastro
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cambios legislativos regulados por el Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre y la Orden PRE/2436/2013, de 26 de diciembre han conllevado una modificación en el manejo de los fármacos psicotrópos que lo equipara al llevado a cabo en el resto de terapéutica medicamentosa. Es por ello, que dichas modificaciones se han extendido a las diferentes unidades hospitalarias de nuestro centro, por lo que brinda la oportunidad de unificar su almacenaje de manera independiente de la unidad que se trate, aunando esfuerzos por homogeneizar el estocaje medicamentoso de dichos fármacos, reportando facilitar la labor enfermera en su manejo y seguridad. La mentada oportunidad de mejora es susceptible de extensión a los fármacos estupefacientes, ampliando los beneficios de su aplicación también a éstos. Dada la naturaleza de ambos grupos farmacológicos y su control mediante la pertinente legislación, es importante incidir sobre el proceder en su dispensación, control y registro, actualizando los procedimientos en nuestro centro hospitalario y aumentando la cultura de seguridad en el manejo enfermero de los fármacos implicados.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es la homogeneización en el almacenaje de los fármacos psicotrópos y estupefacientes en las diferentes unidades de hospitalización del Hospital de Barbastro, así como la actualización de los procedimientos en la dispensación, control y registro de éstos, implicando de manera inherente un aumento de la simplicidad y seguridad en el manejo de éstos en las diferentes Unidades del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES:UNIFICACION EN LA DISPENSACION,CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

Hospital de Barbastro.

MÉTODO
El Proyecto parte de la base ya asentada por el equipo del Servicio de Farmacia, quienes informaron pertinentemente de la modificación legislativa y sus implicaciones a las diferentes Unidades en Junio de 2016.
Partiendo de dicha base:
* Se unificará el modo de almacenaje de los fármacos psicotrópos y los estupefacientes según criterios consensuados por el propio Servicio de Farmacia y por los supervisores de las Unidades de hospitalización de nuestro centro
* Se actualizarán los procedimientos referentes a la dispensación, control y registro de los fármacos psicotrópos y estupefacientes, incluyendo éstos en la Intranet de nuestro Sector, facilitando el conocimiento y el adecuado manejo de éstos por el personal sanitario

INDICADORES
Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos psicotrópos
Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos estupefacientes
Porcentaje de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de fármacos estupefacientes y psicotrópos actualizados y registrados en la Intranet del Sector Barbastro

DURACIÓN
OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2016. Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Farmacia para lluvia de ideas de almacenaje de psicótropos y estupefacientes. Chequeo de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de psicotrópos y estupefacientes para consensuar actualización de éstos.
OCTUBRE 2016-ENERO 2017
* Elección de una Unidad para pilotar la aplicación del proyecto
* Dotación del material necesario para el almacenaje de los psicótropos y los estupefacientes
* Pilotaje del almacenaje y manejo de psicótropos y estupefacientes
MARZO DE 2017.
*Evaluación del funcionamiento del pilotaje y ajuste si procede
* Incluir la actualización de los procedimientos en la Intranet del Sector de Barbastro
MAYO 2017 Puesta en marcha del Proyecto en el resto de Unidades y monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1764

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 09/03/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA CASTELLAR OTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAO SENZ PILAR
RUIZ MONTES FRANCISCO
BOLEA LADERAS LAURA
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
PESQUER VILAS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Atención integral y multidisciplinar mediante Unidades Funcionales, para la asistencia sanitaria a pacientes crónicos complejos y/o frágiles, y a pacientes con pérdida funcional tras fase aguda de enfermedad asociada a complejidad.
• Atención sanitaria integral de pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos (oncológicos y no-oncológicos), facilitando altas precoces, posterior seguimiento conjunto con Atención Primaria, estableciendo los circuitos adecuados de comunicación, y facilitar así la no disrupción de la asistencia.
• Establecimiento de algoritmos de flujos de pacientes y mapas por procesos, de forma conjunta con Atención Primaria.
• Control de comorbilidades de la población más susceptible, y proyecto de evaluación de la disminución de la mortalidad en dicha población.
• Apoyo a familiares y/o cuidadores habituales para disminuir la institucionalización del paciente, o facilitarla en el caso de que sea necesario, de forma conjunta con Asistencia Social del Hospital y de Atención Primaria.
• Consultas derivadas de la UCA: consulta de Demencia, consulta de Unidad Crónico Complejo
- El calendario marcado se ha cumplido respecto a los objetivos propuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Fuente y método de obtención de resultados: CMBD, Servicio de Sistemas Admisión, Unidad de Sistemas de Información del Hospital.

Para describir los resultados alcanzados, se requiere una aclaración inicial: la adjudicación de camas de forma específica a UCA dentro del servicio de medicina interna no se produjo hasta noviembre 2017, por problemas informáticos ajenos a la asistencia del hospital. Dicho lo cual, los resultados más destacados son:
- nº de estancias: 66
- % de ocupación: 82,4%
- nº de altas: 41
- circuito de derivación AP-AE: sí, claro, específico, y explicado en sesiones presenciales por los Centros de Atención Primaria del Sector
- informe de alta: sí, 100%
- informe de cuidados de enfermería: sí, 95%
- GRD más frecuente: insuficiencia cardiaca
- comorbilidades (Dx secundarios) más frecuentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, alteración de los lípidos

Los resultados se ajustan al estándar marcado de forma óptima.
El impacto del proyecto es a priori positivo, si bien está pendiente una evaluación más exhaustiva al respecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista de los datos obtenidos, el equipo de trabajo considera como puntos importantes:
- mejora del sistema informático, que permita una comunicación más ágil entre niveles asistenciales.
- recordatorio periódico del circuito de derivación de pacientes, especialmente en los Centros de AP donde hay cambio de profesionales.
- realizar encuestas de satisfacción a usuarios y/o pacientes.
Hemos detectado un dato importante, y es la mayoría de pacientes atendidos con Insuficiencia Cardiaca, lo que nos lleva a la posibilidad de crear una Unidad de Atención a Insuficiencia Cardiaca específica, con circuitos de atención conectados a la UCA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1764 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1764

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Nº de registro: 1764

Título
UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (UCA)

Autores:
CASTELLAR OTIN ELENA, LANAO SENZ PILAR, RUIZ MONTES FRANCISCO, BOLEA LADERAS LAURA, PESQUER VILAS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
• Envejecimiento progresivo de la población + aumento de la supervivencia = mayor tasa de pacientes pluripatológicos, crónicos y dependientes
• Estos pacientes necesitan una ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUADA
• Gasto sanitario creciente, se precisa una adecuación de los ingresos hospitalarios (9% de los ingresos y 20% de las estancias medias serían inadecuadas)
• Población atendida en el Sector Sanitario de Barbastro:
- Alto índide de envejecimiento (>26% son mayores de 75 años)
- Alta prevalencia de comorbilidad y multimorbilidad
- Dispersión geográfica
- Número de ingresos de pacientes pluripatológicos creciente (casi el 20%), con Dx prevalente de IC y EPOC
- Cifras de rango similar en pacientes con enfermedad cerebrovascular
- Necesidad de cuidados paliativos creciente

RESULTADOS ESPERADOS
• Mejorar la calidad de vida de pacientes, familiares y cuidadores habituales.
• Mejorar los indicadores económicos de la comunidad y del Hospital.
• Disminuir el número de estancias en hospitalización de agudos.
• Disminuir la estancia media en hospitalización de agudos.
• Contribuir a la mejora de indicadores de los servicios que integran la Unidad.
• Dotar al sector de Barbastro de un recurso no existente hasta ahora.
• Mejorar e incrementar la colaboración entre Servicios.
• Filtrar y mejorar la selección de pacientes ingresados en Unidades Específicas (Paliativos y Descarga Quirúrgica, especialmente).
• Gestión precoz de las altas.

MÉTODO
• Atención integral y multidisciplinar mediante Unidades Funcionales, para la asistencia sanitaria a pacientes crónicos complejos y/o frágiles, y a pacientes con pérdida funcional tras fase aguda de enfermedad asociada a complejidad.

• Atención sanitaria integral de pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos (oncológicos y no-oncológicos), facilitando altas precoces, posterior seguimiento conjunto con Atención Primaria, estableciendo los circuitos adecuados de comunicación, y facilitar así la no disrupción de la asistencia.

• Reducción secundaria de lista de espera quirúrgica mediante la descarga de pacientes hospitalizados que presentan complicación médica en el post-operatorio, en especial de los Servicios de Cirugía General, Traumatología y Urología.

• Establecimiento de algoritmos de flujos de pacientes y mapas por procesos, de forma conjunta con Atención Primaria.

• Creación de una guía clínica consensuada como plan de mejora para el Sector.

• Control de comorbilidades de la población más susceptible, y proyecto de evaluación de la disminución de la mortalidad en dicha población.

• Apoyo a familiares y/o cuidadores habituales para disminuir la institucionalización del paciente, o facilitarla en el caso de que sea necesario, de forma conjunta con Asistencia Social del Hospital y de Atención Primaria.
• Consultas derivadas de la UCA: consultas de Demencia y Disfagia (Geriatría), consulta EVSS de Enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1764

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

INDICADORES
Medición de indicadores de calidad asistencial y de eficiencia en la gestión de la Unidad, obtenidas con bases de datos del Hospital
- número decreciente de reingresos
- altas precoces
- tiempo menor de espera en sala de urgencias
- adecuación de ingresos en el tipo de paciente atendido
- menor estancia media
- mayor satisfacción de pacientes y/o familiares
- atención sanitaria más segura

DURACIÓN
Implantación en segundo trimestre 2017
Continuación en 2018

OBSERVACIONES
OBSERVACIONES:
Criterios de ingreso en la UCA
- En Unidad de Continuidad Asistencial:
• se seguirán los criterios de selección de pacientes contemplados en el Plan de Atención a Paciente Crónico Complejo.

- En Unidad de Cuidados Paliativos:
• pacientes en fase final de enfermedad (oncológica y no oncológica) en los que el control de síntomas en domicilio no es posible. Se incluyen pacientes "premortem" sin posibilidad de tratamiento, si la familia no acepta el traslado a su domicilio y el éxitos es previsible a corto plazo.
• necesidad de sedación en medio hospitalario.
• procedimientos invasivos, como paracentesis o toracocentesis evacuadotas, u otras técnicas con riesgo en domicilio.

- En Unidad de Descarga Quirúrgica:
• Se incluyen pacientes valorados por EVSS (enfermería de valoración sociosanitaria) tras intervención quirúrgica, con estabilidad del proceso quirúrgico y con necesidad de seguimiento por patología médica.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0945

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA LIDIA MEDRANO NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA
MENA GIMENO VIRGINIA
OLIVAR ORTEGA LORENA
SAMITIER SUBIAS MARIA JOSE
NASARRE GER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante la primera parte del proyecto se llevo acabo el desarrollo del protocolo de pruebas funcionales endocrinológicas en cual consta de un total de 15 pruebas de realización tanto intra-hospitalaria como de forma ambulatoria en hospital de día. Cada una de las pruebas o test consta de las siguientes partes: fundamento, procedimiento y material necesario, interpretación de resultados y posibles efectos secundarios.
La segunda parte de proyecto consistió en difundirlos a través de charlas entre los diferentes servicios de medicina interna y reuniones con personal de enfermería de hospital de día de Barbastro para la formación y el debate sobre logística y metodología para su realización.
Por última parte en el mes de octubre se inicio el uso del protocolo y su implementación a través de intranet y se inicio la recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El total de pruebas realizadas fueron 27 test de los cuales un 75% eran mujeres y un 25 % eran hombres. La pruebas más frecuentemente realizadas fueron el test de thyrogen en un 59% de los casos, realizado para tratamiento y seguimiento del carcinoma papilar de tiroides y 33% fueron test de ACT para descartar insuficiencia suprarrenal.
El resto de pruebas fueron estudios de crecimiento como test de propanolol-ejercicio y test de glucagon.
Se ha aportado información a todos los pacientes sobre la prueba a realizar y se ha firmado el consentimiento informado
Como reacciones adversas tras el tratamiento con Thyrogen se ha detectado hipertensión arterial transitoria en una paciente descartándose otras causas, no estando este efecto adverso registrado previamente, durante el test de glucagón el paciente presento nauseas siendo un efecto frecuente de este prodecimiento. En el resto de pruebas que se realizaron no ha habido incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha desarrollo el protocolo de pruebas funcionales endocrinológicas adecuadamente dentro de las fechas previstas y ya esta disponible en intranet para todo facultativos interesado en su realización.
Se han realizado sesiones formativas para la implantación del protocolo también dentro de las fechas estipuladas.
Se han detectado varios episodios de reacciones adversas, uno de ello no descrito previamente.
Se ha aportado información verbal y escrita a todos los pacientes a los que se ha realizado una prueba funcional.

7. OBSERVACIONES.
Como proyecto a largo plazo vamos a continuar recogiendo los datos sobre efectos secundarios a largo plazo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/945 ========== ***

Nº de registro: 0945

Título
ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Autores:
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA, MENA GIMENO VIRGINIA, OLIVAR ORTEGA LORENA, LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION, SAMITIER PUY MARIA JOSE, NASARRE GER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0945

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mayoría de las determinaciones hormonales en endocrinología presentan peculiaridades derivadas de su composición, de su patrón de secreción, de la interferencia que sobre éste tienen en otras patologías, mientras que otras son atribuibles a la diversidad de metodologías utilizadas para su determinación y que comportan en muchos casos una gran disparidad en los valores de referencia para una misma hormona.
Todo ello junto con la posibilidad de valorar algunos elementos de los ejes hormonales, ha hecho que durante mucho tiempo los endocrinólogos tuvieran que recurrir a la realización de pruebas dinámicas para explorar la causa de una patología determinada.
En la actualidad el número y la diversidad de estas pruebas ha disminuido por varias razones: mejora de los métodos de medición, acortamiento del tiempo de respuesta de los resultados, implementación de nuevas pruebas de imagen que han facilitado la localización del origen de la patología, puesta apunto de nuevas herramientas diagnósticas.
Sin embargo algunas de estas pruebas siguen siendo imprescindibles para el diagnóstico y seguimiento de algunas patologías y en este sentido se ha decidido hacer una puesta al día de las más utilizadas, con el fin de facilitar un protocolo, su interpretación e inconvenientes y contraindicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaboración y actualización de los protocolos de pruebas funcionales en endocrinología.
- Aumentar la seguridad y disminuir riesgo de complicaciones y efectos secundarios en pruebas funcionales endocrinológicas.
- Optimizar el uso de las pruebas funcionales.
- Mejorar la información al paciente sobre la prueba funcional que se va a realizar.

MÉTODO
Actualización y selección de pruebas funcionales que requieren su realización en la consulta diaria de endocrinología
Definición de indicaciones clave de las pruebas.
Elaboración de protocolo de cada una de las pruebas funcionales endocrinológicas.
Elaboración de consentimiento informado de nuevas pruebas funcionales.
Realización de reuniones informativas para el personal de enfermería del hospital de día donde se van a realizar cada una de las pruebas funcionales.

INDICADORES
- Elaboración y actualización de los protocolos de pruebas funcionales en endocrinología. ESTANDAR : Si
- Elaboración y mejora de los consentimiento informados de cada una de las pruebas funcionales y la información recibida por el pacientes. ESTANDAR: SI
- % De pacientes informados sobre la prueba funcional que se va a realizar: ESTANDAR > 80%
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/ total de profesionales por unidad : ESTANDAR > 80%
- Registro de reacciones adversas. ESTANDAR: SI

DURACIÓN
-Realización de protocolos de pruebas funcionales endocrinológicas que se adjuntan en anexo 1: mes de marzo 2018-Septiembre 2018.
- Realización de reuniones informativas a personal sanitario de Hospital de día durante mes de Septiembre 2018.
-Implantación y puesta en marcha de nuevos protocolos a partir de septiembre-Octubre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0945

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1000

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ PIÑERO ROSA
NASARRE GER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión informativa de Enfermería sobre dispositivos de ostomía
REvisión de pacientes en consulta de Enfermería y de Cirugía, fuera del horario de dichas consultas y de la que no hay registros.
Contactos periódicos con representantes de las distintas casas comerciales de productos de ostomía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creamos una dinámica de seguimiento de los pacientes ostomizados con consulta presencial y telefónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se precisa un horario fijo para poder atender a las demandas de los pacientes y también para poder apoyar en la formación de dichos pacientes durante el ingreso.
También se precisa una ubicación fija.

7. OBSERVACIONES.
Durante este año, vamos a participar en otro proyecto de mejora y vamos a dar un fuerte impulso a este proyecto del 2016.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1000 ========== ***

Nº de registro: 1000

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE, NASARRE GER ANA MARIA, RUIZ PIÑERO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades digestivas y urológicas,
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: esun compendio de varios de los enfoques anteriores:educación para la Salud, continuidad de cuidados, confidencialidad,mejora de la autonomía

PROBLEMA
En estos momentos en el sector de Barbastro no existe ninguna consulta establecida en la que pueda realizar un seguimiento a pacientes con una ostomía y sabemos que la atención del paciente ostomizado, tanto en su proceso de hospitalización como en su seguimiento posterior, requiere un tratamiento integral y personalizado que fomente su independencia en el manejo de la ostomía y mejore su calidad de vida.
Los pacientes son atendidos durante su ingreso por el personal de hospitalización. Debido a la carga de trabajo y a la ausencia de intimidad,la educación sanitaria de los pacientes se ven limitadas y
al ir a casa surgen dudas que no se saben resolver con muchas visitas a su CS con lo que aumentan las urgencias en el hospital.
Hay una persona formada en estomaterapia en el Hospital pero está trabajando a tiempo completo en otra actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir la estancia hospitalaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1000

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

-Reducir el nº de visitas al Servicio de Urgencias y consultas de AT. Primaria
-Enseñar adecuadamente el material de ostomias y su correcto uso reduciendo así el gasto sanitario.
-Reducir la morbilidad detectando precozmente las complicaciones y evitarlas.

MÉTODO
Implementar una consulta de Estomaterapia dentro del bloque de Consulta Externas del Hospital Barbastro con una enfermera con conocimientos en Estomaterapia a tiempo completo.
Debido al número de pacientes, esta actividad se iniciará con 1 día a la semana de consulta y se podrá ir incrementando según las necesidades.
Se habilitará una consulta con el material necesario para exploración(mesa escritorio, sillas, camilla, espejo), para gestión de la consulta (ordenador, teléfono con línea al exterior, agenda propia con códigos de captura...) con espacio para almacenaje, buena ventilación y si es posible con aseo dentro.
Se comunicará a Centros de Salud, Servicios de Cirugía y Urología,Urgencias, Admisión la apertura de la consulta.
Responsables Supervisora de CCEE y la enfermera de la consulta

INDICADORES
nº de pacientes con ca colorrectal ostomizados atendidos en cta estomaterapia
_____
nº de pacientes diagnosticados de ca colorrectal ostomizados

nº de complicaciones en pacientes atendidos
_____
nº pacientes atendidos en total

nº pacientes primera visita cta Estomaterapia
_____
nºpacientes nuevos diagnosticados

nº pacientes que reciben educación sanitaria en cta estomaterapia
_____
nº pacientes nuevos diagnosticados

nº consultas telefónicas resueltas en cta Estomaterapia
_____
nº total de consultas telefónicas

Mediante el registro informático de las atenciones, concretando con el Servicio de Admisión un código de captura de actividades propio como el resto de consultas.

DURACIÓN
- Enero 2017 :Exposición del proyecto a Dirección de Enfermería y Dirección Médica.
- Enero- Febrero 2017: habilitación de un espacio de consulta para consulta de Estomaterapia.
- Marzo 2017 :comunicación de la apertura de la consulta a centros de salud y resto de hospital.
- Marzo 2017: realización de folletos informativos.
- Abril- Mayo 2017: apertura de la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1329

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FIDELA SOFIA MORA ALINS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAU SAZATORNIL PILAR
FERNANDEZ GIL MARIA
SOPENA PUYUELO ROSA
LOPEZ REYES ELISA
BUETAS CARRUESCO PAZ
LAFUENTE MONZO BELEN
DIAZ PEREZ JOSEFA DE LOS REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ENERO. Se realiza una reunión de equipo el día 29/01/2018, con las siguientes conclusiones:
• Durante la Actividad Quirúrgica de tardes (Cirugía Local y Derma) el lavado del instrumental lo asume la Central.
• Utilizar Agua destilada para aclarar el material de Oftalmologia.
• Solicitar a la dirección que las sustituciones sean con personal que ya conozca el servicio.
• Plan de Formación, se considera primordial llegar a las 15h. de formación que establece el SGC.
• Se acuerda por unanimidad la creación de una rueda para la elección de las vacaciones.
ABRIL. Se realiza también una reunión el día 17/04/2018, conclusiones:
• Conclusiones de la reunión para la Revisión del Sistema de Calidad con la dirección.
• Posibilidad de reducir los tiempos de incubación de las esporas.
• Nos envían un nuevo formato para registrar las incidencias del material prestado de Trauma.
• Realizar cursos de formación para el personal.
• Se hizo un póster informativo que se expuso en las Jornadas de Calidad para comentar las mejoras conseguidas.
SEPTIEMBRE. Se realiza también una reunión el día 24/09/2018, conclusiones:
• Se va a proceder al cambio del sistema informático de trazabilidad a finales de Septiembre.
• Se comenta que la actividad quirúrgica de tardes comenzará el 01/10/18.
• NOVIEMBRE. Se realiza también una reunión el día 30/11/2018:
NOVIEMBRE. Se realiza también una reunión el día 30/11/2018, conclusiones:
• Se realiza una revisión del Informe de Auditoria Interna Octubre 2018.
• Cambio de coordinación de la enfermera de la central.
• El 3 de Diciembre se intentará poner en funcionamiento el programa de lavado.
• Comentamos problemas con las etiquetas que pegamos en las cajas, intentamos buscar nuevas soluciones.
• Se decide la importancia de conseguir una chapa indentificativa para los cestillos de la lavadora termodesinfectadora.

ABRIL. El día 24/04/18, la enfermera del Servicio se reúne con la Dirección del Centro y Supervisores.
Expone:
• Los Objetivos de Calidad relacionados con los procesos.
• Se han cumplido los objetivos que se esperaban.
• Respecto a las encuestas deberían implicarse más los supervisores.
• Se ha realizado y distribuido un poster por todos los servicios.
• Incidencias y no conformidades detectadas en las Auditorías Internas y Externas.
• Hemos asumido la limpieza del Fibroscopio de UCI una vez por semana y el Fibroscopio de Neumologia, siempre que no lo puedan asumir en el servicio de Endoscopias.

Los días 05/11/2018 y 03/12/2018, la Enfermera de la Central se reúne con el Servicio de Quirófano.
Expone:
• Con el nuevo programa de trazabilidad, las etiquetas salen de las autoclaves de vapor con la tinta un poco borrosa, iremos cambiando la ubicación hasta conseguir que salgan bien.
• La Auditoría Interna que se realizó el dia 30 de noviembre salió muy bien, aunque estamos a la espera del informe.
• Comenta el personal de Quirófano que el envoltorio de tyvek el tamaño grande sale defectuso.
• El material que nos envían usado de Quirófano tiene que subir desmontado y abierto, revisar sobre todo las puntas de bisturí.
• Mayor comunicación con el Servicio de Quirófano, y así poder optimizar recursos (lavavajillas, esterilizadores).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Se ha conseguido instalar el nuevo programa TRAZINS, para el registro informático del control de carga y descarga en la esterilización y el programa del lavado.
• Se inicia la colocación de placas con código de barras para las cajas, asi será más rápida la identificación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1329

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

- Adquisición de chapas para la identificación del instrumental en el lavavajillas
- Todo el personal fijo y contratado de la Central ha cumplido el objetivo de 15 horas.
- Contratación de una TCAE para la actividad quirúrgica de tardes.
- Adquisición de dos incubadoras para controles biológicos.
- Se han acortado los tiempos de la lavadora termodesinfectadora en 10 minutos.
- Se ha implicado la dirección en la rotación del personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este momento se dispone de un protocolo de Manual de Acogida donde se explica la distribución de la Central de Esterilización y las tareas a realizar en las distintas zonas.
Durante la realización el protocolo se han conseguido los objetivos planteados,
el 100% del personal nuevo ha recibido el manual de acogida con una buena implicación y el proyecto esta finalizado

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1329 ========== ***

Nº de registro: 1329

Título
ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

Autores:
MORA ALINS FIDELA SOFIA, LANAU SAZATORNIL PILAR, FERNANDEZ GIL MARIA, SOPENA PUYUELO ROSA, LOPEZ REYES ELISA, BUETAS CARRUESCO PAZ, LAFUENTE MONZO BELEN, DIAZ PEREZ JOSEFA DE LOS REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patologia, contrato programa.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Central de Esterilización es un servicio muy específico, en el que se precisa de personal adiestrado para mantener la calidad y seguridad en el trabajo, situación que nos exige además la norma ISO-9001. Por este motivo pensamos que es necesario la creación de un Manual de Acogida para el personal de nueva incorporación, en el que se detalle la distribución de las tareas de los diferentes procesos que se llevan a cabo en el servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad del trabajo realizado
Disminuir la rotación del personal inexperto en el servicio.
Utilizar los recursos de forma eficiente.
Garantizar la seguridad del paciente.
Disminuir la variabilidad en el trabajo.
Mantener la Certificacion ISO.

MÉTODO
Elaboración del Manual de Acogida
Elaborar un cronograma de tareas.
Elaboración de guías de Actuación de todos los procesos realizados.
Sesiones formativas para el personal
Diseño encuesta de satisfaccion.
Analisis de resultados y puesta en marcha de acciones de mejora.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1329

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

INDICADORES
Elaboración de Manual SI/NO
Elaboración de Guías SI/NO un cronograma de tareas
Nº personal nuevo en la Central
Nº de personas formadas/ Nº de total incorporadas
Indice satisfaccion del personal nuevo.

DURACIÓN
Documento elaborado y colgado en la intranet. Oct 18
Sesiones formativas. Oct-18 a Enero-19
Satisfacción de los profesionales mediante encuesta. Febrero 18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION,CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA PUYAL MELE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUR BARRABES DIANA
CABRERO LASIERRA JAVIER
ALONSO AYERBE LAURA
PESQUER VILAS ISABEL
GACON JUAN
PEYRET FERRER INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-UNIFICACION DE CRITERIOS EN CUANTO AL ALMACENAMIENTO
-COMPRA DEL ARMARIO ADECUADO A NORMATIVA
-ACTUALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS REFERENTES A PLANIFICACION CONTROL Y REGISTRO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-UNIFICACION DE CRITERIOS EN CUANTO AL ALMACENAMIENTO
-COMPRA DEL ARMARIO ADECUADO A NORMATIVA
-ACTUALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS REFERENTES A PLANIFICACION CONTROL Y REGISTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-PENDIENTE LA COLOCACION DE LOS ARMARIOS EN TODOS LOS SERVICIOS DONDE VAN DESTINADOS
-PENDIENTE LA UNIFICACION DE TODOS LOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES QUE DEBEN DE CONTENER

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/503 ========== ***

Nº de registro: 0503

Título
FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PUYAL MELE ANA MARIA, MUR BARRABES DIANA, CABRERO LASIERRA FRANCISCO JAVIER, NADAL ABADIAS NATALIA, ALONSO AYERBE LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del proyecto es todo paciente ingresado en el Hospital de Barbastro
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cambios legislativos regulados por el Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre y la Orden PRE/2436/2013, de 26 de diciembre han conllevado una modificación en el manejo de los fármacos psicotrópos que lo equipara al llevado a cabo en el resto de terapéutica medicamentosa. Es por ello, que dichas modificaciones se han extendido a las diferentes unidades hospitalarias de nuestro centro, por lo que brinda la oportunidad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION,CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

unificar su almacenaje de manera independiente de la unidad que se trate, aunando esfuerzos por homogeneizar el estocaje medicamentoso de dichos fármacos, reportando facilitar la labor enfermera en su manejo y seguridad. La mentada oportunidad de mejora es susceptible de extensión a los fármacos estupefacientes, ampliando los beneficios de su aplicación también a éstos. Dada la naturaleza de ambos grupos farmacológicos y su control mediante la pertinente legislación, es importante incidir sobre el proceder en su dispensación, control y registro, actualizando los procedimientos en nuestro centro hospitalario y aumentando la cultura de seguridad en el manejo enfermero de los fármacos implicados.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es la homogeneización en el almacenaje de los fármacos psicotrópos y estupefacientes en las diferentes unidades de hospitalización del Hospital de Barbastro, así como la actualización de los procedimientos en la dispensación, control y registro de éstos, implicando de manera inherente un aumento de la simplicidad y seguridad en el manejo de éstos en las diferentes Unidades del Hospital de Barbastro.

MÉTODO
El Proyecto parte de la base ya asentada por el equipo del Servicio de Farmacia, quienes informaron pertinentemente de la modificación legislativa y sus implicaciones a las diferentes Unidades en Junio de 2016.
Partiendo de dicha base:
* Se unificará el modo de almacenaje de los fármacos psicotrópos y los estupefacientes según criterios consensuados por el propio Servicio de Farmacia y por los supervisores de las Unidades de hospitalización de nuestro centro
* Se actualizarán los procedimientos referentes a la dispensación, control y registro de los fármacos psicotrópos y estupefacientes, incluyendo éstos en la Intranet de nuestro Sector, facilitando el conocimiento y el adecuado manejo de éstos por el personal sanitario

INDICADORES
Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos psicotrópos
Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos estupefacientes
Porcentaje de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de fármacos estupefacientes y psicotrópos actualizados y registrados en la Intranet del Sector Barbastro

DURACIÓN
OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2016. Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Farmacia para lluvia de ideas de almacenaje de psicótropos y estupefacientes. Chequeo de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de psicotrópos y estupefacientes para consensuar actualización de éstos.
OCTUBRE 2016-ENERO 2017
* Elección de una Unidad para pilotar la aplicación del proyecto
* Dotación del material necesario para el almacenaje de los psicótropos y los estupefacientes
* Pilotaje del almacenaje y manejo de psicótropos y estupefacientes
MARZO DE 2017.
*Evaluación del funcionamiento del pilotaje y ajuste si procede
* Incluir la actualización de los procedimientos en la Intranet del Sector de Barbastro
MAYO 2017 Puesta en marcha del Proyecto en el resto de Unidades y monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0853

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PAULA GOMEZ RIVAS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTOS MORELL CRISTINA
LALANA GARCES MARTA
FLORIAN GERICO JESUS
HARB SAID YAMAL
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
HERNANDEZ GARCIA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realizó una revisión bibliográfica de las guías publicadas en relación a la profilaxis de la reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes con terapias inmunosupresoras.
- Los documentos revisados fueron los siguientes:
o Castellano G, Manzano M.L. Tratamiento y profilaxis de la hepatitis B en pacientes inmunosuprimidos. Gastroenterol Hepatol. 2012; 35 (Espec Congr1):1-19
o Buti M, García-Samaniego J, Prieto M, Rodríguez M, Sánchez-Tapias J.M, Suárez E, Esteban R. Documento de consenso de la AEEH sobre el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis B (2012). Gastroenterol Hepatol. 2012;35(7):512-528
o Papatheodoridis G, Buti M, Cornberg M, Janssen H, Mutimer D, Pol S, Raimondo G. Guía de práctica clínica de la EASL: Tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis B. Journal of Hepatology 2012;57:167-185
o Lampertico P, Agarwal K, Berg T, Buti M, Janssen H, Papatheodoridis G, ZoulimF, Tacke F. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection.
o Reactivación de la hepatitis B secundaria a tratamiento inmunosupresor. Agencia Española del Medicamento. [ultimo acceso 2 septiembre 2016]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2014/NI-MUH_FV_11-2014-inmunosupresores.htm
o Riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes tratados con imatinib, dasatinib, nilotinib, bosutinib y ponatinib (medicamentos inhibidores de la tirosin quinasa bcr-abl). Agencia Española del Medicamento. [ultimo acceso 15 de septiembre 2016]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2016/NI-MUH_FV_08-hepatitis-B.htm
o Loomba R, Liang TJ. Hepatitis B reactivation associated with immune suppressive and biological modifier therapies: current concepts, management strategies and future directions. Gastroenterology. 2017

- Se identificaron los pacientes que habían iniciado tratamiento inmunosupresor en el periodo de septiembre de 2015 a septiembre de 2017, a través del sistema informático de gestión de Farmacia Hospitalaria (Dominion Farmatools®).
- Se identificaron todos los pacientes a los que se solicitó una serología de hepatitis B entre enero de 2015 y septiembre de 2017, a través del sistema informático de gestión del laboratorio (Modulab®)
- Se cruzaron los datos obtenidos para identificar aquellos pacientes que a los que no les realizó cribado de riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B.
- Tras la obtención de los resultados se mantuvieron reuniones con los servicios implicados y se consensuó un protocolo de actuación previo al inicio de la terapia inmunosupresora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha consensuado un protocolo de cribado, seguimiento y profilaxis de los pacientes en riesgo de reactivación de hepatitis B por terapia inmunosupresora.
Los servicios prescriptores de terapias inmunosupresoras valoran la aplicación del cribado en sus pacientes en función de la enfermedad de base y tipo de terapia inmunosupresora. Una vez realizada la serología en los pacientes seleccionados, el Servicio de Análisis Clínicos alerta de los posibles casos de riesgo y el médico prescriptor lo deriva al Servicio de Digestivo mediante un formulario de valoración. Así mismo en el Servicio de Farmacia se comprueba el estado serológico del paciente previo al inicio de la terapia inmunosupesora para corroborar la aplicación de las recomendaciones consensuadas en los pacientes seleccionados.

Cálculo de indicadores propuestos:
- Consenso de protocolo de cribado: SI
- Implantación de protocolo de cribado: SI
- Nº de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor en los que se realiza cribado/total de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor= 108/280
- Nº de pacientes en los que se siguen las recomendaciones de actuación/ total de pacientes cribados = 100/108
- Nº de pacientes con reactivación del VHB/ total de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor = 0

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0853

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo multidisciplinar en este equipo de mejora ha posibilitado la implantación de un protocolo de cribado para minimizar el riesgo de reactivación de hepatitis B en atención especializada en nuestro sector.
La coordinación entre los distintos servicios implicados es clave para alcanzar los mejores resultados posibles en nuestros pacientes.
Dada la cantidad de servicios y profesionales implicados, que prescriben terapias inmunosupresoras, son necesarios algunos meses más de aplicación del protocolo para alcanzar el cribado en el 100% de los pacientes en riesgo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/853 ========== ***

Nº de registro: 0853

Título
ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

Autores:
GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, CALDERERO ARAGON VERONICA, FLORIAN GERICO JESUS, HARB SAID YAMAL, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, LALANA GARCES MARTA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde hace décadas es conocido el riesgo de reactivación de la hepatitis B en pacientes que inician un tratamiento inmunosupresor. Las consecuencias de esta complicación pueden ser muy graves. En los últimos 15 años, con la aparición de nuevos tratamientos inmunosupresores y biológicos ha habido un aumento en el número de casos comunicados en la literatura científica. En el año 2014 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota informativa acerca de la “Reactivación de la hepatitis B secundaria a tratamiento inmunosupresor” alertando sobre el riesgo que supone la reactivación de este virus cuando se realiza un tratamiento con medicamentos inmunosupresores (quimioterapia tradicional, anticuerpos monoclonales, anti-TNF y corticoides). Este año 2016 se ha emitido una nueva nota sobre los inhibidores de la tirosin-kinasa.
Actualmente en el Hospital de Barbastro no hay ningún protocolo consensuado e implantado sobre el manejo del riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes que van a iniciar un tratamiento inmunosupresor.

RESULTADOS ESPERADOS
- Estimar cuántos pacientes han estado en riesgo de reactivación de la hepatitis B por un tratamiento inmunosupresor en el último año.
- Consensuar un protocolo de cribado de pacientes en riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes que van a iniciar terapia inmunosupresora
- Establecer las recomendaciones de actuación en las distintas situaciones serológicas de los pacientes en riesgo
- Implementar un protocolo de cribado y de recomendaciones de actuación

MÉTODO
Se realizará una revisión bibliográfica de las evidencias disponibles en cuanto al cribado y las recomendaciones de manejo de los pacientes en riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B por terapias inmunosupresoras.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0853

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

Se realizará un estudio de los pacientes que han iniciado terapia inmunosupresora en el último año así como su estado serológico frente a hepatitis B.
Se realizará una reunión con los servicios que más comúnmente prescriben terapias inmunosupresoras (oncología, hematología, reumatología, digestivo, dermatología) así como con laboratorio y medicina preventiva.
Se consensuará e implementará el protocolo de cribado y actuación.

INDICADORES
- Consenso de protocolo de cribado y actuación: SI/NO
- Implantación de protocolo de cribado y actuación: SI/NO

Una vez implantado el protocolo de cribado y actuación se calcularán los siguientes indicadores:
- Nº de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor en los que se realiza cribado/ total pacientes que inician tratamiento inmunosupresor
- Nº de pacientes en los que se siguen las recomendaciones de actuación/ total de pacientes cribados
- Nº de pacientes reactivación del virus de la hepatitis B/ total de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor

DURACIÓN
- Primer trimestre: Revisión bibliográfica y envío a todos los profesionales implicados. Estudio inicio de tratamientos y serologías.
- Segundo semestre: reunión y consenso del protocolo
- Tercer trimestre: implantación del protocolo
- Cuarto trimestre: seguimiento de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN FRANCISCO GASTON AÑAÑOS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVERA BARDAJI ROSARIO
LISA MORCILLO CARMEN
NAVARRO BOMETON PILAR
ABADIA VILLACAMPA AVELINA
GUTIERREZ MAICAS ANA MARIA
FARO ESCUDER DORIS
ORTEGA DOMPER OLIVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el primer trimestre: Selección y distribución de capítulos.
Se han seleccionado las actividades y funciones más importantes del personal auxiliar y técnico:

- Gestión de almacén, pedidos, entradas, devoluciones, control de lotes y caducidades.
- Dispensación por unidosis, por stock en planta, estupefacientes, PRNs, armarios dispensadores, dispensación a otros centros del SALUD.
- Dispensación a pacientes externos.
- Elaboración y dispensación de fórmulas y preparados no estériles. Area de laboratorio.
- Elaboración y dispensación de citostáticos y otras fórmulas estériles. Area de campanas.
- Información de medicamentos, consultas, catálogos, boletines, guías, notas informativas.

En el segundo y tercer trimestre: Elaboración de los capítulos para las distintas actividades, incluyendo los conceptos clave para el desarrollo de las mismas.

Se han elaborado los siguientes capítulos:

INTRODUCCIÓN
ASPECTOS LEGALES
DOCUMENTOS BÁSICOS DEL SFH: PNTs
GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (GFT)

1. EL ALMACÉN DE FARMACIA
ENTRADAS DE MEDICAMENTOS A FARMACIA:
- Recepción de pedidos de proveedores
- Recepción de colirios de sueros autólogos del Banco de Sangre
- Recepción de pedidos del almacén Novaltia y oficinas de farmacia
- Recepción de préstamos y devoluciones de otros hospitales

SALIDAS DE MEDICAMENTOS DE FARMACIA:
- Devoluciones a proveedor
- Préstamos y devoluciones a otros hospitales

CONTROLES DE LOTES, CADUCIDADES E INVENTARIOS:
- Reetiquetado de medicamentos en dosis unitarias
- Reenvasado de medicamentos en dosis unitaria
- Control de caducidades
- Recuentos de inventario

2. DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A HOSPITALIZACIÓN
- Dispensación en unidosis: carros
- Dispensación en unidosis: fueras de turno
- Dispensación de pedidos a plantas y consultas del Hospital de Barbastro
- Dispensación de sueros
- Dispensación de pedidos a otros centros del SALUD
- Reposición de Pyxis
- Reposición de Unidosis y Kardex
- Dispensación en unidosis: PRNs
- Dispensación de estupefacientes

3. DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS

4. ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE FÓRMULAS Y PREPARADOS NO ESTÉRILES. AREA DE FARMACOTECNIA

5. ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS FÓRMULAS ESTÉRILES. AREA DE CAMPANAS
- Dispensación de nutriciones parenterales mezcladas para UCI (campana)
- Dispensación de citostáticos y otros medicamentos biopeligrosos (campana)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

6. INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS, CONSULTAS, CATÁLOGOS, BOLETINES, GUÍAS, NOTAS INFORMATIVAS
- Vademecum, Medimecum, Catálogo de Especialidades
- Guía de Administración Parenteral de Medicamentos
- Protocolos de Intercambio Terapéutico
- Libro de comunicación para cambios de turno
- Libro de comunicación de stocks bajo mínimo
- BOT PLUS

ANEXOS
- Listado de medicamentos por principio activo
- Listado de medicamentos por nombre comercial
- Listado de recolección de medicamentos de PYXIS por principio activo
- Listado de recolección de medicamentos de PYXIS por nombre comercial
- Listado de equivalencias de medicamentos
- Dosis, unidades de medida, volúmenes, concentración
- Especialidades farmacéuticas inyectables no diarias
- Guía ilustrada para la identificación de sueros
- Guía de Antídotos para el manejo de intoxicaciones
- Guía de insulinas comercializadas

En el cuarto trimestre: Edición y maquetación del manual para impresión.
Se ha realizado el diseño y maquetación del manual siguiendo en parte el formato de los procedimientos normalizados de trabajo, pero primando los aspectos prácticos y referenciando los aspectos más técnicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro cuenta con personal auxiliar y técnico de farmacia de apoyo al personal farmacéutico especialista en las labores propias de la Farmacia Hospitalaria, que requieren para su buen desarrollo el dominio de un conjunto de conocimientos y habilidades prácticas.

El objetivo del manual es recopilar y organizar un material de soporte a las decisiones del personal en las distintas tareas que se desarrollan.

Se ha elaborado el manual para auxiliares y técnicos en farmacia hospitalaria.

Se ha realizado la impresión del manual.

El manual está disponible en el area de dispensación del Servicio de Farmacia, que es la zona más céntrica y mejor comunicada y más accesible para el personal auxiliar y técnico en farmacia hospitalaria.

Además de haberse difundido entre el personal técnico y auxiliar del servicio de farmacia, el manual formará parte del material de inicio para el nuevo personal que se incorpore.

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:

- Nº de capítulos elaborados 43
- Edición del manual impreso: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El simple hecho de la puesta en marcha del proyecto ha significado un estímulo para todos los componentes del grupo de mejora.

En primer lugar, el grupo ha identificado las múltiples líneas de trabajo que en el transcurso de los últimos años la Farmacia Hospitalaria ha incorporado a su actividad profesional, y que han formado parte de la reflexión del personal más veterano en el servicio, que ha ido viendo cómo se iban incorporando paulatinamente al día a día.

El trabajo en el proyecto también ha evidenciado la especialización que ha ido surgiendo, y que claramente ha desmarcado la actividad que desarrolla el personal auxiliar en el Servicio de Farmacia de la de otros servicios del hospital, y que implica una capacitación que la nueva titulación de técnico en farmacia viene a corroborar.

Con el desarrollo de este manual, el personal auxiliar y técnico se ha hecho más consciente de la necesidad de una adecuada capacitación y asunción de responsabilidades por su parte ante el papel referente del Servicio de Farmacia en áreas terapéuticas complejas como son el cáncer, patologías infecciosas como el VIH o la hepatitis C, las enfermedades neurodegenerativas, autoinmunes, enfermedades raras y otras de elevado impacto sanitario y/o económico.

También, en todo lo relacionado con el uso seguro de los medicamentos, el personal auxiliar y técnico de farmacia debe desarrollar en todo momento actividades de apoyo al farmacéutico hospitalario para garantizar los resultados adecuados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

La elaboración y edición del manual de consulta para el personal técnico y auxiliar de farmacia puede aumentar la calidad y seguridad en el desarrollo de sus funciones.

El manual queda abierto para su actualización continua, siguiendo la evolución del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro y de la Farmacia Hospitalaria en general.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/923 ========== ***

Nº de registro: 0923

Título
ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

Autores:
GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, OLIVERA BARDAJI ROSARIO, LISA MORCILLO CARMEN, NAVARRO BOMETON PILAR, ABADIA VILLACAMPA AVELINA, GUTIERREZ MAICAS ANA, FARO ESCUDER DORIS, ORTEGA DOMPER OLIVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología hospitalaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el transcurso de los últimos años la farmacia hospitalaria ha experimentado una gran evolución. Los Servicios de Farmacia Hospitalaria actualmente desempeñan funciones de alta especialización y capacitación, siendo el farmacéutico de hospital referente en todo lo relacionado con los medicamentos, la seguridad y la investigación, y una figura clave en muchas áreas terapéuticas complejas como son el cáncer, la patología infecciosa, las enfermedades neurodegenerativas, artropatías, enfermedades raras y otras de elevado impacto sanitario y/o económico. En esta situación es clave que el personal auxiliar y técnico de farmacia desarrolle en todo momento actividades de apoyo al farmacéutico hospitalario para garantizar un adecuado funcionamiento del servicio. Debido a la creciente complejidad de los tratamientos almacenados, dispensados y elaborados en los Servicios de Farmacia, es imprescindible una adecuada capacitación y asunción de responsabilidades por parte del personal auxiliar y técnico. La elaboración y edición de un manual de consulta para el personal técnico y auxiliar de farmacia hospitalaria puede aumentar la calidad y seguridad en el desarrollo de sus funciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un manual para auxiliares y técnicos en farmacia hospitalaria
Edición impresa del citado manual
Difundir el manual entre el personal del servicio de farmacia hospitalaria

MÉTODO
Se seleccionarán las actividades y funciones más importantes del personal auxiliar y técnico, así como conceptos clave para el desarrollo de las mismas.
Se elaborará un capítulo para cada actividad y/o función por el farmacéutico del servicio de farmacia hospitalaria.
Se realizará el diseño y maquetación del manual.
Se difundirá entre el personal técnico y auxiliar del servicio de farmacia, y formará parte del material de inicio para el nuevo personal que se incorpore.

INDICADORES
Nº de capítulos elaborados
Edición del manual impreso: SI/NO

DURACIÓN
Primer trimestre: Selección y distribución de capítulos
Segundo semestre: Elaboración de los capítulos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

Tercer trimestre: Elaboración de los capítulos
Cuarto trimestre: Edición y maquetación del manual para impresión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA BUSTOS MORELL
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO
SICART LONCAN SILVIA
BUERA AGRAZ JAIME
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
GOMEZ RIVAS PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En este momento se ha realizado una reunión presencial con todo el equipo para explicar el proyecto y varias reuniones entre miembros del equipo. Se han elaborado los manuales de prescripción para el personal médico y manual de administración para personal de enfermería. En colaboración con enfermería se han configurado e introducido en el programa una lista de cuidados de enfermería predefinida con un total de 53 cuidados. Así mismo se han actualizado los manuales para el personal de farmacia encargado de la carga de carros de unidosis. También se ha realizado la parametrización del carro de medicina interna y de las camas correspondientes. Finalmente se han revisado también 836 fichas de medicamentos lo que supone un 56% de los medicamentos disponibles para la prescripción. Durante la revisión se han comprobado y definido las dosis y vías habituales y la parametrización de sus características.
Debido a la adquisición del aplicativo web para la prescripción electrónica (Prescriptools®) por parte de Servicios Centrales y a su inminente implantación, se ha decidido retrasar la implementación hasta disponer de este nuevo software. De esta manera pretendemos implantar el software y circuito definitivo en nuestro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado todo el trabajo necesario previo a la implantación y se han creado las instrucciones y protocolos para la elaboración de los carros en el Servicio de Farmacia. El impacto del proyecto en el momento actual ha recaído fundamentalmente en el Servicio de Farmacia mediante la estandarización de procesos clave. En cuanto a los indicadores:
- numero de reuniones presenciales: 4
- numero de instrucciones de trabajo creadas: 5
- número de usuarios introducidos en el sistema: 37

El resto de indicadores se calcularán en el momento de la implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La llegada de la nueva plataforma de prescripción ha retrasado la conclusión del proyecto, no obstante, se ha producido una concienciación y predisposición del personal médico y de enfermería respecto a éste. En las distintas reuniones se ha perfilado cuál será el circuito de trabajo una vez se implante la prescripción electrónica y las necesidades/expectativas de cada uno de los grupos de trabajo. En el momento en el que el nuevo software esté disponible se realizará la implantación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/934 ========== ***

Nº de registro: 0934

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
BUSTOS MORELL CRISTINA, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, PUYUELO BLECUA CARMEN, RUIZ MONTES FRANCISCO, BUERA ARGAZ JAIME, MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR, MOLINER MARCEN IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro Tipo Patología: pacientes ingresados en servicio de Medicina Interna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Tras la publicación del informe “To err is human” en 1999, muchos países e instituciones han trabajado para reducir y eliminar los errores de medicación (EM). Diferentes estudios muestran que hasta un 56% de los EM se producen en el momento de la prescripción, el 34 % en la administración, un 6 % en la trascripción y un 4% en la dispensación. Los errores de prescripción son mayoritarios y pueden deberse a diferentes factores como: problemas de prescripción (ambigüedad, pautas incompletas, escritura ilegible, abreviaturas…), errores en el registro de una orden verbal o telefónica, fallos en la identificación de pacientes etc. Además también son importantes los errores derivados del proceso de trascripción, tanto por parte del servicio de farmacia (SF) como por enfermería, lo que genera dos registros diferentes a partir de una orden médica inicial.
La introducción de la prescripción electrónica asistida (PEA) permite una reducción significativa de los EM, en torno al 65%. Esta reducción se deriva de la estandarización en las órdenes médicas, con campos completos y letra legible. También de la existencia de un registro único y actualizado para todo el personal implicado en el proceso. Sin embargo gran parte de la reducción de los EM se debe a que la PEA es un apoyo para el médico prescriptor, debido a que en fases iniciales permite avisos por alergias, duplicidades y ofrece información sobre las dosis por defecto, y en fases avanzadas pueden ofrecer herramientas más complejas al prescriptor (ajustes por IR, interacciones, protocolos farmacoterapéuticos, selección de fármacos de uso restringido etc).
En España, el Ministerio de Sanidad recoge dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020 la PEA como una de sus líneas estratégicas en el uso seguro de los medicamentos. El informe sobre la situación de los SF en España publicado por la SEFH con datos de 2015 refleja que 3 de cada 4 hospitales disponen de PEA para pacientes ingresados.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir los EM en el proceso farmacoterapéutico en el paciente ingresado.
- Facilitar la labor del personal implicado
- Aumentar la calidad y seguridad en la asistencia
- Mejorar y agilizar la comunicación entre profesionales sanitarios y aumentar la información sobre datos relevantes (alergías, duplicidades, etc…)

MÉTODO
Se realizarán sesiones formativas con el personal implicado para el manejo del software de PEA (Farmatools®).
Se redactarán instrucciones de trabajo como apoyo a los usuarios.
Durante la puesta en marcha un farmacéutico estará disponible en la unidad de medicina interna (MI) para resolver las posibles dudas y consultas.
Antes y después del proceso se realizará una encuesta tanto al personal de enfermería como a los facultativos implicados para conocer sus expectativas y su satisfacción con el proceso.
La experiencia obtenida con la unidad de MI se trasladará en fases sucesivas al resto de unidades de hospitalización del centro de manera que a finales de 2017 todas las unidades de hospitalización excepto UCI y urgencias dispongan de PEA.

INDICADORES
o Nº de reuniones presenciales
o Nº de sesiones formativas realizadas
o Nº de usuarios médicos formados
o Nº de enfermeras formadas
o Nº de usuarios creados en el programa
o Nº de consultas telefónicas al SF tras la formación
o Nº de médicos formados ajenos a la unidad de MI
o Tiempo de resolución de las consultas telefónicas al SF
o Nº de horas que se precisa un farmacéutico en la planta tras la formación
o Nº de instrucciones de trabajo creadas
o Grado de satisfacción del personal médico
o Grado de satisfacción del personal de enfermería

DURACIÓN
Las fechas son orientativas
- Reunión grupo de mejora: presentación del proyecto, calendario y fases 03/11/2016
- Reunión con médicos y enfermeros de MI: conocer circuitos de prescripción y organización del trabajo. Entrega de encuesta. 10/11/2016 y 17/11/2016
- Parametrización de carro y camas. Reunión con personal de SF y propuesta de nuevos circuitos 10/01/2017-19/01/2017
- Creación de instrucciones de trabajo (IT) 26/01/2017-16/02/2017
- Reunión equipo de mejora para revisión de IT, resultados de encuesta y calendario definitivo de sesiones formativas en MI 23/02/2017
- Puesta a punto de equipos informáticos, creación de usuarios en el programa e instalación del software 20/02/2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Sesión formativa médicos 28/02/2017
- Sesión formativa enfermeras 28/02/2017
- Sesión formativa personal de SF 27/02/2017
- Inicio de la PEA en MI 01/03/2017
- Entrega de encuesta de satisfacción 27/03/2017
- Recogida de encuesta de satisfacción 27/04/2017
- Análisis de resultados de la encuesta 03/05/2017
- Reunión con el grupo de mejora para valorar la implantación y los resultados de la encuesta 11/05/2017
- Análisis de indicadores y memoria final del proyecto de mejora 15/05/2017
- Presentación de los resultados del proyecto al grupo de mejora 15/06/2017

OBSERVACIONES
Será necesario disponer de recursos informáticos (impresoras y ordenadores) para desarrollar el proyecto

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA BUSTOS MORELL
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO
GOMEZ RIVAS PAULA
SICART LONCAN SILVIA
RUIZ MONTES FRANCISCO
BUERA AGRAZ JAIME
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
CASTELLAR OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Julio de 2018 se nos presentó el nuevo software PresSalud® desde Servicios Centrales del SALUD. Desde ese momento comenzó a validarse la versión desde el Servicio de Farmacia, habiéndose reportado un total de 83 incidencias, de las cuales se han resuelto 25 y quedan pendientes 58, que esperemos, se solucionen en versiones posteriores. Estas incidencias se han comunicado por correo electrónico o mediante reuniones telefónicas con Servicios Centrales.
El lunes 19 de Noviembre de 2018 se comenzó con la implantación en la planta de Medicina Interna (control enfermería 5 Izquierda). El jueves y viernes de la semana previa al comienzo, se realizaron 6 sesiones de formación para médicos, y 4 sesiones de formación para enfermería. También se han realizado 2 sesiones formativas con el personal técnico de farmacia, y una reunión previa con las supervisoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:
- Numero de reuniones presenciales:
o Reuniones telefónicas Farmacia con SSCC: 16
o Reuniones presenciales con enfermería (supervisora): 10
o Reuniones presenciales con medicina (jefe servicio): 3
- Numero de instrucciones de trabajo creadas:
o Manual de administración de enfermería (vers 1.3) + instrucciones impresión hojas de administración
o Manual de prescripción para médicos (vers 1.3)
o Presentación para el personal de farmacia
o Instrucciones para alta de usuarios en el programa (vers 1.1)
o Instrucciones para las “bolsas” de turno de tarde (vers 1.1)
o Documentos de apoyo para el S Farmacia (3 documentos)
- Nº de sesiones formativas realizadas
o Medicina 6
o Enfermería 4
o Farmacia (técnicos) 2
- Nº de usuarios médicos formados: 23
- Nº de enfermeras formadas: 31
- Nº de usuarios creados en el programa: 91 médicos 40 enfermeras
- Nº de consultas telefónicas al SF tras la formación: 87
- Nº de médicos formados ajenos a la unidad de MI: 14
- Tiempo de resolución de las consultas telefónicas al SF: 20 min (tiempo de resolución máximo)
- Nº de horas que se precisa un farmacéutico en la planta tras la formación: 176 horas (aproximadamente)

El grado de satisfacción de los usuarios con el programa será evaluado mediante la encuesta posterior a la implantación, y sus resultados serán comunicados en las próximas jornadas de calidad, ya que a fecha de cierre de esta memoria no se han recibido las encuestas post-implantación.
- Grado de satisfacción del personal médico
- Grado de satisfacción del personal de enfermería

En resumen, se ha conseguido implantar la prescripción y administración electrónica de medicamentos en el 100% de las camas de la unidad de Medicina Interna (control de enfermería 5º Izquierda) de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el momento de la implantación, este control de enfermería prescribe con la aplicación electrónica y administra con firma electrónica los medicamentos de los pacientes ingresados.
Respecto al proceso de implantación, hemos aprendido que es mejor no realizarlo en lunes, para que puedan revisarse y actualizarse las órdenes médicas e incluir los cuidados de enfermería el día previo. Además hemos solicitado al Servicio de Informática la creación de un entorno de pruebas para que los usuarios puedan formarse de manera práctica y no sólo con sesiones teóricas, lo que consideramos será más beneficioso para los prescriptores, ya que es una parte de bastante complejidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro de los elementos que ha ocupado y sigue ocupando parte de la actividad del Servicio de Farmacia es la adecuación de las prescripciones médicas a los horarios de administración de enfermería, debido a que el programa informático solo permite que el médico y el farmacéutico modifiquen las horas de prescripción/administración, y sin embargo las enfermeras deben administrar dentro de los turnos establecidos. El registro y visualización de los cuidados de enfermería en la aplicación también está representando un reto del que (desde Farmacia) no habíamos sido conscientes.
En relación al aplicativo Pressalud, desde nuestra experiencia consideramos que aún queda un amplio margen de mejora para que se adapte a la práctica clínica habitual, por ello mantenemos la colaboración estrecha con Servicios Centrales para reportar las incidencias y posibles mejoras del programa informático.
Por otra parte ha sido necesario aumentar el número de equipos informáticos en el control de medicina interna, ya que tanto médicos como enfermeras deben utilizarlos, y en las tablets la aplicación no funciona con la velocidad suficiente. Es decir, la dotación de equipos informáticos y la velocidad de las aplicaciones en ellos es un elemento clave para la implantación de las herramientas electrónicas. También ha resultado clave la disponibilidad de espacio en el control, ya que aún no se han realizado en él las obras de mejora, y el espacio resulta angosto en muchos de los momentos de la jornada.
Con el Servicio de Informática hemos trabajado activamente durante todo el proceso y en los momentos de incidencia. en este sentido hubo que delegar en informática la creación y activación de usuarios, ya que el Servicio de Farmacia no dispone de un farmacéutico presencial en todos los días del año. La incorporación de personal eventual de enfermería durante festivos para cubrir bajas supone un gran reto, ya que para la administración electrónica deben disponer de una clave que ha de ser personal e intransferible. También hemos detectado con el Servicio de Informática y Servicios Centrales varias incidencias en la aplicación del censo de pacientes (incepo), y en este momento se está trabajando en su resolución, puesto que resulta un elemento clave para la prescripción.
Otro de los retos que se nos plantean actualmente es la creación de planes de contingencia para posibles eventualidades en el funcionamiento de los equipos informáticos.
En referencia a las posibilidades de replicación hemos detectado que es necesario implantar previamente la prescripción electrónica en el Servicio de Urgencias, ya que al no ser así el único internista de guardia del centro debe introducir los ingresos en el programa, lo que se añade al resto de tareas que realiza en la guardia produciendo una sobrecarga de trabajo. Por ello en el momento actual se ha decidido que la siguiente unidad que comenzará a prescribir electrónicamente sea el Servicio de Urgencias (cuando haya terminado la epidemia de gripe comenzaremos a trabajar para su implantación). Después, se realizará la expansión del proyecto al resto de plantas de hospitalización.
Finalmente consideramos que la comunicación entre profesionales, tanto en el proceso de implantación como en el desarrollo y continuación del procedimiento, es un elemento clave que hay que reforzar y mantener.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/934 ========== ***

Nº de registro: 0934

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
BUSTOS MORELL CRISTINA, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, PUYUELO BLECUA CARMEN, RUIZ MONTES FRANCISCO, BUERA ARGAZ JAIME, MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR, MOLINER MARCEN IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes ingresados en servicio de Medicina Interna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Tras la publicación del informe “To err is human” en 1999, muchos países e instituciones han trabajado para reducir y eliminar los errores de medicación (EM). Diferentes estudios muestran que hasta un 56% de los EM se producen en el momento de la prescripción, el 34 % en la administración, un 6 % en la trascripción y un 4% en la dispensación. Los errores de prescripción son mayoritarios y pueden deberse a diferentes factores como:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

problemas de prescripción (ambigüedad, pautas incompletas, escritura ilegible, abreviaturas…), errores en el registro de una orden verbal o telefónica, fallos en la identificación de pacientes etc. Además también son importantes los errores derivados del proceso de trascripción, tanto por parte del servicio de farmacia (SF) como por enfermería, lo que genera dos registros diferentes a partir de una orden médica inicial.
La introducción de la prescripción electrónica asistida (PEA) permite una reducción significativa de los EM, en torno al 65%. Esta reducción se deriva de la estandarización en las órdenes médicas, con campos completos y letra legible. También de la existencia de un registro único y actualizado para todo el personal implicado en el proceso. Sin embargo gran parte de la reducción de los EM se debe a que la PEA es un apoyo para el médico prescriptor, debido a que en fases iniciales permite avisos por alergias, duplicidades y ofrece información sobre las dosis por defecto, y en fases avanzadas pueden ofrecer herramientas más complejas al prescriptor (ajustes por IR, interacciones, protocolos farmacoterapéuticos, selección de fármacos de uso restringido etc).
En España, el Ministerio de Sanidad recoge dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020 la PEA como una de sus líneas estratégicas en el uso seguro de los medicamentos. El informe sobre la situación de los SF en España publicado por la SEFH con datos de 2015 refleja que 3 de cada 4 hospitales disponen de PEA para pacientes ingresados.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir los EM en el proceso farmacoterapéutico en el paciente ingresado.
- Facilitar la labor del personal implicado
- Aumentar la calidad y seguridad en la asistencia
- Mejorar y agilizar la comunicación entre profesionales sanitarios y aumentar la información sobre datos relevantes (alergias, duplicidades, etc…)

MÉTODO
Se realizarán sesiones formativas con el personal implicado para el manejo del software de PEA (Farmatools®).
Se redactarán instrucciones de trabajo como apoyo a los usuarios.
Durante la puesta en marcha un farmacéutico estará disponible en la unidad de medicina interna (MI) para resolver las posibles dudas y consultas.
Antes y después del proceso se realizará una encuesta tanto al personal de enfermería como a los facultativos implicados para conocer sus expectativas y su satisfacción con el proceso.
La experiencia obtenida con la unidad de MI se trasladará en fases sucesivas al resto de unidades de hospitalización del centro de manera que a finales de 2017 todas las unidades de hospitalización excepto UCI y urgencias dispongan de PEA.

INDICADORES
- Nº de reuniones presenciales
- Nº de sesiones formativas realizadas
- Nº de usuarios médicos formados
- Nº de enfermeras formadas
- Nº de usuarios creados en el programa
- Nº de consultas telefónicas al SF tras la formación
- Nº de médicos formados ajenos a la unidad de MI
- Tiempo de resolución de las consultas telefónicas al SF
- Nº de horas que se precisa un farmacéutico en la planta tras la formación
- Nº de instrucciones de trabajo creadas
- Grado de satisfacción del personal médico
- Grado de satisfacción del personal de enfermería

DURACIÓN
Las fechas son orientativas
- Reunión grupo de mejora: presentación del proyecto, calendario y fases 03/11/2016
- Reunión con médicos y enfermeros de MI: conocer circuitos de prescripción y organización del trabajo. Entrega de encuesta. 10/11/2016 y 17/11/2016
- Parametrización de carro y camas. Reunión con personal de SF y propuesta de nuevos circuitos 10/01/2017-19/01/2017
- Creación de instrucciones de trabajo (IT) 26/01/2017-16/02/2017
- Reunión equipo de mejora para revisión de IT, resultados de encuesta y calendario definitivo de sesiones formativas en MI 23/02/2017
- Puesta a punto de equipos informáticos, creación de usuarios en el programa e instalación del software 20/02/2017
- Sesión formativa médicos 28/02/2017
- Sesión formativa enfermeras 28/02/2017
- Sesión formativa personal de SF 27/02/2017
- Inicio de la PEA en MI 01/03/2017
- Entrega de encuesta de satisfacción 27/03/2017
- Recogida de encuesta de satisfacción 27/04/2017
- Análisis de resultados de la encuesta 03/05/2017
- Reunión con el grupo de mejora para valorar la implantación y los resultados de la encuesta 11/05/2017
- Análisis de indicadores y memoria final del proyecto de mejora 15/05/2017
- Presentación de los resultados del proyecto al grupo de mejora 15/06/2017

OBSERVACIONES
Será necesario disponer de recursos informáticos (impresoras y ordenadores) para desarrollar el proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA MARIA SAHUN GARCIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUERA AGRAZ JAIME
GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO
GOMEZ RIVAS PAULA
BUSTOS MORELL CRISTINA
FLORIAN GERICO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha llevado a cabo el diseño del Portal de Información Farmacoterapéutica, se ha desarrollado su programación web con el Departamento de Informática del Hospital, y se ha integrado en la Intranet del Sector Barbastro, de forma que sea accesible para todos los profesionales a través del enlace “FARMACIA BARBASTRO”.
En el diseño se ha optado por una estructura de iconos, la cual posibilita una interface más visual y amigable para el usuario, y por otra parte permite realizar actualizaciones del contenido manteniendo el aspecto externo.
Una vez decidido el formato, el grupo de trabajo consensuó los contenidos del Portal, y llevó a cabo la recopilación y organización de los documentos, así como los enlaces a los recursos farmacoterapéuticos más relevantes en la práctica clínica habitual.
El 25 de Octubre de 2018 se presentó a la Comisión del Sector Barbastro para El Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, de la que forman parte profesionales de distintos Servicios, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.
Se han aprovechado las sesiones formativas relativas a la implantación de la Prescripción Electrónica que se han realizado a los distintos profesionales del área de Medicina Interna, tanto médicos como de enfermería, para dar a conocer “in situ” el Portal y su contenido:
- Documentos internos del Hospital: Guía Farmacoterapéutica, Guía de Administración de Medicamentos por vía Parenteral, Guía de Antídotos, Guía de Administración de Medicamentos por Sonda, vademecum de nutrición e impresos de solicitud de nutrición artificial; enlace al petitorio para reposición de Botiquines de planta.
- Documentos del Servicio Aragonés de Salud: acceso a Farmasalud, recomendaciones del uso de fármacos, Impreso para el Consentimiento informado, Protocolos de Intercambio Terapéutico.
- Acceso a la página del Ministerio de Sanidad: CIMA, alertas, desabastecimientos, Sistema Español de Farmacovigilancia y tarjeta amarilla.
- Otras informaciones útiles, como acceso al BOT-Plus.
- Manuales de prescripción y administración de Pressalud®

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha facilitado enormemente el acceso a la información relacionada con la farmacoterapia, tanto científica como administrativa.
- Se ha optimizado el uso de los recursos informáticos, disminuyendo el tiempo invertido en acceso a los mismos, y se ahorra en impresión de documentos, disponibles on-line.
- Se ha establecido un sistema ágil de difusión de la nueva información que pueda resultar de interés, como los Manuales para la Prescripción y Administración en la Prescripción Electrónica (Pressalud®) recientemente implantada en el Hospital de Barbastro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Portal ha tenido una muy buena acogida por parte de los profesionales sanitarios.
La información que contiene está actualizada, permitiendo disponer de las últimas versiones de los documentos.
El Portal está abierto a las nuevas necesidades que puedan surgir, así como a las sugerencias de los usuarios. En este sentido, el 12 de diciembre de 2018 se añadió el acceso a Pediamecum y a e-lactancia atendiendo la solicitud del Servicio de Pediatría.
La mayoría de las consultas las resuelve el propio solicitante, tutorizado por el farmacéutico.
De forma progresiva, y a medida que avance la implantación de la Prescripción electrónica, se irán realizando sesiones difundiendo el contenido por el resto de áreas.
Queda pendiente la introducción de un acceso a los acuerdos alcanzados en la Comisión del Sector Barbastro para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, y más adelante, para el resto de Comisiones del Hospital.
Por el momento no se ha podido implementar técnicamente un contador que nos proporcione el número de visitas a la plataforma.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1078 ========== ***

Nº de registro: 1078

Título
PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DELHOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SAHUN GARCIA ELISA MARIA, BUERA AGRAZ JAIME, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA, FLORIAN GERICO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El proyecto se enmarca en la participación del Hospital de Barbastro en la filosofía de la Red de Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios de Aragón, y en particular en las funciones de la Comisión de Información y Actualización en Farmacoterapia de Aragón:
- Proporcionar y difundir información de forma ágil, periódica y actualizada, basada en la evidencia científica, sobre el uso racional del medicamento y de los productos sanitarios al conjunto de profesionales y estructuras de la Red.
- Colaborar en el diseño y mantenimiento de las bases de datos que soportan las herramientas de ayuda a la prescripción en los sistemas corporativos de prescripción electrónica asistida del Servicio Aragonés de Salud.

Los constantes cambios y actualizaciones en la información de que debe disponer un profesional sanitario en su trabajo habitual hacen necesario un sistema ágil de acceso a la misma.
Desde el Servicio de Farmacia se detecta dificultad a la hora de buscar información cotidiana sobre fármacos disponibles, forma de administración, dosificación en poblaciones especiales, compatibilidad, dispensación extrahospitalaria, si ésta es con o sin visado, normativa al respecto, acceso a formularios, desabastecimientos y alertas.
Asimismo, cuando un paciente acude al Servicio de Urgencias, el médico que lo atiende precisa disponer de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital a mano para poder conciliar la medicación ambulatoria con la disponible en el Hospital.
Esta problemática también se ha suscitado en la Comisión del Sector de Barbastro para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios. Además, una de las funciones de esta comisión es difundir todos los acuerdos y actuaciones que sobre el Uso Racional del Medicamento se establezcan en el Sector, así como las decisiones y acuerdos que se adopten en la Comisión para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios de Aragón, y en la actualidad no se dispone de un cauce organizado para llevar a cabo dicha difusión.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar el acceso a la información relacionada con la farmacoterapia, tanto científica como administrativa.
- Optimizar los recursos informáticos, disminuyendo el tiempo invertido en acceso a los mismos.
- Establecer un sistema ágil de difusión de la nueva información que pueda resultar de interés.
- Difundir las respuestas a las consultas más destacadas recibidas a través del Centro de Información del Medicamento (CIM) del Servicio de Farmacia.

MÉTODO
• Elaboración de una plataforma unificada de acceso a la información farmacoterapéutica. Para ello será necesario:
- Recopilar y organizar todos los documentos y accesos relacionados con la farmacoterapia.
- Establecer coordinación y trabajo conjunto entre el Departamento de Informática y el Servicio de Farmacia: que la información esté disponible desde Intranet Sector Barbastro.
- Proceso dinámico: Se procederá a renovar los documentos y adjuntar nuevos a medida que sea necesario, de forma que todos los profesionales accedan a la información actualizada.

• Difundir toda la información entre los profesionales sanitarios mediante talleres o sesiones informativas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

INDICADORES
Elaboración de la plataforma SI/NO

Nº documentos insertados en la plataforma / Nº documentos actualmente dispersos

Nº Talleres/Sesiones de difusión con los distintos servicios

Nº de visitas a la plataforma

DURACIÓN
- Segundo trimestre: Recopilación y organización de los documentos y accesos. Elaboración de la plataforma.
- Tercer trimestre: Difusión de la información.
- Cuarto trimestre: Evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1081

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN FRANCISCO GASTON AÑAÑOS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAHUN GARCIA ELISA MARIA
GOMEZ RIVAS PAULA
BUSTOS MORELL CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 25 de Septiembre de 2018 se procedió a la apertura de una consulta de Atención Farmacéutica Especializada en el Centro Sanitario Bajo Cinca de Fraga, con el reto logístico de haber utilizado para ello únicamente los recursos disponibles del SALUD, con la excepción de la adquisición de un frigorífico adicional.
Para ello, desde el Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro se ha creado una agenda de pacientes crónicos con domicilio en los municipios de Fraga, Torrente de Cinca, Mequinenza, Candasnos, Ballobar, Ontiñena, Chalamera, Belver de Cinca, Osso de Cinca, Zaidín y Velilla de Cinca.
Los pacientes han sido entrevistados en visitas previas, habiendo mostrado la gran mayoría su aceptación a ser incluídos en la agenda, pues era una aspiración que venían manifestando en distintos foros. Sólo 4 pacientes han preferido seguir acudiendo a Farmacia de Barbastro, decisión que se ha respetado.
No se han incluído aquellos pacientes cuya dispensación está ligada a la consulta con el especialista, tales como pacientes onco-hematológicos e inicios de tratamiento, que son atendidos en nuestra consulta habitual del Hospital de Barbastro.
Los medicamentos proceden del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro, desde donde se programa el suministro, que se envía por valija el día previo a la Consulta, y se conserva convenientemente 24 horas.
Con una frecuencia mensual, se desplaza un Farmacéutico del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro hasta el Centro Sanitario Bajo Cinca y atiende la Consulta de Pacientes externos, realizando las siguientes actividades: Atención Farmacéutica, Dispensación de medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico Hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros).
De esta forma se palía la ausencia de un Servicio de Farmacia en el Centro Sanitario Bajo Cinca, que únicamente cuenta con un Depósito de medicamentos, desde el cual y sin la intermediación de un Servicio de Farmacia y Personal Especialista no podría realizarse dicha Atención Farmacéutica, tal y como indica la legislación vigente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha acercado la Atención Farmacéutica Especializada, incluyendo la dispensación de sus medicamentos, a un colectivo de usuarios de la Sanidad de tipo crónico, evitando así su desplazamiento hasta Barbastro desde su lugar de residencia.
Se ha mejorado la satisfacción del usuario, en este caso el paciente, puesta de manifiesto tanto en la aceptación como en la propia consulta.
Los pacientes se benefician de una Atención Sanitaria Integral, puesto que además de recibir sus medicamentos, la dispensación se ve complementada con una entrevista clínica por parte de un farmacéutico especialista:
- Información sobre su patología y su tratamiento. Educación sanitaria sobre la forma de administración, la importancia del tratamiento o las posibles reacciones adversas.
- Conciliación de los nuevos medicamentos con su tratamiento habitual, incluidos los medicamentos sin receta o plantas medicinales. Detección de interacciones antes del inicio del tratamiento y recomendaciones sobre el mejor régimen posológico.
- Resolución de las dudas farmacoterapéuticas.
- Detección de efectos adversos y valoración de su gravedad.
- Comprobación de la adecuación del tratamiento acorde con los parámetros analíticos.
- Coordinación con los profesionales médicos, para valoración y seguimiento de incidencias que pueden surgir.
- Promoción y seguimiento de la adherencia al tratamiento para conseguir los mejores resultados en salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La población de las Zonas Básicas de Salud próximas al Centro Sanitario Bajo Cinca ha recibido con satisfacción esta mejora de la Calidad Asistencial, que viene a ampliar la cartera de servicios ofertados por el SALUD desde el centro.
Para la obtención de los indicadores se han extraído los datos del Programa de Dispensación de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro (programa Farmatools).
Los indicadores de la actividad realizada entre Septiembre y Diciembre de 2018
- Nº de pacientes atendidos: 61.
- Nº de consultas atendidas: 106.
- Nº de dispensaciones realizadas: 248.
- Nº de unidades de fármaco dispensadas: 9.170.
- Importe: 187.480 €.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1081

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Con la planificación llevada a cabo y el volumen de actividad actual, se ha fijado como suficiente una consulta al mes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1081 ========== ***

Nº de registro: 1081

Título
APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Autores:
GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, SAHUN GARCIA ELISA MARIA, GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUE PRECISAN DISPENSACION DE TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Sector Barbastro se caracteriza por la alta dispersión de la población atendida. Una proporción considerable de los pacientes del Sector precisan tratamientos con medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros). Este tipo de medicamentos, en general, de elevado impacto económico, de alta complejidad, y con necesidad de seguimiento especializado, solamente pueden ser dispensados en el Servicio de Farmacia del Hospital, según la legislación vigente.
Los pacientes por tanto deben desplazarse al Hospital para recoger sus medicamentos y recibir una atención especializada.
En Fraga cuentan con el Centro Sanitario Bajo Cinca, pero carece de las condiciones materiales y de personal requerido para el establecimiento de un Servicio de Farmacia, por lo cual dispone de un Depósito de Medicamentos, entre cuyas funciones no se encuentra legalmente contemplada la dispensación a pacientes externos.
Recientemente, dicho Depósito de Medicamentos ha pasado a depender del Servicio de Farmacia de Barbastro, donde se viene atendiendo históricamente a un relevante número de pacientes de la Comarca del Bajo Cinca, muchos de los cuales de carácter crónico.
Se pretende mejorar la satisfacción del usuario, en este caso el paciente, al acercar la Atención Farmacéutica Especializada, incluyendo la dispensación de sus medicamentos, a su lugar de residencia y evitar el actual y necesario desplazamiento hasta Barbastro.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar el acceso a los pacientes de la Comarca del Bajo Cinca a la Atención Farmacéutica Especializada utilizando los recursos del SALUD, en este caso las instalaciones del Centro Sanitario Bajo Cinca y el personal del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro.

Mediante la apertura de una Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos en Fraga, atendida por personal farmacéutico especialista, extensión legal del Servicio de Farmacia de Barbastro, se atendería a los pacientes externos de la zona de Fraga ya en tratamiento, así como a los que lo inicien en adelante. Se comenzaría con 2 consultas mensuales, y se evaluará posteriormente si esta frecuencia se adapta a las necesidades de los pacientes.
Los pacientes se beneficiarían de una Atención Sanitaria Integral, puesto que además de recibir sus medicamentos, la dispensación se vería complementada con una entrevista clínica por parte de un farmacéutico especialista en la que se realizaría:
- Información sobre su patología y su tratamiento. Educación sanitaria sobre la forma de administración, la importancia del tratamiento o las posibles reacciones adversas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1081

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

- Conciliación de los nuevos medicamentos con su tratamiento habitual, incluidos los medicamentos sin receta o plantas medicinales. Detección de interacciones antes del inicio del tratamiento y recomendaciones sobre el mejor régimen posológico.
- Resolución de las dudas farmacoterapéuticas.
- Detección de efectos adversos y valoración de su gravedad.
- Comprobación de la adecuación del tratamiento acorde con los parámetros analíticos.
- Coordinación con los profesionales médicos, para valoración y seguimiento de incidencias que pueden surgir.
- Promoción y seguimiento de la adherencia al tratamiento para conseguir los mejores resultados en salud.

MÉTODO
Apertura de una consulta de Atención Farmacéutica Especializada en el Centro Sanitario Bajo Cinca.
Dispensación de medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros), en el Centro Sanitario Bajo Cinca a los pacientes que por proximidad a su domicilio decidan ser atendidos allí, por personal Farmacéutico Especialista del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro, tal como indica la legislación vigente.
Coordinación con Admisión, para la gestión de una agenda de citas en la consulta.

Adecuación de las instalaciones y organización del aparato logístico para poder llevarlo a cabo.

Difusión de la información entre los pacientes y profesionales sanitarios

INDICADORES
Nº consultas/año.

Nº dispensaciones/año.

Nº pacientes atendidos/año.

Encuesta de satisfacción de usuarios.

DURACIÓN
- Segundo trimestre: Implantación de la consulta
- Tercer trimestre: Difusión de la información
- Cuarto trimestre: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1773

1. TÍTULO

DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA BIBIAN GETINO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO LACARTE IGNACIO
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ
GRANDE MANJON MARIA JOSE
LAGRABA MIGUEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad.
- Valoración geriátrica integral:
o Identificar riesgo social - domicilio
o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.
o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.
- Realización analítica de sangre con parámetros nutricional s, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.
- Criterios clínicos (Fried)
- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.
- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.
- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Estudio en fase de planificación y recogida de pacientes.
- Pendientes de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).
Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.
Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.
Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).
Revisión periódica en consultas externas para control evolutivo – monitorización (2º fase).
Se trata de un proyecto de fácil de llevar a cabo por la escasa necesidad de recursos materiales, posibilidad de seguimiento en consultas externas y capacidad del paciente para seguir indicaciones en domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1773 ========== ***

Nº de registro: 1773

Título
DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Autores:
BIBIAN GETINO CLARA MARIA, FERRANDO LACARTE IGNACIO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ, GRANDE MANJON MARIA JOSE, LAGRABA MIGUEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1773

1. TÍTULO

DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sd. fragilidad
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).
Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.
Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.
Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).
Con este proyecto se pretende mejorar la actuación sobre este tipo de pacientes y de este modo mantener el mayor grado de autonomía y calidad de vida el mayor tiempo posible.

RESULTADOS ESPERADOS
- Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad.

MÉTODO
- Valoración geriátrica integral:
o Identificar riesgo social - domicilio
o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.
o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.
- Realización analítica de sangre con parámetros nutricionales, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.
- Criterios clínicos (Fried)
- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.
- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.
- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

INDICADORES
- Número de pacientes detectados que cumplan criterios de sd. fragilidad.
- Valoración funcional en la primera consulta externa y controles sucesivos.
- Identificar número de visitas a urgencias u hospitalizaciones, así como institucionalización.
- Valorar polifarmacia.

DURACIÓN
2017: Detección en consulta externa de pacientes que cumplan criterios de sd. fragilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1774

1. TÍTULO

VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO FERRANDO LACARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ
GRANDE MANJON MARIA JOSE
LAGRABA MIGUEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Detección de pacientes con diagnóstico de Demencia.
- Valoración geriátrica integral.
o Social: Detección de problemática social.
o Funcional: Valoración funcional de los pacientes mediante Índice de Barthel.
o Cognitiva: Seguimiento mediante test mentales (Test Pfeiffer/MEC)
- Detección de sd. geriátricos: Delirium, dolor, disfagia, polifarmacia, desnutrición, estreñimiento…
- Revisión de fármacos.
- Recomendaciones generales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Estudio en fase de planificación y recogida de pacientes.
- Pendientes de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes con demencia suponen un gran porcentaje de los pacientes atendidos en consulta externa y que más recursos consumen.
Existe la necesidad de identificación de estos pacientes vulnerables y seguimiento en consulta externa para control ambulatorio y ajuste de medicación para disminuir los problemas relacionados con sd. geriátricos, los cuales son muy frecuentes en esta población; con el objetivo de minimizar visitas a urgencias y hospitalizaciones, disminuir estrés del cuidador, mejorar la situación clínica y funcional del paciente, ajuste de medicación para evitar yatrogenia, identificación de sd. geriátricos para evitar complicaciones posteriores.
Se trata de un proyecto fácil de reproducir, por la escasez de recursos materiales necesarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1774 ========== ***

Nº de registro: 1774

Título
VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Autores:
FERRANDO LACARTE IGNACIO, BIBIAN GETINO CLARA MARIA, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ, GRANDE MANJON MARIA JOSE, LAGRABA MIGUEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1774

1. TÍTULO

VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

PROBLEMA
Los pacientes con demencia suponen un gran porcentaje de los pacientes atendidos en consulta externa y que más recursos consumen.
Existe la necesidad de identificación de estos pacientes vulnerables y seguimiento en consulta externa para control ambulatorio y ajuste de medicación para disminuir los problemas relacionados con sd. geriátricos, los cuales son muy frecuentes en esta población; con el objetivo de minimizar visitas a urgencias y hospitalizaciones, disminuir estrés del cuidador, mejorar la situación clínica y funcional del paciente, ajuste de medicación para evitar yatrogenia, identificación de sd. geriátricos para evitar complicaciones posteriores.

RESULTADOS ESPERADOS
- Detección de pacientes con demencia en consulta externa de geriatría.
- Valoración geriátrica integral: social, funcional, cognitiva.
- Identificación de sd. geriátricos.
- Revisión de fármacos, polifarmacia

MÉTODO
- Detección de pacientes con demencia en consulta externa de geriatría.
- Valoración geriátrica integral: social, funcional, cognitiva.
- Identificación de sd. geriátricos.
- Revisión de fármacos, polifarmacia
- Sobrecarga del cuidador.

INDICADORES
- Número de pacientes valorados.
- Identificación sd. geriátricos.
- Identificación polifarmacia/yatrogenia
- Valoración funcional
- Optimización de recursos: No duplicación de consulta externa con diferentes especialidades.

DURACIÓN
2017: - Identificación de pacientes con demencia y realización de valoración geriátrica integral.
- Disminuir duplicidad de consultas externas de especialidad

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0808

1. TÍTULO

VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO FERRANDO LACARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 se han registrado todas las solicitudes de valoración de pacientes solicitadas a la unidad de Geriatría / Cuidados paliativos. Se ha trabajado para unificar informes con enfermería y trabajo social, y mejorar el modo de derivación a cuidados paliativos domiciliarios o atención primaria. En los primeros meses de 2019 hemos evaluado los datos para darles difusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se recogen 120 pacientes valorados en la ud de cuidados paliativos durante el año 2018. Edad media 86.72 años. Sexo predominantemente femenino (55%).
Los pacientes cuyo servicio de procedencia consta geriatría han sido asignados desde el servicio de urgencias y trasladados desde medicina interna en el momento de su ingreso
El resto han sido valorados mediante colaboración solicitada por los servicios de procedencia.
Servicio de geriatría 83 pacientes (69.2%), medicina interna 15 pacientes (12.5%), nefrología 5 pacientes (4.2%), oncología y urología 4 pacientes (3.3% respectivamente), neurología 3 pacientes (2.5%), hematología y unidad del crónico complejo 2 pacientes (1.7% respectivamente), y cirugía general y ORL 1 paciente (0.8%).
Divididos de forma general entre oncológicos y no oncológicos, los oncológicos suponen el 40.8%
Los diagnósticos de inclusión en cuidados paliativos más frecuente fueron accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica avanzada con 10 pacientes cada uno (8.3% respectivamente), seguidos de demencia en fase avanzada gds-7, neoplasia de colon y neumoníacon 8 pacientes (6.7% respectivamente). Otros diagnósticos frecuentes fueron insuficiencia cardíaca congestiva, neoplasia cerebral, sepsis.

De todos los pacientes valorados el 18.3% (n=22) eran pacientes con diagnóstico previo al ingreso de carácter paliativo. Solo el 5.8% recibían atención paliativa domiciliaria (ESAD n=7).
Durante el episodio que motivó su valoración por cuidados paliativos fallecieron el 67.5% (N=81). El 21.7% fue dado de alta a domicilio y el 8.3% a residencia. El 2.5% precisaron traslado a centro sociosanitario.
De los pacientes dados de alta, 30 de ellos se remitieron a ESAD, 5 a atención primaria y 1 a la unidad de continuidad asistencial. 7 de ellos precisaron colocación de vía subcutánea para manejo domiciliario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos el trabajo como muy positivo de cara a conocer el perfil de paciente que atendemos así como para difundir los resultados y ser más visibles para otros servicios, afianzándonos como referencia del centro para valorar y tratar a los pacientes en esta fase de la enfermedad con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida en esta última fase y atender las necesidades especiales de este colectivo de pacientes en la fase final de su vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/808 ========== ***

Nº de registro: 0808

Título
VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FERRANDO LACARTE IGNACIO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías en fase final de enfermedad
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0808

1. TÍTULO

VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la unidad tratamos de mejorar las prácticas en cuidados paliativos y ser referencia tanto en el hospital como en el medio extrahospitalario de la atención a estos pacientes. Se trata de una necesidad creciente por la longevidad y elevada carga de morbilidad en nuestro medio.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es registrar los pacientes valorados, evaluar la asistencia prestada y el seguimiento al alta desde primaria y ESAD, así como el adecuado registro de cara a futuras intervenciones.

MÉTODO
Fomentar el conocimiento de la unidad mediante la comisión hospitalaria de cuidados paliativos. Detección de pacientes. Elaboración de informe de soporte de cuidados al alta.

INDICADORES
Registro de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos, valoración geriátrica integral, soporte social, necesidades al alta, vía subcutánea, valoración por ESAD, reingreso, fallecimiento

DURACIÓN
Registro del año 2018 completo. Primer trimestre de 2019 evaluación de resultados. Difusión de los mismos en comisión hospitalaria de cuidados paliativos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1316

1. TÍTULO

DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO FERRANDO LACARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRANDE MANJON MARIA JOSE
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo de actividad se ha llevado a cabo planificación, organización y protocolización del manejo de la detección de fragilidad en consulta externa de geriatría, tras revisión bibliográfica exhaustiva.
Se planifica estudio piloto para la detección de fragilidad en consulta externa para los meses de abril a junio de 2018, recogiendo los pacientes valorados en la consulta externa de uno de los facultativos del servicio, realizando valoración geriátrica integral y entrevista clínica orientada a deterioro funcional y caídas en caso que los test de screening nos pongan en alerta de sospecha de fragilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
115 pacientes incluidos. 45 con un índice de Barthel superior a 90 puntos. 40 sujetos cumplen criterios de fragilidad mediante cuestionario FRAIL. Edad media 87.58 años (DE 4.044). 45% mujeres. Media Índice Charlson 5.55 (DE 1.395). Media Lawton y Brody 3.03 (DE 3.293). 65% viven en entorno urbano. 25% presentan deterioro cognitivo, y 42.5% déficit sensorial. El 22.5% había presentado al menos un caída en el último año, 17.5% dos o más, trastornos de la marcha en el 7.5%. Soporte social/familiar adecuado en el 97.5% de los casos. Consumo de fármacos con riesgo potencial de caídas en el 42.5%. Media de número de fármacos 8.23 (DE 4.365). Ingresos hospitalario en el último año en el 27.3%, visitas a urgencias el 45%. Cumplían criterios de paciente pluripatológico el 27.5%.
En nuestro estudio la prevalencia de fragilidad fue del 34%, superior a la observada en otros estudios. Edad media elevada, sexo predominantemente masculino, dato que también contrasta con otros estudios donde la tendencia es inversa. Tamaño muestral reducido lo cual supone la principal limitación del estudio. Comorbilidad elevada. Dependencia severa para actividades instrumentadas, dato de riesgo de pérdida de autonomía. Ausencia de institucionalización, a pesar de que la presencia de fragilidad aumenta el riesgo. Presencia de deterioro cognitivo, déficits sensoriales, trastornos de la marcha en menor medida, y fármacos que aumentan riesgo de caídas, en número ligeramente inferior a otros estudios. Buen soporte sociofamiliar en la muestra estudiada, lo cual contrasta con lo objetivado en conjunto en la práctica clínica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de la detección precoz de fragilidad para prevenir discapacidad y complicación médicas. Generalizar el cribado en distintos niveles asistenciales y realizar intervención sobre la misma dada la potencial reversibilidad.
Dado que el cribado de fragilidad se realiza de forma sencilla, rápida y con escasa necesidad de recuersos podría extrapolarse a otros niveles asistenciles, tanto a nivel hospitalaria como de atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1316 ========== ***

Nº de registro: 1316

Título
DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA (CONTINUACION)

Autores:
GRANDE MANJON MARIA JOSE, FERRANDO LACARTE IGNACIO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención paciente geriátrico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1316

1. TÍTULO

DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).
Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.
Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.
Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).
Con este proyecto se pretende mejorar la actuación sobre este tipo de pacientes y de este modo mantener el mayor grado de autonomía y calidad de vida el mayor tiempo posible.

RESULTADOS ESPERADOS
Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad
Registro de los mismo y descripción de datos sociodemográficos y clínicos

MÉTODO
Identificar riesgo social - domicilio
o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y
Brody.
o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.
- Realización analítica de sangre con parámetros nutricionales, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.
- Criterios clínicos (Fried)
- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.
- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.
- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para
minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

INDICADORES
Número de pacientes detectados que cumplan criterios de sd. fragilidad.
- Valoración funcional en la primera consulta externa y controles sucesivos.
- Identificar número de visitas a urgencias u hospitalizaciones, así como institucionalización.
- Valorar polifarmacia.

DURACIÓN
Tras la experiencia de detección en 2017 recogida de pacientes suceptibles en consulta externa que cumplan criterios de sd. fragilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2011/0539

1. TÍTULO

IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSEFA MOLES ALASTRUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
CORED NASARRE ROSA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
QUINTILLA BARDAJI MARIA JOSE
ROMERO ARPA MILAGROS
LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL
PERELLA ARNAL MATILDE INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MAYO Y JUNIO RECOGIDA DE DATOS: 30% DE VOLANTES O TUBOS MAL CUMPLIMENTADOS
SEPTIEMBRE ELABORACION DE ENCUESTA PARA VALORAR CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL
NOVIEMBRE SESION EN LAS SALAS DE FORMACION PARA ENFERMEROS DEL HOSPITAL, SE PASA LA ENCUESTA Y POSTERIORMENTE SE EXPLICA EL CIRCUITO CORRECTO DE LA TRANSFUSION.
DICIEMBRE VALORACION DE LA ENCUESTA, EL 28% DE DUES DESCONOCEN ALGUN PASO IMPORTANTE DE LA TRANSFUSION
FEBRERO REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION
MARZO SESION FORMATIVA Y PRESENTACION DEL PROCEDIMIENTO. SE PASA LA ENCUESTA NUEVAMENTE PARA COMPROBAR SU EFICACIA
MARZO Y ABRIL CONTROL DE PETICIONES Y MUESTRAS, SE ABRE REGISTRO
MAYO EVALUACION ENCUESTA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL 95% DE LOS ENFERMEROS ENCUESTADOS CONOCEN BIEN EL PROCEDIMIENTO DE LA TRANSFUSION
EL 85% DE PETICIONES Y MUESTRAS BIEN RECIBIDAS Y CUMPLIMENTADAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
OPTIMIZACION DEL TIEMPO DEL PERSONAL DE BANCO DE SANGRE Y DE HOSPITALIZACION INCLUIDOS LOS CELADORES, EVITANDO REPETICIONES Y ENVIOS AL SITIO DE PROCEDENCIA.
SATISFACCION EN EL TRABAJO BIEN REALIZADO.
PROCEDIMIENTO REALIZADO Y REVISADO POR EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, HERRAMIENTA UTIL PARA EL PERSONAL DE BANCO DE SANGRE DE NUEVA INCORPORACION.

7. OBSERVACIONES.
NO SE REALIZAN POSTERS PARA NO LLENAR LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION DE PAPELES. DESDE EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE HAY UN OBJETIVO DE REALIZAR CHARLAS FORMATIVAS CADA AÑO.

*** ========== Resumen del proyecto 2011/539 ========== ***

Nº de Registro: 0539

Título
IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MOLES ALASTRUE JOSEFA, MUZAS LACAMBRA PILAR, CORED NASARRE ROSA, ESTEVE MORLAN MILAGROS, QUINTILLA BARDAJI MARIA JOSE, ROMERO ARPA MILAGROS, LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL, PERELLA ARNAL MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DEL HOSPITAL DE BARABASTRO, HEMOS DETECTADO PASOS QUE SON MEJORABLES DENTRO DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN:
-HAY UN NÚMERO ELEVADO DE PETICIONES DE PRUEBAS CRUZADAS QUE LLEGAN MAL CUMPLIMENTADAS.
-RECIBIMOS EN NUESTRO LABORATORIO GRAN NUMERO DE TUBOS-EDTA CON SANGRE PARA REALIZAR LAS PRUEBAS CRUZADAS, DONDE NO SE IDENTIFICA EL RESPONSABLE DE LA EXTRACCIÓN.
-AL ASUMIR LOS D.U.E.S DE HOSPITALIZACION EL ACTO DE LA TRANSFUSIÓN Y MANEJO DE HEMODERIVADOS, ES NECESARIA UNA FORMACIÓN PARA LA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS.
-ES NECESARIA UNA ACTUALIZACIÓN DE LOS ROCEDIMIENTOS EXISTENTES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2011/0539

1. TÍTULO

IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
1) CUMPLIMENTACION CORRECTA DE LA PETICIÓN.
2) IDENTIFICACION CORRECTA CON LA ETIQUETA, DE LA MUESTRA, CON LA FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EXTRACCIÓN.
4) AUMENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO Y TRANSFUSIÓN DE LOS HEMODERIVADOS POR PARTE DE LOS D.U.E.S. DE HOSPITALIZACIÓN.
5) QUE EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN TENGA UN PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN PARA TRABAJAR CON SEGURIDAD.

MÉTODO
-DISEÑO E IMPLEMENTACION DE LA ENCUESTA DE VALORACION DE CONOCIMIENTOS.(PERSONAL DE ENFERMERIA DE BANCO DE SANGRE).
-ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION PARA LA ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. (EL EQUIPO DE BANCO DE SANGRE).
-SESIONES FORMATIVAS, PARA LOS D.U.E.S. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. (EL PERSONAL DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE).
-PASE DE ENCUESTAS POST FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA.
-VALORACION DE LAS HOJAS DE INCIDENCIAS.(EQUIPO DE BANCO DE SANGRE).
-CAMBIO DE VOLANTE DE PETICION DE PRUEBAS CRUZADAS, DONDE SE APRECIE TODA LA TRAZABILIDAD DEL PROCESO. (COMISION DE TRANSFUSION).

INDICADORES
- NUMERO TOTAL DE PETICIONES MAL CUMPLIMENTADAS / NUMERO TOTAL DE PETICIONES RECIBIDAS x 100
- NUMERO TOTAL DE INCIDENCIAS REGISTRADAS / NUMERO TOTAL DE TRANSFUSIONES REALIZADAS x 100
- % DE ENFERMEROS DE HOSPITALIZACION QUE SUPERAN EL 80% DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA.

DURACIÓN
MES DE ABRIL Y MES DE MAYO, RECOGIDA DE DATOS Y ELABORACION DE LA ENCUESTA.
MES DE JUNIO ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION Y SEGUNDA QUINCENA, FORMACION.
MES DE SEPTIEMBRE, PRIMERA QUINCENA FORMACION, SEGUNDA QUINCENA PASE DE ENCUESTAS.
MES DE OCTUBRE Y MES DE NOVIEMBRE, EVALUACION.
MES DE DICIEMBRE, CONCLUSIONES E INFORMACION A LAS UNIDADES.

OBSERVACIONES
OBSERVACIONES del SECTOR

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0032

1. TÍTULO

INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZAICION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUZAS LACAMBRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOLES ALASTRUE JOSEFA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
CORED NASARRE ROSA MARIA
VILLACAMPA BUIL ROSA
RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL
BIELSA MOLINA PATRICIA
MATINERO BENITO LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EN DICIEMBRE REUNION EN EL ESPACIO DE CONSULTAS, DE TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA, AUXILIARES Y ENFERMEROS RESPONSABLES DE LAS CONSULTAS, EXPLICANDO EL PROYECTO. RECORDATORIO DEL AYUNO, ORINA PRIMERA DE LA MAÑANA Y COMO RECOGER LA ORINA DE 24 HORAS, SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES QUE HAY EN LA PARTE DE ATRAS DEL VOLANTE DE PETICION.
DISEÑO DE HOJA INFORMATIVA QUE SE ADJUNTARA A LA PETICION DE ANALITICA, DONDE SE INDICA LA NECESIDAD DE CITACIÓN, AYUNO Y RECOGIDA DE ORINA, HECES, ETC.
REUNION EN DICIEMBRE CON EL PERSONAL DE CITACIONES PARA RECORDAR DIAS DE EXTRACCIONES ESPECIALES.
EN ENERO SE ACUERDA CONFECCIONAR UN CALENDARIO PARA CITACIONES, CON LOS DIAS DE PRUEBAS ESPECIALES, DIAS BLOQUEADOS POR SER FIESTA EN ZARAGOZA, ETC.
NO SE REALIZA POSTER, POR NO LLENAR LAS PAREDES DE PAPELES Y POR INDICACION DE LA DIRECCION.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SEPTIEMBRE Y OCTUBRE REGISTRO EN HOJA DE PACIENTES QUE LLEGAN SIN CITA, SIN ORINA, SIN AYUNO, EN DIA INADECUADO.
NOVIEMBRE, EVALUACION DE DATOS
RESULTADO:
10% DIA INADECUADO
SIN CITA NO SE EVALUA, NO TENEMOS PERSONAL PARA COMPROBAR SI ESTAN O NO CITADDOS.
25% SIN ORINA RECIENTE
5% SIN ORINA DE 24 HORAS
22% SIN AYUNO, DE ESTOS PACIENTES, ALGUNOS LLEGAN DIRECTAMENTE DE LA CONSULTA POR INDICACION DEL FACULTATIVO
ENERO Y FEBRERO RECOGIDA DE DATOS EN HOJA.
2% PACIENTES QUE LLEGAN EN DIA, HORA INADECUADO.
18% SIN ORINA RECIENTE, ALGUNOS SI LO SABEN PERO ALEGAN QUE NO TIENEN BOTE
2% SIN ORINA DE 24 HORAS
6% SIN AYUNO, A EXCEPCION DE LOS QUE LLEGAN ENVIADOS POR LA CONSULTA DIRECTAMENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA SATISFACCION EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES ES POSITIVA, LOS PACIENTES LLEGAN EN MEJORES CONDICIONES, MAS INFORMADOS.
LOS PACIENTES PERCIBIMOS TIENEN MAYOR INFORMACION.
QUEDA PENDIENTE DE SOLUCION LA AGLOMERACION DE LOS PACIENTES A PRIMERA HORA.

7. OBSERVACIONES.
NO SE REVISAN LAS CITAS POR NO DISPONER DE PERSONAL SUFICIENTE PARA ELLO Y ADEMAS NO APORTAR NADA, PUES LLEGAN MUCHOS PACIENTES DE CENTROS DE SALUD SIN CITA QUE IGUALMENTE SE LES REALIZA LA EXTRACCION, ADEMAS CREEMOS QUE ES UNA PERDIDA DE TIEMPO EL ENVIAR POSTERIORMENTE AL PACIENTE A CITARSE.
SI FUERA NECESARIO TENEMOS HERRAMIENTAS A TRAVES DEL SIL DE SABER CUANTOS PACIENTES HAN ACUDIDO A LA SALA DE EXTRACCIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2013/32 ========== ***

Nº de Registro: 0032

Título
INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0032

1. TÍTULO

INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZAICION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

MUZAS LACAMBRA PILAR, MOLES ALASTRUE JOSEFA, ESTEVE MORLAN MILAGROS, CORED NASARRE ROSA MARIA, VILLACAMPA BUIL ROSA, RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL, BIELSA MOLINA PATRICIA, MATINERO BENITO LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
Detectamos diariamente en las consultas de extracciones las mismas dudas, incorrecciones y falta de información de los pacientes:
- No refieren información del ayuno. La mayoría acuden a la consulta de extracciones en ayunas pero sin tener confirmación previa.
- No acuden con la primera orina de la mañana. Aunque en la consulta peticionaria de la analítica se lo indiquen, el paciente no lo asume.
- No acuden con la orina de 24 horas correctamente recogida.
- Los pacientes acuden sin cita.
- Muchos sufren hematoma post-punción, por no ejercer presión sobre el punto de extracción.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- MEJORAR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE NO LLEGAN EN AYUNAS, Ó QUE SI LLEGAN NO ESTABAN INFORMADOS.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EXTRACCIONES SIN ORINA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EXTRACCIONES SIN LA ORINA DE 24 HORAS Ó MAL RECOGIDA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE LLEGAN A LA CONSULTA SIN CITA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE LLEGAN CON PETICIONES DE PRUEBAS ESPECIALES EN EL DIA INCORRECTO.

MÉTODO
- DISEÑO DE UNA HOJA INFORMATIVA CLARA, PARA ENTREGAR A LOS PACIENTES QUE REQUIERAN ANALÍTICA.
- DISEÑO DE UN POSTER IMPACTANTE, QUE SE COLOCARÁ EN LAS CONSULTAS DE EXTRACCIONES.
- VALORACIÓN DE RESULTADOS.

INDICADORES
- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES, SIN AYUNO O SIN INFORMACIÓN DEL AYUNO/NUMERO TOTAL DE PACIENTES X 100
- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES SIN CITA/NUMERO TOTAL DE PACIENTES X 100
- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES SIN ORINA/NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON PETICIÓN DE ANALÍTICA DE ORINA X 100

DURACIÓN
- DOS MESES DE RECOGIDA DE DATOS
- MES SIGUIENTE, EVALUACIÓN DE DATOS
- MES SIGUIENTE, REPARTO DE ACCIONES A CONSULTAS
- DOS MESES DE TRABAJO CON LAS NUEVAS ACCIONES
- MES SIGUIENTE DE NUEVA EVALUACIÓN
- MES SIGUIENTE CONCLUSIONES.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0088

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PUNCION CAPILAR PARA PACIENTES INGRESADOS Y/O EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O EN EL SERVICIO DE DIALISIS CON TAO

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS ESTEVE MORLAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORED NASARRE ROSA MARIA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL
PERELLA ARNAL MATILDE INES
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEPTIEMBRE RECOGIDA DE DATOS (EN PAPEL) RELATIVOS A HOSPITALIZACION SOBRE COMO LLEGAN LAS HOJAS DE PETICION DE EXTRACCION PARA EL TAO. (SEPTIEMBRE ELABORACION CON LOS HEMATOLOGOS DE LA ENCUESTA A REALIZAR POR LOS DUES SOBRE SU CONOCIMIENTO.
OCTUBRE EVALUACION DE LOS DATOS OBTENIDOS. OCTUBRE DISEÑO DEL CIRCUITO A IMPLANTAR.
NOVIEMBRE, SESIONES IMPARTIDAS EN LAS SALAS DE FORMACION A LOS DUES DE HOSPITALIZACION, URGENCIAS Y DIALISIS DE INTERPRETACION DE RESULTADOS. EN LA MISMA SESION SE PASA LA ENCUESTA SOBRE SUS CONOCIMIENTOS. TAMBIEN PRESENTACION DEL CIRCUITO. HORAS Y LUGAR DE RECEPCION DE HOJAS, HORARIO DE REALIZACION DE LA PUNCION.
DICIEMBRE Y ENERO PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO.
FEBRERO, RECOGIDA DE DATOS (EN PAPEL)
MARZO EVALUACION POR PARTE DE LAS DUES RESPONSABLES DE LA CONSULTA DE HEMOSTASIA.
NO SE REALIZA EL APARTADO DE PUNCION DIGITAL EN LA SALA DE OBSERVACION, POR NO TENER APARATOS DISPONIBLES Y NO CONSIDERAR EL SERVICIO DE URGENCIAS ESA NECESIDAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EVALUACION DE LA PRIMERA RECOGIDA DE DATOS:
UN 45% DE HOJAS FUERA DE HORA O ENTREGADAS EN LUGAR INADECUADO (EN EL LABORATORIO EN SITIO INCORRECTO).
EVALUACION DE LA SEGUNDA RECOGIDA DE DATOS:
UN 8% DE HOJAS FUERA DE HORA O ENTREGADAS EN LUGAR INADECUADO.
EN DIALISIS SE ESTABLECE HORARIO: 8 HORAS Y 14 HORAS, PREVIA COMUNICACION DEL SERVICIO DE DIALISIS CON HEMOSTASIA DE LOS PACIENTES A ATENDER.
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, SALA DE OBSERVACION A DEMANDA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS DUES IMPLICADOS EN LA CONSULTA DE HEMOSTASIA MANIFIESTAN SU SATISFACCIÓN POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON ESTAS ACCIONES.

7. OBSERVACIONES.
EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA PROPONE REALIZAR SESIONES FORMATIVAS Y RECORDATORIAS ANUALES EN LAS SESIONES DE ENFERMERIA ABIERTAS A TODO EL PERSONALDE DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ========== Resumen del proyecto 2014/88 ========== ***

Nº de Registro: 0088

Título
IMPLANTACION DE LA PUNCION CAPILAR PARA PACIENTES INGRESADOS Y/O EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O EN EL SERVICIO DE DIALISIS CON TAO

Autores:
ESTEVE MORLAN MILAGROS, MOLES ALASTRUE JOSEFA, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR, LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
- Se detectan extracciones multiples en la misma mañana en pacientes que estan con TAO, (extracción de analitica rutinaria a primera hora y posteriormente se vuelve a realizar otra extracción para control de sintrom).
- Demora en los resultados a consecuencia de la recepción tardia de la muestra.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0088

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PUNCION CAPILAR PARA PACIENTES INGRESADOS Y/O EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O EN EL SERVICIO DE DIALISIS CON TAO

- Puertas de entrada diversas, dentro del mismo laboratorio, para resolver incidencias o poner pautas de pacientes con TAO, (pueden llegar las muestras por la sala de extracciones, por urgencias de laboratorio y hojas de consulta por secretaría).
- Desconocimiento para la interpretación por parte de los DUES de la hoja de resultados.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- Agilización y comodidad para los pacientes con TAO en el servicio de dialisis.
- Comodidad y rapidez para los pacientes con TAO que llegan por el servicio de urgencias.
- Que todos los DUES de los servición implicados sean capaces de la interpretación de los resultados.
- Focalización de todos los pacientes ingresados con TAO en la DUE responsable del servicio de hemostasia.

MÉTODO
- Formación de todos los DUES de los servición implicados, sobre la interpretación de los resultados.
- Sesiones formativas a los DUES del servicio de urgencias sobre el manejo e interpretación de resultados del aparato.
- Información a las plantas de hospitalización sobre el nuevo circuito, (donde deben dejar las hojas para la punción digital, a que hora se hara la punción, quien realizará la punción, etc).
- Sesiones formativas a los DUES del hospital, sobre educación sanitaria de los pacientes con TAO.
- Elaboración de una guía simple para el personal del servicio de urgencias sobre el manejo del aparato, alarmas, errores, etc.
- Diseñar un guia del circuito para las plantas de hospitalización.

INDICADORES
- Evaluar los conocimientos de los DUES sobre pacientes con TAO. Se realizará con un formulario de diez preguntas y se valoraran con un punto
- Recogida de datos del formulario en la primera sesión formativa
- Recogida de datos del formulario en la segunda sesión formativa
- Recogida de datos de: peticiones recibidas totales / peticiones recibidas fuera de hora o con errores x 100.

DURACIÓN
- 1 mes recogida de datos
- 1 mes de evaluación de datos
- 3 meses para iniciar las medidas de formación, sesiones, reuniones, etc.
- 6 meses campo de trabajo.
- 1 mes evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1766

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORED NASARRE ROSA MARIA
PUYAL MELE ANA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY
PERELLA ARNAL MATILDE INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se decide desde el Comité de Transfusión, a instancias del Servicio de Hematología y Hemoterapia, la puesta en marcha de un Sistema informatizado de Seguridad Transfusional.
- El proyecto fue aprobado por la Dirección.
- Se contacta con empresas (e-Delphyn y Grifols) que disponen del Software adecuado para la realización de dicho proyecto. Se decide finalmente optar por la utilización del Sistema Gricode de la compañía Grifols.
- Se realiza una valoración de las necesidades materiales: compra de pulseras con código de barras y adquisición de PDAs para las unidades clínicas del Hospital, unidad de extracciones y Servicio de transfusión.
- Formación del personal implicado en el proceso de la transfusión (Técnicos de Laboratorio, Diplomados de Enfermería del Hospital y especialistas de Hematología y Hemoterapia). La formación se ha realizado a través de talleres impartidos por personal de la empresa Grifols. La formación de los diplomados de enfermería y técnicos de laboratorio que se van incorporando al Hospital corre a cargo de las supervisoras diplomadas de enfermería de cada unidad.
- El Servicio de Informática se ha encargado de dar de alta como usuarios a todo el personal implicado en el proceso transfusional, así como del personal de nueva incorporación.
- La transmisión de los datos se realiza de modo inmediato a través de la Wifi del Hospital al programa Gricode, salvo en Quirófano y la Unidad de Cuidados Intensivos donde se ha precisado conectar la PDA a través de línea telefónica para descargar los datos en el programa Gricode.
- Se ha realizado conexión del programa informático Gricode con el programa informático del Banco de sangre y Tejidos de Aragón y el programa de laboratorio Modulab.
- Se elabora un nuevo documento con el procedimiento para la solicitud y transfusión de hemoderivados y una guía adicional para el personal de Enfermería.
- Se pone en marcha el proyecto el día 13 de noviembre de 2017.
- Se ha mantenido el control del grupo y Rh a la cabecera del paciente como medida adicional de seguridad transfusional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- A los 2 meses de la implantación el grado de utilización del sistema es próximo al 100%. Sólo se ha obviado su uso en el caso de transfusiones con extrema urgencia en que la trazabilidad se ha realizado de modo manual.
- El sistema informático de trazabilidad transfusional ha permitido una identificación inequívoca del paciente, de su muestra y de los hemoderivados destinados a cada paciente.
- Ha permitido la sistematización de todo el proceso transfusional.
- Permite realizar una monitorización a tiempo real desde el Servicio de Transfusión de todas las unidades enviadas, controlando el tiempo desde el inicio al final de la transfusión.
- Permite la comunicación de incidencias durante el proceso transfusional (interrupción de la transfusión, reacción transfusional…).
- Cumplimiento en mayor grado de las exigencias legales de trazabilidad transfusional y recomendaciones de calidad para la prevención de errores y hemovigilancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Mejora de la seguridad transfusional para el paciente.
- Mayor implicación del personal que interviene en el proceso transfusional en los procedimientos de seguridad transfusional.
- Mayor colaboración entre el personal del Servicio de Transfusión y el personal de enfermería responsable de la transfusión.
- Se debe mejorar en el tiempo de transfusión de las unidades, que es superado (mayor de 2 horas) en mas del 50% de las transfusiones.
- Realización de evaluación permanente sobre el grado de cumplimiento del proceso.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1766

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1766 ========== ***

Nº de registro: 1766

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PERELLA ARNAL MATILDE INES, ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, CORED NASARRE ROSA MARIA, PUYAL MELE ANA MARIA, MOLES ALASTRUE JOSEFA, MAIRAL LACOMA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Transfusión sanguínea
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad de todo el proceso de la transfusión es un objetivo primordial.
Además de las medidas realizadas habitualmente (comprobación de grupo en banco de sangre, comprobación de grupo en la cabecera del paciente...), existen hoy en día otros métodos para aumentar la seguridad transfusional.
Desde la Comisión de Transfusión del Hospital de Barbastro se propuso la puesta en marcha de un sistema informático de seguridad transfusional con el objetivo de mejorar todo el procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
- Puesta en marcha de un sistema de seguridad transfusional informatizado.
- Formación del personal de laboratorio (técnicos, enfermería y facultativos) para el manejo de dicho programa.
- Reducción del número de errores transfusionales.
- Mejora en la trazabilidad del procedimiento transfusional.

MÉTODO
- Contactar con empresas encargadas de suministrar el software adecuado.
- Adquisición de materiales necesarios: PDAs y pulseras con códigos de barras.
- Formación del personal hospitalario para el manejo de las PDAs.
- Conexión informática entre el nuevo software y los programas disponibles previamente en laboratorio.
- Elaboración de un documento con el procedimiento a seguir.

INDICADORES
- Porcentaje de transfusiones que se realizan con el sistema informático: (nº de transfusiones realizadas con el sistema informático/ nº de transfusiones totales)x100
- Porcentaje de transfusiones realizadas correctamente con el sistema informático: (nº de transfusiones realizadas correctamente/nº transfusiones realizadas con el sistema informático) x 100
- Evaluación de los errores transfusionales en el periodo de un año y comparación de los mismos con años posteriores.

DURACIÓN
- 3 meses: contacto con empresas suministradoras y acuerdo con Dirección para aprobar el proyecto.
- 6 meses: puesta en marcha del proyecto.
- 3 meses (y posteriores): evaluación de primeros resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1766

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1767

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA FLOR YUS CEBRIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
PERELLA ARNAL MATILDE INES
CORED NASARRE ROSA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Solicitud de coagulómetros portátiles.
- Solicitud de las tiras reactivas para autocontrol.
- Solicitud de diarios, con algoritmos de dosificación.
- Selección de los pacientes que se consideran más adecuados para el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral.
- Contacto personal con los mismos para ofrecerles esta modalidad de control.
- Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes.
- Charla de formación teórica por parte de un facultativo especialista en Hematología y Hemoterapia con el objeto de transmitir al paciente unas ideas básicas sobre la hemostasia, el mecanismo de acción de los anticoagulantes orales antivitamina K y modo de realizar la autodosificación del tratamiento, mediante el uso de las tablas incluidas en los diarios.
- Taller práctico, por parte de diplomados de Enfermería, sobre el manejo de los coagulometros portátiles y el método para la punción y obtención de la muestra de sangre capilar.
- Organización de un circuito, a través de la Consulta de Enfermería de tratamiento anticoagulante, para solventar las dudas y problemas que pudieran surgir a los pacientes. Se utiliza preferentemente como medio de contacto la vía telefónica.
- Visita presencial con cada paciente 1 mes después de iniciar el programa de autocontrol, con el fin de revisar sí se realiza correctamente el registro de los controles y de la dosificación, así como comentar y resolver los problemas que puedan haber surgido durante el primer mes.
- En julio de 2017 se incluyó el primer grupo de pacientes del Sector de Barbastro en el programa de autocontrol.
- Se ha realizado un seguimiento de la realización de los controles, dosificación y registro en el diario de autocontrol.
- En diciembre de 2017 se ha incluido en el programa el segundo grupo de pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha observado que los pacientes mantienen durante más tiempo el INR dentro del rango terapéutico.
- No se ha observado un incremento en las complicaciones hemorrágicas.
- No ha surgido ninguna complicación tromboembólica en los pacientes incluidos.
- Reducción en la pérdida de horas laborales por parte de los pacientes en activo.
- Reducción en el número de desplazamientos al Hospital.
- Todos los pacientes incluidos siguen en el programa de autocontrol.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Mayor satisfacción por parte de los pacientes incluidos en el programa de autocontrol.
- Mejora de la calidad de vida de los pacientes, que disfrutan de una mayor libertad para realizarse el control del tratamiento.
- Mayor compromiso por parte del paciente en la cumplimentación del tratamiento.
- Esta prevista la inclusión de nuevos grupos de pacientes cada 2-3 meses

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1767 ========== ***

Nº de registro: 1767

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1767

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Autores:
YUS CEBRIAN MARIA FLOR, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, PERELLA ARNAL MATILDE INES, CORED NASARRE ROSA MARIA, MOLES ALASTRUE JOSEFA, ESTEVE MORLAN MILAGROS, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tratamiento anticoagulante Oral.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los pacientes anticoagulados con Anticoagulantes antivitamina K (AVK) deben acudir con mucha frecuencia al hospital y/o Centro de Salud para realizar controles de INR.
El hecho de que tengan que tanta dependencia del las instituciones sanitarias, obliga a que tengan que pasar un tiempo considerable en el hospital y/o Centro de Salud realizando el control y esperando la pauta, interfiriendo en la propia calidad de vida del paciente.
Existen guías que informan del manejo y monitorización de los pacientes que podrían ser incluidos en un programa de autocontrol.
En la actualidad muchos pacientes acuden a primera hora de la mañana para realizar INR capilar. Posteriormente, la enfermera transmite el INR en el programa de monitorización de AVK (TAOnet®), y luego, los pacientes tienen que esperar una media de 1-2 horas mientras se hacen los informes de AVK, según el trabajo de los Facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados que se esperan conseguir:
-Mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en tratamiento con AVK, disminuyendo la dependencia hospitalaria de estos pacientes.
-Aplicar las guías existentes para Autocontrol de AVK para el manejo de estos pacientes.
-Disminuir la carga asistencial del Servicio de Hematología.

Método y actividades para mejorar:
-Selección de los pacientes más adecuados, y contacto personal con los mismos para ofrecerles esta modalidad de control
-Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes, así como unos talleres formativos para pacientes que sean subsidiarios de iniciar un programa de autocontrol. La charla de formación teórica será llevada a cabo por un Facultativo Especialista en Hematología y Hemoterapia con el objeto de transmitir al paciente unas ideas básicas sobre hemostasia, el mecanismo de acción de los anticoagulantes orales antivitamina K y modo de realizar la autodosificación del tratamiento (tablas recogidas en un diario).
-Existen unos diarios donde se explican las pautas de anticoagulación que se deberán seguir en función del INR objetivo (según la patología del paciente), y del que se obtenga con el coagulómetros portátiles.
-Se realizará un taller práctico, por parte de diplomados en Enfermería, sobre el manejo de los coagulómetros portátiles, el método para la punción y obtención de la muestra de sangre capilar.
-Se Organizará un circuito con visitas periódicas en la Consulta Hemostasia para monitorizar los resultados obtenidos de forma ambulatoria, solventar dudas y problemas que hayan ido surgiendo. Se utilizará la vía telefónica como medio de contacto preferente.
-Se realizará un cuestionario de satisfacción a los pacientes del proceso.

MÉTODO
La propuesta consistiría en seleccionar una población de pacientes que presenten un buen control del tratamiento anticoagulante oral, los cuáles tengan obligaciones o un ECOG, que impidan o dificulten acudir a los centros hospitalarios. Una vez seleccionada la población diana, se elaborarían talleres de formación, y monitorización periódica del programa en la Consulta de Hemostasia.

INDICADORES
-Porcentaje de reducción del número de pacientes que acuden a Hematología para obtener pauta de AVK ((nº pacientes año estudio – nº de pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
-Número de pacientes que presentan complicaciones con el procedimiento.
-Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores anteriores), los resultados de la encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
-2 meses: revisión bibliográfica y elaboración de un borrador sobre el procedimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1767

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

-1 mes: presentación del borrador a Enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas.
-Junio-Julio de 2017: Inicio del programa en un primer grupo de pacientes.
-Un mes después: visita en la Consulta de Hemostasia con cada uno de los pacientes, con el fin de revisar si se ha realizado correctamente el registro de los controles y de la dosificación, así como comentar y resolver los problemas que pueden haber surgido en este primer mes.
-Valorar 3-6 meses después incluir un nuevo grupo de pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0222

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERELLA ARNAL MATILDE INES
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
CORED NASARRE ROSA MARIA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
ESTEVE MORLAN MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han revisado las últimas guías y recomendaciones internacionales acerca de las extracciones y procedimientos dentarios menores en pacientes anticoagulados, objetivándose que, tal y como se planteaba en nuestro proyecto, no es necesaria la suspensión del tratamiento anticoagulante en este grupo de pacientes. Es suficiente con la verificación del INR (en rango terapéutico o inferior), una correcta hemostasia local y enjuagues con Amchafibrin.
Se ha creado una hoja con un formato “modelo”, del mismo modo que ya existe una para los pacientes en que sí hay que suspender los AVK, para entregar al paciente o enviar al Centro de Salud en los pacientes que precisan extracción dental única o procedimientos dentarios menores.
Dicha hoja se viene empleando de manera habitual desde, al menos, febrero de 2018, sin haberse constatado complicaciones hemorrágicas relevantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En el año 2018 (y los 2 primeros meses de 2019) se han utilizado las pautas para extracciones y procedimientos dentarios menores en, aproximadamente, unos 40 – 50 pacientes; sin tener constancia de que se haya producido ningún episodio hemorrágico relevante.
- En más del 90% de los pacientes que precisaban pauta para procedimiento dentario menor, se ha utilizado la pauta creada a tal efecto.
- Se ha constatado que, cada vez con mayor frecuencia, son los propios odontólogos los que, a tenor de las recomendaciones actuales, ya ni siquiera solicitan pauta a nuestro servicio, requiriendo únicamente un control de INR inferior a 3 o 3,5 el día del procedimiento (lo cual constituye una actitud óptima).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La utilización de una hoja de recomendaciones para pacientes anticoagulados que requieren extracción dental única o procedimientos dentarios menores se lleva a cabo de manera habitual (>90% de los casos), de manera práctica, eficaz y segura.
- No se han objetivado complicaciones hemorrágicas relevantes.
- Se ha disminuido notablemente el potencial riesgo trombótico de la suspensión de Sintrom en este subgrupo de pacientes.
- Se ha producido un importante ahorro económico al evitar la utilización de heparinas de bajo peso molecular.
- A pesar de no haberse contactado de manera oficial con el Colegio de Odontólogos, se ha constatado que los odontólogos de nuestro sector sanitario se ciñen habitualmente a las recomendaciones y que, incluso, en los últimos meses no solicitan nuestras indicaciones puesto que ya las llevan a cabo de manera cotidiana, lo cual constituye un manejo óptimo de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.
* No recibimos confirmación de que el proyecto había sido aprobado, lo cual retrasó la implantación del mismo. Habitualmente se recibía un correo electrónico confirmando que el proyecto estaba aprobado.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/222 ========== ***

Nº de registro: 0222

Título
PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0222

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PERELLA ARNAL MATILDE INES, ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, CORED NASARRE ROSA MARIA, MOLES ALASTRUE JOSEFA, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR, ESTEVE MORLAN MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ANTICOAGULACION
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes anticoagulados con Sintrom requieren, con cierta frecuencia, extracciones dentarias o procedimientos dentarios menores.
Habitualmente estos pacientes son derivados desde su odontólogo o médico de atención primaria a Hematología para suspender temporalmente el tratamiento anticoagulante oral y realizar terapia puente con heparina de bajo peso molecular.
La suspensión del tratamiento anticoagulante oral comporta un aumento del riesgo trombótico, sobre todo en los pacientes de alto riesgo (prótesis mecánicas, trombofilias...).
Las guías internacionales actuales recomiendan NO SUSPENDER el tratamiento anticoagulante oral ante procedimientos de bajo riesgo hemorrágico (extracción dentaria única, limpieza bucal, etc...).
En el momento actual: el paciente va al dentista, es derivado a Hematología, donde se realiza pauta de suspensión y paso a HBPM, enviándola al Centro de Salud. El paciente debe acudir al centro de salud a recoger la pauta, y posteriormente al Hospital el día de la extracción para control INR. Finalmente se realiza la extracción.
Se pretende que el paciente, al acudir al dentista, reciba la pauta y únicamente se realice el control de INR en el centro de salud, 1 o 2 días antes de la extracción.

RESULTADOS ESPERADOS
- Evitar la suspensión temporal del tratamiento anticoagulante oral en pacientes que no lo requieren, disminuyendo de esta manera el riesgo trombótico asociado.
- Aplicar un documento consensuado con el Colegio de Odontólogos de Aragón para el manejo de estos pacientes.
- Disminuir la carga asistencial del Servicio de Hematología, de los Médicos de Atención Primaria y de los propios odontólogos; así como evitar viajes y consultas innecesarias a los pacientes anticoagulados.
- Ahorro económico al evitar la administración de HBPM cuando realmente no se precisa.

MÉTODO
Se pretende elaborar un documento para el manejo de pacientes anticoagulados con Sintrom que precisan procedimientos o extracciones dentarias en nuestro sector sanitario, consensuado con el Colegio de Odontólogos pertinente.
Dicho documento debe incluir instrucciones sencillas sobre el procedimiento a seguir (no suspender Sintrom, cuándo realizar control de INR, medidas hemostáticas locales a realizar, precauciones y signos de alarma...), para su aplicación en el día a día por parte de los Odontólogos, sin tener que remitir a los pacientes al Servicio de Hematología o a Atención Primaria.

Una vez realizado el borrador del documento, se debería presentar a los Odontólogos de nuestro sector (breve charla, presentación de diapositivas), de manera que se pudiera establecer una comunicación bilateral para poder solventar dudas y escuchar aportaciones de los mismos.
Una vez aprobado el documento final, se remitiría a las Clínicas Odontológicas, Centros de Salud y/o pacientes de cara a su utilización en la práctica habitual.
Tras un periodo de aplicación, realizar una encuesta a los Odontólogos valorando el grado de cumplimiento del documento, el grado de satisfacción y las dudas/problemas que hayan surgido durante dicho periodo.

INDICADORES
- Porcentaje de reducción del número de pacientes que acuden a Hematología para obtener pauta de Sintrom ante procedimientos dentales menores ((nº pacientes año estudio – nº pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
- Número de pacientes que presentan complicaciones en el procedimiento.
- Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores arriba señalados), los resultados de la encuesta realizada a los Odontólogos

DURACIÓN
Duración y calendario
- 2 meses: revisión bibliográfica y elaboración del borrador del documento.
- 2 meses: presentación del borrador a los odontólogos y Colegio de Odontología para consensuarlo y solventar dudas.
- 6 meses: aplicación del documento en la práctica habitual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0222

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

- 2 meses: encuesta de satisfacción a Odontólogos y elaboración de un informe con los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA FLOR YUS CEBRIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAUL VIDALLER PEDRO
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
MOLES ALASTRUE JOSEFA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
MAZON GARCIA ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Durante el mes de mayo y junio de 2018 se revisaron las guías existentes de anticoagulación oral, así como el antiguo material suministrado en nuestras consultas, y se elaboró un borrador de "Recomendaciones para pacientes en tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K (AVK)".
- Durante julio-septiembre de 2018, se presentó el borrador a enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas, y se elaboró la versión definitiva de la "Hoja de Recomendaciones para pacientes en tratamiento anticoagulante con AVK".
- Inicio del programa: A partir del mes de Octubre de 2018, en la primera visita realizada a los pacientes que comenzaban anticoagulación con AVK, el DUE encargado de la sección de Hemostasia, explicaba el tratamiento con AVK, y aportaban la hoja de recomendaciones donde se solventaban las principales dudas sobre el tratamiento que pudiese surgir en su domicilio. También se ofrecía la hoja de información a los pacientes que ya estaban en tratamiento y que mostraban dudas sobre la anticoagulación con AVK.
- A partir de Diciembre de 2018, se comenzó a valorar la utilidad de la hoja de recomendaciones en los pacientes que se encuentran en tratamiento anticoagulante con AVK: se ha efectuado una valoración de la comprensión aportada en las primeras visitas, objetivando un claro beneficio de la utilización de la hoja de recomendaciones. Insistiendo en los puntos de la hoja de recomendaciones: tratamiento concomitante, dosis del tratamiento anticoagulante, dieta, …

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha conseguido que los pacientes presentan una dieta equilibrada, disminuyendo así la labilidad de los niveles de INR.
- Los pacientes han mantenido a los facultativos de Hematología de los cambios en su tratamiento habitual.
- Se observa que los pacientes presentan menos eventos adversos evitables, potencialmente graves, derivados de la desinformación.
- Ha permitido solventar antiguos "mitos" sobre el tratamiento con AVK.
- Los pacientes han presentado una mejoría en la calidad de vida, al disminuir los miedos y preocupaciones en cuanto al tratamiento anticoagulante con AVK.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Mayor satisfacción por parte de los pacientes, al poder solventar dudas en cuanto al tratamiento anticoagulante con AVK.
- Mejora de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con AVK, al presentar un mejor conocimiento de los eventos adversos derivados de la anticoagulación.
- Mayor compromiso de los pacientes en la cumplimentación del tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/263 ========== ***

Nº de registro: 0263

Título
CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

Autores:
YUS CEBRIAN MARIA FLOR, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PERELLA ARNAL MATILDE INES, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR, MOLES ALASTRUE JOSEFA, ESTEVE MORLAN MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anticoagulación
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los pacientes anticoagulados con Anticoagulantes antivitamina K (AVK) en ocasiones presentan multitud de dudas sobre el tratamiento, que normalmente solventan en la consulta de Hemostasia, pero consideramos que es importante que las principales cuestiones que les puedan surgir las tengan solventadas en una hoja informativa. Creemos que es fundamental que los pacientes anticoagulados con AVK conozcan los siguientes:

- La decuada toma de AVK y otros fármacos que deben tomar por procesos crónicos o intercurrentes. Los pacientes no deberían suprimir o añadir medicamentos sin el consentimiento de un facultativo.

- Debe ser de máxima importancia que los pacientes anticoagulados con AVK tengan claro que la dosis que deben de tomar es la indicada y solamente esa dosis. Deberían conocer que es peligroso aumentar o reducir la dosis sin instrucciones expresas de un facultativo.

- Los alimentos que pueden tomar. Muchas veces objetivamos que los pacientes evitan tomar verduras u otros alimentos ricos en vitamina K por miedo a que los controles no sean adecuados. No deberán efectuar cambios de importancia en su régimen alimenticio por el hecho de que se encuentren en tratamiento con AVK.

- Los pacientes deberían estar informados de los riesgos de tomar otros antiagregantes y anticoagulantes. También deberían estar atentos ante cualquier pérdida anormal de sangre (por encías, epistaxis incoercible, hematuria, melenas o rectorragia, grandes hematomas en la piel). En caso de apreciar alguno de los anteriores síntomas, debería acudir a su centro de Atención primaria o a Urgencias del hospital.

- En caso de enfermedad, con o sin fiebre, la presencia de diarreas, deberá indicarlo a su médico de atención primaria, o a su Hematológo.

- No deberían abusar de bebidas alcohólicas si se encuentran en tratamiento con AVK.

- Siempre que sea necesario que sean sometidos a procedimientos invasivos, deberán indicar que se encuentran en tratamiento anticoagulante, de manera que se les realice una pauta para la retirada del fármaco.

- No deberán administrarse inyecciones intramusculares por el riesgo de hematomas musculares, y si fuera preciso debería realizarse subcutáneo profundo.

- Si la paciente tuviera intención o se queda embarazada, debería indicarlo inmediatamente a su médico de Atención Primaria o Hematólogo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en tratamiento con AVK, disminuyendo la dependencia hospitalaria de estos pacientes.
- Evitar los riesgos derivados del desconocimiento de un adecuado manejo de AVK, y solventar todas las dudas potenciales en una hoja informativa que el paciente podrá tener en su domicilio.
- Intentar que el paciente no consulte otras fuentes no fidelignas que pueden conducir a riesgos para su salud.

MÉTODO
- En la primera vista realizada a los pacientes que inician anticoagulación, el DUE encargado de la sección de Hemostasia, además de explicar al paciente el tratamiento con AVK, les facilitará una hoja informativa donde puedan solventar las principales dudas que puedan surgirle en su domicilio y en su día a día.
- Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes, que consistirá en la creación de una hoja informativa, que sea de fácil lectura y que sea comprensible por todos los pacientes, sean jóvenes o ancianos, con estudios básicos o universitarios.
- Se realizará un cuestionario de satisfacción a los pacientes del proceso.

INDICADORES
- Porcentaje de reducción del número de pacientes que presentan eventos adversos por la toma de AVK ((nº pacientes año estudio – nº de pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
- Número de pacientes que presentan complicaciones con el procedimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

- Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores anteriores), los resultados de la encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
- 1 meses: revisión bibliográfica y elaboración de un borrador sobre el procedimiento.
- 1 mes: presentación del borrador a Enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas.
- Junio-Agosto de 2018: Inicio del programa.
- Dos meses después del inicio del programa: Realizar un cuestionario de satisfacción en el que se evalúe la utilidad de la Hoja informativa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LORIS LENDY ROMERO QUEZADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAUL VIDALLER PEDRO
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
PERELLA ARNAL MATILDE INES
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
ROMERO ARPA MILAGROS
OLIVA ARMISEN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado el pliego de prescripciones técnicas incluyendo la documentación técnica que deben presentar las casas comerciales, el equipamiento necesario para la realización de los hemogramas en el Sector de Barbastro (Hospital de Barbastro y Laboratorio de Fraga), las condiciones que debe cumplir el Servicio técnico y otras cuestiones como controles de calidad y certificado sobre manejo de los residuos generados.
Se han determinado los criterios de valoración acerca de los autoanalizadores, los reactivos y el servicio técnico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han estudiado las características de los autoanalizadores de varias casas comerciales, valorando sí cumplían los requisitos indicados en el apartado anterior y son adecuados para las necesidades de nuestro Sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como consecuencia de la presión asistencial no se ha podido finalizar el proyecto como teníamos previsto quedando pendiente la publicación de las especificaciones requeridas, la realización del informe técnico y una vez se hayan implantado los nuevos autoalanlizadores realizar la formación del personal del Laboratorio.
Se prevé poder finalizar el proyecto durante el año en curso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/349 ========== ***

Nº de registro: 0349

Título
RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, PERELLA ARNAL MATILDE INES, QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE, ROMERO ARPA MILAGROS, OLIVA ARMISEN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la patología que precise realización de hemograma
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Los autoanalizadores de Hematimetría del Hospital de Barbastro se instalaron hace 5 años.
Durante el último año han precisado intervención por parte del Servicio Técnico con una frecuencia media de 3 veces al mes.
Pese a que el Servicio Técnico acude ante cualquier requerimiento de avería existe el riesgo, como ha ocurrido de modo excepcional, de avería simultanea de los autoanalizadores disponibles.
Existen actualmente versiones de autoanalizadores que aportan mayor información sobre patología hematológica y no hematológica.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el equipamiento y los reactivos para realización de los hemogramas de todo el sector de Barbastro.
Mejorar la calidad de la información aportada por el autoanalizador para la valoración de anemias, detección de procesos hematológicos y no hematológicos.
Reducir el coste económico para la realización de dicha determinación.

MÉTODO
Se elaborará el pliego de especificaciones que deben cumplir las casas comerciales que opten al suministro de los autoanalizadores y reactivos.
Publicar las especificaciones requeridas.
Estudio de las características técnicas y su adaptación a las necesidades de nuestro Sector.
Realización del informe técnico.
Realización de cursos de formación de facultativos, técnicos y personal de enfermería del Laboratorio.
Implantación de los nuevos autoanalizadores.
Conexión al sistema Informático del Laboratorio.

INDICADORES
Porcentaje de reducción del número hemogramas que precisan repetición por errores de lectura.
Porcentaje de reducción de incidentes o averías que precisan asistencia técnica.
Reducción de costes por hemograma.

DURACIÓN
En el mes de mayo elaboración de las especificaciones técnicas
En junio comprobar las características de los autoanalizadores.
En julio-agosto elaborar un informe técnico con las conclusiones.
En octubre- noviembre implantación de los nuevos autoanalizadores y cursos de formación del personal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES — POLYCARE"

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN IGNACIO COLL CLAVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGLES BARBASTRO ROSANA
SIERRA CALLAU MODESTO
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
ROMERO MARCO DIONISIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los 2017 y 2018 del proyecto se han realizado las actividades para el desarrollo de la plataforma tecnológica para la provisión de cuidados integrados sociales y sanitarios mediantes a mediante hospitalización a domicilio, a pacientes crónicos en fases de reagudización. A su vez se han implementado los dispositivos tecnológicos a utilizar. Una vez concluida la plataforma de desarrollo, se han realizado las pruebas y se ha puesto en marcha el pilotaje en entorno real.
Concretamente se han realizado las tareas:
• Definición e implementación del entorno colaborativo para crear planes de cuidados, para su puesta en marcha y seguimiento.
- El sistema de tele-monitorización de variables clínicas mediante sensorización pasiva
- Los sistemas de ayuda a la decisión para la gestión de alarmas relativas a la monitorización de variables clínicas, la propuesta de modificación del plan fármaco terapéutico en función de criterios start/stop para pacientes poli medicados y la propuesta adaptación de los planes de cuidados según perfil clínico del paciente.
- Los sistemas de gamificación orientados a conseguir un paciente activo en cuanto a su perfil patológico y a observar buenas prácticas en su nuevo rol.
- Integración del colaborative environment con el sistema de receta del SALUD, sistemas de videoconferencia y de mensajería instantánea SMS y LDAP.
• Implementación y pruebas de los dispositivos de captura de señales biométricas, sensores y wearables.
• Definición de las características de la prueba de concepto y del piloto necesario para la evaluación de la plataforma que se van a bordar en la segunda anualidad.
• Pruebas de concepto
- Preparación e instalación del entorno tecnológico para la puesta en marcha de los servicios POLYCARE (maquinas, servidores, bases de datos, accesos, etc..)
- Instalación y configuración de la tecnología
- Identificación de profesionales involucrados
- Puesta en marcha del Call center para la gestión de alarmas
- Identificación de pacientes y provisión de servicios de cuidados integrados en la Unidad de Crónico Complejo
- Recogida de datos y experiencias para la evaluación
• Evaluación de resultados en términos de impacto en distintos dominios, calidad de vida, empoderamiento de paciente, económico, colaboración entre actores, etc.. siguiendo una metodología de evaluación reconocida en el ámbito de evaluación de cuidados integrados usando TICs.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una validación de la tecnología desarrollada en 3 pruebas de concepto en 3 regiones europeas, siendo una de ellas el Servicio Aragonés de Salud en el sector sanitario Barbastro. Se han incluido 27 pacientes que han validado la solución POLYCARE en la Unidad de Crónico Complejo del Hospital de Barbastro, durante su estancia en el hospital, permitiendo una recogida de datos y validación de la solución desarrollada.
Se ha realizado una colaboración con el Departamento de Servicios Sociales de Base de la Comarca del Somontano, así como una colaboración con la Residencia de Ancianos "Las Huertas" de Barbastro, dentro del ámbito del proyecto europeo Polycare.
El proyecto ha permitido la colaboración con interesantes socios europeos, como el Instituto Fraunhofer de Bonn, aunando experiencias y permitiendo la compartición de conocimiento y la diseminación de resultados a un nivel internacional, así como la participación en múltiples eventos nacionales y europeos.
Con esta solución validada, el SALUD y el sector sanitario de Barbastro sigue con la línea de telemonitorización y provisión de cuidados integrados en distintos entornos a pacientes crónicos, (siguiendo la línea de varios proyectos anteriores con foco en telemonitorización, entornos domiciliarios y controlados como residencias, con colaboración de entorno social, en el ámbito preventivo, terapéutico, en domicilio y hospitalario, en aras de mejorar de la calidad prestada, centrada en el paciente, y buscando la sostenibilidad de los sistemas de bienestar y el empoderamiento de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto buscaba diversos objetivos, siendo los principales la mejora de la calidad de vida en pacientes crónicos a través de la hospitalización en domicilio, la reducción del número de hospitalizaciones y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES — POLYCARE"

desplazamientos a los hospitales, el empoderamiento de pacientes, la compartición de datos entre los distintos proveedores de cuidados y la promoción de los cuidados integrados.
En la búsqueda de todos estos objetivos son claves varias cuestiones. En primer lugar, es necesaria una plataforma fuertemente validada y testeada antes de su puesta en marcha, así como la validación y uso de tecnología, dispositivos biomédicos y/o sensores y aplicaciones disponibles para paciente que se vayan a utilizar. Otra lección aprendida es que el empoderamiento de pacientes y la transferencia de competencias de bajo valor desde el sector sanitario al paciente es un reto en momentos de desestabilización aguda del paciente, con necesidad de hospitalización y con poco periodo de intervención. En estos casos, se consigue una transferencia y empoderamiento del tercer sector y cuidadores, en lugar del paciente. Así mismo, la integración de los nuevos sistemas de información con los ya existentes en el Servicio Aragonés de Salud es necesaria para garantizar el uso por parte de los profesionales sanitarios.
El Servicio Aragonés de Salud continúa con la búsqueda de sistemas de provisión de cuidados integrados sostenibles en los distintos ámbitos de actuación para paciente crónicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1763 ========== ***

Nº de registro: 1763

Título
PROYECTO POLYCARE

Autores:
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, EITO CUELLO JUAN JOSE, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, SIERRA CALLAU MODESTO, ROMERO MARCO DIONISIA, ANGLES BARBASTRO ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
POLYCARE es un proyecto que pertenece al programa HORIZON2020 enmarcado en la convocatoria de "Personalización de salud y cuidados" y en concreto en la temática PHC-25-2015 "Sistemas TICS y servicios para la integración de cuidados".
El reto de POLYCARE es desarrollar y evaluar un modelo de cuidado integrado centrado en el paciente y con soporte en el uso de sistemas TIC y servicios avanzados que permitan la monitorización y el cuidado de pacientes crónicos en fases agudas en su domicilio.
Los dos objetivos principales del proyecto son mejorar la calidad de vida y del cuidado de estos pacientes y mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales.
En Polycare se va a evolucionar el protocolo de alta precoz desarrollado en el proyecto previo "Smartcare", prestando una "hospitalización a domicilio" controlada. No solo para pacientes con EPOC, sino también para pacientes con insuficiencia cardiaca. En este caso vamos a apoyarnos de Servicios Sociales de la Comarca del Somontano, que son socios del proyecto y pondrán personal dedicado.

Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC.
Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare,
Contrato Programa 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES — POLYCARE"

51
que estaba pensando para cuidados de larga duración y
adaptarlo a una hospitalización a domicilio.
Mientras buscamos una fecha después de las vacaciones
para bajar al centro de salud y crear el grupo, podemos
avanzar en dos cosas:
Revisar los criterios de inclusión para pacientes
Revisar los signos que pueden ser alerta y el protocolo de
actuación del Call center
Siempre pensando que los pacientes serían pacientes en
fases de exacerbación y en situación de hospitalización a
domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
PILOTAJE DE CUIDADOS INTEGRADOS A PACIENTE CRONICO
REAGUDIZADO EN SITUACION HOSPITALIZACION A
DOMICILIO

MÉTODO
El consorcio del proyecto incluye empresas de desarrollo
tecnológico y proveedores de servicios sociales y sanitarios.
Las empresas de desarrollo van a adaptar, desarrollar y a
evolucionar aplicaciones existentes con la colaboración de
los proveedores de servicios. Estas aplicaciones pertenecen
a los campos de SAD (Sistemas de Ayuda a la Decisión),
Gamificación, Tele-Monitorización de constantes vitales y
wearables.
El proyecto consiste en una prueba de concepto que se
llevará a cabo Sector Sanitario de Barbastro. El reto del
proyecto es realizar la prueba de concepto del servicio con
las tecnologías desarrolladas por las empresas tecnológicas.
Se realizarán tareas de definición de requisitos, de
participación, criterios de inclusión, protocolo de trabajo con
un equipo multidisciplinar, para pacientes con diversas
patologías. Nos gustaría montar un equipo de trabajo para
definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare
con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de
Smartcare, que estaba pensando para cuidados de larga
duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio.
Posteriormente se desarrollará la prueba de concepto
durante 18 meses, identificando usuarios, incluyéndolos en
programa, definición del plan de cuidados integrado social y
sanitario, y seguimiento de dicho plan de cuidados en
situación de hospitalización a domicilio.

INDICADORES
Durante toda la fase de pruebas se recogerá información
para acabar con una evaluación exhaustiva del impacto de la
provisión de servicios de atención integrada en situación de
hospitalización a domicilio con ayuda de las TICs en estos
pacientes. Dicha evaluación seguirá una metodología que
deberá diseñarse específicamente para la evaluación de la
innovación tecnológica en el ámbito sanitario.

DURACIÓN
ENERO 2017- DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES
En etapas más avanzadas del proyecto se intentará
incorporar la Rehabilitación específica para los pacientes con
Insuficiencia Cardíaca.
La colaboración entre Atencion Especializada, Atencion
Primaria, Urgencias y los Servicios Sociales es clave en este
proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES — POLYCARE"

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS GONZALEZ IGLESIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL
GRASA LANAU JOSE ANTONIO
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
NOGUES GARCIA LAIA
CUELLO MUR MARIA NATIVIDAD
PLAZA CUELLO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Asistencia de 2 miembros del grupo al Curso Multidisciplinar sobre analgesia sedación, delirio y debilidad del paciente critico. Noviembre 2016 Hospital de Vall d'Hebron (Bqarcelona).
- Realizadas 2 sesiones formativas sobre Escalas de Sedación y Dolor al personal sanitario de UCI: Noviembre 2016 y Mayo 2017.
- Realizado protocolo de Sedoanalgesia, pendiente de validación por los facultativos especialistas de área por la nuevas opciones terapéuticas aparecidas en el mercado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se pueden dar resultados de los indicadores planteados al no haberse empezado a aplicar el protocolo.
La fuente de obtención de datos será el programa informático propio de UCI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido importante difundir y empezar a manejar las escalas de sedoanalgesia con los pacientes que vamos teniendo ingresados y que precisan sedación.
Queda pendiente la adaptación del programa informático de UCI a las nuevas ordenes terapéuticas con los fármacos selecionados y las escalas de sedación-dolor.
Damos continuidad al proyecto para que una vez aprobado el protocolo todos los profesionales sigamos la misma linea de pautas y trabajos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/874 ========== ***

Nº de registro: 0874

Título
MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, GRASA LANAU JOSE ANTONIO, GALLEGO BARRABES SUSANA, MENDIARA BERBIELA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología grave
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes, que por su patología, precisan sedoanalgesia en la UCI precisan una vigilancia estrecha y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

ajustes continuos de medicación para evitar efectos no deseables: dolor, infrasedación y desadactación de la ventilación mecánica, sobresedación y retraso en extubación y prolongación en la estancia en UCI. Este ajuste meticulosos se realiza de forma dispar entre los miembros de la unidad. Las causas detectadas son:
- Falta de un protocolo de actuación.
- Falta de diversidad en las pautas de tratamientos (sedación y analgesia) por lo que se usasn las mismas dosis y fármacos sin tener en cuenta otros aspectos importantes: edad, constitución, tipo de patología que requiere sedoanalgesia...
- Disparidad en las escalas de medición de dolor y sedación utilizadas.
- Todo ello conlleva dosis acumulativas y prolongación de los efectos.
La utilidad del proyecto se basa fundamentalmente en actualizar los conocimientos sobre el tema y unificar criterios y pautas de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Concienciar a los profesionales sanitarios de la UCI, de la necesidad de minimizar la sedación para disminuir sus efectos indeseables.
- Fomentar el uso de nuevos fármacos sedoanalgesicos que mejoran la calidad del tratamiento.
- Crear el hábito de valorar la respuesta a los fármacos mediante escalas actualizadas que permitan ajustar las dosis a la situación clínica del paciente.
- Disminuir las dosis de sedación y con ello los días de ventilación mecánica.

MÉTODO
- Redacción, difusión y puesta en marcha de un PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE DE UCI: Médicos y Enfermeros.
- Introducción de las escalas seleccionadas y generación pautas de tratamiento prediseñadas en el sistema informático de la unidad: Médicos y enfermeros
- Adiestramiento en el uso de las escalas elegidas para valorar la sedación, analgesia y relajación muscular de los pacientes: Enfermeros.
- Revisión y evaluación de las actuaciones de los profesionales sanitarios de la unidad ante un paciente con sedoanalgesia una vez creado y difundido el protocolo: Médico y Enfermeros

INDICADORES
- Numero de pacientes a los que se realiza una sedación controlada (escala/BIS) / Numero total de pacientes con sedación.

- Número de pacientes con pauta de sedoanalgesia protocolizada / número de pacientes con necesidad de sedoanalgesia.

Los datos se obtendrán de la historia clínica informatizada y del programa informático de monitorización continuada de los pacientes ingresados.

DURACIÓN
Periodo: tercer trimestre 2016 - primer semestre de 2017.
Inicio: 1 Noviembre 2016.
Finalización: 31 Junio 2017.

Calendario:
-Realización del PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA: 3 meses: noviembre y diciembre 2016, enero 2017.
- Difusión del protocolo: 1 semana: primera semana Febrero 2017.
- Adiestramiento personal de enfermería: 3 semanas: resto del mes de febrero 2017.
- Recogida de resultados: 3 meses: Marzo-Mayo 2017.
- Resultados y conclusiones y difusión de los mismos: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS(UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS GARCIA RONQUILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRASA LANAU JOSE ANTONIO
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
MARTINEZ TRIVEZ PILAR
SALLAN CIUTAD VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha llevado a cabo la redacción de la guía de sedoanalgesia en la UCI del hospital de Barbastro según la evidencia clínica actualizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado la guía de sedoanalgesia de la unidad de cuidados intensivos. Se han introducido las escalas de sedoanalgesia y relajación en la práctica diaria, y comenzado el registro informático. Esto va a permitir a lo largo de este año iniciar el empleo de esta herramienta en la actividad clínica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La dificultad de desarrollar una guía de actuación aparentemente sencilla, pero que al profundizar el conocimiento es mas amplio el tema elegido. La dificultad de coordinación de este tipo de trabajos, cuando son realizados a la vez que la actividad asistencial, así como lograr coordinar a un grupo con diferentes horarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/874 ========== ***

Nº de registro: 0874

Título
MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, GRASA LANAU JOSE ANTONIO, GALLEGO BARRABES SUSANA, MENDIARA BERBIELA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología grave
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes, que por su patología, precisan sedoanalgesia en la UCI precisan una vigilancia estrecha y ajustes continuos de medicación para evitar efectos no deseables: dolor, infrasedación y desadactación de la ventilación mecánica, sobresedación y retraso en extubación y prolongación en la estancia en UCI. Este ajuste meticulosos se realiza de forma dispar entre los miembros de la unidad. Las causas detectadas son:
- Falta de un protocolo de actuación.
- Falta de diversidad en las pautas de tratamientos (sedación y analgesia) por lo que se usasn las mismas dosis y fármacos sin tener en cuenta otros aspectos importantes: edad, constitución, tipo de patología que requiere sedoanalgesia...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS(UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Disparidad en las escalas de medición de dolor y sedación utilizadas.
- Todo ello conlleva dosis acumulativas y prolongación de los efectos.

La utilidad del proyecto se basa fundamentalmente en actualizar los conocimientos sobre el tema y unificar criterios y pautas de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Concienciar a los profesionales sanitarios de la UCI, de la necesidad de minimizar la sedación para disminuir sus efectos indeseables.
- Fomentar el uso de nuevos fármacos sedoanalgesicos que mejoran la calidad del tratamiento.
- Crear el hábito de valorar la respuesta a los fármacos mediante escalas actualizadas que permitan ajustar las dosis a la situación clínica del paciente.
- Disminuir las dosis de sedación y con ello los días de ventilación mecánica.

MÉTODO
- Redacción, difusión y puesta en marcha de un PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE DE UCI: Médicos y Enfermeros.
- Introducción de las escalas seleccionadas y generación pautas de tratamiento prediseñadas en el sistema informático de la unidad: Médicos y enfermeros
- Adiestramiento en el uso de las escalas elegidas para valorar la sedación, analgesia y relajación muscular de los pacientes: Enfermeros.
- Revisión y evaluación de las actuaciones de los profesionales sanitarios de la unidad ante un paciente con sedoanalgesia una vez creado y difundido el protocolo: Médico y Enfermeros

INDICADORES
- Numero de pacientes a los que se realiza una sedación controlada (escala/BIS) / Numero total de pacientes con sedación.

- Número de pacientes con pauta de sedoanalgesia protocolizada / número de pacientes con necesidad de sedoanalgesia.

Los datos se obtendrán de la historia clínica informatizada y del programa informático de monitorización continuada de los pacientes ingresados.

DURACIÓN
Periodo: tercer trimestre 2016 - primer semestre de 2017.
Inicio: 1 Noviembre 2016.
Finalización: 31 Junio 2017.

Calendario:
-Realización del PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA: 3 meses: noviembre y diciembre 2016, enero 2017.
- Difusión del protocolo: 1 semana: primera semana Febrero 2017.
- Adiestramiento personal de enfermería: 3 semanas: resto del mes de febrero 2017.
- Recogida de resultados: 3 meses: Marzo-Mayo 2017.
- Resultados y conclusiones y difusión de los mismos: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR MARTINEZ TRIVEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
ZAMORA ELSON MONICA
LOPEZ GONZALEZ ISABEL
CENTENO OBANDO JUAN JOSE
SANZ CARDIEL ALICIA
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Enviada una carta, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto: 1ª quincena octubre 2017
Elaboración hoja de recogida de datos: 1ª quincena octubre 2017
Se está realizando un seguimiento de estos pacientes a diario en los pacientes ingresado en UCI y 2 veces por semana en los pacientes de planta de hospitalización, por los facultativos de UCI con la enfermería de las unidades correspondientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado el seguimiento de las vías implantadas en la UCI o bien de los paciente que han ingresado en la UCI con vias centrales desde 15 de octubre de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017. Control dentro de la UCI a diario, como en las plantas de hospitalización dos veces en semana-
Los datos son los siguientes:
- Canalizadas 62 vías:
- 74% son vías centrales: 37 (80%) de las misma las han canalizado los médicos de la UCI, y el resto 9 (20%), las han canalizado en quirófano (anestesistas).
- 26% son vías centrales de acceso periférico. Todas canalizadas por el personal de enfermería de UCI.

- La duración de la catéteres han sido una media de 8 días. Con valores de 1 día y 32 días.
- Se han realizado 11 recambios de vías, es decir un 18% eran una nueva vía en el mismo paciente.
- Los motivos de retiradas de la vías han sido:
- 28 (45%) por no ser necesaria; 10(16%) por exitus; sospecha sepsis por catéter 11 (18%); trasladó a otro centro 4 (6%); cambio electivo 2 (3%); trombosis 2 (3%); retirada accidental 2 (3%); mala posición 1 (1,6%); falta de luces 1 (1,6%) y malfuncionamiento 1 (1,6%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Seguimiento laborioso pero gratificante por la buena disponibilidad de la enfermeras de los distintos servicios para la revisión conjunta y las recomendaciones realizadas.
- Mejora en las curas de las vías centrales por la insistencia de los médicos de UCI que realizan el seguimiento.
- Queda pendiente una mayor implicación por facultativos especialistas de otros servicios en el manejo de las vias.

7. OBSERVACIONES.
Realizaremos continuidad del proyecto con recogida de datos a lo largo de todo el 2018.
Se enviaran resultados a congresos de críticos, calidad...

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1772 ========== ***

Nº de registro: 1772

Título
MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MARTINEZ TRIVEZ PILAR, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, ZAMORA ELSON MONICA, LOPEZ GONZALEZ ISABEL, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, SANZ CARDIEL ALICIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En nuestro servicio y en nuestro hospital, como ocurre en otros, el manejo de los CVC no siempre es adecuado. Esto lleva consigo importantes efectos secundarios y complicaciones graves, entre las que se encuentran, las bacteriemias relacionadas con catéter, flebitis y trombosis venosas.
En años anteriores tuvimos ingresados algunos pacientes con complicaciones relacionadas con el catéter: shock séptico por catéter, endocarditis por infección de catéter, trombosis de extemidades por catéter...
Las iniciativas para la prevencion de las infecciones nosocomiales, es uno de los objetivos de nuestra sociedad, de nuestra unidad, y de nuestro servicio de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
- Vigilancia de todos los cateteres centrales que ha llevado los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante los años 2017-2018.
- Detección, prevención y actuación sobre las posibles complicaciones relacionadas con CVC.
- Seguimiento de la situación y utilidad de los CVC hasta su retirada.
Población diana : Todos los pacientes con CVC canalizados en nuestra unidad, ó que ingresen procedentes de otro area del hospital con un CVC y sean dados de alta de la UCI a las plantas de hospitalización con CVC.
Dirigido a : todos los servicios donde se utilizan este tipo de catéteres

MÉTODO
A - Se enviará una carta, de nuestro jefe de sección, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto, dado que vamos a hacer un seguimiento de pacientes a su cargo y en sus e Historias clínicas clínicas.
B - Se elaborará, una hoja de recogida de datos.
C - Se realizará un seguimiento, de estos pacientes, 2 veces por semana, por los facultativos, que colaboran en el proyecto (de forma rotatoria), con recogida de datos,
D - Realizar recomendaciones al responsable médico y de enfermería del paciente si se cree conveniente realizar alguna intervención en el manejo del CVC.

INDICADORES
1 - Realización de carta de información del proyecto a la dirección del hospital y Jefes de servicios asistenciales : SI/NO . Estándar: 100%

2 - Realización de Hoja de recogida de datos : SI/NO
Estándar: 100%

3 - Nº de pacientes con CVC que se han seguido correctamente /Nº de pacientes con CVC, que se debían seguir .
Estándar: 80%.

4 - Realización de la valoración de los datos obtenidos y realización de la Memoria: SI/NO . Estándar : 100%

FUENTES DE DATOS :
- Hoja de recogida de datos.
- Historias clínicas
- Entrevistas con enfermera y facultativos responsables del paciente.

DURACIÓN
A - Enviar carta a dirección medica y JS : 1-15 Octubre 2017

B - Realizar Hoja de recogida de Datos :1-15 Octubre 2017

C - Seguimiento de pacientes : 15 Octubre 2017 - 15 Octubre 2018 .
D - valoración de datos, resultados obtenidos y elaboración de la memoria : 1ª Memoria con Datos a 31 diciembre 2017
2ª memoria con datos en Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

OBSERVACIONES
Se trata de un proyecto con continuación en el Acuerdo de Gestión Clínica que firmará la UCI con la dirección del Hospital de Barbastro para 2018.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR MARTINEZ TRIVEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
ZAMORA ELSON MONICA
LOPEZ GONZALEZ ISABEL
CENTENO OBANDO JUAN JOSE
SANZ CARDIEL ALICIA
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A- Se ha enviado una carta, de nuestro jefe de sección,a la dirección del hospital y a los jefes, de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto. (1-15 octubre 2017)
B- Se ha elaborado una hoja de recogida de datos. (1-15 octubre 2017)
C- Se ha realizado una vigilancia y seguimiento, de todos los pacientes con CVC, (los canalizados en nuestra unidad, y los que ingresan procedentes de otras áreas del hospital, portadores de CVC), durante el periodo de ingreso en la UCI, y tras el alta a la planta de hospitalización.
Este seguimiento se ha iniciado el 15 de octubre de 2017, y lo continuamos a día de hoy, y se realiza, en el caso de los pacientes que permanecen ingresados en UCI, por el facultativo responsable, y en los ya dados de alta, en planta,
2 veces por semana, de forma rotatoria, por todos los facultativos de la unidad. con la recogida de datos consiguiente.
D- Tras la recogida de datos, se realiza la valoración de éstos,y recomendaciones al responsable médico y de enfermería del paciente, sobre la realización de alguna intervención en el manejo del CVC, ó si sería conveniente su retirada .
E- De este modo se están recogiendo una serie de datos, sobre la canalización y manejo posterior, de los CVC en nuestro hospital, así como de las posibles complicaciones derivadas, entre las que destacan : las BRC, Endocarditis secundarias a infección de catéter, flebitis y trombosis venosas, de modo que nos permita, cuando tengamos un muestra suficiente, la valoración de cómo se realiza esta canalización y manejo posterior, de estos catéteres en nuestro entorno, las complicaciones derivadas de ello, y las oportunidades de mejora.

Los datos analizados en esta memoria, son los recogidos, (según el proyecto de mejora presentado en 2017) entre el 15 octubre de 2017 y 15 octubre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A- Realización y envío de una carta de información del proyecto, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, entre el 1-15 octubre-2017 . Estándar 100% SI
B- Realización de una hoja de recogida de datos, entre el 1-15 octubre 2017
Estandar 100% Si
C- nº de pacientes con CVC, que se han seguido correctamente /nº de pacientes con CVC, que se debían seguir.
Estandar : 80% SI : 230/252 : 91%
D- Valoración de los datos obtenidos y realización de la memoria
Estandar 100% SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DATOS GENERALES OBTENIDOS :
Durante este periodo, se canalizaron 252 vías en total. (219 en la UCI, 29 en el servicio de Anestesia, 3 por cirugía y 1 el servicio de urgencias). El 78,88% en pacientes dependientes del servicio de UCI, el 8,37% fué solicitado por el servicio de Medicina Interna, el 6,77% por diferentes especialidades médicas y un 5,98% solicitadas por servicios quirúrgicos. De las vías canalizadas, 209 (82,9%) fueron canalizadas por médicos y 43 (17,1%) por enfermería.
En cuanto al número de luces, se han canalizado 8 vías de 1 luz, 73 de dos luces, 129 de tres luces y 42 de cuatro luces. Por localización, se han canalizado 66 vías subclavias, 65 vías yugulares, 80 vías femorales y 43 catéteres centrales de inserción periférico (CCIP)
La permanencia de las vías ha sido como mínimo 1 día y como máximo 37 días, con media de 4 días y mediana de 7 días. De los catéteres retirados, han precisado nueva canalización en 47 casos (19%). Los motivos de retirada/Salida del registro, han sido: No necesario/No empleo 45,42%; Exitus 19,12%; Sospecha infección catéter 10,76%; Traslado a otro centro 7,57%; Cambio electivo 5,18%; Retirada accidental 4,38%; Trombosis 3,59%; Malfuncionamiento 2,79%; Falta de luces 0,80%; y Mala posición 0,40%. De todos las sospechas de sepsis por catéter, sólo uno de ellos se confirmó con una bacteriemia asociada a catéter.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

DATO DE CVC CONVENCIONALES:
Durante este periodo, se canalizaron 211 vías centrales convencionales. Ditribuidos por luces: 7 de 1 Luz, 51 de dos luces, 111 de 3 luces y 42 de 4 luces. Los motivos de retirada han sido: No necesario/No empleo 45,97%; Exitus 20,85%; Sospeche infección catéter 9,48%; Traslado a otro centro 7,11%; Cambio electivo 6,16%; Retirada accidental 5,21%; Trombosis 1,42%; Malfuncionamiento 2,37%; Falta de luces 0,47%; y Mala posición 0,95%. El único caso de sépsis por catéter fue debido a vía yugular derecha, canalizada en quirófano y que estuvo canalizada 10 días. De las 211 vías, 36 (17%) se retiraron y precisaron canalización de nuevo catéter.

DATOS DE CVC DE INSERCION PERIFERICA (CCIP):
Durante este periodo, se canalizaron 43 CCI . Ditribuidos por luces, 1 de 1 Luz, 23 de dos luces, 19 de 3 luces.
Los motivos de retirada han sido: No necesario/No empleo 45,45%; Exitus 4,55%; Sospeche infección catéter 22,73%; Traslado a otro centro 13,64%; Cambio electivo 0%; Retirada accidental 0%;
Trombosis 9,09%; Malfuncionamiento 4,55%; Falta de luces 0%; y Mala posición 0%. De las 43 vías, 11 se retiraron y precisaron canalización de nueva vía.
Un dato llamativo, es que de las 43 vías canalizadas, después de la primera semana sólo quedaban canalizadas 7 vias (17%). Un 35% se han retirado en los primeros cuatro días.

CONCLUSIONES:
Este proyecto de recogida de datos y seguimiento, de la canalización y manejo posterior de los CVC, nos ha permitido un mejor control de los catéteres venosos centrales, detección precoz de complicaciones y tratamiento de las mismas.
Es por ello, que tenemos la intención de seguir, y así lo estamos haciendo, con este proyecto durante el 2019, considerando, como así lo exponíamos en nuestro proyecto de mejora de calidad, que la iniciativa para la prevención (entre otras), de las infecciones nosocomiales, es uno de los objetivos de nuestra sociedad, de nuestra unidad y de nuestro servicio de salud.

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto, fue enviado en 2017, para su inclusión en el programa de gestión de proyectos, en el servicio aragonés de salud-2016, con recogida de datos iniciada el 15 octubre de 2017, y continuación, en el acuerdo de gestión clínica firmado por nuestra unidad, con la dirección del hospital de Barbastro para el 2018.
No se realizó la memoria en 2017, dada la escasa cantidad de datos que pudimos recoger en tan solo 2.5 meses.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1772 ========== ***

Nº de registro: 1772

Título
MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MARTINEZ TRIVEZ PILAR, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, ZAMORA ELSON MONICA, LOPEZ GONZALEZ ISABEL, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, SANZ CARDIEL ALICIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro servicio y en nuestro hospital, como ocurre en otros, el manejo de los CVC no siempre es adecuado. Esto lleva consigo importantes efectos secundarios y complicaciones graves, entre las que se encuentran, las bacteriemias relacionadas con catéter, flebitis y trombosis venosas.
En años anteriores tuvimos ingresados algunos pacientes con complicaciones relacionadas con el catéter: shock séptico por catéter, endocarditis por infección de catéter, trombosis de extemidades por catéter...
Las iniciativas para la prevencion de las infecciones nosocomiales, es uno de los objetivos de nuestra sociedad, de nuestra unidad, y de nuestro servicio de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

RESULTADOS ESPERADOS
- Vigilancia de todos los cateteres centrales que ha llevado los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante los años 2017-2018.
- Detección, prevención y actuación sobre las posibles complicaciones relacionadas con CVC.
- Seguimiento de la situación y utilidad de los CVC hasta su retirada.

Población diana : Todos los pacientes con CVC canalizados en nuestra unidad, ó que ingresen procedentes de otro area del hospital con un CVC y sean dados de alta de la UCI a las plantas de hospitalización con CVC.
Dirigido a : todos los servicios donde se utilizan este tipo de catéteres

MÉTODO
A - Se enviará una carta, de nuestro jefe de sección, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto, dado que vamos a hacer un seguimiento de pacientes a su cargo y en sus e Historias clínicas clínicas.
B - Se elaborará, una hoja de recogida de datos.
C - Se realizará un seguimiento, de estos pacientes, 2 veces por semana, por los facultativos, que colaboran en el proyecto (de forma rotatoria), con recogida de datos,
D - Realizar recomendaciones al responsable médico y de enfermería del paciente si se cree conveniente realizar alguna intervención en el manejo del CVC.

INDICADORES
1 - Realización de carta de información del proyecto a la dirección del hospital y Jefes de servicios asistenciales : SI/NO . Estándar: 100%

2 - Realización de Hoja de recogida de datos : SI/NO
Estándar: 100%

3 - Nº de pacientes con CVC que se han seguido correctamente /Nº de pacientes con CVC, que se debían seguir .
Estándar: 80%.

4 - Realización de la valoración de los datos obtenidos y realización de la Memoria: SI/NO . Estándar : 100%

FUENTES DE DATOS :
- Hoja de recogida de datos.
- Historias clínicas
- Entrevistas con enfermera y facultativos responsables del paciente.

DURACIÓN
A - Enviar carta a dirección medica y JS : 1-15 Octubre 2017

B - Realizar Hoja de recogida de Datos :1-15 Octubre 2017

C - Seguimiento de pacientes : 15 Octubre 2017 - 15 Octubre 2018 .
D - valoración de datos, resultados obtenidos y elaboración de la memoria : 1ª Memoria con Datos a 31 diciembre 2017
2ª memoria con datos en Diciembre 2018

OBSERVACIONES
Se trata de un proyecto con continuación en el Acuerdo de Gestión Clínica que firmará la UCI con la dirección del Hospital de Barbastro para 2018.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA ZAMORA ELSON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CENTENO OBANDO JUAN JOSE
LISA LOPEZ VICTORIA
GARCIA CLAU SUSANA
LLANAS RECH MONICA
PLAZA CUELLO ALBA
CALVO SARVISE ASUNCION
FRANCO MONTES MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Protocolo iniciado en el año 2018, con el fin de realizar valoración nutricional a los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos.
Se ha procedido a recoger datos (el objetivo es llegar a 150 pacientes), en los que se recogen:
- Datos demográficos: sexo, edad, días de ingreso en UCI, causa de ingreso, peso, talla e IMC, si ha perdido peso en los ultimos 3 meses.
- Datos médicos: si precisa VM y días, si precisa soporte vasoactivo y días, si precisa hemodiafiltracion y días, si lleva nutrición artificial y de que tipo, si ha sido éxitus o no durante su ingreso en UCI.
- Escalas médicas: APACHE II, SOFA, SAPS II, CONUT, NRS2000, Nutriscore.
- Datos analíticos: Hb, Hto, linfócitos, plaquetas, actividad protombina, glucosa, lactato, PCR, PCT, creatinina, bilirrubina, albumina, prealbúmina, colesterol total, HDL, AST, ALT, fósforo, magnésio, transferrina y triglicéridos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es un trabajo de seguimiento, estamos todavía en la fase de recogida de datos. Pero podemos decir, que gracias a esta recogida de datos, estamos detectando al ingreso en UCI, los pacientes con mayor grado de desnutrición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestros objetivos son;¡:
- Grados de desnutrición al ingreso en UCI
- Porcentaje de desnutrición en los pacientes que ingresan en UCI
- Valorar síndrome de realimentación
- Comparación entre los diferentes scores nutricionales
- Valorar que datos al ingreso se relacionan con mayor mortalidad de los pacientes
- Que datos al ingreso se relacionan con mayor desnutrición

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/119 ========== ***

Nº de registro: 0119

Título
VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTE AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL BARBASTRO

Autores:
ZAMORA ELSON MONICA, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, LISA LOPEZ VICTORIA, GARCIA CLAU SUSANA, LLANAS RECH MONICA, PLAZA CUELLO ALBA, CALVO SARVISE ASUNCION, FRANCO MONTES MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologias que requieran ingreso en UCI
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Es necesario realizar una evaluación nutricional adecuada de los pacientes a su ingreso en UCI. Detectar los paciente que cumplen parámetros de desnutrición o están en riesgo de padecerla. En esto pacientes hay que introducir la nutrición artificial de forma lenta para evitar complicaciones como el síndrome de realimentación. También realizar diferentes escalas de valoración nutricional como son el Nutric-score, IMC, Conut o NRS2002 para saber que escala nos da más información sobre el estado nutricional del paciente al ingreso, y si sus resultados se correlacionan con mayor o menor mortalidad del paciente. También protocolizar el inicio nutrición artificial en cada paciente según sus características y necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Comparar las diferentes escalas para valorar nutricionalmente a los pacientes que ingresan en UCI
- Objetivar que pacientes al ingreso están en riesgo de desnutrición
- Valorar riesgo de Sindrome de realimentación
- Protocolizar inicio de nutrición artificial según caracteristicas del paciente

MÉTODO
- Pesar y tallar al paciente al ingreso
- Analitica al ingreso con parametros bioquimicos
- Calcular los scores nutricionales previstos
- Seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI
- Vigilar aparición de Síndrome de realimentación

Sesión docente al servicio para explicar el proyecto
Reuniones bimensuales con el equipo para seguimiento del proyecto

INDICADORES
Se ha generado una base de datos para recoger los datos indicados en el apartado anterior. Una vez finalizada la recogida de datos se realizara el estudio estadistico correspondiente.

DURACIÓN
Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se ha iniciado en el año 2018. Se recogeran datos durante 2 años para tener mayor base de datos y obtener datos significativos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GRASA LANAU
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
SANZ CARDIEL ALICIA
CABRERO MAISONE NATALIA
CALVERA CALVERA ALICIA
HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
ABADIA ORTIZ ESTER
CUELLO MUR MARIA NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización de sesiones divulgativas sobre el delirio en el paciente critico con el objetivo de informar y concienciar al personal de la unidad sobre su importancia y como prevenirlo (diciembre 2017)
- Elaboración e impresión de tríptico informativo sobre el delirio y su prevención para familiares de pacientes ingresados en UCI (abril 2018)
- Comienzo del reparto del tríptico entre los familiares de los pacientes en el momento del ingreso (mayo 2018)
- Elaboración de un protocolo de actuación multidisciplinar de prevención del delirio en el paciente crítico mediante medidas no farmacológicas y posterior envío a la unidad de calidad del sector (mayo 2018)
- Difusión del proyecto en forma de póster en las VII Jornadas de Calidad, Investigación e Innovación del Sector Barbastro (mayo 2018) y en el XLIV congreso nacional de la SEEIUC (junio 2018) como medida motivación e incentivación del personal de la unidad
- Aprobación del protocolo presentado por parte de la unidad del Calidad del sector (julio 2018)
- Asistencia de miembros del grupo de mejora al curso DELIRUCI 2018 (Curso multidisciplinar sobre prevención, detección y tratamiento del Delirium en la UCI) organizado por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida para actualización y renovación de conocimientos y aplicación en nuestro entorno (octubre 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Elaboración del protocolo: SI / STANDAR: SI (certificado por unidad de calidad)
- Realización de sesión de formación y concienciación para el personal de la unidad: SI / STANDAR: SI (acreditado por unidad de formación)
- Realización de folleto informativo para las familias: SI / STANDAR: SI (aprobado por la unidad de Calidad como parte del protocolo)
- Número de folletos entregados/numero de ingresos: Pendiente de obtención de datos / ESTANDAR >80%.
- Numero de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: En proceso de difusión / ESTANDAR >80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Tanto las sesiones formativas y de concienciación como la elaboración del folleto informativo para las familias han sido muy bien acogidos por el personal de la unidad, desarrollando una importante motivación e implicación con el proyecto.
- A raíz de la entrega de estos folletos informativos a las familias, hemos observado un alto nivel de implicación de éstas en las tareas de prevención del delirio, así como una mayor comprensión de este suceso cuando tiene lugar.
- La presentación del proyecto en forma de póster a las jornadas de calidad del sector y al congreso de la SEEIUC han servido de motivación, puesto que han dado visibilidad a la labor desarrollada, a la vez que han servido para la acreditación del trabajo de cara a bolsas de trabajo, carrera profesional, etc..
- Tras un año del inicio del reparto de los folletos (mayo 2019), se realizará la recogida de datos a través de los registros informatizados de la unidad.
- Una vez elaborado el protocolo y validado por la unidad de calidad, queda pendiente completar su difusión, puesto que debido al alto grado de rotación de personal en nuestro servicio, se hacen necesarias nuevas sesiones formativas, para las cuales se solicitará acreditación como formación continuada para una mayor motivación del personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/212 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Nº de registro: 0212

Título
CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Autores:
GRASA LANAU JOSE ANTONIO, MENDIARA BERBIELA YOLANDA, SANZ CARDIEL ALICIA, CABRERO MAISONE NATALIA, CALVERA CALVERA ALICIA, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, ABADIA ORTIZ ESTER, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crítico
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El delirio es un problema tradicionalmente minusvalorado en el enfermo crítico, pero se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en UCI y es, probablemente, la manifestación más frecuente de disfunción aguda del SNC. Las consecuencias del delirio, van mucho más allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesiones. Estudios recientes han demostrado que el delirio es uno de los principales factores determinantes de la estancia hospitalaria y la mortalidad a largo plazo de los pacientes ingresados en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS
La ausencia de evidencia probada sobre medidas de prevención farmacológica del delirio, hace que las medidas de prevención no farmacológica sean de vital importancia. Estas medidas están basadas en la creación de un ambiente lo menos hostil posible, la movilización temprana, la humanización del trato hacia el paciente y la familia, mantener al paciente orientado en tiempo y espacio y conectado en la medida de lo posible con el mundo exterior y la promoción de medidas para favorecer el descanso nocturno de modo natural. Dentro de este conjunto de medidas, el papel de la familia resulta también muy importante, tanto por la capacidad de colaboración en la prevención, como en la necesidad de que sean conscientes de que el fenómeno del delirio puede aparecer.

MÉTODO
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por loas miembros del grupo de mejora y en coordinación con la jefatura de servicio y la supervisora de enfermería, para la elaboración de un protocolo de actuación para la prevención el delirio mediante medidas no farmacológicas.
- Realización de sesiones para la formación y concienciación de todo el personal de la unidad, en todas sus categorías (FEA, enfermería, TCAE, celadores), de la importancia de la prevención del delirio.
- Vigilancia, por parte de los miembros del grupo de mejora, del cumplimiento de las medidas propuestas.
- Elaboración de un folleto informativo para las familias de los pacientes, conteniendo información sobre el concepto de delirio, las medidas implementadas por el personal para su prevención y sobre como la familia puede colaborar.

INDICADORES
- Elaboración de un protocolo de medidas de prevención no farmacológicas. ESTANDAR: Si
- Realización de sesiones de formación y concienciación sobre el delirio en el paciente crítico y las medidas de prevención. ESTANDAR: Si
- Numero de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: ESTANDAR >80%
- Elaboración de un folleto informativo para las familias. ESTANDAR: Si
- Número de folletos entregados/numero de ingresos. ESTANDAR >80%

DURACIÓN
- Elaboración del protocolo: mayo 2018
- Elaboración del folleto informativo para las familias: abril 2018
- Comienzo de reparto del folleto de información a las familias: mayo 2018
- Sesiones de formación y concienciación para el personal de la unidad y presentación del protocolo: mayo – junio 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA
COSCUJUELA ROMAN ELIA
SANZ BERROY ASCENSION
ALBAS MAZA RAUL
NOGUES GARCIA LAIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º. Reunión de los miembros del grupo para decidir modificaciones del protocolo actual de RCP en base a las nuevas guías y recursos del Hospital.
Durante los primeros meses desde el inicio del proyecto, procedimos a reunirnos en varias ocasiones para revisar atentamente cual era el protocolo actual de actuación ante una parada cardiaca a nivel intrahospitalario, y cuales eran los puntos a modificar, o bien porque estaban ya obsoletos o porque quedaban confusos.
2º. Presentación de dicho protocolo.
Una vez elaborado el nuevo protocolo de actuación, procedimos a presentarlo y explicar los nuevos cambios al personal trabajador de cada área del hospital.
3º. Cursos de actualización de RCP.
Se realizaron varios cursos de RCP básica, instrumentalizada y avanzada a lo largo del año 2018 para, además de refrescar conocimientos, presentar de nuevo el nuevo protocolo elaborado para nuestro hospital, para llegar al mayor número de trabajadores posible.
4º. Cursos de simulacros reales.
Realizamos también varios simulacros reales por las plantas del hospital, para que todo el personal pudiera familiarizarse de la manera más real posible con el nuevo protocolo elaborado.
5º. Modificación de la medicación y material del carro de paros.
Uno de los grandes problemas con el que nos encontramos cuando atendemos una parada intrahospitalaria es que cada carro de paros está configurado de una manera diferente, tanto a nivel de medicación como de material. Además, muchas de las ampollas de fármacos son similares y están ubicadas en lugares cercanos. Todo esto da lugar a equivocaciones a la hora de administrar de medicación, o pérdidas de tiempo buscando material.
Por ello decidimos unificar todos los carros del hospital.
Para ello, procedimos a reunirnos con las supervisoras de cada planta, las cuales nos transmitieron sus opiniones y nos hicieron llegar cuales eran los principales problemas a los que se enfrentaba su personal. De esta manera y de forma conjunta, se llegó a un acuerdo sobre cual era la medicación y material que debía constar en cada carro, y su distribución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º. Hemos obtenido un nuevo protocolo de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria, más simplificado y de mayor claridad, en el cual queda perfectamente reflejado cual es la misión de cada persona cuando atiende un paro en el hospital. Así conseguimos una mejor detección del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, quedando claramente definida la cadena de supervivencia y el papel a seguir de cada miembro del grupo de RCP.
2º. Obtención de un nuevo protocolo de PCR adaptado a nuestro hospital, el cual queda ubicado de manera esquemática y plastificado en cada uno de los carro de paros.
3º. Hemos conseguido que un gran número de trabajadores de nuestro hospital se apunten y realicen de forma completa y satisfactoria a alguno de los varios cursos impartidos de RCP tanto básica como instrumentalizada y avanzada en los cuales, además de explicar los conocimientos propios de este tipo de cursos, presentábamos el nuevo protocolo de actuación adaptado a las características de nuestro hospital.
4º. Con los cursos de simulacros reales realizados, conseguimos que todo el personal supiera enfrentarse a una situación lo más real posible de parada cardiorrespiratoria en una planta. De esta manera, comenzaron a familiarizarse con el protocolo elaborado, quedando claros todos los conceptos y el papel de cada uno ante una situación de emergencia.
5º. Se han conseguido unificar todos los carros de paros del hospital, tanto a nivel de medicación como de material y ubicación del mismo. De esta forma, se reduce la yatrogenia de manera considerable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido una mejor atención al paciente en parada cardiorrespiratoria, con mayor seguridad de los miembros que la atienden por tener más claros los conceptos y su papel a desarrollar.
Nos queda a lo largo de este segundo año de proyecto, la recogida de datos para poder demostrar todos los objetivos pendientes, pretendiendo una detección más precoz del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, una desfibrilación más temprana, una disminución de los tiempos de actuación y una mayor supervivencia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/351 ========== ***

Nº de registro: 0351

Título
CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Autores:
LOPEZ GONZALEZ ISABEL MARIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA, COSCUJUELA ROMAN ELIA, SANZ BERROY ASCENSION, ALBAS MAZA RAUL, NOGUES GARCIA LAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada Cardiorrespiratoria reanimable
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Formación

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las muertes por PCR son un problema de primera magnitud para la salud pública. Se estima que en España cada año son susceptibles de RCP entre un 0,4-2% de los ingresados. Hasta un 50% de las PCR hospitalarias ocurren fuera de las áreas de críticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la mortalidad y morbilidad que genera la PCR intrahospitalaria.
- Plan de formación de protocolos de RCP y Soporte Vital en los equipos sanitarios y no sanitarios del hospital que puedan actuar como primer intervinientes.
- Detección de pacientes en riesgo de PCR y su prevención
- Definir la cadena de supervivencia y protocolo de asistencia integral.
- Estrategias favorecedoras la desfibrilación temprana

MÉTODO
- Programas de formación de SVB, SBA y SVB Instrumentalizado.
- Talleres de uso y manejo de los monitores-desfibriladores en cada campo asistencial.
- Revisión de material del carro de paradas así como las tomas de oxígeno y aspiración adecuadas.
- Unificar protocolos de actuación intrahospitalario ante una situación de PCR
- Reunir en un listado unificado del material necesario para la asistencia de la PCR y soporte vital.

INDICADORES
- Nº episodios PCR
- Nº exitus / Nº episodios PCR
- Tiempo hasta la desfibrilación en ritmo desfibrilables
- Tiempo en recibir SVA tras activación de equipo de emergencias (intensivista de guardia + DUE de medicina intensiva)
- Nº pacientes con recuperación de la circulación espontánea / Nº episodios PCR

DURACIÓN
Desde el 1 Mayo de 2018 hasta el 1 de Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0176

1. TÍTULO

PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/03/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALDONZA ANIA LAHUERTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
ABOS MIR TERESA
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el Servicio de Medicina Interna se inició en diciembre de 2015 hasta septiembre de 2016, un estudio para conocer la realidad de la alergia a betalactámicos en los pacientes ingresados en Medicina Interna.
En las historias clínicas se recogen las alergias de los pacientes para evitar yatrogenias. Los antibióticos que con más frecuencia están implicados en las reacciones alérgicas son los betalactámicos que puede aparecer hasta en un 10% de los pacientes ingresados.
Sin embargo, no conocemos realmente si los datos que reflejan las historias clínicas de alergias a fármacos son ciertos o se trata de errores que se perpetuan en el tiempo, o se trata de efectos adversos o no hay tal alergia.
Los pacientes que ingresan en Medicina Interna tiene una probabilidad alta de requerir tratamiento antibiótico, que en ocasiones es vital por la comorbilidad asociada. Los betalactámicos, representan un arma terapeútica imprescindible en numerosas infecciones. En ocasiones se pueden sustituir por otros antibióticos. Los más utilizados son las quinolonas, pero el número de resistencias se está incrementando a nivel mundial.

Realizamos un estudio descriptivo transversal, recogiendo datos en una encuesta que se realiza a los pacientes ingresados en Medicina Interna que en su historia clínica está reflejada la alergia a penicilina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nuestros resultados actuales aportan los siguientes datos:

- El número de ingresos en Medicina Interna en 9 meses aproximadamente fue de 1193.
- El mayor número de pacientes atendidos están entre los 71 y 90 años, de ellos el 48% de los alérgicos a betalactámicos están entre 81-90 años.
- El 59% de los pacientes ingresados precisaron tratamiento antibiótico.
- El porcentaje de pacientes que tenemos registrados en sus historias clínicas como que son alérgicos a betalactámicos supone un 5,7% de los ingresos, 74.
- Solo el 25 % tenían pruebas de alergia realizadas. Se realizó una valoración comparativa en población joven, en concreto en la consulta de obstetricia de este hospital, con 100 pacientes. En un 5% estaba reflejado en la historia que eran alérgicas a betalactámicos y a diferencia de los datos de Medicina Interna, todas las pacientes tenían realizadas pruebas de alergia.
- De todos los pacientes registrados como alérgicos a betalactámicos el 42% no podía precisar si era alérgico, recordaba vagamente los síntomas o no los recordaba y de ellos en un 10% habia sido tratado previamente con betalactámicos a pesar de constar en su historia la alergia.
- El resto de los pacientes 32% sabía que tras el tratamiento con una penicilina había presentado síntomas sugestivos de alergia y que había sido valorado por un médico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los datos nos indican que el rango de población donde se registran más casos de alergias a betalactámicos, es el que está más predipuesto a infecciones que necesitan tratamientos antibióticos más complejos, por su comorbilidad asociada.
Según los consensos y guias clínicas hay indicación de intradermorreacción y posterior prueba de provocación en los pacientes dudosos, en concreto 55 en el estudio realizado a 9 meses. La prueba de provocación hay que realizarla en un medio hospitalario.
Esta obligación en el diagnostico no se está realizando en el Hospital de Barbastro, que atiende a una población algo superior a 100.000 habitantes con las consecuencias en la salud y económicas que producen.

Nuestro proyecto de mejora de calidad es la implantación de una consulta de alergia en nuestro hospital. El primer paso de la consulta de alergía seria realizar las pruebas que precisen los 55 pacientes que tenemos registrados como dudosos a alergia a betalactámicos hasta el mes de septiembre, continuando con la recogida de datos y aumentando la necesidad de control.

Para llevar a cabo este proyecto precisamos:
- Consulta de alergia una vez a la semana en el hospital, que se implantaría en 2017.
- Especialista en alergología..
- Enfermera conocedora de la consulta de alergia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0176

1. TÍTULO

PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Espacio físico para pasar consulta, precisando un carro de paros y una camilla.
- Contacto con el Servicio Medicina Intensiva, que son conocedores de las pruebas de provocación.
- Contacto urgente en caso de necesidad con el busca de Medicina Interna, que en horario de 8 a 15 horas, lo lleva un internista.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/176 ========== ***

Nº de registro: 0176

Título
NECESIDAD DE IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO. CONTINUIDAD DEL PROYECTO PARA CONOCER LA REALIDAD DE LA ALERGIA A BETALACTAMICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
ANIA LAHUERTA MARIA ALDONZA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, ABOS MIR TERESA, CASTELLAR OTIN ELENA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La literatura médica publica que sólo el 10% de los pacientes que en su historia clínica está reflejado que son alérgicos a penicilina, lo son en realidad. Este error en el fondo y en la forma debería cambiar en la práctica clínica diária, por considerarse que es una información importante que aparece en la primera línea de nuestros informes y que puede modificar nuestra praxis a la hora sobretodo del tratamiento. Esta es la razón por la que en el año 2015 iniciamos un proyecto de calidad para conocer la realidad de este problema en pacientes hospitalizados en la planta de Medicina Interna en el Hospital de Barbastro. A día de hoy, llevamos nueve meses recogiendo datos. Precisamos continuar con este proyecto para ampliar los resultados obtenidos hasta ahora y justificar la necesidad de disponer de una consulta de Alergias en nuestro centro hospitalario.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizamos un estudio descriptivo transversal valorando la alergia a betalactámicos que está reflejada en la historia clínica, de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Barbastro, entre los meses de diciembre de 2015 y septiembre de 2016, ambos incluidos. Utilizamos una encuesta compuesta de 5 apartados con preguntas formuladas al paciente o familiares. Además, hemos realizado una valoración del porcentaje de pacientes obstétricas que acuden a consultas y que eran alérgicas a la penicilina.
Los resultados obtenidos hasta ahora indican que en nuestras historias clínicas hay un 7% de pacientes que tienen reflejado que son alérgicos a los betalactámicos. Que el rango de edad de la mayoría de estos pacientes está entre 71 y 90 años que representa la población con más comorbilidades. El porcentaje de pacientes que tienen realizadas prueba de alergia es de 28%. El porcentaje de pacientes que no recuerdan ni signos ni síntomas de reacción alérgica representa el 42% sin poder precisar el fármaco administrado.
En las pacientes embarazadas un 5% presentaban alergia a la penicilina. Todas habían sido valoradas por un alergólogo.

MÉTODO
Lo que nosotros observamos hasta ahora es que en un porcentaje muy elevado de pacientes no está confirmada la alergia a los betalactámicos, no pudiendose utilizar un arma terapeútica, que en algunas patologias puede tener unas consecuencias fatales. Al tratarse de pacientes con edades avanzadas, la comprobación de la alergia requiere la realización de pruebas de provocación por un alergólogo.Valoramos la necesidad de disponer al menos en cada hospital de una consulta de alergias para valoración de los pacientes que lo precisen tras ser dados de alta hospitalaria.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0176

1. TÍTULO

PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

-Continuar con la recogida de datos para cumplir más de 12 meses.
-Justificar la necesidad de implantación de una consulta de alergia en nuestro hospital.
-Seleccionar a los pacientes que se beneficiarian de pruebas de provocación alergológicas para verificar la realidad de la alergia a los betalactámicos.

DURACIÓN
- Continuar sin interrupción con la amannesis y recogida de datos.
- Poner en marcha antes de finalizar 2016 la consulta de alergia.
- Comprobar el beneficio de la consulta a los 6 meses de actividad para solicitar una continuidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0062

1. TÍTULO

IMPLEMETACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MEDRANO MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEYRET FERRER INMACULADA
BUIL CORONAS SONIA
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
ZUERAS BERNAD TERESA
DOMPER BUIL ASUN
ABAD RUIZ ALODIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FEBRERO DEL 2018 EVALUACIÓN
Se detecta un error en la recogida de datos que podría originar sesgo en la evaluación (como solo había una persona responsable de la recogida de datos, cuando está no estaba dejaba de registrarse alguna sujeción)
-Realización de una hoja de recogida de datos para todo el personal de la unidad y así evitar sesgos.
-Modificación de la hoja de registro añadiendo un item nuevo "Cuando no exista supervisión familiar" Este nuevo item se añadirá tanto en la hoja de enfermería como en la de indicación médica.
En presencia de la familia, se retiraban la sujeciones volviéndolas a colocar cuando el paciente dejaba de estar supervisado de forma constante por el familiar, sin que previamente se hubiesen suspendido. De esta manera quedará reflejada la retirada esporádica de la sujeción.
MAYO DEL 2018
Se retrasa la Evaluación final por no haber suficientes casos para la evaluación, no llegando a 30 casos iniciales de la preevaluación. (muestra considerada representativa de inicio).
Esta modificación de los items se llevará a cabo tras la evaluación final y la exposición en una sesión informativa al resto de unidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Noviembre del 2018 EVALUACIÓN REAL FINAL
Se detecta otro nuevo error, para la realización de los cambios posturales, se debe utilizar el cinturón abdominal aunque no lo precisara de inicio en la contención

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN 2019 Se hará sesión informativa y posterior implementación al resto de unidades y modificaciones de items.
No se pone fecha de implementación en otras unidades a expensas de la introducción de esta documentación en la historia clínica electrónica y la puesta en marcha de ella.
Se presta la documentación que estamos utilizando actualmente, al equipo de registro enfermero de la HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/62 ========== ***

Nº de registro: 0062

Título
IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA, DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA Y CENTROS ASISTENCIALES SOCIALES Y SANITARIOS"

Autores:
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR, PEYRET FERRER INMACULADA, BUIL CORONAS SONIA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, ZUERAS BERNAD TERESA, DOMPER BUIL ASUNCION, ABAD RUIZ ALODIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0062

1. TÍTULO

IMPLEMETACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de regular y controlar la indicación y cuidados de las sujeciones físicas .
Debido a las características demográficas de nuestra comunidad Demanda de los profesionales, preocupación sanitaria y responsabilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
REGULAR EL USO DE LAS SUJECIONES FÍSICAS EN NUESTRO CENTRO HOPITALARIO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y CONDUCTAS DISRUPTIVAS. (Transtorno del comportamiento que puede producir daño o lesión a sí mismo, a otras personas o en el entorno)

MÉTODO
Revisión de protocolos de Sujeciones Físicas
Difusión del protocolo y la implementación del mismo
Elaboración de hojas de registro de indicación y cuidados
Recogida de datos pre-implementación o post.
Curso de formación del personal
Difusion de las medidas adoptar y puesta en marcha
Implementación del protocolo
Evaluación del protocolo
El número de reuniones previsibles anuales de todo el equipo serán 4

INDICADORES
Fórmula:
Nº de pacientes con sujeciones y consentimiento informado
indicación médica y hojas de cuidados enfermeros _____ X 100
Nº de pacientes con sujeciones
Fuente de datos :
Registro de personal asistencial
Estándar 90%

DURACIÓN
Duración 3 años y medio
Inicio abril del 2015
Fin noviembre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0300

1. TÍTULO

PYOYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA BOLEA LADERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTOS MORELL CRISTINA
CASTELLAR OTIN ELENA
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
PARDINA GARCIA ANA CRISTINA
NASARRE CANCER INES
BALLABRIGA GONZALEZ VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han recapitulado entre el 1 de junio y el 31 de diciembre del 2018 un total de 89 pacientes que han mantenido seguimiento periódico por la unidad y en los cuales se ha realizado una revisión de su tratamiento farmacológico habitual en su totalidad. En 65 de estos pacientes se ha realizado alguna modificación en su tratamiento a lo largo de su seguimiento de forma sustancial (retirada de fármacos o sustitución de un fármaco por otro), no se han tenido en cuenta de cara al proyecto por el momento un ajuste en la dosis o la sustitución de un principio activo por otro de una misma familia. Hasta el momento, el grupo de fármacos más afectado ha sido los antiagregantes/anticoagulantes, encontrando frecuentemente su asociación en gran cantidad de pacientes y habiendo procedido a su revisión en cuanto a su indicación en el momento actual. Otro grupo de fármacos que se ha visto afectado de forma contundente ha sido el de los hipolipemiantes, muy prescritos en el día a día y que por el perfil del paciente de la unidad nos hemos visto obligados a revisar la conveniencia en cuanto a su prescripción en el momento actual, a menudo con su retirada total ante la ausencia de beneficio en el momento actual de la vida del paciente. Por último, el grupo de psicofármacos también ha representado un punto importante, observando una alta prescripción, especialmente en los pacientes institucionalizados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según el apartado anterior, se ha retirado el tratamiento hipolipemiante en casi el 20% de los pacientes que se encontraban con este tratamiento (67 pacientes en total en tratamiento fundamentalmente con estatinas), no habiendo observado efectos secundarios en ninguno de los casos. Para su retirada se han tenido en cuenta la edad (superior a 85 años), parámetros nutricionales y motivo de prescripción (tratamiento de dislipemia primaria o como prevención secundaria tras un evento agudo cardiovascular). En cuanto al tratamiento antiagregante/anticoagulante, en 2 casos se ha observado que se encontraban en tratamiento anticoagulante durante más de 12 meses por un embolismo pulmonar, por lo que se ha procedido a su retirada. No se ha observado efectos secundarios o recurrencia de un cuadro tromboembólico por el momento. En otros 2 casos fue necesaria la retirada definitiva de tratamiento anticoagulante como prevención de ictus cardioembólico ante la recurrencia de episodios de hemorragia mayor, por el momento tampoco se han evidenciado consecuencias de estas actuaciones. Y por último, en cuanto a los psicofarmacos, en 14 de estos pacientes se han modificado su tratamiento habitual prestando especial atención a las benzodiacepinas, encaminando nuestra actuación hacia su suspensión definitiva y optando hacia otro grupo de fármacos. Así mismo, se ha intentado una simplificación del tratamiento farmacológico intentando prescindir de aquellos que por la situación vital del paciente, por la ausencia de beneficio demostrado o por la presencia de efectos secundarios menores, no se oportuno su continuidad. Con respecto a todas estas acciones, han quedado reflejadas en su historia clínica y han sido informados los pacientes y su cuidador principal de forma escrita y verbal, informado de posibles efectos secundarios o de rebote tras su retirada. Se ha observado en global una buena acogida por parte de los pacientes y familiares, que ven muy positivo la simplificación de su tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0300

1. TÍTULO

PYOYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente observar la evolución a lo largo de los próximos 6 meses y ampliar la captura de pacientes que mantengan seguimiento en la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/300 ========== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
BOLEA LADERAS LAURA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, PARDINA GARCIA ANA CRISTINA, NASARRE CANCER INES, BALLABRIGA GONZALEZ VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El paciente crónico complejo (PCC) es un paciente con múltiples enfermedades crónicas, que presenta frecuentes agudizaciones y descompensaciones de las mismas, lo que genera un alto consumo de recursos asistenciales (numerosas visitas a su centro de Atención Primaria y/o Servicios de Urgencias, ingresos hospitalarios, realización de pruebas complementarias y polifarmacia).
La medicación se considera la primera causa de reacciones adversas derivadas de la asistencia sanitaria, por lo que podría ser adecuado plantear una revisión de la situación enfocada hacia el paciente crónico complejo, que por sus características, puede tratarse de un grupo muy vulnerable en este sentido y por tanto, beneficiarse ampliamente de esta atención. El desarrollo reciente de la Unidad del Crónico Complejo (UCC) en el Hospital de Barbastro pone de manifiesto esta realidad, habiendo detectado con frecuencia diversas situaciones (reacciones adversas a medicamentos, cambios en los objetivos terapéuticos, ausencia de efectividad del tratamiento etc) que hacen necesario un análisis objetivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Se realizará una revisión clínica de la medicación a cada uno de los pacientes que realicen seguimiento por la unidad, con al menos 2 o más consultas realizadas en la misma. Esta revisión consistirá en verificar la indicación de cada fármaco en relación con las patologías que tiene el paciente, su adecuación (por edad o condiciones clínicas como la insuficiencia renal) y en la detección de reacciones adversas, todo ello con la finalidad de decidir si es necesario continuar o retirar alguno de estos medicamentos (desprescripción). Además del juicio clínico, se empleará como herramienta explícita los criterios STOPP (Criterios STOPP-STAR).
El objetivo principal será el de mejorar la seguridad del paciente crónico complejo mediante la suspensión de medicación que no necesite así como la detección y resolución de reacciones adversas. Otros objetivos serán los de mejorar la adherencia al tratamiento y su calidad de vida.

MÉTODO
Se realizará en la consulta de la unidad ubicada en la 4ª planta izquierda donde a partir de la 2ª consulta, se realizará una revisión clínica de la medicación y detección de posibles reacciones adversas, priorizando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0300

1. TÍTULO

PYOYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

la retirada de medicamentos sospechosos de haber ocasionado la reacción adversa o ya no estén indicados. Se elaborará un informe escrito que se facilitará al paciente y/o cuidador principal además de la explicación verbal de los motivos por los que se suspende y los posibles efectos adversos derivados de su suspensión, procurando resolver las dudas que puedan aparecer de esta acción. En las siguientes visitas, se evaluará la situación clínica del paciente con el fin de detectar problemas derivados de su suspensión como un efecto rebote, la reaparición de la enfermedad subyacente o un síndrome de retirada.

INDICADORES
-Porcentaje de pacientes atendidos en la Unidad en los que se ha realizado una revisión de su tratamiento farmacológico con aplicación de los criterios STOPP.
-Porcentaje de pacientes en los que se ha realizado modificación de su tratamiento farmacológico habitual.
-Porcentaje de pacientes en los que se han detectado la aparición de problemas derivados de la modificación de tratamiento.
-Se elaborará un informe que contenga los resultados de los indicadores previamente expuestos y además, los grupos de fármacos que más frecuentemente han motivado su modificación/suspensión

DURACIÓN
Inicio el 1 de junio del 2018 con duración de 1 año en total, realizando un primer subanálisis a los 6 meses del comienzo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0154

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA VALDERRAMA RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTOS MORELL CRISTINA
SAHUN GARCIA ELISA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante 2018 se ha mejorado el circuito de vacunación a pacientes de riesgo de inmunosupresión, en fase de prevención o ya en fase de inmunosupresión establecida, ya esté producida por patologías o por fármacos. Medicina Preventiva ha ampliado el protocolo de vacunaciones a este tipo de pacientes incluyendo a los procedentes de Neurología (Esclerosis múltiple) y ampliando la oferta de vacunaciones a los pacientes de Nefrología (Insuficiencia renal crónica avanzada, en fase de prediálisis o ya en terapia sustitutiva, así como los pacientes candidatos a trasplante renal).
Farmacia ha establecido en el Centro Sanitario Bajo Cinca una consulta de recepción de los informes con las prescripciones de vacunas y los gestiona directamente con Farmacia del Hospital de Barbastro el suministro de las citadas vacunas, evitando a los pacientes el desplazamiento hasta el Hospital de Barbastro y proporcionando mayor seguridad al evitar problemas en la cadena de frío de las vacunas.
Se ha implementado en la Historia clínica electrónica la interconsulta virtual de Atención Primaria con Medicina Preventiva, siendo vehículo tanto para consulta de dudas como de remisión de solicitudes de vacunación.
Se está a la espera de la implementación de la consulta física cuando haya disponibilidad de recursos materiales y espacio y así lo disponga la Dirección del Hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores al estar relacionados con la implementación de consulta estructural no se han cumplido porque la consulta no se podido todavía iniciar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mejora en el protocolo de vacunaciones ampliando la oferta de vacunaciones consensuada con diversas especialidades, Farmacia y Preventiva mejorando así el estado de salud de los pacientes y la equidad respecto a otros hospitales del SALUD, la mejora en la accesibilidad a Preventiva por parte de Primaria para remisión de solicitudes y resolución de dudas a través de la implementación de la interconsulta virtual, mejorando la eficiencia al disminuir la inversión de tiempo en localizar telefónicamente a la preventivista, pérdidas de solicitudes escritas así como evitar interrupciones del trabajo ordinario, la mejora en la seguridad clínica de los pacientes y en la calidad de la atención a los mismos al evitar un desplazamiento importante a los pacientes de la zona de Fraga gestionando directamente entre las Farmacias del Centro Sanitario Bajo Cinca y el Hospital de Barbastro ha sido posible gracias al interés personal de los equipos que conforman tanto los Servicios de Farmacia como de Preventiva, contando con la inestimable colaboración de Atención Primaria.
Queda pendiente como mejora conseguir la estructura y recursos necesarios para poder implementar la consulta y poder gestionar de manera integral todo el proceso de vacunación aumentando aún más la seguridad del paciente y mejorando la eficiencia de los servicios hospitalarios implicados y de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/154 ========== ***

Nº de registro: 0154

Título
IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, BUSTOS MORELL CRISTINA, SAHUN GARCIA ELISA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0154

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías y prescripciones susceptibles de producir inmunosupresión
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente hay un circuito implementado por parte de Medicina Preventiva, Farmacia y Atención Primaria para vacunar a pacientes de riesgo. Cuando hay un paciente susceptible de vacunación según el protocolo de Medicina Preventiva, Primaria y Especializada hospitalaria solicitan valoración a Preventiva, la cual realiza los informes con la información obtenida por intranet hospitalaria e historia clínica electrónica; Farmacia suministra las vacunas a los pacientes directamente como pacientes externos, previamente Primaria confirma la información recogida electrónicamente directamente con el paciente por si hay registros en papel que desconoce Preventiva y, administra las vacunas que Farmacia le dispensa al paciente.
Al no poder historiar al paciente directamente, se han detectado las siguientes incidencias:
1. No se puede contrastar la información ni tomar decisiones teniendo que redactar los informes con instrucciones condicionales, lo que conlleva aumento de la carga de trabajo para Preventiva y Primaria.
2. Farmacia ha visto aumentada su carga de trabajo y no siempre acuden los pacientes con las serologías realizadas previamente a las vacunaciones o con la información cotejada por parte del médico de Primaria.
3. No se tiene la seguridad de que los pacientes conserven la cadena de frío necesaria para que las vacunas no pierdan eficacia.
4. Primaria también ve incrementado su trabajo asistencial así como presenta dudas sobre la administración de vacunas que revierten en consultas a Preventiva tanto telefónicas como telemáticas.
Todo ello hace que se hayan detectado oportunidades de mejora a todos los niveles si se implanta consulta de vacunación en nuestro hospital.
El incremento de pacientes en estado de inmunosupresión, bien por patologías o por prescripción de tratamientos inmunosupresores, cada vez más agresivos, y la necesidad del resto de especialistas de cumplir con las indicaciones de vacunación recomendadas tanto por parte de los laboratorios productores de dichos fármacos y sus sociedades médicas, ha hecho que se incremente la solicitud de vacunación, y pasemos en 2016 de 120 informes realizados, a 230 en 2017, aproximadamente el doble.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la implantación de la consulta se conseguiría:
1. Una mejora de la gestión del proceso en el paciente, ya que sería una gestión integral por parte de Medicina Preventiva, controlando todo el proceso, desde la prescripción hasta la administración y controles posteriores.
2. Una mejora en seguridad del paciente respecto a la conservación y suministro de las vacunas, manejo de las administraciones, así como supervisión de los controles analíticos.
3. Un incremento y mejora de la oferta de la cartera de servicios del hospital, ya que el Hospital de Barbastro junto con el Hospital Provincial de Zaragoza son los únicos hospitales de agudos del Salud que no tienen consulta de vacunación –el Provincial de Zaragoza los remite al Hospital Royo Villanova- mejorando por ende la imagen del hospital.
Población diana: toda la población del Sector de Barbastro en riesgo de inmunosupresión, por patología o por fármacos, susceptible de vacunación.

MÉTODO
Implementar consulta de vacunación en el Hospital con la colaboración de Farmacia, valorando necesidades de cobertura y almacenamiento.

INDICADORES
Indicador de monitorización de proyecto:
- implementación de consulta. Estándar SI
Indicador de resultados:
- porcentaje de pacientes con gestión integral del programa de vacunaciones: nº de pacientes que concluyen el programa de vacunaciones en consulta de Preventiva / nº de pacientes que inician programa de vacunaciones en consulta de Preventiva. Estándar >90%

DURACIÓN
Implementación en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0154

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0340

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA BARRIGA CONDE
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LASUS AGRAZ SUSANA
LOPEZ SANCHEZ BELEN MARIA
HERNANDEZ MORENO ELENA
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
BETRAN ESCARTIN ANA
LOPEZ AGUERRI NATALIA
COSTA CATALAN PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PRIMERA QUINCENA DE JUNIO REALIZACION DE UNA TABLA DE REGISTRO DE ERRORES
PRIMERA QUINCENA DE JUNIO REALIZACION DE UNA TABLA DE REGISTRO DE CUALIFICACION DE PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
SEGUNDA QUINCENA DE JUNIO HASTA 30 SEPTIEMBRE REGISTRO DE ERRORES EN LA SIEMBRA DE PLACAS Y CONTABILIZACION DEL PERIODO DE APRENDIZAJE DEL TEL SUSTITUTO DE VACACIONES
EN MAYO DEL 2017 INCORPORACION DE NUEVAS ETIQUETAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE INFORMATICA DEL HOSPITAL
SEGUNDA QUINCENA DE JUNIO HASTA 30 SEPTIEMBRE DE 2017 RECOGIDA DE DATOS DE ERRORES Y CUALIFICACION DEL TEL SUSTITUTO Y SU REGISTRO EN LAS TABLAS CORRESPONDIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ERRORES DE SIEMBRAS REGISTRADOS EN EL 2015:
22%
ERRORES DE SIEMBRAS REGISTRADOS EN EL 2017 CON LAS NUEVAS ETIQUETAS:
8%
PERIODO DE CUALIFICACION EN EL 2015 DEL TEL SUSTITUTO:
OCHO DIAS
PERIORO DE CUALIFICACION EN EL 2017 DEL TEL SUSTITUTO:
CINCO DIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA TEL Y MICROBIOLOGOS SE SIENTEN MUY SATISFECHOS CON EL PROYECTO REALIZADO.
CON ESTA NUEVA ACCION SE OPTIMIZA EL TIEMPO DEL TEL INSTRUCTOR Y TAMBIEN SE REDUCEN COSTES EN EL MATERIAL.
EL TIEMPO DE RESPUESTA DEL RESULTADO FINAL NO SE DEMORA.

7. OBSERVACIONES.
LA TARDANZA EN EL RESULTADO FINAL DEL PROYECTO HA SIDO CONSECUENCIA DE LA DEMORA EN LA REALIZACION DE LAS ETIQUETAS POR EL SERVICIO DE INFORMATICA.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/340 ========== ***

Nº de Registro: 0340

Título
INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

Autores:
BARRIGA CONDE ANA MARIA, LASUS AGRAZ SUSANA, LOPEZ SANCHEZ BELEN MARIA, HERNANDEZ MORENO ELENA, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, BETRAN ESCARTIN ANA, COSTA CATALAN PALOMA, LOPEZ ARREGUI NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
En el laboratorio de microbiología actualmente se utilizan unas etiquetas indentificativas que se obtienen desde un excel que realizó en su día informática para poder identificar y empezar a trabajar la muestra en el momento que se recibe. Cada muestra tiene un tratamiento distinto y se utilizan distintas placas y medios para su siembra. El personal de nueva incorporación tiene que funcionar al principio con referentes colocados en el lugar de siembra, para hacerlo correctamente, pues un error en la elección de la placa necesaria, supone el retraso en la obtención del resultado, de 24 ó 48 horas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0340

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar el aprendizaje a los TEL de nueva incorporación, evitando errores en la siembra de la muestra.

MÉTODO
Hacer la petición al servicio de informática del Hospital de la necesidad de añadir un nuevo campo a las etiquetas que ya utilizamos.
Realizar un registro de errores en la siembra de placas.
Contabilizar el tiempo de aprendizaje en las nuevas incorporaciones.

INDICADORES
- Disminución del tiempo de aprendizaje
- Facilitar el trabajo del personal
- Disminución de errores en la siembra de placas.

DURACIÓN
De Junio a Septiembre, petición de la ampliación de un campo en la etiqueta, al servicio de informática.
Primera quincena de Junio, creación de una tabla para el registro de errores en la siembra de placas.
Primera quincena de Junio, creación de un tabla registrando nombre y periodo de aprendizaje de los TEL de nueva incorporación.
Segunda quincena de Junio hasta Septiembre de 2015, registro de errores en la siembra de placas y contabilización del periodo de aprendizaje del TEL sustituto de vacaciones.
De Octubre de 2015 a Mayo 2016, actuación con las nuevas etiquetas.
Junio a Septiembre de 2016, registro de errores en la siembra de placas y contabilización del TEL sustituto de vacaciones.
Octubre de 2016 conclusiones finales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0197

1. TÍTULO

PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS LAPRESTA MOROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL
MALO FERRER MARIA ANGELES
NADAL ABADIAS NATALIA
MIRANDA PEREZ LOURDES
COSTA CATALAN PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
INTRODUCCIÓN:
En un hospital de 160 camas, se diseñó un plan de mejora de la calidad en dos fases: un estudio inicial en todos los pacientes de una planta de especialidades médicas, para analizar la incidencia y factores de riesgo de portación de SARM; y una fase de actuación en dos plantas médicas mediante la detección activa, aislamiento en cohortes y seguimiento de los pacientes que cumplían los criterios de riesgo (PcSARM).
MATERIAL Y METODOS:
Inicialmente se tomaron frotis nasales para cultivo de SARM en todos los pacientes al ingreso y al alta durante un periodo de 17 días. (85 pacientes, 512 estancias.) Se analizaron: procedencia de residencias de ancianos y antecedentes de ingresos y tratamientos antibióticos.
En la segunda fase se frotaron los pacientes identificados como PcSARM, al ingreso, control de descontaminación, y al alta. A todos los portadores se les realizaron baños diarios con Clorhexidina. El procedimiento se protocolizó mediante vía clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS:
Primera fase: completaron el estudio 63 pacientes. 6 pacientes fueron portadores al ingreso (7%). Solamente uno de ellos se detectó en un cultivo clínico. La incidencia detectada fue del 1.8%, y la real del 10.2%, con una densidad de incidencia de 2 y 14 por mil estancias respectivamente. No se diagnosticó ninguna infección por SARM. La densidad de transmisión de SARM detectada fue 0, y la real de dos casos por 1000 estancias. El riesgo fue del 38 % para las residencias y del 20 % para los ingresos previos, siendo 0 para el tratamiento antibiótico previo si se presentaba como único factor de riesgo.
El parámetro más eficiente correspondió a las residencias, ya que estudiando al 15% del total de los pacientes se detectó el 50% de los casos; un 45% de los pacientes presentaban ingresos previos.

En la segunda fase se actuó sobre los pacientes procedentes de residencias. Los portadores pertenecieron a 20 residencias diferentes, sin hallarse un predominio en la prevalencia en ninguna de ellas.
De los 115 frotis al ingreso fueron positivos el 25%. La descolonización nasal se realizó en el 86%. Frotis de control se hicieron en el 52%, siendo negativos el 87%. La descontaminación cutánea se cumplió en el 97% de los casos.
Respecto a los frotis al alta, el cumplimiento fue del 79%, siendo positivo en el 9%. Un 5.6% de los negativos al ingreso que se estudiaron al alta (53 casos) fueron positivos, no pudiendo dilucidarse si fueron portadores no detectados al
ingreso, o bien lo adquirieron durante su estancia, ya que la sensibilidad del frotis nasal para la detección de portadores se encuentra en torno al 70%.

Paralelamente se han desarrollado actividades de formación con muy buena respuesta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:
* En nuestro hospital el factor de riesgo más eficiente para la detección de portadores de SARM es el domicilio en residencia de ancianos.
* La implantación de una vía clínica para pacientes con criterio de SARM ha presentado un elevado cumplimiento.
* Se ha conseguido una tasa de descolonización al alta del 64%.
* La detección activa ha facilitado las medidas preventivas y la atención a los pacientes mediante el aislamiento en cohortes.
*Se ha observado una gran motivación por parte del equipo y en general de los distintos profesionales del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0197

1. TÍTULO

PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

hospital, ya que la elevada prevalencia de SARM en el hospital de Barbastro se percibe como un problema que necesita solución.

En futuros proyectos se debería medir la continuidad en el tiempo de estas medidas, y el impacto de las mismas sobre la prevalencia de colonizados y sobre la infección por SARM.

Se deberían realizar proyectos similares sobre otros multiresistentes, como Pseudomonas aeruginosa resistente a Carbapenémicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/197 ========== ***

Nº de registro: 0197

Título
PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

Autores:
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL, LAPRESTA MOROS CARLOS, MALO FERRER MARIA ANGELES, NADAL ABADIAS NATALIA, MIRANDA PEREZ LOURDES, COSTA CATALAN PALOMA, MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Infección/colonización por gérmenes multiresistentes
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el proyecto de calidad (num 449) del año 2015 se ha desarrollado un protocolo de detección y descontaminación de portadores de SARM al ingreso entre los pacientes con factores de riesgo determinados. Actualmente se ha implantado dicho protocolo y vía clínica en las areas de urgencias y hospitalización. El objetivo del nuevo proyecto consiste en la evaluación de las medidas implantadas y los resultados obtenidos, para llevar a cabo un proceso de mejora continua.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la transmisión de SARM, optimizando los aislamientos y mejorar la atención del paciente portador mediante el uso de protocolos y vías clínicas.

MÉTODO
Las medidas previstas serán:
**Continuar con la detección activa en urgencias y plantas de hospitalización, de portadores de SARM (Enfermería y Microbiología), su ubicación en cohortes (Enfermería y Med. Preventiva) y la realización del protocolo de descontaminación correspondiente mediante vía clínica.(Enfermería, Med. Preventiva y Microbiología).
**La evaluación de los resultados y el diseño del plan de mejora continua. (Med. preventiva, microbiología y unidades de enfermería)

INDICADORES
Los indicadores a evaluar serán: la incidencia de SARM, la densidad de incidencia, la densidad de transmisión. Y el objetivo a conseguir será la disminución de los mismos con respecto al año anterior.
Otro indicador sería el número de pacientes aislados en habitación individual por SARM y el objetivo será disminuirlo con respecto al año anterior.

DURACIÓN
2016- evaluación- diseño del plan de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0197

1. TÍTULO

PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

2017- implantación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0248

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL BETRAN ESCARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha evaluado la la resistencia in vitro del uropatógeno
comunitario más frecuentemente aislado en infecciones de orina comunitarias en el Sector de Barbastro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
E. coli ha sido la bacteria más frecuentemente aislada durante el periodo de estudio, suponiendo el 61,08% del total de urocultivos positivos enviados desde Atención Primaria. De forma global, en este periodo ha habido un aumento de la resistencia de los aislamientos de E. coli a todos los antimicrobianos estudiados.
Aún así, la resistencia se ha mantenido por debajo del 4% frente a fosfomicina y nitrofurantoína y por debajo del 10% en cefalosporinas de segunda y tercera generación. La resistencia frente a amoxicilina-clavulánico ha ido aumentando en estos años hasta alcanzar el 21,5% en 2013, siendo este antibiótico el único que ha presentado un incremento estadísticamente significativo.
Los máximos niveles de resistencia (superior al 30%) se encontraron en los antibióticos administrados vía oral y frecuentemente indicados en infecciones urinarias no complicadas:
trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y ampicilina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El conocimiento periódico y actualizado de los patrones de sensibilidad de los microorganismos más frecuentemente aislados en muestras de orina en cada área de salud permite elegir tratamientos empíricos más adecuados y eficaces.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/248 ========== ***

Nº de registro: 0248

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, CORED NASARRE ROSA MARIA, LOPEZ AGUERRI NATALIA, BARRIGA CONDE ANA, LOPEZ SANCHEZ BELEN, COSTA CATALAN PALOMA, SOTO BEDMAR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Infecciones tracto urinario
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....: Optimización uso antibioterapia

PROBLEMA
Las infecciones del tracto urinario (ITU) son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. El conocimiento de los patrones antibióticos de las bacterias que más frecuentemente producen ITU en el ámbito local, es importante para indicar un tratamiento empírico racional y adecuado.
El proyecto de mejora pretende investigar las infecciones urinarias de nuestro sector sanitario con el fin de recomendar la antibioticoterapia empírica apropiada en base a los microorganismos aislados y su perfil de susceptibilidad antibiótica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0248

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la calidad del uso de antibióticos en nuestro Sector Sanitario y valorar si alguna de las pautas de tratamiento empírico para ITU aceptadas en nuestro país serían aplicables en nuestro entorno.
-Implicar a los profesionales sanitarios en un proceso de mejora continua en el uso de antibióticos.

MÉTODO
El equipo de trabajo está constituido por personal del Laboratorio, el cual:
- Definirá las variables que se registrarán para el análisis de datos (microorganismos aislados, patrón antibiótico y mecanismos de resistencia).
- Establecer los criterios de inclusión de pacientes en el estudio.
- Revisión de bibliografía y de las recomendaciones de las principales guías de tratamiento antibiótico de nuestro país.

INDICADORES
Los indicadores en este estudio van a ser:
- Medir la evolución del patrón de resistencia antibiótica de los principales microorganismos aislados en los últimos años en ITU comunitarias de nuestro sector sanitario.
- Comprobar si el incremento/disminución de la resistencia antibiótica ha sido estadísticamente significativo.

DURACIÓN
Durante 2016 se recogerán datos y se diseñará el plan de mejora y durante 2017 se implantará el mismo y se analizarán los datos obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION VEGA VIDALLE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA HERVAS AMELIA
URBANO GONZALO OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha revisado el protocolo seguido actualmente en la Unidad de Hemodiálisis (HD) del Hospital de Barbastro para controles serológicos de VHB, VHC y VIH entre nuestros pacientes, comparándolo con las recomendaciones de la SEN (Guía sobre enfermedades víricas en Hemodiálisis, 2004). Como resultado de la revisión ha sido posible elaborar un nuevo protocolo y calendario de controles serológicos que permite disminuir el número de peticiones al año sin menoscabo de la seguridad de los pacientes.
- Se han elaborado perfiles analíticos donde quedan establecidas las determinaciones a realizar en función de las características de los pacientes asistidos en la unidad de HD (agudo, nuevo paciente crónico, proveniente de otro centro, etc), así como los de control postvacunación.
- Se ha evaluado nuestro protocolo de aislamiento de monitores/pacientes hasta confirmación de la negatividad de marcadores serológicos como control de calidad de la Unidad de HD.
Las actividades de revisión y elaboración de nuevos protocolos y perfiles clínicos han sido realizadas en colaboración con los facultativos del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital. En la protocolización de las medidas de aislamiento de monitores contamos con la colaboración de las supervisoras de HD y Análisis clínicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Disminución del número de solicitudes de serologías del VHB y VIH desde la implantación del nuevo calendario de peticiones en 2017 respecto a años anteriores, que representa más del 16% en ambos casos. Se cumple el objetivo marcado de conseguir un 10% menos de peticiones.
- Incremento del número de solicitudes de serologías de VHC respecto a 2016. No se cumple pues el objetivo marcado.
- Cumplimentación de los protocolos de aislamiento / desaislamiento de monitores de HD en el 100% de los casos. Se cumple el objetivo marcado (estandar > 99%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La revisión de los protocolos de controles serológicos para pacientes en HD puso de manifiesto que en nuestra Unidad había un exceso de peticiones respecto a las recomendadas por la SEN, pudiendo hacerse un reajuste de las mismas ahorrando peticiones innecesarias sin que ello represente una reducción en la seguridad de los pacientes. De aquí se deduce la conveniencia de revisar y actualizar los protocolos establecidos cada cierto tiempo (la propia SEN está en fase de revisión de los mismos a la luz de resultados obtenidos con los nuevos tratamientos de la hepatitis C).
- Los resultados dispares obtenidos entre las peticiones de serologías de VHC (aumentadas) y las de VIH-VHB (significativamente reducidas) nos lleva a la necesidad de continuar el estudio durante 2018 para identificar los factores que han llevado a estos resultados y poner en marcha las medidas necesarias para su corrección.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1780 ========== ***

Nº de registro: 1780

Título
REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Autores:
VEGA VIDALLE CONCEPCION, GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, LALANA GARCES MARTA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyecto asistencial

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procesos infecciosos inciden notablemente en la morbi-mortalidad de los pacientes atendidos en las Unidades de Hemodiálisis (HD). Dentro de ellos son de especial relevancia las infecciones víricas que, por su transmisión esencialmente parenteral, tienen un elevado riesgo de transmisión nosocomial horizontal: hepatitis B, hepatitis C y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
La identificación precoz de pacientes infectivos o potencialmente infectivos portadores de los virus de la hepatitis (VHC y VHB) o del SIDA (VIH) permitirá el establecimiento de las medidas necesarias, incluido el aislamiento cuando proceda, para evitar la transmisión de la infección, así como evaluar las posibilidades terapéuticas en cada caso, especialmente en los pacientes candidatos a transplante renal.
En todas las Unidades de HD, incluida la nuestra, se realizan determinaciones de serologías víricas con periodicidad establecida siguiendo las recomendaciones de la SEN. Debido al mayor movimiento de pacientes que existe actualmente en nuestra unidad, con la consiguiente mayor demanda de pruebas serológicas, nos ha parecido pertinente revisar nuestros protocolos para adecuarlos a las necesidades actuales.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar el protocolo de serologías víricas de los pacientes de nuestra Unidad de HD ajustándolo a las recomendaciones de la SEN, con objeto de disminuir el número de peticiones innecesarias. Agilizar el proceso de solicitud de peticiones creando perfiles analíticos fácilmente integrables en el sistema informático del laboratorio de nuestro hospital.

MÉTODO
3.1- Revisión del documento “serología de pacientes en Hemodiálisis”, actualmente en vigor en nuestra unidad de HD, comparándolo con la Guía sobre enfermedades víricas en hemodiálisis, publicada por la SEN en 2004, a fin de elaborar un protocolo de determinaciones serológicas más ajustado a las recomendaciones de la SEN.
3.2-Reuniones con los facultativos del servicio de Análisis clínicos para elaborar Perfiles Analíticos con parámetros establecidos que se solicitarán de forma automática a través del sistema informático de nuestro hospital. Además, se establecerá un calendario de peticiones y una guía con las pautas a seguir en dependencia de los resultados serológicos obtenidos.
3.3-Reuniones con enfermería de nuestra Unidad de HD y supervisión del Servicio de Análisis clínicos para protocolizar la realización de solicitudes, agilizar la realización de las peticiones y establecer las medidas preventivas a seguir hasta la llegada de los resultados serológicos.

INDICADORES
Todos los indicadores seleccionados se refieren a los pacientes en HD, serán analizados mensualmente y evaluados al cabo de un año (en 2017). Son los siguientes:

- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVIH respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVHC respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de VHB (AgHBs, Ac anti-HBs, Ac anti HBc) respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de monitores /pacientes que se ajustan a los protocolos de aislamiento establecidos. Estándar > 99%.

DURACIÓN
Elaboración e implantación de los nuevos protocolos a lo largo de 2017. Desarrollo y evaluación de los resultados en 2017 y 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION VEGA VIDALLE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA HERVAS AMELIA
URBANO GONZALO OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 hemos seguido los protocolos y calendario elaborados e implantados en 2017 para controles serológicos de nuestros pacientes de la Unidad de Hemodiálisis (HD), concernientes al VHB, VHC y VIH. Así mismo, hemos mantenido el protocolo de aislamiento de monitores/pacientes hasta confirmar la negatividad de los marcadores serológicos como control de calidad de la unidad de HD. Las actividades han sido llevadas a cabo por enfermería y facultativos de la unidad, en colaboración con el S. de Análisis clínicos para su ejecución y supervisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En 2018 se ha logrado un descenso en el número de peticiones de serologías víricas superior al 25% con respecto a 2016 (antes de la implantación de los nuevos protocolos), tanto en VHB como VHC y VIH. Se han cumplido pues los objetivos marcados (estandar : reducir 10%).
- Hemos conseguido corregir la desviación que tuvimos en 2017 (ver memoria anterior) concerniente a las peticiones de Ac frente al VHC, alcanzando un 40% de disminución este año. En los controles de VHB y VIH también ha habido un descenso de peticiones respecto a 2017, aunque no tan marcado (11 y 2,5% respectivamente).
- Se han cumplimentado los protocolos de aislamiento y desaislamiento de los monitores de HD en el 100% de los casos, consiguiendo así el objetivo marcado (estandar > 99%), como ya sucedió en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La revisión de los protocolos de controles serológicos de infecciones víricas en nuestros pacientes de HD en 2017 puso de manifiesto el exceso de peticiones que veníamos haciendo respecto a las recomendadas por la SEN. Con los nuevos protocolos se ha hecho evidente que podemos ahorrar peticiones innecesarias manteniendo un nivel de seguridad óptimo para nuestros pacientes.
- En 2017 conseguimos disminuir las peticiones de serologías frente al VHB y VIH, pero hubo un incremento de las de VHC respecto a 2016, ocasionado por la dificultad de hacer llegar adecuadamente la información a todo el personal de la unidad de HD, del que hubo mucha movilidad en ese año. Durante 2018 hemos llevado a cabo un control estricto de las peticiones en nuestra unidad de HD, apoyados por el S. de análisis clínicos mediante la creación de filtros específicos, habiendo conseguido así mejorar los resultados en todas las peticiones de serologías.
- Los resultados obtenidos en las medidas de aislamiento de los monitores son excelentes, fruto de la gran implicación de todo el personal de la unidad de HD, esfuerzo que hay que resaltar en un año 2018 en el que hemos tenido mucho movimiento de pacientes, tanto por vacaciones como por traslados a otros centros hospitalarios
- Es evidente la necesidad de revisar y actualizar los protocolos de trabajo de forma periódica, lo que permite poner de relieve nuestras carencias al tiempo que resalta nuestras fortalezas.
- El trabajo conjunto de facultativos, personal de enfermería y administrativa de nuestra Unidad de HD junto con la colaboración del S. de Análisis clínicos ha permitido que alcancemos nuestros objetivos. En el futuro hemos de continuar este esfuerzo colectivo para mantener y mejorar el nivel de calidad de nuestro trabajo diario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1780 ========== ***

Nº de registro: 1780

Título
REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Autores:
VEGA VIDALLE CONCEPCION, GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, LALANA GARCES MARTA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyecto asistencial

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procesos infecciosos inciden notablemente en la morbi-mortalidad de los pacientes atendidos en las Unidades de Hemodiálisis (HD). Dentro de ellos son de especial relevancia las infecciones víricas que, por su transmisión esencialmente parenteral, tienen un elevado riesgo de transmisión nosocomial horizontal: hepatitis B, hepatitis C y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
La identificación precoz de pacientes infectivos o potencialmente infectivos portadores de los virus de la hepatitis (VHC y VHB) o del SIDA (VIH) permitirá el establecimiento de las medidas necesarias, incluido el aislamiento cuando proceda, para evitar la transmisión de la infección, así como evaluar las posibilidades terapéuticas en cada caso, especialmente en los pacientes candidatos a transplante renal.
En todas las Unidades de HD, incluida la nuestra, se realizan determinaciones de serologías víricas con periodicidad establecida siguiendo las recomendaciones de la SEN. Debido al mayor movimiento de pacientes que existe actualmente en nuestra unidad, con la consiguiente mayor demanda de pruebas serológicas, nos ha parecido pertinente revisar nuestros protocolos para adecuarlos a las necesidades actuales.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar el protocolo de serologías víricas de los pacientes de nuestra Unidad de HD ajustándolo a las recomendaciones de la SEN, con objeto de disminuir el número de peticiones innecesarias. Agilizar el proceso de solicitud de peticiones creando perfiles analíticos fácilmente integrables en el sistema informático del laboratorio de nuestro hospital.

MÉTODO
3.1- Revisión del documento “serología de pacientes en Hemodiálisis”, actualmente en vigor en nuestra unidad de HD, comparándolo con la Guía sobre enfermedades víricas en hemodiálisis, publicada por la SEN en 2004, a fin de elaborar un protocolo de determinaciones serológicas más ajustado a las recomendaciones de la SEN.
3.2-Reuniones con los facultativos del servicio de Análisis clínicos para elaborar Perfiles Analíticos con parámetros establecidos que se solicitarán de forma automática a través del sistema informático de nuestro hospital. Además, se establecerá un calendario de peticiones y una guía con las pautas a seguir en dependencia de los resultados serológicos obtenidos.
3.3-Reuniones con enfermería de nuestra Unidad de HD y supervisión del Servicio de Análisis clínicos para protocolizar la realización de solicitudes, agilizar la realización de las peticiones y establecer las medidas preventivas a seguir hasta la llegada de los resultados serológicos.

INDICADORES
Todos los indicadores seleccionados se refieren a los pacientes en HD, serán analizados mensualmente y evaluados al cabo de un año (en 2017). Son los siguientes:

- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVIH respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVHC respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de VHB (AgHBs, Ac anti-HBs, Ac anti HBc) respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de monitores /pacientes que se ajustan a los protocolos de aislamiento establecidos. Estándar > 99%.

DURACIÓN
Elaboración e implantación de los nuevos protocolos a lo largo de 2017. Desarrollo y evaluación de los resultados en 2017 y 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMELIA GARCIA HERVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VEGA VIDALLE CONCEPCION
ANDRES ALIERTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Rotación de enfermería por la consulta ERCA de Nefrología del Hospital Miguel Servet.
2. Clasificación de pacientes en seguimiento en consultas de Nefrología en base a criterios analíticos que indican enfermedad renal avanzada con criterios de progresión (FG <30 ml/min con proteinuria > 0.5g/24h, FG <20)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Formación de enfermería.
2. Preparación de material gráfico y audiovisual.
3. Determinación de un número total de 81 pacientes subsidiarios de seguimiento en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la unidad ERCA se deben cubrir los mismos objetivos que en cualquier otro estadio de la ERC, como el diagnóstico etiológico, el enlentecimiento de la progresión, el manejo del riesgo vascular y la comorbilidad, así como desarrollar iniciativas orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente.
Además, asociado a ello se debe asegurar la preparación de los pacientes para el inicio de la terapia sustitutiva renal a tiempo y con suficiente antelación, promover los tratamientos domiciliarios y el autocuidado del paciente. También abordar el trasplante de vivo pre diálisis y/o la inclusión en lista de espera de cadáver lo antes posible, si éste está indicado.

A la espera de que nos sea concedido un espacio físico para ubicar la consulta médica junto a la de enfermería y así poder llevar a cabo el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1783 ========== ***

Nº de registro: 1783

Título
ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERM NEFROLOGICA-2017

Autores:
GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, VEGA VIDALLE CONCEPCION, LATORRE SAVICENTE MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos y objetivos de la Unidad

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad renal crónica es muy prevalente, conllevando una elevada morbi-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

mortalidad y consumiendo una gran parte de los recursos de cualquier sistema de salud. Ciñéndonos a la fase de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), definida por presentar un filtrado glomerular (FG) igual o inferior a 30 ml/mn/1,73m2 (ERC estadios 4-5), ello representa el 0,58% de la población española, consumiendo el 3% del presupuesto de atención especializada al año.
Una asistencia óptima en esta fase de ERCA permitirá retrasar en lo posible su progresión y la aparición de complicaciones, de manera que el paciente llegue a la fase de terapia renal sustitutiva en las mejores condiciones físicas y psicológicas.
Para su consecución, la Sociedad Española de Nefrología (SEN) promueve desde 2008 la creación, en todos los Servicios de Nefrología, de equipos multidisciplinares dotados de recursos humanos y materiales propios, integrados en Consultas específicas de ERCA.

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido a pacientes con ERCA procedentes de la consulta general de Nefrología, planta de Nefrología clínica o Unidad de HD si recuperan función renal.
El objetivo principal es proporcionar al paciente con ERCA un cuidado integral que contemple la asistencia, información, formación y educación consensuadas, en un ambiente multidisciplinar, a través de una consulta especializada integrada en un equipo formado por nefrólogos y enfermería nefrológica. Con ello se intenta retrasar en lo posible la progresión de la ERC, previniendo o tratando precozmente las posibles complicaciones, así como capacitar al paciente para asumir la enfermedad y su autocuidado, optimizar su calidad de vida y facilitar que pueda decidir de forma autónoma la mejor opción terapéutica una vez alcanzada la fase de ERC terminal.

MÉTODO
6.1- Elaboración del proyecto de consulta ERCA, con realización de reuniones de trabajo entre los 3 facultativos del S. de Nefrología y la supervisora de la Unidad de Hemodiálisis para establecer las líneas de trabajo (comunes y específicas), determinar las necesidades estructurales, materiales y de personal y planificar la estructura propia de la consulta.
6.2- Actividades específicas de los facultativos:

- Seguimiento clínico del paciente con controles programados frecuentes (entre 1-3 meses) para prevenir y tratar las complicaciones asociadas a la ERCA, ajuste de dosis de medicamentos y retirada de fármacos de alto riesgo.
- Información clara y precisa al paciente y familiares sobre la enfermedad, su evolución y posibilidades terapéuticas (transplante, diálisis o tratamiento conservador) para que puedan decidir de forma autónoma e independiente la mejor opción en cada caso, que quedará siempre reflejada en el consentimiento informado.
- Coordinar la atención con los diferentes especialistas a nivel hospitalario y Atención primaria. Coordinación con los centros de referencia donde se realiza el acceso vascular y colocación de los catéteres peritoneales, así como seguimiento de los mismos. Coordinación del estudio pretransplante renal.

6.3- Actividades especificas de enfermería:
- Evaluación inicial (antropométrica, psicológica-emocional y comorbilidad asociada) y periódica del paciente. Ayuda psicológica al paciente para asumir su situación. Consejos sobre el estilo de vida, dietas y toma de medicamentos. Ayuda en la toma de decisiones sobre el tratamiento elegido.
- Control del estado serológico del paciente frente al VHB, VHC y VIH. Planificación de un calendario vacunacional individualizado.
- Evaluación y cuidados del acceso vascular o catéter peritoneal ya colocados.
- Coordinar con A. Primaria los cambios terapéuticos y pruebas diagnósticas solicitadas. Coordinación con la trabajadora social para mejorar el soporte sociofamiliar del paciente.
- Recogida de datos clínicos y analíticos para ulteriores estudios estadísticos que permitan evaluar los resultados de la consulta ERCA y detectar puntos de mejora.

INDICADORES
- Análisis de la calidad asistencial mediante parámetros:
a- clínicos: edemas, disnea, prurito, (valores: ausencia 0, presencia 1) y cifras de TA (valores: < 150/90 = 0, > 150/90 = 1).
b- analíticos: Hemoglobina (valores: entre 10,5-12 g/dl= 0, < 10,5 y/o > 12 = 1), PTH (valores: < 300 ng/ml= 0, >300 ng/ml = 1), Calcio (valores: 8,5-10 mg/dl = 0, < 8,5 y/o > 10 = 1), fósforo (valores: < 5 mg/dl = 0, > 5 mg/dl = 1) y potasio (valores: < 3,5 mEq/l = 0, > 5 mEq/l = 1).
- Reingreso por complicación asociada a la ERCA en últimos 6 meses (valores: = número de reingresos)

DURACIÓN
- Elaboración del proyecto de consulta ERCA y su presentación en Dirección del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

Hospital para su aprobación durante 2017
- Puesta en marcha de la consulta ERCA en cuanto se cuente con el acuerdo de
Dirección y se disponga del personal de enfermería y espacio físico necesarios

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AMELIA GARCIA HERVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
URBANO GONZALO OSCAR
VEGA VIDALLE CONCEPCION
LATORRE SAVICENTE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el primer trimestre de 2017 se realizaron reuniones de trabajo en las que participaron los 3 facultativos de la S. de Nefrología y la supervisora de la Unidad de hemodiálisis. En las mismas se revisaron las orientaciones sobre seguimiento clínico de la Enfermedad renal crónica avanzada y prediálisis de la SEN, editadas en 2008, y se analizaron las necesidades de nuestro sector de Barbastro así como las posibilidades en cuanto a recursos humanos e infraestructura del Hospital. Como resultado de las mismas se elaboró un proyecto de Consulta ERCA en el que, de forma coordinada entre Nefrólogos y enfermería nefrológica, se podría realizar el seguimiento integral del paciente afecto de ERCA.

En el mes de mayo de 2017 fue presentado nuestro proyecto de consulta a Dirección del Hospital para su análisis. Fue bien acogido, tanto por Dirección Médica como por Dirección de Enfermería, quedando a la espera de su decisión, fundamentalmente en cuanto a la dotación de enfermería nefrológica y la ubicación de las consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto de consulta se elaboró y se presentó, como previsto, dentro del año 2017, pero la consulta no ha podido ponerse en marcha por estar todavía pendiente de la resolución de Dirección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esperamos que en el curso de 2018 sea posible la puesta en marcha de la Consulta ERCA, fundamental para el buen seguimiento de nuestros pacientes con enfermedad renal avanzada. Para el buen hacer del mismo queremos resaltar que consideramos imprescindible que tanto la ubicación de las consultas como la dotación de enfermería se ajusten a las indicaciones del proyecto presentado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1783 ========== ***

Nº de registro: 1783

Título
ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERM NEFROLOGICA-2017

Autores:
GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, VEGA VIDALLE CONCEPCION, LATORRE SAVICENTE MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos y objetivos de la Unidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La enfermedad renal crónica es muy prevalente, conllevando una elevada morbi-mortalidad y consumiendo una gran parte de los recursos de cualquier sistema de salud. Ciñéndonos a la fase de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), definida por presentar un filtrado glomerular (FG) igual o inferior a 30 ml/mn/1,73m2 (ERC estadios 4-5), ello representa el 0,58% de la población española, consumiendo el 3% del presupuesto de atención especializada al año.
Una asistencia óptima en esta fase de ERCA permitirá retrasar en lo posible su progresión y la aparición de complicaciones, de manera que el paciente llegue a la fase de terapia renal sustitutiva en las mejores condiciones físicas y psicológicas.
Para su consecución, la Sociedad Española de Nefrología (SEN) promueve desde 2008 la creación, en todos los Servicios de Nefrología, de equipos multidisciplinares dotados de recursos humanos y materiales propios, integrados en Consultas específicas de ERCA.

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido a pacientes con ERCA procedentes de la consulta general de Nefrología, planta de Nefrología clínica o Unidad de HD si recuperan función renal.
El objetivo principal es proporcionar al paciente con ERCA un cuidado integral que contemple la asistencia, información, formación y educación consensuadas, en un ambiente multidisciplinar, a través de una consulta especializada integrada en un equipo formado por nefrólogos y enfermería nefrológica. Con ello se intenta retrasar en lo posible la progresión de la ERC, previniendo o tratando precozmente las posibles complicaciones, así como capacitar al paciente para asumir la enfermedad y su autocuidado, optimizar su calidad de vida y facilitar que pueda decidir de forma autónoma la mejor opción terapéutica una vez alcanzada la fase de ERC terminal.

MÉTODO
6.1- Elaboración del proyecto de consulta ERCA, con realización de reuniones de trabajo entre los 3 facultativos del S. de Nefrología y la supervisora de la Unidad de Hemodiálisis para establecer las líneas de trabajo (comunes y específicas), determinar las necesidades estructurales, materiales y de personal y planificar la estructura propia de la consulta.
6.2- Actividades específicas de los facultativos:

- Seguimiento clínico del paciente con controles programados frecuentes (entre 1-3 meses) para prevenir y tratar las complicaciones asociadas a la ERCA, ajuste de dosis de medicamentos y retirada de fármacos de alto riesgo.
- Información clara y precisa al paciente y familiares sobre la enfermedad, su evolución y posibilidades terapéuticas (transplante, diálisis o tratamiento conservador) para que puedan decidir de forma autónoma e independiente la mejor opción en cada caso, que quedará siempre reflejada en el consentimiento informado.
- Coordinar la atención con los diferentes especialistas a nivel hospitalario y Atención primaria. Coordinación con los centros de referencia donde se realiza el acceso vascular y colocación de los catéteres peritoneales, así como seguimiento de los mismos. Coordinación del estudio pretransplante renal.

6.3- Actividades especificas de enfermería:
- Evaluación inicial (antropométrica, psicológica-emocional y comorbilidad asociada) y periódica del paciente. Ayuda psicológica al paciente para asumir su situación. Consejos sobre el estilo de vida, dietas y toma de medicamentos. Ayuda en la toma de decisiones sobre el tratamiento elegido.
- Control del estado serológico del paciente frente al VHB, VHC y VIH. Planificación de un calendario vacunacional individualizado.
- Evaluación y cuidados del acceso vascular o catéter peritoneal ya colocados.
- Coordinar con A. Primaria los cambios terapéuticos y pruebas diagnósticas solicitadas. Coordinación con la trabajadora social para mejorar el soporte sociofamiliar del paciente.
- Recogida de datos clínicos y analíticos para ulteriores estudios estadísticos que permitan evaluar los resultados de la consulta ERCA y detectar puntos de mejora.

INDICADORES
- Análisis de la calidad asistencial mediante parámetros:
a- clínicos: edemas, disnea, prurito, (valores: ausencia 0, presencia 1) y cifras de TA (valores: < 150/90 = 0, > 150/90 = 1).
b- analíticos: Hemoglobina (valores: entre 10,5-12 g/dl= 0, < 10,5 y/o > 12 = 1), PTH (valores: < 300 ng/ml= 0, >300 ng/ml = 1), Calcio (valores: 8,5-10 mg/dl = 0, < 8,5 y/o > 10 = 1), fósforo (valores: < 5 mg/dl = 0, > 5 mg/dl =

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017

1) y potasio (valores: < 3,5 mEq/l = 0, > 5 mEq/l = 1).
- Reingreso por complicación asociada a la ERCA en últimos 6 meses (valores:
= número de reingresos)

DURACIÓN
- Elaboración del proyecto de consulta ERCA y su presentación en Dirección del
Hospital para su aprobación durante 2017
- Puesta en marcha de la consulta ERCA en cuanto se cuente con el acuerdo de
Dirección y se disponga del personal de enfermería y espacio físico necesarios

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA SAGRARIO BALDA MANZANOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA
ARAZO SOLANA EVA
BUIL TORO MARIA LUZ
CORONAS JUSTE MARIA DOLORES
GAIRIN NICOLAU OTILIA
LARRAMONA BALLARIN RITA
RASO BUERBA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha hecho una revisión de las vacunaciones adecuadas para la población diana, que incluye a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, que reciben hemodiálisis o que van a ser subsidiarios de recibir diálisis o un trasplante renal, en el área de Barbastro.
Se ha establecido el calendario vacunal apropiado para cada paciente, en función de sus susceptibilidades y en previsión de su posible terapia renal sustitutiva. Realizando una evaluación de la respuesta inmunológica y necesidad de recuerdo de vacunación.
Se ha desarrollado un documento de vacunaciones recibidas para registro y posterior comunicación con Atención Primaria. Dicho formulario ha sido incluido en documentos oficiales de Enfermería de Nefrología del Hospital de Barbastro, aunque no se ha precisado su utilización debido a que, por motivos inesperados, la administración de vacunas no ha podido realizarse en el Hospital de Barbastro, realizándose a través de Atención Primaria.
Se ha desarrollado un protocolo que incluye la prevención estructurada para dichos pacientes con un circuito claro y accesible, que interconecta Atención Especializada (Nefrología y Medicina Preventiva) y Atención Primaria.
Se ha realizado registro de vacunas administradas y de pacientes que han recibido las apropiadas medidas preventivas en el tiempo y marco adecuados.

Enfermería del Servicio de Hemodiálisis ha colaborado en la recepción de vacunas, manteniéndolas en su adecuado estado hasta que el paciente pudiera recogerlas para su posterior administración en su Centro de Salud. Así como ha facilitado la información necesaria para el conocimiento de vacunaciones administradas a cada paciente con anterioridad al proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha establecido una prevención estructurada en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en el área de Barbastro.
Desde su puesta en marcha, la vacunación de dichos pacientes se ha regularizado y se han mejorado tanto la información a los pacientes como la adecuación del momento de vacunación y dispensación de vacunas, con la colaboración del Servicio de Farmacia.
Se ha conseguido que aquéllos pacientes que tienen mayor susceptibilidad de contraer infecciones, por su condición de inmunodeprimidos, hayan recibido vacunas de acuerdo a los estándares que recomiendan las Guías Nacionales.
Al realizar esta revisión y protocolización, se ha conseguido alcanzar una gran mejora en la prevención de nuestros pacientes, siendo aquéllos subsidiarios de recibir un trasplante renal vacunados en tiempo preciso y permitiendo que aquéllos que inician hemodiálisis, lo hagan en las mejores condiciones posibles.
Se ha alcanzado el 100% de pacientes vacunados de acuerdo a los estándares recomendados. El calendario vacunal de cada paciente ha quedado registrado en su historia correspondiente en Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado el estado inmunológico del paciente con ERCA, que encontrándose dentro del grupo de pacientes inmunodeprimidos y por la complejidad clínica que presentan en la mayoría de los casos, no siempre reciben la prevención en tiempo y dosis adecuada.
Se ha objetivado una mejora del conocimiento sobre prevención en los Servicios implicados del Hospital de Barbastro, que repercute en la mejora de salud y atención a nuestros pacientes.
A destacar el elevado porcentaje de pacientes que han podido recibir vacunas acordemente y por ello, mejorar la situación inmunológica de acuerdo con las recomendaciones por los estándares nacionales e internacionales.

El desarrollo del programa ha sido adecuado al tiempo previsto, quedando abierta la mejora de realizar la administración de vacunas en el ámbito de Atención Especializada para no saturar Atención Primaria.
La comunicación con el Servicio de Farmacia ha sido muy accesible y facilitadora.
Se agradece la colaboración a los Servicios de Atención Primaria.

Se recomienda la valoración de implementación en otros centros, estableciendo protocolos propios adecuándose

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

a los recursos del mismo.

7. OBSERVACIONES.
Dada la limitación del número de componentes del equipo de mejora, no ha sido posible incluir al personal de enfermería de hemodiálisis completo, que ha participado en el proyecto. Se agracedería su inclusión:
CAROLINA LACORT CASTRO, MARIA JESUS LATORRE SANVICENTE, CONCEPCIÓN SAGARRA NADAL Y
LAURA MORA ROLDÁN

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1171 ========== ***

Nº de registro: 1171

Título
ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

Autores:
BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, ARAZO SOLANA EVA, BUIL TORO MARIA LUZ, CORONAS JUSTE MARIA DOLORES, GAIRIN NICOLAU OTILIA, LARRAMONA BALLARIN RITA, RASO BUERBA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) tienen mayor riesgo de hospitalización por infecciones que la población general, y en España las enfermedades infecciosas son las causantes del 15% al 20% de las muertes de enfermos en diálisis. Entre las infecciones que presentan mayor riesgo para estos pacientes se encuentran algunas que son prevenibles mediante vacunas, como la hepatitis B, las infecciones neumocócicas y la gripe.
La vacunación de pacientes en insuficiencia renal debe enmarcarse dentro de las estrategias de vacunación de los adultos. De modo genérico, el ámbito natural de vacunación de los adultos es la atención primaria de salud; sin embargo, no deben desaprovecharse otras oportunidades para mejorar las coberturas mediante la vacunación en otros ámbitos. En el caso de pacientes con patologías de cierta complejidad como son aquellos con insuficiencia renal crónica avanzada, que es posible que precisen diálisis o trasplante renal, la inmunización en el ámbito de la atención especializada resulta necesaria para conseguir mejores coberturas y seguimiento.
La vacunación precoz de pacientes con deterioro progresivo de la función renal tiene capital importancia, por las siguientes razones:
• La respuesta a la vacunación es mejor si se realiza en estadios más precoces de ERC por una más favorable situación del sistema inmune.
• Protección frente a potenciales situaciones de riesgo, como es la exposición en el ambiente hospitalario y en el de hemodiálisis.
• Posibilidades de empleo de vacunas atenuadas, genéricamente contraindicadas tras el trasplante renal, que se realizará en buena proporción de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la respuesta a las vacunas y establecer una prevención estructurada en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, que serán potencialmente subsidiarios de recibir diálisis o trasplante renal.

MÉTODO
Actividades del FEA Nefrología-Preventiva:
• Establecimento del calendario vacunal apropiado y prescripción de vacunas para cada paciente, en función de sus susceptibilidades y en previsión de su posible terapia renal sustitutiva futura.
• Evaluación de la respuesta inmunológica y necesidad de recuerdo de vacunación.
• Evaluación del registro de base de datos.
Actividades de Enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

- Administración de vacunas prescritas
- Registro del calendario vacunal en la historia del paciente y en base de datos.

INDICADORES
Registro de actividad realizada con periodicidad trimestral en base de datos.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Mayo 2018
Fecha de evaluación: periodicidad anual.

OBSERVACIONES
Dada la limitación del número de componentes del equipo de mejora, no ha sido posible incluir al personal de enfermería de hemodiálisis completo, que participará en el proyecto.
Serán componentes participativos: CAROLINA LACORT CASTRO, MARIA JESUS LATORRE SANVICENTE, CONCEPCIÓN DAGARRA NADAL Y LAURA MORA ROLDÁN, en addición de los previamente incluidos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1474

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA MORA ROLDAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS ESPAÑOL PILAR
RASO BUERBA TERESA
GAIRIN LACAMBRA MARIA
SAMPER ENCINAS NURIA
LATORRE SANVICENTE MARIA JESUS
ARAZO SOLANA EVA
GAIRIN NICOLAU OTILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado una gradación del estado del orificio del catéter permanente en los pacientes portadores de dicho acceso vascular en hemodiálisis.
Se han recogido fotografías de orificios de catéter central para desarrollar los diferentes grados o estadios por el personal de enfermería de hemodiálisis y facilitar comunicación en el servicio.
Se han realizado curas del orificio del catéter en cada sesión. Semanalmente curas con clorhexidina y curas por sesión con suero fisiológico. Se han recogido frotis de orificios de catéteres centrales en el momento en el que se han detectado signos incipientes de infección, como exudado y/o enrojecimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha validado un sistema de grados de infección relacionada con el catéter venoso central permanente de hemodiálisis. Ello ha facilitado la comunicación entre los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro. Dicho estadiaje ha permitido evitar bacteriemias subsiguientes, habiendo detectando de manera temprana infecciones incipientes en el orificio del catéter central de hemodiálisis. Los cuidados aplicados en cada sesión y la aplicación del tratamiento de forma temprana en el caso de la identificación de alteraciones, han permitido obtener una adecuación del cuidado del catéter central de acuerdo a los estándares y recomendaciones de las Guías Nacionales.
Nos hubiera gustado establecer un protocolo de registro en las historias clínicas y valorar el recuento total de frotis obtenidos, pero no ha sido posible la implementación del sistema de grados por corto espacio de tiempo para desarrollo del proyecto.
La densidad de incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter venosos tunelizado ha sido de cero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados son muy positivos, habiendo obtenido un porcentaje nulo de bacteriemia, lo que pone de manifiesto el control minucioso de dichos accesos por el personal de enfermería de hemodiálisis de Barbastro.
Dado el corto periodo de tiempo para la implementación del sistema de grados, creemos beneficioso continuar con este proyecto para continuar la mejora de la atención a nuestros pacientes de hemodiálisis.
En conclusión, la valoración y protocolización de grados del orificio son convenientes para mantener unos porcentajes de bacteriemia como los actuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1474 ========== ***

Nº de registro: 1474

Título
EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Autores:
MORA ROLDAN LAURA, BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, RASO BUERBA TERESA, RAMOS ESPAÑOL PILAR, RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA, LACORT CASTRO CAROLINA, GAIRIN LACAMBRA MARIA, SAMPER ENCINAS NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS
Línea Estratégica .: Crónico complejo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1474

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La utilización de catéteres venosos centrales (CVC) ha aumentado progresivamente en los pacientes en hemodiálisis (HD); sin embargo, van asociados a mayores complicaciones, tanto trombóticas como infecciosas. Por eso es necesario y recomendable, de acuerdo con las guias nacionales, el manejo y seguimiento por personal especializado en hemodiálsis, que realice los cuidados pertinentes, tanto diarios como de las complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
- Evitar y detectar de manera temprana las infecciones asociadas al catéter central en los pacientes de hemodiálisis en el Servicio de Hemodialisis de Barbastro.
- Elaborar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis.

MÉTODO
- Elaborar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis para aplicar en las sesiones diarias y el trabajo en equipo del departamento de hemodialisis.

INDICADORES
- Densidad de incidencia de bacteriemia relacionada
con el catéter venoso tunelizado (número de bacteriemias
relacionadas con el catéter venoso tunelizado/1.000 días
de uso del catéter venoso tunelizado)

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio Junio 2018.
Fecha prevista de finalización Junio 2019.
Desarrollo del sistema de gradación por Enfermería de Hemodialisis (Junio-Octubre 2018)
Evaluación del tratamiento de infecciones por FEA Nefrologia, hasta fecha de finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

1. TÍTULO

ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLOGICA

Fecha de entrada: 03/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ERICA LEON SUBIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
GARCIA SOLANS MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este periodo hemos realizado una recopilación de los pacientes diagnosticados de asma grave en tratamiento activo con terapias biológicas (Omalizumab, Mepolizumab y Reslizumab) y hemos ido incluyendo de manera progresiva a aquellos que han iniciado alguna de estas terapias de novo.
Tras la recopilación, en todos ellos se ha llevado a cabo una primera consulta que hemos denominado consulta 0. En esa consulta se ha realizado una entrevista clínica completa con valoración de las pruebas complementarias realizadas hasta el momento, aplicando una plantilla que, por bloques, nos permite una clasificación fenotípica del paciente.
En primer lugar, comprobamos el diagnóstico de asma (Se estima que entre un 12 y un 30 % de los pacientes con sospecha de AGNC no tienen asma) en el caso de pacientes que ya estaban en tratamiento. Se realiza una completa anamnesis y exploración física. En base a eso se postula un fenotipo de asma grave apoyándonos en las pruebas complementarias realizadas hasta el momento. En el caso de pacientes “de novo” es en esta consulta, antes del inicio del tratamiento, cuando se solicitan las pruebas necesarias que básicamente son: espirometría con prueba broncodilatadora, prueba de imagen (radiografía de tórax y/o TAC torácico), pruebas microbiológicas (cultivo de esputo) y analítica sanguínea (incluyendo bioquímica básica, niveles de inmunoglobulinas, autoinmunidad, marcadores inflamatorios, hemograma y hemostasia). En esa misma consulta se realizan cuestionarios ACT, Epworth y Nigmejen.
Se procede entonces a la identificación de factores externos que impiden un buen control:
• Aspectos del paciente: nivel de adherencia terapéutico, apropiada técnica de inhalación.
• Comorbilidades y agravantes.
• Desencadenantes de exacerbaciones. Como la exposición a alérgenos,agentes ocupacionales, patógenos infecciosos, contaminantes, tóxicos, fármacos como el ácido acetilsalicílico y AINEs.
Finalmente, establecemos el fenotipo de asma grave. En el caso de los pacientes que ya se encontraban en tratamiento activo, hemos hecho una reevaluación del mismo (teniendo en cuenta las nuevas indicaciones, efectos secundarios y la aparición de nuevos fármacos) para decidir si continuar, modificar o suspender. En el caso de pacientes “de novo” está reevaluación se irá llevando a cabo progresivamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento actual, se ha recopilado un total de 24 pacientes con AGNC en tratamiento biológico. Tras la instauración de este proyecto, se ha retirado por ineficacia la terapia a uno de los pacientes y se ha modificado a 2 de ellos. En uno de los casos se trataba de una paciente con asma eosinofílica de inicio tardío con escasa respuesta a omalizumab en la que se ha llevado el cambio a mepolizumab, con gran mejoría en los cuestionarios de calidad de vida y disminución de agudizaciones. En el otro caso, se trata de un asma alérgico, que presentó reacción adversa a omalizumab motivo por el que se encuentra en la actualidad con Reslizumab (pendiente de primera valoración de eficacia). Se trata de la única reacción adversa grave descrita en esta área desde el inicio de dichas terapias. En los próximos meses procederemos a la modificación de terapia en, al menos, otros tres pacientes más por ineficacia.
De los pacientes recopilados, 2 se encuentran en tratamiento por otra causa no asma bronquial: poliposis nasosunisal. De los 22 restantes, 15 presentan un fenotipo alérgico, 2 un fenotipo eosinofílico de inicio tardío y, consideramos que, los 5 restantes un fenotipo mixto. El 41,6% son varones (n=10), con una edad media de 65 años. Cabe destacar que el 33,3% de los pacientes (n=8) son exfumadores.
Del total de pacientes, 13 (54%) de ellos no habían sido valorados en consulta desde hacía al menos un año y, consecuentemente, tampoco se habían hecho las valoraciones pertinentes en cuanto a la terapia activa. Por otro lado, llama la atención que 8 pacientes (33,3%) no cumplían adecuadamente con el tratamiento broncodilatador asociado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El llevar a cabo este proyecto no ha supuesto inversión económica. Simplemente se ha intentado realizar una recanalización de pacientes que, por definición, son graves y complejos y se encuentran con terapias de difícil manejo y alto coste. Creemos que la instauración de un programa para el paciente con asma grave va a permitir un mejor manejo y enfoque de la terapia necesaria. Debido a motivos ajenos al servicio, estos pacientes han estado un tiempo muy prolongado sin adecuado seguimiento médico, lo cual se ve reflejado en los datos. El hecho de haber iniciado este programa, educar al paciente y reevaluar la terapia instaurada ha mejorado tanto su calidad de vida como el número de agudizaciones y, por lo tanto, visitas a urgencias y/o ingresos si bien, estos son datos que no podemos ofrecer por el momento de manera objetiva ya que todavía no se ha llevado a cabo el análisis pertinente.
Nuestro objetivo sería continuar con este programa para dar una mejor asistencia al paciente con asma grave, llegando a conseguir una consulta específica ya que necesitan más tiempo de atención y seguimiento y una frecuencia entre visitas mucho mayor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

1. TÍTULO

ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLOGICA

7. OBSERVACIONES.
En el mes previo fue aprobada por la aemp una nueva terapia biológica para pacientes con asma grave fenotipo eosinofílico, benralizumab. Los resultados de los ensayos clínicos en los que se basa dicha aprobación son prometedores y tenemos altas expectativas puestas en este tratamiento sobre todo para pacientes con fenotipo eosinofílico y corticodependientes. Por el momento no hemos iniciado esta terapia en ningún paciente pero tenemos firmes candidatos a ello.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/823 ========== ***

Nº de registro: 0823

Título
ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLOGICA

Autores:
LEON SUBIAS ERICA, GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: ASMA GRAVE
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con asma grave no controlada (AGNC) requieren múltiples fármacos y a altas dosis. Supone un gran consumo de recursos. En España, un paciente con asma supone un coste anual de 1950 €/paciente llegando a 2728 € en asma grave.
En los últimos escalones de las guías de práctica clínica está aprobado el uso de terapias biológicas en este grupo de pacientes las cuales han demostrado un buen control de síntomas, mejora en la calidad de vida y además son coste-efectivas. Sin embargo, en nuestro hospital, la cifra de pacientes con AGNC se encuentra infraestimada. Hemos detectado en la práctica diaria, una gran incidencia de esta patología. Realizamos una búsqueda de los pacientes con este criterio no llegando a una n clara debido a falta de codificación de la misma. Por otro lado, contamos con el registro de pacientes con terapias biológicas (2 pacientes con mepolizumab y, al menos, 13 con omalizumab) que se encuentra desactualizado. Del mismo modo, estos pacientes llevan un seguimiento errático.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto radica en filiar todos los AGNC de nuestro área así como reevaluar aquellos en tratamiento con terapia biológica para optimizar la terapia ya que muchos de ellos llevan varios años en tratamiento con seguimiento errático debido a circunstancias organizativas del servicio.
Los resultados que esperamos conseguir son: 1) un “cribado” de AGNC y un ajuste terapeútico de dichos pacientes, 2) reevaluación de todos aquiellos pacientes en tratamiento con terapia biológica y consideración de su continuidad/discontinuidad, efectividad o no., 3) creación de una consulta específica para pacientes con AGNC como paso previo a derivaciones a unidades de referencia de esta u otras comunidades.

MÉTODO
Para alcanzar los objetivos propuestos, queremos citar a todos aquellos pacientes en tratamiento con terapias biológicas, realizar una reevaluación desde 0 y realizar un correcto ajuste terapeútico. También queremos citar a todos aquellos pacientes con asma en los que sospechamos un asma grave para valorar el inicio o no de terapia biológica.
Hemos creado un modelo de "Primer día" para estos pacientes y establecido un plan de actuación de su seguimiento en la consulta.

INDICADORES
Queremos filiar (hacer un correcto diagnóstico) a todos los pacientes con asma grave. En cuanto a aquellos con terapia biológica, queremos confirmar la continuación o no de la terapia biológica. Para ello, tendremos en cuenta efectos secundarios, reacciones adversas, nº agudizaciones y/o visitas a urgencias, necesidad de corticoterapia oral.

DURACIÓN
Inicio: junio-julio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

1. TÍTULO

ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLOGICA

Fin: marcado por el nº de pacientes a citar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0886

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA VIÑADO MAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LEON SUBIAS ERICA
SOLANS GARCIA MERCEDES
MARTIN ALOS PILAR
CASTILLO LASIERRA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado un total de 230 poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias desde el 2 de Mayo hasta la fecha.
Disponemos de un polígrafo Alice PDx cedido por la empresa Esteve-Teijin.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los servicios que han solicitado esta prueba fueron: en su gran mayoría, Neumología con un total de 218 pruebas, por parte de Cardiología 11 pruebas y por parte de Medicina Interna 1 prueba.
En cuanto a la severidad de la patología diagnosticada (síndrome de apnea-hiponea del sueño), se han diagnosticado 175 severos, 26 moderados y 29 leves.
Se ha disminuido la lista de espera de aproximadamente 14 meses a 5 meses.
Todos estos datos se han obtenido de la historia clínica electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de poligrafías cardiorrespiratorias por parte del personal médico de Neumología ha supuesto un importante descenso en la lista de espera de estas pruebas y ha descendido notablemente el número de consultas para dar su resultado puesto que el mismo día de entrega del aparato, se valora al paciente y se les informa de su patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/886 ========== ***

Nº de registro: 0886

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Autores:
VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA CARRASCAL YOJANA, SOLANS GARCIA MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El síndrome de apnea – hipopnea del sueño afecta al 20% de la edad adulta. Se trata de una patología infradiagnosticada, aunque en los últimos años, el mayor conocimiento de patologías asociadas al sueño y las evidencias científicas de su trascendencia sobre la salud, han generado un aumento en la solicitud de estudios para su diagnóstico. Inicialmente estas demandas procedían principalmente de la consulta de Neumología pero actualmente, y cada vez más, surgen de otras especialidades tales como Cardiología, Neurología u Otorrinolaringología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0886

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Todo ello nos ha hecho plantearnos de qué modo podemos diagnosticar de forma precoz esta patología e iniciar tratamiento si lo precisa lo antes posible.

Hasta el momento, las poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias en el Hospital de Barbastro eran realizadas por enfermería perteneciente a la empresa Esteve-Teijin, hasta completar un total de 90 estudios al año (lo pactado en el contrato), número que se aleja mucho de la cantidad de peticiones que recibimos en nuestra consulta. El resto, se derivaban al Hospital San Jorge, lo que conllevaba un aumento en la lista de espera de este hospital y la obligación de nuestros pacientes a desplazarse a este hospital, motivo por el cual, muchos rechazaban su realización.

La empresa Esteve-Teijin ha dotado recientemente al servicio de Neumología del Hospital de Barbastro con un polígrafo Alice PDx para que el equipo médico pueda realizar sus propias poligrafías tanto en pacientes ambulantes como hospitalizados.

Nuestro planteamiento es el siguiente: en aquellos ambulantes, el paciente será citado en la consulta de Neumología donde un sanitario le explicará cómo debe ponerse el aparato esa misma noche para un correcto registro en su domicilio; al día siguiente, el paciente deberá devolverlo a la consulta. Se procederá a su lectura, corrección y realización de informe del estudio y seguidamente, se comunicará al paciente el resultado y la decisión de iniciar o no tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias si el sanitario así lo considere.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución de la lista de espera para realización de una poligrafía cardiorrespiratoria domiciliaria.
Priorización de pacientes pendientes de poligrafía, atendiendo a sus características clínicas y socio-laborales.
Disminución del número de consultas para obtención de resultados de la poligrafía, ya que el día de la entrega del aparato se comunicará el resultado del registro.

Disminución de la derivación de pacientes a otros hospitales.

MÉTODO
Cesión por parte de la empresa Esteve-Teijin de un polígrafo Alice PDx y de los fungibles necesarios para su funcionamiento.
Instalación del software en los ordenadores de la consulta de Neumología.
Obtención de un lector de tarjetas de memoria.
Revisión y priorización de los pacientes en lista de espera.
Historia clínica del paciente, enseñanza del manejo del dispositivo para su correcto registro, descarga de datos al día siguiente y emisión de informe.
Evaluación de resultados.

INDICADORES
Registro correcto de datos, válido para la emisión del informe.
Grado de severidad de la patología.
Indicación de tratamiento tras resultado de la prueba.
Especialidad que solicita la prueba.
Reducción de lista de espera.

DURACIÓN
Esta actividad ya ha comenzado con fecha de 2 de Mayo de 2018. No hay fecha prevista de finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
LEON SUBIAS ERICA
GARCIA SOLANS MERCEDES
PILAR MARTIN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas: A los pacientes mayores de 35 años remitidos a la consulta de neumología para estudio de cualquier patología respiratoria diferente a la EPOC se les pregunto durante la entrevista clínica si habían tenido exposición al tabaco o biomasa, también se les pregunto por síntomas respiratorios, si cumplía con estos 3 criterios se les pedía una espirometría con prueba broncodilatadora para confirmar/descartar EPOC. Una vez hecho el diagnostico de EPOC se ofrecía tratamiento médico temprano y se educaba al paciente en EPOC y el uso de los inhaladores.
Calendario marcado: Los datos fueron recogidos desde enero de 2018 a enero de 2019
Recursos empleados: Espirómetro
Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 55 pacientes fueron incluidos (4 mujeres y 51 hombres)
Los motivos por los cuales fueron derivados a la consulta de neumología fueron: infección respiratoria (4 pacientes), esputos hemoptoicos (3 pacientes), Nódulo Pulmonar Solitario (5 pacientes), masa pulmonar (2 pacientes), posible sarcoidosis (1 paciente), posible Hipertensión pulmonar (1 paciente), posible síndrome de apneas del sueño (39 pacientes)
De los 55 pacientes 24 eran fumadores y 31 eran exfumadores.
De los 55 pacientes incluidos 16 no tenían realizada la espirometría
De los 39 pacientes a los que se le realizo la espirometría con prueba broncodilatadora un total de 10 fueron diagnosticados de EPOC, de los cuales 2 eran grave, 6 leve y 2 moderado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la EPOC es una enfermedad infradiagnosticada porque el paciente no consulta hasta que es clínicamente evidente y moderadamente avanzada, en nuestro estudio se pudo cribar 55 pacientes, diagnosticando de EPOC a 10 de ellos, de los cuales 2 eran graves y 2 moderados, lo que refleja la importancia de realizar un cribado de EPOC y la detección temprana de esta enfermedad crónica cada día más prevalente.
Sería importante realizar con más presura la espirometría ya que un total de 16 pacientes aun tenían las pruebas pendientes.
Recordar que según las guías de práctica clínica GesEPOC para realizar un cribado de EPOC se precisa de edad mayor de 35 años, un índice acumulado de tabaco año mayor de 10 y de síntomas respiratorios, teniendo en cuentas estos tres criterios el cribado de EPOC será más eficaz.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/889 ========== ***

Nº de registro: 0889

Título
CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, CASTILLO LASIERRA AMPARO, GARCIA SOLANS MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, producidas por una exposición significativa a partículas nocivas o gases. Los síntomas persistentes son la disnea, tos y expectoración, que suelen instaurarse de manera progresiva. La limitación al flujo aéreo viene reflejada por una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de la relación FEV1/capacidad vital forzada (FVC), que se mide mediante la espirometría y que no es totalmente reversible, lo cual se demuestra por la persistencia de una relación FEV1/FVC menor de 0.70 a pesar de realizar una prueba broncodilatadora. Esta obstrucción es habitualmente progresiva, y que está relacionada con la respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos. Con respecto a las partículas o gases nocivos hace referencia al humo del tabaco o los gases de combustión de biomasa.
La EPOC causa al menos 2.9 millones de muertes al año. La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico.
La morbilidad y el uso de recursos sanitarios asociado a la EPOC son elevados. La EPOC es una enfermedad infradiagnósticada y por lo tanto infratratada.
El infradiagnóstico de esta patología y la falta de conocimiento de esta enfermedad en la población general, ocasiona que un gran porcentaje de personas con síntomas respiratorios no solicite atención médica y no intente dejar de fumar.
Por ello, la enfermedad no suele diagnosticarse, hasta que no es clínicamente evidente y moderadamente avanzada.
La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, puesto que los pacientes que fuman o son exfumadores consideran que sus síntomas como la disnea, la tos o la expectoración son secundarios al tabaco, y no consideran que podrían estar relacionados con una patología como es la EPOC.
Es por esto que desde el servicio de Neumología vemos la necesidad de hacer un cribado de EPOC.
El diagnóstico de la enfermedad se fundamenta en presencia de síntomas compatibles, exposición a un factor de riesgo de desarrollo de la enfermedad siendo el más frecuente el tabaco y obstrucción no reversible a los broncodilatadores demostrado por espirometría

RESULTADOS ESPERADOS
Diagnostico precoz de la EPOC
Educar al paciente sobre la EPOC.
Educar al paciente sobre los efectos nocivos del tabaco.
Inicio de tratamiento médico precoz
Mejor control de la enfermedad.

MÉTODO
A los pacientes que son remitidos a la consulta de Neumología por posible EPOC o para estudio de otra patología respiratoria diferente a la EPOC, se les preguntará durante la entrevista clínica si han tenido exposición al tabaco o biomasa y síntomas respiratorios, si tiene estos dos criterios se procederá a la solicitud de espirometría con prueba broncodilatadora, en un posterior seguimiento se valorara el resultado de la espirometría y el diagnóstico o no de EPOC, una vez diagnosticado el paciente se le ofrecerá información sobre la enfermedad y se le educara en el uso de inhaladores si los precisa.

INDICADORES
Los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC.
Grado de severidad de la patología.
Instauración de tratamiento precoz.
Educación a la población en la relación que existe entre EPOC y el tabaco/biomasa.

DURACIÓN
Esta actividad se lleva realizando desde enero 2018 y se plantea continuar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA SOLANS MERCEDES
MARTIN ALOS PILAR
COSTA MENEN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas: A los pacientes mayores de 35 años remitidos a la consulta de neumología para estudio de cualquier patología respiratoria diferente a la EPOC se les pregunto durante la entrevista clínica si habían tenido exposición al tabaco o biomasa, también se les pregunto por síntomas respiratorios, si cumplía con estos 3 criterios se les pedía una espirometría con prueba broncodilatadora para confirmar/descartar EPOC. Una vez hecho el diagnostico de EPOC se ofrecía tratamiento médico temprano y se educaba al paciente en EPOC y el uso de los inhaladores.

Calendario marcado: Los datos fueron recogidos desde enero de 2018 a enero de 2019

Recursos empleados: Espirómetro

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 55 pacientes fueron incluidos (4 mujeres y 51 hombres)

Los motivos por los cuales fueron derivados a la consulta de neumología fueron: infección respiratoria (4 pacientes), esputos hemoptoicos (3 pacientes), Nódulo Pulmonar Solitario (5 pacientes), masa pulmonar (2 pacientes), posible sarcoidosis (1 paciente), posible Hipertensión pulmonar (1 paciente), posible síndrome de apneas del sueño (39 pacientes)

De los 55 pacientes 24 eran fumadores y 31 eran exfumadores.

De los 55 pacientes incluidos 16 no tenían realizada la espirometría

De los 39 pacientes a los que se le realizo la espirometría con prueba broncodilatadora un total de 10 fueron diagnosticados de EPOC, de los cuales 2 eran grave, 6 leve y 2 moderado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la EPOC es una enfermedad infradiagnosticada porque el paciente no consulta hasta que es clínicamente evidente y moderadamente avanzada, en nuestro estudio se pudo cribar 55 pacientes, diagnosticando de EPOC a 10 de ellos, de los cuales 2 eran graves y 2 moderados, lo que refleja la importancia de realizar un cribado de EPOC y la detección temprana de esta enfermedad crónica cada día más prevalente.

Sería importante realizar con más presura la espirometría ya que un total de 16 pacientes aun tenían las pruebas pendientes.

Recordar que según las guías de práctica clínica GesEPOC para realizar un cribado de EPOC se precisa de edad mayor de 35 años, un índice acumulado de tabaco año mayor de 10 y de síntomas respiratorios, teniendo en cuentas estos tres criterios el cribado de EPOC será más eficaz.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/889 ========== ***

Nº de registro: 0889

Título
CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, CASTILLO LASIERRA AMPARO, GARCIA SOLANS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, producidas por una exposición significativa a partículas nocivas o gases. Los síntomas persistentes son la disnea, tos y expectoración, que suelen instaurarse de manera progresiva. La limitación al flujo aéreo viene reflejada por una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de la relación FEV1/capacidad vital forzada (FVC), que se mide mediante la espirometría y que no es totalmente reversible, lo cual se demuestra por la persistencia de una relación FEV1/FVC menor de 0.70 a pesar de realizar una prueba broncodilatadora. Esta obstrucción es habitualmente progresiva, y que está relacionada con la respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos. Con respecto a las partículas o gases nocivos hace referencia al humo del tabaco o los gases de combustión de biomasa.
La EPOC causa al menos 2.9 millones de muertes al año. La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico.
La morbilidad y el uso de recursos sanitarios asociado a la EPOC son elevados. La EPOC es una enfermedad infradiagnósticada y por lo tanto infratratada.
El infradiagnóstico de esta patología y la falta de conocimiento de esta enfermedad en la población general, ocasiona que un gran porcentaje de personas con síntomas respiratorios no solicite atención médica y no intente dejar de fumar.
Por ello, la enfermedad no suele diagnosticarse, hasta que no es clínicamente evidente y moderadamente avanzada.
La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, puesto que los pacientes que fuman o son exfumadores consideran que sus síntomas como la disnea, la tos o la expectoración son secundarios al tabaco, y no consideran que podrían estar relacionados con una patología como es la EPOC.
Es por esto que desde el servicio de Neumología vemos la necesidad de hacer un cribado de EPOC.
El diagnóstico de la enfermedad se fundamenta en presencia de síntomas compatibles, exposición a un factor de riesgo de desarrollo de la enfermedad siendo el más frecuente el tabaco y obstrucción no reversible a los broncodilatadores demostrado por espirometría

RESULTADOS ESPERADOS
Diagnostico precoz de la EPOC
Educar al paciente sobre la EPOC.
Educar al paciente sobre los efectos nocivos del tabaco.
Inicio de tratamiento médico precoz
Mejor control de la enfermedad.

MÉTODO
A los pacientes que son remitidos a la consulta de Neumología por posible EPOC o para estudio de otra patología respiratoria diferente a la EPOC, se les preguntará durante la entrevista clínica si han tenido exposición al tabaco o biomasa y síntomas respiratorios, si tiene estos dos criterios se procederá a la solicitud de espirometría con prueba broncodilatadora, en un posterior seguimiento se valorara el resultado de la espirometría y el diagnóstico o no de EPOC, una vez diagnosticado el paciente se le ofrecerá información sobre la enfermedad y se le educara en el uso de inhaladores si los precisa.

INDICADORES
Los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC.
Grado de severidad de la patología.
Instauración de tratamiento precoz.
Educación a la población en la relación que existe entre EPOC y el tabaco/biomasa.

DURACIÓN
Esta actividad se lleva realizando desde enero 2018 y se plantea continuar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
LEON SUBIAS ERICA
GARCIA SOLANS MERCEDES
MARTIN MARIA PILAR
COSTA MENEN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas: En el centro de especialidades de Monzón se reunieron dos enfermeras de respiratorio y realizaron a pacientes con EPOC severo actividades grupales de educación, uso de inhaladores y gimnasia respiratoria
Calendario marcado: 2018
Recursos empleados: espirómetro, materiales de gimnasia.
Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 24 pacientes realizaron la actividad durante el 2018, 2 mujeres y 22 hombres. Todos los pacientes estaban vacunados de antineumococcica y de gripe, así mismo todos los pacientes estaban con tratamiento farmacológico para la EPOC.
De los 24 pacientes, 7 estuvieron ingresados en el hospital por una agudización durante el 2018. De los 24 pacientes, 4 tuvieron exacerbaciones atendidas por su médico de atención primaria pero no ingresos al hospital. Un paciente falleció en 2018 por agudización de su patología respiratoria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gimnasia respiratoria mejora la calidad de vida del paciente EPOC.
El paciente se concientiza de la EPOC y el cumplimiento terapéutico aumenta.
Al conocer mejor la enfermedad el paciente detecta tempranamente los síntomas de una exacerbación, consulta tempranamente al médico de atención primaria y se evitan ingresos hospitalarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/897 ========== ***

Nº de registro: 0897

Título
ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC es una enfermedad progresiva, frecuentemente infradiagnosticada y con elevada morbimortalidad. Es una de las enfermedades respiratorias de mayor prevalencia e impacto socio-económico y además es la única enfermedad crónica cuya morbimortalidad mantiene

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

actualmente un incremento sostenido, estando su prevalencia e incidencia en continuo aumento.
Es indispensable valorar los distintos elementos que se asocian a una peor o mejor evolución y hacer una clasificación pronostica en función del riesgo futuro de eventos adversos, es decir la probabilidad que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, complicaciones, mayor consumo de recurso sanitarios, o mayor mortalidad.
A mayor gravedad de la EPOC, mas agudizaciones y mayor consumo de recursos.
La gravedad se puede estimar en base a la obstrucción (FEV1), pero existen otras variables como son la disnea o el impacto sobre la calidad de vida del paciente que ayudan a estimar el riesgo de la EPOC. Siendo la EPOC un problema de salud pública nos hace plantear estrategias para su mayor control.
Por todo esto surge la necesidad de un control más riguroso de los pacientes con EPOC severo, con el fin de vigilar de forma más estrecha los síntomas, las agudizaciones y capacidad de esfuerzo, es decir la necesidad de estratificar el riesgo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
-Conocer los factores pronósticos y su impacto en la frecuencia de exacerbaciones, deterioro funcional o mortalidad de los pacientes con EPOC severo

MÉTODO
Intervención farmacológica
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación antineumococcica
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación para la influenza
Aumentar la actividad física mediante gimnasia respiratoria
Educación al paciente en el uso de los inhaladores
Educación al paciente en la importancia de la EPO

INDICADORES
Utilización de la escala mMRC (Escala modificada del Medical Research Council) para medición de la disnea.
Utilización del CAT(CORP assessment test) para medición de la calidad de vida.
Ingresos hospitalarios y/o exacerbaciones tratadas por atención primaria.
Mortalidad.

DURACIÓN
Esta actividad lleva realizándose desde 2014 y se plantea continuar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... AMPARO CASTILLO LASIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas: En el centro de especialidades de Monzón se reunieron dos enfermeras de respiratorio y realizaron a pacientes con EPOC severo actividades grupales de educación, uso de inhaladores y gimnasia respiratoria

Calendario marcado: 2018

Recursos empleados: espirometrías, materiales de gimnasia.

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 24 pacientes realizaron la actividad durante el 2018, 2 mujeres y 22 hombres. Todos los pacientes estaban vacunados de antineumococcica y de gripe, así mismo todos los pacientes estaban con tratamiento farmacológico para la EPOC.

De los 24 pacientes, 7 estuvieron ingresados en el hospital por una agudización durante el 2018. De los 24 pacientes, 4 tuvieron exacerbaciones atendidas por su médico de atención primaria pero no ingresos al hospital. Un paciente falleció en 2018 por agudización de su patología respiratoria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gimnasia respiratoria mejora la calidad de vida del paciente EPOC.

El paciente se concientiza de la EPOC y el cumplimiento terapéutico aumenta.

Al conocer mejor la enfermedad el paciente detecta tempranamente los síntomas de una exacerbación, consulta tempranamente al médico de atención primaria y se evitan ingresos hospitalarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/897 ========== ***

Nº de registro: 0897

Título
ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC es una enfermedad progresiva, frecuentemente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

infradiagnosticada y con elevada morbimortalidad. Es una de las enfermedades respiratorias de mayor prevalencia e impacto socio-económico y además es la única enfermedad crónica cuya morbimortalidad mantiene actualmente un incremento sostenido, estando su prevalencia e incidencia en continuo aumento.
Es indispensable valorar los distintos elementos que se asocian a una peor o mejor evolución y hacer una clasificación pronostica en función del riesgo futuro de eventos adversos, es decir la probabilidad que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, complicaciones, mayor consumo de recurso sanitarios, o mayor mortalidad.
A mayor gravedad de la EPOC, mas agudizaciones y mayor consumo de recursos.
La gravedad se puede estimar en base a la obstrucción (FEV1), pero existen otras variables como son la disnea o el impacto sobre la calidad de vida del paciente que ayudan a estimar el riesgo de la EPOC. Siendo la EPOC un problema de salud pública nos hace plantear estrategias para su mayor control.
Por todo esto surge la necesidad de un control más riguroso de los pacientes con EPOC severo, con el fin de vigilar de forma más estrecha los síntomas, las agudizaciones y capacidad de esfuerzo, es decir la necesidad de estratificar el riesgo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
-Conocer los factores pronósticos y su impacto en la frecuencia de exacerbaciones, deterioro funcional o mortalidad de los pacientes con EPOC severo

MÉTODO
Intervención farmacológica
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación antineumococcica
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación para la influenza
Aumentar la actividad física mediante gimnasia respiratoria
Educación al paciente en el uso de los inhaladores
Educación al paciente en la importancia de la EPO

INDICADORES
Utilización de la escala mMRC (Escala modificada del Medical Research Council) para medición de la disnea.
Utilización del CAT(CORP assessment test) para medición de la calidad de vida.
Ingresos hospitalarios y/o exacerbaciones tratadas por atención primaria.
Mortalidad.

DURACIÓN
Esta actividad lleva realizándose desde 2014 y se plantea continuar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0468

1. TÍTULO

INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON MILLAN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
BELTRAN MARIN IRENE
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO
CASTELLAR OTIN ELENA
VALLES GALLEGO VICTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mantenimiento de la consulta telemática entre neurología y primaria de los centros de Salud de Monzón Urbano y Rural, con ampliación posterior de la herramienta a los CS de Binefar y Albalate de Cinca (2016) así como posteriormente a CS de Barbastro, Graus, Ainsa y Lafortunada (Abril-Junio 2017) quedando pendiente para 2018 la incorporación del resto de los CS del sector.
Se realizó una reunión presencial (sesion Power Point) con cada centro de salud designándose un interlocutor en cada uno de ellos para posibles imprevistos o dudas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Favorable con optimización no presencial del manejo del paciente cronico de neurologia con mejoría de la atención global.
Excelente acogida por parte de los facultativos de atención primaria con uso inmediato de la herramienta. Tan solo ha sido posible analizar las consultas realizadas hasta Abril del 2017 por puesta en marcha de la vigente herramienta de CONSULTA VIRTUAL instaurada por el SALUD en octubre del 2017, que ha impedido una correcta recogida de datos
Indicadores y recogida de datos:
Consultas totales (excluyendo errores y repeticiones) desde Noviembre 2015-Abril 2017: 118
Causa principal de consulta: Empeoramiento clinico (59) y problemas derivados del tratamiento (38)
Patología predominante: Demencias (24), cefalea (12) epilepsia (7) trastornos del movimiento (6) y vascular (5)
Destino del paciente consultado: Nueva valoración presencial en neurología (49) resolución y manejo desde primaria (19) derivación a urgencias (1)
Fuente de datos: Propio registro HCE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Favorable. Creación y mantenimiento de una herramienta que se ha mostrado útil en el manejo no presencial (telemático o virtual) del paciente crónico de neurología del sector Barbastro. Implicación de los facultativos de atención primaria de los CS participantes. Hubiera quedado pendiente la posibilidad de abordar los pacientes citados como primeras visitas pero la actual CONSULTA VIRTUAL cubre esta necesidad.

7. OBSERVACIONES.
He dudado si tipificar la memoria como "seguimiento" o "final" ya que la actual CONSULTA VIRTUAL ha absorbido la consulta telematica primitiva aunque nuestro objetivo es seguir manteniendo la consulta telemática de segundas visitas activa (y citaciones virtuales de primeras visitas por supuesto)

*** ========== Resumen del proyecto 2015/468 ========== ***

Nº de Registro: 0468

Título
INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA

Autores:
MILLAN GARCIA JOSE RAMON, CALVO PEREZ LARA MARIA, DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE, GARCIA FERNANDEZ LORENA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL TRINIDAD, COLL CLAVERO JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
Existencia de importante demora en las segundas visitas de neurologia, lo que presupone empeoramiento en la calidad asistencial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0468

1. TÍTULO

INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA

Dificultad en la comunicación entre primaria y neurología con ausencia de una vía de contacto efectiva y segura.
Segundas visitas que pasan a ser primeras visitas preferentes, consumiendo recursos y aumentando la demora ya existente
Insatisfacción del paciente, del médico de atención primaria y del neurólogo

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Mejoría de la calidad asistencial adaptándose al contexto asistencial actual de las voluminosas listas de espera existentes con su consiguiente demora, ofreciendo la posibilidad de contactar desde primaria con el especialista de neurología en situaciones específicas con la creación de un circuito de comunicación rápido, eficaz y que preserve la confidencialidad del paciente
Disminución de recitas innecesarias a neurologia, visitas a primaria (por misma queja no resuelta), visitas a s. de urgencias e incluso de hospitalizaciones en muchos casos
Registro de una actividad que ya se realiza informalmente

MÉTODO
Crear con s. de informática una adecuada herramienta de "interconsulta telemática" a traves de HCE
Cada interconsulta será personalizada para cada neurólogo(excepto en perido vacacional) con el compromiso de resolución de dicha interconsulta en 3-5d laborables
Se iniciará el proyecto con los Centros de Salud de Monzón Rural y Urbano

INDICADORES
Registro de las interconsultas realizadas
Escalas de satisfacción (primaria, neurología, pacientes

DURACIÓN
Julio-agosto: Coordinación con primaria, informática del H. Barbastro para optimizar el formato de interconsulta
Septiembre: Sesion informativas en los C. de salud seleccionados
Octubre: Inicio del programa // solventación problemas (si los hay

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LORENA GARCIA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORAU BUISAN MARIA FELISA
BUETAS AURE MARIA REYES
GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL
DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE
CALVO PEREZ LARA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante la puesta en marcha de la consulta específica de Esclerosis Múltiple del Hospital de Barbastro se ha ido realizado las siguientes acciones:
Sesiones Cínicas:
Intraservicio: dentro de la Unidad de Neurología, de actualización de aspectos relevantes en cuanto al diagnóstico y novedades terapéuticas, así como puesta en común de casos de interés. Con una periodicidad trimestral.
En el servicio de Urgencias del Hospital: para aumentar el índice de sospecha de la enfermedad y realizar una derivación más eficaz a la consulta, así como para la agilización de pruebas complementarias. Esta actividad se ha realizado en dos sesiones.
En Hospital de Día: para la realización de pruebas para el diagnóstico (Punción lumbar, con la mayor celeridad), puesta al día de las novedades terapéuticas que se dispensan hospitalariamente en esta dependencia. Se ha realizado una sesión, se prevé realizar las necesarias según vayan comercializándose los fármacos oportunos.

Entrega de material a los pacientes:
Hoja informativa de los nuevos tratamientos orales: con sus principales indicaciones y efectos secundarios, así como estrategias para solventarlos.
Información específica para mujeres en edad fértil (con una prevalencia importante en esta enfermedad): planificación del embarazo, (derivación directa a consulta de fertilidad, suspensión del tratamiento modificador de la enfermedad), teratogenicidad de los fármacos actuales, efecto sobre la anticoncepción, asesoramiento respecto al periodo de lactancia, etc…

Consulta especifica con una periodicidad semanal (normalmente los jueves): con un tiempo de 30 minutos y con la asignación de un código especifico 2.91 y citación periódica desde la consulta según. Memoria de casos nuevos, registro de cambios de línea de tratamiento, embarazos. Realización de informe médico cuando cambia alguna circunstancia del paciente o en su tratamiento. Posibilidad de acceso vía telefónica los jueves de 13-14 h para dudas o consultas breves.
Revisión periódica (según precise) de los requerimientos específicos de cada tratamiento: transaminsas quincenales en teriflunamida, AC para el Virus JC trimestral o semestralmente en laboratorio externo al hospital en tratamiento con Natalizumab, etc, RM de control a los 6 meses y al año de inicio de CADA tratamiento en todos los pacientes.

En hospital de día: infusión de tratamientos intravenosos, corticoides en los brotes, Natlizamub, Rituximab, Fingolimod via oral (con monitorización cardiaca durante 6 horas). Educación a los pacientes por parte de enfermería, revisión de analíticas previas a los tratamientos y seguimiento de posibles efectos secundarios.
Educación al inicio de los tratamientos con interferones y acetato de glatiramero inyectable (intramuscular o subcutáneo), realización de forma preferente /urgente de punciones lumbares.
Asistencia a grupos de referencia:
De forma periódica (según se convocan) reunión con el grupo aragonés de esclerosis múltiple en el Salud (Zaragoza), puesta en común de casos de difícil diagnóstico y manejo, realización de protocolos de actuación y posicionamiento terapéutico etc.
Asistencia a la reunión del grupo de estudio de Esclerosis Múltiple celebrada anualmente en el Congreso de la Sociedad Española de Neurología.
Formación Continuada:
Realización por parte del facultativo responsable de la consulta de cursos y talleres de formación continuada, así como congresos:
Asistencia al congreso internacional de Esclerosis múltiple (ECTRIMS) que se celebra anualmente.
Cursos: Reunión postectrims, Reunión de EM camino de Santiago (ambas anualmente), Formación en Neuroinmunologia: Master en Neuroinmunologia de la Universidad autónoma de Barcelona, Curso de inmunología y Celulas B, curso de neuroinmunologia y bandas oligoclonales, programa de formación en esclerosis multiple Contact, realizado en el Hospital Vall de Hebron de Barcelona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El principal objetivo era la organización reglada del seguimiento de pacientes de esclerosis múltiple por su especial complejidad, cada paciente precisa de una individualización especifica de su enfermedad y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

tratamiento, eso conlleva que una mayor información y accesibilidad por parte del equipo asistencial acaba por minimizar el número de consultas extras, visitas a urgencias y atención primaria por posibles efectos adversos de medicación o dudas sobre sintomatología de la enfermedad etc…y una,mejora en la calidad en la asistencia, ya que conoce a su médico de referencia que siempre es el mismo así como al equipo de enfermería.

Por otro lado la dedicación mas especifica de un facultativo a una patología concreta hace que tenga mayor formación y manejo sobre la enfermedad y sus tratamientos, con lo que aumenta la confianza de los pacientes y evita derivaciones innecesarias a centros de otros niveles para segundas opiniones.
También se aumenta el conocimiento de la enfermedad entre otros compañeros(de urgencias) y se aumenta su seguridad en el manejo a través de acciones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la experiencia durante este tiempo he aprendido a conocer mejor a los enfermos y a la enfermedad, así como que el trabajo en equipo facilita mucho el trabajo del día a día, entre los compañeros del proyecto queda la satisfacción de que el trabajo se está haciendo lo mejor posible, siempre hay aspectos mejorables en la asistencia diaria, y esto conlleva a una mejora global de los pacientes, creo que su mejor manejo incide en la calidad de su asistencia, minimizando los aspectos negativos y ello en la calidad de vida de estos pacientes que esta mermada desde edades medias de la vida.
Como pendiente queda la encuesta de satisfacción al paciente

7. OBSERVACIONES.
Por ultimo me gustaría concluir que este proyecto podría seguir en marcha dados los buenos resultados obtenidos. En este momento personalmente ya no me encuentro trabajando en el Hospital de Barbastro, una compañera, la Dra Carolina García Arguedas podría continuar con el proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/528 ========== ***

Nº de registro: 0528

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GARCIA FERNANDEZ LORENA, BORAO BUISAN MARIA FELISA, BUETAS AURE MARIA REYES, GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL, DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ESCLEROSIS MULTIPLE ES UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO, ORIGEN AUTOINMUNE,CAUSA DESCONOCIDA Y SIN CURA . AFECTA SOBRETODO A PACIENTES JOVENES EN PLENO DESAROLLO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES, FAMILIARES Y SOCIALES. TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA DADO QUE ES UNA CAUSA RELEVANTE DE DISCAPACIDAD

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE .CONSOLIDAR UN SEGUIMIENTO ESPECIFICO DE ESTOS PACIENTES QUE TIENEN NECESIDADES ESPECIALES DE MONITORIZACION (CADA TRATAMIENTO PRECISA UNOS CONTROLES,DESDE ANALITICAS ORDINARIAS,RESONANCIAS MAGNETICAS PERIODICAS, DETERMINACION EN CENTROS EXTERNOS DE BIOMARCADORES)

MÉTODO
SESION CLINICA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS/CENTROS DE SALUD PARA CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES CON SINTOMAS SUGESTIVOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE E INGRESO DE ESOS PACIENTES. SI EL DIAGNOSTICO ES AMBULATORIO, REALIZACION DE PUNCION LUMBAR EN HOSPITAL DE DIA DE FORMA MUY PREFERENTE CONSULTA DE DIAGNOSTICO EN MENOS DE UN MES CON INFORMACION DEL PROCESO AL PACIENTE RESPECTO AL SEGUIMIENTO EN PACIENTES YA DIAGNOSTICADOS: HOJA INFORMATIVAS DE LAS DISTINTAS OPCIONES TERAPEUTICAS, INCLUYENDO LOS PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

INFORMACION DE MONITORIZACION DEL TRATAMIENTO EDUCACION POR PARTE DE ENFERMERIA DE HOSPITAL DE DIA DE TRATAMIENTOS INYECTABLES CUIDADOS DE ENFERMERIA, ANALITICAS RUTINARIAS EN LA INFUSION MENSUAL DE TRATAMIENTO INTRAVENOSOS. ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMACION SOBRE CUESTIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES EN EDAD FERTIL DERIVACION A CONSULTA DE FERTILIDAD EN CASO DE DESEO DE EMBARAZO DE CARA A MINIMIZAR EL TIEMPO SIN TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE .PUESTA EN COMUN EN EL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE CASOS COMPLEJOS .CODIGO ESPECIFICO DE CITACIONES: 2.91 . TIEMPO DE CADA CONSULTA 30 MINUTOS REVISIONES SEGUN LA TERAPIA EN CURSO:QUINCENAL (6 PRIMEROS MESES DE AUBAGIO), MENSUAL (TYSABRI), TRIMESTRAL (ORALES), SEMESTRAL (INYECTABLES CON MAS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO) SOLICITUD REGLADA DE RM DE CONTROL DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD ANUAL EN TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LINEA RM PREFERENTE ANTE LA SOSPECHA DE BROTE ENVIO SEMENSTRAL DE DETERMINACION DE AC PARA VJC EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TYSABRI ASISTENCIA POR PARTE DEL FACULTATIVO A LAS REUNIONES DEL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE, AL GRUPO DE ESTUDIO DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA.

INDICADORES
ENTEGRA DE CUESTIONARIO DE SATISFACCION A TODOS LOS PACIENTES Cuestionario de satisfacción de la consulta de Esclerosis múltiple * Centro y coordinación ¿Cómo valora, a nivel global, la consulta, las instalaciones y su coordinación? ¿Considera oportuno la frecuencia de visitas sucesivas? ¿Cómo valora el tiempo que tuvo que esperar en la sala de espera? * Atención y trato profesional ¿Cómo valora a nivel global la atención del/a profesional que le ha atendido? ¿Cómo valora la acogida que le proporcionó el/a profesional de auxiliar de Enfermería? ¿Cómo valora el tiempo que le dedicó? ¿Entendió las explicaciones que le dio sobre su enfermedad? ¿Entendió todo lo que el profesional le dijo que tenía que hacer? ¿Conoce el nombre de la persona que le atendió en la consulta? ¿Se ha sentido seguro/a con la atención proporcionada por el profesional? ¿Recomendaría esta consulta a otro paciente en su misma situación? * Necesidades y expectativas ¿Respondió el equipo de la consulta de esclerosis múltiple a sus necesidades y/o expectativas? ¿Cuáles eran sus necesidades respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? ¿Qué necesidades, cree usted, que no fueron cubiertas? ¿Cuáles eran sus expectativas respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? Si pudiera elegir, ¿iría de nuevo a este mismo profesional? *Oportunidades de mejora ¿Qué mejoraría de la consulta de Esclerosis múltiple?
AUDITAR ANUALMENTE EL NUMERO DE CASOS NUEVOS, INICIOS DE TRATAMIENTOS, CAMBIOS DE LINEA DE TRATAMIENTO, EMBARAZOS,EFECTOS SECUNDARIOS NO ESPERADOS EN FARMACOS NUEVOS.

DURACIÓN
LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE ESTA EN DESAROLLO DESDE SEPTIEMBRE DE 2015 ESTA PREVISTO INICIAR UN PROGRAMA DE SESIONES CLINICAS PARA EL 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE
BORAU BUISAN MARIA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante la puesta en marcha de la consulta específica de Esclerosis Múltiple del Hospital de Barbastro se ha ido realizado las siguientes acciones:
Sesiones Cínicas:
Intraservicio: dentro de la Unidad de Neurología, de actualización de aspectos relevantes en cuanto al diagnóstico y novedades terapéuticas, así como puesta en común de casos de interés.
En el servicio de Urgencias del Hospital: para aumentar el índice de sospecha de la enfermedad y realizar una derivación más eficaz a la consulta, así como para la agilización de pruebas complementarias. Esta actividad se ha realizado en dos sesiones.
En Hospital de Día: para la realización de pruebas para el diagnóstico (Punción lumbar, con la mayor celeridad), puesta al día de las novedades terapéuticas que se dispensan hospitalariamente en esta dependencia.
Entrega de material a los pacientes:
Hoja informativa de los nuevos tratamientos orales: con sus principales indicaciones y efectos secundarios, así como estrategias para solventarlos.
Información específica para mujeres en edad fértil (con una prevalencia importante en esta enfermedad): planificación del embarazo, (derivación directa a consulta de fertilidad, suspensión del tratamiento modificador de la enfermedad), teratogenicidad de los fármacos actuales, efecto sobre la anticoncepción, asesoramiento respecto al periodo de lactancia, etc…
Consulta especifica con una periodicidad semanal (normalmente los jueves): con un tiempo de 30 minutos y con la asignación de un código especifico 2.91 y citación periódica desde la consulta según. Memoria de casos nuevos, registro de cambios de línea de tratamiento, embarazos. Realización de informe médico cuando cambia alguna circunstancia del paciente o en su tratamiento.

Revisión periódica (según precise) de los requerimientos específicos de cada tratamiento: transaminsas quincenales en teriflunamida, AC para el Virus JC trimestral o semestralmente en laboratorio externo al hospital en tratamiento con Natalizumab, etc, RM de control a los 6 meses y al año de inicio de CADA tratamiento en todos los pacientes.
En hospital de día: infusión de tratamientos intravenosos, corticoides en los brotes, Natlizamub, Rituximab, Fingolimod via oral (con monitorización cardiaca durante 6 horas). Educación a los pacientes por parte de enfermería, revisión de analíticas previas a los tratamientos y seguimiento de posibles efectos secundarios. Educación al inicio de los tratamientos con interferones y acetato de glatiramero inyectable (intramuscular o subcutáneo), realización de forma preferente /urgente de punciones lumbares.
Asistencia a grupos de referencia:
De forma periódica (según se convocan) reunión con el grupo aragonés de esclerosis múltiple en el Salud (Zaragoza), puesta en común de casos de difícil diagnóstico y manejo, realización de protocolos de actuación y posicionamiento terapéutico etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El principal objetivo era la organización reglada del seguimiento de pacientes de esclerosis múltiple por su especial complejidad, cada paciente precisa de una individualización especifica de su enfermedad y tratamiento, eso conlleva que una mayor información y accesibilidad por parte del equipo asistencial acaba por minimizar el número de consultas extras, visitas a urgencias y atención primaria por posibles efectos adversos de medicación o dudas sobre sintomatología de la enfermedad etc…y una,mejora en la calidad en la asistencia, ya que conoce a su médico de referencia que siempre es el mismo así como al equipo de enfermería.
Por otro lado la dedicación mas especifica de unos facultativos a una patología concreta hace que tenga mayor formación y manejo sobre la enfermedad y sus tratamientos, con lo que aumenta la confianza de los pacientes y evita derivaciones innecesarias a centros de otros niveles para segundas opiniones.
También se aumenta el conocimiento de la enfermedad entre otros compañeros(de urgencias) y se aumenta su seguridad en el manejo a través de acciones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la calidad asistencial de forma significativa en estos pacientes y las citaciones periódicas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/528 ========== ***

Nº de registro: 0528

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GARCIA FERNANDEZ LORENA, BORAO BUISAN MARIA FELISA, BUETAS AURE MARIA REYES, GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL, DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ESCLEROSIS MULTIPLE ES UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO, ORIGEN AUTOINMUNE,CAUSA DESCONOCIDA Y SIN CURA . AFECTA SOBRETODO A PACIENTES JOVENES EN PLENO DESAROLLO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES, FAMILIARES Y SOCIALES. TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA DADO QUE ES UNA CAUSA RELEVANTE DE DISCAPACIDAD

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE .CONSOLIDAR UN SEGUIMIENTO ESPECIFICO DE ESTOS PACIENTES QUE TIENEN NECESIDADES ESPECIALES DE MONITORIZACION (CADA TRATAMIENTO PRECISA UNOS CONTROLES,DESDE ANALITICAS ORDINARIAS,RESONANCIAS MAGNETICAS PERIODICAS, DETERMINACION EN CENTROS EXTERNOS DE BIOMARCADORES)

MÉTODO
SESION CLINICA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS/CENTROS DE SALUD PARA CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES CON SINTOMAS SUGESTIVOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE E INGRESO DE ESOS PACIENTES. SI EL DIAGNOSTICO ES AMBULATORIO, REALIZACION DE PUNCION LUMBAR EN HOSPITAL DE DIA DE FORMA MUY PREFERENTE CONSULTA DE DIAGNOSTICO EN MENOS DE UN MES CON INFORMACION DEL PROCESO AL PACIENTE RESPECTO AL SEGUIMIENTO EN PACIENTES YA DIAGNOSTICADOS: HOJA INFORMATIVAS DE LAS DISTINTAS OPCIONES TERAPEUTICAS, INCLUYENDO LOS PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS INFORMACION DE MONITORIZACION DEL TRATAMIENTO EDUCACION POR PARTE DE ENFERMERIA DE HOSPITAL DE DIA DE TRATAMIENTOS INYECTABLES CUIDADOS DE ENFERMERIA, ANALITICAS RUTINARIAS EN LA INFUSION MENSUAL DE TRATAMIENTO INTRAVENOSOS. ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMACION SOBRE CUESTIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES EN EDAD FERTIL DERIVACION A CONSULTA DE FERTILIDAD EN CASO DE DESEO DE EMBARAZO DE CARA A MINIMIZAR EL TIEMPO SIN TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE .PUESTA EN COMUN EN EL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE CASOS COMPLEJOS .CODIGO ESPECIFICO DE CITACIONES: 2.91 . TIEMPO DE CADA CONSULTA 30 MINUTOS REVISIONES SEGUN LA TERAPIA EN CURSO:QUINCENAL (6 PRIMEROS MESES DE AUBAGIO), MENSUAL (TYSABRI), TRIMESTRAL (ORALES), SEMESTRAL (INYECTABLES CON MAS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO) SOLICITUD REGLADA DE RM DE CONTROL DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD ANUAL EN TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LINEA RM PREFERENTE ANTE LA SOSPECHA DE BROTE ENVIO SEMENSTRAL DE DETERMINACION DE AC PARA VJC EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TYSABRI ASISTENCIA POR PARTE DEL FACULTATIVO A LAS REUNIONES DEL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE, AL GRUPO DE ESTUDIO DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA.

INDICADORES
ENTEGRA DE CUESTIONARIO DE SATISFACCION A TODOS LOS PACIENTES Cuestionario de satisfacción de la consulta de Esclerosis múltiple * Centro y coordinación ¿Cómo valora, a nivel global, la consulta, las instalaciones y su coordinación? ¿Considera oportuno la frecuencia de visitas sucesivas? ¿Cómo valora el tiempo que tuvo que esperar en la sala de espera? * Atención y trato profesional ¿Cómo valora a nivel global la atención del/a profesional que le ha atendido? ¿Cómo valora la acogida que le proporcionó el/a profesional de auxiliar de Enfermería? ¿Cómo valora el tiempo que le dedicó? ¿Entendió las explicaciones que le dio sobre su enfermedad? ¿Entendió todo lo que el profesional le dijo que tenía que hacer? ¿Conoce el nombre de la persona que le atendió en la consulta? ¿Se ha sentido seguro/a con la atención proporcionada por el profesional? ¿Recomendaría esta consulta a otro paciente en su misma situación? * Necesidades y expectativas ¿Respondió el equipo de la consulta de esclerosis múltiple a sus necesidades y/o expectativas? ¿Cuáles eran sus necesidades respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? ¿Qué necesidades, cree usted, que no fueron cubiertas? ¿Cuáles eran sus expectativas respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? Si pudiera elegir, ¿iría de nuevo a este mismo profesional? *Oportunidades de mejora ¿Qué mejoraría de la consulta de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Esclerosis múltiple?
AUDITAR ANUALMENTE EL NUMERO DE CASOS NUEVOS, INICIOS DE TRATAMIENTOS, CAMBIOS DE LINEA DE TRATAMIENTO, EMBARAZOS,EFECTOS SECUNDARIOS NO ESPERADOS EN FARMACOS NUEVOS.

DURACIÓN
LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE ESTA EN DESAROLLO DESDE SEPTIEMBRE DE 2015 ESTA PREVISTO INICIAR UN PROGRAMA DE SESIONES CLINICAS PARA EL 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante
```

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0901

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON MILLAN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA
GARCIA SOLANS MERCEDES
PALACIN ARIÑO CLARA CARMEN
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
CASTELLAR OTIN ELENA
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mantenimiento de la consulta multidisciplinar bi o trimensual de ELA integrada por unidades de neurología, neumología, geriatría (paliativos), trabajo social, rehabilitación, digestivo y nutricionista desde julio 2015 aunque se plasmó en proyecto oficialmente en octubre del 2016.
Se realiza valoración integral del paciente con diagnostico de ELA en una única visita realizada por neurología, neumología (con realización de espirometría y valoración de necesidad de CPAP), test de disfagía, valoración por nutricionista, rehabilitación, trabajo social y unidad de paliativos con asistencia de las sucesivas necesidades originadas por la progresión de la enfermedad.
Se realiza en cada visita analítica general con perfil nutricional y gasometría arterial, una valoración integral neumológica y neurológica (escala ALSFRS-R, Yesavage) espirometría, y, de manera más individualizada en caso necesario: test de disfagia y valoración nutricional, valoración de necesidad de alimentación por PEG y valoración por rehabilitación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El mejor resultado alcanzado por el momento es que la unidad multidisciplinar de ELA se haya mantenido funcionante, de manera regular, a pesar del cambio (por traslado) de más de la mitad del personal que inició el proyecto (oficialmente octubre 2016)
Pacientes por visita bi-trimestral: 4-6
Mortalidad y supervivencia. Número de terapias respiratorias instauradas (OTD, CPAP, BIPAP). Gastrostomías realizadas. Escalas de calidad de vida y satisfacción. Escalas de depresión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración positiva tanto por parte de pacientes como de personal sanitario. Dado la escasa prevalencia de la enfermedad y del bajo número de pacientes reclutados no es posible explorar más datos que los brutos totales. (mortalidad, terapias instauradas...) sin poder hacer una comparativa del número de ingresos hospitalarios o visitas a urgencias respecto al periodo previo a la creación de la consulta.
Aspectos pendientes:
Preparar documentación informativa adecuada para pacientes y familiares afectos de la enfermedad
Reclutamiento de logopeda y psicologo/a para la unidad
Visita a unidad de ELA de referencia de otro centro nacional por parte del equipo asistencial como aprendizaje

Posiblidades de replicación alta; por escasa sobrecarga laboral (nula economica) que conlleva el proyecto asi como la alta sensibilización por parte del personal sanitario hacia la enfermedad

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/901 ========== ***

Nº de registro: 0901

Título
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
CALVO PEREZ LARA MARIA, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, FERRER PARGADA DIEGO JOSE, GARCIA SOLANS MERCEDES, PALACIN ARIÑO CLARA CARMEN, ZAMORA MUR ALFREDO, POLO ROYO MARCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0901

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa poco prevalente pero de gran complejidad por su manejo y pronóstico. Se manifiesta clínicamente por debilidad muscular progresiva generalizada, produciendo dificultades de movilidad y deambulación, lenguaje, alimentación y, posteriormente, dificultad respiratoria. Esto produce una importante discapacidad funcional y dependencia de asistencia de terceras personas o dispositivos como adaptaciones o ayudas técnicas. Además de la progresividad de la enfermedad conlleva que el paciente tenga que ir adaptandose constantemente a los cambios. La mejor manera de manejar los problemas derivados de la enfermedad y las diferentes decisiones médicas es a través de equipos multidisciplinares que abarquen todas las necesidades diagnóstico-terapéuticas necesarias en una misma visita.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo global en la atención de los enfermos de ELA es garantizar una asistencia con el nivel de especialización que requieran en cada momento, de acuerdo a la evolución de su enfermedad, mejorando la calidad en la asistencia de los pacientes con ELA. Seguimiento mas estrecho de la enfermedad, control clínico y analítico. Diagnostico y tratamiento de forma precoz las posibles complicaciones de la enfermedad. Mejoría de comunicación entre todos los especialistas sobre cada paciente. Disminución de multiples desplazamientos del domicilio del paciente al centro hospitalario para visitas de cada especialistas por separado

MÉTODO
Seguimiento estrecho del paciente con ELA en nuestra área sanitaria con revisiones cada 90 días en una consulta multidisciplinar formada por Neurología, neumología, nutrición, rehabilitación, trabajo social, unidad de paliativos para abarcar todas las necesidades diagnóstico-terapéuticas necesarias en una misma visita.

Estructura de la visita: Realización de gasometría arteria y analítica general. Seguirá primera valoración por neurología, a continuación se realizará espirometria y consulta por neumología. Posteriormente acudirá a la consulta de la nutricionista y enfermera para realización de test de disfagia y por último, valoración por rehabilitación y psicología. Se solicita a lo largo de la evolución del paciente, colaboración por los servicio de paliativos y trabajo social. Al finalizar todas las consultas, el equipo multidisciplinar se reúne para comentar la valoración de cada paciente, la evolución que ha objetivado en cada area y la actitud terapéutica tomada

INDICADORES
Escala de satisfacción de pacientes y familiares.
Evaluación clínica con número de visitas/ingresos a urgencias, escalas de calidad de vida y supervivencia media

Seguimiento y recogida de indicadores trimestral

DURACIÓN
Consulta funcionante desde julio 2015 con progresiva de adhesión de nuevos servicios. Inicio oficial a partir de octubre 2016
Duración indefinida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0048

1. TÍTULO

EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MORA PUEYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Valoración de test neuropsicológicos
Entrenamiento y disponibilidad de enfermería
Solicitud de recursos técnicos para la realización de los mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Selección de test
Enfermería formada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejoría asistencia al paciente con mayor facilidad y seguimiento de problemas cognitivos para el facultativo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/48 ========== ***

Nº de registro: 0048

Título
EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

Autores:
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
• La evaluación neuropsicológica es necesaria en muchos de los pacientes atendidos por neurología. En el momento actual se remiten al H. San Jorge de Huesca, pero restringiendo en parte su uso para no sobrecargar dicho servicio. La posibilidad de realizar es nuestro centro evaluación neuropsicológica asistida informática permitirá aumentar el número de pacientes valorados y evitará el desplazamiento del paciente

RESULTADOS ESPERADOS
1. Ampliar el número de estudios neuropsicológicos, mejorando considerablemente la calidad de la visita neurológica al poder diagnosticar con mayor precisión.
2. Evitar el desplazamiento de pacientes a Huesca para realizar dichos test.
3. Evitar la sobrecarga de la unidad de neuropsicología de Huesca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0048

1. TÍTULO

EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

MÉTODO
- IPad con APP NuCog (Test neuropsicológico validado) (aproximadamente 45-60 min).
- DUE entrenado/a para pasar dicho test.
- Despacho / consulta para pasar dicho test (no hace falta camilla ni instrumental).
- Colaboración con informática para vincular los documentos PDF generados por el programa a la historia clínica del paciente

INDICADORES
- Numero de pacientes atendidos.
- Satisfacción de pacientes y cuidadores.

DURACIÓN
- Numero de pacientes atendidos.
- Satisfacción de pacientes y cuidadores

OBSERVACIONES
no

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE
RUIZ MONTES FRANCISCO
EITO CUELLO JUAN JOSE
PEYRET FERRER INMACULADA
GRACIA NADAL GLORIA
ROLDAN MORENO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de protocolo por parte de neurologia y revisión por resto de equipo
Reunión 4 de Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisión del 50% de boceto, pendientes nueva reunión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Manejo interdisciplinar del ictus

7. OBSERVACIONES.
Pendientes de nuevas reuniones para aprobar protocolo

*** ========== Resumen del proyecto 2018/377 ========== ***

Nº de registro: 0377

Título
MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

Autores:
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE, RUIZ MONTES FRANCISCO, EITO CUELLO JUAN JOSE, PEYRET FERRER INMACULADA, GRACIA NADAL GLORIA, ROLDAN MORENO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El ictus es una patología frecuente con una incidencia de ictus en torno a 150-250 casos por cada 100.000 habitantes. El manejo intensivo de estos pacientes en áreas de ictus durante la fase aguda ha demostrado mejorar las tasas de supervivencia y la recuperación funcional en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
-El objetivo principal es realizar un protocolo actualizado de manejo de pacientes con ictus en fase aguda durante su estancia en el área de ictus.
- Población diana: pacientes con ictus agudo
- Participación de neurología, medicina interna, urgencias y enfermería

MÉTODO
- Reuniones periódicas al menos semestrales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

- Trabajo basado en publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados en otros centros de nuestra comunidad

INDICADORES
- Realización de protocolo consensuado de manejo del paciente en área de ictus

DURACIÓN
- Fecha de inicio de redacción: Septiembre de 2018
- Fecha de finalización: Septiembre 2019

OBSERVACIONES
En un proyecto posterior se realizará la implementación del protocolo.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0378

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE
RUIZ MONTES FRANCISCO
EITO CUELLO JUAN JOSE
CANELLAS SANCHEZ PILAR
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de sesión interdisciplinar 27 de Septiembre
Realización de Borrador de protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consenso con personal de guardia de medicina interna para protocolo de ictus intrahospitalario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Manejo código ictus dentro del hospital

7. OBSERVACIONES.
Pendientes de nuevas reuniones para aprobación definitiva

*** ========== Resumen del proyecto 2018/378 ========== ***

Nº de registro: 0378

Título
CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE, RUIZ MONTES FRANCISCO, EITO CUELLO JUAN JOSE, CANELLAS SANCHEZ PILAR, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La incidencia del ictus se estima en 150-250 casos por cada 100.000 habitantes. El tratamiento fibrinolítico y la trombectomía han demostrado mejorar las tasas de supervivencia. En aquellos pacientes ingresados que puedan presentar un ictus agudo es fundamental protocolizar una vía para su manejo de manera que se beneficien de estos tratamientos

RESULTADOS ESPERADOS
- Realización de protocolo para establecer la vía de manejo del código ictus intrahospitalario.
- Población diana: ictus agudo intrahospitalario
- Neurología, urgencias y medicina interna.

MÉTODO
- Reuniones periódicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0378

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

- Protocolo código ictus Aragón y bibliografía reciente
- uso deTeleictus

INDICADORES
- Realización de protocolo consensuado

DURACIÓN
Inicio: Septiembre 2018
Finalización: Septiembre 2019

OBSERVACIONES
Posteriormente se realizará proyecto de implementación del protocolo

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROSSERVICIOS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA GARCIA ARGUEDAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizacion de base de datos de las interconsultas al servicio de neurología de Barbastro
Cumplimentación de base de datos con actualizacion periódicas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Registro de 2018 cumplimentado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
cuantificación de interconsultas y sus características

7. OBSERVACIONES.
Pendiente análisis estadístico 2018

*** ========== Resumen del proyecto 2018/430 ========== ***

Nº de registro: 0430

Título
REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Autores:
BELTRAN MARIN IRENE, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GRACIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de neurologia recibe interconsultas de diferentes servicios del hospital, que en muchas ocasiones precisan valoracion en le dia e incluso urgente. Dichas interconsultas son archivadas y nos proponemos revisarlas y en el futuro registraslas prospectivamente para analizar servicio de origen, motivo y resultado de las mismas, haciendo incapie en los cambios que esta valoracion supone para la evolucion del paciente. Evitar ingresos y /o modificar tratamientos, adelantera consultas etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Nos proponemos conocer el numero de interconsultas realizadas, motivo de las mismas y resultado de dichas interconsultas para reforzar la utilizad de las mismas evitando ingresos inecesarios y/o dando soluciones inmediatas al paciente desde el servicio de urgencias u otros servicios.

MÉTODO
los datos seran recogidos por parte de todos los miembros del servcio en un excel de forma retro y prospepctiva a lo largo de este año y se analizaran estadisticametne con el programa informatico correspondiente. Nos proponemos detectar aquellos aspectos que mas frecuentemente son motivo de consulta para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROSSERVICIOS HOSPITALARIOS

poder mejorar la formacion en dichos aspectos con los Servicios que mas soliciten nuestra valoracion.

INDICADORES
Numero de internconsultas/dia. Origen de las mismas y nº de ingresos en neurlogia evitados, y o pacietes en los que se lleve a cabo una modificacion de su tratamietno habitual y/o una priorizacion de su atencion en consultas externas .

DURACIÓN
La duracion prevista es de un año y los responsables seran los facultativos especialistas en neurolgia

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLCITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA GARCIA ARGUEDAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una base de datos en formato excel con la recogida de pacientes recibidos a través del formato de interconsulta. Se han recogido todos los datos en un período de año y medio aproximadamente (desde Enero de 2018 hasta marzo de 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han recogido 310 interconsultas divididas en función de su origen, de las cuales un 70% son del servicio de urgencias, 25% del servicio de medicina interna y un 5% de otros servicios.
El 99% se han resuelto el mismo día de la solicitud: decidiendo si alta, consulta o ingreso en Neurología u Interna.
Los motivos de solicitud más frecuentes han sido valoraciones de pacientes con sospecha de patología de debut, o modificaciones de tratamientos prescritos por nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la gran demanda que existe por la alta prevalencia tanto de patología neurológica como de otras patologías cuyos síntomas guías son neurológicos, resulta imprescindible la rápida atención y valoración de estas consultas para aplicar terapias o pruebas complementarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/430 ========== ***

Nº de registro: 0430

Título
REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Autores:
BELTRAN MARIN IRENE, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GRACIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de neurologia recibe interconsultas de diferentes servicios del hospital, que en muchas ocasiones precisan valoracion en le dia e incluso urgente. Dichas interconsultas son archivadas y nos proponemos revisarlas y en el futuro registraslas prospectivamente para analizar servicio de origen, motivo y resultado de las mismas, haciendo incapie en los cambios que esta valoracion supone para la evolucion del paciente. Evitar ingresos y /o modificar tratamientos, adelantera consultas etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Nos proponemos conocer el numero de interconsultas realizadas, motivo de las mismas y resultado de dichas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLCITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

interconsultas para reforzar la utilizad de las mismas evitando ingresos inecesarios y/o dando soluciones inmediatas al paciente desde el servicio de urgencias u otros servicios.

MÉTODO
los datos seran recogidos por parte de todos los miembros del servcio en un excel de forma retro y prospepctiva a lo largo de este año y se analizaran estadisticametne con el programa informatico correspondiente. Nos proponemos detectar aquellos aspectos que mas frecuentemente son motivo de consulta para poder mejorar la formacion en dichos aspectos con los Servicios que mas soliciten nuestra valoracion.

INDICADORES
Numero de internconsultas/dia. Origen de las mismas y nº de ingresos en neurlogia evitados, y o pacietes en los que se lleve a cabo una modificacion de su tratamietno habitual y/o una priorizacion de su atencion en consultas externas .

DURACIÓN
La duracion prevista es de un año y los responsables seran los facultativos especialistas en neurolgia

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 21/08/2016

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
ARRIBAS MARCO TERESA
GUARDIA DODORICO LORENA
GONZALEZ BALLANO ISABEL
BUIL LANASPA LAURA
CAMPO BROTO MARIA PILAR
TAPIA LANUZA AMADO
LALANA GARCES MARTA
LERMA PUERTAS DIEGO
ALCAINE VILLAROYA MARIA JOSE
RODRIGUEZ VALLE ANA
MIRAMAR MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
dos reuniones en el Hospital Miguel Servet con representantes de todos los hospitales de Aragón, en mayo y octubre.
Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal se presentó al SALUD en mayo de 2016 para comenzar a ponerlo en práctica en a lo largo de este año.
En el servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro se realizó una sesión informativa sobre el tema en mayo de 2015, otra el 22 de diciembre de 2015. En una sesión conjunta con Análisis Clínicos en enero de 2016 se informaron a los miembros de los dos servicios de los cambios en el protocolo.
Con la incorporación de nuevos supuestos para la realización del DPNI (pacientes con riesgo intermedio en el cribado combinado de primer trimestre, definidas como riesgo 1/301-1/1000 tras reevaluación con marcadores ecográficos), se revisó el anterior protocolo de cromosomopatías del Hospital de Barbastro y desde enero de 2016 se ofrece el DPNI a las pacientes con riesgo intermedio hasta 1/1000 en el resultado del cribado combinado.
Se ha realizado el folleto de información a las pacientes para todo Aragón.
Los resultados preliminares fueron publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.
En junio 2015 se presentaron los resultados hasta la fecha en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao en forma de poster.
En julio de 2015 se incorporaron los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de cribados combinados positivos: se han realizado hasta la fecha 709 cribados de primer trimestre, 42 han resultado positivos (5,9%).
Tasa de detección de cromosomopatías: 100% hasta la fecha.
Número de estudios de ADN fetal realizados: 40 desde marzo, todos ellos negativos.
Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal: 0 hasta la fecha.
Número de amniocentesis: 13 hasta la fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La introducción del NIPT en el cribado de síndrome de Down en el Hospital de Barbastro en marzo 2015 ha disminuido el número de amniocentesis de forma drástica hasta un 45% con respecto al año 2014, de manera que sólo un 2.4% de nuestros partos han sido sometidos a esta prueba invasiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/117 ========== ***

Nº de Registro: 0117

Título
PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Autores:
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, ARRIBAS MARCO TERESA, BUIL LANASPA LAURA, GONZALEZ BALLANO ISABEL, GUARDIA DODORICO LORENA, CAMPO BROTO MARIA PILAR, TAPIA LANUZA AMADO, LALANA GARCES MARTA, LERMA PUERTAS DIEGO, ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE, RODRIGUEZ VALLE ANA, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
En enero de 2013 se introdujo en muchos centros privados españoles el estudio de ADN fetal en sangre materna. En la actualidad, los tests de Diagnóstico Prenatal No Invasivo (DPNI) son la prueba de cribado más eficaz para el diagnóstico de síndrome de Down, con una sensibilidad del 99% y avalado por múltiples estudios. A lo largo del año 2014 comenzamos un proyecto que culminó con la realización de los primeros tests de DPNI en nuestro hospital en marzo de 2015. El objetivo en este año es monitorizar los resultados de la prueba en el primer año de mejora en el cribado y colaborar con el resto de los hospitales de Aragón para que se incorpore a todos los centros del SALUD.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Sesión clínica conjunta Ginecología-Análisis Clínicos Hospital de Barbastro, marzo de 2014 y enero 2015.Sesión clínica conjunta de todos los centros de Aragón-Genética HUMS, marzo 2015.Sesión informativa DPNI Hospital de Barbastro, abril 2015.Publicación de nuestros resultados, pendiente de aprobación en Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, febrero 2015.Presentación en las Jornadas de Calidad del Hospital de Barbastro, marzo 2015.Poster en el Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia, junio 2015.
Revisión del protocolo de cromosomopatías en el Hospital de Barbastro, marzo 2015.Modificación del consentimiento informado de cribado bioquímico de anomalías cromosómicas y de DPNI, marzo 2015.Modificación del folleto de Diagnóstico Prenatal que damos como información a las embarazadas del sector, marzo 2015.Impresión de 2500 trípticos sobre Diagnóstico Prenatal en los centros de Atención Primaria, distribución en mayo 2015.

RESULTADOS ESPERADOS
Monitorizar los resultados en el primer año de incorporación del estudio de ADN fetal al Diagnóstico Prenatal No invasivo.
Ampliar las indicaciones de DPNI a los casos de riesgo intermedio en el cribado combinado de anomalías cromosómicas.
En última instancia y lo más importante, disminuir el número de técnicas invasivas y con ello, el número de abortos post-amniocentesis, sin por ello disminuir nuestras tasas de detección de aneuploidías (hoy en día, el 90%).

MÉTODO
Reuniones conjuntas con los responsables del Diagnóstico Prenatal de los demás centros públicos de Aragón para incorporar el DPNI a la Estrategia de cribado de cromosomopatías de Aragón. De acuerdo con el servicio de Informática del Hospital de Barbastro, incorporar los resultados del cribado combinado y del DPNI a la Intranet del sector.Realizar un estudio coste-beneficio sobre el gasto que supondría la incorporación de estas pruebas en las pacientes con riesgo intermedio de cromosomopatía por el cribado combinado (riesgos entre 1/271-1/1000) y el ahorro teórico por la disminución de pruebas invasivas y el aborto asociado a las mismas.Publicar nuestros resultados en revistas científicas tras la incorporación del ADN fetal al año de seguimiento.Comunicaciones y posters a congresos.Optar al galardón "Buenas Prácticas en atención al parto normal y salud reproductiva" que organiza el Ministerio de Sanidad en la convocatoria de 2016, cuando llevemos un año de aplicación de la prueba.

INDICADORES
Número de cribados combinados positivos, tasa de falsos positivos.
Tasa de detección de cromosomopatías.Número de estudios de ADN fetal realizados.Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal.
Número de amniocentesis.

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto: mayo 2015.
Fecha de finalización: mayo 2016.
Mayo 2015: reunión conjunta de todos los responsables de Diagnóstico Prenatal de los centros públicos de Aragón. Mayo 2015: divulgación del nuevo folleto informativo de Diagnóstico Prenatal en los centros de Atención Primaria. Junio 2015: publicación de los resultados obtenidos hasta el momento con el cribado combinado en revistas científicas.Junio 2015: asistencia al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao y comunicación en forma de poster. Septiembre 2015: incorporación de los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector. Septiembre 2015: reunión conjunta con el resto de responsables del Diagnóstico Prenatal de otros centros públicos de Aragón. Enero 2016: reunión conjunta Ginecología-Análisis Clínicos para revisión de los resultados en el primer año de la prueba. Marzo 2016: comunicación de los resultados en las jornadas de calidad del sector. Marzo 2016: incorporar los casos de cribado combinado con riesgo intermedio al DPNI, de acuerdo con la Gerencia del sector.-Abril 2016: convocatoria para la identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en la Estrategia del SNS de Atención al parto normal y Salud Reproductiva.Abril 2016: envío a publicaciones científicas de los resultados obtenidos en el primer año de DPNI en nuestro sector.Reuniones periódicas con las matronas de Atención Primaria para poner en común la información que debemos dar a las embarazadas del sector.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ...................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
MINGUEZ SORIO JULIA
BELTRAN GIMENEZ ANTONIO
LOPEZ ALONSO BEGOÑA
VILCHEZ BRUNED ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el servicio de ginecología en 2017 (vía, complicaciones, estancia media y reingresos) y se han comparado con las del 2016.
Recogida de datos de la Historia Clínica de cada paciente: 1 enero 2017- 31 diciembre 2017. Datos ya obtenidos del año 2016. Discusión y presentación del proyecto en reunión de servicio. Evaluación en mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica. Evaluación en diciembre 17 de los dos años del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Histerectomías realizadas en 2017:
Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el Servicio de Ginecología en 2017. En total fueron 83 histerectomías, la cual se excluye una paciente por ser una histerectomia no programada, una complicación post cesárea por atonia uterina. La vía abdominal se utilizó en un 58.53% de los casos y la vía vaginal en un 35.36% de los casos, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales. Y solo un 6.09% por laparoscopia.
La edad promedio de las pacientes en el caso de la histerectomía abdominal fue 52 años con edades extremas de 36-81 años y en el caso de la histerectomía vaginal la edad media fue 67 años con edad mínima de 41 y máxima de 83 años. Por laparoscopia la media fue 49 años con edades de 35-72 años.
Se detectó que el 31.9% de la cirugía programada se complicaban, en especial la cirugía abdominal que lo hacía hasta en un 35.4% y por la vía laparoscópica 40%. Las histerectomías vaginales se complicaban en un 24.9%.
La complicación más frecuente fue la anemia: 28,04%, en las abdominales 33,33%, en las vaginales 20.68% y un 20% en laparoscopia; precisando transfusión el 8.5%, el 10.20% de la cirugía abdominal, un 3.44% de las vaginales y 20% laparoscopia, se perfundió hierro parenteral: 22.95% abdominal vs 13.79% vaginal y ninguno por laparoscopia.
La segunda complicación fue la fiebre que se observó en 12.24% en las abdominales vs 6.89% de las vaginales y 20% laparoscopia.
La estancia media fue de 5 días para la histerectomía abdominal, de 3 días para la vaginal y de 5 días para la laparoscópica.
Salvo mayor porcentaje de reingreso, el resto de las variables estudiadas, la vía vaginal en comparación con vía abdominal es mejor, con menor porcentaje de complicaciones generales (menos anemia por lo tanto menor porcentaje de transfusiones e hierro endovenoso, menos fiebres y hematomas de cúpula) y menor estancia de media hospitalaria, por lo que es la mas indicada en casos de prolapso genital.
Por protocolo del servicio de Ginecología Obstetricia, el 100% de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica y tromboembólica.
Hubo una muerte súbita en el 7º día postoperatorio posible tromboembolismo pulmonar, una paciente con adenocarcinoma de endometrio, con varios factores de riesgo (obesidad, HTA, Insuficiencia venosas e insuficiencia cardiaca), la cual en el 4día postoperatorio reintervención por evisceración intestinal.
Debieron reingresar al hospital dos pacientes, un 2.4% del total de operadas. Los reingresos fueron por evisceración y otra por fiebre.

Análisis comparativo 2016 y 2017:
En el año 2017 se han intervenido quirúrgicamente de histerectomías programadas a 23 pacientes más que el año anterior (82 vs 59 pacientes en total). A pesar de ese aumento en el número de intervenciones, las complicaciones han disminuido en casi un 10%. La tasa de complicaciones de la histerectomía en 2017 (31.90%) comparando con del año 2016 (42.7%). Esto puede deberse a una plantilla de ginecología mas estable, mejores indicaciones, adecuado tratamiento médico y/o correcta evaluación prequirúrgica de las pacientes.
Además del 2016 al 2017 se ha disminuido la estancia media hospitalaria de 5.1 a 4.06 días, casi un día menos comparado con el año anterior. De la misma manera que la disminución del porcentaje de reingreso 8.47% vs 2.40%.
En el 2016 la complicación mas frecuente era el hematoma de cúpula vaginal (34,81%) frente el 3.61% en 2017. En cambio en el 2017 la mayor complicación fue la anemia en un 36.14% vs 23.72%. Sin embargo menos porcentajes de otras complicaciones revisadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el 2017 la complicación mas frecuente después de una histerectomía programada fue la anemia (36.14%). La

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

segunda complicación mas frecuente fue la fiebre en 10.84%.

Podemos afirmar que al comparar las complicaciones de las histerectomías vía abdominal (35.4%) versus vaginal (24,9%), la vía vaginal aporta menos complicaciones, menos días de de estancia hospitalaria, menos dolor y una recuperación mas rápida. En cuanto a la vía laparoscópica, es difícil poder comparar los resultados, puesto que se han hecho pocos casos (5 pacientes) con complicaciones del 40% y mas días de estancia hospitalaria, sin embargo en la literatura describen beneficios en su uso. La vía vaginal asistida por laparoscopia sería una buena opción para poder empezar en casos que no fuera posible una vaginal pura.

METODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR:
-Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
-Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.
-Tratamiento con análogos GN-Rh o Acetato de Ulipristal para intervenir en mejores condiciones.
- Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente perdida de peso antes de cirugía.
-Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
-Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
-Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.
-Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
-Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación y complicaciones).
-Aumentar el número de indicaciones de histerectomía laparoscópica y/o vaginal asistida por laparoscopia.
-Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

7. OBSERVACIONES.
Cabe mencionar que para definir la variable anemia, hemos utilizado todas las anemias que requirieron hierro intravenoso y transfusión sanguínea, pero al considerar las anemias que necesitaron transfusión solamente era el 9.5%; de las cuales mas de la mitad de las pacientes (57%) tenían Hemoglobina prequirúrgica <12mg/dL.
Merece aclarar que no hemos categorizado el riesgo quirúrgico agregado que tienen las pacientes por su patología de base, por ejemplo la obesidad, que conlleva mas dificultad en la técnica quirúrgica, mayores tiempos quirúrgicos y por lo tanto mayores complicaciones.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/669 ========== ***

Nº de registro: 0669

Título
PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Autores:
GONZALEZ PEÑA CORALIA, NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER, MARTINEZ MEDEL JORGE, CALLEJAS REDONDO MARIA ESPERANZA, GISTAU FERRANDEZ MARIA JOSE, BALLARIN BUISAN SUSANA, LOPEZ ALONSO BEGOÑA, VILCHEZ BRUNED ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejorar las indicaciones en la actividad quirugica. Facilitar la atención a las mujeres intervenidas.

PROBLEMA
A pesar de los progresos alcanzados, la cirugia ginecologica aun conlleva un alto porcentaje de complicaciones y este porcentaje sigue siendo mayor en la cirugia abdominal frente a la vaginal.
Durante el año 2016, hemos revisado las histerectomías realizadas en el Servicio de ginecología de Barbastro y hemos observado una alta tasa de complicaciones (un 35%) . La complicación más frecuente ha sido la anemia grave postoperatoria (un 29,4%) el síndrome febril (un 11,7%) y el hematoma de cúpula (un 14,7%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Las histerectomías abdominales se complican más que las vaginales.
La estancia media es de de 5,4 días y el % de reingresos es del 8%.
Nos parece una tasa inaceptable de complicaciones, con una estancia media alta y se ha procedido a revisar todas las pacientes operadas en el año 2016, para valorar las indicaciones y buscar alternativas de mejora.
RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO:
La histerectomía por diferentes indicaciones constituye el 33% de la cirugía ginecológica realizada en nuestro servicio, siendo la miomatosis uterina sintomatica la indicación más frecuente, seguida por los procesos neoplásicos y luego por los prolapsos genitales.
Se han realizado 27 Histerectomías abdominales y 7 Vaginales.
La vía abdominal se utilizó en un 82% de los casos y la vía vaginal en un 18% de los casos, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales.
La edad promedio de las pacientes es 55 años con edades extremas 36 y 83 años.
El promedio de estancia hospitalaria es de 5,4 dias, minimo 4 y la máxima 12 dias.
Por protocolo del servicio de Ginecología Obstetricia, el 100% de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica y trombo embolica.
En cuanto a complicaciones encontramos un total de 35%:
Infeccion de orina: 2,9%
Infecciones de pared abdominal: 2,9%
Anemia postoperatoria: 29,4%, de las cuales el 80% requirieron hierro parenteral y ninguna transfusión postoperatoria (todas por protocolo tienen pruebas cruzadas realizadas y sangre en reserva)
Hematoma de cúpula: 14,7%,, las cuales constituyen el 50% de las anemias antes referidas.
Hematoma pared: 2,9%
Sindrome febril: 11,7%
Lesiones intraabdominales: 0%
Complicaciones tromboembolicas: 0%.
Debieron reingresar al hospital un 8% del total de operadas, que equivale a un 21% de las `pacientes que se presentaron complicaciones y la estancia promedio fue de 6,6 dias.

Si analizamos la via operatoria utilizada y las complicaciones, la via vaginal se complica en un 28% de las veces y la abdominal en un 37%.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
Mejorar la calidad de vida de las pacientes operadas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:
Disminuir el número total de complicaciones.
Disminuir las complicaciones por sangrado.
Disminuir la estancia media.
Disminuir el número de reingresos.
Disminuir la variabilidad clínica.
Mejorar el control preoperatorio de las variables clínicas.

MÉTODO
- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión Clínica del Servicio antes de introducirlas en Lista de Espera Quirúrgica.
- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.
- Revisión de los casos clínicos 15 días previos a la IQ para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc).
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.
- Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación, complicaciones, EM, cirujano)
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

INDICADORES
- Número de intervenciones realizadas en 2016-2017.
- Porcentaje de complicaciones.
- Tipo de complicaciones.
- Estancia media.

DURACIÓN
Recogida de datos: Octubre 16.
Discusión y presentación del proyecto en reunión de Servicio: Noviembre 16.
Evaluación en Mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica.
Recogida de variables durante 2017.
Evaluación en Diciembre 17 de los dos años del Proyecto.

OBSERVACIONES
La tasa de complicaciones en la cirugía más habitual de ginecología es elevada. Durante 2016, ha existido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

gran variabilidad de Facultativos en el Servicio y eso ha podido condicionar los resultados, esperamos que con mayor estabilidad e implicación de los médicos en la actividad y la revisión de los casos complicados se pueda conseguir revertir la situación.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0671

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS FRANCO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
MILLANES GALLINAT PATRICIA
ARIÑO BAILO VANESA
SATUE SALAMERO ELOISA
LABRADOR SARRAU MANUELA
COSTA MENEN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Consideramos que el acceso a la asistencia en materia de contracepción es un derecho de la mujer y la finalidad de la atención contraceptiva es ayudar a que la mujer en edad fértil tenga los hijos que voluntariamente desee y pueda planificar su maternidad.
En mayo de 2016, se presentó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón, participando 3 profesionales de nuestro Sector en el grupo de trabajo (Dr. Martínez Medell; Dra Aragón y Patricia Millanes). En el Sector Barbastro hemos considerado necesario, trabajar conjuntamente con las matronas de Atención Primaria, para facilitar la información en materia contraceptiva a toda la población y facilitar la accesibilidad a las consultas de especialista, en especial a las mujeres en riesgo de exclusión.
Se realizó la presentación del Protocolo Autonómico en el Servicio de Ginecología y además se reunió a las matronas de Atención Primaria para informar de las novedades.
Se realizó también un curso acreditado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) de 9 horas lectivas en Hospital de Barbastro el día 29/09/2016 con título: Actualización en anticoncepción de bajo riesgo en Atención Primaria.
Se asistió al taller impartido por la SEC para formadores en Zaragoza el día 19/04/2017.
La Dra. Aragón impartió un Taller práctico acreditado por la SEC para inserción y retirada de implantes el día 14 de Noviembre de 2017 de 5 horas de duración.
Se elaboró una base de datos mediante el programa Excel para recogida de datos en Centro de Especialidades Fraga.
Se hizo hincapié en la información en planta de maternidad a las mujeres en el puerperio inmediato de los métodos anticonceptivos de larga evolución existentes. Si se trataban de pacientes de riesgo, se les facilitó la cita en consulta especializada al alta postparto. En 2015, iniciamos un Plan de Mejora y se observó que de las mujeres informadas durante la hospitalización, sólo un 8% acudían a la instauración de métodos seguros.
Desde finales del 2015, en algunos centros de Primaria, se ha comenzado a insertar los implantes subdérmicos en las consultas de las matronas. Pensamos que este paso va a favorecer la instauración del método y asegurar el seguimiento de las mujeres, a la vez que puede disminuir las derivaciones a Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En 2016 se atendieron 18 Nacionalidades diferentes en nuestras consultas y en 2017 unas 20.
En la Consulta de Fraga se estudiaron 104 pacientes en el año 2016, de ellas 64 fueron españolas (61.5%) y 40 extranjeras. De las atendidas, 22 habían tenido IVEs (interrupción voluntaria del embarazo) previas (21.15%) y 10 de éstas tenían más de una IVE.
En 2017 fueron estudiadas 127 mujeres, 63 españolas (49.6%) y 64 extranjeras. 34 mujeres (26.7%) tenían antecedentes de IVE previa y 17 más de una IVE.
El número de implantes insertados por Atención Primaria ha pasado de 51 en el año 2016 a 164 en 2017. Su uso se ha incrementado en un 321% en el último año, debido a la mejor accesibilidad de las usuarias.
El número de implantes en las consultas en zonas alejadas del hospital (Aínsa, Castejón, Lafortunada, Tamarite y Benabarre) también se ha incrementado, pasando de 20 en 2016, a 33 en 2017.
En Atención Especializada se han colocado en 2017 solamente 21 implantes anticonceptivos. Aunque la retirada de los mismos se sigue haciendo en la Consulta de Ginecología.
En 2016 se colocaron 9 implantes en urgencias de ginecología, a mujeres en riesgo de exclusión para facilitarles el acceso al método. En 2017 sólo se ha insertado uno ya que la incorporación de las matronas a esta actividad facilita la captación de grupos de riesgo y la inserción de métodos seguros sin demora dependiente de la consulta de ginecología. Respecto a los DIUS insertos en Urgencias, se han insertado 17 en 2016 y 11 en 2017, en general al mismo tipo de población.
La inserción de dispositivos intrauterinos (DIU) también se ha elevado durante los últimos años. La colocación del mismo se realiza exclusivamente por el especialista de Ginecología.
Se pusieron 85 DIU no farmacológicos en 2016 y 93 en el año 2017.
El DIU Jaidess® sigue encontrando dificultades para su instauración, quizá por falta de hábito y por falta de información en población joven nulípara. Se han colocado 9 en todo el Sector. Consideramos que puede tener utilidad en las jóvenes como método anticonceptivo y como tratamiento de dismenorreas y otras patologías.
El DIU Mirena® en 2016 se colocó en 135 casos y en 2017 en 175. Se ha incrementado también su inserción un 40 casos (29,6%).
En total se insertaron en consulta de ginecología 352 métodos de larga duración en 2016 y en 2017 se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0671

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

colocaron 322.
La demora en Consultas de Planificación familiar también ha mejorado en el último año. En Diciembre de 2016 teníamos una demora media de más de 90 días para atender la inserción de métodos y en 2017 disminuyó a 29 días. Ello es debido a la realización de consultas extraordinarias y a la disminución de demanda por anticoncepción de bajo riesgo que la asumen los equipos de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la muestra recogida en 2015, observamos que el implante hormonal, está bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes y consideramos importante organizar un circuito asistencial desde el hospital en el posparto inmediato, para que las mujeres que precisen anticoncepción segura puedan atenderse sin demora.
El implante anticonceptivo como método de larga duración, es seguro y su eficacia no depende de la usuaria. La instauración del mismo por las matronas de AP permite ofertarlos a todas las mujeres del Sector en igualdad de condiciones y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital.
El hecho de que los equipos de AP asuman la anticoncepción de bajo riesgo, disminuye la presión asistencial y la demora para poder instaurar los métodos LARC seguros y con alta eficacia.
También observamos, el porcentaje de mujeres embarazadas extranjeras en la consulta de Fraga en 2015 fue del 52,6%, en 2016 un 51,2% y un 44% en 2017 y este colectivo, es especialmente vulnerable ya que el 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE (interrupción voluntaria del embarazo) en Fraga, fueron extranjeras. La dificultad idiomática y de accesibilidad en este grupo es importante y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad.

7. OBSERVACIONES.
Es imprescindible el trabajo conjunto del especialista con enfermería del Hospital y matronas de Atención Primaria. De esta forma se puede captar a mujeres en riesgo de exclusión durante el ingreso hospitalario o en la revisión posparto y facilita la accesibilidad a un método contraceptivo seguro.
La nueva incorporación del personal de Atención Primaria en la inserción de los implantes subdérmicos y en la anticoncepción de bajo riesgo ha disminuido la demora en las Consultas de Ginecología y por consiguiente ha beneficiado a la usuaria.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/671 ========== ***

Nº de registro: 0671

Título
ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FRANCO SERRANO CARLOS, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, MARTINEZ MEDEL JORGE, MILLANES GALLINAT PATRICIA, ARIÑO BAILO VANESA, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA, LABRADOR SARRAU MANUELA, COSTA MENEN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Facilitar la información en anticoncepción a las mujeres que lo deseen, de forma preferente a las mujeres con patología o problemática social.

PROBLEMA
Consideramos que el acceso a la asistencia en materia de contracepción es un derecho de la mujer y la finalidad de la atención contraceptiva es ayudar a que la mujer en edad fértil tenga los hijos que voluntariamente desee y pueda planificar su maternidad.
En mayo del 2016, se presentó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón y en el Sector Barbastro hemos considerado necesario, trabajar conjuntamente con las matronas de Atención Primaria, esta Estrategia para facilitar la información en materia contraceptiva a toda la población y facilitar la accesibilidad a las consultas de especialista, en especial a las mujeres en riesgo de exclusión.
Ya en 2015, iniciamos un Plan de Mejora, ginecólogos, matronas y enfermería, para informar a las mujeres en el puerperio inmediato en planta de hospitalización y programarles las citas en consultas de ginecología, para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0671

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

inserción de métodos de larga duración (DIUS e Implantes hormonales) el día del alta. De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos seguros.
En la muestra recogida en 2015, observamos que el implante hormonal, está bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes y consideramos importante organizar un circuito asistencial desde el hospital en el postparto inmediato, para que las mujeres que precisen anticoncepción segura puedan atenderse sin demora. Desde finales del 2015, en algunos centros de Primaria, se ha comenzado a insertar los implantes subdérmicos en las consultas de las matronas, pensamos que este paso va a favorecer la instauración de métodos seguros y asegurar el seguimiento de las mujeres, a la vez que puede disminuir las derivaciones a Atención Especializada.
También observamos, el porcentaje de mujeres embarazadas extranjeras en la consulta de Fraga en 2015 fue del 52,6% y este colectivo, es especialmente vulnerable ya que el 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras. La dificultad idiomática y de accesibilidad en este grupo es importante y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El Objetivo general.
Mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Objetivos específicos.
- Informar sobre anticoncepción a las mujeres en el puerperio inmediato.
- Facilitarles información escrita y clara de los diferentes métodos.
- Espaciar el intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en consulta especializada.
- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

MÉTODO
Informar a las puérperas antes del alta hospitalaria de las medidas preventivas en anticoncepción por la matrona de planta.
Folleto escrito informativo y traducido.
Citar a la paciente en las consultas de especialistas para la inserción de métodos al alta hospitalaria por la secretaria de planta.
Dar los Consentimientos informados al alta para facilitar la atención en consulta por la matrona de puerperios.
Informar y dar los Consentimientos Informados por la matrona de Primaria cuando la paciente solicita DIUs.
Inserción de Implantes subdérmicos por las matronas de Primaria.
Control y monitorización mediante base de datos de los métodos instaurados.

INDICADORES
Número de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de puérperas.
Número de DIUS insertos en consulta.
Número de implantes subdérmicos puestos por las matronas de Atención Primaria.
Número de mujeres extranjeras que acuden a inserción de métodos de larga duración.

DURACIÓN
3 años.
De Junio a Julio: Diseño del Proyecto. Diseño de excell para recogida de datos.
Crear consulta de enfermería para inserción de implantes subdérmicos.
Noviembre evaluación del Proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MIHAELA MIGDAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ONCINS TORRES ROSA
TUDOR MADUTA
FRANCO SERRANO CARLOS
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA
LOPEZ BONILLA AGUSTIN
GUARDIA DODORICO LORENA
GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
El cáncer de cuello de útero (CCU) se produce por una infección persistente del virus del Papiloma Humano (HPV).
La prevalencia de infección del HPV en España está entre 10 y 12%, siendo mayor en mujeres jóvenes y en el 90% de los casos se resuelve sin producir lesión. Si persiste la infección por HPV, hay riesgo de desarrollar CCU.
En el Sector Barbastro, la población diana para cribado de CCU es de 24.700 mujeres. La prevalencia de infección por HPV en mayores de 30 años es del 9%.
Según datos de 2012 a 2014 la prevalencia del HPV en atención Primaria es de 8,3%, del total de HPV positivos, un 23,5% eran genotipo 16; un 6,5% del 18 y el 70% de otros. Los genotipos 16 y 18 tiene tres veces más riesgo para la progresión a CIN3. En 2016 la prevalencia de VPH en el Sector Barbastro es de 9,36%.
En el Protocolo de cribado del Sector, se realiza la determinación del virus HPV a las mujeres mayores de 30 años y se remiten a colposcopia las mujeres positivas para el virus con lesiones de bajo grado (ASC-US, LSIL).
Existen biomarcadores detectables con técnicas inmunohistoquímicas y pueden evaluarse en un examen citológico. La tinción dual (CINtec® PLUS) dos biomarcadores (p16 y Ki 67). Si ambos se expresan en una misma célula, indican que existe riesgo de progresión a lesión intraepitelial de alto grado y sólo estas pacientes serán remitidas a colposcopia y el resto se controlarán al año. Esta prueba, con bajo coste y sencilla interpretación, permite optimizar los recursos al evitar colposcopias innecesarias.
La utilización de la doble tinción en el diagnóstico de las lesiones de bajo grado para CCU es más objetiva que la valoración colposcópica y nos puede servir de ayuda para disminuir la presión en consulta de patología cervical y dar más seguridad a las mujeres que no expresan los biomarcadores de la citología.
La disminución de consultas de los especialistas en el CCU y el control con seguridad en Atención Primaria es un objetivo prioritario que disminuye los costes del Programa sin perder sensibilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Periodo de estudio 1 de enero del 2017 hasta 31 de octubre 2017.
Se han realizado 3879 muestras de cribado y 3195 HPV. De ellas 181 citologías han sido ASCUS/ LSIL.
A las mujeres HPV positivas con lesiones ASCUS/ LSIL se les ha remitido a colposcopia. La media de edad de las pacientes fue de 41 años (SD 10). La prevalencia de ASC-US/LSIL fue de 4,6%.
Se han realizado en total 119 pruebas de tinción dual (CINtec® PLUS) en lesiones ASCUS, LSIL y también en algunas citologías de alto riesgo (HSIL, ASC-H) y en citologías normales con VPH positivo.
Del total de tinciones duales (CINtec® PLUS) en lesiones ASCUS/LSIL 20 (22, 9 %) son positivas y 67 (77,1 %) son negativas. Sobre las citologías a las que se le realiza el CINtec® PLUS, 51 son ASC-US y 36 son LSIL. Los CINtec® PLUS negativos equivalen a colposcopias evitadas.
De las citologías ASCUS: 9 (17,6%) son CINtec positivos y 42 (82,3%) son CINtec negativos.
De las citologías LSIL: 11(30,5%) son CINtec positivos, 25 (69,4%) son CINtec negativos.
Un 82,3 % (42) de los ASC-US y un 69,4% (25) de los LSIL son CINtec NEGATIVOS y se pueden controlar en Atención Primaria.
Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto, de las 20 con tinción dual (CINtec) positivas, tenemos resultado de biopsia en 16 casos: 10 resultaron ser benignas, 3 resultaron CIN 1 y 3 casos resultaron CIN 2-3. En los 4 casos restantes no se realizó biopsia.
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
Recogida de datos con el número de CINtec realizados.
Sesión del Servicio para valorar resultados.
Reunión con las matronas de Primaria.
Informatizar la consulta de patología cervical accesible a todos los Niveles Asistenciales.
INDICADORES: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Cobertura programa screening. En 2016 73,9%.
Nº de CIN3 diagnosticados: 55
Nº de ASC-US/ LSIL: 87
Nº de test positivos de HPV en. 2016: 408 (11,8%)
Nº de colposcopias: 500
Porcentaje de lesiones que progresan: Un 37% de las biopsias se encuentra lesión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
Enero 2017 a Octubre 2017 Recogida datos en Anatomía Patológica.
Diciembre evaluación del Proyecto y conclusiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
Disminuir las colposcopias realizadas en la consulta de patología cervical.
Disminuir el intervencionismo innecesario en el control de las mujeres con HPV positivo.
Disminuir la iatrogenia en mujeres con poco riesgo de enfermar.
Facilitar el acceso a la consulta de patología cervical de las mujeres con riesgo de lesión.
Aumentar la seguridad en las mujeres portadoras del HPV y lesiones de bajo grado con poco riesgo de progresión.
Control de calidad del cribado realizado.

7. OBSERVACIONES.
La tinción dual añade eficacia al triage con citología. Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto ya que un 80% presentaran lesión colposcópica, mientras que para las mujeres CINtec NEGATIVAS la sensibilidad es similar a la colposcopia negativa, más objetiva y por lo tanto aporta mayor seguridad a las pacientes que se pueden controlar al año.
Evitar colposcopias innecesarias supone menor ansiedad e incomodidad en las pacientes, disminuye la presión asistencial en consultas de patología cervical y la iatrogenia en mujeres de bajo riesgo.
También favorecerá un uso más eficiente de los recursos disponibles y mayor colaboración con Atención Primaria en el desarrollo del programa de cribado.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/780 ========== ***

Nº de registro: 0780

Título
EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

Autores:
MIGDAN CARMEN MIHAELA, COMES GARCIA MARIA DOLORES, ONCINS TORRES ROSA, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, MADUTA TUDOR, GUARDIA DODORICO LORENA, MARTINEZ MEDEL JORGE, CAMPO BRATO MARIA PILAR JUDITH

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes del programa de cribado de cáncer de cérvix.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Potenciar las mediadas preventivas en Cancer Cuello Uterino.

PROBLEMA
El cáncer de cuello de útero (CCU) se produce por una infección persistente del virus del Papiloma Humano (HPV). La prevalencia de infección del HPV en España está entre 10 y 12%, siendo mayor en mujeres jóvenes y en el 90% de los casos se resuelve sin producir lesión. Si persiste la infección por HPV, hay riesgo de desarrollar CCU.
En el Sector Barbastro, la población diana para cribado de CCU es de 24.700 mujeres. La prevalencia de infección por HPV en mayores de 30 años es del 9%. Según datos de 2012 del total de HPV positivos, un 23,5% eran genotipo 16; un 6,5% del 18 y el 70% de otros. Los genotipos 16 y 18 tiene tres veces más riesgo para la progresión a CIN3.
En el nuevo Protocolo de cribado del Sector, se realiza la determinación del virus HPV a las mujeres mayores de 30 años y se remiten a colposcopia las mujeres positivas para el virus con lesiones de bajo grado (ASC-US, LSIL).
Existen biomarcadores detectables con técnicas inmunohistoquímicas y pueden evaluarse en un examen citológico. La tinción dual (CINtec plus) detecta dos biomarcadores (p16 y Ki 67). Si ambos se expresan en una misma célula, indican que existe riesgo de progresión a lesión intraepitelial de alto grado y sólo estas pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

serán remitidas a colposcopia y el resto se controlarán al año.
Esta prueba, con bajo coste y sencilla interpretación, permite optimizar los recursos al evitar colposcopias innecesarias.
La utilización de la doble tinción dual en el diagnostico de las lesiones de bajo grado para CCU es más objetiva que la valoración colposcópica y nos puede servir de ayuda para disminuir la presión en consulta de patología cervical y dar más seguridad a las mujeres que no expresan los biomarcadores de la citología.
La disminución de consultas de los especialistas en el CCU y el control con seguridad en Atención Primaria es un objetivo prioritario que disminuye los costes del Programa sin perder sensibilidad.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

Periodo de estudio 1 de mayo del 2015 hasta 30 de abril 2016.
Se han realizado 1934 citologías ginecológicas y 3284 HPV. De ellas 185 citologías han sido ASCUS/ LSIL. A las mujeres HPV positivas con lesiones ASCUS/ LSIL se han remitido a colposcopia. La media de edad de las pacientes es 39,05 años (SD 11,21). La prevalencia de ASC-US/LSIL fue 9,6%.
Se han realizado 94 pruebas de tinciones duales (CINtec).
Del total de tinciones duales (CINtec) 33 (35,1%) son positivas y 60 (63,8%) son negativas, sólo un caso (1,1%) fue no valorable.
Los CINtec negativos equivalen a colposcopias evitadas.
Sobre las citologías a las que se le realiza el CINtec Plus, 58 son ASC-US y 36 son LSIL.
De las citologías ASCUS: 19 (32,8%) son CINtec positivos y 39 (67,2%) son CINtec negativos.
De las citologías LSIL: 14(38,9%) son CINtec positivos, 21 (58,3%) son CINtec negativos y un caso (2,8%) no es valorable.
Un 67,24% (39) de los ASC-US y un 55,55% (21) de los LSIL son CINtec NEGATIVOS y se pueden controlar en Atención Primaria.
Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto, de las 33 tinciones duales (CINtec) positivas, tenemos resultado de biopsia en 18 casos: 7 resultaron ser benignos, 9 resultaron CIN 1 y 2 casos resultaron CIN 3. En los 15 casos restantes no se realizó biopsia.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir las colposcopias realizadas en la consulta de patología cervical.
- Disminuir el intervencionismo innecesario en el control de las mujeres con HPV positivo.
- Disminuir la iatrogenia en mujeres con poco riesgo de enfermar.
- Facilitar el acceso a la consulta de patología cervical de las mujeres con riesgo de lesión.
- Aumentar la seguridad en las mujeres portadoras del HPV y lesiones de bajo grado con poco riesgo de progresión.
- Control de calidad del cribado realizado.

MÉTODO
- Recogida de datos con el número de CINtec realizados.
- Sesión del Servicio para valorar resultados.
- Reunión con las matronas de Primaria.
- Informatizar la consulta de patología cervical accesible a todos los Niveles Asistenciales.

INDICADORES
- Cobertura programa screening.
- Nº de CIN3 diagnosticados.
- Nº de ASC-US.
- Nº de LSIL.
- Nº de test positivos de HPV.
- Nº de colposcopias.
- Porcentaje de lesiones que progresan.

DURACIÓN
- Junio 2015:
*Presentación del Protocolo.
- Desde Junio a Diciembre recogida de datos en Anatomía Patológica.
- Noviembre 2016:
*Evaluación del Proyecto

OBSERVACIONES
- La tinción dual añade eficacia al triage con citología.
- Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto ya que más de un 50 % presentaran lesión colposcópica, mientras que para las mujeres CINtec NEGATIVAS la sensibilidad es similar a la colposcopia negativa, más objetiva y por lo tanto aporta mayor seguridad a las pacientes que se pueden controlar al año.
- Evitar colposcopias innecesarias supone menor ansiedad e incomodidad en las pacientes, disminuye la presión asistencial en consultas de patología cervical y la iatrogenia en mujeres de bajo riesgo.
- También favorecerá un uso más eficiente de los recursos disponibles y mayor colaboración con Atención Primaria en el desarrollo del programa de cribado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MADUTA TUDOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
MIGDAN CARMEN MIHAELA
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
CAMPO BROTO MARIA PILAR
SALINAS ALTEMIR ANA ROSA
SABES SOLANO ESTER
GRASA CORTINA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2014 comenzamos un proyecto de calidad que culminó con la realización de los primeros tests de Diagnóstico Prenatal No invasivo (DPNI o NIPT en sus siglas en inglés) en el hospital de Barbastro en marzo de 2015. Desde ese momento nos pusimos en contacto con el resto de hospitales de Aragón para poner en marcha un Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que conllevara la extensión del DPNI a toda la Comunidad Autónoma.
En 2015 se llevaron a cabo dos reuniones en el Hospital Miguel Servet con representantes de todos los hospitales de Aragón, en mayo y octubre. En estas reuniones se terminó de perfilar el Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que se presentó al SALUD en mayo de 2016 para comenzar a ponerlo en práctica en a lo largo de este año.
En el servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro se realizó una sesión informativa sobre el tema en mayo de 2015, otra el 22 de diciembre de 2015. En una sesión conjunta con Análisis Clínicos en enero de 2016 se informaron a los miembros de los dos servicios de los cambios en el protocolo.
Con la incorporación de nuevos supuestos para la realización del DPNI (pacientes con riesgo intermedio en el cribado combinado de primer trimestre, definidas como riesgo 1/301-1/1000 tras reevaluación con marcadores ecográficos), se revisó el anterior protocolo de cromosomopatías del Hospital de Barbastro y desde enero de 2016 se ofrece el DPNI a las pacientes con riesgo intermedio hasta 1/1000 en el resultado del cribado combinado.
Se ha realizado el folleto de información a las pacientes para todo Aragón (en anexo 1).
Los resultados preliminares fueron publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología (anexo 2).
Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n3/art06.pdf

En junio 2015 se presentaron los resultados hasta la fecha en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao en forma de poster.
En julio de 2015 se incorporaron los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector.
En noviembre 2017 se empieza a calcular el riesgo de aneuploidias y entregar el resultado del Cribado del 1er trimestre en el momento de realizar la ecografia (11-13,6 semanas) con la ayuda del programa informatico instalado en la consulta, evitandose de esta forma esperas inecesarias y acortandose el tiempo entre el screening y las prueba de diagnostico de alto valor predictivo (DPNI) y/o diagnostico de de certeza (Biopsia corial / amniocentesis).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados cribado diagnostico prenatal 2016.

Numero de cribados primer trimestre: 728
Número de cribados segundo trimestre: 55
Total cribados: 783.
Mujeres sin cribado: 5 por control tardío

El 93% de las embarazadas acuden dentro del primer trimestre para realizar el cribado de cromosopatias.

Test DNA fetal realizados: 120, lo que supone un 15,32% de las mujeres cribadas.

DNA fetal positivo: 1 .Confirmado por amniocentesis se obtuvo una T21 en mujer de 36 años con un riesgo intermedio de 1/300.

Amniocentesis realizadas en 2016: 14 un 2,3% de los partos atendidos.
Diagnosticos:
- T21 dos. (edad de 35 años y 36 años)
-T14. Edad 36 años ADN positivo
-T18 Edad 44 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Ningún falso negativo. Índice de detección de cromosomopatías 100%.

Resultados cribado diagnostico Prenatal 2017

Número de cribados realizados: 833
- 784 cribados de primer trimestre, 116 han resultado positivos (14,79%)
- 49 cribados de II trimestre con 16 positivos (32,65%).
Se indican 132 ADN fetal según los resultados de los cribados (15,84%).
Se realizan 135 ADN fetal totales.
-Indicación del DNA:
-115 provienen del cribado del primer trimestre 85,18 %
- 13 del cribado del segundo trimestre 9,62%
- 7 sin cribado (captación tardía, edad materna) 5,18 %
- ADN fetal positivos: 3 (1 sin cribado + 2 del cribado del I trim)
– 2,22% de los cuales 2 cariotipos positivos y uno negativo
- falso positivo : 1-0,74% de los ADN fetal realizados
- falso negativo : 0
Numero de cariotipos indicados: 18 (2,16 % de todos los cribados) de los cuales:
Número de amniocentesis indicadas en 2017 : 11

- realizadas : 11 – (1,32% de los cribados realizados)
- 6 indicadas por cribado / ADN fetal (0,72%) + 5 sonografia genetica
- 2 amniocentesis : T21
Numero de Biopsias coriales indicadas : 7 (0,84 % de todos los cribados, 0,89 % de los de I trim):
- indicadas : 7
- realizadas : 5
- 2 revocan el procedimiento
- Positivas : 3
- 2 biopsias coriales : T21
- 1 biopsia corial : T18
Se realizan 2 biopsias coriales por TN aumentada (una con un cribado para T21 R muy alto 1:1), las 2 con diagnostico de T21 .

Las biopsias coriales se realizan en el Hospital de referencia .

INDICADORES DE LOS DEFINIDOS EN EL PROYECTO QUE FACILITEN SU EVALUACIÓN INTERMEDIA

Número de cribados combinados positivos: En 2016 se han realizado 709 cribados de primer trimestre, 42 han resultado positivos (5,9%).
En 2017: Número de cribados primer trimestre 784, (14,79%) positivos.
Número de estudios de ADN fetal realizados: En 2016 fueron 120 (15,32%). En 2017 son 135 (16,20%) de los cribados realizados

Tasa de detección de cromosomopatías: En 2016 fue del 100% y también en 2017.

Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal: 0 en 2016 y 1 falso positivo en 2017 una tasa de 0,75% de los ADN realizados.
Número de amniocentesis: En 2016 se realizaron 14 . En 2017 11 amniocentesis y 5 biopsias coriales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El control de calidad realizado en Diagnostico Prenatal y la implementación de nuevas técnicas de cribado (en 2008 el cribado de primer trimestre y en Julio 2014 el DNA fetal en sangre materna) nos ha permitido pasar de realizar 194 amniocentesis en 2005 a 14 en 2016,y a 11 amniocentesis y 5 biopsias coriales en 2017 con una tasa cero de falsos negativos en los dos últimos años y solo 1 falso negativo en 2013. esto ha permitido disminuir la ansiedad materna y las perdidas fetales por las pruebas invasivas no adecuadas a protocolo.

7. OBSERVACIONES.
La introducción del NIPT en el cribado de síndrome de Down en el Hospital de Barbastro en marzo 2015, disminuyó el número de amniocentesis en un 45%. Solo el 2,4% de los partos fueron sometidos a esta técnica.

En 2016 se realizaron solo 14 amniocentesis lo que supone un 1,7% de los cribados realizados. En 2017 se realizaron 16 procedimientos invasivos (1,9%) la implementación del DNA fetal ha permitido ofrecer un cribado de calidad y seguro a las mujeres y evitar pruebas invasivas que implicaban una mortalidad fetal del 2% .

Con la introducción de la ADN fetal se sigue manteniendo una tasa tasa muy baja de amniocentesis,1,32% de los cribados y con la realización de las biopsias coriales en el hospital de referencia se consigue un diagnostico precoz de las aneuploidias .
En el año 2017 se ha realizado una amniocentesis por ausencia de cribado y edad materna, según el protocolo de deteccion de aneuploidias .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/922 ========== ***

Nº de registro: 0922

Título
SEGUNDO AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Autores:
MADUTA TUDOR, NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, MIGDAN CARMEN MIHAELA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, TAPIA LANUZA AMADO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con la incorporación de nuevos supuestos para la realización del DPNI se revisó el anterior protocolo de cromosomopatías del Hospital de Barbastro y desde enero 2016 se ofrece el DPNI a las pacientes con riesgo de 1/51 hasta 1/1000 en el resultado del cribado combinado.
Se ha realizado el folleto de información a las pacientes para todo Aragón (en anexo 1).
Los resultados preliminares fueron publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología (anexo 2).
Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n3/art06.pdf

En junio 2015 se presentaron los resultados hasta la fecha en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao en forma de poster.
En julio de 2015 se incorporaron los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector. Está previsto realizar el riesgo en la segunda visita de embarazo por parte del mismo ginecólogo con el fin de informar lo antes posible a las pacientes y evitar una visita de control de embarazo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Número de cribados combinados positivos: se han realizado hasta la fecha 775 cribados de primer trimestre, 42 han resultado positivos (5,9%).
Tasa de detección de cromosomopatías: 100% hasta la fecha.
Número de estudios de ADN fetal realizados: 40 desde marzo, todos ellos negativos.
- NIPTs Marzo a Diciembre: 40
- Indicadas por cribado 36, realizadas 35
- 4.6 % del total de 775 cribados
- Todas de bajo riesgo.

Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal: 0 hasta la fecha.
Número de amniocentesis: 13 hasta la fecha.
- 15 indicadas por cribado: realizadas 12, 2 indicadas antes de iniciar NIPTs)
- 1.9 % del total de 775 cribados
- 2 amniocentesis : T21
- 1 amniocentesis : T 18

En el año 2015 sólo se ha realizado una amniocentesis por edad materna.

De las cinco amniocentesis realizadas por translucencia nucal aumentada (todas ellas con screening de alto riesgo), una fue trisomía 21, lo que supone el 50% de las cromosomopatías graves diagnosticadas. La otra cromosomopatía grave se diagnosticó por el screening bioquímico de primer trimestre, aunque la TN a las 13s estaba cerca del P90 y no se había realizado ecografía a las 11-12s.

Amniocentesis por ansiedad materna= 0

Screening de primer trimestre (+) > 1/300= 15, dos de ellas se pierden en el seguimiento.
Total de cribados realizados= 775

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

-De primer trimestre= 734, de ellos 45(+)
-De segundo trimestre= 41, de ellos 4 (+) y NIPT los 4.
Estudio de ADN fetal en sangre materna= 40, indicados por el cribado 36.
NIPT (+)= 0
FN del NIPT=0 (a fecha de hoy)

RESULTADOS ESPERADOS
- Poner en marcha un Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que conllevara la extensión del DPNI a toda la Comunidad Autónoma.
- No realizar pruebas invsivas por ansiedad materna.
- No realizar pruebas invsivas por edad materna.
- Disminuir pruebas invasivas (amniocentesis).
- Introducción del NIPT como estrategia para disminuir la tasa de FP del cribado combinado.

MÉTODO
En 2015 se llevaron a cabo dos reuniones en el Hospital Miguel Servet con representantes de todos los hospitales de Aragón, en mayo y octubre. En estas reuniones se terminó de perfilar el Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que se presentó al SALUD en mayo de 2016 para comenzar a ponerlo en práctica en a lo largo de este año.amniocentesis a convertirse en una prueba de casi diagnóstico, y no de screening como se usaba en los tiempos de las 200 amnios al año.

INDICADORES
- Número de cribados combinados positivos.
- Tasa de detección de cromosomopatías.
- Número de estudios de ADN fetal realizados (NIPT).
- Número de Amniocentesis realizadas.

DURACIÓN
Marzo 2015. Presentación del Protocolo.
Desde Marzo a Diciembre recogida de datos con colaboracion del Servicio de Analisis Clinicos.
Noviembre 2016 Evaluación del Proyecto

OBSERVACIONES
La introducción del NIPT en el cribado de síndrome de Down en el Hospital de Barbastro en marzo 2015 ha disminuido el número de amniocentesis de forma drástica hasta un 45% con respecto al año 2014, de manera que sólo un 2.4% de nuestros partos han sido sometidos a esta prueba invasiva.
Desde la introducción del screening bioquímico de primer trimestre de forma universal y la erradicación de los criterios “ansiedad” y “edad materna” para indicación de amniocentesis, el número de amniocentesis fue disminuyendo progresivamente. Puesto que la indicación más frecuente de amniocentesis es el cribado bioquímico (+), la introducción del NIPT como estrategia para disminuir la tasa de FP de éste, ha ayudado a acercar la amniocentesis a convertirse en una prueba de casi diagnóstico, y no de screening como se usaba en los tiempos de las 200 amnios al año.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0107

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA DEFIOR SANTAMARIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONFORT BUIL MARIA CARMEN
MATUTE REDRADO MARIA JOSE
HUERVA PLANA MARIA ASUNCION
LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION
SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA
FENES GRASA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Abril se realizó una reunión multidisciplinar de los componentes del equipo de mejora para elaborar la hoja del plan de cuidados del parto vaginal, siguiendo las pautas de la vía clínica del parto vaginal.
Una vez elaborada y consensuada se presentó a la Subcomisión de Protocolos de Enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas para su aprobación.

Tras la aprobación se reunió a todo el equipo de enfermería de la unidad para presentar el plan, explicarlo, conocer las novedades y su puesta en marcha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la revisión semanal de las historias clínicas de las pacientes con parto vaginal se observó que:
- El plan de cuidados está incluido en el 100% de las historias de las pacientes con parto vaginal.
-Que la cumplimentación correcta de los ítems se ha logrado en el 90% de las pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El personal de nueva incorporación manifiesta que la herramienta le resulta útil y le facilita el trabajo, entendiendo mejor los cuidados necesarios en este tipo de pacientes.
Al personal habitual del servicio le resulta útil, clara, y rápida; mejorando y facilitando la calidad de los cuidados y su registro.
Nos planteamos como objetivo lograr el 100% de la correcta cumplimentación de los ítems.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/107 ========== ***

Nº de registro: 0107

Título
CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNOINFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
DEFIOR SANTAMARIA SARA, MONTFORT BUIL MARIA DEL CARMEN, MATUTE REDRADO MARIA JOSE, HUERVA PLANA MARIA ASUNCION, LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION, SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA, FENES GRASA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0107

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

PROBLEMA
Este servicio dispone desde hace unos años de vías clínicas tanto del parto normal como de Cesárea consensuados entre todo el equipo multidisciplinar que se dedica a la atención de estas pacientes, también fue instaurado con éxito el plan de cuidados de enfermería en las cesáreas, quedando pendiente de realizar el del "parto normal", al que denominaremos a partir de ahora parto vaginal tanto en vía clínica como en el plan de cuidados, por ser más correcto para el uso actual, ya que incluye partos no instrumentados e instrumentados, tipo Kiwi, fórceps, ventosas… . Hemos creído necesaria la realización del plan de cuidados del parto vaginal ya que facilita el trabajo del personal de la unidad, tanto del fijo como el de nueva incorporación, y estandariza los cuidados a realizar de forma consensuada entre todo el equipo multidisciplinar. Supone una herramienta de trabajo muy útil, clara y beneficiosa tanto para pacientes como para el personal implicado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Crear el grupo de trabajo.
- Consensuar y aprobar el grupo de trabajo.
- Formación entre los trabajadores de la planta.
- Puesta en marcha del plan de cuidados en el servicio de maternoinfantil en el 100% de los partos vaginales
- Proporcionar cuidados adecuados, estandarizados y de calidad
- Servir de guía al personal de nueva incorporación

MÉTODO
- Propuesta de modificación de la vía clinica del parto normal, denominandola parto vaginal.
- Realización del plan de cuidados basándonos en la vía clínica del parto normal y en los diagnósticos según taxonomía NANDA
- Presentación de la hoja del plan a todo el personal del servicio en sesión clínica.
- Presentación del plan de cuidados a la Subcomisión de protocolos de enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas.
- Puesta en marcha del plan de cuidados. Implementación progresiva.
- Control semanal del seguimiento y cumplimentación del plan. (Los miércoles)
- Reunión del equipo a los tres meses de la puesta en marcha del plan: valoración del plan, puesta en común incidencias, aportaciones y modificaciones y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.
- Presentación de resultados.

INDICADORES
- Plan de cuidados realizado (SI/NO).
- Revisión semanal de la cumplimentación correcta del plan de cuidados de todas las puérperas de parto vaginal (% de registros cumplimentados correctamente). Fuente: La hoja realizada al respecto que se incluirá en la historia clínica. Objetivo: >75%.
- La hoja estará incluida en el 100% de las pacientes de parto vaginal, identificada con etiqueta de paciente y número de historia clínica.
- Habrá un periodo transitorio de adaptación de 6 meses en que se considerará aceptable la cumplimentación de un 75% de los items. A partir de esos 6 meses se considerarán aceptables las que cumplimenten el 100% de los items que incluye el plan.

DURACIÓN
- Realización del plan de cuidados: duración: 2 semanas (Abril) Responsables: Los miembros del proyecto
- Presentación del plan de cuidados a la Subcomisión de protocolos de enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas.

- Presentación de la hoja del plan a todo el personal del servicio: duración: 1 día . Responsables: miembros del proyecto.

- Puesta en marcha del plan de cuidados: duración: 9 meses.(Abril-Diciembre)) Responsables: todo el personal de enfermería del servicio de maternoinfantil.

- Control semanal del seguimiento y cumplimentación del plan. (Los miércoles). Duración: 6 meses, Responsables: miembros del proyecto.

- Reunión del equipo a los tres meses de la puesta en marcha del plan: valoración del plan, puesta en común incidencias, aportaciones y modificaciones. Duración: 1 día . Responsables: los miembros del proyecto y todo el equipo de enfermería de la unidad de materno-infantil.
- Nuevas acciones de mejora.

La duración total será de 9 meses y medio tras los cuales se valorará instauración definitiva tal cual se realizó o con las modificaciones aprobadas en la reunión . La fecha de inicio: el 15 de marzo y la fecha de fin el 31 de diciembre de 2018 .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0107

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0324

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
CASTELLA SEGARRA MARTA
MARTI GAMBOA SABINA
MONFORT BUIL MARIA CARMEN
LANAU LACORT ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el servicio de ginecología durante el 2018, recogiendo los datos de las variables más importantes (vía, indicación, complicaciones, estancia hospitalaria y reingresos). Posteriormente se ha comparado con los resultados de los dos años previos.
Recogida de datos obtenidos de la Historia Clínica (física y complementando con información del Intranet) de todas las pacientes en un periodo comprendido entre el 1 enero 2018 al 31 diciembre 2018. Se comparan con datos de años anteriores (2016 y 2017). Discusión y presentación del proyecto en servicio. A mitad del proyecto se revisan los datos (mayo 2018). Evaluación y presentación en sesión clínica de los resultados obtenidos durante el proyecto (enero 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el Servicio de Ginecología en 2018.
Se realizaron 75 histerectomías, de las cuales se excluye a una paciente por ser una histerectomía no programada, fue realizada de urgencias por sangrado menstrual abundante con anemia grave. Por lo tanto, el análisis se hace con un total de 74 histerectomías. La vía abdominal se utilizó en un 54.05% de los casos y la vía vaginal en un 22.97%, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales. Y el 22.97% por vía laparoscopia (incluyendo vaginal asistida por laparoscopia y laparoscopia completa). Las indicaciones más frecuentes para realizar la histerectomía por vía abdominal fueron: Útero Polimiomatoso (64.71%), CIN 3 persistente (11.76%) y adenocarcinoma de endometrio (11.76%). En el caso de la Laparoscopia: Prolapso Genital (43.48%), Hiperplasia endometrial (17.39%) y Útero Polimiomatoso (13.04%) y CIN 3 persistente (13.04%).
La edad media de las pacientes fue de 57 años, en el caso de la histerectomía abdominal fue de 51 años, en la vaginal de 69 años y en laparoscopia 60 años. El porcentaje de complicaciones generales fue del 32,43%, la vía laparoscópica fue la que más complicaciones tuvo (39.13%), la cirugía abdominal (35.29%) y las que menos se complicaban fueron las vaginales (17.65%).
La complicación más frecuente fue la anemia correspondiendo un 17,57% de las histerectomías, en las abdominales (17,65%), en las vaginales (5,88%) y en laparoscopias (26,09%). Sin embargo, solamente una paciente ha necesitado transfusión de concentrado de hematíes (1,35%), precisando la transfusión en una cirugía vía abdominal (2,50%). El tratamiento más utilizado para las anemias moderadas-graves fue hierro intravenoso en 12,16%. En media tras la cirugía se disminuía 2.05 gr/dl de hemoglobina.
La segunda complicación más frecuente fue la fiebre que se observó en 12.16% (23.53% abdominales, 5.88% vaginales y 4.35% laparoscopia).
El índice de masa corporal (IMC) medio de las pacientes fue de 27,71. El 33.78% (25 pacientes Normopeso) con tasa complicaciones 28%, el 36.48 % (27 pacientes Sobrepeso) se complicaron en un 29.62% (8 pacientes). Y el 29.72% (22 pacientes Obesas), con IMC ?30, las cuales se complicaron en un 40.90% (9 pacientes). Se demuestra que las mujeres obesas tienen mayor número de complicaciones comparado con mujeres peso normal-sobrepeso.
La estancia hospitalaria media tras histerectomía programada fue de 4.6 días, 5.1 días para la histerectomía abdominal, de 4.1 días para la vaginal y de 4.38 días para la laparoscópica. De las variables estudiadas, la vía vaginal en comparación con vía abdominal es mejor, con menor porcentaje de complicaciones generales (menos anemia por lo tanto menor porcentaje de transfusiones e hierro endovenoso, menos fiebres y otras complicaciones) y menor estancia hospitalaria, por lo que es la más indicada en casos de prolapso genital. Por protocolo del servicio de Ginecología Obstetricia, el 100% de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica.
Debieron reingresar al hospital 4 pacientes, un 5.41% del total de operadas. La mitad de los reingresos fueron por fiebre, otros por hematoma pared y dolor abdominal.
El porcentaje de reintervenciones fue del 5.41%, se debieron reintervenir a 4 pacientes, en dos casos por oclusión-suboclusión intestinal, en una paciente por hemoperitoneo y en un caso por lesión ureteral, entró en la cirugía a cargo del servicio de urología para reimplante ureteral derecho más colocación de Catéter Doble J.
En un análisis comparativo de las histerectomías realizadas en 2016, 2017 y 2018. Las complicaciones se han mantenido estables (42.7%, 31.90% y 32.43% respectivamente) sin embargo, la complicación más frecuente que ha sido la anemia ha disminuido significativamente, fue de 23.72% en 2016, 36.14% en 2017 y 17.57% en 2018. Esto puede atribuirse a una mejor preparación prequirugica de las pacientes, correcta indicación y/o tratamientos previos. En algunos casos fue necesario aplazar la cirugía hasta corregir anemia previa a cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0324

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

En el 2018 se realizaron 74 histerectomías programadas de las cuales tuvieron alguna complicación 24 (32.43%). La complicación más frecuente fue la anemia (17.57%). La segunda complicación más frecuente fue la fiebre en 12.16% y la tercera el seroma/hematoma subcutáneo 5.41%.
El porcentaje de complicaciones de las histerectomías dependiendo de la vía fueron: abdominal (35.29%) versus vaginal (17.65%) y laparoscópica (39.13%). Concluimos que la vía vaginal aporta menos complicaciones, menos días de estancia hospitalaria, menos dolor y una recuperación más rápida.

Durante 2018 se realizaron más histerectomías por vía laparoscópica (17 casos), comparado con el 2017 que solo se hicieron 5 casos por esta vía. Sin embargo, de las histerectomías abdominales 6 casos, fueron inicialmente laparoscópica que se convirtieron en abierta por alguna complicación intraoperatoria: 3 pacientes (50%) por Sangrado, 2 pacientes (33.3%) por mala tolerancia al Pneumoperitoneo y una paciente (16.6%) Movilizador intraligamentario. Por lo tanto, tenemos un 26% de conversión abierta.

ACTIVIDADES PARA MEJORAR:
-Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
- Realizar analítica preoperatoria en el momento de la inclusión en LEQ a todas las pacientes.
-Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante. Tratamiento con análogos GN-Rh, anticonceptivos o gestágenos para intervenir en mejores condiciones.
- Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente pérdida de peso antes de cirugía.
-Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
-Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
-Actualización de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados pre y postoperatorios.
- Ingresar a la paciente el día de la intervención.
- Hacer la vía clínica el día de la revisión de los quirófanos.
- Realizar el sondaje vesical en el quirófano.
-Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
-Revisar minuciosamente las indicaciones de histerectomía laparoscópica y/o vaginal asistida por laparoscopia para disminuir las tasas conversión a abierta.
-Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica. Unificación en el manejo en caso de complicaciones.

7. OBSERVACIONES.
Para valorar la anemia por protocolo en la vía clínica se solicitaba un hemograma al día siguiente de la intervención. Cabe mencionar que para definir la variable anemia, hemos utilizado los valores propuesto por la OMS de anemias moderadas-graves (una Hemoglobina <10mg/dl), solo en un caso se realizó transfusión sanguínea.
Hay que disminuir la estancia media, potenciar la cirugía laparoscópica, adecuar las indicaciones y propugnar altas más precoces.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/324 ========== ***

Nº de registro: 0324

Título
PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Autores:
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, GUARDIA DODORICO LORENA, MIGDAN CARMEN MIHAELA, GASCON MAS ELENA, MADUTA TUDOR, FRANCO SERRANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CME BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0324

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

PROBLEMA
La histerectomía es la operación más frecuentemente realizada en ginecología. Y en el Hospital de Barbastro en la especialidad de ginecología y obstetricia tras la cesárea es el segundo procedimiento quirúrgico mayor más común. Las indicaciones más comunes son patología benigna como leiomiomas y/o prolapso genital. En nuestro hospital esta cirugía puede ser realizada por vía abdominal, vaginal, vaginal asistida por laparoscopia y laparoscopia pura.
Por ello, es muy importante, encaminar todos los esfuerzos para mejorar la atención de estas pacientes, en cuanto una buena preparación preoperatoria, una cuidadosa técnica quirúrgica, correcto juicio intraoperatorio y el atento seguimiento post operatorio, para con ello disminuir en lo posible las complicaciones, para el máximo beneficio de las pacientes e indirectamente disminución de los costes hospitalarios.
Las histerectomías realizadas en 2017 fueron 83, Se detectó que el 31.9% de la cirugía programada se complicaban.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida de las pacientes operadas de Histerectomía durante 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:
Disminuir el número total de complicaciones.
Disminuir las complicaciones por sangrado.
Disminuir la estancia media.
Disminuir el número de reingresos.
Disminuir la variabilidad clínica.
Mejorar el control preoperatorio de las variables clínicas.

MÉTODO
- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
-Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.
- Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.
- Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
- Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación y complicaciones).
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

INDICADORES
Numero de pacientes operadas, indicación, tipo de cirugía, complicaciones, uso de hierro endovenoso, transfusiones sanguíneas, días de hospitalización y complicaciones.

DURACIÓN
Recogida de datos: Enero 2018 a 31 diciembre 2018
Discusión y presentación del proyecto en reunión de Servicio.
Renunir los componentes del equipo para valorar seguimiento del proyecto (Agosto -Diciembre-Abril 2019)
Evaluación en mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica.
Recogida de variables durante 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BERDALA CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FENES GRASA MERCEDES
GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA
CASTELLÀ SEGARRA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando marcadores de calidad en la indicación de la inducción.
Se ha revisado el formulario de registro de inducciones que rellena el personal asistencial para el seguimiento de los datos de cada inducción.
Se valoró inicialmente la creación de una base de datos específica para el proyecto pero se desestimó por tener ya una base de datos creada que se usa diariamente y se decidió revisarla exhaustivamete para poder usarla en el proyecto y mejorarla.
Se ha llevado a cabo una revisión de la base de datos que se usa como libro de partos en nuestro servicio detectando errores en el registro y sobretodo lagunas en la información que han requerido la revisión de las historias en papel.
Se realizó una sesión informativa en el servicio sobre el proyecto de mejora y una sesión de revisión de los datos recogidos a medio año.
Se han actualizado los dosieres de protocolos del servicio para consulta en la práctica clínica habitual para mejorar su acceso y uniformar criterios en la indicación y procedimiento de inducción.
Se ha consensuado en la sesión clínica la idoneidad de las inducciones programadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En 2018 hubo 605 partos, de los cuales180 (29%) se iniciaron mediante inducción. Ha sido similar al año 2017. Hay 23 (3%) partos en los que no se ha registrado si se iniciaron de forma espontánea o no pero en 5 de ellos si que consta un motivo de inducción.
La via del parto mayoritaria fue el parto eutócico en 107 (59%), seguido por la cesárea en 43 casos (24%), 20 ventosas (14%) y 1 fórceps y 2 espátulas (0,5 y 1,1 %). En este caso las cifras son muy similares a los partos iniciados de forma espontánea con un leve augmento de las cesáreas descrito en la literatura y esperable en los partos medicalizados. Esto indica que el método de la inducción es eficaz ya que se consiguen tasas de parto vaginal similares a los partos de inicio espontáneo.
La indicación de inducción mas frecuente ha sido la hiperdatia (55 inducciones, 30,5%), seguida de rotura prematura de membranas (43 inducciones, 23,8%), RCIU y PEG (22 inducciones, 12,2%), enfermedad hipertensiva del embarazo que engloba la HTA y la preeclampsia (16 inducciones, 8%) y la diabetes gestacional (7 inducciones, 3%). Bajo el apartado de otros se han registrado 33 inducciones (18,3%) entre las que se encuentran gran variedad de indicaciones como la sopecha de macrosomia (6 inducciones), la colestasis intrahepática del embarazo (2 inducciones) o las gestaciones gemelares (2 inducciones). Pero de estas hay 14 inducciones en las que no se especifica la indicación mas allá de otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mayor parte de las inducciones han sido indicadas por hiperdatia. No tenemos valores de referencia del porcentaje que deberia ser pero si sabemos que la indicación en estos casos es la correcta según el protocolo del servicio. Una de las formas de optimizar esta indicación es la datación correcta de la gestación en el 1º trimestre, cosa que se realiza por protocolo desde 2018. La segunda indicación mas frecuente es la rotura prematura de membranas. En este caso tampoco hay dudas en la idoneidad de la indicación y la única forma de optimizarla seria la revisión del tiempo que se tarda en iniciar la medicación des de la amniorrexis, si 12 o 18h. Bajo la indicación de "otros" se engloba una gran cantidad de indicaciones, alguna con mas evidencia científica que las respalde que otras. En muchas de ellas el problema de la indicación ha sido el registro de la misma.
Por lo tanto los objetivos del 2º año del proyecto serán:
- mejorar el registro de las inducciones a todos los niveles (historia clínica, libro de partos, ficha de registro)
- modificar los campos de la base de datos que se refieren a la inducción para que el registro sea mas específico y disminuya la variabilidad
- mejorar la accesibilidad de los nuevos miembros del servicio a los protocolos y facilitar el comentario de los casos en la sesión clínica

7. OBSERVACIONES.
La práctica clínica habitual debe estar marcada por los protocolos revisados en cada caso. Esos protocolos deben ser conocidos y consensuados por todo el servicio pero en nuestro caso esto muy difícil ya que durante el 1º año del proyecto mas de la mitad de los facultativos del servicio han cambiado. Esto nos lleva a una gran heterogeneidad en la indicación de las inducciones difícilmente corregible si la plantilla del servicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

no es estable.
La otra causa de la gran variabilidad clínica en las inducciones es el augmento de la complejidad de las pacientes que cada vez tienen mayor edad. Esto conlleva un augmento en la morbilidad acompañante en un amplísimo espectro de patologías difíciles de etiquetar en una sola indicación. También conlleva un augmento importante de la complejidad en la atención al parto que dificulta la no medicalización en muchos casos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/333 ========== ***

Nº de registro: 0333

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Autores:
BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, CASTELLA SEGARRA MARTA, FENES GRASA MERCEDES, GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El número de partos asistidos en Barbastro en 2017 ha sido de 599. El porcentaje de madres extranjeras ha supuesto un 35,9% y la edad materna al parto es de 32años. En un 4,67% de los partos los recién nacidos pesan menos de 2,500 gramos y un 5,67% están por encima de 4,500. La tasa de cesáreas ha sido en 2017 del 20,3%, un 3% mayor que el año anterior.

Desde 2013, observamos una tasa elevada en el número de inducciones, por encima del 15% que se recomienda por la OMS, en 2017 se han inducido el 30% de los partos. A pesar de que observamos una complejidad cada vez mayor en las mujeres que se atienden en la consulta de obstetricia, mayor edad materna, mayor número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida y otras patologías, consideramos que la inducción al parto debe realizarse cuando esté indicada y los beneficios materno-fetales, superen el riesgo de un parto medicalizado. Está descrito que la inducción favorece el incremento de la tasa de cesáreas y complicaciones maternas, como la Hemorragia Obstetrica Aguda, así como el incremento de Riesgo de Perdida de Bienestar fetal en los recién nacidos.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL
Mejorar la calidad de vida de las mujeres asistidas en el parto y Disminuir el intervencionismo en el parto normal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:
Disminuir la tasa de inducciones
Estudiar los motivos de inducción.
Estabilizar la tasa de cesáreas.
Evitar complicaciones materno-fetales por medicalización innecesaria.
Estudiar el porcentaje de cesáreas en los partos inducidos.
Disminuir la variabilidad clínica

MÉTODO
Creación de grupo de trabajo matronas- Ginecólogos
Revisión de todas las inducciones del 2018 .
Revisión en sesión clínica semanal del servicio de las indicaciones de los partos inducidos y resultado perinatal.
Recogida de variables (edad, edad gestacional, paridad, curso gestacional, motivo de la inducción, tipo de parto, PH RN, Hb materna post parto, Método de inducción, Mortalidad perinatal en partos inducidos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Presentación de los casos susceptibles de inducción en Sesión clínica
Seguimiento estricto de los Protocolos de la SEGO y del Servicio.
Propugnar el alumbramiento dirigido en el 100% de los partos inducidos.

INDICADORES
% de inducciones en 2018.
% de inducciones evitables.
% de cesáreas en partos inducidos.
% de cesáreas en el Servicio.
Edad materna de los partos inducidos
% de recién nacidos con PH menor de 7,20.
% de mujeres con alumbramiento dirigido en los partos normales y en los inducidos

DURACIÓN
3 años
Abril 2018. Presentar el Proyecto en el Servicio y formar grupo de trabajo
Diseñar hoja para recogida de variables.
Junio 2018 evaluación de los resultados y sesión clínica con los mismos.
Diciembre 2018 resumen de la actividad anual y presentación de los datos a los facultativos del Servicio.

OBSERVACIONES
Consideramos necesario conocer las causas más frecuentes de inducción y valorarlas en el contexto de la población asistida, para proponer medidas correctoras que nos ayuden a disminuir la medicación del parto normal.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BERDALA CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA
CASTELLA SEGARRA MARTA
FENES GRASA MERCEDES
GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando marcadores de calidad en la indicación de la inducción.
Se ha revisado el formulario de registro de inducciones que rellena el personal asistencial para el seguimiento de los datos de cada inducción.
Se valoró inicialmente la creación de una base de datos específica para el proyecto pero se desestimó por tener ya una base de datos creada que se usa diariamente y se decidió revisarla exhaustivamente para poder usarla en el proyecto y mejorarla.
Se ha llevado a cabo una revisión de la base de datos que se usa como libro de partos en nuestro servicio detectando errores en el registro y sobretodo lagunas en la información que han requerido la revisión de las historias en papel.
Se realizó una sesión informativa en el servicio sobre el proyecto de mejora y una sesión de revisión de los datos recogidos a medio año.
Se han actualizado los dosieres de protocolos del servicio para consulta en la práctica clínica habitual para mejorar su acceso y uniformar criterios en la indicación y procedimiento de inducción.
Se ha consensuado en la sesión clínica la idoneidad de las inducciones programadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En 2018 hubo 605 partos, de los cuales180 (29%) se iniciaron mediante inducción. Ha sido similar al año 2017. Hay 23 (3%) partos en los que no se ha registrado si se iniciaron de forma espontánea o no pero en 5 de ellos si que consta un motivo de inducción.
La via del parto mayoritaria fue el parto eutócico en 107 (59%), seguido por la cesárea en 43 casos (24%), 20 ventosas (14%) y 1 fórceps y 2 espátulas (0,5 y 1,1 %). En este caso las cifras son muy similares a los partos iniciados de forma espontánea con un leve augmento de las cesáreas descrito en la literatura y esperable en los partos medicalizados. Esto indica que el método de la inducción es eficaz ya que se consiguen tasas de parto vaginal similares a los partos de inicio espontáneo.
La indicación de inducción mas frecuente ha sido la hiperdatia (55 inducciones, 30,5%), seguida de rotura prematura de membranas (43 inducciones, 23,8%), RCIU y PEG (22 inducciones, 12,2%), enfermedad hipertensiva del embarazo que engloba la HTA y la preeclampsia (16 inducciones, 8%) y la diabetes gestacional (7 inducciones, 3%). Bajo el apartado de otros se han registrado 33 inducciones (18,3%) entre las que se encuentran gran variedad de indicaciones como la sopecha de macrosomia (6 inducciones), la colestasis intrahepática del embarazo (2 inducciones) o las gestaciones gemelares (2 inducciones). Pero de estas hay 14 inducciones en las que no se especifica la indicación mas allá de otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mayor parte de las inducciones han sido indicadas por hiperdatia. No tenemos valores de referencia del porcentaje que deberia ser pero si sabemos que la indicación en estos casos es la correcta según el protocolo del servicio. Una de las formas de optimizar esta indicación es la datación correcta de la gestación en el 1º trimestre, cosa que se realiza por protocolo desde 2018. La segunda indicación mas frecuente es la rotura prematura de membranas. En este caso tampoco hay dudas en la idoneidad de la indicación y la única forma de optimizarla seria la revisión del tiempo que se tarda en iniciar la medicación des de la amniorrexis, si 12 o 18h. Bajo la indicación de "otros" se engloba una gran cantidad de indicaciones, alguna con mas evidencia científica que las respalde que otras. En muchas de ellas el problema de la indicación ha sido el registro de la misma.
Por lo tanto los objetivos del 2º año del proyecto serán:
- mejorar el registro de las inducciones a todos los niveles (historia clínica, libro de partos, ficha de registro)
- modificar los campos de la base de datos que se refieren a la inducción para que el registro sea mas específico y disminuya la variabilidad
- mejorar la accesibilidad de los nuevos miembros del servicio a los protocolos y facilitar el comentario de los casos en la sesión clínica

7. OBSERVACIONES.
La práctica clínica habitual debe estar marcada por los protocolos revisados en cada caso. Esos protocolos deben ser conocidos y consensuados por todo el servicio pero en nuestro caso esto muy difícil ya que durante el 1º año del proyecto mas de la mitad de los facultativos del servicio han cambiado. Esto nos lleva a una gran heterogeneidad en la indicación de las inducciones difícilmente corregible si la plantilla del servicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

no es estable.
La otra causa de la gran variabilidad clínica en las inducciones es el augmento de la complejidad de las pacientes que cada vez tienen mayor edad. Esto conlleva un augmento en la morbilidad acompañante en un amplísimo espectro de patologías difíciles de etiquetar en una sola indicación. También conlleva un augmento importante de la complejidad en la atención al parto que dificulta la no medicalización en muchos casos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/333 ========== ***

Nº de registro: 0333

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Autores:
BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, CASTELLA SEGARRA MARTA, FENES GRASA MERCEDES, GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El número de partos asistidos en Barbastro en 2017 ha sido de 599. El porcentaje de madres extranjeras ha supuesto un 35,9% y la edad materna al parto es de 32años. En un 4,67% de los partos los recién nacidos pesan menos de 2,500 gramos y un 5,67% están por encima de 4,500. La tasa de cesáreas ha sido en 2017 del 20,3%, un 3% mayor que el año anterior.

Desde 2013, observamos una tasa elevada en el número de inducciones, por encima del 15% que se recomienda por la OMS, en 2017 se han inducido el 30% de los partos. A pesar de que observamos una complejidad cada vez mayor en las mujeres que se atienden en la consulta de obstetricia, mayor edad materna, mayor número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida y otras patologías, consideramos que la inducción al parto debe realizarse cuando esté indicada y los beneficios materno-fetales, superen el riesgo de un parto medicalizado. Está descrito que la inducción favorece el incremento de la tasa de cesáreas y complicaciones maternas, como la Hemorragia Obstetrica Aguda, así como el incremento de Riesgo de Perdida de Bienestar fetal en los recién nacidos.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL
Mejorar la calidad de vida de las mujeres asistidas en el parto y Disminuir el intervencionismo en el parto normal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:
Disminuir la tasa de inducciones
Estudiar los motivos de inducción.
Estabilizar la tasa de cesáreas.
Evitar complicaciones materno-fetales por medicalización innecesaria.
Estudiar el porcentaje de cesáreas en los partos inducidos.
Disminuir la variabilidad clínica

MÉTODO
Creación de grupo de trabajo matronas- Ginecólogos
Revisión de todas las inducciones del 2018 .
Revisión en sesión clínica semanal del servicio de las indicaciones de los partos inducidos y resultado perinatal.
Recogida de variables (edad, edad gestacional, paridad, curso gestacional, motivo de la inducción, tipo de parto, PH RN, Hb materna post parto, Método de inducción, Mortalidad perinatal en partos inducidos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Presentación de los casos susceptibles de inducción en Sesión clínica
Seguimiento estricto de los Protocolos de la SEGO y del Servicio.
Propugnar el alumbramiento dirigido en el 100% de los partos inducidos.

INDICADORES
% de inducciones en 2018.
% de inducciones evitables.
% de cesáreas en partos inducidos.
% de cesáreas en el Servicio.
Edad materna de los partos inducidos
% de recién nacidos con PH menor de 7,20.
% de mujeres con alumbramiento dirigido en los partos normales y en los inducidos

DURACIÓN
3 años
Abril 2018. Presentar el Proyecto en el Servicio y formar grupo de trabajo
Diseñar hoja para recogida de variables.
Junio 2018 evaluación de los resultados y sesión clínica con los mismos.
Diciembre 2018 resumen de la actividad anual y presentación de los datos a los facultativos del Servicio.

OBSERVACIONES
Consideramos necesario conocer las causas más frecuentes de inducción y valorarlas en el contexto de la población asistida, para proponer medidas correctoras que nos ayuden a disminuir la medicación del parto normal.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ARAGON SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLANES GALLINAT PATRICIA
JUAREZ CASTELLO PILAR
ALONSO BERGES RAQUEL
SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA
ARAN GIMENEZ PILAR
MARTIN HERRERO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación de quipo de trabajo con anatomo patóloga, ginecóloga, matronas y enfermeras de los Centros de Salud de Mequinenza, Ainsa y Castejon de Sos
Recogida de variables por Anatomía Patológica.
Presentación del Proyecto en el Servicio de Ginecología.
Presentación del Proyecto en dos Zonas Básicas de salud. Sesión conjunta con el equipo de Atención Primaria en el Centro de Salud de Castejón de Sos el día 4-06-2018 y en el Centro de Salud de Ainsa el día 4-06-2018 y en Centro Salud de Mequinenza. Se informó de la situación del cribado en el Sector, epidemiologia del VPH y Prevención del cáncer de cuello de útero.
Se ofertaron autotomas para que las pacientes que viven en localidades pequeñas no tuvieran que desplazarse a la consulta de la matrona para realizarse el cribado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS 2018
En 2018, se ha mantenido una cobertura de Sector del 74,9%, similar al 2017 que fue de 74,6%.
En las Zonas Básicas de Salud en las que se realizaron las acciones de mejora se ha tenido una cobertura del 72,26% en Mequinenza ; 73% en Graus; 75,8% en Castejón de Sos y 81,76% en Ainsa . El incremento ha leve respecto al año anterior
Numero de pruebas de cribado realizadas entre citologías y test VPH 4.493 (1.850 citologías y 3.666) el 82% realizados en A Primaria
Numero de atipias: ASC-US un 25,14%, LSIL 9,5%; HSIL 1,6%
Sensibilidad de la citología 86,21%. 4 casos falsos positivos.
Numero CIN2+ 45 y en 2018 2 carcinoma invasor.
La Edad media de las mujeres conizadas ha sido de 40,8 años. 12 casos diagnosticados por HPV persistente con citología benigna. Casos con genotipo 16 48,9%.
Autotoma: en 2018.
A) Estudio de autotoma de 2018:
a. Recogidos 34 casos, todos negativos, ningún caso ha sido CIN2 ó más.
b. Proceden: 27 CAP de Fraga, remitidos por la enfermera de Fayon; 3 de Cta Gine Fraga, 1 cta Gine hospital, 1 CAP Graus, 1 CAP Barbastro, 1 A Patológica.
B) Total de autotomas desde 2015 (incluido): 51 mas las 34 de 2018 suman unas 85
a. 2015: 15 casos, 1 pos otros con cito HSIL (conocido previamente). Proceden 10 de CAP Fraga, 6 de Gine.
b. 2016: 19 casos, 5 positivos. Proceden 12 de CAP Fraga (1 positivo) y 4 de Ginecología (4 positivos).
c. 2017: 17 casos, 0 positivos. Proceden 12 de CAP Fraga, 2 CAP Barbastro, 1 Gine hospital, 1 Gine Monzón, 1 CAP Albalate.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES.
El cribado de cáncer de cuello de útero en el Sector Barbastro, es un una actividad preventiva, en la que se ha trabajado coordinadamente Atención Especializada y Atención Primaria desde 2006, se ha duplicado la cobertura pasando de un 37,6% a un 74,9%.
En 2018, tercer año de cribado solo con VPH y utilizando como prueba de triaje la citología y genotipado del VPH 16/18, se han diagnosticado 42 lesiones CIN2+, 8 menos que en 2017 con una cobertura similar.
Desde el inicio del cribado con VPH en 2011, el número de diagnósticos de lesiones CIN2+, se incrementaba anualmente acorde al incremento de cobertura. En 2018 es el primer año que baja la detección de lesiones, esto puede deberse a que estamos en el tercer año de la segunda ronda de cribado con VPH. Llevamos 8 años cribando con test VPH.
De las 83 autotomas distribuidas prácticamente todas han sido en Fraga, lugar donde trabajan las coordinadoras del equipo. No se pueden inferir resultados dado la escasez de la muestra.
La autotoma en nuestro medio no ha sido bien aceptada en algunas de las zonas alejadas del hospital a las que propusimos el proyecto.
Solo se ha facilitado una autotoma en Graus, desconocemos si es por reticencia de las pacientes o por falta de oferta e implicación de los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

Sin embargo en Fayon (Centro Salud de Mequinenza), la enfermera responsable del Proyecto, revisó todas las mujeres que no tenían cribado y se remitieron 27 autotomas, además de informar a las mujeres de la necesidad de acudir a la consulta de la matrona a esta actividad preventiva, esto ha permitido pasar en esta localidad de una cobertura del 75% a un 87%, al ser una localidad pequeña, el incremento de cobertura total reflejado en la Zona básica de Salud, ha sido mínimo, pero nos parece interesante y es el objetivo de nuestro trabajo que las mujeres de zonas rurales tengan fácil el acceso al cribado de cáncer de cuello y es la implicación de enfermería la que nos puede ayudar a conseguir este objetivo.

RECOMENDACIONES
Disponemos de dos armas importantes para frenar el cáncer de cuello de útero, la vacunación con amplia cobertura y el cribado poblacional bien instaurado.
La mejora en el cribado de cáncer de cuello en el Sector Barbastro es el resultado del trabajo en equipo y coordinación con Atención Primaria, que es la que realiza el 80% de las pruebas. El cribado realizado por matronas de Atención Primaria es más eficiente, equitativo y barato que el cribado oportunista realizado por ginecólogos.
Es necesario revisar y monitorizar los resultados para proponer mejoras.
Hay que seguir informando y formando a los profesionales implicados en el cribado y en especial a las matronas de Atención Primaria que son las responsables de atender y captar al mayor número de población.
Hay que conseguir la implicación de los profesionales de enfermería para potenciar el cribado y en lugares alejados del hospital facilitarlo mediante la autotoma para favorecer la equidad y evitar desplazamientos innecesarios.
En el año 2019, dado que la Zona Básica de Salud con menor cobertura en el sector es BInefar, seguiremos con el Proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/370 ========== ***

Nº de registro: 0370

Título
IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE HPV PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

Autores:
ARAGON SANZ MARIA ANGELES, MILLANES GALLINAT PATRICIA, ONCINS TORRES ROSA, JUAREZ CASTELLO PILAR, ALONSO BERGES RAQUEL, SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA, ARAN GIMENEZ PILAR, MARTIN HERRERO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A nivel mundial el Cáncer de cuello uterino es un de las neoplasias más frecuentes y letales. En España en 2012 se estimaron 2.511 nuevos casos y 848 muertes. Es el quinto tumor más prevalente en mujeres.La incidencia del CCU en Europa es variable y está relacionada con la implantación de programas de cribado. Rumania tiene la tasa más alta 23,9/100.000 y Finlandia con 4,1/100.000 de las más bajas.
En España la incidencia de CCU se encuentra por debajo de la media de la UE, con cifras similares al Reino Unido y Suecia. En 2012 la tasa fue de 7,8/100.000 y la distribución es diferente según autonomías, siendo la más alta Mallorca con 12/100.000. Se observa un pico de incidencia entorno a los 50 años y un incremento de la mortalidad en función de la edad.
Aragón es de las Comunidades que presentan menor incidencia 5,5/100.000.
Barbastro tiene una tasa de CCU Invasor en los 7 últimos años de 6,5/100.000.
La OMS afirma que la vacunación con alta cobertura y un cribado poblacional con cobertura mayor del 70%, es la estrategia más eficiente para la prevención del CCU.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

La infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye un factor necesario para el desarrollo el CCU. La prevalencia de la infección por el VPH es variable según la edad de las mujeres siendo de un 35% en las menores de 35 años y de un 10% en las mayores de 30. En el Sector Barbastro tenemos una prevalencia del 9% en mayores de 30 años.
Está demostrado que el cribado oportunista es ineficiente y no disminuye la mortalidad por CCU. La OMS y Sociedades científicas europeas y la SEGO recomiendan establecer Programas de cribado poblacionales como única forma de disminuir el CCU.
En el Sector Barbastro, trabajamos desde 2006, juntamente con Atención Primaria, para organizar y potenciar el cribado de CCU. Se han desarrollado Proyectos de Mejora de Calidad, formado grupos de trabajo, actualizado y unificado Protocolos y se realiza cribado con el test DNA del VPV en ambos niveles Asistenciales, para ofrecer las mismas oportunidades a todas las mujeres, independientemente del lugar donde residan.
Somos pioneros en España, (inicio en 2011) en instaurar el cribado CCU con el test del DNA del VPH en Atención Primaria.
Durante estos 12 años hemos realizado un control de calidad del cribado realizado y hemos conseguido que el 80% de las pruebas de cribado las realicen las matronas de AP, multiplicar por 6 el número de diagnósticos de lesiones precancerosas, realizando menos pruebas y aumentando cobertura poblacional. Los especialistas en el Sector Barbastro, no hacemos cribado y eso ha permitido que hayamos podido asumir la carga de trabajo originada por el aumento de lesiones derivadas del cribado, incluso en situaciones de falta de personal como es habitual en este Sector.
En 2016 llegamos a una cobertura poblacional del 73,9% en cifras recomendadas por la OMS.
Está descrito que las mujeres de zonas rurales y mayores de 50 años acuden con menor frecuencia a los programas preventivos.
Se ha publicado que el test de cribado más eficaz y seguro es la determinación del VPH y existe evidencia de que la autotoma, es tan eficaz para la detección del VPH de alto riesgo como la toma realizada por los profesionales.
En nuestra Comunidad, no existe un sistema de llamada activa de las mujeres para acudir a realizarse las pruebas de cribado, consideramos imprescindible la implicación de los médicos y enfermeras de AP.
En este Proyecto, consideramos que la implementación de la autotoma por las propias mujeres, en especial en zonas alejadas de los centros de salud y del hospital y la colaboración conjunta con enfermería de AP, puede facilitar la accesibilidad de las mujeres rurales al cribado y potenciar la captación y cobertura poblacional.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar la cobertura en zonas rurales.
Implicación de enfermería en la captación de la población diana.
Evitar desplazamientos a las mujeres de zonas alejadas del Centro de Salud.
Facilitar el cribado a mujeres con cargas familiares y laborales.
Potenciar el cribado en mujeres mayores de 50 años.

MÉTODO
Formación de grupo de trabajo, con ginecólogos, matronas y enfermería.
Información sobre cribado y el método de autotoma en los Centros de Salud.
Charlas a las mujeres en las poblaciones del estudio sobre cribado y enseñanza de la utilización de la Autotoma.
Enfermería facilita la muestra para la detección del Test.
Recogida de muestras por las enfermeras y remisión de los datos a matronas para control de calidad.
Control de calidad por Anatomía Patológica.

INDICADORES
Cobertura por del Sector y por Zonas Básicas de Salud. Cobertura por cupo
Número de test de autotomas realizados
% de tests positivos en las autotomas
Número de CIN 3 diagnosticados.
Numero de Ca invasores diagnosticados.

DURACIÓN
Mayo 2018 Formación grupo de trabajo.
Sesiones en Centros de salud (Mequinenza, Ainsa, Lafortunada, Castejon de Sos)
Charlas formativas a las mujeres en las mismas localidades.
En Noviembre evaluación del Proyecto.

OBSERVACIONES
A pesar de las mejoras en el cribado realizado en el Sector Barbastro, seguimos diagnosticando un 8% de canceres invasores. También observamos que en estos tumores, un 38,4% los vemos en mujeres extranjeras y no cribadas.
Consideramos necesario seguir facilitando métodos seguros y acesibles de cribado a todas las mujeres del Sector, pero en especial a las mas alejadas del hospital.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1782

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DEL FLUJO DE ACTUACION

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHARRO CALVILLO MARA
ONCINS TORRES ROSA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
PUJALA TORRALBA MARTA
AURED DE LA SERNA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACIÓN DE UN FLUJO BASICO DE ACTUACIÓN Y REPARTO DE TEMAS Y TAREAS ENTRE LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES ENCARGADAS.
REGISTRO DE TODOS LOS PACIENTES QUE PASAN POR EL COMITE DE TUMORES Y ESTABLECIMIENTO DE CIRCUITOS Y TIEMPOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CADA ESPECIALIDAD ELABORARÁ SUS PROPIAS RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE GUIAS NACIONALES/ INTERNACIONALES Y SE ADECUARÁN AL FUNCIONAMIENTO DE NUESTRO HOSPITAL (PROCESO EN CURSO)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TRABAJO DE TODAS LAS ESPECIALIDADES DE FORMA CONJUNTA EN TORNO A UN PROCESO.
ADECUACIÓN D EPROCEDIMIENTOS, CIRCUITOS Y TIEMPOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE ASITENCIA A LOS PACIENTES CON NEOPLASIAS DIGESTIVAS (EN CURSO)

7. OBSERVACIONES.
NINGUNA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1782 ========== ***

Nº de registro: 1782

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DLE FLUJO DE ACTUACION

Autores:
CALDERERO ARAGON VERONICA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CHARRO CALVILLO MARA, ONCINS TORRES ROSA, PALLARES SEGURA LUIS, PUJALA TORRALBA MARTA, AURED DE LA SERNA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de adecuar un circuito diagnóstico-terapeútico para los pacientes con neoplias digestivas. Protocolizar la actuación d etodos los servicios implicados y agilizar el proceso

RESULTADOS ESPERADOS
crear un cicuito de diagnóstico-terapútico rápido, y generar un protocolo de actuación que asegure los precedimientos de acuerdp cn recomendaciones nacionales / internacionale sy guías clínicas

MÉTODO
Se va a generar un documento conjunto, elaborado por todos los servicios implicados, que asegure el circuito diagnóstico terapeútico d elos pacientes con neoplasias digestivas en nuestro hospital y los acerque a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1782

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DEL FLUJO DE ACTUACION

estandares recomendados

INDICADORES
Se registrarán todos los casos que pasen por el comite de tumores, con monitorización d etiempos y resultados

DURACIÓN
se creará el protocolo a lo largo dle ejercicio 2017-2018

OBSERVACIONES
ninguna

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ..... VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
CHARRO CALVILLO MARA
ONCINS TORRES ROSA
PUJALA TORRALBA MARTA
HERNANDEZ GARCIA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el 2018 todos los miembros implicados en el proyecto han revisado los protocolos de actuación propios de su especialidad y enviado un documento resumido y de consenso para elaborar, de forma conjunta, un protocolo de actuación que guíe las actuaciones del comité de tumores colorrectales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Está redactado ya el primer protocolo de actuación, pendiente de revisarse de forma conjunta y de llegar a un consenso y se ampliará este año con la parte específica correspondiente al cáncer d erecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El protocolo ayudará a guiar las actuaciones del comité de forma consensuada, organizada y de acuerdo a recomendaciones actualizadas y revisadas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/317 ========== ***

Nº de registro: 0317

Título
PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Autores:
CALDERERO ARAGON VERONICA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CHARRO CALVILLO MARA, AURED DE LA SERNA ISABEL, ONCINS TORRES ROSA, PUJALA TORRALBA MARTA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, HERNANDEZ GARCIA ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el comité de tumores digestivos se detecta la necesidad de coordinar y protocolizar, entre todos los especialistas implicados, el proceso diagnóstico-terapeútico completo del paciente afecto de cáncer de colon. Eso permitirá ajustar cada parte del proceso al mínimo plazo de tiempo posible y a las recomendaciones y guías clínicas nacionales e internacionales.
Se trata de garantizar que el proceso se ajuste a los plazos y estándares establecidos, con una correcta colaboración y coordinación entre todos.

RESULTADOS ESPERADOS
Cada especialidad revisará las recomendaciones y evidencia científica correspondiente a su parte implicada en el proceso y desarrollará un circuito práctico, rápido y fácil para aplicar en nuestros pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Ello debe de agilizar el proceso, dejar establecidos los circuitos de funcionamiento y garantizar el correcto manejo de cada caso, dentro de nuestro área sanitaria y con nuestros recursos disponibles.

MÉTODO
El desarrollo, reparto de temas, protocolos y circuitos de actuación se harán de forma individual por cada uno de los servicios implicados, pero se revisarán, consensuarán y unificarán a través de comité de tumores.

INDICADORES
El proyecto final se redactará y se hará llegar a todas las especialidades implicadas (intrahospitalariamente, e incluso atención primaria).
El registro de tumores anual permitirá saber si se han cumplido plazos y estándares establecidos.

DURACIÓN
Se desarrollará el proyecto a lo largo del 2018.
Cada parte del proceso se redactará por la especialidad implicada, y la coordinación e implantación final se hará a través del comité de tumores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0331

1. TÍTULO

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

Fecha de entrada: 17/12/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS FLORIAN GERICO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ GARCIA ALBA
TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ
LORIENTE MARTINEZ CLARA
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
BENITO RUIZ BEATRIZ
ANDRES ALIERTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACION DE GUIA DE ACTUACIÓN. REGISTRO DE PACIENTES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
REALIZACIÓN, DIVULGACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE GUIA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTE ONCOLOGICO CON TUMOR SOLIDO Y FIEBRE NEUTROPÉNICA DE BUEN PRONÓSTICO.
REALIZACIÓN DE BUSQUEDA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS CON DICHAS CARACTERISTICAS EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos divulgado de manera adecuada nuestra propuesta de mejora de calidad.
El análisis de los datos obtenidos ha sido insuficiente para obtener conclusiones válidas. Por ello solicitamos la continuidad del proyecto en el periodo enero-diciembre 2019.

7. OBSERVACIONES.
Solicitamos continuidad del proyecto de calidad de mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/331 ========== ***

Nº de registro: 0331

Título
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

Autores:
FLORIAN GERICO JESUS, HERNANDEZ GARCIA ALBA, CALDERERO ARAGON VERONICA, TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ, LORIENTE MARTINEZ CLARA, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, BENITO RUIZ BEATRIZ, ANDRES ALIERTA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Evitar el ingreso de pacientes de buen pronóstico, que no se benefician del mismoo

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el numero de ingresos

MÉTODO
Elaboración de una guía de actuación
Presentación del la guía de actuación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0331

1. TÍTULO

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

INDICADORES
Elaboración de una base de datos de los pacientes atendidos en Urgencias

DURACIÓN
Inicio en el mes de Junio y sin fecha de finalización
A finales de 2018 se hara una evaluación de los datos recogidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0383

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLORIAN JERICO JESUS
CALDERERO ARAGON VERONICA
NASARRE GER ANA
BUETAS AURE REYES
VAL BALLARIN ESTHER
URFANEL SANCHON MARIA JOSE
PEREZ AMAYA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La calidad del cuidado del paciente oncológico es un aspecto primordial en la atención médica actual. En los últimos años la actividad del Hospital de Barbastro en el Servicio de Oncología Médica se ha incrementado, lo que ha dado lugar a la incorporación de un tercer oncólogo. Actualmente el equipo de oncología medica esta formado:
- Tres oncólogos médicos
- Una enfermera de consulta de Oncología médica
- Hospital de día: 3 enfermas y 1 auxiliar de enfermeria.

Ante esta labor creciente, así como la incorporación de un nuevo miembro al equipo médico, hizo plantearse la necesidad de la creación de un proyecto con el fin de mejorar la asistencia integral al paciente oncológico, de manera que se ajusto la actividad diaria para que cada oncólogo médico realizase una actividad específica, con el fin de aumentar la eficacia, disminuyendo la mala praxis que podrían suponer las salidas continuas de la consulta e interrupciones continuas.

Se evaluo la actividad y se repartio la patología oncológica con el fin de plantear las necesidades asistenciales:

1. Oncologo 1: cáncer de mama y cerebrales
2. Oncologo 2: tumores digestivos (colorrectal, páncreas, esofágo-gástricos, vía biliar), tumores neuroendocrinos y tumores urológicos.
3. Oncologo 3: cáncer de pulmón, cáncer ginecológico, cáncer de cabeza y cuello, melanoma y sarcomas.

De manera que se establece, teniendo en cuenta una reevaluación continua que cada oncólogo tuviese:
- Dos días de Hospital de día para tratamientos oncológicos
- Dos días de planta, para asistencia de pacientes hospitalizados, hojas de consulta y atención a urgencias.
- Tres días para revisiones, primeros días, así como cómites de tumores.

DOCTORES	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes
Oncologo 1	H.DIA	Planta Consulta (rev y 1ª)			
	Consulta (rev y 1ª)	H.DIA	Planta Consulta (rev y 1ª)		
Oncologo 2	H.DIA	Planta Consulta (rev y 1ª)			
	H.DIA	Planta Consulta (rev y 1ª)			
Oncologo 3	Planta Consulta (rev y 1ª)				
	H.DIA	Planta Consulta (rev y 1ª)			
	Consulta (rev y 1ª)	H.DIA			

De esta manera, también se estableció un atención eficaz que mejoraba de forma directa la actividad asistencial de enfermería de Hospital de día así como del Servicio de Farmacia, estableciendo una agenda en que los pacientes son citados por horario para su tratamiento con el fin de evitar colapso, retrasos o esperas de los pacientes.

Ante el cambio de la estructura del servicio médico de Oncologia Médica, se establece también una línea de cambio en la asistencia sanitaria de la consulta de enfermería de Oncología Médica, cuya actividad se establece:
- Soporte de apoyo a consulta de Oncología que lleva Hospital de día.
- Consulta de toxicidades en colaboración con oncologo médico que corresponda para pacientes en tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0383

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

activo.
• Valoración de primeros días, junto con oncologo medico para dar una valoración integral al paciente y establecer un seguimiento personalizado según los requerimientos del paciente (nutricionales, sociales, físicos, psicológicos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado aunque se ha medido de forma "subjetiva", se ha podido ver de forma indirecta objetiva una adecuación de la organización, con la incorporación del tercer oncólogo medico, de manera que el reparto y organización de la labor asistencial ha repercutido de forma positiva en los pacientes su atención y calidad asistencial; influyendo también de forma positiva en todo el personal del servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-La organización asistencial es clave en la praxis clínica medica, de manera que una buena adecuación de los sistemas y recursos, es una de las formas más positivas de mejorar la labor asistencial, en la praxis clínica; habiendo experimentado un efecto positivo no solo en los pacientes, sino también en el personal involucrado en la atención.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/383 ========== ***

Nº de registro: 0383

Título
IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

Autores:
HERNANDEZ GARCIA ALBA, FLORIAN GERICO JESUS, CALDERERO ARAGON VERONICA, NASARRE GER ANA, BUETAS AURE REYES, VAL BALLARIN ESTHER, URFANEL SANCHON MARIA JOSE, PEREZ AMAYA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La finalidad del proyecto es la organización y mejora de la consulta de oncología medica de cara al proceso asistencial del paciente oncológico, con el fin de mejorar la asistencia y que repercuta de forma positiva en la asistencia, la eficiencia del los recursos.
En base a un aumento creciente de la patología oncológica, los nuevos tratamientos así como la complejidad de los procesos diagnósticos-terapéuticos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejora del proceso asistencial del paciente oncológico y su proceso.

MÉTODO
-Diagrama del paciente oncológico en Hospital de Barbastro.
-Organización de consulta en función de tratamiento, revisiones y hospitalización
-Consulta de toxicidades en conjunto enfermera-medico, con el fin de disminuir la asistencia al servicio de urgencias.
-Reuniones del equipo de forma periódica (mínimo 2 veces al mes)
-Formación continuada en toxicidades, de acuerdo a los nuevos tratamientos que van apareciendo.

INDICADORES
-La evaluación será continuada revisando y mejorando el diagrama de flujo del paciente oncológico en Hospital de Barbastro.
-Desde la consulta de oncología de toxicidad se evaluará cuanto se disminuye la frecuentación a servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0383

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

urgencias.
-Para todo ello se dispone de una base de datos que recogerá los diferentes procesos del paciente oncológico.

DURACIÓN
-La duración es indefinida, y se evaluará de forma trimestral, para establecer puntos de mejora del proceso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRE FALCON RAMON
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BERNAT GILI ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones del Servicio y en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello para decidir los pacientes que debían ser sometidos a una laringectomía total.
A los pacientes seleccionados se les daba una encuesta preoperatoria the voice handicap index y la escala Hamilton. El primero para ver la calidad de vida con el grado de disfonía y el segundo para valorar su estado emocional.
Se han realizado 2 cursos para enfermeras del sector durante este año de manejo del paciente traqueotomizado.
También se ha hecho especial hincapié en la enseñanza en nuestra planta y en la UCI para los cuidados y manejo de las cánulas de estos pacientes, estando con las enfermeras en su limpieza y cambios.
Se han elaborado unos folletos que se han entregado al paciente sobre sus cuidados en casa, en el que se tratan también las dudas que puedan surgir.
Derivamos a los pacientes a la logopeda para empezar el aprendizaje de la voz erigmofónica y tratamiento de posibles disfagias que puedan surgir.
También se les informa de las asociaciones de laringectomizados de la zona, donde se les ayuda en todos los ámbitos de su nueva vida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es un proyecto en curso en el que se está consiguiendo por una parte la participación activa en el hospital por parte del personal sanitario y por otra, ya con los pacientes en casa, de los familiares y logopeda.
La pérdida de miedo de las enfermeras y familiares en este tipo de pacientes, a través de los cursos a las enfermeras e información al paciente y familiares.
Los tests escogidos son los de referencia internacional para valorar la calidad de vida y el estado emocional de estos pacientes.
Se están consiguiendo los objetivos iniciales pero faltaría otro año para poder evaluar todos los aspectos en conjunto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lo primero de todo es que el proyecto de calidad es absolutamente gratuito para el salud y se soporta en nuestro trabajo y esfuerzo para conseguir el objetivo final.
En segundo lugar, debido a que la evolución de la calidad de vida y estado emocional se va viendo con los meses según van aprendiendo la voz erigmofónica y se van integrando en su vida cotidiana, las encuestas realizadas aún les queda para ser realizadas y poder evaluar la efectividad de nuestro proyecto, a pesar de lo cual se están consiguiendo ya grandes avances.
Es un proyecto que se debería continuar en el tiempo, por su fácil aplicación y reproductibilidad.
Aporta una rápida y próspera inserción de estos pacientes pudiendo alcanzar una vida normal con buena calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/19 ========== ***

Nº de Registro: 0019

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

Autores:
ORTE ALDEA CARMEN, TERRE FALCON RAMON, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BERNAT GILI ANTONIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
Los pacientes sometidos a laringuectomias totales y traqueotomias definitivas/temporales ven comprometida su calidad de vida, por la incapacidad que presentan al no poder hablar normalmente y la existencia de un estoma permanente/temporal o una cánula permanente/temporal y los cuidados que esto conlleva. Esto genera gran estrés en los pacientes y familiares, que demandan nuevas necesidades psicológicas como físicas.
La enseñanza y motivación del paciente y familiares en esta nueva situación ayudara a superar sus limitaciones.
La intervención principal será la información y el apoyo psicológico al paciente y a la familia del paciente.
Así pues nuestro objetivo es realiza un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a la sociedad y a sus nuevas rutinas.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Asi pues nuestro objetivo es realiza un programa de educacion para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicologicamente la aceptacion de su nueva situacion, asi como una mas rapida incorporacion de estos pacientes a sus nuevas rutinas y mejora de sus capacidades vocales.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqeuotomia utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

MÉTODO
Al ingreso del paciente se valorara el temor y la incertidumbre del proceso mediante la utilización de escalas validadas (Escala de depresión de hamilton), que se realizara antes y después de la intervención.

Posteriormente se realizara la escala “The Voice Handicap Index (VHI)” para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigmofónica utilizado, en aquellos casos que sea aplicable.

Se trata de un estudio descriptivo transversal y prospectivo. La muestra de pacientes estará compuesta por todos aquellos que por motivos médicos requieran de una laringuectomia total o de la necesidad de portar de forma definitiva o parcial de una cánula de traqueostomia. Se tendrá como criterio de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqeuotomia utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

INDICADORES
Se utilizaran dos indicadores:

La Escala de Hamilton (Ham-a) para monitorizar el estado emocional del paciente antes y después de la realización de la EPS.

“The Voice Handicap Index (VHI)” para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigmofónica utilizado.

Ambos cuestionarios serán realizados previamente a la intervención, y posteriormente a la misma , siendo la escala “The Voice Handicap Index (VHI)” únicamente aplicable a pacientes con voz erigmofonica.

DURACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

```
-------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 2 Poco

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRE FALCON RAMON
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BERNAT GILI ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones del Servicio y en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello para decidir los pacientes que debían ser sometidos a una laringectomía total.
Se han realizado otros dos cursos (Noviembre y Abril) de manejo de traqueotomía para enfermeras.
Se ha continuado con el apoyo en planta del personal sanitario y de los familiares.
Entrega de folleto explicativo.
Derivación a logopeda.
Poner en conocimiento de las asociaciones de laringectomizados.
Y rellenar las encuestas pertinentes: escala de hamilton y the voice handicup index.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es un proyecto en curso en el que se está consiguiendo por una parte la participación activa en el hospital por parte del personal sanitario y por otra, ya con los pacientes en casa, de los familiares y logopeda.
La pérdida de miedo de las enfermeras y familiares en este tipo de pacientes, a través de los cursos a las enfermeras e información al paciente y familiares.
Este año ha servido para asentar y afianzar los conocimientos adquiridos el año anterior.
Hemos recogido los datos de 7 pacientes sometidos a laringectomía cuya edad media era de 75 años.Todos tenían soporte social y comorbilidades asociadas por la que se descartó el tratamiento con quimioradioterapia.
Inicialmente, en el test Hamilton tenían en su mayoría una puntuación total entre 13-17 puntos es decir una gravedad del cuadro de menos de depresión mayor. Un paciente tuvo depresión mayor con riesgo de autolisis. Estos resultados son derivados de la reacción de enterarse de padecer cáncer con el riesgo vital que ello conlleva y por otro lado, tener que pasar un proceso mutilante que te puede limitar en el habla y la comida.
Los resultados del test Hamilton después de 1 año y de 6 meses en algunos pacientes tras la cirugía son muy reveladores. Todos los pacientes pasaron a un estado normal, salvo uno que tuvo una deperesión menor. Esto es debido a la falta de complicación o secuelas permanentes derivadas de la laringectomía. Los pacientes obviamente no podrán hablar normal, pero ninguno presento disfagia ni fístulas traqueoesofágicas. Se dan cuenta de que a pesar de la cirugía, llevan una rutina activa con una muy buena calidad de vida: podían seguir yendo al huerto, pasear, conducir, comer con normalidad etc.
Hay que tener en cuenta que son pacientes mayores que llevaban en su mayoría una vida tranquila anteriormente.
Y en los resultados de the voice handicup index se valoró inicialmente que todos ellos presentaban una disfonía severa antes de la cirugía por la tumoración. A 2 de estos pacientes se les realizó de urgencia y antes de la cirugía una traqueotomía de urgencia por disnea aguda por su tumor.
El aprendizaje de la voz erigmofónica en pacientes mayores es más lenta y dificultosa que en gente joven.
Salvo un paciente que por distancia y poca accesibilidad a la logopeda (vivía en Benasque) no quiso aprender a hablar, el resto han seguido nuestras instrucciones y han mejorado ostensiblemente su comunicación.
De los 6 pacientes restantes, 5 tienen una incapacidad moderada para hablar a pesar de que ellos consideran que se comunican sin problemas y 1 paciente(el más joven de 57 años), habla con fluidez y ha aprendido perfectamente la voz erigmofónica.
Salvo el joven, todos siguen yendo a la logopeda donde también se les desbloquea la musculatura cervical, les favorecen y enseñan a usar la musculatura en su nueva situación tanto para tragar como para hablar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha sido un éxito. El seguimiento realizado a los pacientes, la colaboración con el personal sanitario y los familiares ha reforzado nuestra labor.
Ha sido un proyecto que no ha necesitado de gastos ni de recursos extras y de los cuales considero que los paciente se han beneficiado enormemente.
Creo que el trabajo en equipo y multidisciplinar ha sido la clave del éxito.
Además, es fácilmente reproductible y se puede seguir aplicando en nuestra práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

*** ========== Resumen del proyecto 2015/19 ========== ***

Nº de Registro: 0019

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

Autores:
ORTE ALDEA CARMEN, TERRE FALCON RAMON, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BERNAT GILI ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
Los pacientes sometidos a laringuectomias totales y traqueotomias definitivas/temporales ven comprometida su calidad de vida, por la incapacidad que presentan al no poder hablar normalmente y la existencia de un estoma permanente/temporal o una cánula permanente/temporal y los cuidados que esto conlleva. Esto genera gran estrés en los pacientes y familiares, que demandan nuevas necesidades psicológicas como físicas.
La enseñanza y motivación del paciente y familiares en esta nueva situación ayudara a superar sus limitaciones.
La intervención principal será la información y el apoyo psicológico al paciente y a la familia del paciente.
Así pues nuestro objetivo es realiza un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a la sociedad y a sus nuevas rutinas.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Asi pues nuestro objetivo es realiza un programa de educacion para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicologicamente la aceptacion de su nueva situacion, asi como una mas rapida incorporacion de estos pacientes a sus nuevas rutinas y mejora de sus capacidades vocales.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqeuotomia utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

MÉTODO
Al ingreso del paciente se valorara el temor y la incertidumbre del proceso mediante la utilización de escalas validadas (Escala de depresión de hamilton), que se realizara antes y después de la intervención.

Posteriormente se realizara la escala “The Voice Handicap Index (VHI)” para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigmofónica utilizado, en aquellos casos que sea aplicable.

Se trata de un estudio descriptivo transversal y prospectivo. La muestra de pacientes estará compuesta por todos aquellos que por motivos médicos requieran de una laringuectomia total o de la necesidad de portar de forma definitiva o parcial de una cánula de traqueostomia. Se tendrá como criterio de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqeuotomia utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

INDICADORES
Se utilizaran dos indicadores:

La Escala de Hamilton (Ham-a) para monitorizar el estado emocional del paciente antes y después de la realización de la EPS.

“The Voice Handicap Index (VHI)” para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCION EN LA SOCIEDAD

según el modelo de voz erigmofónica utilizado.

Ambos cuestionarios serán realizados previamente a la intervención, y posteriormente a la misma , siendo la escala “The Voice Handicap Index (VHI)” únicamente aplicable a pacientes con voz erigmofonica.

DURACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 2 Poco

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA
BERNAT GILI ANTONIO
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN
PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE
REY PORCA CARLOS
MARTINEZ RUIZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre servicio, acuerdo de proceso, formularios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de acuerdos, formulación de formularios de interconsultas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejoría de la interrelacción entre ambos servicios, rentabilidad en el proceso de interconsulta entre servicios, Siendo precisa completar el proyecto para recoger las conclusiones y las recomendaciones pertinentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/86 ========== ***

Nº de registro: 0086

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA, BERNAT GILI ANTONIO, ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN, REY PORCA CARLOS, MARTINEZ RUIZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años se ha hablado mucho sobre los posibles efectos adversos de los corticoides intranasales, en cuanto a su capacidad para retrasar el crecimiento en la infancia, inducir el desarrollo de osteoporosis, poder inhibir el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal o favorecer el desarrollo de cataratas o glaucoma. El glaucoma representa un grupo de enfermedades oculares con una tríada característica de: elevación de la presión intraocular(PIO), daño del nervio óptico y pérdida de campo visual. El aumento de la PIO en pacientes susceptibles causa daño directo al nervio óptico y puede conducir a la ceguera irreversible si no se trata. El glaucoma es la segunda causa de disminución de visión y la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. Varios estudios han demostrado aumento de la presión intraocular, siendo esto mas susceptibles en pacientes glaucomatosos, familiares de primera línea y los que reciben altas dosis y/o tratamiento prolongados, como es el caso de los pacientes con rinitis y poliposis nasosinusal en los cuales el tratamiento con corticoides

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

tópico nasal es imprescindible y de larga duración.

RESULTADOS ESPERADOS
Por el momento, no se realiza ningún control reglado de la presión intraocular en los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con lo que se espera conseguir protocolizar el flujo de pacientes entre los servicios y cuantificar los niveles de presión intraocular que presenten los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con el fin de evitar elevaciones patológicas que puedan ocasionar lesión de nervio optico y perdida irreversible de la visión.

MÉTODO
Formalizar y protocolizar un equipo multidiciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Oftalmología para favorecer una adecuada comunicación e interacción entre servicios de los pacientes en tratamiento con corticoides tópicos nasales, con el fin de medir posibles variaciones patológicas de la presión intraocular y lograr una correcta intervención temprana si así se precisa. Además se insistirá en identificar los pacientes susceptibles a incrementos de presión por presencia de factores de riesgos de glaucoma. Se realizara un registro de los pacientes remitidos para medición de la presión, quedando esto además registrada en la historia clinica.

INDICADORES
Protocolos, formularios y bases de datos realizadas y estandarizadas para favorecer el flujo adecuado de pacientes entre los servicios de Otorrinolaringología y Oftalmología.
Número de pacientes identificados con posibles factores de riesgo para el incremento de la presión intraocular.
Cuantificación del número de pacientes en tratamiento con corticoides nasales remitidos por el servicio de Otorrinolaringología al servicio de Oflamología.
Cuantificación de pacientes en tratamiento con corticoides nasales que presentan incremento de la presión intraocular y con esto riesgo de glaucoma y perdida de campo visual.

DURACIÓN
Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre de 2016 se llevara a cavo por parte de los servicios de Otorrinolaringología y oftalmología la organización, protocolización y validación de los formularios necesarios en el referimiento, evaluación y seguimiento de los pacientes en tratamientos con corticoides nasal. Del 9 de Enero de 2017 se iniciara el proyecto de calidad descrito. 1 de Septiembre de 2017 se realizara un análisis de los resultados obtenidos hasta la fecha que permitan establecer conclusiones sobre los efectos de los corticoides nasales sobre la presión intraocular.

OBSERVACIONES
El proyecto no implica ningún gasto económico fuera de lo establecido, ya que es un procedimiento reglamentado a realizar en estos pacientes, pero que se busca protocolizar y de paso conocer su impacto real.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA
BERNAT GILI ANTONIO
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN
PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE
MARTINEZ RUIZ TERESA
GONZALEZ TEJADA JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre servicios.
Continuación en la elaboración y mejora de formularios de anamneses y exploración física necesarios para la aplicación del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Formularios de anamnesis y formularios de exploración física.
Por el momento, no se ha realiza ningún control reglado de la presión intraocular en los pacientes en tratamiento con corticoides nasal debido a las irregularidades, bajas y ausencias presentadas en la plantilla de en ambos servicios, tantos de ORL como de Oftalmología en el año considerado para su realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente la conclusión del proyecto y la aplicación de los formularios ya elaborados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/86 ========== ***

Nº de registro: 0086

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA, BERNAT GILI ANTONIO, ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN, REY PORCA CARLOS, MARTINEZ RUIZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años se ha hablado mucho sobre los posibles efectos adversos de los corticoides intranasales, en cuanto a su capacidad para retrasar el crecimiento en la infancia, inducir el desarrollo de osteoporosis, poder inhibir el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal o favorecer el desarrollo de cataratas o glaucoma. El glaucoma representa un grupo de enfermedades oculares con una tríada característica de: elevación de la presión intraocular(PIO), daño del nervio óptico y pérdida de campo visual. El aumento de la PIO en pacientes susceptibles causa daño directo al nervio óptico y puede conducir a la ceguera irreversible si no se trata. El glaucoma es la segunda causa de disminución de visión y la primera causa de ceguera irreversible en el mundo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Varios estudios han demostrado aumento de la presión intraocular, siendo esto mas susceptibles en pacientes glaucomatosos, familiares de primera línea y los que reciben altas dosis y/o tratamiento prolongados, como es el caso de los pacientes con rinitis y poliposis nasosinusal en los cuales el tratamiento con corticoides tópico nasal es imprescindible y de larga duración.

RESULTADOS ESPERADOS
Por el momento, no se realiza ningún control reglado de la presión intraocular en los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con lo que se espera conseguir protocolizar el flujo de pacientes entre los servicios y cuantificar los niveles de presión intraocular que presenten los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con el fin de evitar elevaciones patológicas que puedan ocasionar lesión de nervio optico y perdida irreversible de la visión.

MÉTODO
Formalizar y protocolizar un equipo multidiciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Oftalmología para favorecer una adecuada comunicación e interacción entre servicios de los pacientes en tratamiento con corticoides tópicos nasales, con el fin de medir posibles variaciones patológicas de la presión intraocular y lograr una correcta intervención temprana si así se precisa. Además se insistirá en identificar los pacientes susceptibles a incrementos de presión por presencia de factores de riesgos de glaucoma. Se realizara un registro de los pacientes remitidos para medición de la presión, quedando esto además registrada en la historia clínica.

INDICADORES
Protocolos, formularios y bases de datos realizadas y estandarizadas para favorecer el flujo adecuado de pacientes entre los servicios de Otorrinolaringología y Oftalmología.
Número de pacientes identificados con posibles factores de riesgo para el incremento de la presión intraocular.
Cuantificación del número de pacientes en tratamiento con corticoides nasales remitidos por el servicio de Otorrinolaringología al servicio de Oflamología.
Cuantificación de pacientes en tratamiento con corticoides nasales que presentan incremento de la presión intraocular y con esto riesgo de glaucoma y perdida de campo visual.

DURACIÓN
Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre de 2016 se llevara a cavo por parte de los servicios de Otorrinolaringología y oftalmología la organización, protocolización y validación de los formularios necesarios en el referimiento, evaluación y seguimiento de los pacientes en tratamientos con corticoides nasal. Del 9 de Enero de 2017 se iniciara el proyecto de calidad descrito. 1 de Septiembre de 2017 se realizara un análisis de los resultados obtenidos hasta la fecha que permitan establecer conclusiones sobre los efectos de los corticoides nasales sobre la presión intraocular.

OBSERVACIONES
El proyecto no implica ningún gasto económico fuera de lo establecido, ya que es un procedimiento reglamentado a realizar en estos pacientes, pero que se busca protocolizar y de paso conocer su impacto real.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0334

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PAMELA ELLYETTE BENITEZ ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAT GILI ANTONIO
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones del servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Endocrinología para la realización de la guía clínica para la atención eficiente de los pacientes intervenidos de cirugía endocrina.
Reunión del servicio con enfermería para el manejo postquirúrgico y de las complicaciones de la cirugía endocrina hospitalariamente.
Rellenar una encuesta de satisfacción del enfermo y/o familiar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha tenido una mejora en el tratamiento postquirúrgico tomando en cuenta la evaluación de la fonación, síntomas de hipocalcemia y sangrado.
Para el estudio preoperatorio se incluyó una hoja de información al paciente y una encuesta de satisfacción, se realizó la medición de la hormona tirotropa y la TSH. En caso de encontrarse elevados los niveles de TSH, se solicitaron anticuerpos antitiroglobulina en sospecha de tiroiditis.
Con la colaboración de enfermería, se mejoró el cuidado postoperatorio del paciente mediante la inclusión de un protocolo que evaluaba varios aspectos, como el cuidado del drenaje (en caso debito mayor de 50 mililitros en las primeras 24 horas se dejaría este para evitar hematoma cervical), valoración de la herida (realizando cambio de apósitos, y cuidados de la misma), medición de la PTH, calcio y proteínas totales prequirurgicas (el día previo a cirugía o a las 8:00 horas del día quirúrgico) y postquirúrgicas pasadas 8 horas.
Se realizó un un algoritmo terapéutico postquirúrgico de reposición del calcio usando tratamiento de calcio vía oral con calcitriol o de marera intravenosa.
Para considerar el alta postquirúrgica debía de cumplir con ciertas características como no tener sangrado activo o hematoma cervical, náuseas, vómitos o vértigo y tener una normalidad en la deglución y la respiración.
Por último, se entregó una encuesta de satisfacción para la percepción evaluación y mejora, donde se incluyeron datos acerca del tiempo que había permanecido ingresado, coincidencia de lo explicado en su estancia, información sobre su enfermedad, información sobre los riesgos de la intervención, dolor tras la intervención quirúrgica, presencia de nauseas o vomito tras la intervención quirúrgica y la valoración global sobre el ingreso. Hemos visto que, al incluir la hoja de información al paciente, se incrementó la colaboración disminuyo la ansiedad prequirurgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El éxito de nuestro proyecto se basó en el equipo multidisciplinar con el que contamos. El contar con el uso de encuestas de satisfacción para el paciente ha tenido una repercusión positiva tanto en los pacientes como en los familiares, y esto nos ha permitido tener mejoras para el mejor funcionamiento como servicio. El proyecto no implica ningún gasto económico. Ya que es un procedimiento reglamentado a realizar en estos pacientes, pero que se busca protocolizar y conocer su impacto real.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/334 ========== ***

Nº de registro: 0334

Título
IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES

Autores:
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE, BERNAT GILI ANTONIO, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0334

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En los sistemas hospitalarios los profesionales de la salud se enfrentan a nuevos retos para ofrecer servicios de alta calidad y con el gasto mas eficiente. Sobretodo en los servicios quirúrgicos. Las guías de practica clínica que buscan una mejora en la efectividad y la eficiencia para mejorar cada periodo de tratamiento y las guías son una buena herramienta para mejorar el cuidado de los pacientes quirúrgicos.El proceso de tiroidectomía es la intervención mas frecuentemente realizada en cirugía endocrina la cual ha evolucionado en los últimos años con la incorporación de nuevas tecnologías pre y postoperatoria (dispositivos de energía para la hemostasia, determinación de PTH como predictor precoz de hipocalcemia postoperatoria)

RESULTADOS ESPERADOS
Por el momento no se cuenta con resultados de control en la cirugía de tiroides y paratiroides, con lo que con este proyecto se espera brindar el adecuado proceso asistencial abordado de manera integral y unificado con los servicios de Otorrinolaringología y Endocrinología. Teniendo una guía para la toma de decisiones clínicas, evitando duplicidad de pruebas y acortar los tratamientos y mejorar la calidad asistencial. Los objetivos serán:Estandarizar la atención de los cuidados pre y postquirúrgicos de los pacientes que requieren cirugía endocrina en el hospital de Barbastro.Establecer una secuencia de la actividades de los diferentes profesionales que se encuentran a cargo de los pacientes con cirugía de glándulas tiroides y paratiroides.Proporcionar un protocolo basado en las mejores evidencias disponibles.Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria.

MÉTODO
Formalizar un equipo multidisciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Endocrinología que permita el seguimiento de la guía clínica para la atención eficiente de los paciente intervenidos de cirugía endocrina.
Registro de los pacientes que serán intervenidos con el fin de medir el de tiempo de estancia hospitalaria, la estancia en unidad de reanimación, las complicaciones postquirúrgicas (hematoma, hipocalcemia) y la función vocal; quedando registrado en la historia clínica.

INDICADORES
Protocolos, formularios y base de datos de los pacientes intervenidos de cirugía de tiroides y paratiroides. Con cuantificación de la estancia en la unidad de reanimación (días) que será indicado en la historia clínica. Cuantificación de hematoma. Monitorización de la función paratiroidea y tiroidea, antes y después de la intervención quirúrgica. Cuantificación de los pacientes que requieren tratamiento de la hipocalcemia. Cuantificación de estancia hospitalaria. Mensualmente se reunirán los encargados de cada servicio para revisar los registros de los pacientes incluidos en el proyecto.

DURACIÓN
Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre se llevara a cabo la organización, protocolización y validación de los procesos necesarios para la evaluación y seguimiento de los pacientes por parte de los servicios de Endocrinología y Otorrinolaringología. El 16 de Diciembre se iniciará el proyecto de calidad descrito. El 1 de Septiembre de 2017 se realizará un análisis de los datos recogidos que permitan establecer las conclusiones sobre la calidad y eficiencia de la asistencia hospitalaria de los pacientes intervenidos con cirugía endocrina.

OBSERVACIONES
Debido a que proyecto no implica ningún gasto económico, se espera tener un impacto importante en los paciente tratados con esta cirugía

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0749

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTESCON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE
TERRE FALCON RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Completa anamnesis y exploración del paciente.
Realización de las pruebas de alergia
Entrega de folletos de la prevención de la exposición específica a los alergenos.
Tratamiento médico y/o quirúrgico, según necesidades del paciente.
Selección de pacientes para tratamiento con inmunoterapia específica.
Seguimiento, control y evolución de los pacientes.
Los pacientes rellenan el test esprint es un test de calidad de vida de la rinitis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han adherido 26 pacientes(16 hombres y 10 mujeres) a nuestro proyecto, es decir pacientes con rinitis alérgica constatada con pruebas alérgicas. 12 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de turbinoplastia con o sin septoplastia. y 14 del total fueron candidatos a inmunoterapia activa.
El resto se ha ido tratando con antihistaminicos y sprays nasales.
Los pacientes, apoyados los resultados con el cuestionario ESPRINT, mejoraron ostensiblemente con los tratamiento (de una puntuación media de 43 a una puntuación media de 22).
Por lo que se ha conseguido una mejora en la respiración de cada paciente, en el control de la rinitis y por lo tanto en la calidad de vida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes han llegado derivados sobre todo de los médicos de familia de centros de salud.
Los pacientes tratados con inmunoterapia empiezan a notar franca mejoría a partir del primer año de tratamiento. A pesar de esto, muchos de los encuestados ya habían mejorado antes de ese primer año.
Ha sido un proyecto gratuito para la Sanidad que ha mejorado la calidad asistencial de los pacientes.
Considero que es un proyecto que debe seguir aplicándose años, debido a que la rinitis alérgica es una patología muy prevalente en nuestro medio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/749 ========== ***

Nº de registro: 0749

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE, TERRE FALCON RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: Alergias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0749

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTESCON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Más de un 25% de la población de la provincia de Huesca padece algún tipo alergia. De ese porcentaje La mayor parte presentan clínica al exponerse al polen de gramíneas, ciprés y platanero, la cual es la vegetación es más frecuente de la zona céntrica de Huesca, Barbastro y Monzón. Esta es una afectación muy común en la población y que en la provincia de Huesca, lamentablemente, está asistida de manera insuficiente por la falta de un servicio de Alergia en el Hospital.
Los síntomas que destacan en este tipo de pacientes son rinorrea, picor nasal y ocular, estornudos y asma.
Por ello, se propone la organización de una Unidad de alergias por parte del Servicio de ORL del Hospital de Barbastro, para diagnosticar, controlar y tratar aquellos pacientes con rinoconjuntivitis alérgicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Derivación de los pacientes desde los centros de salud correspondientes y desde otras especialidades del Hospital al Servicio de ORL, para así agilizar la asistencia especializada en este tipo de pacientes.
De este modo, el paciente podrá ser atendido directamente por el F.E.A. de ORL llevándole un seguimiento desde el inicio y evitando su desplazamiento a otros servicios ajenos al Hospital, con el coste personal y económico que ello supone para el paciente y para el Hospital.

MÉTODO
Completa anamnesis del paciente.
Realización de las pruebas de alergia
Entrega de folletos de la prevención de la exposición específica a los alergenos.
Tratamiento médico y/o quirúrgico, si procediera.
Selección de pacientes que se puedan beneficiar la inmunoterapia específica.
Seguimiento, control y evolución de los pacientes.

INDICADORES
Cuestionario de calidad de vida en pacientes con rinitis: ESPRINT
versión corta y extendida.
Puntuación de síntomas y medicamentos.

DURACIÓN
Se iniciará en Diciembre de 2016. Se realizarán notificaciones en centros de Salud y Hospital para derivación de pacientes con esta patología.
Se dispondrá de una consulta semanal en el Servicio de alergias donde se realizarán la anamnesis, pruebas alérgicas y consulta.
Finalización: Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0365

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
TERRE FALCON RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A través de los pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias derivados del centro de Salud o que han acudido por voluntad propia, se les ha realizado un protocolo de actuación ante la sospecha de sordera súbita.
Llegaron 6 pacientes a nuestro Servicio, se les realizaba una anamnesis completa, otoscopia, timpanograma, acumetría y audiometría tonal con vía ósea y aérea para su diagnóstico.
Los pacientes diagnosticados de Sordera brusca fueron aquellos que refirieron una hipoacusia neurosensorial brusca (en menos de 72 horas) con pérdida de más de 30 db en 3 frecuencias consecutivas en la audiometría tonal. Cuando no hubo una audiometría basal, se utilizó el oído sano como referencia.
La exploración por otoscopia de estos pacientes fue normal con un Weber lateralizado al oído sano y un Rinne + en el oído enfermo. El timpanograma era normal.
Una vez realizado el diagnóstico correcto de esta patología se pedía una batería de pruebas que incluyeron: Resonancia Magnética de Conductos auditivos internos y Analítica de sangre (hemograma, Velocidad de Sedimentación Glomerular, Anticuerpos antiNucleares y serología luética).
En todos los pacientes, las diferentes pruebas resultaron normales.
Se comenzó de manera inmediata al diagnóstico el tratamiento pertinente que consistió, de inició en todos los casos, en prednisona 1mg/kg/día oral durante 14 días con dosis decreciente con omeprazol 20mg 1/24h en ayunas 14 días.
Los pacientes se revisaron a los 14 días con una nueva audiometría tonal.
De los 6 pacientes, 2 tuvieron una mejoría casi completa con el tratamiento pautado.
Los 4 pacientes restantes que mejoraron poco o nada fueron sometidos a inyecciones de corticoides intratimpánicas semanalamente hastga en 3 ocasiones.
De los 4, sólo 2 pacientes mejoraron con las inyecciones.
Se realizó entonces también una audiometría a los 30 y 90 días posttratamiento cumpliendo los plazos y dando prioridad a estos pacientes en las citaciones.
Los pacientes con más pérdida tras completar el tratamiento se les recomendó adaptación audioprotésica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 6 pacientes, 2 recuperaron completamente, 2 mejoraron parcialmente y 2 no recuperaron. Los criterios de mejoría son los siguientes: recuperación completa si está similar a la basal +- 20dB, recuperación parcial con recuperación entre 20-30dB y sin mejoría menos de 10dB de ganancia. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras series de datos similares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El protocolo que hemos seguido durante el estudio iguala los resultados de otros estudios similares por lo que es el camino a seguir en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/365 ========== ***

Nº de registro: 0365

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Autores:
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, TERRE FALCON RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0365

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La sordera súbita es una hipoacusia neurosensorial con un inicio brusco en menos de 72 horas. Su etiología es desconocida habiendo varias teorías: viral, vascular autoinmune.
Se puede dar en gente joven.
Siempre ha existido mucha controversia sobre los medios a aplicar en esta patología.
Se ha visto que cuanto antes se instaure el tratamiento, mejor es el pronóstico de esta enfermedad.
El tratamiento consistirá en corticoides sistémicos, preferiblemente por vía oral y corticoides intratimpánicos de rescate.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un protocolo diagnóstico y de tratamiento en la sordera súbita

MÉTODO
Realización de charlas con el personal de servicio de Urgencias y Centros de Salud para la detección precoz de esta patología y su derivación al Servicio de ORL ante sus sospecha.
Esto facilitará la instauración del tratamiento cuanto antes.
Se dará prioridad a estos pacientes de cara a las citaciones y realización de audiometrías.

INDICADORES
Para su valoración se realizará otoscopia, timpanograma, acumetría y audiometría
Se hará un estudio de cada paciente en el momento del diagnóstico una analítica de sangre con marcadores de enfermedas autoinmune (ANAs, ANCAs), RMN CAIS para descartar patología tumoral, y la realización de varias audiometrías postratamiento de control en los días 15, 30, 90.

DURACIÓN
Este estudio se realizará desde Mayo 2018 a Mayo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN
CORTIZO VAZQUEZ ELOY
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
BONAGA SERRANO BEATRIZ
GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de reunión de coordinación interservicio.
Búsqueda de referencias bibliográficas.
Elaboración de formularios y algoritmos de derivación y manejo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Generación de formularios de anamnesis y exploración física para paciente con disfonía con la finalidad de facilitar la elaboración de una historia clínica más completa.
Realización de un algoritmo de actuación en pacientes con disfonía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la realización de estos formularios y su aplicación se espera Garantizar una mejora en el proceso de interconsulta entre los servicios involucrados como son el servicio de Otorrinolaringología, Neurología y Rehabilitación, siendo esto apenas un inicio en la mejora de los servicios en materia de patología de la voz.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/622 ========== ***

Nº de registro: 0622

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, BONAGA SERRANO BEATRIZ, GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Órgano fonatorio
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una voz que funciona bien es una herramienta esencial para un tercio de la fuerza de trabajo (1,2). Los problemas de voz entre los usuarios de voz profesional tienen un gran impacto negativo, comparado con la población general, ya que afectan en su capacidad de trabajar, en su sentido general de bienestar, y a veces en el propio sentido de sí mismo (3). Los usuarios profesionales de voz incluyen no sólo cantantes y actores, sino también clérigos, profesores, recepcionistas, personal de ventas, médicos y cualquier otra persona cuya capacidad de ganarse la vida se ve afectada negativamente por la pérdida de calidad vocal y resistencia (4),

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

por eso yo en lo particular y en mi opinión personal creo que profesionales de la voz somos todos.
Los trastornos de la voz ocupacional constituyen la categoría de enfermedades profesionales más frecuentemente certificadas, por ejemplo en Polonia representa aproximadamente el 20% de todos los casos (5).
Villanueva-Reyes A. (2011); Realizó un estudió en profesionales de la voz, estudiando las siguientes variables: sexo, edad, ocupación, posibles riesgos laborales, diagnóstico y tipo de tratamiento. Los resultados revelaron que el 81% de todos los casos de trastornos de la voz encontrados durante el estudio eran mujeres. La edad media de diagnóstico de los diferentes trastornos de la voz fue de 42 años. Los problemas vocales fueron reportados con mayor frecuencia por los maestros de primaria y secundaria (72%). Las quejas más comunes fueron el uso excesivo de voz relacionado con el trabajo (30%) y exceso de polvo en el lugar de trabajo. Los diagnósticos médicos más frecuentes relacionados con trastornos de la voz fueron rinofaringitis (27%), varios tipos de laringitis (21%) y laringofaringitis (10%). La modalidad de tratamiento más frecuente para los problemas de la laringe y la voz fue la prescripción de la medicación. Concluyó que el factor más relevante de los trastornos de voz para los usuarios de voz profesional es la sobrecarga vocal durante su trabajo, recomendando implementar programas de prevención de trastornos de la voz debido a la alta tasa de disfunción vocal entre estos profesionales (6).

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un protocolo de actuación en pacientes con disfonía.

MÉTODO
Realizar un protocolo de actuación en pacientes con disfonía.
Generar formularios de anamnesis y exploración física para paciente con disfonía con la finalidad de facilitar la elaboración de una historia clínica más completa.
Garantizar una mejora en el proceso de interconsulta entre los servicios involucrados como son el servicio de Otorrinolaringología, Neurología y Rehabilitación.

INDICADORES
Protocolo de actuación realizado.
La realización de encuestas y formularios de anamnesis y exploración física.

DURACIÓN
3 de Septiembre 2018: reunión interservicio.
1 de Octubre de 2018: búsqueda de referencias bibliográficas.
7 de Enero : elaboración de formularios y protocolos.
6 de Mayo: Inicio de aplicación de protocolo y formularios creados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0709

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBERA PEREZ PAULA MARIA
FACI ALCALDE ELENA
ABADIAS CUELLO YOLANDA
COSTA RODRIGUEZ PAULA
DEFIOR SANTAMARIA SARA
MONTORI ANAYA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras revisión bibliográfica y puesta en común, se ha realizado el protocolo. Se ha presentado al servicio de farmacia y anestesia, estando pendientes de su valoración para redacción definitiva y puesta en marcha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto al uso de anestesia tópica, se ha obtenido un valor cercano al 100%. En procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, el valor es del 40%. Para la valoración de los datos, se ha usado la documentación clínica del programa de urgencias (PCH), la cual se ha revisado. Pensamos que es un paso importante, pero aun queda mucho por realizar, especialmente a nivel de sedoanalgesia profunda.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha objetivado un uso adecuado de la anestesia tópica, no así de procedimientos de sedoanalgesia mas complejos, sobre los cuales habrá que incidir y valorar la posibilidad de realizar formación acerca de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/709 ========== ***

Nº de registro: 0709

Título
CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, MONFORT BUIL MARIA CARMEN, CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN, VARA CALLAU MARTA, LOPEZ UBEDA MARTA, FACI ALCALDE ELENA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, LANZON CASTRO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRITICO
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No es frecuente en nuestro servicio de pediatría la aparición de pacientes críticos. Cuando aparece uno, el manejo de la medicación puede conllevar ciertos problemas y afectar a la seguridad e incluso la viabilidad del paciente. Al poder intervenir varios servicios (urgencias, pediatría, UCI), con distintos profesionales implicados, se pretende realizar unas "cards" de medicación de urgencia, para mejorar los procesos asistenciales, evitar fallos en la seguridad y dar continuidad a la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar criterios acerca de la preparación y administración de los fármacos utilizados en pediatría en situaciones de urgencia/emergencia, con el fin de disminuir los errores de medicación, dar continuidad a la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0709

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

asistencia y mejorar el proceso
asistencial.

MÉTODO
Reuniones periódicas entre pediatras y enfermeras de los distintos servicios, para repasar la posología y dosificación según la evidencia científica actual, y consensuar las diluciones, para posteriormente crear las cards ajustadas a diferentes pesos, dada la variabilidad de los pacientes pediátricos. Posteriormente serán sometidas a revisión por personal ajeno a las mismas para descartar errores.

INDICADORES
Valoración por revisores externos de las cards: farmacia hospitalaria, UCI, pediatría.

DURACIÓN
Noviembre 2016: reunión preliminar para planificación del proceso y asignación de tareas.
Diciembre 2016-enero 2017: selección de la bibliografía y estudio de la misma. Puesta en común y ajuste de las diluciones.
Febrero-marzo 2017: realización de las cards.
Abril 2017: entrega a todos los miembros, así como a revisores externos (pediatras, intensivistas, farmacéuticos y enfermeras de los distintos servicios), para detección de posibles errores.

OBSERVACIONES
La población diana es toda la edad pediátrica (de 0 a 13 años inclusive).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0709

1. TÍTULO

CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONFORT BUIL MARIA CARMEN
CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN
VARA CALLAU MARTA
LOPEZ UBEDA MARTA
FACI ALCALDE ELENA
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
LANZON CASTRO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones para repasar las dosificaciones de la medicación, en que cantidades realizar las diluciones de las que lo precisaran, con elaboración posterior de las cards.
Valoradas por el servicio de pediatría, y revisadas por otros servicios, se han elaborado unas tablas en pdf.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado las cards de medicación, con lo cual desaparecerá la variabilidad en la preparación de bombas y los errores en la administración de medicaciones en situaciones de stress en urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la actualidad las cards en formato pdf, están en proceso de revisión por los servicios de pediatría, farmacia, intensivos y urgencias, para descartar posibles errores en la transcripción de las mismas.
Tras esto, se procederá a plastificarlas, y dejar copias de las mismas en las áreas de atención pediatrica (urgencias y planta de pediatría).
Sería interesante el poder unificarlas para todos los servicios pediátricos hospitalarios de la comunidad autónoma, consensuando las mismas.

7. OBSERVACIONES.
¿Sería necesario que os envíe las cards para valoración?.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/709 ========== ***

Nº de registro: 0709

Título
CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, MONFORT BUIL MARIA CARMEN, CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN, VARA CALLAU MARTA, LOPEZ UBEDA MARTA, FACI ALCALDE ELENA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, LANZON CASTRO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRITICO
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No es frecuente en nuestro servicio de pediatría la aparición de pacientes críticos. Cuando aparece uno, el manejo de la medicación puede conllevar ciertos problemas y afectar a la seguridad e incluso la viabilidad del paciente.
Al poder intervenir varios servicios (urgencias, pediatría, UCI), con distintos profesionales implicados, se pretende realizar unas "cards" de medicación de urgencia, para mejorar los procesos asistenciales, evitar fallos en la seguridad y dar continuidad a la asistencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0709

1. TÍTULO

CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar criterios acerca de la preparación y administración de los fármacos utilizados en pediatría en situaciones de urgencia/emergencia, con el fin de disminuir los errores de medicación, dar continuidad a la asistencia y mejorar el proceso
asistencial.

MÉTODO
Reuniones periódicas entre pediatras y enfermeras de los distintos servicios, para repasar la posología y dosificación según la evidencia científica actual, y consensuar las diluciones, para
posteriormente crear las cards ajustadas a diferentes pesos, dada la variabilidad de los pacientes pediátricos.
Posteriormente serán sometidas a revisión por personal ajeno a las mismas para descartar errores.

INDICADORES
Valoración por revisores externos de las cards: farmacia hospitalaria, UCI, pediatría.

DURACIÓN
Noviembre 2016: reunión preliminar para planificación del proceso y asignación de tareas.
Diciembre 2016-enero 2017: selección de la bibliografía y estudio de la misma. Puesta en común y ajuste de las diluciones.
Febrero-marzo 2017: realización de las cards.
Abril 2017: entrega a todos los miembros, así como a revisores externos (pediatras, intensivistas, farmacéuticos y enfermeras de los distintos servicios), para detección de posibles errores.

OBSERVACIONES
La población diana es toda la edad pediátrica (de 0 a 13 años inclusive).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0093

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CAYETANA VERASTEGUI MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBERA PEREZ PAULA MARIA
MONTORI AYALA CRISTINA
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA IGNACIO
LANAU LACORT ANA
GIRON GARCIA PAZ
FACI ALCALDE ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron charlas informativas durante el mes de marzo, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) los cambios relacionados con los factores de riesgo a tener en cuenta para la nueva sistematización de monitorización de los niveles de glucosa de los neonatos. Se cambió el protocolo de actuación en neonatos con riego de hipoglucemias, reduciendo el número de mediciones en todos aquellos que no fueran hijos de madre con diabetes insulinodependiente, que son los únicos que precisan controles exhaustivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente, gracias a la aplicación del nuevo protocolo al que tienen acceso enfermeras y pediatras en el control de la planta materno infantil, el 100% de neonatos con riesgo de hipoglucemia (pequeños (<p10)/grandes para edad gestacional (p>90) según tablas de percentiles, prematuros tardíos 34-37 semanas de edad gestacional e hijos de madres no insulinodependientes) se han beneficiado de recibir menos mediciones de glucemias capilares, sin encontrar en ningún caso incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En nuestra unidad, al año aproximadamente el 19% de neonatos son subsidiaros de controles glucémicos y de estos solo el 10% precisa controles exhaustivos. Es decir cerca de 110 neonatos al año se han ahorrado al menos 4 controles glucémicos en sus primaras 24 horas de vida, facilitando el apego con la madre, la lactancia materna y evitando el dolor de pinchazos prescindibles. En nuestra unidad estamos muy satisfechos con el nuevo protocolo y continuaremos con el mismo por el momento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/93 ========== ***

Nº de registro: 0093

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

Autores:
VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA, BARBERA PEREZ PAULA MARIA, MONTORI AYALA CRISTINA, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, LANAU LACORT ANA, GIRON GARCIA PAZ, FACI ALCALDE ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0093

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia es la alteración metabólica más frecuente en el periodo neonatal: 30-40% en hijos de madre diabética y 10-15% en recién nacidos a término. El mantenimiento de la normoglucemia durante el periodo neonatal va a depender de la presencia de reservas de glucógeno y de grasa adecuada, de una glucógenolisis y gluconeogénesis efectiva y de la integración de los cambios adaptativos endocrinos y gastrointestinales con el ayuno y la alimentación. Es más frecuente que se produzcan hipoglucemias en las primeras 72 horas. En nuestro hospital se realizan controles sistemáticos de glucemia a hijos de madre diabética, independientemente de si está controlada con insulina o con dieta a la 1,3,6,12,24 horas de vida. Al resto de neonatos según clínica. Dada la importancia de diagnosticar y tratar prezcomente las hipoglucemias neonatales asintomáticas, por sus consecuencias neurológicas a medio y largo plazo, es preciso actualizar las indicaciones de determinación de glucemia, según diferentes factores de riesgo, y reducirlas en aquellos casos que no precisen un control tan estrecho, para evitar acciones cruentas innecesarias en los neonatos.

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar los neonatos que precisan monitorización de los niveles de glucosa y el número de mediciones sistematizadas según sus factores de riesgo:
- Neonatos hijos de madre diabética insulinodependiente (gestacional o pregestacional): Glucemias a la 1-3-6-18-24 horas de vida, pretoma. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.
- Neonatos hijos de madre diabética controlada con dieta: solo si clínica sugestiva (cambios en el nivel de conciencia, letargia, apatía, flacidez, apnea, llanto débil, temblor, irritabilidad, pobre succión, vómitos, taquipnea, apnea, cianosis, convulsiones y coma)
- Embarazo sin controlar, O`Soullivan desconocido, Grande o Pequeño para edad gestacional (según tablas de percentiles >p90,<p3) o neonato pretérmino tardío (34-37SEG): Glucemias cada 3 horas durante 8 horas. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.

MÉTODO
Se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) los cambios relacionados con los factores de riesgo a tener en cuenta para la nueva sistematización de monitorización de los niveles de glucosa de los neonatos.
Los cambios previstos son eliminar el número de mediciones de glucemias en los hijos de madre diabética no insulinodependiete y cribar a aquellos neonatos con los factores de riesgo arriba descritos para detectar hipoglucemias antes de que sean sintomáticas.

INDICADORES
1. Cribado de hipoglucemia: Total de neonatos asintomáticos con factores de riesgo que se les realiza glucemia/Total de RN con factores de riesgo: >80%
2. No realizar glucemias rutinarias a neonatos hijos de madre diabética no insulinodependiente: >80%
3. Hipoglucemias en Neonatos no incluidos en el cribado: neonatos con hipoglucemia sin factores de riesgo/ neonatos totales sin factores de riesgo: <15%

DURACIÓN
Charlas informativas durante el mes de Febrero 2018 e instauración inmediata de los nuevos criterios de monitorización de niveles de glucosa. Evaluación de indicadores en 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0111

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FACI ALCALDE ELENA
ABADIAS CUELLO YOLANDA
COSTA RODRIGUEZ PAULA
DEFIOR SANTAMARIA SARA
MONTORI ANAYA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras revisión bibliográfica y puesta en común, se ha realizado el protocolo. Se ha presentado al servicio de farmacia y anestesia, quedando pendientes de su valoración para redacción definitiva y puesta en marcha (se ha ido formando al personal para la adecuación de la actividad y realización de sedoanalgesia en procedimientos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto al uso de anestesia tópica, se ha obtenido un valor cercano al 100%. En procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, el valor se sitúa alrededor del 40%. La recogida de los datos se ha realizado a partir del programa de urgencias (PCH). Pensamos que es un paso muy importante a nivel de satisfacción de los pacientes pediátricos y sus familias, y dotaremos de seguridad la realización de la sedoanalgesia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha objetivado un uso adecuado de la anestesia tópica, no así en procedimientos de sedoanalgesia mas complejos, sobre los cuales habrá que incidir y valorar la posibilidad de realizar formación acerca de la misma.

7. OBSERVACIONES.
Envié por error esto al año 2017.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/111 ========== ***

Nº de registro: 0111

Título
PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, BARBERA PEREZ PAULA MARIA, FACI ALCALDE ELENA, ABADIAS CUELLO YOLANDA, COSTA RODRIGUEZ PAULA, DEFIOR SANTAMARIA SARA, MONTORI ANAYA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sedoanalgesia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante la ausencia de un protocolo reglado para evitar la ansiedad y el dolor en los pacientes pediátricos ante los procedimientos que tuvieran que practicarse, creemos que es necesario implementar un protocolo para evitar dichos efectos adversos.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir/eliminar el dolor y la ansiedad de los pacientes pediátricos en la realización de procedimientos.

MÉTODO
Se revisará la farmacopea existente con sus indicaciones y dosis en edad pediátrica en los campos analgesia,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0111

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

sedación y sedoanalgesia. Se elaborará un protocolo que será revisado por el servicio de farmacia hospitalaria. Posteriormente se presentará a los miembros del servicio de pediatría, urgencias y anestesia.
La intención es su introducción paulatina en colaboración con otros servicios (traumatología por ejemplo) para su aplicación de forma rutinaria y su añadidura a la cartera de servicios.

INDICADORES
- Uso de anestesia tópica en procedimientos dolorosos: nº de pacientes sometidos a procedimientos con utilización de anestesia tópica dividido nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica x100. Estándar 100%.
- Utilización de sedoanalgesia en procedimientos: nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, en la que ésta se llevo a cabo dividido por nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, x 100. Estándar 80%.
Fuente de datos: documentación clínica.

DURACIÓN
3 meses para revisión de bibliografía.
1 mes para puesta en común de los datos: nº de pacientes sometidos a procedimientos Con utilización de anestesia tópica dividido por el nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica x 100. estándar 100%.
3 meses para elaboración de un borrador y valoración posterior de su adecuación.
1 mes para revisión por el servicio de farmacia y anestesia.
2 meses para correcciones según recomendaciones de los servicios anteriores y nueva puesta en común para elaboración del definitivo.
1 mes para revisión por los servicios indicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0113

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA LOPEZ ALONSO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BALLARIN BUISAN SUSANA
GIRON GRACIA PAZ
VILCHEZ BRUNED ELENA
LARROYA DOMPER ANA
MONTESINOS FRANCO CARMEN
MORANCHO CASTRO PILAR
SABES SOLANO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Durante el mes de Abril se elaboró la guía de uso y mantenimiento de cada uno de los aparatos incluidos en el proyecto, en formato papel y en Powerpoint. El equipo de trabajo se distribuyó en tres grupos, uno por aparato, formado por TCAES y DUES; se pusieron en común para realizar las correcciones oportunas.
2.Se instaló en el escritorio de todos los ordenadores de trabajo un acceso directo a la carpeta con las guías y Powerpoint. El manual de uso en formato papel se encuentra accesible en la mesa central de trabajo del Servicio.
3.Los miércoles y jueves de Mayo se impartieron talleres para personal habitual, aprovechando mayor presencia de trabajadores por cartelera.
4.Talleres en meses de verano al personal de nueva incorporación, en Materno-Infantil para OAF y en Partos para cuna térmica e incubadora.
5.Curso de Transporte Neonatal y Pediátrico, días 14 y 15 Noviembre 2018 en este hospital. Colaboración en taller sobre manejo de incubadora y casos prácticos sobre RCP neonatal en cuna térmica, estabilización y traslado.
6.Se facilitó la asistencia mediante horarios flexibles.
7.Registro de firmas de asistencia a talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.El personal implicado en el uso de estos aparatos ha recibido información sobre la existencia de las guías elaboradas.
2.Reconocimiento expreso por parte del personal, del fácil acceso y útil manejo de estos manuales, tanto para uso como para limpieza.
3.Alto porcentaje de asistencia a los talleres (100%), mediante registro de firmas.
4.Se han reforzado conocimientos, con personal sanitario mejor formado, lo que repercute en la optimización de los cuidados prestados en situaciones de urgencia y en la utilización de los recursos sanitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tanto el grupo de trabajo como el personal asistente a los talleres teórico-prácticos valoran positivamente este proyecto.Los manuales son accesibles, de fácil manejo y muy gráficos, lo que permite recurrir a ellos cómoda y rápidamente en caso necesario.
Sin embrgo, se considera importante impartir estos talleres periódicamente con el fin de mantener y actualizar los conocimientos adquiridos. El calendario se decidiría con la supervisora del Servicio, haciéndolos extensibles al personal fijo y al eventual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/113 ========== ***

Nº de registro: 0113

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. DE BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF)

Autores:
LOPEZ ALONSO BEGOÑA, BALLARIN BUISAN SUSANA, GIRON GRACIA PAZ, VILCHEZ BRUNED ELENA, LARROYA DOMPER ANA, MONTESINOS FRANCO CARMEN, MORANCHO CASTRO PILAR, SABES SOLANO ESTHER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0113

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades del paciente neonato y pediátrico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Guía de uso, limpieza y mantenimiento de la cuna térmica, incubadora de transporte y OAF.

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El servicio de Pediatría de este hospital ha sido dotado recientemente con una cuna térmica, una incubadora de transporte y oxigenoterapia de alto flujo. Se considera necesario que todo el personal implicado en su manejo conozca su funcionamiento, limpieza y mantenimiento, con el fin de que la atención al paciente pediátrico y neonato se realice de forma eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Formación del personal sanitario de este servicio en el manejo y limpieza de estos aparatos.
2- Facilitar el aprendizaje al personal sanitario de nueva incorporación.
3- Mejorar la utilización de los recursos sanitarios.
4- Optimizar los cuidados al paciente pediátrico y neonato.

MÉTODO
1- Crear guías de uso, limpieza y mantenimiento de la cuna térmica, incubadora de transporte y OAF
2- Realización de cuatro sesiones teórico- prácticas ; durante el periodo estival se realizará alguna más en función de las nuevas incorporaciones.
3- Soporte escrito y audiovisual que incluya toda la información, accesible a todo el personal implicado.

INDICADORES
1- Porcentaje de personal adscrito al Servicio de Materno-Infantil, susceptible de manejarlo, que conoce dicho manejo.
2- Porcentaje de personal eventual en periodo vacacional que recibe formación en el uso y manejo de estos aparatos.
3- El valor a alcanzar será la asistencia a los talleres del 100% del personal. Se evaluará mediante el registro de firmas.

DURACIÓN
Se estima una duración de ocho meses, entre abril y diciembre de 2018.
? Abril: crear las guías escritas y audiovisuales, así como una carpeta en la intranet con todo este material, accesible a todo el personal.
? Abril-Mayo:
? Dos talleres teórico-prácticos para el personal habitual
? Junio-Septiembre:
? Dos talleres al inicio del periodo vacacional.
? Repeticiones en función de las nuevas incorporaciones.
? Los talleres prácticos relacionados con la cuna térmica y la incubadora de transporte se realizarán en la sala de partos donde se ubican de forma permanente, siempre que sea posible.
? Mientras se lleve a cabo este proyecto se informará y facilitará a todo el personal el acceso al material escrito y audiovisual creado para este fin.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0113

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0268

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA MARIA BARBERA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARROYA DOMPER ANA
PALACIO LIESA MIRYAN
ARCAS LALIENA ALBA
VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA
MONTESINOS FRANCO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Uno de los principales objetivos de este proyecto de calidad era hacer una correcta indicación de la fototerapia, así como unificar criterios. Para conseguir este objetivo se realizó un protocolo diagnóstico, donde se incidió en el uso de la bilirrubina transcutánea y bilirrubina venosa, y cuando elegir cada procedimiento. Además se realizó un cartel que se colocó en la sala de exploración de los recién nacidos, visible para todo el servicio, con las gráficas más actualizadas con los puntos de corte de bilirrubina, por encima de los cuales se precisa tratamiento con fototerapia. Gracias a estas medidas se ha podido indicar la fototerapia de forma correcta y unificada.
Gracias a este proyecto de calidad se ha revisado todo el material utilizado en el tratamiento de fototerapia, y hemos conseguido que nos cambien las lámparas, para que cumplan los estándares adecuados.
En este proyecto se elaboró un protocolo de actuación para todo tipo de profesionales, que está disponible tanto impreso como en los ordenadores de la planta, accesible a todos. También se elaboró una hoja informativa para padres, explicándoles de forma sencilla en que consiste la ictericia neonatal y cómo pueden participar ellos en los cuidados del recién nacido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2018 hubo un total de 56 niños en los que se detectó ictericia, de un total de 615 recién nacidos en este período. De esos 56 casos, solo 21 precisaron ingreso para tratamiento con fototerapia. El 100% de las fototerapias fueron indicadas de forma correcta, cumpliendo así el primero de los objetivos. Se ha entrenado al personal en la colocación de las lámparas, y se han cambiado las lámparas por otras nuevas. En todos los casos la colocación de las lámparas fue correcta, y no se ha registrado ninguna incidencia ni complicación. Uno de los mayores problemas de los recién nacidos en tratamiento con fototerapia es el mantenimiento de la lactancia materna. Gracias a las hojas informativas y al apoyo del personal, se ha conseguido mantener el 100% de las lactancias maternas durante el ingreso por fototerapia. Esto se ha conseguido sacar al recién nacido de la cuna durante las tomas, interrumpiendo el tratamiento durante breves períodos de tiempo, o ayudando a las madres a extraerse leche y dársela al recién nacido con jeringuilla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido de gran utilidad colocar las gráficas de punto de corte de ictericia para precisar tratamiento con fototerapia en la zona de exploración de recién nacidos, para favorecer la adecuada indicación de este tratamiento, así como entrenar al personal médico en el uso de bilirrubina transcutánea y bilirrubina venosa. Ha sido también muy positivo elaborar la hoja de información para padres, ya que se ha disminuido el nivel de ansiedad y preocupación en ellos, permitiendo que colaborasen de manera más activa en los cuidados del recién nacido, y favoreciendo del mismo modo la lactancia materna durante el tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/268 ========== ***

Nº de registro: 0268

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

Autores:
BARBERA PEREZ PAULA MARIA, LARROYA DOMPER ANA, PALACIO LIESA MIRYAN, ARCAS LALIENA ALBA, VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA, MONTESINOS FRANCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0268

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La hiperbilirrubinemia representa la causa más común de reingreso hospitalario en la primera semana de vida. Es una situación clínica común y generalmente benigna en el recién nacido a término y prematuro tardío. En nuestro hospital, la hiperbilirrubinemia es una de las patologías más frecuentes en el recién nacido y puede producir la separación madre-hijo durante los primeros días de vida. Es de vital importancia, el diagnóstico y el tratamiento precoz para evitar posibles complicaciones y prolongar el tiempo de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
-Ser capaces de identificar aquellos niños con hiperbilirrubinemia.
-Conocer y utilizar correctamente los distintos tipos de fototerapia.
-Mantener una concentración de bilirrubina sérica por debajo del nivel asociado a encefalopatía.
-Unificar criterios.
-Prevenir los efectos indeseables de la fototerapia: deshidratación, hipertermia o daño ocular, entre otros.
-Fomentar y favorecer la continuación de la lactancia materna durante el tratamiento con fototerapia.

MÉTODO
Se ha elaborado un nuevo protocolo para el personal de la planta, así como hojas informativas para padres. Además se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) el nuevo protocolo, al haber nuevos criterios de fototerapia, cómo colocar las lámparas y cómo deben ser alimentados los recién nacidos sometidos a fototerapia.

INDICADORES
1. Correcta indicación de la fototerapia: 100%.
2. Adecuada información a los padres, haciéndolos partícipes del tratamiento: 100%.
3. Correcta colocación y utilización de las lámparas: 100%.
4. Fomentar la lactancia materna durante todo el tratamiento: 100%.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo y hoja informativas para padres, realizadas durante el mes de febrero. Charlas informativas durante el mes de Abril 2018 e instauración inmediata del protocolo. Evaluación de indicadores en 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABIZANDA GUILLEN ANA
DELGADO BUENO ANA
JANER SUBIAS ELENA
LAMARCA GAY ROCIO
LOPEZ ALONSO BEGOÑA
PERALTA RUFAS ESTHER MARIA
VILCHEZ BRUNED ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se ha elaborado el Protocolo "MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRÍA: COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA - ESPECIALIZADA", con la implicación de Pediatras de los Centros de Salud del Sector, así como de personal de enfermería. Está pendiente de ser valorado por la Comisión de Calidad. Una vez aprobado, se podrá consultar en la Intranet del Sector por todos los profesionales implicados.

2.- Dicho protocolo incluye como Anexos las “Recomendaciones para la vigilancia domiciliaria en la infección del tracto urinario”, y las “Recomendaciones de recogida de la muestra de orina”. Esta información se podrá imprimir desde la consulta y entregar a los responsables del paciente.

3.- Se han mantenido 3 reuniones presenciales entre los miembros del Proyecto para poner en común los problemas asistenciales y de logística relacionados con el manejo de las infecciones urinarias, analizar las últimas evidencias científicas, y unificar criterios para el desarrollo del Protocolo.

4.- Se realizó el Curso presencial "ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA" en el Hospital de Barbastro los días 2 y 9 de octubre, acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 0,8 créditos.

5.- Se han analizado los indicadores propuestos inicialmente con el objetivo de conocer el manejo actual y poder así compararlos con los indicadores una vez implementado el Protocolo. Los datos consultados proceden de los niños atendidos en Urgencias y derivados desde los Centros de Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- El Protocolo de Coordinación Atención Primaria y Especializada acaba de ser consensuado en Enero de 2019, por lo que no podemos evaluar los indicadores una vez implementado.

2.- Los indicadores analizados en el año 2018, previo a la instauración de dicho protocolo son:
Número de historias en el que consta método de recogida de orina/total de número de historias revisadas = 50 %
Número de historias en las que consta recogida al acecho en menores de 2 años/ total de número de historias revisadas = 23,52 %
Número de historias en las que consta recogida de urocultivo previo al inicio de antibioterapia/ total de número de historias revisadas = 82,35 %
Número de historias en las que consta urocultivo de control/ total de número de historias revisadas = 20,58 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- Basándonos en los datos analizados, confirmamos que es necesaria la implantación de un Protocolo común de actuación en las Infecciones del Tracto Urinario para evitar pruebas y tratamientos antibióticos innecesarios.
2.- Una vez aprobado por la Comisión de Calidad, será necesario difundirlo entre el personal implicado, es decir, Médicos de Atención Continuada en Centros de Salud, Pediatras del Centro de Salud y del Hospital, Médicos de Familia con dedicación a Pediatría, y Médicos de Urgencias del Hospital.
3.- Queda pendiente revaluar periódicamente los indicadores incluidos en este Proyecto y en el protocolo, para poder ofrecer una asistencia de calidad a los pacientes, con el fin de que reciban un tratamiento adecuado y evitar pruebas innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/328 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Nº de registro: 0328

Título
PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Autores:
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA, DELGADO BUENO ANA, JANER SUBIAS ELENA, LAMARCA GAY ROCIO, LOPEZ ALONSO BEGOÑA, PERALTA RUFAS ESTHER MARIA, VILCHEZ BRUNED ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección del tracto urinario (ITU) se define como la existencia de bacterias en el tracto urinario cuando debe ser estéril. Se trata de una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la infancia. Factores no modificables como edad, sexo y raza influyen en la prevalencia de la enfermedad. Aproximadamente el 7% de los niños menores de 2 años presentarán un episodio de ITU febril. Los pacientes que han presentado una primera infección urinaria presentan más riesgo de recurrencia, la mayoría en los primeros 6-12 meses, siendo el 18% para varones y el 26% para mujeres. Después de este tiempo, en los varones las recurrencias son muy poco probables, mientras que en las niñas pueden seguir produciéndose muchos años después por gérmenes distintos al de la primera infección.
La afectación renal aguda se produce en el 50-80% de los casos, de los que un 15-20% quedará afectación renal parenquimatosa permanente. Las alteraciones obstructivas del tracto urinario (funcionales, anatómicas o neurológicas) y el reflujo vesicoureteral pueden favorecer la aparición de ITU y las complicaciones a largo plazo.

El diagnóstico de ITU se basa en la clínica, los datos del análisis de orina (nitritos, leucocitaria y hematuria), así como del urocultivo el cual nos dará el diagnóstico definitivo. El método de recogida de la muestra de orina es fundamental para evitar los falsos positivos o negativos.

El seguimiento de estos pacientes debe adaptarse a los medios disponibles en cada sector. Los objetivos de dicho seguimiento son: detección de malformaciones del tracto urinario, control de las recurrencias y seguimiento de la nefropatía cicatricial. Todo ello supone visitas médicas repetidas, empleo de múltiples antibióticos y exploraciones complementarias relativamente invasivas. Por lo tanto, es fundamental la coordinación de las actuaciones médicas tanto de Atención Primaria como de Hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Elaboración de un protocolo consensuado entre el Servicio de Pediatría del Hospital y los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector.
2.- Elaboración consensuada de una hoja informativa sobre “Recomendaciones para la vigilancia domiciliaria en la infección del tracto urinario”.
3.- Elaboración consensuada de una hoja informativa sobre “Recomendaciones de recogida de la muestra de orina”.
4.- Fomentar la comunicación entre los Equipos de Pediatría de Atención Primaria – Nefrología Pediátrica del Hospital en aquellos casos problemáticos o de riesgo, con el fin de ofrecer la mejor asistencia a estos pacientes.

MÉTODO
1.- Se realizarán charlas informativas al personal del Servicio de Pediatría y de Urgencias (auxiliares, enfermería y facultativos) sobre la importancia de los métodos de recogida de orina y la selección de pruebas complementarias a realizar durante el ingreso.
2.- Curso formativo práctico, basado en casos clínicos, sobre el manejo del paciente con ITU febril e ITUS recurrentes orientado al personal facultativo, enfermería y auxiliares del Sector de Barbastro

INDICADORES
- Número de historias en el que consta método de recogida de orina/total de número de historias revisadas > 90 %
- Número de historias en las que consta recogida al acecho en menores de 2 años/ total de número de historias revisadas > 80%
- Número de historias en las que consta recogida de urocultivo previo al inicio de antibioterapia/ total de número de historias revisadas > 90 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

- Número de historias en las que consta urocultivo de control/ total de número de historias revisadas < 10%

DURACIÓN
- Elaboración del Protocolo y hojas informativas antes de Junio 2018
- Implantación de dicho Protocolo a lo largo del resto del año
- Evaluación de indicadores en Enero – Febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA LALAGUNA MALLADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUEZ SORIO JULIA
SAHUN OBIS CARMEN
COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA
REMACHA GARCIA MARIA JOSE
ABAD SANZ MARIA
CANO TOLOSANA MARIO
PALACIO LIESA MIRYAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Desde la Comisión de Lactancia del sector se han organizado las acciones a llevar a cabo de forma coordinada con la gerencia del sector.
- Se realizó una auditoria interna utilizando la herramienta de autoevaluación de la OMS mediante encuestas a los profesionales de todos los servicios implicados en el proyecto y a las madres puérperas en el momento del alta. El análisis de los resultados permitió detectar áreas de mejora para el cumplimiento de los requisitos IHAN y programar acciones formativas.
- En mayo se realizó el Curso básico de lactancia anual acreditado con 3.2 créditos por la Comisión de docencia. Se formaron un total de 22 alumnos.
- En septiembre y octubre se llevaron a cabo sesiones formativas sobre la IHAN (un total de 8 sesiones) a las que asistieron todos los profesionales con implicación directa e indirecta en la asistencia maternoinfantil. Se tuvieron en cuenta los temas a reforzar según las encuestas de auditoría interna.
- Se han revisando y actualizado todos los protocolos asistenciales relativos al cuidado maternoinfantil y se han difundido a través de las sesiones y en la intranet del sector en una pestaña específica dedicada a la IHAN, donde se puede descargar toda la documentación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se remitió la solicitud de reevaluación a la IHAN junto con toda la documentación exigida y durante los días 6 y 7 de noviembre estuvieron en el hospital dos evaluadores de la IHAN para realizar la auditoría externa de forma presencial. Revisaron documentación, registros de formación, realizaron encuestas a madres y profesionales y evaluaron las prácticas.
En diciembre 2018 la IHAN emitió el informe de la evaluación en el que se certificó que el hospital de Barbastro cumple con los criterios IHAN y por lo tanto supera la reevaluación y queda REACREDITADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La acreditación IHAN, al igual que cualquier certificación de calidad, exige la implicación de muchos profesionales de distintas categorías, un alto grado de formación y una coordinación entre niveles asistenciales, por lo que es un proyecto ambicioso, pero la motivación y la satisfacción por poner en práctica una asistencia humanizada y de calidad, nos han llevado a alcanzar nuestro objetivo con éxito.
A pesar de ello, el proyecto no se puede dar por concluido, somos conscientes de que mantener todos los requisitos exige una evaluación y monitorización continua y el esfuerzo por seguir trabajando en la misma línea.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/760 ========== ***

Nº de registro: 0760

Título
REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNO-INFANTILES

Autores:
LALAGUNA MALLADA PAULA, MINGUEZ SORIO JULIA, SAHUN OBIS CARMEN, COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA, REMACHA GARCIA MARIA JOSE, ABAD SANZ MARIA, CANO TOLOSANA MARIO, PALACIO LIESA MIRYAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: embarazo, parto y puerperio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Hospital de Barbastro fue acreditado como Hospital IHAN en 2009. Este reconocimiento implica el cumplimiento de unos criterios de calidad en los cuidados que la madre y el recién nacido reciben durante el embarazo, parto y puerperio, haciendo énfasis en la promoción y apoyo a la lactancia materna. Exige también el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna. Nuestro hospital es el único de Aragón que tiene esta certificación y uno de los 17 que existen en España.
Para el mantenimiento del galardón, es necesario un proceso de reacreditación y superar una auditoría externa de evaluadores de UNICEF que valoran si el hospital sigue cumpliendo los estándares de calidad exigidos. Para superar la evaluación, se requiere una monitorización continua de las prácticas, una revisión periódica de la Normativa de lactancia vigente y de los protocolos asistenciales. También la formación continuada de todas las personas implicadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener la reacreditación IHAN superando la auditoría externa de UNICEF.
Cumplir los criterios IHAN de cuidados de nuestra población maternoinfantil durante el parto y en el puerperio inmediato.
Mantener una tasa de lactancia al alta de maternidad mayor del 75%.
Garantizar la formación del personal de nueva incorporación con el curso de Lactancia que organiza anualmente la Comisión de Lactancia del Sector.
Difundir la importancia del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna entre los profesionales y comprobar su cumplimiento en el Sector.
Revisar y actualizar la Normativa de lactancia y los protocolos asistenciales con unificación de criterios en la atención neonatal y la asistencia al parto.

MÉTODO
La OMS ofrece una herramienta de autoevaluación estructurada para detectar problemas y mejorar el cumplimiento de los 10 pasos. Esta herramienta contempla la recopilación, actualización y revisión de la Normativa de lactancia y de los protocolos, la evaluación de los programas de formación en lactancia materna y del número de profesionales formados, la valoración de estadísticas relativas a la lactancia y la comprobación del cumplimiento del Código de comercialización de Sucedáneos de la leche materna.
Para llevar a cabo el Proyecto, proponemos la utilización de esta herramienta como método de autoevaluación que facilitará la detección de las deficiencias en el cumplimiento de los 10 pasos.
Según los resultados de la monitorización interna se programarán sesiones con los diferentes servicios enfocadas a mejorar el cumplimiento de los 10 pasos IHAN.
Se programará un nuevo curso de Lactancia Materna que se realiza con periodicidad anual para completar la formación de los profesionales de nueva incorporación.
Recopilación de toda la documentación relacionada con la IHAN, Normativa y protocolos, de forma que estén accesibles y disponibles para todos los profesionales desde la portada de la intranet del Sector.

INDICADORES
- Evaluación de las encuestas de monitorización de la OMS realizadas a las madres al alta de maternidad y superación de > 80% de los ítems.
- Tasa de lactancia materna al alta de maternidad > 75%
- Porcentaje de profesionales con formación en los servicios implicados que son capaces de superar la herramienta de monitorización > 80%

DURACIÓN
Duración de un año:
Primer SEMESTRE
• Reunión de la Comisión de lactancia para definir plan de acción
• Revisión y actualización de los protocolos y de la Normativa de lactancia
• Monitorización y evaluación de la situación a través de la realización de las encuestas de monitorización de la OMS a madres y profesionales
• Evaluación del cumplimiento del Código de Comercialización de sucedáneos en Sector con el instrumento de monitorización de la OMS

Segundo SEMESTRE
. Emitir informe de auditoría interna, tasas de lactancia y documentación revisada y elaborada a la IHAN para su evaluación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

- Realización de curso de formación básico para profesionales de nueva incorporación y formación continuada
- Difusión de los documentos y sesiones para mejorar deficiencias detectadas en la evaluación interna
- Solicitud de la auditoría externa para la reacreditación a la IHAN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS MINGUILLON ARANDA
· Profesión ..... TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VINYAS ORUS ENRIQUE
CUELLO ACIN DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para realizar la actualización del plan de autoprotección se adjudicó dicho trabajo a la empresa Inizia, empresa de ingeniería que en el año 2014 realizó el plan de autoprotección del hospital.
En el presupuesto y condiciones del contrato que se formalizó con Inizia, la empresa se comprometía a realizar la actualización en el plazo de dos meses tras la visita inicial a las instalaciones del hospital de Barbastro, que fue en junio de 2018.
Las visitas de la técnico de Inizia encargada de hacer el trabajo de actualización fueron realizadas, una en junio y la otra en septiembre de 2018.
Por razones ajenas al hospital de Barbastro, el borrador del plan de autoprotección no fue entregado por Inizia al servicio de salud laboral hasta enero de 2019.
Analizado con detalle dicho borrador, se comprueba que hay varios errores y déficits en el mismo, que son trasladados a la empresa Inizia en una reunión celebrada a principio de marzo de 2019.
A fecha 13/03/2019, se está a la espera de la corrección de dichos errores en la revisión del plan de autoprotección y por tanto a la espera de la entrega definitiva del documento por parte de Inizia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han podido alcanzar los objetivos planteados ya que la primera fase del proyecto, que es la actualización del plan de autoprotección, no se ha terminado, se está todavía en fase de elaboración.
A partir de dicho documento de actualización deberían haberse realizado un simulacro de emergencias y distintos cursos de formación para la divulgación de dicho plan de autoprotección.
Por tanto:
Indicador: Existencia de plan de autoprotección actualizado.
Evaluación: NO (en fase de elaboración).

Indicador: Realización de simulacro.
Evaluación: NO (es necesario tener actualizado el plan de autoprotección).

Indicador: Realización de cursos de formación específica.
Evaluación: NO (es necesario tener actualizado el plan de autoprotección).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No deberían haberse fijado fechas tan concretas en el desarrollo y ejecución del proyecto al depender en su fase inicial de una empresa externa ajena al servicio de salud laboral del hospital. Sin esa fase inicial concluida, no ha podido desarrollarse el resto del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Se continúa a fecha actual con el desarrollo del proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1431 ========== ***

Nº de registro: 1431

Título
ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MINGUILLON ARANDA LUIS, VINYAS ORUS ENRIQUE, CUELLO ACIN DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No procede
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El plan de autoprotección del hospital de Barbastro no está actualizado ni divulgado adecuadamente. En este sentido, se está incumpliendo la legislación vigente, además de que, en el hipotético caso de que ocurriera una emergencia, el personal desconoce las normas de actuación, poniéndose por tanto en peligro, además de las instalaciones del hospital, la integridad física tanto de los trabajadores del hospital como de los pacientes y acompañantes.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar y divulgar el plan de autoprotección del hospital.

Formar al personal responsable de actuación en caso de emergencia.

Formar al personal de los distintos servicios del hospital.

El proyecto está dirigido a la integridad de los trabajadores del hospital.

MÉTODO
Cooperación con empresa externa para actualizar el plan.

Elaborar normas de actuación para cada servicio del hospital.

Realizar formación específica en cada servicio del hospital.

Realizar formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección.

Realizar simulacro de evacuación en colaboración con bomberos.

INDICADORES
Indicador: Existencia de plan de autoprotección actualizado.
Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de simulacro
Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de cursos de formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección.
Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de cursos de formación específica en cada servicio del hospital acerca de la parte del plan de autoprotección que es competencia de cada servicio.
Evaluación: La medida sería SÍ/NO

DURACIÓN
Actualización del plan de autoprotección: junio-octubre 2018.

Realización del simulacro de emergencias: diciembre 2018

Formación específica en cada servicio del hospital: octubre 2018-enero 2019.

Formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección: octubre 2018-enero 2019.

El responsable de todas las tareas es el técnico de prevención del hospital. Colaboradores: médico de salud laboral e ingeniero de mantenimiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENICON CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GARCIA LACOMA
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVAS CALVETE MARTA
ARA USIETO MARISOL
MOLES ARCOS BARBARA
DEL PINO CARO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez realizadas las Reuniones con diferentes profesionales el año anterior, se continúa con las intervenciones propiamente dichas con aquellos pacientes con sospecha y/o diagnóstico de disforia de género.
Se realizan actuaciones puntuales con aquellos Centros Educativos y Equipos de Orientación donde acuden los niños y adolescentes con dichos diagnósticos (apoyar a tutores, y prevenir posibles situaciones de riesgo de estigma en esos niños así como de forma explícita evitar posibles acosos de nuestros pacientes en el aula).
Continuar en Sesiones Clínicas el tratamiento, en función del proceso en el que se encuentran apoyando cada fase en la que están pasando los pacientes (orientación e información a los padres, puesta en contacto con Endocrino, informes para cambio de nombre tanto en Tarjeta Sanitaria, informes para cambio de sexo en el Documento Nacional de Identidad, sesiones de tratamiento clínico del propio proceso.).
Los 4 casos de los que se partía se ha añadido un caso más de un adolescente (varón que siente ser mujer), y uno de los casos con Diagnostico de Disforia de Género, ha cambiado dicho diagnóstico en el último año. Este último caso ha sido el más precoz en edad, y en el que más dudas a nivel clínico ha suscitado en las profesionales. La literatura al respecto apunta que un porcentaje de niños y/o adolescente abandonan esta condición en la etapa en la que comienzan a realizar los cambios en imagen (ropa asignada al sexo sentido).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se sigue trabajando con 6 casos:
Tres de ellos mantienen el diagnóstico, y actualmente viven conforme a su sexo sentido (uno de ellos lleva 2 años con hormonas, y pendiente de cirugía)
Uno de ellos ha cambiado su diagnóstico de Disforia de Género, dejando de estar en esta condición
Dos casos nuevos, adolescentes, están en proceso de cambio de imagen y pendiente de visita a Endocrino.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las reuniones y contactos con Centros Escolares y padres ha posibilitado poner en valor no sólo la existencia de la Disforia de Género si no también la importancia de colaborar en la puesta en común de las dudas, la información y la lucha contra el estigma de estos niños y adolescentes así como sus familias.
Se sigue echando de menos un Servicio U.T.I.C. en nuestra Comunidad Autónoma que sea referente para este tipo de casos, que pudiera acompañar a los casos más dudosos así como a los profesionales.
El Equipo de Trabajo de este Plan da por concluido este año el Plan de Mejora, siguiendo trabajando y mejorando la línea que ha ido estableciendo respecto a esta casuística

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/871 ========== ***

Nº de registro: 0871

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

Autores:
GARCIA LACOMA MERCEDES, ARA USIETO MARISOL, RIVAS CALVETE MARTA, LALAGUNA MALLADA PAULA, MOLES ARCOS BARBARA, PINA BORRUEL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENICON CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disforia de Género
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora en las diferentes fases de intervención de los pacientes con Disforia de Género y sus familias

PROBLEMA
En este último año han sido remitidos a la USMIJ, dos niñas y un niño menores de 10 años, así como un adolescente varón con problemas de identidad sexual. Tras 10 años de trayectoria de la Unidad, tan sólo se había remitido un adolescente de 17 años, que ya vivía y vestía con forme a su identidad psicológica, donde la demanda era el tratamiento hormonal. Esta nueva situación ha supuesto para el Equipo un gran reto.
La manifestación en menores de disconformidad con su identidad de género supone tanto a nivel familiar como escolar, una consternación, una situación de especial vulnerabilidad que puede llegar a provocar problemas de integración o de rechazo social así como desembocar en abandono o fracaso escolar, además de sufrimiento añadido del menor y la familia.
Las dificultades a las que pueden enfrentarse las personas transexuales aconsejan desarrollar actuaciones que permitan atenderlas adecuadamente en el ámbito educativo, contando con sus familiares y su entorno, para conseguir su plena integración social, y evitar posibles situaciones de rechazo, discriminación o transfobia.
Por todo ello es necesario abordar estas situaciones proporcionando información y formación a la comunidad educativa y favoreciendo el aprendizaje y la práctica de valores basados en el respeto a las diferencias y en la tolerancia a la diversidad sexual.
Puesto en que en nuestro Sector no existía experiencia previa sobre el tema y a nivel de la Comunidad Autónoma todavía se están definiendo las líneas de actuación respecto a los menores con esta problemática, nos planteamos planificar el modelo de asistencia integral y coordinada entre todos los profesionales implicados
En definitiva, nos encontramos sin protocolos de actuación propios tanto a nivel sanitario como a nivel educativo en Aragón, y con unos menores y familias y profesorado que demandan unos planes de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Información clara del algoritmo asistencial de pacientes menores y adolescentes con disforia de género en Aragón. Antecedentes y situación actual
- Establecer actuaciones coordinadas entre los profesionales implicados tanto a nivel clínico (pediatras, endocrinólogos), como psicológico (USMIJ), como educativo (centros educativos) para poder dar una repuesta integral a los pacientes garantizando el diagnóstico, acompañamiento y seguimiento.

MÉTODO
- Revisión bibliográfica de la literatura científica, así como a protocolos de otras comunidades autónomas (Andalucía, País Vasco, Cataluña, Canarias..)
- Reunión con los profesionales que atienden la Disforia de Género en Aragón, con el objeto de esclarecer cuál es la realidad clínica en nuestra Comunidad a este respecto, si existen profesionales de referencia suscritos por el Salud a quiénes se puedan remitir para confirmación de diagnóstico, etc.
- Reunión y Formación con el Grupo de Trabajo de Pediatría Endocrinológica Hospitalaria
- Contactar con Asociaciones de usuarios de disforia de género
- Reuniones de trabajo con Pediatras y Médicos de atención Primaria.
-Reuniones de Trabajo con los Orientadores y Equipo Directivo de los diferentes centros escolares de los menores
- Establecer líneas claras de actuación a nivel escolar (ayuden al menor en la integración de los centros, información a a profesores, información a padres …) a través de Charlas de sensibilización.
- Establecer líneas estratégicas de actuación en la USMIJ a nivel clínico.
Los responsables de realizar las actividades serían los componentes dee equipo del Plan de Mejora de Calidad.

INDICADORES
- Reuniones realizadas con los diferentes profesionales de Salud y de Educación
- Reuniones realizadas con Asociaciones de usuarios
- Visitas clínicas a alguna unidad específica.
- Cursos de Formación para el equipo de trabajo de este proyecto.
- Documento de consenso entre los profesionales (previas consultas con las Direcciones respectivas)
- Actuaciones clínicas y educativas con los usuarios y familias (Intervenciones clínicas, formación y sensibilización a través de charlas por los diferentes centros educativos a familias y profesionales)

DURACIÓN
- mayo –septiembre (búsqueda bibliográfica, contactos con diferentes profesionales sanitarios)
- octubre-diciembre (reuniones con los diferentes profesionales sanitarios implicados y que están trabajando en disforia de género; primeras reuniones con Asociaciones de afectados y educadores; remisión para confirmación de diagnóstico al profesonal dereferencia.
- enero –mayo (implementación de las actuaciones mínimas que faciliten la integración y respeto a su identidad de los niños atendidos por esta problemática). Primer documento de consenso.
-junio (borrador del documento de consenso conjunto entre profesionales sanitarios y de la educación del Sector)
-octubre (revisión del borrador, incidencias etc)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENICON CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EMMA PARDENILLA VIÑUALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO VICENTE YOLANDA
COSTA BRUALLA CRISTINA
BOIX GONZALEZ ANA MARIA
MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA
ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN
PORTABALES PEREZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado un Protocolo de actuación en pacientes alérgicos al látex ante una intervención quirúrgica, por lo cual se han revisado todos los almacenes,quirófanos y estancias dentro del Servicio de Quirófano para saber que material,instrumento de trabajo y mobiliario contenía látex o estaba exento, realizando unos listados donde se especifica claramente.
Se ha promocionado el Protocolo, estando aprobado, colgado en Intranet y a disposición de todo el personal . Marzo 2018
Se ha imprimido el Protocolo, dejándolo en el Esperacamas de quirófano (preparación de pacientes), en un lugar señalizado y puesto en conocimiento de todo el personal, incluido URPA. Abril 2018
Se realiza una sesión formativa al personal del servicio de quirófano y URPA (Enfermeras y Tcaes) a la que acuden 36 personas, y donde se expone un Power Point. Diciembre 2018
Durante todo el año se lleva un registro de todos los pacientes alérgicos al látex intervenidos quirúrgicamente,donde se determina si se ha llevado a cabo el protocolo y si han ocurrido incidencias (7 pacientes y 1 incidencia) . Enero a Diciembre 2018
Se acuerda con los Servicios quirúrgicos y con el Servicio de admisión,como actuar ante la inclusión en la lista de espera quirúrgica a los pacientes alérgicos al latex para una realización correcta de la misma. Mayo 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores utilizados:
-Protocolo realizado: Si
-Listado de pacientes alérgicos al látex: Si
-Actualización en la historia clínica: Si
-Número de sesiones: 1
-Número de asistentes: 36
El personal de quirófano tiene ahora una línea clara de actuación cuando acude un paciente alérgico al látex, sabe que existe un protocolo y como tiene que seguirlo.
El proyecto ha resultado ser muy útil para el personal del Servicio de Quirófano, utilizándolo como referente cuando se dan casos de personas alérgicas al látex.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los integrantes del proyecto de mejora nos hemos dado cuenta de que el material existente en un quirófano es enorme y está en continuo cambio debido a las nuevas necesidades y a los continuos cambios de casas comerciales, por lo que realizar los listados ha sido una tarea ardua y de difícil realización.
No obstante creemos firmemente en la importancia del trabajo realizado, ya que se aumenta la seguridad para los pacientes alérgicos al látex intervenidos en el servicio quirúrgico del hospital de Barbastro.
El proyecto se ha realizado por la motivación y dedicación del equipo, por lo que estamos muy satisfechos y hemos tenido unos estupendos resultados .
Queda pendiente el cambio de material no fungible con látex por uno sin látex, ya que durante todo el año se incide en la necesidad de cambiar el material que contiene látex por otro exento (ej. Ambus),siempre que las posibilidades económicas lo permitan, estando a la espera de respuesta, de momento no se ha cambiado, pero decidimos que el proyecto está finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/22 ========== ***

Nº de registro: 0022

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Título
MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PARDENILLA VIÑUALES EMMA, PUEYO VICENTE YOLANDA, COSTA BRUALLA CRISTINA, BOIX GONZALEZ ANA MARIA, MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA, ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN, PORTABALES PEREZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades alérgicas inmunológicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los casos de pacientes alérgicos al latex han aumentado en los últimos años y el personal de quirófano(enfermeros,técnicos auxiliares de enfermería,celadores) no tenemos una linea clara de actuación ante estos pacientes.
También es sabido que uno de los grupos que más sensibilidad tiene al látex son los trabajadores sanitarios y en concreto el personal de quirófano.
Existe material que contiene latex y hay que actuar con celeridad en el caso de un paciente con una posible alergia al latex que vaya a ser intervenido.
El material de quirófano está cambiando constantemente debido a la innovación y a los continuos cambios de casas comerciales que nos suministran.
Por todo esto pretendemos dotar de conocimientos necesarios y una guía clara de actuación al servicio de quirófano del Hospital de Barbastro así como la eliminación de todo el material que pueda ser sustituido por uno libre de latex .

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar y unificar cuidados, aumentando el conocimiento del personal del servicio de quirófano, sobre como actuar ante posibles pacientes alérgicos al latex que vayan a ser intervenidos.
Eliminar el material de quirófano que contenga látex y cambiarlo por material exento de látex siempre que sea posible y si no es asi saber como resolver la situación.
Actualizar los listados de material que contenga látex.
Mejorar la calidad del trabajo del personal del servicio de quirofano ante un paciente alergico al latex.

MÉTODO
Realizar protocolo de actuación en pacientes alergicos al latex ante una intervención quirurgica.
Imprimir hojas del protocolo.
Sesión formativa al personal del servicio quirúrgico.
Realizar un registro de los pacientes alergicos al latex intervenidos quirurgicamente.
Análisis de la situación y acciones para mejorar las actuaciones ante estos pacientes.

INDICADORES
Protocolo realizado : (SI - NO)
Listado de pacientes alérgicos al latex : (SI / NO)
Actualización en la historia clínica : (SI / NO)
Número de sesiones:
Número de asistentes:

DURACIÓN
Realizar protocolo de actuación en pacientes alergicos al latex ante una intervención quirurgica……. Marzo 2018
Imprimir hojas del protocolo…….Marzo 2018
Sesión formativa al personal del servicio quirúrgico….De marzo a septiembre 2018.
Realizar un registro de los pacientes alergicos al latex intervenidos quirúrgicamente…..De enero a diciembre del 2018
Análisis de la situación y acciones para mejorar las actuaciones ante estos pacientes….Enero 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0895

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINAHUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIOEN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA BALLABRIGA GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPUÑA GARANTO MERCEDES
FRANCES ROMERO HELENA
ESPIN UTRERA MARIA JOSE
BOLEA TOLOSANA SIRA
BOIX GONZALEZ ANA MARIA
MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA
BENTUE OLIVAN LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este año 2018 se ha realizado una presentación con fotografías para facilitar la correcta preparación de la medicación sobre la que estamos trabajando. Se ha empezado a realizar el diseño de una hoja de registro de pacientes a los que se les aplica el tratamiento, en la que se recojan los datos necesarios para el estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha alcanzado todavía ningún resultado, ya que debido a la poca frecuencia de aplicación de este tratamiento actualmente en el servicio de quirófano, no se han podido recoger datos suficientes para el estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se han podido obtener conclusiones dada la no finalización del estudio.

7. OBSERVACIONES.
Pendientes de realizar las sesiones formativas al personal de la unidad, y la valoración de los datos recogidos en la hoja de registro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/895 ========== ***

Nº de registro: 0895

Título
ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINA HUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO EN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
BALLABRIGA GONZALEZ MONICA, FRANCES ROMERO HELENA, ESPUÑA GARANTO MERCEDES, BOLEA TOLOSANA SIRA, ESPIN UTRERA MARIA JOSE, BOIX GONZALEZ ANA MARIA, MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existen pacientes con deficiencia de factores de coagulación, tanto congénita como adquirida, que precisan una intervención quirúrgica, ya sea programada o urgente, en la que se presenta un riesgo real de hemorragia intraoperatoria que compromete la vida del paciente. Para evitar errores que repercutan en la seguridad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0895

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINAHUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIOEN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

estos pacientes se precisa la correcta preparación y administración de un complejo de protrombina humana de los factores de coagulación II, VII, IX y X, que disminuyan de forma significativa el riesgo de hemorragia de los pacientes afectados por esta deficiencia
Es importante conocer el procedimiento de preparación del complejo, la vía y el tiempo de administración, puesto que se trata de una medicación de uso poco frecuente y con una técnica diferente a las medicaciones habituales. Por eso la necesidad de elaborar una guía que unifique pautas de actuación para el personal del servicio y garantice la seguridad del paciente, que disminuya el riesgo de hemorragia y aumente la supervivencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar y unificar en el servicio de quirófano los criterios de aplicación de protrombina humana en los casos en los que se precise, aumentando así los conocimientos del personal del servicio sobre la actuación a llevar a cabo, para mejorar el grado de seguridad del paciente con grave riesgo de hemorragia o hemorragia activa intraoperatoria. Divulgar en el servicio la correcta preparación y administración intravenosa del complejo de protrombina

MÉTODO
- realizar guía de pautas de actuación en caso de pacientes que requieran tratamiento con complejo de protrombina humana.
- Elaborar posters informativos con los pasos a seguir, accesibles para todo el personal.
- Sesiones formativas dirigidas al personal

INDICADORES
- Realización de la guía de pautas de actuación (si/no)
- Nº de sesiones formativas
- Nº de asistentes a las sesiones formativas
- Nº de intervenciones quirúrgicas que se posponen por el retraso en la administración del tratamiento
- Nº pacientes en los que ha mejorado el INR / nº pacientes que han recibido tratamiento con prothromplex.

DURACIÓN
- Elaboración de la guía de pautas de actuación en la aplicación de protrombina humana endovenosa: noviembre 2018
- Diseño de poster informativo: diciembre 2018
- Sesiones formativas dirigidas al personal: diciembre 2018 - enero 2019
- Registro de tratamientos aplicados y resultados de INR pre y post tratamiento: de mayo de 2018 a marzo de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0454

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JORGE AZANZA PARDO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMON BUISAN ROSARIO
SANMARTIN SATUE CONCEPCION
SUELVES MONTES PILAR
VELASCO GOMARA SOLEDAD
SUBIAS TRICAS MERCEDES
BROTO BALLARIN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El calendario de actividades marcado se ha llevado a cabo según lo previsto. Tras la valoración de los datos susceptibles de figurar en la nueva ficha de tratamiento y realizar el correspondiente diseño y maquetación de la misma. Se implanta el nuevo modelo como herramienta de trabajo, se realizan la encuesta de satisfacción de los profesionales y la valoración de los indicadores propuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mediante el proyecto planteado se conseguido:

•Mejorar la intercomunicación. Mejorando los procesos organizativos y de administración. Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
•Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales. Mejorar la presentación y legibilidad de la información relativa a los pacientes.

Indicadores utilizados:

•Indicador: Grado de implantación.
Resultado: 100%. La implantación es total ya que el se dejó de lado el antiguo modelo y se trabaja únicamente con el nuevo.

•Indicador: Porcentaje de cumplimentación adecuada.
(Revisión 50 fichas de tto. Elegidas al azar de los pacientes dados de alta de tratamiento durante el año 2016. Se revisa que esté cumplimentada de acuerdo a la leyenda que figura en la propia ficha de tratamiento desde fecha de comienzo a fin de sesiones).
Resultado: 90%. Se han detectado algunos errores, heredados del anterior modelo. Fallos que deberían mejorar.

•Indicador: Grado de satisfacción de los profesionales
(Encuesta de satisfacción de los profesionales tras la implantación del proyecto).
Resultado: Tras evaluar los resultados de la encuesta de satisfacción se puede destacar como dato relevante que un 100% de los trabajadores cree que se ha mejorado presentación y legibilidad de la información, mejorando los procesos organizativos y de administración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
•La modificación de la ficha de paciente ha dotado de mejor accesibilidad al mejorar la presentación y legibilidad de la información relativa a los pacientes. Además la implicación por parte de los terapeutas es importante.
•La realización del proyecto se da por terminada, si bien como cualquier procedimiento siempre es susceptible de poder mejorarse.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/454 ========== ***

Nº de registro: 0454

Título
ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0454

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION

AZANZA PARDO JORGE, RAMON BUISAN ROSARIO, SANMARTIN SATUE CONCEPCION, SUELVES MONTES PILAR, VELASCO GOMARA SOLEDAD, SUBIAS TRICAS MERCEDES, BROTO BALLARIN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Susceptible de tto. rehabilitador
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La ficha de tratamiento es una herramienta utilizada en el servicio para la comunicación entre facultativo y fisioterapeuta, en ella se reflejan los datos más significativos del tratamiento y además es un elemento de control al usuario que acude al servicio como paciente. Con el paso del tiempo los datos relevantes han ido cambiando y modificándose. El proyecto pretende adaptar las fichas a los requerimientos que existen en la actualidad y dotar de mayor orden y claridad los datos que recogen.

El proyecto surge por la necesidad de gestionar de manera más eficiente esta información. Aportando como ventajas mayor legibilidad, claridad y orden de los datos.

RESULTADOS ESPERADOS
•Mejorar la intercomunicación.
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
•Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.
- Mejorar la presentación y legibilidad de la información relativa a los pacientes.

MÉTODO
- Valorar qué datos son susceptibles de figurar en la ficha de tratamiento.
- Diseñar y maquetar la ficha.
- Implantación parcial a modo de prueba.
- Evaluación. Encuesta de satisfacción de los profesionales.
- Modificación o implantación completa del Proyecto.

INDICADORES
La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :
- Correcta cumplimentación
- Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:
- Porcentaje de cumplimentación adecuada.
(Revisión 50 fichas de tto. Elegidas al azar de los pacientes dados de alta de tratamiento durante el año 2016. Se revisa que esté cumplimentada de acuerdo a la leyenda que figura en la propia ficha de tratamiento desde fecha comienzo a fin de sesiones.)

- Encuesta de satisfacción de los profesionales tras la implantación del proyecto.

DURACIÓN
- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Octubre 2016
- Valoración de datos susceptibles: Octubre de 2016.
- Diseño de ficha: Octubre de 2016.
- Implantación del Proyecto: Diciembre de 2016.
- Monitorización de indicadores y resultados: Diciembre de 2016 – Enero de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1777

1. TÍTULO

EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ COSCUJUELA ROMAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN GASPAR ELENA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones periódicas de los médicos del Servicio de Rehabilitación del H.Barbastro para adecuar el Plan de Atención al Ictus de Aragón a nuestro Sector.

Establecer un proyecto piloto en el que se pone a prueba si las interconsultas realizadas desde Hospitalización con motivo de "ICTUS" eran valoradas por un médico Rehabilitador en las 24-48 h desde su recepción.

Se han registrado los datos de las interconsultas recibidas desde el 1-6-17 hasta el 31-12-17.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La llegada a la unidad de hospitalización implica que durante la estancia se lleve a cabo la valoración, tratamiento, cuidados e inicio precoz de la rehabilitación.

La rehabilitación tiene que empezar tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado el control del estado vital. Los pacientes que inician la rehabilitación durante la primera semana después del ictus tienen menos discapacidad y mejor calidad de vida a largo plazo que los que la inician más tarde.

Del total de interconsultas recibidas desde Neurología con motivo de pacientes con ictus, un 94,44% (51/54) fueron valorados en las primeras 24-48h y por lo tanto dentro del margen establecido por nuestro Servicio. El objetivo principal de realizar esta valoración precoz es el participar en la continuidad asistencial del paciente y mantener un tratamiento Rehabilitador hasta la ausencia de objetivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Viendo que los resultados de este proyecto piloto son positivos, se pretende su puesta en marcha con la colaboración del Servicio de Neurología para poder realizar una pronta captación, evaluación y adecuado seguimiento del paciente con ictus durante la estancia hospitalaria, y contribuir en la planificación del destino al alta.

Tenemos previsto incluir para 2018, el indicador de inicio precoz de tratamiento rehabilitador tras su indicación por el medico rehabilitador.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1777 ========== ***

Nº de registro: 1777

Título
EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA

Autores:
MARTINEZ GONZALEZ ANA, CASAS LAZARO JOAQUINA, MARIN GASPAR ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1777

1. TÍTULO

EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se denomina “ictus” al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo.El ictus es una enfermedad de gran impacto en la vida personal y social. Constituye la primera
causa de muerte entre las mujeres y la segunda en el total de la población.
Se plantea este Proyecto con el objetivo principal es realizar una valoración por un médico Rehabilitador en las 24-48h desde la recepción de la Hoja de Colaboración.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un proyecto piloto en el que se pone a prueba si las interconsultas realizadas desde Hospitalización con motivo de “ICTUS” eran valoradas por un médico Rehabilitador en las 24-48 h desde su recepción.

MÉTODO
La llegada a la unidad de hospitalización implica que durante la estancia se lleve a cabo la valoración, tratamiento, cuidados e inicio precoz de la rehabilitación.

La rehabilitación tiene que empezar tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado el control del estado vital. Los pacientes que inician la rehabilitación durante la primera semana después del ictus tienen menos discapacidad y mejor calidad de vida a largo plazo que los que la inician más tarde.

INDICADORES
Del total de interconsultas recibidas desde Neurología con motivo de pacientes con ictus, un 94,44% (51/54) fueron valorados en las primeras 24-48h y por lo tanto dentro del margen establecido por nuestro Servicio. El objetivo principal de realizar esta valoración precoz es el participar en la continuidad asistencial del paciente y mantener un tratamiento Rehabilitador hasta la ausencia de objetivos.

DURACIÓN
Viendo que los resultados de este proyecto piloto son positivos, se pretende su puesta en marcha con la colaboración del Servicio de Neurología para poder realizar una pronta captación, evaluación y adecuado seguimiento del paciente con ictus durante la estancia hospitalaria, y contribuir en la planificación del destino al alta.

Tenemos previsto incluir para 2018, el indicador de inicio precoz de tratamiento rehabilitador tras su indicación por el medico rehabilitador.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1778

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA PRIMERA VISITA EN CCEE DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOAQUINA CASAS LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Supervisión diaria por los facultativos del Sº de Rehabilitación de las IC procedentes de otros Servicios, para establecer la prioridad de citación según modelo consensuado
-Puesta en marcha de la IC telemática (a partir de Noviembre de 2017)
-Sesión clínica semanal del Servicio para la valoración y organización del trabajo
Actividades desarrolladas desde Junio-Diciembre de 2017 con la incorporación de los tres facultativos a jornada completa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El seguimiento de los cuadros de mando nos permite evaluar la eficacia y eficiencia de nuestra gestión. Se han comparado los datos recogidos en los años 2016/2017.
Nuestro objetivo era superar el resultado del año anterior.
Hemos conseguido:
-Un Incremento del 10,51% en el número de primeras visitas (2825/3122)
-Una reducción en la relación sucesivas/primeras visitas de 1,73 a 1,52
-Un incremento del 2% en el número total de consultas(7.716/7.869)
- Un Incremento del 6,63% de pacientes dados de alta (17,19%/23,82%)
-No hay lista de espera en las IC valoradas por los médicos rehabilitadores con prioridad máxima

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo para el ejercicio 2017 era profundizar en el análisis de la realidad, impulsando nuevas líneas de trabajo y actuaciones que contribuyeran a garantizar de forma efectiva la accesibilidad a nuestro Servicio, a agilizar la gestión de la lista de espera en patologías que por razones clínicas y sociales menos deben esperar, así como a optimizar nuestros recursos.
Aun consiguiendo mejores resultados que el año anterior,
queda pendiente mejorar la coordinación asistencial entre profesionales (rediseñar circuitos de citación, acuerdos de derivación), potenciar las relaciones y así aumentar el grado de satisfacción, ya que hemos observado durante este año un progresivo aumento de la demanda. Se ha incrementado un 37,4%(2001/3.192) el número de IC realizadas desde AP, factor que influye en la accesibilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1778 ========== ***

Nº de registro: 1778

Título
DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA 1ª VISITA EN CCEE DE REHABILITACION

Autores:
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, MARIN GASPAR ELENA, MARTINEZ GONZALEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo tipo de patología susceptible de provocar discapacidad
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1778

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA PRIMERA VISITA EN CCEE DE REHABILITACION

PROBLEMA
En nuestro sistema sanitario público (SALUD) consideramos al paciente como eje principal. Nuestros principios rectores son garantizar la equidad de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, por lo que debemos tomar medidas de mejora de eficiencia y optimización de recursos. Pretendemos corregir la tendencia al alza y reducir los tiempos de demora detectadas en nuestro Servicio para patologías en las que prolongar la espera puede derivar en que las lesiones se agraven y queden secuelas. Mediante la IC telemática, la supervisión por los facultativos del Servicio RHB de las IC recibidas, estableciendo la prioridad según código consensuado y el manejo de los tiempos de tratamiento y seguimiento en el paciente crónico, pretendemos agilizar lista de espera, realizar consultas de alta resolución y obtener el máximo rendimiento del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
-Resultados que esperamos conseguir: Reducir número de lista de espera de interconsultas urgentes y preferentes (pacientes que por la gravedad de su patología es prioritario el inicio precoz de RHB), optimizar el rendimiento del Servicio (consulta de alta resolución, indicación/tiempo de tratamiento rehabilitador)

MÉTODO
Acciones previstas para lograr los objetivos:
- Desarrollo de la IC telemática
-Priorización por los FEA RHB de las IC realizadas desde otras especialidades
-Coordinación asistencial entre profesionales
(rediseñar circuitos de citación, potenciar la consulta no presencial, acuerdos de derivación)
-Reuniones clínicas semanales del Servicio para la valoración y organización de la actividad asistencial, el control y seguimiento de los tratamientos y desarrollo de actividades de formación

INDICADORES
El seguimiento de los cuadros de mando nos permite evaluar la eficacia y eficiencia de nuestra gestión.
Nuestro objetivo es superar el resultado del año anterior, consiguiendo:
- un incremento del número total de consultas realizadas, a favor de primeras visitas
- mejorar la relación sucesivas/primeras
- reducir lista de espera para IC urgentes
- mayor número de altas

DURACIÓN
La duración prevista para el análisis y revisión es anual, aunque la incorporación al Servicio a tiempo completo de los tres facultativos responsables se realiza a partir de Junio de 2017. Los resultados se obtienen en relación al cuadro de mando del año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1779

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARIA MARIN GASPAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASAS LAZARO JOAQUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nos hemos reunido en varias ocasiones y hemos recopilado datos de los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, observando que la información dada es deficitaria y que presentan múltiples dudas acerca del proceso.
Hemos realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva valorando las diferencias evolutivas en pacientes con buen acceso a información respecto a los que no.
Los pacientes con buen acceso a la información evolucionan de forma más satisfactoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado una hoja informativa para pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, la cual está pendiente de entregar al servicio de calidad.
En dicha hoja se explican cuidados, medidas antiluxación y ejercicios a realizar en pacientes intervenidos de prótesis total de cadera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos queda pendiente entregar la hoja informativa al servicio de calidad y su posterior aprobación.
Dicha hoja será entregada a los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera por el médico rehabilitador el primer día de su valoración.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1779 ========== ***

Nº de registro: 1779

Título
MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

Autores:
MARIN GASPAR ELENA MARIA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, CASAS LAZARO JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sustitución de cadera por una prótesis es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas hoy en día debido al aumento de la esperanza de vida de la población y a la enorme tasa de éxito que tiene en el alivio de los síntomas causados por la artrosis de cadera.
Hemos recopilado datos de los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, observando que la información proporcionada es deficitaria y que presentan múltiples dudas acerca del proceso.
Se plantea este proyecto con el objetivo de mejorar el acceso a la información de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Entregar una hoja informativa a todos los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera en el Hospital de Barbastro.
En dicha hoja se explican medidas anti luxación, cuidados y ejercicios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1779

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

MÉTODO
Los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera son valorados por el servicio de rehabilitación durante el ingreso o de forma ambulatoria.
Se entregará al paciente la hoja informativa el primer día de valoración

INDICADORES
El indicador que usaremos será entrega a todos los pacientes vistos por el servicio de rehabilitación de la hoja informativa respecto al total de intervenidos de prótesis total de cadera

DURACIÓN
Se pretende su puesta en marcha en 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 21/01/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH FERNANDEZ SANCHEZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ ANA
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
REMACHA GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se incorpora la consulta de PDP (Prevención de Desgarros Perineales durante el parto) a la Cartera de Servicios del hospital.
Se crea el grupo de trabajo interdisciplinar de la Unidad de Suelo Pélvico. Integrado por una ginecóloga, una urólogа, una médico rehabilitadora, una fisioterapeuta y una matrona.
Consulta de suelo pélvico: Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Electroterapia. Bomba de vacío. Tratamiento individualizado y/o grupal.
Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior.
Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.
Adquisición de recursos materiales: material específico de consulta y tratamiento.
Se lleva a cabo la oferta formativa a través de programa focuss 16015 “Rehabilitación de las disfunciones de suelo pélvico”, seleccionando en la edición del 2018 a profesionales de los Centros sanitarios de Ejea de los Caballeros, Graus y hospitales de Alcañiz y Clínico de Zaragoza.
Talleres dirigidos a alumnos de secundaria del Instituto Martínez Vargas (Escuela promotora de salud). Participan 75 alumnos. Marzo 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Cuestionarios de calidad de vida: 90%
Valoración escalas Laycock, Oxford modificada y PERF en 1ª consulta fisioterapia: 90%
Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año: 28/1136
Número de sesiones/año: 1428.
Nº partos vaginales/año: 580
Desgarros perineales/año: 40%. De los cuales 69% corresponden a grado I, 28% grado II y 3% grados III – IV.
Episiotomías/año: 30%
Embarazadas en consulta PDP/año2018: 25 pacientes.
Satisfacción de las pacientes en la consulta PDP: Se mide mediante cuestionario que se envía al 100% de las embarazadas, al finalizar a través de e-mail y pinchando en el enlace:
https://www.survio.com/survey/d/F9M4E7T9U9A3K5U9P#.Vt1PQCkfm4E.email Entre los resultados obtenidos se incluye, como muestra, la pregunta:
¿Cómo conociste la existencia de la consulta?

Por un conocido	13	52 %
En el propio Servicio de Rehabilitación	3	12 %
Por medio de la matrona	7	28,0 %
Por medio del ginecólogo	0	0 %
Otro (Por favor especifica)	2	8 %

En la evaluación del trabajo de la fisioterapeuta y la opinión sobre la privacidad que brinda la consulta, se obtienen las puntuaciones más altas, de 5 sobre 5, en todas las respuestas.
En el apartado para que la embarazada exprese su valoración, se reflejan literalmente algunos de los comentarios expresados por ellas como:
“Que el servicio de prevención se extendiera a los centros de salud de las principales localidades del ámbito comarcal del hospital porque considero que es una excelente prestación de apoyo al embarazo”
“Creo que es un servicio totalmente necesario, como prevención para posibles desgarros en el parto. Tanto la atención como las explicaciones e información facilitada por el fisioterapeuta han sido muy correctas.”
“Que desde las matronas de atención primaria se informara de este servicio, puesto que yo me enteré por una amiga, de no ser así me hubiese perdido esta oportunidad tan útil y necesaria”

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La proporción de embarazadas atendidas en la consulta de prevención es pequeña, respecto al número de partos vaginales. Se debe insistir en la divulgación y trasmisión de la información desde la Atención Primaria. Para ello, se recomiendan sesiones clínicas en los centros de salud para dar a conocer la Unidad. Esperamos que, si el número de embarazadas atendidas en la consulta PDP aumenta, los porcentajes de desgarros y episiotomías disminuyan.
Se valora positivamente el funcionamiento de la consulta de suelo pélvico y los talleres formativos. Se le dará continuidad en cada curso escolar. Aprovecharemos las plataformas de divulgación que surjan, como la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

participación en las semanas culturales de los pueblos para llegar a más población y educación no formal mediante charlas.
Nos queda mucho trabajo por hacer. La creación y funcionamiento de la consulta es una realidad ilusionante, pero creemos que no nos podemos conformar con esto. Hay que continuar con la prevención y tratamiento, de todos los daños que se pueden producir a lo largo de la vida en el suelo pélvico de la mujer, las disfunciones del hombre (prostatectomías, neovejigas, fibrosis, disfunción eréctil, etc) y las de los niños (enuresis, encopresis, hiperactividad vesical, extrofia vesical, etc).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/57 ========== ***

Nº de registro: 0057

Título
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Autores:
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, MARTINEZ GONZALEZ ANA, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, REMACHA GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CASUÍSTICA:
La prevalencia de disfunciones como la IU varía en los diferentes estudios del 3 al 43% y, según datos del estudio Epidemiology of Urinary Incontinence in Nord-Trondelag (EPINCOT), es más frecuente a partir de los 55 años de edad.
Las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, hacen que síntomas como la urgencia miccional o la IUE se expresen más frecuentemente en mujeres.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención al usuario que es escuchado y valorado respecto a unos síntomas de gran impacto psicosocial.

Aliviar su sentimiento de frustración, culpa, vergüenza y pérdida de autoestima y confianza en sí mismo.

Favorecer la relación interdisciplinar de los profesionales implicados en la Unidad de SP

Promover actividades de formación de los sanitarios implicados

Promover la educación para la salud, mediante técnicas de prevención de disfunciones posteriores al parto.

Disminuir la incidencia de desgarros perineales en la fase de expulsivo.

Aumentar el grado de satisfacción de las pacientes embarazadas.

MÉTODO
ACTIVIDADES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Incorporar la consulta de PDP a la Cartera de Servicios del hospital.

Crear la consulta de suelo pélvico específica

Crear grupo de trabajo interdisciplinar
".Consulta de suelo pélvico:Dirigida al diágnostico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Tratamiento individualizado y/o grupal.

.Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior."

Oferta formativa a través de programa focuss

Curso "Preparación perineal en embarazadas"
Sala de tratamiento individualizado .
Sala de tratamiento grupal.

FORMACIÓN-INVESTIGACIÓN:
Estudio sobre la neuromodulación del nervio tibial posterior.

Controversia entre aplicación transdérmica y percutánea.

Estudio sobre el masaje perineal en la prevención de desgarros durante el parto y su relación con otras variables como la posición materna durante el parto, edad materna, dirección del pujo o no y aplicación de calor o lubricante.

INDICADORES
INDICADOR Y ESTÁNDAR
Realización de curso por personal multidisciplinar
“preparación perineal preparto”: SI

Valoración de escala PERF en 1ª visita médica: 90%

Cuestionario de calidad de vida validado a los pacientes,
administrado por personal de Enfermería: 90%

Nº desgarros perineales/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Nº episiotomías/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Embarazadas en consulta de USP/nº total de parto: mejoría respecto año previo

Nº desgarros/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Nº episiotomías/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Administración de encuesta de satisfacción con la USP a embarazadas y puérperas: 80%

Reducción del uso de sistemas de protección (compresas, pañales): SI

Prolapsos no intervenidos quirúrgicamente tras 6 meses de consulta USP: SI

EVALUACIÓN PERIÓDICA:
Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Ratio primeros días/revisiones. Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año. Número de seiones/año. Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, cuestionarios de calidad de vida, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.

DURACIÓN
Años 2017 (ya implantado) y 2018.

PLAN DE COMUNICACIÓN:
"Divulgación a los profesionales dentro del programa de las propias acciones formativas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Comunicación por parte de cada componente del equipo a los profesionales de su correspondiente Unidad.

Sesiones clínicas en los centros de AP.

Participación mediante charlas informativas, aprovechando eventos como las semanas culturales de los pueblos de nuestro Sector.

Talleres dirigidos a estudiantes de secundaria en institutos.

Publicación en blogs "

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0719

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DEPROTESIS TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARIA MARIN GASPAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ ANA
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ
CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES
NERIN BUEN NATALIA
LOSCERTALES SESE AGUSTIN
BROTO BESTUE JESUS ANTONIO
BLASCO PEREZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nos hemos reunido en varias ocasiones y hemos recopilado datos de los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla, observando que la información dada es deficitaria.
Hemos realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva, valorando las diferencias evolutivas en pacientes con buen acceso a información respecto a los que no.
Los pacientes con buen acceso a la información evolucionan de forma más satisfactoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado un tríptico informativo para pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla, explicando ejercicios a realizar y cuidados.
Se ha entregado al servicio de calidad haciendo las modificaciones pertinentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha comenzado a entregar el tríptico a los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/719 ========== ***

Nº de registro: 0719

Título
MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Autores:
MARIN GASPAR ELENA MARIA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ, CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES, NERIN BUEN NATALIA, LOSCERTALES SESE AGUSTIN, BROTO BESTUE JESUS ANTONIO, BLASCO PEREZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los paciente intervenidos de prótesis total de rodilla presentan una mejor evolución si inician de forma precoz tratamiento rehabilitador;
Debido a la gran dispersión geográfica del sector muchos de estos pacientes no pueden acudir a tratamiento.
Se ha observado en diversos estudios que los pacientes que realizan en su domicilio un programa de ejercicios específicos presentan mejor evolución respecto a los que no, pudiéndose incluso disminuir el gasto sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0719

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DEPROTESIS TOTAL DE RODILLA

Realizar un tríptico informativo para pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla en el que se incluyan ejercicios para realizar en domicilio y signos de alarma ante los que acudir al médico.
Dicho tríptico será entregado a los pacientes intervenidos de dicha patología en la primera valoración por el médico rehabilitador.

MÉTODO
Los distintos miembros del equipo realizaremos reuniones periódicas para realizar la elaboración del tríptico.

INDICADORES
% pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla primaria valorados por el servicio de rehabilitación a los que se les entrega tríptico respecto el total de intervenidos valorados
Valor a alcanzar superior al 60%

DURACIÓN
Comenzaremos a reunirnos de forma periódica para realizar él tríptico durante el mes de mayo. Una vez finalizado lo entregaremos a los pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0759

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOAQUINA CASAS LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN GASPAR ELENA MARIA
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ
RODRIGUEZ ESCUREDO PALOMA
RAMON BUISAN ROSARIO
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH
FERNANDEZ FERNANDEZ SALOME
PISA MAÑAS JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se ha elaborado un protocolo interno de valoración y tratamiento a seguir de los pacientes afectos de linfedema o susceptibles de padecerlo.
-Se ha consensuado un modelo de hoja de recogida de datos
-Se ha llevado a cabo la implantación de un protocolo de diagnóstico y tratamiento según estadiaje
-Se ha consensuado un modelo de consentimiento informado para tratamiento con TFD en pacientes con linfedema y tumor no controlado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-El número de pacientes valorados en 1ª consulta derivados desde U. Mama, Oncología y Cirugía Vascular desde Julio a Diciembre de 2018 ha sido 7. Los tratamientos realizados en este periodo han sido 71 (descompensaciones de linfedemas en seguimiento).
-El tiempo medio de demora desde 1ª consulta hasta tratamiento con TFD en los pacientes con linfedema grado II-III ha sido inferior a 15 días.
-Hemos conseguido uniformidad en la valoración clínica (al utilizar el modelo consensuado de recogida de datos) y en la derivación a tratamiento así como en las técnicas de fisioterapia según estadiaje (algoritmo terapéutico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos desarrollado en nuestro Servicio un protocolo de manejo clínico del linfedema con el objetivo de consensuar criterios de actuación y así ofrecer a nuestros pacientes un manejo óptimo.
AREAS DE MEJORA
-Crear una Unidad Multidisciplinar de linfedema en el proceso de mama (cirugía de carcinoma de mama)
-Actividades de formación continuada sobre detección y tratamiento del linfedema primario y secundario en Atención Primaria
-Actividades de formación al paciente, pasando a ser parte activa en su tratamiento: talleres de autovendaje, aplicación de kinesiotape.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/759 ========== ***

Nº de registro: 0759

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Autores:
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, MARIN GASPAR ELENA MARIA, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ, RODRIGUEZ ESCUDERO PALOMA, RAMON BUISAN ROSARIO, FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, FERNANDEZ FERNANDEZ SALOME, PISA MAÑAS JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedad del sistema linfático

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0759

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El linfedema es una enfermedad crónica. En nuestro medio, el origen más frecuente es el neoplásico por carcinoma de mama en la mujer. La atención al linfedema en el Servicio de Rehabilitación, consiste en una intervención precoz, mediante educación sanitaria sobre autocuidados y ejercicios favoreciendo la movilidad articular. Se realiza una valoración sistemática del riesgo de desarrollar linfedema. En el caso de aparecer linfedema, se establece un plan terapéutico y un sistema reglado de acceso a la consulta.
Es preciso para un buen manejo de esta patología, protocolizar y estructurar las intervenciones de prevención, tratamiento y seguimiento. Consideramos también necesario la elaboración de un protocolo de actuación unificado, porque nos permitirá la evaluación de la eficacia del tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto se realiza en el Servicio de Rehabilitación, en pacientes diagnosticados de linfedema o susceptibles de padecerlo. Nuestros objetivos son:
-Conseguir la uniformidad en la valoración clínica: anamnesis, exploración física, medición de miembro afecto (circometría), solicitud de pruebas diagnósticas y uso de escalas de valoración de linfedema
-Obtener uniformidad de criterio diagnóstico e iniciar la puesta en marcha de un protocolo de tratamiento según estadificación y postcirugía de linfedema
-Establecer la periodicidad de las revisiones en el seguimiento del paciente

MÉTODO
-Elaboración del protocolo de manejo clínico del linfedema con la implantación de: una plantilla de recogida de datos, un algoritmo de tratamiento, y evaluación con escalas específicas que nos faciliten las decisiones terapéuticas y el seguimiento
-Puesta en marcha del protocolo en nuestra actividad asistencial

INDICADORES
% de utilización de la plantilla de exploración física (dentro de la HC) en la que se recogen los datos más relevantes para comparar cambios evolutivos (valor por encima de 80%)

% de cumplimiento del protocolo de tratamiento conservador del linfedema y tras cirugía (valor por encima de 80%)

% de utilización de escalas de valoración de linfedema (valor por encima de 80%)

DURACIÓN
-Junio: elaboración del protocolo de valoración y tratamiento del linfedema
-A partir de Julio creación y establecimiento en nuestra actividad asistencial con expectativa de implantarse como medida establecida

-Diciembre: memoria y evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0876

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA
VELASCO GOMARA SOLEDAD
SUELVES MONTES PILAR
SUBIAS TRICAS MERCEDES
SANMARTIN SATUE CONCEPCION
PATIÑO GARCES MARIA CARMEN
GRANDE MELCHOR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La patología del aparato locomotor, aguda o crónica, traumática, degenerativa o inflamatoria que se expresa como dolor, signos inflamatorios y/o limitación funcional es susceptible, en determinadas circunstancias, de tratamiento local mediante técnicas de infiltración. La infiltración consiste en la inyección, intra-articular o en elementos no articulares, de sustancias con efecto antiinflamatorio y analgésico que tratan de alcanzar efectos perecederos o definitivos en la mejoría de procesos que afectan al aparato locomotor.

Para evitar complicaciones derivadas de posibles infecciones derivadas de estas técnicas, hemos hecho una revisión bibliográfica y unificado criterios para la realización de las diversas técnicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras una revisión bibliográfica se ha hecho un consenso de actuación para la realización de infiltraciones articulares y peri-articulares.

Normas de aplicación

- Realización por personal especializado y entrenado.
- Conocimiento anatómico de las estructuras articulares y de tejidos blandos a infiltrar.
- Elegir la vía de acceso más cómoda y segura, marcando si es preciso el punto de entrada.
- Tener siempre todo el material preparado antes de comenzar la técnica.
- Es recomendable realizar cualquier infiltración de forma ECOGUIADA para aumentar la eficacia y la seguridad de la misma.
- Rigurosa asepsia, que implica:
  - Lavado de manos por parte de enfermería/auxiliaires y médico.
  - Asepsia de la zona a infiltrar, con alcohol 70º y/o con povidona yodada, utilizando gasas desechables.
  - Guantes no estériles por parte de enfermería/auxiliaires para manejo del material utilizado.
  - Manipulación aséptica del material de infiltración y de la zona a infiltrar, utilizando guantes estériles y paños estériles de protección si es preciso.
  - Cargar los fármacos con distinta aguja a la de la punción. Será el médico el que ayudado por enfermería/auxiliaires realice la carga de la medicación.
  - Elegir la aguja adecuada para cada articulación o tejido blando.
  - En zonas muy dolorosas, anestesiar previamente los planos superficiales o utilizar spray de cloretilo.
  - Introducir la aguja de manera suave, sin ejercer resistencias inesperadas a la introducción de la aguja.
  - Si se está en cavidad articular, aspirar antes todo el liquido sinovial que pueda haber. Antes de inyectar el fármaco, cerciorarse mediante aspiración de que no se está en vía vascular. Si se infiltra próximo a tejido nervioso, preguntar al paciente si nota parestesias o dolores lancinantes, para evitar lesionarlo.
  - Administrar un volumen no superior al que admite cada articulación: aproximadamente 0.5 ml en articulaciones pequeñas; aproximadamente 3 ml en articulaciones medianas y aproximadamente 5-10 ml en articulaciones grandes.
  - Tras la infiltración, retirar la aguja con cuidado y proteger con un apósito el punto de punción.
  - Recomendar el reposo de la articulación durante las veinticuatro a cuarenta y ocho horas siguientes a la infiltración. Se recomienda además crioterapia local y analgesia habitual si presenta molestias locales.
  - Atenerse a las indicaciones y contraindicaciones.

Se han registrado datos de las infiltraciones hechas en consulta con aplicación en el 97% de cada uno de los pasos anteriores. Las infiltraciones realizadas no han podido realizarse con ecografía dado que no contamos con ecógrafo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Viendo que los resultados de este proyecto son positivos, se pretende continuar su aplicación a todas las técnicas de infiltración articular y peri-articular de aparato locomotor.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0876

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

*** ========== Resumen del proyecto 2018/876 ========== ***

Nº de registro: 0876

Título
PROTOCOLO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

Autores:
MARTINEZ GONZALEZ ANA, CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, VELASCO GOMARA SOLEDAD, SUELVES MONTES PILAR, SUBIAS TRICAS MERCEDES, SANMARTIN SATUE CONCEPCION, PATIÑO GARCES MARIA CARMEN, GRANDE MELCHOR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Vemos la necesidad de realizar un protocolo de infiltraciones intraarticulares ante la variabilidad de técnicas utilizadas desde la preparación del material, asepsia del campo y del material utilizado y las patologías tratadas.
El objetivo es unificar criterios y evitar complicaciones graves.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un protocolo en el que se especifique el material necesario, técnicas de asepsia, instauración de consentimiento informado escrito al paciente y evitar complicaciones derivadas de una incorrecta actuación.

MÉTODO
crear un protocolo y hacerlo extensible a todo el Servicio de Rehabilitación (médicos y TCAE). Crear un consentimiento informado para el paciente.

INDICADORES
- Realización de un consentimiento informado
- Realización del protocolo y su puesta en marcha

DURACIÓN
Inicio:1/6/2018
Finalización: 31/12/2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0772

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES FABREGAS CANALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER ASIN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 3 Cursos teórico-prácticos en el Centro de Salud de Graús para aprendizaje de la exploración reumatológica y la realización de infiltraciones intraarticulares.
Se instauró la Consulta Reumatológica Virtual, tras pactar previamente un protocolo de derivación, cuyos objetivos fueron la atención temprana de la patología inflamatoria, la resolución de dudas terapéuticas y el tratamiento dirigido de pacientes con problemas de desplazamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto contó con una rápida aceptación por los MAP del C.S. de Graús.
La consultas realizadas correspondieron a:
- 40% patología inflamatoria de inicio
- 29% dudas terapéuticas de enfermedades inflamatorias
- 20% dudas diagnósticas y terapéuticas de patología ósea (Osteoporosis)
- 11% dudas terapéuticas sobre control del dolor en pacientes dificultades de desplazamiento.
Idoneidad de las Consultas realizadas según protocolo: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La instauración de una Consulta Virtual de Reumatología tiene resultados muy satisfactorios si previamente se ha realizado una formación específica de los MAP y se ha consensuado un protocolo estricto de derivación.
Tras la instauración generalizada de la Consulta Virtual parece conveniente reflexionar sobre las conclusiones de esta experiencia piloto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/772 ========== ***

Nº de registro: 0772

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DE REUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

Autores:
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, FERRER ASIN MARIA PAZ, COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, BUIL PEREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mejora de la Calidad asistencial en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro se ve dificultada por la existencia de lista de espera en consultas externas así como los problemas para desplazarse de la población anciana. Ello implica un importante número de consultas telefónicas tanto de los médicos de atención primaria (MAP) como de los pacientes, para resolver dudas sobre tratamientos, complicaciones, recaídas…. Dichas dudas se resuelven de forma no reglada y sin un control posterior de su evolución, con grandes dosis de incertidumbre por parte del médico de primaria y del especialista.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0772

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

El 22,7% de la población del Sector Sanitario de Barbastro es mayor de 65 años. Esto implica una alta demanda asistencial, por patología osteo-articular, que repercute en primer lugar sobre el Médico de Familia. En diferentes colaboraciones con los equipos de primaria hemos detectado un interés creciente por la formación en Reumatología (exploración clínica, decisiones terapéuticas, técnicas de infiltración) que creemos debe intentarse resolver.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General:
- Proporcionar una óptima asistencia reumatológica en un entorno rural, facilitando el acceso de la población a las consultas de Reumatología a través de las nuevas técnicas telemáticas.

Objetivos específicos:
- Mejorar el conocimiento de la patología Reumatológica por parte de los MAP
- Mejorar el control clínico y diagnóstico precoz de patologías claves en Reumatología como son la Artritis Reumatoide, las Espondiloartropatías y la Osteoporosis.
- Regular una vía de comunicación rápida y eficaz entre primaria y especializada.
- Optimizar los recursos disponibles en el Sector Sanitario.
- Mejorar la satisfacción del paciente, MAP y especialista sobre el trabajo realizado.
- Avanzar en la excelencia del servicio y contribuir a la sostenibilidad de la organización.
- Definir y protocolizar los procesos susceptibles de teleconsulta.

MÉTODO
Para la creación de una Consulta virtual de Reumatología se propone durante el primer año una Consulta Piloto con el Centro de Salud Rural de Graús (Comarca de la Ribagorza),

El Equipo de Atención Primaria (EAP) de Graus, compuesto por 8 médicos de familia, nombrará un profesional de referencia que será el interlocutor con Reumatología y que tendrá las funciones de:
• Activar y coordinar la formación continuada en Reumatología de los profesionales del C.S. de Graús: programación de cursos teóricos, talleres prácticos y estancias puntuales en la Consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro.
• Elaborar con Reumatología el protocolo de interconsulta virtual: patologías, criterios de derivación y circuitos asistenciales. y establecer la información mínima necesaria para la realización de la interconsulta.
• Difundir en el EAP la metodología y contenidos de la interconsulta virtual de reumatología.
• Seguimiento y corrección de incidencias junto con Reumatología.

A nivel técnico utilizaremos el protocolo de Interconsulta Virtual desarrollado por el Sector de Barbastro disponible en Historia Clínica Electrónica (HCE):
1. Solicitud de interconsulta por el médico de atención primaria en OMI-AP.
2. El especialista del hospital accederá a través de la HCE a las consultas-formularios introducidas en OMI por los médicos de primaria.
3. Una vez cumplimentados los formularios por especializada se enviará una notificación automática al médico de atención primaria y se registrará el resultado de la interconsulta en OMI.

En una segunda fase, conocida ya la demanda real y la efectividad de este tipo de consultas, el servicio se extendería a otros centros del área de salud.

INDICADORES
Al finalizar el estudio piloto y con el objetivo de conocer la demanda real y la efectividad de este tipo de consultas, se realizará una evaluación para valorar la idoneidad de los ítems pactados, y el nivel de demanda real de cara a la extensión de forma general a otros centros de Salud.

De forma particular se evaluaran los siguientes parámetros:
- Pertinencia: Número de interconsultas de acuerdo a protocolo
- Número de consultas realizadas
- Tipo de consultas y patologías
- Resolución telemática del problema
- Tiempo medio de respuesta de las interconsultas
- Escalas de satisfacción.

DURACIÓN
CRONOGRAMA:

- OTOÑO-2016:
o Sesiones informativas y Taller de Exploración Clínica de la Dra. Fábregas en el Centro de Salud de Graús.
o Revisión y aprobación consensuada del formulario de consulta informática de Reumatología.
o Inicio de la Consulta telemática
o Estancia de formación de los MAP del C.Salud de Graús en la Consulta de Reumatología del H. de Barbastro.

- MARZO-2017:
o Primera evaluación de los resultados obtenidos.

- OTOÑO-2017:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0772

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

o Evaluación final y proyección futura. Diseño y propuesta de nuevas acciones de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... DIANA MUR BARRABES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SICART LONCAN SILVIA
GRACIA ASIN ESTHER
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
ANERILLAS ALJAMA DIEGO
MARTINEZ SILVA ANGELA
VALERA LEMUS ANA
FRANCES RAMI ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actuaciones se han englobado dentro del marco colaborativo instaurado en el Grupo de Hospitalización de nuestro centro, dentro del cual hay una comunicación directa y regular entre los diferentes supervisores del Hospital de Barbastro. Con el mentado grupo se ha estudiado y especificado aquellos ítems a incluir dentro del registro de planilla de turno, así como un apéndice indicador del modo de cumplimentación para hacerlo de modo homogéneo y estandarizado.
Con el Servicio de Informática, se ha mantenido una colaboración activa para su paso a un formato informático y su acceso a Intranet (se ha valorado como mejor opción vs al sistema colaborativo por ser más fácilmente accesible), en cuyo proceso nos encontramos en la actualidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creación de borrador de registro de turno
Creación de borrador de Procedimiento de Cumplimentación de la planilla de registro de turno

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras poner en práctica el sistema colaborativo de ficheros, se vio la necesidad de que el acceso al registro de turno debía resultar más fácilmente accesible, por lo que se acordó crear un acceso directo desde Intranet de nuestro Sector
Dado que la cumplimentación del registro de turno debe ser estandarizada y homogénea independientemente de quien la realice, se ha creado un documento de Procedimiento de Cumplimentación de la planilla de registro de turno

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/641 ========== ***

Nº de registro: 0641

Título
PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Autores:
MUR BARRABES DIANA, SICART LONCAN SILVIA, GRACIA ASIN ESTHER, ANERILLAS ALJAMA DIEGO, MARTINEZ SILVA ANGELA, VARELA LEMUS ANA, FRANCES RAMI ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del presente proyecto versa sobre todo paciente usuario del Hospital de Barbastro, dado que crea una herramienta para optimizar la información que permite llenar los vacíos interturnos e interunidades, generando mayor seguridad y calidad en la atención dispensada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora del presente proyecto versa sobre la necesidad de mantenimiento de una continuidad asistencial y de gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información derivada de los diferentes turnos laborales y de las unidades asistenciales que conforman el Hospital de Barbastro. La garantía de una información actualizada que unifica la continuidad de la dinámica de nuestro centro, permite que todo aquello concerniente a los cuidados, gestión de camas, gestión de personal e incidencias acaecidas se dirija a una actuación enfermera más ajustada e idónea.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es la mejora en la transmisión y gestión de los datos en los cambios de turno de los supervisores de enfermería, generando un archivo común y multidireccional que optimice la comunicación entre las diferentes unidades y los turnos laborales, haciendo extensiva la mejora a las actuaciones de enfermería derivadas de ésta

MÉTODO
Las actuaciones se englobarán dentro del marco colaborativo instaurado con el Grupo de Hospitalización de nuestro centro, dentro del cual hay una comunicación directa y regular entre los diferentes supervisores del Hospital de Barbastro.
Con el Servicio de Informática, se seguirá la línea cooperativa instaurada en el proyecto de mejora 2016 con la creación del Sistema Colaborativo de Ficheros para generar una plantilla de registro de turno.
Con las mentadas colaboraciones, se generará una plantilla de Registro de Turno dentro del sistema colaborativo de ficheros de Supervisión en la cual se contemplen aquellos aspectos que garantizan una continuidad asistencial de calidad, siendo un puente unificador entre turnos y entre Unidades de Hospitalización

INDICADORES
Porcentaje de supervisores integrados en el proyecto
Porcentaje de registros de turno realizados desde la implantación del proyecto

DURACIÓN
OCTUBRE DE 2016-NOVIEMBRE 2016 . Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Informática para lluvia de ideas de ideario de plantilla de Registro de Turno
NOVIEMBRE 2016-FEBRERO 2017 Realización de plantilla de Registro de Turno
13 DE FEBRERO 2017-24 DE FEBRERO DE 2017. Implementar la plantilla de Registro de Turno
MARZO 2017 Efectuar las modificaciones pertinentes en los puntos que se han observado mejorables
ABRIL 2017 Puesta en marcha del Proyecto y monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DIANA MUR BARRABES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SICART LONCAN SILVIA
GRACIA ASIN ESTHER
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
ANERILLAS ALJAMA DIEGO
MARTINEZ SILVA ANGELA
VARELA LEMUS ANA
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización en formato Word del "Procedimiento de cumplimentación de la planilla de registro de turno" y del "Registro de turno" a enero de 2018, habiendo procedido a su entrega al Servicio de Informática para su informatización previa a la creación de pestaña en Intranet para posibilitar la implementación del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de progresión de los mentados pasos (informatización del formato y creación de pestaña en Intranet para registro) para valorar impacto y evolutivo del proyecto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración a nivel informático del presente proyecto está suponiendo una dificultad añadida para la consecución del mismo, pese a lo cual, sigue siendo un proyecto alcanzable y con claras posibilidades de mejora en cuanto a registro y comunicación

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/641 ========== ***

Nº de registro: 0641

Título
PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Autores:
MUR BARRABES DIANA, SICART LONCAN SILVIA, GRACIA ASIN ESTHER, ANERILLAS ALJAMA DIEGO, MARTINEZ SILVA ANGELA, VARELA LEMUS ANA, FRANCES RAMI ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del presente proyecto versa sobre todo paciente usuario del Hospital de Barbastro, dado que crea una herramienta para optimizar la información que permite llenar los vacíos interturnos e interunidades, generando mayor seguridad y calidad en la atención dispensada
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora del presente proyecto versa sobre la necesidad de mantenimiento de una continuidad asistencial y de gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información derivada de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

diferentes turnos laborales y de las unidades asistenciales que conforman el Hospital de Barbastro. La garantía de una información actualizada que unifica la continuidad de la dinámica de nuestro centro, permite que todo aquello concerniente a los cuidados, gestión de camas, gestión de personal e incidencias acaecidas se dirija a una actuación enfermera más ajustada e idónea.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es la mejora en la transmisión y gestión de los datos en los cambios de turno de los supervisores de enfermería, generando un archivo común y multidireccional que optimice la comunicación entre las diferentes unidades y los turnos laborales, haciendo extensiva la mejora a las actuaciones de enfermería derivadas de ésta

MÉTODO
Las actuaciones se englobarán dentro del marco colaborativo instaurado con el Grupo de Hospitalización de nuestro centro, dentro del cual hay una comunicación directa y regular entre los diferentes supervisores del Hospital de Barbastro.
Con el Servicio de Informática, se seguirá la línea cooperativa instaurada en el proyecto de mejora 2016 con la creación del Sistema Colaborativo de Ficheros para generar una plantilla de registro de turno.
Con las mentadas colaboraciones, se generará una planilla de Registro de Turno dentro del sistema colaborativo de ficheros de Supervisión en la cual se contemplen aquellos aspectos que garantizan una continuidad asistencial de calidad, siendo un puente unificador entre turnos y entre Unidades de Hospitalización

INDICADORES
Porcentaje de supervisores integrados en el proyecto
Porcentaje de registros de turno realizados desde la implantación del proyecto

DURACIÓN
OCTUBRE DE 2016-NOVIEMBRE 2016 . Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Informática para lluvia de ideas de ideario de plantilla de Registro de Turno
NOVIEMBRE 2016-FEBRERO 2017 Realización de plantilla de Registro de Turno
13 DE FEBRERO 2017-24 DE FEBRERO DE 2017. Implementar la plantilla de Registro de Turno
MARZO 2017 Efectuar las modificaciones pertinentes en los puntos que se han observado mejorables
ABRIL 2017 Puesta en marcha del Proyecto y monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIADE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALODIA ABAD RUIZ
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURREL RASO MATILDE ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración de registro de incidencias

-Definir el CIRCUITO DE ACCESO A INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN A TRABAJADOR social-SOCIAL

-Llegar a PUNTOS CLAVE de población extranjera haciendo DIFUSIÓN de la Instrucción y ESTABLECIENDO CAUCES DE COMUNICACIÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º: Durante todo este tiempo recogeremos en un registro las INCIDENCIAS sobre casos en los que hemos intervenido así como la naturaleza de éstas. También se han dado consultas en relación a trámites desde Servicio de Admisión del Centro de Salud de Monzón y desde el Servicio Social de Base de Aínsa, que finalmente resolvieron y en los que no tuvimos que intervenir.

La Consulta del Centro Salud Monzón fue relativa a una renovación con pasaporte caducado y duda sobre documento justificativo en francés.

La consulta desde SSB Aínsa, fue por necesidad de atención urgente de una chica Brasileña, que tras comentar se derivo a Hospital y .....

A continuación presentamos los datos obtenidos de los casos recogidos sobre los que se ha intervenido en relación al acceso a la asistencia Sanitaria de Personas sin Recursos.

Casi el total han sido datos obtenidos desde Atención Primaria (Trabajadora Social) de los que ha ido recogiendo y añadido de ESR de BDU generando el listado de mayo a junio.

El total de casos estudiados han sido 68 quedando excluidos del resultado final, por no entrar en el Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Extranjeras Sin Recursos, 24 (resuelto el problema de la asistencia sanitaria por otras vías) y que quedan excluidos por los siguientes motivos:
1) 1 caso de un Pakistaní GTN que quiere traer a su madre enferma a España.
2) 1 Búlgaro que termina teniendo GTN.
3) 5 casos NO / Pasivo BDU y NO Historia social.
4) 5 casos NO / Pasivo BDU y SI Historia.
5) 3 casos en los que han pasado a Residente y sin clasificar.
6) 1 caso de Hijo de ESR.
7) 1 caso que Termina como GBN, por ser esposa de español retornado.
8) 1 caso ESR pasa a PNC.
9) 6 casos ESR activo con Historia que tramita en Admisión.
La base de datos varía muy a menudo en cuanto a BDU: Bajas por cambios de domicilio, caducan y no renuevan, piensan que van a hacer contrato, esperan y les caduca, no tienen tiempo para renovar, los que pasan a GTN o GTB que también van apareciendo.
Todos estos supuestos y casos encontrados nos dan pistas sobre los puntos en los que encontramos más dificultad y problemas.

Nos gustaría añadir que las derivaciones para Trabajadora Social de Centro de Salud de Barbastro han sido realizadas por: Admisión en su mayoría seguidos de MAP y Servicio de Urgencias seguidos de "Calle" (boca a boca) y del INSS y de Servicios Sociales.

Podemos señalar del registro de casos que ls derivaciones han sido desde:

1. MAP: 6

2. Desde la calle: 28

3. Administrativas: 13

4. Programa cambalache Cruz Blanca: 1

5. Cáritas: 1

6. INSS: 3

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIADE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

7. Trabajadora Social Hospital a C.Salud: 2

8. Médicos del Mundo:1

9. No registrado o se desconce: 13

TOTAL DERIVACIONES: 68

2º: Definir el CIRCUITO DE ACCESO A INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN A TRABAJADOR SOCIAL cuando no cumpla criterios y haya que estudiar el caso dirigido a los diferentes Servicios de Admisión y de S.A.U, en coordinación con trabajadores sociales de cada centro sanitario.

Desde la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios se hizo llegar información sobre las vías de acceso a Atención Sanitaria a los Servicios de Admisión y SAU. Ambas trabajadoras sociales hemos estado en contacto con dichas unidades si ha sido preciso.

13 de los casos con incidencias han sido derivados por Administrativas lo que valoramos como positivo a la hora del cumplimiento de dicho objetivo.

Ambas trabajadoras sociales hemos estado en contacto con unidades señaladas pero ha sido básicamente la T.S. del Hospital la que ha atendido a los C. de Salud que no tienen T.S.

3º: Llegar a PUNTOS CLAVE de población extranjera haciendo DIFUSIÓN de la Instrucción y ESTABLECIENDO CAUCES DE COMUNICACIÓN con red de servicios sociales comunitarios y especializados y con entidades que trabajan con extranjeros.
Este resultado no lo hemos podido conseguir del modo planteado inicialmente, que era acudir a cada uno de los puntos clave y entregar información, pero sí que indirectamente se ha hecho llegar a través de los usuarios atendidos.
Teníamos planteada la actividad para septiembre-odtubre pero por la marcha de la Trabajadora Social del Hospital resultado de movimientos del proceso selectivo en marcha

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El total de los casos que hemos atendido y han accedido a la asistencia sanitaria por la vía de de la Instrucción del 7 de agosto de 2015 para personas extranjeras en Aragón ha sido de 68 de los cuales como hemos visto por diferentes motivos, 24 han quedado excluidos (35% aproximadamente).

Hemos encontrado que un importante volumen de los cumplían requisitos, desconocían el procedimiento, habiéndose encontrado en situación desprotección sanitaria durante todo ese tiempo.

La demanda de asistencia en el casi total ha derivado de situaciones urgentes o de necesidad por procesos de enfermedad o pérdida de salud. Momento en el que acudían a centro de salud u hospital pidiendo asistencia directamente o para gestionar el derecho en caso de tener cercanos que conociesen el procedimiento o los supiesen derivar.

Entendemos que como derecho ha de ser reconocido independientemente del uso que se haga de la Asistencia sanitaria o no.

Este es el aspecto que más nos preocupa después de todo este tiempo, pues no habiéndose producido modificaciones en la normativa hasta ahora, nos constan casos que siguen sin el Reconocimiento y teniendo derecho al acceso.

Otro aspecto preocupante de este sistema que encontramos que también dificulta es la necesidad de renovar anualmente el derecho, realizando nuevamente una solicitud.
Estamos empezando a encontrarnos con casos que habiendo tenido reconocido el Derecho a la asistencia sanitaria lo han perdido por pasar plazo de renovación.

También se ha detectado problema con la renovación por la caducidad anual de la tarjeta que da derecho a asistencia sanitaria La caducidad la pone en la TIS y se les suele avisar por carta cuando va a caducar pero los cambios de domicilio son muy habituales y muchas veces no les llega o por barreras idiomáticas no llegan a comprender. Esto va a suponer que un buen número tienen que volver a hacer todos los papeles nuevamente y se nos plantea la duda de si habría algún otro sistema o circuito que facilitase dicha renovación suponiendo mejora tanto de cara al paciente como a la administración.

Otra circunstancia que hemos detectado es que ha habido varios pacientes que han llegado a pagar alguna factura por no tenerlo tramitado teniendo derecho, no teniendo criterio para ello.

Por último nos gustaría terminar señalando la importante pérdida de salud que ha supuesto en algunos casos, la pérdida del derecho de asistencia y el desconocimiento de esta vía de acceso extraordinaria. Personas extranjeras, con derecho reconocido y con procesos crónicos o posteriormente con inicios de procesos no atendidos en momento inicial no han llegado a recibir atención en el momento adecuado conllevando una serie de consecuencias como indicamos sobre sus estado de salud y empeoramiento de éste.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIADE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1077 ========== ***

Nº de registro: 1077

Título
MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

Autores:
ABAD RUIZ ALODIA, BURREL RASO MATILDE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No tienen porque presentar patología concreta.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La entrada en vigor de Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud supuso la “salida” del sistema sanitario de muchas personas extranjeras, en su mayoría, generando una situación y entorno de desprotección en todos ellos y su red familiar.

En Aragón se articularon dos vías de acceso al Sistema Público de Salud. Por un lado se estableció la posibilidad de fijar un Convenio Especial pagando una cuota fija mensual y por otro se creó el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública. La Instrucción que regulaba este último se modificó con fecha 7 de agosto de 2015 dando algo más de laxitud a los criterios como por ejemplo, tiempo requerido de empadronamiento así como el límite de ingresos anual, para poder acceder al sistema.

En nuestra practica diaria como trabajadores sociales nos encontramos con casos que siguen quedando fuera del sistema de salud y que requieren de la asistencia y ante éstas situaciones y otras carencias detectadas por los profesionales que intervenimos con personas extranjeras sin recursos y usuarios que no tiene derecho a la asistencia sanitaria por ley.

La Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios, ha hecho llegar a todos los trabajadores sociales y servicios de admisión, entre otros, un documento donde recuerda la posibilidad de acogerse al artículo 5 de la Instrucción de 7 de agosto que hace mención de los supuestos de “necesidad sanitaria o emergencia social” pudiendo acceder al sistema sanitario y quedando reconocido el derecho a la asistencia por medio de un informe social en los casos que no se cumplan todos los requisitos.

Como trabajadores sociales nos compete defender los derechos sociales de la población. Dentro del ámbito de la salud, las funciones de prevención y promoción de la salud en nuestras intervenciones individuales y familiares, grupales o comunitarias, implicando la necesidad de defender este derecho como base para un buen estado de salud y calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población extranjera en situación de vulnerabilidad social facilitando el acceso a la asistencia sanitaria, a través de la promoción de la Instrucción de 7 de agosto de 2015.
2) Que el personal que trabaja en nuestro entorno, tengan la información suficiente y necesaria para saber donde derivar a las personas que detecten sin tarjeta sanitaria.
3) Que se puedan a establecer cauces de comunicación y cooperación entre las entidades sociales del entorno que trabajan con población extranjera y/o sin recursos.
4) Hacer llegar información sobre la Instrucción a los puntos estratégicos como locutorios, restaurantes, mezquitas, asociaciones de inmigrantes, etc y establecer cauces de comunicación con éstos, favoreciendo el hacer efectivo el derecho a asistencia sanitaria en los supuestos referidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIADE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

5) Implicar a los servicios de admisión del Hospital y del Centro de Salud.
6) Llevar a cabo sugerencias de mejora para el procedimiento actual.

MÉTODO
Las trabajadoras sociales del Sector Sanitario de Barbastro, tanto de Atención Primaria (Centro de Salud de Barbastro) como de Especializada (Hospital de Barbastro) nos coordinaremos al respecto y trabajaremos en conjunto.

Para llevar a cabo nuestros objetivos nos platearemos una serie de actividades.

- Durante todo este tiempo recogeremos INCIDENCIAS sobre casos que conocemos recogiendo y naturaleza de éstas
- Definir el CIRCUITO DE ACCESO A INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN A TRABAJADOR social cuando no cumpla criterios y haya que estudiar el caso dirigido a los diferentes Servicios de Admisión y de S.A.U, en coordinación con trabajadores sociales de cada centro sanitario.
- Llegar a PUNTOS CLAVE de población extranjera haciendo DIFUSIÓN de la Instrucción y ESTABLECIENDO CAUCES DE COMUNICACIÓN con red de servicios sociales comunitarios y especializados y con entidades que trabajan con extranjeros.

INDICADORES
Recogeremos el número de:
A. Registro de casos derivados desde:
- SAU/ Admisión
- Otros sanitarios (médicos, enfermeras, etc)
- Servicios Sociales de Base u otros.
- La calle, es decir, que sean los propios extranjeros que deriven a familiares, amigos, compañeros…
B. Registro de Incidencias.
C. Puntos clave donde se ha hecho difusión.

DURACIÓN
Noviembre 2016:

1. Elaboración de:
- “Registro de incidencias” común.
- Circuito interno a cada centro para derivación de casos a los Servicios de Admisión y/o S.A.U al Trabajador social

Noviembre 2016- Mayo 2017: Registro de Incidencias y derivaciones.

Noviembre 2016 – Enero 2017:

- Determinar un mapa de puntos clave de cada Sector y establecer sistema de difusión.
- Difusión Circuito interno a cada centro para derivación de casos a los Servicios de Admisión y/o S.A.U al Trabajador social

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0244

1. TÍTULO

ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PESQUER VILAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIQUERAS PLA CRISTINA
MALO ASO ALEJANDRA
MUR LASPALAS SARA
OLIVAR ORTEGA LORENA
MARTIN LOPEZ MIRIAN
ROPERO MAIZ MARGARITA
MC KINNEY ALBAR SINEAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 10 sesiones semanales en el servicio dirigidas al personal TCAE de la unidad.
Tras cada sesión se adjunta la documentación del tema tratado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han podido establecer líneas comunes de trabajo.
Se han adquirido los conocimentos básicos para desarrollar el trabajo diario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es positiva por parte de docentes y participantes. Se ha tocado un amplio abanico de temas habituales en nuestra práctica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/244 ========== ***

Nº de registro: 0244

Título
ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

Autores:
PESQUER VILAS ISABEL, PIQUERAS PLA CRISTINA, MALO ASO ALEJANDRA, MUR LASPALAS SARA, OLIVAR ORTEGA LORENA, MARTIN LOPEZ MIRIAM, ROPERO MAIZ MARGARITA, MC KINNEY ALBAR SINEAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICOS COMPLEJOS
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La UCC es un servicio con poco más de un año de antigüedad que se pone en marcha desde cero, sin tener un conjunto básico de normas y rutinas de trabajo comunes. Hay que consensuar y organizar el trabajo diario y nos encontramos, por un lado, un grupo de TCAE con cierta experiencia laboral pero procedentes de servicios diversos y por otro lado, otro grupo con escasa experiencia hospitalaria. Entendemos pertinente este proyecto porque nos permite unificar criterios y ofrecer conocimientos con lo que pretendemos asentar una sólida base de trabajo en una línea común.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reconocer el material básico para auxiliar a las enfermera en las técnicas básicas y toma de muestras.
- Ser capaz de dar los cuidados necesarios a la diversidad de pacientes: apoyo en la alimentación a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0244

1. TÍTULO

ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

pacientes con disfagia, practicar una higiene adecuada, prevención de lesiones por presión ...
- Actuación ante una PCR en planta y limpieza posterior de los materiales que se hayan utilizado (laringoscopio, ambú ...)
- Necesidades especiales en los pacientes aislados. Conocer los distintos tipos de aislamientos.
- Conocemos a nuestro paciente tipo: EPOC e IC

MÉTODO
Sesiones formativas semanales de 30 minutos de duración impartidas en el mismo servicio para que llegue al 100% de los trabajadores aunque estén en su jornada laboral.

INDICADORES
De cada sesión saldrá una pauta común de trabajo relativa al tema tratado.
Se entregarán por escrito los contenidos de cada sesión a cada participante.
Sensación percibida de mejora de conocimientos por parte de todo el equipo, lo que repercutirá en un trabajo más fluído y organizado y mejor aprovechamiento de recursos.

DURACIÓN
- 24 enero: Material básico para técnicas de enfermería: VP, SV y SNG
- 31 enero: Recogida de muestras: técnicas y recipientes
- 7 febrero: Toracocentesis, Paracentesis y Punción lumbar
- 14 febrero: Paciente con disfagia
- 21 febrero: Carro de paros. Actuación ante una PCR en planta
- 28 febrero: Productos de limpieza de material e higiene del paciente
- 7 marzo: Aislamientos
- 14 marzo: Limpieza del ambú
- 21 marzo: Fisiopatología básica del EPOC e IC
- 28 marzo: Material para cura de heridas

Una vez terminado el ciclo de sesiones, se hará una evaluación conjunta de los resultados obtenidos y se propondrán nuevas fechas si hiciera falta repasar algún tema o surgieran nuevas inquietudes formativas, siempre relacionadas con el paciente y las actividades de nuestro servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA TOA LARDIES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLES TORRES ELISA
LOBERA PRIETO CARMEN
CALVO SARVISE MARIA JOSE
SALAS ESCRIBANO LORENA
IBOR MARCUELLO MONICA
TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION DE EQUIPO OCTUBRE 2016: Presentación del proyecto y reparto de tareas.
REUNIÓN DE EQUIPO MARZO 2017: Revisión del trabajo realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Organización de todo el material de aislamiento (carro y baño asistido),que todo el personal conoce
-Talleres de aislamientos,con el personal de urgencias .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En seguimiento

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/193 ========== ***

Nº de registro: 0193

Título
GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Autores:
TOA LARDIES ELENA, VALLES TORRES ELISA, IBOR MARCUELLO MONICA, MUR BORRACHERO LORENA, TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA, CALVO SARVISE MARÍA JOSE, LOBERA PRIETO CARMEN, SALAS ESCRIBANO LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En agosto del 2014 llegó a España la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), procedente de países como Sierra leona, Guinea y Liberia, denominados zonas endémicas. Dicha enfermedad letal tanto en los países de procedencia como en el continente europeo, se estimó en este último brote, la tasa promedio de mortalidad en un 50% (OMS).
A la hora de tratar un posible caso en el servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, se objetivó que el personal sanitario no estaba suficientemente formado en prevención y el uso de EPI´s y aunque había protocolos de aislamiento intrahospitalarios, se encontraron múltiples irregularidades, deficiencias en estructuras arquitectónicas y el personal sanitario se sentía indefenso por la falta de formación.
La infección del personal sanitario al tratar a pacientes con patología infectocontagiosa y las infecciones nosocomiales han sido frecuentes cuando ha habido contacto estrecho y no se han observado estrictamente las precauciones para el control de la infección.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Ante la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas atendidas en un servicio de urgencias, entendemos la importancia de implementar mejoras en seguridad, por ello creemos conveniente este plan de mejora.
Se plantean los siguientes objetivos (líneas de introducción)
- Disminuir la variabilidad estableciendo las recomendaciones en el ámbito de urgencias.
- Mejorar la seguridad del paciente y de los trabajadores.
- Utilizar los recursos de forma eficiente adecuando el material a cada situación concreta.
- Evitas la exposición de riesgo biológico a los trabajadores.
- Disminuir incidencia de infecciones nosocomiales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer un plan de actuación basado en evidencia científica actual que incluya medidas de mejora, concretas y evaluables, que contribuyan a gestionar los aislamientos hospitalarios haciéndolas más eficientes.
- Que todo el personal sanitario se familiarice con los tipos de aislamiento y actuación a seguir en los mismos.
- Establecer un circuito asistencial ante un posible caso de enfermedad infecto-contagiosa.
- Aumentar la seguridad de los trabajadores y del propio usuario.
- Mejorar la comunicación de los profesionales hacia los pacientes y acompañantes.
- Evaluación de la mejora de los resultados.

MÉTODO
- Analizar la situación actual en el servicio de urgencias.
- Selección del grupo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento de actuación basado en la evidencia científica actual.
- Formación de todo el personal de urgencias mediante sesiones clínicas.
(% personal formado mediante sesión clínica= profesionales formados / total de profesionales del servicio x 100)
- Índice de satisfacción. Encuesta tras la sesión clínica para medir la satisfacción de los profesionales formados.
- Elaboración de posters indicando tipos de aislamiento y medidas a tomar.
- Permanente actualización con el servicio de preventiva.
- Realizar un inventario del material de aislamiento y revisar el mismo con periodicidad mensual.
- Actualización del carro de aislamientos.
- Inclusión de las recomendaciones en la intranet del sector.
- Evaluación y puesta en marcha de las acciones de mejora.
- Crear buzón de incidencias para los profesionales.

INDICADORES
1. Los pacientes con enfermedad infectocontagiosa deben de tener “aislamiento” pautado en PCH.
2. Los pacientes con “aislamiento” pautado en PCH deben de tener realizado el aislamiento correcto.
3. El personal del servicio debe estar formado mediante sesión clínica.
Formar al personal del servicio en aislamientos.
4. Medir índice de satisfacción de los profesionales formados.
5. Protocolo finalizado y colgado en la intranet.

DURACIÓN
1. Inicio proyecto : Septiembre 2016
2. Reparto de tareas : Octubre 2016
3. Sesiones clínicas: Diciembre 2016.
4. Indicadores a evaluar y nuevas propuestas de mejora (reevaluación): Febrero 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA TOA LARDIES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLES TORRES ELISA
SALAS ESCRIBANO LORENA
GRACIA MAIRAL AIMAR
LACOMA ABADIA ANA
GRACIA MARGALEJO LAURA
TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA
GARCES CAMPO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Talleres de diferentes tipos de aislamientos con el personal de urgencias
En las jornadas de calidad del Hospital de Barbastro, presentación de comunicación oral " Uso de mascarillas en ambiente hospitalario "
Elaboración de un díptico informativo para el paciente "posible caso gripe ",triado y que debe esperar en urgencias .
Se retira sistema de almacenamiento de mascarillas FPP2 / FPP3 por el mal uso que se estaba realizando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El personal de urgencias se ha familiarizado con los diferentes tipos de aislamiento,por consiguiente se ha mejorado la seguridad del paciente y de los trabajadores .
Se ha disminuido la variabilidad en los procedimientos de aislamiento y se utiliza el material de manera mas eficiente .
Se ha establecido un circuito asistencial ante un posible caso de enfermedad infecto-contagiosa .
Se ha mejorado la comunicación de los profesionales hacia pacientes y acompañantes en caso de aislamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Presentamos memoria final del proyecto,ya que se han alcanzado los objetivos previstos,mejorando los conocimientos del personal y disminuyendo la variabilidad.
Con la puesta en marcha de un grupo de trabajo en el servicio de urgencias,dirigido a las necesidades formativas y de reciclaje del personal, incluiremos información referida a los aislamientos según necesidades detectadas en el mismo servicio,para mejorar la calidad asistencial .
Una característica del servicio de urgencias,es el cambio continuo de personal y la necesidad de formación continua .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/193 ========== ***

Nº de registro: 0193

Título
GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Autores:
TOA LARDIES ELENA, VALLES TORRES ELISA, IBOR MARCUELLO MONICA, MUR BORRACHERO LORENA, TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA, CALVO SARVISE MARIA JOSE, LOBERA PRIETO CARMEN, SALAS ESCRIBANO LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En agosto del 2014 llegó a España la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), procedente de países como Sierra leona, Guinea y Liberia, denominados zonas endémicas. Dicha enfermedad letal tanto en los países de procedencia como en el continente europeo, se estimó en este último brote, la tasa promedio de mortalidad en un 50% (OMS).
A la hora de tratar un posible caso en el servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, se objetivó que el personal sanitario no estaba suficientemente formado en prevención y el uso de EPI´s y aunque había protocolos de aislamiento intrahospitalarios, se encontraron múltiples irregularidades, deficiencias en estructuras arquitectónicas y el personal sanitario se sentía indefenso por la falta de formación.
La infección del personal sanitario al tratar a pacientes con patología infectocontagiosa y las infecciones nosocomiales han sido frecuentes cuando ha habido contacto estrecho y no se han observado estrictamente las precauciones para el control de la infección.
Ante la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas atendidas en un servicio de urgencias, entendemos la importancia de implementar mejoras en seguridad, por ello creemos conveniente este plan de mejora.
Se plantean los siguientes objetivos (líneas de introducción)
- Disminuir la variabilidad estableciendo las recomendaciones en el ámbito de urgencias.
- Mejorar la seguridad del paciente y de los trabajadores.
- Utilizar los recursos de forma eficiente adecuando el material a cada situación concreta.
- Evitas la exposición de riesgo biológico a los trabajadores.
- Disminuir incidencia de infecciones nosocomiales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer un plan de actuación basado en evidencia científica actual que incluya medidas de mejora, concretas y evaluables, que contribuyan a gestionar los aislamientos hospitalarios haciéndolas más eficientes.
- Que todo el personal sanitario se familiarice con los tipos de aislamiento y actuación a seguir en los mismos.
- Establecer un circuito asistencial ante un posible caso de enfermedad infecto-contagiosa.
- Aumentar la seguridad de los trabajadores y del propio usuario.
- Mejorar la comunicación de los profesionales hacia los pacientes y acompañantes.
- Evaluación de la mejora de los resultados.

MÉTODO
- Analizar la situación actual en el servicio de urgencias.
- Selección del grupo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento de actuación basado en la evidencia científica actual.
- Formación de todo el personal de urgencias mediante sesiones clínicas.
(% personal formado mediante sesión clínica= profesionales formados / total de profesionales del servicio x 100)
- Índice de satisfacción. Encuesta tras la sesión clínica para medir la satisfacción de los profesionales formados.
- Elaboración de posters indicando tipos de aislamiento y medidas a tomar.
- Permanente actualización con el servicio de preventiva.
- Realizar un inventario del material de aislamiento y revisar el mismo con periodicidad mensual.
- Actualización del carro de aislamientos.
- Inclusión de las recomendaciones en la intranet del sector.
- Evaluación y puesta en marcha de las acciones de mejora.
- Crear buzón de incidencias para los profesionales.

INDICADORES
1. Los pacientes con enfermedad infectocontagiosa deben de tener “aislamiento” pautado en PCH.
2. Los pacientes con “aislamiento” pautado en PCH deben de tener realizado el aislamiento correcto.
3. El personal del servicio debe estar formado mediante sesión clínica.
Formar al personal del servicio en aislamientos.
4. Medir índice de satisfacción de los profesionales formados.
5. Protocolo finalizado y colgado en la intranet.

DURACIÓN
1. Inicio proyecto : Septiembre 2016
2. Reparto de tareas : Octubre 2016
3. Sesiones clínicas: Diciembre 2016.
4. Indicadores a evaluar y nuevas propuestas de mejora (reevaluación): Febrero 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 17/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NOEMI DIAZ MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN
CLIMENTE LATORRE DIANA
ARCAS VILLACAMPA MERCEDES
BRAVO TRICAS IRENE
GONZALEZ GARCIA MAGDALENA
CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD
LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Se realizó una búsqueda bibliográfica en una segunda reunión del equipo en el mes de mayo. Se encontró material de otros centros, sobretodo dirigido para personal de “pool”. Asimismo en esa reunión se elaboró una encuesta de satisfacción a personal que de nueva incorporación en nuestra unidad.
• La encuesta se realizó a personal de nueva incorporación que había pasado por nuestra unidad los dos años anteriores a esta fecha tanto personal de enfermería como auxiliares de enfermería.
• A partir de las encuestas y de un diagrama causa-efecto de Ishikawa se identificaron los posibles problemas de nuestra unidad.
• Durante los meses de septiembre a enero se ha realizado un tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado tales como números de teléfono usuales, estructuración del área de urgencias, número de camas, sistema de triaje, etc. A la vez se han diseñado unas hojas donde de forma esquematizada encontramos las tareas para cada grupo profesional en cada turno y en las diferentes ubicaciones de nuestra unidad. Así, quedan explícitas en cada hoja de forma rápida y visual. Cuando el profesional de nueva incorporación llega a una ubicación en nuestro servicio puede recurrir a la hoja informativa que allí se encuentra para servirle de apoyo en las tareas a realizar.
En el momento actual se está a la espera de validación por dirección del material realizado, puesta en marcha del proyecto y realización de una nueva encuesta para la evaluación del proceso realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN SEGUIMIENTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN SEGUIMIENTO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/206 ========== ***

Nº de registro: 0206

Título
GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
DIAZ MARTINEZ NOEMI, MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN, CLIMENTE LATORRE DIANA, ARCAS VILLACAMPA MERCEDES, BRAVO TRICAS IRENE, GONZALEZ GARCIA MAGDALENA, CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD, LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRABAJADORES DEL SALUD
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Otro Enfoque.....: MEJORAR ADAPTACIÓN AL NUEVO PUESTO DE TRABAJO EN UN SERVICIO ESPECIAL

PROBLEMA
En el Hospital de Barbastro, que abarca una población de 150.000 habitante, se atienden pacientes de cualquier edad y todo tipo de patologías. Por ello, nuestro personal debe ser competente ante las diferentes situaciones que nos encontramos día a día. Para cubrir las necesidades de nuestra plantilla como el periodo vacacional, bajas, permisos, etc., se origina un gran movimiento de personal de nueva incorporación, lo que produce una lógica incertidumbre para el recién llegado y también para el resto del equipo. Esto, nos hace plantear la necesidad de realizar una herramienta que facilite la adaptación e integración de nuevos trabajadores.
Nuestra experiencia nos lleva a la idea de la necesidad de una herramienta práctica y sencilla para facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, sobre todo pensando en el personal eventual que no dispone de tiempo de adaptación por la prontitud de su llamamiento.
Es una propuesta encaminada a mejorar la acogida facilitando el primer contacto para que la integración sea de la manera más eficaz y así disminuir la ansiedad y aumentar la seguridad con los niveles óptimos de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la adaptación del personal de nueva incorporación en la unidad de Urgencias.
- Fomentar desde el inicio de la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales de nueva incorporación.
- Disminuir la ansiedad que genera en el profesional la primera toma de contacto con nuestra unidad.
- Evitar la distorsión en el ritmo de trabajo.
- Facilitar la integración del trabajador.
- Que el personal de nueva incorporación tenga herramientas para trabajar con seguridad.
- Crear una guía rápida de orientación a nivel asistencial a los profesionales de nueva incorporación.
- Diseñar una herramienta de uso rápido que se adapte a las necesidades detectadas en el personal de nueva incorporación.
- Mejorar las relaciones interpersonales.

MÉTODO
1. Búsqueda bibliográfica sobre planes de acogida y funciones enfermeras en unidades específicas. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.
2. Realización de encuesta de satisfacción del plan de acogida vigente a personal de nueva incorporación a nuestra unidad. Todo el equipo
3. Análisis de la encuesta y valoración de propuestas. Todo el equipo
4. Identificación de problemas a través de lluvia de ideas. Todo el equipo
5. Análisis de problemas con un diagrama causa-efecto de Ishikawa. Todo el equipo
6. Elaboración del diseño de las hojas rápidas informativas de la organización y funcionamiento de cada área de urgencias, así como tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado. Las enfermeras del equipo realizarán las hojas de enfermería y las TCAEs realizarán la parte de auxiliares.
7. Aplicación y divulgación de la nueva herramienta de acogida al personal de nueva incorporación. Todo el equipo
8. Elaboración encuesta postacogida para evaluar las medidas establecidas. Todo el equipo
9. Análisis de la encuesta. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz
10. Evaluación y divulgación del proceso. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.

INDICADORES
Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas
----------X 100
Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar, el 70% de las enfermeras de nueva incorporación encuestadas.

Nº enfermeras de nueva incorporación acogidas
---------- X 100
Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar el 80% de enfermeras de nueva incorporación se les informará del plan de acogida.

Indicador de resultado: dimensión satisfacción
Nº enfermeras de nueva incorporación satisfechas
----------X 100
Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas

Estándar, el 60% de las enfermeras de nueva incorporación están satisfechas.

DURACIÓN
Búsqueda bibliográfica SEPTIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción OCTUBRE, NOVIEMBRE

Identificación y análisis de problemas SEPTIEMBRE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Diseño hojas informativas y tríptico NOVIEMBRE, DICIEMBRE

Aplicación del plan de mejora DICIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción del plan de mejora DICIEMBRE, ENERO, FEBRERO

Análisis de la encuesta y evaluación del proceso MARZO, ABRIL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NOEMI DIAZ MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN
CLIMENTE LATORRE DIANA
ARCAS VILLACAMPA MERCEDES
BRAVO TRICAS IRENE
GONZALEZ GARCIA MAGDALENA
CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD
LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una búsqueda bibliográfica en una segunda reunión del equipo en el mes de mayo. Se encontró material de otros centros, sobre todo dirigido para personal de “pool”. Así mismo en esa reunión se elaboró una encuesta de satisfacción a personal que de nueva incorporación en nuestra unidad.
La encuesta se realizó a personal de nueva incorporación que había pasado por nuestra unidad los dos años anteriores a esta fecha tanto personal de enfermería como auxiliares de enfermería.
A partir de las encuestas y de un diagrama causa-efecto de Ishikawa se identificaron los posibles problemas de nuestra unidad.
Durante los meses de septiembre a enero se realizó un tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado tales como números de teléfono usuales, estructuración del área de urgencias, número de camas, sistema de triaje, etc. A la vez se diseñaron unas hojas donde de forma esquematizada encontramos las tareas para cada grupo profesional en cada turno y en las diferentes ubicaciones de nuestra unidad (triaje, consultas generales, críticos y sala observación). Así, quedan explícitas en cada hoja de forma rápida y visual. Cuando el profesional de nueva incorporación llega a una ubicación en nuestro servicio puede recurrir a la hoja informativa que allí se encuentra para servirle de apoyo en las tareas a realizar.
Una vez validado todo el material por la dirección del hospital se divulgó nuestro programa entre los profesionales de nuestro servicio y se instauraron las hojas informativas en cada ubicación de urgencias.
Cuando acude un nuevo profesional sanitario a nuestro servicio la supervisora le enseña el servicio, le presenta a los compañeros y le entrega el tríptico informativo para su uso personal, a su vez, se le explica cómo usar las herramientas de consulta rápida que atañen la dinámica de trabajo, éstas, están ubicadas en cada una de las diferentes ubicaciones.
Tras la instauración de nuestro proyecto, se elaboró una nueva encuesta de satisfacción al personal de nueva incorporación para poder evaluarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los primeros resultados obtenidos fueron la evaluación de las encuestas antes de instaurar el proyecto. Tenemos una muestra pequeña respecto a la muestra total de personas de nueva incorporación que pasaron durante los dos años antes del proyecto por nuestro servicio. Esta falta de muestra se debe a que la mayoría de profesionales se han jubilado, están trasladados a otros hospitales y bajas por enfermedad. A pesar de ello, en estas encuestas los profesionales dejan constancia de la necesidad de unas herramientas que les dé más seguridad en el trabajo debido a la especialización de nuestro servicio.
Las encuestas realizadas tras el proyecto revelan los resultados de los indicadores que nos habíamos propuesto en un principio.
Entre ellos obtenemos un 85,71% de personal de nueva incorporación encuestado. Partíamos de alcanzar un 70%.
Al 81% se le realizó el plan de acogida. Fueron acogidos por la supervisora, visita guiada por la unidad y se les entregó el tríptico de acogida y las hojas informativas del área donde iban a estar ubicados.
Otro ítem a tener en cuenta es el grado de satisfacción de la guía rápida elaborada que les permite obtener información de sus tareas a realizar. En este indicador se ha obtenido un 100% de satisfacción.
Tras la divulgación del proyecto, los profesionales sanitarios del servicio se muestran más seguros al contar con una herramienta útil y rápida de apoyo cuando sus compañeros de nueva incorporación les piden ayuda sobre la dinámica del servicio. A su vez, los encuestados refieren que se sienten más seguros y más independientes en sus tareas al estar registradas de forma fácil y ágil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este equipo de mejora valora muy positivamente la implantación de una guía rápida del funcionamiento interno para personal de nueva incorporación. Este material es fundamental sobre todo cuando nuestro servicio tiene una gran demanda asistencial y a su vez acude una persona que no ha estado anteriormente en nuestro servicio en un día festivo que la supervisora no puede realizar la pertinente acogida al servicio.
Es un material ágil donde se especifican las tareas de forma clara de cada ubicación para cada profesional y según el turno del día en el que nos encontramos.
Con ello, podemos nombrar algunos de los objetivos planteados alcanzados. Se evita la distorsión del ritmo de trabajo, se disminuye la ansiedad del profesional en su primer día en el servicio y sobre todo ganamos en seguridad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Hasta ahora sólo contábamos con un gran dossier dónde se explica detalladamente todo el funcionamiento del servicio, pero este material es inviable para un profesional que sólo va a estar puntualmente en nuestro servicio.

Nuestras hojas informativas, no sólo se han realizado de las ubicaciones que ocupan los profesionales recién llegados, sino que también están descritas aquéllas como triaje y críticos. En estas ubicaciones no se ha evaluado la satisfacción del profesional mediante encuesta. Nos sería de gran ayuda saber si este proyecto también es de interés para los profesionales que son habituales en nuestro servicio y asumen por primera vez una ubicación específica de gran responsabilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/206 ========== ***

Nº de registro: 0206

Título
GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
DIAZ MARTINEZ NOEMI, MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN, CLIMENTE LATORRE DIANA, ARCAS VILLACAMPA MERCEDES, BRAVO TRICAS IRENE, GONZALEZ GARCIA MAGDALENA, CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD, LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRABAJADORES DEL SALUD
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.......: MEJORAR ADAPTACIÓN AL NUEVO PUESTO DE TRABAJO EN UN SERVICIO ESPECIAL

PROBLEMA
En el Hospital de Barbastro, que abarca una población de 150.000 habitante, se atienden pacientes de cualquier edad y todo tipo de patologías. Por ello, nuestro personal debe ser competente ante las diferentes situaciones que nos encontramos día a día. Para cubrir las necesidades de nuestra plantilla como el periodo vacacional, bajas, permisos, etc., se origina un gran movimiento de personal de nueva incorporación, lo que produce una lógica incertidumbre para el recién llegado y también para el resto del equipo. Esto, nos hace plantear la necesidad de realizar una herramienta que facilite la adaptación e integración de nuevos trabajadores.
Nuestra experiencia nos lleva a la idea de la necesidad de una herramienta práctica y sencilla para facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, sobre todo pensando en el personal eventual que no dispone de tiempo de adaptación por la prontitud de su llamamiento.
Es una propuesta encaminada a mejorar la acogida facilitando el primer contacto para que la integración sea de la manera más eficaz y así disminuir la ansiedad y aumentar la seguridad con los niveles óptimos de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la adaptación del personal de nueva incorporación en la unidad de Urgencias.
- Fomentar desde el inicio de la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales de nueva incorporación.
- Disminuir la ansiedad que genera en el profesional la primera toma de contacto con nuestra unidad.
- Evitar la distorsión en el ritmo de trabajo.
- Facilitar la integración del trabajador.
- Que el personal de nueva incorporación tenga herramientas para trabajar con seguridad.
- Crear una guía rápida de orientación a nivel asistencial a los profesionales de nueva incorporación.
- Diseñar una herramienta de uso rápido que se adapte a las necesidades detectadas en el personal de nueva incorporación.
- Mejorar las relaciones interpersonales.

MÉTODO
1. Búsqueda bibliográfica sobre planes de acogida y funciones enfermeras en unidades específicas. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.
2. Realización de encuesta de satisfacción del plan de acogida vigente a personal de nueva incorporación a nuestra unidad. Todo el equipo
3. Análisis de la encuesta y valoración de propuestas. Todo el equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

4. Identificación de problemas a través de lluvia de ideas. Todo el equipo
5. Análisis de problemas con un diagrama causa-efecto de Ishikawa. Todo el equipo
6. Elaboración del diseño de las hojas rápidas informativas de la organización y funcionamiento de cada área de urgencias, así como tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado. Las enfermeras del equipo realizarán las hojas de enfermería y las TCAEs realizarán la parte de auxiliares.
7. Aplicación y divulgación de la nueva herramienta de acogida al personal de nueva incorporación. Todo el equipo
8. Elaboración encuesta postacogida para evaluar las medidas establecidas. Todo el equipo
9. Análisis de la encuesta. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz
10. Evaluación y divulgación del proceso. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.

INDICADORES

Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas

Nº enfermeras de nueva incorporación X 100

Estándar, el 70% de las enfermeras de nueva incorporación encuestadas.

Nº enfermeras de nueva incorporación acogidas

Nº enfermeras de nueva incorporación X 100

Estándar el 80% de enfermeras de nueva incorporación se les informará del plan de acogida.

Indicador de resultado: dimensión satisfacción

Nº enfermeras de nueva incorporación satisfechas

Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas X 100

Estándar, el 60% de las enfermeras de nueva incorporación están satisfechas.

DURACIÓN

Búsqueda bibliográfica SEPTIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción OCTUBRE, NOVIEMBRE

Identificación y análisis de problemas SEPTIEMBRE

Diseño hojas informativas y tríptico NOVIEMBRE, DICIEMBRE

Aplicación del plan de mejora DICIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción del plan de mejora DICIEMBRE, ENERO, FEBRERO

Análisis de la encuesta y evaluación del proceso MARZO, ABRIL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0697

1. TÍTULO

ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA ANDRES ALIERTA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNALDA BAILO ISABEL
DOMEC LLORET REYES
FERNANDEZ PORTAL TERESA
LACASA FENES PAZ
DIESTE SILVA PURIFICACION
PALACIOS DIAZ VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION DEL EQUIPO EN OCTUBRE DEL 2016: explicación del método y reparto de tareas.
REUNIÓN DEL EQUIPO EN FEBRERO DEL 2017 : Revisión del trabajo realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cambio del armario de organización de documentación de pacientes en consulta y pendientes de resultados.
Organización de la documentación de críticos.
Organización de los documentos de sala de observación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
seguimiento.

7. OBSERVACIONES.
Seguimiento.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/697 ========== ***

Nº de registro: 0697

Título
ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

Autores:
PESQUER VILAS ISABEL, ANDRES ALIERTA MARTA, ARNALDA BAILO ISABEL, DOMEC LLORET REYES, GROS SANAGUSTIN LAURA, POLO MARTINEZ MARTA, FERNANDEZ PORTAL TERESA, LACASA FENES PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A pesar de las obras de ampliación realizadas en el servicio de urgencias del Hospital de Barbastro hace ya 10 años, en nuestro día a día es evidente que el espacio se queda pequeño. Hay dos periodos claros en los que se produce un aumento de las asistencias:
- periodo invernal: reagudización de la patología de base en nuestra población envejecida
- periodo estival: aumento de la población por el turismo y cierre de camas en el hospital
Especialmente en estas épocas se genera un desequilibrio entre la demanda asistencial y los recursos materiales y humanos. Nos vemos obligados prácticamente a duplicar nuestra capacidad física para seguir atendiendo pacientes y que no se disparen las horas de espera. En estos momentos hemos detectado una falta de control en la ubicación de los pacientes y dificultando la tarea asistencial. Creando también situaciones estresantes y un enrarecimiento del clima laboral.
Ante esta situación que se repite año tras año, hemos decidido ponernos en marcha para unificar la forma de ubicar y organizar la documentación de los pacientes. De esta forma aumentar la seguridad de los pacientes y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0697

1. TÍTULO

ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

disminuir en estos momentos la sensación de “caos”.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestros OBJETIVOS son:

En relación al paciente:

1.- Aumentar la seguridad del paciente
1.1- Tener controlada la ubicación física de todos los pacientes que estén en un momento determinado en urgencias.
1.2.- La documentación clínica correspondiente a cada paciente ha de estar ordenada y archivada adecuadamente.
2.- Que se sienta satisfecho con la atención recibida

En relación a los profesionales:

1.- Esperamos mejorar el clima laboral.
2.- Mejorar la satisfacción del profesional

En relación a la institución:

1.- Mejorar la efectividad de nuestro trabajo al no tener que invertir tiempo extra buscando resultados de pruebas que se han extraviado.

MÉTODO
Justificamos la elección del problema usando el método de Hanlon.
Rellenaremos un diagrama de Issikawa realizando una lluvia de ideas para conocer qué variables afectan a nuestro problema.
Una vez completado analizaremos sobre qué variables podemos incidir.
Para priorizar nos basaremos en la comparación por pares y diagrama de Pareto.
Identificación de problemas a través de una tormenta de ideas, participará todo el equipo.
Modificación del armario archivador de documentación de pacientes, acorde al número de reconocimientos.
Solicitar planchetas numeradas con todas las posibles ubicaciones de los pacientes.
Solicitar autorización para que enfermería pueda modificar la ubicación de los pacientes en el programa informático PCH.
Aplicación y divulgación a todo el personal, de las nuevas herramientas de trabajo.

INDICADORES
Los indicadores serán:
- Número de pacientes que están bien ubicados en un momento determinado en el PCH.
- Número de pacientes que tienen la documentación clínica bien ordenada.
- El panel con las etiquetas de los pacientes que están en urgencias está actualizado en todo momento.
- Los papeles de los pacientes que se han ido de alta están recogidos y archivados.
- La mesa del control está limpia de papeles (analíticas, electros, etiquetas…)
- La enfermera de triaje conoce el estado de ocupación de los reconocimientos.
- La enfermera de triaje conoce a los pacientes que están esperando en la sala de espera.
- Número de reclamaciones provocadas por esta situación.

Haciendo cortes en diferentes momentos del día y de la semana, comprobaremos en qué grado se cumplen los indicadores anteriores.
Después de la intervención, reevaluaremos para conocer la eficacia de nuestras actuaciones

DURACIÓN
Inicio del proyecto y solicitud de aprobación: junio de 2016
Explicación del método y reparto de tareas: octubre 2016
Sesión clínica y puesta en común: noviembre 2016
Aplicación de las medidas a tomar: noviembre 2016
Reevaluación: enero 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0966

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELISA VALLES TORRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMA ABADIA ANA MILAGROS
TORRES PENA ISABEL
GONZALEZ GARCIA MAGDA
RENAU GONZALEZ LAIA
GARCES CAMPO BEGOÑA
ASPAS LARTIGA CARLOS
TOA LARDIES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación de grupo de trabajo y organización de tareas por grupos.
Diseño de un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar ymanejo de vía aérea.
Encuesta al personal del servicio de urgencias sobre las tecnicas de interes para realizar las sesiones clínicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavia no se han obtenido resultados palpables, ya que por motivos de disolución del grupo de trabajo por motivos varios(cambio de lugar de lugar de trabajo, traslados y oposiciones) se decidió paralizar el proyecto hasta la estabilizacion y creación de un nuevo equipo.
Se ha vuelto a crear el equipo con un valor añadido, incorporar a compañeros que han trabajado,anteriormente y en este momento en la UCI de nuestro hospital, para poder unificar actuaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hubo un gran interes por parte de los compañeros al presentar el proyecto de formación continuada y la futura realización de sesiones con tecnicas del paciente critico en urgencias.
Queda pendiente estandarizar actuaciones ante el paciente critico para disminuir la variabilidad y mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias.Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados. Elaborar un calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados con encuestas de satisfacción.

7. OBSERVACIONES.
Sentimos no poder mostrar una memoria completa del proyecto y nos gustaria poder tener la oportunidad de realizarlo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/966 ========== ***

Nº de registro: 0966

Título
ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CON RCP E IOT Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Autores:
VALLES TORRES ELISA, LACOMA ABADIA ANA MILAGROS, TORRES PEÑA ISABEL, GARGALLO BERNAD CESAR, GONZALEZ GARCIA MAGDALENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PARADA CARDIO RESPIRATORIA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0966

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
INTRODUCCIÓN. La necesidad de formación específica y especializada de las enfermeras para cuidar de los pacientes en el ámbito de urgencias, así como una formación continuada para actualizar dichos conocimientos, es fundamental si deseamos ofrecer al paciente una atención integral de calidad y dentro de las prácticas seguras. En las Unidades de Urgencias Hospitalarias, se ofrece atención paciente con un elevado nivel de gravedad o con riesgo de sufrir complicaciones potencialmente mortales. Nuestra propuesta desde la propia Unidad de Urgencias del Hospital de Barbastro, es ofrecer una actualización periódica a los profesionales, tanto de conocimientos teórico como instrumentales, del paciente con PCR y de la técnica de intubación.
IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO. El objetivo general es la actualización de conocimientos y habilidades en soporte vital avanzado siguiendo las guías actualizadas en 2015. Nuestro servicio dispone de 2 camas de pacientes críticos, donde se ofrece atención urgente a pacientes críticos. El equipo de enfermería de Urgencias está compuesto por una plantilla fija de enfermería de 21 enfermeras y 10 de reducciones de jornada. La plantilla fija de nuestra unidad, que sí está habituada a la rutina de trabajo y dispone de competencias específicas en la materia adquirida gracias a la experiencia de los años trabajados en la unidad. Al ser un número tan elevado de personal fijo y la incidencia de estas prácticas específicas ser bajo, el personal de enfermería precisa de actualización de conocimientos del paciente con PCR e IOT, para asegurar unos cuidados de alta calidad. En épocas de verano contamos con personal que no trabaja habitualmente en el servicio, por lo tanto no está siempre habituada a las prácticas instrumentales de la unidad y se podrían beneficiar de esta formación continuada.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Diseñar un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar y manejo de vía aérea.
2. Estandarización de las actuaciones ante el paciente con RCP y la IOT en paciente critico en el servicio de urgencias para disminuir la variabilidad.
3. Mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias.

MÉTODO
1. Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados.
2. Se elaborará calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados. (Mayo-Junio y Noviembre-Diciembre)
3. De acuerdo al calendario, se impartirán sesiones teórico-prácticos al personal de enfermería.

INDICADORES
1. Constatar la elaboración del plan de formación
2. Elaborar calendario de formación.
3. Indicadores que se van a utilizar:
- Número de profesionales que reciben la formación.
- Autoevaluación al finalizar las sesiones para comprobar la asimilación de los conocimientos impartidos por medio de cuestionario.
- Encuesta de satisfacción a enfermería sobre las actividades de formación continuada llevadas a cabo tras las sesiones.

DURACIÓN
1. Elaboración de Plan de formación: Enero- Abril 2017.
2. Puesta en marcha: Mayo-Junio 2017.
3. Autoevaluación: Junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

1. TÍTULO

ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BUISAN GIRAL
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORDAS BUIL YOLANDA
TORRES PEÑA ISABEL
BENITO RUIZ BEATRIZ
LORIENTE MARTINEZ CLARA
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
EITO CUELLO JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
- Se han realizado 3 reuniones del grupo
- Análisis de la situación en los EAP y urgencias (no se disponía de protocolos)
- Reparto de las tres patologías seleccionadas entre los miembros del grupo
- Actualización y envío a los coordinadores de los EAP y al servicio de urgencias del hospital el listado de medicamentos analgésicos disponibles en los botiquines de los EAP
- Búsqueda y clasificación de la bibliografía
- Actualmente estamos en la fase de revisión de la bibliografía por parte de cada grupo y realización de algoritmos de tratamiento. Además de bibliografía también se ha realizado el envío de boletines farmacoterapeúticos del ámbito del SNS en los que aparecen dichos algoritmos.
- Se han establecido los criterios para la elaboración de la guía: escalas de abordaje del dolor, algoritmos de tratamiento farmacológico, líneas de abordaje, establecer los criterios para pasar de una línea a otra… Se concretará cuanto más mejor el fármaco a utilizar basándonos en criterios de eficacia, seguridad y eficiencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Hasta el momento no se han alcanzado la totalidad de los objetivos propuestos, es necesario continuar con el proyecto en 2018, consolidando las reuniones y la coordinación entre AP y urgencias, tratando además de incorporar a otros servicios.

ACTIVIDADES PENDIENTES
- Actualmente estamos en la fase de revisión de la bibliografía por parte de cada grupo y realización de algoritmos de tratamiento.
- Elaborar protocolos consensuados entre AP y servicio de urgencias que puedan ser consultados y seguidos por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.
- Difusión y formación en Centros de Salud y Hospital.

- Posibilidad de editar una guía y trípticos para difusión y consulta
- Posibilidad de incorporar al grupo a otras especialidades (2018).
- Estudio de la posibilidad de incorporar unas indicaciones de derivación a fisioterapia (2018)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• No se disponía de protocolos en los equipos de atención primaria y/o urgencias
• Buena coordinación entre niveles asistenciales (AP – urgencias)
• Reparto de tareas y responsabilidades entre los miembros del grupo de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1477 ========== ***

Nº de registro: 1477

Título
ACECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Autores:
EITO CUELLO JUAN JOSE, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, BORDAS BUIL YOLANDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

1. TÍTULO

ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Entre las agrupaciones de códigos diagnósticos que describen condiciones clínicas (EDCs) siempre aparecen en los primeros puestos por su frecuencia, los Signos y síntomas músculo-esqueléticos y la Lumbalgia.
Los pacientes con estos procesos con frecuencia recorren los distintos niveles asistenciales y son tributarios de recibir prescripciones farmacológicas analgésicas diversas.
Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional en la elección del tratamiento farmacológico en lumbalgias, gonalgias y hombro doloroso. Consensuar protocolo de actuación entre AP y servicio de urgencias del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaborar Protocolo consensuado entre AP y servicio de urgencias que pueda ser consultado y seguido por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.
- Su difusión en Centros de Salud y Hospital.
- Incorporar al grupo a otras especialidades.

MÉTODO
Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Reparto de las tres patologías entre los miembros del grupo
Cada grupo revisará bibliografía actualizada y realizará un algoritmo de tratamiento.

INDICADORES
- Nº de centros con los protocolos implantados

DURACIÓN
Enero-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL DOLOR

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUISAN GIRAL MARIA JOSE
LORIENTE MARTINEZ CLARA
TORRES PEÑA ISABEL
BENITO RUIZ BEATRIZ
QUITO RAMOS IVAN
GARCIA MINGUEZ MARIA
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Grupo constituido
- 5 reuniones del grupo (AE-AP)
- Selección de bibliografía de interés, se ha revisado y se ha presentado al grupo
- 3 patologías están adecuadas a protocolo (lumbalgia, gonalgia, hombro doloroso)
- Protocolo de tratamiento y circuito asistencial finalizado de la lumbalgia, que facilitará la comunicación entre profesionales AP-AE
- Los protocolos de la gonalgia y el hombro doloroso están siendo redactados
- 1 sesión de formación de la lumbalgia (30 minutos)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta que no se dé por finalizado el proyecto (3 patologías) no se pueden analizar los resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Necesitamos más tiempo para finalizar todos los objetivos planteados.
• La intención es ampliar el grupo (incorporando también profesionales de otros sectores sanitarios) para así poder abarcar más patologías
• Como propuestas de futuro se valorará la inclusión de algunas patologías como coxalgia, cervicalgia, etc

• Se valorará dar el proyecto por finalizado y crear una comisión/grupo de trabajo dependiente de la Comisión de uso racional del medicamento. La comisión se podría llamar “COMISIÓN PARA MEJORAR EL ABORDAJE DEL DOLOR”, con participación de profesionales del ámbito de la atención primaria y especializada

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1477 ========== ***

Nº de registro: 1477

Título
ACECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Autores:
EITO CUELLO JUAN JOSE, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, BORDAS BUIL YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL DOLOR

Entre las agrupaciones de códigos diagnósticos que describen condiciones clínicas (EDCs) siempre aparecen en los primeros puestos por su frecuencia, los Signos y síntomas músculo-esqueléticos y la Lumbalgia.
Los pacientes con estos procesos con frecuencia recorren los distintos niveles asistenciales y son tributarios de recibir prescripciones farmacológicas analgésicas diversas.
Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional en la elección del tratamiento farmacológico en lumbalgias, gonalgias y hombro doloroso. Consensuar protocolo de actuación entre AP y servicio de urgencias del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaborar Protocolo consensuado entre AP y servicio de urgencias que pueda ser consultado y seguido por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.
- Su difusión en Centros de Salud y Hospital.
- Incorporar al grupo a otras especialidades.

MÉTODO
Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Reparto de las tres patologias entre los miembros del grupo
Cada grupo revisará bibliografía actualizada y realizará un algoritmo de tratamiento.

INDICADORES
- Nº de centros con los protocolos implantados

DURACIÓN
Enero-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1478

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ TORGUET ANA
YSEBIE RONSE ISABEL
GRIABAL GARCIA MANUEL LEONCIO
CANELLAS SANCHEZ PILAR
COLL CLAVERO JUAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
- Adaptación de un espacio en la Intranet y creación de un formulario consensuado accesible para todos (AP-AE)
- Consenso en indicaciones (apoyo en RX, ECG, Lab)
- Adaptar los circuitos para que cuando el médico de Atención Primaria necesite apoyo realice una interconsulta telemática y avise por teléfono de contacto. Posteriormente el médico en el Servicio de Urgencias informa en el tiempo establecido.
- Sesiones formativas en varios centros de salud del sector (Aínsa, Berbegal, Tamarite, Barbastro, Graus y Castejón de Sos). Además se dedicó un tiempo a explicarlo en una comisión técnico asistencial de atención primaria.

En Servicio de Urgencias
- Sistemas corporativos (HCE, PCH, intranet, videoconferencia, ...) se han adaptado
- Profesional del Servicio designado responsable de atender a las interconsultas en tiempo óptimo
- Teléfono de contacto directo
En Atención Primaria
- Posibilidad de solicitud de interconsulta telemática (OMI)
- Acceso a videoconferencia (opcional), aunque no se ha llegado a desarrollar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
•	Se han realizado un total de 142 interconsultas de urgencias con atención primaria desde el inicio del programa, con una buena satisfacción desde todas las partes implicadas.
•	A mediados de 2017 se implantó el sistema de interconsulta virtual para las interconsultas con atención especializada y paulatinamente ha ido disminuyendo la actividad esta plataforma para incorporarse a la nueva, que es muy similar a la anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
•	Se ha establecido un canal de comunicación entre atención primaria y urgencias que se ha demostrado eficaz y con una alta satisfacción por parte de todos los profesionales implicados

ACTIVIDADES PENDIENTES
•	Revisar por qué desde la implantación de la interconsulta virtual ha disminuido la actividad de derivaciones en la plataforma de urgencias.
•	Nota interna y recordatorio en comisión técnico asistencial de atención primaria de la sistemática de realización de las interconsultas telemáticas con el servicio de urgencias.
•	Posibilidad de aumentar los horarios (tarde, noche, días festivos y fin de semana)
•	Realizar más talleres formativos, tanto en urgencias como en los centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1478 ========== ***

Nº de registro: 1478

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1478

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

EITO CUELLO JUAN JOSE, VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA, YSEBIE RONSE ISABEL, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, PASCUAL FRANCO MONICA, CAVERO TOLOSA ANA MARIA, COLL CLAVERO JUAN IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional que debe de tomar una decisión médica en breve lapso de tiempo.
Evitar desplazamientos de pacientes a urgencias probablemente innecesarios motivados por incertidumbre del médico.
Elevada capacidad de resolución de la interconsulta virtual (aprox 80%), que no se ve influenciada por la edad del paciente.
Acercar atención urgente especializada a atención primaria.
Optimizar los recursos disponibles en el Sector Sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
- Permitir el asesoramiento médico urgente, mediante interconsulta virtual y contacto síncrono con el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, para mejorar la capacidad de resolución desde el Centro de Salud de Atención Primaria en tiempo óptimo.
- mediante la aplicación de las nuevas tecnologías a la Medicina de Urgencias
- pudiendo proponer opciones para el correcto diagnóstico de patologías, así como orientación terapéutica.
- Evitar desplazamientos innecesarios de pacientes al hospital.

MÉTODO
Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Formulario consensuado accesible para todos mediante la intranet.
Consenso en indicaciones (apoyo en RX, ECG, Lab)
Cuando el médico de Atención Primaria necesita apoyo realizará una interconsulta telemática y avisará por teléfono de contacto.
El médico en el Servicio de Urgencias informa en el tiempo establecido.
En Servicio de Urgencias
- Sistemas corporativos (HCE, PCH, intranet, videoconferencia, ...)
- Profesional del Servicio designado responsable de atender a las interconsultas en tiempo óptimo
- Teléfono
En Atención Primaria
- Solicitud interconsulta virtual (OMI)
- Acceso a videoconferencia (opcional)

INDICADORES
- Nº interconsultas realizadas
- Nº de interconsultas resueltas por interconsulta virtual.
- Tiempo medio de respuesta en minutos.

DURACIÓN
1er. trimestre 2017:
2º trimestre:
3er. trimestre:
4º trimestre:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1478

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ANADON ZULEMA
AREVALO DURAN MONICA
LORIENTE MARTINEZ CLARA
BITRIAN DEL CACHO ANDRES
PUJALA TORRALBA MARTA
AGUIRREGOICOA OLABARRIETA IVAN
CANAHUIRI AGUILAR JULIO CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Evaluación inicial: se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en las bases de datos médico científicas pubmed, embase, uptodate o crochane library así como se consultó la jurisprudencia en relación. De esta manera obtuvimos el punto de partida para evaluar nuestra situación actual e iniciar el camino de mejoras para conseguir nuestro objetivo en la adecuación de la solicitud de las pruebas de imagen.

Charlas-sesiones en el servicio: Se han realizado sesiones en el Servicio de Urgencias junto con el Servicio de Radiodiagnóstico (Dr Bitrian) para la difusión de los objetivos alcanzados y la correcta adecuación en el desempeño de la practica médica desde el Servicio de Urgencias y Radiología del Hospital de Barbastro.

Reunión, puntos comunes, peticiones, criterios mínimos y volantes: Se realizaron 3 reuniones (29/10, 10/12 y 21/12 de 2018). Los objetivos eran mejorar:

a) La seguridad del paciente evitando la radiación innecesaria.
b) El uso racional de los recursos (factor económico).
c) No duplicar pruebas entre Atención Primaria y Especializada.
d) Justificar dichas peticiones: identificar el médico que las solicita, el paciente, correcta justificación clínica, alergias del paciente, tratamiento actual (imprescindible en caso de antidiabéticos orales si va a ser aplicado el contraste intravenoso en el trascurso de la prueba), aporte de pruebas complementarias como la función renal, existencia de estudios previos recientes.
e) Adecuación del tipo de estudio según patología de sospecha para elegir el gold estándar en cada caso.
f)Revisión de la cumplimentación de las pruebas de imagen solicitadas y si estas contenían los datos básicos así como correctos.

Todo esto se difundió mediante una charla explicativa así como en formato escrito, así como los casos donde debemos tener claro las pruebas que no deben ser solicitadas según patología.

Los responsables del proceso y la supervisión del mismo fueron: Jefes de Servicio de Urgencias Hospitalaria y Radiodiagnóstico, FEA Urgencias Hospitalarias y Radiología. Técnicos de radiodiagnóstico. Enfermería de ambos servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A partir de este proyecto de calidad de mejora hemos podido implementar los cambios necesarios para mejorar la seguridad de la petición de las pruebas de imagen desde el punto de vista de indicación/criterio médico/radioprotección del paciente.

Nuestros indicadores:

- Nº Solicitudes adecuadas por diagnostico final/total de solicitudes.
Debido a la relevancia clínica y a la fiabilidad del diagnostico radiológico, proponemos como indicador las solicitudes de Angio-TC ante la sospecha clínica de TEP. Como fuentes de información hemos utilizado el RIS de Radiología, donde hemos extraído los datos: total de solicitudes, número de pruebas positivas para el diagnostico de TEP en el periodo Enero-Noviembre 2018.
Como referencia utilizamos una revisión del porcentaje de Angio-TC positivos ante la sospecha de TEP publicado en los últimos diez años, que establecen el intervalo de 20-26%.
Indicador: porcentaje de adecuación pruebas diagnósticas sospecha TEP: (Nº pruebas positivas/total de solicitudes)X100; (39/181)X10=22%

- Nº Solicitudes cumplimentadas correctamente/número total de solicitudes:
Hemos utilizado como indicador la radiografía de tórax por ser la exploración radiológica que más frecuentemente se realiza en los Servicios de Radiología.
Se analiza una muestra de las solicitudes de radiografía de tórax realizadas los fines de semana del mes de noviembre de 2018 (n=114) obtenidas del RIS del Servicio. Para considerar una solicitud correctamente indicada nos hemos basado en su Inclusión en la Guía de la Comisión Europea de Protección Radiológica 118 (disponible en los recursos de Radiología de nuestra intranet). Como referencia utilizamos una revisión del porcentaje de pruebas bien indicadas publicado en los últimos 10 años que establece el intervalo del 20-35% .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Indicador: Porcentaje pruebas radiológicas correctamente indicadas: (Nº Solicitudes bien indicadas/número total de solicitudes)x100; (37/114)X100=32%.

- Evolución nº pruebas solicitadas comparadas con el año anterior.
Como fuente de información hemos utilizado el RIS de radiología: Indicador: nºTACs 2018 Enero- Noviembre - nª TACs 2017 Enero-Noviembre= 2065-1638=427 más en 23018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Deseamos continuar con el Proyecto de Mejora que hemos iniciado para poder revisar la adecuación de la solicitud nuestras pruebas complementarias para garantizar la seguridad de nuestros pacientes y la mayor efectividad/eficiencia de las mismas, logrando acercarnos a los objetivos que existen dispuestos para los indicadores evaluados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/409 ========== ***

Nº de registro: 0409

Título
GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Autores:
EITO CUELLO JUAN JOSE, GARCIA ANADON ZULEMA, AREVALO DURAN MONICA, LORIENTE GARCIA CLARA, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, PUJALA TORRALBA MARTA, AGUIRREGOICOA OLABARRIETA IVAN, CANAHUIRI AGUILAR JULIO CESAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hoy en día la realización de pruebas diagnósticas de imagen aumentan la demanda, siendo imprescindibles en la práctica clínica habitual. La variabilidad en la utilización y su solicitud puede indicar inadecuación. La sobre demanda asistencial, la dispersión geográfica y el acceso del Médico son factores que influyen en la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar Conjuntamente desde Servicio de Urgencias y Servicio de Radiología las peticiones, indicaciones y el uso adecuado de las Pruebas de imagen. Elaborar un protocolo de uso adecuado, identificando y recomendando la técnica mas adecuada en casa caso, revisando las solicitudes para presentar unos criterios mínimos de justificación y calidad

MÉTODO
1.- Identificar problema – Evaluación Inicial -Revisión de Bibliografía por componentes.
2.- Charlas-Sesiones en Servicio tres anuales.
3.- Reunión puntos comunes, peticiones, criterios mínimos volantes
4.- Identificar Responsables proceso. Supervisión.
5.- Evaluar Final

INDICADORES
Nº solicitudes adecuadas por diagnostico final / total de solicitudes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Nº solicitudes cumplimentadas correctamente con criterios minimos / numero total
nº pruebas solicitadas período mismo año anterior, comparación

DURACIÓN
del 1 de Junio del 2018 al 31 Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER MARTINEZ CASTILLON
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
CAMPO GALLARTA CESAR
PONS MATEO MONTSERRAT
GOMEZ MARQUEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Marzo- Junio 2018
Inicialmente se llevó a cabo una selección de los componentes del equipo de mejora mediante comunicación oral directa del coordinador con los servicios implicados. La decisión de qué servicios debían formar parte del proyecto se realizó en función de la potencial participación de los mismos en el manejo de la pancreatitis aguda (PA). Se incluyeron FEA del Servicio de Digestivo, FEA del Servicio de Urgencias, FEA del Servicio de Cuidados Intensivos, FEA del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, FEA de Medicina Interna y tres residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes fuentes como PUBMED, EMBASE, SCIELO de trabajos y documentos relacionados con el tratamiento inicial de la PA priorizándose las últimas recomendaciones expuestas en la Guía Clínica de la Asociación Americana de Gastroenterología por ser las más actualizadas y las de mayor calidad metodológica.

Se realizó un primer borrador que fue presentado en formato papel a los integrantes del equipo de mejora en una primera reunión el 8/03/2018. Los recursos empleados para las reuniones consistieron en un aulario dedicado a actividades formativas MIR, en horario de mañana. Se revisó el mismo, se acordó la estructura del protocolo decidiendo qué partes debían ser priorizadas, complementadas y cuál debían ser excluidas.

Se fijó una nueva fecha de reunión para el 10/04/2018 con los integrantes del equipo de mejora para la revisión final del protocolo. Tras la misma se redactó finalmente el protocolo listo para su difusión.

Una vez realizado el protocolo se determinó una fecha para la divulgación del mismo en forma de sesión clínica hospitalaria. Un integrante del equipo adaptó el texto del protocolo a un soporte visual mediante el programa Microsoft Power Point® para su presentación mediante diapositivas. Otro integrante del equipo se encargó previamente de la difusión de la sesión mediante un cartel anunciador que se colgó en la página principal de la web interna del hospital (“Intranet”), así como de reservar un aulario para la realización de la misma.

El 14/06/2018 se realizó la sesión divulgativa hospitalaria. Se expuso el objetivo del proyecto, así como el protocolo realizado a los asistentes. Se debatieron los posibles puntos de mejora, así como las dificultades en la instauración del protocolo en nuestro hospital. Se realizó una hoja de registro de asistencia mediante las firmas de los asistentes en formato papel, para su posterior evaluación como indicador de evaluación del proyecto.

Junio – Octubre 2018
Dada la escasez de asistentes a la primera sesión se planificaron dos sesiones divulgativas más. Tras las mismas se acordó un periodo de seguimiento de 6 meses para poder observar a posteriori la viabilidad del proyecto, así como los cambios observados en cada uno de los servicios implicados en el manejo de la PA.

Marzo 2018
Pasados estos 6 meses se realizó una nueva reunión en la cual se debatieron los diferentes aspectos observados durante el periodo de seguimiento, las conclusiones de los resultados obtenidos y la puesta en marcha de ideas de mejora para futuras ocasiones. Se incluyó una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, mencionando en su caso, la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación. Se realizó también una encuesta de evaluación del proyecto destinada a los componentes del mismo, que no estuvo presente en el planteamiento inicial del proyecto.

En ella se preguntó por las siguientes cuestiones:
¿Se ha cumplido el objetivo principal de proyecto?
¿Se han cumplido los objetivos secundarios del proyecto?
¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en el Hospital de Barbastro?
¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en su Servicio?
¿Qué cree que sería necesario para mejorar el desarrollo del proyecto?
En general el proyecto me ha parecido (Valorar del 0 al 10)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

Tras analizar las hojas de registros de asistencia a las sesiones clínicas se constata que >50% de los Facultativos Especialistas Adjuntos (FEA) de cada servicio implicado en la realización del protocolo acudieron a una o varias sesiones divulgativas.

El 100% de los Médicos Internos Residentes (MIR) acudieron a una o varias sesiones divulgativas.

El 100% de los servicios que forman parte del equipo de mejora y por tanto que más implicación tiene en el manejo de la PA en nuestro hospital, fue actualizado en el manejo inicial de la PA según el conocimiento científico más actualizado hasta la fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras realizar una encuesta a los integrantes del equipo de mejora sobre las actividades realizadas estas fueron sus respuestas:

UTILIDAD DEL PROYECTO

1.1- ¿Se ha cumplido el objetivo principal de proyecto?

Parcialmente ya que sí se ha realizado un protocolo y se han realizado sesiones clínicas informativas, donde han participado todos los servicios implicados en el proceso de esta patología. Se ha realizado también una revisión actualizada de las evidencias científicas, y con ello elaborado un plan unificado, de medidas a realizar ante PA.

Pero también hay que destacar que, a pesar de haber actualizado el conocimiento actual sobre dicha patología, el protocolo no se ha terminado de consensuar quizás debido a limitaciones derivadas de la falta de recursos técnicos específicos (CPRE precoz por ejemplo)

1.2 - ¿Se han cumplido los objetivos secundarios del proyecto?

Mediante la revisión comentada se ha actualizado los conocimientos en esta patología, además se han realizado periódicamente sesiones divulgativas en diferentes servicios, utilizándose las últimas guías de actuación clínica de distintas sociedades científicas. También se han hecho sesiones tanto generales como por servicios explicando el protocolo.

2.- UTILIDAD DEL PROYECTO

2.1.- ¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en el Hospital de Barbastro?

Se valoró del 0 al 10 siendo
1 puntuación mínima (nada, inútil)
10 puntuación máxima (absolutamente, muy útil)

Se valoró con una media de 6 puntos.
Dentro de las limitaciones se encontró una falta de difusión del proyecto a los servicios implicados en su manejo, existiendo facultativos que una vez finalizadas las sesiones divulgativas, no habían sido participes ni informados del proyecto de mejora. Aspecto por tanto de mejora para futuras ocasiones.
También se concluyó que se precisa de especialistas que asuman los nuevos conocimientos expuestos.

2.2.- ¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en su Servicio?
Se valoró con una media de 5,25 puntos.

3.- MEJORAS
3.1.- ¿Qué cree que sería necesario para mejorar el desarrollo del proyecto?

Continuar haciendo un seguimiento de las PAG que ingresan en el centro durante un periodo postproyecto.
Continuar con las sesiones periódicas, o elaboración de un tríptico con recomendaciones.
Dejar el protocolo a disposición de los facultativos en un fomrato electrónicos en la red interna del hospital "Intranet"Que quede colgado en alguna carpeta de la intranet del centro. Adecuar el protocolo a los recurso del hospital (Sobretodo en el manejo de la PA aguda biliar), así como mejorar la difusión del protocolo.
Más implicación del resto de especialistas.

3.2 Otras observaciones del equipo de mejora

Sería de utilidad considerar un plan de actuación en la pancreatitis crónica, a menudo infradiagnosticada, e infratratada, aunque con posibilidad de complicaciones.
Implicar a más personal sobre el que recae el manejo de las pancreatitis agudas, ya que mas del 60% ingresan a cargo de Medicina interna, por tanto es de gran importancia la difusión de aquellas actualizaciones que existen publicadas en la bibliografía actual y como estas pueden aplicarse en nuestro hospital
La valoración global media de los integrantes del proyecto fue de 8

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1255 ========== ***

Nº de registro: 1255

Título
TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

Autores:
MARTINEZ CASTILLON JAVIER, AURED DE LA SERNA ISABEL, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, EITO CUELLO JUAN JOSE, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, CAMPO GALLARTA CESAR, PONS MATEO MONTSERRAT, GOMEZ MARQUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro se atienden inicialmente alrededor de 40 pancreatitis agudas (PA) al año. De ellas, un 65 % ingresan en el servicio de Medicina Interna, un 24 % ingresan en Cirugía y un 3 % ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se dibuja así un escenario multidisciplinar en el que, de forma observacional, se ha detectado una heterogeneidad en el tratamiento inicial de la PA en los diferentes servicios implicados en su manejo.
En marzo de 2018, el Comité de Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Gastroenterología publica las siguientes recomendaciones oficiales para el tratamiento inicial de la pancreatitis aguda.
1- Dieta oral precoz. En pacientes con PA la AGA recomienda dieta oral precoz (dentro de las primeras 24h) siempre que el paciente la tolere, mejor que dieta absoluta. La AGA recomienda el uso de nutrición enteral (oral o sonda) comparado con el uso NPT.
2- Colecistectomía. La AGA recomienda la realización de ésta durante el ingreso en aquellas PA de origen biliar, en comparación con una intervención diferida.
3- Intervención breve sobre el abandono del alcohol durante el ingreso de una PA de causa enólica.
4- La AGA sugiere la NO utilización de manera sistemática de una CPRE en aquellas PA de origen biliar sin evidencia de colangitis.
5- La AGA sugiere la NO utilización de antibioterapia profiláctica
Basándonos en el mayor grado de evidencia científica disponible hasta la fecha creemos necesario realizar una puesta en común del abordaje inicial de esta patología, mejorando así la Calidad Científico-Técnica de nuestro hospital en relación con esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal
- Crear un protocolo multidisciplinar para el manejo inicial de la PA en el Hospital de Barbastro
Objetivos específicos
- Actualizar el conocimiento científico sobre el tratamiento de la PA en base a las últimas recomendaciones de la Asociación Americana de Gastroenterología.
- Realizar sesiones clínicas hospitalarias divulgativas fomentando el debate y la expresión de ideas, de cara a la creación de nuevos puntos de mejora durante el año posterior a la implantación del protocolo

MÉTODO
- Se formará un equipo de trabajo multidisciplinar integrado por diferentes servicios hospitalarios. El grupo dispone de un coordinador.
- Se realizará una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes fuentes como PUBMED, EMBASE, SCIELO de trabajos y documentos relacionados con el tratamiento inicial de la PA.
- Se realizará una fase de elaboración del protocolo. Se ha acordado previamente la estructura general del documento y los componentes principales del mismo. Una persona del equipo se ha encargado de realizar un primer borrador, que ha sido revisado y consensuado en varios pases por el resto del equipo hasta su redacción final.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

- Se realizará una sesión divulgativa en el Hospital de Barbastro donde se exponga dicho primer borrador. Se invitará a todos los Servicios Implicados en el tratamiento de la PA a su asistencia y debate, con el objetivo de consensuar todas las opiniones y perfilar el primer borrador
- Elaboración de Hoja de registro con el número de profesionales asistentes a Sesión Clínica Hospitalaria
- Se realizará un segundo y definitivo documento con las modificaciones que resulten de la puesta en común del primer borrador, según lo acontecido en la Sesión Clínica Hospitalaria.
- Se realizará una breve conclusión sobre los objetivos logrados.

INDICADORES
- % de Servicio y profesionales implicados que acuden a formación
- % de Servicios donde se implanta el protocolo
- % de Servicios que actúan de acuerdo al protocolo instaurado
- Tras la instauración del protocolo, y tras un periodo de funcionamiento de un año, se realizarán reuniones semanales durante un mes, con el equipo multidisciplinar donde cada facultativo aportará información acerca de su Servicio, sobre los logros conseguidos durante este año, así como las dificultades y los problemas observados durante la implantación del protocolo.

DURACIÓN
Duración del proyecto: marzo 2018 - Julio 2019
Marzo 2018 a junio 2018
- Creación del equipo multidisciplinar. Búsqueda de bibliografía y recogida de datos
- Reuniones de los facultativos del grupo de mejora para la puesta en común de ideas y diseño preliminar del protocolo.
- Sesión Hospitalaria. (mayo-junio 2018) Será realizada por el coordinador del equipo y por el FEA de Cuidados Intensivos.
- Reunión semanal (Junio 2018) con el equipo de mejora para la creación del protocolo final e Instauración del mismo en el Hospital.

Junio 2018 a Junio 2019
- Implantación del protocolo en los servicios implicados

Julio 2019
- Reuniones semanales. Memoria final del proyecto, donde se recogerá las actividades realizadas, los resultados alcanzados, los problemas observados, y las conclusiones finales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1374

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA VALLES TORRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMA ABADIA ANA MILAGROS
TORRES PENA ISABEL
GONZALEZ GARCIA MAGDA
RENAU GONZALEZ LAIA
GARCES CAMPO BEGOÑA
ASPAS ARTIGA CARLOS
TOA LARDIES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Formación del grupo de trabajo y realización de reuniones periódicas (5).
• Organización y selección de temas a tratar en los talleres de actualización de conocimientos, dividiendo las tareas a realizar por grupos. Grupo1: Intubación oro-traqueal y vía aérea (material y medicación). Grupo 2: RCP (algoritmo y roles) y balón de resucitación (montaje y limpieza). Grupo 3: Monitor (manejo de función desfibrilador, cardioversión y marcapasos). Grupo 4: Vía central, vía intraósea, PICC (inserción y manejo).
• Elaboración del material formativo basándonos en evidencias científicas, parte teórica con “power point” y parte practica con talleres.
• Ensayo, con los miembros del grupo, del material elaborado para impartir los talleres teóricos y de la parte practica para mejorar las destrezas.
• Diseño de un test para medir la mejora de conocimientos teóricos y una autoevaluación para medir la percepción de necesidad de reciclaje en técnicas complejas usadas en situación de emergencia.
• Creación de criterios e indicadores.
• Petición al área de formación de material para realizar los talleres practica, muñecos para RCP y muñeco para IOT.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o Establecer un programa de talleres, basados en evidencia científica actual que incluyan medidas de mejora concreta y evaluables con criterios e indicadores medibles que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente y trabajadores con una asistencia de mejor calidad científico-técnica.
o Indicadores:
• Asistencia al taller del 75% del personal de enfermería del servicio. Número neto de personal de enfermería en cartelera: n=30.
• Mejora de los conocimientos del 20%. Medido con un test teórico pre y post taller.
• Mejora en la percepción de conocimientos del 20%. Medido con una autoevaluación numérica de comparación de sus conocimientos pre y post taller.
• Encuestas recogidas: en relación al número de asistentes.
? Satisfacción 100%
? Test teórico 100%
? Autoevaluación 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido al gran número de personal en el servicio y la baja incidencia de técnicas concretas realizadas en “críticos” es necesario realizar reciclajes para disminuir la variabilidad y mejorar la calidad en las actuaciones, dando mucha importancia a la parte practica de los talleres.
Ha habido una buena acogida por parte del personal, interesándose por las fechas de realización de los talleres y manifestando que aumentaría su seguridad y satisfacción, esperamos poder satisfacer sus expectativas.
Pensamos que es un proyecto sostenible y que puede ser mantenido en el tiempo, por el cambio de personal en el servicio de urgencias al cabo del año y en las épocas de invierno y vacaciones de verano, haciendo reciclajes periódicos. A su vez estamos dispuestos a incorporar las técnicas que se crean necesarias para mejorar las destrezas y la confianza en una situación de emergencia.

7. OBSERVACIONES.
Estamos pendientes desde diciembre de saber si podemos disponer de los muñecos para poder realizar los talleres, esperamos se resuelva pronto y poder empezar a realizar los talleres de reciclaje, ya que nuestros compañeros/as tienen interés en participar y apoyan nuestra iniciativa viéndola útil.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1374 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1374

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Nº de registro: 1374

Título
ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES DEL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Autores:
VALLES TORRES ELISA, LACOMA ABADIA ANA MILAGROS, TORRES PENA ISABEL, GARCES CAMPO BEGOÑA, GONZALEZ GARCIA MAGDA, TOA LARDIES ELENA, RENAU GONZALEZ LAIA, ASPAS ARTIGA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Personal de urgencias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: cientifico-tecnico

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La necesidad de formación específica y especializada de las enfermeras para cuidar de los pacientes en el ámbito de urgencias, así como una formación continuada para actualizar dichos conocimientos, es fundamental si deseamos ofrecer al paciente una atención integral de calidad y dentro de las prácticas seguras. En las Unidades de Urgencias Hospitalarias, se ofrece atención a pacientes con un elevado nivel de gravedad o con riesgo de sufrir complicaciones potencialmente mortales.
Nuestra propuesta desde la propia Unidad de Urgencias del Hospital de Barbastro, es ofrecer una actualización periódica a los profesionales, tanto de conocimientos teórico como instrumentales, del paciente crítico: PCR y técnicas como intubación, vías venosas centrales y centrales de inserción periférica, intraosea, catéter arterial, medición de presión venosa central y a su vez administración de dedicación en dichas técnicas...

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general es disminuir la variabilidad y la actualización de conocimientos y habilidades en soporte vital avanzado siguiendo las guías actualizadas en 2015. Nuestro servicio dispone de 2 camas de pacientes críticos, donde se ofrece atención urgente a pacientes críticos. El equipo de enfermería de Urgencias está compuesto por una plantilla fija de enfermería de 21 enfermeras y 10 de reducciones de jornada. La plantilla fija de nuestra
unidad, que sí está habituada a la rutina de trabajo y dispone de competencias específicas en la materia adquirida gracias a la experiencia de los años trabajados en la unidad. Al ser un número tan elevado de personal fijo y la incidencia de estas prácticas específicas ser bajo, el personal de enfermería precisa de actualización de conocimientos del paciente con PCR e IOT, para asegurar unos cuidados de alta calidad. En épocas de verano contamos con personal que no trabaja habitualmente en el servicio, por lo tanto no está siempre habituada a las prácticas instrumentales de la unidad y se podrían beneficiar de esta formación continuada.

MÉTODO
1. Diseñar un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar y manejo de vía aérea.
2. Estandarización de las actuaciones ante el paciente con RCP y la IOT en paciente critico en el servicio de urgencias para disminuir la variabilidad.
3. Mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias.
4. Actualización de protocolos disponibles en el servicio de técnicas como vías venosas centrales y centrales de inserción periférica, intraosea, etc.

INDICADORES
1. Constatar la elaboración del plan de formación.
2. Elaborar calendario de formación.
3. Indicadores que se van a utilizar:
- Número de profesionales que reciben la formación.
- Autoevaluación de los conocimientos acerca de las técnicas antes y después de finalizar las sesiones para comprobar la asimilación y nivel de adquisición de los conocimientos impartidos por medio de cuestionarios.
- Encuesta de satisfacción a enfermería sobre las actividades de formación continuada llevadas a cabo tras las sesiones.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1374

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

1. Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados, basándonos en las últimas actualizaciones. (Junio-Septiembre)
2. Se elaborará calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados.(Noviembre-Diciembre y Mayo-Junio)
3. De acuerdo al calendario, se impartirán sesiones teórico-prácticos al personal de enfermería.(Noviembre-Diciembre y Mayo-Junio)
4. Actualización de protocolos disponibles en el servicio de las técnicas realizadas.

OBSERVACIONES
Es un proyecto pensado para los clientes internos, pensamos que va a ser muy util tanto para los trabajadores del servicio como para los componentes del grupo y los pacientes graves atendidos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0954

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MOCTEZUMA VELAZQUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H BARBASTRO
· Localidad ..... BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BITRIAN DEL CACHO ANDRES
FRANCIA FRANCO FRANCISCO
TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ
PALACIOS DIAZ VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En octubre y noviembre de 2016 realizamos varias reuniones del grupo de mejora para esquematizar el protocolo de acción.
Tras ello, con la falta de personal en el Servicio de radiología para asumir las ecografías preferentes por hematuria, se retrasó en inicio del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con el traslado por interinida de la coordinadora (Dra. Carceller) y del otro urólogo del grupo a otros hospitales, se abandonó el Plan de Mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La inestabilidad de plantillas en centro de difícil cobertura, genera que ocurra estas incidencias. Y mucho protocolos, mejoras, etc... quedan sin finalizar sus proyectos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/954 ========== ***

Nº de registro: 0954

Título
PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR ELENA, MOCTEZUMA VELAZQUEZ JOSE, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, FRANCIA FRANCO FRANCISCO, TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ, PALACIOS DIAZ VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hematuria es sangre en orina.
Sus causas pueden ser: Infección tracto urinario, litiasis urinaria, HBP, traumatismos, enfermedades nefrológicas, trastornos de la coagulación… y neoformaciones malignas de la vía urinaria (sobretodo tumores vesicales). Por ello, la hematuria no es una enfermedad como tal, sino un signo o síntoma alarma que precisará estudio.
El tumor vesical es la más común de las patologías malignas del tracto urinario.
El retraso en el diagnóstico y tratamiento de un posible tumor maligno en la vía urinaria, puede generar la detección del mismo en estadios avanzados, disminuyendo las posibilidades de curación.
Existen pruebas diagnósticas no invasivas que ayudan a su diagnóstico temprano: ecografía urológica y la citología de orina.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0954

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

Con los trámites habituales hasta la fecha, cuando un paciente consulta por hematuria, bien en Atención Primaria o en Urgencias, se solicita consulta especializada en Urología. Si la petición es con carácter “normal” se le cita en aprox. 60-90 días; y si es con carácter “preferente”, la primera consulta en Urología se lleva a cabo en aproximadamente 15-30 días.
En esta primera consulta, además de la realización de la Hª clínica, se solicita una citología urinaria y una ecografía urológica con carácter “preferente” ante la sospecha de tumor urotelial.
El Servicio de Radiología tramita esta petición, con tiempos variables según demanda asistencial. Finalmente se remiten los resultados a Urología en una segunda visita.
La implementación de un “protocolo de hematuria” en Atención Primaria y Urgencias, proporcionaría la oportunidad de acortar plazos en el estudio y diagnóstico de hematuria, además de evitar esa primera consulta en Urología meramente burocrática para solicitar los estudios pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS
La finalidad de implementar el “protocolo de hematuria” es conseguir que ya desde Atención Primaria o Urgencias, se solicite las primeras pruebas diagnósticas ante un paciente que consulta por sangrado con la micción. Se acordará junto con el Servicio de Radiología la realización de la ecografía urológica en plazos cortos razonables. A la vez el paciente recogerá la citología de orina para su estudio anatomopatológico temprano.
El objetivo fundamental es que un paciente que consulte por hematuria, tenga la primera consulta con Urología en el plazo máximo de 20-25 días con los resultados de las pruebas diagnósticas iniciales, ya realizadas. Así, la probabilidad de retraso en el diagnóstico y tratamiento se reducen considerablemente.
Los resultados que se espera conseguir son:
- Implementar el “protocolo de hematuria” en Atención Primaria y Urgencias.
- Consensuar junto con el Servicio de Radiología la realización de ecografía urinaria dentro del “protocolo de hematuria” en un plazo máximo de 5-7 días.
- Acortar tiempos de espera para la realización de pruebas diagnósticas y sus resultados en la consulta especializada.
- Facilitar la accesibilidad de los pacientes a la consulta especializada.
- Conocer la incidencia de hematuria en nuestra población e identificar su etiología.

MÉTODO
- Reuniones con todos los miembros del equipo de mejora para unificar criterios.
- Creación conjunta del “protocolo de hematuria” para iniciar el diagnóstico básico y posterior derivación a la consulta especializada.
- Establecer criterios de inclusión y exclusión en el protocolo.
- Consensuar junto con el Servicio de Radiología la realización de ecografía urinaria dentro del “protocolo de hematuria” en un plazo máximo de 5-7 días.
- Consensuar junto con el Servicio de Citaciones la consulta de resultados en Urología en el plazo máximo de 5-7 días tras la realización de la ecografía.
- Realización de sesiones informativas en los Centros de Salud y Urgencias.
- Monitorización de tiempos entre la solicitud de las pruebas diagnósticas y su realización.
- Monitorización de tiempos entre la realización de las pruebas y la notificación de resultados en la consulta especializada.

INDICADORES
- Incidencia de hematuria monosintomática en la población que atiende el Sector Sanitario de Barbastro.
- Incidencia de tumores uroteliales en la población que atiende el Sector Sanitario de Barbastro.
- Tiempos entre la solicitud de las pruebas diagnósticas y su realización.
- Tiempos entre la realización de las pruebas y la notificación de resultados en la consulta especializada.

DURACIÓN
Octubre - Noviembre 2016: reunión del equipo de mejora y esquematización del protocolo de acción.
Diciembre 2016 – Enero 2017: decisión del protocolo definitivo y puesta en marcha.
Junio 2016: reunión para identificar problemas en el funcionamiento del plan de mejora.
Noviembre – Diciembre 2017: recolección de datos y discusión de los mismos.

OBSERVACIONES
En el momento actual faltan 2 Médicos de Atención Primaria por añadirse a este grupo de mejora.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0851

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 24/09/2017

2. RESPONSABLE ..... KATIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
MARTIN CLEMENTE MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Índice Tobillo Brazo (ITB) es una prueba sencilla, económica, no invasiva, reproducible y accesible en AP, con una gran utilidad en la detección de ECV en pacientes con FRCV. El ITB se calcula dividiendo la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior de cada miembro inferior) entre el valor de la PAS más alta de cualquiera de las arterias braquiales. Así se obtiene un valor para cada miembro inferior. La determinación es breve, se le puede realizar en aproximadamente 20 minutos, barata, sólo se necesita un esfigmomanómetro analógico y un doppler portátil con sonda de 8 MHz y reproducible con mínima variabilidad intraobservador.
MÉTODOS: (ACTIVIDADES REALIZADAS)
Estudio longitudinal de 1 año y 1m de seguimiento (2016-2017) de una cohorte de personas 35 a 74 años, diabéticas y/o fumadoras, con ITB < o igual a 9 pertenecientes al Centro de Salud de Albarracín. Se excluirán los pacientes con ECV ya diagnosticadas.
Se valorarán la edad, el sexo, si es diabético o/y fumador, y además si tiene Hipertensión Arterial, Dislipemia, el IMC, el RCV según la tabla de Regicor al inicio y al final del estudio.
A la Cohorte seleccionada se actuará de manera terapéutica sobre los FRCV intentando reducir el riesgo CV en un 20% del calculado al inicio del estudio.
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:
1- Pacientes de 35 a 74 años, diabéticos o fumadores y/o con otro FRCV, con ITB < e igual a 0.9 (%).
2- Pacientes de 35 a 74 años, diabéticos o fumadores y/o con otro FRCV, con ITB>0.9 (%).
3- Comprobar el % de pacientes con determinador RCV que tiene la EAP establecida, estimando la prevalencia de la enfermedad en nuestra población.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS PARCIALES:
Se han realizados 54 ITB con 12 resultados < o igual a 0,9 por lo tanto la incidencia de sujetos con alta probabilidad de tener EAP, encontrada en nuestra población es de 22,22%.
De los casos seleccionados 16.66% (2 de 12) tienen una ITB de 0.4 a 0.6, isquemia moderada.
La media de edad encontrada es de 64.41, siendo el más joven de 42 años y el mayor 74. Si valoramos solamente las mujeres observamos que la media de edad es 57,25 y el 50% (2 de 4) diabéticas (68 y 74 años) y 50% (2 de 4) son fumadoras (45 y 42 años)
Según el sexo el 66,66%(8/12) son varones (2 varones para 1 mujer).
75% de los sujetos son diabéticos y, además, tienen Hipertensión Arterial Sistémica como FR adicional. De estos 55.5% son Dislipémicos.
De los sujetos fumadores encontramos una incidencia de 20.83% (5 de 24), siendo además diabéticos el 40% (2 de 5).
De los diabéticos no fumadores encontramos una incidencia de 23.33% (7 de 30).
En relación al IMC el 58.33% tiene sobrepeso y el 25% obesidad u obesidad mórbida.
Al seleccionar los pacientes hemos realizado el RCV inicial. La media de RCV inicial, según las tablas de Regicor, es de 5.58 riesgo moderado, con una variabilidad de 5 a 11.
Según nuestros indicadores hemos encontrado:
1- Los pacientes con ITB < o igual a 0,9 encontrada en nuestra población es de 22,22%.
2- A respecto de los pacientes con ITB>0.9 hemos obtenido 42 de 54 posibles, que equivale a 77,78%.
3- Hemos comprobado que la media del RCV, según la Tabla de Regicor, de los pacientes con ITB < o igual a 0.9 es de 5.58, moderado.
4- Solo veremos si se cumplen las expectativas del Equipo con la valoración del RCV al final del estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gran mayoría de guías de práctica clínica sobre prevención de riesgo cardiovascular (CV) recomienda la estimación del riesgo CV para lograr una intervención terapéutica eficiente cuyo objetivo principal es disminuir la morbimortalidad cardiovascular asociada. Se ha comprobado que también pacientes con bajo o moderado RCV tienen alta probabilidad de tener EAP.
En AP el diagnóstico de Enfermedad Arterial Periférica subclínica ha de ser considerado en los pacientes con FRCV principalmente la Diabetes y el Tabaquismo. En distintos estudios epidemiológicos se ha estimado que la prevalencia de EAP ha oscilado entre un 1.4%, con historia, exploración y cuestionarios, a 6.1% con el índice tobillo brazo (ITB). Los estudios de prevalencia varían de forma muy significativa dependiendo de la población estimada. Tras el estudio, hasta el momento, hemos estimado una incidencia alta de 22.22% de probable EAP en nuestra población, además la mayoría de nuestros pacientes son diabéticos con un RCV moderado, según las tablas de Regicor. El ITB es una herramienta eficaz en encontrar EAP incluso en pacientes con bajo RCV.
Se ha observado que los pacientes seleccionados presentaban, además del FR para incluirles en el estudio (Diabetes y/o Tabaquismo), HAS y, otro u otros FRCVs.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0851

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

En nuestro estudio observamos que el tabaquismo en mujeres ha probablemente causado EAP de manera temprana (menor que 50 años).
Seguiremos recolectando datos y en este último trimestre esperamos aporta más conclusiones.
Es conveniente señalar que hemos tenido algunas dificultades en la realización del estudio. Tenemos un aparato de Doppler para 18 consultorios médicos, un Centro de Salud y dos Puntos de Atención Continuada dispersos en el extenso territorio de la Sierra de Albarracín. El horario de consulta médica coincide con el horario laboral de la mayor parte de nuestros pacientes de 35 a 65 años que tenían que venir y disponer de un tiempo para realizar una prueba con fines científicos.
Para terminar al final de estudio realizaremos una reunión para aportar nuestros resultados y conclusiones a nuestro Equipo de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/851 ========== ***

Nº de registro: 0851

Título
IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASULAR

Autores:
DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, LASHERAS BARRIO MONICA, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, MARTIN CLEMENTE MANUELA, ORTE GUERRERO JAVIER, PEREZ LAZARO CAROLINA, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Trabajamos en un medio rural, disperso, envejecido y alejado del centro hospitalario de referencia. La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) es una enfermedad infradiagnosticada en nuestro medio que puede detectar Enfermedad Cardiovascular (ECV) subclínica en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.
El Índice Tobillo Brazo (ITB) es una prueba sencilla, económica, no invasiva, reproducible y accesible en Atención Primaria (AP), con una gran utilidad en la detección de ECV en sujetos con factores de riesgo que, hasta ahora, no se había utilizado en nuestro centro.
La ITB se calcula dividiendo la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior) entre el valor de la PAS más alta de cualquiera de las arterias braquiales. Así se obtiene dos valores de la ITB para cada miembro inferior, selecionando como definitivo el más bajo de los dos. La determinación es breve, se puede realizar en aproximadamente 20 minutos, barata, sólo se necesita un esfigmomanómetro y un doppler portatil con sonda de 8 Mhz y reproducible con mínima variabilidad intra e interobservador.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar patologia CV subclínica, incidir en los factores de riesgo, comprobando la redución del RCV con medidas terapéuticas eficaces.

MÉTODO
Búsqueda activa de casos por el personal sanitario que trabaja en el Centro de Salud de Albarracín.
Se remitirá al grupo de trabajo los datos de posibles casos; pacientes mayores de 50 años, diabéticos o fumadores y/o otros factores de riesgo CV, de los distintos consultorios dependientes del Centro de Salud.
Selección de pacientes con ITB < o igual a 0.9.
Médición del ITB, de los seleccionados, al inicio y al final del estudio tras las medidas terapéuticas oportunas.
Las tareas se supervisarán por el responsable del equipo de calidad.

INDICADORES
Pacientes de > 50 años, diabéticos y/o otro FR con ITB < e igual a 0.9 (%)
Pacientes de > de 50 años, fumadores y/o otro fctor de riesgo con ITB > o igual a 0.9 (%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0851

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Se espera conseguir una reducción del RCV del 20 % del calculado previamente al concluir la actividad.

DURACIÓN
Inicio el 01 de noviembre de 2016.
Fin 31 de octubre de 2017.
Reuniones trimestrales para la recopilación de datos y seguimiento de la implementación de la actividad.
Reunión al final de la actividad para informar al EAP de lo resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MANUELA MARTIN CLEMENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAORDEN ESTEBAN MERCEDES
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
ORTE GUERRERO JAVIER
SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis).
• Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
• Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se han indicado las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las de higiene del propio paciente después del tratamiento.
Para la realización de estos talleres se han utilizados Inhaladores placebo, los inhaladores propios de los pacientes y una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Cronograma (actividades realizadas)
• Cada miembro del equipo ha elaborado un listado con pacientes EPOC y ASMA de su población asignada, inhaladores utilizados y tipo de sesión a realizar individual o grupal en función de nº de pacientes, edad, disponibilidad para desplazarse de los usuarios. (Mayo 2017).
• Reunión miembros equipo de mejora para definir población diana, sesiones. (31 Mayo 2017).
• Elaboración Power Point para reforzar talleres. (Junio 2017).
Responsable del Proyecto.
• Captación por parte de cada profesional de la población diana y fijación de fecha para sesión (individual o grupal).
• Calendario de sesiones realizadas:

LOCALIDAD PONENTE /FECHA

ALBARRACÍN MANUELA MARTÍN/MERCEDES LAORDEN
22/06/2017 8 Asistentes

ROYUELA MANUELA MARTÍN
29/06/2017 6 Asistente

VILLAR, JAVIER ORTE
GUADALAVIAR
GRIEGOS SEPTIEMBRE/NOVIEMBRE 6 ASISTENTES
(sesiones educación individuales)

ORIHUELA MANUELA MARTÍN/GLORÍA LORENZ
BRONCHALES 25/10/2017 13 ASISTENTES

ROYUELA
(2ª SESIÓN) MANUELA MARTÍN
30/11/2017 6 ASISTENTES

• Al final de cada sesión grupal se paso una hoja de recogida de firmas de asistencia.
• En las localidades de Villar del Cobo, Guadalaviar, Griegos, Frías de Albarracín y Tramacastilla debido a las características de los pacientes (nº insuficiente para hacer grupo, edad avanzada, dificultad de desplazamiento) se ha optado por realizar sesiones individuales.
• En algún Taller ha asistido algún cuidador (Royuela, Orihuela y Bronchales) y pacientes que usan inhaladores pero no son población diana de este proyecto, En concreto han sido 4 personas.
• Evaluación de indicadores y conclusiones. Enero 2018

No se paso test de evaluación de conocimientos adquiridos debido a la elevada edad de la mayoría de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

asistentes y nivel educativo.

Además se reforzó y comprobó la técnica de forma individual en consulta programada en sucesivas visitas, con su correspondiente registró en OMI-AP (actividades enfermería, Educación para la salud uso de inhaladores).

La segunda sesión grupal solo se desarrollo en la localidad de Royuela por razones organizativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A fecha de 31 de diciembre de 2017 la prevalencia de EPOC en nuestra Zona Básica de Salud de Albarracín era del 2,95 %; 45 pacientes (dato extraído del cuadro de mandos Acuerdo de Gestión).
En nuestro Proyecto de calidad han participado 34 personas, de las cuales 21 eran EPOC (el 46 % de los pacientes de la zona), 9 pacientes con el diagnóstico de ASMA Y 4 personas más que usan inhaladores pero no están incluidas como población objeto del Proyecto (EPOC/ASMA). También ha asistida algún cuidador tanto en los Talleres grupales como en las sesiones individuales.
Vistas las cifras la captación /participación de pacientes EPOC ha sido baja, por debajo del 50 %. La puesta en marcha de este Proyecto ha coincidido en el tiempo con los meses de verano, periodo en el cual hay mayor presión asistencial en la Zona de Salud de Albarracín y el periodo vacacional del personal,con lo que ha sido complicado desarrollarlo hasta pasado estos meses.
Para el cálculo de los indicadores se ha cogido a las 30 personas que cumplen el criterio de diagnóstico EPOC O ASMA, que han participado tanto en taller y/o sesión individual.

Los periodos de tiempo para evaluar han sido del 1 de Julio al 31 de Diciembre de 2017 para el primer indicador; para los otros tres se ha comparado el periodo de tiempo del 1 de julio al 31 de diciembre del 2016 y el 2017.

La evaluación de los indicadores se ha realizado mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; receta electrónica para consultar dispensaciones de inhaladores y la Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el proyecto. La misma se ha realizado en el mes de enero de 2018 al acabar de desarrollar el proyecto.

Los indicadores evaluados son los siguientes:
• % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
De los 30 pacientes, solo 20 (un 66%), sacaron los inhaladores en tiempo: observando que en el cupo médico donde participo el facultativo en el proyecto es donde más alto nº de pacientes los retiraron bien, un 83 % (5 de 6)

UN 66% DE LOS PACIENTES RETIRARON LAS RECETAS DE LOS INHALADORES EN TIEMPO
Este indicador no se ha alcanzado. Punto de mejora.

• % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
En 2016 tuvieron 7 pacientes, uno 2 episodios, de agudizaciones de EPOC; de estos pacientes solo uno tuvo un episodio reagudización en 2017.

Un 87 % de pacientes redujeron las agudizaciones de 2016 a 2017.
Se ha alcanzado el objetivo de reducción de agudizaciones en los pacientes que se habían reagudizado en 2016.

• % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (50%))
EN 2016 INGRESO, DE TODOS LOS PACIENTES PARTICIPES DEL PROYECTO, 1 SOLO USUARIO POR ESTE MOTIVO QUE NO INGRESO EN 2017.
SE REDUJERON EN UN 100 % LOS INGRESOS ENTRE 2016 Y 2017

• % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)
LOS EPISODIOS DE CANDIDIASIS SE REDUJERON UN 100 %
Un solo paciente tuvo candidiasis en 2016 y no en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• La mala técnica de los pacientes al administrarse estos tratamientos. Los errores principales y más repetidos han sido:
? No aguantar la respiración tras la inhalación (apnea).
? No agitar de nuevo (para cartuchos presurizados).
? No realizar la espiración máxima antes de proceder a la inhalación.
? No agitar el dispositivo (para cartuchos presurizados).
? No sincronizar la activación de cartucho presurizado con la inspiración.
? No inspirar enérgicamente en caso de dispositivos de polvo seco.

• La necesidad de adecuación de los dispositivos indicados a estos pacientes al estado cognitivo, físico, edad y nivel de comprensión del paciente para la efectividad del tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

- El desconocimiento de CASI TODOS a los que se les ha realizado el taller/educación individual de la limpieza de los diferentes dispositivos.

- La importancia de reforzar en consulta programada de manera periódica los conocimientos adquiridos y la técnica.

- La variabilidad en el registro en la Historia Clínica de los episodios de agudización de EPOC; agudizaciones reflejadas como apuntes en el episodio de EPOC o crear episodios nuevos con diferentes etiquetas diagnósticas, no la de agudización EPOC).

- Casi todos conocían y realizaban correctamente la higiene bucal después de realizar los inhaladores; únicamente hubo un episodio de candidiasis orofaríngeas en 2016.

- En aquellas localidades donde el facultativo era participe del Proyecto fue donde más nº de pacientes retiraron correctamente en tiempo los inhaladores (5 pacientes de 6); lo que constata la necesidad de supervisar periódicamente las dispensaciones, para comprobar que se hacen o en su caso, detectar mala adherencia terapéutica e intentar corregirla.

- Proyecto educativo breve, sencillo y asequible para la mayor parte de la población. Está pensado para un paciente tipo geriátrico.

- Probablemente, la ausencia de formación continuada sea la responsable de la falta de conocimiento que demuestran las enfermeras sobre nuevas técnicas, nuevas tecnologías (programas informáticos) entre otros.
De hecho, en el caso particular de los inhaladores, encontramos en la bibliografía ciertos estudios en los que se deja constancia del desconocimiento, en ocasiones, del personal sanitario en el manejo de estos dispositivos así como un desconocimiento y escasa aplicación de las guías concernientes al manejo de patologías respiratorias crónicas.

- La valoración positiva que han expresado verbalmente los pacientes de realizar este tipo de actividades (talleres grupales).

- Es un área de trabajo donde se puede mejorar mucho en todos los aspectos, desde la captación y participación de los pacientes EPOC, la supervisión en cuanto a la adherencia terapéutica y dispensaciones de inhaladores y la realización de talleres grupales para educación en el uso de inhaladores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1250 ========== ***

Nº de registro: 1250

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Autores:
MARTIN CLEMENTE MANUELA, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, ORTE GUERRERO JAVIER, SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El EPOC es la cuarta causa más común de enfermedad y la única que está en aumento. Esta enfermedad conlleva una gran carga de morbimortalidad y puede suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria,frecuentes visitas médicas de control,seguimiento y atención de urgencias, así como hospitalizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

con su consecuente costo económico y social.

El autocuidao es un término aplicado a los programas educacionales encaminados a enseñar las habilidades necesarias para realizar régimenes médicos especificos para la enfermedad, guiar el cambio de conductas de salud y prestar el apoyo emocional a los pacientes para el control de su enfermedad y vivir una vida funcional.

Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental del equipo profesional para control y segimiento de esta enfermedad.

El plan de mejora que se presenta, contempla desde una serie de sesiones organizadas de educación para la salud individual, como una intervención grupal.

Se ha detectado la necesidad de formar a los pacientes que utilizan inhaladores de forma habitual debido a las siguientes circustancias:

Pacientes con un dispositivo que no es adecuado a sus condicionantes tanto físicas, psíquicas y sociales no opteniendo el efecto terapéutico deseado.
Muchos pacientes consiguen beneficios incompletos con el tratamiento a consecuencia de una mala técnica de inhalación.

La situación de partida en el diagnóstico de EPOC,en el Sector de Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende aumentar la realización de espirometrías y mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC del Centro de Salud de Albarracín

2.-Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.

3.-Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis.

MÉTODO
1. Elaboración listado de los pacientes con diagnóstico Asma-EPOC en tratamiento con inhaladores. Médico y/o enfermera/o. Abril 2017
2. Captación de la población diana. Médico y/o enfermera/o. Abril 2017.
3. Sesiones grupales, dos; una en Mayo-Junio 2017 y la segunda Octubre-Noviembre 2017.Médico y/o enfermera/o.
4. Sesiones individuales de refuerzo: consulta programada. Médico y/o enfermera/o.
5.Evaluación de resultados y de la adquisición de conocimientos y hablidades. Coordinadora del proyecto. Diciembre 2017

INDICADORES
-% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
-% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
-% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (50%))
-% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

DURACIÓN
Duración del proyecto: 18 Abril- 31 Diciembre 2017.
La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa.
Realización de una encuesta a los participantes al principio y final del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1251

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA SANCHEZ MOLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ LAZARO CAROLINA
HERNANDEZ LAHUERTA RAMON
ROMEO MARTIN NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se estimó el filtrado glomerular a la población diana, en la primera mitad del año, al principio se revisaron analíticas que estaban realizadas en el periodo 2016 hasta mitad de 2017, si alguno no tenía analítica y venía a consulta se le pedía. Posteriormente a aquellos con FG bajo, se añadieron a una tabla, y se revisó su tratamiento habitual buscando la toma de AINES u otros fármacos nefrotóxicos de forma crónica. Además se añadió en la tabla, una columna para anotar otros FRCV.

A todos los que se les ha detectado un FG por debajo de 60 se les ha abierto el episodio de Insuficiencia Renal Crónica y se les ha añadido a la tabla para un posterior control analítico tras la actuación pertinente.

Aquellos FG bajo y que tomaban nefrotóxicos, se actuó en consecuencia, si eran AINES, se les retiró, dejándolos sólo para toma en procesos agudos, y si eran otros fármacos, se intentó cambiar o bajar su dosis.

Aquellos con FRCV asociados, HTA, mal controlada, o DM con hemoglobinas glicadas altas, se intensificaron las medidas de control.

Fecha:

Captación analíticas de 2016 y principios de 2017 y seguimiento durante el 2017 con analíticas de control y finalización durante la segunda mitad de 2017. Fecha de finalización en diciembre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados:

De un total de 300 pacientes mayores de 75 de las tres localidades, se realizó filtrado glomerular (FG) mediante la ecuación de CKD- EPI, en condiciones basales a 258 pacientes, hasta mediados de año de 2017. Quedaron excluidos, hasta ese momento, del estudio 36 por las siguientes razones:

4 por fallecimiento
20 por enfermedad renal crónica estadío avanzado en control por nefrología
Resto pacientes por no acudir a consulta habitualmente o ser desplazados temporales.

De los FG hasta entonces realizados, 124 pacientes presentan un FG por debajo de 60 y 9 de ellos menor de 35.
Hasta entonces 72 casos se confirmaron con analíticas a los 6 meses de la primera.
Con todos estos datos, se realizó una tabla donde incluimos además del FG, los tratamientos crónicos, si toma o no AINEs, otros nefrotóxicos y factores de riesgo cardiovascular.
Se implementaron en estos pacientes dos medidas, retirar AINEs y nefrotóxicos en la medida de lo posible y control de otros factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, dislipemia y glucemias.
En cuanto a la toma de AINES, de los casos analizados, sólo en un caso se encontró la toma de los mismos, que fue retirado en una revisión de tratamiento en 2016. En el resto no se ha encontrado su consumo de forma continuada, se ha visto un caso de toma de nolotil, solo de forma esporádica, dos casos de toma alopurinol.

En cuanto al control analítico en la segunda mitad de año, y tras intensificar las medidas de control de FRCV, educar a la población diana sobre el uso de AINES y sus riesgos y realizar cambios en su tratamiento antihipertensivo, sobre todo disminuir diuréticos y ajustar tratamiento para evitar el daño renal, se han obtenido los siguientes datos:
Han mejorado la función renal en 22 casos, se ha visto que en la mayoría de estos casos, ha mejorado el control de la TA y ha disminuido la Hb glicosilada en los diabéticos, salvo en un caso, que a pesar de mejorar la función renal, la hb glicosilada estaba similar y en torno a 8.

En 7 de los pacientes, la función renal ha empeorado, uno de ellos ha coincidido con un ingreso hospitalario por fractura de femur con la consecuente toma de AINES.

25 de los pacientes han matenido estable su función renal, uno de ellos ha tenido que tomar AINES por crisis repetidas de gota.

Hemos perdido en esta segunda mitad del año 18 pacientes por los siguientes motivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1251

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

10 no han acudido a consulta para control analítico.
3 de ellos han sido pérdidas por fallecimiento.
2 de ellos son pacientes en estado terminal, en seguimiento por ESAD.
3 por control en nefrología.

Hemos captado en analíticas de control dos nuevos casos de IRC. Uno de ellos con un FG casi normal en 58, pero coinicidiendo con un proceso anémico y otra de ellos con FG de 44, no conocida anteriormente ya que es nueva en la zona.
Porcentaje de cumplimiento:

-% de pacientes >75 años con realización de FG / pacientes >75 años 86 por ciento.

2- Porcentaje de pacientes estudio con Riesgo Renal

-% de pacientes >75 a con FG en tratamiento con fármacos nefrotóxicos / pacientes >75 a con FG –--2 por ciento

3-Porcentaje de pacientes beneficiados de nuestro proyecto:

- Número % de pacientes >75 a con FG con modificaciones en el tratamiento habitual / pacientes >75 a con FG --> 0,3 por ciento

- Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con FG alterado y que han recibido consejos en los FRCV en relación con los pacientes mayores de 75 años con FG alterado: 100 %.

4- Efectividad del proyecto:

Diferencia entre porcentaje de nuestros pacientes estudio con Riesgo Renal y pacientes beneficiados de nuestro proyecto : 32 pacientes al final del estudio ya que hemos perdido 18 y han mejorado la función renal 22.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conclusiones:
En la población de los tres municipios de la Sierra de Albarracín, implicados en el estudio, no se produce un abuso de los AINES, y en general está bien controlado el uso de otros nefrotóxicos.
En la mayoría de los casos no hemos podemos retirar o disminuir ciertos antihipertensivos dado que son necesarios para mantener adecuadamente el control de la TA, no obstante se han intensificando las medidas nefroprotectoras, en todos los pacientes de nuestro estudio, mejorando en un gran número de casos la función renal.
Aunque se necesitan estudios mucho más precisos y analíticos, si que podemos intuir que existe una relación directa entre el control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular, sobre todo hipertensión arterial y diabetes, y la función renal. Esto nos afirma en la necesidad que tenemos los sanitarios de realizar una adecuada educación individualizada a nuestros pacientes, coincienciarlos de la importancia del control adecuado de sus enfermedades crónicas y la toma de fármacos, para evitar daños futuros renales.
Es un proyecto muy interesante, gracias a el hemos repasado los tratamientos, en aquellas personas más susceptibles, hemos podido diagnosticar casos de IRC, en estadíos iniciales, lo que nos ha permitido intensificar medidas para adecuado control de sus FRCV. Además nos ha ayudado a concienciarnos aún mas sobre la importancia del manejo de AINES, es por ello que recomiendo la realización de proyectos similares, que nos permitan mejorar la atención globar de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1251 ========== ***

Nº de registro: 1251

Título
ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

Autores:
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, PEREZ LAZARO CAROLINA, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, ROMERO MARTIN NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1251

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El envejecimiento de la población, conlleva un aumento de patologías crónicas y osteoarticulares que en numerosas ocasiones precisan del uso concominate de AINES y fármacos que potencian la nefrotoxixcidad. Con este proyecto, se pretende valorar la función renal en mayores de 75 años, y revisar entre sus tratamiemtos la toma de aines de forma continuada y actuar en consecuencia.
Quedan excluidos del estudio los pacientes que ya presentan IR diagnosticada y / o están en seguimiento por nefrología.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir yatrogenia, reisgo de triple Whammy en pacientes mayores de 75 años.
Detectar daño renal en estadios iniciales que puedan revertirse al modificar tratamiento crónico y factores de riesgo cardiovascular.
En caso de detectar daño renal moderado avanzado remitir a nefrología, según protocolos actuales, quedando excluidos del estudio.

MÉTODO
Realizar un filtrado glomerular a la poblacion diana al principio del estudio:
-Si este es normal, y el paciente tiene prescritos fármacos nefrotóxicos, retirar aquellos que no sean imprescindibles (AINES).
-Si el FG está afectado y estamos ante un estadio inicial-moderado de IR, se procederá del mismo modo pero se realizará además otro filtrado glomerular al final del estudio para valorar la mejoría de la función renal.

INDICADORES
1.- Porcentaje de cumplimiento:
% de pacientes de >75 años con realización de FG / pacientes >75 años..... 40%.
2:- Porcentaje de pacientes estudio con riesgo renal:
% de pacientes >75 años con FG en tratamientos con fármacos nefrotóxcos/pacientes >75 años con FG.
3.- Porcentaje de pacientes beneficiarios de nuestro proyecto:
% de pacientes >75 años con FG a los que hace modificaciones en su tratamiento.

DURACIÓN
Inicio en Abril de 2017.
Finalización en Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CASTILLON ALFAYE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LASHERAS BARRIO MONICA
RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA
SENOSIAIN IBAÑEZ JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han hecho los contactos y las entrevistas necesarias con el Servicio de Oftalmología del HOP de Teruel para impulsar y dar coherencia al proyecto. Desde este servicio se crea una comisión para apoyar y mejorar la comunicación entre los niveles de AE y AP, inicialmente con el EAP de Albarracín, para posteriormente hacerlo con el resto de EAPs del Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Correos y acta de colaboración entre el servicio de Oftalmología del HOP de Teruel y el EAP de Albarracín

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Posibilidades de mejorar la comunicación, el trabajo cotidiano y la eficacia en la atención de calidad al usuario/a de la Retinopatía diabética como marcador precoz de pronóstico de afectación vascular en personas con diabetes, y pie diabético.

7. OBSERVACIONES.
Desde que se presenta el proyecto en su primera convocatoria, antes del 14-10-17, no se nos envía confirmación por correo electrónico de la recepción y aprobación del proyecto desde Comisión que valora los proyectos de calidad la Dirección General de Asistencia Sanitaria en Atención Primaria, sin saber si la valoración ha sido favorable o no favorable. Se escriben dos correos pidiendo una explicación o aclaración en octubre y diciembre de 2016, sin recibir respuesta.
En marzo de 2017 se reúne la DAP de Teruel y la coordinación del EAP de Albarracín, con motivo de diseñar y firmar el Contrato de Gestión de 2017. Se comenta que no se ve claro este proyecto, se deja fuera y se sustituye por otro proyecto propuesto por la DAP. En ningún momento se avisa, se comunica o se piden explicaciones al responsable del proyecto.
En junio de 2017 se vuelve a abrir la convocatoria de presentación de proyectos, incluyendo los de salud comunitaria. Se vuelve a mandar el formulario y entonces se recibe la respuesta favorable de que el proyecto ha sido recibido y aprobado.
Tras el verano no se han podido reiniciar las gestiones necesarias para retomar el proyecto y volver a impulsarlo. Se va a iniciar el 2018.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1446 ========== ***

Nº de registro: 1446

Título
MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Autores:
CASTILLON ALFAYE IGNACIO, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, LASHERAS BARRIO MONICA, DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA, SENOSIAIN IBAÑEZ JESUS, ORTE GUERRERO JAVIER, PEREZ LAZARO CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejoría comunicación y coordinación entre AP y AE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde que se instaura en el Sec.Teruel la retinografía diabética extrahospitalaria y se plantea desde qué nivel sanitario deben hacerse los informes iniciales, surgen una serie de deficiencias comunicativas entre la AP y la AE. El Sº de Oftalmología (SO) del HOP Teruel se ve desbordado para realizar este trámite por la falta de personal y la cantidad de demanda sanitaria que tiene que asumir diariamente en su consulta cotidiana habitual. Desde la AP se ha venido realizando dicho trámite, inicialmente de forma remunerada y posteriormente de forma voluntaria. Hoy en día solo una MAP se encarga de la lectura y la elaboración de informes de las retinopatías diabéticas no midriáticas que se realizan en el todo el Sec.Teruel con la sobrecarga y retraso en el trabajo que esto conlleva, y las consecuencias en las deficiencias en el diagnóstico y el seguimiento de los y las pacientes con RD que pueden acarrear. Este proyecto pretende solventar y mejorar la comunicación entre los niveles de AP y AE respecto a esta técnica diagnóstica y de seguimiento, y con ello mejorar la eficacia y la eficiencia de los screenings para conservar la salud de las retinas de los pacientes diabéticos

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la comunicación entre el nivel de AP del Sec.Teruel (inicialmente desde el EAP Albarracín) con el SO del HOP Teruel
- Elaborar un protocolo o procedimiento para incrementar la agilidad y la eficiencia en la presentación de los informes de las retinografías diabéticas realizadas en la AP del Sec.Teruel (inicialmente desde el EAP Albarracín)
- Hacer una revisión y plan de mejora de las herramientas y programas informáticos que se están utilizando para la lectura y elaboración de informes de las RD desde los niveles de AE y AP.
- Crear una comisión de seguimiento en el Sector para evaluar periódicamente los logros y detectar las posibles deficiencias, errores e incoherencias del trabajo conjunto y coordinado entre la AP y la AE

MÉTODO
- Se plantea crear un directorio telefónico y de correos electrónicos
- Planificación de un cronograma de reuniones entre la AP y la AE para la elaboración del protocolo o procedimiento para aumentar la eficacia y eficiencia en la realización de los informes de las retinopatías diabéticas por parte de un grupo de trabajo elegido desde el SO del HOP Teruel y el EAP Albarracín.
- Revisión y evaluación conjunta y grupal de la vigencia y pertinencia de los actuales protocolos, algoritmos y procedimientos generados en el nivel I (SALUD) y las posibilidades de adaptarlo a la realidad del Sec.Teruel.
- Elaboración de un nuevo protocolo o procedimiento que incluya las aportaciones de este grupo de trabajo como son las retinografías artefactadas, errores diagnósticos, errores de citación, cronograma anual por subsectores, dudas desde el grupo de Lectores Especializados de AP, y otras incidencias que pueda surgir en el desarrollo de este trabajo.
- Realización de una sesión clínica en EAP Albarracín con la formación sobre la realización de informes de las retinografías diabéticas, las indicaciones y los algoritmos de la misma. Propuesta de que cada MAO inicie la lectura y elaboración del informe diagnóstico de RD de sus pacientes diabéticos, según las TIS que vayan ligadas a su plaza.
- Establecer con la DAP Teruel un plan de formación en el resto de EAPs a lo largo del 2017 para involucrar a más MAO de AP que puedan colaborar con la lectura y elaboración de informes de las RD realizadas en el Sector, y su organización por subsectores.

INDICADORES
- Actas de las reuniones del grupo de trabajo encargado de la elaboración del protocolo indicando sus participantes y sus contactos, así como el plan de trabajo para la mejora propuesta por este proyecto.
- Presentación del protocolo o procedimiento de colaboración y comunicación entre el SO del HOP Teruel y el EAP de Albarracín para el diagnóstico y seguimiento de la retinografía diabética a la DAP del Sec.Teruel y la Dirección del HOP Teruel.
- Evaluación de la pertinencia y utilidad del protocolo o procedimiento creado. Establecimiento de un Plan de mejora en cuanto al seguimiento de dicho protocolo o procedimiento.
- Establecimiento de un grupo de de Lectores/as Especializados/as de la AP estratégicamente distribuidos/as por los distintos subsectores del Sec.Teruel, que puedan organizar y racionalizar el trabajo a realizar, así como tener disponible un canal de comunicación directo, bidireccional y efectivo con el nivel de AE del SO del HOP Teruel.

DURACIÓN
- 1º trimestre 2017: inicio del proyecto, creación del directorio de comunicación del proyecto, y consolidación del grupo de trabajo.
- 2º trimestre 2017: elaboración y presentación del protocolo o procedimiento de colaboración y comunicación entre el SO del HOP Teruel y el EAP Albarracín para el diagnóstico y seguimiento de la retinografía diabética
- 4º trimestre de 2017: evaluación y retroalimentación de la puesta en marcha del procedimiento. Presentación a la DAP Teruel y planteamiento de aplicarlo al resto de EAPs del Sec.Teruel. Finalización del proyecto

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1724

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA

Fecha de entrada: 02/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MONICA LASHERAS BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA
ORTE GUERRERO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se tuvieron reuniones con los responsables municipales de Jabaloyas, Valdecuenca, Griegos, Guadalaviar, Villar del Cobo y Bronchales. Los responsables de estos contactos fuimos los/as médicos/as de dichos pueblos (Mónica, Javier y Carolina). De la misma manera se contactó y se hizo una reunión con el AMPA de Albarracín (hizo el contacto Elena) y con los profesores de Orihuela del Tremedal (Katia). También se realizaron llamadas e e-mails con la responsable del IES de Albarracín (Eva y Mónica). En todos estos contactos se acordaron los contenidos de las sesiones, número de ellas, horarios, fechas, duración, etc.
Se coordinó con el Club de Montaña de Teruel (Nacho) y con secretaría de SAMFC (Mónica), para el préstamo, recogida y devolución de los muñecos para practicar la RCP y simulador de DESA.
En las reuniones del grupo de comunitaria se iban comentando los avances en la coordinación de los talleres y se hizo el reparto de los profesionales que íbamos a dar cada sesión.
Para la preparación de los materiales de las sesiones, Mónica hizo un primer boceto y después, vía telemática se fueron completando, modificando…

Para cada una de las sesiones fue necesaria previamente su difusión para que asistiera el mayor número de participantes posible. Para ello se colocaron carteles en los consultorios de cada pueblo en el que se realizó el taller. Se informó al consejo de salud de la realización de dichos talleres y las fechas de los mismos (los que se habían realizado y los pendientes de realizar). En algunos casos la difusión también fue vía telefónica, e-mail y/o WhatsApp (como es el caso del AMPA, el IES y los profesores de Orihuela). También se colgó la información en el blog de la asociación APSMA (Asociación para la Promoción de la Salud y el Medio Ambiente de la Sierra de Albarracín) http://apsmasierraalbarracin.blogspot.com.es/. Y se fue comunicando al EAP (Equipo de Atención Primaria) las fechas y lugares de la realización de los talleres para ver si quería participar más gente o venir como observadora.

Los talleres realizados, sus lugares, fechas y responsables de los mismos fueron los siguientes:
- Jabaloyas: 29 de Septiembre de 2016; Mónica y Nacho.
- Valdecuenca: 04 de Octubre de 2016; Mónica.
- Guadalaviar: 03 de Abril de 2017; Javier y Katia.
- Villar del Cobo: 04 de Abril de 2017; Javier.
- Griegos: 05 de abril de 2017; Javier.
- IES Albarracín: 06 de abril de 2017; Mónica, Eva, Javier, Nacho y Elena. Vinieron de observadoras dos enfermeras del EAP. Gloria y Manoli.
- Profesores de Orihuela del Tremedal: 03 y 17 de mayo de 2017; Katia.
- AMPA de Albarracín: 23 de mayo de 2017; Elena y Nacho.
- Bronchales: 29 de mayo de 2017; Carolina y Katia.

Para la evaluación de los “alumnos” se redactaron 10 preguntas de test con 4 respuestas cada una, para valorar los conocimientos sobre Primeros Auxilios y RCP básica. Dicho “examen” se pasó previa y posteriormente a la realización del taller. También se elaboró una encuesta de satisfacción específica para estos talleres que se pasaron a los asistentes posteriormente del taller. Además, en casi todos los talleres fuimos por lo menos dos docentes, y uno de nosotros hacía de observador/colaborador de dicho taller. Esto nos ayuda a evaluar la manera de dar el taller del docente, además de las encuestas. Y por último, el 12 de junio 2017, en la reunión de APSMA se evaluó la idoneidad de dichos talleres, la duración y la posibilidad de seguir formando y haciendo repaso a personas interesadas.

Todos los materiales utilizados en los talleres: power point, encuestas de satisfacción y test fueron elaborados por nosotros. La presentación fue realizada basándonos en guías de práctica clínica y según las recomendaciones de la ERC 2015 (Consejo Europeo de Resucitación). También se utilizaron videos de you tube para la simulación del uso del DESA y para el ritmo del masaje cardiaco. En la presentación enlazaba a un juego on line sobre primeros auxilios de Cruz Roja (https://www.cruzroja.es/cre/2006_7_FR/matcurfad/juegoppaa/castellano/creuroja_cd.swf) y de e-UCM (http://www.e-ucm.es/firstAidGame/play.html). Los muñecos de adulto y de niño, así como el simulador de DESA fueron prestados pero los usamos en todos los talleres, dada la importancia de practicar la RCP. También, posteriormente al taller, se les entregó un esquema de actuación en caso de una parada para que lo pudieran tener en su casa, cartera, etc. Este esquema fue sacado de la ERC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han formado sobre Primeros Auxilios, RCP básica y uso de DESA a un total de 164 personas. Que si consideramos que tenemos unas 3028 TIS en nuestra ZBS, corresponde al 5.42% de la población. Según cada sesión el total y las caracteristicas de la poblacion ha sido la siguiente.
- Jabaloyas: 23 participantes; muy heterogenea a nivel de edades y de permanencia en la sierra durante el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1724

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA

invierno; las personas clave del pueblo y que vivien todo el año fueron formadas.
- Valdecuenca: 6 participantes; 5 mujeres y 1 hombre; la mayoria jovenes y que viven de manera permanente en el pueblo.
- Guadalaviar: 20 participantes; muy heterogenea a nivel de edades; la mayoria viven de manera permanente en el pueblo.
- Villar del Cobo: 5 participantes; las personas clave y que viven en el pueblo fueron formadas.
- Griegos: 25 participantes; muy heterogenea a nivel de edades; las personas clave del pueblo y que vivien todo el año fueron formadas.
- IES Albarracín: 44 alumnos y 5 profesores; chicos y chicas de 12 a 15 años que viven en diferentes pueblos de la Sierra de Albarracín.
- Profesores de Orihuela del Tremedal: 11 participantes; de ambos sexos; aunque la mayoría no viven en la Sierra de Albarracín pasan muchas horas a la semana en el centro educativo.
- AMPA de Albarracín: 15 participantes; madres y padres que viven el Albarracín.
- Bronchales: 10 participantes; de ambos sexos; edades medias; la mayoría residentes durante todo el año en el pueblo..

Para la evaluacion de las competencias adquiridas pasamos un test de 10 preguntas a modo de "exámen" antes de realizar el taller y el mismo después de hacerlo. Los conocimientos adquiridos valorados fueron adecuados ya que 90% de los participantes mejoró o igualó la puntuacion inicial. La valoracion de la adquisicion de habilidades para la realizacion de la RCP se fue evaluando, por parte de los docentes y/o observadores, mientras se hacia la práctica con los muñecos.
Tambien se pasaron tras el taller unas encuestas de valoración de la actividad. En las encuestas de valoración todos los participantes marcan como muy útil la realización de esta actividad porque la realidad de nuestra ZBS es que está muy dispersa y lejos de los recursos sanitarios, sobre todo algunos pueblos, y de sobra es sabido que si les damos las herramientas para actuar lo antes posible puede mejorar el pronóstico de dichas urgencias. En las observaciones sobre todo insisten en la realización periódica de esta actividad, ya que son maniobras que, por suerte, no se necesitan aplicar habitualmente, y se olvidan.
En los pueblos que existe DESA conseguimos articular un "protocolo" de actuación si se diera el caso de una parada. Se quedó acordado y en conocimiento de todos de quien tenía la llave para poderlo sacar y utilizar.
Con respecto a los objetivos planteados, los tres se han cumplido, tal y como he desarrollado anteriormente.
La implicación de la poblacion en la preparacion y en la difusión, fue de acuerdo a lo esperado. Y durante los talleres se fomentó mucho la resolucion de dudas, el compartir experiencias, el aprender según lo vivido... Sobre todo en la parte de Primeros Auxilios. Y en la parte de la RCP al hacer la práctica, sí o sí tienen que participar de manera activa. No hay que olvidar que la actividad surge de la demanda y necesidad de la población, por lo que siempre hay mayor motivación e implicación a la hora de realizarla.
En muchas de las encuestas de satisfacción nos han hecho ver que no hemos llegado a conseguir que la gente sienta que sabe usar el desfibrilador. A pesar de llevar simulador y ver vídeo, parece que no es suficiente para que la gente se sienta segura de usarlo. Probablemente esto sea difícil de cambiar, porque o lo haces de verdad o esa percepción creemos que siempre va a ser así. Pero necesitamos profundizar en el tema e investigarlo para poder cambiar dicho sentir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos muy satisfechos/as con la actividad realizada ya que como la demanda surgió de la población, ha tenido una gran aceptación y participación. Como nos han hecho saber que hay una necesidad de seguir formándose y reciclándose periódicamente, nos planteamos hacer de manera anual o bianual dicha actividad en estos mismos pueblos/entidades. En aquellos lugares que no se ha realizado y que quieran, estamos dispuestos a darlo a lo largo del 2018.
También nos hemos dado cuenta que el material es bastante extenso, y que tal vez es dar demasiada información a personas que no están acostumbradas a ello. Por esto hemos decidido optar o por reducir el material de Primeros Auxilios para practicar más con los muñecos la RCPb y el uso de DESA o por hacerlo en 2 sesiones (una de Primeros Auxilios y otra de RCPb y DESA). Optaremos por cada una de estas opciones segun las necesidades y disponibilidad de cada colectivo.
Ha habido algunos errores o discrepancias entre nosotros con respecto a los materiales, y lo hemos ido solventando conforme haciamos los talleres en más lugares.
Con respecto a la formación de jóvenes, vemos que es importante y que pueden ser de gran ayuda en sus comunidades, pero se lo toman menos en serio y debemos hacer más práctica y menos teoría. Sobre todo en este colectivo tenemos que ser muy dinámicos y favorecer la participación de los mismos.
Lo que tiene que quedar muy claro y da valor a nuestro trabajo es que por mucho que parezca que son unos talleres de unas horas, estos tienen mucho trabajo previo a la actividad: de preparación de materiales, de estudio, de gestión y búsqueda de los muñecos, de coordinación con las entidades… Y ello debemos hacerlo llegar a nuestros compañeros/as y a nuestros superiores para que sea valorado.

7. OBSERVACIONES.
Vuelvo a mandar la memoria definitiva (ahora es final, me confundí, y en la anterior debería haber puesto de seguimiento) después de haber hecho el curso de Evaluación de proyectos de Actividades Comunitarias con Javier Gallego, según me dijo había hablado con Javier Quintín.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1724 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1724

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA

Nº de registro: 1724

Título
TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA

Autores:
LASHERAS BARRIO MONICA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, ESTEVA DE ANDRES ELENA, DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, ORTE GUERRERO JAVIER, PEREZ LAZARO CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INDEPENDIENTE
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
DADA LA DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA, HEMOS PENSADO EN LA NECESIDAD DE FORMAR A LOS HABITANTES DE LA SIERRA EN PRIMEROS AUXILIOS, RCP BÁSICO Y USO DEL DESA, YA QUE EN MUCHAS OCASIONES LA ASISTENCIA MÉDICA NO PUEDE DARSE DE FORMA INMEDIATA.

RESULTADOS ESPERADOS
EL PROYECTO VA DIRIGIDO A LA POBLACIÓN DE LA SIERRA DE ALBARRACÍN, SE PRETENDE MEJORAR LA ATENCIÓN EN CASO DE NECESIDAD URGENTE DE RECIBIR PRIMEROS AUXILIOS, HASTA LA LLEGADA DEL PERSONAL SANITARIO.

MÉTODO
SE REALIZARAN TALLERES CON POWER POINT PRESENTANDO COMO SE REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS BASICOS, EN ALGUNAS SESIONES SE USARÁ UN SIMULADOR DESA Y SE VISUALIZARÁ UN VIDEO DE COMO SE USA EL MISMO. SE EXPLICARÁ LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y LA REALIZACIÓN DE RCP BÁSICA Y SU SECUENCIA. TRAS LA PARTE TEÓRICA SE REALIZARÁN PRÁCTICAS CON MUÑECOS Y ENTRE LOS PARTICIPANTES SE PRACTICARÁ LA POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD Y LA MANIOBRA DE HEIMLICH.

INDICADORES
SE REALIZARAN UNAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y UN TEST DE 10 PREGUNTAS PARA VALORAR CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS PRE Y POST SESIÓN.

DURACIÓN
EL CALENDARIO SE REALIZARA A LO LARGO DE 2016-2017
LA RESPONSABLE DEL PROYECTO ES LA DRA MÓNICA LASHERAS BARRIO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1725

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 17/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA PEREZ LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA
CASTILLON ALFAYE IGNACIO
ESTEVA DE ANDRES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
LUGAR, FECHA DE REALIZACION Y NÚMERO APROXIMADO DE PATICIPANTES:
1- I MARCHAS EN ORIHUELA DEL TREMEDAL Y BRONCHALES
A desarrollar en mayo/junio de 2017, los lunes desde Orihuela del Tremedal y los Jueves desde Bronchales.
• Ruta el Royo: 11/05/2017; 11 participantes.
• Ruta Sierra Alta: 1505/2017; 7 participantes.
• Ruta de las Setas: 22/05/2017; 6 participantes.
• Ruta Los Colladillos: 25/05/2017; 11 participantes.
• Ruta Los Pradejones; 01/06/2017; 11 participantes.
2- II SALIDA MEDIOAMBIENTAL NOCTURNA SIERRA DE ALBARRACÍN
Casa de la Comunidad en Tramacastilla.
HORARIO: 19:00 h - Charla sobre cielo profundo a cargo de Antonio Marín Franch (astrofísico del CEFCA y responsable del observatorio astrofísico de Javalambre).
20:30 h - Salida nocturna por el monte de Tramacastilla
FECHA: 23 de junio 2017.
NÚMERO DE PARTICIPANTES: 18.
3- V SALIDA MEDIOAMBIENTAL DIURNA SIERRA DE ALBARRACÍN
FECHA, LUGAR Y HORARIO:
15/09/17 a las 18:30 h en la ermita de Moscardón – Charla debate sobre fitoterapia.
16/09/17 a las 9:00 hs en la plaza del pueblo de Moscardón – Salida para identificar especies vegetales.
NÚMERO DE PARTICIPANTES: 25.
TOTAL DE PARTICIPANTES: 89.
METODOLOGÍA:
Se le informa a la población a través de carteles informativos de la actividad a realizar.
Se valoran rutas senderistas sencillas de fácil acceso adaptadas para la necesidad de cada actividad.
Se han administrado posteriormente encuestas de satisfacción para valorar las actividades realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos obtenido una participación de 3% de una población de 3028 TIS de nuestra ZBS.
De las actividades propuestas hay una alta satisfacción por parte de todos los participantes. En todo el momento se ha potenciado la actividad física, el contacto y el respecto por la naturaleza y el medio ambiente.
Dada la buena acogida de las Salidas Medio ambientales diurna y nocturna de los últimos años por la población de la Sierra de Albarracín hemos ampliado nuestras salidas introduciendo Rutas de fácil acceso que favorecen la actividad física e integración de los participantes.
Se ha intentado enriquecer el conocimiento de los participantes en temas de Astronomía, el cielo profundo y fitoterapia. Las charlas/debates realizadas en algunas actividades son consideradas importantes para favorecer la participación de los asistentes a las marchas y salidas medioambientales. Creemos que hemos dado una visión distinta de las actividades al aire libre.
.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lecciones aprendidas, conclusiones y recomendaciones:
Apesar de la baja participación estamos muy satisfechos/as con las actividades realizadas. Consideramos que las actividades físicas realizadas de forma continuada y constante favorecen cierto control de la salud.
Hacer atractivas con charlas y coloquios hace con que haya más participación, comunicación e interación entre los pueblos de la Sierra de Albarracín.
Realizar de manera rotativa en todos los pueblos de la Sierra de Albarracín puede ser una manera de dar a conocer nuestro proyecto y ampliar la población que se beneficiaría de esta actividad.
La dispersión de la población de esta ZBS y la climatología son desventajas que hubo para el desarrollo de la actividad.
En general, a la población que ha asistido a las diferentes actividades le gustaría mantener dicha actividad de manera periódica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1725

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1725 ========== ***

Nº de registro: 1725

Título
MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Autores:
PEREZ LAZARO CAROLINA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, ESTEVA DE ANDRES ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No específica
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En nuestra pirámide poblaciona, observamos un envejecimiento inequívoco de la población, que se acompaña de un deterioro físico progresivo, que está bien documentado y contrastado, Hay varios estudios que observaron una regresión de este deterioro con programas de actividad física. A través de estas marchas, esperamos integrar la actividad física, con la sociabilización de los participantes en un ambiente agradable de contacto con la naturaleza, utilizando rutas senderistas bien señalizadas y de fácil acceso y recorrido.

RESULTADOS ESPERADOS
Potenciar la importancia de la actividad física saludable en contacto con la naturaleza a la población adulta. Mejorar la adherencia al ejercicio físico, en un entorno agradable para todos. En algunos casos se aprovechan estas marchas para abarcar otros aspectos y ampliar los conocimientos de la población, en estos casos habrá unas charlas previas a la caminata.

MÉTODO
Se realizaran paseos a marcha leve o moderada, de acuerdo con la condición física de los participantes en distintos lugares de la Sierra de Albarracín. La duración aproximada será de una hora a una hora y média.
En dos de las marchas se hará una charla previa, una de Astronomía, que irá acompañada de una caminata nocturna donde se podrá apreciar el cielo de Teruel, la otra tratará sobre plantas y botánica y en la marcha posterior se intentarán identificar distintas especies vegetales.

INDICADORES
Tras las marchas se pasaran unos cuestinoarios de satisfacción para valorar si se cumplen los objetivos propuestos.

DURACIÓN
A lo largo de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0309

1. TÍTULO

DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUEL GALINDO DOBON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CLEMENTE MANUELA
CASTILLON ALFAYE IGNACIO
ROMEO MARTIN NATIVIDAD
HERNANDEZ LAHUERTA RAMON
BLANCO MARCO BEATRIZ
SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó en el Centro de Salud una sesión clínica sobre actualización y manejo de la fibrilación auricular (FA) y se presentó al equipo la vía: “Fibrilación auricular. Vía de actuación en Atención Primaria Sector Teruel”, consensuada entre Atención Primaria (AP), Hematología y Cardiología.
Los miembros del proyecto mantuvimos varias reuniones para seguir el proceso del estudio y se enviaron resúmenes del seguimiento a la Técnico de Salud del sector.
Por una parte se planteó la realización de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones a la población mayor de 45 años del Centro de Salud de Albarracín, excluyendo los cupos de los Puntos de Atención Continuada, tanto mediante case-finding como por captación activa. Se realizaron electrocardiogramas durante el año 2018 a 303 personas en total, de los 877 listados, lo que supone una cobertura del 34.5%.
Por otra parte se accedió a la Historia Clínica de los 58 pacientes de la Zona Básica de Salud diagnosticados de FA para cumplimentar las escalas CHA2DS2-VASC y HAS-BLED y para comprobar que los pacientes recibían tratamiento acorde con el diagnóstico, puesto que hay estudios que apuntan que hasta un 23.5% de los sujetos diagnosticados de FA no reciben ningún tratamiento antitrombótico.
Se utilizaron los electrocardiógrafos disponibles en los distintos puntos de atención. Se solicitó la compra de un monitor ECG portátil sin cables para obtener una tira de ritmo de una derivación que hubiera sido muy útil para el cribado, pero no se proporcionó a tiempo para el estudio.
Se comunicó a los pacientes el objetivo del estudio y la pertinencia de realizar un ECG, que serviría además para apoyar el cumplimiento de numerosos programas específicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron 303 ECGs (34.5% de cobertura) encontrándose a 4 pacientes con FA asintomática (1.32% de los ECGs realizados). La población diana fue toda persona mayor de 45 años, al no poder proporcionársenos el listado de pacientes clasificados por factores de riesgo cardiovascular (FRCV), debido a condicionantes informáticos, según se nos transmitió.
El paciente número 1 era un varón de 80 años, FRCV: obesidad. Fue tratado desde el principio desde AP. Se solicitó analítica completa incluyendo coagulación, radiografía de tórax, interconsulta a cardiología y se comenzó anticoagulación con Sintrom, con control por hematología.
El paciente número 2 era un varón de 62 años, hipertenso, con dislipemia y abuso de alcohol. Fue derivado a urgencias hospitalarias.
La paciente número 3 era una mujer de 85 años, con antecedentes de insuficiencia cardiaca congestiva y dislipemia, que fue derivada a urgencias hospitalarias.
La paciente número 4 era una mujer de 92 años con dislipemia como único FRCV. Fue derivada a urgencias.
En cuanto a los pacientes ya diagnosticados de FA los resultados son:
58 pacientes con diagnóstico de FA en OMI (50% varones) de los cuales únicamente 5 (8.6%) son menores de 70 años.
7 pacientes no entraron en el estudio y se catalogaron como “perdidos” debido a traslados de domicilio o tratarse de pacientes desplazados.
De los 51 pacientes admitidos 46 (90.2%) estaba en tratamiento anticoagulante, de ellos 36 (78.2%) recibían Sintrom y 10 (21.8%) nuevos anticoagulantes orales (NACOs)
El 9.8% no recibía tratamiento anticoagulante.
3 pacientes no recibían tratamiento anticoagulante ni antiagregante alguno, en un caso por decisión del cardiólogo y en los otros dos por riesgo de sangrado justificado que contraindicaba el tratamiento y que estaba recogido en la historia clínica.
2 pacientes recibían tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS)
Se comunicó a los médicos responsables de cada paciente la necesidad de revisar los casos dudosos de indicación de tratamiento.
Se realizaron y registraron las escalas CHA2DS2-VASC y HAS-BLED a todos los pacientes con diagnóstico de FA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del estudio es positiva. Se ha logrado encontrar 4 casos de FA oculta y uno de ellos pudo ser manejado completamente desde AP. El estudio además ha servido para completar el riesgo de sangrado y la indicación de anticoagulación de todos los pacientes ya diagnosticados y se ha podido comunicar a los médicos responsables los pacientes que requerían una valoración más precisa.
La realización y registro de los ECGs ha servido para proporcionar datos útiles para la Cartera de Servicios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0309

1. TÍTULO

DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

y se han podido detectar otras anomalías y patologías, como bloqueos o hipertrofias, que han sido comunicadas a los médicos responsables de los pacientes.
La cobertura alcanzada ha sido menor a la esperada debido a que la población a cribar ha sido mucho mayor de la prevista. Esto se ha debido a varios motivos:
No se ha podido proporcionar una lista de pacientes que cruzara edad con FRCV, al parecer por limitaciones informáticas. Debido a este motivo tuvimos que incluir en el estudio a toda la población mayor de 45 años, independientemente de sus FRCV. El porcentaje de arritmias detectadas habría sido mucho mayor de poder haber centrado la búsqueda en la población con mayor riesgo de padecerlas.
Tampoco tenemos acceso a los ECGs que los pacientes hayan podido realizarse fuera del Centro de Salud, ya sea para consultas de especialistas hospitalarios, preoperatorios, etcétera.
No disponemos de electrocardiógrafos en muchos de los consultorios locales, lo que dificulta el acceso de la población al recurso, población además envejecida, con mayor dificultad de desplazamiento. El monitor ECG portátil de un canal solicitado, no estuvo disponible durante el estudio.
La conclusión es que un programa de búsqueda activa de pacientes con FA oculta proporciona resultados positivos, encontrándose entre un 6 y un 8% de nuevos casos, centrando la búsqueda en población de riesgo.
Según las horquillas de los estudios consultados el número de casos esperados en nuestro trabajo estaba entre 4 y 8 si se alcanzara el 100% de cobertura de cribado. Nosotro hemos encontrado 4 casos nuevos con un 34.5% de cobertura de la población total, no seleccionada, además de otras numerosas anomalías, por lo que consideramos positivo el balance final.

7. OBSERVACIONES.

*** ==================================== Resumen del proyecto 2018/309 ==================================== ***

Nº de registro: 0309

Título
DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

Autores:
GALINDO DOBON MANUEL, MARTIN CLEMENTE MANUELA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, ROMEO MARTIN NATIVIDAD, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, BLANCO MARCO BEATRIZ, SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La FA es la arritmia sostenida más frecuente en la población general, con una prevalencia entre el 3% y el 4.5% según estudios, prevalencia mucho mayor en población de edad avanzada y con factores de riesgo cardiovascular.
La FA es asintomática o paucisintomática en hasta el 40% de los casos
Se estiman en hasta un 20% los casos de FA no diagnosticados.
Con unos datos de 72 pacientes con diagnóstico de FA en nuestra Zona de Salud (2.64%) es de esperar, según la menor o mayor horquilla de prevalencia de los estudios consultados, la existencia de entre 10 y 30 pacientes con FA no diagnosticada. Estudios de cribado previos muestran para España datos de entre el 6% y el 8% de FA oculta que sale a la luz tras implementar programas de cribado.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es encontrar pacientes con FA oculta que puedan beneficiarse de un tratamiento antitrombótico que minimice el riesgo de complicaciones graves. El resultado esperado en nuestro trabajo es encontrar entre 4 y 8 pacientes nuevos.
Un objetivo paralelo del programa será revisar las indicaciones de anticoagulacón en todos los pacientes diagnosticados de FA porque, según estudios, hasta un 23.5% de pacientes portadores de FA permanente no están recibiendo ningún tratamiento antitrombótico pese a existir indicación para ello. Esto es una clara

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0309

1. TÍTULO

DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

oportunidad de mejora.
Debe ser objetivo de Atención Primaria la mayor implicación en el diagnóstico, manejo y seguimiento de estos pacientes, de tal forma que en un futuro cercano se pueda consensuar con cardiología un seguimiento por parte de Atención Primaria de aquellos pacientes ya estudiados y que permanezcan estables y no requieran especiales intervenciones por parte de Atención Especializada.

MÉTODO
Las últimas guías de manejo de la FA recomiendan cribado ocasional (case finding) en pacientes mayores de 65 años, cribado en pacientes con antecedentes de ictus o AITs independientemente de la edad y cribado sistemático en mayores de 75 años.
En este proyecto se pretende realzar un ECG durante 2018 a todos los pacientes mayores de 65 años y a todos los pacientes entre 45 y 65 años que presenten al menos un factor predisponente de FA (HTA, DM, dislipemia, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, valvulopatía, hipertiroidismo, anemia, tabaquismo, obesidad, EPOC o SAHOS) Un reciente estudio de cohortes ha encontrado relación lineal positiva entre puntuación en la escala CHA2DS2-VASc en enfermos sin arritmia y riesgo de futura aparición de FA por lo que se recomienda un esfuerzo mayor en el cribado de esos pacientes.

INDICADORES
Se relacionará el diagnóstico de FA con la presencia o no de sintomatología presente o pasada y los factores de riesgo existentes.
Se estudiarán los posibles motivos de infradiagnóstico e infratratamiento
Dada las características demográficas de nuestra Zona de Salud es factible alcanzar un alto grado de cobertura.

DURACIÓN
A lo largo del 2018. Recogida de datos durante un semestre y análisis en la segunda mitad del año. Presentación de resultados en noviembre o diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0352

1. TÍTULO

EVALUACION DEL SCRENNIG DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS SORIANO MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAORDEN ESTEBAN MERCEDES
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
MARTIN CLEMENTE MANUELA
BESER MORTE CRISTINA
MARTIN PASCUAL MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES:
Incluir todos los resultados de las mamografias realizadas durante la Campaña de Detección Precoz del Cáncer de Mama en el OMI.
RECURSOS:
Listado de la DGA de mujeres incluidas en el programa
Listado de los resultados de las mamografias.
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Finales de mayo:
Tener todos los resultados de las mamografias incluidas en OMI
Listado de los valores patológicos para su seguimiento.
Finales de noviembre:
Valorar el seguimiento de los resultados patológicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mujeres que tenían que hacerse la mamografia: 403
Mujeres que se han hecho la mamografia dentro del programa: 310
Todo esto supone un 77 %, un porcentaje superior al 70% recomendado. En la provincia de Teruel fue de 85,8% de las mujeres citadas.
De estas 310 mujeres que han pasado por el cribado, 31 tuvieron que volverse hacer otra con los siguientes resultados:
a) 14 patología benigna......repetir en 2 años.
b) 12 patología benigna......repetir en 1 año.
c) 2 patología benigna ......repetir en 6 meses.
d) 3 patología maligna derivadas al hospitalACTIVIDADES:

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo esto es un 10% de todas las mamografías realizadas que tienen un resultado positivo.
Las de repetir en 6 meses se realizarón la prueba en octubre siendo citadas para hacérsela otra vez en 6 meses.
De todas las realizadas con valor positivo solo 3 dieron patología maligna que es un 1%. En este momento están en diferentes fases de su enfermedad.
Con el programa de Detección del cáncer de mama desde que se implanto en 2006 en la Comunidad ya han pasado por el 200.000 mujeres.
Con ello se ha conseguido reducir la mortalidad un 19 %, si bien el tumor mama sigue siendo el más frecuente como causa de muerte en la mujer representando
el 3% del total de muertes y el 15% del total de tumores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/352 ========== ***

Nº de registro: 0352

Título
EVALUACION DEL SCRENNIG DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI

Autores:
SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS, MARTIN CLEMENTE MANUELA, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, BESER MORTE CRISTINA, MARTIN PASCUAL ISABEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0352

1. TÍTULO

EVALUACION DEL SCRENNIG DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS MAMOGRAFIAS EN OMI
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
--AL SER UNA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA CADA DOS AÑOS Y CON VARIOS CAMBIOS DE MEDICOS EN LOS ULTIMOS AÑOS NO SE HAN INCLUIDO EN EL OMI LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS.
--POR ESO PRETENDEMOS INCLUIR TODAS LAS MAMOGRAFIAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE DETECCCION DE CANCER DE MAMA EN EL CS ALBARRACIN.
--EL SEGUIMIENTO DE LOS VALORES ANORMALES CON SU DERIVACION A ESPECIALISTAS SEGUN EL CASO.

RESULTADOS ESPERADOS
--INCLUIR EN TODAS LAS HISTORIAS DEL LAS PACIENTES EL RESULTADO DE SU MAMOGRAFIA.
-- OBTENER QUE LAS MUJERES QUE NO SE HAN HECHO LA MAMOGRAFIA POR DISTINTOS MOTIVOS (COMO LAS MUJERES TRASHUMANTES) SE REALIZEN LA MAMOGRAFIA.
--CONTROL DE LAS QUE EL RESULTADO HA SIDO ANORMAL CON SEGUIMIENTO DE SU PROCESO.

MÉTODO
--LOS LISTADOS ENVIADOS POR EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA DE LA DGA.
--LOS LISTADOS DE LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS REALIZADAS POR EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA.
--DERIVAR A LAS MUJERES QUE NO SE HICIERON LA MAMOGRAFIA AL SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD EN TERUEL PARA LA REALIZACION DE LA MAMOGRAFIA.
--CAPTACION ACTIVA DE LAS MUJERES QUE NO PUDIERON HACERSE LA MAMOGRAFIA.
-- CAPTACION ATRAVES DE LAS MUJERES QUE VIENEN HA DARNOS EL RESULTADO DE LA MAMOGRAFIA.

INDICADORES
--NUMERO DE MUJERES INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA.
--NUMERO DE MUJERES QUE SE HAN HECHO LA MAMOGRAFIA. -- RESULTADO DE LAS MAMOGRAFIAS CON VALORES NORMALES.
-- NUMERO DE MAMOGRAFIAS CON VALORES ANORMALES.
-- TODOS LOS ANTERIORES RESULTADOS CON SUS PORCENTAJES

DURACIÓN
--DESDE MAYO 2018 HASTA DICIEMBRE 2018.
--A FINALES DE JUNIO TENER TODOS LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS INCLUIDOS EN LA HISTORIA DE CADA MUJER.
--EN JUNIO REUNION DE LOS COMPONENTES DEL PROYECTO PARA DEFINIR ALGUNO DE LOS INDICADORES A EVALUAR

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... KATIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ LAZARO CAROLINA
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA
TAMAMES CERDA ANA
MARTIN CLEMENTE MANUELA
LAORDEN ESTEBAN MERCEDES
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
FABIAN PAULINO JOSE GREGORIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En mayo de 2018 se entrega al personal sanitario de la ZBS de Albarracín los listados de los pacientes diabéticos asignados a sus cupos para su revisión.
Una vez depurados los listados, se solicita análisis, según protocolo de diabetes, a todos aquellos paciente que no la tuvieran en los 6 meses previos.
Se entrega a los colaboradores dos tablas con los objetivos de control y las actividades a realizar y periodicidad adecuada según recomendaciones guía clínica de Diabetes de marzo de 2017. (Guía Clínica Fisterra)
Se revisa al inicio del proyecto la glucosa basal o capilar, glucosa postpandrial, Hb glicada, colesterol total, HDL, LDL, TG, peso, tensión arterial, cintura, hábitos tóxicos y complicaciones, así como los tratamientos relacionadas con la diabetes.
Se comprueba que cada paciente tenga hecho o no en los últimos años :ECG, retinografias, revisión pie diabético, FG y microalbuminuria.
Calendario inicial, trimestral y semestral de actividades.
Recursos empleados:
Historia Clínica electrónica, OMI-AP, ECG, Laboratorio de análisis Clínicas, Retinografias de AP, Aparatos de medición de consultorio médico y de enfermería de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se inicia el Proyecto con 167 pacientes. 55% hombres y 45% mujeres
75% > o = 65 años. 48% obesos, 11%fuman, 16% consumen alcohol, 40%presentan complicaciones relacionadas con la diabetes, 65% presentan un FG>60, 23%un FG <60 y 10% no lo tiene calculado, microalbuminuria solicitada al inicio de 87% siendo 65%<30%. 24% no tiene ECG en los últimos 2 años. 65% tiene retinografia hecha en los dos años, 86% vacunados de Gripe. Un 90% de los pacientes tienen realizada alguna exploración de pié diabético (inspección, vascular o nerviosa).
Hemos detectado que el 89% tenían Hbglicada al inicio solicitada en los últimos 6 m. De los cuales <=7 el 58%, entre 7-8 el 21% y >8 el 14 % y no realizada el 7%.
A los 6 m se ha realizado HB glicada al 68% de los pacientes; 34% <7, 14% entre 7 y 8 y 20% >8.
LDL al inicio <70 de 16% y a los 6 m 12%. LDL entre 70-100 al inicio 39% y a los 6 m 30%. LDL>100 es de 36% y a los 6 m 25 %. LDL no realizada de 14% al inicio al 31%.
Tensión Arterial al inicio <140/90 de 56% y a los 6m 47%. TA > o igual a 140/90 al 40%. TA no realizada del 4% al 11%.
A 21% no se ha realizado intervenciones educativas a los 3 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Está pendiente revisión de nueve y doce meses para emitir conclusiones.
De momento podemos concluir que hay peor cumplimentación de las actividades trimestrales recomendadas. Es posible que la causa sea multifactorial; cambios de profesionales en el Equipo, Zona rural con desplazamentos en el invierno difíciles por causas climatológicas, cambios de residencia en invierno de nuestros pacientes, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/705 ========== ***

Nº de registro: 0705

Título
ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, PEREZ LAZARO CAROLINA, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, TAMAMES CERDA ANA, MARTIN CLEMENTE MANUELA, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, FABIAN PAULINO JOSE GREGORIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con este proyecto pretendemos mejorar la cumplimientación de indicadores relacionados con las microangiopatias en nuestros pacientes con Diabetes Mellitus.
Eso se haría a través de un listados de pacientes y una programación periódica de meses en consultas médicas y/o de enfermería con citación por carta o teléfono.
Nuestra valoración se haría en función de los hábitos higiénicos dietéticos, la actividad física, la valoración farmacológica, la valoración analítica periódica, la valoración del pié diabético y el cálculo del Filtrado Glomerular.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
Mejorar el porcentaje de cumplimentación de los indicadores relacionados a la Diabetes Mellitus.
Detectar alteraciones relacionados a microangiopatia no conocidas.
Población diana: Diabeticos del CS Albarracin

MÉTODO
1. Revisión de los listados por parte de los profesionales médicos y enfermeros.
2. Solicitud de analíticas en aquellos usuarios sin determinación en el último semestre.
3. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizada un ECG anual.
4. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizada una retinografia en los últimos dos años.
5. Valoración del pié diabético realizado en el último semestre.
6. Volcado en Historia clínica los resultados de análisis completos solicitados en atención especializada.
7. Si los controles realizados no cumplen con las recomendaciones actuales de la ADA 2017, se citará al paciente en la consulta programada en un plazo inferior a 1 mes.

Recomendaciones de control en una situación estable y con buen control metabólico cada al inicio y cada 3-6 y 12 meses

INDICADORES
Indicadores:
1. % pacientes diabeticos con HbA1C >=7/total de paciente diabéticos con HbA1C realizada.
2. % pacientes diabéticos con FG calculado por CKD-EPI < 60/total de pacientes diabéticos con FG calculado.
3. % de pacientes diabéticos con retinografia realizada en los últimos dos años/total de pacientes diabéticos.
4. % de pacientes con riesgo de píe diabetico calculado/total de pacientes diabéticos.
5. %de pacientes diabéticos con microalbuminúria realizada/total de pacientes diabéticos.
6. % de pacientes diabéticos con ECG realizado en los doce meses previos al final del estudio/total de pacientes diabéticos.
Evaluación:
Se realizará una evaluación trimestral del seguimiento del listado de pacientes diabeticos con incorporación o de pérdida de casos a lo largo del estudio.

DURACIÓN
Se realizará una evaluación trimestral del seguimiento del listado de pacientes diabeticos con incorporación o de pérdida de casos a lo largo del estudio.
La duración será de 12 meses, desde abril de 2018 a abril de 2019.
Al fin del estudio se analizarán los indicadores propuestos y se realizarán las conclusiones pertinentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CASTILLON ALFAYE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALBARRACIN
· Localidad ..... ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEVA DE ANDRES HELENA
CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA
RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA
SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En 2016 se inició un proyecto de educación sanitaria por algunas personas del EAP de Albarracín en colaboración con la Asociación Para la Salud y el Medio Ambiente de la Sierra de Albarracín (APSMA). Durante el año 2017 se dieron varios talleres en varios municipios, institutos, AMPAS y claustros escolares. Ante el éxito de los mismos, el efecto del boca a boca, la difusión de nuestro proyecto mediante el blog de la APSMA (http://apsmasierraalbarracin.blogspot.com/) y algunas actuaciones exitosas derivadas de la formación realizada referidas por el alumnado del instituto, se decidió continuar con un nuevo proyecto en 2018. Se nos demanda esta formación desde varios municipios que no la habían realizado en 2017, varios colegios colegios de infantil y primaria, AMPAS, y colectivos de profesoras de guarderías. En este nuevo proyecto se decidió continuar con el proyecto de formación a población no sanitaria adulta sobre RCP, primeros auxilios y manejo del DESA para mejorar la actuación y atención temprana ante una Parada Cardio-Respiratoria u otros problemas de salud urgentes, debido a la dispersión de la población en esta Sierra y el difícil acceso a la misma por las carreteras existentes. Y se decidió ampliar, sistematizar y adaptar estos talleres a toda la población infantojuvenil que estaba siendo educada en el instituto y los CRAs de la Sierra, AMPAs y otros colectivos relacionados con la salud, la prevención y la protección civil.
En el año 2018 se han conseguido realizar 19 talleres personas adultas y en edad infantojuvenil en los siguientes pueblos de la Sierra de Albarracín: Albarracín, Gea de Albarracín, Orihuela del Tremedal, Bronchales, Gualadaviar, Villar del Cobo, Frías de Albarracín, Calomarde y Griegos, llegando a población adulta, población del Instituto de Educación Secundaria “Lobetano” y en los 3 CRAs de la Sierra de Albarracín (Albarracín, Sierra de Albarracín, Orihuela-Bronchales).
Para ello se estableció unos meses de primavera a otoño en los que los accesos por carretera eran más sencillos, se podía llegar a la población residente y turista que habita de forma permanente o temporal la Sierra y en la que la población escolar está en plena actividad.
Todos los talleres han sido impartidos por personal del EAP de Albarracín (pediatra, personal médico y de enfermería), fuera de su horario laboral y pudiendo cubrir parte de sus gastos de desplazamiento a través de la subvención RAPPS de la APSMA. Se han utilizado los recursos audiovisuales de los propios municipios, CRAs e instituto, aunque en algunos casos ha sido necesario utilizar los propios del Centro de Salud. Se han conseguido muñecos de prácticas de RCP a través del préstamo a miembros del club de montaña GAMTE y la SEMFYC, debido a que no conseguimos material de docencia de este tipo de talleres a través del SALUD.
Las presentaciones audiovisuales y vídeos utilizados han sido diseñados, elaborados y adaptados a los distintos colectivos y edades por parte del equipo responsable de este proyecto a través de las distintas guías de recomendación en estas prácticas, materiales de otras experiencias mediante internet y la propia experiencia sanitaria del personal del EAP que participaba en este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En todos los casos la valoración de este tipo de talleres ha sido muy positiva, indicándonos la importancia y necesidad de llegar a la mayor parte de la población activa y válida de la Sierra. Se nos transmitió en la mayor parte de las veces lo importante de la practicidad y cercanía en la metodología pedagógica de este tipo de formación. Aunque algunos(as alumnos/as se quejaron de que no pudieron practicar con el DESA, aunque vieron el video como se utilizaba.

Desde la Comarca de Albarracín, y a raíz de la extensión de este tipo de proyectos comunitarios de ha decidido comprar 26 DESAs para los 26 pueblos que componen la Sierra de Albarracín. Se nos ha solicitado asesoría para su compra, la formación y acreditación de las personas responsables en cada municipio.

La población general a la que se ha llegado en el proyecto de este año ha sido de 304 personas, que supondrían más del 10% de la población censada en la Sierra de Albarracín.

Taller RCP y primeros auxilios en adultos
Responsable: Jesús Senosiain
Lugar: Griegos
Fecha: 26-7-18, 18:00 h
Destinatarios/as: Población general del pueblo
Participantes: 14 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos
Responsable: Jesús Senosiain
Lugar: Calomarde
Fecha: 18-7-18, 18:00 h

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Destinatarios/as: Población general del pueblo
Participantes: 9 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos
Responsable: Jesús Senosiain
Lugar: Frías de Albarracín
Fecha: 17-7-18, 18:00 h
Destinatarios/as: Población general del pueblo
Participantes: 8 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos
Responsable: Jesús Senosiain
Lugar: Villar
Fecha: 16-7-18, 18:00 h
Destinatarios/as: Población general del pueblo
Participantes: 7 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos
Responsable: Jesús Senosiain
Lugar: Guadalaviar
Fecha: 2-7-18,12:00 h
Destinatarios/as: Población general del pueblo
Participantes: 14 personas

Taller RCP y primeros auxilios en jóvenes
Responsable: Josefa Rodriguez y Helena Esteva
Lugar: IES Albarracín
Fecha: 21-6-18, 12:00 h
Destinatarios/as: alumnos/as de 2º y 3º de la ESO del IES
Participantes: 21 personas

Taller RCP y primeros auxilios en jóvenes
Responsable: Nacho Castillón y Helena Esteva
Lugar: IES Albarracín
Fecha: 21-6-18, 10:30 h
Destinatarios/as: alumnos/as de 6º de Primaria, 1º y 4º de la ESO del IES
Participantes: 35 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Bronchales
Fecha: 28-5-18, 15:00 h
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 3º de Primaria 2º de la ESO
Participantes: 18 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Gea de Albarracín
Fecha: 28-5-18, 10:00 h
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 2º a 6º de Primaria
Participantes: 9 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Orihuela
Fecha: 25-5-18, 9:30 h
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 2º de Primaria a 2º de la ESO
Participantes: 22 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 18-5-18, 9:00 h
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 5º y 6º de Primaria
Participantes: 17 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Orihuela del Tremedal
Fecha: 27-4-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º a 3º de Infantil
Participantes: 9 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 19-4-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 4º de Primaria
Participantes: 20 personas

Taller RCP y primeros auxilios en bebés y niños/as hasta los 3 años
Responsable: Carolina Castaño (pediatra CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 18-4-18, 16:30 h
Destinatarios/as: Personal docente de las Escuelas Infantiles de la Sierra de Albarracín y AMPA Albarracín
Participantes: 25 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 12-4-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 3º de Primaria
Participantes: 10 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 11-4-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 2º de Primaria
Participantes: 18 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 27-3-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º de Primaria y 3º de Infantil
Participantes: 19 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Gea de Albarracín
Fecha: 22-3-18,
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º de Primaria y 1º, 2º y 3º Infantil
Participantes: 8 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)
Lugar: CRA Albarracín
Fecha: 26-2-18, a las 12:00 h
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º y 2º Infantil
Participantes: 21 personas

Para la evaluación de los talleres se repartieron encuestas con 10 preguntas de test con 4 respuestas cada una, para valorar los conocimientos sobre Primeros Auxilios y RCP básica. Dicha encuesta se pasó previa y posteriormente a la realización del taller. También se elaboró una encuesta de satisfacción específica para estos talleres que se pasaron a los asistentes posteriormente del taller. Además, en casi todos los talleres fuimos por lo menos dos docentes, y uno/a de nosotros/as hacía de observador/a de dicho taller. Esto nos ayuda a evaluar la manera de dar el taller del docente, además de las encuestas. Y por último, en la reunión anual de evaluación de la APSMA se valoró y analizó la idoneidad de dichos talleres, la duración y la posibilidad de seguir formando y haciendo talleres de recuerdo o reciclaje a personas interesadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Algunas de las conclusiones y recomendaciones que nos surgen tras la realización de este año de formación son:
- Disposición por parte del EAP de material docente para talleres de RCP, utilización del DESA para simulacros y primeros auxilios
- Facilitar a las personas docentes la cobertura de los gastos de desplazamiento ocasionados para la realización de estos talleres, ya que mediante la subvención RAPPS resulta insuficiente
- Continuar un año más con el proyecto para llegar a los municipios, población escolar y agentes de protección civil al que no hemos podido llegar en 2018, para entonces incluir este proyecto de formación comunitaria en la cartera de servicios del EAP y poder dar talleres de reciclaje cada 2-3 años
- Solicitar formación para formadores/as y mejorar la formación impartida en RCP, manejo de DESA y primeros auxilios a través del 061 o sociedades científicas con capacidad de dar acreditaciones para cumplir con la legislación vigente en materia de RCPb, utilización de DESA y DEA, y primeros auxilios.
- Conseguir que al menos 3-4 miembros del EAP obtengan la acreditación como formadores/as en materia de RCPb, utilización de DESA y DEA, y primeros auxilios, para poder acreditar a las personas responsables de los DESAs municipales o instalados en edificios públicos de la Sierra de Albarracín.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

7. OBSERVACIONES.
Por desconocimiento de la metodología de presentación, evaluación y seguimiento de los proyectos de AGC y Comunitarios de la persona responsable de este proyecto no se continuó (Ignacio Castillón) el proyecto de 2017, liderado por Mónica Lasheras que en 2018 estuvo de baja maternal, con una memoria de seguimiento. Este proyecto de 2018, se evalúa en este año 2019 con una memoria de seguimiento para finalizarlo en 2020 con una memoria final y posterior inclusión del proyecto en la cartera de servicios del EAP de Albarracín.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1359 ========== ***

Nº de registro: 1359

Título
TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Autores:
CASTILLON ALFAYE IGNACIO, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA, SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU, LASHERAS BARRIO MONICA, ESTEVA DE ANDRES HELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EPS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
DADA LA DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA, HEMOS PENSADO EN LA NECESIDAD DE FORMAR A LOS HABITANTES DE LA SIERRA EN PRIMEROS AUXILIOS, RCP BÁSICO Y USO DEL DESA, YA QUE EN MUCHAS OCASIONES LA ASISTENCIA MÉDICA NO PUEDE DARSE DE FORMA INMEDIATA. EN ESTE AÑO QUEREMOS AMPLIAR ESTE TIPO DE FORMACIÓN A LA POBLACIÓN INFANTIL DE LOS CRAs DE LA SIERRA.

RESULTADOS ESPERADOS
EL PROYECTO VA DIRIGIDO A LA POBLACIÓN ADULTA E INFANTIL DE LA SIERRA DE ALBARRACÍN, SE PRETENDE MEJORAR LA ATENCIÓN EN CASO DE NECESIDAD URGENTE DE RECIBIR PRIMEROS AUXILIOS, HASTA LA LLEGADA DEL PERSONAL SANITARIO.

MÉTODO
SE REALIZARAN TALLERES CON PRESENTACIONES AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICA COMO SE REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS BASICOS, EN ALGUNAS SESIONES SE USARÁ UN SIMULADOR DESA Y SE VISUALIZARÁ UN VIDEO DE COMO SE USA EL MISMO. SE EXPLICARÁ LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y LA REALIZACIÓN DE RCP BÁSICA Y SU SECUENCIA. TRAS LA PARTE TEÓRICA SE REALIZARÁN PRÁCTICAS CON MUÑECOS Y ENTRE LOS PARTICIPANTES SE PRACTICARÁ LA POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD Y LA MANIOBRA DE HEIMLICH. EN LOS TALLERES INFANTILES LAS PRESENTACIONES SON ADAPTADAS A CADA EDAD Y SE INTERCALAN CANCIONES Y JUEGOS PARA MANTENER LA ATENCIÓN Y APRENDIZAJE ACTIVO DE LOS Y LAS NIÑOS/AS.

INDICADORES
SE REALIZARAN UNAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y UN TEST DE 10 PREGUNTAS PARA VALORAR CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS PRE Y POST SESIÓN. EN LOS TALLERES INFANTILES SE HACE UNA RONDA FINAL EN LA QUE NOS CUENTEN SUS IMPRESIONES Y APRENDIZAJES.

DURACIÓN
EL CALENDARIO SE REALIZARA A LO LARGO DE 2018-2019, A PETICIÓN DE LOS PUEBLOS, INSTITUCIONES, IES Y CRAs QUE LO SOLICITEN.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MARCO CATALAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAMBRA
· Localidad ..... ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
ESTEBAN PEREZ NURIA
HERRERO PEREZ ESMERALDA
MARTIN MUÑOZ GLORIA
ABADIA BERNUES CARMELO
HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tal y como se planteó en el documento inicial, el personal del equipo ha realizado su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica impartida por los propios componentes del equipo de mejora. Dicha sesión inicialmente estaba planificada para los meses de abril y mayo, pero por motivos de agenda (los jueves es el día que el EAP tiene reservado para la realización de las reuniones de equipo y de las sesiones clínicas), no pudo ser impartida hasta el 15 de junio.

El título de dicha sesión fue: "CARACTERÍSTICAS Y TÉCNICA CORRECTA DE USO DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN.” Y “TALLER DE USO ADECUADO DE INHALADORES PARA PACIENTES”. Quedó registrada en el documento MC-2_SA(P)E (normas ISO 9001) ACTA SESION CLINICA SC-8 15062017.

Posteriormente, tal y como se planteó en el proyecto inicial, se programó la realización de 3 talleres (con frecuencia trimestral) de educación grupal dirigidos a pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

El primer taller estaba programado para junio de 2017, pero dado el retraso en la presentación de la sesión y la llegada del periodo vacacional, con aumento importante de la población desplazada y el consiguiente aumento de la demanda asistencial, se decidió posponerlo para septiembre.

A lo largo de este mes de septiembre cada enfermera (apoyada por el médico correspondiente y por una médico residente de 2º año que estaba realizando su rotación rural) ha ido desarrollando los talleres en grupos hasta de 6 pacientes. Para ello, en primer lugar ha impartido la presentación “Taller de uso adecuado de inhaladores para pacientes” en la que se explica de forma sencilla las ventajas de la vía inhalada respecto a otras vías de administración, y la importancia de realizar una buena técnica de inhalación con su dispositivo. Asimismo, se expone un vídeo de la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo, y un material de refuerzo con dibujos y explicaciones sencillas para repasar dicha técnica. También se explican las nociones básicas de higiene bucal tras el uso de inhaladores, y de mantenimiento y conservación adecuada de los dispositivos.

Cada paciente ha acudido al taller con su inhalador y su cámara de inhalación (en caso de que la utilice) y ha realizado delante del sanitario la técnica de inhalación de forma supervisada a nivel individual, siendo corregido en aquellos aspectos en los que la técnica ha sido incorrecta.

Tras la visualización del vídeo se ha pasado un test a cada uno de los participantes con el fin de constatar sus conocimientos sobre el uso de inhaladores, cuestionario que se repetirá en los dos talleres posteriores para objetivar los conocimientos adquiridos a través del proceso de educación sanitaria y que se utilizarán para la evaluación de indicadores.

Los talleres realizados han quedado registrados en el documento MC-2_SA(P)E (normas ISO 9001) ACTA TALLERES DIRIGIDOS A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHALADORES.

El segundo taller se realizó a lo largo del mes de enero de 2018. Se volvieron a citar en grupos de 6 pacientes en tratamiento con el mismo inhalador y se incluyeron a los pacientes nuevos que a lo largo de estos meses desde el primer taller han comenzado a usar inhaladores. Inicialmente se comprobó individualmente en cada paciente la técnica de inhalación, corrigendo los errores en la misma. Posteriormente se impartió de nuevo la presentación “Taller de uso adecuado de inhaladores para pacientes” y se expuso el mismo vídeo sobre la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo. Finalmente se volvió a pasar el mismo test a cada uno de los participantes con el fin de conocer sus conocimientos y habilidades adquiridos en el uso de inhaladores después de las sesiones realizadas.

Queda programado el tercer y último taller para abril de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores clínicos que se van a utilizar para realizar la evaluación son los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaringeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

La evaluación de resultados se realizará a partir de mayo de 2018 hasta final del mismo año.

Por lo tanto, este proyecto continuará durante todo el año 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dado que se trata de un proyecto de seguimiento que todavía no ha concluído, en el momento actual no disponemos de resultados ni conclusiones ni posibles recomendaciones, pero hemos podido objetivar una excelente acogida por parte de los pacientes, con un gran porcentaje de participación e interés en la realización de la técnica de forma correcta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1214 ========== ***

Nº de registro: 1214

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Autores:
MARCO CATALAN MARIA PILAR, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, ESTEBAN PEREZ NURIA, HERRERO PEREZ ESMERALDA, MARTIN MUÑOZ GLORIA, ABADIA BERNUES CARMELO, HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muchos pacientes con asma o EPOC consiguen beneficios incompletos con el tratamiento inhalado debido a una mala técnica de inhalación y ello compromete el control de estas patologías. La revisión regular de la técnica de inhalación es crucial, ya que la técnica correcta es una de las claves del control de dichas patologías.

De hecho, las causas principales de descompensación en los pacientes con asma-EPOC son: el abandono o infrautilización del tratamiento por parte del paciente, el infratratamiento por parte del médico y, finalmente, una técnica de inhalación inadecuada.

Por ello, se han detectado por parte de los profesionales del EAP de Alfambra la necesidad de formación a los pacientes en el uso de inhaladores.

Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

El objetivo general es implantar un programa de educación grupal para el correcto manejo de inhaladores en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Objetivos específicos:

1.- Reducción del nº de reagudizaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
2.- Reducción del nº de ingresos hospitalarios
3.-Mejoría del control de síntomas en el paciente estable
4.- Reducción del nº de pacientes que abandonan el tratamiento de base
5.-Reducción de la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO
Se realizarán talleres de educación grupal compuestos por 2 a 4 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

* Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
* Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Previamente el personal del equipo realizará su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica que impartirán los propios miembros del equipo.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017) y se llevarán a cabo tanto por personal de médico como de enfermería.

INDICADORES
1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaringeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

DURACIÓN
Sesión clínica formativa en el uso de inhaladores: abril-mayo 2017
Primer taller para pacientes: junio 2017
Segundo taller para pacientes: octubre 2017
Tercer taller para pacientes: diciembre 2017
La evaluación de resultados se realizará a lo largo del año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MARCO CATALAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAMBRA
· Localidad ..... ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
ESTEBAN PEREZ NURIA
HERRERO PEREZ ESMERALDA
MARTIN MUÑOZ GLORIA
ABADIA BERNUES CARMELO
HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 15 de junio de 2017 se realizó una sesión clínica (SC-15062017), aproximadamente de una hora y media de duración, impartida por un miembro del equipo de mejora de calidad dirigida a todos los profesionales facultativos y de enfermería del EAP de Alfambra. En dicha sesión se realizó un repaso de las características de los distintos sistemas de inhalación que en la actualidad están disponibles en el mercado; sus ventajas e inconvenientes, y se recordó la técnica de inhalación adecuada de cada uno de ellos, mediante vídeos y escenificación con dispositivos de placebo. También se explicó el mantenimiento que cada tipo de inhalador requiere, para la conservación en buenas condiciones de los mismos.
Después de la sesión clínica para los profesionales, se expuso otra presentación más breve que es la que se proyectó posteriormente en los talleres grupales dirigidos a los pacientes. En ella se explicaron de forma sencilla las ventajas de la vía inhalada respecto a otras vías de administración, y la importancia de realizar una buena técnica de inhalación con su dispositivo. Asimismo, se expuso un vídeo de la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo, y un material de refuerzo con dibujos y explicaciones sencillas para repasar dicha técnica. Este material se les dio impreso a los pacientes al finalizar el taller, para que puedan consultarlo cuando precisen. También se explicaron las nociones básicas de higiene bucal tras el uso de inhaladores, y de mantenimiento y conservación adecuada de los dispositivos.

Posteriormente se realizaron 3 talleres de educación grupal dirigidos a los pacientes (el primero en septiembre de 2017, el segundo en enero de 2018 y el tercero en abril de 2018). Fueron impartidos por los profesionales médicos y de enfermería, en algunos de ellos en colaboración con Médicos Residentes de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria que estaban realizando la rotación rural en nuestro centro en ese momento.

Para la planificación de dichos talleres se formaron varios grupos de pacientes (entre 2-4) distribuidos en los 5 cupos médicos de los que consta el EAP de Alfambra en función del sistema de inhalación que utilizasen. Los pacientes traían su propio inhalador y cámara espaciadora si fuera el caso. En primer lugar se les expuso la presentación dirigida a pacientes, después cada uno de ellos mostró como realizaba la técnica de inhalación, posteriormente el profesional de enfermería explicaba como era la técnica correcta para el inhalador en cuestión y lo comprobaba de forma individual en cada uno de los pacientes y finalmente se pasó un cuestionario para evaluar el conocimiento adquirido tras el taller.

A dichos talleres asistieron un total de 49 pacientes diagnosticados de EPOC y/o asma bronquial del total de los 65 pacientes incluidos en Cartera de Servicios de EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores clínicos utilizados se evaluaron a través de Historia Clínica de OMI-AP y receta electrónica, y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos y fueron los siguientes:

1.- Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos:

- 14 pacientes no mejoran su técnica tras la realización de los 3 talleres
- 22 pacientes si mejoran su técnica tras la realización de los 3 talleres
- 5 pacientes acudieron únicamente al primer taller y ya realizaban la técnica correcta
- 5 pacientes acudieron solo al primer taller y realizaban la técnica de forma incorrecta
- 5 pacientes acudieron únicamente al primer taller y no usaban el inhalador prescrito

Los motivos por los que la técnica de uso del inhalador fue incorrecta fueron los siguientes:

1ª causa: 30 pacientes no realizaban apnea post-inhalación
2ª causa: 20 pacientes no realizaban espiración previa
3ª causa: 9 pacientes no realizan enjuague bucal
4ª causa: 2 pacientes no realizaban una inspiración lenta
5ª causa: 2 pacientes pulsaban varias veces

2.- % de pacientes que retiran las recetas de inhaladores en tiempo correcto según e-receta:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Solo 42 pacientes retiran los inhaladores a tiempo, lo que supone un 85%, por lo que no se alcanza el objetivo mínimo establecido del 90%.

3.- % de pacientes que reducen nº de agudizaciones respecto al año anterior:

39 pacientes han sufrido menos agudizaciones en 2018 respecto a 2017, lo que supone el 79,59%, por lo que prácticamente se alcanza el objetivo propuesto del 80%.

4.- % de pacientes que reducen el nº de ingresos hospitalarios respecto al año anterior:

En 2017, 12 pacientes tuvieron por lo menos un ingreso hospitalario, en 2018, 6 pacientes requirieron un mínimo de un ingreso, lo que supone una reducción del 50% del número de pacientes que sufren al menos un ingreso.
No se alcanza el objetivo de una reducción del 70% de los ingresos.

5.- % de pacientes que reducen el nº de episodios de candidiasis orofaríngeas:

Durante el año 2017 en 10 pacientes hay registrado, por lo menos, un episodio de candidasis orofaríngea, en 2018, son 6 los pacientes en los que se ha registrado, lo que supone una reducción del 60%, por lo que tampoco se alcanza el objetivo de reducir en un 80% los pacientes que han sufrido menos episodios de candidiasis orofaringea.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reseñar que el seguimiento de los pacientes solo pudo realizarse hasta fin de octubre de 2018 (y no hasta diciembre, tal y como se indicó en el proyecto inicial), ya que la coordinadora del proyecto cambió el lugar de trabajo y ya no pudo acceder en OMI-AP a los pacientes incluidos en el estudio, lo que supone un sesgo en el análisis de los datos, ya que noviembre y diciembre son meses fríos en los que aumenta la patología respiratoria y las reagudizaciones.

Hemos encontrado una prevalencia de EPOC en el EAP Alfambra del 5,27% (con diferencias entre cupos del 1,72% a 9,69%), prevalencia que es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN (9,1%).

Del total de 65 pacientes diagnosticados de EPOC e incluidos en Cartera de Servicios, 49 acudieron a los talleres.

En nuestros pacientes hemos encontrado que el error más frecuente es no realizar correctamente la apnea tras la inhalación, detectándose en el 59,8% de los casos, datos semejantes a los encontrados en otros estudios (57,2%) en los que sigue siendo también el error más frecuente. Curiosamente es un error que no tiene relación con el dispositivo en sí que se esté usando, ya que depende exclusivamente de que el paciente tenga ese conocimiento o no.

Cabe destacar también que la mayoría de nuestros pacientes no tiene estudios o bien, tienen solo estudios primarios y muchos de ellos son de edades avanzadas. Por tanto, nos encontramos con pacientes donde la labor educativa debe ser aún mayor, continua y acorde a sus necesidades.

Hemos observados que los errores cometidos en la técnica de inhalación con los dispositivos de comercialización más reciente (Ellipta®, Genuair®, Respimat®) son equiparables a los tradicionales (Accuhaler®, cartuchos presurizados y Turbuhaler®).

El número tan elevado de errores que se cometen al usar los inhaladores nos hace pensar que la efectividad de los tratamientos es inferior a la deseada, de hecho, un elevado número de nuestros pacientes creen que su problema de salud no está bien controlado, aunque algunos de ellos tienen la percepción de no estar enfermos o de que el inhalador no sirve para nada.

Pensamos que gran parte del problema radica en la falta de conocimiento de la técnica de terapia inhalada por parte de médicos y enfermeras, lo que puede generar un mal cumplimiento terapeútico y una escasa adherencia al tratamiento, lo que se traduce en un aumento en el número de reagudizaciones, hospitalizaciones y riesgo elevado de mortalidad.

Concluir finalmente que la elección adecuada del dispositivo a las características del paciente y el conocimiento de la técnica inhalatoria es imprescindible en el facultativo que lo prescribe, con el objetivo de conseguir un buen uso del dispositivo y una técnica correcta por parte del paciente. El personal de enfermería puede jugar un papel fundamental en dicha enseñanza. Pero, además, el paciente debe tener un conocimiento mínimo sobre su enfermedad y el tratamiento con terapia inhalada y comprender el sentido que ésta juega en la evolución de su enfermedad y en la prevención de las agudizaciones.

Creemos que nuestra intervención ha mostrado eficacia y ha contribuido a mejorar la adherencia al tratamiento y que con un pequeño cambio en los conocimientos del uso de los inhaladores podemos tener un efecto beneficioso a largo plazo. Por ello, aunque este proyecto queda finalizado, tenemos intención de implementar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

este programa de educación grupal en uso de inhaladores en nuestro EAP.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1214 ========== ***

Nº de registro: 1214

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Autores:
MARCO CATALAN MARIA PILAR, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, ESTEBAN PEREZ NURIA, HERRERO PEREZ ESMERALDA, MARTIN MUÑOZ GLORIA, ABADIA BERNUES CARMELO, HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muchos pacientes con asma o EPOC consiguen beneficios incompletos con el tratamiento inhalado debido a una mala técnica de inhalación y ello compromete el control de estas patologías. La revisión regular de la técnica de inhalación es crucial, ya que la técnica correcta es una de las claves del control de dichas patologías.

De hecho, las causas principales de descompensación en los pacientes con asma-EPOC son: el abandono o infrautilización del tratamiento por parte del paciente, el infratratamiento por parte del médico y, finalmente, una técnica de inhalación inadecuada.

Por ello, se han detectado por parte de los profesionales del EAP de Alfambra la necesidad de formación a los pacientes en el uso de inhaladores.

Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general es implantar un programa de educación grupal para el correcto manejo de inhaladores en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Objetivos específicos:

1.- Reducción del nº de reagudizaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
2.- Reducción del nº de ingresos hospitalarios
3.-Mejoría del control de síntomas en el paciente estable
4.- Reducción del nº de pacientes que abandonan el tratamiento de base
5.-Reducción de la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO
Se realizarán talleres de educación grupal compuestos por 2 a 4 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

* Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
* Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Previamente el personal del equipo realizará su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica que impartirán los propios miembros del equipo.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017) y se llevarán a cabo tanto por personal de médico como de enfermería.

INDICADORES
1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaringeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

DURACIÓN
Sesión clínica formativa en el uso de inhaladores: abril-mayo 2017
Primer taller para pacientes: junio 2017
Segundo taller para pacientes: octubre 2017
Tercer taller para pacientes: diciembre 2017
La evaluación de resultados se realizará a lo largo del año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NURIA ESTEBAN PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALFAMBRA
· Localidad ..... ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO CATALAN MARIA PILAR
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
HERRERO PEREZ ESMERALDA
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Difundir el protocolo de diabetes entre los profesionales mediante una sesión clínica.

-Instaurar un programa informático para el control, por parte de los profesionales; de la dispensación de tiras.

-Sesión formativa para el uso del programa informático.

-Difundir entre los profesionales el protocolo del número controles y uso de tiras según las características del paciente.

-Sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes

Implantación

-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2017.

-Se elaborará el contenido de las sesiones grupales, así como los test de evaluación, y se realizarán las sesiones hasta finales de Septiembre de 2017.

-Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 2017.

-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2017.

Con respecto al desarrollo del proyecto y cumplimiento de fechas previstas, al no disponer del programa informático para el control de tiras que debía proporcionar informática, se decide esperar hasta después del verano a realizar la sesión formativa a los

profesionales.

A falta del programa informático, y para poder cumplir el resto del calendario propuesto se decide seguir a pesar de no contar con el programa; se da la sesión formativa a los profesionales el día 7 de Septiembre mediante presentación powerpoint sobre la dispensación de tiras y sobre las últimas novedades en educación diabetológica, y se facilita un dossier con la información sobre educación diabetológica desarrollada y actualizada, y una presentación power point para utilizar en las sesiones grupales.

A fecha de cierre del proyecto (Diciembre 2017, sigue sin existir dicho programa informático).

Durante este mes de septiembre, se realizaron los talleres grupales con los pacientes, mediante el uso de una presentación power point, que se presentó y facilitó, también en la sesión del 7de Septiembre.

Y durante los meses de Noviembre y Diciembre se elaboraron los indicadores y resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El día 7 de Septiembre se realizó en el Centro de Salud de Alfambra una sesión clínica para los profesionales, en el que se precisó cómo han de distribuirse las tiras para el control glucémico en función de la Instrucción del 21 de Mayo de 2013, de la Dirección de Continuidad Asistencial del SALUD (Anexo 1).
En dicha sesión también se trabajó con la presentación que se utilizaría para las sesiones grupales con los pacientes, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

una guía con información más extendida que se envía a los profesionales.

Se realizaron 6 sesiones en los diferentes pueblos, cubriendo así toda la zona que asiste Centro de Salud de Alfambra y su PAC. El total de asistentes a la sesión, todos ellos diabéticos con glucómetro, fue de 56 personas. Las sesiones se distribuyeron de la siguiente forma:

- Sesión grupal en Alfambra 26/10/2017

- Sesión grupal en Escorihuela: 25/10/2017

- Sesión grupal en Argente: 12/09/2017

- Sesión grupal Alpeñés: 19/09/2017

- Sesión grupal en Perales: 11/10/2017

- Sesión grupal en Pancrudo: 09/10/2017

Los indicadores

-Indicador de control glucémico:

Pacientes diabéticos con glucómetro con hemoglobina glicosilada realizada en últimos 6 meses: 33
Nº de pacientes diabéticos con glucómetro: 56

-Indicador del buen seguimiento de enfermería

Pacientes diabéticos con glucómetro PCE Diabetes conocimientos deficientes correctamente realizado: 55
Nº de pacientes diabéticos con glucómetro: 56

-Indicador de captación

Pacientes diabéticos con glucómetro que asisten a la sesión grupal: 36
Nº de pacientes diabéticos con glucómetro: 56

-Indicador de educación grupal (test de conocimientos previos y test al final del taller)

Número de preguntas acertadas pre-test 7,82
Número de preguntas del test 10

Número de preguntas acertadas pos-test 9,25
Número de preguntas del test 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de los indicadores se ha realizado con los datos proporcionados en las diferentes sesiones realizadas y comparadas con los datos de cumplimiento que aparecen
registrados en el cuadro de mandos.

Con respecto a los resultados, se ha observado una buena participación de los pacientes en las sesiones (65%), un buen seguimiento de enfermería objetivado por la correcta cumplimentación del PCE Conocimientos de diabetes (98 %), y buena eficacia de las sesiones grupales educativas impartidas, objetivada con la mejora del porcentaje de acierto de las preguntas en el pos-test (92,5%), frente al realizado previamente a la sesión (78,2%).

El peor resultado obtenido, es el relativo al número de pacientes con hemoglobina glicosilada en los últimos seis meses. Sólo el 59% de los pacientes con glucómetro tienen realizado, según los datos del cuadro de mandos, una determinación de hemoglobina
glicosilada en los últimos 6 meses.

Con respecto a este indicador, hay varios factores que pueden influir en su cumplimiento: el paciente ha podido realizarse la determinación, pero no ha habido una correcta cumplimentación de datos desde OMI; el paciente no quiere realizarse la determinación o no acude por la consulta; o en el momento de la realización de los indicadores, todavía no se habían realizado las determinaciones que correspondían a los 6 meses.

De cualquier modo, como medida para afrontar este problema, en diferentes reuniones de equipo, se comenta la necesidad de insistir en este indicador, y por parte de enfermería (que puede tener contacto más frecuente con estos pacientes), se derivará al médico a todo aquel paciente que se detecte que no tiene dicha determinación.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1215 ========== ***

Nº de registro: 1215

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

Autores:
ESTEBAN PEREZ NURIA, MARCO CATALAN MARIA PILAR, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, HERRERO PEREZ ESMERALDA, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia. Sus características, diagnóstico, tratamiento y control, requieren en un alto porcentaje de los pacientes, un seguimiento permanente del nivel de glucosa en sangre
El auto-análisis está dirigido a mejorar el auto-control del paciente, con el objetivo de promover la responsabilidad y su autonomía en el cuidado de la enfermedad.
La auto-medición de la glucemia capilar mediante el uso de tiras reactivas, es un instrumento esencial para verificar las variaciones de la glucemia. Es útil, tanto como instrumento para el ajuste del tratamiento inicial, como para el auto-control en aquellos pacientes con voluntad y capacidad para ello, pero siempre dentro de un programa de educación terapéutica específico y estructurado, y guiado y controlado desde el equipo de Atención Primaria.
La recomendación se debe individualizar a cada paciente y el número de mediciones de los niveles de glucosa deberá adecuarse a cada persona en función de su edad, del tipo de diabetes, de su estilo de vida, tratamiento y metabolismo con el fin de alcanzar el objetivo de salud que se persigue.
El problema reside, en aquellos pacientes, que pensando que pueden realizarse sus auto controles, no precisan del revisión por parte de los profesiones del equipo de Atención Primaria.
Para ello, en este proyecto, nos basaremos en la Instrucción del 21 de Mayo de 2013, de la Dirección de Continuidad Asistencial del SALUD, por la que se regula la distribución, suministro y control del consumo de tiras reactivas para la medición de glucemia capilar en personas con diabetes, a los equipos de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general del proyecto es optimizar el consumo de tiras reactivas para el control de glucemia en pacientes diabéticos con glucómetro.
Como objetivos específicos pretendemos:
-Mejorar el control glucémico de nuestros pacientes
-Mejorar la adherencia de estos pacientes a la consulta de enfermería
-Mejorar la coordinación médico-enfermera
-Mejorar la educación diabetológica
-Individualizar el número de controles de glucemia que deben realizarse los pacientes, según sus características personales y siguiendo el protocolo propuesto por el SALUD.

MÉTODO
-Difundir el protocolo de diabetes entre los profesionales mediante una sesión clínica.
-Instaurar un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
-Sesión formativa para el uso del programa informático.
-Difundir entre los profesionales el protocolo del número controles y uso de tiras según las características del paciente.
-Sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes

INDICADORES
-Registro de las sesiones realizadas.
-Indicador de control glucémico:
pacientes diabéticos con glucómetro con hemoglobina glicosilada realizada en últimos 6 meses/

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

nº de pacientes diabéticos con glucómetro
-Indicador del buen seguimiento de enfermería
pacientes diabéticos con glucómetro con plan de cuidados de enfermería del paciente diabético correctamente realizado/
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
-Indicador de captación
pacientes diabéticos con glucómetro que asisten a la sesión grupal/
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
-Indicador de educación grupal (test de conocimientos previos y test al final del taller)
número de preguntas acertadas pre-test
número de preguntas del test/
número de preguntas acertadas pos-test
número de preguntas del test

DURACIÓN
-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2017.
-Se elaborará el contenido de las sesiones grupales, así como los test de evaluación, y se realizarán las sesiones hasta finales de Septiembre de 2017.
-Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MARCO CATALAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAMBRA
· Localidad ..... ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA BERNUES CARMELO
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL
DIAZ BRULL FRANCISCO
REMIREZ MOLINA ANA MARIA
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
ESTEBAN PEREZ NURIA
VICENTE PEREZ MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 12 de abril de 2018 se realizó la Sesión Teórica sobre RCP básica y avanzada (SC-5 12042018) dirigida a todos los profesionales del equipo. En ella se explicaron los conceptos de parada cardiorespiratoria (PCR) y reanimación cardiopulmonar (RCP), de apoyo vital básico y de Cadena de supervivencia.

Posteriormente se desarrolló el Soporte vital básico: algoritmo básico, secuencia ABCD, conclusiones, nuevas recomendaciones en SVB.

En cuando al DESA: descripción, uso y nuevas recomendaciones.

En lo que respecta al Soporte vital Avanzado, se repasó el contenido del carro de reanimación, algoritmo universal de SVA (ritmos desfibrilables y no desfibrilables) y nuevas recomendaciones en SVA.

Se explicó la RCP básica pediátrica y se finalizó la sesión con la atención a la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE).

Todas las recomendaciones anteriores están basadas en las últimas actualizaciones del Consejo Europeo de Reanimación Cardiopulmonar-CERCP 2015 y de la Asociación Americana del Corazón-AHA 2017.

El 19 de abril de 2018 se realizó la Sesión Práctica sobre RCP básica (SC-6 19042018), en la cual se expuso un video de 16 minutos de duración con diferentes casos clínicos de RCP básica en adultos y niños. A continuación, sobre los maniquíes, se recordaron las maniobras de RCP básicas y uso de desfibrilador semiautomático y, finalmente, cada miembro del equipo realizó prácticas sobre casos clínicos supuestos.

Durante los meses de mayo y junio se realizaron 5 talleres dirigidos a la población en los 5 municipios de cabecera de la Zona de Salud de Alfambra.

La difusión de los mismos se llevó a cabo de forma verbal y mediante cartelería en los lugares públicos más concurridos.

Cada uno de los talleres fue impartido por el facultativo y la enfermera del cupo correspondiente y se utilizaron medios audiovisuales para la parte teórica (presentación power point y vídeos) y torsos de reanimación de adultos y niños y un DESA (facilitados por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Teruel).

Se informó al Consejo de Salud de la Zona la intención de realizar los talleres, siendo acogida de forma muy favorable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores utilizados para la evaluación del proyecto fueron los siguientes:

1.- nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.

Se realizaron un total de 5 talleres (uno en cada una de las localidades de cabecera), aunque se realizó difusión en todas las localidades de cada cupo médico.

2.- nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona

Han participado un total de 77 pacientes (de un total de 1672), de ellos, 6 han sido menores de 18 años. Ello supone un 4.6% del total de pacientes.

Del total de participantes, 56 han sido mujeres y 21 hombres.

La edad media de los participantes ha sido:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

- 53,5% para los varones (en un rango de edad que va desde los 22 a los 60 años)
- 59,4% para las mujeres (en un rango de edad que va desde los 18 a los 80 años)

La participación según cupos médicos fue la siguiente:

- En el cupo de Alfambra participaron 16 personas de un total de 480
- En el cupo de Argente participaron 19 personas de 382
- En el cupo de Escorihuela participaron 28 personas (9 de ellos fueron solo observadores por edad avanzada y no participaron en la parte práctica ni en la realización del cuestonario) de 216
- En el cupo de Pancrudo participaron 7 personas de 119
- En el cupo de Perales participaron 7 personas de 384

3.- Nº de aprobados en el test/nº test realizados

Se realizaron 56 test, de los cuales 42 estaban aprobados, lo que supone un 75% de aprobados.

4.- Encuesta de satisfacción de docentes

De los 77 participantes se realizaron 65 encuestas.

Prácticamente todos los participantes mostraron una satisfacción alta-muy alta en cuanto a la realización del taller, lo consideraron muy útil y valoraron muy satisfactoriamente a los docentes así como al material, contenido y exposición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En lo que se refiere al tema y al contenido del proyecto, nos hemos dado cuenta del desconocimiento existente por parte de la población, tanto en la forma de reconocimiento de la PCR como de las maniobras de reanimación, así como en el modo de activación de los sistemas de emergencias. Por un lado, a pesar de la mejora en la cobertura móvil de la zona, muchas personas todavía siguen llamando en primer lugar al 112 ante una emergencia médica, lo que puede suponer en algunos casos, un retraso hasta de 15 minutos mientras se activa el 061 y éste, a su vez, activa al equipo de guardia del Centro de Salud. Además, a pesar de que conocen perfectamente la existencia y el teléfono de urgencias del Centro de Salud, en estos casos no suelen llamar a éste en primer lugar. Todo ello puede suponer una demora importante en la asistencia a este tipo de patología que fue ser fatal en cuanto al pronóstico del paciente. Es por ello que hemos insistido especialmente en esta cuestión de la activación del sistema de emergencias.

En cuanto a la ejecución del proyecto, hemos podido disponer de medios humanos y materiales adecuados y ha habido un alto interés de participación por parte de los usuarios, aunque el hecho de realizar los talleres en horario de mañana ha limitado la asistencia de los usuarios de edad media y los más jóvenes, que precisamente son los más receptivos. A ello se une el hecho de que en diciembre de 2018 la Comarca de Teruel impartió un curso dirigido a población general sobre RCP y uso de desfibrilador con el objetivo de formar a la población en este tema dado la próxima provisión de desfibriladores en varias localidades de dicha comarca. Varios pacientes hicieron ya este curso entonces, por lo que, tras consultar con el personal sanitario docente, decidieron no participar ya que los contenidos eran muy semejantes. Ello ha repercutido especialmente en los usuarios de algunas localidades especialmente participativas en otras ocasiones, como Perales del Alfambra, en la que llama la atención la baja participación.

Los resultados de las pruebas de evaluación (un 75% de aprobados), dada la media de edad (59,4% años mujeres y 53,5% años varones), muestran que los pacientes han mostrado interés y que han sido receptivos.

En cuanto a la edad de los participantes, va en un rango de los 22 a los 60 años en varones y de los 18 a los 80 en mujeres, sin embargo, cabe destacar la participación de 6 menores de 18 años (entre 10 y 15 años), todos ellos en la localidad de Camañas. No podemos explicar el porqué de este interés, no obstante se trata de una localidad con un elevado número de escolares respecto al resto de las poblaciones de nuestra zona de salud.

Las encuestas de satisfacción demuestran que los usuarios están muy motivados por la realización de este tipo de actividades, que reconocen como muy necesarias en una zona donde la dispersión geográfica es importante y los recursos sanitarios tienen un tiempo de demora en acudir. Además este tipo de actividades promueven la participación comunitaria y el autocuidado, así como la relación entre sanitarios y pacientes.

Como punto débil, ha quedado pendiente la elaboración de carteles informativos con la cadena de supervivencia para colocar en lugares accesibles, motivado fundamentalmente por el traslado de puesto de trabajo de varios de los participantes en el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/381 ================================== ***

Nº de registro: 0381

Título
CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

Autores:
MARCO CATALAN MARIA PILAR, ABADIA BERNUES CARMELO, GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL, DIAZ BRULL FRANCISCO, REMIREZ MOLINA ANA MARIA, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, ESTEBAN PEREZ NURIA, VICENTE PÉREZ MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Cada año en España se producen más de 25.000 paradas cardiorespiratorias. El funcionamiento de la "cadena de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la parada cardiorespiratoria (PCR).

Ante una situación de PCR, la realización precoz de reanimación cardiopulmonar (RCP) /desfibrilación (cuando esté indicada) constituye el principal factor que determinará la supervivencia.
En una parada cardíaca presenciada, los equipos de emergencias sanitarias suelen acudir en una media de 8 minutos, según la comunidad autónoma estudiada. La aplicación de RCP /desfibrilación en los primeros 3-5 minutos tras la parada puede llegar a producir tasas de supervivencia muy altas (49-75%). Según distintos estudios, por cada minuto que pasa sin tratamiento específico (RCP básica/desfibrilación), disminuye la posibilidad de sobrevivir entre un 7 y un 10%.
La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de supervivcencia", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias). La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca, mientras se consigue acceder a la desfibrilación y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión geográfica, como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento, cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio de estas maniobras por parte de la población. Ello, junto al hecho de que en la actualidad se va a proveer de DESA en diferentes municipios de nuestra Zona Básica de Salud, plantea la necesidad de realizar una formación en RCP básica y en uso de DESA en la población general.

RESULTADOS ESPERADOS
-Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general sobre la importancia de la correcta detección de la PCR y realización de la RCP Y DESFIBRILACION precoz.

-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del EAP de Alfambra y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR.

-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

MÉTODO
Como primera actividad se realizará una sesión clínica teórica y otra práctica sobre RCP básica y avanzada, así como uso de DESA dirigida a los miembros del EAP de Alfambra.

Posteriormente se impartirán varios talleres dirigidos a grupos de entre 8-10 participantes distribuídos por municipios e impartidos cada uno de ellos por 2 miembros del equipo de mejora. Los grupos estarán preferiblemente formados por participantes con edades comprendidas entre 18 y 65 años.

Se llevará a cabo la difusión de los talleres en cada uno de los municipios de forma verbal y mediante cartelería.

En los talleres se utilizarán medios audiovisuales y posteriormente práctica con torsos de reanimación de adultos y niños. Así mismo se dispondrá de un DESA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

Se elaborarán carteles informativos con la cadena de supervivencia para colocar en sitios sensibles: ayuntamiento, piscinas, centros deportivos, escuela, y a los participantes se les entregará tríptico con la información.

Finalmente, se realizará un test de evaluación de conocimientos, así como encuesta de satisfacción a los docentes.

INDICADORES
1.- nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
2.- nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
3.- Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
4.- Encuesta de satisfacción de docentes

DURACIÓN
Durante el mes de abril de 2018 se han planificado las dos sesiones dirigidas a los profesionales del EAP de Alfambra. Al mismo tiempo se iniciará la difusión de la actividad y la organización de los talleres, que se planificarán para los meses de mayo y junio de 2018. Según el interés suscitado se podrían prolongar para septiembre y octubre de 2018.
En noviembre se realizaría la evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0389

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA ESTEBAN PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALFAMBRA
· Localidad ..... ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
VICENTE PEREZ MANUEL
MARTIN MUÑOZ GLORIA
PEREZ VILLARROYA FRANCISCA
REMIREZ MOLINA ANA MARIA
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El día 20 de Julio se realizó la sesión clínica formativa para la actualización de conocimientos para los profesionales mediante una presentación a través de diapositivas; así como un algoritmo que sirve de guía rápida para el registro del INR en OMI-AP. Posteriormente toda esta información se reenvió por correo electrónico a todos los profesionales del centro.
Se presenta el díptico para la realización de la educación sanitaria individual a los pacientes, y el cuestionario de evaluación que se pasará tras la educación sanitaria.
Ya que los meses de Julio y Agosto, son más complicados para sacar tiempo, se decide posponer la educación sanitaria individual y el test de evaluación. Finalmente, estos se realizaron durante los meses de Septiembre y Octubre.
El análisis de los datos se ha realizado durante la primera quincena de Noviembre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para el análisis de los indicadores, se tuvo en cuenta, cada uno de los cupos de enfermería, sacando los listados en OMI de los pacientes metidos en el programa de Atención al paciente con anticoagulación oral, y revisando las historias clínicas.
-Registro de las sesiones realizadas y asistentes:
Finalmente, por cuestiones organizativas, dada la dispersión de los pacientes del Centro de Salud de Alfambra, se decidió hacer la educación sanitaria individual, en vez de grupal.
De modo que para el control del número de pacientes que recibieron la educación individual, se revisó en las historias clínicas, que existiese por parte de cada profesional, el registro de la actividad “EPS individual” paciente con ACO y que coincidiese con la fecha registrada en la hoja del test de evaluación
-Indicador del buen control de INR: pacientes anticoagulados en rango los últimos tres controles / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria
Solo el 27% de los pacientes tiene un buen control según el indicador (solo aquellos pacientes con 3 controles consecutivos en rango se considerarán bien controlados).
-Indicador del buen seguimiento de enfermería: pacientes anticoagulados con plan de cuidados de enfermería “riesgo de sangrado” correctamente realizado /
nº de pacientes anticoagulados en control por primaria
El 80% de los pacientes tienen un buen seguimiento de enfermería calculado por la correcta cumplimentación en el plan de cuidados de “Riesgo de sangrado”.
-Indicador de captación: pacientes anticoagulados que asisten a la sesión individual o reciben folleto / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria
El 100 % de los pacientes en seguimiento por primaria, ha recibido el díptico y la educación sanitaria individual, y tiene registrado en OMI la actividad EPS individual
-Indicador de educación individual: número de preguntas acertadas test /número de preguntas del test
Finalmente, solo se realizó un test final, que se repasó tras la entrega, para reforzar los aciertos, y aclarar los fallos cometidos, dando un feedback para completar el proceso de educación sanitaria. Los pacientes muestran un 93% de acierto en el test pasado tras la formación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con respecto a la captación de pacientes para la realización de la educación sanitaria y el pase del test, los resultados son excelentes, con una captación del 100%, y una tasa de acierto en el test del 93%.
Los resultados del seguimiento del plan de cuidados de cuidados “Riesgo de sangrado”, rondan el 80 % del cumplimiento. Como medida para implementar este indicador, se comenta con el profesional que tiene los datos más bajos, para ver dónde está el problema, y se llega a la conclusión, que es una falta en el registro, ya que la mayoría de pacientes que les falta, son los residentes de una institución de la tercera edad.
Es muy llamativo, el resultado del indicador del control de cifras de INR, sólo un 27% de los pacientes, cumplen con las tres últimas cifras de INR dentro de rango. Dado los resultados del test de evaluación, a pesar de que los pacientes muestran tener suficientes conocimientos sobre qué es el sintrom y los factores que influyen en él, el control de las cifras de INR es mejorable. Para implementar este indicador, se propondrá una reunión con los profesionales de enfermería, para valorar todas las posibles causas y proponer medidas de acción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0389

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

7. OBSERVACIONES.
Con respecto a los listados que aparecen en OMI, hay una ligera discrepancia con el número de pacientes incluidos, y los pacientes reales que están en programa. Como solución, se habló con CAU (servicios informáticos) para solucionar esta discrepancia.
Con respecto al tipo de educación sanitaria, aunque inicialmente se planteó grupal, por cuestiones organizativas, se pensó que dada la dispersión entre los diferentes consultorios y la elevada edad de nuestros pacientes, resultaría complicado unir a todos los pacientes en el consultorio de cabecera.
Para la realización del test de evaluación, también se pensó que hacer solo uno tras la explicación, podría servir para utilizar el tiempo que se utilizaría en el test previo, en hacer un feedback con el paciente sobre las dudas que le hubiesen podido surgir con la realización del mismo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/389 ========== ***

Nº de registro: 0389

Título
OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

Autores:
ESTEBAN PEREZ NURIA, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, VICENTE PEREZ MANUEL, MARTIN MUÑOZ GLORIA, PEREZ VILLARROYA FRANCISCA, REMIREZ MOLINA ANA MARIA, GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Clásicamente el control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha sido una tarea del médico especialista en Hematología y Hemoterapia. En los últimos años y debido al incremento experimentado en el número de pacientes, se han buscado alternativas que permitan el control del TAO sin perder calidad clínica ni analítica. La experiencia en el trato con el paciente y el conocimiento del resto de sus patologías y medicación concomitante, hace que la colaboración con Atención Primaria en este tipo de asistencia sea oportuna y conveniente.
La formación de los profesionales de primaria en todos los aspectos relacionados con el TAO es importante para garantizar la correcta atención al paciente y la eficacia del tratamiento. Partiendo de una buena formación y con la progresiva experiencia se obtienen los mejores resultados de calidad clínica.
La calidad clínica en el control del TAO depende del porcentaje de INR y número de pacientes que se hallan en rango pero también y sobre todo del número de complicaciones asociadas al TAO, tanto tromboembólicas como hemorrágicas. Para conseguir una reducción de complicaciones y la permanencia del paciente en rango, también es crucial una adecuada educación del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general del proyecto es optimizar el control, la dosificación y el registro del IRN en OMI-AP, así como la información que los pacientes tienen sobre su tratamiento.
Como objetivos específicos pretendemos:
- -Mejorar el control INR de nuestros pacientes
- -Mejorar la correcta adherencia de estos pacientes al tratamiento
- -Mejorar la coordinación médico-enfermera
- -Mejorar los conocimientos de la población sobre su tratamiento
- -Disminuir el número de complicaciones relacionadas con el tratamiento
- -Aumentar la seguridad del paciente
- -Mejora en el registro de datos en OMI-AP

MÉTODO
-Sesión formativa para la actualización de conocimientos para los profesionales
-Elaborar un algoritmo para el registro de INR en OMI-AP
-Sesiones de educación a nuestros pacientes, bien grupales o de forma individual, elaborando un folleto con las dudas más frecuentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0389

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

INDICADORES
-Registro de las sesiones realizadas y asistentes

-Indicador del buen control de INR:
pacientes anticoagulados en rango los últimos tres controles / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador del buen seguimiento de enfermería:
pacientes anticoagulados con plan de cuidados de enfermería “riesgo de sangrado” correctamente realizado / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador de captación:
pacientes anticoagulados que asisten a la sesión grupal o reciben folleto / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador de educación grupal/individual (test de conocimientos previos y test al final de la formación):
número de preguntas acertadas pre-test / número de preguntas del test
número de preguntas acertadas pos-test / número de preguntas del test

DURACIÓN
-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2018.
-Se elaborará el contenido del logaritmo de registro antes de Junio de 2018
-Se elaborará el contenido para las sesiones grupales o folletos para los pacientes, antes de Junio de 2018, y el los test de evaluación, que se impartirán hasta Octubre de 2018.
-Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1162

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS CASTRO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLERA BUESO GUILLERMINA
SORIANO SORLI FRANCISCO
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
CHACON FORNES MARIA FELISA
PUPO ALVAREZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Organización:
? En el Consejo de Salud de Zona de Aliaga de fecha 22 de Dic. de 2016, varias alcaldías solicitan la realización de un nuevo taller formativo sobre RCP Básica y de manejo de los desfibriladores con los que se dotó a las localidades de la zona de salud de Aliaga en el 2014. El coordinador médico del CS de Aliaga D. Carlos Castro se compromete a poner en marcha dicha iniciativa.
? En Reunión de Equipo del CS de Aliaga de fecha 24 de Ene. de 2017, el coordinador médico trasmite al equipo la solicitud del CSZ de Aliaga y se propone crear un grupo de trabajo sobre el tema.
? Durante el mes de Febrero de 2017 se crea el grupo de trabajo con personal sanitario del CS de Aliaga y se nombra a D. Carlos Castro como responsable del proyecto. Se plantean los objetivos, metodología, búsqueda de material didáctico y concreción del plan de actuación. También se contacta con el coordinador médico del CS. De Utrillas para el préstamo de maniquíes para las prácticas de RCP.
? El 22 de Marzo de 2017 se realiza la solicitud de inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos comunitarios en el Servicio Aragonés de Salud -2016.

• Comunicación:
? En el Consejo de Salud de Zona de Aliaga de fecha 30 de May. de 2017, se informa a los miembros del consejo de la puesta en marcha del proyecto comunitario. En el se explica el cronograma del proyecto y se pide la difusión a través de los ayuntamientos y de las asociaciones culturales representadas.
? Difusión a través de trípticos colocados en los ayuntamientos y consultorios locales de la zona, del inicio del plazo de inscripción. Junio -Agosto 2017.
• Intervención:
? Revisión de los desfibriladores semiautomáticos y de su equipamiento. Control de caducidades. Responsables los enfermeros de zona Francisco Soriano y Guillermina Llera. Junio 2017.
? Revisión de mantenimiento de los desfibriladores por el servicio de electromedicina de Atención Primaria del Sector Teruel el 30 de junio de 2017.
? Realización del curso formativo teórico-práctico en grupos de RCP básica y manejo de DESA en el CS de Aliaga con participación de todo el equipo de trabajo. Jueves 28 de Septiembre del 2017 de 18:00 a 20:00 de la tarde.
• Evaluación:
? Evaluación mediante encuesta de satisfacción y debate de posibles propuestas de mejora realizados a la finalización del curso.
? Valoración participación: Porcentaje de población de la zona que realiza el curso.
? Cobertura: Porcentaje de localidades de la zona con presencia en el curso de al menos un asistente.
• Recursos:
? Equipo informático y proyector del CS. De Aliaga.
? Material para practicas: Maniquíes para prácticas de RCP Básica, desfibrilador semiautomatico y equipamiento básico adjunto (palas, tijeras, mascarillas, etc.).
? Presentación “Curso de Soporte Vital Básico y desfibrilación externa automática” de la Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria, que sigue las recomendaciones de la ERC 2010.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mediante la difusión del proyecto y la realización del taller se ha buscado sensibilizar a la población de la zona de la importancia que el soporte vital básico (SVB) y la desfibrilación (DEA) tienen para poder evitar la muerte de las víctimas de una parada cardiorrespiratoria.
Con este segundo taller se han mejorado habilidades en la aplicación de la cadena de supervivencia, se ha capacitado en el uso de los DEA y se ha establecido una relación entre los profesionales sanitarios del C.S. de Aliaga y los participantes al curso para así conseguir una actuación rápida ante una parada cardiaca.
Los participantes al curso se han ofertado como personas de referencia en sus localidades dando sus nombres y teléfonos móviles como responsables de los DEA. Se trata así de mejorar la autonomía de la población respecto a su salud, dado que en la zona se tiene gran dispersión y difícil orografía lo que dificulta la actuación rápida del personal sanitario.
Durante la revisión del equipamiento se han renovado las palas por próxima caducidad y se han reparado dos desfibriladores por fallo en la batería. Se establece la recomendación de revisión mensual de los equipos por enfermería.
El taller presentó una participación de 23 asistentes lo que representa el 2,55% de la población de la zona de salud. Estos pertenecen a 8 localidades de las 11 que disponen de DEA, lo que da una cobertura del 72,7%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1162

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

La evaluación mediante encuesta de satisfacción del taller (Puntuación de 1 a 5) fue óptima para los parámetros de duración del taller (4,36), cobertura de expectativas (4,5), valoración de formadores (4,68) y valoración general (4,5). Pero presentó una valoración media (2,9) la utilidad del taller en el trabajo diario de los participantes.
En el debate tras el curso se presentaron las siguientes sugerencias o propuestas de mejora:
- Periodicidad bianual del curso.
- Dotación de los DEA con palas pediátricas.
- Colocación en los equipos DEA de trípticos con la Cadena de Supervivencia y los algoritmos de SVB y DEA.

Dentro de los objetivos se buscaba alcanzar una cobertura de las 11 localidades con al menos un asistente al curso. Las tres poblaciones que no presentaron participantes son las poblaciones más pequeñas de la zona (con menos de 15 habitantes) y que presentan una población más envejecida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se recomienda para seguir con la periodicidad bianual del proyecto el mantener la implicación de la población a través del consejo de salud de zona.
También se plantea que en los sucesivos años para conseguir la cobertura de las 11 poblaciones con DEA, se estudie la posibilidad de acercar la formación a las poblaciones más pequeñas en las que no se pueda desplazar ningún representante y dar así una formación individualizada.
Comarca Cuencas Mineras “Territorio cardioprotegido”. Tras la buena acogida de la instalación de DEA en la zona de salud de Aliaga, dotados por la Mancomunidad de las Cuencas Mineras, esta ha decidido adquirir varios desfibriladores semiautomáticos con el objeto de llevarlos a toda la comarca.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1162 ========== ***

Nº de registro: 1162

Título
TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

Autores:
CASTRO LOPEZ CARLOS, LLERA BUESO GUILLERMINA, GUILLEN LORENTE SARA, SORIANO SORLI FRANCISCO, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, CHACON FORNES MARIA FELISA, PUPO ALVAREZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Cada año se registran en España unas 24.500 paradas cardiacas extrahospitalarias, es decir, aproximadamente una cada 20 minutos. Por ello existen proyectos a nivel mundial, apoyados por cardiólogos, que fomentan la instalación de sistemas de cardioprotección en lugares específicos, así como la realización de cursos de formación para la utilización de estos equipos por el público en general.

RESULTADOS ESPERADOS
Población residente en las localidades de la zona de salud de Aliaga.

MÉTODO
- Revisión de los desfibriladores semiautomáticos hubicados en los 11 consultorios locales de la ZBS de Aliaga.
- Formación teórico-práctica en grupos de RCP básica y manejo de DESA.

INDICADORES
Realización de encuestas de satisfacción a los participantes en el taller.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1162

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

DURACIÓN
1. Comunicación en el Consejo de Salud de la Zona de Aliaga de la puesta en marcha del taller que se solicitó en el último CSZ del 22 de Diciembre de 2016. Abril - Mayo 2017.
2. Difusión a través de trípticos colocados en los ayuntamientos y consultorios locales de la zona del inicio del plazo de inscripción. Junio -Julio 2017.
3. Realización formación teórico-práctica en RCP básica y manejo DESA. Septiembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1163

1. TÍTULO

MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMINA LLERA BUESO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
YUSTE PLUMED MARA PILAR
CASTRO LOPEZ CARLOS
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN
GUILLEN GASCON SONIA
VALENZUELA FOVED AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan reuniones para la organización en el 1ª trimestre con el AMPA, el 17-Enero y mensualmente con el profesorado del CRA. (3º jueves/mes)
Todos los integrantes sanitarios del proyecto del EAP nos reunimos en el 2º y 3º trimestre cada 15 dias (24 de enero, 21feb, 21 marzo, y 18 abril) para preparación y puesta en común de actividades a realizar: preparación de talleres, power-point, redactar cuento para los mas pequeños y otras actividades en las aulas.
Este año trabajamos con fichas de Solsano y de Laboratorios Isdin junto a los profesores en el 2º trimestre.
Se manda carta informativa a los padres y Ayuntamiento para la cita de la reunión donde pueden resolver o preguntar dudas con los profesores, sanitarios y Pediatra de la zona..
Actividades realizadas:
-La pediatra de la zona hace un taller el 24 de Mayo-17
a los niños de 6 a 12 añosde 2h de duración sobre riesgos
y beneficios de exposición al sol.
- Enfermera y Médico narran y exposición de un cuento
de 1 hora de duración a niños de 3 a 6 años
- Enfermera y profesor/a colaboran y explican la
realización de fichas con los alumnos 1 vez/ mes
- Excursión al aire libre de todos los alumnos una vez
cada trimestre de 2-3h de duración.

La metodologia y valoración se realiza a través de la observación directa de los alumnos para conocer su actitud frente a las actividades propuestas en el patio del colegio,, supervisión de los trabajos realizados en aulas los profesores,, grado de satisfacción de usuarios, encuesta individual a los niños sobre grado de satisfacción de las actividades realizadas.
Realización de comprobaciones para valorar el grado de adquisición de conocimientos adquiridos así como detectar errores en consulta por los profesionales sanitarios.

La población es 43 alumnos de 3-12 años, 9 profesores y 32 padres, y evaluamos los indicadores de cobertura.
Higiene
Alimentación
Medioambiente
Seguridad vial
Consumo
Salud mental
Actividad física, ocio y tiempo libre
Los materiales utilizados son fichas, cuento en power-point, cremas protectoras, colgante para movil, etc

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El grado de implicación de las familias es muy aceptable, colaboran en todos los momentos que son requeridos.
Hay colaboración de alumnos, padres, profesores en el proyecto comunitario y en la evaluación continua con toda la población.
Hay sensibilización porque sí les importa los riesgos del sol, no quieren quemarse la piel.
Tienen habilidad y han aprendido a darse la crema en casa antes de salir, utilizar gafas, y gorra. Ha habido un cambio en sus hábitos.
En la excursión observamos que llevaban gorra, gafas y proteccion solar todos excepto uno.

Tienen autonomía para aplicarse la crema ellos solos, ponerse las gafas, y reconocen un bienestar cuando estan en su entorno, piscina, campo de futbol,etc
La relación entre profesionales y población es muy buena porque te lo cuentan por la calle.

Los objetivos y aspectos no alcanzados serian los factores del contexto, no estan todos en el mismo centro escolar y no se trabaja el proyecto con todos por igual.
Hay un análisis de la situación inicial insuficiente y ambigüedad de actuaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1163

1. TÍTULO

MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA

Empezar con un buen análisis inicial de la situación.
Evaluación para conocer el rumbo del proyecto
Que los objetivos sean factibles, sencillos y específicos
Mayor participación de la población, instituciones políticas y sociales.
Empoderamiento, que la población proponga iniciativ

7. OBSERVACIONES.
Visibilizar todo el trabajo a realizar previo y posterior a las actividades.
La memoria que sea más corta, sencilla y concreta.
Es bastante bueno porque hay implicación de profesionales, profesorado y población.
Es un proyecto de varios años de trabajo y se cuenta con gran cantidad de recursos bibliográficos y audiovisuales recopilados a lo largo de estos años, tanto los proporcionados por el Departamento de Salud como los elaborados por los diferentes equipos de trabajo.
Engloba mucos temas aunque cada curso escolar se trabajan
dos o tres en profundidad.
Las coordinadoras del proyecto asisten con regularidad a todas las Jornadas y Seminarios tanto de la RAPPS como de Escuelas Promotoras de Salud y posteriormente se transmite al resto de participantes.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1163 ========== ***

Nº de registro: 1163

Título
“MENS SANA IN CORPORE SANO”

Autores:
LLERA BUESO GUILLERMINA, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, YUSTE PLUMED MARIA PILAR, CASTRO LOPEZ CARLOS, MARTINEZ LOZANO AGUSTIN, GUILLEN GASCON SONIA, VALENZUELA FOVED AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El proyecto “Mens Sana In Corpore Sano”, que se encuentra englobado dentro de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), surge durante el transcurso del curso escolar 2003-2004, implicándose desde sus comienzos el Claustro de profesores del CRA Pablo Antonio Crespo, junto con profesionales del Centro de Salud de Aliaga.
Las necesidades se identifican después de la observación al cabo de los años de aquellos aspectos directamente relacionados con la salud que son susceptibles de ser abordados desde el punto de vista educativo.
Los niños generalmente no están protegidos del sol cuando realizan actividades físicas, sino solo cuando van a la playa o a la piscina. Por ello es importante conocer los beneficios y riesgos de la exposición al sol.

RESULTADOS ESPERADOS
Aprendizaje de medidas de protección frente a los efectos nocivos de la exposición solar en los niñ@s de 3 a 12 años del CRA Pablo Antonio Crespo.

MÉTODO
- Taller educativo sobre los beneficios y riesgos de la exposición solar.
- Colaboración en actividades educativas junto con los profesores y utilización de cuadernillos de fichas.

INDICADORES
Encuesta de satisfacción infantil / valoración aprendizaje (Ficha “Fotoprotegete Bien”)

DURACIÓN
- Curso escolar 2016-17
- Taller educativo “Beneficios y riesgos de la exposición solar”. Día 24 de Mayo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1163

1. TÍTULO

MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA SANCHEZ MOLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ LAHUERTA RAMON
ORTE GUERRERO JAVIER
CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA
ROMERO SANTAMARIA ALBERTO
PEREZ LAZARO CAROLINA
GONZALEZ HERNANDEZ PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El equipo de personas implicadas en el proyecto, ha recogido datos durante los meses de mayo, junio, julio, agosto y septiembre de las consultas de Albarracín, Villar del Cobo y Orihuela. También del mes de mayo de Bronchales y Monterde.

Se ha realizado una tabla donde se han recogido los siguientes datos: N. de historia clínica, fecha de la consulta, edad, sexo, infección que presentan, si se han realizado pruebas diagnósticas para confirmar sospecha diagnóstica, si se ha recibido o no AB y en caso afirmativo cuál. Se dejó un recuadro para observaciones, si recaída, si hospitalización etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Una vez realizado el análisis de las tablas de datos, exponemos a continuación, los datos que nos parecen de mayor interés:
-De un total de 608 pacientes que han acudido con cuadros compatibles con infecciones, 363 eran mujeres y 245 hombres.
Por franjas de edad han sido más frecuentes las infecciones en los mayores de 65, seguidos de los pacientes entre 41-65 y en tercer lugar, los comprendidos entre 26 y 40 años. Por sexo en todas las edades predominan las consultas femeninas, aunque en la franja de 15 a 25 años la diferencia es mucho menor.
De los 608 casos, se han prescrito antibióticos a 340 pacientes.
En cuanto a las infecciones, por orden de frecuencia visitadas, tenemos las siguientes:
1-Catarro Vías Altas, con 103 casos.
2-Cistitis, con 164 casos
3-Amigdalitis con 62 casos
4- Conjuntivitis agudas infecciosas: 50casos
5- Faringitis aguda: 42 casos
6-Bronquitis aguda: 37casos
7- GEA: 33 casos
8- Heridas infectadas: 14 casos
9- Infecciones bucales, flemón, gingivitis… 12 casos
10- Otros: OMA, Otitis Externa, Laringitis, fiebre, celulitis cutánea, celulitis orbitaria, tos, mordeduras, absceso cutáneo, herpes zoster, picadura, gripe…. Restantes
En cuanto a tratamiento AB, destacar que todas las cistitis recibieron AB, el más pautado fue la fosfomicina con un total de 44 casos. 45 conjuntivitis, recibieron AB, 31 de ellas con tobrex 12 gentadexa y 1 caso con moxifloxacino oftálmico, 1 oftalmowell
De los 103 catarros vistos, recibieron AB 10, 7 Azitromicinas,2 amoxicilina clavulánico y 1 levofloxacino
De las 62 amigdalitis recibieron Ab 45. Se pautaron amoxicilina en 18 casos, 7 penicilina 15 amoxicilina clavulánico y 2 cefuroxima,3 azitromicina
14 Bronquitis agudas fueron tratadas con AB, siendo el augmentine el más usado en 8 de los casos.
Las heridas infectadas fueron tratadas con amoxicilina clavulanico en la mayoría de los casos 12 y 3 casos con amoxicilina.
10 de las 18 OMA se han tratado con AB, augmentine 3, y3 amoxicilina, 2 azitromicinas y 2 cefuroxima.
Contabilizamos 31 caso de fiebre, sin foco conocido, de los cuales 8 se tratan con Ab, 6 con amoxicilina clavulánico, 1 amoxicilina y 1 azitromicina.
De las faringitis destacar que tres se trataron con AB, Azitromicina, amoxicilina y amoxicilina clavulánico, el resto no recibió AB.
No recibieron ningún AB los cuadros de GEA, Gripe, Laringitis agudas y tos vistas en este tiempo. Tenemos dos cuadros de Giardia-Lamblias en niños, que si recibieron tto con metronidazol, estas fueron confirmadas con su correspondiente análisis de parásitos en heces.
En cuanto al uso de Ab, el más prescrito ha sido la amoxicilina clavulánico con un total de 68 prescripciones, seguidos por fosfomicina con 44, amoxicilina con 40, azitromicina con 25 y ciprofloxacino con 18.
Se han podido realizar pruebas diagnósticas en el caso de cistitis, donde se han realizado 48 tiras de orina y 12 cultivos, que han ayudado en la toma de decisión para pautar el tto AB. También se han realizado 10 strep test para el diagnóstico de amigdalitis estreptocócicas siendo en 6 casos positivo a los cuales se les trato con AB.
- Indicadores y Evaluación:
1- Porcentaje de pacientes que ha recibido Ab: 55 % de los cuales:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

a- Pacientes que reciben AB por patología urinaria: 48.%
b- Pacientes que reciben AB por patología respiratoria general 4%
c- Pacientes que reciben Ab por patología faringoamigdalar: 13%
d- 35 % restante los recibe por otros procesos, como heridas, procesos dentales, celulitis, otitis…
2- Porcentaje de uso de amoxicilina-clavulánico: 20%
3- Porcentaje de uso de fosfomicina: 12%
4- Porcentaje de uso de amoxiclina: 11%
5- Porcentaje de uso de azitromicina 7 % y ciprofloxacino: 5%
6- El 45 % restante lo componen Ab como gentadexa, tobramizina, cefalosporina, levofloxacino etc.

.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como podemos observar, en líneas generales, el uso de AB en nuestra ZBS para patologías infecciosas es superior al 50 % de los casos, siento las ITU las que se llevan la mayoría de los tratamientos, ya que, en todos los casos de infecciones de orina, se han puesto antibióticos. También es importante destacar que el uso de tiras y cultivos ha ayudado en la mayoría de los casos a la toma de decisiones. Nos ha faltado valorar en este caso, cuantas infecciones de orina eran sintomáticas, y ver si hemos tratado alguna de ellas que no lo fuera, en cuyo caso podríamos haber prescindido del AB, ya que este no sería necesario.
En el tto de las amigdalitis, se ha usado AB en todos los casos con test positivo al estreptococo A. En cuanto al antibiótico más adecuado para estos casos, no existe un claro consenso, algunas de las recomendaciones avalan el uso de la penicilina, como primera opción en amigdalitis estreptocócicas, pudiéndose utilizar también la amoxicilina y dejando la amoxicilina clavulánico para aquellos casos resistentes. En nuestro medio, estamos usando la penicilina en un 15 % de los casos, la amoxicilina en un 40%, en un 33% amoxicilina clavulánico, 6% azitromicina y el resto cefalosporinas de 2 generación. Salvo por estas últimas, que no son ni de primera ni de segunda elección, en general podríamos decir que hemos realizado una prescripción adecuada en el tratamiento de las faringoamigdalitis.
En cuanto a las bronquitis, aún seguimos tratando en exceso con AB estos cuadros, teniendo en cuenta que el 95% de son secundarias a cuadros víricos y no está indicado el uso de AB. En caso de necesidad por sospecha de Bordetella Pertusis, estarían indicados los macrólidos, tipo claritromicina o azitromicina. Si hubiera riesgo de neumonía podríamos dar amoxicilina oral, no hay evidencias de que sea peor que la Azitromicina o la amoxicilina clavulánico. En nuestro caso, hemos tratado aproximadamente al 38% de las bronquitis, y se han usado amoxicilina clavulánico en el 57% de los tratados, seguidos de levofloxacino, cefixima 400 y moxifloxacino, la amoxicilina se ha usado tan sólo en un 14% de los casos.
En general no hay un abuso en el uso de AB en los catarros de vías altas, siendo muy baja su utilización, y en los casos puestos se sigue usando la azitromicina, como antibiótico comodín. Habría que pensar sobre el uso inadecuado y excesivo de este medicamento, que por su comodidad en la posología, hace que lo usemos en muchas ocasiones en cuadros catarrales o faríngeos, que se resolverían igualmente con tratamiento sintomático.

En general hacemos buen uso de los antibióticos en heridas infectadas, celulitis, otitis media aguda, otitis externa, mordeduras, candidiasis oral.
El análisis de los datos se ha realizado en los meses de primavera- verano, con lo que el número de infecciones, sobre todo respiratorias, debe estar subestimado, ya que en esta época del año, por lo general, se atienden menos casos.
Por otro lado hemos perdido muchos datos, en época de vacaciones, de cambios de contrato, de estudios… pero creo que con lo que tenemos ya nos podemos hacer una idea de cómo se actúa en líneas generales en la sierra, aunque es verdad que no podemos generalizar los datos, ya que salvo en atención continuada, donde pasamos todos los profesionales, el resto son consultas asignadas a un profesional concreto, con lo que la actuación está supeditada, a los conocimientos y aptitudes propias de cada uno.
En general, aun hacemos un uso excesivo de los AB, muchas veces por desconocimiento, otras por contentar a los pacientes, a veces por cubrirnos ante el posible empeoramiento de un cuadro. La realización de cursos, protocólos o guías, podría ayudar a poner freno a la situación actual.
Creo que este proyecto nos ha ayudado a valorar nuestras actuaciones diarias en cuanto a la prescripción de antibióticos; a realizar una autocrítica que nos permite mejorar nuestros conocimientos en este área; pero sobre todo, a tomar conciencia de la necesidad de realizar un uso apropiado de los medicamentos en general y los antibióticos en particular.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/296 ========== ***

Nº de registro: 0296

Título
ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Autores:
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, PEREZ LAZARO CAROLINA, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, ORTE GUERRERO JAVIER, TAMAMES CERDA ANA, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, GONZALEZ HERNANDEZ PEDRO, ROMERO SANTAMARIA ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades infecciosas son la patogía aguda más frecuente en atención primaria, tanto en adultos como en pacientes pediátricos. El paciente que padece un cuadro infeccioso agudo, no necesariamente, debe recibir tratamiento farmacológico, y menos aún tratamiento con antibióticos, debido que muchos de ellos, son de origen viral o bien responden a otras causas no bacterianas.
El abuso de antibióticos está generando un grave problema en la actualidad, en gran parte a las altas resistencias, que los hacen cada vez menos efectivos, y a la falta de síntesis de nuevas moléculas, muchas de ellas de uso exclusivo hospitalario.
En Aragón, desde enero-septiembre de 2017, el consumo de antibióticos en DDD en prescripción por receta se distribuye de la siguiente manera:
En AP en un 83.4%, siendo en pediatría del 9.2%.
En atención especializada es del 14.1%.
Se ha producido un incremento del consumo durante este periodo, comparado con el mismo periodo en el año 2015.
Este incremento, no solo supone un importante gasto sanitario, si no como hemos dicho anteriormente puede ser un problema para tratamientos futuros, debido a las resistencias cada vez más frecuentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto, pretendemos analizar la prescripción de antibióticos en nuestra zona, clasificar por edad y patologías los más usados y valorar si son adecuadas estas prescripciones o por el contrario nos excedemos en su uso.
De esta forma podremos realizar una autocrítica, con la que aprender y valorar como mejorar nuestra práctica diaria.

MÉTODO
Se realizará una tabla donde se recogerán los datos de todos los pacientes que acudan a consulta de AP de los centros de salud de Albarracín, Bronchales y El Villar del Cobo, así como en la consulta de pediatría del C.S de Albarracín, y aquellos que acudan a AC, que presenten un proceso infeccioso, subsidiario o no a tratamiento AB.
En la tabla se recogerá el N. historia, edad, sexo, proceso infeccioso, si recibe o no ab,ab prescrito en caso de que lo reciba, si se realiza alguna p. complementaria (tipo cultivo...) y si hay recaída o consulta por el mismo proceso en los días siguientes.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que reciben AB: N de pacientes que reciben AB/ n. de pacientes que acuden por patologías infecciosas.
Porcentaje por pacientes que reciben AB en pediatría: N. pacientes entre 0 y 14 años que reciben AB/ n. pacientes total de 0 a 14 que han acudido al c.s con patología infecciosa.
Porcentaje de pacientes que reciben AB adolescentes y adultos jovenes: N. pacientes entre 15 y 30 años que reciben AB/ n. pacientes que han acudido de esa edad.
Porcentaje de pacientes que reciben AB en edades medias: N. pacientes entre 31 y 60 años que reciben AB/ n pacientes han acudido de esa edad con patogía infecciosa
Porcentaje de pacientes que reciben AB mayores de 60 años: N. pacientes mayores de 60 años que reciben AB/ n pacientes que han acudido al c.s mayores de 60 años con patología infecciosa.
Por patologías.
Porcentaje de pacientes que reciben AB con patología respiratoria: n. pacientes que reciben AB que presenta una patologia infecciosa/ n. pacientes totales con patología infecciosa.
Porcentaje de pacientes con patología urinaria que reciben AB: n. pacientes que reciben AB al acudir con patología urinaria/ n pacientes totales con patologia urinaria.
Porcentaje de pacientes con patología digestiva que reciben AB: n. pacientes que reciben AB con patología digestiva/ n. total de pacientes con patoloiga digestiva.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Recogida de datos desde mayo de 2018 a diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0379

1. TÍTULO

CRECER CON SEGURIDAD

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMINA LLERA BUESO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN
GUILLEN GASCON SONIA
CHACON FORNES FELISA
VALENZUELA FOVED AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades llevadas a cabo se distribuyen temporalmente en 3 trimestres, desde el 7 de Enero hasta el 20 de Diciembre de 2018. Se realizan reuniones con el AMPA y asociaciones culturales una vez al trimestre, con el profesorado del centro con periodicidad mensual y en el C.S. una vez cada 15 días con los miembros del proyecto, para la organización de las actividades.

Quedan distribuídas de la siguiente forma:

Primer trimestre: Encuentro con maestros y alumnos de 3 a 16 años en el que valoramos el nivel de conocimiento inicial en Prevención de accidentes domésticos y el interés que despierta el tema en los alumnos, utilizando imágenes de diferentes señales de peligro y situaciones de riesgo.

Segundo trimestre: El profesorado trabaja el tema a lo largo del curso escolar con apoyo de fichas, audiovisuales, trípticos, materiales tecnológicos (pizarras digitales, ordenadores...) y el equipo sanitario en el mes de Mayo realiza un taller de prevención de accidentes según el entorno (hogar, automóvil, escuela, calle...) y consejos sobre forma de actuar en caso de accidente.

Tercer trimestre: En Noviembre, los agentes de Seguridad vial, tráfico y SEPRONA realizaron una exhibición de sus vehículos donde los niños pudieron conocerlos en profundidad y posteriormente hubo un debate-coloquio donde resolvieron sus dudas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores utilizados en la evaluación del proyecto:
1. Conocer y respetar las señales de tráfico para peatones
2. Conocer qué productos tóxicos son perjudiciales y su peligrosidad.
3. Buenos hábitos posturales para la prevención de accidentes.
4. Conocimiento del riesgo del uso de electrodomésticos y herramientas no aptas para niños
5. Respetar las reglas y normas básicas de seguridad
6. Manifestar respeto y buen comportamiento al utilizar transportes públicos.

Método de evaluación:
1. Observación directa de los alumnos para conocer su actitud frente a las actividades propuestas
2. Observación directa respecto a habilidades y destrezas en las tareas de tipo experimental y sus avances demostrados a través de preguntas y comentarios
3. Supervisión de los trabajos realizados
4. Realización de comprobaciones para valorar el grado de adquisición de conocimientos adquiridos así como detectar errores.

Resultados alcanzados:
El grado de implicación de las familias es muy aceptable, colaboran siempre que son requeridos.
Muy buena colaboración de alumnos, padres, profesores y en la evaluación continua con toda la población.
Nos reunimos con el profesorado del centro y los miembros del AMPA, para evaluar el resultado alcanzado ya que son los que pueden analizar los cambios de comportamiento en los niños de forma más detallada al permanecer en contacto con ellos durante un tiempo más prolongado. Han observado sensibilización y habilidades adquiridas para la prevención de accidentes: cruzan la calle por el paso de cebra, llevan el casco al ir en bicicleta, recomiendan a sus familias guardar en sitios seguros los productos tóxicos y fármacos...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Empezar con un buen análisis inicial de la situación y valoración de conocimientos previos.
Evaluación continua del rumbo del proyecto.
Plantear objetivos factibles, sencillos y específicos.
Aumento de la participación de la población, instituciones políticas y sociales.
Empoderamiento de la población para proponer iniciativas, utilizando las reuniones del Consejo de Salud y las asociaciones culturales como vía de transmisión.
Dificultades de aplicación: variabilidad de edades en los escolares y dispersión de las aulas, ya que no se puede trabajar de forma conjunta con todos ellos.
Consideramos que el proyecto es sostenible y fácilmente replicable porque hay implicación de profesionales sanitarios, profesorado y población en general. Lleva varios años de evolución y cuenta con recursos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0379

1. TÍTULO

CRECER CON SEGURIDAD

bibliográficos y audiovisuales proporcionados por el Departamento de Salud. Además los componentes del Proyecto y el profesorado del centro asisten con regularidad a jornadas y seminarios tanto de la RAPPS como de Escuelas Promotoras de Salud y posteriormente se transmite al resto de participantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/379 ========== ***

Nº de registro: 0379

Título
CRECER CON SEGURIDAD

Autores:
LLERA BUESO GUILLERMINA, SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER, MARTINEZ LOZANO AGUSTIN, GUILLEN GASCON SONIA, CHACON FORNER FELISA, VALENZUELA FOVED AMPARO, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Prevención de accidentes domésticos en niños y adolescentes de la zona de salud.
Promover la prevención y estimular las habilidades relacionadas con la identificación, evaluación y control del riesgo

Dada la resistencia de los adultos a adoptar cambios en hábitos preventivos se hace necesario buscar a los receptores idóneos como son niños, adolescentes, padres, profesores y sanitarios. Intentar que las condiciones de seguridad y preventivas se incorporen en el día a día.

RESULTADOS ESPERADOS
Concienciar a niños y adolescentes sobre accidentes y riesgos de su entorno.
Enseñanza eficaz en materia de seguridad y comportamientos
saludables aportando herramientas funcionales
Conocimiento de productos químicos peligrosos
Utilización adecuada de diferentes aparatos y materiales habituales en su entorno cotidiano.
Postura correcta
Orden y tranquilidad en caso de emergencias en locales públicos
Señales y símbolos de seguridad con informaciñon y significado.
Protección individual y correcta utilización.

MÉTODO
Dirigidas a toda comunidad escolar
Dirigidas a niños y adolescentes de 3 a 16 años
Profesorado
Madres y padres a través de reuniones y asociaciones juveniles, AMPA etc
Actividades prácticas, participativas

INDICADORES
Evaluación inicial con exposición para evaluar nivel y existencia
de problemas y falsas creencias.
Evaluación formativa con fichas, juegos,etec y evaluar adaptación de cada niño.
Herramientas para evaluar: trabajar contenidos de carácter conceptual y procedimientos
Observación de actividades y comportamienntos y anotar
Evaluación de experiencias, observacion directa,etc

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0379

1. TÍTULO

CRECER CON SEGURIDAD

Duración y calendarios:
En colegio desde 7-Enero-18 hasta 20-Dic-18.
Reuniones con profesores 1vez/mes
Reuniones con AMPA y asociaciones culturales 1/
trimestre
Exposición de temas en cada aula del CRA
En C. Salud 1 vez/ 15 días con miembros del proyecto

OBSERVACIONES
Se contara con la colaboración de AMPA, profesores, personal sanitario, guardia civil, bomberos,etc

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0380

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS CASTRO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
YUSTE PLUMED MARIA PILAR
LLERA BUESO GUILLERMINA
SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER
GUILLEN GASCON SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Estudio transversal sobre la población anciana >= 75 años de la zona de salud de Aliaga (146 pacientes a 31/12/2017), realizando:
1. Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros.
2. Recogida de información mediante la realización del Test Mini Nutritional Assessment (MNA).
3. Valoración nutricional exhaustiva en el caso de haber detectado RMN o MN mediante parámetros bioquímicos, antropométricos y una historia dietética, para determinar después la intervención nutricional necesaria.
4. Análisis de estos datos para la realización de las recomendaciones oportunas y la elaboración del protocolo nutricional en el CS de Aliaga.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 146 pacientes mayores de 75 años de la zona de salud, se ha realizado el MNA a 121 pacientes, lo que supone un 82,87%.
Según el resultado del Test MNA, la prevalencia de MN es de 1,65% (2 pacientes de los 146) siendo el 100% de ellos de sexo femenino.
La prevalencia de RMN tras aplicar el test MNA es de 5,78% (7 pacientes de 146) siendo 71,4% de ellos de sexo femenino y un 28,6% de sexo masculino.
La prevalencia de estado nutricional satisfactorio según puntuación obtenida en MNA es de un 92,5% (112 pacientes de 146).
Los datos anteriores se obtienen tras aplicar el indicador descrito en la memoria inicial del proyecto: Determinación de la prevalencia de pacientes con RMN y MN según Test MNA. El MNA consta de 18 items divididos en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva. Esta prueba clasifica a las personas mayores, sobre un máximo de 30 puntos, en tres grupos: estado nutricional satisfactorio (S) (>= 24 puntos), riesgo de malnutrición (RMN) (17-23,5 puntos) y malnutrición (MN) (< 17 puntos).
Otro de los indicadores que decidimos analizar era el número de nuevos registros de episodios en OMI-AP de desnutrición, resultando 2 lo que supone un 100% de los diagnósticos según test de MNA y aplicación de analíticas y exploraciones necesarias para su confirmación.
Por otro lado hemos determinado el porcentaje de pacientes sin intervención, que supone un 92,5%. El porcentaje de pacientes en los que sólo hemos llevado a cabo una intervención dietética, que ha sido un 6,61% y aquellos en los que hemos realizado intervención dietética más prescripción de suplementos que ha resultado ser un 0,82% (únicamente 1 paciente del total de 121).
La intervención dietética que se ha llevado a cabo ha sido entregar al paciente hoja de recomendación sobre pirámide alimentaria para adultos mayores de 70 años y la importancia del consumo de líquidos en una dieta adecuada. Además se entrega otra hoja que recoge 15 recomendaciones dietético-nutricionales como priorizar alimentos de origen vegetal, repartir los alimentos en 3-5 comidas/día, moderar el consumo de sal y alimentos azucarados, hacer más de una comida caliente al día, reducir el consumo de alcohol y comer con moderación, entre otras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos llegado a la conclusión de que en general los pacientes de nuestra zona de salud tienen un estado nutricional satisfactorio. De hecho, nos ha llamado la atención que al contrario de sufrir malnutrición, nuestros pacientes presentan IMC más compatible con sobrepeso u obesidad, por lo que nos hemos palnteado analizar en profundidad estos datos para futuras actuaciones.
Se calcula el porcentaje de pacientes con un IMC de 25-30 siendo el resultado de un 50,5% de los cuales un 55,3% son mujeres y un 44,7% varones. El porcentaje de pacientes con IMC>30 es de un 36,5% siendo un 55,8% mujeres y un 44,2% varones. Por lo que llegamos a la conclusión de que los problemas de sobrepeso y obesidad son más prevalentes en mujeres y que debemos actuar sobre este problema modificando hábitos de vida, aumentando el ejercicio físico y adecuando la ingesta de calorías a la actividad física que realiza cada paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/380 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0380

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

Nº de registro: 0380

Título
VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

Autores:
CASTRO LOPEZ CARLOS, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, YUSTE PLUMED MARIA PILAR, LLERA BUESO GUILLERMINA, SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Valoración del estado nutricional en el anciano (>= 75 años) en el CS. de Aliaga.
El progresivo envejecimiento de la población es uno de los factores que influyen en el aumento de la prevalencia de desnutrición, ya que los ancianos son un colectivo de riesgo por sus características biológicas, psicológicas y sociales. A pesar de su alta prevalencia (7,8 % en ancianos de la comunidad), la desnutrición está infradiagnosticada.
La presencia de malnutrición puede intervenir de manera significativa en la evolución de las enfermedades crónicas y agudas de nuestros ancianos. Es un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia y esto podría explicar la fuerte asociación con comorbilidad, fragilidad y aumento de la mortalidad.
Por ello, una valoración nutricional simple y sistematizada, que permita detectar precozmente y de manera sencilla los ancianos en riesgo nutricional, para la posterior valoración completa de estos, debería formar parte de forma protocolizada de la atención asistencial del paciente anciano.

RESULTADOS ESPERADOS
Evaluar el estado nutricional de los ancianos >= 75 años de la zona de salud del CS de Aliaga.
Proponer las intervenciones nutricionales necesarias.
Establecer un protocolo consensuado de valoración y seguimiento nutricional en el centro de salud.

MÉTODO
Estudio transversal sobre la población anciana >= 75 años de la zona de salud de Aliaga (205 pacientes a 31/12/2016), realizando:
1. Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros.
2. Recogida de información mediante la realización del Test Mini Nutritional Assessment (MNA).
3. Valoración nutricional exhaustiva en el caso de haber detectado RMN o MN mediante parámetros bioquímicos, antropométricos y una historia dietética, para determinar después la intervención nutricional necesaria.
4. Análisis de estos datos para la realización de las recomendaciones oportunas y la elaboración del protocolo nutricional en el CS de Aliaga.

INDICADORES
Determinación de la prevalencia de pacientes con RMN y MN según Test MNA. El MNA consta de 18 items divididos en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva. Esta prueba clasifica a las personas mayores, sobre un máximo de 30 puntos, en tres grupos: estado nutricional satisfactorio (S) (>= 24 puntos), riesgo de malnutrición (RMN) (17-23,5 puntos) y malnutrición (MN) (< 17 puntos).
Número de nuevos registros de episodios en OMI-AP de desnutrición.
Determinación del porcentaje de pacientes sin intervención, con solo intervención dietética y con intervención dietética más prescripción suplementos.

DURACIÓN
Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros. Abril 2018.
Realización del Test MNA, valoración nutricional e intervención nutricional. Mayo a Octubre 2018.
Análisis de resultados para establecer un protocolo consensuado de valoración y seguimiento nutricional en el centro de salud. Noviembre a Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0380

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1105

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA ORTIZ DOMINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALIAGA
· Localidad ..... ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONZON GRACIA ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
NO HA SIDO POSIBLE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS EN EL PROYECTO DURANTE EL AÑO 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NINGÚN RESULTADO ALCANZADO YA QUE NO SE HA REALIZADO EL PROYECTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBIDO A QUE NO HA SIDO POSIBLE EFECTUAR LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PROCEDEMOS A LA FINALIZACIÓN Y CIERRE DEL PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1105 ========== ***

Nº de registro: 1105

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)

Autores:
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, MONZON GRACIA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y EMERGENCIAS-PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS RCP
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: FORMACIÓN Y EDUCACION PARA LA SALUD COMUNITARIA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESDE ATENCION PRIMARIA DEL CS DE ALIAGA SE HA CONSIDERADO CONVENIENTE PROPONER AL CENTRO RURAL AGRUPADO DE ALIAGA LA FORMACION DE LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA QUE ESTÁ EN RELACIÓN CON AQUELLA, EN LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES BÁSICAS PARA ACTUAR, EN SU CASO, ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA Y/O PRIMEROS AUXILIOS. ESPECIALMENTE DURANTE LA INFANCIA, AL ESTIMAR QUE LOS SISTEMAS EDUCATIVOS CONSTITUYEN AMBITOS DE CRUCIAL IMPORTANCIA PARA LA FORMACION DE HABILIDADES PARA EL MUNDO LABORAL Y LA VIDA COTIDIANA. SE APROVECHA ASIMISMO LA INSTALACION DE DESFIBRILADORES EN LA LOCALIDAD, Y SE PROPONE A LA DIRECCION DEL CENTRO QUE SEA INCLUIDA ESTA FORMACION COMO ACTIVIDAD EN LA P.G.A.

RESULTADOS ESPERADOS
Primero: Como objetivo general se plantea la realización de actividades para fomentar la educación y formación básica en temas fundamentales sobre la SALUD
Segundo: Como objetivos específicos, se propone dar a conocer a la población infantil, adolescente y adulta relacionada con la misma, como docentes o monitores, las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia.
Tercero:Asimismo, se propone la adquisición de habilidades para actuar frente a una emergencia y reconocer de manera correcta una situación de emergencia vital, así como saber dirigirse al servicio de emergencias a través del teléfono 112

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1105

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL CRA "PABLO ANTONIO CRESPO" DE ALIAGA (TERUEL)

MÉTODO
1.-Reunión inicial: Desde el CS de Aliaga se propondrá a la dirección del centro escolar de la localidad la creación del proyecto y en su caso, su desarrollo durante el primer trimestre del curso 2'018-2019.
2.-Concreción del proyecto : Se presentarán las lineas didacticas de la enseñanza de la RCP en los distintos niveles educativos adaptando los contenidos a su estado de desarrollo evolutivo, fisico y mental, e involucrar a los docentes del centro en este proyecto, tanto de forma activa como pasiva.
3.-Posteriores reuniones: Se propondrán posteriores encuentros con todos los alumnos y docentes del centro para captar inquietudes y sugerencias, que serán los encargados de hacer los videos representativos de cada caso propuesto sobre situaciones de emergencias explicados en los talleres.
4.-Contacto con la Agrupacion de Voluntarios de Proteccion Civil de la Comarca Cuencas Mineras: Se llevarán a cabo contactos para el préstamo del material necesario para la realización práctica de los talleres de RCP

INDICADORES
1.-Encuestas iniciales para determinar el grado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos del centro escolar respecto de PRIMEROS AUXILIOS y MANIOBRAS DE RCP,
2.-Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres adaptadas a cada uno de los niveles educativos.
3.-VALORACION POR EL PROFESORADO: Se propondrá al claustro de profesores y a la dirección del CRA la incorporación de estos talleres en la PGA de los siguientes cursos.

DURACIÓN
1.-DURACIÓN: Se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso el desarrollo de DOS SESIONES, de 1 hora de duración para EDUCACION PRIMARIA y de 30 minutos para EDUCACION INFANTIL, para ofrecer talleres prácticos de FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP, así como otras DOS SESIONES dirigidas al profesorado de unas 2 horas de duración cada una de ellas, para que así puedan implicarse en l,a impartición de los próximos talleres
2.-CALENDARIO PREVISTO:Se ofrecerá la realizaci´pon de talleres prácticos durante el primer trimestre del curso 2018-2019, a desarrollar en los meses de SEPTIEMBRE A DICIEMBRE, así como su continuidad en los siguientes cursos, recabando el compromiso por parte de la dirección del centro escolar de ser incluidos en la PROGRAMACIOIN GENERAL DEL CENTRO ESCOLAR

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0059

1. TÍTULO

CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GEMMA REDOLAR CHASENAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRADO SERRANO ASUNCION
GRACIA MALO CRISTINA
GRACIA FERREIRA ERIKA
EZPELETA FERNANDEZ FERNANDO JAVIER
MARRUEDO MANCEBO ISABEL
CARBO ROSELLO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS
Una vez elegido el proyecto sobre el que íbamos a trabajar por la persona responsable del proyecto, se solicito la colaboración de los miembros del centro de salud que deseasen participar en el mismo y se realizó el reparto de tareas. Este proyecto se ha llevado a cabo desde el año 2016, por lo que los componentes del equipo han ido variando, quedando finalmente como ha quedado reflejado anteriormente.
CRONOGRAMA
MARZO 2016: formación del equipo, enumeración de las actividades necesarias para su desarrollo y asignación de tareas. En principio se creó una hoja con sistema de checking que debía ser rellenada por cada uno de los miembros que prestan servicios durante la atención continuada. Como consecuencia del cambio de personal se decidió mantener la recogida de datos mediante la gráfica mensual de temperaturas. Hasta ese momento sólo recogían los datos de lunes a viernes, a partir de marzo del 2016 la recogida paso a ser diaria.
ABRIL 2016: Se elaboró un cartel con las medidas a adoptar en caso de una avería de la nevera o un corte de luz prolongado. (Anexo 2) Se colocó dicho cartel en la nevera para que estuviese a disposición y conocimiento de toda aquella persona que desempeñase su labor durante la atención continuada.
Se realizó una sesión informativa al grupo de profesionales que habitualmente trabajaban en la atención continuada para informarles del trabajo que se estaba llevando a cabo y se presentaron las recomendaciones de la AEP (Asociación Española de Pediatría) en cuanto al almacenamiento, transporte y conservación de las vacunas (Anexo 3)
DICIEMBRE 2016: Se realizó el primer estudio sobre el impacto de las medidas adoptadas (cartelería y recogida de datos).
ENERO 2017: Se realizó un estudio final sobre los datos obtenidos hasta el momento y se elaboró un informe, que posteriormente fue presentado a los miembros del centro de salud, así como remitido a la dirección de Atención Primaria del Sector Teruel.
Así mismo, se decidió que el estudio lo prorrogaríamos hasta agosto de 2017, ya que se iban a producir nuevas incorporaciones de personal y podíamos cambiar las recomendaciones a seguir en el caso de que se produjese una nueva avería.
Contactamos con la dirección de la Residencia de la Cruz Blanca de Burbáguena. Ellos disponen de generadores de combustible (gasoil), por lo que son capaces de generar electricidad ante un corte prolongado de suministro. Se acordó con ellos que en el caso de una avería importante nos reservarían una nevera para el almacenamiento de sus vacunas. En dicha nevera disponen de termómetro para el control y posterior registro de las temperaturas.
AGOSTO 2017: Se concluye la recogida de datos.
SEPTIEMBRE 2017: Se elabora nueva cartelería para su colocación en el frontal de la nevera. (Anexo 4). Los Anexos 1, 2 y 3 ya fueron enviados con el informe remitido a Teruel el 30 de enero del 2017.
DICIEMBRE 2017: Se presenta ante el equipo del centro de salud las conclusiones del estudio y las recomendaciones a seguir ante una eventualidad.
FEBRERO 2018: Se envía el informe final del estudio a la dirección de sector Teruel para su estudio y evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO, SU SEGUIMIENTO Y CONCLUSIONES
Este proyecto se ideó ante la falta de control y revisión de la temperatura de la nevera de vacunas durante la atención continuada. Hasta el momento en que se puso en marcha el proyecto, la revisión era llevada a cabo de lunes a viernes por la mañana por la persona responsable de las vacunas en el centro de salud.
En el resto de días y horarios quedaba a criterio del profesional que estuviese trabajando el controlar y registrar la temperatura.
Además hay que resaltar que estamos ubicados en una zona en la que al menos 3 ó 4 veces al año se producen cortes eléctricos, especialmente en el invierno, dícese del momento más crítico del año, ya que suele coincidir con el período de vacunación de la gripe y con mayor rotación de personal debido a los períodos vacacionales (Navidades).
En cuanto a este proyecto, el cumplimiento del registro ha alcanzado un porcentaje superior al 96%, resultado obtenido de la aplicación de los 2 indicadores utilizados para la cuantificación de la labor realizada y grado de cumplimiento de la misma (los indicadores seleccionados ya fueron enviados en el informe del 30 de enero del 2017, se ha continuado con los mismos). A pesar de los cortes de luz que ha habido durante el desarrollo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0059

1. TÍTULO

CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

del proyecto no ha sido preciso hacer uso de las alternativas desarrolladas para asegurar el correcto almacenamiento de las vacunas. Durante este período hemos cambiado en 2 ocasiones los termómetros, pasando de usar el modelo de mercurio a uno digital, lo cual ha facilitado la lectura.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:
La elaboración de este proyecto ha servido para concienciar a todo el personal de la importancia de revisar durante la atención continuada, no solamente la nevera de vacunas, si no de todo el material y aparatos que se albergan en la sala de urgencias (véase desfibrilador, electrocardiógrafo, balas de oxígeno, etc...).
Hemos actualizado los conocimientos sobre las vacunas, transporte, almacenaje y conservación mediante una sesión clínica, con una buena valoración por parte de los profesionales.
A raíz de este proyecto hemos encontrado una oportunidad de mejora en el control de los elementos anteriormente citados, mediante una hoja de check control, que será incluida en el próximo proyecto de mejora. También ha servido para plantearnos desarrollar un proyecto de manual de acogida para los nuevos profesionales que se van incorporando al centro, pues la rotación en los dos últimos años ha sido elevada y se espera que lo siga siendo en los siguientes años.
Finalmente añadir que este proyecto ha sido un reto personal por ser la primera vez que he coordinado un proyecto de mejora, el cual no podría haberse desarrollado sin la activa colaboración de todos los integrantes del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
. En la copia de la Memoria Final, que ha sido archivada en el centro, disponemos de las tablas y gráficos usados para plasmar la consecución de los objetivos en base a los indicadores empleados.

Se adjunta Anexo 4 (nueva cartelería)

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE AVERÍA O CORTE DE LUZ
1- SI PASADAS 3 HORAS NO SE HA SOLUCIONADO EL PROBLEMA, PARA INTENTAR MANTENER LA TEMPERATURA ÓPTIMA EN LA NEVERA, SE INTRODUCIRÁN LAS ACUMULADORES DE FRÍO QUE ES ENCUENTRAN EN EL CONGELADOR DE LA NEVERA DE LA COCINA.
2- SI EN EL TERMÓMETRO DIGITAL SE REGISTRA UNA TEMPERATURA MAYOR O IGUAL A 20oC MÁS DE 8H, SE CONTACTARÁ CON LA RESIDENCIA DE LA CRUZ BLANCA DE BURBÁGUENA PARA PROCEDER AL TRANSPORTE DE LAS VACUNAS A DICHO CENTRO.
. RESIDENCIA DE LA CRUZ BLANCA 978 733 216 / 978 733 324
3- EN CASO DE NO PODER TRASLADAR LAS VACUNAS A LA RESIDENCIA DE LA CRUZ BLANCA, SE CONTACTARÁ CON LOS CENTROS DE SALUD MÁS CERCANOS
. CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA 978 731 014 . CENTRO DE SALUD DE DAROCA 976 800 928
4- EN CASO DE NO PODER TRASLADAR LAS VACUNAS A OTROS CENTROS DE SALUD AVISAR A:
. DE LUNES A VIERNES DE 8 A 15H: 978 641 157 (Pilar Rubio. Salud Pública) . A PARTIR DE LAS 15H, FINES DE SEMANA Y FESTIVOS: 679 846 726

*** ========== Resumen del proyecto 2016/59 ========== ***

Nº de registro: 0059

Título
CONTROL DE LA TERMEPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

Autores:
REDOLAR CHASENAS GEMMA, CORBATON HERRERO JOSEFINA, GRACIA FERREIRA ERIKA, OLORIZ RUIZ INES, TERRADO SERRANO ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Como consecuencia de un corte del suministro eléctrico, en horario de atención continuada, observamos la necesidad de mantener un registro más pormenorizado de la temperatura de la nevera, dada la importancia y la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0059

1. TÍTULO

CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

repercusión económica que una avería o corte puede llegar a ocasionar (Fallo producido el 27/02/2016 de las 9.45 a las 17.30, la nevera llegó a alcanzar los 16ºC)

RESULTADOS ESPERADOS
Control de la temperatura de la nevera de vacunas durante el horario de atención continuada.

MÉTODO
Se ha creado una hoja con sistema de "check", que debe ser rellenada por cada uno de los miembros que prestan sus servicios durante la atención continuada. Un miembro del equipo se responsabiliza de recoger dichas hojas, verificarlas y guardarlas. Una de las actividades que viene recogida en la hoja de control es el control y registro de la temperatura de la nevera de vacunas.

INDICADORES
Número de lecturas realizadas durante el mes /Número de días del mes

Número de meses con registro diario/nº de meses en los que se desarrolla el proyecto de mejora

DURACIÓN
Marzo 2016-Diciembre 2016
Semanalmente se realiza la recogida y verificación de los datos de la hoja de control.
Mensualmente se recoge y verifica la hoja de control de la temperatura de la nevera de vacunas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1213

1. TÍTULO

MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR GONZALVO HERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS
TERRADO SERRANO ASCENSION
OLORIZ RUIZ INES
CORBATON HERRERO JOSEFINA
GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se organizó una primera reunión del equipo del CS Báguena el 6 de Abril de 2017 para fijar los objetivos del proyecto. Se hizó un recuento inicial de los pacientes que tenían realizado y registrado un ECG en el protocolo de HTA en los últimos 5 años, obtenido a partir de los listados de OMI-AP, una vez depurados de pacientes exitus y desplazados.
Se contactó con los pacientes a los que les faltaba el ECG para concertar cita y realización del mismo.
Se realizó una segunda reunión el dia 19 de Septiembre de 2017 para comprobar el desarrollo del programa, anotando los resultados del periodo correspondiente de Abril a Septiembre.
En una tercera reunión, al final del proyecto, se reagruparon los datos de todos los miembros del equipo, extrayendo de los mismo la conclusión final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Comenzamos el estudio en Abril de 2017 con un porcentaje de pacientes con un ECG realizado del 66,6%, de un total de 267 pacientes hipertensos.
En la segunda reunión realizada en Septiembre de 2017 se había conseguido un porcentaje del 82%.
En la reunión final de análisis de resultados obtenemos un porcentaje del 91,4% de pacientes hipertensos con ECG realizado y registrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la finalización de este proyecto hemos conseguido mejorar la cobertura de pacientes hipertensos que tienen un ECG realizado e informado en los últimos 5 años en un 24,8%.
Consideramos que debemos continuar trabajando en esta línea para mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1213 ========== ***

Nº de registro: 1213

Título
MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

Autores:
GONZALVO HERNANDO PILAR, REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS, TERRADO SERRANO ASCENSION, OLORIZ RUIZ INES, CORBATON HERRERO JOSEFINA, GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: HIPERTENSION
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1213

1. TÍTULO

MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

PROBLEMA
SE HA DETECTADO LA PRESENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE NO CONSTA LA REALIZACION DE E.C.G EN SU PLAN PERSONAL, REVISANDO LAS HISTORIAS SE OBSERVA QUE AUNQUE SI CONSTA LA REALIZACION DE UN E.C.G EN EL PROTOCOLO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA,EL RESULTADO DEL MISMO SE SUELE ANOTAR EN TEXTO LIBRE Y NO SE UTILIZA EL PROTOCOLO CORRESPONDIENTE DE E.C.G POR LO QUE LOS DATOS NO QUEDAN GRABADOS

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EL EL C.S. DE BAGUENA EN LOS QUE CONSTA QUE SE HA REALIZADO UN E.C.G. EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

MÉTODO
1-REALIZAR REUNION DE EQUIPO INFORMANDO DEL PROYECTO,RECORDANDO LA FORMA CORRECTA DE ANOTAR EL E.C.G. EN EL PROTOCOLO CORRESPONDIENTE DE OMI
2-REVISAR LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDAN A CONSULTA Y REALIZAR UN E.C.G.EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE NO CONSTE SU REALIZACION,ANOTANDO LOS RESULTADOS EN EL PROTOCOLO OMI CORRESPONDIENTE
3-CONOCER LA COBERTURA ACTUAL DE DICHO REGISTRO

INDICADORES
PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS DE C.S. DE BAGUENA EN LOS QUE CONSTA QUE SE HA REALIZADO UN E.C.G. EMLOS ULTIMOS CINCO AÑOS
REALIZACION DE DOS REUNIONES DEL EQUIPO PARA SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

DURACIÓN
DESDE 1-04-2017 A 31-12-2017
REUNION DE EQUIPO PARA INFORMAR DEL PROYECTO EN ABRIL 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1241

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR Y DESAYUNO SALUDABLE

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... INES OLORIZ RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALVO HERNANDO PILAR
TERRADO SERRANO ASCENSION
CORBATON HERRERO JOSEFINA
REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS
GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todos los componentes del proyecto realizamos una búsqueda de material para preparar la actividad del colegio, seleccionando, mediante consenso, los elementos mas indicados para este proyecto educativo. Posteriormente se preparó la presentación, realizando por nuestra parte material de manera manual y artística, para facilitar la comprensión y captar la atención de los alumnos en el aspecto de la higiene bucodental, y presentando la pirámide alimenticia y varios tipos de dieta en el punto de los desayunos saludables. Conseguimos folletos educativos y cepillos de dientes como material de apoyo para entregar a los alumnos.
Nos pusimos en contacto con el director CRA "El Poyo del Cid" para establecer una fecha para la charla educativa, pero debido al cambio de varios profesionales de nuestro EAP, y específicamente a dos componentes de este proyecto, a fecha de hoy, no hemos concretado día para este proyecto educativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tenemos el material preparado: muñecos de guiños, material educativo y material de apoyo. Tenemos contacto con el personal docente y directivo del CRA "El Poyo del Cid", pero dado que no hemos podido realizar la actividad educativa a fecha de hoy, por las incidencias anteriormente comentadas, no tenemos los resultados de los indicadores definidos en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental son imprescindibles para la prevención de caries y resto de enfermedades bucodentales. Asímismo, aprender a preparar un desayuno saludable, procurará los nutrientes y la energia necesaria para la actividad escolar de nuestros niños. Inculcar estos hábitos desde la edad escolar mejorará la salud de la población infantil y contribuirá a la prevención de enfermedades como la hipertensión, diabetes y obesidad, actualmente de prevalencia creciente, con especial incidencia en la obesidad infantil. Sin olvidarnos del consiguiente aumento del gasto sanitario que conllevan estas patologías.
Por todo ello queremos continuar con la realización de este proyecto, enmarcándolo dentro del ámbito de actividades comunitarias y programando su conclusión antes del més de junio de 2018 e ir repitiéndolo en los siguientes cursos escolares.

7. OBSERVACIONES.
Habría una variación en los integrantes del proyecto que expongo a continuación:
Responsable: RUBIO GUTIÉRREZ ISABEL. MÉDICO. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.
Otros componentes:
OLÓRIZ RUIZ INES, ENFERMERA. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.
TERRADO SERRANO ASCENSIÓN. ENFERMERA. CS BÁGUENA. ATENDIÓN PRIMARIA.
CORBATÓN HERRERO JOSEFINA. ENFERMERA. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.
GUTIÉRREZ ANDRES ALEJANDRA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.
SERRANO MORENO ANA CRISTINA. MÉDICO. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1241 ========== ***

Nº de registro: 1241

Título
EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DESAYUNO SALUDABLE

Autores:
OLORIZ RUIZ INES, GONZALVO HERNANDO PILAR, TERRADO SERRANO ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS, GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1241

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR Y DESAYUNO SALUDABLE

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CARIES-NUTRICIONAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
IMPORTANCIA DE LA ADQUISICION DE UNOS BUENOS HABITOS DE HIGIENE BUCODENTAL EN LA PREVENCION DE CARIES Y RESTO DE ENFERMEDADES BUCODENTALES
IMPORTANCIA DEL DESAYUNO SALUDABLE

RESULTADOS ESPERADOS
-DIRIGIDO A TODA POBLACION EN EDAD ESCOLAR,DE 3 - 14 AÑOS QUE ESTE ESCOLARIZADA EN EL C.P. DE BAGUENA
-FAVORECER LAS ACTITUDES POSITIVAS DE LOS NIÑOS HACIA EL CEPILLADO DENTAL.ASI COMO SU CORRECTO CEPILLADO DENTAL
-TRUCOS PARA UN DESAYUNO SALUDABLE,FRUTAS,LACTEOS,CEREALES

MÉTODO
-REALIZACION DE UN GUIÑOL CON MUÑECOS REPRESENTATIVOS DE LOS DIENTES Y EL CEPILLO,PARA -EXPLICAR COMO SE REALIZA EL CORRECTO CEPILLADO DE LOS DIENTES,FRECUENCIA,ENFERMEDADES...
-PRESENTACION SOBRE LAS PARTES DEL DIENTE,CEPILLADO,ALIMENTACION ADECUADA
-ENTREGA DE UN CEPILLO DIENTES A CADA NIÑO,JUNTO CON MATERIAL INFORMATIVO DE LOS PUNTOS MAS IMPORTANTES EXPLICADOS
-COMBINAR LOS ALIMENTOS PARA DESAYUNAR

INDICADORES
100% ASISTENCIA DE LOS NIÑOS,IMPLICACION DEL PERSONAL DOCENTE
INFORMACION PARA LOS PADRES DEL PROGRAMA PABIJ

DURACIÓN
UNA SESION EN EL C.P.DE BAGUENA,PREVIO ACUERDO CON EL PERSONAL DOCENTE
FECHA PREVISTA JUNIO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0228

1. TÍTULO

ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... INES OLORIZ RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRADO SERRANO ASCENSION
CORBATON HERRERO JOSEFINA
SERRANO MORENO ANA CRISTINA
RUBIO GUTIERREZ ISABEL
BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar, nos pusimos en contacto con la directora del colegio público de Báguena, proponiéndole esta actividad educativa, y, ante su aceptación, concretamos fecha para la realización en mayo.
Durante marzo y abril preparamos el material. Por un lado, contactamos con varios odontólogos, que nos dejaron maquetas de dentaduras y cepillos de dientes gigantes para que los niños pudieran practicar. También nos regalaron unos kits dentales consistentes en pasta de dientes, cepillo y un pequeño baúl para “el ratoncito Pérez”.
Preparamos una presentación para la actividad con contenidos adecuados para niños, trabajando tres aspectos fundamentales: cepillado de dientes, lavado de manos y desayunos saludables. Estas presentaciones constaban de unas explicaciones básicas con mucho documento gráfico, acompañadas de canciones y dibujos animados sobre el tema, para captar su atención.
También buscamos material en papel, consistente en dibujos y fichas para pintar, consejos sobre alimentación saludable, información sobre el “Programa de atención bucodental infantil y juvenil”(PABIJ) y los dentistas adheridos al programa más cercanos.
Compramos alimentos de plástico para hacer un taller con los niños sobre desayunos saludables.
La actividad se realizó en dos sesiones. El primer día abordamos el tema de cepillado correcto de dientes y lavado de manos. Comenzamos con material audiovisual. Primero apuntes básicos sobre la manera correcta del cepillado de dientes y lavado de manos, complementado con unos dibujos animados sobre la producción de caries y otros sobre el lavado de manos, remarcando la importancia de hacerlo correctamente para evitar la transmisión de enfermedades.
Terminamos con un taller, utilizando las maquetas dentales y los cepillos de dientes, practicando el correcto cepillado dental.
Para finalizar repartimos información sobre el PABIJ, y dimos fichas con dibujos sobre el tema para reforzar la actividad.
El segundo día tratamos el tema de los desayunos saludables, explicamos la pirámide alimenticia, hablamos de alimentos saludables y no saludables y los problemas que podía producir una mala alimentación en la edad adulta.
Seguidamente organizamos un taller con platos y alimentos de plástico. Cada alumno tenía que elegir alimentos para preparar su propio desayuno saludable y, entre todos, íbamos comentando los errores y corrigiéndolos.
Para finalizar la actividad pasamos una encuesta con cuatro preguntas muy sencillas entre los alumnos, para explorar los conocimientos adquiridos y el grado de satisfacción.
Como despedida les regalamos un kit dental a cada alumno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El primer día asistieron el 90% de los niños y el segundo día el 100% (Estándar 100%)
Las ausencias el primer día fueron por enfermedad por lo que consideramos que hemos obtenido el resultado correcto.
Respecto a la encuesta de satisfacción, a un 87,5% cree que a partir de ahora se lavará mejor y con más frecuencia los dientes, un 100% opinan que han aprendido a preparar un desayuno sano, a un 100% le ha gustado la actividad y un 100% querría que se repitiese.
Creemos que hemos mejorado sus conocimientos para adquirir mejores hábitos de higiene bucodental, previniendo caries y resto de enfermedades bucodentales; mejorado la técnica de lavado de manos para prevenir contagios; y los hemos concienciado de la necesidad de llevar una alimentación sana, confiriendo una especial importancia al desayuno, que mejorará los nutrientes y la energía necesaria para su actividad escolar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que la actividad ha sido satisfactoria tanto por parte del equipo como por parte del alumnado y profesorado. Con esta actividad conseguimos cambiar hábitos erróneos por saludables.
Asimismo hemos conseguido un acercamiento entre los profesionales de la salud y el centro educativo para realizar otros proyectos.
Como disponemos de todo el material, continuaremos dando estas sesiones educativas en los siguientes cursos.
Consideramos que es perfectamente sostenible y replicable.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0228

1. TÍTULO

ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/228 ========== ***

Nº de registro: 0228

Título
ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

Autores:
OLORIZ RUIZ INES, TERRADO SERRANO ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, SERRANO MORENO ANA CRISTINA, RUBIO GUTIERREZ ISABEL, BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la Salud

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental son imprescindibles para la prevención de caries y resto de enfermedades bucodentales. Asímismo, aprender a preparar un desayuno saludable, procurará los nutrientes y la energia necesaria para la actividad escolar de nuestros niños. Inculcar estos hábitos desde la edad escolar mejorará la salud de la población infantil y contribuirá a la prevención de enfermedades como la hipertensión, diabetes y obesidad, actualmente de prevalencia creciente, con especial incidencia en la obesidad infantil. Sin olvidarnos el consiguiente aumento del gasto sanitario que conllevan estas patologías.
Continuando con una línea iniciada el año anterior, queremos trasmitir estos hábitos a los niños del colegio público de Báguena, perteneciente al CRA “El Poyo del Cid”, de una manera didáctica y divertida, enmarcándola dentro del ámbito de actividades comunitarias de nuestro centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Va dirigido a la población de entre 3 y 12 años escolarizada en el colegio público de Báguena, perteneciente al CRA “El Poyo del Cid”.
Queremos conseguir la adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental en esta población, así como inculcarles la importancia para su salud de un desayuno saludable, proporciarles herramientas y trucos para realizarlo de una manera sana y divertida, y promover su mantenimiento en el tiempo reforzando conductas. .

MÉTODO
Contactar con la directiva del colegio público de Báguena, para concretar fecha para la realización de la actividad educativa.
Realización de muñecos y figuras representativos de los dientes y el cepillo, para explicar como se realiza el correcto cepillado de los dientes y hablarles de las enfermedades bucodentales más frecuentes en los niños.
Entregar un kit con cepillo y pasta de dientes y practicar el lavado dental con ellos. Información sobre el “Programa de atención bucodental infantil y juvenil” (PABIJ).
Presentación de la pirámide alimenticia y como combinar los distintos alimentos para realizar un desayuno saludable.
Entrega de información escrita a los alumnos sobre estos aspectos.
En un plazo de 15-30dias, pactar una nueva sesión, para valorar los hábitos adquiridos por los escolares y reforzar conductas.

INDICADORES
Alumnos asistentes/ alumnos totales x100. Objetivo: 100%
Encuesta de satisfacción a los alumnos y a los docentes asistentes a la actividad.

DURACIÓN
En el mes de Marzo y Abril preparar, entre todos los miembros del proyecto, los materiales necesarios para su realización (muñecos, figuras de dientes y alimentos, información escrita, kit dental, ...)
Durante el mes de Abril ponernos en contacto con la dirección del centro para acordar las fechas de las dos sesiones previstas.
En Mayo realizar la actividad docente con los alumnos y profesorado del colegio público de Báguena.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0228

1. TÍTULO

ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

A los 15-30 días realizar una segunda sesión para explorar los conocimientos adquiridos y reforzar hábitos.
Posteriormente entregar una encuesta de satisfacción a los alumnos y profesorado asistente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0230

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL RUBIO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLORIZ RUIZ INES
MARRUEDO MANCEBO ISABEL
GRACIA MALO CRISTINA
BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Iniciamos el proyecto en abril, con una reunión de los componentes, según cronograma previsto, en la que nos planteamos cual sería el material imprescindible con el que transmitir a los pacientes la información necesaria para la solicitud de cita previa en el Centro de Salud de Báguena, teniendo en cuenta que la población que atendemos es, principalmente, de edad muy avanzada y muchos viven solos.
Dadas las características de la población, consideramos, tanto por medicina como por enfermería, que la mejor vía de comunicación era verbal, dando solución inmediata a todas sus dudas y temores, y con el apoyo de material gráfico. Por un lado, hicimos carteles informativos, unos en los que constaba el teléfono del centro y el horario para llamar y solicitar cita, y otros en los que informábamos de los pasos a seguir para realizar el trámite de asignación de médico en pacientes desplazados en la zona de salud, ya que durante la época estival acude un importante número de personas de otras comunidades autónomas, que, en la mayoría de ocasiones, no tenían un registro óptimo de la asistencia por no realizar el procedimiento adecuado.
Asimismo realizamos pequeñas tarjetas en papel, basadas en un modelo que se nos proporcionó desde dirección médica, con los datos imprescindibles para solicitar cita: número de teléfono del centro y horario de llamada.
Para la recogida de datos del proyecto creamos una plantilla, de tal manera que quedase reflejado el número de pacientes sin cita previa, con cita previa, el total, y las incidencias que fueran surgiendo. Estas plantillas serían mensuales, y los datos se recogerían diariamente, tanto por medicina como por enfermería, y en cada uno de los consultorios. Se decidió, en esa primera reunión, que se realizaría el registro únicamente de la consulta de demanda.
Tras establecer estos parámetros, explicamos el proyecto al resto de componentes del equipo, pidiendo su colaboración para la recogida de datos, y comenzamos a mitad de abril con el sistema de cita previa. Colocamos los carteles de manera muy visible en todos los consultorios adscritos al C.S. Báguena (8 en total), repartimos tarjetas informativas a los pacientes que acudían a consultas y todo el personal que trabaja en el Equipo de Atención Primaria de Báguena fue solucionando amablemente las dudas y cuestiones que surgían entre los pacientes.
De mayo a octubre de 2018 realizamos la recogida de datos en la plantilla creada a tal efecto.
A final de junio, nos volvimos a reunir para valorar la evolución del proyecto y resolver dudas.
Sorprendentemente, a pesar de la longevidad de nuestra población, la adaptación al nuevo sistema desde un inicio fue muy favorable. Detectamos pequeños despisten en la hoja de recogida de datos e insistimos en la necesidad de la realización correcta.
En noviembre, la responsable del proyecto se encargó de recopilar todas las plantillas, para posteriormente, entre los componentes del proyecto, completar datos, analizarlos y obtener las conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras analizar todas las hojas de registro de datos creadas, donde constan los pacientes que han acudido con cita previa, sin cita previa y el total, así como el registro de incidencias, tanto en consulta de medicina como de enfermería, en cada consultorio local, con registro diario y obtenido mensualmente, en el periodo entre mayo y octubre de 2018(en total 96 hojas de registro de datos), hemos obtenido estos resultados:
--Porcentaje de pacientes que solicitan cita previa (nº pacientes que acuden a consulta con cita previa/nº pacientes que acuden a consulta de demanda x100) en un periodo de 6 meses: 72% (Estándar 80-90%)
Si analizamos este dato por categorías: en consulta de enfermería obtenemos un 56%; en consulta de medicina obtenemos un 77%.
Como se puede observar no alcanzamos el estándar marcado. Sólo hemos obtenido un 80% de cita previa en los meses de septiembre y octubre en la consulta de medicina. En el resto de los casos son inferiores al estándar.
--Incremento bimensual % pacientes que acuden a consulta de demanda con cita previa (Estándar 50%)
mayo-junio: 67,6%--julio-agosto: 72%(+4,4%)--septiembre-octubre:75%(+ 3%)
En consulta de enfermería: mayo-junio: 43%--julio-agosto:63%(+ 20%)--septiembre-octubre:58%(-5%).
En consulta de medicina: mayo-junio:75%--julio-agosto:75%(+ 0%)--septiembre-octubre:80%(+5%)
En este indicador tampoco alcanzamos el estándar.
Analizando estos porcentajes, creemos que marcamos unos estándares altos desde el desconocimiento, ya que no encontramos datos de estudios previos que nos orientasen. También creemos que subestimamos a la población. Creímos que la adaptación al sistema de cita previa sería mas lenta y progresiva, y, observamos, que ya en el primer bimestre registrado, en la consulta de medicina, partimos con un porcentaje de cita previa del 75%, por lo que es imposible conseguir un incremento bimensual de un 50%.
--Porcentaje de resolución de incidencias: incidencias resueltas/incidencias totales x100: 100%(Estándar 90%).
Clasificación de las incidencias:
-Identificación incorrecta en la hoja de recogida de datos(medicina/enfermería): 39,5%
-Faltan datos: 18,6%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0230

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

-No se ha cumplimentado la hoja de recogida de datos:41,90%
Los meses en los que las incidencias han sido mas frecuentes son: agosto(25,6%) y septiembre(30%)
Prácticamente todas las incidencias están relacionadas con la recogida de datos, la mayoría subsanadas recurriendo a la agenda de OMI. También observamos mayor número en los meses de verano, posiblemente relacionadas con la mayor variabilidad del personal por las vacaciones.
Aunque no hemos desarrollado un indicador, cabe mencionar el aumento de pacientes desplazados en la zona de salud que han realizado correctamente los trámites para asignación de médico, ya que al llamar para solicitar cita, la auxiliar administrativa directamente gestionaba el proceso.
En resumen, creemos que este proyecto, en base a los indicadores utilizados, tiene un impacto positivo. Favorece una mejor gestión de la consulta, tanto en medicina como en enfermería, ayudando al profesional a revisar la historia clínica del paciente antes de comenzar su consulta y a organizar mejor su horario de trabajo para dedicar tiempo a la formación o investigación. Cumple criterios de eficiencia, con una utilización óptima de recursos, controlando mas la sobrefrecuentación. Hay beneficios para el paciente, porque no tiene que soportar esperas innecesarias. Y consideramos que es persistente y sostenible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a este proyecto hemos conseguido implantar el sistema de cita previa en el Centro de Salud de Báguena de una manera controlada y organizada.
Hemos conseguido una mayor organización en la consulta, de manera que los pacientes no acudan aleatoriamente, y utilizar bien el tiempo para el desarrollo de otras actividades.
Los pacientes de otras zonas de salud, cuando acuden a este centro, realizan correctamente los tramites para la asignación de médico, consiguiendo eliminar muchas “altas rápidas”, que administrativamente y para registro de determinados aspectos de la historia clínica, no tienen gran validez.
Ante la situación de personal que sufrimos en los tiempos actuales, sobre todo médicos, en muchas ocasiones nos vemos obligados a cerrar consultas. Gracias al sistema de cita previa los pacientes son informados en el momento de la llamada, y saben donde pueden ser atendidos en ausencia de su médico.
Es un sistema que está completamente implantado y el proyecto es fácilmente replicable.
Animamos a todos los centros rurales, con gran dispersión, a que implanten el sistema de cita previa, porque los resultados son gratificantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/230 ========== ***

Nº de registro: 0230

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

Autores:
RUBIO GUTIERREZ ISABEL, OLORIZ RUIZ INES, MARRUEDO MANCEBO ISABEL, GRACIA MALO CRISTINA, BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La zona de salud de Báguena costa de un cento de salud y 8 consultorios locales. El sistema de cita previa sólo funciona en la localidad de Báguena, por lo que los pacientes de los anejos del centro de salud acuden a las consultas de atención primaria sin cita. Esto condiciona una mala gestión de las consultas, por lo que los profesionales que las atienden no pueden planificar de una manera adecuada su tiempo. También contribuye a un mayor acceso de pacientes desplazados sin haber realizado los trámites correctos para un registro adecuado en el sistema sanitario y su posterior seguimiento.
Por ello consideramos de vital importancia la implantación de la cita previa en todos los puntos de atención de la zona de salud de Báguena, porque una buena organización de la consulta requiere gestionar adecuadamente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0230

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

la demanda y el tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
--Instaurar el sistema de cita previa en los consultorios locales de la zona de salud de Báguena.
--Conseguir que los pacientes desplazados realicen los trámites administrativos antes de acudir a consulta de atención primaria.
--Conseguir una adecuada gestión de la demanda y del tiempo en la consulta de atención primaria

MÉTODO
Informar a la población, de manera verbal y mediante carteles, de la importancia de la cita previa así como de su instauración.
Colocar de manera muy visible, en todos los consultorios, el teléfono del centro de salud para solicitar cita.
Elaboración de tarjetas informativas con el teléfono al que llamar para solicitar cita previa y los horarios de consulta, para distribuir entre los pacientes.
Colocar carteles informativos sobre los pasos a seguir para realizar el trámite de asignación de médico en pacientes desplazados en la zona de salud.
Realización de una plantilla dónde se registre diariamente, y en cada consultorio, la actividad de la consulta de demanda (pacientes con cita previa y pacientes sin cita). Registrar las incidencias surgidas durante el periodo de evaluación.

INDICADORES
--Porcentaje de pacientes que solicitan cita previa (nº pacientes que acuden a aconsulta con cita previa/nº pacientes que acuden a consulta de demanda x100) en un periodo de 6 meses. Estándar: 80-90%

--Incremento bimensual de porcentaje de pacientes que acuden a consulta de demanda con cita previa. Estándar: conseguir en cada fracción bimensual al menos un incremento del 50% respecto al previo.

--Porcentaje de resolución de incidencias: incidencias surgidas/incidencias resueltas x 100. Estándar: 90%.

DURACIÓN
Abril 2018: Información a la población de los nucleos periféricos adscritos al C.S. Báguena sobre la implantación de la cita previa, mediante carteles y tarjetas informativas.
Realización de la plantilla de registro de la actividad en la consulta de demanda.
Mayo 2018: Inicio del sistema de cita previa.
Mayo-Octubre 2018: Recogida de datos.
Noviembre-Diciembre 2018: Análisis de datos y evaluación del proyecto.
Realización de tres reuniones de los participantes del proyecto:
--Reunión inicial para la elaboración del material.
--Reunión a los dos meses de iniciar el sistema de cita previa para contrastar opiniones sobre su funcionamiento y resolver dudas sobre el funcionamiento y los problemas surgidos.
--Reunión al final del periodo de evaluación para análisis de datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0231

1. TÍTULO

MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA SERRANO MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BAGUENA
· Localidad ..... BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRADO SERRANO ASCENSION
CORBATON HERRERO JOSEFINA
REDOLAR CHASENAS GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó el seguimiento en la compra e instalación de las bombonas en los consultorios de Cucalón y San Martin del Río.
Se ha ido informando diariamente de la mejora de los consultorios a los pacientes, conforme acudían a la consulta de los beneficios que conlleva el tener ambas bombonas disponibles para su uso. A su vez los alcaldes también informaron a la población.
Tras insistir al resto de alcaldes, de las localidades que no compraron las bombonas, nos aceptaron propuesta y quedaron pendientes de la implantación de las mismas en sendos consultorios restantes.
Se ha cumplido con el calendario previsto y con los registros de mantenimiento de las bombonas implantadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado ha sido muy bueno, puesto que, aunque quedan pendientes de la implantación de bombonas en varios consultorios, las que se han puesto están localizada en consultorios céntricos, uno de ellos Cucalón, de modo que en caso de urgencia la accesibilidad es rápida. Lo optimo seria que hubiese en todos los consultorios.
Según el standard marcado, solo hay en este momento un 30%, con la intención por parte de los alcaldes de implantar el 100%, mediante la compra/ alquiler de estas por parte de air liquid.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se encuentra satisfecho con la mejora de calidad instaurada, puesto que hacer uso en caso de urgencia de una bombona de oxigeno localizada en un consultorio local, beneficia evitando cargas innecesarias desde el centro de salud, puesto que en estos casos se sale con múltiples maletines; de medicación y Material fungible, así como monitores y desfibrilador.
Sería muy interesante, dada la dispersión poblacional de toda el área de salud de Teruel, que se realizara este mismo proyecto, abasteciendo a todos los consultorios locales, dada su gran eficacia y eficiencia, puesto que además de los beneficios aportados, son los ayuntamientos quienes se hacen cargo de la implantación y mantenimiento.
Nos queda pues pendiente, la compra de las bombonas de los 5 consultorios restantes, que nos han dado su palabra los alcaldes que se va a poner con la mayor brevedad posible.

7. OBSERVACIONES.
Insistir en la necesidad de tener oxígeno en todos los consultorios locales y agradecer la colaboración por parte de todos los ayuntamientos de la realización e intención de hacerlo en la mayor brevedad posible.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/231 ========== ***

Nº de registro: 0231

Título
MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

Autores:
SERRANO MORENO ANA CRISTINA, TERRADO SERRANO ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, REDOLAR CHASENAS GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0231

1. TÍTULO

MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

PROBLEMA
La gran dispersión poblacional que suscribe el C.S. De Báguena obliga en muchas ocasiones a atender situaciones de urgencia que requieren la administración de oxígeno y, no siempre, la accesibilidad desde el centro de salud al pueblo puede realizarse con coche del centro equipado; máxime cuando el vehículo del centro no está habilitado para el transporte de las bombonas de oxígeno. Para ello, los consultorios deberían estar dotados de oxígeno.
La propuesta establece dos bombonas medianas en cada consultorio para que siempre haya una llena, de modo, que si se requiere en situación de urgencia, el equipo médico pueda acceder al consultorio y hacer uso de ella.

RESULTADOS ESPERADOS
Dotar de dos bombonas de oxígeno tamaño medio a todos los consultorios pertenecientes al C.S. De Báguena en colaboración con los ayuntamientos.

MÉTODO
--Gestión con ayuntamientos para la instalación de dos bombonas de oxígeno por consultorio (escribir carta a ayuntamientos para convocar reunión y dar presupuesto y ver viabilidad)
--Solicitar presupuesto a la empresa de oxígeno.
--Sesiones de formación a los profesionales sobre manejo de la oxigenoterapia y sus accesorios.
--Creación hoja de registro de la sesión clínica de contenido.
--Creación hoja de registro del funcionamiento de la oxigenoterapia de los consultorios de forma bimensual.

INDICADORES
Nº consultorios dotados de oxígeno (al menos una)/ nº consultorios totales
Nº bombonas instaladas/ (nº consultorios x 2) x100 (80-100%)
Nº sesiones formativas anuales.
Nº revisiones anuales en consultorios/ (nº de consultorios x 8) x100 (50-100%)

DURACIÓN
Durante Abril y Mayo realizar las gestiones con los ayuntamientos (enviar carta, reunión con los alcaldes).
Solicitar presupuestos a empresas distribuidoras de oxígeno.
En Junio realizar las sesiones sobre manejo de oxigenoterapia y realizar las hojas de registro de datos.
A partir de septiembre realizar la evaluación con los datos de las hojas de registro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CALVO CONS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO VAL OLGA
PONS TURO PILAR
MARRUEDO MANDEBO ISABEL
SANCHEZ ERCE MARIA
FALOMIR ROS ROSA
CASANOVA CASANOVA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez perfilado el proyecto por parte de la persona responsable, se configuró el equipo de personas que iban a participar en él. Se propuso a todo el personal que realiza atención continuada, tanto enfermería como medicina. Elegidos los 6 profesionales que se presentaron voluntarios, se elaboró una lista de tareas, ligada al cronograma del proyecto, que fueron asignadas a cada profesional según puestos de trabajo y factibilidad.
Paso a detallar las actividades y cronograma:
- Febrero 2017: formación del equipo, enumeración de las actividades necesarias para su desarrollo y asignación de tareas.
- Marzo 2017: diseño de las plantillas (ANEXO I) que serán utilizadas durante la atención continuada del centro (de lunes a viernes 17h00-08h00, sábados, domingos y festivos las 24h) y solicitud de éstas impresas y encoladas para su uso.
Diseño y fabricación de las cajas para el almacenaje de las plantillas utilizadas y su posterior clasificación por meses.
Comunicación a todo el personal del centro del proyecto en una reunión de equipo y envío de mail informativo a todos ellos. En esta fase presentamos el proyecto, justificamos su necesidad en el centro, e indicamos el correcto uso de las plantillas, así como su posterior almacenaje.
- Abril 2017: inicio del proyecto, mediante el aviso a todo el personal que realiza atención continuada mediante correo electrónico. Colocación de las plantillas al lado de todos los teléfonos que permanecen activos en horario de atención continuada.
- Desde el 1 de Abril 2017 hasta el 30 de Septiembre 2017 realizamos, al inicio de cada mes, comprobación de la correcta ubicación del material. A final de mes, recogida de las plantillas utilizadas y depositadas en las cajas de recogida, así como contabilización del número de avisos urgentes telefónicos recibidos en horario de atención continuada, mediante investigación posterior en OMI.
- Octubre 2017: retirada de las plantillas, retirada de la caja de almacenaje e información al personal del centro que realiza atención continuada de la finalización del período de uso de las plantillas.
- Elaboración y diseño de la encuesta de valoración del proyecto (ANEXOII). Estaba previsto facilitar las encuestas durante el mes de Octubre, pero dado que no había ninguna reunión de equipo prevista para este mes tuvimos que posponerlo al primer lunes de Noviembre.
- Noviembre 2017: entrega de las encuestas y recogida de estas tras su cumplimentación de forma anónima por parte del equipo que realiza atención continuada.
- Noviembre y Dicciembre: Elaboración de análisis, conclusiones y memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Basamos el proyecto en la importancia de una correcta toma de todos los datos de filiación y sanitarios del paciente, y poder aunarlos todos en una plantilla que, además, facilite no olvidar ninguno de ellos. También esta plantilla podía ser utilizada en los domicilios para anotar actividades realizadas, constantes, técnicas y/o medicación administrada, que introducimos en OMI al regresar tras el aviso al centro, pero que en ocasiones se pospone en el tiempo al solaparse varios avisos telefónicos urgentes.
Mensualmente se realizó la recogida de las plantillas utilizadas y se cuantificó el número de avisos telefónicos urgentes recibidos durante la atención continuada, pudiendo ahora comprobar que:
- Todos los meses se hizo uso de las plantillas
- Respecto al número de avisos relacionado con el número de plantillas utilizadas, debemos tener en cuenta dos sesgos.
Sesgo número uno: basamos nuestro contaje de avisos telefónicos en los listados revisados en OMI de la agenda del MAC en horario de atención continuada, pero en ocasiones no se clasifica correctamente, pudiendo introducir un aviso telefónico urgente como una urgencia presencial en el centro.
Sesgo número dos: se ha podido hacer uso de la plantilla pero no haberla depositado en la caja de almacenaje al regresar al centro de salud tras atender la urgencia.
Aclarado esto podemos decir que del total de avisos reflejados como telefónicos urgentes, en el 63,05% se utilizó la plantilla de recogida de datos.
Basándonos en el anterior punto podemos decir que del total de plantillas utilizadas el 59,76% fueron usadas correctamente, presentando un 40,23% falta de alguno de los datos de filiación o sanitarios.
Durante el mes de Noviembre se facilitó al personal sanitario que realiza atención continuada la encuesta de valoración del proyecto, para que individualmente y de forma anónima pudiesen evaluarlo. El 90% del personal accedió a realizar la encuesta. De ella, pregunta a pregunta, podemos concluir que:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

- El 85,71% tuvieron siempre acceso a las plantillas y el 14,28% tuvo acceso casi siempre.
- El 71,42 refiere haberlas utilizado siempre, el 21,42 casi siempre y el 7,16 casi nunca.
- Ante un aviso telefónico en atención continuada el 50% cree facilito siempre su trabajo, el 42,85 cree lo facilito casi siempre y el 7,14 cree que casi nunca.
- El 50% cree que siempre les ayudó a solicitar todos los datos de filiación y sanitarios, el 42,85% cree que les ayudo casi siempre y el 7,14 cree que casi nunca les ayudó.
- El 100% cree que deberíamos mantener este sistema de recogida de datos, el motivo es para un 78,57% porque les ayuda en su trabajo y para un 21,43 porque ayuda a personal externo al centro.
- El 100% de los encuestados estaban al corriente del proyecto, habiéndose enterado un 85,72% por una reunión de equipo, un 7,14 por correo electrónico y un 7,14% durante la atención continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto se sustenta sobre algo tan sencillo como la correcta toma de datos en avisos telefónicos urgentes. Sabemos que ante una urgencia, lo importante es estar preparado para poder atenderla en el menor tiempo posible, tener el coche y los maletines con todo el material preparado, contar con un equipo médico y de enfermería capacitados para reaccionar ante esta urgencia y poder atenderla en el menor tiempo posible, pero ¿qué ocurre si el personal de guardia desconoce que el pueblo donde se ha originado la urgencia no tiene las calles nombradas?, ¿si las casas no tienen los números en las puertas? Si en ese momento no tenemos un teléfono de contacto al que llamar, se pierde un tiempo valioso.
Ahora que ya hemos finalizado el proyecto podemos afirmar la sostenibilidad del proyecto, concluir que ha sido favorable desarrollarlo, no ha implicado una pérdida de tiempo durante el horario de atención continuada y, al contrario, se constata mediante las encuestas que ha facilitado el trabajo, en especial al personal no habitual del centro de salud.
Respecto a su replicación, creo que sería interesante poder integrar este sistema de recogida de datos mediante plantillas tanto en el centro de salud de Calamocha como en cualquier otro centro de salud, incluso en aquellos que atienden poblaciones rurales con menor volumen de avisos durante la atención continuada. El único inconveniente que encuentro es el gasto que implicaría facilitar a los centros las libretas de las plantillas.
Finalizar diciendo que este proyecto de calidad ha sido un trabajo en equipo, en el que todos sus miembros han colaborado activamente.
Personalmente, al ser la primera vez que coordino un proyecto de calidad puedo decir que ha sido un reto que ha conllevado una inversión de tiempo y dedicación. Puedo afirmar que ha sido positivo para el centro de salud y, personalmente, ha supuesto un aprendizaje profesional y personal.

7. OBSERVACIONES.
ANEXO I y II

ANEXO I

Plantilla para recogida de datos. El formato se adaptó a tamaño P10.

FECHA DEL AVISO
APELLIDOS Y NOMBRE
TELÉFONO
DESPLAZADO SI/NO
FECHA DE NACIMIENTO
EDAD
URGENCIA
ANOTACIONES

ANEXO II

ENCUESTA VALORACIÓN PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD

Proyecto a valorar: TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFÓNICOS EN ATENCIÓN CONTINUADA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Por favor, dedica unos minutos a responder esta encuesta. La información que nos proporcionarás servirá para valorar el proyecto y su utilidad en el centro de salud.

? El proyecto se inició en Abril 2017 y finalizó en Septiembre, ¿has tenido acceso a las plantillas durante la atención continuada?
- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? ¿Cuánto las has utilizado?
- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? Ante un aviso telefónico en atención continuada, ¿crees ha facilitado tu trabajo?
- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? Ante un aviso telefónico en atención continuada, ¿crees te ha ayudado a solicitar todos los datos de filiación y sanitarios necesarios?
- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? ¿Crees deberíamos mantener este sistema de recogida de datos en el C.S. Calamocha?
- Si, porque me ayuda en el trabajo
- Si, porque ayuda a personal externo
- No, porque no ayuda
- No, porque dificulta mi trabajo

? ¿Cómo supiste de este proyecto?
- Recibí un mail
- En una reunión de equipo
- Durante la atención continuada
- Me informaron al empezar mi contrato en este centro

Si tienes alguna propuesta o comentario sobre este proyecto, por favor, cuéntanoslo:
.....
.....
.....

Muchas gracias a todos por vuestra participación.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/369 ========== ***

Nº de registro: 0369

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Autores:
CALVO CONS ANA, PUEYO VAL OLGA, FALOMIR ROS ROSA, MARRUEDO MANCEBO ISABEL, SANCHEZ ERCE MARIA, PONS TURO PILAR, CASANOVA CASANOVA TERESA, REDOLAR CHASENAS GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias en atención continuada de atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
- No existe un protocolo sobre la toma de datos de filiación y sanitarios en los avisos urgentes durante la atención continuada.
- Falta ocasional de datos en avisos urgentes que dificultan la atención urgente.
- Personal sanitario que no forma parte del equipo habitual del centro y desconocen la importancia de algunos datos de filiación en el medio rural.

RESULTADOS ESPERADOS
La elaboración de una plantilla facilitará la recogida de datos de filiación y sanitarios, evitará olvidar datos importantes y mejorará la rapidez en la atención urgente.

MÉTODO
- Elaboración de una plantilla en formato papel para la toma de datos de filiación y sanitarios. (Ana Calvo Cons, Isabel Marruedo Mancebo)
- Colocación de plantillas al lado de los teléfonos activados para avisos urgentes en atención continuada.(Teresa Casanova)
- Creación de sistema de recogida de plantillas(Rosa Falomir Ros)
- Colocación del sistema de recogida de plantillas(María Sanchez Erce)
- Presentación al equipo del centro de salud (Ana Calvo Cons, Pilar Pons Turó)
- Elaboración de una encuesta de evaluación para el equipo del centro de salud.(Olga Pueyo Val)

INDICADORES
1º Número de plantillas recogidas/número de avisos telefónicos urgentes citados en OMI durante seis meses.
2º Análisis de la encuesta de evaluación que se facilitará a los profesionales que realicen atención continuada.

DURACIÓN
Inicio Febrero 2017: creación de plantilla y del sistema de recogida.
Marzo: Presentación al equipo y colocación de plantillas y del sistema de recogida.
Abril: Inicio del uso de la plantilla
Septiembre: recogida de plantillas
Octubre: Realización de encuestas
Finalización del proyecto Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1184

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S DE CALAMOCHA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA MENDEZ CAÑETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO BLASCO MARIA LUZ
PONS TURO PILAR
FALOMIR ROS ROSA
MARRUEDO MANCEBO ISABEL
SANCHO ALIJARDE SARA
GOMEZ GALVE LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesiones clínicas sbre EPOC .Haciendo referencia a que el tto inhalado es tan eficaz o más que en nebulización.
-Taller práctico sobre uso de inhaladores y cámaras de inhalación
-Se ha adquirido el material necesario: Inhaladores y cámaras de inhalación.
-Se han elaborado las hojas de pacientes atendidos,registrando la patologia y el tto aplicado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-El proyecto no ha cumplido el calendario previsto, porque algunos componentes del equipo han tenido que ausentarse por bajas laborales,traslado etc....
-Así pues no hemos recogido suficientes datos para alcanzar resultados.
-Los estándares marcados ó resultados esperados son:
-conseguir disminuir el número de pacientes tratados con nebulizaciones y aumentar el número de los tratados con inhaladores con cámara en las reagudizaciones de Asma y Epoc

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Aunque no podemos sacar conclusiones prque el proyecto no se ha completado,esperamos llegar a las siguientes conclusiones-recomendaciones.
-El utilizar broncodilatadores inhalados en sustitución de los nebulizados nos ofrece las siguientes ventajas:
1-Ahorro en material,ya que las cámaras se reutilizan y las mascarillas se desechan.
2-Ahorro en tiempo para los usuarios y para los profesionales.
3-Evitar desplazamientos a los pacientes,ya qué una vez aprendida la técnica, el tto se lo aplican ellos mismos en su domicilio.
4-Mejora de los registros en OMI de las reagudizaciones.

7. OBSERVACIONES.
Por todo ello nos gustaria poder continuar con la memoria durante el 2018 para poder valorar la eficacia real del proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1184 ========== ***

Nº de registro: 1184

Título
MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL SALUD DE CALAMOCHA

Autores:
SANCHEZ ERCE MARIA, POLO BLASCO MARIA LUZ, PONS TURO PILAR, PUEYO VAL OLGA, FALOMIR ROS ROSA, MARRUEDO MANCEBO ISABEL, SANCHO ALIJARDE SARA, GOMEZ GALVE LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1184

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S DE CALAMOCHA

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El asma y la EPOC son dos enfermedades crónicas, que dada su complejidad, suponen un gran número de visitas al médico de atención primaria y al servicio de atención continuada, fundamentalmente en los episodios de reagudización. La prevalencia de asma es, aproximadamente un 5% en los adultos y alrededor del 10% en los niños en nuestro medio. La EPOC afecta aproximadamente a un 9.1% de la población adulta. El manejo de ambas enfermedades, implica un correcto conocimiento de la enfermedad, así como de su manejo. Nuestro objetivo es informar a los profesionales implicados en la asistencia sanitaria de estos pacientes, con el objetivo de dotarles de las herramientas apropiadas de abordaje y tratamiento de esta patología, y mejorar el uso de la técnica de inhalación, tanto en nuestras consultas como en el servicio de atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualización teórica de Asma y EPOC
Mejoría de la formación de los sanitarios implicados en el uso y tipos de inhaladores
Optimizar recursos materiales. Ahorro en material desechable (mascarillas de nebulización) y disminución del gasto sanitario.
Disminuir el número de pacientes tratados con nebulizaciones y aumentar el número de pacientes tratados con inhaladores.
Mejorar el registro del tratamiento en OMI-AP.
Disminución de tiempos de asistencia en atención continuada

MÉTODO
Sesiones formativas para profesionales de Asma y EPOC
Taller de educación para la salud comunitaria
Revisión de los pacientes con tratamiento inhalatorio
Actualización y mejora del registro de las reagudizaciones en OMI-AP

INDICADORES
Indicador: conocer la prevalencia y asma y EPOC en nuestra zona, con un mejor registro. Estándar SI/NO
Indicador: conocer incidencia de reagudizaciones de asma y EPOC en nuestra zona. Estándar: SI/NO
Indicador: Porcentaje de personas con diagnóstico de asma o EPOC a la que se le ha realizado educación sanitaria. Estándar: 50%
Indicador: Porcentaje de pacientes con reagudización a la que se la trata con inhaladores. Estándar 50%
Evaluación: mediante la revisión del registro en OMI-AP

DURACIÓN
Inicio: marzo 2017
Marzo, junio, septiembre y diciembre 2017: sesiones formativas a los sanitarios implicados
Septiembre 2017: taller de educación para la salud
Noviembre 2017: Evaluación de los resultados y conclusiones
Diciembre 2017: Finalización

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS TARTAJ TOMAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL
ZABALA GARCIA ANA ISABEL
IBAÑEZ CATALAN JULIA
NUÑEZ PEÑA MARIA PILAR
LOPEZ MARTIN MANUEL
VICENTE SAEZ MARIA JESUS
CALVO HERRERA ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Adaptacion de agendas
Carteles informativos para la población y los profesionales, los carteles de información a los usuarios estan expuestos en zonas visibles del centro y de cada consulta
Hojas de registro de actividad
Aportación de material para analisis

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reestructuración de citaciones desde consulta y /o telefono de admision
liberacion de funciones de un profesional administrativo
promedio de extracciones durante los meses de Octubre, noviembre y Diciembre 2017
promedio extracciones OMI 30 diarias
NO OMI 14 diarias
promedio de Otras Muestras OMI 6 diarias
NO OMI 2 diarias
Dos dias de extracciones semanales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el mes de octubre a diciembre ha mejorado el numero de pacientes citados desde consulta y/o por telefono en admision evitando aglomeraciones para cita en el centro de salud.
La reserva de huecos ha funcionado bien manteniendose mas estable el numero de pacientes por dia.
Se mantienen los dias de los analisis siendo martes para pacientes de Calamocha y miercoles para el resto de poblaciones adscritas a la zona de salud, excepcionalmente y por criterio medico se cita algun paciente en dia de analitica no asignado
Se ha logrado diferenciar entre petición ordinaria y urgente priorizandose el criterio del profesional.

7. OBSERVACIONES.
El numero de peticiones de pruebas para laboratorio sigue siendo alto en relación con la población de la zona de salud.
Duplicidad en peticiones mejorable si todos los analisis se volcaran a OMI y/o se instaurara
un sistema de avisos de analisis recientes realizados a cada paciente.
Mejorar la comunicación con especializada y laboratorio para evitar duplicidades
Adecuación de la sala de extracciones

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1202 ========== ***

Nº de registro: 1202

Título
GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO CS CALAMOCHA

Autores:
TARTAJ TOMAS JOSE LUIS, ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL, IBAÑEZ CATALAN JULIA, VICENTE SAEZ MARIA JESUS, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, ZABALA GARCIA ANA, CALVO HERRERA ENRIQUE, LOPEZ MARTIN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades preventivas y pruebas de diagnostico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Es un servicio básico y esencial en Atención Primaria, tanto en el proceso diagnostico como en la cumplimiento de determinados apartados incluidos en programas recogidos en la cartera de servicios del Salud, no se puede negar que su mala gestión conlleva un consumo excesivo de recursos materiales, económicos y personales que se podrían evitar ajustando algunos parámetros de proceso y procedimiento.
Se detecta duplicidad de peticiones, probablemente por falta de coordinación entre los diferentes servicios (atención primaria y especializada) esto supone la realización de una prueba invasiva con riesgo de complicaciones y molestias innecesarias para el paciente
¿ Se esta pidiendo lo necesario?,
Volcado de datos debería ser automático volcandose desde laboratorio todo tipo de analisis
Necesidad de unificar criterios y formas de petición
Cumplir protocolos de planes personales
Reorganizar el servicio en numero de personas y/o numero de citas

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar duplicidades
Mejorar infraestructura del proceso: citación, extracciones, toma de muestras, transporte.
Sobre toda la población diana
Adecuar numero y pertinencia al protocolo
Unificar peticiones en pacientes pluripatológicos
Volcado automático desde el laboratorio de referencia(modulab) tanto propios como los solicitados a cada paciente desde otras especialidades

MÉTODO
Formación del personal por parte de Salud
recordar periodicidad de protocolos
Recursos : materiales – adecuar sala de extracciones y proporcionar material necesario para realizar la actividad
Educación poblacional dirigida a contener la demanda (no analiticas a la carta)
Dirigir la demanda programando analisis de revisión
Educación recogida correcta de cultivos y otras muestras organicas.

INDICADORES
Nº total de extracciones (abril, mayo, junio) comparados con tercer trimestre
Nº total de extracciones ajustado a protocolos OMI
Nº total de extracciones y otras muestras en población diana
Nº total de extracciones de Atención Primaria
Nº total de extracciones de Especializada
Nº de dias en que el volcado de datos a OMI es adecuado

DURACIÓN
Junio comunicación con laboratorio
revisión de numero de extracciones y quien ha hecho la petición
Plan de formación de pertinencia de peticiones
Campaña de información si procede en relación a citaciones
Desarrollo de julio a diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS TARTAJ TOMAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL
ZABALA GARCIA ANA ISABEL
IBAÑEZ CATALAN JULIA
INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR
LOPEZ MARTIN MANUEL
VICENTE SAEZ MARIA JESUS
CALVO HERRERA ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una adaptación de las agendas
La información a los profesionales del proyecto y de la memoria de seguimiento se comunicó en sendas reuniones de Equipo.
Se colocaron carteles informativos para la población (claros y concisos) insistiendo en la necesidad de citación previa para laboratorio desde la consulta y/o llamando al telefono indicado.
Creación de hojas de registro para la actividad
Aportación de material para análisis

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido consolidar el sistema de citaciones analíticas desde OMI, disminuyendo el trabajo de los auxiliares administrativos en el momento de las extracciones.
Se ha conseguido unificar peticiones de diversos especialistas junto con las peticiones de AP evitando repetición de pruebas y de tecnicas cruentas e invasivas
Se ha mantenido el número de extracciones aproximadamente igual que en 2017(periodo analizado Octubre, Noviembre y Diciembre : extracciones OMI 2017 :30 diarias, NO OMI 14 diarias, Total: 44 diarias, Otras Muestras (orina, heces etc. en petición no conjunta con sangre) promedio diario 6.
Mismo periodo analizado 2018 promedio extracciones diarias OMI 28, No OMI 16, Total 44 diarias, promedio de Otras Muestras 21 diarias, hemos notado un aumento significativo del apartado "otras muestras" que se han disparado, aunque no lo consideramos un item valorable en este periodo de tiempo, debido a la incidencia que ha supuesto el programa de cribado del Cáncer Colorectal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos visto que se puede conseguir un alivio de la carga de trabajo al realizar acciones de una manera coordinada entre los miembros del equipo (médicos, enfermeros, administrativos, etc.)
La población ya tiene clarificados los días de extracciones y el proceso de citaciones .
Al unificar peticiones se ha conseguido disminuir el numero de pruebas invasivas y con la cita previa se ha regularizado el numero de pacientes.
No se ha logrado conseguir que los análisis solicitados desde el ámbito de la especializada (bien desde consultas externas, bien desde urgencias del HOP, bien desde la misma hospitalización) queden reflejados en OMI de una manera intuitiva, para poder evitar duplicidades en la solicitud de las pruebas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1202 ========== ***

Nº de registro: 1202

Título
GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO CS CALAMOCHA

Autores:
TARTAJ TOMAS JOSE LUIS, ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL, IBAÑEZ CATALAN JULIA, VICENTE SAEZ MARIA JESUS, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, ZABALA GARCIA ANA, CALVO HERRERA ENRIQUE, LOPEZ MARTIN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Otro Tipo Patología: Actividades preventivas y pruebas de diagnostico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Es un servicio básico y esencial en Atención Primaria, tanto en el proceso diagnostico como en la cumplimiento de determinados apartados incluidos en programas recogidos en la cartera de servicios del Salud, no se puede negar que su mala gestión conlleva un consumo excesivo de recursos materiales, económicos y personales que se podrian evitar ajustando algunos parámetros de proceso y procedimiento.
Se detecta duplicidad de peticiones, probablemente por falta de coordinación entre los diferentes servicios (atención primaria y especializada) esto supone la realización de una prueba invasiva con riesgo de complicaciones y molestias innecesarias para el paciente
¿ Se esta pidiendo lo necesario?,
Volcado de datos debería ser automático volcandose desde laboratorio todo tipo de analisis
Necesidad de unificar criterios y formas de petición
Cumplir protocolos de planes personales
Reorganizar el servicio en numero de personas y/o numero de citas

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar duplicidades
Mejorar infraestructura del proceso: citación, extracciones, toma de muestras, transporte.
Sobre toda la población diana
Adecuar numero y pertinencia al protocolo
Unificar peticiones en pacientes pluripatológicos
Volcado automático desde el laboratorio de referencia(modulab) tanto propios como los solicitados a cada paciente desde otras especialidades

MÉTODO
Formación del personal por parte de Salud
recordar periodicidad de protocolos
Recursos : materiales – adecuar sala de extracciones y proporcionar material necesario para realizar la actividad
Educación poblacional dirigida a contener la demanda (no analiticas a la carta)
Dirigir la demanda programando analisis de revisión
Educación recogida correcta de cultivos y otras muestras organicas.

INDICADORES
Nº total de extracciones (abril, mayo, junio) comparados con tercer trimestre
Nº total de extracciones ajustado a protocolos OMI
Nº total de extracciones y otras muestras en población diana
Nº total de extracciones de Atención Primaria
Nº total de extracciones de Especializada
Nº de dias en que el volcado de datos a OMI es adecuado

DURACIÓN
Junio comunicación con laboratorio
revisión de numero de extracciones y quien ha hecho la petición
Plan de formación de pertinencia de peticiones
Campaña de información si procede en relación a citaciones
Desarrollo de julio a diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA RUIZ DOMINGO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CATALAN JULIA
MARTIN NAVARRO MARIA JOSE
CORBATON FERRER PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Cursos Masaje Infantil en el postparto: 3 cursos en el CS de Calamocha y 3 en el CS de Monreal, con 6 sesiones cada uno de hora y media de duración.
- CRIET de Calamocha: reunión con profesionales docentes del centro y 7 talleres con el alumnado, de una hora y media cada uno.
- IES Valle del Jiloca de Calamocha: reunión con profesionales docentes del centro, charla con las familias y 15 talleres con el alumnado, de 50 minutos cada uno.
- IES Salvador Victoria de Monreal del Campo: reunión con profesionales docentes del centro, charla con las familias y 8talleres con el alumnado, de 50 minutos cada uno.
La persona responsable de llevar a cabo las intervenciones que componen el programa ha sido la matrona de los CS de Calamocha, Monreal y Báguena, con la colaboración del resto del equipo.
El abordaje metodológico de esta propuesta educativa esta basado en la utilización de metodología activa y participativa y la promoción de aprendizajes significativos. Se han utilizado materiales didácticos, recursos literarios y audiovisuales de diversos autores/as que han sido adaptados a la realidad de la población diana o han servido como base para la elaboración de los materiales propios empleados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados han sido evaluados a través de indicadores de cobertura, observación sistemática de las sesiones, cuestionarios de evaluación final de cada una de las intervenciones, supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.
El programa ha favorecido la reflexión en los diferentes grupos de población sobre temas relacionados con la sexualidad y ha fomentado actitudes de igualdad y respeto en relación a ello. Se han constatado cambios en los conocimientos, actitudes y habilidades que ayudan a una vivencia sana y satisfactoria de la dimensión sexual.
Las intervenciones han facilitado la toma de consciencia con el propio cuerpo en los bebes, a través del masaje infantil y en el alumnado de los centros educativos a partir de las dinámicas individuales y grupales propuestas.
La percepción de las familias atendidas en el postparto es que el programa les ha ayudado en el desarrollo de vínculos afectivos con su bebe y la mayoría de las/os adolescentes considera que estos talleres le van a ayudar en su vivencia de la sexualidad.
Se ha observado una sensibilización de la población adolescente en relación a los riesgos y el uso del preservativo y una sensibilización de las familias en la importancia de realizar educación afectivo-sexual desde el inicio.
Destacar la relación creada entre la población y los profesionales sanitarios, con los beneficios que de ello pueden derivarse.
Los resultados obtenidos en los cuestionarios de valoración final cumplimentados por el alumnado y por las familias muestran valoraciones muy positivas de todas las actividades, en cuanto a temas tratados, materiales, técnicas didácticas y educadora.
Tras la realización de la intervención el equipo directivo y de orientación de cada centro transmitió la satisfacción del personal docente con el programa. Muestra de ello es que se ha programado de nuevo para el curso escolar 17-18.
La persona responsable de llevar a cabo el programa de educación afectivo-sexual lo ha valorado en general de forma muy positiva.
Destacar de todos los talleres realizados en los centros educativos, el interés por el tema y la alta participación en las dinámicas propuestas. En los cursos de postparto resaltar la implicación y participación de las madres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La educación afectivo-sexual es necesaria. Esta necesidad es sentida por profesionales sanitarios, docentes, familias y adolescentes. Desde atención primaria tenemos que dar respuesta a esta necesidad de la población, lo que nos motiva para continuar con nuestro proyecto en el curso escolar 2017-2018. Es necesario corregir las debilidades y limitaciones detectadas en el programa. Por un lado sería interesante modificar la difusión entre las familias para conseguir mayor participación en la charla previa al trabajo con el alumnado.
En relación al curso de masaje infantil en el postparto es necesario realizar acciones que aumenten la implicación del padre en la actividad. Por motivos laborales les es complicado asistir a estos cursos. Quizás a partir de ahora con el permiso por paternidad más prolongado esta situación se resuelva.
En uno de estos cursos se realizó una actividad a la que asistieron las/os hermanas/os mayores de las familias. La satisfacción mostrada por padres y madres y niñas/os nos anima a plantearnos la realización de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

algún taller dónde se les incluya.
Al realizar la evaluación hemos percibido desconocimiento del programa en los equipos de atención primaria, lo que nos hace plantearnos la necesidad de realizar sesiones informativas para que los profesionales conozcan el proyecto. Con todo lo reflejado en la evaluación y en el trascurso de las actividades realizadas se han planteado pequeños cambios en las técnicas educativas utilizadas que se van a incorporar en el nuevo curso escolar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1224 ========== ***

Nº de registro: 1224

Título
PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Autores:
RUIZ DOMINGO ROSA MARIA, IBAÑEZ CATALAN JULIA, MARTIN NAVARRO MARIA JOSE, CORBATON FERRER PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la actualidad, a pesar de los avances alcanzados en materia de salud sexual y reproductiva, puede percibirse cómo hombres y mujeres desconocen aspectos importantes de su cuerpo sexuado, sigue existiendo un número importante de embarazos no deseados y de ITS, la violencia de género está presente en sus distintas formas, y muchas y muchos viven una sexualidad insatisfactoria.
Son necesarias intervenciones que partan de una conceptualización biopsicosocial de la sexualidad y asuman un modelo integral de educación sexual con perspectiva de género.
Intervenciones que con la colaboración y coordinación de todos los implicados, familia, profesionales de la educación, profesionales sanitarios y otros agentes sociales, comiencen desde el principio y se vayan adaptando de forma continuada a las características y necesidades de la persona en cada uno de sus momentos evolutivos. Intervenciones realizadas con las familias tras el nacimiento para facilitar un buen comienzo de la educación afectivo-sexual y el desarrollo de vínculos afectivos adecuados, que les acompañen a lo largo de la infancia en la tarea de educar en materia de sexualidad y que después centradas en las y los adolescentes sigan contribuyendo a una vivencia sana, satisfactoria y responsable de la sexualidad.
A partir de esta necesidad percibida surge este proyecto, que consta de varias intervenciones, todas ellas basadas en la información, la reflexión, las habilidades y las actitudes.
- Curso de Masaje Infantil en el postparto.
- Educación afectivo-sexual en centros educativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Contribuir a que la población y de forma especial las y los adolescentes vivan su sexualidad de forma sana, satisfactoria y responsable.
Colaborar en la erradicación de la violencia de género promoviendo actitudes de respeto e igualdad.
Crear un espacio de encuentro entre los implicados en la educación afectivo-sexual.
Acercar la consulta de la matrona a las familias y a la población adolescente para mejorar la salud sexual y reproductiva.

MÉTODO
Para cumplir con los objetivos planteados se ha desarrollado un programa distribuido en varias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

intervenciones dirigidas a distintos grupos de población y con temáticas y características diferentes:
Curso de masaje infantil en el postparto: consta de seis sesiones de una hora y media de duración, con una periodicidad semanal. Los grupos son cerrados.
Charlas para las familias sobre educación afectivo-sexual.
Reuniones con profesionales docentes.
Talleres con el alumnado de los centros educativos: 6º Primaria, 2º ESO, 3º ESO, 4º ESO

INDICADORES
Indicadores de cobertura.
Cuestionario de evaluación final de cada una de las intervenciones.
Guión para la observación sistemática de las sesiones.
Supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.

DURACIÓN
PROGRAMA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL.: a realizar a lo largo del curso escolar 2016-2017(calendario actividades programadas desde 26/9/16 hasta 25/5/17).
CURSO MASAJE INFANTIL EN EL POSTPARTO: se programaran cursos trimestrales a lo largo del año 2017 (ya se han realizado los cursos del 1º trimestre).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA RUIZ DOMINGO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CATALAN JULIA
MARTIN NAVARRO MARIA JOSE
CORBATON FERRER PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cursos Masaje Infantil: 3 cursos en CS de Calamocha y 3 en CS de Monreal, con 6 sesiones cada uno de hora y media de duración.
CRIET Calamocha: reunión con equipo directivo y 7 talleres con alumnado, de una hora y media cada uno.
CP Ricardo Mallen de Calamocha: reunión con equipo de orientación, taller con las familias y 4 talleres con alumnado, de 90 minutos cada uno.
IES Valle del Jiloca de Calamocha: reunión con equipo de orientación, charla con las familias y 21 talleres con alumnado, de 50 minutos cada uno.
IES Salvador Victoria de Monreal del Campo: reunión con equipo de orientación, y 8 talleres con alumnado, de 50 minutos cada uno.
La persona responsable de llevar a cabo las intervenciones que componen el programa ha sido la matrona de los CS de Calamocha, Monreal y Báguena, con la colaboración del resto del equipo.
El abordaje metodológico se ha basado en una metodología activa y participativa y en la promoción de aprendizajes significativos.
Se han utilizado materiales didácticos, recursos literarios y audiovisuales de diversos autores/as que han sido adaptados a la realidad de la población diana o han servido como base para la elaboración de materiales propios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Han sido evaluados a través de indicadores de cobertura, observación sistemática de las sesiones, cuestionarios de evaluación final de cada una de las intervenciones, observación, supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.
El programa ha favorecido la reflexión en los diferentes grupos de población sobre temas relacionados con la sexualidad. Se han constatado cambios en los conocimientos, actitudes y habilidades que ayudan a una vivencia sana y satisfactoria de la dimensión sexual.
Las intervenciones han facilitado la toma de consciencia con el propio cuerpo en los bebes, a través del masaje infantil y en el alumnado de los centros educativos a partir de las dinámicas individuales y grupales propuestas.
La percepción de las familias atendidas en el postparto es que el programa les ha ayudado en el desarrollo de vínculos afectivos con su bebe y la mayoría de las/os adolescentes considera que estos talleres le van a ayudar en su vivencia de la sexualidad.
Se ha observado una sensibilización de la población adolescente en relación a los riesgos y el uso del preservativo y una sensibilización de las familias en la importancia de realizar educación afectivo-sexual desde el inicio.
Destacar la relación creada entre la población y los profesionales sanitarios, con los beneficios que de ello pueden derivarse.
Los resultados obtenidos en los cuestionarios de valoración final de las actividades cumplimentados por el alumnado y por las familias son muy positivos.
Tras la realización de las actividades el equipo directivo y de orientación de cada centro transmitió la satisfacción del personal docente con el programa y el deseo de continuar con él en el proximo curso escolar.
La persona responsable de llevar a cabo las intervenciones del programa lo ha valorado en general de forma muy positiva.
Destacar de todos los talleres realizados en los centros educativos, el interés por el tema y la alta participación en las dinámicas propuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La educación afectivo sexual es necesaria y debe contar con la implicación y colaboración de las familias, de los profesionales de la educación y de la sanidad, entre otros. Desde los CS de Calamocha, MOnreal y Báguena somos conscientes de esta necesidad y vamos a continuar con esta tarea.
Se intentara como en años anteriores modificar la difusión de la charla informativa con las familias, ya que la escasa participación en alguno de los centros educativos, es una de las debilidades y limitaciones detectadas en el programa.
Debido a los cambios de profesionales en los centros sanitarios, sería interesante realizar sesiones informativas para que los nuevos miembros de los equipos conozcan la actividad.
Como cada año, tras la evaluación de cada una de las sesiones, se plantean pequeños cambios en los materiales educativos y en las dinámicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

7. OBSERVACIONES.
El proyecto se da por finalizado, pero dada la satisfacción mostrada por todos los implicados en el Programa de Educación Afectivo Sexual, las actividades incluidas en él van a continuar.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1224 ========== ***

Nº de registro: 1224

Título
PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Autores:
RUIZ DOMINGO ROSA MARIA, IBAÑEZ CATALAN JULIA, MARTIN NAVARRO MARIA JOSE, CORBATON FERRER PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad, a pesar de los avances alcanzados en materia de salud sexual y reproductiva, puede percibirse cómo hombres y mujeres desconocen aspectos importantes de su cuerpo sexuado, sigue existiendo un número importante de embarazos no deseados y de ITS, la violencia de género está presente en sus distintas formas, y muchas y muchos viven una sexualidad insatisfactoria.
Son necesarias intervenciones que partan de una conceptualización biopsicosocial de la sexualidad y asuman un modelo integral de educación sexual con perspectiva de género.
Intervenciones que con la colaboración y coordinación de todos los implicados, familia, profesionales de la educación, profesionales sanitarios y otros agentes sociales, comiencen desde el principio y se vayan adaptando de forma continuada a las características y necesidades de la persona en cada uno de sus momentos evolutivos. Intervenciones realizadas con las familias tras el nacimiento para facilitar un buen comienzo de la educación afectivo-sexual y el desarrollo de vínculos afectivos adecuados, que les acompañen a lo largo de la infancia en la tarea de educar en materia de sexualidad y que después centradas en las y los adolescentes sigan contribuyendo a una vivencia sana, satisfactoria y responsable de la sexualidad.
A partir de esta necesidad percibida surge este proyecto, que consta de varias intervenciones, todas ellas basadas en la información, la reflexión, las habilidades y las actitudes.
- Curso de Masaje Infantil en el postparto.
- Educación afectivo-sexual en centros educativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Contribuir a que la población y de forma especial las y los adolescentes vivan su sexualidad de forma sana, satisfactoria y responsable.
Colaborar en la erradicación de la violencia de género promoviendo actitudes de respeto e igualdad.
Crear un espacio de encuentro entre los implicados en la educación afectivo-sexual.
Acercar la consulta de la matrona a las familias y a la población adolescente para mejorar la salud sexual y reproductiva.

MÉTODO
Para cumplir con los objetivos planteados se ha desarrollado un programa distribuido en varias intervenciones dirigidas a distintos grupos de población y con temáticas y características diferentes:
Curso de masaje infantil en el postparto: consta de seis sesiones de una hora y media de duración, con una periodicidad semanal. Los grupos son cerrados.
Charlas para las familias sobre educación afectivo-sexual.
Reuniones con profesionales docentes.
Talleres con el alumnado de los centros educativos: 6º Primaria, 2º ESO, 3º ESO, 4º ESO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

INDICADORES
Indicadores de cobertura.
Cuestionario de evaluación final de cada una de las intervenciones.
Guión para la observación sistemática de las sesiones.
Supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.

DURACIÓN
PROGRAMA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL.: a realizar a lo largo del curso escolar 2016-2017(calendario actividades programadas desde 26/9/16 hasta 25/5/17).
CURSO MASAJE INFANTIL EN EL POSTPARTO: se programaran cursos trimestrales a lo largo del año 2017 (ya se han realizado los cursos del 1º trimestre).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GARCES MORERA
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALMAZAN CALVE MARIA CARMEN
BLASCO MAS MIGUEL
LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA
PEREYRA GRUSTAN LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el tiempo de funcionamiento del proyecto se han realizado dos reuniones. La primera para la puesta en marcha y establecimiento de acuerdos y objetivos (03/10/2018). La segunda para valoración, evaluación y elaboración de la memoria de seguimiento (05/02/2019). La coordinación entre los miembros del equipo ha sido fluida, realizándose numerosas comunicaciones telefónicas, presenciales y por correo electrónico para el seguimiento de casos.

En el calendario que marcábamos al diseñar el proyecto nos planteábamos dos reuniones anuales, programando una inicial en mayo de 2018 y una de seguimiento y evaluación en mayo de 2019. Por diversas circunstancias la primera reunión se realizó en octubre de 2018, por lo que en la fecha de elaboración de esta memoria nos encontramos todavía en el quinto mes de desarrollo del proyecto.

Desde las Unidades de Trabajo Social de Atención Primaria participantes se informó sobre la puesta en marcha del proyecto a los/as coordinadores/as de los Centros de Salud con pacientes incluidos como población destinataria, así como en reuniones de equipo de cada Centro de Salud y con los profesionales encargados de Calidad. Se informó también en las reuniones de los respectivos Consejos de Salud.

Desde Salud Mental se informó a los profesionales de las Unidades de Salud Mental no incluidos en el equipo de trabajo para que fuesen conocedores y para solicitar su colaboración.

Se han realizado 7 derivaciones de pacientes por parte de las Unidades de Salud Mental, 6 entrevistas y 2 visitas domiciliarias. En uno de los casos se han realizado gestiones pero por las características del caso se ha aplazado la entrevista tras coordinación/valoración con la Trabajadora Social de referencia del Servicio Social Comarcal.

Se ha elaborado documentación propia del proyecto :
- Hoja de detección de necesidades y derivación de casos.
Creada en septiembre de 2018 y revisada y modificada en febrero de 2019.
- Procedimiento de derivación de casos.
Creado en septiembre de 2018 y revisado y modificado en febrero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluación. Cumplimiento de objetivos:
1- Establecer un procedimiento de derivación de pacientes atendidos por Salud Mental que posibilite el estudio de sus necesidades sociales. Alcanzado
2- Garantizar el acceso a información social, laboral y de acceso a recursos y potenciar la participación e integración social. Alcanzado parcialmente. En desarrollo.

Actividades:
1- Crear flujograma de procedimiento y documento "Hoja de detección de necesidades y derivación de casos" Realizado.
2-Una reunión al inicio del Proyecto. Realizada: 03/10/2018
3-Una reunión al año de funcionamiento. Evaluación y aspectos a mejorar. La reunión de evaluación se llevó a cabo en fecha 05/02/2018, con motivo de la elaboración de la memoria de seguimiento.
4. Realización desde Unidad de TS una primera entrevista y en su caso entrevistas de seguimiento individual y/o familiar, incluyendo mínimo una visita domiciliaria. Realizado.

Estudio de datos cuantitativos:

Número de pacientes derivados USM 5
Número de pacientes atendidos en Unidad de Trabajo Social (de los derivados) 5

Número de pacientes derivados USMIJ. 0
Número de pacientes atendidos en Unidad de Trabajo Social (de los derivados)

Número de pacientes derivados UCE 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

Número de pacientes atendidos en Unidad de Trabajo Social (de los derivados) 2

Número de visitas domiciliarias realizadas. 2 (En algunos de los casos se ha valorado más oportuno no realizar una visita domiciliaria inicial y plantearla en su caso más adelante como visita de seguimiento.)

Número de entrevistas realizadas 6

Número de derivaciones realizadas a otros recursos (laborales, educativos, de ocio y tiempo libre...etc) 3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Observamos que, dado que la reunión de puesta en marcha del proyecto (tras la etapa previa de acuerdos, elaboración del procedimiento y hoja de derivación) se realizó en octubre de 2018, todavía llevamos poco tiempo de desarrollo (cinco meses). Se considera necesario y adecuado darle continuidad durante el 2019, a fin de desarrollarlo en su totalidad, modificar aspectos en los que detectamos necesidad de mejora...etc.

- Aspectos que valoramos positivamente:
Alta motivación e implicación del equipo de trabajo. Participación activa por parte de todos los miembros. Intercambio fluido de comunicación.

- Aspectos a mejorar (según los acuerdos establecidos por el Equipo de Trabajo en la reunión de evaluación 05/02/2019)

Derivaciones
Consideramos adecuado ampliar la direccionalidad del proyecto, de forma que se puedan derivar casos tanto de las Unidades de Salud Mental a las Unidades de Trabajo Social como a la inversa. Se modifica por tanto la documentación del proyecto.

Documentación
Se han detectado aspectos a mejorar en la "Hoja de derivación" y se ha considerado necesario modificarla y añadir la posibilidad de derivación inversa, desde las Unidades de T Social a las Unidades de Salud Mental.
Se modifica también el procedimiento, añadiendo los pasos a dar para derivar desde las Unidades de Trabajo Social.

Comunicaciones / Informática
Consideramos adecuado crear un grupo de WhatsApp entre las personas que formamos el equipo de mejora. para facilitar la coordinación. (Creado: 05/02/19)
Se acuerda crear grupo de Google Drive para compartir archivos (para la documentación sin datos personales de pacientes) y elaboración y revisión conjunta de de documentos propios del proyecto. (Creado 12/02/2019.)

Observamos que mejorar los conocimientos informáticos de los profesionales facilitaría el intercambio de archivos con datos protegidos. Para el envío de la "Hoja de derivación", con datos de pacientes, se acordó proteger el documento enviándolo con contraseña, lo que inicialmente supuso algunas dificultades para las que tuvimos que solicitar asistencia al equipo de informáticos (desconocimiento del manejo, no todas las unidades de trabajo tienen el mismo programa de compresión de archivos...etc)

Intercambio de información
Está previsto que en 2019 se implemente aplicación informática con Historia Clínica Electrónica y posibilidad de Interconsultas con Psiquiatría. Este sistema supondría una mejora en el intercambio de información y en el acceso a la misma. Hasta que no se ponga en funcionamiento continuamos con intercambio de información vía correo electrónico. Observamos que resulta más útil el intercambio de información escrita que en conversaciones telefónicas, ya que queda toda la información registrada y se convierte en una ocasión para reflexionar más a fondo sobre el caso por parte de todos los profesionales implicados.

Gestión de tiempos
Observamos que por falta de tiempo en alguna ocasión se han abordado los casos en un plazo más largo o con menos intensidad de seguimiento que la que consideraríamos idónea (Trabajadoras Sociales).

Reuniones
Realizar un acta resumen de las reuniones posibilitaría tener la información más organizada, principalmente de los acuerdos que se establezcan, así como de propuestas y sugerencias.

7. OBSERVACIONES.
De la implementación del programa valoramos la necesidad de darle continuidad, trabajando de forma multidisciplinar y en colaboración estrecha, con la finalidad de realizar un enfoque integrado del paciente usuario de recursos de Salud Mental y Trabajo Social.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/253 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

Nº de registro: 0253

Título
PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM / USMIJ / UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL AT. PRIMARIA SECTOR TERUEL

Autores:
GARCES MORERA CARMEN, LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA, BLASCO MAS MIGUEL, PEREYRA GRUSTAN LORENA, ALMAZAN CALVE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde las Unidades de Trabajo Social de At Primaria y desde la Unidad de Salud Mental del sector Teruel observamos la necesidad de establecer un procedimiento formal de coordinación y derivación de casos de pacientes atendidos en Salud Mental que posibilite una mejora en la detección y atención de las necesidades sociales que esta población presenta. Observamos que son pacientes que por sus propias patologías tienen limitado su acceso a información, recursos y participación social, lo que aumenta el riesgo de exclusión social.
Consideramos que establecer cauces formales de coordinación supondrá una mejora en la detección de necesidades y en la atención a las mismas respecto a la coordinación informal que ya se está realizando, máxime cuando la dotación de Trabajadoras Sociales en nuestro sector, tanto en Atención Primaria como en Salud Mental, es claramente insuficiente.

Debido a las características específicas de las personas con problemas de salud mental se requiere un abordaje multidisciplinar, con el objetivo de mejorar la calidad de las actuaciones.

Pacientes que presenten déficits relativos a :

- autonomía personal y autocuidado
- adecuada adherencia al seguimiento en Salud Mental y/o al tratamiento farmacológico
- falta de habilidades sociales
- problemática familiar / entorno comunitario
- formación, empleo

RESULTADOS ESPERADOS
• Establecer un procedimiento de derivación de pacientes atendidos por Salud Mental que posibilite el estudio de sus necesidades sociales.

• Garantizar el acceso a información social, laboral y de acceso a recursos y potenciar la participación e integración social.

Dado que todos los Centros de Salud del Sector Teruel no cuentan con Unidad de Trabajo Social, en este proyecto se incluyen exclusivamente pacientes de los siguientes Centros de Salud: Calamocha, Monreal del Campo, Teruel Centro, Teruel Ensanche y Utrillas.

MÉTODO
• Crear flujograma de procedimiento y documento Hoja de Detección de Necesidades Sociales y Derivación de Casos.
• Una reunión al inicio del Proyecto (USM/ USMIJ/ UCE/ TS HOP/ TSs At Primaria)
• Una reunión al año de funcionamiento. Evaluación y detección de aspectos a mejorar.
• Realización desde Unidad de TS de una 1ª entrevista y en su caso entrevistas de seguimiento individual y/ o familiar, incluyendo mínimo una visita domiciliaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

INDICADORES
Estudio de datos cuantitativos:
Número de pacientes derivados USM. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).
Número de pacientes derivados USMIJ. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).
Número de pacientes derivados UCE. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).
Número de visitas domiciliarias realizadas.
Número de entrevistas realizadas.
Número de derivaciones realizadas a otros recursos (laborales, educativos, de ocio y tiempo libre... etc.)

DURACIÓN
Elaboración de Flujograma de procedimiento y Hoja de Detección de Necesidades y Derivación de Casos: Abril 2018
Primera reunión de coordinación: Mayo 2018.
Reunión de seguimiento anual. Evaluación. Mayo 2019. *

*Se podrá realizar reunión de revisión a los seis meses si se considera necesario (octubre 2018).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA TRILLO CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TUNDIDOR SARASA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CAPTACION PACIENTES: publicación de la actividad a nivel comunitario mediante carteles en consultas y pasillos de centro de salud, indicando fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. Método de captación activamente en consultas a través de medicina y/o enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realiza sesión presencial de hora y media con exposición breve de 35 min y posteriormente puesta en común, diálogo asertivo entre participantes y resolución de dudas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como fortalezas: valoración muy positiva a nivel comunitario de la actividad y gran interés poblacional.
Limitaciones: bajo nivel de participación por inefectiva difusión. A mejorar este aspecto en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/304 ========== ***

Nº de registro: 0304

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Autores:
TRILLO CALVO EVA, TUNDIDOR SARASA NURIA, CASANOVA CASANOVA TERESA, AISA PASCUAL ANTONIO, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, GOMEZ GALVE LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar autocuidado y educación poblacional
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente se está impulsando la realización de actividades para la Comunidad dada su importancia y evidencia en la mejoría de la Salud poblacional.
En el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Calamocha no existe una cultura arraigada de realizar este tipo de actividades, orientadas a promocionar la salud de nuestros pacientes, intentando hacerles partícipes en su proceso de enfermedad.
Pensamos que las características de la Zona Básica de Salud (ZBS) de ámbito rural y la dispersión geográfica hacen que se tienda a realizar actividades educativas principalmente de tipo individual.
Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como empoderar a nuestros pacientes diabéticos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de enfermedad en nuestra población diabética tipo 2
- Mejorar el nivel de salud en los pacientes diabéticos tipo 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

MÉTODO
Captación:
Se realizará mediante captación activa desde las consultas de los profesionales integrados en el grupo de mejora y a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contendrán información básica con fechas de realización, contenido del taller y forma de inscripción.

Sesiones Programadas
Se van a programar dos sesiones consecutivas de 30 minutos de exposición teórica y otros 30 minutos de diálogo, impulsando una comunicación activa entre pacientes y formadores. Se realizarán semanalmente en horario de 10-11.30h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartidas cada una de ellas por dos miembros del equipo de mejora. Buscaremos un aforo óptimo de 12-15 pacientes para hacer una formación más personalizada. Se hará uso de material audiovisual realizado por el equipo.

INDICADORES
Con la intención de conocer la educación en diabetes de nuestra población y comprobar la efectividad de nuestro proyecto, pasaremos unas breves peguntas ANTES y DESPÚES de finalizar la actividad. De esta manera podremos saber el punto de partida de nuestros pacientes, como hemos ayudado a mejorar el conocimiento sobre su enfermedad, conocer su grado de satisfacción y detectar posibles líneas de mejora. Además incluiremos un apartado libre de escritura para que los asistentes sugieran líneas de interés para ellos.

DURACIÓN
El organigrama prefijado será:

1ª Sesión: Parte médica. Concepto básicos.
Ponentes: Eva Trillo Calvo, Nuria Tundidor Sarasa, Antonio Aisa y Teresa Casanova
Temática:
¿Qué es la DM y cómo se produce?
¿Cómo se diagnostica? ¿síntomas?
¿Cuántos tipos de DM hay? ¿Cuál es la más frecuente?
Tratamiento farmacológico y hábitos saludables
Hipoglucemias: Qué son y cómo actuar.
Hiperglucemias: Qué son y cómo actuar.

2ª Sesión: Parte de Enfermería ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes?
Ponentes: Manuel López Martín, Pilar Inúñez y Lucia Gómez
Temática:
Cuidarse es…
Dieta equilibrada
Beneficio de la actividad física
Cuidados e higiene del pie diabético
Retinopatía diabética
Consejos para viajar con diabetes.
Cómo reaccionan las personas ante la enfermedad.

Fecha prevista de comienzo: A realizar la primera quincena de Junio de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA TRILLO CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TUNDIDOR SARASA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Captación:
Se realizó fundamentalmente a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contenían información básica como fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. También se utilizó la captación activa de pacientes cuando acudían por otros motivos a consultas médicas o de enfermería, ya fuera a demanda o programada.
Sesiones realizadas:
Se programó una sesión en horario de 13.30-15 h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartidas por los dos miembros del equipo, una primera parte teórica (unos 40-45 minutos), ayudado de material audiovisual realizado por el responsable del proyecto y una segunda fase en forma de diálogo abierto entre todos los asistentes (otros 45 minutos).
Los contenidos y número de asistentes fueron:
Ponentes: Eva Trillo Calvo y Nuria Tundidor Sarasa
Número de asistentes: 6.
Temática: introducción, concepto de diabetes, como se diagnostica, lineas de tratamiento, actividades preventivas, principales complicaciones, dieta y ejercicio, hipoglucemia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Valoración de las sesiones
Al finalizar la sesión se pasó una encuesta elaborada ad hoc para este proyecto a todos los asistentes para que valoraran la actividad. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)
- La duración de la actividad formativa ha sido: 4,57
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas: 4,28
- La actividad me va a ser muy útil en mi trabajo diario: 4,00
- El material utilizado en el curso ha sido adecuado: 4,85
- Valoración del formador: 5,00
- En general, el curso me ha parecido: 5,00

Los participantes en las sesiones mostraron personalmente su satisfacción con las sesiones realizadas y expresaron el deseo de que se organizasen más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres formativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los participantes en el proyecto valoran la actividad realizada como muy positiva.
Se ha observado que existe gran interés por parte de la comunidad en participar en talleres formativos sobre temas de salud, habiendo una preocupación de los usuarios sobre su estado de salud, determinadas patologías crónicas como la diabetes, enfermedad pulmonar crónica, hipertensión arterial, etc. y su manejo, abriendo la posibilidad de crear nuevas actividades de este tipo en tiempos futuros (actividades de promoción para la salud y prevención de la enfermedad).
Como coordinadora del proyecto considero que el tiempo empleado en la preparación de las sesiones, así como los materiales y medios empleados no han sido excesivos y dado que ya dispongo de un boceto preparado, podemos utilizarlo en la elaboración de nuevos talleres dedicados a nuevos pacientes.
Como elemento negativo, somos críticos con el escaso número de participantes conseguidos (se tenía previsto alcanzar un número de participantes por sesión de 15 – 20 personas y se alcanzó un máximo de 6 personas en la sesión). El motivo de esta baja participación consideramos que es por la baja e inefectiva difusión del taller, no siendo suficiente los carteles dispuestos en el Centro de Salud, sino que debemos buscar más activamente a posibles participantes, motivando a la población, dando más información en las consultas, utilizando redes sociales y recordando individualmente en las fechas previas a su realización (vía telefónicamente por ejemplo) para que recuerden la cita.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/304 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Nº de registro: 0304

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Autores:
TRILLO CALVO EVA, TUNDIDOR SARASA NURIA, CASANOVA CASANOVA TERESA, AISA PASCUAL ANTONIO, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, GOMEZ GALVE LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar autocuidado y educación poblacional
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente se está impulsando la realización de actividades para la Comunidad dada su importancia y evidencia en la mejoría de la Salud poblacional.
En el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Calamocha no existe una cultura arraigada de realizar este tipo de actividades, orientadas a promocionar la salud de nuestros pacientes, intentando hacerles partícipes en su proceso de enfermedad.
Pensamos que las características de la Zona Básica de Salud (ZBS) de ámbito rural y la dispersión geográfica hacen que se tienda a realizar actividades educativas principalmente de tipo individual.
Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como empoderar a nuestros pacientes diabéticos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de enfermedad en nuestra población diabética tipo 2
- Mejorar el nivel de salud en los pacientes diabéticos tipo 2

MÉTODO
Captación:
Se realizará mediante captación activa desde las consultas de los profesionales integrados en el grupo de mejora y a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contendrán información básica con fechas de realización, contenido del taller y forma de inscripción.

Sesiones Programadas
Se van a programar dos sesiones consecutivas de 30 minutos de exposición teórica y otros 30 minutos de diálogo, impulsando una comunicación activa entre pacientes y formadores. Se realizarán semanalmente en horario de 10-11.30h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartidas cada una de ellas por dos miembros del equipo de mejora. Buscaremos un aforo óptimo de 12-15 pacientes para hacer una formación más personalizada. Se hará uso de material audiovisual realizado por el equipo.

INDICADORES
Con la intención de conocer la educación en diabetes de nuestra población y comprobar la efectividad de nuestro proyecto, pasaremos unas breves peguntas ANTES y DESPÚES de finalizar la actividad. De esta manera podremos saber el punto de partida de nuestros pacientes, como hemos ayudado a mejorar el conocimiento sobre su enfermedad, conocer su grado de satisfacción y detectar posibles líneas de mejora. Además incluiremos un apartado libre de escritura para que los asistentes sugieran líneas de interés para ellos.

DURACIÓN
El organigrama prefijado será:

1ª Sesión: Parte médica. Concepto básicos.
Ponentes: Eva Trillo Calvo, Nuria Tundidor Sarasa, Antonio Aisa y Teresa Casanova
Temática:
¿Qué es la DM y cómo se produce?
¿Cómo se diagnostica? ¿síntomas?
¿Cuántos tipos de DM hay? ¿Cuál es la más frecuente?
Tratamiento farmacológico y hábitos saludables

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Hipoglucemias: Qué son y cómo actuar.
Hiperglucemias: Qué son y cómo actuar.

2ª Sesión: Parte de Enfermería ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes?
Ponentes: Manuel López Martín, Pilar Inúñez y Lucia Gómez
Temática:
Cuidarse es…
Dieta equilibrada
Beneficio de la actividad física
Cuidados e higiene del pie diabético
Retinopatía diabética
Consejos para viajar con diabetes.
Cómo reaccionan las personas ante la enfermedad.

Fecha prevista de comienzo: A realizar la primera quincena de Junio de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0306

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA TUNDIDOR SARASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRILLO CALVO EVA
POLO BLASCO MARIA LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Captación: Se realizó a través de cartelería informando de la charla a realizar y horario y lugar de realización. Se distribuyeron por el centro de salud y consultorios y en otras dependencias como hogar del jubilado y ayuntamiento.
Sesiones realizadas: Charla abierta a dialogo con los asistentes en todo momento, sobre hábitos cardiosaludables, incidiendo sobre todo en dieta y tabaco y muy especialmente en el ejercicio, ayudada por material audiovisual realizado por la responsable del proyecto.
Previo a la sesión se realiza entrevista realizada a Calamocha TV indicando la necesidad de realizar este tipo de hábitos cardiosaludables y las consecuencias de no llevarlos a cabo, así como la intención de realizar un grupo para caminatas.
Ponentes: Nuria Tundidor Sarasa y M Luz Polo Blasco
Nº de asistentes: 5

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A la finalización de la sesión se les informa de la intención de realizar un grupo para realizar caminatas, intentando incentivar la forma de realizarla de una forma amena. De momento no quieren realizarlo.
Se les pasa una encuesta de valoración con una escala de 1 a 10, aportando una media de las siguientes preguntas:
-La duracion de la actividad formativa ha sido: 9
-La actividad formativa ha cubierto mis expectativas : 8.8
-La actividad va a ser util en mi vida diaria: 9
-El material utilizado en el curso ha sido adecuado: 8.6
-Valoración de los formadores: 9.6
- En general el curso me ha parecido: 9.2
También se incluyó un apartado de sugerencias en el que no han apuntado nada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la poca participación por parte de la población, es dificil la realización de un grupo para caminar, aunque espero que la difusión de la entrevista por Calamocha TV, que puede que llegue a más gente provoque, quizá, la realización de dicho grupo.
Quizá este tipo de sesiones sea más efectivo realizandolas en ambitos más especificos como Asociación de amas de casa, instituto... que a nivel de población general.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/306 ========== ***

Nº de registro: 0306

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Autores:
TUNDIDOR SARASA NURIA, TRILLO CALVO EVA, AISA PASCUAL ANTONIO, BAQUERIZO GRACIA ISABEL, LOPEZ MARTIN MANUEL, POLO BLASCO MARIA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0306

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente se está impulsando la realización de actividades para la Comunidad dada su importancia y evidencia en la mejoría de la Salud poblacional.
En el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Calamocha no existe una cultura arraigada de realizar este tipo de actividades, orientadas a promocionar la salud de nuestros pacientes, intentando hacerles partícipes en su proceso de enfermedad.
Pensamos que las características de la Zona Básica de Salud (ZBS) de ámbito rural y la dispersión geográfica hacen que se tienda a realizar actividades educativas principalmente de tipo individual.
Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como empoderar a nuestros pacientes y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de hábitos cardiosaludables
- Mejorar el nivel de salud en los pacientes mediante prevención primaria.

MÉTODO
Captación:
Se realizará mediante captación activa desde las consultas de los profesionales integrados en el grupo de mejora y a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contendrán información básica con fechas de realización, contenido del taller y forma de inscripción.

Sesiones Programadas
Se van a programar una sesión presencial teórica de 30 minutos de exposición teórica y otros 30 minutos de diálogo, impulsando una comunicación activa entre pacientes y formadores. Se realizará en horario de 10-11.30h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartida por varios miembros del equipo de mejora. Buscaremos un aforo óptimo de 12-15 pacientes para hacer una formación más personalizada. Se hará uso de material audiovisual realizado por el equipo.
Posteriormente impulsaremos un grupo de "caminatas cardiosaludables" con el fin de empoderar a nuestros pacientes para consolidar este tipo de actividades en la Comunidad.

INDICADORES
Con la intención de valorar los conocimientos de nuestra población sobre hábitos saludables y comprobar la efectividad de nuestro proyecto, pasaremos unas breves peguntas ANTES y DESPÚES de finalizar la actividad. De esta manera podremos saber el punto de partida de nuestros pacientes, como hemos ayudado a mejorar el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular, conocer su grado de satisfacción y detectar posibles temas de abordaje en un futuro. Además incluiremos un apartado libre de escritura para que los asistentes sugieran líneas de interés para ellos.

DURACIÓN
El organigrama prefijado será:
Sesión: Informando y motivando a nuestros pacientes.
Ponentes: Nuria Tundidor Sarasa, Isabel Baqueizo y Manuel López Martín.
Temática:
¿Qué entendemos por Salud?
¿Cómo podemos fomentar nuestra salud y prevenir enfermedades futuras?
Principales factores de riesgo modificables: obesidad, tabaco y sedentarismo.
Motivación para el cambio de hábitos
Mapa de activos
Paciente activo: empoderar y activar a nuestros pacientes

Segunda fase:
Responsables: todos los miembros del grupo de mejora.
Caminata cardiosaludable de 9.30-10.30h, 2 veces a la semana.
Terminaremos con un almuerzo cardiosaludable para aprender la base de un buena dieta mediterránea y mejoras hábitos alimenticios.
De esta manera prentendemos incidir en los principales factores de riesgo modificables: sedentarismo, dieta y obesidad.
Fecha prevista de inicio: mes de Junio de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0306

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD: FOMENTANDO HABITOS SALUDABLES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0540

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL ZABALA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALAMOCHA
· Localidad ..... CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACHA DOMINGUEZ JESUS
CALVO HERRERA ENRIQUE
FALOMIR ROS ROSA
GARCES MORERA CARMEN
GOMEZ GALVEZ LUCIA
IBAÑEZ CATALAN JULIA
PONS TURO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para el desarrollo del proyecto y a lo largo del año de duración del mismo se han realizado cuatro reuniones principales con el Equipo de Trabajo: dos iniciales para el diseño y presentación de la solicitud del Proyecto (28 de marzo de 2018 y 4 de abril de 2018), una tercera para concretar cómo hacer el tríptico y qué información queríamos incluir (31 de mayo de 2018) y una cuarta para la revisión final del tríptico (30 de enero de 2019). Aparte de estas reuniones con todo el Equipo de Trabajo también se han realizado otras durante este año para revisión de textos y elaboración de memoria final.

En los dos Consejos de Salud convocados durante el tiempo de duración del Proyecto (05/06/18 y 29/11/18) se informó tanto de la presentación del Proyecto como de la elaboración de un triptico informativo, quedando pendiente en el siguiente Consejo de Salud que se convoque informar sobre la finalización del Proyecto y presentar el tríptico a los miembros del Consejo.
En el Consejo de Salud celebrado en junio de 2018, el alcalde de Calamocha informó de la posiblidad de incluir esta información del Centro de Salud que queríamos transmitir a los/as usuarios/as en la aplicación móvil "Mi municipio al día", utilizada por el Ayuntamiento de la localidad para la difusión de información. Actualmente en la citada aplicación (app) hay un apartado reservado a datos e información del C.E.I.P. Ricardo Mallén (colegio público de Educación Infantil y Primaria) y se nos propuso la posiblidad de incluir también un apartado de información del Centro de Salud. (Actualmente está pendiente de inclusión).

ELABORACIÓN DE MATERIAL: TRÍPTICO INFORMATIVO

Para el desarrollo del presente proyecto, con el objetivo de mejorar el uso de los servicios del Centro de Salud de Calamocha por parte de los usuarios/as, nos planteamos el diseño, edición y difusión de un tríptico informativo para proporcionar la información que queríamos hacer llegar a la población destinataria. Entre los objetivos planteados estaban,entre otros: dar publicidad de horarios y servicios, fomentar un uso responsable de los Servicios de Atención Continuada, potenciar la función del médico de Atención Primaria.

Se diseñó un folleto tipo tríptico en el que incluímos la siguiente información:

Resumen del tríptico.

ANVERSO -

Parte 1
Información sobre uso responsable de los servicios de urgencias. Explicación del concepto "atención urgente". Información extraída de la página "Salud Informa". Imagen de libre uso.

Parte 2
"Información para recordar". Listado de ocho puntos en los que se recuerdan aspectos como: la importancia del autocuidado, sistema de cita previa, horarios de urgencias, avisos a domicilio, traslados sanitarios...etc. Invitación a la participación y aportación de ideas a través del "Buzón de Sugerencias".

Parte 3
Identificación del Centro de Salud (dirección, localidad,teléfono, sector), fotografía del C Salud (realizada y editada por uno de los miembros del equipo), logos de Servicio de Aragonés de Salud y del Gobierno de Aragón.

REVERSO-

Parte 1
Información: teléfonos de emergencias sanitarias, urgencias C.Salud, horarios y cita previa.
Información sobre profesionales, número de consultorios locales, unidades de apoyo y atención continuada.

Parte 2
Dirección y teléfonos de los siguientes servicios especializados: Unidad de Salud Mental, Odontología. Hospitales de referencia. Imagen de libre uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0540

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Parte 3
Listado de los 22 Consultorios Locales. Imagen de libre uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el momento de redacción de la presente memoria el folleto está finalizado y pendiente de impresión. Estamos pendientes de la posiblidad de imprimir en color y con papel específico. Si no fuese posible se imprimiría en tinta negra y con folios de color claro para conseguir una mejor estética que con folio reciclado o blanco.

Tareas pendientes:

1-Impresión y difusión del tríptico.
2-Realizar una encuesta de satisfacción (con muestra de población) una vez haya pasado un mes desde la difusión del tríptico en el Centro de Salud y en los Consultorios Locales. Se informará a Dirección-Gerencia del Sector Teruel de los resultados de la citada encuesta.
Tipo de encuesta: Valoración 5 preguntas. Anónima. Incluirá datos de: edad, sexo.

Objetivos alcanzados:

Si bien el objetivo del Proyecto: " Dar publicidad de horarios y servicios" quedaría conseguido en cuanto se inicie la difusión del folleto, hemos observado que algunos de los objetivos (como "evitar consumo innecesario de recursos en derivaciones a especializada y transporte sanitario) resultan muy difíciles de alcanzar únicamente mediante la difusión de información.

Otro de los errores que hemos detectado en esta etapa final es que los indicadores y evaluación que incluímos ("coeficiente de consultas con cita previa/consultas locales, indice de frecuentación e indice de asistencias en atención continuada y asistencia por su médico de atención primaria"), exceptuando la encuesta de satisfacción a los/as usuarios/as, son difícilmente medibles y analizables y no se corresponden con la acción de difusión de información, de forma que aún consiguiendo disponer de los datos no podríamos establecer una relación directa con la difusión de información realizada, ya que tanto el índice de frecuentación como el índice de asistencias en Atención Continuada no permitirían extraer conclusiones porque no reflejarían los efectos reales de la difusión de la información, que dependen también de otros factores (ej: los cupos de los Consultorios Locales y en general del C Salud de Calamocha se incrementan de forma considerable en los meses de verano con motivo de desplazamientos temporales desde las actuales localidades de residencia de los pacientes a las localidades de origen).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una de las conclusiones a las que llegamos tras la elaboración del Proyecto es que es necesario concretar muy bien los distintos apartados de los proyectos, tal y como se nos indicó en la Sesión Formativa sobre Proyectos de Mejora Comunitaria realizada en Teruel en fecha 06/06/18, donde algunas personas de este Equipo de Mejora estuvimos trabajando los distintos apartados de los proyectos presentados y nos dimos cuenta de la necesidad de definir muy bien los proyectos, especialmente los objetivos e indicadores de evaluación.

Tras la asistencia a la citada sesión y en el momento de elaborar esta memoria final observamos que necesitamos más formación para mejorar la elaboración y puesta en marcha de proyectos. En la sesión formativa se realizó una parte práctica en la que estudiamos y trabajamos los Proyectos de Mejora que habíamos presentado y pudimos apreciar errores importantes que iban a dificultar posteriormente el desarrollo y evaluación.
Observamos, de cara a futuras presentaciones y diseño de proyectos que resulta imprescindible fijar objetivos alcanzables y no excesivamente ambiciosos, así como indicadores muy concretos y medibles que nos sirvan para comparar datos, medir resultados, analizar y extraer conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/540 ========== ***

Nº de registro: 0540

Título
RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Autores:
ZABALA GARCIA ANA ISABEL, ACHA DOMINGUEZ JESUS, CALVO HERRERA ENRIQUE, FALOMIR ROS ROSA, GARCES MORERA CARMEN, GOMEZ GALVE LUCIA, IBAÑEZ CATALAN JULIA, PONS TURO PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0540

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGIAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se ha observado un mal uso de los usuarios del Centro de Salud, probablemente por falta de conocimiento o desinterés, situación que vamos a tratar de corregir o mejorar con la elaboración de la guía propuesta, programación de consultas de cita previa y uso racional de Servicio de Urgencias/Atención Continuada.
Nos apoyamos en la normativa vigente:
-Decreto59/1997 de Reglamento de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Art.23. Asistencia y programación de consultas.
Art.24. Unificación de criterios.
Art.33. Participación comunitaria.
Art.34. Iniciativas del equipo.
Art.43. Publicación de horarios y servicios.
-Ley de Salud de Aragón 6/2002 de 15 de Abril.
Titulo II Art.5. Deberes.
-Estrategia de Atención Comunitaria, iniciativa del Departamento de Sanidad orientada a promover la salud y el bienestar de las personas en Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
-Dar publicidad de horarios y servicios.
-Mejorar la gestión de la demanda tendiendo a la cita programada.
-Fomentar un uso responsable de los servicios de Atención Continuada.
-Mejorar la equidad en el acceso, dando prioridad a la cita previa ante los no citados.
-Evitar consumo innecesario de recursos en derivaciones a especializada y transporte sanitario.
-Potenciar la función del médico de Atención Primaria.
-Fomentar la participación del paciente en la gestión del sistema sanitario.
-Mejorar la satisfacción del paciente.

MÉTODO
-Elaboración de guía de bolsillo y cartelería.
-Difusión a través del Consejo de Salud.
-Recomendaciones a la población. Educación sanitaria.

INDICADORES
-Coeficiente consultas con cita previa/consultas totales.
-Indice de frecuentación.
-Encuesta de satisfacción.
-Índice asistencias en Atención Continuada/Asistencia por su médico de Atención Primaria.

DURACIÓN
-Un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0040

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AINARA ALONSO VALBUENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RICO GASCON SILVIA
SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION
SANZ BARAJAS PEDRO
SUAREZ CRESPO SUSANA
MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE INICIO EL PROYECTO CON UNA SESION CLINICA INFORMATIVA SOBRE EL MISMO A TODO EL EAP CEDRILLAS.
SE CONSENSUO CON EL EAP EL STOCK MINIMO NECESARIO DE MATERIAL Y MEDICACION QUE TENIA QUE ESTAR PRESENTE EN CADA CONSULTORIO, ASI COMO LA PERIODICIDAD DE REVISION DEL MATERIAL, QUE EN CASO DE ENFERMERIA HA SIDO EL PRIMER DIA DE CONSULTA DE CADA MES NATURAL Y LA REVISION DE LA MEDICACION EN CASO DE MEDICINA QUE HA SIDO EL PRIMER DIA DE CONSULTA DE CADA TRIMESTRE
ELABORACION DE LAS HOJAS DE CONTROL PARA REALIZAR LAS REVISIONES Y REGISTRO DE LAS MISMAS.
LOS RECURSOS UTILIZADOS SON LAS HOJAS DE CONTROL EN LAS QUE FIGURAN:
- LAS REVISIONES FIRMADAS/NUMERO TOTAL DE REVISIONES PROGRAMADAS
- BALANCE TRAS LA REPOSICION/STOCK MINIMO NECESARIO POR CADA PRODUCTO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LAS REVISIONES FIRMADAS SE REALIZARON ALCANZANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 100% DEL REGISTRO EN LA HOJA DE CONTROL SEGUN LAS REVISIONES PROGRAMADAS
EL BALANCE DE REPOSICION FUE DEL 93% DE CUMPLIMIENTO EN REFERENCIA AL STOCK MINIMO NECESARIO POR CADA PRODUCTO.
DURANTE LA IMPLEMENTACION/DESARROLLO DEL PROYECTO SE REALIZAN DE MANERA TRIMESTRAL SESIONES CLINICAS CON EL EAP PARA INFORMAR/VALORAR SOBRE LA BUENA EVOLUCION Y CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA ELABORACION DEL STOCK MINIMO NECESARIO DE MEDICACION Y MATERIAL EN CADA CONSULTORIO HA SIDO UN PILAR BASICO EN LA MEJORA DE LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS, PUDIENDO ASI OPTIMIZARSE LOS RIESGOS DERIVADOS EN LA ATENCION Y GARANTIZAR UNA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.
CON ESTE PROYECTO TAMBIEN HEMOS COMPROBADO QUE SE DISMINUYEN LOS COSTES DERIVADOS DE UNA MALA UTILIZACION DE LOS RECURSOS, ASI MISMO HEMOS CUMPLIDO LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES EN CUANTO A UNA ATENCION DE CALIDAD HACIA LOS PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/40 ========== ***

Nº de registro: 0040

Título
ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

Autores:
ALONSO VALBUENA AINARA, RICO GASCON SILVIA, MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE, SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION, SANZ BARAJAS PEDRO, JULIAN MARTINEZ ANA, SUAREZ CRESPO SUSANA, MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: profesionales
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0040

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

PROBLEMA
El Centro de salud de Cedrillas consta de 7 consultorios médicos rurales muy dispersos y de poca población. El equipo se compone 3 médicos y 2 enfermeros que tienen que prestar atención por separado porque sólo hay una consulta por municipio. Hemos observado que retiramos mucha medicación caducada y lo relacionamos con el número de consultorios y la poca demanda.
Para garantizar una atención de calidad sin malgastar material, creemos que es importante protocolizar el botiquin mínimo indispensable que debe haber en cada consultorio.
En primer lugar consensuamos con el equipo el stock mínimo necesario, la hoja de control y los responsables que lo llevaran a cabo.
Hemos acordado realizar una revisión trimestral de la medicación y mensual del material,en la que cada producto que vaya a caducar en los siguientes 3 meses se repondrá y se reubicará en la sala de urgencias para ser prontamente utilizado.
Además organizaremos todas las consultas de la misma manera para simplificar y agilizar la atención médica.
Esta oportunidad de mejora garantiza el material adecuado en cada consulta, ayuda a involucrar a todo el personal en la gestión de botiquines, evita caducidades de farmacos y con esto se consigue un ahorro considerable.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener los consultorios dotados de material necesario y en buenas condiciones
Disminuir la cantidad de medicación y material caducado
Unificacar la organización del material

MÉTODO
Eliminación del material caducado
Revisión y reorganización del material
Enfermeria: revisión el primer dia de consulta de cada mes natural del material fungible.
Medicina: revisión el primer dia de consulta de cada trimestre natural de la medicación.
Registro con hoja de control de cada revisión realizada con fecha, personal que realiza con la firma. stock necesario, próximo a caducar en 3 meses y reposición.
Reuniones periódicas con el equipo para informarles del proyecto.

INDICADORES
Número de revisiones del botiquín en el periodo que dure el proyecto.
Número de revisiones firmadas en la hoja de control/número total de revisiones programadas
Balnce tras la reposición/ stock minimo necesario por cada producto

DURACIÓN
Duración: 1 octubre 2016-30septiembre 2017
Cronograma:
Medicina: primera consulta de octubre 2016, enero 2017, abril 2017, julio 2017.
Enfermería: Primera consulta de octubre 2016, oviembre 2016, diciembre 2016, enero 2017, feberero 2017, marzo 2017, abril 2017, mayo 2017, junio 2017, julio 2017, agosto 2017, septiembre 2017

OBSERVACIONES
El plan de mejora es del 2016. Dado que su presentación es hasta el 3 octubre 2016 prolongo el proyecto durante el 2017 para cumplir un año del mismo.
hemos incluido 8 componentes del proyecto y un responsable a mayores. ¿Es asi correcto?

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0365

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Fecha de entrada: 15/11/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA MARTINEZ NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RICO GASCON SILVIA
BESER MORTE CRISTINA
SUAREZ CRESPO SUSANA
JULIAN MARTINEZ ANA
MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Búsqueda de bibliografía referente a la dotación medicamentos de urgencia.
Sesión clínica para consensuar/implementar proyecto.
Generar hojas de registro/incidencias, indicando fechas de control mensual.
Creación de etiquetas identificativas/precintos.
Diseño de carteles recordatorios de estacionamioento del coche.
En ENERO implementación del programa.
En JUNIO primera evaluación de registro.
En OCTUBRE evaluación final de registro y sesión informativa .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El equipo ha participado en su totalidad en el programa.
En la evaluación final :
Nº firmas: la hoja de registro está completa en su totalidad.
En referencia al material revisado:
Stock presente/stock consensuado: en febrero faltan 2 fármacos.
100% no caducados
98% íntegros.
El vehículo ha estado según el registro,permanentemente en su estacionamiento/con depósito en condiciones óptimas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención domiciliaria urgente se realiza en mejores condiciones en cuanto a dotación/organización y seguridad.
Quizá no sería necesario realizar un control de registro mensual, probablemente sería suficiente llevarlo a cabo cada 2 meses.
Deberíamos haber marcado inicialmente un estándar numérico de referencia a alcanzar, hemos considerad alcanzado porque los porcentajes de cumplimiento han sido elevados.
El proyecto puede sostenerse a largo plazo, dada la estabilidad profesional de la responsavble del proyecto en el Centro de Salus de Cedrillas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/365 ========== ***

Nº de registro: 0365

Título
DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Autores:
MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA, RICO GASCON SILVIA, BESER MORTE CRISTINA, ALONSO VALBUENA AINARA, SUAREZ CRESPO SUSANA, JULIAN MARTINEZ ANA, MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE, SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: urgencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0365

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El centro de salud de Cedrillas se encuentra en una zona rural con climatología adversa, prestando asistencia a ocho municipios situados en las comarcas de Teruel, Maestrazgo y Gúdar -Javalambre, por tanto con una importante dispersión siendo primordial disponer de un vehículo con la equipación tanto médica, como aquella complementaria en el mismo, necesaria esta última por las particularidades del terreno. En la actualidad en nuestro centro de salud no poseemos un maletín para urgencias externas que nos resulte operativo, dado que el material se encuentra repartido en varios compartimentos, con la dificultad en el acceso que ello conlleva ante una urgencia.
Hemos detectado un déficit en la organización,distribución y almacenaje del equipo,tanto sanitario como el no sanitario.
Es insdispensable contar con un maletín de urgencias en Atención Continuada en condiciones óptimas, que agilice la atención sanitaria urgente, así como aquellos medios que garanticen la seguridad en el desplazamiento.
Nos vemos en la necesidad de crear una opotunidad de mejora para estandarizar los recursos de los cuales debe estar dotado nuestro vehículo así como su organización, revisión y mantenimiento, involucrando para ello a todo el equipo de atención primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos/material de uso urgente, para asegurar una correcta atención minimizando posibles errores.
- Evitar los accidentes laborales durante los desplazamientos.
- Asegurar que el material esté en perfectas condiciones de uso, prestando especial atención a la caducidad/conservación/integridad y stock necesario.
- El Equipo de Atención Primaria conocerá y partcipará activamente en el programa/protocolo establecido.

MÉTODO
- Consensuar con el EAP la lista de contenidos del vehículo.
- Generar una hoja de control y mantenimiento / parte de incidencias.
- Presentar al EAP el proyecto en una sesión clínica informativa.
- Implementación del plan de mejora.

Actividades concretas:
- Acordar que tras cada uso del maletín se repondrá y se colocará un precinto identificativo que verificará su correcto estado.
- Revisar material/mantenimiento propio del coche.
- Estacionar en garaje o en su defecto en una zona que no esté expuesto a temperaturas extremas.
- Cada trimestre un miembro del equipo de mejora será el responsable de realizar el registro mensual.

INDICADORES
Porcentaje de cumplimiento de hoja de registro :
- Nº de firmas/nº revisiones estandarizadas.
- Stock presente/ Stock consensuado.
-% productos caducados/productos no caducados.
-% productos defectuosos/productos íntegros.
- Nº de veces depósito condiciones óptimas de llenado/no óptimas.

DURACIÓN
INICIO PROGRMAMA: 1-octubre- 2016.
FIN PROGRAMA: 31-octubre-2017.

*Octubre-diciembre 2016: -consensuar con EAP.
-generar hoja de registro.
-impartir sesión clínica.

*Enero 2017: implementación.

*Junio 2017: revisión registro (primera evaluación).

*Octubre 2017:-revisión registro (evaluación final).
-sesión clínica informativa de resultados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0365

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO COMAS RIBAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ BARAJAS PEDRO
ALONSO VALBUENA AINARA
SOFIANTINI CAMPOAMOR MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cuantificacion del grado de IRC, mediante la formula de Cockroft-Gault, con hoja de calculo específica.
Clasificacion de los pacientes según grado de IRC, según estadios de la Sociedad Española de Nefrología
Estudio de los Tratamientos Crónicos del paciente
Retirada o ajuste de dosis, en los pacientes que lo requieren,
Se crea un episodio en OMI, con diagnóstico de IRC y estadio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha retirado/ajustado medicación en un 20 % de los pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos hemos dado cuenta que muchos pacientes mayores están tratados con medicacion potencial o directamente nefrotoxicos, teniendo especial relevancia los AINES o Antidiabéticos Orales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1206 ========== ***

Nº de registro: 1206

Título
VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Autores:
COMAS RIBAS EDUARDO, ALONSO VALBUENA AINARA, SANZ BARAJAS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal Crónica
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes ancianos debido al envejecimiento fisiológico y/o a enfermedades crónicas pueden tener cierto grado de Insuficiencia Renal. Dichos pacientes además suelen estar polimedicados, con fármacos no siempre nefro-saludables (apropiados). Se ha detectado la necesidad de valorar la función renal en este perfil de pacientes, optimizando el uso de fármacos, evitando los potencialmente nefrotóxicos.

RESULTADOS ESPERADOS
Detección de pacientes mayores 70 años con disminución de la función renal
Ajuste y/o retirada de los fármacos potencialmente nefrotóxicos en los pacientes que se ha detectado limitación en la función renal.

MÉTODO
Realización del FG y el Cockcroft-Gault al 100% de los pacientes mayores de 70 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

A todos los pacientes a los que se ha realizado el FG y han visto afectada su función renal, se procede a una revisión sistemática de la medicación que llevan y a la retirada, si es posible, de la mayor parte de los fármacos nefro-tóxicos.
Valoración del 100% de los pacientes con triple Whammy y retirada de los fármacos nefrotóxicos.

INDICADORES
- % pacientes > 70 años con realización de analítica para obtención de creatinina y después valorar según fórmula de Cockcroft-Gault. Clasificación según la misma de la Enfermedad Renal Crónica.

- % pacientes con intervención clasificados sin ERC

- % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento / % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento y se ha realizado desprescripción o triple Whammy /% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento

DURACIÓN
Mayo 2017: Obtención de los listados de pacientes > 70 años
Mayo 2017-Noviembre 2017: Realización de FG, clasificación de los paicnets, y consulta de optimización.
Dicimebre 2017: evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENALEN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO COMAS RIBAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO VALBUENA AINARA
SANZ BARAJAS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha medido el indice de Cockcroft al 90% de los pacientes mayores de 70 años, hasta que estuvo disponible solicitar filtrado glomerular.
Se ha clasificado a los pacientes según su grado de insuficiencia renal.
Se ha procedido a ajustar o retirar los fármacos no adecuados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha evaluado al 90% de los pacientes seleccionados
Menos del 10% de los paciente, no padecian algún grado de ERC
Al 28% de los pacientes clasificados como ERC se les ha modificado el tratamiento
Al 5% de los pacientes clasificados como ERC se les ha realizado desprescripcion de triple Wammy

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Practicamente la totalidad de los pacientes mayores de 70 años, padecen algún grado de ERC, algunos en grado importante, hasta un 15% con grado 3b o superior. Una mayoria de ellos están en tratamiento, con fármacos no apropiados, o a dosis no apropiadas, especialmente AINES -incluso por autoprescripcion, o de forma ocasional- metformina, o triple wammy.
Desde hace unos meses, en Receta electronica, aparece la cifra de filtrado glomerular en los pacientes que la tienen solicitada. hemos llegado a la conclusion que hay que tenerla MUY presente, en los tratamientos crónicos, pero también en los agudos -AINES, Antibióticos-, prescribiendo otras alternativas, o ajustando dosis.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1206 ========== ***

Nº de registro: 1206

Título
VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Autores:
COMAS RIBAS EDUARDO, ALONSO VALBUENA AINARA, SANZ BARAJAS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal Crónica
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes ancianos debido al envejecimiento fisiológico y/o a enfermedades crónicas pueden tener cierto grado de Insuficiencia Renal. Dichos pacientes además suelen estar polimedicados, con fármacos no siempre nefro-saludables (apropiados). Se ha detectado la necesidad de valorar la función renal en este perfil de pacientes, optimizando el uso de fármacos, evitando los potencialmente nefrotóxicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENALEN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

RESULTADOS ESPERADOS
Detección de pacientes mayores 70 años con disminución de la función renal
Ajuste y/o retirada de los fármacos potencialmente nefrotóxicos en los pacientes que se ha detectado limitación en la función renal.

MÉTODO
Realización del FG y el Cockcroft-Gault al 100% de los pacientes mayores de 70 años.
A todos los pacientes a los que se ha realizado el FG y han visto afectada su función renal, se procede a una revisión sistemática de la medicación que llevan y a la retirada, si es posible, de la mayor parte de los fármacos nefro-tóxicos.
Valoración del 100% de los pacientes con triple Whammy y retirada de los fármacos nefrotóxicos.

INDICADORES
- % pacientes > 70 años con realización de analítica para obtención de creatinina y después valorar según fórmula de Cockcroft-Gault. Clasificación según la misma de la Enfermedad Renal Crónica.

- % pacientes con intervención clasificados sin ERC

- % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento / % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento y se ha realizado desprescripción o triple Whammy /% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento

DURACIÓN
Mayo 2017: Obtención de los listados de pacientes > 70 años
Mayo 2017-Noviembre 2017: Realización de FG, clasificación de los paicnets, y consulta de optimización.
Dicimebre 2017: evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1209

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADRES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 30/10/2017

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE MUÑOZ OBON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION
JULIAN MARTINEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizacion de dos tipos de talleres grupales
1.-Los dirigidos a pacientes diagnosticados de Asma-EPOC
2.-Los dirigidos a lus cuidadores de dichos pacientes, en este caso al personal sociosanitario de la Redidencia de personas mayores de Cedrillas.
GRUPOS:
1.-Grupo de personal sociosanitario de la Residencia.(7 personas)
2.-Grupo de El Pobo(2 personas).
3.-Grupo Villarroya de los Pinares (3 personas)
4-Grupo Cedrillas (9 personas)

MATERIAL Y METODO.-
-Inhaladores vacios, cámara espaciadora, y los inhaladores propios de los pacientes
-Contamos con el apoyo de un documento, del Grupo de Respiratorio de Osatzen, en formato pdf.
Se trata de un taller de uso de inhaladores con ilustraciones faciles de comprender por el paciente y el cuidador

PLANING:

***Debido a que se nos incluyo en el PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR y su coincidencia con el periodo vacacional se retrasaron todos los talleres a septiembre. (Este hecho no supuso ningun trastorno al ser pocos los pacientes.)

MARZO DE 2017.- Inclusión de pacientes en el programa

-Mediante el programa OMMI se realizan listados de los pacientes que presentan estos diagnósticos y que pertenecen a nuetros centros. Ademas se consulta uno por uno para comprobar quienes usan inhaladores.(con la colaboracion de sus médicos)
-Este punto no lleva tiempo, y nos sirve para detectar pacientes que solamente pasan cortos periodos de tiempo en nuestros centros (desplazados)y a los que se les a aplicado cartera de servicios sin que proceda .
-De un total de 29 pacientes diagnosticados con EPOC en nuestra zona de influencia (2,41% de prevalencia de esta enfermedad en la zona de Salud), 23 llevan inhaladores en su tratamiento.
Esto supone que un 79,31% de pacientes con EPOC usan inhaladores.

SEPTIEMBRE de 2017(1).- Taller en El Pobo
Asisten 2 pacientes
En este taller detectamos el mal uso que se hace por parte de un paciente de los inhaladores de polvo seco

SEPTIEMBRE de 2017(2).-Taller en la residencia de personas mayores de Cedrillas
Asisten 7 cuidadores
En este taller se detecta que pocas veces se sigue la pauta de limpieza de los inhaladores y el porblema de hongos que eso supone.

SEPTIEMBRE de 2017(3).-Taller en Villarroya de los Pinares
Asisten 3 pacientes
En este taller detectamos el mal uso que se hace de un inhalador presurizado por parte de las personas mayores por resultar complicado. Se pide cambiar de tipo de inhalador a su medico.

SEPTIEMBRE de 2017(4).-Taller en Cedrillas
Asisten 8 pacientes
Insistimos en el uso de la camara espaciadora, ya que no se usa apenas y podria se beneficiosa para estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1209

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADRES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

RESULTADOS NO EVALUABLES AL SER EL PRIMER AÑO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En UN taller detectamos el mal uso que se hace por parte de un paciente de los inhaladores de polvo seco, EN OTRO se detecta que pocas veces se sigue la pauta de limpieza de los inhaladores y el porblema de hongos que eso supone.
ADEMAS detectamos el mal uso que se hace de un inhalador presurizado por parte de las personas mayores por resultar complicado. Se pide cambiar de tipo de inhalador a su medico.
Por ultimo Insistimos en el uso de la camara espaciadora, ya que no se usa apenas y podria se beneficiosa para estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.
REGISTRO.-

Nos surgen dudas a la hora del registro de la actividad en OMI-Ap entre estas tres posibilidades:

1/ Registrarlo como AP-EDUCACION PARA LA SALUD>AP EDUCACION A GRUPOS.

2/ Registrarlo como AP-ENFERMERIA>AP-ACTIVIDADES>EDUCACION SANITARIA>EPS INDIVIDUAL>Inf uso de inhaladores

3/ Registrarlo como AP-ENFERMERIA>AP-ACTIVIDADES>EDUCACION SANITARIA>EPS GRUPAL>Eduacion a grupos Asma-Epoc

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1209 ========== ***

Nº de registro: 1209

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

Autores:
MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE, SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION, JULIAN MARTINEZ ANA, SUAREZ CRESPO SUSANA, RICO GASCON SILVIA, BESER MORTE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado La situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Cedrillas.
Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1209

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADRES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .
- Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevarán a cabo por personal de enfermería.

INDICADORES
- % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
- % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
- % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
- % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN
Marzo 2017: Inclusión de los pacientes en los talleres mediante entrevista y selección consecutiva de la muestra.

Abril 2017: Primer taller de formación a pacientes

Junio-Julio 2017: Segundo taller de formación a pacientes

Septiembre 2017: Tercer taller de formación a pacientes

Diciembre 2017: Evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0602

1. TÍTULO

RCP BASICA EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA JULIAN MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CEDRILLAS
· Localidad ..... CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUAREZ CRESPO SUSANA
MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA
ALONSO VALBUENA AINARA
COMAS RIBAS EDUARDO
MONTERO PEREZ ASCENSION
SOFFIANTINI LOLA
SANCHEZ RUBIO CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos la primera sesión en Junio 2018, una dirigida a alumnos y otra a profesores. En ella les enseñamos a reconocer una PCR y como actuar ante ella, a colocar al paciente en PLS y como actuar ante un atragantamiento.
En Enero de 2019 se realiza la segunda sesión (por problemas logísticos no se ha podido realizar antes) en la que valoramos la adquisición de conocimientos y su correcta puesta en práctica. Hacemos un repaso de toda la sesión para corregir los errores que han ido cometiendo y terminar de fijar los conocimientos.
Al final de la sesión a los Alumnos les hemos entregado unos marcadores de hojas con 4 imágenes del teléfono de emergencia, RCP, PLS y Heimlich.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la segunda sesión nos damos cuenta de que los alumnos han fijado mejor los conocimientos que los profesores, aunque les cuesta mas ponerlo en practica. Tanto alumnos como profesores se acuerdan del teléfono que tienen que llamar para pedir ayuda, saben reconocer si el paciente esta consciente o inconsciente, pero a la hora de comprobar si respira tienen alguna dificultad. Las maniobras de RCP (30:2) las tienen claras aunque les cuesta colocarse correctamente, los alumnos tienen mas claro el ritmo puesto que recuerdan perfectamente la canción con la que asociamos las compresiones. En cuanto a la PLS sabían colocarlo de lado aunque les ha costado realizarlo correctamente. En los casos de Atragantamiento todos se acordaban de la maniobra de Heimlich pero hemos tenido que insistir en no arrastrar cuerpo extraño si no se ve y en animarlos a toser cuando el atragantamiento no produce obstrucción grave.
Tras el repaso de conocimientos salimos bastante satisfechos en cuanto a la adquisición de habilidades para responder ante una situación de urgencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos bastante satisfechos de los resultados obtenidos puesto que a pesar de los errores cometidos al realizar las maniobras todos tenían bastante claro las ideas principales. Sería muy importante que todos Alumnos y Profesores pudieran tener una vez al año una sesión de este tipo para afianzar los conocimientos y poder responder adecuadamente ante una situación de urgencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/602 ========== ***

Nº de registro: 0602

Título
RCP BASICA EN LA ESCUELA

Autores:
JULIAN MARTINEZ ANA, SUAREZ CRESPO SUSANA, MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA, ALONSO VALBUENA AINARA, COMAS RIBAS EDUARDO, MONTERO PEREZ ASCENSION, SOFFIANTINI LOLA, SANCHEZ RUBIO CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0602

1. TÍTULO

RCP BASICA EN LA ESCUELA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
CON UNA ACTUACION PRECOZ EN LAS SITUACIONES DE URGENCIA VITAL SE AUMENTA LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE. POR ELLO CREEMOS NECESARIO QUE TODO EL MUNDO, ESPECIALMENTE DESDE EDADES PRECOCES, SEPAN IDENTIFICAR Y ACTUAR CORRECTAMENTE ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA VITAL.

RESULTADOS ESPERADOS
- SABER RECONOCER LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA
- SABER REALIZAR UNA RCP BASICA
- SABER ACTUAR ANTE UN ATRAGANTAMIENTO
- SABER REALIZAR UNA PLS

MÉTODO
REALIZAREMOS UNA SESION DIRIGIDA A LOS ALUMNOS Y OTRA DIRIGIDA A PROFESORES, DONDE LES ENSEÑAREMOS A RECONOCER UNA PCR Y COMO ACTUAR ANTE ELLA, COMO COLOCAR AL PACIENTE EN PLS, ASI COMO LA ACTUACION ANTE UN ATRAGANTAMIENTO, TODO ELLO BASADO EN LAS GUIAS DE ERC 2015.

INDICADORES
SE REALIZARA UNA SEGUNDA SESION EN LA QUE SE VALORARAN LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Y SU CORRECTA PUESTA EN PRACTICA, SUBSANANDO LOS ERRORES QUE SE PUDIERAN COMETER Y REALIZANDO LAS ACLARACIONES Y/O DUDAS QUE LES PUEDAN SURGIR A LO LARGO DE LA CLASE PARA FIJAR CORRECTAMENTE LOS CONOCIMIENTOS.

DURACIÓN
LA PRIMERA SESION SE REALIZARA ANTES DE JUNIO DE 2018 Y LA SEGUNDA CLASE SE REALIZARA EN OCTUBRE DE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0139

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE NAVARRO RUEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN HERNANDEZ RAQUEL
SUMSKY SUMSKY SERGIO
HERNANDEZ DIAZ ROGELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se instauró el carro de paradas en la sala de Urgencias, en una zona accesible, cercana a la puerta de entrada, cerca de las balas de oxigeno y de un punto de electricidad. Su ubicación es conocida por todos los profesionales del centro que llegado el momento deban utilizarlo.
-Se realizaron sesiones de recuerdo a los profesionales del centro de la RCP básica y avanzada, así como también colocación de los algoritmos actualizados en lugar visible junto al carro.
-Se han hecho las correspondientes revisiones pautadas en el calendario durante los meses de febrero, mayo y agosto con la consiguiente revisión de caducidades, reposición de materiales caducados, firmados por el profesional que lo ha llevado a cabo.
-Se elaboró un listado con mediación y material con el que se dotó el carro. Listado que nos sirve de pauta en cada revisión, en la que se incluye para cada elemento: la fecha de caducidad, la fecha de reposición y el profesional que realiza la revisión del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Hemos garantizado la atención sanitaria de calidad a la población del Centro de Salud de Cella, para ello ha sido imprescindible dotar al centro de la instalación del material necesario.
-Hemos unificado los criterios referentes a la revisión y mantenimiento de los dispositivos para la atención urgente (carro de paradas).
-Hemos revisado y actualizado la relación del material sanitario y de los medicamentos que forman parte del dicho dispositivo.
-Se ha difundido la información a todos los profesionales conforme se estableció en el proyecto
-Respecto a los recursos utilizados, el centro ha recibido recientemente un carro de paradas nuevo propiamente dicho en el cual se ha colocado todo el material y medicación correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-En cuanto a la evaluación del proyecto podemos determinar que todos los indicadores para la valoración del cumplimiento previsto son > 95% en estos momentos.
-Dadas las características del proyecto podemos concluir que se trata de un proyecto de seguimiento anual que precisa analisis y control permanente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/139 ========== ***

Nº de registro: 0139

Título
IMPLATACION Y MANTENIMENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

Autores:
NAVARRO RUEDA MARIA JOSE, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL, SUMSKY SUMSKY SERGIO, HERNANDEZ DIAZ ROGELIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Situaciones de urgencia vital
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0139

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

PROBLEMA
Los carros de parada son elemntos indispensables en cualquier centro sanitario para atender, en condiciones óptimas los casos de PCR con un material específico. En general estos carros se utilizan en contadas ocasiones, pero dado que se usan en situaciones de urgencia, es necesario protocolizar el material que debe inculir, como debe estar ordenado, revisar caducidades, etc. Para que llegado el momento esté disponible todo lo necesario minimizando la posibilidad de error. Por ello creemos conviente la instauración y mantenimiento del mismo en Centro de Salud de Cella.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: garantizar optima atención santiria a la población en situación de urgencias vital en Centro de Salud de Cella.
Objetivos específicos:
1.-difundir a los profesionales que conforman el equipo el reconocimiento de las situaciones de riesgo vital y actuación médica adecuada que requieran uso del carro de paradas, asi como mantenimiento y reposición periodica del mismo.
2.-protocolizar el mecanismo de revisión del carro y reposición de material y farmacos que lo componen.

MÉTODO
1.-instauración del carro de paradas en la sala de urgencias.
2.-sesiones clínicas formativasa los profesionales sanitarios del Cento de Salud.
3.-control de caducidad y reposición de material caducado o gastado, mediante hoja de revisión, fecha de la misma, firma del profesional que realice la actividad, etc.
4.-elabora el listado de medicación y material del carro (hoja Excel).
5.-los profesionales del equipo se comprometerán a guardar, mantener y conservar adecuadamente el material, debiendo almacenarse en las condiciones específicas de cada sustancia.

INDICADORES
La evaluación del proyecto, se llevará a cabo cada año, según el criterio:
-numero de revsiones firmadas en la hoja de registro (carro de parada) x 100 / nº total de revisiones
-registro de la revisión del correcto funsionamiento del DEA
-registro de la revision del correcto funcionamiento del laringoscopio
-registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú
-nº de sesiones realizadas en el Cento de Salud relacionadas con el tema x 100 / nº total de sesiones programadas.
Objetivo: cumplimiento > 95%.

DURACIÓN
Está previsto iniciar el proyecto en enero del 2017:
-enero: implantación del carro y listado de medicación y material, inicio de sesiones clínicas informativas: 1º sesión en enero, 2º en abril, 3º en septiembre y 4º en diciembre de 2017
-febrero: inicio de revisiones protocolizadas acorde a lo previsto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0373

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN ELPROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROGELIO HERNANDEZ DIAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN HERNANDEZ RAQUEL
SUMSKY SUMSKY SERGIO
MIEDES FRIAS CARMEN
CERESUELA LOPEZ AMELIA
GARAY ALMOLDA PILAR
NAVARRO RUEDA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimos corrigiendo filiaciones(la administrativa y con la ayuda de un cartel por consultorio y todo el equipo que nos recoge los datos que aportan los pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
126 filiaciones incorrectas de los que hay constacia de correción .Las hay mas que se han corregido espontánemente por involucrarse en interconsultas virtuales ect... que precisan de correccion

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Bien parece que es un proyecto que sería recomendable evaluar si extender a otros lugares, pues puede ser un problema sistémico y para la implementación precisa de nuevas iniciativas puede ser necesario

7. OBSERVACIONES.
Gracias

*** ========== Resumen del proyecto 2016/373 ========== ***

Nº de registro: 0373

Título
ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)

Autores:
HERNANDEZ DIAZ ROGELIO, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL, SUMSKY SUMSKY SERGIO, MIEDES FRIAS CARMEN, CERESUELA LOPEZ AMELIA, GARAY ALMOLDA PILAR, NAVARRO RUEDA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: AMBITO POBLACIONAL
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos observado en nuestra práctica diaria que los datos de filiación de los pacientes que figuran en la Base de Datos de los Usuarios (BDU),no se encuentran actualizados en algunos casos. Probablemente esto se deba a la no notificación por parte de los mismos de las modificaciones que se producen en ellos a lo largo del tiempo.
Este hecho,repercute directamente sobre la gestión correcta, segura y a tiempo de la asistencia tanto urgente como programada en nuestro centro de Salud y también influye negativamente en el ámbito Atención Especializada. La actualización de dichos datos puede contribuir a una mejora en la gestión de la atención.

RESULTADOS ESPERADOS
-El objetivo del proyecto es actualizar los datos incorrectos de la BDU de los usuarios del Centro de Salud de Cella, para un manejo correcto de la actividad del Centro y también válida para otros niveles de atención .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0373

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN ELPROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)

MÉTODO
Métodos y actividades de mejora en el Centro de Salud de Cella:
A-Diseño de Carteles recordatorios dirigidos a los usuarios, en los que se les recuerde la importancia de comprobar y actualizar sus datos de filiación.
Se colocarán en sitios estratégicos del Centro de Salud.
B-Elaboración de una ficha a rellenar por los usuarios, con los campos de la BDU que precisen modificación.
Se entregará al usurio y este la devolverá una vez cumplimantada en Admisión del Centro de Salud.
C-Transcripción de los datos de la ficha al programa informtico BDU, con las correcciones pertinentes.

INDICADORES
-Indicadores :
Número de usuarios corregidos: (número de fichas).
Campo más frecuentemente erróneo (teléfono, dirección o el que proceda…).

DURACIÓN
-Calendario de desarrollo y evaluación:
Enero de 2017: elaboración y colocación de los carteles.
Enero de 2017 a Diciembre de 2017, desarrollo del programa.
Junio 2017 primera evaluación semestral.
Diciembre 2017: evaluación anual.

OBSERVACIONES
Dado que se considera un programa de mejora continua, se puede considerar la ampliación al año 2018.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1183

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 O MAS AÑOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AMELIA CERESUELA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES
GIL VALERO PILAR
GALLO BARSANTI ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se sacó la lista de pacientes mayores de 70 años por cupo. Se ha ido solicitando FG. Se ha hecho un registro de FG por paciente. Se ha analizado el FG en un 30-40% de todos los pacientes.
Vamos retrasados en cuanto a análisis y falta también crear los episodios del tipo de Insuficiencia renal en OMI y en cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con los pocos datos recogidos hasta el momento, nos sorprende encontrar un alto porcentage de Insuficiencia renal leve y moderada (algo más de un 40% cada una). Siendo la IR severa en torno al 1,5% y el FG normal en torno a un 12% de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debemos seguir analizando el FG en los pacientes que nos faltan, así como registrarlo en OMI con su correspondiente grado de Insuficiencia Renal. A partir de esa valoración, revisar la toma de AINES para reducir o suprimir según corresponda.

7. OBSERVACIONES.
Precisamos un año más para continuar con dicho Proyecto.
Tenemos la dificultad añadida de una baja larga del compañero de Villarquemado y prevista Jubilación.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1183 ========== ***

Nº de registro: 1183

Título
VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 75 O MAS AÑOS

Autores:
CERESUELA LOPEZ AMELIA, OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES, GIL VALERO MARIA PILAR, GALLO BARSANTI ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Nefrología
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Valorar la función renal en pacientes de 75 o más años para evitar el efecto "Triple Whammy" de los AINES y otros fármacos con potencial nefrotóxico.
Disminuir el deterioro renal de la población susceptible.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir yatrogenia y del "Triple Whammy" (IECA o ARA II + Diuretico + AINE)
Control del uso de AINES en dicha población

MÉTODO
Realizar a los paciente de la población diana, al menos una valoración del filtrado glomerular al año, a traves de la fórmula de Cockcroft-Gault.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1183

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 O MAS AÑOS

INDICADORES
Se registrara un episodio en OMI con el estadío del deterior de la FG.

DURACIÓN
El proyecto se iniciará el 1/4/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO GRACIA ORTIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MONCLUS MARIA DESAMPARADOS
GIL VALERO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Re-evaluación sobre los diferentes dispositivos de inhaladores utilizados en este tipo de patología. (Epoc)
-Se citaron pacientes individualmente en consulta, con patología de Epoc y que utilizan diariamente inhaladores.
-Se vuelve a comprobar la técnica del manejo del dispositivo, para ello los pacientes aportan sus propio dispositivo inhaladores
-Se les vuelve a instruir en su correcta utilización aquellos cuya técnica no es correcta
-Posteriormente seguimiento periódico de los pacientes en las consultas de enfermeria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Detectar y subsanar errores en el manejo de inhaladores. -Conseguir menos re-agudizaciones de la enfermedad.
-Disminuir la asistencia a las consultas medicas. -Disminuir la cantidad de ingresos hospitalarios.
-Mejorar la adhesión del paciente al tratamiento, conseguir el efecto deseado con el inhalador.
-Mejorar la calidad de vida de estos pacientes, (ademas en muestro caso pacientes de edad avanzada)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-1/3 de los pacientes tienes una buena técnica de utilización de dispositivos.
-2/3 cometen errores en la técnica de administración :_
-Mala sincronizan activación dispositivo con la inspiración
-Sellar con los labios al dispositivo
-No inspirar profundamente en dispositivos de polvo seco
-Respirar muy pronto tras la inhalación
- Tenemos que insistir en las características de los pacientes así como su habilidad, preferencias y comprensión.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1190 ========== ***

Nº de registro: 1190

Título
DAR FORMACION A LOS PACIENTES SOBRE INHALADORES

Autores:
GRACIA ORTIZ FERNANDO, GARCIA MONCLUS AMPARO, GARCIA LOZANO CARMEN, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta necesidad de mejorar la utilizacion de inhaladores

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido a pacientes con enfermadades respiratorias que utilicen inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

MÉTODO
Sesiones de formacion a los pacientes con enfermedades respiratorias en tto con inhaladores en sesiones de 2 a 6 personas con sus inhaladores.

INDICADORES
Seguimiento y valoracion de las intervenciones segun las reagudizaciones y candidiasis que se detecten, valorando de forma individual

DURACIÓN
Abri 2017 y a lo largo del 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO GRACIA ORTIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MONCLUS MARIA DESAMPARADOS
GIL VALERO PILAR
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se citan pacientes individualmente y en pequeños grupos, con Epoc y que utilizan diariamente inhaladores.
Tras comprobar la técnica del manejo del dispositivo, se detectan errores de manejo utilización.
Mal posicionamiento dispositivos o mala carga, escasa inspiración
Posteriormente se les instruye en su correcta utilización. Mediante charla y demostración del correcto manejo, se corrige el mal uso de estos inhaladores (abrir o girar bien dispositivos con clip final, acercar y apretar bien ala boca, pulsar en el momento adecuado, comprobar la numeración)(enjuague bucal para los corticoides)
También se detecta que varios pacientes utilizan los dispositivos correctamente y no necesitan corrección.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En los posteriores controles se constata, que en algunos pacientes parece que ya manejan los dispositivos adecuadamente y en el resto se vuelve a insistir en su correcto manejo, volviendo a incidir en los errores cometidos.
Otro aspecto es conseguir una buena adhesión al tratamiento, cosa que mayoritariamente admiten los pacientes que realizan correctamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusiones son que hay que seguir insistiendo en la buena utilización
de los inhaladores, correctamente tanto mecánicamente como temporalmente (dosificacion), insistiendo en posteriores controles.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1190 ========== ***

Nº de registro: 1190

Título
DAR FORMACION A LOS PACIENTES SOBRE INHALADORES

Autores:
GRACIA ORTIZ FERNANDO, GARCIA MONCLUS AMPARO, GARCIA LOZANO CARMEN, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta necesidad de mejorar la utilizacion de inhaladores

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido a pacientes con enfermadades respiratorias que utilicen inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

MÉTODO
Sesiones de formacion a los pacientes con enfermedades respiratorias en tto con inhaladores en sesiones de 2 a 6 personas con sus inhaladores.

INDICADORES
Seguimiento y valoracion de las intervenciones segun las reagudizaciones y candidiasis que se detecten, valorando de forma individual

DURACIÓN
Abri 2017 y a lo largo del 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0541

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A 85 AÑOS

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR GIL VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES
CERESUELA LOPEZ AMELIA
COSCULLUELA ABADIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Peticion de FGR a los pacientes entre 70 y 85 años cada 6 meses, Estadio de IRC segun el FGR, Hemos creado en OMI el episodio de IRC y estadio, revision de tratamientos y retirada de aines en receta cronica electronica si los tenian pautados de forma cronica,

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No hemos podido obtener cifras de resultados debido al traslado de centro de compañeros e incorporacion de otros nuevos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Algunos de los pacientes con insuficiencia renal leve-moderada tenian en su receta electronica pautados a demanda AINES y solo con retirarlos y explicarles el mal uso que se hace de ellos su funcion renal se ha normalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/541 ========== ***

Nº de registro: 0541

Título
VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A A 85 AÑOS

Autores:
GIL VALERO PILAR, OFOCIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES, CERESUELA LOPEZ AMELIA, COSCULLUELA ABADIA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Valorar la funcion renal en pacientes de 70 a 85 años para evitar el efecto adverso de los AINES sobre todo en personas que cursan con enfermedad renal cronica y edad avanzada.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el consumo de AINES en pacientes de 70años a 85años.Evitar en la medida de lo posible los AINES en pacientes con deterioro de la funcion renal. Conseguir que la funcion renal no se deteriore o que mejore en estos pacientes.

MÉTODO
Alos pacientes de las poblaciones diana se les realizara al menos una vez al año una determinacion del filtrado glomerular estimado mediante una analitica y se revisaran los tratamientos.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0541

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A 85 AÑOS

Se registrara un episodio en OMI con estadio de la funcion renal segun los valores del filtrado glomerular

DURACIÓN
el proyecto se inicia en abril del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0638

1. TÍTULO

FORMACION SALUD FISICA Y EMOCIONAL

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... AMELIA CERESUELA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES
GIL VALERO PILAR
COSCULLUELA ABADIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FORMACION EN SALUD. NO SE PUDO REALIZAR EL TOTAL DE SESIONES PROGRAMADAS DEBIDO A QUE LOS HORARIOS CEDIDOS EN EL INSTITUTO DIFICULTABAN MUCHO EL CUMPLIMIENTO DE NUESTRA CONSULTA MÉDICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
UNA BUENA PROGRAMACIÓN Y ACUERDO DE HORARIOS PREFIJADOS ES ESENCIAL. TENER CLAROS LOS OBJETIVOS, LA POBLACIÓN A LA QUE VA DESTINADA Y CÓMO SE VAN A MEDIR LOS RESULTADOS

7. OBSERVACIONES.
SEÑALAR LA DIFICULTAD DE ORGANIZAR UN PROYECTO COMUNITARIO EN EQUIPO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/638 ========== ***

Nº de registro: 0638

Título
FORMACION EN SALUD FISICA Y EMOCIONAL

Autores:
CERESUELA LOPEZ AMELIA, OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES, COSCULLUELA ABADIA ANGEL, GIL VALERO PILAR, GARCIA LOZANO CARMEN, GARCIA MONCLUS AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SIN PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Información y formación

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de dotar a los adolescentes de herramientas para el manejo de su salud, higiene, nutrición. Y de habilidades para detectar y manejar situaciones de riesgo en cuando a discriminación, acoso o maltrato.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL.
Dotar a los alumnos de herramientas útiles en situaciones cotidianas y de problemática social que se acusa actualmente.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.
-
Capacitar para la realización de una Reanimación Cardio
-
pulmonar Básica tanto de manera teórica
como práctica.
-
Dar a c

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0638

1. TÍTULO

FORMACION SALUD FISICA Y EMOCIONAL

onocer a los alumnos las Enfermedades de Transmisión sexual existentes, vías de
prevención y buenos hábitos. Resolver dudas existentes relacionadas con la Educación Sexual.
-
Concienciar sobre hábitos saludables generales en salud: Referencia a higiene,
alimentación y
consumo de drogas.
-
Tratar el tema de acoso escolar y discriminación, problema creciente entre nuestros jóvenes, de una
manera práctica, cercana y amENA

MÉTODO
SESIONES Y PONENTES: Sesiones de unos 30-40 minutos en dos grupos a los alumnos de 1º de la ESO (unos 40 alumnos
en total) del Instituto de cella
-
Buenas Prácticas: Loli Oficialdegui y Carmen Garcia
-
RCP BÁSICA (Teoría y práctica): Piral Gil
-
Acoso escolar (Proyección de un corto y charla grupal): Carolina Castaño
-
Educación Sexual : Lourdes Ortiz
-
Vive Sano: Angel Cosculluela y Amparo García
-
Discriminación (Cuento para pensar y Dinámica grupal): Amelia Ce

INDICADORES
Encuesta de satisfacción y sugerencias

DURACIÓN
Se realizan dos sesiones en mayo de 2018 y el resto en septiembre-octubre de 2018 con el inicio del curso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MAICAS MAICAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CELLA
· Localidad ..... CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas/ calendarios marcados
Durante este tiempo se han realizado varios cursos en:

1) La comandancia de Teruel durante el mes de junio de 2018 con 11 guardia civiles del grupo de intervención rápida de la G.Civil (USECIC).
2) El puesto de Alcañiz durante el mes de junio con 24 guardias civiles.
3) El subsector de tráfico de Teruel 85 asistentes en varios grupos durante el mes de noviembre de 2018.

Quedando pendiente la encuesta de evaluación para evaluar la influencia del paso del tiempo en la formación aportada, esta encuesta se pasará en el último trimestre de 2019 (al final del proyecto).

Las clases se han realizado en 4 horas (Modificando el horario planteado inicialmente, puesto que, por turnicidad, a los equipos de G Civil el incremento de horario les hubiera supuesto una alteración en el desarrollo de sus funciones)

Las clases han sido sectorizadas por temáticas, otorgando:
- Para el conocimiento de los distintos niveles asistenciales, sus recursos, su disponibilidad en el medio rural y su protocolo de activación 30 minutos -
- Formación en posición lateral de seguridad y SVB adulto según algoritmo ERC 30 minutos
- Prácticas en grupos reducidos 120 minutos
- Formación en obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño y aplicación de DESA 15 minutos
- Prácticas de OVACE + DESA 30 minutos
- Encuesta de satisfacción con el curso y dudas 15 minutos

Actividades pendientes para 2019
* MARZO formación en la compañía de Mora para todas las agrupaciones de la zona: Rubielos, Alcalá, Sarrión, Mosqueruela...
* MAYO formación en la compañía de Calamocha para todas las agrupaciones de la zona: Calamocha, Morreal, Santa Eulalia...
* OCTUBRE y NOVIEMBRE formación en la Comandancia de Teruel con las compañías periféricas de Cella, Villel ...

Recursos empleados
- Vehículo propio para los desplazamientos
- Ordenador, rotafolios, rotuladores, cañón y DESA de entrenamiento propio
- Muñecos RCP y mascarillas prestados por Cruz Roja Teruel

Material entregado
- Encuestas de evaluación
- Test de evaluación de conocimientos validado por SESCAM (se entregará en 2019)
- Algoritmo ERC

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al ser una memoria continuación no podemos valorar todavía muchas de las metas que teníamos marcadas.

Pero, lo que si podemos indicar es que el nivel de satisfacción de los alumnos es superior a las expectativas, objetivándolo por la valoración otorgada en la encuesta de evaluación. También podemos indicar que el nivel de interés y la calidad de las preguntas y aportaciones es superior al de cursos realizados con otros perfiles de alumno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejoras
- El tiempo para la formación del contenido expuesto anteriormente es muy ajustado y seguiremos intentando convencer a los mandos para que nos concedan más tiempo para prácticas.
- Los grupos oscilan en cuanto a volumen y hemos tenido algún grupo de hasta 32 personas, siendo nuestro objetivo inicial máximo de 8 alumnos por docente (28 alumnos), dado que somos 3 docentes contando la Teniente enfermera Pilar Adrian, pero nos hemos visto obligados a realizarlos de todas formas ya que no podían sectorizar la compañía en más días.

Pendientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Como hemos comentado antes, nos quedaría:
- Recopilar y analizar los resultados encuestas de evaluación de conocimientos y el efecto del tiempo sobre ellos

- Las compañías antes expuestas de Mora, Calamocha, y Teruel con un volumen importante de alumnos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1483 ========== ***

Nº de registro: 1483

Título
ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
MAICAS MAICAS FERNANDO, NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada cardiorespiratoria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: correcta aplicación de la cadena de la vida mejorando pronostico y evolución del paciente
---
Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto nace como respuesta a una necesidad comunitaria
: Desde atención continuada hemos percibido que cada vez que se produce un incidente importante en vía publica: accidente de trafico, PCR, sincope... los primeros en acudir al lugar del suceso son los compañeros de la Guardia Civil.

Esto es debido a que Guardia Civil acude directamente con las unidades que tienen desplegadas, mientras nosotros tenemos que:
1. Desalojar los posibles pacientes no urgentes que tenemos en el centro de salud.
2. Realizar desvíos telefónicos.
3. Colocar carteles en las puertas y cerrar el centro.
4. Cargar el vehículo con el material adecuado para cada incidente.
5. Acudir con un vehículo sin rotativos ni prioritarios desde el punto de atención continuada hasta el lugar del incidente (que puede estar en otro pueblo)
Por lo expuesto anteriormente al acudir los primeros, Guardia Civil se ve obligada a realizar una actuación de soporte vital básico durante unos 10-12 minutos (hasta la llegada del equipo sanitario) para los que muchas veces la formación recibida esta desactualizada y es muy limitada .Dándose casos en los que por el volumen de las promociones, ni siquiera han tenido la oportunidad de realizar prácticas de RCP.
La detección del problema ha surgido de los propios compañeros de guardia civil, que en las últimas actuaciones nos han planteado el poder formarles en esta materia
Estos primeros minutos, con una atención correcta son vitales, ya que en una obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, en una parada cardio-respiratoria ... ademas de mejorar el pronostico de nuestra atención pueden salvar la vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer los distintos niveles asistenciales y su disponibilidad en el medio rural.
Conocer los procedimientos de activación y el tiempo estimado de llegada de los recursos sanitarios.
Conocer los recursos sanitarios de cada zona.
Reconocer signos y síntomas de alerta y actuación inmediata
Conocer la secuencia actualizada de actuación en parada cardiorespiratoria
Demostrar mediante examen práctico la correcta actuación ante parada cardiorespiratoria
Conocer la funcionalidad y demostrar mediante práctica la correcta colocación del paciente en posición lateral de seguridad
Demostrar mediante practica la correcta actuación ante obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
Demostrar mediante práctica la correcta colocación y conocimiento del funcionamiento de un desfibrilador semiautomático.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

El curso se desarrollara en un modulo presencial de 8 h de duración divididas en dos dias:

Un primer día 5 horas en el que se realizara:
- Una primera parte teórica en la que aprenderán técnicas y conocimientos
de Soporte vital básico, posición lateral de seguridad, obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
Una segunda parte en la que llevaran a la práctica mediante casos
clínicos lo aprendido anteriormente
Un segundo día 3 horas en el que se realizara:
práctica con casos clínicos

INDICADORES
Realizaremos un práctico antes y después de las clases para conocer si se han mejorado los conocimientos y el aprendizaje ha sido fructífero
El examen consistirá en un tipo tes de 10 preguntas con una sola respuesta verdadera.
También se realizara un examen práctico siguiendo los algoritmos ERC en atención de pacientes en Parada Cardiorespiratoria

DURACIÓN
El curso durara 8 horas y se realizara en función de los horarios que nos indique comandancia, siendo posible la sectorización en 2 días
El proyecto abarca toda la provincia de Teruel lo que implica que por volumen de alumnos la duración seria de junio de 2018 a junio de 2019 (un año)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1288

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION GOMEZ CADENAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad ..... MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA
PEÑA CLEMENTE FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- A principios de año se revisó la situación de los Protocolos sobre Prevención de Violencia en el puesto de trabajo.
- Se comunicó a la Dirección de Atención Primaria la puesta en marcha de algunas de las actividades planteadas. (Contactos realizados con el Servicio de Riesgos Laborales y con Guardia Civil de Monreal del Campo)
- En reunión con el resto de profesionales del Centro de Salud se comunicaron las actividades que se pretendían realizar, se informó sobre la existencia de un plan de prevención contra la violencia en el lugar de trabajo, y sobre cómo se debía proceder para comunicar a riesgos laborales cualquier incidente de este tipo.
- Se diseñó estrategia de actuación conjunta con la Guardia Civil (GC) que incluía como primera medida una sesión formativa a todos los profesionales del Centro de salud que se realizó el martes 11 de abril del 2017 (a la que acudió la Directora de AP)
- Tras la charla con la Guardia Civil se reúnen el responsable del proyecto y un miembro del equipo de mejora para extraer conclusiones y recomendaciones.

Se solicitan mejoras en las medidas de seguridad pasiva:
a. Copia de llave de la puerta principal.
b. Habilitar consulta anti pánico con cerrojos.
c. Teléfono con llamada prefijada a Guardia Civil
d. Reorientar la cámara de video portero para que enfoque bien la entrada de urgencias.
e. Mejorar la iluminación en la zona de acceso a urgencias.
f. Se piden sprays de defensa personal a la Dirección de AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las mejoras en la seguridad pasiva que se han logrado han sido: mejorar la iluminación en la zona de acceso a urgencias y desde Enero 2018 se ha habilitado consulta anti pánico con cerrojos.
Nos consta que desde la Dirección de AP se han solicitado en varias ocasiones los sprays de defensa personal. Estamos pendientes de recibirlos.

Estas medidas deberían conseguir mejorar la percepción de seguridad en los profesionales, pero al haber sido unas actuaciones mínimas, no consideramos que el impacto se pueda medir por el momento.
Cuando se lleven a cabo la mayoría de las medidas, se realizará una encuesta para valorar el primer indicador de nuestro proyecto. Se valorará pasando encuesta a varios profesionales que hayan referido haber vivido situaciones de inseguridad que hubieran repercutido negativamente en la atención al resto de pacientes.
Un profesional del EAP sufrió en diciembre 2017 un episodio de amenaza por un paciente.
Por todas estas circunstancias no hemos podido analizar y valorar todos los indicadores previstos en el proyecto inicial.
Esperamos poder contar con todas las medidas anteriores para volver a pasar la encuesta sobre percepción de miedo/riesgo y sobre la eficacia de las medidas de seguridad una vez realizadas todas las actividades propuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora considera que las actuaciones realizadas para mejorar la seguridad pasiva en el centro son insuficientes, por lo que aún quedan gran parte de actividades pendientes de realizar.

A estas se añaden:

- Revisar la distribución del mobiliario para que no existan espacios donde se puedan quedar los profesionales bloqueados o atrapados. Esto consideramos que debería hacerlo una persona experta.
Se ha hablado con técnicos de RRLL y se está buscando fecha para venir al centro de salud a dar una charla y consejos sobre actuación.

Conclusiones de la charla impartida por la guardia civil y de la reunión posterior:

- COMPORTAMIENTO recomendado por GC: tranquilidad, seguridad y autoridad.
- Ganar tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1288

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

- Crear una habitación anti pánico donde podamos refugiarnos hasta que acuda la guardia civil.
- Es importante la altura física de los sanitarios respecto a los pacientes. Interesaría alguna charla por psicólogos expertos en este tipo de personas.
- Crear hábitos de conducta que promuevan la seguridad de los profesionales en urgencias:
- Cuando haya una llamada a domicilio en horario nocturno, evitar quedarse un profesional solo en el Centro de Salud.
- Llevar una llave de la puerta principal siempre en el bolsillo o depositada en el primer cajón de la mesa de urgencias.
- Actuar los dos profesionales de manera coordinada y al mismo nivel ante pacientes potencialmente agresivos.
- Limitar las actuaciones individuales (menos necesarias) cuando el paciente está agitado y/o agresivo.
- Atender al paciente agresivo antes que al resto de los pacientes para evitar aumentar su nerviosismo, a la vez que impediremos quedarnos a solas con él.
- En caso de producirse agresión o que veamos que es inminente poder defendernos con sprays o cualquier otro objeto que tengamos.
- Ante una agresión física o verbal siempre DENUNCIAR, el personal sanitario tiene Carácter Jurídico de Autoridad según la Ley de Seguridad 4/2005

Todas estas actuaciones deberían incluirse en la actividades a realizar de manera ordinaria en el sistema de calidad implantado en nuestro equipo, para de estar forma normalizar su cumplimiento.
Una vez que todas las acciones de mejora se hayan podido realizar, y hayamos podido comprobar y analizar el resultado, consideramos que sería interesante trasladar estas acciones al resto de los centro de salud de nuestro sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1288 ========== ***

Nº de registro: 1288

Título
MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

Autores:
GOMEZ CADENAS CONCHA, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA, PEÑA CLEMENTE FELIX, ZAFRA CORELLA FRANCISCA, ASCOZ HERRANDO CARLOS, ESCUSA ANADON CORINA, MARTIN NAVARRO MARIA JOSE, IZQUIERDO ALLUEVA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSEGURIDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En febrero de 2014, la persona responsable de este proyecto sufrió un episodio de violencia verbal en su trabajo.
La actuación fue:
1º) Comunicación con el coordinador del CS y en reunión de equipo con el resto de los compañeros. En dicha reunión se solicitó que se arreglaran los videoporteros. 2º) Registro de del incidente en Historia Clínica, Dirección y Riesgos Laborales. 3º) Al verse implicados otros servicios: Guardia Civil (GC) y Juzgado, se solicitó asesoramiento y ayuda jurídica si fuera necesaria.
La respuesta recibida desde dirección fue: 1º) Se facilitó el Plan prevención de violencia en el puesto de trabajo de 2006. 2º) Se ofertó ayuda jurídica pero no fue necesaria.
En octubre de 2014 otra compañera comunicó una situación de percepción de riesgo en el domicilio de un paciente y realizó todos los trámites administrativos requeridos.
A lo largo del 2014 y 2015 en la zona de salud ha habido muchos robos y en uno de ellos el desenlace fue un asesinato.
Marzo 2015. Nueva situación de riesgo y percepción de amenaza (verbal) con el agravante de que para avisar discretamente a la GC, una persona se queda sola con el agresor. Al tener que abandonar la otra la sala para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1288

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

llamar por teléfono. El agresor y la persona que se queda con él, son los mismos que vivieron el acontecimiento de febrero de 2014. El agresor reconoce a esta persona y le recrimina que se avisara a la Guardia Civil. Esta situación genera temor en el profesional y por ello únicamente comunica lo sucedido a dirección, sin tramitar el parte a RRLL por temor a que se le envíe una carta al agresor y ello empeore las cosas.
En abril de 2015 se recibe por correo electrónico el nuevo protocolo donde existe la posibilidad de poder elegir que no se mande carta al agresor.
DETECTAMOS COMO PROBLEMAS:
-Muchos trámites a la persona que ha recibido la agresión. Creemos que al agredido se exige le demasiada burocracia cuando lo que quiere es “olvidar la situación” y además temen las consecuencias.
-Desconocimiento de la existencia de Planes y protocolos
-No hay feed-back
-Percepción de inseguridad.
-Trabajar con miedo repercute en los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la satisfacción de los profesionales ante la gestión y los resultados de las actividades realizadas para mejorar su seguridad.
-Mejorar la atención a los pacientes secundariamente a mejorar la situación de los profesionales.

MÉTODO
Las actividades realizadas hasta ahora son: 1º) Encuesta a todos los profesionales del CS preguntando si habían vivido situaciones de miedo, amenazas o agresiones. 2º) Reunión con el CS para presentar resultados de esta encuesta. 3º) Resumen que se presentó en las Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud celebradas en Zaragoza el 15 de junio de 2016. 4º) De manera informal se comentó con coordinador y Dirección la pertinencia de mejorar las medidas de seguridad pasivas en el centro. 5º) Se mantuvo conversación informal con la GC de Monreal del Campo, explicando que estábamos realizando este proyecto. La GC se ofreció a darnos formación sobre cómo actuar ante personas y situaciones violentas. 6º) Se habló telefónicamente con RRLL y con Dirección de AP para solicitar su implicación.

Los resultados obtenidos en 2015/2016 fueron:
-Número de personas que respondieron a la encuesta han sido 22 (17 mujeres y 5 hombres). Con los resultados se elaboraron dos tablas. En la 1ª tabla valoramos percepción de riesgo/miedo con respecto a la peor situación vivida: 6 personas que tenían una percepción media/alta de miedo en consulta, 8 en domicilio y 12 en atención continuada. Donde mayor es la percepción de riesgo es en atención continuada (más del 50% de los profesionales ante situación de violencia han tenido percepción media-alta de miedo). En la 2ª tabla: se valoran los sistemas de seguridad:solo dos personas se sienten totalmente seguras y nunca han tenido percepción de inseguridad. La mayoría cree que no hay suficientes sistemas de seguridad (aproximadamente un 77%). Donde menos seguridad se percibe es en el domicilio del paciente.
Como actividades pendientes quedan: recibir formación específica, mejorar las medidas pasivas de seguridad, diseñar un protocolo de actuación, realizar un role playing.

INDICADORES
En 2015/2016 se analizó y valoró por medio de una encuesta:
- Percepción de riesgo/miedo.
- Percepción de validez de los sistemas de seguridad.
En 2017 se analizaran y evaluaran los mismos indicadores una vez realizadas las actividades propuestas

DURACIÓN
- Febrero 2017 Solicitud formalizada a Guardia Civil para recibir curso de formación.
- Marzo 2017 Curso de formación impartido por GC.
- De abril a julio: elaboración de protocolo siguiendo indicaciones de formación recibida y solicitud de medidas de seguridad pasiva específicas.
- De agosto a septiembre: diseñar taller role playing.
- De octubre a noviembre: realizar role playin, mejorar la seguridad pasiva y la comunicación con RRLL.
- Diciembre 2017 Volver a pasar las encuestas de percepción de seguridad y evaluar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1323

1. TÍTULO

NUTRICION EN LA TERCERA EDAD

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FELIX PEÑA CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad ..... MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunida en salones de ayuntamiento la poblacion de Bañon y de Cosa en diferentes fechas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Motivacion en la alimentacion de ancianos y en diferentes patologias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Frecuentes preguntas,respecto a la alimentacion en diferentes patologias y huena implementacion de las mismas, con mejoria respecto a cifras anteriores (Glucemia,HTA...)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1323 ========== ***

Nº de registro: 1323

Título
NUTRICION EN LA TERCERA EDAD

Autores:
PEÑA CLEMENTE FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Análisis de la Situación:
Población muy envejecida en la zona básica de salud
Problemas de mala dentición
Patologías diversas y frecuentes
Soledad y carencias de relaciones y contactos

RESULTADOS ESPERADOS
- Objetivos del Proyecto:
Involucrar a las personas ancianas en la importancia de su alimentación.
Mejorar la nutrición en estas edades
Adecuación de la alimentación a sus diversas patologías
Asumir la realización de ejercicio físico

MÉTODO
- Actividades prescritas:
Charlas y reuniones participativas mensuales en cada población

INDICADORES
Mejora en el estado de salud de la poblacion tras contyroles de TA,Glucemia y Colesterol.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1323

1. TÍTULO

NUTRICION EN LA TERCERA EDAD

DURACIÓN
- Calendario:
        Una vez al mes en cada población comenzando el 1 de septiembre   de 2018.
        Si es preciso, se repetiría en el mismo mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1540

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL TEST DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ASCOZ HERRANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MONREAL DEL CAMPO
· Localidad ..... MONREAL DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el Centro de Salud de Monreal se comenzó a realizar el Test de aliento del Helicobacter Pylori en el último trimestre del 2018.
Dado el elevado porcentaje de población envejecida con dificultad para desplazarse al Hospital Obispo Polanco y el desconocimiento de muchos de los profesionales de esta técnica, nos ha parecido interesante realizar este proyecto.
En el mes de septiembre se realizó una sesión clínica dirigida a todos los profesionales sanitarios del centro (médicos y enfermeros) para dar a conocer la importancia de la realización de la prueba y cómo realizarla. Se establecieron unas recomendaciones actualizadas sobre el manejo de la infección por H. pylori para la práctica clínica habitual sencillas, concretas y fáciles de aplicar.
Cada MAP comunicó a sus pacientes la posibilidad de realización del Test en el Centro de Salud sin necesidad de desplazarse al hospital de referencia.
Este test se ha realizado en cinco pacientes, cuatro de ellos en el Centro de Salud y uno en especializada. La patología por la que se solicitaron fue en todos los casos por dispepsia no investigada en pacientes < 55 años sin signos de alarma. En todos los casos estaba indicada la investigación de Helicobacter pylori, por eso no se derivó para realización de endoscopia.
Se solicitaron 4 kits del test de aliento a Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del único test que realizó el Servicio de Digestivo desconocemos cual fue su resultado.
De los cuatro test que se han realizado en el centro de salud, el resultado ha sido: dos test negativos y dos test positivos.
En los positivos se ha utilizado el tratamiento de primera línea, la cuádruple terapia concomitante, durante 14 días con Omeprazol 40 mg / 12 horas, Claritromicina 500 mg / 12 horas, Amoxicilina 1 gr / 12 horas y Metronidazol 500 mg / 12 horas.
En estos dos casos se comprobó la erradicación con el test de aliento a las 6 semanas de finalizar el tratamiento.
Se ha producido fracaso terapéutico en uno de los casos, todavía está por decidir si se le pone tratamiento de segunda línea o se deriva a consulta de Digestivo.
El porcentaje de realización del test en el centro de salud ha sido del 80 %, se ha cumplido el standard que se había marcado (70-80%)
A pesar de este resultado, creemos que el impacto del proyecto no ha sido el esperado, debido a la escasez de pruebas de test realizadas. Por este motivo, nos hemos planteado volver a realizar una nueva sesión clínica para recordar a los profesionales la utilidad de esta prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que este proyecto, a pesar de la escasez de pruebas de test realizadas, ha contribuido a que los profesionales hayan adquirido un mejor conocimiento sobre la realización del test del H. Pylori, sobre el tratamiento erradicador y sobre el circuito de esta prueba en el Sector.
También a que los pacientes conozcan la posibilidad de realización del test en su centro de salud, evitando así desplazamientos innecesarios al hospital de referencia. Este era uno de nuestros principales objetivos.
Seguiremos recordando a todos los profesionales la necesidad de ampliar la realización del test a todos los pacientes que lo precisen dando la información que necesiten.
Este proyecto lo damos por finalizado, pero seguiremos trabajando en el, ofertando este servicio a toda la población de la ZBS de Monreal del Campo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1540 ========== ***

Nº de registro: 1540

Título
IMPLEMENTACION DEL TEST DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1540

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL TEST DEL HELICOBACTER PYLORI EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO

ASCOZ HERRANDO CARLOS, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En nuestra Zona de Salud no se realiza el test del Helicobacter Pylori, a pesar de disponer de dichos test en el Centro de Salud.
Una de las causas podría ser el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios del EAP de la forma de realización de dicho test en Atención Primaria.
Hay un porcentaje importante de población envejecida en nuestra zona con dificultad para desplazarse al Hospital Obispo Polanco, que es nuesto hospital de referencia, para realización de este test.
Creemos que con nuestro proyecto podría solucionarse el desconocimiento de los profesionales y los pacientes evitarían desplazamientos innecesarios al Hospital para realizar dicho test.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realización del test de Helicobacter Pylori en Centro de Salud de Monreal
- Formación con realización de una sesión clínica a los profesionales sanitarios del EAP sobre como realizar el test en AP y como actuar ante un resultado positivo
- Motivar a los profesionales para que comprendan la importancia de la realización de dicha prueba y hacerles ver que el desplazamiento de estos pacientes al Hospital es algo innecesario
- La población (en su mayoría envejecida) de nuestra Zona de Salud con indicación de test de Helicobacter Pylori no tenga que desplazarse al Hospital para la realización de dicho test

MÉTODO
- Programar quincenalmente el primer y el tercer jueves de cada mes la realización del test en el Centro de Salud de Monreal del Campo coincidiendo con el día de extracciones, para que estas muestras puedan ser llevadas al HOP ese mismo día.
- Comunicar a los profesionales del EAP las actuaciones que deben llevar a cabo para derivar a los pacientes que vayan a realizarse el test al médico responsable de la realización de dicho test.
Y posteriormente cuando llegue el resultado saber como deben actuar.

INDICADORES
- Conseguir que al menos el 70% de todos los pacientes en los que está indicado la realización del test de Helicobacter Pylori se realice en el Centro de Salud (70-80%)
- Número de pacientes que se han realizado el test en el Centro de Salud / número de pacientes totales con indicación para la realización del test
- El 100 % de los pacientes cuyo test sea positivo tras recibir tratamiento correcto, deberán ser valorados para la posibilidad de un nuevo enfoque terapéutico (100%)

DURACIÓN
En Septiembre 2018 realización de sesión clínica para formación de los profesionales del EAP en la realización de dicho test.
Realización de test quincenales a partir de Septiembre 2018 hasta Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1238

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA-EPOC

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO CLEMENTE IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA
VIVO LAZARO JOSE LORENZO
GÜELL AYUDA JUAN
MORA PALOMARES DOMINGO
COBOS COBOS MARCELO
ARGILES HERNANDEZ LUISA
AZNAR MORRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN REALIZADO TALLERES DURANTE LOS TRIMESTRES 2º 3º Y 4º DEL AÑO 2017 POR LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA DIRIGIDOS A LOS PACIENTES DE ASMA EPOC DE SUS RESPECTIVAS LOCALIDADES ASIGNADAS
SE HA CUMPLIDO CON EL CALENDARIO MARCADO
SE HAN UTILIZADO LOS INHALADORES DE LOS PROPIOS PACIENTES
LA ESTRATEGIA SEGUIDA HA SIDO ACORDADA EN REUNIÓN DE EQUIPO POR TODOS LOS PROFESIONALES
A LOS PACIENTES SE LES HA CITADO PERSONALMENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores propuestos a evaluar y resultado
% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta. Resultado 82% (45/55)
% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>75%). Resultado 80% (44/55)
% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%). Resultado 85% (47/55)
% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%) Resultado 91% (50/55)

La evaluación de los indicadores se ha realizado mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL EQUIPO DE MEJORA HA VALORADO MUY POSITIVAMENTE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DADO QUE LOS OBJETIVOS ALCANZADOS HAN ESTADO POR ENCIMA DE LOS INDICADORES MARCADOS INICIALMENTE
EL PROYECTO ES MUY SOSTENIBLE Y LAS POSIBILIDADES DE REPLICACIÓN SON MUY ALTAS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1238 ========== ***

Nº de registro: 1238

Título
EDUACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA - EPOC

Autores:
CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO, ROCA MUÑOZ MARIAN, GÜELL AYUDA JUAN, MORA PALOMARES DOMINGO, VIVO LAZARO JOSE LORENZO, ARGILES HERNANDEZ LUISA, AZNAR MORRO JOSE, MENDEZ SORIANO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1238

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA-EPOC

PROBLEMA
Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Mora de Rubielos.
Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO
Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado(convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .
Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler
En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.
Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.
Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevará a cabo por personal de enfermería y medicina.

INDICADORES
Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:
% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>75%)
% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN
Inicio 2º trimestre 2017 y finalización diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1239

1. TÍTULO

MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 207 EN EL SECTOR DE TERUEL.SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE LORENZO VIVO LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORA PALOMARES PEDRO
CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO
GÜELL AYUDA JUAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones del EAP para valorar la situacion inicial y el seguimiento del Cuadro de Mandos de Farmacia en relacion a la seleccion eficiente de IBP´s
- Analisis de la docomentacion recibida en relacion a las indicaciones y seleccion eficiente de IBP´s
-Explicacion a los pacientes en consulta la existencia de distintos IBP´s y su utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se ha alcanzado el objetivo :
Marzo 77,13% Diciembre: 78,96
-Todos los profesionales estamos muy por encima de los indicadores para el Sector (64,55%) y para Aragon (72,25%) en Diciembre 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las localidades más pequeñas con indicadores altos pocas variaciones absolutas hacen movimientos importantes en los porcentajes.
En estos niveles de eficiencia es muy dificil la mejora, al estar influenciada por las prescripciones provenientes de Atención Especializada, sobre la que no podemos actuar.
Deberemos seguir en la misma linea de eficiencia, recomendando la intervencion sobre la prescripción de Atención Especializada para mejorar la eficiencia global.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1239 ========== ***

Nº de registro: 1239

Título
MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL SECTOR E TERUEL.SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores:
VIVO LAZARO JOSE LORENZO, CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO, GÜELL AYUDA JUAN, MORA PALOMARES DOMINGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Sector Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,91%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón1 mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.
En 2016, los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (A02BC) constituyeron el subgrupo terapéutico de mayor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1239

1. TÍTULO

MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 207 EN EL SECTOR DE TERUEL.SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

gasto para el Sector Teruel (903.537 € y 4.163.808 DDDs). Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (269.599 € y 493.420 DDDs), omeprazol (266.235 € y 288.439 DDDs) y lansoprazol (198.277 €, 4.075 DDDs)1.
A fecha 1 de marzo de 2017, 13.301 pacientes en el Sector Teruel tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica; el 65,95% mantienen tratamiento con omeprazol (A02BC01) frente al 34,43% que tienen prescripciones activas de otros IBPs: pantoprazol (A02BC02) o lansoprazol (A02BC03) o rabeprazol (A02BC04) o esomeprazol (A02BC05) o esomeprazol+naproxeno (M01AE52).
El Sector Teruel presenta los peores resultados en selección eficiente de IBP con respecto a la media de Aragón, donde el 73,45% de los pacientes están en tratamiento con omeprazol2.

RESULTADOS ESPERADOS
Siguiendo las líneas estratégicas de URM en Aragón, el objetivo principal de este proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017. Tras el análisis de consumos y de los perfiles de prescripción, la selección eficiente de IBP es una actuación necesaria para promover el URM en el Sector Teruel.
Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente2-3.

Objetivo Farmacia III: Medidas para diminuir el gasto medio por receta Sector Teruel.
Sustitución de moléculas ineficientes por eficientes.
No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable 1-3.

MÉTODO
1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de un IBP. A través del cuadro de mandos (CM) de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán un listado de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) para valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base a los Protocolos de Intercambio Terapéutico (PIT) establecidos y aceptados en Aragón1. Los listados del CM de Farmacia se actualizarán mensualmente.

INDICADORES
ejora del indicador cualitativo de selección eficiente de IBP en el Sector Teruel (no incluido en el contrato programa)
Objetivo: Incrementar un 10% el número de pacientes del Equipo de Atención Primaria de Mora de Rubielos con prescripciones activas de omeprazol frente a aquellos que tienen prescritos otros IBP.

Desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria se hará un seguimiento de esta medida de selección eficiente durante 2017 (1er corte: marzo 2017; 2º corte: diciembre 2017) y se dará el apoyo necesario a los EAP (información farmacoterapéutica).

DURACIÓN
Comienzo 2º trimestre 2017. Finalización diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0241

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO BURILLO LAFUENTE
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE MARTIN LAURA
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA
GÜELL AYUDA JUAN
MORA PALOMARES DOMINGO
VIVO LAZARO JOSE LORENZO
ARGILES HERNANDEZ LUISA
CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De entre las múltiples actividades y servicios a ofertar planteados en la pasada convocatoria, han sido realizados dos:

+ Sesión grupal, con soporte informático en formato presentación con una configuración participativa e integrativa con los miembros del equipo asistencial sobre la EPOC y su gestión, desde el enfoque estrictamente fisioterápico y multidisiciplinar, con repaso al concepto de EPOC, su cribado, diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, con especial hincapié en el papel relevante de la fisioterapia en el entrenamiento general y específico, en sus respectivas modalidades, así como el seguimiento según diversas guías de consenso (GOLD 2018 y GesEPOC 2018).

+(Parcialmente) Control médico mensual durante el periodo de entrenamiento y control trimestral fuera de este. El control médico quedó plasmado en la realización en consulta personal del CAT (COPD Assessment Test), mMRC y orden de espirometría basal y prueba broncodilatadora, concurrente con el seguimiento estándar para los pacientes incluidos en cartera clínica de EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a las sesiones, estas fueron finalmente divididas en 3 sesiones informativas, para mejor seguimiento de los asistentes, y contaron con un excelente grado de aceptación y valoraciones respecto a calidad y contenidos. Sin embargo, la aplicación práctica de los contenidos se mostró dificultosa, haciéndose palpable la necesidad de incrementar el contenido práctico con casos reales para una mejor transferencia de conocimiento.

En cuanto al control médico, varios factores contribuyeron a la progresión parcial de este aspecto (y a la progresión total de otros objetivos). Por una parte, la onerosa carga de trabajo convencional en el personal médico y de enfermería favoreció una dinámica sub-óptima de consecución de tiempos de trabajo. Por otra, se produjeron sendas averías del equipo disponible para realización de espirometrías en el centro, originando demoras no computables a los recursos humanos.

El espíritu colaborativo y diligente del personal de enfermería hizo que la ejecución de las pruebas en pacientes poco colaboradores o con dificultades en la comprensión de la técnica espirométrica se realizase con presteza. En este sentido, la experiencia acumulada de pacientes y profesionales se mostró como un elemento indispensable para la consecución de pruebas aceptables y reproducibles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
+ La realización rutinaria y con mayor frecuencia de las actividades planteadas en el presente programa promociona la eficiencia y calidad de las mismas.

+ Resulta necesario re-evaluar las dinámicas de trabajo grupal e individual para promocionar la participación activa de todos los profesionales implicados.

+ Dada su ejecución parcial dentro del cronograma marco original -con un fin proyectado para el tercer trimestre de 2019- y ya iniciadas las buenas prácticas para que las dinámicas de trabajo sean de mayor eficacia y eficiencia, resulta recomendable el seguimiento del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/241 ========== ***

Nº de registro: 0241

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0241

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

Título
ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

Autores:
BURILLO LAFUENTE MARIO, ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA, GÜELL AYUDA JUAN, MORA PALOMARES DOMINGO, VIVO LAZARO JOSE LORENZO, ARGILES HERNANDEZ LUISA, AZNAR MORRO JOSE, CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En línea con otros proyectos desarrollados en el centro, se han detectado oportunidades de mejora en la detección y manejo de los pacientes con EPOC.

El tratamiento fisioterapico para el manejo complementario de la EPOC puede resultar conveniente para obtener un mayor control de la enfermedad y aumentar los niveles de actividad de los pacientes, de acuerdo con las recomendaciones de GesEPOC 2017. A consecuencia de ello, es posible una reducción del consumo de medicación así como el número y gravedad de las exacerbaciones. Entre las opciones de tratamiento de fisioterapia, el entrenamiento de la musculatura respiratoria se revela como una herramienta especialmente adecuada entre poblaciones con gran dispersión geográfica, dada su sencillez de uso y escasa necesidad de supervisión por parte del personal asistencial.

Estas líneas de acción, globales al manejo de la enfermedad, siguen los criterios internacionales marcados por GOLD 2017.

RESULTADOS ESPERADOS
+ Aumentar la fuerza de la musculatura respiratoria en los pacientes EPOC de la zona de salud.
+ Disminuir el número y gravedad de las exacerbaciones relacionadas con la enfermedad, precisen o no ingreso hospitalario.
+ Disminuir la cantidad y/o gravedad de los síntomas propios de la enfermedad.
+ Disminuir el consumo de medicación para el control de la enfermedad.
+ Disminuir la carga económica para el sistema sanitario, haciendo un uso más eficiente de los recursos materiales y humanos.

MÉTODO
+ Realización de seguimientos semanales individualizados con medición de PIM-PEM y reajuste de pauta de entrenamiento durante el periodo de intervención (3 meses) por fisioterapia.
+ Control semanal de registro de síntomas.
+ Control médico mensual durante el periodo de entrenamiento y control trimestral fuera de este.
+ Sesión individual para los pacientes de instrucción sobre pautas de entrenamiento y criterios de mantenimiento de los instrumentos de entrenamiento por fisioterapia.
+ Sesión individual para los pacientes a fin de proyecto para transmitir logros personales y pautas para mantenerlos por fisioterapia.
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial sobre la EPOC y su gestión, desde el enfoque estrictamente fisioterápico y multidisciplinar.
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial a fin de proyecto para evaluación de logros y valoración de posibilidades de mejora.

El entrenamiento se realizará con el dispositivo de entrenamiento personal de los pacientes.

INDICADORES
Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:

+ >10% pacientes retiran recetas de corticoesteroides, BDCD o BDLD, según e-receta
+ >10% pacientes que reducen nº de síntomas respecto a situación basal
+ >10% pacientes que reducen gravedad de síntomas respecto a situación basal
+ >5% pacientes que reducen nº de ingresos hospitalarios por causas relacionadas con la EPOC respecto al año anterior

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI-AP (para la valoración de síntomas) y de Historia Clínica Electrónica para todos los pacientes incluidos en el programa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0241

1. TÍTULO

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

DURACIÓN
Inicio 3er trimestre 2018 y finalización 3er trimestre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BRUN IZQUIERDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGOUES MARTINEZ JORGE
ARGILES HERNANDEZ LUISA
AZNAR MORRO JOSE
LAZARO CURIA JAVIER
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA
VICENTE MARTIN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestro proyecto se pretendía realizar talleres en los dos colegios que tiene nuestra zona básica de salud, el Colegio Público San Miguel de Mora de Rubielos y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Pórtico de Aragón.
Inicialmente contactamos con los directores de ambos colegios, con el CRA de Rubielos contactó Marian y con el de Mora Ana.
El 15 de Mayo llevamos a cabo los talleres en el CRA Pórtico de Aragón que incluye las aulas de Alcalá de la Selva, Fuentes de Rubielos, Camarena de la Sierra, Valbona, Rubielos de Mora y La Puebla de Valverde, con un total de 124 alumnos de educación infantil y primaria, y un total de 22 profesores.
Los talleres se realizaron en " El Día del CRA" en la localidad de Nogueruelas, es un día de convivencia que realizan todos los años en el que participa toda la comunidad educativa, alumnos, profesores, padres y realizan diferentes actividades. C Este año habían diferentes talleres por los que iban rotando los niños y uno de ellos era el de Primeros Auxilios.
Cuando el colegio nos ofreció la posibilidad de hacerlo ese día nos pareció muy buena idea, porque al ser un CRA hay aulas donde hay mucha diversidad de edades y así alli podiamos hacer grupos más homogéneos y resultaba más fácil impartir los talleres, ya que teniamos diferentes talleres preparados y materiales para las diferentes edades. Y además podían estar los padres y ver lo que aprendían sus hijos y la importancia de ello, y a su vez hacer más extensiva esta formación, aunque fuese solo como espectadores.
Se distribuyeron los grupos de la siguiente manera:
Infantil (3 a 5 años) con un total de 43 alumnos divididos en dos grupos.
Primer ciclo de primaria (6 a 8 años) con un total de 39 alumnos, divididos en dos grupos.
Segundo ciclo de primaria (9 a 12 años) con un total de 42 alumnos, divididos en dos grupos.
Los talleres se impartieron a unos 20 niños por taller para poder estar en el momento de la práctica con 10 niños más o menos cada una de las enfermeras que fuimos, para poder corregir de manera adecuada y que todos pudiesen realizar la práctica, y en el caso de los más pequeños con los peluches ir ayudándoles también. Los profesores que acompañaban a cada grupo de niños también nos ayudaron ya que ellos habían recibido desde el centro de salud el año anterior la formación en primeros auxilios.

En el grupo de infantil el taller duró 30 minutos y se realizaron las siguientes actividades:
- Cada niño trajo un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Les presentamos a modo de juego el teléfono de emergencias 112, enseñandoselo en diferentes teléfonos fijos, en los móviles, y explicamos cuando llamen a emergencias ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pusieron a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardiaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicamos con el peluche.
- Aprendieron una canción muy sencilla para recordar el 112 y que deben pedir ayuda a un mayor, que es lo más importante del taller, dada la edad que tienen. https://youtu.be/grSwOiRBPJs

En el grupo de Primer ciclo de primaria (6 a 8 años) el taller duró 50 minutos y se realizaron las siguientes actividades:
- Cada niño trajo un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprendieron a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pusieron a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardiaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprendieron una canción donde se repasa todo lo que deben hacer ante una inconsciencia y una muerte súbita, a la vez que se canta se van haciendo las maniobras. https://youtu.be/56PrvOfEqHQ https://youtu.be/3NH847iOXic

En el grupo de segundo ciclo de primaria (9 a 12 años) el taller duró 50 minutos, y se realizaron las siguientes actividades:
- Presentación de powerpoint: 112, Inconsciente, muerte súbita, atragantamiento, Abrir vía aérea, saber si respira (ver, oir y sentir), PLS, RCP sólo con las manos (Masaje cardiaco)
- Prácticas con maniquíes del masaje cardiaco.
- Prácticas de PLS y atragantamiento por parejas.
- Visualización de un video de simulación de las diferentes situaciones junto con una canción con letra referente al tema. "Tus manos pueden salvar vidas" del grupo Cero a la Izquierda.https://youtu.be/HUE9svt2v8A

Los recursos materiales utilizados fueron el ordenador y proyector del colegio y los maniquíes para la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, “TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS”

práctica de RCP en los más mayores que nos los prestaron desde la dirección de atención primaria.
Los powerpoints fueron elaborados por el equipo, en un principio Ana hizo un esbozo y posteriormente se fueron completando y modificando con el resto del equipo. Basándonos en las recomendaciones de la ERC 2015 y en otras presentaciones utilizadas en un proyecto de talleres de primeros auxilios en escolares con años ya de experiencia y con muy buenos resultados en Asturias, "Con tus manos puedes salvar vidas" de ahí el nombre de nuestro proyecto, los cuales comparten sus presentaciones y canciones para todo el que quiera. Ana se puso en contacto con ellas y le enviaron todo el material.
También se elaboró una pegatina en forma de ambulancia con el 112 visible y donde pone su dirección, para que lo dejen al lado del teléfono de casa y así puedan saber correctamente la dirección y que lo puedan poner en casa de familiares también.
Los enlaces de las canciones que se utilizaron para enseñar, se pasaron a los padres a través del colegio para que pudiesen cantarlas con sus hijos y así que las vayan recordando y aprendan el número 112 y ya de paso los padres puedan aprender. También los maestros se comprometieron a ir recordándolas en el cole.
Los talleres se llevaron a cabo por Ana Mª Brun Izquierdo y una estudiante de enfermería Belén Redón que se encontraba en ese momento en prácticas en el Centro de Salud.
Con el Colegio de Mora de Rubielos, nos pusimos en contacto a finales del curso anterior y nos dijeron que nos tendrían en cuenta en la planificación del curso 2018-2019, los talleres se llevarán a cabo entre el segundo y tercer trimestre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el taller los alumnos sabían realizar las maniobras explicadas, posición lateral de seguridad, masaje cardiaco, activar servicio de emergencias, actuación ante un atragantamiento... se fue evaluando mientras se hacia la práctica
La participación ha sido del 100%, ya que al hacerse en horario lectivo todos los niños acuden a la escuela por lo que se llega al total de la población a la que iba destinado el proyecto.
Los niños disfrutaron con los talleres, estuvieron participativos y atentos.
Los maestros quedaron satisfechos con los talleres y les gustaría que sigamos impartiéndolos en años consecutivos, así nos lo hicieron saber al terminar los talleres y posteriormente.
Así como los padres que asistieron ese día nos transmitieron que consideran importante la enseñanza en primeros auxilios a sus hijos y que les gustaría también algún taller para padres, que puede ser un próximo proyecto.
Al ser la primera vez que recibían ese tipo de formación habrán cosas que se irán olvidando, es por ello, que se pretende volver al año siguiente para recordar conocimientos y que se vayan quedando grabados en los niños, y ya sea recordar y practicar lo que aprendieron el año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo es muy satisfactoria ya que se han cumplido las expectativas.
No se realizó encuesta a los niños porque son pequeños y queriamos que fuese más práctico, estamos valorando en que la próxima vez que vayamos al cole los primeros minutos en lugar de empezar ya con la teoria, preguntar y ver que es lo que van recordando, todo de manera lúdica, sin que se sientan examinados, no olvidemos que son niños. Y pasar una encuesta de satisfacción a los profesores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/618 ========== ***

Nº de registro: 0618

Título
TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR “TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS”

Autores:
BRUN IZQUIERDO ANA MARIA, AGOUES MARTINEZ JORGE, ARGILES HERNANDEZ LUISA, AZNAR MORRO JOSE, LAZARO CURIA JAVIER, ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA, VICENTE MARTIN LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

PROBLEMA
En España ocurre una parada cardíaca súbita cada 20 minutos. Si se suman los fallecimientos por atragantamiento o por parada respiratoria en personas inconscientes debida a la obstrucción de la vía aérea por la propia lengua del paciente, el resultado es impactante.
Todo el personal sanitario que trabajamos en la urgencia extrahospitalaria hemos atendido emergencias con resultado de muerte o grave incapacidad porque los testigos que rodeaban al paciente no supieron actuar para ayudarle.
Día tras día somos testigos de la poca formación sanitaria, las dudas y los miedos de los ciudadanos en lo que a primeros auxilios y atención inicial a la emergencia se refiere.
En los Paises nórdicos hasta el 70% de los pacientes que sufren una parada cardiorespiratoria (PCR) presenciada llegan al hospital con vida tras ser reanimados precozmente por los testigos. En España no superamos el 10% de paradas cardíacas extrahospitalarias recuperadas.
¿Qué es lo que marca la diferencia? La enseñanza de primeros auxilios y maniobras de atención a la emergencia en las edades tempranas de la vida. Aquellas en las que los conocimientos se aprenden y mecanizan sin miedos, dudas ni prejuicios. Enseñan a sus niños y jóvenes. Y los enseñan en los lugares por los que pasará más del 90% de la población en edad escolar: en los colegios e institutos.

RESULTADOS ESPERADOS
Que los niños adquieran conocimientos para saber actuar ante una situación de emergencia, muerte súbita, atragantamiento, inconsciencia:
- Conocer el teléfono de emergencias 112 y utilizarlo adecuadamente.
- Maniobra frente-mentón para abrir la vía aérea.
- Posición lateral de seguridad (PLS)
- Reconocer si respira o no.
- Masaje cardiaco.
- Maniobras de desobstrucción de la vía aérea por atragantamiento.

MÉTODO
Los colegios de nuestra zona básica de salud son dos, el Colegio Público San Miguel de Mora de Rubielos y el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) Pórtico de Aragón.
Las actividades varían en función de la edad de los escolares, por lo que las hemos dividido en varios grupos.
3 y 4 años (1º y 2º de infantil)
- El taller durará 30 minutos
- Traerá cada niño un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pondrán a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardiaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprenderemos una canción muy sencilla para recordar el 112 y que deben pedir ayuda a un mayor, que es lo más importante del taller, dada la edad que tienen.

5, 6 y 7 años (3º de infantil, 1º y 2º de primaria)
- El taller durará 50 minutos
- Traerá cada niño un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pondrán a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardiaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprenderemos una canción donde se repasa todo lo que deben hacer ante una inconsciencia y una muerte súbita.

8 a 12 años (3º, 4º, 5º y 6º de primaria)
- El taller durará 50 minutos.
- Presentación de powerpoint: 112, Inconsciente, muerte súbita, atragantamiento, Abrir vía aérea, saber si respira (ver, oir y sentir), PLS, RCP sólo con las manos (Masaje cardiaco)
- Prácticas con maniquíes del masaje cardiaco.
- Prácticas de PLS y atragantamiento por parejas.
- Visualización de un video de simulación de las diferentes situaciones junto con una canción con letra referente al tema. "Tus manos pueden salvar vidas" del grupo Cero a la Izquierda.

INDICADORES
Que los niños al finalizar el taller sepan realizar las diferentes maniobras de forma adecuada.

DURACIÓN
Durante el curso escolar se planificarán los talleres de acuerdo a la disponibilidad de los profesionales sanitarios y de los maestros.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

OBSERVACIONES
En el curso anterior ya se les dio un taller de primeros auxilios a los profesores, para que ellos ya sean conocedores del tema en mayor profundidad.
En la RCP solamente se enseña el masaje cardiaco ya que son muy pequeños y el realizar las ventilaciones les puede resultar muy difícil y no ser efectivas, por lo que se perdería un tiempo importante, es por ello que se realiza sólo masaje cardiaco.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0570

1. TÍTULO

CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SU PRIMEROS MESES

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALICIA ARNAU FUERTES
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA
BRUN IZQUIERDO ANA
COBOS COBOS MARCELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primeros auxilios en los bebés, desarrollo psicomotor del bebé, alimentacion complementaria, lactancia materna, vivencia del nacimiento, sexualidad en el postparto, controles de salud habituales, beneficios del masaje infantil, canciones de estimulacion y juegos de estimulación, yoga y relajación en conjunto. Pequeñas meditaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto es conocido en el centro de salud, las mujeres al terminar la curentena preguntan por el. Acuden las que están más cerca con frecuencia, siguen acudiendo al centro de salud hasta que comienzan a trabajar...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Acuden las mujeres autoctonas y que conocen bien el idioma, abandonan cuando comienzan a trabajar o cuando el bebé ya se mueve mucho... algunos a los 10 meses. La lejanía al centro hace que no acudan las de los pueblos más alejados. En el colectivo magrebí no está tan extendido quizás por las relaciones que tienen en su familia o amistades que sirven de soporte.
Estamos contentos por la acogida de las mujeres y sus intervenciones... entre ellas entablan relaciones de ayuda y consejo.
Seguiremos el próximo año pues siguen acudiendo un 50% aproximadamente de las mujeres que van teniendo niños. Un proyecto reconfortante y sostenible y replicable en otros centros.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/570 ========== ***

Nº de registro: 0570

Título
CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SUS PRIMEROS MESES

Autores:
ARNAU FUERTES ALICIA, ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA, COBOS COBOS JOSE MARCELO, BRUN IZQUIERDO ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las mujeres durante los cursos de embarazo preguntan sobre la continuidad de encuentros en el postparto.
Los primeros meses de la crianza y maternidad - paternidad son un periodo vulnerable y sensible emocionalmente: donde ha cambiado el rol, se adaptan al bebé, crean vínculos, se planifican y se encuentra un nuevo equilibrio.
Existe la posibilidad de depresión postparto

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un espacio de encuentro para compartir la experiencia del parto, la crianza, la maternidad, la nueva

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0570

1. TÍTULO

CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SU PRIMEROS MESES

paternidad y la evolucion de la sexualidad.
Conocer ejercicios para tonificar el cuerpo y el suelo pélvico
Saber los controles pediátricos prevencion con vacunas, desarrollo del bebé, alimentacion complementaria, prevencion de accidentes, etc

MÉTODO
Se hacen clases de YOGA MAMA-BEBÉ. Y los 10 últimos minutos se tratan temas de:
- compartir experiencia del parto (escribirlo)
- alimentacion del bebé (triptico) primeros meses lactancia elegida y alimentacion complementaria
- idealizacion del puerperio: maternidad, paternidad (verbalizar) roles familia
- desarrollo del bebé: psicomotor
- sexualidad en el postparto: planificacion (ver métodos)
- el sueño del bebé, el llanto
- prevencion accidentes domesticos, seguridad vial

INDICADORES
asistencia a los cursos:
numero de mujeres que acuden / numero de mujeres que han parido
nº de clases que acuden/ nº clases total

DURACIÓN
dura 7 semanas...
Alicia hace la práctica de ejercicios y algun tema de matrona
Marcelo desarrollo psicomotor del bebé, consultas frecuentes,...
Marian prevencion accidentes domésticos, seguridad vial...
alimentacion complementaria, sueño y llanto del bebé, etc...
Ana compartiendo con Marian temas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1164

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA CE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VALERIANO OLIVAS GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MOSQUERUELA
· Localidad ..... MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTOLIU VILLANUEVA RICARDO
AGUELO FLORIA MARCOS
IGUAL IBAÑEZ LAURA
CONEJOS MERITA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DOS SESIONES CLINICAS DE VALORACION DE LA ACTIVIDAD PARA LOS PACIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
BUEN IMPACTO ENTRE LOS PROFESIONALES SOBRE LA ACTIVIDAD.AL VALORAR ESTE ASPECTO COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y PARA EL MANEJO DE FARMACOS EN PACIENTES DE RIESGO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TODOS PROFESIONALES LO VALORARON POSITIVAMENTE. SE REVISARON FARMACOS, SE RETIRARON FARMACOS SE AUMENTO EL CONTROL SOBRE LOS PACIENTES DE MAS RIESGO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1164 ========== ***

Nº de registro: 1164

Título
VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA DE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS

Autores:
OLIVAS GUILLEN VALERIANO, MONTOLIU VILLANUEVA RICARDO, AGUELO FLORIA MARCOS, IGUAL IBAÑEZ LAURA, CONEJOS MERITA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Nefrologia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Valorara la función renal en mas de 75 años para evitar el daño renal de los AINEs y otros fármacos potencialmente nefrotoxicos, Triple Whammy y clasificar a los pacientes según su daño renal

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la yatrogenis por AINEs, disminuir el riesgo de Triple Whammy, con una valoración mas especifica de su función renal

MÉTODO
Todos los pacientes de la población diana tendrán al menos una vez al año una valoración del filtrado glomerular a través de la formula de Cockcroff_Gault

INDICADORES
Se registrara un episodio en OMI con su grado de función renal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1164

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA CE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS

DURACIÓN
El proyecto se iniciará el 1/04/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0399

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARCOS TENA CAMPOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MOSQUERUELA
· Localidad ..... MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN
OLIVAS GUILLEN VALERIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Actividades realizadas:
1ª Reunión de equipo, para diseñar el formato de la charla, y se invita a participar a los trabajadores de la residencia de ancianos y al personal de ayuda domiciliaria de la zona, para colaborar en el contenido del powerpoint.
2ªReunión de equipo, en el que los miembros del equipo colaboran en la estructura y formato de las diapositivas. Se decide incluir imágenes para facilitar la asimilación de conceptos. Planteamos hacer una introducción oral y una lluvia de ideas de los asistentes para medir el nivel de conocimientos y déficits en el tema a exponer, así como sus inquietudes. También creamos una tabla que relaciona los alimentos según la cantidad de vitamina K que poseen, para orientar a los asistentes en la dieta recomendable en pacientes con acenocumarol.
3ª Reunión de equipo. Se elabora el cuestionario de evaluación de los asistentes para determinar el nivel de conocimientos adquiridos. Se formulan 10 ítems con 3 respuestas, siendo una de ellas verdadera.
4ª Reunión de equipo, para determinar las fechas y lugar de realización, acordando realizar una sesión en el centro de salud de Mosqueruela y otra en el salón de actos del ayuntamiento de Linares de Mora.
Realización de la charla: Tras la presentación de los ponentes y recordar el tema a tratar entre los asistentes, a modo de introducción, en una pizarra, anotamos las ideas y cuestiones que se presentan para abordar el tema (feedback). Los asistentes definen qué es para ellos un anticoagulante, cuáles son sus indicaciones y cuáles son las interacciones relacionadas con los alimentos y otros medicamentos. Además se hace hincapié en la peligrosidad de administración de medicación intramuscular en este tipo de pacientes. Se pasa posteriormente el powerpoint explicativo, describiendo las patologías en las que está recomendada la toma de anticoagulantes, signos y síntomas de sangrado y exceso de medicación en sangre y pautas básicas de actuación en caso de complicaciones. Tras finalizar la misma, damos un tiempo para que los asistentes planteen dudas y sugerencias. Después se les da entrega del cuestionario de evaluación y la hoja de alimentos ricos en vitamina K. Se corrigen y comentan las preguntas realizadas, haciendo hincapié en los puntos más relevantes.
5ª Reunión de equipo. Se realiza evaluación general post-exposición (sensibilización, conocimientos adquiridos, aceptación en la comunidad...), dejando abierta la posibilidad de repertir la charla periódicamente.

-Cronograma:
1ª reunión: 20/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes, 5 trabajadores de la residencia y 1 de ayuda domiciliaria.
2ª reunión: 27/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes.
3ª reunión: 09/05/2018. Asisten los responsables, otros componentes y pediatra.
4ª reunión: 11/05/2018. Asisten los responsables y otros componentes.
Realización de la charla: 31/05/2018 y 01/06/2018. El día 31 en Mosqueruela asisten 44 personas, y el día 1, 43 en Linares de Mora, siendo mayoritaria la representación de mujeres.
5ª reunión: 20/09/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

-Acciones para comunicar el proyecto y sus resultados a profesionales y/o pacientes. Materiales utilizados: Se realizan bandos en ambos municipios días antes de las charlas y carteles informativos en tiendas locales, consultorios locales y centro de salud de Mosqueruela. También se usa el Whatsapp municipal con un mensaje divulgativo.

-Actividades de evaluación:
Se valoran los conocimientos con el cuestionario de evaluación, se corrige entre todos los participantes. Además se aprovecha en consultas de enfermería posteriores para determinar los conocimientos alcanzados en personas al azar que, o bien estaban en tratamiento con anticoagulantes, o cuidaban a algún familiar/ paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Resultados alcanzados:
Tras la charla, todos los teses superaron el 90% de aciertos, por lo que consideramos que la población quedó sensibilizada sobre los aspectos más importantes acerca del tratamiento con anticoagulantes. Además algunos teses realizados al azar a pacientes que no asistieron a la charla, mostraron peores resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Resulta interesante realizar periódicamente este tipo de intervenciones en la comunidad puesto que se obtienen resultados óptimos de asistencia y se aumentan los conocimientos para mejorar la promoción de la salud en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0399

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

área tratada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/399 ========== ***

Nº de registro: 0399

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Autores:
TENA CAMPOS MARCOS, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes demandan contínuamente en consulta información sobre interacciones farmacológicas y alimentarias con los tratamientos anticoagulantes. Es importante dar información clara sobre las interacciones farmacológicas y alimentarias para evitar las complicaciones con los anticoagulantes orales.

RESULTADOS ESPERADOS
Emponderar a los pacientes para aumentar los conocimientos sobre las interacciones medicamentosas y alimentarias. La población a la que se dirige es la que esté en tratamiento con anticoagulantes orales (warfarina y acenocumarol).

MÉTODO
Todos los pacientes anticoagulados, realizarán anualmente un cuestionario/entrevista, sobre manejo, riesgos, alimentación, etc. de anticoagulantes. Los miembros del equipo desarrollarán un cuestionario para los pacientes. Se implementarán dos reuniones de trabajo, una cada cuatro meses para valorar el resultado sobre los pacientes.

INDICADORES
Número de pacientes a los que se les entrega la encuesta.

DURACIÓN
Inicio en mayo del 2018. Se espera una duración continuada a lo largo de varios años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0400

1. TÍTULO

AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN SANCHEZ SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MOSQUERUELA
· Localidad ..... MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAS GUILLEN VALERIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Actividades realizadas:
1ª Reunión de equipo, para diseñar el formato de la charla, y se invita a participar a los trabajadores de la residencia de ancianos y al personal de ayuda domiciliaria de la zona, para colaborar en el contenido del powerpoint.
2ªReunión de equipo, en el que los miembros del equipo colaboran en la estructura y formato de las diapositivas. Se decide incluir imágenes para facilitar la asimilación de conceptos. Planteamos hacer una introducción oral y una lluvia de ideas de los asistentes para medir el nivel de conocimientos y déficits en el tema a exponer, así como sus inquietudes. También creamos un esquema plastificado de bolsillo en el que, mediante imágenes, se muestran las pautas de actuación y detección de síntomas de alarma.
3ª Reunión de equipo. Se elabora el cuestionario de evaluación de los asistentes para determinar el nivel de conocimientos adquiridos. Se formulan 12 ítems con 3 respuestas, siendo una de ellas verdadera.
4ª Reunión de equipo, para determinar las fechas y lugar de realización, acordando realizar una sesión en el centro de salud de Mosqueruela y otra en el salón de actos del ayuntamiento de Linares de Mora.
Realización de la charla: Tras la presentación de los ponentes y recordar el tema a tratar entre los asistentes, a modo de introducción, en una pizarra, anotamos las ideas y cuestiones que se presentan para abordar el tema (feedback). Los asistentes definen ictus y cómo se debería actuar. Se pasa posteriormente el powerpoint explicativo, describiendo la patología, signos y síntomas de alarma y pautas básicas de actuación. Tras finalizar la misma, damos un tiempo para que los asistentes planteen dudas y sugerencias. Después se les da entrega del cuestionario de evaluación y el esquema plastificado. Se corrigen y comentan las preguntas realizadas, haciendo hincapié en los puntos más relevantes.
5ª Reunión de equipo. Se realiza evaluación general post-exposición (sensibilización, conocimientos adquiridos, aceptación en la comunidad...), dejando abierta la posibilidad de repertir la charla periódicamente.

-Cronograma:
1ª reunión: 20/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes, 3 trabajadores de la residencia y 2 de ayuda domiciliaria.
2ª reunión: 27/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes.
3ª reunión: 09/05/2018. Asisten los responsables, otros componentes y pediatra.
4ª reunión: 11/05/2018. Asisten los responsables y otros componentes.
Realización de la charla: 24/05/2018 y 25/05/2018. El día 24 en Mosqueruela asisten 32 personas, y el día 25, 41 en Linares de Mora, siendo mayoritaria la representación de mujeres.
5ª reunión: 20/09/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

-Acciones para comunicar el proyecto y sus resultados a profesionales y/o pacientes. Materiales utilizados: Se realizan bandos en ambos municipios días antes de las charlas y carteles informativos en tiendas locales, consultorios locales y centro de salud de Mosqueruela. También se usa el Whatsapp municipal con un mensaje divulgativo.

-Actividades de evaluación:
Se valoran los conocimientos con el cuestionario de evaluación, se corrige entre todos los participantes. Además se aprovecha en consultas de enfermería posteriores para determinar los conocimientos alcanzados en personas al azar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Resultados alcanzados:
Tras la charla, todos los teses superaron el 80% de aciertos, por lo que consideramos que la población quedó sensibilizada sobre los aspectos más importantes del tema ictus. Además algunos teses realizados al azar a pacientes que no asistieron a la charla, mostraron peores resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Resulta interesante realizar periódicamente este tipo de intervenciones en la comunidad puesto que se obtienen resultados óptimos de asistencia y se aumentan los conocimientos para mejorar la promoción de la salud.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0400

1. TÍTULO

AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD

*** ========== Resumen del proyecto 2018/400 ========== ***

Nº de registro: 0400

Título
AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD

Autores:
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, TENA CAMPOS MARCOS, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población desconoce los signos y síntomas de alarma de ictus y la necesidad de una atención precoz.

RESULTADOS ESPERADOS
Concienciar y explicar a la población adulta de la importancia en la detección de los signos y síntomas de ictus.

MÉTODO
Se realizarán reuniones de equipo para preparar los talleres dirigidos a la población susceptible.

INDICADORES
Se registrará el número de asistentes a los talleres, así como el número de reuniones realizadas

DURACIÓN
El proyecto se iniciará a partir de mayo del 2018 y continuará en años sucesivos.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0472

1. TÍTULO

NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARCELO COBOS COBOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MOSQUERUELA
· Localidad ..... MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TENA CAMPOS MARCOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizo varias reuniones entre los profesionales del equipoque vamos a impartir los talleres para la elaboracion y preparacion del material a emplear en los diferentes talleres, acordar la dinamica y la participacion de cada uno de nosotros durante el mismo, se elaboro un power point para la presentacion., ademas de realizar las ultimas recomendaciones bibliograficas de las guias de AHA y ERC.
Nos pusimos en contacto con los directores de los colegios para acordar las fechas para la realizacion de los talleres.
Solicitamos a la gerencia de atencion primaria del Sector Teruel para que se nos pueda prestar los maniquis para poder realizar las practicas de los talleres.
Los talleres se realizaron con la participacion de todos los alumnos de primaria de los colegios de Linares de Mora, Valdelinares y Mosqueruela.
En tres sesiones, 1 cada colegio respectivamente.
Cada sesion tuvo una duracion aproximadamente de 1 hora, la sesion estuvo dividida en dos partes primera una introduccion teorica con la ayuda del power point, luego la realizacion de la practica con la participacion de todos los niños y para finalizar la proyeccion de un video con una cancion para la familiarizacion de los niños con el taller realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado de este proyecto a sido muy importante ya que nos ha ayudado a ponernos en contacto al perosnal sanitario (medicos y enfermeras) del centro de salud de Mosqueruela con los 3 colegios de la zona tanto con su profesorado como con sus alumnos.
Los alumnos han recibido un conocimiento basico de que es una Reanimacion Cardio pulmonar Basica y que se debe hacer ante esta situacion.
Poder indentificar un caso en el que una persona (familiar o extraño) se encuentre inconciente y que se debe hacer.
Ante una urgencia que se debe hacer y aviasr de forma inmediata a los servicios de Urgencias. (numeros telefonicos) 061 - 112
Les recordamos en varias ocasiones la forma correcta de dar un aviso y que es lo primero que se debe realizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debo expresar que este proyecto ha sido personalmente un reto y algo muy gartificante.
Hemos tenido una muy buena acogida por parte de todos los colegios (Mosqueruela, Linares y Valdelinares), tanto por parte de los maestros y alumnos.
Los maestros nos han agradecido la implementacion de este taller nos han extresado que les gustaria que continuaramos con este proyecto o similares.
Todos los niños se han aprendido la cancion del RCP.
Tenian mucha curiosidad de ver y tocar manipular (los maniquis) de las practicas, estuvieron entusiasmados de realizar las practicas.
Concluimos que todas las personas podemos salvar una vida incluso un niño.
Es necesario tener la formacion adecuada y los conocimientos respectivos de que hacer y como actuar ante una persona inconciente o RCP.
Estos conocimientos en edad escolar nos puede ayudar a salvar muchas vidas.
El profesorado y sus alumnos nos han expresado un gran interes por esta actividad.

7. OBSERVACIONES.
Queremos darle una continuidad a este proyecto debido al gran interes expresado por parte de sus maestros y alumnos por el conocimiento de este taller.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/472 ========== ***

Nº de registro: 0472

Título
NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Autores:
COBOS COBOS JOSE MARCELO, TENA CAMPOS MARCOS, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0472

1. TÍTULO

NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada cardiorrespiratoria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Es importante desde el principio de la vida que los más pequeños se familiaricen y adquieran habilidades de conceptos y prácticas elementales para detectar situaciones de compromiso vital.

RESULTADOS ESPERADOS
La población infantil conocerá los eslabones de la cadena de supervivencia, así como las maniobras básicas de reanimación y saberlas poner en práctica.

MÉTODO
Se realizarán reuniones de equipo para preparar talleres dirigidos a la población seleccionada.

INDICADORES
Se registrará el número de asistentes al taller teórico práctico así como el número de reuniones realizadas entre los miembros del equipo.

DURACIÓN
El proyecto se iniciará a partir de mayo-2018 y se repetirá los años sucesivos durante el calendario escolar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1187

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES RUBIO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA
CALVO GARCIA FRANCISCO
LATASA LATORRE PILAR
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- CURSO DE FORMACIÓN A LOS PROFESIONALES DEL EAP
- SELECCIÓN DE PACIENTES
- DESIGNAR A LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZAR LA ESPIROMETRÍA
- CREAR EN OMI LA AGENDA PARA TAL FIN
- DESIGNAR EL LUGAR PARA LA RALIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA
- SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO SE HA PODIDO INICIAR LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS POR FALTA DE ADQUISICIÓN DEL NUEVO ESPIRÓMETRO (EL ESPIRÓMETRO DEL CENTRO NO FUNCIONABA). SUGERIMOS LA POSIBILIDAD DE ALARGAR EL PROYECTO DURANTE EL 2018 SUPEDITADO A LA FECHA DE ADQUISICIÓN TEMPRANA DEL NUEVO ESPIRÓMETRO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NOS PARECE IMPORTANTE CONTINUAR CON EL PROYECTO DURANTE EL 2018 PARA PODER MEJORAR EL INFRADIAGNÓSTICO DE EPOC EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1187 ========== ***

Nº de registro: 1187

Título
MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

Autores:
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA, CALVO GARCIA FRANCISCO, LATASA LATORRE PILAR, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA PREVALENCIA DE EPOC EN LA POBLACIÓN ES MAYOR EN PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS CUYO ÍNDICE TABÁQUICO ES MAYOR O IGUAL A 10. SE TRATA DE MEJORAR LA DETECCIÓN E INFRADIAGNÓSTICO DE EPOC A TRAVÉS DE REALIZACIÓN Y REGISTRO DE ESPIROMETRÍAS

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: AUMENTO DE DETECCIÓN DE EPOC MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS A PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1187

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS

MÉTODO
1. CURSO DE FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍAS PARA LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO.
2. SELECCIÓN DE PACIENTES QUE CUMPLAN EL CRITERIO
3. DESIGNAR LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZACIÓN DE LAS ESPIROMETRÍAS
4. CREAR AGENDA EN OMI PARA TAL FIN (DOS ESPIROMETRÍAS LOS VIERNES DE 12 A 13 H)
5. DESIGNAR EL LUGAR PARA SU REALIZACIÓN.
6. SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO
7. REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS
8. INTERPRETACIÓN DE LAS MISMAS

INDICADORES
1. Nº TOTAL DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS AL AÑO / Nº TOTAL DE PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS X 100

2. % DE ESPIROMETRÍAS PATOLÓGICAS / TOTAL DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS

DURACIÓN
1. CURSO DE FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍAS PARA LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO: 15 DE MAYO 2017
2. SELECCIÓN DE PACIENTES QUE CUMPLAN EL CRITERIO: ABRIL 2017
3. DESIGNAR LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZACIÓN DE LAS ESPIROMETRÍAS: JOSE ANTONIO LÁZARO
4. CREAR AGENDA EN OMI PARA TAL FIN (DOS ESPIROMETRÍAS LOS VIERNES DE 12 A 13 H): 22 DE MAYO 2017
5. DESIGNAR EL LUGAR PARA SU REALIZACIÓN: CONSULTA DE PEDIATRÍA
6. SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO:22 MAYO 2017
7. REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS: A PARTIR DEL 22 MAYO 2017
8. INTERPRETACIÓN DE LAS MISMAS
9.FECHA DE INICIO PROYECTO: 1 DE JUNIO
10.FECHA FIN PROYECTO: 15 DE DICIEMBRE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1191

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN C.S. DE SANTA EULALIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NATIVIDAD SONIA SEBASTIAN CHECA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES
CALVO GARCIA FRANCISCO
LATASA LATORRE PILAR
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaborar listados de medicación de maletín y coche (Excel)
-Establecer turno rotatorio de revisión mensual del maletín y material adicional del coche por todos los profesionales del EAP .
-Registro de cada revisión de ambos.
-Sesiones formativas:
Octubre 2017: RCP básica y avanzada
Noviembre 2017: hipoglucemia
Diciembre 2017: urgencia HTA
Enero 2018: repaso código ICTUS y código INFARTO.
-Se pasa encuesta de satisfacción a los compañeros del EAP que es satisfactoria en todos los casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Impacto del proyecto: como partíamos de no tener maletin de urgencias como tal ni material adicional en el coche reglado en nuestro centro de salud, la valoración del proyecto por todos los miembros del AEP es muy positiva, nos da tranquilidad en la urgencia, sabemos que las fechas de caducidad estan correctas y revisadas, que no se olvida ninguna medicación,..etc en resumen se ha mejorado la atención urgente de los pacientes en nuestro centro de salud.
-Fuentes y método: mediante hoja excel se registra medicacion y caducidades y a través de sesiones clinicas sacadas de las ultimas guías de recomendación de urgencias nos hemos reciclado todos los compañeros.
-Nos parece un proyecto sostenible y fácil de continuar para el buen funcionamiento del centro y con posibilidad de replicacion del mismo de ahora en adelante.
-Indicadores:
100% de revisiones del maletin y material adicional realizadas respecto de las programadas.
-100% del registro del correcto funcionamiento mensual del desfibrilador, ambu y laringo realizado.
-100% de las seiones clinicas programadas están realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIÓN:
- CONSIDERAMOS QUE CON LA IMPLEMENTACION, REVISIÓN Y REPOSICIÓN DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE Y MALETIN DE URGENCIAS HA MEJORADO Y ES DE MAYOR CALIDAD LA ATENCIÓN AL PACIENTE URGENTE EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. ESTAMOS MUY SATISFECHOS CON LOS RESULTADOS Y STANDARES ALCANZADOS, SE HAN CUMPLIDO LOS INDICADORES PREVISTOS Y ADEMÁS ES UN PROYECTO QUE AUNQUE FINALIZADO SIGUE SIENDO SOSTENIBLE EN EL TIEMPO Y REPLICABLE EN CUALQUIER OTRO CENTRO DE SALUD.
-TAMBIEN HEMOS IMPLEMENTADO EL CARRO DE PARADAS ESTE AÑO EN LA SALA DE URGENCIAS,EL CUAL ESTAMOS TAMBIEN REGISTRANDO LA MEDICACION Y CADUCIDAD DEL MISMO PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO (SIGUIENDO SIMILAR HOJA EXCEL)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1191 ========== ***

Nº de registro: 1191

Título
IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

Autores:
SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA, RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, CALVO GARCIA FRANCISCO, LATASA LATORRE PILAR, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1191

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN C.S. DE SANTA EULALIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCION PACIENTE PLURITALOGICO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ES UNA DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL SANITARIO. EN NUESTRO MEDIO LA ATENCION PRIMARIA ATIENDE LAS LLAMADAS URGENTES DE PACIENTES DESDE LOS DOMICILIOS, Y TAMBIÉN PUEDE SER REQUERIDA PARA ATENDER URGENCIAS EN LA VÍA PÚBLICA A LOS CUALES EL 061 NO PUEDE ATENDER EN ESE MOMENTO POR SATURACIÓN O CONSIDERA QUE DESDE EL C.S. MAS PRÓXIMO SE PUEDEN ATENDER LA MISMA.
POR TODO ELLO PLANTEAMOS QUE DEBE EXISTIR EN NUESTRO CENTRO DE SALUD UN MALETIN DE URGENCIAS CON LA MEDICACION ADECUDA AL IGUAL QUE UN MATERIAL ADICIONAL ACORDE Y CORRECTAMENTE ACTUALIZADO A LA VARIADA PATOLOGIA QUE NOS PODEMOS ENCONTRAR.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS:

GENERAL: GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE UNA ATENCIÓN SANITARIA URGENTE DE CALIDAD A LA POBLACIÓN DEL C.S. DE SANTA EULALIA.
ESPECÍFICOS:

1.ESTABLECER UN MECANISMO DE REVISIÓN Y REPOSICIÓN DE LOS ELEMENTOS INCLUIDOS EN EL MALETÍN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE, ASÍ COMO LA COMPROBACIÓN DEL CORRECTO ESTADO Y FUNCIONAMIENTO DEL MATERIAL SANITARIO, DEJANDO CONSTANCIA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA.
2. REVISAR Y ACTUALIZAR LA RELACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO Y LOS MEDICAMENTOS NECESARIOS

MÉTODO
1. ESTABLECER TURNO ROTATORIO PARA LA REVISION MENSUAL DEL MALETIN Y MATERIAL DEL COCHE, DE MANERA QUE TODOS LOS PROFESIONALES SE FAMILIARICEN CON EL PROCESO.
2. ELABORAR UN LISTADO SE MEDICAMENTOS DE MALETIN Y MATERIAL DEL COCHE. (HOJA EXCEL).
3. REGISTRO DE CADA REVISION REALIZADA (FECHA DE REVISION, PERSONAL QUE LA REALIZA Y FIRMA, EXISTENCIAS, CADUCIDAD, REPOSICION Y FUNCIONAMIENTO) MEDIANTE LA ELABORACION DE UNA HOJA DE REVISION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y OTRA DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE.

INDICADORES
LA EVALUCION DEL PROYECTO DE MEJORA SE LLEVARA A CABO CADA AÑO SEGUN EL CRITERIO:
Nº DE REVISIONES FIIRMADAS EN LA HOJA DE REGISTRO (MALETIN DE URGENCIAS)X 100/ Nº TOTAL DE REVISIONES.
Nº DE REVISIONES FIIRMADAS EN LA HOJA DE REGISTRO (MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE)X 100/ Nº TOTAL DE REVISIONES.
REGISTRO DE LA REVISION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL DESFIBRILADOR.
REGISTRO DE LA REVISION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL LARINGOSCOPIO.

DURACIÓN
DURACION Y CALENDARIO PREVISTOS:
-ABRIL 2017: ELABORAR LISTADO DE MEDICACION DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE Y HOJAS DE REGISTERO DE REVISION Y CONTINUAR CON EL MALETIN URGENCIAS.
-MAYO 2017: CONTINUAR CON LAS SESIONES REGLADAS Y REGISTRADAS DEBIDAMENTE.
-SESIONES FORMATIVAS: 1ª JUNIO 2017, 2ª OCTUBRE 2017, 3ª NOVIEMBRE 2017Y 4ª DICIEMBRE 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0256

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES RUBIO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCULLUELA AISA MARIA
LATASA LATORRE DOLORES PILAR
ROMAN NOGUERAS MERCEDES
GIL MALO INMACULADA
BLAS GOMEZ CONSUELO
CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Las encuestas para valorar los conocimientos de los cuidadores. Hemos realizado una encuesta con 9 preguntas de tipo test con 3 opciones (solo una de ellas válida).
2.- Folletos informativos en varios idiomas (Castellano, rumano y árabe), de los síntomas más frecuentes en niños(gastroenteritis aguda, catarro de vías altas, fiebre y vómitos) y manejo domiciliario de éstos (por ejemplo como evitar la deshidratación en gastroenteritis aguda, alimentación, qué hacer en casa en caso de fiebre, cuándo acudir a urgencias, etc.
Tanto las encuestas como los folletos informativos se elaboraron según calendario previsto.
3.-Hemos entregado las encuestas previas y los folletos informativos en el idioma del cuidador a los niños que acuden a las consultas, principalmente en pediatría. Las fechas de entrega de las encuestas se ha retrasado hasta octubre para poder abarcar mayor población.
4.- Hemos realizado la encuesta final a los cuidadores para evaluar los conocimientos adquiridos y la encuesta de satisfacción global y hemos solicitado a los cuidadores propuestas de necesidades para futuras intervenciones. También la segunda encuesta se retrasó hasta noviembre.
5.- En diciembre se realizó la evaluación y recopilación de propuestas para próximas intervenciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han entregado 12 encuestas previas, dos de ellas no las han respondido.
De los cuidadores que realizaron la encuesta, han realizado la encuesta final 7 cuidadores, todos ellos excepto uno han mejorado en sus conocimientos.
Se observa satisfacción por parte de los usuarios y hemos recibido alguna propuesta interesante para futuras intervenciones (actuación y prevención de accidentes en el hogar, consejos sobre alimentación saludable). El proyecto les ha parecido muy interesante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración tanto de los cuidadores como del equipo ha sido muy positiva.
En el futuro se podría ampliar el proyecto con algún otro síntoma o problema sanitario frecuente que proponga el equipo y siguiendo los consejos de los cuidadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/256 ========== ***

Nº de registro: 0256

Título
EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Autores:
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, LATASA LATORRE DOLORES PILAR, COSCULLUELA AISA MARIA, ROMAN NOGUERAS MERCEDES, GIL MALO INMACULADA, BLAS GOMEZ CONSUELO, CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación Sanitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0256

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1.- Se observa en las consultas de pediatría, así como en atención continuada, un número elevado de consultas por síntomas que pueden ser manejados por los cuidadores de forma domiciliaria.
2.- Dado el porcentaje de población extranjera con la que a veces es difícil entenderse, planteamos hacer folletos informativos en varios idiomas.

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Dotar de conocimientos a los cuidadores habituales de niños en edad preescolar de los síntomas más frecuentes
2.-Disminuir la frecuentación en los servicios sanitarios
3.-Conocer signos de alarma
4.-Romper la barrera del idioma

MÉTODO

1.- Realizar encuestas para valorar los conocimientos de los cuidadores.
2.-Elaboración de folletos informativos en varios idiomas, de los síntomas más frecuentes en niños y manejo domiciliario de éstos
3.-Los folletos se entregarán en las consultas del centro de salud, por parte del personal sasnitario, con ocasión de revisiones, vacunas, servicio de urgencia, etc.
4.- Encuesta final para evaluar conocimientos adquiridos.
5.- Encuesta de satisfacción global.

INDICADORES
Nº de personas a las que se les ha entregado folletos / niños en edad preescolar.
Mejoría de los conocimientos adquiridos comparando la encuesta primera con la final.
Análisis descriptivo sobre la satisfacción del usuario y de los componentes del equipo.

DURACIÓN
Mayo 2018 : elaboración de encuestas y folletos
Junio 2018: comenzar reparto
Octubre 2018: realizar la 2ª encuesta.
Diciembre 2018: evaluación y recopilación de propuestas de necesidades por los cuidadores para futuras intervenciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0262

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI-AP(DOMICILIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO-TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES BUJEDA DOÑATE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATASA LATORRE DOLORES PILAR
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO
FUSTER OMEDES ANGEL
CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER
ROMAN NOGUERAS MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se colocan carteles en el mostrador del Centro de Salud y en los Consultorios Locales advirtiendo de la necesidad de actualizar los datos de localización de los pacientes,sobre todo en caso de Urgencia. Se repasan los datos de los pacientes que acuden tanto a consulta, a mostrador de Admisión, y por telefóno (por los miembros del EAP) para su complementación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al 10% de la población de nuestro Centro se le ha completado dicha información sobre todo persona de contacto (parentesco, telefono y dirección si ha sido posible),este es un campo que solo figura en OMI-AP, no en BDU; Se trata de una dato muy importante y a tener en cuenta dada la avanzada edad de la población y que muchos de los pacientes viven solos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos necesaria la prórroga de este Proyecto para ampliar cobertura dado que nos parece un Dato importante para la mejor atención de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/262 ========== ***

Nº de registro: 0262

Título
ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE PACIENTES REGISTADOS EN OMI (DOMICLIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)

Autores:
BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES, LATASA LATORRE DOLORES PILAR, RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO, FUSTER OMEDES ANGEL, CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER, ROMAN NOGUERAS MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Falta datos localizacion pacientes
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Observación de falta de datos, o datos erróneos en el registro de OMI, con el consiguiente retraso en la localización de los pacientes,y sobre todo en casos de urgencia, al no constar la persona de contacto.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0262

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI-AP(DOMICILIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO-TERUEL

Corregir o actualizar datos de los usuarios, para una mejor gestión de la actividad del Centro de Salud.

MÉTODO
La administrativa del Centro, repasará los datos de los usuarios cuando estos accedan al centro, bien en persona o por teléfono.
El personal sanitario repasará los datos de los pacientes en OMI y ante la falta o error de ellos, los remitirá a la administrativa para actualizarlos.
Poner carteles en todo el Centro y consultorios locales bien visibles avisando a la poblacion de la necesidad de actualizar sus datos de localización.

INDICADORES
Listado de todos los usuarios rectificados.

DURACIÓN
Abril a Diciembre 2018. Desarrollo del programa.
Diciembre 2018. Evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0729

1. TÍTULO

DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DOLORES PILAR LATASA LATORRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES
CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO
SEBASTIAN CHECA SONIA NATIVIDAD
FUSTER OMEDES ANGEL
ROMAN NOGUERAS MERCEDES
ABAD POLO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Curso de formación de Espirometrías para todos los profesionales del EAP,designando una persona encargada de realizar las Espirometrías.
2- Se habilita consulta multiusos en horario y dia de agenda creada.
3-Crear la Agenda en OMI-AP :un dia a la semana para llevarlas a cabo.
4-Captación de personas fumadoras en la consulta de Medicina,ofreciendo la posibilidad de realización de Espirometrías para detección precoz de EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el comienzo del Proyecto en Junio de 2018 hasta 15 de Diciembre de 2018 se han realizado: 0,34% de Espirometrías a la población fumadora que ha acudido a consulta;esto es:
16 espirometrías de las cuales 2 no valorables por mala técnica o esfuerzo insuficiente
13 normales y 1 patológica con un patrón obstructivo. Estas cifras corresponden a 0,06% de Espirometrías patológicas por número de Espirometrías realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Bajos resultados alcanzados debido a la poca frecuentación de la consulta por este tipo de pacientes, al disponer de poco tiempo para realización del Proyecto, por no disponer antes de Espirómetro,ni de la medicación necesaria, para hacer la prueba postbroncodilatadora.
Por todo esto pensamos que sería necesario continuar con este Proyecto un año más.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/729 ========== ***

Nº de registro: 0729

Título
DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS

Autores:
LATASA LATORRE DOLORES PILAR, RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO, SEBASTIAN CHECA SONIA NATIVIDAD, FUSTER OMEDES ANGEL, ROMAN NOGUERAS MERCEDES, ABAD POLO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0729

1. TÍTULO

DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad prevenible y tratable
.-Supone un grave problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad, coste económico y social, generando un importante consumo de recursos sanitarios.
.- El principal factor de riesgo es la exposición y/o inhalación del humo del tabaco, incluida la exposición pasiva (80-90%) de los pacientes con EPOC son fumadores
.- En nuestra zona de salud existe un infradiagnóstico de pacientes EPOC

RESULTADOS ESPERADOS
.-Instaurar medidas para el diagnóstico precoz de EPOC entre la población fumadora de la zona de salud
.-Fomentar la realización del Consejo antitabáquico

MÉTODO
.-Curso de formación en espirometrías a los profesionales del eap
.-Selección de población susceptible para realizar espirometría
.-Designar a la persona encargada de realizar la espirometría
.-Crear en OMI la agenda para tal fin
.-Designar el lugar para la ralización de la espirometría
.-Consejo antitabaco a la población fumadora que acuda a la consulta

INDICADORES
.- Nº total de espirometrías realizadas / nº total de personas fumadoras que acuden a consulta entre 40 y 79 años x 100

.-Nº total de espirometrías patológicas/nº de espirometrías realizadas
.-Nº de nuevos casos de EPOC diagnosticados

DURACIÓN
.- Curso de formación de espirometrías: 28 de mayo
.- Creación de agenda en omi: 22 mayo 2018
.- Designar lugar realización: consulta multiusos
.- Fecha de inicio proyecto: 1 de junio 2018
.- Fecha fin proyecto: 15 de diciembre 2018
.- Evaluación de resultados: Enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCION EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 23/09/2017

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO MORTE PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SARRION
· Localidad ..... SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIOS MEDRANO JESUS
LACOMBA BIOL MARIA JOSE
LEAL DE LUQUE AMADID
PUEYO REIG RAMON
ANDRES ABANSES CRISTINA
CASTRO GARCIA EDUARDO
RUIZ CARRALERO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades y objetivos realizados han sido, en ambos casos, reuniones de los componentes del proyecto después de las del Equipo que se realizan habitualmente los miércoles. En estas reuniones se ha comentado que los parches de lidocaína son indicados en su totalidad por la Unidad de Dolor y Rehabilitación y, aunque se puede retirar el medicamento, esto se realiza en contadas ocasiones y no siempre de forma gratuita.
Con respecto a Olmesartan y triple whammy si que se ha podido reducir su número y cambiarlo por otro/s Ara II.

No se ha recibido en ningún momento listado alguno de prescripciones abiertas tanto de lidocaína en parches como de olmesartan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a parches de lidocaina: Aunque se puede retirar el medicamento, esto se realiza en contadas ocasiones y no siempre de forma gratuita.
Con respecto a Olmesartan y triple whammy si que se ha podido reducir su número y cambiarlo por otro/s Ara II.

No se ha recibido en ningún momento listado alguno de prescripciones abiertas tanto de lidocaína en parches como de olmesartan.

Los cambios se realizan en el momento de renovación de la receta y si es posible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dificultad en retirar medicación sobre todo parches de lidocaína.
Razones: Son indicados para disminuir el dolor y lo hacen. Es importante convencer de que otros medicamentos también lo pueden hacer.
Recomendaciones: Comunicación adecuada e intentar que se entienda la indicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1185 ========== ***

Nº de registro: 1185

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP: EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5PC Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:
PALACIOS MEDRANO JESUS, MORTE PEREZ ALFREDO, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LEAL DE LUQUE AMADID, PUEYO REIG RAMON, ANDRES ABANSES CRISTINA, CASTRO GARCIA EDUARDO, RUIZ CARRALERO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: HTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCION EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€)1.Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación.
Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs).
La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible.

RESULTADOS ESPERADOS
El primer objetivo de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel; los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT.No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.
Segundo objetivo:Mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II+ diurético + AINE).

MÉTODO
1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/04/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Centro de Salud de Sarrion del Sector Teruel.
2.Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009).
3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 3 cortes transversales durante 2017: 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.
Actuaciones en relacion con Olmesartan:
1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón2. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.
2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

INDICADORES
En relacion con parches de lidocaina al 5%.
Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Centro de Salud del Sector de Teruel. Se harán 3 cortes transversales durante 2017 (Abril, Julio, Octubre). Objetivo: 100% de pacientes.
Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.
Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).
En relación con olmesartan medoxomilo:
Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Objetivo: 50%.
Disminución del número de pacientes con prescripción TW.
Objetivo: 100%.

DURACIÓN
En ambos casos la duración del estudio se prlongará a lo largo de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCION EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP:EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS PALACIOS MEDRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SARRION
· Localidad ..... SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORTE PEREZ ALFREDO
LACOMBA BIOL MARIA JOSE
LEAL DE LUQUE AMADID
PUEYO REIG RAMON
ANDRES ABANSES CRISTINA
CASTRO GARCIA EDUARDO
RUIZ CARRALERO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades y objetivos realizados han sido, en ambos casos, reuniones de los componentes del proyecto después de las del Equipo, que se realizan habitualmente los miércoles. En estas reuniones se ha comentado que los parches de lidocaina son indicados en su totalidad por la Unidad del Dolor y Rehabilitación y, aunque se puede retirar el medicamento esto se realiza en contadas ocasiones y no siempre de forma gratuita.
Con respecto a Olmesartan y triple whammy si que se ha podido reducir su número de manera importante y cambiarlo por otro/s Ara II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los parches de lidocaina: Aunque se puede retirar el medicamento por no gozar de indicación esto se realiza en contadas ocasiones, teniendose que reintroducir en algunas situaciones.
Podemos decir que con respecto a Olmesartan se han podido reducir su número quedando alguno de manera simbolica.
Los cambios se han realizado en el momento de renovación de la receta y si es posible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dificultad en retirar medicación, sobre todo los parches de lidocaina, la principal razón es que han sido indicados para dismnuir el dolor y lo hacen, es muy importante convencer al enfermo de que otros medicamentos pueden disminuir o llegar a anular el dolor y además tienen esa indicación.

7. OBSERVACIONES.
Recomendamos que si continua la pretensión de retirada de este farmaco (lidocaina al 5%) se intervenga en el origen de la prescripción lo que mejoraría notablemente su uso.
No se han tenido listados actualizados a final del trabajo (Diciembre de 2017) por lo que no hemos podido cuantificar el grado de mejora, auque podemos decir que se producido en ambos casos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1185 ========== ***

Nº de registro: 1185

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP: EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5PC Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:
PALACIOS MEDRANO JESUS, MORTE PEREZ ALFREDO, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LEAL DE LUQUE AMADID, PUEYO REIG RAMON, ANDRES ABANSES CRISTINA, CASTRO GARCIA EDUARDO, RUIZ CARRALERO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: HTA
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP:EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€)1.Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación.
Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs).
La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible.

RESULTADOS ESPERADOS
El primer objetivo de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel; los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT.No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.
Segundo objetivo:Mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II+ diurético + AINE).

MÉTODO
1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/04/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Centro de Salud de Sarrion del Sector Teruel.
2.Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009).
3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 3 cortes transversales durante 2017: 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.
Actuaciones en relacion con Olmesartan:
1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón2. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.
2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

INDICADORES
En relacion con parches de lidocaina al 5%.
Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Centro de Salud del Sector de Teruel. Se harán 3 cortes transversales durante 2017 (Abril, Julio, Octubre). Objetivo: 100% de pacientes.
Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.
Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).
En relación con olmesartan medoxomilo:
Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Objetivo: 50%.
Disminución del número de pacientes con prescripción TW.
Objetivo: 100%.

DURACIÓN
En ambos casos la duración del estudio se prlongará a lo largo de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP:EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1205

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ENCARNA FUENTES MORENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARRION
· Localidad ..... SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO GRACIA MARTA
AZNAR MAGALLON JERONIMO
LOPEZ NAVARRO ENRIQUE
CONEJOS BELLIDO CARMEN
ARNAU FUERTES ALICIA
FORTEA GARZARAN CARMEN
MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunion del Equipo para comunicar como se va a realizar el proyecto
Captacion de los datos del program OMI
Depuracion de los datos
Se les realiza cuestionario de OMI y el Frax sobre factores de riesgo para su clasificacion segun anexo I presentado.
Educacion sanitaria oral y reforzada con informacion escrita.
Cumplimiento del cronograma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nuestro objetivo inicial era llegar a una captacion del 80% de la poblacion diana.
Una vez depurados los datos, estos son los resultados
Poblacion diana 134 mujeres de 50_59 años. Hemos hecho la captacion, realizado cuestionario e indice de Frax a 78.
Por ello a 31 de diciembre 2017 hemos conseguido:
- 59 %.de captacion.
- % de mujeres con riesgo alto ha sido 5% derivadas a medicina para valoracion.
- % de mujeres con riesgo bajo 73% se les ha dado educacion sanitaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No hemos conseguido los objetivos que nos planteamos al inicio, vamos a seguir durante el presente año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1205 ========== ***

Nº de registro: 1205

Título
VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE ATENCION A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Autores:
FUENTES MORENO ENCARNA, MARCO GRACIA MARTA, AZNAR MAGALLON JERONIMO, LOPEZ NAVARRO ENRIQUE, CONEJOS BELLIDO CARMEN, ARNAU FUERTES ALICIA, FORTEA GARZARAN CARMEN, MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1205

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO

PROBLEMA
En el centro de salud de Sarrión hemos detectado que en las mujeres de 50 a 59 años existe un indice bajo de seguimiento en el servicio de atención a la mujer en el climaterio y por ello vamos a valorar el riesgo de osteoporosis por medio de PC de riesgo de OMI- AP, se reforzará con educación sanitaria en alimentación, hábitos tóxicos y ejercicio y se completara la historia gíneco-obstetrica.

RESULTADOS ESPERADOS
Valoración del riesgo de fractura asociado a osteoporosis en mujeres de 50 a 59 años, realizando el PC de factores de riesgo de OMI. Se llevará a cabo mediante un proyecto multidisciplinar que incluya personal de medicina, enfermería y administración.
Captación del 80% de la población diana.

MÉTODO
- Extraer listados de OMI de mujeres de 50-59a.
- Captación de la población diana en consulta programada, demanda y consulta no presencial vía telefónica.
- Se le hará el cuestionario de factores de riesgo de osteoporosis incluido en el OMI.
- Clasificación de las pacientes con riesgo alto según anexo 1 y dar en cualquiera de los casos (riesgo alto y riesgo bajo) formación en hábitos saludables (evitar tabaquismo y alcohol), dietas ricas en calcio y vitamina D; cafeina y ejercicio físico regular.
- Si es riesgo alto derivar a medicina para valoración
- Si hay riesgo bajo dar educación sanitaria

INDICADORES
Población diana (mujeres de 50-59 años).
% de población con riesgo alto y de riesgo bajo.
% de población con riesgo alto derivadas a medicina y que se les realiza intervención sobre el riesgo de fractura (tratamiento, valoración, realización de densitometría)
% de población de riesgo bajo que se le ha dado consejo sobre alimentación, hábitos tóxicos y ejercicio.
Se realizará la evaluación mediante revisión de la HC en OMI

DURACIÓN
Abril 2017: Revisión de listados de mujeres de 50-59 años
Mayo 2017: Captación de la población diana.
Junio a noviembre del 2017 realización del proyecto.
Diciembre 2017 Evaluación .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CONEJOS BELLIDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARRION
· Localidad ..... SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMBA BIOL MARIA JOSE
LOPEZ NAVARRO ENRIQUE PEDRO
MORTE PEREZ ALFREDO
LEAL DUQUE AMADID
CUEVAS FELIZ CESAR S
AZNAR MAGALLON JERONIMO
PALACIOS MEDRANO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EL PROYECTO SE INICIÓ EL UNO DE ABRIL DE 2018. REALIZANDO UNA VALORACIÓN INICIAL DE LOS PARÁMETROS A EVALUAR CONSTATANDO QUE LA HBA1C ALCANZABA UNA COBERTURA EN TANTO POR CIENTO DEL 38,10, LA MICROALBUMINURIA EL 50,80, EL ECG EL 27,58 Y EL PIÉ DIABÉTICO EL 37,87.
HASTA EL 30 DE ABRIL SE REALIZARON CHARLAS INFORMATIVAS A LA POBLACIÓN, PARA EXPLICAR EL MOTIVO DEL PROYECTO, EN TODOS LOS MUNICIPIOS QUE INTEGRA EL CENTRO DE SALUD DE SARRIÓN Y, EN LA PRIMERA VISITA DEL PACIENTE A LAS CONSULTA MÉDICA O DE ENFERMERÍA, SE LES ENTREGÓ LA CARTILLA DE SEGUIMIENTO DE DIABETES, ESPECIFICANDO LAS FECHAS EN LAS QUE DEBERÍAN ACUDIR PARA LA REALIZACIÓN DE LOS DIFERENTES CONTROLES.
EL PROYECTO PLANTEA REALIZAR, HASTA FIN DE AÑO, DOS EVALUACIONES PARA VER EL GRADO DE MEJORA, UNA EN MAYO Y OTRA EN NOVIEMBRE DE 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LAS EVALUACIONES SE REALIZARON CON LOS DATOS RECOGIDOS EN LOS PLANES PERSONALES DE O.M.I., PACIENTE POR PACIENTE.
EN LA PRIMERA EVALUACIÓN A 30 DE MAYO, SE CUANTIFICO, EN TANTO POR CIENTO, QUE LA HBA1C HABÍA ALCANZADO EL 51,49, LA MICROALBUMINURIA EL 74, EL ECG UN 64,58 Y EL PIÉ DIABÉTICO UN 83,83.

EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN, A 30 DE NOVIEMBRE, LOS RESULTADOS MEJORARON HASTA ALCANZAR, EN TANTO POR CIENTO, LA HBA1C EL 67, LA MICROALBUMINURIA EL 90,60, EL ECG UN 77,20 Y LA REVISIÓN DEL PIÉ DIABÉTICO SE SITUÓ EN EL 89,20. LAS TARJETAS DE SEGUIMIENTO REPARTIDAS FUERON DE UN 74,45 POR CIENTO. EN SARRIÓN EL 52,54 Y EN EL RESTO DE LOCALIDADES EL 96,36. EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS PACIENTES A LA HORA DE ACUDIR A LOS CONTROLES TRAS LA ENTREGA DE LA CARTILLA, PARÁMETRO MEDIDO EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN,HA SIDO EN SARRIÓN DEL 43 POR CIENTO Y EN EL RESTO DEL 73. LA ACLARACIÓN A ESTAS DIFERENCIAS ESTÁ EN EL APARTADO DE DIFICULTADES.

TAMBIÉN EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN SE DETECTARON LOS FALLOS DE LOS PROFESIONALES A LA HORA DE REALIZAR LAS PETICIONES E INTRODUCIR LOS DATOS EN EL PROGRAMA O.M.I. A CADA PROFESIONAL SE LE FACILITÓ LA RELACIÓN DE PACIENTES CON LAS INCIDENCIAS ENCONTRADAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA SE HA DETECTADO UN AVANCE IMPORTANTE EN LA CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.
LOS PACIENTES SE VAN IMPLICANDO Y ACUDEN CUANDO LES TOCAN LOS CONTROLES SEGÚN LA FECHA QUE TIENEN EN LA CARTILLA.
LOS PROFESIONALES REALIZAN LAS PETICIONES E INTRODUCEN LOS DATOS DE FORMA CORRECTA.
POR ELLO, Y PARA VER REALMENTE EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS PACIENTES Y DE LOS PROFESIONALES, EL PROYECTO DEBE CONTINUAR UN AÑO MÁS.

ESTE AÑO, A PARTE DEL SEGUIMIENTO DE LOS PARÁMETROS FIJADOS, EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE FECHAS, AÑADIREMOS NUEVOS CONCEPTOS A EVALUAR COMO SON EL GRADO DE MEJORÍA DE ESTOS PARÁMETROS EN LOS PACIENTES Y LA CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA DIABÉTICA.

EN CUANTO A LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS ES IMPORTANTE COMENTAR LA SITUACIÓN QUE HA SUFRIDO EL MUNICIPIO DE SARRIÓN, EL MÁS GRANDE DEL CENTRO, DURANTE LA PUESTA EN MARCHA Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE MEJORA. HASTA LLEGAR A UNA ESTABILIDAD, HAN OCUPADO SU PLAZA 5 PROFESIONALES MÉDICOS Y 3 DE ENFERMERÍA QUE HAN DIFICULTADO LA CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS.
Y DISMINUIDO EL TOTAL DE LOS PORCENTAJES.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/387 ================================== ***

Nº de registro: 0387

Título
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y ECG

Autores:
CONEJOS BELLIDO CARMEN, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LOPEZ NAVARRO ENRIQUE PEDRO, MORTE PEREZ ALFREDO, LEAL DUQUE AMADID, CUEVAS FELIZ CESAR SANTIAGO, AZNAR MAGALLON JERONIMO, PALACIOS MEDRANO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Informar a la población biabética de la importancia que tienen los controles en la evolución de la diabetes para evitar las complicaciones, explicando el por qué de cada uno de ellos: G.capilar, HbA1C, IMC, TA, Colesterol, Control del pié diabéticos, ECG.
Revisado el Cuadro de Mandos y el programa de Diabetes de OMI, a fecha 31 de diciembre de 2017, el Centro de Salud de Sarrión ha alcanzado unas cifras de cumplimiento que son : 51% en determinación HBA1C, 50% en la determinación de Microalbuminuria, 57% en el control del Pié diabético y un 40% en la realización del ECG bianual.

Para mejorar el cumplimiento se establecen dos lineas de actuación:
Implicación de los pacientes en la demanda de sus controles. Para ello la creación e implantación de la Cartilla de Seguimiento, que les sirva de recordatorio para acudir, en la fecha señalada, a la realización de los mismos. Igual que se hace en otros campos como Vacunaciones, Citologías, Espacializada, etc.
Los profesionales del Centro de Salud deben introducir los valores en OMI y anotar en la cartilla la fecha de la próxima revisión.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el porcentaje de cumplimiento de los indicadores señalados.
- En 2018 podríamos aspirar a conseguir un 70%.
- En 2019, si es efectivo el programa, se conseguiría el objetivo real del Centro, teniendo en cuenta las excepciones.
Análisis del grado de implicación de los pacientes tras la implantación de la Cartilla.

MÉTODO
Charla informativa en cada núcleo de población del C.S. de Sarrión, sobre la importancia de los controles en los pacientes diabéticos y el por qué.
Captación:
En la charla se les informará de la cartilla del diabético. Deberán pasar a recogerla por la consulta del médico o del enfermero y se les revisarán las fechas de los controles a realizar.

INDICADORES
Los indicadores a medir serán :
- Controles analíticos de HBA1C semestral y Micoralbuminuria anual.
- Control del Pié diabético según grado.
- ECG bianual.
Evaluación.
- 1ª Evaluación: 30 de mayo de 2018 . Medición del número de pacientes a los que se les ha hecho la revisión y entregado de la Cartilla.
- 2ª Evaluación : 30 de noviembre de 2018 . Medición del grado de implicación en el primer control tras tener su Cartilla.
- En 2019 se pueden realizar una 3º y 4º evaluación . Estas determinarán el cumplimiento de los objetivos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG

del proyecto.
Fuentes de datos. Cuadro de mandos, Listados de la Cartera de Servicios y Planes Personales de OMI.

DURACIÓN
El inicio del proyecto será el 1 de abril de 2018.
Durante 2018 se realizarán 2 evaluaciones el 30 de mayo y el 30 de noviembre.
Durante 2019, se realizarán otras 2 evaluaciones en las mismas fechas

OBSERVACIONES
Durante las evaluaciones de 2019, aparte de medir los objetivos planteados en este proyecto, se puede medir el grado de mejora en los resultados analíticos de los pacientes derivados de esta implicación en sus controles periódicos.

Antigua línea: Diabetes

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0594

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUEL RUIZ CARRALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SARRION
· Localidad ..... SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES ABANSES CRISTINA
CASTRO GARCIA EDUARDO
FORTEA GARZARAN CARMEN
FUENTES MORENO ENCARNA
MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA
PUEYO REIG RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SESION CLINICA INFORMATIVA PARA LA PLANIFICACION Y PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR.
CREACION DE LAS HOJAS DE REGISTRO.
COMPROBACION DIARIA DE LA SALA DE URGENCIAS.
REVISION TRIMESTRAL DEL CARRO DE PARADAS.
REVISION SEMANAL DEL CARRO DE CURAS.
REVISION SEMANAL DEL MALENTIN DE URGENCIAS.
COMPROBACION MENSUAL DEL BOTIQUIN DE FARMACIA.
REVISION MENSUAL MATERIAL SANITARIO DEL VEHICULO.
ELABORACION DE HOJA DE INCIDENCIAS PARA COMUNICAR AL RESTO DEL EQUIPO.
SE HAN EFECTUADO DOS REUNIONES TRIMESTRALES PARA VALORAR EL SEGUIMIENTO DEL PROYECTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PROTOCOLIZACION DE LA REVISION DEL MATERIAL Y FARMACOS DISPONIBLES EN EL CS. SARRION.
DISMINUCION DEL MATERIAL Y FARMACOS CADUCADOS.
CONCIENCIACION DEL EQUIPO PARA LA IMPLANTACION DEL PROTOCOLO.
GARANTIZAR LA PRESTACION DE UNA ATENCION SANITARIA DE CALIDAD.
MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA POBLACION DEL CS. SARRION.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS OBJETIVOS MARCADOS LOS HEMOS CONSEGUIDO YA QUE HEMOS IMPLANTADO EL PROTOCOLO Y EL SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO.
HEMOS CONSEGUIDO MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/594 ========== ***

Nº de registro: 0594

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS SARRION

Autores:
RUIZ CARRALERO MANUEL, ANDRES ABANSES CRISTINA, CASTRO GARCIA EDUARDO, FORTEA GARZARAN CARMEN, FUENTES MORENO ENCARNA, MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA, PUEYO REIG RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Mejora de la seguridad asistencial. Promover la implementacion de determinadas actuaciones sanitarias para prevenir el daño asociaciado a la atencion sanitaria
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0594

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Centro de Salud constituye el primer eslabón de la cadena asistencial en la atención inmediata urgente. Para una correcta actuación asistencial es imprescindible establecer un protocolo para el adecuado control y mantenimiento de los medios disponibles y necesarios que tenemos en el Centro de Salud.
Las actuaciones a realizar en una situación de urgencia/ emergencia médica son tanto en el Centro de Salud como en los domicilios de los pacientes o en vías públicas. Para ello es fundamental asegurar el correcto funcionamiento y disponibilidad de todo el material necesario para realizar la mejor asistencia posible en cada situación.
Para cumplir este objetivo, en el Centro de Salud de Sarrión consideramos la necesidad de disponer de un protocolo consensuado para las revisiones periódicas de los medios y materiales de que disponemos, y que son:
En la sala de urgencias: carro de paradas, carro de cura .botiquín de fármacos del centro, equipo de oxigenoterapia y aparatos de electromedicina (ECG,DEA...)
En la asistencia domiciliaria: maletín de urgencias, y en el Centro de Salud de Sarrión, estado óptimo del vehículo y material sanitario disponible en dicho vehículo como férulas de inmovilización, fluidoterapia, collarines cervicales, etc

RESULTADOS ESPERADOS
. Garantizar la prestación de una atención sanitaria de calidad y una mejora de la seguridad del paciente en la población del Centro de Salud de Sarrión y del PAC de Arcos de las Salinas
. Revisión, mantenimiento y disponibilidad del material sanitario, que genererá una mayor eficacia en la gestión de los recursos materiales
. Establecer unas pautas y un protocolo de actuación de todo el personal sanitario del centro para el cumplimiento de estos objetivos.

MÉTODO
El equipo de guardia formado por médico y enfermera asumirá la responsabilidad del cumplimiento de estos objetivos mediante la creación de una hoja de registro donde se constaten los siguientes apartados:
Comprobación diaria de la sala de urgencias para su adecuado mantenimiento en orden,y limpieza para su correcto funcionamiento.
Revisión trimestral del carro de paradas, comprobando el buen estado y funcionamiento, existencia de recambios y revisión de caducidades de la medicación.
Revisión semanal del carro de curas y reposición del material tras su uso.
Revisión semanal del maletín de urgencias, asegurando la existencia de medicamentos y material necesarios, así como su reposición tras cada uso
Comprobación mensual del botiquín de farmacia, observación, reposición y/o anotación de ausencia de medicamentos, así como sus caducidades.
Revisión mensual del material sanitario ubicado en el vehículo del centro. Anotación del kilometraje en cada desplazamiento y vigilancia del depósito de combustible.
Crear una hoja de check-list para los diferentes apartados citados anteriormente, certificando la correcta comprobación del carro de paradas maletines y vehículo.
Elaboración de una hoja de incidencias para su comunicación a los coordinadores del EAP.
Firma de las hojas de registro con la periodicidad establecida.

INDICADORES
La evaluación de este proyecto será anual y consistirá en la monitorización de resultados, mediante el correcto cumplimiento de las hojas de registro y de las incidencias efectuadas a lo largo de este periodo.
Se realizarán reuniónes trimestrales de todo el equipo sanitario del centro, para hacer una valoración en común y realizar los cambios y mejoras oportunas.

DURACIÓN
Durante el mes de Abril se elaborarán las hojas de registro y las hojas de incidencias, para desarrollar el proyecto descrito que comenzará a efectuarse en el mes Mayo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0594

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1175

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL GOMEZ NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVE ROYO AGUSTIN
MANERO PEREZ JUAN JOSE
SOLER ADAN SILVIA
ABAD LAGUIA ROSA MARIA
GUILLEN SANTOS ISABEL
SOGUERO GARCIA ISMAEL
LANZUELA MARINA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Sesión de presentación del proyecto
• Conformación del grupo de trabajo y responsable del mismo
• Revisión de las GPC
• Sesión de presentación de las recomendaciones: 23 octubre 2017 (Dra Gullén y Dra. Abad). Presentación de corte de indicadores (Dr. Gómez Navarro).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Selección eficiente IBP	Marzo 2017	Diciembre 2017
Cumplimiento	59,7	58,4
Incumplimiento	40,3	41,5

Las diferencias en el cumplimiento del indicador es mínima entre la situación de partida en marzo de 2017 y fecha de cierre en diciembre del mismo año, pero en cualquier caso con ligero aumento del porcentaje de incumplimientos.

El formulario no permite insertar los gráficos de la evolución ni la comparativa con Sector y Aragón.
Su interpretación en conclusiones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad de mejora puesta en marcha no ha cubierto sus objetivos.
Habría que replantearse si el EAP estaba ciertamente motivado para el desarrollo del mismo.
Los resultados son peores que los del Sector Teruel y Aragón, lo que nos indica que no pueden ser atribuidos a prescripción inducida o características generales.
El análisis estratificado por cupos podría ilustrar mejor las necesidades de intervención para conseguir resultados en la línea deseada.

7. OBSERVACIONES.
Se presentaran los resultados al EAP en una sesión próxima.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1175 ========== ***

Nº de registro: 1175

Título
ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS

Autores:
GOMEZ NAVARRO RAFAEL, GALVE ROYO AGUSTIN, MANERO PEREZ JUAN JOSE, SOLER ADAN SILVIA, ABAD LAGUIA ROSA MARIA, GUILLEN SANTOS ISABEL, SOGUERO GARCIA ISMAEL, LANZUELA MARINA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1175

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS

Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
SECTOR TERUEL
En 2016, los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (A02BC) constituyeron el subgrupo terapéutico de mayor gasto para el Sector Teruel (903.537 € y 4.163.808 DDDs). Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (269.599 € y 493.420 DDDs), omeprazol (266.235 € y 288.439 DDDs) y lansoprazol (198.277 €, 4.075 DDDs)1.
A fecha 1 de marzo de 2017, 13.301 pacientes en el Sector Teruel tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica; el 65,57% mantienen tratamiento con omeprazol (A02BC01) frente al 34,43% que tienen prescripciones activas de otros IBPs: pantoprazol (A02BC02), lansoprazol (A02BC03), rabeprazol (A02BC04), esomeprazol (A02BC05) o esomeprazol+naproxeno (M01AE52).
El Sector Teruel presenta los peores resultados en selección eficiente de IBP con respecto a la media de Aragón (73,45 % de los pacientes están en tratamiento con omeprazol (01/03/2017)2).

CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO
La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Centro en 2016 supuso un gasto de 187.794 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 770.965 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 28,6% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), esomeprazol (23,5%), lansoprazol (22,3%), omeprazol (18,17%) y rabeprazol (7,5%)1.
En el C.S. Teruel Centro, 2.666 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 15% pantoprazol, 13% lansoprazol 9,6% de prescripciones de esomeprazol, 2,2% rabeprazol y 1,2% esomeprazol+naproxeno.
Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menos coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del 10% de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en el C.S. de Teruel Centro.

MÉTODO
1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Centro para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol.
- Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.

DURACIÓN
1 DE MARZO A 31 DICIEMBRE DE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1175

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD D E LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS DE TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CNANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) U YTIPLE WHAMY

Fecha de entrada: 16/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ GIL RUT
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
ALEJOS RAMIREZ LUIS
FERRER SOROLLA RUBEN
CASANOVA SOTO MARTA
CATALAN ADIVINACION GLORIA
GALINDO ESTEBAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TAL COMO DESCRIBI EN MEMORIA ANTERIOR SE HIZO UNA PRIMERA SE- SION INFORMATIVA AL EAP PARA PRESENTAR EL PROYECTO E INCENTIVAR A LOS PROFESIONALES EN JUNIO DE 2017. SE FACILITARON ENTONCES LOS LISTADOS DE C ADA CIAS CON PRESCRIPCIONES ACTIVAS DE OLMESARTAN MEDOXIMILO.
SE ENVIARON LOS LISTADOS EN JUNIO DE 2017.
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON TTOS COMBINADOS TRIPLE WHAMY, CADA FACULTATIVO OBTUVO SUS LISTADOS A TRAVES DEL CUADRO DE MANDOS.
SE PRODUJERON EN EL SEGUNDO PERIODO DEL PROYECTO (AÑO 2018) CAMBIOS EN LA COMPOSICION DE LOS INTEGRANTES D EL GRUPO INICIAL POR TEMAS LABORALES, QUE OBLIGARON A HACER UNA NUEVA S ESION DE PRESENTACION DEL PROYECTO ENTRE LOS NUEVOS MEDICOS LLEGADOS EN MAYO DEL 2018, POR LO QUE LA EFICACIA INICIAL DEL PROYECTO SE REDUJO. SIRVIO TAMBIEN DE RECORDATORIO ALRESTO DE LOS COMPONENTES DEL EQUIPO PARA S EGUIR INTERVINIENDO EN ESTE APARTADO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN EL CS TERUEL CENTRO EL NUMERO DE PACIENTES CON PRESCRIPCION TRIPLE WHAMY HA DISMINUIDO UN 25,5 % ENTRE MARZO D EL 2017 (202 PACIENTES CON TRIPLE PRESCRIPCION Y ENERO 2019 (161 PACIENTES).
EL CORTE INTERMEDIO HABIA SIDO DE 173 PACIENTES EN SEPTIEMBRE DEL 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ENTENDEMOS QUE TAL VEZ HAYA FALTADO MAS TAREA GRUPAL, REUNIRNOS PARA VER COMO ESTABA YENDO EL PROYECTO, PERO LOS CAMBIOS HABIDOS EN LA COMPOSICION DEL EQUIPO HAN SUPUESTO UN LASTRE PARA LA ADECUADA CONTINUIDAD D EL PROYECTO.
ASIMISMO COMO COMENTE EN LA MEMORIA ANTERIOR EN EL CASO DE LAS PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN HABIA QUE IR A LA BUSQUEDA A CTIVA (LISTADO POR PROFESIONAL)NO COMO EN EL CASO DE LA TRIPLE WYAMY, DONDE DESDE EL CUADRO DE MANDOS SE PODIA A CCEDER EN UN SOLO GOLPE DE VISTA A COMO IBAMOS EN CUANTO A ESTE INDICADOR DE FARMACIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1176 ========== ***

Nº de registro: 1176

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:
URBISTONDO BLASCO PILAR, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, HERNANDEZ GIL RUTH, ALEJOS RAMIREZ LUIS, FERRER SOROLLA RUBEN, CASANOVA SOTO MARTA, CATALAN ADIVINACION GLORIA, GALINDO ESTEBAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD D E LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS DE TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CNANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) U YTIPLE WHAMY

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs) seguido de Valsartán (C09CA03) (162.830 € y 60.728 DDDs)*. La revista francesa Prescrire1, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos grastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso), y utilizar otras alternativas más favorables (ver Protocolo de Intercambio Terapéutico (PIT) de ARA II disponible para los hospitales de Aragón).La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio. Actualmente en el EAP del centro de salud “Teruel Centro”, existen un total de 160 ARs con prescripción activa de olmesartan medoxomilo y 215 pacientes con la combinación farmacológica triple whammy.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW(IECA o ARA II+ diurético + AINE). Mejora de la seguridad de los tratamientos farmacológicos. No utilizar olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso). Existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras. No prescribir tratamientos combinados triple whammy (IECA o ARA II + diurético + AINE) para disminuir el riesgo de fallo renal agudo (FRA). En el caso de que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

MÉTODO
1.Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2.Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

3.Tras revisión y evaluación de cada caso se deteminará la pertinencia puntual de la triple asociación farmacológica, y en dichos pacientes se monitorizará la función renal para la evaluación de posibles daños, en cuyo caso se retirará la medicación que se considere menos oportuna.

INDICADORES
-Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo.
Objetivo: 50%.
-Disminución del número de pacientes con prescripción TW.
Objetivo: 95%

DURACIÓN
1 DE MARZO A 31 DE DICIEMBRE DE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINAII (ARAII) Y TRIPLE WHAMY

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ GIL RUT
ALEJOS RAMIREZ LUIS
FERRER SOROLLA RUBEN
CASANOVA SOTO MARTA
CATALAN ADIVINACION GLORIA
GALINDO ESTEBAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SESION INFORMATIVA AL EAP PARA PRESENTAR EL PROYECTO E INCENTIVAR A LOS PROFESIONALES (JUNIO 2017).
SE FACILITARON LISTADOS DE CADA CIAS CON PRESCRIPCIONES ACTIVAS DE OLMESARTAN MEDOXIMILO. SE ENVIARON LOS LISTADOS EN JUNIO 2017.
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON TTOS COMBINADOS TRIPLE VHAMY. CADA FACULTTIVO OBTUVO SUS LISTADOS A TRAVES DEL CUADRO DE MANDOS. .
EN OCTUBRE S E ENVIO RECORDATORIO A TRAVES DE CORREO ELECTRONICO INTERNO A TODOS LOS PROFESIONALES HACIENDO HINCAPIE EN LA NECESIDAD DE REVISION DE NUESTROS OBJETIVOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN EL CORTE FINAL SE OBSERVA UNA LEVE AUNQUE PROGRESIVA MEJORA EN LA CONSECUCION DEL OBJETIVO DE DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES CON TRIPLE WHAMY
AUNQUE AUN MUY LEJOS DEL OBJETIVO INICIAL PLANTEADO. EL NUMERO DE PACIENTES CON PRESCRIPCION TRIPLE HA BAJADO EN TODO EL PERIODO
UN 31 % (DE 215 A 168 PACIENTES)
EN CUANTO AL NUMERO DE PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN MEDOXIMILO EN EL PRMER PERIODO DISMINUYERON LEVEMENTE (DE UN 23,2 % A UN 22,5%,,
SIN EMBARGO AHORA SE COMPRUEBA EN EL ESTUDIO QUE HAN AUMENTADO A UN 26,7% CON RESPECTO AL PUNTO DE PARTIDA INICIAL EN MARZO DEL 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NOS PARECE QUE TAL VEZ HAYA FALTADO MAS TAREA GRUPAL DE REUNIRNOS PARA VER COMO ESTABA YENDO EL PROYECTO.
ASIMISMO EN EL CASO DE LAS PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN HABIA QUE IR A LA BUSQUEDA ACTIVA (LISTADO POR PROFESIONAL) NO COMO EN ELCASO DE LA TRIPLE WHAMY DONDE DESDE EL CUADRO DE MANDOS PODIAMOS ACCDER EN UN SOLO GOLPE DE V ISTA A COMO IBAMOS EN CUANTO A CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.
DE OTRA PARTE NOS HA PARECIDO QUE EL PERIODO DE TIEMPO HA SIDO CORTO Y TAL VEZ TENGAMOS QUE SEGUIR EN LA MISMA LINEA, ASUMIENDO QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS NO HAN SIDO LOS ESPERADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1176 ========== ***

Nº de registro: 1176

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:
URBISTONDO BLASCO PILAR, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, HERNANDEZ GIL RUTH, ALEJOS RAMIREZ LUIS, FERRER SOROLLA RUBEN, CASANOVA SOTO MARTA, CATALAN ADIVINACION GLORIA, GALINDO ESTEBAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINAII (ARAII) Y TRIPLE WHAMY

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs) seguido de Valsartán (C09CA03) (162.830 € y 60.728 DDDs)*. La revista francesa Prescrire1, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos grastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso), y utilizar otras alternativas más favorables (ver Protocolo de Intercambio Terapéutico (PIT) de ARA II disponible para los hospitales de Aragón).La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio. Actualmente en el EAP del centro de salud “Teruel Centro”, existen un total de 160 ARs con prescripción activa de olmesartan medoxomilo y 215 pacientes con la combinación farmacológica triple whammy.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW(IECA o ARA II+ diurético + AINE). Mejora de la seguridad de los tratamientos farmacológicos. No utilizar olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso). Existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras. No prescribir tratamientos combinados triple whammy (IECA o ARA II + diurético + AINE) para disminuir el riesgo de fallo renal agudo (FRA). En el caso de que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

MÉTODO
1.Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2.Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

3.Tras revisión y evaluación de cada caso se deteminará la pertinencia puntual de la triple asociación farmacológica, y en dichos pacientes se monitorizará la función renal para la evaluación de posibles daños, en cuyo caso se retirará la medicación que se considere menos oportuna.

INDICADORES
-Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo.
Objetivo: 50%.
-Disminución del número de pacientes con prescripción TW.
Objetivo: 95%

DURACIÓN
1 DE MARZO A 31 DE DICIEMBRE DE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1210

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL CASTILLO GUILLAMON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MESADO ZAPATA SILVIA
TERUEL BAREA MARIA CARMEN
POMAR MARTIN MARIA LOURDES
CRESPO GONZALVO MARIA PILAR
MONTERO PEREZ ASCENSION
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Actualización de listados de pacientes.
-Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos. El Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco (HOP) está terminando de implantar el programa informático que ha desarrollado el Servicio de Informática del Hospital de Alcañiz para facilitar el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
-A fecha de 25 de enero de 2018, el programa sólo está disponible en el SFAP. Se ha creado una nueva base de datos en dicho programa con datos de pacientes a los que se dispensan TRG actualmente (nombre, tipo de DM, tipo de TRG que utiliza); datos de profesionales del Sector (CIAS (médico, enfermera) de los EAP del Sector Teruel); y de los distintos tipos de TRG disponibles para su dispensación en Aragón (Acuerdo Marco 10/2015).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Actualización de los listados de pacientes a los que se dispensan TRG en el EAP de Teruel Centro (tipo de DM, diabetes gestacional, éxitus, pacientes desplazados) por CIAS, a partir de la base de datos antigua que tenemos en el SFAP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente terminar de desarrollar la parte del programa que permita a los EAP del Sector hacer la solicitud de tiras para cada paciente a través de una aplicación web del programa y monitorizar la dispensación y consumo de TRG.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1210 ========== ***

Nº de registro: 1210

Título
MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

Autores:
CASTILLO GUILLAMON MIGUEL, MESADO ZAPATA SILVIA, TERUEL BAREA MARIA CARMEN, POMAR MARTIN MARIA LOURDES, CRESPO GONZALVO MARIA PILAR, MONTERO PEREZ ASCENSION, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El autoanálisis de glucemia forma parte del proceso de educación diabetológica y su objetivo es mejorar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1210

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico.
La frecuencia de autoanálisis será la necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos individualmente, con especial importancia en pacientes insulinodependientes, en diabetes gestacional y en situaciones de alto riesgo de desestabilización: cambios en el tratamiento farmacológico, utilización de medicamentos hiperglucemiantes, enfermedades intercurrentes, etc.
Las tiras reactivas de glucemia (TRG) son productos sanitarios de alto coste que están incluidos en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad (SNS). En el Sector Teruel, la distribución de TRG se realiza de forma directa desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) a los equipos de atención primaria (EAP). Como medio de educación terapéutica y con el objetivo de garantizar el correcto uso de las TRG para obtener el mayor beneficio posible, desde la Dirección de Continuidad Asistencial del Servicio Aragonés de Salud se elaboró en 2013 un protocolo de frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar, revisado por el Grupo de Trabajo de la Estrategia de Diabetes en Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Implantación de un programa informático que facilite el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza); y monitorizar la dispensación y el consumo de TRG para mejorar la coordinación entre medicina y enfermería.
2.Mejora de la educación diabetológica mediante el seguimiento de la dispensación de TRG para el autoanálisis de glucemia.
3. Mejora del control glucémico de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
4. Mejora de la adherencia de los pacientes diabéticos a la consulta de enfermería.

MÉTODO
1.Instalación de un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
2.Programación de sesiones formativas para la difusión del protocolo de frecuencia de autoanálisis en Aragón y para el uso del programa informático.
3.Designación de un coordinador de diabetes del EAP que colabore con el SEFP en la implantación del programa y en el que se centralice la petición de TRG para los pacientes del EAP.
4.Revisión de los pacientes del EAP que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al SFAP para su inclusión en el programa informático.
5.Programación de sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes.
6.Seguimiento de las dispensaciones de TRG y relación con los objetivos terapéuticos (HbA1C). Se dará acceso al programa informático de gestión de TRS al personal médico y de enfermería.

INDICADORES
-Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017)
-Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 100% de pacientes.
-Registro de sesiones formativas para los pacientes diabéticos en el EAP.
Estándar: 1-2 sesiones formativas al año.
-Satisfacción percibida por los pacientes con educación en salud. Encuesta pre y post formación. Promedio: 8-10 puntos.
-Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP. Límite Inferior (LI):10% y Límite Superior: 15%.

DURACIÓN
Abril-Mayo 2017.
oInstalación del programa informático, creación de la nueva base de datos.Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
oSesiones formativas para profesionales.Responsable: Farmacéutico de AP.
oDesignación de un coordinador de diabetes del EAP.
Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Junio-Diciembre 2017.
oRevisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para pacientes y seguimiento de las dispensaciones de TRG.
Responsable: EAP.

Enero 2018.
Evaluación de resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1210

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0633

1. TÍTULO

GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGRISTRO DEL DVA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD LAGUIA ROSA
CATALAN ADIVINACION GLORIA
SOGUERO GARCIA ISMAEL
ALANDETE GERMAN LUIS
PLOU IZQUIERDO SARA
SALESA NAVARRO LUCIA
FERRER SOROLLA RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas consistieron primero en una encuesta anonima realizada a los 21 compañeros del centro, con las siguientes preguntas
-¿conoces la existencia del DVA?
-¿sabes donde localizarlo ?
-¿sabes que hay un registro para ello en OMI?
-¿lo utilizas en tu actividad habitual en la consulta?
-¿crees que forma parte d e nuestra t area como profesional de AP el tratar estos a spectos con nuestros pacientes?..
Tras analizar resultados ocurria que aunque la mayoria conocen este DVA y mas de la mitad sabian que habia un registro y donde localizarlo, nuncalo utilizamos en nuestra a ctividad habitual aunque mayoritariamente pensemos que forma parte de nuestra tarea profesional.
Esta encuesta la pase de forma inesperada en mayo, antes de la sesion de presentacion del proyecto que fue tambien en mayo y donde como punto de partida presente estos resultados de la encuesta.
Despues de la encuesta anonima a los profesionales, y sesion de presentacion de proyecto, el resto de actividades han consistido en recordatorios periodicos a los profesionales via correo electronico (cada dos meses) de la continuidad del proyecto y ofrecimiento personal como persona responsable del proyecto para resolver in situ tantas dudas como se iban planteando. En cuanto a esto ultimo tengo que decir que las dudas eran casi siempre de mecanica del procedimiento (donde estaba el protocolo en OMI) y en algun caso en "como " hacerlo, como introducirlo en la consulta . La respuesta en este ultimo caso era hacerlo de forma integral en la cumplimentacion de la historia clinica, como un item mas, en el caso de pacientes de "novo", y con mas cobertura e n el caso de pacientes con algun familiar afecto de proceso terminal.
En verano instruccion tambien a los medicos sustitutos para seguir la continuidad del proyecto.
-Asimismo pedimos folletos en soporte papel del DVA que pusimos en la sala de espera a disposicion de los pacientes para que se informaran al respecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
los resutados alcanzados han sido los siguientes:
numero de registros realizados 330
numero de registro que contestan si tener cumplimentado el dva 5
El indicador utilizado ha sido la pregunta que viene en el protocolo de OMI sobre voluntades anticipadas donde dice ¿tiene usted cumplimentado documento de voluntades anticipadas? . si /no
Dada la situacion de partida se han efectuado 330 registros en el periodo valorado, por lo cual se ha superado ampliamente las espectativas iniciales.
Entendemos que el impacto del proyecto ha sido importante puesto que ha puesto de manifiesto de una lado la poca informacion que tenian nuestros pacientes y el agrado con el que han recibido la misma, puesto que muchos de ellos se mostraban interesados en el procedimiento para tramitar el DVA.
Impacto positivo asimismo a nivel de los profesionales del equipo, que han podido informarse para informar a sus pacientes asi como introducir este aspecto en el quehacer de la consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En conclusion estamos satisfechos con los resultados obtenidos y que se han podido evidenciar en los resultados numericos asi como en el interes de los profesionales por conocer y transmitir la informacion, obetiendo un feed-back positivo de los pacientes al ser informados de estos aspectos de la sistencia.
Satisfaccion tambien porque creo que hemos conseguido vencer la inicial resistencia del equipo a trabajar estos temas en consulta ......sin que ocurra nada.
Satisfaccion porque creo quelo hemos incorporado en nuestro quehacer diario.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0633

1. TÍTULO

GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGRISTRO DEL DVA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/633 ========== ***

Nº de registro: 0633

Título
GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO D EL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. ¿COMO LO DAMOS A CONOCER?. GRADO DE REGISTRO DEL DVA

Autores:
URBISTONDO BLASCO PILAR, ABAD LAGUIA ROSA, CATALAN ADIVINACIOIN GLORIA, SOGUERO GARCIA ISMAEL, ALANDETE GERMAN LUIS, PLOU IZQUIERDO SARA, SALESA NAVARRO LUCIA, FERRER SOROLLA RUBEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NEOPLASIA, TERMINALES, PCC....Y CUIDADORES Y FAMILAIRES DE LOS A NTERIORES ASI COMO POBLACION INTERESADA.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A RAIZ DE LA PREOCUPACION PERSONAL POR ESTE TIPO DE PROBLEMAS, SE ME PLANTEO PRGUNTAR A MIS COMPAÑERO QUE GRADO DE CONOCIMIENTO TENIAN ELLOS DE ESTAS CUESTIONES TAN IMPORTANTEES COMO ES EL HECHO DE PREGUNTAR A NUESTROS PACIENTES COMO QUIEREN QUE SE MANEJEN DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO LOS ULTIMOS MOMENTOS DE SUS VIDAS.
TENIA LA PERCEPCION SUBJETIVA DE QUE NOS C OSTABA MUCHO HABLAR DE ESTO CON NUESTROS PACIENTES, Y NO TENIA CLARO S I SABIAMOS INCLUSO COMO HACERLO . CON ESTE PUNTO DE PARTIDA S E ME OCURRIO ELABORAR UNA ENCUESTA ANONIMA ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO Y PLANTEAR ESTE PROYECTO DE MEJORA, PARA PRIMEERO MEJORAR LA INFORMACION ENTRE TODOS NOSOTROS Y REGISTRAR O MEJORAR EL REGISTRO SI YA SE HACIA DE SI EL PACIENTE TIENE UN DVA.

RESULTADOS ESPERADOS
1-MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACION ENTRE NOSOTROS Y ENTRE NUESTROS PACIENTES.
-2-REGISTRAR EN OMI SI LOS PACIENTES TIENE HECHO UN DVA.
-3-COMO OBJETIVO SECUNDARIO SI ALGUIEN MANIFIESTA INTERES EN CUMPLIMENTARLO DERIVAR A TRABAJADORA SOCIAL DEL CENTRO.
-4- LA POBLACION DIANA SERIA POBLACION DE NUESTROS CUPOS QUE ESTUVIESE EN PROGRAMA DE ESAD, TERMINALES, PCC, CUIDADORES Y FAMILIARES DE ESTOS PACIENTES...Y A TODOS LOSQUE S E MUESTREN INTERESADOS.

MÉTODO
-1- ENCUESTA PREVIA A PROFESIONALES QUE YA HA SIDO REALIZADA A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO EN ABRIL 2018.
-2-SESION INFORMATIVA A LOS COMPAÑEROS DEL EQUIPO.
-3-PRESETACION DEL DVA Y DE SU LUGAR DE R EGISTRO EN OMI.
-4-PRESENTACION DEL PROYECTO.

INDICADORES
-EL INDICADOR SERIA EN OMI EN EL PROTOCOLO DE DVA VER CUANTOS CUANTOS DVA HAY REGISTRADOS O NO REGISTRADOS, PERO EN LOS QUE SE HAYA HECHO LA PREGUNTA.

DURACIÓN
- INICIO ABRIL 2018. FIN DICIEMBRE 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0633

1. TÍTULO

GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGRISTRO DEL DVA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1512

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE OVACE

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MARTIN RODRIGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADALID GUILLEN URSULA
IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR
LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR
MONTON BARRERA ESTRELLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nos pusimos en contacto con las direcciones del colegio de Educación Especial La Arboleda y el Colegio Público Miguel Valles, para comentarles nuestro proyecto y ambos mostraron gran interés en él y fueron los encargados de informar en sus centros de la sesión que íbamos a impartir, programa, horarios… A pesar de estar dirigido principalmente a monitores de comedor, fue la Dirección de cada centro quien decidió que trabajadores asistirían, en el caso del colegio La arboleda la dirección quiso que asistiesen el 100% de sus empleados, cuidadores, profesores, educadores... que hacían un total de 32 asistentes. En el caso del colegio Miguel Valles asistieron las monitoras del comedor y personal de cocina, 7 en total.
Tal y como habíamos programado realizamos sendas sesiones de 1 hora aproximadamente, en las cuales realizamos una exposición, con ayuda de Power Point, de unos 30 minutos de duración en la que explicábamos las estructuras anatómicas tanto del paciente adulto como del pediátrico, tipos de atragantamiento y cómo actuar ante ellos. Posteriormente, lo llevamos a la práctica, implicando a todos los participantes, tanto de la maniobra de Heimlich como de la posición Lateral de Seguridad, que la usaríamos si el atragantamiento se resuelve con esta, también realizamos RCP básica, que tendríamos que aplicarla si el atragantamiento no se resuelve y el paciente pierde la conciencia y entra en Parada Cardiorrespiratoria, con ayuda tanto de los maniquíes para entrenamiento de las maniobras de resucitación cedidos por el Centro de Salud, como de muñecos de juguete que nosotras mismas aportamos al proyecto, ya que nos parecían de un tamaño más adecuado al paciente tanto bebe como pediátrico, y pensamos que así nuestras explicaciones se podían ajustar más a la realidad.
Tras la sesión, dejamos en los colegios Tres posters explicativos tanto de la Maniobra de Heimlich, como de la Posición Lateral de Seguridad y RCP básica, para que puedan quedarse expuestos en los comedores o aquellos espacios donde la direcciónes de los centros considere oportuno, y así, en caso de darse esta situación adversa los trabajadores con un vistazo rápido recuerden los conocimientos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al término de las sesiones, los asistentes nos manifiestan verbalmente su satisfacción con la sesión y que se sienten más seguros y preparados ante un posible efecto adverso de estas características que pueda sucederles en su trabajo diario.
En las encuestas que pasamos al finalizar, prácticamente en todas nos manifiestan la corta duración de la sesión, y en muchas nos dicen que les hubiese gustado tener más tiempo para poner en práctica todo lo aprendido.
En uno de los colegios, todos los asistentes nos dan una puntuación de entre 9 y 10 de satisfacción global con la actividad y lo mismo para contenidos y el material didáctico utilizado. Esta valoración es más baja cuando les preguntamos por la duración de la actividad, nos indican que les ha parecido insufiente.
Sin embargo, en el otro colegio, hay más variedad de opiniones en cuanto a la valoración, en general la satisfacción global con la actividad también es de entre 9 y 10, pero para un pequeño porcentaje de asistentes la valoración es más baja, además de manifestar la duración insuficiente de la sesión y que les hubiese gustado tener más tiempo para practicar, se quejan de que las condiciones de la sala no son las adecuadas y que no les parecen apropiados los muñecos de juguete con los que realizamos las explicaciones, ya que consideran que deberían ser maniquíes de entrenamiento reales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los asistentes han aprendido a realizar Correctamente la Maniobra de Heimlich, posición lateral de Seguridad y RCP básica y tras observar la buena acogida que hemos tenido y la satisfacción de los participantes manifestada verbalmente en las sesiones, a pesar de que en las encuestas hay alguna valoración un poco más baja, todos los miembros del equipo estamos muy satisfechas con los resultados obtenidos.
En algunas de las encuestas los asistentes nos sugieren realizar este tipo de sesiones periódicamente para evitar que, en caso de no llevarlo a la práctica, se olviden los conocimientos adquiridos. De ser asi, nos sugieren que estas sesiones sean de mayor duración y aumentando sobre todo el tiempo invertido en llevar a la práctica todo lo aprendido.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1512

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE OVACE

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1512 ========== ***

Nº de registro: 1512

Título
ACTUACION ANTE OVACE

Autores:
MARTIN RODRIGUEZ MARIA, LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, ADALID GUILLEN URSULA, MONTON BARRERA ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PRIMEROS AUXILIOS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En algunos colegios se ha generado una demanda por parte de los monitores de los comedores hacia ciertos profesionales sanitarios para actuar en casa de atragantamiento de los niños a su cargo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Los monitores de comedor de algunos colegios de Teruel, conocerán cómo deben actuar ante un atragantamiento a través de la realización de talleres.
- Realización de actividades para educar y formar ante esta urgencia.
- Se propone la adquisición de habilidades para saber actuar ante una OVACE.

MÉTODO
1. Conocer los tipo de atragantamientos (parcial o total)
2. Enseñar cómo deben de actuar ante cada tipo de atragantamiento hasta la llegada de los Servicios Sanitarios.

INDICADORES
- Encuesta inicial para determinar el grado de conocimiento previo de los monitores.
- Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres.
- Número de monitores que han participado en el taller / número total de monitores.
- Encuesta de satisfacción a los monitores que recibirán la formación.

DURACIÓN
Desde Septiembre 2018 hasta Junio 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0176

1. TÍTULO

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA LAYUNTA MARTINEZ
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRUZ GALAN JOSE ANTONIO
DOMINGO MARTINEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el tiempo de funcionamiento del proyecto se han realizado dos reuniones con los componentes del equipo para la puesta en marcha y establecimiento de acuerdos y objetivos.

Posteriormente se presentó a los equipos en dos sesiones clínicas, una en el Centro Salud Ensanche y otra en el Centro de Salud Teruel Centro.
Se procuró que todos los profesionales conociesen el proyecto dejando copia en su casillero

Se han realizado dos entrevistas con el Servicio de Atención al Paciente, una al inicio y otra durante el desarrollo con el fin de coordinar actuaciones y se han mantenido conversaciones telefónicas en casos concretos..

Se han atendido a un total de 14 mujeres, 8 pertenecientes al Centro de Salud Teruel Centro y 6 al Centro de Salud Teruel Ensanche

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha facilitado atención individualizada de la demanda, información y derivación hacia recursos.

En todos los casos se ha mantenido coordinación con los matrones de los EAP derivando para asesoramiento y/o intervención.

No ha podido realizarse por motivos ajenos a los componentes del equipo la gestión administrativa del procedimiento desde la unidad de Trabajo Social, de forma que en la intervención no ha podido evitarse la posterior derivación al Servicio de Atención al Paciente y en algunos casos la derivación directa sin intervención de Trabajo Social por los plazos que establece el procedimiento, la tramitación de la solicitud y derivación a la clínica de referencia.
En estos últimos casos se desconoce la evolución del proceso, y si ha habido demanda o no de otros recursos, sociales o sanitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del proyecto se inicia a mitad de mayo por lo que la población atendida no refleja el número real de mujeres atendidas durante un año.

No obstante dados los impedimentos legales para poder gestionar de forma integral el proyecto pensamos que puede resultar contraproducente el paso previo por la Unidad de Trabajo Social, con la consiguiente demora del proceso.

7. OBSERVACIONES.
Pensamos que podría ser beneficioso para las mujeres solicitantes de IVE reformular el procedimiento

*** ========== Resumen del proyecto 2018/176 ========== ***

Nº de registro: 0176

Título
ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Autores:
LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA, CRUZ GALAN JOSE ANTONIO, DOMINGO MARTINEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0176

1. TÍTULO

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la Unidad de Trabajo Social se ha detectado un número significativo de mujeres solicitantes de IVE.
De ellas, la gran mayoría no utilizan o lo hacen de forma inadecuada, métodos de planificación familiar y/o de prevención de enfemedades de transmisión sexual.
Se detecta también a mujeres jóvenes con reiterados embarazos, escasa formación y desconocedoras de las vías de acceso a los recursos sociosanitarios.
Se observa igualmente un mal uso de otras prescriciones como puede ser la la llamada píldora del dia después, que llega a convertise en la forma de planificación familiar habitual.
De otra parte, la gestión del procedimiento del IVE, se realiza desde los Servicios de Atención al Paciente, convirtiéndose en un trámite meramente administrativo, se entrega un sobre con información generalizada para toda la población acerca de ayudas públicas disponibles para cuidados y atención de hijos y otras ayudas públicas, y transcurridos tres días se tramita la solicitud.
Se echa en falta una atención personalizada que en función de las caracterísiticas de la mujer solicitante, recursos, formación, situación socioeconómica, pueda necesitar derivación a otros recursos del sistema sanitario como Servicios de Planificación Familiar o de Salud pública en caso de padecer enfermedades de trasmisión sexual.
En cuanto a la información sobre prestaciones sociales debería ser facilitada por un Trabajador Social, con conocimientos en el sector para garantizar el acceso a las prestaciones del sistema.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un proceso de acompañamiento en el proceso de IVE, desde el inicio, a través de la gestión de la demanda desde la Unidad de Trabajo Social, tramitación y seguimiento.

Garantizar el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planficación de la reproducción y de educación sexual.

Garantizar el acceso a la información acerca de prestaciones públicas de servicios sociales.

Reducir el número de embarazos no deseados, reiterados, entre las mujeres solicitantes

MÉTODO
Difusión del procedimiento entre los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, Centro de Salud Teruel Centro y Centro de Salud Teruel Ensanche.

Atención individualizada de la demanda, información y gestión de prestaciones y recursos.

Coordinación con los matrones de los EAP y el COF, derivando para asesoramiento y/o intervención.

Gestión administrativa del procedimiento desde la unidad de Trabajo Social, de forma que en la intervención se limite al menor número de profesionales posibles y se fortalezca la alianza terapéutica.

Tramitación de la solicitud y derivación a la clínica de referencia

INDICADORES
Número de mujeres solicitantes de IVE pertenecientes a los centros de salud Teruel Centro / número de mujeres atendidas en la Unidad de Trabajo Social, a alcanzar el 50%

Número de mujeres atendidas en la Unidad de Trabajo Social/ número de mujeres derivadas a matrones y/o COF

DURACIÓN
Difusión entre los EAP, abril de 2018
Desarrollo y gestión del proyecto, a lo largo del año con continuidad en años sucesivos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0176

1. TÍTULO

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1193

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN GALLARDO GANUZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DIEZ CRISTINA
LOZANO PASAMAR MARIANO
ESTEBANELL ARNAL MARIA PILAR
MONGE ILLANES ALEJANDRO
ABADIA PUYUELO ALVARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
– ABRIL DE 2017: se crea el Equipo de Mejora y se elabora el proyecto
– MAYO: se realiza sesión formativa en el Centro de Salud con la participación de todos los profesionales de medicina
– SEPTIEMBRE se realiza revisión de resultados en Cuadro de Mando de Farmacia
– OCTUBRE: nueva sesión formativa, recordando el proyecto, con la participación de todos los profesionales médicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisado en septiembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, datos a 1 de julio (muy próximo al inicio del proyecto), con los siguientes INDICADORES:
- El número de pacientes con prescripción Triple Whammy ha disminuido en un porcentaje del 5,6%, con un total al 1 de julio de 151 casos, había 200 casos a fecha 1 de marzo.
- El número de pacientes en tratamiento con Olmesartán medoxomilo ha disminuido en un porcentaje del 2,4% entre 1 de marzo y 1 de julio con respecto al total de pacientes en tratamiento con ARA II

A 31 de diciembre nueva revisión del CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, con los siguientes resultados:
• El número de pacientes con prescripción Triple Whammy ha disminuido en un porcentaje del 26,5%, detectándose en esta fecha, 147 pacientes con triple prescripción vs 200 pacientes a fecha del 1 de marzo (inicio del proyecto)
• El número de pacientes en tratamiento con Olmesartán medoxomilo ha disminuido en una porcentaje del 6,1% entre marzo y diciembre de 2017, con respecto al total de pacientes en tratamiento con un ARA II

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha producido una reducción del 26,5% de los pacientes con Triple Whammy. Hay que considerar que el dato puede ser variable, según el momento del corte, ya que en ocasiones los pacientes precisan por patologías agudas tratamientos cortos con antinflamatorios.

En cuanto a los tratamientos con Olmesartán medoxomilo se han reducido en un 6,1%

Dada la importancia del proyecto, sobre todo en el Triple Whammy, en cuanto a la seguridad de los pacientes, se plantea seguir con el mismo para el año 2018, realizando una nueva sesión formativa en Marzo de 2018

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1193 ========== ***

Nº de registro: 1193

Título
MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1193

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, PEREZ DIEZ CRISTINA, LOZANO PASAMAR MARIANO, ESTEBANELL ARNAL MARIA PILAR, MONGE ILLANES ALEJANDRO, PUEYO IZQUIERDO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Olmesartán medoxomilo fue el principio activo de los Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) que mayor gasto supuso para el Sector de Teruel en 2016 (189.998€ y 2.760 DDDs), seguido de Valsartán (162.830€ y 60.728 DDDs). La revista francesa Prescrire, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos gastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso) y utilizar otras alternativas más favorables (Protocolo de Intercambio terapeútico (PIT) de ARA II para los hospitales de Aragón).

La tripe combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy (TW). Los pacientes con prescripción TW presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones:
1) Selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad, evitando el uso de olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso), ya que existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras
2) La revisión y adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II más diurético más AINE), evitando su prescripción para disminuir el riesgo de fallo renal agudo. Y en el caso que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

MÉTODO
1. Formación del grupo de trabajo
2. Sesión informativa a los médicos del Centro de Salud
3. Valoración individual de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo, por parte de su médico de Atención Primaria, para ello:
• El farmacéutico de Atención Primaria enviará a los Médicos del Centro de Salud un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de dicho fármaco (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente), con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT
• Los listados serán remitidos en marzo y septiembre de 2017
4. Seguimiento de los pacientes con tratamiento combinado TW:
• A través del CUADRO DE MANDO DE FARMACIA (CIAS), los médicos del Centro de Salud podrán obtener un listado mensual con los pacientes de su cupo con prescripción activa TW
• Posterior revisión y adecuación de los tratamientos de dichos pacientes: en los que se realizará una valoración de su función renal, para la detección del riesgo de fallo renal. Y en el caso de no poder retirar el fármaco una monitorización de creatinina y potasio mientras continue con el mismo tratamiento.

INDICADORES
• Disminución en un porcentaje del 50% del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Dichos datos se extraerán del DATA de Farmacia, valorando los casos existente a 1 de marzo de 2017 (200 pacientes) y el porcentaje de reducción en septiembre y diciembre de 2017
• Disminución en un porcentaje del 100% del número de pacientes con prescripción TW. Actualmente en nuestro centro de salud se han detectado a 1 de marzo de 2017, 160 casos de TW. Estos casos se controlaran mensualmente en el cuadro de mando de Farmacia, con valoración final en diciembre de 2017

DURACIÓN
1. Formación del grupo de trabajo en marzo 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1193

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

2. Sesión informativa en 1ª quincena de abril de 2017
3. Envío de listados con prescripciones activas del olmesartán medoxomilo a cada profesional del centro de salud en marzo y septiembre de 2017
4. Listado mensual en el cuadro de mando de Farmacia, por CIAS, de los pacientes de su cupo con prescripción activa TW
5. Valoración de resultados en diciembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO ZORRAQUINO LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DIAZ CRISTINA
MALO LOU CARMEN
LOPEZ ESCUER JOSE LUIS
ASTUDILLO COBOS JUAN
ANTON CRESPO MANUEL
ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA
DIAZ DIAZ TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
– En la primera quincena de MARZO DE 2017: se creó el Equipo de Mejora
– Segunda quincena de MARZO: revisión de guía práctica clínica en el uso de IBP y análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol.
– Extracción de los listados de los pacientes a través del DATA de FARMACIA (a fecha 1 de marzo)
– El día 6 de ABRIL: se realiza sesión formativa en el Centro de Salud con la participación de todos los profesionales de medicina
– En SEPTIEMBRE: revisión de indicadores del cuadro de mando de farmacia.
– Ante los resultados parciales de septiembre a finales de OCTUBRE: nueva sesión formativa, recordando el proyecto y la importancia del mismo, con la participación de todos los profesionales médicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisado en septiembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA se observa que poseemos DATOS A 1 DE JULIO (muy próximo al inicio del proyecto), con los siguientes INDICADORES:

• Entre 1 de marzo y 1 de julio se ha incrementado en un 1,6% el número de pacientes con prescripciones activas de IBPs en receta electrónica
• El 59,95% (julio de 2017) de los pacientes están en tratamiento con un IBP correspondiente a Omeprazol vs el 59,7% (marzo 2017)

Revisado a 31 de diciembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA se observan los siguientes resultados:

• Entre marzo y diciembre de 2017, se ha incrementado un 1,9% el número de pacientes con prescripción activa de IBPs en receta electrónica.
• El 59,1% de los pacientes están en tratamiento con un IBP correspondiente a Omeprazol vs al 59,7% en marzo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ante los resultados del proyecto, con aumento de la prescripción de IBPs y sin aumento de la prescripción de omeprazol, junto con la importancia del tema, se plantea continuar con el proyecto durante 2018.

Se realizará nueva sesión formativa en marzo, para recordar el mismo entre TODOS los profesionales y que cada profesional controle cada 3 meses su cuadro de Mandos de Farmacia, para ser conscientes de su propia evolución en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1194 ========== ***

Nº de registro: 1194

Título
MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores:
ZORRAQUINO LOZANO JUAN, PEREZ DIEZ CRISTINA, MALO LOU CARMEN, LOPEZ ESCUER JOSE LUIS, ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON, ANTON CRESPO MANUEL ANGEL, ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA, DIAZ DIAZ TANIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Sector de Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,9%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón, mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.
La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Ensanche en 2016 supuso un gasto de 195.402 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 802.293 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 14,7% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), lansoprazol (11,6%), esomeprazol (9,8%), omeprazol (9,08%) y rabeprazol (4,6%)1.
Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017, para ello:
1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del porcentaje de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en aquellos pacientes en los que se considere pertinente el tratamiento con algún IBP
3. Retirada del IBP en los pacientes en los que no se considera necesario y pertinente dicha toma

MÉTODO
1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Ensanche para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

INDICADORES
En el C.S. Teruel Ensanche, 2.887 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 16% pantoprazol, 13,3% lansoprazol 8,1% de prescripciones de esomeprazol, 2,6% rabeprazol y 0,4% esomeprazol+naproxeno
Nos planteamos:
- Reducir el porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol, en al menos un 10% a partir de las cifras actuales (40,3%)
? Aumentar un 10% el porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol, actualmente corresponde a 59,7%
? Retirada, en al menos un 50%, de la prescripción de IBP en pacientes en los que no es pertinente dicha toma
? Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.
La evalución del proyecto se realizará en diciembre de 2017 a través de los datos extraidos del DATA de Farmacia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

DURACIÓN
Desde el inicio del proyecto en marzo de 2017 hasta final de 2017
- Formación del grupo y revisión de guias clínicas hasta 1ª quincena de abril
- Sesión formativa a los profesionales del CS 2ª quincena de abril
- Entrega de listados a los profesionales para valoración de la adecuación del tratamiento de IBP y propuesta de cambio si procede
- Valoración del proyecto en septiembre de 2017 y diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO ZORRAQUINO LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DIAZ CRISTINA
MALO LOU CARMEN
LOPEZ ESCUER JOSE LUIS
ASTUDILLO COBOS JUAN
ANTON CRESPO MANUEL
ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA
DIAZ DIAZ TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE RECOPILAN DATOS DE PRESCRIPCION DE IBPS A JUNIO DE 2018 Y SE ESTABLECE COMPARATIVA CON EL AÑOS ANTERIOR
EL DIA 28 DE JUNIO DE 2018 SE REALIZA NUEVA SESION FORMATIVA DEL EAP, MEDIANTE PRESENTACION EN POWER POINT, Y SE RECUERDA LA PRESCRIPCION EFICIENTE DE LOS IBP'S Y LOS RESULTADOS DE LA COMPARATIVA QUE HABIAN EMPEORADO CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR.
TAMBIEN SE ESTABLECE ESTA CON LOS DEMAS SECTORES DE ARAGON Y ENTRE LOS DIFERENTES CUPOS DEL EAP.
SE RECOMIENDA REVISION DE PACIENTES PARA CADA CUPO E INTENTAR LA MEJORA DE LA MISMA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
REVISADOS LOS DATOS DE PRESCRIPCION DEL C. S. DE TERUEL ENSANCHE A FECHA 1 DE ENEREO DE 2019, SE CONSTANTAN EN TRATAMIENTO CON IBP 2834 PACIENTES, UN INCREMENTO DEL 0,36% CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR, ESTANDO UN 41% CON PRESCRIPCIONES DIFERENTES A OMEPRAZOL.
EL PORCENTAJE DE PACIENTES TRATADOS CON OMEPRAZOL A ESA FECHA ERA DEL 59,00 %, LO QUE REFERIDO A DICIEMBRE DE 2017 ES UN DESCENSO DEL 0,1% (59,1%)
LOS DATOS HAN SIDO OBTENIDOS EN CUADRO DE MANDOS DE FARMASALUD POR PARTE DE LA COMPONENTE DEL EQUIPO Dª CRISTINA PEREZ DIAS (FARMACEUTICA DE DIRECCION DE AP).
POR ELLO, ENTENDEMOS QUE EL IMPACTO DEL PROYECTO NO HA SIDO EL ESPERADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA CONCLUSION ES QUE EL PROYECTO DE MEJORA NO HA RESULTADO EFECTIVO PARA LA CONSECUCION DE LOS OBJETIVOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1194 ========== ***

Nº de registro: 1194

Título
MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores:
ZORRAQUINO LOZANO JUAN, PEREZ DIEZ CRISTINA, MALO LOU CARMEN, LOPEZ ESCUER JOSE LUIS, ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON, ANTON CRESPO MANUEL ANGEL, ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA, DIAZ DIAZ TANIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

En el Sector de Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,9%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón, mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.
La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Ensanche en 2016 supuso un gasto de 195.402 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 802.293 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 14,7% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), lansoprazol (11,6%), esomeprazol (9,8%), omeprazol (9,08%) y rabeprazol (4,6%)1.
Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017, para ello:
1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del porcentaje de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en aquellos pacientes en los que se considere pertinente el tratamiento con algún IBP
3. Retirada del IBP en los pacientes en los que no se considera necesario y pertinente dicha toma

MÉTODO
1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Ensanche para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

INDICADORES
En el C.S. Teruel Ensanche, 2.887 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 16% pantoprazol, 13,3% lansoprazol 8,1% de prescripciones de esomeprazol, 2,6% rabeprazol y 0,4% esomeprazol+naproxeno
Nos planteamos:
- Reducir el porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol, en al menos un 10% a partir de las cifras actuales (40,3%)
? Aumentar un 10% el porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol, actualmente corresponde a 59,7%
? Retirada, en al menos un 50%, de la prescripción de IBP en pacientes en los que no es pertinente dicha toma
? Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.
La evalución del proyecto se realizará en diciembre de 2017 a través de los datos extraidos del DATA de Farmacia

DURACIÓN
Desde el inicio del proyecto en marzo de 2017 hasta final de 2017
- Formación del grupo y revisión de guias clínicas hasta 1ª quincena de abril
- Sesión formativa a los profesionales del CS 2ª quincena de abril
- Entrega de listados a los profesionales para valoración de la adecuación del tratamiento de IBP y propuesta de cambio si procede
- Valoración del proyecto en septiembre de 2017 y diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... TANIA DIAZ DIAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE
ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO
LOU DOMINGO VICTORIANO
MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO
MONTANER GIMENEZ AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
•ABRIL se da a conocer el proyecto a TODOS LOS MIEMBROS del Equipo del CS Teruel-Ensanche
•MAYO se rediseñan las charlas a realizar este año: HIPERCOLESTEROLEMIA Y CONSUMO DE SAL EN HTA
•JUNIO se realiza paseo con los profesionales del Centro por el CAMINO DEL CARBURO, próximo al río. Tras el paseo se opina que no es viable para realizar con los pacientes por estar muy alejado de nuestro Centro de Salud, por lo que se decide cambiar el lugar donde realizar el paseo.
•En la segunda quincena de JUNIO se presenta a los profesionales la charla de Hipercolesterolemia, en la que se hará alguna modificación y se presentara en Octubre a los pacientes.
•Se decide que en cada charla se pasará primero una encuesta al grupo para ver su nivel de conocimientos sobre el tema. Se volverá a pasar al final de la charla para poder ver los conocimientos adquiridos, así como una encuesta de satisfacción y de sugerencias.
•En JULIO Y AGOSTO se rediseña el paseo (en colaboración con la Universidad), que será temático por el PARQUE DE LOS FUEROS, y lo realizarán primero los profesionales del centro

La jubilación en agosto del responsable del proyecto (Dr. Ángel Pueyo Izquierdo) ha supuesto una pequeña pausa en el proyecto, si bien se siguen realizando actividades:
•Se ha diseñado el paseo de los profesionales con los pacientes por el parque de los Fueros, perteneciente a nuestra zona de salud, por el Dr. D. José Carrasquer (de la Facultad de Humanidades), experto conocedor de la zona y de la historia natural
•El Dr. D. José Carrasquer ha realizado un folleto del paseo y de la historia del parque y la naturaleza presente en el mismo, está siendo diseñado por alumnos de la Facultad de Bellas Artes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La jubilación del responsable inicial del proyecto, junto con la sobrecarga asistencial, ha supuesto un enlentecimiento del mismo, pero lo profesionales estamos interesados en el tema y dispuestos a continuar, por lo que se están estableciendo las nuevas actividades.
El grupo está muy concienciado de la importancia de la salud comunitaria y la participación de los pacientes en el cuidado de su propia salud.
Contamos con la colaboración especial del Dr. Ángel Pueyo, verdadero motor de este proyecto, que aunque se ha jubilado, desea participar en el mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como todo proyecto comunitario, la puesta en marcha de cada una de las etapas es costosa y requiere una importante motivación por parte de los profesionales, pero se ha planteado nuevas actividades para continuar con el mismo:

•Se está diseñando una encuesta de valoración de los conocimientos de los pacientes que deseen participar y se investigará también su motivación, para adaptar las charlas a sus necesidades.
•Dentro de cada cupo de medicina y enfermería se va a invitar a varios pacientes con factores de riesgo cardiovascular a participar en la actividad
•Durante este año nos proponemos comenzar con la primera charla a los pacientes en Marzo y el primer paseo en Abril.
•Se proyecta hacer al menos 2 charlas y 2 paseos al año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1195 ========== ***

Nº de registro: 1195

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

Autores:
PUEYO IZQUIERDO ANGEL, GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE, DIAZ DIAZ TANIA, ZORRAQUINO LOZANO JUAN, MONTANER GIMENEZ AMPARO, LOU DOMINGO VICTORIANO, MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Proyecto comunitario de educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y en el mundo y para poder disminuir su incidencia y mortalidad es fundamental actuar sobre los factores de riesgo que favorecen su aparición.
Se distinguen dos tipos de factores de riesgo: NO MODIFICABLES, la edad, sexo y herencia genética y MODIFICABLES: tabaco, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus, obesidad /sobrepeso, sedentarismo y consumo de alcohol.
Está demostrado que el de dejar de fumar, reducir el consumo de sal en la dieta, el consumo de frutas y verduras con reducción de las grasas, realizar actividad física regular y evitar el consumo excesivo de alcohol reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS
Un centro de salud debe ser un centro de asistencia sanitaria, pero también una ESCUELA DE SALUD. Todas las personas deben saber reconocer los factores que determinan sus enfermedades y deben ser capaces de afrontarlos; es lo que se denomina estilos de vida saludables, que no es otra cosa que el tener la habilidad de esquivar los problemas de salud y dar esquinazo a las enfermedades. Valentín Fuster en sus diversas publicaciones a menudo se pregunta, cómo es posible que en estas sociedades tan desarrolladas, en las que se dispone de los mejores tratamientos, de excelentes hospitales y mejores Centros de Salud cada vez haya más enfermos diabéticos, hipertensos, obesos y cada vez mueran más personas por enfermedades cardiovasculares.

Todo esto nos ha estimulado a iniciar un programa de educación para la salud, para intentar que nuestros pacientes puedan disfrutar de buena salud motivándoles a controlar la propia alimentación, practicar actividad física y no practicar comportamientos que se consideran poco saludables como fumar, consumir en exceso bebidas alcohólicas, … y saber disfrutar de todo aquello que nos rodea. En esencia este es el arte de la salud.

MÉTODO
Hemos denominado a nuestro programa de salud "Teruel camina con gusto" y se ha comenzado a diseñar y elaborar en pequeñas etapas a lo largo de 2016, con una continuidad y un trabajo a largo plazo como todos los proyectos de educación para la salud, de la forma siguiente:

- PRIMERA FASE: actuación sobre pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular, mediante:
- Charlas a grupos reducidos, de 10 a 15 personas, agrupadas por factores de riesgo
- Conocimiento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Formación sencilla sobre alimentación y ejercicio
- Favorecer la realización de ejercicio físico, mediante la realización de un paseo temático por el parque de los fueros, siempre acompañados por un profesional sanitario, con información cultural y medioambiental de la zona.

- SEGUNDA FASE: actuación sobre personas sanas para transmitir conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares y la prevención de las mismas actuando sobre los posibles factores de riesgo

- TERCERA FASE : actuación en los centros escolares para hacerles conocer los estilos de vida saludable y nos sirvan de transmisores a su familia.

Durante 2017 se va a poner en marcha la PRIMERA FASE

INDICADORES
- Antes de realizar cada charla de educación sanitaria se pasará una ENCUESTA PARA LA VALORACION de los conocimientos que los pacientes tienen de las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo y como actuar sobre los mismos
- Dicha encuesta se volverá a pasar tras las actividades, para valorar la efectividad de las actividades,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

sus conocimientos sobre la salud y su implicación sobre los factores en los que actuar
• Así mismo, se les entregará una encuesta de Calidad, para valorar la satisfacción de los participantes

DURACIÓN
• Una sesión informativa a los profesionales del Centro de Salud en Abril de 2017
• Charla/paseo a la población en grupos reducidos, comenzando en mayo de 2017 (excluyendo meses de verano):
1. Primera charla/paseo: hipercolesterolemia (Mayo)
2. Segunda charla/paseo: obesidad (Junio)
3. Tercera charla/paseo: hipertensión arterial (octubre)

OBSERVACIONES
Como todo proyecto de educación sanitaria es a largo plazo, con fechas aproximadas, según la disponibilidad del personal y del Centro, y con posibles modificaciones según las valoraciones de los usuarios.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

TERUEL CAMINA CON GUSTO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TANIA DIAZ DIAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE
LOU DOMINGO VICTORIANO
MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO
MONTANER GIMENEZ AMPARO
PUEYO IZQUIERDO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se diseñó en colaboración con el profesor universitario D. José Carrasquer, con los alumnos de la Facultad de Bellas Artes, un folleto del paseo con la historia del parque de los Fueros.
Al inicio del proyecto se realizó una encuesta a los asistentes para conocer su grado de conocimiento y sus temas de preferencia.
Se han realizado durante este año dos charlas sobre hipercolesterolemia e hipertensión, con posterior paseo. En las charlas se explica la patología, factores de riesgo y protectores, medidas de prevención y tratamiento, así como síntomas y signos ante los que acudir al médico. Los participantes participan en la charla exponiendo sus dudas y sus conocimientos. Posteriormente se desarrolla el paseo, acompañados por D. José Carrasquer, que explica las enfermedades de los árboles del parque similares a las nuestras, así como datos relevantes de los mismos, comparándolo con el reloj biológico.
En cada charla se elaboró carteles informativos de la convocatoria, entregado un díptico resumen de la charla y un manual básico sobre hábitos de vida saludable.
El cumplimiento del calendario sufrió un retraso por la jubilación del dr. Pueyo, responsable inicial del proyecto, y por la carga asistencial del centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del rpoyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención
El proyecto ha sido gratamente aceptado por los pacientes demandando continuación del mismo y utilidad en su vida diaria sobre la información recibida. El impacto del mismo reside en la implicación y concienciación de los pacientes en la importancia de la prevención de los factores de riesgo cardiovascular y realización de ejercicio físico habitual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.
La mejora del mismo radicaría en la realización de las charlas más a menudo. Dado la duración del proyecto se considera finalizado el mismo pasando ahora a las actividades comunes de realización por el centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1195 ========== ***

Nº de registro: 1195

Título
PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: “TERUEL CAMINA CON GUSTO”

Autores:
PUEYO IZQUIERDO ANGEL, GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE, DIAZ DIAZ TANIA, ZORRAQUINO LOZANO JUAN, MONTANER GIMENEZ AMPARO, LOU DOMINGO VICTORIANO, MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Proyecto comunitario de educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

TERUEL CAMINA CON GUSTO

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y en el mundo y para poder disminuir su incidencia y mortalidad es fundamental actuar sobre los factores de riesgo que favorecen su aparición.
Se distinguen dos tipos de factores de riesgo: NO MODIFICABLES, la edad, sexo y herencia genética y MODIFICABLES: tabaco, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus, obesidad /sobrepeso, sedentarismo y consumo de alcohol.
Está demostrado que el de dejar de fumar, reducir el consumo de sal en la dieta, el consumo de frutas y verduras con reducción de las grasas, realizar actividad física regular y evitar el consumo excesivo de alcohol reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS
Un centro de salud debe ser un centro de asistencia sanitaria, pero también una ESCUELA DE SALUD. Todas las personas deben saber reconocer los factores que determinan sus enfermedades y deben ser capaces de afrontarlos; es lo que se denomina estilos de vida saludables, que no es otra cosa que el tener la habilidad de esquivar los problemas de salud y dar esquinazo a las enfermedades. Valentín Fuster en sus diversas publicaciones a menudo se pregunta, cómo es posible que en estas sociedades tan desarrolladas, en las que se dispone de los mejores tratamientos, de excelentes hospitales y mejores Centros de Salud cada vez haya más enfermos diabéticos, hipertensos, obesos y cada vez mueran más personas por enfermedades cardiovasculares.

Todo esto nos ha estimulado a iniciar un programa de educación para la salud, para intentar que nuestros pacientes puedan disfrutar de buena salud motivándoles a controlar la propia alimentación, practicar actividad física y no practicar comportamientos que se consideran poco saludables como fumar, consumir en exceso bebidas alcohólicas, … y saber disfrutar de todo aquello que nos rodea. En esencia este es el arte de la salud.

MÉTODO
Hemos denominado a nuestro programa de salud “Teruel camina con gusto” y se ha comenzado a diseñar y elaborar en pequeñas etapas a lo largo de 2016, con una continuidad y un trabajo a largo plazo como todos los proyectos de educación para la salud, de la forma siguiente:

- PRIMERA FASE: actuación sobre pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular, mediante:
- Charlas a grupos reducidos, de 10 a 15 personas, agrupadas por factores de riesgo
- Conocimiento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Formación sencilla sobre alimentación y ejercicio
- Favorecer la realización de ejercicio físico, mediante la realización de un paseo temático por el parque de los fueros, siempre acompañados por un profesional sanitario, con información cultural y medioambiental de la zona.

- SEGUNDA FASE: actuación sobre personas sanas para transmitir conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares y la prevención de las mismas actuando sobre los posibles factores de riesgo

- TERCERA FASE : actuación en los centros escolares para hacerles conocer los estilos de vida saludable y nos sirvan de transmisores a su familia.

Durante 2017 se va a poner en marcha la PRIMERA FASE

INDICADORES
- Antes de realizar cada charla de educación sanitaria se pasará una ENCUESTA PARA LA VALORACION de los conocimientos que los pacientes tienen de las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo y como actuar sobre los mismos
- Dicha encuesta se volverá a pasar tras las actividades, para valorar la efectividad de las actividades, sus conocimientos sobre la salud y su implicación sobre los factores en los que actuar
- Así mismo, se les entregará una encuesta de Calidad, para valorar la satisfacción de los participantes

DURACIÓN
- Una sesión informativa a los profesionales del Centro de Salud en Abril de 2017
- Charla/paseo a la población en grupos reducidos, comenzando en mayo de 2017 (excluyendo meses de verano):

1. Primera charla/paseo: hipercolesterolemia (Mayo)
2. Segunda charla/paseo: obesidad (Junio)
3. Tercera charla/paseo: hipertensión arterial (octubre)

OBSERVACIONES
Como todo proyecto de educación sanitaria es a largo plazo, con fechas aproximadas, según la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

TERUEL CAMINA CON GUSTO

disponibilidad del personal y del Centro, y con posibles modificaciones según las valoraciones de los usuarios.

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1208

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE FERNANDEZ ARREDONDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUSTERO FUSTERO SARA
ROMERO POBO DOMINICA
RUBIO HERNANDEZ VIRGINIO
GOMEZ ROYO ANA MARIA
BELENGUER ANDRES NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Actualización de listados.
-Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos. El Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco (HOP) está terminando de implantar el programa informático que ha desarrollado el Servicio de Informática del Hospital de Alcañiz para facilitar el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
- A fecha de 25 de enero de 2018, el programa sólo está disponible en el SFAP. Se ha creado una nueva base de datos en dicho programa con datos de pacientes a los que se dispensan TRG actualmente (nombre, tipo de DM, tipo de TRG que utiliza); datos de profesionales del Sector (CIAS (médico, enfermera) de los EAP del Sector Teruel); y de los distintos tipos de TRG disponibles para su dispensación en Aragón (Acuerdo Marco 10/2015).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Actualización de los listados de pacientes a los que se dispensan TRG en el EAP de Teruel Centro (tipo de DM, diabetes gestacional, éxitus, pacientes desplazados)por CIAS, a partir de la base de datos antigua que tenemos en el SFAP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente terminar de desarrollar la parte del programa que permita a los EAP del Sector hacer la solicitud de tiras para cada paciente a través de una aplicación web del programa y monitorizar la dispensación y consumo de TRG.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1208 ========== ***

Nº de registro: 1208

Título
MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

Autores:
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE, FUSTERO FUSTERO SARA, ROMERO POBO DOMINICA, RUBIO HERNANDEZ VIRGINIO, GOMEZ ROYO ANA MARIA, BELENGUER ANDRES NATIVIDAD, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El autoanálisis de glucemia forma parte del proceso de educación diabetológica y su objetivo es mejorar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1208

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico.
La frecuencia de autoanálisis será la necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos individualmente, con especial importancia en pacientes insulinodependientes, en diabetes gestacional y en situaciones de alto riesgo de desestabilización: cambios en el tratamiento farmacológico, utilización de medicamentos hiperglucemiantes, enfermedades intercurrentes, etc.
Las tiras reactivas de glucemia (TRG) son productos sanitarios de alto coste que están incluidos en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad (SNS). En el Sector Teruel, la distribución de TRG se realiza de forma directa desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) a los equipos de atención primaria (EAP). Como medio de educación terapéutica y con el objetivo de garantizar el correcto uso de las TRG para obtener el mayor beneficio posible, desde la Dirección de Continuidad Asistencial del Servicio Aragonés de Salud se elaboró en 2013 un protocolo de frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar, revisado por el Grupo de Trabajo de la Estrategia de Diabetes en Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Implantación de un programa informático que facilite el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza); y monitorizar la dispensación y el consumo de TRG para mejorar la coordinación entre medicina y enfermería.
2.Mejora de la educación diabetológica mediante el seguimiento de la dispensación de TRG para el autoanálisis de glucemia.
3.Mejora del control glucémico de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
4. Mejora de la adherencia de los pacientes diabéticos a la consulta de enfermería.

MÉTODO
1.Instalación de un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
2.Programación de sesiones formativas para la difusión del protocolo de frecuencia de autoanálisis en Aragón y para el uso del programa informático.
3.Designación de un coordinador de diabetes del EAP que colabore con el SEFP en la implantación del programa y en el que se centralice la petición de TRG para los pacientes del EAP.
4.Revisión de los pacientes del EAP que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al SFAP para su inclusión en el programa informático.
5.Programación de sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes.
6.Seguimiento de las dispensaciones de TRG y relación con los objetivos terapéuticos (HbA1C). Se dará acceso al programa informático de gestión de TRS al personal médico y de enfermería.

INDICADORES
-Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017)
-Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 100% de pacientes.
-Registro de sesiones formativas para los pacientes diabéticos en el EAP.
Estándar: 1-2 sesiones formativas al año.
-Satisfacción percibida por los pacientes con educación en salud. Encuesta pre y post formación. Promedio: 8-10 puntos.
-Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP. Límite Inferior (LI):10% y Límite Superior: 15%.

DURACIÓN
Abril-Mayo 2017.
o Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos.Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
oSesiones formativas para profesionales.Responsable: Farmacéutico de AP.
oDesignación de un coordinador de diabetes del EAP. Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Junio-Diciembre 2017.
oRevisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para pacientes y seguimiento de las dispensaciones de TRG.
Responsable: EAP.

Enero 2018.
Evaluación de resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1208

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0524

1. TÍTULO

EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VICTORIANO LOU DOMINGO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA
MONGE ILLANES ALEJANDRO
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN
ESCUDERO RIOS MARIA ASUNCION
FUSTERO FUSTERO SARA
GOMEZ ROYO ANA MARIA
MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó en mayo sesión formativa de los profesionales médicos y de enfermería sobre el uso adecuado de los inhaladores, eminentemente práctica para el manejo de los mismos y dar instrucciones claras a los pacientes.
El resto de las actividades programadas en un principio no se han realizado, por diversas circunstancias, por lo que damos por finalizado el proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No realizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No realizado

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/524 ========== ***

Nº de registro: 0524

Título
EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

Autores:
LOU DOMINGO VICTORIANO, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA, MONGE ILLANES ALEJANDRO, GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, ESCUDERO RIOS MARIA ASUNCION, FUSTERO FUSTERO SARA, GOMEZ ROYO ANA MARIA, MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un problema importante de salud, con una elevada morbimortalidad, comorbilidad asociada y consumo de recursos, que actualmente está infradiagnosticada. El diagnóstico de realiza mediante la clínica y se confirma con la realización de espirometría con broncodilatación. Es fundamental su diagnóstico precoz, siendo los fármacos más eficaces en el tratamiento por vía inhalatoria. El uso de estos inhaladores es difícil sin la educación oportuna y sujeto a errores, por lo que nos planteamos la realización de educación individual y grupal en el uso de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
La educación en el uso de inhaladores favorecería la efectividad y eficiencia en el control de la enfermedad y los síntomas, disminuirían los errores de uso de los mismos y aumentaría la adherencia de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0524

1. TÍTULO

EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

Podríamos hacer también educación sanitaria, favoreciendo el autocuidado del paciente y la disminución de reagudizaciones, mejorando su calidad de vida.

MÉTODO
1. Realizar una SESIÓN FORMATIVA tanto de profesionales médicos como de enfermería en el uso adecuado de inhaladores.
2. Revisión de todos los pacientes con el diagnóstico de EPOC, para comprobar la prescripción de inhaladores.
3. Educación individual: cuando el profesional médico prescriba un inhalador, el paciente irá a la farmacia a buscarlo y acudirá nuevamente al centro, a la consulta de enfermería, donde se le darán instrucciones claras de manejo. A los 15 días se realizará una consulta programada de enfermería para observar la forma de utilización y detectar posibles errores y corregirlos. Posteriormente será programado para nuevas visitas de evaluación del uso.
4. Educación grupal: con reuniones grupales de los pacientes diagnosticados de EPOC que usen inhaladores, sobre su uso, errores, adherencia al tratamiento y educación para el autocuidado: alimentación, realización de ejercicio, consumo de tóxicos, detección precoz de reagudizaciones.

INDICADORES
1. A los pacientes se les realizará en la primera visita un test de disnea, para poder comprobar en visitas sucesivas la mejoría de los síntomas con el uso correcto de los inhaladores. Se valoraría porcentaje de pacientes que ha mejorado su disnea con respecto al total de pacientes.
2. En la segunda visita (a los 15 días) y sucesivas, se valorará el uso correcto del inhalador (carga correcta, sellado de labios, espiración previa, forma de inspiración profunda, apnea de 10 segundos, higiene bucal y limpieza del inhalador). Mediante una tabla propia para cada paciente, valorando el porcentaje de pacientes en los que mejora el uso del inhalador y disminuyen los errores.
3. Valorar si se produce una reducción de las exacerbaciones. En el indicador se valoraría el número de ingresos en 2017 por reagudizaciones con respecto a los ingresos por el mismo motivo en 2018.

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará a lo largo de todo el año 2018, con el siguiente calendario:
- Abril/Mayo: sesión formativa de los profesionales
- Septiembre: valoración de los pacientes diagnosticados de EPOC, cambios en test de disnea, uso adecuado o inadecuado del inhalador y número de exacerbaciones.
- Diciembre: nueva revaloración de los pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1508

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LAFUENTE SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADALID GUILLEN URSULA
IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR
MARTIN RODRIGUEZ MARIA
MONTON BARRERA ESTRELLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACCIONES REALIZADAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS
- Previamente a la realización de la actividad, y a través del colegio se envía una carta a los padres de los alumnos que van a participar en la actividad donde se les informa que un equipo del Centro de Salud de Teruel Ensanche realizan un proyecto comunitario donde les enseñaran a sus hijos a reconocer una emergencia sanitaria y cómo actuar si se produce esta situación, hasta la llegada de los servicios sanitarios y que para poder realizar la actividad cada niño deberá llevar un peluche.
- El día de la actividad, a través de una presentación en formato power-point se imparte primero un taller teórico, donde los niños aprender a distinguir una emergencia sanitaria, y que el número de teléfono ante una emergencia es el 112 y los datos que deben comunicar al operador.
- A través de la presentación de forma práctica aprenden cual es el icono de llamada desde un teléfono móvil y cómo llamar, así como también aprender a reconocer el icono de ubicación (GPS) y cómo activarlo.
- Posteriormente se realizan talleres prácticos para que los niños diferencien cuando una persona está consciente y cuando está inconsciente.
- Si está inconsciente aprenden a diferenciar que si respira y tiene pulso, colocaran a la persona en posición lateral de seguridad. Practicando en parejas dicha posición.
- Y si está inconsciente y no respira y no tiene pulso, se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar. Practicando con maniquíes de RCP y sus peluches.
- Para finalizar se canta una canción repasando los conceptos aprendidos y practicando con sus peluches la PLS y la RCP.

CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN
- En el curso escolar 2017/2018, se ha impartido talleres a los alumnos de Educación Infantil de los Colegios La Salle y el Ensanche.
Entre el primer y segundo trimestre del curso escolar se realizan los talleres con los alumnos de 3º y 2º de infantil.
- El 17 de Diciembre de 2018 a las 9:00 h se impartió el taller a los alumnos de 3º de Infantil del Colegio de la Salle, participando un total de 48 niños y 2 profesoras de Educación Infantil, con una duración aproximada de 1h y 30 minutos.
- El día 20 de Febrero de 2019 a las 10:30 h se impartió el taller a los alumnos de 3º de Infantil del Colegio Ensanche, participando un total de 59 niños y 3 profesoras de Educación Infantil y 3 alumnas en prácticas de magisterio, con una duración aproximada de 1 h y 30 minutos.
- El día 26 de Febrero de 2019 a las 9:00 h, se impartió el taller a los alumnos de 2º de Infantil del Colegio de la Salle, participando un total de 55 niños y 2 profesoras de Educación Infantil, con una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos.
- El día 5 de Marzo de 2019 a las 9:30 h está previsto impartir el Taller a los alumnos de 2º de Infantil del Colegio Ensanche.
- Y en el tercer trimestre del curso escolar se realizan los talleres con los alumnos de 1º de infantil de ambos colegios.

MATERIALES UTILIZADOS
? Nota informativa de la actividad a realizar para cada familia.
? Presentación en power-point, para lo que hemos precisado en el Colegio de la Salle, las pizarras digitales y en el Colegio del Ensanche, proyectores.
? 4 Maniquíes de RCP
? Diplomas de participación del taller para cada niño
? Y peluches que ha aportado cada niño.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN
Encuestas realizadas al profesorado sobre el nivel de satisfacción de la actividad.
- En estas encuestas el 100% del profesorado nos contestó que la actividad estaba adecuada a las edades de los niños, con un material didáctico adaptado a su nivel.
- Y el 100% también nos contesto que la actividad la consideraban necesaria en el aprendizaje de los niños y todos recomendarían la realización de esta actividad.

Números de talleres realizados por colegios:
- Durante el curso escolar 2018/2019 se ha impartido en el Colegio La Salle 2 talleres, en el que han participado los niños de 3º y 2º de infantil, y queda pendiente para el tercer trimestre del curso escolar, realizar otro taller para los niños de 1º de educación infantil.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1508

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

- Y en el Colegio del Ensanche, se ha impartido un taller a los niños de 3º de infantil y queda pendiente realizar el día 5 de marzo otro taller para los niños de 2º de infantil y otro en el tercer trimestre del curso escolar para los niños de 1º educación infantil.

Número de participantes en cada taller/ número total de alumnos en esa clase.
- Colegio la Salle 3º de infantil: número de participantes 46 de un total de 48 (95% de los niños).
- Colegio de la Salle 2º de infantil: número de participantes 55 de un total de 55 niños (100% de los niños).
- Colegio del Ensanche 3º de infantil : número de participantes 59 niños de un total de 60 (98% de los niños).

En todos los talleres los niños que no acudieron fue porque ese día se encontraban enfermos.

Número de profesores que han participado en los talleres / número total profesorado en educación infantil.
- Colegio de la Salle 3º Infantil: número de participantes 2 de un total de 2 (100%).
- Colegio de la Salle 2º Infantil: número de participantes 2 de un total de 2 (100%).
- Colegio del Ensanche 3º Infantil: número de participantes 3 de un total de 3 (100%).

Además, también participaron las 3 profesoras de prácticas de Magisterio que se encontraban en las 3 aulas de 3º de infantil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS
Los niños de Educación Infantil:
1. Conocen lo que es una Emergencia Sanitaria.
2. Aprenden cómo deben de llamar desde cualquier teléfono y como activar el GPS en el móvil para su localización.
3. Se les enseña que el número de teléfono ante una emergencia es el 112.
4. Y los datos que deben comunicar al operador del 112 .
5. Aprenden cómo actuar ante una emergencia hasta la llegada de los Servicios Sanitarios, practicando la Posición Lateral de Seguridad y a la Reanimación cardiopulmonar adaptada ellos.

IMPACTO DEL PROYECTO
La escuela constituye sin duda, un ambiente idóneo para que los niños se inicien en el conocimiento y aprendizaje de medidas de soporte vital, con prácticas como la PLS y RCP, implementando la formación por niveles y adaptando los talleres a sus edades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Los profesores han mostrado un gran interés por la actividad y la han valorado como positiva, porque los alumnos aprenden cosas muy importantes. Algunos nos han transmitido que debería realizarse de forma anual e incluso que les gustaría que esta actividad de primeros auxilios se ampliase a todo el profesorado y a los niños de primaria.
- Los niños acuden a los talleres muy ilusionados porque vienen acompañados de sus peluches y les encanta participar en los talleres.
- Algunos padres a través del profesorado nos han transmitido también, que la actividad la ven muy positiva y que los niños aprenden cosas muy importantes y que luego les encanta practicar en casa todo lo que han aprendido en los talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1508 ========== ***

Nº de registro: 1508

Título
PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

Autores:
LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR, MARTIN RODRIGUEZ MARIA, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, ADALID GUILLEN URSULA, MONTON BARRERA ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PRIMEROS AUXILIOS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1508

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los colegios se ha generado una demanda por parte de los profesores hacia ciertos profesionales sanitarios para que los niños desde las edades más tempranas sepan detectar y como actuar ante una emergencia sanitaria. Por lo que actualmente en algunos colegios se está llevando esta educación sanitaria sin estar incluida en ningún programa de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
-Los niños de Educación Infantil de algunos colegios de Teruel conocerán que es una Emergencia Sanitaria y como actuar ante estas situaciones, a través de la realización de talleres.
-Adquirirán las habilidades para saber dirigirse al teléfono de emergencias 112.
-Y se motivara al profesorado en la tarea de formarse y participar con los alumnos en los talleres.

MÉTODO
1. Conocer lo que es una Emergencia Sanitaria
2. Enseñar cómo deben de llamar desde cualquier teléfono y como activar GPS para su localización.
3. Saber que el número de teléfono ante una emergencia es el 112.
4. Conocer los datos que deben de comunicar al 112.
5. Saber cómo actuar ante una emergencia hasta la llegada de los Servicios Sanitarios. (Posición lateral de Seguridad y Reanimación Cardio Pulmonar adaptada a niños).

INDICADORES
-Se facilitarán una encuesta de satisfacción al profesorado de las clases de Educación Infantil.
- Números de talleres realizados por colegios
- Número de participantes en cada taller / número total de alumnos de esa clase.
- Número de profesores que han participado en los talleres / número total profesado en Educación Infantil.

DURACIÓN
Desde Septiembre 2018 hasta Junio 2019. En el primer trimestre del curso escolar se harán talleres con alumnos de 3º de infantil. En el 2º trimestre se harán talleres con alumnos de 2º de infantil. Y en el 3º trimestre se harán los talleres con alumnos de 1º de infantil.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0187

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE – TERUEL

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA MUÑOZ TOMAS
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLA ORO MARIA JESUS
QUILEZ MARTINEZ ANA PIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MARZO 2018: Elaboración de presentación mediante Power Point con conceptos básicos teóricos sobre anatomía y funcionamiento de la biomecánica de columna. Elaboración de hojas de ejercicios y de recomendaciones posturales.

Planificación de las sesiones de la siguiente manera:
1ª sesión: Nociones teóricas sobre aspectos relacionados con la higiene postural, mecánica corporal y hábitos correctos de movilización.
2ª sesión: Valoración física global y comienzo del programa de ejercicios. Tonificación muscular de tren superior e inferior y ejercicios de amplitud articular de tronco.
3ª sesión: Continuación del programa de ejercicios. Estiramientos musculares y prácticas de higiene postural.
4ª sesión: Relajación, dudas y evaluación de la actividad "Escuela de Espalda".

ABRIL 2018: Realización de cambios en los horarios de la agenda de Fisioterapia para configurar los grupos e introducir a los participantes.
Selección de los participantes según criterio de Fisioterapeutas en base a patología y número de veces que habían recurrido a la utilización del Servicio de Fisioterapia en Atención Primaria previamente.

MAYO/JUNIO 2018 y OCTUBRE/NOVIEMBRE 2018: Realización de las actividades propias de la Escuela de Espalda por parte de los participantes.
Cada grupo realizó la actividad durante un mes completo, distribuído como se describe en la planificación de las sesiones. Un día por semana con una duración de 45 minutos cada sesión. Por lo tanto cada grupo realizó 4 sesiones en el mes.
Total de grupos realizados: 4.

DICIEMBRE 2018: Evaluación de los datos obtenidos en las encuestas pasadas a los participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han comenzado las actividades de prevención y promoción de la salud desde la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud Teruel Ensanche.
- Se han desarrollado 4 grupos de Escuela de Espalda que se han completado durante los meses de mayo, junio, octubre y noviembre.
- Se ha enseñado a la población que ha participado en la actividad, medidas encaminadas a prevenir la aparición de contracturas musculares y episodios de dolor a nivel de la columna.
INDICADORES
- Número total de participantes: 20
- Número de participantes que completan la actividad: 15
- Tiempo empleado en la realización de la actividad: 45 minutos semanales, 4 sesiones al mes durante 4 meses.
- Número de participantes que valoran la actividad muy favorablemente: 11
- Número de participantes que valoran la actividad favorable: 4
- Número de participantes que valoran la actividad nada favorable: 0
- El 100% de los participantes opinan que les ha resultado útil asistir a "Escuela de Espalda".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Actividad bien aceptada por los participantes.
Debería modificarse el procedimiento de selección y valorar la posibilidad de que fueran los MAP los que propusieran la actividad en sus consultas ya que es el primer contacto del paciente con su MAP, y así poder elaborar una posible lista con candidatos a realizar la actividad. El procedimiento de inclusión de los participantes en estos primeros grupos realizados ha sido a criterio de Fisioterapeutas, pero eso supone la búsqueda en agendas de citaciones y recabar los datos del diagnóstico, para poder valorar si son candidatos a realizar la actividad. Mientras que si se propusiera como un acto terapéutico único por parte del MAP cuando se valora al paciente en la consuta, directamente ya dispondríamos de los pacientes para incluirlos en "Escuela de Espalda".

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0187

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE – TERUEL

*** ========== Resumen del proyecto 2018/187 ========== ***

Nº de registro: 0187

Título
IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE

Autores:
MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA, VILLA ORO MARIA JESUS, QUILEZ MARTIN ANA PIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud Ensanche – Teruel, se ha detectado la necesidad de llevar a cabo actuaciones encaminadas a la promoción de la salud y tareas preventivas ya que la totalidad de la actividad de Fisioterapia actualmente es 100% asistencial.

Gran parte de esa actividad asistencial se centra en el tratamiento de algias vertebrales, contracturas y patología relacionada con dolor a nivel vertebral y paravertebral.
Apreciándose además que en numerosas ocasiones los usuarios de la Unidad de Fisioterapia acuden a ella por el mismo motivo incluso en más de una ocasión. Los pacientes afectos de estas patologías reciben tratamiento encaminado a reducir el dolor y mejorar la movilidad del aparato locomotor pero no se realiza actividad preventiva alguna para evitar las recidivas y los nuevos episodios de estas patologías en cuestión.

La importancia de este proyecto radica en intentar disminuir la incidencia de casos relacionados con algias vertebrales y contracturas a nivel muscular mediante la puesta en marcha de una "Escuela de Espalda" destinada a enseñar todo aquello relacionado con el aprendizaje de medidas de higiene postural, hábitos correctos en la realización de actividades cotidianas y laborales, aplicación y puesta en marcha de ejercicios o programas de ejercicios destinados a prevenir problemas osteo-articulares de la columna vertebral y recidivas de los episodios dolorosos, reduciendo de esta manera la asistencia a tratamiento fisioterápico por este tipo de lesiones y minimizando por tanto la afectación de los pacientes en número de episodios por estos motivos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Comenzar actividades de prevención y promoción de la salud desde la Unidad de Fisioterapia de Centro de Salud Ensanche –Teruel.
- Desarrollar la actividad de "Escuela de Espalda" mediante terapias grupales.
- Disminuir la incidencia de episodios por algias vertebrales y contracturas musculares.
- Enseñar a la población medidas encaminadas a prevenir la aparición de contracturas musculares y episodios de dolor a nivel vertebral.

MÉTODO
Las acciones previstas para lograr los objetivos expuestos consiten en ciclos mensuales de "Escuela de Espalda" en grupos de 5-6 personas que acudirán a una sesión semanal durante un mes con un total de 4 sesiones que se distribuirán de la siguiente manera:
- 1ª sesión: Nociones teóricas sobre aspectos relacionados con la higiene postural, mecánica corporal y hábitos correctos de movilización.
- 2ª sesión: Valoración física global y comienzo del programa de ejercicios. Tonificación muscular de tren superior e inferior y ejercicios de amplitud articular de tronco.
- 3ª sesión: Continuación del programa de ejercicios. Estiramientos musculares y prácticas de higiene postural.
- 4ª sesión: Relajación, dudas y evaluación de la actividad "Escuela de Espalda".

Para la implantación de la actividad, serán necesarios cambios en la distribución horaria para disponer de espacio y tiempo para la realización de la actividad.

INDICADORES
- Número de participantes en "Escuela de Espalda"/ número de pacientes derivados con diagnóstico de algia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0187

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE – TERUEL

vertebral o contractura muscular.
- Tiempo empleado en la realización de "Escuela de Espalda"/ tiempo total de atención fisioterápica.
- Número de pacientes que valoran favorablemente la actividad de "Escuela de Espalda" mediante encuesta a tal efecto.
- Número de participantes que abandonan / número de pacientes incluídos en la actividad.

DURACIÓN
- Duración de cada ciclo de "Escuela de Espalda": Un mes distribuído en 4 sesiones semanales de 45 minutos de duración cada una. La primera sesión teórica en Sala de Docencia y resto de sesiones prácticas en Sala de Fisioterapia.
- Responsable: Una Fisioterapeuta.
- Plan de comunicación: En primera visita de Fisioterapia se seleccionarán los pacientes candidatos a realizar la actividad y se les comunicará el modo de acceder a ella.
- Fecha de inicio: Abril 2018: Elaboración de charla inicial mediante presentación de Power Point y modificación de horarios para la implantación de las sesiones.
- Mayo y Junio 2018: Inicio de las sesiones grupales.
- Fecha de finalización: Diciembre 2018 con excepción de Julio y Agosto 2018 en los que se realizará evaluación de los dos primeros meses de implantación de "Escuela de Espalda".
Posibilidad de continuar la actividad en 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA ROSA MORALEDA
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERA SORIANO BEATRIZ
MONTON GASCON BEATRIZ
MARTIN PRIETO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- ENERO 2018:
. Elaboración Presentación en Power Point de las Charlas de Salud Bucodental orientadas a alumnos de 1ºde Primaria (niños de 6-7 años); donde se les explica a los niños de forma sencilla, dinámica y divertida los conceptos relacionados con su Salud Bucal, para la adquisición de buenos hábitos Higiénico- Dietéticos, (alimentación saludable, correcto cepillado…).
. Elaboración Presentación en Power Point del Taller de Cepillado Dental orientado a alumnos de 2º de Primaria (niños de 7-8 años); donde de forma práctica se les enseña al correcto cepillado de sus dientes y correcto uso del Hilo dental.
. Primer contacto con los responsables de los distintos centros escolares de la zona, para ir viendo su interés y empezar a concretar fechas de la realización del proyecto.
. Preparación de los distintos materiales necesarios para realizar las actividades. (Espejos, servilletas, vasos, Revelador de Placa, Hilo Dental)
. Realización de fotocopias necesarias. A cada alumno después de la actividad se les entrega:
- Carta del Gobierno de Aragón con la Información del PABIJ (Programa Atención Bucodental Infanto- juvenil de Aragón).
-Copia del Tríptico facilitado por Sanidad del Programa de Dientes Sanos.
-Calendario mensual de apoyo donde indican cuántas veces se cepillan al día.
-Certificado de participación en la actividad.
. Informar al profesorado sobre el programa de Colgate Sonrisas Brillantes ; para que soliciten el material necesario para el taller (cepillos de dientes y pasta dental).Este programa es específico para los colegios.
. Puesta en contacto con Profesora del Módulo de Técnico Superior en Higiene Bucodental del Instituto Vega del Turia de Teruel para coordinar los Talleres; junto con sus alumnas estos talleres son más dinámicos y efectivos, por disponer de personas formadas para enseñar prácticamente de forma individual a cada niño.
-FEBRERO 2018:
. Organización de la agenda.
-MARZO-ABRIL 2018:
. Realización de las Charlas Y los Talleres para los alumnos de 1º y 2º de Primaria en los Colegios: CEIP Las Anejas y CEIP La Fuenfresca de Teruel.
-OCTUBRE 2018:
. Puesta en contacto con Periódico local “Diario de Teruel “para dar conocimiento del Programa PABIJ y de la actividad realizada en la Unidad de salud Bucodental desde el Centro de Salud de Teruel Ensanche.
-DICIEMBRE 2018:
. Evaluación de la actividad; para ello a cada alumno se le facilita posteriormente una encuesta para valorar si han asimilado los conocimientos dados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Participación del 100% de los niños escolarizados en Colegio CEIP Anejas y CEIP Fuenfresca de 1º de Primaria
- Participación del 100% de los niños escolarizados en Colegio CEIP Anejas y CEIP Fuenfresca de 2º de Primaria
- Para la realización de las Charlas y Talleres se han empleado un total de 12 horas de la jornada laboral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Participación activa por parte del alumnado y muy buena colaboración del profesorado; donde ya hemos concretado la actividad para próximo año.
- Dar a conocer la actividad en un medio local como el " Diario de Teruel " ha hecho que Profesorado y Asociaciones de Padres de otros Centros nos trasmitan su interes en que realicemos esta actividad en sus respectivos Centros Docentes.
- Con las encuesta entregadas al final de las distintas actividades, se ha observado una buena asimilación de las ideas que se querían transmitir.
- La colaboración de Profesora y Alumnas de 2º Curso del Módulo de Técnico Superior de Higiene Bucodental del Instituto Vega del Turia de Teruel es esencial, ya que permite de forma prácticamente individualizada explicar a cada niño/a las Técnicas correctas de Cepillado e Hilo Dental y a ellas les facilita la realización de actividades prácticas en relación al módulo.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

*** ========== Resumen del proyecto 2018/165 ========== ***

Nº de registro: 0165

Título
SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

Autores:
ROSA MORALEDA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Caries y enfermedad de las encías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la Salud

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la Unidad de Salud Bucodental de Teruel (USBD), se ha detectado la necesidad de llevar a cabo actuaciones dirigidas a la Promoción - Prevención de la salud bucal infantil; así como a la información sobre PABIJ (Programa de atención Bucodental Infantil y Juvenil en Aragón).
Los niños que acuden a nuestra unidad, en la mayoría de los casos ya han desarrollado " caries dental " u otras patologías y tanto ellos como sus padres desconocen qué tipo de actuaciones son importantes y necesarias para evitar la enfermedad.Aquí también tenemos que informar de en qué consiste el PABIJ y qué prestaciones ofrece.
La importancia de este proyecto consiste en disminuir la incidencia de caries y enfermedad de las encías,intentando conseguir un cambio en los hábitos dietético-higiénicos; así como concienciar a los niños y a través de ellos a los padres de la necesidad del cuidado de nuestra boca desde la infancia y también de la importancia de revisiones y visitas asiduas a nuestra Unidad de Salud bucodental.
Todo esto lo podremos desarrollar por medio de Charlas y Talleres en los colegios de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS
Educación para la Salud de todos los asistentes respecto a :
- La importancia de tener una Boca Sana desde la infancia;de los problemas que nos pueden surgir;el motivo de por qué se producen las Caries y enfermedad de las encías.
- Qué podemos hacer para no desarrolar la Enfermedad. (Caries, enfermedad de las encías ...)
- Alimentación saludable.
- Correcto Cepillado de Dientes.
- Los beneficios de acudir a la Consulta dental asiduamente.

MÉTODO
Consiste en un conjunto de Charlas y Talleres con una presentación en Power point;según edad en los Colegios de Primaria de la localidad,en grupos de 20-40 niños aproximadamente ; dependiendo de la oferta de las aulas, de las instalaciones y de los docentes de cada colegio.
Para la realización de las distintas actividades nos desplazaremos a cada Colegio; en horario más conveniente tanto para la Unidad como para los Centros educativos; a concretar con la Dirección.

INDICADORES
- Número de niños participantes en " Salud Bucodentak Infantil " de 1º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 1º de Educación Primaria del Centro.

- Número de niños participantes en " Salud Bucodental Infantil " de 2º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 2º de Educación Primaria del Centro.

- Tiempo empleado en la realización de la Actividad / total de tiempo de Jornada de trabajo en la USBD de Teruel.

DURACIÓN
- ENERO 2018 : Diseño, realización de Charla y Taller (Power Point).

- ENERO a DICIEMBRE 2018 : Realización de las Actividades de 1º y 2º de Educacíon Primaria en los distintos Colegios.

Esta ACTIVIDAD tendrá una continuidad en años sucesivos ; dependiendo del calendario escolar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

1. TÍTULO

SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1189

1. TÍTULO

PORCENTAJE DE PACIENTES PEDRIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BAYONA FARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAYONA FARO YOLANDA
ZEIN SIDAHMED
BENEDI ZAMARVIDE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Prescribir, según un protocolo en base a las directrices de la sociedad española de pediatría, amoxicilina o amoxicilina-clavulanico en niños con otitis media aguda

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reducción del uso de antibióticos y en el caso de que sea necesario usarlos, pautar, siempre que no haya alergias, amoxicilina o amoxicilina-clavulanico.
Fuente y método de obtención: historias de los niños vistos en el servicio de atención continuada del C.S. Utrillas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha visto que en muchos casos en los que antes se hubiera dado antibiótico no es necesario darlo.
También que la amoxicilina o amoxicilina-clavulanico son tan eficaces como otros antibióticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1189 ========== ***

Nº de registro: 1189

Título
PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO

Autores:
BENEDI ZAMARVIDE MARTA, BAYONA FARO YOLANDA, ZEIN CHEJ SIDAHMED

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detectar el porcentaje de pacientes pediátricos vistos en atención continuada que son tratados con antibiótico y ver que antibiótico se usa, ya que se observa que en muchas ocasiones se usan antibióticos sin ser necesario y que los que se usan en ocasiones no son amoxicilina o amoxicilina-clavulánico

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es prescribir antibiótico vía oral unicamente cuando está indicado y que este sea el adecuado.
Nuestra población diana serían los pacientes en edad pediátrica puesto que es en este grupo en el que la incidencia de otitis es mayor.
El servicio al que está dirigido el proyecto es el de atención continuada ya que aquí es donde desarrollamos basicamente nuestra actividad los médicos participantes y es en este servicio donde acuden gran cantidad de niños con otalgia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1189

1. TÍTULO

PORCENTAJE DE PACIENTES PEDRIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO

MÉTODO
- Basarnos en las directrices de la Sociedad Española de Pediatría para prescribir antibiótico.
- Reunión semanal para revisar los pacientes vistos por otalgia y la acticidad de los distintos profesionales.

INDICADORES
Uso de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico en pacientes pediátricos con otitis media aguda segun recomendaciones de Asociación Española de Pediatria.

DURACIÓN
Realización durante el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA BENEDI ZAMARVIDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONZON GRACIA ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
II.- Actividades realizadas durante el año.
SE HAN CONFECCIONADO, SUPERVISADO Y CERTIFICADO DURANTE ESTE AÑO 2017 UN TOTAL DE 10 MENÚS PARA EL COMEDOR ESCOLAR

.- DURANTE EL CURSO ESCOLAR 2016-2017: LOS MENÚS DE COMEDOR ESCOLAR CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO Y JUNIO, INCLUSIVE.
.-DURANTE EL CURSO ESCOLAR 2017-2018: LOS MENÚS DE COMEDOR ESCOLAR CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE, INCLUSIVE.-

- En cuanto a las actividades de organización : Como se ha expuesto, se realiza una primera reunión conjunta entre todos los implicados en el proyecto (personal sanitario, personal de cocina y dirección del centro escolar) y posteriormente se van realizando comunicaciones mensuales para ir confeccionando los menús que corresponde a cada mes del curso escolar, remitiéndose dichas comunicaciones vía telemática y haciendo llegar las certificaciones firmadas de cada mes personalmente a la dirección del centro para ser incluídas en los correspondientes archivos que son requeridos, en su caso, por la inspección sanitaria.
- (de comunicación (difusión a profesionales del centro, otros centros y a los grupos y población destinataria, etc.): Asimismo, se hace entrega a cada familia, a través de los alumnos, durante la última semana de cada mes, una copia del menú del comedor escolar que va a estar vigente durante el siguiente mes. Como se ha expuesto, se debe tener en cuenta que el area de influencia escolar del centro escolar es COMARCAL, por cuanto las familias que se matriculan en este centro escolar provienen de la mitad de la Comarca Cuencas Mineras, unos 10 municipios, a través de las rutas escolares que ofrece el servicio provincial de Educación por medio del convenio suscrito con la entidad comarcal.

- de evaluación (metodología para obtener la información y su valoración).La información que va a servir para la confección de los menús escolares se obtiene, en un primer momento, por parte del personal de cocina que indica cuáles son los alimentos de los que se dispone o se puede disponer; en un segundo momento del proceso, se estudian dichos alimentos por parte del personal sanitario y se aplican las tablas de conocimiento profesional que se tienen por parte del personal sanitario respecto del cálculo de los porcentajes de kilocalorías, hidratos de carbono, lípidos y proteínas, conforme a las guias profesionales así como la GUIA DE COMEDORES ESCOLARES y reglamentación tanto autonómica como estatal relativa al servicio de comidas en los centros escolares..

- Especificar los materiales elaborados y utilizados (guías y materiales para profesionales, recursos para pacientes y población destinataria, etc.). Se confecciona un DOCUMENTO en formato WORD, correspondiente a cada mes y formado por cada uno de los días lectivos que componen el curso escolar durante ese mes, que es remitido por la dirección del centro al consultorio médico local, via telemática, donde es supervisado y, adptados los alimentos propuestos por el personal de cocina a los valores estimados saludables según las indicaciones sanitarias, es nuevamente remitido a la dirección del centro para su entrega a las familias mediente copias, siendo el documento original archivado por el personal de cocina en los documentos que forman aquellos requeridos cuando se procede a las inspecciones sanitarias reglamentarias en las instalaciones del comedor escolar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
III.-Objetivos y resultados alcanzados.
- Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. Se ha constatado a través de la dirección del centro sanitario, así como del personal de cocina y de las familias de los alumnos que usan el servicio de comedor escolar del centro de Montalbán, que el servicio de supervisión dietética ofrece una garantía de prevención y de fomento de hábitos saludables entre los escolares, y asimismo que las propias familias han valorado este servicio como excelente dentro de la oferta educativa que conlleva el centro escolar de Montalbán. Asimismo, se valora positivamente por parte del profesorado en el claustro de profesores y por parte de toda la Comunidad Educativa en el consejo escolar que se reúne trimestralmente para analizar la situación del comedor escolar durante el curso, y así se ha traslado al personal sanitario supervisor, indicándose asimismo por parte de las autoridades de la inspección sanitario el cumplimiento de la normativa vigente por parte del servicio de comedor escolar del Colegio de Montalbán.

- Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto. El objetivo general del proyecto es fomentar y promocionar hábitos saludables y de prevención de enfermedades relacionadas con la nutrición entre la población escolar, haciendo especial hincapié en la aplicación de unas DIETA SALUDABLE, con un amplio abanico de oferta alimentaria, determinando las necesidades propias de las edades de los alumnos, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

particularmente insistiendo en la ingesta de alimentos saludables como frutas, verduras, legumbres, ausencia de grasas industriales, etc...

- Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto. Los principales resultados obtenidos se han detectado por parte de la dirección del centro escolar indicando que los escolares que hacen uso del comedor escolar llevan una dieta saludable, que su alimentación es rica y variada, y que además, por parte del personal que se encarga del cuidado de los alumnos en el servicio de comedor escolar, monitoras de comedor, se indica el alto grado de satisfacción de las familias respecto de la oferta gastronómica que se indica en el neú través del conocimiento personal de los radio oyentes cuanto han acudido a la consulta médica o a la oficina de farmacia indicando que algunas cuestiones ya las había escuchado por la radio en el programa de salud; por ejemplo, se había enterado del inicio de la campaña de vacunación, o había conocido la instalación de aparatos desfibriladores en la localidad.

Indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados y su relación con los objetivos. Por lo tanto, al tratarse de fomentar y promocionar hábitos saludables desde edades tempranas, se favorece la salud de los escolares directamente desde una de las principales comidas del día (hay que mencionar asimismo, que el propio centro escolar está inmerso desde hacer varios cursos escolares en el programa del Gobierno de Aragón dedicado al fomento del consumo de la fruta en el almuerzo del recreo escolar) precisamente en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo tanto físico como intelectual, además de contribuir a la prevención de algunos problemas de salud relacionados con la nutrición (obesidad, dislipemia, etc..), y se contribuye asimismo disminuir el porcentaje de alumnado, con edades comprendidas entre los 3 y 14 años, que padecen obesidad, a través del programa del Niño Sano.

Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria).
La cualificación de la alimentación que a través de este proyecto tienen los alumnos del centro escolar de Montalbán que son usuarios del servicio de comedor escolar ha ido en aumento por la supervisión dietética que se produce a través de personal cualificado, incidiendo en aquellos aspectos que pueden mejorar la DIETA ALIMENTICIA de los mismos, aportando y aplicando información nutritiva esencial para su desarrollo en una de las principales comidas del día, que se completa también, como se ha indicado por el programa de ESCUELA DE SALUD del Gobierno de Aragón que ofrece fruta para el almuerzo, concienciando además a las familias de dichos alumnos hacia la ingesta de alimentos saludables y los valores energéticos que la comida realizada por su hijo lleva consigo, lo que supone además un condicionante para las siguientes comidas que los alumnos hacen a lo largo del día ya fuera del horario escolar;
Los cambios hacia esa mejora de la alimentación general de los alumnos se ha ido observando desde los cursos 2014-2015 y 2015-2016 en los que se implantó este proyecto de supervisión de menús escolares.

- Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto. También la participación de los participantes en la evaluación del proyecto. Tanto por parte del personal interno de cocina del comedor escolar, como por parte del equipo directivo, del resto de docentes, así como por parte de los monitores del servicio de comedor, y del personal sanitario del consultorio médico local, el grado de implicación es máximo, corroborado, como se ha expuesto, en la implantación de este proyecto desde hace varios cursos y mantenido en los siguientes cursos escolares que comienzan;
- Asimismo, por parte de la Comunidad Educativa, a través del Consejo Escolar del centro, entre los que se encuentran, además del personal docente, representantes de familias y del Ayuntamiento de Montalbán, se ha trasladado su satisfacción por contar con este servicio extraordinario, tanto en lo profesional como en lo cercano y fácil acceso que ofrece el consultorio médico local, y además las familias en general son conocedoras de primera mano, de toda la información que se contienen en los menús escolares al hacerles llegar los documentos elaborados cada mes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
IV.-Lecciones aprendidas.
- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto. Tanto desde el personal sanitario local como desde la Comunidad Educativa del centro escolar de Montalbán, y del compromiso personal de todos los implicados en el proyecto, se mantiene la confianza inicial de que este tipo de proyectos no solo son necesarios, si no que se estima que son imprescindibles para fomentar y promocionar una vida saludable entre la población escolar de nuestra zona, así una completa educación sanitaria, particularmente en el medio rural, por las dificultades y limitaciones existentes para el acceso a este tipo de información.

- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros. En cuanto a la sostenibilidad de las actuaciones y su integridad en la dinámica del centro cabe indicar que se trata de una actividad centrada en el CENTRO DE REFERENCIA COMARCAL DE MONTALBAN, cuyo area de influencia escolar afecta a varios municipios de la Comarca Cuencas Mineras, que además forman parte del área de influencia sanitaria del CENTRO DE SALUD DE UTRILLAS como son Montalbán, Vivel del Rio, Fuenferrada, Villanueva del Rebollar, o La Hoz de la Vieja, entre otros. El éxito de este proyecto se sustenta, fundamentalmente, en el compromiso personal del personal sanitario del consultorio médico local, que además de su constancia en el desarrollo del proyecto han conseguido la complicidad del resto de personas y cargos necesarios para llevarlo a cabo, como son el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

personal de cocina, al que se le facilita su trabajo, y el personal del equipo directivo, convencido de la utilidad de este proyecto para completar la educación de los alumnos del centro

7. OBSERVACIONES.
V.-Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto.
Se ha constatado la gran aceptación de este tipo de proyectos en la población, y particularmente en las familias a las que afecta, es decir, aquellas de las que forma parte el alumnado usuario del servicio de COMEDOR ESCOLAR, cuyo éxito de implantación ya está garantizado, como lo demuestra la permanencia de este proyecto en varios cursos escolares ininterrumpidamente; asimismo, se puede tener en consideración la posibilidad de indicar consejos nutricionales a las familias de los alumnos para que sigan unas determinadas pautas en la alimentación de los alumnos cuando realizan las comidas fuera del centro escolar, por ejemplo, sugerencias alimentarias para ayudar a preparar de forma saludable los desayunos, las meriendas y las cenas.

Por otro lado, y dada la proyección que puede tener en la alimentación de los alumnos que NO SON USUARIOS del servicio del servicio de comedor, pudiera resultar útil facilitar la información nutricional de los menús escolares también a las familias de estos alumnos no usuarios, para que, de estimarlo oportuno, pudieran seguirlos en la alimentación de sus respectivos hogares.

VI.-Autovaloración del trabajo realizado.
- Principales conclusiones y recomendaciones para la realización de la evaluación y la redacción de la memoria del proyecto de atención comunitaria.
Se concluye que desde el inicio de este proyecto y la redacción de la presente memoria se ha constatado el alcance de los objetivos previstos, que ya estaban implantados prácticamente durante el desarrollo del mismo en los dos cursos anteriores (2014-2015 y 2015-2016), manteniéndose por tanto el éxito del proyecto y fortaleciéndose por la implicación de todas las personas indicadas como responsables y colaboradores, así como la positiva valoración que del mismo hace toda la COMUNIDAD EDUCATIVA del centro. .

- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación.

Durante las reuniones conjuntas entre el personal sanitario supervisor y el equipo directivo del centro escolar así como el personal interno de cocina se ha insistido en mantener este proyecto en el formato actual, si bien, dada la constancia de sus extraordinarios resultados, poder hacerlo extensivo a los ALUMNOS NO USUARIOS DEL SERVICIO DE COMEDOR, como se ha expuesto, para que puedan seguir pautas y recomendaciones nutricionales en sus domicilios, así como hacer extensiva la propuesta de sugerencias a los alumnos USUARIOS del mismo para que mantengan los criterios nutricionales indicados en los menús escolares también en el resto de comidas que hacen fuera del centro escolar.

Respecto de la evaluación del sistema, se ha considerado la posibilidad de hacer encuestas de valoración a todas las familias de los alumnos del centro escolar en el sentido indicado, tanto usuarios como no usuarios, para que valoren este tipo de proyectos, y sugieran medidas que puedan mejorarlo, en su caso.

En Montalbán, a 31 de diciembre de 2017

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1171 ========== ***

Nº de registro: 1171

Título
SUPERVISION HUMANA Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR,Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUALCOLEGIO COMARCA CUENCAS MINERAS DE MONTALBAN

Autores:
CORTES PEREZ FRANCISCO, MONZON GRACIA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Nutricion y habitos saludables
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En cumplimiento de la guía de comedores escolares de Aragón, por acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, de 29/06/2005 sobre servicio de comidas en centros docentes, se recogen las recomendaciones para que se fomenten y promocionen hábitos saludables, en los comedores escolares, y particularmente en el apartado 6 pto 1, de dicha guía, siendo que el colegio de Montalbán, tiene personal propio de cocina, necesitaba la supervisión de los menús elaborados por un profesional con formación acreditada en nutrición humana y dietética.

RESULTADOS ESPERADOS
Se dirige a los escolares en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo, desde los 3 años a los 14 años,
Se persiguen dar cumplimiento a las recomendaciones sobre fomento y promoción de hábitos saludables, y la contribución a la prevención de algunos problemas de sald relacionados con la nutrición.
Se ofrece la colaboración del personal sanitario destinado en el centro de salud- Consultorio Local para completar y supervisar la elaboración del menú escolar que se aplica y se entrega a las familias

MÉTODO
Previamente, al inicio del curso, se realiza una reunión conjunta entre el personal sanitario supervisor, el personal de cocina, y la dirección del centro para consensuar y establecer los criterios de elaboración del menú escolar.
El personal interno de cocina propone un menú, a la dirección del centro, que lo hace llegar al personal sanitario, del consultorio local via electrónica. para su supervisión y certificación conforme a los criterios dietéticos establecidos.
Una vez al mes, se realiza este proceso, durante el curso escolar.

INDICADORES
Fomentar y promocionar hábitos saludables en la alimentación del alumnado en relación a su nutrición.
Favorecer la salud de los escolares en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo tanto físico como intelectual .
Contribuir a la Prevención de algunos problemas de salud relacionado con la nutrición(obesidad, dislipemia...).
Disminuir el porcentaje de alumnado,con edades comprendidas entre los 3 y 14 años, de obesidad, a través del progama de revisión del niño sano

DURACIÓN
Durante todo el curso escolar :
Desde el mes de septiembre de 2016 hasta el mes de junio de 2017. ambos incluidos.
Se ha estado desarrollando este programa durante los cursos 2014-2015. y 2015-2016 con la misma sistemática.

OBSERVACIONES
Se duda en cómo concretar los datos relativos a los indicadores y objetivos de valoración de este proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1174

1. TÍTULO

TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE LOS INHALADORES

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LAIA HOMEDES CELMA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ LOPEZ WENCESLAO
MAÑAS BERNAD ANA
MONTON ESCOLANO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Seleccionar los inhaladores que disponemos en el mercado para el tratamiento del ASMA/EPOC (disponemos de placebos para su utilización en los talleres)
- Dividir los talleres en 4 sesiones para que puedan asistir de los diferentes pueblos que pertenecen al CS Utrillas.
- Obtener los listados de los pacientes EPOC/ASMA de cada cupo pertenecientes al CS Utrillas
- Se realizaron carteles informativos con la actividad para informar a la población de la realización de estos talleres destinados a pacientes EPOC/ASMA
- Se entregó a cada uno de los asistentes una hoja con información gráfica de cada uno de los inhaladores que emplean a diario.
- También se entregó a los compañeros información gráfica de los diferentes inhaladores que disponemos para que lo puedan entregar a sus pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Observamos que los pacientes no manejan de forma correcta los inhaladores prescritos, viendo necesario el realizar talleres y/o revisar el manejo en las consultas de forma frecuente.
- Impacto del proyecto:
1. observar y comprobar de primera mano el manejo de nuestros pacientes con los inhaladores
2. Resolver dudas sobre la utilización de los dispositivos
- Indicador:
1. Inhalador de placebo (ver como lo maneja y como se toma la medicación)
2. Mejora en el diagnóstico de EPOC y ASMA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Conclusiones:
1. Hemos comprobado la necesidad de revisar, conjuntamente con el paciente, el manejo de los inhaladores.
2. La mayoría de pacientes no emplean bien los inhaladores prescritos.
3. La mayoría de los pacientes desconocía que es necesario enjuagarse la boca después de cada uso del inhalador.
4. La mayoría de los pacientes desconocía la necesidad de limpiar el inhaldor y la cámara de forma periódica.
5. Los pacientes desconocen los diferentes tipos de inhaladores.

Recomendaciones:
1. Consideramos necesario revisar el manejo de cada uno de los inhaladores en las consultas de forma periódica, siendo el paciente quien nos enseña como lo realiza.
2. Se recomienda realizar algún taller de inhaladores para nuestros pacientes.
3. Se recomienda entregar información escrita al paciente de cada uno de los inhaladores prescritos.
4. Si un paciente con tratamiento broncodilatador se descompensa de forma frecuente, pensar que una posibilidad es que no utilice bien el inhalador.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1174 ========== ***

Nº de registro: 1174

Título
TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE INHALADORES

Autores:
HOMEDES CELMA LAIA, GOMEZ LOPEZ WENCESLAO, MAÑAS BERNAD ANA, MONTON ESCOLANO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1174

1. TÍTULO

TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE LOS INHALADORES

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .:
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Constatación diaria del mal manejo de los inhaladores en pacientes EPOC y ASMA

RESULTADOS ESPERADOS
La correcta utilización por parte del paciente de los inhaladores prescritos

MÉTODO
- Ofertar a la población un taller de formación en el manejo de los inhaladores.
- Taller constará entre dos y diez pacientes.
- Número de talleres dependerá de las necesidades para la total cobertura

INDICADORES
Evaluar el correcto manejo de los inhaladores en nuestros pacientes.

DURACIÓN
- Duración 1 hora por taller.
- Responsables: Wenceslao Gomez, Ana Mañas, M. Angeles Monton y Laia Homedes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL MONZON GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GARCIA FERNANDO
IRISARRI IBAÑEZ CARLOS FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS:
SE HAN EMITIDO DURANTE ESTE AÑO 2017 UN TOTAL DE 15 PROGRAMAS (DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO Y DE OCTUBRE A DICIEMBRE), SOBRE LOS SIGUIENTES TEMAS.-
.-PROGRAMA Nº 1/2017.-
Fecha:Miercoles, 18 de enero de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 19 de enero de 2017- 10:00-11:00
¿GRIPE O RESFRIADO?..COMO DISTINGUIRLOS.-LA EPIDEMIA DE GRIPE EN ARAGÓN

.-PROGRAMA Nº2/2017.-
Fecha:Miercoles, 1 de febrero de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 2 de febrero de 2017- 10:00-11:00
“LA HIGIENE BUCODENTAL Y LA SALUDA..IMPORTANCIA DE SU CUIDADO, CONSEJOS PREVENTIVOS, TRATAMIENTOS, PATOLOGÍAS..OTROS ASPECTOS.-“LOS ANTIINFLAMATORIOS

.-PROGRAMA Nº3/2017.-
Fecha:Miercoles, 15 de febrero de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 16 de febrero de 2017- 10:00-11:00
USO Y ABUSO. HÁBITOS Y COSTUMBRES.- CONSEJOS DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA EVITAR LOS EFECTOS DE SU MAL USO.-OTROS ASPECTOS
.-PROGRAMA Nº4/2017.-
Fecha:Miercoles, 1 de marzo de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 2 de marzo de 2017- 10:00-11:00
“EL CANCER DE COLÓN…PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PRECOZ.- LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON ESTA PATOLOGÍA

.-PROGRAMA Nº5/2017.-:
Fecha:Miercoles, 15 de marzo de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 16 de marzo de 2017- 10:00-11:00
“LAS INTOLERANCIAS Y ALERGIAS ALIMENTARIAS.DIFERENCIAS, CONSEJOS, TRATAMIENTOS, ETC…”.-

.-PROGRAMA Nº6/2017.-
Fecha:Miercoles, 29 de marzo de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 30 de marzo de 2017- 10:00-11:00
“PATOLOGIAS DEL CORAZÓN: ARRITMIAS, ANGINAS DE PECHO E INFARTOS” .- DIFERENCIAS, SÍNTOMAS, ATENCIÓN, PREVENCIÓN, TRATAMIENTOS

.-PROGRAMA Nº7/2017.-:
Fecha: Miercoles, 12 de abril de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 13 de abril de 2017- 10:00-11:00
LA NUEVA PIRÁMIDE ALIMENTARIA O NUTRICIONAL.- NOVEDADES” .- LA IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN; ALGUNAS CUESTIONES SOBRE ADIMENTOS PERJUDICIALES

.-PROGRAMA Nº8/2017.-
Fecha:Miercoles, 26 de abril de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 27 de abril de 2017- 10:00-11:00
LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS EN GENERAL.-“LA FIBROMIALGIA.LA ENFERMEDAD SILENCIOSA.
PREVENCIÓN,SÍNTOMAS, TRATAMIENTO,

.-PROGRAMA Nº9/2017.-
Fecha:Miercoles, 24 de mayo de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 25 de mayo de 2017- 10:00-11:00
LA NUTRICIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA, RELACIÓN, CONSEJOS, HÁBITOS, ETC..
.-PROGRAMA Nº10/2017.-
Fecha; Miercoles, 7 de junio de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 8 de junio de 2017- 10:00-11:00
LA PROTECCIÓN SOLAR.HÁBITOS SALUDABLES.-
CONSEJOS DE USO Y PREVENCIÓN, PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA PIEL Y LA EXPOSICIÓN SOLAR, SÍNTOMAS, TRATAMIENTOS, ETC…
.-PROGRAMA Nº11/2017.-
Fecha: Miercoles, 21 de junio de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 22 de junio de 2017- 10:00-11:00
BUENOS HÁBITOS PARA AFRONTAR EL VERANO.-PRECAUCIÓN CON EL AGUA Y EL SOL, PAUTAS PARA EL ESTUDIO Y LAS VACUNAS NECESARIAS PARA VIAJES INTERNACIONALES PARA LOS NIÑOS
El VERANO Y LOS MOSQUITOS.-PREVENCION, CONSEJOS DE USO Y PREVENCIÓN, PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LAS PICADURAS
.-VIAJES A OTROS PAÍSES, CONSEJOS PARA EVITAR PROBLEMAS..-

-PROGRAMA Nº12/2017.-
Fecha: Miercoles, 25 octubre de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves,26 octubre de 2017- 10:00-11:00
.-LA ALIMENTACION SALUDABLE Y LA OBESIDAD EN LOS NIÑOS.-
PROYECTOS SOBRE SALUD EN LAS ESCUELAS: LOS DESAYUNOS SALUDABLES.-LOS HUERTOS ESCOLARES

PROGRAMA Nº13/2017.-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

Fecha: Miercoles, 8 de noviembre de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 9 de noviembre de 2017- 10:00-11:00
.-LA GRIPE, DIFERENCIAS CON EL RESFRIADO Y OTROS SÍNTOMAS DEL OTOÑO-INVIERNO
LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN, GRUPOS DE RIESGO, RECOMENDACIONES

.-PROGRAMA Nº14/2017.-
Fecha: Miercoles, 22 de noviembre de 2017.-- 18:00-19:00.Jueves, 23 de de 2017- 10:00-11:00
.-LA CARDIOPROTECCION.EL INFARTO DE MIOCARDIO.- DIFERENCIAS CON OTRAS PATOLOGÍAS DEL CORAZÓN.-.-LAS MEDIDAS DE CARDIPROTECCIÓN .- LOS DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS DE USO PÚBLICO Y LA FORMACIÓN.- INSTALACIÓN Y FORMACIÓN EN MONTALBÁN.-

.-PROGRAMA Nº15/2017.-
Fecha: Miercoles, 20 de diciembre de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 21 de diciembre de 2017- 10:00-11:00
.-LA NAVIDAD Y LA SALUD.-.-CONSEJOS DE SALUD.-.-LA ALIMENTACIÓN.-.-EL ALCOHOL.-.-EL ESTRÉS Y LAS RELACIONES FAMILIARES

- En cuanto a las actividades de organización : Como se ha expuesto, se han realizado reuniones en la semana previa a cada programa entre los componentes del equipo, para seleccionar cada uno de los temas a tratar y distribuir los contenidos; posteriormente cada componente realiza su tarea individualmente para buscar información relacionada con el tema elegido,
- (de comunicación (difusión a profesionales del centro, otros centros y a los grupos y población destinataria, etc.): La semana previa a cada programa se emiten cuñas de voz a través de la emisora local anunciando la emisión del programa de RADIO SALUD, y asimismo, al finalizar el programa correspondiente se anuncia el contenido del próximo programa en las ocasiones en que el tema o temas a tratar ya ha sido seleccionado. Asimismo, se ofrece dicha información a través de la oficina de farmacia y del consultorio médico local directamente a los usuarios de dichos servicios.
- de evaluación (metodología para obtener la información y su valoración).La información que va a servir para el contenido del programa tanto a través de páginas webs, principalmente aquéllas páginas que ofrecen información pública e institucional, como por ejemplo OMS, Ministerio de Sanidad, Departamento de Salud del Gobierno de Aragón, así como guías prácticas e información pública que llega a los consultorios médicos locales a través de organismos oficiales, y a oficinas de farmacia. El acceso a la información necesaria es ágil por cuanto se cuenta con suficientes medios técnicos para ello.

- Especificar los materiales elaborados y utilizados (guías y materiales para profesionales, recursos para pacientes y población destinataria, etc.). Se confecciona un guión de cada tema a tratar, en el que se incluyen los documentos a utilizar, así como, en su caso, los enlaces a la información a través de internet, de cuya confección se encarga el responsable de la asociación cultural ´radio montalbán¨ para así poder componer el programa y emitirlo desde la sede de la emisora local, donde existen aparatos tecnólogicos para una correcta emisión y colocación en la página web a través de los programas informáticos instalados por el Ayuntamiento de Montalbán en dicha emisora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
III.-Objetivos y resultados alcanzados.
- Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. Se ha constatado a través de los usuarios de la oficina de farmacia, así como del consultorio médico local de Montalbán, y de las encuestas telefónicas realizadas por la Asociaciòn Cultural de Montalbán, la excelente acogida que la población de la localidad ha manifestado respecto de estos programa de Radio Salud, indicando la fácil comprensión del lenguaje que se utiliza por los colaboradores del programa, así como por la forma en que se tratan los temas de los contenidos de los programas;

- Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto. El objetivo general del proyecto es hacer llegar la información y educación pública sanitarias a cuanta mayor población mejor, a través de un medio de comunicación rápido y cómodo como es la radio, teniendo en cuenta además las numerosas opciones que se ofrecen a la población para escuchar los programas, no solo a través de su propio aparato de radio, sino que los comercios y establecimientos públicos de la localidad emiten los programas de la radio local en sus horarios comerciales, y además se puede acceder a ellos a través de la página web de la asociación en cualquier momento y desde cualquier lugar.

- Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto. Los principales resultados que se obtenido se han mostrado a través del conocimiento personal de los radio oyentes cuanto han acudido a la consulta médica o a la oficina de farmacia indicando que algunas cuestiones ya las había escuchado por la radio en el programa de salud; por ejemplo, se había enterado del inicio de la campaña de vacunación, o había conocido la instalación de aparatos desfibriladores en la localidad.

Indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados y su relación con los objetivos. Por lo tanto, el grado de sensibilización y las expectactivas generadas con estos programas comunitarios a través de la emisora de radio local y su página web han aumentado progresivamente a lo largo de la temporada, mejorando los resultados de este proyecto, al ser conocido por un mayor número de vecinos de la localidad; asimismo, la propia Asociaciòn Cultural ha constatado la emisión de comentarios “on line” a través de su página web.
La cuantificación de la audiencia de estos programas de Radio Salud se ha determinado, como se ha expuesto,a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

través de la comunicación personal del propio interesado al utilizar los servicios públicos de salud y de farmacia de la localidad, así como directamente a la propia Asociación Cultural a través de medios telefónicos y telemáticos.

Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria).
La cualificación de la información sanitaria que han recibido los vecinos de Montalbán durante este año 2017 a través de los programas de Radio Salud ha aumentado considerablemente respecto de la situación existente antes de la emisión de dichos programas, por cuanto al tratarse de una información sanitaria general se ha podido ofrecer un amplio abanico de cuestiones relacionadas con temas cotidianos de la salud de todas las etapas de una persona. Esta información era difícil de ofrecer antes de la emisión de estos programas de radio ya que la información que se ofrecía al interesado se centraba en el aspecto personal cuando éste acudía a la consulta médica ante cualquier problema;
Particularmente cabe destacar el aumento de información relacionado con el aspecto de la prevención y consejos de cuidados para mantener una vida saludable.

- Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto. También la participación de los participantes en la evaluación del proyecto. Tanto por parte de los radioyentes, como aquellas personas que visitan la página web de la asociación se ha mostrado un alto grado de implicación y participación a través de conversaciones personales, de mensajes telefónicos y de comentarios en la página web de la Asociación, destacando asimismo la gran complicidad existente entre los componentes del equipo del programa, y la excelente relación con la Asociación Cultural “Radio Montalbán”, que ha mostrado su satisfacción con la emisión de los programas y su compromiso para mantener este tipo de oferta en su programación anual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
IV.-Lecciones aprendidas.
- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto. Tanto desde la Asociación Cultural “Radio Montalbán” como desde el compromiso personal de los componentes del equipo del programa se mantiene la confianza inicial de que este tipo de proyectos no solo son necesarios, si no que se estima que son imprescindibles para una completa educación sanitaria, particularmente en el medio rural, por las dificultades y limitaciones existentes para el acceso a este tipo de información.

- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros. En cuanto a la emisión del programa a través de la radio se encuentra limitado su radio de acción a la propia localidad, no obstante no hay limitación para su difusión a través de la página web de la Asociación Cultural Radio Montalbán, siendo comentado este aspecto en las reuniones del equipo del CS de Utrillas a través de sus coordinadores y responsable de calidad, así como su explicación en otros ámbitos como reuniones y talleres relacionados con los proyectos comunitarios y gestión de calidad de los centros sanitarios, siendo extraordinaria su acogida y valoración por parte de todos ellos.

V.-Autovaloración del trabajo realizado.
- Principales conclusiones y recomendaciones para la realización de la evaluación y la redacción de la memoria del proyecto de atención comunitaria.
Se concluye que desde el inicio de este proyecto y la redacción de la presente memoria se ha constatado el alcance de los objetivos previstos, particularmente el del acceso de interesante y útil información sobre salud a todas las capas de la sociedad, no solo residente en la localidad, sino también a través del enorme potencial difusor que supone el acceso a sus contenidos a través de internet.

- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación.

En contacto permanente con la Asociación Cultural “Radio Montalbán” se ha indicado la posibilidad de hacer cuestionarios entre toda la población de la localidad, así como a través de un blog creado en la página web de la asociación para recabar valoración y propuestas de contenidos que interesen a la población, así como para determinar más concretamente los índices de audiencia de estos programas, además del resto de la programación de la emisora, y asimismo se ha propuesto la posibilidad de lanzar los contenidos del programa de Radio Salud a través de las redes sociales para una mayor difusión.

Asimismo, se pretende mantener el formato del proyecto dado el gran éxito alcanzado, y asimismo intentar ser presentado en otros foros de mayor difusión aprovechando la concurrencia a talleres y reuniones técnicas de los propios proyectos comunitarios y de la gestión de calidad de los centros sanitarios.

En Montalbán, a 31 de diciembre de 2017

ANEXOS:
ENLACE A LA PÁGINA WEB DE LA ASOCIACIÓN CULTURAL “RADIO MONTALBÁN”
http://www.radiomontalban.com/parrilla.html
RADIO MONTALBÁN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

tu radio, más cerca.
• PARRILLA 2017/18
Miércoles alternos de 6 a 7
RADIO SALUD
Programa de Radio Montalbán dedicado a la salud. Anabel Monzón y Fernando Martínez intentan que los temas de salud no se hagan aburridos, sin necesidad de frivolizar. Pensamos que se puede mantener un buen nivel de información y a la vez resultar amenos, escúchanos los miércoles alternos para comprobar si lo hemos conseguido.
Escucha la última edición: RADIO SALUD
http://www.radiomontalban.com/x4.html
O descárgalo en tu móvil

7. OBSERVACIONES.
VI.-Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto.
Se ha constatado la gran aceptación de este tipo de proyectos en la población, y particularmente en la población rural, por su facilidad de acceso y alto interés en su contenido, así como por la fácil comprensión de la información ofrecida y del conocimiento personal de las personas encargadas del proyecto, lo que permite que los contenidos lleguen con mayor facilidad a la población a la que van destinados especialmente dentro de la propia población de Montalbán.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1181 ========== ***

Nº de registro: 1181

Título
PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

Autores:
MONZON GRACIA ANA ISABEL, MARTINEZ GARCIA FERNANDO, IRISARRI IBAÑEZ CARLOS FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las incluidas y las demandadas por la población
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Educación de Salud para la comunidad a través de un medio de comunicación directo como la radio.
Importancia de ofrecer información práctica sobre cuestiones relacionadas con la salud, tanto desde el punto de vista de la Atención Primaria como del ámbito farmaceútico.
Se mejor así la información facilitada a la población utilizando un lenguaje claro y sencillo.

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer información útil para la población relativa a cuestiones básicas de salud, tratando aspectos como guías prácticas de prevención y cuidados, así como de tratamientos médicos y farmacológicos.

MÉTODO
Seleccionar el tema a tratar en el programa, con el equipo formado por un representante de la emisora de Radio Montalbán, un farmaceútico de la zona y la enfermera de la consulta médica de Montalbán.
Confección de un guión y seleccionar la información a ofrecer en el programa.
Grabación del programa y emisión a través de la emisora local a través de la Radio (107.5 FM), así como de la página web "radiomontalban.com"

INDICADORES
Se intenta que los indicadores sobre información a la comunidad alcance a la mayor población posible, a través de este medio de comunicación, se alcanza a un amplio volumen de población, ofreciendo información básica sobre educación para la salud, incluyendo prevención y promoción de la misma.
Se acerca el modo de información sobre salud a toda la población, particularmente a aquellas personas que no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

suelen acudir personalmente a la consulta, manteniendoles informadas, incluso sobre actividades que se ofrecen como campañas de vacunación, cribado ccr, detección del tabaquismo, obesidad, riesgo cardiovascular, etc..

DURACIÓN
Programa quincenal, emitido los miércoles de 18:00 a 19:00 y los jueves de 10:00 a 11:00 horas.-
Se inicia la programación en el mes de octubre de 2016 y se finaliza en el mes de junio de 2017.
Se ha realizado esta actividad desde hace dos años, durante la temporada anterior 2015-2016

OBSERVACIONES
Se duda en como concretar los datos relativos a los indicadores y objetivos de valoración de este proyecto en relación al Contrato de Gestión

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1186

1. TÍTULO

CONTROL DEL GASTO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES LAZARO BELLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIMHAMMED ZEIN DAHA
CALVO ABANTO ANA
NAVARRO ANGELA
GOMEZ RAMO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Educación sanitaria individual y continua en las consultas de enfermería y reuniones periódicas del personal de enfermería para ver el desarrollo del proyecto e intercambiar opiniones (última reunión de fecha 18/09/2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVO: Disminuir el gasto de tiras reactivas, solo siendo necesario el consumo de tiras en pacientes no insulino-dependientes que el endocrino o médico correspondiente lo considere necesario por su estado de salud

RECURSOS UTILIZADOS: Hoja de control de consumo mensual de tiras, donde figura el nombre y apellidos del paciente, diagnóstico, tipo de tiras y número de Seguridad Social para comparación anual del consumo de tiras.

RESULTADOS ALCANZADOS: Ligera disminución del consumo de tiras en alguno de los cupos del centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIÓN:
Nos está siendo algo complicado llevar a cabo este proyecto debido a dos factores, principalmente.-
Primero.-El gran número de pacientes a los que se les dio GLUCOMETER, que se les debe retirar y explicar que las determinaciones de glucosa se las deben realizar en consulta de ENFERMERÍA y no en su domicilio.
Segundo.-La presencia de la Residencia de Martín del Río donde hay un alto número de pacientes con DM

RECOMENDACIONES:
Desde el punto de vista de los componentes del proyecto para un mejor control del gasto y uso con la consecuente disminición del consumo de tiras consideramos que debería ser incluído en la receta electrónica o similar para evitar ser dado a demanda del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1186 ========== ***

Nº de registro: 1186

Título
CONTROL DEL GASTO DE LAS TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)

Autores:
LAZARO BELLA MERCEDES, NAVARRO ALBA ANGELA, CALVO ABANTO ANA, ZEIN CHEJ SIDAHMED

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1186

1. TÍTULO

CONTROL DEL GASTO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)

PROBLEMA
Se ha detectado la posesión y con ello el gasto de tiras reactivas innecesario en pacientes DMNID bien controlados con antidiabéticos orales (ADO) y que acuden a controles periódicos de enfermería.

Mucho de ellos fueron dados en la primera consulta de endocrino cuando se les diagnosticó su diabetes y continuando con el mismo gasto de tiras una vez controlada su enfermedad con su tratamiento ADO.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución del consumo de tiras reactivas en pacientes tratados con ADO y que tiene un buen control de su diabetes.

MÉTODO
Educación sanitaria individual en consulta de enfermería a pacientes que el equipo médico no considere necesario mayores controles de los que se realiza en consulta.

Educación sanitaria si el paciente acude solicitando tiras en horario de atención continuada.

INDICADORES
Registrar el número de tiras tanto en OMI como en hoja registro de farmacia, para llevar un mayor control de su uso.

Gasto del número de tiras por parte del equipo médico de Utrillas en el año 2017.

DURACIÓN
Educación a los pacientes durante el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1212

1. TÍTULO

LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AMPARO VALENZUELA FOVED
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUILLON SANZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan reuniones con equipo directivo de colegios de Utrillas y Montalbán en el 1º trimestre.
Nos reunimos los integrantes del equipo una vez al mes para preparación y puesta en común de actividades a realizar.
Se envía carta informativa a los padres sobre actividades a realizar.
Preparación de reuniones con profesores.
Preparación de talleres para realizar por grupos de edad y niveles: edades comprendidas desde los niños de 3 años infantil, primaria y secundaria hasta 2º de ESO.
Preparación de taller para padres.
Confeccionar un power-point sobre lavado de manos, lavado de dientes, pediculosis y parasitos intestinales
Preparar actividades prácticas sobre lavado de manos para realizar con los niños y con los padres.
Los profesores realizaran también actividades en el aula con fichas de motivación de lavado de dientes.
Tambien los profesores realizan tras el taller ejercicios de lavados de manos en los baños del colegio.
Los padres realizaran actividades prácticas con sus hijos como poner en práctica lo aprendido en los talleres sobre lavado de manos, lavado de dientes y una vez a la semana observación directa del pelo para prevención de pediculosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La implicación de los profesores en muy buena,
Los profesores colaboran y nos facilitan aulas para la realización de los talleres y se implican en poner en práctica lo expuesto.
La implicación de los padres es aceptable aunque acuden pocos padres a los talleres, se les facilita a todos unas fichas e información para poner en práctica lo expuesto en las aulas.
NDICADORES
Favorecer la salud de los niños en edad escolar
Adquirir hábitos saludables.
Contribuir a la prevención de parasitaciones y enfermedades transmitidas por falta de higiene.
Disminuir o evitar la aparición de caries.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se aprecia interes en la población sobre la higiene personal.
Los niños colaboran mucho y realizan los talleres con interes y entusiasmo, lo pondran en práctiva tambien en domicilio.
Los padres se involucran en aprender y están dispuestos a continuar con la adquisición de hábitos de higiene en los hijos.
Los profesores se manifiestan dispuestos a trabajar la higiene en los contenidos del curriculo escolar.
Realizamos encuestas de satisfacción a los niños de secundaria y padres de infantil y primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1212 ========== ***

Nº de registro: 1212

Título
LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL

Autores:
VALENZUELA FOVED AMPARO, MINGUILLON SANZ ISABEL, MONZON GRACIA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1212

1. TÍTULO

LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL

Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Necesidad de crear hábitos de higiene buco-dental.
Prevención de parasitosis.
Correcta higiene de manos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar cuidados higiénicos
Crear hábitos saludables.
Prevenir enfermedades.

MÉTODO
Charlas en colegios con padres y niños.
Repartir tripticos e información a la población.

INDICADORES
Protocolos de actuación y educación en consulta médica y de enfermería.

DURACIÓN
Inicio 27-4-2017 y fin el 24-12-2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 10/12/2018

2. RESPONSABLE ..... ANNA IRENA BIDZINSKA BIDZINSKA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALENZUELA FOVED AMPARO
MIGUILLON SANZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2-10 personas. En ellos además de talleres prácticos también información teórica sobre: la composición de la leche materna, beneficios para la madre y el bebé, contraindicaciones y falsas contraindicaciones.
Creación de una consulta individual de apoyo y ayuda en LM: observar y valorar una toma al pecho e identificar problemas, si los hubiera. La mujer puede acudir cada día (de lunes a viernes) a las 13.30h a la consulta de la matrona sin pedir cita previa.
Realización de talleres de lactancia materna el lunes 11.45-12.30: prácticamos las técnicas de extracción de la leche, masaje de pecho, posiciones correctas, vacíado eficaz de las mamas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todas las mamás que realizar lactancia materna lo hacen a demanda.
Grupo de apoyo de otras mamás voluntarias con experiencia (4 mujeres) que pueden ayudar por las tardes.
Cuatro grupos de Educación Materna con total 19 participantes.
De las 44 puérperas, 35 han iniciado la Lactancia Materna, 4 han cambiado de domicillo y 5 han iniciado Lactancia Artificial
Más de 75% de las mujeres han iniciado la Lactancia Materna
No se puede especificar el número de mujeres con lactancia prolongada por el tiempo limitado.
Aumentado el número de madres donantes de la LM, 4 mujeres en año 2018
Menor uso de chupete.
Control de peso con la colaboración de Consulta de Pediatría C.S Utrillas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena colaboración de todo el equipo, las mujeres con problemas de LM derivadas a mi consulta, consultas telefónicas en caso de dudas.
Queda pendiente la valoración de objetivos: nº LM exclusiva hasta los 6 meses y nº de lactancia prolongadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/534 ========== ***

Nº de registro: 0534

Título
PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Autores:
BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA, VALENZUELA FOVED AMPARO, MINGUILLON SANZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
.-Mejora la educación a las madres y padres sobre lactancia materna
.-Favorece los conocimientos, aptitudes y prácticas sobre la lactancia materna en los niños menores de 1 año
.-Garantiza una alimentación saludable que mejora la calidad de vida del niño
.-Los beneficios de la lactancia materna para la madre

RESULTADOS ESPERADOS
.-Conseguir mejorar los resultados de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y la complementaria hasta los 2 años
.-Fomentar la participación de las madres lactantes que acuden a la consulta
.-Fomentar la donación de la leche matena
.-Incluir a la familia en las actividades de educación y apoyo
.-Evitar el destete precoz

MÉTODO
.-Apoyo a la lactancia materna pre y postnatal
.-Recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses
.-Recomendar lactancia prolongada hasta los 2 años con alimentación complementaria
.-Recomendar el amamantamiento a demanda
.-Enseñar las posiciones correctas, vacíado eficaz de las mamas
.-Enseñar las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche

INDICADORES
.-Valorar en la consulta el éxito de las madres lactantes y la continuidad en la lactancia durante, al menos, el periodo indicado como recomendado.
.-Aumentar considerablemente las madres lactantes que sean donantes de leche materna, contabilizando al final de cada periodo anual este registro

DURACIÓN
.-Clases de preparación al parto (viernes, 10,30-12,30)
.-Talleres de lactancia materna (lunes, 11,45-12,30)
.-Consulta individual de apoyo y ayuda en lactancia materna (lunes, martes, jueves y viernes, a las 13,30)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1157

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL MONZON GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
MARTINEZ RUIPEREZ ELENA
GARCIA EZPELETA FRANCISCO EMILIO
SANCHEZ BOIX CARLOS AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-DURACIÓN: Se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso el desarrollo de TRES SESIONES, de unas 2 horas para 1º y 2º ESO, y de 1 hora de duración para EDUCACIÓN PRIMARIA y de 30 minutos para E.INFANTIL, para ofrecer talleres prácticos de FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP, así como otras DOS SESIONES dirigidas al profesorado de unas 2 horas de duración cada una de ellas, para que así puedan implicarse en la impartición de los próximos talleres 2.-CALENDARIO PREVISTO:Se ofrecerán talleres en los siguientes cursos con el compromiso por parte de la dirección del centro escolar de ser incluidos en la PROGRAMACIÓN GENERAL DEL CENTRO ESCOLAR que es aprobada al inicio de cada curso escolar por el consejo escolar. 3.-IMPLANTACIÓN EN EL ANTERIOR CURSO ESCOLAR 2017-2018. Se han impartido los talleres durante los días jueves de todo el mes de mayo de 2018.Asimismo, este tipo de talleres ha sido incluido como actividad curricular en la PROGRAMACIÓN GENERAL ANUAL correspondiente al Curso 2018-2019.-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. .-Se valora positivamente la realización de este proyecto, habiendo sido incluido en la PROGRAMACIÓN GENERAL ANUAL del centro para el siguiente curso y sucesivos. Asimismo, de las encuestas realizadas a los alumnos se desprende un alto grado de satisfacción, con un porcentaje en torno al 85% de manifestase su interés por continuar realizando este tipo de talleres en los próximos cursos.
- Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto-.-Se estimaba necesaria esta educación básica sanitaria y ha sido acogida de forma satisfactorio tanto por parte del alumnado como por el personal docente.
- Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto.- .-Se estima que se han superado todas las expectativas planteadas inicialmente, ya que además se ha extendido a toda la población de la localidad, como se ha expuesto.
- Indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados y su relación con los objetivos. Como se ha expuesto, el alto porcentaje del alumnado y la unanimidad del profesorado interesado en continuar con la realización de estos talleres, manifestado en las encuestas realizadas así como en el interés mostrado en las sesiones impartidas, muestran el gran interés que esta materia ha despertado entre los asistentes. Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria). Anteriormente este proyecto no estaba incluido en la PROGRAMACIÓN GENERAL ANUAL del centro escolar que se aprueba al inicio de cada curso, y a partir de su realización ha sido incluido en la misma; asimismo, se realizan talleres de reciclaje en la población de la localidad.
- Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto. También la participación de los participantes en la evaluación del proyecto. El alto grado de implicación del alumnado, ya que prácticamente todo el alumnado ha participado; asimismo, la totalidad del profesorado, y la dirección del centro, e incluso algunas personas han aportado de forma voluntaria su pericia en la realización de materiales audiovisuales. También se ha implicado el Ayuntamiento de la localidad ofreciendo adquisición de material específico así como el uso de dependencias de edificios públicos para la realización de los talleres y la respuesta de un gran número de vecinos participantes en los mismos, definiendo así a la localidad como un municipio CARDIOPROTEGIDO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto. Como se ha expuesto, se estima oportuno continuar en la misma línea que la inicialmente adoptada, implicando no solo al centro escolar, sino también a la población de la localidad, con la necesaria colaboración de la Agrupación de Voluntarios de Protección Civil y el Ayuntamiento.
- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros. En este sentido, se ha propuesto su realización en el centro escolar de la localidad de Aliaga, y asimismo se extenderá su realización a otras localidades dependientes del centro de salud de Utrillas, interesando la colaboración necesaria de la Dirección de Atención Primaria en Teruel

7. OBSERVACIONES.
Se estima conveniente, dada la magnitud e interés mostrado por este proyecto, proponer su inclusión en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1157

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

AGENDA COMUNITARIA.
- Principales conclusiones y recomendaciones para la realización de la evaluación y la redacción de la memoria del proyecto de atención comunitaria.
Se valora muy positivamente la consecución de este proyecto en este primer curso escolar 2018, estimándose que la respuesta dada por todos los participantes del centro escolar, así como su extensión y repercusión en el resto de la población, teniendo en cuenta además que se trata de un centro escolar de referencia COMARCAL, y el interés despertado hacia este proyecto en otros centros escolares y localidades de la comarca, han concedido un gran apoyo para su mantenimiento en próximos años
Se recomienda asimismo a todas las instituciones municipales y comarcales de referencia su implicación en el proyecto.
- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación.
- Se considera muy positivo el compromiso de realizar un MANUAL PRÁCTICO de PRIMEROS AUXILIOS a raíz de este proyecto que pueda servir para su uso en el centro escolar así como para el resto de la comunidad educativa, siendo los propios alumnos sus ilustradores y los responsables y colaboradores del proyecto sus redactores.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1157 ========== ***

Nº de registro: 1157

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Autores:
MONZON GRACIA ANA ISABEL, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, MARTINEZ RUIPEREZ ELENA, GARCIA EZPELETA FRANCISCO EMILIO, SANCHEZ BOIX CARLOS AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y EMERGENCIAS- PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: FORMACION Y EDUCACION PARA LA SALUD COMUNITARIA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el consultorio local, dependiente del CS DE UTRILLAS y desde el CENTRO ESCOLAR DE MONTALBAN., se desarrolla este proyecto de formación de la Comunidad Educativa en Primeros Auxilios y Maniobras RCP, especialmente destinado a adquirir conocimientos básicos para poder actuar ante una emergencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Primero: Como objetivo general se plantea la realización de actividades para fomentar la educación y formación básica en temas fundamentales sobre la SALUD
Segundo: Como objetivos específicos, se propone dar a conocer a la población infantil, adolescente y adulta relacionada con la misma, como docentes o monitores, las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia.
Tercero:Asimismo, se propone la adquisición de habilidades para actuar frente a una emergencia y reconocer de manera correcta una situación de emergencia vital

MÉTODO
1.-Reunión inicial: Entre el equipo directivo del Centro Escolar, la enfermera del consultorio médico local de Montalbán y la médico del CS de Aliaga para la propuesta y creación del proyecto, en su caso, así como detectar inquietudes.
2.-Concreción del proyecto : Se presentan las lineas didacticas de la enseñanza de la RCP en los distintos niveles educativos adaptando los contenidos a su estado de desarrollo evolutivo, fisico y mental, e involucrar a los docentes del centro en este proyecto, tanto de forma activa como pasiva.
3.-Posteriores reuniones: Se procede a contactar con el maestro especialista de MUSICA para la composición de un tema musical especifico para el proyecto
4.-Encuentro con alumnos y profesores de ESO: Serán los encargados de hacer los videos representativos de cada caso propuesto sobre situaciones de emergencias explicados en los talleres.
5.-Contacto con la Agrupacion de Voluntarios de Proteccion Civil de la Comarca Cuencas Mineras: Se ofrecen para prestar el material, necesario para la realización práctica de los talleres de RCP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1157

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

6.-Reunión con el Ayuntamiento de Montalbán: Se ofrece ayuda para el mantenimiento del material y la adquisición de las mascarillas utilizadas en los talleres.

INDICADORES
1.-Encuestas iniciales para determinar el grado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos del centro escolar respecto de PRIMEROS AUXILIOS y MANIOBRAS DE RCP,
2.-Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres adaptadas a cada uno de los niveles educativos.
3.-VALORACION POR EL PROFESORADO: Desde el claustro de profesores del centro escolar se estima conveniente incluir el proyecto en la prpogramación del próximo curso.

DURACIÓN
1.-DURACIÓN: Se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso el desarrollo de TRES SESIONES, de unas 2 horas para 1º y 2º ESO, y de 1 hora de duración para EDUCACION PRIMARIA y de 30 minutos para E.INFANTIL, para ofrecer talleres prácticos de FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP, así como otras DOS SESIONES dirigidas al profesorado de unas 2 horas de duración cada una de ellas, para que así puedan implicarse en l,a impartición de los próximos talleres
2.-CALENDARIO PREVISTO:Se ofrecerán talleres en los siguientes cursos con el compromiso por parte de la dirección del centro escolar de ser incluidos en la PROGRAMACIOIN GENERAL DEL CENTRO ESCOLAR que es aprobada al inicio de cada curso escolar por el consejo escolar.
3.-IMPLANTACION EN ESTE CURSO ESCOLAR 2017-2018. Durante el curso escolar actual se han impartido los talleres durante los dias jueves de todo el mes de mayo de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANNA IRENA BIDZINSKA BIDZINSKA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS UTRILLAS
· Localidad ..... UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALENZUELA FOVED AMPARO
MINGUILLON SANZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
.-Apoyo a la lactancia materna pre y postnatal

.-Recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses

.-Recomendar lactancia prolongada hasta los 2 años con alimentación complementaria

.-Recomendar el amamantamiento a demanda

.-Enseñar las posiciones correctas, vacíado eficaz de las mamas

.-Enseñar las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche

.-Clases de preparación al parto (viernes, 10,30-12,30)

.-Talleres de lactancia materna (lunes, 11,45-12,30)

.-Consulta individual de apoyo y ayuda en lactancia materna (lunes, martes, jueves y viernes, a las 13,30)

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2-10 personas. En ellos además de talleres prácticos también información teórica sobre: la composición de la leche materna, beneficios para la madre y el bebé, contraindicaciones y falsas contraindicaciones.

Creación de una consulta individual de apoyo y ayuda en LM: observar y valorar una toma al pecho e identificar problemas, si los hubiera. La mujer puede acudir cada día (de lunes a viernes) a las 13.30h a la consulta de la matrona sin pedir cita previa.

Realización de talleres de lactancia materna el lunes 11.45-12.30: prácticamos las técnicas de extracción de la leche, masaje de pecho, posiciones correctas, vacíado eficaz de las mamas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
*Todas las mamás que realizar lactancia materna lo hacen a demanda.

*Grupo de apoyo de otras mamás voluntarias con experiencia (4 mujeres) que pueden ayudar por las tardes.

*Cuatro grupos de Educación Materna con total 19 participantes.

*De las 44 puérperas, 35 han iniciado la Lactancia Materna, 4 han cambiado de domicillo y 5 han iniciado Lactancia Artificial

*Más de 75% de las mujeres han iniciado la Lactancia Materna

*No se puede especificar el número de mujeres con lactancia prolongada por el tiempo limitado.

*Aumentado el número de madres donantes de la LM, 4 mujeres en año 2018

*Menor uso de chupete.

*Control de peso con la colaboración de Consulta de Pediatría C.S Utrillas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena colaboración de todo el equipo, las mujeres con problemas de LM
derivadas a mi consulta, consultas telefónicas en caso de dudas.

Queda pendiente la valoración de objetivos: nº LM exclusiva hasta los 6 meses y nº de lactancia prolongadas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/534 ========== ***

Nº de registro: 0534

Título
PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Autores:
BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA, VALENZUELA FOVED AMPARO, MINGUILLON SANZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
.-Mejora la educación a las madres y padres sobre lactancia materna
.-Favorece los conocimientos, aptitudes y prácticas sobre la lactancia materna en los niños menores de 1 año
.-Garantiza una alimentación saludable que mejora la calidad de vida del niño
.-Los beneficios de la lactancia materna para la madre

RESULTADOS ESPERADOS
.-Conseguir mejorar los resultados de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y la complementaria hasta los 2 años
.-Fomentar la participación de las madres lactantes que acuden a la consulta
.-Fomentar la donación de la leche matena
.-Incluir a la familia en las actividades de educación y apoyo
.-Evitar el destete precoz

MÉTODO
.-Apoyo a la lactancia materna pre y postnatal
.-Recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses
.-Recomendar lactancia prolongada hasta los 2 años con alimentación complementaria
.-Recomendar el amamantamiento a demanda
.-Enseñar las posiciones correctas, vacíado eficaz de las mamas
.-Enseñar las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche

INDICADORES
.-Valorar en la consulta el éxito de las madres lactantes y la continuidad en la lactancia durante, al menos, el periodo indicado como recomendado.
.-Aumentar considerablemente las madres lactantes que sean donantes de leche materna, contabilizando al final de cada periodo anual este registro

DURACIÓN
.-Clases de preparación al parto (viernes, 10,30-12,30)
.-Talleres de lactancia materna (lunes, 11,45-12,30)
.-Consulta individual de apoyo y ayuda en lactancia materna (lunes, martes, jueves y viernes, a las 13,30)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1203

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOCEN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PURIFICACION LEON MIGUEL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VILLEL
· Localidad ..... VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA GIMENO CARLOS
BESER PUIG EUGENIO
SEGURA LARA ANA MARIA
GARCIA GARCIA PILAR
DOMINGO MAICAS MIGUEL
FLORES FLORES JOSE
MIGUEL POSA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Horarios de grupos:
18 abril, 4 julio y 3 de octubre :
9 mayo,4 julio y 3 de octubre.
28 abril, 3 julio y 6 de octubre:
Progresivo sin sobrecargar la información. Nos discernimos a lo que se considera vital e importante para aprender y lo que no es tanto, para que el paciente interiorice las ideas clave que pretenden enseñarse.
Consenso individualizado con cada paciente que se incluye en el programa. Informamos al paciente, dentro del grupo, sobre las características de su enfermedad y el uso de su dispositivo.
Información del uso de la via inhalatoria, la idea es clave porque, al ir directamente a pulmón se requiere menor dosis y produce menos efectos indeseables.
Información de como funciona su inhalador, mantenimiento y limpieza.
Seguir horarios.
En caso de utilizar los inhaladores con mucha frecuencia, se debe solicitar ayuda, ya que puede existir un empeoramiento de su estado.
Actuación ante crisis agudas: que inhalador se utiliza en primer lugar, cuando se llama a urgencias.
Seguir tratamiento no farmacológico: hábitos de vida saludable, no tabaco, ejercicio leve o moderado, vacunación antigripal, vacunación antineumococica para mayores de 60 años .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes aprenden a:
Abrir dispositivo.
Exhalación.
Colocación en la boca.
Coordinación inhalación – respiración.
Limpieza del boca.
Limpieza de dispositivo.
Conocer que su enfermedad es crónica que necesita tratamiento a largo plazo, aunque no tenga molestias.
Seguir tratamiento prescrito.
Reconocer los síntomas de su enfermedad.
Identificar los factores desencadenantes y saber evitarlos.
Reconocer los síntomas y los signos de reagudizaciones/exacerbación de la enfermedad: disnea, expectoración purulenta.
Participación activa en el control y tratamiento de su enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante el periodo que duraron los talleres,no hubo reagudizaciones, no efectos secundarios.
Los talleres se realizaron en el tiempo previsto con buena disposición de los pacientes. Cada uno trajo su propio dispositivo y se les enseño de forma individual a utilizarlos.
Aprovechamos cada consulta médica / enfermería para repasar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1203 ========== ***

Nº de registro: 1203

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1203

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOCEN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE VILEL, DEL SECTOR DE TERUEL

Autores:
LEON MIGUEL PURIFICACION, MATAMALA GIMENO CARLOS, BESER PUIG EUGENIO, GARCIA GARCIA MARIA PILAR, SEGURA LARA ANA MARIA, DOMINGO MAICAS MIGUEL, FLORES FLORES JOSE, MIGUEL POSA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o no se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado La situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Villel.
Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO
Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado(convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .
Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.
Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

INDICADORES
Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:
% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>50%)
% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>50%)
% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>50%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa por parte de MAP y Enfermería.

DURACIÓN
Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevará a cabo por personal de enfermería. En sesiones de una hora aproximadamente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1203

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOCEN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1207

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN ATENCION PRIMARIA I. EVALUACION DE LA ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE LOS PARCHES DE LIDOCAINA 5

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL DOMINGO MAICAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLEL
· Localidad ..... VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA GIMENO CARLOS
FLORES FLORES JOSE
MIGUEL POSA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 4 cortes transversales durante 2017: 01/01/2017, 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Sector Teruel. Se han hecho 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).
Con el resultado que no hemos disminuido el numero de tratamientos sino que lo mantenemos igual, con tres tratamientos no indicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es muy dificil explicarle al paciente que un medicamento que le ha recetado el ESPECIALISTA, y sobre todo en la "unidad del dolor" no esta indicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1207 ========== ***

Nº de registro: 1207

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN ATENCION PRIMARIA I. EVALUACION DE LA ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE LOS PARCHES AL 5 POR CIENTO DE LIDOCAINA

Autores:
DOMINGO MAICAS MIGUEL, MATAMALA GIMENO CARLOS, FLORES FLORES JOSE, MIGUEL POSA JORGE, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Problema u oportunidad de mejora seleccionada.
Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€)1.
Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación. En el Sector Teruel, de los 77 pacientes que tienen prescripciones activas de PL5% en receta electrónica (fecha de corte 01/01/2017)2 sólo se cumplía la indicación autorizada en FT en 1 paciente (1,3%).
La indicación de medicamentos para usos no autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1207

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN ATENCION PRIMARIA I. EVALUACION DE LA ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE LOS PARCHES DE LIDOCAINA 5

Sanitarios (AEMPS) se contempla en el RD 1015/2009, de 19 de junio de 2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. El acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España tendrá carácter excepcional y se limitará a cuando no hay alternativas terapéuticas autorizadas; se debe informar al paciente y se debe escribir la justificación en la historia clínica del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel. Los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT sin que haya datos suficientes para garantizar su eficacia y seguridad: neuralgias de cualquier origen, dolores traumatológicos de cualquier causa y con relativa frecuencia en asociación a opiáceos mayores.

Objetivo Farmacia I: Revisión de la prescripción de medicamentos fuera de ficha técnica.

No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.

MÉTODO
1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/01/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Sector Teruel.
Responsable: FAP Sector Teruel.

2. Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009, de 19 de junio de 2009); y del documento para la prevención de sanciones por prescripción farmacéutica de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. Se enviará dicha información a los coordinadores médicos de los Equipos de Atención Primaria (EAP) para que la distribuyan entre el resto de profesionales médicos del EAP.
Responsable: FAP Sector Teruel.

3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 4 cortes transversales durante 2017: 01/01/2017, 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.Responsable: MAP del C. de Salud de Villel y FAP Sector Teruel.
1. En su caso dejar de rcetar PL5% si no está indicado o proponer al Médico que lo prescribio que lo recete él.
Responsable: MAP del C. de Salud de Villel.

INDICADORES
Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Sector Teruel. Se harán 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).
Objetivo: 100% de pacientes.

Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.
Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).

DURACIÓN
Se harán 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).
Duración un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MATAMALA GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLEL
· Localidad ..... VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEGURA LARA ANA MARIA
LEON MIGUEL PURIFICACION
BESER PUIG EUGENIO
GARCIA GARCIA PILAR
MARTIN ELENA ROBERTO
MIGUEL POSA JORGE
HERNANDEZ AVILA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar, se llevaron a cabo durante los meses de Mayo y Junio de 2018 sesiones clínicas formativas a los miembros del EAP de Villel, mediante presentación en formato powerpoint, que incluían la pertinencia del proyecto, los objetivos a alcanzar y una revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía SC, con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias. Se hizo especial hincapié sobre Médicos y Enfermeros de Atención Continuada, por ser quienes realizan durante más horas esta función. Se estableció qué fármacos de los habitualmente empleados por vía intramuscular eran susceptibles de ser empleados por vía subcutánea, y cuáles no eran intercambiables.
Simultáneamente, se llevó a cabo la revisión de las Agendas de Atención Continuada en OMI de los PACs de Villel (agendas de Medicina y Enfermería) y El Cuervo para evaluar las pautas habituales previas de empleo de fármacos parenterales y establecer una referencia para posteriormente poder comparar con los resultados obtenidos. Para ello, se revisaron todos los pacientes registrados en horario de Atención Continuada desde el 1 de Enero de 2017 al 30 de Junio de 2018 (18 meses), tanto atendidos en los PAC como en domicilio, lo que hemos denominado período pre-evaluación.
Posteriormente, se han revisado estas mismas agendas desde el 1 de Julio hasta el 31 de Diciembre de 2018 (6 meses), para nuevamente evaluar el empleo de los fármacos por vía parenteral y establecer la comparación con el período previo. Para aumentar la casuística y así reforzar el valor de los datos obtenidos, está previsto prolongar el proyecto durante los próximos 24 meses.
Semestralmente, se ha realizado la revisión de los datos obtenidos, que se han remitido al resto de miembros del Equipo y analizado conjuntamente, corrigiendo las deficiencias detectadas y aclarando las dudas surgidas.
El material elaborado es la presentación en powerpoint del proyecto, que se presentó en sesión clínica en el Centro de Salud y se envió a los correos corporativos de todos los miembros del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como indicadores, se han analizado las frecuencias relativas (porcentaje) de empleo de los diferentes fármacos en cada una de las vías parenterales (IM, SC e IV), así como las ratios de uso por vía IM dividido por vía SC.
Los datos se han obtenido de los registros en OMI en las agendas de Atención Continuada de nuestros dos PACs en los períodos indicados (se revisó paciente a paciente) y el manejo de los mismos ha sido a través del programa Excel 2007.

En el período pre-evaluación (18 meses), se registraron un total de 212 inyectables en el grupo de fármacos considerados susceptibles de cambio de vía de administración, junto con una cifra casi idéntica (211) de inyectables vía IM en fármacos no intercambiables, siendo en este grupo los más empleados metilprednisolona (53,1%) y metamizol (28,9 %).
De los fármacos considerados intercambiables, el 78,8 % se habían administrado vía IM, el 13,2 % por vía IV y únicamente el 8,0 % por vía SC.
El fármaco intercambiable de vía IM a SC más empleado fue la metoclopramida (68 de 212 = 32,07 %), con un índice de empleo IM / SC de 5,1 (41 vs 8). El ideal es aproximar este índice a 0. Por su frecuencia de uso, constituye el principal objetivo de mejora.
Los siguientes fármacos más empleados fueron tramadol y Buscapina® (ambos un 8 %), con ratios aún mayores a favor de la vía IM (12 a 1 en el tramadol, 14 a 2 en Buscapina® = 7,0).
Dadas las peculiaridades del diclofenaco, cuyo empleo por vía SC está menos extendido, se realizaron también los cálculos excluyéndolo, siendo entonces la cifra total de 120 y las frecuencias relativas de uso de 63,3 % por vía IM, 13,3 % por vía SC y 23,3 % por vía IV.

Posteriormente, se ha revisado el empleo de estos mismos fármacos en el semestre del 1 de julio al 31 de diciembre de 2018 (período de evaluación). Se administraron un total de 91 inyectables del grupo de fármacos considerados susceptibles de cambio de vía de administración, junto con 78 no intercambiables, fundamentalmente de nuevo metilprednisolona y metamizol.
De estos 91 fármacos intercambiables, 35 (38,5 %) se administraron vía IM, frente a un 78,8 % en el período previo, lo cual supone una reducción a menos de la mitad. La vía SC fue la elegida en 31 de los casos (34,1 %), más de cuatro veces por encima de su empleo previo (8,0 %) y casi igualando a la vía IM. Si prescindimos del diclofenaco, la vía SC fue más frecuentemente empleada (36,8 %) que la IM (26,5 %). La vía IV se empleó en el 27,5 % restante de los casos. En el caso concreto del diclofenaco, pese a la menor experiencia de su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

empleo por vía SC, se incrementó significativamente su empleo por esta vía, pasando de un 1,1 % a un 26,1 % (6 de 23), pasando la ratio vía IM / vía SC de 91 a 2,8, sin haber constancia hasta la fecha de reacciones adversas locales significativas.
Analizando por separado, la metoclopramida se empleó con mayor frecuencia por vía SC (34,6 %) que IM (23,1 %), con una ratio IM/SC de 0,7 (previa 5,1), lo mismo sucedió con el tramadol (ratio IM/SC 0,5, anteriormente 12) o la Buscapina® (ni una sola administración IM, sólo 4 SC y 4 IV). Otros fármacos apenas fueron empleados.

Con ello, se considera de sobra alcanzado el objetivo de reducir el empleo de la vía IM en al menos un 25 % en el grupo de fármacos intercambiables. Para el período posterior, se plantea mantener e incluso mejorar aún en lo posible esas cifras, especialmente factible en el caso de la metoclopramida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusión, la vía SC, de amplia experiencia en el manejo de pacientes en Cuidados Paliativos, es perfectamente válida para su uso en pacientes de Atención Continuada en Atención Primaria como sustituto de la vía IM en muchos fármacos de empleo habitual, presentando frente a ésta numerosas ventajas, como un menor índice de complicaciones (iatrogenia), administración más sencilla, mucho menos dolorosa, y con una velocidad de absorción similar. Es mucho más segura que la vía IM en pacientes anticoagulados y antiagregados, cada vez más numerosos.
En los casos en que el acceso venoso no sea imprescindible, frente a la vía IV tiene como ventajas su sencillez de empleo, que no requiere adiestramiento y precisa mucho menos tiempo (a tener en cuenta en los PAC que carecen de personal de Enfermería), así como su menor coste, siendo su biodisponibilidad similar. No obstante, el principal objetivo es la progresiva disminución de la vía IM, más que de la IV.

En el caso del diclofenaco, y dada su gran frecuencia de empleo, cabe insistir en que la vía SC es una alternativa perfectamente válida a la vía IM en pacientes de riesgo, como anticoagulados, antiagregados o con contraindicación de otro tipo al empleo de inyectables profundos, o simplemente en pacientes que rechacen esa vía por dolorosa. Con este fármaco, en todo caso se aconseja no exceder la dosis de 2 cc (50 mg), o bien repartir la dosis total de la ampolla (3 cc, 75 mg) en dos puntos de inoculación separados.

Del análisis mes a mes de los datos, también hemos observado que, como era de esperar, los resultados durante los primeros meses del semestre fueron peores que durante los últimos, consecuencia lógica del proceso de cambio de los hábitos de trabajo, resultado especialmente beneficiosas las reuniones de Equipo para corregir las deficiencias detectadas.

Queda pendiente el mejorar las cifras en algunos fármacos (como la metoclopramida, en el cual su empleo por vía IM podría reducirse a cero), mantener los buenos resultados obtenidos en el primer semestre de evaluación y sobre todo, cambiar de forma permanente nuestros hábitos en el manejo de inyectables, así como a animar a otros centros a hacer lo propio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/614 ========== ***

Nº de registro: 0614

Título
POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MATAMALA GIMENO CARLOS, SEGURA LARA ANA MARIA, LEON MIGUEL PURIFICACION, BESER PUIG EUGENIO, GARCIA GARCIA PILAR, MARTIN ELENA ROBERTO, MIGUEL POSA JORGE, HERNANDEZ AVILA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

1. TÍTULO

POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA
La eficacia y seguridad de la vía subcutánea (SC) está plenamente demostrada en la actividad clínica diaria, no solamente en el paciente en cuidados paliativos, donde se ha empleado más profusamente, sino también en muchas situaciones de urgencia que se presentan habiatualmente durante la Atención Continuada.
Pese a ello, se detecta en la práctica habitual una tendencia a emplear con mayor frecuencia otros accesos parenterales, como la vía intramuscular (IM) o la vía intravenosa (IV). En el caso de la primera, se trata de un acceso más doloroso y más expuesto a complicaciones (hematomas, abscesos, quistes…), estando relativamente contraindicado en pacientes anticoagulados o antiagregados (cada vez más numerosos), mientras que la vía IV requiere por un lado mayor destreza y experiencia, y por otro lado más tiempo de actuación y más empleo de material, siendo menos frecuentemente empleada en aquellos puntos de Atención Continuada (P.A.C.) en los cuales sólo hay un médico de guardia, y no personal de Enfermería.
La lista de fármacos susceptibles de ser usados por vía SC es realtivamente extensa, incluyendo muchos de los principios activos incluidos en el pedido de los Botiquines de Urgencias, aunque la experiencia nos muestra que está vía es usada mucho menos de lo recomendable.

RESULTADOS ESPERADOS
- Potenciar el empleo de la vía SC en Atención Continuada en Atención Primaria.
- Reducir el empleo de otras vías parenterales, en especial la intramuscular (IM).
- Fomentar el conocimiento de aquellos fármacos de uso común susceptibles de ser usados por vía SC.
- Valorar la pertinencia de introducir en los botiquines de Urgencias otros fármacos administrables por vía SC.
- Reducir la yatrogenia derivada del empleo de accesos parenterales distintos de la vía SC.
- Población diana: toda aquella susceptible de ser atendida tanto en el centro como en domicilio, tanto en jornada laboral como en horario de Atención Continuada, y que precise de la administración de fármacos por vía parenteral.

MÉTODO
- Realización de sesiones clínicas de Equipo, con especial atención sobre los Médicos y Enfermeros de Atención Continuada.
- Revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía SC, con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias.
- Creación de protocolos específicos para el empleo de cada fármaco.

INDICADORES
- Reducción en el empleo de vías parenterales, en especial la IM.
- Se evaluarán los registros en OMI de nuestros dos puntos de Atención Continuada a lo largo del año. Para ello, en el informe de Atención Continuada deberá quedar reflejada la administración de todo fármaco inyectado, y la vía de administración, en la casilla correspondiente.
- Se compararán los resultados con los datos recogidos a lo largo de 2017 y primer semestre de 2018.
- Se espera lograr una reducción progresiva en el empleo de la vía IM, que alcance al menos el 25 % en aquellos fármacos más comúnmente utilizados y recomendados por vía SC en las guías de práctica clínica.

DURACIÓN
- 1 de Mayo al 30 de Junio de 2018: período de información y sesiones formativas al personal del Centro.
- 1 de Julio de 2018: inicio del período de aplicación.
- Duración estimada: 2 años y medio (hasta el 31 de Diciembre de 2020).
- Periodicidad de revisión: semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0834

1. TÍTULO

USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE MIGUEL POSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLEL
· Localidad ..... VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA GIMENO CARLOS
GARCIA GARCIA PILAR
MARTIN ELENA ROBERTO
BESER PUIG EUGENIO
LEON MIGUEL PURIFICACION
SEGURA LARA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar planteamos la situación de nuestra zona de salud, a la cual pertenecen 14 pueblos cuyas urgencias se atienden en el C.S. de Villel (10 pueblos) y en el PAC de El Cuervo (4 pueblos), con lo que hablamos de una zona con mucha dispersión de población y donde si hay una emergencia que atender en una de las poblaciones que no sean Villel o El Cuervo hay que desplazarse en coche con la demora en la atención correspondiente que en casos de parada cardiorrespiratoria puede resultar fatal dada la relación (inversamente proporcional) entre el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento y la supervivencia.
En varios pueblos de nuestra zona de salud contamos con desfibriladores en lugares públicos, por lo que en una emergencia donde se puedan usar los mismos es de vital importancia el inicio del tratamiento del paciente hasta que lleguemos los profesionales del Centro de Salud o del PAC, lo que aumentaría notablemente la posibilidad de supervivencia de la/las personas afectadas.
Concretamente contamos con desfibriladores en las localidades de Riodeva y Camarena de la Sierra, y en el futuro también tendremos en las poblaciones de Valacloche y El Cuervo (este en una zona distinta al consultorio donde se atienden las urgencias donde ya hay un desfibrilador).
En la reunión del Consejo de Salud de zona del año 2018 que se llevó a cabo en septiembre, aprovechando la presencia de varios alcaldes de la zona, expusimos este proyecto y los beneficios que puede proporcionar a la población intentando hacer ver a todos los presentes la importancia de poder aprovechar este recurso si se presenta una emergencia vital así como la importancia de la implicación de los vecinos a la hora de formarse para poder ser el primer y tan importante eslabón de esta cadena como es la atención temprana de la emergencia.
Posteriormente, durante los últimos meses de 2018 y principio de 2019, llevamos a cabo varias sesiones formativas en las poblaciones de Riodeva y Camarena de la Sierra en las que se formó a la población asistente (la mayoría habían asistido ya a sesiones de formación que las empresas instaladoras de los desfibriladores habian impartido en el momento que las instalaron en zonas de acceso público en estas poblaciones) incidiendo en los eslabones de la cadena de supervivencia que pueden llevarse a cabo por parte de personal no sanitario: reconocimiento precoz de la emergencia (saber reconocer una parada cardiorrespiratoria) y aviso a los servicios de emergencia, RCP básica precoz y desfibrilación precoz. En estas sesiones teorico-prácticas se usó material audiovisual explicativo de situaciones de emergencia y se instruyó en las diferentes técnicas usadas desde el reconocimiento del paciente hasta cómo hacer una RCP efectiva y cómo usar el desfibrilador, además de instruir en otras emergencias como la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño y cómo poner a un paciente en posición de seguridad, así como contestar las dudas que surgieron a los asistentes. Asimismo se entregó a los asistentes material escrito con imágenes y esquemas de actuación que describían con sencillez como actuar en caso de emergencia, el cual fue recopilado por los miembros del equipo.
Por último, el objetivo es ir repitiendo estas sesiones formativas periódicamente (cada 2 años, pero si la demanda es mayor en periodos más cortos) en los pueblos que cuenten con este recurso para refrescar conocimientos a los vecinos que ya han recibido esta formación así como formar a nuevos vecinos que no la hayan recibido y quieran hacerlo, ya que es importante que haya un porcentaje alto de la población que esté entrenada y que ante una posible emergencia pueda atender con rapidez la misma en primera instancia hasta la llegada de personal especializado con el beneficio que esto puede suponer en la supervivencia de la/las personas afectadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El principal resultado que pretendemos alcanzar es que haya en estos pueblos de nuestra zona de salud personas que estén formadas en uso del desfibrilador y que tengan nociones básicas de primeros auxilios para que en el caso de que suceda una emergencia esta pueda ser atendida con rapidez en un primer momento mientras el personal sanitario nos desplazamos hasta el lugar de la misma. También buscamos concienciar a la población (no solo a los voluntarios sino a todos los habitantes) de la importancia de contar con este recurso y lo beneficioso de saber utilizarlo, involucrando a cuantos más vecinos mejor en esta actividad.
Tras realizar las charlas, en las poblaciones en las que contamos con desfibrilador en lugares públicos que están accesibles a la población para su uso en caso de emergencias, el número de vecinos formados es de 15 en Riodeva (con un rango de edad que va desde los 20 años de la persona más joven a los 82 de la más mayor) y de 5 en Camarena de la Sierra(en esta localidad el rango de edad de las personas formadas va de los 30 a los 53 años), siendo la población censada de 116 habitantes en Riodeva y de 85 en Camarena respectivamente, con lo que alcanzamos en ambos casos un porcentaje entre un 5 y un 10% que es lo que buscábamos al comenzar el proyecto.
Hasta el momento actual, no se ha usado el DEA en ninguna de las poblaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0834

1. TÍTULO

USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusión, aunque afortunadamente no ha sido necesario el uso de estos desfibriladores en nuestra zona de salud hasta el momento, hay que resaltar que el poder contar con estos dispositivos en lugares accesibles y que haya vecinos formados en su uso y en la realización de RCP básica puede suponer un notable aumento de las posibilidades de supervivencia para un paciente que sufra una emergencia vital ya que la rapidez en la atención es básica y al encontrarnos en una zona de salud con tanta dispersión de población la llegada de los profesionales hasta el lugar donde ocurra la emergencia se va a demorar inevitablemente dadas las distancias a recorrer hasta llegar a las distintas poblaciones.
También resaltar que estas sesiones formativas se repetirán cada dos años, intentando captar más población nueva, haciendo énfasis en que es importante que no sólo sea gente joven la que se forme, sino de todo rango de edad ya que los jóvenes pueden desplazarse fuera del pueblo bien sea por motivos laborales o de ocio y que no haya nadie en la población que haya recibido formación para hacer esa primera atención temprana.
Por último, tan pronto como los nuevos desfibriladores estén disponibles en las poblaciones de Valacloche y El Cuervo, realizaremos sesiones de formación como las ya realizadas en Riodeva y Camarena para continuar con el proyecto (está previsto que ya estén disponibles en lugares públicos y accesibles de estas poblaciones en los próximos meses).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/834 ========== ***

Nº de registro: 0834

Título
USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

Autores:
MIGUEL POSA JORGE, MATAMALA GIMENO CARLOS, GARCIA GARCIA PILAR, MARTIN ELENA ROBERTO, BESER PUIG EUGENIO, LEON MIGUEL PURIFICACION, SEGURA LARA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EMERGENCIAS VITALES
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: SUPERVIVENCIA ANTE EMERGENCIAS VITALES

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ZONA DE SALUD DONDE TRABAJAMOS LA FORMAN 14 PUEBLOS, CUYAS URGENCIAS SE ATIENDEN EN EL C.S. VILLEL(10 PUEBLOS) Y EN EL PAC DE EL CUERVO(4 PUEBLOS), CON LO QUE SI HAY ALGUNA URGENCIA A DOMICILIO QUE NO SEA EN LAS LOCALIDADES DONDE ESTÁN EL C.S. O EL PAC HAY QUE DESPLAZARSE EN COCHE CON LA DEMORA QUE ESTO CONLLEVA.
EN VARIOS DE LOS PUEBLOS PERTENECIENTES A LA ZONA DE SALUD DE VILLEL HAY DESFIBRILADORES EN LUGARES PÚBLICOS(GRACIAS A AYUDAS EUROPEAS O SUFRAGADOS POR EL PROPIO AYUNTAMIENTO), POR LO QUE EN UNA EMERGENCIA DONDE PUEDAN USARSE LOS MISMOS ES DE VITAL IMPORTANCIA QUE PUEDA INICIARSE UNA REANIMACIÓN POR PARTE DE LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD HASTA QUE LLEGUEMOS LOS PROFESIONALES, AUMENTANDO NOTABLEMENTE LA POSIBILIDAD DE SUPERVIVENCIA DE LA/LAS PERSONAS AFECTADAS.
ASÍ, FORMANDO Y RECICLANDO PERIÓDICAMENTE A LA POBLACIÓN VOLUNTARIA PODREMOS ASEGURAR UNA BUENA Y RÁPIDA ATENCIÓN SI SE DA UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA VITAL QUE PUEDA REVERTIRSE CON LA AYUDA DE ESTOS APARATOS DISPONIBLES.

RESULTADOS ESPERADOS
PRINCIPALMENTE ESPERAMOS QUE CON EL ADIESTRAMIENTO DE LA POBLACIÓN PUEDAN SER ATENDIDAS DE FORMA RÁPIDA LAS EMERGENCIAS VITALES QUE AL TRABAJAR EN UNA ZONA RURAL CON EL CONSIGUIENTE DESPLAZAMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SI NO NOS ENCONTRAMOS EN EL LUGAR QUE SE PRODUCEN LAS MISMAS, CONLLEVAN UNA DEMORA QUE PUEDE COMPROMETER EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE AFECTADO.
TAMBIÉN ESPERAMOS CONCIENCIAR A LA POBLACIÓN(TANTO VOLUNTARIOS COMO AL RESTO) DE LA IMPORTANCIA DE PODER TENER ESTE RECURSO DE CARA A MEJORAR EL PRONÓSTICO VITAL DE LOS POSIBLES AFECTADOS QUE VIVEN EN LAS POBLACIONES EN QUE DISPONEMOS DE LOS DEA, ADEMÁS DE INVOLUCRAR CADA VEZ A MÁS PERSONAS PARA QUE SE FORMEN Y SEAN CAPACES DE HACER UNA RCP Y MANEJAR LOS DEA.

MÉTODO
SE HARÁN SESIONES PRÁCTICAS DE LA INTERVENCIÓN DE POBLACIÓN NO SANITARIA ANTE UNA EMERGENCIA VITAL(AVISAR A

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0834

1. TÍTULO

USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

EMERGENCIAS PARA PEDIR AYUDA, EVALUAR AL PACIENTE, MANEJO DEL DEA Y RCP BÁSICA) EN LAS POBLACIONES QUE DISPONGAN DE ESTE RECURSO.
ESTAS SESIONES SE REPETIRÁN PERIÓDICAMENTE (CADA 2 AÑOS) INTENTANDO QUE CADA VEZ HAYA MÁS VOLUNTARIOS NUEVOS INVOLUCRADOS.
ADEMÁS, LOS VOLUNTARIOS DEBERÁN SER PERSONAS QUE RESIDAN Y SE ENCUENTREN HABITUALMENTE EN LA POBLACIÓN, Y QUE SI DEJAN DE ESTAR DISPONIBLES(QUE EMIGREN A OTRA POBLACIÓN O POR LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SEAN NO SE ENCUENTREN EN EN LA POBLACIÓN) SEAN REEMPLAZADOS POR OTROS CIUDADANOS PARA ESTA FUNCIÓN Y MANTENER UN NÚMERO ESTABLE DE VOLUNTARIOS (EJ. SI SOLO FORMAMOS GENTE JOVEN QUE TRABAJA FUERA DEL PUEBLO CORREMOS EL RIESGO QUE EN EL MOMENTO QUE HAYA UNA EMERGENCIA, NO HAYA NADIE QUE HAYA SIDO FORMADO EN EL MANEJO DEL DEA).

INDICADORES
FORMAREMOS A HABITANTES DE LAS LOCALIDADES QUE PODRÁN HACER UNA PRIMERA INTERVENCIÓN HASTA QUE LLEGUEN LOS PROFESIONALES SANITARIOS, ASEGURANDO LA FORMACIÓN DE UN NÚMERO ESTABLE DE LOS MISMOS (POR EJEMPLO QUE UN 5-10% DE LA POBLACIÓN TENGA ESTAS NOCIONES BÁSICAS Y QUE SEAN PERSONAS QUE HABITUALMENTE -AL MENOS UNO DE ELLOS EN UN MOMENTO DADO-SE ENCUENTREN EN EL PUEBLO) QUE PUEDAN PRESTAR LA ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA.
HAREMOS UN RECICLAJE BIANUAL DE SUS CONOCIMIENTOS, Y FORMAREMOS NUEVAS PERSONAS SI HAY VOLUNTARIOS QUE YA NO PUEDEN DESARROLLAR ESTA FUNCIÓN.
ASÍ, TENDREMOS REGISTRADOS A LOS HABITANTES QUE ESTÉN FORMADOS (UN MÍNIMO DE UN 5% Y UN MÁXIMO DE UN 10% DE LA POBLACIÓN, YA QUE SON PUEBLOS PEQUEÑOS CON POBLACIONES ENVEJECIDAS), ASÍ COMO SI SE HA LLEVADO A CABO ALGUNA ACTUACIÓN POR PARTE DE LOS MISMOS.

DURACIÓN
DURACIÓN DE 2 AÑOS, CON REPETICIÓN DE SESIONES PRÁCTICAS /DE RECICLAJE BIANUALMENTE POR PARTE DE LOS MIEMBROS DEL PROYECTO EN LAS POBLACIONES QUE CUENTEN CON DEA.
COMENZAR A FINALES DE JUNIO 2018 Y FINALIZACIÓN/REVISIÓN EN JUNIO 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de talleres de formación en espirometrías en los centros de salud del sector dirigidas a todos los profesionales sanitarios de los centros de salud, a través de actividades acreditadas.
El contenido de cada taller fue:
- 30 minutos. - Fundamentos de las espirometrías y manejo de los espirómetros
- 30 minutos. - Conceptos teóricos de la realización de las espirometrías
- 1 hora. - Realización práctica de la espirometría. Criterios de aceptación de las pruebas. Ejercicios de espirometrías con voluntarios
- 45 minutos. - Casos clínicos de espirometrías y pacientes
- 15 minutos. - Registro de espirometrías en OMI_AP

Los talleres se realizaron en todos los EAPs desde el día 8 hasta el 31 Mayo del 2017
Fue solicitada y concedida la acreditación oficial por la Comisión Oficial de Acreditación de las Profesiones Sanitarias de 0,6 créditos.
Al mismo tiempo se revisaron todos los espirómetros de los centros de salud, procediéndose a solicitar la sustitución de aquellos que estaban obsoletos o averiados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: 100%

% Centros de Salud con taller de formación en realización de espirometrías e interpretación de las mismas: 100%
El total de profesionales que recibieron la formación fueron 96 médicos y 73 enfermeras

% Fumadores detectados (pacientes a los que se ha registrado que fuman), con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 3,5%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo), con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 3,5%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo), con intervención sobre tabaquismo REALIZADA: 35%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo) y con intervención sobre tabaquismo realizada, a los que se ha realizado una espirometría: 10,1%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La situación de partida en el diagnóstico de EPOC, en el Sector de Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende aumentar la realización de espirometrías para mejorar la detección de pacientes con EPOC.
Por todo ello, el punto de partida son los profesionales sanitarios implicados en el proceso, tanto de detección de fumadores y su posterior intervención, como la solicitud y realización de las espirometrías.
Por ello es muy relevante que dichos profesionales tengan adquiridas las competencias adecuadas para la realización e interpretación de espirometrías dentro de sus actividades asistenciales diarias.
Igualmente, dentro del plan de Calidad del SALUD, todos los centros de salud deben disponer de espirómetros, que deben contar con las revisiones y calibraciones adecuadamente actualizadas.
La conclusión más relevante a la vez que negativa, es que se están realizando un número mínimo de espirometrías en Atención Primaria en los pacientes fumadores, sobre la base que son el principal foco de detección de los pacientes EPOC.
Estos resultados además pueden hacerse extensibles al uso de espirometrías en general. Se ha realizado una completa difusión de la formación por todos los centros de salud, y dirigida a todos los componentes sanitarios de dichos centros.
Analizando pues dichos resultados, podemos concluir que hay una completa falta de concienciación por parte de los profesionales de los centros de salud en lo referente a la solicitud de espirometrías, reflejada al menos por el registro de las mismas en el programa OMI AP.
Se ha intentado solventar formando a las 2 partes implicadas en las espirometrías, la de la realización técnica y la de la interpretación. Por tanto, hay que seguir realizando esfuerzos en que la formación impartida sea efectiva, y ayude a aumentar las espirometrías, en pro y beneficio de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1192 ========== ***

Nº de registro: 1192

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, GUILLEN LORENTE SARA, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Tras los resultados en el último corte del acuerdo de Gestión 2016 y 2015, y teniendo en cuenta la baja prevalencia detectada o "efecto iceberg" en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se ha planteado la realización de espirometrías a los pacientes fumadores en los cuales se ha realizado intervención sobre tabaquismo con el fin de aumentar la prevalencia de pacientes EPOC en nuestro Sector.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el porcentaje de espirómetros calibrados y activos en el Sector hasta el 100%.

Mejorar la formación en espirometrías, con una sesión por Centro de Salud, dirigida al menos a un profesional enfermero y a uno médico.

Mejorar la razónd e prevalencia de EPOC en el Sectro Teruel para ajustarnos al previsto por el estudio EPI-SCAN

MÉTODO
Verificación por mantenimiento de los aparatos de espirometría. Formación teórico-práctica de los EAP en grupos de trabajo subsectoriales
Evaluación de la realización de espirometrías en fumadores con intervención tabáquica a través de datos de OMI-AP.

INDICADORES
% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: LI: 80% LS: 99%

% CS con sesión de Formación en espirometría e interpretación de la misma: LI: 80% LS: 99%

% Fumadores con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada LI: 25% LS: 50%

DURACIÓN
Febrero 2017: Evaluación de los espirómetros en los EAP, presencia, verificación y calibración. Servicio Mantenimiento Sector Teruel.
Marzo-Abril 2017: Formación teórico práctica en realización, diagnóstico y registro de espirometrías. Evaluación de la satisfacción de los alumnos. Santiago Valdearcos.
Diciembre 2017: Evaluación a través de indicadores de OMI-AP. Sara Guillén y Joaquín Vicente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION ESPIROMETRIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de talleres de formación en espirometrías en los centros de salud del Sector dirigidas a todos los profesionales sanitarios de los centros de salud, a través de actividades acreditadas. El contenido de cada taller fue: 30 minutos (fundamentos de las espirometrías y manejo de los espirómetros), 30 minutos 8conceptos teóricos de la realización de las espirometrías., 1 hora (realización práctica de la espirometría, criterios de aceptación de las pruebas, ejercicios de espirometrías con voluntarios), 45 minutos (casos clínicos de espirometrías y pacientes), 15 minutos (registro de espirometrías en OMI-AP). Los talleres se realizaron en todos los EAPs. Fue solicitada y concedida la acreditación oficial por la Comisión Oficial de Acreditación de las Profesiones Sanitarias de 0.6 créditos. Al mismo tiempo se revisaron todos los espirómetros de los centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
%espirómetros revisados y calibrados en el Sector 100%
% centros de salud con taller de formación en realización de espirometrías e interpretación de las mismas 100%, El total de los profesionales que recibieron la formación fueron 90 médicos y 70 enfermeras.
%fumadores detectados (pacientes a los que se ha registrado que fuman9, con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 5%
% fumadores diagnosticados(pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17de tabaquismo) con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada:5%
%fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17de tabaquismo) con intervención sobre tabaquismo realizada:35%
% fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de tabaquismo) y con intervención sobre tabaquismo realizada, a los que se ha realizado una espirometría:10%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La situación de partida en el dianóstico de EPOC, en el Sector Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende auemntar la realización de espirometrías para mejorar l detección de pacientes con EPOC. El punto de partida son los profesionales sanitarios implicados en el proceso, tanto de detección de fumadores y su posterior intervención, como la solicitud y la realización de las espirometrías. Es muy relevante que dichos profesionales tengan adquiridas las competencias adecuadas para la realización e interpretación de espirometrías dentro de sus actividades asistenciales diarias. Dentro del Plan de Calidad del SALUD, todos los centros de salud deben disponer de espirómetros, que deben contar con las revisiones y calibraciones adecuadamente actualizadas. La conclusión más relevante a la vez que negativa, es que se están realizando un número mínimo de espirometrías en Atención Primaria en los pacientes fumadores, sobre la base que son el principal foco de detección de los pacientes EPOC. Estos resultados pueden hacerse extensibles al uso de espirometrías en general. Se ha realizado una completa difusión de la fomación por todos los centros de salud, y dirigida a todos los componentes sanitarios de dichos centros. Analizando dichos resultados, podemos concluir que hay una completa falta de concienciación por parte de los profesionales de los centros de salud en lo referente a la solicitued de espirometrías, reflejada al menos por el registro de las mismas en el programa OM-AP- Se ha intentado solventar esta situación formando a las dos partes implicadas en las espirometrías, las de la realización técnica y la de la interpretación. Por tanto, hay que seguir realizando esfuerzos. en la formación impartida para que sea efectiva, y ayude a aumentar las espirometrías, en pro y beneficio de los pacientes. La mejora dependerá en gran medida del registro por parte de los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1192 ========== ***

Nº de registro: 1192

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION ESPIROMETRIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, GUILLEN LORENTE SARA, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras los resultados en el último corte del acuerdo de Gestión 2016 y 2015, y teniendo en cuenta la baja prevalencia detectada o "efecto iceberg" en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se ha planteado la realización de espirometrías a los pacientes fumadores en los cuales se ha realizado intervención sobre tabaquismo con el fin de aumentar la prevalencia de pacientes EPOC en nuestro Sector.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el porcentaje de espirómetros calibrados y activos en el Sector hasta el 100%.

Mejorar la formación en espirometrías, con una sesión por Centro de Salud, dirigida al menos a un profesional enfermero y a uno médico.

Mejorar la razónd e prevalencia de EPOC en el Sectro Teruel para ajustarnos al previsto por el estudio EPI-SCAN

MÉTODO
Verificación por mantenimiento de los aparatos de espirometría. Formación teórico-práctica de los EAP en grupos de trabajo subsectoriales
Evaluación de la realización de espirometrías en fumadores con intervención tabáquica a través de datos de OMI-AP.

INDICADORES
% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: LI: 80% LS: 99%

% CS con sesión de Formación en espirometría e interpretación de la misma: LI: 80% LS: 99%

% Fumadores con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada LI: 25% LS: 50%

DURACIÓN
Febrero 2017: Evaluación de los espirómetros en los EAP, presencia, verificación y calibración. Servicio Mantenimiento Sector Teruel.
Marzo-Abril 2017: Formación teórico práctica en realización, diagnóstico y registro de espirometrías. Evaluación de la satisfacción de los alumnos. Santiago Valdearcos.
Diciembre 2017: Evaluación a través de indicadores de OMI-AP. Sara Guillén y Joaquín Vicente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICIO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ DIEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
VICENTE MALLEN JOAQUIN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Presentación de los Acuerdos de Gestión Clínica (ACG) 2018 (Marzo 2018).
Difusión de los Proyectos del Contrato-Programa (CP) 2018 en todos los EAPs del Sector Teruel.
Cobertura alcanzada: 100% EAPs.

• Taller de formación sobre el uso de antibióticos (ABs) en pediatría (29/05/2018). Impartido por la farmacéutica de atención primaria (FAP) del Sector. Asistieron pediatras de AP (2), médicos de familia (6), médicos de atención continuada (1), un farmacéutico de hospital y un médico del 061.

• Comisión Técnico Asistencial (18/06/2018). Difusión del proyecto nº2 del CP y del taller de formación entre los coordinadores médicos y de enfermería de los 16 EAPs del Sector Teruel.
Cobertura alcanzada: 100% EAPs.

• Mayo-Junio 2018.
? Elaboración de un protocolo de aplicación del Test de Detección Rápida de Antígeno Estreptocócico (TRDA) y escalas de predicción clínica de infección por estreptococo beta-hemolítico grupo A (EßHGA).
? Difusión del material elaborado a todos los EAPs del Sector por correo electrónico.
? Suministro de TRDA (Servicio de Farmacia AP) a los EAPs del Sector Teruel para utilización en pediatría (consultas de pediatría, urgencias para uso en niños y puntos de atención continuada (PACs)).
Cobertura alcanzada:
Difusión del material elaborado en el 100% de los EAPs
100% de los EAPs del Sector Teruel disponen de TRDA (consultas de pediatría y urgencias)
100% de los PACs (5 PACs) del Sector Teruel disponen de TRDA.

• Sesiones clínicas sobre el uso de antibióticos (ABs) en pediatría (Septiembre 2018- Diciembre 2018)
Desde el Servicio de Farmacia de AP se facilitó por correo electrónico a los pediatras de AP del Sector (10 pediatras) la presentación en power point y material complementario.
? C.S. Utrillas (5/11/2018). Sesión clínica: pruebas de detección rápida para EßHGA. Ponente: Amparo Valenzuela Foved. Pediatra AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluación de la calidad de prescripción de ABs para la faringoamigdalitis estreptocócica aguda (FEA) en pediatría en el Sector Teruel.
Porcentaje de prescripciones de ABs de primera elección respecto al total de prescripciones de ABs sistémicos para la FEA en el Sector Teruel (enero 2018: 70,2%; abril 2018:71,5%; septiembre 2018:72,6%; diciembre 2018:73,8%)*
*Fuente: Indicador de calidad de la prescripción en pediatría (PED.01. Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica). DATA de Farmacia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se propone incluir este Proyecto en el CP de 2019 porque, a pesar de que ha mejorado la utilización de ABs de primera elección en la FEA en el Sector Teruel, seguimos teniendo margen de mejora en la optimización del uso de ABs en esta afección. Para ello se plantean:

? Sesiones clínicas sobre el uso de ABs en pediatría en todos los EAPs del Sector Teruel. Los pediatras de AP del Sector se han comprometido a impartirlas.

? Talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica sobre actuación ante fiebre y odinofagia. Previsto como Proyecto Comunitario para los ACG de 3 EAPs. (Coordinador del proyecto: pediatra de AP).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/79 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICIO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

***

Nº de registro: 0079

Título
CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGO-AMIGDALARES

Autores:
PEREZ DIEZ CRISTINA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Faringoamigdalitis
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La faringoamigdalitis aguda por Streptococcus pyogenes (FAS) es uno de los diagnósticos más frecuentes en pediatría. Para identificarla clínicamente se han propuesto varias escalas de predicción clínica (Centor y Centor modificada por Mclsaac) pero para el diagnóstico etiológico se recomienda el uso del test rápido de detección antigénica de estreptococo (TRDA). Para el abordaje de la FAS pediátrica en Atención Primaria (AP), la mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan iniciar tratamiento antibiótico (AB) solamente cuando se confirma la sospecha clínica de que estamos ante una FAS mediante TRDA o cultivo. El tratamiento de elección de la FAS en niños es la Penicilina V oral (sensibilidad 100%) y su espectro reducido generará menos resistencias en otros patógenos.
En el Sector Teruel sólo el 67,7% (diciembre 2017) de los pacientes pediátricos con FAS está en tratamiento con ABs de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina).

RESULTADOS ESPERADOS
- Fomentar la utilización de ABs de primera elección en el tratamiento de la FAS en pediatría.
- Elaboración y difusión de un protocolo de actuación en los servicios de Atención Continuada (AC). Criterios de Centor y TRDA.
- Educación sanitaria a padres de niños en edad pediátrica sobre la actuación ante fiebre y odinofagia.

MÉTODO
- Actividad formativa. Taller de formación sobre el uso de ABs en pediatría. Registro de criterios de Centor y realización de TRDA. Dirigido a médicos de atención primaria (MAP), pediatras y médicos de atención continuada (MAC). Farmacéutica de AP.
- Actividad formativa. Taller de educación sanitaria desde los EAP a los padres de niños en edad pediátrica sobre actuación ante el niño con fiebre y odinofagia. Pediatras de AP.
- Actividad formativa. Sesiones clínicas en los Equipos de Atención Primaria (EAPs) sobre diagnóstico y tratamiento de la FAS en la edad pediátrica.
- Suministro de TRDA a los EAP del Sector Teruel (pediatría, puntos de atención continuada (PAC)) y difusión de las recomendaciones de aplicación.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes pediátricos con diagnóstico de FAS en tratamiento con ABs de primera elección. Realización de cortes trimestrales (marzo, junio, septiembre, diciembre 2018).
- Número de sesiones clínicas realizadas en los EAPs por parte de la farmacéutica de AP.
- Número de EAPs que realizan talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica.
- Número de EAPs que disponen de TRDA.
- Número de PACs que disponen de TRDA.

DURACIÓN
- Mayo 2018. Taller de formación sobre uso de ABs en FAS a MAP, pediatras y MAC.
- Mayo 2018-Diciembre 2018. Taller de educación sanitaria a padres desde los EAP del Sector.
- Abril-Diciembre 2018.Sesiones clínicas sobre uso de ABs en FAS en los Centros de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

1. TÍTULO

CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICIO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

- Diciembre 2018. Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA LAINEZ LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
VICENTE MALLEN JOAQUIN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
PEREZ DIEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- El día 19 de Junio 2018 se impartió un taller de formación sobre actuación de fibrilación auricular (FA) en Atención Primaria. Asistieron médicos y enfermeros de AP y un médico del 061.
En este taller se explicaron los motivos por los que realizamos desde Dirección este proyecto, la baja prevalencia detectada en nuestro Sector y la necesidad de tener una vía de actuación dirigida a todos los profesionales, para saber cómo actuar ante este tipo de arritmia.

- El objetivo de este taller era saber detectar y diagnosticar una fibrilación auricular, conocer etiología y factores de riesgo, situaciones clínicas que se pueden presentar, utilización de las escalas de riesgo hemorrágico y embólico, protocolo de actuación, anticoagulación oral y seguimiento del paciente. Se explicó la Vía de Actuación que habíamos elaborado para saber como actuar tras la detección oportunista de un caso de Fibrilación Auricular, a qué tipo de pacientes iba dirigida, cuales eran los criterios de implantación y como llevar a cabo un tratamiento correcto en atención primaria.

- Esta Vía de Actuación ante paciente diagnosticado de FA en AP ha sido elaborada por un grupo de trabajo compuesto por médicos y una enfermera de Atención Primaria.
Para elaborarla, se mantuvieron reuniones con el Servicio de Hematología del Hospital Obispo Polanco, se comunicó a los profesionales de este servicio la puesta en marcha y difusión de esta vía y se han tenido en cuenta sus recomendaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- A principios de año la prevalencia de FA tras registro en OMI-AP en el Sector Teruel era muy baja, aproximadamente un 0,5 % en población mayor de 45 años, sin embargo, la prevalencia en España era del 4,4% en este rango de edad. Nuestro objetivo con este proyecto es aumentar la prevalencia (nuestro valor objetivo es aumentar de 0,5 a 1%), diagnosticar casos nuevos y que los pacientes que cumplen una serie de criterios clínicos bien definidos tal como explicamos en la vía, puedan ser tratados en AP sin necesidad de derivarlos al Hospital Obispo Polanco, que es nuestro hospital de referencia.

- Todos los profesionales que acudieron al taller se comprometieron a difundirlo en sus respectivos EAPs. Desde Dirección se ha impartido en el resto de los EAPs de nuestro sector.
Actualmente se ha difundido en el 100 % de los EAPs, esto no significa que en el 100% de los profesionales.
Se han recogido hoja de firmas de los asistentes y hay un alto porcentaje que ha recibido esta formación (> 70% incluidos MAC y EAC)

- La vía de actuación no ha sido posible subirla hasta ahora en la Intranet del Sector debido a que desde primaria no se nos ha habilitado esta opción. Se ha hablado con el Hospital Obispo Polanco para que desde los servicios informáticos se nos habilite esta posibilidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Nos parece importante continuar con este Proyecto dada la trascendencia de esta patología, nuestro objetivo es que tras las recomendaciones realizadas a los profesionales, se detecten más casos nuevos de FA y que un porcentaje importante puedan ser tratados correctamente en Atención Primaria.

- Debido a que la presentación de esta Vía en todos los EAPs ha finalizado a finales del 2018 vamos a realizar seguimiento durante el primer semestre del 2019 de pacientes con diagnóstico nuevo de Fibrilación Auricular, midiendo porcentaje de pacientes diagnosticados de FA que han sido tratados con Heparina de Bajo Peso Molecular y Acenocumarol según recomendaciones de la vía de actuación sin tener que derivarse a urgencias hospitalarias, para poder introducir si creemos conveniente mejoras o hacer algún cambio o recomendación a los profesionales con respecto a la utilización de esta vía.
Estos datos los sacaremos de registro en OMI-AP

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/80 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

***

Nº de registro: 0080

Título
VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Autores:
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La fibrilación auricular es la arritmia crónica más frecuente. Su prevalencia en España es del 4,4 % de la población mayor de 40 años. Se asocia a una morbimortalidad cardiovascular elevada, ya que aumenta el riesgo de muerte, insuficiencia cardiaca y episodios embólicos.
Se ha detectado en el Sector Teruel infradiagnóstico de Fibrilación Auricular con una baja prevalencia tras revisión de registro en OMI-AP
No existe en Sector Teruel un protocolo ni vía de actuación ante una detección de FA en AP
Todos los pacientes que se diagnostican en nuestro sector de FA se derivan a urgencias hospitalarias. Nos parece interesante mejorar la atención de estos pacientes creando una vía de actuación desde Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar la detección de pacientes con Fibrilación Auricular
- Elaboración de una vía de actuación en AP tras la detección oportunista de una Fibrilación Auricular
- Establecer en el Sector Teruel la pauta de tratamiento de inicio con Acenocumarol en Atención Primaria ante diagnóstico de paciente con Fibrilación Auricular
- Mejorar la atención al paciente diagnosticado de Fibrilación Auricular en Atención Primaria

MÉTODO
Creación de un grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la Fibrilación Auricular

Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP en el 100% de los EAPs
Evaluación de resultados

INDICADORES
- Prevalencia de Fibrilación Auricular en el Sector Teruel
- Elaboración física de la vía de actuación y difusión en el 100% de los EAPs
- Inicio de tratamiento anticoagulante desde AP en pacientes diagnosticados de FA

DURACIÓN
- Creación grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la FA …. A partir de Febrero 2018
- Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP ….. A partir de Junio 2018
- Evaluación de resultados …. Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

1. TÍTULO

VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MATILDE MARTINEZ MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
PEREZ DIEZ CRISTINA
VICENTE MALLEN JOAQUIN
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- 21 de mayo de 2018. Se impartió taller de formación sobre nefropatía diabética, al que acudieron 13 profesionales, 6 médicos y 7 enfermeras. En dicho taller se trató la definición de nefropatía en los pacientes con diabetes, la clasificación y estadiaje de la misma para posteriormente establecer los criterios de derivación al servicio de nefrología, y también se abordó el tema de la nefrotoxicidad de los fármacos antidiabéticos orales. Se envió el material presentado a cada uno de los participantes en el taller para la posterior difusión y puesta en común en sus respectivos equipos.
- A lo largo del último trimestre de 2017 se hicieron visitas a los 16 Equipos de Atención Primaria para exponer la estructura de los Acuerdos de Gestión y a la par dar a conocer los Proyectos clínicos elegidos por la Dirección para el Contrato Programa. Todos los Equipos disponen de la presentación en power point de los mismos. Se insistió en la importancia en la determinación de la microalbuminuria y filtrado glomerular para el despistaje de la nefropatía diabética y se pasaron los resultados de dichos indicadores a fecha de diciembre de 2017 en el Sector de Teruel, comparando con los resultados con Aragón en su conjunto.
- A finales del primer trimestre de 2018 se solicita a los facultativos revisen listados de nuevos diagnósticos de nefropatía.
- Se han enviado de forma trimestral los cortes de los indicadores establecidos en el proyecto, en cuanto a la determinación del filtrado glomerular en los pacientes diabéticos, así como de la determinación de la microalbuminuria a primera hora de la mañana.
- En octubre de 2018 se repitió, aprovechando la constitución y puesta en marcha del Equipo PROA, la sesión sobre fármacos nefrotóxicos (antidiabéticos y fármacos de uso común) para que los responsables de URM la difundan entre sus compañeros en los equipos.
- A mediados de octubre se envió de nuevo corte de los indicadores para una nueva evaluación de la situación.
-En enero de 2019 iniciaremos de nuevo una visita a los 16 equipos y expondremos el último corte trimestral de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Teniendo en cuenta los bajos resultados de cobertura con fecha diciembre 2017, en cuanto a las determinaciones de microalbuminuria (26,34%) y filtrado glomerular (36,77%) en pacientes con diabetes (CM DIABETES), tenemos que reseñar que a fecha de hoy dichos resultados se han incrementado por encima del valor mínimo objetivo que nos planteamos en el proyecto (LI:50%-LS:60%).
-En septiembre, según el CM de Diabetes del Sector Teruel el porcentaje de determinación de microalbuminuria es de 59,82 y el de filtrado glomerular un 63,70. Los dos datos están por encima del valor mínimo meta que era del 50%
-En fecha 13 de diciembre de 2018 las cifras son un 61,84 % de determinación de microalbuminuria y un 64,96 % de deteminación de FGR. Cabe reseñar que los datos han aumentado.
-Para valorar los nuevos diagnósticos de nefropatía en pacientes con diagnóstico ya establecido de Diabetes, y la intervención farmacológica para evitar mayor nefrotoxicidad en dichos casos, se ha hecho búsqueda en la base de datos de GMA, aún sabiendo los sesgos tanto de registro como de mismo código para diferentes patologías uro y nefrológicas. Como datos tenemos que a fecha 31 de diciembre de 2017 teníamos una tasa de IRC en pacientes con DM de 14,3, que ha subido a 16,73 con fecha 30 de junio de 2018 (última actualización).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Para minimizar dichos sesgos, estamos pendientes de confirmar la ausencia de problemas legales para poder trabajar con las historias clínicas desde la Dirección de Atención Primaria, así como para poder solicitar los listados de los pacientes a los compañeros.
-Para el año 2019 seguiremos trabajando en este proyecto manteniendo y mejorando los indicadores objetivo de cobertura conseguidos en 2018. Nos planteamos hacer un trabajo de investigación donde además podamos obtener datos de clasificación de la nefropatía, en este caso diabética, a partir de datos de diagnóstico de diabetes y de filtrado glomerular y microalbuminuria, para valorar la adecuación de las derivaciones al servicio de nefrología, así como la obtención de datos con indicadores de seguridad en el uso de fármacos en dicha patología.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/82 ========== ***

Nº de registro: 0082

Título
GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

Autores:
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, PEREZ DIEZ CRISTINA, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde julio 2017 el laboratorio del Hospital Obispo Polanco calcula y vuelca resultados del filtrado glomerular. Ello permite detectar el diagnóstico y posterior estadiaje de la nefropatía e intervenir sobre la misma, derivando de forma idónea y ajustando fármacos
Durante todo el año 2017 se han detectado en el Sector Teruel bajos datos de determinación de filtrado glomerular en diabéticos debido a que el Hospital Obispo Polanco no calculaba dicha determinación
Detección de bajos datos de determinación de microalbuminuria en diabéticos
Infradiagnóstico de nefropatía diabética

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumento determinaciones microalbuminuria para diagnosticar precozmente nefropatía diabética
- Aumento determinaciones filtrado glomerular para diagnóstico precoz de la nefropatía diabética
- Mejorar datos de diagnóstico de nefropatía diabética
- Prevenir progresión deterioro renal en pacientes diabéticos

MÉTODO
Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones
Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs
Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular
Porcentaje de ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes diabéticos con determinación de microalbuminuria en primera orina de la mañana sobre el total de pacientes diabéticos
- Porcentaje de pacientes con determinación del filtrado glomerular sobre el total de pacientes diabéticos
- Porcentaje revisión- ajuste dosis fármacos nefrotóxicos

DURACIÓN
- Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones……. Abril 2018
- Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs…. Desde Abril hasta Octubre 2018
- Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular …. Durante todo el año 2018
- Porcentaje ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía…..Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

1. TÍTULO

GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1199

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN VICENTE MALLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASAS SANZ MARIA JESUS
ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD
PEREZ DIEZ CRISTINA
LOPEZ IBANEZ SAGRARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Redacción de un documento con las recomendaciones de frecuencia de autoanálisis del Servicio Aragonés de Salud (Salud) adaptado al Sector Teruel. Falta validarlo con Endocrinología, Grupo de Diabetes del Sector y coordinadores de diabetes de cada Equipo de Atención Primaria (EAP) del Sector.
-Elaboración de un nuevo impreso para la solicitud de Tiras Reactivas de Glucemia (TRG) al Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP). Falta validación con Endocrinología, Grupo de Diabetes del Sector y coordinadotes de diabetes de cada EAP.
-Actualización de los listados de pacientes a los que se dispensan TRG en el Sector Teruel (tipo de DM, diabetes gestacional, éxitus, pacientes desplazados), por EAP y por CIAS, a partir de la base de datos antigua que tenemos en el SFAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-El Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco está terminando de implantar el programa informático que ha desarrollado el Servicio de Informática del Hospital de Alcañiz para facilitar el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
-A fecha de 25 de enero de 2017, el programa informático está disponible en el SFAP. Se ha creado una nueva base de datos en dicho programa con datos de pacientes a los que se dispensan TRG actualmente (nombre, tipo de DM, tipo de TRG que utiliza); datos de profesionales del Sector (CIAS (médico, enfermera) de los EAP del Sector Teruel); y de los distintos tipos de TRG disponibles para su dispensación en Aragón (Acuerdo Marco 10/2015).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente terminar de desarrollar la parte del programa que permita a los EAP del Sector hacer la solicitud de tiras para cada paciente a través de una aplicación web del programa y monitorizar la dispensación y consumo de TRG.

7. OBSERVACIONES.
Cuando se presentó este proyecto, Sara Guillén Lorente era la responsable del mismo. Como ya no se encuentra trabajando en el Sector Teruel, envía Cristina Pérez Diez, componente del equipo de mejora, la memoria del proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1199 ========== ***

Nº de registro: 1199

Título
OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autores:
GUILLEN LORENTE SARA, PEREZ DIEZ CRISTINA, CASAS SANZ MARIA JESUS, ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1199

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El autoanálisis de glucemia capilar es un componente imprescindible para el autocontrol de la diabetes cuyo objetivo es mejorar el control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico. Los niveles glucémicos en los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) son más estables que en los diabéticos tipo 1 (DM1).
La evidencia científica disponible no sugiere beneficios claros en pacientes con DM2 no insulinizados (salvo en pacientes muy motivados o con riesgo de hipoglucmias). Para pacientes con DM2 no tratados con antidiabéticos orales (ADOs) ó en tratamiento con ADOs no se recomienda el autoanálisis de forma rutinaria, con excepción de los tratados con fármacos con riesgo de producir hipoglucemias (sulfonilureas, glinidas). Para algunos de estos pacientes, las mediciones de glucemia en ayunas realizada de forma intermitente en la consulta de enfermería, puede ser suficiente para adaptar el tratamiento acompañado de mediciones periódicas de los niveles de HbA1c.
En pacientes con DM2 tratados con insulina se recomiendan autoanálisis de glucemia capilar con mayor frecuencia para detectar hipoerglucemias o hipoglucemias asintomáticas.

RESULTADOS ESPERADOS
1.No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes con DM tipo II en tratamiento con ADOs con bajo riesgo de hipoglucemias y control estable, ya que la determinación periódica de HbA1c sería preferible para el ajuste de la terapia.
2.No usar tiras reactivas de glucemia para pacientes no capacitados para interpretar sus valores y actuar modificando sus hábitos o tratamientos, ya el autoanálisis sería una medida costosa, sin ningún beneficio.
3.No usar tiras reactivas en pacientes no colaboradores para realizar autocontrol, ya que la mera determinación de glucemias capilares no conllevaría cambios terapéuticos.

MÉTODO
1.Implantación de un programa informático que facilite la monitorización de los pacientes diabéticos que utilizan TRG en el Sector/EAP (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza y seguimiento de las dispensaciones).
2.Programación de sesiones formativas para el personal médico y de enfermería de los EAP sobre las recomendaciones de frecuencia de autoanálisis en Aragón y manejo del programa informático.
3.Revisión de los pacientes del EAP con DM2 que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al Servicio de Farmacia de Atención Primaria para su inclusión en el programa informático.
4.Promover el uso racional de TRG mediante la adecuación a la frecuencia de autoanálisis recomendada en el Acuerdo Marco para cada paciente y la mejora del conocimiento por parte de los diabéticos de su enfermedad.
5. Sesiones formativas e instrucciones del Acuerdo Marco a los Servicios de Inspección y Endocrinología del Sector.

INDICADORES
-Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017) a los EAP y otras 2 sesiones formativas a los Servicios de Inspección y Endocrinología.
-Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 50% de pacientes.
-Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP: Límite Inferior (LI):10% y Límite Superior: 20%.

DURACIÓN
Marzo –Abril 2017.
- Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos.Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
- Sesiones formativas para profesionales.Responsable: Farmacéutico de AP.
- Designación de un coordinador de diabetes del EAP. Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Mayo-Diciembre 2017.
- Revisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para Inspección y Endocrino y seguimiento de las dispensaciones de TRG. Responsable: EAP y la DAP Teruek

Enero 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1199

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0211

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ DIEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP TERUEL
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL
CASAS SANZ MARIA JESUS
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD
VICENTE MALLEN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Inventario del almacén de medicamentos de AP. Control de caducidades, correcta conservación y almacenamiento de los medicamentos.
-Actualización de la guía farmacoterapéutica para los botiquines de los EAP del Sector Teruel.
-Actualización de las normas de conservación y/o dispensación de los medicamentos incluidos.
-Actualización del maestro de artículos del Servicio de Farmacia (SF) de AP (Farmatools®) por denominación común internacional (DCI).
-Definición de pactos de consumo de medicamentos entre el SF y cada uno de los 16 EAP del Sector Teruel, teniendo en cuenta consumos, población a la que atiende y dispersión que presenta.
-Revisión de los botiquines de medicamentos de los EAP del Sector Teruel. A fecha 25/01/2017, se han auditado los 16 botiquines de medicamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Revisión del 100% de los artículos del maestro del SFAP (Farmatools®).
- Realización de 2 auditorías/revisiones del almacén de AP (enero, julio 2017)
- Definición de los pactos de consumo de los 16 EAP del Sector Teruel.
- Auditoría/revisión de los botiquines de medicamentos de los 16 EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la instalación de la aplicación web de petición de reposición de botiquines (Farmatools®) en los EAP del Sector, y la posterior organización de sesiones formativas para explicar el nuevo procedimiento de petición. Por lo tanto, este proyecto continuará durante todo el año 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/211 ========== ***

Nº de registro: 0211

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

Autores:
PEREZ DIEZ CRISTINA, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL, CASAS SANZ MARIA JESUS, GUILLEN LORENTE SARA, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD, VALDEARCOS ENQUIDANOS SANTIAGO, VICENTE MALLEN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0211

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

PROBLEMA
La adquisición y dispensación de medicamentos a los16 centros de salud del Sector Teruel (2 urbanos y 14 rurales) se gestiona desde el Servicio de Farmacia (SF) de Atención Primaria (AP). En la actualidad, la persona designada en cada centro realiza mensualmente la petición de medicamentos mediante un impreso en papel que envía por valija al SF para luego dispensarlos con el reparto preestablecido.
Objetivo principal: Mejora de la gestión de los botiquines de los EAP. Se implantará la petición de medicamentos a través de la Intranet del Sector mediante el programa informático Farmatools® en la URL que se configure desde el Servicio de Informática, quien ha autorizado ya este posible uso. Se suprimirá el impreso en papel evitando posibles extravíos y facilitando que el pedido llegue de forma inmediata al SF. Cada centro dispondrá de una clave de acceso y contraseña, evitando problemas de identificación. Las cantidades solicitadas se ajustarán, salvo excepciones justificadas, al pacto de consumo establecido y se podrán pedir medicamentos urgentes.
Esta herramienta permitirá a los responsables consultar la cantidad dispensada de cada medicamento solicitado antes de recibirlo físicamente para conocer si existe, por ejemplo, desabastecimiento; y si el pedido está preparado sin necesidad de consultarlo telefónicamente.
Objetivo secundario: Asegurar la gestión eficiente de los botiquines mediante un registro de todos los pedidos realizados y dispensados garantizando un mayor control de las existencias (cantidad, lote y caducidad).

RESULTADOS ESPERADOS
1.Revisión e inventario del almacén de AP. Adecuación de existencias, control de caducidades y correcta conservación y almacenamiento.
2.Revisión de la guía farmacoterapéutica, reducción de las especialidades del stock al mínimo para facilitar al personal el conocimiento de los mismos y garantizar la selección eficiente.
3.Actualizar el maestro de artículos del SF de AP (Farmatools®) y ordenarlo por principio activo.
4.Definición de pactos de consumo entre el SF y los EAP considerando los consumos, la población a la que atiende y la dispersión que presenta.
5.Disminución de los posibles errores de medicación (EM) asociados al cambio de ofertas adquiridas desde el SF por desabastecimientos.
6.Disminución de las peticiones urgentes solicitadas inadecuadamente.
7.Garantizar la eficiencia en el control del consumo farmacológico, tanto en número de unidades dispensadas a los centros de salud como en coste total.

MÉTODO
1.Actualización del listado de medicamentos incluidos en los botiquines, pedido máximo (pacto) y observaciones (normas de conservación ó dispensación).
2.Instalación de la aplicación web del programa informático Farmatools® en los Centros de Salud.
3.Organización de sesiones formativas para explicar el nuevo procedimiento de petición y difusión de las claves de acceso para acceder a la aplicación.
4.Análisis de los datos: de reducción de pérdidas documentales (vales de psicótropos, impresos de pedido), de consumos de medicaciones sustitutivas en casos de desabastecimiento (variaciones de coste unitario y global en estos episodios).

INDICADORES
- Número de artículos revisados y actualizados del maestro Farmatools®. Objetivo: 100% de artículos revisados.
- Número de revisiones/auditorías del almacén de AP realizadas. Objetivo: realizar una revisión semestral.
- Número de pactos definidos entre el SF y los EAP. Objetivo: definir los pactos de los 16 EAP del Sector Teruel.
- Número de centros de salud del Sector Teruel en los que se implanta la aplicación web de petición de reposición de botiquines. Objetivo: implantación en los 16 centros de salud.
- Episodios de desabastecimiento y coste de los fármacos sustitutivos empleados.
- Albaranes de petición perdidos, comparado con datos anteriores.
- Vales de psicótropos perdidos, comparado con datos anteriores.
- Satisfacción percibida por los encargados de los botiquines de los EAP, mediante encuesta pre y post implantación de la herramienta.
- Número total de fármacos caducados encontrados en los botiquines pre y post implantación.
- Número de especialidades rechazadas por alteraciones pre y post implantación.
- Número de episodios “fuera de stock” en cada centro de salud y duración.

DURACIÓN
Agosto 2016
-Revisión de la guía de medicamentos para los botiquines de los EAP.
-Actualización del maestro de artículos del SF.
-Mejora del almacén de medicamentos de AP, inventario y revisión de caducidades.
Septiembre-Diciembre 2016
-Definición de pactos entre el SF y los EAP.
-Evaluación previa de los indicadores (pre-post) en los botiquines de los EAP.
-Instalación de la aplicación web del programa informático en los Centros de Salud.
-Formación del personal responsable de los botiquines en el manejo del programa Farmatools®.
Enero 2017- Septiembre 2017
-Monitorización del gasto farmacéutico de los botiquines de los centros de salud.
-Evaluación global de indicadores y comunicación de resultados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0211

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA MARTINEZ SOTO
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUEDA GARFELLA CARMEN
CARCELERO ASENSIO PILAR
LOPEZ GARCIA ROCIO
GARCIA JIMENEZ JESUS
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES PREVIAS A LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO

• Información del proyecto al personal del centro
En una reunión del equipo multidisciplinar formado como mínimo por un representante de cada uno de los profesionales que van a participar en el proyecto (psicóloga, trabajadora social, psiquiatra, terapeuta ocupacional, personal auxiliar y de enfermería), se valora la pertinencia del proyecto y se decide la puesta en marcha del proyecto. Posteriormente el personal que participa en la reunión informa a sus homólogos de los resultados de esta reunión.
Al resto del personal del centro que no forma parte del equipo multidisciplinar como el conductor y la peluquera se les informa personalmente del proyecto.

• Selección de los candidatos para participar en el proyecto
El equipo multidisciplinar reunió a principios del 2017 para seleccionar a los candidatos a participar en el proyecto.
En una primera criba se han determinado de todos los usuarios de la ULE cuales cumplen el criterio de ser usuarios con Trastorno Mental Grave institucionalizados con sintomatología altamente significativa en "Retraimiento Social" y "Evitación Social Activa". A principios del 2017 en la ULE había 61 usuarios de los cuales 34 cumplían el criterio para ser candidatos para el proyecto.
En una segunda criba se han excluido aquellos usuarios que no podían participar por formar parte de los talleres prelaborales del centro: jardinería y club social (cafetería) o por la gravedad en su sintomatología orgánica y/o psiquiátrica. De los 34 candidatos que cumplían el criterio, 4 usuarios se han excluido por incompatibilidad de horarios de los talleres prelaborales con los horarios de las salidas y 6 usuarios se han excluido por la gravedad en su sintomatología orgánica (ver último párrafo del apartado recursos materiales necesarios) y/o psiquiátrica.
Finalmente se han seleccionado a 24 usuarios para participar en el proyecto.

• Elaboración de la plantilla de registro de las salidas a la comunidad
En el proceso de elaboración de la plantilla de registro de las salidas a la comunidad, se ha tenido en cuenta la pertinencia de la inclusión de los siguientes ítems por considerarse los más relevantes poder efectuar un posterior análisis de la actividad:
1. Los usuarios que participan en el proyecto.
2. Salidas a la comunidad: fecha, hora, lugar y motivo.
3. Asistencia a la actividad.
4. Faltas de asistencia a la actividad:
o Faltas justificadas: visita médica, visita familiar, estancias en el domicilio familiar, tolerancia a ese tipo de salida, enfermedad orgánica y descompensación psicopatológica,..
o Faltas injustificadas: verbalizar no querer realizar la salida o no encontrar al usuario a la hora de la salida sabiendo con certeza que es conocedor de que se va a efectuar una salida.
5. Comentarios/Observaciones sobre los participantes durante el transcurso de cada salida.

• Selección de los eventos y los posibles lugares de Teruel para efectuar las salidas a la comunidad
Se valora por parte del equipo multidisciplinar los posibles eventos anuales a tener en cuenta que pueden ser interesantes a los candidatos a participar en el proyecto: fiestas del Ángel, navidades, medievales,… y se seleccionan las cafeterías más céntricas y concurridas para favorecer la interacción de los usuarios con personas conocidas (familiares, amigos, compañeros de otros centros, profesionales actuales o jubilados de nuestro centro de trabajo,…). Las cafeterías seleccionadas han sido en la plaza del Torico y en la plaza de San Juan.

• Determinar los recursos personales necesarios
o Personal que incida en los hábitos de higiene y vestido: Responsables el personal auxiliar y peluquera
o Personal que organice, supervise y evalúe las salidas a la comunidad y acompañe a los participantes: Responsables el Psiquiatra, Psicóloga, Trabajadora Social y Terapeutas ocupacionales con el apoyo en las salidas de otros profesionales como el personal auxiliar, en prácticas (EIR,…), dirección,…
o Personal que desplace a los usuarios de movilidad reducida en el vehiculo del SALUD: Responsable el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

conductor

• Determinar los recursos materiales necesarios
Los candidatos de movilidad reducida, si pueden ir andando al centro de la ciudad, necesitan ayudas técnicas como bastones, Scooter,… y si no pueden ir andando al centro de la ciudad, pero pueden andar distancias más cortas, necesitan para su desplazamiento el vehículo del SALUD.
Los pacientes de la ULE que tengan grandes dificultades en la deambulación hasta que no finalice el trámite de la comprar del vehículo adaptado por parte del centro no podrían ser candidatos a participar en este proyecto.

ACTIVIDADES REALIZADAS PREVIAS A CADA SALIDA

1. Reunión del equipo multidisciplinar (psicóloga, trabajadora social, psiquiatra, terapeuta ocupacional, personal auxiliar y de enfermería), para detectar y seleccionar los pacientes a incluir en cada una de las salidas:
El día anterior a la salida se reúne el equipo a primera hora de la mañana y se confecciona el listado provisional de los pacientes teniendo en cuenta el estado psicopatológico, físico y posibles incidencias que puedan impedir la salida del centro (consultas médicas, pruebas funcionales, visitas familiares…)
Se determina el personal necesario para la supervisión y control de los pacientes.
Se comunica de forma individual a cada uno de los pacientes seleccionados que se va a efectuar una salida, informando sobre el contenido de la misma, fecha, hora de salida y lugar donde tiene que estar preparados. Se recaba información sobre el interés de realizarla por su parte para incluirlo o no en el listado definitivo. Se interviene en el caso de negativa para internar convencerlo y buscar lo que pueda ser reforzante para el paciente y conseguir que la actividad le sea atractiva. De este modo queda confeccionado el listado definitivo.

2. Se comunica el listado definitivo a:
o Personal de enfermería: El cual se encargará de la puesta a punto de estos pacientes (Aseo, vestido adaptado a la climatología, ayudas técnicas necesarias…)
o Peluquería: como apoyo en el cuidado de la estética
o Portería: Para que tengan conocimiento de los que estarán fuera e informar de ello a posibles visitas o llamadas telefónicas de familiares o conocidos.

3. Se solicita al conductor la reserva del vehículo para trasladar a los pacientes que lo necesitan por su movilidad reducida

4. Se hace la reserva en la cafetería donde se va a realizar el almuerzo y en los lugares que se vayan a visitar por su interés cultural, turístico, eventos y exposiciones.

ACTIVIDADES REALIZADAS EL DÍA DE LA SALIDA

1. Supervisión de la higiene y vestido de los pacientes incluidos en la lista.
2. Reparto de los pacientes en pequeños grupos de modo que en cada uno de ellos haya un responsable que los tutorice durante el recorrido para un mayor control y supervisión.
3. Una vez realizado el paseo o visita nos trasladamos a realizar un almuerzo a la cafetería, siendo la actividad más apetecible y demandada por los pacientes. Se les hace partícipe en la elección de las consumiciones para que expresen sus preferencias según sus gustos.
4. Durante el almuerzo se orienta y estimula la conversación. Se tratan temas relacionados con el entorno cercano, visita realizada.....
5. Por parte del personal se observa la conducta, habilidades sociales e interacción entre ellos, personal y entorno.

ACTIVIDADES POSTERIORES A LA SALIDA

Reunión del equipo para registrar y evaluar las observaciones e incidencias que han sido recogidas durante la jornada.

CALENDARIO DE SALIDAS
Se han efectuado un total de 10 salidas:
1 en invierno
4 en primavera
1 en verano
4 en otoño
Se cumple así con la previsión y promedio de 1-2 salidas mensuales en primavera y otoño. Al permitirlo la climatología se han efectuado también una en verano y otra en invierno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LOS REGISTROS
Al finalizar el proyecto, con los datos recopilados de las plantillas de cada salida, en primer lugar se ha efectuado un análisis cuantitativo y cualitativo del proyecto, teniendo en cuenta el indicador para determinar si los resultados se ajustan a los resultados mínimos a alcanzar y en segundo lugar se analizan los datos más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

significativos de los registros.

• Resultados alcanzados en relación al indicador del proyecto
Se entrega a la dirección del centro una plantilla donde se engloba todos los ítems de la plantilla de registro de salidas (ver elaboración de la plantilla de registro) y los resultados de los 10 registros de las salidas a la comunidad. En este apartado sólo se realiza un resumen de los resultados para determinar si se alcanzan los resultados marcados para este proyecto.
Indicador: Indicador: % de usuarios con TMG de la ULE que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente.
Tendrán esta consideración los usuarios que han participado en el 25% de las salidas en las que han sido candidatos aunque se trasladen a otras unidades.
No se computaran las salidas en las que no participen por una causa justificada: visita médica, visita familiar, estancias en el domicilio familiar, tolerancia a ese tipo de salida, enfermedad orgánica y descompensación psicopatológica,..
Resultados mínimos a alcanzar: 15% de usuarios con TMG que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente.
Resultados de proyecto:
? Nº de candidatos a las salidas = 24 candidatos (ver apartado de selección de candidatos)
? Nº de candidatos que no participan en las salidas= 11 candidatos
? % Candidatos que no participan en las salidas = 45,8%
? Nº de candidatos que participan en las salidas = 13 candidatos
? % Candidatos que participan en las salidas = 54,2%
? % promedio de asistencia de candidatos que participan en las salidas (mínimo 25%) = 91,79%
? % Candidatos que participan y cumplen el criterio de salir el 25% de las salidas = 100%

• Datos relevantes tras el análisis de los registros
o En la gran mayoría de los casos, las faltas injustificadas (no querer salir o no encontrarse por el centro a la hora de la salida) se dan más en las primeras salidas.
o En la gran mayoría de los casos, lo más difícil es convencer a los usuarios salir la primera vez, las 2-3 veces siguientes cuesta pero un poco menos y posteriormente empiezan a establecer una rutina.
o En la mayoría de casos se ha observado que aunque habían dejado de salir a la comunidad cuando estaban en una fase de desestabilización psicopatológica, al estar en estos momentos más estables, solamente con estímulo en las primeras salidas, están más receptivos a salir a la comunidad.
o En la mayoría de casos aunque con el paso del tiempo se van adaptando a las salidas regulares, puntualmente en alguna salida necesitan estímulo o más estímulo de lo habitual.
o En algún caso se observa, de manera más evidente, una tolerancia progresiva a la actividad, al principio casi no salen a la comunidad y con el tiempo salen cada vez más veces.
o En un caso, en todas las salidas ha sido necesario estímulo para salir a la comunidad.
o En la gran mayoría de los casos, después de efectuar un análisis cualitativo de los registros de salidas, con el paso del tiempo se observa un mayor disfrute de la actividad y predisposición a salir a la comunidad.
o Respecto a esto último, también se evidencia en los comentarios de los participantes registrados después de las salidas y previos a las salidas.

IMPACTO DEL PROYECTO EN LA CONSECUCIÓN DEL LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO
El proyecto tenía como objetivo principal: Aumentar la frecuencia de las salidas al exterior del centro de estos usuarios y como objetivos secundarios:
Incidir en la sintomatología negativa
Mayor interacción social en un entorno normalizado
Mantenimiento/ mejora de las habilidades sociales
Mantenimiento/mejora de hábitos e intereses
Mantenimiento/mejora de hábitos de higiene y vestido
Mantener el mayor tiempo posible los vínculos sociales y familiares
Estimulación física: fomentar la deambulación y mantener/mejorar su resistencia física
Estimulación cognitiva: atención, orientación temporal (horarios, fechas, festividades,… en relación con las salidas), orientación espacial (recorridos por la ciudad), orientación a la realidad, memoria (espacial, nominal,…), reminiscencia, calculo aritmético, lenguaje, seguir instrucciones, toma de decisiones,…

En relación al objetivo principal, con este proyecto se ha conseguido aumentar la frecuencia de las salidas al exterior del centro de estos usuarios, tal y como ha quedado patente en el apartado de resultados alcanzados en relación al indicador del proyecto.
En relación a los objetivos secundarios, con este proyecto se ha conseguido incidir además de en la sintomatología negativa (apatía, abulia, anhedonia,…), en las múltiples consecuencias de la pérdida de contacto con el exterior de los pacientes con trastorno mental grave institucionalizados, tal y como se indican a continuación:

• Escasas interacciones sociales y perdida de habilidades sociales:
Se vieron mitigadas al aumentar la interacción con el entorno normalizado.

• Pérdidas de lazos familiares y amistades:
Durante las salidas algunos pacientes se encontraron con vecinos, amigos, conocidos, a los que reconocieron y hubo respuesta emocional, saludo e interacción con ellos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

- Pérdidas de intereses educativos/formativos:

Las visitas de interés cultural, turístico, eventos y exposiciones, despertaron inquietud en determinados pacientes, formulando preguntas, despertando curiosidades y avivando el interés por la información.

- Pérdidas de hábitos e intereses de ocio y tiempo libre:

Se consiguió que parte de la rutina adquirida en la institución se rompiera. Aumentaron sus ganas de salir del centro demandando su realización periódica y mostrando su descontento cuando no se salía.

- Pérdida de habilidades sociales:

Ha aumentado la comunicación de los pacientes a través del lenguaje, mayor capacidad de seguir una conversación con contenido informativo, seguimiento de instrucciones, toma de decisiones

- Pérdida de hábitos de higiene y vestido:

Mayor preocupación por su aspecto, reclamando cierta indumentaria adaptada al exterior, repercutiendo en una mejora general de su imagen, vestido y estética.

- Disminución de la estimulación cognitiva:

Orientación temporal (horarios, fechas, estaciones, festividades,…)
Orientación espacial (recorridos por la ciudad)
Orientación a la realidad (acontecimientos…)
Estimulación de la memoria (nominal, episódica, reminiscencia,
Reconocimiento de personas conocidas
Mayor atención

- Sedentarismo:

Debido a que las salidas se han realizado a pie, se ha fomentado el ejercicio físico, mejorando su resistencia y salud física día a día. La distancia entre el hospital y el centro histórico ya es en sí misma significativa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

- Teniendo en cuenta los resultados obtenidos tanto los cuantitativos como los cualitativos, este proyecto ha favorecido que más de la mitad de los candidatos a participar en las salidas retomaran su contacto con la comunidad.
- Ha existido una muy buena aceptación del proyecto por parte de los pacientes incluidos en el mismo, además de una excelente predisposición a su realización.
- Se ha conseguido que cierto tipo de pacientes con elevadas dificultades en las relaciones sociales y tendencia al aislamiento se interesen por la actividad o incluso reclamen su realización periódica.
- El fomento de las salidas de pacientes institucionalizados con Trastorno Mental Grave ha propiciado el contacto con otras personas, conocidas o no, fuera del centro. Este hecho ha sido vivido con agrado.
- A nivel profesional ha resultado una actividad gratificante y sumamente enriquecedora para el conocimiento de las habilidades de comunicación, comportamentales y de relación de este tipo de pacientes fuera de la institución.
- Dado el bajo coste, que no necesita presupuesto adicional además del enganche y buena respuesta de los pacientes, es viable su mantenimiento a lo largo del tiempo.

RECOMENDACIONES

1. Dado que ningún participante ha salido por su cuenta después de finalizar el proyecto y que los datos cualitativos reflejan un interés creciente en los participantes por realizar estas salidas programadas, sería beneficioso el mantenimiento de esta actividad en el centro, programando regularmente salidas a la comunidad con personal de apoyo para favorecer el contacto de estos usuarios con la comunidad.
2. Como en la selección de los candidatos a participar en las salidas han tenido que quedar excluidos usuarios con limitaciones físicas por patología o edad (ver apartado selección de los candidatos) sería conveniente finalizar la tramitación de la compra del vehículo adaptado para el centro para favorecer las salidas a la comunidad de estos usuarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1554 ========== ***

Nº de registro: 1554

Título
ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

Autores:
MARTINEZ SOTO ALMUDENA, RUEDA GARFELLA CARMEN, CARCELERO ASENSIO PILAR, GARCIA JIMENEZ JESUS, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, LOPEZ GARCIA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muchos casos de trastorno mental grave institucionalizados en la ULE con el paso del tiempo dejan de salir progresivamente del centro e interaccionar con el exterior pese a ser un centro abierto. Estos usuarios no salen a la comunidad salvo por circunstancias excepcionales: médicas, trámites burocráticos,…
-Las causas más frecuentes son:
Sintomatología negativa: apatía, abulia, anhedonia,…
Perdidas de vínculos familiares y sociales
Tiempo en la institución
Aceptación de su sintomatología por parte de los profesionales
Falta de estímulo por parte de los profesionales de sus hábitos e intereses
Disminución de la movilidad por la edad, enfermedades orgánicas, sintomatología negativa,…
Distancia de CRP al centro de la ciudad
Barreras arquitectónicas en la ciudad
-Las consecuencias más relevantes de la perdida de contacto con el exterior pueden ser:
Perdidas de lazos familiares y amistades
Relaciones sociales restringidas
Disminución de las interacciones sociales normalizadas
Perdidas de habilidades sociales
Perdidas de hábitos e intereses educativos/formativos
Perdidas de hábitos e intereses de ocio y tiempo libre
Perdida de hábitos de higiene y vestido
Disminución de la estimulación cognitiva
Sedentarismo
Institucionalización
Desconexión con la sociedad
Estigma

RESULTADOS ESPERADOS
-Principal:
Aumentar la frecuencia de las salidas al exterior del centro de estos usuarios
-Secundarios:
Incidir en la sintomatología negativa
Mayor interacción social en un entorno normalizado
Mantenimiento/ mejora de las habilidades sociales
Mantenimiento/mejora de hábitos e intereses
Mantenimiento/mejora de hábitos de higiene y vestido
Mantener el mayor tiempo posible los vínculos sociales y familiares
Estimulación física: fomentar la deambulación y mantener/mejorar su resistencia física
Estimulación cognitiva: atención, orientación temporal (horarios, fechas, festividades,… en relación con las salidas), orientación espacial (recorridos por la ciudad), orientación a la realidad, memoria (espacial, nominal,…), reminiscencia, calculo aritmético, lenguaje, seguir instrucciones, toma de decisiones,…

MÉTODO
Reunión del equipo multidiscipinar para detectar y seleccionar los usuarios candidatos a participar en el programa
Reunión del equipo multidiscipinar previa a cada salida para seleccionar los candidatos y organizar la salida
Reserva de vehículo para los usuarios de movilidad reducida (el resto de los usuarios se desplazan andando) previa a la salida
Supervisión de la higiene y vestido de los candidatos previa a la salida (apartado a punto 9)
Salidas regulares a la comunidad de los participantes con el personal del centro (apartado b punto 9)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

Reunión del equipo multidiscipinar después de cada salida para evaluarla y registrarla

INDICADORES
-Indicador: % de usuarios con TMG de la ULE que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente. Tendrán esta consideración los usuarios que han participado en el 25% de las salidas en las que han sido candidatos aunque se trasladen a otras unidades.
No se computaran las salidas en las que no participen por una causa justificada: visita médica, visita familiar, estancias en el domicilio familiar, tolerancia a ese tipo de salida, enfermedad orgánica y descompensación psicopatológica,..
-Resultados mínimos a alcanzar: 15% de usuarios con TMG que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente
-Fuente de datos: registro de las salidas

DURACIÓN
Duración: 2017
Fecha de inicio: 01/01/17
Fecha de fin: 31/12/17
Programación de las salidas a la comunidad: Se efectuarán un promedio de 1-2 salidas a la comunidad mensuales a terrazas, eventos locales, exposiciones,…, durante la primavera y el otoño en función de la climatología. Durante el verano y el invierno, si la climatología acompaña, se realizarán salidas puntuales (fiestas del Ángel, navidades, medievales,…)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0480

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ENGUITA FLOREZ
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CALOMARDE MAGDALENA
SANZ LATORRE ANTONIO
SANCHEZ RODRIGO ANA JULIA
YUSTE VICENTE FELISA
ESPARZA IZQUIERDO EDURNE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
? - Se elabora por escrito un programa titulado “Programa AVD: sesiones grupales”, en formato cuadernillo, que se imprime y queda ubicado en el despacho de Terapia Ocupacional y de enfermería. En dicho dossier, se explica una breve introducción, la organización del programa (responsables, evaluaciones,…), así como el desarrollo de las diferentes sesiones y actividades del programa.
- Como material complementario, se elaboran diferentes PowerPoint, que quedan grabados en el ordenador portátil de la sala de actividades de la 1ª planta, ordenador que se utiliza para las sesiones junto a un proyector.
? - Estas sesiones grupales están encuadradas en la rutina de actividades rehabilitadoras de la Unidad de Media Estancia, los jueves de 10:15 a 11:15h. Además, se añaden actividades prácticas nuevas de autocuidados y tareas de AVD dentro del horario de actividades de la unidad, como higiene bucodental a las 21h, ordenar los armarios los martes por las tarde,…. Dicho horario se cuelga en el tablón de anuncios de la 1ª planta para que tanto profesionales como pacientes lo puedan consultar.

CALENDARIO:
? - OCTUBRE 2016: revisión bibliográfica sobre el tema, búsqueda de programas, guías y evaluaciones.
? - NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016: elaboración de PowerPoint y actividades del programa. Elección de la escala de evaluación
? - ENERO – MARZO 2017: información al equipo multidisciplinar del proyecto e inicio de puesta en práctica del programa.
? - ABRIL 2017: Feedback, modificaciones del programa según experiencia obtenida
? - MAYO 2017: diseño e impresión del cuadernillo definitivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
? - Proporción de pacientes de nuevo ingreso que, a partir de febrero 2017, fueron incluídos en el nuevo programa de AVD = 100%. Todos los pacientes de la unidad participan en las sesiones grupales y/o en las tareas rutinarias de la unidad relacionadas con las AVD (taller de cocina, turnos del comedor, lavado de la ropa, limpieza de las habitaciones, higiene bucodental, orden del armario,…)
? - Creación por escrito de un Programa de AVD = SÍ. Dicho cuadernillo queda ubicado en los despacho de TO y enfermería, además de grabarse en el servidor de ficheros de la unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez finalizado el proyecto, y ya instaurado el programa, creemos que es realmente útil tener un material accesible a todo el personal (tanto fijo como temporal o eventual) que nos permite agilizar la preparación de las actividades, lo que ahorra tiempo de trabajo. Además se mejora la unificación de criterios, tareas y se favorece la coordinación multidisciplinar.
Creemos que ha sido un proyecto eminentemente práctico, nos ha dado pie a aumentar las rutinas relacionadas con las AVD y podría ser interesante compartir experiencias de programas propios con otras unidades similares a la nuestra.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/480 ========== ***

Nº de registro: 0480

Título
MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0480

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR, GARCIA CALOMARDE MAGDALENA, SANZ LATORRE ANTONIO, SANCHEZ RODRIGO ANA JULIA, YUSTE VICENTE FELISA, ESPARZA IZQUIERDO EDURNE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .:
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP) son dispositivos diseñados para impartir programas individualizados de rehabilitación a personas con una enfermedad mental crónica (EMC) que posean un déficit funcional y de autonomía, tanto social como personal, con el fin de que puedan recuperar o compensar habilidades que les sean útiles para integrarse en la sociedad con un funcionamiento adecuado, autónomo y eficaz.
Uno de esos programas debe estar enfocado hacia las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que las podríamos definir como “todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo de manera diaria, encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que realizamos de forma lo más autónoma posible”.
El objetivo que se persigue con este programa es que el paciente alcance el mayor grado posible de autonomía dentro de sus propias capacidades, habilidades e intereses. Es decir, que el sujeto sea capaz de realizar las AVD sin depender de nadie o con la mínima ayuda posible.

En función de su finalidad, las AVD se clasifican en:
? - AVD básicas (ABVD) o autocuidado: su objetivo es garantizar la supervivencia y el bienestar a través del cuidado del propio cuerpo.
? - AVD instrumentales (AIVD): proporcionan independencia y requieren interacciones más complejas.

Las personas con problemas de salud mental que son atendidas en nuestra unidad pueden tener dificultades en la ejecución de cualquiera de estas tareas, debido a diversos factores propios de la enfermedad, como:
? - Síntomas positivos o productivos
- Síntomas negativos
? - Pérdida de hábitos
? - Tipo de personalidad y costumbres
? - Modelos familiares y/o psicosociales
? - Habilidades y destrezas

Desde la creación de la Unidad de Media Estancia de Teruel en 2008, se han venido trabajando todas estas actividades, si bien la experiencia nos hace plantearnos mejorar ciertos aspectos y encuadrarlos dentro de un programa más específico y mejor organizado de rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
? - creación por escrito de un Programa de AVD para la Unidad de Media Estancia (UME) de Teruel
? - desarrollar el máximo nivel de autonomía de las personas con EMC que ingresen en la unidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
? - elaboración de un programa de sesiones grupales de tipo motivacional y psicoeducativo, encuadrándolas dentro del horario de actividades de rehabilitación
? - organización de sesiones prácticas grupales y/o individualizadas, encuadrándolas dentro del horario de rutinas del centro
? - identificación de responsables de cada actividad

MÉTODO
El programa se compondrá de 3 tres procesos (valoración al ingreso, participación en el programa y reevaluación periódica) y se diseñará mediante reuniones mantenidas por los miembros de este proyecto de calidad (auxiliares de enfermería, enfermería y terapia ocupacional), e incluyendo además otros componentes del equipo multidisciplinar (trabajo social).
Dicho programa se compondrá de diferentes actividades (grupales e individuales), cuyos responsables serán decididos al planificar las mismas.
Finalmente, la elaboración de un dossier escrito permitirá que todo el personal del centro (tanto fijo como temporal) pueda incorporar y asimilar sin problemas las tareas del programa.

INDICADORES
?- Proporción de pacientes de nuevo ingreso que, a partir de febrero 2017, serán incluídos en el nuevo programa de AVD = 100%
?- Creación por escrito de un Programa de AVD = SÍ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0480

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

DURACIÓN
?- Del 15 de octubre al 31 de diciembre 2016: reuniones periódicas para planificar el programa, organización de todas las actividades (valoración, sesiones grupales, actividades prácticas,…) y elección de responsables
?- Del 1 al 31 enero 2017: informar del programa al resto de profesionales del centro
?- Del 1 febrero al 30 de abril 2017: puesta en marcha del programa y recogida de información sobre el funcionamiento del mismo
?- Del 1 mayo al 30 junio 2017: creación por escrito del Programa de AVD definitivo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0143

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION WEB "CHECKTHEMEDS"

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA CORREA BALLESTER
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ MARTIN JULIA
FORCANO GARCIA MERCEDES
MARTINEZ LAFUENTE MARIA BELEN
ESTEBAN MARTIN AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-En agosto de 2016 se solicita a la Dirección de Gestión del Sector de Teruel la renovación de la suscripción de la aplicación informática necesaria para la realización del proyecto (iniciado en 2015). Se obtiene la suscripción en noviembre de 2016, por lo que el calendario previsto se modifica, siendo de 1 de enero a 31 de diciembre de 2017.
-En enero se inicia la revisión global de los tratamientos de los nuevos residentes, así como de residentes con ingresos previos a esta fecha si son solicitados por su médico responsable. Los informes generados por la aplicación se facilitan a la geriatra para su valoración. Es la geriatra la que se pone en contacto con el médico responsable del residente que, en última instancia, realizará las modificaciones que considere factibles.
-En enero de 2018 se revisan los perfiles farmacoterapéuticos de los residentes con informe elaborado y se verifica si ha habido cambios respecto al tratamiento de ingreso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- (nº informes de tratamiento de nuevos ingresos/nº nuevos ingresos) x 100: 108/118= 91.52%
- número informes de tratamientos de residentes ingresados previamente a enero de 2017: 73
- (nº tratamientos modificados tras informe/nº informes de tratamiento) x 100 (*): 22/108= 20,37%

Fuente: Base de datos CheckThe Meds; Indicadores de Gestión de Residencia Javalambre. Base de datos de residentes Residencia Javalambre.
Método de obtención: Revisión de listado farmacoterapéutico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La herramienta CheckTheMeds es una herramienta útil para la revisión farmacoterapéutica de los tratamientos de los residentes, el informe elaborado es claro y conciso.

El tiempo empleado en la introducción de los datos en la aplicación es asumible y puede incorporarse a la rutina de trabajo, aunque existen dificultades en momentos puntuales para hacerlo sin retraso (periodos vacacionales de las farmacéuticas)

Ha habido dificultades para la revisión de los informes por la geriatra, debido fundamentalmente a que la solicitud de interconsultas no deja tiempo suficiente. Sería recomendable incorporar la revisión farmacoterapéutica en el momento del ingreso del residente (actualmente no se hace de forma estructurada) y proporcionar, preferiblemente en la misma semana, el informe al médico responsable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/143 ========== ***

Nº de registro: 0143

Título
OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACIÓN WEB "CHECKTHEMEDS"

Autores:
CORREA BALLESTER MARTA, HERNANDEZ MARTIN JULIA, FORCANO GARCIA MERCEDES, MARTINEZ LAFUENTE MARIA BELEN, ESTEBAN MARTIN AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0143

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION WEB "CHECKTHEMEDS"

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Polimedicación
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La medicación es la intervención médica más utilizada para mejorar la salud. Sin embargo, al mismo tiempo, la polifarmacia se asocia a un incremento del riesgo de efectos adversos, interacciones, menor adherencia al tratamiento, más hospitalizaciones, mayor mortalidad e incremento de los costes. La polimedicación adquiere especial relevancia en el paciente anciano, población con un mayor riesgo de reacciones adversas, debido a cambios fisiológicos, fragilidad y comorbilidad.
Existen diversas intervenciones dirigidas a optimizar la terapia farmacológica y evitar los riesgos derivados del uso de fármacos. En pacientes ancianos polimedicados, la atención farmacéutica que incluye revisión de la medicación en colaboración con profesionales clínicos de distintos ámbitos o los sistemas electrónicos de ayuda a la toma de decisiones han demostrado reducir la prescripción inapropiada y los problemas relacionados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Optimizar la terapia farmacológica de los residentes de la Residencia de Ancianos Javalambre

MÉTODO
MÉTODO:
Revisión global de los tratamientos farmacológicos mediante la utilización de la aplicación web "CheckTheMeds".
La aplicación permite la revisión del tratamiento considerando, posibles interacciones entre fármacos, datos demográficos (edad, sexo, altura y peso) y datos clínicos (diagnósticos, alergias, intolerancias, grado de insuficiencia renal, hepática…); tras la evaluación proporciona información sobre:
- Alertas por escenarios clínicos de riesgo evitables
- Alertas para la deprescripción de fármacos sin beneficio
- Alertas de dosis inadecuadas
- Alertas para buscar alternativas con menor riesgo beneficio

La aplicación elabora un informe resumen con los datos introducidos y recomendaciones basadas en criterios STOPP-START 2014, Beers 2012 y PRISCUS 2010, recomendaciones de distintas sociedades científicas del año 2014 y alertas o e interacciones entre medicamentos.

Semanalmente la farmacéutica realizará la revisión global de los nuevos ingresos de la Residencia Javalambre y de otros residentes (número no determinado a priori). Los informes obtenidos se enviaran a la geriatra que en colaboración con los médicos de la Residencia realizará, si procede, la adecuación de los tratamientos.

INDICADORES
- (nº informes de tratamiento de nuevos ingresos/nº nuevos ingresos) x 100
- número informes de tratamientos de residentes ingresados previamente a octubre de 2016
- (nº tratamientos modificados tras informe/nº informes de tratamiento) x 100

DURACIÓN
Se retomará la actividad en cuanto se disponga de la herramienta informática (pendiente de trámite de pago), previsiblemente 1 de octubre de 2016.
Duración: de 1 de octubre de 2016 a 30 de septiembre de 2017 (vigencia de la licencia)

OBSERVACIONES
PROYECTO CONTINUACIÓN DEL REALIZADO EN 2015

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0674

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PALOMA GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OSCA GUADALAJARA MARTA
VICENTE ROMERO MARIA JESUS
VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT
VIAL ESCOLANO RAQUEL
FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA
VILLALTA MARTIN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Valoración funcional (basal, al ingreso y al alta) y administración del índice CONUT a los pacientes ingresados por fractura de fémur por fragilidad en el servicio de COT del Hospital Obispo Polanco.
Prescripción de suplementación oral nutricional (SON) en casos de riesgo y de malnutrición.
Se ha incluido en el análisis a los pacientes ingresados por este motivo en el 2º semestre de 2017 en lugar de en el 1º, como estaba previsto, debido a los cambios de facultativos con motivo de los traslados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La situación funcional previa al ingreso de los pacientes con fractura de fémur por fragilidad en Teruel era de autonomía moderada para las actividades básicas de la vida diaria, con índice de Barthel (IB) basal de 75/100, a pesar de ser una población muy envejecida, con una mdia de edad de 84'7 años.. En el momento del ingreso eran totalmente dependientes (IB 8/100), y en el momento del alta del Hospital de agudos de 55/100, después de una estancia media de 6'99 días. La puntuación del índice CONUT al ingreso se encontraba en torno a 5, que indica un riesgo moderado de malnutrición. Se han prescrito SON, pero la brevedad de la estancia hospitalaria no ha permitido la evaluación del efecto de la suplementación en la recuperación, tiempo de ingreso y costes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La recogida de datos de la ingesta dietética y la de parámetros antropométricos ha sido irregular, hecho que se ha relacionado con la variabilidad de los profesionales de enfermería de la planta de COT, debido a las adaptaciones realizadas en la misma para incluir a los servicios de Urología y a pacientes de Medicina Interna.
El seguimiento conjunto de los pacientes por los servicios de COT y Geriatría no se ha podido realizar debido a la estructura física y de agendas de las consultas externas de ambas especialidades.
Se PROPONE, por parte de mbos equipos:
1) incluir la realización del MNA-SF en el protocolo de ingreso del paciente con fractura de fémur (por enfermería de planta).
2) Garantizar el seguimiento conjunto por parte de COT y Geriatría con el objetivo de reducir en lo posible el riesgo de complicaciones y asegura que el resultado de la atención sanitaria sea la autonomía del paciente o, al menos, la mejora funcional. Para ello se han programado reuniones para centralizar el seguimiento en el Hospital San José (dispone de espacio físico y de radiología), citando a los pacientes en jueves (día que se desplazan los FEA de Traumatología para hacer el seguimiento de los pacientes que acuden a Hospital de Día Geriátrico y de los ingresados en planta) y liberando parte de la agenda de una de las FEA de Geriatría para dedicarla a ello.

7. OBSERVACIONES.
Los componentes del equipo de mejora han cambiado respecto a los incluidos en el momento de presentación del proyecto, debido a los cambios de personal facultativo motivados por los traslados.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/674 ========== ***

Nº de registro: 0674

Título
DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA

Autores:
GONZALEZ GARCIA PALOMA, OSCA GUADALAJARA MARTA, VICENTE ROMERO MARIA JESUS, SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, VILLALTA MARTIN ANA, VIAL ESCOLANO RAQUEL, FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA, QUILEZ SALAS NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0674

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FRACTURA DE FÉMUR POR FRAGILIDAD
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La desnutrición es muy prevalente en los pacientes con fractura de cadera y se asocia a mayor incidencia de complicaciones y a estancias hospitalarias más prolongadas. El estado nutricional de los pacientes empeora durante el ingreso. La suplementación nutricional oral (SNO) reduce las complicaciones y la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar la relación entre la fractura de cadera y la desnutrición en el anciano, así como la relación entre la SNO y la recuperación/tiempo de ingreso y los costes.

MÉTODO
Valoración nutricional completa a todos los pacientes mayores de 69 años que ingresan por fractura de fémur en el Hospital Obispo Polanco (historial clínico, tratamiento, situación socio-demográfica, Pffeifer, Barthel, IMC, CB, CP, PCT, TR, parámetros BQ bioimpedancia, registro de infestas (mediante entrevista dietética), valoración de la disfagia, peso ideal y % de pérdida de peso, evaluación del riesgo de complicaciones tras intervención. Todo ello se realizará directamente a los enfermos, salvo en el caso de deterioro cognitivo moderado-grave que podrán intervenir los familiares en el siguiente punto: entrevista dietética. Se establecerán 3 grupos: pacientes desnutridos, casos y controles. Se intervendrá mediante SNO en los pacientes desnutridos y en los casos. Se revaluarán de forma previa al alta, al mes y a los 3 y 6 meses.

INDICADORES
Control de peso e IMC.
Control de parámetros antropométricos: circunferencia braquial y de la pierna.
Control de parámetros bioquímicos: albúmina, colesterol.
Evolución funcional a través del índice de Barthel.

DURACIÓN
Inicio en enero de 2017, inclusión de todos los pacientes con fractura de fémur del 1/1/17 al 30/6/17 (planta de hospitalización de Traumatología del Hospital Obispo Polanco + unidad de rehabilitación funcional del Hospital San José). Seguimiento al mes (consulta de Traumatología), 3 y 6 meses del alta (telefónica y consulta de Geriatría).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0804

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES FORCANO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIAL ESCOLANO RAQUEL
MARTINEZ FABRE DANIEL
GUILLEN LEREU MARIA ANGELES
GARCIA SANZ MONTSERRAT
VIDAL SANZ ANA MARIA
PONZ FLOR INMACULADA
ALMAZAN CALVE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º. Sesiones de formación al personal sanitario: noviembre 2016-junio 2017
-Taller en curso de formación sobre final de vida : ”Abordaje de la agonía” . Merche Forcano. “Atención de la espiritualidad en el final de la vida” Rosa Alegre. Hospital San José.
-Sesión hospitalaria: “Control de síntomas en Cuidados Paliativos”. Raquel Vial y Maria Angeles Guillen. Hospital San José
- Taller de formación. “Comunicación con el paciente en final de vida, capacitación en recursos emocionales, acompañamiento” Pilar Barreto, Psicóloga de Valencia
-Sesión hospitalaria: “Niveles de intervención terapéutica”. Daniel Martinez. Hospital San José.
-Sesión hospitalaria: “Atención psicológica del paciente y su familia. Alicia Martinez. Hospital San José.
-Sesión hospitalaria: “El trabajo en equipo interdisciplinar” Daniel Martinez. Hospital San José.
2º. Elaboración del protocolo "SUD" (situación últimos días), por equipo interdisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajo social y psicóloga), revisiones. Definición de escalas pronósticas, responsables de cada proceso, comunicación de SUD al equipo. Trabajo en adecuación de esfuerzo diagnóstico y terapéutico, y niveles de intervención terapéutica (se definen intervenciones y tratamientos a eliminar, así como cuidados a destacar). Utilización de escala de Menten de agonía y escala de sedación de Ramsay. Reuniones de equipo (Enero-junio 2017).
3ª Comunicación con el paciente: trabajo de habilidades en la línea de facilitar resolución de conflictos, despedidas y legado antes de la muerte, conocimiento de los deseos y preferencias del paciente, hablar sobre la posibilidad de sedación si síntomas refractarios. Trabajo interdisciplinar con apoyo de psicóloga.
5ª Proceso de atención en el momento del éxitus: definir actuaciones por el equipo, cuidados post-mortem, apoyo y acompañamiento a los familiares, facilitar la despedida. Abordaje del duelo familiar y del duelo por el equipo.
6ª Aplicación del protocolo a pacientes ingresados en el Hospital San José. (junio-noviembre 2017)
7ª Recogida de datos y análisis de resultados. (enero 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1. Nº de pacientes con evaluación del pronóstico/total pacientes ingresados en Unidad de Paliativos: 85%
2. Nº de pacientes con identificación agonía/número total de pacientes fallecidos en Unidad de Paliativos: 90%
3. Número de pacientes con registro de consentimiento de sedación paliativa/número de pacientes con sedación en Unidad de Paliativos. 98%
-Elaboración del protocolo SUD para orientación y facilitación de su seguimiento por los trabajadores del hospital. Difusión al personal.
-Asistencia a las sesiones de formación: 45% de los trabajadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es de vital importancia trabajar la atención en los momentos finales de vida, tanto para el paciente como para su familia o acompañantes. Consideramos que un indicador de calidad importante en una Unidad de Cuidados Paliativos es disponer de un protocolo SUD y de su conocimiento e incorporación por el personal sanitario. Trabajar la adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico, permite al paciente llegar al momento final de vida de forma más confortable y con mayor dignidad. Es imprescindible en toda Unidad de Cuidados Paliativos contar con Psicólogo, que pueda apoyar tanto al paciente, a la familia, y al equipo de trabajadores en este difícil e importante proceso. Convendría facilitar a los trabajadores la asistencia a estas sesiones formativas, y repetirlas en distintos horarios.

7. OBSERVACIONES.
Nuestra preocupación actual, es que una vez iniciado este proceso y puesto en marcha, no disponemos de Psicólogo de forma definitiva, ya que finaliza su contrato en unos meses; toda Unidad de Cuidados Paliativos debe disponer de un Psicólogo. Esto dificulta de forma notable la calidad y la asistencia en la Unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0804

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/804 ========== ***

Nº de registro: 0804

Título
MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Autores:
FORCANO GARCIA MERCEDES, VIAL ESCOLANO RAQUEL, MARTINEZ FABRE DANIEL, GUILLEN LEREU MARIA ANGELES, GARCIA SANZ MONTSERRAT, VIDAL SANZ ANA MARIA, PONZ FLOR INMACULADA, ALMAZAN CALVE MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD AVANZADA ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atención al final de la vida

PROBLEMA
La valoración adecuada del pronóstico del paciente en fase de enfermedad avanzada, oncológica y no oncológica, es un aspecto difícil para la mayoría de los médicos. Tiende a sobreestimarse la supervivencia. La comunicación del pronóstico es habitualmente obviada en el seguimiento de pacientes en situación de final de vida, lo que conlleva inadecuación de sus expectativas y retraso en la toma de decisiones. No es infrecuente que la fase de agonía acontezca de forma súbita, sin una adecuada preparación, ni tiempo para asumir con paz los cambios y manifestar necesidades. La familia del paciente necesita conocer este proceso para poder realizar un acompañamiento adecuado. Es preciso en estos momentos, evaluar los síntomas con exactitud, revisión contínua, manejo de fármacos y el apoyo emocional y espiritual necesario. La identificación de la agonía, el tratamiento adecuado y la cercanía a pacientes y familiares, facilitaran morir con dignidad y evitarán duelos complicados.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Realizar una valoración del pronóstico en fase final de vida
2. Identificar los criterios de agonía en el enfermo terminal
3. Comunicar de forma adecuada y adaptada a cada paciente
4. Facilitar la toma de decisiones del paciente de forma precoz
5. Potenciar un acompañamiento psicosocial y espiritual, que mejore los últimos días
6. Potenciar un duelo saludable en los familiares del paciente

MÉTODO
1. Elaboración de un protocolo y actividades médicas y de enfermería, en la atención de la agonía y proceso de muerte de pacientes ingresados.
2. Seleccionar escalas pronósticas en el paciente con enfermedad avanzada oncológica (Karnofsky y PaP-D-score) y no oncológicas (NHO).
3. Conocer y aplicar la escala de Menten, para pre-agonía y agonía. Identificar signos y síntomas.
4. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Diferentes niveles. Hidratación, nutrición, fármacos, procedimientos...Permitir muerte natural.
5. Trabajo multidisciplinar, redefiniendo objetivos y planes de cuidados cada 24 horas
5. Acompañamiento al paciente, detectando recursos del mismo, afrontamientos, resolución de conflictos antes de la muerte.
6. Últimas voluntades, representación, despedidas y legado.
6. Criterios de sedación paliativa en agonía. Consentimiento y registro.
7. Atención del duelo. Explicación del proceso de muerte a la familia. Seguimiento posterior.
8. Aspectos del entorno: intimidad, horarios, higiene...
9. Cuidados postmortem

INDICADORES
1. Nº de pacientes con evaluación del pronóstico/total pacientes ingresados en Unidad de Paliativos
2. Nº de pacientes con identificación agonía/número total de pacientes fallecidos en Unidad de Paliativos
3. Número de pacientes con registro de consentimiento de sedación paliativa/número de pacientes con sedación en Unidad de Paliativos

DURACIÓN
Noviembre-diciembre: formación del personal sanitario, pronóstico de enfermedad avanzada, taller de agonía, control síntomas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0804

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Enero: taller de comunicación en final de vida, capacitación en recursos
Febrero: elaboración de protocolo de atención en agonía, al paciente y la familia.
Marzo-Octubre: aplicación del protocolo y criterios
Noviembre: análisis de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA GONZALEZ EIZAGUIRRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO AGUSTIN MARIA
FERNANDEZ MINAYA CAROLINA
LINGE MARTIN MAGDALENA
RUEDA GARCIA EVA
ESTABAN SILVESTRE CONCEPCION
PANADERO ROMERO MARISA
TORRES ARANDA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Institucionalización de reuniones interdisciplinares con las especialidades y el personal sanitario a fin de establecer los criterios para la redacción del plan de calidad de educación sanitaria en movilizaciones y rehabilitación postquirúrgica desde una visión comprensiva de las áreas funcional, psicológica y social que ayuden al paciente y a sus familiares a enfrentar ese proceso.

- Redacción de un Protocolo de rehabilitación progresivo que incluye una serie de procedimientos e intervenciones para la mejora del manejo global del paciente encaminado a acortar el tiempo de hospitalización. Valoración en la limitación de medidas terapéuticas en el tratamiento.

- Organización de sesiones de trabajo para formar al personal sanitario en la sistematización de procedimientos de rehabilitación integral postquirúrgica durante el ingreso hospitalario y de las pautas básicas que debe trasladar al paciente tras la incorporación a su lugar de residencia habitual.

- Instruir al personal sanitario sobre la optimización de los servicios, material y ayudas técnicas que ofrecen los servicios de Traumatología y Geriatría.

- Flexibilización de las condiciones de estancia y horarios durante el ingreso.

- Realización de charlas pedagógicas a los familiares y cuidadores destinadas a aportarles unos conocimientos básicos en las movilizaciones adecuadas en los pacientes a su cargo que han sido intervenidos quirúrgicamente de cadera y rodilla con el objetivo de que se mentalicen de la duración y complejidad del proceso y de la importancia de llevar a cabo la rehabilitación por fases técnicas de trasferencia.

- Implementación de talleres y fortalecimiento de redes sociales para la cohesión y como cauce de comunicación entre el equipo multidisciplinar.

- Impresión de folletos divulgativos con indicaciones sobre las precauciones de movimiento, ejercicios básicos a realizar en la cama, realización de las tareas básicas (levantarse de la cama, caminar distancias cortas y usar el baño) y que hagan que el paciente adquiera un rol activo en su rehabilitación. También se reseñarán aspectos relativos al abordaje de las tareas cotidianas de manera sencilla cuando se reintegre a su domicilio. En este folleto se han detallado las características de la rehabilitación en el hospital (información de los ejercicios básicos en cama, explicaciones sobre la importancia de iniciar cuanto antes el movimiento y medidas de autoprotección discriminadas en virtud de la fractura, indicaciones sobre los pasos a seguir para levantarse de la cama, como utilizar el andador cuando llegue el momento, las pautas para sentarse y utilizar el inodoro), una pequeña guía ilustrada de cómo ejecutar las tareas cotidianas de manera sencilla y segura (asearse, vestirse) así como una serie de consejos prácticos sobre la preparación para el regreso al domicilio.

- Activación de un sistema de evaluación de los resultados del Plan, destinado tanto al personal sanitario como a los pacientes para introducir, en su caso, las modificaciones pertinentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha establecido una metodología de trabajo sistematizada y trasversal con las especialidades y personal de todos los niveles asistenciales implicados. El calendario que se fijó se ha cumplido inicialmente y ha sido en este foro donde se han diseñado las acciones de educación sanitaria en movilizaciones y rehabilitación postquirúrgica. Estas acciones has estado sujetas a constante revisión en función de los resultados que arrojaban, introduciendo los elementos correctores precisos lo que ha sido posible por el fortalecimiento de la comunicación en redes del equipo multidisciplinar.

- La Unidad de Ortogeriatría ha arrojado un excelente resultado en cuanto a la disminución del riesgo de deterioro funcional tras el alta hospitalaria y una reducción en la duración de las estancias hospitalarias derivadas de ingresos por cirugía de cadera y rodilla en el paciente geriátrico.

- Estudio de realización de sesiones monográficas de trabajo con el personal sanitario por estamentos para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

informar de los objetivos del Programa y las medidas a implementar. Obejtivo: dossier con pautas sobre las acciones precisas para reducir el deterioro funcional del anciano y la agilización del proceso de recuperación tras cirugía de cadera y rodilla, tanto médicos, como de aplicación de otras ayudas técnicas, fisioterapéuticas y psicológicas. La eficacia se ha evidenciado en la implantación de mejoras en la limitación de algunas medidas terapéuticas (sondajes vesicales, de sueroterapia a tratamiento oral, retirada de la SV) en la optimización de los recursos disponibles.

- Excelente respuesta del paciente y las familiares o cuidadores, con ganas de acudir a reuniones y conocer las charlas de los cuidado al cuidador en las que se les facilita información sobre la educación sanitaria precisa para acometer una correcta rehabilitación postquirúrgica sobre aquellos aspectos en los que es precisa su colaboración. Uno de los factores que ha contribuido al éxito ha sido la selección de pacientes programados para cirugía y realizar con ellos una promoción educativa previa a la realización de la misma. Otros aspectos como la flexibilización de los horarios durante la estancia hospitalaria, la mayor laxitud en la deambulación por pasillos, dar nociones básicas sobre higiene y otras de autoprotección de la cadera o rodilla han dado grandes resultados. Para facilitar a los destinatarios la retención de la información sumistrada se redactaron unos folletos de gran utilidad tanto durante el ingreso como al alta con medidas básicas a observar en domicilio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el tratamiento integral de la rehabilitación es determinante intentar restaurar la salud, mantener el mayor grado de independencia física y mental al objeto de limitar el deterioro funcional que es el indicador determinante en la calidad de vida del paciente geriátrico y principal predictor, con otros factores, del consumo sanitario por parte del anciano.
La eficacia y eficiencia de la educación sanitaria en la rehabilitación depende de variables como la coordinación del equipo multidisciplinar que aglutine a los distintos niveles asistenciales y las previsiones de cada uno de ellos, la correcta valoración integral que identifique los problemas médicos, físicos, mentales y sociales, la planificación precoz y anticipada de las necesidades, la realización de un plan terapéutico que incluya la rehabilitación apropiada, haciendo una revisión periódica de ese plan en reuniones interdisciplinarias para llevar a cabo las adaptaciones estructurales necesarias, realizar una formación continuada al personal sanitario y una estrategia de información a pacientes y familiares.
Todos estos parámetros se han ido cumpliendo salvo algunas previsiones que son de más difícil consecución y que están motivadas por causas exógenas al ser preciso el concurso de terceras personas -pacientes, familia y cuidadores-, cuya implicación hay que conseguir paulatinamente o por otras vinculadas a la disponibilidades presupuestarias que no son ilimitadas.
En los que están referidos al paciente y su familia o cuidador se requiere tiempo para concienciarles de la trascendencia de su implicación en la correcta evolución del plan de rehabilitación. Se trata de contemplar asimismo, aspectos psicosociales individualizados para prever la estrategia más adecuada en cada caso.
En cuanto a las disponibilidades presupuestarias se trata de la posibilidad de contar con los recursos artéticos precisos que faciliten la movilidad del paciente de referencia y la adaptación del mobiliario a las necesidades de estos pacientes y que permita la ejecución del plan. A nivel informático también es indispensable una dotación para la realización de videos y reforzamiento de redes para aumentar el impacto del plan.
Se trata de un plan que como se ha apuntado, está dando excelentes resultados y cuya continuidad, habida cuenta de la estructura poblacional de Teruel, resulta imprescindible no sólo por lo que supone en la mejora de los procesos de rehabilitación sino porque ello, además, aumenta en el nivel de satisfacción de los usuarios un ahorro significativo al disminuir la duración de los ingresos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/142 ========== ***

Nº de registro: 0142

Título
EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Autores:
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES, VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT, ROYO AGUSTIN MARIA, RUEDA GRACIA EVA, TORRES ARANDA BEATRIZ, ESTEBAN SILVESTRE CONCEPCION, FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA, PANADERO ROMERO MARISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los cuidadores de los pacientes acaecidos de cirugía de cadera y rodilla en el Hospital Obispo Polanco, en ocasiones desconocen como movilizar y ayudar en la rehabilitación de sus convalecientes. Dicha circunstancia provoca demoras en la mejora de la evolución de estos pacientes y estancias prolongadas hospitalarias.Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables.

RESULTADOS ESPERADOS
•Objetivo principal: Reducir el grado de deterioro funcional que sufre el paciente anciano durante su ingreso.. Educar y formar a los cuidadores de estos pacientes en la realización de una correcta fisioterapia para agilizar su proceso de rehabilitación. Aumentar la implicación de estos parientes en las movilizaciones de sus pacientes.
•Objetivos secundarios: Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización. Disminuir las estancias hospitalarias derivadas de la inactividad. Actualizar al personal sanitario

MÉTODO
•Realización de sesiones multidisciplinares y creación del equipo de calidad con el fin de:
1.Aclaración de competencias por parte de cada miembro
2.Realizar talleres de actualización de movilizaciones en personal sanitario. Instrucción que se realizará para cada estamento: movilizaciones por parte de auxiliares, enfermería, fisioterpia y médicos.
3.Implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos mediante charlas informativas de carácter educativo.
4.Implicación de los profesionales en la educación de pacientes/familiares, aumentando la estimulación en el ámbito laboral en beneficio de los pacientes
5. Promoción de la salud conforme a criterios Lalonde consensuado con los médicos de los diferentes servicios adheridos al programa: Traumatología, Rehabilitación y Geriatría.

•Realizar una labor educativa a los cuidadores mediante:

1.Realización de trípticos informativos acerca de las movilizaciones para repartir entre los familiares/cuidadores que precisan cirugía de cadera y rodilla.
2.Enseñanza en las habitaciones por parte del personal de como realizar actividades básicas.
3.Creación de vídeos para la difusión en la planta de Traumatología que se expondrían en un canal gratuito de los televisores de las habitaciones de las plantas de Traumatología y Geriatría. Estos mismos vídeos se colgarían también en un blog de Traumatología creado a tal fin.
4.Captación de pacientes programados para cirugía para la realización de promoción educativa previa al ingreso. En estas sesiones explicativas se comentarían aspectos sociales y funcionales a tener en cuenta antes de pasar por el proceso traumatológico.
5.Realización d blog online para facilitar la comunicación entre especialistas y pacientes con la supervisión del servicio de informática del Sector de Teruel.
•Mejorar los servicios, materiales y ayudas técnicas que se pueden ofrecer en la planta de Traumatología y Geriatria:

INDICADORES
Indicador 1: % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Agudos con autonomía en la deambulación y transferencias/ Nº total de pacientes ingresados
Indicador 2: % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Agudos con autonomía en la deambulación y transferencias/ Numero total de pacientes ingresados
Indicador 3: % de pacientes que permanecen encamados más de 48 horas tras cirugía / Numero total de pacientes ingresados
Indicador 4:N% de pacientes institucionalizados de novo al alta/ Numero total de pacientes ingresados
Indicador 5: Número de sesiones realizadas en fisioterapia¡a por cada paciente
Indicador 6: Nº de de pacientes que desarrollan Síndromes confusionales durante su ingreso/ Numero total de pacientes ingresados

DURACIÓN
Reuniones Organizativas: Marta Desde 2/18 al 2/19Desarrollo de material educactivo para personal sanitario

Todo el equipo/ F.E.A.S.2/18 al 3/1
Realización de charlas informativas al personal sanitario
Todo el quipo/Eva, Marisa y Beatriz : 1ª sesiones 4/18 y 5/18, y 11/18,12/18.
Creación de trípticos y blog (comrpra de dominio y hosting)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Todo el equipo:4/18 y 5/18.
Creación de videos explicativos y colocación en el blog y las habitaciones; Todo el equipo/María : 5/18 y 6/18
Mejora de los servicios materiales y ayudas técnicas: Todo:el equipo/Concepción n. Desde 2/18 al 6/18.
Captación de pacientes previo a la cirugía para promoción de salud . María . Desde 3/18 al 1/19.
Recogida de datos para realización de indicadores:Todo el equipo/ Carolina y Milagritos En 1/19
Redacción de resultado: Marta 2/19.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CASTRO VILELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORCANO GARCIA MERCEDES
GALA SERRA CARLOS
FANDOS SIERRA LAURA
DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES
MONTERO CERCOS PURIFICACION
PONZ FLOR INMACULADA
ESTEBAN MONTALAR CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
•Creación de equipo interdisciplinar formado por tres médicos geriatras, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería, una fisioterapeuta y una terapeuta ocupacional.
•Se realizaron 6 reuniones periódicas organizativas.
•En esta primera etapa se incluyeron pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatría. Se excluyeron pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel menor de 20.
•Se realizó una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario, durante el ingreso y al alta
•Se hicieron carteles con iconografía para identificar el nivel de movilidad de cada paciente (Nivel A: deambulación con o sin ayuda, Nivel B: transferencias al sillón y Nivel C: encamados) y se colocaron en la cabecera de la cama.
•Se establecieron programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad (Ejercicios en bipedestación, sedestación y en decúbito dorsal).
•Se establecieron protocolos de actuación según nivel de movilidad. Estos protocolos incluyeron:

oCaminar 3 o más veces al día (Habitación y pasillos)
oParticipar en su cuidado personal
oUsar el baño para el aseo
oComer sentado en la silla (de preferencia en las áreas comunes) y recibir visitas sentado.
oEstimular a familiares y visitantes a caminar con el paciente por la habitación y pasillos
oEjercicios específicos según nivel de movilidad: al menos 3 veces al día

•Se realizaron Charlas para el personal sanitario para promover la movilización temprana: Total 10 con una asistencia del 90% del personal sanitario del hospital.
•Se realizaron Charlas – Talleres para familiares y cuidadores: ¨Mantenerse activo durante la hospitalización¨.
•Se colocaron, en diferentes áreas del hospital, 7 Pósters informativos de los beneficios de la movilidad.
•Se diseñó un díptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización y de la importancia de mantener sus capacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Este díptico fue entregado a los pacientes (familiares y cuidadores) incluidos en el estudio, en el momento del ingreso.
•Se registró en el texto asociado de Farmatools el Nivel de movilidad y las actividades de movilidad específicas para cada nivel
•Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se realizó la Escala de Norton.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
•INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes con registro de Nivel de movilidad: 90% (Estándar: Superior o igual al 60%)
•INDICADOR 2: Porcentaje de personal sanitario que asistió a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario: 90%. (Estándar: Superior o igual al 60%)
•INDICADOR 3: Porcentaje de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal: 5 % (Estándar: Inferior al 40%)
•INDICADOR 4: Porcentaje de pacientes y/o familiares que recibieron el díptico informativo de movilidad al ingreso: 80% (Estándar: Superior o igual al 60%)
•INDICADOR 5: N.º de pacientes que desarrollan úlceras por presión en el ingreso: 1% (Estándar: Inferior al 10%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
•La hospitalización, es un factor de riesgo para el deterioro funcional en los ancianos. La inmovilidad y sedentarismo a los que están sometidos, la mayoría de los pacientes, son factores en los que podemos intervenir. La colaboración interdisciplinar del personal sanitario y la implicación de paciente, familiares y cuidadores son fundamentales para prevenir dicho deterioro y conseguir reducir las complicaciones derivadas de la inmovilidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD

•Conseguir la colaboración e implicación de los familiares y cuidadores ha sido una tarea difícil y con muchas limitaciones, creemos que tenemos un amplio margen de mejora en este aspecto. Proponemos continuar con las charlas informativas y talleres específicos para mayor concienciación de los implicados.
•Los horarios, rutinas hospitalarias, carga asistencial y barreras arquitectónicas han sido una limitación para poder llevar a cabo ciertos cambios y recomendaciones para evitar la inmovilización. Proponemos continuar con charlas informativas para implicar más al personal sanitario y plantear posibles alternativas de organización que permitan y favorezcan una mayor movilidad de los pacientes ingresados.

7. OBSERVACIONES.
El grupo de trabajo constituido para este proyecto continuará trabajando en esta línea. Se presentará en la convocatoria 2019 un proyecto de continuidad con el objetivo principal de prevenir el deterioro funcional hospitalario en el anciano.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/156 ========== ***

Nº de registro: 0156

Título
PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD

Autores:
CASTRO VILELA MARIA ELENA, FORCANO GARCIA MERCEDES, GALA SERRA CARLOS, FANDOS SIERRA LAURA, DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES, MONTERO CERCOS PURIFICACION, PONZ FLOR INMACULADA, ESTEBAN MONTALAR CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NO ESTÁ DIRIGIDA A UNA PATOLOGÍA EN CONCRETO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La hospitalización tiene importantes efectos en la situación funcional del paciente anciano. Diferentes estudios muestran que los ancianos hospitalizados, que dos semanas antes del ingreso caminaban, pasan una media de sólo 43 minutos al día en movimiento durante la hospitalización.
La inmovilización contribuye en importante medida a complicaciones iatrogénicas durante la hospitalización, incluidas, el delirium, las úlceras por decúbito, las infecciones respiratorias y atrofia muscular.
Cada día de inmovilización en una persona anciana está asociado a una pérdida de 1 a 5% de masa muscular; todo ello, con el consecuente impacto sobre su calidad de vida e importantes consecuencias como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad.
Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables. Protocolos de movilización temprana, disminuyen la estancia hospitalaria y mejoran la situación funcional de los pacientes y sus posibilidades de regresar a su domicilio.
Creemos que es importante implementar y evaluar una estrategia multicomponente dirigida al personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana en pacientes ancianos hospitalizados.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar un protocolo de movilización temprana de los pacientes ingresados en una unidad de geriatría, que incluya la participación de pacientes, familiares y personal sanitario.
Prevenir el deterioro funcional asociado a la hospitalización.
Disminuir el grado de deterioro funcional del paciente anciano durante la hospitalización.
Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización.

MÉTODO
•Creación de un equipo interdisciplinar formado por médicos geriatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.
•Se incluirá a los pacientes ingresados en la unidad de agudos del Hospital San José.
•En cada paciente, se realizará una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario y al alta
•Registro del Índice de Barthel basal, al ingreso y al alta.
•Los pacientes serán agrupados en tres categoría según su nivel de movilidad: Nivel A: A1 Deambulación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD

independiente. A2 Deambulación independiente con ayuda técnica. A3 Deambulación con ayuda de una persona. Nivel B: Transferencias a sillón. Nivel C: Encamado,
•Se establecerán protocolos de actuación según nivel de movilidad
•Se crearán programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad.
•La estrategia utilizada para implementar los mensajes de movilización será multicomponente y adaptada al grupo dirigido:
oCharlas para el personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana.
oPosters informativos colocados en sitios estratégicos de promoción de la movilidad.
oDiseño de tríptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización. Este tríptico será entregado a los pacientes, familiares o cuidadores en el momento del ingreso.
•Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se utilizará la Escala de Norton.
•Al alta se registrará en la historia clínica si el paciente presenta deterioro funcional hospitalario, definido como, la pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria en el momento del alta respecto a la situación basal (2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda)
•Se creará una ficha de recogida de datos que se archivará en la historia clínica de cada paciente. Los datos recogidos servirán para valorar las intervenciones realizadas.

INDICADORES
Indicador 1: Número de pacientes con registro de nivel de movilidad/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 2: Número de personal sanitario que asista a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario/ Número total de personal sanitario del Hospital San José X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 3: Número de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 40%)
-Indicador 4: Número de pacientes (o sus familiares) que reciben tríptico informativo de movilidad al ingreso/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 5: Número de pacientes que desarrollan úlcera por presión/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 10%)

DURACIÓN
Reuniones Organizativas: Enero – Febrero 2018
Creación de ficha y base de datos: Febrero-Marzo 2018
Recogida de datos: Abril a diciembre 2018
Creación de carteles, Iconografía, posters y trípticos: Marzo-abril 2018
Creación de programa de ejercicios: Marzo-abril 2018
Sesiones formativas (personal sanitario, familiares y cuidadores): Marzo a Mayo 2018
Evaluación de los indicadores de calidad: Enero-febrero 2019
Redacción de los resultados: Febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CASTRO VILELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORCANO GARCIA MERCEDES
GALA SERRA CARLOS
FANDOS SIERRA LAURA
DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES
MONTERO CERCOS PURIFICACION
PONZ FLOR INMACULADA
ESTEBAN MONTALAR CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
•Creación de equipo interdisciplinar formado por tres médicos geriatras, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería, una fisioterapeuta y una terapeuta ocupacional.
•Se realizaron 6 reuniones periódicas organizativas.
•Se incluyeron pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatría. Se excluyeron pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel menor de 20.
•Se realizó una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario, durante el ingreso y al alta
•Se hicieron carteles con iconografía para identificar el nivel de movilidad de cada paciente (Nivel A: deambulación con o sin ayuda, Nivel B: transferencias al sillón y Nivel C: encamados) y se colocaron en la cabecera de la cama.
•Se establecieron programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad (Ejercicios en bipedestación, sedestación y en decúbito dorsal).
•Se establecieron protocolos de actuación según nivel de movilidad. Estos protocolos incluyeron:

oCaminar 3 o más veces al día (Habitación y pasillos)
oParticipar en su cuidado personal
oUsar el baño para el aseo
oComer sentado en la silla (de preferencia en las áreas comunes) y recibir visitas sentado.
oEstimular a familiares y visitantes a caminar con el paciente por la habitación y pasillos.
oEjercicios específicos según nivel de movilidad: al menos 3 veces al día

•Se realizaron Charlas para el personal sanitario para promover la movilización temprana: Total 10 con una asistencia del 90% del personal sanitario del hospital.
•Se realizaron Charlas – Talleres para familiares y cuidadores: ¨Mantenerse activo durante la hospitalización¨.
•Se colocaron, en diferentes áreas del hospital, 7 Pósters informativos de los beneficios de la movilidad.
•Se diseñó un díptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización y de la importancia de mantener sus capacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Este díptico fue entregado a los pacientes (familiares y cuidadores) incluidos en el estudio, en el momento del ingreso.
•Se registró en el texto asociado de Farmatools el Nivel de movilidad y las actividades de movilidad específicas para cada nivel
•Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se realizó la Escala de Norton.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
•INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes con registro de Nivel de movilidad: 90% (Estándar: Superior o igual al 60%)
•INDICADOR 2: Porcentaje de personal sanitario que asistió a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario: 90%. (Estándar: Superior o igual al 60%)
•INDICADOR 3: Porcentaje de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal: 5 % (Estándar: Inferior al 40%) •INDICADOR 4: Porcentaje de pacientes y/o familiares que recibieron el díptico informativo de movilidad al ingreso: 80% (Estándar: Superior o igual al 60%) •INDICADOR 5: N.º de pacientes que desarrollan úlceras por presión en el ingreso: 1% (Estándar: Inferior al 10%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
•La hospitalización, es un factor de riesgo para el deterioro funcional en los ancianos. La inmovilidad y sedentarismo a los que están sometidos, la mayoría de los pacientes, son factores en los que podemos intervenir. La colaboración interdisciplinar del personal sanitario y la implicación de paciente, familiares y cuidadores son fundamentales para prevenir dicho deterioro y conseguir reducir las complicaciones derivadas de la inmovilidad.
•Conseguir la colaboración e implicación de los familiares y cuidadores ha sido una tarea difícil y con muchas limitaciones, creemos que tenemos un amplio margen de mejora en este aspecto. Proponemos continuar con las charlas informativas y talleres específicos para mayor concienciación de los implicados. •Los horarios, rutinas hospitalarias, carga asistencial y barreras arquitectónicas han sido una limitación para poder llevar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD

a cabo ciertos cambios y recomendaciones para evitar la inmovilización. Proponemos continuar con charlas informativas para implicar más al personal sanitario y plantear posibles alternativas de organización que permitan y favorezcan una mayor movilidad de los pacientes ingresados.

7. OBSERVACIONES.
El grupo de trabajo constituido para este proyecto continuará trabajando en esta línea.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/156 ========== ***

Nº de registro: 0156

Título
PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD

Autores:
CASTRO VILELA MARIA ELENA, FORCANO GARCIA MERCEDES, GALA SERRA CARLOS, FANDOS SIERRA LAURA, DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES, MONTERO CERCOS PURIFICACION, PONZ FLOR INMACULADA, ESTEBAN MONTALAR CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NO ESTÁ DIRIGIDA A UNA PATOLOGÍA EN CONCRETO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hospitalización tiene importantes efectos en la situación funcional del paciente anciano. Diferentes estudios muestran que los ancianos hospitalizados, que dos semanas antes del ingreso caminaban, pasan una media de sólo 43 minutos al día en movimiento durante la hospitalización.
La inmovilización contribuye en importante medida a complicaciones iatrogénicas durante la hospitalización, incluidas, el delirium, las úlceras por decúbito, las infecciones respiratorias y atrofia muscular.
Cada día de inmovilización en una persona anciana está asociado a una pérdida de 1 a 5% de masa muscular; todo ello, con el consecuente impacto sobre su calidad de vida e importantes consecuencias como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad.
Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables. Protocolos de movilización temprana, disminuyen la estancia hospitalaria y mejoran la situación funcional de los pacientes y sus posibilidades de regresar a su domicilio.
Creemos que es importante implementar y evaluar una estrategia multicomponente dirigida al personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana en pacientes ancianos hospitalizados.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar un protocolo de movilización temprana de los pacientes ingresados en una unidad de geriatría, que incluya la participación de pacientes, familiares y personal sanitario.
Prevenir el deterioro funcional asociado a la hospitalización.
Disminuir el grado de deterioro funcional del paciente anciano durante la hospitalización.
Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización.

MÉTODO
•Creación de un equipo interdisciplinar formado por médicos geriatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.
•Se incluirá a los pacientes ingresados en la unidad de agudos del Hospital San José.
•En cada paciente, se realizará una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario y al alta
•Registro del Índice de Barthel basal, al ingreso y al alta.
•Los pacientes serán agrupados en tres categoría según su nivel de movilidad: Nivel A: A1 Deambulación independiente. A2 Deambulación independiente con ayuda técnica. A3 Deambulación con ayuda de una persona. Nivel B: Transferencias a sillón. Nivel C: Encamado,
•Se establecerán protocolos de actuación según nivel de movilidad
•Se crearán programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad.
•La estrategia utilizada para implementar los mensajes de movilización será multicomponente y adaptada al grupo dirigido:
oCharlas para el personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

1. TÍTULO

PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD

oPosters informativos colocados en sitios estratégicos de promoción de la movilidad.
oDiseño de tríptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización. Este tríptico será entregado a los pacientes, familiares o cuidadores en el momento del ingreso.
•Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se utilizará la Escala de Norton.
•Al alta se registrará en la historia clínica si el paciente presenta deterioro funcional hospitalario, definido como, la pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria en el momento del alta respecto a la situación basal (2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda)
•Se creará una ficha de recogida de datos que se archivará en la historia clínica de cada paciente. Los datos recogidos servirán para valorar las intervenciones realizadas.

INDICADORES
Indicador 1: Número de pacientes con registro de nivel de movilidad/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 2: Número de personal sanitario que asista a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario/ Número total de personal sanitario del Hospital San José X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 3: Número de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 40%)
-Indicador 4: Número de pacientes (o sus familiares) que reciben tríptico informativo de movilidad al ingreso/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)
Indicador 5: Número de pacientes que desarrollan úlcera por presión/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 10%)

DURACIÓN
Reuniones Organizativas: Enero – Febrero 2018
Creación de ficha y base de datos: Febrero-Marzo 2018
Recogida de datos: Abril a diciembre 2018
Creación de carteles, Iconografía, posters y trípticos: Marzo-abril 2018
Creación de programa de ejercicios: Marzo-abril 2018
Sesiones formativas (personal sanitario, familiares y cuidadores): Marzo a Mayo 2018
Evaluación de los indicadores de calidad: Enero-febrero 2019
Redacción de los resultados: Febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0269

1. TÍTULO

NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... DANIEL MARTINEZ FABRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SAN JOSE
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO VILELA MARIA ELENA
HERNANDEZ MARTIN JULIA
CORREA BALLESTER MARTA
GALA SERRA CARLOS
OQUENDO MARMANEU CARMEN
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA
SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde Enero de 2018 se comenzó a establecer en la primera semana del ingreso del paciente, el médico responsable establecerá el Nivel de Intervención Terapéutica (NIT) y las recomendaciones sobre toma de decisiones de forma individualizada y consensuada con paciente y familia. Este proceso será realizado a través de la Valoración Geriátrica Integral y con la ayuda de las herramientas descritas en los Anexos de este documento. Tanto el NIT como las recomendaciones en toma de decisiones serán registrados en Historia Clínica y en el texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®).
Las compañeras farmacéuticas han revisado el tratamiento prescrito y mediante la herramienta de deprescripción Stopfrail, se han sugerido los cambios necesarios en aquellos pacientes con nivel de Intervención C y D.
Se ha realizado un registro en Hoja Excel de los datos necesarios para cumplimentar los indicadores de evaluación de este proyecto.
En el mes de Enero de 2019 se han analizado los resultados obtenidos de los indicadores de los pacientes ingresado desde 1 de Mayo de 2018 a 31 de Diciembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En todos los indicadores la fuente de obtención es la Historia Clínica del paciente y su tratamiento prescrito en el Programa Farmatools, los resultados son los siguientes:
Indicador 1: Estratificación según la complejidad. Se ha establecido un Nivel de Intervención Terapéutica en 415 pacientes de los 513 ingresados durante el periodo descrito en el proyecto, lo que supone un 80,8 %; superando el estándar de calidad propuesto.
Indicador 2: Toma de Decisiones. En un 70,37 % de los pacientes del total de pacientes ingresados se realizó una recomendación sobre manejo teniendo en cuenta su nivel de intervención. Sin embargo ajustando por aquello pacientes en los que se había realizado una estratificación según su complejidad, el 85% de los pacientes se había anotado en su Historia Clínica alguna orientación sobre maniobras diagnóstico terapéuticas a las que era candidato, siendo además consensuadas con compañeros, paciente y familia, en la mayoría de los casos.
Indicador3: Deprescripción farmacéutica. Tan sólo en el 31% de los pacientes con NIT C o D se ha registrado el uso de la Herramienta de Deprescripción Stopfrail en el programa de Farmacia Farmatools®; sin embargo se ha realizado un análisis de aquellos pacientes que fallecieron durante el ingreso y el 75,8% de ellos el tratamiento recibido 24 horas antes de su fallecimiento era exclusivamente paliativo, por lo que se puede deducir que en un gran porcentaje de pacientes se realizó adecuación del esfuerzo terapéutico, suspendiendo fármacos con orientación preventiva como IBPs, enoxaparinas, etc…

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La acogida de esta herramienta propuesta en el proyecto de calidad, ha sido ampliamente implementada por los facultativos participantes en el proyecto y por compañeros que intervienen en el manejo de los pacientes ingresados en el Hospital. La realidad es que ante la gravedad de algunos ingresos que fallecen de forma temprana, resulta complicado poder realizar una correcta estratificación y adecuación del nivel de intervención terapéutica. Sería interesante que esta herramienta pudiese ser usada desde Atención Primaria y desde otros niveles asistenciales/especialidades.
Los resultados del indicador número 3, no han alcanzado el estándar de calidad planteado, sin embargo hay que tener en cuenta que aquellos ingresos que se realizaron durante el periodo vacacional de las compañeras farmacéuticas no se pudo realizar esta tarea. Además no se tuvo en cuenta la deprescripción que se realiza al ingreso de los pacientes, que debería haberse registrado, pues en la mayoría de los casos, es el momento en el que mayor ajustes se realizan a nivel de tratamientos no indicados.
Sería interesante poder recoger las impresiones de compañeros de enfermería y medicina, ante la variabilidad clínica que se ha observado en la estratificación y las orientaciones diagnóstico terapéuticas en los diferentes niveles de intervención. Aunque la impresión general es que resulta una herramienta útil a la hora de facilitar la toma de decisiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/269 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0269

1. TÍTULO

NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

***

Nº de registro: 0269

Título
NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

Autores:
GALA SERRA CARLOS, MARTINEZ FABRE DANIEL, CASTRO VILELA MARIA ELENA, FORCANO GARCIA MERCEDES, HERNANDEZ MARTIN JULIA, CORREA BALLESTER MARTA, FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA, LINGE MARTIN MAGDALENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El envejecimiento implica un aumento de cronicidad y comorbilidad, que condiciona un incremento de dependencia e institucionalización, elevando el consumo de recursos socio-sanitarios, con la aparición de situaciones complejas. Para facilitar la toma de decisiones y manejar la complejidad de los pacientes ingresados en el Hospital San José de Teruel, se propone estratificarlos mediante los Niveles de Intervención Terapéutica (NIT) según la Valoración Geriátrica Integral (VGI).

RESULTADOS ESPERADOS
1.Implementar una herramienta de ayuda para definir objetivos terapéuticos y facilitar la unidad de criterios, evitando la variabilidad clínica entre profesionales.
2.Anticipar la toma de decisiones en situaciones críticas. Facilitar a todos los profesionales los objetivos fundamentales e intervenciones indicadas o no recomendables en cada paciente.
3.Ofrecer a los pacientes una atención de calidad en el final de su vida: mediante la mejoría del control de síntomas y la adecuación del esfuerzo terapéutico, con la ayuda de herramientas de optimización de prescripción.

MÉTODO
El médico responsable establecerá el NIT mediante la VIG y las recomendaciones sobre toma de decisiones de forma individualizada y consensuada con paciente y familia. Las farmacéuticas usarán la herramienta de deprescripción Stopfrail y propondrán al médico responsable los fármacos a deprescribir. Este proceso será registrado en Historia Clínica y en el texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®) y recogido en Access.

INDICADORES
Indicador1: Estratificación según la complejidad. Fórmula: (Nº pacientes identificados con NIT/ Nº total de pacientes ingresados el Hospital San José) x100. Estándar: 70%. Fuente de datos: Historia clínica y texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®).
Indicador2: Toma de Decisiones. Fórmula: (Nº de pacientes con registro de toma de decisiones/Nº de pacientes ingresados) x 100. Estándar: 70%. Fuente de datos: Historia clínica y texto asociado de Farmatools®
Indicador3: Deprescripción farmacéutica. Fórmula: (Nº de pacientes identificados con NIT C o D con tratamiento revisado utilizando la herramienta Stopfrail/ Nº de pacientes identificados con NIT C y D) x 100. Estándar: 60%. Fuente de datos: Farmatools®.

DURACIÓN
Definición del proyecto:Enero-Marzo2018. Implantación - Recogida de datos:Abril2018-Enero2019. Evaluación de los indicadores de Calidad:Agosto2018 y Febrero2019.Redacción de los resultados:Febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0269

1. TÍTULO

NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0475

1. TÍTULO

CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

Fecha de entrada: 02/08/2016

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA MARTINEZ SOTO
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CSS SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR
LOPEZ GARCIA ROCIO
SALAS VALERO MONSERRAT
ORTEGA VALDIVIESO MARIA AZUCENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Noviembre 2.014:
* Elaboración por parte de Montserrat Salas de un documento sobre fuentes de información de TO.
* Remisión del documento a los terapeutas ocupacionales.
* Propuesta de colaboración por parte de Montserrat Salas a los TO del Salud para seleccionar los recursos más relevantes.

- Diciembre 2.014- Enero 2.015:
* Búsqueda y selección de un especialista en el tema.
* Solicitud de colaboración para elaborar el informe.
*Elaboración del informe por parte del especialista.

- Febrero 2.015: Publicación del informe del especialista en el siguiente enlace:
http://hdl.handle.net/10481/35348

- Abril 2.015:
* Envío del informe publicado a los terapeutas ocupacionales del Salud.
* Estudio del informe de Azucena Ortega y el documento de Montserrat Salas por parte de los terapeutas ocupacionales.
* Envío de las conclusiones del estudio de la documentación a Montserrat Salas para que gestione la información.

- Junio- Diciembre 2.015:
* Estudio por parte Montserrat Salas de la viabilidad de la propuesta y realización de las gestiones oportunas para contratación de servicios específicos.
* Creación el apartado de TO en la biblioteca virtual por el equipo webmaster-documentalista del IACS. Ver el siguiente enlace:
http://www.iacs.aragon.es/awgc/inicio.estaticas.do?app=/centro-recursos/biblioteca-virtual/recursos&file=terapia-ocupacional.html

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los tres indicadores se monitorizan con: SI/ NO

1. Elaboración de un informe sobre recursos específicos de Terapia Ocupacional por un profesional especialista en el tema. SI
2. Reuniones de los terapeutas ocupacionales para consensuar la información sobre el especialista y los recursos de Terapia Ocupacional. SI
3. Creación en la página de la biblioteca virtual de ciencias de la salud de Aragón de un apartado específico de Terapia Ocupacional con los recursos que se consideren más oportunos. SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/475 ========== ***

Nº de Registro: 0475

Título
CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0475

1. TÍTULO

CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

Autores:
MARTINEZ SOTO ALMUDENA, ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR, LOPEZ GARCIA ROCIO, SALAS VALERO MONSERRAT, ORTEGA VALDIVIESO MARIA AZUCENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

PROBLEMA
Los terapeutas ocupacionales (to) de nuestra CCAA no tienen acceso a las últimas evidencias científicas en su ámbito de trabajo, y se ve necesario empezar a agrupar las mejores fuentes de información en este campo con el fin de mejorar su trabajo diario, aprovechando la infraestructura que ofrece el IACS dentro de la biblioteca virtual de ciencias de la salud de Aragón (bv). Actualmente, el to, en su labor diaria de contacto con los pacientes, presenta lagunas del conocimiento a las cuales debe dar respuesta, y se enfrenta a abundante y abrumadora información científica. Paralelamente, el auge la práctica basada en la evidencia, que se refiere a "la actualización consciente, juiciosa y explícita de las mejores evidencias científicas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado sanitario individual de los pacientes", hace que el to deba tener a su alcance las mejores evidencias. Las variaciones injustificadas de la práctica clínica implican en la mayoría de las ocasiones infrautilización de cuidados efectivos, sobreutilización de cuidados inefectivos e ineficientes y acceso desigual a cuidados necesarios a la población, por lo que la posibilidad de tener la mejor evidencia hará posible mayor equidad y una mejor asistencia sanitaria.
En 2011 se publicó un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Harvard1|, que confirmaron que uso de una herramienta de síntesis de la evidencia durante un período de tres años se asoció con una mejor calidad de la atención a los pacientes, estancias más cortas (372.500 días de hospital al año) y unas tasas de mortalidad más bajas (ahorro de 11.500 vidas por período de tres años).

La oportunidad de mejora se detectó durante la realización de un curso del Salud. En los contenidos relacionados con el uso de las fuentes de información biomédicas se le consulta a la docente, la coordinadora de la biblioteca virtual (cbv), sobre fuentes de información específicas de Terapia Ocupacional (TO). La docente, ante la inexistencia de esas fuentes en la actual bv, se comprometió a informarse.
A la finalización del curso y en un corto espacio de tiempo nos remitió vía email un listado de bases de datos y/o buscadores sobre TO. En el mismo email nos propuso crear un apartado específico para TO con ellos en la Web de la bv. Para ello nos emplazó a los to a hacer una selección y comunicarle de los recursos de información que consideráramos mejores y más accesibles para los to.

Isaac, T., Zheng, J. and Jha, A. (2012), Use of UpToDate and outcomes in US hospitals. J. Hosp. Med., 7: 85–90. doi: 10.1002/jhm.944.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- Detección y selección de recursos informativos de TO.
- Creación de un apartado de recursos informativos para los to en la bv.

MÉTODO
- Localizar un especialista que asesore en la identificación de diferentes tipos de recursos y la utilidad de los mismos; y que sugiera los recursos de más relevantes y utilizados en TO. Responsable: Almudena.
El procedimiento consistirá en buscar a través de diferentes organismos e instituciones a un profesional especialista: universidad, colegio profesional…
- Reunión de los to: Rocío, Pilar y Almudena para estudiar la información recopilada.
- Contactar con el especialista, Azucena, y solicitar su colaboración.
- Elaboración de un informe por parte del especialista.
- Reunión de los to para consensuar la información aportada por el especialista y la cbv y selección de los recursos más útiles para los to del Salud.
- Envío por email de las conclusiones de la reunión a la cvb sobre los recursos más útiles de TO. Responsable: Almudena.
- Estudio por parte de la cbv de la viabilidad de la propuesta y realización de gestiones para la contratación de los servicios.
- Creación del apartado específico de TO en la bv y colgar los recursos seleccionados por el equipo webmaster-documentalista del IACS.

INDICADORES
Los tres indicadores se monitorizarán con: SI/ NO
-Elaboración de un informe sobre recursos específicos de TO por un especialista.
-Reuniones de los to para consensuar la información sobre el especialista y los recursos de TO.
-Creación en la página de la bv de un apartado de TO con los recursos más oportunos.

DURACIÓN
-Nov 2.014: Inicio
Elaboración por parte de la cbv de un documento sobre fuentes de información de TO.
Remisión del documento a los to.
Propuesta de colaboración por parte de la cbv a los to.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0475

1. TÍTULO

CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

- Dic 2.014- Ene 2.015:
Búsqueda y selección del especialista.
Solicitud de colaboración.
Elaboración del informe del especialista.

- Feb 2.015:
Publicación del informe del especialista en: http://hdl.handle.net/10481/35348

- Abr 2.015:
Envío del informe publicado a los to.
Estudio del informe de Azucena y el documento de la cbv por parte de los to.
Envío de las conclusiones del estudio de los to a la cbv.

- Jun- Dic 2.015: Finalización.
Estudio por parte de la cbv de la propuesta y realización de las gestiones para contratación de servicios.
Creación del apartado de TO en la bv a partir de jun- jul por el equipo webmaster-documentalista del IACS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Fecha de entrada: 05/04/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUÑOZ PAMPLONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROJAS HIJAZO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La urticaria crónica se caracteriza por episodios recurrentes de lesiones eritematosas-habonosas pruriginosas, evanescentes y con una duración de al menos 6 semanas en que los episodios ocurren diariamente o están presentes con una frecuencia mayor de dos veces/semana. Frecuentemente se asocia a angioedema que se produce cuando afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo, y comparte con la urticaria los mismos mecanismos fisiopatológicos

No se conoce la incidencia real de la urticaria crónica en nuestro medio. En el estudio Alergológica la prevalencia en la población española fue del 0,65% siendo más frecuente en adultos.
El origen de esta enfermedad se desconoce. Un 80% de pacientes queda sin diagnóstico etiológico, siendo clasificadas como urticaria crónica idiopática.

La asociación con síntomas sistémicos es excepcional. Siendo el prurito lo que más repercute en la vida del paciente. Se ha demostrado mediante estudios de calidad de vida que el impacto de esta enfermedad es muy importante. Afecta al sueño, produce astenia y dificulta las relaciones laborales, familiares y sociales. Los pacientes afectos de urticaria perciben una calida de vida peor que el 75% de los españoles para la misma edad y sexo y un a calidad de vida psíquica inferior a las del 80% de los españoles de sus mismas características. La puntuación de la calidad de vida de la esfera mental es la más baja de todas las enfermedades alérgicas.

Por todo ello en el estudio de urticaria crónica se tiende a pensar que es la manifestación cutánea de alguna alteración sistémica importante, por lo que a los pacientes se les somete a numerosas exploraciones complementarias.

URTICARIA CRÓNICA Y AUTOINMUNIDAD:

Desde hace años se estudia la posibilidad de que un grupo de pacientes con urticaria crónica tengan un componente autoinmune de base, los datos que llevan a esa posibilidad son:
En 1946 Malmros realizó el primer autotest, demostrando que con el suero del paciente con urticaria crónica se producía en la piel una reacción similar a la producida por alergenos.
En 1983 Leznoff y colaboradores, detectaron en pacientes con urticaria crónica una alta incidencia de tiroiditis de hashimoto, muchos de ellos con anticuerpos antiperoxidas y antitiroglobulina a pesar de ser eutiroideos.
En 1993 el equipo de Greaves demostró que existía una inmunoglobulina que actuaba contra el receptor de Ig E, era un autoanticuerpo anti-Ig E.
Actualmente se sabe que el 30-40% de los pacientes con urticaria presentan un anticuerpo Ig G contra la cadena alfa del receptor de Ig E y que un 5-10% poseen un anticuerpo anti-IgE y un porcentaje desconocido podría tener ambos anticuerpos.

Aunque no existen métodos diagnósticos estandarizados para detectar si un paciente pertenece al grupo de urticaria autoinmune, a nivel práctico podemos señalar varios medios indirectos que nos indican que el tipo de urticaria puede ser autoinmune:

• Realización del test autólogo
• Los pacientes con urticaria crónica de tipo autoinmune pueden presentar basopenia
• La presencia de anticuerpos anti-tiroideos positivos.
• En general, el grupo de pacientes con autoinmunidad suelen presentar urticarias crónicas más severas, de larga evolución y corticodependientes.

En los últimos diez años se ha demostrado que en un 50% de pacientes con urticaria crónica idiopática parece tener un origen autoinmune.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio fue realizar un estudio transversal retrospectivo de 50 casos de urticaria crónica determinando la prevalencia en cuanto a edad, sexo, tiempo de la urticaria, antecedentes personales y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

familiares de alergia así como los resultados y la rentabilidad de los estudios realizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para ello se realizó una ficha de recogida de datos que se cumplimentó en los 50 últimos pacientes que habían sido diagnosticados de urticaria crónica en la consulta de Alergología de adultos.

La ficha de recogida de datos es la siguiente:

PROTOCOLO DE URTICARIA CRONICA

Edad:

Sexo:

Antecedentes familiares: Atópicos
Urticaria- AE familiar

Lesiones : Angioedema asociado

Años de evolución

Asociación con otras urticarias físicas: presión
Calor
Colinérgica
Ejercicio
Dermografismo
Otras

Factores precipitantes: Alimentos y Aditivos
Aeroalergenos
Fármacos
Infecciones
Factores psicológicos
Factores físicos

Otras enfermedades autoinmunes asociadas
Diabetes
Enfermedades tiroideas
Artritis reumatoide

ESTUDIO ALERGICO

Pruebas cutáneas a inhalantes:

Pruebas cutáneas a alimentos:

Pruebas cutáneas a látex:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Pruebas cutáneas a anisakis

Prueba intradermo con suero autólogo:

Analítica

Leucocitos: PMN: Linfocitos: Eosinófilos:

VSG:

Bioquímica:

Estudio de Complemento: C3: C4: C1q: C1 inhib:

Inmunoglobulinas:

IgE específica a: Ascaris
Equinococo
Anisakis

HH tiroideas: T3 T4 TSH

Ac antitiroideos:

Estudio microbiológico: Hepatitis B
Hepatitis C
Hidatidosis

Parásitos en Heces (3 muestras)

Rx torax

Rx senos paranasales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS

SEXO:

HOMBRE	16
MUJER	34

Se observó una mayor prevalencia del sexo femenino en los casos estudiados, con un 68% (34 casos) frente a un 32% de sexo masculino (16 casos).

EDAD:

MÁXIMA	76
MÍNIMA	18
MEDIA	47.02
MEDIANA	46

Los pacientes de ambos sexos, mostraron un rango de edad que osciló entre 18 y 76 años, siendo la media de edad de 47,02 años y la mediana 46.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

SI 13
NO 37

Del total de 50 pacientes, el 26% presentaban antecedentes familiares de atopia.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE URTIARIA-ANGIOEDEMA

SI 1
NO 49

Sólo uno de los pacientes presentaba antecedentes familiares de urticaria (2%).

AÑOS DE EVOLUCIÓN:

MÍNIMO 2 meses
MÁXIMO 37 años
MEDIA 69,8 meses. Más de la mitad (27) les duró menos de dos años

El tiempo de la urticaria varió desde 2 meses hasta 37 años de evolución. Con una media de 69,8 meses y una mediana de 21 meses.
A más de la mitad (27 casos), le duró menos de dos años.

ANGIOEDEMA ASOCIADO:

SI 18
NO 32

La urticaria se asoció a angioedema en 18 de los casos, que se corresponde con una frecuencia del 36%.

ASOCACION CON URTICARIAS FÍSICAS:

PRESIÓN 9
CALOR 3
COLINERGICA 0
EJERCICIO 0
DERMOGRAFISMO 15
FRIO 1
SOL 1

Dentro de la asociación con urticarias físicas destaca la presencia de Dermografismo en 15 de los casos (30%), seguido de la urticaria por presión (18%) y por calor (6%).

FACTORES PRECIPITANTES:

ALIMENTOS-ADITIVOS 3 (1 PESCADO-2 MARISCO)
BEBIDAS ALCOHOLICAS 1
AEROALERGENOS 3 (2 POLEN -1 PERRO)
FÁRMACOS 13 (10 AINES, 1 CIPRO, 1 PENICILINA Y 1 DESCONOCIDO)
INFECCIONES 8
FACTORES PSICOLOGICOS 13
PICADURAS MOSQUITO 1
PREMENSTRUAL 2

Los factores agravantes fueron muy variados, siendo relevantes que el 26% de los pacientes referían empeorar son factores psicológicos, principalmente con el stress y un mismo porcentaje (26%) presentaba brotes en relación con fármacos en su mayoría AINES (Antinflamatorios no esteroideos).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Le sigue en frecuencia las infecciones con 16% y los aeroalérgenos y alimentos con un 6%.
De forma anecdótica empeoran con bebidas alcohólicas, picaduras de mosquitos o con el síndrome premenstrual.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS:

DIABETES 3
TIROIDEA 3 (GRAVES BASEDOW 1; AC + 2)
ARTRITIS 4 (ESPONILITIS PSORIASICA, 3 ARTRALGIAS, 1 CON PCR Y VSG ALTO)
ANTICOAGULANTE LÚPICO + 1
VITÍLIGO 1
ALOPECIA 1

Un total de catorce enfermedades autoinmunes, en 11 pacientes eran referidas como antecedentes personales, de las cuales 10 (en 9 pacientes) se correspondieron con un test del suero positivo
Referían diagnóstico previo de patología reumática en el 8% de los casos y de diabetes o patología tiroidea en el 6%.
Vitíligo, alopecia o anticoagulante lúpico positivo eran padecidos por sólo un paciente cada uno de ellos.

ESTUDIO ALERGOLÓGICO

P.C. INHALANTES 21

P.C. ALIMENTOS 2 (UNO MARISCO Y OTRO FRUTAS)

P.C. LÁTEX 0

P.C. ANISAKIS 3

Se realizaron pruebas cutáneas en prick con panel de aeroalérgenos (Dermatophagoides pteronyssinus y farinae, alternaria alternata, epitelios de perro y gato, polen de gramíneas, olivo, ciprés, platanero, Artemisa, plántago, chenopodiáceas) panel de alimentos, látex y anisakis.

El 42 % tenían pruebas positivas a inhalantes, de los cuales 17 a pólenes (34%), 7 a ácaros (14%), y 4 a epitelios (8%).

POLEN=11 ÁCAROS=4 POLEN y ÁCAROS=2 POLEN Y EPITELIOS=3 POLEN, ACAROS Y EPITELIOS=1

Sólo dos de ellos estaban sensibilizados a alimentos uno a marisco y otro a frutas
Ninguno de los pacientes tenía sensibilización a látex.
Destaca la sensibilización de 3 de ellos a anisakis, sin relevancia clínica

ANALÍTICAS

HEMOGRAMA:

LEUCOCITOS: N
EOSINÓFILOS: 2
VSG: N

En el hemograma no se encontraron alteraciones, excepto eosinofilia en dos de los pacientes (4%)

BIOQUÍMICA:

COLESTEROL 6
GLUCEMIA ALTA 3
A.ÚRICO ALTO 3

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

FOSFATASA. A 1
TRANSAMINASAS 3
TRIGLICÉRIDOS 1
CALCIO BAJO 1
ASLO+PCR+FR ALTO 1
ANTICUERPOS CONTRA NÚCLEO 2 CON 1/80 MOTEADOS

Las alteraciones en los valores de bioquímica, no son diferentes a los encontrados en población normal. Estos resultados concuerdan con estudios previos, que concluyen que la búsqueda de valores patológicos suele ser anodina en los pacientes con urticaria crónica.

ORINA:

1 CON CUERPOS CETÓNICOS, OTRO CON HGBA Y OTRO CON LEUCOCITOS

Tres de los pacientes tuvieron alguna alteración en el sedimento, pero sin relevancia con la clínica.

COMPLEMENTO:

49 NORMAL
1 ALTERADO: C4 BAJO

INMUNOGLOBULINAS

IGE ALTO: 9
IGA ALTO E IG M BAJO: 1
RESTO NORMAL

La elevación de la IgE es concordante con las sensibilizaciones encontradas en el estudio alergológico,
El resto de inmunoglobulinas es normal excepto en un paciente con alteración de IgA e IgM

IG E FRENTE A ÁSCARIS, AQUINOCOCOS Y ANISAKIS

IGE ASCARIS: 4
IGE EQUINOCOCOS: 0
IGE ANISAKIS: 4

Dos de ellos tenían positivos los dos Ascaris y Equinococo

HORMONAS TIROIDEAS Y ANTICUERPOS:

4 CON AC ANTIPROXIDAS ALTOS Y EL RESTO NORMAL: 2 con test suero + y 2 con test del suero -
2 CON AC ANTITIROGLOBULINAS ALTOS Y EL RESTO NORMAL: test suero -
3 CON LOS DOS ALTOS: 1 CON T4 ALTO : test suero +
1 CON TSH ALTO: test suero -
1 CON RESTO NORMAL: test suero +

El 18% de los pacientes (8) presentaban autoanticuerpos antitiroideos
De ellos 4 tenían el test del suero positivo y 5 negativo

SEROLOGÍA HEPATITIS B: 0

SEROLOGÍA DE HEPATITIS C: 0

SEROLOGÍA DE HIDATIDOSIS: 0

Ninguno de los pacientes presentó serología positiva ni para hepatitis B o C, ni para hidatidosis

PARASITOS EN HECES: 0

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

No se encontraron parásitos en heces

RX TORAX: 1 CON AUMENTO DE ESPACIO RETROESTERNAL

RX SENOS: 1 CON ENGROSAMIENTO MUCOSO DE SENO MAXILAR DERECHO

Los estudios radiológicos fueron normales, las anomalías aisladas encontradas estaban en el rango de lo encontrado en población normal y no tenían relevancia para la urticaria

TEST DEL SUERO AUTÓLOGO

POSITIVO: 25
NEGATIVO: 25

El test del suero antólogo consiste en la inyección intradérmica de suero del paciente en el antebrazo, con un control negativo con suero fisiológico y un control positivo con histamina.

En nuestro trabajo el 50% de nuestros pacientes tuvieron el test positivo, por lo que el 50% de estas urticarias pudieron ser catalogadas de autoinmune.
De los 25 pacientes con test del suero positivo 20 eran mujeres y 5 hombres, coincidiendo con todos los estudios que reflejan mayor porcentaje de urticaria crónica autoinmune en mujeres.
La mayoría, 18, no tenían antecedentes familiares de atopia frente a 7 que si tenían.
Del total de catorce enfermedades autoinmunes referidas como antecedentes personales, 10 de ellas se correspondieron con un test del suero positivo

No había diferencias significativas entre el porcentaje de atópicos con test del suero positivo y con test del suero negativo.
Parece estar aumentada la incidencia de angioedema en los pacientes con test del suero positivo en nuestro caso de forma clara, 52 frente al 20%.

De los 25 pacientes con test del suero positivo 8 tenían dermografismo (32%) y 3 urticaria por presión. (12%). Frente al 28% y 24% del test negativo.

No encontramos diferencias significativas entre los datos de edad de los pacientes o en la duración de la urticaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES

La urticaria crónica es una patología importante por su prevalencia y por su gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes.
Su larga duración lleva a pensar que es consecuencia de alguna patología sistémica importante, por lo que a los pacientes se les somete a numerosas pruebas y estudios complementarios
En un gran porcentaje de pacientes con urticaria crónica no se llega al diagnóstico etiológico
En nuestro estudio observamos mayor prevalencia de urticaria crónica en el sexo femenino
La mediana de edad es de 46 años con un rango de edad entre 18 y 76 años.
El 26% presentaban antecedentes familiares de atopia y sólo un paciente (4%) antecedentes de urticaria. Serían datos similares a los encontrados en población no afecta de urticaria
La duración de la urticaria oscilaba entre los dos meses y los 37 años, siendo la mediana de 21 meses. A más de la mitad de los pacientes les duró menos de dos años.
La urticaria se asoció con angioedema en el 36% de los casos, destaca la asociación con otras urticarias en el 30% con dermografismo y en el 18% con urticaria por presión.
Respecto a los factores agravantes fueron muy variados, siendo relevantes que el 26% empeoraban con factores psicológicos, principalmente con el stress y el mismo porcentaje los hacían con algún fármaco entre los que destacan los antinflamatorios no esteroideos.
En el momento de realizar la historia se recogieron como antecedentes 14 enfermedades autoinmunes que eran padecidas por 11 pacientes.
Se les realizó estudio alergológico con inhalantes, alimento y anisakis. El 42% (21 pacientes) tenían pruebas positivas a inhalantes siendo los pólenes los mas frecuentes, sólo dos pacientes estaban sensibilizados a alimentos.
La sensibilización a anisakis encontrada en tres de ellos no tenía relevancia clínica.
En los estudios complementarios solicitados, no hubo alteraciones en el hemograma, bioquímica, inmunoglobulina, serología de hepatitis B y C, serología de hidatidosis, IgE específica frente a áscaris, equinococos y anisakis, parásitos en heces u orina que nos orientaran al origen de la urticaria
Los estudios radiológicos fueron normales en la gran mayoría de los casos y las anomalías encontradas no reflejan relación con la urticaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Hay alteraciones de hormonas tiroideas en el 18% (9 de los pacientes), de ellos tienen el test del suero positivo en cuatro de ellos. Antes del estudio estaban diagnosticados de patología tiroidea solamente 3 de ellos.
La presencia de autoanticuerpos antitiroideos es un marcador de enfermedad autoinmune.
La urticaria crónica es más frecuente en pacientes que los presentan, con un claro predominio en mujeres de edad media o avanzada.
En todos los pacientes afectos de urticaria crónica deberá investigarse la presencia de autoanticuerpos antitiroideos elevados, ya que los pacientes que los presenten y no sean hipertiroideos, serán tributarios de realizar tratamiento con tiroxina, pues se ha demostrado que este tratamiento puede hacer desaparecer la urticaria.

Un porcentaje importante (50%) de los pacientes tenían el Test del suero positivo, con esta sencilla y económica prueba podemos catalogar de autoinmune las mitad de las urticarias del estudio, esto nos demuestra que la frecuencia de urticaria crónica autoinmune es elevada y demostrar el origen autoinmune puede detener la busquedad de causas ocultas o patologías subyacentes
Hemos observado que se asocian a otras enfermedades autoinmunes.

Coincidimos con otros trabajos, en que la historia clínica con una correcta anamnesis y exploración física es lo más importante en contraste con la utilización de excesivos y costosos estudios complementarios.

Resaltamos que la solicitud de autoanticuerpos antitiroideos y el test del suero serían exploraciones imprescindibles porque ayudan a identificar la etiología autoinmune de las urticarias crónica

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/36 ========== ***

Nº de registro: 0036

Título
RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Autores:
MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR, ROJAS HIJAZO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La urticaria crónica se caracteriza por episodios recurrentes de lesiones eritematosas-habonosas pruriginosas, evanescentes y con una duración de al menos 6 semanas en que los episodios ocurren diariamente o están presentes con una frecuencia mayor de dos veces/semana. Frecuentemente se asocia a angioedema que se produce cuando afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo, y comparte con la urticaria los mismos mecanismos fisiopatológicos

No se conoce la incidencia real de la urticaria crónica en nuestro medio. En el estudio Alergológica 2005 la prevalencia en la población española fue del 0,65% siendo más frecuente en adultos.
El origen de esta enfermedad se desconoce. Un 80% de pacientes queda sin diagnóstico etiológico, siendo clasificadas como urticaria crónica idiopática.

La asociación con síntomas sistémicos es excepcional. Siendo el prurito lo que más repercute en la vida del paciente. Se ha demostrado mediante estudios de calidad de vida que el impacto de esta enfermedad es muy importante. Afecta al sueño, produce astenia y dificulta las relaciones laborales, familiares y sociales. Los pacientes afectos de urticaria perciben una calida de vida peor que el 75% de los españoles para la misma edad y sexo y un a calidad de vida psíquica inferior a las del 80% de los españoles de sus mismas características.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

La puntuación de la calidad de vida de la esfera mental es la más baja de todas las enfermedades alérgicas.

Por todo ello en el estudio de urticaria crónica se tiende a pensar que es la manifestación cutánea de alguna alteración sistémica importante, por lo que a los pacientes se les somete a numerosas exploraciones complementarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Se realizará un estudio transversal retrospectivo de 50 casos de urticaria crónica con el objetivo de evaluar la prevalencia en cuanto a edad, sexo, tiempo de la urticaria, antecedentes personales y familiares de alergia así como los resultados y la rentabilidad de los estudios realizados.

MÉTODO
La ficha de recogida de datos es la siguiente y se llevará a cabo por los dos miembros del equipo:

PROTOCOLO DE URTICARIA CRONICA

Edad:

Sexo:

Antecedentes familiares: Atópicos
Urticaria- AE familiar

Lesiones : Angioedema asociado

Años de evolución

Asociación con otras urticarias físicas: presión
Calor
Colinérgica
Ejercicio
Dermografismo
Otras

Factores precipitantes: Alimentos y Aditivos
Aeroalergenos
Fármacos
Infecciones
Factores psicológicos
Factores físicos

Otras enfermedades autoinmunes asociadas
Diabetes
Enfermedades tiroideas
Artritis reumatoide

Analítica

Leucocitos: PMN: Linfocitos: Eosinófilos:

VSG:

Bioquímica:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Estudio de Complemento: C3: C4: C1q: C1 inhib:

Inmunoglobulinas:

IgE específica a: Ascaris
Equinococo
Anisakis

HH tiroideas: T3 T4 TSH

Ac antitiroideos:

Estudio microbiológico: Hepatitis B
Hepatitis C
Hidatidosis

Parásitos en Heces (3 muestras)

Rx torax:

Rx senos paranasales:

ESTUDIO ALERGOLÓGICO

Pruebas cutáneas a inhalantes:

Pruebas cutáneas a alimentos:

Pruebas cutáneas a látex:

Pruebas cutáneas a anisakis

Prueba intradermo con suero autólogo:

INDICADORES
Estudio alergológico:
El estudio alergológico se realizará mediante pruebas cutáneas en prick con panel de aeroalérgenos (Dermatophagoides pteronyssinus y farinae, alternaria alternata, epitelios de perro y gato, polen de gramíneas, olivo, ciprés, platanero, Artemisa, plántago, chenopodiáceas) panel de alimentos (Se incluyen alimentos más relevantes desde el punto de vista alergológico así como aquellos con los que el paciente sospecha alguna relación), látex y anisakis.
Los test cutáneos se realizan en la cara volar del antebrazo, además se realizan prick con suero salino como control negativo e histamina como control positivo. Definiéndose como positivo aquella pápula con diámetro igual o mayor de 3mm que el suero salino o aquella que sea mayor que la histamina.
La lectura de las pruebas se realiza a los 15 minutos

Test del suero autólogo:
El test del suero antólogo consiste en la inyección intradérmica de 50 microlitros de suero del paciente en el antebrazo, con un control negativo con suero fisiológico y un control positivo con histamina.
La técnica se prepara realizando una extracción de sangre venosa en tubos estériles que se mantienen a temperatura ambiente durante 30 minutos. Posteriormente se prepara el suero mediante centrifugación a 500g durante 15 minutos.
A continuación se procede a la inyección intradérmica del mismo en la cara volar del antebrazo.
La prueba se lee a los 30, 60 minutos, 6 y 24 horas, midiendo el diámetro longitudinal y transversal. Se considera positiva cuando el diámetro producido por el habón y el eritema es mayor de 1,5 mm que el producido por el control negativo.
La sensibilidad es de 65-71% y la especificidad del 81-78% según los estudio.

DURACIÓN
Recogida de datos durante seis meses (enero a junio)
Análisis de los datos durante los seis meses siguientes (julio a diciembre)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUÑOZ PAMPLONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUINTANA MARTINEZ VARA DE REY MACARENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En España, los pólenes están considerados como la primera causa de rinitis alérgica y de asma extrínseca.
La polinosis ha pasado de ser una enfermedad muy rara a lo que, sin duda, es el trastorno inmunológico que con más frecuencia afecta en la actualidad al ser humano.
Considerando los pólenes alergénicos globalmente en España, las gramíneas resultan ser la causa más importante de polinosis.
La sensibilización a gramíneas es dominante en el Centro y Norte de la Península a excepción del litoral Mediterráneo, donde por el contrario la Parietaria judaica (una maleza) relega a las gramíneas a un segundo lugar.

Igual ocurre con la Olea (olivo) en el sur de España, en aquellas áreas con extensas superficies de olivares, donde este polen resulta ser la principal causa de polinosis, ocupando las gramíneas un segundo puesto.
Otros pólenes alergénicos importantes son los Plantagos, Artemisia, Salsola y Chenopodium. También pueden producir polinosis aunque con un carácter más local la Betula (abedul), las Cupresáceas "arizónicas y cipreses", el Platanus (plátano de sombra), Mercurialis (una maleza), Pinus y Palmáceas.

Los siguientes datos sirven para enfatizar la importancia actual que tienen los pólenes, principalmente en términos de morbilidad y coste sanitario:
• La alergia a los pólenes representa el 63% de la etiología de las rinoconjuntivitis vistas en los centros de alergia en la región centro y el 51% en el resto de España.
• Los pólenes constituyen el agente etiológico del 43% de las asmas extrínsecas vistas en los centros de alergia en España.
• El gasto en antihistamínicos es importantísimo en nuestro país y es solo la punta del iceberg del coste económico que supone la alergia a los pólenes ya que al gastos farmacéuticos hay que sumar los gastos por atención médica, hospitalizaciones, pérdidas en jornadas laborales etc
• La prevalencia de polinosis se ha multiplicado en las últimas décadas

Los alérgenos de los pólenes que desencadenan rinoconjuntivitis y asma corresponden a los procedentes de los árboles y plantas que polinizan a través del aire (polinización anemófila) y no a través de los insectos (polinización entomófila)
Los pólenes alergénicos varían según la vegetación y el clima. En general, los pólenes de los árboles son los predominantes durante el invierno y principios de la primavera, los pólenes de las gramíneas durante la primavera y los de las malezas durante el verano y otoño.
Los pacientes con asma polínica pueden presentar agudizaciones bruscas y recortadas durante períodos muy específicos del año.
Los pacientes deben ser informados sobre el comienzo, duración y finalización de aquel o aquellos pólenes inductores de su alergia para que de esa manera, sepan cuando deben iniciar y finalizar las medidas de evitación y el tratamiento farmacológico.
Las medidas de evitación se basan principalmente en mantenerse durante el pico de polinización, el mayor tiempo posible en el interior de las casas, con las ventanas cerradas, siendo útil el uso de aire acondicionado con filtros. No obstante, dado que los pacientes tienen que salir al trabajo o a la escuela, estas medidas son difíciles de llevar por lo que,
en un gran número de casos, es necesaria la utilización de medicación sintomática y/o inmunoterapia para prevenir y controlar los síntomas
Por todo ello es importante conocer los pólenes del área en el que se trabaja y las sensibilizaciones relevantes en ella.
Disponemos de un colector de pólenes para el recuento diario de los pólenes y hemos querido completar el estudio de nuestra zona con este trabajo en el que analizamos las sensibilizaciones a pólenes de nuestros pacientes.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio fue realizar un estudio transversal retrospectivo de 100 casos de pacientes sensibilizados a pólenes, determinando la prevalencia en cuanto a edad, sexo, antecedentes personales y familiares de alergia, localidad de residencia, patologías alérgicas que padecen y pólenes a los que está sensibilizado.
Los datos se recogieron durante el primer semestre del año y se analizaron en el segundo semestre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

MATERIAL Y MÉTODOS

Para ello se realizó una ficha de recogida de datos que se cumplimentó en los 100 últimos pacientes que habían sido diagnosticados de polinosis en la consulta de Alergología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEXO:

HOMBRE	57
MUJER	43

EDAD:

MÁXIMA	63
MÍNIMA	6
MEDIA	28.7
MEDIANA	31

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA:

SI	51
NO	49

ANTECEDENTES PERSONALES DE ATOPIA

SI	11
NO	89

LUGAR DE RESIDENCIA:

TERUEL CAPITAL	66
PUEBLOS	44

PATOLOGÍA PRESENTADA:

RINOCONJUNTIVITIS	87
RC Y ASMA BRONQUIAL	13
OTRAS	10

PÓLENES MÁS FRECUENTES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

GRAMÍNEAS 69
CIPRÉS 69
OLIVO 67
CHENOPODIÁCEAS 38
ARTEMISIA 33
PLÁTANO DE SOMBRA 31
PLÁNTAGO 24
TARAXACUM 21
PARIETARIA 9

PÓLENES MENOS FRECUENTES:

SAUCE 18
OLMO 18
MERCURIALIS 17
ROBLE 11
LENTISCO 11
CASTAÑO 10
RUMEX 10
BRASICA 10
CHOPO 8
PINO 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se observó una mayor prevalencia del sexo masculino en los pacientes estudiados, con un 57% de casos masculinos, frente a un 43% de sexo femenino.

Los pacientes de ambos sexos, mostraron un rango de edad que osciló entre 6 y 63 años, siendo la media de edad de 28.7 años y la mediana de 31 años.

Del total de 100 pacientes, aproximadamente la mitad presentaban antecedentes familiares de atopia.

Sólo un 11 % presentaban otros antecedentes personales de atopia.

El 66% vivían en Teruel capital y 44% en hábitat rural.

La clínica más frecuente fue la rinoconjuntivitis, en el 13% de los casos se acompañó de Asma bronquial.

Un 10% presentaban otras patologías alérgicas como alergia alimentaria, Dermatitis atópica, alergia a fármacos etc.

La batería de pólenes testados se dividió en dos apartados, por un lado los pólenes más frecuente, que son aquellos que conocemos por su capacidad alergénica y que se prueban de forma rutinaria en las consultas de Alergología y por otro lado los menos frecuentes a la hora de producir alergia.

A los 100 pacientes se les realizó pruebas cutáneas en prick test con los 20 pólenes a estudiar, se utilizó como controles solución salina e histamina y se realizaron en el antebrazo siguiendo las normas y protocolos establecidos para la realización de estas pruebas.
Para valoración de la positividad se midieron las pápulas resultantes en milímetros.

Los pólenes con mayor porcentaje de positividad fueros los de gramíneas (69%), olivo (69%) y ciprés (67%) coincidiendo con la clínica que observamos en la asistencia diaria en nuestra consulta y destacando la relevancia de la sensibilización a ciprés que era anecdótica hasta hace unos años.

Le siguen en frecuencia el polen de Chenopodiáceas (38%), Artemisia (33%) y Plátano de sombra (31%), al igual que en el caso de las cupresáceas se objetiva incremento progresivo del número de pacientes alérgico a polen de platanero en los últimos años.

Por último un 24% de los pacientes están sensibilizados a polen de Plantago, 21% a Taraxacum y sólo un 9% a parietaria, hay que explicar que el polen de Parietaria es muy alergénico y que la baja sensibilización encontrada puede llevar a error, el motivo es que en la consulta estudiamos pacientes de toda la provincia y de la zona del Rincón de Ademuz, por sus característica la Parietaria no crece en nuestra provincia excepto en determinadas áreas en las que el clima se caracteriza por ser más mediterráneo y con pocas heladas, en esas zonas la sensibilización a Parietaria es importante, por el contrario en el resto de la provincia no crece esta planta y no encontramos pacientes sensibilizados a la misma.

Entre los diez pólenes con menos sensibilizaciones nos encontramos el Sauce (18%), Olmo (18%) y Mercurialis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

(17%), otros cinco pólenes tienen una sensibilización aproximada de 10%, son el Roble, Lentisco, Castaño, Rumex, y Brasica, y algo menor en el caso del Chopo (8%).

Destaca no haber encontrado ninguna sensibilización a pino en los cien pacientes estudiados, a pesar de ser una provincia con amplias zonas de pinares.

El estudio de las sensibilizaciones en el área en el que se trabaja facilita el diagnóstico de los agentes causantes de alergia respiratoria.

Conociendo la etiología y su época de polinización se pueden establecer medidas de prevención adecuadas y en el caso necesario establecer un tratamiento etiológico correcto.

Estudiar el espectro polínico y su dinámica a lo largo de los años permite obtener información de los posibles alérgenos en el área, para ajustar las baterías de diagnóstico necesarias en la consulta.

Es importante observar la tendencia a lo largo del tiempo de algunos pólenes, como ejemplo podemos ver el incremento progresivo del polen de cupresáceas, debido principalmente a la polinización de los cipreses ornamentales que se han plantado de forma masiva. También empiezan a aparecer cantidades más relevantes de polen de plátano por el mismo motivo.

Con estos estudios podemos elaborar modelos de predicción más exactos que nos permitan conocer cuál será el calendario polínico

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/288 ========== ***

Nº de registro: 0288

Título
SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

Autores:
MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR, QUINTANA VARA DE REY MACARENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN ALERGOLOGÍA ES FUNDAMENTAL EL ESTUDIO DE LA AEROBIOLOGÍA DE LA ZONA, SEGÚN LA MISMA HAY SENSIBILIZACIÓN A DIFERENTES PÓLENES.
EN LA CONSULTA DIARIA SE UTILIZAN BATERÍAS DE AEROALÉRGENOS QUE DEBEN SER ADECUADADAS AL ENTORNO EN EL QUE SE TRABAJA.

RESULTADOS ESPERADOS
RECOGER INFORMACÓN DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO, PARA ELLO RELLENAREMOS UNA FICHA CON LOS DATOS DE 1OO PACIENTES ALÉRGICOS AL POLEN A LOS QUE SE LES HABRÁ REALIZADO UNA BATERÍA DE PRUEBAS CON 20 PÓLENES DIFERENTES.

MÉTODO
DURANTE EL SEGUNDO DEMESTRE ANALIZAREMOS LOS DATOS RECOGIDOS, CON EL FIN DE ADECUAR LA BATERÍA ESTANDAR A LA ZONA.

INDICADORES
PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS SEGUIREMOS LOS CRITERIOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGÍA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

1. TÍTULO

SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

DEBEN ALCANZARSE LOS 100 PACIENTES CON BATERÍA DE PRUEBAS A PÓLENES COMPLETA.

DURACIÓN
RECOGIDA DE DATOS EL PRIMER SEMESTRE.ANÁLISIS EL SEGUNDO SEMESTRE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0627

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLOGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 03/06/2017

2. RESPONSABLE ..... NURIA SANLLEHI VILA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
HORNO DELGADO JAIME
CHOCARRO ESCANERO PILAR
VALERO ADAN ADELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Exposición en las Jornadas Científicas del Hospital con datos previos de la situación que queremos mejorar.
2-Diseño de carteles ilustrativos de recogida de las muestras (plastificados) y reparto a los distintos servicios implicados.
3-Recogida de datos tras la distribución carteles y exposición del tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1-Los errores relacionados con la petición han descendido de 67 al 55% (No se realizó acción correctiva sobre este item).
2-Obtención de muestra insuficiente: de 2% al 0%
Manipulación de muestra: 15% al 0%
3-Tipo de contenedor/aditivo: del 7 al 4%
4-Transporte: 4% al 0%
5-Identificación del paciente: 5 al 0%.
Nuestro objetivo era reducir las incidencias relativas a la muestra a <1% (efecto cartel) (3,4,5).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1- No logramos nuestro objetivo (<1%) pero hemos descendido en los errores de contenedor/aditivo, manipulación de muestra y transporte.
2- Aún con el apoyo del cartel se siguen cometiendo errores pero menos. Y se comunica y recuerda que se consulte el cartel.
3- Hemos detectado incidencias relacionadas con la cumplimentación, tipo de volante y registro que tenemos que mejorar entre todos los agentes que participan en el proceso, y que no hubiésemos detectado sin hacer el estudio.
4- La revisión del trabajo nos hace plantearnos la necesidad de plantear mejoras en distintos ámbitos a los servicios implicados en el estudio de estas muestras para realizar mejoras relacionadas con el informe y rendimiento diagnóstico de la prueba .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/627 ========== ***

Nº de Registro: 0627

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLOGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
SANLLEHI VILA NURIA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, HORNO DELGADO JAIME, CHOCARRO ESCANERO MARIA PILAR, VALERO ADAN ADELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA
El análisis de los líquidos biológicos (líquido cefalorraquídeo, serosos (pleural, ascítico, pericárdico) y sinovial entre otros) es un proceso fundamental en la investigación diagnóstica de muchos pacientes. Su utilidad y adecuada interpretación está estrechamente vinculada a diversos factores modificables como son:
1-obtención adecuada de la muestra (proceso de extracción)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0627

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLOGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2-contenedor apropiado (con o sin aditivos) y manipulación.
3-identificación y distribución de cada muestra en el orden adecuado en el tiempo y al lugar adecuado.
4-Solicitud de parámetros bioquímicos (procedentes/no procedentes) y análisis de muestras simultáneas en la medida de lo posible (distintos líquidos/suero).

Hemos detectado que en ocasiones se producen errores que hemos observado prácticamente en todos los eslabones del proceso. Algunos de ellos inevitables (ej. Punción traumática), mientras que otros, aunque no sean frecuentes, se repiten en el tiempo, con los movimientos de personal de todos las categorías (nuevas incorporaciones, vacaciones etc..) ej envío en contenedor inapropiado, con o sin aditivos, presencia de coágulos al no haber agitado la muestra tras la extracción, otros relacionados con la seguridad (envío jeringa con aguja) etc..
Estas incidencias se han detectado en distintos servicios, y si bien es cierto que al detectarlas, inmediatamente nos ponemos en contacto con el facultativo responsable y en general no se vuelven a producir, con el paso del tiempo e incorporación de nuevos profesionales se reincide.
No todas las incidencias tienen la misma transcendencia en el resultado obtenido y su interpretación, pero deben ser eliminadas para garantizar en la medida de lo posible la seguridad del paciente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir (e incluso eliminar) las incidencias evitables referidas a la calidad preanalítica de la muestra, así como aquellas que se pudieran derivar de factores postanalíticos.

MÉTODO
Estandarización de los procesos relacionados con el análisis de líquidos biológicos, formación o actualización, documentación de las incidencias pre y postanalíticas detectadas, así como la aplicación de medidas correctoras.

1- Generación de documentación informativa:

- Realizar una guía o procedimiento en el que se detallen todos los puntos críticos del proceso, desde que se obtiene la muestra hasta que llega al laboratorio, procesamiento, conservación y/o demás procesos que la muestra pueda requerir.

- Diseño de un cartel que plasme de forma gráfica inmediata la información crítica de la guía.
(Dicho cartel, expuesto en los controles de todas las plantas podría ser un elemento muy eficaz, que creemos podría ELIMINAR el error de tipo de contenedor, a la vez que enfatiza la prioridad en el transporte de la muestra al laboratorio.)

2-Comunicación y formación:

- Difusión adecuada del material confeccionado entre personal facultativo, enfemería y auxiliar.

3-Seguimiento:

- Estudio observacional de todas las incidencias relacionadas con los procesos pre y postanalíticos de las muestras de líquidos biológicos recibidos en el laboratorio de urgencias con posterioridad a la puesta en marcha del programa.

INDICADORES
1- Generación de documentación informativa:

Indicador:	Realización guía	Realización cartel
Objetivo	Si	Si
Cronograma	Julio 2015	Julio 2015

2- Comunicación y formación:

Indicador	Sesión informativa
Objetivo	Si
Cronograma	Septiembre 2015

3-Seguimiento:

Indicador:	Nº incidencias	Origen y % del total
Objetivo	<1%(cuantificación)	
Cronograma	Mayo 2016	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0627

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLOGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Indicador Nº liquidos remitidos sin suero Origen y %
Objetivo cuantificación y razonamiento (distintos criterios)
Cronograma Mayo 2016

DURACIÓN
Inicio: Junio de 2015 hasta junio 2016.
El seguimiento y análisis de incidencias anual, podría prolongarse más allá de la duración del proyecto, como medida de calidad del área de líquidos biológicos del laboratorio y sacar conclusiones sobre el mantenimiento de mejora de la misma obtenida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/05/2017

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO ALVAREZ LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANLLEHI VILA NURIA
HORNO DELGADO JAIME
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elige el Centro de Salud Teruel Ensanche para el desarrollo del proyecto.
Se estudian las orinas recibidas de ese centro de salud durante un año; desde el 1 de octubre de 2015 hasta el 30 de septiembre de 2016.

ESTUDIO DESCRIPTIVO:
La siguiente tabla refleja la evolución de las orinas enviadas desde ese centro de salud al laboratorio:

oct-15	nov-15	dic-15	ene-16	feb-16	mar-16	abr-16	may-16	jun-16	jul-16	ago-16	sep-16
348	402	316	280	313	255	411	319	371	264	244	368

Se considera como muestra probablemente contaminada debido a una mala recogida aquella que muestra un recuento de células epiteliales superior a 30 por microlitro, medidas con el equipo Sysmex UF-1000i empleado en el laboratorio para el análisis de sedimento de orinas de rutina.

La siguiente tabla muestra el número y porcentaje de orinas contaminadas a lo largo de los meses de estudio. Los meses de octubre de 2015 a enero de 2016 sirvieron para la evaluación de la muestra y los siguientes meses para valorar la evolución tras la intervención de mejora.

	Número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro	Porcentaje de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro (%)
oct-15	22	6,32
nov-15	35	8,71
dic-15	26	8,22
ene-16	25	8,93
feb-16	17	5,43
mar-16	13	5,10
abr-16	21	5,11
may-16	25	7,84
jun-16	25	6,74
jul-16	12	4,55
ago-16	15	6,15
sep-16	22	5,98

Si se realiza un estudio separado por sexos, se encuentra que las orinas contaminadas debido a una mala recogida de las mismas son predominantemente de mujer:

	número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro	número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro de sexo femenino	% de sexo femenino en orinas contaminadas
oct-15	22	22	100,00
nov-15	35	35	100,00
dic-15	26	25	96,15
ene-16	25	24	96,00
feb-16	17	17	100,00
mar-16	13	12	92,31
abr-16	21	21	100,00
may-16	25	24	96,00
jun-16	25	23	92,00
jul-16	12	12	100,00
ago-16	15	15	100,00
sep-16	22	22	100,00

La evolución mensual de orinas contaminadas en este grupo:

	número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro de sexo femenino	% de orinas contaminadas sobre total de orinas de pacientes de sexo femenino
oct-15	22	10,68
nov-15	35	14,96

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD

dic-15	25	12,75
ene-16	24	14,04
feb-16	17	8,67
mar-16	12	7,55
abr-16	21	8,02
may-16	24	12,57
jun-16	23	10,27
jul-16	12	7,06
ago-16	15	10,00
sep-16	22	9,32

Con el fin de conocer la población a estudio, se estratifico a este grupo de mujeres con orina contaminada por grupos de edad. Los intervalos son los siguientes:

- Premenárquicas: Edad inferior a 14 años
- Mujeres en edad fértil: Edad superior a 14 años e inferior a 48 (14<edad=48)
- Mujeres postmenopaúsicas no ancianas: Edad comprendida entre 49 y 79 años:(49<edad=79)
- Mujeres ancianas: Edad superior a 80 años.

Asimismo se estudió el porcentaje de mujeres con lengua materna diferente del castellano (suposición obtenida a partir del nombre y apellidos sugerentes de nacionalidad no española ni latinoamericana). Se pretende con esto averiguar si puede existir barrera idiomática para la comprensión de las normas de recogida de la orina.
La evolución mensual en función de la edad es la siguiente:

	RECUENTOS					PORCENTAJES				
	Edad		Edad							
	<14	14-48	49-79	>80	No consta					
consta	<14	14-48	49-79	>80	No consta					
oct-15	0	11	7	4	0	0,0	50,0	31,8	18,2	0,0
nov-15	0	17	11	6	1	0,0	48,6	31,4	17,1	2,9
dic-15	1	9	2	3	1	6,3	56,3	12,5	18,8	6,3
ene-16	0	13	4	5	2	0,0	54,2	16,7	20,8	8,3

En cuanto a la población cuya lengua materna no es el castellano:

No castellano como lengua materna

	RECUENTOS	PORCENTAJES
oct-15	1	4,55
nov-15	1	2,86
dic-15	2	12,5
ene-16	4	16,67

Esto nos permite conocer cuál es el sector de población sobre el que hay que hacer mayor labor de educación sobre la técnica adecuada para la recogida de orina en condiciones asépticas.
Se observa que las mujeres en edad fértil son las que presentan los mayores porcentajes de orinas contaminadas: 47,2 ± 7,53.
En mujeres postmenopáusicas no ancianas, los porcentajes son del 22,0 ± 11,69.
En estos dos grupos de edad es en los que con una adecuada información se pueden obtener las mejorías más significativas.
En cuanto a las mujeres ancianas, la media de orinas contaminadas es del 17,0± 3,70. En este grupo puede ser más complicada la mejora teniendo en cuenta que la recogida puede ser dificultosa
En cuanto a las mujeres cuya lengua materna no es el castellano, la media de orinas contaminadas es del 8,02± 6,15.

INTERVENCIÓN DE MEJORA:
Durante el mes de enero se distribuyó entre las pacientes a las que se les solicitaba recogida de orina para urianálisis unas normas de recogida aséptica de la misma:

NORMAS PARA LA CORRECTA RECOGIDA DE ORINA PARA ANÁLISIS DE SEDIMENTO URINARIO Y UROCULTIVO.

Iniciar el proceso descrito a continuación cuando se tenga la sensación de abundantes ganas de orinar, prefiriéndose en general la primera orina de la mañana, cuando la vejiga urinaria se encuentra llena de orina.
Recoger la orina en un frasco estéril de tapón de rosca. Se puede encontrar en farmacias o en el laboratorio del hospital o centro de salud

1. Lavado meticuloso de los genitales externos. Utilice agua y jabón. Aclárese con agua abundante y séquese bien con toalla o paño limpio.
2. Colóquese en el inodoro.
3. En mujeres, separar con una mano los labios vaginales. En hombre, retirar hacia atrás el prepucio. Comience a orinar. despreciando el primer chorro, orinando primero fuera del frasco, y sin parar la micción, continúe orinando directamente dentro de él hasta llenar aproximadamente medio frasco.
4. Tape inmediatamente y anote su nombre y dos apellidos.
5. Traslade la muestra en posición vertical, bien tapada y rápidamente al Laboratorio o a su Centro de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Volviendo a la tabla de evolución del porcentaje de orinas contaminadas:

	número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro de sexo femenino	% de orinas contaminadas sobre total de orinas de pacientes de sexo femenino
oct-15	22	10,68
nov-15	35	14,96
dic-15	25	12,75
ene-16	24	14,04
feb-16	17	8,67
mar-16	12	7,55
abr-16	21	8,02
may-16	24	12,57
jun-16	23	10,27
jul-16	12	7,06
ago-16	15	10,00
sep-16	22	9,32

Se observa una disminución en los porcentajes de orinas contaminadas tras la intervención, que se mantiene durante tres meses, seguido de un repunte en los porcentajes de contaminación.
La entrega de información escrita sobre la forma idónea de recogida de orina tiene un efecto positivo, con una disminución de las muestras contaminadas significativa, pero se pone de manifiesto la necesidad de que esta información se emita de forma continuada para que este efecto positivo se mantenga en el tiempo.
No se ha podido seguir el efecto de la intervención por grupos estratificados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se constata el elevado porcentaje de orinas procedentes de centro de salud sospechosas de estar contaminadas debido a una mala praxis durante la recogida de la misma.
Las orinas contaminadas proceden mayoritariamente de pacientes de sexo femenino y edad comprendida entre los 14 y los 48 años, seguidas de mujeres post-menopaúsicas y del grupo de mujeres ancianas.
La entrega a los pacientes de instrucciones escritas sobre la forma adecuada de realizar una recogida aséptica de orina, es eficaz, mejorando la calidad de las orinas recibidas.
Para que este efecto sea duradero, la comunicación con el paciente, mediante instrucciones escritas o de palabra ha de ser continua.
Se ha de realizar un seguimiento por estratos de población para valorar por separado el efecto de las medidas correctoras y de ese modo identificar los grupos de población en los que hay que hacer más hincapié en la transmisión de información.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/631 ========== ***

Nº de Registro: 0631

Título
MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE MUESTRAS DE ORINA RECOGIDAS EN CENTROS DE SALUD

Autores:
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, HORNO DELGADO JAIME, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA
El análisis de orina es una pruebas de rutina más demandadas por los clínicos, y una de las de más sencilla realización en el laboratorio. Se trata de una herramienta imprescindible para el diagnóstico y monitorización de enfermedades renales y del tracto urinario.
Para que el análisis de orina tenga significado clínico, la muestra ha de ser recogida adecuadamente. Una recogida incorrecta podría invalidar los resultados de los procedimientos de laboratorio. Se ha de recolectar una muestra que refleje lo mejor posible las características de la orina presente en la vejiga urinaria.

Lo ideal sería la recogida de la orina en el mismo laboratorio para minimizar errores en la recogida y evitar el sobrecrecimiento de agentes contaminantes, minimizar destrucción celular y presencia de artefactos debido a la demora en el transporte, pero debido al volumen de muestras solicitadas y a la dispersión geográfica de la población atendida, no es posible la toma de la muestra en el laboratorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD

Las muestras de orina suelen ser recogidas por el paciente en su domicilio y frecuentemente la recogida de la misma, no se realiza en condiciones óptimas y se ven con frecuencia muestras que evidencian contaminación en la misma por una recogida inadecuada, dando lugar a diagnósticos inadecuados o que pueden inducir a error al clínico receptor de los mismos.

Se pretenden tomar medidas encaminadas a mejorar la calidad de las muestras recogidas por el paciente, minimizando la contaminación de la misma. Comenzaremos la desarrollar estas medidas de mejora en uno de los centros de salud del área sanitaria: C.S. Teruel Ensanche.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución del número de muestras de orina recibidas en el laboratorio que evidencien contaminación vaginal o fecal, procedentes del centro de salud seleccionado para iniciar esta actividad de mejora: Teruel-Ensanche.

MÉTODO
Dado que es el paciente el responsable de la recogida de la muestra, ha de recibir instrucciones precisas para que realice una correcta recogida.
Esto se puede realizar de dos maneras:

1. Comunicación oral: Charlas formativas/informativas para el personal de enfermería / auxiliar sobre buenas prácticas de recogida de muestra de orina, con el fin de optimizar la comunicación con el paciente. El personal de enfermería o personar auxiliar transmitirá al paciente unas normas optimizadas de recogida de la muestra.
2. Información escrita: Elaboración de carteles para ser fijados en consultas de enfermería o elaboración de folletos explicativos para ser entregados al paciente junto al volante de petición.

INDICADORES
Puesto que la evidencia de mala recogida de orina es la presencia en la muestra de contaminantes ajenos al sistema urinario, se utilizará alguno de estos parámetros para monitorizar la evolución de la calidad de las muestras remitidas al laboratorio.
En caso de contaminación vaginal, se utilizará el recuento de células epiteliales. El criterio de corte que utilizaremos para definir en muestra la presencia de contaminación es el hallazgo mediante la técnica habitual de estudio del sedimento urinario de un recuento de células epiteliales /células de vías bajas superior a 30 por microlitro. En las muestras así identificadas, se incluirá un comentario para el médico peticionario que ponga de manifiesto la sospecha de una inadecuada toma de muestra.
En el caso de contaminación fecal, se utilizará como marcador la presencia de fibras musculares o fibras vegetales en la muestra de orina. Las muestras identificadas como contaminadas, se incluirá un comentario para el médico peticionario indicando la posibilidad de contaminación fecal.

DURACIÓN
Se prevé una duración de un año.
Cronograma.
Dos meses para elaboración de cartelería y edición de díptico para paciente.
Dos meses Charlas formativas con personal de enfermería / auxiliar para mejorar la comunicación con paciente.
A lo largo de todo el proyecto: Evaluación mensual de la evolución de muestras detectadas con evidencias de contaminación.
Valoración final de resultados: Constatación de la evolución entre el inicio del proyecto y el final del mismo de la variación en el número de muestras con contaminación por una mala recogida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Fecha de entrada: 26/10/2017

2. RESPONSABLE ..... SARA FERNANDEZ LANDAZURI
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
VALERO ADAN ADELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A) ESTUDIO DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

La primera actividad realizada se encaminó a estudiar la demanda de los marcadores cardíacos en nuestro centro, con el fin de determinar la prevalencia de Síndrome Coronario Agudo (SCA) en nuestra población, así como la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de los biomarcadores cardiacos empleados en el SCA.

Se registraron retrospectivamente las peticiones relativas al perfil cardíaco realizadas durante el año 2016. Se elaboró un Excel con la correspondiente exportación de las pruebas cardíacas desde el Sistema de Información del Laboratorio (Modulab 2.2.06. Werfen S.A), registrándose el valor del biomarcador, la edad, sexo, departamento solicitante y el diagnóstico al alta (GRD) de los pacientes en la asistencia en la que se solicitó el perfil cardíaco, clasificándose con presencia o ausencia de SCA. El diagnóstico se consultó en la Historia Clínica Electrónica.

Se determinaron los niveles de troponina I, mioglobina y CK-MB masa por inmunoensayo quimioluminiscente (Access 2. Beckman Coulter) y los niveles de LDH y CK por espectofotometría (Vitros 4600. Ortho Diagnostics). Los niveles de los marcadores cardíacos se determinaron en el momento basal de exploración, y en las posteriores horas de la aparición de los síntomas, clasificándose como marcador positivo o negativo.

B) ESTUDIO DEL COSTE DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

La segunda actividad llevada a cabo fue el análisis económico de las pruebas del laboratorio para el diagnóstico de SCA.

Se solicitó al Servicio de Compras, el coste de los reactivos, calibradores, controles y el resto de suministros empleados para la determinación de las pruebas bioquímicas, con el objetivo de conocer el coste unitario de cada determinación en el año 2016.

Para conocer el coste unitario de cada determinación se imputan una serie de costes:
- Coste total del reactivo
- Coste del calibrador
- Coste del control de calidad
- Coste de consumibles y suministros (Wash buffer, cubetas de reacción, diluyentes, bolsa de residuos…).

Este coste se aplica calculando el coste total de los suministros en cada autoanalizador y divido entre el número de pruebas que se realiza en este autoanalizador. En el caso del Access2 se realizan los tres biomarcadores: troponina, CKMB y mioglobina, por lo que se divide el coste total de suministros entre 3. Mientras que en el caso del Autoanalizador Vitros 4600, donde se analiza la CK y la LDH, se realizan 21 determinaciones bioquímicas, por lo que el coste total se divide entre 21.

En el cálculo de los coste unitarios se comente un sesgo puesto que existen una serie de costes, tanto directos como indirectos, que no se tienen en cuenta como son el tiempo invertido por el personal técnico y facultativo en la limpieza, mantenimiento, calibración y supervisión, los costes de luz, agua, de material de extracción (tubos de suero, agujas, vías).

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se expusieron los resultados mediante el formato de Comunicación Oral en la XI Edición de las Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco (Teruel). Con el fin de exponer la situación y conseguir un cambio en los hábitos de petición, adaptándonos al patrón nacional e internacional basado en la medición de la troponina cardíaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A) ESTUDIO DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

Se registraron 1.702 pacientes (55% hombres. Edad 72 ±12 años) a los que se les solicitó el perfil cardíaco. El principal departamento solicitante es el Servicio de Urgencias (92%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

La prevalencia de SCA en nuestra población es de 6,17% (105/1.702). Dentro del SCA, la prevalencia de SCASEST es del 17%.

La capacidad discriminante de los biomarcadores cardíacos empleados es la siguiente:

	Punto de corte	Sensibilidad %	Especificidad %	VPP %	VPN %
Troponina I (n:1.702)	0,04 ng/mL	89,5	80,3	88	83
CKMB (n:1.679)	6 ng/mL	69,6	89,3	91,3	64,4
Mioglobina (n:1.658)	70 ng/mL	52,4	78,3	79,5	50,5
LDH (n:1.552)	313 U/L	54	78	79,8	82,6
CK (n:1.684)	135 U/L	59,2	80,8	83,2	55,1

Los datos proporcionados por el proveedor, Beckman Coulter, para el diagnóstico del IM con la determinación de la troponina I empleando como punto de corte el nivel de 0,04 ng/mL son los siguientes:

- < 8 Horas del inicio de síntomas: Sensibilidad de 86% (IC 95%: 79-90) y Especificidad del 94% (IC 95%: 92-95).
- > 8 Horas del inicio de síntomas: Sensibilidad de 88% (IC 95%: 82-93) y Especificidad del 93% (IC 95%: 91-94).

Nuestros datos de sensibilidad son concordantes a los del proveedor; sin embargo la espeficidad obtenida es sustancialmente menor. Si el resultado cTnI es menor o igual de 0,04 ng/mL, hay un 83% de probabilidades de que el paciente no presente Síndrome Coronario Agudo y se deberá realizar un control evolutivo durante las siguientes 6 horas. Sin embargo, si el resultado de la cTnI es superior a 0,4 ng/mL, hay un 88% de probabilidades de que el paciente esté padeciendo un Síndrome Coranario Agudo.

En nuestro estudio encontramos un 18% de falsos positivos. Los principales falsos positivos asociados a la determinación de cTnI son los siguientes:

- 46,8% Patología cardíacas:
  - 14,7% insuficiencia cardíaca
  - 10,5% fibrilación auricular
  - 21,6% otras: angina, cardiopatía, bloqueo aurículo-ventricular, bradicardia, taquicardia.
- 8,9% Patología pulmonar: EPOC, neumonía, insuficiencia respiratoria.
- 4,8% Dolor torácico inespecífico.
- 2,2% Rabdomiólisis.
- 1,9% Sepsis.
- 1,3% Accidente cerebrovascular.

Encontramos un 0,5% de falsos negativos. Los falsos negativos de la determinación de la cTnI pueden deberse a no haber esperado el tiempo necesario para observarse un incremento de sus valores en sangre según su cinética. Puesto que en el infarto de miocardio, los niveles de cTnI aumentan en las horas posteriores a la aparición de los síntomas cardíacos, alcanzando un máximo a las 12-16 horas, pudiendo permanecer elevada durante 4-9 días después del IM.

El resto de biomarcadores utilizados presentan una sensibilidad sustancialmente menor, por debajo de 70% en el mejor de los casos con la CKMB. Por lo que nuestros resultados son concordantes con las Recomendaciones. Es cierto, que en la determinación es clave la sensibilidad, puesto que un falso negativo puede ser mortal para el paciente.

B) ESTUDIO DEL COSTE DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

El coste total de los marcadores cardíacos en el ejercicio 2016 supone 73.434,19 €, en el que 72.514,98 € corresponde al coste imputable al autoanalizador Access 2 (Beckman), donde se realiza la troponina, CKMB y mioglobina. El resto, 919,21 €, para el análisis de la LDH y CK.

Se calcularon los coste unitarios de cada determinación, asignándose el coste total de reactivo, calibrador, control de calidad y coste de consumibles y suministros. El cálculo del coste unitario se obtuvo al dividir el coste total entre el número de determinaciones que se realizaron para esas pruebas, siendo la suma no sólo de las peticiones, sino de las pruebas gastadas para calibración, control de calidad, mantenimiento o comprobaciones (Troponina: 3.478 determinaciones; Mioglobina: 3.434 determinaciones; CKMB: 3.455 determinaciones; LDH: 17.250 determinaciones; CK: 900 determinaciones).

	Costes (€) Reactivo	Calibrador	CC	Suministros	Total	Unitario
Troponina	14.981,47	0,00	2.414,45	6.119,65	23.515,57	6,76
Mioglobina	14.981,47	1.180,68	2.414,45	6.119,65	24.696,25	7,19
CKMB	14.981,47	787,60	2.414,45	6.119,65	24.303,17	7,03
LDH	5.657,82	214,21	63,59	828,23	4.062,62	0,39
CK	2.956,58	214,21	63,59	828,23	6.763,86	0,45

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Tras realizar esta evaluación económica, el siguiente paso fue determinar la reducción de costes. En esta situación planteamos dos estrategias:

- Estrategia 1: Coste del perfil cardíaco implantado en nuestro centro, basado en la realización de los 5 biomarcadores (Troponina, Mioglobina, CKMB, LDH y CK). El coste total fue de 73.434,19 (€).

- Estrategia 2: Coste del perfil cardíaco centrado en las recomendaciones de las Sociedades Científicas, tanto a nivel nacional como internacional, que basan el diagnóstico bioquímico del SCA en la determinación de las troponinas cardioespecíficas. El coste total sería de 23.515,57 (€).

- Reducción de costes: Es la resta de la estrategia 1 menos la 2. El coste evitado al trabajar según las recomendación será de 49.918,62 (€).

	Costes (€) Estrategia 1	Estrategia 2	Reducción costes
Troponina I	23.515,57	23.515,57	
Mioglobina	24.696,25		
CKMB	24.303,17		
LDH	464,65		
CK	454,56		
Total	73.434,19	23.515,57	49.918,62

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se obtuvo el premio a la mejor Comunicación Oral en las XI Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco (Teruel). Tras informar de los resultados obtenidos en dicho aforo, se organizarán unas conferencias con las áreas clínicas peticionarias, gracias a la ponencia de cardiólogos expertos en el manejo de las troponinas ultrasensibles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. El perfil cardíaco empleado en nuestro centro, basado en la determinación de troponina, mioglobina, CKMB, LDH y CK, está obsoleto y es necesario adaptarlo a las Recomendaciones actuales. Las cuales recalcan que no utilizar CK total ni su isoenzima 2 (CKMB), ni AST, ni LDH, ni mioglobina en el diagnóstico y manejo del paciente con Síndrome Coronario Agudo o sospecha de Infarto de miocardio.

2. Las troponinas cardiacas son el biomarcador de referencia para el diagnóstico del SCA/IM. Nuestra troponina alcanza el 89,5% de Sensibilidad, con un 80,3% de Especificidad VPP de 88% y VPN del 83%. No obstante, es interesante la implantación de las troponinas ultrasensibles, con el fin de mejorar la sensibilidad. El resto de biomarcadores no superar el 70% de sensibilidad.

3. El coste total del perfil cardiaco empleado es 73.434,19 €. Adaptando nuestro algoritmo clínico a las recomendaciones actuales evitaremos un coste de casi 50.000 € empleando esta tecnología, pudiéndolos emplear en la implantación de la troponina ultrasensible.

7. OBSERVACIONES.

Tras la divulgación de los resultados en las Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco, y las oportunas sesiones y consenso con las áreas clínicas involucradas, procederemos a eliminar las pruebas obsoletas (LDH, CK, mioglobina y CKMB).

Se impartirá formación sobre las características de la troponina ultrasensible, procediendo a su implantación y pactando con las áreas clínicas implicadas para la confección de los algoritmos cardíacos ajustando las horas para las determinaciones seriadas. Se irá valorando prospectivamente la demanda y el coste de los biomarcadores cardíacos en los próximos años, para ir detectando posibles áreas de mejoras.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/115 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Nº de registro: 0115

Título
PLAN DE MEJORA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Autores:
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, SANLLEHI VILA NURIA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, VALERO ADAN ADELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el 2012, el grupo de trabajo conjunto de la European Society of Cardiology (ESC), American College of Cardiology Foundation (ACCF), American Heart Association (AHA) y la World Heart Federation (WHF) publicaron una nueva actualización del Infarto de Miocardio (IM), definiendo el IM como la "Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca (cTn)] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior (LRS) y al menos uno de los siguientes parámetros":
-Síntomas de isquemia;
-Cambios significativos en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda nuevo;
-Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG;
-Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición;
-Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia.

Esta nueva actualización otorga un papel central a la determinación de troponina. En nuestro laboratorio, se implantaron en el 2003 los biomarcadores cardíacos. En el 2012 se formó un equipo multidisciplinar formado por facultativos de Análisis Clínicos, Medicina Interna, Urgencias, Cardiología y Unidad de Cuidados Intensivos, quienes elaboraron un algoritmo de petición de pruebas de laboratorio en función de la anamnesis, exploración y Electrocardiograma. El número de determinaciones de biomarcadores cardíacos ha ido aumentando, de hecho durante el 2015 se realizaron 2862 determinaciones de Troponina, 2862 de Mioglobina, 2888 de CKMB, 2888 de Lactato Deshidrogenasa (LDH) y 2888 de Creatin kinasa (CK). Con ello detectamos una demanda repetitiva en la petición de biomarcadores cardíacos para el diagnostico y seguimiento del IM, cuando pueden ser resueltos, la mayoría de los casos, con la determinación de la troponina cardiaca, en nuestro caso la isoforma I.

Nuestra propuesta es evaluar el grado de adherencia al protocolo previamente elaborado, y proponer posibles algoritmos de mejora que permitan diagnosticar y seguir a los pacientes que padecen o pueden padecer un IAM. El diagnostico definitivo lo conseguiremos a través de la información proporcionada de los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), de forma que podamos evaluar la efectividad de las pruebas diagnósticas.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es aumentar la efectividad en la petición e interpretación de los biomarcadores cardíacos a través de la determinación de la troponina I.

Para ello, es fundamental proponer un protocolo de trabajo que permita diagnosticar y seguir a los pacientes, a la vez que evite la realización de pruebas innecesarias.

MÉTODO
1.Realizar una evaluación de la situación actual a través de un análisis de coste-efectividad, planteando dos alternativas para diagnosticar y seguir a los pacientes con IAM:

A) Práctica clínica habitual, determinando el número de determinaciones de los biomarcadores Troponina, CKMB, Mioglobina, LDH y CK realizadas.
B) Alternativa clínica, determinando la Troponina I en el seguimiento.

2.Seleccionar las posibles causas por las que se incumple el algoritmo establecido previamente.

3.Definir un nuevo algoritmo, si es necesario, que permita diagnosticar y seguir a los pacientes, y fomentar el cambio en los hábitos o patrones de solicitud de las peticiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

INDICADORES
Para la evolución coste-efectiva, planteamos utilizar como indicador de costes, el coste de las pruebas bioquímicas, y como indicadores de efectividad el diagnóstico al alta a través de los GRD.

Se propone realizar un análisis de la situación antes de iniciar el proyecto, con objeto de valorar las alternativas en el diagnostico y seguimiento de los pacientes.

La evaluación se realizará a través del seguimiento en el tiempo de modificaciones en la petición de biomarcadores cardíacos para obtener el mismo objetivo que es identificar precozmente a los pacientes que sufren o pueden sufrir un IAM, así como un correcto seguimiento de los mismos.

DURACIÓN
La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un año.

-Septiembre-Diciembre 2016: Análisis de la situación actual, estudio coste-efectivo.
-Enero 2016: Buscar las causas de incumplimiento del algoritmo propuesto previamente.
-Febrero-Mayo: plantear un protocolo alternativo para mejorar la efectividad de las pruebas del laboratorio.
-Junio-Septiembre 2016: Elaborar un informe en el que se evalúen los objetivos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0877

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NURIA SANLLEHI VILA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
MARTIN GOMEZ MARIA LUISA
VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN
GRACIA ARNAL MARIA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1 -Se han contabilizado retrospectivamente las incidencias relacionadas con las muestras procedentes de los Centros de Salud (AP).
2 -Se han analizado los datos de la información obtenida.
3 -Visitas al Centro de Salud Ensanche para entender in situ el motivo de errores detectados en algunos procesos que dificultan el flujo de trabajo del laboratorio.
4 -Consultas telefónicas con responsables de AP para valorar modificaciones relacionadas con el volante de petición generado por OMI-AP que podría aportar mejoras.
5 -Reunión del equipo para comentar las dificultades encontradas con las que no se contó al diseñar el proyecto y proponer soluciones, entre las que destacan:
• La dificultad de extraer exactamente los datos propuestos en el proyecto. No es posible diferenciar ciertos datos agrupados.
• No validez de los datos recabados de orinas de 24H. Están falseados durante ese periodo por necesidad operativa, debido al compromiso del laboratorio con Dirección y AP de implantar el cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada para el seguimiento de la función renal del paciente diabético en AP.
El hecho de crear una prueba en el S.I.L (sistema informático del laboratorio) sin estar creada previamente en el programa OMI-AP y la necesidad de dar respuesta a esa necesidad sin tener resuelta la forma de petición, generó que los médicos de AP solicitaran dicha prueba informáticamente como microalbuminuria (orina de 24H), de manera que en la peticiones de microalbuminuria reales se escribía a mano la diuresis y en las peticiones de cociente albúmina creatinina se solicitaba con una anotación. Al comprobar las muestras que no coincidían con la petición: petición (orina 24H) y muestra orina de micción aislada, había que comprobar que se solicitaba un albúmina/creatinina y no se trataba de una muestra de orina de 24H que el paciente hubiese recogido mal o no hubiera traído. Asimismo al saber que no llegaría el resultado, se mantenía la petición y en el campo de la diuresis, y se remitía un mensaje al médico indicándole que podía acceder al resultado a través de INTRALAB. El proceso era costoso al tener que consultar repetidamente el volante original en el scanner, además de entorpecer el flujo de trabajo.
• No existencia de un criterio uniforme a la hora de introducir incidencias: contenedor, prueba; además varias de ellas están multiplicadas expresando la misma situación, por lo que el análisis es inviable.
• Se acordó estudiar las necesidades actuales para realizar las modificaciones pertinentes en el S.I.L. y valorar modificar el proyecto de raíz para obtener resultados satisfactorios que minimicen las incidencias que se producen habitualmente para mejorar los procesos que afectan tanto al paciente a distintos niveles como al funcionamiento del laboratorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No procede al no reflejar la realidad y no haber continuado el estudio. Hay que tener presente que los centros de salud una vez incorporado el cociente albúmina/creatinina en el programa OMI-AP tampoco disponían todos de etiquetas por lo que la adaptación fue gradual. Los últimos en cambiar a las nuevas etiquetas lo hicieron en diciembre de 2017.
Asimismo tampoco por la necesidad de adaptar el programa informático del laboratorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lecciones aprendidas:
Antes de iniciar un proyecto hay que estudiar bien la viabilidad y los instrumentos necesarios para llevarlo a cabo.
Hemos encontrado debilidades técnicas y operativas que no nos habíamos planteado antes y que es necesario subsanar.

Conclusiones:
• Hay que adaptar las herramientas de que disponemos a las necesidades actuales. Es pertinente hacer modificaciones en parámetros del S.I.L que nos permitan obtener con exactitud los indicadores que precisamos.
• Unificar los criterios de rechazo de muestras u otras incidencias para facilitar la gestión informática de datos.
• Dado que tras consultarlo, somos conocedores de que este proyecto no puede modificarse radicalmente: colaboradores y contenido, entendemos que para llevarlo a cabo hay que darlo por concluido y rediseñar uno

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0877

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

nuevo salvando las dificultades que nos encontramos con el primero y desarrollando más algunos aspectos que lo van a mejorar.

- Es preciso involucrar a los profesionales implicados en la obtención, preparación y envío de las muestras desde los Centros de Salud para que el proyecto cumpla las expectativas que tenemos.

7. OBSERVACIONES.
Disponemos de un documento planteando la modificación del proyecto con el mismo nº en el que se exponen las dificultades halladas y necesidad de refomarlo en todas sus dimensiones, que si es preciso se puede aportar. No se ha remitido al saber que esa opción no es posible y hay que cerrar el presente y solicitar uno nuevo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/877 ========== ***

Nº de registro: 0877

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
SANLLEHI VILA NURIA, VALERO ADAN ADELA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, FERNANDEZ LANDABURU SARA, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, MARTIN GOMEZ MARIA LUISA, VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN, GRACIA ARNAL MARIA GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologia
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Habitualmente nuestro laboratorio sufre incidencias con las muestras derivadas de los centros de extracción y recogida de muestras perifericas, que pueden tener numerosas consecuencias.Ejemplo de estas incidencias son: muestras
enviadas parcialmente (al enfermo se le extrae sangre pero olvida traer la muestra de orina ó recoge una muestra de orina de 24 horas cuando debiera ser de primera hora),extracciones dificultosas ó mala colaboración del paciente etc.
Todo ello deriva en perdidas de tiempo y esfuerzos vanos en la busqueda de estas muestras con la posibilidad de segundas extracciones, nuevas recogidas de muestra....

RESULTADOS ESPERADOS
1. Garantizar la seguridad y el bienestar del paciente
2. Optimizar los procesos del laboratorio, las muestras problematicas dificultan el flujo de trabajo
3. Mejorar la preanalitica de cara a los pacientes como a los medicos peticionarios

MÉTODO
Establecer vias de comunicación bidireccional Laboratorio - Perifericos
-Informar en centros perifericos (reuniones,visitas programadas)
-Implantación de un registro de incidencias y soluciones

INDICADORES
Porcentaje de :
Falta muestra de suero,orina y heces
Muestras mal identificadas
Muestras mal recogidas

DURACIÓN
INICIO DEL PROYECTO ENERO 2017
FINALIZACION DEL PROYECTO JUNIO 2017
-Contabilización retrospectiva de las incidencias (agosto-diciembre 2016)
-Toma de contacto con los centros de salud, proceso de información e implantación del registro de incidencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0877

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

(Enero 2017)
-Recopilación y análisis de incidencias tras la puesta en marcha del proyecto (febrero-junio 2017).
-Exposición pública de los resultados (Jornadas Científicas Obispo Polanco)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO ALVAREZ LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANLLEHI VILA NURIA
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO
FERNANDEZ LANDAZURI SARA
VALERO ADAN ADELA
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se crea una ETIQUETA especial para pegar en tubo de orina de vacío de tapón amarillo, exclusiva para la determinación de magnitudes bioquímicas en orina de micción aislada. Etiqueta con prefijo 37 denominada (Ori 1ª hora BQ).
2. Se configura el analizador Beckman Coulter AU5800 para realizar las pruebas Albúmina y Creatinina en orina de micción aislada en contenedores de orina con etiquetas prefijo 37 y 25.
3. En el programa de gestión de laboratorio Modulab-Gold, se crea el CONTENEDOR: Orina 1º hora bioquímica. Se configuran para ese contenedor las pruebas: Albúmina orina 1ª hora y Creatinina Orina 1ª hora y el cociente Albúmina / Creatinina expresado en miligramos albúmina/gramo creatinina (mg/g).
Modulab emite como resultados:
• Concentración de albúmina en orina de primera hora: Ori-Albúmina con unidades miligramos/Litro (mg/L).
• Concentración de creatinina en orina de primera hora: Ori-Creatinina, con unidades miligramos/decilitro (md/dL).
• Cociente albúmina/creatinina en orina de primera hora con unidades mg_albúmina/g_Creatinina.
La técnica de cuantificación de albúmina en orina tiene un límite inferior de cuantificación de 7 mg/L. Todos aquellos pacientes con resultado inferior a esa cifra, tendrán como resultado <7 mg/L. El valor del cociente albúmina/creatinina en pacientes con albúmina por debajo del límite inferior de cuantificación, se informará como <30 mg/g.
4. Se crea la PRUEBA. Estimación del filtrado glomerular, utilizando la ecuación del MDRD-4 IDMS. Se precisa para que se pueda dar resultado que el peticionario solicite la determinación de Creatinina en suero y que en los demográficos del paciente figure la fecha de nacimiento, ya que la formula estima el filtrado glomerular en función de la creatinina sérica y de la edad del paciente.
Los resultados se expresan en mL/min/1.73 m2. Si el resultado es superior a 60 mL/min/1.73 m2, en el informe aparecerá como resultado >60, ya que la ecuación de estimación MDRD 4- IDMS es imprecisa para valores de filtrado superiores a 60. Adicionalmente, en el informe aparece la siguiente información:
Resultados emitidos en pacientes supuestamente de raza blanca. Los valores de F.G. estimado >60 mL/min/1.73 m2 son imprecisos.
• 30-59 F.G. estimado indica ERC estadío 3
• 15-29 F.G. estimado indica ERC estadío 4
• <15. F.G. estimado indica ERC estadío 5
No es recomendable su uso en pacientes ingresados con sueroterapia.
No se debe solicitar en: Pacientes con edad <18 años, pacientes embarazadas, pacientes con peso corporal extremo (IMC<19 kg/m2 o >35 kg/m2) o con malnutrición o alteraciones de la masa muscular o amputaciones o hepatopatías graves o fracaso renal agudo.
5. OMI: Se reconfigura la hoja del petitorio de pruebas al laboratorio, incluyendo dos nuevas: Cociente albúmina/creatinina y Estimación del filtrado glomerular.
6. Se verifica que OMI y Modulab se comunican. Las pruebas pedidas vía OMI aparecen solicitadas en Modulab y que los resultados enviados por Modulab, aparecen en la página correspondiente en OMI, siendo visibles por el médico peticionario.
7. Se rediseñan las etiquetas pre impresas de identificación de paciente, de modo que en cada hoja de etiquetas existan dos para orina de micción aislada, la que ya había (prefijo 25; Orina 1ª hora), destinada al tubo de orina para la realización del sistemático de orina y del sedimento, y la nueva (Orina 1ª hora bioquímica; prefijo 37) destinada a las determinaciones bioquímicas en orina de micción aislada.
8. Se comienza a distribuir bloques de hojas de etiquetas preimpresas con la nueva etiqueta exclusiva para estas determinaciones. La distribución de las mismas se realiza de modo progresivo, conforme los centros de salud consuman las etiquetas preimpresas de las que disponen, y evitar así el gasto que supone desecharlas. Se comienza a implantar los nuevos bloques de etiquetas preimpresas por los centros de salud con mayor volumen de muestras: Centro de Salud Teruel Centro y C.S. Teruel-Ensanche.
9. Se diseña un protocolo de actuación para aquellos centros que aún no disponen de las nuevas etiquetas pre impresas.
Protocolo temporal para centros que no dispongan de etiquetas nuevas.
Instrucciones para Médicos de atención primaria: Se evitará durante este periodo transitorio hasta la llegada de nuevas etiquetas pedir simultáneamente en una misma petición la determinación del cociente albúmina/creatinina y el sistemático de orina y sedimento. Si por motivos clínicos fuese necesario realizar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

las dos determinaciones, se abrirían dos peticiones diferentes en OMI, una para el cociente y otra para el básico de orina.
Instrucciones para Enfermería y personal encargado de la recogida de muestras en centro de salud. Las muestras de orina, recogidas en tubo de vacío de tapón amarillo, se identificarán con la etiqueta correspondiente a orina de primera. Si el médico de atención primaria ha considerado necesaria la realización simultanea del básico de orina y del cociente albúmina/creatinina, el paciente tendrá dos peticiones de OMI, en una de las cuales, entre otras pruebas, estará el básico de orina y otra petición con el cociente albúmina/creatinina. Se identificarán con números consecutivos. Se ha de prestar especial atención a la hora de etiquetar estas muestras para evitar que se crucen las peticiones e identificar correctamente cada tubo con cada volante.
Protocolo de petición con etiquetas nuevas:
Sustituye al anterior en aquellos centros que ya disponen de nuevas etiquetas.
Instrucciones para Médicos de atención primaria: Se marcará en OMI la casilla correspondiente al Cociente albúmina/creatinina. Se recuerda que ya no es necesario marcar la casilla de la petición “microalbuminuria”. Si se considera pertinente, se puede pedir simultáneamente básico de orina y sedimento en la misma petición OMI que el cociente albúmina/creatinina.
Instrucciones para Enfermería y personal encargado de la recogida de muestras en centro de salud: Se recogerán las muestras de orina en tubos de vacío de tapón amarillo específicos para este tipo de muestras. Si se pide básico de orina, se identificará el tubo con la etiqueta “Orina 1ª hora”. Si se solicita cociente albúmina/creatinina, se identificará con la etiqueta “Orina 1ª hora Bioquímica”. Si se piden ambas determinaciones, se recogerán dos tubos identificando cada uno de ellos con la etiqueta correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los nuevos bloques de etiquetas preinpresas en los que aparece la etiqueta diseñada para determinaciones bioquímicas en orina de primera hora van distribuyéndose por los Centros de Salud de manera progresiva. La siguiente tabla, resume el cronograma de comienzo de uso de las nuevas etiquetas:

CENTRO DE SALUD	FECHA INICIO NUEVAS ETIQUETAS
C. S. TERUEL CENTRO	ENERO 2017
C. S. TERUEL ENSANCHE	ENERO 2017
C. S. CALAMOCHA	ENERO 2017
C. S. MONREAL	ENERO 2017
C. S. UTRILLAS	ENERO 2017
C. S. SANTA EULALIA	FEBRERO 2017
C. S. MORA DE RUBIELOS	FEBRERO 2017
C. S. SARRIÓN	MARZO 2017
C. S. ALBARRACIN	ABRIL 2017
C. S. VILLEL	ABRIL 2017
C. S. MOSQUERUELA	JUNIO 2017
C. S. ALFAMBRA	AGOSTO 2017
C. S. ALIAGA	DICIEMBRE 2017
C. S. BÁGUENA	DICIEMBRE 2017
C. S. CEDRILLAS	DICIEMBRE 2017
C. S. CELLA	DICIEMBRE 2017

SEGUIMIENTO DEL NÚMERO DE PETICIONES POR CENTRO DE SALUD. EVOLUCIÓN TEMPORAL
Comparación con peticiones de orina de 24 horas desde atención primaria.
La siguiente tabla muestra la variación entre 2016-2017 en dos periodos de tiempo similares (marzo-diciembre) en la demanda de determinaciones en orina de 24 horas en los centros de salud que envían muestras a nuestro laboratorio y la demanda en el citado periodo de determinación del cociente albúmina/creatinina.

ORINAS 24 HORAS			COCIENTE ALBUMINA / CREATININA		
CENTRO DE SALUD	2016	2017	DISMINUCIÓN (%)		
ADEMUZ	33	8	75,8	61	
C. S. ALBARRACIN	149	19	87,2	235	
C. S. ALFAMBRA	176	28	84,1	260	
C. S. ALIAGA	68	3	95,6	79	
C. S. BÁGUENA	98	3	96,9	97	
C. S. CALAMOCHA	251	42	83,3	354	
C. S. CANTAVIEJA	2	1	50,0	40	
C. S. CEDRILLAS	42	1	97,6	58	
C. S. CELLA	59	4	93,2	225	
C. S. MONREAL	165	11	93,3	229	
C. S. MORA DE RUBIELOS	49	13	73,5	65	
C. S. MOSQUERUELA	34	1	97,1	50	
C. S. SANTA EULALIA	110	3	97,3	84	
C. S. SARRIÓN	100	15	85,0	182	
C. S. TERUEL CENTRO	427	33	92,3	640	
C. S. TERUEL ENSANCHE	466	58	87,6	798	
C. S. UTRILLAS	249	34	86,3	367	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

C. S. VILLEL 37 6 83,8 113
TOTAL 2515 283 88,7 3937
Se observa una notable reducción en el número de orinas de 24 horas solicitadas desde atención primaria. Se pasó de un total de 2515 en 2016 a 283 en el mismo periodo de 2017. Es decir, una reducción total de 2232 determinaciones en orina de 24 horas. Esto supone una reducción del 88,7 %. Hay por tanto un elevado número de pacientes que se benefician de la creación de esta nueva prueba, con las facilidades en la recogida de muestra que implica, así como las ventajas en punto de recepción de muestras del Centro de Salud, durante el transporte de las mismas y en el laboratorio.
Por otra parte, el número de peticiones de determinación del cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada fue de 3937. Esto supone un incremento total de 1705 peticiones de orina al laboratorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Como era de esperar tras la creación de una nueva prueba, se ha producido una gran demanda de la misma. Se ha de hacer hincapié en la necesidad de que la dinámica de petición de este tipo de pruebas se ciña al algoritmo recomendado en la Guía de manejo del paciente diabético “Programa de atención integral. Diabetes Mellitus” de 2014
• Durante el periodo transitorio hasta la entrada en funcionamiento de las nuevas etiquetas, se observaron desajustes en las peticiones en aquellos pacientes a los que se les pedía simultáneamente básico de orina y cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada. El médico peticionario, siguiendo el protocolo establecido, creaba dos peticiones de OMI, una conteniendo entre otras pruebas solicitadas el básico de orina, y otra con el cociente albúmina/creatinina. Se observó con relativa frecuencia un error en el proceso de etiquetado de muestras y volantes OMI tras el proceso de extracción y recogida de orina en los centros de Salud. Se producía un cruce de etiquetas entre los tubos de una petición y las pruebas solicitadas vía OMI de la otra, hecho que generaba problemas en el laboratorio. Para resolver estos errores, se reclama una mayor atención en los puntos de extracción de muestras.
• La ecuación utilizada para la estimación del filtrado glomerular es MDRD-4-IDMS. Se recomienda su cambio por CKD-EPI, que presenta resultados más aproximados al valor real en pacientes en estadíos iniciales de insuficiencia renal, es decir, aquellos que presentan valores de filtrado glomerular comprendidos entre 60 y 90 mL/min/1.73 m2.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1762 ========== ***

Nº de registro: 1762

Título
IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN ADELA, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Entre las estrategias y programas de salud del SALUD figura la “Estrategia en diabetes”, basada en un documento de 2012 del Ministerio de Sanidad, cuya transposición a la Comunidad Autónoma de Aragón, dio lugar al “Programa de atención integral. Diabetes Mellitus” elaborado en 2014. En el apartado SP-3 del mismo, titulado “Seguimiento del paciente diabético: Prevención, detección y Atención a complicaciones crónicas y descompensaciones agudas”, se incluye en el epígrafe 3.5 el procedimiento de nefropatía diabética. En él se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

describe el procedimiento de cribado, de detección precoz y actuación ante la nefropatía diabética, algoritmo en el cual se incluyen varias pruebas de laboratorio.
Estas pruebas, que ya se realizaban en nuestro laboratorio en muestra de orina de 24 horas, son la determinación de albúmina y determinación de creatinina en orina de micción aislada y la determinación del cociente entre ambas magnitudes. Asimismo, se pedía emitir una estimación del filtrado glomerular a partir de los valores de creatinina sérica utilizando una de las ecuaciones de estimación del filtrado glomerular existentes: (MDRD-4).
Adicionalmente, estos parámetros constituyen uno de los indicadores de calidad (o de actividad) de atención primaria.

Hasta este momento, el seguimiento de la función renal en atención primaria se viene realizando mediante pruebas en orina de 24 horas, con las cuales se determinaba la funcionalidad renal mediante el aclaramiento de creatinina y la existencia de daño mediante la presencia de proteínas en orina, mal denominada “microalbuminuria” cuantificando su eliminación en 24 horas.
Estas técnicas, consideradas de referencia, basan su fiabilidad en la correcta y completa recogida de la orina durante un periodo de 24 horas. Esta recogida puede ser dificultosa en pacientes de edad avanzada y puede ser fuente de error si no es correcta.

Las más recientes guías clínicas (KDIGO 2014) avalan sustituir las pruebas en orina de 24 horas por pruebas en orina de micción aislada y estimación del filtrado glomerular mediante fórmulas basadas en niveles de creatinina sérica, sexo, edad y raza

RESULTADOS ESPERADOS
Se propone un proyecto para implementar el seguimiento de la función renal en paciente diabético en atención primaria, mediante la valoración del cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada y la estimación de la filtración glomerular mediante MDRD-4, de acuerdo a las directrices del Programa de atención integral Diabetes Mellitus.

MÉTODO
Se han de realizar las siguientes tareas:
Adecuación del autoanalizador para la realización de las pruebas. Creación de pruebas
Adecuación del etiquetado de los tubos de muestra
Creación de las pruebas en el programa SIL del laboratorio (Modulab-gold)
Creación de las pruebas en programa OMI.
Conexión OMI-Modulab-gold
Entrenamiento del personal implicado en el proceso, desde el origen (Petición por el médico de atención primaria), hasta el final del proceso (Recepción de resultados)
Seguimiento de la implantación del programa.

INDICADORES
El seguimiento de la implantación de las nuevas pruebas se realizará cuantificando el número de pruebas pedidas por los diferentes centros de salud y comparándolas con el volumen de las pruebas a las que estas nuevas sustituyen que se realizaron en periodos similares en años anteriores.
Se hará también seguimiento de peticiones incorrectas, considerando incorrectas aquellas peticiones que soliciten la determinación simultanea de las pruebas recién creadas y de las pruebas en orina de 24 horas.

DURACIÓN
Se plantea la realización del proceso de implantación de las nuevas pruebas durante un año.
Calendario previsto:
- Septiembre 2016: Acondicionamiento del autoanalizador para la realización de las nuevas pruebas.
- Octubre 2016: Creación de nuevas pruebas medidas y pruebas calculadas en el programa S.I.L. de laboratorio ModuLab Gold.
- Noviembre 2016. Creación de las nuevas pruebas en OMI.
- Diciembre 2016. Verificación de la conexión Modulab con OMI. Verificar que las peticiones realizadas vía OMI se registren en Modulab y que los resultados enviados por Modulab sean visibles en OMI.
- Diciembre 2016-Enero 2017. Formación del personal en Centros de Salud para la petición de nuevas pruebas: Médicos de atención primaria. Adecuada petición en OMI. Personal de Enfermería y auxiliares: correcta recogida y etiquetado de las muestras.
- Febrero 2017: Inicio de petición electrónica vía OMI de las nuevas pruebas
- Febrero 2017-junio 2017: Coexistencia de peticiones OMI con las pruebas de nueva creación con peticiones OMI solicitadas con anterioridad a febrero 2017 con pruebas en orina 24 horas.
- Febrero 2017 – Diciembre 2017. Implantación paulatina de las etiquetas preimpresas en los distintos centros de extracción periféricos.
- Febrero 2017-Diciembre 2017. Seguimiento y evaluación del proceso.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA FERNANDEZ LANDAZURI
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO ADAN ADELA
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
SANLLEHI VILA NURIA
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO
MONTON DITO JOSE MARIA
JURADO GOMEZ FELICIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES
El objetivo es realizar un estudio comparativo de dos ensayos para la determinación de troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad (hsTnT) (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).
La comparativa se basa en establecer la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro centro. Los aspectos a valorar son los siguientes:
1. Técnicos: Límite del Blanco, Límite de Detección, Límite de Cuantificación, intervalo de medición, establecimiento del percentil 99 de la población, calibración (determinaciones, intervalo de tiempo), duración del inmunoensayo, hemólisis, espacio físico y plataformas necesarias para el análisis.
2. Clínicos: definición de cambios significativos, algoritmos o paneles de decisión, puntos de corte, edad, género.
3. Coste: reactivos, calibradores, controles, suministros.

B) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN
En un segundo paso, se analizan por ambas plataformas 104 muestras para la determinación de hsTn en 4 y 6 series analíticas respectivamente. Las muestras analizadas proceden de las peticiones de troponina I convencional (la empleada en el momento de la comparación). Las muestras se obtuvieron en suero (Vacuette tube), y tras realizar la analítica solicitada por el clínico de troponina I convencional, se congelaron y en un mismo ciclo de descongelación se analizaron en ambas plataformas de forma simultánea las troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad.
Se registraron los diagnósticos de los 104 pacientes a los que se analizó la troponina para evaluar la sensibilidad (S), especificidad (E) y los falsos positivos (FP) y negativos (FN) empleando los puntos de corte establecidos por los fabricantes. Se clasificaron los diagnósticos como presencia o no de isquémica miocárdica (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, tako-Subo). Al tratarse de dos isoformas distintas (hsTnI, Beckman & hsTnT, Roche) no se puede realizar el análisis de regresión lineal ni el análisis de las diferencias (Bland-Altman).

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN
Una vez escogida la troponina ultrasensible más conveniente para nuestro centro atendiendo a todos los aspectos valorados, se comunicó a los clínicos implicados y se fijó un algoritmo que pueda ayudar al diagnóstico.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO
El seguimiento y la evaluación de adhesión al protocolo pactado de actuación se realiza a través de las recomendaciones del panel de expertos de la Asociación Española de Biopatología Médica-Medicina de Laboratorio (AEBM-ML) mediante indicadores y preguntas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES

Para realizar una correcta comparación entre ambos reactivos para la determinación de la troponina ultrasensible o de alta sensibilidad (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter) se evalúan parámetros técnicos, clínicos y de costes.

A1) Aspectos técnicos

Los aspectos a valorar se obtienen de la información proporcionada por las dos casas comerciales en la hoja de información del reactivo. Se revisaron previamente las definiciones de los conceptos, que se listan a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

continuación:

El límite de blanco (LoB) es la concentración más alta de troponina cardiaca que se puede encontrar en una muestra que no contiene el constituyente a medir. Estadísticamente se calcula con el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio de la muestra analizada más 1,65 veces la desviación estándar (DE) de su medida.
LoB = media (calibrador cero) + 1,645 × SD (calibrador).

El límite de detección (LoD) es la concentración más baja de troponina que se puede detectar en una muestra de baja concentración, auque la cuantificación no sea exacta. Es una concentración mayor que el límite de blanco. Estadísticamente, se calcula como el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio del LoB más 1,65 veces la DE de la muestra de baja concentración. Es decir, LoD= media (blanco) + 2 ó 3 × SD (blanco).
No existe consenso firme sobre el número de repeticiones por serie, en general, se refiere a 21 repeticiones. En Estados Unidos los laboratorios hasta 2017 no han podido informar troponinas cardiacas en el límite de detección porque los resultados disponibles (se utilizaban generaciones de ensayos anteriores a los de alta sensibilidad aprobados ese año) y los de POCT presentaban imprecisiones >20% en esta concentración. La FDA (Food and Drug Administration) sólo permite a los fabricantes informar resultados de troponinas cardiacas a concentraciones inferiores que la menor concentración que tiene una imprecisión total (CV = 20%).

El límite de cuantificación (LoQ) es l cantidad más baja de analito en una muestra que puede ser cuantificada con una precisión y exactitud aceptables, en condiciones experimentales establecidas. Matemáticamente es la concentración de troponina en la que el error de medida es del 5% (o en algunos métodos, el error que cumple el objetivo requerido o establecido, por ejemplo 10%). También tiene en cuenta el sesgo (diferencia con la sensibilidad funcional).

El percentil 99 es la concentración utilizada por las guías clínicas para el diagnóstico de SCA derivado de individuos aparentemente sanos en estudios desarrollados. Recomendaciones de la IFCC:
a) El valor dado por los fabricantes se considera aceptado, aunque se pueda determinar en nuestra población sana.
b) El percentil 99 en un ensayo de alta sensibilidad se debería medir con una imprecisión analítica = 10% CV.
c) Los métodos de alta sensibilidad deberían medir cTn por encima del límite de detección en más del 50% de individuos sanos.
e) El percentil 99 debe informarse en números enteros en ng/L.

En la Tabla 1 se especifica la comparación de ambas técnicas valorando parámetros junto a otros como son: intervalo de medición, sensibilidad, especificidad, tipo de muestra, efecto de la temperatura ambiental, número de test necesarios para la calibración, duración de la calibración, tiempo del ensayo, interferencia de la hemólisis, posible efecto Hook, valores de referencia poblaciones, puntos de decisión clínica, diferencia por sexos, estudios validados y el tiempo de vida del producto en el mercado.

El estudio comparativo de la información proporcionada por las casas comerciales demuestra que ambos métodos son de alta sensibilidad para determinar la troponina (alcanzando el 100% de sensibilidad con la plataforma de Roche), con parámetros buenos y aceptables. La hemólisis es una interferencia común en ambas técnicas siendo especialmente sensible para la plataforma de Roche.

Tabla 1. Estudio técnico comparativo (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).

	hsTnI	hsTnT
LoB	0-1,7 ng/L ?	3 ng/L (pg/mL)
LoD	1-2,3 ng/L ?	5 ng/L
LoQ 5,6 ng/L	13 ng/L	
Intervalo de medición	1-27.027 ng/L	3-10.000 ng/L
Sensibilidad	84-90% (URL: 17,5 pg/mL)	100 % (p99: 14 ng/L)
Especificidad	92-99%	75%
Tipo de muestra	Plasma y suero	Suero.No intercambiar
Valor de referencia (sin estratificar sexo)	17,5 ng/L	14 ng/L
Hombres: 19,8 ng/L (IC95%: 12.6-20.7) Mujeres: 11,6 ng/L (IC95%: 8.4-18.3	No diferencia	
Efecto Temperatura ambiental	SI	NO
Calibración	20 determinaciones 4	
Duración ensayo	17 minutos	9 minutos
Interferencia hemolisis	Falsos positivos	Falsos negativos
Efecto Hook	No hasta 2.000.000 ng/L	100.000 ng/L
Seguimiento clínico	Cada 3 horas	Cada 3 horas
Designación decisión	Valor delta	Contexto clínico.
? 50% debajo del LQ (7 ng/L) ? 20% encima del LQ	Estudios validados	APACE. APACE 2015. TRAPID
Tiempo en el mercado	2017	2010

A2) Aspectos Clínicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

En este apartado contemplamos los siguientes aspectos: Algoritmos [cambio significativo (delta) y como definir en números absolutos o relativos delta, tiempos, cinética], sexo, género.
La troponina ultrasensible de Roche Diagnostics lleva muchos más años en el mercado y se han realizado múltiples estudios nacionales e internacionales para validar la técnica en las distintas poblaciones. Esta casa comercial plantea el algoritmo validado por la European Society of Cardiology (Figura 1). Beckman Coulter lanzó la troponina I de alta sensibilidad del año pasado y propone diferentes estrategias para establecer los valores de decisión según sensibilidades y especificidades, siendo la responsabilidad de cada laboratorio fijar los valores de decisión que considere más apropiados para su población.

Los valores de cTn aumentan con la edad especialmente por encima de los 60 años y son más elevados en la población masculina. A pesar de que la recomendación de la IFCC sugiere la estratificación del p99 por sexo biológico, y al menos, por dos bloques de edad, la mayoría de los estudios que han calculado los p99 de los inmunoanálisis que determinan troponinas se han realizado sin seguir estas recomendaciones. La posición al respecto es la siguiente:
- Roche Diagnostics: utiliza un único punto de corte hsTnT (segregar por sexos el p99 no mejora el pronóstico en nuestro entorno europeo, fijándose en 14 ng/L para ambos sexos).
- Beckmann Coulter: establece una diferencia por sexos y de forma global para la población (Hombre: 19,8 ng/L; Mujeres: 11,6 ng/L; Ambos: 17,5 ng/L).

A3) Aspectos económicos

Inicialmente se realizó el cálculo teórico del coste de cada determinación teniendo en cuenta los costes del reactivo, control, calibrador y suministros del equipo (Tabla 2).

Tabla 2. Coste de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI (Beckman)	hsTnT (Roche)
Reactivo	3,57 €	2,66 €
Calibrador	0 €	0 €
Control	0,5 €	0 €
Suministros	2 €	0 €
Test	6,07 €	2,66 €

A posteriori, se pudo determinar de una forma más precisa el coste de cada determinación, con datos reales de nuestro laboratorio (Tabla 3). Este coste está ajustado a todas las acciones que se llevan a cabo en el laboratorio para la entrega de un resultado veraz y exacto de troponina. A priori, podemos observar que los calibradores tienen un coste de 0 €; sin embargo esto no implica que la calibración sea 0 € puesto que para calibrar el autoanalizador consume una serie de determinaciones (ver Tabla 1. Beckman Coulter hsTnI: 20 determinaciones frente a Roche Diagnostics hsTnT: 4 determinaciones), más la validación de la calibración con dos niveles de control para ambas técnicas.

Tabla 3. Coste real de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI (Beckman)	hsTnT (Roche)
Test	9,07 €	4,98 €

B) ESTUDIO COMPARATIVO DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN

Se realiza la comparación de ambas troponinas ultrasensibles en nuestra población. Se registra la fecha de petición, sexo, edad, presencia/ausencia hemólisis, niveles de TnI, hsTnT y hsTnT y creatinina, junto con el diagnóstico clínico.

Se incluyen 157 pacientes (57% Hombres; 43% Mujeres), con una mediana de edad de 71,5 años (12-95). Un 20% presenta niveles de creatinina superior al intervalo de referencia, no se detecta interferencia a la hora de interpretar los resultados.

Un 3% de las muestras están hemolizadas, presentando la misma dirección en ambas (aumento en ambas o disminución en ambas). La hsTnT puede infravalorar los resultados en muestras hemolizadas.
Los resultados en ambas técnicas son concordantes y similares, no obstante no es factible realizar regresión lineal dado que se trata de dos isoformas diferentes.
Clínicamente agrupamos los diagnosticos como presencia o ausencia de Isquemia Cardíaca (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, Tako-Subo). Se observan elevaciones de troponina ultrasensible en las siguientes patologías o cuadros clínicos: bloqueo aurículoventricular, bradiarritmia, sincope, complicaciones trastorno cardiaco, ciertos dolores torácicos inespecíficos, edema de pulmón, fribrilación auricular, insuficiencia respiratoria, palpitaciones (bajo porcentaje de las tres últimas). No se observan elevaciones de troponina ultrasensible en ansiedad, apendicitis, bronquitis, dolor neuromuscular, EPOC, viriasis, faringitis, gastritis, insuficiencia respiratoria, neoplasia, palpitaciones, peritonitis, rectorragia.
Los datos de sensibilidad, especificidad, falsos positivos y falsos negativos en nuestra población son los que aparecen en la tabla 4:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Tabla 4. Estudio de sensibilidad y especificidad en ambas plataformas (S: Sensibilidad; E: Especificidad; FP: Falsos positivos; FN: Falsos Negativos).

	S (%)	E (%)	FP(%)	FN (%)
hsTnT (Roche)	100	59	36	0
hsTnI (Beckman)	89	66	29	2

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Tras realizar la comparación atendiendo a los criterios planteados, se estableció que la troponina ultrasensible que mejor se adaptaba a nuestro laboratorio es la troponina T de Roche Diagnostics (hsTnT).

Previamente, el Servicio de Análisis Clínicos organizó una sesión sobre la utilidad de las troponinas ultrasensibles en el diagnostico del Síndrome Coronario Agudo. La sesión la impartió el Dr. Aitor Alquézar-Arbé, médico del Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, experto en el tema e investigador activo en la elaboración de los algoritmos planteados por las Sociedades Europeas y Españolas de Cardiología. Así mismo, el Dr. Antonio Martínez Oviedo, Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco, además de realizar una sesión clínica sobre el manejo de las troponinas ultrasensibles, elaboró un triptico en el que recoge la información más relevante del “Dolor torácico en urgencias” (Anexo 1) en la práctica clínica.
En nuestro centro, empezamos a trabajar con la troponina ultrasensibles el 05 de Junio del 2018. Unos días antes, la Dra. Adela Valero, Jefa del Servicio de Análisis Clínicos, distribuyó una nota recordatoria sobre el cambio de técnica y los detalles a interiorizar.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO
Se evalúa el proceso a través de la siguiente pregunta e indicadores.

a) ¿Existe la CKMB en la cartera urgente?

Esta disponible únicamente para los casos excepcionales en los que se quiera valorar un posible reinfarto, no para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con sospecha o confirmación de SCA/IM.

b) Indicador del proceso:

b1) Ratio Determinación CKMB/Troponina:

Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):
Determinaciones CKMB (726)/ Determinaciones troponina I Convencional (987): 73,6 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):
Determinaciones CKMB (25)/ Determinaciones troponina T ultrasensible (1.152): 2,2 %

Este ratio nos da una idea del número de determinaciones realizadas donde se han informado dos biomarcadores.

b2) Peticiones (solicitudes) urgentes que contengan algún marcador de daño cardiaco CKMB versus peticiones urgentes que contengan sólo troponina
Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):
Solicitudes de Troponina I convencional (sin CKMB) (268)/ Solicitudes totales de troponina (981): 27,3 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):
Solicitudes de Troponina T ultrasensible (sin CKMB) (997)/ Solicitudes troponina T ultrasensible (1.034): 96,4 %.

Las peticiones que tienen sólo troponina como marcador deberían ser la gran mayoría. Cuanto mayor sea el porcentaje, mayor es el grado de cumplimiento del requerimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. El perfil cardíaco empleado en nuestro centro, basado en la determinación de troponina, está adaptado a las Recomendaciones y la evidencia científica actual. Por lo que es fundamental que los profesionales clínicos y del laboratorio actualicen constantemente sus conocimientos.
2. La adaptación a las recomendaciones se realizó a través de la comunicación. Adicionalmente desde el Laboratorio de Urgencias, se anularon las determinaciones de Creatinin kinasa (CK), su isoforma MB (CKMB), la mioglobina y lactato deshidrogenas (LDH) que se solicitan bajo dicha sospecha, analizando la troponina ultrasensible. Las troponinas cardíacas constituyen el biomarcador de elección, especialmente las técnicas ultrasensibles.
3. Se considera necesario que antes de la implantación de una nueva técnica diagnóstica se realicen estudio en los que se valoren aspectos técnicos, clínicos y económicos.
4. La determinación de la técnica ultrasensible nos resulta más económica (4,98€) que la troponina convencional que se estaba empleando hasta la fecha (9,07 €).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

5. Para la correcta interpretación de la técnica es necesario valorar la cinética de evolución de la troponina dentro del contexto clínico.
6. Según la técnica de troponina utilizada puede ser necesario estandarizar los resultados por sexo, en el caso de la hs-TnT empleada no es necesario.
7. La troponina no se puede interpretar en muestras hemolizadas ya que infravalora el resultado (Falso negativo). Se solicita una nueva extracción desde el laboratorio de urgencias.
8. La evaluación del proceso a través de los indicadores utilizados nos informan que desde la implantación del nuevo protocolo de actuación basado únicamente en el empleo de la troponina ultrasensible se ha conseguido un mayor grado de cumplimiento, siendo prácticamente del 100 %.

7. OBSERVACIONES.
Se considera necesario seguir evaluando de forma prospectiva la demanda y el coste de los biomarcadores cardíacos en los próximos años, para ir detectando posibles áreas de mejora. Es fundamental la actualización de los conocimientos.
La introducción de estas técnicas aumenta la capacidad para el diagnóstico del SCA; sin embargo, se observan niveles elevados de troponinas en otras situaciones fisiopatológicas cardiacas y no cardiacas que se deben tener encuenta y de ahí la gran importancia de interpretar los resultados dentro de la situación clínica de cada paciente.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/60 ========== ***

Nº de registro: 0060

Título
ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Autores:
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, MONTON DITO JOSE MARIA, JURADO GOMEZ FELICIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el 2012, se publicó la última actualización sobre el Infarto de Miocardio (IM), definiendo dicha patología como la “Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior y al menos una de las siguientes características:
1. Síntomas de isquemia
2. Cambio significativo en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda
3. Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG
4. Evidencia por imagen de perdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición
5. Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia

Esta actualización otorga un papel clave a la determinación de troponina. El año pasado se solicito un proyecto de mejora para valorar la utilidad de nuestro algoritmo para esta patología. Las conclusiones de nuestro proyecto fueron las siguientes:
1. El perfil cardíaco empleado, basado en la determinación de troponina, mioglobina, CKMB, LDH y CK está obsoleto y en necesario adaptarlo a las recomendaciones actuales.
2. Las troponinas cardíacas son el biomarcador de referencia para el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA). La troponina que empleamos actualmente, forma parte de las troponinas convencionales (Troponina I Beckman Coulter), alcanzando el 89,5% de Sensibilidad, 80,3% de Especificidad, Valor predictivo positivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

(VPP) 88% y negativo (VPN) del 83%. La prevalencia de SCA en nuestra población es de 6,17 %. No obstante, es interesante la implantación de las troponinas ultrasensibles con el fin de mejorar la sensibilidad. El resto de biomarcadores no superan el 70% de sensibilidad.
3. El coste total del perfil cardíaco empleado es de 73.434,19 €. Adaptando nuestro algoritmo clínico a las recomendaciones ahorraríamos un coste 50.000 €.

Nuestra propuesta, a vista de nuestras conclusiones es valorar la implantación de las troponinas ultrasensibles.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de nuestro estudio es elaborar de una forma multidisciplinar un nuevo algoritmo más efectivo para el diagnóstico de SCA/IM en ingresado o aquellos que acudan a los servicios de urgencias con sospecha de desarrollar dicha patología. Los objetivos secundarios son:
a) Estudio comparativo de la troponina convencional empleada con dos troponinas ultrasensibles (Troponina T de Roche Diagnostics &Troponina I de Beckman Coulter).
b) Implantar la troponina seleccionada en nuestro centro y elaborar un procedimiento de actuación con los servicios implicados basado en la evidencia científica.

MÉTODO
Las actividades a realizar son las siguientes:

1.Estudio comparativo de la troponina convencional y las troponinas ultrasensibles:

Comparar troponina ultrasensible para determinar en la plataforma del Access2 (Beckman) y cobas e411 (Roche). Se dispone de ambas plataformas en el laboratorio de urgencias. Seleccionar la troponina que mejor se adapte a las condiciones del servicio.

2. Implantación de la troponina y elaboración de un protocolo:

Una vez seleccionada la troponina con la que vamos a trabajar, se organizarán unas reuniones con facultativos clínicos responsables del diagnostico y evolución de esta patología para elaborar un algoritmo.

INDICADORES
Planteamos realizar un análisis de coste efectividad de las troponinas estudiadas y un estudio que permita escoger la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro laboratorio de urgencia.

Una vez elaborado el protocolo, se evaluará el grado de adherencia al mismo.

DURACIÓN
La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un 10-12 meses.

Febrero- Marzo 2018: Estudio comparativo de las troponina disponibles.
Abril- Junio 2018: Estudio de los algoritmos disponibles, reunión multidisciplinar con los Facultativos clínicos y del laboratorio.
Julio 2018- Noviembre 2018: Evaluación del algoritmo, detección de posibles fuentes de error y estrategias de mejora, e introducir adaptaciones al planteado inicialmente.
Diciembre 2018: Elaboración de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA FERNANDEZ LANDAZURI
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO ADAN ADELA
SANLLEHI VILA NURIA
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO
MONTON DITO JOSE MARIA
JURADO GOMEZ FELICIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A)ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES
El objetivo es realizar un estudio comparativo de dos ensayos para la determinación de troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad (hsTnT) (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).
La comparativa se basa en establecer la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro centro. Los aspectos a valorar son los siguientes:
1. Técnicos: Límite del Blanco, Límite de Detección, Límite de Cuantificación, intervalo de medición, establecimiento del percentil 99 de la población, calibración (determinaciones, intervalo de tiempo), duración del inmunoensayo, hemólisis, espacio físico y plataformas necesarias para el análisis.
2. Clínicos: definición de cambios significativos, algoritmos o paneles de decisión, puntos de corte, edad, género.
3. Coste: reactivos, calibradores, controles, suministros.

B)ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN
En un segundo paso, se analizan por ambas plataformas 104 muestras para la determinación de hsTn en 4 y 6 series analíticas respectivamente. Las muestras analizadas proceden de las peticiones de troponina I convencional (la empleada en el momento de la comparación). Las muestras se obtuvieron en suero (Vacuette tube), y tras realizar la analítica solicitada por el clínico de troponina I convencional, se congelaron y en un mismo ciclo de descongelación se analizaron en ambas plataformas de forma simultánea las troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad.
Se registraron los diagnósticos de los 104 pacientes a los que se analizó la troponina para evaluar la sensibilidad (S), especificidad (E) y los falsos positivos (FP) y negativos (FN) empleando los puntos de corte establecidos por los fabricantes. Se clasificaron los diagnósticos como presencia o no de isquémica miocárdica (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, tako-Subo). Al tratarse de dos isoformas distintas (hsTnI, Beckman & hsTnT, Roche) no se puede realizar el análisis de regresión lineal ni el análisis de las diferencias (Bland-Altman).

C)DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN
Una vez escogida la troponina ultrasensible más conveniente para nuestro centro atendiendo a todos los aspectos valorados, se comunicó a los clínicos implicados y se fijó un algoritmo que pueda ayudar al diagnóstico.

D)EVALUACIÓN DEL PROCESO
El seguimiento y la evaluación de adhesión al protocolo pactado de actuación se realiza a través de las recomendaciones del panel de expertos de la Asociación Española de Biopatología Médica-Medicina de Laboratorio (AEBM-ML) mediante indicadores y preguntas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES
Para realizar una correcta comparación entre ambos reactivos para la determinación de la troponina ultrasensible o de alta sensibilidad (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter) se evalúan parámetros técnicos, clínicos y de costes.

A1) Aspectos técnicos
Los aspectos a valorar se obtienen de la información proporcionada por las dos casas comerciales en la hoja de información del reactivo. Se revisaron previamente las definiciones de los conceptos, que se listan a continuación:

El límite de blanco (LoB) es la concentración más alta de troponina cardiaca que se puede encontrar en una muestra que no contiene el constituyente a medir. Estadísticamente se calcula con el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio de la muestra analizada más 1,65 veces la desviación estándar (DE) de su medida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

LoB = media (calibrador cero) + 1,645 × SD (calibrador).

El límite de detección (LoD) es la concentración más baja de troponina que se puede detectar en una muestra de baja concentración, auque la cuantificación no sea exacta. Es una concentración mayor que el límite de blanco. Estadísticamente, se calcula como el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio del LoB más 1,65 veces la DE de la muestra de baja concentración. Es decir, LoD= media (blanco) + 2 ó 3 × SD (blanco).
No existe consenso firme sobre el número de repeticiones por serie, en general, se refiere a 21 repeticiones. En Estados Unidos los laboratorios hasta 2017 no han podido informar troponinas cardiacas en el límite de detección porque los resultados disponibles (se utilizaban generaciones de ensayos anteriores a los de alta sensibilidad aprobados ese año) y los de POCT presentaban imprecisiones >20% en esta concentración. La FDA (Food and Drug Administration) sólo permite a los fabricantes informar resultados de troponinas cardiacas a concentraciones inferiores que la menor concentración que tiene una imprecisión total (CV = 20%).

El límite de cuantificación (LoQ) es l cantidad más baja de analito en una muestra que puede ser cuantificada con una precisión y exactitud aceptables, en condiciones experimentales establecidas. Matemáticamente es la concentración de troponina en la que el error de medida es del 5% (o en algunos métodos, el error que cumple el objetivo requerido o establecido, por ejemplo 10%). También tiene en cuenta el sesgo (diferencia con la sensibilidad funcional).

El percentil 99 es la concentración utilizada por las guías clínicas para el diagnóstico de SCA derivado de individuos aparentemente sanos en estudios desarrollados. Recomendaciones de la IFCC:
a) El valor dado por los fabricantes se considera aceptado, aunque se pueda determinar en nuestra población sana.
b) El percentil 99 en un ensayo de alta sensibilidad se debería medir con una imprecisión analítica = 10% CV.
c) Los métodos de alta sensibilidad deberían medir cTn por encima del límite de detección en más del 50% de individuos sanos.
e) El percentil 99 debe informarse en números enteros en ng/L.

En la Tabla 1 se especifica la comparación de ambas técnicas valorando parámetros junto a otros como son: intervalo de medición, sensibilidad, especificidad, tipo de muestra, efecto de la temperatura ambiental, número de test necesarios para la calibración, duración de la calibración, tiempo del ensayo, interferencia de la hemólisis, posible efecto Hook, valores de referencia poblaciones, puntos de decisión clínica, diferencia por sexos, estudios validados y el tiempo de vida del producto en el mercado.

El estudio comparativo de la información proporcionada por las casas comerciales demuestra que ambos métodos son de alta sensibilidad para determinar la troponina (alcanzando el 100% de sensibilidad con la plataforma de Roche), con parámetros buenos y aceptables. La hemólisis es una interferencia común en ambas técnicas siendo especialmente sensible para la plataforma de Roche.

Tabla 1. Estudio técnico comparativo (Troponina I de Beckman Coulter & Troponina T de Roche Diagnostics).

	hsTnI	hsTnT
LoB	1,7 ng/L	3 ng/L (pg/mL)
LoD	2,3 ng/L	5 ng/L
LoQ	5,6 ng/L	13 ng/L (sensibilidad funcional)
Intervalo de medición	1-27.027 ng/L	3-10.000 ng/L
Sensibilidad	84-90%	100 %
Especificidad	92-99%	75%
Tipo de muestra	Plasma y suero	Suero
Valor de referencia		
Sin estratificar sexo	17,5 ng/L	14 ng/L
Hombre: 19,8 ng/L	No diferencia	
Mujeres: 11,6 ng/L		
Efecto Tª ambiental	SI	NO
Calibración	20 determinaciones	4 determinaciones
Duración ensayo	17 minutos	9 minutos
Interferencia	hemolisis	Falsos positivos Falsos negativos
Seguimiento clínico	1-3 h 1º: Basal	
3-6 h 2º: 3 horas		
6-9 h	3º: 6 horas	
Designación decisión	Valor delta	Contexto clínico. Relativo
(no fijo) ? 50% debajo del LQ (7 ng/L)		
? 20% encima del LQ		
Estudios validados	APACE	
APACE 2015		
TRAPID-AIM		
Tiempo en el mercado	2017	2010

A2) Aspectos Clínicos
En este apartado contemplamos los siguientes aspectos: Algoritmos [cambio significativo (delta) y como definir en números absolutos o relativos delta, tiempos, cinética], sexo, género.
La troponina ultrasensible de Roche Diagnostics lleva muchos más años en el mercado y se han realizado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

múltiples estudios nacionales e internacionales para validar la técnica en las distintas poblaciones. Esta casa comercial plantea el algoritmo validado por la European Society of Cardiology. Beckman Coulter lanzó la troponina I de alta sensibilidad del año pasado y propone diferentes estrategias para establecer los valores de decisión según sensibilidades y especificidades, siendo la responsabilidad de cada laboratorio fijar los valores de decisión que considere más apropiados para su población.

Los valores de cTn aumentan con la edad especialmente por encima de los 60 años y son más elevados en la población masculina. A pesar de que la recomendación de la IFCC sugiere la estratificación del p99 por sexo biológico, y al menos, por dos bloques de edad, la mayoría de los estudios que han calculado los p99 de los inmunoanálisis que determinan troponinas se han realizado sin seguir estas recomendaciones. La posición al respecto es la siguiente:
- Roche Diagnostics: utiliza un único punto de corte hsTnT (segregar por sexos el p99 no mejora el pronóstico en nuestro entorno europeo, fijándose en 14 ng/L para ambos sexos).
- Beckmann Coulter: establece una diferencia por sexos y de forma global para la población (Hombre: 19,8 ng/L; Mujeres: 11,6 ng/L; Ambos: 17,5 ng/L).

A3) Aspectos económicos
Inicialmente se realizó el cálculo teórico del coste de cada determinación teniendo en cuenta los costes del reactivo, control, calibrador y suministros del equipo (Tabla 2).

Tabla 2. Coste de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI	hsTnT
Reactivo	3,57 €	2,66 €
Calibrador	0 €	0 €
Control	0,5 €	0 €
Suministros	2 €	0 €
Test	6,07 €	2,66 €

A posteriori, se pudo determinar de una forma más precisa el coste de cada determinación, con datos reales de nuestro laboratorio (Tabla 3). Este coste está ajustado a todas las acciones que se llevan a cabo en el laboratorio para la entrega de un resultado veraz y exacto de troponina. A priori, podemos observar que los calibradores tienen un coste de 0 €; sin embargo esto no implica que la calibración sea 0 € puesto que para calibrar el autoanalizador consume una serie de determinaciones (ver Tabla 1. Beckman Coulter hsTnI: 20 determinaciones frente a Roche Diagnostics hsTnT: 4 determinaciones), más la validación de la calibración con dos niveles de control para ambas técnicas.
Tabla 3. Coste real de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI	hsTnT
Test	9,07 €	4,98 €

B) ESTUDIO COMPARATIVO DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN

Se realiza la comparación de ambas troponinas ultrasensibles en nuestra población. Se registra la fecha de petición, sexo, edad, presencia/ausencia hemólisis, niveles de TnI, hsTnT y hsTnT y creatinina, junto con el diagnóstico clínico.

Se incluyen 157 pacientes (57% Hombres; 43% Mujeres), con una mediana de edad de 71,5 años (12-95). Un 20% presenta niveles de creatinina superior al intervalo de referencia, no se detecta interferencia a la hora de interpretar los resultados.

Un 3% de las muestras están hemolizadas, presentando la misma dirección en ambas (aumento en ambas o disminución en ambas). La hsTnT puede infravalorar los resultados en muestras hemolizadas.
Los resultados en ambas técnicas son concordantes y similares, no obstante no es factible realizar regresión lineal dado que se trata de dos isoformas diferentes.
Clínicamente agrupamos los diagnosticos como presencia o ausencia de Isquemia Cardíaca (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, Tako-Subo). Se observan elevaciones de troponina ultrasensible en las siguientes patologías o cuadros clínicos: bloqueo aurículoventricular, bradiarritmia, sincope, complicaciones trastorno cardiaco, ciertos dolores torácicos inespecíficos, edema de pulmón, fribrilación auricular, insuficiencia respiratoria, palpitaciones (bajo porcentaje de las tres últimas). No se observan elevaciones de troponina ultrasensible en ansiedad, apendicitis, bronquitis, dolor neuromuscular, EPOC, viriasis, faringitis, gastritis, insuficiencia respiratoria, neoplasia, palpitaciones, peritonitis, rectorragia.
Los datos de sensibilidad, especificidad, falsos positivos y falsos negativos en nuestra población son los que aparecen en la tabla 4:

Tabla 4. Estudio de sensibilidad (S), especificidad (E), Falsos positivos (FP) y Falsos negativos (FN) en ambas plataformas.

	S (%)	E (%)	FP (%)	FN (%)
hsTnI	89	66	29	2
hsTnT (Roche)	100	59	36	0

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Tras realizar la comparación atendiendo a los criterios planteados, se estableció que la troponina ultrasensible que mejor se adaptaba a nuestro laboratorio es la troponina T de Roche Diagnostics (hsTnT).

Previamente, el Servicio de Análisis Clínicos organizó una sesión sobre la utilidad de las troponinas ultrasensibles en el diagnostico del Síndrome Coronario Agudo. La sesión la impartió el Dr. Aitor Alquézar-Arbé, médico del Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, experto en el tema e investigador activo en la elaboración de los algoritmos planteados por las Sociedades Europeas y Españolas de Cardiología. Así mismo, el Dr. Antonio Martínez Oviedo, Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco, además de realizar una sesión clínica sobre el manejo de las troponinas ultrasensibles, elaboró un tríptico en el que recoge la información más relevante del “Dolor torácico en urgencias” en la práctica clínica.
En nuestro centro, empezamos a trabajar con la troponina ultrasensibles el 05 de Junio del 2018. Unos días antes, la Dra. Adela Valero, Jefa del Servicio de Análisis Clínicos, distribuyó una nota recordatoria sobre el cambio de técnica y los detalles a interiorizar.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO
Se evalúa el proceso a través de la siguiente pregunta e indicadores.

a) ¿Existe la CKMB en la cartera urgente?
Esta disponible únicamente para los casos excepcionales en los que se quiera valorar un posible reinfarto, no para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con sospecha o confirmación de SCA/IM.

b) Indicador del proceso:
b1) Ratio Determinación CKMB/Troponina:
Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):
Determinaciones CKMB (726)/ Determinaciones troponina I Convencional (987): 73,6 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):
Determinaciones CKMB (25)/ Determinaciones troponina T ultrasensible (1.152): 2,2 %
Este ratio nos da una idea del número de determinaciones realizadas donde se han informado dos biomarcadores.

b2) Peticiones (solicitudes) urgentes que contengan algún marcador de daño cardiaco CKMB versus peticiones urgentes que contengan sólo troponina
Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):
Solicitudes de Troponina I convencional (sin CKMB) (268)/ Solicitudes totales de troponina (981): 27,3 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):
Solicitudes de Troponina T ultrasensible (sin CKMB) (997)/ Solicitudes troponina T ultrasensible (1.034): 96,4 %.

Las peticiones que tienen sólo troponina como marcador deberían ser la gran mayoría. Cuanto mayor sea el porcentaje, mayor es el grado de cumplimiento del requerimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. El perfil cardíaco empleado en nuestr o centro, basado en la determinación de troponina, está adaptado a las Recomendaciones y la evidencia científica actual. Por lo que es fundamental que los profesionales clínicos y del laboratorio actualicen constantemente sus conocimientos.
2. La adaptación a las recomendaciones se realizó a través de la comunicación. Adicionalmente desde el Laboratorio de Urgencias, se anularon las determinaciones de Creatinin kinasa (CK), su isoforma MB (CKMB), la mioglobina y lactato deshidrogenas (LDH) que se solicitan bajo dicha sospecha, analizando la troponina ultrasensible. Las troponinas cardíacas constituyen el biomarcador de elección, especialmente las técnicas ultrasensibles.
3. Se considera necesario que antes de la implantación de una nueva técnica diagnóstica se realicen estudio en los que se valoren aspectos técnicos, clínicos y económicos.
4. La determinación de la técnica ultrasensible nos resulta más económica (4,98€) que la troponina convencional que se estaba empleando hasta la fecha (9,07 €).
5. Para la correcta interpretación de la técnica es necesario valorar la cinética de evolución de la troponina dentro del contexto clínico.
6. Según la técnica de troponina utilizada puede ser necesario estandarizar los resultados por sexo, en el caso de la hs-TnT empleada no es necesario.
7. La troponina no se puede interpretar en muestras hemolizadas ya que infravalora el resultado (Falso negativo). Se solicita una nueva extracción desde el laboratorio de urgencias.
8. La evaluación del proceso a través de los indicadores utilizados nos informan que desde la implantación del nuevo protocolo de actuación basado únicamente en el empleo de la troponina ultrasensible se ha conseguido un mayor grado de cumplimiento, siendo prácticamente del 100 %.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Se considera necesario seguir evaluando de forma prospectiva la demanda y el coste de los biomarcadores cardíacos en los próximos años, para ir detectando posibles áreas de mejora. Es fundamental la actualización de los conocimientos.
La introducción de estas técnicas aumenta la capacidad para el diagnóstico del SCA; sin embargo, se observan niveles elevados de troponinas en otras situaciones fisiopatológicas cardiacas y no cardiacas que se deben tener encuenta y de ahí la gran importancia de interpretar los resultados dentro de la situación clínica de cada paciente.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/60 ========== ***

Nº de registro: 0060

Título
ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Autores:
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, MONTON DITO JOSE MARIA, JURADO GOMEZ FELICIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el 2012, se publicó la última actualización sobre el Infarto de Miocardio (IM), definiendo dicha patología como la "Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior y al menos una de las siguientes características:
1. Síntomas de isquemia
2. Cambio significativo en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda
3. Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG
4. Evidencia por imagen de perdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición
5. Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia

Esta actualización otorga un papel clave a la determinación de troponina. El año pasado se solicito un proyecto de mejora para valorar la utilidad de nuestro algoritmo para esta patología. Las conclusiones de nuestro proyecto fueron las siguientes:
1. El perfil cardíaco empleado, basado en la determinación de troponina, mioglobina, CKMB, LDH y CK está obsoleto y en necesario adaptarlo a las recomendaciones actuales.
2. Las troponinas cardíacas son el biomarcador de referencia para el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA). La troponina que empleamos actualmente, forma parte de las troponinas convencionales (Troponina I Beckman Coulter), alcanzando el 89,5% de Sensibilidad, 80,3% de Especificidad, Valor predictivo positivo (VPP) 88% y negativo (VPN) del 83%. La prevalencia de SCA en nuestra población es de 6,17 %. No obstante, es interesante la implantación de las troponinas ultrasensibles con el fin de mejorar la sensibilidad. El resto de biomarcadores no superan el 70% de sensibilidad.
3. El coste total del perfil cardíaco empleado es de 73.434,19 €. Adaptando nuestro algoritmo clínico a las recomendaciones ahorraríamos un coste 50.000 €.

Nuestra propuesta, a vista de nuestras conclusiones es valorar la implantación de las troponinas ultrasensibles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de nuestro estudio es elaborar de una forma multidisciplinar un nuevo algoritmo más efectivo para el diagnóstico de SCA/IM en ingresado o aquellos que acudan a los servicios de urgencias con sospecha de desarrollar dicha patología. Los objetivos secundarios son:
a) Estudio comparativo de la troponina convencional empleada con dos troponinas ultrasensibles (Troponina T de Roche Diagnostics &Troponina I de Beckman Coulter).
b) Implantar la troponina seleccionada en nuestro centro y elaborar un procedimiento de actuación con los servicios implicados basado en la evidencia científica.

MÉTODO
Las actividades a realizar son las siguientes:

1.Estudio comparativo de la troponina convencional y las troponinas ultrasensibles:

Comparar troponina ultrasensible para determinar en la plataforma del Access2 (Beckman) y cobas e411 (Roche). Se dispone de ambas plataformas en el laboratorio de urgencias. Seleccionar la troponina que mejor se adapte a las condiciones del servicio.

2. Implantación de la troponina y elaboración de un protocolo:

Una vez seleccionada la troponina con la que vamos a trabajar, se organizarán unas reuniones con facultativos clínicos responsables del diagnostico y evolución de esta patología para elaborar un algoritmo.

INDICADORES
Planteamos realizar un análisis de coste efectividad de las troponinas estudiadas y un estudio que permita escoger la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro laboratorio de urgencia.

Una vez elaborado el protocolo, se evaluará el grado de adherencia al mismo.

DURACIÓN
La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un 10-12 meses.

Febrero- Marzo 2018: Estudio comparativo de las troponina disponibles.
Abril- Junio 2018: Estudio de los algoritmos disponibles, reunión multidisciplinar con los Facultativos clínicos y del laboratorio.
Julio 2018- Noviembre 2018: Evaluación del algoritmo, detección de posibles fuentes de error y estrategias de mejora, e introducir adaptaciones al planteado inicialmente.
Diciembre 2018: Elaboración de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO MENDEZ ARREDONDO
· Profesión ..... QUIMICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA
MORATA HERNANDEZ LUCIA
ALEGRE DEL CAMPO MARIA TERESA
MUÑOZ DOMINGO ARANTXA
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para estimar la extensión del error preanalítico que supone la incompleta recolección de la orina de 24 horas y el coste para solucionarlo, en una gran proporción, se realizaron las siguientes actividades:
• Se formuló la siguiente hipótesis de trabajo: “En nuestro laboratorio tenemos un error preanalítico, que se manifiesta en las frecuencias de las diuresis 2 y 4 L de la orina de 24 horas, y es debido a una recogida incompleta de dicha orina causada porque los pacientes dejan de recogerla o la desechan cuando se llena el bote”.
• Se determinaron todas las frecuencias porcentuales de las diuresis de orina de 24 horas entre los años 2013 y 2017 recogidas en todo el Sector Teruel y mediante extrapolación por el método de mínimos cuadrados se estimó el error preanalítico de recogida incompleta.
• Se recogieron datos sobre la gran variedad de tipos de botes de recogida de orina de 24 horas que llegan a nuestro laboratorio (volumen, eficacia en evitar derrames durante el transporte y frecuencia de llegada al laboratorio).
• Dada la complejidad de la recogida de orina de 24 horas y la gran variedad de centros y servicios que nos envían dichas muestras. Con el fin de tener una base de comparación, de conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la recogida de dicha orina que nos ofrecen las guías de practica clínica y de obtener sugerencias, de profesionales sanitarios ajenos al laboratorio, para la mejora de dicha recogida se elaboró una encuesta de calidad para el personal sanitario de primaria y de especializada sobre esta recogida. Asimismo, con fines análogos y con el fin de tener una idea del porcentaje de diferentes errores preanalíticos presentes durante la recolección de esta orina, se realizó una encuesta de calidad a los pacientes sobre dicha recogida.
• En base al resultado obtenido en el punto anterior, se determinó, para cada centro de salud y para cada servicio de nuestro hospital (dividiendo los servicios en consultas y planta) la frecuencia porcentual de las diuresis 2 y 4 L de las orinas de 24 horas recibidas entre los años 2013 y 2017.
• Con el fin de valorar la importancia de este error y reducirlo, se propuso implementar el modelo Seis Sigma como metodología de mejora. Para ello:
? En primer lugar, se reconoció que un porcentaje importante de pacientes no traían al laboratorio el volumen total de orina miccionado durante 24 horas.
? Posteriormente se procedió a definir este error, considerando cualquier frecuencia de diuresis mayor a la naturalmente esperada como un defecto.
? Durante la fase de medida, del modelo Seis Sigma, se estableció la existencia del total de defectos por millón de oportunidades.
? Tras analizar la situación se obtuvieron las conclusiones.
? Se propusieron, en orden de importancia, las siguientes mejoras:
I. La sustitución de los actuales botes de recogida de orina de 24 horas por otros que posean una capacidad de 3 L.
II. La entrega al paciente de instrucciones escritas de recogida de orina de 24 horas con viñetas fáciles de entender.
III. La formación del personal sanitario encargado de explicar a los pacientes las instrucciones de recogida de dicha orina.
? Se monitorizó el error de recogida incompleta después de implementar las mejoras en determinados servicios/centros.
Por otro lado, cumplimos con nuestro calendario marcado pero debido a la continua obtención de datos, decidimos recoger estos datos y analízalos durante toda la duración del proyecto.
Para realizar este proyecto se utilizaron los recursos informáticos del laboratorio (S.I.L., excell, word).
Además, obtuvimos la total colaboración del personal del laboratorio y del personal sanitario de especializada (en especial la del servicio de Nefrología).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En base a que a nuestro laboratorio llegan muchas más muestras de orinas de 24 horas con una diuresis de 2 L de lo que cabría esperar, formulemos la siguiente hipótesis de trabajo: “En nuestro laboratorio tenemos un error preanalítico, que se manifiesta en las frecuencias de las diuresis 2 y 4 L de la orina de 24 horas, y es debido a una recogida incompleta de la orina de 24 horas causada porque los pacientes dejan de recoger orina o la desechan cuando se llena el bote de 2 L.”
Para demostrar esta hipótesis se calculo la distribución de frecuencias de volúmenes de orinas recogidas durante 24 horas en el Sector Teruel entre los años 2013 y 2017 y se vio que estas son similares a lo largo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

de los años. En todos estos años, mediante extrapolación por el método de mínimos cuadrados, se observa que las frecuencias de 2 y 4 L son unas 5 veces mayor de lo esperado. Esto equivale al 12,2 y al 0,7% de todas las muestras recogidas respectivamente. Es decir, teniendo en cuenta únicamente este error de recogida incompleta, aproximadamente el 13% de los resultados de los análisis de las orinas de 24 horas de nuestro laboratorio son erróneos.
Además, observemos que el 91% de los botes de orina de 24 horas que llegan a nuestro laboratorio son de 2 L (hay varios modelos de estos botes, por ejemplo uno de ellos tiene 2 tapas y si no se cierra con las 2 tapas ya sea por olvido o porque se tiro la tapa, entonces la orina se derrama), el 8,7% de los botes son de 1,5 L y el 0,3% son de 3 L. Asimismo, el 5,8% de las muestras de orina de 24 horas nos llegan derramadas, bien porque el bote está mal cerrado o porque el paciente no cerro el bote con las 2 tapas en el caso de que el bote tenga 2 tapas.
La encuesta, sobre la recolección de orina de 24 horas, entre el personal de consultas externas mostró que:
1. El 100% de los encuestados respondió que al paciente se le explica verbalmente como recoger esta orina.
2. El 45% respondió que la persona que explica como recoger dicha orina es un médico, el 9% que es un enfermero y el resto contesto que es un médico, o un enfermero, o un auxiliar de enfermería.
3. El 82% respondió que al paciente no se le entregan instrucciones escritas de recogida.
4. El 55% de los encuestados valora no solicitar el análisis de orina de 24 horas en casos previsibles de recogida incompleta de dicha muestra. (El 9% de los encuestados solicitan el aclaramiento de creatinina y otro 9% el cociente albumina/creatinina).
5. El 83% de los encuestados que contestaron afirmativamente a la pregunta anterior, afirman solicitar una prueba alternativa en caso de existir dicha prueba.
6. El 82% respondió que al paciente no se le entrega un bote de recogida.
7. Las sugerencias de mejora que nos hicieron llegar los encuestados son:

- Instrucciones escritas facilitadas por el personal del laboratorio al entregar el bote de recogida (en el caso que el paciente este en hospital).
- Entregar recipientes para recogida de muestras en citaciones, como se hace en el H. Miguel Servet, H Clínico, Lozano Blesa y centros de especialidades de esos hospitales.

Desafortunadamente, la encuesta, sobre la recolección de orina de 24 horas, entre el personal de atención primaria no obtuvo ninguna respuesta.
La encuesta, sobre la recolección de orina de 24 horas, entre los pacientes (procedentes en su mayoría de especializada) que entregaron dicha orina en el laboratorio mostró que:
1. El 19% de los encuestados procedentes de especializada (20%, de nefrología) era la primera vez que recogían orina de 24 horas. Mientras que los de primaria, el 67%.
2. El 89% de los encuestados procedentes de especializada (73%, de nefrología) respondió que le explicaron como recoger la orina de 24 horas. Mientras que los de primaria, el 100%.
3. El 38% de los encuestados procedentes de especializada (20%, de nefrología) respondió que le entregaron instrucciones escritas de recogida. Mientras que los de primaria, el 67%.
4. El 86% de los encuestados procedentes de especializada (73%, de nefrología) afirma que comprendió totalmente las instrucciones de recogida. Mientras que de primaria, el 67%.
5. El 92% de los encuestados procedentes de especializada (80%, de nefrología) afirma que siguió las recomendaciones de recogida. Mientras que los de primaria, el 100%.
6. El 89% de los encuestados procedentes de especializada (93%, de nefrología) afirma que recogió toda la orina. Mientras que los de primaria, el 83%.
7. El 43% de los encuestados procedentes de especializada (33%, de nefrología) necesito más de un bote de orina. Mientras que los de primaria, el 17%.
8. El 95% de los encuestados procedentes de especializada (93%, de nefrología) trajo todos los botes. Mientras que los de primaria, el 83%.
9. El 73% de los encuestados procedentes de especializada (60%, de nefrología) no guardo el bote en la nevera durante la recogida. Mientras que los de primaria, el 50%.

Se calculo el tamaño muestral necesario para que nuestro estudio sea adecuado para una proporción próxima al 12%, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, obteniéndose que se requieren al menos 163 muestras de orinas de 24 horas.
Una vez demostrada la hipótesis de trabajo y con el objeto de conocer la extensión del error de recogida incompleta entre los diferentes centros de salud y servicios de nuestro hospital, se determinó, para cada centro de salud y para cada servicio de nuestro hospital (dividiendo los servicios en consultas y planta) la frecuencia porcentual de las diuresis 2 y 4 L de la orina de 24 horas recibidas en nuestro laboratorio entre los años 2013 y 2017. Se vio que en primaria este error es del 11,7% (2,7 sigmas) y que en la mayoría de los centros de atención primaria este error es similar a la media (13%). Destaca el centro de salud de Monreal con un error del 7% y en el lado opuesto los centros de salud de Mora y Sarrión con errores del 15 y 14% respectivamente. Por otro lado, se vio que en consultas externas este error es del 15,4 % (2,6 sigmas) y que en la mayoría de las consultas externas es similar a la media (13%). Destaca Medicina Interna con un error del 7% y en el lado opuesto Reumatología con un error del 16%. En cuanto a las plantas de nuestro hospital, que nos envían suficiente número de muestras como para obtener resultados estadísticamente significativos, se vio que este error fue aproximadamente del 4%. Destaca la U.C.I. en la que no se observó dicho error. Al comparar los porcentajes de error de primaria con los de consultas externas se vieron diferencias significativas con un nivel de confianza del 95%.
Para tener una mejor idea de la extensión del error, se determino que porcentaje de las orinas de 24 horas recibidas entre los años 2013 y 2017 procedía de cada centro y servicio. Obteniéndose que el 37% de las orinas de 24 horas procedían de primaria (el 6´5 y 5´8% procedían de los centros de salud Teruel ensanche y centro respectivamente, el 3´6, 3´5, 3´2, y 3´0% procedían de Calamocha, Monreal, Alfambra y Utrillas respectivamente, el 1´6, 1´5, 1´5, 1´3, 1´3, 1´2 y 1,0% procedían de Santa Eulalia, Baguena, Cella, Mora, Sarrión, Aliaga y Albarracín respectivamente y en un porcentaje menor del 1% procedían de Ademuz, Cantavieja,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Cedrillas, Mosqueruela, Villel y Checa). Por otro lado, el 35´6% de las orinas de 24 horas procedían de Nefrología, el 13´5% de Endocrinología, el 3´3% de Medicina Interna, el 2´4 y el 2´2% de Reumatología y de la U.C.I. respectivamente, el 1´4, 1´1 y 1´0% de Digestivo, de otros centros y de Hematología respectivamente y en un porcentaje menor del 1% procedían de Cardiología, Cirugía, Ginecología, Hospital Miguel Servet, Hospital provincial Teruel, Pediatría y Urología. Por tanto, debido al elevado peso de Nefrología, los resultados obtenidos del servicio de Nefrología sesgaran las medias hacia dicho servicio.
Una vez detectada, cuantificada y conocida la extensión del error de recogida incompleta, para conocer de forma objetiva la importancia de este error y posteriormente reducirlo se implementó el modelo Seis Sigma como metodología de mejora. Como resultado, se obtuvo que el rendimiento del procedimiento de recogida de la orina de 24 horas, en el área sanitaria de Teruel entre los años 2013 y 2017 fue inaceptable (de 2,6 en una escala de 6 sigmas). Es importante tener en cuenta que una sigma de 3 representa el mínimo de calidad aceptable para todo proceso general y que un valor sigma de 6 constituye el nivel óptimo al que todo procedimiento debe aspirar. Con el objeto de conocer el rendimiento del procedimiento de recogida, en los diferentes centros de salud y servicios de nuestro área, se calculo el nivel de calidad sigma de dicho proceso en cada centro y servicio. Los resultados obtenidos muestran que en todos los centros de salud el rendimiento del procedimiento de recogida fue inaceptable (<3 sigmas), excepto en los centros de salud de Monreal y Calamocha en los que el rendimiento fue mínimamente aceptable (3,1 y 3,0 sigma respectivamente). Así mismo, los resultados obtenidos muestran que en todas las consultas externas el rendimiento del procedimiento de recogida fue inaceptable (<3 sigmas), excepto en Medicina Interna en el que fue mínimamente aceptable (3,0 sigmas). Por otro lado, dichos resultados también muestran que en la U.C.I. el rendimiento del procedimiento de recogida fue óptimo (no se observó ningún error). Además, en las plantas de Medicina Interna y Nefrología el rendimiento fue mínimamente aceptable (3,1 y 3,2 sigmas respectivamente) y llama la atención que en las plantas, que nos envían suficiente número de muestras como para obtener resultados estadísticamente significativos, el rendimiento fue mínimamente aceptable y no inaceptable como en la mayoría de los centros de salud y de consultas externas.
Mediante extrapolación por el método de mínimos cuadrados se deduce que la utilización de un bote de orina de 3 L reduciría el error de recogida incompleta desde el 12,7% hasta el 2%. Lo cual es lógico ya quel número de pacientes que orinan una diuresis mayor que 3 L es unas 5-6 veces menor quel de los que orinan más de 2.
Una vez analizado el problema y obtenidas las conclusiones se llevaron a cabo las siguientes mejoras:
- BOTES ADECUADOS: Se solicitó a compras, contenedores de plástico de 3 L, de boca ancha y opacos. (Estamos pendientes de la aceptación por compras).
- INSTRUCCIONES ESCRITAS: Con el fin de acompañar las instrucciones orales, se enviaron a todos los centros de salud instrucciones escritas de recogida de orina de 24 horas con viñetas fáciles de entender para que se las entregaran a los pacientes.
- FORMACIÓN: En colaboración con el servicio de Nefrología, hicimos unas instrucciones escritas de recogida de orina de 24 horas lo más cómodas posible (buscando la máxima colaboración de los pacientes) y con viñetas fáciles de entender para que se las entregaran a los pacientes de Nefrología. También resolvimos una única duda que tenían los nefrólogos en dicha recogida. Esto supone que a los pacientes de consultas externas de Nefrología se les facilita unas instrucciones escritas lo más fáciles de entender y cómodas posible, explicadas oralmente por un equipo de nefrólogos altamente motivados, que son conscientes de la problemática que conlleva la recogida de dicha orina y que conocen a la perfección las normas de recogida.

A pesar de no contar con los botes de 3 L debido a que los tramites necesarios requieren al menos un año, para continuar con la implementación del modelo Seis Sigma, se monitorizó el error de recogida incompleta en primaria y en el servicio de Nefrología ya que estas fueron las unidades elegidas para ver la eficacia de 2 de las mejoras. Obteniéndose los siguientes resultados:
- El porcentaje del error de recogida incompleta en las consultas externas de Nefrología paso del 15,5 al 12,2% (porcentajes estadísticamente diferentes con un nivel de confianza del 95%). Con lo que el rendimiento del procedimiento de recogida mejoro de 2,6 sigmas (inaceptable) a 2,7 sigmas (inaceptable).
- El porcentaje del error de recogida incompleta en primaria paso del 11,7 al 10,3% (no estadísticamente diferentes con un nivel de confianza del 95%). Con lo que el rendimiento del procedimiento de recogida paso de 2,7 sigmas (inaceptable) a 2,8 sigmas (inaceptable).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una crítica que le hacemos al índice de calidad elegido (frecuencia de las diuresis) es que dicho índice no tiene en cuenta el uso de absorbentes, el derrame accidental o el olvido que puede causar que parte de la orina no se recoja. No obstante, la posibilidad de reducir un error tan grande (13%) justifica sobradamente el uso de dicho índice ante la ausencia de uno mejor.
Las principales conclusiones son:
- En todos los centros de salud, excepto en los de Monreal y Calamocha, y en todas las consultas externas, excepto en la de Medicina Interna, el rendimiento del procedimiento de recogida fue inaceptable (<3 sigmas). Lo cual indica que se deben tomar medidas para conseguir que en todas las unidades de nuestro Área se consiga un procedimiento de recogida al menos mínimamente aceptable (3 sigmas).
- En el conjunto de las plantas este error es del 6,5% (3,1 sigmas), en primaria del 11,7% (2,7 sigmas) y en consultas externas del 15,4 % (2,6 sigmas). Lo cual lo atribuimos a que tanto en plantas como en primaria al paciente se le entregan los botes que el paciente dice necesitar y en consultas externas el paciente compra cualquier tipo de bote en farmacias. Y a que en plantas el paciente puede preguntar dudas en cualquier momento al personal sanitario y en los otros 2 casos solo en el momento de la explicación del médico (hay que tener en cuenta que la población de Teruel está envejecida y que la memoria se va perdiendo con la edad). También, a que según la encuesta, un mayor porcentaje de pacientes de primaria que de consultas externas recibe instrucciones escritas. Es decir, vemos que el entregar al paciente los botes que necesite (a pesar de no tener un volumen de 3 L) reduce el error. Y que cuanto mayor es la atención que presta el personal sanitario a la recogida, menor es el error. Y además, estas 2 medidas son aditivas.
- Se puede observar que en algunos centros de salud y servicios el error de recogida es significativamente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

menor que en otros debido probablemente a que el personal sanitario y/o los pacientes estén más implicados en la correcta recogida.
• En la U.C.I. no existe el error de recogida incompleta debido a que prácticamente todos los pacientes están sondados, por lo que la orina se va recogiendo en bolsa o cajetín y después el personal sanitario lo trasvasa a un recipiente.
• La formación junto con la entrega al paciente de instrucciones escritas lo más comprensibles y cómodas posibles, reducen significativamente el error de recogida incompleta, pero no lo suficiente como para asegurar una calidad mínima.
• En base a los resultados obtenidos, es de preveer que los botes de 3 L reducirán el error drásticamente desde el 13% hasta el 2%, lo que supondría pasar de un rendimiento del procedimiento de recogida de 2,6 (inaceptable) a 3,6 sigmas (medio). Además, que el paciente reciba, en el laboratorio o en su centro de salud, unas instrucciones escritas sencillas con viñetas junto con el bote de recogida de 3 L y que tenga otra oportunidad de preguntar (o llamarnos por teléfono) sobre cualquier duda acerca de la recogida, probablemente supondrá un rendimiento de dicho procedimiento en torno a 4 sigmas (medio).
Se han cumplido todos los objetivos excepto la obtención de botes de 3 L que está pendiente del servicio de compras.
La implementación de un sistema de cribado con tira reactiva, en nuestra sección de orinas, ha supuesto que desde el inicio del año 2018 se ahorren 16.210 Euros/año, pudiéndose así destinar los limitados recursos a otros fines. Por otro lado, como se señala en la bibliografía, este tipo de cambio siempre resulta coste-efectivo.
Teniendo en cuenta que en nuestro laboratorio se analizan 2226 orinas de 24 horas/año, el coste de los botes de 3 L y por tanto el coste de llevar a cabo este proyecto es de unos 2114 Euros/año. Lo cual supone un 13% de todo lo que estamos ahorrado en nuestra sección de orinas al implantar el sistema de cribado anteriormente mencionado, por lo que la sostenibilidad del proyecto es viable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/267 ========== ***

Nº de registro: 0267

Título
REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Autores:
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, MORATA HERNANDEZ LUCIA, ALEGRE DEL CAMPO MARIA TERESA, MUÑOZ DOMINGO ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diferentes enfermedades
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El laboratorio clínico participa en un alto porcentaje de decisiones clínicas e influye por tanto en la seguridad del paciente. Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan identificar errores para poder prevenir posibles daños a los mismos.
Esto conlleva un ciclo de investigación que comprende una serie de características:
1. Determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes.
2. Entender las causas fundamentales de esos daños ocasionados a los pacientes.
3. Encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura.
4. Evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real.
En la etapa preanalitica se producen entre el 75 y el 80% de los errores que ocurren en todo proceso analítico.
Una fase preanalitica segura es condición indispensable para garantizar unos resultados de calidad.
La evaluación y mejora de los procesos preanaliticos es una necesidad de primera línea, ya que una fase preanalitica segura, cuyo pilar es la toma de muestras, es indispensable para obtener unos resultados de calidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

1. TÍTULO

REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Según los resultados del estudio ENEAS, un 25-30% de los errores del laboratorio repercuten sobre el cuidado del paciente y un 6-10% causan efectos adversos, de los cuales el 75-84% podrían haberse prevenido.
El uroanálisis es una parte integral de los tests del laboratorio. Su utilidad esta probada en el diagnóstico de enfermedades (enfermedades del riñón, del tracto urinario, del higado, así como en desordenes metabólicos tales como la diabetes), en la monitorización de la efectividad del tratamiento de problemas crónicos, y en el cribado de condiciones asintomáticas.
La recolección, transporte y almacenaje de la muestra de orina son tan importantes como el uroanálisis. Por tanto, muestras adecuadamente obtenidas y manejadas mejoran la calidad y la fiabilidad de los resultados del uroanálisis.
En el caso de muestras de orina de 24 horas, se requiere la recogida completa de la orina durante 24 horas debido a que muchos analitos presentan variaciones circadianas. Por tanto, la falta de recogida de una o varias fracciones de orina implica un error preanalítico que pudiera tener efectos adversos o repercutir sobre el cuidado del paciente.
La cantidad promedio de orina emitida por un individuo adulto sano es de aproximadamente 1 mL/Kg por hora, o aproximadamente 1,5 L en un periodo de 24 horas. Sin embargo, tanto en el laboratorio como en nefrología se ha detectado que el valor de diuresis 2 L es muchísimo más frecuente de lo que debiera ser. El origen de este error preanalítico podría estar relacionado con la gran variedad de botes de orinas de 24 horas que llegan al laboratorio sobre los cuales no existe ningún tipo de control por parte del mismo; no tenemos control ni sobre el volumen, ni sobre el material con el que están construidos los botes que podría adsorber el analito...

RESULTADOS ESPERADOS
Evaluar la causa y extensión del error preanalítico reiterado que se detecta mediante una diuresis de 2 L anormalmente frecuente. Y asimismo, Realizar propuestas que eliminen o reduzcan drásticamente este error preanalítico que pudiera tener efectos adversos o repercutir sobre el cuidado del paciente. Y finalmente, aunque no menos importante, Tratar de implementar dichas propuestas.

MÉTODO
Las actividades a realizar son las siguientes:
1. Entrenamiento del personal implicado.
2. Análisis estadístico de las muestras de orinas de 24 horas.
3. Análisis de la situación actual de nuestro sector.
4. Desarrollo de varias propuestas razonadas en base a los datos recogidos para eliminar o minimizar el error estadístico estudiado.
5. De manera consensuada tratar de implementar la propuesta más eficaz.
6. Evaluación del proceso preanalítico implementado.

INDICADORES
El indicador es la diuresis.
La evaluación de este proceso se realizará cuantificando la frecuencia de las diuresis de 2 L y comparando esta frecuencia con la frecuencia esperada y con la de años anteriores.
Además, en función del tipo de proceso implementado se tendrán que utilizar o no adicionales métodos de evaluación.

DURACIÓN
La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de un año. Calendario previsto:

Febrero 18: Entrenamiento del personal implicado en el proceso de recogida de datos.
Marzo – Junio 18: Recogida de datos y análisis estadístico de las muestras de orinas de 24 horas.
Abril – Junio 18: Análisis de la situación actual a nivel de todo el Sector Sanitario Teruel.
Julio – Diciembre 18: Desarrollo de propuestas para eliminar o minimizar el error estadístico estudiado e implementación de la propuesta más eficaz.
Enero 19: Seguimiento y evaluación del proceso preanalítico implementado.

OBSERVACIONES
Además contamos con el apoyo de los nefrólogos de nuestro hospital.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0367

1. TÍTULO

INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MURCIANO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO
BUENO COSIO OLGA MARIA
CAÑIZARES MOTA ELSIE
CONESA MARIN VICENTE
GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Recogida de datos de dificultad en el manejo de la vía aérea de los pacientes sometidos a anestesia general, con copia en su historia clínica y entregando una copia al mismo.
La hoja tiene una serie de items que hay que marcar según los indicadores de dificultad prevista tanto para la ventilación con mascarilla facial como para la dificultad encontrada durante la intubación endotraqueal, colocación de dispositivos supraglóticos o realización de vía aérae quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El standard marcado era la realización de un hoja de control de vía aéra a todos los pacientes en los que se sospechaba vía aérea difícil y en los que se encontraba una vía aéra difícil no sospechada
Hemos recogido datos del 98% de los pacientes, perdiendo un 2% de los pacientes por falta de cumplimentación de la hoja.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental la valoración incial de la vía aéra, la planificación de diferentes planes para el abordaje de la misma, así como dejar constancia por escrito de las dificultades surgidas y su manejo.
Hemos visto pacientes en la consulta preanestésica con su hoja cumplimentada que nos ha permitido un mejor abordaje y una mejor planificación.
Debería instaurarse una hoja similar en todos los pacientes del SALUD para apoyar la toma de decisiones, así como entregar una hoja, o mejor una tarjeta de notificación de vía aérea difícil para que los pacientes puedan entregarla a su médico responsable.

7. OBSERVACIONES.
Puedo mandar la hoja de datos que hemos realizado para su control en otros hospitales.
Se puede ampliar este proyecto de calidad a toda la comunidad autónoma y se debería valorar la implantación de una tarjeta de vía aérea difícil, porque puede ayudar a reducir la morbimortalidad en el manejo de la vía aéra.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/367 ========== ***

Nº de registro: 0367

Título
INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

Autores:
MURCIANO GARCIA FERNANDO, GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION, IZQUIERDO PALOMARES ANA, RUBIO JIMENEZ CONCEPCION, PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, GARAFULLA GARCIA JESUS, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, DELGADO NAVARRO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0367

1. TÍTULO

INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La dificultad para el manejo de la vía aérea supone la mayor causa de mortalidad atribuible a la anestesia, así como morbilidad derivada de la hipoxia que supone una dificultad o retraso en la intubación, riesgo de broncoaspiración o de lesiones pulmonares, traqueales, de orofaringe o de piezas dentarias por intentos repetidos o traumáticos.
Por ello la entidad conocida como vía aérea difícil (VAD) supone un reto en nuestro trabajo diario.
Desde la consulta de anestesia identificamos marcadores que pueden sugerir una VAD como son el Mallampati, la distancia tiromentoniana, distancia interdentaria, distancia esternomentoniana, el test de la mordida, el ángulo de extensión cervical o el estado de la piezas dentarias... pero a pesar de ello nos encontramos en ocasiones con una VAD inesperada o en el otro extremo con una VAD prevista que no resulta serlo. Por ello la mayor garantía de que no existen dificultades para la IOT resulta conocer cómo se desarrollo una intubación previa y si se precisaron dispositivos especiales como fibroscopio, laringoscopio óptico, guías de intubación o mascarillas laringeas.
Asimismo otro dato vital para nuestro trabajo diario es poder ventilar a estos pacientes lo cual condiciona que la VAD pueda convertirse en una emergencia vital, un paciente que no sea intubable ni ventilable.
Existen condicionantes que dificultan la ventilación con mascarilla facial como son el cuello grueso, la edad, el paciente edéntulo o el paciente obeso. La dificultad ventilatoria en el paciente anestesiado se cuantifica con la escala de Han. Nuestro problema a resolver consiste en que aunque nosotros reflejemos en la gráfica de anestesia dichas dificultades para próximas intervenciones si nuestro paciente se ha intervenido en otro centro no tenemos acceso a ella e igualmente si es derivado desde Teruel a un hospital de tercer nivel tampoco tendrían acceso a su historial médico. Lo mismo si se interviene de urgencias y no llega a tiempo la historia antigua.Así que si nuestros pacientes con VAD portan el documento que refleja las dificultades que existieron y con qué dispositivo fueron solucionadas supondrá menos intentos de IOT infructuosos, menos ansiedad para el anestesiólogo y si lo requiriese programar una intubación despierto con fibroscopio

RESULTADOS ESPERADOS
Que todo paciente con un antecedente de intubación dificultosa tenga un informe en su poder en el que se explique cómo se solventaron las dificultades y mediante qué dispositivo para el correcto manejo de la VAD. Asimismo aquellos pacientes con marcadores externos que predicen una intubación dificultosa y que se constata que tienen un grado I o II en la escala Cormack-Lehane (escala que describe cómo se visualiza la glotis tras una laringoscopia directa) dejen de ser etiquetados como VAD

MÉTODO
Diseñamos un documento titulado "informe del paciente con via aérea difícil", en el que se recoge:
Una etiqueta identificativa y dados antropométricos como edad, talla y peso. Teniendo en cuenta que la misma persona en el transcurso de su vida condicionada por la obesidad, cirugia de cara o cuello, radioterapia o la artrosis puede pasar de no ser VAD a serlo.
Se recogen los "condicionantes de vía aérea difícil" o factores que pudieran dificultar la ventilación.
Finalmente titulado como "resolución de vía aérea dificil" se detalla el grado de dificultad para la ventilación en la escala de Han y las técnicas de intubación. Entre dichas técnicas están reflejados todos los dispositivos de manejo de VAD con los que contamos

INDICADORES
Es difícil evaluar a posteriori las veces en las que resulta útil dicho documento. Nuestro hospital muchas veces es un sitio de tránsito de personas que veranean en esta zona y no tenemos acceso a lo ocurrido en cirugías posteriores. Les insistimos al paciente y los familiares de la necesidad de aportar dicho documento cada vez que se enfrente a una cirugía o sea interrogado por un anestesista, así como es importante confesar las alergias medicamentosas

DURACIÓN
Dicho documento está sujeto a remodelación conforme puedan aparecer en el mercado nuevos dispositivos o las propias guías de actuación ante la VAD sean modificadas

OBSERVACIONES
Las propias guías de manejo de la VAD difieren inicialmente entre una VAD conocida y una imprevista, ya que el algoritmo de decisión difiere desde el inicio es de suma importancia que tanto el paciente como todo profesional que le atienda conozca dicha circunstancia.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1765

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIAMTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA:GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GUSTAVO ADOLFO ARMAS TOVAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO COSIO OLGA MARIA
NINA COLQUE NAYRA LUPE
HERRERO MIGUEL ANA MARIA
CONESA MARIN VICENTE JOSE
CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD
RUBIO JIMENEZ CONCEPCION
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
sesión clínica sobre la hipertermia maligna, su manejo clínico y tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
realización de un protocolo de prevención y manejo.
revisión de la dotación de material necesario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
se estan alcanzando los objetivos planteados segun cronograma de actuación.

7. OBSERVACIONES.
esta pendiente la realización de un simulacro de actuación con todo el personal sanitario del area quirurgica.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1765 ========== ***

Nº de registro: 1765

Título
MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA: GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

Autores:
ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO, BUENO COSIO OLGA MARIA, NINA COLQUE NAYRA LUPE, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, CONESA MARIN VICENTE JOSE, CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD, RUBIO JIMENEZ CONCEPCION, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Hipertermia Maligna es una de las patologías neuromusculares asociadas a alteraciones genéticas, su incidencia en nuestro medio es desconocida, pero conlleva consecuencias fatales sin un adecuado tratamiento. Por eso en la Declaración de Helsinki de 2010 sobre la seguridad del paciente en anestesiología, se estableció la necesidad de disponer de protocolos y recursos para su gestión. De acuerdo con estos estándares internacionales para una práctica segura de la anestesia, y para contribuir a la mejora de la calidad asistencial, se requiere la implantación de guías para un adecuado diagnóstico y tratamiento en casos sospechosos de Hipertermia Maligna.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1765

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIAMTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA:GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo en nuestro medio es dotar de los recursos materiales necesarios y mejorar las capacidades y la actuación de los profesionales que deben de gestionar estos casos mediante la creación de una cultura de anticipación y de aprendizaje mediante simulaciones y trabajo en equipo, y mejorar su satisfacción. Para conseguir una Anestesia fiable y segura en la Hipertermia Maligna, es muy importante el mantenimiento de ambos objetivos en el tiempo, hecho también buscado en este proyecto. El desarrollo de éste se va a llevar en el horizonte temporal de dos años.

MÉTODO
Para lograr los objetivos se implementarán los siguientes:
1. Puesta al día de los conocimientos sobre Hipertermia Maligna, confección de un protocolo de prevención y manejo. Segundo semestre de 2017.
2. Revisión de la dotación de material necesario. Establecer cauces para verificar esta dotación en el tiempo. Primer trimestre de 2018.
3. Adecuada difusión mediante sesión de formación monográfica. Segundo semestre de 2018.
4. Simulación de casos de forma periódica.

INDICADORES
A. Redacción del protocolo asistencial.
B. Número de revisiones de material mensuales realizados/12*100.
C. Número de asistentes a la formación/ total de integrantes (F.E.A Anestesiología y Enfermería de Anestesiología).
D. Número de simulaciones en el periodo de dos años.
E. Satisfacción de los sanitarios del Servicio

DURACIÓN
.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO RUIZ DOÑATE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOLOS MARIN MARIA TERESA
NAVARRO ANDRES MARIA LUZ
CATALAN EDO MARIA PILAR
SABORIT OLIVER RAMON
NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA
MARTIN HERNANDEZ RAQUEL
MESADO ZAPATA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto se propone en 2017, tras evidenciarse una serie de problemas en la gestión del paciente quirúrgico de nuestro centro, que hacían peligrar el adecuado tratamiento quirúrgico de la población de nuestro sector. Después de realizar una valoración inicial se identifican los siguientes déficits:

- Ausencia de criterios establecidos y consensuados por los servicios quirúrgicos, de inclusión en LEQ.
- Ausencia de procedimientos de decisión compartida.
- Ausencia de seguimiento de pacientes en LEQ.
- Suspensiones quirúrgicas, y falta de seguimiento en la conciliación de medicación crónica en el perioperatorio.
- Ausencia de coordinación y seguimiento compartido (At.Primaria - At.Hospitalaria) efectiva en la preparación de pacientes, especialmente crónicos polimedicados y con tratamientos que alteran la hemostasia.

Como consecuencia de lo ya relatado, se plantea un programa de mejora de la gestión del paciente quirúrgico en nuestro medio, a desarrollar a lo largo de 2018. Se plantean una serie de objetivos, que se presumen necesarios para resolver los problemas enumerados. Estos objetivos son
- Existencia de criterios clínicos de inclusión quirúrgica consensuados con acuerdo grupal, en cada uno de los S. Quirúrgicos, y existencia de documento que los refleje presentado a Dirección Médica.
- Valoración de adecuación de indicación quirúrgica, y revisión de pacientes que estén en LEQ durante más de 150 días. Lleva parejo, la activación del procedimiento de tiempos de garantía y criterios de eficiencia quirúrgica (baja de lista, renuncia expresa o inclusión en parte quirúrgico).
- Realización de una adecuada preparación preanestésica. Insistir en la comprobación de la comprensión de instrucciones (PAI), y seguimiento en fase prehospitalaria y hospitalaria.
- Actuaciones de seguimiento-coordinación compartido (AP-AH) en fase pre y postintervención (fase hospitalaria y fase extrahospitalaria), para la conciliación de medicación, y mejora del estado con el que el paciente se somete a la cirugía.

Para conseguir estos objetivos, sin duda íbamos a necesitar la implicación de los S. Quirúrgicos de nuestro centro, del S. de Anestesiología y Reanimación, del personal de quirófano, del S. de Admisión, de la Dirección Médica y de Enfermería, así como del personal de At. Primaria.

La forma de conseguirlo, y de mejorar la comunicación entre niveles, fue la de realizar una serie de reuniones especificadas por cada servicio, en las que participaba Admisión, el servicio quirúrgico y Dirección, para instar la definición de los criterios de inclusión quirúrgica para los procesos más prevalentes que supongan al menos el 50 % de LEQ, así como la definición de acciones concretas para la revisión clínica de pacientes incluidos en LEQ con más de 150 días en LEQ (siguiendo la sistemática de configuración de los PAI qué, quién, dónde, cuándo y cómo).

Así mismo, se produjo una serie de reuniones entre la Dirección médica y de enfermería, personal de quirófano y personal de At. Primaria, para conseguir definir las acciones concretas del seguimiento y conciliación de medicación, así como la mejora en la optimización preoperatoria del paciente, que nos permita una reducción en el número de suspensiones quirúrgicas por debajo del 5 %.

Las reuniones mantenidas se produjeron en los 2 primeros trimestres de 2018, así como en el resto del año cuando se han requerido correcciones y/o han surgido incidencias.

Como resultado de todo el trabajo de definición, y de la puesta en común de objetivos y resolución de problemas, se han elaborado y colgado en la intranet del centro los documentos que recogen los criterios de inclusión quirúrgica. Así mismo, se ha elaborado los circuitos para la revisión de pacs. con más de 150 días en lista, se ha diseñado un modelo de carta para la citación de estos enfermos en la consulta de revisión que se les hace, y se han definido las opciones posibles una vez realizada ésta, para depurar la lista quirúrgica. Por otra parte, se ha diseñado el PAI que contempla la coordinación entre Primaria y Especializada, para conseguir una adecuada optimización preoperatoria del paciente, así como un protocolo de conciliación de medicación en perioperatorio.

La elaboración de documentos se ha llevado a cabo en los 2 últimos trimestres del año (aunque las medidas a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

tomar ya se han llevado a la práctica, tras las reuniones mantenidas).

Finalmente, hemos procedido a la recogida de datos para valorar los indicadores que nos propusimos (durante el mes de enero de 2019).

Los recursos destinados para alcanzar los objetivos alcanzados son:

- Tiempo para gestionar y organizar, lo que conlleva no realizar actividad asistencial durante esos momentos.
- Rotación de enfermería de anestesia en la consulta de preanestesia, de forma que la enfemera ya esté especializada, y la coordinación con atención primaria sea más satisfactoria.
- Redistribución de los tiempos de consulta, y circuitos con Admisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores que propusimos para valorar los resultados del proyecto son:

A.- Criterios de indicación de inclusión en LEQ explícitos por servicio quirúrgico, consensuados y en documento.
Valor objetivo: existencia de documento por servicio disponible en la intranet. 100%. 6 de 6 servicios.
Se han presentado Criterios en 6 servicios de 6: Cirugía general, COT, ORL, Ginecologia, Oftalmologia y Urología.
Los Documentos se han colgado en la intranet.

B.- Revisión y depuración por Servicio de los pacientes que superan 150 días en LEQ. Valor Objetivo. Al menos el 20 % son depurados por revisión clínica. Es decir, que al menos el 20% de los que superan tiempo serán valorados en una consulta por el jefe de servicio.
Se ha realizado reunión con los 6 Servicios y 4 de ellos han realizado revisión de pacientes que superan 150 días en LEQ: Cirugía general, ORL y COT. Oftalmología ya tiene sistematizada una cita con el paciente pre-quirúrgica para medir lente y ahí depuran lista. Urología y Ginecología están pendientes de organizar consulta, pero en Ginecología no hay demora actualmente

C.- Documento que defina el proceso de atención de enfermería Primaria-Hospital, especialmente en pacientes polimedicados y en tratamientos que alteran la hemostasia.
Documento de Proceso y Diagrama realizados por Dirección de Enfermería.

A continuación, se describen los pasos del proceso:

C.1.- El paciente consulta a su médico de atención primaria por un problema de salud. Este a través de la interconsulta virtual contacta con el FEA del Hospital Obispo Polanco y si se considera oportuno se programa para consulta presencial.

C.2.- Si el FEA del HOP considera que el paciente necesita tratamiento quirúrgico, le explicará el procedimiento, le entregarán los papeles del preoperatorio y con el "formulario de inclusión en lista de espera quirúrgica", el paciente tiene que ir a admisión donde entregar la hoja amarilla, la rosa se queda en la historia del paciente y la blanca se la entrega el paciente.
C.3.- Una vez que el paciente entrega la hoja de inclusión en lista de espera en Admisión, el personal de este servicio valora si el paciente tiene prioridad normal o preferente.
C.3.1.-Si la prioridad en normal, se le indica que tiene pedir cita en admisión de consultas externas para la consulta de anestesia y al menos una semana antes debe hacerse las pruebas complementarias requeridas; análisis (puede pedir cita en AP o acudir sin cita al hospital), radiografía (debe pedir cita en admisión de consultas externas) y ECG (5ª planta del HOP sin cita previa)
C.3.2.-Si la prioridad para la intervención quirúrgica es preferente, el personal del servicio de Admisión le dará directamente la cita para la consulta de anestesia y le indica cuando debería realizarse las pruebas complementarias, el lugar es igual que en el punto 3.1.

C.4.- El enfermero de la consulta quirúrgica rellenará la "hoja de registro de pacientes incluidos en lista quirúrgica" en la que se recoge el centro de salud al que pertenece y si presenta alguna de las siguientes patologías: hipertensión, Diabetes Mellitus o está en tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes.

C.5.- Los viernes, todas las enfermeras de las consultas quirúrgicas llevarán las "hojas de registro de pacientes incluidos en lista quirúrgica" al despacho de la Supervisora de Consultas. La enfermera de la consulta de anestesia los recogerá, ordenará y separará por centro de salud. Posteriormente enviará la información al correo corporativo de cada centro de salud.

C.6.- El administrativo del centro de salud que reciba la información será el encargado de trasmitirlo a cada enfermera de cupo del centro de salud. La enfermera sabrá que pacientes de su cupo han sido programados para intervención quirúrgica.

C.7.- La enfermera de atención primaria dentro de su consulta programada citará a los pacientes que han sido incluidos en lista quirúrgica para llevar a cabo actividades de: promoción de la salud, valoración de enfermería, y control de factores de riesgo que puedan afectar pre y post a la intervención quirúrgica, principalmente en lo relativo al tratamiento con medicamentos antiagregantes. De esta forma conseguirá que el paciente llegue en las mejores condiciones a la intervención quirúrgica, se evitarán suspensiones y se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

conseguirá una rápida recuperación de su estado de salud.
Los datos clínicos y de enfermería se registrarán en OMI ASOCIADOS al episodio quirúrgico activo para que la enfermera de la consulta de anestesia pueda ver toda esta información el día que el paciente acuda a su consulta.
El objetivo final de este proyecto que es el paciente llegue a la consulta de anestesia con las constantes vitales, glucemias o INR controlado, así como otros posibles factores como peso, hábito tabáquico… y de esta forma llegará en óptimas condiciones a la intervención quirúrgica.

C.8.- El paciente irá a la consulta de anestesia el día citado. Si cumple criterios establecidos de idoneidad la enfermera de la consulta avisará al Servicio de admisión para que lo pueda programar para intervención programada. En caso contrario, la enfermera de anestesia se pondrá en contacto con la enfermera de cupo de su centro de salud para que controle al paciente. Una vez que la enfermera del centro de salud considere que el paciente está bien controlado, contactará con la enfermera de la consulta de anestesia para que vuelva a citarlo en consulta.

C.9.- El Jefe de cada Servicio quirúrgico programa semanalmente el parte quirúrgico en admisión con todos aquellos pacientes que han pasado el visto bueno de la consulta de anestesia.

C.10.- El Servicio de Admisión del hospital será el encargo de contactar con el paciente para indicarle el día y la hora de la intervención quirúrgica, habitualmente con una semana de antelación.

C.11.-Aquellos pacientes que reciban la llamada del servicio de admisión para intervención quirúrgica y tengan dudas o problemas de salud pueden ponerse en contacto con su enfermera de cupo del centro de salud para consultas, indicándole la fecha de la intervención. De esta manera la enfermera puede trabajar con él llevando a cabo una intervención eficaz a lo largo de los días previos a la intervención.

C.12.-Si la enfermera del centro de salud considera que el paciente no tiene controlado el INR, TA… se pondrá en contacto con la enfermera de la consulta de anestesia para que ella hable con admisión y se pueda quitar a ese paciente del parte quirúrgico, aprovechando de esta manera el tiempo quirúrgico, ya que el servicio de admisión podrá llamar a otro paciente de la lista de espera quirúrgica.
El contacto de consulta de enfermería de anestesia será a través de la extensión 534632 o el correo corporativo: anenfe.hopl@salud.aragon.es

C.13.- Los pacientes en buenas condiciones de salud, acudirán al hospital Obispo Polanco el día y la hora programada para intervención quirúrgica.

D.- Suspensiones de Intervenciones programadas. Valor objetivo inferior al 5% para cada servicio. Fuente: análisis de las hojas de suspensión quirúrgica.

- Urología: 36 suspensiones, menos 11 atribuibles a causas de paciente son 25 entre 611 intervenciones: 25/611x100= 4%
- COT: 40 intervenciones supendidas menos 15 por casusa atribuibles de 626 intervenciones, 25/626x100= 3,9%
- ORL: 16 intervenciones supendidas menos 6 por causas del paciente de 21 intervenciones son 10/213x100= 4,6%
- OFT: 47 intervenciones supendidas, menos 28 por causas atribuibles al paciente son 19 de 646 (490+156), 19/646x100= 2,8%
- Ginecología: 14 intervenciones suspendidas menos 8 por causas atribuibles al paciente son 6 de 233, 6/233x100=2,5%
- Cirugía: 45 intervenciones suspendidas menos 19 por causas atribuibles al paciente de 913 intervenciones 26/913x100= son 2,8 %

La totalidad de servicios ha cumplido el objetivo.

E.- Pacientes que superan los 150 días de espera. Objetivo reducción.
(LEQ Estructural del Hospital, fuente Hiss)

Se ha reducido notablemente, hemos pasado de 243 pacientes en LEQ estructural de más de 180 días a 31 de diciembre de 2017, a 141 pacientes en LEQ estructural de más de 180 días a 31 de diciembre de 2018. En contra hemos tenido la falta de especialistas de Anestesiología que ha mermado la actividad quirúrgica, de forma que realmente lo que ha contenido la lista de espera, es el control estricto para ajustar las entradas en LEQ que han realizado los servicios, ya que se ha reducido un 20% las entradas en LEQ en 2018 (de 5200 a 4200) respecto a las entradas de 2012.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que se trata de un proyecto alcanzable con pocos recursos, y que mejora la coordinación del personal en el cuidado de nuestros enfermos, dentro de una organización de equipo como es la sanitaria.
A su vez, “No solo de la actividad asistencial vive el hombre”, sino que la labor de organización y coordinación es fundamental para replantear objetivos y hacer una gestión sanitaria más enfocada a las expectativas que tiene el paciente sobre su atención sanitaria.

Por otra parte, es patente la buena disposición existente a la colaboración primaria-especializada, pero observamos que estamos faltos de herramientas informáticas que ayuden a ello.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Consideramos que nos queda pendiente, incidir más en la optimización preoperatoria del enfermo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/92 ========== ***

Nº de registro: 0092

Título
MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Autores:
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, TOLOS MARIN MARIA TERESA, NAVARRO ANDRES MARIA LUZ, CATALAN EDO MARIA PILAR, SABORIT OLIVER RAMON, NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL, MESADO ZAPATA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES QUIRÚRGICOS
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Básicamente centraríamos el proceso de mejora en las siguientes “recomendaciones clave”:
- Verificación de criterios de inclusión y establecimiento de Prioridad Clínica en concreto en cuanto a Cirugía Programada se refiere
- Especial atención a la conciliación de medicamentos en pacientes crónicos, con especial atención a los fármacos que alteran la hemostasia

Es especialmente relevante la “planificación del cambio”. Es decir la meticulosa programación de las acciones a realizar para conseguir implementar las mejoras que nos hagan obtener buenos resultados. (El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO y CUÁNDO)
• Ausencia de criterios establecidos y consensuados por servicio de inclusión en LEQ.
• Ausencia de procedimientos de decisión compartida
• Ausencia de seguimiento de pacientes en LEQ
• Suspensiones y falta de seguimientos de conciliación de medicación de pacientes crónicos
• Ausencia de coordinación y seguimiento compartido (AP-AH) efectiva en la preparación de pacientes, especialmente crónicos polimedicados y con tratamientos que alteran la hemostasia

RESULTADOS ESPERADOS
• Existencia de criterios clínicos de Servicio consensuado AG (con acuerdo de grupo) y existencia de documento presentado a Dirección
• Valoración de adecuación de indicación y revisión de pacientes de >150 días en LEQ. La activación del procedimiento se tiempos de garantía y criterios de eficiencia quirúrgica. (baja de lista, renuncia expresa o inclusión en parte quirúrgico).
• Adecuada preparación preanestésica. Comprobación de comprensión de instrucciones (PAI) seguimiento en fase prehospitalaria y en fase hospitalaria
• Actuaciones de seguimiento-coordinación compartido (AP-AH) en fase postintervención fase hospitalaria y fase posthospitalaria

MÉTODO
• Planificación de reuniones específicas por Servicio y conjuntas con Admisión, servicio quirúrgico y Dirección
• Definición de criterios de Indicación quirúrgica por servicio para los procesos más prevalentes que supongan al menos el 50 % de LEQ
• Definir acciones concretas por Servicio para adecuar indicaciones
• Definir acciones concretas para revisión clínica de pacientes incluidos en LEQ con más de 150 días en LEQ (qué, quien, dónde, cuándo y cómo)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

1. TÍTULO

MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

- Definir acciones concretas de seguimiento y conciliación de medicación en pacientes crónicos coordinadas por enfermería AP y Hospital
- Estudio de las causas de suspensión de intervenciones, especialmente por falta de seguimiento en las indicaciones establecidas de preparación del paciente

INDICADORES
1.-Criterios de indicación de inclusión en LEQ explícitos por servicio quirúrgico, consensuados y en documento. Valor objetivo: existencia de documento por servicio disponible en la intranet. 100%. 6 de 6 servicios.

2.- Número de Reuniones por servicio implicado. Valor objetivo: Al menos una reunión formal entre Admisión y Servicio implicado con presencia de Dirección. 6 reuniones, 6 documentos tipo acta, 1 por servicio.

3.- Revisión y depuración por Servicio de los pacientes que superan 150 días en LEQ. Valor Objetivo. Al menos el 20 % son depurados por revisión clínica. Es decir, que al menos el 20% de los que superan tiempo serán valorados en una consulta por el jefe de servicio.

4.- Suspensiones de Intervenciones programadas. Valor objetivo. Inferior al 5% para cada servicio.

5.- Informe con análisis de las causas de suspensión. Valor Objetivo. Informe en noviembre de 2018.

6.- Actuación de la enfermería en preanestesia. Valor Objetivo: Documento que defina acciones de enfermería en la consulta en junio 2018.

7.- Seguridad clínica en preanestesia: presencia de documento que registra el PAI Primaria-Hospital de Enfermería (qué, quién, dónde cómo y cuándo) de actuaciones y acciones en paciente polimedicados y en concreto con tratamientos que alteran la hemostasia. Valor Objetivo. Presencia de Documento en noviembre de 2018 y al menos dos reuniones con las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria y Hospital del bloque quirúrgico y Documento en noviembre de 2018.

DURACIÓN
- Reuniones específicas: 1 trimestre de 2018 (6/6)
- Definición criterios específicos de indicación quirúrgica marzo-abril 2018
- Inicio revisiones pacientes en LEQ : abril 2018
- Acciones concretas por Servicio para adecuar indicaciones implantadas en : mayo 2018
- Documento con acciones de enfermería de Anestesia en consulta: junio 2017
- Reuniones Direcciones de Enfermería Primaria y Hospital, primer semestre y segundo semestre: definir acciones concretas de coordinación
- Acciones concretas de conciliación de medicación en crónicos y en tratamientos que alteran la hemostasia: Presencia de circuito de PAI del paciente quirúrgico y documento: marzo a noviembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0408

1. TÍTULO

MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICACMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA MARIA BUENO COSIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD
CIRUGEDA SALVADOR MARIA PILAR
CONESA MARIN VICENTE JOSE
ESTEBAN CAMPOS ESTHER
GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION
HERRERO MIGUEL ANA MARIA
NINA COLQUE NAYRA LUPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de las etiquetas para las jeringas, envases de medicación y vías de administración, con una serie de características de tamaño, color información que debe portar y colocación; según el sistema internacional de código de colores recomendado por SENSAR (Sistema Español de notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) y el ISMP - España (Instituto para el uso Seguro de los Medicamentos).
Distribución de los carros de medicación de la misma forma en todos los quirófanos, URPA, carro de epidurales ...etc.
Cajas de etiquetado en todos los carros, URPA, paritorio... etc, donde se carga medicación, en el mismo orden y colores.
Cargar las medicaciones con la misma presentación de jeringas, igual volumen y las mismas concentraciones.
Utilizar la misma organización de jeringas con la medicación que se utiliza para una anestesia general, epidural, subdural, bloqueos ...etc.
Se ha realizado el cumplimiento de actividades dentro del calendario marcado, se han realizado las etiquetas y se han colocado en una caja para que estén ordenadas y sea fácil de cogerlas, etiquetado de los cajones de medicación; se ha realizado la difusión al personal implicado en el Servicio mediante reuniones por parte de enfermería y a los anestesistas, para poner en conocimiento el proyecto, su funcionamiento y las ventajas en seguridad que se consiguen con ello; se realizaron sendas reuniones en una sesión de los miércoles dentro del calendario marcado, enseñando el material que se había preparado para ello y realización del mismo. También se cambiaron impresiones y se quedó de acuerdo con los responsables de Urgencias y de Uci, para realizar todos los mismos tipos de dosificaciones y diluciones para seguir una pauta común y evitar confusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado " PROTOCOLO DE MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA", en la reunión informativa que se realizó, el personal asistente fue : FEA de Anestesiología 9/10, informando con posterioridad a los facultativos que no pudieron acudir, con un valor objetivo alcanzado del 90% pasando al 100%; en la realizada a Enfermería la asistencia fue de 13/15 informando con posterioridad igualmente a los que no asistieron, con un valor objetivo alcanzado del 86.6% pasando al 100%.
En cuanto al cumplimiento del etiquetado por el personal, se ha realizado según el protocolo en un 90%, siendo los motivos de la falta de cumplimiento principalmente: la urgencia, pasando a rotular la medicación para evitar error en la administración al considerarlo quién lo realizó más rápido y otro de los motivos fue rotular medicación que no tiene etiqueta, no utilizando la etiqueta en blanco para ello.
Se ha revisado el remanente de etiquetas en el almacén semanalmente no acusándose la falta de ellas.
La satisfacción con el proyecto por parte de los sanitarios implicados ha sido muy buena, alcanzando el 92%, realizándose mediante encuesta a los implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El etiquetado correcto de las medicaciones (jeringas, perfusiones y vías de administración);, utilizando siempre el mismo tipo de etiquetas, colores por grupos de fármacos y las mismas presentaciones, diluciones y concentraciones evita errores en las administraciones de medicación y por consiguiente los efectos adversos que pueden tener para el paciente y que pueden ir desde leves a graves, muy graves, incluso mortales; alterando los resultados de los actos médicos, pudiendo aumentar los días de hospitalización con las correspondientes consecuencias que ello conlleva tanto complicaciones en el paciente como mayor gasto sanitario.
Valoramos que este proyecto es sostenible, ya que el gasto que implica no es grande (realizar etiquetas) para el beneficio que supone y la posibilidad de replicación es diaria.
Consideramos que facilita el trabajo diario, ya que al tener todos los carros de medicación igual distribución, código de colores, presentación, diluciones y concentración, el elegir el fármaco que precisas se realiza de forma más rápida y segura.
Por todo ello consideramos muy recomendable la aplicación de este proyecto en la actividad diaria, ya que uno de los errores más frecuentes en el acto anestésico es la confusión de medicaciones.
Se recomienda; si a pesar de la aplicación del protocolo o en caso de no haber sido aplicado surgen errores, comunicarlo y realizar un parte de incidencias para analizar las causas y encontrar posibles soluciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0408

1. TÍTULO

MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICACMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/408 ========== ***

Nº de registro: 0408

Título
MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

Autores:
AINOBUENO COSIO OLGA MARIA, CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD, CIRUGEDA SALVADOR MARIA PILAR, CONESA MARIN VICENTE JOSE, ESTEBAN CAMPOS ESTHER, GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, NINA COLQUE NAYRA LUPE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo paciente quirúrgico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los errores relacionados con la administración de medicación constituyen un grave problema sanitario, con importantes repercusiones asistenciales y económicas. Numerosos estudios muestran altas tasas de error asociadas a la preparación y administración de medicamentos inyectables, no sólo en anestesia, también en diferentes ámbitos hospitalarios, principalmente por la falta de estandarización en el etiquetado y en la vía de administración.
Se produce un error cada 133 procedimientos anestésicos, estimando que 1 de cada 20 errores es grave y 1 de cada 250 es mortal. Por ello la necesidad de utilización de estándares internacionales para una práctica segura de la anestesia y mejorar la calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover prácticas seguras mediante la identificación de medicamentos que se van a administrar y de la vía de administración.
Estandarizar el etiquetado de jeringas y envases con medicamentos inyectables y las vías de administración, según códigos estandarizados de reconocimiento internacional.
Reducir errores de administración de medicamentos inyectables y mejorar la seguridad de los pacientes.

MÉTODO
Realización de etiquetas para las jeringas y envases con medicación y el etiquetado de las vías de administración; con unas características de tamaño, color, información que debe portar y colocación; según el sistema internacional de código de colores recomendados por SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) y el ISMP-España (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos).
Adecuada difusión a todo el personal implicado mediante Sesiones de Formación en el propio Servicio y Aquellos donde pueda ser tratado el paciente pre o postoperatoriamente.
Organizar y estandarizar el almacenamiento de los medicamentos en todos los quirófanos.
Evitar utilizar más de una concentración, sobre todo en medicamentos de alto riesgo y estandarizar las concentraciones de las diluciones para que sean iguales en todas las áreas donde se trate al paciente pre o postoperatoriamente.
Revisión de cumplimiento de etiquetado.

INDICADORES
Realizar protocolo del etiquetado
Número de asistentes a la formación/ total de integrantes FEA Anestesiología y Enfermería de Anestesiología, con valor objetivo a alcanzar del 85%.
Revisión del cumplimiento del etiquetado por todo el personal y analizar los motivos de la falta de cumplimiento; porcentaje de cumplimentación de etiquetado y preparación de diluciones según protocolo.
Revisión de remanente de etiquetas en almacén para evitar su falta y el incumplimiento del proyecto semanalmente.
Satisfacción con el proyecto por parte de los sanitarios implicados, mayor del 80%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0408

1. TÍTULO

MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICACMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

DURACIÓN
Protocolo de etiquetado, consenso de diluciones con los Servicios de Urgencias y UCI, homogenización en la distribución de medicación en los carros de anestesia; antes del 15 de octubre.
Formación del personal; antes del 30 de octubre.
Revisión del etiquetado y satisfacción con el proyecto; antes del 31 de diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CALPE GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAITA MONREAL SANTIAGO
GATO LEON MANUEL
SILVA GONZALEZ DORINDA
NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado un registro y seguimiento de pacientes seleccionados en consulta externa de insuficiencia cardíaca . Se ha seleccionado a los pacientes en base a la disfunción ventricular severa o intermedia documentada con un ecocardiograma, pacientes con ingresos reiterados por descompensaciones de su insuficiencia cardíaca que precisaban un seguimiento más estricto o la titulación de fármacos implicados en el tratamiento con vistas a valorar su evolución posterior.
Hemos realizado un registro donde, de forma progresiva, se incorporan los datos que hemos considerado fundamentales en el seguimiento y que miden de forma objetiva la estabilidad o no de los candidatos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se incluye un total de 46 pacientes, con un claro predominio masculino, 78.3 % son hombres y 21.7% son mujeres. La edad media de los pacientes incluidos es de 70.2 años, con una mediana de 72 años. Por grupos de edad, hay un predominio de menores de 65 años, con un total de 16 pacientes (34.8%) y en un porcentaje idéntico, los comprendidos entre 75-84 años, siendo el grupo minoritario el comprendido en edades superiores a 85 años, con únicamente 6 pacientes . Además, destacar que gran parte de los pacientes incluidos proceden del medio rural (no residen en el núcleo urbano de Teruel), concretamente un 54.3% y la media de tiempo del desplazamiento es de 43 minutos hasta nuestra consulta debido a la gran dispersión geográfica de nuestra provincia.
Durante el tiempo de recogida de datos se han incluido en consulta 26 pacientes nuevos (56.5% del total) el resto eran candidatos incluidos en consulta desde años anteriores, concretamente desde 2012.
En cuanto a los factores de riesgo, destaca la HTA como el factor mayoritario y predominante del grupo, encontrándose hasta en un 69.6% de los pacientes. Le siguen de cerca la dislipemia con un 58.7% y la diabetes mellitus con un 50%. Destacar que sólo hemos objetivado hábito tabáquico activo en 23.9% del total, probablemente porque todos ellos son portadores de cardiopatía isquémica como origen de su insuficiencia cardiaca y en el momento del evento coronario se les ha informado y asesorado de las medidas higiénico dietéticas y hábitos cardiosaludables así como de los riesgos reales si continúan con el tóxico. Solamente el 15.2 %, confesaba un hábito enólico previo.
En lo que respecta a las comorbilidades: hemos seleccionado la insuficiencia renal crónica y la fibrilación auricular como dos entidades de alto riesgo tanto por poder ser origen de las descompensaciones como por poder sufrir en empeoramiento de ambas en caso de reingreso y/o ajuste de los tratamientos con la consiguiente comorbilidad que ello conlleva. Así pues, el 47.8% de los pacientes son portadores de fibrilación auricular y hasta el 37% presenta insuficiencia renal crónica de distinta etiología, fundamentalmente nefronagioesclerosis y nefropatía diabética. En cuanto a la severidad de la insuficiencia renal crónica hay un claro predominio en estadio 3a (FG: 45-59 ml/min) hasta un 26.1% del total, un 6.5% en estadio 3b (FG 30-44 ml/min) y solo 2 pacientes (4.3%) con filtrado inferior a 30ml/min, pasando 1 de ellos a diálisis peritoneal durante los meses de realización del proyecto por dificultad en la compensación de los síntomas y en la estabilidad clínica.
Se incluyen pacientes con disfunción ventricular intermedia o severa con distintos grupos etiológicos, siendo el principal de origen isquémico en un 26.1%. El resto de grupos los forman, la cardiopatía dilatada idiopática en un 17.4%, la valvulopatía evolucionada intervenida o no, en un 10.9%, la amiloidosis cardiaca en un 10.9%(como única cardiopatía infiltrativa documentada en otros 5 pacientes) y el grupo que hemos denominado como “otros”, con un 19.6% del total. En este grupo, hemos incluido pacientes con taquimiocardiopatia, cardiopatía no compactada, pacientes con disfunción diastólica y un síndrome de Kearns Sayre. Destacar que únicamente se recogen 3 pacientes con disfunción ventricular de origen enólico, ninguno por toxicidad (QT/RT) y hay 4 pacientes pendientes de completar estudio para filiar el origen de la disfunción.
En cuanto a la alteración cardiológica estructural de nuestros candidatos el 69.6% presentaban dilatación ventricular izquierda (32 pacientes), sólo 9 pacientes (19.6%) no presentaban dicha dilatación y concretamente en 5 pacientes (10.9%) el motivo de las descompensaciones era la insuficiencia cardiaca derecha. Según su FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo), el grupo mayoritario lo forman los pacientes de FEVI reducida con 34 candidatos, de los cuales, en 22 (47.8%) se objetiva una FEVI entre 30-39% y en 12 (26.1%) una FEVI inferior 30%. El grupo minoritario lo forman los pacientes con FEVI en rango intermedio (FEVI entre 40-49%) con un total de 4 pacientes (8.7%) y destacar que hasta un 17.4% (8 pacientes incluidos) son pacientes con FEVI conservada, la mayoría de origen infiltrativo o con disfunción ventricular derecha e hipertensión pulmonar severa fundamentalmente asociado a valulopatía mitral. Concretamente, la valulopatía mitral está ampliamente distribuída en este grupo de pacientes: 15 pacientes (32.6%) presentan IM ligera y con el mismo número y porcentaje se presenta la IM moderada. Sólo en 8 pacientes, se ha documentado la IM severa. Sin embargo, el 26.1% de los pacientes presenta hipertensión pulmonar severa (mayor de 60 mmHg) y el 10.9% de los pacientes hipertensión pulmonar moderada (entre 45-59 mmHg).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Finalmente, se ha registrado datos evolutivos en consulta de insuficiencia cardiaca tanto de la clase funcional, como de reingresos, tratamientos farmacológicos y de dispositivos. Además, 3 pacientes, por motivos de inestabilidad previa, con reingresos frecuentes, han pasado al régimen de ingreso programado para la administración de tratamiento inotrópico con dobutamina o levosimendan cada 2-3 semanas.
En cuanto a la clase funcional de nuestros pacientes en el momento de entrada en la consulta de insuficiencia cardiaca, es el grupo en clase funcional III el mayoritario con un 50% le sigue en frecuencia, la clase funcional II con un 37% y después la clase funcional I con un 10.9% . Sólo un paciente se incluyó en consulta en clase funcional IV. Reevaluados a posteriori, hay que destacar que el grupo mayoritario pasa a ser el grupo en clase funcional II con el 58.7.% de los pacientes y el grupo funcional I con el 32.6% . Encontramos sólo 3 pacientes en clase funcional III y ningún paciente en clase funcional IV.
Por lo que respecta al PRO-BNP desde su inclusión en consulta, excluyendo los valores de las descompensaciones agudas, hasta la reevaluación posterior, hemos objetivado un descenso significativo (superior a 100ng/l) en el 54.3% de los pacientes, aunque también se ha incrementado en el 26% de los pacientes. Destacar que en el grupo donde se ha incrementado el PRO-BNP coincide con el deterioro clínico de los pacientes, siendo alguno de los casos con reingreso por descompensación o de los programados para tratamiento inotrópico. Curiosamente los 4 éxitus que hemos documentado durante el registro y que suponen un 8.7% del total de pacientes, forman parte de este grupo, independientemente de que la causa del éxitus no fuese la insuficiencia cardiaca. De hecho, sólo 1 de los cuatro pacientes falleció por insuficiencia cardiaca refractaria en el contexto de una amiloidosis cardiaca y una sepsis secundaria a una espondilocdiscitis por Streptococo Agalactiae, mientras que los 3 restantes fallecieron por un adenocarcinoma esofágico, una isquemia arterial aguda de extremidad inferior derecha y un shock séptico por una colecistitis aguda.
En cuanto a reingresos, independientemente del motivo, fueron 18 los pacientes (39%) que lo precisaron, con un total de 35 reingresos, aunque la mayoría sólo presentó uno. Concretamente reingresos por algún motivo cardiológico urgente fue un 28% (13 pacientes) y por insuficiencia cardiaca descompensada un 15% (7 pacientes con 14 reingresos), siendo la media, mediana y moda de reingresos por insuficiencia cardiaca de 2. Destacar también que en cuanto a la media de días hasta que el paciente precisa un ingreso en general es de 610 días, siendo sin embargo esta media muy inferior (489 días de media hasta el ingreso) cuando el motivo es por insuficiencia cardiaca descompensada.
Por lo que respecta a los tratamientos faramacológicos, la mayoría de los pacientes a su llegada consulta reciben tratamiento con furosemida (91.2%), eplerenona o espironolactona (82.6%), betabloqueantes (73.9%) y curiosamente en menor porcentaje (67.4%) IECA o ARA-II motivado fundamentalmente por la hipotensión y la insuficiencia renal. Tras el seguimiento en consulta, destaca la amplia reducción de la utilización de furosemida al 78.3%, así como los antagonistas del receptor mineralcorticoide hasta 76.1%, siendo posible la retirada de ambos en algunos casos. En cuanto al tratamiento con betabloqueantes la cifra se mantiene idéntica y se incrementa discretamente hasta el 71.7% el tratamiento con IECA o ARA II durante el seguimiento en consulta. Otro aspecto reseñable lo hemos encontrado en la administración de sacubitrilo-valsartan a un 15.2% de pacientes (7 pacientes) antes de la revisión en consulta, sin embargo, tras la valoración posterior la cifra de pacientes que lo reciben se ha triplicado hasta un 47.8% (22 pacientes), con muy buena tolerancia, mejoría de la clase funcional de los enfermos y con mínimos efectos secundarios.Además nos ha llamado la atención los resultados obtenidos con la empaglifozina, que ha duplicado su uso en consulta, de 5 pacientes (10.9%) que ya lo recibían al inicio del seguimiento, hasta 12 pacientes (26.1%)que lo utilizan en controles posteriores.
Finalmente, en cuanto a la terapia con dispositivos comentar que un 13 % de pacientes (6) son portadores de marcapasos ya desde su entrada en consulta y no se ha incrementado el número. Sin embargo, hemos duplicado el numero de pacientes con resincronización (TRC) y DAI, ambos hasta un 4.3%, existiendo 2 pacientes en cada grupo de terapia y a ninguno de los candidatos se le ha implantado la terapia conjunta con DAI-TRC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. En nuestra consulta de insuficiencia cardiaca hay un claro predominio de hombres jóvenes con cardiopatía isquémica como principal motivo de la insuficiencia cardiaca y con factores de riesgo tan prevalentes como la HTA, dislipemia y la diabetes.
2. Dado que se trata de una consulta de insuficiencia cardiaca la FEVI esta severamente reducida hasta en un 73.9%
3. Destacar la clase funcional III como la más habitual previa (hasta el 50% de los pacientes) para reducirse tras la intervención en consulta hasta un 6.5% y pasar a ser la clase funcional II, la más prevalente (hasta el 58.7%) con la consiguiente mejoría clínica de los pacientes
4. En cuanto a porcentaje de pacientes que reingresan es elevado, hasta un 39.1%, sin embargo, por descompensación de su insuficiencia cardiaca se sitúa en el 15.2%. Destacar que pese a un 8.7% de mortalidad, la causa de las muertes fue no cardiológica, motivada por la alta comorbilidad de nuestros pacientes.
5. Finalmente, lo que objetivamos es que el seguimiento estrecho de los pacientes y la titulación de fármacos es fundamental a la hora de mejorar la clase funcional, evitar descompensaciones y con ello el deterioro clínico de los pacientes. Pero lo que hemos confirmado es que la educación de estos pacientes y de sus familias, tanto en el manejo de líquidos como en la toma de diuréticos según su estado y el reconocimiento de los signos de alarma, nos ha garantizado en un gran número de pacientes su estabilidad y su bienestar clínico. Por todo ello, creemos fundamental la existencia de un equipo multidisciplinar que desarrolle su papel en todos los ámbitos tanto diagnóstico como farmacológico y educacional, siendo fundamental en este caso el papel de la enfermería que venimos reivindicando desde el inicio.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1727 ========== ***

Nº de registro: 1727

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Autores:
CALPE GIL MARIA JOSE, GATO LEON MANUEL, LAITA MONREAL SANTIAGO, SILVA GONZALEZ DORINDA, NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia cardíaca (IC) es el paradigma de las enfermedades crónicas de nuestro tiempo y es un auténtico problema de salud pública. La prevalencia total de la IC está en aumento debido al envejecimiento de la población, la mayor supervivencia de los pacientes que sufren eventos coronarios (una de las mayores causas de IC) y su aparición en edades más tempranas. La prolongación de la esperanza de vida, la mejora de las condiciones sociales, el mejor control de los factores de riesgo vascular, y la alta prevalencia de diabetes, obesidad e hipertensión arterial han conducido a la consideración en el momento actual de la IC como una auténtica epidemia.
Estudios realizados en el ámbito europeo, como el Rotterdam Study, confirman que la prevalencia de la IC aumenta con la edad desde un 0,9% entre los 55 y 64 años, a un 17% por encima de los 85 años. La tasa de incidencia es de 14,4 personas por cada 1000 habitantes y año, siendo ligeramente superior entre los varones (17 vs 12). La tasa de incidencia casi alcanza el 50% en las personas de más de 90 años. El riesgo de sufrir IC a lo largo de la vida es, según este estudio, en la población general, de alrededor de un 30% a partir de los 55 años.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar un cuidado integral al paciente con IC en cualquier estadio de la enfermedad, reduciendo su impacto personal y social, mediante la adecuación del consumo de recursos y el apoyo al entorno familiar y social del paciente.
- Reducir el número de estancias hospitalarias por IC agudizada, ajustando los criterios de ingreso y su duración.
- Reducción del número de los reingresos ocasionados por los episodios de descompensación de la IC crónica, mediante la racionalización del consumo de recursos, adecuando las necesidades clínicas reales a los dispositivos asistenciales existentes.
- Establecer un programa de atención ambulatoria eficiente y sin demora para el control de los pacientes con IC crónica estable.
- Establecer un programa de atención ambulatoria ágil, eficaz e inmediato para la atención a demanda de pacientes con IC crónica descompensada alternativo a la frecuentación de las salas de Urgencias Hospitalarias.
- Establecer un programa coordinado con los Equipos Sanitarios de Atención Domiciliaria, de atención al paciente terminal de IC.
- Desplegar un programa preventivo a largo plazo, coordinado con otras unidades de ámbito extra-intrahospitalario, dirigido a lograr un mejor control de los factores de riesgo de la IC, la educación para la salud y la prevención de eventos cardiovasculares.
- Colaborar en la formación y adiestramiento de profesionales sanitarios en el ámbito de la IC.

MÉTODO
La consulta de IC pretende dar una asistencia integral, orientada al enfermo y sus familiares, de carácter multidisciplinar, coordinado y con el mayor grado de transversalidad posible. Para lograr estos objetivos partiendo de un escalón sanitario único, se precisan las estructuras de producción adecuadas y el tiempo necesario.
La consulta de IC articulará su acción en los siguientes dispositivos coordinados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

- Unidad de Hospitalización convencional. Su función es proporcionar la atención adecuada a pacientes que requieren técnicas diagnósticas o medidas terapéuticas que no puedan realizarse ambulatoriamente. El objetivo del dispositivo es la adecuación de las estancias, reduciendo la estancia media.
- Consulta externa programada. Su función es el diagnóstico y seguimiento de los pacientes una vez estabilizados pero que todavía requieren supervisión por el médico y/o enfermera de Atención Especializada. A su vez se centrará en dos grupos de pacientes, en 2 dispositivos diferenciados:
• Consulta precoz tras el alta. Con la finalidad de comprobar la estabilidad del paciente y titular las dosis de fármacos.
• Consulta programada periódica. En aquellos pacientes de más difícil control o de mayor riesgo de complicaciones se podrá fijar un esquema de revisiones periódicas diferente y más prolongado quedando su secuencia a criterio del facultativo responsable.

INDICADORES
- % de pacientes con etiología documentada
- % de pacientes con clase funcional y cuantificación de la función sistólica
- % de pacientes con factores de riesgo cardiovascular descritos
- % de pacientes en tratamiento con IECA /ARA –II y dosis
- % de pacientes en tratamiento con diuréticos (furosemida, eplerenona, espironolactona) y dosis
- % de pacientes en tratamiento betabloqueante y dosis
- % de pacientes con otros tratamientos (digoxina, sacubitrilo-valsartan….) y dosis
- % de pacientes que reciben educación personalizada en el manejo de tratamiento, diuréticos, signos de alarma y situaciones de estrés miocárdico, así como seguimiento y control
- % de pacientes sometidos a terapia de re-sincronización y/o desfibrilador implantado
- scores de satisfacción y cuestionarios de calidad de vida
- Reingresos
- Mortalidad

DURACIÓN
- CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO: Octubre 2017
- ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO ÚNICO E IMPLANTACIÓN: último trimestre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0536

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DORINDA SILVA GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GATO LEON MANUEL
CALPE GIL MARIA JOSE
NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO
SANCHEZ INSA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han valorado los pacientes con valvulopatía mitral severa orgánica y/o funcional, candidatos a tratamiento quirúrgico (reparación o recambio protésico) o percutáneo (implante de dispositivo MitraClip). Durante todos los meses de 2018 se ha realizado la valoración del paciente candidato, tanto clinicamente como ecocardiograficamente. A los pacientes seleccionados se les ha realizado ETE para mayor matización asi como cateterismo previo a decisión por Heart Team. Se ha realizado con los pacientes seleccionados un analisis descriptivo con SPSS tanto de las variables demográficas como de los datos hemodinámicos y de los resultados clinicos/evolutivos.
Se ha comunicado mediante artículo en Revista de Cardiología de Diciembre de 2018 los resultados respecto a los pacientes a los que se les ha implantado MitraClip. Por otra parte, se esta elaborando material de difusión de los resultados de ambas técnicas (quirúrgica y percutánea) para nuestro área.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La realización del ecocardiograma transtorácico y transesofágico en nuestra Unidad según el protocolo elaborado en la misma, ha permitido implementar la correcta derivación a una técnica u a otra según el perfil del paciente clinicor y por datos de ecocardiograma. Se han cumplimentado los siguientes indicadores:
- Número total de pacientes.
- Característica poblacional.
- Porcentaje de pacientes excluidos de cirugía.
- Porcentaje de pacientes en que se realiza reparación quirúrgica mitral.
- Porcentaje de pacientes excluidos de reparación quirúrgica mitral siendo sometidos a sustitución valvular.
- Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
- Valoración ecocardiográfica postprocedimiento.
Fuente: datos clinicos obtenidos por historia clinica y ecocardiográficos por datos de ecocardiograma TT y TE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha permitido una mejor selección de pacientes que ha favorecido a su vez una correcta decisión terapéutica por el Heart Team. Los datos hemodinámicos obtenidos en el ecocardiograma sirven tanto para el manejo médico inmediato en el caso de la IM funcional como en la decisión intervencionista final de su valvulopatía. La realización de las medidas de forma sistemática según el protocolo disminuyen la posibilidad de error en el diagnóstico de la severidad y etiología de la valvulopatía. El número final de pacientes candidatos a dichas técnicas no dan resultados estadísticamente significativos en el estudio, motivo por el cual se prorroga este plan de mejora asistencial a lo largo de 2019.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto inicial se modificó orientandose exclusivamente al estudio de pacientes con patología mitral y sus opciones terapéticas: tratamiento medico, cirugía de recambio - reparacion mitral o implante percutaneo de mitraclip.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/536 ========== ***

Nº de registro: 0536

Título
PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2D Y 3D EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA MITRAL PREVIO A CIRUGIA REPARADORA Y EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA QUE SE LES VA A COLOCAR UNA TAVI

Autores:
SILVA GONZALEZ DORINDA, GATO LEON MANUEL, CALPE GIL MARIA JOSE, NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0536

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Obtención de resultados según los indicadores descritos con objetivo de medir la actividad realizada por el Laboratorio de Ecocardiografia en la población seleccionada
---
Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La anatomía cardiaca presenta estructuras geométricamente complicadas y que se mueven en el espacio con mecanismos funcionales muy sofisticados. El estudio con técnicas de imagen en dos dimensiones resulta bastante limitado, puesto que las imágenes sectoriales en dos dimensiones (2D) convencionales exige que tengamos que hacer adquisiciones geométricas y dificulta la orientación y la interpretación espacial.
La Ecocardiografía Transesofágica Tridimensional en tiempo real (ETE 3D) resuelve muchas de estas limitaciones y por tanto se está imponiendo como una de las técnicas de imagen más relevantes para obtención de imágenes anatómicas y su comprensión espacial.

RESULTADOS ESPERADOS
- Selección y estudio de pacientes con insuficiencia mitral para reparación quirúrgica a través de ETE 2D y 3D.
- Estudio de pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) a través de ETE 2D y 3D.

MÉTODO
6.1 Muchas son las ventajas de la reparación sobre la sustitución por una prótesis. La ausencia de necesidad de anticoagulación, la mayor durabilidad y la ausencia de incremento de la probabilidad de sufrir una endocarditis infecciosa protésica, hacen de esta técnica un procedimiento de elección en muchos pacientes. Establecer una adecuada indicación de reparación y determinar las probabilidades de éxito y aparición de complicaciones, es uno de los objetivos en el estudio ETE 2D y 3D de estas válvulas, previo a la cirugía. Este estudio se considera imprescindible ya que consigue evaluar las diferentes porciones del complejo valvular mitral, para de esta forma informar al cirujano acerca de las posibilidades de reparación y de la mejor técnica para solucionar el problema. Se necesita realizar un análisis sistemático y meticuloso a la hora de evaluar los diferentes componentes:
- Estudio exhaustivo del complejo valvular mitral.
- Dimensiones del anillo mitral.
- Cociente entre el anillo y la valva anterior.
- Existencia de calcio.
- La vista en “face en 3D” valora la válvula mitral sin tener que reconstruirla. Además la imagen en 3D ayuda a la selección del anillo que se va a implantar.
- Valoración de las variables que predicen el fracaso de la reparación de la insuficiencia mitral orgánica: Anillo dilatado mayor de 50 mm, calcificación severa mitral, jet de regurgitación central, prolapso de segmentos del velo anterior, prolapso de tres segmentos o más y escasez de tejido en las valvas.
- Valoración de variables que predicen el fracaso de la reparación de la insuficiencia mitral funcional: Acinesia ventricular, diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo mayor de 65 mm, índice de esfericidad mayor de 0.7, distancia de coaptación mayor de 10 mm, área de tenting mayor de 2.5 cm2, ángulo posterolateral mayor de 45 grados y distancia interpapilar mayor de 20 mm.

6.2 Estudio de pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) a través de ETE 2D y 3D. Con el desarrollo de las técnicas de implante percutáneo de prótesis aórtica (TAVI) la ETE 2D y 3D ha adquirido una mayor notoriedad. Independientemente del tipo de prótesis (Edwards Sapiens o CoreValve) la elección del tamaño de la prótesis es crucial para el resultado satisfactorio del implante. La ETE 2D y 3D deben evaluar el tamaño y la morfología del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) y de la unión ventrículoarterial o anillo aórtico. Las mediciones necesarias:
- Morfología y excentricidad del TSVI.
- Anillo de la válvula aórtica.
- Altura de los senos.
- Diámetro de la raíz de aorta y aorta ascendente.
- Medición del área valvular aórtica en 2D y 3D.
- Localización, extensión y severidad de calcificaciones.

INDICADORES
7.1 Pacientes seleccionados y estudiados con patología valvular mitral para reparación quirúrgica valvular:
- Número total de pacientes.
- Característica poblacional.
- Porcentaje de pacientes excluidos de cirugía.
- Porcentaje de pacientes en que se realiza reparación quirúrgica mitral.
- Porcentaje de pacientes excluidos de reparación quirúrgica mitral y sometidos a sustitución valvular.
- Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
- Valoración ecocardiográfica postprocedimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0536

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018

7.2 Pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI):
- Número total de pacientes.
- Característica poblacional.
- Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
- Valoración postprocedimiento.

DURACIÓN
Segundo semestre 2017 a primer semestre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA UTRILLAS MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OSET GARCIA MONICA
FERNANDEZ PERA DIEGO
RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN
MORENO OLIVIERI ALBERTO
SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE
IRANZO GARCIA CONCEPCION
DEL VAL GIL JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Servicio de Consultas y Admisión ha trabajado conjuntamente y ido a varias reuniones a Zaragoza para llevar a cabo la codificación de la agenda de pie diabético. Finalmente se ha creado una agenda en HP-His estandarizada con la mima denominación que el resto de Aragón. El personal de enfermería se ha reunido en varias ocasiones y ha trabajado sobre la cartera de servicios que se ofrecerá en la consulta de pie diabético.
En el mes de noviembre de 2017 la enfermera que se encargará de la consulta ha ido al Hospital Provincial de Zaragoza para formarse en la atención al paciente con pie diabético de forma que se pueda implementar la consulta de pie diabético en nuestro hospital. Posteriormente se expuso el proceso y circuito de atención en la consulta monográfica del hospital por la enfermera con competencias avanzadas y se preparó el material considerado necesario para la consulta tanto para llevar a cabo la evaluación del paciente como para las curas. Se prevé que posteriormente se forme otra enfermera del hospital para poder atender esta consulta en caso de que falle la primera.
La Dirección de enfermería del hospital se puso en contacto con la Dirección de Atención Primaria para comunicarle la intención de poner en marcha esta consulta y solicitar una persona de referencia para trabajar el circuito de derivación desde AP.
Se ha programado un curso de formación continuada sobre atención al pie diabético para 2018.
El equipo encargado del proyecto de mejora se ha reunido con la dirección del hospital con el fin de de encontrar la vía más factible para poder poner en marcha la consulta de pie diabético.
Se ha llevado a cabo de un registro de pacientes ingresados con pie diabético en nuestro hospital a lo largo del 2017 y aquellos que han precisado amputación posteriormente.
Se ha llevado a cabo un protocolo de actuación en el caso de pacientes ingresados por pie diabético en nuestro servicio (todavía no implementado)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo de nuestro proyecto es estandarizar el tratamiento de pacientes con pie diabético complicado. Para ello es necesaria la formación, y una enfermera ya ha sido formada en competencias para la atención al paciente con pie diabético.
Por otro lado hemos elaborado un protocolo de actuación, aunque estamos pendientes de su implementación.
Se ha codificado una agenda específica para la consulta de enfermería de pie diabético.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Necesidad de poner en marcha este proyecto impulsado desde los Servicios Centrales pero adaptado a las necesidades y características propias de nuestro sector.
Coordinación y colaboración entre la enfermera con competencias avanzadas y los FEA en cirugía para el buen funcionamiento de la consulta.
Trabajar con otros servicios implicados como: traumatología, rehabilitación, podología para poder implicarles en el proceso.

7. OBSERVACIONES.
En los próximos meses esperamos poner en marcha el protocolo de actuación en pacientes con pie diabético complicado.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1732 ========== ***

Nº de registro: 1732

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Autores:
UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA, OSET GARCIA MONICA, FERNANDEZ PERA DIEGO, RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN, MORENO OLIVIERI ALBERTO, SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE, IRANZO GARCIA CONCEPCION, DEL VAL GIL JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Pie diabético complicado con ulceraciones
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La incidencia de pacientes con pie diabético en nuestro medio hospitalario es elevada, y es frecuente la presentación de complicaciones derivadas del mismo, como el mal perforante plantar, úlceras en superficies de contacto así como isquemia en dedos o focos de osteomielitis. Se ha calculado que al menos un 15% de los diabéticos padecerá durante su vida ulceraciones en el pie, igualmente se estima alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones, previamente han padecido una úlcera. En nuestro hospital no disponemos de un equipo de rabajo cenrado de forma específica, en la atención del paciente con pie diabético complicado.

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar el tratamiento de pacientes con pie diabético complicado.
Detectar precozmente aquellos pacientes susceptibles de revascularización o de osteotomías.

MÉTODO
Se formará un equipo multidisciplinar para trabajar en este proceso dentro del Hospital Obispo Polanco.
Posteriormente se establecerá un circuito para coordinar las interconsultas de Atención Primaria, valoración y derivación de los pacietes.
Se potenciará la formación específica por parte de un miembro del equipo.
Se potenciará el papel de la enfermería y la colaboración conjunta con los facultativos para estandarizar circuitos, atención a pacientes, resolución de dudas ...

INDICADORES
1.- nº pacientes con pie diabético complicado
2.- nº de pacientes derivados para revascularización
3.-nº pacietnes con amputación mayor o menor
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
1.- Registro y control de pacietnes atendidos por el servicio
2.- Elaborar un protocolo de actuación en pie diabético complicado
3.-Registrar (incluso fotográficametne) la evolución del paciente

DURACIÓN
1.-Formación especifica por un miembro: noviembre 2017
2.- Elaborar protocolo de atuación: noviembre-diciembre 2017
3.- Registro de pacientes e implementación del protocolo a partir de enero de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

Fecha de entrada: 03/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA GONZALEZ PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN GARCIA CARMEN
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO
OSET GARCIA MONICA
ALEGRE SORIANO SARA
ALVAREZ MORENO ROSA MARIA
OLIVAS IRANZO JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han realizado 2 reuniones con los integrantes del grupo de calidad para revisar bibliografía y establecer líneas de trabajo.
- Dado que la actualización de los protocolos de profilaxis antibiótica se solapa con la iniciativa PROA, la actualización de dichos protocolos se encuentra en proceso a nivel hospitalario.
- Se han realizado charlas y demostraciones sobre la correcta técnica de pincelado antiséptico (pincelado en ambos sentidos, no centrífugo) y de los antisépticos a utilizar, con uso de Clorhexidina en aumento y de manera gradual. Se han solicitado y probado aplicadores desechables y precargados monouso, pendientes de concesión.
- Actualización de los gráficos sobre rasurado hospitalario (a realizar por parte de peluquería), así como recomendaciones al paciente sobre rasurado e higiene previas a la cirugía.
- Con el fin de controlar la normotermia, se utilizan de manera sistemática los sistemas de calor externo (mantas térmicas de convención) en todos los procedimientos a estudio en este Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Actualización de los protocolos previos, adaptando nuevos espacios para este proyecto de Calidad.
- Elaboración de lista de verificación de seguridad de enfermería en quirófano, donde se incluyen los ítems estándar de un check-list quirúrgico y los propios de este proyecto, como la administración de profilaxis AB, el tipo de antiséptico empleado, el tipo de rasurado realizado, así como un registro de cifras de glucemia preoperatoria, en aquellos pacientes diabéticos, quedando pendiente incluir los datos relativos a la normotermia y normoglucemia.
- Elaboración de check-list de preparación general preoperatoria en el paciente hospitalizado con comprobación de rasurado, según esquemas zonales, higiene practicada por el paciente (ducha con jabón de clorhexidina), cifras de glucemia al ingreso y prescripción antitrombótica y antibiótica profiláctica.
- Actualización de esquemas corporales para un correcto rasurado preoperatorio intrahospitalario.
- Se han realizado reuniones con los diferentes componentes del grupo de Calidad para organizar y realizar charlas informativas sobre las medidas adoptadas.
- Charla informativa con enfermería quirúrgica para explicar los cambios en el check-list y solucionar posibles dudas. Presentación de protocolos y sesión informativa con enfermería de planta para comentar actualizaciones y nuevos check-list preoperatorios. (2 sesiones por grupo de enfermería con alta tasa de asistencia de los profesionales implicados- 90% enfermería quirúrgica y 85% enfermería planta).
- Se han probado y solicitado aplicadores de Clorhexidina desechables, precargados y de un solo uso, pendientes de concesión. Queda pendiente revisar el material necesario por parte de Anestesia para alcanzar los objetivos de normotermia y normoglucemia.
- El objetivo pendiente es la implantación total de las medidas y su evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que se ha formado un grupo de trabajo competente, a pesar de los inconvenientes acaecidos a lo largo del proceso y que han ocasionado falta de progreso.
Por este motivo es necesario mantener la conituidad del proyecto con la intención de cumplir con la totalidad de los objetivos y ofrecer con ello mejoras a los pacientes. Dada la participación del resto de personal implicado en estas mejoras, asumimos que obtendremos una adherencia progresiva a los protocolos y las listas de verificación, permitiendo extrapolar la iniciativa a otros procedimientos quirúrgicos.

7. OBSERVACIONES.
Por motivos ajenos a este Proyecto de Calidad, se han producido modificaciones y retrasos en cuanto a la consecución de objetivos.
Uno de los integrantes del Grupo causó baja por finalización de contrato laboral con el Salud, y otro componente mantuvo una baja laboral prolongada, situaciones que han contribuido al retraso en determinados aspectos, sobretodo en el área correspondiente a los procedimientos anestésicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/563 ================================== ***

Nº de registro: 0563

Título
IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

Autores:
GONZALEZ PEREZ MARTA, GUILLEN GARCIA CARMEN, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, OSET GARCIA MONICA, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, ALEGRE SORIANO SARA, OLIVAS IRANZO JOSE MANUEL, ALVAREZ MORENO ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Patologia digestviva
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Comunes de varias especialidades

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La ISQ es una complicación frecuente y recurrente que limita los potenciales beneficios de las intervenciones quirúrgicas.
A nivel nacional, el estudio EPINE de 2016 estimó que el 7,92% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna infección nosocomial, siendo las ISQ las más frecuentes con un 25,66% del total.
En nuestro centro, la incidencia acumulada en el año 2017 de ISQ asociada a cirugía programada por cáncer colorrecal fue del 19,32 y del 0% para la colecistectomía.
Su aparición se relaciona con mayor probabilidad de mortalidad, estancias más prolongadas y mayor probabilidad de reingreso sin olvidar un aumento de los costes sanitarios debido a las pruebas complementarias y el uso adicional de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es establecer los pasos y medidas que consideramos necesarios para disminuir la incidencia de ISQ en los pacientes candidatos a estos procedimientos, por parte del Servicio de Cirugía General, mediante la instrucción del personal relacionado con el proceso, la creación de protocolos y listados de verificación(check-list) y la dotación de los recursos materiales necesarios. Los procedimientos que se incluyen en este proyecto son las cirugías programadas de cáncer colorrectal y colecistectomía.

MÉTODO
Las actividades dirigidas hacia la consecución de los objetivos son las siguientes:

- Puesta al día sobre las estrategias para la prevención de ISQ.
- Establecer las medidas preventivas sobre las que actuar:
o Adecuación de la profilaxis antibiótica.
o Realización de una correcta antisepsia y pincelado de la zona.
o Realización de un correcto rasurado.
o Mantenimiento de la normotermia.
o Mantenimiento de la normoglucemia.
- Elaborar un protocolo asistencial para cada una de las medidas.
- Elaborar los diferentes check-list adaptados.
- Realizar la formación y difusión necesaria al diferente personal implicado.
- Revisar la dotación de material necesaria.
- Iniciar la aplicación de las medidas en casos reales.

INDICADORES
- Número total de protocolos realizados o adecuados.
- Medición del grado de adherencia a los protocolos (protocolos registrados/total de intervenciones).
- Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación (formularios correctos/total formularios).
- Número de sesiones y asistentes a las diferentes sesiones formativas (conseguir un mínimo de asistencia del 80% de los participantes).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

- Encuesta de satisfacción, del personal implicado, sobre los resultados obtenidos.

DURACIÓN
El tiempo para la realización de este proyecto es de un año para la realización y comienzo de implantación de las medidas.
La adecuación de los protocolos se llevará a cabo durante el primer cuatrimestre, comenzando con su aplicación a partir de Septiembre-Octubre de 2018. El análisis del grado de adherencia se llevará a cabo al final del período anual, así como la medición del porcentaje de correcta cumplimentación.
Las sesiones formativas se llevarán a cabo por los integrantes del grupo de trabajo, tras la adecuación de los protocolos y previa a su implantación, siendo los destinatarios el personal implicado en cada uno de los estamentos.
Éstas irán dirigidas según el punto en el que actúe el personal destinatario, es decir, sesiones independientes para enfermería de planta, enfermería de quirófano, Servicio de Anestesia y Servicio de Cirugía, quedando registrada la asistencia a las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0148

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE VICENTE DIAZ MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO
RANERA GARCIA MIGUEL
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Es prioritario para nosotros que a través de este estudio podamos establecer una nueva guía clínica unificada e igualitaria para el manejo del paciente sometido a ATR. Es por ello el inicio de este trabajo de investigación basado en el abordaje multidisciplinar de estos pacientes utilizando técnicas analgésicas novedosas muy poco referenciadas hasta este momento en la literatura internacional. Esta nueva vía clínica proporcionará, la totalidad de pautas a seguir en cuanto a premedicación, técnicas anestésicas asociadas a BNP, actuaciones intraoperatorias, medicación postoperatoria, movilización y cuidados de enfermería en los pacientes acaecidos por gonartrosis desde su ingreso hasta el momento del alta hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1) COMPARAR LOS RESULTADOS DE LA ASOCIACIÓN DEL BLOQUEO IPACK AL CANAL DE LOS ADUCTORES FRENTE AL BLOQUEO NERVIOSO FEMORAL.
2) EVALUAR LA CALIDAD ANALGÉSICA POSTOPERATORIA EN LOS DOS GRUPOS DE ESTUDIO PARA LOS TIEMPOS EN HORAS 6, 12, 24, 36 Y 48.
3) IDENTIFICAR LA NECESIDAD DE RESCATE ANALGÉSICO CON MORFINA IV, Y EN EL CASO DE NECESITARLO, REGISTRAR EL MOMENTO.
4) ESTUDIAR LA FUERZA Y/O CAPACIDAD MUSCULAR ESTÁTICA (TEST DE DANIELS) Y DINÁMICA (TEST UP AND GO) EN LOS MOMENTOS 24 Y 48 HORAS DE POSTOPERATORIO PARA LOS DOS GRUPOS DE BLOQUEO ANALGÉSICO.
5) ESTABLECER EL MOMENTO DE ALTA HOSPITALARIA A DOMICILIO.
6) ANALISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO RECIBIDO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A TRAVÉS DEL ESTUDIO HEMOS CONSEGUIDO ESTABLECER, QUE LOS PACIENTES QUE RECIBEN EL NUEVO PROTOCOLO ANÉSTESICO-ANALGÉSICO DENOMINADO IPACK, PRESENTAN MENOS DOLOR Y MEJOR MOVILIZACIÓN QUE LOS PACIENTES QUE RECIBIAN EL PROTOCOLO DE LA ANTERIOR GUÍA CLINICA. ESTE NUEVO BLOQUEO Y LAS NUEVAS ACTUACIONES TANTO PRE / INTRA COMO POSTOPERATORIOS, NOS HAN PERMITIDO UNA ALTA HOSPITALARIA MAS TEMPRANA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN NUESTRO CENTRO CON UN MAYOR GRADO DE SATISFACCIÓN POR SU PARTE. ESTA SITUACIÓN HA SIDO EL DETONANTE PARA LA MODIFICACIÓN DE LA GUIA CLINICA DE NUESTRO SERVICIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1 LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL GRUPO I-C,
PRESENTAN MENORES VALORES DE EVA PARA LOS
TIEMPOS EN HORAS DE POSTOPERATORIO 6,12,24,36 Y 48.

2. LA MUESTRA INCLUIDA EN EL GRUPO I-C REQUIERE
MENOR CONSUMO DE OPIODIES EN FORMA DE RESCATE
ANÁLGESICO, QUE LA MUESTRA INCLUIDA EN EL GRUPO
FEMO
3. LA MUESTRA INCLUIDA EN EL GRUPO I-C PRESENTA
VALORES MÁS ALTOS EN EL TES T DE DANIEL S,
TRADUCIDO EN MAYOR FUERZA MUSCULAR ESTÁTICA,
QUE LOS DEL GRUPO FEMO EN LOS MOMENTOS 24 Y 48
HORAS DE POSTOPERATORIO.

4. LOS PACIENTES PERTENECIENTES AL GRUPO I-C,
CONSIGUEN MENORES TIEMPOS EN LA REALIZACIÓN DEL
TEST “UP & GO” TRADUCIDO EN MAYOR CAPACIDAD DE
MOVILIDAD DINÁMICA QUE EL GRUPO FEMO EN LOS
MOMENTOS 24 Y 48 HORAS DE POSTOPERATORIO

5. LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL GRUPO I-C
PRESENTAN MAYOR RANGO DE MOVILIDAD,EXPRESADO
EN GRADOS DE FLEXIÓN Y EXTENSIÓN, EN EL MOMENTO
DEL ALTA HOSPITALARIA.

6. EL CONTROL DE LA HEMOGLOBINA POSTOPERATORIA
A LAS 48 HORAS, ES INNECESARIO CON UNA CONFIANZA
DEL 99,9%, CUANDO EL VALOR DE LA HEMOGLOBINA A LAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0148

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

24 HORAS ES IGUAL O SUPERIOR A 10.49 Gr/Dl.

7. LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN ESTA MUESTRA SE VE
DISMINUIDA DE FORMA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS
PACIENTES DEL GRUPO I-C FRENTE AL GRUPO FEMORAL,
ESTABLECIÉNDOSE A LAS 72H DE POSTOPERATORIO.

8. EL GRADO DE SATISFACCIÓN ALCANZADO POR
N U E S T R O S P A C I E N T E S H A S I D O M U Y A L T O
INDEPENDIENTEMENTE DEL GRUPO DE ESTUDIO AL QUE
PERTENECIERAN.

9.COMO RESULTADO DE ESTE ESTUDIO SE HA
INSTAURADO UNA NUEVA GUÍA CLÍNICA PARA LA
ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN NUESTRO CENTRO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/148 ========== ***

Nº de registro: 0148

Título
MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores:
DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE, PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, TORRES CAMPOS ANTONIO, VICENTE ROMERO MARIA JESUS, PANADERO ROMERO MARIA LUISA, MURCIANO GARCIA FERNANDO, IRISARRI GAMBRA MIREN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....: Vía Clínica

PROBLEMA
La artroplastia total de rodilla y su postoperatorio puede ser muy doloroso, lo que limita la rehabilitación y en consecuencia aumenta de la estancia hospitalaria de estos pacientes.
Habitualmente son pacientes intervenidos bajo técnicas anestésicas a los que se asocia bloqueos nerviosos periféricos para la analgesia postoperatoria, dentro de los cuales, el bloqueo nervioso femoral es el más extendido, y pese a conseguir una calidad analgésica adecuada del compartimento anterior, también provoca debilidad de la musculatura limitando la recuperación. Similar situación es la que ocurre tras bloqueo del nervio ciático, responsable de la analgesia del compartimento posterior. Las técnicas de infiltración local de analgesia (LIA) intraoperatorias, de reciente instauración cuenta con una calidad analgésica óptima con la desventaja de la infiltración sin visión directa así como posibles complicaciones derivadas vasculares.
Estas limitaciones para una rápida deambulación son las que motivan el inicio de este proyecto de trabajo.
Está descrito en la literatura, que el bloqueo del canal de los aductores, confiere de una calidad analgésica similar a la lograda con el bloqueo femoral sin bloqueo motor que retrasa la deambulación.
Recientemente se ha descrito el bloqueo definido como IPACK (Infiltration between Popliteal Artery and Capsule Knee) que proporciona una adecuada analgesia del compartimento posterior de la rodilla sin suponer bloqueo motor que limite tanto la recuperación, como la deambulación y consecuentemente, el alta hospitalaria.
Consideramos que la combinación de estos dos bloqueos, puede suponer una precoz recuperación con el objetivo de un alta hospitalaria más temprana

RESULTADOS ESPERADOS
El bloqueo Ipack asociado a canal de los aductores, permite recuperación precoz con calidad analgésica similar a las técnicas nerviosas regionales periféricas utilizadas actualmente sin bloqueo motor, favoreciendo un alta hospitalaria temprana. •Evaluar la calidad analgésica obtenida en los momentos 6-12-24-36 y 48 horas de postoperatorio.•Evaluar la recuperación y rehabilitación del paciente mediante la deambulación y otros test descritos.•Establecer el momento de alta hospitalaria tras el abordaje multidisciplinar de manejo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0148

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

MÉTODO
Se iniciará este estudio que se desarrollará de forma prospectiva en grupo caso (Ipack + canal de aductores) y grupo control (Femoral + ciático), de los intervenidos de artroplastia total de rodilla (PTR) desde el 1 de abril de 2016 hasta 31 de diciembre de 2016, con participación multidisciplinar de profesionales, donde se incluyen, los servicios médicos de Anestesiología, Traumatología, Geriatría, enfermería y Rehabilitación.
Como criterios de inclusión: pacientes intervenidos de PTR, índice de Barthel preoperatorio >90, IMC < 35, ASA I-III, sin alergias a los fármacos anestésicos locales tipo amida, paracetamol, AINES y pirazolonas. Se realizará análisis inferencial de las variables correspondientes.
Las variables seleccionadas además de las demográficas, índice de Barthel preoperatorio, ASA, hemoglobina, tiempo de isquemia, valoración analgésica según escala EVA, Test de Daniels, test de up and go, goniometría, complicaciones, stair climb test, y alta hospitalaria

INDICADORES
Se recogerá una encuesta de satisfacción previa al alta, de evalución trimestral por parte de los profesionales. En caso de valoraciones repetidas negativas, se realizará un analisis de resultados con las modificaciones pertinentes.

DURACIÓN
Proyecto de Abril a diciembre 2016. Si resultados positivos. Se instaurará una nueva via clínca de manera indefinida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0150

1. TÍTULO

GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA OSCA GUADALAJARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLORIA ARNAL LUIS JAVIER
URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR
ROYO AGUSTIN MARIA
CASTRO SAURAS ANGEL
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este tiempo de realización del proyecto, se ha llevado a cabo un inventario del material utilizado en quirófano por parte del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gracias a la comunicación entre el servicio de enfermería del quirófano, los representantes de las casas comerciales que proporcionan el producto, y los participantes del proyecto, se ha podido confeccionar un listado del material de osteosíntesis y ortopédico. Se ha recogido el producto utilizado para cada intervención, así como clasificado a la empresa a la que pertenece para poder contactar con el representante comercial en caso de necesitarlo.

Se ha elaborado un listado en Word de dicho material, al cual se puede acceder desde los ordenadores del quirófano. Este documento es editable, con el fin de actualizarlo en caso de cambios o nuevas aportaciones de material. Además, siguiendo el orden del listado en formato Word, se han recogido la técnica quirúrgica de cada material, y clasificado en carpetas. De esta manera se facilita el acceso rápido previo a la cirugía del material que se va a utilizar, tanto por cirujanos como equipo de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado ha sido satisfactorio. El índice de errores por confusión en el material quirúrgico ha disminuido. La seguridad y confianza del personal sanitario en la cirugía ha aumentado debido a la fácil búsqueda del material que se necesitaba y la posibilidad de repasar dicha técnica en el momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto de mejora ha sido una herramienta útil para organizar, ordenar y conocer con exactitud el material quirúrgico utilizado por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y del que disponemos nuestro Hospital. Además, ha servido también para actualizar los inventarios antiguos.
Nos hubiera gustado la posibilidad de tener una plataforma online o de intranet donde poder subir y editar fácilmente dicho inventario, pero no ha sido posible. Este proyecto no acaba ahora, si no que debe continuarse para mantener actualizado el material quirúrgico y dar una mayor seguridad a nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/150 ========== ***

Nº de registro: 0150

Título
GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO DE TERUEL

Autores:
OSCA GUADALAJARA MARTA, MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, FLORIA ARNAL LUIS JAVIER, URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR, ROYO AGUSTIN MARIA, CASTRO SAURAS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0150

1. TÍTULO

GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La especialidad de Cirugía ortopédica y traumatología trata las lesiones musculoesqueléticas del cuerpo desde el cuello hasta los pies. Las lesiones pueden requerir una reconstrucción ósea debido a fracturas, implante de prótesis debido a lesiones articulares o tratamiento mediante la utilización de material artroscópico para otro tipo de lesiones. Por ello, el cirujano Ortopeda y Traumatólogo emplea diariamente gran cantidad de material quirúrgico.

Además, existen en nuestro ámbito, múltiples empresas que ofrecen diferentes técnicas y materiales para los procedimientos quirúrgicos. Dentro de un mismo procedimiento, podemos encontrar diferentes tipos de materiales que se adaptan a las características de nuestros pacientes. Por ejemplo, en una prótesis de cadera, existen de tipo cementado o no cementado; vástagos y cotilos de tamaño, morfología y biomaterial diferentes; prótesis primarias o de revisión… Y todo ello con su material de implantación y técnica quirúrgica específica.

Dentro de todo este abanico de posibilidades, los cirujanos eligen el material quirúrgico que mejor se adapte a la patología que presenta el paciente, que sea sencillo y reproducible, así como coste-efectivo. Por ello, tanto el equipo de enfermería, como auxiliares como los propios cirujanos, nos encontramos con gran variedad disponible de material que debemos conocer y manejar en el momento de la cirugía.

La oferta de empresas dedicadas a la venta de productos quirúrgicos para nuestras cirugía es amplia permitiendo que exista un mercado de competencia económica así como la investigación contínua y mejora de los materiales. Esto provoca que exista multitud de componente, que si no se conocen y se organizan de manera adecuada, pueden provocar errores quirúrgicos catastróficos para los pacientes.

Proponemos un plan de mejora en nuestro Hospital en la organización y conocimiento del material quirúrgico disponible por el Servicio de Cirugía Ortopedia y Traumatología, con el objetivo de evitar errores y garantizar un procedimiento quirúrgico adecuado.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera que todos los profesionales sanitarios del quirófano que vayan a estar presentes en los procedimientos puedan consultar el material quirúrgico disponible según el tipo de cirugía y la técnica quirúrgica del procedimiento elegido según la patología y el paciente.

MÉTODO
Realizar un inventario de todo el material quirúrgico que utiliza el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica que sirva de guía tanto para el Cirujano como los profesionales sanitarios que participan diariamente en las intervenciones quirúrgicas y evitar así posibles errores y asegurar unas condiciones de seguridad.

El inventario estará disponible en los ordenadores del quirófano y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INDICADORES
- Índice de errores por confusión en el material quirúrgico.
- Satisfacción y confianza del personal sanitario a la hora de afrontar la cirugía.

DURACIÓN
- Iniciar el proyecto desde el momento su aprobación. Tenerlo realizado en 6 meses e ir actualizándolo según los cambios que se vayan realizando.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUNIESA HERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHOCARRO ESCALENO PILAR
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA
URGEL GRANADOS ALEJANDRO
FUENTES GONZALVO EVA
ALONSO PEREZ PILAR
GONZALEZ HERRERO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Desarrollo de un programa de formación: curso formativo del uso del antiséptico hicroalcohol y la adecuación de soporte para su uso.
El día 18-Abril-2018, se celebró de 8-9:30am en la sala de despertar de quirófano, un curso formativo impartido por comercial y director del producto Hartmann. En dicho curso se comentó la eficacia de los productos antisépticos vs jabones antisépticos, la técnica de aplicación antiséptica quirúrgica de manos y la dermotolerancia del hidroalcohol.
La empresa Hartmann facilitó unos dispensadores de solución hicroalcohólica y unos cronómetros con alarma tras un minuto y medio que se colocaron en los quirófanos con actividad Traumatológica (Nº1 y 4). Además se colocó un recordatorio con dibujos de la técnica, para facilitar su aprendizaje. (Anexo 2)
2.-Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.
Se lleva a cabo un estudio prospectivo consecutivo realizando lavado quirúrgico según dos técnicas válidas para la higienización de las manos previa a la práctica de una cirugía.
Se desarrolló en el quirófano 4 del Hospital Obispo Polanco de Teruel (dedicado especialmente al área de traumatología) entre los meses de Mayo y Junio de 2018.
El estudio se llevó a cabo con un total de 20 profesionales sanitarios del área quirúrgica, estando todos ellos adiestrados en los protocolos específicos de lavado de manos quirúrgico y eran profesionales con experiencia en quirófano.
Se consideró como criterios de inclusión:
o Disposición voluntaria de los participantes.
o Manos libres de lesiones.
o Uñas limpias y recortadas.(Las uñas largas son difíciles de limpiar y aumentan el riesgo de rotura de guantes)
o Ausencia de anillos, relojes y pulseras.13 (ya que dificultan el correcto lavado de manos, especialmente bajo los anillos, donde pueden acumularse gérmenes que actúen como reservorio)
o Realizar el lavado con gorro y mascarilla quirúrgica.

Se asignó en el momento a cada participante el producto antiséptico a utilizar para el estudio, supervisando personalmente la correcta realización del lavado.

Se realizó el lavado estándar con:
- Un jabón antiséptico cuya composición era gluconato de clorhexidina al 4% (lavado quirúrgico estandarizado con cepillo durante un mínimo de cuatro minutos) El procedimiento desarrollado en el mismo fue el siguiente:13
o Retirar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar el lavado quirúrgico de manos.
o Colocarse correctamente el gorro y la mascarilla quirúrgica.
o Humedecer las manos y antebrazos
o Enjabonar manos y antebrazos desde los dedos hasta los codos con ayuda del cepillo, sin volver a las zonas ya limpias.
o Prestar especial atención a la desinfección de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales. Eliminar la suciedad existente debajo de las uñas, utilizando el cepillo de uñas debajo del agua corriente.
o Aclarar desde la punta de los dedos hasta llegar a los codos.
o Secar por contacto, sin frotar, con una compresa o toalla estéril comenzando por los dedos y siguiendo hasta los codos.
o Mantener en todo momento las manos por encima de los codos y separadas del atuendo quirúrgico.
o Antes de ponerse los guantes estériles, las manos y antebrazos deben estar completamente secos. 15
-Y mediante una solución hidroalcohólica (Sterillium cuya composición es: 2-propanolol 45 gramos + 1-propanol 30 gramos etilsulfato de mecetronio y emolientes) con la cantidad suficiente para que no se sequen las manos durante un tiempo mínimo de dos minutos. El protocolo que se siguió se describe a continuación:14
o Retirar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar la antisepsia quirúrgica de manos.
o Colocarse correctamente la mascarilla y el gorro quirúrgico.
o Prestar especial atención a la limpieza de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales.
o Aplicar la cantidad de solución alcohólica, tantas veces como sea necesario (cada vez que las manos estén secas) hasta completar el tiempo de frotación recomendado por el fabricante.
o Fricción de las muñecas.
o Fricción de manos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

o No secar con toallas. Mantener las manos por encima de los codos hasta la total evaporación de la solución hidroalcohólica.
o Se debe esperar a que las manos y antebrazos estén completamente secos antes de ponerse los guantes estériles
o Duración: 1,5 - 3 minutos (según fabricante).15

Las variables recogidas en el estudio fueron las siguientes:
-Cuantitativas discretas: Unidades formadoras de colonias (UFC) pre lavado con alcohol, UFC pre lavado con clorhexidina.
-Se codificaron como variables cualitativas dicotómicas (positivo/negativo): UFC postlavado con alcohol, UFC post lavado con clorhexidina, UFC transcurridas 2 horas con guantes estériles con ambos antisépticos.
Previo al lavado se tomó muestra de los cinco dedos de la mano derecha en Placas de Petri que contenían como medio de cultivo agar sangre (contiene sangre de mamíferos al 5-10% usado para aislar microorganismos). Tras el lavado estandarizado se procedió a la toma de una segunda muestra en la misma localización antes de la colocación del guante estéril. Trascurridas dos horas con guantes estériles se tomó una nueva muestra en la misma localización. Posteriormente a su recogida, las muestras fueron incubadas a una temperatura de 37ºC durante un periodo de 48 horas y seguidamente fueron siempre analizadas por el mismo profesional del servicio de microbiología (ciego a la intervención).
En cuanto a la estadística, se describió la muestra en porcentajes para variables cualitativas y para las cuantitativas se usó la media y desviación típica.
Desde el punto de vista cualitativo empleamos el test exacto de Fisher sobre la premisa cultivo positivo o negativo en ambas muestras. Para este análisis se empleó el programa estadístico spps y el nivel general de significación fue de p<0,05.

Durante el periodo de estudio se tomaron 90 muestras en 20 profesionales participantes. De los veinte sujetos que participaron en el mismo, la mitad de ellos utilizaron un lavado con jabón de clorhexidina y el resto una solución hidroalcohólica, según el protocolo descrito en el material y métodos.
La media de UFC antes del lavado fue de 38,8 (DE=13,72) en el grupo de Clorhexidina y 24,4(DE=28,7) en el grupo del hidroalcohol.
Tras el lavado quirúrgico no se objetivó formación de UFC en las muestras obtenidas mediante lavado quirúrgico con base alcohólica, mientras que se observó una media de UFC de 1,06. En el 100% de la muestra no se obtuvieron resultados de contaminación.
En la tercera muestra tras dos horas con guantes estériles observamos que el grupo de solución hidroalcohólica presentaba una media de UFC de 2,8 frente a 9,33 en el grupo de clorhexidina con cepillo. Esta diferencia sin embargo no fue significativa al realizar la prueba de forma cualitativa mediante una prueba exacta de Fisher. (p=1). (Anexo 3).
Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar y las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos.
Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad ni tenga una general aceptación.
Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.
La dermatitis de contacto irritativa es una de las reacciones más habituales puesto que las condiciones laborales y el tiempo que transcurre entre cada agresión de la piel no permite la restauración completa de la barrera cutánea.16
Podemos encontrar autores como Burch et al17 que llevaron a cabo una comprobación de la eficacia de una solución a base de alcohol con el lavado tradicional con clorhexidina 4% en un entorno quirúrgico previo a la implantación de un catéter venoso central. En este estudio concluyeron que el desinfectante para manos a base de alcohol no mostró ninguna diferencia en comparación con el exfoliante tradicional, aunque indicaron que el primer lavado del día debía realizarse siempre con un jabón antiséptico.
Parienti JJ et al18, tras realizar una comparación de ambos productos y tomando como referencia la tasa de infección de las heridas tras 30 días del procedimiento quirúrgico, concluyeron igualmente que su eficacia era equivalente ya que las diferencias entre ellos no eran significativas.
No obstante lo anterior, cabe reseñar que existen numerosos estudios en los que se concede mayor eficacia a uno que a otro tipo de lavado.
Ejemplo de esto son los trabajos realizados por Santacatalina et al14 Kareem et al 19 Nijinsen et al 20que encuentran evidencias en que es más efectiva la solución hidroalcohólica que el lavado quirúrgico estándar.
Existen una serie de factores que pueden favorecer la implantación de la solución alcohólica, entre los que cabe destacar:
• Ahorro de tiempo en el lavado
• Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización.
• Prevenir el riesgo de recontaminacion, pues se evita el enjuague de las manos.14
• Menor coste que los productos tradicionales9
• Permite realizar varias intervenciones sin necesidad de salir del quirófano a realizar el lavado.

Por otra parte, pese al resultado obtenido del efecto residual de ambos métodos de lavado, hay autores como Cr Nicolay21 que destacan que la clorhexidina tiene una actividad residual superior a la del alcohol.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se comprueba que tanto las soluciones hidroalcohólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

como el jabón antiséptico con clorhexidina tienen la misma eficacia para realizar un lavado quirúrgico satisfactorio y prevenir así la posible infección del sitio quirúrgico.
En cuanto a su efecto residual con ambos sistemas de lavado analizados, tiene una permanencia superior a 2 horas.

Debido a esto, personalmente las evidencias me inclinan a pensar que la solución alcohólica acabara imponiéndose en breve en nuestro entorno hospitalario ya que existen lugares de la sanidad pública en los que su uso ya está implantado.

Entre las principales limitaciones que pueden influir en el resultado del trabajo cabría destacar el reducido número de muestras que sirvió de base para la realización del mismo, ya que solamente se utilizaron 60 muestras cuando cabe suponer que para obtener unos resultados más concluyentes se requiere generalmente un tamaño muestral mucho más elevado.
Los motivos fundamentales de esta limitación están justificados por el hecho de evitar una sobrecarga de trabajo al equipo de microbiología (realizado desinteresadamente fuera de sus muchas obligaciones habituales), así como minimizar el coste económico que suponía la utilización masiva de las placas de Petri necesarias para su recogida.
En cuanto a los sesgos en las conclusiones obtenidas podríamos enumerar los siguientes:
? Periodo muestral reducido (tres meses), por los mismos motivos señalados con anterioridad.
? Voluntariedad en la selección (no aleatorización).
? Análisis de resultados por una única persona.
Limitación del tiempo para la comprobación del efecto residual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Se evalúa la efectividad de los dos productos antisépticos mayormente utilizados en el servicio quirúrgico del HOP (solución hidroalcohólica y jabón antiséptico con cepillo)
- Se realizó un estudio prospectivo consecutivo entre los meses de Mayo y Junio de 2018 con la participación de trabajadores del área quirúrgica y personal del servicio de Microbiología del Hospital Obispo Polanco. Se procede a la recogida y análisis del número de unidades formadoras de colonias en los dedos de la mano derecha de todos participantes: antes, después y trascurridos 60 minutos desde el lavado. (Estudio detallado en actividades realizadas).
Gracias a este trabajo se puede concluír que no hay diferencia entre el lavado con solución hidoralcohólica y el jabón antisèptico con cepillo, en cuanto a la efectividad antimicrobiana y efecto residual en el lavado quirúrgico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Gracias a este proyecto se ha comprobado científicamente, la no superioridad del lavado con cepillo y clorhexidina respecto a la solución hidroalcohólica. Por ello hemos conseguido concienciar al personal la posibilidad de lavado con solución hidroalcohólica sin disminuir la eficacia antimicrobiana del lavado antiséptico.
- El personal de quirófano (auxiliares, enfermeras y médicos) recibieron un programa de formación del uso del antiséptico hidroalcohol y la adecuación de soporte para su uso; cuya encuesta de satisfacción resulto útil y muy útil.
- Se colocaron dispensadores de solución hidroalcohólica y unos cronómetros con alarma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/128 ========== ***

Nº de registro: 0128

Título
LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Autores:
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, CHOCARRO ESCALENO PILAR, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, URGEL GRANADOS ALEJANDRO, FUENTES GONZALVO EVA, ALONSO PEREZ PILAR, GONZALEZ HERRERO VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Infección quirúrgica cero. Lavado quirúrgico
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La higiene de la piel y específicamente de las manos ha sido objeto de estudio desde hace muchas décadas, siendo aceptada como el mecanismo primario de control en la dispersión de agentes infecciosos. La correcta realización de una higiene de manos antes de entrar a quirófano es muy importante ya que durante una cirugía se le priva al paciente de una barrera significativa contra la infección: la superficie cutánea.
Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar. Las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos. Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad.
Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Elaborar un plan de Mejora sobre el lavado de manos y contribuir a la reducción de las Infecciones relacionadas con la infección del sitio quirúrgico.
2.- Evaluar la efectividad de los dos productos antisépticos mayormente utilizados en el servicio quirúrgico del HOP (solución hidroalcohólica y jabon antiséptico con cepillo).

OBJETIVOS OPERATIVOS:
1.-Conocer la adhesión a la higiene de manos en el personal del área quirúrgica del Hospital Obispo Polanco, previo a la implantación de un Proyecto de mejora.
2.-Identificar barreras percibidas y factores facilitadores asociados a la práctica de la higiene de manos.
3.-Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en la higiene de manos

MÉTODO
En el presente proyecto, se pretende evaluar la efectividad de dos productos antisépticos, en concreto una solución hidroalcohólica y un jabón antiséptico para el proceso de desinfección de las manos durante la preparación quirúrgica.
Dicho proyecto se evaluará mediante una comisión interdisciplinar, del Hospital Obispo Polanco, formada por:
- Servicio de Traumatología que realizará y supervisará la toma de muestras durante procedimientos quirúrgicos limpios.
- Servicio de Microbiología que realizará el recuento de unidades formadoras de colonias de las muestras evaluadas.
- Servicio de Medicina Preventiva que supervisará la correcta realización del proyecto.
- Equipo de enfermería del área quirúrgica que participará en la toma de muestras durante el ejercicio de su trabajo diario.
ACTIVIDADES:
- Desarrollo de un programa de formación.
- Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.
- Curso formativo del uso del antiséptico hidroalcohol y adecuación de soporte para su uso.
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGIR
- Disminuir el coste económico
- Ahorrar tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización

INDICADORES
Se realizará una reunión informativa a mediados del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.
Se realizará el día 18 de Abril, una reunión informativa con el director comercial de grupo Hartmann Sterillium R, donde se explicará el modo de realización de la técnica de higiene de manos y nos proporcionará material en gel y dosificador. (Indicador: número de asistentes).
Se realizará un estudio piloto durante 2 meses que consistirá en una estimación objetiva del recuento de unidades formadoras de colonias microbianas presentes en las manos del personal del área quirúrgica, utilizando cada uno de los dos productos antisépticos. Con esta medida se realizará una estimación objetiva de la capacidad bactericida del producto antiséptico tras realizar el lavado inmediato y la capacidad bactericida mantenida en el tiempo del mismo.
Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional participante en el proyecto.
El lavado de manos es un indicador que debe mantenerse en un estándar de excelencia, puesto que constituye la medida más eficiente para ahorrar riesgos y gastos en el hospital.

DURACIÓN
El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las recogidas de muestas comenzarían a partir de los meses de Abril y Mayo del 2018, realizándose un estudio piloto durante 2 mes, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUNIESA HERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHOCARRO ESCALENO PILAR
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA
URGEL GRANADOS ALEJANDRO
FUENTES GONZALVO EVA
ALONSO PEREZ PILAR
GONZALEZ HERRERO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1.- Se realizó una reunión informativa a finales del mes de Febrero con los participantes en el plan de mejora, donde se realizó la distribución de tareas y se fomenó el trabajo multidiciplinar del proyecto.

5.2.- Desarrollo de un programa de formación: curso formativo del uso del antiséptico hicroalcohol y la adecuación de soporte para su uso.
El día 18-Abril-2018, se celebró de 8-9:30am en la sala de despertar de quirófano, un curso formativo impartido por comercial y director del producto Hartmann. En dicho curso se comentó la eficacia de los productos antisépticos vs jabones antisépticos, la técnica de aplicación antiséptica quirúrgica de manos y la dermotolerancia del hidroalcohol.
La empresa Hartmann facilitó unos dispensadores de solución hicroalcohólica y unos cronómetros con alarma tras un minuto y medio que se colocaron en los quirófanos con actividad Traumatológica (Nº1 y 4). Además se colocó un recordatorio con dibujos de la técnica, para facilitar su aprendizaje. (Anexo 2: material para desarrollar el proyecto)
Finalizado el curso formativo se repartió un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional asistente al curso, para poder participar en el proyecto.

5.3.- Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.
Se lleva a cabo un estudio prospectivo consecutivo realizando lavado quirúrgico según dos técnicas válidas para la higienización de las manos previa a la práctica de una cirugía.
Se desarrolló en el quirófano 4 del Hospital Obispo Polanco de Teruel (dedicado especialmente al área de traumatología) entre los meses de Mayo y Junio de 2018.
El estudio se llevó a cabo con un total de 20 profesionales sanitarios del área quirúrgica, estando todos ellos adiestrados en los protocolos específicos de lavado de manos quirúrgico y eran profesionales con experiencia en quirófano.
Las variables recogidas en el estudio fueron las siguientes:
-Cuantitativas discretas: Unidades formadoras de colonias (UFC) pre lavado con alcohol, UFC pre lavado con clorhexidina.
-Se codificaron como variables cualitativas dicotómicas (positivo/negativo): UFC postlavado con alcohol, UFC post lavado con clorhexidina, UFC transcurridas 2 horas con guantes estériles con ambos antisépticos.
Previo al lavado se tomó muestra de los cinco dedos de la mano derecha en Placas de Petri que contenían como medio de cultivo agar sangre (contiene sangre de mamíferos al 5-10% usado para aislar microorganismos). Tras el lavado estandarizado se procedió a la toma de una segunda muestra en la misma localización antes de la colocación del guante estéril. Trascurridas dos horas con guantes estériles se tomó una nueva muestra en la misma localización. Posteriormente a su recogida, las muestras fueron incubadas a una temperatura de 37ºC durante un periodo de 48 horas y seguidamente fueron siempre analizadas por el mismo profesional del servicio de microbiología (ciego a la intervención).
En cuanto a la estadística, se describió la muestra en porcentajes para variables cualitativas y para las cuantitativas se usó la media y desviación típica.
Desde el punto de vista cualitativo empleamos el test exacto de Fisher sobre la premisa cultivo positivo o negativo en ambas muestras. Para este análisis se empleó el programa estadístico spps y el nivel general de significación fue de $p<0,05$.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados del estudio de eficacia antimicrobiana:
Durante el periodo de estudio se tomaron 90 muestras en 20 profesionales participantes. De los veinte sujetos que participaron en el mismo, la mitad de ellos utilizaron un lavado con jabón de clorhexidina y el resto una solución hidroalcohólica, según el protocolo descrito en el material y métodos.
La media de UFC antes del lavado fue de 38,8 (DE=13,72) en el grupo de Clorhexidina y 24,4(DE=28,7) en el grupo del hidroalcohol.
Tras el lavado quirúrgico no se objetivó formación de UFC en las muestras obtenidas mediante lavado quirúrgico con base alcohólica, mientras que se observó una media de UFC de 1,06. En el 100% de la muestra no se obtuvieron resultados de contaminación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

En la tercera muestra tras dos horas con guantes estériles observamos que el grupo de solución hidroalcohólica presentaba una media de UFC de 2,8 frente a 9,33 en el grupo de clorhexidina con cepillo. Esta diferencia sin embargo no fue significativa al realizar la prueba de forma cualitativa mediante una prueba exacta de Fisher. (p=1). (Anexo 2).

Diferencias no significativas al realizar la prueba de forma cualitativa mediante una prueba exacta de Fischer p=1

Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar y las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos.
Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad ni tenga una general aceptación.
Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.
La dermatitis de contacto irritativa es una de las reacciones más habituales puesto que las condiciones laborales y el tiempo que transcurre entre cada agresión de la piel no permite la restauración completa de la barrera cutánea.16
Podemos encontrar autores como Burch et al17 que llevaron a cabo una comprobación de la eficacia de una solución a base de alcohol con el lavado tradicional con clorhexidina 4% en un entorno quirúrgico previo a la implantación de un catéter venoso central. En este estudio concluyeron que el desinfectante para manos a base de alcohol no mostró ninguna diferencia en comparación con el exfoliante tradicional, aunque indicaron que el primer lavado del día debía realizarse siempre con un jabón antiséptico.
Parienti JJ et al18, tras realizar una comparación de ambos productos y tomando como referencia la tasa de infección de las heridas tras 30 días del procedimiento quirúrgico, concluyeron igualmente que su eficacia era equivalente ya que las diferencias entre ellos no eran significativas.
No obstante lo anterior, cabe reseñar que existen numerosos estudios en los que se concede mayor eficacia a uno que a otro tipo de lavado.
Ejemplo de esto son los trabajos realizados por Santacatalina et al14 Kareem et al 19 Nijinsen et al 20que encuentran evidencias en que es más efectiva la solución hidroalcohólica que el lavado quirúrgico estándar.
Existen una serie de factores que pueden favorecer la implantación de la solución alcohólica, entre los que cabe destacar:

- Ahorro de tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización.
- Prevenir el riesgo de recontaminacion, pues se evita el enjuague de las manos.14
- Menor coste que los productos tradicionales9
- Permite realizar varias intervenciones sin necesidad de salir del quirófano a realizar el lavado.

Se repartió un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional participante en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En base a los resultados obtenidos en este estudio, se comprueba que tanto las soluciones hidroalcohólicas como el jabón antiséptico con clorhexidina tienen la misma eficacia para realizar un lavado quirúrgico satisfactorio y prevenir así la posible infección del sitio quirúrgico.
En cuanto a su efecto residual con ambos sistemas de lavado analizados, tiene una permanencia superior a 2 horas.

Debido a esto, personalmente las evidencias me inclinan a pensar que la solución alcohólica acabara imponiéndose en breve en nuestro entorno hospitalario ya que existen lugares de la sanidad pública en los que su uso ya está implantado.

En cuanto a la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación, la empresa Hartmann, con el fin de agradecer el trabajo realizado por la toma de muestras en el lavado de manos; ofrece repetir anualmente un curso formativo impartido por comercial y director del producto Hartmann.
Contacto: cristina.mora@hatmann.info

7. OBSERVACIONES.
Adjunto ANEXOS:

*** ========== Resumen del proyecto 2018/128 ========== ***

Nº de registro: 0128

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Título
LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Autores:
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, CHOCARRO ESCALENO PILAR, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, URGEL GRANADOS ALEJANDRO, FUENTES GONZALVO EVA, ALONSO PEREZ PILAR, GONZALEZ HERRERO VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Infección quirúrgica cero. Lavado quirúrgico
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La higiene de la piel y específicamente de las manos ha sido objeto de estudio desde hace muchas décadas, siendo aceptada como el mecanismo primario de control en la dispersión de agentes infecciosos. La correcta realización de una higiene de manos antes de entrar a quirófano es muy importante ya que durante una cirugía se le priva al paciente de una barrera significativa contra la infección: la superficie cutánea.
Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar. Las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos. Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad.
Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Elaborar un plan de Mejora sobre el lavado de manos y contribuir a la reducción de las Infecciones relacionadas con la infección del sitio quirúrgico.
2.- Evaluar la efectividad de los dos productos antisépticos mayormente utilizados en el servicio quirúrgico del HOP (solución hidroalcohólica y jabon antiséptico con cepillo).

OBJETIVOS OPERATIVOS:
1.-Conocer la adhesión a la higiene de manos en el personal del área quirúrgica del Hospital Obispo Polanco, previo a la implantación de un Proyecto de mejora.
2.-Identificar barreras percibidas y factores facilitadores asociados a la práctica de la higiene de manos.
3.-Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en la higiene de manos

MÉTODO
En el presente proyecto, se pretende evaluar la efectividad de dos productos antisépticos, en concreto una solución hidroalcohólica y un jabón antiséptico para el proceso de desinfección de las manos durante la preparación quirúrgica.
Dicho proyecto se evaluará mediante una comisión interdisciplinar, del Hospital Obispo Polanco, formada por:
- Servicio de Traumatología que realizará y supervisará la toma de muestras durante procedimientos quirúrgicos limpios.
- Servicio de Microbiología que realizará el recuento de unidades formadoras de colonias de las muestras evaluadas.
- Servicio de Medicina Preventiva que supervisará la correcta realización del proyecto.
- Equipo de enfermería del área quirúrgica que participará en la toma de muestras durante el ejercicio de su trabajo diario.
ACTIVIDADES:
- Desarrollo de un programa de formación.
- Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.
- Curso formativo del uso del antiséptico hidroalcohol y adecuación de soporte para su uso.
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGIR
- Disminuir el coste económico
- Ahorrar tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

1. TÍTULO

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Se realizará una reunión informativa a mediados del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.
Se realizará el día 18 de Abril, una reunión informativa con el director comercial de grupo Hartmann Sterillium R, donde se explicará el modo de realización de la técnica de higiene de manos y nos proporcionará material en gel y dosificador. (Indicador: número de asistentes).
Se realizará un estudio piloto durante 2 meses que consistirá en una estimación objetiva del recuento de unidades formadoras de colonias microbianas presentes en las manos del personal del área quirúrigica, utilizando cada uno de los dos productos antisépticos. Con esta medida se realizará una estimación objetiva de la capacidad bactericida del producto antiséptico tras realizar el lavado inmediato y la capacidad bactericida mantenida en el tiempo del mismo.
Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional participante en el proyecto.
El lavado de manos es un indicador que debe mantenerse en un estándar de excelencia, puesto que constituye la medida más eficiente para ahorrar riesgos y gastos en el hospital.

DURACIÓN
El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las recogidas de muestas comenzarían a partir de los meses de Abril y Mayo del 2018, realizándose un estudio piloto durante 2 mes, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0181

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA PEREZ JIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RANERA GARCIA MIGUEL
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA
BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS
CONESA MARIN VICENTE JOSE
GONZALEZ GARCIA PALOMA
VILLALTA MARTIN ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Consensuar con los Servicios involucrados (Cirugía Ortopédica y Traumatología, Anestesia-Reanimación, Geriatría y Hematología) y Direcciones del hospital (Médica y Enfermería) la aplicación de este protocolo, así como discusión del proyecto en la Comisión de Área Quirúrgica y en la Comisión de Transfusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Consenso alcanzado por todas las partes implicadas.

- Realización de un Documento Oficial del Protocolo de Ahorro de Sangre en Cirugía Protésica Programada para el Hospital Obispo Polanco, que consta de diversos ítems a cumplimentar en el hospital de día y durante el ingreso hospitalario.

HOSPITAL DE DÍA 15 DÍAS ANTES DE LA CIRUGÍA:
Hierro intravenoso (Ferinject) 50 mg/ml, dosis única.
Vitamina B12 (Optovite) 1000 gammas 1 ampolla intramuscular, dosis única.
Ácido fólico (Acfol) 5 mg 1 comprimido vía oral cada 24 horas, hasta el ingreso.
Epoetina alfa (Eprex) 40.000 unidades subcutáneas, dosis única. Si hemoglobina preoperatoria inferior a 13 g/dl.
Cruzar 2 bolsas de concentrados de hematíes para la fecha programada de la intervención quirúrgica, si se considera necesario.

ADMINISTRACIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO:
Ácido tranexámico perioperatorio (administración intravenosa / tópica).

- En espera de adjudicación de sitio físico para la aplicación del proyecto. Las Direcciones del hospital barajan las siguientes posibilidades de ubicación: la CMA, el hospital de día del paciente crónico complejo o habilitar alguna habitación de la planta de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos encontramos muy satisfechos con la gestión llevada a cabo con este proyecto, encontrándose a día de hoy en estado muy avanzado. Esperamos ponerlo en práctica en el primer trimestre del año 2019.

7. OBSERVACIONES.
Se monitorizarán los resultados para constatar el descenso transfusional gracias a una serie de indicadores primarios (hemoglobina y hematocrito postquirúrgicos, cumplimiento de los criterios restrictivos de transfusión y número de unidades de concentrados de hematíes transfundidos) y secundarios (complicaciones, mortalidad y días de hospitalización).

*** ========== Resumen del proyecto 2018/181 ========== ***

Nº de registro: 0181

Título
PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Autores:
PEREZ JIMENO NURIA, RANERA GARCIA MIGUEL, ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO, GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, CONESA MARIN VICENTE JOSE, GONZALEZ GARCIA PALOMA, VILLALTA MARTIN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0181

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Coxartrosis y gonartrosis
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la cirugía electiva de artroplastia total de cadera y rodilla se considera de vital importancia el mantenimiento de valores normales de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hto) postoperatorios para evitar las posibles complicaciones relacionadas con la anemia perioperatoria.

Tradicionalmente, para conseguir este objetivo se ha utilizado la transfusión de sangre alogénica; pero ello sigue asociándose a diversos riesgos, cosa que esta llevando a los profesionales médicos a plantearse un cambio en la política transfusional. En base a esto, se han desarrollado múltiples Programas de Ahorro de Sangre similares al que queremos implantar en nuestro servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general del proyecto es la aplicación de un Protocolo de Uso Racional de Hemoderivados en el tratamiento de la anemia perioperatoria de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de prótesis total de cadera y rodilla así como la comprobación de su efectividad.

Estimamos, con este proyecto, se pueda reducir la incidencia de transfusión alogénica desde cifras del 70% a alrededor del 45%.

MÉTODO
El Protocolo de Ahorro de Sangre constará de:

En el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica, al solicitar el preoperatorio, en la analítica de sangre habitual añadiremos el patrón férrico.

Se aplicaran criterios transfusionales restrictivos, es decir, sólo se transfundirá en casos de:
- Anemia sintomática (hipotensión, taquicardia, taquipnea, mareo y/o fatiga) con Hb 8-10 g/dl.
- Hb <7-8 g/dl o 9-10 g/dl en pacientes cardiópatas.

2 semanas antes de la cirugía se emplearan medidas farmacológicas para la estimulación de la eritropoyesis preoperatoria:
- Hierro intravenoso (Ferinject 50 mg/ml) (dosis única).
- Ácido fólico (Acfol 5 mg): 1 cp. vía oral cada 24 horas.
- Vitamina B12 (Optovite 1000 gammas) 1 amp. intramuscular (dosis única).
- Epoetina alfa 40.000 UI subcutáneas (Eprex) siempre y cuando la Hb del paciente en el preoperatorio sea <13 g/dl (dosis única).

INDICADORES
Para monitorizar el proyecto seguiremos una serie de indicadores:

1os:
- Hb y Hto postquirúrgicos
- Cumplimiento de criterios de transfusión restrictivos
- Número de unidades de concentrados de hematíes transfundidos

2os:
- Complicaciones
- Mortalidad
- Días de hospitalización

Para la recogida de los datos se utilizará una hoja de cálculo Microsoft® Office Excel 2009 elaborada al efecto, en la que se tabularán todos los indicadores. La información recogida en formato Excel se exportará posteriormente al programa IBM SPSS Statistics v.20 para efectuar el estudio estadístico.

DURACIÓN
La fecha prevista de inicio es mayo de 2018. Durante el primer trimestre: Periodo de explicación y adaptación. Segundo trimestre: Periodo de aplicación y recogida de datos. Tercer trimestre: Periodo de aplicación, recogida de datos y análisis de los mismos para comprobación de su efectividad.

El tiempo de duración será indefinido, siempre y cuando se demuestre la disminución de la incidencia de transfusión alogénica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0181

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROYO AGUSTIN
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO SAURAS ANGEL
RILLO LAZARO AGUSTIN
BONILLA MONTERDE GERMAN
CALVO ARIÑO AITOR
NAVARRO MONTERO ESTHER
JIMENEZ GARCIA SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elección del tipo de plataforma: Se ha optado por una Pagina Web que cumpla las siguientes características:
• Cuenta con suficiente espacio para poder admitir distintos formatos de archivos: texto, fotos, vídeos.
• Permite permita distintos tipos de acceso a cada tipo de información y que estos se puedan comprobar y controlar.
? Acceso a sanitarios autorizados (miembros del servicio y/o de las unidades directamente relacionadas): pueden ver todo el contenido. El objetivo es que sirva de plataforma interna para ayudar en labores administrativas y de organización interna.
? Acceso a sanitarios no autorizados: acceso a toda la información cuyo objetivo es la divulgación científica.
? Acceso a pacientes: área de pacientes y contenido no catalogado como exclusivo para médicos.
• Pertenece a un entorno web no dependiente de organismos públicos y patrocinada por organismos privados vinculados con la industria de productos sanitarios relacionados con los servicios/unidades involucrados.
Se ha decidido también la creación de cuentas en plataformas secundarias (redes sociales tipo twitter) para promocionar la plataforma web para hacer más patente su presencia fuera de nuestro sector sanitario. Su gestión será llevada a cabo por una empresa independiente.

2. Elección de gestores/administradores de los contenidos y de su publicación.
• Definir autores: ver tabla de Anexo 1.
• Método de elección de temas:
? A criterio personal de cada autor.
? Lluvias de ideas y puestas en común por los miembros de los servicios/unidades involucradas. Se procurará la realización de reuniones organizativas (presenciales o no) para el reparto de tareas y elección de temas.
? “Hot points” en publicaciones y congresos, mesas de expertos etc a los que asistan dichos miembros.
? Puntos de interés/conflicto que se hayan identificado en la práctica diaria por los facultativos en las consultas/IC virtuales/foros de debate etc.
? Todavía se debe concretar si se permitirá la proposición por parte de los receptores de la información de temas de interés para su publicación (ver punto 5).
• Edición de los contenidos. Será responsabilidad de cada autor edición en formato para facilitar su subida a la plataforma por la empresa editora independiente.
• Subida de los contenidos a la plataforma. Se realizará por parte de la empresa independiente contratada para tal fin. Nos tendrían que decir qué formatos usar y cómo editarlo para facilitarles el trabajo.
• Será responsabilidad de cada autor el control de calidad de lo que se escribe y de la fiabilidad de los contenidos. También, se deberá adjuntar una adecuada referencia bibliográfica actualizada que justifique lo publicado.

3. Organización y tipo de información de los temas. Ver tabla en Anexo 1.

4. Organización de los contenidos dentro de la página Web.
En el punto anterior se ha expuesto la organización de los temas. Sin embargo, el tipo de publicación que se puede realizar a través de un entorno web no se puede estructurar de dicha manera. Por ello, los temas serán organizados de acuerdo a lo que nos permita este tipo de soporte. Los temas, por tanto, se agruparan de la siguiente manera:
• Contenidos fijos.- se incluirán subpáginas que contengan información de interés general y constante:
o Vídeos o imágenes en relación con el proyecto de calidad de movilizaciones de la Unidad de Ortogeriatria de nuestro hospital.
o Documentos de interés como vías clínicas, consentimientos informados, protocolos…
o Publicación de dosieres de información para los pacientes.
• Contenidos variables tipo “entrada de blog”. Aquí se incluirán sobretodo trabajos puntuales sobre temas de interés de índole más científica que serán básicamente de los tipos descritos a continuación:
o Revisiones monográficas de un tema.
o Casos clínicos (con el objetivo de poder incluir imágenes que hagan más educativo lo publicado se consultará con el Comité de Ética los puntos a seguir para preservar los derechos de los pacientes)
• Tablón de anuncios:
o Noticias relacionadas con la esfera musculoesquelética.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

o Sesiones, reuniones intraservicio/unidad.
o Divulgación de publicaciones/congresos trabajos…

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han ido desarrollando en el punto anterior al describirse las actividades realizadas. En concreto:
1. Elección del tipo de plataforma.
2. Determinar gestores del contenido y quiénes van a ser los autores.
3. Organización y selección de los temas publicados.
4. Estructuración de la pagina Web.

Además de ello, está desarrollándose de cara conseguir durante el siguiente año:
5. Selección de empresa gestora de proyectos web.
6. Reparto de tareas a la hora de editar y publicar los temas
7. Creación de cuenta vía twitter para difusión y como medio de feedback.
8. Reunión comité de ética para determinar contenidos publicables que atañen a los pacientes.

La implementación preliminar de la plataforma WEB se prevé que conllevará aproximadamente un año laboral, en el que se realizará:
• Selección y creación de un entorno WEB básico para la exposición de temas.
• Selección de temas preliminares, creación de los documentos pertinentes y exposición de los mismos.
• Exposición de otros recursos colaborativos con otros proyectos de calidad.
• Divulgación de la existencia de este recurso para fomentar la participación y el acceso al mismo.
A partir de ese plazo, se contemplaría la mejora de los puntos que se hayan identificado como deficitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que es una gran oportunidad de cara a difundir contenidos pero también para optimizar recursos, ya que se pueden crear muchos mecanismos que amplifiquen las vías de comunicación. Éstas, muchas veces se ven limitadas por la propia idiosincrasia de la estructura de un Sistema Sanitario que debería de actualizarse enormemente para poder implementar una medicina multidisciplinar destinada y centrada en el paciente. Para ello, es fundamental encontrar plataformas que faciliten y simplifiquen la comunicación entre los sanitarios. Todos debemos trabajar como un equipo a favor de la salud.
Hemos encontrado enormes oportunidades para fomentar y monitorizar esta comunicación:
• Ver por IC virtual o por puntos conflictivos que se vayan repitiendo en la consulta, urgencias etc como puntos de interés a incidir en los temas a tratar y si estos disminuyen su incidencia.
• Control del número de visitas para ver hasta qué punto se ha conseguido divulgar lo que se publica.
• Contaje del número de comunicaciones/publicaciones a través de la plataforma.
• Porcentaje de la disminución de derivaciones erróneas (como la indicación de pruebas) respecto a cifras previas.
• Encuestas puntuales, para tampoco desbordarnos, a los participantes para valoración de los contenidos, lluvia de ideas etc.
• Fomentar la participación con foros y otras plataformas. Se ha de tener en cuenta la dificultad de moderar ya que puede resultar en mucha carga de trabajo. Se pueden hacer webinars puntuales.
• Preguntar directamente a médicos de familia que rotan, a compañeros de otra especialidad etc.
• Grado de satisfacción en el nivel de información obtenido a través de la plataforma WEB.

7. OBSERVACIONES.
De cara a fomentar la participación de autores de calidad, se pretende editar un libro cuando se cuenten con entradas suficientes con los contenidos publicados en formato blog.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/185 ========== ***

Nº de registro: 0185

Título
PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Autores:
ROYO AGUSTIN MARIA, CASTRO SAURAS ANGEL, URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR, RILLO LAZARO AGUSTIN, BONILLA MONTERDE GERMAN, CALVO ARIÑO AITOR, NAVARRO MONTERO ESTHER, JIMENEZ GARCIA SANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología de la esfera musculoesquelética

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La falta de recursos de educación y promoción de la salud en la esfera musculo-esquelética en nuestro medio, lo que condiciona un manejo deficiente por distintos especialistas no traumatólogos o rehabilitadores, y una falta de implicación del paciente en patologías de esta índole.

RESULTADOS ESPERADOS
• Objetivo principal: Aumentar los conocimientos en patología musculo-esquelética al realizar una divulgación científica y educación sanitaria de los especialistas de otras ramas y los pacientes.

• Objetivos secundarios: Mejorar el estado de salud del aparato locomotor a la vez que se optimizan los recursos al implicar directamente a los pacientes y se incentiva la formación de médicos de atención primaria al respecto. Crear una vía de comunicación recíproca entre los distintos niveles de asistencia sanitaria para identificar problemas de interés. Facilitar la implementación de otras estrategias de mejora de la calidad asistencial.

MÉTODO
1. Creación de una plataforma de divulgación científica que permita la exposición de información en distintos formatos: imagen, presentaciones, video, texto…. Mantenimiento y actualización de la misma. A valorar entre las distintas opciones que se han comentado con el Servicio de Informática del Hospital.
o
2. Selección de temas de interés y creación de mecanismos para asegurarse de que estos sean de utilidad para los destinatarios.
3. Revisión de últimas publicaciones, cursos de expertos, bibliografía especializada etc, para identificar puntos de estudio vanguardistas y exponerlos de la manera más válida a nivel científico.
4. Reuniones organizativas para el reparto de tareas y elección de temas.
5. Implicación de colaboradores no autores del proyecto.
6. Promoción de la salud según se contempla en los criterios de Lalonde.
7. Optimización de los recursos al mejorar la aplicación de los circuitos diagnóstico-terapéuticos.
8. Incentivar la participación activa de los implicados, tanto colaboradores como destinatarios, creando una dinámica de retroactividad en cuánto a los temas a tratar, la manera de hacerlo, problemas derivados de la falta de colaboración entre los distintos niveles asistenciales…
9. Abordar los distintos ítems seleccionados de una manera clara, concisa, asequible, sencilla y atractiva para aumentar el interés por parte de los médicos no especializados en patología musculoesquelética y pacientes. Utilización de recursos web (videos, imágenes…) para lograrlo.
10. Estudiar la mejor vía de comunicación con los médicos de atención primaria para realizar un feed-back en el intercambio de información (foro abierto, comentario de blog, correo electrónico…).
11. Coordinación con otros proyectos de mejora que se pueden beneficiar de un entorno web para aplicar algunos aspectos que necesitan de plataformas de divulgación entre otros médicos y/o pacientes

INDICADORES
• Número absoluto de visitas (tanto de pacientes como de médicos).
• Número de comunicaciones a través de la plataforma.
• Número de colaboraciones de expertos no autores directos del proyecto.
• % de disminución de derivaciones erróneas (mal indicación de pruebas por ejemplo) respecto a cifras previas a la implantación del proyecto.
• Valoración de la adecuación de los contenidos y su formato.
• Grado de satisfacción en el nivel de información obtenido a través de la plataforma WEB.

DURACIÓN
La implementación preliminar de la plataforma WEB se prevé que conllevará aproximadamente un año laboral, en el que se realizará:
• Selección y creación de un entorno WEB básico para la exposición de temas.
• Selección de temas preliminares, creación de los documentos pertinentes y exposición de los mismos.
• Exposición de otros recursos colaborativos con otros proyectos de calidad.
• Divulgación de la existencia de este recurso para fomentar la participación y el acceso al mismo.
A partir de ese plazo, se contemplaría la mejora de los puntos que se hayan identificado como deficitarios.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

1. TÍTULO

PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0251

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL RANERA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GIMENO NURIA
BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO
URGEL GRANADOS ALEJANDRO
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR
ROYO AGUSTIN MARIA
HERNANDEZ LOPEZ ALICIA
PECES GONZALEZ NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una sesión informativa el 8/02/2019 en la cual fueron avisados telefónicamente los pacientes incluidos para realización de una artroplastia total de rodilla incluidos en lista de espera desde noviembre del 2018 hasta enero del 2019. Se invitó a los pacientes a acudir acompañados con un familiar directo, la asistencia fue voluntaria. Los datos de los pacientes fueron proporcionados por parte del servicio de Admisión del Hospital que recogió a todos los pacientes de dicho período. Los pacientes fueron llamados desde el Servicio de Traumatología por el autor del proyecto. En caso de no contestar a la llamada, se realizaron intentos en las siguientes 48h antes de sacar al enfermo del programa. la llamada fue contestada por el paciente o por algún familiar directo. la sesión informativa fue planificada en el Aula de consultas externas del Hospital Obispo Polanco a las 13:30h con una duración aproximada de 45 minutos. Se proyectó una presentación de PowerPoint de 32 diapositivas donde se explicó la vía clínica del proceso, criterios de inclusión de cirugía, riesgos y beneficios del tratamiento quirúrgico y posibles complicaciones. Se aportaron modelos de prótesis para que los pacientes pudiesen ver “in situ” como es el material empleado, se realizó un turno de preguntas y respuestas y se aportó una encuesta de satisfacción a rellenar por parte de enfermos y familiares. la reunión fue impartida por el autor del proyecto y asistieron miembros del servicio de traumatología, rehabilitación y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se midieron los resultados alcanzados inmediatos recogidos en la encuesta de satisfacción. Se llamaron a 26 pacientes incluidos en Lista de espera para artroplastia total de rodilla desde noviembre de 2018 a enero 2019. Del total de pacientes 13 pacientes (50% de los pacientes avisados) acudieron acompañados por un total de 16 familiares directos. Los resultados fueron medidos en los siguientes ítemes de satisfacción (Muy insatisfecho, insatisfecho, Normal, satisfecho, Muy satisfecho). Ante la pregunta: ¿les parece útil el contenido de la reunión? Del total de pacientes, 10 (76,9%) se encontraron Muy satisfechos y 3 (23%) se sintieron satisfechos. Del total de familiares, 13 (81,25%) refirieron estar Muy satisfechos y 3 (18,75%) se encontraron satisfechos. No hubo asistentes por debajo de ese nivel de satisfacción. Ante la pregunta: ¿Fue útil la información previa de la consulta? De los pacientes, 1 (7,6%) refirió estar Insatisfecho, 3 (23%) consideró la información Normal, 3 (23%) estuvieron satisfechos y 6 (46%) Muy satisfechos. De los familiares, 1 (6,2%) se mostró insatisfecho, 1 (6,2%) Insatisfecho, 4 (25%) Normal, 2 (12,5%) satisfechos y 8 (50%) Muy satisfechos. Ante la pregunta: ¿Ha cambiado de opinión tras la reunión? Del total de pacientes 2 (15,3%) respondieron que Si habían cambiado frente a 11 (84,61%) que respondieron que No. Del total de familiares 1 (6,2%) contestó que Si, 12 familiares (75%) contestaron que No, y 3 (18,6%) contestaron N/C. Ante la pregunta ¿Considera correcta la duración de la reunión? del total de pacientes, 4 (30,7%) se encontraron satisfechos y 9 (69,23%) se encontraron muy satisfechos. De los familiares 7 (43,7%) se encontraron satisfechos y 9 (56,2%) Muy satisfechos. Ante la pregunta: ¿Ha entendido correctamente lo explicado en la reunión? del total de pacientes 4 (30,7%) contestaron sentirse satisfechos y 9 (69,2%) Muy satisfechos. De los familiares 1 (6,2%) contestó estar satisfecho y 15 (93,7%) familiares Muy satisfecho. Ante la cuestión de Valore al personal que ha impartido la reunión: de los posibles ítemes posibles (Muy Malo, Malo, Normal, Bueno o Excelente) del total de pacientes los 13 (100%) contestó Excelente y de los familiares 1 (6,2%) contestó Bueno y 15 (93,7%) contestó excelente. Ante la pregunta: ¿Considera Necesaria esta reunión? del total de pacientes 12 (92,3%) contestó que SI, y 1 paciente (7,6%) contestó que No. Del total de familiares 14 (87,5%) contestó que Si y 2 (12,5%) contestó que No. Se colocó un apartado de “sugerencias” donde uno de los familiares recomendó la realización de un tríptico para ser entregado a los pacientes informativo de todo el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En primer lugar, hemos de decir que la experiencia de la reunión informativa ha sido muy positiva. Hemos contado con el problema de que nuestra población está muy envejecida, y existe gran dispersión territorial, por lo que la asistencia del 50% de los pacientes avisados creemos que corresponde a este factor. Muchos de nuestros pacientes mayores exponían la imposibilidad de poder asistir a este tipo de reuniones voluntarias por problemas de movilidad y trasporte. Consideramos muy importante el hecho que el peor de los ítemes valorado sea la información proporcionada previamente en la consulta. Esta ha sido la única valoración que ha recibido contestaciones altamente negativas, aunque no sea en la mayoría de los pacientes y familiares. Probablemente sea debido a la imposibilidad de explicar todo el procedimiento alrededor de la implantación de una prótesis de rodilla en el tiempo posible de una consulta médica. Creemos que este aspecto es probablemente el mayor punto de mejora de este plan, ya que resulta llamativo que, aunque sea un número pequeño de pacientes, estos opinen que llegan desinformados a un proceso de cirugía mayor electiva como es este. Por este motivo se ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0251

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

decido continuar con la reunión con carácter mensual o bimensual, ya que nuestro número de pacientes y logística de la sala hace que parezca adecuado continuar de esta manera. cabe recalcar que, aunque es escasa la proporción, han existido casos de cambio de opinión de los pacientes de cara al proceso, con lo cual es evidente que la reunión puede ser útil en término de correcta selección de los pacientes de cara a la cirugía, ahorro de cirugías no necesarias y costes. tanto la duración como la comprensión de lo expuesto en la sesión parecen apropiados según los resultados de la encuesta de satisfacción. Se atenderá la propuesta de realización de un tríptico informativo que se presentará en las próximas reuniones. Queda pendiente analizar en el futuro el impacto de la reunión en la implantación del Fast-track de la vía clínica de prótesis total de rodilla, y si este plan es capaz de disminuir la estancia hospitalaria como coadyuvante a otro tipo de medidas como puede ser la rehabilitación precoz y determinado uso de técnicas en combinación con el servicio de anestesiología. Sorprendió la actitud activa tanto de pacientes como de familiares, creándose un espacio de diálogo entre el cuerpo médico y los enfermos, los cuales en su mayoría expresaron que la reunión les había parecido útil demandando más reuniones de este tipo, por lo que este año se va a intentar realizar una reunión similar para nuestros pacientes de la Unidad de Cadera. Se esperan recoger los datos durante este año 2019 y aportarlos para la convocatoria de las nuevas memorias.

7. OBSERVACIONES.
Se continuará con la reunión con carácter mensual/bimensual durante el año 2019 y se analizarán los datos obtenidos. Se aportará memoria final en este año. Por favor, si hubiese que hacer cualquier trámite de cara a la presentación de la memoria hagánmelo saber a través de mi correo electrónico.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/251 ========== ***

Nº de registro: 0251

Título
REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores:
RANERA GARCIA MIGUEL, BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO, PEREZ JIMENO NURIA, MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, OSCA GUADALAJARA MARTA, PECES GONZALEZ NATALIA, HERNANDEZ LOPEZ ALICIA, AGUSTIN MORENO ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: reducción de estancia media

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prótesis de rodilla se ha convertido en un procedimiento común en los Servicios de Traumatología. Los objetivos de las unidades clínicas han se dirigen a incrementar la seguridad, disminuir costes y mejorar la satisfacción de los pacientes. Para ello, se han desarrollado programas de rehabilitación rápida denominados “fast-track” . En ocasiones nos encontramos situaciones de desinformación en nuestros pacientes acerca de los procesos. Existe una tendencia errónea en la sociedad de que mayor número de días de ingreso es igual a mejor atención, especialmente en procedimientos quirúrgicos. Para que el “fast-track” funcione, es necesario un soporte familiar y/o institucional para dar de alta a los pacientes con toda la seguridad necesaria. Además se ha detectado una posibilidad de mejora en la dificultad de obtener información de los pacientes previamente a una cirugía para desarrollar estudios posteriores. Por ello, se plantea la posibilidad de realizar una reunión previa multidisciplinar (empoderamiento) contando con los Servicios de Traumatología, Rehabilitación, Geriatría y Enfermería. Esta reunión, tendría un carácter informativo, donde a través un audiovisual se explicaría la vía clínica del procedimiento. Este programa se trató de poner en práctica previamente, pero se ha demorado su puesta en práctica por los problemas de personal en los dos últimos años de nuestro Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es la reducción de la estancia tras el procedimiento, que actualmente ronda los 4-5 días. Hemos instaurado un protocolo que demuestra la viabilidad del alta en el plazo de 3 días tras una prótesis, siempre que no exista complicación médica. La intención de este plan es que al menos el 75% de nuestros pacientes sean dados de alta al tercer día con seguridad clínica. Sin embargo, en ocasiones, el alta no está supeditada a condiciones médicas, sino a términos del entorno familiar y logística, y es en estos casos donde la reunión sería eficaz. Además, obtendríamos escalas para la realización de estudios posteriores y se tendrá una última oportunidad de selección de los pacientes candidatos a cirugía. Se espera incrementar la seguridad y satisfacción en nuestros resultados. Es sabido la asociación de ansiedad y mayor empleo de analgésicos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0251

1. TÍTULO

REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

antihipertensivos, lo cual puede ser un campo de estudio tras la implantación de esta reunión. También se estudiarán las complicaciones, eventos de seguridad e infecciones en un paciente que se encuentra mejor informado previamente a la cirugía.

MÉTODO
La reunión informativa será quincenal o mensual. Se coordinará con el Jefe de Servicio, seleccionando a los pacientes en función de lista de espera. El lugar de reunión será el salón de actos del Hospital. Los pacientes se llamarán a través del Servicio de Admisión. Concretada la fecha, se indicará a los pacientes que acudan a la reunión con al menos un familiar que vaya a participar en el proceso. La reunión será dirigida por un traumatólogo, y asistirán un médico rehabilitador, un geriatra y una enfermera de planta o consulta. Se proyectará un audiovisual de la vía clínica. Se atenderán preguntas de pacientes explicando las posibles dudas. Se procederá a la entrega de los diferentes cuestionarios de Salud (WOMAC, SF-36 de Salud, KSS) que se aportarán al ingreso.

INDICADORES
Se realizará un calendario de sesiones donde se recogerán los datos de los asistentes a cada reunión. Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener su opinión. Los resultados se evaluarán cada 6 meses. A su vez se repartirá un cuestionario de satisfacción al alta hospitalaria tras la cirugía que se evaluará cada 6 meses. En este caso existirá un ítem que refleje la opinión de los pacientes en el contexto de la reunión previa. El resto de cuestionarios se recogerán al ingreso para los estudios científicos pertinentes.

DURACIÓN
El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las sesiones comenzarían en el momento de autorización de dicho plan, realizándose una experiencia piloto de 3 meses, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

OBSERVACIONES
Roos EM, Lohmander LS. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. Health Qual Life Outcomes 2003;1:64.
Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results Med Clin (Barc). 1995 May 27;104(20):771-6
Insall JN, Dorr LD, Scott RD, Scott WN. Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop Relat Res. 1989 Nov;(248):13-4.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BOTELLA ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
THOMSON LLISTERRI CONCHA
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
GARZA TRASOBARES EMILIO
ARIÑO PEREZ INES
DOÑATE BORAO ANA BELEN
NOVELLA PERALTA SUSANA
LANCIS MORATA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nuestro proyecto de mejora surgió de la necesidad, ya estudiada en proyectos previos en 2002 y 2007, de intentar reducir las molestias que provocan las exploraciones endoscópicas en los pacientes a través de la implementación de la sedación profunda.
Para ello lo primero fue procurar la formación adecuada tanto para el personal médico como el de enfermería realizando cursos sobre sedación en endoscopia avalados por las Sociedades Españolas de Gastroenterología y de Endoscopias Digestivas.
Posteriormente se elaboraron dos encuestas de satisfacción (Endoscopy Global Rating Scale- GRS) tanto para la gastroscopia como para la colonoscopia. Después de ser planteadas en la Unidad, se realizaron modificaciones consideradas de interés para nuestra situación.
En base a esas encuestas se llevó a cabo una base de datos con el programa Access para ir introduciendo los resultados.

A partir del pasado mes de noviembre se ha podido comenzar a entregar las encuestas a los pacientes que van acudiendo a realizarse una endoscopia. En principio se les insta a rellenarla posteriormente a la exploración y no inmediatamente tras la misma, con el fin de evitar el sesgo que pudiera provocar el efecto de la sedación. Cuando les es posible, tienen un buzón a su disposición para la entrega.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En total se han entregado 211 encuestas
Exponemos los resultados preliminares extraídos sobre las 73 encuestas cumplimentadas que han sido entregadas hasta el momento. De ellas, 22 corresponden a pacientes que se han realizado una gastroscopia y 51 a pacientes tras la realización de una colonoscopia

Como datos generales hemos podido determinar que:
• Mientras en la sedación de las gastroscopias se utilizó preferentemente Fentanilo +/- Midazolam y sólo en el 4.5% se sedó con Propofol, en el 88.2% de las colonoscopias se usó Propofol.
• El 45.5% de los encuestados que se realizaba una gastroscopia ya se había realizado otra previamente, cosa que en el caso de las colonoscopias ocurría hasta en el 64.7%
• En relación al solicitante de la exploración, el 49.3% de los casos habían sido solicitadsa por el Médico de Atención Primaria, el 38% por un especialista de Digestivo y el 12.7% restante por otro especialista diferente.

A través del cuestionario se han analizado los diversos indicadores que se plantearon en nuestro Programa de Calidad:

1. Grado de satisfacción general
• Satisfacción global
Globalmente el 85.9% de los encuestados se sienten bastante o muy satisfechos tras la realización de la prueba.
• Disposición a someterse a una nueva endoscopia
Si fuera necesario se volverían a realizar otra exploración endoscópica el 98.6% de los pacientes
• Cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
El 98.4% de los pacientes encuestados indicaban que había existido una buena respuesta del personal médico y de enfermería ante sus necesidades durante las exploraciones

2. Accesibilidad y tiempos de espera
• Accesibilidad a la Unidad
En relación a la facilidad para encontrar la sala de endoscopias, para el 90% fue sencillo o muy sencillo, para el 8.6% lo esperable y sólo un 1.4% lo definió complicado
• Adecuación del tiempo de espera para la cita
El tiempo de espera medio para la realización de la endoscopia resultó ser de 7.6 semanas. En relación a ese tiempo los pacientes referían estar muy satisfechos en un 48.6% de los casos, bastante satisfechos el 15.7%,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

satisfechos el 34.3% y muy disconformes únicamente el 1.4%
• Adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento
Un 69.4% se define bastante o muy satisfecho en cuanto al tiempo de espera en la sala de espera hasta que fueron llamados, el 26.4% se sentía satisfecho y un 4.2% insatisfecho o muy insatisfecho

3. Habilidades interpersonales de los profesionales de la salud
• Amabilidad del médico endoscopista
En cuanto a la atención, cortesía y amabilidad del médico endoscopista, un 87.1% piensan que fue muy buena o excelente, un 10% buena y un 2.9% regular o mala
• Percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista
Los pacientes se muestran bastante o muy satisfechos con las explicaciones que les dio el endoscopista sobre la exploración en un 62.9%, satisfechos en un 19.7% y poco o nada satisfechos en un 18.3%
• Amabilidad del personal de enfermería
En referencia a la atención, cortesía y amabilidad del personal de enfermería, para un 95.8% fue muy buena o excelente y en un 4.2% buena, no detectando en este caso opiniones negativas al respecto

4. Comodidad y privacidad
• Nivel de molestias de la preparación intestinal
El 89.9% de los pacientes a los que se les realizó una colonoscopia considera su tolerancia a la preparación intestinal como muy buena o buena, el 8.2% como regular y el 2% mala o muy mala
• Nivel de molestias durante la exploración
La experiencia de los pacientes en cuanto al dolor y la confortabilidad fue lo esperable o mejor de lo esperado en el 98.5%
La tolerabilidad percibida de la exploración fue la esperable o mejor en el 100% de los casos
• Preferencias en cuanto al nivel de sedación
El 50% de pacientes no recuerdan nada de la exploración que se les hizo. El 22.2% recordaban algo y un 27.8% decían recordarlo todo. Pese a ello, el 94.4% en una supuesta nueva exploración, le gustaría estar como ha estado, ni más alerta ni más dormido.
• Satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia
En el caso de las colonoscopias, un 98% de pacientes tuvieron suficiente sensación de privacidad

5. Información previa y posterior al procedimiento

• Satisfacción con la información previa al procedimiento
En el 94.2% de los casos, el médico solicitante le había explicado al paciente el motivo de realización de la exploración. En el 89.7% también se les había informado en lo que consistía la prueba solicitada, la mayor parte de las veces con una información bastante clara o muy clara y sólo en el 9.5% de los casos esa información fue poco o nada clara.
La mayor parte de los encuestados se han sentido libres para realizar preguntas sobre sus dudas en la sala de endoscopias (95.8%)
• Satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento
En cuanto a las explicaciones del endoscopista sobre los resultados de la prueba, un 55.1% se mostraban bastante o muy satisfechos, un 31.9% satisfechos y un 13% poco o nada satisfechos. Un 88.6% de los pacientes consideran importante o muy importante recibir explicaciones sobre los resultados preliminares aunque sólo a un 65.2% le parece importante recibir el informe en mano
En la mayor parte de casos, el 89.9%, los pacientes reconocen haber recibido información sobre los cuidados posteriores a la endoscopia que fue poco clara sólo en el 1.6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Comparamos los resultados obtenidos en las preguntas fundamentales de las encuestas entregadas en 2007 y 2012 con las que se están entregando durante el presente año 2018. En 2007 las endoscopias digestivas se realizaban sin sedación, en 2012 estaba instaurada la sedación consciente con Midazolam +/- Fentanilo. Y para el 2018 se ha implementado el uso del Propofol.
Las encuestas, en todos los casos, utilizan una escala ordinal de 5 items de respuesta: malo=0, regular =1, bueno =2, muy bueno= 3, excelente =4. Con ello podemos realizar una media de puntuación de las preguntas. El grado de insatisfacción lo calculamos con el porcentaje de preguntas respondidas malo o regular sobre el total.

Porcentajes de insatisfacción según años (2007-2012-2018) en relación a:
- Demora en la cita (4.7% - 9.5% - 1.4%)
- Demora en el día de la prueba (8.8% - 9.9% - 4.2%)
- Cortesía del endoscopista (2.1% - 1% - 2.9%)
- Cortesía del personal de enfermería (1% - 0 - 0)
- Molestias gastroscopias (50.7% - 26.1% - 4.8%)
- Molestias colonoscopias (40% - 22.8% - 0)

Con la implementación de la sedación profunda con Midazolam +/- Fentanilo y Propofol podemos observar un descenso llamativo y progresivo a lo largo de los años de implantación del porcentaje de pacientes insatisfechos en relación a las molestias de las exploraciones endoscópicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Para conseguir que los resultados sean lo más representativos posible, pretendemos proseguir con la entrega de encuestas hasta obtener un número de casos adecuado que nos permita tener más y mejor información sobre la opinión de los pacientes en cuanto a los aspectos a mejorar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/109 ========== ***

Nº de registro: 0109

Título
EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Autores:
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA, THOMSON LLISTERRI CONCHA, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, GARZA TRASOBARES EMILIO, ARIÑO PEREZ INES, DOÑATE BORAO ANA BELEN, NOVELLA PERALTA SUSANA, LANCIS MORATA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La endoscopia digestiva se ha convertido en una disciplina que facilita el diagnóstico de patología digestiva y permite realizar técnicas terapéuticas mínimamente invasivas que antes requerían intervenciones más agresivas como la cirugía. Por este motivo, son exploraciones que día a día se van realizando en mayor número. Cada vez resulta más imprescindible gestionar y garantizar la calidad de la atención del paciente
En el año 2007 se llevó a cabo un Proyecto de Calidad en nuestra Unidad para conocer el grado de satisfacción del paciente en la endoscopia digestiva. Se planteó un estudio de varios aspectos y uno de los que resultó ser más problemático fueron las molestias que los pacientes percibían durante la exploración y que nos hizo plantearnos la facilitación de sedación
En la actualidad se ofrece sedación consciente en la mayor parte de las exploraciones

RESULTADOS ESPERADOS
Evaluar la calidad de la atención en la Endoscopia Digestiva en nuestra Unidad centrándonos en la experiencia del paciente a través de la cumplimentación de un cuestionario: Endoscopy Global Rating Scale (GRS) con las modificaciones adecuadas a la situación de nuestra unidad.
Los resultados, una vez analizados, queremos también compararlos con los obtenidos en 2007

MÉTODO
Preparación del cuestionario Unidad de Digestivo
Realización de la entrevista a cada paciente Enfermería
Incorporación en una base de datos Unidad de Digestivo
Análisis de los datos Unidad de Digestivo

INDICADORES
A través del cuestionario se van a analizar varios aspectos:
1.satisfacción general
a. satisfacción global
b. disposición a someterse a una nueva endoscopia
c. cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
2.accesibilidad y tiempos de espera
a. accesibilidad a la Unidad
b. adecuación del tiempo de espera para la cita
c. adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento
3.habilidades interpersonales de los profesionales de la salud
a. amabilidad del médico endoscopista
b. percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

```
 c.        amabilidad del personal de enfermería
d.        percepción del nivel de preparación/competencias del personal de enfermería
4.comodidad y privacidad
a.        nivel de molestias de la preparación intestinal
b.        nivel de molestias durante la exploración
c.        preferencias en cuanto al nivel de sedación
d.        satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia
5.información previa y posterior al procedimiento
a.        satisfacción con la información previa al procedimiento
b.        satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

DURACIÓN
Realización de la encuesta                Noviembre-Diciembre 2016
Realización de la base de datos               Enero 2017
Realización de las encuestas               Febrero-Abril 2017
Análisis de los datos obtenidos               Mayo-Junio 2017

OBSERVACIONES


Valoración de otros apartados
------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Fecha de entrada: 26/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BOTELLA ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
THOMSON LLISTERRI CONCHA
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
GARZA TRASOBARES EMILIO
ARIÑO PEREZ INES
DOÑATE BORAO ANA BELEN
NOVELLA PERALTA SUSANA
LANCIS MORATA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nuestro proyecto de mejora surgió de la necesidad, ya estudiada en proyectos previos en 2002 y 2007, de intentar reducir las molestias que provocan las exploraciones endoscópicas en los pacientes a través de la implementación de la sedación profunda.
Para ello lo primero fue procurar la formación adecuada tanto para el personal médico como el de enfermería realizando cursos sobre sedación en endoscopia avalados por las Sociedades Españolas de Gastroenterología y de Endoscopias Digestivas.
Posteriormente se elaboraron dos encuestas de satisfacción (Endoscopy Global Rating Scale- GRS) tanto para la gastroscopia como para la colonoscopia. Después de ser planteadas en la Unidad, se realizaron modificaciones consideradas de interés para nuestra situación.
En base a esas encuestas se llevó a cabo una base de datos con el programa Access para ir introduciendo los resultados.

Desde el mes de noviembre de 2017 a noviembre de 2018 se han entregado encuestas a los pacientes que acudían a realizarse una endoscopia. En principio se les instaba a rellenarla posteriormente a la exploración y no inmediatamente tras la misma, con el fin de evitar el sesgo que pudiera provocar el efecto de la sedación. Tenían un buzón a su disposición para la entrega o se les facilitaba sobre con franqueo pagado destinado a la Unidad de Endoscopias Digestivas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Exponemos los resultados extraídos sobre las 299 encuestas cumplimentadas que han sido entregadas. De ellas, 75 corresponden a pacientes que se han realizado una gastroscopia y 224 a pacientes tras la realización de una colonoscopia

Como datos generales hemos podido determinar que:
• En la sedación de las gastroscopias se utilizó preferentemente Fentanilo +/- Midazolam en un 61.3% y sólo en el 7.5% se sedó con Propofol. Se optó por realizarla sin sedación en el 25.3%, bien por preferencia del paciente o bien teniendo en cuenta su situación clínica. En cuanto a las colonoscopiasen el 95.5% se realizaron con Propofol.
• El 61.3% de los encuestados que se realizaba una gastroscopia ya se había realizado otra previamente, cosa que en el caso de las colonoscopias ocurría en el 52.7%
• En relación al solicitante de la exploración, el 48.5% de los casos habían sido solicitadas por el Médico de Atención Primaria, el 39.2% por un especialista de Digestivo y el 12.3% restante por otro especialista diferente.

A través del cuestionario se han analizado los diversos indicadores que se plantearon en nuestro Programa de Calidad:

1. Grado de satisfacción general
• Satisfacción global
Globalmente el 88.4% de los encuestados se sienten bastante o muy satisfechos tras la realización de la prueba.
• Disposición a someterse a una nueva endoscopia
Si fuera necesario se volverían a realizar otra exploración endoscópica el 98.2% de los pacientes
• Cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
El 97% de los pacientes encuestados indicaban que había existido una buena respuesta del personal médico y de enfermería ante sus necesidades durante las exploraciones

2. Accesibilidad y tiempos de espera
• Accesibilidad a la Unidad
En relación a la facilidad para encontrar la sala de endoscopias, para el 95.3% fue sencillo o muy sencillo, para el 4% lo esperable y sólo un 0.7% lo definió complicado
• Adecuación del tiempo de espera para la cita

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

El tiempo de espera medio para la realización de la endoscopia resultó ser de 6.4 semanas. En relación a ese tiempo los pacientes referían estar muy satisfechos en un 49.6% de los casos, bastante satisfechos el 19.2%, satisfechos el 26.8% y disconformes o muy disconformes únicamente el 4.3%

- Adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento

Un 68.5% se define bastante o muy satisfecho en cuanto al tiempo de espera en la sala de espera hasta que fueron llamados, el 24.7% se sentía satisfecho y un 6.8% insatisfecho o muy insatisfecho

3. Habilidades interpersonales de los profesionales de la salud

- Amabilidad del médico endoscopista

En cuanto a la atención, cortesía y amabilidad del médico endoscopista, un 88.6% piensan que fue muy buena o excelente, un 10% buena y un 1.4% regular o mala

- Percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista

Los pacientes se muestran bastante o muy satisfechos con las explicaciones que les dio el endoscopista sobre la exploración en un 67%, satisfechos en un 23.5% y poco o nada satisfechos en un 9.5%

- Amabilidad del personal de enfermería

En referencia a la atención, cortesía y amabilidad del personal de enfermería, para un 95.6% fue muy buena o excelente, en un 4.1% buena y para un 0.3% regular

4. Comodidad y privacidad

- Nivel de molestias de la preparación intestinal

El 85.9% de los pacientes a los que se les realizó una colonoscopia considera su tolerancia a la preparación intestinal como muy buena o buena, el 10.9% como regular y el 3.2% mala o muy mala

- Nivel de molestias durante la exploración

La experiencia de los pacientes en cuanto al dolor y la confortabilidad fue lo esperable o mejor de lo esperado en el 99.3 y 99.6% respectivamente

La tolerabilidad percibida de la exploración fue la esperable o mejor en el 100% de los casos

- Preferencias en cuanto al nivel de sedación

El 56.8% de pacientes no recuerdan nada de la exploración que se les hizo. El 23.8% recordaban algo y un 19.4% decían recordarlo todo. Pese a ello, el 95% en una supuesta nueva exploración, le gustaría estar como ha estado, ni más alerta ni más dormido.

- Satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia

En el caso de las colonoscopias, un 99.5% de pacientes tuvieron suficiente sensación de privacidad

5. Información previa y posterior al procedimiento

- Satisfacción con la información previa al procedimiento

En el 95.5% de los casos, el médico solicitante le había explicado al paciente el motivo de realización de la exploración. En el 93.7% también se les había informado en lo que consistía la prueba solicitada, la mayor parte de las veces con una información bastante clara o muy clara y sólo en el 3.3% de los casos esa información fue poco o nada clara.

La mayor parte de los encuestados se han sentido libres para realizar preguntas sobre sus dudas en la sala de endoscopias (94.5%)

- Satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

Los pacientes se encontraban satisfechos en cuanto a las explicaciones previas sobre la exploración dadas por el endoscopista en la sala en un 90,5%. En cuanto a las explicaciones sobre los resultados de la prueba, un 62.2% se mostraban bastante o muy satisfechos, un 30.9% satisfechos y un 6.9% poco o nada satisfechos. Un 92.5% de los pacientes consideran importante o muy importante recibir explicaciones sobre los resultados preliminares aunque sólo a un 76.5% le parece importante recibir el informe en mano

En la mayor parte de casos, el 94.2%, los pacientes reconocen haber recibido información sobre los cuidados posteriores a la endoscopia que fue poco clara sólo en el 3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Comparamos los resultados obtenidos en las preguntas fundamentales de las encuestas entregadas en 2007 y 2012 con las que se están entregando durante el presente año 2018. En 2007 las endoscopias digestivas se realizaban sin sedación, en 2012 estaba instaurada la sedación consciente con Midazolam +/- Fentanilo. Y para el 2018 se ha implementado el uso del Propofol.

Las encuestas, en todos los casos, utilizan una escala ordinal de 5 items de respuesta: malo=0, regular =1, bueno =2, muy bueno= 3, excelente =4. Con ello podemos realizar una media de puntuación de las preguntas. El grado de insatisfacción lo calculamos con el porcentaje de preguntas respondidas malo o regular sobre el total.

% de insatisfacción en cuanto a..... en 2002; 2007; 2018
Demora en la cita 4.7% 9.5% 4.3%
Demora el día de la exploración 8.8% 9.9% 6.8%
Cortesía del endoscopista 2.1% 1% 1.4%
Cortesía personal de enfermería 1% 0 0.3%
Explicaciones médico solicitante 7.3% 3.4% 3.3%
Explicaciones resultados endoscopista 6.2% 2.4% 9.5%
Molestias gastroscopia 50.7% 26.1% 17.6%
Molestias colonoscopia 40% 22.8% 17.3%
Molestias preparación del colon 50% 25% 14.1%
Puntuación insatisfacción global 7.9% 3% 2.5%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Con la implementación progresiva de la sedación en las endoscopias digestivas se va consiguiendo una mejoría de la tolerabilidad de las mismas, hasta un porcentaje de pacientes que las consideran molestas en torno al 17%. En el caso de las gastroscopias las molestias pueden deberse a que solemos utilizar con más frecuencia la sedación consciente. En las colonoscopias en cambio, se utiliza más a menudo la sedación profunda pero los inconvenientes de la preparación previa del colon son inevitables aunque cada vez en menor medida por la mejor tolerancia de las nuevas preparaciones. Es llamativo el deterioro en cuanto a la satisfacción en relación a las explicaciones del endoscopista sobre los resultados de la prueba. Esto creemos que puede atribuirse a la amnesia que se produce con la sedación si tendemos a informar muy rápidamente tras la exploración. Los pacientes se mantienen muy satisfechos en cuanto a la cortesía del personal médico y de enfermería. Persiste además un adecuado nivel de insatisfacción en relación a demoras y el porcentaje de insatisfechos a nivel global, que ya era muy bajo, sigue descendiendo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/109 ========== ***

Nº de registro: 0109

Título
EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Autores:
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA, THOMSON LLISTERRI CONCHA, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, GARZA TRASOBARES EMILIO, ARIÑO PEREZ INES, DOÑATE BORAO ANA BELEN, NOVELLA PERALTA SUSANA, LANCIS MORATA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La endoscopia digestiva se ha convertido en una disciplina que facilita el diagnóstico de patología digestiva y permite realizar técnicas terapéuticas mínimamente invasivas que antes requerían intervenciones más agresivas como la cirugía. Por este motivo, son exploraciones que día a día se van realizando en mayor número. Cada vez resulta más imprescindible gestionar y garantizar la calidad de la atención del paciente
En el año 2007 se llevó a cabo un Proyecto de Calidad en nuestra Unidad para conocer el grado de satisfacción del paciente en la endoscopia digestiva. Se planteó un estudio de varios aspectos y uno de los que resultó ser más problemático fueron las molestias que los pacientes percibían durante la exploración y que nos hizo plantearnos la facilitación de sedación
En la actualidad se ofrece sedación consciente en la mayor parte de las exploraciones

RESULTADOS ESPERADOS
Evaluar la calidad de la atención en la Endoscopia Digestiva en nuestra Unidad centrándonos en la experiencia del paciente a través de la cumplimentación de un cuestionario: Endoscopy Global Rating Scale (GRS) con las modificaciones adecuadas a la situación de nuestra unidad.
Los resultados, una vez analizados, queremos también compararlos con los obtenidos en 2007

MÉTODO
Preparación del cuestionario Unidad de Digestivo
Realización de la entrevista a cada paciente Enfermería
Incorporación en una base de datos Unidad de Digestivo
Análisis de los datos Unidad de Digestivo

INDICADORES
A través del cuestionario se van a analizar varios aspectos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

1.satisfacción general
a. satisfacción global
b. disposición a someterse a una nueva endoscopia
c. cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
2.accesibilidad y tiempos de espera
a. accesibilidad a la Unidad
b. adecuación del tiempo de espera para la cita
c. adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento
3.habilidades interpersonales de los profesionales de la salud
a. amabilidad del médico endoscopista
b. percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista
c. amabilidad del personal de enfermería
d. percepción del nivel de preparación/competencias del personal de enfermería
4.comodidad y privacidad
a. nivel de molestias de la preparación intestinal
b. nivel de molestias durante la exploración
c. preferencias en cuanto al nivel de sedación
d. satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia
5.información previa y posterior al procedimiento
a. satisfacción con la información previa al procedimiento
b. satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

DURACIÓN

Realización de la encuesta	Noviembre-Diciembre 2016
Realización de la base de datos	Enero 2017
Realización de las encuestas	Febrero-Abril 2017
Análisis de los datos obtenidos	Mayo-Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... INES ARIÑO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOÑATE BORAO BELEN
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA
BELLES ARANDA MIRIAM
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
CUERVO MENENDEZ CONCEPCION
GARZA TRASOBARES EMILIO
THOMSON LLISTERRI CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vertiente importante de la actividad de la Unidad de Aparato Digestivo es la correspondiente a la realización de endoscopias. Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es garantizar una alta calidad en las endoscopias que realizamos a pesar del incremento progresivo de la demanda. Es fundamental implementar programas de mejora continua para ofrecer al paciente una endoscopia de calidad, adecuada a los mejores estándares internacionales.

Son objetivos indispensables revisar la adecuación de las indicaciones, disminuir los riesgos inherentes de este tipo de exploraciones, aumentar la detección de lesiones relevantes y reducir la incidencia del cáncer de colon

Tomando como referencia los criterios de calidad en la Endoscopia Digestiva de las principales sociedades científicas (SEPD, SEED y ESGE), nos propusimos conocer nuestro grado de cumplimiento de determinados indicadores de calidad comparándolos a sus valores ideales

Para ello, lo primero fue dar a conocer este Proyecto de Mejora de la Calidad en la Unidad a través de sesiones clínicas (19/6/18 y 1/10/18) con la participación de médicos, enfermeras y TCAEs y consensuar, entre todos, las modificaciones a llevar a cabo, en el caso de que se consideraran necesarias, con el objetivo de adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las más recientes recomendaciones.
• Fueron revisados algunos aspectos de la práctica diaria con el fin de valorar realizar algunas modificaciones en cuanto a:
o Procedimiento de admisión del paciente a Endoscopias
o Hoja de valoración de enfermería y folletos de información que se entregan al paciente tanto después de una endoscopia como en el caso específico de una polipectomía endoscópica
o Tipos y modos de utilización de las diferentes preparaciones previas a una colonoscopia, según horarios de las mismas y patología de base del paciente
• Además, tras presentar la documentación actualizada, se insistió en procurar la homogeneidad en relación a:
o Descripción de la morfología de los pólipos a través de la Clasificación de Paris
o Descripción de la calidad de la limpieza del colon con la Clasificación de Boston
• También se presentaron trabajos basados en la evidencia científica en relación al uso de medicación antitrombótica y anticoagulante en la Endoscopia Digestiva

Todos los documentos revisados y actualizados a través de este proceso de sesiones han sido incluidos en la Intranet del Hospital Obispo Polanco

Para mejorar la formación en cuanto a seguridad en la sedación de los pacientes, todos los componentes de la Unidad asistieron a un Taller de RCP. Anteriormente los médicos de la Unidad y 2 de las enfermeras asistimos al Curso Completo de Capacitación individual en Sedación profunda para endoscopistas acreditada por la Sociedad Española de Endoscopias Digestivas (SEED).

Finalmente se seleccionaron los indicadores de calidad y su monitorización, insistiendo en la necesidad de que quedaran recogidos en el informe realizado tras cada endoscopia. Además se diseñó, dentro del programa informático de informes de endoscopias (ENDOX), un sistema de recogida de datos para poder monitorizar dichos indicadores. Se ha elaborado un CHECK LIST- CALIDAD que facilite la recogida de dichos indicadores de calidad y el informe

En el momento actual se está preparando el Procedimiento de desinfección del material y pactando las revisiones periódicas con el Servicio de Medicina Preventiva

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Exponemos los resultados preliminares sobre 50 colonoscopias consecutivas realizadas entre el 11 y el 28 de diciembre de 2018.
INDICADORES:
• Consentimiento informado válido y firmado: Objetivo:100%. Resultado:100%
• Motivo de solicitud (1): Objetivo: >85%. No consta:100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- Indicación adecuada. Idoneidad (1): Objetivo:>85%; No consta: 100%
- Evaluación del paciente previa a la endoscopia en la HC (2); Objetivo:> 95%; Resultado 100%;
- Intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado (3); Objetivo:>85%; Resultado 92%
- Documentación gráfica de la prueba; Objetivo:>90%; Resultado 98%
- Registro de la monitorización del paciente si se somete a sedación (2); Objetivo: 100%; Resultado 100%
- Registro de posibles eventos adversos y su naturaleza (2 y en ENDOX)); Objetivo:>95%; No consta: 72% en ENDOX
- Limpieza de colon adecuada; Objetivo:>90%; Resultado: 92%; No consta: 24%
- Colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal; Objetivo:>90%; Resultado 87,5%; No consta: 4%
- Se extirpan todos los pólipos < 20 mms y en 1 sólo fragmento; Objetivo:>85%; Resultado 91,4%
- Pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio AP: Objetivo:>90%; Resultado 94,3%
- Tiempo de retirada (>6 minutos); Objetivo:100%; Resultado 95%; No consta 24%
- Diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana; Objetivo:>85%; Resultado 100%
- EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia (4)
- Descripción de la morfología de los pólipos según clasificación de París; Objetivo:100%; Resultados: 74%
- Tasa de adenomas; Objetivo: 40% Cribado ; Resultado 42%
- Se entrega el informe de alta con Recomendaciones al paciente (5); Objetivo:>85%; No consta 100%

(1) No se recogió adecuadamente la variable del indicador en el registro informático del programa ENDOX. Se está corrigiendo
(2) Hoja de enfermería
(3) Se hace una revisión previa de las solicitudes de las colonoscopias, ajustando el seguimiento
(4) No casos de EII en las 50 endoscopias revisadas
(5) Variable no recogida correctamente en la Hoja de enfermería, ni en ENDOX. Se corregirá

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En esta primera parte del Proyecto de mejora de la calidad de la endoscopia digestiva, hemos conseguido revisar y difundir los documentos de la Unidad de Endoscopias una vez adaptados a las últimas recomendaciones.
Se ha diseñado un sistema de recogida de datos que facilita monitorizar los indicadores seleccionados, dentro del programa informático de informes de endoscopias (ENDOX).
En los resultados preliminares tras realizar una auditoría con 50 informes de colonoscopias consecutivas destaca el cumplimiento de la mayoría de indicadores de calidad, excepto, colonoscopia completa (resultado 87,5% y objetivo > 90%), limitado por el número reducido de colonoscopias analizadas.
No se han recogido adecuadamente los indicadores: motivo de solicitud, indicación adecuada; registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Esto se ha debido a algunos errores de registro que se están corrigiendo en la actualidad a través de la empresa responsable del programa, procurando la vinculación de dichos registros al informe de endoscopias. Esperamos que, en la auditoría trimestral y la siguiente auditoría del primer semestre del año 2019, se hayan resuelto estos problemas detectados
Nuestro objetivo principal es mejorar la calidad de las endoscopias realizadas en nuestra Unidad con el cumplimiento de todos los objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1243 ========== ***

Nº de registro: 1243

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Autores:
ARIÑO PEREZ INES, DOÑATE BORAO BELEN, BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA, BELLES ARANDA MIRIAM, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, CUERVO MENENDEZ CONCEPCION A, GARZA TRASOBARES EMILIO, THOMSON LLISTERRI CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Una vertiente importante de la actividad de la Unidad de Aparato Digestivo es la correspondiente a la realización de endoscopias. Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es garantizar una alta calidad en las endoscopias que realizamos a pesar del incremento progresivo de la demanda. Es fundamental implementar programas de mejora continua para ofrecer al paciente una endoscopia de calidad, adecuada a los mejores estándares internacionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: conseguir mejoría en la calidad de la endoscopia digestiva
Objetivos secundarios: adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las últimas recomendaciones de las principales sociedades científicas, aumentando así la adecuación de las pruebas, disminuir sus riesgos, aumentar la detección de lesiones relevantes y reducir la incidencia de cáncer de colon.

MÉTODO
Se tomarán como referencia en calidad de la endoscopia las dos últimas publicaciones de la SEPD en este sentido, que serán completadas con la guía de la ESGE, realizando un único proyecto de calidad en la endoscopia adaptando las principales recomendaciones a nuestro entorno. Se dividirá el proyecto en 2 partes: por un lado se describirá en qué debería consistir el procedimiento habitual en las endoscopias, especificando la colonoscopia, y por otra parte se describirán los distintos indicadores de calidad seleccionados y sus valores ideales.

INDICADORES
Se incluyen en el proyecto indicadores de calidad de estructura, proceso y resutados.
La monitorización de los mismos se realizará, según recomienda la ESGE, de forma continuada mediante los sistemas de recogida de datos de endoscopias o mediante auditoría anual de 100 endoscopias consecutivas.
- Porcentaje de casos en los que consta la entrega y/o firma de consentimiento informado válido. Objetivo 100%
- La unidad cuenta con un plan de gestión de medicación antitrombótica. Objetivo: presencia
- El informe endoscópico se incluye la mayoría de criterios de calidad. Objetivo: presencia
-La unidad cuenta con un procedimiento de desinfección del material con revisiones periódicas. Objetivo: presencia
- Porcentaje de casos en los que el motivo de solicitud consta en el informe y forma parte de una lista de indicaciones adecuadas. Objetivo >85%.
- Porcentaje de casos en los que consta en historia clínica una adecuada evaluación del paciente antes de la endoscopia. Objetivo >95%
- Porcentaje de casos en que el intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado. Objetivo > 85%
-Porcentaje de casos en los que consta alguna documentación gráfica de la prueba. Objetivo >90%
-Porcentaje de casos en los que existe registro de la monitorización del paciente si se somete a sedación. Objetivo 100%
- Porcentaje de casos en los que existe registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Objetivo >95%
-Porcentaje de casos en los que la limpieza de colon se considera adecuada. Objetivo >90%
-Porcentaje de colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal. Objetivo >90%
- Proporción de colonoscopias en los que se extirpan todos los pólipos menores de 20mm, y en un solo fragmento. Objetivo >85%
- Porcentaje de pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio anatomopatológico. Objetivo >90%
- Media de tiempos empleados en la retirada del endoscopio en endoscopias sin biopsias ni terapeúticas. Mínimo 6 minutos
- Porcentaje de casos con diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos con EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia. Objetivo >85%
- Porcentaje de endoscopias en los que se describen la morfología de los pólipos según clasificación de París. Objetivo 100%
- Porcentaje de colonoscopias con al menos un adenoma identificado. Objetivo en cribado poblacional: 40%
- Porcentaje de casos en los que se entrega informe de alta con recomendaciones al paciente. Objetivo: >85%

DURACIÓN
–	Inicio junio 2018: Dar a conocer al personal servicio de endoscopias el proyecto y su contenido mediante sesiones clínicas. Establecer un modelo de informe endoscópico único que incluya todos los indicadores. Formación al personal en cuanto a seguridad en la sedación (taller RCP), mejora en la detección y descripción de lesiones.
–	Octubre 2018: Inicio de aplicación de las medidas pertinentes para optimizar la calidad.
–	Auditoría inicial para asegurar implementación de medidas: noviembre 2018: evaluar 50 endoscopias consecutivas.
–	Auditoría trimestral y evaluación inicial de los indicadores: enero 2019
–	Dos auditorías semestrales (buscando alcanzar todos los objetivos): julio 2019 y enero 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1051

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PEREZ HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA HERRERO LUISA
SANCHIS MOTILLA ROSA
MORTE PASCUAL ASCENSION
MARTIN PEREZ MARIA DOLORES
CONDE PEREZ MARIA DOLORES
NOVELLA PERALTA JUDIT
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Redistribución de tareas por bloques a las Tcaes en el servicio de farmacia(repartición de los carros unidosis por unidades/persona, control de medicación en estanterías,caducidades, stock
..)
2.-Implantación de horario para las peticiones de carro de unidosis en las distintas unidades.
3.- Elaboración de un folleto de diluciones de los medicamentos para utilizarlos en las unidades.
4.-Gestión por una única persona en la consulta de medicamentos para pacientes externos.
5.- Elaboración de un díptico con la información necesaria para el paciente de la consulta externa.
6. Repartición de una encuesta de satisfacción al paciente de al consulta externa.
7.-Realización de un curso con el manejo de medicación y seguridad el paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se establece un cauce de comunicación entre el servicio y las supervisoras
Se definieron nuevos horarios de pedidos y se analizaron situaciones excepcionales que causaban conflicto. Esta medida mejoró el número de quejas a la Dirección de Enfermería, de llamadas a la supervisora de guardia y disminuyó la devolución de medicamentos caducados.
La consulta del paciente externo se considera de gran importancia dentro del servicio de farmacia por eso la gestión por una única persona conlleva beneficios sociales y económicos.
Valoración positiva del curso realizado por parte del alumnado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las reuniones periódicas en la unidad se consideran una buena medida para mejorar los canales de comunicación, clima de trabajo y potencian el cambio.
Que exista una persona responsable de la consulta mejora la gestión de pedidos y la satisfacción del paciente.
La formación fomenta buenas prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.
La coordinación y colaboración continúa con las supervisoras de la unidad mejora la gestión integral de la medicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1051 ========== ***

Nº de registro: 1051

Título
MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Autores:
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL, GARCIA HERRERO LUISA, SANCHIS MOTILLA ROSA, AGUSTIN MORENO MARIA TERESA, MORTE PASCUAL ASCENSION, MARTIN PEREZ MARIA DOLORES, CONDE PEREZ MARIA DOLORES, NOVELLA PERALTA JUDIT

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1051

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La farmacia del Hospital Obispo Polanco se basa en el uso seguro, adecuado y eficiente de los medicamentos. Es una unidad central que da apoyo a todo el hospital, por lo que conseguir un adecuado funcionamiento de la misma es primordial para conseguir a su vez una mejor atención de los pacientes.
La atención farmacéutica integral de los pacientes consiste en proporcionar información y dispensar medicamentos tanto de uso hospitalario, como medicamentos de uso compasivo, medicamentos extranjeros, Fórmulas magistrales o la atención personalizada de los pacientes con resolución de las dudas planteadas.
La detección de esta oportunidad de mejora ha venido por diferentes ámbitos: 1) El personal del Servicio ha detectado una comunicación deficiente con las Unidades de Hospitalización, 2) Demanda formación específica sobre el manejo de medicación y 3) Amplia rotación por los distintos puestos de la Unidad de Farmacia, lo que supone una no especialización y se han detectado algunos problemas en la Consulta de Pacientes externos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar los procesos organizativos que inciden en el funcionamiento de la Unidad de Farmacia y en la Consulta de Pacientes
Externos: mejora de la atención y servicio.
- Mejorar la comunicación con los Servicios del Hospital en relación a las peticiones, devolución de medicación…
- Fomentar la seguridad del Paciente a través de la formación.
- Especialización del Personal con asignación de tareas por bloques y rotaciones programadas.
- Aumentar la Satisfacción de los pacientes que acuden a la Consulta

MÉTODO
Definición de las actividades y funciones que se desarrollan en la Unidad con el reparto de actividades lineal a las cargas de trabajo asociadas a cada puesto. Descripción de Consulta de Pacientes Externos para mejorar la Eficacia y Eficiencia del registro, reparto y control del gasto (incluida dentro del Acuerdo de Gestión con la Unidad)
Se trabajará en los sistemas de información y comunicación del personal con las Supervisoras de Unidad para optimizar el tiempo de pedidos y peticiones.
Formación específica sobre consejos de almacenaje, diluciones, identificación, uso de medicación de alto riesgo a través de sesiones y cursos.

INDICADORES
1. Nº reuniones llevadas a cabo en el Servicio que dispongan de Acta (al menos una).
2. Elaboración de un documento que recoja las funciones del con asignación y distribución de tareas por bloques y rotaciones programadas.
3. Elaboración de un documento que describa la Consulta de medicamentos para Pacientes Externos. Material a aportar a los Usuarios.
4. Encuesta de Satisfacción a los Usuarios de la Consulta de Pacientes Externos.
Seguimiento cada cuatro meses para valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos. La encuesta de Satisfacción se plantea a final de año.

DURACIÓN
Enero-Febrero: Reunión en el Servicio de Farmacia para trabajar en la definición de puestos. Elaboración de documento que defina la Unidad y la Consulta de Pacientes Externos.
Marzo-Abril: Creación de documentación para la Consulta y mejora de la dinámica de trabajo según la descripción de objetivos a conseguir. Se recogerán los primeros indicadores del cuatrimestre para valorar el grado de cumplimiento de los objetivos.
Mayo-Junio: Acciones formativas, bien como sesión, taller o curso.
Octubre-diciembre: Evaluación del nuevo sistema de reparto de funciones. Encuesta de satisfacción a los usuarios de la Consulta y a los trabajadores y farmacéuticos sobre el funcionamiento respecto al año anterior, gestión de medicación, pedido, stock, gestión de la farmacia... Se llevarán a cabo nuevas acciones formativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO LEON GALVE ROYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO SAURAS ANGEL
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
ORELLANA GARCIA RAQUEL
CATALAN EDO PILAR
PLUMED JUSTE MARIA TERESA
GALVE ROYO AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado ajustes en las agendas de COT y rehabilitación (oferta específica en rehabilitación para apacientes UME)
Reuniones conjuntas Primaria- Especializada de coordinadores y diferentes miembros de COT y RHB: 2, una en primer semestre y otra en el segundo semestre
Se han establecido criterios uniformes de Sector. Documento conjunto, consensuado para las 4 especialidades que participan en el proyecto (COT, RHB, Primaria, Reumatología).
Multitud de correos electrónicos con primaria y Servicios de Hospital
Se ha integrado Proyecto de Interconsulta Virtual (PIV) con UME a final de año 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Se han sentado criterios de organización y liderazgo compartido y un grupo funcional de trabajo para la patología musculoesquelética en el sector.
2.- Se dispone de documento con criterios consensuado en la intranet. en octubre de 2017
3.- Se han realizado más de 2 reuniones conjuntas entre Direcciones de Primaria y los servicios Hospitalarios. Se han realizado 2 reuniones tipo taller entre profesionales de Primaria y Hospital.
4.- Reducción de la demora media en COT de más de 100 días a unos 80 días. Ha aumentado sin embargo en Rehabilitación
5.- Se han respetado los plazos establecidos para los objetivos del primer año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha fortalecido la idea de grupo, y se refuerza también la identidad de sistema. Se trabaja más como un proceso que como circuito artificial médico de primaria-especialista. Se aceptan más los límites de los dos niveles, no se exige sino que se trabaja con expectativas reales.
Son muy útiles las reuniones mixtas primaria y Hospital, pero con orden de trabajo, y taller práctico sobre herramientas.
Al establecer mejor herramienta de comunicación (PIV) ha mejorado mucho la relación entre niveles y se han optimizado las derivaciones y se reducen las visitas innecesarias pero se ha puesto en evidencia el sistema tan rígido de citaciones que impide autonomía de organización.
Se han sentado bases para trabajar en prácticas de valor. El impacto de estas medidas se apreciarán más adelante.
Todavía estamos muy lastrados por el sistema de citaciones y la gestión de las mismas, que nos hace perder autonomía en la comunicación entre los dos niveles.
Sería CONVENIENTE ESTABLECER PLAZOS MÍNIMO BIANULAES O TRIANUALES para evaluar el impacto de este tipo de proyectos.

7. OBSERVACIONES.
Se agradece y sería muy pertinente tener responsables específicos en cada centro recordatorios.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1723 ========== ***

Nº de registro: 1723

Título
UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Autores:
GALVE ROYO FERNANDO LEON, CASTRO SAURAS ANGEL, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, CATALAN EDO PILAR, PLUMED JUSTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, GALVE ROYO AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La suma de pacientes que solicitan consulta a los Servicios de COT, RHB y Reumatología supone más de 1/3 de las primeras consultas de Atención Especializada. Actualmente existe una demora media de más de 100 días y más de 1300 pacientes pendientes de primera visita en COT. Conocemos además que más de la mitad delos motivos de consulta a COT se beneficiarían antes de una valoración por RHB y sobre todo de una buena comunicación entre niveles que organizándose pueda mejorar la accesibilidad a los fragmentados recursos incluida la fisioterapia. Hoy se cita y después se gestiona, pretendemos gestionar primero y citar después.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Organización de una Unidad Funcional entre los Servicios de COT, RHB, Reumatología y Atención Primaria
2.- Desarrollo de un documento único con criterios y funcionamiento
3.- Establecer circuitos de comunicación coordinados interservicios
4.- Disminuir y adecuar la demora media de atención a los pacientes con patología musculoesquelética
5.- Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema
6.- Optimizar Recursos
7.- Adecuar expectativas de la población

MÉTODO
1.- Creación de un grupo de trabajo y Elaboración de un Documento Único que regule el procedimiento de atención a pacientes con patología musculoesqueletica en el Sector de Teruel, que recogerá circuitos, criterios de derivación, tiempos de respuesta de solicitudes, responsables de priorización y consultas preferentes, circuitos internos y mecanismos de comunicación
2.- Difusión a los Centros de SALUD
3.- Reuniones (al menos dos) primaria y especializada)
4.- Coordinación delos Servicios de admisión y citaciones de Atención Primaria y Hospital
5.- implantación de herramientas como interconsulta virtual
6.- Mínimo de 4 reuniones al año del grupo de trabajo
7

INDICADORES
1.- Demora media:
Definición del indicador: Definición de demora media:
Fuente de Datos: HISS
Valor a alcanzar: inferior a 50 días en las tres especialidades COT, RHB y Reumatologia
2.- Reclamaciones por demora en la Especialidad de COT
Definición del indicador: Reducción en el número de reclamaciones por demora (Número de reclamaciones en 2016-número de reclamaciones en 2017/ número de reclamaciones en 2016 x 100)
Fuente de Datos: Registro de Servicio de Atención al paciente
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
3.- Número de interconsultas realizadas por interconsulta Virtual
Definición del indicador:
Fuente de Datos: Servicios Centrales/Auditoria
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
4.- Informe del grupo de trabajo.
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados, incluir la fuente de datos y el estándar (valor a alcanzar y/o los límites superior e inferior de calidad)

DURACIÓN
1.- Creación Grupo de Trabajo . marzo 2017
2.- Elaboración Documento Único: junio 2017
3.- Difusión a los centros. Telemática en primer semestre y presencial desde Abril-Diciembre (tres por año)
4.- reuniones con Admisión y coordinación recepción de motivos de consulta y circuito de citaciones en segundo semestre 2017
5.- Implantación primer trimestre de 2018

OBSERVACIONES
Afecta a varias líneas estratégicas, adecuación, continuidad asistencial, atención a tiempo, etc

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO LEON GALVE ROYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO SAURAS ANGEL
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
ORELLANA GARCIA RAQUEL
CATALAN EDO PILAR
PLUMED JUSTE MARIA TERESA
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
GALVE ROYO AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto se propuso en 2016 hace ya dos años, pero prácticamente se inició a fínales de 2017. El objetivo principal era poder reorientar a pacientes con patología musculoesquelética hacia el recurso más pertinente y adecuando la demora. Sabíamos que había un gran volumen de pacientes en la lista de espera de Cirugía Ortopédica (más de 1000) que realmente se beneficiarían más de una buena comunicación previa y de medicina física que de un posible tratamiento quirúrgico ¿Por qué no intentarlo entonces? La forma de conseguirlo, mejorar la comunicación entre niveles, antes de movilizar al paciente. Hasta la fecha, cada especialidad había tenido sus contactos discretos y puntuales con los médico proveedores de pacientes, atención primaria, pero de forma discreta o testimonial, y en alguna de ellas, ni siquiera se habían llegado a definir nunca expectativas.

Propusimos prorrogar porque entendemos que es un proyecto que necesita un ciclo más largo que el clásico de un año. Durante el primer año pudimos organizar un equipo de trabajo multidisciplinar en el que participaron una representación de los profesionales de las especialidades implicadas para poder conseguir un documento de consenso, que nos ha permitido vertebrar todas las actuaciones y que ha servido de referencia. También durante el primer año se revisaron circuitos, criterios de derivación desde atención primaria por especialidades y circuitos de derivación interna o de consulta entre las diferentes especialidades del Hospital. Para ello se organizaron reuniones con la Dirección de Atención Primaria y de Hospital y los interlocutores de las especialidades implicadas(3 al menos) y encuentros con los coordinadores de los equipos de Atención Primaria para debatir criterios de derivación y los circuitos, las dificultades encontradas y soluciones propuestas. La magnitud de población a la que afecta, prácticamente un tercio de la lista de espera de consultas externas (unos 1200 a 1500 pacientes) y el número de profesionales de diferentes servicios que interviene (9 de COT, 1 en Reuma, 3 en Rehabilitación, Atención Primaria más de 90 …) necesitan de tiempo para invertir tendencias y rutinas establecidas. En cualquier caso podemos decir que ya hemos obtenido resultados en parte satisfactorios al iniciar este proyecto e incluir también la interconsulta virtual, con la que no contábamos inicialmente cuando diseñamos el proyecto, ni tampoco se apostaba desde Servicios Centrales para implantarla en especialidades con una gran número de pacientes en lista de espera de consultas de patologías de la esfera de musculoesquelético. Otra oportunidad que se aprovechó fue complementar el proyecto inicial con la adecuación de prescripción de pruebas de imagen, con objeto de coordinarlo, adecuar indicaciones y optimizar su uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Explicamos a continuación, indicador por indicador, acciones y también resultados obtenidos
a) Interconsultas Virtuales. Porcentaje de IV realizadas y respondidas por el servicio de RHB y por COT. Valor objetivo. 100%.
En noviembre de 2018, en el corte de 31 de octubre hay un 100% de respuesta de IV en RHB (121/121) y de estas se han resuelto el 57%. En reumatología hay 97% (38/39) y un 29% de resolución. En COT hay un 100% (202/202) y un 41% de resolución. Las tres especialidades suman 360 IV, un tercio básicamente de las 1146 del mes de octubre.

b) Demora media en COT a 30 de junio de 2018 : valor Objetivo inferior a 50 días. 4.- Demora media en COT a 31 de diciembre de 2018 inferior a 40 días.

La demora media en COT a 3 de diciembre de 2018 es de 47 días y hay 451 pacientes en lista de espera de consultas externas. Esta especialidad es una de las comtempladas en el decreto de garantías. En años previos el número de pacientes superaba los 1000 en lista de espera de consultas y la demora media ha estado en cifras superiores al os 60 días en los años previos. Si bien unos años antes se controlaba la demora media, era a expensas de incrementar número de primeras vistas y de utilizar recurso de COT para valoración de pacientes que realmente eran más de medicina física, esfuerzos en gestión económica y organizativas de los servicios, pero con error de planteamiento desde un principio.

c) Demora media en RHB a 30 de junio: valor objetivo inferior a 60 días.
La demora media en RHB es de 82 días y hay 587 pacientes en lista. Esto es porque se ha redistribuido, por primera vez y adecuadamente, los pacientes que estaban en LE de COT y que no eran de COT están ahora en la lista que efectivamente les corresponde, que es RHB. Para planificar esto es esencial, necesitamos reorganizar la Fisioterapia junto con la RHB pero trabajando en conjunto con COT y Reuma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

d) Índice sucesivas/primeras en COT inferior a 3.
No se ha alcanzado este objetivo posiblemente también porque al depurar los pacientes y filtrar previamente, ya se selecciona aquellos que son más de seguimiento en COT. A 31 de octubre el índice sucesivas primeras es de 5,1. Seguiremos trabajando con el Servicio las revisiones de pacientes.

e) Talleres conjuntos Primaria –Hospital sobre interconsulta virtual. Valor objetivo 1 al menos (lugar. Atención primaria).
Se han realizado un taller conjunto con primaria-RHB-COT-Reuma-Radiodiagnóstico, en el Centro de salud Ensanche de Teruel, el 25 de octubre. Acudieron varios coordinadores de otros centros y se aportaron unas Diapositivas con circuitos y criterios de derivación, y se analizaron algunas IV realizadas y dudas. Fue participativo y creemos que un primer paso, aunque deberíamos seguir realizando tareas y talleres conjuntos

f) Taller de patología musculoesquelética (contenido clínico) .Valor Objetivo: 1 al menos (lugar: Hospital).
Se han realizado sesiones conjuntas con radiodiagnóstico, COT y RHB para concretar algunas solicitudes de pruebas de imagen en esta patología concreta.

g) Circuito paciente con patología de Unidad de Columna. Valor objetivo: Equipo de sector constituido y normas de funcionamiento (criterios de derivación a HUMS, reuniones de comité, etc).
Se ha organizado el circuito con la unidad de Columna HUMS y se ha implicado a los siguientes servicios del Hospital para coordinar las derivaciones y criterios: Unidad del Dolor (Anestesiología), Neurología, COT, RHB y Reumatología. Se necesitaría analizar volumen de derivaciones que se realizaba y cómo se derivaba (adecuación) y resultados (cuantos delos derivados sean beneficiado de técnicas de cuarto escalón) y comparar con los resultados en un plazo de un año. Es la propuesta de nuevo proyecto que proponemos desde Dirección para otros años siempre y cuando se mantenga el liderazgo clínico que permita coordinar 6 especialidades diferentes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En primer lugar, no precipitarse por los plazos. A veces los plazos y ciclos que regulan estos proyectos están sujetos más a criterios de índole económico-administrativo, como son la necesidad de responder a unos objetivos en materia de acuerdos de gestión o de objetivos alcanzados en productividad, que hace que no se disponga de tiempo necesario ni para implementar las medidas ni para tampoco obtener o esperar y dar tiempo a obtener y medir resultados. Si no da tiempo en un año, conviene prorrogar otro más el resultado final de la memoria.
Otra oportunidad que se aprovechó fue complementar el proyecto inicial con la adecuación de prescripción de pruebas de imagen, con objeto de coordinarlo, adecuar indicaciones y optimizar su uso (en fase de implementación. También requiere liderazgo y constancia. Veremos resultados en otros proyectos más adelante).
Redimensionar recursos ¿quién se atreve? No tenemos que formar más especialistas en COT, con mantener la formación y el relevo generacional sería suficiente, sin embargo si que hay que potenciar y mucho la fisioterapia en Atención Primaria, coordinada con COT y RHB del Hospital. Posiblemente necesitaríamos un médico Rehabilitador y dos Fisioterapeutas más en el sector de Teruel.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1723 ========== ***

Nº de registro: 1723

Título
UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Autores:
GALVE ROYO FERNANDO LEON, CASTRO SAURAS ANGEL, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, CATALAN EDO PILAR, PLUMED JUSTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, GALVE ROYO AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La suma de pacientes que solicitan consulta a los Servicios de COT, RHB y Reumatología supone más de 1/3 de las primeras consultas de Atención Especializada. Actualmente existe una demora media de más de 100 días y más de 1300 pacientes pendientes de primera visita en COT. Conocemos además que más de la mitad delos motivos de consulta a COT se beneficiarían antes de una valoración por RHB y sobre todo de una buena comunicación entre niveles que organizándose pueda mejorar la accesibilidad a los fragmentados recursos incluida la fisioterapia. Hoy se cita y después se gestiona, pretendemos gestionar primero y citar después.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Organización de una Unidad Funcional entre los Servicios de COT, RHB, Reumatología y Atención Primaria
2.- Desarrollo de un documento único con criterios y funcionamiento
3.- Establecer circuitos de comunicación coordinados interservicios
4.- Disminuir y adecuar la demora media de atención a los pacientes con patología musculoesquelética
5.- Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema
6.- Optimizar Recursos
7.- Adecuar expectativas de la población

MÉTODO
1.- Creación de un grupo de trabajo y Elaboración de un Documento Único que regule el procedimiento de atención a pacientes con patología musculoesqueletica en el Sector de Teruel, que recogerá circuitos, criterios de derivación, tiempos de respuesta de solicitudes, responsables de priorización y consultas preferentes, circuitos internos y mecanismos de comunicación
2.- Difusión a los Centros de SALUD
3.- Reuniones (al menos dos) primaria y especializada)
4.- Coordinación delos Servicios de admisión y citaciones de Atención Primaria y Hospital
5.- implantación de herramientas como interconsulta virtual
6.- Mínimo de 4 reuniones al año del grupo de trabajo
7

INDICADORES
1.- Demora media:
Definición del indicador: Definición de demora media:
Fuente de Datos: HISS
Valor a alcanzar: inferior a 50 días en las tres especialidades COT, RHB y Reumatologia
2.- Reclamaciones por demora en la Especialidad de COT
Definición del indicador: Reducción en el número de reclamaciones por demora (Número de reclamaciones en 2016-número de reclamaciones en 2017/ número de reclamaciones en 2016 x 100)
Fuente de Datos: Registro de Servicio de Atención al paciente
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
3.- Número de interconsultas realizadas por interconsulta Virtual
Definición del indicador:
Fuente de Datos: Servicios Centrales/Auditoria
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
4.- Informe del grupo de trabajo.
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados, incluir la fuente de datos y el estándar (valor a alcanzar y/o los límites superior e inferior de calidad)

DURACIÓN
1.- Creación Grupo de Trabajo . marzo 2017
2.- Elaboración Documento Único: junio 2017
3.- Difusión a los centros. Telemática en primer semestre y presencial desde Abril-Diciembre (tres por año)
4.- reuniones con Admisión y coordinación recepción de motivos de consulta y circuito de citaciones en segundo semestre 2017
5.- Implantación primer trimestre de 2018

OBSERVACIONES
Afecta a varias líneas estratégicas, adecuación, continuidad asistencial, atención a tiempo, etc

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0528

1. TÍTULO

PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PEREZ HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLLADOS MARTIN MARIA DOLORES
GUIMERA GASCON JOSEFINA
MATEO SORIANO CARMEN
PEREZ GARGALLO CARMEN
ROMERO GUILLEN MARIA TERESA
FERNANDEZ VIÑADO MARIA DOLORES
PLUMED JUSTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se han realizado 4 reuniones con los miembros del equipo para establecer las prioridades y el cronograma más adecuado para realizar el proyecto.
Marzo: selección de la oportunidad de mejora. Distribución de las actividades a los miembros del equipo. Elaboración de indicadores y monitorización.
Junio: recogida de datos de los indicadores. Se decide suprimir el primer objetivo de "actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica" por no ser pertinente, se sigue realizando la encuesta actual.
Noviembre: elaboración del documento para una mejora en la comunicación y coordinación entre el personal de admisión,el servicio de Cma y la dirección de enfermería.
Enero-Febrero: obtención de resultados y elaboración de la memoria.
Realización de las actas de las reuniones.
2. Elaboración del documento por los miembros del proyecto para establecer el circuito de comunicación entre los servicios de admisión, admisión de urgencias y Servicio de Cma para disminuir la incidencia de pacientes extraviados el día de la I.Q., disminuir la demora de preparación del paciente por diferentes causas (historia clínica no preparada por no tener el parte quirúrgico en el servicio, paciente en planta de hospitalización en vez de en Cma...)
3. Elaboración de un excel para la recogida de datos necesarios para la monitorización de la recogida de encuestas contestadas o no contestadas.
4. Elaboración de un excel para la recogida de datos para la monitorización de los tiempos de espera entre la entrada a la unidad y la entrada a quirófano.
5. Uso de herramientas cualitativas (lluvia de ideas, observación directa) y cuantitativas (encuesta, monitorización de indicadores)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
* Se monitorizan las encuestas telefónicas postquirúrgicas por especialidades de marzo a diciembre teniendo en cuenta que no se cierra la unidad en periodo vacacional. Del total de pacientes de Cma (670) se excluyen para esta actividad a 464 pacientes de oftalmología por tener consulta al día siguiente de la IQ.(no se les realiza la encuesta). Se les realiza la encuesta a 149 pacientes (72,33%) si incidencias significativas. A 57 pacientes (27,66 %)no se les encuesta por distintas causas(ingreso en hospitalización por orden médica, no cogen el teléfono, datos telefónicos erróneos)
* Durante este periodo no se reciben en el servicio de Cma un total de 11 partes de quirófano por diferentes causas (desconocimiento del celador, olvido de envío desde admisión..). Tampoco se reciben un total de 12 partes modificados. Con la consiguiente repercusión en la demora de preparación del paciente para la intervención quirúrgica.
* Con la realización del nuevo documento con las instrucciones debidas para la corrección de estas incidencias. En el periodo de enero y mitad de febrero se reciben en Cma todos los partes de quirófano y los partes modificados.
* Incidencias observadas a tener en cuenta:
- se suspenden 7 intervenciones por incidencias en quirófano.
- no se presentan 2 pacientes a la IQ.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido al circuito establecido de comunicación entre el Servicio de CMA y el de Admisión han disminuido las incidencias relacionadas al extravío de pacientes y la demora en su preparación para la intervención.
La encuesta postquirúrgica telefónica realizada tiene una elevada satisfacción y aceptación por parte del paciente.
El personal de la Unidad ha mostrado una disposición y motivación para llevar acabo dicho proyecto
La información y comunicación son dos elementos claves en la organización de la Unidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0528

1. TÍTULO

PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/528 ========== ***

Nº de registro: 0528

Título
PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

Autores:
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL, COLLADOS MARTIN MARIA DOLORES, GUIMERA GASCON JOSEFINA, MATEO SORIANO CARMEN, PEREZ GARGALLO CARMEN, ROMERO GUILLEN MARIA TERESA, PLUMED JUSTE MARIA TERESA, FERNANDEZ VIÑADO DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La idea de poder mejorar el tiempo de espera de los pacientes que acuden a la CMA es una constante que se lleva incidiendo desde que se abrió la unidad.
En el último año hemos detectado que los pacientes que están en el parte quirúrgico en primer lugar e incluso segundo lugar el tiempo de espera desde su llegada a la unidad con la hora de entrada a quirófano es satisfactorio, pero la problemática se encuentra con los pacientes que están en el resto del parte, debido al aumento de tiempo que esperan hasta que son intervenidos, con la consiguiente disconformidad y emisión de quejas por parte de los mismos o familiares.
Tb se quiere garantizar una continuidad de cuidados y un control clínico a través de una encuesta telefónica a las 24 horas de la I.Q.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica.
2. Registrar al menos un 80% de las encuestas telefónicas
3. Elaborar un circuito de comunicación directa para las incidencias entre CMA, Servicio de admisión y Dirección enfermería.
4. Disminuir la ansiedad previa a la IQ.

MÉTODO
Por eso hemos decidido mejorar la gestión de tiempos y atención al paciente intervenido en CMA y por especialidades la hora de llegada que desde admisión se comunica a los pacientes (coordinado con el jefe de cada servicio), y la hora de entrada a quirófano.
Reuniones cada dos meses de los miembros de proyecto (al menos 4/año).
Elaboración de un registro diario de las horas de llegada al hospital y entrada a quirófano.
Actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica, con valoración del objetivo del proceso de atención.
Registro del nivel de ansiedad previo IQ.
Elaborar documento para las familias del paciente intervenido en CMA.

INDICADORES
1. Pacientes que se les realiza la encuesta telefónica del total de pacientes que pasan por la CMA. Valoración general del proceso de atención >75%
2. Pacientes que tienen hipertermia postquirúrgica en las primeras 24 horas del total de pacientes intervenidos en CMA.
3. Nivel de ansiedad previo a la IQ y relación con el tiempo de espera . Hoja de inclusión quirúrgica cumplimentada del total de hojas pacientes intervenidos en CMA.

DURACIÓN
Enero- Febrero- : definir las actividades a realizar según objetivos marcados y elaboración del Excel para el registro de datos.
Marzo a Junio: registro de datos del Excel de horas de llegada al hospital y entrada a quirófano
Marzo a Noviembre: registro de datos de encuestas telefónicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0528

1. TÍTULO

PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

Julio-agosto-septiembre : Evaluación de tiempos de espera, y modificación de horarios para el último trimestre del año.
Octubre-Noviembre: registro de horarios modificados
Diciembre: evaluación de tiempos de espera con los horarios modificados. Y evaluación de los registros de la encuesta de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0782

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA PLUMED JUSTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL
CATALAN EDO MARIA PILAR
GUILLEN MAICAS NURIA
FUERTES MUÑOZ MARIA
SOLER HERNANDEZ ENCARNACION
ABRIL MARQUES GLORIA MARIA
CEBRIAN CLEMENTE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Valoración de varios modelos de pulseras de alergias de diferentes casas comerciales seleccionando una pulsera suave y cómoda, resistente al agua, de color llamativo (malva),ajustable, con cierre inviolable y que permite rotular la alergia.
• Se convoca una reunión con las supervisoras en la que se les muestra la pulsera y se les explica el nuevo procedimiento para que lo difundan al personal de enfermería de sus unidades y seleccionen una responsable que se encargue de realizar los cortes mensuales de los indicadores.
• Justificación de la necesidad de las pulseras y creación de un código serpa para el pedido de estas. Se hace almacenable para que puedan solicitarlo desde todas las unidades.
• Se establecen indicadores y se elaboran las plantillas donde se registrarán mensualmente. Los servicios que realizarán el seguimiento serán las unidades de hospitalización (toco-ginecología, traumatología- urología, cirugía, medicina interna, psiquiatría, especialidades médicas, UCC, UCI) quedando excluida pediatría
• Los indicadores establecidos son:
Nº de pulseras en pacientes alérgicos/ nº de pacientes alérgicos ingresados en la unidad.
Nº de reacciones alérgicas registradas en pacientes identificados con pulsera de alergia.
• Actualización del protocolo de identificación de pacientes incluyendo el nuevo procedimiento de identificación de pacientes con pulsera de alergia. Se presenta a la Comisión de Cuidados del Hospital para su aprobación.
• Se realiza una nueva reunión con las supervisoras para entregarles las plantillas de los indicadores, proporcionarles el código serpa e iniciar el uso de las pulseras.
• El primer corte de indicadores se realizará el último día del mes de marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Buena aceptación por parte de las supervisoras del nuevo procedimiento.
• Implantación de un material para mejorar la seguridad del paciente hospitalizado.
• Estandarización del trabajo de enfermería a través de un protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los datos cualitativos de dispondrán a finales del año y en función de los resultados se valorarán las limitaciones que se han encontrado, modificaciones y líneas de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/782 ========== ***

Nº de registro: 0782

Título
MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Autores:
PLUMED JUSTE MARIA TERESA, RUEDA GRACIA EVA, SOLER HERNANDEZ ENCARNACION, FUERTES MUÑOZ MARIA, GUILLEN MAICAS NURIA, MORTE PASCUAL SUSANA, PEREZ HERNANDEZ RAQUEL, CATALAN EDO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0782

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes alérgicos ingresados en el hospital
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El registro de las alergias de los pacientes que ingresan en el hospital se realiza en la historia clínica. Los profesionales involucrados en los cuidados del paciente frecuentemente no disponen de la historia clínica en el momento del cuidado a “pie de cama” con el consiguiente riesgo de cometer errores en la administración de la medicación que pueden tener consecuencias graves.
Una de las maneras para tener identificado al paciente en el momento, sería mediante la colocación de una pulsera en los pacientes alérgicos que ingresen en el hospital reduciendo así los riesgos que se puedan producir durante la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir el riesgo asociado a la administración de medicación mediante la implantación de una identificación de pacientes alérgicos para prevenir errores con la asistencia sanitaria.

Mejorar el sistema actual de detección y control de todos los pacientes con alergias que ingresan en el hospital.

MÉTODO
Justificación de la necesidad y creación de un código SERPA para la adquisición de las pulseras.

Definir el proceso de identificación de pacientes alérgicos en el hospital.

Difusión del proceso. Se convocarán reuniones con las supervisoras para que conozcan el nuevo procedimiento y posteriormente ellas serán las encargadas de difundirlo al personal de enfermería mediante sesión clínica para que sea conocido y aplicado en las unidades.

Formación del personal administrativo tanto diurno como de urgencias que prepara y distribuye las pulseras a las unidades.

Se realizarán cortes mensuales de los indicadores.

Encuesta a los profesionales de enfermería sobre la utilidad de la pulsera identificativa de alergias.

Evaluación de resultados. Problemas identificados. Oportunidades de mejora.

INDICADORES
Nº de pulseras en pacientes alérgicos/ nº de pacientes alérgicos ingresados por planta (corte mensual)

Nº de reacciones alérgicas registradas en pacientes identificados con pulsera de alergia.

Opinión de los profesionales de enfermería acerca de las pulseras: beneficio/ utilidad. Sugerencias de los profesionales.

DURACIÓN
La actividad se desarrollará durante el año 2018 y se pretende mantenerla en el futuro.
Está prevista la adquisición de las pulseras para la primera quincena de junio y en la segunda quincena comenzar a colocarlas en los pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0782

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1321

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LUIS CIPRES CASASNOVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado sesiones de eduación diabetologica personalizadas a 10 pacientes con diabetes mellitus tipo 1.Fundamentalmente nos hemos centrado en dos objetivos: mejorar el autocontrol de su transtorno y enseñarles a prevenir las hipoglucemias. Se ha elaborado y entregado material propio para la realización del autocontrol. No se han realizado sesiones educativas conjuntas por la dificultad de coordinar los horarios de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Han mejorado en el conocimiento y realizacion del autocontrol: esto se ha evaluado interrogandoles acerca del conocimiento y aplicación de los criterios de autocontrol propios entregados. Tambien han mejorado en la prevención de las hipoglucemias; evaluado en función del dato de que no han tenido ninguna hipoglucemia severa durante el periodo transcurrido (desde junio de 2017).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han conseguido mejoras en el conocimiento y control de la diabetes asi como en la prevencion de las hipoglucemias. El hecho de que no se hayan podido realizar sesiones formativas conjuntas no nos parece una dificultad, damos mas valor a la formación individual.
La experiencia es buena y por esta razón planteamos extender la iniciativa, tambien con material propio, a pacientes diabeticos tipo 2 que esten en tratamiento con insulina.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1321 ========== ***

Nº de registro: 1321

Título
PROYECTO DE MEJORA: PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DM1

Autores:
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, CIPRES CASASNOVAS LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La educación diabetológica es parte esencial en el tratamiento de pacientes diabéticos tanto si reciben tratamiento con insulina bolo-basal, como si lo realizan con sistema de infusión continua de insulina, recibir una educación diabetologica reglada y normalizada dentro de un programa de formación tanto individualizado como grupal supone una mejoría en la calidad de vida y en el control glucémico.
En el momento actual únicamente disponemos de guías de práctica clínica orientada a especialistas en endocrinología y a educadores en diabetes sobre el inicio teórico con el que se debe formar al pacientes en DM, pero este material no se ha adaptado de modo educativo para la formación para pacientes.
El aporte de este material dentro de un marco de educación diabetológica estructurada es fundamental para el éxito de este tipo de tratamiento y por lo tanto conseguir nuestros objetivos y minimizar costes innecesarios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1321

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1

derivados de una incorrecta utilización del tratamiento.
Otro problema añadido de la DM1, es que se trata de una enfermedad crónica y es necesario la realización de una educación continuada tanto de repaso de conocimientos como de adquisición de nuevas aptitudes, para alcanzar estos objetivos dos alternativas con las que contamos son, la primera el aporte de material actualizado a los pacientes y por otro la realización de sesiones educaciones conjuntas, en grupos de 5-8 pacientes para la optimización de los recursos y las ventajas que supone la relación entre pacientes con la misma patología.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar conocimientos de educación diabetológica .
La terapia con pauta basal-bolo, es una opción de tratamiento en pacientes seleccionados DM1 con mal control glucémico o hipoglucemias repetitivas.

MÉTODO
DESARROLLO DEL PROYECTO
El desarrollo del proyecto se realizará a través de la entrega de material de educación diabetológica en la consulta habitual de endocrinología y repaso de dudas en la segunda visita

CONTENIDOS DE LA SESIÓN FORMATIVA

- Repaso de conceptos generales .
- Repaso de concepto Factor de sensibilidad y ratio ración/ hidrato de carbono.
- Bolo corrector
- Situaciones especiales: Enfermedad y viajes.
- Como afrontar el ejercicio en la DM1.

INDICADORES
La evaluación se realizará en primer lugar con el control glucémico (HbA) antes de la formación, a los tres meses y al año; como indicadores utilizaremos: número de pacientes dentro de objetivos (HbA) e hipoglucemia.
Se solicitará a los pacientes un cuestionario sobre cambios producidos desde la sesión de actualización, mejoría de la adaptación al tratamiento, mayor seguridad sobre el manejo del sistema, aprendizaje de nuevos conceptos, mejoría de la calidad de vida.

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

La jornadas de actualización se realizaran entre Junio 2017 y abril de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS CIPRES CASASNOVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha elaborado un material formativo específico que se ha entregado en la consulta a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento insulínico por primera vez, tanto basal como en pauta bolo-basal. Dicho material didáctico se explicaba durante la consulta de forma adaptada al nivel de comprensión de cada paciente.
- Se ha realizado una monitorización de dichos pacientes cada 3 meses, en la consulta de Endocrinología, realizando una sesión formativa y un repaso de dicho material en cada una de las visitas.
- También se ha llevado a cabo una evaluación del grado de su adecuada cumplimentación, así como de las hipoglucemias ocurridas entre las visitas.
- En cada consulta a su vez se ha realizado el control clínico y analítico de los pacientes, para comprobar la mejoría de su estado clínico, así como de los niveles de glucemia y de HbA1c.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- La formación específica e individualizada se ha realizado a un total de 44 pacientes con diabetes tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento con insulina dado su inadecuado control glucémico con las medidas y/o el tratamiento previamente establecido.
- Al monitorizar, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el día a día del tratamiento insulínico, se ha obtenido una media de 8,6 puntos en el nivel de conocimiento y cumplimentación, manteniéndose el adecuado aprendizaje a los 6 meses, favorecido por el repaso trimestral realizado.
- Se ha objetivado una mejoría significativa de los niveles del indicador HbA1c, tanto a los 3 como a los 6 meses de haber iniciado la insulinización y de haber realizado la educación diabetológica. Dichos niveles han sido de media los siguientes:
  - Niveles de HbA1 antes de iniciar el tratamiento insulínico y realizar la educación diabetológica: 11,4%
  - Niveles de HbA1c a los 3 meses: 6,4%
  - Niveles de HbA1c a los 6 meses: 6,6%
  - Objetivo de referencia de un adecuado control glucémico: HbA1c<7%
- Respecto a la monitorización del número de hipoglucemias ocurridas durante el seguimiento, no se ha producido ningún caso de hipoglucemia grave. Se han producido una media de 3-4 hipoglucemias leves-moderadas durante el seguimiento en seis meses, en la mayoría de las ocasiones ocasionadas por un inadecuado ajuste de los pacientes de la pauta de insulina rápida en relación con la ingesta y el ejercicio que habían realizado, que principalmente se han producido en los primeros 3 meses del inicio del tratamiento insulínico, y cuya sintomatología había sido adecuadamente reconocida por los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La educación diabetológica se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente con diabetes tipo 2. Gracias a la educación realizada en los pacientes, utilizando un contenido educativo individualizado y adaptado a su capacidad de aprendizaje, se ha mejorado su conocimiento y sus habilidades para poder asumir el control de su enfermedad e integrar el autocontrol de la diabetes en su vida cotidiana, algo que resulta de especial relevancia en el paciente que precisa comenzar con una pauta de insulinización por primera vez. Fomentar la participación del paciente y dedicar tiempo a la adecuada enseñanza del uso del autoanálisis y autoajuste de insulina ha dado lugar a una mejoría significativa del control glucémico, medido de forma objetiva por los niveles de HbA1c como reflejo del control glucémico de los últimos meses, y a la consecución unos niveles de glucemia adecuados y dentro de los objetivos marcados en los pacientes, minimizando además las posibilidades de que se produjeran episodios de hipoglucemia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/17 ========== ***

Nº de registro: 0017

Título
PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

Autores:
CIPRES CASASNOVAS LUIS, LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabétes méllitus es una enfermedad crónica con posibilidad de desarrollar importantes comorbilidades en dependencia del control metabólico de la misma.
La educación diabetologica es una parte esencial del tratamiento del diabetico y de ella depende, en gran parte, el control metabolico diario del paciente y que implemente adecuadamente los consejos que recibe.
El diabetico tipo 2 en tratamiento con insulina precisa una atención especial para que realice correctamente el tratamiento porque, en muchas ocasiones, se trata de una persona mayor y con resistencia al tratamiento insulinico y al autocontrol que el mismo requiere.

RESULTADOS ESPERADOS
Se trata de dar formación individualizada al diabético tipo 2 que precise insulina.
La formación, que sera individualizada, atendera sobre todo al manejo del autocontrol del tratamiento insulinico y a la prevención de las hipoglucemias.

MÉTODO
Se esta elaborando un material especifico para entregar al paciente diabetico tipo 2 que este en tratamiento con insulina tanto basal como en pauta bolo-basal.
Se trata de un material muy didactico, para que se adapte bien al perfil de paciente, que se le entregara y explicara en la consulta externa de endocrinologia.
Cada tres meses, tambien en la consulta externa de endocrinologia, se realizara una sesión formativa acerca de este material que incluira el repaso del mismo y una evaluación del grado de su cumplimiento asi como de las hipoglucemias que hayan ocurrido.En la misma consulta se realizara el control clinico y analitico del paciente.

INDICADORES
Se monitorizaran, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el dia a a día del tratamiento insulinico.
Tambien el número de hipoglucemiuas que hayan ocurrido.
La eficacia del proyecto se objetivara en la mejoria de la HbA1c.

DURACIÓN
Proyecto para todo 2018 o durante más tiempo en dependencia de los resultados del mismo.
Las sesiones presenciales formativas en la consulta externa de endocrinologia tendran una duración de 20 a 30 minutos y en las mismas tambien se evaluara el control metabólico del paciente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS CIPRES CASASNOVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha elaborado un material formativo específico que se ha entregado en la consulta a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento insulínico por primera vez, tanto basal como en pauta bolo-basal. Dicho material didáctico se explicaba durante la consulta de forma adaptada al nivel de comprensión de cada paciente.
- Se ha realizado una monitorización de dichos pacientes cada 3 meses, en la consulta de Endocrinología, realizando una sesión formativa y un repaso de dicho material en cada una de las visitas.
- También se ha llevado a cabo una evaluación del grado de su adecuada cumplimentación, así como de las hipoglucemias ocurridas entre las visitas.
- En cada consulta a su vez se ha realizado el control clínico y analítico de los pacientes, para comprobar la mejoría de su estado clínico, así como de los niveles de glucemia y de HbA1c.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- La formación específica e individualizada se ha realizado a un total de 44 pacientes con diabetes tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento con insulina dado su inadecuado control glucémico con las medidas y/o el tratamiento previamente establecido.
- Al monitorizar, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el día a día del tratamiento insulínico, se ha obtenido una media de 8,6 puntos en el nivel de conocimiento y cumplimentación, manteniéndose el adecuado aprendizaje a los 6 meses, favorecido por el repaso trimestral realizado.
- Se ha objetivado una mejoría significativa de los niveles del indicador HbA1c, tanto a los 3 como a los 6 meses de haber iniciado la insulinización y de haber realizado la educación diabetológica. Dichos niveles han sido de media los siguientes:
  - Niveles de HbA1 antes de iniciar el tratamiento insulínico y realizar la educación diabetológica: 11,4%
  - Niveles de HbA1c a los 3 meses: 6,4%
  - Niveles de HbA1c a los 6 meses: 6,6%
  - Objetivo de referencia de un adecuado control glucémico: HbA1c<7%
- Respecto a la monitorización del número de hipoglucemias ocurridas durante el seguimiento, no se ha producido ningún caso de hipoglucemia grave. Se han producido una media de 3-4 hipoglucemias leves-moderadas durante el seguimiento en seis meses, en la mayoría de las ocasiones ocasionadas por un inadecuado ajuste de los pacientes de la pauta de insulina rápida en relación con la ingesta y el ejercicio que habían realizado, que principalmente se han producido en los primeros 3 meses del inicio del tratamiento insulínico, y cuya sintomatología había sido adecuadamente reconocida por los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La educación diabetológica se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente con diabetes tipo 2. Gracias a la educación realizada en los pacientes, utilizando un contenido educativo individualizado y adaptado a su capacidad de aprendizaje, se ha mejorado su conocimiento y sus habilidades para poder asumir el control de su enfermedad e integrar el autocontrol de la diabetes en su vida cotidiana, algo que resulta de especial relevancia en el paciente que precisa comenzar con una pauta de insulinización por primera vez. Fomentar la participación del paciente y dedicar tiempo a la adecuada enseñanza del uso del autoanálisis y autoajuste de insulina ha dado lugar a una mejoría significativa del control glucémico, medido de forma objetiva por los niveles de HbA1c como reflejo del control glucémico de los últimos meses, y a la consecución unos niveles de glucemia adecuados y dentro de los objetivos marcados en los pacientes, minimizando además las posibilidades de que se produjeran episodios de hipoglucemia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/17 ========== ***

Nº de registro: 0017

Título
PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

Autores:
CIPRES CASASNOVAS LUIS, LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabétes méllitus es una enfermedad crónica con posibilidad de desarrollar importantes comorbilidades en dependencia del control metabólico de la misma.
La educación diabetologica es una parte esencial del tratamiento del diabetico y de ella depende, en gran parte, el control metabolico diario del paciente y que implemente adecuadamente los consejos que recibe.
El diabetico tipo 2 en tratamiento con insulina precisa una atención especial para que realice correctamente el tratamiento porque, en muchas ocasiones, se trata de una persona mayor y con resistencia al tratamiento insulinico y al autocontrol que el mismo requiere.

RESULTADOS ESPERADOS
Se trata de dar formación individualizada al diabético tipo 2 que precise insulina.
La formación, que sera individualizada, atendera sobre todo al manejo del autocontrol del tratamiento insulinico y a la prevención de las hipoglucemias.

MÉTODO
Se esta elaborando un material especifico para entregar al paciente diabetico tipo 2 que este en tratamiento con insulina tanto basal como en pauta bolo-basal.
Se trata de un material muy didactico, para que se adapte bien al perfil de paciente, que se le entregara y explicara en la consulta externa de endocrinologia.
Cada tres meses, tambien en la consulta externa de endocrinologia, se realizara una sesión formativa acerca de este material que incluira el repaso del mismo y una evaluación del grado de su cumplimiento asi como de las hipoglucemias que hayan ocurrido.En la misma consulta se realizara el control clinico y analitico del paciente.

INDICADORES
Se monitorizaran, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el dia a a día del tratamiento insulinico.
Tambien el número de hipoglucemiuas que hayan ocurrido.
La eficacia del proyecto se objetivara en la mejoria de la HbA1c.

DURACIÓN
Proyecto para todo 2018 o durante más tiempo en dependencia de los resultados del mismo.
Las sesiones presenciales formativas en la consulta externa de endocrinologia tendran una duración de 20 a 30 minutos y en las mismas tambien se evaluara el control metabólico del paciente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0011

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCION Y VALIDACION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER PEREZ ANA ISABEL
HERRERO VICENT CARMEN
CARRASCO GOMARIZ MANUEL
AGUSTIN MORENO MARIA TERESA
RILOVA FERNANDEZ ISABEL
RODILLA CALVELO FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:
Redacción del dossier técnico sobre los requisitos a cumplir por el programa informático para la prescripción electrónica. Se constituyó una comisión técnica y un responsable técnico para la dirección y seguimiento de estos aspectos.
Publicación en el Boletín Oficial de Aragón del correspondiente procedimiento abierto según el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, para la selección del licitador que mejor se adaptara a los requisitos establecidos por la comisión técnica.
Adjudicación del procedimiento a través del Servicio de Compras, Suministros y Contratación del Sector de Teruel e inicio de los trámites con Servicios Centrales del Servicio Aragonés de Salud para la instalación del hardware necesario (servidores informáticos y usuarios).
Tras la conclusión de la instalación, se remitió por la empresa seleccionada, la planificación correspondiente a la formación del personal para el aplicativo y el arranque para su revisión y confirmación.
Una vez se complete dicha instalación las actividades a realizar son las siguientes:
- Prescripción informatizada y asistida por los facultativos del área de Oncología atendiendo a protocolos consensuados con el equipo multidisciplinar en función del diagnóstico, indicación, etc.
- Gestión eficiente y planificación de la actividad de hospital de día a través de una agenda de programación de pacientes.
- Confirmación de la prescripción una vez verificado el estado clínico y analítico del paciente.
- Validación farmacéutica de la prescripción médica.
- Elaboración de antineoplásicos centralizada y asistida por el programa informático en cuanto al cálculo de volúmenes a utilizar y al etiquetado de las preparaciones.
- Sistema de reutilización de viales multidosis y mezclas, así como la gestión de las preparaciones devueltas y no administradas para su posterior reutilización o desecho.
- Incorporación de un sistema de códigos de barras que garantice de forma inequívoca la dispensación, identificación y administración de preparados al paciente correcto.
- Administración segura: paciente correcto, medicación correcta, tiempo correcto, dosis correcta y vía de administración correcta.
- Explotación informática de datos diagnósticos y de tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera fase del proyecto (establecimientos de los criterios de selección de licitadores, constitución de la Comisión Técnica del Sector, adjudicación del procedimiento abierto y hardware necesario) ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación técnica del personal para el uso del aplicativo.
En la fase 2, desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Farmacia y Oncología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:
a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias. Alto grado de protocolización de esquemas antineoplásicos.
b) A nivel de eficiencia: optimización de los recursos humanos y de gestión de compras y stocks.
c) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.
Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:
- % de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia en el Hospital desde el comienzo del proyecto.
- Indicador de eficiencia: nº de tratamientos desechados/número de tratamientos planificados.
- Número de roturas de stock.
En la fase 3, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital (Servicios de Hematología, Digestivo, Neurología, Medicina Interna, Nefrología, etc…).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gestión de hospital de día oncológico es un proceso complejo y requiere un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Por otra parte, la alta complejidad del proceso de prescripción de esquemas antineoplásicos puede predisponer a errores de medicación, críticos por la alta toxicidad intrínseca de los citostáticos, y especialmente en procesos manuales de prescripción, como se ha detectado en distintas revisiones.
Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito de la oncología se facilitan aspectos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0011

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCION Y VALIDACION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

especial complejidad como son, entre otros, el cálculo individualizado de la dosis en base a parámetros antropométricos, la utilización de protocolos, los cuales permiten una prescripción simultánea de distintos fármacos por distintas vías, duraciones, días y en forma de ciclos con una periodicidad determinada.
Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/11 ========== ***

Nº de registro: 0011

Título
SISTEMA DE PRESCRIPCION Y VALIDACION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Autores:
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, FERRER PEREZ ANA ISABEL, HERRERO VICENT CARMEN, GARCIA AGUDO SARA, AGUSTIN MORENO MARIA TERESA, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, RODILLA CALVELO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La gestión del hospital de día oncológico es muy compleja y requiere en la práctica clínica un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Evitar los errores de medicación en quimioterapia es una máxima para cualquier institución, ya que éstos pueden ocasionar graves consecuencias para los pacientes.
La terapia antineoplásica es una de las terapéuticas más complejas que existen en la actualidad, por cuanto se manejan (fármacos de estrecho índice terapéutico, esquemas complejos, distintos criterios de dosificación, etc...).
Las tecnologías de la información y comunicación (TIC´s) son la mejor herramienta para facilitar, simplificar y automatizar los distintos subprocesos de la prescripción, confirmación, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración y seguimiento en el paciente, permitiendo incrementar la seguridad y eficiencia de los tratamientos oncológicos, reduciendo los errores y por tanto la morbilidad y mortalidad.
La prescripción automatizada e informatizada, además de aportar información farmacoterapéutica y farmacoeconómica de los procesos atendidos, facilita la realización de estudios de imputación de costes por paciente, perfiles de utilización de fármacos quimioterápicos, adecuación de tratamientos a protocolos específicos, etc.
Actualmente en el centro se carece de un sistema de prescripción electrónico y se gestionan los diferentes procesos de forma manual, por lo que todos estos factores anteriormente expuestos aconsejan implementar un sistema que proporcione argumentos de seguridad en el entorno de una farmacoterapia tan compleja.

RESULTADOS ESPERADOS
Una mejor gestión tanto en todas sus vertientes:
a) Clínica: minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias y alto grado de protocolización de esquemas antineoplásicos.
b) Eficiencia: Optimización de los recursos humanos y otros recursos (gestión de compras y de stoks).
c) Explotación de datos farmacoterapéuticos y farmacoeconómicos.

MÉTODO
- Prescripción Informatizada y asistida por parte de los facultativos del Área de Oncología atendiendo a protocolos antineoplásicos estandarizados y consensuados por el equipo interdisciplinar, atendiendo al diagnóstico, indicación, etc.
- Programación eficiente los ciclos correspondientes al plan terapéutico así como las cargas de trabajo del Hospital de Día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0011

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCION Y VALIDACION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

- Confirmación online de la prescripción, tras verificación de la situación del paciente por consulta de la analítica del paciente.
- Validación Farmacéutica automatizada atendiendo a unos criterios predefinidos que alerten al farmacéutico y faciliten las actuaciones de dicho profesional.
- Preparación Centralizada de Terapia IV, obtención de documentos que faciliten la preparación de la terapia antineoplásica por efectuar los cálculos de volúmenes a adicionar y faciliten la identificación de los preparados obtenidos.
- Sistema de Reutilización de Viales Multidosis y Mezclas, para facilitar la eficiencia en la preparación por recuperación de restos de los viales multidosis, así como la gestión de las mezclas devueltas y no administradas para la posterior reutilización o desecho. Adicionalmente se pueden gestionar los consumos efectuados.
- Dispensación con identificación, incorporación de un sistema código de barras que facilite la identificación y dispensación de forma inequívoca de los preparados elaborados.
- Administración segura y que satisfaga las llamadas “Five Rights”, paciente correcto, medicación correcta, tiempo correcto, dosis correcta y vía correcta.
- Fácil acceso y manejo de datos estadísticos sobre diagnósticos y tratamientos.

INDICADORES
a) Porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el Hospital desde el comienzo del proyecto.
b) Indicador de eficiencia: Nº de tratamiento desechados/Nº tratamientos planificados.
C) Nº roturas de stock.
En todos los casos los indicadores se obtienen directamente del módulo de estadísticas de del programa informático.

DURACIÓN
a) Primera fase: octubre-noviembre de 2016. Cálculo del impacto presupuestario de la adquisición e implantación del programa informático. Valoración de alternativas y toma de decisión por el equipo multidisciplinar.
b) Segunda fase: diciembre-marzo de 2016. Normalización de los esquemas de quimioterapia y puesta en marcha del aplicativo en el Servicio de Oncología, Hospital de día y Servicio de Farmacia.
c) Tercera fase: abril-mayo de 2016. Inicio y validación del funcionamiento del programa. Obtención de indicadores para el seguimiento del proceso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO PARDO IRENE
RODILLA CALVELO FRANCISCO
HERNANDO QUINTANA NATALIA
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:
Acuerdo en el proceso de unificación de centros de adquisición de medicamentos en el Sector de Teruel necesario para la adecuada gestión y para la optimización de la prescripción electrónica, permitiendo la unificación de bases de datos del aplicativo Farmatools ©Dominion t.i. en todos los centros de coste.
Formación inicial en el manejo básico de la prescripción electrónica asistida intrahospitalaria al personal prescriptor y de enfermería (código del curso TES-0754/2018, “Formación básica para el manejo de la prescripción electrónica, noviembre 2018).
Acuerdo en la implantación de la versión web del programa de prescripción electrónica asistida.
Las ventajas inherentes a la implantación de dicho proyecto son múltiples y afectan a cambios estructurales a distintos niveles/capas de trabajo
Por un lado, la unificación de centros y bases de datos repercutiría en una reestructuración tanto física como técnica de los recursos materiales y humanos de los servicios de farmacia del Sector Sanitario de Teruel.
• Por parte del personal de Farmacia del Sector, se mejora, simplifica y distribuye de manera más eficiente la organización y cargas de trabajo de los Servicios de Farmacia de los Centros Sanitarios. También se homogeneiza la gestión farmacéutica y reestructura la forma de trabajo.
• Por parte del Servicio de Informática las mejoras también son notables; reducción de equipos Servidores/Licencias y reducción de costes y mantenimientos
Por otro lado, dicha implantación mejorará la prescripción, validación y trazabilidad en la dispensación farmacéutica de todos los centros sanitarios una vez consensuados y parametrizados los diferentes Servicios Sanitarios.
Otras ventajas referentes a la integración del sistema son la unificación de almacenes y sistema de gestión de compras, distribución de recursos humanos, homogeneidad de criterios y formas de trabajo, y una rápida implantación de nuevos módulos o aplicaciones.
Una vez se complete la instalación y a la espera de refuerzo en la plantilla de facultativos especialistas en farmacia hospitalaria, las actividades a realizar son las siguientes:
- Unificación de la base de datos de medicamentos del Sector Teruel (dedicación exclusiva de un FEA de farmacia hospitalaria 3 meses).
- Revisión de las fichas de medicamentos y definición de pauta posológica habitual, condiciones de administración, alertas farmacéuticas (dosis máximas, interacción, datos clínicos, etc.) y protocolos de prescripción.
- Prescripción informatizada y asistida por los facultativos del Servicio de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología atendiendo a protocolos consensuados en función del diagnóstico y manejo clínico.
- Validación farmacéutica de la prescripción médica.
- Registro informatizado de la administración de medicamentos por enfermería.
- Explotación informática de datos diagnósticos y de tratamiento para la optimización de resultados (Uso racional de antibióticos en el centro; criterios establecidos por el grupo IRAS-PROA de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y potenciación del uso de biosimilares como línea estratégica del Departamento de Sanidad).
- Hacer extensible la implantación de la prescripción electrónica en el resto de Servicios clínicos del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera fase del proyecto (establecimiento de los criterios de unificación y gestión de adquisición de medicamentos, acuerdo en la implantación del programa) ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación del personal para el uso del aplicativo.
En la segunda fase, desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:
a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias. Protocolización de esquemas de tratamiento.
b) A nivel de eficiencia: optimización de la gestión de compras y stocks.
c) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.

Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:
- % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados.
- % de servicios clínicos con prescripción electrónica respecto al total.
- % Unidades fármaco biosimilar según indicación / fármaco original.
- DDD/ 100 Estancias grupo terapéutico J01 antibióticos (indicador grupo PROA).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

- DDD/100 Estancias subgrupo terapéutico antibióticos (indicador grupo PROA).
- DDD/100 Estancias principio activo (indicador grupo PROA).

En la tercera fase, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creciente complejidad en el proceso de utilización de medicamentos puede predisponer a errores de medicación que ocasionen efectos no deseados. Mediante la implantación de sistemas de ayuda a la prescripción se consigue disminuir los errores en procesos manuales de prescripción dado que permite una completa legibilidad de la orden de tratamiento y facilita el trabajo del personal de enfermería para garantizar la seguridad del paciente.
Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito intrahospitalario se logra optimizar los recursos del circuito prescripción-dispensación-administración permitiendo una mejora de la calidad del proceso mediante el uso de protocolos de prescripción, alertas farmacéuticas y condiciones de administración predefinidas.
Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1414 ========== ***

Nº de registro: 1414

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, NAVARRO PARDO IRENE, RODILLA CALVELO FRANCISCO, HERNANDO QUINTANA NATALIA, AGUNSTIN MORENO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios. En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados. Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas. Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenir su aparición. En este contexto, los sistemas de prescripción electrónica asistida aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la seguridad.
En nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario y, a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio, se han establecido como objetivos la identificación y la priorización de los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
La implantación de la prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería y disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. De esta forma se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación, como reflejan los resultados del control de calidad realizados en algunos estudios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MÉTODO
Dentro de estas nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA). Este sistema ha demostrado ser una de las principales herramientas para garantizar la seguridad en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es el caso de la prescripción. Se estima que la PEA puede evitar hasta en un 65% los errores de medicación. La incorporación de las aplicaciones informáticas para la prescripción proporciona potenciales ventajas, como las siguientes:

- Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis, prescripción protocolizada, etc.).

- Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.

- Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

- Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.

- Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.

- Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.

- Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica de los programas de prescripción electrónica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

Se ha comprobado que la mayoría de los errores de prescripción clínicamente relevantes se concentran en 3 grupos de medicamentos: antiinfecciosos, agentes cardiovasculares y analgésicos opiáceos. Los tratamientos son cada vez más complejos, cada vez se prescriben más medicamentos y se ha incrementado notablemente la edad de los pacientes hospitalizados.

INDICADORES
• Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje irá aumentado progresivamente a medida que se vaya implantando en los servicios.

DURACIÓN
a) Primera fase: julio-octubre de 2018. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa para establecer pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis.

b) Segunda fase: noviembre-marzo de 2018-2019. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos, en los cuales se fija la pauta recomendada, inicio y duración del tratamiento, para facilitar la inserción de los fármacos en el momento de la prescripción de determinadas patologías.

c) Tercera fase: abril-mayo de 2019. Inicio e implantación del programa en la unidad de hospitalización de Neurología y “retirada” final del impreso escrito de la orden de tratamiento. Implantación progresiva en el resto de los servicios del hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO PARDO IRENE
RODILLA CALVELO FRANCISCO
HERNANDO QUINTANA NATALIA
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:
Acuerdo en el proceso de unificación de centros de adquisición de medicamentos en el Sector de Teruel necesario para la adecuada gestión y para la optimización de la prescripción electrónica, permitiendo la unificación de bases de datos del aplicativo Farmatools ©Dominion t.i. en todos los centros de coste.
Formación inicial en el manejo básico de la prescripción electrónica asistida intrahospitalaria al personal prescriptor y de enfermería (código del curso TES-0754/2018, “Formación básica para el manejo de la prescripción electrónica, noviembre 2018).
Acuerdo en la implantación de la versión web del programa de prescripción electrónica asistida.
Las ventajas inherentes a la implantación de dicho proyecto son múltiples y afectan a cambios estructurales a distintos niveles/capas de trabajo
Por un lado, la unificación de centros y bases de datos repercutiría en una reestructuración tanto física como técnica de los recursos materiales y humanos de los servicios de farmacia del Sector Sanitario de Teruel.
• Por parte del personal de Farmacia del Sector, se mejora, simplifica y distribuye de manera más eficiente la organización y cargas de trabajo de los Servicios de Farmacia de los Centros Sanitarios. También se homogeneiza la gestión farmacéutica y reestructura la forma de trabajo.
• Por parte del Servicio de Informática las mejoras también son notables; reducción de equipos Servidores/Licencias y reducción de costes y mantenimientos
Por otro lado, dicha implantación mejorará la prescripción, validación y trazabilidad en la dispensación farmacéutica de todos los centros sanitarios una vez consensuados y parametrizados los diferentes Servicios Sanitarios.
Otras ventajas referentes a la integración del sistema son la unificación de almacenes y sistema de gestión de compras, distribución de recursos humanos, homogeneidad de criterios y formas de trabajo, y una rápida implantación de nuevos módulos o aplicaciones.
Una vez se complete la instalación y a la espera de refuerzo en la plantilla de facultativos especialistas en farmacia hospitalaria, las actividades a realizar son las siguientes:
- Unificación de la base de datos de medicamentos del Sector Teruel (dedicación exclusiva de un FEA de farmacia hospitalaria 3 meses).
- Revisión de las fichas de medicamentos y definición de pauta posológica habitual, condiciones de administración, alertas farmacéuticas (dosis máximas, interacción, datos clínicos, etc.) y protocolos de prescripción.
- Prescripción informatizada y asistida por los facultativos del Servicio de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología atendiendo a protocolos consensuados en función del diagnóstico y manejo clínico.
- Validación farmacéutica de la prescripción médica.
- Registro informatizado de la administración de medicamentos por enfermería.
- Explotación informática de datos diagnósticos y de tratamiento para la optimización de resultados (Uso racional de antibióticos en el centro; criterios establecidos por el grupo IRAS-PROA de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y potenciación del uso de biosimilares como línea estratégica del Departamento de Sanidad).
- Hacer extensible la implantación de la prescripción electrónica en el resto de Servicios clínicos del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera fase del proyecto (establecimiento de los criterios de unificación y gestión de adquisición de medicamentos, acuerdo en la implantación del programa) ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación del personal para el uso del aplicativo.
En la segunda fase, desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:
a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias. Protocolización de esquemas de tratamiento.
b) A nivel de eficiencia: optimización de la gestión de compras y stocks.
c) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.
Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:
- % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados.
- % de servicios clínicos con prescripción electrónica respecto al total.
- % Unidades fármaco biosimilar según indicación / fármaco original.
- DDD/ 100 Estancias grupo terapéutico J01 antibióticos (indicador grupo PROA).
- DDD/100 Estancias subgrupo terapéutico antibióticos (indicador grupo PROA).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

- DDD/100 Estancias principio activo (indicador grupo PROA).
En la tercera fase, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creciente complejidad en el proceso de utilización de medicamentos puede predisponer a errores de medicación que ocasionen efectos no deseados. Mediante la implantación de sistemas de ayuda a la prescripción se consigue disminuir los errores en procesos manuales de prescripción dado que permite una completa legibilidad de la orden de tratamiento y facilita el trabajo del personal de enfermería para garantizar la seguridad del paciente.
Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito intrahospitalario se logra optimizar los recursos del circuito prescripción-dispensación-administración permitiendo una mejora de la calidad del proceso mediante el uso de protocolos de prescripción, alertas farmacéuticas y condiciones de administración predefinidas.
Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1414 ========== ***

Nº de registro: 1414

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, NAVARRO PARDO IRENE, RODILLA CALVELO FRANCISCO, HERNANDO QUINTANA NATALIA, AGUNSTIN MORENO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios. En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados. Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas. Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenir su aparición. En este contexto, los sistemas de prescripción electrónica asistida aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la seguridad.
En nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario y, a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio, se han establecido como objetivos la identificación y la priorización de los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
La implantación de la prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería y disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. De esta forma se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación, como reflejan los resultados del control de calidad realizados en algunos estudios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MÉTODO
Dentro de estas nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA). Este sistema ha demostrado ser una de las principales herramientas para garantizar la seguridad en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es el caso de la prescripción. Se estima que la PEA puede evitar hasta en un 65% los errores de medicación. La incorporación de las aplicaciones informáticas para la prescripción proporciona potenciales ventajas, como las siguientes:

- Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis, prescripción protocolizada, etc.).

- Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.

- Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

- Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.

- Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.

- Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.

- Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica de los programas de prescripción electrónica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

Se ha comprobado que la mayoría de los errores de prescripción clínicamente relevantes se concentran en 3 grupos de medicamentos: antiinfecciosos, agentes cardiovasculares y analgésicos opiáceos. Los tratamientos son cada vez más complejos, cada vez se prescriben más medicamentos y se ha incrementado notablemente la edad de los pacientes hospitalizados.

INDICADORES
• Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje irá aumentado progresivamente a medida que se vaya implantando en los servicios.

DURACIÓN
a) Primera fase: julio-octubre de 2018. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa para establecer pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis.

b) Segunda fase: noviembre-marzo de 2018-2019. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos, en los cuales se fija la pauta recomendada, inicio y duración del tratamiento, para facilitar la inserción de los fármacos en el momento de la prescripción de determinadas patologías.

c) Tercera fase: abril-mayo de 2019. Inicio e implantación del programa en la unidad de hospitalización de Neurología y “retirada” final del impreso escrito de la orden de tratamiento. Implantación progresiva en el resto de los servicios del hospital.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1728

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NICOLAS GONZALEZ GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUESTA GALLARDO ISABEL
ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO
GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN
YAÑEZ BENITES CARLOS
GALLEGO ESTRADA FERNANDO
OJUEL GROS TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se revisa y actualiza el protocolo de actuación ante una hemorragia masiva por parte de la Dra. Ojuel (UCI), Dr. Gallego (Anestesia), Dr. Yañez (Cirugía) y Dr. González (Hematología), todos miembros de la Comisión Hospitalaria de Transfusión.Se revisa y aprueba en la reunión del 2/03/217.
Para su difusión se acuerda:
1. Colgar el protocolo y la hoja de registro en la intranet del hospital.
2. Difundirlo atraves de una sesión clínica general. Se acudirá a todos aquellos servicios que lo soliciten para realizar sesiones aclaratorias.
3.Crear un nuevo poster divulgativo con las aportaciones del nuevo protocolo.Actualmente existe un poster divulgativo del protocolo anterior, ampliamente extendido por toido el hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los puntos 1 y 2 se cumplimentaron durante el 2º trimestre de 2017. La sesión clínica genera fue presentada por la Dra. Ojuel y el Dr. Gallego, como figura en el registro de sesiones generales del centro.
El punto 3 no se ha podido cumplimentar por trasladarse a otro centro los responsables de su elaboración.Con respecto al protocolo anterior no existen grandes cambios en cuanto a los procedimientos terapéúticos, siendo la principal novedad la hoja de registro la cual es fácilmente accesible a través de la intranet, por ello sigue vigente el poster anterior.
Se comprobó que en todos los servicios mas implicados en los casos de transfusión masiva (farmacia, UCI, quirófano,urgencias..) disponen del denominado, en el protocolo, kit de fármacos fundamental para el tratamiento de una hemorragia masiva.
A través del programa del servicio de transfusiones, hemos obtenido los casos que cumolen los criterios de transfusión masiva durante el año 2017:
A.- Transfusión de 4 o mas CH en un periodo de una hora.
B.- Transfusión de 10 o + CH en un periodo de 24 horas.
Durante 2017, según el criterio A hubo 10 casos y según el criterio B 0 casos. El análisis individualizado de las historias de los 10 casos, permite descartar 8 de ellos por diferentes motivos (periodo de transfusión mayor, sangre utilizada para traslados,..). En los 2 casos que cumplían los criterios, se trataba de pacientes politraumatizados que tras ser estabilizados se trasladaron al hospital de referencia. En ambos casos se siguieron los procedimientos médicos, pero en ninguno se rellenó la hoja de registro correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación del protocolo de transfusión masiva ha supeusto una notable mejora en el tratamiento de estos pacientes, al unificarse las pautas de actuación. Se falla en la parte "burocrática" lo que dificulta la posterior auditoría de estos casos, en los años anteriores este era el pricipal fallo.
Desde la comisión de transfusión nos hemos puesto como principal objetivo la difusión por servicios del protocolo y la realización del nuevo poster divulgativo.
Otro problema detectado es la inestabilidad de la plantilla del Centro, más acusada en algunos servicios, como UCI y anestesia, claves en el manejo de estas situaciones, lo que dificulta la implantación de nuevos protocolos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1728 ========== ***

Nº de registro: 1728

Título
MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, GARITAS ABRIL MARIA CARMEN, CUESTA GALLARDO ISABEL, ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1728

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

ALBARRAN ARRIBAS MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Politraumatismos, Hemorragias gastrointestinales, urgencias cardiovasculares, urgencias obstétricas. intraoperatorias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La transfusión masiva forma parte del tratamiento de la hemorragia masiva. Las causas son diversas pero la mortalidad global es elevada, hasta el 50% de los casos, produciéndose la mayoría de las muertes en las primeras 24 horas. Con la finalidad de mejorar la supervivencia de los pacientes, los hospitales deberían tener un protocolo o guía de actuación ante una hemorragia masiva adaptada a las características de cada centro, el protocolo debería estar basado en la colaboración interdisciplinar de un conjunto de profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la actuación ante los casos de hemorragia masiva en el Hospital.
Mantener la perfusión hística y oxigenación con la restauración de la volemia.
Corregir o prevenir la coagulopatía mediante el uso adecuado de la hemoterapia.
Disminuir el número de secuelas secundarias a casos de hemorragia masiva.

MÉTODO
Se pretende resaltar la importancia de la estandarización del procedimiento de actuación ante casos de hemorragia masiva. Para ello, se trabajará en la Comisión de Transfusiones del HOP estableciendo un grupo de trabajo para elaborar un protocolo de actuación ante un caso de hemorragia masiva que incluya; los profesionales implicados, como se activa el protocolo, las medidas iniciales, monitorización de las pruebas de laboratorio, como se llevará a cabo el reemplazo hemoterápico y como se da por finalizada la actuación o se desactiva el protocolo.
Para la realización y puesta en marcha de este proyecto, se requieren reuniones continuas inicialmente entre el grupo de trabajo seleccionado para elaborar el Protocolo y posteriormente Sesiones en el Hospital y dentro de los Servicios para darle difusión.

INDICADORES
1- Elaboración Protocolo Hemorragia Masiva en el HOP: Si/No
2- Nº Casos Hemorragia masiva que siguen procedimiento del HOP/Total de Casos de Hemorragia masiva del HOP *100: >80% casos.
3- Difusión del Protocolo de Hemorragia masiva a través de Sesiones: al menos una sesión.
4- Elaboración póster resumen para las Unidades del HOP

DURACIÓN
Creación grupo de trabajo dentro de la Comisión de Transfusiones: febrero 2017
Elaboración protocolo: mayo 2017
Difusión en la intranet del sector: junio 2017
Sesiones clínicas: octubre 2017
Evaluación: noviembre-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITA OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NICOLAS GONZALEZ GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO
CUESTA GALLARDO ISABEL
GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN
ALBARRAN ARRIBAS ESTER
JUBERIAS MOYA PILAR
MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA
VICENTE MOYA MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo/2017: Realización por parte de M.C. Garitas y A. San Miguel del Curso de formación para formadores realizado en el H. Provincial Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza). 8 horas.
4º trimestre del 2017:
- Formación del resto del resto de componentes del equipo por parte de las asistentes al curso citado.
- Formación por parte de la empresa suministradora del material necesario para el autocontrol (Roche S.A.) al equipo. Se aidestra al personal sobre el aparataje y programa informático.
1º trimestre del 2018:
-Creación y dotación del espacio físico (consulta) preciso para el desarrollo de la actividad. La dirección del centro creó y dotó del material necesario (mobiliario, material informático..) la UAAO ubicada en la planta 3ª del edificio de CCEE.
- Selección de candidatos para ser incluidos en dicho programa. Se seleccionaron 12 candidatos siguiendo los criterios elaborados por el grupo COA de la SAHH junio/2014.Tras explicación detallada sobre los fines del proyecto y su desarrollo (charla abierta de 60 min. de duración) se procedio a la formación de los candidatos que aceptaron (100%).
- Cada Enfermera se hizo cargo de 2-3 pacientes, se procedió al adiestramiento sobre el manejo del material (coagulómetro, bolígrafo pinchador, introducción de resultados en la cartilla de autocontrol y/o página web), autodosificación en función de los resultados y aptitud ante la aparición de complicaciones.
2º trimestre de 2018:
- Inicio de la actividad siguiendo el protocolo establecido (creación de las fichas en el programa informático, consultas de seguimiento, entrega de material..).
Material entregado:
- Carpeta que contiene: ficha del paciente con datos demográficos, médicos y administrativos, consentimiento informado, cartilla de seguimiento, información general.
- Coagulómetro portátil, bolígrafo pinchador y tiras reactivas.
- Descarga en el teléfono móvil de la APP y acceso a la web oficial del programa informático (TAONET) facilitada por la casa Roche para introducción de resultados.
- Encuesta de satisfacción sobre el curso recibido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Encuesta de satisfacción inicial: se les pregunto sobre la calidad del proceso de formación recibida (10 puntos). El 100% respondio a la misma, considerando que la información y formación recibida fue muy adecuada (8 pacientes) o excelente (4).
-De los 12 paciente seleccionados 1 renunció al programa por motivos personales y otro tuvo una interrupción prolongada del mismo por motivos médicos.
-Problemas que han surgido:
-El principal problema ha sido el manejo del bolígrafo pinchador por parte de los pacientes debido a la utilización de técnicas inadecuadas ("miedo al pincharse", mala recogida de la muestra..).Con el paso del tiempo dichos errores se han subsanado de manera satisfactoria.
-Dificultades en el manejo en el programa informático.Este problema es mas evidente en los pacientes no acostumbrados al manejo de las nuevas tecnologías. Con el tiempo el mismo se ha subsanado.
-Problemas con el programa informático ajenos al paciente y al hospital.
-Dado los retrasos sufridos en la implantación del programa ajenos al servicio, no hemos podido introducir mas pacientes. Está previsto que en marzo de 2019, 12 nuevos pacientes sean incluidos, esperamos que durante este año sean sobre 40 los pacientes de la UAAO. Se ha ampliado la oferta a los pacientes controlados en Atención Primaria. En la valoración a realizar en el año 2020 podremos dar resultados mas concretos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las conclusiones provisionales que hemos sacado son:
-Las actividades desarrolladas previas al inicio del autotratamiento han sido satisfactorias.
-Hay que insistir en el adiestramiento inicial, ya que todo al principio les parece muy sencillo, surguiendo los problemas con posterioridad.
-Subjetivamente el grado de aceptación y satisfacción por parte de los pacientes ha sido alto, aunque faltan

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITA OBISPO POLANCO DE TERUEL

por valorar los resultados de las encuesta entregadas en enero/2019 de los cuales no disponemos todavía.

7. OBSERVACIONES.
En el año 2019 seguiremos con el mismo proyecto.

*** ==================================== Resumen del proyecto 2018/362 ==================================== ***

Nº de registro: 0362

Título
CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINE K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, ANGOAS SEGURA JOSE ANTONIO, CUESTA GALLARDO ISABEL, GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN, ALBARRAN ARRIVAS ESTER, JUBERIAS MOYA PILAR, MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA, VICENTE MOYA MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes Anticoagulados
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los anticoagulantes orales son fármacos de uso muy extendido en nuestro medio (2.9% de la población de Aragón en 2017, con uso creciente motivado por la mayor esperanza de vida y la ampliación continua de su indicaciones.Son medicamentos, en la mayoría de los casos de uso crónico, de manejo complejo, con frecuentes eventos adversos que motivan frecuentes consultas médicas e ingresos urgentes.
Se consideran medicamentos de alto riesgo, por lo que la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, recoge entre sus objetivos para el período 2015-2020 fomentar la implantación de prácticas seguras con estos fármacos.
El autotratameinto proporciona a los pacientes candidadtos importantes ventajas; evitar traslados al centro sanitario, mejora en la calidad de vida y, sobre todo, detectar desajustes de dosis aumentado la seguridad del fármaco.
Por ello queremos implantar un sistema de autotratamiento con seguimiento en una unidad específica.

RESULTADOS ESPERADOS
. Crear una ubicación física específica dotada del material y medios necesarios para desarrollar el programa.
. Seleccionar a un número determinado de pacientes a los que enseñar a realizar e interpretar el INR y actuar en consecuencia de manera correcta. También recibirán la educación sanitaria pertinente que incluirá pautas de actuación ante situaciones especiales.
. Conseguir que estos pacientes nos comuniquen los resultados y las observaciones clínicas referentes al control de su TAO, de acuerdo al calendario establecido
. Controlar el suministro de material al paciente, asegurándonos del uso adecuado del mismo.
.

MÉTODO
. Cursos de educación sanitaria para el logro de los objetivos previstos.
. Se impartiran cursos a pacientes y a formadores.

INDICADORES
Indicadores y Evalucación

. Selección de 10 pacientes
. Registro de los cursos impartidos.
. Registro de las visitas de los pacientes.
. Registro de las complicaciones.
. Registro del material entregado.
. Encuesta de satisfacción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

1. TÍTULO

CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITA OBISPO POLANCO DE TERUEL

DURACIÓN
. Duración prevista para un correcto funcionamiento de la unidad: 1 año.
. Mes Mayo; Puesta en marcha de la consulta (Ubicación, material...)
. Mes de Junio: fin de selección y formación de pacientes.
. Auditorias Semestrales (Noviembre 2018 y Abril 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTON DITO JOSE MARIA
PEREZ MARTINEZ CARMEN
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
FUERTES CATALAN MARIA TERESA
PEREZ LAHUERTA MARIA LUISA
SANCHEZ SANCHEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde Enero 2016 se empezó a trabajar en el diseño del Sistema de Informatización Clínica (SIC), que se implantó totalmente en enero de 2017, desapareciendo el papel de la UCI. Para ello las medidas llevadas a cabo han sido:
-Se han elaborado los Diseños de las diferentes Vistas que constituyen la Historia Clínica del paciente en la UCI y que integran la información de: los registros de enfermería, médicos, los datos que vuelcan los diferentes aparatos de monitorización y soporte, y los resultados radiológicos y de laboratorio. Se han configurado las diferentes Gráficas y tendencias.
-Hemos elaborado plantillas de Informes médicos y de enfermería y de notas clínicas.
-Se han estandarizado los Registros de Valoración y los Planes de Cuidados de enfermería.
-Hemos incorporado al sistema Protocolos médicos y de enfermería por tipo de patología, según las Guías de actuación clínica.
-Se ha diseñado un registro de las diferentes técnicas realizadas en la UCI.
-Se ha incorporado el sistema de codificación de informes CIE-10.
-Se han sistematizado los tratamientos médicos, creando grupos terapéuticos con recomendaciones y avisos sobre: dosificación, diluciones, interacciones…
Y se ha incluido la Guía fármaco-terapéutica del hospital, con la posibilidad de incorporar fármacos nuevos.
-Hemos incluido Escalas Pronósticas, de Gravedad y de Valoración médicas y de enfermería.
-Se ha integrado en el sistema los resultados microbiológicos y se realiza un control de infecciones comunitarias, nosocomiales, de tratamiento antibiótico y de resistencias.
-Se ha diseñado un Programa dentro del SIC de Valoración y Control nutricional.
-Se ha integrado un Sistema de notificación de incidentes y eventos adversos.
-Se ha creado un sistema de alertas en relación con alergias e intolerancias.
-Hemos diseñado una base de explotación de datos adaptada a nuestra UCI para obtener Indicadores de Calidad, realizar un seguimiento de la actividad clínica y para posibles trabajos de investigación.
-Hemos elaborado un Plan de mejora continua de la aplicación.
-Se ha planificado un Protocolo de actuación ante una caída del sistema informático.
-Hemos realizado cursos de formación de manejo de la aplicación informática dirigidos a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.
-Hemos elaborado un Manual de uso de la aplicación.
-Hemos diseñado Indicadores y hemos realizado la monitorización de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se elaboraron una serie de Indicadores, que se han monitorizado por parte del Grupo de Calidad de la UCI cada 3 meses. Se han ido haciendo mejoras en función de los resultados obtenidos y sugerencias por parte del personal de la Unidad.
Indicadores monitorizados:
-Realización de Curso de formación:
nº de trabajadores de la UCI que realizan el Curso de formación/
nº total de trabajadores en UCI x 100
Fuente de datos: Hoja de registro de asistencia el curso de formación.
El 100% del personal que trabaja en la UCI ha realizado el Curso de formación. (Estándar 100%)
-Monitorización de los Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Medicina Intensiva:
-Manejo de las Alarmas de monitorización:
nº de enfermos monitorizados que presentan algún evento adverso por inadecuación de las alarmas/ nº de enfermos monitorizados x100
Fuente de datos: Historia clínica informatizada: Registro de eventos adversos.
El 2% de los pacientes monitorizados e la UCI presentaron algún evento adverso por inadecuación de las alarmas. (Estándar 5%)
-Indicación de Aislamientos:
nº de enfermos con indicación de aislamiento y aislados/
nº de enfermos con indicación de aislamiento x 100
Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación del Check list de indicación de aislamiento y de Registro de resultados microbiológicos.
El 100% de los pacientes con indicación de aislamiento se aisló, tras cumplimentación del check list.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

(Estándar 100%)
-Valoración del estado nutricional:
nº de enfermos con riesgo nutricional y valoración del estado nutricional / nº de enfermos ingresados con riesgo nutricional x 100
Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación del Check list de riesgo nutricional y de valoración nutricional.
El 100% de los pacientes en riesgo nutricional tiene cumplimentado el check list. (Estándar 100%)
-Monitorización de la sedación:
nº de enfermos con sedación monitorizada / nº de enfermos con sedación x 100
Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación de Escala de sedación.
El 100% de los pacientes en tratamiento con sedantes tiene cumplimentada la Escala de sedación. (Estándar 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación del Sistema de Informatización Clínica ha supuesto una optimización de la gestión de los recursos humanos y económicos (proporcionando a tiempo información para mejorar la toma de decisiones clínicas y de gestión). En definitiva una mejora en la seguridad y en la calidad asistencial de los pacientes ingresados en UCI.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/84 ========== ***

Nº de registro: 0084

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, PEREZ MARTINEZ CARMEN, FUERTES CATALAN MARIA TERESA, PEREZ LAHUERTA MARIA LUISA, SANCHEZ SANCHEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Importancia y Utilidad del proyecto:

-Las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituyen un área sanitaria muy especializada que genera multitud de datos y registros,lo que hace que sean entornos naturales para la aplicación de Sistemas de Informatización Clínica(SIC).
Los objetivos de un SIC en una UCI son:la mejora de los procesos asistenciales (optimizando los cuidados,protocolizando,disminuyendo la variabilidad clínica),y optimizar la gestión de los recursos humanos y económicos.En definitiva una mejora en la seguridad y la calidad asistencial.
Situación de partida:Ausencia de un sistema de informatización clínica.
Causas:No había sido contemplado un plan de informatización de la UCI.
Fuentes de información:-Revisión de publicaciones.-Recopilación de información de los diferentes SIC disponibles en el mercado.-Visita a UCI con SIC implantados con éxito.
La técnica que se ha utilizado por el Grupo de Calidad para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming.
Los Métodos de priorización empleados han sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS
-Instaurar en la UCI un SIC,siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva.
-Desaparición del papel,de forma que la gráfica de enfermería,los informes y los datos relacionados con el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

paciente durante su estancia en la unidad queden guardados en formato electrónico en su Historia Clínica.-Integración con el sistema informático del hospital.
-Integración con los diferentes dispositivos.-Unificar criterios de actuación,incrementando la seguridad y la calidad.
-Sistematizar la información y elaborar Registros de las actividades realizadas.-Explotación estadística.
-Optimizar la gestión.
-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

MÉTODO
-Elaborar los Diseños de las diferentes Vistas que van a constituir la Historia Clínica que integren la información de:los registros de enfermería,médicos,los datos que vuelcan los diferentes aparatos de monitorización y soporte,y los resultados radiológicos y de laboratorio.
-Estandarizar los Registros de Valoración y los Planes de Cuidados de enfermería.-Incorporar Protocolos médicos y de enfermería.
-Diseñar un registro de las diferentes técnicas.
-Elaboración de plantillas de Informes.-Incorporar el sistema de codificación CIE-10.
-Sistematizar los tratamientos médicos,creando grupos terapéuticos con recomendaciones y avisos sobre:dosificación,diluciones,interacciones e inclusión de la Guía fármaco-terapéutica del hospital.
-Incluir Escalas Pronósticas, de Gravedad y de Valoración.
-Integración de un Sistema de notificación de eventos adversos.
-Creación de un sistema de alertas en relación con:alergias e intolerancias,duración de tratamiento antibiótico,incompatibilidades farmacológicas
-Diseñar una base de explotación de datos para obtener Indicadores de Calidad y realizar un seguimiento de la actividad clínica.
-Elaborar un Plan de mejora continua.
-Planificar un Protocolo de actuación ante una caída del sistema informático.
-Cursos de formación.
-Elaborar de un Manual de uso.
-Diseñar Indicadores y Monitorizarlos.

Responsables: Grupo médico y de enfermería de Calidad de la UCI.

INDICADORES
-Realización de Curso de formación
nº de trabajadores de la UCI que realizan el Curso de formación/nº total de trabajadores en UCI x 100
Fuente de datos:Hoja de registro de asistencia el curso de formación.Estándar:100%
Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Medicina Intensiva:
-Manejo de las Alarmas de monitorización
nº de enfermos monitorizados que presentan algún evento adverso por inadecuación de las alarmas/nº de enfermos monitorizados x100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:Registro de eventos adversos.Estándar:5%
-Indicación de Aislamientos
nº de enfermos con indicación de aislamiento y aislados/nº de enfermos con indicación de aislamiento x 100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:cumplimentación de Check list de indicación de aislamiento y de Registro de resultados microbiológicos.Estándar:100%
-Valoración del estado nutricional
nº de enfermos con riesgo nutricional y valoración del estado nutricional/nº de enfermos ingresados con riesgo nutricional x 100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:cumplimentación de Check list de riesgo nutricional y de valoración nutricional.Estándar:100%
-Monitorización de la sedación
nº de enfermos con sedación monitorizada/nº de enfermos con sedación x 100
Fuente de datos:Historia clínica informatizada:cumplimentación de Escala de sedación.Estándar: 100%

DURACIÓN
-Fecha de inicio: Octubre 2016.
-Fecha de finalización: Octubre 2017.
-Elaboración y difusión del proyecto: Octubre-Noviembre 2016.
-Puesta en marcha del proyecto: Noviembre 2016.
-Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.
-Análisis final de resultados: Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0690

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ENCARNA MONFORTE ZAFON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTON DITO JOSE MARIA
MEDINA VIVAS SEBASTIAN
SANCHEZ MOYA PILAR
MARQUES MINGUEZ ISABEL
TORNERO CARRIO JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un Protocolo de Fisioterapia respiratoria siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Española y Europea de Medicina Intensiva y Neumología. Estandarizando las indicaciones y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica. Estableciendo unos criterios de selección de los pacientes potencialmente beneficiarios de esta terapia y estandarizando el manejo terapéutico.
Se ha sistematizado la información y se han elaborado Registros de las actividades encaminadas a la optimización de las indicaciones y del tratamiento de fisioterapia respiratoria.
Se ha realizado difusión del Protocolo y se han realizado Cursos de formación a todo el personal de UCI. Lo ha hecho el 100% del personal de la UCI.
Se ha diseñado una Hoja de registro que incluye: datos demográficos, diagnóstico, factores de riesgo para desarrollar complicaciones respiratorias, pacientes en ventilación mecánica, días de ventilación mecánica, complicaciones respiratorias, necesidad de apoyo con VMNI, días de estancia en UCI y mortalidad. Y se elaboró un algoritmo terapéutico.
Se han elaborado una serie de Indicadores, que se han monitorizado por parte del Grupo de Calidad de la UCI cada 3 meses. Se han ido haciendo mejoras en función de los resultados obtenidos y sugerencias por parte del personal de la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Protocolo de fisioterapia respiratoria se implantó en Enero de 2017, desde entonces hasta Diciembre de 2017 ingresaron 215 pacientes en la UCI, de los cuales 124 pacientes han cumplido los criterios de inclusión y se les ha aplicado el protocolo. En todos los pacientes se cumplimentó la Hoja de registro.
85 (68,5%) pacientes estaban en ventilación mecánica y 39 (31,5%) en respiración espontánea.
De los 85 pacientes en ventilación mecánica: 59 (69,4%) fueron hombres y 26 (30,6%) mujeres. La mediana de edad fue de 68 años. Los diagnósticos de ingreso fueron: 51 (60%) postoperatorio abdominal, 9 (11%) otros postoperatorios, 8 (9%) neumonía, 6 (7%) insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, 5 (6%) enfermedad neurológica, 3 (3,5%) traumatismo torácico, 2 (2%) parada cardiorrespiratoria, 1 (1%) intoxicación medicamentosa. Los factores de riesgo de complicaciones respiratorias fueron: 47 EPOC/Asma, 10 obesidad, 8 Enfermedades neurológicas, 8 inmunodepresión previa, 4 otras causas de neumopatía y 14 pacientes presentaron más de un factor de riesgo. 32 (38%) pacientes estuvieron menos de 24 horas intubados y 53 (62%) una media de 8 días. La estancia media en UCI fue de 8 días. 8 pacientes precisaron ventilación mecánica no invasiva tras la intubación y 2 pacientes oxigenoterapia con alto flujo. A 5 pacientes se les realizó traqueostomía. Complicaciones respiratorias: 1 reintubación precoz por broncoespasmo severo. A destacar que no ha habido pacientes que hayan presentado neumonía asociada a ventilación mecánica. En UCI fallecieron 19 (22%) pacientes.
De los 39 pacientes en respiración espontánea que cumplieron los criterios de inclusión: 27(69%) fueron hombres y 12 (31%) mujeres. La mediana de edad fue de 66 años. Los diagnósticos de ingreso fueron: 13 (33,5%) neumonía, 8 (21%) traumatismo torácico, 7 (18%) insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, 6 (15%) Insuficiencia respiratoria aguda de origen cardíaco, 2 (5%) shock séptico de origen no respiratorio, 1 (2,5%) enfermedad neurológica, 1 (2,5%) postoperatorio abdominal, 1 (2,5%) otros postoperatorios. Los factores de riesgo de complicaciones respiratorias fueron: 22 EPOC/Asma, 5 enfermedades neurológicas, 5 inmunodepresión previa, 3 obesidad, y 6 pacientes presentaron más de un factor de riesgo. La estancia media fue de 6 días. 10 pacientes necesitaron apoyo con ventilación mecánica no invasiva y 4 con oxigenoterapia de alto flujo. Complicaciones respiratorias: 1 paciente desarrolló un empiema. En UCI falleció 1 (2,5%) paciente.
Resultado de los Indicadores monitorizados:
-Personal médico y de enfermería de la UCI que realizan el Curso de formación/ Nº total de personal médico y de enfermería de la UCI x100
Fuente de datos: Hoja de registro de asistencia al curso de formación.
El 100% del personal de la UCI realizaron el Curso de formación. (Estándar 100%)
-Porcentaje de cumplimiento de las medidas (estandares calidad):
-Nº pacientes a los que se les incluye en protocolo de fisioterapia respiratoria/ Nº total de pacientes que ingresan con criterios de inclusión en el protocolo x100
Fuente de datos: Hoja de registro del Protocolo.
Al 100% de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en el Protocolo se les aplicó. (Estándar 100%)
-Nº pacientes que tienen cumplimentada Hoja de registro/ Nº total de pacientes incluidos en Protocolo x100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0690

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fuente de datos: Hoja de registro del Protocolo.
El 100% de los pacientes incluidos en el Protocolo tienen cumplimentada la hoja de registro. (Estándar 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implementación de un Protocolo de Fisioterapia respiratoria ha supuesto: la unificación de criterios de actuación, la identificación precoz de los pacientes potencialmente beneficiarios de este tipo de terapia y un manejo más óptimo del paciente. A destacar la ausencia de pacientes con Neumonía asociada a ventilación mecánica en 2017. Por lo que todo ello ha servido para mejorar la calidad asistencial de este tipo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/690 ========== ***

Nº de registro: 0690

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
OJUEL GROS TANIA EMERITA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MEDINA VIVAS RODRIGO SEBASTIAN, PEREZ MARTINEZ CARMEN, SANCHEZ MOYA PILAR, MONFORTE ZAFON ENCARNACION, MARQUES MINGUEZ ISABEL, TORNERO CARRIO JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Importancia y Utilidad del proyecto:
La fisioterapia respiratoria ha demostrado su eficacia para prevenir y reducir las complicaciones pulmonares como: la hipoventilación, la hipoxemia y las infecciones; ya que tiene como objetivo restaurar las funciones musculares y pulmonares tan rápido como sea posible.
La implantación de un Protocolo de fisioterapia respiratoria en los pacientes críticos sirve para: promover una mejoría en la función pulmonar (en los pacientes sometidos a ventilación mecánica o ventilación mecánica no invasiva, favorecer un destete precoz), evitar posibles complicaciones pulmonares (reintubaciones, infecciones, atelectasias…), reducir la estancia hospitalaria, disminuir la morbimortalidad y los costes económicos. Así pues, supone una mejora en la calidad asistencial.
Situación de partida:
Falta de estandarización de la aplicación de las medidas de fisioterapia respiratoria en nuestra UCI.
Causas:
Falta de protocolos de actuación.
Falta de registros sistematizados.
Fuentes de información:
Historias clínicas.
Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI.
El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS
Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos un Protocolo de fisioterapia respiratoria, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas de Medicina Intensiva y de Respiratorio. Estandarizando las indicaciones y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.
Sistematizar la información y elaborar Registros.
Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión del Protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0690

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Ayuda a profesionales de nueva incorporación

MÉTODO
Elaborar un Protocolo de actuación de fisioterapia respiratoria, que estandarice los criterios de indicación y las técnicas que se aplican.
Elaboración de unas Hojas de registro de los pacientes a los que se les aplica el Protocolo.
Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.
Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.
Responsables: Equipo médico y de enfermería

INDICADORES
Indicadores
Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo y se les aplica/ Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo x 100
Estándar: 100%
Hojas de registro cumplimentadas/ Total de pacientes a los que se les aplica el protocolo x 100
Estándar: 100%
Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/ Total de personal médico y de enfermería de la UCI x100
Estándar: 100%

DURACIÓN
Fecha de inicio: Octubre 2016
Fecha de finalización: Octubre 2017
Elaboración y difusión del proyecto: Octubre-Noviembre 2016
Puesta en marcha del proyecto: Diciembre 2016
Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.
Análisis final de resultados: Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1750

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN PEREZ MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
ALCON BELMONTE CONSUELO
GIMENEZ MORA ROSA
TORRES CASAS MARIA JESUS
SALVADOR PEREZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha continuado con la difusión de la estrategia integral de prevención y actuación común en todo el Hospital para mejorar la atención a la PCR y reducir en lo posible las secuelas y la mortalidad asociadas. Potenciando la Prevención de la PCR hospitalaria (PCRH), promoviendo la identificación de los pacientes susceptibles de presentar una PCR. Optimizando la precocidad de actuación ante una parada y coordinación adecuada de la asistencia en todos los eslabones de la "cadena de supervivencia hospitalaria".
Se ha realizado un Programa de formación del personal hospitalario en la atención a la PCR de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad. Se elaboró de acuerdo con las Supervisoras de las plantas un calendario de formación con los equipos asistenciales de cada una de ellas. Dando una charla teórica y un taller práctico de simulación con casos clínicos y manejo de material y aparataje del carro de paradas.
Estimulando la Cultura de Seguridad. Fomentando los aspectos éticos.
Y realizando una evaluación periódica mediante un control de calidad; realizando trimestralmente un control externo de contenido y funcionamiento de cada carro de parada. Y también hemos hecho trimestralmente un control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada.
Durante los años 2016 y 2017 se ha realizado Formación al personal de 5 plantas de hospitalización. A un número total de 50 profesionales en 2016 y 45 en 2017. La formación se ha llevado en cabo en su planta y con su carro de PCR (equipos asistenciales).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado de los Indicadores monitorizados ha sido:
-Grado de aceptación del Curso "Plan de formación del personal sanitario en la atención a la PCR":
Nº de plazas cubiertas en el Curso de Plan de formación en la atención a la PCR/Nº total de plazas ofertadas en el curso x100 = 100%
Fuente de datos: Hoja de registro de formación de RCP.(Estándar 100%)
-Cumplimiento del Plan de Formación del personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR:
Nº de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR formado/Nº total de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR x100 = 90%
Fuente de datos: Hoja de registro de formación de RCP. (Estándar 50%)
-Cumplimiento de Control externo del contenido y funcionamiento de cada carro de parada normalizado:
Nº de controles externos de contenido y funcionamiento de cada carro de parada/4 trimestres x100 = 100%.
Fuente de datos: Hoja de registro de control externo de carros de parada. (Estándar 100%)
-Cumplimiento de Control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada
Nº de controles externos de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de cada carro de parada/4 trimestres x100 = 100%.
Fuente de datos: Hoja de registro de control externo de carros de parada. (Estándar 100%)
Se ha conseguido normalizar totalmente los carros de PCR con la reposición de dos monitores-desfibriladores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En un Plan de prevención de la PCR que comprende todo el hospital hay que continuar haciendo revisiones externas del funcionamiento de los carros de PCR, ya que esto nos permite corregir desviaciones en cuanto a la composición y utilización de los mismos. Así mismo, hay que continuar con el Programa de formación continuada tanto a los equipos ya formados como a los profesionales de nueva incorporación.

7. OBSERVACIONES.
Los equipos asistenciales en las plantas varian en función de los traslados, movimiento interno, jubilaciones...por lo que hace necesario continuar con los Planes de formación continuada.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1750 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1750

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Nº de registro: 1750

Título
CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
PEREZ MARTINEZ CARMEN, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, OJUEL GROS TANIA EMERITA, GIMENEZ MORA ROSA, ALCON BELMONTE CONSUELO, SALVADOR PEREZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PCR reanimables
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye la emergencia de mayor riesgo vital que se puede presentar en el paciente hospitalizado.La reanimación cardiopulmonar (RCP) y el Soporte Vital (SV) constituyen una herramienta eficaz para salvar vidas si se aplican adecuadamente;siendo fundamental que haya una organización con medidas de prevención y un conjunto de actuaciones adecuadas e integradas.Existen evidencias de que es posible reducir la mortalidad y las secuelas tras una PCR si se organiza un Plan para mejorar la respuesta asistencial, acortando los tiempos y optimizando la cadena de supervivencia.Las Sociedades Científicas implicadas recomiendan establecer planes hospitalarios de atención a la PCR.
Situación de partida:En 2015 presentamos y se aprobó un Proyecto de mejora de calidad “Plan integral de prevención y atención a la PCR en el HOP de Teruel” y a lo largo de 2015-2016 llevamos a cabo las siguientes medidas:-Elaboramos un Protocolo de Prevención y Actuación ante una PCR de acuerdo con los Guías.El Protocolo está disponible en la intranet del Sector de Teruel-Clasificamos las áreas asistenciales de acuerdo con el riesgo de PCR-Unificamos los Carros de parada,estandarizando el diseño y dotación de los equipos y materiales para atender una PCR-Elaboramos un Registro de revisión del Carro de parada,que se cumplimenta por los equipos de enfermería de cada planta-Se han elaborado posters con los Algoritmos de Actuación del Plan de RCP Hospitalario y se han distribuido por las Plantas de hospitalización-Se ha elaborado y distribuido una tarjeta de bolsillo con la Escala de riesgo de PCR-Se está llevando a cabo un Plan de Formación Continuada del personal hospitalario de cada planta en la atención a la PCR con simulacros,donde se hace hincapié en el análisis constructivo de los posibles errores y su prevención-Elaboración de un Registro de formación en RCP en el Hospital-Diseño y monitorización de Indicadores

RESULTADOS ESPERADOS
-Continuar con la difusión de la estrategia integral de prevención y actuación común en todo el Hospital para mejorar la atención a la PCR y reducir en lo posible las secuelas y la mortalidad asociadas-Potenciar la Prevención de la PCR hospitalaria (PCRH),promoviendo la identificación de los pacientes susceptibles de presentar una PCR-Optimización de la precocidad de actuación ante una parada y coordinación adecuada de la asistencia en todos los eslabones de la “cadena de supervivencia hospitalaria”-Desarrollo de actuaciones coordinadas de todos los intervinientes en la RCP que contribuyan a una atención efectiva y eficiente,estableciendo con claridad las funciones de cada uno de ellos-Estímulo de una Cultura de Seguridad-Fomento de los aspectos éticos-Evaluación periódica:control de calidad-Ayuda a profesionales de nueva incorporación

MÉTODO
-Continuar con el Programa de formación del personal hospitalario en la atención a la PCR de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad,así como su reciclaje periódico para que se mantengan al máximo nivel-Realizar trimestralmente un control externo de contenido y funcionamiento de cada carro de parada-Realizar trimestralmente un control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada

INDICADORES
-Grado de aceptación del Curso Plan de formación del personal sanitario en la atención a la PCR
Nº de plazas cubiertas en el Curso de Plan de formación en la atención a la PCR/Nº total de plazas ofertadas en el curso x100
Estándares de calidad:100%.Fuente de datos:Hoja de registro de formación de RCP
-Cumplimiento del Plan de Formación del personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR
Nº de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR formado/Nº total de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR x100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1750

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Estándares de calidad:50%.Fuente de datos:Hoja de registro de formación de RCP
-Cumplimiento de Control externo del contenido y funcionamiento de cada carro de parada normalizado
Nº de controles externos de contenido y funcionamiento de cada carro de parada/4 trimestres x100
Estándares de calidad:100%.Fuente de datos:Hoja de registro de control externo de carros de parada
-Cumplimiento de Control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada
Nº de controles externos de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de cada carro de parada/4 trimestres x100
Estándares de calidad:100%.Fuente de datos:Hoja de registro de control externo de carros de parada

DURACIÓN
Fecha de inicio:Enero 2017.Fecha de finalización:Diciembre 2017
Equipo médico y enfermería de la UCI
Cursos de formación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0343

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDINA VIVAS SEBASTIAN
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
FERNANDEZ GONZALEZ MARIA CARMEN
DE LA CRUZ ROSARIO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realizó una revisión de las recomendaciones de buenas prácticas de la SEMICYUC (Sociedad Española de Cuidados Intensivos) y SAR (Sociedad Española de Radiología)
- Se desarrolló un protocolo de indicación de realización de Rx de tórax en pacientes ingresados en UCI.
- Se realizaron reuniones con el personal médico de la UCI para incorporar este protocolo de petición de Rx de tórax
- Se realizó un registro de las peticiones de Rx tórax de pacientes ingresado en UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado ha sido satisfactorio, disminuyendo el número de Rx tórax innecesarias en los pacientes ingresados en UCI, y que no aportaban valor tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de los pacientes
Indicadores:
1.- Pacientes a los que se les solicita Rx tórax cumpliendo criterios de indicación del protocolo / Total de pacientes a los que se les solicita Rx tórax x 100
Estándar de calidad: 90%
Objetivo conseguido 100%

2.- Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les realiza RX tórax x 100
Estándar de calidad: 100%
Objetivo conseguido 100%

3.- Personal médico que asiste a las sesiones clínicas de formación/Total de personal médico de la UCI x 100
Estándar de calidad: 100%
Objetivo conseguido 100%

Fuente de datos: Registro en el Sistema Clínico de Información de la UCI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora en la adecuación de las peticiones de Rx de tórax de los pacientes ingresados en la UCI
Es necesario informar al personal que se incorpore a la UCI sobre la pertinencia del protocolo de buenas prácticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/343 ========== ***

Nº de registro: 0343

Título
IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE "NO HACER" RX TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, MEDINA VIVAS SEBASTIAN, FERNANDEZ GONZALEZ MARIA CARMEN, DE LA CRUZ ROSARIO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0343

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los enfermos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Importancia y Utilidad del proyecto: En las unidades de cuidados intensivos (UCI) se realizan muchas radiografías de tórax rutinarias como complemento al examen del enfermo crítico.La justificación de su realización estaba en la alta prevalencia de hallazgos en el enfermo de UCI.Sin embargo,la interpretación de los estudios que avalaban su realización es dudosa,ya que hay grandes diferencias de metodología;y trabajos recientes de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología demuestran su poca utilidad como medio que permita realizar cambios terapéuticos.Esto implica que exista un exceso de exploraciones que podrían evitarse,teniendo en cuenta:el exceso de radiación evitable,el tiempo perdido en exploraciones innecesarias y el gasto hospitalario.La práctica clínica de "no hacer" Rx tórax diaria constituye un indicador de calidad asistencial y de seguridad del paciente crítico. Situación de partida:Falta de estandarización de la realización de Rx de tórax en nuestra UCI.Causas:Falta de protocolos de actuación.Falta de registros sistematizados.Fuentes de información:Historias clínicas.Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI.El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS
-Instaurar un Protocolo de indicación de realización de Rx de tórax a los pacientes ingresados en la UCI,siguiendo las recomendaciones de buenas prácticas clínicas de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología.-Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad,disminuir la variabilidad en la práctica clínica,incrementar la seguridad y mejorar la calidad asistencial.-Sistematizar la información y elaborar Registros.E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI.-Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta,discusión y posibilidad de realizar mejoras en el protocolo según los resultados de la monitorización de los indicadores.-Optimizar la gestión de los recursos humanos y económicos.-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

MÉTODO
-Instaurar un Protocolo de indicación de realización de Rx de tórax a los pacientes ingresados en la UCI, siguiendo las recomendaciones de buenas prácticas clínicas de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología.-Incorporar el Protocolo al sistema de gestión de información clínica de la UCI.-Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento del Protocolo (de los enfermos a los que se les solicita Rx tórax y su justificación clínica) e incorporarlo al sistema informático.-Realizar difusión del Protocolo a través de Sesiones clínicas a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.-Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.
-Responsables:Equipo médico.

INDICADORES
-Nº de pacientes a los que se les solicita Rx tórax cumpliendo criterios de indicación del Protocolo/Total de pacientes a los que se les solicita Rx tórax
Estándar de calidad:90%
Fuente de datos:Registro en Sistema clínico de información.
-Registros cumplimentados/Total de pacientes a los que se les realiza Rx tórax x 100
Estándar:100%
Fuente de datos:Registro en Sistema clínico de información.
-Personal médico que asiste a las sesiones clínicas de formación/Total de personal médico de la UCI x100
Estándar:100%
Fuente de datos:Registro en Sistema clínico de información.

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

DURACIÓN
Fecha de inicio:Febrero 2018.Fecha de finalización:Marzo 2019.
Elaboración y difusión del proyecto:Febrero 2018.
Puesta en marcha del proyecto:Marzo 2018.
Análisis final de resultados:Marzo 2019.
Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto,los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0343

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

resultados y las áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0346

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA MONTON DITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION
MEDINA VIVAS SEBASTIAN
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
PEREZ MARTINEZ CARMEN
MARQUES MINGUEZ ISABEL
TORNERO CARRIO JULIA
FUERTES CATALAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realizó una revisión de las Guías Española, Europea y Americana sobre nutrición del paciente crítico, haciendo una valoración de las recomendaciones según niveles de evidencia.
- Se desarrolló un guía de práctica clínica nutricional para el paciente que ingresa en UCI, según las recomendaciones de las guías anteriores.
- Se incorporó dicha guía al Sistema de Información Clínica (SIC) de la UCI.
- Se desarrolló una “vista” en dicho SIC, que facilitara el cálculo de las necesidades nutricionales del paciente, aconsejara el tipo de dieta a prescribir y realizara un seguimiento diario de los objetivos calóricos y proteicos alcanzados.
- Se realizaron reuniones con el personal de la UCI para incorporar esta guía y el posterior seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado ha sido satisfactorio, mejorando la concienciación en el personal sanitario de la UCI sobre la necesidad de una adecuada nutrición del paciente crítico; disponiendo de una herramienta informática para realizar los cálculos nutricionales, el tipo de nutrición requerida y el seguimiento del estado nutricional del paciente.

Indicadores:
1.- Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía clínica y se les aplica / Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía x 100
Estándar de calidad: 90%
Objetivo conseguido 100%

2.- Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les aplica la Guía x 100
Estándar de calidad: 100%
Objetivo conseguido 100%

3.- Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/Total de personal médico y de enfermería de la UCI x 100
Estándar de calidad: 100%
Objetivo conseguido 100%

Fuente de datos: Registro en el Sistema Clínico de Información

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora en la adecuación nutricional y seguimiento de los pacientes de la UCI
Es necesario informar al personal que se incorpore a la UCI sobre la pertinencia del proyecto y las posibilidades del SIC.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/346 ========== ***

Nº de registro: 0346

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0346

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
MONTON DITO JOSE MARIA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MEDINA VIVAS SEBASTIAN, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, PEREZ MARTINEZ CARMEN, MARQUES MINGUEZ ISABEL, TORNERO CARRIO JULIA, FUERTES CATALAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que precisan soporte nutricional
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Importancia y Utilidad del proyecto:Hay suficiente evidencia de que el inadecuado soporte nutricional en el paciente crítico es un factor de riesgo independiente de morbilidad,con aumento de:la tasa de infecciones,estancia en UCI y hospital,días de ventilación mecánica,dificultad para la cicatrización de las heridas;y de aumento de la mortalidad.Por todo ello,la valoración del riesgo nutricional,la estandarización de las indicaciones de soporte nutricional según la patología,la monitorización nutricional y la detección precoz y manejo de las posibles complicaciones,constituyen indicadores de calidad asistencial del paciente crítico.
Situación de partida:Falta de estandarización de la valoración y monitorización nutricional en nuestra UCI.
Causas:Falta de protocolos de actuación.Falta de registros sistematizados.
Fuentes de información:Historias clínicas.Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI.El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS
-Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos una Guía de práctica clínica nutricional,siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas y Americanas de Medicina Intensiva y de Nutrición.Estandarizando la valoración de riesgo nutricional y del estado nutricional,las indicaciones de soporte nutricional y la monitorización;y todas las medidas y actividades a realizar.Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.-Alcanzar los objetivos calóricos y proteicos indicados en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI.-Sistematizar la información y elaborar Registros.E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI.-Facilitar el cumplimiento,accesibilidad de consulta,discusión y posibilidad de revisión de la Guía.-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

MÉTODO
Elaborar una Guía de práctica clínica nutricional que contemple diferentes aspectos como son:-Estandarizar el momento de indicación y qué herramientas se utilizarán,para la valoración de riesgo nutricional y de estado nutricional al ingreso y la monitorización nutricional semanal durante su estancia en UCI.–Individualizar las necesidades nutricionales y el tipo de soporte nutricional y vía de administración,en dependencia de la patología de ingreso y su estado metabólico.-Cálculo de los objetivos calóricos y proteicos; y alcanzar el 80% en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI.-Establecer, de acuerdo con laboratorio,un pérfil analítico nutricional;que se realizará al ingreso y semanalmente.-Protocolizar la identificación de las posibles complicaciones para detectarlas y tratarlas precozmente.-Inclusión en el informe de alta,de la información sobre la valoración nutricional,resultados de su monitorización y los procedimientos de soporte nutricional (nutrición parenteral,nutrición enteral,suplementos,nutrición complementaria) que ha recibido el enfermo.-Incorporar la Guía clínica al sistema de gestión de información clínica de la UCI.-Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento de la Guía e incorporarlo al sistema informático.-Realizar Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.-Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.
-Responsables: Equipo médico y de enfermería.

INDICADORES
-Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía clínica y se les aplica/Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía Clínica x 100
Estándar de calidad:90%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información
-Registros cumplimentados/Total de pacientes a los que se les aplica la Guía clínica x 100
Estándar de calidad:100%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información
-Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/Total de personal médico y de enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0346

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

de la UCI x100
Estándar de calidad:100%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Febrero 2018.Fecha de finalización: Marzo 2019.
Elaboración y difusión del proyecto: Febrero 2018
Puesta en marcha del proyecto: Marzo 2018
Análisis final de resultados: Marzo 2019
Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0407

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENCARNA MONFORTE ZAFON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ MARTINEZ CARMEN
SANCHEZ MOYA MARIA PILAR
LOPEZ OLIVAS SOLEDAD
PASTOR PEREZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realizó una revisión de las Guías Española, Europea y Americana sobre Nutrición Enteral en el paciente crítico y se desarrolló un protocolo de manejo de N. Enteral, siguiendo las recomendaciones de la guías.
- Se realizó un protocolo sobre indicación, técnicas de colocación y manejo de los diferentes tipos de sondas de N. Enteral. Se llegó a un consenso sobre la definición y manejo del Volumen de Residuo Gástrico
- Se realizó una revisión y protocolización sobre la administración de fármacos a través de SNG
- Se incorporó dicho protocolo al Sistema de Información Clínica (SIC) de la UCI
- Se registró el cumplimiento del protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado ha sido satisfactorio, unificando el manejo de la N. Enteral y de los diferentes tipos de sondas de N. Enteral; así como la administración de fármacos a través de SNG.
Se ha conseguido unificar los criterios y manejo del Volumen de Residuo Gástrico

Indicadores:
1.- Pacientes que cumplen criterios de inclusión en el protocolo de manejo de N. Enteral y se les aplica / Total de pacientes que cumplen criterios de inclusión en protocolo x 100
Estándar de calidad: 90%
Objetivo conseguido 100%

2.- Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les aplica el protocolo x 100
Estándar de calidad: 100%
Objetivo conseguido 100%

3.- Personal médico, de enfermería y TCAE que realiza el curso de formación / Total de personal médico, de enfermería y TCAE de la UCI x 100
Estándar de calidad: 100%
Objetivo conseguido 100%

Fuente de datos: Registro en el Sistema Clínico de Información de la UCI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora en manejo de la N. Enteral en los pacientes ingresados en la UCI
Es necesario formar al personal que se incorpore a la UCI sobre la existencia de este protocolo de N. Enteral y manejo de sondas enterales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/407 ========== ***

Nº de registro: 0407

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
MONFORTE ZAFON ENCARNACION, PEREZ MARTINEZ CARMEN, MONTON DITO JOSE MARIA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, SANCHEZ MOYA MARIA PILAR, SANCHEZ SANCHEZ MARIA, LOPEZ OLIVAS SOLEDAD, PASTOR PEREZ MARIA JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0407

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Soporte nutricional enteral
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Importancia y Utilidad del proyecto:
En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) los pacientes presentan estados catabólicos intensos y un grado elevado de estrés.Se ha constatado que el inadecuado soporte nutricional se asocia con un aumento de la morbilidad y de la mortalidad,ya que esta situación conlleva alteraciones bioquímicas,un rápido descenso del peso corporal,masa muscular e inmunidad.Diferentes estudios clínicos confirman que la nutrición enteral (NE):preserva la estructura y función de la mucosa gastrointestinal manteniendo su efecto de barrera,puede evitar o reducir la translocación bacteriana,disminuir la respuesta catabólica y reducir la tasa de infecciones en el paciente crítico.
Debe primar la elección de la NE sobre la parenteral siempre que sea posible debido a que:genera menos complicaciones,es más fácil de administrar,controlar y preparar,es menos traumática y mejor tolerada por el paciente.
Situación de partida:Falta de estandarización de la indicación,valoración y monitorización del soporte de NE en nuestra UCI.
Causas:Falta de protocolos de actuación.Falta de registros sistematizados.
Fuentes de información:Historias clínicas.Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI.El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS
-Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos un Protocolo de manejo de NE,siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas y Americanas de Medicina Intensiva y de Nutrición.Estandarizando la valoración nutricional,las indicaciones de la NE, la vía de administración,la monitorización y la prevención, detección precoz y tratamiento de las posibles complicaciones;y todas las medidas y actividades a realizar.Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.-Alcanzar el 80% de los objetivos calóricos y proteicos indicados en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI.-Sistematizar la información y elaborar Registros.E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI.-Facilitar el cumplimiento,accesibilidad de consulta,discusión y posibilidad de revisión del Protocolo.-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.-Mejorar la calidad asistencial y la seguridad clínica.

MÉTODO
Elaborar un Protocolo de manejo de NE que contemple diferentes aspectos como son:-Estandarizar las herramientas que se utilizarán para la valoración de riesgo nutricional y de estado nutricional al ingreso y la monitorización nutricional semanal durante su estancia en UCI.–Individualizar las necesidades nutricionales y el tipo de soporte nutricional enteral y vía de administración,en dependencia de la patología de ingreso y su estado metabólico.-Cálculo de los objetivos calóricos y proteicos; y alcanzar el 80% en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI.-Indicar los tipos de sondas de alimentación y sus indicaciones,las técnicas de colocación y manejo.-Valoración de la tolerancia.-Protocolizar la prevención, la identificación precoz y el tratamiento de las posibles complicaciones.-Protocolizar la administración de fármacos a través de la sonda de NE.-Inclusión en el informe de alta de la información sobre: la valoración nutricional, el tipo de NE,la tolerancia,los resultados de su monitorización y la aparición de posibles complicaciones y su tratamiento.-Incorporar el Protocolo al sistema de gestión de información clínica de la UCI.-Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento del Protocolo e incorporarlo al sistema informático.-Realizar Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.-Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.
-Responsables: Equipo médico y de enfermería.

INDICADORES
-Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo de manejo de NE y se les aplica/Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo x 100
Estándar de calidad:90%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información
-Registros cumplimentados/Total de pacientes a los que se les aplica el Protocolo x 100
Estándar de calidad:100%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información
-Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/Total de personal médico y de enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0407

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

de la UCI x100
Estándar de calidad:100%
Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Febrero 2018
Fecha de finalización: Marzo 2019
Elaboración y difusión del proyecto: Febrero 2018
Puesta en marcha del proyecto: Marzo 2018
Análisis final de resultados: Marzo 2019
Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CHERPENTIER FONSECA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ MENDOZA VANESA
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del protocolo
Difusión mediante sesión clínica hospitalaria y en Centro de Salud
Atención consultas vía telefónica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el inicio de la implantación del protocolo el 50% de los pacientes remitidos se ajusta a las indicaciones señaladas con una clara tendencia al alza en su cumplimentación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de pautas simples y fácilmente comprensibles para la remisión de estos pacientes desde Atención Primaria, con el adecuado estudio clínico/analítico previo, estimula su diagnóstico precoz y la rápida instauración de tratamiento antirretroviral, con la consiguiente reducción de la morbimortalidad, recuperación y preservación de la función inmunológica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/947 ========== ***

Nº de registro: 0947

Título
PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN CONSULTA EXTERNA DE INFECCIOSAS

Autores:
FONSECA LOPEZ CHERPENTIER, GRACIA SANCHEZ PILAR, LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER, FERNANDEZ ALAMAN AMALIA INMACULADA, CALPE GIL MARIA JOSE, MUÑOZ MENDOZA VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la práctica diaria los médicos tanto de atención primaria como de diferentes especialidades se encuentran con diagnósticos como son infección por el virus de inmunodeficiencia humana, infección por virus de hepatitis B o C los cuales son remitidos a consultas externas de medicina interna para realizar su debidos estudios e iniciar el tratamiento. El problema radica en el tiempo transcurrido desde la realización del diagnóstico hasta que es evaluado adecuadamente, realización de las pruebas necesarias para iniciar el tratamiento. Esto suelen tardar varios meses, este tiempo es valioso para el rápido control y el bienestar del paciente.

En algunos pacientes el comienzo de la terapia antirretroviral es un momento importante. Algunas personas con VIH apenas tienen tiempo de asimilar el resultado positivo de la prueba y ya deben plantearse el hecho de tratarse de por vida, pues su sistema inmunitario se halla muy debilitado.
También debemos tener en cuenta la capacidad preventiva del tratamiento antirretroviral evitaba que las parejas heterosexuales de personas con VIH adquirieran la infección.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)

También debemos de tener en cuenta la infección por virus de hepatitis C ya que actualmente el estándar de tratamiento para la infección crónica es el tratamiento con antivirales de acción directa en pautas libres de interferón que se tolera mucho mejor y la curación llega a ser casi del 100%. En los pacientes que presentan esta infección la evolución es lenta pero al final presenta cirrosis y múltiples complicaciones incluso la muerte por lo cual se debe realizar valoración del estado de la enfermedad y la necesidad de realizar el tratamiento antes que el paciente se encuentre en peligro.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos una mejora integral de todo el proceso de la derivación de los pacientes a la consulta de infecciosas del Hospital Obispo Polanco realizando una mejora en la atención del paciente y con disminución en el tiempo trascurrido desde la sospecha diagnostica hasta la realización del tratamiento mas adecuado.
El resultado final será la elaboración de un Protocolo para la primer cita en la consulta de infecciosas aplicable a cualquier Hospital de la Comunidad.

MÉTODO
Lo primero es tener conciencia del tiempo que se pierde desde que se realiza la sospecha de infección con la posterior confirmación y después la remisión a la consulta especializada pudiendo pasar varios días o semanas.
Después de confirmado el diagnostico se procede a citar al paciente como primer día en la consulta de infecciosas en donde se realiza un interrogatorio completo con un primer asesoramiento y respuesta a preguntas que afectan de forma profunda la calidad de vida de nuestros pacientes.
Posteriormente se solicita una batería de pruebas para saber exactamente la situación clínica del paciente entre los cuales se encuentran analíticas de sangre y pruebas radiológicas las cuales precisan un determinado tiempo que conlleva a una demora en el inicio del tratamiento.
Para disminuir el tiempo que transcurre desde la sospecha de infección y la realización de tratamiento eficaz se realizara un protocolo para que los médicos tengan una herramienta adecuada y el paciente asista a la consulta con las pruebas solicitadas y de esta forma disminuir los tramites y el tiempo de espera. Este Se podrá descargar directamente de la página Web de nuestro Hospital (www.opolanco.es) de esta manera todos los médicos de atención primaria y especialistas de nuestra zona podrán saber con total seguridad como remitir el paciente de la mejor forma posible.

El objetivo es poder cuantificar cuantos pacientes nuevos llegan remitidos desde otras especialidades o desde atención primaria con las pruebas indicadas en el protocolo logrando al final la elaboración de una guía-protocolo teniendo en cuenta todos los datos y posible mejoras durante el estudio.

INDICADORES
la recolección de los pacientes como primera cita que haya sido diagnosticados de infección por el virus del VIH e infección por virus de hepatitis C en tiempo real, observando si han sido remitidos con las pruebas diagnósticas solicitabas o si ha habido una demora en el tiempo de diagnostico hasta realizar tratamiento.

DURACIÓN
El estudio comenzará el 1 de noviembre del 2016, se irá recogiendo y analizando en tiempo real e incorporando los datos en una base de datos realizada en SPSS para tal fin. Al año de comenzar el escrito elaboraremos un resumen de los resultados y la realización de una guía-protocolo de remisión a la consulta de Infecciosas de Medicina interna, extrapolable a toda la Comunidad Autónoma.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SERGIO ZABALA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL
GARZARAN TEIJEIRO ANA
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha recogido información sobre cada solicitud de teleinterconsulta por parte de los médicos de AP demandantes y de cada acto de respuesta dada por parte de los internistas de nuestro hospital que contestan las solicitudes, a lo largo de los 3 primeros trimestres de 2018 conforme al calendario previsto.
- Se ha registrado dicha información en una base de datos ad hoc conforme se iban recogiendo los datos.
- Se ha realizado análisis estadístico descriptivo de los datos y se han plasmado los resultados en documento oportuno en las semanas posteriores a finalizar la recogida de datos de acuerdo con el calendario previsto.
- Se han remitido resultados a la Dirección del HOP y a la Dirección de AP para la difusión de resultados entre los profesionales de AP y de Medicina Interna en los días posteriores a la materialización del documento de resultados, conforme al plazo previsto.
- Se ha efectuado remisión de propuestas de mejora desde Medicina Interna dentro del 4º cuatrimestre del año y mantenido reunión entre profesionales hospitalarios y directivos de ambos niveles, con dos semanas de retraso después de la finalización del año, para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles, buscando compromisos para llevar a cabo acciones de mejora en el futuro.
- El proyecto se da por finalizado el 16 de enero de 2019 (previsto para el 31/12/2018). La elaboración de la memoria del proyecto se produce dentro del plazo programado, antes de la fecha límite preestablecida (28/02/2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EVALUACIÓN DE RESULTADOS SEGÚN INDICADORES.
- Indicadores estructurales:
= Existencia de formulario de registro de datos:
· Cumplimiento: Sí.
= Existencia de base de datos informática para gestión de los datos.
· Cumplimiento: Sí.
- Indicadores de proceso:
= Número absoluto de registros cumplimentados, por periodos trimestrales:
· Cumplimiento: Sí.
= Porcentaje de registros cumplimentados respecto al total de teleinterconsultas a través de IV, acumulado por periodos trimestrales:
· Cumplimiento: 100 %.
= Número de reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
· Cumplimiento: Sí. 1 reunión física. 2 envíos unidireccionales de materiales para puesta en común sin coincidencia física en un mismo espacio (acciones preestablecidas como equivalentes).
- Indicadores de resultado:
= Existencia de documento de resultados de análisis descriptivo de los datos:
· Cumplimiento: Sí.
= Remisión y difusión de resultados:
· Cumplimiento: Sí (consta la remisión).
= Constancia de la búsqueda de compromisos para llevar a cabo proyectos de mejora futuros:
· Cumplimiento: Sí (consta la búsqueda de compromisos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Se genera una disminución de la frecuentación de primeras visitas en las CCEE de MI en la medida que una parte (aprox. un 40%) de las interconsultas virtuales (IV) se resuelven sin tales desplazamientos por parte de los pacientes.
• No siempre se acompaña la solicitud de IV de la información suficiente. Por este motivo, en no pocas ocasiones la respuesta pasa por indicar una consulta presencial posterior para el paciente. Una mejora a considerar en esta línea es que las peticiones de interconsulta virtual desde AP se acompañen de mayor y mejor información acerca del paciente y de sus problemas motivadores de la IV.
• Diez facultativos de AP (aprox. el 11 %) han generado el 43,75 % de las IV del periodo. Este es un hecho a analizar y un potencial campo de mejora. No tenemos conocimiento de la orientación en el abordaje asistencial propio de cada CS. Este sería un aspecto a considerar en común entre ambos niveles asistenciales para buscar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

aspectos a mejorar.
• No necesariamente todas las IV con petición de consulta presencial han terminado en ella, ni todas las IV con otras peticiones (valoración de casos para orientación o gestión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos) han evitado una consulta presencial. Una potencial mejora en este aspecto es el "afinar" en estas respuestas cruzadas en evitación aún mayor de desplazamientos innecesarios del paciente a la vez que "afinar" en la expectativa del facultativo demandante, mediante una mejor y más fluida información acerca del paciente, el problema que motiva la demanda y las actuaciones asistenciales llevadas a cabo acerca de ello.
• Aun con variabilidad entre las respuestas que los especialistas de MI han dado a las IV, todos ellos han dado indicación de proceder a una consulta presencial en un intervalo porcentual similar predominante sobre otras respuestas, dando consistencia al resultado global. En este aspecto, una acción de mejora potencial puede ser el establecimiento de unos criterios más explícitos y comunes a la hora de emitir sus respuestas.
• Acerca de la calidad de las peticiones de IV, destacar que casi un 12 % del total se han considerado peticiones mal orientadas hacia las CCEE de MI, lo que supone una utilización inadecuada de un recurso (y lo que implica en dedicación y en coste/oportunidad). Pero sobre todo destacar que en casi el 20 % de las IV se ha considerado que ha habido una evaluación clínica previa insuficiente por parte del facultativo de AP antes de proceder a la IV y en casi un 7 % se ha considerado que se ha generado la IV sin una evaluación clínica previa (entre ambas más de un cuarto de las IV emitidas hacia MI). Son estos tres aspectos claramente mejorables. Para ello, el facilitar y el fomentar el acceso a las fuentes de conocimiento clínico-asistencial a través de la inmediatez que proporcionan las herramientas informáticas y proporcionar disponibilidad respecto a procedimientos diagnóstico-terapéuticos procedentes para la asistencia completa en el nivel de la AP, son medidas necesarias e imprescindibles para que los facultativos de ese ámbito asistencial puedan desarrollar su labor con la máxima calidad y motivación.
• De la aportación y puesta en común de las propuestas de mejora emitidas no se han derivado acciones de plasmación en documentos guía de objetivos, planes, proyectos y calendarios que comprometan en la consecución de las mismas mediante liderazgos oportunos para impulsarlas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/163 ========== ***

Nº de registro: 0163

Título
ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

Autores:
ZABALA LOPEZ SERGIO, SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL, GARZARAN TEIJEIRO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades en general del adulto susceptibles de atención especializada por Medicina Interna.
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la Práctica Clínica

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente se ha puesto en funcionamiento el servicio de Interconsulta Virtual (IV) dentro del sistema de Historia Clínica Electrónica del Servicio Aragonés de Salud. Tras una primera fase de implantación, posteriormente se han canalizado a través de esta herramienta todas las solicitudes tanto de valoración especializada de casos para dar orientación a la actuación de los médicos de familia en Atención Primaria (AP), como de peticiones de consulta presencial para la asistencia especializada (AE) directa al paciente.
La oportunidad que nos brindan los registros de dimensionar estos aspectos y aumentar el conocimiento que tenemos sobre ellos para encontrar aquellos factores mejorables de la actividad de interconsulta especializada, que plausiblemente ha de conllevar una mejora de la calidad del servicio prestado por médicos de familia y especialistas a los pacientes de nuestro sector sanitario, nos mueve a proponer este proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

RESULTADOS ESPERADOS
· OBJETIVO PRINCIPAL:
Analizar y evaluar la actividad de teleinterconsulta desde AP hacia Medicina Interna General en el sector sanitario del Hospital Obispo Polanco (HOP) de Teruel, buscando oportunidades de mejora.
· OBJETIVOS SECUNDARIOS:
- Establecer un feedback con los médicos de familia de los centros de salud para aumentar su conocimiento de la realidad de la demanda de actividad de AE y las respuestas ofrecidas a través de la herramienta informática de IV en nuestro sector.
- Intercambiar y consensuar propuestas de mejora en aquellos aspectos que puedan identificarse como factibles de mejorar.

MÉTODO
- Recogida de información sobre cada solicitud de teleinterconsulta y de cada acto de respuesta dada por parte de los médicos de AP demandantes y de los internistas de nuestro hospital que contestan las solicitudes.
- Registro de dicha información en una base de datos ad hoc.
- Análisis estadístico de los datos. Plasmación de resultados en documento oportuno.
- Remisión de resultados a la Dirección del HOP, a la Dirección de AP y a los coordinadores de Equipos de AP. Difusión de resultados entre los profesionales de AP y de Medicina Interna.
- Reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
- Búsqueda de compromisos en esas reuniones para llevar a cabo los proyectos de mejora en el futuro.

INDICADORES
- Indicadores estructurales (medios para recogida de información):
= Existencia de formulario de registro de datos:
· Estándar: Sí.
= Existencia de base de datos informática para gestión de los datos.
· Estándar: Sí.
- Indicadores de proceso:
= Número absoluto de registros cumplimentados, por periodos trimestrales:
· Estándar: Sí se recoge el nº.
= Porcentaje de registros cumplimentados respecto al total de teleinterconsultas a través de IV, acumulado por periodos trimestrales:
· Estándar: > 90 % (acumulado).
= Número de reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
· Estándar: = 3 (se consideran equivalentes también acciones de puesta en común de los materiales aun sin coincidencia física en un mismo espacio; si factores externos al equipo impiden la bidireccionalidad, se considerará cumplimentado si hay unidireccionalidad).
- Indicadores de resultado:
= Existencia de documento de resultados de análisis estadístico de los datos:
· Estándar: Sí.
= Remisión y difusión de resultados:
· Estándar: Sí consta la remisión.
= Constancia de la búsqueda de compromisos para llevar a cabo proyectos de mejora futuros:
· Estándar: Sí consta la búsqueda de compromisos.

DURACIÓN
- Recogida de información sobre solicitudes y respuestas de teleinterconsultas y registro en la base de datos: a lo largo de los 3 primeros trimestres de 2018. Se necesita un tiempo de recogida de datos dilatado para obtener significación en los resultados relativos a centros de salud de menores dimensiones.
- Análisis estadístico de los datos y plasmación de resultados en documento oportuno: en las 3 semanas posteriores a finalizar la recogida de datos.
- Remisión y difusión de resultados: en la semana posterior a la materialización del documento de resultados.
- Reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos futuros de mejora factibles buscando compromisos para llevarlos a cabo: en el resto del 4º trimestre de 2018.
- Finalización del proyecto: 31 /12/2018. Plazo de elaboración de la memoria del proyecto: 28/02/2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0999

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS ESCUSA JULIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL
GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES
MAICAS LOPEZ DOLORES
PANADERO ROMERO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo planteado trata de analizar los conocimientos sobre la higiene de manos de los profesionales en el Hospital Obispo Polanco.
El estudio que se ha centrado en profesionales atendidos en las Unidades de hospitalización de Traumatología, Urología y Medicina Interna en el Hospital Obispo Polanco.
Para ello se ha utilizado el Cuestionario de Conocimientos sobre la Higiene de manos para Profesionales Sanitarios (Hand Hygiene Knowledge Questionnaire for Health- Care Workers, traducido por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y validado por la OMS), realizando integrantes del equipo de mejora las correspondientes encuestas, así como talleres formativos para los que se ha utilizado una lámpara de luz ultravioleta y solución hidroalcohólica con reactivo.
El citado cuestionario incluye 25 preguntas sobre aspectos esenciales de la higiene de manos y la transmisión de microorganismos a través de las manos durante la atención sanitaria. También contiene ítems que permiten describir a la población de estudio y posibilitar la comparación entre distintos subgrupos: sexo, edad, categoría profesional, formación recibida en higiene de manos y la utilización de preparados de base alcohólica de forma habitual.
La cumplimentación de las encuestas ha sido voluntaria observándose que la muestras se distribuía de manera proporcional entre las diferentes categorías profesionales (médicos, enfermeras, TCAEs, celadores, MIR, alumnos de enfermería en prácticas, ...). Una vez comprobada esta circunstancia, se ha considerado la muestra como representativa.
La información aportada por los profesionales parte del hecho del carácter voluntario y anónimo de las encuestas, así como de la normativa vigente en España (Ley n. 14/ 2007 de Investigación Biomédica, Ley Orgánica n. 15/1999 de protección de Datos de carácter personal. Además, se presentó el estudio al Comité Ético del Sector para que considere si se ajusta a los principios éticos aplicables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han contestado el cien por cien de las encuestas distribuidas.
Septiembre y octubre de 2017 se han recogido los cuestionarios que se repartieron entre los profesionales de las Unidades a estudio, realizándose posteriormente un análisis descriptivo de datos sobre los conocimientos que tienen los profesionales acerca de la higiene de manos.
Noviembre se ha realizado formación mediante talleres sobre los cinco momentos de la higiene de manos, incluyendo una parte práctica sobre la correcta higiene de manos con solución hidroalcohólica, utilizando para ello una lámpara de luz ultravioleta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se analizan los puntos débiles observados en las prácticas con vistas a la identificación y priorización de acciones de mejora.
Entre marzo y mayo de 2018 se realizarán observaciones sobre la adecuación de la técnica y los momentos en que los profesionales realizan la higiene de manos.
A partir de junio se realizará un análisis de los datos para comprobar si la formación ha modificado la práctica diaria sobre la técnica y los momentos en que los profesionales realizan la higiene de manos con soluciones hidroalcohólicas, con el fin de concienciarnos sobre la importancia de esta medida en la prevención de infecciones relacionada con la asistencia sanitaria.
La valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas coincide en que la formación mejora ampliamente la técnica sobre la higiene de manos, pero que existe gran dificultad para poder realizar la higiene de manos en los cinco momentos, fundamentalmente como consecuencia de la ubicación de las soluciones en las habitaciones y a la falta de tiempo.
Valorando estas dificultades, el equipo de trabajo considerará la continuación de este Proyecto realizando la observación directa de la higiene de manos en dos de los cinco momentos establecidos por la OMS.
Por otro lado, el equipo de trabajo considera que este estudio se podría aplicar posteriormente a otras unidades.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0999

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/999 ================================== ***

Nº de registro: 0999

Título
COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

Autores:
ESCUSA JULIAN MILAGROS, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES, MAICAS LOPEZ MARIA DOLORES, PANADERO ROMERO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Mejora de la seguridad de los pacientes

PROBLEMA
Atendiendo a estudios realizados, podemos decir que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se producen en todo el mundo y afectan tanto a los países desarrollados como a los de escasos recursos. Que estas infecciones contraídas en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Representando una
carga considerable tanto para el paciente y su familia, como para la salud pública.
En los países desarrollados, entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados contraen una infección que no padecían ni estaban incubando en el momento de ingresar .Los pacientes críticos, al menos el 25% contraen infecciones nosocomiales, incluso en unidades con muchos recursos.

Concluyen diciendo que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) son consecuencia involuntaria de dicha atención, ocasionando afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas, discapacidades de larga duración, una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario,elevando la mortalidad. Sin embargo, la mayoría puede prevenirse.
Reflejan que la buena práctica de higiene de manos (HM) de los profesionales en general, es menor a 60%, a pesar de la sencillez y la efectividad de esta medida. Los profesionales desestiman las actividades de capacitación por ser consideradas una estrategia demasiado convencional.
Por otro lado, hay datos que demuestran que la higiene de las manos es la medida primordial para reducir dichas infecciones. Es por lo que, con este proyecto planteamos llevar a cabo labores de vigilancia y prevención partiendo de unas prácticas correctas basadas en datos científicos, deseando poder encontrar soluciones eficaces para mejorar la seguridad del paciente y reducir el riesgo en nuestro centro.

Este centro, cada año se suma al principal Reto de todos los Centros «Una atención limpia es una atención más segura». Considerando esta atención, un derecho básico de los pacientes a una atención de calidad. Pero consideramos que todavía no es una práctica totalmente afianzada.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL:Que los profesionales sanitarios adquieran los conocimientos necesarios para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos incorporando este hábito entre sus actividades diarias, para disminuir las IRAS, contribuyendo a incrementar la seguridad de los pacientes. OBJETIVOS SECUNDARIOS: Evaluar el cumplimiento del proceso de HM, en el H.Obispo Polanco e identificar, los principales impedimentos que se puedan relacionar con el bajo cumplimiento de la HM.

MÉTODO
-Se trata de un estudio descriptivo, cuyo ámbito de estudio se centrara en profesionales que atienden las especialidades de Traumatología, Urología y Medicina Interna.
-La distribución de la muestra entre las categorías profesionales será porcentual.
-Se llevara a cabo una estrategia multimodal que consistirá en:
1)Cumplimentación voluntaria del cuestionario de conocimientos sobre HM.2)Observación directa en tres periodos: Febrero, Junio y Octubre de 2017.3)Formación entre el primer y segundo periodo de observación.4)Colocación de Recordatorios en el lugar de trabajo.
-Utilizando el Cuestionario de Conocimientos sobre la Higiene de las Manos para Profesionales Sanitarios, validado por la OMS.
-Análisis y discusión de los datos obtenidos en las encuestas, detectando los puntos débiles, susceptibles de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0999

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

mejorar.
-Enviar informe a la Dirección del Centro sobre la muestra evaluada que incluya motivos por los que no se realice una adecuada HM y propuestas de mejora sobre posibles medidas correctoras que permita mejorar el proceso observado, a fin de incidir en la seguridad del paciente.

INDICADORES
- Disponibilidad de solución hidroalcoholica para poder llevar a cabo la correcta HM.
Nº de habitaciones con dispensadores/ Nº total de habitaciones.
-Efectividad de la formación y los recordatorios sobre la técnica de HM
Nº de profesionales que la realiza correctamente al principio-final de periodo evaluado./Nº total de profesionales observados.
-Efectividad de la formación y los recordatorios monitorizando dos de los cinco momentos del procedimiento de HM.
Nº de veces que se realiza la correcta HM antes - después del contacto con el paciente/ Nº de veces que se entra en contacto con el paciente.
-Evaluación sobre el cuestionario de conocimientos de HM.
% de trabajadores que mejoran los conocimientos en el periodo evaluado.

DURACIÓN
Enero 2017. Pasar cuestionario entre los profesionales que de forma voluntaria Nº deseen cumplimentarlo.
Febrero 2017. Realizar observación directa oculta.
Abril 2017. Analizar los datos de cuestionarios y observación.
Mayo 2017.Formacion entre los profesionales de las diferentes categorías y colocación de recordatorios.
Junio 2016.Pasar nuevamente cuestionario. Y realizar observación directa oculta.
Octubre 2017. Observación directa para valorar persistencia de buena práctica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1450

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ SANTOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAD USON MARIA ANTONIA
CARRASCO BONILLA SILVIA
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA
ECED BELLIDO CONCHA
GARZARAN TEIJEIRO ANA
MORENO LUCENTE ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- REUNIÓN PREVIA AL INICIO DEL ESTUDIO:
Reunión del Equipo de Mejora, acuerdo del formato para la recogida de datos y distribución de funciones de cada miembro del Equipo.
2.- ESTUDIO PROSPECTIVO JULIO-DICIEMBRE DE 2018:
Elaboración de bases de datos informatizadas con las variables consideradas de interés para su posterior análisis.
Estudio para la valoración del seguimiento de las recomendaciones en la utilización de catéteres vesicales, y el desarrollo de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical (ITU-CV) en pacientes ingresados en la Planta de Medicina Interna (densidad de incidencia).
Recogida diaria de datos.
Informatización diaria de los datos con revisión semanal de los pacientes incluidos en la base.
3.- REUNIÓN FINAL DEL EQUIPO DE MEJORA:
Una vez concluida la recogida de datos y el análisis de los mismos, los componentes del Equipo de Mejora se reunieron para su valoración, decidir si recomendar la implementación de los formatos que se habían utilizado durante el estudio realizado en el primer semestre de 2016, y/o proponer otras posibles acciones que pudieran contribuir al control de ITU-CV.
4.- COMUNICACIÓN DE RESULTADOS:
Tras la finalización del estudio y el análisis de los datos, en la última semana de enero se comunicaron los resultados y las conclusiones tanto al personal de enfermería como a los facultativos de Medicina Interna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado de los indicadores de seguimiento establecidos para valorar la consecución de los objetivos, y por tanto la efectividad del Proyecto fue el siguiente:
Estructura:
Disponibilidad en Medicina Interna del protocolo “Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical”, elaborado en 2015 ..... Sí
Proceso:
Media de días de uso de catéter vesical …… 7,9 días
Resultado:
Densidad de Incidencia de ITU-CV ……. 4,93 infecciones urinarias por 1000 días de catéter vesical
Al realizar el análisis comparativo de los resultados del estudio, con los obtenidos en el que se llevó a cabo en el periodo enero-junio de 2016, se observa que:
- el número de pacientes ingresados fue un 10% menos que en el periodo de estudio anterior (547 vs 608 pacientes) y el porcentaje de pacientes con inserción de catéter vesical se redujo en un 0,7 % (14,1% vs 14,8%)
- el registro del motivo por el que se indicaba la cateterización vesical en la Planta fue del 60 %, porcentaje un 13,3 % inferior al estudio realizado en enero-junio de 2016 con la utilización del formato diseñado al efecto, aunque un 23,4 % superior al periodo previo, cuando, al igual que en el actual estudio, no se utilizaba formato alguno
- el tiempo medio de cateterización vesical por paciente se incrementó en 1,9 días (de 6 a 7,9 días), pasando los días de uso de catéter vesical de 540 a 609
- la densidad de incidencia de ITU-CV descendió de 9,26 a 4,93 por 1000 días de catéter vesical.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las estrategias que se han mostrado más efectivas para reducir las ITU-CV son evitar los cateterismos innecesarios y la retirada precoz del catéter cuando ya no exista indicación. En el estudio realizado en el periodo enero-junio de 2016 se comprobó que la implementación de estas medidas, facilitada por la utilización de formatos diseñados al efecto, consiguió reducir tanto el número como la duración de los cateterismos vesicales.
Los resultados obtenidos en este estudio, realizado dos años después, ponen de manifiesto el mantenimiento en el tiempo del principal objetivo de la aplicación de las medidas recomendadas para la prevención de ITU-CV: la reducción de la densidad de incidencia de ITU-CV.
Probablemente, las lecciones aprendidas y los hábitos adquiridos tras la elaboración y difusión en 2016 del documento con las recomendaciones basadas en la evidencia, hayan contribuido a la consecución de este objetivo. No obstante, se ha producido un incremento del tiempo medio de cateterización vesical por paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1450

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

en relación al periodo enero-junio de 2016, cuando se utilizó un formato para el registro para la valoración diaria de la necesidad de mantenimiento del catéter vesical.
No es posible determinar si este incremento se ha debido a que no se ha valorado diariamente la posibilidad de retirada del catéter vesical o si ha sido consecuencia de las condiciones de los pacientes (hecho que sugiere el porcentaje de recateterizaciones que han sido precisas), aunque lo más probable es que ambas circunstancias hayan contribuido. En cualquier caso, la utilización del formato es posible que sea una medida efectiva para reducir la duración de cateterismos vesicales cuando no son necesarios.
Tanto el menor número de pacientes ingresados en Medicina Interna, como la reducción del porcentaje de pacientes con inserción de catéter vesical, así como una parte de la disminución en la densidad de incidencia de ITU-CV pueden deberse a que los pacientes clasificados como crónicos complejos (más susceptibles al desarrollo de infecciones) actualmente ingresan en su Unidad específica, mientras que en 2016 habitualmente ingresaban en Medicina Interna.

7. OBSERVACIONES.

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/1450 ================================== ***

Nº de registro: 1450

Título
PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

Autores:
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, BERNAD USON MARIA ANTONIA, CARRASCO BONILLA SILVIA, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, ECED BELLIDO CONCHA, GARZARAN TEIJEIRO ANA, MORENO LUCENTE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante el segundo semestre de 2015, momento en el cual no se disponía de un procedimiento con recomendaciones basadas en la evidencia sobre indicación, técnica de inserción y mantenimiento de catéteres vesicales (CV), se realizó un estudio prospectivo para evaluar la utilización de CV y la densidad de incidencia (DI) de infecciones del tracto urinario (ITU) en el Hospital Obispo Polanco. Tras la elaboración de un procedimiento de cateterismo vesical basado en la evidencia, durante el primer semestre de 2016 se llevó a cabo un nuevo estudio prospectivo para valorar su seguimiento y la contribución al resultado en términos de reducción de pacientes en los que se utilizó CV, días de utilización del dispositivo e ITU asociadas a CV, evidenciándose una reducción importante en los tres indicadores.
Alcanzar los mejores resultados es un proceso progresivo en el que no debe haber retrocesos. Tan importante como la consecución de los objetivos es el mantenimiento de los resultados en el tiempo. La base del modelo de mejora continua de la calidad es la autoevaluación, en la que se detectarán puntos fuertes que hay que tratar de mantener, y áreas en la que debemos incidir para mantener o mejorar los resultados.
En el estudio EPINE-EPPS realizado en el hospital en mayo de 2018, de los 31 pacientes estudiados en la planta de Medicina Interna, dos eran portadores de CV, cumpliendo uno de ellos criterios de ITU asociada a CV.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valorar el seguimiento de las medidas y la efectividad en el tiempo en base a los resultados tras la implementación en 2016 del Protocolo de "Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical".

MÉTODO
Las actividades del Proyecto están encaminadas a la comprobación del mantenimiento de las mejoras obtenidas tras la adhesión de los profesionales a las actividades fundamentales en la utilización de CV.
La implementación de este Proyecto requiere un enfoque multidisciplinar que incluye médicos, enfermeras y expertos en prevención de infecciones.
Las actividades previstas, que serán desarrolladas con la participación de todos los componentes del equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1450

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

de mejora, son:
- Estudio prospectivo para la valoración del seguimiento de recomendaciones en la utilización de CV, y desarrollo de ITU asociadas a CV en Medicina Interna.
- Comunicación de resultados al personal de Medicina Interna.
- Valoración de la nueva implementación de medidas que habían dejado de utilizarse u otras que se consideren que pueden contribuir a la disminución de ITU asociadas a CV.

INDICADORES
Estructura:
- Disponibilidad en Medicina Interna del protocolo “Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical”, elaborado en 2015.
Proceso:
- Días de uso de CV.
Numerador: Nº días de uso de CV.
Denominador: Nº pacientes con CV.
Resultado:
- Densidad de Incidencia de ITU asociada a CV.
Numerador: Nº casos nuevos de ITU asociada a CV en el periodo x 1000.
Denominador: Pacientes-día con catéter vesical.

Los resultados de los indicadores se compararán con los obtenidos en el estudio realizado tras la implementación del protocolo de recomendaciones basadas en la evidencia, que se llevó a cabo en el primer semestre de 2016.

DURACIÓN
• Julio-Diciembre 2018:
Estudio prospectivo del seguimiento de utilización de CV y desarrollo de ITU asociadas a CV.
• Enero-Febrero 2019:
Análisis de datos y comunicación de resultados.

Duración total del Proyecto: 8 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0395

1. TÍTULO

RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA ACERO CARRERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION
VILAR BONACASA BEATRIZ
GASCON FUERTES ESTHER
SORIANO PUERTOLAS ISABEL
VICENTE VICENTE ANA
RUIZ CRIADO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se realizó el tríptico informativo consensuado con todos los componentes del equipo de mejora.
Se presentó dicho tríptico el personal de la unidad de hemodiálisis, realizando una charla informativa a todo el personal de enfermería para resolver dudas y preguntas previas a la implantación del proyecto.
Se creó una hoja (Word) para registrar la entrega del tríptico a todos los pacientes incidentes y prevalentes de la unidad de hemodiálisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde enero 2017 hasta la actualidad se ha entregado el tríptico informativo a todos los pacientes de la unidad.
Además se ha realizado una entrevista previa por parte enfermería a todos los pacientes incidentes en nuestra unidad de hemodiálisis para explicar el tríptico y resolver sus dudas previas al inicio la hemodiálisis.
Se ha informado a los pacientes y familias de la organización de la unidad y de sus derechos y deberes como pacientes.
Todos los pacientes han expresado su gratitud y han manifestado que la información recibida y el tríptico les ha sido muy útil previo al inicio de la diálisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el equipo de mejora cree muy útil la utilización del tríptico informativo por lo que se continuará entregando a todos los pacientes de nuestra unidad a pesar de finalizar el proyecto de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/395 ========== ***

Nº de registro: 0395

Título
RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
ACERO CARRERO ALMUDENA, LACASA SANCHEZ ALICIA, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION, SANCHEZ MARTINEZ AMPARO, VILAR BONACASA BEATRIZ, GASCON FUERTES ESTHER, PEREZ PEREZ AURORA, SORIANO PUERTOLAS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: insuficiencia renal terminal
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Iniciar tratamiento con HD es una situación de estrés tanto para el paciente como para su familia. El temor ante una situación desconocida supone un impacto emocional importante. Por tanto, el primer contacto con el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0395

1. TÍTULO

RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO

equipo sanitario es fundamental para reducir el nivel de ansiedad y generar una adecuada relación terapéutica que ayude al paciente y familia a asumir su nueva situación y conseguir que las sesiones transcurran para el paciente de forma segura y sin temores infundados. Este primer contacto puede marcar en gran medida, la adaptación del paciente al tratamiento dialítico y sus inconvenientes (dependencia de una máquina, punciones dolorosas, restricción dietética, etc). De ahí la importancia de empatizar con el mismo y/o familia, pues una experiencia negativa el primer día, puede condicionar un rechazo crónico al tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS
- Recibir al paciente y familiar, facilitando la integración del mismo durante su estancia en la unidad de diálisis.
- Dotar al paciente y su familia de los conocimientos que necesitan para afrontar su nueva situación y disminuir la ansiedad que pueda originar la HD.
- Informar al paciente y familia de sus derechos y deberes.
- Favorecer la adaptación del paciente a su nueva situación de salud disipando en lo posible sus miedos y temores.

MÉTODO
-Entrevista con el paciente y/o la familia. la realizara la supervisora previo comienzo del tratamiento.
-Realización de triptico informativo con toda la información necesaria a cerca del tratamiento y funcionamiento de la unidad asì como pautas higiénicas y dieteticas.
Estas actividades quedaràn reflrejadas en la historia de enfermería.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes nuevos a los que se les realiza entrevista y se les entrega triptico, mediremos este prcentaje atravès de un documento que firmará el paciente una vez recibida la informaciòn y entega de esta.

DURACIÓN
La duración del proyecto será de un año, de Enero a Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0456

1. TÍTULO

IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION, ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALICIA LACASA SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACERO CARRERO ALMUDENA
NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR
ESPARZA HERRERO ANA PILAR
GASCON MARIÑO ANTONIO
FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ
GALLEGO VILLALOBOS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En un primer momento se realizo el nuevo protocolo para cuidados de enfermería tras implantación de cateter peritoneal, posteriormente se realizaron varias charlas para formar a todo el personal de la unidad en esta actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde que se instauró el proyecto de calidad se han incluido todos los pacientes incidentes en diálisis peritoneal.
Se ha incluido el protocolo en la historia clínica del paciente, realizando una hoja de seguimiento individual desde la colocación del catéter peritoneal a cada paciente.
Hasta la fecha se han incluido tres pacientes siguiendo el protocolo realizado. Todo el persona de la unidad ha seguido los paso definidos en el protocolo desde la colocación del catéter peritoneal hasta el comienzo de diálsis peritoneal en el domicilio del paciente.
Ninguno de los pacientes ha presentado infección del orificio de salida del catéter ni del túnel subcutáneo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el personal de nuestra unidad considera que el proyecto es adecuado y facilita una actuación estandarizada tras la colocación del catéter peritoneal.
Se siguen realizando sesiones formativas para instruir al nuevo personal en la realización del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/456 ========== ***

Nº de registro: 0456

Título
IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

Autores:
LACASA SANCHEZ ALICIA, ACERO CARRERO ALMUDENA, NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR, ESPARZA HERRERO ANA PILAR, RUIZ CRIADO JORGE, GASCON MARIÑO ANTONIO, FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ, GALLEGOS VILLALOBOS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermos renales
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-El acceso peritoneal con funcionamiento correcto y sin problemas contribuye al éxito del programa de DP.
La principal función del catéter peritoneal es facilitar el flujo bidireccional de la solución dializante,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0456

1. TÍTULO

IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION, ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

sin requerir gran esfuerzo o causar incomodidad o dolor.
Las complicaciones relacionadas con el catéter peritoneal pueden ser: catéteres malfuncionantes, migración, mal drenaje, escape del líquido pericateter, obstrucciones por fibrina, atrapamientos, etc.
El cuidado postoperatorio y el mantenimiento del acceso peritoneal son importantes para la función del catéter a largo plazo. Para evitar la obstrucción del catéter por detritus, fibrina o coágulos sanguíneos hasta el momento de su utilización.
El diseño funcional del programa de DP debe incluir la protocolización de procedimientos y un plan de calidad.
En la unidad de Hemodiálisis del Hospital Obispo Polanco, existen enfermos que utilizan la técnica de diálisis Peritoneal, pero no existe como tal un protocolo estandarizado y conocido por todo el personal del servicio por lo cual, consideramos un proyecto importante para aumentar la calidad del servicio que prestamos

RESULTADOS ESPERADOS
- Planificar de forma individualizada, los cuidados que requiera y/o requerirá el paciente
para responder a las necesidades terapéuticas y de cuidados, que puedan surgir en el tratamiento con DP.
- Ofrecer una atención integral y continuada al paciente en DP.
-Comprobar el buen funcionamiento del catéter peritoneal tras su implantación.
-Asegurar los cuidados post-quirúrgicos del catéter.
-Facilitar que la cicatrización sea lo más fisiológica, rápida y aséptica posible, tras la implantación del catéter de DP.
-Prevenir y/o reducir la colonización bacteriana durante el proceso de cicatrización.
-Evitar traumas en orificio y manguitos.
-Detectar complicaciones rápidamente y tratarlas de forma precoz.
-Comprobar la permeabilidad y funcionalidad del catéter implantado.
-Eliminar los restos hemáticos que hayan podido quedar en la cavidad peritoneal, después de la intervención.
-Prevenir obstrucciones por fibrina o coágulos sanguíneos, hasta el momento de su utilización.

MÉTODO
-Realizar protocolo, cuidados de enfermería tras implantación catéter peritoneal
-formar a todo el personal de la unidad en esta actividad.
-registro en la historia de enfermería

INDICADORES
Al finalizar el proyecto, contabilizar número de enfermos a los que se les ha implantado catéter peritoneal.
Porcentaje de enfermos en los que se completa los pasos definidos en el protocolo, y se refleja en la historia de enfermería.
Porcentaje de infecciones en este periodo en los enfermos en los que se han seguido pasos del protocolo
Registro de actividades formativas,

DURACIÓN
Un año.
Actividades formativas para el personal de la Unidad, una al acabar de realizar el protocolo, segunda a los dos meses de iniciar el proyecto y al finalizar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1726

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JORGE RUIZ CRIADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACASA SANCHEZ ALICIA
CARRERO ACERO ALMUDENA
GASCON FUERTES ESTHER
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION
VILAR BONACASA BEATRIZ
SORIANO PUERTOLAS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta el momento desde su puesta en marcha se han incluido en el programa informático (Nefrosoft®) a todos los pacientes tanto prevalentes como incidentes de nuestra unidad de hemodiálisis. Incluyendo los pacientes desplazados durante un tiempo a nuestra unidad por motivos vacacionales.
Se han rellenado todos los campos del formulario de cada paciente (datos clínicos, acceso vascular, pauta de hemodiálisis,
tratamientos, vacunaciones, etc…) en el Nefrosoft® por parte del responsable del proyecto y sus otros componentes.

Desde Nov 2017 se ha abandonado completamente el uso del papel en la unidad de hemodiálisis.
Todas las pautas de hemodiálisis y tratamientos de los pacientes se han gestionado mediante el Nefrosoft® por parte de los
médicos.
Se ha registrado toda la información de cada sesión de hemodiálisis por parte del servicio de enfermería.
Se ha generado la agenda semanal de los turnos de hemodiálisis mediante el Nefrosoft®.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento se han alcanzado todos los indicadores previstos y dentro del calendario marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta el momento todo el equipo de mejora considera beneficioso tanto para el paciente como para la organización y gestión de la unidad de hemodiálisis el uso del programa informático instalado (Nefrosoft®).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1726 ========== ***

Nº de registro: 1726

Título
INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

Autores:
RUIZ CRIADO JORGE, GASCON MARIÑO ANTONIO, LACASA SANCHEZ ALICIA, CARRERO ACERO ALMUDENA, GASCON FUERTES ESTHER, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION, VILAR BONACASA BEATRIZ, SORIANO PUERTOLAS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRONICA HEMODIALISIS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1726

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

Desde que se inicio nuestra unidad de hemodiálisis no ha existido un registro integral de los pacientes en hemodiálisis crónica ni de los datos generados en el quehacer diario tanto por parte de los médicos como de las enfermeras de la unidad. Hasta el momento todo se ha registrado en gráficas mensuales en papel (órdenes de tratamiento y gráficas de enfermería) que posteriormente se guardaban en la historia clínica de cada paciente. Esto dificulta el acceso a todos estos datos teniendo que hacer un análisis manual por parte de la supervisora de enfermería y el jefe de servicio de la actividad realizada y el consumo de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Esta aplicación informática pretende ayudar a una fácil y rápida introducción de los datos clínicos, analíticos, pautas de hemodiálisis y tratamientos con una disponibilidad posterior de estos datos de forma rápida y además permite compatibilizarlo con otros programas informáticos como paquetes estadísticos, editores de texto, bases de datos, etc. que faciliten su manejo.
Se incluirán a todos los pacientes prevalentes e incidentes en nuestra unidad de hemodiálisis a partir del inicio del proyecto.
En definitiva el principal objetivo es conseguir una gestión integral de nuestra unidad de hemodiálisis mediante este programa informático y una desaparición del uso del papel a todos los niveles.

MÉTODO
Se necesita en primer lugar una aplicación informática que en nuestro caso es Nefrosoft® (Visual Limes S.L).
Para su instauración se necesita un HARDWARE (Ordenador PC compatible con procesador de 1000 megahercios (MHz) o superior, con 4 Gb de RAM) y un SOFTWARE (únicamente es necesario disponer de un navegador web, preferiblemente de última generación. Mozilla Firefox, Google Chrome o Internet Explorer 10 o superior).
Se necesita realizar una integración del nefrosoft con la intranet del Hospital Obispo Polanco y con el laboratorio del hospital por parte del servicio de informática.
Es preciso realizar varios cursos de formación tanto para personal médico, enfermería y auxiliares sobre el manejo del programa.
Para utilizarlo se necesita aumentar el número de ordenadores tanto en la sala de médicos como en la unidad de hemodiálisis y varias tablets para facilita su uso por parte de enfermería.

INDICADORES
Incluir en el programa informático (Nefrosoft®) a todos los pacientes tanto prevalentes como incidentes de la unidad de hemodiálisis desde el inicio del proyecto.
Rellenar todos los campos del formulario de cada paciente (datos clínicos, acceso vascular, pauta de hemodiálisis, tratamientos, vacunaciones, etc…) en el Nefrosoft® por parte de los médicos.
Abandonar completamente el uso del papel en la unidad de hemodiálisis.
Realizar todos las pautas de hemodiálisis y tratamientos de los pacientes mediante el Nefrosoft® por parte de los médicos.
Registro de toda la información de cada sesión de hemodiálisis por parte del servicio de enfermería.
Generar la agenda semanal de los turnos de hemodiálisis mediante el Nefrosoft®.

DURACIÓN
Durante 1 mes se realizarán los cursos de formación tanto para personal médico, enfermería y auxiliares.
Posteriormente unos 4-5 meses para el uso simultaneo del programa informático y el papel.
A partir del 5-6 meses abandonar completamente el uso del papel y sólo utilizar el Nefrosoft® para gestionar de forma integral la unidad de hemodiálisis.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0179

1. TÍTULO

BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALICIA LACASA SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ CRIADO JORGE
FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ MARCELO
GASCON FUERTES ESTHER
ACERO CARRERO ALMUDENA
VILAR BONACASA BEATRIZ
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TECNICA BUTTONHOLE

La técnica de buttonhole siempre se puncionará por el mismo orificio con agujas con filo, intentando reproducir las punciones, con el mismo ángulo de punción la misma fuerza y orientadas las agujas en el sentido del flujo sanguíneo para minimizar riesgo de sangrado una vez retiradas las agujas.
La técnica siempre la tendrá que realizarla la misma enfermera formada hasta que se realice el túnel fibrótico de tejido cicatrizal.
Se utiliza medidas asépticas y técnica de doble asepsia.

En sucesivas punciones antes de insertar la aguja se retirará la costra (doble asepsia) y se volverá a puncionar por el mismo orificio, de esta forma hasta que se cree el túnel 5-12 sesiones.
Una vez realizado el túnel se utilizarán agujas sin filo y puede realizar la punción el resto de personal de enfermería formado.

Esta técnica se puede realizar con un dispositivo de policarbonato, que obtura el orificio de punción hasta la siguiente sesión con esta disminuimos el tiempo de creación del túnel cicatrizal através del cual puncionaremos con agujas sin filo.

La técnica de buttonhole como ya hemos mencionado disminuye significativamente el dolor a la punción por lo que los enfermos se podrían beneficiar de la técnica disminuyendo su disconfor y malestar.

Con esta técnica se preserva el acceso vascular ya que al usar agujas sin filo la pared intima del acceso vascular no se deteriora al no lesionarse en las punciones.

La única complicación que describen algunos estudios es la posibilidad de aparición de signos de infección a nivel de los acceso vasculares, pero en los últimos estudios publicados usando la técnica de doble asepsia y dispositivos biohole(obturadores de policarbonato) no se han descrito signos de infección en sus estudios.
OBJETIVOS

Incorporar en esta técnica de punción a los enfermos portadores de fístulas arteriovenosas complicada o de difícil acceso.
Realizar este tipo de punción en los enfermos que sufren disconfor a la hora de las punciones.
Mostrar la experiencia en nuestra unidad de Hemodiálisis tras la incorporación de la técnica de buttonhole en la práctica clínica diaria.

METODOLOGÍA

Una enfermera (supervisora) se formó en la técnica de BH y desarrolló protocolo. Posteriormente se impartió formación al resto del personal de enfermería.

Se ha revisado protocolo, pendiente de ser revisado por la comisión de cuidados del Hospital Obispo Polanco para su posterior publicación en el portal del Salud.

Se imparten sesiones formativas en el ciclo de sesiones propuestas por la Únidad de Hemodiálisis de 22 de Febrero 2018 a 26 de Mayo de 2018 así como talleres prácticos en sala con personal de la Unidad, en el mes de Octubre de 2018 se vuelve a impartir otra sesión clínica para todo el personal de la Unidad de Hemodiálisis

Impartir las sesiones informativas (clínicas y prácticas) son necesarias con el fin de formar a todos los miembros del equipo de hemodiálisis (nuevas incorporaciones), dotándolos de confianza y seguridad a la hora de realizar esta actividad asistencial.

La población diana son todos los enfermos prevalentes e incidentes de nuestra unidad en programa de hemodiálisis, con fístulas de difícil canalización o que sufren disconfort en las punciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0179

1. TÍTULO

BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Los motivos de inclusión han sido FAVI con reducida área de punción y disconfor en las punciones.

Se dispone de dispositivo de policarbonato con el cual hemos realizado el buttonhole

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido los tres objetivos propuestos:

- Se ha incorporada la técnica en la Unidad, el 100% del personal es conocedora y utilizan la técnica. Se han realizado sesiones formativaslas cuales se siguen programando periódicamente.
- A fecha 31 de Diciembre del 2018 el número de enfermos a los que se les ha realizado la técnica de buttonhole han sido 6 enfermos, el 100% de los enfermos que estaban en hemodiálisis con una fístula de difícil puncion o sufrían disconfort a las punciones.
- Nuestra experiencia ha sido esta:

De estos enfermos la edad media al empezar la técnica es de: 68,833 DE:13,01

De los seis enfermos en los que hemos aplicado el método de BH, en cuatro de ellos se realizó el túnel con dispositivo de policarbonato que obturaba el punto de punción (biohole), en estos casos el tiempo para la creación del túnel disminuyo respecto a los que no lo utilizaron. En dos de los casos el túnel se logró crear en 5 sesiones y en los otros dos en 8 sesiones.

De los 6 enfermos incidentes 5 son hombres y 1 mujer.

Tiempo de hemostasia con buttonhole: media de 4,53 minutos DE:2.458
Tiempo de hemostasia previo al buttonhole: media 4.64 minutos (DE: 0.86)
Reducción estadística significativa con respecto al tiempo de hemostasia sin buttonhole.

Sensación de dolor según escala EVA (dolor 1-10)con buttonhole: media 2.530 DE:2.45
Sensación de dolor según escala EVA(dolor1-10) sin buttonhole: media:5.180 DE:1.77
Disminución significativa de la percepción del dolor según escala EVA de los enfermos a los cuales se les ha realizado el buttonhole

No se han evidenciado la aparición de aneurismas
No se han evidenciado signos de infección en ninguno de los enfermos realizando en todos los casos técnica de doble asepsia.

Las presiones intradiálisis venosas y arteriales no han tenido cambios significativos con respecto a los enfermos sin buttonhole.

Al finalizar el año 2018 el número de enfermos prevalentes con buttonhole son 8.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En nuestra experiencia es una técnica adecuada para enfermos con fístula de difícil punción y escaso desarrollo así como para enfermos que refieren un grado elevado de sensación de dolor.
Disminuye significativamente tanto la sensación de dolor como el tiempo de hemostasia, no han aparecido aneurismas y tampoco signos de infección.
Se necesita un personal formado y altamente motivado para que así, una vez instaurada la técnica se consolide.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/179 ========== ***

Nº de registro: 0179

Título
BUTTONHOLE: TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Autores:
LACASA SANCHEZ ALICIA, RUIZ CRIADO JORGE, FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ MARCELO, GASCON FUERTES ESTHER, ACERO CARRERO ALMUDENA, SORIANO PUERTOLAS ISABEL, VILAR BONACASA BEATRIZ, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0179

1. TÍTULO

BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermos renales en tratatamiento en hemodiálisis
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora canalizacion de accesos vasculares problemáticos en diálisis
---
Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En los últimos años el envejecimiento de la población hace que los pacientes que se inician en Hemodiálisis sean mayores de 60 años. Esta nueva situación conlleva y trae asociado una mayor comorbilidad de nuestros pacientes, y número de patologías, que contribuyen a un peor estado del acceso vascular (peor desarrollo con mayor dificultad para la punción).
La evidencia científica coincide en la importancia de los cuidados enfermeros efectivos en la FAVI para conseguir una técnica de punción adecuada de la misma y un óptimo desarrollo y permeabilidad de esta, prolongar su supervivencia y minimizar las complicaciones relacionadas con su disfunción (estenosis, aneurismas, trombosis, infección…).

RESULTADOS ESPERADOS
Incorporar en esta técnica de punción a los enfermos portadores de fístulas arterio-venosas complicada o de difícil acceso.
Realizar este tipo de punción en los enfermos que sufren disconfor a la hora de las punciones.
Mostrar la experiencia en nuestra unidad de Hemodiálisis tras la incorporación de la técnica de buttonhole en la práctica clínica diaria.

MÉTODO
Revisar protocolo de creación de buttonhole y canalización del mismo/.
Impartir las sesiones informativas (clínicas y prácticas) necesarias con el fin de formar a todos los miembros del equipo de hemodiálisis, dotándolos de confianza y seguridad a la hora de realizar esta actividad asistencial.

INDICADORES
La población diana serán todos los enfermos prevalentes e incidentes de nuestra unidad en programa de hemodiálisis.
Al finalizar el año se valorará el número de enfermos que han empezado con esta técnica y en cuantos de ellos ha sido posible la creación con éxito del buttonhole.
En cada enfermo con buttonhole se medirán los siguientes parámetros:
- tiempo en el que se realiza el buttonhole
- tiempo de hemostasia
- formación de aneurismas
- cuantificación de dolor según escala EVA
- presiones intradiálisis arterial y venosa
- signos de infección.

DURACIÓN
El tiempo estimado es de un año prorrogable.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA ACERO CARRERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ CRIADO JORGE
VICENTE VICENTE ANA
GASCON FUERTES ESTHER
NAVARRO BURIEL MARIA PILAR
SORIANO PUERTOLAS ISABEL
ALARCON DIAZ LORENA
CARAMELO HERNANDEZ ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al inicio del proyecto se realizaron 2 sesiones informativas a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar el proyecto de calidad. Se creó una hoja en word para la recogida de los datos que incluía: variables personales, variables de hemodiálisis, Índice de Barthel, Índice de Charlson, Comorbilidad previa a la diálisis y Test Delta. Se han recogido todos los datos anteriores de todos los pacientes de la unidad de hemodiálisis al inicio del proyecto y de todos los pacientes incidentes en nuestra unidad hasta Dic 2018. Además se ha recogido el tiempo dedicado por parte de enfermería y auxiliares a cada paciente de la unidad en su situación basal y nuevamente si ha presentado algún ingreso que ha podido aumentar su grado de dependencia. Hasta el momento se han cumplido los plazos marcados en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En total se han incluido en el estudio a 45 pacientes (35 prevalentes y 6 incidentes). Respecto a la comorbilidad de nuestros pacientes medida por el Índice de charlson el 93.33% de los pacientes han presentado una comorbilidad elevada (Charlson >3) y un 6.6 % presentaron una comorbilidad baja (Charlson 2). El tiempo medio dedicado por el personal de la unidad a cada paciente ha sido de unos 50 min. Respecto del grado de dependencia, según el Índice de Barthel: 48.88% Independientes, 28.88% dependencia leve, 4.4% dependencia moderada, 13.33% dependencia grave y 4.4% dependencia total. Según el Test Delta: 35.55% pacientes válidos, 31.11 % asistidos leves, 15.55% asistidos moderados y un 17.75% asistidos severos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todos los miembros del equipo de calidad y el personal de la unidad de hemodiálisis ha colaborado en la recogida de datos. Los datos obtenidos reflejan la situación de los pacientes de nuestra unidad, objetivándose una comorbilidad muy elevada que concuerda con un grado de dependencia moderadamente elevado. Menos del 50% de nuestros pacientes son válidos (por test Delta) o independientes (por I. Barthel). A mayor comorbilidad, mayor grado de dependencia que conlleva una mayor tiempo de dedicación por parte del personal de hemodiálisis a cada paciente.

7. OBSERVACIONES.
se retira del proyecto a Pedro José Hernández Arnau y en su lugar incluimos a María Pilar Navarro Buriel

*** ========== Resumen del proyecto 2018/204 ========== ***

Nº de registro: 0204

Título
EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Autores:
ACERO CARRERO ALMUDENA, RUIZ CRIADO JORGE, VICENTE VICENTE ANA, HERNANDEZ ARNAU PEDRO JOSE, GASCON FUERTES ESTHER, SORIANO PUERTOLAS ISABEL, ALARCON DIAZ LORENA, CARAMELO HERNANDEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Otro Tipo Patología: Hemodialisis
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años, las características de los pacientes que inician una terapia de sustitución renal con hemodiálisis han cambiado debido fundamentalmente al envejecimiento de la población. La edad ha dejado de ser un criterio de exclusión para el inicio de Hemodiálisis, siempre que exista un pronóstico de vida superior a un año. Esto implica una mayor comorbilidad y un aumento de las necesidades de los pacientes de las unidades de hemodiálisis, estando íntimamente relacionado con el grado de dependencia de cada paciente. Los pacientes presentan una mayor discapacidad física, una menor autonomía y autocuidado, una mayor dificultad para conseguir un acceso vascular óptimo, un aumento de la necesidad de catéteres permanentes e incluso un aumento de curas locales por lesiones isquémicas.
El cuidado de los pacientes sometidos a hemodiálisis requiere de un equipo multidisciplinario, nefrólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, celadores, etc…
El personal de enfermería es quién establece un contacto más directo y personalizado con los pacientes, procurando una optimización del tratamiento y por lo tanto una mejor calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente estudio es determinar el grado de dependencia funcional actual de nuestros pacientes.
Comparar los resultados obtenidos al utilizar como instrumentos de valoración el índice de Barthel y el Test Delta (comprobar si hay diferencias en cuanto al grado o nivel de dependencia).
Adecuar y ajustar los cuidados que precisan los pacientes según su grado de dependencia.
Analizaremos la carga de trabajo del personal de enfermería para intentar organizar las salas de hemodiálisis según los grados de dependencia de los pacientes para garantizar una atención adecuada e individualizada.

MÉTODO
Se realizarán sesiones informativas, previas al inicio del proyecto, a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar el proyecto de calidad.
Se realizará una hoja de recogida de datos mediante el programa Excel.
Se recogerán los siguientes datos de cada uno de los pacientes incluidos: nombre, apellidos, sexo, edad, fecha inicio de hemodiálisis, tiempo en hemodiálisis, tipo de transporte, puntuación de los índices de dependencia Barthel y Delta, índice de Charlson para valorar comorbilidad y tiempo dedicado por parte del personal de enfermería a cada paciente
Para evaluar el grado de dependencia se utilizarán el índice de Barthel y el Test Delta.

INDICADORES
Realizar ambos índices de dependencia a todos los pacientes prevalentes e incidentes en Hemodiálisis al iniciar el proyecto por parte del equipo de mejora para analizar la situación real de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis.
Recoger todas las variables incluidas en la tabla Excel al inicio del proyecto.
Repetir los índices a los 6 meses, al año y tras algún ingreso de los pacientes para ver si existieran variaciones.
Adecuar los cuidados de nuestros pacientes y el grado de apoyo que necesitan según su grado de dependencia.
Organizar la distribución de los pacientes en nuestra unidad según su grado de dependencia y riesgo para mejorar e individualizar su atención por parte del personal de enfermería.

DURACIÓN
Durante el primer mes se realizarán sesiones informativas a todo el personal de la unidad para explicar el proyecto y se repartirán los pacientes de la unidad de hemodiálisis entre los colaboradores para iniciar la recogida de datos.
En el siguiente mes se realizaran ambos índices de dependencia (Barthel y el Test Delta) a todos los pacientes de nuestra unidad.
Posteriormente entre 1-3 meses para recoger todos los datos de cada paciente e incluirlos en la tabla Excel.
A los 6 meses, al año y tras algún ingreso, se repetirán los índices a todos los pacientes.
Tras analizar la situación real, según el grado de dependencia de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis, se adecuarán los cuidados de forma individual por parte del personal de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1735

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA
PLAZA BAYO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se llevó a cabo una selección de los casos diagnosticados de Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) correspondiente a los pacientes que acudieron a consultas externas de Neumología pertenecientes a la agenda NML3. Durante el periodo previsto, se seleccionaron a aquellos pacientes que presentaron una probabilidad baja-media de SAHS, y con ausencia de hipersomnia diurna medida por el cuestionario de Epworth (valor inferior a 12 puntos). Se excluyeron aquellos casos con profesiones de riesgo y que presentaban factores de riesgo cardiovascular que indicaran el tratamiento de esta patología independientemente de su gravedad.
Se realizó una revisión manual exhaustiva de los casos permitiendo perfilar los resultados automatizados indicados por el polígrafo.
La revisión manual se basó en examinar meticulosamente por épocas de 5 minutos el trazado (basándose de un total de 480 minutos de trazado por prueba). La intención básica se basó en la exclusión de eventos respiratorios mal detectados y la inclusión de aquellos no detectados.
Estos resultados fueron plasmados en un documento individualizado (instrumento de recolección) donde se indicaron datos generales del paciente, motivo de solicitud, aspectos antropométricos, clínicos, resultados poligráficos, conclusiones y comentarios o notas finales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el periodo de recolección de datos se solicitaron 56 poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias para descartar SAHS, de las cuales 17 (32.14%) presentaron una probabilidad de SAHS media-baja. La muestra final fue de 7 pacientes (con ausencia de hipersomnia diurna y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión previamente citados), correspondientes a un 41.17% de los casos con probabilidad baja-media y al 12.5% del total de la población.
La media de edad fue de 56.57 años, y el IMC medio fue de 32.6 k/m2. El Epworth medio fue de 8.14 puntos. En relación a los parámetros poligráficos, el IAH total medio automatizado fue de 14.36 y el manual de 10.92, ambos en posición supina.
En relación a los eventos, la diferencia del total de las medias de eventos automatizados en relación a los corregidos fue de 40.42 a favor de la valoración manual (sustracción de 118.27 eventos automatizados menos los 77.85 eventos manuales).
Las variables IDO y CT90 no mostraron diferencias puntuales en relación a la poligrafía automatizada ya que la sensibilidad para su detección fue bastante precisa, con una media de 40,14% y de 26.5 d/h, respectivamente. La saturación de oxígeno media de la muestra fue del 85%.
Se evidenció un cambio en la gravedad del SAHS de moderado a leve en 3 casos, de leve a roncopatía simple en 2 casos, permaneciendo la gradación inalterada en los restantes 2 casos (leve a leve, y moderado a moderado).
De los 7 pacientes valorados, sólo 3 pacientes fueron susceptibles de recibir la terapia CPAP, evitando su colocación en el resto.
El impacto de este proyecto piloto reside en la importancia de la individualización en el diagnóstico y tratamiento del SAHS, así como el hecho de considerar la gran variabilidad de los resultados en relación a los estudios de sueño no vigilados, como es el caso de la poligrafía cardiorrespiratoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se recomienda, tal cual como se comenta en la bibliografía nacional e internacional de consensos y normativas para el diagnóstico y tratamiento del SAHS, realizar una revisión manual de la poligrafía cardiorrespiratoria domiciliaria para estimar los resultados reales y así no realizar prescripciones injustificadas para el paciente.
De igual forma, permite perfilar los eventos respiratorios de acuerdo a las características generales. La individualización del diagnóstico inicial en esta patología permite ser una estrategia coste-efectiva en nuestro entorno evitando la sobrestimación derivada de los errores de la valoración automatizada.
No obstante, los resultados indicados fueron limitados por el número de casos debido a los criterios estrictos de selección de los pacientes.
La revisión manual es un aspecto relevante contemplado en guías y normativas, que debe ser realizado estrictamente por neumólogos con experiencia en el tema. Las limitaciones en su ejecución se basan en el tiempo que requiere para ser valorada (aproximadamente de 30-40 minutos, incluyendo la emisión del informe final), así como la formación del personal que la interpreta. Su mayor ventaja reside en la ausencia de gastos añadidos al sistema de salud, perfilando los casos que realmente son susceptibles a recibir tratamiento específico y descartando a aquellos en los que no está indicada la terapia. En esta valoración, se permitió perfilar el tipo de paciente y evitar la indicación injustificada de la terapia CPAP en más de la mitad de los casos.
En general, la revisión manual no sólo debe ceñirse a este subgrupo de pacientes, sino también debe hacerse generalizada a todos aquellos a los cuales se les ha indicado una poligrafía cardiorrespiratoria para el diagnóstico de SAHS. Este hecho permitiría obtener una mejor aproximación en el diagnóstico individualizado y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1735

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

una conducta final ajustada a cada caso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1735 ========== ***

Nº de registro: 1735

Título
REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Autores:
ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS, DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA, PLAZA BAYO AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Sindrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es considerado un problema de salud pública con un elevado infradiagnóstico y que representa un factor de riesgo en el desarrollo de eventos cardiovasculares. El colapso parcial o total de la vía aérea superior (VAS) se produciría como consecuencia de un desequilibrio de fuerzas entre las que tienden a cerrarla y las que la mantienen abierta. El diagnóstico del SAHS se confirma con un índice de apneas/hipopneas (IAH) superior a 5, asociado a síntomas relacionados con la enfermedad (hipersomnia diurna, roncopatía, apneas presenciadas) y no explicados por otras causas. La Polisomnografía (PSG) se considera la prueba “Gold Estándar” para su diagnóstico. En recientes documentos de consensos avalados por la SEPAR, la Poligrafía Cardiorrespiratoria (PR) ha cobrado importancia en su diagnóstico, siendo la prueba de elección ante pacientes con probabilidad clínica media-alta. Sus ventajas radican en su simplicidad de ejecución y el impacto en el bajo coste sanitario.
Los resultados de la PR se obtienen con la medición automatizada del equipo. La revisión manual cobra importancia ante eventos no detectados automáticamente y en los falsos positivos, disminuyendo los errores en la interpretación por defecto. Estas situaciones pueden interferir con el grado de diagnóstico y a su vez con el tratamiento del SAHS

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la valoración en pacientes con sospecha clínica baja-media de SAHS, a través de la corrección manual de los eventos respiratorios en el registro poligráfico.
Modificar el grado de SAHS dependiente de la valoración manual poligráfica.
Emisión de informe de Poligrafía corregida.
Realizar una correcta prescripción del CPAP y/o medidas higiénico-dietéticas del sueño.
Reducirlos gastos sanitarios derivados de la interpretación automatizada.

MÉTODO
Inicialmente, se seleccionarán los pacientes susceptibles de la intervención, con un grado de probabilidad clínica media-baja, y en los que se presenten dudas en el trazado general obtenido de forma automatizada, o cuya clínica no se relacione con los resultados obtenidos. Una vez obtenida la interpretación automatizada del registro poligráfico (480 minutos de grabación), se procederá a su revisión manual por épocas de 5 minutos, para detectar los eventos respiratorios (apneas, hipopneas), y así valorar el trazado (eventos detectados incorrectos y no detectados). De igual forma, se observarán las variables oximétricas (desaturaciones) y cardiacas, así como su relación con los eventos citados. Tras la corrección, se emitirá un informe final que permitirá obtener el número real eventos y los índices a evaluar, especialmente el IAH, IDH y CT 90, así como otras variables sujetas a la interpretación del registro.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1735

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Calcular la diferencia entre el IAH, IDO y CT90 obtenidos automáticamente con el corregido de forma manual.
Valorar la gravedad del SAHS tras la corrección manual.
Prescripción del CPAP de acuerdo a parámetros clínicos
Comprobar una relación coherente entre el grado de SAHS y la indicación del CPAP.

DURACIÓN
Se valorarán los pacientes durante el periodo de Octubre de 2017 a Octubre de 2018, susceptibles a la intervención.
Perfeccionar en diagnóstico del SAHS mediante la corrección manual de los registros poligráficos en pacientes con probabilidad clínica baja-media, susceptibles a ser tratados con CPAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0059

1. TÍTULO

VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA
PLAZA BAYO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el periodo contemplado de marzo de 2018 a febrero de 2018 fueron incluidos prospectivamente aquellos pacientes con antecedentes de factores de riesgo cardiovascular y con sospecha de SAHS susceptibles a la intervención que acudieron a la consulta externa de Neumología (agenda NML-3), y en los que se solicitó la Poligrafía respiratoria (PR) para descartar o confirmar la enfermedad. Fueron seleccionados aquellos individuos en los que la valoración poligráfica automatizada mostró resultados incongruentes con los síntomas y los factores de riesgo de base, y en los que consecutivamente la valoración manual tuvo un peso relevante ante la resolución de dudas. Se recolectaron datos generales clínicos, antropométricos, antecedentes de FRCV, así como eventos cardiovasculares mayores previos. Otros aspectos como el origen de los casos motivos de derivaciones y escala de hipersomnia (Epworth), fueron incluidos.
El objetivo fue determinar si realmente los pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) evaluados eran candidatos o no de forma estricta a un tratamiento con CPAP, en base a los criterios de indicación proporcionado por las guías clínicas de uso actual.
La valoración manual consistió en una corrección estricta y minuciosa por épocas de 5 minutos del trazado poligráfico (empleando el software del equipo Polígrafo SleepGo), de un total de 480 minutos registrados, con la intención de modificar (cambiar el tipo y/o duración), eliminar o añadir eventos respiratorios (apneas e hipopneas), ña evaluación de la esfera oximétrica y la respuesta cardiaca medida por la frecuencia del pulso, así como la presencia o no de repercusiones hemodinámicas determinadas como aceleraciones y desaceleraciones.
Tras la corrección, se introdujeron los datos en un formulario individual en el que se reflejaron aspectos generales, antropométricos, procedencia y las variables cardiorrespiratorias citadas, así como un diagnóstico final y una gradación definitiva de la enfermedad en caso de padecerla (No SAHS, SAHS leve, moderado, severo). Se añadieron comentarios sobre factores como la presencia del efecto posicional, la intensidad de la repercusión oximétrica nocturna y el pulso, de acuerdo a la importancia de los hallazgos obtenidos por cada paciente.
Finalmente, y de forma individualizada, se propusieron las acciones terapéuticas y comentarios finales correspondientes en relación al trazado o a los hallazgos relacionados con la interpretación general (asociando los aspectos clínicos como poligráficos).
Cada informe fue impreso e incorporado en el historial clínico de cada paciente.
Los datos obtenidos en este estudio fueron incorporados y analizados con el programa estadístico SPSS v.23. Se realizaron análisis descriptivos de los datos y comparaciones entre medias de variables empleando la prueba T para variables relacionadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De un total de 157 estudios de sueño realizados en la agenda NML3 de Neumología, se seleccionaron 55 casos (35,03%) que cumplieron con los criterios requeridos. Predominó el género masculino en el 63,6% de los casos y la edad media fue de 60,80 (13,08) años. Desde el punto de vista antropométrico, el índice de masa corporal (IMC) medio fue de 34,68 (5,99) k/m2. Las derivaciones fueron en su mayoría procedentes de atención primaria (70,9%), seguidas por cardiología (16,4). El motivo principal de consulta fue la combinación de apneas y roncopatía en un 76,4%, seguido por la presencia de los factores: apneas, roncopatía e hipersomnia con un 14,5%. La hipersomnia diurna medida por el cuestionario Epworth reflejó una media de puntaje total de 10,26 (5,74) puntos.
Todos los pacientes presentaron al menos 1 factor de riesgo cardiovascular (FRCV) demostrado (hipertensión arterial, dislipemia, arritmias cardiacas, cardiopatía isquémica, o algún evento mayor cardiovascular en sus antecedentes). El FRCV más frecuente fue la HTA en un 90,9%, seguido por la dislipemia (72,2%), diabetes mellitus (31,5%), EPOC (22,6%), Fibrilación auricular (16,7%), y la insuficiencia cardiaca (14,8%). Con respecto a los eventos mayores, el ACV se presentó en un 3,7% y la cardiopatía isquémica en un 9,3% de los casos. La depresión y la ansiedad fueron otras comorbilidades valoradas, con una frecuencia de 8,9% y 6,7%, respectivamente; también estuvo presente el hipotiroidismo en un 9,3% de los casos.
El índice de apneas-hipopneas (IAH) automatizado medio fue de 29,49 (18,72) y el índice global de apneas e hipopneas fue de 231,64 eventos. En contraste, el IAH medio corregido fue de 33,81(20,19) y se expresó una media global de apneas e hipopneas de 102,31. El índice medio de ronquido fue de 188,83 eventos por hora de registro, predominando en escala de gradación la roncopatía leve (51,9%), seguida por la moderada (38,9%). El efecto posicional fue negativo en el 76,4% de los casos, aunque la positividad de los casos restantes no lograban corregir completamente el IAH hasta su normalización.
Desde el punto de vista oximétrico, el CT90 medio automatizado fue de 51,38% (32,56), y el IDH4% correspondiente fue de 40,87 (20,98). La saturación de oxígeno media fue de 87,89% (4,57), y la frecuencia cardiaca media de 67,09 (10,91) pulsaciones. Existió un intenso compromiso de aceleraciones y desaceleraciones del pulso que fueron registradas en el 49,1% de los estudios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0059

1. TÍTULO

VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Se observó un intenso cambio en la estratificación de la gravedad del SAHS, sobre todo en el grupo “SAHS moderado” (de 30,5% automatizados, que pasaron a ser el 52,5% de los casos). Los grupos de SAHS leve y severo permanecieron casi inalterados, con sutiles cambios porcentuales.
Al establecer comparaciones entre ambos resultados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los automatizados por el software del Polígrafo SleepGo y los obtenidos tras una revisión exhaustiva. Las variaciones entre los grupos fueron manifiestas al realizar la comparación entre el IAH automatizado y el que ha sido posteriormente corregido (p=0,01).
El porcentaje de pacientes en los que se evitó la prescripción del CPAP y que contaban inicialmente con criterios de indicación, es decir, beneficiados tras la corrección manual del registro, fue del 9,1%. En el restante 90,9% de los casos se indicó el dispositivo. La presión media aplicada según la fórmula empírica fue de 8,2 (1,71) cmH2O. El suplemento de oxígeno no se precisó inicialmente en el 97,6% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La individualización de los pacientes con SAHS es esencial. Cuando coexisten factores de riesgo cardiovascular (FRCV), los resultados pueden ser incluso más intensos y abrumaodores, obligando al facultativo a tomar decisiones clínicas. El CPAP es la terapia gold estándar para esta patología, y debe ser indicada en casos con FRCV intensos y que presenten un IAH igual superior a 5. Es indispensable valorar la magnitud de la repercusión oximétrica y de otros parámetros poligráficos para afinar en el tratamiento de este tipo de pacientes, y consecuentemente determinar si es necesaria o no la indicación de estas terapias.
Por este motivo, la corrección manual de todos los trazados poligráficos continúa siendo indispensable ya que existe una gran variabilidad en cuanto a la cuantía de eventos obtenidos por automatización y errores que solo pueden ser detectados cuando se valora manualmente. Por estos motivos, las repercusiones reales del trazado son detectadas cuando el facultativo valora con cautela y minuciosidad los registros. Este aspecto es contemplado en la actualidad en guías de práctica clínica y es esencial en el establecimiento de un correcto tratamiento y la toma de decisiones en cuanto a la necesidad de intensificación terapéutica.
El alcance y los resultados de este proyecto ha sido de gran importancia de cara a establecer la indicación estricta en base a la individualización de cada paciente que presentan de base factores de riesgo cardiovascular, pudiendo ser beneficiados un grupo de pacientes que realmente no necesiten el tratamiento CPAP. Además, son manifiestos los cambios significativos en los valores de IAH corregido al comparar con los parámetros automatizados. Por estos motivos, es imprescindible afianzar la idea de realizar una corrección manual de cada estudio de sueño, sobre todo en aquellos en donde existen dudas de prescripción de terapias respiratorias como es el caso del CPAP, para el tratamiento del SAHS. Desde el punto de vista de aplicación, es factible y económico, ya que no requiere gastos adicionales de cara a las necesidades del servicio, pero por el contrario, requiere tiempo en su realización y una experiencia suficiente para poder interpretarlo y llevarlo a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/59 ================================== ***

Nº de registro: 0059

Título
VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Autores:
ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS, DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA, PLAZA BAYO AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Sindrome de Apneas-Hipopneas del Sueño
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) es considerado como un problema actual de salud pública que permanece infradiagnosticado y que está en relación con diversos trastornos en la esfera cardiovascular. La

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0059

1. TÍTULO

VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

alteración fisiopatológica se basa en una obstrucción parcial o total de la vía aérea superior durante el sueño, que condiciona la clínica de roncopatía y apneas, produciendo intensas desaturaciones nocturnas. Su diagnóstico se confirma con un índice de apneas-hipopneas (IAH) superior o igual a 5, asociado a la clínica típica de la enfermedad. En esta situación se han documentado diversos mecanismos intermedios metabólicos y neuro-hormonales con repercusión a nivel sistémico que inducen al desarrollo de eventos cardiovasculares, un efecto negativo en la calidad de vida, e incluso, a su conocido rol como causante de accidentes de tráfico. Las entidades nosológicas más relevantes con las que se guarda relación son la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, el ictus, la insuficiencia cardiaca, entre otros. El tratamiento con CPAP en estos pacientes ha demostrado ser coste-efectivo, disminuyendo en general el riesgo de padecer eventos mayores cardiovasculares y disminuyendo la mortalidad en este perfil de individuos.
Con respecto al diagnóstico, a pesar de que la polisomnografía es reconocida como el Gold Estándar en el diagnóstico de esta entidad, la poligrafía cardiorrespiratoria (PR) se ha consagrado en la práctica habitual gracias a su importante papel en los últimos tiempos, siendo una prueba fiable en el diagnóstico del SAHS debido a su fácil implementación, bajo coste y comodidad de ejecución. Actualmente esta prueba es avalada por diversas sociedades nacionales e internacionales y se ha generalizado su aplicación en la práctica clínica habitual. Habitualmente, los resultados de los estudios no monitorizados como la PR se obtienen de una valoración automatizada realizada por un software, determinando los eventos respiratorios y calculando la gravedad de la enfermedad, con una alta sensibilidad. No obstante, los errores en la interpretación automática deben de ser valorados y corregidos mediante una minuciosa evaluación manual de los trazados, realizada por un personal especializado en los trastornos del sueño.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la valoración de los pacientes con sospecha de SAHS que asocian factores de riesgo cardiovascular a través de la corrección manual del trazado poligráfico.
- Modificar el grado de SAHS derivado de la revisión manual.
- Emisión de informe individualizado de la poligrafía cardiorrespiratoria (PR) corregida.
- Realizar una correcta aproximación terapéutica ajustada de forma individualizada, empleando las medidas higiénico-dietéticas generales y/o tratamiento con CPAP.
- Disminuir la repercusión en costes sanitarios derivados de los errores de la automatización.

MÉTODO
Los pacientes susceptibles a la intervención serán aquellos adultos con sospecha de SAHS que acuden a la consulta externa, y en los que se solicita la PR para descartar o confirmar la enfermedad. Se seleccionarán aquellos pacientes en los que la valoración automatizada muestre resultados incongruentes con los síntomas y los factores de riesgo de base, y en los que la valoración manual tenga un peso relevante ante una situación clínica compleja que precise de una revisión exhaustiva.
La valoración manual consistirá en una corrección estricta y minuciosa por épocas de 5 minutos del trazado poligráfico (de un total de 480 minutos registrados), con la intención de modificar, eliminar o añadir eventos respiratorios, de acuerdo a lo observado. Asimismo, se valorará la esfera oximétrica y cardiaca. Tras la corrección, se emitirá un informe final individual en el que se reflejarán los datos cardiorrespiratorios con un diagnóstico final, y se obtendrá una gradación definitiva de la enfermedad en caso de padecerla. De igual forma, se propondrán opciones terapéuticas y comentarios finales en relación al trazado o a hallazgos significativos relacionados con su interpretación general.

INDICADORES
- Valorar la diferencia absoluta entre el IAH automatizado y el manual.
- Determinar las gravedad del SAHS real una vez se realice la valoración manual del trazado.
- Valorar el número de pacientes sujetos a recibir tratamiento con CPAP y aquellos en los que tras la intervención demuestre no ser susceptibles a la terapia.

DURACIÓN
Se valorarán pacientes entre marzo de 2018 y marzo de 2019 susceptibles a la intervención

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA JARAUTA LAHOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDO QUINTANA NATALIA
SANZ ASIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado varias infiltraciones de toxina botulínica en dos pacientes:
-Un paciente con Enfermedad de Parkinson Avanzada: ha sido infiltrado en 3 ocasiones, empezando por dosis mínima en cada glándula y escalando dosis hasta máximas.
- Una paciente con diagnóstico de ELA. Una infiltración a dosis estándar de toxina tanto en glándulas submandibulares como parótidas. .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultado en primer paciente: El tiempo de intervalo entre una infiltración y otra fue aproximadamente de 2-3 meses (según lo estándar).En la primera, la respuesta fue parcial, con mejoría del 70% subjetivamente, siendo valorada esta respuesta a las 2 semanas, y valorando efectos secundarios en las siguientes 24-48 horas siguientes a la infiltración. Duración de la mejoría corta, de aproximadamente 15 días. En segunda infiltración mejoría del 50% durante unas 2 semanas. En tercera infiltración mejoría de < 30% con aparición de disfagia que posiblemente estuviera en relación a la infiltración y que cedió de forma espontánea en 2 semanas.

Resultado en segundo paciente:No efectos secundarios ni mejoría. La paciente prefirió no volver a infiltrar.

Métodos y actividades: el método y medidas higiénicas se llevaron a cabo según explicaba el proyecto. Sin incidencias.

Indicadores:
-Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%..... cumplimiento del 100%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%.....cumplimiento del 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%....cumplimiento del 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%..... cumplimiento del 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración (2-3 semanas): 70%.....cumplimiento del 100%.
Método de obtención: por observación del procedimiento de forma personal y datos de la historia clínica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es recomendable seguir realizando una buena selección del paciente para aumentar el tamaño muestras y la curva de aprendizaje. Según resultados podría valorarse la opción de realizar un rotatorio corto en un Servicio de Neurología cercano para mejorar la práctica de esta intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/69 ========== ***

Nº de registro: 0069

Título
APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Autores:
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde hace muchos años la aplicación percutánea de toxina botulínica en nuestro servicio es una práctica clínica habitual como tratamiento de diferentes trastornos del movimiento (hemiespasmo facial, blefaroespasmo y diferente tipos de distonías). Desde el año 2015, con la llegada de especialistas formados en este ámbito de la neurología, se amplió la aplicación de esta terapia como tratamiento preventivo de la Migraña crónica.
Hasta este momento, existía una laguna en el manejo de la sialorrea secundaria enfermedades neurodegenativas, concretamente en la Enfermedad de Parkinson y en la Esclerosis Lateral Amiotrófica, afección muy frecuente en la fase avanzada de ambas patologías.
A raíz de la participación en un Focus sobre " Aplicación de toxina botulínica en Neurología" entre Mayo-Junio del 2016 se decide ofertar esta terapia a pacientes seleccionados controlados en las consultas ambulatorias de Neurología. La revisión bibliográfica hasta la fecha avala la utilización de la toxina botulínica mediante inyección percutánea por su eficacia y perfil de seguridad.
El tratamiento más efectivo para la sialorrea es la inyección, en las glándulas salivares intraparotídeas y submandibulares, de toxina botulínica A por vía percutánea (dosis de 30-100 U). Produce una disminución de la producción de saliva y, por lo tanto, del babeo, lo que da lugar a una mejoría subjetiva en el 65% de los casos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el manejo de los pacientes con sialorrea con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida. Se pretende a su vez mejorar la deglución, disminuir la posible repercusión social y evitar los efectos secundarios que pueden provocar los fármacos administrados por vía oral.

MÉTODO
- Una vez seleccionado el paciente y explicado el proceso y posibles efectos secundarios se le hará firmar un consentimiento informado. A continuación, se le dará cita para la inyección de la toxina.
- La infiltración se realizará en CCEE Neurología de manera habitual, aunque en casos de ocupación de la misma se realizará en el despacho de Neurología de la Planta 4ª
- La infiltración se hará previa limpieza de la zona cutánea con Betadine y el especialista se pondrá guantes (no necesariamente estériles)
- La toxina botulínica sobrante (ya sea en el vial como en el recipiente correspondiente) se eliminará según el proceso asignado para "material caducado".
- Se citará al paciente en 2 semanas para revisar eficacia y efectos secundarios (al menos tras la primera administración). Esta medida puede ser difícil de cumplimentar dado que se trata de pacientes en muchas ocasiones con problemas de movilidad y traslado.

INDICADORES
-Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración (2-3 semanas): 70%

DURACIÓN
Fecha de inicio: Agosto 2016
Fecha de finalización: se mantendrá la actividad siempre que haya profesional capacitado para aplicar esta técnica.
Frecuencia de adminitración: en dependencia de la necesidad asistencial (numero de pacientes candidatos). Se intentarán agupar pacientes para poder utilizar el total del producto sin desaprovechar el sobrante.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA JARAUTA LAHOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDO QUINTANA NATALIA
SANZ ASIN JOSE MANUEL
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento durante el año 2018: Ningún paciente ha sido seleccionado para la infiltración de toxina botulínica para tratar la sialorrea. Los dos pacientes tratados en 2017 no continúan en tratamiento, uno por falta de eficacia y el otro porque, al retirar la duodopa intestinal y pasar a medicación oral se ha conseguido un estado de estabilidad (aunque infratratado) donde no existe sialorrea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han obtenido resultados durante el 2018 ya que no ha habido pacientes candidatos a la infiltración de toxina botulínica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Justificación de resultados y posibles soluciones: Actualmente ninguno de nuestros pacientes controlados periódicamente en Neurología que están diagnosticados de Enfermedad de Parkinson o ELA presentan sialorrea no refractaria a medicación o de intensidad moderada-intensa, por lo que no precisan infiltración de toxina.
Se cree que los escasos candidatos a esta terapia se deben a que nuestra casuística en estas patologías no es suficiente y que a que actualmente estamos controlando ambulatoriamente pacientes con Enfermedad de Parkinson en estado inicial-intermedio y menos en estadio avanzado. Es posible que exista una cantidad significativa de enfermos con Enfermedad de Parkinson que esté siendo controlada por Geriatría o por el MAP y que puedan estar presentando sialorrea refractaria a medicación. Quizá una posible solución a este problema sería poder difundir esta terapia al Servicio de Geriatría para que seleccionaran pacientes potencialmente candidatos a la infiltración de toxina.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/69 ========== ***

Nº de registro: 0069

Título
APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Autores:
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace muchos años la aplicación percutánea de toxina botulínica en nuestro servicio es una práctica clínica habitual como tratamiento de diferentes trastornos del movimiento (hemiespasmo facial, blefaroespasmo y diferente tipos de distonías). Desde el año 2015, con la llegada de especialistas formados en este ámbito de la neurología, se amplió la aplicación de esta terapia como tratamiento preventivo de la Migraña crónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Hasta este momento, existía una laguna en el manejo de la sialorrea secundaria enfermedades neurodegenativas, concretamente en la Enfermedad de Parkinson y en la Esclerosis Lateral Amiotrófica, afección muy frecuente en la fase avanzada de ambas patologías.
A raíz de la participación en un Focus sobre " Aplicación de toxina botulínica en Neurología" entre Mayo-Junio del 2016 se decide ofertar esta terapia a pacientes seleccionados controlados en las consultas ambulatorias de Neurología. La revisión bibliográfica hasta la fecha avala la utilización de la toxina botulínica mediante inyección percutánea por su eficacia y perfil de seguridad.
El tratamiento más efectivo para la sialorrea es la inyección, en las glándulas salivares intraparotídeas y submandibulares, de toxina botulínica A por vía percutánea (dosis de 30-100 U). Produce una disminución de la producción de saliva y, por lo tanto, del babeo, lo que da lugar a una mejoría subjetiva en el 65% de los casos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el manejo de los pacientes con sialorrea con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida. Se pretende a su vez mejorar la deglución, disminuir la posible repercusión social y evitar los efectos secundarios que pueden provocar los fármacos administrados por vía oral.

MÉTODO
- Una vez seleccionado el paciente y explicado el proceso y posibles efectos secundarios se le hará firmar un consentimiento informado. A continuación, se le dará cita para la inyección de la toxina.
- La infiltración se realizará en CCEE Neurología de manera habitual, aunque en casos de ocupación de la misma se realizará en el despacho de Neurología de la Planta 4ª
- La infiltración se hará previa limpieza de la zona cutánea con Betadine y el especialista se pondrá guantes (no necesariamente estériles)
- La toxina botulínica sobrante (ya sea en el vial como en el recipiente correspondiente) se eliminará según el proceso asignado para "material caducado".
- Se citará al paciente en 2 semanas para revisar eficacia y efectos secundarios (al menos tras la primera administración). Esta medida puede ser difícil de cumplimentar dado que se trata de pacientes en muchas ocasiones con problemas de movilidad y traslado.

INDICADORES
-Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración (2-3 semanas): 70%

DURACIÓN
Fecha de inicio: Agosto 2016
Fecha de finalización: se mantendrá la actividad siempre que haya profesional capacitado para aplicar esta técnica.
Frecuencia de adminitración: en dependencia de la necesidad asistencial (numero de pacientes candidatos). Se intentarán agupar pacientes para poder utilizar el total del producto sin desaprovechar el sobrante.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0073

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NATALIA HERNANDO QUINTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARAUTA LAHOZ LAURA
SANCHEZ SANTOS PEDRO JOSE
FERNANDEZ BEDOYA IVAN ULISES
FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA
ROIG SALGADO CRISTINA
YAGO ESCUSA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se planteó el proyecto de transferencia de la realización de ecografía doppler de troncos supraaórticos del servicio de Radiodiagnóstico al de Neurología con el objetivo de mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Desde Julio de 2016 el estudio de ecografía doppler se está realizando por parte del Servicio de Neurología, aplicado a las solicitudes realizadas a partir de esta fecha (los pacientes ya citados de forma ambulatoria en el servicio de Radiodiagnóstico mantuvieron su cita)
- Desde Octubre de 2016, las ecografías solicitadas por parte del servicio de Neurología se han realizado por el propio servicio.
- Se ha utilizado el aparato de ecografía del servicio de Radiodiagnóstico, así como su personal auxiliar:
  o Para pacientes ambulatorios, las ecografías se han realizado en horario de tarde, dos veces al mes, entre 7 y 9 ecografías cada tarde
  o Para pacientes ingresados, las ecografías se han realizado en horario de mañana. Inicialmente se utilizó el horario de agenda habitual del servicio de Radiodiagnóstico, pero para ayudar a mejorar la accesibilidad a las pruebas de ecografía y aumentar la capacidad de realización de pruebas, estos pacientes finalmente eran citados antes o después del horario de citación oficial del servicio de Radiodiagnóstico, dentro del horario laboral de mañana.
- Las citas de los pacientes ambulatorios inicialmente se realizaban vía telefónica. Desde Agosto de 2017, se establecieron dos días al mes de forma fija para realizar ecografías, de modo que se daba la cita al paciente en la misma visita en la que se solicitaba la prueba, de esta manera podían solicitar la cita para resultado de manera anticipada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Nº de ecografías realizadas desde Julio de 2016 hasta Octubre de 2016 (período de adaptación): 58
- Nº de ecografías realizadas desde Octubre de 2016 hasta Enero de 2017: 355
- El 79% de las ecografías doppler solicitadas de forma ambulatoria se hicieron en menos de 2 meses desde la fecha de la petición
- Se realizaron 48 ecografías a pacientes que habían presentado AIT: 85.4% en menos de 48h desde la petición. No se evaluó la estancia media, debido a que se modificó el manejo de los mismo a lo largo del año 2016, valorándose ingreso de todos los AIT para estudio completo.
- El 82.5% de las ecografías doppler de los pacientes ingresados se realizaron en menos de 48 horas (porcentaje indicado en el proyecto: al menos 75%)
- El 94.7% de las ecografías doppler de troncos supraaórticos solicitadas por Neurología desde Octubre de 2016 se realizaron por parte de dicho servicio. (porcentaje indicado en el proyecto: al menos 90%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad a este estudio por parte de los pacientes.
En el momento actual, se ha cedido uno de los ecógrafos del servicio de Radiodiagnóstico al servicio de Neurología y estamos pendientes de habilitar una sala fuera del servicio de Radiodiagnóstico para actuar de forma independiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/73 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0073

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

Nº de registro: 0073

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

Autores:
HERNANDO QUINTANA NATALIA, JARAUTA LAHOZ LAURA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, SANCHEZ SANTOS PEDRO JOSE, FERNANDEZ BEDOYA IVAN ULISES, FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA, ROIG SALGADO CRISTINA, YAGO ESCUSA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El estudio de ecografía Doppler de troncos supraaórticos es una herramienta diagnóstica rápida, fácil de utilizar, de bajo coste, que no requiere apenas colaboración por parte del paciente y no es invasiva. Debido a estas razones se ha convertido en una prueba complementaria fundamental en el diagnóstico del ictus agudo, que permite conocer de qué tipo es y en qué lugar se encuentra la lesión vascular que ha originado cada cuadro.

Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Hasta el momento este estudio se realizaba por parte del servicio de Radiodiagnóstico. Debido a la carga asistencial de este servicio, la demora de realización de la prueba era muy prolongada, fundamentalmente el pacientes ambulatorios, pero también en pacientes ingresados, lo que en ocasiones producía un aumento de la estancia media. En hospitales de primer nivel y algunos de segundo nivel este estudio es realizado por parte de los Neurólogos, estando demostrado que los resultados son fiables y con buena correlación con otros estudios invasivos como la angio-RM o el angio-TC de troncos supraaórticos. Se propone por tanto transferir la realización de esta prueba del servicio de Radiodiagnóstico al servicio de Neurología para los pacientes a cargo de este último servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este plan de mejora es la reducción de la demora para la realización de las ecografías de troncos supraáorticos, favoreciendo así la accesibilidad al estudio. Además se espera la repercusión en la estancia media de los ingresos por ACV pero sobre todo en el manejo del AIT. Estos últimos pacientes debían ingresar en planta para completar estudio, prolongándose su estancia en muchas ocasiones por encima de las 48 horas.

MÉTODO
- Se utilizará el aparato de ecografía ubicado en el Servicio de Radiodiagnóstico. Dado que la programación asistencial es completa en horario de mañanas, se establecerá una consulta específica de Neurología para la realización de los estudios en horario de tarde, desplazando la jornada laboral.

- Los estudios que se realizarán serán los solicitados por el propio Servicio de Neurología.

- Para los pacientes que se encuentren ingresados en planta, se utilizarán los espacios habituales de las agendas correspondientes del Servicio de Radiodiagnóstico, excepto en los casos en los que esto suponga una demora en la estancia del paciente. En estas situaciones se contactará directamente con la sala de ecografía para realizar la prueba en espacios fuera de agenda, en el plazo, cuando sea posible, de menos de 24 horas.

- El mismo procedimiento se seguirá en los AIT con riesgo bajo o moderado según la escala ABCD2 que no requieren ingreso para otros estudios.

INDICADORES
- Demora media de las ecografías de troncos supraaórticas de carácter ambulatorio inferior a dos meses.

- Reducción de la estancia media de los AIT. Estancia media inferior a 48 horas.

- Porcentaje de ecografías de troncos supraaórticos realizadas en pacientes ingresados en menos de 48 horas. 75%

- Porcentaje de ecografías realizadas por neurólogos de las que se solicitan por el servicio de Neurología. 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0073

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

DURACIÓN
- Inicio de realización de la técnica por parte del Servicio de Neurología: Julio de 2016

- Implantación del sistema de forma plena: a partir de Octubre de 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0034

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA HERNANDO QUINTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARAUTA LAHOZ LAURA
SANZ ASIN JOSE MANUEL
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER
FERNANDEZ LANDAZURI SARA
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
SANLLEHI VILA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se planteó el proyecto de realización de la curva de ácido láctico en Hospital Obispo Polanco, con el objetivo de mejorar la accesibilidad al estudio de los pacientes y evitando derivaciones a otros centros.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Se estableció contacto con el Servicio de Bioquímica del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) para solicitar el procedimiento que llevan a cabo en dicho centro para la obtención de la curva de ácido láctico.
- Tras realizar una revisión bibliográfica añadida al documento aportado por el HUMS, se establece un protocolo con los pasos técnicos a seguir.
- Se inició la inclusión de pacientes en Marzo de 2018.
- Se realizó una sesión clínica con el servicio de Análisis Clínicos y Neurología para dar a conocer el procedimiento y mostrar los resultados de los tres primeros pacientes sometidos al procedimiento en Julio de 2018.

- En el contexto de este procedimiento se han identificado otros problemas que se han intentado solventar de forma integral:
  - Existencia de pacientes con hiperCKemia que no han sido derivados a Neurología si no a Medicina Interna, generando en ocasiones una doble consulta.
  - Ausencia de un protocolo de manejo de hiperCKemia a nivel hospitalario.
  - Necesidad de enviar a los pacientes al Hospital Universitario Miguel Servet para la realización de biopsia muscular, que implica en ocasiones hasta tres desplazamientos
- Como respuesta a esta situación se decide:
  - Generación de un protocolo de manejo hospitalario de hiperCKemia que sirva no solo para el servicio de Neurología sino para otros servicios como Reumatología o Medicina Interna que puedan recibir a este tipo de pacientes.
  - Se contacta con los Servicios de Anatomía Patológica del HUMS y del Hospital Obispo Polanco en Diciembre de 2018 para valorar la posibilidad de enviar las muestras desde el Hospital Obispo Polanco.
  - Se recibe la documentación necesaria para el envío de muestras en Enero de 2019.
  - Reunión con el Jefe de Cirugía del Hospital Obispo Polanco para proponer la realización de biopsias en nuestro centro en Enero de 2019. Aceptan la propuesta.
- El procedimiento de extracción de muestra para la obtención de curva de lactato se ha realizado de la siguiente manera:
  - La solicitud de la prueba se realiza en un P10 que se entrega al paciente pactando con él el día de la extracción, a las 10 de la mañana.
  - Se avisa al personal de enfermería de laboratorio del día que se realizará la extracción para tener preparado el material necesario.
  - El día de la extracción el neurólogo/a acude para realizar la prueba de isquemia/esfuerzo, controlar el tiempo de las extracciones y asistir en caso de complicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Nº de estudios realizados en el Hospital Obispo Polanco: 7 (100%)
- Nº de estudios derivados al Hospital Universitario Miguel Servet: 0 (0%)
- Nº de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de realización del ejercicio: 2 (28%)
- Nº de complicaciones derivadas de la prueba: 0 (< 10%)
- Realización de un protocolo de manejo de hiperCKemia en cuyos anexos se incluye el procedimiento de extracción de la curva de lactato y amonio y el procedimiento de solicitud y envío de la muestra de biopsia muscular.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad a este estudio por parte de los pacientes. En cuanto al número de estudios no concluyentes, es difícil de valorar dado que no existen series publicadas en este sentido y en este momento los pacientes se encuentran pendientes de una nueva cita para una segunda extracción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0034

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Por otra parte queremos resaltar el hecho de que este plan de calidad se ha ampliado en cuanto a sus objetivos, consiguiendo una vía de actuación integral para el manejo de estos pacientes que permite que puedan ser estudiados en el Hospital Obispo Polanco sin tener que ser derivados a otro centro. Este procedimiento se ha consensuado además con los servicios de Medicina Interna, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Cirugía General y Neurología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/34 ========== ***

Nº de registro: 0034

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
HERNANDO QUINTANA NATALIA, JARAUTA LAHOZ LAURA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, LERIN SANCHEZ JAVIER, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, SANLLEHI VILA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La determinación de los niveles de la enzima CK en suero sanguíneo es la prueba bioquímica más usada como indicador de una miopatía. Generalmente la elevación de los niveles de CKs se acompaña de otras manifestaciones miopáticas como debilidad muscular y sirve de test de apoyo al diagnóstico. Pero en muchos casos el hallazgo de hiperCKemia es casual en el contexto de un análisis de rutina. Dentro de la valoración de pacientes que presentan hiperCKemias persistentes y una vez descartadas las hiperCKemias secundarias y procesos no miopáticos, la curva de ácido láctico es de utilidad para orientar el diagnóstico y valorar la existencia de miopatías metabólicas. Este test se encuentra dentro de los algoritmos de diagnóstico y manejo de esta patología, como una prueba que realizaremos en todos los pacientes con CK persistentemente elevadas.

Hasta el momento, este test no se realizaba en el Hospital Obispo Polanco; por lo que los pacientes debían desplazarse al Hospital Universitario Miguel Servet para realizar la extracción analítica. Esto supone una limitación en el estudio. Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Por ello se propone la realización de este estudio en el Hospital Obispo Polanco, con la colaboración del servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este plan de mejora es la realización de la curva de ácido láctico en Hospital Obispo Polanco, favoreciendo así la accesibilidad al estudio, lo que supondrá una importante ventaja para los pacientes, que podrán evitar el traslado a Zaragoza para la extracción.

MÉTODO
- La curva de lactato consiste en la extracción de sangre para obtener niveles de lactato y amonio de forma basal y tras realización de ejercicio. Esto puede realizarse con condiciones de isquemia (colocando un manguito de presión por encima de la presión arterial sistólica del paciente durante la realización del ejercicio) o sin isquemia. Se realizan 6 extracciones: basal, tras ejercicio, al minuto, tres minutos, diez y 20 minutos después del ejercicio.
- Se contactará con Laboratorio previamente para organizar la fecha de la extracción
- La prueba de ejercicio, consistente en contracciones abriendo y cerrando la mano con fuerza a ritmo de 1 segundo, durante al menos 1 minuto y máximo 1 minuto y medio, se realizará inicialmente con supervisión del Servicio de Neurología, ante la posibilidad de complicaciones ocasionales como mialgias, contracturas, dolor o de forma muy infrecuente, rabdomiolisis. La decisión de si el test se realiza con o sin isquemia también

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0034

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

correrá a su cargo.

INDICADORES
- Nº de estudios realizados en el Hospital Obispo Polanco (100%)
- Nº de estudios derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%)
- Nº de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de realización del ejercicio (< 20%)
- Nº de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)

DURACIÓN
- Inicio en Febrero de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0224

1. TÍTULO

REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA JARAUTA LAHOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se planteó el proyecto de determinación de Biomarcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR) con el objetivo de mejorar la accesibilidad al estudio a los pacientes, evitando derivaciones a otros centros.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

• Se planteó el proyecto al Servicio de Análisis Clínicos de Hospital Obispo Polanco (HOP), aceptando la iniciativa y trabajando conjuntamente para adaptar el protocolo del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) a nuestro Hospital.

• Se estableció contacto con el Servicio de Bioquímica del HUMS para plantear el proyecto, ya que es dicho servicio el receptor final de la muestra extraída en el HOP. Desde el HUMS nos enviaron un documento sobre la conservación y envío de la muestra.

Reuniones entre responsables del proyecto durante 2018:

• Tres reuniones con la Dra. Adela Cayetana, Jefa de Servicio de Análisis Clínicos del HOP: reuniones en marzo y junio con objetivo de valorar si era factible la recogida de muestra de LCR en el HOP y posteriormente estudiar la mejor forma de mantener la muestra hasta su envío al HUMS.
• Dos conversaciones telefónicas con el Dr.Rello, Jefe de Servicio de Bioquímica del HUMS, y varios emails durante primer y segundo trimestre del 2018 donde se concretaba el método de recogida y mantenimiento de la muestra de LCR, así como la forma y el horario de envío de la misma.
• Los resultados de estas reuniones y conversaciones son las descritas en los documentos del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pacientes que han sido estudiados durante el 2018:
• Una vez que el proyecto fue admitido y tuvimos toda la metodología establecida, se seleccionaron seis pacientes candidatos que fueron ingresados para realizarles la punción lumbar y posterior recogida de LCR.

Proceso de extracción de la muestra de Líquido Cefalorraquideo (LCR):

• El procedimiento de extracción de la muestra (LCR) se realiza como marca el protocolo de manejo aportado anteriormente:
o El paciente se ingresa el lunes por la mañana, se le realiza una punción lumbar bajo anestesia local y tras conseguir la muestra de LCR necesaria en los tubos de almacenamiento especiales, se envía a nuestro laboratorio del HOP quienes, al día siguiente, envían la muestras al HUMS. El viernes anterior se debe avisar tanto al Servicio de Laboratorio del HOP como del HUMS, para que sepan que les van a llegar las muestras correspondientes.
o El método y medidas higiénicas se llevaron a cabo según explica el documento de manejo de la muestra.

Indicadores y evaluación

- Nº de pacientes candidatos a estudio a los que se les realiza la extracción del LCR en el Hospital Obispo Polanco (100%)……resultado 100%
- Nº de pacientes candidatos derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%)……Resultado 0%.
A todos los pacientes se le realizó el estudio en HOP, con el 0% de pacientes derivados al HUMS.
- Nº de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de extracción del LCR (< 5%)…Resultado < 5% (pendiente de recibir resultados)
- Nº de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)…..Resultado <10%
(obtuvimos 0% de complicaciones)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad a este estudio por parte de los pacientes.

Aunque todavía es pronto para sacar conclusiones debido al escaso tamaño de la muestra, se ha observado que la extracción de muestra en el HOP para la determinación de estos biomarcadores es segura, así como su conservación, envío y recepción por el centro de referencia. Los resultados obtenidos hasta ahora han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0224

1. TÍTULO

REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

arrojado mayor seguridad en el diagnóstico sindrómico y etiológico de estos pacientes, cambiando el manejo terapeútico y el pronóstico en muchos de ellos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/224 ========== ***

Nº de registro: 0224

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Autores:
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN, MARTIN GOMEZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más frecuente de demencia en el anciano y afecta al 20% de las personas de más de 80 años. El proceso neurodegenerativo de la EA se inicia probablemente 20 ó 30 años antes del inicio de la sintomatología. La primera fase de la enfermedad sin demencia se conoce habitualmente como fase de deterioro cognitivo leve (DCL) de la EA.

El diagnóstico clínico del Alzheimer (EA) es inexacto en un 10-15% de los casos, incluso entre investigadores experimentados, y los biomarcadores pueden ayudar a mejorar la precisión del diagnóstico.

Se entiende por biomarcador, de acuerdo con los criterios del NIH (National Institute of Health), a “una característica que es medida y evaluada de forma objetiva como un indicador de procesos biológicos normales o patológicos, o respuestas farmacológicas a una intervención terapeútica”.

Los marcadores neuropatológicos de la enfermedad de Alzheimer son las placas neuríticas extracelulares y los ovillos neurofibrilares intracelulares con la degeneración neuronal y sináptica acompañante.

Los biomarcadores biológicos en la EA son de fácil obtención y procesamiento ya que se determinan en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes, obtenido mediante una punción lumbar. Los biomarcadores fundamentales en la EA son:

- Proteína B-amiloide: diversos estudios han demostrado de forma consistente qe los niveles de AB42 están disminuídos en la EA en un 50% en relación a lo niveles de la población control. La sensibilidad de la medida varía entre el 55-100% mientras que la especificidad para distinguir los pacientes con EA de los controles oscila entre el 67-100%.
- Tau total y tau fosforilada (tau 3R/4R hiperfosforilada, sobre todo las isoformas, pTau181 pTau231, pTau199) : en estudios transversales se han demostrado incrementos de la tau en pacientes con EA que duplican o triplican el valor encontrado en controles sanos. La prueba alcanza una especificidad entre el 65-86% y una sensibilidad del 40-86%. En fases incipientes de demencia el rendimiento de la prueba es incluso mejor, con una especificidad del 85% y una sensibilidad del 75% al disitinguir los sujetos con EA de controles sanos.

Actualmente el uso de biomarcadores están incluidos en los criterios diagnósticos actuales de EA (Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. Lancet Neurol. 2014 Jun;13(6):614-29)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0224

1. TÍTULO

REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Hasta el momento, este test no se realizaba en el Hospital Obispo Polanco; por lo que los pacientes debían desplazarse al Hospital Universitario Miguel Servet para realizar la extracción de LCR mediante Punción lumbar. Esto supone una limitación en el estudio. Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Por ello se propone la realización de la extracción de LCR en el Hospital Obispo Polanco por parte del Servicio de Neurología, con la colaboración del servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica del Hospital Obispo de Teruel y del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este plan de mejora es la realización de la extracción de LCR del paciente en el Hospital Obispo Polanco, favoreciendo así la accesibilidad al estudio, lo que supondrá una importante ventaja para los pacientes, que podrán evitar el traslado a Zaragoza para la extracción. Una vez extraída la muestra se enviará al laboratorio del H.Miguel Servet donde será procesada.

MÉTODO
Antes de seleccionar un caso es imprescindible haber realizado una evaluación clínica precoz correcta. Una vez completa, los pacientes seleccionados serán los que presenten alguna de estas situaciones:

1. Demencia/ deterioro cognitivo de inicio precoz.
2. Demencia/ deterioro cognitivo con agregación familiar
3. Deterioro cognitivo mnésico de perfil hipocámpico
4. Demencia/deterioro cognitivo con inicio de trastornos afásicos, visuoperceptivos o visuaoespaciales.

No estará indicada la realización del estudio en:
- Pacientes asintomáticos
- Quejas subjetivas sin déficit cognitivo objetivado
- Determinación de la fase de enfermedad.
- Indicaciones no médicas

Estandarización del Procedimiento:

1. Selección del paciente tras evaluación y pruebas complementarias pertinentes.
2. Programación de ingreso para realización de punción lumbar.
3. Extracción de la muestra en tubos de polipropileno. La extracción se hará en horario de 9-13 hrs. No es necesario que el paciente esté en ayunas. Es recomendable que la extracción no sea traumática.
4. Transporte y almacenaje de muestra en temperatura ambiente.
5. Envío al laboratorio Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
6. Procesado de la muestra
7. Interpretación de resultados.

INDICADORES
- Nº de pacientes candidatos a estudio a los que se les realiza la extracción del LCR en el Hospital Obispo Polanco (100%)
- Nº de pacientes candidatos derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%)
- Nº de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de extracción del LCR (< 5%)
- Nº de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)

DURACIÓN
- Inicio en Abril de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0762

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BERNAL ARAHAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEIRO HINOJOSA FRANCISCA
FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO
FABRE CASTELLANO ANA
DOMINGO BARRADO ISABEL
PARRILLA VIRGOS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de un protocolo consensuado en la Unidad de Ecografía del Hospital Obispo Polanco para seguimiento de Gestaciones Gemelares, revisando la bibliografía y recomendaciones más actualizados.
Recogida de datos de las pacientes evaluadas, pre y postnatales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2017 el número de gestaciones gemelares han disminuido en nuestro servicio considerablemente, siendo seguidas en su totalidad y atendiendo el parto en nuestro centro a 3 pacientes.
De ellas, la totalidad han seguido el protocolo propuesto (100%), sin encontrarse patología asociada en ninguna de ellas.
Los partos han sido a término y vía vaginal, sin incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de un protocolo consensuado ayuda en el seguimiento correcto de nuestras pacientes, evitando errores por la variabilidad en la práctica clínica.
En este caso, en número de gestaciones múltiples no es suficiente para poder extraer conclusiones definitivas, a pesar de los buenos resultados obtenidos.

7. OBSERVACIONES.
EL protocolo realizado ha resultado útil en nuestro servicio para reducir la variabilidad clínica, y continuará implementándose y actualizando conforme las nuevas recomendaciones basadas en la evidencia.
El número de gestaciones múltiples ha descendido notablemente, en probable relación con los nuevos protocolos y recomendaciones en las técnicas de reproducción asistida, que busca gestación única. En nuestra opinión, el protocolo resulta aún más útil cuando los casos son menores, pues evita errores y manejo inadecuado, aunque no se pueda justificar estadísticamente.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/762 ========== ***

Nº de registro: 0762

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Autores:
BERNAL ARAHAL MARIA TERESA, PEIRO HINOJOSA FRANCISCA, FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO, FABRE CASTELLANO ANA, DOMINGO BARRADO ISABEL, SPINOSO CRUZ VICENTE, PARRILLA VIRGOS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevalencia de la gestación gemelar espontánea es aproximadamente del 1-2%. En las últimas décadas, en los países desarrollados, ha aumentado a un 3-4% debido al incremento de la edad materna por el retraso electivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0762

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

en la maternidad y a las técnicas de reproducción asistida.
Presenta un riesgo de complicaciones maternas y fetales superior al de la gestación única y esto determinará el manejo antenatal e intraparto. La corionicidad es el principal factor que determina el pronóstico de la gestación.
El número de partos gemelares en nuestro Servicio se aproxima a los 15 al año.En este momento no se registran las gestaciones diagnosticadas en nuestra unidad, pero cuyo parto se realiza en otro hospital, bien por derivación a nuestro centro de referencia por la aparición de complicaciones o bien por deseo materno.
Por ello, creo que es un número suficiente para dedicarle la atención médica pertinente, pero escaso para que en nuestra unidad no aparezcan diferencias de criterios, al no estar unificados.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto de calidad se orienta a la protocolización y unificación de criterios en el manejo de las gestaciones gemelares, para un correcto seguimiento y prevención de complicaciones potencialmente diagnosticables por ecografía, como son el síndrome de trasfusión feto-fetal, la secuencia anemia-policitemia y el CIR selectivo.

MÉTODO
1. Elaboración de un protocolo de Manejo de Gestación Gemelar dependiente de la Unidad de Ecografía, consensuado con el Servicio y elaborado por los médicos que realizamos este proyecto (Teresa Bernal como coordinadora, y Vicente Spinoso, Isabel Domingo y Pilar Parrilla)
2. Aplicación e implementación del protocolo. Recogida de datos prenatales por parte de la enfermera de la consulta de tocología (Francisca Peiró), de la auxiiar de la consulta de ecografía (Rosario Fuertes) y de los postnatales por parte de la matrona (Ana Fabre)

INDICADORES
Los marcadores, debido al reducido número de gestaciones, serán difíciles de expresar en porcentajes. Como indicadores se recogerá:
1. Porcentaje de casos que se ajustan al protocolo durante el año 2017: idealmente por encima del 90 %
2. Aparición de complicaciones potencialmente diagnosticables:
a. Casos de prematuridad, y porcentaje sobre el mismo de monitorización de signos de alarma y tratamiento.
b. Casos de CIR selectivo y porcentaje de detección.
c. Casos de secuencia TAPS o STFF y porcentaje de detección.
d. Casos de malos resultados perinatales o pérdidas gestacionales y porcentaje de detección de signos de alarma.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo entre octubre y diciembre de 2016
Apilcación,recogida de datos e implementación durante el año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0792

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA GARCES VALENZUELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGUIA HERMIDA BELEN
LORENTE SAMPER LOURDES
DOMINGO BARRADO ISABEL
COLECHA MORALES MARTA
TREGON MARTIN PILAR
HERRERO SANZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Actualización de hojas de recomendaciones al alta, preexistentes tanto de episodios de ginecología como de Obstetricia

- Diseño de nuevas hojas de recomendaciones para otros diagnósticos, que no existían previamente

- Creación de base de datos para archivo de todas hojas de recomendaciones

- Análisis del porcentaje de hojas entregadas a las pacientes dadas de alta independientemente del diagnóstico, inmediatamente tras el alta y no por correo ordinario junto el informe de alta definitivos días más tarde

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha desarrollado y actualizado las hojas de recomendaciones para casi la mayoría de los diagnósticos posibles en ginecología y Obstetricia

Se ha estimado que la proporción de pacientes a los que se le ha entregado hoja de recomendaciones inmediatamente tras el alta es del 89%

El 100% de las pacientes dadas de alta tras parto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejora de la satisfacción de los pacientes al disminuir la incertidumbre/ansiedad por el desconocimiento

Estandarización y sistematización de la información aportada por el personal del servicio

Quedaría pendiente de realizar, la inclusión de esta base de datos en la intranet clínica para mejorar el acceso desde cualquier ordenador del servicio, y también el ir realizando otras hojas de recomendaciones en función de las necesidades que vayan surgiendo en el día a día.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/792 ========== ***

Nº de registro: 0792

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Autores:
GARCES VALENZUELA MARTA, COLECHA MORALES MARTA, DOMINGO BARRADO ISABEL, SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, TREGON MARTIN PILAR, LAGUIA HERMIDA BELEN, LORENTE SAMPER LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del aparato genitourinario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0792

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se ha convertido en una práctica común que los pacientes sean dados de alta poco tiempo después de una estancia aguda en el hospital y que se les indique que ellos mismos deben hacerse cargo de diversos aspectos de su propia atención en su domicilio.
Esto ha incrementado la necesidad de dar a los pacientes o a sus acompañantes, la información detallada que los habilite para poder realizar efectivamente en el domicilio, la atención requerida.

Se ha sugerido que darles información escrita sobre el cuidado de la salud puede ayudarlos a cuidarse a sí mismos.

La combinación de la información verbal y escrita, sobre el cuidado de la salud, permite el suministro de información estandarizada a los pacientes y sus acompañantes, lo que al parecer, mejora el conocimiento y la satisfacción.

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar la información
Mejorar el conocimiento y satisfacción de los pacientes

MÉTODO
Actualizar las hojas de recomendaciones ya existentes
Diseñar nuevas hojas de recomendaciones para las diferentes cirugías ginecológicas y recomendaciones sobre reproducción y embarazo.
Facilitar el acceso a esta hojas a todo el personal del servicio (médicos, enfermeras, y auxiliares de enfermería) colgándola de forma organizada en la intranet clínica del hospital
Automatizar la entrega de estas hojas de recomendaciones en el momento del alta a domicilio, de manera que dispongan de ellas desde el primer momento

INDICADORES
- Porcentaje de hojas de recomendación entregadas al alta
- Numero de hojas de recomendaciones elaboradas
- Disponibilidad de las hojas de recomendaciones en la intranet clínica del hospital

Al alta de la paciente se reflejara en la historia clínica de forma escrita que se entrega la hoja de recomendaciones de forma que se pueda comprobar de forma retrospectiva el porcentaje de pacientes que se va a su domicilio con hoja de recomendaciones.

A los seis meses de la puesta en marcha de este proyecto, se evaluara el número de hojas de recomendaciones que están disponibles en la intranet del hospital y se evaluaran las altas de 2 meses para estimar el número de pacientes a las que se les ha entregado la hoja de recomendaciones al alta.

DURACIÓN
Se iniciara la elaboración de las hojas de recomendaciónes a finales de 2016 con una previsión de 2 meses para la elaboración de todas, y de 6 meses para evaluar su disposición en la intranet y el porcentaje de hojas entregadas al alta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0967

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCION DEL CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA COLECHA MORALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEIRO HINOJOSA FRANCISCA
FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO
SPINOSO CRUZ VICENTE
VICENTE LAZARO CARMEN MARIA
GARCES VALENZUELA MARTA
CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del protocolo de actuación (manejo, seguimiento y finalización de la gestación) ante un feto CIR, y puesta en marcha del mismo ante tal diagnóstico. Aplicación en todos los casos diagnósticados desde su implantación hasta el momento actual, implicando a todos los profesionales de obstetricia. Para ello sólo es necesaria la estimación del peso fetal mediante ecográfia (Ecógrafo Obstétrico de alta resolución) y la valoración de marcadores de bienestar fetal también mediante evaluación ecográfica y la realización de un RCTG (registro cardiotocográfico).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El protocolo ha sido aplicado con éxito y debidamente cumplido siguiendo las directrices del mismo, en todos los casos CIR diagnosticados en el servicio. Se han obtenido buenos resultados perinatales, obteniendose recién nacidos pequeños acordes al feto estimado ecográficamente, sanos y con puntuaciones elevadas en el test de Apgar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de unificar criterios de manejo clínico ante situaciones especiales para un correcto seguimiento de los pacientes, sin discrepancias entre los diferentes especialistas involucrados en el proceso, y siempre según las recomendaciones científicas de las diferentes guías de actuación existentes.
Dada la utilidad del protocolo y su facilidad de aplicación, se continuará utilizando ante los nuevos casos diagnosticados. Se actualizará periódicamente y sobretodo ante los posibles nuevos avances científicos sobre el tema.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/967 ========== ***

Nº de registro: 0967

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCION DE CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Autores:
COLECHA MORALES MARTA, PEIRO HINOJOSA FRANCISCA, FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO, SPINOSO CRUZ VICENTE, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA, CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE, GARCES VALENZUELA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0967

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCION DEL CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Los fetos CIR, es decir, aquellos fetos pequeños debidos a una insuficiencia placentaria, representan un 20-30% del total de fetos y por tanto se debe prestar especial atención en el seguimiento de estas gestaciones puesto que es causa de resultado perinatal adverso.
Esta complicación gestacional condiciona un aumento de riesgo de pérdida de bienestar fetal intrauterino y acidosis metabólica, dos situaciones asociadas con un ulterior desarrollo de encefalopatía hipóxica, parálisis cerebral y desarrollo psicomotor anómalo. Además es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad neonatal, incrementándose el riesgo de aparición de enterocolitis necrotizante o síndrome de distrés respiratorio.

Dada la elevada incidencia de fetos CIR y la posibilidad de ofrecer un adecuado diagnóstico y seguimiento ecográfico, queda suficientemente justificada la elaboración de este protocolo, para así ofrecer una mejor atención a las gestantes del área de Teruel y prevenir la aparición de complicaciones perinatales sin llegar a causar yatrogenia.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto de calidad es la elaboración de un protocolo de diagnóstico y manejo de las gestaciones CIR. Se pretende unificar criterios para un correcto seguimiento y prevención de complicaciones potenciales, así como establecer el momento recomendado de finalización de la gestación según los diferentes indicadores ecográficos.

MÉTODO
1. Elaboración de un protocolo de Manejo de Gestación complicada con Restricción Crecimiento Fetal dependiente de la Unidad de Ecografía.
2. Aplicación e implementación del protocolo.

INDICADORES
Como indicadores se recogerá:
1. Porcentaje de casos que se ajustan adecuadamente al protocolo durante el año 2017: idealmente por encima del 90 %
2. Valoración del éxito del Protocolo:
a. Casos correctamente diagnosticados comparando peso fetal estimado vs peso neonatal real
b. Casos mal diagnosticados
c. Casos de prematuridad, y porcentaje sobre el mismo de monitorización de signos de alarma y tratamiento.
d. Casos de malos resultados perinatales o pérdidas gestacionales y porcentaje de detección de signos de alarma.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo oct-dic 2016
Aplicación e implementación: año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA COLECHA MORALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA
PARRILLA VIRGOS PILAR
CABEZA VENGOECHEA PEDRO
SPINOSO CRUZ VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este año 2018 se ha llevado a cabo la revisión de las historias clínicas de aquellas pacientes que estando programadas para intervenciones quirúrgicas por CMA, requirieron ingreso hospitalario postquirúrgico, durante el año 2017 y 2018. El fin de esta revisión es recabar información sobre los motivos que propician este ingreso hospitalario (cuyas cifras rondan el 10%), analizar la situación y valorar qué medidas se pueden llevar a cabo para intentar disminuir esta tasa.
Se elaboró una tabla Excel con varios apartados a analizar, entre los que destacan: el motivo de la intervención quirúrgica, el proceso que se lleva a cabo, si el horario de la cirugía es de tarde o de mañana y la complicación quirúrgica o causa postintervención de la imposibilidad de altar a la paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según los datos aportados por el servicio de documentación, durante los años 2017 y 2018 se llevaron un total de 160 y 141 intervenciones programadas para CMA, respectivamente.

En el 2017, según consta por codificación, 22 pacientes fueron ingresadas sin poderse dar de alta. Tras la revisión de las historias clínicas de dichas pacientes, sólo se constata el ingreso real de 15 pacientes: 8 post-histeroscopia, 3 post-TOT y 4 post-laparoscopia.

En el 2018, por codificación consta que 19 pacientes fueron ingresadas a pesar de constar como CMA. Tras revisar dichas historias, sólo se constata el ingreso de 15 pacientes: 4 post-TOT, 4 laparoscopias, 1 post-conización, 5 post-histeroscopia y 1 por reconversión previa al quirófano de la vía de abordaje (de laparoscopia a laparotomía).

Se evidencian algunos casos de error de codificación (pacientes que se programan por CMA y se van de alta conforme los protocolos de CMA a las pocas horas del postoperatorio, sin constar que la paciente pase ninguna noche en el hospital). En otras ocasiones el error de codificación se produce en pacientes que se intervienen por procedimientos que ya llevan inherentes el ingreso hospitalario y cuya programación no es posible hacerse por CMA; por ejemplo una histerectomía vaginal no es candidata a ser altada de forma precoz. Otro motivo por el que se aumentan los supuestos casos de CMA, son los quirófanos que se llevan a cabo de forma extraordinaria por la tarde, puesto que a pesar de ser intervenciones a priori candidatas a CMA y puede ser que así conste en las hojas de inclusión de LEQ, no es posible si son realizadas en el horario de tarde por logística y cuestión de tiempos.

Algunos de los motivos que condicionan el ingreso de las pacientes son complicaciones intraoperatorias de diferentes índoles, tanto por el procedimiento quirúrgico mismo como por la anestesia. Otros sin embargo, son incidencias durante el postoperatorio inmediato, algunas leves que se resuelven a las pocas horas y otras más graves que requieren varios días de ingreso hospitalario.
Así, la causa que mayoritariamente obliga al ingreso tras una histeroscopia es la perforación uterina evidenciada en quirófano. En el caso de las conizaciones, es el sangrado postoperatorio abundante. El problema postoperatorio de las TOT suele ser, a partes iguales, la dificultad miccional y el dolor inguinal por la colocación de la malla. En los casos de laparoscopias suele ser malestar general con nauseas o la falta de tolerancia oral, sin que se haya producido ninguna incidencia en la intervención quirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista de los datos analizados, se elaboran unos criterios de inclusión y exclusión de CMA, y se toman en consideración medidas para que la tasa de ingresos en pacientes programas por CMA sea la menor posible.

En cuanto a los quirófanos de tarde, ningún quirófano será considerado como CMA (independientemente que en la hoja de inclusión en lista de espera conste así), puesto que el tiempo control postquirófano y postanestesia se prolonga hasta la noche, siendo recomendado el ingreso para un mejor postoperatorio inmediato.

Todas las conizaciones son susceptibles de CMA. La complicación que se asocia a ingreso hospitalario suele ser el sangrado. Nos deberemos asegurar de obtener una buena hemostasia del lecho quirúrgico en quirófano, siendo posible incluso la utilización de material hemostático, si el caso así lo precisa.

En el caso de las histeroscopias tanto quirúrgicas como diagnósticas, se protocoliza como método de permeabilizar canal cervical y evitar así las posibles complicaciones por perforación uterina o creación de falsas vías, el uso de Misoprostol preoperatorio, indicándose a la paciente la administración vía vaginal de 1 comprimido de misoprostol 200mg por la noche antes de acostarse y otro por la mañana al despertar. Se les entrega en el momento de la inclusión en LEQ, un folleto explicativo del procedimiento con las instrucciones por escrito de cómo y cuándo administrarse la medicación, e incluso se entregan físicamente los 2 comprimidos necesarios. En caso de realizarse la intervención quirúrgica en horario de tardes, la medicación se administrará por la mañana temprano al despertar y unas 3 horas antes de la intervención.

Como ya se ha comentado anteriormente, los principales motivos que obligan a ingreso hospitalario tras la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

colocación de una TOT es la dificultad para la micción y el dolor inguinal, debido a la misma técnica quirúrgica. Se intentará seleccionar a aquellas pacientes con comorbilidades álgicas (fibromialgia, artrosis, dosis de medicación antiálgica considerables y habituales) para ingreso hospitalario y no para CMA.
Para terminar, con las laparoscopias, se incluirán en CMA sólo aquellas que se vayan a realizar en pacientes a priori con bajo riesgo de complicaciones: ligaduras tubáricas en pacientes sin comorbilidades ni cirugías pélvicas previas, quistes simples menores de 6 cm, o teratomas de pequeño tamaño (4-5 cm máximo). Así pues, requerirán ingreso hospitalario las pacientes con 2 o más cirugías pélvicas previas, pacientes con endometriomas o sospecha de endometriosis, o con quistes sólidos de gran tamaño. Las histerectomías se seguirán considerando para ingreso hospitalario, como se venía haciendo hasta ahora

7. OBSERVACIONES.
Se seguirán a las pacientes CMA durante el año 2019, tras la aplicación de dichos criterios y medidas y se analizarán el éxito de las mismas en cuanto a disminución de tasas de ingreso.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/415 ========== ***

Nº de registro: 0415

Título
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

Autores:
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, PARRILLA VIRGOS PILAR, CABEZA VENGOECHEA PEDRO, SPINOS CRUZ VICENTE, COLECHA MORALES MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado, que a lo largo del año 2017, un 11% de las pacientes, clasificadas como CMA, acabaron ingresadas por varios motivos.
Hay que valorar, si los criterios de inclusión en dicho proceso son los adecuados

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto pretende hacer un estudio y seguimiento de estos casos, para valoración y mejora.

MÉTODO
Realización de protocolo de inclusión de las listas de procesos catalogados como CMA.
Control, estudio de los realizados durante el año 2017 y valoración de los proceso para lo largo del año en curso

INDICADORES
El límite a alcanzar, es que no se revierta a ingreso más del 5 % de dichas pacientes y patologías

DURACIÓN
Revisión de los procesos acaecidos durante al año 2017 hasta el 30 de mayo.Dra. Elena Schuhmacher y Dra. Marta Colechá
Hacer protocolos de adecuación de inclusión en lista de espera quirúrgica hasta el 30 de junio 2018. Dr. Pedro Cabeza, Dra. Elena Schuhmacher, Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso
Revisión de la casuistica de el año en curso, finalizacion el 31 de enero 2019. Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0654

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PASTOR ESPUIG
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARZARAN TEIJEIRO ANA
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES
GRACIA SANCHEZ PILAR
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 2 reuniones entre Dra. Navarro y Dra. Pastor, como oftalmólogas y entre la Dra. Garzarán y la Dra. García como internistas. Se valoró la necesidad de crear una unidad multidisciplinar que agilizara las consultas y el intercambio de información entre ambas especialidades. Se acordó que el día de consulta de la Unidad de Uveítis sería el último martes de cada mes, citando a los pacientes en la segunda parte de la consulta.
Debido a la dificultad de crear agendas con nombres propios, no se pudo crear una nueva agenda con el nombre de "uveítis". Los pacientes eran citados en la consulta de retina de la Dra. Pastor (OFT-9), pero eran distribuidos a lo largo de toda la mañana de consulta. Esto dificultaba la organización de la unidad.
Se intentó contactar y hacer partícipe también al especialista en reumatología del Hospital, pero era inminente el traslado de su plaza a otro hospital y no pudimos contar con él. La nueva reumatóloga que ocupó su puesto, estuvo de baja maternal, y también estuvimos unos meses sin poder realizar ninguna reunión con ella.
Se recopilaron los pacientes diagnosticados de uveítis y que eran revisados por oftalmología y/o medicina interna y/o reumatología. Se inició el proceso de citación de los pacientes el día designado para la consulta de uveítis, pero como he mencionado, coordinar el horario de las visitas se nos hizo imposible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estamos convencidos de la importancia de esta unidad de Uveitis en el Hospital Obispo Polanco.
Son numerosas las veces que se contacta telefónica o presencialmente con la reumatóloga o con la internista para comentar aspectos de los pacientes que llevamos conjuntamente.
Las reuniones se hicieron y se iniciaron las citaciones, pero problemas personales, vacaciones etc de los diferentes médicos de la unidad hizo que no tuviera continuidad.
Tenemos una unidad de uveítis "virtual", porque nos mantenemos en permanente contacto en relación a ciertos pacientes, pero estos acuden un día a su consulta con medicina interna y otro día a su consulta con oftalmología. Y nos intercambiamos valoraciones por teléfono, por mensajes, o revisando la historia clínica de la otra especialidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las unidades de uveítis necesitan de una mezcla compleja de conocimientos de Medicina Interna, y de la destreza del oftalmólogo para explorar a los pacientes. El oftalmólogo debe ser capaz, tras la exploración, de orientar las posibilidades etiológicas y el orden de prioridad y probabilidad; y el internista debe realizar una minuciosa anamnesis orientada según las sospechas del oftalmólogo. Deben ser unidades multidisciplinares donde se hable el mismo "idioma" y se trabaje en la misma consulta y poder hablar "cara a cara" interna/reumatólogo y oftalmólogo.
En uveítis, no "todo se asocia a todo", es decir, que encontramos diferentes patrones concretos de presentación de uveítis que se relacionan con diferentes enfermedades sistémicas concretas y por tanto en estos casos la petición de grandes baterías diagnósticas supone una pérdida de tiempo y dinero.
Con esta unidad de uveítis se busca la rentabilidad diagnóstica. Se busca que un paciente con uveítis salga de la consulta con una descripción detallada de su uveítis, las posibilidades etiológicas y la batería de pruebas que corresponde, y se corresponde con un tratamiento adecuado.
Creemos que el proyecto merece la pena prolongarlo y volver a iniciar las reuniones con la Dra. Estopiñan (Reumatología) y con la Dra. Garzarán (Medicina Interna). De nuevo citar a los pacientes e intentar cuadrar las agendas con los demás especialistas para que se desplacen a las consulta de oftalmología para realizar la visita conjunta. A veces, los problemas burocráticos, y de organización del servicio y la siempre alta carga asistencial, hace que no encontremos la manera de hacer realidad un proyecto que creo que puede aportar grandes beneficios para los pacientes y para los profesionales que podremos ser altamente resolutivos en estas consultas.

7. OBSERVACIONES.
Me gustaría saber cómo puedo prolongar el proyecto.
Estoy bastante implicada en el proyecto y creo que puede ser una gran oportunidad de mejora, pero hay que modificar el planteamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0654

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/654 ========== ***

Nº de registro: 0654

Título
CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
PASTOR ESPUIG MARIA, GARZARAN TEIJEIRO ANA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, GRACIA SANCHEZ PILAR, ALIAS ALEGRE EVA GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las uveítis son un proceso inflamatorio que afecta a la úvea (iris, cuerpo ciliar o coroides). Por extensión se incluyen procesos inflamatorios que afectan a la córnea, esclera, vítreo, nervio óptico y retina. Debido a los diferentes mecanismos implicados en su patogénesis y las variables respuestas de los diferentes tejidos a los mismos, existen un gran número de procesos distintos englobados bajo el término uveítis. Su patogenia reside principalmente en alteraciones localizadas en órganos extraoculares, fundamentalmente relacionados con el sistema inmunitario y se ha comprobado su asociación con enfermedades generales autoinmunitarias/autoinflamatorias.. En ocasiones el ojo es la primera manifestación de una enfermedad sistémica hasta el momento desconocida y con estudios sistémicos negativos. Actualmente las uveítis son remitidas mediante interconsulta al internista y/o reumatólogo para valoración sistémica o para iniciar tratamiento inmunosupresor sistémico. La comunicación es bastante escasa y difícil.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear una unidad de Uveitis formada por 1 oftalmólogo, 1 internista y 1 reumatólogo. Las uveítis, como enfermedades oculares que son, han de tener en el oftalmólogo el primer receptor del paciente y el que establezca las guías participativas del resto de integrantes del equipo multidisciplinar, cuya contribución será más decisiva en los casos donde se sospeche una afección sistémica. En las uveítis no infecciosas que precisan de un tratamiento sistémico inmunosupresor será el internista el encargado de prescribir el tipo, dosis y pauta inmunosupresora. Por otra parte el oftalmólogo, mediante exploración del paciente, determinará la eficacia o no del tratamiento instaurado. El internista solicitará los exámenes periódicos necesarios para eliminar y limitar los efectos adversos de la terapia elegida. El internista también será el encargado de instaurar el tratamiento infeccioso, si fuera el caso. El especialista no-oftalmólogo deberá reevaluar periódicamente a los pacientes caracterizados como idiopáticos en busca de un diagnóstico etiológico

MÉTODO
Se creará una agenda conjunta cada 15 días donde se citarán los pacientes diagnosticados de uveítis. Los pacientes se revisarán por el oftalmólogo y junto con el internista y/o reumatólogo se valorará la necesidad de nuevo tratamiento, ajuste de dosis, etc…. Las visitas se realizarán en el consulta de retina donde el oftalmólogo tiene todo el equipo técnico para realizar las exploraciones y será el internista y/o reumatólogo quien se desplazará hasta esta consulta.

INDICADORES
Realizar al menos 2 reuniones con el oftalmólogo responsable de la unidad de uveítis y con el internista y/o reumatólogo.
Poner en marcha las citaciones de los pacientes.
La organización logística de la asistencia a los enfermos con uveítis debe tener como núcleo básico la estrecha relación entre el oftalmólogo y el internista/reumatólogo. La atención médica de forma conjunta puede alcanzar notables cotas de eficiencia: se da la deseable complementariedad en el procedimiento del diagnóstico -y a veces terapéutico-, el enriquecimiento científico mutuo es de gran valor y la gestión de los recursos económicos parece muy adecuada. Del equipo multidisciplinar se van a desprender actividades no sólo asistenciales y de investigación, sino también académicas y docentes, en las que participarán todos los componentes del grupo.

DURACIÓN
Diciembre-Enero-Febrero 2017: Realizar las reuniones necesarias con los responsables para definir los días de consulta, los horarios, etc.
Marzo-Abril: Iniciar la citación de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0654

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Abril-Mayo: iniciar las consultas en la unidad multidisciplinar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
---------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0665

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA GLORIA ALIAS ALEGRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASTOR ESPUIG MARIA
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha aplicado la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo en el manejo (clasificación, estudio diagnóstico y tratamiento) del paciente con oclusiones venosas de la retina. Se ha acelerado la llegada del paciente a la sección de retina del servicio de oftalmología de tal forma que al llegar a las consultas y detectar esta patología se comunica directamente a los retinólogos. En el nuevo programa de consultas del año 2016-2017 se han establecido consultas de retina los lunes, martes, miércoles y viernes. Prácticamente el paciente llega a la consulta de retina en el mismo día que se realiza el diagnóstico. Se realiza directamente el estudio con realización de agudeza visual, retinografía, tomografía de coherencia macular y angiografía para detectar posibles complicaciones oftalmológicas.
De esta forma se ha establecido un protocolo para clasificar anatómicamente el tipo de oclusión vascular, las complicaciones existentes y el reconocimiento de los factores de riesgo sistémicos que puede presentar el paciente. Para coordinar este protocolo se llevo a cabo una sesión clínica sobre el mismo dentro de nuestro programa de sesiones clínicas (lunes de 8:00 a 9:30h). En dicha sesión clínica se recalcaron las siguientes necesidades:
-La necesidad de canalizar al paciente inmediatamente a la consulta de retina tras el diagnóstico de oclusión venosa retiniana en la consulta oftalmológica ambulatoria, en urgencias,…
-Realizar una clasificación correcta del tipo de oclusión venosa retiniana y de la existencia de alguna complicación asociada a la misma.
- Llevar a cabo el protocolo diagnóstico en función de la edad de posibles factores de riesgo oftalmológicos y sistémicos. Insistiendo en el glaucoma de ángulo abierto, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperviscosidad sanguínea, hiperlipidemia y trombofilia. En función de los resultados derivar al paciente a su médico de familia, al servicio de hematología, medicina interna,… Alcanzar un manejo multidisciplinar.
-Explicar al paciente las exploraciones necesarias para ello, el tiempo previsto de seguimiento, y, si es necesario, el tratamiento que precisa y el seguimiento del mismo. Evitando fallos en las consultas de seguimiento y en los actos terapéuticos.
-Modificar según necesidad y agilizar la citación del paciente para instaurar el tratamiento en el tiempo más breve posible.
Se ha establecido el protocolo del manejo y tratamiento de las complicaciones. Se ha agilizado el manejo del edema macular intentando iniciar el tratamiento con Lucentis, Eylea o con Ozurdex intravítreos en el menor tiempo posible. Se ha organizado un quirófano de locales los viernes de tal forma que cada viernes se trata a los pacientes que lo necesitan. Se inicia el tratamiento 3-5 días tras el diagnóstico.
Si los pacientes se tratan con Lucentis o Eylea intravítreo, inicialmente reciben una dosis del mismo mensualmente durante 3 meses y se repite la exploración oftalmológica a los 3 meses. Si persiste el edema macular y/o no ha mejorado la visión se insiste en el tratamiento siguiendo un protocolo de tratamiento TREAT and EXTEND.
Si se ha decidido iniciar el tratamiento con Ozurdex intravítreo se cita al paciente a la semana para vigilar que no existan signos de endoftalmitis, a los dos meses para vigilar la presión intraocular y a los cuatro meses. Momento en el cual decidimos si volvemos a retratar. Decisión que depende de la persistencia, reaparición del edema macular y/o agudeza visual del paciente. Nuestra experiencia nos indica que cada 4 meses requieren retratamiento.
Disponemos de tonómetros Perkins que nos permiten controlar la presión intraocular con facilidad.
Se ha dotado al servicio con un sistema láser Pascal de Topcon que nos permite tratar la isquemia retiniana cuando lo precisan (casos de oclusión venosa retiniana isquémica detectada en la angiografía). Sistema láser que implica realizar un tratamiento más completo, con menos dolor para el paciente y en menor tiempo.
De Julio a Septiembre de 2015 se llevo a cabo el protocolo sobre la llegada del paciente a la consulta de retina, estudio oftalmológico y sistémico preciso, y, las medidas terapéuticas necesarias.
De Septiembre de 2015 a Julio 2016 se puso en marcha la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha aplicado la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo en el manejo (clasificación, estudio diagnóstico y tratamiento) del paciente con oclusiones venosas de la retina. Se ha acelerado la llegada del paciente a la sección de retina, en la mayoría de los casos el mismo día que se realiza el diagnóstico es visitado por el retinólogo (excepto que el paciente llegue al servicio durante el fin de semana o los jueves; en este caso en el plazo de 1-3 días es visitado en la consulta de retina). Se ha simplificado el estudio diagnóstico, la detección de complicaciones y su clasificación. Se ha instaurado un protocolo terapéutico de las complicaciones encontradas iniciando el mismo en el menor tiempo posible. Se realiza el tratamiento del edema macular en un quirófano de locales los viernes por la mañana. Permite iniciarlo rápidamente y repetirlo las veces necesarias. Contamos con un nuevo laser Pascal para realizar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0665

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

panfotocoagulación retiniana de forma más eficaz y eficiente evitando al paciente tiempo y molestias.
Con ello se ha mejorado la práctica clínica en la consulta evitando estudios repetitivos, consultas innecesarias, mejorar la calidad visual del paciente y su calidad de vida.
El resultado que hemos conseguido se puede resumir en la mejoría de la visión de los pacientes con oclusión venosa retiniana. El inicio precoz del tratamiento nos ha permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes y detectar otras complicaciones como membranas epirretinianas, agujeros maculares por rotura de quistes intrarretinianos, síndromes de tracción vitreomacular (complicaciones que requieren tratamientos específicos diferentes a los comentados) y reducir otras complicaciones como el glaucoma neovascular.
El impacto del proyecto se resume en la satisfacción del paciente al observar su mejoría clínica, el índice que más nos ayuda a medirlo es la agudeza visual.
Los indicadores que hemos considerado son el nivel de satisfacción de los profesionales, el nivel de satisfacción de los pacientes, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico, indicación del tratamiento y su realización, la compresión por parte del paciente del seguimiento necesario tras el diagnóstico y tratamiento evitando fallos en el mismo y la agilidad en la consulta y el servicio de citaciones. Estos indicadores nos aportan datos positivos en la realización del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los miembros del equipo de mejora (las tres retinólogas del servicio de Oftalmología del Hospital Obispo Polanco) nos encontramos satisfechas al lograr mejorar nuestra práctica clínica diaria, observando una buena respuesta de los pacientes. La valoración es muy positiva.
El mayor propósito ha sido encontrar unas directrices generales que nos permitan clasificar, diagnosticar y tratar a los pacientes con oclusiones venosas retinianas de la forma más precoz posible. En la actualidad nos encontramos con nuevas alternativas terapéuticas que muestran mejores resultados al instaurar el tratamiento de forma precoz. Nuestro ejemplo a seguir son las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo; de tal forma que hemos seguido sus recomendaciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas basadas en conocimientos científicos y niveles de evidencia.
El aspecto que ha quedado pendiente es intentar conseguir una sala blanca para realizar los tratamientos intravítreos. Actualmente se realizan en quirófano los viernes, si disponemos de una sala blanca podríamos realizarlos todos los días de la semana. Se podría iniciar el mismo día del diagnóstico.
Pensamos que el proyecto debe continuar ya que los pacientes una vez diagnosticados e incluidos en el programa de tratamientos intravítreos (ya sea Ozurdex, Lucentis o Eylea) deben seguir dentro del mismo durante 3 ó 4 años como mínimo. El tratamiento con Ozurdex requiere ser repetido cada 4-5 meses y el tratamiento con Lucentis o Eylea cada 4-6 semanas. Este aspecto es el que más valor aporta para continuar con el mismo y él que da mayor sostenibilidad.

7. OBSERVACIONES.
Pensamos que el proyecto debe ser de seguimiento para continuar iniciando el tratamiento de los pacientes diagnósticados de novo lo más precoz posible y para continuarlo en aquellos pacientes que ya han iniciado el mismo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/665 ========== ***

Nº de registro: 0665

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, PASTOR ESPUIG MARIA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, DIAZ GIRALDO FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0665

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

PROBLEMA
La obstrucción venosa de la retina supone la segunda causa más frecuente de pérdida de visión por problemas vasculares de la retina. Múltiples estudios poblacionales demuestran que por encima de los 30 años de edad, la prevalencia estandarizada por edad y género es de 0.52%.
En la actualidad se encuentran diferentes alternativas terapéuticas cuyos objetivos son actuar sobre las complicaciones oftalmológicas que provocan disminución de la agudeza visual; ayudando a mejorar el pronóstico y las expectativas del paciente y del oftalmólogo.
Múltiples ensayos clínicos demuestran la necesidad de instaurar la opción terapéutica elegida lo más precoz posible para mejorar el resultado final.
Por falta de organización o coordinación entre el servicio de urgencias o médico de familia con el servicio de oftalmología, retraso en la llegada del paciente a la consulta de retina, falta de organización en la consulta, falta de disponibilidad de espacio y tiempo quirúrgico, …, se observa un retraso en la llegada del paciente al servicio de oftalmología y un retraso en el tratamiento del mismo.
Se necesita una mejora en la canalización de los pacientes a la consulta de retina, intentar lograr la aplicación de un protocolo que permita agilizar la elección terapéutica más adecuada para cada caso y conseguir llevarlo a cabo con la mayor seguridad y calidad en el menor tiempo posible.
La Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo pretende mejorar el manejo del paciente con oclusión venosa de la retina.

RESULTADOS ESPERADOS
Aplicación de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo en el manejo (clasificación, estudio diagnóstico y tratamiento) del paciente con oclusiones venosas de la retina. Se pretende acelerar la llegada del paciente a la sección de retina del servicio de oftalmología, simplificar en lo posible el estudio diagnóstico, clasificar y detectar posibles complicaciones e instaurar el tratamiento correcto de las mismas en la menor brevedad posible. Con ello mejorar la práctica clínica en la consulta evitando estudios repetitivos, consultas innecesarias, mejorar la calidad visual del paciente y su calidad de vida.

MÉTODO
-Canalizar al paciente inmediatamente a la consulta de retina tras el diagnostico de oclusión venosa en la consulta oftalmológica ambulatoria, en urgencias,…
-Realizar una clasificación correcta del tipo de oclusión venosa retiniana y de la existencia de alguna complicación asociada a la misma.
- Estudio protocolarizado en función de la edad de posibles factores de riesgo sistémicos. En función de los resultados derivar al paciente a su médico de familia, al servicio de hematología, medicina interna,… Alcanzar un manejo multidisciplinar.
-Explicar al paciente las exploraciones necesarias para ello, el tiempo previsto de seguimiento, y, si es necesario, el tratamiento que precisa y el seguimiento del mismo. Evitando fallos en las consultas de seguimiento y en los actos terapéuticos.
-Modificar según necesidad y agilizar la citación del paciente para instaurar el tratamiento en el tiempo más breve posible. Por ejemplo, conseguir una sala blanca para la administración de tratamientos intravítreos (Ozurdex, Lucentis) evitando dilataciones en el mismo por falta de disponibilidad de quirófano para iniciarlo.

INDICADORES
-Nivel de satisfacción de los profesionales.
-Nivel de satisfacción de los pacientes.
- Tiempo entre el diagnóstico, indicación del tratamiento y su realización.
-Compresión por parte del paciente del seguimiento necesario tras el diagnóstico y tratamiento. Fallos en el mismo.
- Agilidad en la consulta y el servicio de citaciones.

DURACIÓN
Julio-Octubre 2016: Protocolarizar la llegada del paciente a la consulta de retina, estudio oftalmológico y sistémico preciso, y, las medidas terapéuticas necesarias.
Describir diseñando un plano de manejo del paciente en función del tipo de oclusión venosa (central o de rama, isquémica o no isquémica) y de la posible existencia de complicaciones (edema macular).
Octubre 2016-Julio 2017: Puesta en marcha de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA GLORIA ALIAS ALEGRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES
PASTOR ESPUIG MARIA
GARGALLO BENEDICTO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todos los pacientes incluidos en lista de espera para ser intervenidos de catarata se han citado en la consulta para realizar la biometría. A cada uno de ellos se le ha realizado un estudio refractivo y queratométrico para conocer su defecto de graduación y curvatura corneal.
Se ha realizado el estudio de la curvatura corneal (queratometría del paciente) con el autorrefractómetro queratómetro disponible en la consulta y con el biómetro óptico LENSTAR. En cada paciente se ha realizado un estudio comparativo de los valores aportados por ambos.
Se ha valorado en cada caso la agudeza visual, la calidad visual y el defecto de refracción.
Se han tenido en cuenta los datos aportados por el biómetro LENSTAR. Los aspectos más importantes y que más nos han ayudado en cada caso son: longitud axial del ojo, espesor corneal, curvatura corneal o queratometría (eje más curvo y eje más plano de la cornea en milímetros y en dioptrías, valorando el astigmatismo corneal en dioptrías y su eje), profundidad de la cámara anterior y espesor del cristalino.
Se ha calculado la potencia de la lente intraocular necesaria en cada caso para conseguir la emetropía con la fórmula Barrett (la fórmula Barrett Universal II de 4ª generación ha demostrado ser la fórmula más precisa para el cálculo biométrico independientemente del biómetro utilizado). Potencia calculada para diferentes lentes intraoculares de tal forma que cada cirujano ha podido elegir entre las diferentes lentes disponibles en nuestro hospital (lente SN6CWS de Alcon, lente Micro+ A de Physion-MedicalMix o CTASPHINIA 409M de Zeiss).
Al realizar este estudio se han clasificado a los pacientes en tres grupos: aquellos casos con astigmatismos corneales menores a 1 dioptría y media que son candidatos a colocar una lente monofocal, los casos con un astigmatismo corneal entre 1 dioptría y media y 2 dioptrías y media, que son candidatos a poder realizar técnicas incisionales para corregirlo parcialmente, y, los pacientes con astigmatismos corneales mayores a 2 dioptrías y media que serían susceptibles de implantarles una lente monofocal tórica para la corrección del mismo.
Al detectar casos con astigmatismos mayores a 2 dioptrías y media se ha utilizado la página web de ALCON ONLINE TORIC IOL CALCULATOR. En dicha página se ha realizado el cálculo de la lente tórica necesaria utilizando la fórmula Barrett introduciendo los datos de cada paciente (potencia de la lente intraocular aportada por el biómetro LENSTAR, curvatura corneal en su eje más plano y más curvo, y, el astigmatismo generado por cada cirujano según su experiencia personal).
Se han considerado aspectos que excluyeran la posibilidad de realizar técnicas incisionales o la implantación de lentes intraoculares tóricas como por ejemplo leucomas corneales, roturas del saco capsular o debilidad zonular.
Se ha mejorado en el marcado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados independientemente de la técnica elegida al utilizar el marcador corneal-péndulo y el anillo de Méndez disponibles en quirófano .
Se ha intentado lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual en cada caso, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.
Por ese motivo se ha tenido en cuenta la decisión de cada paciente, siendo fundamental la decisión de seguir utilizando gafas para sus actividades de lejos y cerca o solamente para trabajos de cerca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 se han realizado en nuestro servicio 470 cirugías de catarata.
En 12 casos se han realizado técnicas incisionales, incisiones paralelas en el eje corneal más curvo reduciendo de medida 1 dioptría el astigmatismo corneal.
Se han implantado 8 lentes monofocales tóricas SN6AT. De ellas 3 son SN6AT6 que corrigen 3.75 dioptrías de astigmatismo corneal, 2 son SN6AT8 que corrigen 5.25 dioptrías y 3 son SN6AT9 que corrigen 6 dioptrías.
Se ha obtenido una visión de lejos media sin necesidad de corrección óptica de 0.9 sobre 1. La valoración de la agudeza visual de lejos por parte de los pacientes ha sido muy positiva con un gran impacto en su calidad de vida.
El 95% de los pacientes ha necesitado corrección óptica para una distancia de trabajo intermedia-cercana (para realizar actividades a 30-45 centímetros).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos mejorado en la valoración realizada previa a la cirugía tratando individualmente a cada paciente. En dicha valoración hemos tenido en cuenta todos los parámetros cuantitativos aportados por el biómetro LENSTAR.
Se han tenido en cuenta las preferencias de cada paciente ya que nos hemos dado cuenta de que personas de mayor edad prefieren seguir utilizando gafas para sus actividades cotidianas y personas más jóvenes prefieren ser independientes de las mismas.
Nuestro objetivo es lograr que nuestros pacientes tengan una buena agudeza visual de lejos y de cerca, que tengan buena calidad visual y que puedan desarrollar comodamente sus actividades cotidianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Por ese motivo nuestro ejemplo a seguir son las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Oftalmología que indican considerar la cirugía de catarata como una cirugía "faco-refractiva". Pero siempre este concepto dependerá de las predilecciones de cada paciente.

7. OBSERVACIONES.
Debemos seguir trabajando en esta línea, no solamente corrigiendo el defecto refractivo y consiguiendo la emetropía para la visión lejana si no intentado mejorar la calidad visual de cerca. Por ese motivo queremos poder implantar lentes de foco extendido (como la lente TECNIS SYmfony) que permiten a los pacientes ver a todas las distancias gracias al aumento de la profundidad de enfoque.
De esta forma buscamos lograr la independencia de las gafas, sobre todo en pacientes más jovenes.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/225 ========== ***

Nº de registro: 0225

Título
MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, PASTOR ESPUIG MARIA, GARGALLO BENEDICTO AMPARO, OLATE PEREZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población de Teruel ha experimentado un envejecimiento gradual en las últimas décadas.
En la consulta de oftalmología se atiende a un porcentaje elevado de pacientes de edad avanzada. Con el envejecimiento se producen cambios a nivel del sistema visual; entre estos cambios cabe destacar el desarrollo de cataratas y cambios en el defecto refractivo.
La catarata constituye la opacificación del cristalino y ocasiona un déficit visual asociado a una peor calidad de vida de los pacientes.
El astigmatismo es un defecto de refracción en el que ni por acomodación, ni modificando la distancia de los objetos, el ojo es capaz de obtener imágenes enfocadas.
El paciente con catarata puede tener cualquier defecto refractivo (miopía, hipermetropía y/o astigmatismo). Su repercusión se suma ocasionando un déficit visual, posibilidad de presentar diplopía monocular, fotofobia, dificultad en situaciones escotópicas y dificultad de percibir objetos en movimiento.
En la actualidad la cirugía de la catarata se define como cirugía “faco-refractiva”, es decir, buscamos el resultado refractivo ideal para cada paciente. Intentamos lograr la mejor situación refractiva según sus necesidades. En la mayoría de los casos tenemos que intentar conseguir la emetropía).
Contamos con diferentes potencias de lentes intraoculares para corregir la miopía e hipermetropía que pueda presentar el paciente que vamos a intervenir. La dificultad radica en la corrección del astigmatismo.
Se debe instaurar un protocolo de corrección del astigmatismo del paciente durante la cirugía de catarata. En la actualidad la Sociedad Española de Oftalmología y diferentes Guías de Práctica Clínica aconsejan corregirlo dejando 0.50-0.75 dioptrias de astigmatismo en contra de la regla.
Contamos con técnicas incisionales y lentes intraoculares tóricas que permiten lograr ese resultado.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora en la valoración de cada uno de los pacientes que vamos a intervenir de catarata. Estudiar en cada caso la biometría que nos aporta el biómetro Lenstar (biometría óptica que nos permite conocer la potencia de la lente intraocular que tendremos que implantar para conseguir la emetropía del paciente), la queratometría, las características de la córnea y del cristalino.
Implantación del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología sobre el manejo del astigmatismo durante la cirugía de la catarata. Valorar en cada caso cuantitativa y cualitativamente dicho astigmatismo. En función de las características de la superficie ocular y del cristalino, y, de dicho astigmatismo decidir la corrección del mismo con medidas incisionales o con lentes intraoculares tóricas. Dejar un astigmatismo residual en contra de la regla de 0.50-0.75 dioptrías.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

1. TÍTULO

MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Mejora en el marcado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados.
Lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.

MÉTODO
Dejar reflejado en la historia de cada paciente las características de la superficie ocular y del cristalino. Características que podrían modificar nuestra actuación durante la cirugía.
Estudio de la queratometría (potencia del astigmatismo corneal y su eje) y biometría en la consulta al realizar la biometría con el biómetro óptico Lenstar.
Manejar el software de gestión Eyesuite. Introducir la refracción previa y posterior a la cirugía de cada paciente.
Valorar gracias a dicho software el efecto logrado por cada oftalmólogo sobre el defecto de refracción del paciente tras la cirugía, fundamentalmente el efecto sobre la corrección del astigmatismo al realizar una técnica incisional. Existen nomogramas orientativos que nos guían en el efecto logrado según las características de dicha técnica insional, pero cada profesional debe conocer el resultado que consigue con su trabajo. El software Eyesuite nos puede ayudar a conocer el efecto que logra cada uno de los profesionales del servicio de oftalmología.
Utilizar el sistema de marcado del eje del astigmatismo en todos los pacientes.
Utilizar las diferentes páginas web que permiten calcular la lente intraocular tórica que deseemos implantar en cada caso.
Decidir la técnica que requiere cada caso en función de la cuantía de astigmatismo que debemos corregir. Cuando debamos corregir menos de 2.5 dioptrías de astigmatismo se elegirá una técnica insional y cuando el astigmatismo sea mayor se planteará colocar una lente introcular tórica.

INDICADORES
Nivel de satisfacción de los profesionales.
Efecto logrado por cada profesional.
Nivel de satisfacción de los pacientes.
Situación refractiva deseada tras la cirugía.

DURACIÓN
Julio-Septiembre 2017: Implantar la utilización del software Eyesuite.
Septiembre 2017-Diciembre 2018: Puesta en marcha del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1528

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMPARO GARGALLO BENEDICTO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA
CUESTA GALLARDO ISABEL
ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Inicio de la actividad prevista en la práctica clínica diaria de las consultas (finales de 2018). Se informa al paciente de la patología que presenta y del tipo de tratamiento-seguimiento previstos. Se realiza la anamnesis y exploración y se recogen los datos. Se entregan los cuestionarios de evaluación de la sintomatología (DEQ5 y OSDI) a los pacientes. Se prescribe tratamiento individualizado y se programa la frecuencia de seguimiento.
- Elaboración de planilla de exploración inicial y seguimiento para recogida de datos.
- Se pretende continuar con recogida de datos durante 2019, aplicándose a los pacientes con criterios diagnósticos de síndrome de ojo seco a medida que acuden a las consultas.

- -Indicadores:
- 1. Subjetivos: Puntuación cuestionarios DEQ5 y OSDI.
- 2. Objetivos (para cada ojo):
- Agudeza visual (decimal)
- TBUT (segundos)
- Schirmer I (milímetros)
- Tinción (Puntuación)
- Necesidad de ascenso en escala terapéutica
- Indicación de Suero Autólogo-Hemoderivados.
- Complicaciones relacionadas con la patología/ tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Fase de recogida de datos. Se ha realizado exploración inicial sin datos todavía de los seguimientos. No se ha realizado evaluación de resultados (Prevista para realizar al año del inicio; finales de 2019).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se trata de un proyecto que ayuda en el abordaje diagnóstico-terapéutico de los pacientes con ojo seco, que supone un motivo de consulta frecuente en las consultas de oftalmología y es causa de comorbilidad en otras patologías oftalmológicas. La aplicación del protocolo implica consumo de mayor tiempo de consulta y requiere colaboración y comprensión por parte del paciente.
Ayuda en la confirmación y diagnóstico diferencial de otras patologías (otras patologías de superficie, epífora relacionada con obstrucción de la vía lagrimal…)

7. OBSERVACIONES.
Se valorará la posibilidad de completar el abordaje diagnóstico mediante citología de impresión, medida de la osmolaridad de la película lagrimal y/o técnicas de diagnóstico más sofisticadas en los casos más severos, asi como la posibilidad de utilizar otros derivados hematopoyéticos en casos severos con compromiso visual / ocular. (Endoret ®), cuya efectividad ha sido demostrada y constituyen opciones de tratamiento consolidadas en esta patología, no disponibles en nuestro centro en la actualidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1528 ========== ***

Nº de registro: 1528

Título
MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

Autores:
GARGALLO BENEDICTO AMPARO, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, CUESTA GALLARDO ISABEL, ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO, GONZALEZ GOMEZ NICOLAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1528

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El concepto y manejo del síndrome de ojo seco ha evolucionado notablemente en los últimos 20 años. Con el objetivo de unificar y llegar a un consenso global de los múltiples aspectos del síndrome de ojo seco (SOS) con un enfoque basado en la evidencia, se ha elaborado en el 2017 el informe TFOS-DEWS II (Tear Film and Ocular Surface Society - Dry Eye Workshop), según el cual el ojo seco es una enfermedad multifactorial de la superficie ocular que se caracteriza por pérdida de la homeostasis de la película lagrimal y que se acompaña de síntomas oculares; en su etiología juegan un papel principal la inestabilidad de la película lagrimal, la hiperosmolaridad, la inflamación y daño de la superficie ocular y las alteraciones neurosensoriales.
La sintomatología asociada a la enfermedad de ojo seco es uno de los motivos más frecuentes que conduce a los pacientes a solicitar atención oftalmológica. Se trata de una patología muy común en la población, con curso crónico que puede ser origen de frustración médica y del paciente, morbilidad visual y puede comprometer los resultados de la cirugía de catarata, corneal y refractiva.
El informe DEWS II propone un tratamiento escalonado e individualizado del SOS, en función de la severidad. Se establecen 4 niveles de tratamiento, comenzando por el nivel 1, avanzando al siguiente escalón una vez agotadas las posibilidades terapéuticas de cada nivel.
En el escalón 3, se incluye el uso de derivados hemáticos, entre los que se encuentra el colirio de suero autólogo, el plasma rico en plaquetas, suero alogénico y de cordón umbilical. En nuestro servicio, hemos contemplado la creciente cantidad de pacientes con enfermedad de ojo seco que reciben tratamiento con colirio de suero autólogo, elaborado y procesado en nuestro hospital por el servicio de Hematología. Sin embargo el riesgo de infección, unido a la necesidad de venopunciones frecuentes obliga a restringir su uso a casos severos o refractarios a otros tratamientos

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer un protocolo de diagnóstico del Síndrome de Ojo seco, de acuerdo a las actualizaciones del informe DEWS II
- Identificación de las causas locales y sistémicas del SOS.
- Optimización e individualización de las pautas de tratamiento, siguiendo el tratamiento escalonado propuesto en el DEWS II
- Revisar y homogeneizar las indicaciones de tratamiento con lágrimas de suero autólogo y limitar su uso a los casos severos refractarios a otros tratamientos y así disminuir los riesgos potenciales y la sobrecarga de trabajo en el servicio de Hematología.
- Educación y mejoría de la adherencia al tratamiento en pacientes con SOS.
- Prevenir el empeoramiento de la sintomatología y los hallazgos clínicos relacionados con la enfermedad.

MÉTODO
- Identificación y reclutamiento de pacientes en las consultas y urgencias oftalmológicas: Triage inicial con los cuestionarios de evaluación de síntomas DEQ-5 y/o OSDI®
- Estudio de los factores de riesgo relacionados con la enfermedad
- Exploración y test diagnósticos del SOS: clasificación del subtipo de enfermedad
- Informar al paciente sobre su enfermedad, sintomatología asociada y estilo de vida saludable.
- Inicio del tratamiento escalonado.
- Evaluación de resultados según los indicadores establecidos.

INDICADORES
- Seguimiento de los pacientes para evaluar la respuesta y el ajuste del tratamiento. El intervalo de las revisiones dependerá de la severidad del cuadro, del enfoque terapéutico y de la respuesta al mismo (servicio de Oftalmología)
- Se realizara una evaluación de la repuesta al tratamiento (servicio de Oftalmología):
o Subjetiva: Puntuación obtenida en los cuestionarios DEQ5 y OSDI® antes y después de los cambios terapéuticos.
o Objetiva: Agudeza visual y exploración oftalmológica de los signos asociados a la enfermedad.
- Número de pacientes con indicación de tratamiento con colirio de suero autólogo durante el periodo establecido del proyecto. (Comparación con el registro del número de pacientes a los que se les ha elaborado colirio de suero autólogo en el Servicio de Hematología en periodos de la misma duración anteriores)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1528

1. TÍTULO

MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

(Servicio de Hematología)
- Registro de las posibles complicaciones relacionadas con la extracción o la aplicación del suero autólogo.
(Ambos servicios)

DURACIÓN
Inicio del proyecto en el curso 2018 e implantación en la práctica clínica diaria en el manejo del paciente con ojo seco en la consulta de oftalmología. Se evaluaran los resultados según los indicadores previstos de manera individualizada en el día a día de las consultas. Se realizará una evaluación conjunta de los resultados al año del inicio.

OBSERVACIONES
Se selecciona como población diana todas las edades, si bien la población fundamentalmente afecta es la de la edad adulta y anciana.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0009

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL FERRER PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO VICENT CARMEN
CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA
CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS
RILOVA FERNANDEZ ISABEL
GODED GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para iniciar el proceso de autogestión de las citas por parte de Oncología hubo que cambiar las codificaciones de acceso a las agendas. Esto se realizó con el Servicio de Citaciones y el de Informática. Se modificaron las contraseñas de acceso para que desde la rampa de citaciones no se pudiera al acceder al sistema y fuera sólo el personal de Oncología el que tuviera clave de acceso para las citas.
Simultáneamente, el Servicio de Informática realizó una sesión formativa a la auxiliar de nuestra consulta para el aprendizaje del manejo del programa informático.
A partir de este momento, desde la rampa de citaciones y a través de los comités de tumores se fue informando a los profesionales sanitarios de que tendrían que remitir a los pacientes a nuestras consultas para citarse.
Por cuestiones legales, desde Atención Primaria pueden citar en nuestras agendas. Para intentar controlar en todo momento las agendas, se ha procurado establecer contacto con todos los centros de Salud del Sector. Actualmente hemos conseguido que, previo a citar desde Atención Primaria, se nos contacte telefónicamente para comentar el caso de forma individualizada y de esta forma ajustar la fecha de la cita a lo que precisa el paciente. En los últimos 6 meses no se nos ha citado desde Primaria ningún paciente sin avisar previamente.
Para los pacientes remitidos desde otros especialistas del hospital, se ha consolidado el siguiente circuito. El especialista nos remite al paciente con un p10. La mayor parte de las veces en el momento de solicitar cita, un oncólogo revisa la historia clínica del paciente y se le cita en función de la necesidad clínica. En algunas ocasiones, según la presión asistencial del momento, se le toma nota del teléfono y se le avisa telefónicamente de la cita al final de la mañana.
Respecto a las citaciones de las revisiones, se coordinó con el Servicio de Radiología la siguiente manera de realizar las pruebas complementarias:
-Oncología solicita las pruebas radiológicas (principalmente TAC) con la mayor antelación posible. En el volante de solicitud se hace constar la fecha ideal de realización de la prueba y/o fecha de siguiente revisión.
-Radiología se compromete a respetar lo máximo posible dichas fechas.
-Oncología se compromete a citar a los pacientes para resultado en un tiempo NO superior a 10 días desde la realización de la prueba.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el 2017, ningún paciente ha sufrido demora en la primera visita ni ha habido retrasos para recibir tratamiento QT.
Entre enero y mayo/2017 se realizó encuesta de satisfacción a pacientes que habían acudido a nuestra consulta en la época de citaciones en la rampa y también en esta nueva etapa, para que pudieran comparar entre los dos sistemas.
Los resultados de la encuesta han sido los siguientes:
Pregunta: ¿Está satisfecho conrecibir la citación en la misma consulta?
Si: 95%
No: 2%
indiferente: 2%
n/s-N/c: 1%
Pregunta: ¿cómo valora el sistema de autocitación en la consulta?
Mejor que el anterior: 95%
Peor: 1%
Igual: 3%
n/s-Nc: 1%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tal y como se refleja en las gráficas, los pacientes están claramente satisfechos con este sistema.
Por lo que lo hemos incluido en nuestra práctica del día a día.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/9 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0009

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

***

Nº de registro: 0009

Título
MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

Autores:
FERRER PEREZ ANA ISABEL, HERRERO VICENT CARMEN, CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA, CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, GODED GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....: Mejoría en la autogestión. Satisfacción del paciente

PROBLEMA
La actividad desarrollada en Consultas Externas de Oncología y Hospital de día se incrementa de forma progresiva cada año. Cada vez se consumen más recursos y se atienden a casos más complejos de forma ambulatoria.
En un entorno marcado por la creciente ambulatorización de procesos, las consultas
externas cobran una relevancia cada vez mayor. Necesitamos mejorar el funcionamiento de las consultas externas.
En los pacientes oncológicos es fundamental que no haya retrasos en el inicio del tratamiento, por lo que no es tolerable la demora en la asistencia. Por otra parte, también son importantes los tiempos de espera entre unos tratamientos oncológicos y otros. Por ello, es muy importante valorar individualmente las necesidades de atención de cada paciente. Esta valoración tiene que ser desde el punto de vista clínico.
Pensamos que el sistema de citaciones actual que cita a los pacientes según criterios administrativos es claramente mejorable.
Para adecuar la fecha de la primera visita a oncología médica hay que tener cuenta diferentes factores clínicos.:
-diagnóstico y estadiaje del tumor
-que existan opciones de tratamiento activo
-presencia de síntomas
-fecha de intervención quirúrgica y/o alta de hospitalización.

Por las características poblacionales de nuestro sector sanitario (población añosa y núcleos de población dispersa) pensamos que también es importante tener en cuenta
-edad y situación funcional del paciente
-distancia al centro hospitalario.

Desde nuestras consultas hemos empezado a autogestionar las citaciones. Tras un diagnóstico oncológico, el especialista nos deriva al paciente. El oncólogo médico realiza una revisión de la historia clínica electrónica y datos demográficos del paciente y propone la fecha óptima de visita para ese paciente. Posteriormente la auxiliar de enfermería de la consulta lo cita en la agenda.

Para las sucesivas visitas, al finalizar la consulta el paciente es citado directamente según la indicación médica. Esto evita esperas en la rampa de citaciones y otras molestias al paciente. Si se solicitan pruebas complementarias, es el equipo de enfermería el que colabora en las citaciones para que no haya demora en las pruebas.

Pensamos que de esta forma facilitamos un rápido y más eficiente acceso a nuestras consultas y tratamientos, disminuyendo las listas de espera y evitando duplicidades en la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la gestión de las agendas de oncología médica:
-Evitar lista de espera en las primeras visitas de oncología médica.
-Adecuar las citaciones a las necesidades clínicas individuales de los pacientes
-Evitar esperas y otras molestias para los pacientes en la rampa de citaciones.
-Fomentamos la comunicación con atención primaria, ya que aconsejamos nos contacten telefónicamente para valoración de la historia clínica del paciente previa citación.
-Evitar duplicidad de citas
-Disminuir el indice primeras/sucesivas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0009

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

-Mejorar la canalización de los pacientes a otras Unidades.

MÉTODO
1º Tras cada reunión de los comités de tumores, los pacientes que se hayan planteado remitir a las consultas de oncología médica, se les citará en la fecha óptima que precisen, sin necesidad de que el paciente u otro especialista lo derive por escrito.

2º Se promoverá en los centros de Salud la conveniencia de contactar con nuestro Servicio antes de realizar una citación.

3º Se hará constar por escrito en la solicitud de las pruebas complementarias la fecha de la próxima visita a Oncología para facilitar a su vez, la realización de dichas pruebas en un plazo adecuado.

INDICADORES
a) lista de espera en consultas externas de Oncología Médica
b) encuesta de satisfacción de los pacientes

DURACIÓN
Desde Octubre/16 el oncólogo responsable de cada comité de tumores se encargará de la citación de primera visita.

Desde enero/2017 hasta mayo/2017 se realizará la encuesta de satisfacción a los pacientes que acudan a revisión.

En junio/2017 se realizará la evaluación de la encuesta. Si en esta encuesta se supera el 70% de pacientes satisfechos con este método, se continuará con el sistema de autogestión de las citas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0276

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL FERRER PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAÑELLAS MARTORELL JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
revisión, discusión y redacción del nuevo CI por parte de los facultativos. Diseño de la encuesta de satisfacción. Entrega del nuevo CI a los pacientes. Realización de encuestas de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo de satisfacción del paciente cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un CI con explicaciones claras facilita el asesoramiento clínico y satisface a los pacietnes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/276 ========== ***

Nº de registro: 0276

Título
OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autores:
FERRER PEREZ ANA ISABEL, CAÑELLAS MARTORELL JAIME, GIMENO PELEGRIN JOAQUIN, CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El consentimiento informado que utilizamos para los pacientes oncológicos que van a iniciar tratamiento activo en nuestra Unidad es el mismo desde hace unos 13 años. En los últimos años, el arsenal terapeútico en oncología ha aumentado sustancialmente, con la aparición de fármacos con mecanismos de acción y toxicidades muy diferentes a la quimioterapia clásica.
En la consulta de Primer día de Oncología se informa detalladamente al paciente de las características del tratamiento farmacológico que se les va administrar y de los efectos secundarios que puede producir. Sin embargo, el consentimiento informado actual muchas veces no refleja las toxicidades reales. Además, en ocasiones, el paciente no es capaz de retener toda esta información y puede quedarse con dudas que le generan más inseguridad y ansiedad.
Proponemos redactar un nuevo consentimiento informado que refleje bien la información y riesgos de las medicaciones actuales.
Se propone también, entregar una copia del CI al paciente para que la lea detenidamente en casa y que en sucesivas visitas pueda formular las preguntas que considere oportunas. Todo ello con la intención de mejorar la información ofrecida a los pacientes y mejorar la relación oncólogo-paciente.
La revisión y redacción del nuevo CI se hará basándose en las últimas recomendaciones de nuestra Sociedad Científica para la redacción de los CI.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0276

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de la atención al paciente en la Consulta de Primer día de Oncología. Esta consulta suele ser muy difícil para el paciente. Lo normal es que se encuentre muy nervioso y a veces no sea capaz de retener toda la información que se le da: diagnóstico, pronóstico, tratamiento, plan a seguir…
Nuestro objetivo es facilitar al paciente este primer contacto con nuestro Servicio dando una información sencilla por escrito de los efectos secundarios de los fármacos que va a recibir. El fin es que salga de la Consulta con la seguridad de que se lleva un documento informativo que puede leer con más tranquilidad en otro momento.
Con esto se intenta evitar también que el paciente tenga que recurrir:
- A otras fuentes menos fiables (otros pacientes, familiares, profesionales no cualificados, internet…)
- A las compañeras de enfermería del Hospital de Día donde no suelen haber ni tiempo suficiente, ni se puede dar la información con la confidencialidad deseable en estos casos.
- De nuevo a la consulta de Oncología para consultar asuntos sobre la toxicidad de los fármacos que no les han quedado claros.
Al tiempo que se mejora la atención al paciente se disminuirán las consultas innecesarias en el Hospital de Día y en la Consulta de Oncología Médica.

MÉTODO
La revisión y redacción del nuevo CI se hará basándose en las últimas recomendaciones de nuestra Sociedad Científica para la redacción de los CI.
Esta información escrita la entregará el oncólogo al paciente en la Consulta de Primer día. El paciente firmará una copia que se incluirá en la Historia Clínica y se le ofrecerá otra copia para que lea detenidamente con posterioridad y consulte sus dudas en las siguientes visitas.
En la Segunda visita se dará al paciente una breve encuesta de satisfacción que cumplimentará y entregará ese día.

INDICADORES
a) Nº de Documentos informativos entregados /Nº de Primeras visitas en Oncología que precisan tto activo
b) Nº de Encuestas de satisfacción realizadas /Nº de Segundas visitas

El Oncólogo responsable del paciente será el encargado de registrar los documentos entregados en su consulta y de recoger las encuestas de satisfacción de los pacientes. El responsable de su análisis será el coordinador de este proyecto.
Evaluación positiva se entenderá por a) >85% y b) > 70 %

DURACIÓN
De diciembre/2017 a marzo/2018: revisión, discusión y redacción del nuevo CI por parte de los facultativos.
Abril/2018: se diseñará la encuesta de satisfacción para el paciente.
Mayo/2018 hasta septiembre/2018: entrega de nuevo CI a cada paciente y de encuestas de satisfacción.
Septiembre/2018 hasta diciembre/2018: recogida de encuestas y análisis de datos.
Si la encuesta de satisfacción supera el 70% se consolidará el CI como estándar en nuestra práctica clínica habitual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1731

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... GIOVANNY PATRICIO HEREDIA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHOZ ZAMARRO MARIA TERESA
SANCHEZ VALENZUELA OSCAR ALEJANDRO
BETANCES REINOSO FRANK ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizo un estudio cuasiexperimental donde se incluyeron de manera no aleatoria todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de Insuficiencia respiratoria nasal secundaria hipertrofia de cornetes sin respuesta a tratamiento medico incluidos en la lista de espera quirúrgica para radiofrecuencia de cornetes en consultas externas de ORL del Hospital General de Teruel entre octubre 2017 a diciembre 2017.

Los criterios de exclusio´n fueron la presencia de alguna otra patologi´a que indirectamente cause un si´ndrome obstructivo nasal, como puede ser poliposis nasosinusal, tumores de la mucosa nasal, rinosinusitis, perforacio´n septal, hipertrofia adenoamigdalar. Por otro lado tambie´n se excluyeron pacientes con antecedente de septoplastia o turbinoplastia previa.

El estudio cumplió con todos los requisitos del comité de ética del hospital General de Teruel, todos los pacientes firmaron un consentimiento permitiendo su inclusión dentro del estudio.

Para medir el grado de sintomatología utilizamos dos herramientas ampliamente validadas y utilizadas en la practica clinica, la escala de Evaluacio´n de la Sintomatologi´a de Obstruccio´n Nasal (NOSE) y una escala visual analógica que valoraba de manera independiente cada fosa nasal, ambas escalas fueron rellenadas por los pacientes antes de la intervención y durante la primera revisión luego del procedimiento.

Procedimiento quirúrgico :

El procedimiento se realizo bajo anestesia general, inicialmente ambos fosas nasales fueron taponadas con lentinas empapadas de anestésico con vasoconstrictor, luego ambos cornetes fueron infiltrados con 3 ml de lidocaina al 1 % .

La energía de radiofrecuencia fue suministrada por un generador (Quantum Molecular Resonance Generator; Telea Electronic Engineering, Italia) usando una pieza de mano para turbinaplastia que comprende un electrodo bipolar de aguja larga con una parte activa y aislada. La porción activa del electrodo se insertó en el plano de la submucosa, y la energía se administró en tres sitios diferentes de cada cornete (los tercios anterior, medio y posterior de cada cornete). La energía entregada por inserción fue de 400 J.

Luego del procedimiento a todos los pacientes se le coloco un taponamiento anterior con merocel de 8 cm.

El análisis estadístico se realizo con el programa JASP (Version 0.8.5.1)desarrollado por la Universidad de Amsterdam, Holanda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En total 7 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión parases reclutados en nuestro estudios, en cuanto al sexo el 57.1 % correspondió al femenino y el 42.9 % al masculino, con un rango de 29 a 58 años con una media de 42 años y una desviación estándar de 14 años. Se realizo un análisis individual de cada fosa previo y luego de la cirugia mediante una escala visual analógica, en total analizamos 14 fosas nasales antes y después de la cirugia. Los valores medios previo a la cirugia fueron de 8 puntos y luego de la cirugia de 2 puntos.

La Escala NOSE previa a la cirugía tuvo una media de 15 puntos y en la visita control la media fue de 7 puntos, realizamos un T de student para datos apareados con un resultado mayor de 7 con una P < 00.1, demostrando que los datos son estadísticamente significativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La radiofrecuencia en nuestro centro hospitalario ha demostrado ser una técnica segura y eficiente para el control de la rinitis hipertrofica incluso en pacientes con alteraciones anatómicas que comprometían la íntegridad de la fosa nasal.

A pesar de nuestras limitaciones (una muestra pequeña y la ausencia de un grupo control), consideramos que la radiofrecuencia es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de la hipertrofia de cornetes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1731

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

inferiores.

Es necesario realizar mas estudios sobre todo con seguimiento a la largo plazo para poder valorar si los resultados se mantienen a través del tiempo.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar un estudio comparando los resultados de los test subjetivos utilizados con una prueba objetiva como es la rinomanometria.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1731 ========== ***

Nº de registro: 1731

Título
ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

Autores:
LAHOZ ZAMARRO MARIA TERESA, HEREDIA LOPEZ GIOVANNY-PATRICIO, SANCHEZ VALENZUELA OSCAR-ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia respiratoria nasal es un problema muy frecuente en salud pública que limita la calidad de vida de muchos pacientes, esta puede ser debida a problemas obstructivos de tipo mecánico o funcional, tales como el tabique desviado, pólipos nasales o la hipertrofia de cornetes inferiores.
La hipertrofia de cornetes inferiores es una de las causas más comunes, para la cual el tratamiento inicial es la administración de corticoides tópicos y antihistaminicos, con mejoría sintomática en muchos pacientes; sin embargo existe un grupo de pacientes que no responden al tratamiento médico y que requieren un manejo quirúrgico.
Dentro de las técnicas quirúrgicas existen: la radiofrecuencia de cornetes inferiores bajo anestesia local o con sedación/ a. general, turbinectomía parcial o submucosa endoscópica, neurectomía del nervio vidiano.
El coste-beneficio que ha demostrado la radiofrecuencia a corto-mediano plazo es hoy en día una de las técnicas más utilizada, por la facilidad y rapidez con el que se realiza el procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
El presente estudio considera la utilidad de realizar una prueba subjetiva para medir y comparar los resultados pre y postquirúrgicos en pacientes sometidos a cirugía de radiofrecuencia por hipertrofia de cornetes refractario al tratamiento médico de elección.

MÉTODO
Se aplicara un cuestionario que mide la calidad de vida asociada a la insuficiencia respiratoria nasal (NOSE) en todos la pacientes que sean incluidos en lista de espera para radiofrecuencia de cornetes inferiores; y se repetirá el cuestionario después del procedimiento. Y se comparará los resultados en el tratamiento propuesto a corto y mediano plazo

INDICADORES
Se obtendrá una base de datos de cada uno de los pacientes para estudios posteriores en los que se espera medir la respuesta terapeútica con una prueba objetiva como es una rinomanometria antes y después de la cirugía, para comprobar de manera objetiva la mejoría de la patología.
1.- % de pacientes que recibieron radiofrecuencia con una mejoría en la escala NOSE
2.- % de pacientes que recibieron radiofrecuencia con una mejoría >50% en escala NOSE
3.- % de pacientes que recibieron tratamiento con corticoides con mejoría en escala NOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1731

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

4.- % de pacientes que recibieron tratamiento con corticoides con una mejoría > 50% en escala NOSE.

DURACIÓN
Desde Octubre de 2017 a octubre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0360

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANK ALBERTO BETANCES REINOSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZAMARRO LAHOZ TERESA
HEREDIA LOPEZ GIOVANNY PATRICIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Estudio descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron 385 niños de entre 6 y 12 años matriculados en el colegio publico Ensanche de Teruel.
El tamaño de muestra se basó en la estimación de una proporción. Se estimó que la prevalencia de la disfonía infantil oscila, según bibliografía, desde el 6 % hasta el 25% 1,2,3. Con un nivel de confianza del 95 % y tomando una precisión entre el 3 % y el 5%, serían necesario incluir entre 241 y 289 niños en nuestro estudio; suponiendo una tasa de pérdidas del 10 %, la muestra necesaria se estimó entre 265 y 318 niños. Finalmente se obtuvo una muestra de 200, siendo la precisión según la prevalencia estimada del 3,3 y 6% que se consideró aceptable. Los cálculos se realizaron con Epidat 3.1.
Nuestros criterios de inclusión fueron: Niños; en edad escolar; de Teruel; matriculados en el colegio Ensanche. Como criterios de exclusión utilizamos: edad menor de 6 años y mayores de 12 años; enfermedades congénitas que afectaran al buen desarrollo anatómico de la laringe y finalmente trastornos metabólicos.
El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital General de Teruel. Los padres fueron informados mediante una hoja informativa adjunta a las encuestas acerca de los objetivos del estudio y de la garantía de anonimato de la encuesta.
Para identificar los niños con algún trastorno de la voz utilizamos el índice de discapacidad vocal pediátrico validado por Lorena Sanz y cols 7 (Figura 1) al cual agregamos edad, sexo, asistencia a clases de canto, si participaba en actividades deportivas y cuantas horas a la semana, alergias, asma y finalmente una escala visual analógica donde los progenitores identificaban cuánto hablaba el niño, siendo el mínimo poco hablador y el máximo muy hablador.

Los resultados fueron analizados con JASP Team (2018). JASP (Version 0.8.5.1), Ámsterdam, Holanda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicialmente reclutamos 385 niños para nuestro estudio. De éstos, 235 aceptaron colaborar, de los cuales 200 niños cumplieron los criterios de inclusión. 103 fueron de sexo femenino lo que representó un 51,5 % y 97 masculinos lo que supuso un 48,5 %. El rango de edad fue de 7 a 12 años; el 50,5 % se encontraba entre los 10 a 11 años (Tabla 1 y 2).
En nuestro estudio, el 57 % de los padres identificaron alteraciones de la voz en sus hijos (114 niños), de los cuales 17 puntuaron en rango patológico (24 ± 11) lo que representó el 8,5 % del total.
Comparando de manera independiente cada uno de los valores, en el caso de la escala visual, la puntuación media fue de 5,4 con una desviación estándar de 1,2. El rango de P-VHI fue de 0 a 43 con una media de 3,9 y una desviación estándar de 6,3 (Tabla 3).
Se realizó un test de correlación de Pearson para valorar la correlación entre la escala visual y los resultados del P-VHI, con un resultado R – 0,276 con una P < 0,001, con lo cual se demuestra que existe una débil asociación negativa entre ambos resultados.
Al analizar el sexo y las puntuaciones del P-VHI encontramos que las puntuaciones fueron superiores en el sexo masculino (Figura 2).
22 niños asistían a clase de canto lo que representaba el 11 % del total, pero al comparar las puntuaciones del P-VHI con las obtenidas en los que no asistían a clases de canto detectamos una menor puntuación en estos últimos.

El 19 % de los niños (38 niños) indicaron padecer de alergias, y al comparar sus puntuaciones del P-VHI con los que respondieron negativamente, encontramos una puntuación media de 5,9 con una desviación estándar de 8,6 (Tabla 4).

Finalmente, el 86 % los niños practicaban deporte para un total de 166; estos pacientes presentaron una puntuación media del P-VHI de 4,0 (Tabla 5).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Detectamos trastornos de la voz en un 57 % de los niños evaluados y de estos el 8,5 % obtuvo puntuaciones dentro del rango patológico por lo que es necesario una valoración por el otorrinolaringólogo para descartar patologías orgánicas que puedan comprometer la voz del niño a largo plazo.
Por la relativa rapidez y facilidad con la cual los padres rellenaban el cuestionario del índice de discapacidad vocal pediátrico recomendamos su uso e inclusión en los protocolos estándar para la evaluación de la voz en la población pediátrica.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0360

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

El sexo masculino aparentemente es un factor de riesgo para la disfonía infantil, posiblemente ligado al comportamiento más impulsivo y agresivo de los niños.
Finalmente, es posible que las clases de canto y el deporte sean favorecedores de una buena higiene vocal y por ende factores protectores, pero consideramos que es necesario realizar más estudios para poder confirmar dichas asociaciones.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/360 ========== ***

Nº de registro: 0360

Título
PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

Autores:
BETANCES REINOSO FRANK ALBERTO, ZAMARRO LAHOZ TERESA, HEREDIA LOPEZ PATRICIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastornos de la voz
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La disfonía durante la edad escolar incapacita al niño, repercutiendo negativamente en el desarrollo de habilidades sociales y dicha incapacidad puede condicionar un estado retraimiento que afecte el rendimiento escolar del niño, no existe datos epidemiológicos en la literatura indexada sobre la prevalencia de disfonía infantil en España.

Los trastornos de la voz en los niños son relativamente frecuentes, pero desconocemos su prevalencia en la población infantil local, y mismo tiempo desconocemos que factores podrían estar relacionados con el desarrollo de dicho trastornos.

Por lo que consideramos de extrema necesidad determinar su prevalencia para poder poner en marcha programas o proyectos de prevención y detección en el ámbito sanitario y educativo que nos permitan evitar e intervenir precozmente la aparición de estas dificultades que tanto pueden repercutir en el niño en determinadas etapas de su desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal :

Determinar la prevalencia de trastornos de la voz en la población infantil del colegio publico Ensanche de Teruel

Objetivos secundarios:

Determinar factores de riesgo asociados la disfonía.
Determinar incidencia por sexos.
Determinar incidencia por edad.
Determinar si las clases de canto tienen un efecto protector.
Determinar si el deporte tiene algún efecto sobre la prevalencia.
Determinar si las alergias tienen alguna correlación.
Determinar si existe asociación al asma.

MÉTODO
Luego de obtener los resultados de prevalencia, procederemos a poner en marcha una serie de programas de concienciación, donde incluiremos tanto a los profesores como a los padres. Organizaremos una reunión con servicio de rehabilitación en conjunto con la logopeda para generar estrategias orientadas a la población infantil de Teruel. Cuando inicie el año escolar el servicio de ORL de Teruel en conjunto con rehabilitación realizara una charla para explicar a los niños el correcto uso de la voz.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0360

1. TÍTULO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

INDICADORES
Para identificar los niños con algún trastorno de la voz utilizaremos el indice de discapacidad vocal pediátrico validado por Lorena Sanz Y cols al cual agregaremos edad, sexo, asistencia a clases de canto, si participa en actividades deportivas y cuantas horas a la semana, alergias, asma y finalmente una escala visual analógica donde los progenitoras identificaban cuanto habla el niño siendo el mínimo poco hablando y el máximo muy hablador.

La versión en español del cuestionario de discapacidad vocal pediátrico P-VHI fue validada en el año 2015 demostrando una muy buena consistencia interna.

El P-VHI es una prueba confiable para la detección de la disfonia que es rellenado por los familiares y que nos brinda una idea global de la afectación. Se caracteriza por su fácil aplicación en la práctica clínica diaria y nos proporciona información adicional para comprender mejor cómo los niños perciben la disfonía.

Los resultados seran analizados con el programa informático JASP Team (2018). JASP(Version 0.8.5.1), Ámsterdam, Holanda.

Criterios de inclusion:

Niños en edad escolar de Teruel matriculados en el colegio ensanche

Criterios de exclusión:

Edad menor de 6 años y mayores de 12 años, enfermedades congénitas que afecten el buen desarrollo anatómico de la laringe y finalmente trastornos metabólicos.

DURACIÓN
Tenemos previsto finalizar el proyecto a finales de mayo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0102

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALANCA ARIAS DANIEL
MADURGA REVILLA PAULA
GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA
MINCHOLE LAPUENTE ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó un curso piloto en Zaragoza de VNI con residentes de pediatría el pasado mes de octubre al que acudimos también personal de aquí de Teruel, para intentar adaptarlo a nuestro hospital.
En colaboración con los Servicios de UCI-P y Neumología de Zaragoza hemos elaborado el programa, los exámenes de evaluación y las encuestas de satisfacción del curso del H. Obispo Polanco y hemos realizado la solicitud para la acreditación del curso de VNI.
El curo de formación teórico practico se ha realizado durante el mes de febrero de 2014 (17-18-19 Febrero de 2014), durante 12h lectivas. Realizándose los test de evaluación pre- y post curso y la encuesta de satisfacción.
Tras la realización del curso se llevaron a cabo las gestiones adecuadas (suministros, servicios técnicos,…) para conseguir el material necesario (humidificador, cánulas nasales pediátricas, tubuladuras, conexiones,…) para comenzar con el empleo de la ventilación no invasiva en nuestro Hospital. Material con el que actualmente ya contamos en nuestro Servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) Realización del Curso: Se realizó dentro del programa de formación continuada del Hospital, en las fechas 17-19 de febrero de 2014, con gran éxito de asistencia y evaluación por parte de los participantes. Finalmente se aceptaron a 31 personas, más residentes de medicina de Familia (que vinieron como oyentes). Consiguiéndose además la acreditación del curso por el sistema de Formación continuada de profesionales sanitarios con 2,5 créditos.
2) Porcentaje de asistentes que aprueban la evaluación final. Se considero como aprobados aquellos que contestaron acertadamente al menos al 80% de las preguntas. Así se evaluó con un test de 10 preguntas al inicio del curso que se repitió al finalizar el curso evaluándose tanto la mejoría como la superación del 80% del mismo (que fue del 100% de los que completaron el curso porque 2 personas no asistieron en su totalidad).
3) Protocolo elaborado y enviado al resto de sectores: Empleamos el protocolo de actuación del Hospital de referencia del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (pendiente de aprobación por la Unidad de Calidad Asistencial).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha objetivado una mejora evidente en el conocimiento y en el manejo de la ventilación no invasiva en pediatria, aspecto muy importante en un Hospital comarcal en el que con frecuencia se puede necesitar su uso principalmente de cara a un traslado, dada la lejanía del Hospital de referencia
Se encuentra pendiente de realización el registro de cumplimiento de los casos que se envíen desde Teruel, dado que desde que conseguimos el material adecuado no ha habido ningún caso subsidiario del empleo de ventilación no invasiva (la epidemia de cuadros respiratorios disminuye sustancialmente en verano, principalmente por disminución del VRS).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2013/102 ========== ***

Nº de Registro: 0102

Título
PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

Autores:
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR, DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO, ALIAGA MAZAS YOLANDA, PALANCA ARIAS DANIEL, MADURGA REVILLA PAULA, GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO, MINCHOLE LAPUENTE ELISA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0102

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA
La Ventilación no invasiva (VNI) se ha posicionado en los últimos años, como un arma terapéutica de probada eficacia en la población pediátrica y neonatal, tanto en pacientes agudos como crónicos, con una clara disminución de los efectos secundarios ocasionados por técnicas más invasivas, como la ventilación mecánica convencional. En la actualidad, se está intentando instaurar la VNI como una herramienta más para estabilizar al paciente a una unidad de cuidados intensivos pediátricos, dado que se trata de una técnica sencilla, con menor morbilidad (menor riesgo de barotrauma, menor incidencia de neumonía nosocomial, evita la intubación), permite la alimentación del paciente y su expresión verbal.
La baja casuística de patología respiratoria grave en el Servicio de Pediatría y Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel hace muy difícil que los profesionales mantengan actualizados sus conocimientos y las habilidades de manejo de estas situaciones. Sin embargo los pacientes tienen derecho a recibir un nivel de asistencia de la máxima calidad.
La única forma de asegurar un nivel asistencial excelente para estas situaciones es realizar cursos-talleres prácticos con los profesionales (Pediatras, Médicos de Urgencias, 061, enfermeras y anestesistas) tutorizados por profesionales (pediatras intensivistas de UCI Pediátrica y UCI Neonatal) de los hospitales de nivel IV.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- Entrenar al personal implicado en la asistencia del paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria moderada (Pediatras, Médicos de urgencias, 061, anestesistas, enfermeras) en el empleo de la VNI para optimizar al máximo la asistencia.
- Mejorar las condiciones de traslado de los pacientes pediátricos con fracaso respiratorio tipo II (predomina la hipoventlación) como paso previo o alternativa a la intubación y ventilación mecánica convencional.
- Disminuir las posibles complicaciones derivadas del uso de técnicas de ventilación asistida, optimizando al máximo los recursos de VNI pediátrica con los que ya contamos.
- Crear un protocolo de asistencia y empleo de VNI en pacientes pediátricos para su empleo en las Urgencias pediátricas hasta su traslado a UCIP, bajo la dirección de expertos de Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos.
- Desarrollar una experiencia piloto que se pueda realizar en todos los hospitales comarcales de Aragón con Servicio de Pediatría

MÉTODO
- Desarrollo de un curso teórico de iniciación a la ventilación no invasiva pediátrica con talleres prácticos a través de simulaciones de casos reales, empleándolos como toma de contacto del personal con los dispositivos.
- En estos talleres se utilizará material de VNI pediátrica con los que ya contamos en el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel: Diferentes interfases pediátricas (Helmet, mascarillas bucales..) adaptables a los respiradores con los que también contamos BIPAP vision y Oxilog 3000plus o la CPAP de Boussigaq con tubuladuras pediátricas. También contaremos con material de simulación de emergencias que recuerdan al máximo los casos reales con maniquís pediátricos.
- Se ha contactado con los profesionales de la UCI Pediátrica de nuestro Hospital de referencia que han aceptado colaborar, así como los diferentes Servicios implicados en la atención de este tipo de pacientes, pediatras, enfermeras, médicos de urgencias, anestesistas y 061.
- A continuación del curso crear, en conjunto con todos los servicios implicados, un protocolo de asistencia y empleo de VNI en pacientes pediátricos para su empleo en las Urgencias pediátricas para su traslado a UCIP.

INDICADORES
- Numero de pacientes trasladados con VNI/ número total de pacientes trasladados por fracaso respiratorio
-Valoración del estado en que acceden a los Hospitales de referencia los niños graves que han sido trasladados con VNI desde el Hospital Obispo Polanco.

DURACIÓN
- Se realizará anualmente un curso teórico-practico de VNI, impartido por los pediatras intensivistas del hospital de referencia.
- Dicho curso se realizará inicialmente a un grupo reducido de unas 25 personas (Pediatras, Médicos de familia, enfermeras, 061 y anestesistas) con una duración aproximada de unas 8h.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0116

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA TORRALGA LORENA
MARTIN RUIZ NURIA
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA
ALPUENTE ZORRAQUINO ISABEL
MADURGA REVILLA PAULA
PALANCA ARIAS DANIEL
GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HA REALIZADO EL CURSO DE FORMACIÓN DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DURANTE LOS DÍAS 2,3 Y 4 DE MARZO DE 2015 EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, DENTRO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SALUD, ACTIVIDAD ACREDITADA CON 2,6 CRÉDITOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (ADJUNTO COPIA DE LA ACREDITACIÓN DEL CURSO).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DICHA ACTIVIDAD SE REALIZÓ CON UN 100% DE INSCRIPCIONES, ES DECIR 20 PERSONAS, QUE ERA EL MÁXIMO DE PERSONAS ADMITIDAS. FINALMENTE LA ASISTENCIA COMPLETA AL CURSO (POR GUARDIAS, TURNOS,…) FUE DEL 75%. EL PERSONAL QUE ASISTIÓ AL CURSO FUE EN UN 65% ENFERMERAS (70% DE LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y 30% DE URGENCIAS) Y EL 35% MÉDICOS (75% DE URGENCIAS Y 25% PEDIATRAS). AUNQUE LA ASISTENCIA REAL CONTÓ CON MÁS PEDIATRAS, PERO DADO QUE SE ENCONTRABAN DENTRO DEL GRUPO DOCENTE DEL CURSO NO FUERON CONTABILIZADOS COMO ASISTENTES AL MISMO, AL IGUAL QUE RESIDENTES DE MEDICO DE FAMILIA DE ESTE HOSPITAL QUE ASISTIERON COMO OYENTES. CON LO CUAL LA PARTICIPACIÓN AL CURSO FUE MUY POSITIVA.

RESPECTO A LA EVALUACIÓN DE LOS ASISTENTES, EL 100% DE LOS MISMOS SUPERARON EL TEST FINAL DEL CURSO CON MÁS DEL 70% DE RESPUESTAS ACERTADAS, MEJORANDO EN TODOS LOS CASOS SU RESULTADO EN EL TEST INICIAL A LAS CHARLAS.

LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES SOBRE 10 TUVO LOS SIGUIENTES RESULTADOS
- INFORMACIÓN PREVIA AL CURSO 8.42
- CONDICIONES DE LA SALA 8.92
- DURACIÓN DEL CURSO 9.07
- CONTENIDO DE LAS PRESENTACIONES 9.21
- UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA DIARIA 9,14
- RECOMENDACIÓN DE ESTE CURSO A OTROS COMPAÑEROS 9.28
- CONSIDERACIÓN GLOBAL DEL CURSO 9.35

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ACTUALMENTE SE ESTA EMPEZANDO A PONER EN MARCHA EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y URGENCIAS, EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS Y SEDACIÓN, CON RESULTADOS MUY ESPERANZADORES. SE HA LOGRADO REALIZAR EL DRENAJE DE UN ABSCESO PREAURICULAR POR PARTE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LA PLANTA SIN NECESIDAD DE IR A QUIRÓFANO POR LA COLABORACIÓN DE LA PLANTA,… Y ESTO ES SÓLO EL COMIENZO DADO QUE ESTAMOS EMPEZANDO LA REDACCIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2014/116 ========== ***

Nº de Registro: 0116

Título
MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS

Autores:
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR, GRACIA TORRALBA LORENA, MARTIN RUIZ NURIA, ESTABEN BOLDOVA VICTORIA, ALPUENTE ZORRAQUINO ISABEL, MADURGA REVILLA PAULA, PALANCA ARIAS DANIEL, GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0116

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS

PROBLEMA
Uno de los aspectos más descuidados en el tratamiento de los niños en los Servicios de Urgencias Pediátricas es la utilización de analgesia y/o sedación. Hace años se tenía la idea de que la inmadurez del SNC del neonato y del lactante es equivalente a una ausencia o disminución de la percepción dolorosa y se ha comprobado con diferentes estudios que no sólo sienten el mismo dolor que los adultos sino que son más vulnerables. A esto hemos de añadir el mito existente de que aunque sabemos que tienen dolor su tratamiento se cree que comporta excesivos riesgos por lo que se debería desistir en ello. Actualmente se sigue infratratando el dolor, debido a una valoración inadecuada, desconocimiento del arsenal farmacológico y miedo a los efectos secundarios.
El desarrollo de nuevos productos farmacológicos y la introducción de nuevas modalidades de monitorización han permitido a los pediatras disponer de múltiples opciones más seguras y eficaces.
La Sociedad Española de Urgencias Pediátricas propone como criterios para medir la calidad de la atención prestada dos indicadores que tienen en cuenta el manejo del dolor y la ansiedad asociado a los procedimientos que se realizan en Urgencias.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Actividad de mejora pendiente de inicio. No se dispone de datos en el momento de la propuesta de plan de mejora de calidad

RESULTADOS ESPERADOS
- Crear un protocolo de sedoanalgesia de empleo en pacientes pediátricos, englobando diferentes situaciones concretas, procedimientos no dolorosos (TAC, eco), procedimientos dolorosos (PL, reducción de fracturas, suturas, cura de heridas,…) y sedación en el paciente agitado.
- Instaurar el empleo de nuevos métodos de administración farmacológica mínimanente invasivos, como los dispositivos intranasales para el Midazolam y Fentanilo, dirigido a evitar la canalización de accesos venosos prescindibles y a la minimización de la ansiedad asociada a diferentes técnicas.
- Aumentar la cartera de Servicios Prestados del Hospital Obispo Polanco, evitando la derivación de pacientes por imposibilidad de realizar pruebas complementarias por falta de colaboración del paciente, formando correctamente al personal implicado en la asistencia pediátrica.

MÉTODO
- Desarrollo de un curso teórico/practico de sedoanalgesia en pediatría, dirigido a los diferentes Servicios implicados en la atención de este tipo de pacientes, pediatras, enfermeras, médicos de urgencias y anestesistas.
- Emplear diferentes escalas de valoración del dolor (escala observacional para <3años y escala analógica para >3 años).
- Unificación de criterios y actuaciones en la aplicación de la sedación y analgesia adecuadas en los pacientes pediátricos, para lo cual crear un protocolo de sedoanalgesia consensuado con los diferentes servicios implicados.

INDICADORES
- Evaluación de los asistentes al curso tipo test pre-realización y post- realización del curso teórico-practico.
- Evaluación de la satisfacción de los asistentes tras la finalización del mismo.
- Creación e implantación del protocolo de actuación en urgencias de pediatría, que indique los siguientes datos:
  Indicación ante situaciones agudas dolorosos o que impliquen ansiedad.
  Monitorización clínica de la efectividad de la sedación o analgesia mediante diferentes escalas pediátricas (escala Ramsay y Eva , respectivamente).
Monitorización del paciente durante dichos procedimientos
Dosis y vías de administración de la medicación

DURACIÓN
- Se realizará inicialmente un curso teórico-practico de sedoanalgesia en pediatría,
- Dicho curso se realizará inicialmente a un grupo reducido de unas 25 personas (Pediatras, Anestesistas, Médicos de familia y enfermeras) con una duración aproximada de unas 12h, solicitando acreditación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN RUIZ NURIA
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ
MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOL
MARTIN CALAMA VALERO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde enero de 2017 se ha introducido un algoritmo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, con el objetivo de disminuir el número de recién nacidos a los que se realiza extracciones analíticas, sin aumentar el riesgo de infecciones perinatales no diagnosticadas precozmente, para así mejorar la calidad de la practica clínica en los recién nacidos con riesgo de infección perinatal.

Dicho algoritmo detallado es el siguiente:

- Recién nacido sintomático. Con independencia de la colonización materna por estreptococos del grupo B (EGB) y de la administración de antibioterapia intraparto:
- Ingreso del recién nacido
- Evaluación diagnóstica completa al nacimiento: hemograma, proteína C reactiva (PCR), hemocultivo, punción lumbar y radiografía de tórax (si clínica respiratoria),
- Tratamiento antibiótico empírico.

- Recién nacido asintomático y madre con sospecha de corioamnionitis. Con independencia de la colonización materna por EGB y de la administración de antibioterapia intraparto:
- Ingreso del recién nacido
- Evaluación diagnóstica parcial al nacimiento: hemograma, PCR, hemocultivo.
- Valorar tratamiento antibiótico empírico.

- Recién nacido asintomático e indicación de profilaxis antibiótica materna:
- Madre correctamente tratada y cualquier edad gestacional:
- Vigilancia clínica durante 48 horas.

- Madre no tratada o incorrectamente tratada:
- Recién nacido = 37 semanas de gestación y < 18 horas de bolsa rota:
- Vigilancia clínica durante 48 horas.

- Recién nacido < 37 semanas de gestación y/o = 18 horas de bolsa rota:
- Evaluación diagnóstica parcial a las 12 horas de vida: hemograma, PCR y hemocultivo
- Vigilancia clínica durante 48 horas.

- Recién nacido asintomático y ausencia de indicación de profilaxis antibiótica materna.
- Cuidados de rutina habituales en el recién nacido.

Para seguir de forma adecuada este algoritmo debemos conocer ciertos aspectos relacionados con la indicación de profilaxis materna, el fármaco de elección para la profilaxis, la sintomatología sugestiva de infección en un recién nacido y el tratamiento antibiótico empírico y la duración del mismo.

Indicaciones de profilaxis antibiótica materna intraparto:
- Hijo previo con enfermedad invasiva por estreptococos del grupo B (EGB), con independencia de la colonización actual.
- Bacteriuria por EGB en el embarazo en curso, con independencia del tratamiento realizado y de la colonización actual.
- Cultivo positivo para EGB durante el embarazo en curso, excepto en caso de cesárea programada sin trabajo de parto y con membranas íntegras.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

- Cultivo para EGB desconocido y cualquiera de los siguientes factores de riesgo:
  - Parto pretermino: < 37.
  - HBR = 18 horas.
  - Fiebre intraparto = 38ºC.

Profilaxis antibiótica materna intraparto:
Profilaxis de elección:
- Penicilina G intravenosa, dosis inicial de 5 millones U y dosis posteriores de 2.5 - 3 millones U cada 4 horas hasta la finalización del parto.
Profilaxis alternativa:
- Ampicilina intravenosa, dosis inicial de 2g y dosis posteriores de 1g cada 4 horas hasta la finalización del parto.

Si existe alergia a betalactámicos:
- Si no existe riesgo de anafilaxia se puede administrar cefazolina, dosis inicial de 2 g y dosis posteriores de 1g cada 8 horas hasta la finalización del parto.
- Si existe elevado riesgo de anafilaxia se puede valorar clindamicina 900 mg cada 8 horas ó vancomicina, 1 g cada 12 horas. Su administración no se considera tratamiento completo intraparto.

Se considera que la profilaxis ha sido incompleta:
- Si la madre ha recibido una sola dosis de antibiótico menos de 4 horas antes del parto.
- Si la madre ha recibido varias dosis pero la última más de 4 horas antes del parto.
- Tratamiento antibiotico con vancomicina, clindamicina o eritromicina.

Sintomatología sugestiva de infección en el recién nacido:
- Respiratoria: taquipnea, tiraje, quejido, apneas...
- Hemodinámica: cianosis, palidez, hipotensión, taquicardia, bradicardia, mala perfusión periférica...
- Gastrointestinal: rechazo tomas, vómitos, distensión abdominal, hepatomegalia,
- Disregulación de temperatura: hipotermia, hipertermia.
- Hematológica: ictericia, petequias, equimosis...
- Neurológica: hipotonía, irritabilidad, letargia, convulsiones...

Tratamiento antibiótico:
Como tratamiento antibiótico empírico se utiliza la combinación de ampicilina y un aminoglucósido (gentamicina) que tiene actividad sinérgica contra los gérmenes más frecuentemente implicados las infecciones perinatales (EGB, Listeria monocytogenes, Escherichia coli, enterococcus faecalis…). Si se sospecha meningitis se iniciará tratamiento de forma empírica con ampicilina y cefotaxima. Una vez se obtiene el resultado del hemocultivo el tratamiento antibiótico se orienta de forma específica al microorganismo causante de la infección y el antibiograma.

La duración del tratamiento antibiótico no debe ser inferior a 10 días en una sepsis por grampositivos y de 14 días para infección por gramnegativos o listeria. La duración en meningitis por EGB no complicadas o listeria debe ser de 14 días y para meningitis por gramnegativos de 3 semanas. Al considerar la duración de la terapia en un recién nacido con hemocultivo negativo, la decisión debe incluir la evolución clínica y los factores de riesgo, teniendo en cuenta que el rendimiento del hemocultivo es lo suficientemente limitado como para determinar la finalización de antibioterapia en un paciente con criterios clínicos o analíticos de infección probable.
La terapia antimicrobiana debe interrumpirse a las 48 horas en situaciones clínicas en las que la probabilidad de sepsis es baja.

Diagnóstico definitivo:
El diagnóstico definitivo al que se puede llegar en un recién nacido con factores de riesgo de infección perinatal es uno de los siguientes:
- Ausencia de infección. Si existe ausencia de sintomatología y analítica no compatible con infección.
- Infección probable. Si existe sintomatología sugestiva de infección ó alteración analítica compatible.
- Infección cierta. Si existencia infección probable y hemocultivo positivo.

A lo largo del año 2017 se ha realizado un registro de los recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR en un periodo de tiempo desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017, incluyendo las variables: edad gestacional, sexo, peso al nacimiento, tipo de parto, test de Apgar, sintomatología, factores de riesgo de infección, indicación de profilaxis antibiótica intraparto y tratamiento materno. Se recoge el motivo por el que se decide la extracción analítica, el resultado de la misma, otras pruebas diagnósticas, el tratamiento con antibióticos y el diagnóstico definitivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Siguiendo el algoritmo descrito en el apartado anterior en el año 2017 se ha realizado extracción de analítica de sangre por riesgo infeccioso a 52 recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco, que supone el 11% del total de recién nacidos vivos en 2017 teniendo en cuenta el número de recién nacidos vivos en 2017 que fue de 468. En el año previo a la aplicación del algoritmo se realizó extracción de analítica por riesgo infeccioso a un 20% de los recién nacidos (415 recién nacidos vivos y 83 recién nacidos sometidos a extracción analítica por riesgo infeccioso), por lo que la instauración del presente algoritmo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel ha supuesto una disminución a casi la mitad del número del recién nacidos a los que se realiza extracción analítica por riesgo infeccioso. Esta disminución en las extracciones analíticas no ha supuesto un problema o retraso en el diagnóstico de infección perinatal en recién nacidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se puede concluir que la adecuación del número de extracciones analíticas a los recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco ha mejorado la calidad en el manejo de los mismos debido a una disminución en la frecuencia de venopunciones eliminando el dolor que experimenta un recién nacido con la extracción analítica y la dificultad que entraña la técnica en sí misma.

Se reserva, de esta forma, la extracción analítica para los casos con factores de riesgo de infección perinatal estandarizados sin que este cambio de algoritmo haya supuesto una problemática en el diagnóstico adecuado de sepsis vertical ni un aumento de las complicaciones derivadas de la misma.

Se recomienda por tanto, el cambio de protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, siguiendo el algoritmo descrito en el apartado previo, ya que ha supuesto una mejora en la calidad asistencial a los recién nacidos con factores de riesgo de infección en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/531 ========== ***

Nº de registro: 0531

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Autores:
BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, GRACIA TORRALBA LORENA, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MARTIN CALAMA VALERO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El diagnóstico precoz de sepsis neonatal es un reto permanente de la pediatría. A la gran variabilidad y mínima especificidad de la sintomatología clínica se le añade la carencia de pruebas diagnósticas óptimas que puedan influir en la decisión de iniciar o no tratamiento antibiótico ante una sospecha de infección.

Ante la dificultad del diagnóstico temprano y la gravedad que supone una sepsis neonatal, es habitual la instauración empírica de antibioterapia, que conduce a menudo a tratamiento de neonatos sin infección, lo que alarga la estancia hospitalaria, incrementa el consumo de recursos y favorece las resistencias microbianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Como consecuencia del uso de antibióticos intraparto, la incidencia de sepsis por estreptococos del grupo B (EGB) ha disminuido. La colonización materna intraparto por EGB es el principal factor de riesgo, pero existe una serie de factores obstétricos que lo aumentan: prematuridad (< 37 semanas), rotura prolongada de membranas = 18 horas, fiebre intraparto, corioamnionitis, bacteriuria por EGB durante el embarazo o hijo previo infectado por EGB. Sin embargo en más de la mitad del las infecciones neonatales por EGB no hay factores de riesgo.

En el servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco se realiza extracción analítica para PCR en aproximadamente un 20% de los recién nacidos ingresados en el servicio de maternidad. Los resultados obtenidos de PCR se encuentran dentro de la normalidad en aproximadamente la mitad de las ocasiones, por lo que no se lleva a cabo ninguna prueba diagnóstica adicional ni medida terapéutica. Aproximadamente en un 6% de los recién nacidos existe una elevación de PCR importante o sintomatología asociada que supone el inicio inmediato de antibioterapia intravenosa ante la posibilidad de de que se trate de una sepsis. En el resto de los casos, la PCR se encuentra en límites de la normalidad, por lo que se realizan extracciones de PCR seriadas para comprobar la evolución de la misma, descendiendo la misma en aproximadamente un 40%.

Se pretende llevar a cabo un proyecto de calidad con el objetivo de adecuar nuestra practica clínica a las nuevas recomendaciones de actuación en caso de recién nacidos con factores de riesgo del infección perinatal e intentar reducir, si es posible, teniendo en cuenta nuestra experiencia junto con la bibliografía, el numero de extracciones analíticas realizadas en nuestro medio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es realizar un estudio observacional de recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR por riesgo de infección perinatal, mediante recogida de datos clínicos y analíticos en un periodo de tiempo determinado.

Se incluyen variables como edad gestacional, sexo, peso al nacimiento, tipo de parto, test de Apgar, sintomatología, factores de riesgo de infección, indicación de profilaxis antibiótica intraparto y tratamiento materno.

Se pretende que los resultados obtenidos sirvan para elaborar un protocolo de actuación individualizado para mejorar la práctica clínica y adecuar el número de analíticas en recién nacidos.

MÉTODO
Realizar un registro de recién nacidos del Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR en un periodo de tiempo, incluyendo las variables descritas. Se recogerá también el motivo por el que se decide la extracción analítica, el resultado de la misma, otras pruebas diagnósticas, el tratamiento con antibióticos y el diagnóstico final.

Los responsables de realizar el registro explicado previamente serán los miembros del Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco designados para ello.

INDICADORES
Registrar de forma continuada los datos de los recién nacidos a los que se realiza extracción de PCR por riesgo de infección perinatal. Dejar reflejados con precisión los factores de riesgo de infección perinatal: Colonización materna por EGB, corioamnionitis, fiebre materna intraparto mayor o igual a 38ºC, rotura prolongada de membranas = 18 horas, prematuridad (<37 semanas), bacteriuria por EGB durante el embarazo, hijo previo con sepsis por EGB; y el uso de antibióticos intraparto. Registrar de forma adecuada la sintomatología y las constantes vitales de dichos recién nacidos.

Una vez elaborado el protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el servicio de maternidad del Hospital Obispo Polanco de Teruel se realizará un nuevo estudio observacional, con las mismas características que el previo, para monitorizar las mejoras en la practica clínica y el descenso de extracciones analíticas y del empleo de antibióticos en recién nacidos.

DURACIÓN
El proyecto se iniciará cuando se notifique la aceptación del mismo.

Se extraerán los datos de los recién nacidos ingresados en el Hospital Obispo Polanco al los que se les ha realizado análisis de PCR en un periodo de tiempo.

Una vez extraídos los datos clínicos y analíticos se elaborará un protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO COSTEY SILVIA
MARTIN-CALAMA VALERO JESUS
HERRERO SANZ CRISTINA
TREGON MARTIN PILAR
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
ALIJARDE LORENTE ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas por orden cronológico son las siguientes:
- Se realizó una exposición del proyecto en la reunión de la Comisión de Perinatología del Hospital Obispo Polanco, que aceptó por unanimidad dicho proyecto de mejora.
- Se solicitó aprobación del CEICA (comité Ético de Investigación Clínica de Aragón) para realización del mismo.
- Se redactó una hoja informativa para los padres y para los profesionales (matronas, enfermeras) colaboradores.
- Se realizó presentación audiovisual informativa a padres, que se expone en la consulta de prenatal, realizada por los pediatras del servicio.
- Se han recogido los datos de los pacientes, previa información y firma de consentimiento informado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha recogido más de 100 pacientes voluntarios para la recogida de la información requerida. Falta una mínima cantidad de pacientes para finalizar la fase de recogida de datos.
Los datos provisionales tras alcanzar más del 50% de los pacientes necesarios para el estudio, parece demostrarse que se podrá restringir las determinaciones de glucemia en el recién nacido a término que se realizaban en años previos (no así en el recién nacido prematuro tardío). Se ha redactado un protocolo provisional en el que se acota la indicación de screening de hipoglucemia, y se dan recomendaciones de prevención de la misma (piel con piel, succión no nutritiva) que estará disponible para los profesionales implicados en la asistencia de los recién nacidos en las primeras horas como para las familias (con lenguaje adaptado).

Los datos preliminares han sido compartidos en comisión de perinatal, que regula las actividades conjuntas pediatras y obstétricas, quedando a la espera de los datos definitivos (que se podrán obtener en el segundo semestre de 2018)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aceptación del proyecto ha sido unánime, en aras de mejorar la asistencia neonatal y humanizar la estancia hospitalaria de madres y recién nacidos. Los resultados son prometedores en aras de protocolizar la asistencia neonatal precoz y minimizar la variabilidad de la práctica clínica.
A finales de 2018 se iniciará la puesta en marcha del nuevo protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/980 ========== ***

Nº de registro: 0980

Título
REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
MARTIN RUIZ NURIA, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS, BENITO COSTEY SILVIA, GRACIA TORRALBA LORENA, HERRERO SANZ MARIA CRISTINA, ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA, COTE SAEZ BEGOÑA, DOMINGO CASINO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......: Mejora de la atención neonatal.

PROBLEMA
La incidencia de hipoglucemia en el periodo neonatal es mayor que a otras edades pediátricas, especialmente en los recién nacidos prematuros o pequeños para edad gestacional.
No todos los autores están de acuerdo en los niveles de seguridad de la glucemia para conseguir que no haya repercusiones a nivel cerebral, hay autores que consideran que para todos los grupos de edad el límite inferior aceptable es de 45 mg/dl (2,6 mmol/L), aunque estudios más recientes disminuyen los niveles de glucemia a niveles inferiores.
Un hecho conocido es que la repercusión clínica de la hipoglucemia va a depender de la edad gestacional, de la edad cronológica y de otros factores de riesgo asociado. Respecto a estos últimos, es la diabetes gestacional, la prematuridad y el bajo peso para la edad gestacional las causas donde existe más unanimidad en la monitorización de niveles de glucemia, pero se describen otros eventos de riesgo de hipoglucemia (como el estrés fetal durante el parto, ausencia de control gestacional, entre otras) en las que el manejo es más variable según unidades neonatales.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es encontrar, si existen diferencias en los valores de glucemia capilar entre los recien nacidos normales y los considerados de riesgo, los pacientes que se benefician del despistaje rutinario de niveles de glucosa, en aras de evitar maniobras innecesarias en estos recién nacidos. Porcentaje de recién nacidos que precisan de suplementación con leche artificial.

MÉTODO
• Realizar screening de glucemias capilares tras obtener el consentimiento informado de los padres (entregado en la consulta de prenatal semanas antes).
• Realizar estudio estadístico de los resultados para observar diferencias significativas entre el grupo de RN normales y de riesgo.
• Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos.
• Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
• No separar al RN de su madre.
• Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
• Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
• Crear un protocolo de actuación ante hipoglucemia neonatal precoz.

INDICADORES
• Variables recogidas: edad paterna y materna, patología gestacional, resultado de cultivo vagino-rectal y serologías maternas, tipo de parto y horas de amniorrexis y de parto. Semanas de edad gestacional, peso, longitud, perímetro cefálico y torácico, resultado del test de Apgar, temperatura ótica en paritorio, minutos transcurridos hasta que el recién nacido es colocado piel con piel e inicio de succión. Nivel de glucosa capilar a las 2, 4 y 8 horas. Presencia o no de síntomas asociados a la hipoglucemia y descripción de los mismos. Actuación realizada ante la hipoglucemia y tiempo hasta la normalización de la misma.
- Creación e implantación del protocolo de despistaje de hipoglucemia neonatal precoz y actuación ante la misma.

DURACIÓN
Se iniciará el estudio tras la obtención la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón y se recogerán datos durante un periodo de tiempo de unos 6 meses, necesarios para obtener resultados estadísticamente significativos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CALAMA VALERO JESUS
HERRERO SANZ CRISTINA
ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA
COTE SAEZ BEGOÑA
REUS ANTON CARMEN
FERNANDEZ VILLADO DOLORES
BENITO COSTEY SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Realización de proyecto de investigación y aprobación del mismo por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón.
• Entrega de consentimientos informados en la consulta Prenatal.
• Realización de screening en pacientes a término y prematuros tardíos cuyos representantes legales dieron su consentimiento (207 pacientes); se interfirió lo menos posible en la adaptación extrauterina de los recién nacidos, realizando dichas determinaciones junto a su madre/padre y con medidas antiálgicas (succión al pecho).
• Realización de estudio estadístico, valorando los factores de mayor riesgo de hipoglucemia y valorando el grupo de recién nacidos más vulnerable a hipoglucemias.
• Realización de protocolo unificado de despistaje de hipoglucemia del recién nacido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Se observó que la mayoría de los pacientes estudiados presentan una curva de glucemia descendente en las primeras 4 horas de vida, que se recupera en las siguientes 4-8 horas de vida.
• Más del 80% de recién nacidos a término que presentaron hipoglucemia, fue leve (> 32 mg/dl), asintomática y no precisó de fluidoterapia ni ingreso hospitalario para su recuperación.
• La succión al pecho y permanecer“piel con piel” con sus padres son factores protectores.
• El despistaje de rutina que se realizaba en los neonatos nacidos por cesárea electiva mostró que no presentan hipoglucemia significativamente más frecuente que los nacidos por parto eutócico.
• Los recién nacidos con patología aguda (distrés, sepsis, etc.), los nacidos con signos intraparto de RPBF y los prematuros tardíos son los más susceptibles de hipoglucemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• La hipoglucemia neonatal es frecuente, pero generalmente leve y transitoria.
• La succión al pecho frecuente y permanecer “piel con piel” son factores protectores, por lo que se recomienda activamente en todos los nacimientos por parto eutócico o por cesárea.
• Se ha realizado nuevo protocolo de actuación, que minimiza la variabilidad en la práctica clínica y mejora la calidad asistencial.
• Se han minimizado los costes asistenciales, al reducir la población diana del screening de hipoglucemia.
• Se ha realizado un proyecto en el que han colaborado matronas, enfermeras, TCAE, pediatras y obstetras, potenciando la comunicación entre los profesionales y abriendo nuevas posibilidades de colaboración en nuevos proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/980 ========== ***

Nº de registro: 0980

Título
REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
MARTIN RUIZ NURIA, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS, BENITO COSTEY SILVIA, GRACIA TORRALBA LORENA, HERRERO SANZ MARIA CRISTINA, ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA, COTE SAEZ BEGOÑA, DOMINGO CASINO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......: Mejora de la atención neonatal.

PROBLEMA
La incidencia de hipoglucemia en el periodo neonatal es mayor que a otras edades pediátricas, especialmente en los recién nacidos prematuros o pequeños para edad gestacional.
No todos los autores están de acuerdo en los niveles de seguridad de la glucemia para conseguir que no haya repercusiones a nivel cerebral, hay autores que consideran que para todos los grupos de edad el límite inferior aceptable es de 45 mg/dl (2,6 mmol/L), aunque estudios más recientes disminuyen los niveles de glucemia a niveles inferiores.
Un hecho conocido es que la repercusión clínica de la hipoglucemia va a depender de la edad gestacional, de la edad cronológica y de otros factores de riesgo asociado. Respecto a estos últimos, es la diabetes gestacional, la prematuridad y el bajo peso para la edad gestacional las causas donde existe más unanimidad en la monitorización de niveles de glucemia, pero se describen otros eventos de riesgo de hipoglucemia (como el estrés fetal durante el parto, ausencia de control gestacional, entre otras) en las que el manejo es más variable según unidades neonatales.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es encontrar, si existen diferencias en los valores de glucemia capilar entre los recien nacidos normales y los considerados de riesgo, los pacientes que se benefician del despistaje rutinario de niveles de glucosa, en aras de evitar maniobras innecesarias en estos recién nacidos. Porcentaje de recién nacidos que precisan de suplementación con leche artificial.

MÉTODO
• Realizar screening de glucemias capilares tras obtener el consentimiento informado de los padres (entregado en la consulta de prenatal semanas antes).
• Realizar estudio estadístico de los resultados para observar diferencias significativas entre el grupo de RN normales y de riesgo.
• Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos.
• Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
• No separar al RN de su madre.
• Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
• Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
• Crear un protocolo de actuación ante hipoglucemia neonatal precoz.

INDICADORES
• Variables recogidas: edad paterna y materna, patología gestacional, resultado de cultivo vagino-rectal y serologías maternas, tipo de parto y horas de amniorrexis y de parto. Semanas de edad gestacional, peso, longitud, perímetro cefálico y torácico, resultado del test de Apgar, temperatura ótica en paritorio, minutos transcurridos hasta que el recién nacido es colocado piel con piel e inicio de succión. Nivel de glucosa capilar a las 2, 4 y 8 horas. Presencia o no de síntomas asociados a la hipoglucemia y descripción de los mismos. Actuación realizada ante la hipoglucemia y tiempo hasta la normalización de la misma.
- Creación e implantación del protocolo de despistaje de hipoglucemia neonatal precoz y actuación ante la misma.

DURACIÓN
Se iniciará el estudio tras la obtención la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón y se recogerán datos durante un periodo de tiempo de unos 6 meses, necesarios para obtener resultados estadísticamente significativos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MUÑOZ ALBILLOS MARISOL
MARTIN CALAMA JESUS
GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con el objetivo de realizar un sistema de videoconferencia entre los servicios de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet y el Hospital Obispo Polanco se ha procedido a la realización de las siguientes actividades.

- Compra de micrófonos y videocámaras para realización de videoconferencia.

- Asignación de responsables en cada Unidad de Pediatría en Hospital Miguel Servet y Hospital Obispo Polanco para realizar videoconferencia.

- Creación de 2 cuentas de correo electrónico gmail en cada uno de los hospitales implicados.

- Creación de un protocolo de utilización del programa “Google Hangouts” utilizado para la realización del servicio de videoconferencia (sistema basado en videollamada) entre ambos servicios.

- Realización de videoconferencia entre ambos servicios de Pediatría tres veces por semana de 8:15 h-9 h salvo cuando no ha sido posible por demanda asistencial o periodos festivos que se continúa en la actualidad.

- Actualización de conocimientos de los profesionales sanitarios mediante la realización de sesiones y protocolos clínicos durante las videoconferencias.

- Adecuación y concilio del seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieren.

- Discusión clínica en casos dudosos o de difícil diagnóstico y valoración de derivación a Unidades especialistas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores de evaluación utilizados y los estándares obtenidos son los siguientes, contando desde un periodo inicial del 2 de mayo hasta el 31 de Enero, aunque dicho proyecto se mantiene en la actualidad:

-1.Días en los que se realiza videoconferencia/días laborables totales (lunes-viernes): 60%.

- 2. Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/realización de sesiones clínicas en total: 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La utilización de la videoconferencia entre dos servicios de Pediatría de diferentes hospitales, permite compartir sesiones y protocolos clínicos mejorando la docencia y actualización de los profesionales sanitarios. Además favorece la discusión de casos clínicos dudosos, la adecuación y conciliación del seguimiento clínico en pacientes controlados en ambos hospitales así como valorar la posible derivación a Unidades especialistas de referencia.

El proyecto se continúa realizando en la actualidad con duración por el momento indefinida.

7. OBSERVACIONES.
Sería conveniente incrementar la frecuencia de las sesiones de videoconferencia realizadas, no obstante, la demanda asistencial dificulta en ocasiones este cometido.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

*** ========== Resumen del proyecto 2018/354 ========== ***

Nº de registro: 0354

Título
VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Autores:
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUE, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, MARTIN CALAMA JESUS, GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA PEDIÁTRICA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el creciente manejo multidisciplinar y/o derivación de los pacientes a Centros Sanitarios de referencia, la utilización de la videoconferencia como medio para valorar la derivación de pacientes, el manejo clínico y asistencial, puede facilitar y simplificar el acceso a un especialista en menor tiempo, y posibilita mejorar la atención médica en áreas con mayor dispersión de la población, conservando una atención de calidad. Además permite mejorar la docencia de los profesionales al poder compartir sesiones y protocolos clínicos entre diferentes servicios.

RESULTADOS ESPERADOS
Iniciar un sistema de videoconferencia entre servicios de Pediatría de diferentes sectores (Sector II, Hospital Infantil Miguel Servet y Sector Teruel, Hospital Obispo Polanco) para:

- Realizar discusión clínica de casos dudosos.
- Valorar derivación a Unidades especialistas de referencia en casos que precisen.
- Adecuar y conciliar el seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieran.
- Compartir sesiones y protocolos clínicos hospitalarios que permitan la actualización de los profesionales sanitarios.

MÉTODO
El inicio del sistema de videoconferencia se ha consensuado y aprobado por las subdirecciones médicas y jefes de servicio de ambos hospitales.
Dos representantes (médicos adjuntos) en cada uno de los servicios, serán los responsables de iniciar y finalizar la conexión de la videoconferencia durante el parte médico entre ambos hospitales. En el caso de que alguno de estos no se encontrara presente asignarán un responsable que se encargará de la misma tarea.

INDICADORES
- Días en los que se realiza videoconferencia/días destinados a realización de conferencia. Estándar: 80%.
- Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/ realización de sesiones y/o protocolos clínicos en total. Estándar: 80%.

DURACIÓN
La videoconferencia se realizará en horario de mañana de 8:15 h a 9:00 h, horario en el que se realiza el parte de guardia y sesiones clínicas en ambos servicios.
Se llevará a cabo de manera diaria a excepción de aquellos días en los que por demanda asistencial o periodos festivos/vacacionales no pueda realizarse.
La fecha de inicio prevista es el 2 de Mayo.
La duración es de 6 meses prorrogable de manera indefinida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ......................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BEATRIZ SANCHEZ MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO COSTEY SILVIA
MARTIN RUIZ NURIA
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MUÑOZ ALBILLOS MARISOL
MARTIN CALAMA JESUS
GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con el objetivo de realizar un sistema de videoconferencia entre los servicios de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet y el Hospital Obispo Polanco se ha procedido a la realización de las siguientes actividades.

- Compra de micrófonos y videocámaras para realización de videoconferencia.
- Asignación de responsables en cada Unidad de Pediatría en Hospital Miguel Servet y Hospital Obispo Polanco para realizar videoconferencia.
- Creación de 2 cuentas de correo electrónico gmail en cada uno de los hospitales implicados.
- Creación de un protocolo de utilización del programa “Google Hangouts” utilizado para la realización del servicio de videoconferencia (sistema basado en videollamada) entre ambos servicios.
- Realización de videoconferencia entre ambos servicios de Pediatría tres veces por semana de 8:15 h-9 h salvo cuando no ha sido posible por demanda asistencial o periodos festivos que se continúa en la actualidad.
- Actualización de conocimientos de los profesionales sanitarios mediante la realización de sesiones y protocolos clínicos durante las videoconferencias.
- Adecuación y concilio del seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieren.
- Discusión clínica en casos dudosos o de difícil diagnóstico y valoración de derivación a Unidades especialistas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores de evaluación utilizados y los estándares obtenidos son los siguientes, contando desde un periodo inicial del 2 de mayo hasta el 31 de Enero, aunque dicho proyecto se mantiene en la actualidad:

-1.Días en los que se realiza videoconferencia/días laborables totales (lunes-viernes): 60%.

- 2. Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/realización de sesiones clínicas en total: 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La utilización de la videoconferencia entre dos servicios de Pediatría de diferentes hospitales, permite compartir sesiones y protocolos clínicos mejorando la docencia y actualización de los profesionales sanitarios. Además favorece la discusión de casos clínicos dudosos, la adecuación y conciliación del seguimiento clínico en pacientes controlados en ambos hospitales así como valorar la posible derivación a Unidades especialistas de referencia.

El proyecto se continúa realizando en la actualidad con duración por el momento indefinida.

Sería conveniente incrementar la frecuencia de las sesiones de videoconferencia realizadas, no obstante, la demanda asistencial dificulta en ocasiones este cometido.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/354 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Nº de registro: 0354

Título
VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Autores:
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUE, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, MARTIN CALAMA JESUS, GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA PEDIÁTRICA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dado el creciente manejo multidisciplinar y/o derivación de los pacientes a Centros Sanitarios de referencia, la utilización de la videoconferencia como medio para valorar la derivación de pacientes, el manejo clínico y asistencial, puede facilitar y simplificar el acceso a un especialista en menor tiempo, y posibilita mejorar la atención médica en áreas con mayor dispersión de la población, conservando una atención de calidad. Además permite mejorar la docencia de los profesionales al poder compartir sesiones y protocolos clínicos entre diferentes servicios.

RESULTADOS ESPERADOS
Iniciar un sistema de videoconferencia entre servicios de Pediatría de diferentes sectores (Sector II, Hospital Infantil Miguel Servet y Sector Teruel, Hospital Obispo Polanco) para:

- Realizar discusión clínica de casos dudosos.
- Valorar derivación a Unidades especialistas de referencia en casos que precisen.
- Adecuar y conciliar el seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieran.
- Compartir sesiones y protocolos clínicos hospitalarios que permitan la actualización de los profesionales sanitarios.

MÉTODO
El inicio del sistema de videoconferencia se ha consensuado y aprobado por las subdirecciones médicas y jefes de servicio de ambos hospitales.
Dos representantes (médicos adjuntos) en cada uno de los servicios, serán los responsables de iniciar y finalizar la conexión de la videoconferencia durante el parte médico entre ambos hospitales. En el caso de que alguno de estos no se encontrara presente asignarán un responsable que se encargará de la misma tarea.

INDICADORES
- Días en los que se realiza videoconferencia/días destinados a realización de conferencia. Estándar: 80%.
- Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/ realización de sesiones y/o protocolos clínicos en total. Estándar: 80%.

DURACIÓN
La videoconferencia se realizará en horario de mañana de 8:15 h a 9:00 h, horario en el que se realiza el parte de guardia y sesiones clínicas en ambos servicios.
Se llevará a cabo de manera diaria a excepción de aquellos días en los que por demanda asistencial o periodos festivos/vacacionales no pueda realizarse.
La fecha de inicio prevista es el 2 de Mayo.
La duración es de 6 meses prorrogable de manera indefinida.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

1. TÍTULO

VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN RUIZ NURIA
VALERO ADAN ADELA
MENDEZ MUÑOZ ISABEL
VICENTE MONFORTE PILAR
MAICAS PEREZ ANA BELEN
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA
MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo de este proyecto era comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. Para la consecución del mismo se extrajo una muestra de calcio venoso y capilar de forma simultánea en 52 individuos voluntarios sanos con edad comprendida entre los 19-63 años. Se analizó la gasometría capilar inmediatamente y la venosa los primeros 30 minutos tras su extracción, conservando las muestras a temperatura ambiente hasta su análisis.

La gasometría venosa se recogió en jeringas de heparina de litio (23 UI/mL) y la gasometría capilar en capilares en tubos capilares de heparina de litio (aproximadamente 100 UI/mL). El análisis se realizó en los autoanalizadores GEM4000. Además del calcio, se estudió el sodio y el cloro.

Está en proceso la inclusión de la prueba en la cartera de servicios del Servicio de Análisis Clínicos, de la cual pueden beneficiarse pacientes con dificultad de extracción de muestras de sangre venosa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal del estudio era comprobar la correlación del calcio sanguíneo en muestras de sangre capilar y venosa para que pacientes en los que una extracción de sangre venosa pueda ser dificultosa o entrañar complicaciones se puedan beneficiar de un análisis riguroso del mismo con una muestra capilar. Se ha añadido un objetivo secundario al analizar otros iones de interés similar al calcio, como son el cloro y el sodio.

Los intervalos de referencia estandarizados para cada uno de los iones son: calcio iónico 4,2-5,2 mg/dL, cloro 100-106 mmol/L y Sodio 135-145 mmol/L. Los intervalos obtenidos en cada una de las muestras venosa y capilar para cada ion estudiado son los siguientes:
- Calcio iónico:
  - Muestra venosa 4,6-5,4 mg/dL.
  - Muestra capilar 4,4-5,7 mg/dL.
- Cloro:
- Muestra venosa101-110,7 mmol/L.
  - Muestra capilar102-116,7 mmol/L.
- Sodio:
- Muestra venosa 133-143 mmol/L.
- Muestra capilar 134,5-147 mmol/L.

Del estudio se puede inferir que los valores de referencia para el calcio y el sodio son equivalentes en ambas muestras, pudiendo ser fiable una muestra de sangre capilar para determinar dichos iones en un paciente con imposibilidad o dificultad en la extracción de sangre venosa. Sin embargo los valores de referencia para el cloro difieren sustancialmente en ambas muestras por lo que no se puede deducir que los niveles de cloro de una muestra capilar sean equivalentes a los de una muestra venosa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido el objetivo principal en el que se pone de manifiesto la correlación de los niveles de calcio en muestra capilar con los de muestra venosa, y como objetivo secundario se ha observado la correlación de los niveles de sodio. Gracias a la realización de este estudio se pueden conocer los valores sanguíneos de calcio y sodio mediante muestra de sangre capilar en pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la obtención de una muestra de sangre venosa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/489 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Nº de registro: 0489

Título
DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Autores:
BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, VALERO ADAN ADELA CAYETANA, MENDEZ MUÑOZ ISABEL, VICENTE MONFORTE PILAR, MAICAS PEREZ ANA BELÉN, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: ALTERACIONES EN LA CALCEMIA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las alteraciones en las concentraciones de calcio en sangre, hipercalcemia e hipocalcemia, son frecuentes y pueden constituir emergencias vitales. En la práctica clínica, se tiende a valorar el balance de calcio por medio de la concentración sérica de calcio total, pero esto puede conducir a conclusiones y decisiones inadecuadas para el paciente, ya que es el calcio ionizado la fracción libre y fisiológicamente activa. Alteraciones en la concentración de proteínas o alteraciones en el equilibrio ácido-base modifican la fracción de calcio ionizado. La IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) recomienda determinar la concentración de calcio iónico por potenciometría directa con electrodo selectivo-ión calcio combinado con un electrodo externo de referencia. Uno de los tipos de muestras que se puede emplear es sangre total empleando heparinas balanceadas con litio.
A priori el tipo de muestra arterial, venosa o capilar no influye en la concentración de calcio iónico, siempre y cuando los anticoagulantes y el volumen empleado sea el adecuado, y se preste atención a las condiciones preanalíticas.

Los dispositivos para la obtención de muestra capilar contienen una cantidad aproximada, no exacta de heparina, que podría alterar el resultado de dicha muestra. No conocemos los valores de referencia para el calcio iónico obtenido de muestra capilar, y no existen suficientes estudios que permitan valorar la interferencia en los resultados del anticoagulante en el dispositivo de recogida de la muestra

Sin embargo, en determinados pacientes, la extracción de una muestra venosa sanguínea podría suponer un riesgo, no así la muestra capilar. Concretamente, se presenta el caso de una paciente de 4 años del servicio de pediatría del Hospital Obispo Polanco afecta de osteogénesis imperfecta en la que una contención para una extracción analítica venosa supone un riesgo elevado de fractura ósea. Dicha paciente precisa controles de calcio sanguíneo ocasionalmente y en ella es preciso extremar las medidas preventivas para evitar una fractura ósea. Una forma de evitar la contención que supone la extracción analítica venosa es la realización de una extracción capilar, que generalmente precisa menor contención y la paciente se encuentra más familiarizada con las mismas por lo que presenta mayor colaboración.

El punto de partida del presente proyecto de calidad es nuestra paciente pediátrica, en la cual el riesgo derivado de una extracción sanguínea venosa y la necesidad periódica de controles de calcio justifica de forma inequívoca la necesidad de establecer la equivalencia del calcio sanguíneo mediante muestra capilar con la muestra venosa o la estandarización de un factor de corrección para la calcemia en muestra capilar. Sin embargo se prevee que este proyecto tendrá utilidad para más pacientes actuales y en el futuro, tanto pediátricos como adultos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. La población diana que podrá verse beneficiada del proyecto es la que agrupa aquellos pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la extracción sanguínea mediante muestra venosa.

MÉTODO
Para lograr los objetivos se pretende extraer en individuos sanos una muestra de calcio venoso y capilar para comparar los resultados en ambas muestras extraídas de forma simultánea en el individuo.
Una vez conocida la relación de calcio iónico en ambas muestras (venosa y capilar) y la posible verificación de los resultados de ión en la gasometría capilar, se planteará con el Servicio de Análisis Clínicos, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

inclusión de la prueba en la cartera de servicio para este tipo de pacientes.

INDICADORES
Se obtendrán los niveles de calcemia de la muestra capilar y venosa en el mismo voluntario sano mediante el analizador de sangre GEM 4000 Premier, disponible en laboratorio de Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se realizara un estudio comparativo de los resultados en ambos tipos de muestras.

DURACIÓN
La duración estimada del proyecto será menor a un año. En el mismo, se programará la realización de las extracciones sanguíneas de muestra venosa y capilar para obtener una muestra representativa de la que se pueda extrapolar un resultado aplicable a la población.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO ADAN ADELA
MENDEZ MUÑOZ ISABEL
VICENTE MONFORTE PILAR
MAICAS PEREZ ANA BELEN
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA
MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo de este proyecto era comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. Para la consecución del mismo se extrajo una muestra de calcio venoso y capilar de forma simultánea en 52 individuos voluntarios sanos con edad comprendida entre los 19-63 años. Se analizó la gasometría capilar inmediatamente y la venosa los primeros 30 minutos tras su extracción, conservando las muestras a temperatura ambiente hasta su análisis.

La gasometría venosa se recogió en jeringas de heparina de litio (23 UI/mL) y la gasometría capilar en capilares en tubos capilares de heparina de litio (aproximadamente 100 UI/mL). El análisis se realizó en los autoanalizadores GEM4000. Además del calcio, se estudió el sodio y el cloro.

Está en proceso la inclusión de la prueba en la cartera de servicios del Servicio de Análisis Clínicos, de la cual pueden beneficiarse pacientes con dificultad de extracción de muestras de sangre venosa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal del estudio era comprobar la correlación del calcio sanguíneo en muestras de sangre capilar y venosa para que pacientes en los que una extracción de sangre venosa pueda ser dificultosa o entrañar complicaciones se puedan beneficiar de un análisis riguroso del mismo con una muestra capilar. Se ha añadido un objetivo secundario al analizar otros iones de interés similar al calcio, como son el cloro y el sodio.

Los intervalos de referencia estandarizados para cada uno de los iones son: calcio iónico 4,2-5,2 mg/dL, cloro 100-106 mmol/L y Sodio 135-145 mmol/L. Los intervalos obtenidos en cada una de las muestras venosa y capilar para cada ion estudiado son los siguientes:

- Calcio iónico:
- Muestra venosa: 4,6-5,4 mg/dL
- Muestra capilar: 4,4-5,7 mg/dL
- Cloro:
- Muestra venosa 101-110,7 mmol/L
- Muestra capilar 102-116,7 mmol/L
- Sodio:
- Muestra venosa 133-143 mmol/L
- Muestra capilar 134,5-147 mmol/L

Del estudio se puede inferir que los valores de referencia para el calcio y el sodio son equivalentes en ambas muestras, pudiendo ser fiable una muestra de sangre capilar para determinar dichos elementos en sangre en un paciente con imposibilidad o dificultad en la extracción de sangre venosa. Sin embargo los valores de referencia para el cloro difieren sustancialmente en ambas muestras por lo que no se puede deducir que los niveles de cloro de una muestra capilar sean equivalentes a los de una muestra venosa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido el objetivo principal en el que se pone de manifiesto la correlación de los niveles de calcio en muestra capilar con los de muestra venosa, y como objetivo secundario se ha observado la correlación de los niveles de sodio. Gracias a la realización de este estudio se puede conocer los valores sanguíneos de calcio y sodio mediante muestra de sangre capilar en pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la obtención de una muestra de sangre venosa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/489 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Nº de registro: 0489

Título
DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Autores:
BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, VALERO ADAN ADELA CAYETANA, MENDEZ MUÑOZ ISABEL, VICENTE MONFORTE PILAR, MAICAS PEREZ ANA BELÉN, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: ALTERACIONES EN LA CALCEMIA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las alteraciones en las concentraciones de calcio en sangre, hipercalcemia e hipocalcemia, son frecuentes y pueden constituir emergencias vitales. En la práctica clínica, se tiende a valorar el balance de calcio por medio de la concentración sérica de calcio total, pero esto puede conducir a conclusiones y decisiones inadecuadas para el paciente, ya que es el calcio ionizado la fracción libre y fisiológicamente activa. Alteraciones en la concentración de proteínas o alteraciones en el equilibrio ácido-base modifican la fracción de calcio ionizado.
La IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) recomienda determinar la concentración de calcio iónico por potenciometría directa con electrodo selectivo-ión calcio combinado con un electrodo externo de referencia. Uno de los tipos de muestras que se puede emplear es sangre total empleando heparinas balanceadas con litio.
A priori el tipo de muestra arterial, venosa o capilar no influye en la concentración de calcio iónico, siempre y cuando los anticoagulantes y el volumen empleado sea el adecuado, y se preste atención a las condiciones preanalíticas.

Los dispositivos para la obtención de muestra capilar contienen una cantidad aproximada, no exacta de heparina, que podría alterar el resultado de dicha muestra. No conocemos los valores de referencia para el calcio iónico obtenido de muestra capilar, y no existen suficientes estudios que permitan valorar la interferencia en los resultados del anticoagulante en el dispositivo de recogida de la muestra

Sin embargo, en determinados pacientes, la extracción de una muestra venosa sanguínea podría suponer un riesgo, no así la muestra capilar. Concretamente, se presenta el caso de una paciente de 4 años del servicio de pediatría del Hospital Obispo Polanco afecta de osteogénesis imperfecta en la que una contención para una extracción analítica venosa supone un riesgo elevado de fractura ósea. Dicha paciente precisa controles de calcio sanguíneo ocasionalmente y en ella es preciso extremar las medidas preventivas para evitar una fractura ósea. Una forma de evitar la contención que supone la extracción analítica venosa es la realización de una extracción capilar, que generalmente precisa menor contención y la paciente se encuentra más familiarizada con las mismas por lo que presenta mayor colaboración.

El punto de partida del presente proyecto de calidad es nuestra paciente pediátrica, en la cual el riesgo derivado de una extracción sanguínea venosa y la necesidad periódica de controles de calcio justifica de forma inequívoca la necesidad de establecer la equivalencia del calcio sanguíneo mediante muestra capilar con la muestra venosa o la estandarización de un factor de corrección para la calcemia en muestra capilar. Sin embargo se prevee que este proyecto tendrá utilidad para más pacientes actuales y en el futuro, tanto pediátricos como adultos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. La población diana que podrá verse beneficiada del proyecto es la que agrupa aquellos pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la extracción sanguínea mediante muestra venosa.

MÉTODO
Para lograr los objetivos se pretende extraer en individuos sanos una muestra de calcio venoso y capilar para comparar los resultados en ambas muestras extraídas de forma simultánea en el individuo.
Una vez conocida la relación de calcio iónico en ambas muestras (venosa y capilar) y la posible verificación de los resultados de ión en la gasometría capilar, se planteará con el Servicio de Análisis Clínicos, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

1. TÍTULO

DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

inclusión de la prueba en la cartera de servicio para este tipo de pacientes.

INDICADORES
Se obtendrán los niveles de calcemia de la muestra capilar y venosa en el mismo voluntario sano mediante el analizador de sangre GEM 4000 Premier, disponible en laboratorio de Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se realizara un estudio comparativo de los resultados en ambos tipos de muestras.

DURACIÓN
La duración estimada del proyecto será menor a un año. En el mismo, se programará la realización de las extracciones sanguíneas de muestra venosa y capilar para obtener una muestra representativa de la que se pueda extrapolar un resultado aplicable a la población.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0494

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RECIEN NACIDOS DEL H. OBISPO POLANCO TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARISOL MUÑOZ ALBILLOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO COSTEY SILVIA
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
MARTIN RUIZ NURIA
HERRERO SANZ CRISTINA
TREGON MARTIN PILAR
CAMPOS PEREZ MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El recurso empleado ha sido el programa Neosoft que, mediante un formulario establecido, permite realizar un registro de todos los aspectos relacionados con el recién nacido y obtener posteriormente un informe.

Mediante dicho programa se ha registrado la actividad relacionada con los recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco por parte de los profesionales implicados en la misma. Se han recogido detalles de su historial perinatal, grupo sanguíneo, alimentación, ganancia ponderal, exploración física y exploraciones complementarias durante su ingreso en maternidad.
Además, con el informe obtenido se ha elaborado un documento de alta de maternidad del recién nacido para los padres y para el pediatra de atención primaria que llevará a cabo el seguimiento posterior del bebé. En este informe aparecen los detalles del nacimiento y evolución durante las primeras horas de vida, así como recomendaciones para los días inmediatos postparto o necesidad de otras pruebas diagnósticas o seguimiento del recién nacido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido el objetivo deseado, la mejora de la asistencia continuada del recién nacido al alta de maternidad, aportando un informe clínico a los padres y a su pediatra, así como el registro de datos perinatales, parto y post-parto de los recién nacidos, implicándose de forma activa todos los profesionales que asisten al recién nacido en su práctica clínica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha comprobado que cuando todos los profesionales se implican de forma conjunta en la elaboración de un proyecto para mejorar la asistencia clínica se consigue de forma satisfactoria. El objetivo propuesto ha sido logrado gracias a la colaboración del personal de paritorio, maternidad y pediatría. La recogida de datos de los recién nacidos en el programa Neosoft y la creación de un informe de alta hospitalaria ha mejorado con creces la atención a los recién nacidos del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/494 ========== ***

Nº de registro: 0494

Título
REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RN DE UNIDAD PARITORIO-MATERNIDAD A TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD

Autores:
MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL, HERRERO SANZ CRISTINA, TREGON MARTIN PILAR, CAMPOS PEREZ MARIA PAZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0494

1. TÍTULO

REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RECIEN NACIDOS DEL H. OBISPO POLANCO TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es patente la necesidad de desarrollar proyectos de calidad en las unidades done se atiende al RN, incluyendo paritorios y maternidad. Proyectos de calidad entendidos como atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente.

En nuestro centro los RN en los primeros días de vida, durante su ingreso en maternidad, son atendidos por diferentes profesionales (pediatras, matronas, enfermeras, auxiliares). Se revisa y analiza todo su historial perinatal y parto. Son visitados, explorados e informamos a los padres a diario hasta su alta. Se realizan pruebas complementarias (prueba talón, otoemisiones acústicas …), control curva peso, apoyo lactancia materna. Según cada caso se amplían estudios complementarios y se canalizan interconsultas oportunas.

Consideramos de vital importancia se registre en Neosoft dicha actividad por parte de los profesionales implicados para posteriormente poder elaborar un informe clínico para los padres y para su pediatra.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora e implementación del registro de datos perinatales y parto y post-parto de los RN, implicándose de forma activa todos los profesionales implicados.

Analizar de forma organizada y anticipada las patologías perinatales que puedan implicar al RN y programas las intervenciones oportunas.

Elaborar informe clínico con toda la información recogida.

Favorecer la mejora de la asistencia continuada del RN al alta de maternidad, aportando informe clínico a los padres y a su pediatra.

MÉTODO
Actualización y mejora de historia prenatal para registro de datos.
Reunión con personal implicado para informar y concienciar de la importancia del tema
Se registrarán todos los informes, instrucciones y recomendaciones entregados en el momento del alta, para su posterior análisis detallado.

INDICADORES
Número de historia clínica perinatales bien cumplimentadas.

Número de informes clínicos y recomendaciones entregadas y firmadas.

DURACIÓN
Se prevee indefinida, con revisión semestral de indicadores y resultados.

Población diana: Todo recién nacido de unidad de maternidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARROTE MATA ANA
PEREZ PEREZ ROSA MARIA
GODED GARCIA MARIA PILAR
CAMPOS PEREZ MARIA PAZ
IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA
CEBRIAN CLEMENTE CARMEN
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Reuniones periódicas para valorar puntos de mejora y evolución de los mismos.
• Adquisición de un pulsioxímetro para valoración de la saturación de oxígeno en los recién nacidos.
• Valoración del primer simulacro realizado, con la grabación del mismo y posterior análisis.
• Realización de curso de RCP neonatal, con la asistencia de personal involucrado en la asistencia neonatal (matronas, TCAE, pediatras, enfermeras).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Se ha realizado nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas.
• Tras la valoración del simulacro, se detectó que las hojas de medicación utilizadas de guía para la perfusión intravenosa (cuidados post-reanimación) quedaban confusas para parte del personal sanitario, por lo que se ha redactado una hoja de perfusiones simplificada.
• Se ha realizado dos cursos de RCP (junio de 2018 y noviembre de 2018) con una asistencia del 100% de las plazas ofertadas y una valoración muy positiva (100% de valoración mayor o igual a 8 sobre una puntuación de 0-10).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• La protocolización de la asistencia sanitaria disminuye la variabilidad en la práctica clínica y mejora la asistencia.
• La formación continuada es una necesidad de vital importancia en nuestra profesión y altamente demandada por los profesionales que atienden a neonatos.
• Simplificar en la medida de lo posible las guías de actuación mejora la asistencia y el cumplimiento de los protocolos asistenciales.
• Los cambios en la asistencia sanitaria consensuados y adecuadamente justificados mejoran su implantación. La resistencia al cambio se minimiza con dichas medidas.
• Se han valorado positivamente las iniciativas formativas realizadas en 2018.
• Protocolizar nuestra actuación y la evaluación periódica de los mismos, es un proceso de mejora que no tiene punto final.
• Las actividades realizadas potencian la comunicación entre los profesionales y abriendo nuevas posibilidades de colaboración en nuevos proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/749 ========== ***

Nº de registro: 0749

Título
MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
MARTIN RUIZ NURIA, GARROTE MATA ANA, PEREZ PEREZ ROSA MARIA, GODED GARCIA MARIA PILAR, CAMPOS PEREZ MARIA PAZ, IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA, CEBRIAN CLEMENTE CARMEN, SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El nacimiento y el parto son procesos fisiológicos en los que la mayoría de las mujeres que van a ser madres están sanas y sus hijos serán niños sanos. Es de máximo interés optimizar la atención y protocolizar la asistencia en los primeros horas de vida para realizar diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías encontradas en la población neonatal. La formación continuada del personal implicado en su asistencia, es fundamental para, por una parte, entrenar al personal de nueva incorporación y por otro, optimizar conocimientos previamente adquiridos, en caso de los profesionales veteranos.

RESULTADOS ESPERADOS
• Respetar en la medida de lo posible las preferencias de los padres.
• Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
• Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
• Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
• Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
• Profilaxis oftálmica neonatal.
• Realizar el cribado endocrino-metabólico y el cribado de la hipoacusia
Realización de simulacro anual con valoración posterior y propuestas de mejora.
Incorporación de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas mediante pulsioximetría pre y postductal.
Nuevo protocolo de atención al recien nacido normal.
Realización de curso de RCP con participación de personal de pediatría y maternidad.

MÉTODO
Planificación/organización/realización de simulacro con participación de personal de paritorio, maternidad, pediatría.
Crear un protocolo de atención al recién nacido normal, consensuado con los diversos servicios implicados
Desarrollo de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas, mediante la monitorización de pulsioximetría pre y postductal a todos los recién nacidos.
Realización de curso de RCP neonatal.

INDICADORES
Creación e implantación del protocolo de actuación de asistencia al
recién nacido que no precisa reanimación ni asistencia pediátrica urgente, que incluya los siguientes puntos
• Lavado de manos y guantes
• Secado y calentamiento inmediato
• Pinzamiento del cordón umbilical
• Contacto piel con piel inmediato
• Identificación del recién nacido
- Creación del protocolo de continuación de cuidados postnatales, en el propio paritorio y maternidad, incluyendo los siguientes aspectos :
• Continuación contacto piel con piel
• Profilaxis oftálmica
• Profilaxis enfermedad hemorrágica
• Inicio de lactancia materna. Revisión tomas
• Revisión pediátrica diaria, en presencia de los padres.
• Analgesia no farmacológica
• Cribado enfermedades metabólicas
• Cribado hipoacusia
Cribado cardiopatías congénitas.
- Mejora de la atención al neonato que precisa reanimación urgente, mediante realización de simulacro y curso de RCP.

DURACIÓN
Un periodo de seis meses necesarios para la planificación de todos los proyectos anteriormente descritos.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARROTE MATA ANA
PEREZ PEREZ ROSA MARIA
GODED GARCIA MARIA PILAR
CAMPOS PEREZ MARIA PAZ
IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA
CEBRIAN CLEMENTE CARMEN
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Reuniones periódicas para valorar puntos de mejora y evolución de los mismos.
• Adquisición de un pulsioxímetro para valoración de la saturación de oxígeno en los recién nacidos.
• Valoración del primer simulacro realizado, con la grabación del mismo y posterior análisis.
• Realización de curso de RCP neonatal, con la asistencia de personal involucrado en la asistencia neonatal (matronas, TCAE, pediatras, enfermeras).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Se ha realizado nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas.
• Tras la valoración del simulacro, se detectó que las hojas de medicación utilizadas de guía para la perfusión intravenosa (cuidados post-reanimación) quedaban confusas para parte del personal sanitario, por lo que se ha redactado una hoja de perfusiones simplificada.
• Se ha realizado dos cursos de RCP (junio de 2018 y noviembre de 2018) con una asistencia del 100% de las plazas ofertadas y una valoración muy positiva (100% de valoración mayor o igual a 8 sobre una puntuación de 0-10).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• La protocolización de la asistencia sanitaria disminuye la variabilidad en la práctica clínica y mejora la asistencia.
• La formación continuada es una necesidad de vital importancia en nuestra profesión y altamente demandada por los profesionales que atienden a neonatos.
• Simplificar en la medida de lo posible las guías de actuación mejora la asistencia y el cumplimiento de los protocolos asistenciales.
• Los cambios en la asistencia sanitaria consensuados y adecuadamente justificados mejoran su implantación. La resistencia al cambio se minimiza con dichas medidas.
• Se han valorado positivamente las iniciativas formativas realizadas en 2018.
• Protocolizar nuestra actuación y la evaluación periódica de los mismos, es un proceso de mejora que no tiene punto final.
• Las actividades realizadas potencian la comunicación entre los profesionales y abriendo nuevas posibilidades de colaboración en nuevos proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/749 ========== ***

Nº de registro: 0749

Título
MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
MARTIN RUIZ NURIA, GARROTE MATA ANA, PEREZ PEREZ ROSA MARIA, GODED GARCIA MARIA PILAR, CAMPOS PEREZ MARIA PAZ, IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA, CEBRIAN CLEMENTE CARMEN, SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El nacimiento y el parto son procesos fisiológicos en los que la mayoría de las mujeres que van a ser madres están sanas y sus hijos serán niños sanos. Es de máximo interés optimizar la atención y protocolizar la asistencia en los primeros horas de vida para realizar diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías encontradas en la población neonatal. La formación continuada del personal implicado en su asistencia, es fundamental para, por una parte, entrenar al personal de nueva incorporación y por otro, optimizar conocimientos previamente adquiridos, en caso de los profesionales veteranos.

RESULTADOS ESPERADOS
• Respetar en la medida de lo posible las preferencias de los padres.
• Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
• Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
• Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
• Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
• Profilaxis oftálmica neonatal.
• Realizar el cribado endocrino-metabólico y el cribado de la hipoacusia
Realización de simulacro anual con valoración posterior y propuestas de mejora.
Incorporación de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas mediante pulsioximetría pre y postductal.
Nuevo protocolo de atención al recien nacido normal.
Realización de curso de RCP con participación de personal de pediatría y maternidad.

MÉTODO
Planificación/organización/realización de simulacro con participación de personal de paritorio, maternidad, pediatría.
Crear un protocolo de atención al recién nacido normal, consensuado con los diversos servicios implicados
Desarrollo de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas, mediante la monitorización de pulsioximetría pre y postductal a todos los recién nacidos.
Realización de curso de RCP neonatal.

INDICADORES
Creación e implantación del protocolo de actuación de asistencia al
recién nacido que no precisa reanimación ni asistencia pediátrica urgente, que incluya los siguientes puntos
• Lavado de manos y guantes
• Secado y calentamiento inmediato
• Pinzamiento del cordón umbilical
• Contacto piel con piel inmediato
• Identificación del recién nacido
- Creación del protocolo de continuación de cuidados postnatales, en el propio paritorio y maternidad, incluyendo los siguientes aspectos :
• Continuación contacto piel con piel
• Profilaxis oftálmica
• Profilaxis enfermedad hemorrágica
• Inicio de lactancia materna. Revisión tomas
• Revisión pediátrica diaria, en presencia de los padres.
• Analgesia no farmacológica
• Cribado enfermedades metabólicas
• Cribado hipoacusia
Cribado cardiopatías congénitas.
- Mejora de la atención al neonato que precisa reanimación urgente, mediante realización de simulacro y curso de RCP.

DURACIÓN
Un periodo de seis meses necesarios para la planificación de todos los proyectos anteriormente descritos.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0989

1. TÍTULO

ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO ALIJARDE LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REUS ANTON CARMEN
MARTIN MARTIN CONCHA
VICENTE MONFORTE PILAR
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
MARTIN RUIZ NURIA
BENITO COSTEY SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el año 2017, se puso en marcha la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, referencia para toda la Comunidad autónoma de Aragón. En ese momento se planteó iniciar un programa de mejora de calidad, ofreciendo una asistencia del paciente pediátrico crónico en el Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se realizó una reunión informativa para que todo el personal del Servicio estuviera en conocimiento del programa que se iba a iniciar. Además, todos los pacientes crónicos susceptibles de pertenecer a este grupo, fueron informados de que si precisaban asistencia en relación a su patología, podrían acudir al Hospital Obispo Polanco, acudiendo directamente al Servicio de Pediatría, situado en primera planta del Hospital, sin necesidad de acceder por el Servicio de urgencias, para poder ser atendido de la manera más correcta, cercana y personalizada posible. El proyecto se inició en Junio del 2018. Una vez informado el personal del servicio, se anotó en un cuaderno cada consulta realizada, con motivo de consulta, exploraciones y pruebas complementarias realizadas, diagnóstico clínico al alta y opinión del paciente/familia sobre el programa y la atención recibida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este período se han reclutado 10 pacientes con patología crónica en seguimiento en nuestro servicio, susceptibles de formar parte de nuestro programa.
- El paciente 1, es un paciente con Encefalopatía hipóxico-isquémica y epilepsia refractaria. Ha sido valorado en 8 ocasiones, 2 de ellas por fiebre, 2 de ellas por infección respiratoria, y otras 4 en relación a crisis convulsivas.
- El paciente 2, es un paciente con Bicitopenia (trombopenia y Neutropenia) de etiología no filiada, actualmente en tratamiento con Micofenolato oral. En este período de tiempo ha sido valorado en 6 ocasiones, 2 de ellas por astenia, 1 por hematomas y epistaxis, 1 por síndrome febril y otras 2 por cefalea.
- El paciente 3, es un paciente con Síndrome de QT largo congénito. Ha sido valorado en 4 ocasiones, 2 por síndrome febril y 2 por broncoespasmo y dificultad respiratoria.
- El paciente 4, paciente con diagnóstico de síndrome nefrótico en Julio de 2018, ha acudido en múltiples ocasiones por haber presentado 2 recaídas en contexto de infección respiratoria, precisando de control cercano hasta negativización de proteinuria.
- El paciente 5, paciente con síndrome nefrótico corticodependiente en seguimiento en la Unidad de Nefrología de Hospital Infantil Miguel Servet. Ha precisado 2 interconsultas, ambas en relación a infecciones respiratorias de vías bajas.
- El paciente 6, paciente con diagnóstico de fibrosis quística, ha acudido en 2 ocasiones, ambas en relación a infecciones respiratorias.
- El paciente 7, paciente con diagnóstico de fibrosis quística, ha sido valorado en 7 ocasiones, 5 de ellas en contexto de infección respiratoria y 2 por gastroenteritis aguda.
- El paciente 8, paciente con diagnóstico de Trombopenia inmune primaria ha sido valorada en 3 ocasiones, 2 de ellas por cefalea y otra por hematomas y petequias.
- El paciente 9, paciente con atresia de esófago intervenida de período neonatal, anorexia, disfagia y retraso ponderoestatural. Valorada en 5 ocasiones, 1 por infección respiratoria, 2 por rechazo de la alimentación y 2 por episodio de vómitos autolimitado.
- El paciente 10, paciente con síndrome de West, epilepsia de difícil control y retraso psicomotor. Ha acudido al Servicio en 12 ocasiones para completar tratamiento de Síndrome de West con ACTH intramuscular. Además fue valorada otras 4 veces por infección respiratoria de vías bajas y otras 3 por crisis convulsivas.

Comentado con el personal del servicio y las familias de los pacientes, la respuesta ha sido favorable. El personal se ha involucrado realizando la atención más adecuada en cada momento, detectando las necesidades del paciente y la familia, intentando complementarlas y apoyarlas en lo posible. La familia y el paciente se encuentran satisfechos con la atención, tienen confianza en el personal, agradecen la atención recibida y el seguimiento personalizado y cercano ofrecido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El personal del Servicio ha recibido con satisfacción el proyecto realizado. Lo ha implementado con delicadeza y ganas de llevarlo a cabo. La atención ha sido buena. Se ha potenciado la flexibilidad en los horarios y la atención para facilitar la conciliación familiar y laboral de paciente y familia. Todo el equipo está con un gran refuerzo positivo por la buena acogida de las familias, para continuar con el proyecto. Es un proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0989

1. TÍTULO

ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

que sólo depende de las ganas de trabajar de nuestro personal por mejorar la atención y la calidad de vida de nuestros pacientes y familias, y de eso nunca faltará en nuestra planta, la primera planta de nuestro Hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/989 ========== ***

Nº de registro: 0989

Título
ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
ALIJARDE LORENTE ROBERTO, REUS ANTON CARMEN, MARTIN MARTIN CONCHA, VICENTE MONFORTE PILAR, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL, MARTIN RUIZ NURIA, BENITO COSTEY SILVIA BEATRIZ, SANCHEZ MARCO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niños incluidos en programa de Cuidados paliativos o con patología crónica que presentan necesidades/cuidados especiales
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el año 2017 se ha puesto en marcha una nueva Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos de referencia para toda la Comunidad de Aragón. Los cuidados paliativos se basan en mejorar la calidad de vida de los niños y familias que se enfrentan a enfermedades potencialmente mortales, intentando dar respuesta a problemas físicos, psicosociales o espirituales. Los pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos Pediátricos, y otros pacientes que presentan enfermedades crónicas (enfermedades oncológicas, hematológicas, neurodegenerativas, metabólicas, cardiopatías congénitas) con necesidades y cuidados especiales, y sus familias, requieren un abordaje multidisciplinar. Las enfermedades pediátricas constituyen un amplísimo abanico de entidades, que incluyen enfermedades raras. Algunas con pronóstico de muerte prematura, que pueden alargarse en el tiempo y ocasionar un cuidado paliativo largo con el consiguiente desgaste físico y emocional para niños, familiares y personal sanitario. Estos pacientes y sus familias suelen ser habituales en centros sanitarios con múltiples consultas en las diferentes subespecialidades, ingresos hospitalarios, pruebas complementarias y asistencias a los servicios de urgencias hospitalarias. Sabemos que los niños y sus familias se sienten insatisfechos con el personal sanitario respecto a la comunicación sobre el pronóstico, tratamiento y otros aspectos de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es mejorar la asistencia del paciente pediátrico con necesidades y cuidados especiales en el Servicio de Pediatría, facilitando la entrada y llegada a nuestro servicio, disminuyendo tiempos de espera en Servicio de Urgencias, realizando los tiempos de espera, valoración, exploración física, exploraciones complementarias y tratamientos necesarios en un ambiente confortable y familiar, por personal sanitario especializado y conocido en nuestro Servicio, estando a la disposición del personal de atención primaria o a las necesidades del paciente/familia en cada momento.

MÉTODO
El número de pacientes pediátricos incluidos en el programa de cuidados paliativos, o considerados como pacientes crónicos con necesidades especiales, en el Sector Sanitario de Teruel, no es elevado. Estos pacientes son, generalmente, pacientes de evolución crónica, en seguimiento desde los primeros síntomas, incluso antes de su diagnóstico, y conocidos en el Servicio por todo el Personal sanitario. Los niños y sus familias, encuentran en nosotros un ambiente confortable, familiar, de confianza. Algunos de ellos presentan retraso psicomotor, otros están en tratamiento por su enfermedad oncológica o pueden presentar inmunodepresión en el contexto de su enfermedad hematológica. A todos ellos se les informa y facilita la asistencia en el Servicio de Pediatría, llegando directamente a el o, si entran a través del Servicio de Urgencias, intentando disminuir tiempos de espera en el y facilitando una rápida valoración y asistencia en nuestro Servicio.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0989

1. TÍTULO

ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

- Número de pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos o con necesidades especiales, valorados en el Servicio de Pediatría.
- Tiempo desde la llegada al Hospital hasta la asistencia
- Motivo de consulta.
- Exploraciones Complementarias
- Diagnóstico al alta. Ingreso hospitalario

DURACIÓN
- Enero a Abril 2018: Revisión de pacientes y puesta en común con personal del Servicio.
- Junio 2018: Inicio del proyecto

OBSERVACIONES
Si a su llegada al Servicio de Urgencias el paciente presenta un triángulo de evaluación pediátrica inestable, será estabilizado priorizando el ABCDE sobre el traslado a nuestro Servicio.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0930

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLOGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS BONE PINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN VILLARROYA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Según el calendario previsto, hasta Noviembre de 2018, se ha realizado una revisión de las publicaciones de referencia, relacionadas con el riesgo Accidente Laboral producido por Agentes Biológicos en los trabajadores del ámbito sanitario, así como sobre la Profilaxis Post Exposición.
Se han analizado además, los protocolos que se aplican en otros sectores sanitarios de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Se ha detectado la necesidad de implantar en el Sector de Teruel, el test de detección Rápida del VIH, a aplicar al Paciente fuente de accidente biológico. Esto, se ha convertido en actividad adicional en el proyecto. Durante Diciembre 2018 y Enero de 2019 se ha buscado el modelo de Test a aplicar y establecido la coordinación con el Servicio de Microbiología de H. Obispo Polanco para proceder a su implantación.
En el Comité de Seguridad y Salud del Sector Teruel de 17/01/2019, se ha presentado y aprobado la aplicación del citado Test y comunicado la revisión del protocolo.
Actualmente, se está finalizando la confección de los algoritmos de decisión y de los consentimientos tanto para las analíticas como para la administración de quimioprofilaxis. Con ello se terminará de elaborar el nuevo procedimiento.
En próximas fechas se va a comenzar con la difusión de la documentación a los responsables de los trabajadores tanto de Atención Primaria como en Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto no ha finalizado, según la planificación prevista, se podrán obtener resultados al final del mes de Mayo de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión de la gestión del accidente biológico en otros centros, está siendo de gran utilidad, así como las posibilidades que ofrece, el realizar parte del proceso de manera on-line en centro periféricos. Todo ello va a ser aplicado en el protocolo de actuación del Sector de Teruel.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/930 ========== ***

Nº de registro: 0930

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLOGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

Autores:
BONE PINA MARIA JESUS, MARTIN VILLARROYA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0930

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLOGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

La Exposición accidental con material biológico: contacto con sangre u otros fluidos biológicos, a través de inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel no intacta o mucosas durante el desarrollo de actividades laborales, es uno de los riesgos más frecuentes en el Personal Sanitario

Los microorganismos implicados principalmente en la inoculación accidental son el virus de la hepatitis B, C y D y de la inmunodeficiencia humana, que son clasificados como agentes biológicos del grupo 3 por Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo, sobre “Protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo”. El citado grupo se define como: “aquellos agentes que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz”.

Los Accidentes Biológicos deben ser considerados urgencias médicas en las que conviene asegurar la oportuna actuación (profilaxis postexposición y administración de agentes antirretrovirales cuando proceda), que debe iniciarse cuanto antes, preferiblemente en las primeras 2 horas tras la exposición y antes de 72 horas de la misma.

Dada la frecuencia con que se producen los accidentes biológicos entre el personal de los centros sanitarios, la jornada laboral continuada y la amplitud geográfica que el Servicio de Prevención del Sector Teruel tiene asignada (que incluye tanto al personal de atención Primaria como el de Especializada), es necesario un protocolo de actuación asistencial, coordinando los distintos centros y servicios implicados, que presente una metodología homogénea para prestar la mayor protección y la mejor atención posible a los trabajadores que hayan sufrido una exposición a material biológico como consecuencia de su actividad.

Actualmente se dispone de un procedimiento que se implantó en el año 2004 y que precisa ser actualizado y reforzada su difusión en todo el Sector.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la calidad asistencial ante los accidentes biológicos para todos los trabajadores del Sector Teruel, tanto de atención primaria como de especializada.
2. Actualizar pautas establecidas en todos los centros, coordinando al personal de los servicios implicados.
3. Informar y divulgar la actualización del procedimiento.
4. Mejorar el registro de accidentabilidad.
5. Disponer en la Intranet del Sector Teruel, tanto del protocolo como de la documentación necesaria, para iniciar el abordaje clínico y los trámites de declaración de accidente biológico.

MÉTODO
Este proyecto pretende alcanzar sus objetivos, mediante la implementación de un protocolo revisado y de fácil acceso para el trabajador.
Las actividades serán desarrolladas por todos los componentes del equipo de mejora y son:
- Elaboración de un protocolo actualizado de accidente biológico y su posterior implantación y coordinación.
- Presentación de la revisión del protocolo de accidente biológico al Comité de Seguridad y Salud del sector Teruel.
- Elaboración de formatos para recogida de datos.
- Difusión del protocolo a los servicios implicados.
- Estudio de seguimiento de protocolo y su efectividad.
- Comunicación de resultados a los responsables del sector.

INDICADORES
ESTRUCTURA
% de Servicios con acceso de la documentación a través de la intranet.

PROCESO
% de servicios con formación en el Protocolo actualizado
% de accidentes biológicos donde se ha solicitado el consentimiento informado a la fuente.
% de accidentes biológicos declarados en Unidad Básica de Prevención en las primeras 72 horas.

RESULTADO
% de accidentes biológicos correctamente declarados en la Unidad Básica .de Prevención.
% de Accidentes biológicos que han seguido el protocolo de actuación de manera correcta

DURACIÓN
Duración un año
Mayo –Octubre 2018
Revisión y Actualización del protocolo.

Noviembre- 2018
Presentación al Comité de Seguridad y Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0930

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLOGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

Noviembre – Febrero 2018
Difusión de la documentación a los implicados.

Febrero- Abril 2018
Estudio de seguimiento.

Abril –Mayo 2019
Comunicación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0112

1. TÍTULO

ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRA REBOREDA AMOEDO
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABALLERO PEREZ VICTORIA
BERNAL ARAHAL TERESA
IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA
MARTIN-CALAMA VALERO JESUS
GODED GARCIA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Recogida de material de diferentes fuentes de documentación (textos, protocolos de otros hospitales, guías de práctica clínica, modelos de formato protocolo salud. etc).
2. Coordinación entre servicios de ginecología, pediatría y psiquiatría, representados por una ginecóloga, una matrona, una pediatra y una psicóloga clínica (autoras que aparecen en primer término del presente proyecto de calidad).
3. Elaboración y redacción del PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA PÉRDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL.
4. Entrega a dirección médica y de enfermería del Hospital Obispo Polanco para su revisión. SEPTIEMBRE 2017.
5. Presentación y aprobación en Comisión de Perinatología del Hospital Obispo Polanco. DICIEMBRE 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Elaboración y entrega del protocolo a dirección.
2. Presentación y aprobación del protocolo en Comisión de Perinatología del Hospital Obispo Polanco.
3. Pendiente de iniciarse su puesta en marcha para valorar los resultados propuestos alcanzados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La redacción final del Protocolo se ha enlentecido debido a las dificultades de recogida de documentos necesarios para completar el listado de ANEXOS que debían figurar en el mismo.

Pendiente de ser aceptado por la dirección hospitalaria e iniciar revisiones por parte de los autores del protocolo, incluyendo posibles nuevas propuestas de mejora.

Pendiente de ser valorados los siguientes indicadores que aparecen en el proyecto:
- Pacientes que son atendidos siguiendo las instrucciones que marca el protocolo: >90%
- Pacientes que son atendidos en consultas de ginecología en el plazo máximo de 4 semanas: >90%
- % pacientes que han sufrido una pérdida perinatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 4 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%
- % satisfacción adecuada en padres que han sufrido una pérdida perinatal a través de breve encuesta entregada al alta de las consultas de ginecología: >80%
- % pacientes que han sufrido una pérdida prenatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 6 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%

7. OBSERVACIONES.
El presente proyecto de calidad exige una continuidad para valorar sus beneficios y el alcance de los logros evaluados a través de los indicadores citados en párrafo anterior.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/112 ========== ***

Nº de registro: 0112

Título
ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

Autores:
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA, BERNAL ARAHAL MARIA TERESA, HERRERO SANZ MARIA CRISTINA, IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS, SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS, GODED GARCIA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0112

1. TÍTULO

ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La escasez de registros no permite realizar una cuantificación fiable de la tasa de pérdidas perinatales en nuestro país (muertes fetales intermedias, tardías y neonatales precoces). Se estima una tasa media de fallecimiento de 8/1000 nacidos, desde la 22ª semana hasta las primeras 24 horas de vida, lo que supone unos 3200 casos al año.
Los padres que experimentan estas pérdidas, requieren de orientación y apoyo, y en ocasiones de un abordaje mas especializado, ya sea psicoterápico o farmacológico.
Existe evidencia que indica que hay menos probabilidades de que el malestar de los padres derive en un cuadro psiquiátrico si éstos están satisfechos con el modo en que su médico se ha comunicado con él y la forma en la que el servicio ha manejado la situación de pérdida, situación que implica un significativo nivel de angustia también para los profesionales del propio servicio.
Es por ello, que creemos necesario establecer una guía de seguimiento sencilla, con la que se pretende que el profesional que atiende a una mujer con una pérdida (fundamentalmente, obstetra y matrona) conozca lo que se debería hacer y, sobre todo, lo que no se debería hacer, ni decir, en cada momento o fase del proceso del duelo para evitar la elaboración de un duelo patológico, pero también para obtener una sensación de satisfacción por el trato recibido y, por qué no, para reducir la probabilidad de posibles demandas por mala praxis.
Deberíamos preguntarnos además, si la necesitad de apoyo reglado debería extenderse no sólo a las parejas que sufren una pérdida perinatal, sino también a las que sufren un aborto o muerte fetal temprana, al igual que en el caso de aquellas parejas que tienen que hacer una interrupción voluntaria del embarazo por motivos terapéuticos, con el dolor que les supone y la dificultad de una toma de decisiones en esas circunstancias.

RESULTADOS ESPERADOS
• Cambiar la concepción y actuación erróneas que los profesionales puedan tener sobre estos casos.
• Mostrar a la pareja y al profesional las herramientas que ofrece el sistema sanitario y la red social para afrontar la pérdida.
• Mejorar la comunicación médico-paciente/familiares.
• Disminuir la probabilidad de aparición de duelos patológicos.
• Prevenir las posibles demandas derivadas de una mala comunicación médico-paciente/familiares.

MÉTODO
1. Redacción y entrega del protocolo de atención perinatal a los servicios que participan en dicha atención (ginecología, pediatría y salud mental).
2. Revisión a los 6 meses del seguimiento del protocolo y cumplimiento de plazos de derivación a consultas especializadas de ginecología y salud mental si precisa.
3. Reunión con el equipo y mejorar coordinación entre servicios si precisa.
4. Revisión al año del seguimiento del protocolo y cumplimiento de plazos de derivación a consultas especializadas de ginecología y salud mental.
5. Revisión de cuestionarios de satisfacción entregados al año de seguimiento del protocolo.
6. Revisión de resultados y valoración de propuestas de mejora (formación al personal, sistemas de mejora de coordinación entre servicios, etc).

INDICADORES
- % pacientes que son atendidos siguiendo las instrucciones que marca el protocolo: >90%
- % pacientes que son atendidos en consultas de ginecología en el plazo máximo de 4 semanas: >90%
- % pacientes que han sufrido una pérdida perinatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 4 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%
- % satisfacción adecuada en padres que han sufrido una pérdida perinatal a través de breve encuesta entregada al alta de las consultas de ginecología: >80%
- % pacientes que han sufrido una pérdida prenatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 6 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%

DURACIÓN
- Entrega del protocolo a lo largo del mes de octubre de 2016.
- Reunión del equipo coordinador del protocolo y primera revisión de resultados a lo largo del mes de marzo.
- Revisión final de resultados en el mes de septiembre de 2017. Valoración de nuevas propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0112

1. TÍTULO

ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

```
Valoración de otros apartados
------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0247

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES SERRANO TORRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
FERNANDEZ JORCANO MARIA JESUS
RESANO TOBAJAS JUANA MARIA
JURADO TORRES MARIA JOSE
ALBALADEJO RAEZ MARIA EUGENIA
ALONSO PEREZ PILAR
ALEGRE DEL CAMPO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El protocolo se ha enviado a Dirección Médica y de Enfermería. Pendiente de publicación en la intranet del H.O.Polanco. Se facilita el documento a unidades que lo precisen. Se ha realizado en 2018, el plan de cuidados en la contención mecánica. También se han desarrollado talleres de contención mecánica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores de proceso:
Control eficaz de la agitación: control de la agitación psicomotriz en 2 horas con el uso de la contención verbal o contención mecánica y tratamiento farmacológico.
Uso de medidas de contención : porcentaje de pacientes con medidas de contención físicas con indicación médica y/o enfermería.
Evaluación de la retirada de la CM: retirada de la contención mecánica en aquellos enfermos cuya agitación psicomotriz esté controlada al menos de 6-12 horas.
Evaluación si los documentos de consentimiento informado y de comunicación al juzgado están adecuadamente cumplimentados.
Indicadores de resultado:
Evaluación de la correcta realización del protocolo de contención en el centro.
Realización de las actividades programadas en el protocolo de contención mecánica del centro.
Evaluación del registro de la CM en la historia clínica del paciente.
Evaluación del registro del seguimiento de la CM y medidas empleadas por enfermería.
Evaluación de la correcta cumplimentación por parte del médico del registro de retirada de la CM
Evaluación del registro en la Historia Clínica de que se ha procedido a informar a la familia del paciente de la utilización de CM.
Evaluación de la aparición de complicaciones o efectos adversos tras la utilización de CM.

En el protocolo se han planificado los indicadores, pero no se han llevado a cabo, pendiente de continuar en 2019, salvo la utilización de registro por enfermería y que todas las contenciones realizadas en la UCE PSQ están pautadas al 100% por los facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Gobierno de Aragón elaboró un documento con una temática similar, pero no se ajustaba a las características de nuestra unidad. es un proyecto sostenible, ya que es algo que se realiza en la unidad, pero sin estar protocolizado. El coste del proyecto y su seguimiento es cero.

7. OBSERVACIONES.
ES UN DOCUMENTO QUE HA COSTADO MUCHO TIEMPO SU ELABORACIÓN, DADO QUE IMPLICA A TODO EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, VARIACIONES ENTRE CENTROS, MEDIDAS JUDICIALES...HAN PARTICIPADO ADEMÁS EN LA ELABORACIÓN NAVARRO MARTINEZ ANA CRISTINA Y GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA. EL PROYECTO CORRESPONDE A LA CONVOCATORIA 2014.

*** ========== Resumen del proyecto 2014/247 ========== ***

Nº de Registro: 0247

Título
SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA

Autores:
SERRANO TORRES MARIA DOLORES, ALONSO PEREZ PILAR, FERNANDEZ JORCANO MARIA JESUS, ALBALADEJO RAEZ MARIA EUGENIA, JURADO TORRES MARIA JOSE, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, ALEGRE DEL CAMPO TERESA, RESANO TOBAJAS JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0247

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA

PROBLEMA
La contención mecánica es una técnica realizada de forma
ocasional en los servicios de psiquiatría, plantas médicas y urgencias hospitalarias.

Se han observado dificultades en su ejecución y desarrollo dada la baja frecuencia de uso y el desconocimiento del procedimiento.

Se plantea por parte de los profesionales la necesidad de criterios claros y pautas de actuación en situación de crisis para el paciente, dado que supone estrés y un riesgo potencial de lesión para usuarios y profesionales.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Generalización del correcto uso de las medidas de contención verbal,
química y mecánica.

- Mejora de los conocimientos en la indicación de la contención mecánica

- Mejora en el conocimiento del procedimiento a seguir (quien prescribe la técnica, gestión del proceso, material necesario, condiciones ambientales, personal mínimo necesario, cuestiones legales asociadas…)

- Mejora de la coordinación del equipo.

- Mejora de la satisfacción de los profesionales en la intervención.

- Minimización de riesgos de la intervención para pacientes, personal y entorno.

- Prevención de complicaciones

- Mejora en la atención global y calidad de cuidados

- Mejora del conocimiento de los aspectos éticos y legales

MÉTODO
Elaboración de un protocolo sobre la contención mecánica de uso hospitalario.

INDICADORES
- La revisión de los contenidos del protocolo se realizará cada 2 años y
cada vez que ocurra algún cambio significativo que así lo aconseje.

La evaluación de este protocolo se realizará mediante un estudio de incidencia o corte de prevalencia considerando los siguientes criterios:

- Criterio: La hoja de registro de contención mecánica está realizada.

Indicador= Nº pacientes registro realizado x 100/ Nº pacientes con sujección mecánica

- Criterio: La sujección está indicada

Indicador= Nº pacientes que tienen al menos un criterio de indicación en la hoja de registro x 100/ Nº pacientes con hoja
registro de sujección.

DURACIÓN
Fecha prevista de finalización: Septiembre 2014

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LORENA PEREYRA GRUSTAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
TORRES MIRAVET ROSALIA
NAVALON MONLLOR VICTOR
PONCE MARTINEZ DOLORES ESPERANZA
SIMON ALONSO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Entre octubre del 2016 y octubre de 2017 se recogieron datos de todos aquellos pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del H. Obispo Polanco por conductas o sintomatología relacionados con el suicidio.Se realizó una hoja diaria de recogida de pacientes valorados durante la guardia.
2-De todos ellos (140) se analizaron los siguientes ítems: fecha de atención en Urgencias, motivo de atención, edad, sexo, disposición y fecha del alta, tiempo de latencia hasta ser atendido en USM, alta voluntaria o médica, antecedentes psiquiátricos, diagnóstico principal y secundario, antecedentes de intentos autolíticos, tipo de autolesión (método, gravedad leve vs moderada, planificación, rescate previsto, reactivo vs endógeno), consumo de tóxicos asociado, necesidad de ingreso en planta, enfermedad médica importante concomitante, estado civil, problema social/económico/legal asociado, si hubiera realizado nuevos intentos autolíticos en los meses siguientes y si ha mantenido el seguimiento ambulatorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A-Datos de interés observados:
Los pacientes atendidos en Urgencias por clínica relacionada con ideación o intento autolítico, fundamentalmente se engloban en contexto de reacciones vivenciales relacionadas con situaciones de estrés ambiental, en las cuales se observa un manejo personal desadaptativo con realización del intento de forma impulsiva.

De los pacientes atendidos sólo el 20,45% presentan clínica endógena de características afectivas o psicóticas. El 13,63% son cuadros afectivos de características depresivas y un 6,06% tienen un diagnóstico de enfermedad psicótica (T Bipolar, TEA, EQZ o Tr de ideas delirantes).

La enfermedad orgánica grave intercurrente sólo ocurre en un 6,29 % de los casos.

Los actos relacionados con el suicidio se evidencian en contexto de problemática socio-familiar (14,61%) económica- laboral (13,07%),legal (0,76%), familiar (14,61%), de pareja (9,23%) o de varios de ellos (30%).
El consumo de tóxicos participa de forma directa en un porcentaje alto de las tentativas (30%).

En cuanto a los métodos suicidas, se evidencian una mayoría de sobreingestas medicamentosas (45,23%) frente al (7,14%) de intentos de precipitación, ahorcamiento (3,57%) o venoclisis (10,71%). Un 30,95% de los pacientes acuden a urgencias por presentar ideas de autolisis sin haber pasado al acto de autolesionarse. No nos consta ningún fallecimiento en esta población ni por causa orgánica ni por actos suicidas.

De los pacientes, el 77,25% mantienen seguimiento de forma regular en USM de Teruel o Alcañiz.El 15,45% abandonaron el seguimiento bien de forma voluntaria desde el primer momento (9,09%) o a medio plazo (6,36%) y un 7,27% acuden de forma irregular.

Podemos añadir que el abandono del seguimiento es más alto en pacientes valorados y dados de alta desde el servicio de urgencias (17,245%) que dados de alta desde Unidad de Corta Estancia de Psiguiatría (4,34%) donde se presupone que la gravedad del intento es mayor y donde se ha trabajado la alianza terapéutica con el equipo de Salud Mental.

La recurrencia de los actos suicidas se produce fundamentalmente en pacientes con diagnóstico de rasgos vulnerables de personalidad o Tr de personalidad, fundamentalmente de cluster B (85,71%) y en menos proporción, en contexto de Tr adaptativos (7,14%) o de consumo de tóxicos (7,14%)

B-Indicadores del proyecto
-% pacientes cuyo grado de alerta se monitoriza correctamente en el primer contacto: 139 de 140 pacientes 99,28%: (objetivo previsto: 95%).

-Tiempos de demora de atención en USM:
-Espera media en días para visita en USM tras alta de UCE 11,16 días.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

-Espera media en días para visita en USM tras alta de urgencias 9,6 días.
-Riesgo leve en un máximo de 15 días: 10,14 días de media, 67, 6 % del total de pacientes (objetivo previsto: 90%)
-Riesgo moderado en un máximo de 10 días: 10,53 días de media: 44% del total de pacientes (objetivo previsto: 90%)
-Riesgo grave 11.6 días días de media (casuística muy pequeña).

Las demoras medias de atención son muy satisfactorias.En cuanto al porcentaje de pacientes atendidos dentro del objetivo previsto, las cifras están por debajo de lo esperado. Tras analizar cada caso concluímos que las razones principales son de tipo "logístico" : preferencias personales en el día de la cita en pacientes estabilizados o del ámbito rural.

-% abandonos seguimiento en USM de Teruel: abandonaron 14 pacientes de 64 . De los cuales hubo 11 abandonos voluntarios en un total de 47 pacientes de riesgo leve y 3 en riesgo moderado de un total de 15 pacientes. Ninguno en riesgo grave. Dentro de los abandonos de riesgo leve,7 de 47 acuden de forma irregular, 1 se marchó de forma voluntaria y 3 se perdieron. En riesgo moderado, dos pacientes se perdieron y 1 se marchó de forma voluntaria.

Ninguno de los pacientes que han abandonado el seguimiento tienen un diagnóstico de enfermedad mental grave.
-Riesgo leve: 6,38 % (objetivo previsto: <20%)
-Riesgo moderado: 13,33% (objetivo previsto: <10%)

-Independientemente de aquellos pacientes que expresaron su deseo de no acudir a valoración ambulatoria, de todos los pacientes pertenecientes a nuestro sector únicamente 5 (el 5,8% del total) no acudieron a una primera visita en USM tras ser derivados, ya sea desde UCE o desde Urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1-La captación inicial y seguimiento de los pacientes con intención suicida en sus diversos niveles de gravedad es altamente satisfactorio, con una nula pérdida de seguimiento de los casos graves en los datos actuales. Los factores clave para su consecución son:
-Pacientes que ingresan en UCE: los profesionales trabajan de manera específica con los enfermos la alianza terapéutica con los recursos ambulatorios antes del alta.
-Enlace personalizado ("sistema de alerta") de todos los casos moderados / graves: el paciente sale de alta de UCE con cita ya programada en USM. En aquellos casos que no llegan a ingresar en UCE el facultativo de guardia contacta telefónicamente con USM (enfermería o FEAs) para informar del caso de primera mano.
-Alta accesibilidad en USM, con demora media de pocos días para primera visita y posibilidad de contactar telefónicamente en caso de necesidad con el equipo de salud mental de forma urgente.
-Cuando el paciente no acude a la primera visita, desde USM se mantiene contacto telefónico (con paciente, familia o MAP según caso) para conocer estado y tomar decisiones al respecto (nueva cita, informar ante negativa…)

2-La coordinación en la asistencia entre atención primaria y salud mental del sector es adecuada, con alta sensibilidad para la atención y supervisión de estos casos. El programa de enlace llevado a cabo entre septiembre de 2016 y enero 2017 probablemente haya contribuido a ello.
Dicho programa consistió en sesión docente "in situ" en la mayoría de los CS del Sector a la que estaban convocados MAPs y enfermeras de cada CS.
-Dicha sesión era impartida por miembros del equipo con el objetivo de mejorar los ítems:
-Conocer la red de salud mental del sector y sus profesionales
-Derivación correcta psiquiatría vs psicología clínica
-Derivación correcta primera visita normal vs preferente
-Actuación ante urgencia psiquiátrica
-Promoción UASA (Unidad de Atención y seguimiento a las adicciones.
-Mejorar derivación paciente geriátrico. Evitar duplicidades
-Disminuir derivaciones inadecuadas. Disminuir "psiquiatrización de la vida diaria".
-Ruegos y preguntas
-En total se impartió en 12 Centros de Salud, acudiendo a ellas de manera presencial el 65.3% del total de MAPs del Sector, remitiéndose al 100% manual escrito a modo de resumen.

3-Ante la percepción de adecuada derivación y seguimiento comprobado por las cifras alcanzadas, no se consideró oportuno proceder a la fase de elaboración de un sistema de clasificación para atención primaria y su posterior distribución.

4-Como recomendaciones proponemos:
-Trasladar de manera periódica los resultados y conclusiones recogidos en los diferentes ámbitos de participación de los profesionales del Servicio (reuniones facultativos realizan guardias de psiquiatría, reuniones de equipo de USM y UCE…) para seguir trabajando en la misma línea
-Promover todas aquellas actividades encaminadas a afianzar la interconsulta y el enlace ágiles con atención primaria así como actividades de formación continuada.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

*** ========== Resumen del proyecto 2016/111 ========== ***

Nº de registro: 0111

Título
TITULO: PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
PEREYRA GRUSTAN LORENA, IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA, NAVALON MONLLOR VICTOR, PONCE GARCIA ESPERANZA, SIMON ALONSO NURIA, TORRES MIRAVET ROSALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los pacientes que acuden a los servicios sanitarios con intención suicida son derivados a los servicios ambulatorios de Salud Mental a través de cuatro posibles vías:
-interconsulta solicitada desde Centros de Salud
-interconsulta solicitada desde Consultas externas del HOP y del Hº San José
-derivación del paciente desde el Servicio de Urgencias del HOP
-cita solicitada desde la UHB de psiquiatría del HOP al alta de un paciente.

La Unidad de Salud Mental (USM) es el dispositivo responsable de articular la atención longitudinal de los pacientes, en concreto en este caso a las que presentan ideación o intención suicida. Sospechamos que en no pocas ocasiones, el paciente o bien no llega a acudir a la primera consulta de la USM, o abandona prematuramente la intervención ofertada.

La atención a las personas con riesgo autolesivo con objetivos finalistas, está poco registrada y protocolizada. Por ello no es infrecuente la pérdida del paciente a través del proceso burocrático hasta su revaloración y seguimiento adecuado en salud mental. Los datos perdidos, nos aportarían conocimiento sobre la evolución general de este tipo de problemática, y lo que es más importante, dificultan estar al tanto de las posibles situaciones de riesgo, para poder establecer sistemas de actuación preventivos,
y por ende el tratamiento adecuado para el restablecimiento de su salud emocional.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la captación inicial y seguimiento de los pacientes con intención suicida en sus diversos niveles de gravedad.
- Mejorar la coordinación en la asistencia entre el servicio de atención primaria y servicio de psiquiatría del Sector Teruel.
- Mejorar la percepción de la calidad asistencial en los pacientes con riesgo suicida y por ende la adherencia a los programas de atención y seguimiento.
- Establecer un sistema de alertas que mejore la prevención de la conducta suicida.
- Reducir reingresos y frecuentación de urgencias.
- Disminuir la incidencia de suicidio consumado en pacientes atendidos en nuestra unidad de salud mental.

MÉTODO
1. Elaborar un sistema de clasificación simple y accesible a profesionales de atención primaria que discrimine entre riesgo leve y riesgo moderado
2. Informar del programa en atención primaria y a psiquiatras y urgenciólogos que atienden a urgencias hospitalarias durante las 24 horas del día.
3. Crear “sistema de alerta” por el cual la USM tenga conocimiento de todo paciente que haya sido atendido en Urgencias del HOP por sintomatología relacionada con el suicidio como motivo principal (del resto de posibles derivadores recogidos al principio de este documento siempre se tiene constancia pues llega la petición por escrito vía FAX o en mano a la USM).
4. Desde USM se contactará con todo paciente con primera cita concertada que no acuda, procediendo a nueva cita; informando a MAP del paciente en caso de negativa del paciente a acudir o ante un segundo fallo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

5. Supervisar adecuado cumplimiento de tiempos de atención programados en primera acogida desde servicios de salud mental.
6. Iniciar supervisión y seguimiento de casos desde consultas de CSM.
7. Seguimiento de casos en CSM y monitorización de porcentaje de abandonos de tratamiento en el plazo de un año.

INDICADORES
Indicadores planteados:

- % pacientes cuyo grado de alerta se monitoriza correctamente en el primer contacto: 95%
- % pacientes con intencionalidad autolítica que son atendidos en consultas de USM en un determinado plazo de tiempo:
  - Riesgo leve en máximo 15 días: 90%
  - Riesgo moderado en máximo 10 días: 90%
- % abandonos del seguimiento:
  - Riesgo leve: <20%
  - Riesgo moderado: <10%

DURACIÓN
- Creación de sistema básico de clasificación de gravedad del riesgo a lo largo del mes de septiembre.
- Informar del programa atención primaria y a red de psiquiatría de atención a urgencias a lo largo del mes de septiembre.
- Comienzo de sistema de registro y supervisión a partir del mes de octubre.
- Seguimiento de casos, monitorización de abandonos de tratamiento y de recaídas desde CSM a partir de octubre.
- Fin de recogida de datos el 30 de septiembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LATORRE FORCEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
VAL CLAU MARIA JOSE
GARCIA CALVO LAURA
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA
MARTINEZ MARTINEZ ANDREA
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre noviembre y diciembre, se realizaron 11 sesiones de formación sobre los siguientes aspectos teórico-prácticos:
-Introducción
-Manejo de las crisis de ansiedad.
-Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
-Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
-Manejo de conductas retadoras / oposicionistas.
-Manejo de las ideas de suicidio.
-Manejo de la ira / agitación / agresividad.
-Manejo del hospitalismo.
-Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
-Manejo del insomnio.
-Manejo de la desinhibición.
Dichas sesiones tuvieron unas duración aproximada de 45 minutos, impartidas por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría, psicología clínica y enfermeras especialistas de las unidades) en los que se repasaron aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo de la práctica clínica (habilidades de comunicación, posibles estrategias, cuestiones a evitar, manejo conductual....etc.).
Al final de la exposición, se abría un espacio de debate en el que se comentaba lo expuesto y se abordaban casos prácticos y situaciones concretas que se hubieran producido en las unidades, en las que se describían dudas o formas de actuar ante momentos que habían generado dificultades en el personal (reforzando los aspectos positivos y realizando propuestas de mejora ante situaciones futuras similares).
Las sesiones se impartieron en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario de 13 a 14 horas, tras haber sido elegido por la mayoría del personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A-Datos de interés observados
A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto
Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:
-Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
-Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
-Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.
-La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.
-Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.
-Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.
Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A-Datos de interés observados
A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto
Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:
-Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
-Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
-Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.
-La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.
-Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.
-Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.
Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/403 ========== ***

Nº de registro: 0403

Título
FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Autores:
LATORRE FORCEN PATRICIA, REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA, VAL CLAU MARIA JOSE, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, GARCIA CALVO LAURA, GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el ámbito de la salud mental son fundamentales para el ejercicio de la práctica asistencial diaria las habilidades comunicacionales y la interacción con el paciente, ya que se si realizan de manera adecuada, se pueden evitar situaciones de riesgo, aliviar momentos de intenso sufrimiento y contribuir a una mejor evolución de los pacientes.
Hemos detectado que todos los componentes del equipo tenemos margen de mejora al respecto y un número importante del personal no facultativo de las diferentes unidades de hospitalización del sector nos han trasladado su interés en poder formarse en este
campo: aspectos teórico-prácticos en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos que ingresan, así como recomendaciones y pautas sobre el manejo de éstos en distintas circunstancias que puedan generar dificultades en su abordaje.
Al tratarse la salud mental de una disciplina en la cual el trabajo en equipo es clave, este programa podría promover la uniformidad e idoneidad de las intervenciones por parte del personal sanitario, favoreciendo un ambiente terapéutico que facilite la evolución de
los pacientes, sobre todo ante pacientes complejos y/o que nos generan problemas de contratransferencia, actuaciones ambiguas o directamente contradictorias entre los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va dirigido a los TCAEs, enfermeras especialistas y celadores que trabajan en salud mental en el sector Teruel.
-Detectar por parte del equipo actuaciones susceptibles de mejorar en el contacto con el paciente.
-Mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones que generan interrupciones en la dinámica de la unidad.
-Fomentar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas.
-Revisar y actualizar aspectos teórico-prácticas de los trastornos psiquiátricos que puedan ser útiles para el abordaje diario con los pacientes.
-Al tratarse de una actividad eminentemente práctica, sobre casos reales; reducir el perjuicio que en el funcionamiento de las unidades provoca el frecuente recambio de profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

-Mejorar el nivel de satisfacción del personal en relación a su trabajo diario en las unidades.

MÉTODO
El programa de calidad abordaría los siguientes aspectos:
-Manejo de las crisis de ansiedad.
-Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
-Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
-Manejo de conductas retadoras / oposicionistas.
-Manejo de las ideas de suicidio.
-Manejo de la ira / agitación / agresividad.
-Manejo del hospitalismo.
-Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
-Manejo del insomnio.
-Manejo de la desinhibición.
El formato serían sesiones cortas, de unos 20-30 minutos, impartidos por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría y psicología clínica de las unidades) en los que se repasarían someramente aspectos teóricos de los trastornos y síntomas,
centrándonos sobre todo en el manejo del paciente (habilidades de comunicación, posibles estrategias,qué no hacer;....etc.), dando pie a debatir situaciones concretas de
usuarios que en ese momento o recientemente hayan estado ingresados en la unidad, lo cual nos puede servir para reforzar lo bien hecho y propuestas de mejora ante situaciones futuras similares.
Todas las sesiones se darían por duplicado: en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario, sitio y fechas a convenir con el personal para lograr la mayor asistencia posible, dándose difusión en forma adecuada.

INDICADORES
Al final de cada sesión se pasará a todos los asistentes una encuesta con los siguientes ítems:
- ¿La sesión te ha servido para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles?
- ¿Crees que contribuirá a mejorar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas?
- ¿Han mejorado tus conocimientos teóricos?
Al final del programa se añadirán en la última encuesta las preguntas:
- ¿En qué medida realizas tu trabajo diario con mayor satisfacción tras realizar el programa de formación?
- ¿Qué propuestas de mejora realizarías para posibles ediciones futuras similares?

Salvo la última, todas las preguntas podrán responderse con:
NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

Objetivo perseguido: lograr que un = del 75% de las respuestas totales sean “bastante o mucho”

DURACIÓN
Mayo de 2018: reunión de los integrantes del equipo para repartir sesiones y compartir material teórico.
Inicio de las sesiones en primera quincena junio de 2018 y finalización en primera quincena de diciembre, con una cadencia aproximada de una cada 3 semanas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LATORRE FORCEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA
GARCIA CALVO LAURA
VAL CLAU MARIA JOSE
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA
MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre noviembre y diciembre, se realizaron 11 sesiones de formación sobre los siguientes aspectos teórico-prácticos:
-Introducción
-Manejo de las crisis de ansiedad.
-Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
-Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
-Manejo de conductas retadoras / oposicionistas.
-Manejo de las ideas de suicidio.
-Manejo de la ira / agitación / agresividad.
-Manejo del hospitalismo.
-Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
-Manejo del insomnio.
-Manejo de la desinhibición.
Dichas sesiones tuvieron unas duración aproximada de 45 minutos, impartidas por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría, psicología clínica y enfermeras especialistas de las unidades) en los que se repasaron aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo de la práctica clínica (habilidades de comunicación, posibles estrategias, cuestiones a evitar, manejo conductual....etc.).
Al final de la exposición, se abría un espacio de debate en el que se comentaba lo expuesto y se abordaban casos prácticos y situaciones concretas que se hubieran producido en las unidades, en las que se describían dudas o formas de actuar ante momentos que habían generado dificultades en el personal (reforzando los aspectos positivos y realizando propuestas de mejora ante situaciones futuras similares).
Las sesiones se impartieron en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario de 13 a 14 horas, tras haber sido elegido por la mayoría del personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A-Datos de interés observados
A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto
Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:
-Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
-Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
-Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.
-La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.
-Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.
-Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.
Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todos los asistentes puntuaron los ítems de la encuesta entre el 4 y el 5, obteniendo una valoración muy positiva del proyecto.
Finalmente, se ha conseguido alcanzar el objetivo perseguido de lograr que un = del 75% de las respuestas totales de la encuesta sean “bastante o mucho”.
Se ha observado una participación muy activa por parte de los presentes, ya que sobre todo se ha intentado realizar un abordaje más práctico para que fuera de utilidad en el día a día de las unidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Como recomendación, se podría plantear repetir está actividad de forma periódica al personal, para favorecer la asistencia de todos ellos, ya que suele ser frecuente el cambio de profesionales. Además, supondría una oportunidad de actualizar conocimientos, continuar promoviendo la coordinación entre el personal, desarrollando acciones más uniformes, y compartir aspectos de mejora o de dificultad en las intervenciones de la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/403 ========== ***

Nº de registro: 0403

Título
FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Autores:
LATORRE FORCEN PATRICIA, REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA, VAL CLAU MARIA JOSE, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, GARCIA CALVO LAURA, GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el ámbito de la salud mental son fundamentales para el ejercicio de la práctica asistencial diaria las habilidades comunicacionales y la interacción con el paciente, ya que se si realizan de manera adecuada, se pueden evitar situaciones de riesgo, aliviar momentos de intenso sufrimiento y contribuir a una mejor evolución de los pacientes.
Hemos detectado que todos los componentes del equipo tenemos margen de mejora al respecto y un número importante del personal no facultativo de las diferentes unidades de hospitalización del sector nos han trasladado su interés en poder formarse en este
campo: aspectos teórico-prácticos en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos que ingresan, así como recomendaciones y pautas sobre el manejo de éstos en distintas circunstancias que puedan generar dificultades en su abordaje.
Al tratarse la salud mental de una disciplina en la cual el trabajo en equipo es clave, este programa podría promover la uniformidad e idoneidad de las intervenciones por parte del personal sanitario, favoreciendo un ambiente terapéutico que facilite la evolución de
los pacientes, sobre todo ante pacientes complejos y/o que nos generan problemas de contratransferencia, actuaciones ambiguas o directamente contradictorias entre los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va dirigido a los TCAEs, enfermeras especialistas y celadores que trabajan en salud mental en el sector Teruel.
-Detectar por parte del equipo actuaciones susceptibles de mejorar en el contacto con el paciente.
-Mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones que generan interrupciones en la dinámica de la unidad.
-Fomentar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas.
-Revisar y actualizar aspectos teórico-prácticas de los trastornos psiquiátricos que puedan ser útiles para el abordaje diario con los pacientes.
-Al tratarse de una actividad eminentemente práctica, sobre casos reales; reducir el perjuicio que en el funcionamiento de las unidades provoca el frecuente recambio de profesionales.
-Mejorar el nivel de satisfacción del personal en relación a su trabajo diario en las unidades.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

El programa de calidad abordaría los siguientes aspectos:
-Manejo de las crisis de ansiedad.
-Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
-Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
-Manejo de conductas retadoras / oposicionistas.
-Manejo de las ideas de suicidio.
-Manejo de la ira / agitación / agresividad.
-Manejo del hospitalismo.
-Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
-Manejo del insomnio.
-Manejo de la desinhibición.
El formato serían sesiones cortas, de unos 20-30 minutos, impartidos por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría y psicología clínica de las unidades) en los que se repasarían someramente aspectos teóricos de los trastornos y síntomas,
centrándonos sobre todo en el manejo del paciente (habilidades de comunicación, posibles estrategias,qué no hacer;....etc.), dando pie a debatir situaciones concretas de
usuarios que en ese momento o recientemente hayan estado ingresados en la unidad, lo cual nos puede servir para reforzar lo bien hecho y propuestas de mejora ante situaciones futuras similares.
Todas las sesiones se darían por duplicado: en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario, sitio y fechas a convenir con el personal para lograr la mayor asistencia posible, dándose difusión en forma adecuada.

INDICADORES
Al final de cada sesión se pasará a todos los asistentes una encuesta con los siguientes ítems:
- ¿La sesión te ha servido para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles?
- ¿Crees que contribuirá a mejorar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas?
- ¿Han mejorado tus conocimientos teóricos?
Al final del programa se añadirán en la última encuesta las preguntas:
- ¿En qué medida realizas tu trabajo diario con mayor satisfacción tras realizar el programa de formación?
- ¿Qué propuestas de mejora realizarías para posibles ediciones futuras similares?

Salvo la última, todas las preguntas podrán responderse con:
NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

Objetivo perseguido: lograr que un = del 75% de las respuestas totales sean “bastante o mucho”

DURACIÓN
Mayo de 2018: reunión de los integrantes del equipo para repartir sesiones y compartir material teórico.
Inicio de las sesiones en primera quincena junio de 2018 y finalización en primera quincena de diciembre, con una cadencia aproximada de una cada 3 semanas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LATORRE FORCEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA
VAL CLAU MARIA JOSE
GARCIA CALVO LAURA
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA
MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre noviembre y diciembre, se realizaron 11 sesiones de formación sobre los siguientes aspectos teórico-prácticos:
-Introducción
-Manejo de las crisis de ansiedad.
-Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
-Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
-Manejo de conductas retadoras / oposicionistas.
-Manejo de las ideas de suicidio.
-Manejo de la ira / agitación / agresividad.
-Manejo del hospitalismo.
-Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
-Manejo del insomnio.
-Manejo de la desinhibición.
Dichas sesiones tuvieron unas duración aproximada de 45 minutos, impartidas por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría, psicología clínica y enfermeras especialistas de las unidades) en los que se repasaron aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo de la práctica clínica (habilidades de comunicación, posibles estrategias, cuestiones a evitar, manejo conductual....etc.).
Al final de la exposición, se abría un espacio de debate en el que se comentaba lo expuesto y se abordaban casos prácticos y situaciones concretas que se hubieran producido en las unidades, en las que se describían dudas o formas de actuar ante momentos que habían generado dificultades en el personal (reforzando los aspectos positivos y realizando propuestas de mejora ante situaciones futuras similares).
Las sesiones se impartieron en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario de 13 a 14 horas, tras haber sido elegido por la mayoría del personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A-Datos de interés observados
A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto
Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:
-Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
-Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
-Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.
-La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.
-Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.
-Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.
Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todos los asistentes puntuaron los ítems de la encuesta entre el 4 y el 5, obteniendo una valoración muy positiva del proyecto.
Finalmente, se ha conseguido alcanzar el objetivo perseguido de lograr que un = del 75% de las respuestas totales de la encuesta sean “bastante o mucho”.
Se ha observado una participación muy activa por parte de los presentes, ya que sobre todo se ha intentado realizar un abordaje más práctico para que fuera de utilidad en el día a día de las unidades.

Como recomendación, se podría plantear repetir está actividad de forma periódica al personal, para favorecer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

la asistencia de todos ellos, ya que suele ser frecuente el cambio de profesionales. Además, supondría una oportunidad de actualizar conocimientos, continuar promoviendo la coordinación entre el personal, desarrollando acciones más uniformes, y compartir aspectos de mejora o de dificultad en las intervenciones de la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/403 ========== ***

Nº de registro: 0403

Título
FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Autores:
LATORRE FORCEN PATRICIA, REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA, VAL CLAU MARIA JOSE, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, GARCIA CALVO LAURA, GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el ámbito de la salud mental son fundamentales para el ejercicio de la práctica asistencial diaria las habilidades comunicacionales y la interacción con el paciente, ya que se si realizan de manera adecuada, se pueden evitar situaciones de riesgo, aliviar momentos de intenso sufrimiento y contribuir a una mejor evolución de los pacientes.
Hemos detectado que todos los componentes del equipo tenemos margen de mejora al respecto y un número importante del personal no facultativo de las diferentes unidades de hospitalización del sector nos han trasladado su interés en poder formarse en este
campo: aspectos teórico-prácticos en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos que ingresan, así como recomendaciones y pautas sobre el manejo de éstos en distintas circunstancias que puedan generar dificultades en su abordaje.
Al tratarse la salud mental de una disciplina en la cual el trabajo en equipo es clave, este programa podría promover la uniformidad e idoneidad de las intervenciones por parte del personal sanitario, favoreciendo un ambiente terapéutico que facilite la evolución de
los pacientes, sobre todo ante pacientes complejos y/o que nos generan problemas de contratransferencia, actuaciones ambiguas o directamente contradictorias entre los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va dirigido a los TCAEs, enfermeras especialistas y celadores que trabajan en salud mental en el sector Teruel.
-Detectar por parte del equipo actuaciones susceptibles de mejorar en el contacto con el paciente.
-Mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones que generan interrupciones en la dinámica de la unidad.
-Fomentar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas.
-Revisar y actualizar aspectos teórico-prácticas de los trastornos psiquiátricos que puedan ser útiles para el abordaje diario con los pacientes.
-Al tratarse de una actividad eminentemente práctica, sobre casos reales; reducir el perjuicio que en el funcionamiento de las unidades provoca el frecuente recambio de profesionales.
-Mejorar el nivel de satisfacción del personal en relación a su trabajo diario en las unidades.

MÉTODO
El programa de calidad abordaría los siguientes aspectos:
-Manejo de las crisis de ansiedad.
-Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

-Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
-Manejo de conductas retadoras / oposicionistas.
-Manejo de las ideas de suicidio.
-Manejo de la ira / agitación / agresividad.
-Manejo del hospitalismo.
-Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
-Manejo del insomnio.
-Manejo de la desinhibición.
El formato serían sesiones cortas, de unos 20-30 minutos, impartidos por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría y psicología clínica de las unidades) en los que se repasarían someramente aspectos teóricos de los trastornos y síntomas,
centrándonos sobre todo en el manejo del paciente (habilidades de comunicación, posibles estrategias,qué no hacer;....etc.), dando pie a debatir situaciones concretas de
usuarios que en ese momento o recientemente hayan estado ingresados en la unidad, lo cual nos puede servir para reforzar lo bien hecho y propuestas de mejora ante situaciones futuras similares.
Todas las sesiones se darían por duplicado: en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario, sitio y fechas a convenir con el personal para lograr la mayor asistencia posible, dándose difusión en forma adecuada.

INDICADORES
Al final de cada sesión se pasará a todos los asistentes una encuesta con los siguientes ítems:
- ¿La sesión te ha servido para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles?
- ¿Crees que contribuirá a mejorar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas?
- ¿Han mejorado tus conocimientos teóricos?
Al final del programa se añadirán en la última encuesta las preguntas:
- ¿En qué medida realizas tu trabajo diario con mayor satisfacción tras realizar el programa de formación?
- ¿Qué propuestas de mejora realizarías para posibles ediciones futuras similares?

Salvo la última, todas las preguntas podrán responderse con:
NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

Objetivo perseguido: lograr que un = del 75% de las respuestas totales sean “bastante o mucho”

DURACIÓN
Mayo de 2018: reunión de los integrantes del equipo para repartir sesiones y compartir material teórico.
Inicio de las sesiones en primera quincena junio de 2018 y finalización en primera quincena de diciembre, con una cadencia aproximada de una cada 3 semanas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0590

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ROSA GRAÑENA MUNIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO TORRES MARIA DOLORES
MARTINEZ MARTINEZ ANDREA
SANCHEZ DOMINGO AINOA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre abril y septiembre se elaboró el plan de cuidados de enfermería estandarizado para el paciente con contención mecánica. El documento incluye los diagnósticos de enfermería, los objetivos de enfermería (con los indicadores para medir) y las intervenciones de enfermería (con las actividades a realizar). Así mismo se realizó una versión resumida del plan de cuidados, a modo de planilla que rellenar, con los aspectos más relevantes y que permitiera un uso más sencillo de la herramienta en la que se apoyaría la intervención.

Durante el mes de septiembre expusimos en sesiones individuales el trabajo realizado con las compañeras de enfermería de la unidad. Explicando las características del proyecto y las pautas a seguir para realizar la intervención. Se facilita una guía impresa que sirva de documento de consulta del proyecto.

Entre octubre y enero se aplicó el plan de cuidados a los pacientes que se encontraron sometidos a contención mecánica durante ese periodo en nuestra unidad. En él de manera individual se han detallado los diagnósticos de enfermería detectados (tanto los que motivaron la sujeción física como los que se han desarrollado a partir de esta), los objetivos que nos planteamos conseguir, los indicadores apropiados para medir los resultados, así como las intervenciones específicas que se van a desarrollar. Así mismo se realizó la recogida de los datos necesarios para completar los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A- Datos de interés observados
El número total de pacientes contenidos durante el periodo del 1 de octubre de 2018 al 31 de enero de 2019 fue de 10 personas.
El número total de pacientes contenidos durante el periodo del 1 de octubre de 2018 al 31 de enero de 2019 al que aplicamos el plan de cuidados estandarizado del paciente contenido fue de 10 personas.

B- Indicadores del proyecto
• Uso de contención mecánica:
La prevalencia de pacientes a los que se aplica contención mecánica en nuestra unidad es del 12,5 % durante ese periodo.
• Cumplimiento del plan de cuidados propuesto:
La realización del plan de cuidados propuesto es del 100 %.
• Control eficaz de la agitación:
El número de enfermos con agitación psicomotriz que a las 2 horas llegan a un adecuado nivel de control tras la aplicación del plan de cuidados es del 50 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El uso de contención mecánica tiene una prevalencia importante en nuestra UCE de psiquiatría, lo que hace que sea necesario el uso de planes de cuidados estandarizados que unifiquen y mejoren las intervenciones que realizamos a estos pacientes.

Durante la implantación del plan de cuidados nos encontramos con la dificultad de la variabilidad del tiempo en el que los pacientes estaban contenidos. Por lo que decidimos que aplicaríamos la intervención solo a aquellos pacientes en los que la contención tuviera duración mayor de 1 hora. Ya que los pacientes que excluimos, han sido contenidos fuera de nuestra unidad, a su llegada se muestran tranquilos y nuestra única labor es retirar la sujeción física. Durante el periodo de recogida de datos fueron 3 pacientes

Otra de las situaciones que surgieron es que uno de los pacientes requirió la contención mecánica varias veces durante el ingreso, lo cual resolvimos recuperando el mismo plan de cuidados y considerando que había habido un retroceso en la mejoría.

En cuanto al resultado del control de la agitación, consideramos que además de la intervención de enfermería influyen en gran medida otros factores como la pauta médica farmacológica, la patología de base psiquiátrica que padece el paciente o las características de personalidad del mismo; por lo que no se puede atribuir la resolución o no del concepto de agitación con la aplicación únicamente del plan de cuidados de enfermería, aunque obviamente influye en su resolución.

Como recomendación, el equipo que ha realizado este proyecto considera que debemos seguir trabajando en esta dirección que nos permite unificar criterios y ampliar las intervenciones de enfermería haciéndolas más completas, más seguras y de mayor calidad para el cuidado de nuestros pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0590

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP

Así mismo creemos que sería muy interesante seguir trabajando en este campo, aplicando nuevas intervenciones como podría ser la implantación de un registro de intervención consensuado por psiquiatría y enfermería, la medición de parámetros de comodidad del paciente con escalas o impulsando un programa de "debriefing" dirigido a los profesionales que realizan la intervención.

7. OBSERVACIONES.
Si fuera necesario, sería posible enviar como anexos los documentos elaborados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/590 ========== ***

Nº de registro: 0590

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CON CONTENCION MECANICA (CM) EN LA UCE DEL HOP

Autores:
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, SERRANO TORRES MARIA DOLORES, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA, SANCHEZ DOMINGO AINOA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La CM es un procedimiento terapéutico consistente en la aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica. La agitación psicomotora supone una urgencia médica o psiquiátrica y se considera una de las causas principales de la aplicación de esta técnica. Se utiliza con frecuencia en el medio sanitario, empleándose en el 6% de los pacientes psiquiátricos ingresados.
Las características de la CM son muy especiales y entrañan numerosos riesgos, colocando a la persona en una situación de vulnerabilidad. Los cuidados por parte del equipo de enfermería y del resto de profesionales son una parte fundamental. Es de gran importancia satisfacer las necesidades básicas que no puede hacer por sí mismo, extremar la vigilancia por las posibles complicaciones físicas y realizar una evaluación continua de la esfera emocional.
Este proyecto pretende desarrollar un plan de cuidados de enfermería estandarizado para el paciente sometido a CM, que guíe, unifique y mejore la forma de trabajar del equipo de enfermería a través del establecimiento de pautas de actuación en los cuidados.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar calidad de los cuidados en el paciente con CM.
- Unificar los procedimientos y la forma de trabajar durante el desarrollo de los cuidados de enfermería
- Minimizar los riesgos y las complicaciones derivados de la CM durante su aplicación
Población diana: pacientes mayores de 18 años a los que se les ha aplicado la CM durante su ingreso en la unidad de corta estancia del Hospital Obispo Polanco de Teruel

MÉTODO
El proyecto de calidad abordará las siguientes intervenciones:
Se elaborará una plan de cuidados de enfermería que contemple los siguientes campos de trabajo a tener en cuenta en la dinámica de cuidados del paciente contenido. En cada uno de ellos se especificarán las actividades a realizar por parte del equipo de enfermería
Control de la sujeción física
Monitorización de signos vitales y neurológicos
Administración de fármacos
Ayuda en el autocuidado (alimentación, aseo, vestido y baño)
Control de riesgos
Prevención de complicaciones: broncoaspiración, lesiones cutáneas, cardiovascular…
Control de la agitación psicomotriz
Manejo de la ansiedad y del insomnio
Promoción del confort

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0590

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP

Presencia, contacto y escucha activa
Apoyo a la familia

Se realizarán sesiones formativas en las que se expondrá el plan de cuidados elaborado así como las pautas a seguir para la implantación al resto de equipo de la unidad. Se facilitará una guía impresa que sirva de documento de consulta donde se recogerá el proyecto.

A partir de la propuesta del plan de cuidados estándar, se valorará al paciente que se encuentre en situación de contención mecánica y se desarrollará de acuerdo con sus necesidades un plan de cuidados individualizado. En él, de manera personal, se detallarán los diagnósticos de enfermería detectados (tanto los que motivaron la sujección física como los que se han desarrollado a partir de ésta), los objetivos que se plantea conseguir, los indicadores apropiados para medirlos y las intervenciones que se van a desarrollar junto a sus actividades. Se facilitará una planilla impresa del plan de cuidados estándar donde poder trabajar de forma más sencilla y eficaz.

Se facilitarán y cumplimentarán nuevos documentos de registro de enfermería más completos que nos permitirán monitorizar la intervención. También se desarrollará una escala de evaluación de enfermería en la que se contemplarán los objetivos e indicadores pertinentes.

Se concluirá el proceso con una reunión evaluativa en la que se contará con todos los profesionales de enfermería que hayan participado en la implantación, que tendrá como finalidad poner en común las conveniencias y las dificultades del proyecto, y la reflexión sobre la experiencia desarrollada durante este periodo de trabajo.

INDICADORES
- Uso de contención mecánica:
Criterio: conocer la prevalencia de pacientes a los que se le aplica la contención mecánica

Indicador: (nº pacientes a los que se les aplica medidas de contención /nº pacientes en la unidad)x 100

- Cumplimiento del plan de cuidados propuesto
Criterio: verificar la realización de las actividades programadas en el plan de cuidados
Indicador: (nº pacientes contenidos con el plan de cuidados cumplimentado adecuadamente / nº enfermos con contención mecánica) x 100

- Control eficaz de la agitación :
Criterio: alcanzar un adecuado nivel de control en el enfermo con agitación psicomotriz, a las 2 horas tras la aplicación del plan de cuidados

Indicador: (nº enfermos con agitación psicomotriz que a las 2h llegan a un adecuado nivel de control tras la aplicación del plan de cuidados / nº enfermos a los que se le aplica el plan de cuidados) x 100

DURACIÓN
Abril-junio 2018: elaboración del proyecto por el equipo responsable del proyecto.
Julio-diciembre 2018: aplicación del proyecto. Su implantación será puesta en marcha por el equipo de enfermería de la UCE de psiquiatría del HOP.
Enero 2019: análisis de los datos obtenidos y conclusiones, por el equipo responsable del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GLORIA MARIA MARTINEZ SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILAR BONACASA EVA YOLANDA
YAGO ESCUSA MARIA DOLORES
FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza una valoración inicial para definir las áreas en las que incidir, tanto de Atención Primaria como de Hospital y con las que desarrollar el proyecto, con el objetivo de disminuir el número de solicitudes radiológicas.
Además de Atención Primaria se consideran las Secciones de Digestivo y Endocrinología y el Servicio de Anestesia del Hospital, con las siguientes actividades con cada una de estas áreas:

• Atención Primaria
Primera reunión con representantes de Atención Primaria, Dirección y Servicio de Radiología (23/03/18), para determinar los puntos a elegir correspondientes a la inadecuación en la solicitud de radiología simple.
Se acuerda envío de nota informativa a los Centros de Atención Primaria, con las recomendaciones acordadas para las exploraciones acordadas.
Junio de 2018: reunión conjunta de representantes de UME (unidad de musculoesquelético) y Radiología con Centros de Atención Primaria, con presentación de protocolos consensuados de actuación para la derivación de patología musculoesquéletica desde Atención Primaria y donde se incluyen las diferentes pruebas diagnósticas con sus correspondientes indicaciones, que se envían a todos los Centros de Atención Primaria.
• Servicio de Anestesia
No se ha desarrollado por dificultades de tiempo, tanto por la situación del Servicio de Radiología como el de Anestesia, ambos con deficiencias en sus plantillas. Pendiente de desarrollar a lo largo del año 2019.
• Sección de Digestivo
Reunión de representantes de la Sección de Digestivo y Radiología (mayo 2018).
Se aborda el punto correspondiente a la solicitud inadecuada de estudios de Enema Opaco. De forma consensuada se establecen tres únicas indicaciones:
- Negativa del paciente a la realización de estudio endoscópico.
- Imposibilidad de realizar colonoscopia completa.
- Imposibilidad de realizar colonoscopia por las condiciones del paciente.
• Sección de Endocrinología
Con el objetivo de optimizar la realización de la Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) de nódulos tiroideos, se realizó una valoración inicial de la bibliografía sobre la aplicación del sistema TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System).
Reunión conjunta posterior de los miembros de la sección de Endocrinología (28/03/18) con Radiología. Se acepta de forma consensuada el uso del sistema EU-TIRADS para la realización de los informes ecográficos, así como seguir las indicaciones de PAAF incluidas en esta guía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Atención Primaria
La situación del Servicio de Radiología, con importantes deficiencias en su plantilla, no han permitido realizar un adecuado seguimiento y evaluación de las solicitudes de las pruebas de radiología simple incluidas en el proyecto.
De forma general no se aprecia una reducción significativa del número de solicitudes que podemos considerar inadecuadas.
Se mantienen las recomendaciones en los informes radiológicos para adecuar los tipos de proyecciones en cada exploración y se llevan a cabo indicaciones para los técnicos que realizan los estudios, con el objetivo de minimizar el número de estudios que posteriormente sea preciso repetir.
• Sección de Digestivo
Se ha producido una importante reducción en el número de exploraciones de Enema Opaco realizadas durante el año 2018, respecto a 2017, teniendo en cuenta, que la evaluación del año 2018 se realiza solo durante 7 meses, a partir de la puesta en marcha de estos acuerdos.
Durante 2017 se realizaron 72 estudios y durante 2018 un total de 35 estudios, lo que supone una disminución aproximada del 50%.
• Sección de Endocrinología
Desde el mes de abril al mes de diciembre, un total de ocho meses, se han realizado 34 intervenciones sobre tiroides, 31 PAAF y 3 BAG, en 33 pacientes.
El número de intervenciones esperables en un año según la misma tendencia que en estos 8 meses, sería de 51, un 47% de lo realizado en 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Por lo tanto, se ha experimentado un descenso del 52% en el número de intervenciones sobre tiroides.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos cumplidos los objetivos en los indicadores trabajados con la Sección de Digestivo y Endocrinología, donde se constata una reducción significativa de las solicitudes inadecuadas.
Sin embargo es necesario un seguimiento exhaustivo de los protocolos e indicaciones consensuadas con Atención Primaria, ya que no se aprecian cambios y se mantiene un elevado número de solicitudes inadecuadas. Es preciso mejorar los circuitos de comunicación con los profesionales de Atención Primaria e incidir expresamente en los puntos de mayor inadecuación.
Este es el objetivo principal en el seguimiento del proyecto de calidad para el año 2019.
Queda pendiente el desarrollo del programa con el Servicio de Anestesia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/11 ========== ***

Nº de registro: 0011

Título
CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Autores:
MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA, VILAR BONACASA EVA YOLANDA, YAGO ESCUSA MARIA DOLORES, FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología variable con valoración según diferentes pruebas diagnósticas.
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
• Elevado número de solicitudes inadecuadas de pruebas radiológicas que supone entre otras, la irradiación no justificada de los pacientes en aquellos estudios que utilizan radiación ionizante.
• Incremento de la demora en la realización de estudios por la inclusión de aquellos que no deberían hacerse.
• Consumo innecesario de recursos.
• Pérdida de oportunidad en la orientación clínico-diagnóstica de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el número de solicitudes radiológicas inadecuadas o con insuficiente justificación, con intervención en las siguientes áreas:
1.- Atención Primaria: Radiografía oblicua de Columna, radiografía bipedestación en paciente adulto. Ecografías de seguimiento y control de lesiones que lo precisan.
2.- Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio
3.- Servicio de Digestivo: Enema Opaco en alteraciones colónicas.
4.- Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos

MÉTODO
• Reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (Atención Primaria, Anestesia, Digestivo, Endocrinología), con presencia de la Dirección del Hospital.
• Realización de sesiones conjuntas de formación donde obtener acuerdos.
• Redactar documento de consenso explícito con cada uno de ellos con las actividades a realizar en el año 2018 para conseguir el objetivo principal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

1. TÍTULO

CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

• Establecer circuitos de comunicación definidos para su desarrollo.
• Reuniones de seguimiento y evaluación.

INDICADORES
• Número de servicios implicados con el proceso específico sobre el que intervenir en cada uno de ellos.
• Número de reuniones de inicio y seguimiento con cada servicio.
• Documentos de consenso obtenido para la consecución de objetivos establecidos previamente. Valor objetivo: 100%.
• Circuitos de comunicación definidos en los documentos. Valor objetivo: 100%.
• Informes presentados por servicio con acciones realizadas/implantadas.
• Informe anual conjunto de evaluación de Dirección y Radiodiagnóstico.

DURACIÓN
• Segunda quincena de febrero y marzo: reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (1 servicio por semana).
• Redacción documentos de consenso y circuitos de comunicación definidos: abril-mayo 2018.
• Acciones definidas por servicio. Antes de 30 de mayo 2018.
• Evaluación acciones realizadas por cada servicio. Informe de cada servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0203

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ORELLANA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PECES GONZALEZ NATALIA
GIMENO MIÑGUEZ MARIA JOSE
CALVO ARIÑO AITOR
SANZ ASIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizando por parte del Servicio de Informática una aplicación en la base HP Doctor para rellenar por parte del Servicio de Neurología, cuando precisa realizar una solicitud de Interconsulta de paciente hospitalizado por causa neurológica al Servicio de Rehabilitación. En la misma, se describe la fecha de la interconsulta, médico que la solicita, datos del paciente, número de historia clínica, habitación y motivo de solicitud de la consulta.
A través de Intranet, en área de pacientes hospitalizados, se ha añadido una pestaña con "Interconsultas a Rehabilitación" donde se pueden visualizar las solicitudes realizadas.
A través de HP Doctor, los Facultativos de Rehabilitación pueden rellenar la interconsulta con antecedentes personales del paciente, Índice de Barthel previo, describir la evolución y valoración del paciente hospitalizado, fecha de la valoración, médico que la realiza, posible tratamiento y/o seguimiento, destino al alta.
El Servicio de Neurología consulta a través de Intranet la valoración de la Interconsulta.

Queda registrado en la plataforma informática de nuestro hospital (Intranet) y en el Sistema de Salud de Aragón (Historia Clínica Electrónica).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido la disponibilidad de una aplicación en HP Doctor para realizar Interconsulta a Rehabilitación por parte del Servicio de Hospitalización.

Hay disponible en Intranet de Teruel, una pestaña con Interconsultas al Servicio de Rehabilitación.
Queda registrado en el Sistema de Salud de Aragón.

En cuanto a los Indicadores analizados se han obtenido los siguientes resultados:
1. Número de Interconsultas realizadas desde el Servicio de Neurología al Servicio de Rehabilitación en el año 2017: 93 Interconsultas
.2. % respuesta de interconsultas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología: 100%
3. % interconsultas contestadas en menos de 48horas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología: 90,32 % (84 de 93 interconsultas). Tiempo promedio 24h.
4. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario y sin tratamiento hospitalario: no se ha registrado adecuadamente, por lo que no se ha podido evaluar.
5. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con destino al alta a domicilio, con posible tratamiento ambulatorio en H.Obispo Polanco o Centro de Salud de área, con informe de Rehabilitación correspondiente: 56% (52 pacientes de 93)
6. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en Hospital de Día Geriátrico, con informe de Rehabilitación correspondiente: 15,05% (14 de 93 pacientes)
7. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en Hospital de media estancia por precisar convalecencia, con informe de Rehabilitación correspondiente: 20,43% (19 pacientes de 93)
8. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en Residencia con informe de Rehabilitación correspondiente: 8,6% (8 pacientes de 93)

Se ha mejorado el registro en la labor asistencial del Servicio de Rehabilitación en el Hospital Obispo Polanco y la comunicación entre el Servicio de Neurología y Rehabilitación. Se ha mejorado la comunicación con Hospital de media estancia, fisioterapia de Centro de Salud o Residencia, médico de Atención primaria u otros especialistas, ya que, se tiene constancia de forma informatizada de nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento, pautas, consejos y objetivo funcional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se puede realizar una mejora en la continuidad asistencial con mejor comunicación entre las distintas líneas asistenciales; no sólo con informes de alta de hospitalización, también incluyendo informes de los distintos Servicios que valoran al paciente en la hospitalización, que se pueden visualizar al quedar registrado en el Sistema de Salud de Aragón

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0203

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

7. OBSERVACIONES.
Se iba a registrar los datos recogidos hasta marzo de 2017; pero se ha decidido de todo el año 2017 para mejor visualización del registro.
Se deben hacer algunas modificaciones en la aplicación, dado que alguna pestaña de la misma no funciona adecuadamente; como no visualizarse el médico que contesta la interconsulta, hasta abrir el informe del mismo.
El Servicio de Rehabilitación del Hospital de Teruel, sólo compuesto por tres facultativas, realiza una gran labor asistencial en el paciente hospitalizado, valorando más de 500 pacientes al año; con posterior seguimiento y valoración en Consulta externa del Hospital Obispo Polanco, en Hospital de Día Geriatrico o en H. Provincial si precisa convalecencia y Rehabilitación en el mismo. Gracias a la aplicación realizada, esta labor queda registrada, y hay documentos y referencias de nuestro trabajo en planta de hospitalización, así como, del seguimiento que realizamos de estos pacientes.
Se extenderá para ser realizado con el resto de Servicios que solicitan nuestra valoración en el paciente hospitalizado.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/203 ========== ***

Nº de registro: 0203

Título
INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

Autores:
ORELLANA GARCIA RAQUEL, PECES GONZALEZ NATALIA, GIMENO MINGUEZ MARIA JOSE, CALVO ARIÑO AITOR, SANZ ASIN JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Rehabilitación del H.Obispo Polanco no dispone de planta de hospitalización, pero muchos pacientes ingresados en otros Servicios precisan nuestra valoración y tratamiento durante la hospitalización; así como, un posible seguimiento y tratamiento de forma ambulatoria. Se
recibe la solicitud de valoración mediante hoja de interconsulta, que se cumplementa de forma manual. Así, en el año 2014 se valoraron 562 pacientes entre dos médicos especialistas en Rehabilitación. Los servicios solicitantes más frecuentes fueron: Traumatología 61,75%, Medicina Interna 16%, Neurología 8,18%, otros 14,07%. Patología más frecuentemente observada: fractura de cadera 29,53%, artroplastia de rodilla 19%, ACV 9,78 %, deterioro funcional secundario a diversas causas 14,1%. Del total de las solicitudes se pautó tratamiento al 86,8 %.
Esta gran labor asistencial no queda registrada en ninguna base de datos, por lo que no hay documentos ni referencias de nuestro trabajo en planta de hospitalización, así como, del seguimiento que realizamos de estos pacientes.
Conjuntamente con el Servicio de Neurología y de Informática queremos iniciar la solicitud de valoración del paciente hospitalizado por causa neurológica, utilizando la plataforma informática de nuestro hospital, que a su vez está conectado al Sistema de Salud de Aragón.
Se ha realizando por parte del Servicio de Informática una aplicación en la base HP Doctor para rellenar por parte del Servicio de Neurología, cuando quieren realizar una solicitud de Interconsulta, en la que describen fecha de la consulta, médico que la solicita, datos del paciente, número de historia clínica, habitación y motivo de solicitud de consulta al Servicio de Rehabilitación. A través de Intranet, en área de pacientes hospitalizados, se ha añadido una pestaña con "Interconsultas a Rehabilitación" donde podemos visualizar las solicitudes realizadas. A través de
HP Doctor, los Facultativos de Rehabilitación pueden describir la valoración del paciente hospitalizado, fecha de la valoración, médico que la realiza y posible tratamiento y/o seguimiento. El Servicio de Neurología consulta a través de Intranet la valoración de la Interconsulta. Se está iniciando el proyecto en la actualidad.

RESULTADOS ESPERADOS
a. Mejorar el registro en la labor asistencial del Servicio de Rehabilitación en el H. Obispo Polanco

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0203

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

b. Mejorar la comunicación entre el Servicio de Neurología y Rehabilitación. Tras realizar la prueba con el Servicio de Neurología, se quiere ampliar al resto de Servicios de Hospitalización
c. Mejorar la comunicación con Hospital de media estancia, fisioterapia de Centro de Salud o residencia, médico de Atención primaria u otros especialistas, ya que, se tiene constancia de forma informatizada de nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento y objetivo funcional
d. Mejorar la satisfacción de los Servicios de Hospitalización y Atención Primaria disponiendo de Informe Médico informatizado del Servicio de Rehabilitación
e. Mejorar la satisfacción del paciente valorado por nuestra parte, disponiendo de Informe Médico informatizado con nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento, pautas, consejos y objetivo funcional.

MÉTODO
a. Disponibilidad de aplicación en HP Doctor para realizar Interconsulta de Rehabilitación por parte del Servicio de Hospitalización.
b. Disponibilidad en Intranet de Teruel de pestaña con Ïnterconsultas a rehabilitación

INDICADORES
1. Número de Interconsultas realizadas desde el Servicio de Neurología al Servicio de Rehabilitación.2. % respuesta de interconsultas al Servcio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología.3. % interconsultas contestadas en menos de 48horas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología.4. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario.5. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación sin indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario.
6. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en H.Obispo Polanco con informe de Rehabilitación correspondiente.
7. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en H. Dia geriatrico con informe de Rehabilitación correspondiente.
8. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en C.Salud de área con informe de Rehabilitación correspondiente.
9. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en H. media estancia por precisar convalecencia con informe de Rehabilitación correspondiente.
10. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en Residencia con informe de Rehabilitación correspondiente

DURACIÓN
Desde la aprobación del proyecto de calidad con valoración de los resultados en marzo de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... NATALIA PECES GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
PLAYAN GADANUER MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Antes de comenzar el proyecto, presentamos a la Dirección Médica del Hospital Obispo Polanco nuestra propuesta para coordinar desde el servicio de Rehabilitación, las solicitudes de valoración y tratamiento de logopedia para las patologías relacionadas con trastornos del lenguaje, del habla y de la deglución, principalmente. Con su autorización y visto bueno, elaboramos un protocolo de derivación que se colgó en la plataforma de intranet de la web de nuestro hospital, para que todos los facultativos pudieran acceder a él.
Desde la Dirección del Hospital Obispo Polanco y desde nuestro Servicio de Rehabilitación se mandaron correos electrónicos a todos los facultativos del Hospital Obispo Polanco y del Hospital San José y a los Coordinadores de los Centro de Salud de Atención Primaria para que los facultativos de todas las especialidades del Sector Teruel tuvieran conocimiento de la existencia de este servicio y cómo solicitar colaboración ante posibles pacientes susceptibles de dicho servicio.
Elaboramos una tabla de Excel donde registraríamos los datos de los pacientes que serían remitidos para tratamiento y/o valoración de logopedia. Entre los datos recogidos valoramos : edad, sexo, diagnóstico principal, fecha de valoración por las médicos de Rehabilitación, fecha de inicio de tratamiento de logopedia, número de sesiones semanales, número de sesiones totales, servicio que solicita la valoración, motivo del alta...
El registro de los datos comenzó tras la incorporación del logopeda a nuestro Hospital y una vez organizado todos los circuitos. Como fecha de inicio para la inclusión de los pacientes en este estudio comenzó en octubre de 2016.
Los médicos del servicio de Rehabilitación valorábamos en planta tras solicitud de interconsulta por parte del servicio de Neurología, Medicina Interna o Geriatría principalmente, a los pacientes ingresados por un ACV, TCE, Enfermedades neurodegenerativas, tumores cerebrales...Según su déficit, gravedad y posibilidad de colaboración, planteábamos los objetivos del tratamiento de logopedia, dábamos unas pautas a las familias. En los pacientes con afasia, utilizamos el test de Boston para la valoración inicial y posteriormente durante el seguimiento en las revisiones periódicas.

En consulta de Rehabilitación valoramos a los pacientes ambulantes remitidos por diferentes especialidades (Otorrinología, Neurología, Pediatría, Medicina de Familia, Cirugía Maxilofacial, Cirugía General...) susceptibles de tratamiento de logopedia. Planteábamos los objetivos y opciones de tratamiento y al finalizar las sesiones de logopedia inicialmente pautadas revisábamos a los pacientes para plantear su posible alta por mejoría, continuar con más sesiones si el paciente tenía una evolución favorable pero no había alcanzado los objetivos o suspender el tratamiento por estabilidad clínica.
Para valorar la respuesta al tratamiento, consideramos según las diferentes patologías las siguientes variables: en las disfonías, para la mejoría funcional consideramos (tono, fluencia, tiempo de lectura o habla sin alteración del tono..), deglución (test de disfagia, mejoría en la deglución, tipo de dieta, ganancia de peso, IMC..), afasia test de Boston (plantilla de exploración de las diferentes áreas del lenguaje oral y escrito), mejoría en la comunicación con familiares

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos que presentamos corresponden al periodo comprendido desde octubre de 2016 a diciembre de 2017. En este tiempo, los pacientes que fueron subsidiarios de un tratamiento de logopedia sumaron un total de 188, que al diferenciarlos por su sexo corresponden a 101 mujeres y 87 varones.

En la categoría de la edad, distinguimos un total de 163 adultos, con edades comprendidas desde los 22 a los 94 años (92 mujeres y 71 hombres), y un total de 25 niños, con edades comprendidas desde los 3 a los 11 años, (9 niñas y 16 niños)

Valorando la edad media de nuestra población, observamos que entre los adultos, el 41% no superaban los 65 años, alcanzando en este grupo un valor de 48 años de edad media). Mientras que el 51% restante de adultos era mayor de 65 años, con edad media entre los mismos de 82 años.

La edad media entre los niños fue de 7 años, el 40% de los mismos tenía edades menos o igual a los 6 años y en el 50% restante su edad superaba los 6 años.

Analizando a los pacientes por su diagnóstico, observamos los diferentes números de casos; 25 Afasia, 6 Afasia+ disfagia ; 2 deterioro cognitivo, 10 disartria, 20 disartria+ disfagia, 22 disfagia; 79 disfonía; 1 dislalia; 7 retraso del lenguaje; 1 implante coclear.

Si tenemos en cuenta cuál fue la vía por la que se solicitó la valoración para tratamiento de logopedia,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICO DE REHABILITACION

observamos los siguientes datos: del total de los 188 pacientes tratados, 24 provenían del Hospital de Día Geriátrico (20 remitidos por el servicio de Rehabilitación y 4 por Geriatría, relacionados con pacientes con disfagia), otros 97 remitidos por el servicio de Rehabilitación desde consultas externas (en su mayoría por disfonías). Desde planta se remitieron un total de 67 solicitudes (42 remitidos por el servicio de Rehabilitación por pacientes con afasia y disfagia y 25 por el servicio de Geriatría en su caso relacionados con pacientes con disfagia)

Los tiempos para inicio de tratamiento de logopedia vario según la etiología y gravedad del proceso. Los pacientes con afasia, disartria, disfagia… u otras alteraciones del lenguaje o de la deglución que precisaron tratamiento durante su ingreso en el Hospital San José, iniciaban las sesiones de logopedia durante la primera semana de su ingreso, si no presentaban ninguna contraindicación. Estos pacientes habían sido valorados previamente por los médicos del servicio de rehabilitación durante la fase aguda de su ingreso en el Hospital Obispo Polanco. En la mayoría de los casos, las sesiones eran diarias, de lunes a viernes.

Posteriormente si los pacientes mejoraban y eran candidatos para continuar con tratamiento ambulatorio, se programaban una o varias sesiones semanales según la gravedad de la patología y/o el domicilio del paciente (debido a la gran dispersión demográfica de la población).
Los pacientes que eran remitidos desde consultas externas de rehabilitación por patologías menos graves ej (disfonías, pólipos…) iniciaban las sesiones de tratamiento de logopedia tras un tiempo de espera que osciló de 1-3 sem de media. En estos casos, también se intentó dar prioridad en las citaciones para consulta de rehabilitación como para el inicio de tratamiento según la gravedad de la patología.

En cuanto al número de sesiones que se realizaron por patologia y frecuencia de los mismas, los datos son los siguientes: Realizaban 1 sesión /sem las siguientes patologias: retraso del lenguaje, disfonia, test disfagia; 2 sesiones/ sem (disfonia), 3 sesiones /sem (afasia, disartria+/- disfagia amb) 5 sesiones /sem los pacientes ingresados (afasias, disfagias)

La media de sesiones fue de 5 -10 ss para las siguientes patologías: disfonías leves, disfagia leve; >10-15ss (disartrias,+disfagia, leves y disfonías) y más de 20 ss (disfonías severas, retrasos del lenguajes); de 30-40 (afasias y/o disartrias) más de 50 (6 pacientes 4 afasias severas, 1 TCE, 1 encefalopatía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Proporcionar un tratamiento de logopedia en el sistema público de salud de Teruel a los pacientes con patología del habla, lenguaje, comunicación, voz y deglución .. cuando hasta ahora sólo era posible en el sector privado, es una gran mejora en la asistencia sanitaria de nuestro sector y en beneficio de toda la población.
Es una muy buena herramienta para tratar y ayudar a los pacientes con afasia y a sus familiares, pues este déficit causa importantes problemas en la comunicación y por ello en la integración social.
En pacientes con disfagia, con una valoración y tratamiento adecuado de logopedia podemos ayudar a corregir y evitar problemas de salud como la deshidratación, desnutrición o riesgo a padecer infecciones respiratorias u otras complicaciones secundarias a posibles aspiraciones o atragantamientos, así como en algunos casos disminuir el tiempo de ingreso hospitalario.
En sujetos con disfonía, tras el tratamiento de logopedia, los pacientes aprenden y toman conciencia de unos buenos hábitos para el cuidado de su voz.
Creemos que los médicos de rehabilitación jugamos un papel muy importante en la valoración y seguimiento de estos pacientes y sus diferentes patologías, porque realizamos una valoración global del paciente y nos plantemos unos objetivos funcionales. Hacemos un seguimiento de los mismos y nos coordinamos con el logopeda para revisar los tratamientos y según las patologías podemos comunicarnos con los diferentes especialistas para replantear los objetivos.
También recogemos como muy positiva la valoración por parte de los pacientes y familiares que han precisado una valoración por nuestro servicio de rehabilitación y han realizado un tratamiento de logopedia en este tiempo. No hemos pasado una encuesta con los registros, pero sus testimonios en la consulta y en los tratamientos con la logopeda han sido de satisfación, compromiso en la asistencia y cumplimiento de los tratamientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/687 ========== ***

Nº de registro: 0687

Título
COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICO DE REHABILITACION

Autores:
PECES GONZALEZ NATALIA, NOGUERA LOPEZ EUGENIA, PLAYAN GADANUER MARIA LUISA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICO DE REHABILITACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes con patología del habla, voz, lenguaje, deglución, succión
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Proporcionar tratamiento de logopedia en el sistema público de salud de Teruel a pacientes que lo precisen y que hasta ahora sólo era posible por privado

PROBLEMA
La incidencia de los trastornos del lenguaje, el habla, la voz, la audición y la deglución cada vez es mayor y pueden ser causa de importantes problemas en la comunicación y por ello en la integración social, así como causa de problemas de salud como la deshidratación, desnutrición o riesgo a padecer infecciones respiratorias por aspirado. En este sentido, la demanda asistencial requiere un diagnóstico cada vez más precoz y completo y la puesta en marcha de recursos humanos especializados en el tratamiento de estos trastornos.

Nuestro objetivo es poder canalizar y coordinarnos con las diferentes especialidades médicas o servicios (Otorrinología, Pediatría, Neurología, Cirugía Maxilofacial, Atención Primaria, etc,) para que puedan remitir a nuestro servicio de rehabilitación, pacientes con diferentes patologías susceptibles de valoración y/ o tratamiento de logopedia.

RESULTADOS ESPERADOS
En nuestra área sanitaria de Teruel, no existía la de posibilidad de ofrecer tratamiento de logopedia para la población general. Sólo excepcionalmente el IASS, asumía algún paciente menor de 6 años. Este motivo provoca gran limitación para los pacientes afectados de diferentes patologías que precisan de este tipo de terapia y hasta el momento, sólo algunos pacientes podían recurrir a una asistencia privada.

MÉTODO
Valorar y tratar a pacientes con patología del habla, el lenguaje, la voz, la deglucción, planteando objetivos funcionales y/o mejoría de calidad de vida para estos pacientes y/o de sus familias o cuidadores.

INDICADORES
Valoración de pacientes hospitalizados que presenten posible patología susceptible de tratamiento de logopedia, tras solicitud de interconsulta a nuestro servicio de rehabilitación.
Derivación desde diferentes especialidades médicas o servicios, mediante volante P10 y vía ambulatoria a nuestras Consultas Externas de Rehabilitación, de pacientes susceptibles de valoración, para plantear objetivos y pautar tratamiento de logopedia
Tiempo de espera desde que se solicita la valoración por nuestro servicio y el tiempo que tardan los pacientes en iniciar el tratamiento de logopedia según la gravedad de su patología.
% de pacientes valorados en nuestro servicio de RHB y número de pacientes a los que se les pauta tratamiento de logopedia, remitidos desde hospitalización y /o desde CCEE.
Valorar la disminución de canalizaciones de estos pacientes al anterior Hospital de referencia.
Edad de la población valorada.
Patologías que demandan nuestra valoración y tratamiento.
Revisiones en consulta para valorar la respuesta al tratamiento (ej. mejoría funcional en la fonación (tono, fluencia, tiempo de, deglución (test de disfagia), afasia test de Boston (plantilla de exploración de las diferentes áreas del lenguaje oral y escrito), mejoría en la deglución y por tanto en el estado nutricional del paciente (ej. IMC, ganancia de peso, tipo de dieta…)
Encuestas de satisfacción de los pacientes que han recibido tratamiento de logopedia

DURACIÓN
Valoración durante un año (actualmente disponemos de logopeda en nuestro servicio desde el 1 de septiembre de 2016 y estamos iniciando la puesta en marcha y coordinación de la asistencia)

OBSERVACIONES
El proyecto y los circuitos de solicitud y demanda de valoración están previstos. Tenemos que coordinar e informar a los diferentes servicios las posibilidades para remitir los pacientes a nuestro servicio (hemos mandado correo informativo a las direcciones de los facultativos de los servicios implicados, desde dirección hospitalaria esperamos que también se informe a los compañeros de atención primaria, en diferentes medios de información de prensa escrita salió publicada la noticia de la disponibilidad de tratamiento de logopedia en Teruel a cargo del servicio de Rehabilitación)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICO DE REHABILITACION

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ESMERALDA RENAU HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORELLANA GARCIA RAQUEL
PECES GONZALEZ NATÀLIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Destacar las dificultades en nuestro Hospital para el desarrollo del proyecto como el no tener un ecógrafo disponible en consulta de Rehabilitación y el carecer de anestesista asignado de forma continua en unidad del dolor con disponibilidad de quirófano. Durante este tiempo conseguimos que el servicio de Radiología nos cediera un ecógrafo antiguo compartido.
Pese a estas dificultades hemos realizado la base de datos con los indicadores señalados en el proyecto, y hemos recogido una muestra de 21 pacientes desde abril hasta diciembre de 2018. De los pacientes seleccionados en la muestra de 21 pacientes, se han valorado 19 pacientes a los 3 meses y 11 de ellos a los 6 meses. Realizamos un análisis descriptivo sin desarrollar un estudio estadístico al tratarse de una muestra pequeña.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La media de edad de los pacientes ha sido de 52 años de los cuales 4 son hombres y 17 mujeres.
El diagnóstico de las patologías recogidas son patología de hombro 13, de las cuales 5 son capsulitis de hombro, 3 artrosis glenohumeral y 5 bursitis con tendinitis. De las 5 capsulitis, dos son capsulitis postquirúrgicas. Se han recogido 5 coxartrosis y 2 lumbálgias,una de ellas síndrome piramidal y otra síndrome del cuadrado lumbar .Se ha recogido también una rizartrosis. Las técnicas fueron realizadas en consultas externas excepto las lumbálgias y una artrosis glenohumeral con derrame y comorbilidad que se realizó en quirófano junto con anestesista de unidad del dolor.
Las técnicas ecoguiadas realizadas son bloqueos en hombro realizadas con corticoide más ácido hialurónico 1, corticoide más anestésico 11 y con sólo anestésico 1. Los bloqueos realizados en coxartrosis fueron 5 con corticoide más ácido hialurónico. Las lumbálgias fueron bloqueo del piramidal con toxina botulínica y bloqueo del cuadrado lumbar con corticoide más anestésico. Destacar la no incidencia de efectos secundarios en las técnicas realizadas
La EVA media del dolor pretécnica fue =6’8 /10. La EVA del dolor a los 3 meses postécnica en 19 pacientes fue = 5/10 en 11 pacientes y sin cambios =6/10 en 8 pacientes. En los 11 pacientes valorados a los 6 meses postécnica mantienen la mejoría de EVA = 5/10 en 3 pacientes, no empeoran 5 pacientes
(mantienen EVA dolor inicial) y empeoran 3 pacientes (una coxartrosis severa, un hombro con rotura de manguito y pinzamiento subcoracoideo).Observamos más pacientes con mejoría y no empeoramiento del EVA dolor pretécnica a los 3 y 6 meses postécnica .
De los 11 que mejoraron EVA del dolor postécnica a los 3 meses, realizaron educación sanitaria y ejercicios en domicilio 8 pacientes y realizaron fisioterapia ambulatoria 3 pacientes. En los pacientes que persiste la mejoría y no empeoramiento EVA dolor pretécnica,sólo 3 han realizado Fisioterapia ambulatoria .Observamos que pacientes con mejoría y no empeoramiento postécnica no precisan Fisioterapia ambulatoria.Analgesia pretécnica : 10 pacientes precisaban analgesia primer escalón, 7 pacientes segundo escalon de analgésia, 1 paciente analgesia de tercer escalón. Un paciente presentaba analgesia de primer escalón junto con neuromoduladores y otro paciente analgesia de tercer escalón junto con neuromoduladores. En cuanto a analgesia postécnica a los tres meses : 6 pacientes no tomaban ninguna medicación, otros 6 pacientes tomaban analgesia de primer escalón, 4 pacientes toman analgesia de segundo escalón, 1 paciente analgesia de tercer escalón, 1 paciente analgesia de primer escalón más neuromodulador y un último paciente con analgesia de tercer escalón más neuromodulador . Observamos una disminución y no aumento de la analgesia postécnica.
Respecto a la escala de calidad 5QD pretécnica de los 19 pacientes, el ítem recogido con peor valoración era el dolor, 18 pacientes presentaban dolor moderado y 3 pacientes dolor severo. Respecto al ítem actividad 18 pacientes presentaban algunos problemas para sus actividades diarias y 3 pacientes no presentaban problemas en sus actividades diarias.
Se recoge valoración 5QD a los 6 meses en 11 pacientes (el resto no han llegado a cumplir los 6 meses), en estos el ítem dolor mejoraba en 3 pacientes y no empeoraba en 8 pacientes. Respecto al ítem actividad mejoraban 4 pacientes y no empeoraban 7 pacientes. Observamos mejoría y no empeoramiento en los ítems del dolor y actividad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos importante precisar la selección de patología mecánico -degenerativa subsidiaria a bloqueo del dolor ecoguiado y conseguir una muestra de pacientes suficiente para poder realizar estudio estadístico para la interpretación de resultados y definir conclusiones. Por las deficiencias mencionadas en el apartado 5, centraremos en la medida de lo posible el estudio en seleccionar patología mecánico degenerativa que no precise monitorización en quirófano ni colaboración con anestesista.

7. OBSERVACIONES.
En el proyecto ha dejado de colaborar la Doctora Rosario Escartín Martinez por jubilación, por lo que hemos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

añadido a las Dras Muniesa y Royo,Traumatólogas de nuestro Hospital y formadas en ecografía musculoesquelética

*** ==================================== Resumen del proyecto 2018/386 ==================================== ***

Nº de registro: 0386

Título
CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

Autores:
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, PECES GONZALEZ NATALIA, ESCARTIN MARTINEZ ROSARIO, OSCA GUADALAJARA MARTA, UBEDA DOMINGUEZ PILAR, ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el año 2017, dentro de las patologías valoradas en la Unidad del Dolor, el dolor osteoarticular fue la más prevalente junto con las lumbociatálgias, con una suma total del 74% de los procesos tratados. Respecto a la procedencia de los pacientes tratados en la unidad de dolor destacar los procedentes desde Traumatología y Atención Primaria. Con los datos señalados, es evidente que se precisan de tratamientos complementarios al farmacológico iniciado desde Atención Médica en Primaria para el tratamiento de reagudizaciones del dolor crónico musculoesquelético.
Las Unidades de Musculoesquelético (UME), pertenecen al servicio de Medicina Física y Rehabilitación y colaboran con Traumatología, Reumatología y la Unidad del Dolor para establecer tratamientos dirigidos al proceso inflamatorio con técnicas ecoguiadas y la coordinación de rehabilitación que incluye la fisioterapia y educación sanitaria osteomuscular.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Ganancia en la mejora del control del dolor con técnicas de bloqueo e infiltración ecoguiados, ya que supone una mejoría en la precisión y seguridad de la técnica intervencionista del dolor.
2- Reducción de la medicación analgésica según escala analgésica de la OMS
3- Valorar resultados con rehabilitación domiciliaria versus hospitalaria.
4- Reducción de agudizaciones y recurrencias en patología musculoesquelética, con la coordinación de pautas de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.
5- Registro de la mejora en la calidad de vida del paciente con posibilidad de realizar estudios coste efectividad y coste utilidad

MÉTODO
Técnicas de bloqueos e infiltraciones ecoguiados y/o otros tratamientos específicos de unidad de dolor para el control de la inflamación y dolor osteomuscular coordinadas con el tratamiento de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.
Se valorarán pacientes con patología mecánico degenerativa articular de articulaciones periféricas de extremidades y patología tendinosa
Realización de infiltraciones en patología de columna mecánico degenerativa facetaria, bloqueos nerviosos en dolor neuropático secundario a neuropatías periféricas

INDICADORES
En los pacientes seleccionados, se recogerán las variables a estudio en una base de datos Excel:
- Edad, sexo, número de historia clínica
- Fecha de inicio de valoración y fecha de alta
- Tipo de Patología osteomuscular
- Tipo de bloqueo: anestésico, corticoide, ácido hialurónico, toxina botulínica
- Grado de dolor según la escala visual analógica (EVA) en el momento previo al bloqueo ecoguiado y posterior a las 2 -4 semanas, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
- Rehabilitación postbloqueo o infiltración ecoguiada. Se recogerá si se realizó y el lugar de dónde se realizó(domicilio o ambulatoria).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

1. TÍTULO

CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

- Tratamiento farmacológico analgésico según escala analgésica de la OMS, que lleva el paciente en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
- Calidad de vida relacionada con la salud en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Se utilizará el cuestionario europeo EQ-5D .Posteriormente se obtendrá el valor de la tarifa social (TS).
- Reagudizaciones de dolor osteomuscular en un plazo de 1 a 2 años de los pacientes valorados

Se realizará un análisis descriptivo de la muestra y posteriormente estadístico utilizando el programa SPSS versión 20 para evaluar los objetivos señalados

DURACIÓN
La recogida de datos se realizará durante 6 meses a 1 año. Se ha iniciado la recogida de datos en marzo de 2018. Se estima que se recogerá una muestra de 50 a 100 pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0550

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES MUÑOZ LEON
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON MARIÑO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Recepción en plazo de las solicitudes y registro de entrada de las mismas.
-Planificación de la asignación de turnos.
-Reunión de la Comisión de Adecuación y Organziación de la Asistencia Temporal a Pacientes Desplazados en el Programa de Hemodiálisis Crónica.
-Notificación de la asignación asi como realización de las mofidificaciones necesarias en base a las necesidades personales de los pacientes y de nuestra capacidad.
-Apertura de historia clínica.
-Atender las peticiones de adhesión al transporte colectivo.
-Detección de situación social de riesgo y derivación a T.Social .
-Verificación de la inclusión en SIFCO.
-Redacción de la actividad en la memoria anual y en los acuerdos de gestión de la Unidad de T.Social y en la del Servicio de Nefrología.
-Todas las actividades se realizan según el calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha recibido 12 solicitudes en plazo, y 2 fuera de plazo (no se admiten a trámite).De las 12, dos se ubican fuera de nuestro sector en su residencia estival (no se adminten a trámite). De las 10 restantes, dos renuncian la concesión inicial por motivos personales y uno fallece y otro paciente es trasplantado. Por lo tanto se atiende un total de 6 pacientes, con 104 sesiones de hemodiálisis. Por lo tanto, equidad, al atenderse el total y en forma (adaptadas al periodo solicitado por el paciente atendiendo las modificaciones que plantea el paciente a la asignación inicial)
Por todo ello se mejora la atención general al paciente renal al permitirle desplazarse en periodo estival, mejora su caliad de vida global facilitando el retorno a su lugar de origen, se posibilitan periodos de autonomía personal y movilidad geográfica, se preserva la conciliación de su vida familiar con su enfermedad y se colabora con el movimiento asociativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sostenibilidad y posibilidad de replicación: garantizadas. Se viene realizando desde hace dos décadas.Adaptándose a cada momento. Plena satisfacción verbalizada por los usuarios.
-Consecución de los objetivos iniciales: Máxima.
-Recomendaciones de mejora: Hacer extensivo el programa, no solo al periodo estival, si no al resto del año, coincida o no con periodos vacacionales tradicionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/550 ========== ***

Nº de registro: 0550

Título
PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

Autores:
MUÑOZ LEON MERCEDES, GASCON MARIÑO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0550

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La zona rural de nuestro Sector Teruel es receptora, sobremanera en periodo estival, de población proviniente de otras localidades; encontrándonos un flujo nuevo de pacientes que precisan garantizar tratamiento de hemodiálisis crónica en destino.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la atención a pacientes con enfermedad renal crónica que deseen desplazarse a nuestro sector en periodo estival.
-Mejorar su calidad de vida global facilitando el retorno temporal a sus localidades de origen.
-Posibilitar periodos de autonomía personal y movilidad geográfica a pacientes sujetos a tratamiento crónico no autoadministrable en domicilio.
-Preservar la conciliación de su enfermedad con vida familiar y rol social.
-Colaborar con el movimiento asociativo vinculado a salud (ALCER Teruel)

Hay creada una “Comisión de Adecuación y Organización de la Asistencia Temporal a Pacientes Desplazados en el Programa de Hemodiálisis Crónica”
Formada por:
-Director del Hospital Obispo Polanco (en adelante Hospital O. Polanco)
-Directora de Enfermería del Hospital O. Polanco.
-Subdirectora Provincial de Inspección y Aseguramiento Sanitario.
-Nefrólogo Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital O. Polanco.
-Enfermera Supervisora de la Unidad de Diálisis del Hospital O. Polanco.
-Trabajador Social del Hospital O. Polanco.Secretaria de la comisión. (en adelante T.Social)
-Secretaria de la Asociación de Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER Teruel).

En la misma se estudian la solicitudes recibidas en plazo en las que pacientes solicitan su hemodiálisis para el periodo estival (que abarca del 1 de junio al 31 de septiembre)
Las solicitudes se reciben por fax desde los centros médicos/ asociaciones y se archivan conforme fecha de registro de entrada.
En 2016 se han recibido un total de 11 solicitudes en plazo, con asignación incial a todas ellas, y con posterior renuncia por parte de 4 pacientes, quedando finalmente un total de 127 sesiones realizadas a un total de 7 pacientes. Distrrbución: 0 en junio, 42 en julio, 56 en agosto y 29 en septiembre.

MÉTODO
-Informar a todos los centros y asociaciones que históricamente solicitan plaza de plazos de recepción y contenido de las solicitudes, que debe comprender: identificación, informe médico, serología, pauta de hemodiálisis, domicilio en destino y periodo solicitado, para uniformar y evitar errores.
-Apertura de historia clínica al paciente dializado en este programa.
-Atender las peticiones de prórroga sobre el periodo concedido que se reciben ya en el transcurso.
-Atender modificaciones solicitadas por los pacientes una vez recibida la concesión, en atención a su situación sociofamiliar.
-Atender las peticiones de adhesión a transporte según Convenio ALCER- Dpto.de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón
-Detección precoz de situación de riesgo social y derivación a T.Social.

INDICADORES
-Indicadores:
-Número de plazas de hemodiálisis en periodo estival adjudicadas, en relación al total de pacientes que lo solicitan, con criterios de equidad para poder atender a todos ellos.
-Número de asignaciones de plazas modificadas en atención a las circunstancias sociofamiliares que plantea cada paciente.
Monitorización: Control evolutivo de las solicitudes recibidas para hemodiálisis en periodo estival.
Evaluación:
-Reunión anual evaluadora. Se convoca a Hospital O. Polanco (Jefe del Serv. de Nefrología y a la T.Social) y a la secretaria de ALCER Teruel.
-Reunión de la mencionada comisión en la segunda quincena de mayo para asignación de plazas.
-Durante el periodo estival, seguimiento continuado de todos los aspectos.
-Memoria del Servicio de Nefrología.
-Memoria de la Unidad de Trabajo Social.

DURACIÓN
-Del 1 de enero al 15 de mayo:
-El T.Social recepciona las solicitudes vía fax y da registro de entrada a cada una de ellas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0550

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

-Del 16 al 31 de mayo:
-El T.Social entrega la relación de pacientes (identificación personal y del centro de origen) y peticiones a Jefe del Serv. Nefrología y a Supervisora de la Unidad de Diálisis y se diseña planning con la asignación para presentarla a la comisión.
-Jefe del Serv. de Nefrología convoca la reunión de la comisión.
-Reunión de la comisión donde se trata: recepción, asignación y temas de mejora (SIFCO, transporte, etc).
-La T.Social notifica la asignación de plaza (y adjunta carta del Director del Hospital con mención del procedimiento de asignación y turno concedido).
-Apertura de historia clínica al total de pacientes concedidos.

-Del 1 de junio al 31 de septiembre:
-Coordinación contínua T.Social y Unidad de Diálisis.

-Noviembre:
-T. Social realiza estudio de la correcta inclusión del documento SIFCO y en caso de error, insta a corrección a la comunidad autonóma de origen.

-Diciembre:
-Reunión evaluadora entre Hospital O. Polanco (asisten Jefe del Serv. de Nefrología y la T.Social) y la secretaria de ALCER Teruel.
-Notificación por fax a todos las asociaciones y centros solicitantes de los plazos de recepción y los contendidos mínimos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0020

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BORRUEL AGUILAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS
FATAHI BANDPEY BEHROUZ
VILLALBA GARCIA JUSTO
VICARIA WITTIG GUSTAVO
MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES
REMON VICENTE ESTHER
PEREZ MARTIN MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el mes de octubre de 2013 se pasan los test de despistaje de disfagia a los pacientes que entran dentro de los criterios establecidos. Paciente con dieta oral y entre las edades establecidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se recogen 32 casos de pacientes que ingresan desde urgenicas a los distintos servicos de nuestro hospital y que siguen tolerancia oral.

Se pasa EAT-10, test de despistaje de disfagia obteniendo las siguientes puntuaciones: 0-17 pacinetes, 1-3 pacientes, 2-4 pacientes, 3 1 paciente, 4 -1 paciente y 13 1 paciente.

Se realizan 7 test de volumen viscosidad con los siguientes resultados: disfagia a liquidos 3 pacientes, disfagia mixta 1 paciente, no disfagia 3 pacientes.
En los pacintes a los que se determina tipo de dieta tras test de volumen viscosidad en 3 de los casos se pauta dieta adecuada y 4 de ellos no adecuada.

El número de broncoaspiraciones de los pacientes a los que se realizo el TEst eat-10 o el volumen viscosidad fué de 0.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Baja implicación de los profesionales de urgencias en la valoración de la disfagia de los pacientes que ingresan y de la adecuación de la dieta de estos.

Recomendamos insistir en el protocolo de disfagia para adecuar las dietas y evitar complicaciones.

Nuevas sesiones informativas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2013/20 ========== ***

Nº de Registro: 0020

Título
PREVENCION DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA

Autores:
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, ESTABEN BOLDOVA VICTORIA, MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES, PEREZ MARTIN MARIA ANGELES, REMON VICENTE ESTER, VILLAMON NEVOT MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA
La disfagia es un trastorno que consiste en la dificultad para deglutir los alimentos sólidos y/o líquidos desde la cavidad bucal hasta el estómago. La disfagia es más frecuente en la población anciana , así como en las enfermedades neurodegenerativas, la demencia y después de un accidente vascular cerebral.
- Accidente vascular cerebral 43-60%
- Enfermedad de Parkinson 35-50%
- Enfermedad de Alzheimer 45-50%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0020

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA

- Neoplasias de cabeza y cuello 59%
- Población institucionalizada: 50-65%

Se ha estimado una prevalencia de disfagia en ancianos sanos entre el 7 y el 22%. Su estudio se hace especialmente importante dado que se reconoce un aumento de la población mayor, así pues en España, la proporción de mayores de 65 años se encuentra alrededor del 15%, y se prevé que llegue al 19% en el año 2020.

La disfagia si no se trata precozmente, puede tener repercusiones importantes sobre la salud de los que la padecen, disminuyendo considerablemente su calidad de vida. Así, las complicaciones más importantes derivadas del inadecuado abordaje de este trastorno son: la malnutrición, la deshidratación, las aspiraciones y neumonías, teniendo esta última en el 50 % de los casos, una mortalidad asociada de hasta el 50 %, siendo ésta una patología grave y posiblemente evitable en algunos casos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar a los pacientes con disfagia. Valoración del grado de disfagia. Instauración de tratamiento nutricional con el fin de prevenir las complicaciones de la disfagia. Evitar el número de neumonias por broncoaspiración totales en nuestro hospital con una disminución por tanto de la mortalidad por este motivo.

MÉTODO
Se pasará el test EAT -10 (test autocumplimentable para despistaje de disfagia) a todo paciente que vaya a ingresar en el hospital y que tenga más de 65 años.

En los pacientes que obtengan puntuación positiva en el test EAT-10 o a quienes por sus características previas se les presuponga la presencia de disfagia (o enfermedades que puedan ser causa de disfagia: demencia, parkinson, tumores faciales…), se les realizará el test de volumen-viscosidad.

En los pacientes en los que se determine la existencia de algún grado de disfagia, se administrará la dieta adecuada según sus necesidades.

INDICADORES
- Número de pacientes ingresados a los que se les realiza EAT-10
- Número de pacientes ingresados a los que se les realiza test de volumen viscosidad
- Número de paciente que ingresan con dieta adecuada a sus necesidades.
- Número total de pacientes que al alta presentan diagnóstico de neumonía por broncoaspiración y comparación con el de años anteriores.

DURACIÓN
Se pasarán los test de despistaje de disfagia a partir del mes de mayo hasta octubre.
Durante noviembre y diciembre se realizará recopilación de datos y estudio de los mismos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0045

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROYECTO

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA ESTABEN BOLDOVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION
BENEDICTO TORRES MARIA PILAR
REMON VICENTE ESTHER
CORRAL MARTIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZA PROTOCOLO HOSPITALARIO DE ACTUACIÓN EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE CARA A AUMENTAR LA DETECCIÓN DE LOS POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS QUE SE ATIENDEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
PARA CONSEGUIR ESTO, TRAS LA REALIZACIÓN DEL MISMO, SE IMPARTEN SESIONES CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES EN EL SERVICIO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HA CONSEGUIDO UNA MAYOR CONCIENCIACIÓN CON LA DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO QUE CONLLEVA UN AUMENTO Y UNA MEJORA EN LA DETECCIÓN DE LOS POSIBLES DONANTES ASI COMO UNA MEJOR ATENCIÓN EN EL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DADA LA IMPORTANCIA D ELA DONACIÓN EN NUESTROS DÍAS, ES NECESARIO UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN HOSPITALARIA TANTO PARA DETECTAR EL MAYOR NÚMERO DE POTENCIALES DONANTES COMO PARA UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN EN LOS MISMOS.

7. OBSERVACIONES.
AGRADECERÍA QUE ME ENVIASEIS EL CERTIFICADO ANTES DEL 25 DE FEBRERO. GRACIAS. UN SALUDO.

*** ========== Resumen del proyecto 2013/45 ========== ***

Nº de Registro: 0045

Título
MEJORA EN LA DETECCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROCESO

Autores:
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, BENEDICTO TORRES MARIA PILAR, REMON VICENTE ESTER, CORRAL MARTIN MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA
En los últimos años los casos de donación de órganos han mantenido una tendencia a la baja en nuestro país, debido en parte a la disminución de los accidentes de tráfico. Según los datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), la mayoría de las donaciones se realiza de pacientes en muerte encefálica, siendo un mínimo porcentaje los donantes en asistolia. En 2008 dada la escasez de donantes, la ONT lanzó la campaña plan 40, que trata impulsar la donación para conseguir cifras de 40 donantes por millón de población. En este sentido nuestra Comunidad y por extensión nuestro Hospital se encuentran por debajo de ese objetivo estratégico. Esto se agrava al no disponer en nuestro centro de servicio Neuroquirurgico. Sin embargo, recientes estudios revelan el potencial que tienen los servicios de urgencias para detectar casos de potenciales donantes de órganos, que en la mayoría de los casos fallecen en urgencias/planta hospitalización dentro de las primeras 72 h, diagnosticados la mayoría de Hemorragia cerebral sin opciones terapéuticas y que podrían entrar en el programa. Este protocolo se está desarrollando ya en alguna comunidad Autónoma como La Rioja, con resultados excelentes (pasó de ser la que menos donantes tenía hace unos años a ocupar la cabeza de la lista en cuanto a detección de potenciales donantes).

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la detección de potenciales donantes en nuestro hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0045

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROYECTO

mejorar el proceso de la donación de organos desde el servicio de urgencias.

MÉTODO
Impulsar la formación y recopilar en una vía clinica todo el proceso de la donación de organos en urgencias . Pretende ser una herramienta que permita al urgenciologo abordar los siguientes items:
- Establecer con claridad las contraindicaciones para ser donante de órganos y tejidos. En este sentido hacer hincapié en que la edad no supone contraindicación.
- Recopilar indicadores validados clinico-radiológicos en la hemorragia intracraneal que permitan al clínico disminuir la incertidumbre a la hora de determinar el pronóstico de este tipo de pacientes e identificar los que pueden fallecer en muerte encefálica.
- Dar a conocer la figura del Coordinador de trasplantes del Hospital para consultar dudas y participación en el proceso.
- formación específica del personal para evitar conductas/actuaciones que faciliten la negativa de la familia a la donación. En este sentido, se tratará cómo dar malas noticias, establecer el cúando y el cómo se plantea la donación de órganos a la familia.
- Mantenimiento del potencial donante de órganos en urgencias mediante el abordaje de las principales complicaciones en estos pacientes.

INDICADORES
Determinar la tasa de potenciales donantes de órganos, donantes efectivos y compararla con la de años anteriores tras la implantación del programa.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo: abril-junio
Formación: septiembre
Seguimiento: 2 años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... AURORA ANDRES SALIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN IGUAL ADORACION
HERNANDEZ GARCIA LOURDES
CONEJOS LOZANO AURORA
CORTEL VICENTE ANA BENITA
FORNES LOPEZ MARIA TERESA
VICENTE CORTES ROSA
PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Actualización del protocolo de gasometría arterial y capilar
2. Presentación en el calendario de Sesiones del S. de Urgencias
3. Modificaciones en PCH para el registro del procedimiento con el fin de realizar la evaluación posterior.
4. Entrenamiento en la técnica de anestesia local de los profesionales.
5. Evaluaciones mensuales desde PCH de pacientes con patología respiratoria, cardíaca o metabólica a los que se les ha realizado una gasometría arterial.
6. Informar a los profesionales de los resultados de los indicadores evaluados.
7. Presentación de resultados en el Congreso Nacional de SEMES 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Existencia de protocolo actualizado de Gasometría Arterial: SI
2. % Pacientes en los que se administra anestésico local previa a la punción arterial: >90% de los pacientes.
3. % pacientes a los que se les realiza el Test de Allen previo a la punción: 84%.
4. Se llevo a cabo un estudio de casos-controles (desde julio 2016-febrero 2017) . El tamaño muestral fue de 312, siendo 249 los casos y 63 los controles. La distribución por sexos fue similar. El dolor asociado a la técnica lo refirieron como leve en el 95% de los casos y en el 20% de los controles, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. (p<0.001). No hubo diferencias en la aparición de complicaciones entre los 2 grupos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo considera muy positivo el uso de anestésico previa a la punción arterial. Los pacientes con experiencias previas nos lo manifiestan. No hemos tenido ninguna complicación.
Nos queda conseguir que cuando no se usa la anestesia previa a la punción los profesionales registren los motivos, ya que el protocolo establece como exclusión la extrema urgencia y la alergia a la anestesia.Durante este año queremos trasmitir y formar en el procedimiento a otras unidades del hospital que ya nos lo han solicitado y llevar a cabo una sesión en el Hospital San José a solicitud de la Dirección de Enfermería de dicho Centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/147 ========== ***

Nº de registro: 0147

Título
DISMINUCION DE DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Autores:
ANDRES SALIENTE AURORA, ESTEBAN IGUAL ADORACION, HERNANDEZ GARCIA LOURDES, CONEJOS LOZANO AURORA, CORTEL VICENTE ANA BENITA, FORNES LOPEZ MARIA TERESA, VICENTE CORTES ROSA, PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La punción arterial es una técnica habitual utilizada por los enfermeros de Urgencias, con gran valor en el diagnóstico y seguimiento de la insuficiencia respiratoria. Como técnica cruenta, produce dolor y los pacientes la perciben con rechazo.

En el hospital Obispo en el Polanco en el año 2015 se realizaron 9.196 gasometrías, de las cuales 2.573 fueron gasometrías arteriales. En nuestro Servicio de Urgencias, en el mismo periodo de tiempo se realizaron un total de 6.857 gasometrías de las cuales venosas fueron 5315 y 1542 arteriales, lo que supone el 59,93% del total de las gasometrías arteriales que se llevan a cabo en el hospital.

A pesar de que el uso de anestesia local antes de la punción arterial tiene un nivel de evidencia CATEGORIA IB dentro de la PBE (categorización de los CDC. Centers for Disease Control and Prevención. Atlanta. EEUU) y de que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) avalan la importancia de su utilización, en la práctica habitual no se utiliza, bien por desconocimiento, bien por creencias erróneas.

El temor y la ansiedad, además del dolor, puede altear los resultados por la hiperventilación asociada.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es la disminución del dolor asociado a la punción arterial utilizando en esta práctica anestesia local previa a la punción, siempre que el algoritmo elaborado en la actualización de este procedimiento no lo contraindique.
Constatar el nivel de conocimiento de los enfermeros en este procedimiento previo a su implantación.

MÉTODO
a.Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realizar una encuesta para objetivar el conocimiento de los enfermeros de urgencias con la practica de administración de anestesia local previa a la GA
b.Elaborar un nuevo protocolo de Gasometría Arterial actualizado con las prácticas basadas en la evidencia (PBE) descritas hasta la fecha.
c.Difusión de protocolo.
d.Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
e.Llevar a cabo las modificaciones pertinentes en PCH para su registro adecuado que permita la evaluación de esta práctica y estudios de investigación posteriores
f.Elaborar indicadores de evaluación.

INDICADORES
1. Existencia de un protocolo actualizado

2. % de G.A. en las que se utiliza anestesia local

Número de pacientes en los que se administra anestésico local previa punción arterial
Total de pacientes a los que se les realiza una GA

Esperamos conseguir un 80%

3. % de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 en EVA tras punción arterial previa infiltración de anestesia

Número de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 tras punción arterial previa infiltración de anestésico local.
Total de pacientes a los que se les administra anestésico previo a la punción

Esperamos conseguir: 90% - 95%

Se evalúan 15 pacientes / mes consecutivos desde ultimo día hábil hasta conseguir la muestra. (180 pacientes año).

DURACIÓN
Inicio proyecto: septiembre 2016
Resultados definitivos y memoria del proyecto: noviembre 2017

Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta práctica en las/os enfermeros de urgencias (previo al inicio del poyecto).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Fecha de entrada: 11/12/2018

2. RESPONSABLE ..... AURORA ANDRES SALIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN IGUAL ADORACION
HERNANDEZ GARCIA LOURDES
CONEJOS LOZANO AURORA
CORTEL VICENTE ANA BENITA
FORNES LOPEZ MARIA TERESA
VICENTE CORTES ROSA
PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEGUIMIENTO DE INDICADORES DURANTE 2018
DIFUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO DONDE SE NOS HA DEMANDO
DIFUDIR RESULTADOS EN CONGRESO SEMES Y JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes en los que se administra anestésico local previa a la punción arterial > 90%
- El dolor asociado al procedimiento en el 95% de los casos es de 0-3 (leve) en escala EVA.
- Se ha presentado el protocolo en una Sesión de Enfermería en el Hospital San José a cargo de Adoración Esteban y Lourdes Hernández.
- Los resultados del Proyectos se han presentado en un póster en el Congreso Nacional de SEMES y en una comunicación oral en las Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo después de dos años evaluando este Proyecto considera muy positivo el uso de anestésico previo a la punción arterial, no solo en la opinión de los profesionales, sino también como los propios pacientes nos lo trasmiten. En este momento consideramos que es una práctica totalmente implantada en nuestro Servicio, no habiendose presentado ningún efecto adverso con la misma.

7. OBSERVACIONES.
En el Servicio de Urgencias disponemos de las evaluaciones que avalan la realización de dicho Proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/147 ========== ***

Nº de registro: 0147

Título
DISMINUCION DE DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Autores:
ANDRES SALIENTE AURORA, ESTEBAN IGUAL ADORACION, HERNANDEZ GARCIA LOURDES, CONEJOS LOZANO AURORA, CORTEL VICENTE ANA BENITA, FORNES LOPEZ MARIA TERESA, VICENTE CORTES ROSA, PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La punción arterial es una técnica habitual utilizada por los enfermeros de Urgencias, con gran valor en el diagnóstico y seguimiento de la insuficiencia respiratoria. Como técnica cruenta, produce dolor y los pacientes la perciben con rechazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

En el hospital Obispo en el Polanco en el año 2015 se realizaron 9.196 gasometrías, de las cuales 2.573 fueron gasometrías arteriales. En nuestro Servicio de Urgencias, en el mismo periodo de tiempo se realizaron un total de 6.857 gasometrías de las cuales venosas fueron 5315 y 1542 arteriales, lo que supone el 59,93% del total de las gasometrías arteriales que se llevan a cabo en el hospital.

A pesar de que el uso de anestesia local antes de la punción arterial tiene un nivel de evidencia CATEGORIA IB dentro de la PBE (categorización de los CDC. Centers for Disease Control and Prevención. Atlanta. EEUU) y de que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) avalan la importancia de su utilización, en la práctica habitual no se utiliza, bien por desconocimiento, bien por creencias erróneas.

El temor y la ansiedad, además del dolor, puede altear los resultados por la hiperventilación asociada.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es la disminución del dolor asociado a la punción arterial utilizando en esta práctica anestesia local previa a la punción, siempre que el algoritmo elaborado en la actualización de este procedimiento no lo contraindique.
Constatar el nivel de conocimiento de los enfermeros en este procedimiento previo a su implantación.

MÉTODO
a.Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realizar una encuesta para objetivar el conocimiento de los enfermeros de urgencias con la practica de administración de anestesia local previa a la GA
b.Elaborar un nuevo protocolo de Gasometría Arterial actualizado con las prácticas basadas en la evidencia (PBE) descritas hasta la fecha.
c.Difusión de protocolo.
d.Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
e.Llevar a cabo las modificaciones pertinentes en PCH para su registro adecuado que permita la evaluación de esta práctica y estudios de investigación posteriores
f.Elaborar indicadores de evaluación.

INDICADORES
1. Existencia de un protocolo actualizado

2. % de G.A. en las que se utiliza anestesia local

Número de pacientes en los que se administra anestésico local previa punción arterial
Total de pacientes a los que se les realiza una GA

Esperamos conseguir un 80%

3. % de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 en EVA tras punción arterial previa infiltración de anestesia

Número de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 tras punción arterial previa infiltración de anestésico local.
Total de pacientes a los que se les administra anestésico previo a la punción

Esperamos conseguir: 90% - 95%

Se evalúan 15 pacientes / mes consecutivos desde ultimo día hábil hasta conseguir la muestra. (180 pacientes año).

DURACIÓN
Inicio proyecto: septiembre 2016
Resultados definitivos y memoria del proyecto: noviembre 2017

Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta práctica en las/os enfermeros de urgencias (previo al inicio del poyecto).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0160

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE RICARDO LAJUSTICIA MORENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES SALIENTE AURORA
PASTOR PEREZ MARIA JOSE
HERNANDEZ GOMEZ EVA
DOÑATE GONZALVO ROSANA
GUTIERREZ PEREZ MARIA ANGELES
GALVE BLASCO ROSA
GARCIA REMON LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del manual de limpieza, desinfección y esterilización de los materiales del Servicio de Urgencias.
Envío por correo electrónico a todos los profesionales.
Se lleva a cabo una sesión de información y formación en relación al tema primer semestre de 2017.
Se elaboran documentos de registro para evaluación.
Se adecuan contenedores para llevar a cabo el proceso de limpieza, desinfección y esterilización.
Se elabora una encuesta que valorar los conocimientos adquiridos tras la puesta en funcionamiento del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El manual esta disponible en formato papel y se ha enviado a todos los profesionales por correo electrónico: SI
2. Realización de una sesión en el Servicio para información y formación de los profesionales: SI. Realizada dentro del calendario de Sesiones del Servicio en el primer semestre de 2017.
3.Se han registrado y firmado todos los cambios de líquido de desinfectante de alto nivel (DAN) que se lleva a cabo los lunes.

4. De los registros se evidencia un incremento de la DAN de materiales semicriticos (50 unidades) en Urgencias, así como queda constancia del procedimiento correcto en todo el material crítico (110 unidades) procesado con DAN.
5. Todos los profesionales TCAES del Servicio manifiestan conocer el manual y la mayoría manifiesta disponer del mismo remitido por correo.
6. Evaluación de conocimientos:
El 93% registra habitualmente los procesos de DAN, el 93% contesta adecuadamente como se realiza el proceso de DAN, el 93% contesta adecuadamente como se lleva a cabo el aclarado tras la DAN del material crítico y 72% para el semicrítico. Aproximadamente el 90% distingue el material crítico y semicríto.
7. Utilidad del manual
A todas las profesionales les ha resultado útil el manual y ha incrementado sus conocimientos en este proceso, así como saben la importancia del registro para la evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha incrementado la desinfección de alto nivel (DAN) de materiales de urgencias.
Queda constancia del proceso realizado de todos los materiales procesados.
Se han incrementado considerablemente los conocimientos en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización en el Servicio de Urgencias.
Se han unificado criterios a la hora de procesar los materiales.
Se ha conseguido que los profesionales valoren la importancia del registro para evaluar los procesos.
Se presento el proyecto y los resultados obtenidos en las Jornadas Científicas de 2017 del Hospital Obispo Polanco en formato póster.

7. OBSERVACIONES.
La alta rotación de profesionales nos lleva a repetir periódicamente sesiones de formación en estos procesos.
Aunque se ha mejorado, consideramos mantener el proyecto activo en 2018 para asentar las buenas prácticas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/160 ========== ***

Nº de registro: 0160

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0160

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Título
DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
LAJUSTICIA MORENO JOSE RICARDO, ANDRES SALIENTE AURORA, PASTOR PEREZ MARIA JOSE, HERNANDEZ GOMEZ EVA, DOÑATE GONZALVO ROSANA, GUTIERREZ PEREZ MARIA DE LOS ANGELES, GALVE BLASCO ROSA, GARCIA REMON LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Mejora de procesos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Mejora de los procesos de limpieza, desinfección y esterilización

PROBLEMA
Los procesos de limpieza, desinfección y esterilización son muy importantes a la hora de prevenir la trasmisión de infecciones cruzadas hospitalarias. Dadas las características del Servicio de Urgencias, en los que es necesario la utilización de gran cantidad de material de forma urgente, la disponibilidad de nuestra Central de Esterilización, la gran cantidad de pacientes atendidos a lo largo de la jornada, la alta rotación de personal y déficit de conocimiento en algunos aspectos de estos procesos, consideramos abordar el problema con la elaboración de un manual que sirva de guía a la hora de llevar a cabo dichos procesos.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la variabilidad en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización con el fin de contribuir a impedir la trasmisión de las infecciones cruzadas hospitalarias, a través de la elaboración y difusión de un manual (formato fichas) que sirva de guía práctica a los profesionales sanitarios de urgencias, que entre sus actividades y tareas desempeñan labores de limpieza, descontaminación, desinfección y esterilización, del material, mobiliario destinado a pacientes, fómites e instrumental médico-quirúrgico.

Asimismo, dadas las características del Servicio de Urgencias y la disponibilidad de la Central de Esterilización de nuestro Hospital, con este manual pretendemos ampliar las posibilidades de la desinfección de alto nivel en las circunstancias en que se pueda hacer uso de ella en materiales semicríticos, en los que por situaciones especiales de gran presión asistencial fuera necesario recurrir a la misma.

Facilitar este procedimiento en los profesionales de nuevo ingreso y la satisfacción general de los profesionales.

MÉTODO
1. Se conforma grupo de trabajo.
2. Se elabora listado de materiales.
3. Se fotografían los materiales
4. Se conforma la estructura del manual:

En la primera parte de manual se recogerán todos los aspectos teóricos que todo el personal que maneja productos y materiales sanitarios deben conocer:

- ¿Qué es un producto sanitario?.
- Simbología del etiquetado productos sanitarios.
- Definiciones referentes a los procesos de esterilización.
- Higiene de manos.
- Descontaminación de superficies y mobiliario clínico.
- Desinfección de aparatos y mobiliario.
- Clasificación de los detergentes.
- Lavado manual. Protecciones.
- Tipos de desinfección.
- Niveles de desinfección.
- Tipos de materiales.
- Desinfectantes de medio/alto nivel desinfectantes de medio/bajo nivel.

En la segunda parte estará compuesta por las fichas de los diferentes materiales, mobiliarios y superficies subsidiarios de limpieza, desinfección o esterilización.

El esquema general será:

- Consideración del material.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0160

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Normas de limpieza, desinfección y esterilización si procede de cada material.
- Desmontaje y montaje si procede.
- Fotografía del material.
- Enlaces youtube si procede.

5. Elaboración.
6. Difusión.
7. Puesta en funcionamiento.
8. Evaluación.

INDICADORES
1. El manual esta disponible en formato papel y enviado en formato electrónico a todos los profesionales del Servicio de Urgencias.
2. Realización de una sesión de información y formación a todos los profesionales implicados.
3. Registro de los cambios del desinfectante de ato nivel.
4. Registro de materiales procesados con desinfectante de alto nivel. Evaluación de la trazabilidad del proceso.
5. Encuesta de utilidad/ satisfacción del personal con el manual.

DURACIÓN
1. Manual elaborado: noviembre 2016 (ya se ha iniciado).
2. Difusión: sesión formativa y envío a todos los profesionales del Servicio en formato PDF. Diciembre 2016
3. Elaboración de registros de evaluación: diciembre 2016.
4. Elaboración de encuesta de satisfacción: enero 2017.
5. Primera evaluación del proyecto: junio 2017
6. Memoria del proyecto: noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0178

1. TÍTULO

UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MARTINEZ OVIEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
COSCOLLAR ESCARTIN IRENE
LOPEZ MAS CLARA
TELLEZ SERRANO ALBERTO
BENEDICTO TORRES MARIA PILAR
GARCIA GARCIA PILAR
GARCIA CIRUGEDA GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se colocó un monitor de TV en la sala de espera de urgencias en marzo.
en abril. Se editaron 2 vídeos de unas 2 horas con contenido didáctico sobre urgencias y salud publica, el vídeo pasa en forma de bucle durante el periodo de 9 a 22 h.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
la satisfacción con el proyecto es alta, tanto de los profesionales que lo realizan como del publico que lo ha recibido.
Encuestas de satisfacción, el 90% lo encuentra útil y entretenido.
La reclamaciones por demora son ligeramente inferiores a las del año previo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sala de espera de urgencias es un lugar donde se pasa bastante tiempo, con distintas preocupaciones. Este material les ayuda a llevar mejor la espera, entretenerse y ya de paso aprender algo sobre cuidados en salud.

7. OBSERVACIONES.
el espacio wifi no ha sido posible crearlo por problemas técnicos.
El monitor de la sala de espera en ocasiones está apagado por problemas con mantenimiento del bucle de la película.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/178 ========== ***

Nº de registro: 0178

Título
UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS

Autores:
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, COSCOLLAR ESCARTIN IRENE, LOPEZ MAS CLARA, TELLEZ SERRANO ALBERTO, BENEDICTO TORRES MARIA PILAR, GARCIA GARCIA MARIA PILAR, GARCIA CIRUGEDA GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquier patologia urgente
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La frecuente saturación de los servicios de urgencias genera una espera, en ocasiones prolongada para ser atendidos o recibir los resultados. Dicha espera con frecuencia genera inquietud, aburrimiento, desesperación y enfado de los usuarios del Servicio de Urgencias, siendo éste unos de los puntos que merma la calidad del servicio prestado por esta Unidad. Además suele existir una desinformación sobre el proceso de atención de urgencias y las normas de la unidad. Otros proyectos de gestión muy importantes van encaminados a disminuir dicha espera. En este proyecto se pretende paliar dicha espera haciéndola más llevadera, entretenida con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0178

1. TÍTULO

UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS

contenidos de educación para la salud y paneles explicativos del proceso de atención en Urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la información del proceso de atención en urgencias. Disminuir la ansiedad y el aburrimiento de la espera para ser atendidos. Aumentar la educación sanitaria de los procesos más frecuentes. Como objetivo secundario se espera una disminución de las reclamaciones por espera a ser atendidos, al disminuir la desinformación del proceso de atención y hacer más llevadero el tiempo de espera.

MÉTODO
a) Se pretenden instalar 2 monitores en el Servicio de Urgencias, uno en la sala de espera de familiares y otro en la sala de Espera de resultados. En dichos monitores se expondrán:
- Diagramas del proceso de atención en Urgencias (proceso de triaje, medicación, atención boxes, radiología, sala observación, ingresos) junto con las normas y recomendaciones de la Unidad más importantes.
- Educación para la salud: recomendaciones de la Sociedad Española de Urgencias (SEMES) y otras Sociedades, sobre los procesos de salud más importantes mediante vídeos y paneles explicativos.
- Iniciativas solidarias
b) Crear una zona wifi 2.0 en el Servicio de Urgencias, que permita el acceso libre a internet en dichas estancias.

INDICADORES
La evaluación se llevará a cabo mediante encuestas de satisfacción a los usuarios.
Se valorará también el número de reclamaciones por demora en la asistencia en comparación con años previos como indicador secundario.

DURACIÓN
Durante el último trimestre de 2016 se pondrá en marcha la instalación de los monitores en las salas de espera. Confección del material audiovisual a exponer.

Durante el primer trimestre-segundo de 2017 se crearía el espacio wifi.

Encuestas y evaluación cuarto trimestre 2017.

OBSERVACIONES
La sala de espera de Urgencias es un magnifico escaparate para la información y educación sanitaria, ya que por ella pasan al año miles de usuarios y familiares.

Queda pendiente la adquisición del 2º monitor para la sala de espera de resultados.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0868

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUSTO MANUEL VILLALBA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS
FATAHI BANDPEY BEHROUZ
RODERO ALVAREZ FERNANDO
VICARIA WITTIG GUSTAVO
SANCHIS YAGO BEATRIZ
VERDES SANZ GUAYENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado sesión clínica en el Servicio de Urgencias.
Se inició la redacción del protocolo (ha quedado, de momento, inconclusa por el cambio de puesto de trabajo de 3 de los integrantes del equipo, incluyendo a la especialista en Endocrinología)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se comentó y se consensuó con la dirección del centro que el protocolo habría de incluir e integrar a otros servicios del hospital (especialmente Medicina Interna) para garantizar la continuidad del mismo.
No se ha incluido aún en el acuerdo de gestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se precisa de la inclusión de otros servicios puesto que la pretensión es que sea un protocolo que se siga en todo el hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/868 ========== ***

Nº de registro: 0868

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

Autores:
VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL, LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS, FATAHI BANDPEY BEHROUZ, RODERO ALVAREZ FERNANDO, FERNANDEZ MADRUGA RAMON, VICARIA WITTIG GUSTAVO, SANCHIS YAGO BEATRIZ, VERDES SANZ GUAYENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
. La diabetes es una enfermedad de elevada prevalencia en nuestro medio y, por sí sola, supone un apreciable incremento en la morbimortalidad, más aún cuando coexiste con otras patologías agudas o crónicas. De forma habitual se atiende en los servicios de urgencia a numerosos pacientes diabéticos, siendo necesario un adecuado control de las cifras de glucemia aún en el caso de no ser este el motivo de su atención. Es frecuente que para el control glucémico se aplique una pauta móvil de insulina, a pesar de que numerosos estudios han demostrado que no es la forma más eficaz ni la mejor.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es la aplicación de nuevas pautas de insulinización (bolo-basal+corrección) con la finalidad de un mejor control glucémico de los pacientes, disminución de la morbimortalidad y de la estancia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0868

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

hospitalaria. Además, un mejor conocimiento y tratamiento de la diabetes mellitus.

MÉTODO
a. Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realización de encuesta para objetivar el conocimiento de médicos, residentes y enfermeros en el servicio de urgencias de las pautas adecuadas de insulinización, así como de la necesidad de un adecuado control glucémico.
b. Elaboración de un protocolo de insulinización a aplicar en el servicio de urgencias y que pueda tener continuidad durante la hospitalización.
c. Difusión del protocolo.
d. Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
e. Realizar las modificaciones precisas en el PCH para su adecuado registro, evaluación y estudios polsteriores.
f. Elaborar indicadores de evaluación.

INDICADORES
1. Existencia de un protocolo actualizado
2. % de pacientes en el que se utiliza la nueva pauta/total de pacientes diabéticos que ingresa
Esperamos conseguir un 80%
3. % de pacientes que siguen con la misma pauta durante su estancia en planta/del total iniciado en urgencias
Esperamos conseguir 75%
4. Pauta de tratamiento al alta en pacientes que ingresan en planta/de los iniciados en urgencias

Se evaluarán 15 pacientes/mes consecutivos desde el último día hábil hasta conseguir la muestra (100).

DURACIÓN
Inicio proyecto: 10/2016
1.- elaboración del protocolo: 01/2017
2.- difusión del protocolo: 03/2017
Resultados definitivos y memoria del proyecto: 11/2017
Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta pauta en médicos, residentes y enfermeros en el servicio de urgencias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0063

1. TÍTULO

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/12/2018

2. RESPONSABLE ..... AURORA ANDRES SALIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ GARCIA LOURDES
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
MILLA VICENTE ROSA
VICENTE CORTES ROSA
PEREZ MARTIN MARIA ANGELES
CASTELLOTE ESCRICHE ISABEL
GASCON CONESA MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Tras llevar a cabo un AMFE de los riesgos relacionados con el uso de medicamentos en Urgencias, se definió un mapa de riesgos y posteriormente se elaboró un protocolo de Uso Seguro de Medicamentos y una guía de administración correcta de antibióticos.
-El protocolo se envió por correo electrónico a todos los profesionales y se presentó en una sesión de Servicio. Así mismo está disponible en documento de papel y colgado en la intranet del Servicio en el apartado de Urgencias.
-Se han llevado a cabo medidas de mejoras de iluminación de áreas de administración de medicamentos.
-Se han redistribuidos medicamentos en cajones en box 3 para estar más accesibles.
-Se etiquetaron todos los cajetines de medicamentos.
-Disponemos ya de una impresora para etiquetas para soluciones.
-Se adquirieron etiquetas impresas para etiquetado de jeringas y perfusiones de alto riesgo.
-Se estableció el etiquetaje de fecha de apertura y caducidad de desinfectantes Establecer la colocación de etiquetas con fecha de apertura y caducidad en desinfectantes, gotas, jarabes, pomadas.
-Se estableció la dinámica de evaluación mensual de los indicadores establecidos en el proyecto. Coincidiendo con periodos vacacionales se realizó de forma bimensual (Semana Santa, Verano, Navidad).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
*La situación de partida era la siguiente:
-Nº de inyectables caducados < 10 en la revisión mensual. No alcanzado
-Nº de antibióticos caducados < 7 unidades en la revisión mensual. No alcanzado.
-Nº comprimidos caducados <10 unidades en la revisión mensual. No alcanzado.
- Nº de medicamentos de conservación en frío fuera de la nevera <2. No alcanzado.
- Nº de envases con letrero no visible desde el frente <6. No alcanzado.
- Antidótos caducados < 2. Cuando la causa no sea de la farmacia central. No alcanzado
- Datos del libro de estupefacientes mal cumplimentados < 4 en una semana. No alcanzado
-Análisis de los errores de medicación notificados e información a los profesionales: En el momento de la evaluación inicial no existía ninguno.
-Perfusiones debidamente etiquetadas >80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.
-Jeringas debidamente etiquetadas > 80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.

*La evaluación final llevada a cabo la última semana de noviembre ha sido:
-Nº de inyectables caducados < 10 en la revisión mensual. Alcanzado
-Nº de antibióticos caducados < 7 unidades en la revisión mensual. Alcanzado.
-Nº comprimidos caducados <10 unidades en la revisión mensual. No alcanzado (15).
- Nº de medicamentos de conservación en frío fuera de la nevera <2. Alcanzado.
- Nº de envases con letrero no visible desde el frente <6. Alcanzado (5).
- Antídotos caducados < 2. Cuando la causa no sea de la farmacia central. Alcanzado
- Datos del libro de estupefacientes mal cumplimentados < 4 en una semana. Alcanzado
-Análisis de los errores de medicación notificados e información a los profesionales. Se envía con este informe.
Resultado:12 notificaciones de las cuales 5 estuvieron relacionadas con el Uso de Fármacos: errores en la ubicación de fármacos (4), administrar fármaco a paciente no correcto (1), no considerar alergias (1)
-Perfusiones debidamente etiquetadas >80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.
-Jeringas debidamente etiquetadas > 80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.
Resultados de la encuesta:
Participantes: 18 enfermeras/os (20 plantilla) y 11 TCAES (13 plantilla). Total 29 profesionales.
1. Porcentaje profesionales que conocen el protocolo: 96,55%
2. Pones etiquetas en diluciones: 88,88% de las enfermeras (se excluyen TCAES)
3. Utilizas etiquetas en jeringas: 77,77% de las enfermeras (se excluyen TCAES)
4. Consultado alguna vez protocolo administración antibióticos:79%.(se excluyen TCAES)
5. Pones fecha de apertura y caducidad en tubos de pomada y gotas:72% Sí y 24% a veces.
6. Han colaborado en la evaluación de caducidades: 69% de los profesionales en global.
7. Has recibido las evaluaciones mensuales del Proyecto de Calidad: Si el 96,5% de los profesionales.
8. Sabes sacar etiquetas de fármacos de la impresora: Si el 79% de los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0063

1. TÍTULO

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

9. Informas a los profesionales de nuevo ingreso del protocolo: Si el 75% de los profesionales.
10. Has realizado notificación de eventos adversos: En general si, si los hubiera detectado y un 27% dice no haber detectado ninguno.
11. Consideras que el orden y situación general de la farmacia ha mejorado: el 90% considera que si y el 10 que todo sigue igual (siendo estos profesionales todos de la categoría TCAE)
12. Consideras de utilidad disponer de este Protocolo: Si en el 100% de los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto de mejora ha sido posible gracias a la colaboración de muchos profesionales que han participado en las diferentes etapas del mismo. Es importante que la evaluación de la situación corra a cargo de los profesionales del Servicio para concienciar de su importancia. Aunque se ha mejorado mucho, hay que seguir evaluando mensualmente para garantizar la seguridad y la corrección de las desviaciones a la mayor brevedad en el tiempo.(Caducidades).
Tenemos que seguir notificando los errores detectados para aprender de los mismos.
Estamos satisfechos con los datos de la encuesta ya que la mayoría de los objetivos propuestos se han cumplido y los no alcanzados estamos en el buen camino de conseguirlos.

7. OBSERVACIONES.
Están archivados en el Servicio la documentación de las evaluaciones mensuales y las encuestas realizadas para la presentación de dicha memoria.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/63 ========== ***

Nº de registro: 0063

Título
USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ANDRES SALIENTE AURORA, HERNANDEZ GRACIA LOURDES, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, MILLA VICENTE ROSA, VICENTE CORTES ROSA, PEREZ MARTIN MARIA ANGELES, CASTELLOTE ESCRICHE ISABEL, GASCON CONESA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Seguridad clínica todos los pacientes de Urgencias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los problemas relacionados con los medicamentos son una de los eventos adversos prevenibles más frecuentes ligadas a la asistencia en los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH). En el Estudio EVADUR, desarrollado por SEMES, se evidenció que el 12% de los pacientes atendidos en Urgencias tuvieron algún incidente de seguridad. En dicho estudio el 37,6% de los incidentes detectados ocurrieron por algún problema en el manejo de la medicación, provocando un evento adverso en el 66% de las ocasiones.
En nuestro Servicio de Urgencias existe desde hace unos años el buzón para facilitar la notificación anónima de los eventos adversos. Las notificaciones por errores de medicación han sido:
- 2014: 15 relacionados con errores de medicación de los 58 notificados (25,86%)
- 2015: 7 relacionadas de con errores de medicación de los 13 notificados (53,84%)
- 2016: 18 relacionadas con errores de medicación de los 29 notificados (62,06 %).
Por todo ello se llevo a cabo un AMFE del cual se considero necesario la elaboración de un protocolo de Uso seguro de medicamentos en urgencias.
En la evaluación inicial llevada a cabo en enero no se cumplian ninguno de los indicadores planteados para la evaluación de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir los errores relacionados con el uso de medicamentos.
- Mejorar la formación de los profesionales en el uso y administración de medicamentos (disminuir los riesgos infecciosos, diluciones correctas, uso correctos de las vías de administración, evitar incompatibilidades)
- Incrementar la sensación de seguridad y confianza de los paciente al estar las preparaciones personalizadas.
- Mejora de la gestión económica al vigilar estrechamente las caducidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0063

1. TÍTULO

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

-Facilitar el trabajo de los profesionales al mejorar el orden, la forma de colocación, y la mejora de la iluminación.

MÉTODO
1. Llevar a cabo un AMFE de los riesgos relacionados con el uso de medicamentos en Urgencias.
2. Definir el mapa de riesgos.
3. Elaborar un protocolo de uso seguro de medicamentos y una guía de administración correcta de antibióticos.
4. Difundir el protocolo enviándolo por correo electrónico a todos los profesionales. Presentarlo en una sesión.
5. Llevar a cabo medidas de mejoras de iluminación de áreas de administración.
6. Redistribuir medicamentos en cajones en box 3.
7. Etiquetar todos los cajetines de medicamentos.
8. Conseguir impresora para etiquetas
8. Establecer la dinámica de etiquetado de perfusiones y jeringas.
10. Establecer la colocación de etiquetas con fecha de apertura y caducidad en desinfectantes, gotas, jarabes, pomadas..
9. Establecer dinámica de evaluación mensual de los indicadores establecidos.

INDICADORES
- Elaboración de protocolo(I. de estructura)

-Nº de eventos incidentes/eventos adversos relacionados con la medicación. Tasa por nº de urgencias. Pendiente estableer estándar.

- Nº de inyectables caducados < 10 en la revisión mensual
- Nº de antibióticos caducados < 7 unidades en la revisión mensual
- Nº comprimidos caducados <10 unidades en la revisión mensual
- Nº de medicamentos de conservación en frío fuera de la nevera <2
- Nº de envases con letrero no visible desde el frente <6
- Antídotos caducados < 2. Cuando la causa no sea de la farmacia central.
- Datos del libro de estupefacientes mal cumplimentados < 4 en una semana.
- Análisis de los errores de medicación notificados e información a los profesionales.

- Perfusiones debidamente etiquetadas >80% mañana del corte

- Jeringas debidamente etiquetadas > 80% mañana del corte

Al año realizar una encuesta para valorar la utilidad de la guía/protocolo.

DURACIÓN
Inicio del proyecto 2017: AMFE. Solicitud de impresora. Solicitud de etiquetas. Inicio del protocolo.
2018:Enero finalización del protocolo. Envío a los profesionales. Sesión de presentación.
En enero primera evaluación de la situación actual.
Con peirodicidad mensual evaluación de indicadores e información de los resulltados de la evaluación a los profesionales.
Diciembre evaluación de indicadores mensuales y de indicadores de corte anual y encuesta a los profesionales.
Memoria provisional.
2019: Seguimiento mensual de indicadores. Correcciones necesarias. Indicadores anuales. Memoria definitiva

OBSERVACIONES
Pendiente estableer estándar. -Nº de eventos incidentes/eventos adversos relacionados con la medicación. Tasa por nº de urgencias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0469

1. TÍTULO

AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLOPARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICASEN URGENCIAS

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CLARA LOPEZ MAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN FUENTES FRANCISCO JOSE
ROS TRISTAN CARMEN MARIA
VICENTE CORTES ROSA
HERNANDEZ GARCIA LOURDES
SANCHIS YAGO BEATRIZ
MUÑOZ MENDOZA VANESA
IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo para la administración de hierro intravenosos, con las indicaciones, contraindicaciones y forma de administración. Se colgó en la intranet.
Se difundió dicho protocolo a traves de :
- Sesión dentro del Servicio de urgencias.
- Se remitió el mismo a los jefes de unidad de los servicios de Cirugia, Trauma, MI,, anestesia.
- Se realizó una sesión conjunta con Atención Primaria en el C. Salud Ensanche para mostrarles dicho protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Comparando el uso del hierro intravenoso en dos años consecutivos, poniendo como punto de inflexión entre ellos la realización del protocolo de uso del hierro intravenoso en el servicio de urgencias, podemos destacar que el uso de este fármaco dentro de sus indicaciones se ha prácticamente duplicado, tratándose de esta forma al 60% de los pacientes en 2018 frente al 36.1% de 2017. De igual modo, el porcentaje de pacientes con indicación de uso de hierro intravenoso no tratados con el mismo ha disminuido notablemente, siendo sólo el 26.9% en 2018 frente al 43.5% de 2017.
El 100% de los pacientes tratados con hierro intravenoso cumplían los criterios necesarios para instaurar este tratamiento, por lo que en ningún caso se realizó un uso inadecuado del mismo.
En relación al ahorro de sangre:
En 2016 se trasfundieron en total (anemias de cualquier etiologia) 333 concentrados de hematies y una vez implantado el protocolo en 2018 se trasfundieron 250 concentrados (un 26% menos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de este protocolo ha cumplido su objetivo de racionalizar el uso de hemoderivados en las anemias ferropénicas, disminuyendo la variabilidad clinica en la utilización del hierro parenteral, estandarizando el procedimiento y reduciendo los costes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/469 ========== ***

Nº de registro: 0469

Título
AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS

Autores:
LOPEZ MAS CLARA, ESTEBAN FUENTES FRANCISCO JOSE, ROS TRISTAN CARMEN MARIA, VICENTE CORTES ROSA, HERNANDEZ GARCIA LOURDES, SANCHIS YAGO BEATRIZ, MUÑOZ MENDOZA VANESA, IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología: Anemias
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0469

1. TÍTULO

AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLOPARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICASEN URGENCIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Según los datos de numerosos países y atendiendo a las definiciones de anemia de la OMS, se estima que la prevalencia global de la anemia es del 33%. Los Servicios de Urgencias son un área donde es frecuente encontrar pacientes anémicos o ferropénicos, de los cuales el 20-30% presenta una anemia moderada-severa. Actualmente según la evidencia científica se prefieren las políticas restrictivas de transfusión de hemoderivados. Los concentrados de hematies son un recurso escaso, además los riesgos infecciosos e inmunes derivados de su administración deben ser tenidos en cuenta, sobre todo en los pacientes que pueden ser tratados con otras alternativas.

RESULTADOS ESPERADOS
En estos pacientes, la incorporación del tratamiento con hierro intravenoso conllevaría una recuperación más rápida de los síntomas de anemia lo que supondrá:
- Principalmente una menor utilización de trasfusión de hematies.
- Menor número de visitas a los Servicios de Urgencias y menores estancias en los mismos. Reduce el tiempo de enfermería por su rápida administración en comparación con la transfusión. Además presenta mayor seguridad de administración que los hemoderivados.
- Menores estancias hospitalarias.
- Reducción de los costes.

MÉTODO
1. Elaboración de un protocolo para la administración de hierro parenteral.
2. difusión del mismo a otras Unidades del Hospital para que puedan ser derivados a nuestro Servicio si se precisa.
3. Charla informativa a Atención Primaria sobre esta alternativa terapéutica en casos en los que el hierro oral es mal tolerado.

INDICADORES
El registro de los casos se hará en PCH, codificando los mismos como anemia ferropénica (código CIE-9 280.9). La revisión de los casos será anual, valorando parámetros como:
indicación correcta >90%
cuantificación del ahorro de sangre. numero de concentrados de hematies/pacientes con anemia en urgencias. Comparación con año previo. Disminución de c. hematies en al menos un 25%

DURACIÓN
Elaboración revisión protocolo (enero-febrero 2018)
Charlas Atención Primaria (marzo 2018)
Difusión resto de Servicios Hospitalarios (abril 2018)
Análisis de resultados (diciembre 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0502

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MARTINEZ OVIEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H OBISPO POLANCO
· Localidad ..... TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
MARTINEZ BURGUI JESUS ANGEL
COSCOLLAR ESCARTIN IRENE
LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS
VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL
RODERO ALVAREZ FERNANDO
BURGUES DALMAU INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante 2018 se realizó una busqueda bibliografica sobre protocolos de actuación similares en otras comunidades, así como de abordaje de las situaciones de violencia intralaboral.
Se ha redactado un protocolo de actuación en urgencias, pendiente de la ultima revisión y colgar en la intranet.
Durante este año ha sido díficil contactar con los reponsable de la Policia Nacional para abordar este tema, ya que su formación ha sido tambien durante este año.
El timbre de panico, los talleres de autodefensa y de abordaje psicológico del agresor no se han podido llevar a cabo por falta de financiación. Esperamos poder conseguirla para este año 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este año se ha realizado una especial sensibilización a los trabajadores para notificar las situaciones de violencia en el trabajo. Se han mostrado las herramientas ya existentes.
En este año se han notificado 3 agresiones a profesionales por un mismo paciente en diferentes visitas del año, descubiertas al ponerlas en comun y hablar del tema.
Una agresión grupal, intimidación con violencia verbal. Se puso en conocimiento del Jefe de Servicio que realizó la comunicación oportuna a la dirección Medica y Riesgos laborales, mandando una carta de repulsa a los agresores y una carta de apoyo al personal sanitario manteniendo sendas entrevistas con ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las notificaciones de las agresiones desde la puesta en marcha de este proyecto han aumentado en mas de un 80%.
La satisfacción de los profesionales con el apoyo recibido ha sido muy importante.
Es necesario enseñar las herramientas prácticas para mitigar los episodios de violencia.

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto está todavía inacabado, por los motivos que expresado anteriormente.
La formación del responsable de la Policia ha sido en el ultimo semestre del año, la falta de financiación dificulta la puesta en marcha de los talleres prácticos y la compra de material para llevarlo a cabo. Esperamos terminarlo en el primer semestre de 2019

*** ========== Resumen del proyecto 2018/502 ========== ***

Nº de registro: 0502

Título
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

Autores:
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, MARTINEZ BURGUI JESUS ANGEL, COSCOLLAR ESCARTIN IRENE, LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS, VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL, RODERO ALVAREZ FERNANDO, BURGUES DALMAU INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: violencia física o verbal.
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0502

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Diferentes estudios internacionales muestran la alta prevalencia de las agresiones que sufren los profesionales de la salud. en los centros hospitalarios se ha encontrado que el 57% de los profesionales sanitarios han recibido alguna agresión en el último año, ya sea verbal (el 50% de los profesionales) o Física (el 25%). En relación a los Servicios Hospitalarios, es el Servicio de Urgencias donde se dan más del 50% de las agresiones.
La violencia es causada a los trabajadores sanitarios por compañeros, pacientes y familiares de estos. Todas las categorías de profesionales sanitarios están expuestos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Elaborar una pauta de actuación que permita en primer lugar detectar y evaluar las situaciones de riesgo. 2 Manejo del agresor con procedimientos psicológicos y Físicos de autodefensa. 3. Mejorar la respuesta del resto del Personal ante una agresión que se está produciendo. 4. Poner a disposición del trabajador agredido los sistemas de notificación interna y la información para denunciar los hechos. 5. establecer un sistema de apoyo a las victimas.

MÉTODO
1. Elaboración de un protocolo que permita identificar las zonas y profesionales de riesgo en Urgencias y permita coordinar la respuesta a dichas agresiones. Difundir la tolerancia cero del Servicio de Urgencias a las agresiones.
2. Reunión con responsables de la Policia Nacional para abordar este tema. Charlas informativas a los profesionales.
3. Taller de autodefensa personal.
4. Taller de abordaje psicológico del agresor y de las situaciones de violencia.
5. Simulación clínica para difundir la aplicación del protocolo.

INDICADORES
-Protocolo redactado y colgado en la intranet.
-Numero de agresiones detectadas/ notificaciones realizadas al responsable superior.
-Disminución del Numero de agresiones en relación con el estándar de la literatura en el Servicio de urgencias x año (58% de los profesionales).
-Encuesta de satisfacción del profesional >80%

DURACIÓN
abril-junio: contacto con los responsables de la Policía Nacional. Búsqueda bibliográfica.
septiembre-octubre: elaboración de un protocolo de la Unidad sobre violencia al profesional Sanitario.
Noviembre: talleres de defensa personal y abordaje psicológico.
diciembre: simulación clínica y difusión del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA SAENZ BALLOBAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ PANZANO MANUEL
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA
TORRALBA MARCO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante estos primeros meses se ha diseñado el protocolo del proyecto, utilizando la escala HADS para evaluar al ansiedad presente en el paciente previa y posteriormente a las 8 sesiones mensuales de meditación midfulness. Estas sesiones nos ayudarán a intentar reducir el estrés y así llegar en mejores condiciones a la cirugía. Se han reservado espacios para dichas sesiones y se ha trabajado junto con psicología el tipo de sesiones a realizar mediante meditación del escaneo o recorrido corporal también llamado "body scan". Desde enfermería se aplicará la escala para saber la puntación antes y después de dichas sesiones. Las sesiones se realizarán el último miércoles de cada mes, teniendo una duración aproximada de una hora. Desde anestesia se derivarán a salud mental aquellos pacientes que se detecte que puedan beneficiarse en mayor medida de esa reducción de la ansiedad mediante mindfulness.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por el momento se ha derivado un paciente desde antestesia que está pendiente de iniciar las sesiones mensuales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se necesita más tiempo para poder recibir más muestra de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1438 ========== ***

Nº de registro: 1438

Título
INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIETENTES CON CANCER COLORRECTAL

Autores:
GONZALEZ PANZANO MANUEL, DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: Psicosomática
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el incremento en el número de pacientes que tienen que ser sometidos a cirugía por cáncer de colon en los últimos años cobra sentido dedicar recursos a una intervención que tenga por objeto que éstos lleguen en optimas condiciones psicofísicas abordando aspectos como el ejercicio, la nutrición etc. Dada la evidencia científica que ha demostrado el mindfulness de cara a disminuir la ansiedad y mejorar la salud de una forma integral consideramos que resultaría eficaz también realizar este tipo de terapia de forma prequirúrgica para obtener sus beneficios y llegar en mejores condiciones al momento de la intervención así como también de forma postquirúrgica para una óptima recuperación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos del proyecto:
-Detectar a aquellos pacientes que podrían beneficiarse en mayor medida de una reducción de la ansiedad mediante las escala HADS.
-Realizar en los meses previos a la intervención sesiones mensuales de meditación mindfulnes de cara a reducir el estrés y llegar en mejores condiciones a la cirugía.
-Realizar en los meses posteriores a la intervención 8 sesiones de forma mensual de cara a una óptima recuperación.

Población diana: Pacientes con mayor puntuación en ansiedad detectada en la escala HADS.

MÉTODO
-Creación de un espacio en la agenda de los psiquiatras del CSM de Alcañiz un miércoles al mes de 8 a 10h de forma mensual para realizar la intervención de tipo mindfulness.
-Oferta de participar en las sesiones de meditación que se organizan mensualmente en el CSM Alcañiz los miércoles.
-Oferta postcirugía a los pacientes para continuar con 8 sesiones más de cara a la óptima recuperación.

INDICADORES
Evaluación:
-Registro de escala HADS previamente a iniciar las sesiones de meditación y tras las 8 sesiones.
-Valoración del tiempo de recuperación del proceso en comparación a quienes no realizan las sesiones de meditación.

DURACIÓN
El proyecto tendrá una duración aproximada de un año, con inicio previsto en julio de 2018 y finalización en julio de 2019. Se planificarán sesiones mensuales de 2 horas, impartidas por los diferentes profesionales participantes de la USM Alcañiz.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1556

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... HELENA BECERRA DARRIBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ BALLOBAR ANA
GARCES TRASOBARES ROSA NATIVIDAD
PEREZ MAICAS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha llevado a cabo una sesión clínica informativa en el Centro de Salud de Alcañiz, que tuvo lugar el pasado 19 de febrero de 2019. Ésta fue impartida por la coordinadora de este proyecto (psiquiatra), y dirigida a médicos de atención primaria, con el título: “Protocolo de abordaje terapéutico de los Trastornos de Adaptación”. En ella, se han detallado los criterios de derivación a Salud Mental aplicables a dicha patología. Asimismo, se ha distribuido información verbal y se ha facilitado el material utilizado en la sesión (presentación digital) a aquellos facultativos de atención primaria del sector de Alcañiz que solicitan habitualmente interconsultas a la USM de Alcañiz. De esta forma, se ha podido detallar en los casos clínicos reales consultados, el manejo terapéutico individualizado de la sintomatología ansioso-depresiva leve en contextos adaptativos, en pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos ni criterios de gravedad.

Se han empleado los recursos humanos disponibles en el equipo multidisciplinar de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz (USM), compuesta por psiquiatras, psicólogas y enfermería, con la convocatoria de reuniones mensuales en el recurso, desde enero hasta marzo de 2019, para la recopilación de los resultados obtenidos y su evaluación. Además, ha sido necesario el uso de la herramienta de interconsulta virtual de la historia clínica electrónica del Servicio Aragonés de Salud, la sala de juntas del Centro de Salud de Alcañiz y el correo electrónico institucional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se revisaron las interconsultas virtuales recibidas en la USM de Alcañiz, a través de la historia clínica electrónica del Servicio Aragonés de Salud, durante el periodo temporal comprendido entre enero y marzo de 2019, que habían sido emitidas desde los equipos de atención primaria del sector de Alcañiz, demandando una primera valoración de pacientes sin seguimiento previo en Salud Mental que presentaban trastornos adaptativos.

Los resultados hallados confirman que el 50% de estas derivaciones cumplían los criterios establecidos e implantados durante el desarrollo del proyecto. Igualmente, el 45% de las consultas correspondientes a aquellos casos de sintomatología más leve, han sido resueltos y controlados por el médico de atención primaria, aplicando las recomendaciones sugeridas desde psiquiatría, situación que supone una disminución del gasto sanitario en asistencia especializada no pertinente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el equipo, se valora positivamente la consecución de los objetivos fijados y se concluye de manera satisfactoria el proyecto, considerando que ha supuesto un avance importante en el proceso de coordinación entre salud mental y atención primaria, con mejoría de la calidad asistencial de los pacientes. Por ello, sería recomendable su replicación en otras Unidades de Salud Mental.

7. OBSERVACIONES.
Sin observaciones.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1556 ========== ***

Nº de registro: 1556

Título
OPTIMIZACION DEL ABORDAJE CLINICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION DESDE ATENCION PRIMARIA, EN COORDINACION CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
BECERRA DARRIBA HELENA, DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, GONZALEZ PANZANO MANUEL, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCAÑIZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1556

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: Trastornos depresivos y de ansiedad
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La interconsulta virtual establece una colaboración directa entre profesionales. Sin embargo, en los trastornos depresivos y de ansiedad que son identificados y canalizados desde Atención Primaria a nuestra Unidad de Salud Mental a través de esta herramienta, hemos detectado manejos terapéuticos inadecuados, escasa resolución previa de cuadros clínicos leves, dificultades en la valoración de la gravedad de la sintomatología y elevada heterogeneidad en los criterios de derivación, especialmente si la patología se presenta en el contexto de un proceso adaptativo. Todo ello contribuye a empeorar el pronóstico con aparición de complicaciones y prolongación de la disfuncionalidad.

Pertinencia: radica en la necesidad evidenciada de proporcionar una formación a los facultativos de atención primaria, para el correcto abordaje de los trastornos depresivos y de ansiedad desde su presentación temprana. Ello posibilitará la discriminación precoz de aquellos casos que precisen una intervención especializada, mediante la aplicación de un protocolo consensuado de derivación y tratamiento, optimizando el uso de la Interconsulta Virtual.

RESULTADOS ESPERADOS
- Instaurar un protocolo unificado para el manejo clínico desde Atención Primaria de los trastornos depresivos y de ansiedad, que incremente la eficiencia de las interconsultas virtuales con Salud Mental.

Resultados que se espera conseguir:
- Asumir desde Atención Primaria el manejo terapéutico elemental de la sintomatología ansioso-depresiva leve en contextos adaptativos, de pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos ni criterios de gravedad, con el apoyo de psiquiatría como consultor virtual.
- Identificar desde Atención Primaria a pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad susceptibles de recibir asistencia especializada, para su canalización a Salud Mental e inicio precoz de tratamiento.
- Disminuir la prescripción prolongada de psicofármacos ansiolíticos de potencial abuso como primera elección desde Atención Primaria, ofreciendo formación para la correcta elección terapéutica de antidepresivos en estas patologías.
- Reducir el gasto sanitario que supone la asistencia especializada de trastorno mental común no complicado en un dispositivo psiquiátrico ambulatorio.

Población diana: Mujeres y hombres con edad mínima de 18 años, que consulten en Atención Primaria del Sector de Alcañiz, presentando sintomatología ansioso-depresiva.

Dirigido a: Equipos de Atención Primaria del Sector Sanitario de Alcañiz.

MÉTODO
1. Elaboración y distribución telemática por el Equipo de la USM de algoritmos de manejo clínico de los trastornos depresivos y de ansiedad destinados a Atención Primaria, que faciliten la toma de decisiones terapéuticas.
2. Diseño y difusión telemática de un protocolo por el Equipo de la USM, con criterios homogéneos de derivación de trastornos depresivos y de ansiedad desde Atención Primaria a Salud Mental, así como la identificación de sintomatología de gravedad.
3. Implantación de una plantilla modelo en la Historia Clínica Electrónica, para la solicitud de interconsultas virtuales a Salud Mental desde Atención Primaria, que recoja la información clínica necesaria para la gestión de los casos, asignación de terapeuta y preferencia de la intervención.
4. Distribución de material formativo virtual a los profesionales de Atención primaria en relación al uso racional de psicofármacos ansiolíticos y manejo de antidepresivos.

Se enviará un vídeo explicativo a los Equipos de Atención Primaria, detallando la correcta aplicación de los algoritmos y protocolos diseñados. Desde la USM se responderán vía email aquellas dudas que puedan surgir del funcionamiento y puesta en marcha del proyecto.

INDICADORES
Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica del SALUD.

-Proporción semestral de Derivaciones a Salud Mental desde Atención Primaria que cumplen con los criterios establecidos (mín. 20%, máx. 100%).
-Proporción semestral de Interconsultas virtuales a Salud Mental desde Atención Primaria que han aplicado la plantilla modelo (mín. 20%, máx. 100%).
-Proporción semestral de pacientes asumidos en Atención Primaria con apoyo de Psiquiatría como consultor virtual (mín. 20%, máx. 100%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1556

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

DURACIÓN
El proyecto tendrá una duración aproximada de 12 meses, con inicio en septiembre de 2018 y finalización prevista en septiembre de 2019.

Los responsables de su implantación serán las psiquiatras, psicólogas y enfermera de la USM. Cada actividad se realizará durante todo el periodo temporal que permanezca activo el proyecto, con disponibilidad ilimitada del material distribuido. Se enviarán emails mensuales a los coordinadores de Atención Primaria del sector, recordando la aplicación de los algoritmos y protocolos del proyecto. Cada seis meses se reservarán tres horas dentro del horario laboral, para la evaluación de los resultados por los miembros del Equipo de la USM.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1136

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... INMACULADA ALBESA BENAVENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMESTOY CHIESA MARCELA
SENDER ALEGRE LAURA
CASTELLANO JUSTE ISABEL
AGUILAR JULIAN MARTA
PIRVULESCU MARIANA
FACI OLMOS MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo. Se ha elaborado a nivel de sector, por grupo de trabajo de sector en el que hemos participado, aunque se va a difundir en este primer trimestre de 2018.
- Sesiones formativas. Se ha informado a los profesionales médicos y de enfermería del procedimiento de intervención, y se ha incluido en el contrato de gestión de mac y eac los indicadores relacionados con el tabaquismo. Se ha formado a 3 profesionales en la realización de espirometrías, y se ha hecho hincapié sobre la necesidad de derivación para realización de espirometrías a los fumadores entre 50 y 80 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco: hemos pasado del 41,75% en Diciembre de 2016 al 50,33%.
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco: hemos alcanzado nuestro máximo histórico en un 48,77%, aumentando considerablemente el indicador de intervención, lo que valoramos especialmente en un centro con elevada demanda.
- % de pacientes fumadores entre 50-80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años. El resultado está en estos momentos en un 25% equidistante de los estándares mínimo y excelente del sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La acción coordinada de la formación y la inclusión de los indicadores en contrato de gestión individualizado ha conseguido que nuestro centro de salud haya roto el techo del 40% en la intervención de tabaquismo, incrementando simultáneamente la detección de fumadores. Como es un indicador con ventana temporal de dos años, confiamos en mejorar significativamente al año que viene.
- El dato de espirometrías es mejorable. Confiamos en que la difusión del programa favorezca la petición de espirometrías.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1136 ========== ***

Nº de registro: 1136

Título
IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:
TELMO HUESO SIRA, AMESTOY CHIESA MARCELA, SENDER ALEGRE LAURA, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, AGUILAR JULIAN MARTA, PIRVULESCU MARIANA, FACI OLMOS MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1136

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

PROBLEMA
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo:
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria

RESULTADOS ESPERADOS
- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO
- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Fuente: cuadro de mando

DURACIÓN
Marzo-Abril: Elaboración del procedimiento
Mayo: Difusión del procedimiento
Junio-Diciembre: Monitorización de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1491

1. TÍTULO

CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARCELA AMESTOY CHIESA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORRIBAS MARTIN MIRIAM
ARENZANA GARCIA SARA
LAMBEA SALVADOR ESTHER
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA
COLMENERO QUILEZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El programa no se ha podido llevar a cabo de momento,ya que el tiempo no ha permitido realizar salidas matutinas, por otro lado la falta de médicos, ha obligado a doblar consultas médicas en diferentes pueblos desde antes del periodo estival, por lo que no ha dejado tiempo suficiente para coordinar de forma adecuada la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque no se ha realizado la actividad, la población sigue motivada en la realización de la misma ya que preguntan y se interesan por el inicio de las mismas.
De hecho la ruta ya se diseño, y hay pacientes que la realizan de forma individual o en pequeños grupos, acudiendo posteriormente a la consulta médica e informando de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que haberse podido ejecutar en el periodo marcado de Julio a Noviembre, los resultados hubieran sido muy buenos, ya que no solo hubieran participado los habitantes habituales de la población sino también los residentes temporales.
Se preveé reiniciar la actividad en marzo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1491 ========== ***

Nº de registro: 1491

Título
CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ

Autores:
AMESTOY CHIESA MARCELA, SORRIBAS MARTI MIRIAM, TELMO HUESO SIRA, SENDER ALEGRE LAURA, ARENZANA GARCIA SARA, LAMBEA SALVADOR ESTHER, CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, COLMENERO QUILEZ ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el cuidado del individuo es fundamental encontrar un equilibrio en sus hábitos higiénico-dietéticos que incluyen una alimentación sana, el ejercicio y el sueño reparador. Creemos que si motivamos a la población para iniciar una actividad en conjunto con pautas concretas para realizar un ejercicio se podría concientizar a la misma de la importancia que tiene el ejercicio en su buen estado general

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el interés de la población por modificar sus hábitos sedentarios de vida para mejorar su calidad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1491

1. TÍTULO

CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ

vida.

MÉTODO
Establecer un día a la semana con un horario concreto donde reunir a aquellos que estén interesados en participar de las caminatas.
Nombrar dos responsables dentro del grupo que sean los encargados de llevar a cabo los recorridos.
Determinar diferentes rutas para cada día.
Previo a la caminata realizar ejercicios de estiramiento.
Al finalizar la caminata repetir los ejercicios de estiramiento.

INDICADORES
Trascurridos dos meses de iniciado el proyecto se pasará una encuesta para valorar la motivación de los participantes y recoger sugerencias para ir mejorando la actividad.

DURACIÓN
JULIO A NOVIEMBRE DE 2017, una vez a la semana

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1495

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SIRA TELMO HUESO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARENZANA GARCIA SARA
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA
ALBESA BENAVENTE INMACULADA
GRACIA JOSA SONIA
PIRVULESCU MARIANA
GASCA BEL LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Gestión de indicadores:

- Se ha alcanzado una mejora importante en los de enfermería y los de diabetes, que se detallan en el proyecto “Gestión de indicadores en enfermería”.

- Los indicadores de antibióticos en pediatría han mejorado modestamente, a pesar de la comunicación realizada…. El indicador de prescripción en faringoamigdalitis en pediatría, obteniendo una mejora de un 5,5% (hemos pasado del 58,44% al 63,9%), mientras que en el de antibioterapia en otitis hemos pasado de un 77,33% a un 80,96%, existiendo espacio para la mejora en 2018..

-Eficiencia en visitas: Se desarrolla en proyecto aparte

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO:

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y externa y se ha hecho la revisión por la dirección.
- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes. No se han detectado problemas en 2017
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. La auditoria externa realizada en Andorra encontró una pinza esterilizada hace más de 6 meses lo que nos ha obligado a implantar un sistema de control de caducidades del material estéril a todos los centros.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. La auditoria interna encontró problemas en las fechas de apertura de varios envases multidosis lo que ha dado lugar a una acción de mejora,
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. Se han registrado 54 incidencias, la mayor parte relacionadas con los fallos de OMI, aspectos de seguridad laboral como los contenedores de residuos, deficiencias de los consultorios… las más importantes han dado lugar a no conformidades. Destacamos la acción de mejora de la creación de un mensaje para las llamadas telefónicas no atendidas, dado que hasta que se implantó, cuando alguien llamaba por una urgencia podría encontrarse fácilmente con la situación de que no le cogían el teléfono. Actualmente se les informa de que nuestras lineas estan ocupadas y que si tienen alguna urgencia pueden llamar a 061.
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido que ha incluido reciclaje en reanimación cardiopulmonar.
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones.
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Una nevera se estropeó en la campaña de 2016 teniendo que desechar vacunas. A lo largo de 2017 no se arregló y la auditoría externa señaló el problema como no conformidad por lo que finalmente se consiguió cambiar la nevera. Se ha
9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 06/09/2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Cambio de nevera con fecha 06/09/2017

- En la auditoria interna: 27/09/17, se destaca el buen control de almacenes y botiquines y de la esterilización.

Se destacó la mejora en seguridad derivada del sistema de gestión de almacenes y botiquines, el sistema de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1495

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

fijación de la bombona de oxígeno en el coche, la gestión de proyectos y la abundancia de proyectos comunitarios en los últimos años.
Se señalaron problemas puntuales en documentación, además del problema descrito de los envases multidosis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1495 ========== ***

Nº de registro: 1495

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
TELMO HUESO SIRA, AMESTOY CHIESA MARCELA, ARENZANA GARCIA SARA, CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, GRACIA JOSA SONIA, PIRVULESCU MARIANA, GASCA BEL LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todos los pacientes
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
El centro de salud de Alcañiz está certificado desde el año 2016 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.
Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

Objetivos estratégicos, comunes, inputs y outputs

MÉTODO
IMÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
Gestión de indicadores médicos: El coordinador del centro mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:
Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
Indicadores programa de diabetes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1495

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Indicadores de Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector de Alcañiz.
Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,
Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los 5 últimos).
Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo
Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES
NDICADORES
Mantenimiento de la certificación ISO
Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN
Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.
Mayo: revisión por la dirección
Junio-Septiembre: auditoría interna
Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SIXTO JOSE MARTINEZ ARRIAZU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOLINS GASCON AURORA
HERRERO BLASCO JOSE LUIS
BLANC EMPERADOR CARMEN
SANZ PEREZ ANA MARIA
VILLANOVA ALTABELLA ROSA
SANCHO VELILLA ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- En el mes de Julio se realizó reunión de equipo para introducir el concepto de consulta no presencial. Esto incluyó el rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Se mostraron las recomendaciones del artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el mes de Diciembre todas las agendas tienen entre 3 y cinco huecos de demanda no presencial.
En una revisión de final de año donde se evaluó la utilización de al menos una visita diaria de consulta no presencial se encontró que el 62,5% de los médicos utilizaba al menos un hueco diario mientras que en enfermería el % bajaba al 37,5%.
En estos momentos se dispone de datos de SIAP hasta septiembre, momento en que no todas las consultas habían establecido los huecos de consulta no presencial. Estos son los resultados

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de demanda en MF/ Pediatría: 3,23%
% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de en enfermería: 2,16%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que de haberse podido evaluar Noviembre o Diciembre los resultados habrían sido mejores, ya que en Septiembre todavía es mes de vacaciones y los sustitutos no pueden realizar demanda no presencial. El sector está elaborando un procedimiento de consulta no presencial para homogeneizar la tipología de casos que se pueden incluir en este concepto y vamos a continuar trabajando hasta conseguir los objetivos previstos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1521 ========== ***

Nº de registro: 1521

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE, MOLINS GASCON AURORA, HERRERO BLASCO JOSE LUIS, BLANC EMPERADOR CARMEN, SANZ PEREZ ANA MARIA, VILLANOVA ALTABELLA ROSA, SANCHO VELILLA ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcañiz hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcañiz

MÉTODO
MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1522

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN GAN GARGALLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ PEREZ ANA MARIA
BLANC EMPERADOR CARMEN
VILLANOVA ALTABELLA ROSA
SANCHO VELILLA ROSA MARIA
CAMPOS BERNAL ALBA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con este proyecto de mejora pretendíamos mejorar la gestión de los pacientes sin cita (indemorables) en nuestro Centro de Salud. Las citas indemorables son un problema de primer orden en nuestro centro, dado que los cupos son elevados entre 1700 y 1900 pacientes con un porcentaje aproximado de 30% de pacientes mayores de 65 años.
Por parte de la Unidad Administrativa se ha intentado informar a la población del correcto funcionamiento de los servicios del Centro, la adecuada gestión y los distintos modos de solicitar cita previa y concienciar a los pacientes de la importancia de usar correctamente este tipo de citas.
Se elaboró un folleto explicativo que se entregaba a los pacientes en el caso en que fuese preciso solicitar cita indemorable.
Se comunicó a los profesionales, la importancia de reforzar en consulta la información proporcionada desde la Unidad Administrativa.
Se contabilizó el número de citas indemorables en los meses de febrero y marzo de 2017
Se analizó el número de citas indemorables en los meses de octubre y noviembre de 2017 (una vez implementado el procedimiento)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cuantificado el número total de citas indemorables de las agendas OMI de los médicos de atención primaria en Alcañiz (no se han contabilizado agendas de los consultorios locales, dado que allí no se realizó la intervención).
En los meses de febrero y marzo de 2017 el número total de citas indemorables realizadas en nuestro Centro de Salud fue de 1255
En los meses de octubre y noviembre de 2017 el número total de citas indemorables realizadas fueron de 1172
El resultado no fue nada satisfactorio porque solo se disminuyó en 83 el número total de consultas indemorables, lo que supone apenas una reducción del 6,6%. Lo cual no es valorable ni significativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que cualquier medida que pueda tomarse para mejorar la concienciación y el buen uso de los servicios sanitarios es siempre una buena medida, aunque después los resultados no sean todo lo satisfactorios que se pretendía.
Hay ciertos problemas, ajenos a la implementación del proyecto que han dificultado en gran medida la gestión de las citas indemorables.
Por una parte, se comenzó a instaurar este proyecto en el mes de julio. Los meses de julio, agosto y septiembre, son difíciles de gestionar porque son meses de verano en que hay muchos profesionales de vacaciones y ante la falta de sustitutos se tienen que cerrar consultas. Al acumular consultas el resto de profesionales, es inevitable no canalizar el exceso de pacientes a consultas indemorables. Con lo que las medidas de información y educación sanitarias no son tan efectivas.
Los meses de octubre y noviembre, tuvimos un elemento menos en el equipo para sustituciones y contingencias. Esto ocasionó el cierre de más consultas de las deseadas en esta época del año, con el consiguiente aumento de citas indemorables para el resto de profesionales del Equipo. Nunca sabremos si a iguales condiciones de personal que en los meses de febrero y marzo, el porcentaje de reducción de citas indemorables hubiese sido mayor del que realmente hemos obtenido.
En la Unidad Administrativa se aumenta mucho la tensión con los usuarios, si estos no consiguen cita con su médico y encima no se les ofrece la alternativa de ser atendidos aunque sea por otro profesional. Por lo que tampoco se ha podido insistir tanto como nos hubiese gustado.
Creemos que este proyecto puede ser factible, y que debemos seguir insistiendo en los objetivos planteados. Pero pensamos que en la valoración de los resultados es importante tener en cuenta los factores ajenos al mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1522 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1522

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Nº de registro: 1522

Título
GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Autores:
GAN GARGALLO MARIA CARMEN, CAMPOS BERNAL ALBA MARIA, BLANC EMPERADOR CARMEN, SANZ PEREZ ANA MARIA, VILLANOVA ALTABELLA ROSA, SANCHO VELILLA ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN PERTINENCIA DEL PROYECTO

El elevado volumen de pacientes indemorables que no son urgencias médicas es un problema asistencial de primer orden.
La información a la población y la coordinación entre estamentos profesionales con un mensaje unificado puede contribuir a que los usuarios usen mejor el centro.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS DEL PROYECTO
Mejorar la calidad de la asistencia mediante el correcto manejo del paciente sin cita en el centro de salud.
3 Informar a la población del correcto funcionamiento del los servicios del centro
4 Concienciar y corresponsabilizar sobre el uso correcto a los pacientes que solicitan consulta indemorable
5 Mejorar la calidad de las consultar disminuyendo los indemorables

MÉTODO
ACTIVIDADES Y OFERTA SERVICIOS Elaboración de procedimiento de asistencia al paciente indemorable que contendrá los siguientes aspectos:
6 Citar al paciente que demanda por un motivo burocrático en la agenda habitual de su médico
7 Explicar por parte de la unidad administrativa qué es una cita indemorable. Se creará un folleto explicativo para repartir por los administrativos
8 Si a pesar de todo se le cita al paciente para ser atendido en ese mismo día se anotará en observaciones de la cita que el paciente ha sido informado y se le ha entregado el folleto explicativo

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
% pacientes con cita indemorable antes y después de la intervención.
Análisis de las agendas de dos meses antes de la intervención, y análisis de las agendas de dos meses tras la intervención en la misma estación del año.

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

Junio: Elaboración del procedimiento y del folleto
Junio: Medición de % de indemorables en los meses de Febrero-Marzo
Julio-Diciembre: Implementación del procedimiento
Enero 2018: Medición de % de indemorables en los meses de Noviembre-Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1522

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1608

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL CASTELLANO JUSTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILAR JULIAN MARTA
NAYA PUERTO SHEILA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS

- Se ha constituido un grupo de trabajo con responsable definido
- Se presentaron los resultados del año anterior y se hizo revisión cuatrimestral de indicadores, priorizando los indicadores de peor resultado para iniciar acciones de mejora, entre las que destacamos:
-Sesión sobre implicación de enfermería en el programa de diabetes (implicación en solicitud de analíticas y pruebas complementarias
-Pie diabético
-Planes de cuidados de EPOC
-Intervención de tabaquismo
-Sesión sobre manejo de doppler vascular
-Plan de cuidados de conocimientos deficientes en diabetes.
-Información y vigilancia cuatrimestral del indicador propuesto a las matronas: pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES Y EVALUACION
2016 2017 Mejora absoluta
Intervención Tabaquismo 41.75 50.33 8.58
Detección Tabaquismo 46.53 48.77 2.24
RCV 70.02 73.88 3.86
EPOC sintomas 18.79 56.05 37.26
EPOC vias aereas 15.15 54.78 39.63
Captacion dependiente 13.77 10.51 -3.26
Riesgo de Caidas 73.74 91.3 17.56
Norton 79.03 94.24 15.21
DIABETES
Riesgo del pie 37 37
HbA1C 6 meses 41.68 45.04 3.36
Conocimientos diabetes 35.84 47.51 11.67
Microalbuminuria 63.02 65.04 2.38
GFR 44.82 64.68 19.86
Presion arterial 53.66 52.9 -0.76
LDL 63.75 64.91 1.16
Exploracion del pie 48.1 53.31 5.21
Registro Hipoglucemia 43.35 55 11.65

Destacamos la mejora importante obtenida en los planes de cuidados de EPOC (tras sesión sobre rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC ligada al método de registro de los planes personales mencionados, obteniendo mejoras cercanas al 40% respecto al año anterior. También han mejorado sensiblemente los indicadores de evaluación de riesgos de paciente dependiente, estando los dos por encima del 90%.

En diabetes hemos mejorado el plan de cuidados de conocimientos en diabetes en un 12% respecto al año anterior, aunque aún queda espacio para la mejora. Se han producido incrementos modestos en la cobertura de analíticas, destacando que durante todo el año el indicador de glicada ha estado por encima del 50% cayendo el indicador en los últimos 2 meses, que creemos que está relacionado con el incremento de la demanda. En cualquier caso, las mejoras de coberturas son pequeñas y hay espacio para la mejora. La cobertura de exploración de pie diabético ha crecido hasta el 53% de los pacientes, siendo la evaluación del riesgo del 37%, lo que se debe a un problema de registro a comienzos de 2017. También destacamos el 12% de mejora en el registro de hipoglucemia.

El indicador de pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años ha pasado de un 13% a un 25% en el año 2017 habiendo superado el estándar mínimo propuesto pero un 5% por debajo del estándar excelente. En cualquier caso, hay que señalar que partíamos con niveles por debajo de la mayoría de los centros del sector.

La sesión sobre evolución del índice tobillo-brazo se realizó en el mes de Octubre, lo que ha limitado la implantación de este indicador que ha quedado en un 4% de los pacientes diabéticos entre 50 y 80 años con más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1608

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

de 10 años de evolución de la enfermedad.

Finalmente, aunque se desarrolla en otro proyecto también hemos hecho hincapié en los indicadores de tabaquismo, habiéndose alcanzado el 50% por primera vez en el indicador de intervención sobre tabaquismo, todo ello incrementando simultáneamente la detección de fumadores que ha quedado en un 48,77%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En un contexto de falta de tradición de gestión por objetivos, la adopción de un grupo de trabajo de enfermería con seguimiento periódico de los objetivos del cuadro de mando ha permitido mejorar considerablemente la atención a los pacientes con más necesidades de nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1608 ========== ***

Nº de registro: 1608

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
CASTELLANO JUSTE ISABEL, AGUILAR JULIAN MARTA, SHEILA NAYA PUERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cronicos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado bajo comparado con el sector, sobre todo en relación con los planes personales y planes cuidados y una bajada progresiva en el indicador de riesgo cardiovascular. Solo un cupo ha llegado a obtener el 50% de los puntos del contrato de gestión con dos cupos que bajan del 20%.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el CS Alcañiz.

MÉTODO
- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales
- Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1608

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

DURACIÓN
- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Septiembre: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- septiembre: Sesiones clínicas sobre tabaquismo, doppler, pie diabetico y registro de planes personales y planes de cuidados
- Con carácter bimensuall se evaluaran los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2017: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1612

1. TÍTULO

GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/11/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA AGUILAR JULIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLANO JUSTE ISABEL
NAYA PUERTO SHEILA
GRACIA JOSA SONIA
GIMENO BALLONGA MARIA PILAR
FOZ ANDREU CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Inventario de material quirúrgico del centro de salud. Se ha desechado lo que estaba en mal estado y se ha pedido material nuevo para poder completar los equipos.

- Se ha elaborado un conjunto de kits de sutura compuesto por tijeras, pintas de Adson de dientes finos y porta. Cada kit de sutura se ha marcado con cintas de un color (cada una de las piezas) de tal manera que los equipos se identifican con colores.

- Cada mañana, al terminar la guardia el auxiliar de clínica comprueba la disponibilidad para el uso de todos los kits y sus componentes y lo registra en formato especifico de Lunes a Viernes. En caso de faltar alguno de los componentes se da aviso inmediato a los coordinadores del equipo para trazar el componente perdido, si es preciso con reunión de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto ha sufrido n retraso importante por causas ajenas a nuestra voluntad, dado la dificultad para conseguir cintas de marcado de material, debido a que han sido retiradas de SERPA sin dejar alternativa posible, lo que ha hecho que la mayor parte de nuestro tiempo en este proyecto se haya dedicado a buscar alternativas. Finalmente se ha conseguido, de tal forma que estamos implementado el proyecto desde el mes pasado.

% días en los que consta registro de disponibilidad de los equipos: 100%.

Por el momento no ha desaparecido ningún equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto está inspirado en el proyecto del centro de salud de Andorra donde se consiguió acabar con el problema de la falta de disponibilidad de material de sutura en urgencias. Sin embargo y a pasar de nuestra petición razonada no se ha conseguido adquirir las cintas a través de compras, teniendo que solucionarlo de forma improvisada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1612 ========== ***

Nº de registro: 1612

Título
GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS Y DE URGENCIAS

Autores:
AGUILAR JULIAN MARTA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, NAYA PUERTO SHEILA, GIMENO BALLONGA MARIA PILAR, FOZ ANDREU CARMEN, GRACIA JOSA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1612

1. TÍTULO

GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Operativos

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
No es infrecuente que tengamos problemas en urgencias para conseguir equipos de sutura adecuados. Con frecuencia el material de buena calidad desaparece para realizar curas en domicilio y en urgencias queda el material de menor calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Disponibilidad permanente en urgencias de equipos de sutura adecuados.

MÉTODO
- Se elaborará un conjunto de kits de sutura compuesto por tijeras, pinzas de Adson de dientes finos y porta.
- Cada kit de sutura estará marcado con cintas de un color (cada una de las piezas) de tal manera que existirá un equipo azul, rojo… los tres componentes de cada kit se embolsarán juntos
- Cada mañana, al terminar la guardia el auxiliar de clínica comprobará la disponibilidad para el uso de todos los kits y sus componentes. En caso de faltar alguno de los componentes se dará aviso inmediato a los coordinadores del equipo para trazar el componente perdido, si es
preciso con reunión de equipo.
- La disponibilidad o ausencia de los kits se registrará de Lunes a Viernes en un formato específico

INDICADORES
% días en los que consta registro de disponibilidad de los equipos

DURACIÓN
Mayo-Junio: determinación de número de kits de sutura. Solicitud de material si se precisa. Marcado con cintas de las piezas de los kit de sutura. Elaboración de registro de kits disponibles.
Junio: Información al equipo de la sistemática
Evaluación: Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL CASTELLANO JUSTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILAR JULIAN MARTA
FACI OLMOS MIRIAM
LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
SALES BUJ ARANTXA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el Centro de Salud, consideramos que es primordial que los niños de 6º de primaria conozcan cómo actuar ante determinadas situaciones que requieran primeros auxilios.
Al inicio de la Actividad Comunitaria se forma un grupo de trabajo compuesto por médicos y enfermeras de atención continuada del Centro de Salud, se ponen en común las ideas, se consensúan los objetivos y el contenido de la misma.
Se designa un responsable de la actividad, quién se pone en contacto con los equipos directivos de los demás centros educativos de la población, dándoles a conocer dicha Actividad, quienes muestran gran interés incluyéndola dentro del horario lectivo.
Tras la revisión bibliográfica de los contenidos se solicita autorización para el uso divulgativo del material audiovisual utilizado.
Dada la importancia de la práctica en el aprendizaje de las maniobras de RCP es necesario disponer de maniquíes, para ello nos concede la utilización de los mismos la responsable de formación del Sector de Alcañiz.
Una vez aceptada la Actividad Comunitaria por todos y de acuerdo con los alumnos matriculados en cada centro, se elabora el calendario de trabajo.
La actividad se realiza en 5 días lectivos en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio, con una duración aproximada de 2,5h.
Se elabora y adapta el contenido de las sesiones de acuerdo a la edad escolar de los alumnos, intercalando a la presentación de diapositivas, videos explicativos para captar su atención. Además de un test que nos sirve para evaluar los conocimientos previos, los adquiridos con el taller y los fijados tras 2 meses del mismo.
La formación teórica impartida a los niños durante una sesión de 50’ se centra en saber “cómo reconocer”, “qué hacer” y “qué no hacer” ante:

- Conducta PAS
- Pedida de conocimiento
- Posición lateral de seguridad (PLS)
- Reanimación cardiopulmonar básica
- Atragantamiento (OVACE)
- Convulsiones
- Reacción alérgica
- Dificultad respiratoria
- Hipoglucemias
- Accidente eléctrico
- Ahogamiento
- Epistaxis
- Picadura de insecto
- Cuerpo extraño en el ojo
- Heridas, quemaduras, golpes y traumatismos
- Intoxicaciones
- A qué teléfono llamar

Una vez concluida la teoría, el grupo se divide para realizar la parte práctica de RCP, OVACE, PLS y repaso de los temas tratados mediante la repetición del test para evaluar el aprovechamiento de la actividad.
Posteriormente se contacta con los centros para valorar la satisfacción de la Actividad Comunitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Una vez terminado el trabajo de campo se analizan estadísticamente los resultados obtenidos.

Alumnos matriculados en 6º de primaria: 207
-Colegio Emilio Diaz: 76 de los cuales realizan la actividad de forma voluntaria 40
-Colegio Juan Lorenzo Palmireno: 25 de los cuales realizan la actividad 24
-Colegio La Inmaculada: 19 de los cuales realizan la actividad 19
-Colegio San Valero: 24 de los cuales realizan la actividad 24
-Colegio Juan Sobrarias: 63 de los cuales realizan la actividad 59
El total fue de 166 asistentes, el 80.2% de los alumnos matriculados.

El test consta de 37 ítems, de los cuales 7 eran para rellenar y el resto tipo test con una sola opción correcta.
La puntuación media obtenida en los 139 cuestionarios previos a las sesiones fue de 20.61 sobre 37; en cambio en los 166 posteriores al taller la media es de 34.18 respuestas correctas y 2 meses después se recogen 149

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

test cuya puntuación media es 28.87.

Estudio cuantitativo de intervención comunitaria cuya población a estudio es el total de alumnos matriculados en 6º de primaria en Alcañiz.
Las variables analizadas son:
Colegio: V. cualitativa de 5 categorías
Momento de recogida: V. cualitativa de 3 categorías
Nº de respuestas correctas: V cuantitativa discreta
Respuestas de los alumnos: V. cualitativa, con la finalidad de detectar errores habituales.
Respuestas evaluadas como correcta/incorrecta: V. cualitativa de 2 categorías

Para la recogida de datos, se elabora un test que consta de 37 items; considerando las respuestas no contestadas o nulas como incorrectas

En base a la no normalidad de la muestra se realizan pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis) para estudiar la relación entre el momento de recogida y el número de respuestas correctas, obteniendo una significación de p=0.000.
Se aplican pruebas post hoc obteniendo como resultado de la diferencia de medias:
PRE-Taller= -36,67, PRE-POST= -22,33, Taller-POST= 14,35

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha resultado muy gratificante para los profesionales participantes y ha sido valorada positivamente tanto por los alumnos como por los docentes.
Al acabar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables.
En base a los resultados obtenidos se concluye que los alumnos aumentan sus conocimientos tras las sesiones, pero que olvidan parte del contenido con el transcurso del tiempo, por lo que sería interesante repetir la formación periódicamente, además de dejar material gráfico en forma de póster en cada colegio y en el Instituto de Educación Secundaria (Centro formativo al que pasan los alumnos de 6º de primaria) para fijar mejor la información y obtener mejores resultados.

7. OBSERVACIONES.
Dado el interés por parte de los docentes y alumnos de continuar con la actividad; este año 2019 se acudirá de nuevo a los colegios de Alcañiz; cambiaran parte de los integrantes grupo de trabajo puesto que dos compañeras actualmente forman parte de otros centros.
Está previsto modificar aquellos aspectos en los que nos dimos cuenta que se podían mejorar. Como puede ser la elaboración de un poster-resumen para cada centro educativo, para que les pueda servir de consulta en caso de duda.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/342 ========== ***

Nº de registro: 0342

Título
PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Autores:
CASTELLANO JUSTE ISABEL, ALBESA BENAVENTE IMMACULADA, AGUILAR JULIAN MARTA, FACI OLMOS MIRIAM, LOPEZ ESTERUELAS REYES, MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Primeros auxilios básicos y actuación en urgencias y emergencias (segun resolución 7 nov 2017del director general de innovacion, equidad y participación...
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad nace de una necesidad manifestada por el Colegio Emilio Diaz de Alcañiz, acerca de que los niños de 6º de primaria tengan nociones sobre primeros auxilios.
Se forma un grupo de trabajo.
Vista la buena acogida, se decide ofrecer la actividad al resto de colegios de la población, que muestran gran interés.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

RESULTADOS ESPERADOS
GENERALES:
Proporcionar a los alumnos de 6º primaria conocimientos básico sobre primeros auxilios
Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios
ESPECIFICOS:
Fomentar el espíritu de ciudadanía y responsabilidad en la infancia.
Familializarlos con las situaciones de los temas tratados para disminuir el temor antes las mismas
Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica
Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia
Saber llevar el ritmo de las compresiones en caso de RCP

MÉTODO
Realización de test para determinar conocimientos previos
Sesión teórica de 1hora
Sesión práctica de 1hora (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos)
Al finalizar las 2 horas realizar de nuevo el mismo test para evaluacion del aprovechamiento de la actividad.
Antes de la finalización del curso escolar, esta prevista la reevaluacion, con el mismo test, de los conocimiento fijados.
RECUSOS:
Busqueda bilbliografica
Tomenta de ideas
Elaboracion de diapositivas para la sesión teorica
Petición de permisos para exibición de audiovisuales e imágenes de la presentación
Petición de los maniquies para la realización de la práctica de RCP
Ordenador portatil, altavocez y proyector
Fotocopias de los test
Varias salas de los respectivos colegios para la teoria y prácticas
Division de tareas entre los integrantes del grupo de trabajo

INDICADORES
Entrevista con los centros para la valoración de la satisfaccion al finalizar los talleres.
Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad, adquiridos al finalizar la misma y los fijajdos 2 meses después, antes de finalizar el curso escolar.

DURACIÓN
Elaboracion del contenido teorico de la actividad, petición de permisos, puesta en contacto con los colegios, 2 meses
Llevar a cabo la actividad: 5 dias lectivos en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio (2h y media/día) y disponibilidad de los maniquies

OBSERVACIONES
El título de esta actividad, PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ (modifica al anterior proyecto enviado nº 2018_0096 contrato programa)
Se prevé la continuidad anual de esta actividad.
Dado el interés y necesidad manifestados por los docentes de todos los colegios, se prevé realizar esta misma actividad orientada a los mismos, con caracter bianual.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0391

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SIRA TELMO HUESO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMARRE MICHELOT
AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron las actividades dentro del calendario propuesto, dos sesiones en un solo día.
El material usado fue documentación escrita y algoritmos con dibujos, para practicar se hace simulaciones donde los pacientes son miembros del equipo.
Se realizaron los talleres de RCP, se expusieron las situaciones de urgencia en alta montaña y se revisaron los botiquines de rama.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados en general han sido muy buenos,
Todas las dudas planteadas en el taller fueron resueltas.
Las personas convocadas fueron 28, acudiendo el 100%.
La satisfacción fue del 100% tanto en los conocimientos aprendidos, como en la valoración de los ponentes.
Durante todo el campamento hubieron 224 asistencias sanitarias y sólo 9 de ellas fueron trasladadas al consultorio local de Panticosa, por lo que el 96% de las asistencias fueron resueltas por los sanitarios de campamento.
Esos 9 pacientes trasladados al consultorio local de Panticosa supusieron el 4% de las asistencias, y consideramos que esto sucedió porque en los últimos 5 días no había médico en campamento.
Ninguna asistencia precisó traslado urgente a un Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra valoración ha sido muy positiva, con gran implicación de todos los participantes, ya que todos son muy conscientes de las dificultades que hay en alta montaña a la hora de pedir un rescate o asistir una urgencia grave. Muchos de los que hicieron el curso lo han repetido en campamentos anteriores, y nos manifestaron que lo seguirán realizando ya que refrescan conocimientos y les da más seguridad.
Los tres implicados en este proyecto opinamos que si seguimos acudiendo anualmente al campamento lo seguiremos realizando.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/391 ========== ***

Nº de registro: 0391

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA

Autores:
TELMO HUESO SIRA, LAMARRE MICHELOT, AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología: RCP Y PRIMEROS AUXILIOS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El inicio de esta actividad surge hace años ante las dudas e inquietudes de los monitores del Grupo Scout 227

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0391

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA

de Alcañiz durante el campamento de verano, el cual dura 2 semanas y en el cual acuden niños y adolescentes. La primera vez que se realizó fue por petición de los monitores de una manera espontánea y sin preparar nada. De alli surgió un taller de RCP y un montón de dudas ante la actuación en las diferentes situaciones que nos podriamos encontrar en la montaña y que finalmente se resolvieron. Cada año realizo este taller durante los primeros dias de campamento, les da seguridad y refrescan los conceptos de otros años.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va dirigido a la rama de compañeros (futuros monitores), a los monitories y a todo el personal de Comité que se encuentra en campamento.

Resultados a obtener: refrescar los conocimientos ya aprendidos, darles seguridad cuando tengan que asistir o pedir ayuda en alta montaña ya que las actuaciones a realizar son muy concretas.

MÉTODO
Se realizan reuniones con sus talleres correspondientes. Se presenta las actualizaciones si las hay ante RCP básica y aunque siempre se prepara bibliografia, terminamos haciendo un gran taller práctico donde se exponen todo tipo de situaciones urgentes que se pueden dar en alta montaña, junto con el taller de RCP.
Se les dan nociones básicas de primeros auxilios en alta montaña.
Repasamos el botiquín mínimo que lleva cada rama en su botiquín y el uso que se le puede dar a todo su contenido.
Conocen el material del que disponemos durante el campamento en la enfermeria general y del que sólo hacemos uso los médico o el personal autorizado.

INDICADORES
- Dudas resueltas en el taller / total de dudas planteadas
- Nº de jovenes que se benefician del taller/ nº total de jovenes convocados
- Nº total de jovenes satisfechos con el taller/ nº total de jovenes que realizaron el taller
- Nº total de asistencias sanitarias resueltas en el campamento/ nº total de asistencias sanitarias realizadas
- Nº total de asistencias sanitarias que precisaron evacuación del campamento a un centro sanitario/ nº total de asistencias realizadas

DURACIÓN
Cada actividad tiene la duración entre 3.30 a 4 horas, por lo que se realiza una por la mañana y otra por la tarde en grupos no mayores de 14-15 personas y siempre el 2º y/o 3º día de campamento. Este año el campamento es en Panticosa del 15 al 29 de Julio, y será realizada por los tres médicos que figuramos en este proyecto.

OBSERVACIONES
ESTE PROYECTO ANULA O MODIFICA A : PROYECTO 2018_0094

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0414

1. TÍTULO

"DIME LO QUE COMES"

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA SOLDEVILLA JIMENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Encuesta nutricional, pasada a todos los alumnos del colegio
Elaboracion de conclusiones para organizar actividades
Organizacion de la semana de los alimentos con actividades adaptadas a cada nivel
Charla con padres y madres sobre La Piramide de los Alimentos y explicar conclusiones de la encuesta alimentaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El profesorado ha observado un cambio en el tipo de almuerzos, mas saludables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Alta satisfacion entre el profesorado por implicacion del alumnado y algunas familias
Queda pendiente volver a pasar la encuesta a las familias y reevaluar
En el curriculum academico continuaran haciendo incapie en habitos saludables tanto en higiene como en alimentacion, con colaboraciones puntuales por mi parte, si lo requieren.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/414 ========== ***

Nº de registro: 0414

Título
"DIME LO QUE COMES ... " DIRIGIDO AL ALUMNADO DEL COLEGIO PUBLICO SAN SEBASTIAN DE CASTELSERAS

Autores:
SOLDEVILLA JIMENO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sin patologias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: nutricionales

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A partir de una encuesta nutricional dirigida al alumnado y sus familias, se detecta exceso en el consumo de productos poco saludables, ademas de excesos y carencias de determinados alimentos

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo del proyecto:

Conocer pormenorizadamente los habitos alimenticios del alumnado del colegio.

Hacer incapie en los diferentes nutrientes

Transmitir conocimientos al alumnado de forma ludica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0414

1. TÍTULO

"DIME LO QUE COMES"

Conocer la nueva piramide de los alimentos

Conocer los productos no saludables

Implicar a las familias en el conocimiento de una alimentacion saludable

MÉTODO
Actividades:

Organizar la semana de la alimentación

realizar actividades lucidas (talleres, canciones...) que hagan conocer los nutrientes y los alimentos que pertenecen a cada grupo

Las actividades serán especificas para cada grupo de edad

Se realizara una actividad con padres y madres el ultimo día de la semana

INDICADORES
Volver a realizar la encuesta,
Observacion de cambio en los almuerzos del recreo

DURACIÓN
Todo el curso escolar 2017/2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1133

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN GAN GARGALLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO
CAMPOS BERNAL ALBA MARIA
LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
ALBESA BENAVENTE INMACULADA
CALLAU ESCUER JOSE
FACI OLMOS MIRIAM
MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el año 2017, los resultados en los indicadores del uso racional del medicamento en pediatría en el EAP de Alcañiz no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión. Analizando las posibles causas verificamos que muchas veces el registro de los diagnósticos no era el adecuado y por otra parte, sobre todo en el caso de la faringoamigdalitis estreptocócica había un abuso en el uso de combinaciones de amoxicilina con ácido clavulánico y cierto desconocimiento en el uso de las penicilinas y fenoximetilpenicilina en niños.

En el proyecto se trabajó en conjunto con los compañeros de Atención Continuada, que son los que muchas veces valoran por primera vez a estos pacientes. Se elaboró por parte del equipo de pediatría unos protocolos con los antibióticos de elección en el caso de otitis media aguda y de faringoamigdalitis estreptocócica (según la guía de la Asociación Española de Pediatría) que se dejaron en cada uno de las consultas del servicio de urgencias, para estar a disposición de los compañeros que realizan Atención Continuada. (En horario de mañana los niños son siempre valorados por pediatría). Se presentó el proyecto en reunión de equipo, se hicieron sesiones clínicas donde se destacaron aspectos sobre el diagnóstico clínico y su registro en OMI, sobre la realización del Estreptotest y sobre el tratamiento. Se dieron indicaciones claras de derivación a consulta de pediatría en horario de mañana de niños con diagnóstico dudoso con fiebre de pocas horas de evolución. Para casos de diagnóstico muy claro, se podían consultar con facilidad los protocolos de antibióticos de elección, con la pauta según peso.

Se ha ido insistiendo periódicamente en la mejoría progresiva de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En enero de 2017 el % de prescripciones en pacientes pediátricos con faringoamigdalitis aguda con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina era del 55,82%. En enero de 2018 este porcentaje era del 69,76%. En diciembre de 2018 este porcentaje era del 84,69%. Desde el inicio de la intervención se ha mejorado en un 28,87%.

En enero de 2017 el % de prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina /acido clavulánico) era de 76,06%. En enero de 2018 se llegó al 81,17%. En diciembre de 2018 se alcanzó el 84,50%. Desde la instauración de la mejora se ha incrementado en aproximadamente un 8,44% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo en equipo es fundamental. Aunque ya hacía tiempo que éramos conscientes que los indicadores de uso racional de antibióticos en pediatría no eran adecuados, realmente tampoco nunca nos sentamos con todas las partes implicadas para ver en que se podía realmente mejorar.

Con pautas muy sencillas, discutidas entre todas las partes implicadas, de errores en el registro de los diagnósticos, de la dificultad de los compañeros que hacen Atención Continuada en el seguimiento de los pacientes pediátricos con fiebre, facilitando la posibilidad de control por pediatría en las 24 horas siguientes, y dejando pautas claras de cómo usar antibióticos de uso menos frecuente como la penicilina V y la fenoximetilpenicilina en pacientes pediátricos hemos conseguido, por un lado mejorar los resultados de nuestros indicadores, y por ende mejorar nuestra actividad clínica.

7. OBSERVACIONES.
Las primeras acciones de este proyecto de mejora, comenzaron a realizarse a finales de 2017, pero los resultados no fueron valorables porque estos indicadores al ser anuales, la mejoría evidenciada en 6 meses es ampliamente influenciada por los resultados obtenidos en los meses anteriores.

Los proyectos de mejora en que se pretende mejoría en los indicadores del contrato de gestión se tienen que valorar a más largo plazo. Las mejoras en los indicadores que son anuales, solamente se pueden valorar cuando se dejan de lastrar los resultados del ejercicio anterior en que la mejora aún no ha sido instaurada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1133

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1133 ========== ***

Nº de registro: 1133

Título
MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGALISTIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN PEDIATRIA EN EL EAP ALCAÑIZ

Autores:
GAN GARGALLO CARMEN, CAMPOS BERNAL ALBA, MARTINEZ ARRIAZU SIXTO, LOPEZ ESTERUELAS REYES, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, FACI OLMOS MIRIAM, CALLAU ESCUER JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: OTITIS MEDIA AGUDA, FARINGOAMIGDALITIS AGUDA
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de uso racional del medicamento en pediatría en el EAP de Alcañiz [uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda (FAA) y uso de antibióticos en otitis media aguda (OMA)] no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión.
Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que:
- Los diagnósticos que indican los facultativos no siempre son correctos para esta patologías, ya que se utilizan indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, infección … Esto hace que la extracción de datos sea incorrecta y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, debamos analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevan asociados antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuar la prescripción de antibióticos en FAA y OMA en pediatría en el EAP de Alcañiz, de acuerdo a lo indicado en el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre 2018.

MÉTODO
Presentación del proyecto al EAP de Alcañiz en reunión de equipo. Primer semestre 2018.
Formación:
Instrucción técnica a los médicos de familia del EAP, con especial incidencia en los médicos de atención continuada indicando que en caso de fiebre de pocas horas de evolución, sin diagnóstico claro, no se inicie tratamiento antibiótico, citando al paciente en la agenda de pediatría de OMI-AP del día siguiente. En caso de precisar antibióticos en la mencionada instrucción se indicarán los antibióticos que son de primera elección según patología y a qué dosis, para evitar, en la medida de lo posible, el uso de cefalosporinas y macrólidos. En el caso de la FAA y de la OMA, esta información está en el cuadro de mandos de farmacia. Junio – julio 2018.
Selección diagnóstico correcto en OMI-AP.
Uso del streptotest en FAA al personal sanitario.
Trimestralmente se informará al equipo sobre el resultado obtenido en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se plantearán junto con la farmacéutica de atención primaria acciones de mejora.
Elaboración de hojas informativas para los padres sobre la importancia del control de la fiebre en el domicilio, explicando los signos de alarma en la fiebre, e informando de que, en ausencia de signos de alarma, lo ideal es acudir al día siguiente a la consulta del pediatra.

INDICADORES
a. Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavuláni

DURACIÓN
Primer semestre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1133

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ

Elaborar hojas informativas
Formación
Trimestralmente se comunicarán al equipo los resultados de ambos indicadores (FAA y OMA)
Enero 2019
Análisis de los resultados obtenidos en ambos indicadores.
Elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1137

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA AGUILAR JULIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLANO JUSTE ISABEL
LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL
NAYA PUERTO SHEILA MARIA
SALES BUJ ARANTXA
SENDER ALEGRE LAURA
SOLDEVILLA JIMENO ELENA
SORRIBAS MARTI MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo: Constitución del grupo de trabajo con elección del responsable. Se establecen las estrategias de trabajo.

Junio: Análisis de los datos actuales de Revisión del píe diabetico correspondientes al Centro de Salud de Alcañiz, a través de los datos del cuadro de mandos de diabetes del coordinador.
Reunión con el personal de enfermería del centro para exponer los resultados del año anterior, los datos de partida y las acciones de mejora. Se enseña a todo aquel interesado que en ese momento lo desconocía cómo sacar los listados de su cupo a través del cuadro de mandos de diabetes, además de como interpretar los diagramas del mismo.
Se dota de monofilamento a todo aquel compañero que carecía de él o lo tenia en mal estado.

Julio: Sesión clínica del “Pie diabetico, exploración y registro” impartida por José María Turón.
Se realiza una reunión con los sustitutos de enfermería del verano para explicarles la metodología de la exploración del pie del paciente diabético y el adecuado registro del mismo en OMI-AP, para garantizar la adecuada continuidad del proyecto.

Octubre: Evaluación de los datos parciales, se realiza un nuevo corte a través del cuadro de mandos de diabetes del coordinador.
Reunión con el personal de enfermería del Centro para exponer los datos de ese momento y la evolución del proyecto.

Enero 2019: Se obtienen los datos finales para la memoria, tanto por ciento de pacientes diabéticos a los que se les ha revisado el pie durante el 2018 pertenecientes al Centro de Salud de Alcañiz, al Sector del Alcañiz y a la totalidad de Aragón, datos obtenidos a través del Cuadro de mandos del coordinador.
Reunión de los miembros del grupo de trabajo para evaluación del Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Revisión del píe diabético:
Fuente de datos: OMI-AP; Cuadro de mandos de diabetes.
Revisión “pie diabético” en junio 2018: 47,20%
Revisión “pie diabético” en octubre 2018: 52,92%
Revisión “pie diabético” en enero 2019: 55,02%
Mejora relativa % alcanzado: 7,82%
Quedando un 3% por encima del conjunto del Sector Alcañiz 52%, y un 20% por encima de la media del conjunto de Aragón 35%

- En todas las sesiones/reuniones ha asistido el 80% del equipo de enfermería del Centro, con lo que se ha mejorado la formación en la atención al pie diabetico en la consulta de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo del proyecto ha sido potenciar la formación y realización de actividades en el manejo práctico del pie diabético, con resultados positivos.
También se ha intentado concienciar al paciente diabético de la importancia del cuidado de sus pies y de acudir al podologo. En los casos de Riesgo Alto se han derivado a la consulta de cirugía del Pie Diabetico del Hospital de Alcañiz, para valoración, tratamiento y seguimiento.
Así mismo, a través de la búsqueda activa de pacientes diabéticos mediante los listados del cuadro de mandos se les ha concienciado de la importancia de acudir a la consulta de enfermería para mejorar el control de su patología.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1137

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1137 ========== ***

Nº de registro: 1137

Título
MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Autores:
AGUILAR JULIAN MARTA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL, NAYA PUERTO SHEILA, SALES BUJ ARANTXA, SENDER ALEGRE LAURA, SOLDEVILLA JIMENO ELENA, SORRIBAS MARTI MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los registros del pie diabético,en la consulta de enfermería del paciente diabético adulto (mayor de 14 años) del CS Alcañiz del año 2017 han presentado un resultado inferior al resto del sector. Dado el peso que tiene el CS Alcañiz en dicho Sector se considera necesario mejorar la exploración y registro de los datos.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAL:
Mejorar la cobertura del indicador de la Revisión de Pie Diabético.
ESPECIFICOS:
Detectar los errores de registro para poder subsanarlos.
Revisar la metodología de la exploración del Pie Diabético.
Concienciar a los pacientes diabéticos de la importancia del cuidado de sus pies, fomentado el cumplimiento de las revisiones.

MÉTODO
- Constitución del grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de los resultados del año anterior y acciones de mejora al equipo de enfermería.
- Sesiones clínicas sobre exploración y registro.
- Necesidad de implicar al equipo de enfermería en optimizar el tiempo de la consulta del paciente diabético.
- Evaluación trimestral del indicador a partir de los datos del cuadro de mandos.
- Análisis del indicador que esté por debajo del estándar y propuesta de mejora.
- Reunión trimestral para la exposición de los resultados obtenidos.

INDICADORES
Objetivo estratégico del indicador: revisión del pie diabético.

DURACIÓN
Mayo: Reunión del grupo de trabajo para establecer la estrategia de trabajo.
Junio:Análisis de los datos actuales del CS Alcañiz.
Reunión con el personal de enfermería del centro para exponer los datos de partida
Sesión clínica del pie diabético. Exploración y registro (I)
Julio: Reunión con los sustitutos de enfermería del verano para garantizar la continuidad del proyecto.
Octubre: Reunión con el personal de enfermería del centro para comentar la evolución del proyecto.
Evaluación de los resultados parciales.
Noviembre: Sesión clínica del pie diabético. Exploración y registro (II)
Enero 2019: Evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1137

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO
CHUMILLAS LIDON RAQUEL
BABOUZID SALEH MOULAY HOUCINE
CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Test para comprobar los conocimientos pre-teoría de los asistentes.
Sesiones teóricas con presentación de audiovisuales en las que se explica la activación de la cadena de supervivencia, el uso del DESA y la realización de los primeros auxilios.
Se realizan práctivas con los muñecos y con el simulador del DESA, simulando posibles casos debiendo realizar los participantes las maniobras pertinentes en cada simulación, maniobra Heimlich, RCP, uso del DESA
Test post teoría para comprobar los conocimientos adquiridos
Test de satisfacción escla Likert 1-5 (organización, condiciones sala, duración y horario, conocimientos adquiridos, evaluación global y de los docentes)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hubo una mejora significativa en cuanto a los conocimientos post-teoría, el 92% de las respuestas fueron correctas con respecto al 60% de los resultados del pre-test.
Las dudas planteadas fueron resueltas durante la sesión.
Vieron la importancia de que una actuación rápida de la RCP y el uso del DESA puede salvar vidas y puede estar en sus manos.
Hubo una gran satisfacción por parte de los asistentes, nota escala Likert 5 por parte del 100% de los asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la gran implicación, la valoración positiva por parte de los asistentes y como el problema de las distancias rurales al centro de referencia seguirán existiendo, seguiremos haciéndolo de forma anual para continuar afianzando conocimientos. Este año aumentaremos las zonas rurales para la actividad.

7. OBSERVACIONES.
Problema: Se detectó que no todo el mundo tiene acceso al DESA, ya que no está en un lugar accesible para la población sino que está bajo llave, se habló con los Ayuntamientos de Valmuel y Puigmoreno para que se colocase el DESA en una zona de acceso rápido, seguro y para toda la población.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1470 ========== ***

Nº de registro: 1470

Título
PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Autores:
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, TOMAS GUTIERREZ FERNANDO, CHUMILLAS LIDON RAQUEL, BABOUZID SALEH MOULAY HOUCINE, CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON, FACI OLMOS MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

PROBLEMA
EN UNA ZONA RURAL CON DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA SE PERCIBE UNA NECESIDAD POR PARTE DE LA POBLACIÓN, PARA ADQUIRIR UNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA YA QUE EN DICHAS LOCALIDADES HAY UN DESA CUYA POBLACIÓN NO TIENE INFORMACIÓN DE SU USO.
LOS PRIMEROS MINUTOS ANTE UNA PCR SON VITALES POR LO QUE ES ESENCIAL LA EDUCACIÓN DEL CIUDADANO PARA ACTIVAR LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y DE ESTA FORMA REDUCIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, LA MUERTE DE UNO DE LOS CIUDADANOS EN CASO DE PCR AL NO SABER COMENZAR CON LA RCP BÁSICA Y EL USO DEL DESA YA QUE HASTA QUE LLEGUEN LOS SERVICIOS SANITARIOS EL TIEMPO DE RCP PRECOZ ES FUNDAMENTAL

RESULTADOS ESPERADOS
FORMACIÓN Y ADQUISICIÓN DE HABILIDADES ANTE SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
CONCIENCIACIÓN A LA POBLACIÓN EN GENERAL DE LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA DETECCIÓN DE LA PCR Y REALIZACIÓN DE LA RCP Y DESFIBRILACIÓN PRECOZ
ADEMÁS SE PRETENDEN AUMENTAR LAS DESTREZAS PARA ACTUAR EN PRIMEROS AUXILIOS COMO QUEMADURAS, GOLPES, PICADURAS, HERIDAS, ATRAGANTAMIENTOS... BASANDONOS EN MÉTODOS MÉDICO-CIENTÍFICOS Y NO EN CREENCIAS.

MÉTODO
SE REALIZARÁN SESIONES TEÓRICAS CON PRESENTACIÓN DE AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICARÁ LA ACTIVACIÓN DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA, EL USO DEL DESA Y CÓMO REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS.
SE REALIZARÁN TEST PARA COMPROBAR LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS.
SE REALIZARAN PRÁCTICAS CON LOS MUÑECOS, SIMULANDO POSIBLES CASOS, DEBIENDO DE REALIZAR LAS MANIOBRAS PERTINENTES PARA CADA SIMULACIÓN, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP, USO DEL DESA.

INDICADORES
SE COMPARARÁN LOS RESULTADOS DE LOS TEST PREVIO A LOS TALLERES CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS REALIZAR LAS DISTINTAS ACTIVIDADES.
SE PASARÁN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

DURACIÓN
A LO LARGO DEL AÑO 2018, SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE LOS HABITANTES DE LAS POBLACIONES.
UNA SESIÓN SE REALIZARÍA EN VERANO COINCIDIENDO CON LA SEMANA CULTURAL, EL AUMENTO DE POBLACIÓN VACACIONAL Y TENER ASÍ CONOCIMIENTOS NO SOLO LOS HABITANTES HABITUALES Y OTRA SESIÓN EN NOVIEMBRE UNA VEZ ACABADA LA CAMPAÑA DE RECOGIDA DE FRUTA YA QUE LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN SE DEDICA A ESTE SECTOR Y NO PODRÍA ACUDIR A DICHOS TALLERES.
SE REALIZARÁ DE FORMA ANUAL YA QUE ASÍ NOS LO HAN TRANSMITIDO LOS PROPIOS CIUDADANOS.

OBSERVACIONES
MODIFICA EL PROYECTO: 2018_0097 PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1059

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN HURTADO LOPEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE PEREZ CARMEN MARIA
SERNA GARCIA CARMEN
CALAVIA CONTRERAS MERCEDES
REPOLLES PERALTA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras las reuniones de consenso con la Dirección de Atención Primaria en Mayo de 2018, el 83% de las matronas del Sector de Alcañiz comenzaron con este proyecto de mejora en la eficiencia del programa de Cribado del Cáncer de cérvix.
El 83% de las matronas del Sector, desde el mes de Junio de 2018, han tomado las muestras para el Cribado del Cáncer de cérvix en Atención Primaria, en una consulta de acto único.
Los resultados normales de dicho cribado han sido comunicados a las pacientes por correo ordinario, evitando así volver a citar a la paciente y liberando citas presenciales de las agendas.
Cada matrona revisó los resultados pendientes semanalmente en la Historia Clínica Electrónica, los registró en OMI, imprimió y firmó el modelo de carta de OMI personalizada con los datos de la paciente y finalmente los envió por correo ordinario junto a la cartilla rosa cumplimentada.
Los resultados patológicos del cribado, por el contrario, han sido informados a las pacientes de forma presencial e individualizada por parte de las matronas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS OBTENIDOS:
ALCAÑIZ 400 cribados (387 normales, 13 patológicos y 7 derivaciones a Ginecología)
HIJAR 60 cribados (57 normales, 3 patológicos y 3 derivaciones a Ginecología)
CALANDA 77 cribados (75 normales, 2 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)
ANDORRA 194 cribados (186 normales, 8 patológicos y 6 derivaciones a Ginecología)
MUNIESA 10 cribados (10 normales, 0 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)
CASPE 215 cribados (199 normales, 16 patológicos y 6 derivaciones a Ginecología)
MAELLA 22 cribados (20 normales, 2 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)
CANTAVIEJA 23 cribados (22 normales, 1 patológicos y 1 derivaciones a Ginecología)
MÁS DE LAS MATAS 156 cribados (154 normales, 2 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)
ALCORISA 83 cribados (80 normales, 3 patológicos y 3 derivaciones a Ginecología)
En todo el Sector se han realizado un total de 1.240 cribados de los cuales: 1.190 (95,96%) han sido resultados dentro de la normalidad, 46 (4,03%) han sido resultados patológicos, y se han realizado un total de 26 derivaciones al servicio de Ginecología del Hospital de Alcañiz.
El cómputo de los resultados ha sido recabado por cada matrona gracias al registro individual de los cribados.
Según los datos recogidos se ha cumplido con el estándar de calidad marcado pues se ha informado de los resultados normales en un porcentaje mayor al 95%.
Otro estándar de calidad marcado fue la satisfacción de nuestra población diana. Para ello durante el mes de febrero (adelantado al calendario establecido) se ha realizado una encuesta telefónica al azar compuesta de dos ítems:
1. ¿Ha recibido correctamente el resultado de su cribado?
2. ¿Podría calificar el servicio de 0 a 10?
Cada matrona llamó a 10 pacientes de cada centro de salud, elegidas al azar.
El 100% de las pacientes encuestadas habían recibido correctamente su resultado y la valoración del servicio lo calificaron con una media de 9 sobre 10.
A través de dicha encuesta las pacientes han hecho mención a la mejora del servicio por la atención recibida por parte de las matronas y del fácil acceso a través de atención primaria, sobre todo en los centros rurales, donde la paciente resalta la comodidad de no tener que desplazarse hasta Alcañiz para realizar el cribado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista de los resultados, se ha cumplido el objetivo del proyecto que consistía en mejorar la eficiencia del programa de Cribado de Cáncer de cérvix a través de la implantación de una consulta de acto único. Por lo que seguirá siendo el modo de trabajar en los centros de salud del sector por parte de las matronas.
Otro dato destacable es la baja tasa de derivaciones al servicio de Ginecología, 2,09% de todo el cribaje realizado, lo que revierte en menor lista de espera en las agendas de este servicio especializado.
El equipo de matronas del sector se encuentra satisfecho con los resultados alcanzados, aunque no es el equipo al completo el que ha intervenido en el proyecto, lo que hace que pacientes de la zona de Valderrobres y Calaceite no cuenten con la comodidad de este servicio. Este sería el único problema a solucionar en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1059

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1059 ========== ***

Nº de registro: 1059

Título
COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
HURTADO LOPEZ CARMEN, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA, SERNA GARCIA CARMEN, CALAVIA CONTRERAS MERCEDES, REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cribado Cáncer de cervix
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Reducción de tiempos de consulta

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Recientemente el Cribado del cáncer de cérvix en Aragón ha pasado a formar parte de la cartera de servicios de Atención Primaria de la mano de las matronas. Estas profesionales serán las encargadas de tomar las muestras y comunicar los resultados a las pacientes. Seguirán el control de todos aquellos casos normales y derivarán lo patológico al servicio de Ginecología.
Dado la carga de trabajo que ello va a suponer para dichos profesionales, se hace necesario la creación de un método de comunicación de resultados más eficiente y unificado para todo el sector de Alcañiz.
Hasta el momento, cada matrona lo hacía como creía conveniente sin establecer consenso entre todos los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es mejorar la eficiencia del programa de cribado de cáncer de cérvix mediante la implantación de una consulta de acto único. Nuestra población diana son las mujeres de entre 25 y 65 años residentes en Alcañiz.
El proyecto será puesto en marcha en los centros de Atención Primaria del Sector de Alcañiz.

MÉTODO
Para hacer posible que todo se realice en una sola consulta y evitar duplicidad de citas, siendo más eficientes y efectivos, comunicaremos por correo ordinario los resultados que entren dentro de la normalidad.
La comunicación de los resultados considerados patológicos será realizada siempre a través de una nueva consulta con la matrona, dónde esta informará a la paciente de los pasos a seguir y de la derivación al Servicio de Ginecología.
Imprimiremos el modelo de carta que aparece en la aplicación OMI personalizada con el nombre de la paciente y firmada por cada matrona, donde se informará de forma clara y comprensible del resultado de la citología y del próximo control. Esta carta será enviada a la paciente por correo ordinario junto con su cartilla rosa cumplimentada.
Cada matrona revisará semanalmente en la historia clínica electrónica los resultados pendientes, registrará los resultados en OMI, imprimirá la carta y la enviará a la paciente.
Con esto evitaremos la necesidad de volver a citar a la paciente, liberando citas de presencia física y quedando estas disponibles para otras usuarias.

INDICADORES
Nos servirá como indicador el porcentaje de resultados normales comunicados a las pacientes por éste método. Será contabilizado por el listado de resultados enviados por cada matrona.
El estándar de calidad sería que el 95% de los resultados normales de citologías sean comunicados a través de este método.
Otro estándar de calidad sería la satisfacción de nuestra población diana con el sistema. Será analizado a través de una encuesta de satisfacción aleatoria y telefónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1059

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

DURACIÓN
Las reuniones de consenso entre dirección de atención primaria y todas las matronas del sector se realizarán durante el mes de mayo de 2018.
Puesta en marcha del proyecto, de mano de las matronas del sector, durante el mes de junio de 2018.
Realización de encuestas telefónicas de satisfacción durante los meses de marzo y abril de 2019.
El proyecto será realizado por todas las matronas del sector de Alcañiz desde mayo del 2018 hasta mayo del 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SIXTO JOSE MARTINEZ ARRIAZU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ NAVARRO ALBERTO
SALAS GARCIA IVAN JOSE
GROS MORELLON TOMAS ANGEL
BLANC EMPERADOR CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A inicios de 2018, tras detectarse un problema en los indicadores de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs, se realizó una sesión clínica informativa sobre la mejora en el registro diagnóstico de las agendas y de cómo optimizar las consultas “demanda no presencial”. Así pues, se constaba que muchas veces las consultas telefónicas, actualización de medicación por errores administrativos, los partes y revisiones de baja, los volantes de interconsulta con medicina especializada e informes de alta y de urgencias; aparecían reflejados como consultas demorables, administrativas y no presenciales.
A inicios de 2019 se realizó un registro retrospectivo de los días en los que se ofreció una “demanda no presencial” de los 7 cupos de medicina de familia del Centro de Salud de Alcañiz y de los 3 cupos de pediatría de atención primaria de 2017 y 2018. Dicho registro duró aproximadamente unas 2 semanas. No precisó de recursos adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De una media de “demanda no presencial” mensual de 9,96% con una desviación típica de 3,59 de 2017 se logró en 2018 un 62,1% con una desviación típica de 15,43. Tomando solo los datos de pediatría, se pasó de un 57,01% con DT 16,37 (2017) a un 68,33% con DT 12,74 (2018). Además consecuentemente hubo un aumento del 2,3% mensual de la “consulta programada” y una reducción de un 34,7% mensual en las “demandas administrativas”, no así en las consultas demorables o indemorables que subieron un 6,2% mensual. En todos los cupos estudiados se asignaron de 3 a 5 huecos de “demanda no presencial”, al inicio, a mitad o al final de la jornada laboral, y de duración variable no superior al tiempo habitual de consulta ordinaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.
Es importante tener una agenda laboral organizada para rentabilizar el tiempo por paciente y planificar al inicio de la consulta la jornada. El hecho de minimizar el tiempo de tareas administrativas supone un mayor acceso del paciente al sistema evitándole demoras innecesarias, una posibilidad de replantear la asignación de tareas, un mayor tiempo para la exploración y el diagnóstico del paciente agudo y una mejora en la relación médico-paciente.
Se debe puntualizar que los resultados han podido resultar en parte maximizados debido a los cambios de profesionales en los distintos cupos estudiados que provienen en algunos casos de otros centros en los que ya se había aplicado estos cambios y en la independencia en la forma de trabajar y organizarse que tiene cada facultativo médico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1521 ========== ***

Nº de registro: 1521

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE, MOLINS GASCON AURORA, HERRERO BLASCO JOSE LUIS, BLANC EMPERADOR CARMEN, SANZ PEREZ ANA MARIA, VILLANOVA ALTABELLA ROSA, SANCHO VELILLA ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcañiz hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcañiz

MÉTODO
MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0019

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SIXTO JOSE MARTINEZ ARRIAZU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
BLASCO ANENTO PILAR
PIRVULESCU MARIANA
IBAÑEZ NAVARRO ALBERTO
SALAS GARCIA JOSE IVAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se busca comparar los conocimientos adquiridos en una población a la que se les ha complementado las explicaciones orales con material escrito, con otra población a la que sólo se les ha dado explicaciones orales. Para ello se compararon 2 cupos de pediatría, el primero de forma rutinaria entregaba el material escrito y el segundo no.
Se pasó un cuestionario de 10 preguntas de respuesta dicotómica sobre temas importantes en la salud del niño de 0-2 años a todos los padres de niños inmigrantes de hasta 2 años de edad que habían acudido a consultas de pediatría de atención primaria por cualquier cuestión en los dos cupos de estudio; incluyendo las citas con el personal de enfermería de cada uno. Se completó la educación sanitaria explicando las respuestas en caso de fallo.

La encuesta, de respuesta “lo sabe” o “no lo sabe”, incluía las siguientes preguntas: “¿Cómo se debe transportar al bebe en el coche?”, “¿Hay que cepillar los dientes a los bebes? ¿Sirve cualquier pasta de dientes?”, “¿Qué es lo primero que tengo que hacer si mi bebe empieza a vomitar?”, “¿Qué es lo primero que tengo que hacer si mi bebe se desmaya y no responde?”, “¿Tiene el número de intoxicaciones grabado en el móvil?”, “¿Cual es la postura menos recomendada para dormir?”, “¿Cada cuántos días se recomienda bañar al bebe?”, “Como no vives cerca del mar, ¿Crees que es importante que tu bebe aprenda a nadar?”, “¿Cuáles son los tres alimentos más importantes en la dieta de los niños?”, “Con 1 año de edad, ¿Le puedo dar frutos secos (almendras, nueces, etc.)?”.
Calculando un tamaño muestral total de 132 niños, se estableció un plazo de catorce semanas para recoger el total de las encuestas. No se precisó de recursos adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se recogieron un total de 112 cuestionarios de los 132 previstos (84,84%), 56 del grupo que se había entregado material escrito y 54 del grupo sin; obteniendo una diferencia significativa (p=0,000) con un 84,46% de aciertos del primero y un 50,37% del segundo.
Hubo diferencias significativas entre los dos grupos en relación a las preguntas de higiene bucal, introducción de los frutos secos, manejo de los vómitos, intoxicaciones y síncopes (p=0,012; 0,035; 0,000; 0,001; 0,000), obteniendo un porcentaje de fallos en estos cinco temas mayor al 50% en el segundo grupo. Destacar sin embargo, un 48,21% de fallos en el primer grupo en la pregunta de las intoxicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Consecuencia de la barrera idiomática y de la cantidad de información a transmitir en una consulta habitual, el complementar las explicaciones con material escrito permite a los padres adquirir un mayor conocimiento sobre la salud de sus hijos y sobre la forma de actuar en casos de urgencia médica.
- Un cuestionario periódico a los padres ayuda a comprender los conocimientos de éstos y a resolver dudas y / o problemas que puedan surgir al hablar sobre el tema; a pesar de que precisa invertir tiempo extra en ello.
- Una mayor comunicación mejora la relación entre los padres y el facultativo médico y enfermera.
- A partir del mismo, se podrán estudiar la relación entre la educación sanitaria y la frecuenciación a consultas o al servicio de urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/19 ========== ***

Nº de registro: 0019

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE

Autores:
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO, BLASCO ANENTO PILAR, PIRVULESCU MARIANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0019

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: trastorno de cuidados por desconocimiento
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Descubrimos el aumento de poblacion infantil inmigrante y sus carencia en la compresión y trasmision de la informacion en las consulta pediatricas y en sus revisiones infantiles.
Detectamos falta de conocimiento del idioma, que atrasa la consulta y el cumplimiento de las indicaciones dadas en la misma

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la trasmision de informacion y su eficacia en consulta de pediatria y revisiones.
utilizar medios escritos o telematicos para la mejoria y reducion de tiempo de consulta.
mejorar la comprensión de las indicaciones.
Actuaremos sobre la poblacion infantil del cs de alcañiz

MÉTODO
Esta previsto elaboracion de hojas informativas para cada revision pediatrica que trasmitan los conocimientos basicos de esa consulta.
Entregaremos dibujos explicativos de los conceptos basicos asi como numeros de telefono o contactos telematicos de especial interes.
Realizaremos reuniones explicativas con profesionales de la zona para la difusion de estas informaciones
Informaremos a profesores de centros educativos para pedirles su colaboración

INDICADORES
Realizaremos utilizacion de proyecto y metodos en una consulta de pediatria totalmente, en otra no se realizara y en una tercera solo a un grupo inmigrante control.
valoraremos en 6 meses la habilidad en realizacion tecnicas sanitarias en niños, mejoria higiene infantil y cuidados en alimentacion adecuada respecto a consulta donde no fue realizado proyecto o solo parcialmente.

DURACIÓN
6 meses con inicio en junio y finalizacion en noviembre.
Los responsables sera el pediatra y dos enfermeras de la consulta cs alcañiz

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0274

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN SANCHEZ-CELAYA DEL POZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se realizaron 5 sesiones en horario de tarde, asistiendo una media de 12 personas al taller. La función de los profesionales sanitarios ha sido proporcionar un ambiente de comodidad, organizar un turno de palabra, asegurar que todos los asistentes participen con sus dudas e inquietudes evitar que hagan corrillos y reforzar y aclarar situaciones que se plantean. Cada día se enfoca la sesión en un tema diferente y se repasa lo aprendido el día anterior. La primera sesión trata sobre cómo actuar en caso de crisis de asma, manejo de inhaladores y reconocer los signos de alarma. Se proporciona a los asistentes material power point con cuadro resumen de actuación y se enseñan distintos dispositivos inhalados. La enfermera explica el control del asma en la consulta. La segunda sesión hablamos sobre enfermedades neurológicas, cómo actuar en caso de crisis convulsiva medicaciones disponibles y casos concretos de epilepsia juvenil. Practicamos posición lateral de seguridad y aplicación de diacepam rectal. La tercera es una breve clase de cura de heridas, traumatismos, vendajes y uso y reposición del botiquín en el centro escolar, con parte teórica con diapositivas power point y parte práctica con vídeos demostrativos y vendajes unos a otros
La cuarta sesión versa en torno a la reanimación cardiopulmonar básica, el ABC repasamos todos los pasos a seguir en el orden correcto con visionado de vídeo.
La ultima sesión es meramente práctica con un maniquí repasando nuevamente la reanimación todos los asistentes realizan las maniobras de boca a boca y masaje.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
el taller sirve como beneficio a la formación de personal que trabaja con niños y adolescentes que pueden presentar alguna complicación derivada de su enfermedad o sufrir un accidente que requiera asistencia inmediata, proporciona información actualizada, aprenden a distinguir la información útil de los mitos y prácticas equivocadas, proporciona confianza y seguridad para atender la urgencias que se presenta. Como elemento negativo somos críticos con el número de participantes pro sesión ya que teníamos que poner límite por el aforo de la sala. Para próximas ediciones propondremos un cambio de lugar con desplazamiento a algún local del pueblo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los participantes mostraron su satisfacción con las sesiones y expresaron su deseo de que se organizasen más actividades como esta. Los ponentes consideran que el tiempo empleado en la preparación de las sesiones así como los materiales empleados no ha sido excesivo y dado que ya se tiene el boceto preparado lo seguiremos utilizando en los próximos talleres. Por todo esto consideramos este proyecto muy enriquecedor que será repetido en próximos años

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/274 ========== ***

Nº de registro: 0274

Título
PROYECTO TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Autores:
SANCHEZ CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN, CALVO ORRIOS FERNANDO, BONDIA HERRERO MARIA ISABEL, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GARCIA GRACIA RAQUEL, GIL VALERO CARLOS PASCUAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias y Emergencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0274

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Con la resolución de 16 de marzo de 2015 de la Dirección General de Ordenación Académica, la Direccion Gerencia del Servicio Aragones de Salud y la Dirección General de Salud Publica por la que se dictan instrucciones relativas a la organización y el funcionamiento de la atención sanitaria en los centros docences de la Comunidad Autonoma de Aragón, surge la problemática de que se " organizará un equipo capacitado para realizar en el centro la atención inmediata en caso de urgencia". Desde la jefatura de estudios del Instituto de Educación Secundaria de la localidad, se nos pide ayuda a los facultativos del centro de salud para formación de los docentes y adquisicion de capacidades

RESULTADOS ESPERADOS
Formación de un equipo docente que sea capaz de atender de forma eficiente las situaciones de urgencia que puedan presentarse en el día a día de un centro educativo, siguiendo el reglamento vigente en Aragón.

MÉTODO
Se realizarán talleres en horario de tarde con la temática prevista en dicho reglamento: situaciones de emergiencia previsibles.
La docencia constará de parte teórica con diapositivas y parte práctica con maniquíes, casos clínicos... Se hará una reunión en el centro de salud para informar a la plantilla, escoger profesionales que darán cada una de las partes y se establecerá feed back con el responsable del centro educativo para fijar fechas y lugar de los talleres; así como publicitar la actividad entre los docentes

INDICADORES
- cuestionario satisfacción al finalizar los talleres
- cuestionario conocimientos adquiridos

DURACIÓN
Duración 6 sesiones (una sesión / semanal) de aprox 4 horas de duración cada una; durante el mes de marzo / abril de 2017.
1.- Emergencia por ataque asmático
2.- Emergencia por anafilaxia o reacción alergica grave
3.- Emergencia en el niño diabético, hipoglucemia
4.- Emergencia por convulsiones / epilepsia. Síncope, mareo, cefalea
5.- Heridas, contusiones, traumatismos
6.- Reanimación cardiopulmonar básica, atragantamiento.

OBSERVACIONES
necesidad Maniquí de reanimación básica disponible en el centro de salud
Fichas, material por escrito para repartir a los asistentes
proyector y ordenador para las diapositivas
material médico del centro (inhaladores, medicaciones...)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0372

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA TRILLO CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO ORRIOS FERNANDO
LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO
GIL VALERO CARLOS PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZAN 2 SESIONES DE 5 HORAS CADA UNA. LA PRIMEA SESION CONSTA DE CONTENIDO TEORICO ACERCA DE LA REANIMACIÓN CARDIPULMONAR BÁSICA, SECUENCIA PAS Y ABC PASOS A SEGUIR Y POSICION LATERAL DE SEGURIDAD EN FORMATO POWER POINT. DESÑUES ORGANIZAMOS UN TURNO DE PALABRA ORDENADO ASEGURANDO QUE TODOS LOS ASISTENTES PARTICIPEN CON SUS DUDAS E INQUIETUDES. LA SEGUNDA SESION TRATA SOBRE CURA DE HERIDAS TRAUMATISMOS, QUEMADURAS Y LA PRÁCTICA DE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN DADAS EL ´DIA ANTERIOR PARA REFORZAR Y ACLARAR SITUACIONES QUE SE PLANTEAN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AL TERMINAR LAS SESIONES SE REPARTE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCION A LOS ASISTENTES CON UNA EVALUACION FINAL MUY SATISFACTORIA PARA LOS PROFESIONALES ENCARGADOS. LA MEDIA DE RESULTADOS OBTENIDOS FUERON (ESCALA DE PUNTUACIÓN 1 PUNTUACIÓN MÍNIMA, 5 PUNTUACIÓN MÁXIMA)
-LA DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA HA SIDO 4.57
-LA ACTIVIDAD FORMATIVA HA CUBIERTO MIS EXPECTATIVAS 4
-LA ACTIVIDAD ME VA A SER MUY UTIL EN MI VIDA DIARIA 4
-EL MATERIAL UTILIZADO EN EL CURSO HA SIDO EL ADECUADO 4.14
-VALORACION DEL DOCENTE 5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS PARTICIPANTES MOSTRARON PERSONALMENTE SU SATISFACCION CON LAS SESIONES Y EXPRESARON SU DESEO DE QUE SE ORGANIZASEN MÁS ACTIVIDADES COMO LAREALIZADA MOSTRANDO SU INTERES EN PARTICIPAR EN FUTUROS TALLERES Y DANDO POSIBLES TEMAS PARA ELLOS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/372 ========== ***

Nº de registro: 0372

Título
PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Autores:
TRILLO CALVO EVA, SANCHEZ CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN, CALVO ORRIOS FERNANDO, LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GIL VALERO CARLOS PASCUAL, GOMEZ TENA MARIA GORETTI, MARTIN MARTIN JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: poblacion sana, prevención.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Desde la empresa encargada de Prevención de riesgos laborales de la las cuadrillas de forestales rurales de nuestra zona básica de salud (ZBS) detectan que existe un déficit de formación en primeros auxilios en sus

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0372

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

trabajadores y se propone a un miembro del EAP mejorar ese déficit.

En el EAP de Alcorisa no existe la cultura de realizar actividades de comunitarias y aprovechamos esta oportunidad para mejorar en este aspecto.

RESULTADOS ESPERADOS
- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de primeros auxilios en el colectivo profesional de forestales de nuestra ZBS.

MÉTODO
Se proponen una o varias sesiones formativas en primeros auxilios destinadas a los forestales de nuestra zona básica de salud.

Las sesiones constarán de una parte teórica y otra eminentemente práctica. Se impartirán por miembros del equipo de salud de Alcorisa.

INDICADORES
Se realizará un encuesta de valoración una vez realizada las sesiones de formación para ver el grado de satisfación y aprendizaje por parte de los asistenrtes.

DURACIÓN
Está previsto comenzar en el mes de octubre y realizar dos sesiones de 5h de duración.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1369

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JORGE MARTIN MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados
Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Muy discreto aumento de los indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente aumentar la implicación del personal de enfermería en la consecución de los objetivos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1369 ========== ***

Nº de registro: 1369

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
MARTIN MARTIN JORGE, MALLEN CLARAMONTE MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención al paciente crónico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado bajo comparado con el sector, sobre todo en relación con los planes personales, los planes de cuidados de enfermería y una bajada progresiva en el indicador de riesgo cardiovascular. Solo un cupo ha llegado a obtener el 50% de los puntos del contrato de gestión

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el CS Alcorisa.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1369

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados
Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN
Mayo:
Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
Mayo:
Presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
Junio:
Sesiones clínicas sobre tabaquismo y registro de planes personales y planes de cuidados
Con carácter cuatrimestral se evaluaran los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
Enero 2017:
Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1370

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... GORETTI GOMEZ TENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se repasa que los formatos a rellenar sean los correctos, se realizan reuniones de equipo periódicas para implicar a todos los profesionales del centro y se reparten tareas.
El personal de enfermería se encargará de reponer la sala de urgencias, esterilización de material y manejo del espirómetro.
El coordinador de enfermeria repasará carro de paradas y maletines de forma mensual, con control de caducidades.
El coordinador médico se encarga del almacén, con albarán de pedidos, cumplimentacion del formato de rotura de stock según protocolo. El resto de personal se compromete a anotar incidencias en el listado habilitado para ello.
El responsable de calidad velará por que se cumplan todos estos ítems, ha cumplimentado las actas y sigue el programa de formación del centro aprobado en reunión al comienzo del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Analizado el conjunto, se aprecia que el equipo tiene fortalezas como son un buen programa de sesiones formativas y actividades comunitarias; un almacén de farmacia con una estructura y organización reglada siguiendo las normals del manual de acogida del centro.
Gracias a la implimentación de las reuniones mensuales se mejora considerablemnete en la organización interna de la sala de urgencias, materiales y medicamentos, rellenando el formato correspondiente según las pautas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Somos críticos con la escasa consecución de objetivos en algunos indicadores de calidad, no llegando al mínimo en varios de ellos, fundamentalmente los correspondientes a enfermería.

7. OBSERVACIONES.
Continuaremos con las reuniones fomentando el trabajo en equipo y explicando la necesidad de trabajar de acuerdo a unos estandares mínimos de calidad por el beneficio del paciente.
El equipo considera las reuniones necedsarias y se observa en general una mejoría en la forma de trabajar, pero todavia queda trabajo por delante.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1370 ========== ***

Nº de registro: 1370

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001: 2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GOMEZ TENA MARIA GORETTI, SANCHEZ CELAYA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ORGANIZACION INTERNA EQUIPO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El centro de salud de Alcorisa está certificado desde el año 2014 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1370

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001

sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento de la certificación ISO

MÉTODO
Gestión de indicadores médicos: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:
Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos).
Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES
Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN
Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.
Mayo: revisión por la dirección
Junio-Septiembre: auditoría interna
Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1371

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS VISISTAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS PASCUAL GIL VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALVO PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, segumiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No podemos calcular el porcentaje exacto de visitas no presenciales respecto a presenciales, no obstante se están cumpliendo, con satisfacción tanto por parte de los profesionales como de los usuarios del centro de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un aspecto a tener en cuenta, es la posibilidad de que pacientes crónicos no sean atentidos regularmente por el médico, por eso se propone qwue cada 3 meses exista una revisión por parte de enfermería, y si detecta alguna anomalía lo citará con el médico responsable. Se trata de no perder seguridad y si ganar satisfacción por parte del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1371 ========== ***

Nº de registro: 1371

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
TRILLO CALVO EVA, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcorisa hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1371

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS VISISTAS

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcorisa.

MÉTODO
Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, segumiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0804

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL BONDIA HERRERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN MARTIN JORGE
LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se crea una agenda en el programa OMI AP en apartado salas con el nombre Espirometría un día a la semana durante una mañana
Se realiza reunión de equipo para explicar el proyecto, la coordinacion medíco - enfermera y cómo se captan y derivan los pacientes para hacer la consulta de tabaquismo
Los pacientes se anotan en la agenda se realiza la espirometría y se le da consejo antitabaquico. Se anota en agenda del médico para que al día siguiente valore resultado de la prueba y continúe con los consejos
Se realiza anotación manuscrita de los pacientes a los que se le realiza la espirometría con la fecha para posteriores consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
observamos muy poca cobertura de fumadores captados para el proyecto sólo 30 personas de las 190 que hay en el listado de fumadores
Indicadores a fecha de octubre de 2018 solo 4 meses tras la puesta en marcha del proyecto observamos gran mejoría en detección de tabaquismo 75 % pero en intervención tabaco sólo 30 %. En cuanto a revisión de síntomas EPOC vemos que todos los pacientes están bien revisados, más del 80 %. Queda pendiente evaluar el número de pacientes que consiguen dejar de fumar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos mejorado en la detección temprana de los pacientes fumadores así como en la revisión de los pacientes EPOC ya conocidos actualizando el tratamiento. Todavía hay que mejorar mucho en captación de pacientes fumadores para realizar espirometría y consejo antitabaco ya que solo hemos dado 30 % cobertura. Sacamos listados de pacientes y entregamos a su médico y enfermera para intentar en consulta demanda captar a dichos pacientes

7. OBSERVACIONES.
el aparato de espirometría ha estado 1 mes estropeado por lo que no hemos podido realizar la consulta en ese tiempo
Todavía llevamos muy poco tiempo con el proyecto por l oq ue los resultados mejorarán dentro de unos meses

*** ========== Resumen del proyecto 2018/804 ========== ***

Nº de registro: 0804

Título
PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
BONDIA HERRERO MARIA ISABEL, MARTIN MARTIN JORGE, LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0804

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ANALIZANDO LOS INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA, SE OBSERVÓ UN MAL CONTROL DE LOS PACIENTES FUMADORES, NO TENÍAN REALIZADA ESPIROMETRÍA POR LO QUE NO SE PODÍA LLEGAR A UN DIAGNOSTICO PRECOZ DE EPOC, Y POR CONSIGUIENTE NO SE BENEFICIABAN DE UN TRATAMIENTO COMPLETO. ES SABIDO QUE ESTA ENFERMEDAD CONLLEVA UNA GRAN CARGA DE MORBIMORTALIDAD Y PUEDE SUPONER UNA LIMITACION IMPORTANTE EN SU ACTIVIDAD DIARIA, FRECUENTES VISITAS MÉDICAS ASI COMO HOSPITALIZACIONES, POR TODO ELLO LA GRAN IMPORTANCIA DE LA DETECCION PRECOZ DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
-DIAGNOSTICAR PRECOZMENTE PACIENTES FUMADORES CON EPOC
-CONTROL DE SINTOMAS Y FUNCION PULMONAR DE DICHOS PACIENTES PERIODICAMENTE
- CORRECTA UTILIZACION DE TRATAMIENTOS INHALADOS

MÉTODO
-CAPTACION DE POBLACION DIANA: PACIENTES FUMADORES QUE DEPENDAN DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
- CREACION DE AGENDA TABAQUISMO EN PROGRAMA INFORMATICO OMI AP
-CITACION DE PACIENTES EN DICHA AGENDA PARA REVISIÓN DE SU HISTORIA, ANAMNESIS DIRIGIDA A SINTOMAS EPOC Y REALIZACION DE ESPIROMETRIA
-ENTREVISTA MOTIVACIONAL, OFRECER CONSEJOS Y AYUDA PARA DEJAR TABACO EN SESION INDIVIDUAL
-PACIENTES FUMADORES YA ETIQUETADOS DE EPOC REVISAR SU MEDICACION Y CORRECTO MANEJO INHALADORES

INDICADORES
-NUMERO FUMADORES CON ESPIROMETRIA/TOTAL FUMADORES
-NUMERO FUMADORES QUE CONSIGUEN DEJAR TABACO/TOTAL FUMADORES CONSULTA MONOGRAFICA
-PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REDUCEN EL NUMERO DE REAGUDIZACINES RESPECTO AL AÑO ANTERIOR

DURACIÓN
-REALIZACION DE LISTADO PACIENTES RESPONSABLE DEL PROYECTO :INICIO Y FIN MARZO 2018
- CREACION AGENDA EN PROGRAMA INFORMATICO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO: MARZO 2018
- CITACION DE PACIENTES : RESPONSABLE DEL PROYECTO MAYO / JUNIO 2018
- CONSULTA INDIVIDUAL ESPIROMETRIA, ENTREVISTA MOTIVACIONAL, MANEJO DE TRATAMIENTO RESPONSABLE DEL PROYECTO : JULIO 2018 A MAYO 2019
-VALORACION DE INDICADORES EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA: MAYO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA GORETI GOMEZ TENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN
ADRIAN MONFORTE ESTRELLA
GIL VALERO CARLOS PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
con periodicidad mensual hemos creado un artículo de extensión máxima un folio sobre hábitos saludables con los alumnos del CRIET de Alcorisa para trabajar dichos temas en el aula. Posteriormente maquetación en el ordenador de dichas instalaciones.
Octubre 2018: importancia del lavado de manos, técnica de un buen lavado, tipos de desinfectantes
Noviembre 2018: cepillado de dientes, cómo se realiza, cuándo y para qué. Diferencia entre pastas dentales, uso de colutorios
febrero 2019: alimentación saludable: qué comemos, cantidades de azúcar en los alimentos, grasas trans, anuncios publicitarios en tv

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sólo llevamos 3 temas trabajados, ya que es un proyecto de duración un curso escolar. En estos meses hemos visto la implicación de los niños ya que deben hacer un resumen del tema para escribir el artículo. Despues repasarlo y mecanografiarlo en el ordenador y por último maquetarlo con el resto de artículos del periódico. El hecho de que vaya un médico a explicar el tema le otorga una importacia que suma interés a los niños. Después los docentes siguen el resto de la semana hablando del tema concreto para afianzar
De momento todas las encuestas de satisfaccion han sido de 10 puntos sobre 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La principal conclusión es cómo el hecho de que un profesional sanitario explique un tema añade importancia al mismo y los niños prestan más atención. Los profesores con su labor de apoyo refuerzan el concepto aprendido y luego los alumnos en sus domicilios lo pueden extrapolar
Se nos ocurre para próximas ediciones dejar que los alumnos elijan los temas a tratar
Ha habido cambios entre lso profesores que han dificultado un poco la ejecución del proyecto y ha obligado a realizar reunión extra para volver a explicar el calendario previsto.

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto se encuentra a mitad de desarrollo por lo que las conclusiones son parciales

*** ========== Resumen del proyecto 2018/860 ========== ***

Nº de registro: 0860

Título
FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

Autores:
GOMEZ TENA MARIA GORETI, SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GIL VALERO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dada la importancia de crecer en un entorno de vida saludable, y teniendo en cuenta cómo el estilo de vida es capaz de variar el curso de la enfermedad cada vez se trabaja más en el campo de la prevención primaria. Es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

fundamental que los niños aprendan cuanto antes nociones sobre alimentación, ejercicio físico, lavado de manos, cepillado dental...para tener unos buenos hábitos que les acompañen durante toda su vida. Durante el curso escolar, los niños de distintas partes de la provincia acuden al CRIET durante 5 días donde conviven con otros niños, lo que nos parece un buen momento para trabajar estos items.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo primordial es conseguir unos hábitos higienico/dieteticos adecuados y mantenerlos en el tiempo, en concreto lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física y pantallas, protección solar para evitar enfermedades posteriores con gran repercusion como puede ser la obesidad, el sindrome metabolico, enfermedad dental, melanoma... La población diana en este caso serán estudiantes de 6º de primaria que acuden al CRIET de Alcorisa durante el curso escolar 2018-2019. Se pretende trabajar en grupo estos temas en el aula a través de la prensa escrita para ayudar a su implantacion cuando vayan a sus domicilios y se convierta en rutinas diarias.

MÉTODO
Participación de los médicos y enfermeros del equipo de atención primaria de Alcorisa en la elaboración mensual de una página de salud en el periódico del CRIET. Cada mes será un miembro el encargado de elaborar y redactar la página junto con los niños, y despues la maquetarán y publicarán.
Se nombra un encargado del equipo docente del CRIET que será quien se ponga en contacto cada mes con la persona del centro que corresponda según un calendario previamente establecido y le comunique el tema a trabajar. Durante ese mes deberá redactar un artículo junto con los niños que intervengan, quienes pueden venir al centro de salud a preguntar e indagar sobre el tema. La última semana del mes se entregará la página terminada en formato Word al responsable del CRIET para continuar con la maquetación.

INDICADORES
- encuesta de satisfaccion a los participantes (niños, sanitarios, equipo docente)
- cuestionario tipo test de conocimientos a los niños al finalizar la tarea

DURACIÓN
-inicio octubre 2018, perioricidad mensual según calendario escolar del CRIET hasta mayo 2019.
- un total de 6 unidades didacticas: lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física, pantallas, protección solar a desarrollar los meses de octubre, noviembre de 2018, febrero, marzo, abril y mayo 2019
- Responsable del CRIET Alcorisa y responsable del proyecto en el Centro de salud. Comunicación entre ambos y con el resto de plantilla a traves de email o en persona. Reunión mensual para acordar el próximo tema y recoger el material elaborado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0039

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL

Fecha de entrada: 05/10/2016

2. RESPONSABLE ..... GORETTI GOMEZ TENA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS ALCORISA
· Localidad ..... ALCORISA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REPOLLES PERALTA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El taller está funcionando desde mayo de 2015, se realiza en la sala de preparación maternal en la planta -1 del centro de salud de Alcorisa todos los jueves laborables en horario de 12 a 13 h. Acuden al taller una media de 15-20 madres lactantes, algunas de ellas acompañadas de familiares (pareja, hermana, madre, suegra...). El taller consta de 8 sesiones por lo que dura aprox 2 meses. Se han realizado durante este periodo de tiempo (mayo 2015-mayo 2016) 3 ciclos del taller. El primer ciclo durante mayo y junio 2015- el segundo ciclo abarcó octubre y noviembre 2015 y el tercer periodo febrero y marzo de 2016.
CAPTACIÓN:
Se hicieron carteles divulgativos y se colocaron en varios puntos del centro de Salud para dar difusión de la actividad. Además en las visitas de preparación al parto la matrona explica la existencia de estas reuniones, así como el pediatra en la visita del recién nacido. NO es necesario apuntarse o inscribirse, sino que cada día acuden las madres según disponibilidad. NO hay límite de edad del bebé, pueden venir desde recién nacidos hasta lactantes mayores.
SESIONES REALIZADAS:
Todos los jueves asisten 3-4 mujeres puérperas con sus bebés al taller, asistido por la matrona y apoyado por el pediatra en alguna de las sesiones. La función de los profesionales sanitarios ha sido proporcionar un ambiente de comodidad a la madre lactante y al bebé, organizar un turno de palabra ordenado, asegurar que todos los asistentes participen con sus dudas e inquietudes, evitar que hagan corrillos para que todos se beneficien de las aportaciones y experiencias de los demás, y por último, reforzar y aclarar situaciones que se plantean en caso de ser necesario
Para la planificación, se establece una agenda de educación grupal en el programa informático OMI-AP en el intervalo horario del taller en el profesional "Unidad Matrona"; donde se anotan como pacientes las madres que acuden cada día.

Las 5 primeras semanas se basan en aprender técnicas de masaje para relajación del bebé, evitar gases y cólicos y establecer un vínculo afectivo desde el inicio, favoreciendo la crianza en el apego. Se proporciona a las madres un bote de aceite de masaje y fichas con las técnicas dadas en el taller para practicar en casa. La matrona enseña la técnica en un maniquí y las madres siguen los pasos con sus hijos. Cada semana se enfoca en una parte del cuerpo diferente y se repasa lo aprendido la semana anterior. Aprovechamos para contar experiencias, vivencias, dudas surgidas a lo largo de la semana. Acabamos la actividad con dudas generales sobre la lactancia materna y la crianza.
La sexta semana hablamos pediatra y matrona conjuntamente sobre el desarrollo psicomotor normal durante el primer año de vida, viendo el calendario de ítems en una presentación power point y participando las madres con sus dudas y preguntas.
La siguiente es una clase breve de reanimación cardiopulmonar básica y medidas en atragantamiento a cargo del pediatra, con parte teórica con diapositivas power point y parte práctica con maniquí pediátrico.
La última sesión versa en torno a la alimentación complementaria, donde se explica la introducción a partir de los 6 meses de vida de alimentos variados y también cómo continuar la lactancia con la incorporación al trabajo de la madre (legislación, extracción y conservación de la leche…), con reparto de trípticos explicativos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al terminar las sesiones se reparte un cuestionario de satisfacción a las madres asistentes, con una evaluación final muy satisfactoria para los profesionales encargados. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)
- La duración de la actividad formativa ha sido 4.57
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas: 4
- La actividad me va a ser muy útil en mi vida diaria: 4
- El material utilizado en el curso ha sido el adecuado: 4.14
- Valoración del docente: 5
- En general el curso me ha parecido: 5

Los participantes mostraron personalmente su satisfacción con las sesiones, y expresaron su deseo de que se organizasen más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres y dando posibles temas para ellos.
Para detectar si el taller sirve como apoyo a la lactancia se comparan las madres lactantes que acuden con respecto a las que no. De un total de 33 nacimientos, dividimos en dos grupos según vengan al taller de lactancia o no (20 madres no versus 13 madres sí) . Observamos que a los 2 meses, en el grupo de no taller, 13 madres continúan con lactancia materna (un 65 %), comparado con el 100% de las madres que acudía a las sesiones.
El número de consultas de los niños cuyas madres acuden al taller es menor al resto, (una media de 4,46

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0039

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL

visitas por niño en los primeros 6 meses de vida) con respecto a la media del grupo que no acudía a los talleres 6,20 visitas por niño) No se ha visto diferencia en cuanto al motivo de consulta, enfermedad o duda de crianza, quizá porque no viene bien reflejado en el programa informatico OMI-AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El taller sirve como beneficio a la lactancia natural, proporciona información actualizada y las madres aprenden a distinguir la información útil de los mitos y prácticas equivocadas, proporciona un apoyo y ayuda durante el puerperio que es una etapa de la mujer donde se encuentra muy vulnerable, proporciona confianza y seguridad para atender las necesidades del bebé.
Como elemento negativo somos críticos con el número de participantes por sesión (se tenía previsto alcanzar una media de 10 participantes por sesión, y se alcanzó un máximo de 5). El motivo de esta baja participación consideramos que es por el horario de mañana, el tener otros hijos pequeños al cargo y el lugar poco céntrico.
Para próximas ediciones propondremos un cambio de horario, incluso desplazamiento a algún local del pueblo.
Los ponentes consideran que el tiempo empleado en la preparación de las sesiones, así como los materiales empleados no ha sido excesivo y dado que ya se tiene el boceto preparado, lo seguiremos utilizando en los próximos talleres.
Por todo esto consideramos este proyecto muy enriquecedor, que será repetido en próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/39 ========== ***

Nº de Registro: 0039

Título
CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL

Autores:
GOMEZ TENA GORETTI, REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

PROBLEMA
EL POSTPARTO ES UN MOMENTO EN EL QUE SE NECESITA MUCHO APOYO POR LA CONFUSION QUE SE CREA. HEMOS DETECTADO UNA DESINFORMACION POR PARTE DE LAS RECIENTES MADRES Y UNA DEMANDA DE AYUDA EN ESTA ETAPA
EL PROYECTO ES ÚTIL YA QUE ASÍ SE OBTIENE UN ESPACIO PARA COMPARTIR DUDAS Y SE MUESTRAN TÉCNICAS PARA RESOLVER PROBLEMAS

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- FOMENTAR, PROMOVER Y PROTEGER LA LACTANCIA MATERNA Y LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO EN EL ENTORNO RURAL
- RESOLVER DUDAS SOBRE LA CRIANZA DEL BEBÉ
- ADQUIRIR EDUCACIÓN BÁSICA SOBRE CUIDADOS Y PUERICULTURA
- DISMINUIR EL NUMERO DE VISITAS AL PEDIATRA O MATRONA PARA RESOLVER DUDAS

MÉTODO
- TALLER DE LACTANCIA MATERNA 1 HORA A LA SEMANA EN EL CENTRO DE SALUD, PARA MADRES QUE HAN DADO A LUZ CON UNA SERIE DE CHARLAS PROGRAMADAS, RESPONSABLE LA MATRONA Y PEDIATRA DEL CENTRO
- MODIFICAR AGENDAS EN PROGRAMA OMI CON LA CREACIÓN DE LA AGENDA TALLER PARA LLEVAR UN REGISTRO DE LAS SESIONES
- CREAR UN ORGANIGRAMA CON LAS CLASES Y RESPONSABLES DE LAS MISMAS

INDICADORES
- NUMERO DE MADRES CON LACTANCIA MATERNA PRIMEROS 6 MESES/ TOTAL DE MADRES EN UN AÑO
- SATISFACCION DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL TALLER, MEDIDA CON UNA ENCUESTA AL FINALIZAR EL TALLER
- CONSULTAS SIN ENFERMEDAD/TOTAL CONSULTAS

DURACIÓN
- DE MAYO 2015 A MAYO 2016
- TODOS LOS JUEVES DE 11 A 12 H
- CRONOGRAMA: MASAJE INFANTIL 5 SESIONES, ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, RCP, DESARROLLO PSICOMOTOR

OBSERVACIONES
ASIMISMO EN CADA SESION SE RESERVA UN TIEMPO PARA REPASAR TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0039

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 2 Poco

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA GALVE CIERCOLES
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NUEZ GINES MARIA TERESA
FERNANDEZ GARCIA MARIA ANGELES
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Informar al equipo de la proxima implantación de la Eficiencia de las visitas en el centro (Demanda no presencial)
Documentarnos y ver implementación en otros equipos
Elaborar un protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes por la elaboración del protocoloo con los indicadores de seguimiento y de satisfacción del usuario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que estudiar la situación y necesidades del centro para poderlo adaptar a cada realidad

7. OBSERVACIONES.
Nuestro proyecto no se ha podido implantar hasta que no hemos elaborado el protocolo definitivo
Cronograma 2018:
Enero.- presentación al equipo
Febrero.- implantación del protocolo por los profesionales
Diciembre.- medición de resultados de satisfacción del usuario y de implementación.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1487 ========== ***

Nº de registro: 1487

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, NUEZ GINES MARIA TERESA, FERNANDEZ RODRIGUEZ MARIA ANGELES, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, GARCIA LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: .
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Andorra hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Andorra.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

MÉTODO
Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, segumiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
-Mayo-Junio: sesiones clínicas
-Mayo: adaptación de agendas
-Revisión periódica de indicadores
-Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA GALVE CIERCOLES
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NUEZ GINES MARIA TERESA
FERNANDEZ GARCIA MARIA ANGELES
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD
GARCIA LOPEZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Incluir en las agendas activas del centro el concepto de DNP.
- Registro del consentimiento informado para consultas telefónicas incluidas en la DNP.
- Sesión clínica sobre el seguimiento del proyecto.
- Citación de DNP a petición del usuario ó del profesional a través de admisión.
- Encuestas de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un 10% de la consulta es DNP
Mejora de la gestión del tiempo tanto del profesional como del paciente.
Al haber menos interrupciones telefónicas, se minoriza la carga asistencial en las consultas.
Mejora la satisfacción de la asistencia recibida por el paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Positiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1487 ========== ***

Nº de registro: 1487

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, NUEZ GINES MARIA TERESA, FERNANDEZ RODRIGUEZ MARIA ANGELES, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, GARCIA LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: .
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Andorra hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Andorra.

MÉTODO
Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, segumiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
-Mayo-Junio: sesiones clínicas
-Mayo: adaptación de agendas
-Revisión periódica de indicadores
-Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0404

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA GARCIA LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ SAURAS SUSANA
CORONADO VAZQUEZ MARIA VALLE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DESDE 2016 SE HAN REALIZADO EDUCACION GRUPAL A PACIENTES DIABETICOS (4 SESIONES: QUE ES LA DIABETES, ALIMENTACION DEL PACIENTE CON DIABETES, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, EJERCICIO Y AUTOCONTROL DE LA DIABETES.) SE HAN FORMADO UN GRUPO POR CUPO,CON LA IMPLICACION DE SU MEDICO Y DE SU ENFERMRA ADEMAS DE LAS ENFERMERAS EXPERTAS FORMADORAS.
CRONOGRAMA REALIZADO: 2016
JUNIO: 10 PACIENTES DE DRA CORONADO (ARIÑO)
SEPTIEMBRE: 14 PACIENTES DR PEREZ CASANOVA (ALLOZA
OCTUBRE: 13 PACIENTES DR. MARTINEZ (OLIETE)
NOVIEMBRE: 12 PACIENTES DRA TRILLO (ANDORRA Y 7 PACIENTES DR MESA (ANDORRA)
DICIEMBRE: 14 PACIENTES DRA HERNANDEZ (ANDORRA)
2017
MAYO: 5 PACIENTES DR PEREZ LACLERIGA (ANDORRA) Y 14 PACIENTES LAHOZ (ANDORRA)
JUNIO 15 PACIENTES DE TODOS LOS CUPOS QUE SE QUISIERON APUNTAR DE ANDORRA
TOTAL PACIENTES: 104 PACIENTES DIABETICOS
IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE PIE DIABETICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CONOCIMIENTOS: SE OBSERVA UNA GANACIA DE CONOCIMIENTOS CON UN MEJORA EN EL CUESTIONARIO POSTERIOR, EN EL PREVIO TENIAN UNA MEDIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE 14 SOBRE 20, PASANDO EN EL PSTERIOR A UNA MEDIA DE 19 SOBRE 20 DE RESPUESTAS CORRECTAS.
SATISFACCION: TOTOL LOS PARTICIPANTES MANIFIESTAN ESTAR MUY SATISFECHOS Y RECOMENDARIAN EL TALLER PORQUE LO CONSIDERAN UTIL, LA VALORACION DE LOS DOCENTES ES BUENA O MUY BUENA, ASI COMO LA DOCUMENTACION ENTREGADA LA CONSIDERAN ADECUADA.
RESULTADOS DE CAMBIO DE ESTILO DE VIDA (DGP): ESTAMOS PENDIENTES DE LA REALIZACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION SOBRE LA MODIFICACION DE INDICADORES DE SALUD RELACIUONADOS CON LA INTERVENCION GRUPAL. PERO SE HA OBSERVADO UNA MEJORA GENERAL DE LOS INDICACORES DEL CUADRO DE MANDOS EN DIABTES EN EL CONJUNTO DEL CENTRO DE SALUD, NO TANTO POR UNA RELACIN DIRECTA CON LA INTERVECION GRUPAL PERO SI POR UNA CORRIENTE DE FORMACION Y SENSIBILIACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO QUE AL PARTICIPAR EN EL GRUPO SE HAM IMPLICADO CON LOS PACIENTES DIABETICOS EN GENERAL.
VALORACION DEL PIE DIABETICO: SE HA IMPLANTADO A FINALES DE 2017 LA CONSULTA DE PIE DIABETICO CON UNA PARTICIPACIONE DE 5 PACIENTES VALORADOS.
%DE PACIENTES CON RIESGO DEL PIE EVALUADO: GLOBAL DEL EQUIPO: 56,02%
% DE PACIENTES CON RIESGO ALTO:1'86, PACIENTES CON RIESGO MODERADO: 27'93, PACIENTES CON RIESGO BAJO: 10'70
% PACIENTES DIABETICOS ENTRE 50 Y 80 AÑOS CON DOPLER 28 % (STANDAR DEL SECTOR 20 Y 30 %)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA EDUCACION GRUPAN A CORTO PLAZO HA MEJORADO LOS CONOCIMENTOS DE NUESTROS PACIENTES DIABETIOCOS, LA ESTRAGEA EMPLEADA PARA LA FORMACION DEL GRUPO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL CUPO (MEDICO Y ENFERMERA DE FAMILIA) A SUSPUESTO DE FORMA INDIRECTA QUE TODOS LOS PROFESIONALES SE HAN FORMADO CON UNOS MENSAJES COMUNES EN TODOS LOS CUPOS LO CUAL SECUNDARIAMENTE A MEJORADO LA FORMACION INDIVIDUAL DE LOS DIABETICOS EN GENERAL.
POR OTRO LADO SE HA DADO PARTE DE PROTAGONISMO A PROFESINALES NO SANITARIOS EN LA ELABORACION DE MATERIALES ASI COMO EN EL PRODECIMIENTO Y TRTAMIENTO DE LOS DATOS Y LA DOCUMENTACION.(CELADORES FOTOCOPIAN MATERIALES Y PREPARAN DOCUMENTACION, ADMINITRATIVAS AVISAN A LOS PACIENTES SELECCIONADOS Y PROCESAN LOS DATOS RECOGIDOS)
LA DINAMICA DE FORMACION A PACIENTES DIABETICOS JUNTO CON EL MANEJO DEL CUADRO DE MANDOS HAN HECHO QUE LOS RESULTADOS EN DIABETES A NIVEL DE EQUIPO HAN MEJORADO CON RESPECTO DE AÑOS ANTERIORES.

7. OBSERVACIONES.
CRONOGRAMA 2018:
UN GRUPO POR CUPO, ABRIL, MAYO Y JUNIO DOS CUPOS (UN GRUPO POR CUPO), SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE UN GRUPO POR CUPO EN TOTAL LOS 9 CUPOS DEL CENTRO.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/404 ========== ***

Nº de registro: 0404

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0404

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
GARCIA LOPEZ ANA MARIA, LOPEZ SAURAS SUSANA, CORONADO VAZQUEZ MARIA VALLE, GALVE CIERCOLES ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La diabetes es la enfermedad crónica por excelencia y la prevención de sus complicaciones asociadas un reto para la atención primaria. En especial hay dos puntos importantes que creemos que debemos mejorar y asegurar: la educación a los pacientes y la evaluación del pie diabético:

- Los pacientes con diabetes necesitan tener la información adecuada sobre su enfermedad para tomar decisiones y lograr un buen control. La educación grupal se ha demostrado como una herramienta útil para el cambio de comportamiento, aumentar o reforzar los conocimientos sobre diabetes, utilizando la experiencia del grupo como referente. En nuestro centro solo se trabajaba la educación individualizada por lo que se considera interesante implantar este sistema de educación en grupo.

- La cobertura de exploración del pie diabético en general, y la evaluación vascular periférica en los pacientes mayores de 50 años que se recomienda en las guías también es un punto a mejorar.

RESULTADOS ESPERADOS
1º Que los pacientes adquieran conocimientos sobre su diabetes o refuercen los que ya tienen, para que tomen decisiones correctas y mejoren sus resultados en salud.

2º evaluar si la educación grupal mejora los resultados de los pacientes, monitorizando parámetros objetivos de hba1c, colesterol, ta, peso...

3º. Mejorar la cobertura de evaluación del pie diabético y de la exploración con índice tobillo brazo en los pacientes diabéticos entre 50 y 80 años.

MÉTODO
- EDUCACIÓN GRUPAL. Se seleccionará un grupo de entre 15/18 pacientes y/o su esposa/familiar, en principio que tengan glucómetro, por cupo. La enfermera de referencia seleccionará a los integrantes. Se impartirán 4 sesiones:

o 1ª que es la diabetes y complicaciones

o 2ª alimentación en pacientes con diabetes.

o 3º tratamiento farmacológico de la diabetes tipo 2

o 4ª sesión relación entre ejercicio/alimentación/autocontrol de glucemia capilar.

- PIE DIABÉTICO. Creación de consulta monográfica de pie diabético. Se derivarán a esta consulta los pies de riesgo alto y también los pacientes con indicación de evaluación de índice tobillo brazo

INDICADORES
- EDUCACIÓN GRUPAL:

o Se realizará un cuestionario previo y posterior para valorar la ganancia de conocimientos.

o Satisfacción de los usuarios con el curso y sugerencias de mejora

o Comparación antes-después de los siguientes parámetros y controles: glucemia, hba1c, colesterol, hdl, ldl, triglicéridos, ac urico, gfr, creatinina, ta, peso, diámetro cintura, imc, vag, vat, tabaquismo, fondo ojo, exploración pies, ecg, hipoglucemias, cumplimiento tratamiento...

- EXPLORACIÓN DE PIE:

% de pacientes con riesgo del pie evaluado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0404

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años a los que se ha realizado índice tobillo-brazo en los últimos 3 años

DURACIÓN
- EDUCACIÓN GRUPAL: 4 sesiones, 2 por semana, de 60 minutos.

Cronograma 2017:

Junio: cupo Ariño, Septiembre cupo Dr Perez Casanova (Alloza), Octubre cupo dr. Martinez (Oliete), Noviembre 1º quincena cupo Dra Trillo (Andorra), 2ª quincena Dra Hernandez (Andorra) diciembre cupo Dr mesa (Andorra) pendientes en 2017 resto de cupos. El proyecto no tiene fecha fin ya que el objetivo es llegar a toda la población de diabéticos de la zona de salud de Andorra, y, una vez que se les haya impartido este primer curso, continuar con otro un nivel mayor de conocimientos.

- CONSULTA MONOGRÁFICA PIE DIABÉTICO. Inicio Julio 2017

OBSERVACIONES
Un objetivo indirecto es la implicación de todos los profesionales del equipo. El médico y la enfermera de referencia serán los organizadores y los que propongan a los pacientes al grupo. El médico de referencia de cada cupo, será el responsable de la formación sobre tratamiento farmacológico y la enfermera del cupo la responsable de la monitorización de las variables a estudio para valorar cambio de hábitos. Dos enfermeras formadas en educación grupal en diabetes serán las responsables del resto de sesiones.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0420

1. TÍTULO

TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL IES DE ANDORRA

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT EGEA CANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ ANA MARIA
REPOLLES PERALTA PATRICIA
TRILLO SALLEN ESTHER
GALVE CIERCOLES ROSA
GINES BIELSA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
2 SESIONES POR CURSO, (2º,3º Y4º ESO, FPB ELECTRICIDAD, FPB ADMINIATRACION Y FPB HOSTELERIA) DEL 9 AL 24 DE FEBRERO DE 2017.
SESION INFORMARTIVA DE RESULTADOS A DOCENTES Y DIRECCION DEL IES
SESION INFORMATIVA DE RESULTADOA LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ATENCION PROMARIA
MATERIAL: TARJETAS Y FOLIOS CON DINAMICAS ESPECIFICAS PARA LA EDUCACION AFECTIVA SEXUAL: "FALSAS CREENCIAN SOBRE LA SEXUALIDAD", "MINIHISTORIAS DE PAREJAS: ESTO ES LO QUE HAY" PLASTILINA PARA EL TALLER: "ANATOMIA DE LA SEXUALIDAD", TALLER METODOS ANTICONCEPTIVOS: PRESERVATIVOS MASCULINO Y FEMENINO, DIAFRAGMA, DIU, IMPLANTES, OVULOS, CREMAS ESPERMICIDAS, PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS, PILDORA DEL DIA DESPUES..., POWERT POINT PARA LA EXPOSICION DE CONTENIDOS, CUESTIONARIOS PRE Y POSTE Y DE SATISAFACION.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HA INTERVENIDO SOBRE 231 ALUMNOS, EN LA ENCUENTA DE CONOCIMIENTOS POSTERIOR TODO HAN GANADO CONOCIMENTOS.RESPONDEN CORRECTAMENTE EL CUESTIONARIO:
- ALUMNOS DE 2º Y 3º ESO:15 % EN EL PREVIO Y UN 62 % EL POSTERIOR
- ALUMNOS DE 4º ESO: 31 % EN EL PREVIO Y 82 % POSTERIOR
EN CUANTO A VALORACION:
- 75 % REPETIRIA EL TALLER,
- 62 % VALORAN LA EXPOSICIÓN DE LOS PONENTES COMO MUY BUENA Y 40 % COMO BUENA
- 45 % CONSIDERAN LOS TEMAS TRATADOS COMO MUY INTERESANTES Y 54 % COMO INTERESANTES.
SE HAN ALCANZADO LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN EL PROYECTO. LA FUENTE DE OBTENCION DE LOS DATOS SON DIRECTAMENTE DE LOS CUESTIONARIOS ELABORADOS POR LOS PRO´PIOS DOCENTES QUE HAN INTERVENIDO, ASI COMO DE LA PERCEPCION DE LAS DINAMICAS UTILIZADAS Y LA ATENCION DE LOS ALUMNOS Y RESPUSTAS EN EL AULA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL CURSO ANTERIOR NO SE PUDO REALIZAR EL TALLER POR CUESTIONES ORGANIZAIVAS DEL IES (PABLO SERRANO DE ANDORRA) CON LO CUAL LOS ALUMNOS DE 4ª DE LA ESO YA CUANDO FUERON A 2º DE LA ESO PARTICIPARON DEL TALLER AFECTIVO SEXUAL CORRESPONDIENTE A 2º, EN CAMBIO LOS DE 3º DE LA ESO QUE NO HABIAN RECIBIDO NINGUNA FORMACION PREVIA, TENIAN IDEAS Y CONCEPTOS TOTALMENTE ERRONEOS Y ACTIDUDES MÁS MACHISTAS Y HOMOFOBAS QUE LOS ALUMNOS DE 4º. POR OTRO LADO LA INTRODUCCION UNA NUEVA DINAMICA SOBRE LA ANATOMIA DE LA SEXUALIDAD REALIZADA EN PLASTILINA, PONIA DE MANIFIESTO EL POCO CONOCIMIENTO DEL LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y EL MITO DEL ORGANO GENITAL MASCULINO. POR OTRO LADO LA INCORPORACION DE LA MATRONA, AL EQUIPO DOCENTE DE INTERVENCION EN EL AULA NOS HA DADO UNA MAYOR SEGURIDAD, MEJORA DE LAS DINAMICAS Y LA POSIBILIDAD QUE LAS ALUMNAS Y ALUMNOS LA CONOZCAN AL OBJETO DE PORDER SER UN PROFESIONAL DE REFERENCIA EN EL CENTRO DE SALUD A DEMAS DEL RESTO DE PROFESIONALES QUE INTERVIENEN.
TODO ESTO HACE QUE NOS PLANTEEMOS PARA EL PRÓXIMO CURSO LA INTEVENCIÓN EL LOS 4 CURSOS DE LA ESO, PARA IR ADECUANO LOS CONTENIDOS DE FORMA MÁS PROGRESIVA EN CADA CURSO.

7. OBSERVACIONES.
EN ESTE PROYECTO PARTICIPAN LOS MEDICOS RESIDENTES DE 4º AÑO, COMO PARTE DE SU FORMACION EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS.
PARA LA ORGANIZACION Y LA INTERVENCION EN LAS AULAS HA SIDO PRECISO EL APOYO DE LOS COMPAÑEROS DEL C. S., EN ESPECIAL ENFERMERIA, PARA CUBRIR EL RESTO DE TAREAS DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL AULA.
ESTA ACTIVIDAD SE VE REFLEJADA EN EL REPARTO DE LA PRODUCTIVIDAD VARIABLE ANUAL EN FUNCION DEL GRADO DE IMPLICACION DE CADA PROFESIONAL.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/420 ========== ***

Nº de registro: 0420

Título
TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL I.E.S. DE ANDORRA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0420

1. TÍTULO

TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL IES DE ANDORRA

EGEA CANO MONTSERRAT, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, TRILLO SALLEN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
DESDE EL CENTRO DE SALUD SE DETECTO UN MAL USO DE LA PÍLDORA POS-COITAL ENTENDIENDO ESTO COMO UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y NO UN RECURSO DE URGENCIA, CON UN PERFIL DE DEMANDANTE ADOLESCENTE DE ENTRE 15 Y 18 AÑOS. EN LA COMARCA SE ESTABA DESARROLLANDO UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA PABLO SERRANO DE LA LOCALIDAD, POR LO QUE A TRAVÉS DE ESE PROGRAMA SE DESARROLLO UN TALLER AFECTIVO SEXUAL PARA TRABAJAR EN EL AULA CON LOS CHICO/AS DE 2º Y 4º DE LA ESO.

RESULTADOS ESPERADOS
1º AUMENTAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDAD, PREVENCIÓN DE RIESGOS RELACIONADOS CON LAS RELACIONES SEXUALES
2º PROPORCIONAR INFORMACIÓN FIABLE SOBRE LA SEXUALIDAD Y RELACIONES SEXUALES.
3º ACERCAR LOS PROFESIONALES SANITARIOS A LOS ADOLESCENTES PARA QUE NOS VEAN COMO PROFESIONALES DE AYUDA Y ASESORAMIENTO Y ENCUENTREN UN PROFESIONAL DE APOYO EN CASO DE DUDAS.

MÉTODO
DE REALIZAN 2 SESIONES POR CURSO (2º Y 4º DE LA ESO) UNA POR SEMANA, PREVIAMENTE SE HA COORDINADO CON EL EQUIPO DE DOCENTES LAS FECHAS ELEGIDAS PARA LA ELABORACIÓN DEL TALLER.
SE REALIZA EL TALLER COMBINANDO TEORÍA A TRAVÉS DE UN POWER POINT Y DINÁMICAS GRUPALES PARA REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS Y TALLERES PRÁCTICOS DONDE PUEDAN VER DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVO.

INDICADORES
PREVIAMENTE LOS TUTORES REALIZAR UN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS PREVIO PARA SABER QUE NIVEL DE CONOCIMIENTOS TIENEN LOS CHAVALES. Y AL TERMINAR EL TALLER REALIZAN EL MISMO CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE CONOCIMIENTOS
TAMBIEN SE LES PASA UN CUESTIONARIO DE SATISFACCION, PARA EVALUAR SI EL TALLER LES PARECE ADECUADO O NO Y ROPONER CORRECCIONES AL RESPECTO.

DURACIÓN
LOS TALLERES SE DIRIGEN A LOS CHAVALES DE 2º Y 4º DE LA ESO, SE DESARROLLAN DURANTE EL CURSO ESCOLAR Y LAS FECHAS SE PLANTEAN EN FUNCIONA DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS TUTORES Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS. PARA ESTE CURSO ESCOLAR 2016-2017, SE PLANTE ADEMAS INTERVENIR SOBRE LOS ESCOLARES DE 3º DE LA ESO YA QUE EL AÑO ANTERIOR NO PUDIERON ASISTIR. FECHAS PREVISTAS FINALES 2º TRIMESTRE CURSO ESCOLAR (FEBRERO)

OBSERVACIONES
ESTE TALLER TIENE EL APOYO DE UN MEDICO RESIDENTE YA QUE ES UNA OBJETIVO DE SU FORMACIÓN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA.
ESTE PROYECTO ES UN PROYECTO MULTIDISCIPLINARIO, CON LA COORDINACIÓN DE DIFERENTES ENTIDADES SERVICIOS SOCIALES COMARCA ANDORRA SIERRA DE ARCOS, CRUZ ROJA ANDORRA ADEMAS DEL IES PABLO SERRANO Y EL PROPIO CENTRO DE SALUD DE ANDORRA.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0477

1. TÍTULO

CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL GONZALEZ ESPINOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARREDA AYORA CARMEN
TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO
EGEA CANO MONTSERRAT
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN
ESTEBAN HERNANDEZ AGUEDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diariamente se revisa la disponibilidad de los cinco sets de material de sutura, rotulados cada uno de un color diferente. Esta revisión la realiza el enfermero/a que empieza la atención continuada a las 15 hs. Si un set de sutura es utilizado durante el turno se deja constancia en la hoja de registro, indicando quién lo ha usado.
La primera semana de cada mes se realiza la revisión de la caducidad de esterilización (establecida en 6 meses) del material quirúrgico esterilizado individualmente y en set. Todo el material cuya fecha de esterilización haya sobrepasado el tiempo establecido se retira y se vuelve a esterilizar.
Se ha elaborado una hoja en la que se registran mensualmente las fechas de esterilización de todo el material quirúrgico y además de los distintos materiales del carro de suturas: sedas, guantes estériles, bisturís, campos estériles,...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido tener siempre disponible un set de material quirúrgico completo y de calidad para poder atender las lesiones que precisen sutura.
No se encuentra instrumental quirúrgico caducado.
Se controla el stock y la disponibilidad de los materiales complementarios para suturar o realizar actividades de Cirugía Menor.
En la hoja de registro se comprueba de manera objetiva que se realiza diariamente el control.
Sabemos quien usa los sets de material de sutura y cuando.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe una gran colaboración del equipo de Enfermería en el control de los sets de material de sutura, ya que ello ayuda a que tengamos siempre a disposición el material necesario lo que repercute en poder realizar mejor el trabajo y beneficia al paciente.
Conviene seguir con el proyecto para evitar la falta de material quirúrgico en urgencias. Además es posible hacer un seguimiento de un equipo perdido.
Sería necesario dotar a la sala de urgencias de mayor número de material quirúrgico individual, principalmente pinzas de disección, con o sin dientes; este tipo de material es bastante escaso y se suele usar con frecuencia: en ocasiones se tiene que recurrir a la apertura de un set completo para obtener una pinza.
El hecho de disponer de 5 sets de material quirúrgico hace que sea difícil quedarse sin material esterilizado para suturar. Sólo en una ocasión en 2017 y durante un mes y medio se tuvo escasez de material por fallo grave en el autoclave y la obligatoriedad de enviar el material quirúrgico al Servicio de Esterilización del Hospital de Alcañiz.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/477 ========== ***

Nº de registro: 0477

Título
CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, VAQUE BIELSA MARIA PILAR, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, BARREDA AYORA MARIA DEL CARMEN, TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO, EGEA CANO MONSERRAT, FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, ESTEBAN HERNANDEZ AGUEDA MONSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0477

1. TÍTULO

CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Una de las incidencias más frecuentemente recogidas en la sala de urgencias es la falta de material quirúrgico a la hora de suturar heridas, sobre todo las pinzas, teniendo que suturar con frecuencia con material inadecuado. La causa es que el personal se abastece de las pinzas de sutura cuando sale a los domicilios.
Además, la auditoria externa de ISO nos encontró material caducado y tenemos que revisar periódicamente la caducidad del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Disponer de sets de material de sutura de forma permanente en el servicio de urgencias

MÉTODO
- Elaboración de cinco sets de sutura compuestos de: pinzas de Adson con dientes, porta y tijeras. Cada set está marcado con un color distinto (equipo rojo, verde, azul…)
- Verificación cada mañana de la disponibilidad de los cinco equipos de sutura así como de su integridad en el caso de que hayan sido usados (Creación de formato al efecto
- Verificación mensual de la caducidad de la esterilización del material quirúrgico disponible en urgencias (formato PO-03-4_AL(P)E)

INDICADORES
% DÍAS EN LOS QUE SE CUMPLIMENTA EL CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE SUTURA
% MESES EN LOS QUE SE CUMPLIMENTA EL CHEQUEO DE LA CADUCIDAD DE LOS EQUIPOS DE SUTURA
NÚMERO DE INCIDENCIAS POR FALTA DE MATERIAL QUIRÚRGICO EN EL AÑO EN CURSO

DURACIÓN
Enero- Febrero: Elaboración de sets quirúrgicos
Enero-Febrero: Elaboración de hoja de registro
Febrero-Diciembre: Implantación de la hoja
Enero 2018: Evaluación

OBSERVACIONES
DESDE QUE SE HA IMPLANTADO ESTE SISTEMA EL ORDEN EN URGENCIAS HA MEJORADO Y SE HA CONSEGUIDO QUE NO DESAPAREZCAN LOS EQUIPOS O APARATOS DE URGENCIAS. CASI TODOS LOS PROFESIONALES PARTICIPAN EN EL CHEKING Y LOS MALETINES SE MANTIENEN TANTO SU REVISIÓN COMO LA REPOSICIÓN EN CASO DE LO QUE SE USA.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VAQUE BIELSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN
MOJONERO ANTEQUERA JOANA
JIMENEZ SESMA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para mejorar la detección del tabaquismo se implico al personal que trabaja los fines de semana (MAC Y EAC) para captar a los fumadores (jóvenes) que no acuden a consulta.
Se realizaron sesiones informativas para el seguimiento de los indicadores de detección del tabaquismo e intervención tabáquica.
Para mejorar la intervención tabáquica se ha implicado a los profesionales de enfermería, para la solicitud de espirometrías a los pacientes fumadores.
Se creó una comisión de calidad, interna en el centro de salud, para el seguimiento de indicadores.
Nuestro centro participa en la elaboración del procedimiento de abordaje de tabaquismo en atención primaria del sector de Alcañiz.
Se ha creado en nuestro centro, la consulta antitabaco tras la implantación del procedimiento. Durante 2017 no ha sido posible implantar la consulta del tabaco ya que faltaba la creación del procedimiento, el coximetro. A la fecha de esta memoria esta ya creada compatibilizando las agendas del médico y la enfermera responsables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El indicador de detección del consumo de un 33.34% en 2016 hemos pasado a 45.39% lo que supone una ganancia del 12.05 %.
El indicador de intervención y consejo del consumo de tabaco de un 41.01%en 2016, se ha obtenido un resultado en 2017 de 52,58% con una mejora del 11,57 %.
Se han realizado en los últimos 5 años 258 espirometrías sobre un denominador de 836 esto supone una cobertura del 30.62 % de los pacientes entre 50 y 80 años fumadores. A los pacientes a los cuales se les realiza espirometria se hace intervención sobre consumo de tabaco (riesgos y enfermedades y derivación a la consulta antitabaco a los que quieran dejar de fuma.
Han sido atendidos en la consulta antitabaco (2018) 3 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Si se anima al los profesionales, a intervenir y detectar sobre el consumo de tabaco, los resultados mejoran, les gusta saber la repercusión de su intervención y se les anima seguir trabajando en ello. Si además esta intervención tiene su reflejo a la hora del los incentivos anuales mejor.
Al profesional de enfermería hay que animarle a la petición de pruebas (espirometria) como estrategia de captación del paciente fumador y vehiculizar a un profesional formado y experto en el abordaje del tabaquismo.

7. OBSERVACIONES.
Ha sido difícil la implantación de la consulta antitabaco ya que hasta que no se realizado el procedimiento de sector.
El espirómetro a pesar de ser nuevo, y conectado al equipo de sobremesa para que el resultado llegue a la historia del paciente, debido a que es un equipo obsoleto nos da muchos problemas para la realización de la espirometria, tardando en ocasiones más de 30 minutos en meter los datos del paciente...
Plan para el 2018: seguir manteniendo la estrategia actual sobre detección e intervención del tabaquismo, publicitar la consulta antitabaco en los medios locales.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1137 ========== ***

Nº de registro: 1137

Título
IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:
VAQUE BIELSA MARIA PILAR, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, MOJONERO ANTEQUERA JUANA, REPOLLES PERALTA PATRICIA, LAHOZ MACIPE CONCEPCION, JIMENEZ SESMA MARIA LUISA, FERRE BUJ MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo: - % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco - % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO
- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Creación de una consulta monográfica de atención al tabaquismo. En ella se prestará apoyo a la deshabituación tabáquica
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco

- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Fuente: cuadro de mando

- % de personas en las que se ha realizado intervención intensiva que han dejado de fumar

DURACIÓN
Junio-Julio: Elaboración del procedimiento
Septiembre: Difusión del procedimiento. Puesta en marcha de la consulta
Julio 2017- Enero 2018: Monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO ATENCION INTEGRAL A LA EPOC

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VAQUE BIELSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHOZ MACIPE CONCHA
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. CONSULTA DESHABITUCIÓN TABÁQUICA: un día la semana, con agenda propia
2. ESPIROMETRIAS, E INTERVENCIÓN BREVE PARA DEJAR DE FUMAR
3. INTERVENCIÓN COMUNITARIA A ESCOLARES
4. FORMACIÓN AL EQUIPO DE PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el 2018 se obtienen los siguientes resultados:
1. % pacientes con registro/DGP “si fuman” : 48,36 %.
2. Pacientes con intervención breve o intensiva: 58,71 % .
3.Nº de pacientes que han dejado de fumar en la consulta deshabituación tabáquica de Andorra: 15 de 26 pacientes atendidos en la consulta: 57, 6 %, 7 de los cuales no terminaron su proceso de deshabituación tabáquica (26,9%), 1 paciente se le dio de alta tras más de un año sin fumar.
Aunque 5 en algún momento recayeron, volvieron a dejar de fumar a través de la intervención en la consulta.
4 Nº de espirómetrias realizadas: 212
5. Pacientes con EPOC que tienen activo el plan de cuidados de limpieza ineficaz de las vías aéreas: 59,12 %
6. Pacientes con EPOC a los que se les ha preguntado por signos y síntomas respiratorios: 59,12 %
7. Número de intervenciones en la comunidad sobre el consumo de tabaco: se realizó intervención a los alumnos de 6 de primaria del colegio Manuel Franco Royo (acta propia de la intervención del 14 de junio de 2018)
1. Participación de: 19 alumnos, 10 chicas y 9 chicos.
2. Ganancia de conocimientos de 3,29 puntos del cuestionario previo al posterior (media de respuestas al cuestionario previo 6,556/ media de respuestas al cuestionario posterior: 9,8421)
3. Satisfacción con el taller: se mide mediante un cuestionario de 8 preguntas con escala liker del 1 al 5, una presunta con contestación si/no, la evaluación sobre los docentes con valoración del 1 al 5, y 2 preguntas abiertas sobre que les ha gustado más y aspectos a mejorar. Lo consideran UTIL: 4’9/5
a. AMBIENTE ha sido agradable: 4’6/5
b. FORMACION UTIL en mi vida: 4’8/5
c. PUEDE AYUDARME: 4’7/5
d. RECOMIENDA EL TALLER: TODAS
e. VALORACION DE MARTA ALQUEZAR:
f. LE HA GUSTADO: 4’8/5
g. CONOCE LA MATERIA: 4’7/5
h. SATISFACIÓN: 4’8/5
i. MÁS INTERSANTE: LA INETRVECION DE LOS PACIENTES, EL CONTENIDO DE LOS CIGARRILLOS…
j. ASPECTOS HA MEJORAR: NINGUNO, “LO HABEIS HECHO MUY BIEN”…

8. Número de sesiones clínicas relacionadas con la epoc y el tabaquismo: 1
9. Pacientes diagnosticados de EPOC: 2’97 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
QUE SI A LOS PACIENTES ADEMAS DE PREGUNTAR POR EL CONSUMO DE TABACO, LES HACES UNA ESPIROMETRIA QUE VISUALICEN LA AFECTACIÓN ORGÁNICA Y LES DAS EL ESPACIO/CONSULTA PARA DEJAR DE FUMAR, ES MÁS FÁCIL QUE SE PLANTEEN DEJAR EL HABITO TABAQUICO. Y QUE HAY QUE SEGUIR TRABAJANDO CON LA POBLACIÓN JOVEN PARA QUE NO SE INICIEN EN EL CONSUMO.

7. OBSERVACIONES.
La consulta de deshabituación tabáquica en el centro de salud de Andorra, se ha consolidado como parte de nuestra cartera de servicios.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1137 ========== ***

Nº de registro: 1137

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO ATENCION INTEGRAL A LA EPOC

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:
VAQUE BIELSA MARIA PILAR, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, MOJONERO ANTEQUERA JUANA, REPOLLES PERALTA PATRICIA, LAHOZ MACIPE CONCEPCION, JIMENEZ SESMA MARIA LUISA, FERRE BUJ MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo: - % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco - % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO
- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Creación de una consulta monográfica de atención al tabaquismo. En ella se prestará apoyo a la deshabituación tabáquica
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco

- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Fuente: cuadro de mando

- % de personas en las que se ha realizado intervención intensiva que han dejado de fumar

DURACIÓN
Junio-Julio: Elaboración del procedimiento
Septiembre: Difusión del procedimiento. Puesta en marcha de la consulta
Julio 2017- Enero 2018: Monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1147

1. TÍTULO

FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN FERRER BUJ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD
TRILLO SALLAN ESTHER
MOJONERO ANTEQUERA JUANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Lo cursos realizados a lo largo de este curso son los siguientes:

-II CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES IES BAJO ARAGON -ALCAÑIZ- Febrero/Marzo
-PRIMEROS AUXILIOS 5º EPO CEIP MANUEL FRANCO ROYO
-ANDORRA- 24Marzo
-SOPORTE VITAL BASICO Y DEA CRUZ ROJA -ANDORRA- 31 Marzo
-MI PELUCHE ESTA MALITO 3º INFANTIL CEIP MANUEL FRANCO ROYO -ANDORRA- 31 Marzo
-MI PELICHE ESTA MALITO DE 1º A 4º EPO CEIP PINTOR PRADILLA -VILLANUEVA DE GALLEGO-ZARAGOZA- 5 Abril
-SOPORTE VITAL BASICO Y DEA TRABAJADORES RESIDENCIA LA SOLANA -ARIÑO- 2-3 Marzo
-III CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES IES PABLO SERRRANO -ANDORRA- Mayo
-MI PELICHE ESTA MALITO 3º INFANTIL CEI SAN JORGE
-ANDORRA- 26 Mayo
-IV CURSO PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES CRIET
-ALCORISA/ZARAGOZA- 26 Septiembre
-V CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES CEP EMILIO DIAZ -ALCAÑIZ- Octubre/Noviembre

COLABORACIONES
-SOPORTE VITAL BASICO 6º EPO CEIP ESPARCIDERO
-ZARAGOZA- 19 Junio
-PRIMEROS AUXILIOS PROFESORES DE EDUCACION FISICA Y MONITORES DE TIEMPO LIBRE ceip LASALLE MONTEMOLIN -ZARAGOZA-
28 Septiembre
-PRIMEROS AUXILIOS 1º ESO IES SIERRA DE LA VIRGEN -ILLUECA-ZARAGOZA .

Los cursos realizados se adecúan ala edad de los participantes.
Con los niños de infantil a 4º EPO se emplean peluches que cada niño debe de traer, jugando y cantando con ellos se les enseña a identificar una situación de emergencia, saber llamar al 112 y poner posición lateral de seguridad.
A partir de 5º EPO, adolescentes y adultos, el programa de enseñanza mínimo es de soporte vital básico según programa ESVAP de la SEMFYC con apoyo de material audiovisual, uso de maniquíes para talleres práctico. Se combina siempre una parte teórica y otra práctica.
El programa se amplía según la demanda de cada grupo de alumnos a recibir el curso, los cursos dados a docentes el programa viene impuesto por el Ministero de Educación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Siempre que se realiza un curso se pide a los alumnos que contesten un cuestionario de 5 preguntas al inicio del curso y otro posterior con las mismas preguntas en diferente orden, de forma que obtenemos resultados del aprendizaje.
También se realizan encuestas de satisfacción tras finalizar los cursos de forma que se evalúa el contenido y los ponentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos de este programa se han cumplido puesto que se ha conseguido llegar a la población de todas las edades en una cifra de 606 participantes a lo largo del año 2017.
Los resultados obtenidos por los cuestionarios previo y posterior a los cursos muestran resultados muy positivos de forma que se demuestra la efectividad de los mismos.
Las encuestas de satisfacción desvelan también resultados positivos tanto en el contenido de la materia, forma de transmitirla como a los ponentes.
La colaboración con personal externo a nuestro sector ha hecho que el proyecto llegara a otros puntos de nuestra Comunidad.
Seguimos teniendo proyectos nuevos y de amplia difusión para seguir adelante con este programa.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1147

1. TÍTULO

FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1147 ========== ***

Nº de registro: 1147

Título
FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, MOJONERO ANTEQUERA JUANA, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, LOPEZ SAURAS SUSANA, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, TRILLO SALLEN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: actividad preventiva
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora de los conocimientos

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CADA VEZ ES MAS NECESARIA LA FORMACION EN PRIMEROS AXULIOS Y EN RCP, Y LOS DOCENTES Y CUIDADORES DE ENFERMOS DE NUESTRA ZONA DE SALUD ASI SON SOLICITARON AL CENTRO DE SALUD. ANTE UNA URGENCIA LA FORMACION EN RCP PUEDE SER DECISIVA PARA LA VIDA DE LA PERSONA, POR LO QUE LA FORMACION A LA COMUNIDAD ES CLAVE.

RESULTADOS ESPERADOS
DAR FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIAS A LOS COLECTIVOS QUE ASI LO SOLICITEN.
Adquisición de conocimientos de las técnicas de primeros auxilios
Aplicación de las técnicas, habilidades y actitud ante una situación de emergencia vital.

MÉTODO
Contenidos de la formación: Valoración inicial de la Urgencia y Emergencia vital previsible y no previsible.Soporte Vital Básico. Uso del Desfibrilador Semiautomático.
Actuación ante la Urgencia y Emergencia según normativa vigente de la SEMFYC. 4 Sesiones de 2'5 horas por sesión. con un mínimo de 10 particiantes por grupo.Las ponencias constan de una parte de contenido teórico y otra parte en la que se realizarán prácticas para saber actuar en caso de Urgencia/Emergencia
Los contenidos se adaptaran en función del grupo.

INDICADORES
Evaluación de conocimientos: con un cuestionario previo y otro posterior.
Indicador: numero de personas con intervención en educación a grupos en primeros auxilios. (actividades de enfermería en OMI)

DURACIÓN
Se realizaron dos curso el pasado 2016:
- dirigido a escolares:del colegio Manuel Franco royo 28 de enero
- dirigido a docentes del IES Pablo Serrano de Andorra, del 14 de Abril al 12 de mayo.
Para este año esta previsto:
- dirigido a docentes del IES Bajo Aragón de Alcañiz: del 14 de febrero al 8 de marzo.
- dirigido a cuidadores de enfermos en la localidad de Ariño: 6 y 7 de marzo (intensivo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1147

1. TÍTULO

FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE MARTINEZ AYALA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un cuestionario de respuestas cortas para evaluar los conocimientos de los pacientes sobre el sintrom.
Se ha realizado dicho cuestionario a los pacientes en tratamiento con sintrom de la localidad de Oliete.
Se ha medido el nivel de sintrom previo a la intervención.
Se ha realizado intervención educativa de manera individual tanto al paciente como al cuidador, incidiendo en aquellos puntos en los que se ha detectado falta o error de conocimientos
Se ha dado información por escrito al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han detectados errores de conocimiento importantes en todos los puntos a tratar, bien sean generales en cuanto a la toma de tratamiento, situaciones especiales y dieta.
Se han realizado mediciones del RIN a los pacientes del estudio tras la intervención, manteniéndose dentro del rango

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El mantenimiento del valor del RIN dentro del rango se debe más a la fuerte adherencia al tratamiento de los pacientes que a los conocimientos que éstos poseen del sintrom

7. OBSERVACIONES.
Queda pendiente realización de cuestionario para comprobar el aumento de conocimientos así como realización de nuevos valores del RIN

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1335 ========== ***

Nº de registro: 1335

Título
INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Autores:
MARTINEZ AYALA ENRIQUE, TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes en tratamiento con sintrom en la poblacion de Oliete y su cuidador principal
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La gran mayoria de los pacientes de esta poblacion son de edad muy avanzada, con afectaciones propias de la edad (disminucion de memoria, de la audición, de la visión) lo que conlleva grandes limitaciones en la comprensión y la retención de datos. Otros tienen un cuidador principal que se encarga de administrarles la medicación y prepararles la comida sin conocimientos sobre lo que toma el paciente ni sobre los riesgos o cuidados especiales que deben tener con el tratamiento.
Los anticoagulantes orales son más susceptibles que las heparinas
de producir procesos hemorragicos en mayores de 75 años (especialmente en las mujeres), como consecuencia de la menor capacidad de eliminación de estos fármacos, así como el aumento de la fragilidad vascular, de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

reduccion de la sintesis hepatica de factores de coagulación y a la mayor eliminación de vitamina K.
En estos pacientes debe realizarse un mayor control y ajuste posológico que eviten las posibles complicaciones de las que un mal control pudieran derivarse.
Además, debido a que el efecto de los mismos puede verse interferido por diversas circunstancias como otras enfermedades, habitos dietéticos, nuevas medicaciones ..... es importante fomentar el conocimiento de su acción y posibles consecuencias de un mal control y toma de tratamiento
El objetivo de esta intervención es educar a los pacientes y a sus cuidadores principales en la autogestión del tratamiento para intentar minimizar en lo posible los factores externos(cómo tomar los anticoagulantes, qué hacer cuando se olvide una dosis,qué interfiere en su absorción...) que puedan alterar los valores en sangre de los anticoagulantes poniendo en riesgo la salud del paciente, quedando únicamente como variable aquellas situaciones en las que el paciente no puede influir como son las distintas enfermedades y el estado general de salud .
Por eso la intervención se realizará de manera individual, tanto al paciente como al cuidador en el caso de que lo haya, cara a cara, dándole tiempo a asimilar la información, a procesarla, que le surjan dudas y las pueda manifestar en la misma sesión, resolviéndoselas en ese mismo momento, y reforzando aquellas nociones y conceptos en las que el educador perciba en el paciente o en su cuidador dificultad o falta de entendimiento

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES
Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento con sintrom mediante una intervención educativa individual al paciente y a su cuidador principal
Mejorar y dar mayor estabilidad al rango de RIN establecido para cada paciente
OBJETIVOS ESPECIFICOS
Mejorar los conocimientos sobre restricciones dieteticas
Mejorar los conocimientos de alimentos ricos en vitamina K y como interfieren con sintrom
Mejorar los conocimientos generales en cuanto a la toma del tratamiento y qué hacer en situaciones especiales (olvido de toma, toma doble dosis, previa a procesos quirurgicos, trastornos digestivos, viajes, vacunaciones, ..)
Cómo actuar ante posibles complicaciones (hemorragia, sintomas neurologicos...)

MÉTODO
Paso 1 : Realización de un cuestionario tipo test de respuestas cortas para evaluar conocimientos
Paso 2: Intervención educativa de 3 sesiones (una semanal de 45 minutos de duración), cada una de ellas de un tema (recomendaciones en alimentación, recomendaciones generales, situaciones especiales)
Paso 3: Realización de cuestionario tipo test de respuestas cortas tras la intervencion
Todos los pasos se realizaran en sesiones individuales tanto al paciente como a su cuidador principal

INDICADORES
Realizacion de RIN antes del inicio de la intervención
test pre y post intervención
realizacion de RIN despues de la intervención (a los 0, 3, 6 y 12 meses)
Se realizará una nueva intervención educativa cuando se detecten variaciones importantes en el RIN
Se considerará que se han conseguido los objetivos si los valores del RIN se mantienen estables

DURACIÓN
realizacion de rin a los 0,3,6,y 12 meses del inicio de la intervencion

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE MARTINEZ AYALA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un cuestionario de preguntas para evaluar los conocimientos de los pacientes sobre el sintrom con los siguientes puntos: efecto sobre el organismo, toma del tratamiento, actuación ante posibles complicaciones, situaciones especiales, alimentos y fármacos que influyen en los valores .
Se ha medido el valor del RIN previo al inicio del proyecto
Se ha realizado dicho cuestionario a los pacientes en tratamiento con sintrom de la localidad de Oliete
Se ha realizado educación de manera individual tanto al paciente como al cuidador, incidiendo en aquellos puntos en los que se ha detectado una falta o error de conocimientos
Se ha dado información por escrito al paciente o al cuidador
Se han monitorizado mensualmente los valores del RIN, realizando intervención educativa individual al detectarse variaciones del RIN superiores o inferiores al 20% del rango que corresponde a cada paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el estudio han participado todos los pacientes en tratamiento con sintrom que hay en la localidad de Oliete (12 pacientes que suponen un 8’9% de la población mayor de 65 años. No hay ningún caso que tenga menos de esa edad. La edad media de los pacientes es de 85,16 años)
Valores del RIN :
A cada paciente se le ha monitorizado el RIN mensualmente durante todo el año, realizando una intervención educacional al paciente y/o al cuidador principal cada vez que las variaciones del RIN fueron significativas
El 10% de los pacientes no precisó ninguna intervención.
El 40% de los pacientes sólo precisaron de una intervención educacional durante el año.
El 50% de los pacientes precisaron de dos intervenciones educacionales.
El 100% de los pacientes mantuvieron estable el RIN tras la primera o segunda intervención durante el resto del año.
Nivel de conocimentos y autocuidado:
El 100% de los pacientes que no precisaron intervención educacional tenían un nivel de conocimientos del 100% al inicio del estudio.
De aquellos pacientes que precisaron de una intervención educacional, el 80% de ellos mejoraron su nivel de conocimientos y autocuidado y el 20% no tuvieron mejoría
De aquellos pacientes que precisaron de dos intervenciones:
Tras la primera intervención el 84% mejoraron su nivel de conocimiento y autocuidado, mientras que el 16% no tuvieron mejoría
Tras la segunda intervención el 50% mejoraron con respecto a la primera intervención y el otro 50% no obtuvieron más mejoría que la obtenida tras la primera intervención

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental la educación del paciente al inicio del tratamiento con Sintrom. De esta manera será más consciente de lo que significa, de la importancia de tener unos conocimientos básicos sobre la toma del tratamiento (mecanismo de acción, olvido de toma, complicaciones, alimentos y fármacos que interfieren con el RIN) y la actuación ante situaciones especiales que puedan surgir.
Se debe realizar una intervención educacional ante la detección de variaciones significativas del RIN puesto que eso nos ayudará a mantener estables dichos valores .
Analizando los resultados, también sería beneficioso realizar dicha intervención educacional cada 6 meses, independientemente de los valores del RIN. Esto serviría para detectar posibles errores de conocimiento y autocuidado que pudieran en un momento dado originar variaciones del RIN y corregirlos antes de que esto suceda.
También sería un buen refuerzo positivo para el paciente.
En resumen, la educación individual es útil para mejorar y fortalecer la adherencia al tratamiento y el autocuidado, obteniendo de esta manera valores más estables del RIN. El aumento de los conocimientos es menor, posiblemente debido a que los pacientes son de edad avanzada y sus capacidades mentales están disminuidas (todos los pacientes superaban los 75 años, siendo la media de edad de 85,16 años)
La aplicación de este tipo de intervención en pacientes más jóvenes seguramente mejoraría notablemente los resultado obtenidos en el estudio.

7. OBSERVACIONES.
Alberto Trallero Bielsa decidió abandonar el proyecto de mejora de calidad al inicio de éste por lo que el responsable coordinador de dicho proyecto ha pasado a ser el otro componente del equipo que queda y que suscribe estas líneas, Enrique Martínez Ayala

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1335

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

========== ***

Nº de registro: 1335

Título
INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Autores:
MARTINEZ AYALA ENRIQUE, TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes en tratamiento con sintrom en la poblacion de Oliete y su cuidador principal
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La gran mayoria de los pacientes de esta poblacion son de edad muy avanzada, con afectaciones propias de la edad (disminucion de memoria, de la audición, de la visión) lo que conlleva grandes limitaciones en la comprensión y la retención de datos. Otros tienen un cuidador principal que se encarga de administrarles la medicación y prepararles la comida sin conocimientos sobre lo que toma el paciente ni sobre los riesgos o cuidados especiales que deben tener con el tratamiento.
Los anticoagulantes orales son más susceptibles que las heparinas
de producir procesos hemorragicos en mayores de 75 años (especialmente en las mujeres), como consecuencia de la menor capacidad de eliminación de estos fármacos, así como el aumento de la fragilidad vascular, de la reduccion de la sintesis hepatica de factores de coagulación y a la mayor eliminación de vitamina K.
En estos pacientes debe realizarse un mayor control y ajuste posológico que eviten las posibles complicaciones de las que un mal control pudieran derivarse.
Además, debido a que el efecto de los mismos puede verse interferido por diversas circunstancias como otras enfermedades, habitos dietéticos, nuevas medicaciones ..... es importante fomentar el conocimiento de su acción y posibles consecuencias de un mal control y toma de tratamiento
El objetivo de esta intervención es educar a los pacientes y a sus cuidadores principales en la autogestión del tratamiento para intentar minimizar en lo posible los factores externos(cómo tomar los anticoagulantes, qué hacer cuando se olvide una dosis,qué interfiere en su absorción...) que puedan alterar los valores en sangre de los anticoagulantes poniendo en riesgo la salud del paciente, quedando únicamente como variable aquellas situaciones en las que el paciente no puede influir como son las distintas enfermedades y el estado general de salud .
Por eso la intervención se realizará de manera individual, tanto al paciente como al cuidador en el caso de que lo haya, cara a cara, dándole tiempo a asimilar la información, a procesarla, que le surjan dudas y las pueda manifestar en la misma sesión, resolviéndoselas en ese mismo momento, y reforzando aquellas nociones y conceptos en las que el educador perciba en el paciente o en su cuidador dificultad o falta de entendimiento

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES
Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento con sintrom mediante una intervención educativa individual al paciente y a su cuidador principal
Mejorar y dar mayor estabilidad al rango de RIN establecido para cada paciente
OBJETIVOS ESPECIFICOS
Mejorar los conocimientos sobre restricciones dieteticas
Mejorar los conocimientos de alimentos ricos en vitamina K y como interfieren con sintrom
Mejorar los conocimientos generales en cuanto a la toma del tratamiento y qué hacer en situaciones especiales (olvido de toma, toma doble dosis, previa a procesos quirurgicos, trastornos digestivos, viajes, vacunaciones, ..)
Cómo actuar ante posibles complicaciones (hemorragia, sintomas neurologicos...)

MÉTODO
Paso 1 : Realización de un cuestionario tipo test de respuestas cortas para evaluar conocimientos
Paso 2: Intervención educativa de 3 sesiones (una semanal de 45 minutos de duración), cada una de ellas de un tema (recomendaciones en alimentación, recomendaciones generales, situaciones especiales)
Paso 3: Realización de cuestionario tipo test de respuestas cortas tras la intervencion
Todos los pasos se realizaran en sesiones individuales tanto al paciente como a su cuidador principal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

INDICADORES
Realizacion de RIN antes del inicio de la intervención
test pre y post intervención
realizacion de RIN despues de la intervención (a los 0, 3, 6 y 12 meses)
Se realizará una nueva intervención educativa cuando se detecten variaciones importantes en el RIN
Se considerará que se han conseguido los objetivos si los valores del RIN se mantienen estables

DURACIÓN
realizacion de rin a los 0,3,6,y 12 meses del inicio de la intervencion

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LOPEZ SAURAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL
LAHOZ MACIPE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde mediados de 2016 se ha instaurado en el Centro de Salud una consulta para control de obesidad. Los pacientes acuden a esta consulta derivados por su médico o enfermera responsable o bien a petición propia. Para dar a conocer esta consulta se hizo una sesión informativa a todos los profesionales sanitarios del centro y se puso en conocimiento de la población a través del Consejo de Salud.
La primera consulta consta de una visita inicial en la que se establece la motivación del paciente, se hace una historia en la que consta antecedentes, evolución del peso a lo largo de su vida, enfermedades concomitantes y tratamientos.
Se realiza la escala de ansiedad/depresión de Goldberg, medidas antropométricas y revisión de última analítica solicitada (si está solicita hace más de tres meses se solicita una nueva).
Si no existen alteraciones que deba revisar su médico de cabecera se le entrega dos encuestas alimentarias, un registro alimentario de 3 días (incluyendo un festivo) y una encuesta de frecuencia de alimentos.
En la segunda cita se revisan las encuestas aportadas por el paciente, los resultados analíticos (si no tenía analítica previa) y se establece el Gasto energético basal (según escalas de Harris Bendict) y el Gasto energético total.
Si el paciente está motivado y tiene un IMC > de 30, o > 27 y + de dos factores de riesgo se le dará nueva cita y se incluirá en programa.
Si no está motivado o tiene sobrepeso sin factores de riesgo asociado se le dan consejos sobre hábitos saludables.
Se pacta con paciente la dieta adecuada a seguir y el ejercicio físico a realizar. Según los conocimientos del paciente se establece dieta por intercambios y se le dan consejos de dieta saludable y ejercicio físico, o se establece dieta cerrada.
Así mismo se pactan con el paciente los objetivos a alcanzar en seis meses, siendo aconsejable la pérdida del 10% del peso corporal. También se pacta un contrato con el paciente en el que se establece que si hay más de tres semanas seguidas sin pérdida de peso se excluye del programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el inicio de la consulta se han incluido 8 pacientes, 6 mujeres y 2 hombres. Dos de ellos acudieron a petición propia y el resto derivados por sus médicos de cabecera.
3 de ellos abandonaron el programa, dos de ellos tras las dos primeras visitas, a la implantación de la dieta (casualmente los hombres) y la otra a los 5 meses.
De los 8:
- 4 tienen registrado el test de Goldberg (50%)
- 7 tienen registrado el GEB según fórmula de Harris-Benedict (87.5%)
- 3 llevan incluidos en programa más de 6 meses, dos de ellos han conseguido los objetivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios de hábito de vida en la población son difíciles de abordar, primero porque la población no está concienciada del problema que supone la obesidad y segundo por la dificultad que supone cambiar las pautas alimenticias insanas establecidas durante años y la instauración del ejercicio físico en personas sedentarias.
La mayoría de las personas que acuden a la consulta tienen problemas de ansiedad/depresión y baja autoestima, lo que dificulta la implantación del programa.

7. OBSERVACIONES.
Como responsable del proyecto y para ampliar conocimientos que aplicar en mi consulta estoy realizando un master en dietética y nutrición.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1466 ========== ***

Nº de registro: 1466

Título
CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Autores:
LOPEZ SAURAS SUSANA, CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL, LAHOZ MACIPE CONCEPCION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La obesidad y sobrepeso son actualmente factores de riesgo de patología crónica así como un factor de co-morbilidad, además de ser un factor de baja autoestima de las personas.
La oportunidad de mejora en el centro de salud surge por la iniciativa de una enfermera experta en este campo además, de considerarlo una necesidad sentida por este grupo de pacientes, lo que hace necesaria poner en marcha una intervención estructurada y sistemática en los pacientes obesos y con sobre peso

RESULTADOS ESPERADOS
1. Instaurar la consulta de control de obesidad en el centro de salud.
2. Dar una respuesta a los pacientes verdaderamente, quieren perder peso.
3. Ser un recurso para los profesionales médicos y enfermeras del centro de salud.
4. Conseguir que los pacientes que acudan a esta consulta cumplan sus objetivos de control de peso.

MÉTODO
1. Se abre una consulta programada, los lunes martes y miércoles en el centro de salud a cargo de una enfermera experta.
2. Se genera la agenda en OMI para la gestión de la cita. De 9 a 9,30 para primeras visitas y de 9’30 a 9’45 para visitas de seguimiento.
3. Responsable: Susana López Sauras enfermera experta
4. Derivación a la consulta: los pacientes > de 18 años, con motivación franca para perder peso, con episodio en OMI de sobrepeso u obesidad, con IMC > 25%, que previamente en el test de Golber no se detecte patología depresiva. Se excluirán los niños y adolescentes y las gestantes obesas.

INDICADORES
% de pacientes en seguimiento con reducción ponderal > 10% a los seis meses del inicio del tratamiento
% de pacientes evaluados con cuestionario de Goldberg
% de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético basal con la fórmula de Harris Benedict
% de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético total

DURACIÓN
Desde el 2016 y de forma continua a lo largo del año 2017

OBSERVACIONES
De momento se crea la consulta tres días por semana con dos pacientes por día.
Si la demanda fuera incrementándose la agenda se ampliaría para cubrir la demanda, adecuándola al resto de actividades de la enfermera responsable.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LOPEZ SAURAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL
LAHOZ MACIPE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A mediados de 2016 se instauró en el Centro de Salud de Andorra una consulta monográfica de control de peso. Esta consulta surge como necesidad de promover hábitos saludables en la población, sobretodo en aquella diagnosticada de sobrepeso y obesidad.
A cargo de la consulta está una enfermera experta (Máster en Nutrición y Dietética Humana).
Para dar a conocer la consulta se hizo una sesión informativa a todos los profesionales sanitarios del centro y se puso en conocimiento de la población a través del Consejo de Salud.
Los pacientes son derivados a la consulta bien por cualquier sanitario del centro o a petición propia del paciente. Cumplen criterios de derivación todos los adultos mayores de 18 años con un IMC igual o mayor a 30% o IMC > al 27% y presenten además dos factores de riesgo concomitantes (diabetes, hta....).
La consulta está estructurada en diferentes visitas en las que se llevan a cabo las siguientes actividades:
Primera visita o inicial. Con una duración aproximada de 30 a 40 minutos, en ella se estudia:
La motivación del paciente: como le afecta su peso tanto en su esfera física como psicológica, que espera de esta consulta...
Historia del paciente que incluya antecedentes personales y familiares, hábitos tóxicos, tratamientos farmacológicos, actividad física, historia ponderal (evolución del peso a lo largo de la vida e historia dietética).
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.
Medidas antropométricas (peso, talla, IMC, perímetro abdominal).
Revisión analítica completa (habrá sido solicitada por el personal sanitario que deriva al paciente), si se detectan alteraciones importantes se derivan a su médico de cabecera para valoración y tratamiento.
Gasto Energético Basal y Gasto Energético Total según fórmula de Harris-Benedict.

Se informa al paciente de su grado de sobrepeso/obesidad, así de conceptos generales sobre la obesidad (causas, consecuencias, tratamientos…). Se enfoca la consulta hacia el tratamiento dietético intentando modificar hábitos tanto de alimentación como de actividad física.
Para finalizar la visita y si el paciente está motivado y cumple criterios, se le entrega un diario dietético en el que deberá registrar las ingestas realizadas durante una semana, incluyendo un día festivo.
Si el paciente no está motivado o tiene sobrepeso sin otros factores de riesgo se le darán consejos sobre hábitos saludables.

Segunda visita. Con una duración aproximada de 30 minutos. Se realizan las siguientes actividades.
Revisión de registro semanal del diario dietético, aportando consejos al paciente sobre número de ingestas, alimentos aconsejados en cada ingesta, alimentos desaconsejados…..
Se pautan objetivos de pérdida de peso (10% del peso actual del paciente en 6 meses).
Se firma contrato de compromiso por parte del paciente, comprometiéndose a seguir las pautas consensuadas en la consulta. Si incumple pautas consensuadas o no baja de peso durante tres semanas seguidas se rompe contrato.
Se entrega dieta por Intercambios en base a la Dieta Mediterránea, con restricción calórica (nunca inferior al Gasto Energético Basal), junto con lista de intercambios en función de los grupos de alimentos. Se explica en qué consiste la dieta y consejos para llevarla a cabo correctamente.
Se dan consejos sobre actividad física, siempre adecuada al paciente, informándole de las posibles actividades que se realizan en su población de residencia.
Tercera visita y sucesivas. En ellas se resuelven dudas sobre dieta y se evalúa la evolución del peso.
Inicialmente se cita a los pacientes semanalmente, cuando se ve buena evolución del peso se distancian las visitas a citas quincenales.

Visitas mantenimiento peso. Una vez alcanzados lo objetivos consensuados se mantienen visitas mensuales para comprobar que el peso se mantiene dentro del peso consensuado. Tras un año de mantenimiento se da de alta al paciente.

Talleres grupales de autoayuda y alimentación saludable. A finales de 2018, y vistas las dudas de los pacientes sobre alimentación saludable, se deciden realizar dos talleres grupales. El primer taller sirve de conocimiento mutuo de los diferentes participantes del grupo en el que ponen en común su experiencia en la consulta de control de peso, sus progresos, dudas, motivaciones, problemas surgidos. Experiencia muy positiva porque confluyen pacientes que han cumplido su objetivo y están en la fase de mantenimiento y pacientes de reciente inclusión en el programa.

Además de esta puesta en común se da información tanto escrita, como mediante presentación PDF de alimentación saludable en base a:
Conceptos básicos de nutrición y alimentación: nutrientes y grupos de alimentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Dieta Mediterránea. Pirámide nutricional.
Elaboración de un menú saludable.
Se realizan dos prácticas, la primera en la que asocian nutrientes con grupos de alimentos (para ello nos ayudamos de alimentos reales y carteles identificativos de nutrientes) y la segunda (la realizan en casa) distribuyendo los grupos de alimentos en un menú semanal en base a las recomendaciones de la Dieta Mediterránea (mediante cartulinas y gomets de dibujos de los grupos de alimentos).
Los talleres tienen gran aceptación entre los participantes, de tal modo que solicitan se repitan estos talleres mensualmente. Tras consensuar con el grupo se realiza un tercer taller dedicado exclusivamente a la confección de un Menú saludable para las fiestas Navideñas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados objetivos consulta.
Desde los inicios en 2016 han sido incluidos 50 pacientes en la consulta (40 mujeres y 10 hombres), de ellos:
4 mujeres han sido dadas de alta; 2 por alcanzar objetivos y mantener peso pautado durante un año y 2 por tener sobrepeso (1 sin factores de riesgo, otra con diabetes) tras normalizar su peso.
1 mujer ha sido excluida de la consulta y derivada a su MAP por posible trastorno de la conducta alimentaria.
22 han abandonado o han sido excluidos del programa:
14 tras las primeras visitas (5 de ellos hombres), no han aceptado los cambios en los hábitos de vida, bien sea los consejos dietéticos o los consejos en ejercico físico habitual.
4 tras los tres primeros meses (1 de ellos hombre), 1 por incumplimiento de contrato y tres por abandono.
3 mujeres a los 6 meses, por abandono. Habían bajado de peso, pero no habían conseguido el objetivo pautado. Las tres por decisión propia deciden abandonar.
1 mujer a los 9 meses. Igualmente había bajado de peso, aunque no había alcanzado el objetivo. Decide abandonar.
23 pacientes siguen incluidos en programa, de ellos:
2 mujeres llevan un año en el programa y han cumplido objetivo de pérdida de peso. Están en fase de mantenimiento.
5 llevan 9 meses en el programa (4 mujeres y 1 hombre).4 han cumplido objetivos y están en fase de mantenimiento, una mujer no ha cumplido el objetivo de pérdida de peso establecido pero va perdiendo poco a poco (ha perdido el 50% del objetivo del peso).
1 mujer lleva 6 meses, sin alcanzar objetivo de peso, pero con pérdida de peso progresiva.
5 llevan 3 meses en el programa (4 mujeres y 1 hombre). Todos con muy buena evolución. Alguno de ellos ya ha conseguido el objetivo de pérdida de peso.
10 pacientes son de reciente inclusión en el programa, de menos de 1 mes de evolución.
En resumen y teniendo en cuenta los diferentes indicadores podemos afirmar que:

57 % de los pacientes han conseguido una reducción ponderal > al 10% de su peso inicial en 6 meses de tratamiento (teniendo en cuenta que solo 14 de los 50 pacientes han mantenido el tratamiento 6 o más meses).

78% de los pacientes incluidos en el programa están evaluados con el cuestionario de ansiedad/depresión de Goldberg.

96% de los pacientes incluidos en el proyecto tienen evaluado el Gasto Energético Basal según fórmula de Harris-Benedict.

96% de los pacientes incluidos en el proyecto tienen evaluado el Gasto Energético Total tras aplicar el Factor de Actividad al Gasto Energético Basal.

Resultados talleres grupales. A los talleres acudieron 12 personas, 9 mujeres y 3 hombres. Para evaluar los talleres se realizan cuestionarios de Conocimietos (previos y posteriores) y cuestionarios de evaluación del taller con los siguientes resultados:
DE CONOCIMIENTOS:
Previo: 6.1 puntos sobre 10
Posterior: 8.4 puntos sobre 10
DE VALORACIÓN DEL CURSO (1 Puntuación mínia y 5 máxima):
Utilidad del taller: 4.9
Ambiente de trabajo: 4.4
Experiencia en el intercambio con otras personas: 4.4
Impacto sobre su salud: 4
Impacto sobre resultados analíticos: 3.6
Horario: 4
Duración: 5
Instalaciones: 4.2
Documentación: 4.1
Satisfacción: 4.5
Formador: 4.9
La totalidad de los participantes cree que se deberían repetir periódicamente estos talleres para reforzar conocimientos y como apoyo emocional para mantener la dieta. Todos recomendarían estos talleres.
Lo que más les interesó de los talleres y creen que mejor les puede servir son la composición de los alimentos, aprender a comer bien, hábitos alimenticios, cantidades de azúcar de los alimentos….
La mayoría solicitan se repitan los talleres, con frecuencia mensual, para reforzar conocimientos y adquirir conocimientos nuevos. Sugieren temas como aprender a leer la información nutricional de los alimentos procesados, comer fuera de casa, técnicas culinarias saludables….

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios de hábito de vida en la población adulta son difíciles de abordar, primero porque la población no está concienciada del problema que supone la obesidad a todos los niveles y segundo por la dificultad que supone cambiar hábitos insanos instaurados a lo largo de su vida, tanto a nivel de alimentación como de actividad física.
Las recomendaciones para conseguir este cambio han de ser consensuadas entre paciente-enfermera. Se ven mejores resultados cuando el paciente decide sobre su tratamiento y más sostenidos en el tiempo.
Es llamativo como los hombres son más reacios a cambiar estos hábitos insanos, seguramente debido a que no perciben la obesidad como enfermedad y no refieren que esta les afecte psicológicamente. Los pocos que consiguen llevarlo a cabo tienen mejores resultados que las mujeres y resaltan los grandes beneficios físicos que le ha supuesto la pérdida de peso. Son buenos pacientes expertos en los talleres de autoayuda por la motivación que inculcan en el resto del grupo.
La mayoría de los pacientes que acuden a la consulta por recomendación de otro sanitario tienen motivación baja, problemas de ansiedad/depresión y baja autoestima, lo que dificulta la implantación del programa.
Debido a la progresión de la obesidad en nuestro territorio y las graves consecuencias que conllevan tanto a nivel sanitario, económico e incluso social sería imprescindible prevenir esta progresión. Una buena herramienta para ello es la consulta monográfica de control de peso, con personal sanitario preparado para ello, que sea capaz de transmitir a la población los beneficios que conllevan para su salud los cambios de hábitos insanos y les aporte herramientas para llevar a cabo este cambio.
Igualmente sería muy interesante incidir en las familias para poder corregir estos hábitos desde las primeras etapas de la vida, puesto que los hábitos instaurados en la infancia son los que perduran a lo largo de la vida.
Gracias a la buena acogida de esta consulta monográfica en nuestro centro, y de los resultados obtenidos se decide mantener dicha consulta todos los martes, en horario de 9.30 a 12.30, así como los talleres grupales en alimentación saludable una vez al mes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1466 ========== ***

Nº de registro: 1466

Título
CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Autores:
LOPEZ SAURAS SUSANA, CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL, LAHOZ MACIPE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La obesidad y sobrepeso son actualmente factores de riesgo de patología crónica así como un factor de co-morbilidad, además de ser un factor de baja autoestima de las personas.
La oportunidad de mejora en el centro de salud surge por la iniciativa de una enfermera experta en este campo además, de considerarlo una necesidad sentida por este grupo de pacientes, lo que hace necesaria poner en marcha una intervención estructurada y sistemática en los pacientes obesos y con sobre peso

RESULTADOS ESPERADOS
1. Instaurar la consulta de control de obesidad en el centro de salud.
2. Dar una respuesta a los pacientes verdaderamente, quieren perder peso.
3. Ser un recurso para los profesionales médicos y enfermeras del centro de salud.
4. Conseguir que los pacientes que acudan a esta consulta cumplan sus objetivos de control de peso.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

1. Se abre una consulta programada, los lunes martes y miércoles en el centro de salud a cargo de una enfermera experta.
2. Se genera la agenda en OMI para la gestión de la cita. De 9 a 9,30 para primeras visitas y de 9’30 a 9’45 para visitas de seguimiento.
3. Responsable: Susana López Sauras enfermera experta
4. Derivación a la consulta: los pacientes > de 18 años, con motivación franca para perder peso, con episodio en OMI de sobrepeso u obesidad, con IMC > 25%, que previamente en el test de Golber no se detecte patología depresiva. Se excluirán los niños y adolescentes y las gestantes obesas.

INDICADORES
% de pacientes en seguimiento con reducción ponderal > 10% a los seis meses del inicio del tratamiento
% de pacientes evaluados con cuestionario de Goldberg
% de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético basal con la fórmula de Harris Benedict
% de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético total

DURACIÓN
Desde el 2016 y de forma continua a lo largo del año 2017

OBSERVACIONES
De momento se crea la consulta tres días por semana con dos pacientes por día.
Si la demanda fuera incrementándose la agenda se ampliaría para cubrir la demanda, adecuándola al resto de actividades de la enfermera responsable.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ESTHER TRILLO SALLAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA
NUEZ GINES MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Gestión de indicadores: Se ha creado una comisión de calidad del centro que ha analizado periódicamente los indicadores del centro y ha realizado reuniones de comunicación al equipo con intervenciones puntuales sobre los indicadores más desviados.
De esta forma se han realizado acciones de mejora:
- Sobre indicadores de tabaquismo, formado sobre la intervención e incluyendo como indicador del contrato de los MAC a estos indicadores. Además, hemos comenzado en el mes de diciembre una consulta de deshabituación tabáquica. El resultado ha sido que por primera vez Andorra ha pasado el umbral del 50% de fumadores con intervención, subiendo 12 puntos con respecto al año anterior. Aunque en la detección de tabaquismo no se ha llegado al 50% se han mejorado 12 puntos respecto al año anterior. En cuanto al % de fumadores entre 50 y 80 años que tienen al menos una espirometría en los últimos 5 años se ha alcanzado un 30,62 % que supera el estándar excelente propuesto por el sector, habiendo mejorado un 8% este indicador en el año 2017, habiendo subido un 1% la prevalencia de diabetes.
- Planes de cuidados EPOC. Se ha formado sobre el fundamento y la implementación de estos registros habiendo sobrepasado ambos (síntomas y vías aéreas) el 50%, habiendo mejorado un 6 y un 14% respectivamente.
- Indicadores de dependencia: Manteniendo una captación de un 33% se alcanzan resultados en riesgo de caídas y Norton superiores al 90%, mientras que el Zarit (que no está en nuestro contrato) ha subido 25 puntos respecto al año pasado (54%).
- En cuanto a diabetes hemos alcanzado un resultado de 62% con glicada en los últimos seis meses mejorando 7 puntos respecto al año anterior, muy por encima de la media del SALUD. Las determinaciones analíticas tienen una cobertura cercana al 80% habiendo mejorado considerablemente respecto al año anterior. El plan de conocimientos deficientes está presente en el 63% de los pacientes (mejora de un 20%). El registro de hipoglucemia ha crecido hasta el 76%. Finalmente andamos un poco más retrasados con el registro del pie (41% con evaluación de riesgo y 56% con pie explorado). Indicador doppler: 25% de los pacientes diabéticos entre 50 y 80 años con más de 10 años de evolución de la diabetes han sido evaluados con ITB en el último año.
- Citologías vaginales: Se comunicó el objetivo a la matrona. Se ha alcanzado un resultado de un 44,29% de las pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años, 15 puntos por encima del estándar excelente propuesto, en este primer año del indicador.
- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad. Hemos priorizado el indicador de prescripción en faringoamigdalitis en pediatría, obteniendo una mejora de un 27% (hemos pasado del 48% al 76%), pero hemos empeorado en el de antibioterapia en otitis que ha pasado de un 84% a un 75%, lo que tendremos que corregir este año.

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. Datos no disponibles hasta no disponer del informe de eficiencia ajustado por ACGs.
Estos son los resultados comparativos con 2016:
(2016) (2017) (mejora absol.)
- Intervención tabaquismo: 41.01 52.58 11.57
- Detección tabaquismo: 33.34 45.39 12.05
- RCV 77.92 81.46 3.54
- EPOC síntomas 47.18 53.57 6.39
- EPOC vías aéreas 41.55 55.71 14.16
- Captación dependiente 46.33 33.39 - 12.94
- Riesgo Caídas 77.47 94.37 16.90
- Norton 94.37 93.88 - 0.49
- Zarit 28.97 54.29 25.32
DIABETES:
- Riesgo del pie 41 41
- HBA1C 6 meses 55.08 62.03 6.95
- Conocim. Diabetes 43.75 63.55 19.80
- Microalbuminuria 70.63 76.59 5.96
- GFR 56.71 79.27 22.56
- Presión arterial 70.97 71.24 0.27
- LDL 72.95 81.02 8.07
- Exploración del pie 54.67 56.02 1.35
- Registro hipoglucemia 58.20 76 17.80

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.
- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes. No se han detectado problemas en 2017
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. La auditoria externa realizada en Andorra encontró una pinza esterilizada hace más de 6 meses lo que nos ha obligado a implantar un sistema de control de caducidades del material estéril.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. La auditoria interna mostró que se guardaban sueros en el coche lo que dio lugar a una acción de mejora de distribución de los mismos en los maletines fuera del coche.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. 29 incidencias registradas, la mayoría por averías de equipamientos del centro, desabastecimiento de vacunas que han dado lugar a acciones de mejora.
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido que ha incluido reciclaje en reanimación cardiopulmonar.

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones.
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas.
- Seguridad clínica: Estamos participando activamente en SINASP, habiendo participado en un análisis causa raíz. Hemos realizado sesiones de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada así como una sesión sobre atención al parto extrahospitalario.
9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 11/10/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con mejoras sensibles especialmente en la facilidad para conseguir cita y la posibilidad de escoger día y hora para su consulta, en relación probablemente con la consulta de enfermería de triaje.
.
10. Auditoria interna: 26/10/17. Se destaca el buen control de almacenes y botiquines y de la esterilización. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes acciones de mejora:
- Las pilas del laringoscopio estaban gastadas
- Ubicación de los sueros fuera del coche.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras. Se mantiene la implicación del equipo en la gestión por objetivos que siguen mejorando cada año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1710 ========== ***

Nº de registro: 1710

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
LOPEZ SAURAS SUSANA, GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, TRILLO SALLEN ESTHER, HERNADEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS, GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, NUEZ GINES MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención de riesgos
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El centro de salud de Andorra está certificado desde el año 2015 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.
Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO
- Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:
  - Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
  - Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
  - Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
  - Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
  - Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES
Mantenimiento de la certificación ISO
Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

- Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

```
-        Mayo: revisión por la dirección
-        Junio-Septiembre: auditoría interna
-        Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones


DURACIÓN
estas actividades se realizan a lo largo del año de forma sistematizada en el propio centro.

OBSERVACIONES
POBLACIÓN DIANA
•EDAD. Todas las edades
•SEXO. Ambos sexos
•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: todos los pacientes
LÍNEA ESTRATÉGICA
Objetivos estratégicos, comunes, inputs y outputs


Valoración de otros apartados
------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0069

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA EN PATOLOGIA BILIAR Y TIROIDES

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... TRINIDAD HERNANDEZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
GONZALEZ ALGAS JULIO
ALBESA BENAVENTE INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han formado 7 médicos en el sector sanitario de Alcañiz. Sin embargo, la formación reglada recibida ha consistido en solo 5 días de formación sobre la ecografía en distintas localizaciones (hepática, tiroides, vascular, ginecológica, musculoesquelética) sin profundizar en ninguna de las dos propuestas en el proyecto, lo que hace imposible desarrollar este proyecto en la forma que se había planteado (estudio de concordancia). Los profesionales que participan en el proyecto se están apuntando a cursos por su cuenta, con gran variabilidad en la experiencia acumulada.
Se ha creado un grupo de trabajo específico con la finalidad de analizar los condicionantes para la introducción de la ecografía en nuestro sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los profesionales han comenzado a desarrollar su actividad, aunque en algunos casos, la falta de formación y en otros casos la falta de tiempo protegido, en ausencia de agendas de ecografía, hayan dificultado el desarrollo del proyecto. En estos momentos los profesionales están desarrollando la curva de aprendizaje, que si no se focaliza en determinadas localizaciones, y con formación suficiente, puede tardar en alcanzarse.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implementación de esta estrategia requiere de una formación suficiente y de la creación de agendas de tiempo protegido para desarrollarlo. Si no se reservan recursos para ello, la implantación va a ser anecdótica.
- Se considera necesario realizar una actividad docente programada en nuestro sector a lo largo del año 2019. Se ha propuesto una actividad pendiente de aprobación por la dirección
- Se considera necesario facilitar la asistencia a FOCUSS de los profesionales implicados
- Es necesario crear agendas de ecografía para disponer de tiempo protegido.

El proyecto va a continuar con el objetivo de monitorizar la implantación de la ecografía en nuestro sector, estableciendo una estrategia específica para ello.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/69 ========== ***

Nº de registro: 0069

Título
IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, GUIU CAMPOS MIGUEL, RIOS LAZARO MIGUEL, GONZALEZ ALGAS JULIO, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, TOMAS GUTIERREZ FERNANDO, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología biliar y tiroidea
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0069

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA EN PATOLOGIA BILIAR Y TIROIDES

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La escasez de radiólogos en nuestro sector se ha traducido en numerosos problemas para atención primaria: Uno de ellos es la accesibilidad a la ecografía desde atención primaria, que no solo ha disminuido por la lista de espera sino por la priorización de las pruebas solicitadas por atención especializada.
En los últimos años los ecógrafos han evolucionado hacia una tecnología más barata, con mejor definición, con aparatos más pequeños y portables que han dado lugar a la denominada ecografía “point of care”. Estos aparatos se están utilizando por profesionales médicos no radiólogos tanto en atención primaria como en diferentes especialidades. Existe literatura al respecto tanto en el ámbito internacional como nacional que justifica la adopción de esta experiencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar la accesibilidad a la ecografía en atención primaria.
Asegurar la validez del diagnóstico ecográfico en Atención Primaria.

MÉTODO
Al menos un médico en cada centro de salud, podrá recibir peticiones de sus compañeros y realizar las pruebas que se soliciten.
Se ha dotado a 4 centros de salud (Alcañiz, Caspe, Hijar, Andorra) de ecógrafos point of care. Se van a formar 6 profesionales en los centros de salud de acuerdo al programa elaborado por el Servicio Aragonés de Salud. Durante el año vamos a evaluar los resultados de las ecografías realizadas en dos localizaciones: diagnóstico de patología biliar (litiasis biliar, colecistitis, coledocolitiasis) y tiroides (bocio y nódulos tiroideos palpables). En cualquier caso estas dos localizaciones podrán cambiar en función de las reuniones que mantengamos con los responsables.
Comunicación
Se informará de la puesta en marcha, y de los resultados obtenidos en el estudio en el seno del consejo de salud de los centros de salud respectivos.

INDICADORES
En los primeros meses se realizará un estudio de concordancia interobservador repitiendo la ecografía por parte de un radiólogo experimentado, y se evaluará globalmente y en cada centro de salud. Se evaluará la concordancia en las primeras 30 ecografías de cada localización por centro de salud. Se valorará la concordancia en la presencia/ausencia de las patologías mencionadas mediante el cálculo del coeficiente kappa. El objetivo es conseguir un coeficiente kappa > 0,5 en cada localización
Se evaluará también la accesibilidad a la ecografía mediante la demora media en el centro de salud.
- Demora media para la realización de ecografías en el centro de salud (Objetivo: <30 días)
- Variación antes-después en el número de ecografías solicitadas al hospital en cada centro donde se realizan ecografías (una vez finalizado el estudio de concordancia).
- Registro de la comunicación de los resultados del estudio de concordancia en el consejo de salud de cada centro.

DURACIÓN
Formación: 12 al 15 de Marzo de 2018
Estudio de concordancia hasta conseguir número propuesto.
Evaluación: Enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL GONZALEZ ESPINOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO ARASANZ EMMA
NAVARRO ABAD LIDIA
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN
GASPAR BLASCO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El curso consiste en talleres monotemáticos con las siguientes fechas de realización, contenidos y docentes, en horario de 10 a 12 en el centro ITACA de la localidad de Andorra, con la colaboración en la organización y difusión del proyecto del Servicio Social de Base de la Comarca Andorra Sierra de Arcos.

- Sesión 1: 25 de mayo: PRIMEROS AUXILIOS/DRA. CARMEN FERRER Y ANA LAGAR, ENFERMERA
- Sesión 2: 29 de mayo : PREVENCION DE ACCIDENTES INFANTILES: RAQUEL GONZALEZ, ENFERMERA
- Sesión 3: 1 de junio: HIGIENE PERSONAL Y DEL HOGAR: ANA GARCIA, ENFERMERA
- Sesión 4: 5 de junio: DOCUMENTACIÓN SANITARIA: ROSA GALVE, ADMINISTRATIVA Y ANTONIO GASPAR, TRABAJADOR SOCIAL DEL SALUD
- Sesión, 5: 8 de junio: CUIDADO HIJOS/ ALIMENTACION: EMMA ROMERO, ENFERMERA DE PEDIATRIA
- Sesión 6: 12 de junio: ACTUACION ANTE LA ENFERMEDAD: DRA. LIDIA NAVARRO, PEDIATRA
- Sesión 7: 19 de junio: GRUPOS DE ALIMENTOS Y PREPARACION DE DIETAS: SUSANA LOPEZ, ENFERMERA
- Sesión 8: 22 de junio: TALLER AFECTIVO SEXUAL: PATRICIA REPOLLES MATRONA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La asistencia media de las mujeres participantes es de 18, con buena disposición y dinámica en las sesiones.
Al inicio de cada sesión de realiza un cuestionario de conocimientos y otro al terminar la sesión para valorar, si la intervención ha sido eficaz.

VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS:
En algunas materias el nivel de conocimientos previo es bueno. Pero en todas las sesiones han ganado conocimientos.
Resultados:
1º Sesión: previo: no se realizo, y posterior: 4'9 sobre 5 preguntas
2ª Sesión: previo: 4’7 sobre 5 preguntas y posterior: 4’8 sobre 5 preguntas
3ª Sesión: previo: 7 sobre 10 preguntas y posterior:10 sobre 10 preguntas
4ª Sesión: previo: 4’9 sobre 5 preguntas y posterior: 5 sobre 5 preguntas
5º Sesión: previo: 4’4 sobre 5 preguntas y posterior: 4’9 sobre 5 preguntas
6º Sesión: previo: 2'7 sobre 5 preguntas y posterior: 4’4 sobre 5 preguntas
7º Sesión: previo: 5'6 sobre 10 preguntas y posterior: 6'3 sobre 10 preguntas
8º Sesión: previo: 3'9 sobre 5 preguntas y posterior: 4’0 sobre 5 preguntas

A priori se subestimo la capacidad de las participantes, por lo que se consideró que 5 cuestiones con verdadero/falso, serían suficientes, y se puede deducir por los resultados que tienen más conocimientos de los que creíamos enmascaro por dificultad de comunicación por la barrera idiomática (muchas no hablan Español aunque todas lo comprenden).

CUESTIONARIO DE SATISFACIÓN DE LAS MADRES PARTICIPANTES, con escala liker de valoración del 1 al 5. Se puede concluir que en general es muy satisfactoria la valoración de las asistentes y el cien por cien de ellas recomendarían el taller.

VALORACIÓN DE LOS 10 PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN EL PROYECTO, opinan sobre:

- El proyecto: todos volverían a participar, consideran que la organización he información dad es suficiente
- La sesión que han impartido: el tiempo para la preparación y la exposición ha sido adecuado, el horario en el que se ha desarrollado (de 10 a 12 h) lo consideran adecuado excepto una persona que considera que mejor un poco más tarde, la dinámica establecida en el desarrollo de la sesión también en general la consideran adecuada.
- El lugar de celebración: todo opinan que es muy adecuado las instalaciones y el aula excepto el último día que hacía mucho calor, y valoran muy adecuado el servicio de guardería.
- El grupo de mujeres participantes: la actitud y la predisposición la consideran adecuada, han estado muy atentas aunque la barrera del idioma has sido un inconveniente pero que se ha resuelto con la traducción de las más jóvenes a las que no entendían tanto. En general han cambiado la opinión sobre ellas considerándolas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

más capaces de lo que creían y ha supuesto un mayor acercamiento hacia este colectivo.

INDICADORES DE FRECUENTACIÓN
•Mujeres participantes: 22, media de edad 34 años (de 19 a 53 años)
•Hijos: 53 (0 a 16 años)

•La FRECUENTACIÓN en general ha bajado ligeramente y en términos globales ha pasado de promedio de 8'66 visitas en 2017 a 7'82 visitasen 2018.
•Los MOTIVOS DE VISITA son justificados, golpe, contusión amigdalitis, bronquitis, dolor abdominal… y se observa que tras la visita a urgencias se reconducen a su MAP pediatra. La mayor frecuentación en la matrona se debe al seguimiento de embarazo. Ya que tienen un promedio de hijos de 3 (desde 1 hasta 5 la que más)

•ALIMENTACIÓN E HIGIENE adecuada o inadecuada (DGP):
Ninguna de las madres tienes registro sobre si la alimentación es adecuada o inadecuada, esto es debido a que acuden a consulta, como demanda y no en programada, a pesar de alguna con dislipemia y dos diabéticas.
En cambio el 100% tiene una analítica 50 % en el último año y el resto en los últimos 3 años (esto también los explicaría el seguimiento de la mujer embaraza).
Niños: 42 (79%)de los 53 niños tienen una adecuada higiene y alimentación según registro de OMI ap

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: 16 de las 22 mujeres (72 %) tienen o toman algún método anticonceptivo:14 anti-concepción hormonal (87,5%), 3 DIU, 4 no quieren y 2 no consta registro.
CITOLOGIA: 11 (50%)de las 22 mujeres tienen una citología normal en los últimos 3 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se pueden tener valores y creencias preconcebidas y hay que acercarse al colectivo de mujeres árabes/inmigrantes ya que aun a pesar de la dificultas del idioma se esfuerzan y tienen ganas de aprender. Es verdad que el apoyo de servicios sociales es importante. A los profesionales nos ha resultado muy satisfactorio trabajar con este grupo de mujeres y la relación cuando acuden al centro a cambiado tanto por parte de las mujeres "que ya nos ponen cara" como por parte de los profesionales que ya las conocemos un poco más.

7. OBSERVACIONES.
A pesar de ser un proyecto con muchos profesionales implicados, se ha realizado en horario de mañana y todos han participado y les ha resultado agradable la experiencia.
La coordinación y comunicación con servicios sociales ha sido muy satisfactoria.
Para conseguir una mayor participación se dispuso de servicio de guardería (en el local de celebración del curso), para que las madres no se preocuparan por el cuidado de sus hijos y pudieran asistir

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1129 ========== ***

Nº de registro: 1129

Título
ESCUELA DE MADRES

Autores:
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, ROMERO ARASANZ EMMA, NAVARRO ABAD LIDIA, FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, GASPAR BLASCO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención y cambio de habitos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto surge a petición de las trabajadoras del servicio social de base, que tienen un grupo de mujeres inmigrantes marroquíes y paquistaníes, con las que ya están trabajando habilidades sociales y ven la necesidad de trabajar hábitos de salud.
Las mujeres marroquíes en la zona no son muchas, pero si son frecuentadoras de los servicios de urgencias, y están solas, con sus maridos e hijos, relacionarse solo con su propio colectivo, por eso la oportunidad de trabajar con el colectivo, para además de educar en salud tengamos un mayor acercamiento al colectivo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

sepamos más de sus problemas y eliminemos valores y prejuicios que en ocasiones se tienen con este colectivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal: que las participantes ganen conocimientos que apliquen a su vida diaria.

Específicos:
- Qué sepan cómo actuar ante una situación de urgencia.
- Qué identifiquen los distintos grupos de alimentos.
- Qué sepan la documentación que precisan para recibir asistencia sanitaria y donde acudir para tramitarla.
- Qué aprendan la importancia de la higiene personal y del hogar en la prevención de enfermedades.
- Qué sepan como preparar dietas adecuadas a sus necesidades.
- Qué sepan el tipo alimentos que se deben dar a sus hijos.
- Qué sepan cómo prevenir accidentes infantiles.
- Qué sepan cómo actuar ante la enfermedad y que medidas deben de tomar para evitar complicaciones.
- Medidas de control de la natalidad y prevención de enfermedades de trasmisión sexual.

MÉTODO
La idea surge de las trabajadoras sociales de la Comarca. de forma directa se contacta con la coordinadora de enfermería del centro de salud, y ella pregunta a enfermeras y diversos profesionales si les apetece colaborar y cómo, y de hay van surgiendo diferentes sesiones con contenidos interesantes.
Se crea un grupo whasap a través del cual, se va dando toda la información y se va estructurando las sesiones, los horarios y los contenidos.
La vía de comunicación sera, directa hablando entre nosotras, a través de correo electrónico, de teléfono con las trabajadoras de la comarca.
Recursos materiales: folios, fotocopias, powert point, muñeco para RCP, carpetas para documentación (lo pone la comarca).

INDICADORES
- Valoración del nivel de conocimientos en cada sesión con cuestionario previo y posterior.
- Ganancia de conocimientos en cada sesión.
Valoración de la satisfacción, de las participantes, mediante cuestionario de valoración en cada sesión.
-Número de visitas a urgencias/ numero de visitas a consulta, de estas mujeres (OMI AP)
-Número de visitas a pediatría con cita previa/ total de las visitas a pediatria (OMI-AP)
- Número de visitas a consulta de las mujeres con cita previa/total de las visitas (OMI-AP)
-DGP. Alimentación adecuada en los hijos de estas mujeres/ alimentación inadecuada. (OMI-AP)
- DGP. Higiene adecuada en los hijos de estas mujeres/ higiene inadecuada. (OMI-AP)
- Número de visitas urgentes de sus hijos con motivo de asistencia accidente/caída/total de visitas urgentes (OMI-AP)
- numero de mujeres que acuden a la consulta de la matrona /total de mujeres sobre las que se ha intervenido.
- DGP método anticonceptivo que usa/ numero total de mujeres sobre las que se ha intervenido

DURACIÓN
Sesiones de 2 horas de 10 a 12 de la mañana, en el centro ITACA de Andorra que cuenta con guardería para que los niños puedan estar atendidos, mientras las madres están en el curso.
CRONOGRAMA 2018:
- 25 de mayo: PRIMEROS AUXILIOS: Dra. Ferrer, Ana lagar, enfermera
- 29 de mayo: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA: Raquel Gonzalez, enfermera
-1 de junio: HIGIENE PERSONAL Y LIMPIEZA: Ana Garcia, enfermera
-5 de junio: DOCUMENTACIÓN Y USO DEL SISTEMA SANITARIO: Rosa Galve, administrativa y Antonio Gaspar, Trabajador social.
- 8 de junio: ALIMENTACIÓN Y CUIDADO DE HIJOS, Emma Romero, Enfermera de pediatría,
-12 de junio: ACTUACIÓN ANTE LA ENFERMEDAD, Dra. Lidia Navarro, medico de familia, actualmente en funciones de pediatra.
- 15 y 19 de junio, ALIMENTACIÓN Y DIETAS, Susana López, enfermera.
- 22 de junio, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ATENCIÓN A LA MUJER, Patricia Repolles, matrona

OBSERVACIONES
Realizar la actividad dentro del horario laboral, facilita la implicación de los profesionales.
Los recursos sociales de la localidad también facilita la comunicación y la organización de este tipo de proyectos.
El reto de este proyecto es el grupo al que va dirigido, ya que son mujeres marroquíes y paquistaníes con un nivel de español, en algunos casos escaso, por lo que la aintervención debe ser muy visual y didáctica para que se entienda y se logren los objetivos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0488

1. TÍTULO

TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ANDORRA
· Localidad ..... ANDORRA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas fueron las siguientes:
Talleres cíclicos a los que se van incorporando tras parto
1.- 5 talleres de masaje infantil
Durante 5 semanas : masaje infnatil : piernas, abdomen, pecho, brazos, cabeza y espalda
2.- Taller sobre desarrollo psicomotor
Se explico el desarrollo normal de los niñ@s hasta el 1º año de vida
3.- Taller sobre alimentación infantil
Nuevas recomendaciones sobre alimentacion infantil. Alimentacion Complementaria.
4.- Taller sobre primeros auxilios
Atragantamientos y rcp en lactanctes (2015)
5.- Taller sobre suelo pélvico
Situar el suelo pelvico en las mujeres y ejercios postparto
El calendario marcado se cumplio (lunes de 11h a 12h) aunque el máximo problema fue que algunas madres / padres no acudian todas las semanas .
Los recursos empleados : colchonetas, sabanas, ordenador y fotocopias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Stanadar marcado: Crear un espacio donde los los nuevos padres pueden expresar sus dudas y sus miedos relacionados con la crianza del bebe e intentar solucinar problemas en forma de ayuda de madre a madre con la supervision de un profesional. Vivencia positiva de la maternidad/paternidad.

Resultado : Dar confianza y seguridad a los nuevos padres en la crianza de sus hijos

Indicadores
Grado de conocimento: se les paso un test de preguntas de verdadero / falso al principio y al final de las sesiones.
Grado de satisfaccion: en la ultima sesión se les paso una encuesta de satisfaccion.

Los resultados obtenidos son sido muy positivos, el proyecto ha tenido un gran impacto de forma positiva entre las madres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoracion general ha sido muy positiva, tan positiva que el proyecto sigue en pie y es algo que las madres solicitan tras el parto, aunque el unico inconveniente fue y es la falta de continuidad de muchas madres, dificil de solucionar ya que con un bebe en casa no hay horarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/488 ========== ***

Nº de registro: 0488

Título
TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES

Autores:
REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0488

1. TÍTULO

TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES

Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
intentar resolver dudas que las madres/padres tienen sobre la crianza de los bebes.

RESULTADOS ESPERADOS
Vivencia positiva de la materdidad /paternidad

MÉTODO
masaje para el bebe (3 /4 dias)
charlas:
Desarrollo del bebe hasta el 1º año de vida
Alimentación complementaria
Taller de 1º auxilios
conocimiento de suelo pelvico en la mujer

INDICADORES
Grado de conocimiento, evaluacion al principio y al final
Satisfacion de las madres/padres, encuesta

DURACIÓN
Desde octubre de 2016 a octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1355

1. TÍTULO

GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL GUILLEN MARIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALACEITE
· Localidad ..... CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL MOLINOS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas para llevar a cabo este proyecto de mejora fue, en primer lugar, acudir al Centro de Salud de Alcañiz para ver cómo estaba distribuido y organizado un almacén de un centro ISO; y así posteriormente aplicarlo a nuestro centro.
El problema que hemos tenido, ha sido el poco espacio del que disponemos en nuestro almacén, lo que nos ha obligado a seguir almacenando material en otros puntos del centro de salud: el material de extracciones se almacena en la sala de extracciones, el de espirometrías y ECG en la sala de urgencias...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la puesta en marcha del proyecto, se han revisado caducidades mensualmente, y no ha habido incidencias de desabastecimiento de materiales de almacén.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos del proyecto se han visto cumplidos, tanto el de asegurar el suministro de materiales de almacén como el de controlar las caducidades del material.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1355 ========== ***

Nº de registro: 1355

Título
GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Autores:
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL, GIL MOLINOS MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace tiempo se vienen detectando en nuestro centro de salud problemas puntuales de desabastecimiento de determinados fármacos y materiales que pueden retrasar e incluso comprometer la prestación de una atención eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS
Asegurar el suministro de materiales y fármacos. Controlar las caducidades de los materiales

MÉTODO
MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

* Implantación de los procedimientos de gestión de almacenes y botiquines del sector Alcañiz:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1355

1. TÍTULO

GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

o Establecimiento de stock mínimos en almacén del centro y consultorios

o Implementación del formato de rotura de stock

o Implementación de sistemática de revisión mensual de caducidades

o Implantación de un formato de solicitud de materiales/fármacos para abastecimiento de consultorios

* Se visitará el centro de salud de Alcañiz donde se mostrará la sistemática de funcionamiento

INDICADORES
* Nº meses en los que se cumplimenta la hoja de revisión de caducidades

* Registro de incidencias de desabastecimiento

* Auditorías de botiquín por farmacéutica del sector

DURACIÓN
* Mayo: visita al centro de salud de Alcañiz

* Junio: determinación de stock mínimos y revisión de caducidades. Formación al personal.

* Enero 2018: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1356

1. TÍTULO

MANOS RELUCIENTES

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA GIL MOLINOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALACEITE
· Localidad ..... CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL
ALCAINE PARICIO ANA ISABEL
PEREZ OBON JOAQUIN
NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE
GINER SANCHO ANA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas son las marcadas en el proyecto inicial. Se han realizado los talleres en los seis colegios de la zona básica de salud, dando cobertura así al total de la población en edad escolar (de los 3 a los 12 años).
Los talleres han consistido en una pequeña presentación teórica sobre la importancia de mantener las manos limpias, los momentos en los que se deben lavar las manos y las instrucciones para un correcto lavado de manos. Y una parte práctica, en la que, usando un producto de base alcohólica, los alumnos pueden comprobar la efectividad del lavado con una lámpara de luz ultravioleta.
El material utilizado han sido los equipos informáticos de los distintos colegios, ya que se necesitan para la presentación del power point; y la lámpara de luz ultravioleta, prestada desde el servicio de formación continuada.
Además hemos elaborado unos carteles con los pasos para el correcto lavado de manos, que es lo que deben exponer en los colegios como recordatorio de la técnica a los alumnos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el momento de la evaluación, en todos los colegios se mantienen los carteles informativos con la técnica del lavado de manos; y en uno de ellos, además de los carteles del baño, hay en el aula de infantil, por iniciativa de la maestra.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Vista la aceptación tanto por parte del alumnado, como por parte del profesorado, creemos pertinente la continuidad del proyecto.
Como único cambio en lugar de realizar los talleres coincidiendo con la fecha del Día mundial del lavado de manos; y añadiendo que la disponibilidad de la lámpara va en función de otros servicios; para próximos cursos, se realizarán las sesiones coincidiendo con el temario escolar referente a la salud y los hábitos saludables.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1356 ========== ***

Nº de registro: 1356

Título
MANOS RELUCIENTES

Autores:
GIL MOLINOS MARTA, GUILLEN MARIN JOSE MANUEL, ALCAINE PARICIO ANA ISABEL, PEREZ OBON JOAQUIN, NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE, GINER SANCHO ANA LUISA, MADROÑA ELENA ISABEL, BUÑUEL PELLICER MARI LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SALUD ESCOLAR
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1356

1. TÍTULO

MANOS RELUCIENTES

PROBLEMA
Con motivo de la celebración del Día Internacional del lavado de manos 2016, surge la iniciativa a nivel de sector de la posibilidad de realizar un taller de lavado de manos en la población escolar. A título voluntario, algún profesional del centro de salud, acude a los tres colegios que forman parte del CRA Matarraña a impartir los talleres, siendo un éxito tanto la participación infantil como la colaboración por parte del profesorado.

Por este motivo, se decide emprender este proyecto, y que en esta ocasión pretende abarcar los colegios de toda la zona básica de salud, incluyendo a los dos CRAs que lo forman (CRA Matarraña y CRA Algars).

El proyecto está destinado a niños en edad escolar preferiblemente de educación infantil, siendo posible su extensión a alumnos de educación primaria si se observan cambios en el alumnado de un año a otro.

Se elige como prioritario al alumnado de educación infantil porque comprende a los alumnos nuevos del centro escolar, ya que los de educación primaria asistieron al primer taller realizado.

En el CRA Algars que no conocen la actividad se incluirá a todos los alumnos.

RESULTADOS ESPERADOS
Concienciar a la población infantil sobre la importancia de tener unas manos limpias y su efecto sobre la prevención de enfermedades.

Conseguir que los niños aprendan una buena técnica de lavado de manos.

MÉTODO
Las actividades a realizar son, en una primera fase, la elaboración de un proyecto por el que quede constancia de la atención comunitaria que se va a realizar. En una segunda fase, y a ser posible, coincidiendo con las fechas próximas al Día del lavado de manos (en Octubre), realización de los talleres en los diferentes colegios de la Zona de Salud. Y una tercera fase, de evaluación de la actividad, cuando haya pasado un tiempo desde la realización de los talleres que consista en una comprobación in situ de que se mantiene el material aportado a los colegios por nuestra parte (carteles con los pasos para una correcta higiene de manos).

El taller con los alumnos consistirá en una parte teórica sobre la importancia de mantener unas manos limpias, los momentos en los que se deben lavar las manos

y la técnica de lavado de manos; y una parte práctica en la que los alumnos podrán comprobar si su lavado de manos ha sido efectivo con la utilización de un producto de base alcohólica tratado con reactivo y una lampara ultravioleta que dejará a la vista las zonas en las que no haya llegado el producto.

INDICADORES
En el momento de la evaluación se tendrá en cuenta en cuántos colegios de los que se realice la actividad mantienen los carteles con los pasos del lavado de manos, datos que pondrán de manifiesto el interés del centro en esta actividad, y en el caso de que los carteles ya no estén puestos, que se especifique el motivo de su retirada.

Con los datos obtenidos se podrán sacar conclusiones, y cuestionar si se continúa o no con la actividad, ya que el planteamiento inicial del proyecto es que tenga continuidad en el tiempo.

DURACIÓN
Mayo-Junio: Elaboración del proyecto

Octubre: desarrollo de los talleres

Enero 2018: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA SIMON MELCHOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALACEITE
· Localidad ..... CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se lleva realizando desde enero hasta diciembre de 2018. Para el cumplimiento de los resultados se han llevado a cabo las siguientes acciones:
- Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas acerca de la sobrecarga del cuidador, escala de valoración de Zarit, estrategias y cuidados de enfermos de Alzheimer.
- Hemos identificado a los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer del Centro de Salud de Calaceite, seleccionando los participantes para el proyecto.
- Hemos contactado con los participantes por teléfono, explicándoles la finalidad del estudio solicitándoles su consentimiento informado.
- Hemos realizado a cada cuidador una entrevista semiestructurada (datos cualitativos) mediante una grabadora de audio para evitar pérdida de información relevante.
- Hemos aplicado la escala de valoración de la sobrecarga del cuidador de Zarit (datos cuantitativos)a los cuidadores seleccionados para detectar su nivel de sobrecarga previa a las intervenciones.
- Tras la recogida de la información, se han analizado los datos cualitativos (entrevista semiestructurada) mediante el programa estadístico MAXQDA y los cuantitativos (escala Zarit) mediante la base estadística SPSS.
- Se ha diseñado un programa psicoterapéutico de 5 talleres grupales a cuidadores basados en las necesidades detectadas de estos tras el análisis de los datos obtenidos mediante la entrevista semiestructurada.
- Se han realizado 5 talleres grupales quincenales a cuidadores tratándose las temáticas: manejo de úlceras por presión, fomento de la salud del cuidador, técnicas de alimentación y eliminación, estrategias para el control de impulsos y manejo de la medicación, recursos sociales disponibles en la comunidad.
- Tras la finalización de los talleres, se ha aplicado de nuevo la escala de Zarit a los cuidadores asistenciales.
- Se han reevaluado y analizado los resultados mediante la comparativa de los indicadores.
- Se han propuesto medidas de mejora en aquellos indicadores susceptibles.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- INDICADOR 1: Nº de cuidadores participantes en el programa*100/nº de cuidadores seleccionados. Estándar 100%
13 cuidadores participantes en el programa*100/20 cuidadores seleccionados, conseguido 65%
- INDICADOR 2: Nº de cuidadores a los que aplicamos la escala de valoración de Zarit a la finalización de los talleres formativos*100/ nº de cuidadores a los que aplicamos la escala de valoración de la sobrecarga del cuidador de Zarit antes de la realización de los talleres. Estándar 100%
11 cuidadores a los que aplicamos la escala de valoración de Zarit al final de los talleres formativos*100/13cuidadores a los que aplicamos la escala de Zarit antes de los talleres formativos. Conseguidos 84,64%
- INDICADOR 3: Nº de talleres grupales a cuidadores realizados*100/ Nº de talleres grupales a cuidadores programados. Estándar 100%
5 talleres grupales realizados*100/5 talleres grupales programados. Conseguido 100%.
- INDICADOR 4: Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit <47 puntos (no sobrecarga) previo a los talleres formativos*100/Nº de cuidadores seleccionados. Estándar 100%
2 cuidadores con una puntuación de Zarit <47 puntos previo a la realización de los talleres formativos*100/13 cuidadores seleccionados. Conseguido 15,38%
-INDICADOR 5: Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit <47puntos (no sobrecarga) después de los talleres formativos*100/Nº de cuidadores que permanecen en el proyecto. Estándar 100%
4 cuidadores con una puntuación de Zarit <47 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/11 cuidadores que permanecen en el proyecto.
Conseguido 36,36%.
- INDICADOR 6 Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit entre 47-55 puntos (sobrecarga leve) previo a los talleres formativos*100/Nº de cuidadores seleccionados.
6 cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 previo a la realización de los talleres formativos*100/13 cuidadores seleccionados. Conseguido 46,15%
- INDICADOR 7: Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit entre 47-55 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/Nº de cuidadores que permanecen en el proyecto.
5 cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/11cuidadores que permanecen en el proyecto. Conseguido 45,45%.
- INDICADOR 8: Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit >55 puntos (sobrecarga intensa) previo a los talleres formativos*100/Nº de cuidadores seleccionados.
5 cuidadores con una puntuación de Zarit <
>55 puntos previo a la realización de los talleres formativos*100/13 cuidadores seleccionados. Conseguido 38,46%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

- INDICADOR 9: Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración Zarit>55 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/Nº de cuidadores que permanecen en el proyecto
2 cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/11 cuidadores seleccionados. Conseguido 18,18%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras analizar el INDICADOR 1, el estándar deseado es el 100%, sin embargo el resultado obtenido es del 65%. Esto es debido a que a pesar de seleccionar inicialmente 20 cuidadores de enfermos de Alzheimer la participación real ha sido menor. Sería muy aconsejable contactar con aquellos cuidadores que no han participado para poder conocer sus necesidades reales y poder realizar una nueva intervención acorde a sus necesidades.
Tras analizar el INDICADOR 2, el estándar deseado es el 100% sin embargo el resultado obtenido es el 84,61%. Hemos perdido el seguimiento de 2 cuidadores durante el desarrollo de los talleres. Como propuesta de mejora, se debería contactar con ambos cuidadores y proponerles nuevas fechas y horarios para impartirles la formación.
CONCLUSINES:
Tras la aplicación de la escala de valoración Zarit y determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores podemos detectar las necesidades de los mismos.
La técnica de utilizar talleres grupales es satisfactoria entre los cuidadores, y se ha determinado una disminución en la sobrecarga de los mismos.
Podemos concluir que sería aconsejable seguir realizando periódicamente estos talleres en aquellos cuidadores que sigan padeciendo sobrecarga en el cuidado de sus familiares dependientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1093 ========== ***

Nº de registro: 1093

Título
DETECCION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Autores:
SIMON MELCHOR ALBA, LLORENS PALANCA DOLORES, GUILLEN MARIN JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad de Alzheimer es una patología de larga evolución e invalidante que impide al individuo la realización de las actividades de la vida diaria.
El cuidador principal es aquella persona que asume la responsabilidad integral de la atención y cuidado del paciente con Alzheimer.
En ocasiones, esta atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, dando lugar a la denominada sobrecarga del cuidador. Esta sobrecarga tiene fuertes repercusiones sobre el receptor de los cuidados dando lugar a situaciones de claudicación o abandono del cuidado, institucionalización etc. Estas repercusiones ocasionan un elevado coste en el sector público y privado, hospitales o residencias.
Para reducir el impacto del Alzheimer se considera imprescindible ofrecer una formación completa acerca de esta patología a la población general, especialmente a los cuidadores.
Una mayor implicación de estos puede favorecer su diagnóstico precoz, aumentando su esperanza y calidad de vida.
Sería recomendable realizar técnicas de educación sanitaria a los familiares de enfermos de Alzheimer ya que son una importante red de apoyo.
Los métodos que se han utilizado para identificar problemas, priorizar, evaluar las causas y proponer acciones de mejora han sido Brainstorming y Grupo Nominal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Detectar el grado de sobrecarga del cuidador principal en el Centro de Salud de Calaceite e intervenir para disminuirla, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.
Objetivos específicos:
- Medir el grado de sobrecarga subjetiva sentida por el cuidador mediante la escala de valoración de Zarit (< 47 puntos: no sobrecarga, 47-55: sobrecarga leve y > 55: sobrecarga intensa).
- Conocer las vivencias y preocupaciones de los cuidadores principales.
- Diseñar un programa psicoterapéutico según las necesidades de los cuidadores para formales y ayudarles en el cuidado.

MÉTODO
- Búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas acerca de la sobrecarga del cuidador y cuidados de los enfermos de Alzheimer.
- Identificar a los familiares de enfermos de Alzheimer del Centro de Salud de Calaceite para seleccionar los participantes del proyecto.
- Contactar con los participantes por teléfono, explicarles la finalidad del estudio y solicitar su consentimiento informado.
- Realizar una entrevista semiestructurada y aplicar la escala de Zarit.
- Transcribir y codificar los datos obtenidos en la escala y entrevista mediante los programas estadísticos SPSS y MXQDA.
- Diseñar el programa psicoterapéutico.
- Realizar 5 talleres a cuidadores relacionados con: manejo de úlceras por presión, fomento de la salud del cuidador, técnicas de alimentación y eliminación, estrategias para el control de impulsos y manejo de la medicación, recursos sociales comunitarios disponibles.
- Realizar de nuevo la escala de Zarit al finalizar los talleres.
- Analizar los resultados de las escalas de Zarit al inicio y final del proyecto.

INDICADORES
- Nº de cuidadores participantes en el programa*100/Nº cuidadores seleccionados. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores a los que aplicamos la escala de Zarit tras los talleres*100/Nº de cuidadores a los que aplicamos el Zarit previo a los talleres. Estándar 100%.
- Nº de talleres realizados*100/ Nº de talleres programados. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit < 47 previo a los talleres *100/Nº de cuidadores seleccionados. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit < 47 después de los talleres *100/Nº de cuidadores que permanecen en el proyecto. Estándar 100%.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 previo a los talleres *100/Nº de cuidadores seleccionados.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 después de los talleres *100/Nº de cuidadores que permanecen en el proyecto.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 previo a los talleres *100/Nº de cuidadores seleccionados.
- Nº de cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 después de los talleres *100/Nº de cuidadores que permanecen en el proyecto.

DURACIÓN
El proyecto se está desarrollando con continuidad durante 2018 y se realizará su medición a final de año.
- Búsqueda bibliográfica: enero de 2018.
- Identificar y contactar con los familiares de enfermos de Alzheimer: febrero-marzo de 2018.
- Seleccionar del Centro de Salud de Calaceite los cuidadores para el proyecto: abril-mayo de 2018.
- Solicitar la firma del consentimiento informado para participar en el estudio: mayo de 2018.
- Realizar la entrevista y aplicar la escala de Zarit a cada cuidador: mayo-junio de 2018.
- Transcribir los datos mediante los programas SPSS y MXQDA: julio de 2018.
- Diseñar el programa psicoterapéutico: agosto de 2018.
- Realizar los 5 talleres grupales: septiembre-octubre-noviembre de 2018.
- Aplicar de nuevo la escala de Zarit a los cuidadores tras los talleres formativos: noviembre de 2018.
- Analizar los resultados mediante los indicadores y formular propuestas de mejora: noviembre-diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0161

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BARDAJI RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORRAZ MIR PILAR
VILLALBA MIR ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se entrega un test antes de comenzar la actividad para valorar los estereotipos masculino-femenino que llevan muchas veces a la desigualdad hombre-mujer, preguntando sobre quién realiza ciertas actividades o trabajos en su casa y quién consideran que debería realizarlos a nivel general.
Se realizan 10 sesiones formativas de 55 minutos cada una, distribuidas por cursos de la siguiente manera:
15 Enero 2018: 3º A ESO: 22 alumnos
17 Enero: 3º B ESO: 25 alumnos
19 Enero: 3º C ESO: 25 alumnos
22 Enero: 2º A ESO: 20 alumnos
26 enero: 2º B ESO: 18 alumnos

Cada sesión se desarrolló según el siguiente cronograma:
1. Definiciones de Violencia de género y estadísticas de violencia
2. Definición de Adolescencia y Sexismo. Roles y estereotipos masculinos y femeninos.
3. Las primeras manifestaciones de la violencia. Violencia de control
4. Proyección de 5 cortos dirigidos por mujeres de la Asociación de Mujeres Cineastas y de Medios Audiovisuales, que describen 5 situaciones muy frecuentes sobre hábitos tóxicos, que no siempre son relacionadas con las primeras manifestaciones de Violencia. SIMPLEMENTE NO TE QUIERE
5. Diferenciación de sexo y sexualidad. Explicación de diferentes orientaciones sexuales
6. Explicación de métodos de prevención de embarazos y ETS. Videos y fotografías
7. Durante toda la exposición se anima a los alumnos a preguntar y a intercambiar sus ideas y conocimientos.
8. Al final se aclararán dudas y se entrega el mismo test que al principio para valorar la diferencia de las respuestas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En general las sesiones fueron calificadas como entretenidas y educativas. Muchos alumnos comentan que les ha ayudado a responder dudas y a tener más claras las actitudes que pueden considerarse violencia, sobre todo con respecto a la violencia de control.
Tras Valorar el Pretest Y el postest tenemos estos resultados:
En el pretest el 70% mantienen el estereotipo masculino-femenino en su casa y el 50% considera que hay actividades que deberán realizar las mujeres y otras los hombres.
En el postest cambia el porcentaje: el 60% piensa que hay actividades que tradicionalmente las realizan las mujeres pero que podrían realizarlas también los hombres, de igual manera y viceversa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se entrega encuesta para la valoración de la actividad por los alumnos con escala de valoración del 1 al 5, y los resultados son:
1. Duración actividad: 52% puntúan con un 5
2. Expectativas cubiertas: 36% puntúan con 5
3. Utilidad: 55,5% puntúan con 5
4. Material del curso: 65,7% puntúan con 5
5. Formador: 70% puntúan con 5
6. Valoración del curso en general: 75% puntúan con 5

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/161 ========== ***

Nº de registro: 0161

Título
PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

Autores:
BARDAJI RUIZ BEATRIZ, SALESA ALBALATE ALBERTO, FERRANDO AZNAR CLARA, MALLEN MATEO SARA, LOPEZ FELEZ CARLOS,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0161

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

BORRAZ MIR PILAR, VILLALBA MIR ANA PILAR, PELLICER GARCIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......: Promocion de la salud

PROBLEMA
Distintas investigaciones demuestran que los roles sexuales son ambivalentes y no seimbre se ajustan al cambio social, pero esto no se corresponde con los comportamientos reales ante la formacion de la familia y la corresponsabilidad en las tareas domésticas. Respecto a la violencia de género, la macro encuesta sobre la violencia de género en Aragón muestra que un 19.6% de las mujeres maltratadas se situan en franda de 18-29, pudiendo actuar antes de los 18 concienciando en los institutos sobre la importancia de estos estigmas sociales. En general, y sobre todo en la adolescencia, los jóvenes consideran que este tipo de relaciones y situaciones solo se dan en edad adulta, que “es cosa de mayores”. Sin embargo, la violencia se presenta en todo tipo de relaciones, independientemente de la edad, de forma que es frecuente que las relaciones basadas en la violencia se inicien en edades tempranas, y que desde el principio esta sea una de sus características, o incluso en ocasiones, la principal.
Por otro lado se observa que los jóvenes, y en mayor medida, los de menor edad, no identifican las conductas de abuso psicológico.
Conductas del tipo de coacción, celos, insultos e incluso zarandeos, agarrones o golpes menores, no son considerados
maltrato. Cuando piensan en Violencia de género, piensan en agresiones de carácter grave, en palizas y en daños que afectan a la integridad física. Según Meras (2003), los chicos de instituto y bachillerato esperan que ellas renuncien a sus intereses y a otras relaciones, y que den máxima prioridad a la relación con ellos, minimizando la importancia del uso de según que tipo de violencia. Por su parte las chicas intentaran cumplir las prescripciones del rol femenino tradicional, creen que pueden cambiar o educar a su pareja, responsabilizándose del funcionamiento de la relación, y aceptando los comportamientos de celos como demostración de amor, entre otras cosas, lo que la pondrá en riesgo de implicarse y aceptar relacionespotencialmente violentas. Esto indica que ambos sexos comparten la creencia de que en los casos de violencia lo que ocurre es que los varones tienen dificultades para controlar su agresividad, y que esto es una cuestión hormonal que se debe aceptar.
El presente programa responde por tanto, a la necesidad de seguir trabajando la violencia de género con un grupo poblacional, los jóvenes, que por edad no solo tienden a minimizar la violencia, si no que también se suelen mostrar receptivos a ciertos cambios.

En cuanto a la educación sexual está claro que hoy la sexualidad entra de modos distintos en las instituciones educativas y nuestro objetivo es darle un enfoque médico y científico para poder prevenir tanto enfermedades de transmision sexual como embarazos no deseados y asi mejorar la calidad de la salud reproductiva en la poblacion diana, incluyendo otras formas de entender la sexualidad, pretendidamente ignorada, como homosexualidad, para asi pretender vivir la sexualidad de una manera honesta y respetuosa, evitando situaciones de riesgo, abuso y exclusión.

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los jóvenes de la magnitud del problema que nos atañe en violencia de género.
Impulsar una educación en sexualidad abierta, respetuosa de ideas y opiniones y promover el conocimiento intelectual y la transmision de información científica y confiableas acerca de la prevención y disminución de riesgos y de embarazos tempranos, como la construcción paulatina de actitudes, sentimientos, valores y habilidades para el ejercicio de una sexualidad sana, segura, responsable, igualitaria y sin riesgos.

MÉTODO
SESIONES EN EL INSTITUTO. EDUCACION SECUNDARIA, DE 1º-ESO A 4º-ESO.
SESIONES EN EL INSTITUTO BACHILLERATO.

SESIONES SOBRE EDUCACION SEXUAL
SESIONES SOBRE PREVENCION VIOLENCIA DE GÉNERO

INDICADORES
PRE TEST

EVALUACIONES POST TEST

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0161

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

SESIONES PRÁCTICAS Y ROLL PLAYING

DURACIÓN
INICIO ENERO 2017.

FINALIZACION JUNIO 2017

CRONOGRAMA POR DETERMINAR SEGUN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1367

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO SANZ ALMALE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FELEZ CARLOS
GAUTHIER ALFARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Captación:
Se realizó fundamentalmente a través de la conversación personal con los posibles asistentes en las consultas realizadas a pacientes diabéticos y además se utilizó un sistema de cartelería expuesta en los paneles de anuncio del Centro de Salud en el que se informaba de las fechas, contenido del curso y forma de apuntarse.

Sesiones realizadas:
Se realizaron cuatro sesiones formativas, realizadas semanalmente, en horario de 15,30 a 17 h, en la biblioteca del Centro de Salud, impartidas cada una de ellas por miembros del equipo que impartían una primera parte teórica, ayudado de material audiovisual realizado por ellos mismos y una segunda fase en forma de diálogo con los asistentes.
Los contenidos, fechas, número de asistentes y ponentes fueron:
1ª Sesión: Introducción:
Ponentes: Carlos López Félez
Fecha: 2 de marzo de 2017
Nº Asistentes: 10
Temática:
¿Qué es la DM?
¿Cómo se produce?
¿Qué es la insulina?
¿Cómo se diagnostica?
¿Cuántos tipos de DM hay?
DM tipo 1
DM tipo 2
DM gestacional

2ª Sesión: ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes? (1)
Ponentes: Yolanda Gauthier Alfaro.
Fecha: 9 de marzo de 2017
Nº Asistenetes: 13
Temática:
Cuidarse es…
Factores que suben o bajan las glucemias
Dieta equilibrada
Beneficio de la actividad física
:
3ª Sesión: ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes? (2)
Ponentes: Elvira Chamocho Olmos
Fecha: 16 de marzo de 2017
Nº Asistentes:11
Temática:
Cuidados e higiene de los pies.
Cuidados de las encías y dientes.
Consejos para viajar con diabetes.
Cómo reaccionan las personas ante la enfermedad.

4ª Sesión: Tratamiento de la diabetes
Ponentes: Clara Ferrando Aznar y Alfredo Sanz Almalé.
Fecha: 23 de marzo de 2017
Nº Asistentes: 8
Temática:
Qué es la insulina
Páncreas: anatomía y funciones
Síntomas de la DM
Tipos de DM
DM tipo 1
DM tipo 2
Diferencias entre DM-1 y DM-2
Diabetes gestacional
Diabetes secundaria a fármacos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1367

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Tratamiento de la DM
Objetivos
Prevención de las complicaciones
Antidiabéticos orales
Insulina en la DM-2
Tipos de insulinas y mezclas
Hipoglucemias: Qué son y cómo actuar.
Hiperglucemias: Qué son y cómo actuar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Valoración de las sesiones:
Al finalizar la última sesión se pasó una encuesta (Formato PR-08_SA(P)E revisión:A) a todos los asistentes para que valoraran en conjunto todas las actividades realizadas. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)
- La duración de la actividad formativa ha sido: 4,65
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas: 4,75
- La actividad me va a ser muy útil en mi trabajo diario: 4,77
- El material utilizado en el curso ha sido adecuado: 4,81
- Valoración del formador: 4,69
- En general, el curso me ha parecido: 4,85

Los participantes en las sesiones mostraron personalmente su satisfacción con las sesiones realizadas y expresaron el deseo de que se organizasen más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres formativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los participantes en el proyecto valoran la actividad realizada como muy positiva.
Se ha observado que sigue existiendo interés en la comunidad en la realización de talleres formativos sobre temas de salud, habiendo una preocupación de los enfermos sobre su enfermedad y manera de actuar frente a ella, abriendo la posibilidad de crear nuevas actividades de este tipo en tiempos futuros.
Los ponentes de las sesiones consideran que el tiempo empleado en la preparación de la sesión, así como los materiales y medios empleados no han sido excesivos y dado que ya se tienen preparados estos, debería utilizarse en la elaboración de nuevos talleres dedicados a nuevos pacientes.
Se pretende continuar con esta actividad, valorando realizarla en salones más amplios para poder llegar a mayor número de participantes, por lo que se contactará con el ayuntamiento para que nos dejen sus locales y también se considera que sería interesante hacer unas sesiones dedicadas a las trabajadoras de la Residencia de Ancianos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1367 ========== ***

Nº de registro: 1367

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Autores:
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, FERRANDO AZNAR CLARA, SANZ ALMALE ALFREDO, LOPEZ FELEZ CARLOS, GAUTHIER ALFARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1367

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

En el EAP de Calanda no existe la cultura de realiza actividades para promover la educación sanitaria a grupos de enfermos crónicos, motivada por el ámito rural y tamaño del equipo que hace que se tienda másа actividades educativas de tipo individual. El año pasado se comenzó a realizar una actividad similar a est, con buen resultado, pero que en el análisis se vió que necesitaba ser mantenida y mejorada.
Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en la calidad en el EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

RESULTADOS ESPERADOS
Activación del EAP en relación con la Mejora de la Calidad.
Mejorar el conocimiento de su enfermedad en el grupo de los diabéticos tipo 2
Mejorar el nivel de la salud en los diabéticos tipo 2

MÉTODO
Realizar un ciclo de cuatro sesiones informativas dirigidas a los pacientes diabéticos tipo 2 de la Zona de Salud de Calanda. El número de participantes será de 15-20 personas. Se realizarán con carácter semanal y con una duración de una ora. Cada una de ellas será realizada por un miembro distinto del equipo, aunque su preparación será realizada por todos los miembros del equipo participantes en el proyecto.
La temática de las sesiones será:
Qué es la diabetes
Tratamiento dietético y ejercicio
Tratamiento farmacológicos. Insulina
Cuidados en el paciente diabético

INDICADORES
Evaluación inicial de conocimientos
Evaluación al finalizar el cursillo
Control de asistencias

DURACIÓN
Marzo 2017: Realización del cursillo
Abril 2017: Evaluación de la actividad realizada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1442

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL LLORCA CAMARASA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES
MALLEN MATEO SARA
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Rotación de un enfermero en consulta de pruebas funcionales del Hospital de Alcañiz para mejorar la capacitación en la realización de espirometrías en general y en la de la calibración del espirómetro en particular.
Realización de sesiones clínicas en el Centro de Salud impartidas por personal del centro en relación a los siguientes temas:
Tabaquismo en AP en marzo del 2017
Manejo de EPOC en AP el 10 de Noviembre del 2017
Manejo de Espirómetro en AP 27 de Octubre del 2017
Manejo y Revisión del programa de Diabetes el 15 de Diciembre del 2017.
Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años.
Realización de forma rutinaria de índice tobillo brazo a los paciente diabéticos de entre 50 y 80 años con más de 10 años de antigüedad de la diabetes, en las consultas de enfermería tras la compra de un doppler vascular para el Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado 63 espirometrías de modo fiable en nuestro Centro de Salud. El indicador de % de pacientes fumadores en los que se ha realizado espirometría en los ultimos 5 años ha ascendido a 21,75%, desde el 9,57% que teníamos en Enero
La cobertura de valoración de pie diabético a través de ITB con Doppler Vascular ha alcanzado cifras de 62,96 % en diciembre del 2017, con respecto a la cobertura que teníamos en diciembre del 2016 que alcanzaba un 29,46% del total de diabéticos entre 50 y 80 años con diabetes de más de 10 años de evolución.
La prevalencia de la EPOC en nuestro Centro de Salud ha aumentado del 2,95% en diciembre del 2016 al 3,14% en diciembre del 2017.
Los indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo, han pasado del 45,1 % al 66,6%, y del 67,7% al 71,5% respectivamente, desde diciembre del 2016 a diciembre del 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al aumentar los indicadores de detección e intervención tabáquica han permitido realizar un número mayor de espirometrías a pacientes fumadores en edad de riesgo, y como consecuencia de ello se ha producido un aumento de la prevalencia de la EPOC
Los pacientes diabéticos con pie de riesgo han sido detectados en consulta de enfermería y derivados al especialista para poder hacer un tratamiento específico y seguimiento de la enfermedad evitando complicaciones a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1442 ========== ***

Nº de registro: 1442

Título
IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Autores:
LLORCA CAMARASA MIGUEL, DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, MALLEN MATEO SARA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1442

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FUMADORES
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

Se da la circunstancia de que el centro tiene un espirómetro con jeringa de calibración que en estos momentos no se está utilizando.

Por otra parte el programa de atención integral a la diabetes de Aragón recomienda la realización de un índice tobillo-brazo cada 3 años a los pacientes diabéticos de entre 50 y 80 años con más de 10 años de antigüedad de la diabetes. Se ha comprado un doppler vascular y estamos en fase de implantación

RESULTADOS ESPERADOS
- Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años

- Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito

- Realizar espirometrías de modo fiable en nuestro centro de salud

- Evaluar a los pacientes diabéticos

MÉTODO
- Rotación de un enfermero en las consultas de pruebas funcionales de Alcañiz para mejorar la capacitación en la realización de espirometrías en general y en la de la calibración del espirómetro en particular.

- Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro

- Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

- Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

INDICADORES
% de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo

% de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

% pacientes diabéticos mayores de 50 años y menores de 80, de más de 10 años de evolución de la diabetes a los que se ha realizado un índice tobillo-brazo en los últimos 3 años

DURACIÓN
- Formación en el manejo de los aparatos ya realizada

- Junio: sesión sobre consejo antitabáquico

- Junio-Diciembre: Implementación del programa

- Cada cuatro meses: análisis de los indicadores de resultados con los informes proporcionados por el sector.

- Enero 2017: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1442

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CLARA FERRANDO AZNAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FELEZ CARLOS
GARCIA ARAEZ LOPEZ JULIO
SANZ ALMALE ALFREDO
VIÑAS MUÑIO RAQUEL
BARDAJI RUIZ BEATRIZ
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad han mostrado cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos.
Derivados del análisis del año pasado en estos momentos se han realizado las siguientes acciones de mejora pendientes:
- Detección e intervención en el tabaquismo. Implicación de MAC y EAC. Sesión clínica.
- Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos, con atención específica al cupo de menor rendimiento
- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
- Eficiencia en visitas: Implantación de consulta no presencial. Se describe en otro proyecto
- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
- Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

Tras la revisión cuatrimestral se han desarrollado las siguientes acciones de mejora:
- Planes de cuidados en EPOC. Actividades de rehabilitación respiratoria
- Realizar sesiones clínicas sobre el tema de EPOC e incrementar la petición de realización de espirometrías.
- Sesión sobre pie diabético.
- Sesión sobre el plan de conocimientos deficientes en diabetes.
- Sesión clínica sobre el tratamiento de las dislipemias
- Utilizar todo tipo de consulta, incluidos los MAC y EAC en urgencias, para la detección del tabaquismo.
- Sesión clínica sobre la actualización del calendario de vacunaciones infantiles

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO. Se referencian en el apartado de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Indicadores contrato de gestión y cuadro de mando de diabetes. Estos son los resultados comparativos con 2016:

CALANDA 2016 2017 MEJORA ABSOLUTA
Intervención tabaquismo 67.75 71.53 3.78
Detección tabaquismo 45.11 66.64 21.53
RCV 75.53 78.64 3.11
Epoc Sintomas 46.77 63 16.23
Epoc Vias Aéreas 62.9 73.86 10.96
Captación Dependiente 26.69 20 - 6.69
Riesgo caidas 75 96 21
Norton 73 95 22
Zarit 18.75 74 55.25

DIABETES
2016 2017 MEJORA ABSOLUTA
Riesgo del pie 40 40
HBA1C 6 meses 46.04 60.15 14.11
Conoc. Diabetes 61.63 75.39 13.76
Microalbuminuria 62.84 77 14.16
GFR 49.81 77 27.19
Presión Arterial 58.24 63.98 5.74
LDL 68.49 78.29 9.8
Exploración pie 44.83 56.7 11.87
Registro Hipoglucemia 49.8 69.3 19.5

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Destacamos el incremento en la detección de tabaquismo manteniendo el buen resultado de intervención en tabaquismo. También los indicadores de EPOC han mostrado mejoría sensible así como los del paciente dependiente.

En cuanto a diabetes destaca la mejora en la cobertura de analíticas globalmente así como la exploración del pie que ha mejorado un 10% respecto a 2016 con un resultado del 56,7%, estando algo más bajos en la evaluación del riesgo debido a que a principio de año no se registró adecuadamente, lo que corregimos tras la evaluación de Mayo..

En cuanto a indicadores de farmacia destacamos la mejora en los indicadores de prescripción de antibióticos en pediatría, que en la otitis media ha pasado del 84,55% en 2017 a 95,88%, y en el caso de la faringoamigdalitis estreptocócica 68 a 87%.
En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.

Hasta el momento no disponemos de datos sobre consulta no presencial ni sobre indicadores basados en ACGs.
2. Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes. No se han detectado problemas en 2017
3. Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. Se encontró en auditoria un mango de bisturí con esterilización caducada, que unido a otro hallazgo similar en este año ha dado lugar a una actividad de revisión mensual de las caducidades del material estéril
4. Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. No se han detectado problemas en 2017.
5. Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. 17 incidencias registradas que han dado lugar a acciones de mejora
6. Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido.
7. Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones. No se han encontrado hallazgos.
8. Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas
9. Seguridad clínica. El centro cuenta desde este año con un gestor de SINASP (Elvira Chamocho). Se han realizado sesiones sobre Anafilaxia, Reanimación cardiopulmonar, intoxicaciones por drogas y síndrome coronario agudo.
10. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 22/6/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con buenos resultados.
11. Auditoria interna: 26/6/17. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes proyectos de mejora:
- Control mensual de la fecha de caducidad de los productos esterilizados
- Sesión clínica sobre cierre de órdenes clínicas en OMI-AP.
- Actualización del control de manuales de equipos con la inclusión del nuevo espirómetro y su jeringa de calibración
Como punto fuerte se destacó el control documental en Admisión en el centro de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras. Es de destacar la implicación del equipo en la gestión por objetivos que siguen mejorando cada año. En estos momentos estamos planteando nuestros nuevos objetivos para el año 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1443 ========== ***

Nº de registro: 1443

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS, GARCIA ARAEZ LOPEZ JULIO, SANZ ALMALE ALFREDO, VIÑAS MUÑIO RAQUEL, BARDAJI RUIZ BEATRIZ, JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El centro de salud de Calanda está certificado desde el año 2011 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO
1.Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes;

- Detección e intervención en el tabaquismo. Implicación de MAC y EAC. Sesión clínica.

- Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos, con atención específica al cupo de menor rendimiento

- Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios

- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar . Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

- Eficiencia en visitas: Implantación de consulta no presencial y sesión clínica Dejar de hacer para poder hacer (sesión clínica)

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.

- Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

2. Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes

3. Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.

4. Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.

5. Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente

6. Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas

7. Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

8. Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura

9. Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.

10. Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan

11. Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES
Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN
- Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

- Mayo: revisión por la dirección

- Junio-Septiembre: auditoría interna

- Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES DOBATO LIEDANA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO AZNAR CLARA
GAUTHIER ALFARO YOLANDA
LLORCA CAMARASA MIGUEL
VIÑAS MUÑIO RAQUEL
MALLEN MATEO SARA
LOPEZ FELEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se mantienen las citaciones de demanda no presencialpara todos los pacientes que soliciten hablar con medicina o enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DEMNP Enfermería:5,44%d de media en el año 2018,siendo en el Sector Alcañiz del 3%
DEMNP Medicina:3,41% de media anual,siendo la media del Sector del 6,5%
DEMNP Pediatría:3,58% de media anual,siendo la media del Sector 4,58%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Según los datos obtenidos hemos conseguido estar mejor que la media del Sector en las consultas de Enfermería pero nos hemos quedado por debajode la media en las de Medicina y Pediatría.
Nos queda como recomendación seguir intentando aumentar la citación de consultas no presenciales.
Damos por terminado el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1444 ========== ***

Nº de registro: 1444

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, VIÑAS MUÑIO RAQUEL, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, LLORCA CAMARASA MIGUEL, MALLEN MATEO SARA, FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Calanda hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Calanda.

MÉTODO
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro

- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas

- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa

- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD

- Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
Mayo-Junio: sesiones clínicas

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES DOBATO LIEDANA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑAS MUÑIO RAQUEL
LLORCA CAMARASA MIGUEL
FERRANDO AZNAR CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs se ha implantado el programa de consulta no presencial en el Centro de Salud de Calanda.

Desde admisión se realiza la preparación de la consulta de demanda no presencial siguiendo los siguientes pasos:

1. Acuerdo con los profesionales del centro para introducir las citas DEMNP en su agendas
2. Una vez decidido los horarios de las demandas, se realizan cambios en las matrices de todo el personal del centro
3. Anulación del dietario anterior y generación de nuevas agendas debiendo de realizar la asignación de citas de las agendas anteriores a las nuevas generadas.
Los pacientes que demanda atención telefónica son atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a que hora se les llamará a casa.

Se realiza una sesión clínica sobre la mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro.
Se han colocado carteles informativos en el Centro de Salud para difundir entre la población la puesta en marcha de esta iniciativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento no se nos ha informado del indicador de consulta no presencial por lo que desconocemos si hemos alcanzado los objetivos planteados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación del programa ha sido bien acogida por los pacientes, muchos de ellos no pueden asistir a la consulta para realizar solo ciertos trámites, bien sea consulta sobre medicación, dudas, resultados.... Aunque todavía muchos desconocen la DEMNP, poco a poco los pacientes la van solicitando y progresivamente aumenta la demanda de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1444 ========== ***

Nº de registro: 1444

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, VIÑAS MUÑIO RAQUEL, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, LLORCA CAMARASA MIGUEL, MALLEN MATEO SARA, FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Calanda hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs

Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Calanda.

MÉTODO
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro

- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas

- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa

- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD

- Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
Mayo-Junio: sesiones clínicas

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1781

1. TÍTULO

ATENCION COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL AMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE CALANDA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELVIRA CHAMOCHO OLMOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLEN MATEO SARA
GAUTHIER ALFARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan sesiones formativas al final de la jornada laboral de la mañana de los profesionales docentes, para dar oportunidad a que todos pudieran participar, que en total fueron 23 participantes.
Se realiza en 3 días con una duración de 1,30 h. cada día; el personal del centro de salud se adapta a este horario siendo la profesional sanitaria cubierta por el resto de sus compañeros del centro de Salud
Los contenidos, fechas, número de asistentes y ponentes fueron:
1ª sesión: 30 de octubre 2017
Ponente: Elvira Chamocho Olmos
Nº de participantes: 23
Temática:
¿Qué es urgencia y emergencia?
¿Dónde llamar 061/ 112?
Conducta PAS: proteger, avisar y socorrer.
¿Qué es una herida? ¿Qué hay que hacer?
Que hacer en el caso de un golpe de calor.
Lavado de manos, su importancia.
2ª sesión: día 13 de noviembre 2017
Ponente: Elvira Chamocho Olmos
Nº de participantes: 23
Temática:
Qué es y qué hacer en una hipoglucemia.
Manejo de glucómetros, qué es el glucagón.
Qué hacer en caso de un atragantamiento.
Qué es y qué hacer en caso de una hemorragia.
Qué es y qué hacer en caso de una quemadura.
Que hacer en caso de picaduras.
Qué hacer en caso de epilepsia.
3ª sesión : día 20 de noviembre 2017
Ponente: Elvira Chamocho Olmos
Nº de participantes: 23
Temática:
Qué es y qué hacer en caso de fracturas.
Qué es y qué hacer en caso de contusiones.
Qué es y qué hacer en parada cardiorespiratoria: 30:2

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar la última sesión se pasó una encuesta (Formato PR-08 SA(P)E revisión:A) a todos los asistentes para que valoran en conjunto todas las actividades realizadas. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)
1.- La duración de la actividad formativa ha sido:
- 5: 60,0%
- 4: 26,0%
- 3: 8,0%
- 2: 4,3%.
- 1: 0,0%
2.- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas:
- 5: 91,0%
- 4: 8,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%.
- 1: 0,0%
3.- La actividad me va a ser muy útil en mi trabajo diario:
- 5: 82,0%
- 4: . 17,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%.
- 1: 0,0%
4.- El material utilizado en el curso ha sido adecuado:
- 5: 82,0%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1781

1. TÍTULO

ATENCION COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL AMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE CALANDA

- 4: 17,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%.
- 1: 0,0%

5.- Valoración del formador:
- 5: 95,0%
- 4; 8,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%.
- 1: 0,0%

6.-. En general, el curso me ha parecido:
- 5: 91,0%
- 4: 13,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%.
- 1: 0,0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los participantes de las sesiones valoraron la actividad como positiva, era 1a primera vez que desde el Centro de. Salud realizan actividades con en el Colegio Virgen del Pilar y esperamos que sea el principio para seguir con más proyecto con los docentes como el camino para trabajar con los alumnos hábitos higiénico dietéticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1781 ========== ***

Nº de registro: 1781

Título
ESCUELA DE SALUD

Autores:
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, LLORCA CAMARASA MIGUEL, MALLEN MATEO SARA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: varios temas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras varias reuniones, coincidiendo con cambio directivo del colegio, nos plantean la necesidad por parte de equipo docente de realizar unas sesiones formativas en materia sanitarias. Se decide que desde la escuela es una forma sencilla y accesible para iniciar una intervención/ colaboración en temas sanitarios

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar y dotar a los docentes y alumnos de habilidades y herramientas que le ayuden a solventar situaciones de emergencia
Implicar a los niños en su autocuidado en salud

MÉTODO
Se inicia primero con los docentes, y luego con los alumnos ya que es una actividad con continuidad en el tiempo.
Para los docentes en el 2017 y 2018: Sesiones formativas de 90 minutos para profesores
Para alumnos en el 2018:
Sesiones/ taller de 45 minutos
Temas previstos 2017:
Que hacer en una hipoglucemia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1781

1. TÍTULO

ATENCION COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL AMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE CALANDA

Que hacer en caso de atragantamiento
Que hacer en caso de epilepsia
Que es una urgencia y emergencia
Golpe de calor
Rcp
Se prepara cada tema de acuerdo a la edad a la que va a ser impartido

INDICADORES
Tras cada sesión se pasará una encuesta del proceso de formación (Formato PR-08SA revisión A) a todos los asistentes para valorar

DURACIÓN
Sesiones formativas de 90 minutos para profesores
Para alumnos en el 2018:
Sesiones/ taller de 45 minutos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1140

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CLARA FERRANDO AZNAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARDAJI RUIZ BEATRIZ
LLORCA CAMARASA MIGUEL
MARCELIN JEAN ELIE
COSTA MONTAÑES ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se realiza sesión clínica donde se explica como iniciar la búzqueda activa de fumadores y subsidiarios de espirometrías.
2. Se pone en conocimiento de todos los componentes del EAP la consulta monográfica sobre espirometrías, y cómo, tras realizar la espirometría hay que registrar correctamente los resultados.
3. Se han realizado 100 espirometrías durante el año 2018 y 14 que no han acudido a la cita programada, de las cuales se han realizado 45 a fumadores y 55 a pacientes con otras patologías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Prevalencia EPOC:
- Mayo 2018 = 2,93%
- Diciembre 2018 = 3,24%
2. EPOC síntomas:
- Mayo 2018 = 45,16%
- Diciembre 2018 = 61,76%
3. EPOC vías aéreas:
- Mayo 2018 = 45,16%
- Diciembre 2018 = 61,76%
4. % de pacientes fumadores entre 40-80 años con espirometría realizada en los últimos cinco años:
Diciembre 2018 = 21,75%
Diciembre 2019 = 30,47%
Según datos del cuadro de mandos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante 2018 hemos mejorado todos los indicadores propuestos.
Contrasta el hecho de que habiéndose realizado 100 espirometrías durante 2018, el indicador de cobertura de espirometrías solo ha subido un 8,72% por lo que nos planteamos que no se está registrando el resultado de las espirometrías en el DGP correspondiente sino en campo texto, lo que infraestima nuestros resultados.
La prevalencia de EPOC ha aumentado moderadamente, aunque por encima de los resultados del sector. Seguimos estando muy lejos de los resultados del estudio EPISCAN.
Debemos continuar en esta línea ascendente e intentar aumentar el número de espirometrías en los fumadores, además de insistir en la correcta forma de registrar los datos obtenidos esperando mejorar los datos el año próximo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1140 ========== ***

Nº de registro: 1140

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Autores:
FERRANDO AZNAR CLARA, MARCELIN JEAN ELIE, LLORCA CAMARASA MIGUEL, BARDAJI RUIZ BEATRIZ, COSTA MONTAÑES ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1140

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA

Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y no reversible al flujo aéreo, debida principalmente al humo del tabaco. El programa de atención a dicha enfermedad se enmarca en las líneas prioritarias que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades de gran incidencia con elevada carga social y económica sobre la población.
El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% en la población entre 40 y 80 años.
En nuestro centro, en diciembre del 2017, solo un 2,89% de la población en esa franja de edad estaban diagnosticados de EPOC, según datos del cuadro de mandos del Acuerdo de Gestión.
Asimismo durante el año 2017 se ha iniciado en el CS de Calanda una consulta monográfica de realización de espirometrías tras la adquisición de un espirómetro electrónico que realiza el personal de enfermería.
Con el presente proyecto se va a incrementar el diagnóstico precoz de la EPOC a través de la implementación de una consulta de espirometrías en la que además se realice la valoración individualizada del paciente con dicha enfermedad

RESULTADOS ESPERADOS
Alcanzar objetivos de prevalencia de EPOC en el Centro de Salud de Calanda mayores que los conseguidos a finales del año 2017.
Poner en conocimiento de todos los profesionales del CS la consulta monográfica de espirometrías, así como la captación y citación de los pacientes, realización de la prueba y registro correcto de resultados en OMI.
Aumentar el porcentaje de pacientes EPOC con registro de sintomatologia respiratoria y/o registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas.

MÉTODO
Captación activa de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a través de emisión de listados por profesional en OMI.

Creación de nueva agenda en OMI para la realización exclusiva de espirometrías.
Formación activa a través de sesiones clínicas de los profesionales del CS.
Valoración individualizada del paciente EPOC en dicha consulta monográfica y en consultas médicas y de enfermería del CS, incluyendo registro de sintomatología respiratoria y/o registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas. Así mismo se valorará la correcta pauta vacunal acorde a dicho paciente (Gripe, Neumococo...) y se recordará al paciente la necesidad de vacunarse en la próxima campaña antigripal.
Transmisión de los resultados espirométricos por parte del profesional de enfermería encargado de la realización de las espirometrías al profesional médico para registrar correctamente los datos en OMI a través de las plantillas correspondientes.
Realización de una consulta no presencial para transmitir al paciente el resultado de la prueba.

INDICADORES
1. Nº de pacientes fumadores entre 40 y 80 años en los que se ha realizado la espirometría.
Fuente: OMI.
Estandar: 70%
2. Prevalencia EPOC: población de entre 40 y 79 años con diagnostíco de EPOC entre la población asignada entre 40 y 79 años.
Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión.
Estandar: 3,8%
3. EPOC- Síntomas respiratorios: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el periodo de evaluación.
Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión
Estandar: 55 %
4. EPOC- Higiene de vías aéreas: Porcentaje de paciente con diagnóstico EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el periodo de evaluación.
Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión
Estandar: 55%

DURACIÓN
Mayo 2018: Reunión con profesionales del CS para inciar la búsqueda activa y poner en conocimiento el proyecto.
Mayo 2018: Realización de sesiones formativas en el CS sobre espirometría y protocolo diagnóstico EPOC.
Desde Mayo 2018 hasta Diciembre 2018: citación escalonada en consulta monográfica de espirometría y obtención de resultados.
Diciembre 2018: Valoración de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1140

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BARDAJI RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO AZNAR CLARA
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA
MARCELIN JEAN ELIE
JUNCOSA OLIVERA DANIEL
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan sesiones, con una media de 10 alumnos en cada una de ellas, de una duración aproximada de 60 minutos, en las que se incluye:
- Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencia básicas (atragantamiento y posición lateral de seguridad)
- Taller práctico con maniquíes preparados para entrenamiento de las maniobras, donde practican RCP para legos y Posición Lateral de seguridad, afianzando conocimientos adquiridos en la sesión teórica
- Realización de un caso práctico con situaciones que pueden ocurrir en la vida real, intentando que sean capaces de resolverlas y, sobre todo, de pedir ayuda al 112 y seguir instrucciones.
Las sesiones se realizan según el siguiente cronograma:
10 Enero 2019: 40 alumnos
- 1ª sesión 3º A ESO 11 alumnos
- 2ª sesión 3º PMAR 8 alumnos
- 3ª sesión 3ª A y B 12 alumnos
- 4ª sesión 3ª B 12 alumnos
11 Enero: 34 alumnos
- 1ª sesión: Alumnado de FPB 11 alumno
- 2ª sesión 4ª A 7 alumnos
- 3ª sesión 4º A 10 alumnos
14 Enero: 33 alumnos
- 1ª sesión: 4º A Y B: 11 alumnos
- 2ª sesión: 4º B: 11 alumnos
- 3ª sesión: 4º B: 11 alumnos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A. Valoración de las sesiones:
Se entrega encuesta para la valoración de la actividad por los alumnos con escala del 1 al 5 y los resultados son:

1. Duración actividad: 46,92% puntúan con un 5
2. Expectativas cubiertas: 75,48% puntúan con 5
3. Utilidad: 69,36% puntúan con 5
4. Material del curso: 82,16% puntúan con 5
5. Formador: 82,16% puntúan con 5
6. Valoración del curso en general: 77,7% puntúan con 5; un 24,48% con 4
B. Con respecto al caso práctico el 90% de los alumnos fueron capaces de resolver los casos prácticos planteados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo de esta actividad ha sido satisfactoria para los alumnos y ha conseguido aumentar los conocimientos y las habilidades de los mismos. En general las sesiones fueron calificadas como entretenidas y educativas, sorprendiéndose de sus propias capacidades para poder salvar una vida.
El punto menos valorado fue la duración, muchos hicieron comentarios sobre que les hubiera gustado que fuera algo más larga, para poder practicar algo más.
La lección aprendida para el año que viene será la duración de las sesiones, se intentarán aumentar a dos horas por grupo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1159 ========== ***

Nº de registro: 1159

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Autores:
BARDAJI RUIZ BEATRIZ, FERRANDO AZNAR CLARA, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, MARCELIN JEAN ELIE, JUNCOSA OLIVERA DANIEL, JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y EMERGENCIAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La parada cardiorrespiratoria es la principal causa de muerte tanto a nivel nacional como internacional. La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes al año y la tendencia va en aumento.
En España los paros cardíacos extrahospitalarios son un problema de primera magnitud para la salud pública, estimándose que cada año se producen más de 24.500, lo que equivale a una media de un paro cardíaco cada 20 minutos.
El 60% de estos paros cardíacos se producen en presencia de testigos, amigos o familiares. Se conoce que si los testigos iniciaran las maniobras de RCP, las probabilidades de sobrevivir al evento podían incrementarse hasta en 5 veces; de hecho, por cada minuto de retraso en el inicio de las maniobras de RCP, disminuyen entre un 8 y un 10% las posibilidades de supervivencia de las víctimas de parada cardíaca. Y no se trata solo de salvar vidas: una RCP bien efectuada reduce considerablemente las secuelas neurológicas que podría tener una parada cardiorrespiratoria.

RESULTADOS ESPERADOS
La lucha para revertir estos datos requiere, necesariamente, trasladar a la población los conocimientos y técnicas básicas en reanimación cardiovascular. Es muy importante que toda la población esté concienciada y conozca la cadena de supervivencia para así poder actuar correctamente, poniendo en marcha de forma precoz los primeros eslabones, que consisten en el reconocimiento de la emergencia, activación de los servicios de emergencias y realización de las técnicas de RCP.
El 100% de la sociedad ha de cumplir la obligatoriedad de escolarización hasta la edad de 16 años, esto convierte a los estudiantes en la población diana ideal para el aprendizaje de las técnicas de resucitación cardiopulmonar por varios motivos:
- Los jóvenes, a diferencia de los adultos, son más asequibles, retienen mejor los conocimientos y habilidades adquiridas, ya que es la etapa de la vida con mayor capacidad de aprendizaje, y estos conocimientos son más duraderos en el tiempo.
- Se motivan con facilidad, lo que significa que los conocimientos y habilidades transmitidas, no solo llega a la población diana, sino también a su entorno: padres, hermanos, amigos, etc.

Desde el IES de Calanda nos demandan la posibilidad de realizar alguna actividad sobre RCP y primeros auxilios para los alumnos más mayores, chicos de 3º y 4º de la ESO. Tras comentarles la idea del proyecto les parece muy interesante y educativo.

MÉTODO
- Realizar sesiones, con 10 alumnos en cada una de ellas, de una duracion aproximada de 50-55 minutos, hasta completar el número de alumnos exitentes en 3º y 4º de la ESO.
- Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencia básicas (atragantamiento y posición lateral de seguridad).
- Taller práctico con maniquí preparado para entrenamiento de las maniobras, por parte de los alumnos, de una forma activa.

INDICADORES
- Al final de los talleres se expondrá algún caso práctico para que sea resuelto por los alumnos y poder evaluar los conocimientos adquiridos.
- Cuestionario satisfacción de la actividad

DURACIÓN
- La duración del proyecto dependerá de la cantidad de alumnos de 3º y 4º de la ESO del curso escolar de realización, contando que en cada sesión habrá 10 alumnos, para que todos puedan participar en la práctica con maniquí.
- El proyecto se realizará durante el curso escolar, con la idea de que sea un proyecto que se realice todos los años para los chicos de 3º y 4º. Así podemos mantener una continuidad en la formación a los estudiantes sobre conocimientos básicos en RCP.
- Empezaremos en el curso 2018-2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 16/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA COSTA MONTAÑES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALANDA
· Localidad ..... CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUSO FERNANDEZ MARTA
PIQUER GOMEZ ANA
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA
GAUTIER ALFARO YOLANDA
LLORCA CAMARASA MIGUEL
VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- ACTIVIDADES CON EL PERSONAL:
A) Formación de enfermera de pediatría.
• Curso de lactancia materna. Hospital de Alcañiz.
• Curso educador de masaje infantil. A.E.M.I. Barcelona del 6 al 9 de diciembre 2019.
B) Reuniones con la matrona del centro y asistencia a la última clase de preparación al parto. Acordamos promocionar la lactancia materna como alimento principal del lactante y el niño pequeño, así como la importancia de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses.
C) Siguiendo las recomendaciones de la AEP (Asociación Española de Pediatría), se crea una guía de alimentación del lactante:
• Lactancia materna y/o fórmula hasta los 6 meses;
• Introducción de alimentos a los 6 y 9 meses, siempre de uno en uno, fomentando las papillas, purés, hasta llegar a alimentos sólidos.
• Continuar con leche materna y/o fórmula.
• Y el objetivo principal, que a los 12 meses el niño haya introducido todos los alimentos y texturas.
2.- ACTIVADES CON LAS MADRES.
• En la primera visita a las 48 horas del alta hospitalaria, el objetivo fundamental es presenciar una toma, para apoyar a la madre en todas la dudas y problemas que le puedan surgir, apoyo tanto a la lactancia materna como a la artificial.
• La introducción de la alimentación complementaria se realiza en la revisión de los 5 ó 6 meses y en la de los 9 meses, dando las pautas de introducción por escrito.
• Se ha creado una página de Facebook (-Mas de las Matas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nuestra página del Facebook tiene más de 300 seguidores, que interactúan de forma frecuente. Las madres en la consulta refieren que la siguen y que les parece interesante.
De 28 niños nacidos en el año 2018:
22 son mayores de 6 meses
• lactancia exclusiva hasta los 6 meses 12 niños
• Lactancia hasta los 9 meses: 6 niños
• Lactancia hasta el año, y todavía continúan: 4 niños
6 son menores de 6 meses:
• 4 tienen lactancia materna exclusiva
• 1 tiene lactancia mixta
• 1 tiene lactancia artificial por ingreso hospitalario de la madre.
De 29 niños:
24 iniciaron lactancia materna exclusiva, de los cuales:
• 4 introdujeron la fórmula al primer mes;
• 7 a los dos meses;
• 1 al cuarto mes, y
• 3 al sexto mes.
De los otros 5 niños:
• 2 empiezan con fórmula
• 3 empiezan con lactancia mixta por ingresos hospitalarios de las mamás. Una de ellas sigue con lactancia mixta a los 7 meses. Las otras 2, con fórmula desde los dos meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A) La lactancia materna se afianza durante la primera semana y el primer mes, las madres que tuvieron que ayudar con fórmula, pocas consiguieron mantener una lactancia mixta hasta los 6 meses. Con lo cual nuestro apoyo y ayuda se debe aportar en los primeros 15 días de vida del bebé,para afianzar la lactancia.
B) Este proyecto nació para promocionar hábitos saludables de alimentación y vida. El curso de masaje infantil lo realicé para atraer a las madres a una actividad bonita, y en esos talleres fomentar hábitos saludables. En el curso de masaje infantil me di cuenta que si era importante alimentar el cuerpo, tan importante es alimentar la mente de forma saludable. Qué mejor manera, crear un vínculo y un apego seguro que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS

sea capaz de hacer niños empáticos, queridos, respetuosos y llenos de amor por los demás. Y esto nos hace responsables de la salud emocional de la primera infancia

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1388 ========== ***

Nº de registro: 1388

Título
PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA EN EL C.S DE CALANDA Y EL C.S DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, SUSO FERNANDEZ MARTA, PIQUER GOMEZ ANA, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niño sano
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma
Según informes recientes existen patologías prevalentes y no transmisibles como la enfermedad isquémica cardiaca, la diabetes mellitus tipo 2 y la fractura de cadera por osteoporosis que generan un gran gasto sanitario. Gasto que podría verse reducido en más de un 50% si desparecieran los factores de riesgo modificables en cada caso.
Creemos que para mejorar o corregir estos factores de riesgo lo mejor es comenzar desde la base educando en salud desde el inicio de la vida y junto con esto hacer acciones dirigidas a los padres, familia y comunidad.
Para ello queremos realizar un proyecto secuencial que comience con la promoción para la salud desde el nacimiento (incluso embarazo) y vaya creciendo con los niños.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un blog del servicio de pediatría y página en redes sociales con información de hábitos saludables, de las actividades que se realicen como punto de apoyo en el contacto con los padres para intentar evitar el problema de la dispersión geográfica.
Concienciar a los pacientes de la importancia de la alimentación, la prevención de accidentes y la higiene entre otras desde el inicio de la vida para fomentar una vida sana
Mejorar los conocimientos de los padres (desde el embarazo) y más adelante de los niños en hábitos saludables.
Promocionar la lactancia materna y una correcta introducción de la alimentación complementaria favoreciendo una alimentación variada y saludable.

MÉTODO
Actividades del personal

Reuniones con el equipo para valorar los contenidos mas necesarios en el blog y las redes sociales y creación de los mismos.
Formación del personal de pediatría en Lactancia materna.
Reuniones con la matrona para captación de embarazadas en 3º trimestre y consensuar una formación similar en ambas consultas.
Creación de una guía de introducción de alimentación complementaria.
Captación de pacientes en primera visita del recién nacido a la consulta de pediatría.
Realizar sesiones con el resto de equipo de los centro de salud sobre lactancia materna y promoción de la misma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS

Actividades con las madres

Difundir el blog y la página en redes sociales entre las madres para que puedan contactar con nuestro servicio y estén al tanto de las actividades desarrolladas.
Educación grupal en talleres con madres para promoción de lactancia materna, prevención de accidentes, cuidados habituales en la infancia y alimentación entre otros.
Asesoramiento en la consulta de manera individual según necesidades.

INDICADORES
Valoración de la lactancia materna exclusiva a los 0-2-4-6 meses de edad
Participación en talleres grupales
Encuesta de satisfacción e interés en hábitos saludables al inicio, a los 6 meses y al año.
Guía de alimentación complementaria redactada antes de Enero 2019
Seguimiento del blog y las redes sociales e interacción a través de ellas.

DURACIÓN
Formación en lactancia materna del personal en junio 2018
Captación de pacientes nacidos a partir de Junio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de la lactancia materna y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Julio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de alimentación complementaria y nutrición y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Enero de 2019
Reuniones de equipo para redacción de la guía de alimentación complementaria de en segundo semestre de 2018
Sesiones en los centros de salud sobre lactancia materna en segundo semestre 2018.
Reuniones equipo y creación del blog y página en redes sociales en tercer trimestre de 2018

OBSERVACIONES
Es un proyecto a largo plazo. Cada año iremos ampliando la edad de la población diana con nuevos talleres y proyectos manteniendo los realizados hasta el momento.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0018

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MANUELA GOMEZ SILVESTRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION
JARQUE MATEO AMPARO
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El soporte vital básico (SVB) ante una parada cardíaca es fundamental iniciarlo cuanto antes para salvar la vida al paciente, éste incluye: la activación precoz del sistema de emergencias, la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica precoz, que incluye a su vez la utilización del desfibrilador externo automático (DEA) y la desfibrilación precoz. Existe una relación directa entre la precocidad y calidad de la actuación con la probabilidad de recuperación sin secuelas. El SVB lo puede realizar la población en general, y cuando llegan los servicios sanitarios se inicia el soporte vital avanzado (SVA), pero para llegar a éste se debe haber realizado un buen SVB. Para iniciar un SVA de calidad, y además en profesionales donde, por suerte, no es frecuente este tipo de circunstancias es necesario conocer nuestro carro de paradas y que éste tenga un orden para ofrecer la mejor y más rápida atención en este tipo de situaciones. Además hay que recordar que la Atención Primaria es el primer escalón de la atención sanitaria, y más en nuestro caso donde los hospitales de referencia se encuentran a más de 90 km de distancia.

Por estas razones consideramos importante realizar este proyecto de calidad, con el objetivo de que el carro de parada estuviera en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; así como en un lugar accesible y visible.
Además con este proyecto se ha conseguido involucrar a la mayoría de los profesionales sanitarios de nuestro centro de salud, con lo que se ha conseguido que conozcan mejor el contenido del carro de paradas, así como la organización de la medicación, lo que en caso de una urgencia vital proporciona seguridad al conocer el contenido del mismo.
Con este proyecto también se ha conseguido la eliminación del material caducado del carro de paradas, tanto al inicio como en cada revisión mensual del carro.

Al principio del proyecto se elaboró un calendario con un turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, con las personas encargadas de realizar la revisión del carro de paradas. Así cada revisión mensual tendría un hoja de control donde se especificaba la fecha de revisión, las personas que realizan la revisión y sus firmas, donde tenían que registrar las unidades existentes de cada medicación y retirar la medicación caducada (Anexo I), también en cada revisión se tenía que comprobar el correcto funcionamiento del Desfrilador Semiautomático, del laringoscopio y del ambú.
Además en la pared, encima del carro de paradas, se colocó un hoja de control de registro de material extraído (Anexo II) del mismo, donde el personal sanitario tenía que apuntar el nombre genérico de medicación, unidades, y su firma.
Con estas dos actividades lo que hemos conseguido es mantener ordenado el carro de paradas, no disponer de material caducado en el carro, fomentar el conocimiento del carro de paradas en la mayoría de los profesionales sanitarios del centro de salud e implicarlos en el control de la medicación y en el mantenimiento del carro. Y en el caso que surgiese una urgencia vital mejorar la atención al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Eliminación del material caducado: 100%

- Etiquetado y registro del material almacenado: 100%

- Número de revisiones del almacén en 6 meses: 100% (6 revisiones).Todos los meses se ha realizado una revisión del carro de paradas.

- Número de revisiones firmadas de almacén en hoja de control / número total de revisiones programadas: 100% (las seis revisiones fueron firmadas por las personas encargadas de realizar la revisión de almacén). Todas las revisiones del almacén estuvieron firmadas por las personas encargadas de realizarlas. Como dato a añadir cabe destacar que todas las revisiones fueron realizadas y firmadas por dos personas, excepto la revisión del mes de Enero del 2017 que sólo fue realizada por una persona, porque la otra persona encargada de realizar la revisión ese mes se encontraba en situación de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT).

- Registro del material extraído de almacén en hoja de control: Fueron extraídas en total 0 Unidades, ya que durante el período que se realizó el proyecto no se atendió ninguna urgencia vital que requiere extraer medicación del carro de paradas.

- Firmas en hoja de control de material extraído de almacén/ total de material extraído Durante el período que se realizó este proyecto no se atendió ninguna urgencia vital en nuestro centro, así que no fue necesario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0018

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

extraer material del carro de paradas.

- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del desfribilador/ número total de revisiones programadas: 100% (6/6). En todas las revisiones se comprobó el correcto funcionamiento del desfribilador. También se comprobó la caducidad de los parches de adultos y pediátricos en cada revisión.

- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del laringoscopio/ número total de revisiones programadas: 100% (6/6)
En todas las revisiones se comprobó el correcto funcionamiento del laringoscopio. En una de las revisiones se comprobó que la lámpara del laringoscopio estaba fundida, por lo que se solicitó una nueva a Almacén

- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú/ número total de revisiones programadas: 100% (6/6) En todas las revisiones se comprobó el correcto funcionamiento del ambú.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras terminar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables, consiguiendo que todo el personal sanitario contribuyese a la realización de este proyecto, tanto en la revisión mensual del carro de paradas, así como en la implicación de los profesionales del centro en el control y mantenimiento del mismo.

En conclusión creemos que es un proyecto que ha involucrado a todo el todo el personal en el correcto mantenimiento del carro de paradas, fomentado su conocimiento, lo que proporciona seguridad a los profesionales sanitarios y el caso de atender una situación vital se mejora la atención del paciente; por lo cual consideramos que es una actividad que va a tener una continuidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/18 ========== ***

Nº de registro: 0018

Título
ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Autores:
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, SANJUAN DOMINGO RAQUEL, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, COBOS COBOS JOSE MARCELO, CHABBAR BOUDET JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El soporte vital básico (SVB) ante una parada cardíaca es fundamental iniciarlo cuanto antes para salvar la vida al paciente, éste incluye: la activación precoz del sistema de emergencias, la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica precoz, que incluye a su vez la utilización del desfibrilador externo automático (DEA) y la desfibrilación precoz. Existe una relación directa entre la precocidad y calidad de la actuación con la probabilidad de recuperación sin secuelas. El SVB lo puede realizar la población en general, y cuando llegan los servicios sanitarios se inicia el soporte vital avanzado (SVA), pero para llegar a éste se debe haber realizado un buen SVB. Para iniciar un SVA de calidad, y además en profesionales donde, por suerte, no es frecuente este tipo de circunstancias es necesario conocer nuestro carro de paradas y que éste tenga un orden para ofrecer la mejor y más rápida atención en este tipo de situaciones. Además hay que recordar que la Atención Primaria es el primer escalón de la atención sanitaria, y más en nuestro caso donde los hospitales de referencia se encuentran a más de 90 km de distancia.
Por estas razones consideramos sumamente importante que el carro de parada debe estar en todo momento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0018

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado. Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición, y reponer lo que haya utilizado inmediatamente después de su uso, lo que proporciona seguridad a los profesionales sanitarios en situaciones vitales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimizar la atención del paciente ante una urgencia vital
- Mantener ordenado el carro de paradas
- No disponer de material caducado en el carro de paradas
- Fomentar el conocimiento del carro de paradas en todos los profesionales sanitarios del centro de salud
- Revisión del carro de paradas una vez al mes.
- Implicar a los profesionales del centro en el control y mantenimiento del carro de paradas

MÉTODO
- Control de caducidades
- Eliminación de material caducado
- Revisión, reorganización y etiquetado del material del carro de paradas
- Establecer un turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, para la revisión del carro de paradas
- Registro de cada revisión realizada (fecha de revisión, personal que realiza la revisión y firmas, existencias, caducidad y reposición) mediante una hoja de control.
- Registro del material que se extrae mediante una hoja de control, donde el personal sanitario deberá apuntar nombre genérico de medicación, unidades y su firma.
- Reuniones periódicas con el equipo para informarles del proyecto

INDICADORES
- Eliminación del material caducado
- Etiquetado y registro del material almacenado
- Número de revisiones del almacén en 6 meses
- Número de revisiones firmadas del carro de paradas en hoja de control / número total de revisiones programadas
- Registro del material extraído del carro de paradas en hoja de control
- Firmas en hoja de control de material extraído del carro de paradas/ total de material extraído
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del desfribilador/ número total de revisiones programadas
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del laringoscopio/ número total de revisiones programadas
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú/ número total de revisiones programadas

DURACIÓN
- En el mes de Agosto de 2016 se retirará el material caducado y se procederá al etiquetado, además de establecer el turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, para la revisión del almacén.
- Desde Agosto de 2016 hasta Enero 2017 se registrarán las revisiones del carro de paradas, así como la extracción del material del mismo.
- Reuniones informativas para el EAP, una al inicio del proyecto, y después de forma periódica (cada 3 meses)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1514

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION GARCIA ROBRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ SILVESTRE MANUELA
PAULO FUERTES ROSARIO ANA
APARICIO ROS EUSEBIO
EDO MALLEN JOSE MANUEL
VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestro centro de salud no existía la costumbre de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 en nuestro centro, de forma global, han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con los centros de salud del resto de nuestro sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo. Revisando los resultados, nos hemos dado cuenta que en algún cupo los resultados han sido bastante inferiores a la media del centro, y uno de nuestros objetivos fue la mejora de los mismos.
Por otro lado, en el nuevo contrato de gestión se han desarrollado indicadores nuevos con lo que cual era necesario desarrollar proyectos para el cumplimiento de los mismos; todos estos hechos nos hace plantearnos este proyecto de gestión, y así de forma secundaria, pero no menos importante, mejorar el cuidado a los pacientes crónicos de nuestro sector.
El proyecto de gestión empezó en septiembre de 2017, lo primero que se realizó fue un análisis de los indicadores que se iba a realizar mes a mes, y cada mes se seleccionaron tres o cuatro indicadores en los que los resultados no fuesen los satisfactorios, y sobre ellos se iba a realizar un plan de acciones de mejora.
Así se realizaron tres " cortes", el primero en septiembre-octubre, donde se revisaron los datos de septiembre y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:
- Detección tabaco, nuestro plan de acción fue involucrar a los enfermeros de atención continuada. Al revisar los datos nos dimos cuenta que había mucho gente joven que no lo tenía realizado porque normalmente no suelen acudir a la consulta de mañana y acudir más a la atención continuada.
- Detección Hb1Ac: aunque es un indicador en el que vamos muy bien, como "caduca" a los meses, por lo que queríamos incidir en él para continuar con la buena evolución.
- Registro de síntomas en EPOC: en este indicador podíamos mejorar, así que aprovechando que comenzaba la campaña de la vacunación de la gripe, en las sesiones se lo recordamos al equipo que registrasen este indicador, para lo cual se imprimió un listado de los pacientes a los que no se les había realizado este protocolo, y así saber a qué pacientes había que realizárselo cuando se fuesen a vacunar de la gripe.

El siguiente corte fue en noviembre, revisando los datos a principios del mismo mes, este mes nos centramos en los siguientes indicadores:
- Intervención tabaco, el plan de mejora fue la implicación de toda la enfermería, incluyendo a los enfermeros de atención continuada, y la realización de una sesión clínica sobre el tema.
- Detección Hb1Ac: aunque es un indicador en el que vamos muy bien, como caduca a los meses, queríamos incidir en él para continuar con la buena evolución.
- Revisión pie diabético: es un indicador en el que íbamos bien, pero queríamos mejorar los resultados.

El tercero y último corte fue a principios de diciembre, donde se revisaron los datos de los indicadores a principios del mes y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:
- Intervención tabaco, es un indicador que respecto al mes anterior habíamos mejorado, pero queríamos obtener un mejor resultado, se volvió a recordar a enfermería, incluido a EAC. Mediante correo electrónico que había que realizarla a los pacientes que faltaban, tanto en consulta como aprovechando la atención continuada, y se envió la sesión dada en noviembre por correo electrónico.
- Detección Hb1Ac: se insistió al personal de enfermería en revisar a que pacientes faltaba pedírsela para realizar la analítica antes de fin de año.
- Valoración del riesgo de caídas: aunque es un indicador en el que no íbamos mal, se decidió mejorarlo. Para lo cuál se decidió realizar un impresión del listado de pacientes a los que no les había realizado para hacer una captación activa de este indicador.

En septiembre 2017n se seleccionaron los indicadores de peor resultado que fueron los siguientes:
- intervención sobre tabaquismo: 49,12%
- detección de tabaquismo: 57,03
- registro de síntomas en EPOC: 76,19%
- Limpieza de vias aéras: 66,67%
- Detección Hb1AC: 68,92%

Las acciones de mejora a nivel global han sido las siguientes:
- Implicación de EAC en la detección e intervención del tabaco, con reuniones con ellos y sesiones clínicas
- Impresión de listados de pacientes EPOC para captación activa e implementar el protocolo
- Impresión de listados de pacientes diabéticos a los que había que solicitar la Hb1AC

Después de la instauración de este proyecto hemos mejorado considerablemente en todos los indicadores, incluso en algunos que ya se había logrado buenos resultados se ha conseguido mejorarlos, y en otros, como en la detección e intervención del tabaco que no se habían conseguido nunca los objetivo mínimos se han conseguido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1514

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

alcanzarlos.

Si comparamos los resultados obtenidos en diciembre 2016, con respecto a los de este año (diciembre 2017) se puede comprobar cómo hemos mejorado considerablemente en casi todos los indicadores, en algunos alcanzado el estándar mínimo exigido que en años anteriores no se había conseguido alcanzar.
En dos indicadores, que son EPOC síntomas vías aéreas y escala Norton, se han bajado unas décimas respecto al año anterior, pero aún así los resultados de este año continúan siendo excelentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Intervención sobre tabaquismo 64,71%
Detección de tabaquismo 64,10%
Síntomas en la EPOC 85
Limpieza de vías aéreas 85
Detección Hb1AC 81,16%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este año 2017 se ha alcanzado por primera vez el estándar mínimo en intervención de tabaquismo, llegando incluso al estándar excelente, habiendo mejorado a la vez la detección de fumadores en este momento respecto al año anterior, que también alcanza el estándar excelente.
Respecto al resto de indicadores se han aumentado también considerablemente respecto a los datos del año anterior, llegando en varios de ellos al estándar excelente.
Un indicador que no se ha medido ha sido la realización de espirometría al no disponer de espirómetro en nuestro centro para poder realizarlas, por lo que en este nuevo año que ya dispondrá el centro de ello, es un indicador en el que vamos a estar muy pendientes de lograr buenos resultados, siendo uno de los objetivos realizar un proyecto de calidad para lograr la implicación de la mayor parte de los profesionales.

7. OBSERVACIONES.
No se pueden adjuntar graficas

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1514 ========== ***

Nº de registro: 1514

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, JARQUE MATEO AMPARO, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, EDO MALLEN JOSE MANUEL, APARICIO RÓS EUSEBIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo. En algún cupo los resultados han sido bastante inferiores a la media del centro y esto puede mejorar. Por otra parte, el hecho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1514

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Cantavieja.

MÉTODO
- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los nuevos indicadores
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN
- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo y registro de planes personales y planes de cuidados
- Con carácter cuatrimestral se evaluaran los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2017: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL SANJUAN DOMINGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUCALON LAFUENTE MARCELINO
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU
ORTIN ALVAREZ GLORIA
GRANADA GARCIA PASCUAL
MARCO LOSTAL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestro centro de salud no estaba sistematizada la gestión por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 en nuestro centro, de forma global, han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia.
Por otro lado, en el nuevo contrato de gestión se han desarrollado indicadores nuevos con lo que cual era necesario desarrollar proyectos para el cumplimiento de los mismos; todos estos hechos nos hace plantearnos este proyecto de gestión, y así de forma secundaria, pero no menos importante, mejorar el cuidado a los pacientes crónicos de nuestro sector.
El proyecto de gestión empezó en septiembre de 2017, lo primero que se realizó fue un análisis de los indicadores que se iba a realizar mes a mes, y cada mes se iban a seleccionar uno o dos indicadores en los que los resultados no fuesen los satisfactorios, y sobre ellos se iba a realizar un plan de acciones de mejora.ç

Así se realizaron tres “ cortes”, el primero en septiembre-octubre, donde se revisaron los datos de septiembre y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:
- Detección tabaco, nuestro plan de acción fue involucrar a los médicos de atención continuada, al revisar los datos nos dimos cuenta que había mucho gente joven que no lo tenía realizado porque normalmente no suelen acudir a la consulta de mañana y acudir más a la atención continuada.
- Intervención tabaco: involucrar a los médicos de atención continuada, para que “captasen “ a la población joven que suele acudir más a atención continuada que a la consulta.
- Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica (FAA) en pediatría: se realizó una sesión clínica sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología, y se explicó también en sesión clínica, realizada el 2 de octubre de 2017, como realizar de forma correcta el streptotest.
- Uso de antibióticos en otitis media aguda en pediatría: se realizó una sesión clínica, el 2 de octubre de 2017, sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología.

El siguiente corte fue en noviembre, revisando los datos a principios del mismo mes, este mes nos centramos en los siguientes indicadores:
- Intervención tabaco, el plan de mejora fue la implicación de toda el personal sanitario (medicina y enfermería), incluyendo también a los enfermeros y médicos de atención continuada, y al pediatra. Se dio una sesión clínica (13-noviembre-2017) sobre el tema.
- Antibiótico en FAA pediatría: se realizó una sesión clínica (13-noviembre-2017) sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología, y se explicó también en sesión clínica como realizar de forma correcta el streptotest. Implicación de los MAC.
- Antibiótico en otitis media aguda pediatría: se realizó una sesión clínica (13-noviembre-2017) sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología. Implicación de los MAC.

El tercero y último corte fue a principios de diciembre, donde se revisaron los datos de los indicadores a principios del mes y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:
- Intervención tabaco, es un indicador que respecto al mes anterior habíamos mejorado, pero queríamos obtener un mejor resultado, se volvió a recordar a enfermería y medicina, incluido a EAC y MAC, y también al pediatra. Mediante correo electrónico que había que realizarla a los pacientes que faltaban, tanto en consulta como aprovechando la atención continuada, y se envió la sesión dada en noviembre por correo electrónico.
- Antibiótico en FAA pediatría: se volvió a recordar la mejora de este indicador en una de las sesiones clínicas que se realizaron en el mes de diciembre, concretamente el día 11 de diciembre de 2017, y se envió por correo electrónico la sesión clínica realizada en el mes de noviembre.
- Antibiótico en otitis media aguda pediatría: se volvió a recordar la mejora de este indicador en una de las sesiones clínicas que se realizaron en el mes de diciembre (11-diciembre-2017), y se envió por correo electrónico la sesión clínica realizada en el mes de noviembre.

En septiembre se seleccionaron los indicadores de peor resultado que fueron los siguientes:
- intervención sobre tabaquismo: 49,12%
- detección de tabaquismo: 57,03
- Uso de antibióticos en FAA en pediatría y Uso de antibióticos en otitis media aguda en pediatría: desde el servicio de farmacia AP nos comunicaron que era un indicador en el que los resultados no eran los óptimos para todo el sector, por lo que nos debíamos centrar en él

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Las acciones de mejora a nivel global han sido las siguientes:
- Implicación de MAC y pediatra en la detección e intervención del tabaco, con reuniones con ellos y sesiones clínicas
- Sesiones clínicas sobre tabaquismo, prescripción de fármacos en FAA y OMA en pediatría, cuando están indicados y antibióticos de elección.
- Implicación de los MAC en los indicadores de prescripción pediátrica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Después de la instauración de este proyecto hemos mejorado considerablemente en todos los indicadores, incluso en algunos que ya se había logrado buenos resultados se ha conseguido mejorarlos, y en otros, como en la detección e intervención del tabaco que no se habían conseguido nunca los objetivo mínimos se han conseguido alcanzarlos.

Si comparamos los resultados obtenidos en diciembre 2016, con respecto a los de este año (diciembre 2017) hemos mejorado considerablemente en casi todos los indicadores, en algunos alcanzando el estándar mínimo exigido que en años anteriores no se había conseguido alcanzar.
Solo se han conseguido peores resultados en este año respecto al anterior en los siguientes indicadores: LDL<100, estatinas en prevención secundaria, medicamentos inapropiados en mayores de 75 años y medicamentos con riesgo anticolinergico en mayores de 75 años, y aún así nuestros resultados continúan siendo óptimos y en el caso de los indicadores de farmacia se obtiene el estándar excelente.

Con respecto a los indicadores de farmacia de pediatría (Uso de antibióticos en FAA en pediatría y Uso de antibióticos en otitis media aguda en pediatría), nuestro centro de salud tiene una situación “especial” ya que no hay un pediatra que tenga un CIAS. Sino que el CIAS de pediatría de Cantavieja lo comparte con el CIAS del pediatra que lleva otros pueblos que pertenecen al sector de Teruel (Sarrión, Mosqueruela, Cedrillas…) por lo que se solicitaron estos datos al servicio de Farmacia, y se han analizado conjuntamente los datos.
Respecto a la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis, al analizar los datos el primer problema que tuvimos fue que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centrábamos en el diagnóstico de Faringoamigdalitis obteníamos muy poquitos resultados, concretamente 10 resultados, por lo que ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: Faringitis/ amigdalitis estrept, amigdalitis aguda y hipertrofia/infección, obteniendo así 42 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 42 antibióticos por esta patología, siendo solo 26 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 61,9% (26/42).
Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), en el que se prescribieron 30 antibióticos por estas patologías, siendo solo 19 de ellos amoxilicina, por lo tanto obteniendo un resultado de 63,33%.
De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 12 antibióticos por estas patologías, siendo solo 7 de ellos amoxilicina, por lo tanto obteniendo un resultado de 58,33%.

Respecto a la prescripción de antibióticos en otitis media aguda, también tuvimos el problema de que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centrábamos en el diagnóstico de otitis media aguda en todo el año 2017 solo obteníamos 3 resultados, mientras que si ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: otitis externa, dolor de oído/oreja se ampliaba a 5 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 5 antibióticos por esta patología, siendo solo 3 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 60% (3/5)
Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), en el que se prescribieron 3 antibióticos por estas patologías, siendo solo 1 de ellos amoxilicina, por lo tanto obteniendo un resultado de 33,33%.
De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 2 antibióticos por estas patologías, siendo los dos amoxilicina, por lo tanto obteniendo un resultado de 100%.

En ambas patologías, estamos por debajo de los parámetros aceptables, al igual que el sector Alcañiz y Sector Teruel (al que estábamos adscritos en Pediatría), incluso en el indicador de FAA se han logrado peores resultados que antes de empezar el proyecto. En el indicador de OMA si que se han logrado mejores resultados, pero al ser tan pocos casos debemos ser cautos.

Indicadores estudiados (resultado diciembre 2017)
- Intervención sobre tabaquismo: 64,71 %
- Detección de tabaquismo: 64,1%
- Antibióticos en FAA pediatría (año 2017): 63,33%
- Antibióticos en OMA pediatría (año 2017) :60%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este año 2017 se ha alcanzado por primera vez el estándar mínimo en intervención de tabaquismo, llegando incluso al estándar excelente, habiendo mejorado a la vez la detección de fumadores en este momento respecto al año anterior, que también alcanza el estándar excelente.
Respecto al resto de indicadores se han aumentado también considerablemente respecto a los datos del año anterior, llegando en varios de ellos al estándar excelente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Respecto a los indicadores de farmacia se han conseguido unos resultados muy buenos, obteniendo en la mayoría de ellos el estándar excelente.
Con respecto a los indicadores de farmacia de pediatría (Uso de antibióticos en FAA y Uso de antibióticos en otitis media aguda) los resultados obtenidos no han sido favorables, por lo que nuestro propósito para este año 2018 en un nuevo proyecto será, con el fin de alcanzar los estándares fijados:
- Formación en OMI-AP (diagnósticos).
- Formación en ambas patologías.
- Seguimiento trimestral de los datos de uso de antibióticos en ambas patologías por un lado, y en todas las patologías (para mejorar los diagnósticos).

7. OBSERVACIONES.
No deja adjuntar gráficos

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1515 ========== ***

Nº de registro: 1515

Título
GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Autores:
CUCALON LAFUENTE MARCELINO, SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL, GRANADA GARCIA PASCUAL, ORTIN ALVAREZ GLORIA, MARCO LOSTAL CARMEN, ALEGRE HUALDE JOSE LUIS, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, SANJUAN DOMINGO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Cantavieja.

MÉTODO
- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos.
- Implicación de MAC y EAC en los indicadores de prescripción pediátrica
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo e indicadores de farmacia con resultados actualizados
- Con carácter cuatrimestral se evaluaran los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2017: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARCELINO CUCALON LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO ROS EUSEBIO
ORTIN ALVAREZ GLORIA
GRANADA GARCIA PASCUAL
SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL
JARQUE MATEO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Cantavieja se encontraron varios problemas:
- El escaso peso medio de nuestras ACGs que identificaba un problema de registro de los diagnósticos. Esto también repercutía sobre nuestros GMAs presentando una figura de población sana que no se corresponde con nuestra población envejecida y que lastraba el resto de los indicadores de eficiencia
- La eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs se ha resentido estando por ello todos los indicadores por encima del estándar. Independientemente del bajo peso medio de nuestro centro nos planteamos también intervenir sobre los tres indicadores.

Por lo tanto los objetivos de este proyecto fueron incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs y GMAs; Mejorar los tres indicadores de eficiencia en las visitas ajustado por ACG; e implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Cantavieja.

Las acciones de mejora a nivel global han sido las siguientes:

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro, así como recordatorio periódico vía correo electrónico
- Eficiencia en visitas: mediante la consulta no presencial, para lo cuál se realizó un rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas. Otra cosa que se hizó fue que aquellos pacientes que demandasen atención telefónica serían atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamaría a casa. También se programaron revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD.
- Respecto a la Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Cantavieja. El centro de salud de Cantavieja tiene una “situación excepcional”, ya que aunque pertenece al sector de Alcañiz, los pacientes de las localidades de Cantavieja, La Iglesuela del Cid y Fortanete son derivados al Hospital de Teruel donde de momento, no tenemos la opción de poder realizar interconsultas virtuales con las diferentes especialidades.
- Eficiencia en farmacia: Se realizaron sesiones sobre la eficiencia en farmacia y sesiones clínicas sobre el uso de antibióticos en faringomigdalitis en pediatría y sobre el uso de antibióticos en Otitis Media Aguda en Pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con respecto a los resultados obtenidos en Diciembre 2017 son los siguientes:
- Eficiencia en visitas mediante la consulta no presencial, estamos pendientes de que nos envíen los resultados, por este motivo para comprobar en qué punto nos encontrábamos en este indicador hemos analizado el mes de diciembre de 2017, dado que en este mes ya estaba implantado este indicador en todo el centro de salud. Los datos obtenidos en diciembre 2017 han sido un 2,50% en enfermería y un 4,65% en las consultas de medicina. Respecto a los profesionales, el 75% de ellos la están utilizando.
- Con respecto a los indicadores de farmacia, si comparamos los datos de septiembre 2017, que fue cuando se inició el proyecto, con los de diciembre de este año en el indicador que íbamos peor (pero se ha alcanzaba el mínimo) ha sido el indicador de estatinas en prevención secundaria, mejorando los resultados en un 3,95%, obteniendo el estándar excelente. Respecto al resto de indicadores se han obtenido datos muy similares, obteniendo en casi todos ellos el máximo excelente. Si comparamos los datos de diciembre 2017 con los del año anterior (diciembre 2016) se puede comprobar cómo hemos mejorado notablemente los resultados en dos indicadores, que son estatinas en prevención secundaria (un aumento del 7,5%) y selección eficiente de estatinas (aumento del 4,13%), llegando en ambos indicadores al estándar excelente. . Respecto al resto de indicadores se han obtenido datos muy similares, obteniendo en casi todos ellos el máximo excelente.

Con respecto a los indicadores de farmacia de pediatría (antibióticos en faringoamigdalitis y otitis media aguda), nuestro centro de salud tiene una situación “especial” ya que no hay un pediatra que tenga un CIAS. Sino que el CIAS de pediatría de Cantavieja lo comparte con el CIAS del pediatra que lleva otros pueblos que pertenecen al sector de Teruel (Sarrión, Mosqueruela, Cedrillas…) por lo que se solicitaron estos datos al servicio de Farmacia, y se han analizado conjuntamente los datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

Respecto a la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis, al analizar los datos el primer problema que tuvimos fue que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centramos en el diagnóstico de Faringoamigdalitis obteníamos muy poquitos resultados, concretamente solo 10 resultados, por lo que ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: Faringitis/ amigdalitis estrept, amigdalitis aguda y hipertrofia/infección, obteniendo así 42 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 42 antibióticos por esta patología, siendo solo 26 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 61,9% (26/42).
Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), tiempo en que el que se prescribieron 30 antibióticos por estas patologías, siendo solo 19 de ellos amoxilicina, por lo tanto obteniendo un resultado de 63,33%.
De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 12 antibióticos por estas patologías, siendo solo 7 de ellos amoxilicina, por lo tanto obteniendo un resultado de 58,33%.
Respecto a la prescripción de antibióticos en otitis media aguda, también tuvimos el problema de que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centrábamos en el diagnostico de otitis media aguda en todo el año 2017 solo obteníamos 3 resultados, mientras que si ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: otitis externa, dolor de oído/oreja se ampliaba a 5 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 5 antibióticos por esta patología, siendo solo 3 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 60% (3/5)
Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), tiempo en que el que se prescribieron 3 antibióticos por estas patologías, siendo solo 1 de ellos amoxilicina, por lo tanto obteniendo un resultado de 33,33%.
De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 2 antibióticos por estas patologías, siendo los dos amoxilicina, por lo tanto obteniendo un resultado de 100%.

En ambas patologías, estamos por debajo de los parámetros aceptables, incluso en el indicador de FAA se han logrado peores resultados que antes de empezar el proyecto, en el indicador de OMA si que se han logrado mejores resultados, pero al ser tan pocos casos debemos ser cautos.

Con respecto al indicador de la interconsulta virtual, como hemos explicado anteriormente aunque Cantavieja es un centro que pertenece al sector sanitario de Alcañiz, por la especial localización que posee las poblaciones de mayor tamaño (Cantavieja, La Iglesuela del Cid y Fortanete) son derivados a las diferentes especialidades del Hospital de Teruel, por lo que al ser otro sector sanitario nos ha sido imposible acceder a esos datos.

INDICADORES:
- % de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría: Diciembre 2017: 4,65%
- % de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería : Diciembre 2017: 2,50%
- Antibióticos en FAA pediatría (año 2017) 63,33%
- Antibióticos en OMA pediatría (año 2017) 60%
- % Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones % de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas: No se han podido obtener los datos al derivar a la mayor parte de nuestros pacientes al Hospital de Teruel, que es otro sector sanitario
- Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones :Estamos pendiente de obtener los datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seguimos obteniendo muy buenos datos en eficiencia en farmacia, excepto en los indicadores de farmacia de pediatría, el cual es uno de nuestros objetivos de mejora en este año.
Con respecto a la consulta no presencial, en la que estamos pendientes de que nos envíen los resultados desde que comenzó este proyecto. En el mes que hemos analizado, que ha sido diciembre porque en este mes ya estaba implantado este indicador en todo el centro de salud, respecto a la consulta de medicina casi hemos alcanzado el objetivo marcado. Respecto a enfermería los datos no han sido tan favorables, una de las razones puede ser la desinformación que siguen teniendo algunos de nuestros profesionales sobre este tipo de consulta y otra razón creemos que es el poco tiempo que lleva instaurada esta consulta. Es una consulta que pueden demandar los pacientes, pero que también podemos “aprovechar” los profesionales sanitarios para informar de resultados, para el seguimiento de patologías crónicas, actualización de receta electrónica, partes de ILT…debido a los resultados obtenidos y al gran potencial que creemos que tiene esta consulta, es uno de nuestros objetivos obtener unos mejores resultados este año implicando a todos los profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.
No se pueden adjuntar gráficos

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1516 ========== ***

Nº de registro: 1516

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Autores:
APARICIO ROS EUSEBIO, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, COBOS COBOS JOSE MARCELO, GRANADA GARCIA PASCUAL, ORTIN ALVAREZ GLORIA, SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL, JARQUE MATEO AMPARO, GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Cantavieja hemos encontrado varios problemas:
- El escaso peso medio de nuestras ACGs que identifica un problema de registro de los diagnósticos. Esto también repercute sobre nuestros GMAs presentando una figura de población sana que no se corresponde con nuestra población envejecida y que lastra el resto de los indicadores de eficiencia
- La eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs se ha resentido estando por ello todos los indicadores por encima del estándar. Independientemente del bajo peso medio de nuestro centro nos planteamos también intervenir sobre los tres indicadores.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs y GMAs
Mejorar los tres indicadores de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Cantavieja.

MÉTODO
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
o Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

- Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Cantavieja. La dirección de Atención Primaria deberá gestionarlo con el Hospital de Teruel para aquellas derivaciones que se realicen a él.
- Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones

% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

DURACIÓN
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO ANA PAULO FUERTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN DOMINGO RAQUEL
MARCO LOSTAL CARMEN
EDO MALLEN JOSE MANUEL
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nuestra zona básica de salud es un área con una elevada dispersión de la población y pocos recursos sanitarios, lo que hace necesario la formación de sus habitantes para una actuación inmediata que pueda salvar o mejorar la calidad futura de vida de las personas que lo precisen.
Un espacio idóneo para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios, es sin duda en la escuela. Los alumnos de infantil y de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
La escuela constituye un ambiente idóneo para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje de la Reanimación CardioPulmonar (RCP). Las escuelas de nuestra zona básica de salud están agrupadas en el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) del Alto Maestrazgo. Un colegio rural agrupado es un centro educativo formado por un grupo de escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural. La sede se encuentra en Cantavieja, y se ofrece escolarización además en las localidades de Fortanete, La Iglesuela del Cid, Villarluengo y Pitarque.
Parece claro que los niños pequeños, los menores de 10 o 12 años, pueden tener dificultades para realizar algunas de las habilidades prácticas que conlleva el aprendizaje de las técnicas básicas de reanimación (realización de masaje cardíaco y ventilaciones) debido a sus características físicas. Pero estos niños son capaces de aprender estas y otras cuestiones teóricas relacionadas con el soporte vital, como el acceso al sistema de emergencias médicas, por lo que es posible implementar una formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa de educación infantil para ir introduciendo conocimientos de acuerdo la edad.
Por estas razones consideramos importante realizar este proyecto de atención comunitaria, con el objetivo de mejorar la actitud de los alumnos ante una situación de emergencia vital, así como explicarles el uso correcto del número 112 y de los servicios de emergencia, instruirlos sobre medidas de autoprotección de prevención de accidentes domésticos, y enseñarles los pasos de reanimación cardiopulmonar (sólo con las manos en los menores de 10 años) y de la desobstrucción de la vía aérea.
Otro de los objetivos fue implicar a los profesionales sanitarios del centro de salud para la impartición de los cursos de primeros auxilios en las escuelas de nuestra zona básica de salud e instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre el CRA Alto Maestrazgo y el centro de salud de Cantavieja, así como visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales de nuestro centro.

Al principio del proyecto, lo primero que se hizó fue designar a un responsable de este proyecto (Raquel Sanjuán Domingo), quién se pusó en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo dándole a conocer nuestro proyecto, para que después ella se lo trasladase al resto de profesores. Una vez aprobado los talleres por el claustro de profesores, y de acuerdo con los alumnos matriculados en cada escuela, se acordó también los días que se iban a impartir los talleres en los distintos centros y que profesionales acudirán.
Se preparó un temario de acuerdo a la edad escolar de los alumnos y se adaptó el método educativo a la edad de los escolares y a su ciclo formativo, debido a las características las escuelas rurales, de acuerdo, con los profesores de los centros se acordó dividir a los alumnos en educación infantil (3-6 años) y educación primaria (7-12 años) y como máximo en cada taller estarían veinte alumnos y como mínimo dos docentes.
En general, las charlas a educación infantil no sobrepasaron los 30 minutos, y las de educación primaria duraron una hora aproximadamente. Se utilizaron diapositivas muy vistosas que se fueron intercalando con vídeos y canciones sobre los servicios de emergencias y RCP para fijar la atención de los alumnos. Se adecuó el lenguaje a cada edad y se fomentó la participación de los niños, por ejemplo lanzándoles preguntas. A los niños se les enseñó la reanimación sobre un peluche de unos 100 cm para que pudieran practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar sobre él, especialmente el masaje cardiaco; otras técnicas como la PSL (posición lateral de seguridad) o la desobstrucción de la vía aérea, pusimos a un docente o a un profesor para que practicasen.
Los elementos fundamentales que constituyeron los contenidos de la formación fueron el reconocimiento de la parada cardiaca, la comprobación de la seguridad en escena, la obtención de ayuda mediante la llamada telefónica al 112, la administración de compresiones torácicas de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante una emergencia.
El contenido por los grupos de edad fue el siguiente:
Grupo 1 (3-6 años):
- Concepto de Emergencia.
- El número del teléfono 112.
- ¿Qué es el 112?, ¿Para que sirve?, ¿Qué me van a a preguntar? ¿ Que tengo que decir? - ¿Desde que teléfono puedo llamar?
- ¿Qué es una RCP?
- Diferenciar entre una persona dormida y una persona inconsciente. Ponemos a un profesor en el suelo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

ponemos distintos ejemplos
- Práctica de RCP solo con las manos

Grupo 2 (7-10 años):
Además de los anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atrangantamiento, heridas, quemaduras, síncope.

Grupo 3 (11-12 años):
La diferencia del grupo anterior es que la RCP se enseñará completa.

Además para valorar los conocimientos, a los alumnos de educación primaria, es decir a partir de los 7 años, se les realizó un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología. También se les realizó una encuesta de satisfacción que constaba de cinco ítems, los cuatro primeros ítems eran preguntas cerradas donde la respuesta era sí o no y el quinto íttem sobre la valoración del taller (puntuación del 1 al 10).
A los profesores que asistieron a los talleres acompañando a los alumnos también se les realizó una encuesta de satisfacción, que constaba de diez ítems, los primeros siete ítems constaban de preguntas cerradas con respuesta dicotómica (si o no) sobre si consideraban útil el taller, si les había gustado el taller… el octavo ítem se les sugería si quería que les diésemos algún taller a los profesores nos indicasen que temas les gustaría, el noveno ítem era una valoración del curso, con una puntuación del 0 al 10, y el decimo ítem si nos querían dejar algún comentario o sugerencia.

El total de alumnos matriculados en el CRA del Alto Maestrazgo eran 143 alumnos, de los cuáles 49 estaban en educación infantil y 94 en educación primaria. La distribución de los alumnos era la siguiente:
Fortanete: 7 alumnos en educación infantil y 14 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.
Cantavieja: 30 alumnos en educación infantil y 56 alumnos en educación primaria. Se dividieron en dos grupos de educación infantil y tres grupos de educación primaria.
La Iglesuela del Cid: 4 alumnos en educación infantil y 16 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.
Villarluengo: 6 alumnos en educación infantil y 5 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.
Pitarque: 2 alumnos en educación infantil y 3 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.

El calendario fue el siguiente:
29 Septiembre: se impartió el taller en la escuela de Fortanete, de 11 horas a 12 horas al grupo de educación primaria y 12 horas a 12,30 horas al grupo de educación infantil. Los docentes fueron Raquel Sanjuán Domingo y Carmen Marco Lostal.
2 octubre: se impartió el taller en la escuela de Cantavieja, a dos grupos de educación primaria, a uno de 15 horas a 16 horas y al segundo de 16 horas a 17 horas. Los docentes fueron Raquel Sanjuán Domingo, Manuela Gómez Silvestre y José Manuel Edo Mallén.
3 octubre: se impartió el taller en la escuela de Cantavieja, a dos grupos de educación infantil (el horario del primer grupo fue de 10,30 horas a 11 horas, y el segundo grupo de 12,30 horas a 13,00 horas); y al último grupo de educación primaria (de 11 horas a 12 horas). Los docentes fueron Raquel Sanjuán Domingo y Rosario Ana Paulo Fuertes.
16 octubre: se impartió el taller en la escuela de la Iglesuela del Cid, a un grupo de educación primaria(de 10 horas a 11 horas) y a un grupo de educación infantil (de 11 horas a 11,30 horas). Los docentes fueron Rosario Ana Paulo Fuertes, Manuela Gómez Silvestre y Marcelino Cucalón Lafuente.
24 octubre: se impartió el taller en la escuela de Villarluengo, a un grupo de educación primaria(de 10 horas a 11 horas) y a un grupo de educación infantil (de 11 horas a 11,30 horas). Los docentes fueron Juan Manuel Valle Lobatón y Jose Manuel Edo Mallén.
24 octubre: se impartió el taller en la escuela de Villarluengo, a un grupo de educación primaria(de 10 horas a 11 horas) y a un grupo de educación infantil (de 11 horas a 11,30 horas). Los docentes fueron Juan Manuel Valle Lobatón y Jose Manuel Edo Mallén.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Niños participantes /Total de niños del CRA: El total de niños matriculados en la escuela CRA del Alto Maestrazgo son 143 alumnos. Los alumnos que asistieron a los talleres fueron 138 alumnos. 138 alumnos que participaron en el taller/143 alumnos= 96,50% fue la asistencia a los talleres.

- Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela. FORTANETE:
Total: 21 alumnos asistieron/21 alumnos=100%
Educación infantil: 7 alumnos asistieron/7 alumnos=100%
Educación primaria= 14 alumnos asistieron/14 alumnos=100%
CANTAVIEJA
TOTAL: 84 alumnos participantes/86 alumnos=97%
1 Educación Infantil: 10 alumnos participantes/12 alumnos= 83,33%
2 Educación Infantil: 8 alumnos participantes/8 alumnos= 100%
3 Educación Infantil: 10 alumnos participantes/10 alumnos= 100%
1 Educación Primaria: 7 alumnos participantes/7 alumnos=100%
2 Educación Primaria: 12 alumnos participantes/12 alumnos=100%
3 Educación Primaria: 10 alumnos participantes/10 alumnos=100%
4 Educación Primaria: 10 alumnos participantes/10 alumnos=100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

5 Educación Primaria: 10 alumnos participantes/10 alumnos=100%
6 Educación Primaria: 7 alumnos participantes/7 alumnos=100%
LA IGLESUELA DEL CID
Total: 20 alumnos asistieron/21 alumnos=95,23%
Educación infantil: 7 alumnos asistieron/8 alumnos=87,5%
Educación primaria= 12 alumnos asistieron/12 alumnos=100%
VILLARLUENGO
Total: 8 alumnos asistieron/11 alumnos=72,72%
Educación infantil: 5 alumnos asistieron/6alumnos=83,33%
Educación primaria= 3 alumnos asistieron/5 alumnos=60%
PITARQUE
Total: 5 alumnos asistieron/5 alumnos=95,23%
Educación infantil: 2 alumnos asistieron/2 alumnos=87,5%
Educación primaria= 3 alumnos asistieron/3 alumnos=100%

- Profesores asistentes. Los profesores que dan clases en el CRA Alto Maestrazgo son 20 profesores y los profesores que acudieron a los talleres acompañando a sus alumnos fueron 12, por lo tanto la asistencia fue de un 60%.

- Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos. La nota media del pre-test fue de 5,78 puntos y la nota media de la encuesta post-taller de 8,57 puntos.

- Resultados de la encuesta de satisfacción niños. La encuesta de satisfacción estaba comprendida por varios ítems que son los siguientes:
¿Has considerado útil el taller de Primeros Auxilios?: el 100% de los alumnos contestaron que habían considerado útil el taller.
¿ Te ha gustado el contenido del taller?:el 99,27% de los alumnos contestaron que les había gustado el taller, sólo un alumno contestó que no le había gustado el taller.
¿Lo volverías a realizar?: el 98,55% de los alumnos contestaron que volverían a realizar el taller, sólo dos alumnos contestaron que no lo volverían a realizar.
¿ Has aprendido cosas nuevas?: el 98,55% de los alumnos contestaron que volverían a realizar el taller, un alumno contestó que no lo volvería a realizar y otro alumno no contestó a este ítem.

- Señala como valorarías el curso del 0 al 10 (siendo 0 mala valoración y 10 una excelente valoración): la puntuación media que dieron los alumnos al taller fue de 9,16 puntos.

-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. Los profesores que asistieron a los talleres fueron 12 profesores, en el centro se encuentran dando docencia 20 profesores.
La encuesta de satisfacción a los profesores estaba comprendida por varios ítems que son los siguientes:
¿Has considerado útil el taller de Primeros Auxilios impartido a los alumnos?: el 100% de los profesores consideraron útil el taller impartido.
¿ Te ha gustado el contenido del taller?: el 100% de los profesores contestaron que les había gustado el taller.
¿ Consideras el contenido del taller adaptado a las edades de los alumnos?: el 100% de los profesores consideraron que el taller estaba adaptado a la edad de los alumnos.
¿ Consideras que los alumnos han participado en el taller?: el 100% de los profesores consideraron que los alumnos sí que habían participado en el taller.
¿Crees que han aprendido cosas nuevas los alumnos?: el 100% de los profesores contestaron que sí creían que los alumnos habían aprendido cosas nuevas.
¿Te gustaría que lo volviésemos a impartir a tus alumnos?: el 100% de los profesores contestaron que sí que les gustaría que les volviésemos a impartir a sus alumnos el taller.
¿ Te gustaría que impartiésemos algún curso a los profesores?: el 100% de los alumnos contestaron que les gustaría que les impartiésemos algún curso a ellos.
Si es que sí, ¿puedes decirnos que temas te intesarían?: respecto a los temas el 75% de los profesores contestaron que temas les gustaría que les impartiésemos; respecto a los que contestaron sobre qué temas les intersarían el 100% contestó un taller sobre Primeros Auxilios; otros temas fueron cura de heridas (8,3%), Reanimación Cardiopulmonar (8,3%), atragantamiento (8,3%).
Señala como valorarías el curso del 0 al 10 (siendo 0 mala valoración y 10 una excelente valoración):La puntuación media del taller fue de 9 puntos.
El décimo ítem era una pregunta abierta por si querían escribir algún comentario o sugerencia, y aquí expusieron que les había gustado mucho el taller, y que se había conjugado muy bien la parte teórica con la parte práctica.

Señala como valorarías el curso del 0 al 10 (siendo 0 mala valoración y 10 una excelente valoración):

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras terminar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables, la asistencia de los alumnos a los talleres fue de un 96,50%, y los alumnos que no asistieron a los talleres fue porque ese día no habían acudido al colegio por encontrarse enfermos.
Se ha confirmado con los test que se realizaron antes del taller y después del taller que los alumnos han aprendido cosas nuevas, ya que la puntuación del test ha sido más alta que la del inicio, como se puede ver en los resultados, siendo la nota media del test inicial de 5,78 puntos y la nota media del test después del taller de 8,57 puntos. En la encuesta de satisfacción de los alumnos también se puede comprobar que les ha gustado el taller, considerando que ha sido útil y que han aprendido cosas nuevas, y dando una puntuación media al taller de 9,16 puntos.
Respecto a los profesores, la asistencia media fue de un 60%, y la valoración por su parte del taller ha sido muy satisfactoria, como se puede comprobar en los resultados, dando una puntuación media al taller de 9 puntos, y también solicitando la impartición de talleres a ellos.
Respecto a los profesionales del centro de salud, ha sido una actividad muy satisfactoria que ha logrado la implicación de muchos de ellos, superior a un 60%, incluso alguno que no estaba incluido al principio en este proyecto de comunidad al principio ha querido participar.
Por todas estas razones creemos que los resultados han sido muy satisfactorios, que ha logrado implicar a más de la mitad de los profesionales del centro sanitario, y a casi el 100% de los alumnos. Por estas razones en un futuro, es posible que este tipo de actividades se amplíen al resto de centros educativos (instituto), profesores y resto de comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1523 ========== ***

Nº de registro: 1523

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

Autores:
SANJUAN DOMINGO RAQUEL, COBOS COBOS JOSE MARCELO, EDO MALLEN JOSE MANUEL, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, MARCO LOSTAL CARMEN, ALEGRE HUALDE JOSE LUIS, GOMEZ SILVESTRE MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCION
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Un espacio idóneo para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios, es sin duda en la escuela. Los alumnos de infantil y de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
Debido a que los niños pequeños pueden tener dificultades para realizar alguna de las habilidades prácticas, nuestro objetivo es implementar una formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa de educación infantil para ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para la impartición de los cursos de primeros auxilios en las escuelas de nuestra zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del número 112 y de los servicios de emergencias
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

- Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto centros educativos (instituto) y comunidad.
- Adaptar el contenido de las charlas a la edad de los niños

MÉTODO
Las escuelas de nuestra zona básica de salud están agrupadas en el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) del Alto Maestrazgo. Un colegio rural agrupado es un centro educativo formado por un grupo de escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural. La sede se encuentra en Cantavieja, y se ofrece escolarización además en las localidades de Fortanete, La Iglesuela del Cid, Villarluengo y Pitarque.
Lo primero que realizaremos será designar unos responsables de este proyecto. Estos responsables se pondrán en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo dándole a conocer nuestro proyecto, para que después ella se lo traslade al resto de profesores. Así mismo se acordará también los días que se impartirán los talleres en los distintos centros y que profesionales acudirán.
Se prepara un temario de acuerdo a la edad escolar de los alumnos y se adaptará el método educativo a la edad de los escolares y a su ciclo formativo. En general, las charlas a educación infantil no sobrepasarán los 30 minutos, y las del resto durarán una hora aproximadamente.
Se utilizarán diapositivas muy vistosas y se intercalarán videos sobre los servicios de emergencias y RCP para fijar la atención de los alumnos. Se intentará adecuar el lenguaje a cada edad e intentar que los niños participen.
A los niños pequeños se les enseñará la reanimación sobre un muñeco o peluche de unos 40 cm para que puedan practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar sobre él. Los alumnos más mayores deberán practicar sobre maniquíes de entrenamiento.
Los elementos fundamentales que deben constituir los contenidos de la formación son el reconocimiento de la parada cardiaca, la comprobación de la seguridad en escena, la obtención de ayuda mediante la llamada telefónica al 112, la administración de una compresiones torácicas de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante una emergencia.
El contenido por los grupos de edad serán los siguientes:
Grupo 1 (3-6 años).
- Emergencia. Concepto.
- El número del teléfono 112.
- ¿Qué es el 112?
- ¿Para que sirve?
- ¿Qué me van a a preguntar? ¿ Que tengo que decir?
- ¿Desde que teléfono puedo llamar?
- ¿Qué es una RCP?
- Practica de RCP solo con las manos

Grupo 2 (7-10 años)
- Además de los anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atrangantamiento, heridas, quemaduras, síncope.

Grupo 3 (11-12 años):
- La diferencia del grupo anterior es que la RCP se enseñará completa.

Se realizará un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología

INDICADORES
Niños participantes /Total de niños del CRA
Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.
Profesores asistentes.
Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos.
Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre nada, poco, bastante o mucho.
Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

DURACIÓN
En el mes de Junio se decidirán los responsables que durante el mes de septiembre se pondrán en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo.
En los meses de Julio y Agosto se prepará el taller.
En octubre y noviembre se desarrollarán los talleres.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0432

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARIGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL SANJUAN DOMINGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA COLINAS ARANTZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de farmacia en pediatría en el EAP de Cantavieja (Uso de antibióticos en FAA en pediatría y uso de antibióticos en OMA en pediatría) no alcanzaron el mínimo exigido en el acuerdo de gestión clínica. Esta situación se dio también en el conjunto del Sector Alcañiz y en el Sector Teruel (al que estamos adscritos en Pediatría).
Después de analizar los motivos que hubiesen podido favorecer el incumplimiento, se detectó que los diagnósticos que indicaban los facultativos no siempre eran los correctos para esta patologías, ya que se utilizaban indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, hipertrofia, infección … Esto hacía que la extracción de datos no fuese fiable y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, se tuvieran que analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevaban asociados antibióticos y, perdiendo en ocasiones puntuales aquellos diagnósticos diferentes a FAA en los que no se ha prescrito antibiótico.

Nuestro objetivo ha sido estar en los rangos indicados por el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre de 2018; además de que se seleccionase el diagnóstico correcto en OMI.
Las actividades que se realizaron fueron las siguientes:
El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el mes de Diciembre de 2017.
En la sesión del 19 de febrero se explicó las indicaciones del Streptotest, así como su utilización.
Cada trimestre se han presentado los resultados obtenidos en el trimestre anterior de ambas patologías (FAA y OMA), y además en cada reunión se ha vuelto a recordar el tratamiento antibiótico de elección en cada patología.
El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el año 2017 en nuestro centro de salud, donde no llegamos al objetivo mínimo del acuerdo de gestión clínica . En concreto en la patología de FAA sólo el 61,9% de las prescripciones en pacientes pediátricos con FAA fue con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina), siendo el objetivo mínimo de 83,8%. Respecto a la patología de OMA el 60% de las prescripciones en pacientes pediátricos con FAA fue con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).siendo el objetivo mínimo 86,1%. Ese mismo día se dio una sesión clínica sobre FAA dónde se explicó la clínica, los criterios Centor y McIsaac (en niños); las indicaciones del Streptotest y los pasos a seguir para su utilización. También se insistió en el tratamiento de elección de esta patología. También se explicó la OMA, su clínica y tratamiento antibiótico de elección.
A partir de estos datos de los que partíamos y de la formación recordando estas patología, se fueron recogiendo los datos y realizando reuniones trimestrales donde se presentaban los datos obtenidos hasta ese momento, y se resolvían las dudas que podían surgir a los profesionales.
El día 9 de abril de 2018 en una reunión con el equipo se presentaron los datos obtenidos en el primer trimestre del año que fueron los siguientes. En FAA, hubo un total de 14 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en un 50% de los casos (7 casos), y en el resto, 50%, se seleccionó el caso de Amigdalitis aguda. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 71,42% de los pacientes (10 pacientes), en el resto (28,58%, 4 pacientes) otros antibióticos (amoxicilina/ácido clavulánico 1 paciente, azitromicina 2 pacientes y claritromicina 1 paciente). En OMA, hubo un total de 8 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda en un 50% de los casos (4 casos), y el otro 50%, se seleccionó el caso de Otitis externa. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina/amoxicilina +ácido clavulánico en el 75% de los pacientes (6 pacientes), en el resto (25%, 2 pacientes) otros antibióticos (cefuroxima y azitromicina).
En este primer trimestre cabe destacar la mejoría de la elección del antibiótico, en el caso de FAA alcanzado un 71,42% (objetivo mínimo a alcanzar 83,8%) y en OMA alcanzando un 75% (objetivo mínimo a alcanzar 86,1%).
Los resultados del segundo trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 Julio de 2018. En FAA, hubo un total de 13 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en el 100% de los casos. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 92,30% de los pacientes (12 pacientes), en el resto (7,7%, 1 paciente) se pautó amoxicilina/ácido clavulánico. En OMA, hubo un total de 3 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda en el 100% de los casos (3 pacientes); en cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico en el 100% de los pacientes (3 pacientes)
Hay que señalar que en este segundo trimestre, aumentaron el objetivo mínimo a 86,44% el caso de FAA y a 88,10% en OMA. Respecto a FAA en el primer semestre de 2018 logramos alcanzar un 81,86% (objetivo mínimo a alcanzar 86,44%) y en OMA alcanzando un 87,5% (objetivo mínimo a alcanzar 88,1%).
Los resultados del tercer trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 22 octubre de 2018. En FAA, hubo un total de 15 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en un 80% de los casos (12 pacientes), y en el resto (20%) el diagnóstico de amigdalitis aguda. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 86,66% de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0432

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARIGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

pacientes (13 pacientes), en el resto (13,34%, 2 paciente) se pautó amoxicilina/ácido clavulánico. En OMA, hubo un 1 caso; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda (100%) y en cuanto al tratamiento se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico (100%).
En los primeros 9 meses del 2018 se logró alcanzar un 83,46% (objetivo mínimo a alcanzar 86,44%) y en OMA, se alcanzó un 91,66% (objetivo mínimo a alcanzar 88,1%).
Los resultados del cuarto trimestre se presentaron en una reunión que se realizaró el 18 de febrero de 2019, donde también se presentarón los resultados finales. En el cuarto trimestre, En FAA, hubo un total de 16 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en un 50% de los casos (8 casos), y en el resto, 50%, se seleccionó el caso de Amigdalitis aguda. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 93,75% de los pacientes (15 pacientes), en el resto (6,25%, 1 paciente) amoxicilina/ácido clavulánico. En OMA, hubo un total de 6 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda en un 50% de los casos (3 casos), en un 16,66% (1 caso) se seleccionó otitis externa, y en el resto (33,33%, 2 casos) otitis media. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico en el 66,66% de los pacientes (4 pacientes), en el resto azitromicina (2 casos, 33.34%).
A lo largo del año 2018 cabe destacar la mejoría de la elección del antibiótico, en el caso de FAA alcanzado un 86,03% (objetivo mínimo a alcanzar 86,44%) y en OMA alcanzando un 85,41% (objetivo mínimo a alcanzar 88,1%).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina): 86,03%. En 1 trimestre 71,42%, en 2 trimestre 92,30%, en 3 trimestre 83,46% y en 4 trimestre 93,75%.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico): 85,41%. En 1 trimestre 75%, en 2 trimestre 100%, en 3 trimestre 100% y en 4 trimestre 66,66%.
-

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de que no hemos alcanzado el mínimo exigido en ambas patologías, aunque por muy poquito, en FAA hemos alcanzado un 86,03%, siendo el mínimo exigido un 86,44%; y en OMA hemos alcanzado un 85,41%, siendo el mínimo exigido un 88,10%; vamos por el buen camino ya que si comparamos los resultados con los obtenidos el año pasado (FAA 61,9%, OMA 60%) hemos mejorado mucho. Este proyecto ha tenido buena acogida por los profesionales de nuestro centro, y además los resultados tienen una mejora en el tratamiento de nuestros pacientes, por lo que es necesario seguir por este camino.

7. OBSERVACIONES.
Es una memoria finalizada

*** ========== Resumen del proyecto 2018/432 ========== ***

Nº de registro: 0432

Título
USO DE ANTIBIOTICOS EN FARIGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

Autores:
SANJUAN DOMINGO RAQUEL, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FAA y OMA
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de farmacia en pediatría en el EAP de Cantavieja (Uso de antibióticos en FAA en pediatría y uso de antibióticos en OMA en pediatría) no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión. Esta situación se dio también en el conjunto del Sector Alcañiz y en el Sector Teruel (al que estamos adscritos en Pediatría).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0432

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARIGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que:
- Resulta complejo obtener los datos de consumo, ya que pertenecen a otro sector. A través de la farmacéutica de AP (FAP) los conseguimos y se pueden analizar, aunque sea manualmente.
- Los diagnósticos que indican los facultativos no siempre son correctos para esta patologías, ya que se utilizan indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, hipertrofia, infección … Esto hace que la extracción de datos sea incorrecta y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, debamos analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevan asociados antibióticos y perdamos aquellos diagnósticos diferentes a FAA en los que no se ha prescrito antibiótico.
Por lo que otro de nuestros objetivos es que se seleccione el diagnóstico correcto en OMI.

RESULTADOS ESPERADOS
Estar en los rangos indicados por el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre de 2018.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP de Cantavieja en reunión de equipo. Primer trimestre 2018.
2. Formación en OMI-AP (diagnósticos). Primer trimestre 2018.
3. Sesiones clínicas en ambas patologías (FAA y OMA). Primer trimestre 2018.
a. Diagnóstico y tratamiento.
b. Uso del Streptotest en FAA.
c. Datos de prescripción EAP.
4. Trimestralmente, se informará al equipo de los resultados obtenidos en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se plantearán junto con la FAP las acciones de mejora oportunas.
a. Uso de antibióticos en Faringoamigdalitis estreptocócica.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).

INDICADORES
1. Presentación del proyecto al EAP de Cantavieja en reunión de equipo. Primer trimestre 2018.
2. Formación en OMI-AP (diagnósticos). Primer trimestre 2018.
3. Sesiones clínicas en ambas patologías (FAA y OMA). Primer trimestre 2018.
a. Diagnóstico y tratamiento.
b. Uso del Streptotest en FAA.
c. Datos de prescripción EAP.
4. Trimestralmente, se informará al equipo de los resultados obtenidos en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se plantearán junto con la FAP las acciones de mejora oportunas.
a. Uso de antibióticos en Faringoamigdalitis estreptocócica.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).

DURACIÓN
Primer Trimestre 2018
Difusión e información del proyecto al equipo de EAP.
Impartición sesiones clínicas.
Trimestralmente
Análisis de los datos, presentación al equipo y planteamiento/ejecución de acciones de mejora junto a la FAP.
Enero 2019
Análisis de los resultados obtenidos en ambos indicadores.
Elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 03/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MARCO LOSTAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAULO FUERTES ROSARIO ANA
MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR
EDO MALLEN JOSE MANUEL
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.
En el EAP Cantavieja no era frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos era la dispersión poblacional, por lo que se tendía a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, se creyó conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.
La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.
Con este proyecto se quisó reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También quisimos implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.
Los objetivos que nos planteamos fueron los siguientes:
- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad
Cada sesión constó de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente pudo desarrollar las habilidades adquiridas. En las sesiones se favoreció el diálogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.
La captación de pacientes se realizó a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera. También se utilizó la captación activa de pacientes cuando acudieron por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se impartieron un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente, las fechas y el personal que lo impartió fue el siguiente:
1 sesión: ¿Qué es la diabetes?. Fue impartida el día 28-Septiembre-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 8 pacientes.
2 sesión: Fármacos en diabetes. Fue impartida el día 5-Octubre-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de8 pacientes.
3 sesión: Complicaciones diabetes. Fue impartida el día 11-Octubre-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 9 pacientes.
4 sesión: Alimentación y ejercicio físico. Fue impartida el día 19-octubre-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de 9 pacientes.
A los asistentes a las sesiones, se les realizó un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y el mismo test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. Cada test consistía en 5 preguntas, en las que se daba a elegir entre cuatro respuestas, siendo sólo una de ellas verdadera; la puntuación máxima, por lo tanto, era un 5.
Los indicadores fueron los siguientes:
Resultados Test previo a cada sesión:
1 sesión: 3,25
2 sesión: 2,85
3 sesión: 4,33
4 sesión: 3,66
Total: 3,52

Resultados Test posterior a cada sesión :
1 sesión: 4,25

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

2 sesión: 3,75
3 sesión: 5
4 sesión: 4,22
Total: 4,30

Al finalizar la última sesión se realizó una encuesta de satisfacción a todos los asistentes, para que valorasen en conjunto todas las sesiones realizadas. La media de los resultados obtenidos fue (escala puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima):
La duración de la actividad ha sido: 5
La actividad formativa ha cubierto mis expectativas: 5
El contenido de la sesión ha sido útil: 5
He aprendido cosas nuevas: 5
Valoración general de la actividad: 4,6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La educación grupal ha mejorado los conocimientos de la diabetes por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la mejoría de la puntuación del test posterior a la realización del taller. Esta actividad ha tenido muy buena acogida por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la encuesta de satisfacción. Los participantes en las sesiones mostraron su satisfacción por las sesiones realizadas, y expresaron su deseo de que se organizasen más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres.
También de de forma indirecta, también se ha conseguido implicar a los profesionales sanitarios de nuestro centro en actividad comunitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/538 ========== ***

Nº de registro: 0538

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
MARCO LOSTAL CARMEN, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, EDO MALLEN JOSE MANUEL, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, VALLE LOBATON JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.
En el EAP Cantavieja no es frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos es la dispersión poblacional, por lo que se tiende a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, creemos conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.
La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.
Con este proyecto se quiere reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También se quiere implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

MÉTODO
Se formarán 2- 3 profesionales del equipo en los contenidos del programa estructurado de educación grupal del Servicio Aragonés de Salud. Para ello, asistirán a un curso completo de educación grupal desarrollado por uno de los centros del sector que ha sido formado para implementar este programa. Se impartirán un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente de una hora y media de duración. Cada una de ellas será impartida por dos miembros del equipo. La actividad se desarrollará en la sala de juntas del CS Cantavieja.
Cada sesión constará de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos proporcionados por el programa del Servicio Aragonés de Salud, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol-playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de forma activa. En las sesiones se favorecerá el dialogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.
La captación de pacientes se realizara a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera, que contendrán información básica como fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. También se utilizará la captación activa de pacientes cuando acudan por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería, ya sean consultas programadas o a demanda.
El grupo será homogéneo: en función del nivel de instrucción. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares
A los asistentes a las sesiones, se les realizará un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y otro test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. También, al acabar el curso, se les realizara una encuesta de satisfacción.

INDICADORES
Resultados Test previo a cada sesión
Resultados Test posterior a cada sesión
Resultados de la encuesta de satisfacción

DURACIÓN
Dependerá del calendario de formación del SALUD para desarrollar el curso de educación grupal donde se difundirá el programa estructurado. En los meses siguientes se realizarán los talleres que se crean necesarios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MARCO LOSTAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR
EDO MALLEN JOSE MANUEL
VALLE LOBATON JUAN MANUEL
PAULO FUERTES ROSARIO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.
En el EAP Cantavieja no era frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos era la dispersión poblacional, por lo que se tendía a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, se creyó conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.
La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.
Con este proyecto se quisó reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También quisimos implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.
Los objetivos que nos planteamos fueron los siguientes:
- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad
Cada sesión constó de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente pudo desarrollar las habilidades adquiridas. En las sesiones se favoreció el diálogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.
La captación de pacientes se realizó a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera. También se utilizó la captación activa de pacientes cuando acudieron por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se impartieron un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente, las fechas y el personal que lo impartió fue el siguiente:
1 sesión: ¿Qué es la diabetes?. Fue impartida el día 28-Septiembre-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 8 pacientes.
2 sesión: Fármacos en diabetes. Fue impartida el día 5-Octubre-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de8 pacientes.
3 sesión: Complicaciones diabetes. Fue impartida el día 11-Octubre-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 9 pacientes.
4 sesión: Alimentación y ejercicio físico. Fue impartida el día 19-octubre-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de 9 pacientes.
A los asistentes a las sesiones, se les realizó un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y el mismo test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. Cada test consistía en 5 preguntas, en las que se daba a elegir entre cuatro respuestas, siendo sólo una de ellas verdadera; la puntuación máxima, por lo tanto, era un 5.
Los indicadores fueron los siguientes:
Resultados Test previo a cada sesión:
1 sesión: 3,25
2 sesión: 2,85
3 sesión: 4,33
4 sesión: 3,66
Total: 3,52

Resultados Test posterior a cada sesión :
1 sesión: 4,25

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

2 sesión: 3,75
3 sesión: 5
4 sesión: 4,22
Total: 4,30

Al finalizar la última sesión se realizó una encuesta de satisfacción a todos los asistentes, para que valorasen en conjunto todas las sesiones realizadas. La media de los resultados obtenidos fue (escala puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima):
- La duración de la actividad ha sido: 5
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas: 5
- El contenido de la sesión ha sido útil: 5
- He aprendido cosas nuevas: 5
- Valoración general de la actividad: 4,6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La educación grupal ha mejorado los conocimientos de la diabetes por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la mejoría de la puntuación del test posterior a la realización del taller. Esta actividad ha tenido muy buena acogida por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la encuesta de satisfacción. Los participantes en las sesiones mostraron su satisfacción por las sesiones realizadas, y expresaron su deseo de que se organizasen más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres.
Sin embargo, dada la dispersión de la población y la orografía solamente se consiguió sacar un grupo de trabajo en un pueblo de los pertenecientes al centro de salud, por lo que se decide dar por finalizado el programa, siguiendo con educación individual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/538 ========== ***

Nº de registro: 0538

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
MARCO LOSTAL CARMEN, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, EDO MALLEN JOSE MANUEL, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, VALLE LOBATON JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.
En el EAP Cantavieja no es frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos es la dispersión poblacional, por lo que se tiende a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, creemos conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.
La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.
Con este proyecto se quiere reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También se quiere implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

MÉTODO
Se formarán 2- 3 profesionales del equipo en los contenidos del programa estructurado de educación grupal del Servicio Aragonés de Salud. Para ello, asistirán a un curso completo de educación grupal desarrollado por uno de los centros del sector que ha sido formado para implementar este programa. Se impartirán un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente de una hora y media de duración. Cada una de ellas será impartida por dos miembros del equipo. La actividad se desarrollará en la sala de juntas del CS Cantavieja.
Cada sesión constará de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos proporcionados por el programa del Servicio Aragonés de Salud, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol-playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de forma activa. En las sesiones se favorecerá el dialogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.
La captación de pacientes se realizara a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera, que contendrán información básica como fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. También se utilizará la captación activa de pacientes cuando acudan por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería, ya sean consultas programadas o a demanda.
El grupo será homogéneo: en función del nivel de instrucción. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares
A los asistentes a las sesiones, se les realizará un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y otro test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. También, al acabar el curso, se les realizara una encuesta de satisfacción.

INDICADORES
Resultados Test previo a cada sesión
Resultados Test posterior a cada sesión
Resultados de la encuesta de satisfacción

DURACIÓN
Dependerá del calendario de formación del SALUD para desarrollar el curso de educación grupal donde se difundirá el programa estructurado. En los meses siguientes se realizarán los talleres que se crean necesarios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 05/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO ANA PAULO FUERTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION
GOMEZ SILVESTRE MANUELA
APARICIO ROS EUSEBIO
CUCALON LAFUENTE MARCELINO
EGEA PER OSCAR
GRANADA GARCIA PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud fue la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilitasen la accesibilidad al paciente. Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asisten¬ciales, que se realizan sin que el paciente se desplace has¬ta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enferme¬ra o el administrativo, utilizando como canal de comuni¬cación el teléfono, la correspondencia, el correo electróni¬co o el SMS.
Los objetivos de nuestro proyecto fueron los siguientes:
- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equi¬po de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profe¬sionales lo distribuyen mejor)
El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el mes de Diciembre de 2017 en nuestro centro de salud, que fue cuando se instauró esta consulta, donde no llegamos al objetivo mínimo del contrato programa. En concreto en consulta de medicina, en el mes de diciembre 2017, se logró un 4,65% de CNP (objetivo mínimo 5%) y en consulta de enfermería un 2,5% (objetivo mínimo un 10%).
A partir de estos datos, se fueron realizando reuniones trimestrales donde se presentaban los datos obtenidos hasta ese momento, y se resolvían las dudas que podían surgir a los profesionales.
El día 9 de abril de 2018 en una reunión con el equipo se presentaron los datos obtenidos en el primer trimestre del año que fueron los siguientes, en medicina se consiguió que un 8,41% del total de consultas fueras consultas no presenciales (hubo en total 3138 consultas y de ellas 264 fueron consultas no presenciales) y en enfermería un 9,77% de las consultas fueron no presenciales (hubo 1258 consultas, de las cuales 123 fueron CNP)
Los resultados del segundo trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 Julio de 2018. En medicina el 14,58% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3496 consultas, de las cuáles 510 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,89% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuáles 209 fueron CNP). En total en el primer semestre de 2018 se consiguieron los siguientes resultados ; en medicina el 11,66% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 6634 consultas, de las cuáles 774 fueron CNP) y en enfermería el 11,53% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 2879 consultas, de las cuales 332 fueron CNP).
Los resultados del tercer trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 22 octubre de 2018. En medicina el 11,62% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3844 consultas, de las cuáles 447 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 8,08% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuáles 131 fueron CNP). En total, en los primeros nueves meses de 2018 se consiguieron los siguientes resultados ; en medicina el 11,65% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 10478 consultas, de las cuáles 1221 fueron CNP) y en enfermería el 11,84% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3910 consultas, de las cuales 463 fueron CNP).
Los resultados del cuarto trimestre se presentarán en una reunión que se realizará este mes de enero de 2019, donde se presentarán también los resultados finales. En el cuarto trimestre, en medicina el 12,70% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3590 consultas, de las cuáles 456 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,56% (hubo un total de 1807 consultas, de las cuáles 227 fueron CNP).
Como conclusión en el año 2018; en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuáles 1677 fueron CNP) y en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717 consultas, de las cuales 690 fueron CNP)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría): en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuáles 1677 fueron CNP)
10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

consultas de enfermería): en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717 consultas, de las cuales 690 fueron CNP).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este tipo de consulta ha tenido una buena acogida tanto por los profesionales sanitarios, como por parte de los pacientes, consiguiendo resultados muy óptimos y alcanzando el objetivo mínimo establecido en nuestro contrato programa

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/539 ========== ***

Nº de registro: 0539

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Autores:
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, APARICIO ROS EUSEBIO, GRANADA GARCIA PASCUAL, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, SANJUAN DOMINGO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cnp
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente.
Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asisten¬ciales, que se realizan sin que el paciente se desplace has¬ta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enferme¬ra o el administrativo, utilizando como canal de comuni¬cación el teléfono, la correspondencia, el correo electróni¬co o el SMS.
Hay tres tipos de CNP en función del tipo de demanda que resuelven, que son las siguientes:
- Un primer grupo son todas aquellas visitas para entre¬gar resultados de analíticas y pruebas complementa¬rias.
- Un segundo grupo serían las visitas asistenciales de pacientes con patología crónica que habitualmente si¬guen protocolos y programas de salud. Si ofrecemos información y formación al paciente sobre los objetivos de su problema de salud y lo responsabilizamos, algu¬nas de esas visitas de control pueden hacerse por telé¬fono. En el seguimiento de una patología aguda, puede ser útil programar al cabo de unos días un contacto te¬lefónico para valorar la evolución. Después de una visi¬ta a otro especialista, un ingreso o una atención en un servicio de urgencias, en ocasiones, una consulta no presencial será suficiente como primer contacto.
- El tercer grupo serían las visitas administrativas que deben estar dirigidas al personal de administración para que las gestionen y resuelvan con o sin ayuda del per¬sonal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equi¬po de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profe¬sionales lo distribuyen mejor)

MÉTODO
- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equi¬po de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profe¬sionales lo distribuyen mejor)

INDICADORES
5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría)
10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería)

DURACIÓN
Difusión e información del proyecto al equipo de EAP: primer trimestre 2018
Creación del circuito de demanda no presencial: primer trimestre 2018
Reuniones trimestrales con el equipo de EAP para analizar los resultados obtenidos hasta ese momento y planteamiento/ejecución de acciones de mejora .
Análisis de los indicadores y elaboración de la memoria: enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO ANA PAULO FUERTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CANTAVIEJA
· Localidad ..... CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN DOMINGO RAQUEL
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION
GOMEZ SILVESTRE MANUELA
APARICIO ROS EUSEBIO
CUCALON LAFUENTE MARCELINO
MARCO LOSTAL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud fue la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilitasen la accesibilidad al paciente. Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asistenciales, que se realizan sin que el paciente se desplace hasta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enfermera o el administrativo, utilizando como canal de comunicación el teléfono, la correspondencia, el correo electrónico o el SMS.
Los objetivos de nuestro proyecto fueron los siguientes:
- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)
El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el mes de Diciembre de 2017 en nuestro centro de salud, que fue cuando se instauró esta consulta, donde no llegamos al objetivo mínimo del acuerdo de gestión clínica. En concreto en consulta de medicina, en el mes de diciembre 2017, se logró un 4,65% de CNP (objetivo mínimo 5%) y en consulta de enfermería un 2,5% (objetivo mínimo un 10%).
A partir de estos datos, se fueron realizando reuniones trimestrales donde se presentaban los datos obtenidos hasta ese momento, y se resolvían las dudas que podían surgir a los profesionales.
El día 9 de abril de 2018 en una reunión con el equipo se presentaron los datos obtenidos en el primer trimestre del año que fueron los siguientes, en medicina se consiguió que un 8,41% del total de consultas fueras consultas no presenciales (hubo en total 3138 consultas y de ellas 264 fueron consultas no presenciales) y en enfermería un 9,77% de las consultas fueron no presenciales (hubo 1258 consultas, de las cuales 123 fueron CNP)
Los resultados del segundo trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 Julio de 2018. En medicina el 14,58% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3496 consultas, de las cuáles 510 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,89% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuáles 209 fueron CNP). En total en el primer semestre de 2018 se consiguieron los siguientes resultados ; en medicina el 11,66% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 6634 consultas, de las cuáles 774 fueron CNP) y en enfermería el 11,53% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 2879 consultas, de las cuales 332 fueron CNP).
Los resultados del tercer trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 22 octubre de 2018. En medicina el 11,62% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3844 consultas, de las cuáles 447 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 8,08% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuáles 131 fueron CNP). En total, en los primeros nueves meses de 2018 se consiguieron los siguientes resultados ; en medicina el 11,65% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 10478 consultas, de las cuáles 1221 fueron CNP) y en enfermería el 11,84% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3910 consultas, de las cuales 463 fueron CNP).
Los resultados del cuarto trimestre se presentaron en una reunión que se celebró el 18 de febrero de 2019, donde se presentaron también los resultados finales. En el cuarto trimestre, en medicina el 12,70% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3590 consultas, de las cuáles 456 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,56% (hubo un total de 1807 consultas, de las cuáles 227 fueron CNP).
Como conclusión en el año 2018; en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuáles 1677 fueron CNP) y en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717 consultas, de las cuales 690 fueron CNP)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría): en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuáles 1677 fueron CNP)
10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería): en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

consultas, de las cuales 690 fueron CNP).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este tipo de consulta ha tenido una buena acogida tanto por los profesionales sanitarios, como por parte de los pacientes, consiguiendo resultados muy óptimos y alcanzando el objetivo mínimo establecido en nuestro acuerdo de gestión clínica.

7. OBSERVACIONES.
Es memoria final

*** ========== Resumen del proyecto 2018/539 ========== ***

Nº de registro: 0539

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Autores:
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, APARICIO ROS EUSEBIO, GRANADA GARCIA PASCUAL, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, SANJUAN DOMINGO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cnp
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente.
Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asisten¬ciales, que se realizan sin que el paciente se desplace has¬ta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enferme¬ra o el administrativo, utilizando como canal de comuni¬cación el teléfono, la correspondencia, el correo electróni¬co o el SMS.
Hay tres tipos de CNP en función del tipo de demanda que resuelven, que son las siguientes:
- Un primer grupo son todas aquellas visitas para entre¬gar resultados de analíticas y pruebas complementa¬rias.
- Un segundo grupo serían las visitas asistenciales de pacientes con patología crónica que habitualmente si¬guen protocolos y programas de salud. Si ofrecemos información y formación al paciente sobre los objetivos de su problema de salud y lo responsabilizamos, algu¬nas de esas visitas de control pueden hacerse por telé¬fono. En el seguimiento de una patología aguda, puede ser útil programar al cabo de unos días un contacto te¬lefónico para valorar la evolución. Después de una visi¬ta a otro especialista, un ingreso o una atención en un servicio de urgencias, en ocasiones, una consulta no presencial será suficiente como primer contacto.
- El tercer grupo serían las visitas administrativas que deben estar dirigidas al personal de administración para que las gestionen y resuelvan con o sin ayuda del per¬sonal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equi¬po de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profe¬sionales lo distribuyen mejor)

MÉTODO
- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equi¬po de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profe¬sionales lo distribuyen mejor)

INDICADORES
5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría)
10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería)

DURACIÓN
Difusión e información del proyecto al equipo de EAP: primer trimestre 2018
Creación del circuito de demanda no presencial: primer trimestre 2018
Reuniones trimestrales con el equipo de EAP para analizar los resultados obtenidos hasta ese momento y planteamiento/ejecución de acciones de mejora .
Análisis de los indicadores y elaboración de la memoria: enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1438

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BELEN MORENO COLAS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVADOR FRAN MARTA
FERRER LOREN JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión informativa al equipo sobre la mejora del registro en OMI de los diagnósticos.
Reajuste de las agendas de medicina de familia, pediatria y enfermería para incluir en ella huecos para la demanda no presencial.
Puesta en marcha de la demanda presencial para aquellas consultas en las que pueda ser válida y adecuada esta visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dar forma a la consulta no presencial en la agenda que antes se hacía pero sin que constara su presencia de la misma, consiguiendo que entre un 8-10% de las visitas sean no presenciales. Queda por demostrar que esa consulta no presencial vaya acompañada de una disminución de la consulta de demanda y mejora de los indicadores de eficiencia de las visitas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El formato de consulta no presencial puede tener gran validez en la agenda diaria de atención primaria si va acompañado de una disminución de las consultas presenciales y a su vez en la mejora de la eficiencia de las visitas, aspecto que está aún por confirmarse.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1438 ========== ***

Nº de registro: 1438

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
MORENO COLAS BELEN, SALVADOR FRAN MARTA, FERRER LOREN JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Variadas
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Caspe hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1438

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Caspe

MÉTODO
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, segumiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
- Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
- Mayo-Junio: sesiones clínicas
- Mayo: adaptación de agendas
- Revisión periódica de indicadores
- Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0079

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALONGE VERGARA MARIA ISABEL
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA
FRANCIN POBLADOR ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión de la bibliografía existente por el equipo de mejora.

Definir el contenido del maletín para intoxicaciones agudas en Atención Primaria.

Se pone en conocimiento del equipo de Atención Primaria, la existencia, contenido del maletín y su mantenimiento; que sigue el esquema básico del procedimiento de carros y maletines de la norma ISO 9001.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se dispone de un maletín para el manejo de las intoxicaciones agudas, con el teléfono Nacional de toxicología y el de la Unidad de toxicología del Hospital Clínico de Zaragoza.

Se deja una copia de los protocolos consultados en el box de urgencias:

1. Manejo general de las intoxicaciones agudas. Protocolo clínico de la Ribera. Realizado en 2014 y revisado en 2016.

2. Protocolo de actuación ante intoxicaciones agudas de la Agencia Valenciana de Salud. Año 2008.

3. Pautas de actuación en urgencias en el centro de salud rural. Organización Médica Colegial.

4. Se informa de la documentación existente para consulta en la Página Web www.murciasalud.es/toxiconet.

5. Se comenta la aplicación APP antídotos para una consulta rápida desde el móvil. Está avalada por la SESCAM y H. General Universitario de Ciudad Real.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El manejo de la intoxicación aguda implica una actuación tiempo dependiente. Cuanto más precoz sea nuestra intervención mejor pronóstico.

Esta es una acción preventiva para evitar modos de fallo futuros en nuestro centro. El disponer de un maletín de atención a las intoxicaciones agudas mejora de forma eficiente nuestra atención tanto en el C. Salud como en el domicilio, ya que se agiliza la intervención porque no se debe preparar nada en el momento de la urgencia, y se evitan olvidos de material.

7. OBSERVACIONES.
No se ha hecho un protocolo concreto, se ha realizado consulta de varios protocolos ya existentes y se han puesto en conocimiento del personal del centro.

Se han programado en el plan de formación del primer trimestre de 2018 sesiones sobre las intoxicaciones más frecuentes.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/79 ========== ***

Nº de registro: 0079

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0079

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN

CEBRIAN FRANCO MILAGROS, CALONGE VERGARA MARIA ISABEL, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, FRANCIN POBLADOR ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Surge la necesidad de elaboración tras la atención sanitaria de numerosos casos de intentos autolíticos e intoxicaciones agudas en el área del C.S. Caspe.
El centro de salud de Caspe-Chiprana está en el sistema de calidad ISO 9001, con certificación en 2011, recertificación en 2014 y auditorias internas anuales.
En la actualidad no se dispone de ningun maletin específico para el tratamiento agudo de este tipo de patologias, lo que implica demora y posibles olvidos a la hora de preparar el material necesario para asistir estas urgencias, sobre todo si la asistencia se realiza en domicilio.
El manejo de la intoxicación aguda implica una actuación tiempo dependiente, pues el objetivo principal es impedir la acción del tóxico sobre el organismo y evitar más daños de los presentados por el paciente. Cuanto más precoz sea nuestra intervención mejor prónostico.
Si disponemos de un protocolo básico y maletin de atención a las intoxicaciones agudas mejoraremos de forma eficiente nuestra atención tanto en el C. Salud como en el domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un protocolo básico de atención a las intoxicaciones agudas en el medio extrahospitalario.
Disponer de un maletin para intoxicaciones agudas para uso común de todo el equipo de atención primaria.
Asegurar la disponibilidad permanente de todos los contenidos del maletin.
Disminuir el tiempo de atención en este tipo de intervenciones y evitar olvidos de material.
Facilitar el procotolo para su posible incorporación a los procedimientos del Sistema de Calidad ISO de equipos de Atención Primaria del sector de Alcañiz.

MÉTODO
Revisión de la bibliografía exitente por el equipo de mejora.
Definir el contenido del maletin para intoxicaciones agudas en Atención Primaria.
Sesión para poner en conocimiento del equipo de atención primaria el protocolo, la existencia y contenido del maletin y su mantenimiento.

INDICADORES
Disponer de un maletin para el manejo de intoxicaciones agudas.
Registro de incidencias sobre atenciones en casos de intoxicación aguda por parte del equipo.

DURACIÓN
1. Revisión bibliográfica: enero 2017
2. Reuniones de trabajo: febrero 2017
4. Puesta en marcha del procedimiento y sus indicadores de evaluación: marzo 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA BUISAN CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 se ha realizado un MAPA a 15 pacientes del mi cupo. Es un cupo con una media de 1760 pacientes de los cuales 354 están incluidos en el programa de crónicos de hipertensión arterial, es decir se ha realizado el MAPA a un 4,2% de los paciente hipertensos del cupo
Para realizar el proyecto he usado un MAPA que tengo en consulta, realizando el MAPA a aquellos pacientes que tenia duda sobre mi eran hipertensos en el diagnóstico incial del proceso bien mediante despistaje en consultas de enfermeria o tras la realización de un AMPA en domicilio cuyas cifras no eran concluyentes. También se ha realizado MAPA en pacientes con diagnóstico de HTA y tratameinto de la misma, en los cuales los controles de TA en la consulta de enfermería o mediante AMPA eran dudosos
Los pacientes eran citados a las 8:00 de la mañana el día de la colocación del MAPA reservadon 15 minutos para colocar y explicar el proceso y al día siguiente a las 8:00 de la mañana se retiraba y leia el MAPA reservando en este caso 25 minutos para poder retirar, descargar los datos, explicar los resultados al paciente y realizando las modificaciones terapeúticas oportunas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los MAPAS realizandos a los pacientes se observó que un 20% no eran hipertensos, un 20% eran hipertensos con patrón dipper, un 15 % eran hipertensos con patrón non dipper, 10 % eran hipertensos con patrón risser. y un 65 % tenian cifras de tensión arterial dentro de valores normales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL uso del MAPA en atención primaria es una herramienta necesaria tanto en el diagnóstico como en el control de los pacientes hipertensos y que además evita derivaciones innecarias al servicio de nefrología para realizarlas. Incluso hay guias como la NICE en las que acosejan la realización de un MAPA a todos los pacientes antes de diagnosticarlos de HRA

7. OBSERVACIONES.
Como todo prueba requiere tiempo para poder hacerse en las consultas de AP, por lo que se debería intentar disminuir la masifiación de los cupos para poder disponer de espacio en las agendas

*** ========== Resumen del proyecto 2016/184 ========== ***

Nº de registro: 0184

Título
UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, ABADIA BUISAN CAROLINA, VALLEJO GERMOSEN LORENZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En un cupo de 1600 pacientes hay 300 pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, haciendo el diagnóstico y seguimiento del mismo con los controles rutinarios de TA que se realizan en la consulta siendo en la mayoría de los casos el resultado satisfactorio. Hay diagnósticos de HTA enmascarada, HTA de bata

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

blanca, HTA descontrolada que puede ser mal diagnósticados al obtener sólo de la TA en la consulta.
El MAPA (monitoreo ambulatoria de la presión arterial) también llamado holter de tensión arterial es un método técnico no invasivo que pretende obtener una medición de la presión arterial durante un periodo de tiempo determinado, generalmente 24 horas, de forma ambulatoria (fuera de la consulta u hospital), de tal forma que los datos de tensión arterial recogidos puedan ser posteriormente analizados por su médico y ayudar a diagnosticar correctamente a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Diagnosticar con más seguridad de hipertensos a aquellos pacientes con dudas sobre su diagnostico. Obtener un control óptimo de la tensión arterial al obtener una monitorización de 24h de la tensión arterial.

MÉTODO
Realizar un MAPA en los pacientes en que el cribado de HTA en la consulta ofrezca dudas, en los que las cifras de AMPA sean discordantes con los controles en consulta y en aquellos pacientes en tratamiento que no se consigue un control óptimo de sus cifras tensionales (guía nice HTA 2011, guía Europea de HTA 2013).
Tanto el médico como la DUE de la consulta seleccionaran a los pacientes que sean susceptibles de realizarles un MAPA y serán citados para realizarlo.

INDICADORES
% de pacientes evaluados con diagnóstico de HTA de bata blanca
% de pacientes con patrón no dipper

DURACIÓN
Se iniciaría a mediados de octubre de 2016 hasta mayo de 2017, puesto que el inicio del calor puede ser molesto para el paciente de cara a llevar el manguito de tensión colocado.
Se programaria un MAPA a la semana ajustándolo en el horario de consultas programadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA BUISAN CAROLINA
VALLEJO GERMOSEN LORENZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de un MAPA a aquellos pacientes que creaban dudas respecto al diagnóstico de HTA según las cifras registradas en la consulta.
Realización de MAPA en aquellos pacientes en tt antihipertensivo y con mal control del mismo según las cifras de consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la realización de MAPA a 36 pacientes se consulta, se pudo comprobar el elevado porcentaje de HTA de bata blanca, diagnosticar pacientes que presentaban un patrón no dipper y pacientes con HTA no controlada para poder modificar el tratamiento antihipertensivo y ajustar sus cifras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El uso del MAPA es una herramienta muy útil en el diagnostico y manejo de HTA en AP, debiendo potenciar su uso por parte de las direcciones médicas respectivas y no dejando su uso casi exclusivamente para la atención especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/184 ========== ***

Nº de registro: 0184

Título
UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, ABADIA BUISAN CAROLINA, VALLEJO GERMOSEN LORENZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En un cupo de 1600 pacientes hay 300 pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, haciendo el diagnóstico y seguimiento del mismo con los controles rutinarios de TA que se realizan en la consulta siendo en la mayoría de los casos el resultado satisfactorio. Hay diagnósticos de HTA enmascarada, HTA de bata blanca, HTA descontrolada que puede ser mal diagnósticados al obtener sólo de la TA en la consulta.
El MAPA (monitoreo ambulatoria de la presión arterial) también llamado holter de tensión arterial es un método técnico no invasivo que pretende obtener una medición de la presión arterial durante un periodo de tiempo determinado, generalmente 24 horas, de forma ambulatoria (fuera de la consulta u hospital), de tal forma que los datos de tensión arterial recogidos puedan ser posteriormente analizados por su médico y ayudar a diagnosticar correctamente a los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
Diagnosticar con más seguridad de hipertensos a aquellos pacientes con dudas sobre su diagnostico. Obtener un control óptimo de la tensión arterial al obtener una monitorización de 24h de la tensión arterial.

MÉTODO
Realizar un MAPA en los pacientes en que el cribado de HTA en la consulta ofrezca dudas, en los que las cifras de AMPA sean discordantes con los controles en consulta y en aquellos pacientes en tratamiento que no se consigue un control óptimo de sus cifras tensionales (guía nice HTA 2011, guía Europea de HTA 2013).
Tanto el médico como la DUE de la consulta seleccionaran a los pacientes que sean susceptibles de realizarles un MAPA y serán citados para realizarlo.

INDICADORES
% de pacientes evaluados con diagnóstico de HTA de bata blanca
% de pacientes con patrón no dipper

DURACIÓN
Se iniciaría a mediados de octubre de 2016 hasta mayo de 2017, puesto que el inicio del calor puede ser molesto para el paciente de cara a llevar el manguito de tensión colocado.
Se programaria un MAPA a la semana ajustándolo en el horario de consultas programadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1135

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL CALONGE VERGARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
PIÑOL FORCADELL PILAR
GIL GARCIA MONTSERRAT
MORENO BERRUEZO SUSANA
CEBRIAN FRANCO MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesiones formativas por parte de la unidad de tabaquismo del servicio de neurología del hospital de Alcañiz.
Detección del consumo de tabaco por parte de los profesionales de AC aprovechando la visita del paciente joven a la AC así como la realización de una intervención breve a los pacientes fumadores.
Aumento de las intervenciones sobre el tabaco en las consultas de demanda

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aumento del 3,3% en las intervenciones realizadas sobre los pacientes fumadores.
La detección de pacientes fumadores no ha experimentado el incremento esperado tras los objetivos planteados y la implicación del personal de atención continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un proyecto que no ha dado los frutos esperados y hay que seguir insistiendo tanto en la detección de fumadores como en la intervención sobre ellos de cara a subir ambos índices que todavía son inferiores a lo esperado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1135 ========== ***

Nº de registro: 1135

Título
IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, VALLEJO GERMOSEN LORENZA, CALONGE VERGARA MARIA ISABEL, PIÑOL FORCADELL PILAR, GIL GARCIA MONTSERRAT, MORENO BERRUEZO SUSANA, CEBRIAN FRANCO MILAGROS, RELANCIO PASCUAL PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo:
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco.
Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1135

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO
Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES
- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco

DURACIÓN
Marzo-Abril: Elaboración del procedimiento
Mayo: Difusión del procedimiento
Junio-Diciembre: Monitorización de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA COSTA MONTAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ MUNIESA ROSARIO
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
VALLEJO GERMOSEN LORENZA
MORALES EMPERADOR JESUS
ANDREU ARASCO LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
. Gestión de indicadores: El coordinador del centro ha mostrado cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos.

- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. El año pasado se alcanzó el estándar.

Tras las revisiones cuatrimestrales se han desarrollado las siguientes acciones de mejora:
Planes de cuidados en EPOC. Actividades de rehabilitación respiratoria
Sesión sobre el plan de conocimientos deficientes en diabetes.
Sesión sobre índice tobillo brazo
Sesión sobre tabaquismo

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO. Se referencian en el apartado de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores del contrato de gestión y los indicadores de diabetes muestran una estabilización respecto al año anterior.
En cuanto a indicadores del sector en espirometrías realizadas a fumadores entre 40 y 80 años en los últimos 5 años hemos mejorado un 5% en 2017 alcanzando el 21%, por encima del estándar mínimo solicitado por el sector, en cuanto a realización de ITB en pacientes diabéticos entre 50 y 80 años hemos alcanzado el objetivo del sector con un 32%, lo mismo que en el % de mujeres entre 29 y 65 años que consta el registro de citología vaginal en los últimos 5 años donde se ha sobrepasado ampliamente el objetivo del sector alcanzando en su primer año un 53%.

En indicadores de farmacia, los objetivos de prescripción de antibióticos en pediatría se ha mejorado el indicador de faringoamigdalitis estreptocócica en un 18% (79,19%) mientras que en el caso de otitis media se ha mejorado un 6% (89,52) mejorando en todos los indicadores.

No se dispone de los indicadores de eficiencia ajustados por ACGs.

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.
- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. No se han detectado problemas en 2017
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. Sin incidentes relevantes en 2017.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. Se ha creado un maletín específico para intoxicaciones en 2017.

- Gestión de incidencias: las más repetidas han sido averías repetidas del ascensor (ya solucionadas) y una avería en OMI-AP durante una guardia en la que se produjo la atención a un paciente que no recordaba a qué fármaco era alérgico, lo que pudo tener consecuencias.
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido.
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas
9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 04/07/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con buenos resultados en un centro que tradicionalmente había tenido muy malos resultados en satisfacción.
10. Auditoria interna: 07/07/17. Se destaca el tratamiento de las reclamaciones y el buen control de los materiales en el centro, así como el registro informatizado de las incidencias. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes proyectos de mejora:
- Se evidenció que la recogida de residuos se realizaba cada 3 meses, lo que en un centro grande produce acumulación. Se solicitó a dirección aumentar la frecuencia
- Se evidenció que algunos links del manual de acogida estaban obsoletos: renovación del manual de acogida
11. Seguridad. El centro participa en el registro SINASP. Se ha realizado sesión clínica sobre interpretación de Rx de tórax, dado que siguen sin informarse desde el servicio de radiología. También se han realizado 3 sesiones formativas reanimación cardiopulmonar básica y avanzada además de una sesión sobre intoxicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque han cambiado un número significativo de profesionales en el centro, la sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Sin embargo, parece haberse resentido la gestión por objetivos, es necesario retomar el liderazgo de la etapa anterior.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1344 ========== ***

Nº de registro: 1344

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, RUIZ MUNIESA ROSARIO, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, VALLEJO GERMOSEN LORENZA, MORALES EMPERADOR JESUS, ANDREU ARASCO LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El CS Caspe está certificado desde el año 2011 con norma ISO 9001:2008. En el proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. El reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Y este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros CS, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO
* Gestión de indicadores médicos: El coordinador del CS mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado, tenemos ahora las siguientes acciones de mejora pendientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen

o Indicadores programa de diabetes

o Indicadores de Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector Alcañiz. Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,

o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los 5 últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

o Eficiencia en derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual. Revisión de los motivos de derivación más frecuentes a las especialidades más demandadas. Implantación de la realización de citologías/VPH en la consulta de matrona del CS

o Incremento del peso medio en ACGs del CS mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

* Gestión de indicadores en enfermería: La coordinadora de enfermería del CS mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:

o Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector de Alcañiz con Marta Alquezar que explicará el procedimiento de atención al tabaquismo del sector. Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,

o Planes personales de enfermería: EPOC y registro en diabetes. Revisión del registro de los planes personales de enfermería

o Doppler, espirometría: seguimiento de la implantación de las mencionadas pruebas funcionales

o Indicadores nuevos y cuadro de mando en diabetes

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del CS, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura

- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.

- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan

- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES
Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

DURACIÓN
* Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

* Mayo: revisión por la dirección

* Junio-Septiembre: auditoría interna

* Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA RELANCIO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
ISTRATE RAMONA RALUCA
BELLES PALLARES LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado talleres de una hora de duración. Con una parte teórica guiada por una presentación, y otra parte práctica, ésta de mayor duración, en la que se ha trabajado con maniquíes especiales y los propios alumnos entre ellos.
Los conocimientos enseñados han sido:
- Paciente inconsciente, cómo identificarlo y qué hacer al respecto, pedir ayuda. Teléfonos importantes, 061 y 112.
- Posición lateral de seguridad.
- Maniobras de RCP básica, eficaces, ordenadas, postura y fuerza adecuada, agotamiento que éstas producen.
- Obstrucción de la vía aérea, cuándo dejar toser, cuándo golpes interescapulares y maniobra de Heimlich.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la charla con los alumnos y profesores, en las preguntas orales que se les realizan y en la observación de la realización de la práctica, se valora por nuestra parte y por la de ellos un aumento en los conocimientos que tenían previamente y una mejora en las habilidades de las maniobras enseñadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En los centros de educación primaria de la localidad no existe de forma reglada formación en primeros auxilios para los alumnos, creemos sería interesante hacerlo de forma habitual. Se elige el curso de 6º de primaria porque los profesores tienen el tema incluido en su temario, y además, pensamos los niños están con una gran capacidad de aprendizaje, curiosidad y motivación. La PCR es un problema que implica a todos los colectivos. Reconocerla y saber actuar es fundamental. Estudios demuestran que una RCP básica de calidad y precoz aumenta de manera eficaz la supervivencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/933 ========== ***

Nº de registro: 0933

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Autores:
RELANCIO PASCUAL PATRICIA, GUIU CAMPOS MIGUEL, ISTRATE RAMONA RALUCA, BELLES PALLARES LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los centros de educación primaria no existe de forma reglada formación en materia de primeros auxilios para los niños, por ello el profesorado del centro nos solicita formación para los alumnos de 6º de primaria en este tema. Desde el centro de salud consideramos que es primordial que éstos conozcan cómo realizar maniobras básicas de RCP, saber cómo actuar ante un atragantamiento, cómo y a quién avisar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
Que los niños de 6º primaria conozcan el protocolo de actuación ante un paciente insconciente, sepan como actuar ante un atragantamiento, y adquieran habilidad para realizar las maniobras básicas de RCP.

MÉTODO
Se realizan sesiones de una hora de duración con el alumnado. Previamente se valoran los conocientos que tienen los niños, se continúa con una breve formación teórica seguida de una parte práctica con maniquíes, para terminar con un conciso resumen de lo explicado y resolución de las dudas que puedan haberles surgido.

INDICADORES
Al finalizar la sesión de formación se comparan los conocimientos adquiridos respecto a los que tenían antes de realizarla.
También se hace un coloquio con los profesores para que valoren lo aprendido por los niños.

DURACIÓN
Las sesiones tendrán una hora de duración y se prevee realizarlas de forma anual en cada colegio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1400

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCIA BELLES PALLARES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASPE
· Localidad ..... CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA MORENO MERCEDES
ABADIA BUISAN CAROLINA
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
ROCA BERENGUER MARGARITA
GODINO MOYA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A primeros de año se nos presenta el programa Paciente Crónico Complejo en OMI-AP ya funcionando en otros sectores de la Comunidad Autónoma de Aragón (sesión única de una hora,ofertada por profesionales del hospital de Alcañiz 6ª planta Unidad PCC).La implementación fue aceptada por nuestro equipo multidisciplinar de C.S.Caspe pero a la hora de empezar a captar y trabajar con estos pacientes empezaba la fecha donde muchos temporeros acuden a este municipio a trabajar y el número de pacientes por cupo se desborda,era muy difícil trabajar con tanto volumen de gente inmigrante con otro idioma y cultura(requieren mucho tiempo de atención) por lo que nuestro equipo de profesionales fue dejando el programa del PCC para después del verano.

Empezamos poniendo de dos a tres pacientes por cupo,
eligiendo a los que pensábamos que hacían más ingresos (GMA>99) los incluimos en el programa previa información oral y escrita (folleto de explicación adherido al programa) y realizábamos una valoración integral inicial tanto en consulta como en domicilio pero después de rellenar en OMI-AP todos los cuestionarios no sabiamos cada cuánto y cómo tener más contacto con la unidad hospitalaria del crónico complejo.
Después de muchas dudas de todo el equipo, decidimos tres enfermeras de nuestro centro apuntarnos al curso que ofertaba el hospital de Alcañiz 5 y 6 de Noviembre .Tras su finalización salimos muy contentas,parecía que habíamos entendido un poco más(nuestras ganas de seguir con el PCC era más positivas).

Al llegar al centro y tras una de las sesiones organizadas cada lunes,se decide que vuelvan a dar otra sesión del PCC en nuestro centro de salud.

Tras esta sesión del 26 de noviembre parece todas las dudas estar resueltas y realmente es entonces cuándo empieza la verdadera implementación del Paciente Crónico Complejo en el centro de salud de Caspe.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
%De pacientes con GMA>99incluidos en programa: 41,33%
%De pacientes con plan de intervención escrito en último contacto.61,29%
%De pacientes que no han recibido asistencia en el último mes:29,03%
%De pacientes que no han recibido asistencia en los últimos tres meses:35,48%
%De pacientes con contacto en atención primaria en los cuatro días siguientes después de ser dados de alta hospitalaria:18,91%
%De pacientes con tres ingresos en los últimos seis meses:4,29%
%De pacientes ingresados por mes:41,93%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este proyecto con resultados mejorables, ha comprometido a todo nuestro equipo a trabajar de manera estratégica con cada uno de ellos para determinar su ruta asistencial en su situación clínica, ya que después de la inclusión de varios paciente muy demandantes y con gran descompensación nos hemos dado cuenta de que estas unidades funcionan(facilitan al usuario una atención equilibrada y personalizada) obteniendo resultados clínicos esperados entre calidad de cuidados/costes asociados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1400 ========== ***

Nº de registro: 1400

Título
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1400

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Autores:
BELLES PALLARES LUCIA, GRACIA MORENO MERCEDES, ABADIA BUISAN CAROLINA, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, ROCA BERENGUER MARGARITA, GODINO MOYA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
EL DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO ACABA DE COMENZAR EN NUESTRO CENTRO DE SALUD (CASPE) Y NUESTRAS COBERTURAS SON MUY BAJAS TODAVÍA

RESULTADOS ESPERADOS
INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES PARA EVITAR INGRESOS

MÉTODO
SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LOS MISMOS

INDICADORES
% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA
%DE PACIENTES CON PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO
%DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES
%DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
%DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES DESPUÉS DEL ALTA
%PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
%PACIENTES INGRESADOS/MES

DURACIÓN
JUNIO:SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
JUNIO-JULIO:PRIMER CORTE DE INDICADORES
SEPTIEMBRE:SEGUNDO CORTE
ENERO:REVISIÓN FINAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0400

1. TÍTULO

MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL RIOS LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER MAHAVE MARTA
CANTIN LOPEZ ELISENDA
SALVANES DURAN BERNARDO
LAZARO GRACIA MARIA PILAR
CALVO ALBAS MARIA ANGELES
GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se formó grupo de trabajo para la busqueda bibliografica.
Se acordo que material y medicaciones debian ir en el maletin.
Se produjo retraso en la compra del maletin lo que provocó un retraso en el proyecto.
Se realizaron hojas de excel para para las revisiones de caducidades, revisiones de material y numero de incidencias.
No dispusimos de nuevo maletin hasta octubre 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El maletin que se proporcionó erá muy pequeño por lo que se replanteó que material debia ir en dicho maletin y se priorizó sobre todo que estuviera le medicacion.
El maletin desapareció del centro en noviembre de 2017 por lo que no se han podido hacer las revisiones planificadas ni calcular los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se va a solicitar un nuevo maletin más adecuado a la atención de urgencia en atencion primaria para poder relanzar el proyecto.
Sería recomendable que el personal de compras nos consultara que tipo de maletin precisamos para poder adecuarlo a la atención en nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/400 ========== ***

Nº de registro: 0400

Título
MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
RIOS LAZARO MIGUEL, LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, FERRER MAHAVE MARTA, CANTIN LOPEZ ELISENDA, SALVANES DURAN BERNARDO, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, CALVO ALBAS MARIA ANGELES, GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología urgente domiciliaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El maletín de urgencias del centro de salud es utilizado por el personal que realiza atención continuada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0400

1. TÍTULO

MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

cuando se desplaza fuera del centro. Hemos detectado en ocasiones ausencia de medicaciones u otros material necesarios,al no haber sido repuesto. Esta falta de material en una urgencia puede provocar una atención no optima. Actualmente no esta organizada la revisión del maletín por lo que el equipo de guardia desconoce cuando ha sido revisado por ultima vez.
La revisión de caducidades y del material del maletín es vital para una atención sanitaria urgente de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera obtener una atención sanitaria al paciente fuera del centro de salud, optima y eficiente y que no provogue el traslado al centro de salud del paciente o el personal por falta de material que debería estar en el maletín.

MÉTODO
Formación de grupo de trabajo que acordará que material y medicaciones son necesarias en el maletín así como su cantidad tras búsqueda bibliográfica y puesta en común entre los componentes para adaptarlo a las características y necesidades del centro de salud.
Elaboración listado de material y medicación con definición de stocks.
Compra de maletines adecuados para la atención urgente.
Reposición de material utilizado tras cada aviso.
Revisión semanal del material y mensual de las caducidades por personal que realiza la atención continuada.
Registro de la revisión mediante fecha y firma del personal que la ha realizado.
Hoja de incidencias con fecha y causa de la incidencia

INDICADORES
% de semanas en las que se ha registrado la revisión de materiales del maletín.
% de meses en los que se ha registrado la revisión de caducidades del maletín
Numero de incidencias de falta de material o caducidad superada

DURACIÓN
Duración del proyecto 8 Meses.
Octubre 2016 con formación grupo de trabajo y puesta en común.
Noviembre 2016 compra de maletines y montaje de maletines.
Diciembre 2016 comienzo de utilización y registro de revisiones e incidencias.
Junio 2017 obtención de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1453

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO PABLO MARTINEZ BARSELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO
GONZALEZ ALGAS JULIO
ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR
RIOS LAZARO MIGUEL
ZUMETA FUSTERO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 2 reuniones en este periodo en las que se analizaron los datos disponibles de los indicadores de este año. Se incidió especialmente en los indicadores en que peores resultados obteníamos.
Se intentó implicar a los M.A.C. en la captación de pacientes fumadores y en la intervención sobre tabaquismo aprovechando la atención en urgencias de pacientes jóvenes que no suelen acudir a su médico de familia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado unos resultados medianamente aceptables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tenemos que perseverar en la mejora de los indicadores, este proyecto de mejora debe continuar el próximo año.
Deberíamos conocer los indicadores seleccionados a comienzos de año, creemos que los 6 primeros meses son los mejores pues en el verano, con la cobertura de las vacaciones y permisos de los compañeros vamos mucho más ajustados de tiempo para realizar consulta programada.
Es preciso implicar a los M.A.C. en la Intervención sobre Tabaco.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1453 ========== ***

Nº de registro: 1453

Título
GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Autores:
MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, RIOS LAZARO MIGUEL, ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA, GONZALEZ ALGAS JULIO, PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1453

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

en el Centro de Salud de Híjar..

MÉTODO
- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos.
- Implicación de MAC y EAC en los indicadores de prescripción pediátrica
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para estos dos colectivos.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Identificación de indicadores que van por debajo del estándar, análisis de causas por las que van por debajo de lo esperado los indicadores con problemas y propuesta de acciones de mejora una vez identificadas esas causas. Las reuniones se registrarán en acta. Implicación de MAC en los indicadores de prescripción de pediatría incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para este colectivo.

INDICADORES
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

DURACIÓN
- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo e indicadores de farmacia con resultados actualizados
- Con carácter cuatrimestral se evaluaran los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2018: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1465

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LARRIPA DE LA NATIVIDAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO
GONZALEZ ALGAS JULIO
LAZARO GRACIA MARIA PILAR
SANCHEZ GIMENO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Charla sobre cronicidad y el paciente polimedicado

Se han realizado sesiones informativas al EAP, y de actualización respecto a las moléculas de mayor uso en atención primaria, eficiencia de principios activos, estándares de calidad, gasto farmaceútico, y desviación actual del EAP.

Cuadro de mandos de farmacia, e interés de su uso por los profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Análisis de alternativas terapeúticas más coste - efectivas

Compromiso de los profesionales en la mejora del registro diagnóstico en OMI -AP y de la prescripción según indicadores

Todavía no tenemos datos de resultados obtenidos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de la adecuación de los tratamientos, valorando siempre en pacientes con patologías crónicas polimedicados posibles interacciones, efectos adversos, incumplimiento...

Importancia de la mejora de los indicadores de eficiencia de farmacia ajustados por ACGs

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1465 ========== ***

Nº de registro: 1465

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR, RIOS LAZARO MIGUEL, GONZALEZ ALGAS JULIO, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, SANCHEZ GIMENO JAVIER, ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Crónica prevalente
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Híjar hemos encontrado varios problemas:
Población envejecida con elevada carga de cronicidad a la vista de la pirámide con los GMAs. Nuestro peso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1465

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

medio por ACGs es alto pero podría mejorarse el registro diagnóstico.
La eficiencia en farmacia ajustada por ACGs no cumple los estándares, desviándose de lo previsto alrededor de un 20%

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en farmacia ajustado por ACGs
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.

MÉTODO
Creación de grupo de trabajo con responsable.
Se realizará sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto, en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD, y de . Se analizarán alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. Se realizará acta de la reunión con los acuerdos alcanzados.
Cada cuatro meses se monitorizará el gasto farmacéutico, analizando las moléculas de mayor gasto, y proponiendo alternativas de tratamiento con la misma sistemática

INDICADORES
Indicador de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia.

DURACIÓN
Mayo-Junio: sesión clínica-primera evaluación
Septiembre: segunda evaluación
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0910

1. TÍTULO

CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR LAZARO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA
GONZALEZ ALGAS JULIO
RIOS LAZARO MIGUEL
MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO
ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR
ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En una de las reuniones del grupo de diabetes delsector Alcañiz, se expresó, por parte de endocrinología la impresión de que "había cierta tolerancia" en el control glicémico de pacientes diabéticos de reciente diagnóstico y obesos.
Haciéndonos eco de esa "impresión" nos planteamos si esa hipótesis se verificaba o no, en los diabéticos de esas características adscritos a nuestra área básica de salud.Para ello llevamos a cabo las siguientes actividades:

1.- Por muestreo aleatorio simple y con base de datos en las fuentes OMI-AP y OMI-EST, se seleccionaron 40 pacientes de los diferentes CIAs asignados al
C.S.Híjar que cumpliesen los siguientes criterios:

-DM de reciente diagnóstico (< 3 años)
-IMC > 25
-Glicada > 7

2.- Se evaluó como único criterio del proyecto si estaban o no a tratamiento con MTF (excepto intolerancia/contraindicación).

3.- El día 11/06/2018 se realizó la primera sesión informativa para todos los miembros del equipo del C.S.Híjar, personal médico y enfermería tanto del Área
Básica como del equipo de atención continuada.

Se explicó el proyecto de mejora.Su objetivo principal: conseguir que todos los pacientes con IMC >25, Glicada>7 y reciente diagnóstico (< 3 años) llevarán tto con Metformina (salvo contraindicación) . Definimos la metodología y los dos periodos en que se iba a llevar a cabo comparando los datos obtenidos, al
inicio (06/18) y a los seis meses de la intervención (12/12).

4. - En esa misma reunión, se llevó a cabo la intervención/mejora entendida como: SESIÓN CLÍNICA exhaustiva y actualizada sobre la evidencia científica
existente respecto a la Metformina.
Se revisaron los importantes hallazgos que el estudio UKPDs 34, demostró en cuanto a reducción de mortalidad por cualquier causa, como por causa cardiovascular.Además de otras de las evidencias conocidas.
Enfatizando que dichos logros se demostraron precisamente en pacientes obesos y de reciente diagnóstico.
Para finalizar se recordó que, como recomiendan las diferentes sociedades científicas y las GPCs, la Metformina sigue siendo en la actualidad el fármaco de primera elección en el tratamiento de la DM2.
Y que lo es así por su eficacia, seguridad, el efecto neutro que tiene sobre el peso, la ausencia de hipoglucemias y su coste favorable.

5.- El día 17/12/2018 se realizó la segunda reunión nuevamente con todos los
miembros del equipo ya antes mencionados. Se expusieron los resultados obtenidos del segundo muestreo a los 6 meses de la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 40 pacientes evaluados en 06/2018:

.-27 sí estaban tratados con MTF. Lo que suponía un 67,5% de CUMPLIDORES
.-13 no estaban tratados con MTF. Lo que suponía 32,5% de NO CUMPLIDORES

De los 13 que NO llevaban MTF:

.-3 constaban como intolerantes
.-1 como IRC (FG<30)
.-1 tto dietético
.- en los 8 restantes no constaba en HC causa alguna que justificara la no prescripción de MTF.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0910

1. TÍTULO

CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

De los 40 pacientes reevaluados en 12/2018 (tras la intervención):

.-26 continuaban a tto con MTF
.-1 fue pérdida por gestación reciente

De los 13 que no tomaban MTF:

.-5 pasaron a tomar MTF .Lo que mejoró el porcentaje de CUMPLIDORES al 80%
.-8 seguían sin tomar: 3 intolerantes, 1 a tto dietético, 1 por IRC (ya constatados en el pto de corte de 06/18) y 3 sin causa justificada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En nuestra modesta opinión, y a la vista de nuestros datos, creemos poder discrepar de esa“impresión” que se nos planteó inicialmente.

En nuestro proyecto, ya en el primer punto de corte de 06/2018:
- 67,5% de los pacientes YA CUMPLIAN tto con MTF, porcentaje no excelente pero creemos que tampoco desdeñable.
Y tras la intervención clínica :
- 5 pacientes más pasaron a tomar MTF, con lo que el porcentaje subió al 80%.

Además de los 13 NO CUMPLIDORES al inicio del proyecto:
-5 tenían causas justificadas y presumiblemente no potenciales de modificar;
3 intolerantes, 1 dieta, y 1 IRC <30.
-Y solo 8 eran subsidiarios potenciales de posible intervención.Siendo precisamente 5 de estos "potenciales" de modificar, los que pasaron en 12/2018 a tomar MTF.

Mejoró así el porcentaje de cumplimiento hasta el 80% y sólo quedaron 3 pacientes, sin causa justificada, para la no prescripción de MTF.

Por tanto, el plan de mejora ha resultado efectivo.La intervención parece haber modificado la praxis de ciertos compañeros, que pasan a prescribir
MTF en aquellos pacientes que deberían haberla llevado.

Y como conclusión final,queremos constatar que nos ha sido grato observar que la prescripción de MTF en nuestra Área Básica es mayoritaria y se ajusta a las recomendaciones de las diferentes guías de práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.
Como reflexión, únicamente señalamos que, aunque no es motivo de este estudio, la mayoría de los pacientes tratados con MTF la tomaban en
combinación con otros ADOs (DPP4s o SLGT2).

De los 27 cumplidores al inicio, solo 10 tomaban MTF sin asociar, y 17 en combinación. Con el consiguiente encarecimiento del tto.

Quizás esto debiera ser motivo para otro análisis.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/910 ========== ***

Nº de registro: 0910

Título
CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

Autores:
LAZARO GRACIA PILAR, LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, GONZALEZ ALGAS JULIO, RIOS LAZARO MIGUEL, MARTINEZ BARCELO ANTONIO PABLO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR, ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0910

1. TÍTULO

CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los resultados del estudio UKPDS 34 mostraron una reducción de la mortalidad por cualquier causa (MCC) a los 10 años de riesgo relativo (RR) 0,64 (IC 95% 0,45 a 0,91) y por infarto agudo de miocardio (IAM) de RR 0,61 (IC 95% 0,41 a 0,89). El número necesario para evitar una muerte fue de 14 y la reducción del riesgo absoluto del 0,07. Esto se consiguió con pacientes con sobrepeso en tratamiento con metformina en las fases iniciales de la enfermedad. Recientemente, en la reunión del grupo de diabetes del sector, se expresó desde endocrinología la impresión de que existe cierta tolerancia ante el control glucémico en los pacientes recién diagnosticados y que se tarda en introducir el tratamiento con metformina, en particular en los pacientes obesos. Las guías de práctica clínica recomiendan que en los pacientes recién diagnosticados se intente un control de glicada por debajo de 7, (algunas 6,5), preferiblemente con fármacos con bajo riesgo de hipoglucemia.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir que los pacientes diagnosticados de diabetes de < de 3 años de evolución, IMC >25 y tengan glicadas por encima de 7 lleven tratamiento con metformina (excepto intolerancia).

MÉTODO
Ciclo de mejora. Se evaluarán en el centro 40-pacientes diagnosticados hace menos de 3 años con IMC>25 y que hayan tenido un glicada mayor de 7 desde su inicio de la enfermedad, no controlada por medios dietéticos. Se evaluará si están en tratamiento con metformina como único criterio. Los pacientes se seleccionarán por muestreo aleatorio simple. Fuente de datos OMI-est y OMI-AP.
En caso de confirmarse la hipótesis, se realizaría sesión clínica mostrando los resultados y se realizaría formación al respecto.

INDICADORES
% de pacientes diagnosticados de diabetes hace menos de 3 años con IMC >25 y que tengan glicadas por encima de 7 que llevan tratamiento con metformina (ver aclaraciones del criterio en el apartado "6")

DURACIÓN
6 meses
Se compararán los resultados al inicio y a los seis meses de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1300

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES
VALERO SALAS JESUS
BURRIEL AGUDO OSCAR
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL
MEDINA MORA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- En el mes de abril se realiza sesión clínica al EAP, explicando importancia del proceso y realización de la técnica, se vuelve a repetir dicha sesión en el mes de octubre a petición del responsable de calidad del centro.
2- Se solicita a coordinación de enfermería la necesidad de disponer mensualmente en el pedido de almacén de desinfectantes líquidos de alto nivel (Glutaraldehído al 2% y Formaldheído).
2- En el mes de junio se realiza un taller práctico de formación al personal de enfermería del centro (EAP y EAC).
3- En verano se traslada el botiquín de farmacia a otra estancia del centro, dejando así el cuarto libre para "esterilización" ya que aquí hay fregadero y encimera, para poder realizar allí todo el proceso desde la limpieza y desinfección hasta la esterilización y almacejaje.
Se provee así mismo de archivador para los registros semanales ("Registro de controles de esterilización" UNE-EN-ISO 9001 utilizados en el Sector Alcañiz). Así mismo se habilita mobiliario y gradillas para almacenaje y clasificación.
4- Semanalmente (ya desde enero) se realiza control biológico del autoclave para enviarlo a la central de esterilización del Hospital de Alcañiz, así como el registro de incidencias y/o resultados.
5- Con carácter mensual se comprueba desde julio las condiciones y el estado de los paquetes de material esterilizado, registrando incidencias y reesterilizando aquellos que no cumplen las garantías de seguridad.
6- Se solicitan a Suministros Sector Alcañiz 8 cubetas de plástico de 406 x 345 x 164 mm para almacenaje y clasificación (pendiente de su recepción). De momento se han habilitado 2 cubetas provisionales aprovechando recipientes nuevos sin tapa de material inyectable desechable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El procedimiento se ha realizado correctamente por parte del personal implicado en el proyecto en la mayoría de los casos, si bien es verdad, que en algún corto período de tiempo se habían agotado los controles químicos (ausencia de éstos durante 2 semanas en el mes de octubre). Por lo que podemos decir que "Sí" se ha implantado el proceso de mejora (indicador dicotómico).
Tras la revisión mensual de todos los paquetes durante el 2º semestre del año 2018 se han obtenido los siguientes resultados:
- El porcentaje de paquetes de material estéril sin indicador químico en este período se corresponde con el 15,21%. (No lo llevaban 42, de un total de 276 analizados).
- El porcentaje de incidencias mensuales en los registros de controles biológicos se corresponde con el 19,23% (Ha habido un total de 5 incidencias a lo largo de las 26 semanas que se han contabilizado: en 2 ocasiones no se envió el control biológico a la central, en 1 ocasión se envió sin poner fecha en el control, en 1 ocasión no se puso fecha en etiqueta adhesiva del registro y en 1 ocasión faltaba la fecha en el sobre envíado).
- Fuente: Paquetes de material estérilizado en el centro.
Registro de controles biológicos semanales (PO-05 AL(P)E).
- Método: Recuento y estadística.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos han mejorado con creces a los encontrados inicialmente (no había registros conservados desde 2016, faltaban controles químicos y/o biológicos o estaban caducados hacía meses, los diferentes materiales empleados en el proceso estaban en distintas estancias del centro, etc, etc...)

Damos por tanto por finalizado el proyecto, ya que se ha conseguido cambiar en el centro el sistema y el circuito del proceso de esterilización (algo que era básico mejorarlo) sistematizándolo desde el lavado y desinfección hasta su propio almacenaje, en un lugar concreto y mediante unos dispositivos normalizados, dejando constancia de todo ello mediante registros, así como supervisando mensualmente el material y reesterilizando aquel que no cumplía con garantías de calidad. Manteniendo dicha línea de trabajo en el futuro.

7. OBSERVACIONES.
Hay que tener en cuenta que entre las incidencias encontradas algunas se debían a la falta de material (controles químicos) por falta de previsión y/o tardanza de llegar el material de almacén, no siendo por tanto achacables a una "mala praxis" individual.
Por otro lado, 2 de las 5 incidencias acontecidas respecto al envío de control biológico semanal, ocurrieron en período estival (no realizando correctamente dicho envío y/o registro por parte de profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1300

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

eventuales que desconocían dicho procedimiento).

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1300 ========== ***

Nº de registro: 1300

Título
PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, VALERO SALAS JESUS, ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL, BURRIEL AGUDO OSCAR, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, MEDINA MORA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones asociadas al medio sanitario constituyen una causa importante de morbimortalidad, suponiendo un grave problema dentro de la línea estratégica de la Seguridad del Paciente, además de una elevación de los costes socioeconómicos para el sistema sanitario y la sociedad (aumento del gasto farmacéutico y deterioro de los instrumentos y equipos).
La limpieza, desinfección y esterilización del instrumental clínico, junto con la higiene de manos, se incluyen entre las medidas más eficaces en la prevención de las infecciones.
Analizando los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario en nuestro centro, se percibe variabilidad en las formas de actúar, así como a la hora de almacenarlo. No se dispone de una dependencia exclusiva y apropiada para estos procedimientos.
Dada su importancia, se hace preciso reforzar las actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales en relación a la desinfección y la esterilización del material, e impulsar prácticas seguras.
Encontramos por tanto oportunidades de mejora que justifican el desarrollo de un plan de mejora de la gestión de la desinfección y esterilización en nuestro centro.
El plan responde a una de las líneas de actuación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivo general sería mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en nuestro centro a través de la implantación y difusión de buenas prácticas en la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario, para contribuír a la prevención y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS), los cuidados en el CS y consultorios locales.
Como objetivos específicos serían sistematizar los procedimientos de limpieza, desinfeción y esterilización en el CS, así como mejorar la capacitación de los prfesionales en la gestión, seguridad y calidad de los procedimientos y difundir la cultura de la seguridad del paciente vinculada a la prevención de la infección asociada a los cuidados con instrumental.

MÉTODO
- Sesión clínica al equipo de atención primaria explicando el procedimiento de gestión de material quirúrgico estéril. Dicha sesión, la incluiremos dentro del Plan de Formación del Centro de Salud y se pedirá la acreditación de la misma.
- Taller de formación a los profesionales responsables del procedimiento (personal de enfermería). Sesión práctica, acreditada.
- Centralización del proceso de limpieza, desinfección, esterilización y almacenaje del material quirúrgico en dependencia interior del centro de salud (cuarto ya disponible, con su correspondiente fregadero y encimera). Habilitando una mesa para soporte de autoclave además de estantería con cubetas para material esterilizado y cuaderno de registro de controles de esterilización.Trasladando del cuarto de Urgencias y otras dependencias los aparatos y/o materiales implicados en dicho proceso y llevándolo a la citada sala de "esterilización".
- Realización del Proceso de Gestión de Esterilización, su descripción, con los algoritmos necesarios en el desglose del mismo.
- Registro semanal en formato papel de los controles biológicos envíados.
- Evaluación mensual tanto de las condiciones del material empaquetado y almacenado así como del cuaderno de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1300

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

controles biológicos realizados.

INDICADORES
Indicador dicotómico (Sí/No): "Implantación del proceso de mejora para gestionar y controlar el material esterilizado".
Indicadores de resultado:
- Nº paquetes material estéril sin indicador químico x 100 / Nº total paquetes material estéril.
Fuente de datos: Gradilla de material esterilizado.
- Nº incidencias mensuales en los registros de controles biológicos x 100 / Nº registros.
Fuente de datos: Carpeta de registros de control biológico.

DURACIÓN
Planificación del Proyecto: marzo 2018.
Sesión clínica al EAP: abroñ 2018.
Taller práctico a profesionales enfermería: junio 2018.
Solicitud gradillas para almacenaje de paquetes: junio 2018.
Habilitación de cuarto de esterilización y estantería: junio-julio 2018.
Registro semanal de procesos y controles biológicos: julio - diciembre 2018.
Revisión mensual de paquetes esterilizados: julio - diciembre 2018.
Evaluación de resultados: enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1311

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO PEÑALVER PARDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANTIN LOPEZ ELISENDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Presentación del proyecto al EAP de Híjar:
15/01/2018. Presentación del borrador del proyecto de mejora para la sala de urgencias del Centro de Salud de Híjar como necesidad prioritaria para asegurar la disponibilidad del material necesario en la asistencia de la urgencia vital, tanto en el Centro de Salud como en las urgencias externas.
Febrero/2018. Solicitud de material básico y mobiliario dentro del Plan de necesidades anual para el centro de salud: maletines y carro de paradas.
Junio/2018, Solicitud de inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos en el Servicio Aragonés de Salud – 2018.
1/10/2018. Exposición del procedimiento PO-06_AL (P) E “Procedimiento de organización del material de urgencias” al EAP de Híjar.
17/12/18. Información al EAP de la distribución del contenido del carro de paradas, de los maletines para la urgencia externa y del desfibrilador portátil.
2.- Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor.
Se informará al sector de las mínimas propuestas de cambio en el documento PO-06_AL (P) E “Procedimiento de organización del material de urgencias” para su revaloración.
3.- Reorganización de la sala de urgencias y de los maletines para las urgencias externas.
Septiembre 2018. Ubicación de un mueble transitorio para su empleo como carro de paradas y la distribución de su contenido.
Entre octubre y diciembre de 2018. Cambio en la disposición de la camilla, la plataforma de alza para realización de las compresiones torácicas efectiva y de calidad en la RCP, mobiliario de oficina, vitrina de fármacos y carros de curas.
Noviembre 2018. Ubicación del carro de paradas suministrado, y distribución de su contenido.
4.- Elaboración de una plantilla informática en formato de hoja de cálculo para OpenOffice, adaptada al modelo formato PO-06-1_AL(P)E, con la finalidad de optimizar los tiempos empleados en las revisiones.
Impresión de los diferentes algoritmos recogidos en el documento“Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Resumen Ejecutivo” para su disposición en la sala de urgencias y en el dossier para los maletines.
5.- Actividad de formación.
9/7/2018. Exposición con el título “Soporte vital básico” impartida por D. Alejandro Bierge Valero, monitor de soporte vital básico.
17/12/18. Información de la organización de la sala de urgencias impartida por el responsable y los otros tres componentes del equipo de mejora. El 18/02/19 repetición de la exposición referida, dirigida a las nuevas incorporaciones de personal sanitario tras el concurso de traslado de MAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1 El proyecto se ha presentado al equipo: SI.
6.2 La documentación ha sido revisada: SI . Se ha comunicado al sector la propuesta de modificación: NO, se realizará al cierre de la memoria.
6.3 El área de urgencias se ha reorganizado para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones de urgencia crítica : SI.
6.4 Se ha realizado la formación: SI.
6.5 Incidencias registradas durante el desarrollo del proyecto y medidas correctoras realizadas: SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La reorganización del material del centro y la supervisión mensual de urgencias han aumentado la seguridad tanto de los pacientes como de los profesionales. Ha supuesto un cambio cultural que ha dado lugar a algunas incidencias que cada vez son menos gracias a la colocación de los precintos. La revisión de las recomendaciones de resucitación ha hecho que resaltemos ante el equipo estas 3 recomendaciones:

Las compresiones torácicas de alta calidad con una frecuencia de 100-120 por minuto, de profundidad adecuada (5 cm) sigue siendo esencial para mejorar los resultados de la resucitación. Las pausas de las compresiones para insuflar el tórax no deben superar los 10 segundos. Se mantiene la relación compresión:ventilación 30:2.
La desfibrilación externa automatizada en los 3-5 primeros minutos del colapso puede conseguir una tasa de supervivencia de hasta un 70%.
La rápida actuación es indispensable para la mejora de los resultados de la RCP en la parada cardiorespiratoria.
Por esto el orden y la seguridad de la disponibilidad del material de urgencias acortan el tiempo para realizar la asistencia sanitaria en las situaciones críticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1311

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1311 ========== ***

Nº de registro: 1311

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO, TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, CANTIN LOPEZ ELISENDA, BURRIEL AGUDO OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: urgencias críticas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace años disponemos en el sector del PO-06_AL(P)E “Procedimiento de organización del material de urgencias”, del PO-04_AL(P)E “Procedimiento operativo de gestión del equipamiento en los equipos de atención primaria” y del PO-02_AL(P)E “Procedimiento operativo de control y gestión de los botiquines de medicamentos en los equipos de atención primaria”, con los que se organiza lo referente a la atención a la urgencia en el centro de salud. Las recomendaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resucitation Council (ERC) en relación con el soporte vital básico recomiendan revisar y actualizar, si procede, el documento que establece las instrucciones y el procedimiento para la gestión, identificación de contenidos y plan de mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias en los centros de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisión y propuesta de actualización (si procede) de los procedimientos de organización del material de urgencias y de gestión del equipamiento en los equipos de atención primaria del sector.
Reorganización del área de urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP de Híjar en reunión de equipo. 1Semestre 2018.
2. Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones, y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor, si procede. 1Semestre 2018.
3. Reorganización del área urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas. 2Semestre 2018.
4. Actividad de formación (junio-octubre 2018).
a) RCP básica, durante el 2º semestre de 2018 (entre junio y octubre), impartida por D. Alejandro Bierge Valero, monitor de soporte vital básico.
b) Organización del área de urgencias, impartida por el responsable y colaboradores del proyecto.

INDICADORES
1. El proyecto ha sido presentado al equipo (si/no).
2. La documentación ha sido revisada y se ha comunicado a la dirección del sector la propuesta de modificación, si procede. (si/no)
3. El área de urgencias ha sido reorganizado para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas (si/no)
4. Se ha realizado la formación (si/no).
5. Incidencias registradas durante el desarrollo del proyecto. Medidas correctoras realizadas (si/no).

DURACIÓN
1 Semestre 2018
Difusión e información del proyecto al equipo del EAP.
Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones, y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor, si procede.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1311

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

2 Semestre 2018
Reorganización del área de urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas.
Actividades de formación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1330

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANDRES RUBIO DEL PERAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL
BURRIEL AGUDO OSCAR
VALERO SALAS JESUS
MEDINA MORA CRISTINA
CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL
ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó un inventario con todo el instrumental quirúrgico existente en el C.S de Hijar, donde se incluía el nombre del material y la referencia, siempre y cuando fuera legible. Se desechó el instrumental que no se encontraba en un estado óptimo de conservación para poder cumplir con su cometido. Se retiraron tijeras despuntadas, pinzas oxidadas, rotas o deformadas y todo aquel material que no pudiese emplearse en la confección de los equipos de curas, cirugía menor ambulatoria (C.M.A.) y suturas. El material inservible por su mal estado se desechó y el que se encontraba en buen estado, aunque no pudiese ser empleado en estos equipos, se guardó por si fuese de utilidad en un futuro.
Se pidió nuevo material para suplir el estropeado y se confeccionaron los equipos en el calendario previsto. En dicho periodo se celebraron 4 reuniones de equipo donde se revisó todo el material, se confeccionaron los equipos y se realizó la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados conseguidos han sido buenos. Los nuevos equipos de instrumental quirúrgico confeccionados cumplen plenamente con el propósito para el que han sido diseñados: C.M.A., sutura y curas.
Se han realizado:
2 equipos de C.M.A. dotados de: 1 pinza disección Adson con dientes, 1 pinza disección Adson sin dientes, 1 tijera de Mayo pequeña recta, 1 tijera Metzembaum pequeña curva, 2 mosquitos curvos, 1 Kocher recto, 1 porta-agujas pequeño y 1 pean porta-torundas.
4 equipos de suturas con: 1 pinza de disección pequeña con dientes, 1 porta-agujas pequeño y 1 tijera de Mayo recta.
4 equipos de curas: 1 Pean porta-torundas y 1 pinza de disección sin dientes.

Se ha realizado un listado con todo el material referenciado y agrupado por equipos (C.M.A, suturas y curas), así como de todo el material quirúrgico existente en el Centro que se usa para otros procedimientos o que ha dejado de usarse en la actualidad pero que podría ser de utilidad futura.

No hay incidencias por falta de material, material inadecuado o estropeado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la asistencia a los pacientes al disponer de equipos con todo el material necesario para realizar las intervenciones previstas: C.M.A., curas y suturas. Además la revisión de todo el material existente y la confección de los nuevos equipos ha facilitado el acceso de los profesionales sanitarios a dicho material y ha aumentado la satisfacción de estos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1330 ========== ***

Nº de registro: 1330

Título
INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENOR AMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

Autores:
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL, BURRIEL AGUDO OSCAR, VALERO SALAS JESUS, MEDINA MORA CRISTINA, CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1330

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Ante la demanda por parte de los profesionales de enfermería y medicina de instrumental quirúrgico adecuado para la realización de diversos procedimientos como intervenciones de cirugía menor ambulatoria, curas, sutura de heridas, etc., se hace necesario abordar la revisión de todo el instrumental quirúrgico existente en el Centro de Salud de Hijar para comprobar su idoneidad para estos acometidos, así como la confección de equipos con este instrumental para facilitar la realización de estos procedimientos.
Los profesionales vienen detectando en los últimos años que el material va disminuyendo en número y que se va deteriorando por un uso excesivo y/o inadecuado. Posiblemente el inventariado del material existente en la actualidad, así como el agruparlo en diferentes equipos para procedimientos específicos, podría reportar un mayor control sobre este y un uso más adecuado del mismo.
Tras la revisión del material existente, se determinará cual se podrá aprovechar para confeccionar los nuevos equipos así como el material nuevo que habría que solicitar.
El material con el que se cuenta en la actualidad es escaso, parte de él se encuentra en mal estado y otra parte es inadecuado para los procedimientos que se realizan en atención primaria: pinzas de disección muy grandes, mucho material con dientes, tijeras inapropiadas y que no cortan, porta-agujas con la zona de agarre de la aguja desgastada, etc.
Este proyecto de mejora serviría para optimizar los recursos con los que contamos así como para hacer una previsión de pedido (nuevo material quirúrgico) más acorde con la actividad que estamos desarrollando en el centro. Esto repercutiría además en la mejor atención de los pacientes, mayor satisfacción de los profesionales de enfermería y medicina que usan este instrumental y un menor gasto económico.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la atención a todos los usuarios del C.S. de Hijar a los que se les realice cualquier práctica donde se use instrumental quirúrgico.
2. Mejorar el control y uso del instrumental quirúrgico del C.S. de Hijar.
3. Responsabilizar a los profesionales de enfermería y medicina en su control y uso.

MÉTODO
En primer lugar hay que realizar un inventariado de todo el material quirúrgico existente. Posteriormente se inspeccionará para determinar su estado así como su idoneidad para las actividades que se realizan en el centro: curas, cirugía menor ambulatoria (C.M.A.) y suturas fundamentalmente. Luego se agruparán los materiales para confeccionar diferentes equipos quirúrgicos: equipo de C.M.A., equipo de curas y equipo de sutura. Y finalmente si faltase algún material (pinza de disección, porta-agujas, tijera curva, pean, etc.) para completar los equipos se solicitaría.

Recursos materiales:
- Una plantilla en word/Excel o similar para anotar el material quirúrgico del centro.
- Un equipo del centro.
- Material nuevo para completar los equipos quirúrgicos siempre y cuando fuese necesario.

Reuniones previstas:
-Reunión previa al comienzo de la actividad de mejora para debatir algún tema de interés, dudas y estrategias de afrontamiento.
- Reunión tras la revisión e inventariado del material.
- Una o dos reuniones para determinar el estado de la confección de los equipos.
- Reunión para finalizar el proyecto previa a la memoria.
- Todas aquellas reuniones que sean necesarias ante imprevistos y para el buen desarrollo del proyecto de mejora.

INDICADORES
- nº de incidencias por falta de material, material inhadecuado o estropeado en 1 año.
(Las incidencias las realizarán los profesionales sanitarios del centro a través del intranet del sector de alcañiz)
- La realización de un listado con todo el material referenciado y agrupado por equipos (equipo de CMA, de curas y suturas), tanto del existente en la actualidad como del nuevo si fuese necesario pedirlo)

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1330

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

- Inventariado del material quirúrgico. Duración prevista 1 mes desde la aprobación de la mejora. Responsables: José Andrés Rubio del Peral, Daniel Tornos Pérez y Jesús Valero Salas.

- Valorar estado e idoneidad: Duración prevista 1 mes desde la aprobación de la mejora. Responsables: José Andrés Rubio del Peral, Daniel Tornos Pérez y Jesús Valero Salas.

- Confección de los diferentes equipos de instrumental quirúrgico: Duración prevista 1 mes tras la catalogación y revisión del material. Responsables: Raquel Casanovas Sevillano, Cristina Medina Mora, Marisol Artal Enfedaque y Oscar Burriel Agudo.

- Solicitud de nuevo material (si fuese preciso): Duración prevista 1 mes desde la realización de los equipos. Responsables: Marisol artal Enfedaque, Daniel Tornos Pérez y Oscar Burriel Agudo.

- Comunicación del proyecto: plan de comunicación. Tras la realización de los equipos. Responsable: José Andrés Rubio del Peral.

- Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto: Desde la aprobación del proyecto de mejora hasta final de 2018.

OBSERVACIONES
El proyecto de mejora solo se realizará con el material disponible en la sala de urgencias del CS de Hijar.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1395

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO PABLO MARTINEZ BARSELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA
LAZARO GRACIA MARIA PILAR
RIOS LAZARO MIGUEL
ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR
ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El día 30 de mayo, en reunión del Equipo de Atención Primaria se explica el proyecto y se solicitan colaboradores para su puesta en marcha. Todos los médicos del C. S. de Hijar aceptan su participación.
Tras el verano, el día 24 de septiembre de 2018, coincidiendo con una charla sobre dislipemias que fué impartida por Miren Arántzazu Garcia Colinas que es la farmaceútica de A. P. del sector de Alcañiz, se ofrecen resultados provisionales de los objetivos del programa, en ese momento se cumple en todos los parámetros seleccionados pero se continua animando a los integrantes para que los resultados sean todavía mejores.
El 3 de diciembre de 2018 y coincidiendo también con una sesión sobre tratamiento de las dislipemias y aprovechando que ya se han incorporado los médicos que sustituyen a algunos de los miembros del EAP que se han marchado a otros destinos por el proceso de movilidad voluntaria, se vuelven a explicar las características y objetivos del Plan de Mejora y se detallan los resultados hasta ese momento. Se solicita contar con la colaboración de los nuevos compañeros para que los resultados continuen mejorando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Selección eficiente de estatinas se han alcanzado los objetivos de farmacia del Acuerdo de Gestión Clínica de 2018 y se han mejorado los resultados del año anterior.
Hipolipemiantes combinados en AP. Se han alcanzado los objetivos de farmacia del acuerdo de Gestión Clínica de 2018 y se han mejorado los resultados del año anterior.
Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años: Se consiguen los objetivos de farmacia del AGC de 2018 y se mejoran los resultados de 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En general se han conseguido los objetivos propuestos pero quizás si algunos de los participantes en el proyecto no hubiesen estado inmersos en un proceso de movilidad voluntaria los resultados podrían haber sido mejores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1395 ========== ***

Nº de registro: 1395

Título
MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

Autores:
MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, GONZALEZ ALGAS JULIO, LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, LAZARO GRACIA PILAR, PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO, RIOS LAZARO MIGUEL, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR, ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1395

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

PROBLEMA
Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de uso racional del medicamento del cuadro de indicadores de farmacia en medicina de familia en el EAP de Híjar (Selección eficiente de estatinas, Tratamiento hipolipemiante combinado en atención primaria, Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años) no alcanzaron o rondaron el mínimo exigido en el contrato de gestión.
Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que aunque los datos están disponibles, no está sistematizado el presentar y trabajar en equipo los resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
- Estar en los rangos indicados por el cuadro de mandos de farmacia para los indicadores comentados en diciembre de 2018.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP de Híjar en reunión de equipo. 2T 2018.
2. Sesiones farmacoterapéuticas sobre dichos indicadores. Junio – Diciembre 2018.
3. Trimestralmente, se informará al equipo de los resultados obtenidos en los indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se planterarán junto con la FAP las acciones de mejora oportunas.

INDICADORES
1. Selección eficiente de estatinas (< 16,62 %)
Descripción
• Numerador: CIA distintos [con prescripción activa de rosuvastatina (C10AA07) o pitavastatina (C10AA08)].
• Denominador: CIA distintos [con prescripción activa de simvastatina (C10AA01) o lovastatina (C10AA02) o pravastatina (C10AA03) o fluvastatina (C10AA04) o atorvastatina (C10AA05) o rosuvastatina (C10AA07) o pitavastatina (C10AA08) o simvastatina+ezetimiba (C10BA02) o pravastatina+fenofibrato (C10BA03) o atorvastatina+ezetimiba (C10BA05) o atorvastatina+amlodipino (C10BX03) o atorvastatina+AAS+ramipril (C10BX06)].
2. Tratamiento hipolipemiante combinado en atención primaria (< 8,44%)
Descripción
• Numerador: CIA distintos [con prescripción activa de [estatinas (C10AA*, C10BX*) más (fibratos (C10AB*) o resinas (C10AC*) o triglicéridos omega-3 (C10AX06) o ezetimiba (C10AX09))] o [estatinas en asociación (C10BA*)]] y [sin código CIAP de angina (K74) o IAM (K75) o enfermedad cardíaca arterioesclerótica (K76) o accidente cerebrovascular/ictus (K90)].
• Denominador: CIA distintos [con prescripciones activas de hipolipemiantes (cualquiera de los fármacos del numerador aunque sea en monoterapia)] y [sin código CIAP K74 o K75 o K76 o K90].
3. Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años (< 12,42%).
Descripción
• Numerador: CIA distintos de mayores de 75 años con prescripciones de al menos un medicamento de elevado riesgo anticolinérgico (ver tabla en cuadro mandos farmacia).
• Denominador: CIA distintos de mayores de 75 años con prescripción de cualquier fármaco.

DURACIÓN
2 Trimestre 2018
Difusión e información del proyecto al equipo de EAP.
Trimestralmente
Análisis de los datos, presentación al equipo y planteamiento/ejecución de acciones de mejora junto a la FAP.
Junio – Diciembre 2018
Sesiones farmacoterapéuticas en el equipo sobre dichos indicadores.
Enero 2019
Análisis de los resultados obtenidos de los indicadores.
Elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO GASPAR BLASCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HIJAR
· Localidad ..... HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- En junio de 2018 se realiza una sesión informativa al Equipo en la que se da a conocer la "Estrategia de Atención Comunitaria en Aragón", explicando sus objetivos, finalidad y elementos participantes.
2- Se mantiene una reunión al finalizar el curso 2017-18 (junio 2018) con el Equipo Docente y Dirección del CEIP Luis Turón de Híjar, a fin de sugerir y diseñar un calendario de actividades para el curso 2018 – 19 con los alumnos del centro teniendo como temática la "Importancia de la Alimentación Saludable y el Ejercicio en la infancia", quedando a su disposición yconcretando una reunión a la vuelta del verano y con el inicio del nuevo curso.
3- En julio se reparten cuestionarios a los profesionales sanitarios de los dos núcleos más poblados de la ZBS (Albalate del Arzobispo e Híjar), para recabar información sobre "iniciativas, instituciones y/o colectivos que realizan actividades de promoción de la salud en el territorio".
4- En otoño se solicita información en dos ocasiones al Coordinador del centro acerca del estado del Consejo de Salud de Zona (ya que oficialmente éste ostenta la Secretaría de dicho Órgano de Participación), y si está paralizado se le sugiere la reactivación del mismo.
5- En el mes de octubre el responsable del proyecto acude al CS Alcañiz en calidad de "Referente Comunitario" del centro, a la reunión informativa acerca de "Activos en Salud" que se da a conocer al Sector de Alcañiz por parte de Sanidad y de la Estrategia de Atención Comunitaria, presentando el protocolo y la herramienta disponible en OMI, a fin de ir haciendo un "Mapa de Activos" en nuestro territorio.
6- En ese mes se establece también contacto con el IES Pedro Laín Entralgo ya que por iniciativa de una profesora del centro se nos solicita la posibilidad de dar a los alumnos un taller sobre "Reanimación Cardiopulmonar y Soporte Vital Básico".
7- Dados los procesos de movilidad y concursos de traslados que afectan a diferentes trabajadores durante el otoño y culminando en enero de 2019, se decide posponer dichas reuniones y/o actividades hasta la resolución de los mismos, retomándolas a finales de enero de 2019, tras la llegada de la nueva pediatra.
8- A finales de enero se reestablece contacto con el Instituto de Híjar y se decide crear un grupo de trabajo para realizar charlas - talleres sobre Soporte Vital Básico y RCP en el centro escolar, fijando el inicio de dichas actividades en la primavera de 2019, presentándolo como Proyecto de Mejora de Atención Comunitaria para el ejercicio 2019 y dando así continuidad a nuestra "Agenda Comunitaria".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Presentación de la Estrategia Comunitaria de Aragón:
100% del equipo médico del centro (8 MAP y 1 Pediatra), además de a 1 MAC.
85% del personal de enfermería (6 de 7 EAP), además de a 2 EAC.
100% del Trabajador Social (1).
Superando por tanto el estándar marcado (>80%).
- Se entregaron 5 cuestionarios a los profesionales sanitarios de los municipios de Albalate e Híjar (los cuales, habiéndose respondido 3 de ellos (60%). Estándar marcado >50%.
- Se mantienen 2 reuniones con agentes intersectoriales (Equipo docente del colegio Luis Turón y Profesora de Biología Elena Montori del IES Pedro Laín Entralgo de Híjar.
- No se ha podido presentar la Estrategia Comunitaria al Consejo de Salud de Zona, ya que no se ha celebrado el mismo.
- Sí se ha puesto en marcha un proyecto de Educación, pero en lugar de ser en el CEIP Luis Turón, se va a realizar en el IES Pedro Laín Entralgo de Híjar, comenzando en este año 2019. Dicho cambio se deriva de la mayor iniciativa
- implicación de éste último en relación con estas actividades.
- Fuentes: Profesionales del EAP CS Híjar.
Cuestionarios sobre "iniciativas de promoción de la salud".
Profesorado del CEIP y el IES de Híjar.
Coordinador médico de Híjar.
- Metodología: Reuniones, sesiones y cuestionarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido a los problemas mencionados de movilidad del personal, a la celebración de oposiciones en período otoñal y a la escasa motivación - implicación en un primer momento por parte de los profesionales del equipo, no se han podido llevar a cabo todas las acciones contempladas hasta la llegada de nuevos integrantes recién incorporados al equipo.

Así mismo, no se han podido identificar necesidades ni diseñar nuevas estrategias de actuación dado que no se ha celebrado el Consejo de Salud de Zona, importante órgano de participación de los agentes intersectoriales en cuanto a Salud Comunitaria y Promoción de la Salud.

Dado que ya se han planificado talleres formativos sobre SVB y RCP básica en el Instituto, esperamos poder poner en marcha a lo largo de este año el desarrollo de la Agenda Comunitaria de nuestro centro, con nuevas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR

iniciativas y acciones a desarrollar, así como conseguir reactivar y celebrar el Consejo de Salud de Zona a lo largo de este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1532 ========== ***

Nº de registro: 1532

Título
CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR

Autores:
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, GASPAR BLASCO ANTONIO, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, MEDINA MORA CRISTINA, BURRIEL AGUDO OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria debe ser un pilar fundamental y estratégico que forme parte de la cartera de servicios de nuestro centro. Desarrollar dicha estrategia implica una serie de acciones organizativas y formativas por parte de los profesionales de Atención Primaria.
Sabemos que en nuestro medio se realizan distintas acciones e iniciativas relacionadas con la salud (bien por iniciativas individuales de profesionales o bien por otros activos en salud), pero no están reflejadas ni contextualizadas en el organigrama de nuestro centro, así como publicitadas en el Consejo de Salud de Zona, siendo éste un órgano de participación esencial.
La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativas que se vienen realizando por parte de los distintos profesionales y que no quedan registrados en ningún tipo de documento y también ayudará a fomentar de forma activa la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables.

RESULTADOS ESPERADOS
- Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación y Salud Comunitaria.
- Creación de un Grupo de Trabajo en el centro de salud y la elaboración posterior de la Agenda Comunitaria.
- Identificar los distintos recurso y Activos en Salud de la zona.
- Establecer líneas de trabajo conjuntas entre el centro de salud y el colegio de Híjar (CEIP Luis Turón) con actividades formativas a sus alumnos, entendiendo la escuela como pieza clave para el aprendizaje de hábitos saludables.

MÉTODO
- Sesiones formativas presentando la Estrategia Comunitaria a los miembros del Equipo de Salud.
- Reparto de cuestionarios a profesionales responsables de cada localidad sobre"iniciativas o actividades de promoción de la salud que se realicen en su zona".
- Establecer contacto con Ayuntamiento, Consejo de Salud, Trabajador Social, Residencias, Comarca, colegio, instituciones y asociaciones para crear un entrorno de Salud Comunitaria.
- Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda real por parte de los miembros del proyecto.
- Diseño físico de la Agenda Comunitaria.
- Puesta en marcha de la Agenda Comunitaria.

INDICADORES
- % de profesionales del EAP a los que se ha presentado la Estrategia Comunitaria (> 80%).
- Nº de cuestionarios entregados y respondidos (> 50%).
- Nº de reuniones mantenidas con los distintos agentes intersectoriales.
- Indicador dicotómico (Sí/No): "¿Se ha presentado la Estrategia Comunitaria en el Consejo de Salud de Zona?".
- Indicador dicotómico (Sí/No): Puesta en marcha de un proyecto de Educación Comunitaria en el CEIP Luis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR

Turón de Híjar.

DURACIÓN
- Planificiación del proyecto: Junio 2018.
- Sesión informativa al EAP: Junio 2018.
- Reunión con Equipo Directivo del CEIP Luis Turón de Híjar: Junio 2018.
- Establecimiento de contactos comunitarios intersectoriales, incluyendo Consejo de Salud de zona: Julio a Octubre 2018.
- Análisis de los datos obtenidos en los distintos encuentros: Noviembre 2018.
- Diseño de la agenda y actividades a desarrollar: Diciembre 2018.
- Puesta en marcha de la Agenda: Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANDRES PARDOS CAMACHO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
* Un enfermero rotará durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector.Posteriormente acuará como formador del equipo de enfermería en el cs maella
* Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
* Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
* Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)
* Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
* Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
* Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores.
* Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registran en acta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores y resultados comparados entre 2016 y 2017 utilizando como fuente de información los datos expuestos en el cuadro de mandos:

A.ACUERDOS DE GESTIÓN:

Intervención tabaco: 2016;69,54% 2017:72,09% MEJORA 2,55%
Detección de tabaco: 2016:40,38% 2017:41,77% MEJORA 1,39%
EPOC síntomas: 2016:3,23% 2017:23,81% MEJORA 20,6%
Epoc vias aéreas: 2016:6,45% 2017:33,33% MEJORA 26,88%
RCV: 2016:57,86% 2017:60,18% MEJORA 2,32%
Diabetes pie de riesgo:2017:40 %
Polimedicado enfermeria: 2016:10,96% 2017:29,15% MEJORA 18,19%
Valoración riesgo caidas: 2016:43,64% 2017:82,14% MEJORA 38,5%
Valoración NORTON: 2016:30,56% 2017:55,56% MEJORA 25%
Valoración ZARIT: 2016:0% 2017:29,17% MEJORA 29,17%

B.DIABETES:

Revisión HbA1c : 2016:42,78% 2017:48% MEJORA 5%
Retinografia: 2016:29,89% 2017:35,71% MEJORA 6%
Revisión microalbuminuria: 2016:65,95% 2017:69,09% MEJORA 3,14
Revisión GFR: 2016:46,51% 2017:64,59% MEJORA 18,39%
Revisión TA: 2016:54,30% 2017:45,95%
Revisión LDL: 2016:70,18% 2017:69,72%
Revisión pie diabético: 2016:15,05% 2017:41,62% MEJORA 26,57%
Hipoglucemia: 2016:27,56% 2017:40,80% MEJORA 13,24
Diabetes conocimientos: 2016:9,92% 2017:37,12% MEJORA 27,2%

C. OBJETIVOS SECTOR
El indicador de pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años se ha obtenido un resultado del 38% mejor que el estándar excelente previsto por la dirección del sector. En el indicador de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años con ITB realizado en los últimos 3 años hemos alcanzado un 52,17% por lo que también estamos por encima del estándar excelente previsto por el sector en el primer año. En cambio en el indicador de espirometrías realizadas en pacientes fumadores entre 40 y 80 años no hemos alcanzado el estándar mínimo, lo que se debe a que la sesión de técnica de realización de la espirometría se realizó en noviembre por lo que la implantación de este indicador en el centro ha sido limitada.
Es destacable la mejora en los indicadores de valoración y seguimiento del paciente dependiente y del cuidador. Igualmente,Se han experimentado mejoría en el control de síntomas de EPOC así como en el apartado de limpieza de vías aéreas,con incremententos interanuales superiores al 20%.

En el seguimiento del paciente polimedicado por parte de enfermería, a pesar de haber conseguido incrementar el indicador en casi un 20%, todavía hay margen de mejora.
En diabetes hemos mejorado el plan de cuidados de conocimientos en diabetes en un 27% respecto a 2016. En lo referente al seguimiento de complicaciones microvasculares los incrementos han sido modestos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

manifiestamente mejorables, sobre todo, en el caso de las retinografías. En cuanto al seguimiento analítico los resultados son razonables en GFR y microalbuminuria, pero pueden mejorar en Hb1Ac. En seguimiento de pie diabético la evolución ha sido positiva con respecto a 2016 incrmentando el cumplimiento del indicador en un 26% .En el control de las hipoglucemias también se ha mejorado mas del 10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En un contexto de falta de costumbre en la gestión por objetivos, y mediante evaluación cuatrimestral de indicadores se ha conseguido un mejoría por parte del equipo en la mayor parte de indicadores.
A pesar de lo anterior todavía hay margen de mejora, sobre todo en lo referente a paciente polimedicado, retinografías., control de Hb1Ac y realización de Doppler en pie diabético.Es por ello que el proyecto de mejora se continuará en el 2018 y se tipifica esta memoria como de seguimiento.

7. OBSERVACIONES.
Finalmente, se hace constar que en el centro se ha producido una importante rotación de personal de enfermeria causada por traslados, oposiciones y bajas de larga duración dificultando enormemente la consecución de los objetivos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1345 ========== ***

Nº de registro: 1345

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
PARDOS CAMACHO ANDRES, GARCIA DOLZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN EL REGISTRO EN OMI

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado del 11,6% del total de puntuación del contrato, un desempeño bajo. Si analizamos por cupos observamos que hay el cupo mejor resultado obtiene un 33% mientras uno de ellos obtiene un resultado de 0,6%. La mayoría de los indicadores del contrato muestran importante espacio para la mejora. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba a 0 en Enero de 2017. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

MÉTODO
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

* Formación de formador en centro de salud de Maella: un enfermero rotará durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector.

* Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.

* Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora

* Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)

* Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería

* Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.

* Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.

* Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

* Mayo: rotación del enfermero con formadores en planes personales y planes de cuidados

* Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

* Junio: Sesiones clínicas sobre registro de planes personales y planes de cuidados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

* Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

* Enero 2017: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANDRES PARDOS CAMACHO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
* Rotación de un enfermero durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector. Posteriormente actuó como formador del equipo de enfermería del CS Maella.
* Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
* Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
* Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior). ´Se realizó una sesión específica sobre manejo del cuadro de mandos de diabetes.
* Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería . Se ha incidido mucho en que sea el profesional de enfermería el que que se encargue de gestionar la petición de estas analíticas de pacientes crónicos con factores de riesgo CV . Para ello se han realizado actividades formativas sobre gestión de pruebas de laboratoiro a través de OMi-AP y OMI-LAB.
* Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
* Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Se ha realizado una sesión específica sobre valoración de pie diabético con majejo práctico de dópler, y otra sesión sobre técnica e interpretación de espirometrías.
* Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se han identificado los indicadores que van por debajo del estándar,
se han analizado las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se han propuesto acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se han registrado en acta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores y resultados comparados entre 2016 y 2018 utilizando como fuente de información los datos expuestos en el cuadro de mandos:

A. ACUERDOS DE GESTIÓN:
Intervención tabaco: 2016;69,54% 2018:76,23% MEJORA 6,69 %
Detección de tabaco: 2016:40,38% 2018:46,08% MEJORA 5,7 %
EPOC síntomas: 2016:3,23% 2018:36,21% MEJORA 32,98 %
Epoc vias aéreas: 2016:6,45% 2018:34,48% MEJORA 28,03 %
RCV 2016:57,86% 2017:68,56% MEJORA 10,7 %
Diabetes pie de riesgo:2017:40 % 2018:10,86 % MEJORA -29,14 %
Polimedicado enfermeria: 2016:10,96% 2018:45,59% MEJORA 34,63 %
Valoración riesgo caidas: 2016:43,64% 2018:96,43% MEJORA 52,79 %
Valoración NORTON: 2016:30,56% 2018:91,6% MEJORA 61,04 %
Valoración ZARIT: 2016:0% 2018:14,8% MEJORA 14,8 %

B. DIABETES:
Revisión HbA1c : 2016:42,78% 2018:61,96% MEJORA 19,18%
Retinografia: 2016:29,89% 2018:39,29% MEJORA 9.4%
Revisión microalbuminuria: 2016:65,95% 2018:77,84% MEJORA 11,89%
Revisión GFR: 2016:46,51% 2018:81,41% MEJORA 34,9%
Revisión TA: 2016:54,30% 2018:48,48% MEJORA - 5.82%
Revisión LDL: 2016:70,18% 2018:76,71 % MEJORA 6,53 %
Revisión pie diabético: 2016:15,05% 2018:27,77% MEJORA 12,72%
Hipoglucemia: 2016:27,56% 2018:44,85% MEJORA 17,29 %
Diabetes conocimientos: 2016:9,92% 2018:40,94% MEJORA 31,02%

Con los datos disponibles, se comprueba que se ha mejorado en casi todos los apartados,.Y en algunos puntos concretos, la mejoría ha sido superior al 20 % . Se aprecia muy buena evolución en los indicadores de control y seguimiento del paciente EPOC, así como del polimedicado . En cuanto a los pacientes dependientes se ha conseguido incorporar a la práctica asistencial habitual el uso protocolizado de la escala de Norton y establecer una valoracion periódica de la movilidad y el riesgo de caidas.
En lo referente a la intervención en tabaquismo para intentar conseguir la deshabituación los resultados son muy positivos, aunque se puede seguir mejorando .
Como puntos perfectibles podemos destacar la revisión y determinación del riesgo en el pié diabético, asi como, mejorar la cobertura de retinografias .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La introducción de la cultura de gestión de indicadores está modificando las dinámicas de funcionamiento del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

equipo de tal forma que se trabaja de una forma mas protocolizada.
La realización periódica de sesiones haciendo revisión del cuadro de mandos influye positivamente en el cumplimiento de los objetivos del contrato gestión.

7. OBSERVACIONES.
Se hace constar que en el centro se ha producido una importante rotación de personal médico, de enfermería y del único adminsitrativo del que disponemos., causada por traslados y oposiciones dificultando enormemente la consecución de los objetivos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1345 ========== ***

Nº de registro: 1345

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
PARDOS CAMACHO ANDRES, GARCIA DOLZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN EL REGISTRO EN OMI

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado del 11,6% del total de puntuación del contrato, un desempeño bajo. Si analizamos por cupos observamos que hay el cupo mejor resultado obtiene un 33% mientras uno de ellos obtiene un resultado de 0,6%. La mayoría de los indicadores del contrato muestran importante espacio para la mejora. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba a 0 en Enero de 2017. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

MÉTODO
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

* Formación de formador en centro de salud de Maella: un enfermero rotará durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector.

* Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.

* Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora

* Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)

* Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería

* Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

* Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.

* Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

* Mayo: rotación del enfermero con formadores en planes personales y planes de cuidados

* Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

* Junio: Sesiones clínicas sobre registro de planes personales y planes de cuidados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

* Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

* Enero 2017: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1346

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA SARTOLO ROMEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL MENDEZ MANUELA
ALCALA MARTINEZ ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al comienzo del proyecto, en junio de 2017, se mostraron los datos de los indicadores al resto del equipo para seleccionar aquellos en los que debíamos mejorar.
Realización de sesión sobre "exposición de indicadores de medicina del contrato de gestión 2017 y planes de mejora" el día 25 de octubre de 2017 en la cual participaron médicos y enfermeras del centro de salud de Maella de una hora de duración. En ella se propuso además la detección de consumo de tabaco en los pacientes que acuden al centro de salud en horario de atención continuada.
Está previsto hacer una reunión de equipo en marzo de 2018 para exponer la evolución de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el periodo valorado no se ha conseguido alcanzar el 50% en detección de consumo de tabaco.
Riesgo cardiovascular, seguimos en rango.
En el indicador"selección eficiente de estatinas" continuamos con buenas cifras. Lo mismo ocurre con el uso de "hipolipemiantes combinados" y con "medicamentos de riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años".
En el indicador "medicamentos inapropiados en mayores de 75 años" se ha mejorado algo más de 2 puntos porcentuales, pasando de un 18,79% en mayo de 2017 a un 16,64% en febrero de 2018, quedándonos a sólo unas décimas de las cifras objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No hemos conseguido una mejora sustancial en los indicadores de farmacia. Los que estaban en el rango adecuado se han mantenido y de los que no estaban en rango, sólo cabría destacar el indicador de "medicamentos inapropiados en mayores de 75 años". En este indicador, se ha mejorado dos puntos porcentuales, por lo que casi ha entrado en objetivo. La mejora en este indicador puede estar relacionada con la formación impartida desde farmacia.
Para el intento de mejora del indicador "detección de consumo de tabaco" se propuso preguntar a los jóvenes que acudían en el horario de atención continuada. Por el momento no hemos conseguido mejorar el indicador de manera sustancial. Continuaremos realizando esta intervención, y se estudiarán otras posibles medidas que puedan resultar más apropiadas para mejorar el indicador.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1346 ========== ***

Nº de registro: 1346

Título
GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Autores:
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA, MIGUEL MINGUEZ MANUELA, ALCALA MARTINEZ ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1346

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado del 32,44 % de los puntos posibles, un resultado con evidente potencial de mejora. No se ha puntuado en detección de tabaquismo ni en evaluación de riesgo cardiovascular ni en revisión de polimedicado. También ha habido problemas con los cinco últimos indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

MÉTODO
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

* Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.

* Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos. Especial atención a la cobertura de determinación del riesgo cardiovascular e indicadores de prescripción.

* Implicación de MAC en los indicadores de prescripción pediátrica y de tabaquismo

* Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Identificación de indicadores que van por debajo del estándar, análisis de causas por las que van por debajo de lo esperado los indicadores con problemas y propuesta de acciones de mejora una vez identificadas esas causas. Las reuniones se registrarán en acta. Implicación de MAC en los indicadores de prescripción de pediatría incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para este colectivo.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

* Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

* Junio-Noviembre: desarrollo de sesiones clínicas sobre los aspectos seleccionados en las reuniones

* Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

* Enero 2018: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1347

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FABIOLA GIMENEZ ANDRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDOS CAMACHO ANDRES
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA
TORCAL TABARES JUANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Implementación en agendas de OMI de 3 a 5 huecos de consulta demanda no presencial (DEMNP) de acuerdo a las necesidades y preferencias de cada titular con respecto al número y duración de las mismas.
- Distribución de los tripticos informativos sobre consulta telefónica no presencial a los titulares de las consultas y demás personal del centro de salud de Maella.
- Colocación de los tripticos informativos por diferentes zonas del centro de salud e información a la población por parte de los diferentes profesionales del centro.
- Comunicación de las recomendaciones del artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.
- Sesión imformativa sobre la implementación de la interconsulta virtual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En Diciembre de 2017 las agendas de titulares del centro de Salud de Maella tienen entre 3 y 5 huecos de demanda no presencial.
- No es posible calcular el porcentaje exacto del uso de estas nuevas consultas no presenciales, el porcentaje es aproximado. En una revisión de final de año donde se evaluó la utilización de al menos una visita diaria de consulta no presencial se encontró que el 75% de los médicos utilizaba al menos un hueco diario. En enfermería el porcentaje es de un 50%.
En Pediatría su uso es del 60% de la ocupación destinada para el mismo diario.
- La interconsulta virtual se usa habitualmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En conclusión tanto los profesionales como la población ven satisfactoria la implementación de la consulta no presencial y la interconsulta virtual.

7. OBSERVACIONES.
EMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SIN PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: INFORMACION GENERAL

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:
PROBLEMA

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la eficiencia de las visitas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1347 ========== ***

Nº de registro: 1347

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Autores:
GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, SARTOLO ROMEO MARIA TERESA, TORCAL TABAR JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1347

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA MULTIPLE
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Maella hemos encontrado que la eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs está por encima del estándar. Aunque el peso medio de nuestro centro no es bajo también podría intentarse mejorar el registro diagnóstico.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Maella.

MÉTODO
MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

* Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro

* Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:

o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas

o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa

o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD

o Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

* Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Maella.

* Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones

% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

Mayo-Junio: sesiones clínicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1347

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ ANDRES FABIOLA
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA
PARDOS CAMACHO ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan reuniones entre los profesionales que vamos a impartir el taller para preparar las presentaciones y acordar la dinámica de los talleres. Se revisan las ultimas recomendaciones de las guías ERC y AHA.
Posteriormente contactamos con los colegios para acordar la fecha en la que realizar el taller y con la unidad de formación del H. Alcañiz para solicitar los maniquís.
La actividad se realizó con niños de 5º y 6º de Primaria, con edades comprendidas entre 10-12 años. En total participaron 45 niños.
Se realizaron 3 sesiones, una en cada población (Maella, Nonaspe y Fabara). Las sesiones tuvieron una duración de 2.5 horas y constaban de un contenido teórico acerca de Reanimación Cardiopulmonar Básica, Cadena de Supervivencia, Atragantamiento/Maniobra de Heimlich y Posición Lateral de Seguridad; fueron impartidas en formato PowerPoint.
También se visualizan dos videos (Jacinto y sus amigos nos enseñan RCP, Atragantamiento con Jacinto y sus amigos).

Tras la sesión teórica se impartieron talleres prácticos con maniquís dividiendo los niños en tres grupos (práctica de RCP, posición lateral de seguridad y Atragantamiento/ Maniobra de Heimlich).

Antes de impartir la charla se pasa un test para valorar los conocimientos de los niños, este mismo test se repite a los días para valorar de nuevo conocimientos adquiridos. El test para valorar conocimientos constaba de 8 preguntas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado del test previo de conocimientos fue:
1 pregunta acertada: 3 alumnos
2 preguntas acertadas: 8 alumnos
3 preguntas acertadas: 10 alumnos
4 preguntas acertadas: 15 alumnos
5 preguntas acertadas: 7 alumnos
6 preguntas acertadas: 1 alumno
7 preguntas acertadas : ningún alumno
8 preguntas acertadas: 1 alumno.
Un 53% de los alumnos aprueban el cuestionario (24 alumnos).

El resultado del test unos días después de realizar la actividad fue:
1 pregunta acertada: ningún alumno
2 preguntas acertadas: 1 alumno
3 y 4 preguntas acertadas: ningún alumno
5 preguntas acertadas: 3 alumnos
6 preguntas acertadas: 12 alumnos
7 preguntas acertadas: 14 alumnos
8 preguntas acertadas 15 alumnos.
Un 98% de los alumnos aprueban el cuestionario (42 alumnos de 43).
El test posterior no fue contestado por 2 alumnos.

Se observa una clara mejoría en la adquisición de conocimientos tras la realización de la actividad.
Las preguntas que mejor responden tras recibir la clase fueron:
¿Qué es la maniobra de Heimlich? solo la fallaron dos alumnos, ¿Cómo se realiza la reanimación cardiopulmonar? y ¿Si te encuentras con una persona desmayada en el suelo, cuál es la primera medida que debes realizar? Solo fallaron tres alumnos cada pregunta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños.
Es necesario dar formación a los niños sobre RCP en edad escolar, esto puede salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.
Los participantes y los profesores de los centros mostraron un gran interés por la actividad.

Ha quedado pendiente impartir el taller a los niños de 5º de primaria del CEIP de Maella, ya que por volumen de niños se decidió que fuera impartido solo a los de 6º.
Se valorar continuar con el proyecto este año, con el objetivo de realizar esta actividad con los niños de 6º de primaria del CEIP Maella y con los de 1ero
de la ESO del Instituto de Educación Secundaria.

7. OBSERVACIONES.
Dada la movilidad del personal del Centro de Salud de Maella, para la continuación del proyecto en este año 2019, se modifican los componentes del equipo de mejora.
Dejan de formar parte de él:
GIMENEZ ANDRES FABIOLA,
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA.
Se incorporan como nuevos componentes:
HERREJON SILVESTRE RICARDO V.
GIMENO FELIU CARMEN
BARBERENA ARANO LOURDES

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1173 ========== ***

Nº de registro: 1173

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Autores:
CEBRIAN FRANCO MILAGROS, GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, JARABA BECERRIL CARLOS, MIGUEL MENDEZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La zona básica de Salud de Maella comprende tres poblaciones, Maella, Fabara y Nonaspe. Da servicio a unos 4100 habitantes aproximadamente. En Maella se encuentra ubicado el centro de Salud, y es donde se realiza la atención continuada. En las otras poblaciones se realiza consulta sanitaria de lunes a viernes en horario de mañanas. Nonaspe se encuentra a 20 km del Centro de Salud de Maella y Fabara a 10 Km. Asimismo la UVI y Hospital más cercano están a unos 70 km de la población más lejana de nuestra zona básica.
Entre los 10 principios del "European Resuscitation Council" (ERC) - incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) con la campaña "Kids Save Lives" (“Los niños salvan vidas”), tenemos:

1. Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños pueden hacerlo.
2. Hasta dos horas de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) al año para niños en edad escolar son suficientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Por todo esto creemos que cada vez es más necesaria la formación en primeros auxilios y en RCP en nuestra zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va destinado a los alumnos (9 -11 años) de los Centros Escolares de la Zona Básica de Salud de Maella.

OBJETIVOS GENERALES:

• Proporcionar a los alumnos de los centros escolares conocimientos básicos sobre primeros auxilios, conocimiento de la cadena de supervivencia y maniobra de Heimlich.
• Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

• Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia.
• Mantener la calma en un momento crítico, llevar a cabo de manera correcta una reanimación cardiopulmonar (RCP) y resolver una situación de riesgo gracias a la maniobra de Heimlich.
• Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica.
• Los niños también aprenderán responsabilidad social relevante y habilidades sociales.

MÉTODO
• Realización de test para determinar conocimientos previos.
• Sesión teórica sobre RCP.
• Sesión teórica sobre Atragantamiento - Maniobra de Heimlich.
• Sesión práctica de 1.30 horas (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos).
• Al finalizar realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
• Encuesta de satisfacción a los alumnos y profesores.

INDICADORES
• Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad y adquiridos al finalizar la misma.
• Encuesta de satisfacción de alumnos y profesores

DURACIÓN
• Junio - Septiembre 2018: Elaboración del contenido teórico de la actividad.
• Septiembre 2018: Puesta en contacto con los colegios.
• Octubre-Noviembre 2018: Llevar a cabo la actividad: 3 días lectivos (1 día en cada centro escolar de cada población) en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio y disponibilidad de los maniquíes.
• Diciembre 2018 elaboración memoria del proyecto.

OBSERVACIONES
Según resultados se prevé la continuidad anual de esta actividad y ampliación a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAELLA
· Localidad ..... MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ ANDRES FABIOLA
PARDOS CAMACHO ANDRES
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad se realizo con niños de 5º y 6º de primaria con edades comprendidas entre 10-12 años, en total participaron 45 niños y tres profesores. Se realizaron 3 sesiones, una en cada CEIP (Maella, Nonaspe y Fabara) .
Las sesiones tuvieron una duración de 2.5 horas y constaban de un contenido teórico acerca de Reanimación Cardiopulmonar Básica, Cadena de Supervivencia, Atragantamiento/Maniobra de Heimlich y Posición Lateral de Seguridad; fueron impartidas en formato power-point, también se visualizan dos videos (Jacinto y sus amigos nos enseñan RCP y Atragantamiento con Jacinto y sus amigos).
Tras la sesión teórica se impartieron talleres prácticos con maniquís dividiendo los niños en tres grupos (uno para práctica de RCP, otro para práctica de posición lateral de seguridad y otro de Atragantamiento/ Maniobra de Heimlich).
Antes de impartir la charla se pasa un test para valorar los conocimientos de los niños, este mismo test se repite a los días para valorar de nuevo conocimientos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El test para valorar conocimientos constaba de 8 preguntas. Se obtiene tras consultar dos trabajos de Fin de grado de Enfermería sobre Educación para la Salud.
El resultado del test previo de conocimientos fue:
1 pregunta acertada: 3 alumnos
2 preguntas acertadas: 8 alumnos
3 preguntas acertadas: 10 alumnos
4 preguntas acertadas: 15 alumnos
5 preguntas acertadas: 7 alumnos
6 preguntas acertadas: 1 alumno
7 preguntas acertadas : ningún alumno
8 preguntas acertadas: 1 alumno.
24 alumnos aprueban el cuestionario.
El resultado del test unos días después de realizar la actividad fue:
1 pregunta acertada: ningún alumno
2 preguntas acertadas: 1 alumno
3 y 4 preguntas acertadas: ningún alumno
5 preguntas acertadas: 3 alumnos
6 preguntas acertadas: 12 alumnos
7 preguntas acertadas: 14 alumnos
8 preguntas acertadas 15 alumnos.
42 alumnos de 43 aprueban el cuestionario.
El test posterior no fue contestado por 2 alumnos.

Se observa una clara mejoría en la adquisición de conocimientos tras la realización de la actividad.
Las preguntas que mejor responden tras recibir la clase fueron:
¿Qué es la maniobra de Heimlich? solo la fallaron dos alumnos, ¿Cómo se realiza la reanimación cardiopulmonar? y ¿Si te encuentras con una persona desmayada en el suelo, cuál es la primera medida que debes realizar? solo fallaron tres alumnos cada pregunta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños.
Es necesario dar formación a los niños sobre RCP en edad escolar, esto puede salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.
Los participantes y los profesores de los centros mostraron un gran interés por la actividad.
Nos han solicitado formación en Primeros Auxilios profesores del Centro de Educación Secundaria de Maella, pero dada la movilidad de personal sanitario del Centro de Salud, de momento posponemos dicha formación para próximos años.

7. OBSERVACIONES.
Por falta de tiempo no se realizó encuesta de satisfacción a alumnos y profesores. Pero se manifestó verbalmente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1173 ========== ***

Nº de registro: 1173

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Autores:
CEBRIAN FRANCO MILAGROS, GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, JARABA BECERRIL CARLOS, MIGUEL MENDEZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La zona básica de Salud de Maella comprende tres poblaciones, Maella, Fabara y Nonaspe. Da servicio a unos 4100 habitantes aproximadamente. En Maella se encuentra ubicado el centro de Salud, y es donde se realiza la atención continuada. En las otras poblaciones se realiza consulta sanitaria de lunes a viernes en horario de mañanas. Nonaspe se encuentra a 20 km del Centro de Salud de Maella y Fabara a 10 Km. Asimismo la UVI y Hospital más cercano están a unos 70 km de la población más lejana de nuestra zona básica.
Entre los 10 principios del "European Resuscitation Council" (ERC) - incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) con la campaña "Kids Save Lives" (“Los niños salvan vidas”), tenemos:

1. Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños pueden hacerlo.
2. Hasta dos horas de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) al año para niños en edad escolar son suficientes.
3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Por todo esto creemos que cada vez es más necesaria la formación en primeros auxilios y en RCP en nuestra zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va destinado a los alumnos (9 -11 años) de los Centros Escolares de la Zona Básica de Salud de Maella.

OBJETIVOS GENERALES:

• Proporcionar a los alumnos de los centros escolares conocimientos básicos sobre primeros auxilios, conocimiento de la cadena de supervivencia y maniobra de Heimlich.
• Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

• Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia.
• Mantener la calma en un momento crítico, llevar a cabo de manera correcta una reanimación cardiopulmonar (RCP) y resolver una situación de riesgo gracias a la maniobra de Heimlich.
• Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica.
• Los niños también aprenderán responsabilidad social relevante y habilidades sociales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

MÉTODO
• Realización de test para determinar conocimientos previos.
• Sesión teórica sobre RCP.
• Sesión teórica sobre Atragantamiento - Maniobra de Heimlich.
• Sesión práctica de 1.30 horas (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos).
• Al finalizar realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
• Encuesta de satisfacción a los alumnos y profesores.

INDICADORES
• Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad y adquiridos al finalizar la misma.
• Encuesta de satisfacción de alumnos y profesores

DURACIÓN
• Junio - Septiembre 2018: Elaboración del contenido teórico de la actividad.
• Septiembre 2018: Puesta en contacto con los colegios.
• Octubre-Noviembre 2018: Llevar a cabo la actividad: 3 días lectivos (1 día en cada centro escolar de cada población) en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio y disponibilidad de los maniquíes.
• Diciembre 2018 elaboración memoria del proyecto.

OBSERVACIONES
Según resultados se prevé la continuidad anual de esta actividad y ampliación a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0155

1. TÍTULO

INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA

Fecha de entrada: 16/06/2017

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SALESA ALBALATE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALAS MARTIN BEATRIZ
SINUES JUDES MANUEL
LATORRE BARTOLO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-SE VALORA Y BUSCA MATERIAL PARA NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ACTUALIZADOS.
-NOS PUSIMOS EN CONTACTO CON LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA ZONA DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS, EN SIGUIENTES PROYECTOS SE INTENTARA AMPLIAR A LA ZONA DE SALUD DE CALANDA.
-ACORDAMOS PARA REALIZAR UNA CHARLA EN LOS 3 CENTROS PRINCIPALES, UBICADOS EN AGUAVIVA, CASTELLOTE Y MAS DE LAS MATAS.
-SE REALIZA UNA PRESENTACIÓN EN POWER POINT, APOYADA CON VIDEOS EXPLICATIVOS Y LUEGO SE INTERACTUA CON LOS NIÑOS. https://www.youtube.com/watch?v=56PrvOfEqHQ https://www.youtube.com/watch?v=TBXQyxTgs8A

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ACERCAR AL COLEGIO TANTO A LOS ALUMNOS COMO AL PROFESORADO LA RCP BÁSICA.
IDENTIFICAR UN CASO DE INCONSCIENCIA Y AVISAR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS CORRECTAMENTE.
INCIDIMOS EN COMO DAR LOS AVISOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NOS HA RESULTADO DIFICIL EL ABORDAJE EN LOS CENTROS YA QUE EN ZONA RURAL ESTAN AGRUPADOS Y TENEMOS MUCHA DIFERENCIA DE EDAD.
LOS NIÑOS PEQUEÑOS REACCIONARON MEJOR A LA CANCIÓN Y LA VIVENCIA CON LOS MATERIALES QUE LLEVAMOS. LOS MAS MAYORES ENTENDIERON LA PRESENTACIÓN E INTENTAMOS DAR SOLUCIONES A SUS INCREIBLES PREGUNTAS.
QUEDA PENDIENTE EL AREA DE CALANDA Y SE COMENTARA CON LOS PROFESIONALES DE ESE CENTRO ADSCRITOS A ESTE PROYECTO.

7. OBSERVACIONES.
SE INTENTARA SEGUIR REALIZANDO TODOS LOS AÑOS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/155 ========== ***

Nº de registro: 0155

Título
INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA

Autores:
SALESA ALBALATE ALBERTO, SALAS MARTIN BEATRIZ, SINUES JUDES MANUEL, MALLEN MATEO SARA, VILLALBA MIR ANA PILAR, LATORRE BARTOLO SILVIA, FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PCR
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Iniciar desde niños una educación en RCP básica, ya que consideramos vital esa enseñanza como educación para la salud desde niños.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0155

1. TÍTULO

INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA

Los niños de seis a doce años seran capaces de identificar una situacion de PCR y actuar adecuadamente, todo ello implementado en el medio rural en el que desarrollamos la actividad.

MÉTODO
En primera instancia contactaremos con los colegios y asociaciones de padres para coordinar las actividades dentro del curso escolar. El metodo sera a base de videos para los mas pequeños y un power point para los mayores, y luego practicas. Se intentara que sea todo lo mas participativo posible.

INDICADORES
-Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos.
-Encuesta de satisfacción

DURACIÓN
Hasta Febrero:
-Comunicar a los CRAS y centros educativos. Disponibilidad y preparacion de material.
-A partir de febrero comienzo de las charlas y talleres.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1422

1. TÍTULO

CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL CASTAN BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
PITARCH CAÑADA PEDRO
MIR SORRIBAS LOURDES
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades y Oferta de Servicios.
Se analizaron los indicadores de 2016 priorizando para realizar acciones de mejora en 2017 los siguientes:
Registro y plan de cuidados en EPOC
Plan cuidados Conocimientos deficientes en diabetes
Exploración y riesgo del pie diabético
Coberturas en diabetes
Se analizaron los resultados cuatrimestralmente a partir del cuadro de mando desarrollando como acciones de mejora sesiones sobre los planes personales de EPOC (fisioterapia en EPOC), pie diabético, plan de cuidados en diabetes.

También se analizaron cuatrimestralmente los indicadores de farmacia siendo priorizados los de prescripción de antibióticos en pediatría sin descuidar el resto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La evolución ha mostrado mejora en la mayoría de los indicadores. Así en intervención sobre tabaquismo se ha pasado en de un 63% en 2016 a un 70% en 2017 sin bajar en la tasa de detección de tabaquismo (46%). La detección de síntomas en EPOC ha aumentado un 20% respecto a 2016 (66,67%) mientras que el plan de limpieza ineficaz de vías aéreas ha aumentado un 53% (59%). Los indicadores de dependencia (caídas y Norton) han aumentado un 12 y un 28% (100% y 88% respectivamente).
En lo que respecta a diabetes hemos alcanzado un 77% de pacientes con el pie explorado (mejora de un 12% respecto a 2016) alcanzando un 77% en evaluación del riesgo. La cobertura de analíticas ronda el 80%. La glicada en los últimos seis meses se encuentra en un 56%. El registro de hipoglucemia en un 60%.
Los indicadores de utilización de antibióticos en pediatría han pasado en el caso de la faringitis estreptocócica de un 68% a un 87,6%, mientras que en otitis media ha sido de un 84% a 95,88%. Al mismo tiempo se han presentado mejoras en el resto de los indicadores de prescripción donde el año pasado, encontrando solo un indicador ligeramente fuera de rango: hipolipemiantes combinados.
En cuanto a los objetivos del sector: en evaluación con doppler de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años hemos alcanzado el 29%, lo que supone el objetivo propuesto por dirección, en cuanto a cobertura de evaluación de cáncer de cérvix se ha llegado a un 43%, 10 puntos por encima del objetivo del sector. Sin embargo, existe potencial de mejora en el indicador de espirometrías realizadas a fumadores entre 50 y 80 años en los últimos 5 años donde solo hemos aumentado un 3% (15%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La disponibilidad de información que proporciona el cuadro de mando, junto con el método de gestión por objetivos nos ha permitido abordar cómodamente los puntos débiles de nuestro centro de salud. Queda margen de mejora especialmente en el indicador de espirometrías en fumadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1422 ========== ***

Nº de registro: 1422

Título
CUMPLIMIENTO ACUERDO DE GESTION DE 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017

Autores:
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1422

1. TÍTULO

CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
RESULTADOS DE CAMPOS PROPUESTOS (ESTADÍSTICAS): DESAJUSTES DETECTADOS DENTRO DEL EQUIPO Y CON RESPECTO AL ÁREA DE ALCAÑIZ, AL CONJUNTO DE ARAGON Y A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA 2017. ES INDISPENSABLE MEJORAR RESULTADOS ESTRATÉGICOS Y DE SECTOR. E IGUALARLOS. PROCEDEREMOS AL DEBATE ENTRE LOS MIEMBROS DEL EAP PARA PODER ENCONTRAR LAS SOLUCIONES, ALCANZAR COMPROMISOS Y EN REUNIONES SUCESIVAS CONSEGUIR LA MEJORA PROPUESTA.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR EL CAMPO DEL TABAQUISMO, DEL POLIMEDICADO, LOS DEL EPOC, LOS PACIENTES DEPENDIENTES; MANTENER LA ATENCIÓN A LOS DIABÉTICOS; REDUCIR TRATAMIENTOS HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN AP, MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN MAYORES DE 75 AÑOS Y LOS DE RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS; ASÍ MISMO REDUCIR LOS PACIENTES EN ALERTA POR TRIPLE WHAMMY Y LOS AINE's EN PACIENTES CON RCV ALTO; ADECUAR ANTIBIOTERAPIA EN FARING.-AMIGD./OTITIS ESTREPTOCOCICA.

MÉTODO
INFORMAR DE SITUACIÓN: PRESENTAR ESTADÍSTICAS.
ORIENTAR SESIONES CLÍNICAS.
COMPROMISO A TRAVES DE LA PARTICIPACIÓN.
MEJORAR NUESTRA PRESTACIÓN.
PROMOCIÓN DE LA CONSULTA PROGRAMADA.

INDICADORES
ESTADÍSTICAS DE CUMPLIMIENTO ACUERDO DE GESTION DE 2017, DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A PACIENTES DIABÉTICOS 2017 Y DE CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017.

DURACIÓN
SEIS MESES: EVALUACIÓNES EN JUNIO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1441

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR BORRAZ MIR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TITARCH CAÑADA PEDRO
SANCHEZ GORRIZ TERESA
MIR SORRIBAS LOURDES
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
TELMP MARTINEZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se crearon huecos de consulta no presencial en la agenda de OMI-AP, informando al equipo de qué casos serían susceptibles de consulta no presencial. Se realizó una actividad comunitaria en la que, en uno de sus puntos, se explicó la existencia de la consulta no presencial.
Se informó del desarrollo de la interconsulta virtual en el hospital de Alcañiz y de las especialidades que la iban a desarrollar.
Se informó de las moléculas farmacéuticas que más gasto originaban en el centro de salud, aunque no se pudo actualizar esta información por la baja de la farmacéutica del sector.
Se hizo énfasis en mejorar los registros diagnósticos en OMI-AP para mejorar el peso medio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En consulta no presencial en médicos se ha alcanzado el estándar del contrato de gestión (5,7%) mientras que no se alcanza en consultas de enfermería.
Tampoco se ha alcanzado el estándar en % de peticiones realizadas con interconsulta virtual que se encuentra en el 30%, resultado generalizado en el sector.
No se disponen de datos de eficiencia ajustados por ACGs.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo de la interconsulta virtual ha mostrado debilidades en el sector. La incorporación de las distintas especialidades ha sido irregular y en muchas ocasiones las respuestas han generado incertidumbre (recomendación de solicitud de pruebas que no están en la cartera de servicios de atención primaria, recomendaciones de aplicar protocolos de especializada que a veces se desconocen), lo que ha hecho que se volviera a la derivación clásica.
Sería recomendable disponer de los indicadores de eficiencia en algún corte a mitad de año y otro en Enero, ya que al no disponer de estos datos no podemos saber si nuestras medidas están funcionando y establecer medidas correctoras concurrentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1441 ========== ***

Nº de registro: 1441

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LA MATAS

Autores:
BORRAZ MIR PILAR, PITARCH CAÑADA PEDRO, SANCHEZ GORRIZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1441

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Mas de las Matas hemos encontrado varios problemas:
- Una frecuentación elevada junto con presión asistencial elevada que se justifica en parte porque cada médico pasa consulta en distintos núcleos de población donde no se pasa consulta todos los días. El indicador de eficiencia en visitas ajustado por ACgs nos muestra que estamos por encima de lo esperado en Aragón. En nuestro caso la implantación de la consulta no presencial puede ser de utilidad.
- Una pirámide de cronicidad sensiblemente más gruesa en la parte superior que en el promedio de Aragón. Aunque nuestro peso medio está por encima de 1, creemos que puede mejorarse el registro diagnóstico.
- La eficiencia en derivaciones y farmacia ajustado por ACGs están por encima del estándar

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Mas de las Matas.

MÉTODO
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
o Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

- Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Mas de las Matas.
- Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones

% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

DURACIÓN
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1497

1. TÍTULO

¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR VILLALBA MIR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
LATORRE BARTOLO SILVIA
SALESA ALBALATE ALBERTO
VIDAL VILLANUEVA VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EL CONSEJO DE SALUD ES EL ORGANO DE PARTICIPACIÒN DE LOS CIUDADANOS EN EL CENTRO DE SALUD. EN ESTOS MOMENTOS ESTÁ MANTENIENDO UN TEMA ÚNICO QUE ES EL ACCESO EQUITATIVO A LA ATENCION MEDICA DEL CUPO DE CASTELLOTE.
CUANDO PRESENTÉ ESTE PROYECTO: LO HICE SOLICITANDO MEJORAS O PROPUESTAS O CRITICAS POR DISPARES QUE FUERAN. (BRAINSTORMING). NO OBTUVE RESPUESTA ALGUNA POR NADIE DEL CONSEJO DE SALUD. CUANDO INDAGE ME DIJERON QUE NO QUERIAN PARTICIPAR PARA NO TENER QUE IR A NINGUN SITIO.
EN UN SEGUNDO INTENTO ANIMÉ DE NUEVO AL CONSEJO E INTRODUCÍ UNA NUEVA FUENTE DE INFORMACION DE IDEAS. DISTINTOS GRUPOS DE POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD.
OBTUVE LAS SIGUIENTES IDEAS. BRAINSTORMING:
MESA Y SILLAS INFANTILES CON CUENTOS, COLORES.
PARA LAS EMBARAZADAS, CLASES PREPARTO, UNA SALA EN CONDICIONES .
CHARLAS SOBRE EL PAPILOMA, ENDOMETRIOSIS, PROSTATA, MENOPAUSIA, LOS ESTROGENOS.
EMBARAZO EN ADOLESCENTES.
VIOLENCIA FILIOPARENTAL.
DETECTAR MALOS TRATOS.
COLOCAR UNA MARQUESINA TRANSPARENTE HASTA LA ACERA PARA QUE LOS ENFERMOS Y PACIENTES NO PASEN FRIO Y SE MOJEN MUCHO CUANDO SE LES SACA EN SILLA DE RUEDAS O CAMILLA.
DIABETES, TABACO, OBESIDAD.CAMBIOS DE HABITOS.
PRIMEROS AUXILIOS: RCP (ATRAGANTAMIENTO).
INTOXICACIONES.
ICTUS.
CRISIS EPILEPTICAS .
CRISIS DE ANSIEDAD.
PARA FAMILIARES DE CUIDADORES DE ALZHEIMER, MENTALES, PERSONAS DEPENDIENTES.
REUNIONES DE PERSONAS CON LA MISMA PATOLOGIA ; DEPRESION...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
VALORANDO ESTAS IDEAS, SE PONDRÁ EN MARCHA UNA SERIE DE SESIONES DIRIGIDAS A LA POBLACION EN GENERAL O A LA POBLACION MAS ESPECIFICA.
- ATENCION SANITARIA A LA MUJER VICTIMA DE VIOLENCIA DOMESTICA.
- EN RESIDENCIAS O CENTROS DE DIA : PRIMEROS AUXILIOS .
CON ESTAS DOS LINEAS DE MEJORA SE PLANTEAN PARA EL AÑO 2018.
EN LA PROXIMA REUNION DEL CONSEJO DE SALUD, SE DARÁ A CONOCER ESTE PROYERTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL CONSEJO DE SALUD ESTA MONOPOLIZADO CON UN UNICO TEMA, SE DEBE DAR A CONOCER Y EXPLICAR SU FUNCION.
COMO ORGANO DE PARTICIPACION CIUDADANA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1497 ========== ***

Nº de registro: 1497

Título
¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?

Autores:
VILLALBA MIR ANA PILAR, SALESA ALBALATE ALBERTO, LATORRE BARTOLO SILVIA, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, BORRAZ MIR PILAR, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1497

1. TÍTULO

¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: LINEAS DE ACTUACION COMUNITARIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
EL CONSEJO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS TIENE DOS AÑOS DE RECORRIDO.
SE FORMÓ CON LOS CONCEJALES DE LAS POBLACIONES DEL AREA DE SALUD, Y CON REPRESENTANTES DEL CENTRO DE SALUD.
DURANTE ESTE TIEMPO LAS REUNIONES HAN SIDO CON CIERTA REGULARIDAD, TRIMESTRALMENTE.
LA ORIENTACION HA SIDO, TAL VEZ EQUIVOCADA, MOSTRAMOS LOS DEFICITS MEDICOS EN PERIODO ESTIVAL .
COMO OBJETIVO EN EL CENTRO NOS HAN INDICADO LAS ACTUACIONES HACIA LA SOCIEDAD.
UN PUNTO DE PARTIDA ES EL CONSEJO DE SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS
EL OBJETIVO PRINCIPAL VA A SER INVITAR A ASOCIACIONES CULTURALES, DEPORTIVAS, AMAS DE CASA Y DE OTRO TIPO, JUNTO CON LOS REPRESENTANTES DE LOS AYUNTAMIENTOS Y LOS DEL CENTRO DE SALUD.
DAR A CONOCER EL NUEVO PUNTO DE PARTIDA: ES LA BUSQUEDA DE INTERESES POR LA POBLACION ...
RECIBIR UNA TORMENTA DE IDEAS POR PARTE DE TODOS Y BUSCAR LINEAS DE TRABAJO DE INTERES PARA NUESTRA SOCIEDAD.

MÉTODO
PRIMERA REUNION INVITAR A UN MAYOR NUMERO DE ASOCIACIONES Y REPRESENTANTES DE LOS AYUNTAMIENTOS.
RECOGER TODAS LA POSIBLES INQUIETUDES.
VALORARLAS EN EL CENTRO DE SALUD, CÓMO URGENTES, PRIORITARIAS, MEDIO PLAZO, LARGO PLAZO.
VALORAR EN CUANTO A LA POSIBILIDAD DE REALIZACIÓN.
MARCAR TRES LINEAS DE TRABAJO.

INDICADORES
VALORAR TODAS LAS PROPUESTAS :
INTERES DE LA POBLACION.
INTERES DE LOS COMPAÑEROS DEL CENTRO.
POSIBILIDAD DE REALIZACION.
GRAVEDAD DE LA PROPUESTA.
PUNTOS DE VISTA DISTINTOS DEL USUARIO A NOSOTROS.

DURACIÓN
DURACION UN AÑO.
POSIBILIDAD DE PROLONGAR MAS TIEMPO.
LAS REUNIONES DEL CONSEJO SON TRIMESTRALES.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1498

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL. CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS DE ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA SANCHEZ GORRIZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PITARCH CAÑADA PEDRO
TELMO MARTINEZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó en este centro una reunión informativa el 13 de Julio de 2017, acudieron 25 personas de mediana edad con dificultades para las nuevas tecnologias, se les enseñó a descargar el App de Saludinforma, a citar a través del móvil, a quién podemos citar, como anularla, también la introducción del pin para poder ver las citas de especializada pendientes. También es explico en que consiste la cita de demanda no presencial, como solicitarla y a que profesionales.
Se informo también de que hacer para poder retirar los medicamentos recetados en Aragón en otras comunidades que estan integradas en el Proyecto de interoperabilidad de receta eletrónica del Sistema Nacional de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Muy satisfactorio a los 25 participantes.
Se citan por el móvil, pueden ver las citas pendientes.
También llaman para citarse en demanda no presencial.
Se puede ver en OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es muy positiva, hay personas que les cuesta iniciarse en las nuevas tecnologías pero con paciencia y enseñando bien se logran muy buenos resultados, la cercanía y poderles resolver en el momento sus dudas es muy importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1498 ========== ***

Nº de registro: 1498

Título
CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL, CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS EN ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

Autores:
SANCHEZ GORRIZ TERESA, PITARCH CAÑADA PEDRO, TELMO MARTINEZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SIN PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: INFORMACION GENERAL

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
INFORMAR A LA POBLACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE DISPONE EL SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
ENSEÑAR A COMO SE PUEDE UTILIZAR LOS SERVICIOS QUE DISPONE EL SALUD (Descarga de App, como se cita, introduccion pin, ect)
PARA QUE ES LA DEMANDA NO PRESENCIAL (Para qué se puede usar este tipo de cita, como solicitarla y a qué profesionales puedo pedir una consulta telefónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1498

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL. CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS DE ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

EN QUE COMUNIDADES PUEDO UTILIZAR MI RECETA ELECTRONICA.

MÉTODO
CHARLAS INFORMATIVAS EN EL CENTRO DE SALUD

INDICADORES
INTENTAR MÁXIMA AFLUENCIA

DURACIÓN
FECHA 13 JULIO A LAS 16 HORAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA RICO GASCON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLALBA MIR ANA PILAR
GRACIA CARRASCO ELIAS
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
PITARCH CAÑADA PEDRO
BARDAJI RUIZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestra Zona Básica de Salud, hay 2 colegios, el Colegio de Mas de las Matas y el Cra Olea con sede en Castellote, abarcando la escolarización al resto de nuestros niños, y a Foz Calanda, que pertenece a CS Calanda.
Ya consideramos al plantearnos el proyecto, que las aulas era el espacio idóneo para iniciarse con las prácticas de RCP, además teniendo en cuenta la gran dispersión que tiene nuestra zona, es fundamental que la población tenga conocimientos de RCP.
Al inicio del proyecto se designó un responsable (Silvia Rico Gascón), quien se puso en contacto con los directores de ambos colegios, presentando el proyecto. Nos comunican que en el Cra Olea son un total de 105 alumnos, y en Colegio de Mas de las Matas 90 . Una vez que los colegios aprueban en consejo escolar la aceptación de nuestro proyecto en sus aulas, nos ponemos a preparar material didáctico adaptado a las distintas edades de los niños, y a solicitar los maniquíes a servicio de Formación de Alcañiz y a la asociación Cuidae. A su vez y aprovechando que en cada uno de los pueblos de esta Zona Básica de Salud hay Desfibrilador, por gentileza de las comarcas, pasamos a revisar cómo y dónde se encuentran en cada municipio, para en cada aula mostrarles el que tienen en cada pueblo y la manera de llegar a ellos. Esto nos llevo a descubrir que no se está haciendo un mantenimiento correcto de los aparatos y casi ningún niño ni maestro tenía conocimiento de la existencia del DESA en el municipio.
A continuación se fijan fechas en consenso con los tutores de las distintas aulas, así quedó fijado el calendario:
El día 24 de octubre por la mañana, grupo de infantil del colegio Mas de las Matas.
El día 24 de octubre por la tarde, grupo de 1º y 2º de primaria del colegio Mas de las Matas.
El día 27 de octubre en Cra Olea, aula de Castellote de 4º,5º y 6º de primaria.
EL día 19 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil, 1º y 2º de primaria de Castellote.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de Aguaviva, a primera hora.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de Aguaviva a última hora.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de La Ginebrosa.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de La Ginebrosa a última hora .
El día 20 de diciembre en Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart. Todos sus alumnos juntos.
El día 9 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Bordón. Todos sus alumnos juntos.
El día 11 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Foz Calanda (impartido por personal de Centro de Salud de Calanda), Todos sus alumnos juntos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Niños participantes/ total de niños entre ambos colegios
El total de niños matriculados entre ambos colegios es de 195 alumnos. Los alumnos que asistieron a los talleres 186. Por lo tanto 186 participantes/195 matriculados = 95,38% fue la asistencia a nuestros talleres.
niños por escuela /total de cada Escuela
Colegio de Mas de las Matas : Asistieron un total de 102 alumnos/ 105 alumnos= 97,14 %
Cra Olea, aula de Castellote : asistieron un total de 28 alumnos/ 29 alumnos=96,55%
Cra Olea, aula de Aguaviva; asistieron un total de 38 alumnos /39 alumnos=97,43%
Cra Olea, aula de La Ginebrosa: asistieron un total de 15 alumnos/15 alumnos=100%
Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart: asistieron un total de 4 alumnos/5 alumnos=80%
Cra Olea, aula de Bordón: asistieron 7 alumnos/9 alumnos=77,77%
Cra Olea, aula de Foz : asistieron 8alumnos /8 alumnos=100%
Profesores asistentes: han sido 14 los profesores asistentes junto a los alumnos en las aulas.

-Pre -test y post -test adecuado a los niños para valorar conocimientos adquiridos.
La puntuación media del pre test fue de un 5,84 y la nota media del post test de un 8,48 puntos.

En cuanto a la encuesta de satisfacción de los niños se aprecia que de media un 38% de las preguntas contestaron que estaban bastante satisfechos, un 60%, muy satisfechos y un 2% poco satisfechos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para concluir, expresamos que el proyecto ha sido muy gratificante, con muy buena acogida por parte de profesores, alumnos y también por los padres, así nos lo han hecho llegar desde las AMPAS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Hemos apreciado que como se imparte en la escuela la participación es muy alta, 95,38%, la falta de asistencia era justificada en el colegio.
Se confirma, que si que han adquirido conocimientos nuevos, dados los resultados de los test previos y posteriores, con un aumento significativo de la puntuación.
Por otra parte advertimos a alguno de los ayuntamientos que los DESAS no están en condiciones óptimas para su correcto uso, seguramente si no hacemos el proyecto no nos damos cuenta de esas deficiencias. A raíz de esto realizamos un listado de ubicación de los mismos y la manera de acceder a ellos para tener conocimiento todos los miembros del equipo, y también para difundir entre la población en general.
Consideramos que es un proyecto que debe y le vamos a dar una continuidad, pero quizás lo que hagamos para estos próximos años es acudir de manera bianual, un año al Colegio de Mas de las Matas, y al curso siguiente al Cra Olea. De esta manera en los 9 años de escolarización primaria, asistirán 4 veces a este tipo de talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/703 ========== ***

Nº de registro: 0703

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Autores:
RICO GASCON SILVIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, PITARCH CAÑADA PEDRO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCION
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El lugar idóneo para iniciar con los conocimientos de primeros auxilios de manera temprana es la escuela. Los alumnos de infantil y primaria, son un grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
En nuestro caso implementaremos la la formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa infantil e ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para impartir los cursos en las escuelas de la zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del 112.
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Adaptar el contenido de las charlas a las edades.

MÉTODO
En nuestra zona básica de salud, hay 2 colegios, El colegio de Mas de las Matas, y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Olea, que su sede se encuentra en Castellote, y ofrece la escolarización además en Aguaviva, Bordón, Cuevas de Cañart, La Ginebrosa y Foz calanda. Este último municipio pertenece al centro de salud de Calanda, pero dado que es de este CRA, impartiremos de la misma forma la clase, para que no haya desigualdad entre alumnos del mismo CRA.

En primer lugar se designaran los responsables del proyecto.Estos se pondrán en contacto con los directores de los colegios para conocer nuestro proyecto, y saber si estan dispuestos a participar. Así mismo se acordaran las fechas en que se impartiran los talleres.(septiembre-diciembre)

Preparamos el temario adaptado a la edad de los escolares, y acordamos que el taller de los de infantil tendrá una duración de 30 minutos, y el resto 1 h aproximadamente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Utilizaremos medios audiovisuales vistosos para captar la atención de los pequeños, y llevaremos maniquíes para poder para practicar, y a su vez les indicaremos que se traigan un peluche de su casa para poder practicar de manera grupal.
Los elementos fundamentales que deben constituir la formación son el reconocimiento de parada cardiaca, seguridad de la escena, obtención de ayuda llamando al 112, la administración de compresiones de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante un emergencia.

Contenido según grupo de edad:
Grupo de 1-3 años

emergencia
112
¿para que sirve el 112?
¿que me preguntaran?, ¿que tengo que decir?
¿desde que telefono puedo llamar?
¿que es una RCP?
Practica de RCP solo con las manos

Grupo de (7-10 años)
Además de lo anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, sincope y convuliones.

Grupo (11-12 años)

Lo mismo que en los anteriores con la diferencia que la rcp se les enseñara completa.

Se realizara en cada grupo un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES
niños participantes/total de niños entre ambos colegios
niños por escuela/ total de niños de cada escuela
profesores asistentes

pre-test y post-test adecuado a la edad e los niños y valorar conocimientos adquiridos.
Resultados de la encuesta de satisfacción de niños. Seran 10 preg con 4 respuestas a elegir entre nada, poco bastante y mucho

DURACIÓN
En el mes de junio se deciden responsables.
Julio y agosto se prepara el taller.
Octubre noviembre y diciembre se desarrollan los talleres.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA RICO GASCON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA CARRASCO ELIAS
PITARCH CAÑADA PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestra Zona Básica de Salud, hay 2 colegios, el Colegio de Mas de las Matas y el Cra Olea con sede en Castellote, abarcando la escolarización al resto de nuestros niños, y a Foz Calanda, que pertenece a CS Calanda.
Ya consideramos al plantearnos el proyecto, que las aulas era el espacio idóneo para iniciarse con las prácticas de RCP, además teniendo en cuenta la gran dispersión que tiene nuestra zona, es fundamental que la población tenga conocimientos de RCP.
Al inicio del proyecto se designó un responsable (Silvia Rico Gascón), quien se puso en contacto con los directores de ambos colegios, presentando el proyecto. Nos comunican que en el Cra Olea son un total de 105 alumnos, y en Colegio de Mas de las Matas 90 . Una vez que los colegios aprueban en consejo escolar la aceptación de nuestro proyecto en sus aulas, nos ponemos a preparar material didáctico adaptado a las distintas edades de los niños, y a solicitar los maniquíes a servicio de Formación de Alcañiz y a la asociación Cuidae. A su vez y aprovechando que en cada uno de los pueblos de esta Zona Básica de Salud hay Desfibrilador, por gentileza de las comarcas, pasamos a revisar cómo y dónde se encuentran en cada municipio, para en cada aula mostrarles el que tienen en cada pueblo y la manera de llegar a ellos. Esto nos llevo a descubrir que no se está haciendo un mantenimiento correcto de los aparatos y casi ningún niño ni maestro tenía conocimiento de la existencia del DESA en el municipio.
A continuación se fijan fechas en consenso con los tutores de las distintas aulas, así quedó fijado el calendario:
El día 24 de octubre por la mañana, grupo de infantil del colegio Mas de las Matas.
El día 24 de octubre por la tarde, grupo de 1º y 2º de primaria del colegio Mas de las Matas.
El día 27 de octubre en Cra Olea, aula de Castellote de 4º,5º y 6º de primaria.
EL día 19 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil, 1º y 2º de primaria de Castellote.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de Aguaviva, a primera hora.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de Aguaviva a última hora.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de La Ginebrosa.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de La Ginebrosa a última hora .
El día 20 de diciembre en Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart. Todos sus alumnos juntos.
El día 9 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Bordón. Todos sus alumnos juntos.
El día 11 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Foz Calanda (impartido por personal de Centro de Salud de Calanda),todos sus alumnos juntos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Niños participantes/ total de niños entre ambos colegios
El total de niños matriculados entre ambos colegios es de 195 alumnos. Los alumnos que asistieron a los talleres 186. Por lo tanto 186 participantes/195 matriculados = 95,38% fue la asistencia a nuestros talleres niños por escuela /total de cada Escuela
Colegio de Mas de las Matas : Asistieron un total de 102 alumnos/ 105 alumnos= 97,14 %
Cra Olea, aula de Castellote : asistieron un total de 28 alumnos/ 29 alumnos=96,55%
Cra Olea, aula de Aguaviva; asistieron un total de 38 alumnos /39 alumnos=97,43%
Cra Olea, aula de La Ginebrosa: asistieron un total de 15 alumnos/15 alumnos=100%
Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart: asistieron un total de 4 alumnos/5 alumnos=80%
Cra Olea, aula de Bordón: asistieron 7 alumnos/9 alumnos=77,77%
Cra Olea, aula de Foz : asistieron 8alumnos /8 alumnos=100%
Profesores asistentes: han sido 14 los profesores asistentes junto a los alumnos en las aulas.
-Pre -test y post -test adecuado a los niños para valorar conocimientos adquiridos.
La puntuación media del pre test fue de un 5,84 y la nota media del post test de un 8,48 puntos.
En cuanto a la encuesta de satisfacción de los niños se aprecia que de media un 38% de las preguntas contestaron que estaban bastante satisfechos, un 60%, muy satisfechos y un 2% poco satisfechos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para concluir, expresamos que el proyecto ha sido muy gratificante, con muy buena acogida por parte de profesores, alumnos y también por los padres, así nos lo han hecho llegar desde las AMPAS.
Hemos apreciado que como se imparte en la escuela la participación es muy alta, 95,38%, la falta de asistencia era justificada en el colegio.
Se confirma, que si que han adquirido conocimientos nuevos, dados los resultados de los test previos y posteriores, con un aumento significativo de la puntuación.
Por otra parte advertimos a alguno de los ayuntamientos que los DESAS no están en condiciones óptimas para su correcto uso, seguramente si no hacemos el proyecto no nos damos cuenta de esas deficiencias. A raíz de esto realizamos un listado de ubicación de los mismos y la manera de acceder a ellos para tener conocimiento todos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

los miembros del equipo, y también para difundir entre la población en general.
Consideramos que es un proyecto que debe y le vamos a dar una continuidad, pero quizás lo que hagamos para estos próximos años es acudir de manera bianual, un año al Colegio de Mas de las Matas, y al curso siguiente al Cra Olea. De esta manera en los 9 años de escolarización primaria, asistirán 4 veces a este tipo de talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/703 ========== ***

Nº de registro: 0703

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Autores:
RICO GASCON SILVIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, PITARCH CAÑADA PEDRO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCION
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El lugar idóneo para iniciar con los conocimientos de primeros auxilios de manera temprana es la escuela. Los alumnos de infantil y primaria, son un grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
En nuestro caso implementaremos la la formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa infantil e ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para impartir los cursos en las escuelas de la zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del 112.
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Adaptar el contenido de las charlas a las edades.

MÉTODO
En nuestra zona básica de salud, hay 2 colegios, El colegio de Mas de las Matas, y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Olea, que su sede se encuentra en Castellote, y ofrece la escolarización además en Aguaviva, Bordón, Cuevas de Cañart, La Ginebrosa y Foz calanda. Este último municipio pertenece al centro de salud de Calanda, pero dado que es de este CRA, impartiremos de la misma forma la clase, para que no haya desigualdad entre alumnos del mismo CRA.

En primer lugar se designaran los responsables del proyecto.Estos se pondrán en contacto con los directores de los colegios para conocer nuestro proyecto, y saber si estan dispuestos a participar. Así mismo se acordaran las fechas en que se impartiran los talleres.(septiembre-diciembre)

Preparamos el temario adaptado a la edad de los escolares, y acordamos que el taller de los de infantil tendrá una duración de 30 minutos, y el resto 1 h aproximadamente.

Utilizaremos medios audiovisuales vistosos para captar la atención de los pequeños, y llevaremos maniquíes para poder para practicar, y a su vez les indicaremos que se traigan un peluche de su casa para poder practicar de manera grupal.
Los elementos fundamentales que deben constituir la formación son el reconocimiento de parada cardiaca, seguridad de la escena, obtención de ayuda llamando al 112, la administración de compresiones de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante un emergencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Contenido según grupo de edad:
Grupo de 1-3 años

emergencia
112
¿para que sirve el 112?
¿que me preguntaran?, ¿que tengo que decir?
¿desde que telefono puedo llamar?
¿que es una RCP?
Practica de RCP solo con las manos

Grupo de (7-10 años)
Además de lo anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, sincope y convuliones.

Grupo (11-12 años)

Lo mismo que en los anteriores con la diferencia que la rcp se les enseñara completa.

Se realizara en cada grupo un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES
niños participantes/total de niños entre ambos colegios
niños por escuela/ total de niños de cada escuela
profesores asistentes

pre-test y post-test adecuado a la edad e los niños y valorar conocimientos adquiridos.
Resultados de la encuesta de satisfacción de niños. Seran 10 preg con 4 respuestas a elegir entre nada, poco bastante y mucho

DURACIÓN
En el mes de junio se deciden responsables.
Julio y agosto se prepara el taller.
Octubre noviembre y diciembre se desarrollan los talleres.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER PEREZ TORRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
MIR SORRIBAS LOURDES
CHAVES BERMEJO LORENA
AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Reunión formativa para el personal del centro de salud, no solo para los integrantes del proyecto, el 14 de mayo de 2018.
2.- Desde octubre de 2018 se hace responsable de la realización de las espirometrías a Lorena Chaves, tras ser asignada al centro de salud como personal de refuerzo para esta y otras tareas.
3.- Inicialmente la coordinadora de enfermería enseñó al resto del personal de enfermería a manejar el programa Custo, pero a mitad del 2018 este programa es sustituído por otro (SIBELMED).
4.- Se creó una agenda, los miércoles de cada mes para la realización de espirometrías.
5.- Se hizo incidencia que tanto en la consulta de atención primaria como en la de atención continuada era necesario hacer una búsqueda activa del paciente fumador y ofertarle una espirometría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos hasta la fecha no son concluyentes. A mitad del año 2018 se cambió el programa de espirometrías y con ello parece que se han perdido datos de pacientes que no han podido ser incluídos en el estudio. Junto con el cambio del programa también se cambió el espirómetro sin que con ello se diera formación en el uso y manejo del nuevo programa y aparato. Además el hecho de tener consultas de enfermería saturadas debido al tipo de población y sobre todo a la dispersión del área de salud, hizo que de junio a octubre apenas se hiciera esta prueba. A partir de octubre de 2018, con la asignación de una enfermera de refuerzo que había rotado por pruebas funcionales en el hospital (que usan el mismo programa y aparato), y a la que se encarga de realizar las espirometrías, esta prueba comienza a hacerse de forma rutinaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con todos los problemas que han surgido en la realización de este proyecto: posible pérdida de datos con el cambio de un programa a otro, cambio del espirómetro, no contar con una persona formada para hacer la prueba hasta octubre de 2018, cambio de ordenadores del centro, con pérdida de información y teniendo en cuenta que el período de estudio era de junio a abril de 2019, no podemos hacer una valoración de los resultados hasta ahora. Se solicita el continuar con el estudio durante todo el 2019 para poder tener datos fiables y contrastables.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1236 ========== ***

Nº de registro: 1236

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Autores:
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, RICO GASCON SILVIA, GRACIA CARRASCO ELIAS, MIR SORRIBAS LOURDES, CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, FERRER DA PENA MARIA DOLORES, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica e irreversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
La prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona básica de salud es baja, en torno al 2,5% de la población. Muy por debajo de datos medios de prevalencia a nivel nacional, que en el estudio EPI-SCAN 2006/2007 en España según criterios diagnósticos GOLD es del 10,2%, de la población de 40 a 80 años. Así como muy por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud.
Mejora de los recursos para la realización de espirometrías tanto en el centro de salud de Mas de las Matas como en los consultorios locales de Aguaviva y Castellote.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar los datos de prevalencia de pacientes EPOC en nuestro ámbito asistencial mediante la realización de espirometría forzada con prueba post broncodilatadora a pacientes fumadores.
Población diana: pacientes fumadores, ambos sexos, de 40 a 79 años

MÉTODO
Información a los miembros del EAP sobre el proyecto en una reunion.
Designar a la persona encargada de realizar espirometría.
Taller práctico de realización prueba y el aprendizaje del programa Custo,
Crear consulta específica de Espirometría y su agenda correspondiente.
Mostrar a los compañeros el documento sobre la metodología e información a los pacientes de la preparación previa a la realización de la prueba, donde se anotará día, hora y lugar del acto, así como un teléfono al que podrán llamar en caso de no poder acudir.
Captación de pacientes de ese grupo en las diferentes consultas de AP y en A.C.

INDICADORES
Aumentar prevalencia de pacientes con diagnostico EPOC de la población de referencia respecto al punto de partida.

Número de espirometrías positivas al criterio EPOC / nº total de espirometrías realizadas.

Fuente de datos para medición de indicadores: Historias de OMI, listados elaborados, registro de la consulta monográfica de espiros.

DURACIÓN
Organización y formación de los profesionales en mayo – junio 2018.
Desarrollo del proyecto a partir de junio hasta abril del 2019
En Octubre de 2018 primera valoración de resultados conseguidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1296

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR BORRAZ MIR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RICO GASCON SILVIA
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
VILLALBA MIR ANA PILAR
GRACIA CARRASCO ELIAS
PASTOR CABALLERO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los meses de junio, julio y agosto del año 2018 se realizaron sesiones informativas a los profesionales sanitarios del EAP del C.S. Mas de las Matas con el fin de orientar a los mismos acerca de las actuaciones a realizar dentro del proyecto. En estas sesiones se designo a una persona responsable del programa.
En estas mismas sesiones se acordó el método de difusión para llegar a la población a través de pregones locales, e información en las distintas localidades pertenecientes para realizar las sesiones a impartir en las distintas localidades, siendo están los núcleos de mayor población (Mas de las Matas, Castellote y Aguaviva).
En Octubre se comienza el contacto con las diversas asociaciones y colectivos de los pueblos para marcar un calendario de actuación en los mismos con el fin de concienciar a la población de la importancia del conocimiento de los síntomas para el reconocimiento de un posible ictus.
Comenzamos las sesiones en Diciembre, quedando todavía pendiente la imparticion de la misma en una de las localidades, puesto que el proyecto finaliza, y según se expuso en el acuerdo en Marzo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En las dos localidades en las que se ha realizado, quizás por los meses en los que se ha llevado a cabo, los participantes no han sido todo lo numerosos que hubiéramos deseado, salvo en la localidad principal donde el núcleo poblacional es superior al resto..
Forman parte del proyecto todas aquellas personas mayores de 18 años.
El nº de participantes total ha sido de 257, hasta el momento actual pendientes de impartir la información en el tercero de los núcleos. El primero de los indicadores estaría, por tanto, sin poder calcular, dado que este era : NUMERO TOTAL DE PARTICIPANTES/ TOTAL POBLACION ADULTA DE LA ZONA BASICA DE SALUD.
Calculamos pues, los dos indicadores de las poblaciones en las que se ha realizado:

NUMERO DE PARTICIPANTES DE CADA TITULAR/TOTAL POBLACION ADULTA PERTENECIENTE A DICHO TITULAR x 100

En la población mas numerosa fue de 159 participantes, entre un total de 1026. Así pues, el porcentaje de participación en esta fue de 15,5

En la siguiente población entre una población de 662, que se distribuye en 9 núcleos poblacionales, la asistencia fue de 98 personas. Así pues, el porcentaje de participación fue de 14,8

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De los resultados obtenidos hasta el momento, dada la zona básica en la que se realiza, la dispersión geográfica, la edad de los pacientes, y la época en la que se realiza, siendo que la participación de las personas que han acudido a las distintas sesiones está en torno a 50 años, y las mujeres las que mas predispuestas se encuentran a obtener la información, se concluye que, por lo que nos han comentado los mismos participantes, que la influencia del momento en el que se realiza ha pesado mas a la hora de acudir que el resto de parámetros que se valoran.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1296 ========== ***

Nº de registro: 1296

Título
RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1296

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

BORRAZ MIR MARIA PILAR, RICO GASCON SILVIA, CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PASTOR CABALLERO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NEUROLOGIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Un accidente cerebro vascular es un episodio agudo de disfunción focal del cerebro, la retina o la médula espinal que dura más de 24 horas, o de cualquier duración si la imagen (TC o RM) o la autopsia muestran un infarto o hemorragia en el foco correspondiente a los síntomas aparecidos. La definición incluye la hemorragia subaracnoidea. La definición de AIT dice que se trata de una disfunción focal de menos de 24 horas de duración y sin evidencia de formación de imágenes de infarto.
A pesar de que las tasas de incidencia son estables y las tasas de mortalidad han disminuido durante las últimas 2 décadas, el número de episodios de ACV, la prevalencia de supervivientes de ACV, los años de vida ajustados por la discapacidad (AVAD) secundaria a un ACV y las muertes relacionadas con el ACV están aumentando. El ACV es la segunda causa principal de muerte después de las cardiopatías isquémicas, y es la tercera causa de AVAD perdidos en todo el mundo.
Existen en nuestra zona básica de Salud, determinados factores (dispersión, localización geográfica, envejecimiento de la población...), que predisponen a que posibles ACVs no se detecten con la celeridad que precisan.
Si se pone en conocimiento los signos y síntomas, predominantes para la detección o descarte de un ACV a la población, y su rápida actuación ante la misma, aumentaría la probabilidad de mejora en el tratamiento y reducción de secuelas postACV, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Concienciar y explicar a la población adulta los signos y síntomas de un ICTUS, para una rápida detección.
Implicar a los profesionales sanitarios del Centro de Salud para la impartición de sesiones informativas y participativas a la Comunidad.
Mejorar la actitud de la población en general ante una situación de emergencia por ICTUS.
Hacer partícipes a los activos en salud de nuestra Zona para la difusión de conocimientos.

MÉTODO
Designación de un responsable del Programa de información y de sesiones.
Realización de una sesión explicativa del Proyecto a los sanitarios del Centro de Salud, donde se llevara a cabo el reparto de tareas.
Concretar locales en cada municipio, asociaciones, colectivos.... y formas de difusión de la información que se quiere transmitir.
Elaboración del material a difundir y evaluación del mismo. (power point, posters),
Realización de un test de valoración previa (10 items) y el mismo, tras la formación para valorar objetivamente la metodología aplicada.

INDICADORES
Numero de participantes / Total población adulta de la Zona Básica de Salud
Numero de participantes de cada titular/ Total población perteneciente a dicho titular
Evaluación y valoración del test. Nº aciertos preformacion/ Nº aciertos postformacion

DURACIÓN
Durante los meses de junio, julio y Agosto se realizaran dentro del mismo centro de salud las sesiones informativas del Proyecto, preparación de los materiales.
En Octubre y coincidiendo con el comienzo de actividades invernales, toma de contacto con las distintas asociaciones, residencias de ancianos.....para la concreción de fechas para impartir los talleres.
Desde Noviembre de 2018 y hasta Marzo de 2019, se desarrollaran los talleres en las distintas localidades en las que se nos haya facilitado la imparticion de las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1296

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1390

1. TÍTULO

CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA SANCHEZ GORRIZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPADA QUEROL TERESA
BORRAZ MIR MARIA PILAR
AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con fecha 22 de Febrero de 2018 se realizó sesión de formación al equipo sobre facturación de cargos a terceros en tráfico, accidentes laborales, agresiones y mutualistas. Se elaboraron carteles recordatorios sobre a que pacientes había que facturar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La facturación del 2018 fué de 35.795,43 euros, mientras que en 2017 fué de 14.568,12 euros, es decir que se ha duplicado la facturación trás nuestra acción de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad formativa y la cartelería han sido efectivas para concenciar al equipo en la facturación a cargos a terceros. El equipo esta motivado a seguir realizando los cargos a terceros visto los resultados.

7. OBSERVACIONES.
Se cambió el responsable del proyecto debido a movilidad y se añade a la nueva administrativa que continuó el proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1390 ========== ***

Nº de registro: 1390

Título
CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
ESPADA QUEROL TERESA, SANCHEZ GORRIZ TERESA, BORRAZ MIR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-Facturacion: tráfico, accidentes laborales, agresiones y mutualistas

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizacion de forma correcta los impresos de cargos a terceros
- Conocimiento de la documentacion a solicitar por parte del personal sanitario
- Tramitacion de ellos

MÉTODO
- Formacion al equipo de atencion primaria del Centro de Salud de Mas de las Matas

INDICADORES
- Control de pacientes a los que se les realiza el Cargo a terceros con respecto al resto de pacientes.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1390

1. TÍTULO

CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA

- Primer semestre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1421

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL CASTAN BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
VILLALBA MIR ANA PILAR
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
FERRER DA PENA MARIA DOLORES
MIR SORRIBAS LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SESION CLINICA DE 18-6-2018 SOBRE EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (ENVIADA).
SESION CLINICA DE 30-10-2018 EVALUACION PERIÓDICA DE RESULTADOS: RECORDATORIO GENERAL, DE PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DÉBILES (ENVIADA).
SESION CLINICA DE 3-12-2018 EVALUACION PERIÓDICA DE RESULTADOS: RECORDATORIO GENERAL, DE PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DÉBILES (ENVIADA).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
VALORADOS LOS PACIENTES INDIVIDUALMENTE POR MEDIO DE OMIESTOS SON LOS RESULTADOS:
- CAMPOS DE ACTUACON DE MEDICINA (COMUNES CON ENFERMERÍA): INCLUSIÓN 100 %, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN 95 %, PLAN DE INTERVENCIÓN 90 %,REVISIÓN ESTRUCTURADA DE MEDICACIÓN Y CONCORDANCIA 88 %.
- CAMPOS DE ACTUACIÓN EXCLUSIVOS DE ENFERMERÍA: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA 44 %, VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR 71 %, CONTROL DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES 9'5 %, RIESGO DE DECÚBITOS 37'5 %.
- HAY UNA MEJORÍA INICIAL DESDE EL PUNTO DE PARTIDA, PERO ÁUN QUEDA POR MEJORAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TOMA DE CONCIENCIA DE UN NUEVO RETO. VALORAR ESFUERZO. MOTIVAR. EL GRAN RETO Y LA SOLUCON ES SIEMPRE EL MISMO: INCORPRACION.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1421 ========== ***

Nº de registro: 1421

Título
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, FERRER DA PENA MARIA DOLORES, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, MIR SORRIBAS LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
NO SE HAN ALCANZADO OBJETIVOS PROPUESTOS EN 2017. NO SE HA DESARROLLADO LA DINÁMICA ADECUADA, DIFICULTAD DE AJUSTAR UN PLANTEAMIENTO TEÓRICO IDEAL CON LA PRÁCTICA DIARIA, DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN PCC Y CUIDADORES-SANITARIOS.
PUNTO FUNDAMENTAL: INTRODUCIR LA DINÁMICA DEL CONTROL PREVENTIVO ANTES QUE LA DINÁMICA DE ATENDER AL PACIENTE DESCOMPENSADO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1421

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

RESULTADOS ESPERADOS
INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO.
GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES.
EVITAR INGRESOS.

MÉTODO
SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LAS MISMAS.

INDICADORES
% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA..
% DE PACIENTES CON PLAN DE ACTUACIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES.
% DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES AL ALTA.
% DE PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.
% DE PACIENTES INGRESADOS/MES.

DURACIÓN
JUNIO: SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
JUNIO-JULIO: PRIMER CORTE DE INDICADORES.
SEPTIEMBRE: SEGUNDO CORTE.
ENERO: REVISIÓN FINAL.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1016

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO
QUILEZ ROYO SILVIA
TOMAS LIZANO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó un análisis de los indicadores implicados en el cuadro de mandos de diabetes de septiembre de 2016 identificando un bajo porcentaje de pacientes con valor de LDL colesterol alto riesgo cardiovascular y muy alto riesgo cardiovascular que tenían el LDL bien controlado por debajo de 100 y de 70 mgr/dl respectivamente. Siendo el porcentaje del 47.76 y 15.27% respectivamente, Además en los pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular en un porcentaje del 33% y un 28% respectivamente no tenían determinación de LDL en el último año. Se sacó un listado de diabéticos de nuestro centro por CIAS y se repartieron entre el personal involucrado para la detección de los pacientes y realización de analítica. Se han excluido del listado los pacientes que al inicio del plan de mejora estaban incluidos en nuestra cartera de servicios y que han desaparecido de la BDU, por traslado a otra ZBS o por fallecimiento.
Evaluación de la mejora de los indicadores en los distintos cortes e información de los resultados a los profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MARZO 2017
% de pacientes con alto riesgo cardiovascular y determinación de LDL en el último año: 78 %
De todos los pacientes con alto riesgo y determinación de LDL, 48.71% estaban dentro de rango y el 51.28, por encima de lo deseable, prácticamente los mismo resultados que en Septiembre del 16. Hemos analizado las posibles causas y hemos encontrado que un 20% de pacientes tienen cifras límite de COL LDL, que se decidió no tratar y que el sistema detecta que no cumplen objetivos Tenemos que aumentar cobertura y mejorar resultados.
% de pacientes con riesgo cardiovascular elevado y determinación de LDL en el último año 79%.
Pacientes con riesgo muy alto y LDL < 70, el 20.25% están dentro de rango y el 79.74% tienen los valores de LDL por encima de lo deseable. (Hemos mejorado la cobertura y han aumentado los valores dentro de rango, mejorando un 5%).
SEPTIEMBRE 2017
% de pacientes con alto riesgo cardiovascular y determinación de LDL en el último año: 81%
% de pacientes con alcance de cifras objetivo de LDL: dentro de rango el 45.67% y mal controlados el 54.32%
% pacientes con riesgo cardiovascular muy alto y determinación de LDL en el último año: 86%
% de pacientes con riesgo muy alto y LDL < 70: 31,39% (mejora del 11%)

Analizando las causas, no hemos aumentado las dosis de hipolipemiantes en la mayoría de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque se ha mejorado un 11% en el objetivo de riesgo cardiovascular alto y hemos mejorado nuestras coberturas de analítica, por encima de los resultados del sector y la Comunidad Autónoma, no hemos cumplido nuestras expectativas. Hemos observado que un 8% de pacientes no toleran estatinas por mialgias o alteración de CPK, Un 5% presenta mala adherencia al tratamiento. El 69% de los pacientes están en tto con estatinas, de ellos, se les ha subido la dosis al 25%. Hay que tener en cuenta que un % significativo de pacientes se encuentran en cifras cercanas a 100, por lo que en muchos casos se ha decidido no aumentar dosis de estatinas por evitar efectos secundarios. La dosificación de estatinas y el alcance de cifras objetivo tienen como factor limitante los efectos secundarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1016 ========== ***

Nº de registro: 1016

Título
MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1016

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II

Autores:
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, FERREIRA PAESA JORGE, QUILEZ ROYO SILVIA, TOMAS LIZANO CARLOS, MARTIN RODRIGUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La diabetes tiene una elevada prevalencia y un elevado número de complicaciones que aumentan la mortalidad. Así mismo tiene una gran repercusión en la calidad de vida del paciente.
Se ha descrito que la dislipemia aumenta el riesgo cardiovascular de todos los pacientes y sobre todo en los diabéticos. Hemos valorado el cuadro de mandos de diabetes de nuestro equipo y hemos visto que muchos de nuestros pacientes con alto riesgo cardiovascular no reciben adecuadamente tratamiento para la dislipemia y algunos, no tienen determinación de colesterol en la analítica, por diferentes causas. Por ello, creemos importante estudiar las causas de que esto ocurra y solucionarlo para intentar minimizar el riesgo cardiovascular de estos pacientes

RESULTADOS ESPERADOS
1.- aumentar a la totalidad el número de pacientes con diabetes al que se les practica estudio de dislipemias
2.- Identificar las causas de que no reciban tratamiento
3.- aumentar la cobertura de pacientes con diabetes a los que se disminuye el riesgo cardiovascular con una disminución del LDL colesterol

MÉTODO
1.- Búsqueda activa de todos los diabéticos tipo II que hay en nuestra zona de salud. La captación se hará telefónicamente o en consulta por parte de todo el personal implicado
2.- Realización de analítica con perfil lipídico a todos aquellos que no la tengan hecha en el último año
3.- Comprobación de cumplimiento de tratamiento en los que no hayan cumplido objetivos de LDL colesterol y tengan prescrito el mismo
4.- implantación de tratamiento en todos aquellos que teniendo LDL por encima de objetivos, no lo reciban
5.- El equipo se reunirá mensualmente para reflexionar sobre la idoneidad de los resultados que se van alcanzando, analizando causas y proponiendo actividades de mejora

INDICADORES
Se analizarán todos los pacientes diabéticos tipo II sin rango de edad.
Monitorización mensual de la evolución del indicador de dislipemias en el cuadro de mando de diabetes, tanto de cobertura como de cumplimiento de tratamiento de pacientes diabéticos con alto o muy alto riesgo cardiovascular

DURACIÓN
Creación del grupo de trabajo septiembre de 2016
Inicio del proyecto con captación de pacientes y realización de analíticas, en caso necesario, en septiembre de 2016
Primera evaluación en diciembre de 2016
Mensualmente; reunión de equipo para evaluar las causas, identificar oportunidades de mejora y analizar las causas
Marzo 2017; reevaluación de resultados
Septiembre-2017. Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S. MUNIESA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JESSICA FESSENDEN GOMEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
FERREIRA PAESA JORGE
ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Creación de la agenda de espirometrias en OMI.
2.Captación de todos los pacientes fumadores de 40 a 80 años sin espirometria previa tanto via telefónica como en consulta medica y de enfermería.
3.Detección de pacientes fumadores que no tenian el episodio en OMI por parte de todo el equipo
4. Consejo breve a todos los pacientes fumadores que acudieron al centro por el motivo que fuera.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a la realización de espirometrias en pacientes que cumplian los criterios se han realizado en un 9,68%.
Ha sido difícil que el paciente venga al centro ha realizarse la prueba, bien por la distancia del domicilio al centro de salud o por el poco interés en realizarsela.
Previo a la realización de la espirometría se ha hecho calibración del equipo quedando registrada la misma.
En cuanto a detección de hábito tabáquico, hemos tenido una detección de un 61,73 %, habiéndose implicado todo el EAP tanto de mañanas como de atención continuada.
Sobre los pacientes fumadores se ha conseguido ina intervención tabáquica, a través del consejo breve o intensivo, de un 94,75%.
En la citación de espirometrias en la agenda creada para ello, hemos observado un infraregistro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos tanto en detección del hábito tabáquico como en intervención han sido buenos, la implicación del personal de atención continuada para intervenir sobre todo en pacientes jovenes que no frecuentan el centro en horario de mañana ha sido importante.
La captación de pacientes fumadores para la realización de espirometrías sigue quedando pendiente, incidiendo en la importancia de que el personal sanitario insista al paciente en la importancia de su realizacion.
El infraregistro de la agenda de espirometrias puede deberse precisamente por el bajo numero de citación

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1352 ========== ***

Nº de registro: 1352

Título
DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

Autores:
FESSENDEN GOMEZ JESSICA, MALLEN EDO MARTA, QUILEZ ROYO SILVIA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, TOMAS LIZANO CARLOS, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S. MUNIESA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
* Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años

* Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito

MÉTODO
* Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro

* Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

* Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

INDICADORES
% de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo

% de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

DURACIÓN
* Mayo-Junio: rotación del enfermero/a en Alcañiz

* Junio: sesión sobre consejo antitabáquico

* Junio-Diciembre: Implementación del programa

* Cuatrimestralmente: recepción y análisis de los indicadores remitidos desde dirección de atención primaria del sector con realización de acciones de mejora si procede.

* Enero 2017: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S.MUNIESA

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JESSICA FESSENDEN GOMEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLEN EDO MARTA
TOMAS LIZANO CARLOS
VILLANUEVA CABRERA ALEX
BARA GALLARDO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se implicó a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en su contrato de gestión individualizado, la detección de tabaquismo, intervención y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometria realizada en los últimos 5 años.
- Se hizo una reunión en el equipo sobre como realizar una intervención tabáquica
- Se llamo via telefónica a los pacientes susceptibles para la realización de la prueba y se colgaron carteles en los consultorios para animar a la realizacion de la espirometria.
- Se realizaron maniobras periódicas de calibración del espirómetro, hasta que tuvo que mandarse a mantenimiento por fallo en el táctil de la pantalla, pero se realizó de nuevo a su vuelta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años: 21,49%, se ha obtenido una mejoría de un 6% respecto al año anterior.
- Respecto a la intervención tabáquica hemos pasado de un 80 % en el año 2016 a un 92% en el año 2017.
- En deteccion nueva de hábito tabáquico se ha pasado de un 78% en 2016 a un 83 % en 2017.
- El porcentaje de pacientes con EPOC que han abandonado el hábito tabáquico no lo hemos podido determinar
- La prevalencia en EPOC se encuentra en el 5,42% de los pacientes, duplicando la del sector y de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque hemos mejorado un 6% en el porcentaje de pacientes con espirometría realizada según los indicadores, nuestras expectativas era mayores, una de las causas de ello ha podido ser la poca implicación de los pacientes, ya que muchos de los que se les ha ofrecico la prueba no han querido realizarsela.

Tenemos un 83,45% en la detección del paciente fumador, respecto al 46,27 % del Sector, y en relación a la intervención tabáquica nuestro resultado de centro es de un 92,78% respecto al 57,89% del Sector. (anexo II)
En el aumento en intervención tabáquica y detección ha contribuido entre otros factores como la formación, la implicación de MAC y EAC ya que al estar preferentemente en horario de tardes noches, se ha podido llegar a población joven, estudiantes, trabajadores que no suelen ir a consulta habitual de mañana.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1352 ========== ***

Nº de registro: 1352

Título
DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

Autores:
FESSENDEN GOMEZ JESSICA, MALLEN EDO MARTA, QUILEZ ROYO SILVIA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, TOMAS LIZANO CARLOS, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S.MUNIESA

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
* Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años

* Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito

MÉTODO
* Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro

* Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

* Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

INDICADORES
% de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo

% de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

DURACIÓN
* Mayo-Junio: rotación del enfermero/a en Alcañiz

* Junio: sesión sobre consejo antitabáquico

* Junio-Diciembre: Implementación del programa

* Cuatrimestralmente: recepción y análisis de los indicadores remitidos desde dirección de atención primaria del sector con realización de acciones de mejora si procede.

* Enero 2017: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL DE MINGO USON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO
QUILEZ ROYO SILVIA
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA
FESSENDEN GOMEZ JESSICA
MORT GUIU CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Gestión de indicadores: El coordinador del centro y la coordinadora de calidad han mostrado cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos.

- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.

Tras las revisiones cuatrimestrales se han desarrollado las siguientes acciones de mejora:
Planes de cuidados en EPOC. Sesión con enfermería para cuidado del paciente EPOC
Sesión sobre pie diabético…
Sesión sobre el plan de conocimientos deficientes en diabetes..

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO. Se referencian en el apartado de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estos son los resultados comparativos con 2016:

INTERVENCIÓN TABAQUISMO: 2016 80,62% 2017 92,78%
MEJORA ABSOLUTA 12,16%
DETECCIÓN TABAQUISMO: 2016 78,09% 2017 83,45%
MEJORA ABSOLUTA 5,36%
RCV: 2016 88,64% 2017 89,96%
MEJORA ABSOLUTA 1,32%
EPOC SINTOMAS: 2016 62,96% 2017 69,93%
MEJORA ABSOLUTA 6,97%
EPOC VIAS AEREAS: 2016 11,1% 2017 53,85%
MEJORA ABSOLUTA 42,75%
CAPTACIÓN DEPENDIENTE: 2016 24,78% 2017 14,27%
MEJORA ABSOLUTA -10,51%
RIESGO DE CAIDAS: 2016 48,39% 2017 88,89%
MEJORA ABSOLUTA 40,5%
NORTON: 2016 43,48% 2017 66,67%
MEJORA ABSOLUTA 23,19%

EN CUANTO A DIABETES:

RIESGO DEL PIE: 2016 29,46% 2017 57,60%
MEJORA ABSOLUTA 28,14%
HBA1C CADA 6 MESES: 2016 46,04% 2017 52,83%
MEJORA ABSOLUTA 6,79%
CONOCIM. EN DIABETES: 2016 61,63% 2017 55,66%
MEJORA ABSOLUTA -5,97%
MICROALBUMINURIA HECHA: 2016 62,84% 2017 83,96%
MEJORA ABSOLUTA 21,12%
GFR HECHO: 2016 49,81% 2017 77,36%
MEJORA ABSOLUTA 27,55%
PRESIÓN ARTERIAL TOMADA: 2016 58,24% 2017 77,36%
MEJORA ABSOLUTA 19,12%
LDL COL. HECHA: 2016 68,49% 2017 83,05%
MEJORA ABSOLUTA 14,56%
EXPLORACIÓN DEL PIE: 2016 44,83% 2017 74,53%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

MEJORA ABSOLUTA 29,7%
REGISTRO DE HIPOGLUCEMIA: 2016 49,8% 2017 56%
MEJORA ABSOLUTA 6,2%
Los indicadores de tabaquismo se desarrollan en proceso aparte, que como vemos han mejorado sensiblemente. También los indicadores de EPOC han mostrado mejoría sensible así como los del paciente dependiente
Han mejorado los indicadores del paciente dependiente sensiblemente aunque la captación ha caído 10 puntos.

En cuanto a diabetes de la exploración del pie ha mejorado un 30% respecto a 2016. La cobertura de glicada supera el 50%, aunque hay margen de mejora. El resto de coberturas analíticas está cercano al 80%. Sin embargo el registro del plan personal de conocimientos deficientes ha empeorado, lo que habrá que tratar el año 2018.

En indicadores de farmacia, los objetivos de prescripción de antibióticos en pediatría se han cumplido en un 96% en el caso de otitis media y un 97% en faringoamigdalitis estreptocócica. También destacamos una mejora de 5 puntos en la selección eficiente de estatinas (83,8%), mientras que el resto se mantienen del año anterior cumpliendo estándares mínimos y a escasa distancia del estándar excelente.

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.
- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. La auditoría interna destacó la buena implementación del procedimiento de almacenes y botiquines. No se han detectado problemas en 2017
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. Se ha resaltado el buen desempeño en la auditoría interna.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. La auditoria interna señaló la falta de algún equipamiento en el material de urgencias (mascarillas laríngeas), ya repuesto y el ausencia de palas pediátrica en el laringoscopio.

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. 20 incidencias registradas que han dado lugar a acciones de mejora. Destaca la recepción de una dosificación de Sintrom desde hematología de Alcañiz 10 veces superior a la que necesitaba la paciente por un error de digitación. Como ya había ocurrido algo similar hace años, el centro ya había desarrollado un procedimiento de entrega del informe de anticoagulación que incluye la revisión previa por el enfermero del centro que detectó el problema.
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido.
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones. En la auditoria se evidenció que no se había revisado el electrobisturí desde hace más de un año. Además se puso en marcha la actividad de calibración del espirómetro, ya que se disponía de jeringa de calibración en el centro pero no se utilizaba. Se produjo una muerte fetal intraútero que no fue detectada en el centro por la matrona debido a que carecía de doppler feta. Se detectó un mes después en el hospital y pudo haber tenido consecuencias para la madre. En estos momentos se dispone ya de doppler fetal.
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas
9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 30/10/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con buenos resultados.
10. Auditoria interna: 31/6/17. Se destaca el buen control de almacenes y botiquines y de la esterilización. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes proyectos de mejora:
- El laringoscopio solo tiene un tipo de palas: de adulto
- Solicitud a mantenimiento de la revisión del electrobisturí.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras. Se mantiene la implicación del equipo en la gestión por objetivos que siguen mejorando cada año, aunque este año se han mostrado algunos puntos débiles.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1353

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

========== ***

Nº de registro: 1353

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, QUILEZ ROYO SILVIA, TOMAS LIZANO CARLOS, MALLEN EDO MARTA, FESSENDEN GOMEZ JESSICA, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, VILLANUEVA CABRERA ALEX, MORT GUIU CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El centro de salud de Muniesa está certificado desde el año 2010 con norma ISO 9001:2008. En los últimos años hemos perdido un médico de los cuatro que éramos en una zona de elevada dispersión poblacional que exige mucho tiempo de desplazamiento. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO
- Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del salud y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes;

o Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos

o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios

o Implantación del doppler

o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

o Eficiencia en visitas: Implantación de CONSULTA NO PRESENCIAL y sesión clínica DEJAR DE HACER PARA PODER HACER (sesión clínica)

o Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo (Realizar con Arantza).

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura

- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.

- Una vez al año somos auditados por un auditor del salud, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan

- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES
Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN

* Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

* Mayo: revisión por la dirección

* Junio-Septiembre: auditoría interna

* Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0937

1. TÍTULO

TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SALESA ALBALATE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARA GALLARDO MARIA JOSE
MALLEN EDO MARTA
MUNIESA NAVARRO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Planificación:

Los primeros meses del proyecto se destinaron a la planificación e inventariado de los DESA existentes y contactos con ayuntamientos.

-Solo existe un desfibrilador en Alcaine, el cual no esta registrado en la DGA y tiene el material caducado.
-En los contactos con los ayuntamientos se aprecia buena disposición para implantar DESA y formar a la mayor población posible. Los principales problemas que se presentan son en cuanto a presupuesto y a la poca gente que estaria dispuesta a formarse.

Actuaciones:

-En Alcaine se habla con el ayuntamiento para renovar el material y compran palas y baterias nuevas. Se hace un reciclaje de RCP basica y desfibrilador al alguacil ya que es el que tiene llave del consultorio, que es donde se encuentra. El reciclaje se realizara cada año, intentando captar a mas gente. Tambien se habla con el ayuntamiento de si es posible se realizara un curso completo para 4-5 personas con la correspondiente homologación del desfibrilador por la DGA. Se volvera a contactar a finales de año.

-En Alacon esta previsto colocación del DESA a principios de 2019 tras los contactos con el ayuntamiento. Tras su colocación se realizaran charlas para la población.

-En Huesa del Comun tambien muestran mucho interes en adquirir un desfibrilador y optan por la opción de proponerselo a la comarca de las Cuencas Mineras. En dicha localidad y mientras esperamos noticias se realiza una charla de Rcp básica y DESA a la que acuden unos 25 vecinos con gran aceptación.

-En Muniesa tras los contactos con el ayuntamiento en el consejo de salud también esta prevista la colocación de un DESA en 2019. En esta localidad se ha comenzado a dar curso de RCP básica y DESA a los integrantes del cuartel de la guardia civil y nos hemos puesto en contacto con la asociación de amas de casa para le realización de charlas.

-En el resto de municipios ha gustado la idea pero no se observa actitud positiva para la formación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluación (hasta la fecha 8-enero-2019)

La acogida por los municipios y la gente ha sido muy buena. Tras las charlas se pasa encuesta y el 100 % de los encuestados valora 10/10 al profesorado y 9´5/10 los contenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es muy dificil en poblaciones tan pequeñas encontrar población diana para los talleres de RCP, ya sea por apatia o simplemente por condición física. En los meses de verano o con gente que viene ocasionalmente a los pueblos si que se observa mas interes, pero no es el objetivo de este proyecto.
La mayoria de municipios se han acogido a una subvencion de material para comprar desfibrilador. En cuanto lo tengan retomare de nuevo las charlas y formación aunque sea solo una persona para cada pueblo.

7. OBSERVACIONES.
En la mayoria de municipios se han acogido a una subvención para comprar el desfibrilador. Queda pendiente la formación cd se reciban los aparatos.
En el colegio de Alacon también queda una charla prevista para Marzo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/937 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0937

1. TÍTULO

TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS

Nº de registro: 0937

Título
TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS

Autores:
SALESA ALBALATE ALBERTO, BARA GALLARDO MARIA JOSE, MALLEN EDO MARTA, MUNIESA NAVARRO MARIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada cardio respiratoria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente trabajo en Muniesa, centro que tiene muchos nucleos alejados del centro de salud.
Considero primordial que la poblacion de los nucleos rurales tengan conocimientos básicos de RCP por su distancia al centro medico, ya que en caso de urgencia la asistencia se puede demorar en algunos casos casi media hora.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
-Intentar que en cada nucleo rural alejado parte de la población tenga conocimientos basicos de RCP y manejo de desfibrilador
-Inventariar desfibriladores que existan en la zona y comprobar su estado
-Conciencia a ayuntamientos y comarcas de la necesidad de tener Desfibriladores en zonas alejadas

MÉTODO
Acciones:
Inventariado de desfibriladores
Contacto con ayuntamientos y comarcas si es necesario, de manera individual o a traves del consejo de salud
Talleres de RCP básica y con manejo de desfibrilador
Estas actividades se realizaran por todos los integrantes del proyecto. Actualmente cuento con un muñeco de RCP (personal) con el cual se pueden realizar talleres para pocas personas. En casa de tener grupos mas grandes seria necesario contar con mas recursos materiales.

INDICADORES
Indicadores
-Intentar formar a 8-10 personas por cada 100 en nucleos rurales alejados.
-Encuestas de satisfaccion de usuarios

DURACIÓN
Primeros dos meses: comunicacion con ayuntamientos e inventariado de desfibriladores
Resto del año: Planear conjuntamente con los ayuntamientos los talleres en cada municipio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA MALLEN EDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALESA ALBALATE ALBERTO
MUNIESA NAVARRO INMACULADA
VILLANUEVA CABRERA ALEX
BARA GALLARDO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ORGANIZATIVAS:
Se presentó el proyecto al equipo,teniendo buena aceptación, a continuación se expuso en Consejo de Salud.
Se solicitó una reunión con las amas de casa. En la charla informativa se dió a conocer el proyecto, animando a promover y fomentar la salud a traves del ejercicio físico, y explicando sus beneficios y fomentar las relaciones sociales. Se explicó con detalle el recorrido que ibamos a realizar, duración de la actividad, así como la preparación (ropa deportiva y cómoda, zapatillas de deporte, botellín de agua, protección solar, el calentamiento y estiramientos antes del paseo y estiramientos al finalizar). La charla la dimos en la polivante de la localidad en el mes de Enero.
Dimos difusión de los paseos a traves de las redes sociales, en nuestra página de facebook del centro de salud.Se distribuyó por los lugares mas frecuentes de la población, carteles. El Ayuntamiento tambien se encargó durante las primeras semanas de echar bandos recordando la actividad.
A lo largo de todas las semanas, desde que se comenzaron los paseos, en nuestra página de facebook hemos ido informando a la población de nuestro paseo semanal, y animando a seguir sumando en salud.
INTERVENCIÓN:
La actividad comenzó el dia 7 de Mayo, a las 8:30 en el Centro de salud, comenzamos el primer día con 9 personas, y hemos ido aumentado hasta participar 17 personas.El primer día se tomo TA,FC,PESO y se explicó brevemente los beneficios del deporte.
En las consultas y en Atención Continuada se fue informando sobre la actividad y captando participantes.En otras poblaciones de la zona basica de salud tambien se ha informado de la actividad, consiguiendo que vinieran. participantes de otros pueblos.
Se han realizado todos los lunes, desde las 8.30 hasta las 9.30, siempre previo al paseo con calentamiento y estiramientos, y posterior al paseo, estiramientos. Todos los días han ido acompañados por enfermeras de atención continuada, fuera de su horario laboral o por los enfermeros que cubren las mañanas.Durante los paseos hemos realizado educación para la salud, tratando varios temas a lo largo de los dias(consejo antitabaco, alimentación, ...)
El 25 de junio fue el ultimo dia de paseo, dejando los meses de verano de descanso por las altas temperaturas, y ofrecer una mejor asistencia sanitaria,al aumentar la población en la época estival .
En septiembre(dia 17) reanudamos los paseos, habiendo buena aceptación por parte de la poblacíon, participando 13 personas el primer dia.
Para el mes de Noviembre estaba previsto una Charla -taller "Sobre beneficos del deporte en la salud" impartida por nuestro compañero Dr.Alex Villanueva. Se ha ido retrasando, no pudiendola realizar en estos meses, por falta de personal medico que ha obligado a cubrir y doblar consultas, con lo que ha resultado dificil encontrar un dia adecuado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ha aumentado el grado de satisfacción personal y bienestar de los participantes.
Se ha conseguido los objetivos de fomentar la practica del ejercicio fisico y crear el hábito, así como favorecer las relaciones intrerpersonales.Cada dia ha aumentado el numero de participantes y se ha logrado que ellos crearan grupos para salir a pasear sin nuestra compañia.
Los participantes han mostrado su satisfacción y deseo que se realicen actividades de este tipo que impliquen a la población.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoracion del equipo de mejora ha sido muy positiva debido a la participación, implicación y buena respuesta del proyecto en la población.

7. OBSERVACIONES.
Queda pendiente de realizar la charla.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1155 ========== ***

Nº de registro: 1155

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Autores:
MALLEN EDO MARTA, SALESA ALBALATE ALBERTO, MUNIESA NAVARRO INMACULADA, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevencion y Promoción de la Salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se ha demostrado que una inactividad física multiplica los factores de riesgo de provocar daños a nuestro sistema cardiovascular así como acentuar otros factores de riesgo como la obesidad,la hipertensión, la diabetes.
El ejercicio físico es un hábito de vida saludable, una manera que junto con una alimentación sana, podemos disminuir y prevenir el riesgo cardiovascular.Nuestro proyecto de realizar paseos saludables se concibe a raíz de la detección en la población adulta,de un porcentaje alto de sedentarismo.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERALES:
-Fomentar la practica del ejercicio físico y crear un hábito de realizar actividad física de forma regular y continuada.
-Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
-Promover un estilo de vida saludable.
-Favorecer las relaciones interpersonales.

ESPECÍFICOS:
-La actividad en principio ira dirigida a toda la población adulta de Muniesa, tanto hombres como mujeres.
-Aumentar el numero de personas que hacen ejercicio de manera habitual.

MÉTODO
-Comunicación a los miembros del equipo.
-Información sobre el proyecto en el Consejo de Salud.
-Charla informativa con las Amas de casa de la poblacion de Muniesa.
-La actividad tambien se publicará en nuestra pagina de Facebook del centro de salud, carteles informativos distribuidos por los puntos importantes del pueblo y difusión a través del Ayuntamiento con bandos.
-En las consultas y en Atención Continuada se irá captando pacientes.
-Inicio de los paseos.El primer día se dará unabreve explicación sobre los beneficios del ejercico,asi como debemos ir preparados para la actividad(ropa comoda,botellin agua, zapatillas deportivas,proteccion solar..).
Se realizará todos los lunes,partiendo desde el Centro de Salud a las 8:30 con una duración de unos 45 minutos, acompañados por un enfermero/a. Antes se realizarán unos ejercicios de calentamiento y estiramientos.
-Taller: "Los Beneficios del deporte".
-Taller: "Alimentación saludable y dieta"

INDICADORES
-Toma de TA y peso, calculando su IMC.Inicio y final del proyecto.
-Nº de personas que estan realizando la actividad al inicio y nº de personas que la siguen realizando durante el año.
-Encuesta de satisfacción a finalizar la actividad.

DURACIÓN
Inicio Enero de 2018, y sin fecha de fin de programa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA MALLEN EDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALESA ALBALATE ALBERTO
MUNIESA NAVARRO INMACULADA
VILLANUEVA CABRERA ALEX
BARA GALLARDO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ORGANIZATIVAS:
Se presentó el proyecto al equipo,teniendo buena aceptación, a continuación se expuso en Consejo de Salud.Se solicitó una reunión con las amas de casa. En la charla informativa se dio a conocer el proyecto,animando a promover y fomentar la salud a través del ejercicio físico, explicando sus beneficios y fomentar las relaciones sociales. Se explicó con detalle el recorrido que íbamos a realizar,duración de la actividad,así como la preparación(ropa deportiva y cómoda,zapatillas de deporte,botellín de agua,protección solar, ejercicios de calentamiento y estiramientos antes del paseo y al finalizar).La charla la dimos en la polivalente de la localidad de Muniesa en el mes de Enero .
Dimos difusión de los paseos a través de las redes sociales, en nuestra página de Facebook del centro de salud.Se distribuyó por los lugares más frecuentes de la población,carteles.El Ayuntamiento también se encargó durante las primeras semanas de echar bandos recordando la actividad.
A lo largo de todas las semanas,desde que se comenzaron los paseos,en nuestra página de facebook hemos ido informando a la población de nuestro paseo semanal, y animando a seguir sumando en salud.
INTERVENCIÓN:
La actividad comenzó el día 7 de Mayo, a las 8:30 en en Centro de Salud,comenzamos el primer día con 9 personas y han ido aumentando hasta participar 17 personas.El primer día se tomó TA, FC, PESO, y se explicó brevemente los beneficios del deporte.
En las consultas y en Atención Continuada se fue informando sobre la actividad y captando participantes.En otras poblaciones de la zona básica de salud también se ha ido informando de la actividad, consiguiendo que vinieran participantes de otros pueblos.
Se han realizado los paseos todos los lunes, desde las 8:30 hasta las 9;30, siempre previo al paseo con calentamiento, y estiramientos tanto al principio como al finalizar la actividad.Todos los días han ido acompañados por enfermeras de atención continuada, fuera de su horario laboral o por los enfermeros que cubren las mañanas.Durante los paseos hemos realizado educación para la salud, tratando varios temas a lo largo de los días (consejo antitabaco,alimentación,cuidado de la piel ante la exposición solar...)
El 25 de Junio fue el último día de paseo,dejando los meses de verano de descanso por las altas temperaturas, y ofrecer una mejor asistencia sanitaria,al aumentar la población en la época estival.
En Septiembre (día 17), se reanudan los paseos, habiendo buena aceptación por parte de la población, participando 13 personas el primer día. Conforme nos hemos ido acercando al otoño y con días mas fríos ha bajado el numero de asistentes, solicitandonos si se podían retrasar la hora de salida, pero ya se explicó que las consultas no se podían modificar horarios, porque hay que pasar en un día varios pueblos.
Para el mes de Noviembre estaba previsto una Charla "Sobre beneficios del deporte en la salud" impartida por el Dr .Alex Villanueva. Se fue retrasando, no pudiendola realizar en estos meses, por falta de personal médico que ha obligado a cubrir y doblar consultas, con los que ha resultado difícil encontrar un día adecuado.
Al final la charla se realizó el día 22 de Enero,después de todas festividades. Se impartió en la sala polivalente de Muniesa,con una duración de 1 hora donde se trató :beneficios en la salud con el deporte, como iniciar una rutina de ejercicios.,tipos de ejercicios.....La charla fue muy bien aceptada,asistiendo 30 personas.
Los participantes han mostrado su satisfacción y deseo que se realicen actividades de este tipo que impliquen a la población.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ha aumentado el grado de satisfacción personal y de bienestar de los participantes.Se ha conseguido los objetivos de fomentar la práctica del ejercicio físico y crear el hábito,así como favorecer las relaciones interpersonales.Cada día ha aumentado el número de participantes y se ha logrado que ellos crearan grupos para salir sin nuestra compañia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora ha sido muy positiva debido a la participación,implicación y buena respuesta del proyecto en la población.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1155

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

========== ***

Nº de registro: 1155

Título
¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Autores:
MALLEN EDO MARTA, SALESA ALBALATE ALBERTO, MUNIESA NAVARRO INMACULADA, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevencion y Promoción de la Salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha demostrado que una inactividad física multiplica los factores de riesgo de provocar daños a nuestro sistema cardiovascular así como acentuar otros factores de riesgo como la obesidad,la hipertensión, la diabetes.
El ejercicio físico es un hábito de vida saludable, una manera que junto con una alimentación sana, podemos disminuir y prevenir el riesgo cardiovascular.Nuestro proyecto de realizar paseos saludables se concibe a raíz de la detección en la población adulta,de un porcentaje alto de sedentarismo.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERALES:
-Fomentar la practica del ejercicio físico y crear un hábito de realizar actividad física de forma regular y continuada.
-Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
-Promover un estilo de vida saludable.
-Favorecer las relaciones interpersonales.

ESPECÍFICOS:
-La actividad en principio ira dirigida a toda la población adulta de Muniesa, tanto hombres como mujeres.
-Aumentar el numero de personas que hacen ejercicio de manera habitual.

MÉTODO
-Comunicación a los miembros del equipo.
-Información sobre el proyecto en el Consejo de Salud.
-Charla informativa con las Amas de casa de la poblacion de Muniesa.
-La actividad tambien se publicará en nuestra pagina de Facebook del centro de salud, carteles informativos distribuidos por los puntos importantes del pueblo y difusión a través del Ayuntamiento con bandos.
-En las consultas y en Atención Continuada se irá captando pacientes.
-Inicio de los paseos.El primer día se dará unabreve explicación sobre los beneficios del ejercico,asi como debemos ir preparados para la actividad(ropa comoda,botellin agua, zapatillas deportivas,proteccion solar..).
Se realizará todos los lunes,partiendo desde el Centro de Salud a las 8:30 con una duración de unos 45 minutos, acompañados por un enfermero/a. Antes se realizarán unos ejercicios de calentamiento y estiramientos.
-Taller: "Los Beneficios del deporte".
-Taller: "Alimentación saludable y dieta"

INDICADORES
-Toma de TA y peso, calculando su IMC.Inicio y final del proyecto.
-Nº de personas que estan realizando la actividad al inicio y nº de personas que la siguen realizando durante el año.
-Encuesta de satisfacción a finalizar la actividad.

DURACIÓN
Inicio Enero de 2018, y sin fecha de fin de programa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FESSENDEN GOMEZ JESSICA
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO
VILLANUEVA CABRERA ALEX
ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE
SANCHEZ GIMENO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para poner en marcha la consulta monográfica de tabaquismo, primero tuvimos que formarnos las dos compañeras que vamos a realizar la misión en el tema de tabaco. Para ello la DUE Jessica Fessenden realizó un máster en deshabituación tabáquica por la Universidad Católica de Murcia. Curso de deshabituación tabáquica del SALUD, y una semana como oyente en la consulta de deshabituación tabáquica del Hospital Royo Villanova..Por parte de la Dra Mª Victoria Nonay realizó el curso de deshabituación tabáquica del SALUD, como oyente, ya que no había suficientes plazas, y asistencia como oyente a la consulta de deshabituacion tabáquica del APTA, que depende del Gobierno de Aragón y que se realiza en el CS de Sagasta.
El tema de la formación nos llevó mas tiempo del deseado, ya que para realizar nuestra asistencia como oyentes a los lugares mencionados, tuvimos que esperar por las vacaciones, por que había mas gente interesada delante de nosotras, por motivos técnicos de dichas consultas y por motivos personales.
Creamos las agendas con intención de empezar en octubre de 2018. Se pusieron carteles informativos en los consultorios locales y en el CS y se colgó en la página del facebok que tenemos del centro. Hasta final de año sólo hemos tenido un paciente interesado que ha venido a consulta. Algún otro que se había citado ha cancelado las citas por diferentes motivos. Se ha pedido a los compañeros que a todo paciente fumador, que vaya a la consulta, se le informe y orezca el sevicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque hace cuatro meses que comenzamos con a consulta, no hemos conseguido ningún objetivo marcado. El paciente que ha venido a consulta está en proceso de deshabituación. Este año han acudido a consulta 5 nuevos pacientes, alguno está en fase contemplativa, otros en fase de acción. Esperamos durante este año en curso conseguir que nuestros pacientes se sientan motivados para dejar de fumar
El indicador es el nº de pacientes que ha dejado de fumar con un standar del 5%, que evidentemente no hemos cumplido por falta de pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos puesto en marcha la consulta dando publicidad a la misma. Intentamos captar pacientes por todos los medios y encontramos la falta de motivación de los mismos. Muchos no se plantean dejar de fumar. Vamos a continuar con la consulta
Tenemos que actuar en la población a través de los profesionales involucrados en su atención y cuidados

7. OBSERVACIONES.
No es fácil en un centro rural como el nuestro implantar una consulta de deshabituación tabáquica por a dispersión que existe, por ser una población envejecida y carecer en ocasiones de tiempo y medios de transporte para acudir a las citas.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1256 ========== ***

Nº de registro: 1256

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, FESSENDEZ GOMEZ JESSICA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO, VILLANUEVA VACA ALEX, ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE, SANCHEZ GIMENO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EPOC, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, PROCESOS NEOPLÁSICOS RELACIONADOS CON EL TABACO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En nuestro centro de salud, pese a tener en el contrato de gestión una buena puntuación en el item de intervención sobre los fumadores, no conseguimos el abandono del hábito tabáquico en los mismos. Las posibles causas que hemos encontrado son la falta de conocimientos y de interés del personal sanitario, falta de motivación de los pacientes fumadores y falta de un responsable capaz de poner en marcha un programa de deshabituación tabáquica.
Las consecuencias son muy importantes para la población afectada, ya que tienen un riesgo mas elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, EPOC, neoplasias...

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos aumentar la tasa de abandono de tabaquismo para disminuir la prevalencia de EPOC, el riesgo cardiovascular, la incidencia de procesos neoplásicos relacionados con el tabaco y disminuir el porcentaje de fumadores pasivos relacionados con el mismo. La actividad va dirigida a todos los pacientes fumadores de nuestra Zona Básica de Salud excepto los pacientes con cardiopatía isquémica, con patología psiquiátrica, incluida depresión, los fumadores de distintas sustancias al tabaco, que serán susceptibles de tratamiento en la unidad de tabaquismo del Hospital de Alcañiz

MÉTODO
Implementar una consulta de deshabituación de hábito tabáquico en nuestro centro, para ello nos vamos a implicar todo el personal que formamos parte del equipo para la captación de los fumadores y posteriormente, evaluación, tratamiento y seguimiento por parte de las personas encargadas de la consulta, que serán un médico y un enfermero/a . Vamos a hacer cursos de formación sobre este tema y reuniones trimestrales para exponer las carencias del programa y valorar cambios y logros obtenidos

INDICADORES
INDICADOR: % de personas que han dejado de fumar
FÓRMULA: En el numerador Nº personas fumadoras que han dejado de fumar x100
Denominador: Nº fumadores existentes en el momento de poner en marcha el proyecto e incluidos en el programa
Frecuencia de medición: Anual
Estándar 5%
Fuente: Listado de pacientes incluidos en el programa de atención al fumador de OMI

DURACIÓN
• Creación del grupo de trabajo: JUNIO 2018
• Recogida de información de los listados existentes: Junio 2018
• Redacción de las instrucciones técnicas y disponibilidad del documento: Septiembre-Octubre 2018
• Difusión y puesta en marcha: Octubre-Noviembre 2018
. Duración: anual, renovable

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1354

1. TÍTULO

INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Charla informativa sobre el uso de metodos anticonceptivos a la poblacion musulmana en Centro Social de Muniesa.

Los temas a tratar en dicho taller serán los siguientes.
En el taller se realizará con la ayuda de una presentación Power- Point y con los distintos Métodos Anticonceptivos de forma física para que las participantes los puedan ver y tocar. Se adjunta información en árabe.

1. INTRODUCCIÓN/PRESENTACION

2. CICLO REPRODUCTOR DE LA MUJER

3. METODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES
Método del calendario de Ogino, temperatura, moco cervical . Efectividad

4. METODOS ANTICONCEPTIVOS BARRERA
Preservativo masculino y femenino
Diafragma
Efectividad

5. METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES
Anticonceptivos Hormonales Combinados
Anticonceptivos Hormonales Sólo Progesterona
Efectividad

6. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS
DIU Mirena
DIU Cobre
Efectividad

7. MÉTODOS IRREVERSIBLE
Ligadura de Trompas y Vasectomia
Efectividad

8. PREGUNTAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ningun resultado alcanzado a causa de la no asistencia de público a la charla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es muy dificil llegar a la poblacion musulmana por la diferencia cultural existente .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1354 ========== ***

Nº de registro: 1354

Título
INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

Autores:
REPOLLES PERALTA PATRICIA, SANCHEZ GIMENO JAVIER, BARA GALLARDO MARIA JESUS, GUIU MORTE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1354

1. TÍTULO

INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El centro de salud de Muniesa tiene un % importante de población de origen magrebí. Por razones culturales, las mujeres de este colectivo suelen tener menos información que la población general sobre los métodos anticonceptivos.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el conocimiento de métodos anticonceptivos en la población musulmana

MÉTODO
Actividad formativa a la comunidad a cargo de la matrona del centro de salud

INDICADORES
% de mujeres asistentes

DURACIÓN
Ente junio y Octubre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0942

1. TÍTULO

SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS MUNIESA
· Localidad ..... MUNIESA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El taller fue comunicado mediante carteles informativos en el Centro de Salud, la comunicacion directa a las profesiones sanitarios y administrativos del Centro de Salud, asi como a la Asociación de Amas de Casa de Muniesa quienes se encargaron de anunciar el taller por el bando municipal .
Actividades realizadas : Charla informativa realizada el 19/09/2019 en el Centro Social de Muniesa (los recursos utilizados fue una presentacion Power Point) y una sesión práctica de ejercicios y relajacion (recursos utilizados colchonetas y música)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las mujeres mejoraron su grado de conocimentos sobre anatomia de suelo pelvico y cambios fisiológicos de la menopausia y se resolvieron dudas y falsos mitos que tenían, dichos datos quedaron reflejados en los test previo y posterior a las sesiones .
La satisfacción general de las mujeres fue muy buena según los resultados de las encuentas de valoración.
El impacto de proyecto fue muy positivo ya que acudieron 16 mujeres quedando reflejados en la lista de asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoracion general ha sido muy satisfactoria, las mujeres quedaron muy agradecidas y les gusto mucho la idea de continuar haciendo charlas y sesiones como éstas, ya que el tiempo fue escaso, se prevé la continuidad del taller durante el año 2019 con más sesiones informativas y prácticas sobre menopausia tratando los temas de forma especifica (alimentación, sexualidad, incontinencia urinaria, sofocos, actividad fisica....) ya que tenian muchas dudas que querian resolver .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/942 ========== ***

Nº de registro: 0942

Título
SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA

Autores:
REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: menopausia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: calidad de vida

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muniesa es una poblacion donde la edad media de las mujeres se aproxima a los 60 años, edad en la que son frecuentes los problemas relacionado con el suelo pélvico (incontinencia urinaria de esfuerzo, sequedad vaginal . dispareunia ....) Problemas que hacen disminuir la calidad de vida de las mujeres y que pocas veces son escuchados por el profesional sanitario a pesar ser motivo habitual de consulta en la matrona .

RESULTADOS ESPERADOS
Informar a las mujeres sobre su anatomia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0942

1. TÍTULO

SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA

Explicar los cambios relacionados con la menopusia
Enseñar a realizar ejercicios de Suelo Pélvico
Disminuir las consultas realcionadas con este tema
Mejorar la calidad de vida de las mujeres

MÉTODO
Charla informativa : Anantomia de la mujer
Charla informativa : Disfunciones de suelo pélvico
Charla informativa : Cambios fisiológicos de la menopausia
Taller Práctico : ejercicios de fortaleciomento de suelo pelvico

INDICADORES
Grado de conocimiento sobre la anantomia de la mujer (test de conocimentos)
Grado de conocimiento sobre los cambios fisiológicos de la Menopausia (test de conocimentos)
Mejoria en su calida de vida (encuesta de satisfacción)

DURACIÓN
Las charlas y el taller tendrán una duracion de 1 hora cada uno y será impartido por Patricia Repolles
Se realizaran durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA DEL GALLEGO MOLIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACAMBRA ORGILLES ELENA
GRANERO LAZARO CARMEN
ROQUETA CALVO ELADIO
ASENSIO VICENTE CARMEN
SAURA MESTRE LIDIA
FIGUEROLA FALCO SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se presentaron los resultados del año anterior y se priorizaron acciones de mejora en los siguientes aspectos:
Tabaquismo: recordatorio del proceso de intervención en tabaquismo. Inclusión de los EAC y MAC en la actividad de detección e intervención de tabaquismo.
Diabetes: se consideró que el mayor problema del centro de salud era la existencia de un cupo con más de 2000 TIs con un enfermero que además es enfermero de pediatría, con lo que difícilmente podría alcanzar las coberturas previstas de diabetes y esto lastraba al centro. Por ello se decidió crear, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble, una consulta de diabetes los jueves en el Centro Salud en horario de 13:30-15:00 dando prioridad a los que presenten algún factor de riesgo. Cada jueves ha pasado por la consulta un enfermero del equipo mediante un turno de trabajo rotatorio. Se les realizó una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnostico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechó también para solicitar analíticas faltantes . Si cumplen criterios se realizaría un índice tobillo-brazo.
Se realizó sesión sobre el plan de cuidados en epoc con Taller de Espirometrias.
Realizamos 3 sesiones clínicas: 1 sobre Pie diabetico y 2 para manejo del Cuadro de mandos de Diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Riesgo del Pie Diabetico: mejora absoluta 13,43, Hemoglobina glicosilada : mejora absoluta 15.59, conocimientos en diabetes mejora absoluta : 9, microalbuminuria: mejora absoluta: 24,58, GFR mejora absoluta: 31.45, TA mejora absoluta: 4,66, LDL mejora absoluta: 24,18, Exploracion del pie mejora absoluta: 13.98, registro de hipoglicemia mejora absoluta: 10.

Pacientes diabéticos mayores de 50 años con realización de índice tobillo brazo 31% (estándar excelente primer año: 30%)
Como podemos ver se ha producido una mejora sensible sobre todo en la cobertura analítica de diabetes y en la evaluación del pie diabético, en general en todos los indicadores de diabetes, además de alcanzar la cobertura propuesta en ITB por la dirección.

La mejora en tabaquismo ha sido también importante en los dos indicadores.
También se ha aumentado sensiblemente en la cumplimentación de los planes personales de EPOC lo que es de valorar teniendo en cuenta que aquí no se ha colaborado con el cupo grande como en el resto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo en equipo ha compensado este año los problemas estructurales del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

La introducción de la cultura de gestión de indicadores está cambiando las dinámicas en el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1458 ========== ***

Nº de registro: 1458

Título
GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GRANERO LAZARO CARMEN, ROQUETA CALVO ELADIO, CARMEN ASENSIO VICENTE, SAURA MESTRE LIDIA, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores del año 2016 han presentado un resultado del 43,59 % de los puntos del contrato, una puntuación mejorable. Si analizamos por cupos en enfermería observamos gran heterogeneidad, existiendo 3 cupos de buen desempeño con el resto por debajo del 50% y uno por debajo del 10%. Hay que señalar que hay un cupo con más de 2000 TIS adscritas que además atiende pediatría dado que se comparte el pediatra con otro centro de salud y que por tanto consideramos lógico que se produzcan estos resultados teniendo en cuenta la elevada presión asistencial. Estamos pendientes de la creación de una nueva consulta que parta este cupo, para lo que se necesita reformar el centro de salud (esperamos que en 2018). Los problemas se han localizado en la cumplimentación de los planes de cuidados de enfermería el tabaquismo y el riesgo cardiovascular. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO
Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre los problemas en indicadores priorizados por el grupo, ya sea en planes de cuidados de enfermería, prescripción o cualquier otro indicador que se prorice.
Creación de consulta de pie diabético, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble. Los jueves en el Centro Salud Valderrobres en horario de 13:30-15:00 se abrirá una agenda para atender a los pacientes diabéticos, en primer lugar los que presenten algún factor de riesgo. Se les realizará una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnostico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechará también para aquellos pacientes que no tengan controlada la HbA1 se les pedirá una analítica . Si cumplen criterios se realizará un índice tobillo-brazo. Cada jueves pasará por la consulta un enfermero del equipo por lo que se constituirá un turno de trabajo rotatorio.

Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
Implicación de MAC Y EAC en indicadores de tabaquismo y riesgo cardiovascular, que se incluirán en su valoración intracentro.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN
Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
Junio-Noviembre: Sesiones clínicas sobre los indicadores priorizados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.
Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
Enero 2017: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA DEL GALLEGO MOLIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRANERO LAZARO CARMEN
GIMENO BALLONGA ANA MARIA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE
LORENTE CARPIO JOSE MANUEL
SAURA MESTRE LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentamos los datos del año anterior y se priorizaron acciones de mejora en los siguientes aspectos: Tabaquismo: recordatorio del proceso de intervención del Tabaquismo. Inclusión del los MAC y EAC en la actividad de intervención y detección del tabaquismo. Diabetes: continuamos con la consulta de diabetes los jueves de 13.30-15.00h en el centro de salud. Taller de espirometrias los lunes de 9-11h,sobre el Plan de cuidados del EPOC.

Realizamos 2 sesiones clínicas : 1 sobre Pie Diabetico y otra de Manejo de Cuadro de Diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Riesgo del Pie Diabetico: mejora absoluta 2.12, Exploración del pie: mejora absoluta 6.91, Detección del Tabaquismo: mejora absoluta 2.82.
Resto de parámetros evaluados hemos bajado o nos hemos mantenido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos queda mucho por mejorar, sobre todo en los cupos mas grandes.
Iniciamos el proyecto en 2016 y durante el 1º año de realizacion obtuvimos una importante mejora, que durante este 2º año no ha sido tan evidente, con lo que decidimos cerrar el proyecto aunque desde el centro de Salud seguiremos trabajando en ello para mejorar los Objetivos del contrato de Gestion.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1458 ========== ***

Nº de registro: 1458

Título
GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GRANERO LAZARO CARMEN, ROQUETA CALVO ELADIO, CARMEN ASENSIO VICENTE, SAURA MESTRE LIDIA, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores del año 2016 han presentado un resultado del 43,59 % de los puntos del contrato, una puntuación mejorable. Si analizamos por cupos en enfermería observamos gran heterogeneidad, existiendo 3 cupos de buen desempeño con el resto por debajo del 50% y uno por debajo del 10%. Hay que señalar que hay un cupo con más de 2000 TIS adscritas que además atiende pediatría dado que se comparte el pediatra con otro centro de salud y que por tanto consideramos lógico que se produzcan estos resultados teniendo en cuenta la elevada presión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

asistencial. Estamos pendientes de la creación de una nueva consulta que parta este cupo, para lo que se necesita reformar el centro de salud (esperamos que en 2018). Los problemas se han localizado en la cumplimentación de los planes de cuidados de enfermería el tabaquismo y el riesgo cardiovascular. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO
Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre los problemas en indicadores priorizados por el grupo, ya sea en planes de cuidados de enfermería, prescripción o cualquier otro indicador que se prorice.
Creación de consulta de pie diabético, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble. Los jueves en el Centro Salud Valderrobres en horario de 13:30-15:00 se abrirá una agenda para atender a los pacientes diabéticos, en primer lugar los que presenten algún factor de riesgo. Se les realizará una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnostico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechará también para aquellos pacientes que no tengan controlada la HbA1 se les pedirá una analítica . Si cumplen criterios se realizará un índice tobillo-brazo. Cada jueves pasará por la consulta un enfermero del equipo por lo que se constituirá un turno de trabajo rotatorio.

Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
Implicación de MAC Y EAC en indicadores de tabaquismo y riesgo cardiovascular, que se incluirán en su valoración intracentro.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN
Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
Junio-Noviembre: Sesiones clínicas sobre los indicadores priorizados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.
Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
Enero 2017: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1459

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MATILDE ZAPATER MONSERRAT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLEGO MOLIAS ANA
BETRAN LACASTA CRISTINA
GIMENO BALLONGA ANA MARIA
BAYOD GIL FRANCISCO
BERNAD ARCUSA PEDRO
MARCO MARCO LUIS
GONZALEZ ZURITA MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Reuniones equipo todos los martes de 13,30 a 15,00 con obligatoriedad de asistencia tanto al equipo de medicina como al de enfermería, pediatría y administración.
2.- Las reuniones han tenido como objetivo mejorar la comunicación entre todos los profesionales, que en nuestro caso presenta una dificultad añadida, ya que la mayor parte del equipo tiene su puesto de trabajo localizado fuera del dentro de salud.
3.- Los aspectos más relevantes que se han tratado en estas reuniones son.
- Implicar permanentemente a todo el personal el mejora continua del todo lo concerniente al funcionamiento del centro.
- Se adquiere por todo el equipo el compromiso de mejorar el registro de diagnósticos para acercarnos a lo esperado por las características de la población.
- Puesta en marcha de la cita no presencial, con la adaptación de las agendas de OMI, incluyendo entre 3 y 5 huecos de la consulta a pacientes que demanden atención telefónica.
- Puesta en marcha de la consulta virtual del las derivaciones al especialista con sesiones clínicas explicando el funcionamiento de las citas virtuales .
-Con el fin de adaptarnos a la estrategia del SALUD en eficiencia en farmacia se realizan sesiones clínicas cuatrimestrales, mostrando los resultados del centro y proponiendo alternativas de prescripción. Con sesiones especificas en uso eficiente de estatinas, actualización del EPOC, antidiabéticos..

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No disponemos de datos oficiales de los porcentajes de mejora en lo referente a la consulta virtual .Los resultados de consulta no presencial que tenemos solo llegan ahora a septiembre. Si cogemos septiembre como mes que más probablemente tenga consultas no presenciales (ya que a principio de año no había el resultado del indicador para enfermería (% de consultas no presenciales respecto a presenciales) nos da un resultado del 0,09% (solo 2 en todo el mes) y en médicos el 2,54%. El estándar era del 10% en enfermeria y el 5% en medicina. No sé si en meses posteriores mejoraría pero en septiembre el resultado no fue bueno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En principio se opto por un proyecto de mejora final, pero con los datos obtenidos decidimos transformarlo en un proyecto de seguimiento por que pensamos que respecto a la interconsulta virtual y la consulta no presencial podemos conseguir mejores resultados si se hace un proyecto continuado a medio plazo en colaboración de todo el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1459 ========== ***

Nº de registro: 1459

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Autores:
ZAPATER MONSERRAT MATILDE, DEL GALLEGO MOLIAS ANA, BETRAN LACASTA CRISTINA, GIMENO BALLONGA ANA MARIA, BAYOD GIL FRANCISCO, BERNAD ARCUSA PEDRO, MARCO MARCO LUIS, GONZALEZ ZURITA MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1459

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Valderrobres hemos encontrado varios problemas:
Una pirámide de población regresiva, mientras que tanto en peso medio de ACGs como en GMAs se está por debajo de lo esperado para esta pirámide por lo que sospechamos que tenemos un problema de registro diagnóstico
El indicador de eficiencia en visitas ajustado por ACgs nos muestra que estamos por encima de lo esperado en Aragón. En nuestro caso la implantación de la consulta no presencial puede ser de utilidad.
La eficiencia en farmacia ajustado por ACGs están por encima del estándar.
Cumplimos el estándar en derivaciones

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Valderrobres.

MÉTODO
Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas… de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo “Dejar de hacer para poder hacer” estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Valderrobres.
Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones

% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

DURACIÓN
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1460

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA LACAMBRA ORGILLES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRAN LACASTA CRISTINA
BURRIEL AGUDO OSCAR
BIDEGAIN RAMIREZ CRISTINA
FIGUEROLA FALCO SANDRA
GRANERO LAZARO CARMEN
LASALA CONTE IBANA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se formó un equipo de trabajo con médicos y enfermeras para poner en marcha el proyecto.
2. Se redactó un listado con la relación de materiales y número de componentes de cada maletín de urgencias, carro de parada y vehículo, que estábamos utilizando.
3. Se informó al resto del personal sanitario del centro de la creación del grupo y del proyecto de mejora y se facilitó un correo para que cada integrante del centro pusiera sus sugerencias, sus quejas,...
4. Basándonos en el procedimiento de organización del material de urgencias del sector, revisando bibliografía e incluyendo las sugerencias del resto de profesionales se comenzó a redactar lo que debería llevar y en qué número cada maletín, carro de parada y vehículo.
5. Se hizo un pedido de los componentes que nos faltaba: frontales, linterna,..
6. Con los nuevos listados se reestructuró los maletines para que fueran más eficaces y ligeros y del agrado de todos los profesionales. Así como adecuar el carro de parada de la sala de urgencias y el vehículo del centro. Se imprimió los listados y se dejó colgados en el corcho para que estuvieran al alcance de todos los miembros del centro.
7. Se informó de los cambios a todos los profesionales del centro y se dejo un tiempo para la habituación.
8. Se precintaron los maletines y carro de parada. Se creó una hoja de verificación para rellenar al inicio de la guardia donde se revisa gasolina, batería móvil, desfibrilador cargado, maletines precintados, bala oxigeno del coche óptima y donde poder poner incidencias.
9. Se estableció tres tipos de mantenimiento: después de cada uso se repondrá lo utilizado y se volverá a precintar, revisión al empezar la guardia a través de la hoja de verificación y mensual el día 1 de cada mes para limpieza y revisión de caducidades y correcto estado de conservación.
10. Se hizo una reunión con el personal de enfermería para informar sobre los cambios y fin de proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Mejora del grado de satisfacción de los profesionales con respecto a los maletines, carro y vehículo.
- Hay un incremento de conocimiento del material y medicación que disponemos.
-Disminución del número de incidencias encontradas en cada guardia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se deja establecido el grupo de mejora para revisión de las incidencias encontradas, poder adecuar los maletines, carro y vehículo en cualquier momento con nuevos materiales y medicaciones que pueden aparecer y servir de referencia para las sugerencias del resto de profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1460 ========== ***

Nº de registro: 1460

Título
OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S. VALDERROBRES

Autores:
LACAMBRA ORGILLES ELENA, BURRIEL AGUDO OSCAR, BETRAN LACASTA CRISTINA, FIGUEROLA FALCO SANDRA, LACUESTA DE CASTRO JAVIER, BIDEGAIN RAMIREZ CRISTINA, LASALA CONTE IBANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1460

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muchas de las actuaciones que se desempeñan en el centro de salud son asistencias de emergencia vital donde una rápida actuación es fundamental para unos resultados favorables. La American Heart Association establece el término de cadena de supervivencia refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. En esta cadena intervienen múltiples factores entre los que se encuentra los conocimientos y habilidades del profesional, lugar físico, medios disponibles, … Dentro de esta cadena es igual de importante conocer los materiales, medicación y aparataje necesarios para dicha asistencia, su ubicación y su mantenimiento para que siempre estén listos para ser empleados.
Las actuaciones que se realizan son tanto en el centro de salud como fuera de él, por lo que es necesario disponer de un carro de parada en la sala de urgencia y un maletín para la atención domiciliaria . Además es fundamental condicionar al vehículo para albergar materiales y aparatajes necesarios como puede ser bala oxigeno, ECG portátil, collarines…
El C.S.Valderrobres carece de unos protocolos unificados y consensuados sobre el tema a tratar. Creemos necesario realizar un listado de lo que debe de contener el carro de paradas, maletines y vehículo dejando claro su ubicación más idónea para facilitar el trabajo al profesional y la reposición del posible material empleado. Protocolizar revisiones periódicas para comprobar que no falte nada y el buen estado del mismo. Crear a su vez unas hojas de registro donde se anote las revisiones y las posibles incidencias.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar una prestación de calidad en la asistencia urgente a la población.
- Adecuar el contenido del carro de paradas de la sala de urgencias, maletines de urgencias y del vehículo del centro.
- Todo profesional sanitario conozca el contenido y ubicación de los materiales y medicaciones tanto del carro de paradas de la sala de urgencias, como de los maletines y de que equipamiento dispone el coche, así como su correcto funcionamiento y mantenimiento.
- Crear un protocolo que recoja el proceso de revisión y donde se pueda anotar las posibles incidencias.

MÉTODO
1 Crea un equipo formado por médico y enfermero para adecuar que medicaciones, materiales y aparatajes debe de contener carro, maletines y coche y donde es su óptima ubicación.
2. Elaborar un listado donde quede reflejado que fármacos y materiales debe de contener en qué cantidad y donde ubicar, así como que debe de contener el vehículo del centro.
3. Realizar una sesión informativa para dar a conocer el trabajo realizado al resto de los profesionales sanitarios que trabajan en el centro.
4. Precintar el carro de paradas con revisiones en cada turno de guardia del estado del precinto y revisiones trimestrales de su contenido.
5. Actividades de mantenimiento diario del maletín de urgencias (después de su uso y al comenzar la guardia).
6. Crear una hoja check-list donde facilite al profesional el chequeo del carro, maletines y vehículo.
6. Registro de incidencias

INDICADORES
- % de check-list rellenadas
- % de incidencias encontradas en las check-list
- Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios.

DURACIÓN
Inicio: julio 2017 - Finalización: octubre 2017.
- Evaluación de resultados y propuestas de mejora a nivel del equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1460

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1512

1. TÍTULO

SALVAVIDAS

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MATILDE GRANERO LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO BALLONGA ANA MARIA
GUERRERO VICENTE MARISOL
ROQUETA CALVO ELADIO
SAURA MESTRE LIDIA
DEL GALLEGO MOLIAS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza el proyecto en las poblaciones de Fuentespalda y Rafales con la poblacion que quiso acudir a aprender el manejo de DEA ademas realizamos un repaso básico de primeros auxilios.
En Fuentespalda la realizaron Ana Gimeno y Eladio Roqueta y en Rafales Ana del Gallego y Carmen Granero.
Se pone un video para conocer el manejo del DEA en un caso real :

https://youtu.be/z7wa36gOdG4

Se realizan practicas con los asistentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acudieron a la actividad bastante poblacion de edad media y tambien un grupo de los colegios.
Los asistentes quedaron satisfechos con la actividad.
Pensamos realizar la misma actividad en otras poblaciones con DEA como Beceite y Herbés.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pensamos realizar la misma actividad en otras poblaciones con DEA como Beceite y Herbés.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1512 ========== ***

Nº de registro: 1512

Título
SALVAVIDAS

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, GRANERO LAZARO CARMEN, GIMENO BALLONGA ANA MARIA, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GUERRERO VICENTE MARISOL, ROQUETA CALVO ELADIO, SAURA MESTRE LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: ATENCION COMUNITARIA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto esta destinado a toda la población, para capacitacion de los mismos ante casos de parada cardiorrespiratoris, enseñarles a como saber actuar, manejar el aparato DESA y a quien avisar.

Creemos importante la realización de este taller para enseñar a la población a usar el DESA, ya que durante las tardes el Servicio de Urgencias se encuentra en Valderrobres, al que pertenecen 12 pueblos anejos a los que nos tenemos que desplazar cuando estamos de guardia. Podria ocurrir, que cuando tenga lugar una parada cardiaca el Servicio de Urgencias se encuentre trabajando en otro pueblo, con lo que, podriamos tardar en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1512

1. TÍTULO

SALVAVIDAS

llegar un tiempo estimado de unos 30 minutos. La UVI mas cercana es la de Alcañiz.

RESULTADOS ESPERADOS
Concienciar a la población sobre la importancia de una actuación temprana ante un caso de parada cardiorrespiratoria.
Enseñar a realizar compresiones toracicas efectivas desde el momento que tiene lugar la parada.
Manejo del DESA, en los pueblos en los que se disponga..

MÉTODO
Las actividades a realizar son, en una primera fase, la elaboración de un proyecto en el que quede reflejado la Atención Comunitaria que se va a realizar.
En una segunda fase, concretar fecha con la población para realizar el taller.
Y en una tercera fase, evaluacion de la actividad, cuando haya pasado un tiempo desde la realización de la misma que consista en preguntar a la población que hacer ante un caso de parada cardiorrespiratoria y donde se localiza en cada pueblo el DESA.

El taller consistira en una parte teorica sobre la importancia de realizar un reanimacion cardiopulmonar desde el momento que se visualiza la parada hasta la llegada de los Sanitarios que consistira en un power-point y unos videos sencillos para enseñar a la población. Y una parte practica con muñecos para enseñar a realizar compresiones y manejo del desfibrilador semiautomatico.

INDICADORES
Con los datos obtenidos se podran sacar conclusiones y cuestionar si se continua o no con la actividad, ya que el planteamiento inicial del proyecto es que tenga continuidad en el tiempo extendiendose a otros pueblos pertenecientes del CS de Valderrobres, ya tengan o no DESA.

DURACIÓN
Curso escolar, ya que lo queremos realizar en los colegios.
De septiembre del 2017- junio del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0916

1. TÍTULO

CUMPLIMENTACION DE LA DOCUMENTACION DE CARGOS A TERCEROS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SANDRA FIGUEROLA FALCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUE DE BARO MARTA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE
MOJONERO ANTEQUERA JUANA A
VELILLA LOMBA ANA
GRANERO LAZARO CARMEN
LORENTE CARPIO JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En septiembre de 2018 se hizo una sesión clínica explicativa en la que participó el 80% del personal del Centro de Salud de Valderrobres en la que se explicaron los formularios a rellenar y se dejó un tiempo para responder dudas. Febrero de 2019, se explicó a todos mediante otra sesión explicativa la facturación de 2018 en referencia a 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En 2017, la facturación de Valderrobres gracias a la cumplimentación de Cargos a Terceros fue de 824.01 €, siendo en 2018, 5603,48€.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo es consciente de la importancia de la cumplimentación de la documentación necesaria para reclamar Cargos a Terceros, como se puede comprobar en los resultados obtenidos en términos económicos.
El equipo ha mostrado gran interés en seguir mejorando económicamente en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/916 ========== ***

Nº de registro: 0916

Título
MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES: CUMPLIMENTACION DE CARGOS A TERCEROS

Autores:
FIGUEROLA FALCO SANDRA, ALLUE DE BARO MARTA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, MOJONERO ANTEQUERA JUANA A, VELILLA LOMBA ANA, GRANERO LAZARO CARMEN, LORENTE CARPIO JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras comprobar la inactividad del Centro de Salud de Valderrobres en la gestión de Cargos a terceros y ante la importancia de reclamar el coste de las atenciones y prestaciones sanitarias realizadas a los terceros obligados a pago, hemos considerado pertinente la puesta en marcha de este proyecto.

Además el Centro de Salud de Valderrobres da cobertura sanitaria a una zona con gran impacto turístico, con muchos desplazados de otros países y Comunidades Autónomas que visitan la Comarca, por lo que es todavía más necesario conocer como rellenar y adjuntar la documentación necesaria para la cumplimentación de cargos a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0916

1. TÍTULO

CUMPLIMENTACION DE LA DOCUMENTACION DE CARGOS A TERCEROS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

terceros y la facturación de los mismos, para una correcta financiación de la Sanidad Pública.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la cumplimentación por parte de todo el personal del Centro de Salud de Valderrobres de la documentación necesaria para que el servicio de Cargos a Terceros del Hospital de Alcañiz tenga toda la información necesaria para tramitar la gestión de la facturación.

MÉTODO
Sesión Clínica explicativa a todo el personal del Centro de Salud de Valderrobres para responder dudas y preguntas, explicar los formularios a rellenar cumpliendo los criterios necesarios en cada caso (accidentes laborales, de tráfico, cargos a terceros para extranjeros, etc)
Anualmente revisión cumplimiento del proyecto y evaluación de la mejora en la tramitación de cargos por parte del personal del Centro.

INDICADORES
Contabilizar el número de casos remitidos al servicio así como la correcta cumplimentación de los mismos.

DURACIÓN
La duración será indefinida mientras siga vigente esta normativa y con carácter anual se evaluarán los indicadores, realizando análisis y acciones de mejora.
Mayo 2019: Evaluación del proyecto y realización de memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0919

1. TÍTULO

PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARISOL GUERRERO VICENTE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS VALDERROBRES
· Localidad ..... VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FIGUEROLA FALCO SANDRA
MOJONERO ANTEQUERA JUANA A
VELILLA LOMBA ANA
DEL GALLEGO MOLIAS ANA DEL PILAR
RINCON ESTRADA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En colaboración con los docentes, la actividad ha consistido en realizar una sesión explicativa, en la que se hace hincapié en la importancia del lavado de manos y se les enseña en 8 pasos el lavado de manos.
Nos hemos desplazado a las aulas para impartir la actividad en horario escolar en los centros educativos del ámbito de actuación del Centro de Salud de Valderrobres (La Portellada, Monroyo,Ráfales, Peñarroya, Fuentespalda y La Fresneda) aulas unitarias y en Valderrobres al alumnado de Priemr Curso de Primaria.
Los recursos empleados fueron la presentación del powert point que incluye una canción sobre el lavado de manos; antiséptico y lámpara UV y finalmente carteles y encuesta de 5 preguntas.
Posteriormente se lavaron las manos con el antiséptico y comprobaron con la lámpara UV las partes de las manos que tenían antiséptico.
Se colocaron carteles con los 8 pasos, en las zonas en las que había lavabo.
Se dejó en el ordenador de los centros la presentación y los carteles para su visionado y reposición si fuese necesario de los carteles, a criterio del profesorado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo se ha conseguido al 98%, ya que el 2% del alumnado estaba ausente por enfermedad y no acudió a clase el día de la actividad. Los profesores y compañeros se comprometieron a enseñarles.
La encuesta se resolvió satisfactoriamente al 100% en todos los grupos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es positiva.
El profesorado colabora activamente y supone un complemento a los materiales y actividades relacionadas con la salud .
También con el medio ambiente, ya que se mencionó repetidamente el uso responsable del agua relacionado con el lavado de manos.
Los centros educativos tienen ordenador, proyector y aulas adaptadas para este tipo de actividades, por lo que su sostenibilidad y la replicación del proyecto es perfectamente asumible desde el Centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/919 ========== ***

Nº de registro: 0919

Título
PROYECTO “MANOS LIMPIAS” EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Autores:
GUERRERO VICENTE MARISOL, FIGUEROLA FALCO SANDRA, MOJONERO ANTEQUERA JUANA A, VELILLA LOMBA ANA, DEL GALLEGO MOLIAS ANA DEL PILAR, RINCON ESTRADA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0919

1. TÍTULO

PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La OMS ha establecido unas Directrices sobre la higiene de manos demostrando que el lavado de manos con jabón es una de las maneras más eficaces y económicas de prevenir, entre otras, las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas siendo ambos diagnósticos motivos de ingreso hospitalario frecuentes en edad infantil en España.

Por otro lado, el ámbito escolar es el lugar idóneo para ejercer enfermería comunitaria, donde los niños pueden aprender la importancia del lavado de manos como práctica sencilla además de eficaz de una manera divertida.

RESULTADOS ESPERADOS
Que los niños aprendan la importancia del lavado de manos y enseñarles como hacerlo.

Prevenir en un futuro ingresos hospitalarios debidos a esta causa.

Establecer una relación de confianza entre el personal sanitario y los niños que pertenecen al Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO
En colaboración con los docentes, la actividad consistirá en realizar una sesión explicativa, en la que se hace hincapié en la importancia del lavado de manos.
Nos desplazaremos a la escuela en el mes de junio donde realizaremos la sesión a todos los niños del colegio en el caso de que se trate de centros unitarios (La Portellada, Monroyo, Peñarroya, Fuentespalda y Fresneda) y, en Valderrobres, la realizaremos a niños de primer curso de primaria, ya que consideramos que a esta edad tienen la capacidad suficiente para entender y disfrutar del proyecto .
Para llevar a cabo la explicación disponemos de un power-point informativo y sencillo, además de un video cantado y pegadizo, método divertido para que los niños aprendan el proceso. Tras la explicación, los niños se lavarán las manos con antiséptico de manos siguiendo los pasos aprendidos y pondrán las manos bajo una lámpara donde podrán apreciar hasta dónde ha llegado la extensión del antiséptico.
Colocaremos carteles informativos de cómo lavar las manos en el colegio para que los puedan visualizar siempre que quieran.

INDICADORES
Tras la sesión comprobaremos que los niños han aprendido la importancia del lavado de manos y que han aprendido a hacerlo, para ello les haremos un cuestionario al finalizar la sesión.

DURACIÓN
Se trata de un proyecto que en un principio no daremos por finalizado, ya que cada año en Valderrobres realizaremos la sesión a niños de primero de primaria. En el resto de los pueblos, se realizará cada tres años.

Comprobaremos cada año que los carteles de cómo lavarnos las manos están colgados, si vemos que tras un año no son efectivos, cambiaremos el lugar y formato de los mismos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
TURON ALCAINE JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto ha ampliado su alcance en 2018. Se han proporcionado espirómetros con jeringa de calibración a todos los centros, se han formado a enfermeras en todos los centros, las espirometrías se realizan por un número limitado de enfermeras para asegurar el mantenimiento de las habilidades. Se monitoriza cuatrimestralmente la petición de espirometrías en pacientes EPOC, el % de fumadores en los que se ha realizado intervención tabáquica y el % de pacientes en los que consta registro del hábito de fumar. Se ha incluido en la valoración individual del acuerdo de gestión de médicos y enfermeras (también en atención continuada).
Se ha compartido la presentación en pwp sobre cuidados de vías respiratorias en paciente EPOC con los centros que no asistieron a la presentación el año anterior.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
24,9% de los pacientes fumadores tienen espirometría realizada en los últimos cinco años (en el inicio del proyecto en Enero de 2017 era el 16%). Todos los centros salvo uno están mejorando el indicador, aunque queda margen de mejora. En el proyecto presentado en 2017 poníamos un estándar mínimo del 20%.
Prevalencia de EPOC: 2,52% (Estándar propuesto: 2,9%). Hay que señalar que desde que comenzamos el proyecto hemos pasado de una prevalencia de 1,49 al 2,52%.
% de pacientes fumadores en los que se ha realizado intervención sobre el tabaco: 60,91% (estándar que habíamos puesto 58%).
% de pacientes a los que se ha preguntado por el hábito de fumar: 47,89% (Estándar 50%)
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas en el último año: 40,20% (Objetivo 50%)
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vías aéreas: 40,32% (Objetivo 50%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Al parecer, muchos compañeros no están registrando el resultado de la espirometría en el DGP correspondientes sino en texto, por lo que existe infrarregistro en el indicador de los pacientes con espirometría realizada en los últimos cinco años.
- En los centros rurales se señala que, con mucha frecuencia, los pacientes que viven fuera de la cabecera declinan la oferta de hacerse una espirometría por el desplazamiento.
- Prácticamente no ha variado el resultado de los indicadores de síntomas y limpieza ineficaz de vías áereas respecto al año pasado. Tampoco el perfil de resultados en los centros. Nos proponemos visitar específicamente los centros de más bajo rendimiento, por segundo año consecutivo, para impartir la sesión.
El proyecto continúa, seguimos mejorando pero queda mucho por hacer.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1115 ========== ***

Nº de registro: 1115

Título
INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

MÉTODO
FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

INDICADORES
-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años (“FUMADOR=SÍ) (DGP “AA”= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años
- Denominador: Pacientes fumadores (“FUMADOR=SÍ) (DGP “AA”= SI) entre 40 y 80 años
Aclaraciones:
1.Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.
2.El DGP “AA” se corresponde al campo “FUMADOR=SI/NO”.

DURACIÓN
Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.
-La formación en espirometrías ya se ha realizado
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre
-Diseño de cartel: primer trimestre

OBSERVACIONES
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 20%
Límite superior 30%

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES LLORENS PALANCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo de screening de cáncer de cérvix para el sector Alcañiz, consensuado con el servicio de ginecología y matronas de atención primaria, que incluye la introducción de la prueba de VPH de acuerdo con las líneas estratégicas de SALUD.
Se incrementó la plantilla de matronas en una plaza más.
Se realizó difusión a los centros de salud y las matronas, se colgó el protocolo en la intranet, y se procedió a monitorizar cuatrimestralmente el indicador. Desde el servicio de ginecología comenzó a recomendarse que las revisiones fueran hechas el centro de salud.
% de pacientes entre 30-65 años a las que se ha realizado al menos una prueba VPH/citología en los últimos 5 años
% de pacientes entre 25-30 años a las que se ha realizado al menos una prueba de citología en los últimos 5 años
El primero de los dos indicadores se incluyó en el acuerdo de gestión de los centros y en la valoración individual del acuerdo de gestión para las matronas de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El sector ha obtenido un resultado global del 40% en el indicador de las pacientes entre 30 y 65 años (habíamos puesto un estándar de 50%). Si en todo 2017 se había mejorado un 10% en todo el sector, este año la mejora ha sido de un 5%.
% de pacientes entre 25-30 años a las que se ha realizado al menos una prueba de citología en los últimos 5 años.
Resultado obtenido 36,45% (Estándar propuesto 30%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mayor parte de los centros supera el 50% de cobertura, sin embargo, los resultados obtenidos por un profesional que atendía a dos de los centros con más población, ha influido en el resultado final. También ha influido el hecho de que una de las matronas no tiene sala de exploración en el centro de salud, lo que imposibilita la ejecución del proyecto.
El año próximo se va a construir la ampliación del mencionado centro de salud, además de haber cambios en recursos humanos.
Hay que tener en cuenta que estamos en el segundo año de proyecto, cuando el período de captación serían cinco años. El proyecto continúa hasta conseguir coberturas superiores al 60% momento en el que consideramos que podremos emprender una captación sistematizada a partir de los registros informáticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1116 ========== ***

Nº de registro: 1116

Título
ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, AGUD CARDONA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada
-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).
-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica
-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

RESULTADOS ESPERADOS
-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.
-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.
-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos
-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.
-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundado en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

MÉTODO
Realización de las actividades de detección de cáncer de cérvix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cérvix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.
Se comunicará la actividad en el consejo de salud.
Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.
El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

INDICADORES
Definición del indicador % de pacientes
% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

DURACIÓN
Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.
Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1717

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOSPACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES LLORENS PALANCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha comprado un doppler en 2016 para cada centro.
Se ha formado al menos un enfermero en cada centro.
Se han proporcionado cortes cuatrimestrales del indicador, para ser presentado en las reuniones del equipo y proponer acciones de mejora si procede.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años, con más de 10 años de evolución de la diabetes, a los que se les ha realizado al menos un doppler en los últimos 3 años. Estándar propuesto 20-30%.
Sector Alcañiz: 25,97% En cinco de los 12 centros se ha sobrepasado el 50% de los pacientes. Los resultados han sido lastrados por un centro grande que dio la sesión formativa a final de año, lo que condicionó su resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha cogido destreza en el manejo del doppler por el personal de enfermería. El indicador está basado en las recomendaciones de ADA, sin embargo, recientemente el programa de diabetes del SALUD ha modificado sus recomendaciones estableciendo que no debe hacerse screening sistemático sino valorar a los pacientes que no tengan pulsos o que tengan clínica, motivo por el que no vamos a seguir midiendo este indicador. En cualquier caso consideramos que el aprendizaje que ha generado este programa en el personal de enfermería es impagable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1717 ========== ***

Nº de registro: 1717

Título
IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia de diabetes, recomienda, rebajando moderadamente el criterio de la ADA, que se realice, cada 3 años, un índice tobillo-brazo a los pacientes diabéticos mayores de 50 años que tengan algún factor de riesgo cardiovascular o que tengan más de 10 años de evolución de la enfermedad. Para poder implantar esta línea, durante el año 2016, se ha comprado un doppler para cada centro de salud y se ha formado al menos a una enfermera en cada centro de salud del sector. Ahora se trata de monitorizar su implantación.
Por razones de simplificación de la extracción del indicador consideramos que la gran mayoría de los pacientes diabéticos tienen al menos un factor de riesgo cardiovascular, por lo que el estándar tendrá en cuenta este

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1717

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOSPACIENTES DIABETICOS

dato.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar el procedimiento de evaluación vascular del programa de Diabetes de Aragón.

MÉTODO
Se ha comprado un doppler en 2016 para cada centro.
Se ha formado al menos un enfermero en cada centro.
Se proporcionarán cortes cuatrimestrales del indicador, para ser presentado en las reuniones del equipo y proponer acciones de mejora si procede.

INDICADORES
% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años, con más de 10 años de evolución de la diabetes, a los que se les ha realizado al menos un doppler en los últimos 3 años.

DURACIÓN
Continúa desde 2016.
Informes cuatrimestrales desde la dirección (JM Turón). Cortes con el indicador: Enero 17, Mayo17, Septiembre 17,
Evaluación final: Diciembre 2017.
Duración: indefinida hasta conseguir objetivos.

OBSERVACIONES
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 25 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 13%
Límite superior 25%

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un grupo de trabajo compuesto por los médicos de la Unidad de Rehabilitación/consulta de patología musculoesquelética. Se revisó el documento de criterios de derivación de patología musculo esquelética del año 2016 estableciendo criterios de petición de resonancia magnética en patología musculoesquelética en Atención Primaria. Los médicos de atención primaria hacen una propuesta de petición de RMN a la dirección de atención primaria explicando los criterios que cumple el paciente para la realización de la resonancia. A continuación la dirección revisa que cumple los criterios de indicación decidiendo si se aprueba la solicitud o se deniega por falta de criterios.
Se han establecido criterios de solicitud de RMN en patología de hombro, patología de columna y patología de rodilla:
- HOMBRO DOLOROSO con impotencia funcional en la movilidad activa (sospecha de rotura tendinosa). Se excluyen los pacientes mayores de 65 años en los que se solicitará ecografía.
- PATOLOGÍA DE COLUMNA:
o Hipoestesias o disestesias en un territorio radicular. No se solicitará cuando la irradiación solo afecte a territorio proximal
o Paresia o pérdida de fuerza en un grupo muscular
o Abolición o asimetría clara de ROT
o Sospecha de fractura vertebral o patología tumoral
- SOSPECHA DE PATOLOGÍA MENISCAL. En pacientes menores de 65 años y laboralmente activos que presenten al menos uno de los siguientes: historia de bloqueo articular, chasquidos dolorosos, derrames de repetición refractarios al tratamiento con AINEs, sensación de inestabilidad articular.
El protocolo se ha presentado a los centros y colgado en la intranet en Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha se han solicitado 10 resonancias de las que se han rechazado 3 (30%). Obviamente solo llevamos un mes desde el comienzo de la implementación, por lo que esperamos que con más tiempo se vaya ajustando el estándar. El proyecto, por ello debe continuar al año que viene donde monitorizaremos también el número de RMN solicitadas por atención primaria y su posible desviación con las que se solicitan en otros sectores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto continúa al año que viene con la monitorización descrita.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/68 ========== ***

Nº de registro: 0068

Título
ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el año 2016, en coordinación con los servicios de Traumatología, Rehabilitación/consulta de musculoesquelético y Reumatología se establecieron unos criterios de derivación por patología osteomuscular desde Atención Primaria al Hospital de Alcañiz en las patologías más frecuentes, criterios que incluían en determinados casos la solicitud de resonancia magnética. Sin embargo, a lo largo de 2017 se produjo un incremento significativo de la demanda de resonancia magnética desde atención primaria en nuestro sector, muy superior a la de otros sectores de Aragón, demanda que no se traducía en una reducción significativa de las peticiones por parte del hospital, por lo que decidimos valorar las solicitudes desde la dirección de Atención Primaria, lo que mostró un número significativo de peticiones que no se adecuaban a protocolo. Por este motivo decidimos revisar este procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Redefinir los criterios de solicitud de resonancia magnética en el sector en grupo de trabajo conjunto Atención Primaria/Unidad de musculoesquelético.
Mejorar la adecuación de las peticiones de resonancia magnética en atención primaria del sector Alcañiz.

MÉTODO
- Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación
- Establecimiento de un volante específico con criterios de adecuación
- Estudio de adecuación de las peticiones al protocolo acordado desde dirección del sector
- Revisión de todas las peticiones por parte de dirección

INDICADORES
% de RMN solicitadas sin criterios de adecuación (Objetivo < 20%)

DURACIÓN
Marzo-Abril: establecimiento de criterios
Mayo-Enero 2019: evaluación concurrente

OBSERVACIONES
El grupo definirá criterios de adecuación específicos por localización y patología, que serán convertidos en nuevos indicadores.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha desarrollado un grupo de trabajo en colaboración con el Sector de Calatayud. Se ha realizado un proceso asistencial de insuficiencia cardiaca basado en las especificaciones de la guía de insuficiencia cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), de los procesos compartidos entre SEC y semFYC, del proceso asistencial de Osakidetza y de los planes de cuidados del Servicio Andaluz de Salud. Dicho proceso se compone de:
- Subproceso de diagnóstico en atención primaria (Incluye petición de péptido natriurético y derivación a cardiología para valoración de ecocardiografía)
- Subproceso de seguimiento: establece las indicaciones de seguimiento en atención primaria y seguimiento compartido.
- Procedimiento de tratamiento: se indica de forma explícita como titular los distintos fármacos recomendados en las guías de referencia
- Procedimiento de plan de cuidados de enfermería: basado en las recomendaciones del programa picuida (red de cuidados de Andalucía)
- Procedimiento de cuidados paliativos

El borrador inicial se compartió con la dirección de SALUD donde se decidió desarrollar los planes de cuidados de insuficiencia cardiaca en el contexto del programa del paciente crónico complejo, basados en el plan de cuidados de este documento, además de compartir el documento con el resto de sectores. Además, se decidió contextualizar el documento solicitando la colaboración de la unidad de insuficiencia cardiaca del Hospital Miguel Servet que ha supervisado el documento. En estos momentos está en fase de revisión externa por distintos profesionales referentes en Atención Primaria de nuestra comunidad autónoma.
El documento base fue mostrado en un taller a médicos y enfermeras de atención primaria de nuestro sector en el mes de Noviembre, lo que permitió establecer un feedback directo con los profesionales incluidos en el alcance. En estos momentos presenta dos limitaciones principales:
- Seguimos con un solo cardiólogo en el hospital de Alcañiz por lo que su desarrollo va a depender de la incorporación del nuevo cardiólogo
- Estamos pendientes del registro de los planes de cuidados de enfermería en OMI-AP

Una vez se disponga de solución para cualquiera de estos dos condicionantes comenzaremos con la formación en los centros de salud del sector, por lo que este proyecto continuará en el año 2019 con los mismos objetivos y estándares que se establecieron.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No podemos mostrar resultados de momento. Dada la envergadura del proyecto este año ha servido para establecer el proceso en su integridad. En 2019, una vez desarrolladas las acciones para vencer los factores limitantes (cardiólogo y/o planes de cuidados en historia clínica OMI-AP) comenzaremos con la implementación definitiva en nuestro sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa de atención al paciente crónico establecía que enfermería debía establecer planes de acción para los pacientes con insuficiencia cardiaca. Sin embargo, nunca se han establecido protocolos de insuficiencia cardiaca en atención primaria, ni para médicos ni para enfermería. Este proyecto viene a rellenar este vacío. La supervisión de la unidad de insuficiencia cardiaca del Hospital Miguel Servet nos proporciona las bases para conseguir una continuidad asistencial adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/74 ========== ***

Nº de registro: 0074

Título
PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En un reciente informe del IACS, nuestro sector presentaba una tasa creciente de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en pacientes diabéticos desde el año 2011 a 2014, tendencia que está por encima de las tasas de Aragón y de España. A pesar de la notable modificación de los contenidos de las guías de insuficiencia cardiaca desde 2012, no se ha llevado a cabo ninguna actualización formativa ni protocolo destinado a Atención Primaria. Creemos que esto redunda en que se diagnostique y trate tardíamente.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardiaca crónica en el sector de Alcañiz.
Incrementar el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.
Reducir la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca y la estancia media en el sector de Alcañiz.

MÉTODO
Elaboración de un protocolo, en colaboración con otros sectores, orientado hacia Atención Primaria basado en la adaptación del proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca de la SEC, introduciendo un algoritmo de evaluación de síntomas que dirija la secuencia de pruebas diagnósticas desde atención primaria. La selección de tratamientos iría orientada a los hallazgos diagnósticos previos de acuerdo a los criterios de la guía.
Introducción de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca dentro del proceso asistencial del paciente crónico complejo con insuficiencia cardiaca
Formación en los centros de salud.

INDICADORES
- Prevalencia de insuficiencia cardiaca en los registros de Atención Primaria. Fuente de datos: OMI-est
- % de pacientes con nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca en los que consta en la Historia Clínica la fracción de eyección a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%).
- % de peticiones de péptido natriurético justificadas por la clínica a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%)
- % de pacientes con resultado de péptido natriurético elevado a los que se han realizado ecocardiografías en el año en curso. (Objetivo >80%)
- % de pacientes crónico complejos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica en los que consta la cumplimentación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca al menos una vez al año. (Objetivo >80%)
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca (Objetivo: Reducción)

DURACIÓN
- Abril – Julio: Redacción del protocolo
- Septiembre: Formación a los centros
- Febrero 2019: evaluación de primeros resultados.

El proyecto tendrá una duración plurianual sujeta a la evolución de la implantación del proyecto y de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTAJONA RODRIGO ESTHER
SALAS ALCANTARA MARIA
ORDOÑEZ FERRER MARIA DEL MAR
ALCAINE CHAURE FERNANDO
PEREZ DEL SALVADOR ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado sesiones formativas en el hospital y una sesión de formación de formadores en Atención Primaria, colgando el protocolo en la intranet, aunque se han desarrollado con el año avanzado. Durante el año 2019 nos proponemos llevar sesiones a los centros de salud con el apoyo de ESAD y ejemplos de casos concretos de los centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se tienen registros de las sedaciones paliativas efectuadas en el último trimestre en el Hospital de Alcañiz. Han sido 8 pacientes. Aunque en todos ellos constaba información de la autorización por la familia de medidas de confort y limitación del esfuerzo terapéutico, en un 27% (3 pacientes) no se consiguió identificar de forma clara e inequívoca la autorización para la sedación paliativa. En todos los pacientes constaba el síntoma refractario, pero no se encontró registro de inducción (intensidad de la sedación y puntuación escala de Ramsay) en ninguno de los pacientes. Se encontraron registros evolutivos en todos ellos, aunque siguieron faltando la intensidad de la sedación y el registro de la escala de Ramsay en los evolutivos. El 50% de los pacientes padecían un proceso oncológico, en el resto de los casos se trató de insuficiencia renal, cardiaca, respiratoria o causa neurológica. No se han podido obtener registros directos de atención primaria dado que no existe en OMI-AP el diagnóstico de sedación paliativa. A partir de los registros de ESAD se comprueba que se ha realizado sedación en 12 pacientes en el último trimestre. Se comprueba que en el 100% de los casos constaba el registro del consentimiento verbal para la sedación paliativa. En el 75% de los pacientes sedados se identifica con claridad el síntoma refractario, siendo la disnea el más frecuente. No se ha registrado en ningún caso la intensidad de la sedación ni el registro de la escala de Ramsay. El 100% de los pacientes en domicilio fueron sedados mediante fármacos administrados por vía subcutánea, nunca intravenosa. El 25% de ellos en bolus a través de la palomilla SC, y el 75% mediante el uso de los infusores elastoméricos de 5 o de 7 días, de bajo o de alfo flujo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto está comenzando a implementarse y debe ser monitorizado y mejorado. Los resultados del primer trimestre van a ser analizados por la comisión de cuidados paliativos para adoptar acciones de mejora o modificaciones en el procedimiento si procede. Se echa de menos una estrategia a nivel servicio aragonés de salud que genere registros informáticos y facilite el registro y evaluación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/75 ========== ***

Nº de registro: 0075

Título
PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Autores:
ARTAJONA RODRIGO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la actualidad no existe procedimiento de sedación paliativa en el paciente terminal en el Sector de Alcañiz. En el ámbito de Atención Primaria, en general se desconocen los métodos de sedación paliativa. Además, dada la controversia legal que ha habido en el pasado reciente, suele pasarse de puntillas sobre este aspecto. En la actualidad, solo ESAD realiza métodos de sedación paliativa en atención primaria en nuestro sector, y los médicos desconocen las pautas de ajuste de la medicación prescrita. Existe amplio espacio de mejora en el cuidado de los pacientes con síntomas refractarios al final de la vida.
En el ámbito del Hospital la no existencia de protocolo creemos que origina variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer sedación paliativa a los pacientes con enfermedad terminal con síntomas refractarios con intenso sufrimiento físico-psíquico con arreglo a un protocolo que incluye la revisión del marco ético y legal aplicable.

MÉTODO
Se ha elaborado un procedimiento de sedación del sector, con instrucciones para atención primaria y especializada. La Unidad de cronicidad, ESAD y Atención Primaria van a proceder a la elaboración de un plan de formación de sector. El procedimiento incluye:
- La identificación del paciente terminal, definición de síntoma refractario, diferenciación entre sedación paliativa y sedación de agonía.
- Consentimiento informado
- Definición del nivel de sedación objetivo
- Protocolo terapéutico propiamente dicho
- Registros específicos

INDICADORES
% de centros de salud que han recibido formación en sedación paliativa (Objetivo: 100%)
% de pacientes que han recibido sedación terminal en los que consta registro del consentimiento informado en la historia clínica (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que se identifica de forma inequívoca el síntoma refractario (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que consta la cumplimentación del registro de inducción (objetivo >95%)
% de familiares satisfechos/muy satisfechos con la sedación (Objetivo > 80%)

DURACIÓN
El protocolo ya ha sido elaborado
Marzo-Mayo: Difusión del protocolo
Enero 2019. Evaluación

OBSERVACIONES
A la hora de evaluar indicadores surgen muchas dudas sobre su factibilidad en Atención Primaria, partiendo del hándicap de la identificación de pacientes con sedación paliativa dado que no existe registro específico en Historia Clínica electrónica.
Tampoco vamos a poder incluir los registros en OMI-AP por lo que tendrán que ser en papel. Para la evaluación elaboraremos una búsqueda de pacientes con diagnóstico de paciente terminal (A99) investigando el registro de sedación paliativa en campo texto, para proceder después a auditar las historias clínicas de papel. Con este método tenemos una importante incertidumbre sobre la viabilidad de la obtención de indicadores fiables.
Vamos a proponer un listado de pacientes con sedación paliativa en cada centro de salud. En el hospital de realizará registro específico.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha proporcionado espirómetro a todos los centros de salud, aunque en dos de ellos se ha retrasado la llegada hasta final de 2017
- Se ha proporcionado formación en la realización de espirometrías a enfermeras de todos los centros de salud con la excepción de los dos centros donde se ha retrasado la llegada del espirómetro
- Se ha proporcionado formación sobre la estrategia de screening espirométrico a los fumadores
- Se ha incluido en el contrato de gestión de sector el indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se ha realizado al menos una espirometría en los últimos 5 años, con un estándar de entre el 20 y el 30% de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Indicador de fumadores entre 40 y 80 años del sector que tienen espirometría realizada en los últimos cinco años: Hemos pasado de un 15,96% en Enero de 2017 a un 20,78%, alcanzándose el objetivo mínimo del sector.
- Respecto a la prevalencia de EPOC hemos pasado de un 25% a un 26% respecto a lo esperado en el estudio EPISCAN. Un centro llega al 50% de lo esperado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este es un proyecto planteado para un plazo de cinco años. Ha habido centros donde se ha mostrado una evolución rápida mientras que en otros está yendo más lento. El incremento de un 5% en las espirometrías realizadas se ha traducido en un incremento de de un 0,05% en la prevalencia de EPOC. Si el crecimiento de la prevalencia fuera similar incrementando el número de espirometrías sería difícil alcanzar el 10% del estudio EPISCAN.

7. OBSERVACIONES.
Hay que señalar que el indicador que muestra el cuadro de mando se realiza sobre población atendida, por lo que no se puede considerar que esta sea la prevalencia real. Por otra parte se ha observado que diagnósticos erróneos de EPOC que han sido corregidos en OMI-Ap siguen apareciendo como EPOC, por lo que es posible que existan sesgos a la hora de evaluar la prevalencia.
En algún centro con elevada demanda de espirometrías se especula con que no se esté registrando el resultado de la espirometría en OMI_AP por parte del médico.
Vamos a seguir trabajando en la línea de EPOC-tabaquismo manteniendo este indicador junto con los de tabaquismo para los años siguientes.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1115 ========== ***

Nº de registro: 1115

Título
INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

MÉTODO
FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

INDICADORES
-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años (“FUMADOR=SÍ) (DGP “AA”= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años
- Denominador: Pacientes fumadores (“FUMADOR=SÍ) (DGP “AA”= SI) entre 40 y 80 años
Aclaraciones:
1.Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.
2.El DGP “AA” se corresponde al campo “FUMADOR=SI/NO”.

DURACIÓN
Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.
-La formación en espirometrías ya se ha realizado
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre
-Diseño de cartel: primer trimestre

OBSERVACIONES
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 20%
Límite superior 30%

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1117

1. TÍTULO

GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERDES SANZ GUAYENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ofreció la creación de un grupo de trabajo de gestión por objetivos a los centros del sector.
Se creó un indicador con puntuación extra a aquellos centros que obtuvieran una cobertura superior al 50% en las actividades de proceso de diabetes.
Se revisaron cuatrimestralmente los indicadores, y a partir de Septiembre mensualmente con los representantes de los centros de salud participantes. En función de las necesidades detectadas se realizaron sesiones sobre educación individual y su registro en el plan de cuidados de conocimientos deficientes y sobre pie diabético. Se trabajó con el laboratorio en la mejora del registro de filtrado glomerular.
No se pudo abordar la actividad de retinografías por no disponer del retinógrafo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acudieron regularmente a las reuniones 6 de los 12 centros. 6 de los 12 centros han alcanzado una cobertura del 50% en los indicadores de proceso (Microalbuminuria, GFR y LDL en el último año, Glicada en los últimos seis meses, Hipoglucemia en el último año, 3 presiones arteriales el último año y exploración de pie).

La cobertura global de glicada en los últimos seis meses ha sido del 47,9% (mejora del 3%), con incrementos de alrededor de 7 puntos en las coberturas LDL y microalbuminuria encontrándose actualmente alrededor del 70% de los pacientes, y un incremento de 22% en registro de GFR, estando actualmente en el 66% de los pacientes. La evaluación del pie en el sector ha pasado al 50,78% de los pacientes (mejoría de un 7%). En hipoglucemia se ha pasado de un 46 a un 52%.
Respecto a los indicadores nuevos destacar un 39,4% en evaluación del riesgo del pie debido a un error en el registro del riesgo del pie que se subsanó a partir del verano. En el plan de conocimientos deficientes se mejoró un 13%, a costa fundamentalmente de los centros que acudieron a las reuniones.
En cuanto a resultados objetivo hay que destacar la mejoría de un 7% en los pacientes con glicada menor de 7 respecto al año 2016 (32,52% vs 25,41%). También hemos obtenido mejoras discretas en el control de LDL de riesgo alto y muy alto en torno a un 3%. En control de presión arterial, GFR y macroalbuminuria no se obtuvieron cambios significativos, mientras que en GFR el indicador de > 60 subió un 18%, lógico si se tiene en cuenta que este año el registro de GFR ha mejorado un 22%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Globalmente han mejorado todos los centros. Además del énfasis que se hace en las juntas técnico asistenciales y del objetivo propio del sector hay que señalar que todos los centros que han asistido a las reuniones del grupo de trabajo han alcanzado el 50% de la cobertura. El desempeño global en los indicadores de cobertura ha sido mejor en estos centros, siendo especialmente sensible la evolución a partir de Septiembre con las reuniones mensuales. Las reuniones del grupo de trabajo han estimulado el liderazgo de los representantes de los equipos y las sesiones clínicas se han compartido entre los miembros de los equipos facilitando las acciones de mejora incrementando la cultura de la organización.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1117 ========== ***

Nº de registro: 1117

Título
GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1117

1. TÍTULO

GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde el año anterior disponemos del cuadro de mando en diabetes. A través de él venimos observando tendencias planas en estos indicadores que afectan a 10 de los 12 centros, lo que nos indica que se están usando poco las funcionalidades del cuadro de mando. La causa es la escasa tradición en gestión clínica y la resistencia al cambio cultural
Es un objetivo estratégico de esta dirección desde el año anterior.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE COBERTURA DEL PROGRAMA DE DIABETES

MÉTODO
Se plantearán acciones formativas en función de la evolución del cuadro de mando y a demanda de los centros.
Informes cuatrimestrales desde la dirección: benchmark entre centros e intracento (JM Turón).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud: Coordinadores EAP.
Ya se presentó en el año anterior.

INDICADORES
Todos los indicadores de cobertura deberán ser superiores al 50% (HBA1C, retinografía, GFR, LDL, Microalbuminuria, Pie diabético, Hipoglucemia).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud.

DURACIÓN
Continúa desde 2016.
Informes cuatrimestrales desde la dirección: benchmark entre centros e intracento (JM Turón).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud: Coordinadores EAP.
Duración: indefinida hasta conseguir objetivos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1122

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha elaborado un registro de incidencias informatizado. De esta forma cualquier trabajador, desde su ordenador puede registrar una incidencia sin tener que ir a buscar el papel. Especialmente útil en consultorios donde el registro de incidencias no se encuentra disponible cuando está en formato papel.
- Reuniones cuatrimestrales coordinador de calidad de atención primaria-coordinador de calidad del centro. Esta estrategia está orientada a realizar formación concurrente a los coordinadores hasta desarrollar la suficiente experiencia y conseguir autogestionarse. Estos han sido los contenidos:
o Gestión por objetivos. Se han revisado los indicadores del cuadro de mando del contrato de gestión, de diabetes y farmacia, priorizando acciones de mejora
o Gestión de incidencias. Se revisan las incidencias, seleccionando para realizar acciones de mejora aquellas incidencias más relevantes o más repetidas.
o Reclamaciones: se revisan las reclamaciones, dando lugar a proyectos de mejora en el caso de las reclamaciones fundamentadas.
o En las reuniones se revisa el funcionamiento de los distintos procedimientos mediante entrevistas con los responsables correspondientes
- Procedimientos de ISO en Atención Primaria: Los procedimientos de esterilización y de extracción de muestras se han generalizado en todo el sector. Los procedimientos de gestión de almacén y material de urgencias han sido adoptados por casi todos los centros no ISO.
- Revisión por la dirección. Realizamos un informe del desarrollo del sistema del año anterior, aportando en caso necesario recursos desde la dirección de atención primaria. Queremos destacar, en el ámbito de la seguridad clínica, el desarrollo de un programa de formación en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada que se ha desarrollado en todos los centros.
- Se ha llevado a cabo auditoría interna en todos los centros y auditoria externa en el centro de salud de Alcañiz

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Dos de los centros obtienen 8 o más puntos del contrato en todos los indicadores. De los centros grandes, Andorra consigue la máxima puntuación en el 58% de los indicadores de contrato (si consideramos más de 6 puntos suben al 67%), mientras que Alcañiz, el último centro que se incorporó ha mejorado considerablemente obteniendo más de 8 puntos en el 54% de los indicadores. Queda por debajo del 50% Caspe (creeemos que relacionado con el cambio de un porcentaje importante de la plantilla) y Alcorisa.
- Respecto al cuadro de mando de diabetes, salvo en Alcorisa, se obtienen coberturas superiores al 70% en todas las analíticas de medición anual, superando el 50% de los pacientes con glicada en los últimos seis meses en 3 de los seis centros. Todos los centros salvo Alcorisa y Caspe superan el 50% en el registro de hipoglucemia
- Indicadores del cuadro de mandos de farmacia a nivel de Sector. En medicina de familia todos los indicadores cumplen con el rango establecido a nivel autonómico, aunque los indicadores de pediatría son mejorables.
A este respecto, se dotó de test rápido de detección de antígeno estreptocócico A a todos los EAP, incluyendo atención continuada.
- Incidencias, reclamaciones y auditorias. Proyectos de mejora del acuerdo de gestión aparte, señalamos las incidencias que han dado lugar a acciones de mejora relevantes a nivel de sector:
o Un error en la dosificación de un informe de Sintrom del Hospital fue detectado por el enfermero de un centro antes de entregarse, en relación con acción de mejora (instrucción técnica de entrega de resultados de informes de INR del hospital) realizada el año anterior por una incidencia similar. Se va a exportar a todo el sector y ha sido incluido dentro del amfe de pruebas funcionales.
o Al atender una parada cardiorrespiratoria en domicilio e ir a utilizar el desfibrilador se encontraron con que, a pesar de que la forma de la conexión de los parches del desfibrilador era la correcta, la anchura de la conexión era un cm más ancho que la del desfibrilador, por lo que no se pudieron usar. Esto dio lugar a revisión de todos los parches de desfibrilador del sector asegurando que los parches, además de la forma, sean de dimensiones correctas.
o A raíz de un parto en un centro de salud, se elaboró una sesión clínica en colaboración con el servicio de ginecología sobre atención al parto extrahospitalario y se dotaron de los materiales necesarios. Esta sesión se está exportando a otros centros.
o Todos los centros han realizado actividades formativas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada
- Uno de los puntos donde mejores resultados se ha obtenido es de la satisfacción del usuario en los centros grandes, que ha mejorado sensiblemente, sobre todo en el aspecto de la accesibilidad en relación con la intervención del personal de enfermería en la recepción de la cita indemorable de estos centros. Destaca el hecho de un centro de salud en el que, antes de comenzar con el sistema de gestión de calidad, la respuesta a “recomendaría este centro” solo era contestada afirmativamente entre un 50% y un 70% entre los años 2008 y 2010, que en 2013 pasó al 90% y en 1995 al 96%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1122

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

- Las auditorias han dado lugar a desviaciones menores, destacándose en las auditorías internas la gestión por objetivos y el chequeo regular de todos los equipamientos de urgencias con carros de parada precintados y dispuestos para el uso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El mantenimiento del sistema de gestión de calidad de los centros de salud del sector Alcañiz sigue siendo viable, algo que consideramos puede estar relacionado con las actividades cuatrimestrales de seguimiento del coordinador de calidad de atención primaria y los de los centros (3 días/año).
Los procedimientos de organización de los centros (gestión de materiales de urgencias, almacenes, equipamientos, extracción de muestras biológicas, esterilización, farmacia) con responsables definidos de cada uno de ellos, han mejorado de forma notable la organización de los centros. Con el paso de los años, la mayoría de los centros del sector no certificados han ido incorporando progresivamente estos procedimientos, por lo que esta maduración organizacional ha acabado alcanzando a casi todo el sector. Uno de los objetivos de esta dirección es terminar de implantarlos en los centros que faltan.
El otro punto sensible del sistema de gestión de calidad es la gestión por objetivos. Con las revisiones cuatrimestrales de indicadores, la mayoría de los centros han alcanzado las puntuaciones más altas del sector en el contrato de gestión, aunque en un centro se ha producido en los últimos años un estancamiento en los indicadores a pesar de los informes de benchmark que se realizan. También hemos exportado este año la gestión por objetivos a centros de salud no certificados obteniendo dos de ellos resultados excelentes mientras que en otros centros prácticamente han duplicado los resultados del año anterior.

En resumen, la adopción de un sistema de gestión de calidad basado en norma ISO 9001 en los centros de salud ha mejorado sensiblemente la organización, la seguridad y los resultados de los indicadores de contrato no solo en los centros certificados, sino también en los no certificados, dándose la circunstancia de que algunos centros no certificados están obteniendo un desempeño superior a algún centro de los certificados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1122 ========== ***

Nº de registro: 1122

Título
MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ORGANIZACIÓN
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace años tenemos certificados con ISO 9001:2008 6 centros de salud. El desarrollo de la norma ha hecho madurar la organización, no solo de los centros afectados, sino también del resto de los centros que poco a poco han ido compartiendo los procedimientos principales que se han convertido en las normas de organización del sector. En los dos últimos años hemos visto como un centro se relajaba en el cumplimiento de la norma, por lo que estamos considerando su exclusión del proyecto en tanto no se cambie la actitud, por lo que planteamos el mantenimiento en cinco de los seis centros.

RESULTADOS ESPERADOS
MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ

MÉTODO
Mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad según norma ISO 9001
-Cumplimentación del registro de incidencias (todos los trabajadores)
-Elaboración de acciones correctivas para solucionar no conformidades (Coordinador de calidad del centro)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1122

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

-Análisis sistemático de todos los datos recibidos por el centro y actas de registro (C.calidad, coordinadores de centro)
-Reuniones cuatrimestrales entre coordinadores de calidad del centro y del sector
-Revisión anual por la Dirección
-Auditorías internas y externas

INDICADORES
Auditorías internas y externas
Mantenimiento de la certificación externa

DURACIÓN
Se trata del mantenimiento del proyecto y ya está descrito en el manual de la calidad de los centros de salud de Atención Primaria en el ámbito SALUD.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0753

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO PARDOS CARMEN
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA
COLAS OROS CARLOS
CRESPO AVELLANA MANUEL
VARELA MARTINEZ ISABEL
ARRIBAS GARCIA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo 2016
1. Comunicación a la gerencia del Sector Alcañiz, a la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica, y a la Comisión Central de Garantía de la calidad de la pertinencia del proyecto y de su aprobación por los mismos.
2. Creación de un grupo multidisciplinar PROA compuesto por personal facultativo de los servicios de microbiología, medicina interna y farmacia (atención primaria y atención especializada).
Hasta la fecha se han mantenido 25 reuniones.
Junio 2016 – Octubre 2016
3. Se contacta con todos los servicios del Hospital de Alcañiz y se designan responsables para cada uno de los capítulos de la "guía de tratamiento antimicrobiano" del Hospital de Alcañiz que se va a elaborar.
4. Se crea una plataforma para la gestión de la documentación (Alfresco) en la intranet del Sector Alcañiz.
5. Se elabora el Mapa de resistencias de 2015 tanto del Hospital de Alcañiz como de Atención Primaria del Sector Alcañiz.
Noviembre 2016 – Octubre 2017
6. Elaboración de la "guía de tratamiento antimicrobiano" del Hospital de Alcañiz, que incluye los diagnósticos, tratamiento empírico y dirigido de los principales síndromes, y la guía de profilaxis quirúrgica.
7. Formación en los servicios por parte de los responsables de los capítulos y/o miembros de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica. En esta primera fase se ha hecho especial énfasis en el consumo de antimicrobianos y las resistencias.
8. Actividad PROA Bacteriemia, con el objetivo de mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia del Hospital de Alcañiz. Hasta el momento se han gestionado 38 pacientes hospitalizados y 7 ambulatorios. Esta actividad permite poder discutir las oportunidades de ajuste microbiológico (desescalamiento) e identificar mejoras en el tratamiento empírico y adecuar la guía en caso necesario.
9. Asesoría a los servicios hospitalarios y de atención primaria sobre e PROA. Información proactiva y reactiva.
10. Certificación del PROA. Inicio en el mes de octubre del curso de certificación por parte de una microbióloga y una farmacéutica hospitalaria.
Noviembre 2017 – Enero 2018
11. Revisión y maquetación del documento.
12. Creación de una sección para el PROA en la Intranet del Sector Alcañiz.
13. Publicación del documento (solicitada autorización inclusión logos institucionales del Gobierno de Aragón y del ISBN).
Febrero 2018
14. Difusión de la "Guía de tratamiento antimicrobiano" del Hospital de Alcañiz a los profesionales sanitarios del Sector (fecha pendiente de la disponibilidad de la gerencia).
15. Programación de Formación continuada en antimicrobianos en el Hospital de Alcañiz a lo largo de 2018.
Estaba previsto terminar el proyecto en mayo 2017, si bien hemos necesitado un semestre más, por motivos logísticos fundamentalmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Creación del grupo PROA que se ha reunido de manera sistemática al menos una vez al mes.
2. Elaboración y publicación de la "Guía de tratamiento antimicrobiano", pendiente de difusión oficial en el mes de febrero.
3. Certificación PROA. Iniciado el programa de certificación oficial en el que participan una microbióloga y una farmacéutica hospitalaria. Diploma de experto universitario (UNED): AMS-PROA excelencia: desde la práctica clínica hasta la certificación del hospital. Septiembre 2017 – Julio 2018.
4. Indicadores
a. 100 % elaboración guía de tratamiento antimicrobiano. Inicio noviembre 2016 – fin diciembre 2017.
b. Informe anual de resistencias 2015. Elaborado y publicado mayo 2017.
c. 50 % adecuación del protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica.
d. 50% puesta en marcha de la restricción del uso de algunos antimicrobianos.
e. 100% adecuación de los protocolos existentes a la estructura del PROA. Inicio noviembre 2016 – fin diciembre 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0753

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es la primera guía que se hace en el Hospital de Alcañiz en el que participan todos los servicios.
La creación del grupo de trabajo PROA formada por facultativos comprometidos de farmacia AP y AE, microbiología y medicina interna, ha sido crucial para poder abarcar esta tarea. Este grupo seguirá activo desarrollando y coordinando todas aquellas acciones relacionadas con el PROA.
Igualmente importante para el éxito de la misma (que no es otro que la implementación de la guía y la formación continuada), es que los facultativos del grupo PROA son accesibles y referencia para el resto del hospital y AP cuando procede, ofreciendo información proactiva y reactiva.
Este tipo de proyecto puede replicarse en cualquier hospital del mismo tamaño.
En el fututo próximo, se empezará con el PROA de Atención Primaria, para lo cual se incorporarán facultativos médicos de AP.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/753 ========== ***

Nº de registro: 0753

Título
CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, ARRIBAS GARCIA JORGE, NAVARRO PARDOS CARMEN, VARELA MARTINEZ ISABEL, PIQUERAS SERRANO CARMEN, MARTINEZ PAGAN ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El uso apropiado de antimicrobianos es necesario en aras de un beneficio ecológico (prolongación de la vida útil de los antibióticos). Además, la optimización de los tratamientos antibióticos debe contribuir a mejorar el pronóstico de los pacientes que los necesitan y minimizar la probabilidad de aparición de eventos adversos relacionados con su uso.
Son uno de los medicamentos más utilizados a nivel intrahospitalario (25-41% de los pacientes hospitalizados son tratados con antibióticos y sobre el 60% recibe al menos una dosis durante su ingreso) y, aunque son seguros, no están exentos de efectos adversos potencialmente graves. En el hospital de Alcañiz, según el estudio EPINE 2015, el 56% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico.
En España, se ha observado que los efectos relacionados con los antibióticos suponen el 20% de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias por toxicidades farmacológicas, doblando la frecuencia de visitas asociadas a otros medicamentos tradicionalmente considerados de «alto riesgo»; e igualmente en pacientes hospitalizados, es el grupo terapéutico en el que se ha observado mayor frecuencia de efectos adversos a fármacos.
Por último, y desde una perspectiva institucional, en algunos países desarrollados los antibióticos representan un porcentaje importante del gasto farmacéutico hospitalario, (hasta el 30% del gasto de farmacia y el uso no óptimo se asocia además con costes indirectos, como la prolongación de la estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad de los pacientes.
La base fundamental para del uso apropiado de los antimicrobianos es la formación y el conocimiento. Formación en el método clínico para realizar el diagnóstico correcto y la evaluación de la gravedad, y conocimiento de la epidemiología local y de los principios de la antibioterapia para hacer la indicación correcta.
La ordenación y actualización de esos conocimientos no es fácil por la incorporación de nuevos antimicrobianos, nuevos conocimientos a la doctrina de las enfermedades infecciosas y la diversidad de la etiología de las infecciones a la que se añade la proporcionada por el marketing de la industria farmacéutica.
Se trata por lo tanto de un problema global del hospital que necesita una respuesta global.
Los programas institucionales de optimización de tratamientos antimicrobianos han demostrado su utilidad, en este sentido McDougall y Polk definen los PROA como la expresión de un esfuerzo mantenido de una institución sanitaria por optimizar el uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados con la intención de:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0753

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ

1. Mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones.
2. Minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos (incluyendo aquí la aparición y diseminación de resistencias).
3. Garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducción de:
- la mortalidad y morbilidad de los pacientes con infecciones graves.
- los efectos adversos.
- las resistencias bacterianas.
- los costes económicos asociados a un uso incorrecto.

MÉTODO
Diseño, implantación (planificación, ejecución y verificación) y difusión de los resultados de un programa institucional de optimización de los antimicrobianos, dependiente de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica y de carácter multidisciplinar. La optimización incluye la indicación, selección, dosificación, vía de administración y tiempo de administración apropiados.
Pasos a seguir:
1. Constitución del grupo PROA: farmacéuticos, internistas y microbiólogos.
2. Programa institucional. Aprobación de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica, Dirección Médica y Comisión Central de Garantía de la Calidad.
3. Elaboración:
• Documento central: “Recomendaciones para el uso de antimicrobianos del Hospital de Alcañiz”.
• Guías de diagnóstico y tratamiento empírico y dirigido de los principales síndromes.
• Guía de profilaxis quirúrgica.
4. Programa formativo sobre antimicrobianos e información sobre el consumo de antimicrobianos y resistencias bacterianas.
5. Asesoría clínica a los Servicios.
6. Certificación del PROA.
7. Evaluación los resultados.

INDICADORES
Indicadores
- % elaboración de:
o Guía de Tratamiento Antimicrobiano.
o Informe anual de resistencia 2015.
- % de adecuación del protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica.
- % puesta en marcha de la restricción del uso de algunos antimicrobianos.
- % adecuación de los protocolos existentes a la estructura del PROA.
Evaluación y Seguimiento trimestral.

DURACIÓN
1 año (junio 2016 - mayo 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1412

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOSTOMIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA ARENZANA GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYORA RUBIO RAQUEL
ORTIZ MILLAN PILAR
ABAS VILA VICTORIA
VALLES CASES SARA
TRALLERO GASCO NIEVES
ABAD CATALAN PILAR
ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se ha realizado un proyecto de realización de sangrías terapéuticas en Atención Primaria.
-Se ha realizado un poster y una presentación en pwp para ser impartido en los diferentes centros de salud del sector de Alcañiz.
-Se ha realizado un video explicativo del procedimiento para ser colgado en la intranet.
-Próximamente vamos a visitar los centros de salud y a difundir los materiales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha elaborado todo el material pero no se ha comenzado con la difusión en los centros, por lo que no hemos podido medir el indicador. Hemos medido el número de sangrías del año 2018 que han sido 58. A lo largo del 2019 veremos si nuestra intervención ha reducido el núpmero de sangrías terapéuticas en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por el momento la principal dificultad es la coordinación con Atención Primaria ya que la dispersión de los centros obliga a desplazamientos en horario de trabajo, lo que ha retrasado nuestro proyecto que concluirá con la implantación y medición de resultados en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1412 ========== ***

Nº de registro: 1412

Título
PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOTOMIAS

Autores:
ARENZANA GARCIA SARA, AYORA RUBIO RAQUEL, ORTIZ MILLAN PILAR, ABAS VILA VICTORIA, VALLES CASES SARA, TRALLERO GASCON NIEVES, ABAD CATALAN PILAR, ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la calidad asistencial

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sangría terapéutica o flebotomía es un tratamiento médico encaminado a resolver diferentes enfermedades hematológicas.Es una técnica sencilla y segura realizada por personal de Enfermería y sobre dicho personal recae la responsabilidad de la vigilancia y el bienestar del paciente mientras dura el tratamiento, por todo ello es imprescindible contar con un procedimiento enfermero detallado en nuestra unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1412

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOSTOMIA

RESULTADOS ESPERADOS
- Realización de un procedimiento enfermero para sangrías terapeúticas o flebotomías en el servicio de extracciones del Hospital de Alcañiz.
- Recomendaciones generales al paciente.

MÉTODO
Revisión bibliográfica y puesta en común para la realización de sangrías terapeúticas en nuestra unidad

INDICADORES
Realización del procedimiento enfermero en la realización de sangrías terapeúticas
Satisfacción del paciente/usuario y personal del servicio de extracciones

DURACIÓN
De septiembre a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1413

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL AYORA RUBIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ MILLAN PILAR
ARENZANA GARCIA SARA
ABAS VILA VICTORIA
VALLES CASES SARA
TRALLERO GASCO NIEVES
ABAD CATALAN PILAR
ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha realizado un procedimiento de cuidados de enfermería a pacientes portadores de catéter venoso central de larga duración en Atención Primaria
- Se ha realizado un póster y una presentación en pwp para ser impartido en los diferentes centros del sector
- Se ha realizado un vídeo explicativo del procedimiento para ser colgado en la intranet
- Próximamente vamos a visitar los centros de salud y a difundir los materiales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha elaborado todo el material, pero no se han comenzado con la difusión en los centros. En el momento actual a ningún paciente se le están limpiando el catéter y heparinizando en atención primaria. A lo largo del 2019 monitorizaremos los pacientes a los que se les realiza la heparinización en su centro de salud, al margen de que podamos realizar esta actividad cuando vienen a las visitas en el hospital. (INDICADOR: % pacientes en los que se realiza limpieza y heparinización del catéter Hickman en Atención Primaria)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por el momento la principal dificultad es la coordinación con atención primaria ya que la dispersión de los centros obliga a desplazamientos en horario de trabajo, lo que ha retrasado nuestro proyecto que concluirá con la implantación y medición de resultados en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1413 ========== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)

Autores:
AYORA RUBIO RAQUEL, ARENZANA GARCIA SARA, ORTIZ MILLAN PILAR, ABAS VILA VICTORIA, VALLES CASES SARA, TRALLERO GASCON NIEVES, ABAD CATALAN PILAR, ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Informar al paciente/usuario y profesional enfermero sobre el mantenimiento adecuado de catéter Hickman

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1413

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Necesidad de realización de un procedimiento estandarizado en cuidados enfermeros a pacientes portadores de catéter venoso central de larga duración (HICKMAN)

RESULTADOS ESPERADOS
Realización de procedimiento enfermero
Información del procedimiento al paciente/usuario
Información del procedimiento al personal de enfermería de atención primaria del Sector de Alcañiz

MÉTODO
Revisión bibliográfica y puesta en común para consensuar un procedimiento en nuestra unidad
Informar al personal de enfermería de atención primaria del sector de Alcañiz

INDICADORES
Realización del procedimiento enfermero

DURACIÓN
De Septiembre a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO CAY DIARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCARTIN GARCIA ESTRELLA
MARCO CANO JOSE LUIS
VILLARROYA MARTINEZ MARTA
MARTINEZ MOLINER ROCIO
SIMON PORTERO SARA
ZORRAQUINO PINA ESTEFANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha desarrollado el protocolo de cáncer de mama y de citología cervicovaginal. Se han elaborado 42 procedimientos y 30 formatos bajo la supervisión de ICSA. Se ha contactado con los servicios implicados en la obtención y transporte de muestras y el resto de grupos de interés (cirugía, radiología y ginecología), para la revisión de los documentos que les afectan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha establecido y documentado el proceso y se han elaborado los siguientes indicadores:
1.1. Indicadores desde Contrato de Gestión
1.1.1. Tiempo de respuesta / nº patólogos
1.1.2. Tiempo de respuesta / volumen
1.1.3. Tiempo de respuesta / nº TEAPs
1.1.4. Tiempo de respuesta en muestras de Acreditación
1.1.5. Volumen de muestras por patólogo1.2. Indicadores desde PatWin
1.2. Indicadores desde PatWin
1.2.1. Volumen de intraoperatorias
1.3. Indicadores desde Incidencias en PatWin
1.3.1. Incidencia en recepción por información inadecuada (PREANALÏTICA)
1.3.2. Incidencia en procesado por montaje inadecuado (ANALÏTICA)
1.3.3. Incidencia en elaboración de informes y archivo (POSTANALÍTICA).
1.3.4. Incidencias en almacén (SPORTE)
1.3.5. Incidencia en visualización de informes cerrados en Hª Clínica Electrónica (SOPORTE)1.4. Indicadores desde Calidad del diagnóstico e impacto sobre pacientes (PatWin)
1.4.1. Controles de Calidad Internos (Revisión de diagnósticos)1.4.2. Correlación de intraoperatoria – Pieza
1.4.3. HPV – Citología.
1.4.4. Biopsia – Pieza.
1.4.5. Citología / PAAF – Biopsia.
1.4.6. Control de calidad Externo (Intercomparativos)
1.4.7. Controles de calidad externa de técnicas IHQs y de calidad en diagnóstico en patología quirúrgica, citopatología y citología ginecológica de a SEAP.
En estos momentos estamos en fase de implementación tras lo que vamos a comenzar con las primeras mediciones y finalmente pasaremos la auditoria de acreditación según norma ISO 15189 cuando establezca el Servicio Aragonés de Salud. El objetivo final del proyecto, es decir, la acreditación de la prueba se conseguirá en este momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actitud del equipo es de total implicación consiguiendo la implantación de los procedimientostos así como la cumplimentación de registros imprescindibles para conseguir la trazabilidad y la calidad de los procesos .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/356 ========== ***

Nº de registro: 0356

Título
ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL CANCER DE MAMA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

CAY DIARTE ALFONSO, SIMON PORTERO SARA, ESCARTIN GARCIA MARIA ESTRELLA, MARCO CANO JOSE LUIS, VILLARROYA MARTINEZ MARTA, MARTINEZ MOLINER ROCIO, ARIAS MUÑOZ VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Necesidad del Servicio de A. Patológica de recuperar la acreditación según la norma ISO 15189 ya alcanzada con anterioridad en citología cervicovaginal y citología genera y suspendida por falta de personal facultativo.
En principio se va a aprovechar el apoyo de ICSA dentro del contrato realizado por la central de compras con Agilent, para intentar acreditar el cáncer de mama y la citología cervicovaginal, en paralelo con ptros laboratorios de A. Patológica del Servicio Aragonés de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera conseguir la trazabilidad y calidad en los alcances a acreditar con el fin proporcionar a los clínicos la información necesaria para aplicar el tratamiento más adecuado y una valoración pronóstica y predictiva.

MÉTODO
Contacto personal con los servicios implicados en la obtención y transporte de las muestras así como con aquellos que aunque no están directamente relacionados con la obtención de las muestras, sí que los están con el tratamiento.
Para ello es fundamental la participación activa en el Comité de Cáncer de Mama y con el Servicio de Ginecología y Microbiología.
En principio los recursos utilizados tanto personales como materiales serán los que ya dispone nuestro Servicio con la posibilidad nuestro servicio.

INDICADORES
Los indicadores están pendientes de evaluación y serán los mismos que se planteen para el resto de Servicios del Salud.

DURACIÓN
Todavía no hay una fecha prevista para el inicio y finalización del proyecto. Pendentes de reunión con la entidad de apoyo ICSA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0032

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA UTILIZACION DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA MARIN ABAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INFANTES MORALES MARTA EUGENIA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
JUDEZ LEGASTIRI DIEGO
ESPINOSA CASTELLS RUT
CALDERON AGUIRRE PATRICIA EDITH
GASCON POLO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El protocolo se puso en marcha en Junio de 2016 en colaboración con el servicio de Traumatología y Hematología y se ha aplicado a todos los pacientes sometidos a PTR, PTC y Fx de cadera que no presentaban ningún criterio de exclusión. Se ha administrado 3g de ácido tranexámico, de manera tópica y no se ha documentado ninguna complicación trombótica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos hecho una pequeña comparativa de 31 casos. Grupo A= 16 SIN PROTOCOLO TRANEXÁMICO (PTR del mes de Abril y Mayo de 2016). GRUPO B= 14 APLICACIÓN DEL PROTOCOLO TRANEXÁMICO (PTR del mes de Abril de 2017)
Han sido casos consecutivos y no ha habido aleatorización. Tampoco hemos podido documentar en la comparativa los sangrados ya que previamente a la implantación de este protocolo no había un registro del sangrado total de los pacientes. Aunque sí que se ha evidenciado una disminución muy significativa en la transfusión de concentrados de hematíes y debido al menor sangrado se han dejado de utilizar los autotransfusores.
Nº de concentrados transfundidos En el grupo A= 0.75
En el grupo B= .1428571
Pacientes transfundidos En el grupo A=.4375
En el grupo B=.0714286

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Podemos observar una disminución de los ratios de transfusión alogénica de 43,75% vs 7% así como de la transfusión autóloga ya que hemos dejado de usar los autotransfusores. Realizando un análisis de las medidas de asociación podemos ver que la razón de proporciones (PR) nos indica que la probabilidad de ser trasfundido es 6,125 veces superior en el grupo de los que no estuvieron expuestos al protocolo tranexámico. La razón de odds indica que la odds de ser transfundido en el grupo de No tranexámico se mulitplica por 10.11. Estamos obteniendo resultados concordantes con los resultados obtenidos en estudios experimentales y con nuestras expectativas al implantar el protocolo.

Como actividad pendiente mantenemos la hoja de control de los pacientes sometidos a protocolo tranexámico, con la monitorización del sangrado y el registro de complicaciones con la posibilidad de adaptar la dosis a nuevas evidencias científicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/32 ========== ***

Nº de registro: 0032

Título
PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DEL ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA, PROTESIS PARCIAL DE CADERA Y FRACTURA DE CADERA

Autores:
MARIN ABAD TERESA, CALDERON AGUIRRE PATRICIA, JUDEZ LEGASTIRI DIEGO, GASCON POLO MARIA PILAR, MARCOS GARCIA IVAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0032

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA UTILIZACION DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE CADERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía mayor traumatológica incluye procedimientos que acarrean pérdidas sanguíneas importantes y una alta probabilidad de transfusión de sangre alogénica. El riesgo de sufrir una complicación relacionada con una transfusión va desde la fiebre (1/100) a una complicación grave que llegue a poner en riesgo la vida del paciente (entorno 1/140000) según datos de la Sociedad Americana de Bancos de Sangre
Hasta este momento el único medio con el que se contaba en el Hospital Comarcal de Alcañiz para el ahorro de sangre alógenica era el recuperador de sangre. El recuperador de sangre ha resultado eficaz pero además de su alto costo cuenta con controversia en cuanto a su seguridad debido a la posibilidad de contaminación bacteriana y de las alteraciones hematológicas de la sangre recuperada.
El ácido tranexámico reduce en un 38% la pérdida sanguínea. Los estudios, revisiones y meta-análisis no han conseguido demostrar un aumento de fenómenos tromboembólicos tras su uso. Esto, unido a su bajo costo, y la simplicidad de su utilización lo convierten en un método eficaz para disminuir la pérdida sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Reducción de la pérdida total de sangre en Cirugía Mayor Traumatológica
2. Reducción de la necesidad de transfusión de sangre alogénica
3. Reducción de las complicaciones asociadas a la transfusión
4. Mejorar la utilización de los recursos del Banco de Sangre
5. Utilización de un método de costo-efectividad demostrado.

MÉTODO
-Anestesia: detección del paciente APTO para el protocolo tanto en la consulta de Anestesia para cirugía programada como en los ingresados por Urgencias.
-Traumatología: inyección directa de ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Observación de los trigger trasfusionales
-Enfermería: control del sangrado postoperatorio
-Hematología: información sobre la utilización de unidades sanguíneas transfundidas

INDICADORES
Registro en la “Hoja de Enfermería Quirúrgica” y en la “Hoja de Analgesia Postoperatoria” del paciente que haya recibido ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Indicándose además en la "Hoja de Analgesia Postoperatoria" la cantidad en ml de pérdida sanguínea durante las primeras 48hs. El seguimiento será anual mediante los datos que hematología nos remita de la cantidad de unidades transfundidas durante dicho período. Realizándose posteriormente una comparativa con los años anteriores a la inclusión de este medicamento.

DURACIÓN
Sin fecha límite. Este protocolo será modificado o quedará sin efecto según las nuevas evidencias o recomendaciones que guían nuestra práctica clínica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0811

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO

Fecha de entrada: 28/03/2018

2. RESPONSABLE ..... DIEGO JUDEZ LEGARISTI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN ABAD TERESA
CALDERON AGUIRRE PATRICIA EDITH
INFANTES MORALES MARTA EUGENIA
GASCON POLO PILAR
MONTON MILLAN ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se elaboró una encuesta Informe del paciente (se adjunta)
- Se crea una base de datos con los resultados de la encuesta (se adjuntan resultados)
- Se realiza un primer análisis de la encuesta tras 10 meses de ponerla en marcha
- Tras un primer análisis se deciden medidas que afectan no solo a los resultados obtenidos sino también a la encuesta en sí misma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) Disponibilidad de la encuesta Febrero de 2017
2) Creación de la base de datos Noviembre de 2017
3) % de pacientes encuestados entre el total de tratados por dolor agudo 159 x 100 / 281= 56,58%

4) % de pacientes satisfechos o muy satisfechos La encuesta no recoge la pregunta sobre el grado de satisfacción. No se puede obtener el indicador salvo por parámetros indirectos
5) Memoria anual El primer análisis constituye en sí mismo una memoria anual. Al tiempo de entrega de este proyecto quedaría por analizar el mes de Enero y 20 días de Febrero de 2018 para completar un año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1) En su origen la encuesta surge para medir grado de satisfacción del paciente pero al no reunir las condiciones de tales tipos de encuestas (principalmente por el hecho de no ser anónima, estar incluida en la hoja de registro de la actuación anestésica y ser formulada por el personal de enfermería que visita al paciente) fue transformada en una encuesta informe que pretendía medir la calidad del servicio ofrecido.
2) Existe un elevado porcentaje de encuestas no realizadas por enfermería no justificadas adecuadamente ya que la toma de datos a pie de cama sobre el dolor están hechas y por lo tanto la visita se ha efectuado. (43,42%)
3) Del análisis de las preguntas realizadas podemos inferir que, en algunos casos, no hay coincidencia entre el EVA que figura en el control registrado por enfermería y el dolor que el paciente dice que ha tenido en la encuesta (Preg. 6)
4) Existen tres preguntas relacionadas entre sí (Preg. 3/4 y 3/5) que presentan un alto grado de No Contesta (25,8% en la 4 y 39% en la 5) y una falta de relación cuando son respondidas. Creemos que esas preguntas no son fácilmente entendibles y algo confusas sumado al poco tiempo que tienen los pacientes para pensarlas cuando la enfermera se las realiza. Teniendo en cuenta estos porcentajes de NC la atención en la planta parece ser satisfactoria ya que el 68,3% de los pacientes fueron atendidos adecuadamente cuando tuvieron dolor y el 56,2% lo fueron cuando presentaron vómitos
5) No podemos extraer una conclusión exacta del dolor que en realidad ha tenido el paciente ya que la pregunta que hace referencia a esto contiene una opción poco medible que es " Lo que me esperaba" ¿Qué significa lo que me esperaba? Teniendo en cuenta que la mayoría de nuestra población en estudio proceden de los pueblos es verdad que llevan la idea de que "es normal pasar dolor" por tanto podría ser que no hayamos cubierto bien el dolor. Un porcentaje no menos importante de pacientes han tenido mayor dolor de lo que esperaban (18,8%) por lo tanto entre los pacientes que tuvieron el dolor que se esperaban y los que tuvieron menos dolor de lo que esperaban (Preg. 6) podemos inferir que en general la actuación del servicio de anestesia sobre el control del dolor es positiva (77.9%)
6) Con respecto al análisis de si el paciente se volvería a operar en este hospital (Preg. 7) hay que tener en cuenta que estos pacientes son "cautivos" de este hospital y aunque un 18,8% de ellos tuvieron más dolor de lo que esperaban hay muchos otros factores que rodean al acto quirúrgico como son otros facultativos actuantes y el servicio de hostelería en la planta, que influyen en la respuesta. Sólo un 1,2% no se volvería a operar en este hospital.
7) En lo que respecta a la información recibida por el paciente (Preg 1 y 2) en su mayoría los pacientes refieren estar informados. (94% y 96,2%)

Actividades pendientes

1) Elaborar una encuesta de satisfacción que reúna las condiciones de tal para obtener resultados que realmente midan la correcta o incorrecta actividad del servicio de dolor agudo postoperatorio, que sea entregada a los pacientes al alta de reanimación y sea retirada por enfermería el último día de control.
2) La encuesta se realizaría de forma discontinua cumpliendo un periodo intermitente semestral o anual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0811

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO

3) Animar al paciente y familiares a respondes la encuesta y crear una manera de ser recogida garantizando su anonimato.
4) Analizar los resultados en el servicio y corregir técnicas o procedimientos si es necesario
5) Reunión con la supervisora y encargado de calidad para subsanar el bajo porcentaje de encuestas realizadas por el personal de enfermería. Corregir fallos tendientes a homogeneizar los criterios a la hora de registrar el EVA de los pacientes
6) Trasladar a las supervisoras de las plantas los resultados que afectan a la actuación de enfermería
7) Modificar la hoja de analgesia en su cara posterior, eliminando la encuesta actual

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/811 ========== ***

Nº de registro: 0811

Título
ENCUESTA DE SATISFACION CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO

Autores:
JUDEZ LEGARISTI DIEGO, MARIN ABAD TERESA, CALDERON AGUIRRE PATRICIA, INFANTES MORALES MARTA, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, ESPINOSA CASTELS RUT, GASCON POLO MARIA PILAR, MARCOS GARCIA IVAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes operados controlados por la Unidad de Dolor Agudo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El bloque quirúrgico de nuestro hospital tiene establecido una sistemática de gestión por procesos. Dentro de este esquema echamos de menos en los subprocesos del post operatorio inmediato y de analgesia post operatoria una evaluación del dolor post-operatorio en aquellas cirugías que se considera pueden beneficiarse de técnicas locorregionales o pautas analgésicas propias. Actualmente, estas cirugías en las que el servicio de Anestesiología realiza técnicas locorregionales para control del dolor postoperatorio o pauta tratamientos propios, son monitorizadas por el servicio, recogiendo datos sobre el nivel de dolor, presencia de náuseas o vómitos, grado de sedación, necesidad de rescates, etc. pero no se recoge el grado de satisfacción percibida por los pacientes. Por ello, desde el servicio surge la necesidad de implantar una encuesta de satisfacción del seguimiento del dolor postoperatorio para mejorar la calidad de la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido y una vez conocido, actuar en función de los resultados para intentar mejorar la asistencia prestada.

MÉTODO
- Elaboración de una encuesta de satisfacción que contemple una serie de ítems que permita recoger el grado de satisfacción de los pacientes.
- Creación de una base de datos con los ítems de la encuesta.
- Análisis periódico de la encuesta y obtención de resultados.
- Puesta en común de los resultados para la implantación de medidas correctoras en caso de ser necesarias.

INDICADORES
1. Disponibilidad de la encuesta.
2. Creación de la base de datos.
3. Nº de pacientes con seguimiento del tratamiento del dolor postoperatorio encuestados x 100 / Nº de pacientes con seguimiento del tratamiento del dolor postoperatorio.
4. % de pacientes satisfechos o muy satisfechos en cada ítem de la encuesta
5. Memoria anual con análisis de los resultados obtenidos y propuestas de mejora.

DURACIÓN
- Creación del grupo de trabajo: Octubre 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0811

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO

- Creación de encuesta: Octubre 2016
- Creación de base de datos: Octubre 2016
- Fecha de inicio de recogida de datos: Desde noviembre de 2016
- Introducción de los datos de la encuesta en la base de datos: Desde noviembre de 2016
- Análisis y evaluación anual de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1562

1. TÍTULO

PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA CALDERON AGUIRRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONO LAMARCA MARIA TERESA
TURON ALCAINE JOSE MARIA
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha constituido el equipo de trabajo, estableciendo un responsable del proceso. Se ha establecido el proceso de cirugía ambulatoria, que incluye tres subprocesos: preoperatorio, operatorio y ambulatorio. El proceso depende del bloque quirúrgico e incluye la creación de una consulta de enfermería de CMA, que se pasa el mismo día de la consulta de evaluación anestésica, la llamada de la consulta de enfermería 24 horas antes de la intervención y post-intervención, la definición de una sala de adaptación al medio próxima al quirófano, definición de criterios "fast track", criterios de alta de Chung y tras bloqueo periférico. Se ha definido un procedimiento operativo de la sala de adaptación al medio, una instrucción técnica de atención preoperatoria y otra con criterios de actuación ante signos de alarma en domicilio en el paciente intervenido para tomar decisiones con las llamadas que se produzcan fuera del horario presencial de la unidad. Se incluyen 9 formatos de registro específico. Se han recogido instrucciones específicas de todas las intervenciones que se realizan de forma ambulatoria en el Hospital de Alcañiz en todos los servicios (se van a disponer en la consulta de enfermería de cirugía ambulatoria).
Todo está dispuesto excepto la estructura, ya que la construcción de la sala de readaptación al medio se ha retrasado, aunque se espera que esté disponible en Febrero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No disponemos de ellos porque no se ha implementado en relación con la falta de la sala de readaptación al medio. Por ello la implementación del proceso y la medición de los resultados se implementará a lo largo de 2019. En los años siguientes el objetivo será incrementar el número de intervenciones que se realizan por CMA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De entrada se ha establecido unos documentos de retraso que resuelven el problema principal: la ausencia de responsable de la unidad de cirugía ambulatoria. La ubicación de un espacio específico próximo al quirófano y la dotación de personal específico ya son una realidad y esperamos que pueda comenzar a implementarse en breve.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1562 ========== ***

Nº de registro: 1562

Título
PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Autores:
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC, LARA GARRIDO ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INTERVENCIONES DE CIRUGIA AMULATORIA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1562

1. TÍTULO

PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Hace dos años intentamos establecer y documentar un proceso de cirugía ambulatoria pero desistimos dado que al comparar lo que se hacía con los estándares del ministerio se consideraba que había que hacer un rediseño radical:
- Los pacientes tras la intervención suben a una habitación estándar de planta donde no hay observación directa, y se encuentran distribuidos por todas las plantas
- No está establecido ningún responsable de unidad. Cuando se produce una incidencia se acaba llamando al internista de guardia
- No se realiza la llamada post intervención a los pacientes intervenidos

En estas condiciones resulta imprudente seguir apostando por incrementar el número de procesos con indicación de cirugía ambulatoria en nuestro sector

RESULTADOS ESPERADOS
- Garantizar la seguridad de los pacientes intervenidos en CMA mediante el establecimiento de un proceso de cirugía mayor ambulatoria acorde con los estándares del ministerio.
- Incrementar la tasa de sustitución de CMA en nuestro hospital

MÉTODO
Proponemos crear una unidad de cirugía ambulatoria. Queremos documentar, implementar y medir un proceso compuesto de los subprocesos preoperatorio, operatorio, post operatorio precoz y ambulatorio.
- La evaluación preoperatoria se llevará a cabo en la consulta de cirugía y anestesia, desarrollando un cuerpo documental de información e instrucciones para el paciente, genérico y por intervención, que actualmente no existe.
- El subproceso post operatorio se realizará en una unidad de cirugía sin ingreso en la que se desarrolle la monitorización de los pacientes de forma permanente por enfermería (actualmente los pacientes se quedan en habitaciones estándar con sus familiares sin supervisión directa del personal sanitario). Además el médico responsable (anestesista) estará permanentemente localizado y en la misma planta (lo que no siempre ocurre ahora)
- El subproceso ambulatorio (incluida la llamada del día anterior a la intervención) se desarrollará por las enfermeras de la unidad de cirugía sin ingreso .

Dicho proceso tendrá un responsable de Unidad (un anestesista) y un equipo de proceso multidisciplinar cuya misión será evaluar y mejorar el proceso.

INDICADORES
Disponibilidad física de unidad de cirugía ambulatoria (SÍ, NO).
Normalización del proceso de cirugía ambulatoria, disponible en la intranet del hospital) (SI,NO)

DURACIÓN
Junio Septiembre: Acuerdos con las unidades correspondientes
Octubre: acondicionamiento de la unidad
Noviembre-Diciembre: Normalización

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0265

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA CALDERON AGUIRRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBENDEA CALLEJA CARLOS
MURILLO PINA RAQUEL
MONTON MILLAN ELISA
CARLUCCIO MARIA CRISTINA
MARIN ABAD TERESA
GARAFULLA GARCIA JESUS
BONA GRACIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
. Una vez fijados los objetivos a alcanzar por el Servicio de Anestesia y Reanimación con respecto a la realización de una práctica clínica perioperatoria segura amparada en la Medicina Basada en la evidencia se decide poner en funcionamiento en el hospital de Alcañiz los programas de recuperación intensificada para cirugía electiva de neoplasia colorrectal. Para ello y teniendo como referente al Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor del Hospital Clínico Lozano Blesa, se decide adaptar el Proceso de Prehabilitación Anestésica en dichos programas a las condiciones presentes en el Hospital de Alcañiz.
Para ello se obtuvieron los Protocolos ya existentes basados en la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en cirugía abdominal (RICA) y los modelos para la evaluación y valoración del paciente en la consulta de anestesia.
A partir de este momento se hace imprescindible implementar la consulta de prehabilitación debido al diferente abordaje que requieren estos pacientes.
. Se realiza una primera reunión con el Servicio de Cirugía para dar a conocer el proyecto de implementación del programa de Recuperación Intensificada a la vez que se solicita la participación de alguno de sus miembros en el mismo.
. Se realizan sucesivas reuniones con Endocrinología y los servicios de Rehabilitación y Salud mental para invitarlos a formar parte del proyecto, escuchar sus propuestas y definir las líneas de actuación.
. Se gestiona con el servicio de Farmacia el pedido de los batidos que serán prescritos a los pacientes para mejorar su estado nutricional previo y posterior a la cirugía y la forma en que se realizará su entrega
. Se involucra a servicio de Hematología para utilizar el programa de anemia perioperatoria para el tratamiento con hierro y epo en hospital de día el mismo día de la consulta a los pacientes portadores de anemia.
. Se solicita a Suministros el pedido a imprenta de los trípticos a color que se entregarán a cada paciente en la consulta con la información general de la prehabilitación y sus objetivos
. Se decide con la supervisora de consultas el día y hora de la misma determinándose que se realizará los días lunes a las 12,00hs
. Se gestiona el material necesario que será utilizado en la consulta: tallímetro, bascula, tensiómetro, cronómetro, papelería
. Se solicita al servicio de Mantenimiento el marcaje del suelo de los pasillos de consulta y de pruebas funcionales para la realización del test de los 6 minutos.
. Se solicita al servicio de Informática la colocación de los programas DPE y DPA en el ordenador de la consulta para la entrega de batidos y el envío a hospital de día a los pacientes que lo requieran.
. Se procede a realizar copias de todos los documentos que se utilizarán en la consulta (se adjuntan)
. Se da inicio a la consulta el día 12 de Noviembre de 2018. La misma se estructura de la siguiente manera:
1ra. Consulta: el paciente es derivado desde la consulta de cirugía cuando se decide la intervención
2da. Consulta: previa a la cirugía. La fecha de realización la decide el anestesista en la primera consulta según la fecha probable de cirugía o a la semana siguiente de la primera si no se conoce dicha fecha
3ra. Consulta: El paciente en la primera consulta recibe un P10 en donde se solicita pedir nueva cita a anestesia 30 días posteriores al alta quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento se han visto en la consulta 11 pacientes de los cuales 6 han completado la prehabilitación.
Estas cifras bajas en realidad se deben al poco tiempo que lleva desarrollado el proyecto sumado a un hecho no previsto que fueron los tres lunes festivos acaecidos en el mes de diciembre de 2018 y que obligaron a ver pacientes fuera del circuito, como así también no poder realizar la 2da consulta a los pacientes que ya habían sido vistos.
Este inconveniente descripto en el apartado anterior será un tema a resolver positivamente cuando se presente una situación similar.
Los resultados finales de este proyecto al cabo de un año de su recorrido serán presentados en la memoria de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La falta de motivación aunada a la resistencia al cambio son obstáculos que impiden el avance y promueven el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0265

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

estancamiento en las viejas concepciones y prácticas.
Con este proyecto se ha podido observar que cuando se ofrece tanto al personal involucrado como al mismo paciente nuevas opciones de trabajo y de terapias, éstas son bien recibidas.
Queda aún conseguir una mejor complementación entre los facultativos de las diferentes especialidades intervinientes debido al poco tiempo que lleva implementada esta consulta

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/265 ========== ***

Nº de registro: 0265

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACON DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

Autores:
CALDERON AGUIRRE PATRICIA, ALBENDEA CALLEJA CARLOS, MURILLO PINA RAQUEL, MONTON MILLAN ELISA, CARLUCCIO CRISTINA, MARIN ABAD TERESA, GARAFULLA GARCIA JESUS, GRAÑENA MUNIENTE EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los Programas de Rehabilitación Multimodal/Recuperación Intensificada incluyen medidas y estrategias aplicadas a los periodos preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la cirugía abdominal electiva.
En la actualidad la valoración preanestésica del paciente con neoplasia de colon no se diferencia de la valoración habitual para cualquier otro tipo de cirugía mayor.
Esta nueva modalidad, surgida en el año 2000 con el cirujano Henrik Kehlet y justificada a lo largo del tiempo por la evidencia científica, otorga al Anestesiólogo una importancia relevante en la valoración de la capacidad funcional, el estado nutricional y el estado cognitivo previos (prehabilitación trimodal) del paciente, actuando sobre ellos con la colaboración de los facultativos que corresponda y con la finalidad de llegar en un estado óptimo a la cirugía.
La importancia del proyecto radica en conformar previamente con las especialidades involucradas (endocrinología-salud mental-rehabilitación-cirugía y enfermería) un grupo multidisciplinario, no existente hasta el momento, para la implantación de la Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (Vía RICA) a la altura de las características de nuestro hospital

RESULTADOS ESPERADOS
-Implementar la Consulta de Prehabilitación Anestésica para pacientes adultos que van a ser intervenidos de neoplasia colorrectal en modo electivo
-Conseguir una mayor optimización preoperatoria
-Disminuir las complicaciones postoperatorias
-Reducir la estancia hospitalaria
-Mejorar la morbilidad y mortalidad
-Conseguir que el paciente y su familia se impliquen desde el momento del diagnóstico en este proceso

MÉTODO
a) Reuniones previas con los servicios involucrados: endocrinología, salud mental, rehabilitación y enfermería
b) Reuniones con servicio de Farmacia y Dirección para la prescripción de suplementos nutricionales
c) Solicitar a Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Gerencia un espacio físico y enfermería para la nueva consulta
d) Una vez obtenida la indicación quirúrgica los pacientes serán vistos en la consulta dende se les realizará la valoración preanestésica habitual, así como una evaluación de su capacidad funcional(test de la marcha de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0265

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

los 6 minutos-6MWT), su estado nutricional (instrumento de cribado MUST) y su estado cognitivo (escala HADS)
e) Tras esa valoración se realizarán indcaciones tales como: ejercicios aeróbicos adaptados a su situación funcional y socio-familiar, complementos nutricionales específicos y apoyo psicológico
f) Se realizará una segunda consulta previa a la cirugía para evaluar la mejoría obtenida y remarcar las pautas a seguir hasta la intervención
g) Un mes posterior a la cirugía se ver´´a nuevamente al paciente para valorar el grado de recuperación postoperatoria
h) Se creará una base de datos con el fin de registrar los pacientes valorados en la consulta y recogerlos para estudio
i) se evaluarán los resultados mediante el análisis de los indicadores establecidos

INDICADORES
1) Porcentaje de pacientes vistos en la consulta de Prehabilitación:
pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva vistos en consulta de Prehabilitación*100/total de pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva
Fuente: Historia clínica
Estándar: 70%

2) Porcentaje de pacientes vistos en consulta de Prehabilitación como parte de la via RICA:
pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal vistos en consulta de Prehabilitación*100/total de pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva que cumplen todos los criterios de la Vía RICA
Fuente: Historia Clínica
Estándar: 60%

3) Capacidad funcional: distancia recorrida en metros en el 6MWT en tres momentos perioperatorios (M0:basal, M1:previa a cirugía, M2: al mes de cirugía)
b-a: b distancia recorrida en M1; a distancia recorrida en M0
c-a: c distancia recorrida en M2 ; a distancia recorrida en M0
Fuente: base de datos creada para tal fin
Estándar: distancia recorrida en M1 20-40 metros superior a la distancia recorrida en M0 y distancia recorrida en M2 10-20 metros usperior a M0

4) estancia media hospitalaria: Ingreso hospitalario en días
Fuente: Historia Clínica
Estándar: reducción de la estncia media en 1-2 días

DURACIÓN
+ Duración del proyecto: 1 de Abril de 2018 a 1 de Abril de 2019
+ Durante los meses de Abril y Mayo se llevarán a cabo todas las reuniones previstas en el punto 6. +Dejar establecido el material informativo que se manejará y/o entregará en la consulta.+Establecer lugar y horario de la consulta.+Acordar el gasto/consumo de los suplementos nutricionales con farmacia y Gestión.
+ A partir de Junio si las acciones preliminares están resueltas se comenzará con la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0374

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA CARLUCCIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARAFULLA GARCIA JESUS
CALDERON AGUIRRE PATRICIA
MONTON MILLAN ELISA
GRAÑENA MUNIENTE EMILIO
BONA GRACIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La analgesia epidural constituye sin duda hoy en día la técnica de elección para el control del dolor durante el trabajo de parto. Las pacientes embarazadas de nuestro sector reciben una información genérica sobre la analgesia epidural en atención primaria por parte de las matronas. El consentimiento informado para la analgesia epidural se suele entregar a las pacientes gestantes en la semana 35 en la consulta de Ginecología, sin poderle explicar exhaustivamente la técnica por parte de un Anestesiólogo y así aclarar los riesgos, beneficios y eventuales dudas. La obtención del consentimiento informado firmado (válido para la realización de dicha técnica), se obtiene actualmente en la sala de dilatación, en condiciones de sufrimiento y poca receptividad por parte de las mujeres. Además la presencia de una población multiétnica en nuestro Sector nos hace cada vez más dificultosa la comunicación con las pacientes necesitando la traducción de dicho consentimiento en el momento de realización de la técnica. La importancia del proyecto se basa en la posibilidad de ofrecer a las mujeres embarazadas de nuestro Sector de acudir a reuniones informativas sobre la técnica de analgesia epidural para el parto y así explicar los riesgos y beneficios de la técnica y poder contestar las dudas y preguntas que puedan surgir antes de firmar el consentimiento informado en varios idiomas que será entregado por parte de un Especialista en Anestesiología. Durante los meses de abril-mayo 2018 se realizaron:

Carta y correo informativo a las matronas del hospital y de los principales centros de Salud de la Comarca: (Anexo I) como Alcañiz e Híjar, Caspe y Maella, Andorra, Alcorisa y Muniesa, Valderrobres, Calanda y a las matronas de la consulta de Ginecología.

Información escrita a los Ginecólogos de le la finalidad del proyecto de mejora insistiendo en su colaboración y explicando los riesgos de analgesia epidural y ofreciendo respuesta para eventuales dudas que pudieran surgir en la consulta de Ginecología.

Realización de un díptico explicativo para repartir a las gestantes a partir de la semana 20 (Anexo II)

Realización de una Lámina (Anexo III) para anunciar las reuniones explicativas para colgar en la consulta de las matronas de los varios Centros de Salud.

Obtención sala de reuniones en el centro de salud viejo de Alcañiz 3ª planta
- Sala de actos para implementación reuniones informativas a las mujeres embarazadas
- Proyector y material audiovisual para la realización de las sesiones informativas
- Consentimiento informado para analgesia epidural en varios idiomas para entregar a las mujeres gestantes
- Registro de asistencia para apuntar el número de pacientes que asisten a cada sesión

A partir del mes de Noviembre 2018 se realizaron las reuniones informativas a las mujeres embarazadas con una cadencia quincenal hasta la fecha actual y siguiendo una programación anual para cubrir todo el año 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que el proyecto está recién iniciado y continuará en 2019, solo podemos presentar un resultado parcial del 1er. indicador de asistencia que asciende a 38 mujeres embarazadas que acudieron a las reuniones informativas para la analgesia epidural realizadas desde el mes de Noviembre de 2018 hasta el mes Febrero de 2019.
Asimismo, y por la misma razón el 2do. indicador (ratio entre mujeres que asistieron a las reuniones/mujeres que solicitaron la epidural) será presentado en su totalidad en la siguiente memoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto de mejora elaborado por parte de nuestro Servicio ha sido sin duda de vital importancia y constituye un gran cambio en la información exhaustiva que hemos podido ofrecer a las mujeres gestantes de nuestro Sector sobre la técnica analgésica de excelencia para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0374

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

De esta forma las mujeres han podido recibir toda la información necesaria para entender la técnica, sus riesgos y beneficios, y poder expresar las dudas y preguntas que han surgido durante estas reuniones informativas. Al finalizar una proyección audiovisual y responder a todas las preguntas y dudas, las pacientes embarazadas e interesadas en recibir esta técnica, se han podido llevar a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural redactado en varios idiomas que han podido firmar con el tiempo suficiente para reflexionar sobre la técnica. Todo esto intentando mejorar la calidad de la información de la analgesia epidural para el trabajo de parto y alcanzando una mayor atención integral a las mujeres gestantes de nuestro Sector.
Es nuestra recomendación seguir en esta línea de mejora y potenciar este proyecto con el fin de mejorar nuestro trabajo y aumentar la satisfacción de las pacientes atendidas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/374 ========== ***

Nº de registro: 0374

Título
IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

Autores:
CARLUCCIO CRISTINA, GARAFULLA GARCIA JESUS, CALDERON AGUIRRE PATRICIA, MARIN ABAD TERESA, MONTON MILLAN ELISA, GRAÑENA MUNIENTE EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La analgesia epidural constituye sin duda hoy en día la técnica de elección para el control del dolor durante el trabajo de parto. Las pacientes embarazadas de nuestro sector reciben una información genérica sobre la analgesia epidural en atención primaria por parte de las matronas. El consentimiento informado para la analgesia epidural se suele entregar a las pacientes gestantes en la semana 35 en la consulta de Ginecología, sin poderle explicar exhaustivamente la técnica por parte de un Anestesiólogo y así aclarar los riesgos, beneficios y eventuales dudas. La obtención del consentimiento informado firmado (válido para la realización de dicha técnica), se obtiene actualmente en la sala de dilatación, en condiciones de sufrimiento y poca receptividad por parte de las mujeres. Además la presencia de una población multiétnica en nuestro sector nos hace cada vez más dificultosa la comunicación con las pacientes necesitando la traducción de dicho consentimiento en el momento de la realización de la técnica. La importancia del proyecto se basa en la posibilidad de ofrecer a las mujeres gestantes de nuestro sector de acudir a reuniones informativas sobre la técnica de analgesia epidural para el trabajo de parto, así explicar los riesgos y beneficios de la técnica, y poder contestar las dudas y preguntas que puedan surgir antes de firmar el consentimiento informado que será entregado por parte de un Especialista en Anestesiología.

RESULTADOS ESPERADOS
Dada la imposibilidad de poder citar a todas las mujeres gestantes en la consulta de Anestesia se van a realizar unas reuniones informativas periódicas, cada 15 días, para que las pacientes puedan asistir de forma grupal. De esta forma podrán recibir toda la información necesaria para entender la técnica de analgesia epidural, sus riesgos y beneficios, y poder expresar las dudas y preguntas que puedan surgir sobre ella. Al finalizar una proyección audiovisual y responder a todas las preguntas y dudas, las pacientes embarazadas e interesadas en recibir esta técnica, se llevarán a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural redactado en varios idiomas, que podrán firmar con el tiempo suficiente para reflexionar sobre la técnica. Todo esto con el fin de mejorar la calidad de la información de la analgesia epidural para el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0374

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

trabajo de parto y la atención a las mujeres gestantes de nuestro Sector.

MÉTODO
- Reuniones informativas sobre analgesia epidural de forma periódica (quincenales - mensuales)
- Explicación por parte de un Especialista en Anestesia de la técnica, beneficios y riesgos
- Resolución de dudas y temores
- Proporcionar Consentimiento Informado comprensible anticipadamente al trabajo de parto

INDICADORES
- Número de pacientes que asistirán a las sesiones informativas sobre la analgesia epidural
- Ratio entre las mujeres embarazadas que acuden a las reuniones informativas y que solicitan la analgesia epidural/ total de mujeres embarazadas que solicitan analgesia epidural

DURACIÓN
- Abril 2018- Abril 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0392

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MURILLO PINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBENDEA CALLEJA CARLOS
GASCON FERRER ISABEL
ALMEIDA PONCE HELEN
VERDES SANZ GUAYENTE
BOSQUE LUNA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El principal objetivo del proyecto es implementar la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (Vía RICA) en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva en nuestro hospital.

En los meses iniciales del proyecto, iniciado en mayo de 2018, se llevaron a cabo reuniones desde el Servicio de Anestesia con otros Servicios involucrados en el mismo (Cirugía General, Endocrinología, Rehabilitación, Salud Mental, Enfermería) con varios fines:

1. Crear de una base de datos relativa al proyecto.
Se ha creado una base de datos en la que se han recogido datos retrospectivos de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva en los 6 meses previos al inicio de la consulta de prehabilitación (de mayo a octubre de 2018) con un total de 24 pacientes, y datos prospectivos a partir del inicio de la misma (desde noviembre de 2018), con un total de 6 pacientes hasta la fecha. Se irán añadiendo datos de nuevos pacientes hasta mayo de 2019, completando así los 12 meses del proyecto.

2. Poner en común y revisar los protocolos diseñados por el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) para cirugía mayor abdominal electiva así como la Vía RICA y sus recomendaciones.
En todos los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva en nuestro hospital se siguen los protocolos de cirugía “Fast-track” aprobados por el GERM.
Al revisar el cumplimiento de los 95 ítems de la Vía RICA en los pacientes intervenidos de mayo a octubre de 2018, 12 recomendaciones no se cumplieron en ningún paciente (números 3, 4, 13, 15, 17, 19, 28, 60, 61, 85, 86, 87).
Con los datos completos de los pacientes intervenidos a partir de noviembre de 2018 (incluidos en el programa de prehabilitación), se revisará el grado de cumplimiento de la Vía RICA y se comparará con el grupo previo de pacientes.

3. Integrar un equipo multidisciplinar de profesionales que forme parte del proyecto IMPRICA.
En este momento el equipo está formado y a la espera de recibir indicaciones por parte del GERM para iniciar un curso de formación.

4. Elaborar un protocolo específico para la creación de la consulta de Prehabilitación.
Se ha elaborado el protocolo con la ayuda de los diferentes Servicios involucrados iniciándose la consulta en noviembre de 2018.

5. Controlar el dolor perioperatorio mediante estrategia multimodal y realizar un seguimiento de los pacientes a través de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP), supeditada al Servicio de Anestesia.
La mayoría de los pacientes intervenidos, tanto antes como después del inicio de la consulta de prehabilitación, han sido controlados por la UDAP mediante una estrategia multimodal y siguiendo las recomendaciones de la Vía RICA.

6. Administrar fluidoterapia intraoperatoria mediante la monitorización del volumen sistólico o variación del volumen sistólico, con el sistema ClearSigth
No hemos podido disponer de dicho dispositivo pero si se ha realizado una fluidoterapia guiada por objetivos mediante algoritmos validados y recomendados en la Vía RICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que a fecha de febrero no disponemos de datos prospectivos referentes a 6 meses de proyecto, nuestro objetivo es continuar con la consulta de prehabilitación y la recogida de datos para una vez completados, proceder al análisis de los mismos y evaluar los resultados obtenidos en cada grupo de pacientes así como comparar ambos.

Estos resultados se presentarán en la memoria final de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de protocolos y Vías Clínicas supone hoy en día una ayuda a los profesionales para llevar a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0392

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

cabo actuaciones y cuidados estandarizados, basados en la evidencia científica, que garanticen la práctica clínica mejor y más segura en el ámbito sanitario.

En relación con el tema de este proyecto, la rehabilitación multimodal en la cirugía de cáncer colorrectal electiva, nuestro fin último es seguir trabajando como equipo multidisciplinar en la mayor colaboración posible para asegurar la implementación de los protocolos propuestos y el cumplimiento de todas las recomendaciones de la Vía RICA, consiguiendo así los mejores resultados para el paciente y una mayor eficiencia en nuestra práctica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/392 ========== ***

Nº de registro: 0392

Título
IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

Autores:
MURILLO PINA RAQUEL, ALBENDEA CALLEJA CARLOS, GASCON FERRER ISABEL, ALMEIDA PONCE HELEN, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, VERDES SANZ GUAYENTE, BOSQUE LUNA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Rehabilitación Multimodal, también conocida como “Fast-track”, es un nuevo enfoque de manejo y cuidado del paciente quirúrgico. Supone un conjunto de estrategias basadas en la evidencia científica y llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales (cirugía, endocrinología, rehabilitación, psicología, enfermería, etc.), diseñadas para que el paciente llegue a la cirugía en las mejores condiciones posibles, tenga el mejor tratamiento posible durante la misma y su recuperación posterior sea la más eficaz. En este sentido, se han desarrollado protocolos que contemplan cuidados pre-, peri- y post-operatorios.
El Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) ha desarrollado una Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (Vía RICA), al amparo del Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. Esta Vía contiene 95 ítems de práctica segura basados en la evidencia cuyo fin supone la estandarización de los cuidados peri-operatorios en un intento de garantizar la práctica clínica mejor y más segura en el ámbito quirúrgico, la disminución de la variabilidad en la práctica, la consecución de la eficiencia y el ahorro de costes.
Este nuevo enfoque, inicialmente implantado en la cirugía colorrectal, ha demostrado un impacto positivo significativo en la calidad asistencial con evidencia de una mejora en la experiencia y satisfacción del paciente, una disminución de complicaciones postoperatorias y una recuperación posterior precoz, con la consecuente reducción de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal: Implementar los protocolos propuestos por el GERM contenidos en la Vía RICA, en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva.
Secundarios:
-Estandarizar los cuidados perioperatorios, sistematizando la práctica clínica segura basada en la evidencia: mejora de la optimización preoperatoria, fluidoterapia guiada por objetivos (FGO), analgesia multimodal, abordaje laparoscópico, movilización temprana.
-Fomentar la formación del personal sanitario implicado en los cuidados perioperatorios del paciente (planta y bloque quirúrgico).
-Mejorar los resultados postoperatorios: estancia hospitalaria y complicaciones postquirúrgicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0392

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

-Formar parte del proyecto IMPRICA (plan de implementación nacional de la Vía RICA) propuesto por el GERM

MÉTODO
a) Elaboración de protocolos de cuidados perioperatorios derivados de la Vía RICA, adaptados a nuestro hospital.
b) Creación de una consulta específica (consulta de prehabilitación) en la que se llevará a cabo una evaluación y optimización funcional, nutricional y cognitiva.
c) Control del dolor mediante estrategia multimodal y seguimiento del paciente a través de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP).
d) Administración de fluidoterapia mediante la monitorización del Volumen Sistólico o Variación de Volumen Sistólico con el sistema ClearSight®.
e) Creación de una base de datos en la que se recogerán datos retrospectivos de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en los 6 meses previos al proyecto y datos prospectivos 6 meses después de iniciar el mismo.
f) Evaluación de los resultados mediante el análisis de los indicadores establecidos.

INDICADORES
•Porcentaje de pacientes incluidos en la Vía. Numerador: pacientes intervenidos bajo la Vía RICA*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar: 60%. Fuente: Historia clínica y base de datos elaborada.
•Porcentaje de pacientes con dolor en la Escala Visual Analógica (EVA) de 0-4 en el postoperatorio inmediato, a las 24 y 48 h. Numerador: pacientes con dolor controlado*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar 70%. Fuente: Historia clínica, registro UDAP
•Porcentaje de pacientes con complicaciones postoperatorias según la clasificación Clavien-Dindo I-IV. Numerador: pacientes con complicaciones*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar: 30%. Fuente: Historia clínica.
•Estancia media hospitalaria en días. Numerador: número total de días de los egresos del periodo X; denominador: número total de egresos en el periodo X. Estándar: 5 días. Fuente: Historia clínica.

DURACIÓN
Duración: de Mayo de 2018 a mayo de 2019.
Durante los meses de mayo y junio se realizarán reuniones entre los Servicios involucrados en el proyecto, se elaborarán conjuntamente protocolos de cuidados perioperatorios derivados de la Vía RICA y adaptados a nuestro hospital, y se llevará a cabo la recogida de datos retrospectivos.
Una vez realizadas estas acciones se iniciará la implantación de los protocolos con la correspondiente recogida de datos prospectivos.
Los responsables serán el coordinador y los colaboradores conjuntamente con los demás profesionales que componen sus correspondientes Servicios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0791

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA CLAVERO SORIANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION AL PACIENTE
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Crear el procedimiento de acogida al personal de nueva incorporación al Servicio de Información y Atención al Usuario(en adelante SIAU) del Hospital de Alcañiz con el fin de orientarle en la dinámica de trabajo y organización del mismo.
2. Se ha recogido la información específica de dicho servicio que no está contemplada en los procedimientos de niveles superiores.
2. Hemos creado un listado con los trámites de la Unidad y su desglose.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Este manual pretende ser una guía práctica en la que quedan reflejados los aspectos más importantes que debe conocer un nuevo trabajador del Hospital de Alcañiz en el SIAU, así como instrumento para facilitar su rápida integración en la organización del centro.
Esperamos que con el mismo se contribuya al enriquecimiento profesional y personal de todos los trabajadores de la unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos ha parecido muy interesante poder añadir en el Manual, los pantallos de las distitnas aplicaciones informáticas, para que seea más sencillo su rápida visualización por parte de las enfermeras que trabajarán en dicho servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/791 ========== ***

Nº de registro: 0791

Título
MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO

Autores:
CLAVERO SORIANO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente el Servicio de Atención e Información al Usuario, no dispone de Manual de acogida para el personal de nuevo ingreso en el servicio. Por lo que el personal de la Unidad, está constatemente en formación con personal de nueva contratación.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Crear el Manual de Acogida al nuevo profesional de la Unidad.
2. Detallar los trámites que se llevan a cabo dentro del Servicio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0791

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO

MÉTODO
1. Crear un Manual a lo largo del 2018, sobre la acogida al personal de nueva contratación de la Unidad.
2. Crear un listado con los trámites de la Unidad y su desglose.

INDICADORES
1. Realización del Manual de Acogida: si/no.

DURACIÓN
Anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1566

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN PABLO BRUNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZAKARIYA YOUSEF BREVAL FATIMA
DELGADO PEREZ DOLORES
GRACIA MONTALAR PILAR
GIL MARTINEZ ISABEL
PALLARES LOMBART SILVIA
LAHOZ FOZ AURORA
ARNEDO CENTELLES SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han cambiado los equipos del laboratorio y la mayor parte de las instrucciones y procedimientos han sido redactadas. Se ha empezado a trabajar con estos equipos en el mes de Diciembre de 2018, por lo que solo podemos presentar resultados provisionales.
Queda pendiente terminar los documentos que faltan, implementar la formación en los nuevos procedimientos y cambiar el sistema informático.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% PETICIONES CON PLAZO DE RESPUESTA SUPERIOR A 4 DÍAS. Período de evaluación Diciembre2017-Enero y Febrero de 2018 vs Diciembre 2018 y Enero y Frebrero 2019.

	% > 4 DÍAS 2017	% > 4 días 2018	% > 4 días 2019
Diciembre	4.74	3.92	
Enero	3.87	1.93	
Febrero	1.91	0.55	

Consideramos que es muy pronto para evaluar el consumo de tubos que pretendíamos reducir, lo que planteamos para dentro de 6 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta la fecha hemos realizado la mayor parte de la documentación pero todavía estamos terminándola con vistas a tenerla concluida en la auditoria interna del mes de Abril, para que sea revalidada por la auditoria externa del mes de Mayo de 2019. Por el momento la introducción de los nuevos equipamientos se ha mostrado útil para reducir el tiempo de respuesta. Dentro de unos meses veremos si ha servido también para reducir costes en tubos de laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1566 ========== ***

Nº de registro: 1566

Título
OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Autores:
PABLO BRUNA MARIA CARMEN, SOLE LLOP ESTHER, REBOLLAR GONZALEZ SORAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1566

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En los últimos 2 años venimos observando como nuestro indicador de tiempo de respuesta del laboratorio se está alargando, como consecuencia, fundamentalmente, del aumento de peticiones tanto de extracciones, como de pruebas de laboratorio de nuestros servicios
clientes. Además, este aumento tiene como consecuencia el aumento de consumo de tubos de laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir el tiempo de respuesta del laboratorio
- Reducir el consumo de tubos de extracción
- Facilitar el trabajo de las enfermeras de extracción

MÉTODO
Se va a proceder al cambio de equipos en el laboratorio, que permiten la reducción de tiempos, requieren de menos tubos de extracción, así como facilitan el alicuotado de las muestras para pruebas externas (que va a ser automatizado), la distribución de muestras y su archivo.
Esto va a requerir cambiar todos los procedimientos del laboratorio relacionados con los equipos mencionados, así como implementar un plan de formación a los profesionales relacionados con ellos.

INDICADORES
- Tiempo de respuesta en analíticas inferior a 4 días
- Reducción en el consumo de tubos de extracción respecto a 2017
- Satisfacción del personal de extracciones
- Satisfacción del personal de laboratorio

DURACIÓN
Falta por concretar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0660

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER SOLE LLOP
· Profesión ..... BIOLOGO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOMAS BLASCO PILAR
ROYO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó el plan de formación previsto tanto para personal del laboratorio como del servicio de urgencias del hospital. Se realizaron dos sesiones organizadas por las Supervisoras de enfermería del laboratorio y urgencias y a cargo de personal especialista de producto Vacuntainer de Becton Dikinson.
Se solicitó la acreditación de estas actividades a la comisión de docencia, pero al ser el profesor personal procedente de la industria, no se pudieron acreditar, por conflicto de intereses.
Estas actividades quedan registradas en el impreso de formación de personal ISO del laboratorio. Se realizaron por turnos el 15/02 de 2017.
Como resultado del curso, se estudió el material utilizado en las extracciones de Urgencias (y en general del Hospital) para ver si es adecuado. Se detectó falta de formación en la utilización de los sistemas Vacuntainer por parte del personal de enfermería, y se procedió a elaborar unos carteles con fotografías e indicaciones de la mejor forma de utilizar el material para evitar las hemólisis. Se repartieron en los diferentes boxes de urgencias y también se repartió personalmente a las asistentes al curso.
Además se estudió la posibilidad de utilizar otro tipo de tubos de bajo vacío para urgencias, hospital de día de Oncología, etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante al año 2016, antres de la formación se tenía un 25% de hemólisis en Urgencias, motivo por el que se puso en marcha este proyecto de mejora. Aunque se ha conseguido una disminución de las muestras hemolizadas, seguimos con unos niveles muy altos (aprox. 20%), comparados con las muestras de rutina (<5%). Consideramos que el descenso conseguido no es todavía adecuado.
Respecto a los tubos de vacío, se emplearon para realizar la prueba, 125 tubos que nos proporcionó el proveedor (Becton Dickinson) y los resultados fueron muy satisfactorios, pasando a un 8% de muestras hemolizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha resultado muy útil en la concienciación del personal sobre la necesidad de la formación continuada y de no dar por supuesto que se conoce bien la utilización de todo el material. Se ha detectado que esta falta de formación en el material de vacío para extracciones, no solo es un problema de personal sin experiencia.
Se propone que es una formación que hay que darla periódicamente. Además las casas comerciales que nos suministran este material, se ofrecen habitualmente para realizar esta formación.
Respecto a los tubos de bajo vacío, la propuesta sería comprar estos tubos para el servicio de urgencias. Se detecta que es un problema común a otros laboratorios del Salud, por lo que se pasará la propuesta al grupo de armonización de laboratorios para que como una medida consensuada se planteen en el Salud la necesidad de adquirir este material en una compra centralizada para todos los Hospitales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/660 ========== ***

Nº de registro: 0660

Título
PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

Autores:
SOLE LLOP ESTHER, TOMAS BLASCO PILAR, ROYO MOLES MARIA ISABEL, TURON ALCAINE JOSE MARIA, MARTINEZ FERRI MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0660

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todso los pacientes con analiticas urgentes
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un problema común que afecta la calidad de las muestras de laboratorio es la hemólisis que se produce ex vivo, como resultado de la obtención, manejo o almacenamiento inadecuados de las muestras de sangre. Las causas de hemólisis son múltiples, como también lo son las consecuencias que produce en diversas pruebas de laboratorio. La capacitación adecuada del personal responsable de obtener y manipular muestras de sangre en el laboratorio clínico es el factor más importante para reducir casi todos los errores preanalíticos relacionados con la obtención, manejo, transporte, almacenamiento, identificación y trazabilidad de los especímenes clínicos. El personal que tiene la responsabilidad de colectar las muestras para el laboratorio, es consciente de la importancia de su desempeño en todo el proceso.
Se ha observado en el laboratorio de Urgencias del hospital de Alcañiz, un aumento considerable de las muestras hemolizadas, especialmente desde la introducción en el año 2014 de la determinación automatizada de los índices de hemólisis, que detecta mejor la hemólisis que el examen visual. Otro potencial problema que hemos identificado es que el año 2015 se cambiaron los tubos VacuntainerDB por los Vacuette, hemos de realizar estudios para ver si este ha sido un factor más que ha podido influir en el aumento de muestras hemolizadas.
Esta circunstancia ha producido un aumento en la repetición de la extracción con las molestias que ocasiona tanto a los pacientes como al personal de extracciones.
El personal encargado obtener la muestra de urgencias, no son, habitualmente las enfermeras del servicio de laboratorio, sino personal de enfermería de las plantas o del servicio de urgencias, que al no trabajar en el laboratorio, quizás no tienen tan presentes los problemas preanalíticos, especialmente los causados por la hemólisis, que algunas prácticas inadecuadas pueden ocasionar.
Desde la coordinación de Laboratorios del Hospital de Alcañiz, junto con la supervisión de Laboratorio y de Urgencias, elaboraremos un plan que incluya tanto la formación del personal implicado, como estudio del proceso de extracción que incluya el material utilizado, la conservación y manipulación de las muestras, etc para buscar soluciones que permitan evitar o disminuir las hemólisis.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir el % de hemólisis detectadas en el laboratorio de urgencias.
- Disminuir el número de repeticiones de extracciones por prácticas inadecuadas.
- Mejora de la calidad del proceso de extracción de muestras de sangre.

MÉTODO
- Plan de formación del personal de Urgencias, tanto de laboratorio como del Servicio de Urgencias. Sesión de formación por turnos a cargo de la supervisión de enfermería: mínimo cuatro sesiones: 2 sesiones de mañanas y 2 sesiones de tardes. Realizar las sesiones de mañanas a primera hora (8 de la mañana) para que el personal de noche pueda acudir a la sesión). Entregar material del curso a los asistentes. Solicitar la acreditación por parte de la comisión de docencia.
- Estudio de material utilizado en las extracciones de Urgencias para ver si es adecuado.

INDICADORES
- Asistencia a las sesiones de formación del 85% del personal
- Calcular la disminución de % de hemólisis desde el fin de la formación en tres o cuatro meses. Comparar con la hemólisis de los mismos meses del año anterior.
- Recomendaciones y solicitud (en caso necesario) de cambio de tubos o/y otro tipo de material para urgencias dirigido al servicio de compras.

DURACIÓN
Octubre - Diciembre 2016
- Curso de Formación: planificar y realizar las 4 sesiones.
- Reuniones con coordinación de calidad, para estudiar el tipo de material utilizado.

Enero – marzo 2017
- Estadística del número de hemólisis en urgencias.

Abril- mayo 2017
- Analizar resultados y elaborar conclusiones y recomendaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0660

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0252

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BONO LAMARCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES
ALTABA SANZ BEATRIZ
ZARATE MONTAÑES MARIA CARMEN
ZAPATER CASTAÑER MARIVI
BELLES PALLARES LUCIA
OLIVER MARIN LAURA
MARIN ABAD TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Se ha elaborado un procedimiento de actuación en el quirófano ante pacientes alérgicos al látex que se compone de:
- Identificación de los pacientes alérgicos al látex en el subproceso preoperatorio. En caso de alergia dudosa se remitirá al servicio de Alergias para confirmación. En el caso de alergia confirmada se comunicará a la supervisora del Bloque Quirúrgico para que quede identificado en la programación de la intervención y poder iniciar el procedimiento en admisión en el momento del ingreso: se identifica al paciente con pulsera específica y se emiten las pegatinas “sin látex” para marcar de la puerta de la habitación de ingreso, de la cama y del quirófano.
- Se han elaborado instrucciones para la indumentaria del personal que atenderá a estos pacientes tanto en planta como en quirófano, indumentaria que deberá ser libre de látex y que se cita en la misma instrucción
- La supervisora comunicará la alergia al látex a los servicios de Anestesia, Esterilización, Cocina, Farmacia, Personal de enfermería para evitar los productos con látex más frecuentemente utilizados en los mencionados servicios, productos que han sido identificados en listado específico.
- Se han elaborado instrucciones de preparación del quirófano libre de látex. Incluye listados de material y fármacos libres de látex. Incluye recomendaciones generales, para cirugía programada y para cirugía urgente. Se han solicitado certificados y fichas técnicas de los productos libres de látex.
- También se han elaborado instrucciones para la atención en planta de estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS OBTENIDOS
- Por el momento hemos finalizado el procedimiento, habiendo sido muy costoso la identificación de materiales y fármacos que tienen látex, dudosos y libres de látex. los materiales y fármacos que tienen látex, estarán identificados con una etiqueta que advierta de la presencia del látex en dicho producto.
- Estamos pendientes de recibir las pulseras de identificación y de comenzar la implantación del procedimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES. LECCIONES APRENDIDAS
La alergia al látex no es infrecuente en los pacientes quirúrgicos, siendo motivo de incidencias con frecuencia que pueden dar lugar incluso a reacciones anafilácticas. La elaboración del procedimiento ha supuesto un ejercicio de revisión sistemática de todas las fuentes de contacto del paciente con el látex, durante todas las fases del proceso del bloque quirúrgico que nos ha proporcionado un reenfoque radical que esperamos asegure la asistencia a nuestros pacientes. Esperamos completarlo en los próximos meses.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/252 ========== ***

Nº de registro: 0252

Título
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION

Autores:
BONO LAMARCA MARIA TERESA, RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, ALTABA SANZ BEATRIZ, ZARATE MONTAÑES MARIA DEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0252

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION

CARMEN, OLIVER MARIN LAURA, GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE, ZAPATER CASTAÑER MARIA VICTORIA, BELLES PALLARES LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las incidencia relacionadas con la alergia de los pacientes al látx son relativamente frecuentes en nuestro hospital. Creemos que esto ocurre porque no se suele reflejar en las historias clínicas la alergia al látex, y también porque se desconocen las pautas a seguir ante pacientes sensibles-alérgicos al latex y no siempre están identificados los materiales e instrumentos quirúrgicos que llevan látex.

RESULTADOS ESPERADOS
Correcta clasificación pacientes alérgicos---grados sensibilización
Concienciar a los profesionales del preoperatorio en la identificación específica de la alergia al látex.
Actuar correctamente en quirófano según grado sensibilización del paciente.

MÉTODO
Elaboración de un procedimiento de actuación en el quirófano ante pacientes alérgicos al látex atendiendo a los siguientes aspectos:
Coordinación personal sanitario(planta, admón., qfno) para identificar paciente
Elaboración de listado de materiales e instrumentos con látex/sin látex.
Evitación del contacto con alérgeno
Profilaxis farmacológica
Acondicionamiento del quirófano
Actuación en fase intraoperatoria. Fármacos a utilizar
Fase posoperatoria---recomendaciones al paciente

INDICADORES
Disponibilidad del procedimiento en la intranet
% de pacientes con pulsera de identificación
Número de incidencias recibidas

DURACIÓN
1º ENERO.. CONSTITUCION DEL GRUPO
2º ENERO - JUNIO--ELABORACION PROCEDIMIENTO
3º JUNIO - NOVIEMBRE-- DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓ
4º DICIEMBRE---EVALUACION

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0577

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PROTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ALTABA SANZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONO LAMARCA MARIA TERESA
CALDU AGUD MARIA CARMEN
CALDU AGUD PILAR
BELLES PALLARES LUCIA
OLIVER MARIN LAURA
ABIZANDA MARTINEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES
1. La colocación de carteles identificativos del tipo de prótesis donde figura nombre, marca y dibujo de la misma al lado de cada estante.
2. Colocar a pie del componente protésico una pegatina con nombre del componente y dibujo del mismo.
3. La colocación de pegatinas donde figura claramente la fecha de caducidad en la caja del componente, en la cara que queda expuesta.
4. La elaboración de un listado de componentes protésicos donde se anotaran las caducidades de los que caduquen en los siguientes 6 meses.Esta colocado en una carpeta al lado de la estantería donde esta almacenado el material.
5. Control de caducidades una vez al mes y anotación en el listado de las que vayan a caducar en los proximos 6 meses.
6. Distribuir los estantes de almacenamiento de manera, que en cada uno de ellos, solo existirá un tipo de prótesis y una marca determinada.
7. Colocación en los estantes los componentes protésicos según fecha de caducidad, colocando delante las que vayan a caducar antes.

El proyecto se realizó según el calendario marcado a tal efecto.

RECURSOS-MATERIAL
Los recursos empleados para llevar a cabo el proyecto fueron:
La creación de unos rótulos en tamaño dina A4 con marca, nombre y dibujo de la prótesis. Se plastificaron y fueron colocados al lado de los estantes donde estan colocadas.
La creación de unas etiquetas en hojas de pegatinas con nombre y dibujo del componente, que fueron colocadas a pie del componente protésico aprovechando el marco del estante.
Elaboración de unas pegatinas para poner fecha de caducidad en la caja del componente protésico, aprovechando para ello las hojas de pegatinas que suministra el hospital.
La elaboración de un listado con cada uno de los componentes protésicos en el que apuntar las fechas de caducidad en hojas tamaño dina A3.

El proyecto se explicó en tres charlas de media hora cada una para así captar a todo el personal de enfermería y TCAES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES
• Los indicadores del proyecto se han conseguido al 100%. A día de hoy están identificados el 100% de las prótesis que caducan dentro de los 6 meses siguientes y en el 100% de las prótesis figura en un lugar visible y con numeros legibles la fecha de caducidad.
• El proyecto esta disponible e implantado al 100 %.
La fuente y el método de obtención se ha realizado a través de la implantación de un procedimiento de gestión de los componentes de las prótesis totales y parciales de cadera y rodilla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cada uno de los participantes en el proyecto de mejora ha trabajado primero individulamente y despues de manera grupal para crear lo dispuesto en el proyecto. Nos hemos reunido varias veces y entre todos hemos realizado las actividades marcadas.
Las conclusiones son buenas, en solo golpe de vista una persona no acostumbrada a trabajar en quirófano es capaz de diferenciar tipo de prótesis y en un segundo golpe la marca.
En el siguiente localiza el implante pedido y con un mínimo error.
Es más fácil localizar los componentes que caducan primero y el trabajo es menor para la persona que lleva el control de caducidades .
Vemos sostenible la aplicación del proyecto ya que cada una de las componentes del grupo de mejora de la calidad estará implicada en su mantenimiento a lo largo del tiempo, dedicando un tiempo de su trabajo diario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0577

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PROTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

a su control y mantenimiento.

7. OBSERVACIONES.
Si a lo largo del 2018 incluyera el servicio de quirófano alguna otra protesis la incluiríamos en el proyecto.
Voy a mandar al correo calidadensalud@aragon.es el material que hemos realizado: rótulos, hojas de etiquetas y listado de material protésico.
Gracias

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/577 ================================== ***

Nº de registro: 0577

Título
IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PROTESIS TOTALES Y PARCIALES DE CADERA Y RODILLA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ALTABA SANZ BEATRIZ, BONO LAMARCA MARIA TERESA, OLIVER MARIN LAURA, BELLES PALLARES LUCIA, CALDU AGUD MARIA PILAR, CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN, ABIZANDA MARTINEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante el período de acogida al personal de enfermería de quirófano algunas profesionales que ejercen como enfermera volante han expresado dudas a la hora de seleccionar los componentes de las prótesis de cadera y rodilla totales y parciales. La causa es que estos componentes están almacenados en una estantería en el antequirófano del quirófano de traumatología, según tipo de prótesis y marca pero sin ningún tipo de rótulo identificativo. Teniendo en cuenta la variedad de estos componentes (derechos, izquierdos, cementados no cementados, cerámicos, titanio, numeraciones diferentes según tamaño…etc…), la confusión entre ellos en el personal de reciente incorporación no es infrecuente, lo que origina retrasos en la intervención además de estrés en los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
• Permitir que una persona con poca experiencia en operaciones de prótesis de cadera y rodilla suministre los componentes que le han pedido sin ningún tipo de duda al respecto y en un tiempo mínimo.
• Organizar y distribuir en estanterías los diferentes componentes de las prótesis según el tipo (rodilla, cadera) y marca comercial, de manera que en cada estante solo podrá haber un tipo de prótesis y una marca.
• Identificar los tipos y marcas de protesis y a su vez los componentes protésicos mediante un sistema de rótulos.
• Identificar el componente de la prótesis pedida en el menor tiempo y con la mayor seguridad posible.

• Facilitar al responsable del pedido de los componentes protésicos su trabajo a la hora comprobar caducidades, stock y realizar nuevos pedidos

MÉTODO
• Elaborar un procedimiento de gestión del almacén de componentes de prótesis.
• Elaboración de un listado de prótesis con sus componentes y marca comercial, estableciendo un sistema de control de stocks.
• Elaboración de una hoja de control de caducidades para cada tipo de prótesis, que se localizará al lado de las estanterías, donde se anotaran los componentes que vayan a caducar en los 6 meses siguientes, identificando en ella la fecha concreta.
• Identificación de la fecha de caducidad en las cajas de los componentes, mediante pegatinas colocadas en un lugar visible.
• Identificación del tipo de prótesis y marca comercial mediante la creación de unos rótulos donde figuraran claramente ambos nombres y se colocaran en la pared de ambos lados de la estantería.
• La identificación del componente protésico se realizara mediante unos rótulos en los que figuraran nombre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0577

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PROTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

y dibujo del componente protésico y se colocaran al pie de estos.
• Los componentes se colocaran aprovechando la estantería de madera existente, almacenándolos uno encima de otro de manera que sean visibles a simple vista la numeración. Estos componentes se ordenarán según sistema FIFO, colocando siempre los que primeros caducan en la parte delantera.

INDICADORES
? . Disponibilidad del procedimiento
? . % de componentes con caducidad inferior a seis meses identificados en la hoja de control de caducidades
? . % de componentes rotulados con la fecha de caducidad visible.

DURACIÓN
? Octubre 2016: Constitución de equipo de trabajo
? Noviembre-Diciembre 2016: Elaboración del procedimiento de gestión del almacén de instrumental quirúrgico
? Del 1 al 15 de Enero del 2017 se realizarán los listados de componentes los rótulos con los nombre de las prótesis y el de los nombres y dibujos de los componentes protésicos, así como las hojas de control de caducidades y la base de datos de componentes de cada una de las prótesis,
? Del 16 al 20 de Enero del 2017 se colocaran todos los rótulos identificativos y la hoja de caducidades en los sitios acordados.
? Febrero 2017: Difusión del procedimiento
? Marzo-Diciembre de 2017: implantación del procedimiento

OBSERVACIONES
Si durante el 2017 se introdujese una nueva marca de prótesis o algún componente protésico nuevo a los ya existentes, se añadirían a la base de datos y se nombrarían tal y como específico en este proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0149

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BONO LAMARCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA
CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN
FRAGA MILIAN MARI CRUZ
GASCON POLO MARIA PILAR
OLIVER MARIN LAURA
ABIZANDA MARTINEZ MARTA
MAMPEL ROYO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha modificado el registro de inicio de intervención, registrando el momento de entrada del paciente en el bloque quirúrgico que es cuando se inicia la actividad. Se registra también el inicio de la intervención y la salida del quirófano, lo que nos va a permitir obtener: Indice de ocupación del quirófano (rendimiento bruto y neto), y tiempo de rotación del quirófano.
- La modificación del registro ha permitido incluir todas las nuevas actividades de enfermería, incluyendo las de cirugía mayor ambulatoria que se está implantando en nuestro hospital.
- De acuerdo a las especificaciones del grupo PROA se ha añadido al registro la clasificación del tipo de cirugía (limpia, contaminada,…) para permitir ajustar la antibioterapia necesaria
- Otros registros: Clasificación de posiciones, actualización de la clasificación de tipo anestesia realizada y procedimiento quirúrgico. Registro e de identificación de fármacos utilizados y de procedimientos de enfermería realizados sobre el paciente. Actualizar ítems de la hoja de enfermería que se complemente con el listado de verificación de seguridad quirúrgica complementar hoja de enfermería quirúrgica con la de la sala del despertar.
- Se han unificado tres registros previos en uno solo, eliminando información no relevante.
-Formación a los profesionales de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha elaborado la hoja buscando el consenso de todos los clientes del quirófano (cirujanos, equipo PROA, dirección, hospitalización, laboratorios…) llegando a la hoja definitiva que se ha estado pilotando sin incidencias por lo que vamos a pasar a la implantación definitiva. Todavía no hemos comenzado a medir los tiempos de quirófano de la forma especificada pero a partir del mes próximo vamos a comenzar a medir los tiempos de forma más precisa que anteriormente con lo que creemos que el rendimiento quirúrgico va a mejorar sustancialmente, ya que la actual medición (comienza la medición con la incisión) no se ajusta la realidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La labor de consenso ha alargado el tiempo de diseño de la hoja, pero ha merecido la pena porque vamos a poder abarcar las expectativas de todos los grupos de interés, incluida la nueva sección de cirugía ambulatoria de próxima implantación. En el año 2019 vamos a comenzar la implantación en el mes de Febrero con lo que podremos evaluar resultados definitivos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/149 ========== ***

Nº de registro: 0149

Título
REMODELACION Y ACTUALIZACION HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Autores:
BONO LAMARCA MARIA TERESA, TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA, CALDU AGUD MARIA CARMEN, FRAGA MILIAN MARI CRUZ, GASCON POLO MARIA PILAR, OLIVER MARIN LAURA, ABIZANDA MARTINEZ MARTA, MAMPEL ROYO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0149

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Otro Tipo Patología: PATOLOGIA QUIRURGICA
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO YA QUE SE HAN DETECTADO FALLOS EN LOS INDICADORES DE HORA QUE NO REFLEJAN LA CETIVIDAD QUIRURGICA REAL. ASI COMO IOROS INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA QUE SE QUEDAN OBSOLETOS DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS REALIZADAS

RESULTADOS ESPERADOS
REGULAR EL SISTEMA DE INDICADOR DE HORARIOS QUE REFLEJEN TIEMPO REAL DE ACTIVIDAD Y TIEMPO DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANOS.
ACTUALIZAR INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA A LA EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
REUNIFICAR TODO TIPO DE ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA REALIZADA AL PACIENTE DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚGICO

MÉTODO
ELABORAR UN SISTEMA DE MEJORA DE INDICADOR DE TOMA DE HORARIOS DE OCUPACION DE ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ELABORACION DE LISTADO DE CLASIFICACION DE PASICIONES, Y DE IDENTICICACION DE TIPO DE CIRUGIA(LIMPIA, SUCIA, CONTAMINADA,ETC)
CLASIFICACIÓN DE TIPO ANESTESIA REALIZADA Y PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.
SISTEMA DE IDENTIFICACION DE FARMACOS UTILIZADOS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA REALIZADOS SOBRE EL PACIENTE
ACTUALIZAR ITEMS DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUE SE COMPLEMENTE CON EL LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA
COMPLEMENTAR HOJA DE ENFERMERÍA QUIRURGICA CON LA DE LA SALA DEL DESPRERTAR

INDICADORES
DISPONIBILIDAD HOJA,FACIL ACCESO
MEJORAS EN EL % DE OCUPACION DE QUIRÓFANO Y ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ACCESIBILIDAD Y FACILIDAD DE INDICADORES DE ACTIVIDADES REALIZADAS

DURACIÓN
ENERO 2018--NSTITUCIÓN DEL GRUPO
FEBRERO- JUNIO--ELABORACION DE LA HOJA
JUNIO- NOVIEMBRE--DIFUSION E IMPLANTACIÓN
DICIEMBRE --EVALUACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1505

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE OSTOMIZADO AL ALTA

Fecha de entrada: 16/06/2017

2. RESPONSABLE ..... MARTA MONTAÑES FOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GINER VIDAL ALICIA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se crea formato sobre recomendaciones de enfermería para dar al paciente ostomizado al alta. En dichas recoemndaciones se hace alusión a:
1. Consejos dietéticos.
2. Consejos de ejercicio y actividades de la vida diaria.
3. Tipos de ostomias y dispositivos.
4. Cuidados del estoma y cambio del dispositivo.
5. Recomendaciones importantes a tener en cuenta
6. Complicaciones del estoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de folleto sobre recomendaciones de enfermería al paciente ostomizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Realización de folleto sobre recomendaciones de enfermería al paciente ostomizado.
Se dará la información al paciente ostomizado que sea dado de alta en el Hospital de Alcañiz, en formato folleto.

7. OBSERVACIONES.
El fin del mismo, es que el paciente tenga a parte de la formación verbal, una formación en formato papel para su lectura fuera del Hospital y que sirva para mantener su autocuidado.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1505 ========== ***

Nº de registro: 1505

Título
RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL ALTA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

Autores:
MONTAÑES FOZ MARTA, GINER VIDAL ALICIA, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
actualmente estamos dando recoemndaciones al paciente ostomizado, todo de manera verbal, sin una explicación escrita para cuando el paciente es dado de alta pueda recordar esto en su domicilio

RESULTADOS ESPERADOS
Actulizar conocimientos al paciente ostomizado al alta.
Facilitar información escrita al paciente ostomizado dado de alta en el hospital de alcañiz.

MÉTODO
Recomendaciones:
1. Cuidados del estoma y cambio del dispositivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1505

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE OSTOMIZADO AL ALTA

2. tipos de ostomias.
3. Consejos dietéticos al alta.
4. Ejercicio y ocio.
5. Recomendaciones importantes.
6. Complicaciones

INDICADORES
Realizar las recomendaciones al paciente ostomizado.

DURACIÓN
ANUAL

OBSERVACIONES
IMPRESIÓN DE FORMATO SOBRE LAS RECOMENDACIONES AL PACIENTE OSTOMIZADO

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0233

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... HELEN ALMEIDA PONCE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ UBIETO FERNANDO
ALBIAC ANDREU MANUEL
GIL BLASCO SILVIA
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
GRACIA ROCHE CARLOS
GASCON FERRER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el período y transcurrido se han realizado: 1. Reuniones entre los componentes del proyecto para acordar el contenido del material informativo a ser repartido y evaluado. 2. Diseño y revisión de los 5 trípticos piloto propuestos para este proyecto. 3. Diseño y revisión de las bases de datos de evaluación de satisfacción de los pacientes. 4. Diseño y revisión de las bases de datos para la valoración de complicaciones de heridas quirúrgicas en los procedimientos analizados. 5. Definición de los criterios de inclusión y exclusión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aún no se ha procesado los resultados de las encuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estandarización de las recomendaciones y las mejoras en el formato de las mismas pueden ser claves en la transmisión de la información y por lo tanto en la obtención de mejores resultados. Es nuestra intención probar la información mediante folletos informativos en las indicaciones al alta en nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/233 ========== ***

Nº de registro: 0233

Título
OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

Autores:
ALMEIDA PONCE HELEN, MARTINEZ UBIETO FERNANDO, ALBIAC ANDREU MANUEL, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, GIL BLASCO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Periodo postquirúrgico
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El paciente que es dado de alta tras una intervención quirúrgica, tanto si esta es mayor y precisa anestesia general, como si se trata de un procedimiento ambulatorio, requiere medidas específicas relativas a los cuidados de la herida quirúrgica, analgesia tras el procedimiento y en ocasiones, medidas higiénico dietéticas especiales (dietas específicas, restricciones en la actividad física, etc.) que generan en el paciente dudas y en algunos casos cierta ansiedad.
Habitualmente, tanto cirujanos como enfermeras, proporcionamos de forma verbal y en los distintos informes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0233

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

alta y de continuidad de cuidados, ciertas recomendaciones a propósito de estos cuidados postoperatorios, sin embargo, por factores de difícil análisis, las confusiones y las dudas persisten, lo que ocasiona una sobrecarga innecesaria de los centros de atención primaria para la realización de curas y revisiones.
Por otra parte, el cumplimiento inadecuado de las recomendaciones postoperatorias (como la falta del aseo adecuado de la herida, la inmovilización, etc.) es causante frecuente de complicaciones postoperatorias (infecciones de herida, cicatrización tórpida, trombosis venosa, etc.) que pueden ser prevenibles.
Ante esta situación, es necesaria la implementación de nuevas vías de transmisión de la información para mejorar el apego a las recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal: Brindar información sobre los cuidados postoperatorios en un formato visual (tríptico/díptico)

Secundarios:
• Mejorar el apego a las recomendaciones postquirúrgicas
• Disminuir las complicaciones prevenibles mediante dichas recomendaciones

MÉTODO
• Elaboración de trípticos con la información necesaria para los cuidados postoperatorios según el tipo de intervención realizada:
o Cirugía menor.
o Hernia inguinal.
o Cirugía mayor:
? Eventración abdominal y cirugía abierta
? Resección de colon laparoscópica
? Colecistectomía laparoscópica

INDICADORES
o Satisfacción del paciente: valorado mediante la elaboración de encuestas estandarizadas en las revisiones postoperatorias al mes de la intervención.
o Análisis de las complicaciones de la herida quirúrgica derivadas del mal apego a las recomendaciones mediante el interrogatorio durante la revisión y el seguimiento de las consultas a urgencias y atención primaria por motivos relacionados.

DURACIÓN
De mayo 2018 a Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BLASCO GIL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ UBIETO FERNANDO
ALBIAC ANDREU MANUEL
GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
GRACIA ROCHE CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Por motivos ajenos a los miembros que forman parte de este proyecto no se ha podido iniciar el mismo hasta hace un mes.
Si bien en el momento que presentamos este proyecto disponíamos de la máquina de micropigmentación, problemas burocráticos no nos han permitido desarrollarlo hasta ahora.
La inclusión de la prestación “Reconstrucción del complejo areola pezón mediante micropigmentación” en nuestra cartera de servicios no fue efectiva hasta el 30 de Julio de 2018. Tras lo cual se iniciaron los trámites para pedir los micropigmentos y las agujas necesarias para llevar a cabo esta técnica. Dicho material fue recibido en fecha 22 de Octubre del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este tiempo se ha elaborado la siguiente documentación:
- Consentimiento informado de la técnica
- Documento de instrucciones post pigmentación. Documento que se le entrega a las pacientes tras la realización de la micropigmentación e incluye los cuidados que deben llevar a cabo hasta la fecha de revisión, así como un teléfono de contacto con la enfermera que lleva a cabo la técnica.

Se ha realizado la micropigmentación del complejo areola pezón a dos pacientes; una de ellas en diciembre de 2018 y otra en enero de 2019 respectivamente.
SITUACIÓN OBJETIVA A FECHA ACTUAL (Enero 2019)
Nombre del Indicador Valor (resultado cuantitativo) del Indicador
- Número de pacientes micropigmentadas que han presentado complicación tras la técnica/ Número total de pacientes micropigmentadas x 100
- Grado de satisfacción de la paciente
De las dos pacientes a las que se les ha realizado la micropigmentación ninguna ha presentado complicaciones tras la técnica- 0%

Las dos pacientes están satisfechas del resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos planteamos como objetivo ofrecer a las pacientes con cáncer de mama un tratamiento integral que les permitiera reducir el impacto en su calidad de vida (física, psicológica y social). Favoreciendo el afrontamiento de la paciente ante el proceso de su enfermedad y mejorando su imagen corporal y por ende su autoestima. Por ello y superados los problemas que tuvimos inicialmente seguiremos adelante con este proyecto que tanto puede beneficiar a nuestras pacientes. El proyecto continuará en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/299 ========== ***

Nº de registro: 0299

Título
RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Autores:
BLASCO GIL SILVIA, MARTINEZ UBIETO FERNANDO, ALBIAC ANDREU MANUEL, GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA, GASCON FERRER ISABEL, ALMEIDA PONCE HELEN, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, GRACIA ROCHE CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) es el organismo especializado en cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los datos que nos ofrece su informe GLOBOCAN 2012, publicado en el año 2014, son los más actualizados a nivel mundial sobre incidencia, prevalencia y mortalidad por los 28 tipos de cáncer más frecuentes de 184 países. Sitúan al cáncer de mama como el más frecuente en mujeres en España (1).
Una mujer diagnosticada de una neoplasia maligna de mama no sólo se enfrenta al proceso de superar un cáncer, con todo lo que ello implica, si no que ve afectada su propia condición de mujer por la íntima relación que esta guarda con el pecho. El cáncer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional(2).
La detección cada vez más precoz y los avances en las técnicas oncoplásticas para el tratamiento quirúrgico de este tipo de cáncer, han permitido disminuir las repercusiones psicosociales tras la cirugía al permitir preservar el pecho en muchos de los casos. Sin embargo, quedan cicatrices y no sólo en la piel. En algunos casos no es posible preservar el complejo areola-pezón (CAP) viéndose afectada la imagen de la paciente, y por tanto su autoestima.
Existen diferentes métodos para la reconstrucción del CAP y conseguir así el mejor resultado posible tras la cirugía. Entre ellas, y es la que proponemos en este proyecto, se encuentra el tatuaje del mismo mediante técnica de micropigmentación, por los buenos resultados estéticos que se consiguen, mejores costes frente a otras técnicas y la baja morbilidad de la misma(3).
Becker fue el primer cirujano que introdujo la técnica del tatuaje para la reconstrucción de NAC en 1986 y Spear lo popularizó en los años siguientes. Actualmente, los equipos técnicos ofrecen resultados de alta calidad aunque es probable que se pierda algo de pigmentación a lo largo del tiempo, y es posible que se requieran algunos retoques (4)

La micropigmentación de la areola y el pezón el punto final de la reconstrucción mamaria tras una mastectomía por cáncer de mama. La micropigmentación oncológica, es un tatuaje intradérmico que ayuda a recuperar el aspecto de la areola definitivo tras una reconstrucción mamaria.
El objetivo es la creación de areolas en los casos en los que no se haya podido preservar el CAP de la paciente, camuflar cicatrices postoperatorias, corregir asimetrías entre ambos pechos o, simplemente, dar color. De ese modo conseguimos devolver a la mama reconstruida un aspecto lo más natural posible y conseguir simetría con la mama contralateral, potenciando la autoestima de la paciente. Lo cual le permitirá llevar desde una perspectiva más optimista el duro trance que supone sufrir un cáncer de mama y el tratamiento del mismo.
1. GLOBOCAN 2012. International Agency for Research on Cancer. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Default.aspx
2. Sierra García A, Piñero Madrona A, Illana Moreno J. Cirugía de la mama. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid 2006. Aran Ediciones S.L.
3. Goh S.C.J., Martin N.A., . Pandya A.N, Cutress R.I. Patient satisfaction following nipple-areolar complex reconstruction and tattooing. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2011):64; 360-363
4. Nimboriboonporn, A, Suebwong Ch. "Nipple-Areola complex reconstruction". Gland Surgery 3.1 (2014): 35-42. PMC . Web. 16 de enero de 2018.

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer a las pacientes con cáncer de mama un tratamiento integral con el objetivo de reducir el impacto en su calidad de vida (física, psicológica y social).
Favorecer el afrontamiento de la paciente ante el proceso de su enfermedad mejorando su imagen corporal y por ende su autoestima.

MÉTODO
Micropigmentación del complejo areola pezón y camuflaje de cicatrices postoperatorias.

INDICADORES
- Número de pacientes intervenidas de cáncer de mama a las que no se les ha podido preservar el CAP/ Número total de pacientes intervenidas de cáncer de mama x 100
- Número de pacientes a las que se les ha realizado micropigmentación del CAP/ Número de pacientes candidatas a micropigmentación del CAP x 100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

- Número de pacientes micropigmentadas que han presentado complicación tras la técnica/ Número total de pacientes micropigmentadas x 100
- Grado de satisfacción de la paciente

DURACIÓN
Técnica que ya se realiza en el servicio y con duración indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0347

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO RAMIREZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
GINER VIDAL ALICIA PILAR
MIR ADRIAN MARIA TERESA
FANDOS LORENTE SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizacion de un procedimiento consensuado con todos los servicios implicados: a) estandarización del material a utilizar - carro de punciones- b) gestión del material del carro de punciones c) instrucciones sobre recogida de muestras y su procesamiento d) una vez redactado el procedimiento se implantará en todas las plantas e) redacción de un modelo de consentimiento informado que se presentó en la comisión de historias clínicas del centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En nuestro servicio se entrega el consentimiento a todos los pacientes a los que se realiza la toracocentesis desde Enero 2019.
Se implanta un modelo de check-list de reposición del carro de punciones y una tabla de registro de incidencias relacionadas con el procedimiento y consentimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El carro se monta de forma consensuada con equipo multidisciplinar, se revisan y actualizan las indicaciones de toracocentesis y el manejo de las muestras de forma conjunta con los laboratorios implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/347 ========== ***

Nº de registro: 0347

Título
ELABORACION DE UNA GUIA PRACTICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS

Autores:
RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO, GINER VIDAL ALICIA PILAR, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, FANDOS LORENTE SERGIO, SANCHO DEL VAL IGNACIO, PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, MIR ADRIAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Unificar material necesario, técnica a seguir, correcto procesamiento de muestras para la realización de toracocentesis tanto diagnostica como evacuadora. Esta técnica la llevan a cabo varios servicios (pneumologia, medicina interna, Oncología) utlizando material y adaptando la técnica de forma individual, lo que conlleva en ocasiones a complicaciones en su realización en cuanto a adquisición de material y errores en el envio de muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretente con la redacción de una guía consensuada con todos los servicios implicados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0347

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS

1.estandarizar el material a utilizar
2.agilizar la preparación del carro de punciones
3.correcta recogida de muestras y procesamiento
4.unificar criterios sobre la técnica evacuatoria
5.tener una referencia para el personal que se vaya incorporando al trabajo de las plantas
6.una vez redactada la guía de toracocentesis se implantaría a nivel de todas las plantas
7.Readcción de un modelo de consentimiento informado que se presentará en Comisión.

MÉTODO
se informaría al personal de cada planta, en reunión de sesión sobre el contenido de la guía, fotos, video sobre el procedimiento de toracocentesis y mínimo equipamiento del carro.

INDICADORES
Redacción de un formulario de consentimiento informado sobre la técnica que se debe adjuntar cada vez que se realice una toracocentesis de acuerdo con la guía actual incluyenda fecha y tipo de procedimiento (diagnóstico y/o evacuatoria),

DURACIÓN
Junio 2018 a Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1500

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN ARAGONES VILLANUEVA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIDAL MESEGUER ANA PILAR
TENA EJARQUE MARIA DOLORES
ROSELLO SASTRE NURIA
CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA
HERNANDEZ GARCIA ADORACION
MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado hojas informativas de recomendaciones al alta sobre diferentes problemas que requieren una continuidad de cuidados al alta del paciente tras un proceso de hospitalización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consensuar dichas recomendaciones entre diferentes servicios de hospitalización.
Pendiente de colgarlas en la intranet, a través del programa de Enfermería " Notificación de Movimiento de Pacientes", para el fácil acceso de la enfermera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de revisar protocolos de las diferentes patologías, actualizar nuevas tendencias y consensuar entre los distintos servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1500 ========== ***

Nº de registro: 1500

Título
PROYECTO DE MEJORA SOBRE LAS RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, VIDAL MESEGUER ANA, TENA EJARQUE MARIA DOLORES, ROSELLO SASTRE NURIA, CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA, HERNANDEZ GARCIA ADORACION, MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL, DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE HOSPITALIZADO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nos dimos cuenta en hospitalización, la necesidad de unificar recomendaciones por parte de enfermería, al alta de los pacientes ingresados en nuestro Hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar recomendaciones al alta del paciente ingresado.
Facilitar el post.operatorio y/o convalecencia en su domicilio.

MÉTODO
Hemos realizado un programa de reuniones y recopilación de datos para la puesta en marcha de estas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1500

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

recomendaciones. Un proyecto para la validación de las mismas y su posterior difusión en la Intranet del Sector, para así tener actualizados todas las recoemndaciones y que todo el personal tenga acceso a ellas.

INDICADORES
Realización de recomendaciones al paciente al alta: SI/NO

DURACIÓN
Anual, a finales del 2017, debemos tener todas las recomendaciones hechas y validadas en nuestra Intranet.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MAURAIN VILORIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO ARTAL CARLOS
LECINA GALVE FERNANDO
ALSINA PUJOL MONTSERRAT
MATA MARTIN JOSE MARIA
YAYA BEAS MANUEL
IGADO INSA PILAR
ARAGONES VILLANUEVA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un protocolo de atención al paciente que se va a someter a intervención quirúrgica de prótesis total de rodilla por un grupo de trabajo. El protocolo abarca desde la acogida del paciente, medidas de profilaxis antibiótica y antitrombótica así como el protocolo de ahorro de sangre, las instrucciones de la intervención, el procedimiento post operatorio y las pautas de movilización.
El protocolo ha sido finalizado, pero está comenzando a implantarse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque disponemos del protocolo todavía no se tienen resultados dado que llevamos pocos meses de implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos empleado casi un año en la elaboración del protocolo, por lo que necesitamos más meses de implantación para llegar a evaluar resultados de forma concluyente. Estamos estudiando la posibilidad de transformarlo en una vía clínica para ajustar la estancia media.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/302 ========== ***

Nº de registro: 0302

Título
PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MAURAIN VILORIA ANA, APARICIO ARTAL CARLOS, ALSINA PUJOL MONTSERRAT, YAYA BEAS MANUEL, RUIZ MARISCAL MARIA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA, GARCIA LARA ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL APARATO LOCOMOTOR
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a que la artroplastia total de rodilla es una de las intervenciones más frecuentes que realizamos y que el paciente, tanto por su edad que suele ser avanzada, como por la patología concomitante precisa un tratamiento multidisciplinar, hemos decidido realizar un protocolo que comenzaría con el ingreso del paciente en planta y terminaría con el alta hospitalaria, abordando todos los momentos y posibles complicaciones que se pudieran presentar durante ese periodo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera conseguir una disminución de la estancia media y una más rápida detección de posibles complicaciones relacionadas fundamentalmente con su patología concomitante.
La población diana serán todos los pacientes que van a ser sometidos a una prótesis total de rodilla.

MÉTODO
Se programará una reunión con los participantes para definir los objetivos y repartir las distintas tareas, cada una con su correspondiente investigación y acompañada de bibliografía.
Tras esta reunión de inicio, se programarán otras reuniones de revisión de resultados y revisión de borradores, antes de su presentación definitiva.

INDICADORES
Se proponen los siguientes indicadores para evaluar los resultados
-estancia media
-situación funcional al alta
-profilaxis antibiótica
-profilaxis tromboembólica
-protocolo analgesia
-protocolo ahorro de sangre
-reingreso en 30 días

DURACIÓN
La duración de la realización del proyecto será de unos 6 meses.
Una vez que esté aprobado se realizará la primera reunión. y se programará una reunión mensual hasta la fecha de su entrega en el plazo de tiempo previsto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0604

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALVARO RIVERA RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un sistema de registro propio para gestionar la lista de espera con la finalidad de priorizar las intervenciones de patología tumoral. Dicho registro consta de los datos de paciente, tipo de tumor, tamaño, localización, fecha de inclusión en lista, fecha de realización de diagnóstico histológico previo si hubo, histologico de confirmación y cita de resultados. Cada semana se revisa la lista y se priorizan los pacientes a intervenir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el comienzo del proyecto la demora media por tratamiento quirúrgico por sospecha de malignidad ha pasado de más de 2 años a menos de 45 días. El número de pacientes pendientes de intervención por sospecha de malignidad ha pasado de más de 180 a 13 a día 1 de febrero. La demora media de la lista quirúrgica por cualquier causa es de menos de 4 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro proyecto ha mejorado sensiblemente la equidad del servicio de Dermatología garantizando el tratamiento quirúrgico de la patología tumoral en un plazo corto de tiempo, lo cual supone una importante mejoría en el pronóstico de estas enfermedades, así como disminución de las comorbilidades derivadas del retraso en el tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ==================================== Resumen del proyecto 2018/604 ==================================== ***

Nº de registro: 0604

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA

Autores:
RIVERA RODRIGUEZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El año pasado se detectó un problema con la lista de espera quirúrgica de Dermatología en el Hospital de Alcañiz. Existían más de 180 pacientes pendientes de intervención quirúrgica por sospecha de patología maligna de los cuales algunos llevaban más de dos años esperando.
La causa pudiera deberse a que, tradicionalmente, se incluían en quirófano biopsias y exéresis de lesiones dermatológicas que pueden realizarse en la consulta de Dermatología y no se priorizaban las lesiones con sospecha de patología maligna.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0604

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DERMATOLOGICA

El objetivo es dar prioridad a la patología tumoral maligna para que esta reciba tratamiento quirúrgico en menos de 45 días.

MÉTODO
En Diciembre de 2017 se creó un sistema de registro propio en un libro dentro de la consulta, en la que se gestiona la propia lista. El registro consta de los datos del paciente, tamaño y tipo de tumor así como localización, fecha de inclusión en lista, fecha de realización, diagnostico histológico de confirmación y cita de resultados. De esta forma son priorizadas las intervenciones de patología tumoral. Con este método, en lo que va de año, la lista de espera por patología quirúrgica maligna, ha bajado a menos de 60 días.

INDICADORES
Demora media por tratamiento quirúrgico con sospecha de malignidad. Estándar mínimo: < 45 días. Estándar óptimo: < 30 días.
Demora media de la lista de espera quirúrgica por cualquier causa.

DURACIÓN
- Sistema de registro propio: ya creado
- Implementación: Mayo-Diciembre de 2017
- Medición: Monitorización mensual de la lista de espera por patología quirúrgica maligna

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0605

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA FUENTELSAZ DEL BARRIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Infliximab es un fármaco biológico anti-TNF endovenoso usado en casos de psoriasis grave o eritrodermia psoriásica. Requiere de una unidad de día de Hospitalización. Es un fármaco eficaz aunque se han descrito reacciones infusionales graves. El fármaco se suministra cada 8 semanas y los pacientes pasan aproximadamente una media de 4 horas en el hospital el día que se pone la infusión lo que significa una pérdida laboral de al menos 6 días al año.

En el año 2017 se detectó un problema en el Hospital de Alcañiz en relación con este fármaco; y es que exístian muchos pacientes en tratamiento con Infliximab en comparación con la media de otros hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón. Se creyó que este problema pudo deberse a que Infliximab fue el primer fármaco biológico Anti -TNF aprobado para psoriasis grave ya que había algunos pacientes que llevaban más de 10 años con él. En la actualidad exísten nuevos fármacos aprobados para psoriasis moderada a grave que no requieren de hospitalización y que el propio paciente se puede inyectar en su domicilio.

Se evaluaron todos los pacientes en tratamiento con Infliximab con diagnóstico de Psoriasis grave en el Servicio de Dermatología del Hospital de Alcañiz. (Total: 19 pacientes).
Se revisaron los antecedentes personales y familiares de cada paciente, enfermedades concomitantes, años de evolución de la psoriasis, tratamientos previos antes del inicio de infliximab, curso clínico de la psoriasis, asociación o no con artritis psoriásica y protocolo previo para biológico perfectamente cumplimentado (serologías, Mantoux/ quantiferon, radiografía de tórax, Autoanticuerpos nucleares, antecedentes de neoplasias y enfermedades autoinmunes así como revisión del calendario de vacunaciones).
También se evaluó el PASI (Índice de la severidad del área de Psoriasis) del paciente en ese momento, tiempo trascurrido desde el inicio de infliximab y respuesta al mismo atendiendo a PASI previo al inicio del mismo.

Los criterios para la suspensión del fármaco fueron: reacciones graves al fármaco, falta de respuesta al mismo, intercurrencia de alguna enfermedad a estudio fundamentalmete de posible etiología infecciosa, positivización de anticuerpos antinucleares y falta de cumplimentación del protocolo previo al inicio del biológico.

Se suspendió el fármaco en varios pacientes por diferentes motivos: falta de respuesta al fármaco (3 casos), reacción infusional grave (1 caso), aparición de enfermedad concomitante inicialmente sospechosa de infección (1 caso), intervención quirúrgica de riesgo moderada a petición de la paciente) (1 caso), positivización de autoanticuerpos antinucleares en los análisis (2 casos), dudas acerca del tratamiento profiláctico previo para tuberculosis en pacientes con prueba de Mantoux/ Quantiferon positivo (3 casos) y dudas acerca de la gravedad o curso clínico de la enfermedad (3 casos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al 73 % de pacientes que estaban con infliximab se suspendió el fármaco:
-Al 26 % de los pacientes que estaban con infliximab se les sustituyó por otro fármaco: tres pacientes a otro fármaco biológico (ustekinumab), un paciente a un inmunomodulador (apremilast) y 1 paciente a un inmunosupresor (metrotexato).

-Al 47% de los pacientes no se les sustituyó por ningún otro fármaco sistémico y siguen controles en la consulta. Es posible que dada la cronicidad de la enfermedad y episodios agudos de la misma puedan requerir de nuevo un tratamiento sistémico (ciclosporina, metrotexato o acitretino), fototerapia o biológico.
El 27% de pacientes continuaron con el fármaco, siendo sustituido en el 100% de los casos por el biosimilar.
El número de reagudizaciones de psoriasis moderada/ grave tras el inicio de la actividad de mejora fueron dos.
La reducción del gasto en infliximab/biosimilares 2017-2018 fue de 54.518 euros.
La reducción porcentual del gasto en infliximab/biosimilares fue del 68,45%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestros criterios de revisión de los pacientes con psoriasis grave han permitido reducir de forma segura el gasto farmacéutico en el caso de Infliximab

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/605 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0605

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Nº de registro: 0605

Título
INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Autores:
FUENTELSAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2017 se detectó el problema de que existen en el Hospital Comarcal de Alcañiz muchos pacientes en tratamiento con Infliximab en comparación con otros Hospitales de la Comunidad Autónoma. Se trata de un fármaco intravenoso que se usa para la psoriasis grave. Su eficacia es alta y su seguridad también aunque se han descrito reacciones infusionales muy graves. Se trata de 19 pacientes, algunos de ellos con más de 10 años en tratamiento. La causa de este problema pudiera ser que Infliximab fue el primer tratamiento Anti- TNF para psoriasis grave. Sin embargo y actualmente, existen otros tratamientos más cómodos para el paciente y que suponen menos gasto dado que no necesitan la Unidad de Hospital de día ni ingreso hospitalario ni pérdida laboral.
La consecuencia de este hecho es un enorme gasto farmaceútico.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir el gasto farmacéutico por Infliximab en los pacientes con psoriasis grave, sin producir rebrote de las lesiones de estos pacientes.

MÉTODO
Evaluar los pacientes con psoriasis grave en tratamiento con Infliximab, para ver si deben continuar con este tratamiento o ser sustituido por otro. Además queremos dar paso al biosimilar (Inflectra) para aquellos pacientes que deben continuar con el tratamiento lo que supondría un importante ahorro económico para el Sistema.

INDICADORES
% de pacientes en los que se ha retirado Infliximab
% de pacientes en los que se ha sustituido Infliximab por fármaco biosimilar
Número de reagudizaciones de psoriasis grave tras el inicio de la actividad de mejora
Reducción del gasto farmacéutico por tratamientos biológicos en la psoriasis grave
El objetivo a final de año (2018) es el de haber conseguido disminuir al menos un 50% el gasto farmaceútico que supone este grupo de pacientes respecto a las cifras de inicio del proyecto (2017).

DURACIÓN
El proyecto comenzó a finales de 2017, actualmente se sigue implementando y evaluaremos en Diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1168

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LACARTA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TURON ALCAINE JOSE MARIA
SOLANO SANCHEZ MARINA
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un procedimiento de indicaciones de diagnóstico y tratamiento de la infección por Helicobacter pylori que incluía:
- Indicaciones de investigación de Helicobacter pylori y criterios de exclusión
- Diseño de circuito para la organización de la realización, transporte y recogida de la prueba. En el caso de Cantavieja hubo que consensuar circuito específico con el Hospital Obispo Polanco de Teruel.
- Actualización de las pautas de tratamiento
- Especificaciones sobre la investigación de la erradicación
Se difundió el documento en la Junta Técnico Asistencial en Atención Primaria creando un formato específico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Test solicitados: 282. Muestreo aleatorio 30 casos. Implantación heterogénea: no se han recibido solicitudes de cinco centros de salud.
% de pacientes con test del aliento solicitado y con criterios de indicación presentes: 76,6% + 14,3%. La causa más frecuente de incumplimiento son: solicitud sin endoscopia en pacientes con síntomas de nueva aparición mayores de 55 años. En un caso se trató de una paciente en edad pediátrica a la que se le solicitó por dolor abdominal en ausencia de enfermedad ulcerosa. También es de reseñar un caso en el que tras tratamiento erradicador con OCAM que no funcionó, se volvió a indicar otra vez la misma pauta.
Vamos a volver a formar insistiendo especialmente en estos puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se está utilizando sin problemas por más de la mitad del sector, sin embargo, no se han recibido solicitudes de 5 de los centros de salud. Preocupa especialmente la indicación del test en mayores de 55 años con síntomas de nueva aparición que puedan esconder patología neoplásica. Puede constituir un proyecto de mejora para 2018 en algunos centros.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1168 ========== ***

Nº de registro: 1168

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
LACARTA GARCIA PEDRO, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1168

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

PROBLEMA
En este momento no está establecido en Atención Primaria del sector de Alcañiz un procedimiento de investigación de Helicobacter pylori en la patología gastroduodenal. Los pacientes se tratan empíricamente y no se verifica su erradicación, lo que no se corresponde con la evidencia recogida en las guías

RESULTADOS ESPERADOS
Introducir la determinación de Helicobacter pylori en Atención Primaria de acuerdo a los criterios de indicación establecidos en las guías. Actualizar los protocolos de erradicación de Helicobacter a lo dispuesto en el Consenso Español sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori.

MÉTODO
Elaboración de un procedimiento de actuación en Atención Primaria que incluya:
- Indicaciones de investigación de Helicobacter pylori y criterios de exclusión
- Diseño de circuito para la organización de la realización, transporte y recogida de la prueba.
- Actualización de las pautas de tratamiento
- Especificaciones sobre la investigación de la erradicación

INDICADORES
% de pacientes con test del aliento solicitado y con criterios de indicación presentes
Valor a alcanzar 100%
Límite Inferior 80%
Límite superior 100%

DURACIÓN
La elaboración del proyecto se llevará acabo de forma inmediata con su implementación posterior.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0522

1. TÍTULO

SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARTINEZ CRESPO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACARTA GARCIA PEDRO
SOLANO SANCHEZ MARINA
MARCEN ECHANDI BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se elaboró un documento (volante de solicitud) en papel en el que se recogen las indicaciones aceptadas para la realización de una gastroscopia y una colonoscopia.
- Diseño de un circuito para la derivación del volante hasta Endoscopias Digestivas, valoración por parte del especialista, envío de la citación al paciente.
- Se difundió el documento en la Junta Técnico Asistencial de Atención Primaria.
- Al poco tiempo, se consideró más ágil realizar la petición vía interconsulta virtual sin renunciar que se pudiera enviar con el volante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han podido evaluar directamente los indicadores inicialmente previstos ya que el volumen de peticiones recibidas desde Atención Primaria mediante volante ha sido muy escaso debido a que al poner en marcha la Interconsulta Virtual las solicitudes se han realizado por esta vía. Desde nuestro servicio se responde enviando la citación con una hoja informativa al paciente en el caso que se considerara indicada la endoscopia.
Por esta vía se han realizado en nuestro servicio unas 350 colonoscopias y 120 gastroscopias aproximadamente lo que supone aproximadamente el 19% de las colonoscopias y el 14% de las gastroscopias realizadas en nuestra unidad en el año 2018. Las indicaciones más frecuentes fueron disfagia y dispepsia de reciente aparición en mayores de 55 años o refractaria a tratamiento en el caso de las gastroscopias y sangre oculta en heces positiva y antecedentes familiares de cáncer colorrectal en de las colonoscopias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Si bien el éxito de la interconsulta virtual ha hecho innecesario nuestro volante, es evidente que el proyecto ha conseguido su objetivo que era ofertar el servicio de endoscopias para Atención Primaria, evitando el paso previo por la consulta presencial como ocurría anteriormente, igualando al Sector de Alcañiz con el resto de sectores del Salud que ya incluían esta prueba en la cartera de servicios de Atención Primaria. El volante ha servido sobre todo para difundir las indicaciones de endoscopia en atención primaria.
Esta experiencia nos hace pensar que para futuras inclusiones en la cartera de servicios de Atención Primaria de técnicas complementarias realizadas por Atención Especializada, la Interconsulta Virtual y circuitos de derivación a través de las herramientas que se pueden desarrollar mediante el Curso clínico y la petición electrónica, que en la actualidad está implementando el SALUD en los diferentes Sectores, podría sustituir al papel como mecanismo preferente de comunicación entre Atención Primaria-Atención Especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/522 ========== ***

Nº de registro: 0522

Título
SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTINEZ CRESPO ELENA, LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0522

1. TÍTULO

SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos y Objetivos de la unidad

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En este momento no está incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria en el sector de Alcañiz la posibilidad de solicitar endoscopias digestivas por indicación del médico de familia. A los pacientes se les remite a la consulta de Digestivo lo que sobrecarga la consulta y aumenta la demora de las consultas. Además desde la introducción de la interconsulta virtual se indica virtualmente la necesidad de realizar derivación para endoscopia cuando no se dispone de volante para ello

RESULTADOS ESPERADOS
Introducir la oferta del servicio de endoscopia digestiva a Atención Primaria mediante la creación de una hoja de solicitud de Endoscopias Digestivas en el Sector de Alcañiz de acuerdo a las indicaciones aceptadas en las principales guías de práctica clínica.
Reducir las derivaciones a la consulta externa de digestivo.

MÉTODO
Elaboración de un procedimiento de actuación en Atención Primaria que incluya:
- Hoja de solicitud de Endoscopias Digestivas tipo formulario para la solicitud de gastroscopia y colonoscopia en el que se desglosen las indicaciones comúnmente aceptadas.
- Diseño de un circuito para la derivación de la solicitud, valoración por parte del especialista y citación de la prueba por parte del Servicio de Citaciones del Hospital

INDICADORES
% de solicitudes de Endoscopias Digestivas desde Atención Primaria realizadas por esta vía frente a las vías anteriores (Interconsulta Virtual y derivación a consultas externas).
% de solicitudes de Endoscopias Digestivas con indicación incorrecta

DURACIÓN
La hoja de derivación ya está elaborada.
May-Junio: Difusión a Atención Primaria.
Diciembre: Medición resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

1. TÍTULO

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LACARTA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO SANCHEZ MARINA
MARCEN ECHANDI BEATRIZ
MARTINEZ CRESPO ELENA
RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN
MARTINEZ ARIÑO MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo en el que se incluyó:
- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación.
- Elaboración de hoja “Checklist” para rellenar por el personal de enfermería de Endoscopias Digestivas previamente a la realización de la técnica.
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones relacionadas con el procedimiento.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones más frecuentes de la sonda de gastrostomía.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El cronograma previsto incluía comenzar a implementar el protocolo en Junio de 2018 con las gastrostomías realizadas en la unidad de Endoscopias Digestivas del Hospital de Alcañiz, sin embargo debido al escaso volumen de procedimientos realizados durante ese periodo en nuestro Sector creemos más adecuado prorrogar el proyecto y evaluarlo en 2019 ya que no se han podido evaluar los indicadores previstos (% de pacientes con hoja de comprobación rellenada previa a la realización de la gastrostomía y % de pacientes derivados a Endocrinología para valoración de las necesidades nutricionales al alta).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se solicita prorrogar el proyecto durante 2019 para poder evaluar de manera más adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/617 ========== ***

Nº de registro: 0617

Título
PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Autores:
LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ, MARTINEZ CRESPO ELENA, VERDES SANZ GUAYENTE, RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN, MARTINEZ ARIÑO MANUELA, VIDAL MESEGUER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Aunque la gastrostomía endoscópica percutánea se realiza desde hace 11 años en el hospital se han detectado de manera recurrente diversas incidencias que influyen negativamente en la unidad de aparato digestivo. En

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

1. TÍTULO

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

cuanto a los requisitos y cuidados previos del paciente se han tenido que postponer colocaciones de sonda de gastrostomía por la no cumplimentación de los consentimientos informados en pacientes tutelados hasta que se ha localizado a los tutores de los mismos. También se han producido retrasos en su colocación, que afectan a la programación diaria de la sala de endoscopias digestivas, por no haberse realizado la correcta profilaxis antibiótica. Asimismo el servicio de Digestivo es consultado frecuentemente acerca de qué nutrición iniciar y del tiempo adecuado para iniciar por la sonda.
Si bien existen varias hojas informativas relativas a los cuidados posteriores a la colocación de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea que se usan en las diferentes unidades de enfermería del hospital, en la actualidad no existe ningún protocolo en el queden reflejadas las indicaciones del procedimiento, los cuidados necesarios previos al mismo, los cuidados de la sonda posteriores a su colocación o la pauta de nutrición enteral tras la colocación de la sonda, aspectos que se pretenden aclarar y definir en este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Homogeneizar las actuaciones a nivel hospitalario antes y después de la colocación de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.

MÉTODO
Elaboración de un protocolo en el que se incluya:
- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación. Elaboración de hoja a modo “Checklist”.
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.

INDICADORES
% de pacientes con hoja de comprobación rellenada previa a la realización de la gastrostomía.
% de pacientes derivados a Endocrinología para valoración de las necesidades nutricionales al alta.

DURACIÓN
MAYO.JUNIO: ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
JULIO-DICIEMBRE: IMPLEMENTACIÓN
ENERO 2018. MEDICIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MONICA AGUD CARDONA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ FUERTES JULIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha realizado revisión bibliográfica y se ha elaborado un procedimiento de screening de cáncer de cérvix en el sector, que se ha consensuado con el servicio de Ginecología.
- Se han realizado sesiones en los centros explicando el proyecto.
- Se ha incluido el indicador de evaluación dentro del contrato de gestión de las matronas de los centros de salud y de la Unidad Básica de Orientación Familiar.
- Se ha introducido el registro de OMI-AP en la Unidad Básica de Orientación Familiar del sector.
- Se ha ampliado la plantilla de matronas a partir de una plaza no cubierta y se ha reorganizado la distribución de los centros que atienden.
- Queda pendiente la introducción de la prueba de VPH en el año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes entre 30-65 años a las que se ha realizado al menos una prueba VPH/citología en los últimos 5 años. Sector: 35,42% (Estándar propuesto 2017: 20-30%) (Rango 19-54%).
- Falta el otro indicador : % de pacientes entre 25-30 años a las que se ha realizado al menos una prueba de citología en los últimos 5 años 26%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos han superado nuestras expectativas en la mayoría de los centros. Queda pendiente la introducción de la técnica de VPH. La cobertura en pacientes entre 25 y 30 años es casi 10 puntos inferior al de las pacientes de más de 30. Vamos a continuar el proyecto hasta que se estabilice el crecimiento de la prevalencia, momento en que iniciaremos una actividad de captación sistemática de la población a través de los registros de OMI-AP.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1116 ========== ***

Nº de registro: 1116

Título
ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, AGUD CARDONA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada
-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).
-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica
-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

RESULTADOS ESPERADOS
-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.
-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.
-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos
-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.
-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundado en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

MÉTODO
Realización de las actividades de detección de cáncer de cérvix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cérvix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.
Se comunicará la actividad en el consejo de salud.
Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.
El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

INDICADORES
Definición del indicador % de pacientes
% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

DURACIÓN
Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.
Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0682

1. TÍTULO

MANUAL DEL SUPERVISOR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGELA LARA GARRIDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE
BONO LAMARCA MARIA TERESA
BENEDICTO FUERTES MARIA TERESA
VIDAL MESEGUER ANA
FRAGA MILIAN CARMEN
REAL CORDERO ESPERANZA
ABAS VILA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Mantener información permanente con todos los supervisores.
2. Realizar flujograma de actuación/ instrucciones con las actividades que presenten mayor problema de realización, bien por complejidad, por falta de medios...
3. Crear un listado con las situaciones difíciles a solucionar en las guardias.
4. Estandarizar los instrumentos de supervisión para el supervisor de enfermería en las distintas Unidades Clínicas
5. Recoger la información específica del Hospital que no está contemplada en los procedimientos de niveles superiores.
6. Unificar criterios de actuación entre el personal de la Dirección de Enfermería
7. Fortalecer la supervisión de enfermería para permitir así un mayor aprovechamiento de los recursos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado un Manual del supervisor, en el que se pretende facilitar el trabajo a la supervisora en las distintas unidades clínicas y el trabajo de la supervisora de guardia, que en la mayoría de ocasiones requiere una actuación de resolución rápida.
Es objeto del mismo, todas las supervisoras de enfemería del Hospital de Alcañiz y las supervisoras de guardia.
Como indicadores, teníamos principalmente la realización del Manual, además de crear con las supervisoras un listado de las funciones de estas, a realizar en la guardia. Y detectar las situaciones de urgencia, en las cuales requieren una actuación rápida y ágil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este manual es una herramienta de trabajo indispensable para la supervisora de enfermería de Unidad, y también para la supervisora de enfermería de guardia. Ambas a lo largo de su turno de trabajo y más si cabe en las guardias, deben de responder con rapidez y agilidad a determinadas situaciones. Situaciones encaminadas a la gestión de personal, gestión de materiales, gestión de camas, actividad asistencial..
Todas estas actividades, van dirigidas con un único fin y es la atencion a nuestros pacientes. Como un total de actividades encaminadas hacia la seguridad clínica de pacientes. Por ello nos hemos dado cuenta de lo útil y rápido que nos sirve en un momento de urgencia, el disponer de este documento y que se minimice la variabilidad de criterios entre las supervisoras.
Con este proyecto, nos hemos dado cuenta de situaciones en las que nos encontramos enfermería, y que nos ayudaría mucho determinadas herramientas para la sostenibilidad en nuestro hospital, por lo que lo plantearemos en la siguiente convocatoria de proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/682 ========== ***

Nº de registro: 0682

Título
MANUAL DEL SUPERVISOR

Autores:
LARA GARRIDO ANGELA, MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, BENEDICTO FUERTES MARIA TERESA, FRAGA MILIAN CARMEN, VIDAL MESEGUER ANA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, BONO LAMARCA MARIA TERESA, ABAS VILA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0682

1. TÍTULO

MANUAL DEL SUPERVISOR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: seguridad clinica
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente el/la supervisora de la unidad afronta muchos quehaceres varios a lo largo de la jornada. Actividades relacionadas con lo asistencial, con la gestión de materiales, con la gestión de personal, con suministros, cocina... esta variabilidad hace que sean muchas las actividades que tiene que "controlar" y saber actuar de manera rápida. Por lo que nos vemos en la necesariedad de realizar un Manual del Supervisor en el que queden registradas las actividades y su flujograma de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Elaborar un listado de las actividades más comunes en el trabajo.
2. Desarrollar un flujograma de actuación.
3. Registrar las funciones del supervisor de guardia y actividades menos comunes que pueden presentar problematica de actuación.
4. Mantener información permanente con todos los supervisores.
5. Manejar situaciones dificiles con garantía de solución justa y acertada a los problemas.

MÉTODO
1. Mantener información permanente con todos los supervisores.
2. Realizar reuniones semanales a la salida de las guardias semanales y registrar las actividades "inusuales" realizadas en las guardias.
3. Realizar flujograma de actuación con las actividades que presenten mayor problema de realización, bien por complejidad, por falta de medios...
4. Crear un listado con las situaciones difíciles a solucionar en las guardias.

INDICADORES
- Realización del manual del supervisor.
- Crear listado de actividades más inusuales y su flujograma de actuación.
- Crear listado de funciones del supervisor de guardia.

DURACIÓN
Anual, empezaremos a lo largo del mes de junio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0053

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PAOLA GRACIA GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLO BRUNA CARMEN
SOLE LLOP MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La desnutrición es un proceso que está infradiagnosticado en los hospitales y se asocia con mayor morbimortalidad, mayor número de complicaciones y mayor estancia hospitalaria.
CONUT es una fórmula que se puede utilizar como herramienta de screening de desnutrición. Su implementación en el sistema informático del laboratorio del hospital permite el cálculo automático del índice de sospecha de desnutrición.
La fórmula emplea los resultados de colesterol total, linfocitos y albúmina, datos que se utilizan de forma rutinaria en la valoración clínica del paciente.
Mediante un sistema de puntos de emite una alerta nutricional leve, moderada o grave.
En nuestro hospital se implementó inicialmente en los servicios de Medicina Interna y Cirugía y posteriormente se ofreció la posibilidad de hacerlo en el resto de servicios bajo demanda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
el primer resultado ha sido su propia implantación en el Hospital. Se han generado 2731 alertas en el año 2016 y 3666 en el 2017.
En el 2016 se detectaron un 36% de desnutrición leve, un 15% moderada y un 6% grave.
en el año 2017 los porcentajes fueron mayores, de 34% para la leve, 25% para la moderada y 6% para la grave.
Por otro lado ha habido una buena aceptación de dicha herramienta por parte del personal médico que se traduce en un mayor uso e incremento considerables de las alertas creadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos pendientes de realizar un estudio en profundidad que permita sacar conclusiones y establecer acciones encaminadas a mejorar el tratamiento de nuestros pacientes.
Sería interesante poder conocer los % de desnutrición por servicios y por edades para poder establecer protocolos de actuación.
También sería interesante solventar los problemas generados por el SIL que han obligado a los Facultativos de Servicio de Bioquímica a activar el cálculo de forma individual con cada petición, lo cual puede retrasar el informe además de dificultar su implementación en todo el hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/53 ========== ***

Nº de registro: 0053

Título
IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

Autores:
GRACIA GIMENO PAULA, PABLO BRUNA CARMEN, SOLE LLOP ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0053

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

PROBLEMA
La desnutrición es un problema de gran importancia en el ámbito hospitalario y a pesar de ello no es tenido en gran consideración ni por los especialistas ni por los encargados de Salud Pública. Se calcula que los índices de desnutrición hospitalaria oscilan entre el 30 y el 70%.
Este desorden tiene consecuencias en el sistema inmune, tracto digestivo, función cardio-respiratoria y cicatrización de heridas, lo que se asocia con un incremento de la morbi mortalidad de las complicaciones postoperatorias y de la estancia hospitalaria, lo que además de ir en detrimento del paciente también repercute en el gasto hospitalario.
Desde hace unos años se ha desarrollado un índice que permite evaluar el riesgo de desnutrición en los pacientes mediante los parámetros analíticos: albúmina sérica, colesterol total y el recuento de linfocitos totales.
Este índice se procesa y genera automáticamente por el Sistema informático de laboratorio y se traduce en una alerta de desnutrición leve, moderada o severa.

RESULTADOS ESPERADOS
El índice CONUT permite al médico responsable:
- detectar el riesgo de desnutrició
- iniciar el tratamiento adecuado
- monitorizar la respuesta al tratamiento.

MÉTODO
- Implementación de la herramienta informática en el SIL (Sistema informático de Laboratorio).
El índice se calcula mediante los siguientes parámetros: albúmina, coleterol y linfocitos.

Albúmina:
- >3.5 g/dl 0 puntos
- 3.5- 2.99 2 puntos
- 2.5- 2.99 4 puntos
- <2.5 6 puntos

Colesterol:
- >180 mg/dl 0 puntos
- 140- 179 1 punto
- 100- 139 2 puntos
- <100 3 puntos

Linfocitos:
- >1.6 linfo /ml 0 puntos
- 1.2- 1.59 1 punto
- 0.8- 1.19 2 puntos
- >0.8 3 puntos

según la puntuación global se estratifica:

Sin riesgo de desnutrición 0-1 puntos
Riesgo leve de desnutrición 2-4 puntos
Riesgo moderado de desnutrición 5-8 puntos
riesfo grave de desnutrición 9-12 puntos

- Introducir el índice en el perfil de ingreso de todos los pacientes hospitalizados.

INDICADORES
- Analizar los resultados a lo largo de los meses para ver la adecuación a este perfil y ver si se añade a otros pacientes.
- Pasar una encuesta para ver el tipo de acción tomada por los médicos responsables ante la constatación de un riesgo nutricional en sus pacientes.
- Elaborar unas conclusiones y recomendaciones para hacerlas llegar a los médicos del Hospital.

DURACIÓN
Febrero 2016
Introducción del índice CONUT en el SIL

Septiembre 2016
Estadística de CONUTS realizados en el periodo de febrero a agosto. Análisis de datos y realización de encuesta de satisfacción.

Octubre-Diciembre 2016
Analizar resultados y elaborar conclusiones y recomendaciones.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0053

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1507

1. TÍTULO

INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GUAYENTE VERDES SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado ecografía tiroidea a pacientes remitidos o en seguimiento por nódulo/s tiroideo/s. Se ha intentado que fuera una consulta de alta resolución, efectuando en la misma cita la ecografía tiroidea y la consulta (anamnesis, exploración física, actitud terapéutica), consiguiendo así disminuir el número de desplazamientos del paciente que se requieren habitualmente para la realización de la prueba y la recogida del resultado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado ecografía tiroidea a 18 pacientes, evitando la derivación de estos pacientes al servicio de Radiología, donde hay bastante saturación y demoras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se preveía inicialmente programar una consulta de tardes exclusiva para ecografía tiroidea, pero por motivos organizativos y de recursos humanos, no fue posible.
Se consiguió efectuar ecografía tiroidea en la 1ª visita/visita de revisión, en algunos pacientes.

7. OBSERVACIONES.
Dado que previamente a la elaboración y presentación del proyecto de mejora ya estaba programada la agenda de la consulta de tardes para los meses de julio y agosto (como consulta general de Endocrinología) y que se trataba de periodo vacacional, con menos personal del previsto, y visto que no se consiguió disponer de un ecógrafo hasta el mes de agosto, no fue posible establecer en los primeros meses una consulta específica y exclusiva de “ecografía tiroidea”, por lo que se fueron realizando ecografías tiroideas sobre la marcha, en los huecos disponibles, tanto a pacientes nuevos derivados por este motivo, como a aquéllos que la requerían (control evolutivo de BMN), evitando así incrementar las peticiones de ecografía tiroidea al servicio de Radiología.
Por otra parte, se preveía la presencia de dos facultativos de Endocrinología hasta el 31 de octubre, pero una de las facultativas abandonó el centro por motivos personales el 12 de septiembre, por lo que no se pudo llevar a cabo la actividad prevista al reducirse la plantilla de forma imprevista y tener que asumir la única facultativa restante todos los pacientes del servicio de Endocrinología.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1507 ========== ***

Nº de registro: 1507

Título
INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

Autores:
VERDES SANZ GUAYENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El acceso a la ecografía resulta primordial para el diagnóstico de los nódulos tiroideos. Sin embargo, problemas estructurales del sector, en este momento, hacen que el acceso a la realización de ecografías tenga

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1507

1. TÍTULO

INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

una demora habitual superior a tres meses, lo que puede tener repercusiones en el pronóstico de algunos pacientes. Incluso las ecografías solicitadas en Atención Primaria están siendo derivadas a un centro externo privado con concierto con el Salud (Centro Asistencial Bajo Aragón) para intentar agilizar listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir la demora para acceder al diagnóstico ecográfico de la patología tiroidea.

MÉTODO
Realización de consulta de ecografía tiroidea 1 tarde a la semana a cargo de un endocrinólogo con formación y habilidades en el diagnóstico ecográfico. Para ello se compartirá ecógrafo con el servicio de Rehabilitación

INDICADORES
% de pacientes con diagnóstico de nódulo tiroideo que tardan más de tres meses en la realización de la ecografía antes y después de la intervención.
Se pretende reducir el tiempo medio de espera hasta la realización de ecografía después de la intervención a menos de dos meses.
Fuente de datos: registro específico de nódulo tiroideo (ecografías tiroideas realizadas en el servicio de Radiología del Hospital de Alcañiz y en el Centro Asistencial Bajo Aragón) e historia clínica.

DURACIÓN
Julio a Octubre.
Diciembre 18: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MARTINEZ UBIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO GIL SILVIA
VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE
PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR
ALSINA PUJOL MONTSERRAT
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el primer trimestre del año 2017 se realizó una búsqueda de guías basadas en la evidencia tanto en nuestro entorno, mediante GuiaSalud, como en el entorno internacional mediante la búsqueda en NHS evidence, Nacional ClearingHouse y Pubmed, recurriendo a la búsqueda bibliográfica estándar en aquellos aspectos donde se echó de menos alguna fuente de evidencia más reciente. Tras la misma se procedió a la elaboración, difusión e implementación del protocolo "Manejo de sistemas de terapia de presión negativa (TPN) en el tratamiento de heridas".
Nuestro principal objetivo era ofrecer a los profesionales un plan de actuación para el tratamiento de las heridas mediante sistemas de TPN con criterios de aplicación consensuados, así como unas instrucciones claras y concisas acerca del manejo de los mismos. Como objetivos específicos nos planteamos los siguientes:

- Conseguir que todos los pacientes con indicación de TPN fueran tratados con TPN
- Comprobar que la aplicación de TPN no incrementaba la incidencia de infecciones en pacientes tratados con ella
- Gestión de casos: Continuidad de los cuidados interniveles, atención especializada y primaria.
- Garantizar la seguridad del paciente mediante una correcta aplicación de estos sistemas.
- Mejorar el conocimiento teórico y las habilidades técnicas de los profesionales sanitarios implicados en su manejo.
- Mejorar el conocimiento de los pacientes acerca del manejo básico de los equipos de TPN mediante la "Guía para pacientes".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reportamos estudio observacional descriptivo y retrospectivo que incluye un total de 6 pacientes con heridas de diversa etiología que fueron tratados con sistemas de terapia de presión negativa durante el segundo y tercer trimestre del año 2017 siguiendo el protocolo elaborado.
El 67% de los pacientes fueron mujeres frente al 33% de varones, con una media de edad de 59 años. Con 25 años el paciente más joven y 79 el más longevo.
Las evidencias actuales demuestran que este tratamiento se puede utilizar en numerosos tipos de heridas agudas y crónicas.
En nuestro estudio la etiología de las heridas tratadas con sistemas de terapia de presión negativa fue muy variada:
- Úlcera por presión (UPP) (33%)
- Dehiscencia de herida abdominal con exposición de malla quirúrgica (14%)
- Recidiva de sinus sacrocoxígeo (14%)
- Extrusión prótesis mamaria (550 cc) tras mastectomía subcutánea (14%)
- Úlcera con orificio fistuloso sobre cicatriz externa tras cirugía por fractura conminuta de astrágalo y peroné y colocación de material de osteosíntesis (14%)

Desde el punto de vista etiológico, todas las heridas cumplían criterios, según protocolo, para la utilización de los sistemas de TPN como parte fundamental de la estrategia terapéutica propuesta para cada paciente.

Tabla 1.- Tipos de heridas con criterio de tratamiento con TPN según protocolo

1. Heridas crónicas: úlceras por presión (grado III-IV)
2. Pie diabético

- Osteomielitis (Tras desbridamiento quirúrgico)
- Infecciones necrosantes (Tras desbridamiento quirúrgico)
- UPD en proceso no evolutivo
- Amputaciones mayores y menores
- Procedimientos asociados al pie diabético isquémico

3. Heridas traumáticas: hematomas subcutáneos de gran tamaño, heridas con grandes defectos tisulares.
4. Heridas quirúrgicas que dadas sus características no han permitido un cierre primario.
5. Dehiscencia post-quirúrgica,
6. Heridas agudas o subagudas profundas con abundante exudado, con exposición de estructuras corporales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

(vasos, órganos, tendones...) o bien material ortoprotésico que precisan de un cierre temprano.
7. Fistulas entero-cutáneas

No hubo ningún paciente con indicación de tratamiento con sistemas de TPN al que no se le aplicara dicho tratamiento. Cumpliéndose de ese modo uno de los criterios de evaluación:

- Nº de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con TPN en 6 meses /Nº total (tratados y no tratados) de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN en 6 meses X 100 (Fuente: CMBD y registros de Enfermería)= 100%

Respecto a las dimensiones de las heridas tratadas, bien por extensión o profundidad, la indicación de los sistemas de TPN fue adecuada. Así como por el elevado nivel de exudado que presentaban las mismas. Salvo en uno de los casos cuya indicación fue acelerar el proceso de cicatrización para evitar la exposición del material de osteosíntesis ante las importantes consecuencias que ello conllevaría.
Ninguna de las lesiones presentó contraindicación alguna para la aplicación de este tratamiento en el momento de la indicación.
En uno de nuestros casos, y ante la sospecha de osteomielitis (OM) se solicitó TC y gammagrafía ósea que descartaron dicha afectación y se procedió a la aplicación del tratamiento. Si bien el tratamiento con TPN se ha utilizado de forma satisfactoria en algunos casos de osteomielitis, combinando el desbridamiento extenso y en profundidad de la herida, incluyendo la escisión del hueso avascular o claramente infectado, con un tratamiento adyuvante apropiado con antibióticos.

En otro de los casos, inicialmente no se tuvo sospecha de afectación ósea y se inició tratamiento con sistemas de TPN. Sin embargo, en controles posteriores se apreció una fístula con prueba de contacto óseo positiva por lo que se realizó control radiológico que mostró signos de OM. Tras valoración de la situación general de la paciente, comorbilidades y el estado de la lesión se decidió retirar la TPN e iniciar tratamiento antibiótico.
Ninguno de los pacientes incluidos en el estudio presentó signos de infección durante la aplicación del tratamiento. Solamente uno de los casos presentó una dermatitis de contacto leve que se resolvió mediante la aplicación de productos de barrera cutánea no irritante.
- Nº de pacientes con signos clínicos de infección en tratamiento con sistemas de TPN durante un periodo de 6 meses /Nº de pacientes en tratamiento con sistemas de TPN en el periodo de 6 meses x 100 (Fuente: Registros de enfermería)= 0%

A pesar de la limitación de nuestra muestra los resultados avalan los resultados de estudios más relevantes acerca de la seguridad de este tratamiento.
En el 50% de los casos se inició el tratamiento durante el ingreso hospitalario de los pacientes con una media de 9 días de ingreso. El 67% de estos casos prosiguió el tratamiento con sistemas de TPN a nivel domiciliario.
El tratamiento debe ser interrumpido si se han alcanzado los objetivos planteados, si dichos objetivos no se alcanzan en un período de tiempo razonable o si el paciente no lo tolera o causa complicaciones. En nuestro estudio la media de días de tratamiento con sistemas de TPN fue de 39 días.
En el 100% de los casos se alcanzaron los objetivos terapéuticos planteados al elegir la utilización de sistemas de TPN como parte del tratamiento integral del manejo de las heridas. A destacar, que en el 50% de los casos se consiguió la cicatrización completa de las lesiones y en el 33%, el uso de los sistemas de TPN permitió el manejo de las lesiones mediante curas en ambiente húmedo (CAH). Se decidió finalizar el tratamiento en el 17% restante por aparición de OM.

Bibliografía:
1.- European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión tópica negativa en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd, 2007.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La utilización de sistemas de TPN es una opción de tratamiento válida que ofrece ventajas tanto para el paciente, por la aceleración en el proceso de cicatrización, como para el sistema sanitario por la menor carga de trabajo para el personal de enfermería, así como por la disminución de la necesidad de ingreso hospitalario. Gracias a la protocolización de la utilización de sistemas de TPN se consigue una mayor efectividad en el manejo de esta terapia de tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/812 ========== ***

Nº de registro: 0812

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

Autores:
MARTINEZ UBIETO FERNANDO, BLASCO GIL SILVIA, VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR, ALSINA PUJOL MONTSERRAT, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HERIDAS COMPLEJAS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La utilización de presión negativa con fines médicos ha presentado una evolución muy significativa a lo largo de la historia remontándonos al año 600 a.C. cuando ya se utilizaba para la extracción del veneno de las heridas. Fue en la década de los 90 cuando Argenta y Morykwas desarrollaron el sistema “Método de terapia de heridas con presión negativa” que consistía en el drenaje asistido por vacío de sangre o líquido seroso de una herida o lecho quirúrgico, sentando las bases de este método cuyos sistemas han ido mejorando con el paso de los años.
De eficacia demostrada en heridas de diversa etiología su utilización ha sido algo dispar quizá por desconocimiento o la falsa creencia de que son terapias caras con escasa coste-efectividad.
La utilización de sistemas de Terapia de Presión Negativa (TPN) es una alternativa de tratamiento en heridas complejas o con grandes defectos cutáneos que presentan exudados abundantes permitiendo reducir el número de curas. Ello nos permite acelerar los tiempos de cicatrización y por tanto los costes adicionales al disminuir las estancias inadecuadas, incluso evitando el ingreso en algunos casos, permitiendo un tratamiento ambulatorio. Ello va asociado a una menor incidencia de complicaciones, frecuentes en este tipo de lesiones sin que la calidad de vida del paciente se vea afectada. Encontramos diversos estudios a nivel europeo centrados en el análisis de coste-efectividad de esta intervención en heridas de diversa etiología.
Si bien la experiencia en el servicio de Cirugía de nuestro centro es amplia en el manejo de este tipo de tratamiento para la curación de heridas, consideramos necesaria la realización de este protocolo para sistematizar y consensuar los criterios de utilización del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar la toma de decisiones en cuanto a la indicación de utilización de los sistemas de TPN en el manejo de heridas.
- Dar a conocer este tipo de sistemas entre el personal que vaya a estar implicado tanto en la indicación como el manejo de los mismos.
- Evitar variabilidad o técnicas incorrectas a la hora de aplicar los sistemas de TPN.

MÉTODO
1. Revisión bibliografía del tema
2. Elaboración del protocolo
3. Revisión y aprobación del protocolo
4. Implementación del protocolo
5. Elaboración de un tríptico informativo para pacientes y personal sanitario y difusión del mismo.
6. Análisis de los resultados

INDICADORES
- Nº de curas mediante apósitos convencionales o avanzados para la curación de heridas en un paciente en comparación con el nº de curas mediante TPN en el mismo paciente en un periodo de 48 horas. (Fuente: Registros de Enfermería)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

- Nº de pacientes con signos clínicos de infección en tratamiento con sistemas de TPN durante un periodo de 3 meses /Nº de pacientes en tratamiento con sistemas de TPN en el periodo de 3 meses x 100 (Fuente: Registros de enfermería)

- Nº de días de ingreso de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con sistemas de TPN en un periodo de 3 meses/ Nº de días de ingreso de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN no tratados durante el periodo de 3 meses x 100 (Fuente: Registros de Enfermería)

- Nº pacientes con herida abierta que precisan más de una cura diaria por exceso de exudado/ Nº de pacientes ingresados en planta el día de la medición x 100 (Fuente: Registros de Enfermería y de Admisión de enfermos)

- Nº de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con TPN en 3 meses /Nº total (tratados y no tratados) de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN en 3 meses X 100 (Fuente: CMBD y registros de Enfermería)

DURACIÓN
- Tercer trimestre del 2016:

Elaboración protocolo

- Primer trimestre 2017:

Implementación y difusión del protocolo a los servicios proveedores.

- Segundo trimestre del 2017:

Recogida de datos y evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 3 Bastante

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0819

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BLASCO GIL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBIAC ANDREU MANUEL
GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
BUENO DELGADO ALVARO
GRACIA ROCHE CARLOS
ARTAJONA RODRIGO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo comprendido desde Noviembre de 2016 a Enero de 2017 se procedió a la elaboración del procedimiento de organización y gestión de la consulta de heridas con énfasis en el diagrama de flujo entre atención primaria, consulta de heridas y especialistas, centrado en la figura de la enfermera de la consulta de heridas del hospital que actuaría como "gatekeeper" dentro del sistema.
Los objetivos planteados fueron mejorar la accesibilidad a la consulta de heridas a profesionales y pacientes con heridas crónicas pertenecientes al Sector de Alcañiz procedentes de los diferentes niveles asistenciales (Primaria, Especializada y Sociosanitaria), para asesoría especializada en el diagnóstico, tratamiento, educación para la salud o cualquier otra actuación posible desde la consulta. Así como, mejorar la comunicación interniveles asistenciales lo cual permitiría mantener una continuidad en los cuidados evitando la variabilidad clínica y, de ese modo, reducir los tiempos de curación de las heridas.

Dicho procedimiento permitirá la comunicación entre AP y la consulta de heridas, al conseguir una rápida valoración del paciente en consulta o a través de plataforma telemática (intranet) evitando el desplazamiento de los pacientes a la misma.

El cuidado y tratamiento de las heridas crónicas precisa de un enfoque multidisciplinar y por ello se estableció contacto y se consensuaron criterios clínicos de derivación con las diferentes especialidades médicas que pudieran verse implicadas en el mismo: cirugía, medicina interna y rehabilitación.

Se elaboró un protocolo de enfermería para el manejo de heridas crónicas.

En febrero de 2017 se llevó a cabo la difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes de los distintos niveles asistenciales.

En Diciembre de 2017 se ha procedido a la evaluación de los datos recogidos entre los meses de Febrero y Marzo de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reportamos estudio observacional descriptivo y retrospectivo que incluye un total 59 pacientes atendidos en la Consulta de heridas crónicas y pie diabético cuya procedencia ha sido Atención Primaria en el 66% de los casos (39), Atención Especializada con un 17% de los casos (10) y el 17% restante de los casos (10) han sido remitidos a través de la plataforma telemática (Intranet-control de heridas).
En cuanto a la etiología de las lesiones tratadas ha sido muy variable y se relaciona del siguiente modo:

Etiología de las lesiones	Número de casos	Porcentaje
Úlcera de Pie Diabético	16	27%
Úlcera venosa	13	22%
Úlcera Por Presión	11	18%
Úlcera arterial	2	3%
Dehiscencia herida quirúrgica	2	3%
Mordedura de perro	2	3%
Quemadura	2	3%
Herida post-traumática	2	3%
Enfermedad ampollosa	2	3%
Hematoma subcutáneo	1	2%
Sinus pilonidal	1	2%
Foliculitis	1	2%
Fístula por rechazo de material de osteosíntesis	1	2%
Úlcera de Martorell	1	2%
Abceso de mama	1	2%
Dermatosis purpúrica pigmentada	1	2%

Por tratarse de la etiología más prevalente entre los casos valorados y tratados en la consulta procederemos a un análisis más exhaustivo de las úlceras de pie diabético (UPD).

El 80% de los pacientes que presentaban UPD estaban diagnosticados de DM tipo II con una evolución entre 5 y 10 años de la misma. Las úlceras fueron remitidas a la consulta tras una media de 56 días de evolución.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0819

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Siendo de 122 días para el resto de etiologías.

De las 16 UPD valoradas la etiología neuropática fue la más prevalente con un 56% de los casos, seguida de la neuroisquémica con un 38% y la isquémica con un 6%.

Atendiendo a la clasificación de UPD de la Universidad de Texas esta fue la relación de las lesiones:

Estadificación Nº de casos

- IA 4
- IIA 2
- IIIA 1
- IIIB 2
- IC 2
- IIIC 3
- IIID 2

El 50% de los pacientes fueron remitidos para ser valorados por el servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario Miguel Servet, en el caso de remisión urgente, o bien del Hospital Nuestra Señora de Gracia en el resto de los casos.

El dolor es uno de los peores aspectos y, probablemente, el más infravalorado y por ende tratado, de padecer una úlcera crónica. Siendo precisa la valoración y el control del mismo como partes fundamentales del plan de cuidados del paciente.
Se valoró el dolor de los pacientes mediante la Escala Visual Analógica (EVA) considerando dolor leve una puntuación entre 0-2, dolor moderado entre 3-7 e intenso una puntuación superior a 7.

El 51% de los pacientes referían dolor moderado, dolor leve un 42% y un 7% refirió dolor intenso en la valoración inicial.

El porcentaje de curación de las lesiones valoradas y tratadas en este tiempo en la Consulta de heridas ha sido de un 41%.

- Número de consultas recibidas por intranet 10 casos (17%)
- % de pacientes con lesión que han requerido la derivación a la consulta de cirugía general 42% (25 casos)
- % de pacientes ingresados de urgencia desde la consulta 5% (3 casos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del procedimiento elaborado ha permitido proporcionar cuidados integrales de calidad a través de un equipo multidisciplinar a las personas con heridas crónicas atendidas así como mejorar la comunicación y coordinación entre los distintos niveles de salud y profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/819 ========== ***

Nº de registro: 0819

Título
PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores:
BLASCO GIL SILVIA, ALBIAC ANDREU MANUEL, GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, BUENO DELGADO ALVARO, GRACIA ROCHE CARLOS, ARTAJONA RODRIGO ESTHER, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HERIDA ABIERTA COMPLICADA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0819

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las heridas crónicas representan un verdadero problema de salud que conlleva importantes repercusiones tanto a nivel del paciente que las sufre, como en el ámbito socio-sanitario debido al consumo de recursos que implica su atención. Viéndose incrementados de forma considerable los costes para el sistema de salud.
Existe una variabilidad clínica en la atención prestada a estos pacientes que conlleva mantener a pacientes en el ámbito domiciliario cuando precisarían de una atención especializada.
Con este procedimiento pretendemos ofrecer una mejor gestión de las heridas crónicas en nuestro sector desde una perspectiva integral y multidisciplinar

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la accesibilidad a la consulta de heridas a profesionales y pacientes con heridas crónicas pertenecientes al Sector de Alcañiz procedentes de los diferentes niveles asistenciales (Primaria, Especializada y Sociosanitaria), para asesoría especializada en el diagnóstico, tratamiento, educación para la salud o cualquier otra actuación posible desde la consulta.

- Mejorar la comunicación interniveles asistenciales lo cual permitirá mantener una continuidad en los cuidados evitando la variabilidad clínica y reduciendo los tiempos de curación de las heridas.

MÉTODO
1. Elaboración de un procedimiento de organización y gestión de una consulta de heridas con énfasis en el diagrama de flujo entre atención primaria, consulta de heridas y especialistas, centrado en la figura de la enfermera de la consulta de heridas del hospital que actuará como “gatekeeper” dentro del sistema:
La comunicación entre AP y la consulta de heridas podrá realizarse a través de plataforma telemática (intranet) evitando el desplazamiento de los pacientes a la consulta
Se establecerán criterios de derivación entre la enfermera de la consulta de heridas y los especialistas correspondientes.
Se crearán los procedimientos clínicos correspondientes.

2. Difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes de los distintos niveles asistenciales

3. Evaluación anual de indicadores

INDICADORES
- Disponibilidad del procedimiento
- Número de consultas recibidas por intranet
- Encuesta de satisfacción a los coordinadores de enfermería de atención primaria
- % de pacientes que han requerido la derivación a la consulta del cirujano
- Pacientes ingresados de urgencia desde la consultax100/Total de pacientes atendidos en la unidad
- Pacientes derivados a cirujanox100/Total de pacientes atendidos en la unidad

DURACIÓN
- Noviembre16-Enero17 Elaboración del procedimiento

- Febrero 2017. Difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes

- Diciembre 17. Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0215

1. TÍTULO

MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SUSANA RODRIGUEZ ALBA
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ VAQUERO CARMEN
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS
FUSTER BUJ MARIA ELENA
SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-HEMOS REALIZADO REUNIONES TRIMESTRALES PARA ANALIZAR, VALORAR Y EVALUAR TODO LO QUE ESTABAMOS REALIZANDO.
-HEOS CONSEGUIDO INTRODUCIR TODOS LOS REGISTROS DE LA ZONA DE RECEPCIÓN Y LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION. SEGUIMOS CON FORMATO PAPEL POR LA SITUACION ESPECIAL DE NUESTRA CENTRAL, QUE EN NOCHES, FINES DE SEMANA Y FESTIVOS EL PERSONAL DE QUIRÓFANO SE HACE CARGO DE ELLA.
-HEMOS CONSEGUIDO UNA BUENA MONITORIZACIÓN E LOS INDICADORES DE LA CENTRAL EN LA ZONA DE RECEPCIÓN Y LAVADO.
-SE COMIENZA A CONTROLAR EL INDICADOR A PARTIR DE OCTUBRE DE 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR: ERRORES O AUSENCIA DE REGISTRO INFORMÁTICAMENTE EN EL PROCESO DE LAVADO: Nº DE CICLOS CON ERRORES O AUSENCIA DE REGISTRO DE LAVADO X 100/Nº DE CICLOS LAVADOS(INFORMÁTICAMENTE)
ESTANDAR<30%
RESULTADO DE OCUBRE/NOVIEMBRE/DICIEMBRE 17: 1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-DISPONEMOS DE UN ORDENADOR CON UN SOFTWARE MUY ANTIGUO QUE JUNTO CON LA MALA CONEXION A INTERNET QUE DISPONE EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN NOS DIFICULTA MUCHO LA TAREA DE INTRODUCCION DE DATOS AL SISTEMA Y AÚN ASÍ HEMOS CONSEGUIDO REALIZAR UNA BUENA IMPLEMENTACIÓN. VA MUY LENTO Y SE CUELGA MUCHAS VECES A LO LARGO DE LA JORNADA.
-SEGUIMOS MONITORIZANDOLO A LO LARGO DE 2018.
-NOS FACILITA LOS RESULTADOS MENSUALES DE LOS INDICADORES DE LA ZONA DE RECEPCIÓN Y LAVADO, PERSO SE PODÍA MEJORAR EL OBTENER ESTOS RESULTADOS SI EL PROGRAMA DE TRAZABILIDAD LO IMPUSIESE EL SALUD EN LA VERSION ACTUALIZADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/215 ========== ***

Nº de registro: 0215

Título
MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
RODRIGUEZ ALBA SUSANA, GONZALEZ VAQUERO CARMEN, GUILLEN PISA ANA, FUSTER BUJ MARIA ELENA, FERRANDO RAMOS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente se dispone de un programa de registro informatizado en la central de esterilización (TRAZ-INS) que se ha ejecutado de forma limitada en el proceso de esterilización. Sin embargo, el registro de lavado sigue

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0215

1. TÍTULO

MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

siendo en papel.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la trazabilidad del instrumental lavado.
Facilitar el trabajo al personal evitando registro en papel.
Facilitar la monitorización de los indicadores de la central de esterilización

MÉTODO
- Unificación de la designación de los materiales
- Elaboración del listado de material
- Introducción en el programa TRAZ-INS
- Modificación del proceso de lavado y documentación relacionada en lo relativo a registro
- Implantación de la nueva versión del proceso de lavado y documentos asociados.

INDICADORES
% de material lavado registrado en el programa TRAZ-INS

DURACIÓN
Enero 2017: Listado de material y unificación de la designación de los materiales
Febrero-Junio 2017: Introducción en el programa TRAZ-INS
Febrero 2017. Modificación del proceso de lavado y documentación asociada
Julio-Septiembre 2017: Implantación de las modificaciones del proceso
Diciembre 2017. Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0216

1. TÍTULO

REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GONZALEZ VAQUERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ ALBA SUSANA
FUSTER BUJ MARIA ELENA
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS
SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-SE REALIZAN REUNIONES TRIMESTRALES PARA IR REVISANDO EL PROCESO.
-REVISAR TODOS LOS DATOS QUE HAY INTRODUCIDOS HASTA AHORA(ENERO 2017) EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO TRAZINS, TENIENDO EN CUENTA TANTO LOS CONTENEDORES QUE HAY COMO SI ESTÁ CORRECTAMENTE REGISTRADO EL MÉTODO DE ESTERILIZACIÓN COMO EL MÉTODO DE LAVADO(SON CAMPOS QUE ENTRAN DENTRO DEL REGISTRO).
-SE ACTUALIZAN LOS DATOS EN EL PROGRAMA Y SE INTRODUCE EL MATERIAL EMBOLSADO(QUE NO ESTABA REGISTRADO), JUSTIFICANDO QUE HAY CONTENEDORES QUE HAN CAMBIADO DE SITUACIÓN O BIEN NO ESTABAN BIEN REAGRUPADOS.MATERIAL DE LA ESPECIALIDAD, MATERIAL EN DEPÓSITO(CONTENEDORES O MATERIAL QUE NOS DEJAN LAS CASAS COMERCIALES) Y MATERIAL EN PRÉSTAMO(MATERIAL ITINERANTE, QUE VIENE PARA UNA INTERVENCIÓN CONCRETA SE PROCESA Y SE VA).
-EN LA CENTRAL SE REALIZA UN LISTADO EN UNA LIBRETA DE TODO EL MATERIAL QUE VAN OBSERVAN QUE NO ESTÁ INTRODUCIDO EN EL PROGRAMA TRAZINS EN EL CAMPO CORRECTO:CONTENEDORES O MATERIAL SIN CODIFICAR.
-CARMEN GONZÁLEZ COMO RESPONSABLE DE LA CENTRAL LO INTRODUCE CADA 15 DÍAS O MES SEGÚN DISPONIBILIDAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% DE CONTENDORES QUE TIENEN LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA: 100%
% DE MATERIAL EMBOLSADO DE QUIRÓFANO REGISTRADO: 100%.
%DE MATERIAL EMBOLSADO DE PLANTAS REGISTRADO:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-TENIAMOS MUCHOS MATERIALES:CONTENEDORES, MATERIAL DE CENTROS DE SALUD, MATERIAL DE PLANTAS, MATERIAL ITINERANTE, MATERIAL PRESTADO SIN ASIGNACIÓN, SE ITNRODUCÍA TODO EN LA HOJA DE CARGA EN EL CAMPO "SIN CODIFICAR", ADEMÁS EN GENERAL SIN ESPECIFICAR ARTÍCULOS, Y HEMOS CONSEGUIDO PODER CLASIFICAR BASTANTE MATERIAL, CONTENEDORES.. QUE DE ESTA MANERA AUMENTA LA TRAZABILIDAD DEL PRODUCTO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL MATERIAL QUE ESTAMOS USANDO.

7. OBSERVACIONES.
SERÍA INTERESANTE PODER CONCLUIR ESTE PROYECTO CON OTRO PROYECTO UNIDO CON UN REGISTRO FOTOGRÁFICO DE MATERIAL EMBOLSADO, DEL MATERIAL DE TODOS LOS CONTENEDORES TANTO LOS DE DEPÓSITO COMO LOS ITINERANTES...

*** ========== Resumen del proyecto 2016/216 ========== ***

Nº de registro: 0216

Título
REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ VAQUERO CARMEN, RODRIGUEZ ALBA SUSANA, GUILLEN PISA ANA, FUSTER BUJ MARIA ELENA, FERRANDO RAMOS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0216

1. TÍTULO

REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROBLEMA
Desde hace meses disponemos del programa TRAZ-INS que facilita el registro de las cargas del esterilizador mejorando la trazabilidad del proceso de esterilización. En el momento actual se han registrado todas las cajas de material, pero falta de incluir el material suelto.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la trazabilidad de la esterilización del material suelto.
Facilitar el trabajo al personal evitando registro en papel.
Facilitar la monitorización de los indicadores de la central de esterilización

MÉTODO
- Unificación de la designación de los materiales
- Elaboración del listado de material
- Introducción en el programa TRAZ-INS
- Modificación del proceso de esterilización y documentos relacionados en lo relativo a registro
- Implantación de la nueva versión del procedimiento de esterilización.

INDICADORES
% de material suelto registrado en el programa TRAZ-INS

DURACIÓN
Enero 2017: Listado de material y unificación de la designación de los materiales
Febrero-Junio 2017: Introducción en el programa TRAZ-INS
Febrero 2017. Modificación del proceso de esterilización y documentos asociados
Julio-Septiembre 2017: Implantación de las modificaciones del proceso
Diciembre 2017. Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0310

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE LIMPIA EN LA ZONA DE RECEPCION Y LIMPIEZA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS FERRANDO RAMOS
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ VAQUERO CARMEN
FUSTER BUJ ELENA
RODRIGUEZ ALBA SUSANA
SANCHEZ ROYO ALBERTO
INSA DOMENE NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Hemos realizado un catálogo fotográfico (digital y formato papel) de todo el material que hemos ido recibiendo en la Central de Esterilización para su limpieza y posterior esterilización, y que en el momento de recibirlo presentaba incidencias y/o posteriores reclamaciones:
1. No estaba correctamente desmontado tras el uso en quirófano por parte del personal de quirófano. Lo que originaba problemas en el momento de realizar los contenedores: bien hay que volverlo a procesar en el lavado con el consiguiente retraso para la esterilización o bien hemos recibido reclamación en el momento del acto quirúrgico puesto que al no haberse desmontado para lavar, no darse cuenta al realizar los contenedores el personal de quirófano; en el momento del acto quirúrgico ese material presentaba restos orgánicos que aunque había pasado el proceso de esterilización no se puede considerar material estéril.
2. Aquellas piezas que consideramos que puedan presentar restos aún después del lavado mecánico por presentar estos materiales características específicas de rigidez, forma rugosa….(sierras, brocas….)
Se ha elaborado un poster que se ha colocado en la pared de la central para que el personal lo tenga como referencia cuando realizan los contenedores, así como una sesión clínica donde se han mostrado en la misma diapositiva fotografías de estos materiales cuando se produjo la incidencia y la fotografía de cómo debería haberse entregado, así como diapositivas con fotografías del material como se entregó y como debería haberse entregado.
Comenzó a implementarse en Julio y hemos medido los resultados de la actividad hasta DICIEMBRE 18, seguiremos midiéndola y consideraremos este indicador un indicador propio de la Central para evaluar a partir de ahora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha valorado el indicador de % piezas sucias o con restos orgánicos (Nº de reclamaciones- incidencias recibidas por presentar material quirúrgico con resto de materia orgánica dentro del bloque quirúrgico x 100/ Nº de contenedores y piezas sueltas que se recepcionan y se procesan en la Central de esterilización. El resultado obtenido ha sido del 0.17 % (estándar propuesto <2%).
Y también hemos evaluado el indicador % piezas sin desmontar (Nº de incidencias recibidas por presentar material quirúrgico con resto de materia orgánica dentro del bloque quirúrgico x 100/ Nº de contenedores y piezas sueltas que se recepcionan y se procesan en la Central de esterilización. El resultado obtenido ha sido del 0.20 % (estándar propuesto <2%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de un póster con imágenes de los materiales que más problemas de desmontaje nos originan y la realización de sesiones con los mismos se ha mostrado de utilidad para reducir las incidencias y reclamaciones relacionadas con estos materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/310 ========== ***

Nº de registro: 0310

Título
CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE PROCEDE AL LAVADO Y LIMIEZA EN LA CENTRAL DE ESTERILZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS, GONZALEZ VAQUERO CARMEN, FUSTER BUJ MARIA ELENA, RODRIGUEZ ALBA SUSANA, SANCHEZ ROYO ALBERTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0310

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE LIMPIA EN LA ZONA DE RECEPCION Y LIMPIEZA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes quirúrgicos
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el proceso de recepción de material de la Central nos encontramos con que mucho material que nos llega desde el bloque quirúrgico no está correctamente desmontado para la limpieza, y a veces ni el personal del bloque al preparar el material lo sabe, con lo que vemos que puede y de hecho está ocurriendo un grave problema de seguridad para el paciente quirúrgico.
Si ese material que no se ha desmontado correctamente, se lava, se prepara y se esteriliza sin haberse desmontado por lo que no se ha lavado correctamente todas las piezas, en el momento del acto quirúrgico puede ocurrir que no reúna las condiciones necesarias y seguras para el paciente.
A sus vez, también nos hemos dado cuenta de que hay material que por sus características precisa de que se tenga mucho más cuidado y se revise con mayor precisión en el proceso de limpieza.
Tenemos numerosas incidencias al respecto, sobre todo material de traumatología muy concreto que no se desmonta correctamente y que supone un riesgo para la seguridad del paciente y un gasto aumentado para el centro hospitalario.(una vez que se ha lavado vía normal hay que volver a repetir el ciclo por que no se había desmontado correctamente y retrasando el trabajo del personal de la Central)

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir el número de incidencias en el proceso de recepción respecto a los material que llegan sin desmontar desde el bloque quirúrgico.
-Disminuir el número de piezas críticas que no se han lavado correctamente.

MÉTODO
-Realizar foto individual de cada instrumental.
-Identificarlo con ayuda de la referencia y de la Responsable de Calidad de la Central e Esterilización.
-Elaborar de un registro fotográfico en formato papel.
-Elaborar un registro fotográfico en formato digital.
-Realizar póster o ilustraciones y ponerla en la Central para llamar la atención del personal del bloque quirúrgico.

INDICADORES
-Realizar un indicador con las incidencias de este tipo en el proceso de recepción y de las que puedan producir "in situ" dentro e quirófano por esta causa.
-Realizar un indicador de todas aquellas piezas críticas que después de la limpieza en termodesinfectadora hay que volver a reprocesar y conocer la causa.

DURACIÓN
-Febrero- Septiembre 2018: Realización de fotografías de los distintos materiales críticos.
-Septiembre-Noviembre 2018: Identificación de cada material con su nombre y fotografía. Crear formato para registrar incidencias e este tipo.
-Diciembre 2018: Evaluación de registrados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0037

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VARELA MARTINEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS
SANCHO VAL LUIS IGNACIO
BALFAGON ORTIZ BEATRIZ
LABORDA GALICIA NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®)
- Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes(GPA)(Farmatools®)
- Prescripción médica electrónica.
- Validación farmacéutica electrónica.
- Impresión de las hojas de preparación y etiquetas por paciente y mezcla intravenosa a preparar.
- Mejora del control de calidad de las mezclas intravenosas.
- Gestión del stock de fármacos e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad clínica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La revisión y actualización del Maestro de Artículos así como la configuración del programa informático se iniciaron en Junio del 2016. Este proceso de actualización es continúo de manera que se siguen incorporando los nuevos medicamentos adquiridos a la base de datos e incluyendo los nuevos ciclos de tratamiento en el programa de Gestión de Pacientes Ambulantes según demanda por parte de Hematología.
La formación al personal de Farmacia implicado se desarrolló después del proceso de configuración y la implantación del programa informático en el Servicio de Farmacia se realizó en Octubre de 2016.
Posteriormente se llevaron a cabo sesiones de apoyo a Hematología durante Marzo y Abril de 2017. La prescripción electrónica médica comenzó en Marzo del 2017 pero a partir de Septiembre las prescripciones volvieron al formato papel.
Sin embargo el Servicio de Farmacia ha continuado trabajando con el programa informático incorporando al mismo todas las prescripciones que recibe del Servicio de Hematología. Por este motivo la trazabilidad, la gestión del stock y la calidad en la preparación de las mezclas intravenosas así como la imputación del consumo por paciente y Servicio no se han visto afectadas por la no prescripción médica electrónica por parte del Servicio de Hematología.
En total, se han validado electrónicamente 13 pacientes durante el 2017, lo que han supuesto un total de 909 mezclas elaboradas (que no ciclos por paciente).
Con respecto a los indicadores:
- Nº de prescripciones médicas electrónicas del servicio de Hematología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del servicio de Hematología: de las 909 mezclas elaboradas, hematología ha validado 149 órdenes de tratamiento y Farmacia 683. Por lo tanto, los hematólogos han prescrito electrónicamente un 21,9% de los tratamientos.
- Nº de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso informático del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de mezclas intravenosas preparadas del servicio de Hematología: el 100% de las mezclas intravenosas están reflejadas en el programa informático ya fuera a través de prescripción electrónicas por parte de Hematología o por transcripción de la orden médica en formato papel por parte de los farmacéuticos al programa de pacientes ambulantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El motivo por el cual el Servicio de Hematología dejó de prescribir electrónicamente fue porque no llegaba a entender su funcionamiento lo que provocaba que se demorasen las consultas. Se reforzará la formación y se ajustará más el programa a sus demandas para facilitarles la asistencia al paciente.
Desde el punto de vista del paciente, se ha reforzado la seguridad al estar informatizado tanto protocolos (como ayuda en la prescripción) como hojas de preparación de las mezclas y etiquetas de paciente (como ayuda en la elaboración y administración).
Con respecto a la gestión de stock e imputación de consumos por pacientes y unidad clínica, desde la implantación de la prescripción electrónica en pacientes ambulantes, se ha optimizado lo que ha facilitado mucho la labor de farmacia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/37 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0037

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Nº de registro: 0037

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Autores:
VARELA MARTINEZ ISABEL, SANCHO VAL LUIS IGNACIO, PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS, MOYA GOMEZ MARIA TERESA, BALFAGON ORTIZ BEATRIZ, ROYO SOLER MIRIAM, LABORDA GALICIA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El objetivo de este proyecto es la informatización completa del área de Pacientes Ambulantes del Servicio de Farmacia y la implantación de la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulantes hematológicos.
En la actualidad las prescripción médica, validación farmacéutica y preparación de las mezclas se realiza de forma manual.
Resultados hasta el momento: Durante 2014 y 2015 se realizó la implantación de la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulantes pertenecientes a los Servicios de Oncología Médica, Reumatología, Dermatología y Digestivo con resultados muy satisfactorios. Se obtuvieron las mejoras previstas tanto en las relacionadas con la seguridad del paciente como en el circuito prescripción médica-validación farmacéutica-elaboración mezcla intravenosa-dispensación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Reducción de la probabilidad de error.
- Aumento de la seguridad en la preparación de las mezclas intravenosas.
- Mejora en el proceso de prescripción médica
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica
- Mejora en el proceso de preparación de la mezcla intravenosa y su dispensación.

MÉTODO
1. Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®)
2. Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®)
3. Prescripción médica electrónica.
4. Validación farmacéutica electrónica.
5. Impresión de las hojas de preparación y etiquetas por paciente y mezcla intravenosa a preparar.
6. Mejora del control de calidad de las mezclas intravenosas.
7. Gestión del stock de fármacos e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad clínica.

INDICADORES
Nº de prescripciones médicas electrónicas del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del Servicio de Hematología.

Nº de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso informatizado del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de mezclas intravenosas preparadas del Servicio de Hematología

DURACIÓN
Septiembre 2016: Configuración del programa informático
Noviembre 2016: Validación del proceso de informatización . Introducción de mejoras.
Enero 2017-Mayo 2017: Formación del personal implicado, implantación del proceso de implantación electrónica.
Mayo 2017-Septiembre 2017: Seguimiento e implantación de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0037

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... EDGAR FERNANDEZ ALONSO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO TRIANA YARA MARIA
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC
LACUEVA PORTOLES PILAR
MOLIAS FERRER JAVIER
ALTABAS ALCON ADRIAN
MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el módulo de Unidosis de FarmaTools®. a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo. Tras dos años de trabajo se actualizaron las bases de datos de medicamentos del servicio de farmacia y se revisaron las pautas posológicas y dosis más fecuentes
2. Se modificó la estructura de camas del módulo de unidosis de FarmaTools®. para adaptarlo a nuestro hospital.
3. Revisión de la disponibilidad de ordenadores e impresoras y dotación del material necesario
4. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos. En Diciembre de 2017 comenzamos con la formación a los facultativos, una planta de hospitalización por semana, comenzando por la planta sexta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el momento actual toda la prescripción de la unidosis de las plantas sexta, quinta y cuarta se está haciendo con el módulo, por lo que se cumple nuestro objetivo del 50%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos encontrado dos obstáculos con los que no contábamos:
- La gran cantidad de papel que se genera para trazar la administración de fármacos por enfermería que está engordando considerablemente nuestras historias, en un contexto de insuficiencia de archivos de historias, de forma que dirección acaba de paralizar la implantación en las dos plantas restantes hasta que se nos actualice al nuevo módulo de Farmatools que corrige este problema, que se espera para Abril de 2018.
- La actitud de algunos profesionales que, a pesar de tener el registro informático, imprimen el tratamiento de forma innecesaria con lo que sigue entrando papel en la historia clínica electrónica, algo que hay que subsanar en los próximos meses.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1485 ========== ***

Nº de registro: 1485

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Autores:
URIARTE PINTO MOISES, ALONSO TRIANA YARA MARIA, RUIZ MARISCAL MARIA, MUÑOZ FARJAS ELENA, FANDOS LORENTE SERGIO, SOLANO SANCHEZ MARINA LUISA, GRACIA ROCHE CARLOS, YAYA BEAS MANUEL RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías. Afecta a todo paciente que ingrese en nuestro hospital
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras cumplimentar en el año 2014 el Cuestionario Internacional de Evaluación del Sistema de Utilización de Medicamentos en los Hospitales (ISMP) observamos numerosas áreas de mejora, entre otras esta que presentamos.
En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano del nombre y nº de historia clínica del paciente, así como de la medicación en las hojas de autocalco de unidosis.
Además, según nuestros indicadores de historia clínica, más de la mitad no se firman por el médico responsable.
En estas condiciones la probabilidad de errores (legibilidad, abreviaturas, ausencia de identificación…) aumenta considerablemente.
Por otra parte al bajar en papel a farmacia suelen bajar todas juntas y a última hora teniendo que realizar apresuradamente su transcripción al programa informático de farmacia y el posterior llenado de los carros de unidosis, lo que aumenta la probabilidad de aparición de errores.
Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica en el módulo de Unidosis de FarmaTools® evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y la transcripción de la orden médica en farmacia para introducirla en el módulo de Unidosis de FarmaTools® para la preparación del carro de unidosis.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conseguir que las prescripciones sean legibles por el servicio de farmacia
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción por si precisa ajuste de dosis
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que límite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.
7. Conseguir que todas las prescripciones sean validadas por un farmacéutico.

MÉTODO
1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el módulo de Unidosis de FarmaTools®.
a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
b. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools®.
3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
4. Implantación definitiva de la PEA.
Como recursos materiales será necesario dotar las unidades de material informático necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

INDICADORES
Definición del indicador: porcentaje de órdenes de tratamiento que llegan de forma electrónica respecto al total de órdenes médicas totales.
(Órdenes médicas electrónicas / Total de ordenes médicas electrónicas y papel) x 100
Fuente de Datos: Auditoria
Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.
Límite Inferior: 40%
Límite superior: 50%

DURACIÓN
Mayo-Agosto de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.
Septiembre de 2017: Formación a los facultativos.
Octubre de 2017: implantación definitiva.
Enero de 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1610

1. TÍTULO

INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... YARA MARIA ALONSO TRIANA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE
ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN
VIDAL MESEGUER ANA PILAR
FERNANDEZ ALONSO EDGAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de un procedimiento de gestión de botiquines. Dicho procedimiento ha seguido criterios de ordenación 5S con el objetivo de optimizar el espacio disponible en los controles de enfermería así como la limpieza. Se ha elaborado un listado de medicamentos de alto riesgo, se han comprado cajetines nuevos para la medicación marcando en color verde oscuro los medicamentos de alto riesgo. Se ha eliminado las presentaciones farmacéuticas que pudiera dar lugar a confusión. Finalmente se ha hecho énfasis en la difusión de los “cinco correctos”.
Se ha adoptado el registro de caducidades mediante calendario. Finalmente, aunque se acordó marcar stocks mínimos como referencia se decidió no implementar el formato de rotura de stock teniendo en cuenta que la farmacia está disponible las 24 horas.
Se han renovado los termómetros de las neveras.
Se ha desarrollado acciones formativas en todas las plantas.
Se ha realizado auditoría de botiquines en Enero de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se muestran los resultados principales de la auditoría de botiquines:
- Todos los botiquines tenían actualizada la libreta de caducidades no encontrando ningún fármaco caducado.
- No se detectó ninguna rotura de stock.
- La sistemática de clasificación de los fármacos se mantenía de acuerdo a lo establecido.
- Se evidencia la mejora en el orden, el espacio de trabajo y la limpieza de los controles

Sin embargo como aspectos mejorables encontramos:
- Fármacos multidosis en nevera, a veces identificado por número de cama en lugar de nombre del paciente. A veces hemos encontrado multidosis sin fecha de apertura. En alguna nevera ausencia de registro de temperatura.
- Registro de estupefacientes. Hemos mejorado en la seguridad dado que todos los botiquines de estupefacientes estaban cerrados, sin embargo se evidencia que el registro de datos del médico prescriptor con frecuencia están incompletos o ausentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El procedimiento ha incrementado sensiblemente la seguridad del procedimiento de administración de fármacos, aunque aún persisten costumbres a cambiar en el manejo de los fármacos multidosis que esperamos corregir con el informe de auditoría y nuevas sesiones. En cualquier caso damos por cerrado el proyecto dado que la mayor parte se ha implementado con éxito, aunque monitorizaremos su desarrollo una vez al año como se indica en el propio procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1610 ========== ***

Nº de registro: 1610

Título
INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES

Autores:
ALONSO TRIANA YARA MARIA, TURON ALCAINE JOSE MARIA, URIARTE PINTO MOISES, MARTINEZ FERRI MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1610

1. TÍTULO

INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el año 2014 cumplimentamos el Cuestionario Internacional de Evaluación del Sistema de Utilización de Medicamentos en los Hospitales (ISMP) que señaló numerosas áreas de mejora, entre otras esta que presentamos. En el mismo año realizamos una auditoría de botiquines que mostró numerosas deficiencias que hemos ido corrigiendo (por ejemplo comprando armarios de medicación y cambiando cajetines con identificación de los fármacos peligrosos). Queda una última parte que es la elaboración e implantación de un procedimiento de gestión de botiquines que afecte a todo el hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
Sistematizar la gestión del botiquín, mejorando el orden en los controles, la gestión de caducidades, asegurar la disponibilidad de stocks sin tener que almacenar gran cantidad de productos en planta e identificar los fármacos de alto riesgo en los cajetines identificados por colores.

MÉTODO
Elaboración de un procedimiento de gestión de botiquines. Acciones formativas para enfermería del hospital. Auditoría anual.

INDICADORES
Disponiblidad de formato de caducidades cumplimentado mensualmente, disponiblidad de formato de rotura de stock cumplimentado, registro de caducidades cumplimentado, ausencia de fármacos caducados, fármacos con fecha de apertura en nevera, cajetines con fármacos de alto riesgo identificados con color distinto.
Fuente de Datos: Auditoría

DURACIÓN
Julio 2017: Procedimiento de gestión de botiquines. Responsable JM TURÖN
Septiembre 2017. PLAN DE FORMACIÓN. MJ MARTINEZ FERRI
Enero 2017: AUDITORIA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0741

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EDGAR FERNANDEZ ALONSO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO
ALONSO TRIANA YARA MARIA
MALDONADO DOMENECH ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la presentación del proyecto las actividades realizadas han sido las siguientes:
- Formación por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del servicio de Oncología Médica y personal de enfermería implicados en el proceso mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
- Se ha formado a los facultativos del Servicio de Oncología Médica en materia de programación eficiente de los ciclos del plan terapéutico de los pacientes para la utilización del aplicativo informático.
- Se han revisado y adaptado de forma consensuada protocolos antineoplásicos estandarizados en función del diagnóstico e indicación.
- Se ha formado al personal de enfermería para la confirmación on-line de la asistencia del paciente tras la verificación de la prescripción por parte del médico.
- Se ha instruido al personal de enfermería para la impresión de la “Hoja de administración de tratamiento antineoplásico” que contiene información necesaria para la administración del tratamiento (dosis, cuidados específicos, tiempos de infusión, etc..) así como registro de la administración mediante firma por parte de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el primer semestre de 2018 se llevó a cabo el proceso de formación a los facultativos y personal de enfermería, así como la adecuación en el aplicativo informático de los protocolos consensuados entre Oncología Médica y Farmacia Hospitalaria. De forma gradual se ha conseguido una mejor gestión en todos los niveles:
-A nivel de eficiencia: se ha conseguido optimizar la gestión de compras y stocks, evitando roturas de stocks y realizado de esta forma una adquisición eficiente de los antineoplásicos. Se ha optimizado la programación de los planes farmacoterapéuticos mejorando la planificación de la actividad en hospital de día, así como los recursos necesarios en Farmacia Hospitalaria, lo que conlleva a una previsión adecuada de pacientes y tratamientos con antelación. La confirmación de la prescripción por parte de enfermería una vez verificado el tratamiento aporta valor a todo el proceso acortando tiempos en el circuito.
-A nivel clínico: se ha mejorado el proceso de prescripción médica en hospital de día por parte de Oncología Médica, alcanzando una mejora en la protocolización de esquemas antineoplásicos. Se ha aumentado la seguridad en el paciente mejorando el sistema de administración de antineoplásicos, así como adecuando la firma del personal de enfermería gracias a la utilización de la “Hoja de administración de tratamiento antineoplásico”. Además, se ha mejorado en la trazabilidad de todo el proceso.
Todas estas mejoras alcanzadas han permitido optimizar al mismo tiempo la explotación informática de datos diagnósticos y terapéuticos.
Respecto a los indicadores de evaluación, tanto el porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el hospital desde el inicio del proyecto como el número el número de roturas de stock fue cero en ambos casos.
El porcentaje de pacientes oncológicos con programación en el sistema informático respecto del total de pacientes programados en hospital de día fue del 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gestionar el hospital de día oncológico supone un control de los procesos para poder garantizar la seguridad en los pacientes.
Gracias a la prescripción electrónica y al uso adecuado del aplicativo disponible es posible una planificación eficiente de la actividad de hospital de día que conlleva a una optimización de los recursos necesarios en Farmacia Hospitalaria, a una mejora en el sistema de administración del tratamiento por parte de enfermería, y a una mejora tanto en la seguridad del paciente como en la trazabilidad de todo el circuito.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/741 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0741

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Nº de registro: 0741

Título
OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTIÓN Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Autores:
FERNANDEZ ALONSO EDGAR, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, ALONSO TRIANA YARA MARIA, GALAN CERRATO NIEVES, MALDONADO DOMENECH ANA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ORTI MOLES JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La gestión de hospital de día oncológico es compleja y requiere en la práctica clínica de la participación de diferentes profesionales con un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente.
Además, este tipo de tratamientos resultan de los más complejos existentes actualmente en la terapéutica: complejidad de esquemas, diferentes criterios de dosificación, diversas pautas de administración, etc..
Gracias a las nuevas herramientas en tecnologías de la información y comunicación, podemos facilitar, simplificar y automatizar los procesos de prescripción médica, confirmación del paciente, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración de enfermería y seguimiento del paciente. Todo ello, supone una reducción en los errores de medicación, así como la optimización de los procesos.
Actualmente en el centro se está realizando un uso ineficiente del sistema de prescripción electrónica:
-No existe una programación eficiente de los ciclos de los pacientes correspondientes al plan terapéutico.
-No es posible realizar una gestión eficiente y una planificación de la actividad de hospital de día a través de una agenda de programación de pacientes informatizada (se realiza manual), y ello conlleva a ineficiencias en el proceso de compras y a roturas de stock.
-La administración de enfermería se realiza siguiendo una prescripción manual, en vez de utilizar una electrónica validada por el Farmacéutico, que además se acompañaría de instrucciones en la administración.
Debido a todos estos factores expuestos es aconsejable la optimización del circuito de forma que proporcione argumentos en la mejora de seguridad en el entorno de una farmacoterapia tan compleja.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejora en el proceso de prescripción en Oncología Médica en el ámbito de Pacientes Ambulantes.
- Optimización de la programación de los planes terapéuticos de los pacientes, de tal forma que permita realizar una planificación de la actividad y de los recursos necesarios en el Servicio de Farmacia Hospitalaria.
-Mejora del sistema de administración de antineoplásicos por parte de enfermería: implantación de un sistema de confirmación presencial de pacientes y de administración electrónico validado por el Farmacéutico, proporcionando un incremento en la seguridad a este nivel.
-Mejora en la trazabilidad del proceso.
-Mejora de la eficiencia: optimización de los recursos (gestión de stocks y compras).

MÉTODO
Se proporcionará por parte del servicio de Farmacia Hospitalaria formación adicional y específica a los facultativos del servicio de Oncología Médica en materia de prescripción informatizada y de programación eficiente de los ciclos del plan terapéutico. Se revisarán y adaptarán de forma consensuada protocolos antineoplásicos estandarizados en función del diagnóstico e indicación.
Se proporcionará formación específica para el personal de enfermería: confirmación online de la prescripción tras verificación de la situación del paciente en la consulta o analítica del paciente.
Impresión de la “Hoja de Administración de tratamiento antineoplásico” para enfermería tras validación Farmacéutica, que contiene la información necesaria para la administración de antineoplásicos: dosis, forma farmacéutica, cuidados específicos, tiempos de infusión, etc.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0741

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

- Porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el hospital desde el inicio del proyecto.
- Nº de roturas de stock
-Porcentaje de pacientes oncológicos con programación en el sistema informático respecto del total de pacientes programados en hospital de día.

DURACIÓN
El proceso de implantación del circuito de mejora se llevará a cabo durante el primer semestre del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DEMEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIAPARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... YARA MARIA ALONSO TRIANA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ALONSO EDGAR
CALDERON MEZA JOSE MANUEL
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES
LAHOZ ROMEO MARIA DEL CARMEN
AGUILAR GASCON YOLANDA
ROCA PONZ ROSA MARIA
FORT JULIAN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha revisado y actualizado las fichas de las vacunas en el maestro de artículos del programa de Farmatools.

Se han creado en el módulo de pacientes ambulantes (DPA) calendarios de vacunación basados en el protocolo de vacunación de grupos de riesgo implantado en el hospital por el servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Se ha instalado el programa de prescripción electrónica (DPA) en la consulta de Medicina Preventiva con ayuda del servicio Informático.

Se ha formado al personal implicado en el circuito de vacunación en su área concreta de actuación:

Servicio de Medicina Preventiva: médico especialista (prescripción electrónica de protocolos de vacunación) y enfermería (confirmación de día de administración al paciente y registro de visita con anotación de información de interés- lote y caducidad de las vacunas, zona de inyección, efectos adversos, lugar de administración -hospital o centro de salud-)

Servicio de Farmacia: técnicos de farmacia (procedimiento de dispensación de vacunas tras validación farmacéutica, anotando el lote, caducidad y unidades que se dispensen de cada vacuna prescrita) y personal administrativo (imputación del consumo por paciente, vacuna – con lote y caducidad- y unidad.)

El 2 de julio de 2018 se empezó con prescripción y validación electrónica a través de la DPA.

Durante la fase de seguimiento y en base a nuevas directrices de la Dirección General de Salud Pública en calendarios vacunales, se fueron creando nuevos protocolos de vacunación en la DPA y modificando vacunas en los existente por motivos de desabastecimiento con el fin de ofrecer una alternativa al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con respecto a los indicadores propuestos:

- El 100% de las prescripciones del servicio de Medicina Preventiva se han realizado electrónicamente a través del programa de la DPA. Además, se ha registrado por parte de enfermería información relacionada con el proceso de vacunación (señalada anteriormente en el apartado de actividades) facilitando seguimiento del paciente por parte de Medicina Preventiva y la gestión administrativa por parte de Farmacia.
- Únicamente dos pacientes han sufrido demora en la fecha de administración de vacunas por estar desabastecidas y no disponer de alternativas. Las vacunas implicadas fueron Vaqta 50 (retraso de 15 días) y Pneumovax 23 (retraso de 10 días): Media de demora en la administración: 12,5 días. Rango: 5 días.
- Durante el periodo de implantación y seguimiento del proyecto no se han producido alertas de calidad de las vacunas disponibles en el hospital. Aun así, si se produjera dicha situación en un futuro, el doble registro de lotes y caducidades de vacunas, permitiría a Farmacia encontrar rápidamente los pacientes a los que se les hubieran administrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de la prescripción electrónica en el servicio de Medicina Preventiva ha supuesto una mejora en seguridad al reducirse la probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración de las vacunas. Además, ha permitido optimizar la gestión de información al tener registrado en el programa de la DPA el calendario vacunal y datos de interés de cada paciente.

La implantación de la prescripción electrónica también ha permitido que el servicio de Farmacia pueda:

- Tener una previsión de vacunas con varias semanas y en ocasiones meses de antelación mejorando con ello la gestión de stocks al disponer de mayor tiempo para realizar pedidos a laboratorios o peticiones a la DGA de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DEMEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIAPARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

Teruel (Departamento de Sanidad) y búsqueda de alternativas frente a desabastecimientos.
- Localizar más rápidamente a pacientes a los que se les hubiera administrado vacunas con lotes afectados por alertas de calidad.

Dado a que las vacunas que sufrieron demora en administración son suministradas por el Departamento de Sanidad de Teruel como medida de control ante desabastecimientos, se deberá de acordar con dicha entidad un circuito que optimice la gestión y envío de vacunas para evitar demoras en futuras administraciones a pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1002 ========== ***

Nº de registro: 1002

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

Autores:
ALONSO TRIANA YARA MARIA, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, LAHOZ ROMEO MARIA DEL CARMEN, AGUILAR GASCON YOLANDA, ROCA PONZ ROSA MARIA, FORT JULIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías con algún estado de inmunosupresión
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente la prescripción de vacunas por el servicio de Medicina Preventiva se realiza manualmente desaprovechándose así todo el abanico de opciones que pueden ofrecer las herramientas informáticas disponibles en el Servicio de Farmacia (Farmatools).
La instauración de la prescripción electrónica en el Servicio de Medicina Preventiva supondría una optimización del proceso asistencial del paciente en todos los niveles (prescripción, validación, adquisición, dispensación y administración) traduciéndose en una mejora en seguridad. La gestión de la vacunas será más eficiente al facilitar una rápida actuación frente a alertas de calidad del producto (retirada de lotes afectados, detección rauda de pacientes perjudicados), así como alertas de desabastecimientos al disponer de una previsión de pacientes con varios meses de antelación.
Este proyecto se ve avalado por los buenos resultados obtenidos tras la implantación de la prescripción electrónica en las áreas de Oncología Médica, Hematología, Reumatología, Digestivo y Dermatología (años 2014 al 2016).

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la trazabilidad del proceso.
- Previsión de stocks necesarios de vacunas (mayor margen de actuación en situaciones de desabastecimiento al disponer programación de pacientes y tipo de vacuna).
- Mejora en el proceso de prescripción médica.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Reducción de probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración.

MÉTODO
- Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®).
- Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).
- Prescripción médica electrónica.
- Validación farmacéutica electrónica.
- Gestión del stock de vacunas e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad.
- Gestión de alertas de desabastecimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DEMEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIAPARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

- Gestión de alertas de calidad.

INDICADORES
- Nº de prescripciones médicas electrónicas de vacunas del servicio de Medicina Preventiva *100/ Total de prescripciones médicas de vacunas del servicio de Medicina Preventiva.
- Media y rango de días de demora en la administración de una vacuna (o alternativa) a un paciente ante problemas de desabastecimiento. (Rango= demora mínima-demora máxima)
- Media y rango de días de demora en la retirada de vacunas con alertas de calidad.

DURACIÓN
Junio 2018: Configuración del programa informático Farmatools® (Maestro de Artículos y Gestión de Pacientes Ambulantes), Instalación del programa en los ordenadores de la consulta y formación del personal implicado.
Julio 2018: Implantación de la prescripción y validación electrónica.
Julio 2018 – enero 2019: Seguimiento e instauración de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0135

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUIS IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORRAL SUBIAS MONICA
GIMENO PELEGRIN JOAQUIN
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
RUIZ MARISCAL MARIA
SALAS ALCANTARA MARIA
HERNANDEZ MACHIN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado el programa para la optimización del uso de antimicrobianos (PROA) en paciente neutropénico con neoplasia maligna, dentro de la Comisión de Infecciosas del Hospital de Alcañiz. Se ha realizado dentro de los plazos previstos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El programa se encuentra pendiente de publicación, si bien ya está disponible en la intranet del Hospital de Alcañiz.
Todos los miembros del grupo han realizado tareas de campo del programa.
Se realizan evaluaciones y revisiones del mismo trimestrales, dentro de la Comisión de Infecciosas del Hospital de Alcañiz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa se encuentra en su fase final. Queda pendiente su publicación definitiva, así como la implementación del mismo en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/135 ========== ***

Nº de registro: 0135

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA, EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

Autores:
SANCHO VAL LUIS IGNACIO, CORRAL SUBIAS MONICA, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, GIMENO PELEGRIN JOAQUIN, RUIZ MARISCAL MARIA, PIQUERAS SERRANO CARMEN, SALAS ALCANTARA MARIA, HERNANDEZ MACHIN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El objetivo de este proyecto es la elaboración e implantación de la guía del PROA, para el diagnóstico y tratamiento de la fiebre neutropénica en pacientes con neoplasia maligna.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0135

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA

· Mejorar los resultados clínicos de los pacientes con fiebre neutropénica.
· Minimizar los efectos adversos asociados al uso de antimicrobianos.
· Reducir las resistencias a los antimicrobianos.
· garantizar el uso de tratamientos coste-eficaces.

MÉTODO
· Formación de un grupo multidisciplinar de profesionales expertos, procedentes de las áreas de Hematología, Oncología y Medicina Interna.
· Realización de revisiones exhaustivas de la literatura científica sobre los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la fiebre neutropénica en el paciente con neoplasia maligna, con el fin de ir actualizando la guía PROA.
· Aprobación y revisión periódica de la guía PROA por la Comisión de infecciones y antimicrobianos del Hospital de Alcañiz.
· Difusión de la guía a todos los profesionales del centro.

INDICADORES
Los miembros del grupo deberán realizar las tareas de campo del programa, por lo que tendrán que realizar una parte de su tarea asistencial ligada al mismo.
La evaluación y seguimiento del guía PROA, se hará en el seno de la Comisión de infecciones y antimicrobianos.

DURACIÓN
· Septiembre 2016: Presentación de la guía.
· Revisiones durante todo el año 2016 y hasta Septiembre de 2017.
· Monitorización mensual del consumo de antimicrobianos en pacientes con neutropenia febril y neoplasia maligna.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARICIO MORENO MIGUEL
GAVIN BLANCO OLGA
RIOS GARCIA ISABEL
PELLICER PIQUER ANA
MOROS GARCIA MARIA JESUS
AYORA RUBIO RAQUEL
UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó curso de formación para todo el personal implicado en el acto transfusional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la implantación del sistema Gricode, se ha conseguido que aproximadamente un 99% de las transfusiones se realicen con dicho sistema. Ello ha conllevado una importante mejora de la trazabilidad transfusional, con la consiguiente disminución de reacciones adversas (mejora de la hemovigilancia). No se ha notificado ninguna reacción transfusional grave desde su implantación.
Actualmente, se puede consultar dicha trazabilidad en la intranet del Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sólamente queda por mejorar, el tratado estadístico de los datos que se manejan con dicho sistema,, siendo este un objetivo menor, ya que el resto de objetivos principales se han alcanzado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/727 ========== ***

Nº de registro: 0727

Título
IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Autores:
SANCHO VAL IGNACIO, PARICIO MORENO MIGUEL, GAVIN BLANCO OLGA, RIOS GARCIA ISABEL, PELLICER PIQUER ANA, MOROS GARCIA MASCARAQUE MARIA JESUS, AYORA RUBIO RAQUEL, UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: hemoterapia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Hemovigilancia es el conjunto de procedimientos organizados de vigilancia de los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo de la cadena transfusional. Consiste en la detección, recogida y análisis de la información sobre los efectos adversos e inesperados, desde la selección del donante, extracción, procesamiento y análisis de la sangre, hasta la distribución y administración final de cualquiera de los componentes sanguíneos y el seguimiento de los receptores. El fin es prevenir y tratar su aparición o recurrencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

RESULTADOS ESPERADOS
Asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos, es decir, tener la capacidad de identificar tanto al receptor de cada componente sanguíneo, como a todos los donantes que han intervenido en la transfusión de un determinado paciente.

MÉTODO
Implantación de sistema de hemovigilancia Gricode en todas las plantas del Hospital, así como en Sº de Urgencias, quirófanos y Hospital de Día.
Curso de formación tanto a médicos como a personal de enfermería y técnicos de laboratorio.
Procesamiento de datos recogidos con sistema Gricode para uso investigacional.

INDICADORES
Nº de transfusiones registradas con sistema Gricode.
Notificación de eventos adversos.
Reducción de incidentes transfusionales.

DURACIÓN
Inicio: Enero 2018
Finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARICIO MORENO MIGUEL
GAVIN BLANCO OLGA
RIOS GARCIA ISABEL
PELLICER PIQUER ANA
MOROS GARCIA-MASCARAQUE MARIA JESUS
AYORA RUBIO RAQUEL
UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó curso de formación a todo el personal del Hospital implicado en el acto transfusional, entregándose diploma acreditativo, previo a la implantación física de Sistema Gricode.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se utiliza el sistema de trazabilidad y seguridad transfusional en prácticamente el 100 % de las transfusiones realizadas en nuestro centro, reduciéndose el número de eventos adversos asociados a la transfusión. Desde su implantación, no se ha notificado ninguna incidencia al servicio de hemovigilancia del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Actualmente, el sistema se encuentra totalmente implantado, quedando pendiente solamente la mejora del manejo estadístico de los datos recibidos en cada acto transfusional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/727 ========== ***

Nº de registro: 0727

Título
IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Autores:
SANCHO VAL IGNACIO, PARICIO MORENO MIGUEL, GAVIN BLANCO OLGA, RIOS GARCIA ISABEL, PELLICER PIQUER ANA, MOROS GARCIA MASCARAQUE MARIA JESUS, AYORA RUBIO RAQUEL, UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: hemoterapia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Hemovigilancia es el conjunto de procedimientos organizados de vigilancia de los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo de la cadena transfusional. Consiste en la detección, recogida y análisis de la información sobre los efectos adversos e inesperados, desde la selección del donante, extracción, procesamiento y análisis de la sangre, hasta la distribución y administración final de cualquiera de los componentes sanguíneos y el seguimiento de los receptores. El fin es prevenir y tratar su aparición o recurrencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

RESULTADOS ESPERADOS
Asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos, es decir, tener la capacidad de identificar tanto al receptor de cada componente sanguíneo, como a todos los donantes que han intervenido en la transfusión de un determinado paciente.

MÉTODO
Implantación de sistema de hemovigilancia Gricode en todas las plantas del Hospital, así como en Sº de Urgencias, quirófanos y Hospital de Día.
Curso de formación tanto a médicos como a personal de enfermería y técnicos de laboratorio.
Procesamiento de datos recogidos con sistema Gricode para uso investigacional.

INDICADORES
Nº de transfusiones registradas con sistema Gricode.
Notificación de eventos adversos.
Reducción de incidentes transfusionales.

DURACIÓN
Inicio: Enero 2018
Finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0812

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOSPACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL PARICIO MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO VAL LUIS IGNACIO
PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS ANTONIO
GOMEZ ARA ANA
ALCAINE CHAURE FERNANDO
CRUZ LOPEZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización del protocolo de utilización de Novoseven junto con el consentimiento informado. Difusión del protocolo en todo el hospital, fundamentalemente en área quirúrgica-anestesia y urgencias. Se han revisado los resultados y el conocimiento del protocolo por los distintos servicios trimestralmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reducción del uso de hemocomponentes en situaciones de sangrado grave vital en un 71.3% y del uso de otros concentrados de factores en un 68,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El uso de Novoseven siguiendo las indicaciones protocolizadas supone un ahorro de recursos en hemorragias graves o con compromiso vital. Muy implantado en los servicios de Urgencias y Anestesia. Queda pendiente insitir en su aplicación o disponibilidad para su uso en otros servicios hospitalarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/812 ========== ***

Nº de registro: 0812

Título
PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL

Autores:
PARICIO MORENO MIGUEL, SANCHO VAL IGNACIO, PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS ANTONIO, GOMEZ ARA ANA, ALCAINE CHAURE FERNANDO, CRUZ LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a ser un uso fuera de indicación de ficha técnica del fármaco, se busca la unificación de criterios de uso siguiendo los estándares publicados hasta la fecha así como la disponibilidad de un consentimiento informado de manera rápida. Así mismo, debido al incremento del uso de fármacos anticoagulantes de acción directa, el sangrado como efecto adverso de estos medicamentos tiene un manejo más complicado en situaciones de urgencias, y más en situaciones de riesgo vital, por lo que conviene tener establecido el uso más apropiado de todas las armas terapéuticas.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0812

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOSPACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL

Se dirige a toda la población, ya que cualquiera puede presentar sangrados de muchas etiologías susceptibles de compromiso vital.
El objetivo es en primer lugar conseguir el mayor éxito terapético revirtiendo la situación grave o crítica del paciente con los menores efectos adversos posibles.
Otro objetivo es el ahorro en el uso de hemoderivados y evitando los posibles efectos secundarios de su administración.
La mayor parte de estas situaciones se encuentran en los servicios de Urgencias y en Quirófano.

MÉTODO
Se está realizando un protocolo que incluye información a cerca del fármaco, recomendaciones en su utilización y un consentimiento informado para poder entregar.

Se ha distribuido entre los servicios dónde es más probable su uso en las condiciones descritas, estando disponible para todo aquél que lo desee solicitándolo al servicio de Hematología.

INDICADORES
-Reducción del uso de hemocomponentes en sangrados masivos o compromiso vital.
-Reducción del uso de otros concentrados de factores.

DURACIÓN
1 año.
Se revisa cada trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0157

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL DELGADO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION A DOMICILIO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GUIJARRO MARTA
MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL
ABELLA PEREZ CRISTINA
MORENO PARRA NATALIA
ALQUEZAR CIVERA MANUELA
OYOLA CARMONA DAVID
RUILOPEZ HERRERO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado un manual de acogida para profesionales sanitarios que contiene la siguiente información:
- Definición de la unidad.
- Funcionamiento del servicio.
- Material que se entrega a los pacientes.
- Funciones de enfermería por turnos.
- Ferro-terapia: Preparación y administración del fármaco.
- Consentimiento informado de ingreso en el servicio.
- Administración de inmunoglobulina humana intravenosa.
- Fármacos más habituales en domiciliaria.
- Manejo de las bombas elastoméricas.
- Manejo de la bomba CADD-Legacy plus.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de una guía práctica y de fácil manejo, destinada al trabajador sanitario que vaya a prestar sus servicios en esta unidad del hospital de Alcañiz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con dicho manual e profesional que se incorpore a la unidad, va a ser conocedor de las características y peculiaridades del servicio, facilitando su rápida adaptación al mismo.
Con ello pensamos que hemos aumentado la seguridad de los pacientes al disminuir los errores que se pudieran producir por el desconocimiento de la metodología de trabajo de la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/157 ========== ***

Nº de registro: 0157

Título
MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Autores:
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL, GONZALEZ GUIJARRO MARTA, MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL, ABELLA PEREZ CRISTINA, MORENO PARRA NATALIA, ALQUEZAR CIVERA MANUELA, OYOLA CARMONA DAVID, RUIZLOPEZ HERRERO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HOSPITALIZACION A DOMICILIO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0157

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

PROBLEMA
Tras estudio de la situación se aprecia que al tratarse de un Servicio nuevo, incluido recientemente en al cartera de servicios, del Hospital de Alcañiz, hay un desconocimiento y muchas dudas entre los profesionales de dicho centro sanitario, entorno a la organización y metodología de trabajo d e la Unidad.
Por lo que creemos necesario la realización de un Manual de Acogida, de manera que el profesional de nueva incorporación en el mismo, sea conocedor de las características y piculiaridades de dicho servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaboración del Manual de Acogida.

MÉTODO
- Realizar un Manual de acogida que contenga:
1. Inforamción realtiva al Hospital de Alcañiz.
2. Información específica de la Unidad.
- Uniforme propio del Servicio.
- Reparto de las cargas de trabajo.
- Tipos de pacientes y lugar de procedencia al ingreso.
- Como hacer el ingreso y el material suministrado al paciente
- Manejo de las bombas volúmetricas y elastómericas.
- Fármacos más utilizados en domiciliaria, preparación y manejo.
- Modo de registro en la HCE.
- Administración de hemoderivados (en domicilio).

Se entregará un Recibí a todo el personal e nueva incorporación en el servicio, cuando se le facilite el Manual de Acogida.

INDICADORES
- Realización del Manual de Acogida. Indicador dicotómico SI/NO.
- Recibí al personal de nueva incorporación al servicio.
Nº de recibis totales/ Nº contratos totales en el servicio.

DURACIÓN
A lo largo del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1611

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO RECHE SABATER
· Profesión ..... TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALAS ALCANTARA MARIA
PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA
MARTIN LORENTE ANGEL
MOLES ALEGRE MARIO
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Creación de grupo de trabajo de formación en HCE en Marzo de 2016
- Reuniones formativas globales y con los servicios
- Inclusión de indicadores en contrato de gestión
- En la Comisión de Historias se consideró que las hojas de evolución no se estaban cumplimentando porque, en caso de urgencia, no se dispone de la Historia Clínica a pie de cama, lo que obligaría a imprimir todos los evolutivos en papel y haría que la historia aumentara considerablemente de volumen. Para evitar este problema se solicitó la compra de dos tablet por planta y la instalación de wifi.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras numerosas reuniones se realizaron cortes de indicadores en Julio y Diciembre de 2016 y en Noviembre de 2017. Al no proporcionarse los tablet ni el wifi en las plantas se excluyó el indicador de cumplimentación de evolutivos, quedando la evaluación en dos indicadores:
% de Historias clínicas de pacientes ingresados en las que consta hoja de ingreso. Se consideraron como exclusiones los servicios que no hacen guardias o realizan exclusivamente CMA puesto que el paciente ingresa directamente sin la participación de los profesionales del servicio.
% de Historias clínicas de pacientes ingresados en las que consta informe de alta. Excepciones: ninguna
Se evaluaron todos los ingresos de un mes completo, en 2017 elegido al azar.
Para la evaluación del contrato se escogieron de cada servicio un mínimo de 30 historias, o, en caso de no llegar a esa cifra, la totalidad.
Resultados Hoja de Ingreso
Julio 2016: 43,19%; Diciembre 2016: 74,76%; Diciembre 2017: 95,37%

Resultados Informe de alta
Julio 2016: 73,29%; Diciembre 2016: 95,72%; Diciembre 2017: 98,93%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La combinación de la formación junto con la inclusión en contrato de gestión ha conseguido el objetivo previsto de la implantación del registro de la Historia Clínica Electrónica en el Hospital de Alcañiz. La evaluación ha mostrado algunas lagunas en la cumplimentación de los registros (incluido partes de alta) en pacientes de algún servicio que requieren ingresos repetidos, lo que deberá dar lugar a proyectos de mejora específicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1611 ========== ***

Nº de registro: 1611

Título
INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Autores:
RUIZ MARISCAL MARIA, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1611

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Comisión de Historias Clínicas monitoriza la calidad de los registros de la Historia Clínica con criterios Joint Comission. Desde hace años, aunque se han implementado acciones de mejora diversas, hay varios indicadores problemáticos destacando el registro de firma en las hojas de evolución y tratamiento y la ordenación de la historia clínica. Como el hospital nunca ha tenido HP DOCTOR no existía disponibilidad de los informes de alta en la historia compartida
1. Implantar en el año 2016 el módulo de hospitalización de la Historia Clínica Electrónica del SALUD
2. Ordenar la información clínica actualmente desordenada en las historias de papel lo que ralentiza el proceso clínico, algo especialmente relevante en situaciones urgentes
3. Evitar los problemas de identificación de profesionales y pacientes que reiteradamente ha venido encontrando la Comisión de Historias Clinicas
Reducción del tamaño de los archivos de papel, para optimizar espacios en el hospital (con el expurgo del año pasado se consiguió espacio para el servicio de Anatomía Patológica) reduciendo costes de alquiler en edificios ajenos al hospital (que por cierto carecen de estructura antiincendios estando bajo de bloques de viviendas corriendo graves riesgos)

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el uso de la historia clínica electrónica en el Hospital de Alcañiz

MÉTODO
A todo pacientes ingresado se le rellenará el módulo de ingreso, la hoja de evolución y el informe de alta.
Se va a crear un grupo de formación en Historia Clínica Electrónica que va a desarrollar un programa de formación por las distintas plantas de hospitalización y se encargará de realizar formación concurrente en función de los resultados de monitorización.
Monitorización de indicadores: Enero, Junio y Diciembre 2017
Se propone para fin de año cerrar el módulo de altas del HP-HIS.

INDICADORES
- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el informe de alta (Estándar 80%)
- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el registro de evolución clínica diaria (excepción: festivos) (Estándar 50%)
- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el módulo de ingreso cumplimentado (Estándar 80%)
Fuente de datos: auditoria HCE en el último trimestre de 2017

DURACIÓN
Ya comenzado, excepto en los registros de evolución clínica donde se está pendiente de recursos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0318

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JULIA ROYO ANADON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ ROYO EMILIA
PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS
LOPEZ SANCHO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado el procedimiento de atención a la trabajadora embarazada en el Sector Alcañiz. Para ello se creó un grupo de trabajo específico que recopiló la normativa vigente y las instrucciones de la Unidad Central de Prevención de Riesgos y de M.A.Z. A partir del primer borrador se han realizado 5 reuniones con los grupos de interés relacionados con el protocolo.
En este protocolo, la realización del Certificado de Empresa pasa a ser tarea exclusiva de la persona-s designadas por el Departamento de Personal, y, de este modo, las Direcciones del Sector únicamente tiene que contestar al correo de consulta que les envían desde Personal, lo que agiliza considerablemente los trámites.
- El protocolo se ha colgado en la intranet, junto con los formularios que hay que rellenar.
- El protocolo se ha difundido mediante formación en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2018 y el 15 de Febrero de 2019, dirigida al Departamento de Personal, Dirección de Gestión, Directores Médicos y Directoras de Enfermería de Atención Primaria y del Hospital.
- La evaluación se ha realizado mediante encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el periodo comprendido entre el 15 de septiembre de 2018 y el 15 de febrero de 2019, se registraron trece trabajadoras embarazadas a las que se le aplicó el protocolo. Se realizó encuesta de satisfacción que se envió por e-mail en una primera oleada y ante la baja tasa de respuestas, se completó mediante encuesta telefónica, obteniendo finalmente una tasa de respuesta del 100% (13 encuestas; 3 recibidas y 10 por encuesta telefónica). Una vez recogidos y estudiados los datos de cada encuesta, se obtienen los siguientes resultados:
1- En cuanto a la información recibida del Servicio de Prevención, el promedio de satisfacción es de 8,7 (con respecto a un máximo de 10).
2- En lo que se refiere a la información y documentación recibida del Departamento de Personal, dicho promedio es de 7,8.
3- Por lo que respecta a la Información recibida de Mutua, el promedio es de 8.
4- Sólo hay 2 comentarios: Uno que dice que la Mutua tarda mucho en contestar y otro que solicita que se le dé, desde Mutua, una información más concreta de las semanas a las que se le concede la prestación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque no tenemos datos previos, el nuevo procedimiento resulta satisfactorio para las trabajadoras que lo han experimentado, tanto en la información por parte del Servicio de Prevención, como por parte del Departamento de Personal y de Mutua.
Se ha agilizado la comunicación del Médico del Trabajo al Departamento de Personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/318 ========== ***

Nº de registro: 0318

Título
PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA TRABAJADORA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
ROYO ANADON JULIA, PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS, LOPEZ SANCHO JOSE MARIA, PEREZ ROYO EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EMBARAZADAS TRABAJADORAS SANAS
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0318

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la actualidad, tenemos un procedimiento de actuación para las trabajadoras embarazadas del Salud, en el que no se especifica los trámites a seguir en cada uno de los apartados. Nuestro fin, es elaborar un procedimiento de actuación en los cuales la trabajadora sepa en todo momento a quien acudir y donde dirigirse para solicitar los distintos documentos de dicho procedimiento.
También los responsables de la tramitación deben conocer dicho procedimiento y modo de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaborar un procedimiento de actuación (de la trabajadora, de su inmediato superior jerárquico, del servicio PRL y de la Gerencia del Sector).
-Incluir dentro del procemiento todos los distintos documentos que necesita la trabajadora para solicitar la valoración del riesgo de su puesto en relación con su embarazo y/o prestación económica si procede.
- Realizar dicho procedimiento y colgarlo en nuestra Intranet del Salud, para el conocimiento de todo el personal.
- Formación con el personal para dar a conocer dicho procedimiento.

MÉTODO
1. Recopilación de la normativa vigente y las Instrucciones de Unidad Central de Prevención de Riesgos y de M.A.Z Mutua.
2. Elaboración de un protocolo de actuación en colaboración con la Dirección y el Departamento de Personal.
3. Se llevarán a cabo reuniones con (Director de Gestión y trabajadores del departamento de Personal), para la elaboración del mismo.
4. Formar al personal que interviene en alguna de las fases de este procedimiento.
5. Difusión de dicho documento en la Intranet del Salud.

INDICADORES
- Elaboración del procedimiento de protección a la trabajadora embarazada (SI/NO).

DURACIÓN
Anual, a lo largo de tres meses, se realizará la elaboración del documento.
Implantación del mismo, en los meses de octubre, noviembre y diciembre. Revisión a lo largo del periodo para su evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0314

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA RUIZ MARISCAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTAJONA RODRIGO ESTHER
MAURAIN VILORIA ANA ISABEL
IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA
GARCIA LARA ENCARNA
SERRANO LOPEZ JOSE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha revisado la bibliografía respecto a los temas expuestos en la memoria inicial y se ha iniciado la implantación del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se está iniciando la puesta en marcha de la actualización, por lo que aún no se han obtenido resultados valorables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación se encuentra en fase de inicio por lo que aún es prematuro sacar conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/314 ========== ***

Nº de registro: 0314

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

Autores:
RUIZ MARISCAL MARIA, SALAS ALCANTARA MARIA, ARTAJONA RODRIGO ESTHER, MAURAIN VILORIA ANA, IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA, GARCIA LARA ENCARNACION, SERRANO LOPEZ JOSE VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El protocolo actual lleva varios años en funcionamiento y se ha visto la necesidad de revisarlo para mejorar las situaciones clínicas que se presentan en el trabajo diario.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención integral del paciente que ingresa con fractura de cadera en nuestro hospital.

MÉTODO
Revisar las patologías médicas que más frecuentemente se presentan por parte del Servicio de M. Interna y realizar un protocolo de actuación sobre las mismas. Crear una pauta de actuación por parte del Servicio de Traumatología de las pautas a seguir respecto a la patología traumatológica. Por parte de enfermería, auxiliar y celador revisar el proyecto de atención durante el ingreso en este tipo de pacientes y actualizarlo.

INDICADORES
Se evaluará la estancia media obtenida y el grado de comorbilidad de los pacientes junto con las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0314

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

complicaciones presentadas; así como el grado de satisfacción de los pacientes de la atención recibida.

DURACIÓN
Fecha de inicio: octubre 2016
Fecha de finalización: mayo 2017
Actividades previstas:
De octubre a enero: revisión del protocolo actual y revisión de la bibliografía del tema.
De febrero a mayo: redacción y publicación del nuevo protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0286

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO MARCILLA CORDOBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON MARTIN ALEJANDRO
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA
RECHE SABATER ALBERTO
MOLIAS FERRER JAVIER
MARTIN LORENTE ANGEL
ALTABAS ALCON ADRIAN
LACUEVA PORTOLES PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Aplicación informática desarrollada. Aplicación informática conectada a base de datos/OMI. En fase de pruebas del desarrollo de la aplicación informática
El desarrollo de la historia electrónica de Aragón y la necesidad que hemos tenido de migrar a otra base de datos para poder conectarnos a OMI, ha retrasado el inicio del uso de la aplicación. Adjuntamos en cuadro adjunto el desarrollo de la aplicación informática.
Se prevé inicio de uso de aplicación en marzo de 2019, para disponer de primeros indicadores en verano de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de ingresos directos desde A. Primaria desde la implantación del gestor, comparado con el año previo, antes de disponer del gestor: sin datos
Porcentaje de ingresos que proceden de A. Primaria no superen el 10%: sin datos
índice de satisfacción de los Médicos de A. Primaria con el Gestor: sin datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo informático es pieza clave para que finalmente dispongamos de una herramienta útil, de fácil uso y que permita solucionar problemas de forma diligente. El buen desarrollo de la aplicación junto con una buena conexion con OMI y con nuestra base de datos ha sido fundamental. Esperamos tener resultados en breve. Si la experiencia es satisfactoria, podra extenderse a la Atención Especializada tambien, con unas pequeñas modificaciones.

7. OBSERVACIONES.
Desarrollo de la aplicación: (no permite adjuntar imágenes)

Caso de uso: solicitar ingreso en HaD.
Actor principal: médico primaria.
Actor secundario: médico HaD.
Ámbito: interconsulta HaD.
Nivel objetivo: usuario.
Stakeholders e intereses:
Médico primaria: quiere solicitar ingreso en HaD, es el que pone en marcha el mecanismo.
Médico HaD: quiere que le lleguen las solicitudes de pacientes.
Precondición: el médico primaria se debe haber identificado en el sistema con su usuario y clave de Active Directory del Salud.
Garantías de éxito: el sistema registrará la solicitud del paciente que ha hecho el médico de cabecera en la base de datos interna del sector de Alcañiz.
Escenario principal de éxito:
1. Médico de primaria busca paciente.
2. Médico primaria elige paciente.
3. Médico primaria rellena formulario con los datos del paciente rellenados automáticamente.
4. Los datos se guardan en el sistema.
Extensiones
2a. El médico de primaria no encuentra el paciente.
2a1. Rellenar los datos manualmente.

Caso de uso: Médico HaD aprueba solicitud pendiente.
Actor principal: médico HaD.
Actor secundario: médico primaria.
Ámbito: interconsulta HaD.
Nivel objetivo: usuario.
Stakeholders e intereses:
Médico primaria: quiere ver la valoración del médico de HaD.
Médico HaD: quiere realizar la valoración de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0286

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Precondición:
El médico HaD se debe haber identificado en el sistema.
Debe haber solicitudes de pacientes hechas por algún médico de primaria.
Garantías de éxito: el sistema registrará la valoración hecha por el médico de HaD.
Escenario principal de éxito:
1. Médico HaD consulta valoraciones pendientes.
2. El sistema le devuelve el listado de solicitudes con los pacientes.
3. Médico HaD elige una solicitud.
4. El sistema muestra la información de la solicitud.
5. Médico HaD aprueba el ingreso en HaD.
6. La notificación se guardar en el sistema.
Extensiones
2a. El médico de primaria no encuentra el paciente.
2a1. Rellenar los datos manualmente.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/286 ========== ***

Nº de registro: 0286

Título
IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE ATENCION PRIMARIA (AP) PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
MARCILLA CORDOBA FRANCISCO, GASCON MARTIN ALEJANDRO, ALASTRUE CASTAÑO VIOLETA, RECHE SABATER ALBERTO, MOLIAS FERRER JAVIER, MARTIN LORENTE ANGEL, ALTABAS ALCON ADRIAN, LACUEVA PORTOLES PILAR ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Multiples patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Hospitalización a Domicilio (HaD) es un género de hospitalización alternativo a la Hospitalización Convencional que presenta ventajas tanto para los pacientes que ingresan en ella (se benefician de la comodidad de su entorno habitual y disminuye los efectos adversos relacionados con la hospitalización convencional), y para la institución, al liberar camas de Urgencias y de las plantas de hospitalización.
En la actualidad, en el Hospital de Alcañiz, los pacientes pueden ingresar en HaD desde el área de Urgencias, desde las Consultas Externas y desde las camas de hospitalización, pero no directamente desde AP.
Tras tres años de funcionamiento hemos observado que existen pacientes que podrían ingresar directamente desde su domicilio en las camas de HaD, sin que fuera necesario su derivación previa al Servicio de Urgencias; serían pacientes seleccionados, que necesariamente precisan cuidados de rango hospitalario, que se encuentran estables y que por su condición e idiosincrasia, su derivación al Servicio de Urgencias supone un impacto negativo en su calidad de vida.
En el último año hemos recibido peticiones directas desde AP, generalmente por vía telefónica, realizando el ingreso directo desde el domicilio. Sin embargo, la vía telefónica es poco funcional y dificulta que la oportunidad de un ingreso directo, pueda llegar a todos.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar el proceso de solicitud de ingreso en Hospitalización a Domicilio y permitir el ingreso de pacientes procedentes de AP, directamente desde su domicilio, evitando la actual imprescindible derivación a Urgencias.
Evitaremos desplazamientos de pacientes frágiles, contribuiremos a descongestionar Urgencias, e incrementaremos la ocupación del servicio de HaD que está menos congestionado.

MÉTODO
Establecer de unos criterios de derivación directa desde Atención Primaria a Hospitalización de Domicilio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0286

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

(ver archivo adjunto).
Creación de un Gestor de petición de ingreso en Hospitalización a Domicilio (HaD), de acceso desde la intranet del Sector (para A. Primaria). El Gestor de petición tiene la finalidad de facilitar el proceso de solicitud de ingreso en Hospitalización a Domicilio y permitir el ingreso de pacientes procedentes de Atención Primaria (pacientes ubicados en su domicilio) para evitar que dichos pacientes tengan que acudir a Urgencias. Se trata de un modelo de formulario de fácil cumplimentación que reúne toda la información importante para que el equipo de HaD pueda tener conocimiento y decidir si el paciente puede ingresar en la Unidad.

Las potenciales ventajas del Gestor de Petición de ingreso son las siguientes:
Ventajas para el equipo de HaD: disponer de forma instantánea de la información necesaria para saber si un paciente puede beneficiarse de ingreso en HaD; organizar más eficientemente nuestro trabajo; maximizar el tiempo de conducción para atender el mayor número de pacientes, recorriendo el menor número de Km posibles; mejorar el índice de ocupación, al facilitar el acceso al recurso.
Ventajas para los Médicos de A. Primaria que solicitan el ingreso de un paciente en la Unidad: acceso fácil a un recurso diferente de enviar al paciente al Servicio de Urgencias; descongestionar el Servicio de Urgencias; evitar duplicar el trabajo; poder realizar la petición a cualquier hora del día o de la noche, de forma rápida y fácil, sin ser necesario llamar por teléfono.
Ventajas de los Pacientes: que los pacientes debilitados o en situación de fragilidad extrema, no tengan que desplazarse al Servicio de Urgencias; acceso universal al recurso; disminuir la los efectos adversos de la hospitalización convencional.
Ventajas institucionales: calidad: conocer el número de solicitudes que se rechazan y el motivo; organización: conocer la presión asistencial por meses y así aplicar el protocolo de reducción de camas (y personal) de forma más eficiente; maximizar los recursos Humanos; mejorar índice de ocupación de HaD; liberar camas del hospital; evitar la sobresaturación de Urgencias.

INDICADORES
1) Nº de ingresos directos desde AP desde la implantación del gestor, comparado con el año previo, antes de disponer del gestor.
• Año 2017: 392 ingresos y 6 procedentes de AP (1,5%)
• Objetivo tras implantación del gestor: llegar al 5%
2) % de ingresos que proceden de AP no superen el 10%
• Para evitar los ingresos inadecuados en HaD (ingresos que podrían evitarse con un manejo desde A. Primaria).
3) Grado de satisfacción de los Médicos de A. Primaria con el Gestor.
• Encuesta por correo electrónico
4) Índice de Ocupación de HaD
• IO HaD durante 2017: 63,52% • Tras implantación del Gestor superar el 65% de ocupación, sobre todo en los meses de poca presión asistencial (mayo a octubre)

DURACIÓN
- Diseño del formulario con los datos a recoger: ya realizado
- Elaboración del programa informático: Abril-Julio 2018
- Difusión del programa en Atención Primaria: Julio-Septiembre 2018
- Inicio uso del programa: Septiembre 2018
- Explotación de información estadística: 1º corte en Diciembre de 2018; 2º corte en Septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0410

1. TÍTULO

COORDINACION EN EL SEGUMINETO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN NURIA PIQUERAS SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ BERNAD TAMARA
DEL BUSTO CABREJAS TERESA
RUIZ MARISCAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han citado con fecha concreta de analitica y posterior visita desde la consulta a todos los pacientes (48 visitas) evitando así la falta de coordinación previa. Se les ha enviado cita por carta desde la consulta de Meidina Interna con fecha fija de analitica y carta desde citaciones generales con fecha concreta de visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Menos en dos casos, todos los paciemtes han acudido a la consulta con los resultados de las analiticas realizadas un mes antes, de esta forma hemos podido optimizar mejor en numero de visitas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para los pacientes la medida ha sido acogida con gran aceptación y en ocasiones " alivio" pues les resulta mucho mas fácil seguir así el circuito asistencial. Hemos comprobado que cualquier medidad encaminada a facilitar el cumplimeinto en las visitas es muy bien recivida y los "reconcialia" con el sistema asistencial.

7. OBSERVACIONES.
Ha sido imprescindible la colaborción con enfermeria de la consulta y del laboratorio de Hematologia para poder llevar a cabo la iniciativa.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/410 ========== ***

Nº de registro: 0410

Título
COORDINACION EN EL SEGUMIENTO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

Autores:
PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA, MUÑOZ BERNAD TAMARA, DEL BUSTO CABREJAS TERESA, SANCHO VAL IGNACIO, RUIZ MARISCAL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INFECCION VIH
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es muy frecuente que la limitación idiomatica y el complicado circuito de nuestro hospital provoque que los pacientes vengan sin la analítica realizada, o realizada pero sin CD4 ni carga viral, lo que se traduce en duplicidades en el numero de visitas, retraso en al toma de decisiones y muchas veces en mas pruebas innecesarias.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Coordinar las citas de laboratorio (las determinaciones necesarias para el seguimiento de estos pacientes como poblaciones linfocitarias o CD4 y carga viral solo se realizan un dia a la semana y se envian a laboratorio de referencia de HUMS) junto con la cita, al menos un mes despues, en la consulta
2. Citar al paciente para analitica desde la propia consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0410

1. TÍTULO

COORDINACION EN EL SEGUMINETO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

3. Reducir la carga que supone el "circuito asistencial" para el paciente, evitando errores administrativos

MÉTODO
Para evitarlo estamos intentando coordinar las citas de extracciones desde la propia consulta, nos hemos comprometido a citar a todos los pacientes VIH desde la propia consulta de Medicina, siendo enfermeria de consulta quien se desplace al labaroatorio de extracciones para incluirlos con fecha concreta de esta forma ese mismo dia de la visita salen ya con fecha de analitica o bien por carta con fecha de analítica y visita en el mes siguiente.

De esta manera se pretende facilitar el circuito, evitar repetición de pruebas innecesarias así como visitas.

INDICADORES
Medir número de pacientes VIH que acuden a la consulta con analitica al menos un mes antes tas la implantacion del sistema de citacion desde la propia consulta.

DURACIÓN
Junio 2018- Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1262

1. TÍTULO

CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CALDERON MEZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES
URIARTE PINTO MOISES
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El día 24 de agosto de 2017 se inició el circuito de vacunación.
El circuito consiste en que el servicio referente del paciente remite la solicitud de vacunación a la Unidad de Medicina Preventiva. En nuestra unidad gestionamos la cita mediante el programa de citaciones y enviamos carta de citación el paciente en cuestión.
Se inicia con valoración por parte del facultativo de nuestra Unidad y es quién valora si se vacuna, se retrasa la vacunación o se contraindica.
Si está indicada la vacunación se envía a la consulta de enfermería para que administre las vacunas indicadas de acuerdo al protocolo que pertenezca.
Este circuito de vacunación esta descrito en el documento creado con PC-01-_AL(E)A-MP y PC-01-1_AL(E)A-MP de nuestra intranet del sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del 15 de agosto al 31 de diciembre se realizan 116 consultas de primera vez, de los cuales 112 (95,22%) paciente iniciaron vacunación, 4 (4.78%) pacientes que no se vacunaron, uno de ellos se decidió retrasar la vacuna por estar en periodo de lactancia, los otros 3 casos no aceptaron la vacunación.
La media de espera de recibir la vacunación es de 17,3 días.
La media de edad de los pacientes es de 55,8 años.
Si se agrupa la edad de los 116 pacientes, 50 (43,1%) de ellos se encuentran comprendidos entre 51 a 65 años, 36 pacientes (26,7%) entre 36 a 50 años, 25 (21,6%) pacientes son mayores de 66 años y por último 10 (8,6%) pacientes = 35 años.
En cuanto al sexo se atendieron 63 pacientes hombres (54,3%) y 53 mujeres (45,7%).
Los datos por Servicios podemos decir que Reumatología y Dermatología son los servicios que mayor derivaron a nuestra consulta con un 49,1% y 18,1% respectivamente, le siguen Neumología (11,2%) y nefrología (10,3%), estos 4 servicios son los principales prescriptores.
El 74,1% de los pacientes que se prescribieron la vacunación fueron para el protocolo con tratamiento inmunosupresor/biológico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El circuito de la consulta de vacunación de Medicina Preventiva ha sido de gran ayuda para tratar de inmunizar al 95,2% de los pacientes que han pasado por nuestra consulta entre el 15 de agosto al 31 de diciembre de 2017.

El próximo año quedan pendientes valorar los siguientes indicadores que este año no han sido viables.
- Porcentaje de primo-vacunación de pacientes con vacuna de hepatitis B.
- Porcentaje de pacientes que terminan correctamente las vacunaciones de acuerdo al protocolo incluido.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1262 ========== ***

Nº de registro: 1262

Título
CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO

Autores:
CALDERON MEZA JOSE MANUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, URIARTE PINTO MOISES, ALONSO TRIANA YARA MARIA, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1262

1. TÍTULO

CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías con algun estado de inmunosupresión
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la actualidad el Hospital de Alcañiz no oferta la vacunación a la población en riesgo con alguna patologia que ocasiona inmunosuporesión o por tratamientos que secundariamente por eventos adversos contribuyen a un estado de inmunosupresión.
Ocasionando en el paciente un riesgo mayor a contraer una serie de enfermedades.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un circuito o acceso al paciente con algún tipo de riesgo de inmunosupresión a estar correctamente vacunado según su patología.

MÉTODO
La unidad de Medicina Preventiva conjuntamente con los Servicios de Farmacia hospitalaria y de Atención Primaria realizaran un circuito que facilite la vacunación de los pacientes en riesgo.
A corto plazo se vacunarán en su Centro de Salud, esta vacunación estara indicada desde la Unidad de Medicina Preventiva mediante un Informe médico con la indicación de vacuna y dosis a seguir.
A medio plazo crear una consulta de vacuanción por medicina Preventiva asi facilitando el acceso a los pacientes que precisen de dicha vacunación.

INDICADORES
Porcentaje de personas correctanente vacunada
Se creará una base de datos con los pacientes que presenten una solicitud de vacunación de los Servicios que crean precisan dicha vacunación. Con dicha información se realizará si precisa o no vacunación.
Si no precisa se regresará solicitud al Servicio Remitente.
Si precisa vacunación se remitira informe a Farmacia y a Centro de Salud para realizar la correcta vacunación.

DURACIÓN
Se realizará protocolo con circuito a establecer a corto plazo.
Posteriormente se enviara a crear la consulta de vacuanción a Cartera de Servicio del Servicio Aragones de Salud, una vez creada la consulta se procederá a vacunación en dicha consulta.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Seguridad clínica

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0726

1. TÍTULO

CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CALDERON MEZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el 1 de junio al 31 de diciembre se abrio la interconsulta virtual (IV) a todos los medicos de atención primaria del Sector de Alcañiz, en esta consulta se valora si precisa o no vacunación y si precisa citar para realizar consulta con facultativo o con enfermeria de la Unidad de Medicina Preventiva del Hospital de Alcañiz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se solicitaron un total de 19 consultas virtuales de las cuales fueron resultas su totalidad, por tanto el porcentaje de consultas realizadas es de un 100%.

El tiempo medio de respuesta de estas consultas fue de 3,42 días.

Del total de consultas fue necesario ver en consulta presencial al paciente en un 78,9%. Por tanto el 21,1% se resolvio mediante la consulta virtual y no precisaron vacunación.

El tiempo medio entre contestar la IV y verle en presencial fue de 8,7 días.

El porcentaje de vacunación de vacunación de las personas que acudieron a consulta presencial fue de 93,3%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La respuesta de la consulta IV fue muy rapida por tanto se resolvieron las dudas al medico solicitante. En aquellos pacientes que fue necesario consulta presencial se citaba con prioridad y si decidia vacunación esta se realizaba de forma inmediata.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/726 ========== ***

Nº de registro: 0726

Título
CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

Autores:
CALDERON MEZA JOSE MANUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población con al menos un grupo de riesgo de nuestro protocolo de vacunación
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente existe desconocimiento de las vías pertienentes de vacunación de pacientes en riesgo en los Centros de Salud.

Además de la formación oportuna, Nuestra Unidad necesita dar un impulso en la captación de pacientes que no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0726

1. TÍTULO

CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

son seguidos por especialistas médicos.

Actualmente el procedimiento es vía telefonica, en el cual no se queda reflejada ningún tipo de información en ambos sentidos. Con esta iniciativa se verá modificada la situación actual.

RESULTADOS ESPERADOS
Potenciar protocolo de vacunación en los Centros de Salud de Atención Primaria

Proteger a los pacientes en Riesgo que no son detectados por Especialidades médicas en el Hospital

MÉTODO
Se ofertará a todos los centros de Salud del Sector Alcañiz la iniciativa de la consulta virtual de los pacientes que cumplan en la población diana del protocolo actual de vacunación en grupo de riesgo de nuestro sector.

En dicha petición de consulta, se decidirá si se valora en nuestra consulta medica o no es necesario la evaluación mediante la información aportada por medico de atención primaria.

INDICADORES
Porcentaje de consultas realizadas: Numero total de consultas solicitadas / numero de consultas realizadas

DURACIÓN
Segundo semestre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0288

1. TÍTULO

ELABORACION E INMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARRIBAS GARCIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO PARDOS CARMEN
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
ABAS VILA MARIA VICTORIA
AYORA RUBIO RAQUEL
ORTIZ MILLAN PILAR
VALLES CASES SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Octubre 2016- febrero 2017
1.Constitución del grupo de trabajo: reuniones de los FEA del Servicio de Microbiología con las enfermeras responsables de realizar la toma de muestras en el Servicio de Microbiología y con la enfermera responsable de la recogida de muestras de los pacientes en los que se realiza vigilancia de infección/ portador de microorganismos multirresistentes.
Marzo – junio 2017
2.Revisión de documentos de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
Consulta de las Guías de Toma de muestra de otros Servicios de Microbiología a nivel nacional.
3.Evaluación de la metodología actual en la recogida de las muestras para el diagnóstico de los distintos síndromes infecciosos.
Valoración de los diferentes recipientes existentes en ese momento para la adecuada recogida de las muestras microbiológicas.
4.Inclusión de nuevos recipientes para la recogida de muestras de orina, heridas, úlceras, exudados uretrales y endocervicales.
Julio-diciembre 2017
5.Elaboración del Manual de toma de muestras en Microbiología
6.Importancia de la correcta identificación de las muestras y del paciente,
7.Descripción, con imágenes, de los diferentes recipientes, así como la recogida adecuada, según el tipo de muestra.
8.Capítulos de investigaciones especiales como: anaerobios, micobacterias, hongos y parásitos.
Enero-febrero 2018
9.Presentación del Manual de toma de muestras en Microbiología a Dirección de Enfermería del Hospital de Alcañiz.
10.Comunicación del Manual, en reunión con todas las supervisoras del hospital junto con dirección de enfermería.
11.Difusión del manual realizando reuniones en cada una de las plantas del hospital, urgencias y quirófanos. Las reuniones se han realizado en horario de 14, 45 h a 15, 30h; para intentar que estuviesen tanto los turnos de mañana y tarde, incluyendo supervisoras, enfermeras y auxiliares de enfermería.
12.Elaboración de encuesta: se han realizado 60 encuestas con un grado de satisfacción entre 4-5 del 99%

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración Manual de toma de muestras 100%
Consenso con el personal de enfermería 100%
Difusión 100%
Evaluación de divulgación alcanzado mediante encuestas 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de tener recogido en un manual la toma de muestras en microbiología para su consulta.
El alto grado de satisfacción por la elaboración y difusión del mismo entre el personal sanitario.
Este procedimiento está abierto a posteriores revisiones de la bibliografía y elaboración de nuevas versiones

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/288 ========== ***

Nº de registro: 0288

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0288

1. TÍTULO

ELABORACION E INMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ARRIBAS GARCIA JORGE, NAVARRO PARDOS CARMEN, ABAS VILA MARIA VICTORIA, AYORA RUBIO RAQUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, ORTIZ MILLAN PILAR, TOMAS BLASCO PILAR, VALLES CASES SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La necesidad de disponer de un documento en el que se refleje detalladamente el procedimiento para la recogida y envio de las tomas de muestras en Microbiologia.
Esto es imprescindible para la obtención de unos resultados fiables que permitan el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas de nuestros pacientes.
Así mismo esto redunda en un descenso de contaminaciones en dichas muestras, lo cual habitualmente supone un incremento en el número de pruebas diagnósticas con el
consiguiente gasto económico.

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar la recogida y transporte de las muestras microbiológicas.
Minimizar las contaminaciones de las muestras remitidas.
Garantizar la fiabilidad resultados emitidos.

MÉTODO
Recopilar información a partir de documentos de sociedades científicas asi como de la metodología utilizada en otros centros.
Evaluar la metodología utilizada actualmente en nuestro área sanitaria.
Consensuar un documento en el que se refleje la información recogida.
Difusión del mismo.

INDICADORES
Realización de una encuesta para evaluar la difusión del documento.

DURACIÓN
-Constitucion equipo trabajo
-Elaboración Manual de toma de muestras (Estimado 28 Febrero 2017):
-Consenso con el personal de enfermeria (30 marzo 2017)
-Difusión (30 Junio 2017)
-Evaluación del nivel de divulgación alcanzado mediante encuestas (30 octubre 2017)

OBSERVACIONES
En el punto de "Tipo de patología, en la población Diana, no comprendemos el por qué se consideran las enfermedades infecciosas y parasitarias con el término "ciertas".

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0867

1. TÍTULO

REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES RUIZ ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGAN SOLSONA PILAR
GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE
JASANADA FLORES CARMEN
GRIÑON ALONSO MARIA ISABEL
ABAS VILA VICTORIA
NAVARRO PARDOS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo.
Implantación del control de calidad externo.
Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
Redacción del Procedimiento Técnico de Análisis (PTA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realizacíon del procedimiento tecnico de analisis "detección de papilomavirus de alto riesgo" segun norma ISO-15189

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Inclusión como un nuevo alcance del Servicio de Microbiología, de la técnica "Detección de papilomavirus de alto riesgo", para conseguir la acreditación de Entidad Nacional de acreditación (ENAC) en el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/867 ========== ***

Nº de registro: 0867

Título
REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES, BAGAN SOLSONA PILAR, GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE, JASANADA FLORES CARMEN, GRIÑON ALONSO MARIA ISABEL, ABAS VILA VICTORIA, NAVARRO PARDOS CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital de Alcañiz se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en el área de serología desde el año 2007. La acreditación garantiza el diagnóstico microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en otras áreas del Laboratorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0867

1. TÍTULO

REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Con la puesta en marcha del Programa de detección precoz de cáncer de cérvix, en el que se recomienda realizar el cribado a mujeres entre 30 y 65 años en el Sector sanitario de Alcañiz, en el Servicio de Microbiología consideramos que sería conveniente realizar un proyecto de mejora para conseguir la acreditación de la técnica.

RESULTADOS ESPERADOS
Planificación de los requisitos necesarios para la acreditación de la técnica según Norma ISO 15189.

Realización del Procedimiento Técnico de Análisis "Detección de papilomavirus de alto riesgo"

MÉTODO
- Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo.
- Implantación del control de calidad externo.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Redacción del Procedimiento Técnico de Análisis (PTA).

INDICADORES
1. Indicador: Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo SI/NO

2. Indicador: Aseguramiento externo de la calidad = 90%

3. Indicador: realización del procedimiento técnico de análisis SI/NO

DURACIÓN
Fecha inicio: junio 2018
Fecha finalización: diciembre 2018

Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo: Junio-septiembre 2018

Aseguramiento externo de la calidad. Noviembre 2018

Realización del procedimiento técnico de análisis: diciembre 2018

OBSERVACIONES
Inclusión como un nuevo alcance del Servicio de Microbiología, de la técnica "Detección de papilomavirus de alto riesgo", para conseguir la acreditación de Entidad Nacional de acreditación (ENAC) en el año 2019.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1173

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... OLGA GRACIA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO
BIELSA GRACIA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado en primer lugar una selección de los pacientes seguidos en la consulta ERCA (enfermedad renal crónica avanzada) considerados aptos para el trasplante renal.

La consulta ERCA incluye a aquellos pacientes con enfermedad renal crónica progresiva (disminución del filtrado glomerular >5ml/min por año) y filtrado glomerular estimado <20ml/min y/o previsión de la necesidad de inicio de tratamiento renal sustitutivo (TRS) entre 6 meses y 1 año.

En los pacientes seleccionados, se ha iniciado la solicitud de pruebas según protocolo de inclusión en lista de espera de trasplante renal (TXR). En el caso de pruebas que precisaran contraste radiológico, dado su potencial nefrotóxico, se ha valorado de forma individual la indicación (imprescindible o no) de dicha prueba y su posible sustitución por otras de similar rendimiento diagnóstico no nefrotóxicas (por ej: Eco Doppler aortoilíco en vez de AngioTAC aortoilíaco).

Los recursos empleados para dichas actividades han sido:
- La elaboración de una base de datos con los pacientes seleccionados, las pruebas solicitadas con la fecha de solicitud y las pruebas realizadas con su fecha de realización.
- Paralelamente se ha identificado cada historia clínica (nefrológica) del paciente con un código de pegatinas (Verde: candidato a TXR con estudio iniciado; Azul: candidato a TRS pero no a TXR; Amarillo: candidato a tratamiento renal conservador).

Cada 15 días y fuera del horario de la consulta ERCA, se realiza una revisión y actualización de las pruebas realizadas a los pacientes seleccionados.

En la misma línea, se ha solicitado de forma anticipada el estudio serológico de los pacientes candidatos a TXR siendo remitidos para vacunación al Servicio de Medicina Preventiva, de forma que los pacientes reciban vacunación completa ya durante el periodo prediálisis.

Los pacientes han sido informados de las ventajas en la supervivencia de una inclusión precoz en lista de espera de TXR así como de las pruebas requeridas para su inclusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de pacientes en consulta ERCA: 63 pacientes, de los cuales:
- Número de pacientes en estudio de inclusión en lista de espera de TXR: 8 pacientes (12.7%)
- Número de pacientes incluidos en lista de espera de TXR: 3 pacientes (uno de ellos candidato a TXR de donante vivo)
- Número de pacientes candidatos a tratamiento renal conservador: 21 pacientes (33.3%)
- Número de pacientes candidatos a TRS pero no a TXR: 15 pacientes (23.8%)
- Número de pacientes no clasificados hasta la fecha (a la espera de evolución clínica): 17 pacientes (27%)

A lo largo del periodo 31/12/2106- 31/12/2017:
- Número de pacientes en LE de TXR del total de pacientes en TRS (diálisis): 6 pacientes (17-20% dependiendo del número de pacientes prevalentes en diálisis), de los cuales, 2 pacientes (33%) tenían < 65 años
- Número de pacientes en LE de TXR trasplantados en este periodo: 3 pacientes

Tiempo entre el inicio de diálisis e inclusión en LE:
- Media 8.6 meses (5 meses- 13 meses)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
? La media actual en Aragón para la incorporación de pacientes en LE de TXR es de 16-17 meses. Los cambios acometidos en el último año nos han permitido situarnos muy por debajo de esta media (8.6 meses), sin embargo, todavía existe un margen para la mejora que nos debería permitir reducir la actual demora media en 6 meses.
? A nivel nacional, sólo el 16% de los pacientes en TRS se encuentran incluidos en lista de espera de TXR. Este porcentaje tan bajo es un reflejo de la elevada morbilidad que acompaña a nuestros pacientes.
? Iniciar el estudio de inclusión en LE una vez iniciado el TRS motiva retrasos que se podrían evitar (o al menos disminuir) si el estudio se inicia en la etapa prediálisis. Los motivos de dicho retraso en nuestra Unidad son dos fundamentalmente:
o La elevada comorbilidad asociada de los pacientes renales hace necesario en muchos casos la necesidad de ampliar el estudio básico con nuevas pruebas diagnósticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1173

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

o La lista de espera de determinadas pruebas radiológicas.
o Otros motivos que, aunque en menor medida, también influyen son; La remisión tardía al nefrólogo del paciente con enfermedad renal crónica y los pacientes extranjeros seguidos en ERCA que residen durante periodos de tiempo en su país de origen.
? Todos los pacientes en los que se estime un incremento de la expectativa vital posttrasplante, deberían ser evaluados para trasplante renal durante su etapa prediálisis, es decir, durante su seguimiento en consulta ERCA.
? Teniendo en cuenta la edad de nuestros pacientes incidentes en TRS (el 56% son mayores de 65 años, de los cuales, un 28% tienen más de 75 años), la inclusión en lista de espera de TXR en prediálisis supone un especial beneficio en pacientes ancianos cuya ventana de trasplante es más limitada.

A la vista de los resultados obtenidos en el último año en nuestro Servicio: Inclusión de 3 pacientes en lista de espera de TXR en prediálisis (con 8 pacientes en estudio) y la reducción del tiempo entre el inicio de diálisis e inclusión en LE un 50% con respecto a la media en Aragón. Consideramos oportuno continuar en esta misma línea de actuación, que incluye, no sólo un cambio en la inercia de nuestras actuaciones (esperar a que el paciente inicie diálisis para su inclusión en LE de TXR), sino un seguimiento periódico y programado de los pacientes candidatos a TXR al margen de la consulta ERCA.
Existe todavía un margen de mejora para reducir en 6-7 meses de media el tiempo entre el inicio de diálisis e inclusión en LE, a la vez que incrementar el número de pacientes incluidos en LE en prediálisis.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1173 ========== ***

Nº de registro: 1173

Título
INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Autores:
GRACIA GARCIA OLGA, LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO, BIELSA GRACIA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal crónica avanzada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En las reuniones de la Sociedad Aragonesa de Nefrología realizadas a lo largo del año 2016, quedó puesto de manifiesto la conveniencia de actualizar nuestros criterios de inclusión de pacientes con ERC avanzada en lista de espera (LE).
El marco de esta modificación se ajusta a los siguientes hechos recogidos en Guías Clínicas (en este caso las británicas)
- El trasplante renal (TxR) debería ser la opción de elección para el tratamiento renal sustitutivo (TRS) de todos los pacientes con ERC grado 5 que sean aptos para afrontar la cirugía del trasplante y el tratamiento inmunosupresor crónico. (1A)
- Todos los pacientes en los que se estime un incremento de la expectativa vital posttrasplante, deberían ser evaluados para TxR. (1A)
- La inclusión en LE estará limitada no tanto por la edad como por la comorbilidad asociada y el pronóstico vital del paciente (1A)
- Los pacientes con deterioro progresivo de la función renal deberían ser incluidos en LE en los seis meses anteriores de su fecha estimada de inicio de diálisis(1A)

Existe una notable inercia a incluir a los pacientes en LE únicamente cuando han iniciado tratamiento dialítico. Esta pauta genera importantes retrasos en el acceso de los pacientes a la LE y es difícilmente entendible y aceptable hoy.
- Si desde la consulta ERCA anticipamos la elección de la modalidad de TRS, la realización del acceso vascular, etc. No hay motivos para no ser igual de diligentes en poner a punto cuanto antes la mejor opción de TRS que es el TxR?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1173

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

- La pauta actual determina retrasos en la incorporación en LE de hasta 16-17 meses de media. Este hecho, potencialmente modificable, tiene un notable impacto en la mortalidad de los pacientes y en el resultado funcional de los injertos a largo plazo
- El retraso en la incorporación es multifactorial y depende de las actuaciones, exploraciones y consultas de numerosos servicios que tienen sus propias pautas de trabajo. Es difícil modificar estas pautas. Por contra, la anticipación por nuestra parte, es una conducta fácilmente realizable que puede mejorar los tiempos de inclusión en LE

RESULTADOS ESPERADOS
- La reducción del periodo entre inicio de diálisis e inclusión en LE, puede traducirse en una mayor supervivencia del injerto y una reducción de la elevada mortalidad de esta población (el 50% de los pacientes > 60 años mueren en LE sin ser trasplantados")
- La inclusión anticipada de pacientes aptos para TXR, con ERC progresiva y filtrado glomerular estimado <20 ml/min. en los que se prevea la necesidad de diálisis entre 6 meses y un año, incrementará el número de potenciales receptores en disposición de recibir un injerto. Este hecho disminuirá el número de órganos que no se implantan por falta de receptores apropiados, dando pie a que estos pacientes reciban un trasplante renal anticipado
- No tenemos que generar ninguna estructura asistencial, disponemos de las consultas ERCA desde donde podemos gestionar adecuadamente la inclusión en LE
- No se genera un conflicto entre pacientes "prediálisis" y "en diálisis" a la hora de ser receptor de un injerto. Los pacientes en diálisis siempre tendrán, en el "score" de puntuación que determina la asignación del órgano, puntos crecientes en función del tiempo de permanencia en diálisis

Las ventajas adicionales serían:
1. Especial beneficio en pacientes ancianos cuya ventana de trasplante es más limitada.
2. Margen de tiempo para ampliar estudios en situaciones conflictivas (p. ej. cardiopatía isquémica) sin tener que ampliar el tiempo de permanencia en diálisis
3. Ampliar las posibilidades de trasplante de los pacientes hipersensibilizados

MÉTODO
En la consulta ERCA de forma paralela a la preparación del paciente al TRS y a medida que la enfermedad renal progresa, se solicitaran las pruebas complementarias requeridas (según protocolo del hospital Miguel Servet) para su inclusión en LE. Aquellas pruebas que requieran el uso de contrastes intravenosos, dado su potencial nefrotóxico, no se realizarán antes del comienzo de la diálisis
Igualmente, se vacunará al paciente en prediálisis en función de los resultados serológicos y el protocolo de vacunación para esta población

INDICADORES
Estos indicadores permiten reflejar la actividad de las Unidades respecto al TxR y realizar comparaciones constructivas entre los distintos servicios de la C.A.
• Porcentaje de pacientes < 65 años incluidos en LE
• Porcentaje del total de pacientes en TRS, incluidos en LE
• Tiempo entre inicio de diálisis e inclusión en LE

El seguimiento y la evaluación se realizarán al final de cada año coincidiendo con la memoria anual de la lista de espera de TXR de Aragón.

DURACIÓN
Anual y revisable cada año. Los responsables de su implantación serán los nefrólogos del hospital de Alcañiz (Dra Gracia, Dr López y Dra Bielsa).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0312

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO LOPEZ ALEJALDRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GARCIA OLGA
BIELSA GRACIA SARA
IBAÑEZ MOLERO RAQUEL
GARCES MAGRAZO DIANA
ANTORAN MORENO MARIA DOLORES
LOPEZ JUBILLAR EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo marcado en este proyecto, se han realizado la revisión de la bibliografía existente y de las guías clínicas en relación al acceso vascular en hemodiálisis (Guía Clínica Española del Acceso Vascular, grupo GEMAV publicado en nov 2017) para Hemodiálisis, para la elaboración de protocolos, metodología de valoración y hoja de registro de diferentes variables de las fistulas arteriovenosas (FAVi) de los pacientes en hemodiálisis.
Despues de esta primera fase, se ha elaborado tanto en formato ofimático (base de datos, Excel) como en formato de papel, formularios/hojas de trabajo para recoger las diferentes variables del acceso vascular que se querían recoger para este proyecto.
Terminado esta fase aproximadamente en abril de 2018, se procedió a planificar una metodología para recoger los diferentes parámetros a valorar según documentos arriba reseñados y periodicidad para realizarlos. Previamente, y aunque no supone ningún procedimiento extraordinario sobre los pacientes, se informó a los mismos de estos cambios en la metodología de la sesión de hemodiálisis.
Se incluyó en la "historia de registro de la sesión de diálisis", varios documentos anexos que son:
* uno en referencia al registro grafico de la FAVi con recreación gráfica del brazo, y registro del tramo "arterial" y "venoso" de la FAVi
* Documento con los diferentes parámetros de la valoración clínica/física de la FAVi. Características que se recogen: inspección, palpación, auscultación y test de elevación del brazo, incluyendo un apartado para anotaciones subjetivas del personal de Enfermería.
* Tabla para recoger valores dinámicos de la FAVi como la recirculación, el flujo de la FAVi por termodilución (Qa) y el % de variación con respecto a medida previa.
Una vez consensuado el formato de dichos documentos se estableció la periodicidad en los registros, siendo en cada sesión la valoración física de la FAVi (inspección, palpación y auscultación, test de elevación del brazo), de carácter mensual para la medida de Qa (o mayor frecuencia si alteración en la medida) y registro gráfico de las características de la FAVi al inicio de hemodiálisis o si procedimiento quirúrgico sobre el acceso vascular y/o realización de nueva FAVi.
En mayo de 2018 se comenzó ya a realizar los registros arriba indicados e implementar medidas correctoras en caso de alteraciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el periodo de duración de este proyecto, el número de pacientes en hemodiálisis en nuestra Unidad ha ido oscilando (defunciones, trasplantes, vuelta tras trasplante "fallido"..), estableciendo aproximadamente una media de aproximadamente 30 pacientes.
* En relación % de fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días, hemos obtenido un 20% (4 sobre 20 pacientes con FAVi) (estándar <35%)
* El 100% de las FAVi realizadas a los pacientes en programa de hemodiálisis se controlan de forma precoz (< 4 semanas) (9 pacientes)
* El 100% de los pacientes con FAVi funcionante en hemodiálisis tienen un registro gráfico del acceso vascular y del lugar de punción.
* A 31 de diciembre de 2018 el 45% de pacientes tenían como acceso vascular un catéter venoso central, y un 55% de los pacientes tenían FAVi (estándar >75%) (a fecha de esta memoria 64% con FAVi)
* Ningún paciente incidente en hemodiálisis sin inicio de hemodialisis programado (3 casos) tuvo como acceso vascular un catéter temporal durante más de 2 semanas (estándar <5%). Ningún paciente de nuestra consulta ERCA con inicio programado, llevó catéter temporal.
* En relación a la tasa de trombosis de FAVi nativas (sin material protésico) obtuvimos un valor de 0.30 trombosis/paciente/año en riesgo (estándar <0.15)
Se consiguió un 100% de registros programados de evaluaciones periódicas de las FAVi (estándar >90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al implementar este proyecto hemos detectado una serie de limitaciones, algunas de ellas no dependientes de nuestra Unidad y que en el tiempo hemos visto que son difíciles de subsanar.
El acceso vascular es uno de los factores principales que determinan la morbimortalidad de los pacientes en hemodiálisis (más allá de la elevada comorbilidad que presentan estos pacientes, y las pecularidades socioculturales de nuestra población (pacientes añosos, nivel cultural..). Hemos observado que la consecución de objetivos marcados por los estándares que están más relacionados con nuestra práctica los hemos logrado de forma adecuada (quizás porque estamos más implicados con la necesidad de una FAVi normofuncionante; objetivos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0312

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

como el registro gráfico, exploración clínica o la medida del Qa mediante termodilución con un módulo que dispone la máquina de hemodiálisis, se han logrado de forma satisfactoria).
Sin embargo, aquellos estándares en los que están implicados otros Servicios, como la tasa de trombosis o porcentaje de FAVi funcionante a diciembre de 2018, quedan lejos de los objetivos, y en parte consecuencia de la lejanía del centro de referencia y dificultades para optimizar tiempos y visistas.
Las dificultades en la coordinación con nuestro centro de referencia es un obstáculo importante y que sería importante intentar subsanar. Con el circuito actual de trabajo, desde que se detecta una fistula disfuncionante (presenta flujo, pero insuficiente o con valores que indica la probabilidad de trombosis), hasta que se intenta (o no) su reparación, hay un lapso de tiempo de crucial importancia para la supervivencia de la fístula. Actualmente, el paciente con fistula disfuncionante que precisa una valoración especializada, debe realizar varios traslados a Zaragoza (realización pruebas imagen, anestesia, intervención quirúrgica..) lo que implica un importante trastorno para el paciente/familia (dispersión poblacional, pacientes añosos), con la consiguiente disminución en la probabilidad de reparación fistula y secundariamente un aumento del gasto.
Otro aspecto a valorar es la dificultad para la realización de ciertas pruebas radiológicas que están indicadas en estos casos, bien por falta de disponibilidad en la cartera del Servicio de nuestro Hospital, o bien por la demora en la realización de pruebas de imagen en el Centro de Referencia.
Por ultimo con la evidencia disponible hasta la fecha, y siguiendo recomendaciones de guías y de nuestra Sociedad, la disponibilidad de un ecógrafo con función doppler, como tienen ya la mayoría de unidades de nefrología de Aragon (y varios Servicios de nuestro Hospital), y España permite hacer un seguimiento más estrecho de las fistulas, con detección precoz de alteraciones en las mismas y por tanto remisión temprana y con más datos “objetivos” al Servicio correspondiente (evitando traslados a Zaragoza y “ganando” tiempo. Más alla de lo anteriormente expuesto, la disponibilidad de ecógrafo doppler, facilita la punción de fistulas más complicadas, colocación de accesos temporales y/o definitivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/312 ========== ***

Nº de registro: 0312

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO, GRACIA GARCIA OLGA, BIELSA GRACIA SARA, IBAÑEZ MOLERO RAQUEL, GARCES MAGRAZO DIANA, ANTORAN MORENO MARIA DOLORES, LOPEZ JUBILLAR EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acceso vascular en paciente en hemodialisis
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La morbimortalidad de los pacientes en programa de hemodiálisis esta estrechamente relacionada con el acceso vascular del cual se dispone. Con la evidencia actual, se sabe que el uso de un cateter venoso central (CVC) como acceso vascular multiplica hasta por siete veces, el riesgo de complicaciones infecciosas con respecto a la fístula arteriovenosa (FAVi), con un importante aumento de mortalidad durante el primer año.
Por tanto, es fundamental conseguir la máxima incidencia y prevalencia de pacientes con FAVi normofuncionante en una Unidad de Hemodiálisis, por medio de, entre otras medidas, un programa de monitorización y seguimiento para la detección precoz de complicaciones (fundamentalmente estenosis y evitar posteriores trombosis del acceso) evitando maniobras de rescate del acceso no programadas, que implican aumento del riesgo para el paciente y aumento del gasto sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la implantación de un un programa de monitorización, nos proponemos lograr:
* una detección precoz de FAVis disfuncionantes (reparacion de estenosis e intentar evitar trombosis) y poder realizar maniobras electivas que precisen para la recuperación funcional del acceso vascular, consiguiendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0312

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

una mayor supervivencia del acceso.
* disminuir la incidencia/prevalencia de pacientes portadores de CVC (temporales o permantentes)

MÉTODO
1. Diseñar e implementar un protocolo para la valoración y evaluación de FAVi mediante técnicas de primera generacion (monitorización clinica, % de recirculación) y su recogida en una hoja de datos para el seguimiento (al menos una vez a la semana)
2. Protocolización y estandarización con el personal de Enfermería de los diferentes pasos y parametros a recoger durante la sesión de hemodialisis para la obtención del parametro Qa (flujo del acceso vascular) mediante termodilución con una periodicidad, al menos, mensual.
3. Derivación precoz al Servicio correspondiente para la realización precoz de pruebas de imagen y/o reparación de FAVi con el intento de evitar complicaciones.

INDICADORES
Indicadores segun la Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis (GEMAV)
A) Pacientes con fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días que siguen a la realización del procedimiento (indicador de resultado). Estandar <35%
B) Porcentaje de fístulas arteriovenosas controladas clínicamente de forma precoz (4 semanas tras su realización). Indicador de proceso. Estandar 100%
C) Porcentaje de pacientes en los que se lleva un registro
gráfico de zonas de punción durante las sesiones
de hemodiálisis. Indicador de proceso. Estandar 100%
D) Porcentaje de pacientes prevalentes con más de 3 meses
en programa de hemodiálisis que, a 31 de diciembre del año
estudiado, se dializan a través de una fístula arteriovenosa
nativa. Indicador de resultado. Estandar >75%
E) Porcentaje de pacientes que se dializan a través de un catéter venoso central no tunelizado durante más de 2 semanas consecutivas. Indicador de resultado. Estandar <5%
F) Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Indicador de resultado. Estandar 0.15 trombosis/paciente/año
G) Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro
de evaluaciones periódicas. Indicador de proceso. Estandar >90%

DURACIÓN
Duración aproximada 12 meses:
Mayo 2018: Revisión, realización de protocolos y documentos para la recogida de datos
Junio 2018: Estandarización de maniobras y parametros que se deben de recoger
Julio 2018-Febrero 2019: Recogida de datos e implementación de las medidas
Marzo 2019: Realización de la memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0255

1. TÍTULO

INDEPENDENCIA, ORGANIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS PROPIOS EN RELACION CON LAS POLIGRAFIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

Fecha de entrada: 03/05/2017

2. RESPONSABLE ..... SERGIO FANDOS LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA
GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN
GAVIN BLANCO OLGA
BELENGER CARRERAS LINA MARIA
HEREDIA FERRER LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Adquisición en forma de préstamo de Gasmedi de un equipo portátil de poligrafías cardiorespiratorias.

2- Autogestión de los estudios de sueño, adquiriendo independencia de Gasmedi con el objetivo de disminuir los tiempo de espera hasta realización de la prueba y desde la realización de la misma hasta revisión en consulta e inicio del tratamiento. Evitando el extravío de estudios y la necesidad de repetir los mismos por baja calidad del registro

3- No se ha cumplido el calendario inicial por un retraso en la adquisición del polígrafo que debía haber sido entregado por Gasmedi en Octubre de 2015 y no fue entregado hasta Marzo de 2016 por lo que hemos tenido que esperar (1 año) hasta Abril de 2017 para analizar los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Reducción de los tiempos de espera desde la solicitud hasta la realización de la prueba de 2 meses los estudios urgentes y 6 meses los no urgentes antes de iniciar el proyecto a menos de 1 semana independientemente de la urgencia del estudio después de comenzar el proyecto.

2- Reducción de los tiempos de espera desde realización del estudio hasta revisión en consulta de una media de 6 meses antes del proyecto a 15 días después de su instauración, aprovechando además dicha consulta para iniciar el tratamiento (Antes debían llamar a Gasmedi desde el domicilio quienes iniciaban el tratamiento en los próximos días)

3-Reducción de los estudios que han precisado ser repetidos por deficiencias del registro. En 2013 se realizaron 159 poligrafías y se repitieron 22 (13.83%) En 2014 se realizaron 160 poligrafías y se repitieron 14 (8.75%). Después del proyecto en el primer año se han realizado 210 poligrafías y se repitieron 4 (1.9%)

4- Reducción hasta eliminar por completo el extravío de estudios

5- Aunque no era un objetivo inicial se ha aumentado el número de poligrafías realizadas en un 23.8%, de 160 poligrafías anuales antes del proyecto de mejora a 210 en el primer año de autogestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de que el proyecto de mejora ha supuesto un incremento considerable tanto en la carga asistencial de médicos y enfermeras y en el esfuerzo de todo el equipo para sacar el proyecto de mejora adelante, pensamos que ha merecido la pena y se han cumplido con creces los objetivos, destacando la reducción general de los tiempos de espera, ya que antes de su instauración desde que se veía el paciente en la consulta hasta que se iniciaba el tratamiento trascurría un tiempo que en muchas ocasiones se acercaba al año y en algunas los superaba (lo que considerábamos inadmisible) y actualmente lo hemos conseguido acortar de forma muy significativa a menos de un mes.

7. OBSERVACIONES.
Nuestro más sincero agradecimiento a la dirección del Hospital que nos ha permitido llevar este proyecto a cabo y al personal de la empresa de terapias respiratorias Gasmedi quienes nos han prestado el polígrafo y se han adaptado a nuestra nueva forma de trabajo, siendo imprescindible su colaboración.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/255 ========== ***

Nº de Registro: 0255

Título
INDEPENDENCIA, ORGANIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS PROPIOS EN RELACION CON LAS POLIGRAFIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0255

1. TÍTULO

INDEPENDENCIA, ORGANIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS PROPIOS EN RELACION CON LAS POLIGRAFIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

Autores:
FANDOS LORENTE SERGIO, ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, BELENGER CARRERAS LINA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

PROBLEMA
Actualmente el hospital de Alcañiz tiene contratado la realización de los estudios de sueño (poligrafías nocturnas) con la empresa Gasmedi, integrado en el contrato de Terapias respiratorias domiciliarias.

Desde hace meses, se observa retraso en la realización, retraso en el envío de la misma al Hospital, repetición de las mismas por no cumplir la suficiente calidad de registro y extravío de muchas de las pruebas.

Hablamos de 5-6 meses de media entre la solicitud de la prueba y la recepción del resultado por parte del paciente

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el retraso del resultado de la prueba desde que se solicita hasta su recepción por el paciente.

Acabar con el extravío de pruebas, problema que hace que el retraso mencionado anteriormente pueda ampliarse hasta 1 año, puesto que hasta que no reclama el paciente no se detecta el extravío.

Llevar a cabo un control, organización e independencia de una prueba médica con capacidad de ser realizada por el propio servicio del Hospital sin necesidad de intermediarios.

MÉTODO
El objetivo y método del proyecto es realizar las poligrafías nocturnas domiciliarias desde el servicio de Neumología como se está realizando en la mayoría de los hospitales de Aragón.
La enfermera se encargará de explicar el funcionamiento y colocación del monitor de apneas, entregando el mismo al paciente en la consulta para que lo devuelva al día siguiente tras haber completado el registro por la noche. Esa misma mañana el estudio será analizado, sabiendo si es válido para no tener que repetirse, y pudiendo ser citado en la mayor brevedad posible.

INDICADORES
Tiempo entre la solicitud de la prueba y su posterior realización: Localizaremos la fecha de petición y la de recogida de resultado.

Número de estudios de sueño que precisan repetición. Registro de datos
Número de estudios de sueño extraviados. Registro de datos

DURACIÓN
Inicio Octubre 2015, aunque el proyecto continue realizaremos finalización del proyecto para obtener los resultados en Octubre 2016.

Realizaremos un corte de resultados provisionales en marzo 2016.

Realizaremos sesión "Aula Respira", reunión con pacientes con enfermedad del SAHS, familiares y personas interesadas, donde informamos al pacientes de las características y repercusiones de dicha enfermedad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0298

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL USO Y LIMPIEZA DE LAS CAMARAS DE INHALACION Y NEBULIZADORES

Fecha de entrada: 02/05/2017

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALQUEZAR FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FANDOS LORENTE SERGIO
HEREDIA FERRER LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una revisión bibliográfica que confirmaba lo que ya sabíamos, que las cámaras de inhalación están infrautilizadas siendo un recurso económico y material muy costo-tiempo-efectivo. Se confirmó que se siguen utilizando y lamentablemente con errores de protocolo de uso los nebulizadores.
Se redacto un nuevo documento de actualización de uso y utilización de cámaras de inhalación y nebulizadores que se envió a todas las unidades y plantas del hospital donde se trabaja con estos recursos. Posteriormente se realizó una sesión clínica en el hospital para exponer en público dicho documento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han comenzado a utilizar más tanto a nivel de urgencias hospitalarias como a nivel de planta de hospitalización, las cámaras de inhalación, disminuyendo en un 25% el uso de nebulizador. Se han actualizado las medidas de limpieza de estos recursos en todas las plnatas de manera estandarizada. Se le ha actualizado a los profesionales que usan estos dispositivos los protocolos de uso de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los profesionales están satisfechos porque han visto que el hecho de estar actualizados en estos conocimientos mejora en tiempo y forma su carga laboral, auque comentan que es dificil quitarse anteriores costumbres. Se ha mejorado el uso y limpieza de estos dispositivos que estan relacionados con la efectividad de los tratamientos recibidos por los pacientes y con la transmisión de infecciones entre pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/298 ========== ***

Nº de Registro: 0298

Título
ACTUALIZACION DEL USO Y LIMPIEZA DE LAS CAMARAS DE INHALACION Y NEBULIZADORES

Autores:
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, FANDOS LORENTE SERGIO, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, LASSO OLAYO JESUS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

PROBLEMA
En nuestro hospital han surgido discrepancias y dudas sobre el uso y limpieza de las cámaras de inhalación frente al habitual uso de los nebulizadores.
Realizando una revisión bibliográfica y una búsqueda de la mejor evidencia científica hemos pensado en aportar aclaraciones al respecto para facilitar la práctica diaria de nuestra plantilla.

No existe ninguna duda de que la vía inhalatoria es la preferible y la más utilizada para la administración de fármacos en el paciente respiratorio, especialmente en el área de los broncodilatadores , tanto en situaciones de urgencia como en crisis. Sin embargo, la información disponible llama la atención sobre los defectos existentes en su correcta utilización. Buena parte de estas incorrecciones son atribuibles al desconocimiento existente sobre la adecuada utilización de inhaladores.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Aclaración al respecto de:

Las indicaciones y el modo de uso de las cámaras de inhalación y nebulizadores.
La limpieza de las cámaras de inhalación y nebulizadores.
Mejoría de la utilización de los dispositivos de ayuda a la terapia inhalada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0298

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL USO Y LIMPIEZA DE LAS CAMARAS DE INHALACION Y NEBULIZADORES

MÉTODO
Revisión bibliográfica de las evidencias respecto al uso, indicaciones y errores de los diferentes dispositivos; cámaras de inhalación y nebulizadores. Análisis posterior y establecimiento de conclusiones. Elaboración de un documento.

Actualización del anterior procedimiento operativo y difusión en todos los servicios del hospital donde se ha utilizado este tipo de procedimiento.

INDICADORES
Disposición en todos los controles de enfermería de nuestro hospital de el documento y un esquema de la utilización de los nebulizadores y cámaras de inhalación, además de su limpieza.
Realización de una charla informativa sobre el tema a todos los equipos de enfermería de cada planta.
Evaluación mediante una encuesta de 8 ítems a las supervisoras de cada unidad sobre los cambios en la actividad en la planta respecto a este tema.

DURACIÓN
Duración 1 año

Elaboración del documento: Junio 2015
Elaboración e impresión del esquema Julio 2015
Charla informativa por los diferentes equipos de de enfermería Septiembre-Noviembre 2015
Elaboración de la encuesta Mayo 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1179

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTOS SERVICIO NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 06/03/2018

2. RESPONSABLE ..... LOURDES HEREDIA FERRER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FANDOS LORENTE SERGIO
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Descripción de los procedimientos que se realizan en el servicio de Neumología del Hospital de Alcañiz:
Procedimiento de Prick-test.
Procedimiento de la realización de espirometría
Procedimiento de la realización de test de marcha.
Procedimiento de la administración de Xolair.
Procedimiento de realización de estudio de sueño.
Procedimiento de realización de esputo inducido.
Procedimiento de realización de la provocación bronquial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido unificar la práctica en el trabajo diario.
Actualizar los protocolos de las diferentes prácticas.
Facilitar la realización de las pruebas a personas ajenas al servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este proyecto nos ha facilitado la práctica diaria y corregir las técnicas que estábamos realizando sin una actualización recomendable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1179 ========== ***

Nº de registro: 1179

Título
PROCEDIMIENTOS SERVICIO DE NEUMOLOGIA

Autores:
HEREDIA FERRER LOURDES, CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL, ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, PEREZ ANGOSTO ESTHER, FANDOS LORENTE SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de Neumología se realizan diferentes pruebas y cada una ellas con una técnica diferente. Con este proyecto pretendemos unificar criterios en la realización de las pruebas haciendo una revisión bibliográfica de los manuales existentes.
Además pretendemos que se describan de una manera clara para que cualquier persona que llegue a la unidad tenga la información necesaria de la manera de proceder.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificación de los criterios en la realización de las pruebas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1179

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTOS SERVICIO NEUMOLOGIA

Mejora de la práctica clínica

MÉTODO
Actividades:
- revisión bibliográfica de cada una de las pruebas.
- repartir las diferentes técnicas entre los miembros del grupo.
- realización de los diferente documentos.
Recursos:
- una reunión para la repartición de las técnicas entre los miembros del grupo.
- cada miembro del grupo necesitará bibliografía de las técnicas que tengan que revisar, uso de manuales que están en el servicio de Neumología o uso de internet.
- se realizará otra reunión para la revisión entre todos los miembros del grupo.
- medios materiales para tener un dossier repartido en las diferente salas que forman parte de la unidad de Neumología.
- colgar la información en la intranet.

INDICADORES
Disponer de manual de procedimientos de las técnicas que se realizan en la unidad de Neumología colgado en la intranet

DURACIÓN
Abril 2017:
- reparten las técnicas entre los miembros del grupo.
- cada miembro se encarga de elaborar el documento de la técnica que le haya tocado.
Mayo 2017:
- puesta en común de las técnicas elaboradas
Junio 2017:
- elaboración del dossier
- llevar a cabo las técnicas descritas con las incorporaciones de los cambios que se puedan hacer tras la elaboración de este dossier.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1313

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALQUEZAR FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FANDOS LORENTE SERGIO
TELMO HUESO SIRA
VAQUE BIELSA MARIA PILAR
SENDER ALEGRE LAURA
LAHOZ MACIPE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un protocolo multidisciplinar con la participación de profesionales de Atención Primaria y del Hospital. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los manuales de deshabituación tabáquica de nuestro entorno, escogiendo como modelo el "Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria" del Gobierno de Cantabria. Se han elaborado diagramas de flujo para los centros con y sin consulta monográfica de tabaquismo, estableciendo los criterios de derivación a la consulta de deshabituación tabáquica del hospital de Alcañiz para aquellos centros sin consulta monográfica que quieran solicitar colaboración.
Se han establecido recomendaciones concretas de consejo breve según la edad de los pacientes. Finalmente se ha elaborado un manual concreto de manejo de fármacos en deshabituación tabáquica.
Dirección de Atención Primaria ha incluido la detección de tabaquismo y la intervención antitabáquica en fumadores dentro de la incentivación individual de los profesionales médicos y enfermeros (incluido los MAC).
El manual se terminó en el mes de Octubre, sin embargo, a la hora de implementar la formación nos encontramos con que los planes de formación de los centros de salud no permitían impartir las sesiones hasta el año 2018 por lo que se ha tenido que posponer su implantación al primer trimestre de 2018 siendo objetivo de la Dirección de Atención Primaria para el año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de pacientes fumadores en los que se ha realizo intervención antitabaco en Atención Primaria sector Alcañiz:
- 2016 51,03%
- 2017 57,84%

Destaca el incremento de 11 y 9 puntos en los centros de salud de Andorra y Alcañiz respectivamente (que ya están desarrollando la consulta antitabaco).

% de pacientes a quienes se ha preguntado por el hábito de fumar en Atención Primaria sector Alcañiz
- 2016 41,83%
- 2017 46,27%

Por primera vez el sector Alcañiz supera el promedio de Aragón en este indicador
Destaca el incremento de 20% en Calanda, 12% en Andorra y 10% en Cantavieja.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque no se ha podido implementar el protocolo, podemos concluir que la inclusión de los indicadores de tabaquismo dentro de la incentivación individual de los profesionales, así como la adopción de las consultas de tabaquismo está incrementando la cobertura de las actividades frente al tabaquismo. La estrategia continuará en el año 2018 ya que es un proyecto estratégico de la dirección a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1313 ========== ***

Nº de registro: 1313

Título
PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

Autores:
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, FANDOS LORENTE SERGIO, ABAD GRACIA CRISTINA, TELMO HUESO SIRA, GUIU CAMPOS MIGUEL, VAQUE BIELSA MARIA PILAR, SENDER ALEGRE LAURA, LAHOZ MACIPE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1313

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Existe una Unidad de Deshabituación Tabáquica acreditada en el Hospital de Alcañiz desde hace dos años que esta en funcionamiento y con un buen rendimiento, pero seguimos con un infradiagnóstico y necesidad de tratamiento en una enfermedad tan prevalente como es el tabaquismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Ya se derivan y atienden a estos pacientes desde atención primaria a la unidad de atención especializada pero pensamos que debemos realizar un circuito y una restructuración del sistema derivativo para ofrecer una mejor calidad asistencial a estos pacientes. Reforzando tambien la atención que se puede realizar en atención primarian a estos pacientes manteniéndose así una buena comunicación entre los 2 puntos de atención.

MÉTODO
Realizar un protocolo de atención en atención primaria al paciente fumador, mejorando su identificación y tratamiento en una intervención breve. Realizar un protocolo de derivación para los pacientes más complejos desde atención primaria a la unidad de especializada.

INDICADORES
Grado de utilización del protocolo en primaria.
Aumento de las derivaciones de primaria a especializada
Encuesta de satisfacción a profesionales de primaria tras dar a conocer el protocolo

DURACIÓN
Puesta en marcha del grupo de trabajo mayo 2017
Realización de los protocolos mayo 2017-noviembre2017
Comunicacion del protocolo a atención primaria y hospitalaria noviembre 2017-enero 2018
Encuentas de satisfacción mayo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0117

1. TÍTULO

HOJA DE REGISTRO DE ENFEREMRIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA AGUD CARDONA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA
MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN
FANDOS LORENTE SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desarrollo de proceso enfermero en broncoscopias.
Desarrollo de la hoja de registro de enfermeria en broncoscopias.
Dar a conocer a todo el servicio.
Implantacion en el servicio.
Complimentacion de lahoja de registro en todos los pacientes a los que se le realiza una broncoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proceso de enferemero en broncoscopias y la hoja de registro han sido creadas y existen en el servicio, con lo que se ha mejorado el resgistro de la actuacion de enfermeria en este servicio.
La implantacion se realizo en febrero y toda la enfermeria usa la hoja de registro, consiguiendo que todos registremos lo mismo.
Se midio en nº de pacientes a los que se les habia realizado una broncoscopia y a los que en su historia existia la hoja de registro, y de una muestra de 16 pacientes, en las 16 historia existia la hoja de registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido tener un proceso enfermero en broncoscopias y que todos los enfermeros actuemos de una misma manera y a su vez tener un registro comun en el 100 % de los historias de los pacientes a los que se les ha realiza uan broncoscopia.

7. OBSERVACIONES.
El documento del proceso y los resultados de la medición de la hoja de registro, no me ha sido posible adjuntarlos a esta memoria. Los tenemos en nuestro servicio y tambien los tienen los responsables de calidad de nuestro sector.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/117 ========== ***

Nº de registro: 0117

Título
HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
AGUD CARDONA MONICA, ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN, FANDOS LORENTE SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente con broncoscopia
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad en el servicio de broncos copias del Hospital de Alcañiz, el personal de enfermería realizaba todas sus tareas (entrevista a la llegada del paciente, preparación del paciente, apoyo al neumólogo en el desarrollo de la broncos copia y comprobación de la recuperación del paciente tras la prueba) sin ningún registro de lo que se había realizado.
Con este proyecto se pretende desarrollar una hoja de registro de enfermería en el servicio de broncoscopias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0117

1. TÍTULO

HOJA DE REGISTRO DE ENFEREMRIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

para que todas las tareas realizadas por este personal queden registradas en las historias del paciente junto al informe de los neumólogos.

RESULTADOS ESPERADOS
El personal de enfermería del servicio de broncoscopias del hospital de Alcañiz desarrollaran una hoja de registro de sus actividades en este servicio.
Enfermería del servicio de broncoscopias rellenara la hoja de registro con cada paciente atendido en este servicio.
Cada paciente al que se le realice una broncoscopia en el hospital de Alcañiz, tendrá en su historia de neumología una hoja de registro de enfermería con todo lo realizado en dicho servicio por el personal de enfermería.

MÉTODO
- Realización de la hoja.
- Darla a conocer al servicio de broncoscopias.
- Implantarla en el servicio.
- La mayoría de los pacientes atendidos en broncospias tendrán en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas

INDICADORES
- Existencia a final de año de la hoja de registro de enfermería en broncoscopias.
- Numero de paciente atendidos en el servicio de broncoscopias en tre marzo y diciembre del 2018 en los que existe en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas / numero de pacientes atendidos en el servicio de broncoscopias en tre marzo y diciembre del 2018.

DURACIÓN
- Realización de la hoja: febrero 2018
- Darla a conocer al servicio de broncoscopias: febrero 2018
- Implantarla en el servicio: marzo 2018
- La mayoría de los pacientes atendidos en broncospias tendrán en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas: a partir de abril de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0118

1. TÍTULO

EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALQUEZAR FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FANDOS LORENTE SERGIO
AGUD CARDONA MONICA
MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
hemos colgado poster sobre la importancioa de cuidar la salud respiratoria en los aledaños de las consultas de neumología y en los pasillos del hospital de la planta baja y del hall. Se ha realizado adistramiento en la mator parte de los pacientes que han venido a realizarse espirometría sobre tu tratamiento con inhaladores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
hemos colocado más de 4 posters ya que hemos visto que era necesario para llegar a todo el mundo más informacion. Se han realizado 1792 espirometrías en lo que llevamos de periodo de actuación del proyecto realizando educación sobre el 75% de estos pacientes, ya que un 25% no tenian tratamiento broncodilatador pautado ya que venian por otro tipo de patologías que precisaban realizacion de espirometría. es decir sobre 1344 pacientes se ha realizado intervencion educativa sanitaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante seguir haciendo incapié en la intervención educativa de estos pacientes ya que un gran porcentage de los mismos el tratamiento inhalado se realizaba con errores críticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/118 ========== ***

Nº de registro: 0118

Título
EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA

Autores:
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, FANDOS LORENTE SERGIO, AGUD CARDONA MONICA, MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: EDUCACIONAL DE LA POBLACION

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes ven la espirometría como una prueba complicada y no saben muy bien el significado de la misma. Al requerir de su implicación en la realización y no ser sencilla, suelen tener una actitud reticente ante la misma. Además obvian la importancia de la misma y los cuidados que hay que tener antes de realizarla, además de sus contraindicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Hacer al paciente más partícipe de su proceso de enfermedad, empoderarle ofreciéndole la información que necesita, tanto del tipo de prueba que se le realiza, como del porqué, y precauciones que requiere. Además aprovecharemos la prueba broncodilatadora como un momento de educación sanitaria para corroborar que el paciente realiza correctamente sus inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0118

1. TÍTULO

EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA

MÉTODO
Realizar un display informativo sobre la espirometría y ponerlo en los aledaños de las consultas de Neumología del Hospital que es donde se solicitan y realizan estas pruebas. También colocaremos en el Hall del Hospital a modo informativo para los pacientes visitantes.
Realizaremos educación sanitaria en todos los pacientes a los que realicemos espirometrías para consolidar su técnica inhalatoria, ya que según los últimos estudios alrededor de un 70% de los pacientes realizan mal la técnica de los inhaladores.

INDICADORES
Colocación de los 4 display en el Hospital.

Número de pacientes que reciben educación sanitaria sobre la técnica de inhalación/número de pacientes a los que se le realiza espirometría

DURACIÓN
15 de Abril comenzaremos la realización del display, lo valoraremos en mayo y lo imprimiremos y plastificaremos.
Junio de 2018 colgarlo en todos los lugares.
Desde la aceptación del proyecto comenzaremos a identificar a todos los pacientes a los que se les realiza educación sobre la técnica de inhalación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0699

1. TÍTULO

DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... TAMARA MUÑOZ BERNAD
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARRION MOCHALES MONTSERRAT
PEREZ ANGOSTO ESTHER
MUÑOZ FARJAS ELENA
GRACIA PAOLA
LACARTA GARCIA PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La disfagia orofaríngea (80% del total de las disfagias) en muy prevalente en enfermedades neurológicas. La detección precoz de la disfagia en pacientes neurológicos permitiría adaptar las dietas y la ingesta de líquidos a la situación de cada individuo y evitar complicaciones. Los pacientes no siempre se detectan en la consulta de Neurología, sino que en ocasiones son remitidos al Servicio de Digestivo sospechando una disfagia esofágica o al Servicio de Endocrino por pérdida ponderal de peso, desnutrición.., motivos por los que se creyó indicado contar con estos Servicios para la realización de este proyecto.

ACTIVIDADES

Entre los meses de enero a marzo se diseñaron las hojas de recogida de datos, la base de datos y el material didáctico para los pacientes y familiares. Se inició el funcionamiento en marzo del 2017 asumiendo los pacientes procedentes de la consulta externa de Neurología. En Mayo´17 se creó una consulta de enfermería específica de Disfagia, 1 vez a la semana, con capacidad para valorar a 2 primeras y 1 ó 2 revisiones, con la prestación E21DIS y se procedió a citar a los pacientes desde el Servicio de citaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS

Se han valorado 52 pacientes, con edad media de 71.9 años (rango 47-89), sin diferencia en la distribución por sexos (50%). No se ha recogido el porcentaje de pacientes a los que se realizó seguimiento. Se realizó el MECVV en 50 casos. En los 2 casos restantes no se realizó en uno por Glasgow inferior a 9 y en otro por micosis orofaríngea severa.
El 88.5% (46) de los casos fueron remitidos por el S de neurología, 3 casos los remitió Endocrino, 2 casos Digestivo, 1 caso Medicina Interna.
La causa etiológica más frecuente eran las enfermedades neurodegenerativas (44.2%). No hemos especificado en la base de datos ni en las hojas de recogida de datos el tipo de enfermedad neurodegenerativa, información que pensamos ahora que sería relevante conocer. Creemos que puede ser interesante en un futuro reflejar la patología causal. Llama la atención que solo en 6 casos se sospechase disfagia como secuela tardía de un ictus isquémico, probablemente porque la implantación del test de disfagia en hospitalización ha permitido detectar precozmente este problema en los pacientes y subsanarlo, pero por otro lado estos casos deberían ser seguidos en la consulta ambulatoria para valorar si se deben mantener las medidas sugeridas en hospitalización o bien hay que cambiar las recomendaciones.
El test de disfagia fue negativo en el 50% de los casos, en un 5.7% no es valorable. Partiendo del total de test alterados podemos decir que el 56.5% tenían disfagia orofaríngea, en el resto se detectó alteración de la eficacia, lo que sugiere que tenían disfagia mecánica o psicógena.
A todos se les han ofrecido recomendaciones, que podían ser cambios posturales, cambios en el tipo de dieta, en los volúmenes a ingerir, vaso de disfagia, y otras recomendaciones generales. Sólo en 3 casos se hizo una única recomendación, precisando el resto de pacientes un abordaje terapéutico más amplio.
Se recogieron 24 encuestas de opinión, de estas en 17 casos estaban muy satisfechos y en 6 satisfechos (95.8% muy satisfecho/satisfecho), ningún caso reflejo insatisfacción. 1 de las encuestas no fue valorable porque no constaba el grado de satisfacción. Queremos destacar que no se pudieron cumplimentar más encuestas porque no se disponía de las mismas (desde la Unidad de calidad se nos comentó que querían modificarlas y no estaban disponibles los impresos).
Se ha editado un folleto de disfagia para pacientes y se solicitó ISBN 978-84-697-2753-9.
Además se ofrece un servicio de apoyo a hospitalización para la realización del MECV-V, en caso de que el personal de enfermería de planta no pueda realizarlo por sobrecarga de trabajo o bien por desconocimiento técnico de la prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El estudio de la deglución en pacientes que presentan síntomas sugestivos de disfagia, o desnutrición permite detectar precozmente el problema y ofrece la posibilidad de dar consejos y educación para evitar complicaciones más graves.

Nos llama la atención que el porcentaje de pacientes con disfagia orofaríngea detectados está por debajo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0699

1. TÍTULO

DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

la media descrita en la literatura. Este dato nos anima a seguir recogiendo en la base de datos los resultados obtenidos para confirmar si realmente no es tan prevalente como está descrito. Sería interesante también recoger todos los casos que requieren seguimiento tras la primera valoración. Ofrecemos la continuidad en el seguimiento clínico, pero no lo tenemos bien recogido.

LECCIONES APRENDIDAS
- El estudio y la valoración de la deglución de forma sistematizada en pacientes ambulatorios es tan importante como en los hospitalizados.
- La elaboración de protocolos de actuación comunes para las especialidades a las que se les remiten pacientes con clínica atribuible a disfagia evita el retraso diagnóstico y el peregrinar del paciente por múltiples especialistas.
- El tratamiento no farmacológico de la disfagia orofaríngea no suele basarse en una única recomendación.

ACTIVIDADES QUE DEBEMOS PLANTEARNOS AHORA

- Crear un circuito de derivación de los pacientes hospitalizados a los que se les detecta disfagia durante la hospitalización para que continúen su valoración ambulatoria en la consulta de disfagia.
- Completar la base de datos actual con los diagnósticos y los seguimientos de los pacientes atendidos en la consulta de disfagia.
- Hacer una difusión de esta herramienta diagnóstico/terapéutica en los otros servicios que pueden beneficiarse de la misma (Medicina Interna, Digestivo, Endocrinología, Otorrinolaringología,UCA…), por ejemplo con Sesiones clínica.
- Implicar al Servicio de Rehabilitación para trabajar con logopedia y valorar su disponibilidad para hacer videofluoroscopia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/699 ========== ***

Nº de registro: 0699

Título
DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

Autores:
PEREZ ANGOSTO ESTHER, MUÑOZ FARJAS ELENA, GRACIA GIMENO PAULA, HEREDIA FERRER LOURDES, LACARTA GARCIA PEDRO, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La disfagia orofaríngea (80% del total de las disfagias) en muy prevalerte en enfermedades neurológicas. Hasta el 60% de los pacientes con ictus la presentan en fase crónica, estas cifras se elevan al 100 de los casos de Esclerosis lateral amiotrófica o del 84% en la Enfermedad de Alzheimer. En estos pacientes se identifican síntomas y signos de disfagia orofaríngeas en todos los estadios del proceso clínico. La dificultad de deglución puede provocar aspiración y reducción de la ingesta oral, y secundariamente complicaciones de salud serias: neumonía, desnutrición y deshidratación. La detección precoz de la disfagia permitiría adaptar las dietas y la ingesta de líquidos a la situación de cada paciente y evitar las complicaciones señaladas. Los pacientes no siempre se detectan en la consulta de Neurología, sino que en ocasiones son remitidos al Servicio de Digestivo sospechando una disfagia esofágica o al Servicio de Endocrino por pérdida ponderal de peso, desnutrición...

RESULTADOS ESPERADOS
- Detección precoz de la disfagia en pacientes neurológicos ambulatorios
- Selección de las estrategias terapeúticas más adecuadas para conseguir una deglución eficaz y segura
- Adaptación de las dietas orales o enterales, e implementación de técnicas compensatorias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0699

1. TÍTULO

DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

MÉTODO
- Constitución de equipo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento operativo de detección de la disfagia en pacientes seguidos en la consulta externa de Neurología con registro específico.
- Información al paciente y a la familia sobre la disfagia y las técnicas compensatorias para evitarla

INDICADORES
% de pacientes ambulatorios remitidos a los que se les aplica el procedimiento de detección de disfagia
% de pacientes que presentan disfagia orofaríngea remitidos.
% de pacientes a los que se les introducen estrategias específicas para conseguir deglución segura y eficaz
Grado de satisfacción de los usuarios por la información recibida

DURACIÓN
- Constitución de equipo de trabajo: Octubre-Noviembre 2016
- Elaboración de procedimiento operativo: Diciembre 2016-Febrero 2017
- Implementación en la práctica habitual: Marzo 2017-Octubre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0944

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA MUÑOZ FARJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
BALLESTER MARCO LAURA
CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA
TENA EJARQUE MARIA DOLORES
VIDAL ABOS ANA MARIA
ADELL PELLICER SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El área de Ictus es un área de hospitalización en una habitación bien definida dentro del hospital, atendida por un equipo multidisciplinar de médicos y de personal de enfermería, según unos protocolos establecidos. Su implantación está contemplada dentro de las líneas estratégicas del SALUD. En el hospital de Alcañiz se inició el Proceso ictus en 2015 con la elaboración de los protocolos de Código Ictus y los Subprocesos de atención al Ictus no fibrinolizable y del AIT. La creación y puesta en marcha del Area de ictus en nuestro centro formaba parte del desarrollo del Proceso ictus. Una de las principales justificaciones para su puesta en marcha era la elevada mortalidad de nuestro centro, de las más elevadas en la comunidad autónoma.
Se plantean como objetivos:
- Creación de un área de ictus,
- Disminuir la mortalidad por ictus en el hospital de Alcañiz,
- Reducir la estancia media de los pacientes con ictus,
- Inicio de la rehabilitación antes de 48 horas.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Entre octubre y noviembre de 2016 se constituye el equipo de trabajo, formado principalmente por Elena Muñoz Farjas y JM Turon Alcaine y contando como colaboradores a Sergio Fandos, Paola Gracia, Javier Escota, Dolores Tena Ejarque, María Victoria Corriol Pallás.
En Noviembre´16 se elaboró el subproceso del área de ictus, y los documentos asociados con ayuda de los colaboradores citados. Los revisores externos fueron María Bestué Cardiel, Javier Marta Moreno, Cristina Pérez Lázaro y JA Oliván Usieto. A finales de Noviembre tras la aprobación por Dirección Médica y de Enfermería se colgaron los documentos en la Intranet del hospital. A lo largo de 2017 se han introducido algunas modificaciones en algunos de los documentos (versiones A,B).

En febrero de 2017 se presentó en sesión clínica hospitalaria el protocolo correspondiente al Subproceso del área de Ictus. Esta sesión se ha repetido en enero´18 para informar al personal médico (gran parte había cambiado a lo largo del año)
En marzo de 2017 se realizó una sesión de formación acreditada para enfermería con masiva afluencia. En noviembre y diciembre se han realizado sendos talleres de formación previos a la puesta en funcionamiento.

La puesta en funcionamiento precisaba una estructura mínima que incluía ampliación de personal médico y de enfermería, adecuación de la central de telemetría a las nuevas necesidades planteadas, adecuación de la habitación destinada al área. En relación a la ampliación del personal en febrero se amplió la plantilla de neurológos pasando de 2 a 3, y en diciembre se contrataron 3 enfermeras adscritas al área de ictus para cubrir tardes y fines de semana.
Con respecto a las necesidades de material: está aprobada la compra de una nueva central de telemetría (pendiente de instalar), la habitación dispone de una cortina más tupida de lo habitual para salvaguardar la intimidad de los pacientes, y se dispone de las almohadas necesarias para hacer los cambios posturales. Estaría pendiente de cambiar los sillones de los pacientes, que los aportaran servicios centrales.
Tras la contratación del personal de enfermería no quedaba ningún escollo importante para la puesta en marcha del área, que entró en funcionamiento a mediados de diciembre de 2017.

En enero´18 se han incluido en el Farmatools los protocolos de ictus para prescripción segura y eficaz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS OBTENIDOS

6 pacientes se han beneficiado de ingreso en área de ictus, 4 mujeres y 2 varones con una edad media de 87.3 años (rango 85-92). 1 de ellos procedía de la Unidad de Ictus del HUMS, traslado 24 horas tras fibrinólisis endovenosa, y el resto eran ictus no fibrinolizables, 3 candidatos a ingreso en Area de ictus, y 2 a los que se les podría haber asignado una cama de hospitalización convencional (1 ictus subagudo, un ictus muy grave). En 2 casos se confirmó salida de vía, en uno por prolongación de la estancia debido a la inestabilidad del paciente, y en otro por causas de la institución (no se disponía de camas de hospitalización convencional). La estancia media en el área fue de 3.6 días.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0944

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

El NIHSS medio=14.2 en el momento del ingreso que pasó a 10 al alta. Rankin medio previo al ingreso era 2 y al alta era de 4. 4 casos eran TACIs (Ictus isquémico Art cerebral media completa). 1 un ictus hemorrágico y el último un AIT.
La tasa de mortalidad fue 0%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo principal de este proyecto era lograr la implantación de un Área de Ictus en el Hospital de Alcañiz, ya que éramos el único hospital de la red del Salud que carecía de ella, por lo cual este objetivo está cumplido.
No ha sido fácil lograr la estructura adecuada para poder implantarlo, ni conseguir consenso entre los diferentes profesionales sanitarios, sin embargo hemos de decir que la dirección del centro tanto médica como de enfermería lo ha apoyado en todo momento. Se han formulado verbalmente problemas en la aplicabilidad práctica de la Instrucción técnica de la hiperglucemia y de la hipoxemia. Se ha trasmitido esta información a los médicos especialistas pertinentes para que lo revisen.
Se ha defendido su viabilidad a lo largo de todo el año, y la necesidad de ponerla en funcionamiento justificada por la elevada mortalidad del ictus en nuestro centro.
Se planteó hacer una sesión informativa al personal de urgencias para explicar los criterios de ingreso y que pacientes eran candidatos a ingresar en área de ictus, pero por las peculiaridades de este año (OPE en marca) no se llevó a cabo. Probablemente por este motivo, los pacientes que han “estrenado” el área no sean los que más se hubiesen beneficiado de la misma, un tercio de los mismos no cumplían criterios. Los resultados los veremos en este año 2018 y venideros.

LECCIONES APRENDIDAS:
- El trabajo multidisciplinar en procesos médicos en los que intervienen varios profesionales aporta calidad y eficiencia en la atención al enfermo, y enriquece al profesional que los elabora.
- La pronta disponibilidad del documento ha permitido detectar las necesidades estructurales para poder implementarlo, siendo el resultado una implantación con los medios adecuados para hacer la atención segura y eficaz a los pacientes con ictus.
- A pesar de contar con colaboradores y de ser aprobado el subproceso por dirección, la implantación no ha sido fácil porque algunos profesionales sanitarios manifestaron su desacuerdo en algunos aspectos. Ello se resolvió son sesiones clínica informativas.

ACTIVIDADES QUE DEBEMOS PLANTEARNOS
- Actividades de formación continuada: Talleres específicos para TCAEs y celadores. Nueva formación de enfermería a finales del año.
- Base de datos de área y recogida de datos por parte de los profesionales implicados
- Implicar más activamente al equipo ictus del Hospital en la dinámica del Proceso ictus en general y del subproceso del área de ictus en particular.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/944 ========== ***

Nº de registro: 0944

Título
IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MUÑOZ FARJAS ELENA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, BALLESTER MARCO LAURA, CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA, TENA EJARQUE MARIA DOLORES, ANDRES PALLARES MARIA JOSE, CURA BELMONTE NOELIA, ADELL PELLICER SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0944

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

El Área de Ictus es un área de hospitalización específica situada en un área geográfica bien definida dentro del servicio de Neurología de un hospital, atendida por un equipo multidisciplinar de médicos y personal de enfermería con formación y experiencia en el manejo del Ictus agudo y sus complicaciones. Dentro de la estrategia de ictus del Servicio Aragonés de Salud, se incluye el desarrollo de áreas de ictus en los hospitales comarcales. El objetivo de estas es disminuir la morbimortalidad de los pacientes con ictus. Su indicación de ingreso son pacientes con ictus isquémico o hemorrágico de menos de 24 horas de evolución, sin límite de edad, independientemente del grado de afectación clínica.
Actualmente el hospital de Alcañiz no dispone de Area de ictus

RESULTADOS ESPERADOS
-Creación de un área de ictus
-Disminuir la mortalidad por ictus en el hospital de Alcañiz
-Reducir la estancia media de los pacientes con ictus en el hospital
-Inicio de la rehabilitación antes de 48 horas

MÉTODO
-Elaboración de un subproceso de área de ictus en forma de vía clínica de 72 horas de duración con establecimiento de salidas de vía y coordinación con el subproceso de rehabilitación del hospital
-Formación a los profesionales del área de ictus
-Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES
-Disponibilidad del procedimiento
-Tasa de mortalidad por ictus
-Estancia media de pacientes con ictus en el hospital
-Estancia media en área de ictus
-Análisis de salidas de vía
-% pacientes que comienzan rehabilitación antes de 48 horas

DURACIÓN
- Constitución de equipo de trabajo: Octubre-Noviembre 2016
- Elaboración de procedimiento operativo: Octubre 2016-Diciembre 2016
- Implementación en la práctica habitual: Enero 2017-Mayo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA BALLESTER MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
MUÑOZ FARJAS ELENA
SARRION MOCHALES MONTSERRAT
SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE
FOZ PELLICER SILVIA
SANCHEZ PISA ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año se han realizado sesiones formativas de la patología cerebrovascular en las que se incluye el AIT, con difusión del procedimiento de AIT, dirigidas a enfermería y facultativos especialistas, quedando pendiente continuar con las mismas haciendo un mayor hincapié en la formación dirigida a los servicios de urgencias.
Se ha concluido la realización de la base de datos de toda la patología neurovascular (tanto de AIT como de Ictus y de Hemorragias) y se ha iniciado el uso de las mismas.
Se ha llevado a cabo la realización de la consulta por parte de Neurología a todo paciente con diagnóstico por parte de urgencias de AIT, en menos de 24 horas, que incluya como mínimo la realización de estudio doppler de troncos supraórticos y supervisión de tratamiento preventivo.
Se ha indicado un periodo de observación desde estos servicios de urgencias a los pacientes no candidatos a ingreso, por un periodo de tiempo no inferior a las 24 horas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han valorado un total de 10 pacientes atendidos en urgencias entre los meses de diciembre de 2018 y enero de 2019, con una media de edad de 74.7 años, de los diez pacientes valorados desde urgencias el 100% fueron valorados posteriormente por Neurología, y solo el 10% en un periodo superior a las 24 horas desde la clínica de inicio.
La escala de estratificación del riesgo (ABCD2), ampliamente utilizado entre los servicios de urgencias y de Neurología, se utilizó en 70% casos y motivó el ingreso del 50% del total, considerándose el mismo adecuado por encima de 4-5 puntos que se traduce en un riesgo de recurrencia de AIT/ICTUS superior a 4.1% en 48 horas. Tan solo se obvió la indicación de ingreso en un paciente con diagnóstico de AIT de repetición previamente estudiado y en tratamiento, que cumplía criterios según dicha escala.

Cabe destacar la existencia de un 10% de la muestra con diagnóstico erróneo, al tratarse una migraña con aura, la cual también se benefició del estudio y tratamiento.

INDICADORES/ VALOR DE INDICADORES:
% de altas directas de AIT sin 24 horas de observación: 30% (Estandar<10%)
% de pacientes con sospecha de AIT en los que se ha pasado la escala de ABCD2: 70% (Estandar>90%)
% pacientes en los que ha repetido ICTUS/AIT tras AIT: 20% (10% en primeros 7 días y 10% en primer año con éxitus tras complicaciones del mismo)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto se ha retrasado en su implantación debido a que la responsable del proyecto se trasladó a otro hospital durante 2018.
Tras valorar los índices obtenidos, llegamos a la conclusión de queda mucho terreno por hacer ya que no se llega a cumplir el estándar deseado. Sin embargo, si comparamos estos datos con los del año anterior en el mismo periodo de tiempo, observamos que hay una mayor concienciación por parte de los profesionales implicados, pasando de un 10 % de pacientes con ABCD2 a un 70% en la fecha actual y un 70% de paciente con periodo inferior de observación de 24 horas a un 30% en la actualidad. Del mismo modo el porcentaje de pacientes en los que ha repetido la patología neurovascular ha disminuido respecto al año anterior, pasando de un 30% a un 20%.
Queda pendiente para un futuro:
- Seguir haciendo hincapié en estos conceptos, así como la realización de más sesiones formativas, sobre todo con los servicios de urgencias, pero también con el resto de personal sanitario.
- Consolidar la “consulta rápida de AIT”, siguiendo en la misma línea, y siendo los pacientes valorados por nuestro servicio la totalidad de los mismos.
- Supervisar los protocolos de tratamiento y actuación realizados hasta el momento

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

*** ========== Resumen del proyecto 2018/402 ========== ***

Nº de registro: 0402

Título
ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

Autores:
MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SARRION MOCHALES MONTSERRAT, SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE, RIOS GARCIA ISABEL, REGALES POZA NATALIA, FOZ PELLICER SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Accidente isquémico transitorio (AIT) es un “Episodio breve de disfunción neurológica causado por isquemia focal cerebral o retiniana, cuyos síntomas típicamente duran < 1 hora, sin necrosis del tejido cerebral. Si hay un déficit neurológico aislado pero las pruebas de imagen se aprecia una imagen isquémica el diagnóstico no será AIT. El 23% de los ictus están precedidos por AITs en la semana previa. Pero el AIT no es solo un «marcador» de patología cerebrovascular, sino que incrementa el riesgo de sufrir cualquier episodio vascular grave como la cardiopatía isquémica. Se ha evidenciado que es mayor el riesgo de eventos vasculares tras un AIT si se demuestra enfermedad significativa de gran vaso o la aparición de lesión en la secuencia de difusión en el estudio de RM. En el Proceso ictus del hospital de Alcañiz con fecha de noviembre de 2016 se define el protocolo de actuación del paciente que acude a Urgencias con sospecha de AIT. El protocolo se está siguiendo, pero la incorporación a la cartera de servicios del Doppler trancraneal y la puesta en marcha del Área de ictus son elementos que contribuirán a mejorar la atención y tratamiento de los pacientes con AIT.

RESULTADOS ESPERADOS
- Actualizar el Proceso de Atención al AIT.
- Realizar un diagnóstico precoz del AIT, diferenciándolo de otros procesos que podrían simularlo.
- Realizar el mismo día la consulta, las pruebas complementarias indicadas por parte de Neurología, establecer el riesgo vascular, iniciar la prevención secundaria y completar un informe de asistencia en Historia clínica electrónica.

MÉTODO
- Elaboración de un nuevo Procedimiento de Atención al AIT. Creación de base de datos de AIT.
- Sesiones de formación para Urgencias, Neurología, Medicina Interna, Enfermería área de ictus y Atención Primaria.
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES
- Disponibilidad del procedimiento
- Determinar el porcentaje de pacientes que ante la sospecha de AIT en urgencias realmente tienen esta patología
- Tasa de ingreso por AIT (nº AIT ingresados/nº AITs urgencias)
- Estancia media de pacientes con AIT en Area de Ictus/Hospitalización convencional
- Porcentaje de pacientes que presentan un ictus tras AIT en las primeras 48 horas, 1 semana, 4 semanas, 3 meses y un año.
- Porcentaje de pacientes en los que se precisa realizar RMN craneal con difusión, y estudio cardiológico.

DURACIÓN
- Constitución de equipo de trabajo: Mayo-Junio 2018
- Reuniones del equipo de trabajo y Elaboración de procedimiento operativo: Junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

- Implementación en la práctica habitual: Julio-Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT SARRION MOCHALES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FOZ PELLICER SILVIA
SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE
BALLESTER MARCO LAURA
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
MUÑOZ FARJAS ELENA
SANCHEZ PISA ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó el grupo de trabajo y se establecieron como criterios de derivación a la consulta los pacientes que en el test de disfagia hubieran dado positivo durante el ingreso en el área de ictus y no cumplen criterios de exclusión (salir con sonda nasogástrica o gastrostomía). El neurólogo cita al paciente en la consulta de disfagia en el momento del alta y lo hace constar en el informe de alta del paciente.
Se ha elaborado un procedimiento de la consulta de disfagia junto con un registro específico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a los cambios en los profesionales del servicio de neurología durante 2018, el inicio del circuito se produjo en Diciembre de 2018. Desde entonces sobre 9 pacientes que cumplirían criterios de derivación se han recibido 4 (44%). De ellos uno ha dado positivo en el test y se aplicó el protocolo. Ninguno de los atendidos ha requerido nutrición enteral. En un caso se produjo neumonía por aspiración (11%). No hubo casos de fiebre de origen desconocido y no se ha podido objetivar pérdida ponderal en ningún caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El cambio de profesionales ha ralentizado la implantación de nuestro procedimiento, por lo que vamos a continuar con el proyecto el año próximo. Se han perdido fundamentalmente los pacientes derivados a San Juan de Dios, por lo que vamos a plantear una estrategia específica para estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/406 ========== ***

Nº de registro: 0406

Título
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

Autores:
SARRION MOCHALES MONTSERRAT, FOZ PELLICER SILVIA, SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE, MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SANCHEZ PISA ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los protocolos de cribado de disfagia se han recomendado ampliamente para identificar pacientes con riesgo de aspiración. La AHA conviene que hay suficiente evidencia que apoya la eficiencia de realizar protocolos de cribado de disfagia para reducir el riesgo de neumonía, muerte o dependencia tras ictus. Se ha presentado el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

protocolo de seguimiento de disfagia en pacientes ambulatorios neurológicos en el Hospital de Alcañiz mostrando un beneficio clínico.
Hemos detectado que los pacientes hospitalizados en los que se objetiva una disfagia no se remiten a la consulta de disfagia para seguimiento evolutivo de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
- Lograr un seguimiento adecuado de pacientes en los que se detecta disfagia tras un ictus.
- Evitar las complicaciones derivadas de una disfagia no tratada
- Detectar precozmente la necesidad de nutrición por vía enteral.

MÉTODO
- Creación de un equipo de trabajo
- Elaboración de un circuito de derivación de los pacientes con ictus en los que se ha detectado disfagia durante su hospitalización en fase aguda para mantener su continuidad asistencial tras el alta hospitalaria.
- Evaluación de la evolución de la disfagia postictal
- Evaluar el grado satisfacción de los usuarios/familiares.
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES
- Disponibilidad del procedimiento
- Número de visitas por cada paciente hasta el alta
- % pacientes que desarrollan neumonía, pérdida ponderal o fiebre de origen desconocido durante el seguimiento.
- % pacientes que precisarán de nutrición enteral
- Grado Satisfacción de los usuarios/familiares

DURACIÓN
- Constitución de equipo de trabajo: Marzo 2018
- Elaboración de procedimiento operativo: Abril 2018
- Implementación en la práctica habitual: Mayo 2018.

OBSERVACIONES
Los resultados que se esperan obtener son:
- La nutrición de los pacientes con ictus y disfagia debe ser segura y adecuada
- Evitar neumonías por broncoaspiración, fiebres de origen desconocido y pérdida ponderal.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 09/05/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL LAHOZ PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE LOPEZ BEATRIZ
REMACHA SIENES MARIA
MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA
BARRABES SANCHEZ MIRIAM
SANCHO VIVES ESTHER
RODRIGO MOLLA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar, diseñándose un proceso compuesto de cinco subprocesos: Recepción-preparación, Dilatación-analgesia, Período expulsivo, Puerperio inmediato y puerperio tardío. Se recogió el proceder habitual del servicio y se contrastó con las guías de práctica clínica de referencia, actualizándose los puntos más obsoletos. Se diseñaron 3 instrucciones técnicas sobre aspectos concretos, y se recogieron todos los formatos del servicio. Finalmente fue colgado en la red. Se establecieron los indicadores de los aspectos más relevantes (mayor potencial de fallo) en los distintos subprocesos y se designaron los responsables de su recogida. Se informó a los trabajadores de la necesidad de registrar incidencias para mejorar el proceso, y se nombró una responsable de proceso para monitorizar la evolución del mismo en el tiempo y detectar problemas lo antes posible, para proceder a la realización de proyectos en el momento preciso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Subproceso de recepción y preparación:
o % de gestantes correctamente identificadas: 100%
- Subproceso de dilatación analgesia:
o % de mujeres que deseaban anestesia epidural y la recibieron: 95,35 % (las que no la recibieron fue por llegar en fase avanzada del parto y una por contraindicación de la anestesia)
- Subproceso Período expulsivo:
o INDICADORES DE EPISIOTOMÍA
? Partos vaginales con episiotomía: 34,56%. Estamos muy por debajo de la tasa de episiotomías en España en 2016 (50%).
? Tipos de parto con episiotomía:
• Instrumental: 80,49%
• Eutócicos: 28,12%
? Tipos de parto sin episiotomía:
• Instrumental: 19,51%
• Eutócicos: 71,79%
o INDICADORES DE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO
? 65,35%: alumbramiento dirigido
? 18,14% son manuales
? 12,79% espontáneos
? 3,72% no consta
- Subproceso puerperio inmediato
o INDICADORES DEL PUERPERIO PRECOZ
? APGAR < 6 a los 5 minutos: 0,23% de los recién nacidos
? Seguimiento del protocolo piel con piel:
• No piel con piel: 9,24%
• Piel con piel madre: 84,36%
• Piel con piel padre: 6,4 %
? Lactancia materna:
• 77,44% de partos se inicia precozmente
• 92,63% de los partos vaginales se inicia precozmente
o % de RN identificados en planta: 100%. Este era el principal problema de nuestro servicio. Con la adopción de un sistema de identificación madre-hijo parece haberse solucionado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Servicio dispone de instrucciones de trabajo concretas para los trabajadores actuales y para formar a los que vengan en el futuro, evitando interpretaciones sobre las responsabilidades de los distintos trabajadores, y la dilución de las funciones con el tiempo. Cualquier cambio en el proceso de ahora en adelante deberá estar documentado e informado para todo el mundo. Hemos identificado los puntos críticos del proceso y hemos establecido indicadores cuyos resultados creemos que son buenos en el momento actual. Los responsables del proceso seguirán monitorizando en el tiempo estos indicadores para verificar que el tiempo no relaja la calidad de nuestro trabajo, así como también recogiendo incidencias relevantes para corregir sobre la marcha cualquier disfunción en el paritorio del hospital de Alcañiz.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

7. OBSERVACIONES.
Isabel Lahoz elaboró este proyecto en 2016 antes de trasladarse al hospital Clínico en el que trabaja actualmente

*** ========== Resumen del proyecto 2016/131 ========== ***

Nº de registro: 0131

Título
PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL, GARCIA SALINAS MARIA ESPERANZA, SEBASTIAN SANZ ASUNCION, ANDREU GISBERT MARIA PILAR, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, BALFAGON GOMEZ CARMEN, SANCHO VIVES ESTHER, HURTADO LOPEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Hospital de Alcañiz está implementando una estrategia de gestión por procesos. Con vistas a aumentar la seguridad del proceso de atención al parto y reducir la variabilidad en la prestación del servicio, el Servicio de Obstetricia considera necesario establecer, documentar implementar y medir el proceso de atención al parto.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer, documentar, implementar, medir y mejorar el proceso de atención al parto.
Se pretende un modelo cuyos principios rectores sean la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares.

MÉTODO
- Creación de equipo de proceso multidisciplinar.
- Revisión de literatura.
- Establecimiento de lo que se realice y contraste frente a estándares de la literatura, modificando los aspectos que se consideren mejorables.
- Determinación de necesidades estructurales.
- Documentación del proceso: Documento del proceso/subprocesos, procedimientos operativos, instrucciones técnicas y documentación externa.
- Implementación del proceso.
- Medición, análisis y mejora en línea con lo establecido en el manual de calidad del hospital.

INDICADORES
- %de partos con analgesia epidural.
- % de cesáreas.
- Tasa de episiotomías.
- % de pacientes con desgarros perineales.
- % de pacientes a las que se les aplica el protocolo de alumbramiento dirigido.
- % de recién nacidos a los que se les aplica el contacto piel con piel en la sala de paritorio.
- % de pacientes con factores de riesgo de hemorragia postparto a las que se aplica el protocolo de prevención de la misma
- % de recién nacidos con un Apgar inferior a 6

DURACIÓN
- Creación de equipo de proceso: Octubre 2016
- Documentación del proceso: Octubre- Noviembre 2016
- Medición: indicadores semestrales, recogida continua de incidencias

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0941

1. TÍTULO

FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DEL PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA FRANCISCA GUTIERREZ SABIO
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO SALESA ANA
GIMENEZ HERNANDEZ MARIA
RODRIGO MOLLA MARIA DOLORES
LEIVA COMERAS ANA CARMEN
LORENZO ALQUEZAR MARIA JOSE
PEREZ ANGOSTO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Noviembre del año 2016 se reunió el grupo de trabajo para elaborar las primeras líneas de actuación, y definir el papel que cada miembro del grupo debía seguir.
Tras recabar información y bibliografía sobre el tema a tratar, en diciembre del 2016, se reunió el grupo de trabajo para elaborar el protocolo con las pautas a seguir para el contacto precoz piel con piel.
Así mismo se elaboró una planilla de registro manual y otra en excell para recoger la información: sí/no realización de piel con piel (bajo los estándares aprobados en protocolo), quién ha realizado el contacto piel con piel (madre/padre) e inicio precoz de lactancia materna (Sí/no).
Una vez consensuado el protocolo y el método de recogida de datos, se presentaron los mismos al equipo de obstetricia de paritorio para que todo el equipo estuviese implicado en el proyecto.
Aunque teníamos previsto empezar la implantación del protocolo el 1 de enero del 2016, por motivos de organización de vacaciones no se pudo iniciar hasta el día 9 de enero. Por esta razón los primeros 8 partos no fueron contabilizados.
En febrero del 2017, se formó de nuevo un equipo de trabajo para elaborar el díptico informativo sobre los beneficios del contacto piel con piel. Este díptico fue recogido por la comisión de lactancia materna del Hospital, y se incluyó en un tríptico de información que se entrega a la gestante en la consulta de tocología en la visita de las 30 semanas de gestación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº madre-hijo que inician contacto piel con piel/nº total de partos vaginales= 96.03%
Nº madre-hijo que inicia lactancia materna/ total de partos vaginales= 92.63%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración del proyecto así como el desarrollo del mismo ha sido sumamente satisfactorio para todo el equipo que ha participado en él. No sólo ha servido para que elevemos la calidad de atención al parto sino también para crear mayor sensación de equipo.
Aunque el equipo de tocología ya estaba concienciado para poner en práctica el contacto piel con piel, el proyecto ha servido para afianzar en aquellos que ya lo estaban poniendo en práctica y para impulsar a aquellos que tenían alguna reserva en su actuación.
Los resultados del proyecto han superado las expectativas creadas por el propio equipo y podemos dar este proyecto como concluido.
El equipo ha considerado que se puede ampliar el proyecto en cesáreas urgentes que se deciden en el área de paritorio y que, por lo tanto, podría estar en nuestra mano favorecer el contacto piel con piel con el padre o un familiar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/941 ========== ***

Nº de registro: 0941

Título
FAVORECER EL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DE PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
SANCHEZ LAHOZ MARGARITA, NAVARRO SALESA ANA, LOREN AGUILAR MARINA, MAGIMENEZ HERNANDEZ MARIA, RODRIGO MOLLA MARIA DOLORES, ANDREU GISBERT MARIA PILAR, PEREZ ANGOSTO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0941

1. TÍTULO

FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DEL PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Promover y favorecer el contacto piel con piel y la relación maternofilial por los grandes beneficios que aporta para ambos:
- Favorece el vínculo afectivo
- Mejora el control de la termorregulación del R.N.
- Disminuye el distress respiratorio
- Evita la hipoglucemia del niño
- Aumenta la probabilidad de éxito de la lactancia materna
- El niño se pone en contacto con las bacterias propias de la madre

Se considera que el contacto piel con piel debe de durar al menos 70 minutos.
Esta práctica está dentro de las recomendaciones que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace en su estrategia de parto normal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Favorecer el vínculo afectivo
- Disminución del riesgo de hipotermia neonatal
- Favorecer el inicio precoz de lactancia materna

MÉTODO
- Elaboración de un protocolo de actuación
- Elaboración de una planilla de recogida de datos
- Presentación del protocolo al resto de los miembros del equipo de paritorio
- Elaboración de un diptico sobre las ventajas del contacto precoz madre-hijo que se entregará a las embarazadas

INDICADORES
- Nº de madre-hijo que inician el contacto piel con piel /nº total de partos vaginales
- Nº madre-hijo que inician la lactancia materna / Total de partos vaginales

DURACIÓN
- Noviembre 2016 Constitución del grupo de trabajo
- Diciembre 2016 Elaboración de un protocolo para favorecer el contacto piel con piel y una planilla de recogida de datos
- Enero 2017 Implantación del proceso
- Febrero2017 Elaboración del diptico y entrega a las mujeres embarazadas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0155

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR ANDREU GISBERT
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN HERRERO MARIA JESUS
GARCIA SALINAS ESPERANZA
SEBASTIAN SANZ ASUNCION
BALFAGON GOMEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En enero y febrero del 2018 las matronas de paritorio del Hospital de Alcañiz hicimos varias reuniones en las que se decidieron:
- Se revisaron los protocolos del área de paritorio donde se usa el sulfato de magnesio y se valoraron todas las dosis, diluciones y perfusiones que se ofrecían en ellos. Estos protocolos son: Preeclampsia grave, eclampsia y neuroprotección en partos prematuros.
- Cada patología es tratada con una dosis de inicio y de mantenimiento diferente. Además, en cada protocolo se exponen diferentes formas de concentración. Se decidió poner en el póster todas las posibles formas de dilución y de velocidad de perfusión, ya que, a veces, hay que tener cuidado con no producir una sobrecarga hídrica.
- Se valoraron distintas maneras de presentar las dosis según patología. Se eligió realizarlo en una tabla para cada patología en la que se diferenciaba entre dosis de ataque y dosis de mantenimiento y las diferentes formas de hacer la dilución y la velocidad de perfusión. Para hacerla más visual se decidió poner cada tabla en diferente color según la patología.
- Al final del póster se dispuso poner otra tabla donde se expusiese el antídoto del sulfato de magnesio (gluconato cálcico), así como su dosificación. En este caso el color de la tabla sería más llamativo.
- El póster llevaría la fecha de publicación para poder revisarlo cuando hubiese un cambio de protocolo o al menos una vez al año.
- En estas reuniones se fijó que la responsable del proyecto presentaría, por e-mail, un póster con las decisiones tomadas para la valoración de todas las matronas y hacer así los cambios pertinentes.
En marzo del 2018 se presentó un borrador del póster al equipo de matronas: se decidió incluir también las constantes vitales que se deben controlar para valorar la sobredosificación por sulfato de magnesio.
Se reenvió el póster con los cambios acordados, que fue aprobado para su impresión.
En marzo del 2018 se colocó el póster en la sala de medicación del área de paritorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La evaluación del póster se ha realizado mediante encuesta de satisfacción a las matronas de paritorio.
Como son patologías, por suerte, no muy frecuentes los casos que ha habido a lo largo de este año han sido escasas (2). Las matronas que han tenido que utilizar el póster lo han evaluado así (de 0 a 5):
- Claridad en la exposición de la dilución y de las dosis: 4
- Utilidad del póster en los momentos de urgencia: 5
Además, se ha visto la necesidad de apuntar en el póster el nombre comercial del gluconato cálcico, para evitar cualquier confusión: Suplecal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades para realizar el póster han servido, al equipo de matronas, para hacer una revisión de los protocolos y la mejor manera de llevarlos a la práctica. Además, hemos podido hacer una puesta en común de las dificultades que nos encontramos al atender este tipo de patologías y la mejor manera de afrontarlas.
Como siempre que se hace un trabajo en equipo, este sirve para unir más a sus componentes y para generar la sensación de pertenencia a un grupo que tiene un objetivo común.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/155 ========== ***

Nº de registro: 0155

Título
ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DEL SO4MG EN SUS DISTINTAS APLICACIONES OBSTETRICAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0155

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS

Autores:
ANDREU GISBERT PILAR, GUILLEN HERRERO MARIA JESUS, GARCIA SALLINAS ESPERANZA, SEBASTIAN SANZ ASUNCION, BALFAGON GOMEZ CARMEN, BARRABES SANCHEZ MYRIAM, SANCHO VIVES ESTHER, REAL CORDERO ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL SO4Mg ES UN FÁRMACO USADO EN DIFERENTES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS GRAVES: PREECLAMPSIA GRAVE, ECLAMPSIA, Y COMO NEUROPROTECTOR EN PARTOS PREMATUROS. LAS DOSIS DE INICIO Y DE MANTENIMIENTO, ASÍ COMO LA DILUCIÓN Y LA PERFUSIÓN, VARÍAN MUCHO SEGÚN LA PATOLOGÍA QUE SE ATAQUE.
LA INCIDENCIA DE ESTAS PATOLOGÍAS ES BAJA, PERO ESTO HACE QUE, AL NO SER PRÁCTICA HABITUAL, PUEDAN SURGIR DUDAS EN EL MANEJO DE ESTE FÁRMACO.
LOS PROTOCOLOS UTILIZADOS DESCRIBEN EL MODO EN QUE SE DEBE PREPARAR LAS DILUCIONES PERO, AL SER UN MOMENTO CRÍTICO, ES DIFÍCIL BUSCAR ENTRE LOS PROTOCOLOS A LA VEZ QUE SE ATIENDE A LA MUJER EN TODA SU PATOLOGÍA.
POR ELLO SERÍA ÚTIL TENER UN PÓSTER, EN LA ZONA DONDE SE PREPARA LA MEDICACIÓN, DONDE SE EXPONGA DE FORMA INEQUÍVOCA LAS DOSIS, DILUCIÓN Y PERFUSIÓN DEL SO4MG SEGÚN PATOLOGÍA. ESTO FACILITARÍA EL TRABAJO, ADEMÁS DE EVITAR CONFUSIONES EN SU ADMINISTRACIÓN.

RESULTADOS ESPERADOS
- AUMENTAR LA EFICACIA Y EFECTIVIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO
- DISMINUIR LAS DUDAS SOBRE LA DILUCIÓN DEL SULFATO DE MAGNESIO Y DE SU PERFUSIÓN
- FACILITAR EL TRABAJO DE LAS MATRONAS DEL SERVICIO DE PARITORIO EN LA ATENCIÓN DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA GRAVE

MÉTODO
MEDIANTE REUNIONES PERIÓDICAS Y TAMBIÉN MEDIANTE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE E-MAIL:
- REVISIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL ÁREA DE PARITORIO
- VALORAR CÓMO EXPONER DE FORMA ESQUEMÁTICA LAS DOSIS, DILUCIÓN Y PERFUSIÓN DEL SO4Mg SEGÚN PATOLOGÍA
- REALIZAR UN PÓSTER CON LA INFORMACIÓN PERTINENTE
- EVALUACIÓN DEL PÓSTER Y HACER LAS MODIFICACIONES QUE SEAN PRECISAS PARA SU MEJORA

INDICADORES
- GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS MATRONAS EN CUANTO:
o CLARIDAD EN LA EXPOSICIÓN DE LA DILUCIÓN Y DOSIS (DE 0 A 5: 0 POCO SATISFECHO, 5 MUY SATISFECHO)
o UTILIDAD DEL PÓSTER EN LOS MOMENTOS DE URGENCIA (DE 0 A 5: 0 POCO SATISFECHO, 5 MUY SATISFECHO)

DURACIÓN
- MARZO 2018: REUNIÓN DE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA:
o VALORAR LA NECESIDAD DE LA ELABORACIÓN DEL PÓSTER
o REUNIR LOS DATOS DE LOS PROTOCOLOS
o SELECCIONAR ENTRE LAS DISTINTAS FORMAS DE DILUCIÓN LA QUE SEA MÁS ÚTIL
- MARZO 2018: ELABORACIÓN DE BORRADOR DEL PÓSTER. LA RESPONSABLE DEL PROYECTO PRESENTARÁ UN BORRADOR DE PÓSTER QUE SE ENVIARÁ A TRAVÉS DE E-MAIL A TODAS LAS COMPONENTES DEL PROYECTO PARA QUE LO EVALÚEN
- MARZO 2018: COLOCAR EL PÓSTER EN LA SALA DE MEDICACIÓN DEL ÁREA DE PARITORIO.
- DICIEMBRE 2018: EVALUACIÓN DEL PROYECTO MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS MATRONAS
- REVISIÓN DEL PÓSTER CADA VEZ QUE SE CAMBIEN LOS PROTOCOLOS DE SO4MG, O AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0155

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1104

1. TÍTULO

PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTHER SANCHO VIVES
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REAL CORDERO ESPERANZA
DOMINGUEZ FUENTES JULIO
MONTAÑES BELLO PAOLA
VICENTE LOPEZ BEATRIZ
REMACHA SIENES MARIA
BARRABES SANCHEZ MYRIAM
BALFAGON GOMEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó el Proyecto de Amniocentesis para diagnóstico prenatal tras revisión de la evidencia científica y recomendaciones en relación a la misma adaptándolo a las peculiaridades organizativas de nuestro hospital .
Se creó una hoja de recomendaciones para la realización de la Amniocentesis en la que también se incluyen las recomendaciones post-amniocéntesis. En la misma hoja le indicamos a la gestante el día, hora y lugar al que acudirá para la realización de la misma, y el modo en que daremos los resultados según el test solicitado.
Se creó la hoja de Checklist en la Amniocéntesis, y además se vió la necesidad de introducir en la misma las Observaciones post-amniocentesis por parte del obstetra una vez realizada la misma. En esta hoja se anota el nombre del obstetra y de la enfermera/matrona que ayuda en la misma asegurando la identificación de los mismos. Una vez cumplimentado se deja dentro de la Hª Obstétrica para posibles revisiones del mismo.
Se revisó el Proyecto de Amniocentesis junto con las hojas de Recomendaciones y Checklist por todo el equipo de mejora, modificando algunos aspectos.
El Proyecto se puso en marcha en Mayo de 2018.
La hoja de Recomendaciones para la realización de la Amniocéntesis se entrega junto al Consentimiento informado para Amniocéntesis en consulta de Tocología tras informar a la gestante de la indicación de la misma y proporcionar asesoramiento genético. La hoja de Checklist en la Amniocentesis junto con la hoja de Solicitud de Diagnostico Genético Prenatal se incluyen en la Historia Obstétrica de la gestante y se programa la Amniocentesis.
En Septiembre de 2018, en Sesión Clínica se presentó a todo el personal del Servicio de Paritorio con los resultados alcanzados hasta ese momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Mayo de 2018 a Febrero de 2019 se han realizado 7 Amniocentesis. En relación a los Indicadores:
nº Amniocentesis con consentimiento firmado completo/ nº Total de Amniocentesis: 100%
Nº Hojas de Recomendaciones entregadas / Nº Total de Amniocentesis: 100%
Nº Checklist completados/ Nº total de Amniocentesis: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos indican que la implicación por parte de todos los profesionales ha hecho que el Proyecto de Amniocéntesis para Diagnóstico Prenatal en el Hospital de Alcañiz esté instaurado desde su inicio.
Desde su puesta en marcha ha habido cambios en la plantilla tanto de obstetras como de matronas y el Proyecto de Amniocentesis ha permitido tener por escrito el Proceso de Amniocéntesis adaptado a nuestro hospital, la verificación previa a la prueba mediante Checklist aumentando la seguridad de la gestante y se asegura la identificación de los profesionales que realizan y ayudan en la realización de la misma.
Por otro lado, la hoja de Recomendaciones que se entrega a la gestante permite aumentar la comprensión del procedimiento ya que además de dar la información oral, la misma hoja tiene toda la información escrita tanto del día que se realiza la misma, las recomendaciones previas, recomendaciones post-amnicéntesis, como le daremos los resultados y que día acudirá al control post-amniocentesis. No se incluyó como indicador, pero cabe señalar en este punto que todas las gestantes entendieron y cumplieron las recomendaciones previas y post-amniocentesis.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1104 ========== ***

Nº de registro: 1104

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1104

1. TÍTULO

PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
SANCHO VIVES ESTHER, REAL CORDERO ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El número de Amniocéntesis ha descendido en los últimos años gracias a la introducción del ADN fetal como prueba de Screening en las gestantes con riesgo intermedio, pasando la Amniocéntesis a realizarse en casos de un Screening de riesgo alto, marcadores ecográficos, anomalía cromosómica parental o en gestación previa, riesgo de infección fetal con PCR disponible,...
El obstetra que realiza la amniocéntesis necesita de un ayudante que conozca la técnica además de las contraindicaciones relativas para evitar errores y así aumentar la seguridad de la gestante.
En la actualidad, en nuestro centro, todos los obstetras de la plantilla realizan Amniocéntesis y durante el último año han ayudado enfermeras y/o matronas diferentes.
La instauración de un Proceso de Amniocéntesis en nuestro hospital, permitirá comprobar que está todo preparado correctamente mediante la aplicación de un checklist previo que permitirá evitar errores y/o la interrupcion de la prueba, aumentando la seguridad de la gestante.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear el Proceso de Amniocéntesis para diagnóstico prenatal
Crear una hoja informativa de Amniocentesis y de recomendaciones post procedimiento para la gestante
Crear un checklist previo a la Amniocéntesis
Asegurar la identificación de los profesionales que realizan la Amniocéntesis
Implementar el Proceso de Amniocéntesis en todas las gestantes que precisen de esta prueba diagnóstica

MÉTODO
Revisar el Procedimiento de Amniocéntesis así como los circuitos de comunicación de consulta, laboratorio y ecografías de gine en nuestro hospital
Entregar hoja de recomendaciones junto con el consentimiento informado en consulta
Aplicar el checklist previo a la amniocéntesis
Anotar nombre del obstetra y enfermera/matrona que realizan la prueba
Dejar checklist cumplimentado en la Historia Obstétrica de la gestante que se devuelve a consulta

INDICADORES
nº Amniocéntesis con consentimiento firmado completo / nº total Amniocéntesis
nº Hojas de recomendaciones entregadas / nº total Amniocéntesis
nº Ckecklist completados / nº total Amniocéntesis

DURACIÓN
A lo largo del año 2018

OBSERVACIONES
-

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0015

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ LATRE REBLED
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN
RODRIGUEZ PINEDA ADELA
GONZALEZ TOMAS BLANCA
LARIO MARCO SANDRA
GASION CARCELLER VANESA
BELLES CENTELLES SANDRA
DOBON ASCOZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología. Además de facultativos, se han incorporado a este grupo las enfermeras directamente relacionadas con el estudio preoperatorio de la catarata, que son quienes realizan las pruebas complementarias imprescindibles para completar dicho estudio.
o Se han convocado sucesivas reuniones del grupo de trabajo para la distribución de las tareas programadas y el seguimiento del proyecto.
o Las actividades de formación relacionadas con el proyecto han consisitido en Sesiones Clínicas del servicio, en las que se exponían aspectos teóricos y prácticos sobre la cirugía de la catarata y las pruebas complementarias preoperatorias específicas.
o Se ha elaborado un protocolo, basado en la mejor evidencia posible, y adaptado a la estructura y tecnología de nuestro servicio. Dicho protocolo incluye:
- La documentación entregada al paciente el día de la inclusión en la lista de espera (hoja informativa del proceso, resguardo de su inclusión, consentimiento informado, volantes de analíticas y ECG, y una hoja de autoevaluación para rellenar los días previos a la cita preoperatoria).
- Descripción de los elementos claves del circuito, para evitar la omisión de alguno de ellos.
- Desarrollo de todo el procedimiento de realización de pruebas complementarias, con el detalle de cada una de ellas, tanto desde el punto de vista técnico como el resultado clínico que se espera obtener.
- Recomendaciones per-operatorias, y explicación detallada del tratamiento a seguir.
- Hoja de la “Historia Preoperatoria de la Cirugía de Catarata”, en la que se especifican todos los hallazgos clínicos y exploratorios relevantes para esta intervención quirúrgica.
- Hoja de registro de todo el “Procedimiento Preoperatorio”, para validar que estén cumplimentados todos los pasos descritos previamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o Existe la disponibilidad del procedimiento. Aprobado por la Dirección.
o Se ha hecho un estudio sobre todas las historias clínicas de pacientes intervenidos de cataratas durante el mes de noviembre, en las que se ha comprobado la existencia del registro del procedimiento preoperatorio correctamente cumplimentado. Resultado: 100%.
o El impacto de este proyecto es doble: por un lado se consigue homogeneizar la atención prestada a todos los pacientes con un mismo proceso clínico; y por otro, sirve de modelo para cualquier profesional que se incorpore al servicio de Oftalmología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
o La valoración del equipo de mejora es muy positiva, y consideramos que puede ser un modelo a seguir por otros centros similares al nuestro, en los que se realicen cirugías de cataratas.
o Este procedimiento se complementará con un nuevo proyecto, que será la realización de la “Vía Clínica de la Catarata” en el Hospital de Alcañiz, que incluirá el Procedimiento Preoperatorio descrito, pero además todo el curso clínico, desde la exploración en consulta y propuesta de la intervención quirúrgica, hasta el alta hospitalaria, pasando por la atención en planta el día de la intervención y el proceso quirúrgico propiamente dicho.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/15 ========== ***

Nº de registro: 0015

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0015

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA

Autores:
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, GASION CARCELLER VANESA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, LARIO MARCO SANDRA, RIOS RAFALES NOELIA, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente en el hospital de Alcañiz no existe un protocolo preoperatorio explícito de la intervención de catarata, lo que se traduce en ocasiones en variabilidad en la preparación de estos pacientes, lo que podría motivar la repetición de pruebas, la necesidad de una nueva cita, y en último extremo podría retrasar el desarrollo de la intervención.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer, documentar, implementar y medir un procedimiento preoperatorio único y explícito para el hospital de Alcañiz, tanto con fines de homogeneizar la atención prestada como para servir de formación de acogida a nuevos profesionales en el servicio. Además esperamos que salgan registros específicos que un día puedan ser incorporados a la historia clínica electrónica.

MÉTODO
- Creación de un grupo de trabajo
- Elaboración de un protocolo basado en la mejor evidencia disponible, pero adaptado a la estructura y tecnología del hospital
- Implementación mediante actividades de formación
- Medición de la implantación

INDICADORES
- Disponibilidad del procedimiento, aprobado por la dirección y colgado en la intranet
- % de pacientes intervenidos con registro del procedimiento preoperatorio

DURACIÓN
6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1180

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER CASTRO ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATRE REBLED BEATRIZ
GONZALEZ TOMAS BLANCA
GELI JUNYER CARMEN
GASION CARCELLER VANESA
LARIO MARCO SANDRA
GOMEZ BORRUEY ANA MARIA
CABRERA CARRERAS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología. Además de facultativos, se han incorporado a este grupo enfermeras del Servicio, ya que todos están directamente relacionados con el proceso del consentimiento informado (CI).
o Durante todo el año, se han convocado sucesivas reuniones del grupo de trabajo para la distribución de las tareas programadas y el seguimiento del proyecto.
o Las actividades de formación relacionadas con el proyecto han consisitido en la presentación de Sesiones Clínicas.
o Se ha elaborado un protocolo de trabajo, que incluye:
- Revisar cada uno de los CI existentes actualmente en el Servicio.
- Actualización de los mismos, tras consensuar y validar la información con documentos existentes en otros centros hospitalarios o Sociedades Científicas.
- Definir otros procesos en los que no existe CI en nuestro Servicio, y en los que es necesaria su elaboración.
- Homogeneizar todos los documentos, y darles un formato análogo.
- Incluir en cada documento dos partes diferenciadas:
• Información del proceso clínico.
• Consentimiento para firmar, rechazar o revocar.
- Añadir imágenes y figuras en cada uno de los documentos, con el fin de ilustrar la información ofrecida a cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o Existe la disponibilidad de todos los consentimientos (31).
o Aprobados por la Dirección y la Comisión de Historias Clínicas.
o Se han incorporado todos los consentimientos a la Intranet del hospital.
o Se ha hecho un estudio sobre todas las historias clínicas de pacientes que acudieron a quirófano durante el mes de Noviembre, y se ha revisado que existiera el CI de cada proceso correctamente cumplimentado. Resultado: 100%.
o El impacto de este proyecto es doble: por un lado se lleva a la practica el derecho a la información del paciente y el derecho a su libre elección sobre actos sanitarios relacionados con su estado de salud, así como el deber del médico de infórmarle y obtener su consentimiento; y por otro, sirven de referencia para otros servicios de oftalmología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
o La valoración del equipo de mejora es muy positiva, y consideramos que puede ser un modelo a seguir por otros centros similares al nuestro, en los que se realicen similares procedimientos.
o Con la incorporación de imágenes al documento de información, se consigue que sea más fácil la explicación del proceso clínico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1180 ========== ***

Nº de registro: 1180

Título
REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1180

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Autores:
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN, LARIO MARCO SANDRA, GASION CARCELLER VANESA, GONZALEZ TOMAS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD ATENCIÓN

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El consentimiento informado (CI) de los pacientes es por un lado una manifestación del principio de autonomía personal aplicada al campo de las relaciones medicas; pero también es un mecanismo de intervención jurídica en el campo de la medicina. Con él se lleva a la practica el derecho a la información del paciente y el derecho a su libre elección sobre actos sanitarios relacionados con su estado de salud, o el deber del medico de infórmale y obtener su consentimiento. Actualmente existen, en el Servicio de Oftalmología, patologías o procesos en los que el CI o no existe, o está anticuado, o no está suficientemente detallado, con las implicaciones que estas carencias pueden tener.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar, actualizar y mejorar los CI que existen en estos momentos en el Servicio, e incorporar nuevos CI de todas aquellas intervenciones o procesos que lo precisen. Además, esperamos incorporar a la Intranet del Sector dichos documentos, mejorando la accesibilidad a los mismos.

MÉTODO
Estableceremos un grupo de trabajo para la elaboración de todo el proyecto, y programaremos reuniones periódicas para el seguimiento del mismo. Inicialmente, se revisará cada uno de los documentos vigentes, y se definirán los procesos en los que hay que incorporar el CI. Posteriormente, se consensuarán con otros Centros Hospitalarios o Sociedades Científicas, para homogeneizar la información. Se realizarán reuniones en el Servicio para informar convenientemente de todo este proceso, y finalmente se incorporarán a la web, para su difusión.

INDICADORES
- Disponibilidad de todos los CI.
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en la intranet
- % procesos o intervenciones que requieren CI, en los que se completa correctamente la información y firma del documento.

DURACIÓN
Durante el transcurso de 2017, con fecha de finalización en Diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0385

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ LATRE REBLED
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER
EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN
GELI JUNYER CARMEN
GONZALEZ TOMAS BLANCA
GOMEZ BORRUEY ANA
BELLES CENTELLES SANDRA
DOMENECH BEIL LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología. Además de facultativos, se han incorporado a este grupo las enfermeras directamente relacionadas con los procesos clínicos de la catarata y el glaucoma.
o Se han convocado sucesivas reuniones del grupo de trabajo para la distribución de las tareas programadas y el seguimiento del proyecto.
o Las actividades de formación relacionadas con el proyecto han consistido en Sesiones Clínicas del servicio, en las que se exponían aspectos teóricos y prácticos sobre la cirugía de la catarata y el glaucoma y sus protocolos quirúrgicos.
o Se ha elaborado un protocolo, basado en la mejor evidencia posible, y adaptado a la estructura y tecnología de nuestro servicio. Dicho proyecto incluye:
? Hoja de Protocolo de la técnica de cirugía de la Catarata, mejorando el anterior y añadiendo una serie de ítems muy útiles y precisos.
? Creación de Protocolo de la técnica de cirugía de Glaucoma.
? Elaboración de un Protocolo combinando en una sola hoja la técnica de la cirugía de la Catarata y el Glaucoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o Protocolos disponibles en la intranet para su difusión.
o Se ha hecho un estudio sobre todas las historias clínicas de pacientes intervenidos de catarata, glaucoma y mixtas o combinadas, durante los meses de diciembre de 2018 y enero de 2019, cuyos resultados son de un 100%.

- 100% protocolos de catarata/catarata+glaucoma en los que consta etiqueta identificadora de la lente.
- 100% de intervenciones catarata/catarata+glaucoma en los que se identifica de forma inequívoca el modelo de lente implantada.
- 100% de registro de intervención en los que se detalla el abordaje quirúrgico planificado (incisión).
- 100% de registro de intervención en el que consta el uso/no uso de fenilefrina intracamerular.
- 100% de registros de intervención de glaucoma en los que consta la técnica utilizada, el procedimiento quirúrgico y las incidencias.

o El impacto de este proyecto es doble: por un lado se consigue unificar criterios de actuación entre profesionales, y por otro sirve de modelo para cualquier profesional que se incorpore al Servicio de Oftalmología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
o La valoración del equipo de mejora es muy positiva, y consideramos que puede ser un modelo a seguir por otros centros similares al nuestro, en los que se realicen cirugías de catarata, glaucoma o combinada.
o Este procedimiento se complementará con un nuevo proyecto, que será la realización de la "Vía Clínica de la Catarata" en el Hospital de Alcañiz, que incluirá el Procedimiento Preoperatorio, además de todo el curso clínico, desde la exploración en consulta y propuesta de la intervención quirúrgica, hasta el alta hospitalaria, pasando por la atención en el área de la CMA el día de la intervención y el proceso quirúrgico propiamente dicho con los protocolos que aquí se describen.

7. OBSERVACIONES.
o Además, una mejora real es aportar el Protocolo Qco. de Glaucoma y cirugía combinada que no existían previamente.
o El equipo de trabajo considera que era imprescindible la incorporación de un protocolo de glaucoma y cirugía combinada que detallara los procedimientos de las diversas técnicas que existen en la actualidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0385

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/385 ========== ***

Nº de registro: 0385

Título
PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

Autores:
LATRE REBLED BEATRIZ, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN, BELLES CENTELLES SANDRA, DOBON ASCOZ ANA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, CUARTERO LOZANO DAVID, GOMEZ BORRUEY ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente en el Hospital de Alcañiz existen protocolos quirúrgicos para la intervención de catarata y glaucoma, que no se atienen fielmente a la actividad diaria de dichas cirugías.
Por ello, interesa la puesta al día de estos protocolos para reflejar por escrito nuestra práctica clínica-quirúrgica a día de hoy correctamente.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la asistencia sanitaria como fin último en base a:
- La correcta descripción y recogida de las maniobras y materiales quirúrgicos utilizados por el personal de enfermería y el/los cirujanos en cada una de las cirugías.
- La disminución de la variabilidad en la práctica quirúrgica, unificando criterios de actuación entre los profesionales.
- La disminución de procedimientos innecesarios durante la asistencia del paciente.

MÉTODO
1-Actualización y mejora de un protocolo basado en la evidencia y adaptado a los recursos de estructura y tecnología de nuestro hospital.
2-Creación de un grupo de trabajo.
3-Se programarán reuniones del grupo si se precisa actualizarlo.
4-Se colgará en intranet para su difusión.

INDICADORES
- Disponibilidad de todos los protocolos..
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en intranet.
- % de pacientes intervenidos con registro del protocolo correctamente.

DURACIÓN
1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0730

1. TÍTULO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ESPERANZA REAL CORDERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIRAVETE GONZALEZ ELENA
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ORTI MOLES JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un manual de procedimientos de administración de tratamientos, que ha sido revisado por los oncólogos y la Unidad de Calidad, siendo aprobado por la dirección y colgado en la intranet del sector.
Este manual se elaboró en 2016 y hemos realizado una revisión “B” en 2017 con nuevas actualizaciones.
- Se ha informado al personal de nueva incorporación de la existencia del manual y del modo de utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nombre del Indicador : Disponibilidad del manual actualizado en la intranet del sector Alcañiz.

Valor (resultado cuantitativo) del Indicador : Sí

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
_El manual es muy valorado por el personal que trabaja en el hospital de día, sobre todo para el de nueva incorporación proporcionándole seguridad y confianza en el trabajo realizado, evitando errores y aportando mayor seguridad en la administración del tratamiento y en la atención al paciente.
_Sirve también como método de consulta para el personal ajeno a la unidad (hospitalización).

7. OBSERVACIONES.
El servicio que lo ha realizado es el Hospital de Día (oncología), no oncología radioterápica, para subsanar el consiguiente error.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/730 ========== ***

Nº de registro: 0730

Título
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA

Autores:
REAL CORDERO ESPERANZA, MIRAVETE GONZALEZ ELENA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, PEREZ ANGOSTO ESTHER, ROMERO ARASANZ EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0730

1. TÍTULO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA

Con la reciente creación de Hospital de Día como unidad, no existe un manual que recoja de manera unificada y actualizada todos aquellos procedimientos, técnicas y tratamientos que actualmente se realizan en dicha unidad. Así mismo, el personal nuevo que acude a la unidad no tiene un referente escrito de todo aquello que se realiza y de todo lo que puede consultar de manera fácil, como herramienta de formación.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener un material de consulta disponible, unificado, fácil y accesible, que se encuentra en la unidad y en la web del hospital, donde el personal actualice y consolide todos aquellos conocimientos, procedimientos y tratamientos que se llevan a cabo actualmente en el HdD; de manera que se trabaje de manera consensuada y protocolizada, evitando errores, rentabilizando el tiempo y consiguiendo mayor seguridad en la atención al paciente.

MÉTODO
-Revisión de protocolos y actualización de los mismos.
-Revisión de esquemas de quimioterapia.
-Elaboración del manual.
-Publicación del manual en la unidad y en la Intranet del hospital.

INDICADORES
Consulta rápida y actualizada de procedimientos y actividades, de manera segura y consensuada por todo el personal; evitando así dudas, pérdida de tiempo por ello y ganado en seguridad hacia el paciente y hacia el propio personal.

DURACIÓN
Octubre y Noviembre2016: revisión de protocolos y actualización de los mismos. Revisión de esquemas de quimioterapia

Diciembre 2016:Elaboración del manual
Enero 2017: Publicación del manual en la unidad y en la web del hospital

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0898

1. TÍTULO

OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALVAREZ ALEJANDRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO PEREGRIN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DE UN INFORME MÉDICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DE PRIMER DÍA EN LA CONSULTA DE ONCOLOGÍA MÉDICA. ACTUALIZACIÓN DE DICHO INFORME EN SITUACIÓN IMPORTANTES DE LA ENFERMEDAD (DERIVACIÓN A OTROS SERVICIOS, VALORACIÓN POR UN COMITÉ DE TUMORES DE OTRO HOSPITAL, DERIVACIÓN AL ESAD O ALTA MÉDICA).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN LA ACTUALIDAD SE HA ALCANZADO EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL PROYECTO:
PORCENTAJE DE PRIMERAS VISITAS CON INFORME MÉDICO: 100%.
ADEMÁS, ES NORMA HABITUAL EN EL SERVICIO, LA ACTUALIZACIÓN DE DICHO INFORME EN LAS SITUACIONES MÁS IMPORTANTES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DICHO PROYECTO IMPACTA POSITIVAMENTE EN LA ACTIVIDAD REALIZADA POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SERVICIO DE URGENCIAS Y OTROS ESPECIALISTAS IMPLICADOS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON CÁNCER, AL DISPONER DE LA INFORMACIÓN MÁS RELEVANTE DEL PACIENTE ONCOLÓGICO A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/898 ========== ***

Nº de registro: 0898

Título
OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, CORRAL SUBIAS MONICA, GIMENO PEREGRIN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es bastante habitual que el paciente oncológico haga uso de distintos Servicios del sistema de salud como: Atención Primaria, Urgencias hospitalarias, Urgencias en domicilio y otras Especialidades. Para un manejo integral de estos pacientes es imprescidible conocer los datos más importantes de su enfermedad oncológica así como los tratamientos a los que está sometido.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar la trazabilidad en la historia clínica de los pacientes oncológicos para mejorar la accesibilidad a la información clínica más relevante de dichos pacientes.

MÉTODO
Realizar un INFORME MÉDICO por parte del oncólogo en el momento de la primera visita, el alta, la derivación al ESAD o cualquier otro evento relevante en la evolución del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0898

1. TÍTULO

OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

INDICADORES
Porcentaje de primeras visitas con informe médico por parte del oncólogo.
Fuente: muestreo de historias de un período determinado a partir de
los listados de consulta.

DURACIÓN
Enero 2017: inicio implantación.
Junio 2017: Fin de la implantación a la vista de los resultados de la
medición del indicador.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0171

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NIEVES GALAN CERRATO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDOÑEZ FERRER MARIA DEL MAR
CRUZ DAUDEN ALEJANDRO
REAL CORDERO ESPERANZA
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ORTI MOLES JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha realizado un seguimiento hasta el final de la vida del paciente oncológico.
- El éxito de dicha coordinación viene de la mano de los servicios implicados en cuidados de soorte al final de la vida, equipo de soporte domiciliario (ESAD) y del equipo completo del servicio de oncología médica.
- Se ha realizado una correcta comunicación con familiares y apoyo asistencial hasta el final de la vida.
- Los recursos necesarios: Recursos dentro de la práctica clínica habitual. No consumo de recursos materiales.
- Se ha incluido llamada telefónica a los familiares y /o paciente para adecuar el control de síntomas hasta el final de la vida. Se ha contribuido en la adecuación del soporte con recomendaciones de orientación de tratamiento sólo en caso de existir dudas por parte del equipo de oncología y/o ESAD.
- Se han incluido visitas médicas y enfermería de control de síntomas sin realizar alta médica en el servicio de oncología média, cuando el pacient sólo ha requerido cuidados paliativos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Control de síntomas del paciente oncológico, familiares y satisfacción del equipo asistencial.
disminución de ingresos hospitalarios en caso de correcto control de síntomas en domicilio
Respeto de los deseos del paciente al final de la vida.
Apoyo en la primera fase de duelo en los familiares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El control de síntomas del pacinete oncológico al final de la vida, incluye un vínculo entre el servicio de oncología y aquellos servicios implicados con son ESAD, médicos de atnción primaria, residencias, hospitalización... El correcto apoyo asistencial deriva en una disminución de ingresos hopitalarios innecesarios, así como respeto en las decisiones del final de la vida, como puede ser elegir fallecer en un ambiente domiciliario en aquellos casos en los que se pueda realizar.
El apoyo del equipo en el duelo de los familiares se puede realizar también con la implicación del servicio de oncología además de los servicios que ya tienen protocolarizado dicho procedimiento, como el ESAD.

7. OBSERVACIONES.
La principal limitación es la falta de tiempo asistencial para cada paciente, por lo que la implicación del equipo de oncología es la clave para realizar el apoyo hasta el final de la vida.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/171 ========== ***

Nº de registro: 0171

Título
ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
GALAN CERRATO NIEVES, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, ORDOÑEZ FERRER MARIA MAR, CRUZ DAUDEN ALEJANDRO, REAL CORDERO ESPERANZA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ORTI MOLES JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0171

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
JUSTIFICACIÓN:
El paciente oncológico en situación terminal, es derivado al servicio de cuidados paliativos domiciliario en la mayoría de los casos. El problema actual y la tendencia de los hospitales es hacia la desvinculación de los cuidados al final de la vida. Desvinculación entre el servicio de oncología y el servicio de cuidados paliativos domiciliario, que incluye el proceso de duelo de los familiares.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL:
1. Adecuación del cuidado del paciente y familiares al final de la vida, incluyendo proceso de duelo.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
1. Ayuda en toma de decisiones al final de la vida

MÉTODO
MATERIAL:
El plan de comunicación entre los servicio de cuidados paliativos a domicilio y el servicio de oncología médica se realizará de dos maneras:
1- Visitas o reuniones periódicas, con una periodicidad bimensual.
En cada reunión de ambos servicios, se abordarán temas como dificultades del manejo de síntomas en domicilio, planificar ingresos puntuales, evitar ingresos hospitalarios innecesarios y/o pruebas innecesarias.
2.- Contacto telefónico en caso de mal control de síntomas
3- Contacto telefónico en caso de fallecimiento del paciente, para que su equipo médico pueda ayudar en el proceso de duelo.

INDICADORES
RESULTADOS Y EVALUACIÓN:
1. Registro de ingresos hospitalarios programados y urgentes de pacientes en cuidados paliativos domiciliarios.
2. Registro de llamadas para manejo de síntomas de pacientes en cuidados paliativos domiciliarios.
3. No podemos objetivar el grado de satisfacción de los familiares en el proceso de duelo del paciente.
Realizaremos un registro de aquellos pacientes que siguen cuidados domiciliarios hasta el fallecimiento del paciente que incluyan al menos una llamada telefónica por parte del servicio de oncología médica y/o de su oncólogo de referencia.

DURACIÓN
CRONOLOGÍA:
El periodo previsto para la realización del proyecto es de un año.
Periodo de implantación: 1 mes, hasta la formalización del mismo con la reunión de los servicios implicados. (Hospital San Juan de Dios ayuda a domicilio y Servicio de oncología médica Hospital de Alcañiz).
Comunicación: prevista comunicación oral al congreso de calidad de Aragón junio 2018 para extrapolar el proyecto a otros servicios.

OBSERVACIONES
OBSERVACIONES.
el fin de dicho proyecto es crear un circuito donde el paciente oncológico que es derivado a cuidados paliativos domiciliarios no se establezca fuera del marco del contexto donde ha sido tratado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0172

1. TÍTULO

INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO VERDUN AGUILAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALAN CERRAYO NIEVES
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR
BELENGUER CARRERAS LINA MARIA
ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN
ARMAS PEREIRA SUSANA
SALVO INGLES NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
HEMOS REALIZADO EL FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA DAR A LOS PACIENTES QUE RECIBEN INMUNOTERAPIA Y SE LO ESTAMOS DANDO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL ESTANDAR ES DAR ES EXPLICAR Y DAR EN LA CONSULTA EL FOLLETO INFORMATIVO; COSA QUE SE ESTÁ HACIENDO YA DE MANERA PROTOCOLARIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL FOLLETO ES CLARAMENTE BENEFICIOSO NO SÓLO PARA EL PACIENTE QUE PUEDE CONSULTAR DATOS DE ALARMA EN RELACIÓN CON SU TRATAMIENTO, SINO QUE PARA EL MAP Y EL SERVICIO DE URGENCIAS, ENTRE OTROS, QUE PUEDEN SABER QUE TRATAMIENTO, TOXICIDADES, DATOS DE ALARMA Y PAUTAS TIENEN QUE SEGUIR

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/172 ========== ***

Nº de registro: 0172

Título
INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

Autores:
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, GALAN CERRATO NIEVES, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR, BELENGUER CARRERAS LINA MARIA, ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN, ARMAS PEREIRA SUSANA, SALVO INGLES NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
JUSTIFICACIÓN:
Los nuevos tratamiento de inmunoterapia administrados a los pacientes pueden llegar a provocar efectos secundarios moderados graves, cuyo tratamiento inicial es diferente a la toxicidad de los tratamiento citostáticos.
Las nuevas indicaciones de inmunoterapia en los diferentes tipos de tumores sólidos han cambiado durante el año 2017 y seguirán cambiando durante los próximos años.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0172

1. TÍTULO

INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

OBJETIVOS:
1. Informar al paciente, familiares y al servicio de urgencias de los posibles efectos secundarios de los nuevos tratamientos administrados.
2. Recomendaciones de actuación urgente y pauta inicial de tratamiento.

MÉTODO
ACCIONES PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS:
1 - Crear hoja para entregar al paciente con:
- el nombre del fármaco administrado
- los efectos secundarios más frecuentes producidos por el mismo en los ensayos clínicos fase 3 de aprobación del mismo
- las recomendaciones de tratamiento inicial.
2 - Notificar el cambio en el paradigma del tratamiento del cáncer al servicio de Urgencias hospitalaria. Se precisará una reunión informativa o sesión clínica entre los servicios de oncología médica y urgencias.

INDICADORES
INDICADIORES DE EVALUACIÓN.
- registro de número de consultas a urgencias al año de efectos secundarios producidos por inmunoterapia en paciente oncológico.
- registro de ingresos hospitalario por toxicidad secundaria a inmunoterapia.

DURACIÓN
DURACIÓN. CRONOLOGÍA:
- Instauración durante el periodo de 2 meses.
Reunión del servicio de oncología médica y del servicio de Urgencias del hospital de Alcañiz.
De abril a mayo de 2018
- Registro de eventos durante 1 año de forma prospectiva.
De mayo de 2018 a mayo de 2019

OBSERVACIONES
AMPLIACIÓN DEL PROYECTO:
Está previsto ampliar el proyecto a recomendaciones del paciente hematológico con tratamiento de inmunoterapia que requiera un manejo de toxicidaces diferente a la toxicidad por quimioterapia.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0202

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JESSICA ORTI MOLES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN
GALAN CERRATO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se ha elaborado un póster tamaño A2 (594x 420 mm) dónde queda reflejado un algoritmo de actuación rápida en caso de extravasación de fármacos citostáticos, así como un cuadro diferenciando los distintos fármacos según su grado de agresividad tisular.
Ha sido revisado por Oncología médica, siendo aprobado por la Dirección.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se ha conseguido unificar la práctica en el trabajo diario.
-Se ha realizado una actualización del protocolo existente
-Facilita la práctica tanto a la gente del servicio como al personal de nueva incorporación o correturnos
-Fácil acceso y visualización rápida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Muy valorado por el personal de Oncología ya que ha contribuido a unificar criterios y a disminuir el tiempo de actuación en un caso de urgencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/202 ========== ***

Nº de registro: 0202

Título
ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO

Autores:
ORTI MOLES JESSICA, REAL CORDERO ESPERANZA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, GALAN CERRATO NIEVES, FERNANDEZ ALONSO EDGAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La extravasación de un fármaco citostático es una de las complicaciones más graves que conlleva la administración intravenosa de dichos fármacos debido a la negativa repercusión sobre la salud del paciente, por lo tanto es imprescindible un correcto establecimiento de las pautas de actuación y darlas a conocer al personal de nuestro servicio.
Dicho problema es algo poco frecuente en nuestro servicio por lo que el personal del Hospital de día del Hospital de Alcañiz precisa de una herramienta de fácil acceso a la que acceder ante tal problema.

RESULTADOS ESPERADOS
-DISMINUIR EL TIEMPO DE ACTUACIÓN ANTE EL ACONTECIMIENTO.
-AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ADMINISTRADO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0202

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO

-DISMINUIR LAS COMPLICACIONES EN EL PACIENTE
-AUMENTAR LA SEGURIDAD Y CONFIANZA DEL PROFESIONAL
-FACILITAR EL TRABAJO DEL PROFESIONAL

MÉTODO
-REVISIÓN DEL PROTOCOLO DEL SERVICIO
-UNIFICAR CRITERIOS DENTRO DEL EQUIPO
-REALIZACIÓN DE UN PÓSTER (TIPO ALGORITMO)

INDICADORES
-GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO (DE 0 5: 0 - POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)
-CLARIDAD EN LA EXPOSICION DE LAS PAUTAS (DE 0 A 5: 0- POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)
-UTILIDAD DEL POSTER EN ELMOMENTO DE URGENCIA (DE 0 A 5 : 0 POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)

DURACIÓN
-MARZO 2018: REUNION DEL PERSONAL DEL SERVICIO PARA:
*REVISIÓN DEL PROTOCOLO EN COLABORACIÓN CON LOS FARMACEUTICOS
* REUNIR LOS DATOS NECESARIOS PARA EL PÓSTER
*ELABORACIÓN DEL BORRADOR DEL PÓSTER: LA RESPONSABLE DEL PROYECTO PRESENTARÁ UN BORRADOR DE PÓSTER QUE LO MANDARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO AL RESTO DEL EQUIPO PARA SU EVALUACIÓN
*REALIZACIÓN DEL PÓSTER
-DICIEMBRE 2018: EVALUACIÓN DEL PROYECTO MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO.
-REVISIÓN DEL PÓSTER CADA VEZ QUE SE CAMBIEN LOS PROTOCOLOS.
*

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1373

1. TÍTULO

REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALVAREZ ALEJANDRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VEDUN AGUILAR JUAN ANTONIO
GALAN CERRATO NIEVES
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ORTI MOLES JESSICA
ARMAS PEREIRA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la actualidad, se ha hecho una revisión de las principales guías de antiemesis en la sociedad oncológica y se está procediendo a la unificaciòn de las pautas de antiemesis utilizadas en nuestro Servicio.
Una vez unificadas, se procederá a la creación de dichos protocolos en el programa de farmacia y la elaboración de los "paquetes" de antiemesis en Hospital de día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado un estudio de las recomendaciones actuales de las principales guías clínicas en antiemesis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a esta revisión, nos hemos dado cuenta de la variabilidad en las pautas de antiemesis utilizadas. Se ha visto como un punto favorable la unificación de dichas pautas de cara a facilitar el trabajo en la prescripción de los tratamientos oncológicos y en la administración de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1373 ========== ***

Nº de registro: 1373

Título
REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Autores:
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VEDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, GALAN CERRATO NIEVES, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, ALONSO TRIANA YARA MARIA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ORTI MOLES JESSICA, ARMAS PEREIRA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los tratamientos utilizados en Oncología tienen una serie de efectos secundarios entre los que se encuentran las náuseas y los vómitos. No todos los fármacos tienen el mismo riesgo emetógeno y según sea, la pauta utilizada de antiemesis puede variar. Por otra parte, en los últimos años hemos asistido a la incorporación de nuevos antieméticos lo que conlleva una modificación en dichas pautas de antiemesis. La estandarización de los esquemas de antiemesis se impone para simplificar el trabajo en Hospital de día, evitar errores, unificar criterios y ajustarlos a las principales guías oncológicas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificar las pautas de antiemesis utilizadas en Hospital de Día de Oncología siguiendo las principales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1373

1. TÍTULO

REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

guías oncológicas.
- Agrupar las pautas utilizadas según el riesgo emetógeno del tratamiento oncológico (alto riesgo, moderado riesgo, bajo riesgo y mínimo riesgo).
- Crear protocolos de antiemesis previo al tratamiento en el programa de prescripción electrónica de farmacia y asociarlos a los distintos esquemas de tratamiento.
- Elaborar “paquetes de antiemesis” para domicilio que se entregarán al finalizar el tratamiento en Hospital de Día a cada paciente. Dichos paquetes preelaborados, facilitarán el trabajo de enfermería y minimizarán la probabilidad de error y confusión. Asimismo, llevarán incorporada una pequeña explicación de la pauta para el paciente que será explicada en cada caso.

MÉTODO
- Sesiones conjuntas de los Servicios de Oncología y Farmacia en las que se revisen las principales guías oncológicas y se unifiquen criterios.
- Incorporación de los protocolos de antiemesis en el programa de prescripción electrónica.
- Elaboración de los “paquetes de antiemesis para domicilio” por parte de Enfermería de Hospital de Día.

INDICADORES
- Porcentaje de esquemas de tratamiento oncológico con su pauta de antiemesis correspondiente.
- Porcentaje de pacientes a los que se les entrega el “paquete de antiemesis para domicilio”.

DURACIÓN
Año 2018 – 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1281

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

Fecha de entrada: 11/04/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MOLINER PEIRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ ROMERO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo 2017 Instalación de software y formación con registro en el programa otoaccess
Junio 2017 Inicio d el actividad
Enero 2018 Evaluación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% de la audiometrías realizadas a partir de Junio de 2017 se grabaron en el servidor seguro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración ha sido positiva porque una vez aprendida la rutina de trabajo podemos acceder a las audiometrías simplemente sabiendo el nombre del paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1281 ========== ***

Nº de registro: 1281

Título
INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

Autores:
MOLINER PEIRO FERNANDO, SANZ ROMERO BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Informatización de registros gráficas de audiometría
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las audiometrías se guardan actualmente en formato de papel y queda archivadas dentro de la historia clínica de papel. Como su tamaño es pequeño, suelen extraviarse, y en historias grandes cuesta localizarlas.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar el extravío de los registros de audiometría/ favorecer su localización dentro de la historia clínica de papel mediante la creación de un registro informático específico.

MÉTODO
* Instalación de software OTOACCESS por parte del servicio de informática

* Conexión con el audiómetro

* Formación para el manejo del software

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1281

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

INDICADORES
* % de pacientes a los que se ha realizado audiometría con registro en el programa otoaccess.

* Medición: Enero 2018.

* Estándar 100%

DURACIÓN
* Mayo 2017: Instalación de software y formación en el manejo del mismo

* Junio 2017. Inicio de actividad

* Enero 2018. Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0290

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE IMAGENES LARINGEAS PATOLOGICAS TOMADAS POR FIBROSCOPIA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MOLINER PEIRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ ROMERO BEGOÑA
MILIAN RILLO ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto consistía en la digitalización de imágenes laríngeas patológicas en un servidor seguro, tomadas por fibroscopia y con el programa de captura de imágenes Medicapture.
Tras instalación y aprendizaje del manejo del software se comienza en el mes de Enero a capturar todas las imágenes patológicas que se aprecian en los pacientes al realizar la fibroscopia. Las imágenes son enviadas al Servicio de Anatomía Patológica, para que tenga una imagen macroscópica de la lesión al solicitar el estudio anatomopatológico de la biopsia realizada. Cuando se precisa derivación a tratamiento posterior a Hospital Miguel Servet, también remitimos la imagen.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 1% de pacientes a los que se realiza fibroscopia laríngea y presentan imagen patológica y se realiza registro con el programa Medi-Capture: Se almacenado las imágenes patológicas de todos los pacientes (100%) con imágenes sospechosas o susceptibles de realizar una biopsia posterior.00% de la imágenes patológicas se han digitalizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El software nos permite múltiples ventajas:
- Proporcionar imágenes al Servicio de Anatomía Patológica para que tenga una imagen macroscópica de la lesión en el momento del diagnóstico, aumentando la precisión diagnóstica.
- Proporcionar imágenes en caso de derivación a tratamiento posterior a Hospital Miguel Servet junto con el informe anatomopatológico para que tenga una imagen macroscópica de la lesión en el momento del diagnóstico, mejorando la comunicación y la continuidad asistencial
- Las imágenes nos sirven de referencia para realizar un seguimiento posterior de las lesiones o del tratamiento realizado, mucho más preciso que los dibujos que realizábamos anteriormente

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/290 ========== ***

Nº de registro: 0290

Título
INFORMATIZACION EN UN SERVIDOR SEGURO LAS IMAGENES PATOLOGICAS DE FIBROSCOPIA LARINGEA

Autores:
MOLINER PEIRO FERNANDO, SANZ ROMERO BEGOÑA, MILIAN RILLO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Inflamatoria de la laringe
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente las imágenes patológicas que vemos en la fibroscopia laríngea la dibujamos en la historia clínica. Lo que deseamos es que las imágenes patológicas se guarden el un servidor seguro y de esa manera ver la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0290

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE IMAGENES LARINGEAS PATOLOGICAS TOMADAS POR FIBROSCOPIA

imagen real y poder revisarla en la evolución

RESULTADOS ESPERADOS
Incluir en un Servidor seguro todas las imágenes patológicas de la fibroscopia laríngea

MÉTODO
Instalación de software Medi-Capture por parte del Servicio de informática
Conexión con el Fibroscopio
Formación para el manejo del Software

INDICADORES
% de pacientes a los que se realiza fibroscopia laríngea y presentan imagen patológica y se realiza registro con el programa Medi-Capture

DURACIÓN
Mayo 2017 instalación de software Medi-Capture y grabarlo en un servidor seguro
Junio 2017 Inicio d el actividad
Enero 2018 Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0138

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NURIA CLAVERO MONTAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDEN RUEDA CLAUDIA
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
GAIBAR ANGUERAS PILAR
MARTINEZ SORIANO MARIA
SERRET GASCON LAURA
OLIVEROS GARIN ANA ISABEL
ALCAÑIZ BLADE SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han monitorizado las indicaciones de suplementos de sucedáneos de la leche materna en los recién nacidos mediante registro en la hoja de constantes. Y además se ha evaluado la existencia o no de razones medicas aceptables para la indicación de tales suplementos
Se ha registrado, la forma de alimentación de los RN en el momento del alta, prestando especial interés a la tasa de lactancia materna exclusiva

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha podido comprobar que el 80.6% de los RN se van de alta con LM exclusiva y un 18% con lactancia mixta, como es esperable en un Hospital IHAN. Las indicaciones de suplementos por razones medicas han sido realizadas de forma correcta en el 100% de los casos, sin embargo la mayoría de suplementos han sido solicitados por los padres (64.5%), sin indicación medica. Aunque se pudieron retirar antes del alta el 38% de los mismos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El principal punto de mejora tras la realización de esta evaluación será favorecer la trasmisión de informacion adecuada a los padres para que puedan valorar la necesidad de iniciar formula artificial. Ofreciendo de manera clara la posibilidad de conocer los beneficios de la lactancia materna. Ya se dispone de documentos escritos sobre el tema y el personal sanitario colabora de forma adecuada pero quizás se debería de disponer de otros materiales alternativos mas accesibles. Desde el servicio de pediatría se ha iniciado también la colaboración con un grupo de lactancia, del que habrá que valorar su efectividad en próximos estudios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/138 ========== ***

Nº de registro: 0138

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CLAVERO MONTAÑES NURIA, ORDEN RUEDA CLAUDIA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, GAIBAR ANGUERAS PILAR, MARTINEZ SORIANO MARIA, SERRET GASCON LAURA, OLIVEROS GARIN ANA ISABEL, ALCAÑIZ BLADE SANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0138

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROBLEMA
La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos prematuros, gemelos y niños enfermos,salvo rarísimas excepciones y se debería prolongar al menos durante todo el primer año y mas allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño. La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica; alimentar a los niños con otra leche es alimentarlos con sucedáneos que a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche de madre. La leche de madre tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales.
La prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la OMS
La realidad es que en España se ha perdido casi por completo la cultura de la lactancia materna, cualquier llanto del niño se interpreta como que “pasa hambre”, “no se tiene suficiente leche” y por tanto se le añaden suplementos con sucedáneos de leche de madre. Esta práctica tan habitual y que se hace casi de forma rutinaria tiene consecuencias catastróficas para la lactancia materna, se disminuye el número de veces que mama el niño y como consecuencia, se disminuye la producción de leche materna
dos

RESULTADOS ESPERADOS
•Monitorización de las indicaciones de suplementos de sucedáneos de la leche materna en los recién nacidos
•Evaluar la existencia o no de razones medicas aceptables para la indicación de los suplementos de sucedáneos de la leche materna
•Mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva al alta de la maternidad
No se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, sucedáneo de leche de madre, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados. Por tanto, conocer cual son las causas de la indicacion de suplementos nos permitira evitar situaciones que se podrian resolver identificando el problema existente, si es que lo hay, en relacion con la lactancia materna y orientar a la madre sobre el manejo de la situación. La madre es quien debe decidir como alimentar a su hijo, pero los profesionales sanitarios debemos asumir la responsabilidad de que esta decisión se tome sobre las bases de una información adecuada y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

MÉTODO
Existe un número pequeño de condiciones de salud del recién nacido y de la madre que podría justificar que se recomendara no amamantar de manera temporal o permanente. Estas
condiciones, que afectan a muy pocas madres y sus bebés, se mencionan a continuación.
La OMS y UNICEF desarrollaron esta lista de razones médicas originalmente como anexo al paquete de herramientas de la
Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en 1992 y acordaron actualizar esta lista considerando que desde 1992 empezó a disponerse de nuevas pruebas científicas y que además se estaba
actualizando el paquete de la IHAN.

AFECCIONES INFANTILES
-Lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada
• Lactantes con galactosemia clásica
• Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce.
• Lactantes con fenilcetonuria

-Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación pero que pueden necesitar suplementos de formula de inicio:
• Lactantes nacidos con peso <1500gr o <32 semanas de EG
• Recién nacidos con riesgo de hipoglucemia (prematuros,PEG,EHI,hijo de madre diabética)
•Perdida ponderal excesiva: >10% de su peso en RNT y >12,5% de su peso en RNPT

AFECCIONES MATERNAS.

-Lactancia materna contraindicada:
• Infección por VIH1: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible,sostenible y segura
-Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente
• Enfermedad grave materna
•Herpes simplex Tipo I (se debe evitar contacto directo entre las lesiones y la boca del bebé
•Medicación materna: valorar la compatibilidad con lactancia en e-lactancia.org

Por tanto se adjuntara en la historia de cada recién nacido un listado de estas razones medicas, de forma que el profesional que paute el suplemento determinará cual ha sido la causa de la indicacion del mismo, el tipo de suplemento utilizado y su duracion

INDICADORES
•Evaluación al alta del tipo de alimentación del RN
•Identificación en la historia clínica del RN de la presencia de razones medicas aceptables para la indicación de sucedáneos de leche materna

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0138

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

DURACIÓN
Revisión de los indicadores en un periodo de tres meses desde el inicio de dicho proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0191

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA ORDEN RUEDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OCHOA GOMEZ LAURA
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
GARCIA LORENTE CONCEPCION
SANCHEZ GIMENO JAVIER
PALOMAR JOVEN MARTA
PONS GODES INMACULADA
ESPALLARGAS PEDROS MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se entregaron durante 3 meses a todos los pacientes ingresados en la planta de pediatría un libro de acogida que se adjunta en el archivo anexo I donde se les ofrecía información acerca del funcionamiento de la Planta, los profesionales que forman el Servicio, las normas de comidas y horarios… así mismo, en el momento de entrega se hacía énfasis de la presentación del médico responsable del ingreso que sirvió como indicador de la calidad del presente proyecto. Al finalizar el ingreso del paciente se entregaba un cuestionario (se adjunta como archivo anexo II) para valorar el cumplimiento de los indicadores y la satisfacción percibida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se entregaron un total de 167 libros de acogida y un total de 154 cuestionarios pues en alguna ocasión el paciente abandonaba la planta antes de ser entregado. Fueron devueltos un total de 84 cuestionarios (50,3%) en un buzón preparado para tal efecto.
Al 100% de los pacientes con su familia se les presentó el médico responsable del ingreso en el momento del mismo explicando los motivos de este. Al 94% de los mismos se les resolvieron todas las dudas respecto al funcionamiento de la Planta. El 100% de los pacientes y sus familias se manifiestan satisfechos de haber recibido el liro de acogida y también consideran positiva la iniciativa puesta en marcha a la vez de permitir el acceso a los menores de 12 años para visitar en un tiempo máximo de 30 minutos a los pacientes ingresados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido a la buena aceptación del libro de acogida y a sus buenos resultados obtenidos se prorrogó la entrega del mismo durante todo el año 2017 y se prevé la continuidad de este durante todos los ingresos a cargo del Servicio de Pediatría pues mejora la calidad de la asistencia mejorando la información otorgada al paciente y a sus familiares.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/191 ========== ***

Nº de registro: 0191

Título
IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Autores:
ORDEN RUEDA CLAUDIA, OCHOA GOMEZ LAURA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, GARCIA LORENTE CONCEPCION, SANCHEZ GIMENO JAVIER, PALOMAR JOVEN MARTA, PONS GODES INMACULADA, ESPALLARGAS PEDROS MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que requieran ingreso
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0191

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Todo cambio en el estado de salud de las personas, más aún en los pacientes pediátricos, máxime si va asociado al ingreso en un centro hospitalario, puede producir en el paciente y familia sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre. Cualquier persona al entrar en contacto con un entorno desconocido, desvinculado de su medio habitual y en situación de vulnerabilidad, ha de adaptarse a su nuevo rol y establecer nuevas relaciones interpersonales.
El primer contacto con los profesionales sanitarios es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente y familia durante el resto de la hospitalización y su grado de satisfacción. Por ello, la interacción que se establece en el proceso de acogida ofrece oportunidades para desarrollar la relación de confianza profesional-paciente facilitando la comunicación entre ellos, así como su integración en el entorno hospitalario.

La literatura científica aporta evidencia sobre los aspectos relevantes a tener en cuenta dentro del plan de acogida del paciente. Existen trabajos que avalan la importancia de la información y la comunicación como elementos clave para salvar las barreras entre paciente y profesional sanitario, o el incremento en el grado de satisfacción de los usuarios después de una acogida protocolizada.
Todo lo anteriormente expuesto justifica la elaboración e implementación de un libro de acogida del paciente para el Servicio de Pediatría del Hospital de Alcañiz.
Su desarrollo deberá centrarse en una serie de aspectos fundamentales, como la empatía, el respeto y la comprensión, reforzado por actitudes de tolerancia y falta de prejuicios que refuercen la comunicación, y generen en el paciente un clima de seguridad y confianza hacia las personas que le atienden y la institución a la que acuden para su asistencia. Sin olvidar que en un mundo global, la diversidad cultural nos obliga como profesionales sanitarios a establecer una relación apropiada con pacientes procedentes de otras culturas, eligiendo estrategias de comunicación en función de su sistema cultural de creencias.
La praxis de los cuidados comienza con la presentación del médico responsable del ingreso y la valoración de enfermería de la metodología de cuidados, garantizando que se cubren las necesidades y expectativas del paciente y familia.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal
Facilitar la integración del paciente, familia y/o acompañante en el entorno hospitalario con un trato personalizado, humano y respetuoso.
Objetivos específicos
Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva.
Realizar la valoración de enfermería al ingreso del paciente que permita identificar problemas de salud para la elaboración del plan de cuidados, en las primeras 24h.
Proporcionar un entorno de seguridad al paciente, familia y/o acompañante.

MÉTODO
El personal vinculado con la planta de Pediatría, pediatras, enfermeras, auxiliares, celadores se comprometen a entregar el libro de acogida originado en formato A-4 a todos los familiares de los pacientes pediátricos ingresados donde se facilitarán además el funcionamiento del Servicio para afianzar la confianza paciente-personal sanitario.

INDICADORES
Indicador 1: Presentación del médico responsable del ingreso acogiendo al paciente pediátrico y a sus familiares en el primer momento tras la decisión de la hospitalización.

Indicador 2: Entrega por parte del personal de la planta de Pediatría del libro de acogida realizado para tal efecto.

Se realizará un cuestionario al alta para comprobar el cumplimiento de ambos indicadores de calidad.

DURACIÓN
Este proyecto se iniciará el 1 de Diciembre de 2016 y se llevará a cabo durante un trimestre. Posteriormente se evaluará si existe sensación de mejora en cuanto a la acogida y a la atención por parte de los familiares de los pacientes pediátricos ingresados a través de un cuestionario y se propondrá la prórroga de dicho proyecto si se expresa la mejora de la atención gracias al libro de acogida entregado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0191

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0212

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA OCHOA GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVERO MONTAÑES NURIA
MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA
SANCHO VIVES ESTHER
BARRABES SANCHEZ MIRIAM
TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA
DOMINGO LOPEZ RAQUEL
MOROTE TERCERO JOSEFINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante un periodo de 3 meses (1 de noviembre de 2016 al 31 de enero de 2017), se entregaron a las madres que eran dadas de alta de la maternidad una encuesta de carácter anónimo (12 preguntas) acerca de las practicas hospitalarias en la asistencia al parto y la lactancia materna. Se adjuntó una carta informativa a las madres explicándoles el motivo de la encuesta.
Durante el periodo de estudio se han registrado 116 partos, siendo el 50% de nacionalidad española, el 42,24% de nacionalidad magrebí y el 7,76% de Europa del Este. El 95,7% iniciaron LM, el 18,1% recibieron algún suplemento indicado medicamente o solicitado por padres y el 87,1% al alta se fueron con LM exclusiva.
Hemos recibido un total de 65 encuestas (56,03%).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pregunta	Nº Encuestas contestadas	Nº Encuestas con respuesta esperada	% Encuestas con resultado esperado	Estándar
1. Mujeres que han recibido información durante el embarazo (Respuesta esperada c)	63	62	R 98,41%	E80%
2.Contacto piel con piel precoz tras el parto (Respuesta esperada, que no sea e)	62	62	R 100%	E:80%
3. Contacto piel con piel con el padre si cesárea (Respuesta esperada Sí)	16	14	R 87,50%	E 80%
4. Ayuda con LM en las primeras 2h (Respuesta esperada Sí)	64	59	R92,19%	E80%
5. Alojamiento conjunto (Respuesta esperada Sí)	64	61	R95,31%	E80%
6. Apoyo con LM en la maternidad (Respuesta esperada Sí)	63	62	R98,41%	E80%
7. Se le ofreció ayuda con las técnicas de LM (Respuesta esperada Sí)	64	61	95,31%	80%
8. Se ofreció chupete (Respuesta esperada No)	61	58	R95,08%	E80%
9. Se ofreció suplemento sin motivo (Respuesta esperada No)	60	50	R83,33%	E80%
10. Modo de ofrecer suplemento (Respuesta esperada que no sea b)	27	24	R88,89%	E80%
11. Información Grupos de Apoyo (Respuesta esperada Sí)	58	43	R74,14%	E80%
12. Apoyo en el hospital con la LM tras el alta (Respuesta esperada Sí)	37	26	R70,27%	E80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Baja adhesión a la realización de las encuestas (sólo el 56,03% ha realizado la encuesta), probablemente en relación con la alta tasa de población extranjera de nuestro hospital
- Las madres usuarias de nuestro hospital parece que en general han sido bien informadas sobre LM; están bastante satisfechas con la asistencia durante el parto y durante su ingreso en la maternidad, sintiendo que reciben suficiente apoyo con la lactancia matern
-Tendríamos que mejorar la información al alta sobre la existencia de Grupos de Apoyo y poder recibir ayuda en el hospital si se objetiva alguna incidencia con la LM

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/212 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0212

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

***

Nº de registro: 0212

Título
MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

Autores:
OCHOA GOMEZ LAURA, CLAVERO MONTAÑES NURIA, MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA, SANCHO VIVES ESTHER, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA, DOMINGO LOPEZ RAQUEL, MOROTE TERCERO JOSEFINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidados del Embarazo, Parto y Lactancia materna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La lactancia materna es la alimentación más saludable en la infancia proporcionando beneficios a corto y largo plazo tanto al recién nacido como a su madre. La OMS y UNICEF recomiendan lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y con alimentación complementaria hasta los 2 años o más.
Para promover la lactancia materna en los hospitales es muy importante llevar a cabo unas prácticas como son:
- Atención a las embarazadas: información acerca de los beneficios de la lactancia materna
- Atención al parto: permitir contacto piel-con piel precoz
- En la maternidad: ayuda en el aprendizaje de técnicas de lactancia, importancia de la lactancia a demanda, no dar suplementos no indicados médicamente, no ofrecer chupetes ni tetinas, permitir alojamiento conjunto, al alta de la maternidad poner en contacto con grupos de apoyo de la lactancia de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS
La mejor forma de conocer la calidad de las prácticas hospitalarias es buscar indicadores no sólo de proceso, sino también de resultado. No es suficiente con informar y apoyar a las madres, o con modificar dichas prácticas, es fundamental comprobar que la asistencia que se ofrece a las embarazadas, madres y recién nacidos es adecuada durante el parto y la lactancia.
El objetivo de este proyecto es la monitorización de las prácticas en la asistencia al parto y la lactancia materna en nuestro hospital mediante el uso de encuestas de valoración/satisfacción a las madres usuarias del servicio materno-infantil de nuestro hospital.

MÉTODO
Los cuestionarios encuestas de valoración/satisfacción (que constarán de 12 preguntas) acerca de las practicas hospitalarias en la asistencia al parto y la lactancia materna se entregarán a las madres para que los rellenen antes del alta del servicio de maternidad del hospital. Se adjuntará una carta informativa a las madres explicándoles el motivo de la encuesta.
Tras recibir las encuestas cumplimentadas se analizarán los resultados y se cumplimentarán las hojas de auditoría con los indicadores.

INDICADORES
Tras la recogida de las encuestas se valorarán las respuestas de cada pregunta cumplimentando unas hojas de auditoría con los indicadores.
Indicador 1: Mujeres que han recibido información sobre lactancia materna durante el embarazo.
Indicador 2: Realización de Contacto piel con piel precoz tras el parto.
Indicador 3: Apoyo con la lactancia materna en la maternidad

DURACIÓN
Este proyecto se iniciará el 1 de Noviembre de 2016 y se llevará a cabo durante un trimestre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0212

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0609

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA PALOMAR JOVEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ SORIANO MARIA
GARCIA LORENTE CONCEPCION
SERRET GASCON LAURA
ANDRES LOPEZ VANESA
INSA GOMEZ MARIA JOSE
OLIVEROS GARIN ANA ISABEL
COMAS MANAUTA EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración de una tabla de registro, donde se valoran los signos de amantamiento adecuado y los signos de posible dificultad en la toma al pecho. Evaluando la postura de la madre, del lactante y los signos de transferencia eficaz de leche.
Estos indicadores, tienen opción de cruceado, para ser más fácil su análisis.
2. Vigilancia por parte del personal, tanto enfermeras como TCAE, durante la estancia de la madre y el lactante en el hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado la evaluación mediante la tabla de registro, durante el último trimestre del 2017. A un total de 108 madres con hijos nacidos en el hospital de Alcañiz, del total de 134 partos registrados. Con un 80.9% de cumplimenación.

1. Postura de la madre y del bebe:
- madre ralajada y cómoda: 95'37%
- bebé en estrecho contacto con su madre.95'37%
- cabeza y cuerpo del bebe alineados, frente al pecho. 94.44%
- la barbilla del bebé toca el pecho. 88.8%
-Cuerpo del bebe bien sujeto. 90'74%
-El bebe se acerca al pecho con la nariz frente al pezón. 88.8%
- Hombros tensos, inclinados hacía el bebé. 3.7%
- Bebé lejos del cuerpo de la madre. 1.8%
- Cabeza y cuello del bebé girados.1.8%
-La barbilla del bebe no toca el pecho:1.8%
- Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebe.0%
- El bebe se acerca al pacho con el labio inferior/ barbilla frente al pezón.0.8%
-No hay contacto visual madre- bebe.0%

2. LACTANTE:
- Boca bien abierta. 94.4%
- Labios superior e inferior evertidos.93.51%
- La lengua rodea el pezón y la areola. 87.03%
- Mejillas llenas y redondeadas al mamar.85'18%
-Más areola visible por encima del labio superior.80.5%
-Movimientos de succión lentos y profundas, con pausas.78.9%
-Puede verse u oirse tragar al bebé.69.9%
- Boca poco abierta.3.70%
-Labios apretdos o invertidos.3.70%
- No se ve la lengua.0.18%
- Mejillas hundidas al mamar.0%
- Más areola por debajo del labio inferior.0.18%
- Movimeintos se succión superficiales y rápidos.4.62%
-Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos.2.77%

3. SIGNOS DE TRANSFERENCIA EFICAZ DE LECHE.
- Humedad alrededor de la boca del bebe.72.2%
- El bebe relaja progresivamente brazos y piernas.69.9%
- El pecho se ablanda progresivamente. 35%
- Sale leche del otro pecho. 16.6%
- La madre nota signos de reflejo de eyección. 17.5%
- El bebe suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma. 25.92%
-El bebe intranquilo o exigente, agarra y suetla el pecho intermitentemente.10.18%
-La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón.1.85%
-El pecho está rojo, hinchado, o dolorido. 1.85%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0609

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

-La madre no refiere signos de reflejo de eyección.12.96%
-La madre ha de retirar al bebé del pecho.2.77%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la observación directa en cada madre y lactante en cada toma por turno de trabajo, en los casos en los que la madre tenía o presentaba dificultad y/o el lactante, se vuelve hacer formación a la misma, sobre la colocación del bebe, la forma, la posición de la boca... y se repite la evaluación en la siguiente toma, hasta que la madre es conodera de los puntos con dificultad, para evitar los mismos una vez que se de el alta.
Una vez al alta, si siguen con problemas en las tomas, vuelven al hospital y se sigue con la formación a las madres.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/609 ========== ***

Nº de registro: 0609

Título
DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Autores:
PALOMAR JOVEN MARTA, MARTINEZ SORIANO MARIA, GARCIA LORENTE CONCEPCION, SERRET GASCON LAURA, ANDRES LOPEZ VANESA, INSA GOMEZ MARIA JOSE, OLIVEROS GARIN ANA ISABEL, COMAS MANAUTA EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La vigilancia y cuidado de los pezones constituyen una parte importante de la actividad propia de la enfermera en el servicio de Tocologia tras el inicio de la lactancia, con el fin de tener una lactancia exitosa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Extandarizar la actividad a la hora de detectar y tratar las grietas si se producen.
- Evitar las posibles complicaciones derivadas de una mala postura al amantar.

MÉTODO
- Vigilancia por parte del personal (enfermeras y auxiliares) de una toma durante su estancia (o mas si hay problemas)
- Registro de lo observado en tabla que elaboraremos.

INDICADORES
- Tabla realizada para este fin, que se elavorara una vez aprovado el proyecto.
- Se registrara en la tabla, y se evaluaran resultados en tres meses.

DURACIÓN
- Primer mes desde la aceptacion: Reunion de todo el equipo para elaboracion de la tabla.
- Evaluación de los resultados y conclusiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0609

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0341

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA CLAVERO MONTAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDEN RUEDA CLAUDIA
OCHOA GOMEZ LAURA
GARCIA LORENTE CONCEPCION
MARTINEZ SORIANO MARIA
OLIVEROS GARIN ANABEL
CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA
ROCA PONZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un documento de actuación sobre el frenillo sublingual que se ha difundido en forma de sesión clínica a todo el Servicio y personal de Pediatría.
El proyecto se ha implementado sobre todos los RN de la planta de maternidad durante los meses de, Noviembre y Diciembre de 2018 y Enero de 2019 (122 recién nacidos). En todos ellos se ha valorado la presencia de frenillo sublingual según la clasificación de la Dra. Elizabeth Coryllos y Catherine Watson Genna durante la revisión rutinaria que se hace a diario en la planta por parte del pediatra, y se registró en su historia.
Se identificaron 16 niños con frenillo sublingual (13%), la mayoría de ellos de grado 2 y 3. No habiendo registrado ninguno de grado 4, quizá porque son más difíciles de visualizar y, sobre todo, si no identificamos asociados problemas en la lactancia materna. Todos los recién nacidos recibieron también valoración de la técnica de lactancia materna para detectar si existían problemas en la misma y razones médicas aceptables para la indicación de frenotomía (recordamos que no todos los niños con frenillo precisan su sección). Se indicó en aquellos casos en que, una vez corregidas, el resto de variables más frecuentes que pueden influir sobre la lactancia como son el agarre, postura.... etc, persistían los problemas. Por lo que, finalmente, se procedió a la sección de 10 frenillos, que se realizaron sin incidencias. Todas las frenotomias se realizaron previa firma del consentimiento informado por parte de los padres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se intervinieron 10 pacientes (8% de los recién nacidos en el período). Al 100% de los padres a cuyos hijos se les realizo la frenotomia recibieron una hoja informativa con los ejercicios de fisioterapia que deben realizarse en los primeros días para mejorar la succión y evitar que la lengua pueda, en algunos casos, volver a quedar anclada. Tras la frenotomia se valoró conjuntamente con la madre la mejoría de las dificultades en la lactancia, consiguiéndose en el 100% de los casos el objetivo. No se registró ninguna complicación. Estos son los resultados de los indicadores propuestos:

- -Numero total de RN con frenillo que interfiere en la lactancia/ Numero total de RN con frenillo x 100= 62,5%
- Numero total de frenotomias por interferencia con la lactancia/ Numero total de frenotomias x100
- Numero de hojas de rehabilitación entregadas/Numero total de frenotomias realizadas x100

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo del proyecto era mejorar y apoyar la lactancia materna durante el ingreso en la planta de maternidad, a través del tratamiento adecuado de los frenillos sublinguales. Hemos podido comprobar que es importante valorar la presencia de frenillo (13% de los niños) como causa de problemas con la lactancia materna, ya que, si no se corrige, puede llevar al abandono de la misma, lo que no es adecuado en un Hospital que está en fase de acreditación IHAN. Todo esto nos ha llevado a mantener este proyecto activo como parte de la exploración rutinaria del recién nacido, con el fin de mantener nuestro apoyo a la lactancia materna

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/341 ========== ***

Nº de registro: 0341

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0341

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CLAVERO MONTAÑES NURIA, ORDEN RUEDA CLAUDIA, OCHOA GOMEZ LAURA, GARCIA LORENTE CONCEPCION, MARTINEZ SORIANO MARIA, OLIVEROS GARIN ANABEL, CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA, ROCA PONZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se habla mucho de anquiloglosia o frenilllo lingual corto como factor perturbador de la lactancia materna. La lengua está sujeta al suelo de la boca y no puede realizar los movimientos necesarios para que el bebé pueda mamar de manera eficaz sin comprometer el bienestar de su madre.
El frenillo está bajo la lengua, insertado, de manera ideal, dentro de la lengua. Sin embargo, cuando en etapas embrionarias se desarrolla la cavidad oral y los músculos el frenillo puede quedar fuera de la lengua, lo que impide los movimientos de la lengua que permiten al bebé tomar la leche. Estos movimientos son necesarios para que el bebé pueda mamar de manera
placentera y eficaz y para que de ués pueda realizar los movimientos necesarios para tragar el bolo digestivo con facilidad.
El frenillo no tiene ninguna función específica si está situado fuera de la lengua por lo que seccionarlo, si es necesario, no perjudica al bebé. Sin embargo la anquiloglosia puede perjudicar tanto a la madre como al bebé.
Para la madre, el mayor inconveniente es el dolor: se producen grietas, isquemias e
infecciones bacterianas. Hay casos de hipogalactia y también de madres cuyas glándulas mamarias para compensar el problema disparan la producción, lo que hace que padezcan ingurgitaciones constantes.
Para los bebés, las consecuencias del frenillo corto pueden variar mucho. A corto plazo afectan negativamente a la lactancia, a medio y largo plazo causan también otros trastornos: si la lengua no tiene capacidad de elevación por frenillo corto se afecta toda la estructura maxilofacial, respiran más por la boca que por la nariz, duerman con la boca abierta y roncan durante el sueño aumentando la predisposición a bronquitis y neumonías. Hay estudios que relacionan la anquiloglosia con > incidencia de apneas del sueño. La maloclusión dental es otro problema derivado. Y al crecer, surgen problemas logopédicos en la pronunciación.
Podríamos resumir que el frenillo corto puede causar dificultades en la lactancia y, a posteriori, otros trastornos, por lo que es necesaria una evaluación específica del frenillo corto en las parejas madres/bebés que presenten obstáculos en la lactancia.
Cuando observamos una toma, habría que ir mucho más allá de la simple verificación de un buen agarre y una buena postura, puesto que la lengua es uno de los primeros motores de la lactancia y debe funcionar perfectamente para conseguir una lactancia materna placentera y eficaz para madre y bebé.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto se realizará sobre todos los RN de la planta de maternidad, en el periodo de tiempo establecido. Se llevara a cabo:
-Valoración clínica de la presencia de frenillo sublingual, según clasificación de Coryllos-Watson Genna
-Valoración de la presencia de dificultades en la lactancia materna.
El objetivo final es mejorar y apoyar la lactancia materna durante el ingreso en maternidad, a través del ttº adecuado de los frenillos sublinguales.

MÉTODO
Hay que evaluar el grado de movilidad de la lengua. La elevación parece ser el movimiento que más influye en la lactancia, por lo que debe pesar más que los demás parámetros al evaluar la anquiloglosia.
La valoración del tipo de frenillo se hace de manera visual o digital (clasificación de Coryllos-Watson Genna).
Es importante señalar que tener un tipo u otro de anquiloglosia no supone mayor o menor dificultad para mamar. Sin embargo, esta clasificación nos permite usar una nomenclatura común. Si es necesario, la intervención más habitual para intervenir la anquiloglosia se denomina frenotomía. Se puede realizar de forma ambulatoria por profesional con experiencia o de forma quirúrgica por cirujano.
Actualmente hay evidencia científica suficiente que sugiere que la frenotomía se asocia con mejoras de la lactancia materna. Y es importante realizar, tras frenotomía, ejercicios de fisioterapia para mejorar la succión y evitar que la lengua quede de nuevo anclada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0341

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

INDICADORES
-Registro en historia del recién nacido de la presencia o no de frenillo sublingual (Estándar 100%)
-Registro en la historia clínica de la presencia o no de problemas en la lactancia materna (Estándar 100%)
-Registro en la historia de la aplicación o no de frenotomia. (Estándar 100%)
-Registro de entrega a los padres de hoja de ejercicios de rehabilitación tras frenotomia
Indicadores:
-(Nº total de RN con frenillo que interfiere en la lactancia/ Nº total de RN con frenillo) x 100
-(Nº total de frenotomias por interferencia con la lactancia/ Nº total de frenotomias) x100
-Nº de hojas de rehabilitación entregadas/Nº total de frenotomías realizadas) x100

DURACIÓN
Se recogerán datos durante 3 meses.
La valoración del frenillo se hará en las exploraciones al RN por parte del pediatra. Y los posibles problemas en relación a la lactancia materna serán valorados durante todo el ingreso por cualquiera de los profesionales implicados en el proceso, quedando constancia en la HC.
Si hay que realizar frenotomia, debe quedar recogido en la HC del RN que se ha facilitado a los padres hoja de ejercicios para rehabilitar la succión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0344

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA ORDEN RUEDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVERO MONTAÑES NURIA
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
PALOMAR JOVEN MARTA
DOMINGO LOPEZ RAQUEL
GARCIA VILLAR PILAR
FERNANDEZ ARENAS EMILIA
COMAS MANAUTA EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó un check list por un grupo de trabajo multidisciplinar y se difundió al equipo mediante sesión clínica. Este Checklist o lista de verificación revisa de manera sistematizada y continua el manejo de cada paciente trasladado, revisa la parte correspondiente del equipamiento y material en el que se incluye los datos del paciente y la historia clínica, la monitorización pautada, el material necesario para mantener una adecuada ventilación, circulación e inmovilización; además examina el equipo y la organización teniendo en cuenta el médico responsable del paciente, las valoraciones del mismo y la presencia del personal de enfermería y, por último,las actuaciones que ha recibido el paciente como son las constantes tomadas, las interconsultas realizadas y las pruebas complementarias, las órdenes y tratamiento pautado y el evolutivo completo del paciente. De esta forma, se deduce, aunque de forma subjetiva, que se ha evitado la pérdida de información relevante acerca de la situación clínica del paciente y se ha requerido una mayor implicación de todo el Servicio

El check list para el transfer de pacientes trasladados en ambulancia se ha realizado durante 6 meses a todos los pacientes trasladados desde Junio de 2018 a Diciembre de 2018 desde la Planta de Pediatría hasta el Hospital de referencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En total se han trasladado a 14 pacientes durante este periodo y se ha realizado a los 14 pacientes, es decir al 100% de los pacientes trasladados en ambulancia. En todos estos casos se revisaron, en el momento del traslado, aquellos puntos donde pueden surgir errores tanto humanos como materiales.
En todos los casos se registraron los diagnósticos de los pacientes trasladados, y en todos los casos se constaba la firma del médico y la enfermera responsable del traslado.

Se han registrado 3 incidencias: En una de ellas se recoge que la incubadora de transporte no mantiene adecuadamente la temperatura por lo que se pone en conocimiento del Servicio de mantenimiento ese mismo día y se da solución, en otra ocasión hay problemas con el respirador de transporte y se observa que falta una pequeña pieza que repone mantenimiento, y en la última incidencia se recoge que la incubadora de la sala de exploración tiene una excesiva humedad y no consigue proporcionar el FiO2 deseado al recién nacido por lo que también se comunica a la casa del fabricante de la incubadora y a mantenimiento poniendo solución. A uno de los pacientes trasladados hubo que cambiarle la vía intravenosa antes de salir hacia el hospital de destino por comprobar que no funcionaba bien.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La hoja de verificación reduce los posibles errores, tanto humanos como materiales, que pueden surgir, anticipándonos y evitando posibles problemas durante el traslado. Al ser una herramienta bien aceptada, que mejora de la calidad asistencial, hemos decidido incluirla en nuestra práctica habitual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/344 ========== ***

Nº de registro: 0344

Título
IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0344

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Autores:
ORDEN RUEDA CLAUDIA, CLAVERO MONTAÑES NURIA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, PALOMAR JOVEN MARTA, DOMINGO LOPEZ RAQUEL, GARCIA VILLAR PILAR, FERNANDEZ ARENAS EMILIA, COMAS MANAUTA EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUE REQUIERAN TRASLADO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes ingresados en la planta de pediatría frecuentemente lo hacen por causas leves o moderadas, cuando lamentablemente, la situación es grave, crítica o que requiere de recursos que no tenemos en la planta de hospitalización de un hospital comarcal se requiere el traslado de los mismos a hospitales de tercer nivel. Durante este traslado nos vemos sometidos a cierta presión y nerviosismo pues tenemos que transmitir toda la información acerca del estado del paciente y, al mismo tiempo, verificar que el paciente esté estable previo a su traslado. Cuando acude el servicio de ambulancia medicalizada a recoger a dichos pacientes, el momento del pase de la información del mismo es crítico. El objetivo es estandarizar este pase con el fin de mejorar la transmisión de información de dichos pacientes para tratar de disminuir errores de comunicación que frecuentemente causan riesgos para la seguridad del paciente.
Está ampliamente aceptado que el factor fundamental para evitar la aparición de complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad es una adecuada planificación, consistente en: 1) estabilización previa del enfermo, 2) valoración de peligros potenciales y de las necesidades individuales, 3) necesidad de monitorización, 4) preparación del material y 5) mantenimiento de la vigilancia clínica y tratamiento instaurado en planta. Todos estos aspectos se manejan de forma más segura con una hoja de verificación pues facilita su cumplimiento y mejora la seguridad y, en consecuencia, la estabilidad de este.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el uso de esta herramienta se revisará de manera sistematizada y continua el manejo de cada paciente trasladado requiriendose una mayor implicación de todo el Servicio. Se espera observar, aunque de manera subjetiva, una mejora del traspaso de información acerca de estos. Gracias a la detección de errores a través del checklist se evitará la pérdida de información relevante acerca de la situación clínica del paciente. Se trata de un proyecto de mejora que se perfeccionará en un futuro próximo cuando se detecten los errores más frecuentemente realizados.

MÉTODO
Creamos una lista de verificación o checklist (ANEXO 1) como herramienta de ayuda para el pase o handoff de los pacientes que van a ser trasladados desde la planta de hospitalización. Esta herramienta se utiliza de manera prospectiva durante 6 meses, con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo en un futuro próximo.

INDICADORES
Cumplimentación Lista de Verificación o check-list por parte del médico-enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
Firma de médico y enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
Registro de pacientes trasladados con sus diagnósticos (estándar 100%)

DURACIÓN
Se implantará durante 6 meses,iniciándose en Junio de 2018 con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo en un futuro próximo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0344

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0484

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA OCHOA GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
MARIN ABAD TERESA
ANDRES LOPEZ VANESA
GASCON POLO MARIA PILAR
ESPINAL HERNANDEZ ANDREA
BARRABES SANCHEZ MYRIAM
SANCHO VIVES ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un protocolo para la realización correcta del contacto piel con piel tras cesáreas en el área de despertar del H. Alcañiz. En el mes de septiembre, este protocolo ha sido consensuado por los distintos servicios implicados: Servicio de Pediatría, Servicio de Obstetricia, Servicio de Anestesia, así como por la Supervisora del área quirúrgica y la Directora de Enfermería del hospital. Se ha informado al personal implicado en ello y se ha puesto en marcha.
Se ha elaborado una hoja de registro de la realización de este contacto en el área del despertar (con instrucciones de cómo rellenarla), debiendo ser firmada por el personal implicado en ello. Esta hoja de registro se recogía en el Servicio de pediatría al llegar el recién nacido a la planta.
La recogida de los datos se ha realizado durante 3 meses: 15 de octubre de 2018 al 15 de enero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el periodo a estudio en nuestro hospital se produjeron 109 partos, siendo 20 mediante cesáreas (18.3%), 2 de ellos gemelares.

Hemos recogido 17 hojas de registro del contacto piel con piel. De ellas, en 3 casos se contraindicó el contacto piel con piel por patología del RN o de la madre. En el resto de 14 registros sí que se realizó el CPP con la madre en el despertar, con un tiempo transcurrido desde el nacimiento y el CPP de 60 min. En los 14 casos, se hizo previamente el CPP con el padre.
En ningún caso se registró ninguna incidencia durante el tiempo del CPP con la madre ni con el RN en el área del despertar.

Indicadores:
- Número de Hojas de registro de la realización de CPP tras cesárea / Número total de cesáreas: 85%
- Número de casos de realización de CPP madre-hijo tras cesárea sin contraindicación/número total de cesáreas: 100%
- Número de casos CPP padre-RN hasta llegada de la madre al despertar/Número total de cesáreas: 100% (excluidas las contraindicaciones por patología del RN)
- Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el CPP madre-hijo en despertar: 60 min

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la elaboración consensuada y puesta en marcha de este protocolo para la realización del CPP tras cesárea en sala de despertar en nuestro hospital, se va a permitir que se aplique como un procedimiento de cuidados habituales madre-hijo en todos los casos en los que se realice una cesárea y no exista una contraindicación en la madre o en el recién nacido. El objetivo de ello es conseguir crear un entorno similar al del postparto tras parto vaginal, sin olvidar que se trata de una cirugía mayor, por los grandes beneficios que genera tanto para la madre como para el RN.
Hasta ahora, este procedimiento se realizaba de manera discontinua, en dependencia de la predisposición del personal del área del despertar que hubiera en el momento de la realización de la cesárea.
Sería recomendable que el tiempo transcurrido entre la hora de nacimiento y el CPP madre-hijo fuera menor al que hemos registrado, para aumentar los beneficios en la madre y el RN.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/484 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0484

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Nº de registro: 0484

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
OCHOA GOMEZ LAURA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, MARIN ABAD TERESA, ANDRES LOPEZ VANESA, GASCON POLO MARIA PILAR, ESPINAL HERNANDEZ ANDREA, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, SANCHO VIVES ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: LACTANCIA MATERNA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La práctica del contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido inmediatamente tras el nacimiento, tiene grandes beneficios para ambos ampliamente demostrados. Esta práctica favorece el inicio de la lactancia materna desde el mismo momento del nacimiento del bebé, así como su mantenimiento posterior, además en el recién nacido se produce una mejor regulación metabólica, de la temperatura, menos llanto y una conducta afectiva más satisfactoria. En la madre destaca que previene la atonía uterina, debido a que el contacto con el neonato en los primeros momentos tras el parto, desencadena en la madre reflejo vagal que aumenta la secreción de oxitocina provocando una mejor involución uterina, una disminución de la hemorragia posparto y por tanto una mejoría de la anemia puerperal.
Estas evidencias han hecho que las sociedades científicas y las instituciones nacionales e internacionales recomienden su aplicación tanto en los partos normales como en las cesáreas. El CPP forma parte de los diez pasos de la “Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento”(IHAN), está incluido en la “Declaración de Barcelona sobre los derechos de la Madre y el Recién Nacido” (2001), en las recomendaciones del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (2001), en las del Comité de Lactancia Materna de la AEPED (2005), y en las de la Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría (2005).
Desde la publicación de la estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad, esta práctica se va implantando progresivamente en España y el CPP en los partos vaginales se realiza en casi todos los centros sanitarios. Sin embargo, cuando una embarazada precisa la realización de una cesárea, lo habitual es la separación de la madre y su hijo.
En el supuesto de no poder practicar el CPP con la madre, la OMS y la IHAN recomiendan practicarlo con el padre, pues en estos casos el recién nacido también se tranquiliza, deja de llorar y facilita el desarrollo de comportamiento prealimenticio del bebé, además de reforzar el papel paterno.
En nuestro centro en los partos vaginales, si el recién nacido no precisa reanimación, al nacimiento se realiza el CPP madre-hijo inmediato sin interrupción. En el caso de parto mediante cesárea, se inicia CPP padre-hijo tras la valoración del recién nacido por pediatra, si el padre lo desea, y dependiendo de las condiciones del área de despertar y del personal sanitario que esté en esos momentos, se realiza CPP madre-hijo en el despertar, que no suele ser antes de los 30 minutos tras el nacimiento.
La existencia de un protocolo consensuado sobre la forma de realizar el CPP tras las cesáreas entre los servicios implicados va a permitir aplicarlo como un procedimiento de cuidados habituales con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una cirugía mayor.

RESULTADOS ESPERADOS
- Protocolizar el proceso de la realización del CPP madre-hijo tras las cesáreas en área de despertar
- Favorecer el ambiente adecuado para poder realizar el CPP con las madres que lo deseen en el área del despertar tras una cesárea
- Ofrecer el apoyo necesario en el área de despertar por el personal sanitario
- Favorecer el acompañamiento por parte del padre durante el CPP

MÉTODO
Se va a elaborar un protocolo para realizar CPP madre-hijo consensuado con todos los servicios implicados (servicio de pediatría, servicio de anestesia, personal de quirófano, personal de paritorio, personal de planta de maternidad)
Se va a elaborar una hoja de registro para valorar si existen factores que pueden ocasionar incidencias o contraindicar el CPP precoz madre-hijo y para llevar el control de la realización del CPP tras la cesárea en el área de despertar de nuestro hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0484

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

INDICADORES
-Número de Hojas de registro de la realización de CPP tras cesárea en la historia del Recién Nacido/ Número total de cesáreas (ESTANDAR 100%)
- Número de casos de realización de CPP madre-hijo tras cesárea sin contraindicación materna/neonatal/ Número total de cesáreas (ESTANDAR 80%)
- Número de casos de CPP padre-RN hasta llegada de la madre al despertar/Número total de cesáreas (ESTANDAR 100%)
-Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el CPP madre-hijo en despertar

DURACIÓN
En los primeros 3 meses se va a proceder a la elaboración del protocolo para realizar CPP madre-hijo tras cesáreas en área de despertar consensuado por todos los servicios implicados. Se elaborará también una hoja de registro para el control de cómo se realiza ese CPP.
Durante los 3 meses siguientes tras la puesta en marcha del protocolo se realizará la monitorización de las hojas de registro del control de CPP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0519

1. TÍTULO

GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA LOPEZ SANCHO
· Profesión ..... TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAÑO LASAOSA FERNANDO
PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS
ROYO ANADON JULIA
PEREZ ROYO EMILIA
SALINAS GARVI MARIA LUISA
ADRIAN MONFORTE MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES CON LA DIRECCION Y TRABAJADORES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL Y CARGOS.
SE HA INCLUIDO EN LOS PLANES DE FORMACIÓN DEL SECTOR PARA EL AÑO 2.018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HA ELABORADO Y CONSENSUADO EL PROCEDIMIENTO Y LOS DIAGRAMAS DE FLUJO.
SE HA PUESTO EN MACHA EL PROCEDIMIENTO.
LA INFORMACIÓN SE PROCESA EN LOS PLAZOS PREVISTOS POR LA AUTORIDAD LABORAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL SERVICIO DE PERSONAL Y CARGOS SE HAN INVOLUCRADO ACTIVAMENTE EN EL PROYECTO.
SE DEBERÁ COMUNICAR REITERADAMENTE A LOS RESPONSABLES DE LOS DISTINTOS SERVICIOS EN LA OBLIGATORIEDAD DE LA COMUNICACIÓN DE LOS ACCIDENTES.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/519 ========== ***

Nº de registro: 0519

Título
GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCION LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Autores:
LOPEZ SANCHO JOSE MARIA, CASTAÑO LASAOSA FERNANDO, PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS, ROYO ANADON JULIA, PEREZ ROYO EMILIA, SALINAS GARVI MARIA LUISA, ADRIAN MONFORTE MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías o lesiones que puedan ser causadas por accidente laboral.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando un trabajador del SALUD sufre un accidente laboral o enfermedad profesional, además de la atención sanitaria, genera gran cantidad de documentación, en cuanto a la declaración, tipo de contingencia generada, altas y bajas, investigación del accidente, colaboración con la mutua, informes de empresa, cargos a terceros, etc. En ocasiones se generan dudas a la hora de completar el proceso de documentación, produciéndose extravío o duplicidad de documentos.
Los partes de accidente llegan por distintas vías al empresario y al Servicio de PRL, sin definición clara de responsabilidades y funciones, con lo cual en ocasiones se duplica el trabajo, se producen retrasos frente a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0519

1. TÍTULO

GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

los plazos legales de declaración e inquietud entre los trabajadores implicados.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera potenciar la coordinación entre todas las partes implicadas en la documentación, concretando responsabilidades de trabajadores, empresario y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y agilizando el proceso de declaración y custodia de documentación.

MÉTODO
Elaboración de un procedimiento escrito junto con los formatos asociados para ser colgado en la intranet.
Realizar diagramas de flujo de actuación: Para los trabajadores accidentados, para los mandos intermedios, para la empresa, y para el Servicio de Prevención.
Varias reuniones o sesiones formativas SPRL- Dirección de Gestión y RRHH.
Divulgación en Hospital y Atención Primaria: SPRL- Mandos intermedios

INDICADORES
Disponibilidad del documento en la intranet.
Número de documentos recibidos erróneamente en el Servicio de Prevención en 2017.
Número de documentos recibidos erróneamente en el Departamento de Personal en 2017.

DURACIÓN
Inicio: octubre de 2016
Finalización: octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0981

1. TÍTULO

PICTOGRAMA PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LOURDES HEREDIA FERRER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PRUEBAS FUNCIONALES
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ GIMENES RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se construye un cuaderno usando un método de comunicación aumentativa en forma de pictogramas, atendiendo a las necesidades de nuestro servicio (ecografías ginecológicas, consulta de tocología y electrocardiogramas). Este cuaderno está formado por diferentes tableros, cada tablero contiene una serie de pictogramas que nos irán ayudando a dar la información pertinente.
El periodo de creación del cuaderno se realizó durante los meses de junio a septiembre. Se tuvo que dilatar en el tiempo de creación para poder poner en consenso con Arasaac (entidad que ha cedido los pictogramas) el maquetado final del cuaderno.
Los tableros que forman el cuaderno se han plastificado y se han encuaderno. También hemos colgado de manera individual los que hemos considerado oportuno.
El cuaderno se usa con aquellos pacientes en los que no es posible la comunicación verbal. También se ha puesto a disposición de todas aquellas personas que estén interesadas en la siguiente dirección de internet: https://pictopartos.es/hospital-alca%C3%B1iz/. A través de este enlace se puede descargar y, también, los profesionales que estén interesados pueden crear sus propios tableros de comunicación usando el mismo tipo de maquetación para evitar la variabilidad de los materiales utilizados en los distintos hospitales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la redacción del proyecto de calidad presentado, el indicador que se planteó fue: creación y uso de los pictogramas. La variable dicotómica a elegir: SI/NO, en este caso el resultado es SI.
Sin embargo, para comprobar su utilidad hemos realizado una mini encuesta con los pacientes con los que hemos tenido que usar el cuaderno. Entendemos que los pacientes han entendido la información cuando el acompañante de habla española confirma que lo ha entendido adecuadamente.
Para la evaluación se seleccionaron 30 pacientes que venían acompañadas por personas que hablaban correctamente castellano que se seleccionaron entre los meses de septiembre a diciembre: 23 entendieron la información indicada (76.66%), 5 no supimos valorar si los habían llegado a entender (16.66%) y 2 no la entendieron (6.66).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo de este proyecto era mejorar la comunicación directa con pacientes que no hablan castellano. Si tenemos en cuenta el resultado de la comprensión de los pictogramas, consideramos que es bastante satisfactorio, aunque aún queda espacio para la mejora. En el tiempo que llevamos usando el cuaderno hemos utilizado los pictogramas con más de 100 pacientes y no hemos tenido que pedir ayuda a terceras personas para que tradujeran la información aportada y las pacientes han colaborado durante la realización de las pruebas de manera más relajada.
Consideramos que este proyecto se puede replicar a otros servicios en los que consideren oportuno y, con la inclusión en pictoparto, pueden crear sus propios cuadernos de comunicación de manera más sencilla.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/981 ========== ***

Nº de registro: 0981

Título
PICTOGRAMAS PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA

Autores:
HEREDIA FERRER LOURDES, HERNANDEZ GIMENEZ RUBEN, REAL CORDERO ESPERANZA, SANCHO VIVES ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0981

1. TÍTULO

PICTOGRAMA PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA

Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Pacientes que se vayan a realizar electrocardiogramas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar la comunicación con pacientes que no hablan ni comprenden español.

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Tanto para la realización de ecografías ginecológicas como para la realización de electros de corazón, se necesita que los pacientes se quiten ropa o se descubran partes del cuerpo. Una gran mayoría de los pacientes que pasan por este servicio son personas que no comprenden español y que no entienden nuestras indicaciones. Además el hecho de tener que quitarse ropa les supone, la mayoría de las ocasiones, sensaciones de angustia. Si a todo esto sumamos que durante la realización de las pruebas tienen que comprender nuestras órdenes, nos encontramos ante situaciones en las que el paciente se encuentra ansioso sin comprender el resultado de la prueba ni las actuaciones que tienen que hacer posteriormente, por no comprender la información.

RESULTADOS ESPERADOS
• Creación de pictogramas que ayuden a pacientes que no entienden español o tienen dificultades para comprender la información que se les transmite durante la prueba.
• Reducir la ansiedad de los pacientes ante este tipo de pruebas que requieren retirada de ropa.
• Facilitar el trabajo de los profesionales de este servicio durante la realización de la prueba sin tener que requerir de la ayuda de terceras personas ajenas al paciente.

MÉTODO
Creación de pictogramas indicando las actividades que van a tener que realizar los pacientes durante la realización de las pruebas.
Evaluación de la pertinencia de los pictogramas creados e inclusión de nuevos que se vayan necesitando acorde a la práctica clínica.

INDICADORES
Indicador: creación y uso de los pictogramas en la práctica clínica diaria.
Variable dicotómica: SI/NO

DURACIÓN
Junio y julio: creación de los pictogramas.
Julio- Diciembre: evaluar la pertinencia de los pictogramas creados y crear nuevos si fuera necesario.

OBSERVACIONES
Este proyecto cuenta con la colaboración de de Arasaac que son los dibujantes de los pictogramas y también con el proyecto de pictoparto.

Como responsable del proyecto está Lourdes Heredia Ferrer quién mandó otro proyecto apareciendo como responsable pero que al final no se va a realizar.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1315

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DE ALCHOL

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LICCET TATIANA DURAN SANDOVAL
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA
BESTUE FELIPE CATALINA
GONZALEZ PANZANO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Establecer un protocolo único para el inicio de interdictores de alcohol en la unidad de salud mental de Alcañiz. Se realizó un documento con los pasos a seguir para iniciar el tratamiento, con los efectos adversos y un consentimiento inforamado unificado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo unificado en la unidad de salud mental para inicio de interdictores de alcohol.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que seguir unas pautas generales para iniciar este tipo de tratamiento farmacológicos, explicar los efectos adversos y cuidados al paciente, y firmar un consentimiento informado.

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos con este protocolo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1315 ========== ***

Nº de registro: 1315

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DEL ALCOHOL

Autores:
DURAN SANDOVAL LICCET, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, BESTUE FELIPE CATALINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desarrollar un programa para la mejor del seguimiento farmacoterapueútico de los pacientes de salud mental en tratamiento con interdictores en el Sector de Alcañiz.

Basándonos en la literatura, se recomienda antes de la instauración del tratamiento con interdictores, informar al paciente y solicitar un consentimiento informado por escrito para el inicio del tratamiento. Es conveniente controlar la función hepática antes de instaurar el tratamiento así como posteriormente una vez iniciado el tratamiento.

Por sus características farmacocinéticas, antes de iniciar el tratamiento se debe informar al paciente sobre el tratamiento. Para ello se ha elaborado un documento de información básica para el paciente que inicia tratamiento con aversivos (colme o antabus) así como un
consentimiento informado para dicho inicio de tratamiento.

Lo que se pretende conseguir en este proyecto es mejorar la información al paciente sobre el tratamiento con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1315

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DE ALCHOL

interdictotes del alcohol, así como facilitar al profesional el inicio de dichos tratamientos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el control farmacológico de pacientes tratados con aversivos del alcohol para aumentar la seguridad con dicho tratamiento así como mejorar la información al paciente para poder conseguir mayor adherencia al tratamiento y estabilidad clínica.

MÉTODO
Entregar documento de información de las características del tratamiento farmacológico que el paciente va a iniciar así como cumplimentar un documento de consentimiento informado para el paciente que inicia tratamiento con colme o antabús para que el psiquiatra adjunte a la historia clínica del paciente.

Responsables: Psiquiatras de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz.

Reunión de equipo mensual para poder unificar criterios, solventar dudas, etc...

INDICADORES
-Número de pacientes que reciben tratamiento con interdictotes del alcohol y a los que se les está realizando el control de parámetros (perfil hepáticos).
- Número de pacientes que han firmado consentimiento informado de inicio de tratamiento con aversivos del alcohol (colme o antabús).

DURACIÓN
Fecha de inicio en Junio de 2017
Fecha de finalización: continuada
Monitorización global de indicadores: semestral
Evaluación global de indicadores: Junio 2018
Comunicación de resultados: Julio 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 12/04/2019

2. RESPONSABLE ..... LICCET TATIANA DURAN SANDOVAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRALBA MARCO ROSA
TRASOBARES GARCES ROSA
BECERRA DARRIBA HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Septiembre 2018: Constitución del grupo de trabajo con elección del responsable. Se establecen las estrategias de trabajo.
Octubre 2018: Realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz analizando los recursos del sector. Estas reuniones se harán contando con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.

Noviembre 2018: - EL protocolo de agitación psicomotriz se divulgará mediante sesiones clínicas en los principales centros de salud del Sector: centros de salud del Sector Alcañiz: Andorra, Caspe, Alcañiz, Mas de las Matas. Se realiza coordinación con los diferentes encargados de docencia de estos centros de salud para establecer las fechas de las sesiones.
Diciembre - Se divulga por email a todos los profesionales tanto médicos como de enfermería, las fechas para la realización de las sesiones, para que puedan acudir.
12 abril de 2019: Reunión con Farmacéutica de Atención primaria del sector Alcañiz, para incorporar nuevos tratamientos en la atención de la agitación psicomotriz desde atención primaria.
Sesiones clínicas
Febrero 18 de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Andorra.
25 de febrero de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Caspe
27 de marzo de 2019: sesión clínica centro de salud de Alcañiz.
6 de mayo 2019: sesión clínica centro de salud Mas de las Matas (aún por realizar)
Junio de 2019 Recogida de datos. Análisis de encuestas de satisfacción de los médicos de atención primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto no ha finalizado y por tanto no tenemos resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta el momento, en las sesiones realizadas ha sido muy útil conocer de primera mano las necesidades de formación percibidas por los centros de salud y la posibilidad de aclarar dudas en directo. En estas reuniones ha surgido la necesidad de actualizar el botiquín de urgencias en los centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1336 ========== ***

Nº de registro: 1336

Título
PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, GONZALEZ PANZANO MANUEL, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que puede acontecer en cualquier entorno, en el domicilio del paciente, la calle, en un hospital, en un centro de salud. El primer facultativo que se acerca a atender esta urgencia, suelen ser los médicos de atención primaria que muchas veces no tienen claro cómo proceder en estas situaciones, siendo tan variables, graves, y muchas veces violentas. Esta inquietud proviene desde los compañeros de primaria, por lo que creemos conveniente realizar un protocolo desde la unidad de salud mental, que sirve de apoyo a los compañeros en estas situaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES
Realizar un protocolo en el sector Alcañiz para la atención de los episodios de agitación psicomotriz en el ámbito extra hospitalario, accesible, claro y con actuaciones escalonadas, que facilite la actuación de los facultativos en estas situaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Protocolo de contención mecánica y farmacológica.
Esclarecer dudas legales sobre el transporte involuntario de los pacientes con agitación psicomotriz.

MÉTODO
METODOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA
Realización de un protocolo desde la Unidad de salud mental en caso de episodios de agitación psicomotriz, y extenderlo a los facultativos médicos encargados de acceder al paciente con esta urgencia en el ámbito extra hospitalario, a través de los diversos coordinadores de los centros de salud.

INDICADORES
INDICADORES
- Encuesta de satisfacción a los facultativos a los que le ha llegado el protocolo, evaluando la utilidad del protocolo.

DURACIÓN
Inicio:
Junio 2018: realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz analizando los recursos del sector. Estas reuniones se harán contando con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.
Julio 2018: comunicación a farmacia del sector, para poder tener disponible las alternativas farmacológicas a los que los compañeros de primaria podrían tener acceso durante estas urgencias.
Agosto de 2018: divulgación del protocolo a los coordinadores de los diversos centros de salud.
Junio 2019: encuesta de satisfacción a los facultativos que han tenido acceso a los protocolos realizados.
Duración: se provee que perdure en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0219

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LUCEA SODRIC
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIDAL ABOS ANA MARIA
LOPEZ GONZALO ISABEL
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS
MARTI AMELA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un procedimiento de actuación que contempla 4 fases:
- Actuación en el período agudo (paciente encamado)
- Actuación en el período subagudo (paciente que comienza a levantarse)
- Actuación en el período de estado (reeducación funcional)
- Período de mantenimiento

El protocolo ha sido revisado por los médicos rehabilitadores.
Se ha hecho formación en el servicio.
Se ha enviado a la Unidad de Calidad para ser colgado en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Está completamente implantado. Durante el año 2017 ha habido un total de 58 interconsultas con diagnóstico de ICTUS, el 100% han sido valoradas por los FEA en Medicina Física y Rehabilitación en un tiempo inferior a 48 H. Después de la valoración médica a 45 pacientes se les prescribió tratamiento fisioterápico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han normalizado las actuaciones que venimos realizando en el servicio de rehabilitación con respecto a los pacientes diagnosticados con dicha patología para eliminar la variabilidad de la práctica, cumpliendo lo pactado dentro del código ictus.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/219 ========== ***

Nº de registro: 0219

Título
PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

Autores:
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS, LOPEZ GONZALO ISABEL, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, LUCEA SODRIC SUSANA, MENA MILAN MARIA, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0219

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante este año se ha documentado e implantado el proceso de atención al ictus en el hospital de Alcañiz. El último subproceso es el subproceso de rehabilitación, donde se describen el proceso organizativo de la asistencia a estos pacientes. Sin embargo falta de establecer y documentar el proceso clínico de atención fisioterápica a estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer, documentar, implementar y medir la atención clínica estos pacientes y en última instancia homogeneizar la atención prestada

MÉTODO
Establecimiento de las actividades del procedimiento tras analizar las guías clínicas de referencia.
Implementación a lo largo del año
Medición de indicadores

INDICADORES
Disponibilidad del procedimiento
% de pacientes que tardan más de 48 horas en acceder a la atención fisioterápica desde la solicitud del médico rehabilitador.

DURACIÓN
Enero-Mayo 2017 Elaboración del procedimiento. (Documentación de lo que se hace + búsqueda bibliográfica con modificación de los aspectos que se consideren necesarios).
Junio-Diciembre 2017. Implementación del procedimiento
Diciembre 2017. Medición de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0253

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL LOPEZ GONZALO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL
LUCEA SODRIC SUSANA
MARTI AMELA ANA BELEN
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Creación de grupo de trabajo multidisciplinar.

- Elaboración de manual de acogida. Este manual incluye las siguientes secciones:
• Trámites en el proceso de incorporación: accesos informáticos, uniformes, reconocimiento médico, tarjeta identificativa….
• Tratamiento de datos personales: aspectos principales de la ley de protección de datos
• Estructura y funcionamiento del servicio
• Pautas de actuación ante accidente laboral y enfermedad profesional
• Actuación en aislamientos
• Gestión de residuos
• Estructura del hospital y teléfonos principales

- Explicación y entrega de manual de acogida a cada trabajador junto con la firma de un "recibí".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto está terminado e implantado en el Servicio de Rehabilitacion desde el pasado mes de Diciembre del 2017. Dicho documento no ha sido entregado a ningún trabajador puesto que no ha habido ninguna nueva incorporación a dicho servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la entrega del manual de acogída se conseguirá mejorar la eficiencia en la incorporación al Servicio de Rehabilitación de los trabajadores, mediante un documento que muestra los aspectos clave de los distintos puestos de trabajo del hospital, así como la organización del propio servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/253 ========== ***

Nº de registro: 0253

Título
MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:
LOPEZ GONZALO ISABEL, GASPAR ANDREU JUAN CARLOS, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, LUCEA SODRIC SUSANA, MENA MILAN MARIA, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0253

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El año pasado se diseñó el proceso de rehabilitación del hospital de Alcañiz. Sin embargo nos ha faltado definir un procedimiento clave: el Manual de acogida a los trabajadores del proceso.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la eficiencia en la incorporación al trabajo de los trabajadores mediante un documento que muestre los aspectos clave de los distintos puestos de trabajo así como la organización en el servicio.

MÉTODO
- Creación de grupo de trabajo multidisciplinar.
- Elaboración de manual de acogida.
- Explicación y entrega de manual de acogida a cada trabajador junto con la firma de un "recibí".

INDICADORES
- Disponibilidad del documento.
- % de nuevos trabajadores que han firmado el recibí del manual de acogida.

DURACIÓN
-Septiembre 2016 - Mayo 2017: Elaboración del manual de acogida.
-Mayo-Septiembre 2017: entrega del manual de acogida al personal de nueva incorporación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1317

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANGIE LEIDA SANTAMARIA FAJARDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA
POLO ROYO MARCO
MENA MILAN MARIA
LOPEZ PEREZ MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado dos sesiones intrahospitalarias con fecha de 7 de Septiembre 2017 y 5 Octubre de 2017.

El objetivo fue mostrar el vídeo explicativo sobre las movilizaciones de pacientes, dirigido al personal sanitario y además se entregó el trípitico a cada uno de ellos en el cual iba enlazado el vídeo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El porcentaje de personal sanitario estable que asistió a la proyección de los vídeos en el salón de actos fue de 40,74%.

El porcentaje de personal sanitario sustituo que asistió a la proyección de los vídeos en el salón de actos fue de 59,26%.

El número de trípticos totales entregados fue de 100.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto se ha cumplido el objetivo de formar al personal sanitario del Hospital de Alcañiz en cuanto a la movilización de pacientes.

Con la entrega de los trípticos la idea era llegar tanto a los profesionales sanitarios como a los cuidadores de los pacientes, por lo que más adelante se ampliará el número de trípticos para entregar en cada una de las plantas de hospitalización para que puedan estar accesibles a mayor número de personas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1317 ========== ***

Nº de registro: 1317

Título
RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

Autores:
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, POLO ROYO MARCO, MENA MILAN MARIA, LOPEZ PEREZ MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención de complicaciones derivadas del encamamiento prolongado y seguridad en la movilización del paciente.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Sociales / Poblacionales.

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La movilización de pacientes previene la aparición de úlceras por presión, mejora la función cardiovascular y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1317

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

respiratoria y evita la rigidez articular. El impacto que supone en la calidad de vida del paciente evitar las complicaciones derivadas del encamamiento, justifica la toma de medidas que las promueva y que estimulen que la familia y cuidadores tengan un papel activo en la prevención de este proceso. Sin embargo hemos observado reiteradamente que las prácticas de movilización de los pacientes, tanto por parte del personal del hospital, como por parte de los cuidadores no son siempre las más adecuadas. Esto se acentúa durante el período estival con la llegada de nuevos trabajadores para sustituciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Formar al personal del Sector sanitario de Alcañiz y a los cuidadores de pacientes inmovilizados en las prácticas más seguras de movilización de estos pacientes.

MÉTODO
• Elaboración de un tríptico y un video explicativo orientado a familiares cuidadores de pacientes con riesgo de encamamiento y a trabajadores del sector sanitario de Alcañiz. Se podrá acceder al vídeo mediante el tríptico a través de códigos QR, actuando como refuerzo positivo, permitiendo así un aprendizaje dinámico que refuerce y estimule su realización. Dividimos el tríptico en los siguientes apartados: Principios de organización, ergonomía postural, movilización en la cama, movilización de tumbado a sentado en la cama, movilización de sentado en la cama a sentado en la silla, traslado de la silla al inodoro. Todos ellos con descripción escrita, imagen y posibilidad de video asociado a código QR.
• Ambos formatos serían mostrados/entregados al personal sanitario relacionado directamente con la movilización de estos pacientes, especialmente en el momento de la acogida en el hospital.

INDICADORES
-% de personal auxiliar estable que ha asistido a la proyección del vídeo en el salón de actos.

-% de personal auxiliar sustituto que ha asistido a la proyección del vídeo de acogida en el salón de actos.

-Nº de trípticos entregados.

DURACIÓN
- Abril- Mayo. Elaboración de tríptico y video.

- Junio: Sesión de vídeo repetida para profesionales auxiliares habituales con registro de asistencia.

- Julio-Agosto: Sesión de vídeo + entrega de folletos a profesionales sustitutos en sesión de acogida.

- Enero 2018: Evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1319

1. TÍTULO

INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA AYALA ORTIZ DE SOLORZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA
POLO ROYO MARCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el mes de Junio se incorporó el Servicio de Rehabilitación a la interconsulta virtual.

Desde ese momento hasta el 31 de Octubre se realizaron un total de 342 interconsultas virtuales (siendo 31 de alta preferencia, 84 preferentes y 227 normales)

A fecha actual la interconsulta sigue en activo, incorporándose además las interconsultas presenciales, que hoy en día también las estamos contestando virtualmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de las interconsultas virtuales fueron contestadas con una demora inferior a 7 días. (Que a día de hoy se está manteniendo).

Se ha observado un descenso en el número de solicitudes de RMN realizadas por los médicos de Atención Primaria, sobre todo a partir de Agosto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde la implantación de la interconsulta virtual, se ha cumplido con el objetivo de que los médicos rehabilitadores den prioridad a aquellas interconsultas virtuales solicitadas por los médicos de Atención primaria en función de la patología y gravedad de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1319 ========== ***

Nº de registro: 1319

Título
INTERCONSULTA VIRTUAL EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA, POLO ROYO MARCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología subsidiaria de ser valorada y tratada en el Servicio de Rehabilitación, incluídas en cartera de servicios.
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Desde la consulta percibimos que a veces no se prioriza de forma adecuada la cita de patologías que debieran verse de forma preferente o urgente (por ejemplo incidencia reciente de una fractura de codo que tardó semanas en llegar a la consulta).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1319

1. TÍTULO

INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- Desde atención primaria se nos solicita colaboración ante el incremento considerable del número de resonancias magnéticas solicitadas por los centros de salud en relación con la implantación del protocolo de derivación de patología osteomuscular del sector, que si bien ha conseguido ajustar considerablemente la demanda ha tenido como consecuencia problemas de adecuación a la hora de ser solicitadas.

- Por otra parte en ocasiones los pacientes llegan antes que las resonancias, duplicando citas, por lo que se hace necesario ajustar la fecha de la cita a la fecha de la resonancia.

RESULTADOS ESPERADOS
- Que las citas sean priorizadas por los médicos rehabilitadores previa cita mediante interconsulta virtual solicitada por los médicos de atención primaria.

- Que a través de esa consulta virtual, cuando se cite al paciente, serán los propios médicos rehabilitadores los que harán la indicación de resonancia si procede, que será solicitada a nombre del médico rehabilitador.

- Que los pacientes lleguen a la consulta de Rehabilitación con la resonancia hecha.

MÉTODO
- Implantar la interconsulta virtual en el servicio de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz. El contrato de gestión no ha incluido al servicio de Rehabilitación entre los servicios que la van a implantar este año y consideramos necesario su implementación.

- Formación en el manejo del software de la interconsulta virtual.

- Difusión de la información en los centros.

INDICADORES
- Demora inferior a 7 días para responder a la interconsulta virtual en un mes al azar (excluido período vacacional).

- Número de resonancias solicitadas por Atención Primaria.

DURACIÓN
- Implantación de la consulta virtual. Mayo 2017.

- Formación en el manejo de la interconsulta virtual. Mayo 2017.

- Evaluación: Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0327

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA HERRANDO PEIRO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GONZALO ISABEL
LUCEA SODRIC SUSANA
VIDAL ABOS ANA MARIA
MARTI AMELA ANA BELEN
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Se ha realizado un protocolo para la rehabilitación de pacientes intervenidos de prótesis de cadera. Dicho protocolo contempla las actuaciones a llevar a cabo según dos fases: hospitalaria y ambulatoria. Incluye también unas recomendaciones para los pacientes.

• Se ha llevado a cabo un registro del 1 de junio al 31 de diciembre de 2018 de los pacientes tratados en el servicio de fisioterapia con el diagnóstico de prótesis de cadera.

• Al inicio y al final del tratamiento se les ha realizado una valoración de su nivel de dolor a través de la Escala Visual Analógica (EVA)

Los valores obtenidos en esta escala se han registrado en una hoja adjunta a su ficha de fisioterapia y se ha incorporado a su historia clínica una vez finalizado el tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 1 de junio al 31 de diciembre de 2018 se han atendido en el servicio de fisioterapia 3 pacientes con prótesis de cadera, a los cuales se les ha aplicado este protocolo de actuación y se les ha realizado la valoración a través de la escala númerica EVA tanto al inicio como al final del tratamiento.

De dichos pacientes, el 100% ha disminuido en un punto o más el resultado de la escala EVA, además han mejorado su movilidad general y han conseguido una buena funcionalidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El porcentaje de pacientes que han llegado a nuestro servicio de fisioterapia con prótesis de cadera ha sido mínimo en comparación con las intervenciones quirúrgicas que se realizan.
Solo se han derivado pacientes cuya evolución ha sido desfavorable y con limitaciones funcionales importantes, dolor y un desconocimiento de las pautas que deberían seguir para una recuperación en su domicilio.
Por ello, se recomienda agilizar los periodos de tiempo de revisiones postquirúrgicas para detectar aquellos casos cuya evolución sea más lenta para así comenzar antes el tratamiento fisioterapéutico en condiciones más óptimas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/327 ========== ***

Nº de registro: 0327

Título
PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA

Autores:
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA, LOPEZ GONZALO ISABEL, LUCEA SODRIC SUSANA, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, MARTI AMELA ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0327

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: M16
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante nuestro trabajo diario en el servicio de fisioterapia se ha observado que los pacientes no tienen la información suficiente sobre las pautas a seguir tras la intervención de prótesis de cadera, lo que puede traducirse en un incremento del dolor y en el alargamiento del tiempo de recuperación.
Por lo que se ha visto la necesidad de establecer un protocolo.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un protocolo de tratamiento para homogeneizar la atención prestada
Proporcionar una información normalizada a los pacientes resolviendo las dudas trasmitidas por los mismos.
Reducir el tiempo de recuperación en los pacientes con prótesis de cadera.

Objetivo general:
Mejora de la calidad de vida del paciente y aumento de la independencia de sus actividades de la vida diaria
Objetivos específicos:
- Disminución el dolor
- Incremento de la movilidad funcional del paciente
- Conseguir un buen balance muscular
- Reeducación de la marcha

MÉTODO
Elaboración de un protocolo clínico que incluye instrucciones a los pacientes
Inicio del tratamiento fisioterápico en gimnasio según prescripción facultativa.
Escucha activa de las dudas y dificultades encontradas por el paciente para sus actividades de la vida diaria.
Pautas, consejos y ejercicios a nivel domiciliario.
Desarrollo del protocolo adaptado según necesidades y características individuales y evolución del proceso.

INDICADORES
Disponibilidad del procedimiento. % de pacientes con prótesis de cadera derivados a RHB a los que se le aplica el procedimiento.
Disminución del dolor. % de medida entre el EVA del primer día y del día de alta
Medición del tiempo medio de recuperación en fisioterapia de los pacientes con prótesis de cadera

DURACIÓN
1 año

OBSERVACIONES
Línea de estrategia: mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes tras una intervención de sustitución de prótesis de cadera.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0345

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MARTI AMELA
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GONZALO ISABEL
LUCEA SODRIC SUSANA
VIDAL ABOS ANA MARIA
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desarrollo de protocolo sobre prótesis de rodilla.
Elaboración de la hoja de valoración de la Escala Visual Analógica (EVA) que se incluirá en la Hª de fisioterapia.
Aplicación de tratamiento en prótesis de rodilla derivados a fisioterapia.
Registro informático de EVA al inicio y al final del tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 1 de junio hasta el 31 de diciembre del 2018 un total de 12 pacientes han sido derivados por prótesis de rodilla a la unidad de fisioterapia. De los cuales un 83.3% han obtenido una mejora mayor de un punto en la escala EVA. Mientras que un 16.7% de los pacientes no obtuvieron ninguna variación entre el control inicial y final.
También se ha conseguido incrementar la movilidad y fuerza muscular y reeducar la marcha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Del total de pacientes intervenidos por PTR solamente un porcentaje pequeño es derivado a la unidad de fisioterapia debido a que son pacientes que presentan un retraso en su evolución clínica.
Este retraso en la evolución es debido a que han sufrido complicaciones o el período de inicio de tratamiento fisioterápico se ha demorado por la existencia de un tiempo excesivo en las listas de espera.
Como consecuencia hay un aumento de rigidez, edemas instaurados, debilidad muscular, prolongación de la necesidad de ayuda ortopédica y malos hábitos adquiridos.
Muchos de los pacientes que presentan complicaciones o retraso en su evolución no han sido intervenidos en nuestro hospital. Por lo que se deduce que son pacientes que no han seguido el protocolo de control por parte de rehabilitación.
Se sugiere que cuando se concrete fecha por una IQ de PTR en otro centro hospitalario, se les solicite una cita para el control postquirúrgico en rehabilitación, disminuyendo los tiempos de aplicación del protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/345 ========== ***

Nº de registro: 0345

Título
PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA

Autores:
MARTI AMELA ANA BELEN, LOPEZ GONZALO ISABEL, LUCEA SODRIC SUSANA, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: M17
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0345

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante nuestro trabajo diario en el servicio de fisioterapia se ha observado que los pacientes no tienen la información suficiente sobre las pautas a seguir tras la intervención de prótesis de rodilla, lo que puede traducirse en un incremento del dolor y en el alargamiento del tiempo de recuperación.
Por lo que se ha visto la necesidad de establecer un protocolo.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un protocolo de tratamiento para homogeneizar la atención prestada
Proporcionar una información normalizada a los pacientes resolviendo las dudas trasmitidas por los mismos.
Reducir el tiempo de recuperación en los pacientes con prótesis de cadera.

MÉTODO
Inicio del tratamiento fisioterápico en gimnasio según prescripción facultativa.
Escucha activa de las dudas y dificultades encontradas por el paciente para sus actividades de la vida diaria.
Pautas, consejos y ejercicios a nivel domiciliario.
Desarrollo del protocolo adaptado según necesidades y características individuales y evolución del proceso.

INDICADORES
Disponibilidad del procedimiento. % de pacientes con prótesis de rodilla derivados a RHB a los que se le aplica el procedimiento.
Disminución del dolor. % de medida entre el EVA del primer día y del día de alta
Medición del tiempo medio de recuperación en fisioterapia de los pacientes con prótesis de rodilla

DURACIÓN
Un año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0393

1. TÍTULO

UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA AYALA ORTIZ DE SOLORZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO ROYO MARCO
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Se han cuantificado durante el período de 4 meses en la consulta de Rehabilitación, el número de hojas de recogida de datos utilizadas en ese período de tiempo. Dicha hoja fue aprobada por el hospital hace un tiempo. El objetivo era disponer de una hoja de recogida de datos, que fuera común para todos los facultativos del servicio de Rehabilitación, para unificar criterios de la recogida de datos y toma de mediciones en pacientes con clínica o sospecha de linfedema.

2- Además de la puesta en marcha de la utilización de la hoja de recogida de datos de mediciones en linfedema, se ha elaborado un protocolo de actuación para establecer criterios de periodicidad de revisiones en la consulta de rehabilitación y establecer cuando derivar a tratamiento fisioterápico. El protocolo es el siguiente:

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PACIENTE CON SOSPECHA O CLÍNICA DE LINFEDEMA TRAS VALORACIÓN EN LA CONSULTA DE REHABILITACIÓN. PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS DE REVISIÓN Y DERIVACIÓN PARA TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO.

A. ANTE UN PACIENTE CON LINFEDEMA PRIMARIO:

-Si presenta un linfedema grado I: se revisará a los 6 meses. Si es estable a los 6 meses, se dará una revisión en 1 año. Si es estable se dará de ALTA.

-Si presenta un linfedema grado II-III: se iniciará tratamiento fisioterápico. Tras el mismo, si hay mejoría se revisará a los 3 meses. Si es estable a los 3 meses, se revisará a los 6 meses. Posteriormente si se mantiene estable se revisará al año.

* Si entre revisiones se observara un aumento de tamaño de 2 o más centímetros en 2 o más mediciones, se pautará tratamiento fisioterápico en dicho momento.

B. ANTE UN PACIENTE CON LINFEDEMA SECUNDARIO:

1- Si se le ha realizado una técnica de ganglio centinela: revisión a los 6 meses.
-Si NO se observa linfedema: ALTA

-Si se observa linfedema: se pautará tratamiento fisioterápico. Tras su finalización, se revisará cada 6 meses hasta su estabilización y posteriormente si está estable: revisión cada año.

2- Si se ha realizado una linfadenectomía: revisión a los 3 meses.

-Si NO presenta linfedema o linfedema grado I: Revisión cada 6 meses durante el primer año. Posteriormente otra revisión anual. Si no aparece linfedema: ALTA.

-Si aparece linfedema grado II-III: se pautará tratamiento fisioterápico. Tras su finalización, se revisará cada 3 meses, hasta estabilidad. Posteriormente si se estabiliza: revisión cada 6 meses.

* Si entre revisiones se observara un aumento de tamaño de 2 o más centímetros en 2 o más mediciones, se pautará tratamiento fisioterápico en dicho momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cuantificado el número total de pacientes con linfedema en este período: 27 pacientes (siendo el 92,6% linfedemas secundarios y un 7,4% linfedemas primarios.

% de pacientes en los que consta en la historia clínica el registro de la hoja de recogida de datos de linfedema cumplimentada: en el 100% (los 27 pacientes)

% de pacientes en los que se ha observado entre revisiones, un aumento en 2 o más mediciones diferentes de más de 2 cm y/o han sido diagnosticados inicialmente de linfedema grado II-III: un 40%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0393

1. TÍTULO

UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

% de pacientes con aumento de más de 2 cm en 2 o más mediciones diferentes y/o diagnosticados inicialmente de linfedema II-III, que han sido derivados a tratamiento fisioterápico: en el 100%

% de pacientes de grado II-III que fueron revisados cada 3-6 meses-1 año. (Según consta en protocolo): en un 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-La hoja de recogida de datos y mediciones en pacientes con clínica o sospecha de linfedema, se ha realizado en todos los pacientes (100%)

-Con este protocolo, hemos unificado criterios entre los distintos especialistas.

-Todos los pacientes con linfedema grado II-III han sido derivados a tratamiento fisioterápico.

-Con el procedimiento actual se están cumpliendo los plazos de revisión establecidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/393 ================================== ***

Nº de registro: 0393

Título
UTILIZACION DE LA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA O SOSPECHA DE LINFEDEMA EN LA CONSULTA DE REHABILITACION, ASI COMO PROTOCOLO DE DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

Autores:
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, POLO ROYO MARCO, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Linfedema
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Es frecuente en la práctica habitual en nuestras consultas de Rehabilitación atender a pacientes con linfedema tanto en extremidad superior como inferior.

Con motivo de unificar la recogida de datos en las historias clínicas, así como una mejor evaluación de dichos pacientes, se elaboró una hoja de recogida de datos que fue aprobada por el hospital para su uso, la cual ya se puso en funcionamiento.

Además hay cierta confusión en qué momento derivar a tratamiento fisioterápico y con qué frecuencia se debería revisar en la consulta, es por ello que se pretende establecer un protocolo de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va dirigido al servicio de Rehabilitación con los objetivos de:

-Realizar una mejor valoración de los pacientes con linfedema en nuestras consultas, con la utilización de una hoja de recogida de datos común.

-Establecer un protocolo de actuación para determinar la periodicidad de las revisiones en consulta, así como del momento de derivación a tratamiento fisioterápico.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0393

1. TÍTULO

UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

Elaboración de un protocolo de linfedema (1 mes)

Puesta en marcha del protocolo en las consultas de Rehabilitación, así como de la utilización de la hoja de recogida de datos para evaluacr a dichos pacientes (4 meses)

Evaluación y análisis de los resultados: (1 mes)

INDICADORES
% de utilización de la hoja de recogida de datos de linfedema en la historia clínica. (valor por encima del 80%)

% de cumplimiento del protocolo de linfedema (valor por encima del 80%)

DURACIÓN
-Abril: Elaboración del protocolo de actuación en linfedema.

-Mayo-Junio-Julio-Agosto: Puesta en práctica del protocolo en nuestras consultas. Registro de número de hojas de recogida de datos utilizadas en las historias clínicas.

-Septiembre: memoria y evaluación del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0394

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARCO POLO ROYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Se ha elaborado un protocolo, en el que se han incluído los criterios para la solicitud de pruebas neurofisiológicas en el servicio de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz. El protocolo es el siguiente:

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ ANTE LA SOSPECHA CLÍNICA DE RADICULOPATÍA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS EN EXTERMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES.

a) Ante sospecha de Radiculopatía cervical:

-Si un paciente que es derivado a nuestras consultas, presenta un cuadro de cervicobraquialgia unilateral o bilateral, asociándose un déficit del balance muscular, con o sin parestesias, solicitaremos un Electromiograma (EMG) de extremidades superiores, independientemente del tiempo de evolución (agudo/crónico). Se exceptuarán aquellos casos ya conocidos, o que no haya progreso de la sintomatología.

-No solicitaremos un EMG de extremidades superiores, en aquellas cervicobraquialgias que no impresionen de atrapamiento de la raíz, o que la clínica de parestesias/disestesias sean inespecíficas, sin seguir un patrón claro de un dermatoma determinado o una pérdida de fuerza no objetivada.

-En todos aquellos pacientes en los que el resultado del EMG sea patológico, se deberá completar el estudio con la prueba de imagen correspondiente (RMN o TAC), si no la disponía ésta previamente.

b) Ante sospecha de Radiculopatía lumbar:

-Si un paciente que es derivado a nuestras consultas, presenta un cuadro de lumbociática unilateral o bilateral, asociándose un déficit del balance muscular, con o sin parestesias, solicitaremos un EMG de extremidades inferiores, independientemente del tiempo de evolución (agudo/crónico). Se exceptuarán aquellos casos ya conocidos, o que no haya progreso de la sintomatología.

-No solicitaremos un EMG de extremidades inferiores, en aquellas lumbociáticas que no impresionen de atrapamiento de la raíz, o que la clínica de parestesias/disestesias sean inespecíficas, sin seguir un patrón claro de un dermatoma determinado o una pérdida de fuerza no objetivada.

-En todos aquellos pacientes en los que el resultado del EMG sea patológico, se deberá completar el estudio con la prueba de imagen correspondiente (RMN o TAC), si no la disponía ésta previamente.

c) Ante sospecha de atrapamiento nervioso en Extremidades Superiores:

-Solicitaremos un Electroneurograma (ENG) cuando la clínica y exploración, nos haga sospechar un atrapamiento nervioso a nivel de la extremidad superior.
-Patologías más frecuentes a sospechar:
-Patología más frecuente es el Síndrome del túnel carpiano (STC). Corresponde al atrapamiento del nervio mediano a nivel de la muñeca y se caracteriza por parestesias en territorio mediano (1er, 2º y 3er dedo de la mano) Puede ser unilateral o bilateral, y son de predominio nocturno. En la exploración podemos observar en la mayoría de los casos una maniobra de Tinel positiva, maniobra de Phalen positiva y maniobra de Durkan positiva.
-Otras patologías menos frecuentes: atrapamiento nervio cubital a nivel de la muñeca, atrapamiento nervio cubital o mediano a nivel del codo. La sintomatología predominante serán parestesias en el territorio correspondiente con o sin déficit.

d) Ante sospecha de atrapamiento nervioso en extremidades inferiores:

-Solicitaremos un Electroneurograma (ENG) cuando la clínica y exploración, nos haga sospechar un atrapamiento nervioso a nivel de la extremidad inferior.
-Patologías más frecuentes a sospechar:
-Afectación del CPE (clínica de pie caído, déficit a nivel dorsiflexores del tobillo), habiendo descartado patología lumbar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0394

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

-Síndrome del Túnel del Tarso (parestesias en cara lateral del pie)

2-Se ha registrado en una base de datos, todos los EMG/ENG solicitados durante el período de tiempo de 4 meses. El número total de pacientes a los que les solicitó estas pruebas complementarias ha sido de: 141, de los cuales se distribuyen de la siguiente manera:

-A 85 pacientes se les solicitó un EMG (60%)
-A 42 pacientes se les solicitó un ENG (30%)
-A 14 pacientes se les solicitó ambas pruebas por presentar clínica solapada de ambas patologías o clínica dudosa (EMG-ENG): (10%)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de pacientes con EMG solicitado en los que las parestesias se localizaban en un dermatoma específico o presentaban un déficit motor. (Solicitados de acuerdo a criterios): un 95%

% de pacientes con ENG solicitado que presentaban clínica de atrapamiento neurológico periférico. (Solicitados de acuerdo a criterios): un 95%

% resultados patológicos de las pruebas solicitadas (confirmación diagnóstica) : un 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Los criterios de petición están bien implementados (95% de los pacientes).

-El protocolo de petición de pruebas basadas en criterios clínicos concretos ha limitado la petición de pruebas neurofisiológicas, obteniéndose confirmación diagnóstica en el 90% de los casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/394 ========== ***

Nº de registro: 0394

Título
PROTOCOLO SOLICITUD PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN Sº DE REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA DE CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y /O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

Autores:
POLO ROYO MARCO, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Radiculopatías vs afectación nervio periférico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es muy frecuente en la práctica habitual en nuestras consultas de Rehabilitación atender a pacientes con síntomas de parestesias, además de sensación de pérdida de fuerza tanto en extremidades superiores e inferiores.

Se pretende establecer un protocolo para la solicitud de pruebas neurológicas, ante clínica de parestesias, déficit motor, todo ello con sospecha de afectación nerviosa, compatible con radiculopatía cervical / lumbar, así como lesión de nervio periférico en extremidades.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0394

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

El proyecto va dirigido al servicio de Rehabilitación para establecer unos criterios claros para la solicitud de este tipo de pruebas, con el objetivo de solicitar únicamente cuando se tenga alta sospecha clínica de lesión nerviosa y así evitar la solicitud de pruebas innecesarias.

MÉTODO
Elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas neurofisiológicas. (1 mes)

Puesta en marcha del protocolo en las consultas de Rehabilitación. (4 meses)

Evaluación y análisis de los resultados: (1 mes)

INDICADORES
-Contabilizar el número de pruebas neurofisiológicas solicitadas desde las consultas de Rehabilitación, de los cuales:

-Calcular el % de resultados patológicos (obtener valor por encima del 80%). (Valorar la concordancia de la sospecha clínica con el resultado obtenido)

-Calcular % de cumplimiento del protocolo (obtener valor por encima del 90%)

DURACIÓN
-Abril: Elaboración del protocolo de solicitud de pruebas neurofisiológicas.

-Mayo-Junio-Julio-Agosto: Puesta en práctica del protocolo en nuestras consultas. Registro de número de Electromiogramas y Electroneurogramas solicitados.

-Septiembre: memoria y análisis de los resultados: (% de resultados patológicos y % de cumplimiento del protocolo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0099

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA CASORRAN BERGES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER
EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN
GELI JUNYER CARMEN
RODRIGUEZ PINEDA ADELA
FERRER RUBIRA ANA
BELLES CENTELLES SANDRA
CUARTERO LOZANO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología y de Reumatología, constituido por facultativos, enfermeras y auxiliares de enfermería.
o Se han convocado tres reuniones para la distribución de tareas y el seguimiento del proyecto.
o La formación relacionada con el proyecto ha consistido en una sesión conjunta de Oftalmología y Reumatología, en la que se exponía aspectos teóricos y prácticos sobre el abordaje multidisciplinar de las uveítis.
o Se ha elaborado un procedimiento clínico que incluye las siguientes acciones:
- Elaboración de un cuestionario para la detección de dolor lumbar inflamatorio en la consulta de Oftalmología.
- Derivación a la consulta de Reumatología de aquellos pacientes con uveítis que cumplan criterios de dolor lumbar inflamatorio según el cuestionario.
- Estudio de estos pacientes en la consulta de Reumatología.
- Informe dirigido a Oftalmología con los resultados del estudio y el tratamiento si procede.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o Al 100% de los pacientes con uveítis se les ha realizado el cuestionario de detección de dolor lumbar inflamatorio.
o El 25% de los pacientes con uveítis cumplían criterios de lumbalgia inflamatoria.
o El 12.5% de los pacientes derivados cumplían criterios de espondiloartropatía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
o La valoración del proyecto de mejora ha sido muy positiva, ya que hemos podido detectar casos de espondiloartritis asociada a uveítis, permitiendo así un tratamiento precoz de estos pacientes y logrando un abordaje multidisciplinar de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/99 ========== ***

Nº de registro: 0099

Título
PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDIOLOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS

Autores:
MERIÑO IBARRA ERARDO, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, FERRER RUBIRA ANA, LARIO MARCO SANDRA, RIOS RAFALES NOELIA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, GASION CARCELLER VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades oculares asociadas a procesos reumatológicos
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0099

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según la literatura actual un porcentaje de los pacientes con uveítis presentan una espondioloartritis no diagnosticada. Actualmente existe un conjunto de tratamientos que permitiría tratar a estos pacientes antes de que evolucionen a estadíos más avanzados tanto en lo que respecta a la uveítis como a la espondiloartritis.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el diagnóstico de espondiloartropatía en pacientes diagnosticados de uveítis, y mejorar el enfoque terapéutico en estos casos.
Conocer la prevalencia de espondiloartritis asociada a uveítis en nuestro medio.
Crear un registro de uveítis con fines de investigación.

MÉTODO
- Creación de un registro de uveitis
- Elaboración de un procedimiento clínico mediante grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de reumatología y oftalmología.
- Dicho procedimiento incluiría un cuestionario de detección de lumbalgia inflamatoria que sería pasado en la consulta de oftalmología, con derivación a la consulta de reumatología en caso de resultados positivos, donde se completaría el estudio.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes con uveitis a los que se les ha pasado el cuestionario
- Porcentaje de pacientes con uveitis que cumplen criterios de lumbalgia inflamatoria
- Porcentaje de pacientes derivados que cumplen criterios de espondiloartropatía
- Evaluación de resultados mediante aplicación de cuestionario EUROQOL o similar

DURACIÓN
1 año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0425

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA PILAR CASORRAN BERGES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER
LATRE REBLED BEATRIZ
FERRER RUBIRA ANA
LARIO MARCO SANDRA
GONZALEZ TOMAS BLANCA
GASION CARCELLER VANESA
VICENTE NAVARRO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología y de Reumatología, constituido por facultativos, enfermeras y auxiliares de enfermería.
o Se han convocado tres reuniones para la distribución de tareas y el seguimiento del proyecto.
o La formación relacionada con el proyecto ha consistido en una sesión conjunta de Oftalmología y Reumatología, en la que se exponía aspectos teóricos y prácticos sobre el abordaje multidisciplinar de las uveítis.
o Se ha elaborado un procedimiento clínico para el abordaje integral de los pacientes con uveítis, que incluye las siguientes acciones:
? Pautas de derivación de los pacientes con uveítis desde la consulta de Oftalmología a la de Reumatología.
? Derivación a la consulta de Reumatología de aquellos pacientes con uveítis para completar el proceso diagnóstico e instaurar un tratamiento sistémico en los pacientes que lo requieran.
? Estudio de estos pacientes en la consulta de Reumatología.
? Informe dirigido a Oftalmología con los resultados del estudio y el tratamiento si procede.
? Seguimiento multidisciplinar de los pacientes en los casos pertinentes.
o Evaluación de datos epidemiológicos de las uveítis en nuestro medio.
o Creación de un registro de pacientes con diagnóstico de uveítis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o El 100% de los pacientes con uveítis han sido remitidos a la consulta de Reumatología, en total 20 pacientes.
o El 90% (18 pacientes) de los casos fueron uveítis anteriores y un 5% (1 paciente) posteriores. Este paciente requirió tratamiento sistémico con anti-TNF. Tan solo un paciente no acudió a la cita de Reumatología (5%).
o En el 38.9% de los casos (7 pacientes) de uveítis anterior, se trataba del primer episodio, siendo 1 caso secundario a fármacos, 2 tras cirugía oftalmológica, 3 casos con estudio normal y 1 caso con diagnóstico final de espondilitis anquilosante B27+.
o Un 44.4% (8 pacientes) de los pacientes con uveítis anterior presentaban una uveítis anterior aguda recidivante unilateral, siendo todos ellos B27+ y con criterios de espondiloartropatía en 6 de estos casos. De estos pacientes, 3 han requerido tratamiento sistémico: 2 con anti-TNF y 1 con metotrexato.
o El 16.7% (3 pacientes) de los pacientes con uveítis anterior presentaban una uveítis crónica, siendo 2 de ellos B27+ sin criterios de espondiloartropatía, y el tercero con estudio completo normal. Todos ellos han requerido tratamiento inmunosupresor sistémico: 1 con sulfasalacina, 1 con metotrexato y 1 con anti-TNF.
o Globalmente, de los pacientes remitidos desde Oftalmología a Reumatología por uveítis, se ha diagnosticado enfermedad sistémica en un 44.4% de los casos (8 pacientes), en concreto de espondilitis anquilosante. 11 pacientes (61%) presentan HLA B27+, de los cuales 7 cumplen criterios de espondiloartropatía. Un 38.9% (7pacientes) de los casos de uveítis remitidos a la consulta de Reumatología ha precisado tratamiento inmunosupresor sistémico: 4 casos con anti-TNF,2 con metotrexato y 1 con sulfasalacina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
o La valoración del proyecto de mejora ha sido muy positiva, ya que hemos podido detectar casos de enfermedades sistémicas que han debutado con uveítis, permitiendo así un tratamiento precoz de estos pacientes y logrando un abordaje multidisciplinar de los mismos, evitando complicaciones tanto sistémicas como oftálmicas.
o También hemos conseguido mejorar el tratamiento sistémico de los pacientes con uveítis refractarias o recidivantes que así lo han requerido.
o Asimismo, hemos logrado proporcionar un seguimiento estrecho a pacientes con enfermedades sistémicas con riesgo de uveítis, mediante valoración por Oftalmología de estos pacientes, y seguimiento de los casos que lo han precisado.

En conclusión, creemos que la creación de este equipo multidisciplinar se traduce en una mejora en la calidad de la atención de este tipo de pacientes, ya que aporta una mayor eficiencia en lo referente al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los mismos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0425

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Por un lado, todos los pacientes diagnosticados de uveítis en nuestro hospital, y por otro, todos aquellos con mayor probabilidad de desarrollarla (por su patología sistémica o factores de riesgo) son revisados por este equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/425 ========== ***

Nº de registro: 0425

Título
CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CASORRAN BERGES MARTA PILAR, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, FERRER RUBIRA ANA, LARIO MARCO SANDRA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, GASION CARCELLER VANESA, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades oculares asociadas a procesos reumatológicos
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La uveítis es un proceso inflamatorio de la úvea. Por extensión se incluyen procesos inflamatorios que afectan a la córnea, esclera, vítreo, nervio óptico y retina. Su patogenia reside principalmente en alteraciones localizadas en órganos extraoculares, fundamentalmente relacionados con el sistema inmunitario, y se ha comprobado su asociación con enfermedades sintéticas autoinmunes/inflamatorias. En ocasiones el ojo es la primera manifestación de una enfermedad sistémica hasta el momento desconocida, ya sea una espondiloartropatía u otro tipo de patología. Es importante detectar precozmente estas patologías para tratarlas correctamente y evitar su evolución a estadios más avanzados de la enfermedad. Además, existen uveítis puramente oftalmológicas que se pueden beneficiar de tratamientos sistémicos inmunosupresores que permiten controlar la enfermedad, evitando o minimizando posibles complicaciones.
En este sentido, la creación de un equipo multidisciplinar integrado por las especialidades de Oftalmología y Reumatología para el abordaje de las uveítis, permite una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Abordar de manera integral el manejo del paciente con uveítis.
- Incrementar el diagnóstico de patologías sistémicas en pacientes diagnosticados de uveítis y mejorar el enfoque terapéutico en estos casos.
- Mejorar el tratamiento sistémico de los pacientes con uveítis de origen oftalmológico que se puedan beneficiar del mismo.
- Conocer la prevalencia de patología sistémica asociada a uveítis en nuestro medio.
- Crear un registro de este tipo de pacientes con fines de investigación.

MÉTODO
- Creación de un registro de uveítis.
- Elaboración de un procedimiento clínico mediante grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de Oftalmología y Reumatología
- Dicho procedimiento incluiría una batería de pruebas complementarias iniciales a solicitar desde la consulta de Oftalmología, con derivación posterior a Reumatología para completar el estudio y poner tratamiento sistémico si fuera pertinente.
- Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0425

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes con uveítis derivados a la consulta de Reumatología.
- Porcentaje de pacientes con uveítis derivados a la consulta de Reumatología con diagnóstico de patología sistémica.
- Porcentajes de los diagnósticos específicos realizados (ejemplo: porcentaje de pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía, sarcoidosis, enfermedad de Behçet, etc.)
- Porcentaje de pacientes con uveítis remitidos a la consulta de Reumatología que precisan inmunosupresión sistémica.

DURACIÓN
1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0951

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES
BROSED YUSTE CHABIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Actividades formativas en las distintas Unidades Clínicas y en los EAP, con lámpara de manos.
2. Actividades formativas al personal de nueva incorporación a los Unidades.
3. Actividades formativas al personal en formación: TCAE, enfermeras, médicos…
4. Actividades formativas al personal sanitario y no sanitario del sector, a través de varios cursos y sesiones clínicas.
5. Realización de Póster/dípticos sobre Higiene de Manos.
6. Salvapantallas en todos los ordenadores.(Recordatorios)
7. El mes de mayo, destinado como 12 MESES 12 MOTIVOS, a la Higiene de Manos.
8. Renovación de carteles en las Habitaciones de pacientes y en los centros de Salud.
9. Realización de dos vídeos de Higiene de manos, que están colgados en la Intranet del Sector.
10. Sesiones informativas en distintos colegios a nivel de primaria/ secundaria del Sector.
11. Colocación de dispensadores de seguridad en los centros de salud y en el Hospital, para los productos de base alcohólica. Dispensadores de seguridad, en zonas de paso y salas de espera de mayor volumen. Todo ello, tras evaluar la falta de dispensadores en zonas en las que no teníamos o estaban fuera del punto de atención del paciente.
12. Observación directa en las distintas Unidades del Sector, con el método Observe de la empresa licitadora de los productos de Higiene de Manos.(auditorias internas). Esto se ha hecho para la cumplimentación del marco de autoevaluación que nos propone la OMS, durante el proceso, pasamos el cuestionario a los profesionales sobre los conocimientos en higiene de manos y su percepción en la misma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. % Camas con preparados de base alcohólica en el punto de atención: 92.94%.
Hemos incluido también los sillones de tratamiento de: Hospital de día, CMA, Unidad Crónico Complejo.
Hemos dejado fuera, a las camas de pediatría, en las que tenemos PBA en los pasillos, pero no dentro de las habitaciones por el riesgo con los niños al tratarse de un producto con alcohol.
2. Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización 22.7. De un total de 724 litros.
3. Consumo de PBA en AP 4.43. de un total de 353 litros.
4. Observación uso de preparados de base alcohólica: SI.
5. Número de actividades formativas impartidas: 20 actividades todas ellas, mediante Acta de Registro.
6. Porcentaje de profesionales formados: 67%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos realizado la Estrategia de Higiene de Manos en nuestro Sector, disponible en la Intranet del Sector.
Somos conscientes de la importancia de la higiene de manos cuando estamos en contacto con pacientes, a pesar del aumento del consumo de soluciones hidroalcohólicas y de la formación que estamos haciendo en los distintos servicios/centros de AP, es insuficiente. Vemos en la Observación, como nos colocamos guantes cuando tendríamos que hacer una higiene de manos, y nos faltan pasos dentro de los cinco momentos de Higiene de Manos que no hacemos.
Para ello, seguimos con nuestro proyecto formativo a lo largo del 2018 y con el método de observación directa y aprendizaje con los compañeros de las distintas Unidades Clínicas.

7. OBSERVACIONES.
Añadiremos este año, a la Estrategia el Proyecto de Uso y Abuso de los guantes.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/951 ========== ***

Nº de registro: 0951

Título
IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0951

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) plantean una notable carga de enfermedad y un elevado coste. Constituyen un problema importante de seguridad del paciente, siendo el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria.
Gran parte de las IRAS se pueden prevenir mediante una buena higiene de manos, en el momento oportuno y de forma apropiada, siendo esta una medida sencilla, de probada eficacia y ampliamente reconocida.
Las directrices de la OMS en esta materia contribuyen a promover y mejorar la higiene de manos en los centros sanitarios, complementándose mediante la Estrategia Multimodal de la OMS para la Mejora de la Higiene de las Manos.
Este proyecto pretende contribuir a implementar dicha estrategia, mejorar el conocimiento y percepción de los profesionales respecto a la higiene de manos, promover su adecuado cumplimiento, contribuir a la reducción de las IRAS y fomentar la cultura de seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos de este proyecto son promover una correcta higiene de manos en los profesionales sanitarios, disminuir la incidencia de IRAS y fomentar la cultura de la seguridad.

MÉTODO
- Inicialmente se prevé realizar un análisis de situación mediante la cumplimentación del Marco de autoevaluación de la higiene de las manos propuesto por la OMS, considerado como instrumento sistemático validado para identificar las cuestiones fundamentales susceptibles de atención y mejora.
- Evaluación de infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA)
- Conocer la percepción y conocimiento de los profesionales mediante la realización de cuestionarios editados por la OMS (“Cuestionario de los conocimientos sobre la higiene de manos destinado a los profesionales sanitarios”, y “Cuestionario de percepción destinado a los profesionales”).
- Elaborar un programa formativo en materia de higiene de las manos.
- Realización de actividades formativas y talleres en unidades centrales, médicas y quirúrgicas, dirigidos a profesionales sanitarios.
- Recordatorios y celebración del 5 de mayo.

INDICADORES
• Número de actividades formativas impartidas.
• Porcentaje de profesionales formados.
• Consumo de soluciones hidroalcohólicas, Se contabilizarán los productos de base alcohólica suministrados a los servicios asistenciales, expresados en litros.

DURACIÓN
• Enero 2017: Cumplimentación del Marco de autoevaluación de la higiene de manos. Evaluación de infraestructura y disponibilidad de PBA.
• Febrero 2017: Elaboración del programa formativo.
• Marzo – Diciembre 2017: Realización de cuestionarios y talleres formativos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0138

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARA GARRIDO ANGELA
PALOMAR JOVEN MARTA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
ARAGONES VILLANUEVA CARMEN
VIDAL MESEGUER ANA
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL
ROYO MOLES MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Hemos creado un listado con el material, que cada supervisora quiere tener en su pacto o en su plantilla de trabajo, todo dentro del aplicativo de Serpa.
Cada Unidad de hospitalización ha creado en Serpa varias plantillas de almacén, una de ellas para lencería, otra para modelaje y otra para pedidos general de materiales.
Con esta plantilla, no se tiene que introducir cada material, si no el número de unidades, lo que acorta el tiempo a la hora de hacer los pedidos en cada unidad.
• Se han redistribuido todos los almacenes que tenemos: almecén de lencería, almacén de higiene de paciente, vertederos y almacén general de cada unidad de hospitalización
• Se han redistribuido con nuevas estanterías, con cajas, cajetines, los almacenes de las unidades clínicas, del almacén general. Se separan todos los materiales por sistemas, es decir: circulatorio, respiratorio, urinario..
• Se han redistribuido los materiales de las estanterías de la sala de estar de enfermería. Se dejan en esta sala, material para el uso diario y se repone del resto del almacén general.
• Hemos creado el formato de rotura de stock.
• Cada unidad, pacta las unidades de cada uno de sus materiales fungibles y productos sanitarios, de manera que se dispongan stock de máximos y mínimos de cada uno de ellos.
• Los stocks mínimo que debe disponer de cada material fungible, que quedará reflejado en la etiqueta correspondiente en la estantería del almacén.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han reestructurado todos los almacenes de las distintas unidades de hospitalización.
Todas las unidades, han realizado varias plantillas dentro de SERPA para los diferentes pedidos: plantilla de lencería, plantilla de higiene de paciente, plantilla de modelaje, plantilla de lamacén general.
Las diferentes unidades, han creado un listado de máximos y mínimo de cada material fungible. Además de realizar un formato de rotura de stock, para que en el momento de coger un material y que no se cumpla el estándar mínimo, se registre en el formato. Esto hace que a las supervisoras de la unidad, les sea más fácil y no tengan que revisar todo el almacén a la hora de hacer los pedidos semanales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las conclusiones que podemos obtener tras la realización de este proyecto son:
1. El control de las caducidades, es estrictamente necesario dentro de nuestro marco para la seguridad de los pacientes.
2. El realizar varias plantillas de trabajo, dentro de SERPA, nos ha supuesto recortar tiempos a la hora de hacer los pedidos.
3. El poder realizar un listado con máximos y mínimos de cada uno de los materiales, nos hace tener un mayor control tanto en el gasto como en la adecuación de los mismos, ya que evitamos con esto, el tener unidades muy por encima del consumo y que se nos pudieran caducar en un momento determinado. Evitamos de esta forma un almacenamiento excesivo y consumo de recursos.
4. El poder utilizar un formato de rotura de stocks, facilita la labor de la responsable del almacén, ya que no tiene que revisar el almacén entero, para hacer los pedidos. Es necesaria la formación a todos los trabajadores de la unidad, ahora que la hemos puesto en marcha.
5. Todo este trabajo es una herramienta muy útil, dentro del marco de la seguridad de nuestros pacientes y del contexto de la mejora de la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/138 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0138

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

Nº de registro: 0138

Título
PROCESO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

Autores:
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, PALOMAR JOVEN MARTA, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL, ROYO MOLES MARIA ISABEL, VIDAL MESEGUER ANA, LARA GARRIDO ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hacemos un análisis de la situación en cuanto a los almacenes del Bloque de hospitalización/ urgencias y nos encontramos con lo siguiente.
Cada Unidad Clínica de hospitalización/ urgencias dispone de un almacén general y de varios almacenillos repartidos por los distintos servicios, falta de espacio que hace que se tengan que guardar los materiales en armarios, estanterias fuera del almacén, por la falta de espacio.
Los almacenes, disponen de estanterias obsoletas, en las que los estantes no guardan el espacio necesario por lo que no se optimiza el espacio.
Además cada Unidad Clínica almacena el material en un lugar diferente, de manera que cada unidad es diferente.
No hay un lugar de almacenaje igual entre los servicios y el personal que trabaja en varios de estos servicios, no conoce la disposición de todos ellos en los distintos almacenes, por lo que resulta dificil su ubicación.
Además las supervisoras de estas Unidades, tienen una dificil labor de control del almacenaje, ya que se requiere la revisión entera de los distintos almacenes para hacer los pedidos semanales. No disponen de hoja de rotura de stock de los materiales, por lo que la revisión es necesaria.
Vemos necesaria la creación de Pacto para los pedidos semanales, que facilitan la labor de la supervisora, evitamos las roturas de stock, economizamos el tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
Ajustar los pedidos a los consumos.
Creación de un pacto semanal en las distintas unidades clínicas.
Reajustar los almacenes, mediante sistemas de almacenaje, tipo estanterias, cajetines/ cajas.
Crear listados del material de los almacenes, con máximos y mínimos.
Dotar a las Unidades de un formato de rotura de stock

MÉTODO
-En primer lugar debemos ajustar los pedidos a los consumos.
-Realizar con cada una de las supervisoras de las unidades clínicas, un listado del material que utilizan habitualmente y comprobarlo con los consumos, para así crear un Pacto semanal.
- Compra de estanterias, cajas/ cajetines, reubicar los almacenes. Reestructurarlos y optimizar los espacios, "el aire ocupa espacio".
- Crear un listado con las supervisoras y con almacén en el que tengamos máximos y mínimos en los distintos materiales.
- Crear formato de rotura de stock.

INDICADORES
Comprobaremos mediante auditorias, si los puntos anteriores se han cumplido, es decir: si se ha reestructurado el almacén, si se rellena la hoja de rotura de stock, si se ha realizado el pedido en unidades de hospitalización por pacto, si tenemos los máximos y mínimos de todas las Unidades.

DURACIÓN
Planteamos todos estos cambios a lo largo del 2018.

OBSERVACIONES
Es de vital de importancia la seguridad clínica en el manejo diario de nuestro trabajo. Manejar los mismos materiales ubicados en los mismos espacios, nos evita errores y economizamos el tiempo de búsqueda.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0138

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0042

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LINA MARIA BELENGUER CARRERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRUZ LOPEZ ANA MARIA
COLAS OROS CARLOS
GOMEZ ARA ANA MARIA
PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR
GARCIA GARCIA ALFREDO
RIOS GARCIA ISABEL
ROYO MOLES MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El grupo de trabajo ha elaborado un protocolo basado en la evidencia, para ello ha realizado una búsqueda en pubmed, embase, cochrane library, tripdatabase, Science direct, Guia Salud, Fisterra y AHRQ, así como las guías de la AHA y los protocolos disponibles de otros hospitales de nuestro entorno.
Tras seleccionar las guías más relevantes y evaluar su calidad con el protocolo Agree se decidió tomar como referencia para adaptar la guía de la AHA, con las modificaciones pertinentes para adaptar en nuestro entorno. Se elaboró una tabla con la evidencia de las recomendaciones principales para realizar una evaluación sistemática de las recomendaciones más importantes.
Se ha elaborado el protocolo y ha sido revisado externamente por el servicio de anestesia. Se ha enviado para colgar en la intranet.

Se ha realizado formación en RCP básica y avanzada:
- Durante Marzo de 2016 y octubre de 2017 se han realizado 2 cursos de Apoyo vital básico y avanzado para médicos y DUES en los que ha participado el servicio de urgencias.
- En el mes de Diciembre de 2017 se ha llevado a cabo en el servicio una sesión clínica con personal representativo del servicio (7 médicos; 4 DUES ; 1 TCAE y 1 celador).
- Se pretende realizar nuevas sesiones clínicas en el servicio de Urgencias en el primer semestre de 2018 que irán seguidos de controles en forma de simulación controlada para la formación y perfeccionamiento del personal de urgencias en la aplicación del protocolo.
- Tras la formación vamos a implantar la Escala de Riesgo Precoz de PCR y se iniciará la recogida de datos mediante la Hoja de Registro de PCR estilo Utstein . Semestral y/o anualmente se calcularán los Indicadores de evaluación propuestos en el Protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El protocolo ha sido elaborado y está en la unidad de calidad
- Todavía es pronto para hacer una evaluación de los indicadores que finalmente hemos seleccionado en el protocolo: % de pacientes con utilización de megadosis de adrenalina, tiempo desde la detección hasta el inicio de maniobras, tiempo desde la detección a la primera desfibrilación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El cronograma para elaboración e implantación del protocolo tenía que haber contado con un período de tiempo más largo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/42 ========== ***

Nº de Registro: 0042

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
BELENGUER CARRERAS LINA MARIA, CRUZ LOPEZ ANA MARIA, COLAS OROS CARLOS, GOMEZ ARA ANA MARIA, PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR, GARCIA GARCIA ALFREDO, RIOS GARCIA MARIA ISABEL, ROYO MOLES MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0042

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PROBLEMA
En una PCR los segundos son vitales y el tratamiento no puede improvisarse ni demorarse; por ello, en esta situación de gravedad extrema, el personal sanitario tiene que saber lo que se debe y lo que no se debe hacer en cada momento . Con una adecuada formación y entrenamiento del personal se pueden recuperar hasta el 20% más de PCR
Las paradas cardíacas hospitalarias representan un problema de primera magnitud. En el mejor de los casos sólo 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevive y puede ser dado de alta. Existe la evidencia de que pueden disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las paradas cardiorrespiratorias si se disminuyen los retrasos en la respuesta asistencial con la optimización de la cadena de supervivencia hospitalaria. Mediante estrategias que mejoren la identificación y tratamiento temprano de las situaciones susceptibles de desencadenar una parada cardiaca; la detección precoz de la parada por el personal que atiende al enfermo; la aplicación de la RCP básica y desfibrilación precoz; el inicio de RCP avanzada en pocos minutos y el traslado asistido e ingreso en la UCI.
En nuestro servicio , aunque son conocidos los eslabones de la cadena de supervivencia y los algoritmos de tratamiento de la PCR , no existe un protocolo de actuación sistematizada ante la misma, por lo que consideramos interesante realizarlo .

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es establecer un programa de actuación sistematizada para la asistencia al paro cardiorrespiratorio en el Servicio de Urgencias . Y con ello:
Mejorar el pronóstico de los pacientes que sufran una PCR en nuestro servicio.
Divulgar el concepto y los eslabones de la cadena de supervivencia
Optimizar la formación de los profesionales del servicio
Difundir normas básicas para la detección de pacientes de riesgo y para la prevención de la PCR

MÉTODO
Se desarrollará un protocolo de actuación en la atención del paciente crítico y en PCR ,previa revisión bibliográfica sobre el tema ,que se adapte a nuestro medio, contando con todos los posibles implicados en la atención al paciente . Una vez evaluado y aprobado por la Comisión de revisores de recomendaciones de práctica clínica de nuestro hospital, se realizaran varias sesiones clínicas a todo el personal del servicio para explicar dicho protocolo

INDICADORES
- % de asistencia de profesionales a las sesiones clínicas para exposición del protocolo
- % asistencia a los cursos de RCP básica y avanzada para personal sanitario y no sanitario
- Satisfacción del personal con el procedimiento (encuesta de elaboración propia).

DURACIÓN
Elaboración del protocolo hasta el 4º trimestre de 2015.
Realización de cursos de RCP básica y avanzada en el 4ª trimestre de 2015
Sesiones clínicas primer trimestre de 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0421

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CRUZ LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELENGUER CARRERAS LINA MARIA
GOMEZ ARA ANA MARIA
AZUARA LAGUIA MARIA CARMEN
CERDA GINER CLARA
RIOS GARCIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La VMNI es una técnica incorporada en el uso del Servicio de Urgencias, para mejorar esta asistencia en nuestro servicio hemos considerado necesario la realización del procedimiento de actuación de VMNI, con el uso de nuestros ventiladores, para evitar la variabilidad que pueda existir entre los distintos profesionales.
El grupo de trabajo ha sido constituido por profesionales médicos y enfermería del Servicio, nos hemos documentado sobre la técnica, organizado el trabajo, consensuado la actuación en nuestro servicio de urgencias utilizando los respiradores de los que disponemos.
Se ha finalizado el procedimiento de VMNI en nuestro Servicio de Urgencias. Exponemos las indicaciones, contraindicaciones de la técnica, cómo iniciarla, seguimiento, detallado funcionamiento de los respiradores, así como el éxito y fracaso de la VMNI. Se completa nuestro trabajo con los adecuados cuidados de enfermería y su forma de actuación.
Hemos realizado una explicación detallada de la técnica, los cuidados de enfermería que estos pacientes precisan y la utilización de los diferentes ventiladores de los que disponemos en el servicio de Urgencias de nuestro Hospital.
Se ha implementado un registro de los pacientes a los que hemos aplicado VMNI en el período comprendido entre Marzo y Diciembre de 2017 y continúa en la actualidad.
Los motivos de instauración más frecuentes de este tratamiento han sido:
Insuficiencia respiratoria hipercápnica, hipoxémica, en pacientes con EPOC reagudizado e Insuficiencia Cardiaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de pacientes en tratamiento:
- % de pacientes con indicación correcta de ventilación mecánica= 100%
- % de pacientes con fracaso de ventilación mecánica no invasiva= 1/24 = 4,16% (Causa: por una mala adaptación del paciente a la técnica).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de esta técnica nos ha permitido realizar una selección adecuada de los pacientes candidatos a VMNI que se pueden beneficiar de esta técnica de soporte como alternativa a la intubación orotraqueal en pacientes críticos con insuficiencia respiratoria. Con esta técnica los pacientes han podido ser tratados en nuestro hospital, reduciendo el número de traslados que conlleva la ventilación mecánica invasiva. Disminuyen las complicaciones que ésta conlleva al igual que se reduce el gasto costo-efectivo que supone la VMI.

En el sistema PCH disponemos actualmente de la posibilidad de registrar a todos los pacientes a los que vamos a aplicar la técnica de VMNI, con la posibilidad de posibles estudios para comprobar cómo la estamos realizando, éxitos y fracasos y la posibilidad de mejora de calidad de nuestras actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/421 ========== ***

Nº de registro: 0421

Título
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CRUZ LOPEZ ANA MARIA, AZUARA LAGUIA CARMEN, CERDA GINER CLARA, BELENGUER CARRERAS LINA MARIA, GOMEZ ARA ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0421

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

MARIA, RIOS GARCIA ISABEL, GARCIA GARCIA ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la actualidad venimos observando cierta variabilidad en la indicación y los cuidados de los pacientes que requieren ventilación mecánica no invasiva en nuestro servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar los criterios de indicación de ventilación mecánica no invasiva.
Establecer los cuidados de enfermería que deben seguir estos pacientes.

MÉTODO
- Establecimiento y documentación de un procedimiento clínico de ventilación mecánica no invasiva en nuestro servicio, con especial énfasis en:
- Indicaciones de ventilación mecánica (Criterios de inclusión y exclusión)
- Implementación de la técnica
- Monitorización y cuidados de enfermería en estos pacientes

- Difusión del procedimiento
- Evaluación del procedimiento (estudio antes-después)

INDICADORES
- % de pacientes con indicación correcta de ventilación mecánica
- % de pacientes con fracaso de ventilación mecánica no invasiva
- % de pacientes en los que se ha determinado …

DURACIÓN
- Enero-Marzo de 2017 Consitución de equipo de trabajo multidisciplinar y elaboración del procedimiento
- Abril 2017: Difusión del procedimiento
- Mayo-Noviembre 2017: Implementación del procedimiento
- Diciembre 2017: Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS COLAS OROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAVIN BLASCO OLGA
GRACIA GARCIA OLGA
SAURAS NAVARRO MARIA TERESA
BRONCHAL FELL SOPHIE
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
FERNANDEZ ALONSO EDGAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado un grupo de trabajo que ha elaborado un procedimiento de código sepsis que incluye la creación de un sistema de alerta en plantas y en atención primaria basado en los criterios quick-sofa, sistema de alerta en urgencias basado en los criterios del programa PCH y en caso de cumplir criterios aplicación del primer y segundo bundle. Incluye un procedimiento de manejo hemodinámico, otro de manejo del lactato, otro de limitación del esfuerzo terapéutico y las tablas de antibioterapia empírica. Se ha establecido un check list para cada bundle. Siguiendo las recomendaciones del ministerio se ha creado una subcomisión del código sepsis. Sus funciones serán la de monitorizar la implementación del protocolo proporcionando soporte al médico responsable y estableciendo las acciones de mejora que se consideren convenientes. El grupo estará compuesto de dos equipos de médico de urgencias, médico internista y enfermera con el apoyo de un farmacéutico, microbiólogo y cirujano que se reunirán con el médico responsable del paciente los dos días siguientes al ingreso de un paciente con sepsis (reuniones de 30 minutos) y en caso necesario según evolución posterior.
El protocolo se va a implantar en 2019 mediante sesiones formativas a médicos de planta, enfermería de planta, médicos de urgencias, enfermería de urgencias (con especial énfasis en enfermería de triaje)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha hecho una evaluación previa de los indicadores propuestos en los pacientes atendidos con sepsis en los últimos 3 meses (17 casos, sobre un total de 90 registrados en todo el año), con el siguiente resultado:
LACTATO EN EL MOMENTO DE LA SOSPECHA 94,11%
HEMOCULTIVOS ANTES DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 58,82%
INICIO ANTIBIOTERAPIA ANTES DE 60 MINUTOS 47%
CONTROL DE LA FUENTE ANTES DE 12 HORAS 50% (solo dos casos)
APLICACIÓN COMPLETA DE SEPSIX SIX 58,82%
APLICACIÓN COMPLETA DE SEGUNDO BUNDLE 58,82%
LACTATO MENOS DE 2 A LAS 24 HORAS 82,35%
TTO ANTIBIÓTICO EMPIRICO ADECUADO 100%
FALLECIMIENTO 17,64%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los principales problemas antes de implantar el protocolo son la recogida de hemocultivos antes de tratamiento antibiótico, el inicio de la antibioterapia antes de 60 minutos, y la aplicación de los bundles (protocolos de atención inicial). Existe amplio espacio para la mejora de la atención a la sepsis en el Hospital de Alcañiz. El proyecto continuará en 2019 con la implantación del protocolo y la puesta en marcha de la comisión del código sepsis.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/77 ========== ***

Nº de registro: 0077

Título
INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
COLAS OROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2015, en urgencias del hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la estrategia de código sepsis. La sospecha se inicia con un aplicativo de PCH que avisa en el triaje de sospecha de paciente con sepsis, por lo que requiere evaluación del médico para diagnóstico y actuación precoz. Sin embargo, dicha intervención nunca se ha documentado, ni se ha monitorizado su aplicación, de tal forma que es un protocolo implícito que puede sufrir variaciones individuales en su aplicación, así como relajación a lo largo del tiempo. Además, esta estrategia no se ha llegado a implementar en las plantas.

RESULTADOS ESPERADOS
Asegurar la implementación del código sepsis tanto en urgencias como en las plantas del hospital de Alcañiz. Monitorización periódica de indicadores de la implantación del código sepsis e implementación de acciones correctivas cuando proceda.

MÉTODO
- Elaboración de un protocolo de aplicación del código sepsis en el hospital de Alcañiz para ser aplicado en el servicio de Urgencias y en los pacientes ingresados.
- Formación al personal médico y de enfermería
- Elaboración de póster, trípticos de bolsillo y colocación del proyecto en la intranet del sector

INDICADORES
% de pacientes atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sospecha de código sepsis a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento empírico (Objetivo: > 90%)
% de pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos en los que se ha solicitado nueva determinación a las dos horas (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la presión arterial en < 24 horas
Mortalidad por sepsis (Objetivo: reducción)

DURACIÓN
- Marzo-Julio: elaboración del procedimiento clínico
- Septiembre-Octubre: formación en plantas, elaboración y difusión de materiales
- Enero 2019: monitorización de los primeros meses

El proyecto va a tener carácter plurianual y será monitorizado 2 veces al año a partir de 2019 hasta que se considere consolidado y quede en monitorización anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0664

1. TÍTULO

DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL ROYO MOLES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAURAS NAVARRO MARIA TERESA
AZUARA LAGUIA MARIA CARMEN
MOLINOS BOSQUE SUSANA
PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR
GASCON PUYO ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado un borrador del procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento en el servicio de urgencias. También estamos elavorando los circuitos que debemos tomar con cada paciente en los diferentes aislamientos y los boxes y camas de observación que deben ocupar dentro de urgencias. Con el servicio de admisión se estan revisando las peticiones de ingreso en las que el paciente necesitaba un aislamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización del subproceso de derivación de pacientes con aislamiento a hospitalización. Y el porcentaje de pacientes ingresados en hospitalización en los que conste registro de aislamiento desde el servicio de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto pretendemos aumentar la seguridad del paciente en su estancia en urgencias, ubicandolo en el sitio correcto y realizando los circuitos mas adecuados por su patología . Y también que haya una buena comunicación del tipo de aislamiento que se necesita a la hora de solicitar el ingreso del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/664 ========== ***

Nº de registro: 0664

Título
DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

Autores:
ROYO MOLES MARIA ISABEL, SAURAS NAVARRO MARIA TERESA, AZUARA LAGUIA MARIA CARMEN, MOLINOS BOSQUE SUSANA, PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente tenemos infraregistro del paciente con criterios de aislamiento, que se derivan a hospitalización. En determinadas ocasiones, el paciente con aislamiento ingresa en hospitalización y no está registrado su condición de aislamiento, esto hace que se afecte a la seguridad del paciente, en el momento que se ingresa con otro paciente en la misma habitación o inlcuso que se retrasen las medidas preventivas para este tipo de pacientes.
Lo que pretendemos con este proyecto es la derivación correcta de estos pacientes a hospitalización, para ello crearemos un subproceso de derivación de pacientes en aislamiento, dentro del proceso de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0664

1. TÍTULO

DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

RESULTADOS ESPERADOS
1. Realizar el procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento
2. Registrar por parte de urgencias en la petición de ingreso en hospitalización.
3. Realizar las medidas preventivas a los pacientes en aislamiento antes de su ingreso en planta.

MÉTODO
1. Realización del procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento, por parte de medicina y de enfermería del servicio de urgencias.
2. Puesta en marcha de las medidas preventivas al paciente en aislamiento.
3. Distinción según el tipo de aislamiento y las medidas a tomar.
4. Comprobación de paciente con aislameinto en la hoja de petición de ingreso.
5. Colaborar con el servicio de admisión en las dudas, sobre la derivación de los mismos.

INDICADORES
1. Realización del subproceso de derivación de pacientes con aislamiento a hospitalización. Indicador dicotómico: SI/NO
2. % de pacientes ingresados en hospitalización en los que conste en registro de paciente en aislamiento desde el servicio de urgencias.

DURACIÓN
Anual, empezaremos el proyecto el mes de junio y las actividades se realizarán a lo largo del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0585

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GIL ORTIGOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER
VALERO MILIAN JESUS
APARICIO MARTINEZ LYDIA
CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA
FERNANDEZ ARENAS EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los 3 primeros meses de proyecto se ha elaborado un documento de consenso entre los diferentes profesionales implicados en la atención postoperatoria del paciente sometido a las intervenciones endoscópicas de urología, especialmente RTU de tumor vesical y RTU de próstata. Se ha analizado la factibilidad de implantación de este proyecto con los medios materiales y personales con los que se cuentan llegando a la conclusión de que resulta asumible agilizar el tiempo postoperatorio sin una merma en la calidad y en la seguridad del paciente y profesional sanitario. Enfermería ha asumido un incremento de su responsabilidad en la toma de decisiones en cuanto a manejo de lavadores con buenos resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha logrado reducir el tiempo de uso de sistema lavador de forma global cuando las características quirúrgicas o del paciente garantizasen dicha reducción en condiciones de seguridad. Así se ha logrado, por tanto, un ahorro en personal y material derivado de la reducción de tiempo de usos.
Se ha conseguido la retirada de cistostomía suprapúbica en pacientes sometidos a RTU de próstata en las primeras 24 horas en la práctica totalidad de los pacientes lo que repercute en un mayor confort del paciente y en una reducción de posibles eventos relacionados con infección del sitio quirúrgico en la zona de punción.
Se ha acordado incentivar la movilización precoz del paciente si bien no disponemos de resultados en este punto aunque la impresión general es que la sensación de fragilidad, la edad avanzada de los pacientes así como la presencia de sueroterapia y sistema de irrigación continua condiciona nuestros resultados al respecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Un proyecto de mejora en este tipo de cirugías, que son muy frecuentes en un hospital de nuestras características, resultaba necesario para homogeneizar el manejo de nuestros pacientes así como motivar a personal y pacientes a participar activamente en la recuperación
- El proyecto realizado no requiere desembolso económico alguno sino un equipo de personal multidisciplinar motivado a la mejora y que crea en el proyecto así como que aporte su punto de vista.
- Se recomienda plasmar en un documento los pilares fundamentales del nuevo manejo para la consulta de todos los profesionales en momentos de duda.
- Ha quedado pendiente la reducción en el uso de antibióticos si bien el cambio en la forma de profilaxis no compete únicamente al equipo de Urología sino que ha de ser consensuado en la comisión de infecciosas correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/585 ========== ***

Nº de registro: 0585

Título
ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, ANDRES LAZARO VICENTE JOSE, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, VALERO MILIAN JESUS, APARICIO MARTINEZ LYDIA, ANDRES LOPEZ VANESA, CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA, FERNANDEZ ARENAS EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0585

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procedimientos endoscópicos urológicos constituyen una parte importante de la actividad quirúrgica en los servicios de Urología en general y, en especial, en los Hospitales comarcales. Resulta fundamental establecer un manejo adecuado y estandarizado en cuanto al tratamiento antibiótico profiláctico, manejo de los sistemas de irrigación continuo así como de la retirada de la sonda garantizando una adaptación de los procedimientos al tipo de intervención y de paciente así como evitando costes o prolongación de estancias innecesarias. Actualmente en el sevicio de Urología del Hospital de Alcañiz se halla constituido por 4 facultativos especialistas de área con formación especializada en diferentes servicios de Urología por lo que aunar criterios adaptando los postoperatorios a la última evidencia resulta importante.

RESULTADOS ESPERADOS
- Homogeneizar el manejo postoperatorio de la cirugía endoscópica urológica en un Hospital Comarcal (RTU de Próstata y RTU de tumor vesical).
- Reducir la estancia media si es posible.
- Evitar complicaciones derivadas de sondaje vesical más prolongado del estrictamente necesario.
- Evitar el empleo de cistostomías suprapúbicas salvo que quirúrgicamente se requiera.
- No incrementar el número de complicaciones derivadas de este nuevo manejo.
- Implicar al paciente en su recuperación postquirúrgica facilitando la movilización precoz.

MÉTODO
-Concienciación de todo el personal sanitario implicado en la atención del paciente urológico (Médicos, Enfermería, Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores…).
- Salida del paciente del quirófano sin cistostomía suprapúbica o retirada de la misma en primeras 24 horas.
- Cierre precoz) de sistema de irrigación continua (la tarde de la intervención en caso de RTU de tumor vesical y en la mayor brevedad en caso de RTU de Próstata así como movilización del paciente incluso llevando dicho sistema.
- Retirada precoz de sonda vesical.
- Minimizar el empleo de antibióticos como profilaxis de la infección postoperatoria a dosis única preoperatoria.

INDICADORES
- Ausencia de cistostomía suprapúbica al salir de quirófano o retirada de la misma en primeras 24 horas (>90%).
- Cierre de lavador en RTU de tumor vesical en primeras 24 horas (>90%).
- Reducción del tiempo de sistema de irrigación en RTU de Próstata respecto protocolo previo >24 horas (>80%).
- Reducción de la estancia media global en ambos procedimientos.
- Pacientes dados de alta sin sonda (>90%).
- Uso de antibióticos en postoperatorio (<50%).

DURACIÓN
- 3 primeros meses desde la aceptación: Reunión de todo el equipo y consenso de los procedimientos, realización de protocolos de tratamiento postoperatorio o cronogramas tras la intervención. Puesta en marcha, detección de problemas y resolución de los mismos.
- 8 meses siguientes: Fase de realización de actividades.
- 1 mes siguiente (hasta completar un año): Analisis en términos absolutos y comparativos de resultados y complicaciones en estos pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1242

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JAVIER ANDRES LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
VALERO MILIAN JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la adquisición del aparataje (resector bipolar) en septiembre de 2017 y hasta fecha de hoy 20 de febrero de 2018; hemos realizado 10 resecciones de próstata y 3 de grandes tumores vesicales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el transcurso de estos meses solamente hemos realizado una cirugía abierta por adenoma de próstata y tenemos otro paciente pendiente de adenomectomía abierta de próstata.
Los pacientes operados de resección bipolar de próstata han sido dados de alta, sin sonda, al tercer día de la cirugía.
Ningún paciente de los intervenidos, RTU bipolar de próstata, ha requerido de transfusión. Y estos pacientes no han necesitado de lavado vesical continuo más 24 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la implantación de la resección bipolar en nuestro hospital hemos visto que:
- Se han reducido el número de cirugías abiertas por adenoma de próstata.
- Se ha reducido la estancia post-operatoria, en tres días de media, en dicha patología.
- No ha sido necesario realizar transfusiones.
- Se han reducido los días de lavado vesical continuo.
- Se han podido intervenir, en un tiempo, grandes tumores de vejiga que con la resección convencional hubieran necesitado de dos intervenciones.
Aunque la incorporación del aparataje se retrasó hasta septiembre de 2017; la curva de aprendizaje ha sido corta y los resultados obtenidos muy buenos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1242 ========== ***

Nº de registro: 1242

Título
IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ANDRES LAZARO VICENTE JOSE, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, VALERO MILIAN JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el ámbito quirúrgico la tendencia actual es a evitar, en lo posible, la realización de cirugías abiertas; bien sea con la realización por vía endoscópica, percutánea o laparoscópica. En nuestro hospital la cirugía de la hiperplasia benigna de próstata, cuando la glándula es mayor de 60 c.c., se realiza por vía abierta, al no disponer hasta el momento de un resector bipolar. Tras la adquisición del mencionado aparato evitaremos la realización de cirugía abierta en un alto porcentaje de pacientes, disminuyendo los costes de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1242

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

intervención, la morbilidad intra y postoperatoria, la estancia postoperatoria y los días de recuperación del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la implantación de dicha técnica quirúrgica se espera reducir en casi un 70% la cirugía abierta del adenoma de próstata, también reducir el sangrado intra y postoperatorio en las resecciones transuretrales de próstata y de tumores de vejiga; con todo ello se acortaran los días de estancia postoperatoria, logro importante en un Hospital comarcal como el nuestro que a temporadas tiene problemas de camas. También se acortaran los días de recuperación del paciente, con la inserción al mundo laboral más precoz. En definitiva todo ello supondrá un ahorro económico importante.

MÉTODO
En primer lugar la adquisición de un resector bipolar por parte del Hospital de Alcañiz. (Incluido en el plan de necesidades del Servicio de Urología desde el inicio del año 2016). Una vez ya probado el aparataje, realización de una mínima curva de aprendizaje por parte de los miembros del Servicio de Urología.

INDICADORES
- Disminución del número de cirugías abiertas en el adenoma de próstata.
- Reducción de la estancia postoperatoria.
- Reducción del número de transfusiones postoperatorias en las resecciones transuretrales.
- Reducción del tiempo de lavado continuo vesical tras una resección transuretral.

DURACIÓN
Una vez se disponga de aparato se comenzara con la técnica quirúrgica, por parte de los miembros del servicio de Urología.
Una vez llevemos 12 meses de utilización, revisaremos los resultados, realizando un análisis en términos absolutos y comparativos de los resultados y de las complicaciones de estos paciente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1502

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 19/06/2017

2. RESPONSABLE ..... VANESA ANDRES LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PONS GODES INMACULADA
INSA GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Propuesta de trabajo anual de la revisión de los protocolos existentes actualmente en el Servicio de Urología en Hospitalización del Hospital de Alcañiz;
- Retirada de catéter doble J.
- Chevassue.
- U.I.E.
- Varicocele.
- Nesbit.
- Fistulectomíavesico-vaginal.
- Adenomectomía de próstata.
- Orquiectomía.
- RTU próstata/vesical.
- Cistolitotomía.
- Nefrectomía.
- T.O.T.
- Biopsia próstat/vesical.
- Biopsia renal.
- Hidrocele.
- Litotricia endoscópica.
- Orquidopexia.
- Ureterorrenoscopia.

Revisión de tabla resumen de intervenciones quirúrgicas existente actualmente en el servicio de urología, y propuesta de actualización de la misma.
Revisión por parte de urólogos del servicio para aprobar modificaciones o nuevas aportaciones de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisión y actualización de todos los procedimientos del Servicio de Urología.
Reuniones trimentrales, con acta en cada una de ellas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se determinarán al finalizar el año, y se presentarán datos de los procedimientos actualizados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1502 ========== ***

Nº de registro: 1502

Título
PROYECTO DE MEJORA DE ACTUALIZACION DE PROCESOS MEDICO-QUIRURGICOS EN EL AREA DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ANDRES LOPEZ VANESA, PALOMAR JOVEN MARTA, PONS GODES INMACULADA, INSA GOMEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1502

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No disponemos de información actualizada ante determinados procesos en hsopitalización.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar conocimientos sobre determinadas procesos médico- quirúrgicos en el área de urología.

MÉTODO
Propuesta de trabajo anual de la revisión de los protocolos existentes actualmente en la 2ª planta del Hospital de Alcañiz;

- Retirada de catéter doble J.
- Chevassue.
- U.I.E.
- Varicocele.
- Nesbit.
- Fistulectomíavesico-vaginal.
- Adenomectomía de próstata.
- Orquiectomía.
- RTU próstata/vesical.
- Cistolitotomía.
- Nefrectomía.
- T.O.T.
- Biopsia próstat/vesical.
- Biopsia renal.
- Hidrocele.
- Litotricia endoscópica.
- Orquidopexia.
- Ureterorrenoscopia.

Revisión de tabla resumen de intervenciones quirúrgicas existente actualmente en el servicio de urología, y propuesta de actualización de la misma. Revisión por parte de urólogos del servicio para aprobar modificaciones o nuevas aportaciones de los mismos.

INDICADORES
Realización de proyectos actualizados en el servicio de urología: SI/NO

DURACIÓN
ANUAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0662

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JAVIER ANDRES LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO MILIAN JESUS
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
ANDRES LOPEZ VANESA
GASCO CASTILLO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró una ruta asistencial de la atención a la microhematuria que incluía un protocolo de petición de pruebas en pacientes con microhematuria previo a la derivación a la consulta de urología (indicado tras interconsulta virtual). Se acordó con la dirección de Atención Primaria incluir dentro de la cartera de servicios de atención primaria la realización de citologías en orina.
El protocolo fue expuesto en la Junta Técnico Asistencial de Atención Primaria y difundido a través de la dirección de Atención Primaria.
Este protocolo forma parte de una línea estratégica del Servicio de Urología para optimizar la interconsulta virtual, para lo que también se ha desarrollado un protocolo de hipertrofia benigna de próstata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2017 se contestaron de junio (fecha de implantación) a diciembre 212 interconsultas virtuales, siendo el número de presenciales de 556. En el año 2018 desde enero a diciembre se han contestado 1098, y el número de visitas presenciales de enero a septiembre ha sido de 305 visitas.
La demora media en el año 2017 era de 71 días y actualmente es de 21 días sin haber variado el número de facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El diálogo y la coordinación con atención primaria, junto con el desarrollo de protocolos y la interconsulta virtual han conseguido reducir de forma evidente la demora media y el número de visitas presenciales en nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/662 ========== ***

Nº de registro: 0662

Título
OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA

Autores:
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER, VALERO MILIAN JESUS, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, ANDRES LOPEZ VANESA, GASCO CASTILLO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0662

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA

PROBLEMA
En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la realización de “interconsultas virtuales”, es la investigación de la microhematuria, que requiere de una evaluación inicial con varias pruebas que pueden desarrollarse desde atención primaria evitando la primera visita a estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un protocolo de derivación, en pacientes con microhematuria, para atención primaria.
Reducir la demora en las consultas de urología evitando la primera consulta.
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual.
Evitar desplazamientos a los pacientes.

MÉTODO
Elaboración de protocolo de derivación con anamnesis dirigida y petición de batería de pruebas complementarias para después valorar la derivación a través de la interconsulta virtual.
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

INDICADORES
Demora en primeras consultas en la consulta de urología.
Nº de interconsultas virtuales por microhematuria.
% de interconsultas virtuales, en pacientes con microhematuria, con demoras superiores a los 7 días.

DURACIÓN
- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0663

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JESUS VALERO MILIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
GASCO CASTILLO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró una ruta asistencial de la atención a la hipertrofia benigna de próstata que incluía un protocolo de diagnóstico seguimiento y tratamiento en atención primaria, que evitara la derivación sistemática de pacientes sin factores de riesgo a la consulta de urología. Se acordó con la dirección de Atención Primaria y la Comisión de Uso racional del medicamento. Como apoyo a la ruta asistencial se insistió en la realización de interconsultas virtuales en caso de duda.
El protocolo fue expuesto en la Junta Técnico Asistencial de Atención Primaria y difundido a través de la dirección de Atención Primaria.
Este protocolo forma parte de una línea estratégica del Servicio de Urología para optimizar la interconsulta virtual, para lo que también se ha desarrollado un protocolo de hipertrofia benigna de próstata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2017 se contestaron de junio (fecha de implantación) a diciembre 212 interconsultas virtuales, siendo el número de presenciales de 556. En el año 2018 desde enero a diciembre se han contestado 1098, y el número de visitas presenciales de enero a septiembre ha sido de 305 visitas.
La demora media en el año 2017 era de 71 días y actualmente es de 21 días sin haber variado el número de facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El diálogo y la coordinación con atención primaria, junto con el desarrollo de protocolos y la interconsulta virtual han conseguido reducir de forma evidente la demora media y el número de visitas presenciales en nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/663 ========== ***

Nº de registro: 0663

Título
OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

Autores:
VALERO MILIAN JESUS, ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, GASCO CASTILLO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0663

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

PROBLEMA
En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la actualidad de interconsultas virtuales, es el diagnóstico y seguimiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata.

RESULTADOS ESPERADOS
Protocolo de derivación de pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata para atención primaria.
Reducir la demora en las consultas de urología.
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual. Evitar desplazamientos a los pacientes.
Atención segura y eficiente en Atención Primaria de la Hiperplasia Benigna de Próstata.

MÉTODO
Elaboración de protocolo de diagnóstico de patología prostática con diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria de los pacientes con Hiperplasia Benigna de próstata no complicada y derivación en el resto de los casos.
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

INDICADORES
Demora en primeras consultas en la consulta de urología.
Nº de interconsultas virtuales por Hiperplasia Benigna de próstata.
% de interconsultas virtuales, por Hiperplasia Benigna de Próstata, con demoras mayores de 7 días.

DURACIÓN
- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0213

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... HELENA BECERRA DARRIBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA
BESTUE FELIPE CATALINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes que iniciaron el tratamiento con litio entre octubre de 2016 y noviembre de 2017, cumplimentaron y firmaron el documento de consentimiento informado escrito diseñado para tal efecto, que se incorporó a su historia clínica y se explicó verbalmente en la entrevista. De igual forma, se les proporcionó un folleto informativo con recomendaciones sobre las precauciones básicas a tener en cuenta en relación a las características farmacocinéticas específicas de la medicación (adecuada hidratación, dieta normosódica, evitar altas temperaturas, signos de toxicidad), que se explicó en consulta con la colaboración de enfermería.
Se elaboró un documento de registro en el que se recogieron los diferentes parámetros clínicos monitorizados previos a la instauración y durante el seguimiento del tratamiento, que se cumplimentaron periódicamente según las fechas previstas, adjuntándose a la evolución clínica de cada paciente. En primer lugar, se descartó la presencia de alteraciones en los siguientes valores sugestibles de incompatibilidad con la prescripción de litio: hemograma y bioquímica completos, VSG, electrolitos séricos, BUN, creatinemia, TSH basal, orina con osmolaridad y densidad específica, prueba de embarazo (mujeres en edad gestacional) y ECG (adultos mayores de 40 años). Durante el mantenimiento del tratamiento, se solicitaron determinaciones de litio en plasma tras cada incremento de dosis oral, y antes del siguiente, hasta alcanzar una litemia en rango terapéutico (0,6-1,2mEq/L) que se monitorizó semestralmente, junto con la función renal y tiroidea. Se repitió la analítica completa inicial con frecuencia anual.
Se emplearon los recursos humanos de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz (Psiquiatras y Enfermería) con su coordinación mediante reuniones mensuales de Equipo, y la colaboración de los Servicios de Análisis Clínicos del Hospital Comarcal de Alcañiz y del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se detallan los indicadores analizados, que se obtuvieron tras la revisión manual de las historias clínicas de los pacientes atendidos en consultas de psiquiatría de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz, utilizando como referencia el registro de enfermería de las litemias solicitadas: número de pacientes que reciben tratamiento con litio, número de pacientes adheridos al control rutinario de los parámetros clínicos descritos, número de pacientes que han firmado el consentimiento informado de instauración de tratamiento con litio.
En el periodo temporal en el que se aplicó este proyecto (octubre de 2016 a noviembre de 2017), un total de 24 pacientes se beneficiaron del inicio de tratamiento con litio y del control periódico de los parámetros monitorizados. Todos ellos firmaron el consentimiento informado y se vincularon al programa. Posteriormente, 7 de estos pacientes abandonaron el seguimiento tras finalizar el tratamiento por diferentes motivos: 2 casos no toleraron el fármaco mostrando secundarismos que precipitaron su retirada, 3 casos presentaron ausencia de eficacia clínica a pesar de alcanzar litemias terapéuticas, y 2 pacientes discontinuaron unilateralmente la medicación con negativa a realizar los controles analíticos.
La media de edad de la muestra fue de 32 años, con un 60% de hombres y 40% de mujeres, registrando un caso infantojuvenil (17 años). La indicación más frecuente se asoció a Trastorno Bipolar (75%), seguido de Trastorno Esquizoafectivo (20%) y Depresión Recurrente (5%). Estos datos parecen estar en consonancia con la prevalencia objetivada de dichos trastornos en la población general.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el Equipo de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz valoramos positivamente el impacto del proyecto, que nos ha permitido implantar un protocolo estructurado para el control y seguimiento del tratamiento con Litio, mejorando la adherencia terapéutica de los pacientes, y trabajando aspectos psicoeducativos tanto a nivel individual como familiar desde la perspectiva de la intervención precoz en el debut de la enfermedad.
No obstante, la escasa conciencia de enfermedad característica de las patologías de espectro bipolar y psicótico, dificulta la implementación de tratamientos psicofarmacológicos orales, especialmente si conlleva la realización de procedimientos invasivos.
Como propuestas de mejora, contemplamos la extensión de los objetivos a todos aquellos pacientes que ya se encontraban previamente en tratamiento con litio, que podrían beneficiarse igualmente del seguimiento monitorizado; así como la futura aplicación de un protocolo similar en el tratamiento con Ácido Valproico. Por tanto, consideramos que sería recomendable la replicación del proyecto en núcleos poblacionales con mayor volumen asistencial, en aras de incrementar la validez de los resultados, ya que la sostenibilidad del mismo se garantiza por el escaso consumo de recursos generado.

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos con el protocolo. Damos por finalizado el proyecto de gestión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0213

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ

*** ========== Resumen del proyecto 2016/213 ========== ***

Nº de registro: 0213

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, BESTUE FELIPE CATALINA, DURAN SANDOVAL LICCET

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desarrollar un programa para la mejor del seguimiento farmacoterapueútico de los pacientes de salud mental en tratamiento con litio en el Sector de Alcañiz.
Basándonos en la literatura, se recomienda antes de la instauración del tratamiento con litio, solicitar las siguientes pruebas: hemograma y bioquímica completos, VSG, electrolitos séricos, nitrógeno uréico en sangre (BUN), creatinemia, TSH basal, orina con osmolaridad y densidad específica. EN mujeres en edad gestacional, prueba de embarazo, y en mayores de 40 años, ECG. Durante el tratamiento es preciso medir la litemia tras cada incremento de dosis y antes del siguiente. Es conveniente controlar las funciones renal y tiroidea cada seis meses o cuando esté indicado clínicamente. Además se ha de repetir la analítica inicial una vez al año. Los niveles plasmáticos de litio deben revisarse cada seis meses o menos si los síntomas o signos así lo aconsejan.
Por sus características farmacocinéticas, antes de iniciar el tratamiento se debe informar al paciente sobre el tratamiento así como de la importancia de mantener un equilibrio hidroelectrolitico adecuado, pues una dieta hiposódica o la deshidratación que puede darse en ambientes calurosos podría generar litemias tóxicas. Para ello se ha elaborado un documento de información básica para el paciente que inicia tratamiento con litio así como un consentimiento informado para dicho inicio de tratamiento.
Lo que se pretende conseguir en este proyecto es mejorar la información al paciente sobre el tratamiento con litio, así como facilitar al profesional que trata al paciente el registro y monitorización de la litemia y distintos parámetros a controlar durante la terapia con litio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el control farmacológico de pacientes tratados con litio para aumentar la seguridad con dicho tratamiento así como mejorar la información al paciente para poder conseguir mayor adherencia al tratamiento.

MÉTODO
Cumplimentar documento de consentimiento informado para el paciente que inicia tratamiento con litio así como cumplimentar documento de registro diseñado para que el psiquiatra adjunte a la historia clínica del paciente para facilitar el control de los diferentes parámetros a tener en cuenta durante el tratamiento.
Responsables: Psiquiatras de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz.
Reunión de equivo mensual para poder unificar criterios, solventar dudas, etc...

INDICADORES
-Número de pacientes que reciben tratamiento con litio y a los que se les está realizando el control de parámetros mediante el gráfico diseñado
- Número de pacientes que han firmado consentimiento informado de inicio de tratamiento con litio

DURACIÓN
Fecha de inicio en Octubre de 2016
Fecha de finalización: continuada
Monitorización global de indicadores: semestral
Evaluación global de indicadores: Noviembre 2017
Comunicación de resultados: Noviembre 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0213

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0214

1. TÍTULO

PROGRAMA DEL CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSA Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MANUEL GONZALEZ PANZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM ALCAÑIZ
· Localidad ..... ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA
BECERRA DARRIBA HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5. En cada historial clínico de los pacientes que acuden a esta unidad de salud mental, se ha registrado los efectos adversos que se han observados con los diversos psicofármacos preescritos, con el fin de lograr un mejor conocimiento de los mas frecuentes y una mejora a la hora obtener información en cada paciente. Para esto la historia clínica cuenta con un folio azul, donde se anotan, el fármaco, la dosis y el efecto adverso descrito

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos logrado registrar cuales son los efectos adversos mas frecuentes en cada grupo farmacológico, lo cual nos permite realizar a posteriori una mejor prescripción según cada paciente. Esto también es importante, cuando hay muchos cambios de facultativos en un servicio, ya que podemos tener acceso con facilidad a los efectos adversos de los medicamentos en un mismo formato.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al tener fácil acceso a los efectos adversos de los medicamentos a los pacientes, no permite agilizar la atención. Recomendamos que en otras unidades de salud mental, puedan tener la disponibilidad rápida a esta información, de la manera que la hemos implementado en este servicio.

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos con el registro en el formato dentro de la historia clínica, damos por terminado esta línea de proyecto de gestión.. Sería interesante que en otras unidades se replicara este proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/214 ========== ***

Nº de registro: 0214

Título
PROGRAMA DE CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSO Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

Autores:
BESTUE FELIPE CATALINA, DURAN SANDOVAL LICCET, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, PANZANO GRACIA EMMA, GARCES TRASOBARES ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ SE SIGUE FUNCIONANDO CON HISTORIA CLINICA DE PAPEL, Y EL INDICE DE ROTACION DE PROFESIONALES ES MUY ELEVADO. ESTO SUPONE QUE CADA PROFESIONAL QUE COMIENZA A EJERCER EN EL SECTOR DEBE LEER Y EN ALGUNOS CASOS DESCIFRAR LAS ANOTACIONES DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES PREVIOS COMO UNICA FORMA DE CONOCER LOS TRATAMIENTO PREVIOS ASI COMO LOS MOTIVOS POR LOS QUE FUERON RETIRADOS. QUEDAN REGISTRADAS LAS ALERGIAS, PERO NO LAS INTOLERANCIAS, LAS MALAS PAUTACIONES, LA FALTA DE RESULTADOS, ETC. INFORMACION VITAL A LA HORA DE ACOMETAR LA PRESCRIPCION FARMACOLOGICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0214

1. TÍTULO

PROGRAMA DEL CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSA Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

RESULTADOS ESPERADOS
-DISMINUIR RIESGO DE FALTAR AL PRIMER JURAMENTO HIPOCRATICO ("PRIMERO, NO DAÑAR") PUES, INSISTIMOS, EN ALGUNOS CASO DESCIFRAR LO ESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA ES UNA TAREA ARDUA Y CASI IMPOSIBLE
-FACILITAR LA PRESCRIPCÓN AL FACULTATIVO (ASI COMO A LOS SUCESIVOS)
-ELABORAR UN HISTORICO DE PRESCRIPCIONES POR PACIENTE PONIENDO EL PUNTO DE MIRA EN LOS FRACASOS: POR INTOLERANCIAS, POR FALTA DE RESPUESTA, ETC

MÉTODO
ELABORACION DE HOJA DE "EFECTOS ADVERSOS" INDEPENDIENTE DE LAS HOJAS DE EVOLUCION CLINICA, DE FACIL ACCESO Y MANEJO. CON DATOS COMO FECHA DE INICIO DE PRESCRIPCION, FECHA DE RETIRADA Y MOTIVO DE SUSPENSION DE TRATAMIENTO

INDICADORES
- Nº DE HOJAS INICIADAS (= Nº DE INCIDENCIAS FARMACOLOGICAS)
-COEFICIENTE Nº DE HOJAS INICIADAS/Nº DE PACIENTES VISTOS
-CUANTIFICACION (A POSTERIORI Y COMO HIPOTESIS) DEL DESCENSO DEL Nº DE INCIDENCIAS

DURACIÓN
PLANTEAMOS UN PILOTAJE DE 1 AÑO CON REVISION SEMESTRAL, DE CARA A VER EFICIENCIA Y ACCESIBILIDAD. SI ADECUADO CUMPLIMIENTO Y UTILIDAD, UNA DURACION INDEFINIDA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0311

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIANO VALDEZATE GONZALEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CME GRANDE COVIAN
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TENA TOMAS MARIA FELISA
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
CASTRO ROMERO CONCEPCION
MATA PANIVINO MARIA VICTORIA
OVEJERO GUILLEN MARIA ISABEL
TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS
CUBERO SANCHEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La detección de historias clínicas (HC) duplicadas y la fusión de historias es una tarea que realiza el Servicio de Archivos de forma habitual.
Recientemente, los Servicios Centrales del SALUD han localizado un total de 8000 registros de pacientes de HRV que son posibles duplicados ya que tienen asignado el mismo número de identificación (AR).
Este hecho supone la posibilidad real de que la HC de algunos pacientes estén fragmentadas, con el riesgo de poner a disposición de los profesionales responsables de la asistencia información clínica incompleta.
Aunque se han ido detectando duplicados de forma cotidiana, el proceso de fusión de los pacientes con dossier del HU Miguel Servet en el CME Grande Covián (en 2007) y la utilización de números provisionales en el Servicio de Urgencias y en determinadas pruebas, facilitó la generación de estos duplicados.
Por lo anterior, el equipo de mejora del Servicio de Archivos de Grande Covián ha decidido depurar este listado. consensuado con la plantilla del Servicio.

- En primer lugar se analizó la situación de cada dossier: historias provisionales, definitivas, activas, pasivas…y se anotó en cada registro de paciente.
- Dependiendo de cada situación, se solicitaron las historias a la empresa que custodia pasivo, creamos sobres nuevos o fusionamos documentación entre los sobres.
- Hemos consultado BDU para corregir datos personales de los pacientes en HIS.
- Fusionamos las historias en HIS.
- Se trabajó con un listado por persona. Cuando se resolvieron todas las fusiones e incidencias detectadas se trasladaron al HRV y en el Archivo se arreglaron físicamente las historias.
- Finalizado el proceso, se escaneó el listado una vez resuelto en HRV.
- Volvimos a solicitar a final de 2017 a Servicios Centrales un nuevo listado con los mismos criterios que el anterior para comprobar el grado de coincidencia. En estos momentos estamos depurando el mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El objetivo era depurar de forma definitiva la base de datos HIS. En la actualidad, con la última versión de HIS se ha conseguido vincular los datos de BDU, ganando eficacia en la toma de datos, llegando a porcentajes mínimos de error.
- Aportación de la Historia Clínica de papel completa del paciente cuando se solicita por los profesionales que atiendan al paciente..

Servicios Centrales nos comunica que nuestro Sector tiene los mejores valores de depuración de la base de datos de pacientes duplicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es muy positiva, el trabajo ha sido minucioso y cada caso se ha tratado con mucha atención.

En los casos en que no hemos tenido datos suficientes no hemos realizado la fusión de historias.

Periódicamente solicitaremos listados a Servicios Centrales para depurar los duplicados que vayan surgiendo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/311 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0311

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Nº de registro: 0311

Título
FUSION DE HISTORIAS DUPLICADAS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, CASTRO ROMERO CONCEPCION, MATA PANIVINO VICTORIA, OVEJERO GUILLEN ISABEL, TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS, CUBERO PEREZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La detección de historias clínicas (HC) duplicadas y la fusión de historias es una tarea que realiza el Servicio de Archivos de forma habitual.
Recientemente, los Servicios Centrales del SALUD han localizado un total de 8000 registros de pacientes de HRV que son posibles duplicados ya que tienen asignado el mismo número de identificación (AR).
Este hecho supone la posibilidad real de que la HC de algunos pacientes estén fragmentadas, con el riesgo de poner a disposición de los profesionales responsables de la asistencia información clínica incompleta.
Aunque se han ido detectando duplicados de forma cotidiana, el proceso de fusión de los pacientes con dossier del HU Miguel Servet en el CME Grande Covián (en 2007) y la utilización de números provisionales en el Servicio de Urgencias y en determinadas pruebas, facilitó la generación de estos duplicados.
Por lo anterior, el equipo de mejora del Servicio de Archivos de Grande Covián ha decidido depurar este listado.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es depurar de forma definitiva la base de datos HIS. En la actualidad, con la última versión de HIS se ha conseguido vincular los datos de BDU, ganando eficacia en la toma de datos, llegando a porcentajes mínimos de error.

Aportación de la Historia Clínica de papel completa del paciente cuando sea solicitada por los profesionales que atiendan al paciente..

MÉTODO
Se ha elaborado un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) a seguir, consensuado con la plantilla del Servicio.

En primer lugar se analiza la situación de cada dossier: historias provisionales, definitivas, activas, pasivas…y se anotará en cada registro de paciente.

Dependiendo de cada situación, se solicitarán las historias a la empresa que custodia pasivo, crearemos sobres nuevos o fusionando documentación entre los sobres.

Se utilizará lo registrado en BDU para corregir datos personales de los pacientes en HIS.

Fusionamos las historias en HIS.

Se trabaja con un listado por persona. Cuando ha resuelto todas las fusiones e incidencias detectadas se dejará en una carpeta para trasladarlos al HRV y en el Archivo se arreglen físicamente las historias.

Finalizado el proceso, se escanea el listado una vez resuelto en HRV.

Se solicitará a los SS CC un nuevo listado con los mismos criterios que el anterior para comprobar el grado de coincidencia.

INDICADORES
% HISTORIAS FUSIONADAS: Nº Historias fusionadas / año.

% HISTORIAS PARA FUSIONAR DESPUÉS DE FINALIZAR EL PROYECTO: Nº Historias a fusionar / Nº Historias Creadas.

DURACIÓN
Comienzo: 01/06/2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0311

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Valoración semestral del Indicador.

Finalización: 31/05/2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA FELISA TENA TOMAS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CME GRANDE COVIAN
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
PICOT PARGADA ANA CRISTINA
ANGULO BORQUE ANA OLGA
AINAGA VILLEN DAVID
PICON GONZALEZ SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmologia, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

- Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a "Archivos CME Grande Covián" los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena…) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el léctor y se copia el registro de quirófano en el documento. Si no tenemos etiqueta hacemos búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

- Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos . Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el léctor y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido digitalizar el 100% de los informes de Campimetrías y Protocolos quirúrgicos.
Los objetivos eran:
- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos muy positivamente el proyecto, está incluído en las tareas diarias del Servicio. Con la compra de un escáner de mayor velocidad hemos mejorado mucho la calidad del trabajo y desde la Comisión de Documentación el Servicio manifiesta su iniciativa en el apoyo de la digitalización de más pruebas diagnósticas que todavía no están incluídas en Historia Electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/50 ========== ***

Nº de registro: 0050

Título
DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION : PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, PICOT PARGADA ANA CRISTINA, CASTRO ROMERO CONCEPCION, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA, ALCINA GOMEZ SARA, GORRINDO NAVARRO ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova estamos impulsando la digitalización de documentos que no están colgados en Historia Clínica Electrónica, como mejora en la calidad del trabajo de los profesionales sanitarios y en la asistencia al paciente.

Con el Servicio de Traumatología establecimos el circuito de los protocolos quirúrgicos, desde Quirófano hasta la Unidad de Archivos de C.M.E. Grande Covián.

Con las consultas de Oftalmología concretamos los criterios para el envío de las campimetrías realizadas diariamente a los pacientes junto con las anteriores guardadas en la historia física, una vez visitados en Consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados.

MÉTODO
Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

- Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a "Archivos CME Grande Covián" los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena…) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el léctor para que se guarde el número de registro de quirófano. Si no tenemos etiqueta hacemos una búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

- Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos . Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el léctor para que aparezca el número de registro de la prueba y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

INDICADORES
% PROTOCOLOS DIGITALIZADOS
% CAMPIMETRIAS DIGITALIZADAS

DURACIÓN
INICIO PROYECTO: 2017
VALORACIÓN DOCUMENTOS RECIBIDOS Y ESCANEADOS: NOVIEMBRE 2017
VALORACIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS: FEBRERO 2018
SEGUIMIENTO: JUNIO Y OCTUBRE 2018
EVALUACIÓN FINAL: NOVIEMBRE 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Fecha de entrada: 17/12/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIANO VALDEZATE GONZALEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CME GRANDE COVIAN
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TENA TOMAS MARIA FELISA
PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA
PICOT PARGADA ANA CRISTINA
CASTRO ROMERO CONCEPCION
MATA PANIVINO MARIA VICTORIA
ALCINA GOMEZ SARA
GORRINDO NAVARRO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

- Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a "Archivos CME Grande Covián" los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena…) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el léctor y se copia el registro de quirófano en el documento. Si no tenemos etiqueta hacemos búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

- Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos . Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el léctor y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido digitalizar el 100% de los informes de Campimetrías y Protocolos quirúrgicos.
Los objetivos eran:
- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos muy positivamente el proyecto, está incluído en las tareas diarias del Servicio. Con la compra de un escáner de mayor velocidad hemos mejorado mucho la calidad del trabajo y desde la Comisión de Documentación el Servicio manifiesta su iniciativa en el apoyo de la digitalización de más pruebas diagnósticas que todavía no están incluídas en Historia Electrónica.

7. OBSERVACIONES.
Varios integrantes del proyecto cesaron poco después de iniciarse. Los compañeros que ocuparon sus plazas han desarrollado el mismo. Cuando se hagan los certificados del proyecto hay que excluir a : CASTRO ROMERO CONCEPCIÓN, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA Y ALCINA GOMEZ SARA. En su lugar hay que certificar a: ANGULO BORQUE ANA OLGA, AINAGA VILLEN DAVID y PICON GONZALEZ SERGIO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/50 ========== ***

Nº de registro: 0050

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION : PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

Autores:
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO, TENA TOMAS MARIA FELISA, PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA, PICOT PARGADA ANA CRISTINA, CASTRO ROMERO CONCEPCION, MATA PANIVINO MARIA VICTORIA, ALCINA GOMEZ SARA, GORRINDO NAVARRO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde la Comisión de Documentación de Hospital Royo Villanova estamos impulsando la digitalización de documentos que no están colgados en Historia Clínica Electrónica, como mejora en la calidad del trabajo de los profesionales sanitarios y en la asistencia al paciente.

Con el Servicio de Traumatología establecimos el circuito de los protocolos quirúrgicos, desde Quirófano hasta la Unidad de Archivos de C.M.E. Grande Covián.

Con las consultas de Oftalmología concretamos los criterios para el envío de las campimetrías realizadas diariamente a los pacientes junto con las anteriores guardadas en la historia física, una vez visitados en Consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la Historia Clínica Electrónica con la aportación de nuevos documentos.
- Mejorar la Asistencia Sanitaria al paciente con la mayor eficacia de los datos aportados.

MÉTODO
Para conseguir estos objetivos se mantuvieron conversaciones con los Servicios de Traumatología, Oftalmología, Secretaría de Traumatología y Servicio de Informática.

- Protocolos Quirúrgicos de Trauma:

1. Desde quirófano se envían a secretaría los protocolos quirúrgicos diariamente. Las secretarias nos envían en un sobre dirigido a "Archivos CME Grande Covián" los protocolos completos.
2. En el archivo se prepara la documentación (desgrapa, ordena…) y se escanea en una carpeta que nos preparó el Servicio de Informática.
3. Cada documento tiene una etiqueta con código de barras, pasamos el léctor para que se guarde el número de registro de quirófano. Si no tenemos etiqueta hacemos una búsqueda manual en HIS del número de registro.
4. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

- Campimetrías:

1. Desde las consultas de oftalmología separan diariamente los informes de campimetrías de los pacientes visitados en un sobre y lo envían a la Unidad de Archivos.
2. Escaneamos los documentos . Las campimetrías recientes tienen etiqueta con código de barras, pasamos el léctor para que aparezca el número de registro de la prueba y suben a Historia Clínica Electrónica. Con el resto buscamos en HIS su número de registro para copiarlo, si son antiguas y no aparecen registradas las guardamos físicamente en las historias.
3. Una vez comprobados los documentos, se destruyen los papeles. Todo lo escaneado sube a Historia Clínica Electrónica en su orden correspondiente.

INDICADORES
% PROTOCOLOS DIGITALIZADOS
% CAMPIMETRIAS DIGITALIZADAS

DURACIÓN
INICIO PROYECTO: 2017
VALORACIÓN DOCUMENTOS RECIBIDOS Y ESCANEADOS: NOVIEMBRE 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0050

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE DOCUMENTACION: PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE TRAUMATOLOGIA E INFORMES DE CAMPIMETRIAS

VALORACIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS: FEBRERO 2018
SEGUIMIENTO: JUNIO Y OCTUBRE 2018
EVALUACIÓN FINAL: NOVIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1342

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN ELCENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS RODRIGO PABLO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUIG GARCIA MARIA CARMEN
ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA
GALVE ROYO EUGENIO
IBAÑEZ CUBERO ELVIRA
SAURA CAMPOS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras el informe de las auditorias de 2016, análisis de las no conformidades,estudio de las incidencias, valoracionde la reclamaciones y encuestas de satisfacion de los usuarios(no realizada en 2016), y con el fin de mantener la certificación ISO 9001 en 2017 se establecieron los siguientes objetivos(a destacar) :
1)Mejorar en el registro de OMI-AP en general y especialmente en la primovacunacion.(Reponsable Pediatria)
2)Mejorar la formación de forma continuada en los temas priorizados por el propio equipo según el SCG y Acuerdos deGestión (Responsable d SANCHEZ ZAPATER ASUNCION)
3) Mejorar en el nivel de satisfacción de los usuarios (tanto a nivel de trato, Asistencia, y competencia del profesional)(responsable la coordinadora Medica y de enfermeria)

EL cronograrma de evaluacion se lleva a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma:
A) Revisión por la Dirección: 31/08/ 2017 del Sistema de Gestión de la Calidad del Equipo de Atención Primaria (EAP)
B) Auditoria Interna 29/09/17
C) Auditoria externa 06/10 /17

Y la reuniones de equipo celebradas para encontrar las posibles causas soluciones par a la mejora y seguimiento de los indicadores previstos en el acuerdo de gestion y las soluciones aportadas

09/04/2017 PACTO GESTION PRIMERAS IMPRESIONES
20/04/2017 Seguimiento y REPARTO INCENTIVOS
13/06/2017 ACUERDO DE GESTION, CIERRE2016 Y PRODUCTIVIDAD
04/10/2017 SEGUIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION y CONSULTA VIRTUAL

Los resultados han sido satisfactorios tanto para la auditoria interna y externa

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOs programados:

A) Durante el año 2017 tenemos un plan de sesiones y/o talleres clínicos que ha sido acreditados por la Comision de Formacion Continuada que incluyan temas acordes con los objetivos prioritarios del Acuerdo de gestión (ver registro informatico) a destacar :

1)EPOC; 2)diabetes; 3)atención al niño; 4)riesgo cardiovascular;5)crónico dependiente; 6)calidad de registros; 7)uso racional del medicamento y adherencia al tratamiento;
8)prevención de la infección: higiene de manos; 9)dolor; 10)urgencias; 11)proyectos de mejora del EAP y 12)atencióna la mujer. (responsable Asunción Sanchez Zapater-pediatra)

Han sido un total en de 90, repartidas :85 para profesionales del equipo, 3 talleres de cuidadores y dos en los colegios, con un 73% de participación a las mismas .

B)-Hemos participado en Comisiones clínicas y grupos de consenso.
Tenemos a lo siguiente profesionales participando a nivel de :
a) Aragón : Mª Carmen Viñas (Proyecto Cribado DRE y NIEMBRO DEL CONSEJO DE SALUD DE ARAGON); Ana Hernandez y Emerenciana Rubira (EDO) .
b) Sector I :Elvira Ibañez (C. Farmacia), Eugenio Galve y Mª Carmen Viñas (C. Unidad docente), Mª Teresa Bel y Mariola Vallés (C AAOO),Mª Begoña Abadía y Monica López (Comisión de proyectos Clínicos de AP del sector I)
c) y en C.S. Actur Norte están funcionando especificamente: Asunción Sanchez (C. formación) : Eloisa Lozano, Elvira Ibañez, Asunción Sanchez y Mª Victoria Redondo (C. Urgencias), Mª Begoña Abadía, Mª Carmen Viñas, Mª Jesús Rodrigo, (C: Calidad), Eloisa Lozano (C. seguimiento y Control de Equipos de Trabajo), Mª Jose Hernandez y Mª Carmen Viñas (C. Vacunas), Mª Jesús Rodrigo y Dolores Aranda(C. aplicaciones móviles), Amparo Salas (C. Gestión de Archivos), Delfina Dominguez (C. Cargos a terceros) y Carlos Villuendas (C. Gestión de Residuos)

C)-Actividades realizadas en los Proyectos asistenciales.
Se han realizado para cada uno de los siguientes proyectos asistenciales :Sesiones clínicas, talleres, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1342

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN ELCENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

reuniones de seguimiento de los grupos de trabajo :
a)MEJORAR LA DERIVACION A DERMATOLOGIADE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL C.S b)REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTRIA LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA según BANCOS DE EDAD
c)DERIVACION DE PACIENES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDEATP MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES
d)MEJORAR LA ATENCION DE ENFERMERA AL PACIENTE e)POLIMEDICADO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA
f)TALLERES INFORMATIVOS DIRIGIDOS A GRUPO DE CRIANZA
g)PROYECTO DE CALIDAD: MANTENIMIENTO MODELO ISO 9001
h)CAPTACIÓN DE CITAS. ADMISION
PROYECTOS ATENCIÓN COMUNITARIA:PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA YMATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO

D) otra s Actividades de formación
Aparte de los grupos de trabajo del centro se participa en:
la formación pregrado posgrado de medicina y de pediatría (acreditados);
la formación pre y postgrado de enfermería;
la formación postgrado de enfermería de pediatría (acreditados);
la formación postgrado de enfermería comunitaria (acreditados);

E))Participación en investigación.:
1)Estudio Multicentrico a nivel Nacional sobre “Efectividad de la intervención Multi-PAP en ancianos jóvenes con multimorbilidad y polimedicación para mejorar la prescripción en Atención Primaria”:Ensayo clínico PI15/00276, PI15/00572, PI15/00996 (Eugenio Galve y Mª Begoña Abadía)
2)Estudio El uso de TIC en el proceso de atención al paciente obeso con riesgo cardiovascular en Atención Primaria” (Eloisa Lozano, Esther del Pozo, David Abad, Mª Carmen Viñas, Mª Begoña Abadía)
F)Participación en la Comision de Sector de Proyectos Asistenciales (responsable Mª Begoña Abadía Taira y Mönica Lopez reunion en diciembre e 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La evaluación se ha llevado a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma con la :
a) Realizacíon de la Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad (31/08/ 2017)
b) la Auditoria Interna,(29/09/17)
c)Cartificación por auditoria externa (06/10 /17)

A destacar en la evaluación:
a) 110% sesiones clinicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas
b) 50% Reuniones EAP Actur Norte para encontrar LAS POSIBLE CAUSAS y soluciones para la mejora y, seguimiento de los
indicadores previstos en el acuerdo de gestión y soluciones aportadas
c) Disminución respecto al año anterior en el tipo de reclamaciones. Y se estudia las posibles causas de forma cuantitativa y cualitativa (responsable Carmen Puig y Carmen Viñas Viamonte).De un total de 18 reclamaciones, la causa mas frecuente de ellas corresponde a :
Asistencia, retrasos, suspensión o falta: (5)La mayor parte de ellas se han producido por retraso del paciente con respecto a la hora de cita y que exige ser atendido. Se analiza individualmente cada reclamación, Y se realizan de acciones de mejora en la gestion administrativa de las agendas (modificaciones de las mismas atraves de la creación de colchones para paliar la demora...) (responsable Maria Jesus Rodrigo Pablo) Se Plantea solicitar un corte de este Servicio a la Dirección en los meses de Junio y Septiembre para conocer con antelación el grado del cumplimiento para poder establecer correcciones oportunas
Trato personal, percepción de los profesionales: (6), Se detecta que han aumentado este año. Se insiste en las reuniones de Equipo acerca de este punto aunque consideramos que en muchas ocasiones, no están justificadas.

D) respecto a los resultados en Objetivos
Destacamos:
Uso racional del medicamento: Se analizan los resultados del acuerdo de gestión 2016 y se observa mejores resultados que el resto del sector en cuanto en cuanto a la revisión de medicamento en el anciano, sin embargo siguen siendo resultados por debajo de los objetivos de contrato. Se propone un proyecto de mejora y/o sesiones con la Farmacéutica del Sector
Objetivos clínicos
Obtenemos valores bajos en la captación del paciente fumador (no en la intervención sobre ello), se realizó sesión en el Equipo con motivo de la semana sin humo para mejorar este objetivo en su registro en OMI-AP.
En cuanto al paciente con EPOC, no se alcanzan resultados ni en registro ni en seguimiento. Se va a realizar una reunión de Equipo para concienciar al personal sanitario y repasar de nuevo los conceptos .
Diabetes: a nivel de enfermería hay que insistir en cumplimentar los campos de pie de riesgo y valoración de conocimientos por parte del paciente

E)Plantillas y presupuesto. eL EQUIPO HA CUMPLIDO OBJETIVOS EN MATERIA DE PERSONAL (Capítulo 1) PERO FALTA PERSONAL PARA CONTRATAR CON LO CUAL SE ESTAN CUMPLIENDO AMPLIAMENTE
F) Acciones tomadas para abordar la seguridad del paciente.
Registro eventos adversos: por el personal sanitario que atiende al paciente.
Polimedicados: sesión clínica por la farmacéutica Carmen Labarta
Higiene manos: colocación de cartelería por las dependencias del centro
Información usuario: uso del móvil para recordatorio de citas de especialistas.
Sterilium: dispensadores individuales para los maletines y en cada consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1342

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN ELCENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

revisión semanal de existencia sterilium en consulta y semestral en maletines mediante mensajería OMI.
G) Evaluación de proveedores
FARMACIA: buena comunicación. Sin problemas destacables.
ESPECIALISTAS - LISTAS ESPERAS MUY LARGAS EN:OFTALMOLOGIA, ECOS, TRAUMA Se ha abierto la NC]_Z1(P)E-AN-16-02 pendiente de cerrar
ALMACEN GENERAL: problemas de desabastecimiento por reducción de las cantidades solicitadas. Incidencias ya abiertas en 2015 y continua el problema.NC]_Z1(P)E-AN-16-04
H)Valoración del Acuerdo de Gestión clínica 2017
El Mayo de 2017 se realizo la Junta Tecnico Asistencial tras ella el equipo directivo del Centro convoco una reunion en Junio
Señalamos la fecha de presentación (mayo 2017) de los criterios por los que se nos evalua el año en curso (2017) Hace imposible en muchas ocasiones poder introducir observaciones o mejoras que se vean en el año en curso evaluado.

Hemos podido cerrar todas las incidencias y no conformidades formuladas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El funcionamiento e implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), supone una mejora continua, en nuestro Equipo de Atención Primaria(EAP) se han establecido objetivos e indicadores que permiten medir los procesos de forma permanente y estandarizada mediante un proceso de mejora continua en la detección de errores, riesgos reales y /ó potenciales que nos permite ir avanzando en la mejora de la calidad en la actuacion de los profesionales y en la seguridad del Paciente

7. OBSERVACIONES.
Queremos destacar el cambio de orientación en la valoración en los equipos de 2017 respecto a 2016. Esta transición va a producir cambios importantes en la dinámica del equipo . Por todo ello será necesario intensificar las reuniones de equipo tanto en numero como en contenido para poder adecuar nuestro trabajo al Acuerdo de Gestión Clínica actual.

Sería necesario la presentación del acuerdo de gestión Clínica en el último trimestre del año anterior a su inclusión en la valoración de EAP para facilitar unos mejores resultados .

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1342 ========== ***

Nº de registro: 1342

Título
MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Autores:
ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA, PUIG GARCIA MARIA CARMEN, VIÑAS VIAMONTE CARMEN, RODRIGO PABLO MARIA JESUS, SANCHEZ ZAPATER ASUNCION, GALVE ROYO EUGENIO, IBAÑEZ CUBERO ELVIRA, SAURA CAMPOS ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGIAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El funcionamiento e implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), supone una mejora continua, por tanto el objetivo y compromiso de nuestro Equipo es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 en un SCG normalizado donde los procesos estan perfectamente documentados y actualizados. Para ello en nuestro Equipo de Atención Primaria(EAP) se han establecido objetivos e indicadores que permiten medir los procesos de forma permanente y estandarizada mediante un proceso de mejora continua en la detección de errores y riesgos reales y /ó potenciales.

El EAP Actur Norte del sector Zaragoza I se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1342

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN ELCENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Por lo que nuestro plantenamiento es Mantener el Sistema de Gestion de Calidad en el Centro de Salud Actur Norte basado en certificación ISO 9001-2008.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener la certificación ISO 9001-2008 en 2017

Mantener la certificación ISO 9001-2008 en 2017/18
Tras el informe de las auditorias de 2016, análisis de las no conformidades,estudio de las incidencias, valoracion de la reclamaciones y encuestas de satisfacion de los usuarios, y con el fin de mantener la certificación ISO 9001 se han establecido los siguientes objetivos(a destacar) :

1)Mejorar en el registro de OMI-AP en general y especialmente en la primovacunacion.
2)Mejorar la formación de forma continuada en los temas priorizados por el propio equipo según el SCG y Acuerdos de Gestión
3) Mejorar en el nivel de satisfacción de los usuarios (tanto a nivel de trato, Asistencia, y competencia del profesional)

MÉTODO
Mantener y mejorar la Utilización de la información del SGC (informe de auditoría, seguimiento de objetivos,d e indicadores ACG, análisis de incidencias, estudio de no conformidades, reclamaciones y encuesta de satisfacción, para la mejora continua

l) Establecimiento del plan de sesiones y/o talleres clínicos que incluyan temas acordes con los objetivos prioritarios del Acuerdo de gestión a destacar :1)EPOC; 2)diabetes; 3)atención al niño; 4)riesgo cardiovascular; 5)crónico dependiente; 6)calidad de registros; 7)uso racional del medicamento y adherencia al tratamiento; 8)prevención de la infección: higiene de manos; 9)dolor; 10)urgencias; 11)proyectos de mejora del EAP y 12)atención a la mujer. (responsable Asunción Sanchez Zapater-pediatra)

2) Análisis cualitativo y cuantitativo de las Incidencias y no conformidades propuestas en la ISO 9001-2008 en el EAP Actur Norte 2017 y resolución de las mismas (responsable Mª Begoña Abadía Taira)
3) Estudio de las reclamaciones interpuestas por los paciente y análisis de la encuesta de satisfacion de los usuarios de forma cuantitativa y cualitativa (responsable Carmen Puig y Carmen Viñas Viamonte)

4)Realizacion de acciones de mejora en la gestion administrativa de las agendas (modificaciones de las mismas a traves de la creación de colchones para paliar la demora...) (responsable Maria Jesus Rodrigo Pablo)
5)Participación en la Comision de Sector de Proyectos Asistenciales (responsable Mª Begoña Abadía Taira)

INDICADORES
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma:

Realizacíon de Auditoria Interna,
Realización de revisión por la direción y
Cartificación por auditoria externa
A destacar en la evaluación:
a) 100%-90% sesiones clinicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas
b) 50% Reuniones EAP Actur Norte para encontrar LAS POSIBLE CAUSAS y soluciones para la mejora y, seguimiento de los indicadores previstos en el acuerdo de gestión y soluciones aportadas
c) Disminución respecto al año anterior en el tipo de reclamaciones, estudio de sus posibles causas

DURACIÓN
Revision por la Direccion, SGC2016: 23 mayo 2017

Auditoria interna: …..2017
Auditoria Externa: junio 2017

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Mayo- Diciembre 2017.

-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Junio - Diciembre 2017.

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Programa de Formacion Continuada.del EAP Actur Norte 2016/17.

-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Septiembre y diciembre de 2017

-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES
Certificación ISO 9001

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1342

1. TÍTULO

MEJORAR Y MANTENER EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN ELCENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1570

1. TÍTULO

CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DE DATOS CLINICOS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES ARANDA CORVINOS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ GIMENEZ MARIA DELFINA
RODRIGO PABLO MARIA JESUS
RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA
SALAS SIMON AMPARO
VILLUENDAS SOLSONA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CRONOGRAMA:
El Proyecto fue enviado en septiembre.
Durante los meses de Septiembre y Octubre se realizaron diversas reuniones para planificar la manera de llevar a cabo el proyecto.
Para captar usuarios, se acordó, la colocación de CARTELES informativos del proyecto para los que se realizaron varios modelos revisados y seleccionados por el equipo. También se impartió una sesión para dar a conocer al personal del Centro la realización del mismo y solicitar su colaboración.
De Octubre a Diciembre se realizó la captación de usuarios.
En Enero se realiza encuesta de satisfacción al personal de admisión.
Posteriormente se procede al análisis de resultados obtenidos en el primer trimestre del proyecto.
En el transcurso del proyecto se implementó la captación de usuarios mediante mensaje en OMI al personal sanitario para la remisión de usuarios a admisión y así informar de los servicios ofrecidos a través de las nuevas herramientas informáticas.
Por supuesto los administrativos también hemos realizado captación directa ofertando a los usuarios estas herramientas e incluso ayudando a instalarlas en su móvil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido captar 877 pacientes a lo largo de 3 meses de proyecto, lo que se adapta a los objetivos iniciales representando el 4,55 % de la población diana.
Previo a esta evaluación se ha realizado encuesta de satisfacción al personal de admisión que ha valorado muy útil la realización del proyecto, aunque reconocen que la realización del mismo ha conllevado un esfuerzo adicional.
El personal de admisión percibe, a través de los usuarios, que el proyecto les es de gran utilidad para no olvidar la cita del especialista ya que la pueden consultar en Internet y en el móvil y ademaras reciben un SMS recordando dicha cita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
7- LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
Se ha detectado que a través del facultativo, poniendo una nota en OMI para que remitan a los usuarios a admisión, se puede captar más usuarios para informar del proyecto. Siendo esta medida mas efectiva que los carteles colocados por el centro.
Para la continuidad del proyecto en el próximo año, se ha valorado la realización de una encuesta de satisfacción a los usuarios y una descripción anónima del tipo de usuario que accede a este programa.
Quizás fuimos muy ambiciosos con la población a captar para el proyecto durante 3 años, aunque actualmente se ha llegado al objetivo marcado, ya que hemos encontrado mucha reticencia para la inclusión de datos personales en un sistema informático automatizado.
También durante la realización del proyecto hemos notado que una gran parte de la población no acude al Centro de Salud. Solicitaremos nos faciliten estos datos para conocer este porcentaje de usuarios y así re-calcular el porcentaje de población e incorporarlo en el proyecto si fuera necesario.
Sería interesante conocer si durante esos meses ha disminuido el absentismo en las consultas de especializada, para lo que hemos iniciado contactos con los responsable de cara a incluir estos datos en nuevas evaluaciones.
Desde enero el SALUD esta ampliando los servicios ofrecidos por este programa y serán valorados en sucesivas revisiones del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1570 ========== ***

Nº de registro: 1570

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1570

1. TÍTULO

CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DE DATOS CLINICOS

Título
CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DATOS CLINICOS

Autores:
ARANDA CORVINOS MARIA DOLORES, DOMINGUEZ GIMENEZ MARIA DELFINA, RODRIGO PABLO MARIA JESUS, RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA, SALAS SIMON AMPARO, VILLUENDAS SOLSONA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ninguna
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El SALUD proporciona al los usuarios unas herramientas informáticas para:
Gestión de citas en AP y en AE, recibir recordatorio de las citas de especialista,VVAA, gestión datos en BDU y en un futuro acceder datos clínicos, receta electrónica, etc.
Nos hemos dado cuenta de que los usuarios demanda este servicio por desconocimiento.
Sin embargo existe una demanda social para el acceso a la información clínica (médica) y autogestión de citas y datos personales.

La importancia de este proyecto radica en facilitar la información y el acceso a las nuevas aplicaciones disponibles para todos usuarios. Para ello nos adaptaremos a las distintas necesidades existentes por motivos de edad, nivel social...
El conocimiento de estas herramientas mejoraría los siguientes aspectos
- calidad del servicio a los pacientes, con información mas asequible
- disminuir la preocupación para obtener cita fuera de horario del CS
- tener la información de forma accesible, tanto de datos clínicos como de citas realizadas
- optimizan del trabajo del personal de admisión
- la organización del servicio
- evitar la demora en las consultas de especialistas ocasionadas por el absentismo de los usuarios a la cita dada
- apoyar el trabajo realizado por parte del SALUD para mejorar la asistencia sanitaria

Todo ello supondrá un ahorro de recursos sanitarios y humanos facilitando el conocimiento y acceso de los usuarios a las herramientas facilitadas por el SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS
La población a la que va dirigido este proyecto son todos usuario del CS que tenga ciertas habilidades en el manejo de Internet o de teléfono móvil.
Se pretende lograr de un modo directo que los usuarios manejen los recursos informáticos proporcionados por el SALUD e indirectamente reducir la no asistencia a consultas de especialistas.
El objetivo principal del proyecto es la captación del 15 % de la población de la ZS en el primer año y otro 15 % en el segundo año y otro 15 % al tercer año. Intentando que la tasa de usuarios informados sea mucho mayor, pero teniendo en cuenta que hay parte de la población que por su edad no esta adaptada al uso de las nuevas tecnologías, otro porcentaje que simplemente no quiere hacer uso de ellas y otro porcentaje de la población que no va a acudir al C.S en los próximos 3 años

POBLACION TOTAL 19.251
MAYORES 65 - 2.896 que es el 15%

Ademas conseguir los siguientes objetivos:
1- dar a conocer los recursos disponibles
2- facilitar el acceso a las herramientas de citación en el C.S
3- posibilitar el conocimiento de las citas en Atención Especializada
4- ayudar a la formación en los nuevos recursos informáticos disponibles
5- facilitar la modificación de datos del usuario sin desplazarse al Centro de Salud.
6- facilitar el acceso personal a datos clínicos (una vez que se active esta opción)
7- integrar positivamente al usuario en su atención sanitaria
8- resolver las múltiples dudas que surgen al implantar esta nueva herramienta
9- dar solución a la demanda social de un mejor acceso a la información
10- optimizar el trabajo del personal de admisión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1570

1. TÍTULO

CAPTACION E INFORMACION AL USUARIO PARA EL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS PARA LA AUTOGESTION DE CITA, DATOS PERSONALES Y CONSULTA DE DATOS CLINICOS

MÉTODO
Acciones para la captación de usuarios:
- A través de un flash administrativo para que determinados usuarios sean derivados por el personal sanitario a admisión
- Colocando carteles informativos en todas las consultas
- Informando a los usuarios cuando pasan por Admisión

Inicialmente la carga asistencial de los administrativos aumenta, ya que hay que informar a los usuarios de las distintas herramientas disponibles y como hacer uso de ellas, así como realizar los pasos administrativos para habilitar al usuario.
Aquellos usuarios con necesidad especiales se les ayuda de forma individual bien enseñando el manejo o ayudando a descargar la aplicación.
Sesión clínica en el Centro de Salud para informar a todo el centro de las nuevas herramienta disponibles.

INDICADORES
Evaluación del Proyecto:
Se realizara anualmente y seguimientos/3 meses.
Por un lado de los usuarios que han sido informados en admisión (Sin despreciar el posible nº de usuarios que han leído los carteles informativos y deciden no solicitar su clave, número difícil de medir en estos indicadores)
Por otro lado mediante realización de listados de personas que dan su consentimiento para recepción de mensaje al móvil recordando cita de especialista.
También se solicitara al Centro de Atención al Usuario el incremento de personas que hacen uso de estas herramientas.
Se medirá al año de la implantación del proyecto la satisfacción por parte del equipo de Admisión mediante encuesta anónima sobre realización del proyecto y resultados.
Posibles comunicaciones a congresos o publicaciones analizando los resultados obtenidos.

DURACIÓN
DURACIÓN DEL PROYETO 3 años
INICIO: Septiembre 2017
1ª resvisión: Diciembre 2017.
Estudio de las posibles deficiencias y puesta en marcha de las mejoras necesarias: Enero 2018/ Septiembre 2018
Siguientes reevaluaciones: Abril 2018, Septiembre 2018, Diciembre 2018.
Calendario paralelo al de 2018 durante 2019 y 2020.
Revisión final en Octubre de 2020 con conclusiones finales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0523

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BEL CEBRIAN TERESA DE JESUS
CEBOLLADA APARICIO JOSE MANUEL
HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO
GALVE ROYO EUGENIO
FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS
SAURA CAMPOS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PRIMERA FASE: Noviembre 2016/ diciembre 2107
Cuatro Talleres de Formación :
a)13/12 2016 " Diagnóstico clínico de lesiones cutáneas pigmentadas" incluido en el plan de formación del EAP (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
b) 17/01/2017 "Diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas en piel" en el marco de la nueva edición de Sesiones Clínicas conjuntas entre Atención Primaria y el Hospital Royo Villanova en el Sector Zaragoza I. EAP (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
c)27/06/2017 "Manejo I del dermatoscopio a traves de las imagenes de libre acceso App.(you dermoscopy)" (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
d)22/12/2017 "Manejo II del dermatoscopio a traves de las imagenes de libre acceso App.(you dermoscopy)" (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
Ocho Reuniones mensuales
Reuniónes mensuales en . Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Octubre y Noviembre de forma espontánea de casos clínicos surgidos en el Centro en relación con la patología pigmentaria dermatológica.
Previo a la realización de los talleres se ha entregado el material de las sesiones clínicas para poder tener un mejor aprovechamiento de las mismas y al finalizar recogida de un cuestionario sobre dudas y sugerencias.
SEGUNDA FASE: A PARTIR DE enero 2018:
Recogida de datos en OMI/AP para evaluar los siguiente inidcadores:
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada en 2017.
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada con diagnostico coincidente
%de derivaciones a dermatologia una vez puesto en marcha el proyecto con respecto al año anterior
TERCERA FASE marzo de 2018: Evaluación de resultados
(Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entre nuestros objetivos
1-Mejorar el conocimiento y manejo de las lesiones pigmentadas cutáneas en el ámbito del EAP. Incrementando la destreza del profesional en la diferenciación de las queratosis seborreicas y nevus melanociticos de los melanomas y carcinomas basocelulares pigmentados.
2- Mejorar la capacidad organizativa para derivar las lesiones sospechosas de malignidad
3.-Mejorar la seguridad del paciente en el diagnóstico de las lesiones malignas pigmentarias
Hemos detectado a lo largo de este año noviembre 2016 / diciembre 2017) la existencia de posibles lagunas que han sido identificadas gracias al aprovechamiento de los talleres y casos clínicos trabajados .
Nos queda aún por determinar si esto se ha trasladado en una derivación más eficiente a Dermatología (tanto por ser más adecuado nuestro diagnostico como por disminución de las derivaciones innecesarias)
Queda pendiente:
Recogida de datos en OMI/AP para evaluar los siguiente inidcadores:
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada en 2017.
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada con diagnostico coincidente
%de derivaciones a dermatologia una vez puesto en marcha el proyecto con respecto al año anterior
TERCERA FASE marzo de 2018: Evaluación de resultados
(Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
A pesar de no ser un indicador establecido en el proyecto inicial podemos destacar la alta participacion del profesional Médico tanto en los talleres como en las sesiones clinicas alcanzando en l a mayoría de los mismos el 100%, lo que ha repercutido en una mayor comunicación en el equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto es útil tanto en relación con los beneficios aportados para el paciente principalmente en materia de Seguridad (derivaciones inadecuadas, y diagnostico precoz). Y por otro lado para los profesionales, hemos mejorado en la calidad de nuestra practica clínica, la comunicación y participación en el EAP.
Por otra parte no nos ha resultado dificultosa su puesta en marcha por lo que nos hemos planteado su extensión en el tiempo y la posibilidad de ser fácilmente replicar en cualquier otro centro de de Salud dado que el principal recurso necesario es el capital Humano presente ya en todos loscentros
A pesar de no contar con los datos de OMI-Ap la satisfacción personal en una mejora continua de nuestra

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0523

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

formación en un ámbito de la Medicina de Primaria que abarca mucho tiempo de nuestra consulta ha resultado satisfactoria para el Personal Médico.
Pensamos que nos queda mucho terreno aún por explorar y mejorar en el manejo de las lesiones dermatológicas y más concretamente en el USO del dermatoscopio desde Primaria. Instrumento útil en lesiones pigmentarias y bastante desconocido en nuestro ámbito. Por lo que intentaremos profundizar y mejorar en el mismo.Destacando la necesidad de llegar a tener uno por profesional (ya que solo contamos uno en el equipo)

7. OBSERVACIONES.
A pesar de no contar con los datos de OMI-Ap la satisfacción personal en una mejora continua de nuestra formación en un ámbito de la Medicina de Primaria que abarca mucho tiempo de nuestra consulta ha resultado satisfactoria para el Personal Médico.
Pensamos que nos queda mucho terreno aún por explorar y mejorar en el manejo de las lesiones dermatológicas y más concretamente en el USO del dermatoscopio desde Primaria. Instrumento útil en lesiones pigmentarias y bastante desconocido en nuestro ámbito. Por lo que intentaremos profundizar y mejorar en el mismo.Destacando la necesidad de llegar a tener uno por profesional (ya que solo contamos uno en el equipo)
Pendiente de recoger resultados del OMI-AP

*** ========== Resumen del proyecto 2016/523 ========== ***

Nº de registro: 0523

Título
MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA, BEL CEBRIAN TERESA DE JESUS, CEBOLLADA APARICIO JOSE MANUEL, HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO, GALVE ROYO EUGENIO, FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS, SAURA CAMPOS ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES DE LA PIEL
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROBLEMA
En nuestro centro de Salud se estan realizando diversos royectos de mejora en relacion con la patologia dermatologica (formacion en autoexploracion y telemedicina en pediatria). Detectando una demora importante en su valoracion. La patologia dermatológica y mas concretamente las lesiones pigmentadas cutáneas son frecuentes en la practica clínica de nuestro Centro de Salud. En el diagnóstico diferencial se incluye al carcinoma basocelular pigmentario y el MELANOMA MALIGNO(MM) El MM es el tumor de mayor mortalidad en dermatologia y su incidencia en las últimas décadas va en aumento . SU DIAGNÓSTICO PRECOZ ES EL ÚNICO TRATAMIENTO CURATIVO ACTUALMENTE. Es fundamental conocer sus formas de presentacion clínicas y las lesiones cutáneas que pueden simularlo. La capacidad del méico para sospecharlo es primordial para mejorar el pronótico del paciente. Por lo tanto es importante mejorar y ampliar la formación del profesional de Atención Primaria en el diagnóstico y su pronta y ADECUADA derivación a ESPECIALIZADA que conlleve un aumento en la seguridad del paciente (sin sobrecargar las consultas de dermatologia).

RESULTADOS ESPERADOS
objetivos

1-Mejorar el conocimiento y manejo de las lesiones pigmentadas cut?eas en el ámbito del Centro de Salud. Incrementando la destreza del profesional en la diferenciación de las queratosis seborreicas y nevus melanociticos de los melanomas y carcinomas basocelulares pigmentados.

2- Mejorar la capacidad organizativa para derivar las lesiones sospechosas de malignidad
3.-Mejorar la seguridad del paciente en el diagnostico de las lesiones malignas pigmentarias

MÉTODO
Formación multidisciplinar a traves de talleres periodicos incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0523

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DERIVACION A DERMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON LESIONES PIGMENTARIAS MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD

Colaboracion con Atención Especializada y exposición de casos clínicos concretos
Entrenamiento con las imágenes dermatoscópicas a través de la utilización del recurso disponible de libre acceso en App.(you dermoscopy)
Manejo diario del dermatoscopio del Centro de Salud.

INDICADORES
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada en 2017 (Explotacion dedatos/ codificación en OMI/AP.)
% de pacientes con lesiones malignas derivadas a especializada con diagnostico coincidente (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
% de derivaciones a dermatologia una vez puesto en marcha el proyecto con respecto al año anterior (Explotacion de datos/ codificaciónen OMI/AP.)

DURACIÓN
Noviembre de2016 -junio de2017: Talleres de Formación sobre el diagnostico y manejo de lesiones pigmentarias.

Enero-septiembre 2017 Entrenamiento con el dermatoscopio a traves de las imagenes de libre acceso App

Septiembre.Noviembre 2017:recogida de datos en OMI/AP

Diciembre de 2017: Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0582

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MONICA LOPEZ CAMPOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO SELLES TERESA
REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA
ROMEO LAZARO ELVIRA
SANCHEZ ZAPATER ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PLAN DE COMUNICACIÓN:
- Se realizó una sesión informativa para todo el personal del centro sobre los proyectos comunitarios que se iban a realizar en el mismo, en ella se explicó este proyecto.
- Durante las revisiones de salud en los distintos grupos de edad se iniciaba un dialogo con los padres y con el paciente (Cuando la edad lo permitía) sobre alimentación, posteriormente se entregaba la hoja y la encuesta de satisfacción.
ACTIVIDADES REALIZADAS
Se han recogido 139 hojas de recomendaciones y encuestas de satisfacción. Repartidas en las distintas revisiones realizadas, 24 encuestas de 1 año, 19 encuestas con 2 años, 12 encuestas de 3 años, 11 encuestas de 4 años, 10 encuestas de 6 años, 11 encuestas de 8 años, 11 encuestas de 10 años, 13 encuestas de 12 años y 14 encuestas de 14 años. Por otro lado se han analizado 14 encuestas en pacientes de 6 meses. Con los resultados se está elaborando un resumen para enviar al próximo Congreso Nacional de Pediatría 2018. Las hojas han sido entregadas por las 3 pediatras y las 2 enfermeras de pediatría de forma uniforme, consiguiendo unificar los consejos y aumentando la confianza de los padres y del paciente en el equipo médico.
CRONOGRAMA.
En este proyecto se han cumplido con alguna modificación según el cronograma inicial, inicialmente se realizó una puesta en común y diseños de las distintas hojas de recomendación. Se realizó la encuesta de calidad y se imprimieron. Por distintos factores se retrasó la entrega de hojas a Marzo de 2017. Comenzando en el ultimo trimestre del año con el análisis de las encuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El entregar las hojas de alimentación en las distintas revisiones ha permitido facilitar el acceso a la información obtenida en consulta en la visita pediátrica sobre alimentación complementaria. Abriendo un marco de dialogo sobre la importancia de la alimentación que previamente en ocasiones no ocurría y que permite informar a los padres sobre los consejos nutricionales y hábitos alimentarios en las distintas fases pediátricas. Por otro lado, se facilitaba un modelo de dieta, para la preparación del menú familiar y resolvían las dudas que los padres presentan en su domicilio, evitando su acceso a recursos no siempre fiables y que de forma subjetiva no eran tan frecuentes cuando no se llevaba a cabo el proyecto. Los profesionales aprovechaban para corregir los múltiples errores nutricionales que surgían en el dialogo establecido.
Por parte de los profesionales el proyecto ha permitido conocer por una parte los errores más habituales sobre nutrición en las distintas etapas de la vida pediátrica, por otro lado ha permitido establecer diálogos que previamente en muchas ocasiones no ocurrían. Ha notado mayor comodidad y confianza por parte de los pacientes para realizar cuestiones de esta temática. También los resultados permiten valorar aspectos desconocidos cómo el alto porcentaje de despreocupación ante un tema de tal importancia en familias con malos hábitos. Exponemos algunos de los resultados de la encuesta de satisfacción:
A la pregunta de si le preocupa habitualmente la alimentación de su hijo el 61,6% de las madres se muestran totalmente de acuerdo y el 15,2% en desacuerdo. Si atendemos al rango de edad, no se corresponden directamente la preocupación con los pacientes de menor edad sino que está repartido proporcionalmente en los distintos rangos de edad.
En el caso de los pacientes de 6 meses, el 21,4% reconoce no tener ningún tipo de preocupación por la alimentación de sus hijos, aunque sigue siendo una mayoría las que si que tienen dicha inquietud.
Respecto a si en alguna ocasión tiene dudas sobre la alimentación de sus hijos sólo el 44,8% reconoce tenerlas en alguna ocasión, lo que deja ver el amplio desconocimiento unido a la poca preocupación sobre un tema tan vital cómo la alimentación en la edad pediátrica. Tampoco en este apartado hay diferencias entre los padres de hijos de mayor o menor edad. Los resultados para pacientes de 6 meses son similares, con preocupación en el 50% de las madres, llama la atención que no se tengan dudas en un periodo tan sensible como el inicio de la alimentación en lactantes.
Al preguntar si ven de utilidad recibir información escrita el 95,2% de los pacientes responde positivamente.
Al preguntar si han aprendido aspectos desconocidos sobre la alimentación en el niño el 54.4% reconoce ser así, el 30,4% se mantienen en un punto intermedio y el 15,2% refiere no haber aprendido nada. En pacientes de 6 meses el 72% de los padres refieren haber aprendido.
Se les preguntaba sobre la resolución de las dudas que tuvieran y el 80% refiere que han podido hacerlo y el 15% se mantienen neutros. En menores de 6 meses el porcentaje de satisfacción aumenta al 92,8%.
Un 96% de los padres valora positivamente información adaptada a la edad de sus hijos. Y un 95,2% están

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0582

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD

satisfechos con la información proporcionada de forma oral y escrita, siendo del 100% en menores de 6 meses de forma oral y el 92.8% con la formación escrita.
Al 95,2% de los padres les parece fácil y asumible llevar a cabo las recomendaciones (El 100% de los menores de 6 meses).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Establecer una rutina para informar y dar la información por escrito en todas las revisiones de salud es más difícil de lo inicialmente planificado.
Las madres agradecen la información, aunque la mayoría expresa no tener dudas sobre la alimentación de sus hijos en su vida diaria, a pesar de que en un alto porcentaje durante la comunicación se reflejan hábitos inadecuados.
CAPACIDAD DE EXTENSIÓN:
El proyecto puede seguir en el centro de Salud, facilitando la hoja de información en las revisiones de salud para seguir trabajando sobre el tema nutricional en las familias, ya que es el principal detonante de las patologías más frecuentes en la edad pediátrica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/582 ========== ***

Nº de registro: 0582

Título
REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD

Autores:
LOPEZ CAMPOS MONICA, BLASCO SELLES TERESA, PUIG GARCIA MARIA CARMEN, REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA, ROMEO LAZARO ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A la hora de introducir la alimentación complementaria en un niño surgen múltiples dudas en sus padres. Suelen recurrir al pediatra pero en muchos casos también a múltiples fuentes de información en internet.
Son muchos los consejos que los padres reciben en pocas consultas, presentando dudas posteriores, como ellos mismos expresan. Por ello creemos necesario la realización de una hoja de recomendaciones de introducción de alimentación complementaria tras la consulta. De esta manera los padres pueden recurrir a ellas las veces que sea necesario.
Por otro lado entre el 25 y 40 % de los padres de lactantes o pre-escolares se quejan de que los niños tienen problemas para alimentarse.
Si bien la mayoría de estos problemas son transitorios, hasta un 10% persiste, especialmente el que no quieran comer. Además de esto, estamos frente a un serio incremento de niños con sobrepeso y obesidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. Las cifras asustan. Más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 300 millones son obesas. Asimismo, el crecimiento de la obesidad infantil en los países desarrollados es espectacular y preocupante.
Al mismo tiempo que estamos comenzando a ver casos de niños de hasta 5 años con trastornos graves de alimentación y alteración de la imagen corporal. Estos hechos se pueden comprobar a diario en las consultas de atención primaria en pediatría, por lo que nos planteamos la necesidad de informar tanto a padres como pacientes de la importancia de una nutrición adecuada y unos hábitos correctos desde el principio. Para individualizar los consejos el máximo posible, planteamos como proyecto de calidad la realización de 4 hojas de recomendaciones en diferentes etapas de la vida pediátrica, incluyendo hábitos, consejos y ejemplo de una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0582

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE INFORMACION PARA LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LACTANTES Y PARA UNA CORRECTA NUTRICION A LO LARGO DE LA EDAD PEDIATRICA SEGUN RANGOS DE EDAD

dieta adecuada.
Todo esto supondrá un ahorro de recursos humanos, facilitar el conocimiento de las familias y resolución de dudas y mejorar la accesibilidad a la información en el domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Facilitar el acceso a la información obtenida en consulta en la visita pediátrica sobre alimentación complementaria.
2. Informar a los padres sobre los consejos nutricionales y hábitos alimentarios en las distintas fases pediátricas.
3. Integrar positivamente la alimentación en la vida familiar.
4. Informar al paciente cuando su edad lo permita sobre la importancia de una nutrición correcta.
5. Facilitar un modelo de dieta, para la preparación del menú familiar.
6. Resolver las múltiples dudas que los padres presentan en su domicilio, evitando su acceso a recursos no siempre fiables.
7. Unificar los consejos del equipo médico del centro de salud.
8. Aumentar la confianza de los padres y del paciente en el equipo médico.
9. Comprobar el efecto surgido en la familia tras la entrega de las hojas de información con una encuesta de satisfacción.
10. Publicar y presentar en diferentes medios/congresos los resultados obtenidos.

MÉTODO
Realizar cuatro hojas de información al paciente divididas en:
- Introducción de alimentación complementaria: Entregada en la revisión de los 4-6 meses.
- Hoja de recomendaciones de alimentación de 1 a 3 años. Con normas nutricionales, hábitos correctos y ejemplo de una dieta adecuada.
- Hoja de recomendaciones de alimentación de 4 a 9 años. Con normas nutricionales, hábitos correctos y ejemplo de una dieta adecuada.
- Hoja de recomendaciones de alimentación de 9 a 14 años. Con normas nutricionales, hábitos correctos y ejemplo de una dieta adecuada.

Aportar una entrevista de satisfacción a los pacientes para que rellenen y entreguen de forma voluntaria tras la lectura de las hojas de recomendación.
Las hojas de recomendación así como la encuesta de satisfacción se realizaran con consenso de los pediatras del centro de salud y el equipo de enfermería pediátrica. Posteriormente serán entregadas a los pacientes y sus familias por el equipo al completo según las necesidades.

INDICADORES
-Indicador 1: Número de hojas de recomendaciones y encuestas de satisfacción entregadas.
-Indicador 2: Mejora información médico-paciente (Encuesta a los profesionales del servicio)
-Indicador 3: Comprobar la satisfacción de las familias a las que se han entregado las hojas de recomendación.
-Indicador 4: Posibles comunicaciones a congresos o publicaciones analizando los resultados obtenidos.

DURACIÓN
Octubre-Noviembre- Diciembre 2016:
-Puesta en común y diseños de las distintas hojas de recomendación.
-Realización de la encuesta de calidad que recoja todos los aspectos deseados.
-Impresión de las distintas hojas de recomendaciones realizadas.
Enero 2017:
-Inicio de la entrega de las hojas de información y las encuestas de satisfacción.
Abril-Mayo 2017:
-Inicio de la evaluación de resultados e introducción de posibles mejoras.
-Encuesta a los pacientes para valorar las mejoras tras puesta en marcha del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0642

1. TÍTULO

DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN PUIG GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER
SANCHEZ ZAPATER ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los profesionales del Centro de Salud participantes en el proyecto han ampliado su formación a los largo de los 5 años que ha permanecido en vigor, mejorando con ello su capacidad resolutiva.
Los resultados obtenidos se han publicado en la Revista de Atención Primaria de 2017, siendo presentados a todo el EAP en Sesión Clínica conjunta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consideramos conseguido el objetivo fundamental del proyecto que pretendía reducir la tasa de derivación a Dermatología, ya que se ha pasado de 21 pacientes remitidos a A.E. en 2013 a 9 pacientes en 2017.
En cuanto a la concordancia de diagnósticos, de estos 9 pacientes enviados en 2017, 5 han sido remitidos por teledermatología para confirmar diagnóstico o reafirmar tratamiento. Esto reafirma la labor formativa de los pediatras del centro favoreciendo la adecuada derivación a Dermatología.
Por último destacar los datos obtenidos de las encuestas de satisfacción de los usuarios:se alcanzan valores de 4-5 sobre una puntuación máxima de 5 en todos los apartados preguntados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Proyecto se ha realizado durante 5 años con gran satisfacción de los profesionales del centro de salud y por supuesto de los pacientes/familiares atendidos con este procedimiento.
La relación entre Atención Primaria-Atención Especializada ha sido fluida en todo momento.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos que es el momento de cerrar el proyecto pero se va a continuar con la colaboración directa con Dermatología a través del envío de imágenes digitales dado que este sistema es beneficioso para el paciente y eficaz para los profesionales.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/642 ========== ***

Nº de registro: 0642

Título
DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES

Autores:
PUIG GARCIA MARIA CARMEN, GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER, SANCHEZ ZAPATER ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En las consultas de Atención Primaria, el uso de nuevas tecnologías permite la comunicación entre el especialista y el médico de atención primaria, mejorando la práctica clínica a nivel de las consultas en el centro de salud: Siendo la telemedicina una disciplina en expansión, lo es mas en el campo de la dermatología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0642

1. TÍTULO

DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES

dada la importancia que tiene en esta especialidad la imagen.
La colaboración entre el pediatra y el dermatólogo facilita la resolución y favorecen la colaboración entre Atención Primaria y Especializada

RESULTADOS ESPERADOS
Continuar con el envío de imágenes digitales de aquellos pacientes pediátricos susceptibles y valorar evolución de las mismas. Disminuir los tiempos de respuesta en la atención al paciente. Aumentar la capacidad resolutiva de los pediatras en el área de la dermatología

MÉTODO
Centralizar en un solo responsable del Servicio de Dermatología, la remisión de las imágenes para su valoración e informe posterior, resolviendo las dudas tanto de diagnóstico como terapeúticas que puedan surgir
Disponemos de cámara digital, dermatoscopio y la tecnología para la remisión de imágenes

INDICADORES
Tasa de derivación de pacientes : numero de pacientes derivados desde el año 2013/ pacientes derivados 2016
Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida mediante encuesta de satisfacción
Análisis de la concordancia de los diagnósticos establecido spor el pediatra y el dermatólogo

DURACIÓN
Continuar durante el año 2016 con este proyecto y evaluación anual del mismo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1252

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN VIÑAS VIAMONTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOZANO ENGUITA ELOISA
FORCEN BELTRAN MARIA JOSE
NUÑEZ OBON MARIA JESUS
MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA
HERNANDEZ ARNAL MARIA JOSE
DEL POZO PARA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones periódicas del equipo de Enfermería de Actur Norte para revisar los datos obtenidos a través del Cuadro de Mandos del Pte. Crónico.
8 febrero 2017: Revisión de los datos obtenidos por el Equipo de Enfermería de Actur Norte correspondientes al año 2016.
o Valoración satisfactoria de los resultados. Se plantea seguir con el proyecto para intentar mejorar las coberturas.
o Repaso del manual abreviado de criterios de inclusión y cumplimentación en OMI-AP.
26 abril 2017: Reunión de los miembros participantes en el Proyecto.
o Revisión de datos del primer trimestre.

27 julio 2017: Reunión de participantes en el Proyecto Pte. Polimedicado en Enfermería.
o Revisión de datos del segundo trimestre. Según datos extraídos del Cuadro de Mandos, no se alcanza la cobertura.
o A la vuelta de vacaciones de verano se hará una reunión de todo el Equipo de Enfermería para estimular cumplimiento.

19 octubre 2017: Reunión de todo el Equipo de Enfermería. Repaso detallado de los ítems de cumplimentación y forma de abordar a los pacientes y/o cuidadores, tanto en consulta como en domicilio.
o Revisión de datos del Cuadro de Mandos a fecha 30/09/17. Sólo se ha alcanzado una cobertura general del 22,53%.
o Trabajo individualizado en aquellos cupos en los que la revisión aparece próxima a 0%.
Diciembre 2017: estudio de evolución de coberturas.
o Se empieza a trabajar con el nuevo Programa del Paciente Crónico Complejo.
o Recordatorio sobre la necesidad de trabajar la Estructura de la Medicación en este grupo de pacientes (valoración de la concordancia y la adherencia al tratamiento por enfermería).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o A finales de 2016 se pretendía conseguir una cobertura >41% sobre la población diana. Según datos proporcionados por Farmacia A. P. Zaragoza I, se alcanzó el 43.42% en el desarrollo de las actividades de valoración de la concordancia y la adherencia al tratamiento por enfermería.
o Para 2017 nuestra intención era llegar al 45% de la población diana. Sin embargo, debemos reconocer que el trabajo realizado no ha sido suficiente y los datos obtenidos a través del Cuadro de Mandos del Paciente Crónico así lo muestran. A 31/12/17 se había alcanzado una cobertura general de 31,11%, considerablemente inferior a 2016.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de que llevamos más de 2 años trabajando en este proyecto, y con una programación periódica para conseguir la efectividad del mismo, nos hemos dado cuenta que requiere un gran esfuerzo de control y de seguimiento a nivel individualizado y esto es una tarea de interiorización de cada uno de los profesionales de enfermería.
Creemos que se deberían implementar medidas a nivel individual (agendas, formación continuada, facilitar el manejo de OMI-AP,…) para mejorar la adhesión al programa por parte del personal.

7. OBSERVACIONES.
Damos por finalizado este proyecto considerando que se ha dado la formación e información suficiente a todo el personal de Enfermería del C. S. Actur Norte.
A pesar de ello, seguiremos intentando que los profesionales sanitarios sigan realizando y perfeccionando una labor tan importante como es la Estructura de la Medicación en la consulta de Enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1252

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1252 ========== ***

Nº de registro: 1252

Título
MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

Autores:
VIÑAS VIAMONTE CARMEN, LOZANO ENGUITA ELOISA, FORCEN BELTRAN MARIA JOSE, NUÑEZ OBON MARIA JESUS, MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA, HERNANDEZ ARNAL MARIA JOSE, DEL POZO PARA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
ANALISIS DE LA SITUACION EN DICIEMBRE DE 2015:

- Mediante revisión de datos de coberturas a través de OMI-AP, en el año 2014 se constató que el Indicador de Cartera de Servicios “Atención al Paciente Polimedicado”, se había quedado muy por debajo de lo esperado.

POBLACIÓN DIANA:
Pacientes > 75 años y consumo de 5 fármacos o más (como tratamiento crónico).
En general, los ancianos son pacientes con pluripatología y por tanto requieren el uso de varios fármacos simultáneamente. Esto puede tener como consecuencias un aumento considerable de las reacciones adversas y por supuesto de errores en la administración de los mismos.

- En el año 2015 se elaboró un proyecto de Mejora por un grupo de enfermeras con el fin de mejorar este indicador. Incluía sesiones informativas para el resto del equipo de enfermería, entrega y uso del manual abreviado de criterios de inclusión y cumplimentación en OMI-AP.

Se alcanzó el objetivo propuesto por el grupo respecto a un aumento de más del 2% en la mayoría de los profesionales.
A finales de 2015 en Actur Norte se alcanzó una cobertura >37% de la población diana.

- En el Contrato Programa 2016 se establece, dentro del” Plan Personal de revisión Estructurada de la Medicación”, la revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería en Pacientes Ancianos Polimedicados > 75 años.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Control de Pacientes Ancianos Polimedicados > 75 años

2.-Revisión de los criterios de inclusión y cumplimentación correcta del programa

3.-Adecuación de la medicación según las prescripciones indicadas en eReceta

4.-Mejorar la adherencia al tratamiento

A finales de 2016 en Actur Norte se pretende conseguir una cobertura >41% de la población diana (un 2% de aumento por cada trimestre de trabajo pendiente de este año respecto 2015).

MÉTODO
Este año 2016, todos los profesionales de Enfermería de adultos se proponen reforzar el trabajo iniciado y seguir mejorando. Para ello se plantea:

- Repaso detallado de los ítems de cumplimentación y forma de abordar a los pacientes y/o cuidadores, tanto en consulta como en domicilio. Estudio de la población anciana y su pluripatología.
- Mantener el control trimestral de seguimiento a través de los listados proporcionados. Actualización del manual abreviado de criterios de inclusión y cumplimentación en OMI-AP que se elaboró en el centro para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1252

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA AL PACIENTE POLIMEDICADO DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE A.P. DESARROLLO DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO

facilitar y unificar la forma de trabajo.
o Trabajo individualizado en aquellos cupos en los que la revisión aparece próxima a 0%.
o A finales de 2016 en Actur Norte se pretende conseguir una cobertura >41% de la población diana (un 2% de aumento por cada trimestre de trabajo pendiente de este año).

INDICADORES
PARA todos los objetivos señalados -----> Alcanzar una cobertura del 41% en la intervención enfermera en todos los cupos de Medicina Adultos.

La evaluación se realiza trimestralmente mediante revisión de los listados de control enviados por Farmacia del Sector I.

DURACIÓN
• Fecha de inicio:
Junio 2016.

• Fecha de finalización:
Diciembre 2016.

Cronograma de Actividades

• Sesión: Recordatorio de cumplimentación de ítems y registro de la actividad en OMI-AP. Junio 2016
• Sesión Estudio comparativo de datos de cobertura respecto finales 2015. Septiembre 2016.
• Sesión: Control de datos de cobertura alcanzados en 2016. Diciembre 2016-enero 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1737

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES VALLES PINTO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CAMPOS MONICA
REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se planificó una sesión de trabajo junto a madres y padres en la última etapa del embarazo, en contexto de las clases preparto realizadas por la matrona, repitiendo la sesión cada 8 semanas, con ayuda de una presentación power point. Se entregó una encuesta de satisfacción al final de la sesión.

El cronograma se realizó conforme a lo establecido, aunque se iniciaron las sesiones antes de lo establecido para llegar a todas las familias, inicialmente se realizó una puesta en común y diseños preliminares de las presentaciones, orientando el contenido.
En Octubre de 2016 se inició la primera sesión, realizando 1 sesión cada 8 semanas aproximadamente, en total 9 sesiones, exceptuando las vacaciones de verano.
La sesión se ha ido actualizando con el feed-back recibido en las múltiples sesiones, y con la formación recibida sobre atención comunitaria.
La encuesta de satisfacción también fue actualizada en Marzo de 2017 para hacerla más visual y añadir preguntas más concretas. De esta manera se hace más evaluable los resultados, que ofrecemos en parte en esta memoria.

PLAN DE COMUNICACIÓN:
- Se realizó una sesión informativa para todo el personal del centro sobre los proyectos comunitarios que se iban a realizar en el mismo, en ella se explicó este proyecto.
- Durante los cursos preparto la matrona informaba a la familia sobre la charla con el pediatra.
- Tras cada sesión realizábamos una reunión para comentar el desarrollo de la misma y establecer cambios en el caso de que fueran necesarios. Total de sesiones y reuniones: 9

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo de la charla se informaba sobre las situaciones más comunes y especialmente se resolvían las dudas de los futuros padres en relación a los primeros días/semanas de vida del recién nacido. Tras recibir formación sobre proyectos para la comunidad comenzamos a realizar técnicas de presentación/comunicación comunitaria que invitaban todavía más a la relación con las familias y que queremos implementar en el nuevo curso. También se observó la necesidad de aumentar la confianza de los padres a la hora de enfrentarse al nuevo recién nacido, lo que se ha ido aumentando y trabajando a lo largo de las distintas sesiones.
En las encuestas de calidad recopiladas:
- 16 encuestas completas ambas partes (matrona/pediatría).
- 8 encuestas completadas de forma incompleta.
- El 100% de las madres refiere que el curso le ha servido de ayuda, han aprendido conocimientos desconocidos previamente, les ha ayudado a sentirse más preparadas.
- Cuando preguntamos cuantos conocimientos consideran haber obtenido el 75% refiere muchos y el 25% refiere que alguno.
- En la puntuación al pediatra del 0 al 10:
o 13 madres le dan un 10 (81.3%)
o 2 madres le dan un 9 (12.5%)
o 1 madre le da un 8 (6.3%)
- El 100% de las madres refieren máxima confianza a la hora de exponer sus dudas durante la sesión.
- Ninguna madre refiere echar de menos algo durante la sesión.
- Varias madres resaltan aspectos cómo: La lactancia o la confianza aportada.
- El 100% de las madres afirman creer necesario tener información sobre vacunas previo al parto. De hecho, era uno de los temas preguntados y analizados de forma constante en las sesiones.
- El 62.5% de las mujeres son primerizas, el resto de las mujeres es su segundo hijo.
- La edad media de las madres fue de 33.13% (Desviación típica 4.5)

IMPACTO DEL PROYECTO:
Con las charlas a los padres previo al nacimiento de sus hijos hemos conseguido más beneficios de los inicialmente planteados. Son múltiples las dudas que los futuros padres tienen sobre el nacimiento y los primeros días de sus futuros hijos, que una vez tienen al recién nacido en casa se viven con gran ansiedad, especialmente los primeros días de vida.
En nuestro centro de salud hasta la realización de este proyecto no se realizaban actividades conjuntas en relación a la preparación del parto con la matrona por parte del equipo médico de pediatría.
Las familias, especialmente las madres han mostrado en multitud de ocasiones (encuesta) la satisfacción con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1737

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

la información recibida, aumentando su confianza en los profesionales del centro. Disminuyendo la ansiedad preparto y al recibir a sus hijos. Las familias adquieren habilidades para el cuidado del recién nacido. Desde un punto de vista organizativo además se optimiza el trabajo de los facultativos y enfermeras ya que múltiples dudas quedan resueltas desde el inicio, aliviando la demanda de consulta los primeros meses de vida por estos motivos. En las revisiones médicas, los pacientes reconocían saber ciertas informaciones aportadas gracias a la charla recibida. Subjetivamente los profesionales también hemos notado qué familias acudían a la charla y cuales no. Por otro lado, se ha creado un equipo multidisciplinar estable que permite mejorar la relación y el manejo de la familia y recién nacido, no sólo antes del parto sino posteriormente, especialmente con la lactancia.

El éxito de las charlas ha hecho que madres de otro centro de salud (Amparo Poch) hayan acudido a las mismas, y madres de otros sistemas sanitarios lo hayan solicitado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- En la encuesta de satisfacción se pregunta por número de embarazos y de partos, hemos notado que al no especificar más hay mucha confusión en los resultados, no entendiendo con claridad si debían incluir el embarazo actual etc. Para el próximo año se aclarará la pregunta.
- A la hora de la organización administrativa durante este año no se citó en la agenda de la pediatra nada durante estas horas, se deberían citar las asistentes al curso y crear una agenda (SALA en programa informático OMI) para que conste y del que poder extraer los datos necesarios en posteriores evaluaciones.
- Disponemos un número limitado de encuestas para los resultados ya que inicialmente eran encuestas muy poco concretas, posteriormente se concretaron, pero al entregarlas a las madres muchas de ellas se las llevaban a casa y no las entregaban. Para el próximo año vamos a pedir que las rellenen en el mismo momento dejándoles un espacio y tiempo de confianza adecuado para ello.

Pretendemos extender el proyecto durante un año más para implementar los distintos aspectos mencionados (Técnicas de salud comunitaria, confianza paterno-filial, vacunaciones…). El análisis de viabilidad es factible, especialmente una vez analizadas las encuestas de satisfacción que confirman una sensación subjetiva de los profesionales que formamos este proyecto durante todo el año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1737 ========== ***

Nº de registro: 1737

Título
PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

Autores:
VALLES PINTO MARIA DOLORES, LOPEZ CAMPOS MONICA, REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Son múltiples las dudas que las futuros padres tienen sobre el nacimiento y los primeros días de sus futuros hijos, que como ellas exponen en muchos casos, tienen dificultad a la hora de resolver los primeros días tras el parto.
2. En nuestro centro de salud no se realizan actividades conjuntas en relación a la preparación del parto con la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1737

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

matrona por parte del equipo médico de pediatría.
3. Existe una demanda social de formación médica en este grupo de población.
-La importancia de este proyecto radica en incluir en las clases preparto una sesión impartida por parte del equipo
de pediatría del centro para informar sobre las situaciones más comunes y resolver las dudas de las futuros padres

en relación a los primeros días de vida del recién nacido, especialmente los primeros 7 días hasta la primera visita
médica.
Mejoraría los siguientes aspectos:
·la calidad del servicio a los pacientes (con una información más detallada)
·la optimización del trabajo de los facultativos y enfermeras, resolviendo de antemano muchas dudas que posteriormente causan múltiples demandas en consulta
·la organización del servicio
·disminución de la ansiedad familiar al enfrentarse a determinadas situaciones desconocidas los primeros días tras

el nacimiento de un bebe
·apoyar el trabajo realizado por la matrona del centro en este grupo de pacientes
Todo esto supondrá un ahorro de recursos humanos, facilitar el conocimiento de las familias y resolución de dudas y
mejorar la accesibilidad de los padres al equipo médico del centro.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Participar con una sesión pediátrica en el contexto de las 8 sesiones impartidas en el Centro de Salud por parte de la matrona en las clases de preparación al parto.
2. Informar a los padres sobre las situaciones más comunes los primeros días de vida de un recién nacido.
3. Integrar positivamente el nuevo rol de maternidad y paternidad.
4. Conocer las principales necesidades del recién nacido.
5. Adquirir habilidades para el cuidado del recién nacido.
6. Resolver las múltiples dudas que los padres presentan cuando se acerca el parto de un hijo y que son causas de múltiples demandas las primeras semanas del recién nacido.
7. Dar solución a la demanda existente de contacto con un pediatra en este momento.
8. Crear un equipo multidisciplinar estable que permita mejorar la relación y el manejo de la familia y recién nacido.
9. Garantizar la continuidad del proyecto con nuevas mejoras en años sucesivos.

MÉTODO
La pediatra del Centro de Salud acudirá a la sala donde se realiza la preparación al parto para realizar una sesión que inicialmente constará de información verbal y visual de los siguientes temas y posteriormente una puesta en común con resolución de dudas.
Temas a tratar durante la sesión:
1. La relación afectiva
••El vínculo afectivo.
••La comunicación con el recién nacido.
••El rol materno y paterno.
2. Las principales características y necesidades del recién nacido
3. Las habilidades para el cuidado del recién nacido
••La atención hacia el recién nacido y los recursos necesarios.
••Las estrategias para dar respuesta a las necesidades del recién nacido (actitudes y habilidades).
4. Recomendaciones respecto al sueño y al reposo
5. Recomendaciones para la prevención de la muerte súbita del recién nacido
6. Indicadores de normalidad del recién nacido
Lanugo, Vérnix, estornudos, hipo, exantema, ictericia fisiológica, regurgitación...
7. Atención del recién nacido en el hospital
• Colirio antibiótico
• Vitamina K
• Temperatura
• Programa de detección precoz neonatal (prueba del talón)
• Detección precoz neonatal de la hipoacusia
8. Atención al recién nacido
• Pérdida de peso durante los primeros 5 días de vida
• Deposiciones meconiales al principio y deposiciones semilíquidas en recién nacidos alimentados con leche materna.
• Orina oscura.
• Ingurgitación o ligera inflamación en los pezones.
• Secreciones en genitales femeninos.
• La higiene (El baño, cura del cordón umbilical, deposiciones...)
• El dolor abdominal
• El estrés
9.Control post-alta del recién nacido (Visitas con el Pediatra, Matrona y Enfermería).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1737

1. TÍTULO

PROYECTO DE COLABORACION DE PEDIATRIA Y MATRONA PARA FOMENTAR HABILIDADES Y AUMENTAR CONOCIMIENTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO EN LAS SESIONES DE PREPARACION AL NACIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE

INDICADORES
Indicador 1. Número de familias que acuden preparación nacimiento
Indicador 2. Mejora información profesionales centro de salud- futuros padres (encuesta a los profesionales del servicio).
Indicador 3. Comprobar la satisfacción de los asistentes a las sesiones (encuesta de satisfacción).
Indicador 4. Posibles comunicaciones a congresos o publicaciones analizando los resultados obtenidos.

DURACIÓN
Octubre-Noviembre 2016:
-Puesta en común y diseños preliminares de las presentaciones, orientación del contenido.
Diciembre 2016:
-Inicio de la promoción de la nueva sesión en las clases preparto.
Enero 2017:
-Inicio de las sesiones.
Abril 2017:
-Inicio de la evaluación de resultados e introducción de posibles mejoras.
-Encuesta a los pacientes para valorar las mejoras tras puesta en marcha de la sesión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0668

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN PUIG GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARDENILLA GIL CRISTINA
IBERO REDIN JAIONE
IGLESIAS ESTEBAN LAVINIA
LOPEZ CAMPOS MONICA
ABAD HERNANDEZ DAVID
VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo principal del proyecto se ha cumplido al aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas de la Zona Básica de Salud. Se ha cumplido el calendario marcando a excepción del último punto como se indica posteriormente.
Los objetivos secundarios se cumplieron al proponer el proyecto en 2018 a todos los centros escolares, aceptando los tres centros, en los diversos talleres se aportó la información mediante presentación Power Point y se solucionaron multitud de dudas expuestas por los docentes. Los conocimientos adquiridos (Pre-post formación) se exponen posteriormente. La satisfacción del personal tanto docente como sanitario ha sido muy alta en todos los aspectos. No hemos cumplido la meta de participación del 70% del profesorado ya que en uno de los colegios no fueron convocados todos los profesores, de los que sí fueron convocados participó el 100%. Este proyecto forma parte de la “Agenda Comunitaria de Actividades en colegios” que llevamos a cabo en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acudieron en CEIP Josefa Amar y Borbón 12 profesores de 20 en total, en Sagrado Corazón de Jesús acudieron 22 profesores de 22 que fueron convocados, de 110 en total.
Al analizar los test post-prueba hemos encontrado:
Los conocimientos sobre la enfermedad cuestionada (Anafilaxia, epilepsia, asma, hipoglucemia) son altos salvo en la anafilaxia que el 58% de los profesores reconocen no saber de que se trata.
ANAFILAXIA:
• CEIP Josefa Amar y Borbón: Solo el 25% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 16% sabría cómo actuar y el 8.6% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. Más de la mitad del profesorado desconocía los desencadenantes más frecuentes de las reacciones anafilácticas.
• Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 6.66% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 6.66% sabría cómo actuar y ningún professor se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. Más de la mitad del profesorado desconocía los desencadenantes más frecuentes de las reacciones anafilácticas.

ASMA
• CEIP Josefa Amar y Borbón: El 75% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 58.3% sabría cómo actuar y el 41.6% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. El 83.3% es consciente de que los pacientes asmáticos pueden realizar ejercicio y que el mismo podría desencadenar una crisis.
• Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 66.6% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 46.66% sabría cómo actuar y el 60% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado. El 80% es consciente de que los pacientes asmáticos pueden realizar ejercicio y el 93% que el mismo podría desencadenar una crisis.

EPILEPSIA
• CEIP Josefa Amar y Borbón: El 85.71% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 42.85% sabría cómo actuar y el 14.28 % se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado.
• Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 86.7% del profesorado sabría reconocer una anafilaxia previa a la formación. El 22.7% sabría cómo actuar y el 9.09% se ve capaz de hacerlo. Tras la formación el 100% afirma verse capacitado.

HIPOGLUCEMIA
• CEIP Josefa Amar y Borbón: Solo el 47.62% del profesorado sabría realizar una medición de azúcar. Y el 94.76% conocen las cifras de normalidad de la glucemia. El 55% saben de la peligrosidad de las hipoglucemias en el paciente diabético. El 59 % sabría cómo actuar en una hipoglucemia, el 45.45% en una hipoglucemia y el 36.36% se ve capaz de iniciar el tratamiento necesario. Tras la formación el 90.9% afirma verse capacitado.
• Sagrado Corazón de Jesus: Solo el 62% del profesorado sabría realizar una medición de azúcar. Y el 92.86% conocen las cifras de normalidad de la glucemia. Solo el 28,8% saben de la peligrosidad de las hipoglucemias en el paciente diabético. El 46.66% sabría cómo actuar en una hipoglucemia, el 33.33% en una hipoglucemia y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0668

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?

el 26.66% se ve capaz de iniciar el tratamiento necesario. Tras la formación el 90.9% afirma verse capacitado.

Los indicadores planteados:
? Indicadores de estructura:
- Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos= 100%
? Indicadores de proceso:
- Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 / nº de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico= 100%
- Nº de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / nº de profesores previstos captar en el año académico= CEIP Josefa Amar y Borbón 60%, Sagrado Corazón de Jesús 20%.
? Indicadores de resultado:
-N.º de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas= CEIP Josefa Amar y Borbón 100%.
-Nº de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción completadas entre los profesionales sanitarios. No se pasó encuesta en todos los sanitarios que participaron, sino que fue de forma oral en la que expresaron su satisfacción.

Se ha completado los 6 primeros ítems del cronograma aportado en el proyecto salvo el último con la presentación de resultados del EAP al no disponer de todas las encuestas decidimos esperar, pero ya está programada su realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- No se presentó inicialmente ningún documento firmado por parte del Centro de Salud y del centro escolar con un acuerdo de colaboración. Ya se ha introducido en el proyecto.
- Hemos tenido problemas en ambos centros con la afluencia del profesorado. Especialmente en el colegio Sagrado Corazón de Jesús ya que a pesar de nuestra insistencia (Vía email y de forma personal) sólo fueron convocados los profesores de primaria, excluyendo al profesorado de infantil, secundaria y bachillerato. Nos planteamos si volver a ofrecer la actividad el próximo año para incluir a estos profesores.
- El realizar este proyecto nos ha dado fuerza para continuar con el mismo al ver la gran aceptación en profesores y apreciar la gran adquisición de conocimiento gracias a las evaluaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/668 ========== ***

Nº de registro: 0668

Título
¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
PUIG GARCIA CARMEN, BARDENILLA GIL CRISTINA, IBERO REDIN JAIONE, IGLESIAS ESTEBAN LAVINIA, LOPEZ CAMPOS MONICA, ABAD HERNANDEZ DAVID, ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO, VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: PRIMEROS AUXILIOS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La formación en primeros auxilios es fundamental para todas personas y en un centro educativo el docente puede verse involucrado en situaciones de peligro. Con referencias a: 1ª Conferencia Internacional Promoción Salud (1986); Carta Europea Derechos del Niño (1992); Ley 12/2001, de la infancia y adolescencia en Aragón; Ley Servicio Aragonés Salud 2004 y Ley 5/2014, D. Gral de Ordenación Académica, D. Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y D. Gral de Salud Pública, han elaborado instrucciones que regulan la atención sanitaria no titulada en centros docentes de Aragón. El BOA destaca que la formación es un derecho y un deber del docente y desde el Centro de salud sería conveniente programar cada año formación al profesorado en atención de urgencia o emergencia. Nuestro propósito es ofrecer formación en primeros auxilios en colegios de la Zona Básica, a raíz de la petición de uno de los centros y de las RESOLUCIONES: • Marzo 2015, de Dirección Gral de Ordenación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0668

1. TÍTULO

¿Y SI NO HAY UN MEDICO EN LA SALA? ¡QUE NO CUNDA EL PANICO! SE PRIMEROS AUXILIOS?

Académica, Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y Dirección Gral de Salud Pública. • Noviembre 2017, del Director Gral de Innovación, Equidad y Participación y el Director Gral de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que suceden en las escuelas de la Zona.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Proponer a los centros escolares de nuestra área participar en el proyecto. - Aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver dudas y despejar miedos ante situaciones complicadas.-Valorar la satisfacción en el personal docente de los Centros educativos. - Valorar la satisfacción en el personal sanitario que participa. - Que participe al menos el 70% del personal docente del centro. - Recordar como pedir ayuda a los servicios sanitarios. - Incluir el proyecto en la “Agenda Comunitaria de Actividades en Colegios“ que se va a crear este año, junto con otras intervenciones del C.S. que también se realizan en escuelas.

MÉTODO
PLAN DE COMUNICACIÓN: 1.- Presentación del proyecto al EAP (Soporte Digital) 2.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros docentes interesados. 3.- Solicitud de autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar
ACTIVIDADES A REALIZAR: Utilizando materiales preparados por los profesionales de pediatría de Actur Norte, en cada centro escolar se realizan dos intervenciones:
1ª Intervención: Presentación del programa de formación del profesorado. Se explicará propósito, objetivos y contenidos y se realizará un taller teórico para docentes. Al finalizar cada intervención se pondrá a disposición el material multimedia utilizado. - Presentación de los temas (Soporte Digital): o Actuación urgente ante crisis convulsivas. o Actuación urgente ante reacciones anafilácticas.
2ª Intervención: Presentación del programa de formación del profesorado. - Presentación de los temas (Soporte Digital): o Actuación urgente ante hipoglucemias y atención a niños diabéticos. o Atención a niños asmáticos. - Encuesta de valoración final

INDICADORES
La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el proyecto. Se obtendrán los datos de: -Registro de participantes de cada sesión impartida en el centro escolar. -Número de Centros participantes en el proyecto. -Cuestionarios de Evaluación de Satisfacción
INDICADORES: • Indicadores de estructura: - Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos • Indicadores de proceso: - Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 /nº de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico - Nº de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / nº de profesores previstos captar en el año académico • Indicadores de resultado: - Nº de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas. - Nº de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción completadas entre los profesionales sanitarios.

DURACIÓN
Responsables de la implantación del proyecto: equipo de pediatría (pediatras y enfermeras), participan MIR y EIR de pediatría.
CRONOGRAMA: 1.- Constitución de equipo responsable de proyecto (Nov. 2017) 2.- Presentación del proyecto al EAP (Enero 2018) 3.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa (Enero 2018) 4.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar (Febrero 2018) 5.- Desarrollo del programa en los centros interesados (marzo-junio 2018, septiembre-octubre 2018) 6.- Reunión del equipo de trabajo para la evaluar el proyecto (junio 2018 y diciembre 2018) 7.- Presentación de resultados al EAP (diciembre 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA LOPEZ CAMPOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLARES PUNCEL MARIA TERESA
REINAO CEGOÑINO HECTOR
MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA
GARCIA ASCASO IGNACIO
LORENTE RIVEROLA JUAN
MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA
PEREZ MARCO CHRISTINE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo principal del proyecto se ha cumplido al introducir la enseñanza de la RCP básica en las escuelas de enseñanza primaria obligatoria de la ZBS Actur Norte a niños de 11-12 años (6ºPrimaria) en dos de los tres colegios inicialmente y programada para los 3 centros educativos de la zona este año 2019.
Los objetivos secundarios se cumplieron al proponer en 2018 a todos los centros escolares, aceptando dos de ellos, en 2019 ambos centros decidieron continuar y el tercer centro iniciar la formación. Los conocimientos adquiridos (Pre-post formación) fue imposible evaluarlos ya que en el CEIP Josefa Amar y Borbón nos comunicaron que habían perdido las encuestas que les dimos pese a nuestra insistencia, en Sagrado Corazón de Jesús nos aportaron únicamente las encuestas Post-Formación, en lecciones aprendidas aportamos ideas para solucionarlo. La satisfacción del personal tanto docente como sanitario ha sido muy alta en todos los aspectos. Ha participado un 95 y 98.1% del alumnado respectivamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acudieron en CEIP Josefa Amar y Borbón 17 profesores de 20 en total, en Sagrado Corazón de Jesús acudieron 20 profesores de 22.
Al analizar los test post-prueba hemos encontrado:
Preg. 1: ¿Has recibido información de soporte vital básico?: SI en el colegio, algún niño añadía que su padre o madre le habían dado alguna noción al ser médicos.
Preg. 2: Si encuentras a alguien tumbado en el suelo y no responde, ¿Qué deberías comprobar? El 81% responde correctamente a ver si respira, el resto refiere que buscar el pulso, en las practicas no buscamos el pulso en ningún momento por lo que puede ser nociones previas que debemos incidir en corregir en próximas formaciones.
Preg. 3: ¿A qué número llamarías en caso de urgencia? El 90% afirma que el 112 de forma correcta y un 10% el 091.
Preg. 4: Si encuentras a alguien sangrando mucho de un brazo, ¿Qué harías? En esta pregunta el 54% contesta correctamente aunque hay gran diversidad en la respuestas, un 30% afirma que iría cambiando la prenda de presión cuando se llenara de sangre por lo que debemos concretar más este punto a la hora de la realización de la práctica.
Preg. 5: ¿Para qué se usa la maniobra Frente-Mentón? El 75% de las respuestas son correctas.
Preg. 6: Si alguien se atraganta delante de ti y no deja de toser, ¿Qué harías? Pregunta complicada, solo el 4% de respuestas son correctas afirmando que dejarían toser libremente, el 40% ayudaría con palmadas en la espalda, el 55% le oprimiría el abdomen con fuerza y el resto le metería el dedo en la boca para sacar el cuerpo extraño. Esta pregunta deja claro que debemos incidir más en que mientras no se deje de toser debemos simplemente animar a toser libremente.
Preg. 7: ¿En qué situación sería conveniente poner a la persona de lado? El 42% responde correctamente a pesar de la dificultad de la pregunta, aunque el 29% contesta que da igual si el paciente tiene o no pulso o respira ya que en todas se puede usar.
Preg. 8: Respecto a la secuencia correcta de la RCP en un adulto el 57% responde correctamente y el siguiente grupo más numeroso responde 15:5 confundiéndose con la secuencia pediátrica y las respiraciones de rescate.
Preg. 9: Antes de iniciar el masaje cardíaco el 46% de los alumnos responde que hay que poner en posición lateral de seguridad para que no se trague la lengua, maniobras populares, pero no correctas que no hemos sabido concretar lo suficiente.
Preg. 10: Un 74% de los casos han entendido que lo primero en un accidente de tráfico es asegurarse de que se está a salvo, el Segundo grupo mayoritario optan por pedir ayudar a los servicios de urgencias.
Hay alumnos que han marcado 3-4 opciones de cada pregunta y otros alumnos que ha marcado todas las respuestas A del test, que han sido tratados como factor de confusión a la hora de analizar los resultados.

Los indicadores planteados:
? Indicadores de estructura:
- Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos= 95%
? Indicadores de proceso:
- Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x 100 / nº de colegios de la ZBS previstos captar en el año académico= 66.66%
- Nº de profesores que aceptan participar en el proyecto en el año académico x 100 / nº de profesores previstos captar en el año académico= CEIP Josefa Amar y Borbón 85%, Sagrado Corazón de Jesus 90.9%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

- Nº de alumnos que participan en la sesión práctica x 100 / nº de alumnos matriculados en 6º de Educación Primaria en el año académico= CEIP Josefa Amar y Borbón 95%, Sagrado Corazón de Jesus 98.1%.
?	Indicadores de resultado:
-Nº de test preprueba aprobados (> 5/10)/ nº de test preprueba realizados. No tenemos resultados.
-Nº de test postprueba aprobados (> 5/10)/ nº de test postprueba realizados= CEIP Josefa Amar y Borbón 100%, Sagrado Corazón de Jesus 100%.
-Nº de profesores en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción en el profesorado completadas= CEIP Josefa Amar y Borbón 100%, Sagrado Corazón de Jesus 100%.
-Nº de sanitarios en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10 x 100 / nº de encuestas de satisfacción completadas entre los profesionales sanitarios. No se pasó encuesta en todos los sanitarios que participaron, sino que fue de forma oral en la que expresaron su satisfacción.

Se ha completado los 6 primeros items del cronograma salvo el último con la presentación de resultados del EAP al no disponer de todas las encuestas decidimos esperar, pero ya está programada su realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-	En el documento firmado por parte del Centro de Salud y del centro escolar hemos añadido la necesidad e importancia de la realización de las encuestas PRE test y POST test. También lo hemos recordado vía email y en persona.
-	Hemos separado las encuestas para poder diferenciarlas fácilmente en caso de confusión.
-	Hemos formalizado el proceso en general tras encontrar problemas como que en el CEIP Josefa Amar y Borbón olvidaron convocar a los profesores a la sesión formativa a pesar de tenerla concertada meses antes y perdieron las encuestas.
-	El realizar este proyecto nos ha dado fuerza para continuar con el mismo al ver la gran aceptación tanto en profesores como muy especialmente en el alumnado. En el colegio Sagrado Corazón nos consta que tras la realización de este proyecto han comenzado uno por su cuenta con la formación inicial en niños de educación infantil durante los 3 primeros cursos en el colegio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/707 ========== ***

Nº de registro: 0707

Título
ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

Autores:
LOPEZ CAMPOS MONICA, CLARES PUNCEL MARIA TERESA, REINAO CEGOÑINO HECTOR, MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA, GARCIA ASCASO IGNACIO, LORENTE RIVEROLA JUAN, MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA, PEREZ MARCO CHRISTINE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SOPORTE VITAL BÁSICO EN LA ESCUELA (RCP)
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares son la 1ª causa de muerte. En España la parada cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte prematura, ocurre una parada cardiaca cada 20 minutos, el 80% en vía pública. La probabilidad de sobrevivir ante una PCR extrahospitalaria, puede aumentar hasta 5 veces, si se inicia la RCP por los testigos. Estar sin circulación reduce la supervivencia hasta un 12% por minuto que pasa sin que haya asistencia. Por ello es imprescindible la educación en maniobras de RCP para la población.
En nuestro país solo el 12% de la población sabe técnicas sobre RCP. Tanto es así, que, si capacitáramos al 20% salvaríamos 100.000 vidas anuales.
La importancia de la enseñanza de RCP ha llevado a la OMS a lanzar su campaña “Kids save lives” que aconseja enseñar en las escuelas RCP y manejo del DEA a todos los niños del mundo empezando a los 12 años.
Primero, se entrena a los maestros y después ellos se transforman en los instructores de sus alumnos.
Hemos unido nuestro proyecto el programa del Grupo de Urgencias y Atención Continuada de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Este programa incluye entre sus objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

1. Promover que los maestros de educación primaria incluyan la enseñanza de RCP y las emergencias.
2. Promover que todos los alumnos de 6º de primaria reciban un curso de SVB.

RESULTADOS ESPERADOS
Introducir la enseñanza de RCP básica en las escuelas de la ZBS Actur Norte a niños de 12 años. Este objetivo se intentará alcanzar completando los objetivos secundarios.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
- Proponer a todos los centros escolares de nuestra área la participación en el proyecto.
- Aumentar un 50% los conocimientos sobre soporte vital básico en los alumnos de 6º de primaria de los colegios participantes.
- Valorar la satisfacción en el personal sanitario que participa en el proyecto.
- Que participe el 90% del alumnado convocado a la educación en soporte vital básico.
- Introducir el proyecto en la Agenda Comunitaria en la Escuela de nuestro Centro de Salud.

MÉTODO
Se trata de un material multimedia que incluye:
? Presentación de diapositivas (power point)
? Guía didáctica “Ganando corazones” (pdf)
? Vídeos que describen los distintos procedimientos
? Juegos interactivos
El programa consistirá en la realización de dos intervenciones:
1ª: Presentación del programa y formación del profesorado. Al finalizar esta primera intervención se pondrá a disposición del equipo docente todo el material multimedia.
2ª: Taller con alumnos y consolidación de habilidades. Se organiza un segundo taller de repaso y práctica con los alumnos.
La parte práctica divide a los participantes en tres estaciones. Cada estación se adiestra en una técnica: masaje cardiaco en el adulto (con muñeco/torso adulto); masaje cardiaco en niño (con muñeco bebé); y otras situaciones (donde se instruye sobre el manejo de la inconsciencia, el atragantamiento y la hemorragia).
Por cada estación se precisará 2 preparadores (Personal sanitario).

PLAN DE COMUNICACIÓN:
1.- Presentación del proyecto al resto de miembros del EAP
2.- Contacto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa
3.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar

INDICADORES
La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el proyecto. Se obtendrán los datos de:
? Registro de participantes de cada sesión impartida en el centro escolar
? Número de Centros que participan en el proyecto
? Cuestionarios preintervención y postintervención
? Cuestionario de Evaluación de Satisfacción
Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:
- Nº de profesionales que participan en las sesiones x100/nº de profesionales participantes previstos
- Nº de colegios de la ZBS captados en el año académico x100/nº de colegios de la ZBS previstos captar
- Nº de profesores que participan en el proyecto en el año académico x100/nº de profesores previstos captar
- Nº de alumnos que participan en la sesión práctica x100/nº de alumnos matriculados
-Nº de test preprueba aprobados (> 5/10)/nº de test realizados.
-Nº de test postprueba aprobados (> 5/10)/nº de test realizados.
-Nº de sanitarios con satisfacción general >7 sobre 10x100/nº de encuestas completadas

DURACIÓN
Los responsables de la implantación del proyecto será el equipo de pediatría y enfermería y personal en formación.
CRONOGRAMA
1.- Constitución de equipo responsable de proyecto dentro del EAP (Enero 2018)
2.- Presentación del proyecto al resto de miembros del EAP (Enero 2018)
3.- Contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros interesados en el programa (Enero 2018)
4.- Solicitud de la autorización para el desarrollo del proyecto al Consejo Escolar (Febrero 2018)
5.- Desarrollo del programa en los centros interesados (marzo-mayo 2018)
6.- Reuniones para la organización y preparación de todos los responsables de los talleres prácticos (Mayo 2018)
7.- Reunión del equipo de trabajo para evaluación del proyecto (junio 2018)
8.- Presentación de resultados al EAP (junio 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0707

1. TÍTULO

ENSEÑANDO REANIMACION CARDIOPULMONAR EN LA ESCUELA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0948

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELOISA LOZANO ENGUITA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA TAIRA BEGOÑA
GRACIA OLIVAN MARIA MAR
IBAÑEZ CUBERO ELVIRA
RODRIGO PABLO MARIA JESUS
REDONCO CUERPO MARIA VICTORIA
SAURA CAMPOS ASCENSION
SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se reactiva el protocolo Interno de revisión del Carro de Paradas y Cuarto de urgencias para que todo el EAP participe del control, cuidado y mantenimiento activo del sistema de actuación.
Se realiza mediante:
Revisión mensual por 2 MAP y 2 DUE.
Revisión quincenal del aparatare y material por un miembro del grupo de trabajo.
Reunión bimensual del equipo colaborador del proyecto:
marzo 2018: puesta en común para preparar desarrollo y seguimiento del proyecto.
mayo 2018: revisión de carro de paradas y urgencias, preparación de Auditoria ISO.
Septiembre 2018: reunión para valorar incidencias tras Auditoria Interna ISO.
Noviembre 2018: INCIDENCIA INTERNA (el grupo que le tocaba la revisión mensual, no la realizó).
Enero-febrero 2019: preparación de la memoria del proyecto y conclusiones.
Asimismo, hemos colaborado con Formación y Farmacia del Sector I, para actualizar el Protocolo de Urgencias del Sector.
En Actur Norte se han realizado talleres y/o sesiones periódicas a lo largo de 2018. Fechas:
- 17 junio 2018
- 29 septiembre 2018
- 21noviembre 2018
Varios profesionales médicos y enfermeros del centro participaron en los cursos de SALUD “Taller de Circuito de activación del Sistema de Urgencias Extrahospitalaria y Gestión de carro de paradas” con códigos Z1-0784/2018 y Z1-0335/2018.
Todo el EAP asistió a la formación sobre RCP impartida en el Centro por Formación Sector I con fecha 22 de mayo de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos cumplido el objetivo de hacer llegar a los profesionales del centro nuestra inquietud por el buen control de Urgencias y estamos satisfechos con la respuesta del EAP en cuanto a su participación y seguimiento.
El equipo responsable del proyecto ha trabajado en las reunión periódicas indicadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este mes de febrero el equipo responsable está revisando el nuevo “Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de parada y maletín del Centro de Salud” unificado para todo el Sector I aprobado el 23/12/2018, para dar a conocer al EAP las novedades y modificaciones que en él aparecen.
Sería interesante seguir con la formación interna y/o externa por parte de los trabajadores del centro, e incluso estamos planteando la preparación de simulacros de actuación urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/948 ========== ***

Nº de registro: 0948

Título
MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO 9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR RESPONSABLE Y PROTOCOLO ACTUACION

Autores:
LOZANO ENGUITA ELOISA, ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA, GRACIA OLIVAN MARIA MAR, IBAÑEZ CUBERO ELVIRA, RODRIGO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0948

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

PABLO MARIA JESUS, REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA, SAURA CAMPOS ASCENSION, SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS/EMERGENCIAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Mantener un carro de parada y un maletín de urgencias con los medicamentos y material adecuados para la atención urgente-emergente en el ámbito de la atención primaria, se considera una prioridad para una atención de calidad. El CARRO DE PARADAS debe permitir la utilización rápida de los fármacos necesarios para la resucitación cardiopulmonar (RCP) en sus primeras fases. Por este motivo es IMPORTANTE SU FACIL DISPONIBILIAD,TANTO POR LA ACCESIBILIDAD A LOS MISMOS COMO POR DISPONER DE ELLOS EN EL NUMERO NECESARIO (no en exceso).Por otra parte, existen una serie de medicamentos que también se consideran fármacos de urgencias vital y que por lo tanto tienen que estar en la sala de urgencias y próximos al carro de paradas, pero no exactamente en el por ejemplo en la vitrina de urgencias En nuestro centro de Salud se ha detectado a través de La Certificación ISO 9001-2008 errores y riesgos potenciales en el mantenimiento del carro de paradas y maletín de urgencias por lo que vemos necesario la realización de un plan de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
1-Disponer de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencia del equipo, consensuado por todos los profesionales y en consonancia con las indicaciones básicas establecidas en el Procedimiento del Sector I.
2-Establecer un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.
3.- Creación de un equipo multidisciplinar responsable.
4.-Mejorar la seguridad del paciente al elaborar y poner en marcha un programa de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias
5.-Plantear la necesidad de de la creación de un protocolo de actuación en caso de Urgencias-Emergencias

MÉTODO
1.- Creación de un equipo multidisciplinar responsable
2.- Talleres periódicos, bimensuales incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2018 impartidos por los propios profesionales del centro y/ o a través del Portal del Empleado.
3.- Puesta en común bimensualmente de las oportunidades de mejor detectadas y soluciones aportadas.
4.-Creación de un protocolo de Revisión-Mantenimiento
5.-Creación de un protocolo de actuación en caso de Urgencias-Emergencias

INDICADORES
Análisis cualitativo y cuantitativo de las incidencias y no conformidades propuestas en la ISO 9001-2008 en el EAP Actur Norte y resolución de las mismas en consonancia con el proyecto
A destacar en la evaluación:
100%-90% sesiones clínicas, talleres realizados por el equipo respecto a las propuestas
Creación d el equipo multidisciplinar
Establecimiento de un protocolo de Revisión-Mantenimiento

DURACIÓN
2018-noviembre -2018 sesiones clinicas, talleres realizados por el equipo y/o Portal del empleado

Diciembre de 2018: Recogida de datos de las incidencias y no conformidades

Enero de 2019: Evaluación de resultados y propuestas de mejora.
Febrero de 2019: Presentación al equipo de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0948

1. TÍTULO

MEJORA MANTENIMIENTO CARRO PARADAS Y MATERIAL PARA ATENCION URGENTE-EMERGENTE (ISO9001) CON LA FORMACION DE PROFESIONALES DEL CS, CREACION DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0951

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA ABADIA TAIRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD HERNANDEZ DAVID
DELER PASCUAL ANA ISABEL
GALVE ROYO EUGENIO
HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO
LOZANO ENGUITA ELOISA
NUÑEZ OBON MARIA JESUS
SAURA CAMPOS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PRIMERA FASE: ENERO / MAYO 2108
1)Sesión plenaria realizada en el Centro de salud Actur Norte
a)17/01/2018 “EPOC/TABACO/Proyecto de mejora tabaco” incluido en el plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
2)Cuatro Talleres de Formación :
a) 24/01/2018 "Correcto Registro en OMI :Indicadores y manejo en tabaco " incluido en el plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
b) 14/02/2018 "Cuadro de mandos de Crónicos " incluido en el plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
c) 28/03/2018 “Tabaquismo y formas de Actuación en AP ” correspondiente al Plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte perteneciente al plan de Formación Continuada del Sector Zaragoza I (Docente: Eugenio Galve Royo)
d) 30/05/2018 "EPOC/tabaco/proyecto de mejora correspondiente al Plan de Sesiones del Centro de Salud Actur Norte perteneciente al plan de Formación Continuada del Sector Zaragoza I (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA)
Previo a la realización de los talleres se ha entregado el material para poder tener un mejor aprovechamiento de las mismas y al finalizar recogida de un cuestionario sobre dudas y sugerencias.
SEGUNDA Fase: Mayo-Diciembre 2018:
Realización por dos miembros del equipo Eugenio GALVE ROYO (médico) y María Teresa Clares Puncel (enfermera) el curso del Portal del Empleado del SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD: “CURSO DE FORMACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CONSULTAS ESPECÍFICAS DE DESHABITUACIÓN DEL TABACO EN ATENCIÓN Primaria” del 16/05/2018 al 24/10/2018 con 4 sesiones presenciales 16, 23 y 30 de mayo y 24 de octubre.
Comenzamos 3 reuniones multidisciplinarias, en Mayo, Junio, y Noviembre sobre el diagnóstico y manejo del paciente fumador alternados con exposiciones de casos clínicos.
TERCERA FASE Enero -febrero 2019:
Recogida de datos en OMI/AP –cuadro de mandos para evaluar los siguiente indicadores:
% de pacientes con hábito tabáquico detectados a lo largo de 2018 (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
% de pacientes con hábito tabáquico que se les ha hecho una intervención (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.) :
100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas :
Sesión plenaria realizada en el Centro de salud Actur Norte
28/02/2019“ Presentacion de resultados de los Proyectos de Mejora del Centro de Salud Actur Norte (Docente: MARIA BEGOÑA ABADIA TAIRA, CARMEN VIÑAS Viamonte, Mónica López Campos Y María Teresa Clares Puncel)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores utilizados han demostrado que hemos superado nuestras expectativas:
a) % de pacientes con hábito tabáquico detectados a lo largo de 2018 (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.) 43,19% (superando tanto el de Aragón 41,60%como el del sector Zaragoza I(38,62%)
b) % de pacientes con hábito que se les ha hecho una intervención 2018 (Explotación de datos/ codificación en OMI/AP.): 71,69%(superando tanto el de Aragón 63,26% como el del sector Zaragoza I 67%)
A destacar en la evaluación:
c) Más 100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas : Como actividades se han realizado 2 sesiones plenarias,4 talleres y 3 reuniones de Mayo-Noviembre UN TOTAL DE 9 REUNIONES superando las expectativas a decir más del 100% de las propuestas(7 propuestas) : 126% realizadas .
Hay que tener en cuenta que a pesar de haber habido en el equipo una jubilación y dos procesos de traslados la respuesta del centro ha sido muy buena

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La satisfacción personal en una mejora continua de nuestra formación, en un ámbito de la Medicina de Primaria, ha resultado satisfactoria para el Personal Sanitario.
Hemos detectado gracias al aprovechamiento de los talleres y casos clínicos trabajados la existencia de falta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0951

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA

de codificación correcta del hábito tabáquico y su intervención en el Omi-ap (se realizaba en ocasiones sólo el registro a nivel de apuntes); la ausencia de la utilización del cuadro de mandos para el seguimiento; y el desánimo por parte de los profesionales sanitarios ante la falta de tiempo para la intervención tanto breve y sobre todo extensa

Pensamos que nos queda mucho terreno aún por explorar y mejorar en el manejo de la deshabituación y más concretamente para la creación de una consulta Monográfica de Tábaco .Es necesario el apoyo concreto tanto del Equipo de EAP como desde la Dirección de Atención Primaria. No tenemos en el horizonte cercano la posibilidad de creación de esta consulta, a pesar de tener en el centro profesionales motivados. Pensamos que debe ser la Dirección de Atención Primaria junto con el Equipo la que cree un escenario que nos facilite su puesta en marcha sin detrimento o sobrecarga de nuestra actividad diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/951 ========== ***

Nº de registro: 0951

Título
MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Autores:
ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA, DELER PASCUAL ANA ISABEL, ABAD HERNANDEZ DAVID, SAURA CAMPOS ASCENSION, HERNANDEZ MORENO ANA CONSUELO, GALVE ROYO EUGENIO, NUÑEZ OBON MARIA JESUS, LOZANO ENGUITA ELOISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: PREVENCION
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El consumo de tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte. Aproximadamente un 60% de los fumadores quiere dejar de fumar, muchos no saben, DÓNDE pueden pedir ayuda y la mayoría manifiesta, que el consejo médico y de enfermería para dejar de fumar es un importante factor motivador. Cada año más del 70% de la población acude a nuestras consultas y les atendemos de promedio 6 a7 veces al año, esta situación privilegiada permite intervenciones repetidas. Por todo ello, la intervención desde las consulta de Atención Primaria tiene alta efectividad y posee una de las mejores relaciones coste-efectividad entre todas las actividades preventivas. Según el Plan de Salud de Aragón los profesionales sanitarios, y en especial los de A.P., deben informar sistemáticamente en su práctica habitual sobre el hábito tabáquico, sus consecuencias para la salud, y los procedimientos de deshabituación. En nuestro centro de Salud se han detectado valores bajos en la captación del paciente fumador y en menor medida en la intervención sobre el mismo. Por lo tanto vemos una oportunidad para mejorar y ampliar la formación de los profesionales del Equipo en este campo.

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Mejorar el registro en OMI, en habito tabáquico (si no se hace correctamente no se contabiliza)
2.-Mejorar el conocimiento y manejo de los usuarios fumadores en el ámbito del Centro de Salud.
3.- Mejorar la capacidad organizativa en el manejo del tabaquismo
4.- Ayudar al paciente a desarrollar capacidades para enfrentar y superar obstáculos que se le presenten en la deshabituación tabáquica
5.- Plantear según las necesidades de lo usuarios del Centro la creación de una consulta monografica de Tabaco.
6.-Mejorar la seguridad del paciente al elaborar y poner en marcha un programa de prevención y control del tabaquismo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0951

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INTERVENCION DE TABAQUISMO EN ACTUR NORTE MEDIANTE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD Y POSIBLE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA

MÉTODO
1.- Sesiones clínicas para mejorar el registro correcto de OMI en detección e intervención en tabaco.
2.- Taller de revisión del manejo del Cuadro de Mandos de Crónicos
3.-Formación multidisciplinar a través de talleres periódicos mensuales y cursos en tabaquismo incluidos en la Formación del Centro de Salud a lo largo del año 2018 y/o Portal del empleado.
4.- Exposición de casos clínicos concretos mensualmente
5.- Según las necesidades detectadas por los usuarios se planteara al año que viene la creación de una consulta monográfica de Tabaco.

INDICADORES
% de pacientes con habito tabaquito detectados a lo largo de 2018 (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
% de pacientes con habito tabaquito detectados alo largo de 2018 que se les ha hecho una intervención (Explotacion de datos/ codificación en OMI/AP.)
A destacar en la evaluación:
100%-90% sesiones clínicas realizadas por el equipo respecto a las propuestas

DURACIÓN
2018-Mayo 2018: Dos sesiones: Una sobre el correcto registro de tabaquismo en OMI y otra para revisar el manejo del Cuadro de mandos de Crónicos
Mayo de2018-noviembre -2018: Talleres de Formación mensuales sobre el diagnostico y manejo del paciente fumador alternados con exposiciones de casos clínicos mensuales
Diciembre de 2018: Recogida de datos en OMI/AP y % de sesiones realizadas respecto a las propuestas
Enero de 2019: Evaluación de resultados
Febrero 2019: Presentación de los resultados al EAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1475

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA CLARES PUNCEL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO GARCIA-REOL SOFIA
MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA
VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN
REINAO CEGOÑINO HECTOR
GARCIA ASCASO IGNACIO
FERNANDEZ SANCHEZ MARIA CARMEN
RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2018 se ha realizado un ciclo completo del programa de acuerdo al siguiente cronograma:
-Enero-Marzo: Formación de un núcleo interdisciplinar estable responsable del proyecto dentro del EAP (cuatros enfermeras, una trabajadora social). En marzo se comunicación y presenta al resto del EAP. El equipo se reúne periódicamente cada mes y medio o según necesidad.
-Abril-Junio: Preparación de los talleres: distribución de las tareas y proyectos. La trabajadora social preparó la sesión de atención sociosanitaria y el resto del equipo preparó las otras sesiones (powerpoint, material didáctico de apoyo etc.)
-Julio-Septiembre:Captación de cuidadores informales interesados en el programa. Las estrategias de difusión empleadas fueron: colocación de carteles informativos distribuidos por el CS y elaboración de folletos de difusión repartidos por salas de espera y consultas. La captación se realizó de manera activa por el EAP (Medicina / Enfermería) con citación en agenda específica (“Salas – grupo CUIDADORES”) o en el Servicio de Admisión con P-10.
-Octubre-Diciembre: Desarrollo del programa: cinco sesiones grupales de 1 hora de duración los segundos miércoles de cada mes de 15:30 a 16:30.Al finalizar el ciclo, reunión del equipo de trabajo para evaluación del grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las fuentes de datos para realizar la evaluación fueron:
Fichas de “Registro de Actividades” de cada sesión.
“Cuestionario de Evaluación de Satisfacción”.
Se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores:
Indicadores de estructura:
Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos: 100% (estándar 80%)
Indicadores de proceso:
Nº de cuidadores captados en el año x 100 / nº de cuidadores previstos captar en el año: 50% (estándar 50%)
Nº de grupos realizados en el año x 100 / nº de grupos previstos en el año: 50% (estándar 50%)
Nº de cuidadores que acuden al 80% de las sesiones grupales programadas x 100 / nº de cuidadores incluidos en el grupo: 100% (estándar 100%)
Indicadores de resultado:
Nº de cuidadores en los que la satisfacción general con el Programa es de 4-5 en escala Likert x 100 / nº de cuidadores participantes en el grupo: 80% (estándar 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El actual modelo de Atención Primaria centrado en la función asistencial de la misma dificulta el desarrollo de este tipo de actividades. Una de las principales dificultades encontradas, fue la falta de captación por parte del EAP. En contraposición a esto, según queda recogido en las “Encuestas de Satisfacción”,para muchos de los cuidadores el taller ha resultado “corto” y hubieran deseado que incluyera más sesiones ya que en él, además de información, han encontrado un espacio de escucha y en el cual compartir sus vivencias.
Este proyecto ha sido posible gracias a la colaboración de residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria y de estudiantes en prácticas de Enfermería. Estos valoran la realización de actividades comunitarias como esta como un aspecto importante dentro de las funciones del EAP y un elemento esencial en su formación.
Como elemento de mejora, consideramos importante no fijar de antemano el horario de los talleres y consensuar este con los participantes en cada ciclo a fin de facilitar la asistencia a los mismos.
Este proyecto ha sido incluido en el Centro de Salud como Activo Comunitario con acceso desde OMI desde enero de 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1475 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1475

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

Nº de registro: 1475

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

Autores:
CLARES PUNCEL MARIA TERESA, MARCO GARCIA-REOL SOFIA, MARTINEZ GALLEGO TEODOSIA, VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN, REINAO CEGOÑINO HECTOR, GARCIA ASCASO IGNACIO, RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA, FERNANDEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CUIDADOR INFORMAL
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años se ha incrementado notablemente la demanda de cuidados para personas dependientes. Esta tendencia se prevé que se mantendrá durante las próximas décadas debido principalmente al progresivo envejecimiento de la población (asociado a un incremento de las patologías crónicas) y a las mayores tasas de supervivencia de los pacientes con alteraciones congénitas, accidentes y enfermedades graves. En la mayoría de los casos la responsabilidad de los cuidados de estas personas es asumido por una única persona: la persona cuidadora principal. Sin embargo, esta no siempre está preparada con antelación para el cuidado ni para afrontar la diversidad de situaciones que los cuidados conllevan. En este marco de atención a la cronicidad y dependencia se encuadra este proyecto dirigido a cuidadores informales con la finalidad de ayudarles a cuidar y cuidarse mejor.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Cuidadores de familiares dependientes pertenecientes a la ZBS Actur Norte.
Objetivo principal:Capacitar a los cuidadores informales para brindar unos cuidados de calidad a las personas dependientes a su cargo así como mejorar su afrontamiento y calidad de vida.
Objetivos secundarios:
Implementar un programa de apoyo a cuidadores informales de personas dependientes.
Aumentar los conocimientos y habilidades de los cuidadores informales en el manejo de las personas dependientes.
Incrementar la calidad del cuidado a la persona dependiente.
Fomentar el autocuidado del cuidador.
Fomentar la relación terapéutica de los cuidadores informales con el EAP.

MÉTODO
El programa consistirá en la realización de ciclos de 5 sesiones. La metodología empleada en cada sesión será la exposición participativa: partiendo de preguntas abiertas, cada día sobre un tema, se desarrollará un contenido teórico, dejando posteriormente un espacio para la participación y el intercambio de experiencias entre los participantes. Los temas a tratar en cada sesión serán: “Movilización”, “Aseo”, “Alimentación”, “Recursos sociosanitarios (a cargo de la Trabajadora Social del Centro) y “Aprender a cuidarse: pedir ayuda, resolución de problemas y estrategias de comunicación interpersonal”.

INDICADORES
La evaluación será realizada por el grupo de profesionales que participan en el Programa con periodicidad anual.
Para realizarla se obtendrán los datos de:
Registro de Actividades de cada sesión
Cuestionario de Evaluación de Satisfacción
Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:
Indicadores de estructura:
Nº de profesionales que participan en las sesiones x 100 / nº de profesionales participantes en el programa previstos
Indicadores de proceso:
Nº de cuidadores captados en el año x 100 / nº de cuidadores previstos captar en el año
Nº de grupos realizados en el año x 100 / nº de grupos previstos en el año
Nº de cuidadores que acuden al 80% de las sesiones grupales programadas x 100 / nº de cuidadores incluidos en el grupo
Indicadores de resultado:
Nº de cuidadores en los que la satisfacción general con el Programa es de 4-5 en escala Likert x 100 / nº de cuidadores participantes en el grupo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1475

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

DURACIÓN
Inicio:Enero 2018: Puesta en marcha. Comunicación al EAP 31/01/18.
Fin: Diciembre 2019.
Duración: ciclos de cinco sesiones grupales de 1 hora de duración los segundos miércoles de cada mes de 13:30 a 14:30.
Captación: carteles informativos y captación activa por el EAP (Medicina / Enfermería). Citación en agenda específica ("Salas – grupo CUIDADORES") o en Servicio de Admisión con P-10.
Tras cada ciclo se celebrará una reunión del equipo de trabajo para la evaluación del grupo.

OBSERVACIONES
Planteamos una duración de al menos dos años para facilitar el acceso a este recurso del mayor número de personas. Aunque los grupos son cerrados, la realización cíclica del programa permitirá a los participantes completarlo en caso de no asistencia a alguna de las sesiones.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1296

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL C.S. AMPARO POCH

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL SILVESTRE ORTE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES PIÑOL DOLORES
GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT
HERNANDEZ PASCUA MARIA JESUS
REYERO BLANCO ELVIRA
LAMANA SUAREZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creación de huecos específicos para demandas no presenciales en las agendas de los profesionales.
-Colocación de carteles informativos en las puertas de las consultas
-Creación de circuito de recogida y entrega
-Información telefónica a los pacientes que solicitan cita para la consulta.
-Reunión organizativa-informativa con el servicio de admisión (18 enero) y al equipo (28 junio)
-Información a las Farmacias de la zona de la puesta en marcha del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Optimización del tiempo en las consultas del centro
-Mejor disponibilidad en las agendas para atención de pacientes
-Mejora en la accesibilidad y tiempo a los usuarios
-Satisfacción manifiesta de los usuarios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se han contablizado más de 1.100 pacientes citados en las consultas de Demanda No presencial, lo que significa pacientes que se les ha atendido sin tener que acudir a la consulta de su médico. La satisfacción de los usuarios nos la manifiestan de forma oral cuando vienen al centro, aunque nos gustaría que lo hubieran reflejado por escrito.
-Se han dado un % muy bajo de pacientes que les informan mal del protocolo y solicitan consultas que tienen que acudir con su médico

7. OBSERVACIONES.
Creemos oportuno que se hicieran campañas informativas a los usuarios, farmacias y asociaciones de la zona para que conozcan bien el protocolo y no accedan al programa por cuestiones que tienen que ser resueltas en la consulta.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1296 ========== ***

Nº de registro: 1296

Título
OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL C.S. AMPARO POCH

Autores:
SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL, REYERO BLANCO ELVIRA, HERNANDEZ PASCUA MARIA JESUS, ANDRES PIÑOL MARIA DOLORES, GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT, LAMANA SUAREZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A raiz de la puesta en marcha por parte de la D.A.P. De nuestro Sector del Proyecto de Demanda No presencial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1296

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL C.S. AMPARO POCH

para los Equipos de A.P, nuestro Centro de Salud crea un circuito interno de funcionamiento y racionalización de dicha consulta (dentro de los parámetros del proyecto principal)

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el tiempo en consultas para la Demanda asitencial
Mejorar la asitencia de los usuarios y evitarles el tener que acudir a consulta para realizar estos trámites

MÉTODO
-Creación de huecos específicos en las agendas de los profesionales de Demanda No Presencial
-Creación de un circuito de recogida de las recetas e informes médicos
-Se colocan en las puertas de las consultas Carteles informativos sobre la puesta en marcha y funcionamiento de dichas consultas
-Información a los pacientes que solicitan cita para consulta de la puesta en marcha del circuito
*Responsables son todos los componentes del servicio de admisión

INDICADORES
-Revisión de las agendas de las consultas para contabilizar el número de pacientes que se han citado
-Optimizar las agendas de cada consulta según la demanda de sus pacientes
-Revisión de las sugerencias del centro relativas al proyecto
-Estudio y detección de problemas mediante el contacto diario con los pacientes

DURACIÓN
Fecha de inicio:
Día 23 de enero 2017

Fecha de finalización:

Cronograma de Actividades

Pendientes de realizar una sesión informativa al Equipo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA CALERO FUERTES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES GREGORIO MARIA JESUS
ALBERO VILLA CONCEPCION
OLIETE HERRERO CONCEPCION
RUIZ CERVEL AVELINDA
SORIA SANCHEZ CONCEPCION
MENES BLANCO TERESA
LARRIPA ROMEO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2017 se han ido realizando las siguientes actividades:
Recordatorio a través del correo de OMI, con una frecuencia bimensual, sobre la pertinencia de la realización de la exploración del pie diabético, como objetivo final de la realización de nuestro proyecto asistencial. Esta actividad se ha realizado a lo largo de todo el año 2017
Extracción de datos cada tres meses a partir del cuadro de mandos de diabetes e información de los mismos a todas las enfermeras, por buzoneo de los mismos en los cajetines de cada enfermera sitos en el área de admisión del centro de salud. En el último trimestre se realizo con periodicidad mensual.
En septiembre/17 reparto e información al servicio de enfermería de:"revisión del pie diabético en tres minutos" (formato papel buzoneado en los cajetines citados anteriormente).
El 2 de octubre se realiza reunión de enfermería, donde se presentan los datos del corte de cartera, analizando y comparando la actividad de revisión del pie diabético.
El 26/10 tiene lugar sesión de enfermería que imparte Mª Jesús Morales sobre "EXPLORACION DE PIE DIABETICO y registro en OMI ".Tras la misma seguimiento mensual de los datos para valorar impacto de la misma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo que fijamos en nuestro proyecto era alcanzar una cobertura del 45% en la intervención enfermera, exploración pie diabético.
A continuación se presentan datos de cobertura del equipo de enfermería según los diferentes cortes realizados a lo largo del año. Todos los datos se han obtenido a través del cuadro de mandos de diabetes.
DICIEMBRE 2016 40.39%
MARZO 2017 40.60
JUNIO 2017 42,77
SEPTIEMBRE 2017 38.30
OCTUBRE 2017 40.53
NOVIEMBRE 2017 43.41
DICIEMBRE 2017 47.28
El estándar inicial marcado era de 45% tras la implementación del proyecto el objetivo final ha sido de un 47.28.
Nuestro proyecto ha durado dos años comenzando con un objetivo de 19.20% en diciembre de 2015 (dato del acuerdo gestión 2015).
Los pacientes están satisfechos con la realización de la actividad favoreciendo la educación sanitaria y la provisión de autocuidados. Esta apreciación es subjetiva por parte del equipo de enfermería y tiene como base las apreciaciones y comentarios realizados por los pacientes a lo largo de la realización del proyecto.
Tanto de la sesión formativa de enfermería como de la reunión organizativa hay registro en formato electrónico. En formato papel están los datos de cobertura según los diferentes cortes tanto de manera global como de manera individual por CIAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la realización de este proyecto asistencial durante 2016 y 2017 hemos conseguido la implementación de la exploración del pie diabético como una actividad más dentro de las que realizan las enfermeras del centro de salud Amparo Poch. Además la mayoría de nuestros pacientes diabéticos han normalizado la exploración del pie diabético como algo rutinario a realizar por la enfermera mínimo con una periodicidad anual
Todas las enfermeras han conseguido la formación y el adiestramiento necesario para la realización de la actividad y su registro en la historia del paciente.
Los resultados tal vez podrían haber sido mejores ya que durante el año 2017 ha habido cambios en la plantilla de enfermería.
El beneficio final del proyecto ha sido para los pacientes diabéticos de nuestra zona en los que, tal vez, hayamos disminuido el número de complicaciones en relación con la aparición del pie diabético.
Los datos de realización de esta actividad son bajos en nuestra comunidad luego se deberían emprender acciones a nivel institucional para mejorarlos. Estas acciones pasan por la formación y motivación de los profesionales implicados.
Como apunte por parte del equipo de mejora faltaría el poder derivar por parte de enfermería a estos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA

pacientes a la unidad específica de pie diabético, localizada en Hospital Nuestra Señora de Gracia .Se inicio la andadura de esta unidad hace unos años empezó el pilotaje en algún centro de salud y se nos hizo la promesa de que el resto lo haríamos de manera escalonada, pero aun seguimos esperando.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1240 ========== ***

Nº de registro: 1240

Título
MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO, IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA

Autores:
MORALES GREGORIO MARIA JESUS, ALBERO VILLA CONCEPCION, CALERO FUERTES MARTA, OLIETE HERRERO CONCEPCION, RUIZ CERVEL AVELINDA, SORIA SANCHEZ CONCEPCION, MENES BLANCO TERESA, LARRIPA ROMEO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica de elevada prevalencia que conlleva gran coste personal, social y economico. Es la primera causa de ceguera, tratamiento sustitutivo renal y amputación no traumática en los paises occidentales.

En el año 2012 hay 2,24 amputaciones por mil pacientes diabéticos (1,36 en mujeres y 2,99 en hombres). Las amputaciones de pie diabético en el periodo comprendido entre el año 2008a 2010 se mantienen estables, en el año 2012 aumentan.
En el análisis DAFO realizado en Aragón para profundizar en el estado de la situación del proceso asistencial de pacientes con diabetes se identifica como problema en relación con el control de las complicaciones la escasa evaluación del pie diabético.
En el Contrato Programa 2016 se establece el compromiso de implantar actuaciones que se deriven de las Estrategias de Salud priorizadas por el departamento. Una de ellas es la Estrategia de Diabetes con especial atención al manejo del pie diabético.

En el año 2015 se crea un grupo de trabajo en el Sector Zaragoza 1 “Protocolo asistencial Patologia Pié Diabético”, se forma a un grupo de enfermeras del Sector para que a su vez implanten la formación dentro de su EAP, con el objetivo de introducir en la consulta programada de diabetes una especial atención a la exploración del pie diabetico.Asi mismo se introdujo dentro de los planes personales de OMI, en el servicio de Diabetes un protocolo relacionado con la actividad.
La encuesta Nacional de Salud 2011/2012 establece una prevalencia de diabéticos en España de 6,96% de la población.

El análisis de los datos obtenidos de la historia clínica de Atención Primaria muestra 80.368 pacientes con diagnóstico de diabetes en Aragón en el año 2012, es decir el 7,2% de la población mayor de 15 años.(fuente: Programa de Atención Integral a la DM de la CAA)
Población > de 14 años C de S Amparo Poch: 13.086.
Personas > 14 años con diagnóstico de diabetes del C de S Amparo Poch: 912 (OMI) se establece una prevalencia de 6,9 %.

Resultado obtenido en la evaluación de Cartera de Servicios del indicador 1.9 “ Personas con diabetes y exploración del pie en el año” del Acuerdo de Gestión del año 2016: 40,57 %.

Objetivo que se desea alcanzar en el año 2017 en dicho indicador es de un 45 %.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ENFERMERA EN EL PACIENTE DIABETICO IMPLEMENTANDO LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados
Alcanzar una cobertura del 45 % en la intervención enfermera: Atención al paciente Diabético: Exploración pie diabético

Pacientes > de 14 años con Diagnóstico de Diabetes y exploración de pie diabético en el último año 2016: 370 .

Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado

MÉTODO
Revisión y solicitud(si es necesario) del material necesario para realizar la exploración: Filamentos-Doppler.....

Sesión Formativa: Exploración Pie Diabético y registro de la actividad en OMI: Pendiente de fijar fecha. Será impartida por las profesionales que asistan al Curso de Diabetes ofertado por el Sector.
La actividad se llevará a cabo en Consulta Programada de Enfermeria, por todas las enfermeras que atienden población adulta del Centro de Salud

Sesió Formativa: Realización de la Técnica: Indice Tobillo/Brazo.

INDICADORES
Datos obtenidos: Cuadro de mandos Diabetes.

Se harán 3 cortes a lo largo del año 2017. En Marzo. En Junio y Septiembre.
En Enero 2018 se realizará la evaluación final.

Información Periodica de resultados obtenidos por cada enfermera, utilizando el recurso de Cuadro de Mandos de Diabetes.

Indicador: Pacientes> de 14 años con Diagnóstico de Diabetes y exploración pie diabetico en el último año/ Pacientes> de 14 años con Diagnóstico de diabetes

DURACIÓN
Fecha de inicio:
Enero 2017
Fecha de finalización:
Enero 2018
Cronograma de Actividades
Pendiente de fijar y confirmar sesión clínica
Documentos Revisados: Cuadro de mandos de Diabetes
Manual de Calidad: Equipos de Atención Primaria. UNE en ISO 9001- Intranet Salud
Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus CAA. Enero 2015

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1295

1. TÍTULO

NORMALIZAN Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MORALES GREGORIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT
HERNANDEZ LOPEZ ANA
SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza reunión con todos los componentes del equipo para explicar el propósito del proyecto, definir los objetivos, aclarar las actividades y establecer responsabilidades de cada miembro del equipo. La reunión se realiza el 10/5/2017 y se levanta acta de la misma.
Se realizan los pedidos de manera mensual tanto de farmacia como de fungibles, teniendo en cuenta los stocks mínimos de todos los productos.
En septiembre 2017 se etiqueta de manera visible todos los productos de farmacia fijando stocks mínimos, recientemente se van a incorporar nuevos fármacos y se van a retirar otros, según indicación de la farmacéutica de sector, por lo que queda pendiente la actualización de estos últimos. Se ha decidido reorganizar los fármacos teniendo otro criterio que no sea solo el principio activo. En octubre 2017 se reordenan teniendo en cuenta su presentación como fármacos vía oral, fármacos vía parenteral, sueroterapia y cremas/pomadas, lo cual hace más ágil la localización. A lo largo del 2018 habrá que reimprimir y actualizar nuevas etiquetas debido a la reciente reordenación.
En el apartado de fungibles se ha iniciado el mismo proceso, para lo cual se tuvo que conseguir listado de consumos medios de todos los productos. Se fija como stock mínimo la mitad de un consumo medio mensual.
En junio de 2017 se crean hojas de rotura de stock tanto para farmacia como material fungible.Se avisa de su existencia, a través del correo de OMI, a todos los profesionales del equipo. Se revisan con periodicidad diaria por parte de la auxiliar y se gestionan con más o menos prioridad en función del material o fármaco en cuestión. A lo largo del año 2017 han habido 27 roturas de stock con sus consiguientes soluciones.
Con periodicidad mensual se revisa la caducidad de todos los materiales, se cumplimenta la hoja de caducidades de fármacos especificando fecha, nombre de fármaco y unidades que se retiran. Esta hoja se remite a final de año a la farmacéutica del sector.
Las hojas de incidencias y no conformidades se han dejado de utilizar al iniciarse a final de año el pedido por pactos y establecer la figura de una interlocutora a la que remitirse cuando tenemos un problema logístico. Solo se han registrado dos incidencias en relación a almacén durante el 2017.
Algunas de las actividades propuestas en el proyecto están en curso y podrán ser finalizadas a lo largo del año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han llevado a cabo todas las actividades reseñadas en el proyecto inicial, algunas sin poder terminarlas ya que se han tenido que ir adaptando a cambios externos (inicio del pedido por pactos y retirada e inclusión de nuevos fármacos en los botiquines a propuesta de la comisión de uso racional del medicamento del Sector).
A la hora de medir la consecución de resultados estarían el acta de la reunión, las hojas de incidencias /no conformidades, las hojas de rotura de stock, albaranes revisados y firmados de todas las entradas a almacén, y hoja mensual de caducidades .Toda esta documentación esta parte en formato papel (albaranes y hojas rotura de stock) y resto en formato electrónico.
La aplicación del proyecto ha tenido como consecuencia directa una eficiente gestión de los recursos ya que no se ha desechado ningún material fungible por caducidad .Los que se han retirado de farmacia han constituido una cantidad pequeña (nunca por encima del stock mínimo) y debido al no uso de los mismos. La implementación del proyecto también ha afectado a los usuarios de nuestra zona básica al asegurarles la existencia en todo momento de cualquier material o fármaco que pudiesen precisar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora valora positivamente la implementación del proyecto y la consecución de actividades, pero nos quedan pendientes el inventariar todos los fungibles y la nueva etiquetación de los fármacos.
El resto de actividades solo precisaran de continuidad a lo largo del 2018.
Una vez iniciada una dinámica de trabajo el control y seguimiento entran a formar parte de la rutina y solo precisan del trabajo y la motivación de los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1295 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1295

1. TÍTULO

NORMALIZAN Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES

Nº de registro: 1295

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES

Autores:
MORALES GREGORIO MARIA JESUS, GARCIA BAQUEDANO MONTSERRAT, HERNANDO LOPEZ ANA, SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El C.S. Amparo Poch se incoporó a la Norma ISO 9001 en Junio de 2015, en Septiembre de ese mismo año nos sometimos a una Auditoria externa y el 15 de Junio de 2016 a la última auditoria Interna, en base a esta última auditoria se nos informó que:
-En lo referente al Pedido de materiales y su verificación se había hecho correctamente.
-En lo referente al almacenamiento y distribución se realizan correctamente
-En la referente a los Stock mínimos había una pequeña desviación en Almacén y Unid. Apoyo
-En lo referente al control de caducidades de botiquín tiene la misma desviación que los Stock
-El control de existencias se realiza de forma correcta
-El control de devoluciones se realiza de forma correcta
Después de la auditoria quedó pendiente la gestión de los fungibles:
-Fijar stock mínimos
-Etiquetar todos los materiales
-Implementar la hoja de rotura de stocks
-Dinamizar el uso de la hoja de incidencias para la comunicación de cualquier “fallo-error” en el circuito.

RESULTADOS ESPERADOS
En relacion a:
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados :
Se realizarán los pedidos de manera mensual teniendo en cuenta los stocks mínimos previamente fijados
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas:
Control de caducidades de manera mensual, comunicación de rotura de stock y actuaciones posteriores
Garantizar los derechos aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos:
Que siempre se disponga de materiales suficientes para la atención de los usuarios de nuestra zona
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado:
Optimizar los recursos asignados al centro, adecuación de la financiación a las necesidades reales del centro, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con perdidas de material por falta de uso

MÉTODO
-Revisión y control mensual de los pedidos, distribución, caducidades y stock mínimos.
-Hoja de seguimiento y registro de las Caducidades de los medicamentos
-Hoja de seguimiento y registro de rotura de stock mínimos
- Fijar stock mínimos en materiales fungibles teniendo en cuenta el consumo medio de los mismos
-Utilizar las hojas de Incidencias y No conformidades para notificar fallos en la realización del proceso

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a través de los registros internos de cada procedimiento.
Como indicadores comunes:
-número de incidencias/mes
-% de incidencias no solucionadas o demoradas
Datos obtenidos:
A partir de la Auditoría Interna de Junio 2016

DURACIÓN
Fecha de inicio:
Elaboración e implementación de la hoja de rotura de stock......Junio 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1295

1. TÍTULO

NORMALIZAN Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN Y BOTIQUINES

Fijar stock mínimos de material fungible.....Septiembre 2017
Reunión miembros del proyecto.....Una vez al año
Seguimiento de actividades.....Trimestralmente
Puesta en marcha del procedimiento.....Junio 2017
Fecha de finalización:
Enero 2018
Documentos Revisados:Manual de Calidad: Equipos de Atención Primaria. UNE en ISO 9001- Intranet Salud

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1298

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICUALR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUIS ELIAS SIERRA SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRERA NOGUERO ANA MARIA
CORTES CARBONEL INES
MARTIN CATALAN NURIA
GARUZ BELLIDO ROBERTO
ARIÑO PELLICER SARA
MELUS PALAZON ELENA
CABALLERO ALEMANY CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A través de de una lista de pacientes de nuestro centro de salud, con diagnóstico de fibrilación auricular, se revisaron las historias clínicas para evaluar la adecuación del tratamiento en base a escalas CHA2DS2VASc (riesfo de ICTUS) y HASBLED (Riesgo de hemorragias). Se le actualizaron los criterios y se avisó a cada facualtativo tratante el resultado de las escalas y las sugerencias de tratamiento en base a los resultados de las escalas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente resultados de tabulación obtenida para finales de Marzo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados serán explicados en una reunión de facultativos implicados para conocimiento de resultados del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Se adelantan las fechas de realización del proyecto por obtención de resultados en fechas previas.

*** ==================================== Resumen del proyecto 2016/1298 ==================================== ***

Nº de registro: 1298

Título
PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
SIERRA SERRANO LUIS ELIAS, ARIÑO PELLICER SARA, GARUZ BELLIDO ROBERTO, MELUS PALAZON ELENA, RODRIGUEZ PEREZ JUDIT, CARRERA NOGUERO ANA MARIA, MARTIN CATALAN NURIA, NAVARRO CASTILLO VICTOR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente. Un estudio reciente ha reflejado una prevalencia de un 4,4% en población adulta española> 40 años, llegando a 17,7% en mayores de 80 años.
Además debemos tener en cuenta que una gran cantidad de FA son asintomáticas y muchas veces no diagnosticadas.
La trascendencia de esta arritmia se debe a sus implicaciones pronósticas (su presencia duplica la mortalidad independientemente de la presencia de otros predictores y multiplica por cinco el reisgo de ictus), la morbimortalidad que genera (es responsable de 25% de los ictus isquémicos) y el elevado gasto sanitario que conlleva el manejo de la propia arritmia y sus complicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1298

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICUALR EN ATENCION PRIMARIA

Por su elevada prevalencia, carácter crónico, presentación clínica diversa, comorbilidad, enfoque terapéutico y necesidad de un seguimiento clínico estrecho, la FA es una entidad que implica a la AP en toda la historia natural de la enfermedad.
La prevención del ictus constituye un objetivo terapéutico prioritario en la FA. La anticoagulación (ACO) es un tratamiento muy eficaz para prevenir el embolismo sistémico y por ello debemos conocer sus indicaciones y contraindicaciones.
El médico de familia tiene una responsabilidad en todo el proceso asistencial: prevención y detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento a largo plazo de la arritmia y prevención de sus complicaciones (anticoagulación oral).
Debemos tener presente que el riesgo embólico no es constante y varía en función de distintos factores, por tanto la decisión de anticoagular o no habrá de realizarse de forma individualizda y mediante una reevaluación constante. Por ello se diseña este estudio para conocer la evaluación del riesgo de ictus en cada paciente mediante la escala de CHA2DS2VASc y la evaluación de riesgo de hemorragia mediante la escala de HASBLED.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: Mejorar la indicación de tratamiento anticoagulante en los pacientes de nuestro centro de salud.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
1. Analizar posibles contraindicaciones del tratamiento anticoagulante
2. Conocer el porcentaje de buen control de cada paciente
3. Evaluar riesgo/beneficio de tratamiento anticoagulante
4. Evaluar la indicación o no de los nuevos anticoagulantes orales frente a Acenocumarol

MÉTODO
A través de una lista completa de los pacientes de nuestro centro de salud diagnosticados de arritmia completa por fibrilación auricular, se revisará su historia clínica clasificando la arritmia (1ª episodio, paroxística, persistente o permanente) y se obtendrán los valores de las escalas de CHA2DS2VASc (evaluación de riesgo de ictus) y HASBLED (evaluación de riesgo de hemorragias). Se revisará si está en tratamiento con anticoagulantes orales, el tipo, tiempo de duración y si sigue un buen control.
Se realizará un informe individualizado de cada paciente, analizando el riesgo/beneficio el tratamiento anticoagulante y si existe alguna contraindicación de dicho tratamiento.
Se comunicará al médico responsible del paciente el resultado mediante informe.

INDICADORES
Factores de riesgo de ictus:
Insuficiencia cardiaca o disfusión sistólica ventricular izquierda
Hipertensión
Edad
Diabetes Mellitus
ACV, AIT o tromboembolia
Enfermedad vascular (Infarto de miocardio previo, enfermerdad arterial periférica, placa aórtica)
Sexo
Factores de riesgo de sangrado:
Hipertención
Función renal y/o hepática alteradas
ACV previo
Sangrado previo
INR lábil
Edad
Toma de fármacos o alcohol
Posibles contraindicaciones
Porcentaje de buen control (INR): Se considerará el periodo de valoración INR fuera de rango es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas.
Riesgo de tratamiento anticoagulante
Beneficio de tratamientos anticoagulante
Indicación de los nuevos anticoagulantes orales
Indicación de Acenocumarol
Tipo de anticuagulante oral: acenocumarol, aldocumar, dabigatrán, rivaroxabán, apixaban.
INR lábil: Se considerará el periodo de valoración INR fuera de rango es de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas.
Aparición de evento cardioembólibo
Aparición de evento hemorrágico

DURACIÓN
Fecha de inicio:
Mayo 2017: exposición del proyecto de gestión para la mejora de calidad asitencial del paciente con fibrilación auricular a los profesionales del centro de salud.
Junio 2017: Solicitar permisos a Comité de Ética y Gerencia/D.A.P correspondiente. Solicitar el listado del pacientes de nuestro centro de salud diagnosticado de fibrilación auricular.
Julio-Abril 2018: revisión de historias clínicas con recogida de datos mediante cuestionario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1298

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE CON FIBRILACION AURICUALR EN ATENCION PRIMARIA

Mayo 2018: Evaluación de los resultados
Junio 2018: Exposición de resultados a los profesionales del centro. Propuestas de Mejora y valorar publicación de resultados del proyecto.
Fecha de finalización:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1339

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE AL NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA TORNOS SIMON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL
SORIA SANCHEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1 . Encuesta inicial a los profesionales sanitarios del centro de salud, médicos de familia, pediatras y enfermeras, sobre opinión y manejo de la vacuna frente al neumococo.
2.Obtención de los siguientes valores extraídos del registro de OMI-AP
Población total atendida en el CS Actur Oeste
Población en edad pediátrica atendida en el CS Actur Oeste
Número de pacientes en los que consta el código T-90 (diabetes mellitus) en población menor de 15 años
Número de pacientes en los que consta el código T-90 (diabetes mellitus) mayor de 15 años
Número de registros de administración de vacuna 23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRICO durante el año 2017
Número de registros de administración de vacuna 13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA durante el año 2017
Valoración individualizada del registro de vacuna neumocócica en población menor de 15 años con código T-90

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
COMPLETAR LOS DATOS SIGUIENDO EL LISTADO ANTERIOR
El número de registros de vacuna NE23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRIDO en el año 2017, ha sido de 6 casos, con edades comprendidas entre 37 y 82 años, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus.

El número de registros de vacuna NE13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA en el año 2017 ha sido de 7 casos, con edades comprendidas entre 25 y 84 años, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus .

En el caso de población infantil menor de 15 años, constan 3 pacientes con código T-90, diabetes mellitus, siendo su vacunación frente a neumococo completa, comprobándose en todos los casos, registro vacuna 23 valente neumocócica polisacárida y vacuna 13 valente conjugada, de acuerdo con las recomendaciones vacunales en grupos de riesgo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La enfermedad invasiva (ENI) causada por Sreptococcus pneumoniae constituye un importante problema de Salud Pública debido a su morbilidad y mortalidad siendo la población más susceptible lactantes, niños pequeños y adultos mayores de 65 años. Determinadas condiciones y enfermedades concomitantes aumentan el riesgo de padecerla, entre ellas la diabetes mellitus, siendo la medida más costo-efectiva para prevenirla la que se obtiene mediante la vacuna antineumocócica, existiendo 2 vacunas frente a neumococo, la polisacárica 23 serotipos y la vacuna conjugada de 13 serotipos .
La vacunación en adultos está justificada, según el consenso de 16 Sociedades científicas sobre vacunación antineumocócica en el adulto (1). Se deduce por tanto, la importancia de recomendar la vacunación a los adultos afectados de las patologías anteriormente expuestas, así como fomentar la vacunación en población infantil. Sin embargo, las coberturas alcanzadas de vacunación antineumocócica en esta población, está cercana al 0%, exceptuando la población infantil en la que se alcanza coberturas del 100%, pudiendo influir en esta llamativa diferencia, la baja concienciación de los profesionales sanitarios de la importancia de la recomendación, la falta de información sobre la evidencia científica y también el hecho de que haya grupos de riesgo, en los que aunque esté recomendada, no está financiada por el sistema público.
Dada la alta prevalencia de diabetes mellitus en la población y su frecuente asociación con otros factores de riesgo, se ha planteado como objetivo el desarrollar mejoras en la asistencia de este colectivo y prevenir comorbilidades en la medida de lo posible, entre ellas la infección neumocócica.
Una vez detectado el punto de mejora, nuestro proyecto pretende concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de ofertar la vacuna antineumocócica, tanto la 23 valente como la 13 valente, para lo que se realizaran sesiones clínicas y de debate, dirigidas a médicos y enfermeras .
Se evaluará posteriormente a las sesiones formativas, las coberturas vacunales en el grupo de diabetes mellitus frente a vacuna neumocócica.
Bibliografia: (1) Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto con patología de base, Rev Esp Quimioter 2013; 26(3):232-252

7. OBSERVACIONES.
Los datos de los resultados de la encuesta se encuentran en un documento de papel. Dado su gran volumen no se han podido adjuntar

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1339 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1339

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE AL NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS

Nº de registro: 1339

Título
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS

Autores:
TORNOS SIMON TERESA, CUCHI OTERINO BEATRIZ, SORIA SANCHEZ CONCEPCION, SIERRA SERRANO LUIS ELIAS, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La enfermedad invasiva (ENI) causada por Sreptococcus pneumoniae constituye un importante problema de Salud Pública debido a su morbilidad y mortalidad siendo la población más susceptible lactantes, niños pequeños y adultos mayores de 65 años. Determinadas condiciones y enfermedades concomitantes aumentan el riesgo de padecerla. La medida más costo-efectiva para prevenirla es la que se obtiene mediante la vacuna antineumocócica, existiendo 2 vacunas frente a neumococo, la polisacárica 23 serotipos que no genera memoria inmunitaria y la vacuna conjugada de 13 serotipos que sí la genera y tiene respuesta más potente. La vacunación en adultos está justificada en caso de inmunodeficiencia, pero tambien en inmunocompetentes con otras patologías de base como EPOC, asma grave, patología intersticial difusa pulmonar, enfermedad hepática crónica,cardiopatía, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, tabaquismo y enolismo, según el consenso de 16 Sociedades científicas sobre vacunación antineumocócica en el adulto (1). Se deduce por tanto, la importancia de recomendar la vacunación a los adultos afectados de las patologías anteriormente expuestas, así como fomentar la vacunación en población infantil. Sin embargo, las coberturas alcanzadas de vacunación antineumocócica son mucho más bajas de lo deseable, pudiendo influir la baja concienciación de los profesionales sanitarios de la importancia de la recomendación y también el hecho de que haya grupos de riesgo, en los que aunque esté recomendada, no está financiada por el sistema público.
Dada la alta prevalencia de diabetes mellitus en la población y su frecuente asociación con otros factores de riesgo, se ha planteado como objetivo el desarrollar mejoras en la asistencia de este colectivo y prevenir comorbilidades en la medida de lo posible, entre ellas la infección neumocócica.
Nuestro proyecto pretende concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de ofertar la vacuna antineumocócica, tanto la 23 valente como la 13 valente, ya que a pesar de las medidas terapeúticas actuales, la incidencia y mortalidad de la enfermedad neumocócica en estos pacientes se mantienen elevadas.
Bibliografia: (1) Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto con patología de base, Rev Esp Quimioter 2013; 26(3):232-252

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la prevención de la enfermedad neumocócica
2. Mejorar la cobertura vacunal en el niño y adulto con diabetes.

MÉTODO
1. Encuesta inicial a los profesionales sanitarios del centro de salud sobre opinión y manejo de la vacuna frente al neumococo.
2. La responsables del proyecto realizará sesiones clínicas formativas al resto de profesionales del centro de salud (Médicos de Familia, Pediatras, Enfermería) sobre prevención de la enfermedad neumocócica en el adulto y en el niño, que incluirá la detección del paciente de riesgo y exposición del consenso sobre la vacunación antineumocócica.
3. Presentación al Equipo de los resultados, al finalizar el proyecto y grado de satisfacción.

INDICADORES
1. Cobertura vacunal en población diabética (CIAP- T90)que esté en tratamiento con antidiabéticos orales o insulinodependientes, tanto infantil como adulta, con vacuna 23valente y con vacuna 13valente.
2. Esta cobertura se evaluará al inicio del proyecto y a los 6 meses de instaurado.
3. Comparación de resultados y porcentaje de mejora.

DURACIÓN
1. Noviembre -Diciembre del 2016 se valorará la cobertura vacunal frente a enfermedad neumocócica en la población diabética Código CIAP-T90 del CS Actur Oeste.
2. Enero-Febrero 2017 se dará una sesión formativa dirigida a los profesionales sanitarios de nuestro centro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1339

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA RECOMENDACION DE LA VACUNACION FRENTE AL NEUMOCOCO EN PACIENTES DIABETICOS

de salud (Médicos de Familia, Pediatras y Enfermeras) y se pasará una encuesta individual para conocer la opinión y el manejo de estos profesionales en lo referente a la administración de la vacuna antineumocócica.
3. Mayo-Junio 2017 nueva valoración de la cobertura vacunal.
4. Junio 2017, sesión informativa donde se expondrán los resultados del análisis a los profesionales sanitarios, así como una encuesta de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1341

1. TÍTULO

MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PEREZ RAMIREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDO LOPEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Revision por la Direccion: 29-08-2017
- Auditoria interna: Pendiente de realización, prevista para este mes (no se pudo llevar a cabo por problemas organizativos)
-Auditoria Externa: 6-10- 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna y externa: Comentado en Resultados Alcanzados.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio incluidas en el programa de Formación Continuada:
-Reunión de Enfermería 18-4-2017 :Presentación de borrador acuerdo gestion clinica 2017 y repaso de objetivos.
-Reunión médicos 26-4-17
-Reunion paciente crónico complejo 22-6-17
-Reunión de Equipo 26-8-2017:Cierre Acuerdo de Gestión 2016 y presentación de Acuerdo de Gestión 2017
- Sesión " Seguridad del paciente higiene de manos, los cuatro momentos, mascarillas y usos de PBA" Carlos Clerencia, Ténico de Salud Sector I,Paz, Riesgos Laborales del Royo Vil. (14/6/16)
-Sesiones formación polimedicados: 31-5-17
-Reunión grupo ISO-Almacen: 10-5-17
-Sesión repaso cartera y registro en OMI: 3-10-17
-Actividades realizadas en los Proyectos asistenciales:
Proyecto “Optimización de la consulta demanda no presencial”:- Difusión de la puesta en marcha del proyecto mediante cartelería interna-Reunión organizativa-informativa con el servicio de admisión (18 enero) y al equipo (28 junio)
Proyecto “Normalización y homologación de procesos de gestión, control almacenes y botiquines:-Creación grupo trabajo y objetivos en reunión del 10/5/17-Colocación carteles y etiquetas de medicamentos en almacen del centro
Proyecto “ Estimación diferentes enfermedades bucodentales en pacientes crónicos”-Sesión clínica al Equipo a cargo de la Dentista y la higienista del centro (18 enero 2017)
Proyecto “Mantener el SGC de certificación ISO en el EAP”:-Taller Auditorias Internas
Proyecto de mejora de la atención de enfermería en el paciente diabético implementando la exploración del pie diabético: Sesión de enfermería 26/10/17
Proyecto de mejora de la calidad asistencial y seguridad mediante la recomendación de la vacunación frente a Neumococo en pacientes diabéticos
Proyecto para mejorar la calidad asistencial del paciente con fibrilación Auricular en Atención Primaria
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Comentado en Resultados Alcanzados.
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: No se ha llevado a cabo todavía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Valoración de resultados del Acuerdo de Gestión clínica:
-Resultados en Objetivos clínicos y URM. Sobre un total de 100 puntos nuestro centro ha alcanzado, 82,25 situándonos como el tercer centro que más puntuación ha conseguido, las diferencias las marcan 5 puntos en el apartado de la Sostenibilidad y el resto de puntos en el apartado de los objetivos clínicos, en lo demás hemos alcanzado la puntuación máxima.
-Actividades de formación e investigación. Según Calendario Sesiones 2016 .Se acreditaron a nuestro centro un total de siete
-Resultados en Atención a tiempo.Los resultados de las tasa de derivaciones de especializada estan ajustadas a las realizadas por nuestro centro a lo acordado en el Acuerdo de Gestión 2016.

- Valoración de las actividades de mejora continua:
Resultados encuestas, reclamaciones y sugerencias.
-Opinión usuarios, encuestas: Resultados de la encuesta de opinión referente a nuestro centro de salud (2015), hacemos hincapié en algunos resultados que nos han llamado la atención por salir un poco desviados con respecto a los del Sector y su posible mejora, como son:
1-Posibilidad de escoger día de consulta:Incorporar la apertura de más huecos de Demanda.
2-Tiempo de espera hasta ser atendidos en consulta:Introducir mejoras en forma de colchones horarios en las agendas y de puesta en marcha de protocolos como la entregas de los partes de IT, y las recetas electrónicas desde el servicio de admisión .
3-Interés del personal de admisión:Aumento en el número de reclamaciones en 2016, lo que hace que el servicio se plantee el seguir mejorando día a día la forma de actuación de cara a los pacientes.

-Reclamaciones: Se han recogido 33 reclamaciones (se adjunta listado) de las cuales 12 son de A.Continuada y Unidades de Apoyo (remitidas a Clientes de nuestro Sector) del resto la mitad de ellas son por el trato recibido o percibido por el usuario, no cencentrándose en ningún profesional y otras sobre atención recibida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1341

1. TÍTULO

MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

por parte del servicio de admisión (situación expuesta en el apartado anterior)
-Sugerencias: Tras la apertura del buzón de sugerencias, se encontraron 2 (enviadas a clientes de nuestro sector), una en referencia a la Atención Continuada de los sábados y otra sobre admisión del centro.
-Auditorías Internas y Externas
Se realizó Auditoría Interna, Acta día 15 de Junio 2016
Se encontraron las siguientes desviaciones:
1-Procedimiento de actuación ante accidente biológico:Se incorpora al manual protocolo de “Protección trabajadores ante Accidente Biológico (instrucciones)
2-Dentro de las “No conformidades evaluadas”:Ergonomía del puesto de trabajo en la sala de extracciones de sangre. Sigue sin resolverse y corregirse
3- Actividades comunitarias:Creación y puesta en marcha del Consejo de Salud del centro en Diciembre de 2016
4- Curriculum Vitae de profesionales del centro:Pendientes de crear comisión para su puesta en marcha
5-Rotulación de fecha de apertura de envases multidosis:Desde entonces se realiza la rotulación en los envases
6-Botellas de oxígeno no tienen humidificadores estériles:Desde hace unos meses se ha corregido esta situación

-No conformidades detectadas: Acciones correctivas.
-No conformidad : sobre recortes en los pedidos mensuales de almacen:Se mantuvo reunión con los responsables de almacén para que no se produzcan más recortes y que algunos de los materiales de los pedidos se hagan fijos mensualmente de forma sistemática
-No conformidad: sobre ergonomía del puesto de trabajo en la sala de extracciones de sangre:
Sigue sin resolverse y corregirse

-Incidencias detectadas :Se realizaron 19 Incidencias,
-La mayor parte de ellas (siete) sobre los recortes y pedidos de almacén lo que llevó a realizar la No conformidad
-Del resto (3 fueron sobre reparto de incentivación) :, se celebró reunión con la DAP del Sector y el Gerente del Sector y se arregló la situación
-Las otras se desglosan entre problemas informáticos puntuales y organización interna consultas

- Acciones tomadas para abordar la seguridad del paciente.
-Sesión " Seguridad del paciente higiene de manos, los cuatro momentos, mascarillas y usos de PBA" Carlos Clerencia, Técnico de Salud Sector I,Paz, Riesgos Laborales del Royo Vil. (14/6/16)
--Consecución de Sterilium: dispensadores individuales para los maletines y en cada consulta
-Sesiones de formación sobre “Protocolo de pacientes polimedicados”, Enfermería hace una revisión trimestral junto con la farmaceútica del sector sobre este tema
-Registro eventos adversos: por el personal sanitario que atiende al paciente.

-Otros procesos de mejora continua-
-Implementación de la consulta no presencial en las agendas de Enfermería y Medicina
-Implantación del cribado de cáncer de colon
-Pendientes puesta en marcha de la Consulta Virtual en algunas especialidades

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mantener y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad: informes de auditoría, seguimiento de objetivos, de indicadores de ACG, análisis de incidencias, estudio de no conformidades, análisis de reclamaciones y encuesta de satisfacción de usuarios, nos resulta útil para intentar la mejora continua .Respecto a los objetivos de enfermería comentar que no estamos de acuerdo con su formulación. Existe poco margen de mejora por los plazos de tiempo en que se recibe la información para el seguimiento de los indicadores clínicos. Con la implantación de los actos de Demanda No Presencial en las distintas agendas de los profesionales del centro, se ha constatado que los usuarios lo han acogido de forma satisfactoria y disminuye la carga asistencial. Con respecto a los servicios hospitalarios, comentar la gran demora de citación para algunas especialidades (trauma, oftalmología, cardiología, etc), así como algunas pruebas radiodiagnósticas como Ecografías, este asunto de las Demoras es uno de los que más preocupa a los profesionales del centro.
Pendiente de realizar la Auditoría interna 2017 en fecha próxima.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1341 ========== ***

Nº de registro: 1341

Título
MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1341

1. TÍTULO

MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

PEREZ RAMIREZ ISABEL AUREA, SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL, MORALES GREGORIO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Actualizacion Norma ISO

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP Actur Oeste del sector Zaragoza I se encuentra certificado/desea conseguir la certificación (indicar lo que proceda) según norma ISO 9001 desde el año 2017.

Nuestro plantenamiento es: (completar según el título escogido)

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener la certificación ISO 9001-2008.

MÉTODO
.- Mantener y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad: informes de auditoría, seguimiento de objetivos, de indicadores de ACG, análisis de incidencias, estudio de no conformidades, anlisis de reclamaciones y encuesta de satisfaccion de usuarios, para la mejora continua

.- Participación en la Comision de Sector de Proyectos Asistenciales

.- Resolución de NC encontradas en las auditorias y en la mejora de los datos de los indicadores de objetivos.

INDICADORES
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma:
.- Realizacion Auditoria interna,
.- Realizacion de Revision por la direccion y
.- Certificacion por auditoria externa.

Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Revision por la Direccion, SGC2016: mayo 2017
Auditoria interna: …..en 2017
Auditoria Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Mayo - Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Junio - Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Incluir en Programa de Formacion Continuada. Poner fecha.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Septiembre y dicimebre de 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES
Certificación ISO 9001
POBLACIÓN DIANA.
EDAD. Todas las edades
SEXO. Ambos sexos
TIPO DE PATOLOGIA: otros
OTRO TIPO DE PATOLOGÍA: Todas patologías
Valore el proyecto en relación a los siguientes apartados
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (>satisfacción). 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1341

1. TÍTULO

MANTENER EL SGC BASADO EN CERTIFICACION ISO 9001-2008 EN EL EAP ACTUR OESTE

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PEREZ RAMIREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES GREGORIO MARIA JESUS
SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL
LARRIPA ROMEO SILVIA
MARTIN CATALAN NURIA
CARRERA NOGUERO ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesión de preparación del proyecto por parte del grupo de calidad del centro (junio 2018)
-Sesión de presentación del proyecto a todo el equipo (septiembre 2018) (incluida en el registro de Formación Continuada)
-Extracción y difusión de datos obtenidos a través del cuadro de mandos de diabetes e información de los mismos a todos los cupos,en la sesión presentación y por buzoneo de los mismos en los cajetines de cada profesional sitos en el área de admisión del centro de salud de forma trimestral por profesional. Recordatorio a través del correo de OMI en enero 2019, sobre la pertinencia de la solicitud de retinografías y microalbuminuria y elaboración del plan de cuidados de enfermería sobre conocimientos deficientes, como objetivo final de la realización de nuestro proyecto asistencial.Recordatorios en OMI y reuniones específicos de enfermería a lo largo del tiempo de estudio. Tanto de la sesión de presentación como de la reunión organizativa y recordatorios en correo OMI hay registro en formato electrónico. En formato papel están los datos de cobertura según los diferentes cortes tanto de manera global como de manera individual por CIAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A continuación se presentan datos de cobertura del equipo del EAP según los diferentes cortes realizados a lo largo del año 2018 Septiembre, Diciembre y finales de Febrero 2019,partiendo de los datos de Junio 2018:

-Pacientes mayores de 14 años con determinación de microalbuminuria en el último año / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes : JUNIO 2018: 37,54%,SEPTIEMBRE 2018: 38,55%,DICIEMBRE 2018: 45,75%,FEBRERO 2109: 47,36%,OBJETIVO: 50% .

-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes con solicitud de retinografía en los últimos 3 años* / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes : JUNIO 2018: 40,11%,SEPTIEMBRE 2018: 40,35%,DICIEMBRE 2018: 44,09%,FEBRERO 2109: 58,44%,OBJETIVO: 48%
*suma de datos verdes y amarillos del cuadro de mandos.

-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes que tienen elaborado el plan de cuidado de enfermería sobre conocimientos deficientes / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes : JUNIO 2018: 42,22%,SEPTIEMBRE 2018: 43,20%,DICIEMBRE 2018: 49,34%,FEBRERO 2109: 40,44%,OBJETIVO: 50%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados que hemos obtenido han sido desiguales.
Hemos conseguido mejorar hasta un 47,36% la revisión de Microalbuminuria que nos habiamos propuesto, pero no hemos alcanzado el standard que establecimos (50%). Respecto a la solicitud de ésta hemos detectado que si no se realiza en la analítica por „plan personal jerarquico“,la microalbuminuria no está incluida en el perfil de Diabetes (se hace sólo sedimento de orina) y hay que solicitarla aparte, lo que creemos que puede influir en la baja implementación de este indicador.
En cuanto a la realización de Retinografias en los últimos 3 años hemos superado el 48% propuesto (58,44%) pero al haberse iniciado a mediados de enero 2019 el programa de circuito de realización de retinografías en el Area I,no sabemos hasta que punto nos ha ayudado en poco más de un mes de implantación,aunque logicamente lo suponemos, porque a finales de Diciembre 2018 habíamos ido aumentando escasamente hasta un 44,09% .
Respecto a la realización de la actividad del plan de cuidado de enfermería sobre conocimientos deficientes y su registro nos ha sorprendido que estando muy cerca de conseguir el objetivo (50%) al final del 2018(49,34%),en menos de 2 meses, hayamos obtenido el resultado mas bajo de todo el seguimiento (40,44%). Al analizar las posibles causas hemos observado que, y no entendemos porqué, hay 206 pacientes menos en el denominador de este indicador en el cuadro de mandos que en Diciembre 2018, y desglosándolos, la mayoría tenían la actividad hecha (171), lo que no nos exime de continuar intentando su mejora.
Aunque son actividades que se realizan habitualmente creemos que este proyecto ha servido para recordar a todo el equipo que son importantes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1494 ========== ***

Nº de registro: 1494

Título
MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE BIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

Autores:
PEREZ RAMIREZ ISABEL, MORALES GREGORIO MARIA JESUS, SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con una creciente prevalencia en nuestra población (8-9%) que supone un consumo importante de recursos sanitarios. Por otra parte, se dispone de fuentes de información pertinentes para realizar una evaluación de la actividad prestada (cuadro de mandos), permitiendo la implementación de mejoras en este grupo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención que se presta a los pacientes con diabetes pertenecientes al C.S. Actur Oeste, mejorando los datos de cobertura de Cartera de servicios que se citan a continuación.:
-Aumentar la realización de retinografía hasta el 48%
-Aumentar el número de pacientes incluidos en el programa que tienen elaborado el plan de cuidados de enfermería sobre conocimientos deficientes hasta el 50%
-Aumentar el % de solicitud de microalbuminuria hasta el 50%

MÉTODO
-Sesión de preparación del proyecyo por parte del grupo de calidad del centro (junio 2018)
-Sesión de presentación del proyecto a todo el equipo
-Extracción y difusion de datos obtenidos a través del cuadro de mandos de forma trimestral por profesional

INDICADORES
-Datos obtenidos: cuadro de mandos de diabetes
Se haran 3 cortes a lo largo del año 2018/19
Septiembre, Diciembre y Marzo
-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes que tienen elabora el plan de cuidado de enfermería sobre conocimientos deficientes / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes
-Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes con solicitud de retinografía en los últimos 3 años / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes
-Pacientes mayores de 14 años con determinación de microalbuminuria en el último año / pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes

DURACIÓN
Fecha inicio: Junio 2018
Fecha finalización: Primer trimestre 2019
Cronograma de actividades: pendiente de de confirmar fecha de sesión de presentación al equipo
Documentos revisados:
Cuadro de mandos de diabetes
contrato Gestión del 2017 y 2018
Programa de atención integral a la diabetes mellitus CAA: enero 2015

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION DEL PACIENTE DIABETICO QUE PERTENECE AL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1490

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA TORNOS SIMON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIA SANCHEZ CONCEPCION
PEREZ RAMIREZ ISABEL
LARROSA ESPINOSA CRISTINA
LASARTE SANZ INES
MILLAN TARATIEL MARIA
ANDRES ZALLO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Análisis de los resultados de la siguiente encuesta, contestada de forma anónima por médicos y enfermeras del CS Actur Oeste

1.¿Conoce la vacuna frente a neumococo polisacárida 23 valente?
a. SI, conozco su composición e indicaciones
b. Conozco su composición pero no recuerdo indicaciones
c. No la conozco
d. No me parece relevante su conocimiento en mi práctica habitual

2.¿Conoce la vacuna frente a neumococo conjugada 13 valente (Prevenar)?
a. SI, conozco su composición e indicaciones
b. Conozco su composición pero no recuerdo indicaciones
c. No la conozco
d. No me parece relevante su conocimiento en mi práctica habitual

En relación a la recomendación de vacuna polisacárida 23 valente (ahora hay desabastecimiento)
a. La recomienda habitualmente en grupos de riesgo (especifica cual
b. La recomiendo algunas veces
c. No la recomiendo
d. Me interesaría información sobre esta vacuna

4. En relación a la recomendación de vacuna conjugada 13 valente (Prevenar)
a. La recomienda habitualmente en grupos de riesgo
b. La recomiendo sólo en grupos que esté financiada
c. No la recomiendo
d. Me interesaría información sobre esta vacuna

5. En el caso de que NO considere adecuado recomendar la vacuna antineumocócica 23 valente, podría señalar las razones (puede marcar una o varias)
a. no la considero eficaz en prevención de enfermedad neumocócica
b. si se vacuna de 13 valente es suficiente
c. no considero que los pacientes crónicos sean de mayor riesgo que población sana
d. no conozco bien indicaciones.
e. no la considero segura
f. otras: especificar

6. En el caso de que NO considere adecuado recomendar la vacuna antineumococica conjugada 13 valente (Prevenar), podría señalar las razones (puede marcar una o varias)
a. no la considero eficaz en prevención de enfermedad neumocócica
b. si se vacuna de 23 valente es suficiente
c. no considero que los pacientes crónicos sean de mayor riesgo que población sana
d. no conozco bien indicaciones.
e. no la considero segura
f. no me parece adecuado que si el paciente la necesita, se la tenga que comprar él en la farmacia
g. otras: especificar

2.Obtención de los siguientes valores extraídos del registro de OMI-AP

1. Población total atendida en el CS Actur Oeste
2. Población en edad pediátrica atendida en el CS Actur Oeste
3. Número de pacientes en los que consta el código T-90 (diabetes mellitus) en población menor de 15 años
4. Número de pacientes en los que consta el códico T-90 (diabetes mellitus) mayor de 15 años
5. Número de registros de administración de vacuna 23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRICO durante el año 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1490

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

6. Número de registros de administración de vacuna 13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA durante el año 2018
7. Valoración individualizada del registro de vacuna neumocócica en población menor de 15 años con código T-90

3. Mejora de la información al profesional sanitario mediante la difusión individualizada del consenso sobre vacunación frente al neumococo de adultos con patología de fondo y riesgo de enfermedad neumocócica según patología, actualizado al año 2017.
Según este consenso, en el grupo de riesgo de diabetes, sería suficiente para proteger frente a neumococo con administrar una dosis única de vacuna conjugada 13 valente (Prevenar 13) (Rev Esp Quimioter February 15, 2017. Documento de consenso)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Análisis de las encuestas

Las encuestas fueron contestadas por 6 médicos de un total de 11 y por 7 enfermeras de un total de 10. Se incluyen entre los médicos las respuestas de 2 pediatras.

1. Sobre el conocimiento de la vacuna frente a neumococo 23 valente, 5/6 médicos y 5/7 enfermeras, contestan que conocen composición e indicaciones.1/7 médicos y 2/7 enfermeras conocen composición pero no indicaciones
2. Sobre el conocimiento de la vacuna frente a neumococo 13 valente, 5/6 médicos y 6/7 enfermeras conocen composición e indicaciones. 1/6 médicos y 1/7 enfermeras conocen composición pero no indicaciones
3. En relación a la recomendación de la vacuna 23 valente, 2/6 médicos y 3/7 enfermeras la recomienda alguna vez, 3/6 médicos y 2/7 enfermeras la recomienda habitualmente en grupos de riesgo y 1/7 médicos y 1/7 enfermera no la recomienda
4. En relación a la recomendación de la vacuna 13 valente, 2/6 médicos y 3/7 enfermeras contestan que la recomiendan habitualmente en grupos de riesgo,3/7 médicos y 2/7 enfermeras no la recomiendan,1/7médicos y 1/7enfermeras la recomienda sólo en grupos que está financiada, 1/7 enfermeras le interesaría más información.
5. En aquellos casos en que se ha contestado que no recomienda la vacuna 23 valente, dos casos, no se especifica el motivo en respuesta abierta.
6. En aquellos casos en que se ha contestado que no recomienda la vacuna 13 valente, dos médicos contestan no considerarla eficaz en prevención de enfermedad neumocócica y un médico, considera suficiente la vacunación con la 23 valente. Enfermeria no especifica el motivo en respuesta abierta.

2. Indicadores analizados

1. Población total atendida en el CS Actur Oeste 15.564
2. Población en edad pediátrica atendida en el CS Actur Oeste 2.270 niños
3. El número de pacientes con código T-90 en menores de 15 años es de 2.
4. El número de pacientes con código T-90 en mayores de 15 años es de 1100.
5. El número de registros de vacuna NE23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRIDO en el año 2018, ha sido de casos, con edades comprendidas entre años, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus.
6. El número de registros de vacuna NE13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA en el año 2018 ha sido de 8 casos, no correspondiendo ninguno de los casos a código T-90, diabetes mellitus .
7. En el caso de población infantil menor de 15 años, constan 2 pacientes con código T-90, diabetes mellitus, siendo su vacunación frente a neumococo completa, de acuerdo con las recomendaciones vacunales en grupos de riesgo

3. Sesión formativa e información de los resultados del proyecto

El dia 6 de marzo a las 14 horas se imparte Sesión clinica formativa sobre “Prevención de enfermedad neumocócica en grupos de riesgo medicante vacunación frente al neumococo” impartida por la Dra Inés Lasarte, del equipo de mejora.

Asisten 21 personas, con control de firmas.

A continuación, se exponen los resultados del proyecto, expuestos anteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras el debate, estos son los factores que están influyendo negativamente en la mejoría de la cobertura:

1. Vacuna no financiada en el grupo de riesgo diabetes. El paciente tiene que asumir su coste de manera íntegra.
2. Dudas si es conveniente su recomendación, si no es una vacuna financiada por Salud Pública en este grupo de riesgo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1490

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

3. Dudas sobre la conveniencia de su recomendación, a pesar que el consenso está refrendado por varias sociedades científicas y el grupo de Neumoexpertos en Prevención.
4. Dificultades para su adquisición en oficinas de farmacia.

Como mejor opción, y ante la experiencia que se desprende del proyecto de mejora, que es el segundo año que se presenta, para que se mejoren coberturas vacunales frente a neumococo en este grupo de riesgo, sería que Salud Publica proporcionara esta vacuna en los Centros de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1490 ========== ***

Nº de registro: 1490

Título
MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

Autores:
TORNOS SIMON TERESA, SORIA SANCHEZ CONCEPCION, PEREZ RAMIREZ ISABEL, LARROSA ESPINOSA CRISTINA, LASARTE SANZ INES, MILLAN TARATIEL MARIA, ANDRES ZALLO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad invasiva (ENI) causada por Sreptococcus pneumoniae constituye un importante problema de Salud Pública. La medida más costo-efectiva para prevenirla es la que se obtiene mediante la vacuna antineumococica, existiendo 2 vacunas frente a neumococo, la polisacarida de 23 serotipos que no genera memoria inmunitaria y la vacuna conjugada de 13 serotipos que si la genera y tiene respuesta más potente. La vacunación en adultos esta justificada en inmunocompetentes con patologías de base como EPOC, asma grave, patología intersticial difusa pulmonar, enfermedad hepática crónica,cardiopatía, insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, tabaquismo y enolismo, según el consenso de 16 Sociedades científiicas sobre vacunación antineumocóica en el adulto (1). Sin embargo, las coberturas alcanzadas de vacunación antineumocóica son mucho más bajas de lo deseable, pudiendo influir la baja concienciación de los profesionales sanitarios de la importancia de la recomendación y también el hecho de que haya grupos de riesgo, en los que aunque este recomendada, no esta financiada por el sistema púlico.
Dada la alta prevalencia de diabetes mellitus en la población y su frecuente asociación con otros factores de riesgo, se ha planteado como objetivo el desarrollar mejoras en la asistencia de este colectivo y prevenir comorbilidades en la medida de lo posible, entre ellas la infección neumocócica.
Nuestro proyecto pretende concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de ofertar la vacuna antineumocócica, tanto la 23 valente como la 13 valente, ya que a pesar de las medidas terapeúticas actuales, la incidencia y mortalidad de la enfermedad neumocócica en estos pacientes se mantienen elevadas.
Bibliografia: (1) Consenso sobre la vacunación antineumocócica en el adulto con patología de base, Rev Esp Quimioter 2013; 26(3):232-252

RESULTADOS ESPERADOS
En proyecto previo, 1327 año 2016, se comprobó que el número de registros de vacuna NE23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRIDO en el año 2017 fué de 6, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus.
El número de registros de vacuna NE13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA en el año 2017 ha sido de 7 casos, no correspondiendo en ningún caso a código T-90, diabetes mellitus .
El objetivo del proyecto es mejorar esta cobertura, analizando las posibles causas que pueden influir y mejorando el conocimiento y concienciación del personal sanitario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1490

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO EN PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPO DE RIESGO, DIABETES, ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

MÉTODO
. Analisis de los resultados de encuesta realizada a los profesionales sanitarios del centro de salud sobre opinión y manejo de la vacuna frente al neumococo.
. Sesion clínicas formativas dirigida al personal sanitario (Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras) sobre prevención de la enfermedad neumocócica en el adulto y exposición del consenso sobre la vacunación antineumocócica.
. Presentación al Equipo de los resultados, al finalizar el proyecto y grado de satisfacción

INDICADORES
Número de registros de administración de vacuna 23-1 NEUMOCOCO ADULTOS POLISACÁRICO durante el año 2018.
Número de registros de administración de vacuna 13-1 NEUMOCOCO ADULTOS CONJUGADA durante el año 2018.

Como referente se dispone del estudio del año 2017 que indicaba una cobertura en población adulta con diabetes del 0%.
Como objetivo inicial se plantea llegar a una cobertura del 20%

DURACIÓN
Junio-Septiembre 2018 análisis de los resultados de la encuesta realizada a sanitarios del CS.
Octubre 2018 sesión formativa impartida por MIR familia perteneciente al equipo de mejora.
-Diciembre del 2018 se valorará la cobertura vacunal frente a enfermedad neumocócica en la población diabética Codigo CIAP-T90 del CS Actur Oeste
- Diciembre 2018 sesión informativa donde se expondrán los resultados y se realizará una encuesta de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1338

1. TÍTULO

ESTIMACION DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRONICOS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR NAVALES BELTRAN
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIMON SIMON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE PREPARÓ UNA HOJA EXCEL Y DURANTE 6 MESES (JUNIO A DICIEMBRE) SE REALIZÓ EXPLORACIÓN BUCODENTAL A TODOS LOS PACIENTES CRÓNICOS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA. SE REGISTRARON TODOS LOS DATOS EN LA HOJA DE EXCEL.
EN ENERO SE REALIZÓ EL ESTUDIO DE LOS DATOS OBTENIDOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DE LOS 177 PACIENTES CRÓNICOS,100 FUERON VARONES Y 77 MUJERES. EN CUANTO A SUS ENFERMEDADES CRÓNICAS: 62 PACIENTES SON DIABÉTICOS,113 SON HIPERTENSOS,24 TIENEN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS,50 TIENEN ENFERMEDADES CARDÍACAS Y 6 TIENEN ENFERMEDADES HEPÁTICAS. HAY 66 PACIENTES QUE TIENEN VARIAS ENFERMEDADES CRÓNICAS. EN CUANTO A LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES QUE PRESENTABAN,SE OBSERVA: EL 15%TIENEN ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS (GINGIVITIS, ENF. PERIODONTAL), EL 24% TENÍAN AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES AL LLEGAR A LA CONSULTA, EL 31% PRESENTABAN CARIES Y AL 30% SE LES REALIZÓN ALGUNA O VARIAS EXODONCIAS DE PIEZAS CAREADAS O CON MOVILIDAD. CON RESPECTO A LAS LESIONES BUCALES: 0 PACIENTES ATENDIDOS PRESENTARON CÁNDIDA Y 7 PACIENTES PRESENTARON LESIONES DE DIFERENTE TIPOLOGÍA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
UNA VEZ OBSERVADOS LOS RESULTADOS SE PUEDE DEDUCIR:
1.- QUE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO PRESENTAN CÁNDIDA Y QUE LAS LESIONES DE SUS BOCAS NO ES UN DATO RELEVANTE.
2.- EL ESTUDIO HA SERVIDO PARA MOSTRAR EL MAL ESTADO GENERAL DE LA BOCA EN LOS PACIENTES INCLUIDOS, CON GRAN CANTIDAD DE CARIES, AUSENCIA DE PIEZAS DENTALES Y POCO INTERÉS POR CONSERVAR SUS DIENTES NATURALES. ESTE DATO NO ES RELEVANTE DE FORMA DIFERENCIAL AL RESTO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S. ACTUR OESTE YA QUE PRESENTAN UNA SALUD BUCODENTAL SIMILAR.
3.- UN MAL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL EN LA POBLACIÓN QUE SE ATIENDE EN ESTE CENTRO DE SALUD.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1338 ========== ***

Nº de registro: 1338

Título
ESTIMACION DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRONICOS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S. ACTUR OESTE

Autores:
NAVALES BELTRAN MARIA PILAR, SIMON SIMON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRÓNICOS
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: VALORACIÓN DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRÓNICOS

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de higiene bucodental pretende estimar el porcentaje de enfermedades bucodentales que presentan los pacientes crónicos atendidos en dicha Unidad en el período de Junio a Diciembre de 2017 para actuar en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1338

1. TÍTULO

ESTIMACION DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCODENTALES EN PACIENTES CRONICOS ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE

promoción de la salud de estos pacientes de forma específica sobre los hábitos y patologías relacionados..
Este proyecto es la fase inicial de un proyecto que tendrá continuidad con un 2º proyecto de Educación para la Salud Bucodental en dichos pacientes crónicos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conocer el nº de pacientes crónicos atendidos en la Unidad SBD del Centro de Salud Actur Oeste.
2. Determinar la frecuencia de presentación de las diferentes enfermedades bucodentales en los pacientes crónicos.
3. Diferenciación de las enfermedades bucodentales en los pacientes crónicos.

MÉTODO
Para conseguir los objetivos se proponen las siguientes acciones:
1. Registro de todos los pacientes crónicos que acuden a nuestra consulta identificando el tipo de enfermedad crónica.
2. Registro de la Enf. Bucodental que presentan: caries, enf. Periodontal, ausencia piezas dentarias, otras.
3. Análisis de los resultados y selección de oportunidades de mejora.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes con enfermedad crónica atendidos en la USBD de Actur Oeste de Junio a Diciembre de 2017.
2. Porcentaje de presentación de enfermedad Bucodental según patología crónica.

DURACIÓN
La duración prevista de la actividad será de 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR-MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION. CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA GONZALEZ UBEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYAN MORENO PILAR
ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM
LAHUERTA JARQUE AMPARO
LITE MARTINEZ AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el año 2017 se ha realizado el primer taller programado, en las fechas previstas 22 marzo -17 mayo, en horario de 16-18:30. El segundo taller programado en septiembre-noviembre se suspendió. La razón fundamental ha sido la dificultad para integrarlo dentro de la organización asistencial del centro.
Se han realizado las dos sesiones previstas para los profesionales (8 y 23 de febrero).Sesión informativa al EAP: Contenidos y estructura del taller y sistema de derivación de los pacientes (8 febrero)Sesión formativa: "La atención plena -mindfulness en el entorno de la atención primaria, recurso para los pacientes y los profesionales" (23 Febrero).Se ha seguido el circuito establecido para la captación e inclusión de los pacientes en el taller.Ha participado los profesionales previstos: La enfermera responsable de la actividad. las dos fisioterapeutas del centro que han participado como asesoras en la adaptación de los ejercicios corporales a las situaciones físicas de los participantes. Se ha contado con el soporte previsto de 1 administrativo. En cada sesión, los participantes han recibido material de soporte (escrito y CD) para la práctica en casa. El material escrito, es de elaboración propia, elaborado a lo largo de los años en los que se viene realizando esta actividad. Los CD, con prácticas de mindfulness guiadas, se ha utilizado con permiso de la autora: Carola García, profesora certificada de MBSR por el Center for Mindfulness de la Universidad de Masachussets.Se ha utilizado la sala multiusos del centro con su equipamiento necesario para el taller (sillas, colchonetas y pizarra).Se han utilizado encuestas de evaluación por los participantes: Antes de comenzar, en la mitad del taller y encuesta de valoración final. Se ha utilizado el registro especifico de la actividad en cada sesión: control de asistencias y observaciones durante la sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Iniciaron el taller 10 personas y lo terminaron 9. La persona que se retiró, tras la primera sesión, fue debido a una confusión en la derivación.Se han realizado y recibido el 100% encuestas de valoración pre, mitad y al finalizar el taller.
Los resultados de la encuesta de valoración final han sido los siguientes:
Grado de comodidad de la sala (alto-moderado)
Tiempo dedicado al aprendizaje: (suficiente (7) Moderado (2)
Horario de las sesiones (adecuado(6)-Inadecuado (3)
Material entregado: Muy suficiente (5) Suficiente (3) Moderado(1)
Valoración habilidad de los profesionales: Alta (5) Muy Alta (4)
Consecución de expectativas: Mucho (5) Muchísimo (2) Normal (2)
Grado de utilidad de lo aprendido: Alto (4) Muy Alto (3) Moderado (2)
Entre las sugerencias expresadas destacan: alargar la duración y opción de volver a hacerlo. Propuestas de horarios: por la mañana, y por la tarde 17-19h.
RESULTADOS INDICADORES
ESTRUCTURA:
Nº de profesionales que participan en la actividad (3) 100%
Nº de profesionales previstos (3)
PROCESO:
Nº de talleres realizados (1) 50%
Nº de talleres previstos (2)
RESULTADOS:
Nº de participantes que inician la actividad (10) 90%
Nº de participantes que la terminan (9)*
*La persona que se retiró, tras la primera sesión, fue debido a una confusión en la derivación
Nº de participantes que valoran de forma positiva
la utilidad de las prácticas aprendidas (9) 100%
Nº de participantes (9)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de la actividad por los participantes ha sido positiva. En la misma linea que los talleres realizados en años anteriores. Supone un acicate para continuar ofreciendo esta actividad de educación para la salud grupal. Para el 2018 se han programado, durante el primer semestre, 3 talleres con una duración

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR-MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION. CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

menor: 4 sesiones de 1,h de duración cada una. En horario de tarde (Febrero (17-18:30)y Mayo (16-17:30) y en horario de mañana (08:30-10).Se ha incorporado una enfermera,en calidad de colaboradora, que asistió. en el taller del 2017 como participante.
Los puntos críticos que es necesario valorar para asegurar la continuidad son:
1- Necesidad de integrar la actividad dentro de la dinámica asistencial del centro, con el apoyo directo y/o indirecto del EAP. De tal modo que las actividades de educación para la salud puedan ofrecerse con una mayor frecuencia y sin la sobrecarga que requieren actualmente para los profesionales que las realizan.
Por ello, se va a plantear al EAP estudiar estrategias que permitan la integración en la actividad habitual del centro, de la Agenda comunitaria, que incluye todas las actividades de educación para la salud grupal que pueden ser ofrecidas por el EAP actualmente.
2- Promover la participación de profesionales sanitarios pre y postgrado en los talleres para dar a conocer la atención plena-mindfulness como recurso de educación para la salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1337 ========== ***

Nº de registro: 1337

Título
TALLER "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRA VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA". BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD MASSACHUSETTS

Autores:
GONZALEZ UBEDA ROSA, ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM, LAHUERTA JARQUE AMPARO, LITE MARTINEZ AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Influencia del estrés en la saud. Promocion de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población atendida por el CS Actur Sur es de 15.468 hab. El grupo etario más numeroso es el 40-59 años. Atendiendo a las características de la población y la situación de incertidumbre originada por la crisis económica, que ha generado y genera un alto nivel de estrés, afectando a la salud física y psíquica. A iniciativa de los profesionales del EAP, desde el año 2011 se vienen desarrollando talleres para el aprendizaje en la reducción del estrés basados en mindfulness - atención plena. La eficacia de esta práctica ha sido contrastada por numerosos estudios científicos.Hay evidencia sobre sus efectos en generar resiliencia. Promueve el empoderamiento de la persona en el cuidado de su salud y el cuidado participativo. También se ha observado su eficacia para prevenir el síndrome "burn out" en las profesiones de ayuda.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Que los participantes en el taller puedan conocer, desarrollar y fortalecer habilidades para la gestión del estrés a través de prácticas formales y en la vida cotidiana, de atención plena- mindfulness como base para cultivar la resiliencia emocional y actitudes positivas hacia su salud y poder aplicarlas eficazmente a lo largo de toda la vida adulta. 2. Dar a conocer la práctica de mindfulness-atención plena a los profesionales sanitarios y no sanitarios del EAP por medio de sesiones formativas.

MÉTODO
El taller es una actividad de educación para la salud en grupo que enfatiza el aprendizaje experiencial en el contexto de dinámica grupal. Se presentan prácticas formales de atención plena cuerpo-mente(Exploración corporal)Meditación y Ejercicios corporales conscientes (estiramientos) y diversas prácticas de atención en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR-MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION. CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

la vida cotidiana. Se desarrolla en 8 sesiones semanales de 2h 30min de duración cada una. Los participantes reciben materiales e indicaciones para la práctica en casa, tanto formal como informal, con una dedicación individual de 1 hora diaria entre las sesiones semanales grupales. Recursos humanos:La enfermera responsable de la actividad, con formación en MBSR, Meditación y Psicología Contemplativa. 2 fisioterapeutas que participan en calidad de asesoras en los ejercicios corporales si la situación física de los participantes lo requiere.1 administrativa y 1 profesional sanitario colaborador, previa solicitud.

INDICADORES
Se utilizan Encuestas de Valoración pre, en la mitad y post-taller y Registro especifico de la actividad en cada sesión. ESTRUCTURA : Nº de profesionales que participan en la actividad / Nº de profesionales previstos.PROCESO: Nº de talleres realizados / Nº de talleres previstos.RESULTADOS:1. Nº de participantes que inician la actividad/ Nº de participantes que la terminan.2. Nº de participantes que valoran de forma positiva la utilidad de las prácticas de mindfulness aprendidas en el taller/ Nº de participantes.

DURACIÓN
Calendario 2017: Taller: 8 sesiones semanales. Miércoles 16-18:30. 1er.grupo: 22 Marzo-17 Mayo. 2do.grupo: 20 Septiembre-28 noviemb. Sesiones formativas dirigidas al EAP: 8 Febrero: Sesión Informativa sobre contenidos, estructura del taller y sistema de derivación.23 Febrero: Sesión formativa al EAP: " La atención plena- mindfulness en el entorno de la atención primaria, recurso para pacientes y profesionales"

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA GONZALEZ UBEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYAN MORENO PILAR
LITE MARTINEZ AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cronograma de implantación
En el año 2018, se han realizado dos de los tres talleres programados. La duración de los talleres ha sido la establecida para este año: 4 sesiones de 1,5h de duración cada una, en horario de tarde. El taller programado en horario de mañana se suspendió. Fechas: 1er taller: 7-28 Febrero 2018. 17-18:30h. 2do Taller 6-27 de junio. 16-17:30h
Se ha seguido el circuito establecido para la captación e inclusión de los pacientes en el taller.
Responsables
Ha participado los profesionales previstos: La enfermera responsable de la actividad y la enfermera colaboradora. No ha sido necesario el asesoramiento de las dos fisioterapeutas del centro. Se ha contado con el soporte previsto de una administrativa.
Recursos
En cada sesión, los participantes han recibido material de soporte (escrito y CD) para la práctica en casa. El material escrito, es de elaboración propia, elaborado a lo largo de los años en los que se viene realizando esta actividad.
Los CD, con prácticas de mindfulness guiadas, se ha utilizado con permiso de la autora: Carola García, profesora certificada de MBSR por el Center for Mindfulness de la Universidad de Masachussets
Se ha utilizado la sala multiusos del centro con su equipamiento necesario para el taller (sillas, colchonetas y pizarra)
Actividades de evaluación.
Se han utilizado encuestas de evaluación por los participantes: Antes de comenzar y encuesta de valoración final.
Se ha utilizado el registro especifico de la actividad en cada sesión: control de asistencias y observaciones durante la sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Primer Taller: Iniciaron el taller 9 personas y lo terminaron 6. 2 personas se retiraron tras la primera sesión y la otra en la segunda.
El 56% fue derivado desde la consulta médica y el 44% de la consulta enfermería
Se han realizado y recibido el 100% encuestas de valoración de las 6 personas que terminaron el taller.
Los resultados de la encuesta de valoración final han sido los siguientes:
Grado de comodidad de la sala: moderado (4) alto (2)
Tiempo dedicado al aprendizaje: escaso (4) moderado (1) y suficiente 1)
Horario de las sesiones : adecuado(6)
Material entregado: muy suficiente (2) suficiente (3) escaso(1)
Valoración habilidad de los profesionales: muy alta (5) moderada (1)
Consecución de expectativas: mucho (2) muchísimo (1) normal (3)
Grado de utilidad de lo aprendido: alto (1) muy alto (2) moderado (2)poco (1)
Entre las sugerencias expresadas destacan: alargar la duración y opción de volver a hacerlo.
Segundo Taller: Iniciaron y terminaron el taller 8 personas.
El 62,5% fue derivado desde la consulta médica y el 37,5% de la consulta enfermería
Se han recibido 7 encuestas de valoración final (87,5%)
Los resultados de la encuesta de valoración final han sido los siguientes:
Grado de comodidad de la sala (moderado (1) alto (6)
Tiempo dedicado al aprendizaje: escaso (2) moderado (3) y suficiente 2)
Horario de las sesiones: adecuado(6)
Material entregado: suficiente (7)
Valoración habilidad de los profesionales: muy alta (5) alta (2)
Consecución de expectativas: mucho (4) normal (3)
Grado de utilidad de lo aprendido: alto (5) moderado (2)
Entre las sugerencias expresadas destacan: ampliar la duración
RESULTADOS INDICADORES ESTABLECIDOS EN EL PROYECTO:
ESTRUCTURA:
Nº de profesionales que participan en la actividad (3) 100%
Nº de profesionales previstos (3)
PROCESO:
Nº de talleres realizados (2) 67%
Nº de talleres previstos (3)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

RESULTADOS:
Nº de participantes que inician la actividad (17) 82.35%
Nº de participantes que la terminan 14)
Nº de participantes que valoran de forma positiva
la utilidad de las prácticas aprendidas (14) 82,35%
Nº de participantes (17)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de la actividad por los participantes ha sido positiva. En la misma linea que los talleres realizados en años anteriores. La reducción del número y duración de las sesiones ha podido influir en la sugerencia de los participantes de aumentar la duración. Actualmente existe una lista de espera para próximos talleres. La intención es seguir ofertando esta actividad. Para ello, se han elaborado materiales de información a los usuarios (poster y dipticos) incluidos en el " Proyecto de mejora en la captación, derivación y citación de pacientes para las actividades de educación para la salud grupal en el CS Actur Sur de Zaragoza"
Si bien, para el año 2019 no ha sido posible, hasta el momento, realizar una programación. Antes resulta imprescindible decidir las estrategias que ayuden al desarrollo de las actividades de educación para la salud grupal como un servicio más a ofrecer desde el centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1337 ========== ***

Nº de registro: 1337

Título
TALLER "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRA VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA". BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD MASSACHUSETTS

Autores:
GONZALEZ UBEDA ROSA, ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM, LAHUERTA JARQUE AMPARO, LITE MARTINEZ AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Influencia del estrés en la saud. Promocion de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población atendida por el CS Actur Sur es de 15.468 hab. El grupo etario más numeroso es el 40-59 años. Atendiendo a las características de la población y la situación de incertidumbre originada por la crisis económica, que ha generado y genera un alto nivel de estrés, afectando a la salud física y psíquica. A iniciativa de los profesionales del EAP, desde el año 2011 se vienen desarrollando talleres para el aprendizaje en la reducción del estrés basados en mindfulness - atención plena. La eficacia de esta práctica ha sido contrastada por numerosos estudios científicos.Hay evidencia sobre sus efectos en generar resiliencia. Promueve el empoderamiento de la persona en el cuidado de su salud y el cuidado participativo. También se ha observado su eficacia para prevenir el síndrome "burn out" en las profesiones de ayuda.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Que los participantes en el taller puedan conocer, desarrollar y fortalecer habilidades para la gestión del estrés a través de prácticas formales y en la vida cotidiana, de atención plena- mindfulness como base para cultivar la resiliencia emocional y actitudes positivas hacia su salud y poder aplicarlas eficazmente a lo largo de toda la vida adulta. 2. Dar a conocer la práctica de mindfulness-atención plena a los profesionales sanitarios y no sanitarios del EAP por medio de sesiones formativas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1337

1. TÍTULO

TALLER: "APRENDER A REDUCIR EL ESTRES EN NUESTRAS VIDA COTIDIANA BASADO EN MINDFULNESS-ATENCION PLENA"(BASADO EN EL MODELO MBSR (MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION) CFM UNIVERSIDAD DE MASSACHUSETTS)

MÉTODO
El taller es una actividad de educación para la salud en grupo que enfatiza el aprendizaje experiencial en el contexto de dinámica grupal. Se presentan prácticas formales de atención plena cuerpo-mente(Exploración corporal)Meditación y Ejercicios corporales conscientes (estiramientos) y diversas prácticas de atención en la vida cotidiana. Se desarrolla en 8 sesiones semanales de 2h 30min de duración cada una. Los participantes reciben materiales e indicaciones para la práctica en casa, tanto formal como informal, con una dedicación individual de 1 hora diaria entre las sesiones semanales grupales. Recursos humanos:La enfermera responsable de la actividad, con formación en MBSR, Meditación y Psicología Contemplativa. 2 fisioterapeutas que participan en calidad de asesoras en los ejercicios corporales si la situación física de los participantes lo requiere.1 administrativa y 1 profesional sanitario colaborador, previa solicitud.

INDICADORES
Se utilizan Encuestas de Valoración pre, en la mitad y post-taller y Registro especifico de la actividad en cada sesión. ESTRUCTURA : Nº de profesionales que participan en la actividad / Nº de profesionales previstos.PROCESO: Nº de talleres realizados / Nº de talleres previstos.RESULTADOS:1. Nº de participantes que inician la actividad/ Nº de participantes que la terminan.2. Nº de participantes que valoran de forma positiva la utilidad de las prácticas de mindfulness aprendidas en el taller/ Nº de participantes.

DURACIÓN
Calendario 2017: Taller: 8 sesiones semanales. Miércoles 16-18:30. 1er.grupo: 22 Marzo-17 Mayo. 2do.grupo: 20 Septiembre-28 noviemb. Sesiones formativas dirigidas al EAP: 8 Febrero: Sesión Informativa sobre contenidos, estructura del taller y sistema de derivación.23 Febrero: Sesión formativa al EAP: " La atención plena- mindfulness en el entorno de la atención primaria, recurso para pacientes y profesionales"

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1541

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EPS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA MUJER MADURA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA ALVAREZ ROCHE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MARTINEZ SARA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El grupo de EPS para la PROMOCION DE LA SALUD EN LA MUJER MADURA se inició en el año 2003 por iniciativa de Enfermería, con la participación de dos Enfermeras, un Médico de Familia, una Matrona y un Administrativo. Se han realizado 3 grupos anuales de 7 sesiones cada uno, encajando el calendario con otro grupo de EPS realizado por enfermería .
Desde 2016 se han realizado dos grupos: Feb/16 ; Oct-Nov/16 .
En 2017 no se han realizado por no estar cubierto el cupo de pacientes, siendo clara la tendencia en los últimos años a disminuir la demanda para la actividad.
Cada grupo se ha constituido con un máx de 12 pacientes, dos enfermeras, un MIR /MF un administrativo de apoyo y estudiantes de enfermería.
Se ha requerido sala multiusos con colchonetas, proyector ordenador portátil, CD película y reproductor CD música .Se han utilizado encuestas previas y posteriores para valorar la opinión de los pacientes con indicadores de estructura, proceso y resultado. Se ha proporcionado información escrita sobre prevención, ejercicios de kegel, alimentación y recursos comunitarios.
En su inicio se presentó al EAP, aclarando dudas sobre captación y derivación así como criterios de exclusión. Posteriormente se han hecho recordatorios a través del correo interno, reuniones y de palabra en cada binomio asistencial. La captación de los pacientes ha sido realizada en consultas, posteriormente el administrativo les ha llamado para confirmar asistencia, informando sobre fecha, horario y ropa adecuada para realizar la actividad. En los últimos años ha habido una disminución en la captación, siendo los integrantes del grupo los que la han realizado básicamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado en participación ha sido bueno, habiendo abandonos puntuales al alargarse en 7 sesiones, el interés de las mujeres ha sido alto.. En general se ha considerado alto el grado de comodidad, conocimientos adquiridos en el grupo, utilidad del aprendizaje y expectativas, suficiente el tiempo dedicado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este tipo de actividades nos producen un alto grado de satisfacción profesional, la EPS grupal debería ser una actuación cotidiana en A.Primaria . Sin embargo hasta el momento es una actividad excepcional, que no encaja en nuestras agendas, requiere entusiasmo y un esfuerzo “extra”, cerrar agendas para saturarlas en días consecutivos, preparar materiales, exposiciones teóricas, en casa….
Las personas que damos soporte al grupo hemos decidido cesar la actividad, entendemos que han evolucionado los tiempos (15 años), la mujer está mejor informada y gestiona mejor su auto cuidado también se ha racionalizado el uso de fármacos en esta etapa de la vida. Por nuestra parte ha sido un esfuerzo continuado en el tiempo, que aún siendo una gratísima experiencia, ha requerido voluntad y perseverancia en tiempos en que la actividad no era muy reconocida, la cerramos con satisfacción. Es posible que otros profesionales del EAP puedan reformular otros objetivos de EPS para este grupo de población y así lo propondremos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1541 ========== ***

Nº de registro: 1541

Título
PROGRAMA DE EPS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA MUJER MADURA

Autores:
ALVAREZ ROCHE TERESA, LOPEZ MARTINEZ SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo .....: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1541

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EPS PARA PROMOVER LA SALUD EN LA MUJER MADURA

Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: menopausia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Población femenina en edad madura (perimenopausia,menopausia y postmenopausia) que demanda información en el proceso de cambio

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar los conocimientos de la mujer para mejorar su nivel de salud. Intentar conseguir cambios de actitudes para mejorar la calidad de vida. Elevar la autoestima y seguridad

MÉTODO
grupos 10 -12 mujeres y dos profesionales sanitarios una vez/semana un total de 7 sesiones. Recursos materiales :sala, pizarra,material didactico,ordenador,video, televisión,cañón,colchonetas, película video.i

INDICADORES
Evaluación cuantitativa :indicadores de proceso, de estructura,de resultados. Evaluación cualitativa.

DURACIÓN
no fecha fija un grupo/año una sesión semanal 6 sesiones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1548

1. TÍTULO

DEPURACION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 12/03/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LAFUENTE GARCIA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AÑON ALMAZAN MARIA JESUS
GIMENEZ EROLES INMACULADA
LITE MARTINEZ AMPARO
ROJAS MEDIAVILLA LOURDES
BERZOSA MARIN MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mensualmente se han extraido de la BDU, los listados con los usuarios fallecidos por CIAS. De la misma manera se han ido comprobando en dicha base de datos junto con el SNS,historia por historia para ver su situación. Preferentemente las historias de usuarios con mayor edad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido,tras extraer las historias de exitus, tener un archivo con suficiente espacio para nuevas historias.
Se han ubicado las exitus en otra zona exclusiva y apartada del resto.
Se ha conseguido que los facultatvios sean conocedores de los exitus de sus cupos que hayan fallecido en otros sectores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente el traslado de las historias a almacenes externos del centro de salud. Todo depende de la posibilidad económica para su guarda y custodia según legislación vigente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1548 ========== ***

Nº de registro: 1548

Título
GESTION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICA DEL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR. LIMPIEZA, DEPURACION Y ACTUALIZACION DEL ARCHIVO

Autores:
LAFUENTE GARCIA CARMEN, LITE MARTINEZ AMPARO, GIMENEZ EROLES INMACULADA, ROJAS MEDIAVILLA MARIA LOURDES, AÑON ALMAZAN MARIA JESUS, PUERTOLAS FELICES JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: gestión de usuarios
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: atención al usuario

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad el archivo de papel tiene una capacidad de unas 20.000 historias, y no se ha depurado desde el año 2008, año en el que se dividió la zona básica de salud. Este archivo ocupa un espacio muy relevante en el centro de salud y requiere actualizarlo y enviar al almacén del SALUD: DEJAR ESPACIO PARA NUEVAS HISTORIAS.

RESULTADOS ESPERADOS
TENER UN ARCHIVO ACTUALIZADO de acuerdo a los criterios de la lislación de la documentación clínica.
RETIRAR HISTORIAS QUE NO CUMPLEN LAS CONDICIONES DE CUSTODIA DOCUMENTAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1548

1. TÍTULO

DEPURACION DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS

MÉTODO
LOS RECURSOS UTLIZADOS SON LOS QUE PROPORCIONA LA BDU, A TRAVÉS DE LA EXPLOTACIÓN DE DATOS.
Revisiones periodicas de la evolución del estado del archivo.

INDICADORES
Se prevee depurar un volumen de más menos 3000 historias
Se revisarán todos los años, preferentemente las historias de las usuarios de más edad.

Características de historias: EXITUS

DURACIÓN
Inicio 1 de julio y finalización el 15 de diciembre 2017

OBSERVACIONES
LEY 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
No aclara qué hacer con las historias de fallecidos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1549

1. TÍTULO

GRUPO EPS APRENDIZAJE TECNICAS DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SARA MARIA LOPEZ MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARZO GARCIA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El grupo de EPS para el APRENDIZAJE DE TECNICAS DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA se inició en el año 2009 por iniciativa de Enfermería. Se han programado 2-3 grupos anuales, encajando el calendario con otro grupo de EPS realizado por enfermería en su mayor parte.
Desde 2016 se han realizado tres grupos:
Abril/16 ; Sept-Oct/16 ; Sep-Oct/17
Cada grupo se ha constituido con un máx de 10 pacientes, dos enfermeras, un administrativo de apoyo y hasta tres estudiantes de enfermería.
Se ha requerido sala multiusos con colchonetas, proyector y se ha obtenido del servicio de reprografía del salud copias del CD con relajación guiada para entregar a los pacientes para la práctica en casa (CD proporcionado por Helena Gonzalez Asenjo, enfermera de S.Mental, grabado con su propia voz)
En su inicio se presentó al EAP, aclarando dudas sobre captación y derivación así como criteros de exclusión. Posteriormente se han hecho recordatorios a través del correo interno, reuniones y de palabra en cada binomio asistencial. La captación de los pacientes ha sido realizada en consultas, posteriormente el administrativo les ha llamado para confirmar asistencia, informando sobre fecha, horario y ropa adecuada para realizar la actividad. En los últimos años ha habido una disminución en la captación, siendo los integrantes del grupo los que la han realizado básicamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado en participación ha aceptable, 1-2 abandonos max. después de 1º-2º sesión..Se han utilizado encuestas previas y posteriores para valorar la opinión de los pacientes con indicadores de estructura, proceso y resultado. En general se ha considerado alto el grado de comodidad, relajación alcanzada en el grupo, utilidad del aprendizaje y expectativas, suficiente el tiempo dedicado. La práctica cotidiana en casa ha sido moderada, aunque algún paciente posteriormente en consulta haya verbalizado la utilización de la técnica sobre todo en situaciones especiales, insomnio, estrés familiar o personal…no hemos hecho seguimiento posterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este grupo, supone para los pacientes un primer contacto con la técnica que está muy bien, pero debería ser posible hacer un seguimiento y ofertales alguna sesión posterior en grupo, como recordatorio y motivación. Incluso hacer sesiones sistemáticas semanales... (actualmente imposible)
Este tipo de actividades nos producen un alto grado de satisfacción profesional, la EPS grupal debería ser una actuación cotidiana en A.Primaria . Sin embargo hasta el momento es una actividad excepcional, que no encaja en nuestras agendas, requiere entusiasmo y un esfuerzo “extra”, cerrar agendas para saturarlas en días consecutivos, preparar materiales, exposiciones teóricas, en casa….

7. OBSERVACIONES.
Las personas que damos soporte al grupo hemos decidido cesar la actividad, plantearlo al EAP por si es posible reformularlo y que otros profesionales pudieran darle continuidad, si no es así, lo damos por finalizado.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1549 ========== ***

Nº de registro: 1549

Título
TECNICAS DE RELAJACION

Autores:
LOPEZ MARTINEZ SARA, ALVAREZ ROCHE TERESA, MARZO GARCIA MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ansiedad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1549

1. TÍTULO

GRUPO EPS APRENDIZAJE TECNICAS DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Un ritmo de vida excesivo y con poco tiempo de dedicación a uno mismo por las obligaciones laborales,sociales,familiares . La forma de afrontar y resolver a traves del aprendizaje de técnicas de relajación puede facilitarla forma de orientar los problemas y las soluciones.

RESULTADOS ESPERADOS
mejorar la calidad de vida de los pacientes con el aprendizajede técnicas de relajación muscular prgresiva, mejorar el abordajede las dificultades, disminuir frecuentación en consultas por ansiedad.

MÉTODO
captación en consultas citación en agenda especifica.sesión formativa y presentación al EAP. Recursos materialer :sala,colchonetas,música, folletos informativos.

INDICADORES
indicadores de estructura,proceso y resultado.

DURACIÓN
3 grupos/año 4 sesiones/grupo 1 hora /sesión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1555

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PITARQUE GARGALLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ACTUR SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ ROCHE TERESA
LAHUERTA JARQUE AMPARO
ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Un grupo de 10 pacientes,fecha mayo - junio.
Recursos humanos: 2 fisioterapeutas y 2 enfermeras.
Recursos materiales:Medios audiovisuales y material didáctico de apoyo.
Se presentó al equipo por medio de un recordatorio a través del correo electrónico. La captación es activa en consultas médicas y de enfermería. Existe un tríptico informativo y se han empleado encuestas pre y post curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han utilizado:
- Indicadores de estructura.
- Profesionales que participan en las sesiones x 100 / Nº de profesionales participantes en el programa.
Indicadores de proceso:
- Nº pacientes captados al año x 100.
- Nº de grupos realizados al año x 100.
- Nº de pacientes que acuden al 80% de las sesiones grupales.
Indicadores de resultado:
- Nº de pacientes que el resultado CCQ indica mejoría.
- Nº de pacientes en los que la sastisfacción general es de 4 - 5 en la escala LIKER.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el trabajo diario se han tenido problemas a la hora de la captación de pacientes y existe una dificultad en la inclusión de esta actividad para compatibilizarla con la consulta diaria y los domicilios.

7. OBSERVACIONES.
Estamos trabajando para subsanar estas dificultades.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1555 ========== ***

Nº de registro: 1555

Título
ATENCIN A PACIENTES CON EPOC

Autores:
PITARQUE GARGALLO MARIA PILAR, ALVAREZ ROCHE TERESA, LAHUERTA JARQUE AMPARO, ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ACTUR SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EPOC enfermedad con una prevalencia de 10,2 %, está infradiagnosticada,con una elevada morbimortalidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1555

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES CON EPOC

RESULTADOS ESPERADOS
disminuir incidencia y morbimortalidad, mejorar la supervivencia, mejorar la función respiratoria, y la calidad de vida.

MÉTODO
proyecto de mejora del centro EPS con fisioterapia respiratoria y utilización de inhaladores .Captación en consulta agenda específica en admisión.

INDICADORES
indicadores de estructura,proceso y de resultados

DURACIÓN
2grupos/año 10 pacientes /grupo 10 sesiones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1585

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DE SOPORTE VITAL BASICO

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL LOPEZ CENALMOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ ARANDA MARIA JESUS
NAVARRO SERRANO EVA MARIA
GIMENO ABAD MARIA TERESA
VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ
RAMOS GABILONDO OLGA
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR
GARCIA LOBERA AURELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Aproximación a las inquietudes y necesidades del profesorado.
Acciones realizadas:
1.--Examen al profesorado previo a la charla para posteriormente poder evaluar los conocimientos adquiridos.
2.-- Presentación.
3.-- Charla de aproximadamente 30-40 minutos.
4.-- Tres talleres prácticos:
a) Reanimación cardiopulmonar básica.
b) Actuación ante un atragantamiento.
c) Actuación ante Crisis Convulsiva.
5.-- Ruegos y preguntas.

Recursos empleados:
+ Ocho profesinales sanitrarios.
+ Material audiovisual(presentasción en Power point elaborada para la ocasión).
+ Material de soprote vital básico(torsos, Guedell, mascarillas de barrera, colchonetas y mantas para las prácticas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo; asistencia a la sesión por el 100% del profesorado convocado
El resultado alcanzado queda pendiente de evaluación en los 4 meses posteriores a la realización de la sesión. No obstante cualquier resultado alcanzado sera positivo, dada la respuesta obtenida del aprendizaje del profesorado en dicha sesión.
Indicadores:
-Test de 10 preguntas, que se les proporcionó 15 dias antes, sin conocimiento, ni orientación previa de la sesión que se iba ser impartida, con la premisa de que dicho test se realizase de forma individual.
- Nuevo test de re-evaluación de los conocimientos adquiridos pasados 4 meses.
La fuente fue elaborada por los profesionales que iban a impartir la sesión y se formularon las preguntas en base a los conocimientos a impartir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la evaluación y la repetición anualmente, para fijar conocimientos, valorar las habilidades aprendidas o modificar las erroneas.
La sostenibilidad del proyecto depende exclusivamente de la voluntad del equipo que ha realizado el proyecto, ya que no hay dotación económica de ningún tipo.

7. OBSERVACIONES.
Necesitamos mas apoyo que incentive la realización de este tipo de proyectos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1585 ========== ***

Nº de registro: 1585

Título
PAUTAS DE ACTUACION EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA EN SOPORTE VITAL BASICO

Autores:
LOPEZ CENALMOR ISABEL, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, NAVARRO SERRANO EVA MARIA, GIMENO ABAD MARIA TERESA, VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ, RAMOS GABILONDO OLGA, SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, GARCIA LOBERA AURELIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1585

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DE SOPORTE VITAL BASICO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: respuesta comunitaria a las urgencias

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El soporte vital basico proporcionado por personal no sanitario se ha demostrado fundamental para prolongar las funciones vitales del paciente hasta que llega el equipo sanitario.

Cuestionario incial abierto donde analizar las inquietudes de este colectivo en soporte vital basico, obstruccion de la via aerea y primeros auxilios.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover y actualizar los conocimientos teorico practicos en soporte vital basico en el colectivo de profesores adscritos a un colegio en La Puebla de Alfinden.

MÉTODO
Material teorico suministrado a los alumnos, en este caso a los profesores, que es la poblacion diana, seguido a los 15 d de sesion teorica de 15 min y practica de 90 min, donde poner en practica los conocimientos adquiridos.

INDICADORES
Examen previo a la entrega de material docente, donde se analizara el grado de conocimiento/capacitacion previo. Al terminar la sesion teorico practica se volvera a pasar el mismo cuestionario y otra vez a los 6 meses.

DURACIÓN
En septiembre -octubre 2017 se plantean el examen, entrega de material docente y realizacion de curso teorico practico. Siendo prevista su finalizacion en junio 2018 aprox, con el tercer examen.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0750

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL LOPEZ CENALMOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR
BLASCO SELLES TERESA
GARCIA LOBERA AURELIO
BADIA CORTES MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En julio y agosto se repartieron los folletos en cada consulta de enfermeria y médico y folletos colgados en el Centro de Salud para informar a los pacientes de la realización de la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Obtenemos una gran aceptación por parte de los pacientes tras la información recibida con alta demanda de participación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dado el problema de falta de personal para sustituciones que ha habido durante estos meses de verano y otoño, y viendo que era un problema para disponer del tiempo necesario para realizar los paseos teniendo que cerrar consultas, nos hemos visto obligadas a comenzar la actividad a partir de febrero.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/750 ========== ***

Nº de registro: 0750

Título
MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA

Autores:
LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL, SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, GARCIA LOBERA AURELIO, RAMOS GABILONDO OLGA, BLASCO SELLES MARIA TERESA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN, BADIA CORTES MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSTAURACION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ADULTA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se plantea responder ante la necesidad de formar un grupo para realizar actividad física o ejercicio físico. Se objetiva un grupo de población que por encontrarse solas no realizan actividad física tan necesaria en la prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, trastornos músculo esqueléticos, y otros.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental es comenzar a dar paseos cardiosaludables, a través de los cuales los participantes tomen conciencia de la relación directa entre el ejercico y la mejora en la condición física y prevencion de enfermedades y en segundo lugar favorecer la relación entre los parcitipantes para que puedan establecer vínculos y relaciones socio emocionales que sean continuada en el tiempo sin la presencia de los sanitarios.

La población a la que va dirigido el proyecto es toda la población adulta de La Puebla de Alfinden.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0750

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN EL CAMINO NATURAL DE LA ALFRANCA

MÉTODO
1. Captación de los pacientes en las consultas de Enfermería, Medicina y Trabajo Social.
2. Distribuir carteles informativos en el Ayuntamiento, Farmacia y en el Centro De Salud.
3. Se abre lista para que voluntariamente se puedan apuntar en Admisión del C.S.
4. Charla previa informativa:

- Punto de reunión.
- Recorrido (esta previsto completar el camino natural hasta La Al franca).
- Material necesario (ropa y calzado adecuados).
-Almuerzo saludable.
-Personal sanitario acompañante.

INDICADORES
Tras el paseo se pasaran cuestionarios de satisfacción.

DURACIÓN
Inicio en Septiembre 2018 hasta Mayo 2019.
Establecer un día a la semana para el paseo.
Nos gustaría que fuese un proyecto con continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A ALA COMUNIDAD EDUCATIVA

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SOLANAS MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL
BLASCO SELLES TERESA
GIMENO ABAD MARIA TERESA
BADIA CORTES MARIA JOSE
NAVARRO SERRANO EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se comenta con la dirección del instituto la realización de la actividad, se muestran de acuerdo y se preparan los grupos de trabajo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los problemas surgidos en el primer trimestre del curso lectivo 2018/2019 debido a los traslados de médicos y la falta de personal para la realización de sustituciones en el Centro de Salud, se decide realizar la actividad prevista en el segundo trimestre lectivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debemos planificar la actividad teniendo en cuenta los cambios en el organigrama del Centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/751 ========== ***

Nº de registro: 0751

Título
REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Autores:
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL, SERRANO NAVARRO EVA MARIA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, BLASCO SELLES MARIA TERESA, GIMENO ABAD MARIA TERESA, GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN, BADIA CORTES MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se plantea realizar actividades de promocion de salud en primerios auxilios en personal no sanitario por la importancia demostrada, en la prolongacion de las funciones vitales de un paciente hasta la llegada del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es conseguir que los adolescentes sepan reconocer y cómo actuar ante una situacion de emergencia .

MÉTODO
Reunion del grupo de trabajo para:
-prepara temario adecuado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A ALA COMUNIDAD EDUCATIVA

- planificar el calendario,
- nombrar a los responsables de cada taller
- enviar una carta al instituto para concertar la cita.

INDICADORES
Evaluación de conocimientos; con un cuestionario previo y otro posterior.

DURACIÓN
Tras el inicio escolar 2018 /2019 se impartirän los talleres en el primer trimestre del curso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES YCONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SOLANAS MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL
SERRANO NAVARRO EVA MARIA
BLASCO SELLES TERESA
GIMENO ABAD MARIA TERESA
GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN
BADIA CORTES MARIA JOSE
PEREZ ARANDA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se lleva a cabo en el IES La Puebla de Alfinden.(4º ESO)
La actividad nace de una necesidad manifestada de que los adolescentes tengan nociones sobre primeros auxilios.
Proporcionar a los alumnos conocimientos básicos sobre primeros auxilios que contribuyan a adquirir habilidades o destrezas en este campo.
La formación en primeros auxilios es fundamental para toda persona implicada en situaciones urgentes por ello pretendemos que después de dicha actividad puedan saber reconocer y actuar en este tipo de situaciones en su vida cotidiana, como puedan ser:

--Anafilaxia (explicación de lo que es, cómo actuar.)
--Atragantamiento .
--Convulsión (manejo de la misma y administración del diacepan rectal)
--Hipoglucemia.
--Posición lateral de seguridad.
--Reanimación cardiopulmonar básica (nociones; saber llevar el ritmo de las compresiones en caso de RCP)

Puesta en contacto del coordinador del proyecto con la dirección del centro escolar para la elección del alumnado.

Realización de cuestionario para determinar conocimientos previos(entre 6- 10 preguntas)
Sesión teórica con power-point(elaborado para la ocasión).
Presentacion cada uno de los temas, acompañados de videos prácticos.
Después, una sesión práctica, formando varios grupos de trabajo mas pequeños, con muñecos y simulación de casos clinicos. .
Realización de nuevo del cuestionario para la valoración de conocimientos adquiridos tras la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Asistencia a los talleres de 90-100% de la poblacion seleccionada. Buena disposicion y aceptacion
Consecucion de los objetivos; que los adolescentes sepan reconocer y cómo actuar ante una situacion de emergencia .

Queda pendiente de evaluacion de resultados por retraso de las fechas previstas de realización, siendo estas pospuestas a Marzo/Abril 19.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Acercamiento de los profesionales de atención primaria a los centros escolares de nuestra área
Consideramos que los fundamentos para la existencia de un programa de educación en primeros auxilios en la escuela tiene una función educativa,social y sanitaria.

7. OBSERVACIONES.
La idea es implantarlo como una actividad a realizar de forma sistemática en los colegios/institutos en función del nivel de acogida obtenido.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/751 ========== ***

Nº de registro: 0751

Título
REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN PRIMEROS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0751

1. TÍTULO

REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD PARA LA MEJORA DE LAS HABILIDADES YCONOCIMIENTOS EN PRIMEROS AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

AUXILIOS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Autores:
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, LOPEZ CENALMOR MARIA ISABEL, SERRANO NAVARRO EVA MARIA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS, BLASCO SELLES MARIA TERESA, GIMENO ABAD MARIA TERESA, GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN, BADIA CORTES MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se plantea realizar actividades de promocion de salud en primerios auxilios en personal no sanitario por la importancia demostrada, en la prolongacion de las funciones vitales de un paciente hasta la llegada del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es conseguir que los adolescentes sepan reconocer y cómo actuar ante una situacion de emergencia .

MÉTODO
Reunion del grupo de trabajo para:
-prepara temario adecuado
- planificar el calendario,
- nombrar a los responsables de cada taller
- enviar una carta al instituto para concertar la cita.

INDICADORES
Evaluación de conocimientos; con un cuestionario previo y otro posterior.

DURACIÓN
Tras el inicio escolar 2018 /2019 se impartirän los talleres en el primer trimestre del curso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA MARIA PUEYO VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO CABORNERO ANA ISABEL
MURILLO SALVADOR RAQUEL
BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE
BLASCO SELLES TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Se realizan 3 reuniones entre el equipo que prepara esta actividad comunitaria los días 14 y 21 de marzo y 11 de abril de 2018.
Con el objetivo de:
-Concretar el contenido teórico
-Formular las preguntas y respuestas múltiples de los test pre y post docencia
-Distribuir las tareas de contactos (Dirección del colegio, Unidad Docente de Sector I y SamFyC) y elaboración de agenda.
Planificar el trabajo con los grupos prácticos.
2- Se realizan contactos telefónicos con la dirección del centro educativo: se ha contado con el apoyo de la administrativa del centro de salud para cuadrar agendas que permitan la optima cobertura de todos los servicios de atención sanitaria.
Así mismo se contacta con la unidad docente y con SamFyC.
3- En todas las reuniones y actividades se ha contado con la presencia de un médico residente de la Comunidad Foral de Navarra que esta en rotación externa con nosotras en el Centro de Salud.
4- Se recoge y se devuelve material a la unidad docente del sector I y a SamFyC.
5- Se realiza revisión bibliográfica y se elabora presentación audiovisual para los talleres. Hay dos instructoras de RCP y desfibrilación con experiencia en docencia. Se aporta así mismo el material que ambas tienen elaborado y se modifica para su adaptación a la edad y contexto no sanitario.
6- Elaboración de los talleres que se presentan con una parte de teoría a desarrollar en 30 minutos máximo con priorización a la participación activa de los discentes. Los docentes se van alternado en todo momento dinamizando la parte práctica. Los talleres se realizan los días 18 de mayo (3 grupos de 6-7 alumnos cada uno) y el 25 de mayo (2 grupos de profesores).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Taller con alumnado del curso de 6º de Primaria.
2- Taller con claustro de profesores.
El impacto sobre el alumnado se valora de forma cualitativa y en momento diferido al de la realización del taller. Se vio oportuno valoración trasversal por parte del profesorado. En actividades de clase realiza el análisis. Nos han trasmitido una buena valoración. Además les ha servido para desarrollar actividades de anatomía, conceptos de socialización, servicios, desarrollo rural...
Sobre la evaluación a claustro de profesores se realizo en dos aspectos:
A) Evaluación cualitativa. En ella puntúan 4 sobre escala de 5. Realizan la valoración muy positiva sobre los aspectos de colaboración entre centro de salud y comunidad educativa y la continuidad de esta colaboración. También valoran el aspecto de conocimiento sobre ellos y el alumnado en un tema de alta sensibilidad emocional.
B) Se realizo un test pre y post taller. Con 10 preguntas de respuesta múltiple. Se mejoró el conocimiento y la respuesta verdadera en una media de 4 preguntas por alumno. En dos casos persistieron 2 preguntas con contestación errónea que nos indican la posibilidad de mejorar la trasmisión oral de conceptos.
La participación del profesorado fue de 11 personas de un claustro de 19. Ausencias que se justifican por la necesidad de atender al alumnado y los contratos parciales de trabajadores que no coinciden con el horario de participación en el taller .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad responde de forma satisfactoria a la necesidad en la comunidad de formación e implicación, en un tema fundamental, como es la atención a una urgencia extrahospitalaria que en un alto porcentaje es presenciada y atendida por personal no sanitario .
Es una actividad con escaso coste económico de gran repercusión en la posibilidad de salvar vidas y en la que la población se ve implicada .
Cumple con la normativa que debe ir desarrollándose sobre la implantación del uso de desfibriladores en la CCAA de Aragón.
Colabora en la educación de la comunidad que es una de las labores intrínsecas de los equipos de Atención Primaria, en especial de zonas rurales por sus características de mayor cercanía a la población.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Sobre el equipo que ha desarrollado la actividad, ha generado satisfacción profesional y personal tanto por la colaboración de estamentos de enfermería y medicina como por la relación con los pacientes en un contexto externo a la enfermedad.
RECOMENDACIONES
Nos parece interesante mantener esta actividad de forma anual.
Ampliar la oferta a asociaciones de la zona de salud.
Proponer la rotación de personal sanitario del centro para mantener la actividad.

7. OBSERVACIONES.
En el apartado de otros componentes del equipo de mejora se añade a TERESA BLASCO SELLES dado que ha participado activamente en dicho proyecto y por error no constaba en la documentación anterior.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/952 ========== ***

Nº de registro: 0952

Título
EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

Autores:
PUEYO VAL OLGA MARIA, CABRERO CABORNERO ANA ISABEL, MURILLO SALVADOR RAQUEL, BELTRAN MONFORTE MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
4. La mayoría de las situaciones que requieren atención urgente de RCP no se producen en contexto de atención sanitario. Con la nueva ley de la DGA de implementación de DESA en Aragón la población general debe recibir la pertinente formación para su conocimiento y uso.
5.

RESULTADOS ESPERADOS
En primer lugar dar a conocer la cadena de supervivencia y el uso del DESA en la población general.
En segundo lugar desarrollar actividades comunitarias de participación.

MÉTODO
Taller de RCP y uso de DESA dirigidos a : alumnado de 6º de primaria, AMPA y docentes del CEIP Briana de Luna de Alfajarín.
Utilizaremos material de la Unidad Docente del Sector I de Zaragoza de muñecos de simulación, DESA y dispositivos de ventilación.

INDICADORES
Se realiza un test de 5 preguntas previo y post actividad a los tres grupos mencionados anteriormente.
Encuesta de satisfacción tras realizar el taller.
Nivel de participación y compromiso de los grupos superior al 80%

DURACIÓN
Cada taller tendrá una duración de 90 minutos, 45de los cuales se dedican a realizar test previo y formación teórica resolviendo las dudas que surjan. En los siguientes 45 minutos se dividirán a los participantes en grupos de entre 6-8 personas para realizar de forma práctica lo aprendido.
Al acabar se pasará el test post-taller y la encuesta de satisfacción.,
1 sesión con alumnos de 6º primaria : mayo 2018
2ªsesión con claustro de profesores: junio 2018
3ªsesion con AMPA: septiembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0952

1. TÍTULO

EDUCACION EN RCP Y DESA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL CEIP BRIANA DE LUNA DE ALFAJARIN

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0834

1. TÍTULO

ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA NAVARRO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALFAJARIN
· Localidad ..... ALFAJARIN
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ABAD MARIA TERESA
VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ
GARCIA LOBERA AURELIO
SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR
PEREZ ARANDA MARIA JESUS
RAMOS GABILONDO OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
RESUMEN DEL PROYECTO: En las revisiones realizadas dentro del programa de salud del niño sano en pediatría, se observan con frecuencia hábitos alimentarios inadecuados y poco saludables en los escolares. Se decide intervenir mediante charlas informativas en la escuela a los escolares y a sus familias y cuidadores para mejorar los conocimientos y ayudar a cambiar hábitos en relación con la alimentación.
2-ACTIVIDADES REALIZADAS
Organizativas:
Múltiples reuniones entre ambas pedíatras del CS, 3 reuniones en febrero, mayo y junio de 2017 con la técnico de cultura del ayuntamiento y responsable del PIAPA (Plan de Infancia y Adolescencia de La Puebla de Alfindén), quien nos propone la intervención casualmente al mismo tiempo que se gestaba el proyecto dentro del CS, 1 reunión más en septiembre, donde se concretan las fechas de las actividades, 1 reunión conjuntamente con la educadora de servicios sociales de la mancomunidad y con la psicóloga de la mancomunidad en mayo.
La técnico de cultura del ayuntamiento ha sido la interlocutora con los directores/jefes de estudios de ambos centros escolares para concretar fechas de las actividades en la escuela. El proyecto se comenzó en el curso 2015-2016. En la segunda edición se observó muy baja asistencia de familiares a las charlas informativas en la escuela por lo que se decidió tras la reunión antedicha con trabajadoras de la mancomunidad, para esta edición en curso, integrar la charla informativa a adultos dentro de la actividad "Espacio familias", organizada por la mancomunidad.
Asimismo, con motivo del curso de formación sobre proyectos de atención comunitaria que se ha venido desarrollando en sus distintos módulos, en el año 2017, y a los que he asistido, ha habido ocasión de comentar con el personal de Salud Pública y del SARES distintos aspectos del desarrollo del proyecto y de los que hemos obtenido gran ayuda y colaboración.
Comunicación:
Se informó al coordinador del EAP de la intención de poner en marcha el proyecto y de las fechas en que tenían lugar las actividades.
También otros miembros del EAP son conocedores del mismo, pero no se realizó una reunión formal para informar a todo el equipo.
La DAP del sector está asimismo informada porque la actividad forma parte de un proyecto de calidad. El 27 de junio de 2017 se habló telefónicamente con el responsable de proyectos de la dirección de AP, quien nos informó de que se iba a realizar un curso sobre "Consejo dietético y nutricional en Atención primaria", pensando que podría ser de nuestro interés; le sugerimos incluir en el curso una parte específica de alimentación en pediatría, que podría resultarnos útil a la hora de preparar las actividades y nos inscribimos al curso, que tuvo lugar los días 27 y 28 de septiembre, las 2 pedíatras.
Intervención:
Elaboración de encuestas entre las 2 pedíatras, que constan de 2 partes, una sobre conocimientos y otra sobre hábitos (frecuencia de consumo de determinados alimentos), que se entregan a los niños de 5º de primaria 2 semanas antes de la charla en la escuela, para su cumplimentación en el domicilio. Previamente se les entrega una carta destinada a las familias informándoles sobre la actividad y pidiéndoles el consentimiento para participar.
A lo largo de varias semanas de trabajo, fuera de horario laboral, las pedíatras del centro elaboran las presentaciones en power point, la dirigida a los escolares es interactiva y pretende fomentar su participación y darles espacio para preguntas y comentarios.
Las charlas se realizan el día 22 de noviembre de 2017en horario escolar en el CEIP Los Albares y el día 29 de noviembre en el CEIP Reino de Aragón, a los niños de 5º de primaria.
Posteriormente a la charla, a lo largo del 2º trimestre, se volverá a pasar la encuesta para valorar el grado de transmisión de conocimientos y el eventual cambio en los hábitos, así como el grado de satisfacción de los escolares con la actividad.
La charla que va dirigida a la población general consta de nociones básicas sobre nutrición, con breves explicaciones sobre los distintos nutrientes, grupos de alimentos y su adecuada proporción para lograr una alimentación saludable, según las últimas publicaciones (distribución del llamado "plato de Harvard"). Se hacen también consideraciones especiales acerca de los errores o ideas falsas más frecuentes en alimentación saludable.
Se realizará el día 13 de febrero dentro del programa "Espacio Familias" de la mancomunidad. Tendrá lugar en dependencias del ayuntamiento de la localidad. Previamente se entregará a los asistentes una encuesta sobre conocimientos de alimentación que volverán a cumplimentar después de la misma. Se les entregará asimismo una hoja de evaluación de la actividad, con un espacio para aportar sugerencias para nuevas actividades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0834

1. TÍTULO

ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera parte del proyecto se consiguió el objetivo de participación previsto de llegar a todos los destinatarios ya que era una actividad a realizar dentro del aula y en horario escolar (escolares de 5º de primaria).
Los resultados esperados de aumentar los conocimientos sobre alimentación saludable en los niños podrán determinarse con el análisis de la 2ª encuesta. Se valoran las respuestas correctas de 1 a 10 puntos en ambas encuestas. Cualquier incremento en la puntuación se considera un resultado positivo.
El objetivo de cambio de hábitos de los escolares también se valorará con los resultados de la 2ª encuesta. Se analizará el cambio en la frecuencia de consumo de alimentos considerados muy saludables (cualquier incremento) o poco saludables (cualquier disminución).
El grado de satisfacción de los escolares con la actividad se valorará en 3 niveles: He aprendido muchas cosas nuevas/ Ya sabía casi todo/No he aprendido nada
En cuanto al impacto del proyecto, el propio diseño lo limita a 1 curso de educación primaria, de manera que el nº de destinatarios no es muy elevado.
La segunda parte del proyecto, como ya se ha comentado anteriormente, comenzó teniendo a los padres y cuidadores como destinatarios pero en vista de la escasa afluencia se decidió sacar la actividad de la escuela e incluirla en un programa divulgativo para familias, de temas de interés general, dentro de un espacio abierto a toda la población interesada. Se reorientó y modificó respecto a las 2 ediciones anteriores. Las encuestas en este caso se entregarán a los asistentes justo antes de realizar la actividad y se volverán a cumplimentar inmediatamente después. Por motivos de agenda del ayuntamiento y la mancomunidad, se ha tenido que posponer hasta febrero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-LECCIONES APRENDIDAS
Habría que informar al EAP en reunión programada a tal efecto con fecha determinada, sobre todos los detalles de la actividad y periódicamente sobre el avance del proyecto, ya que hay miembros del EAP que lo desconocen.
Igualmente conviene informar a la DAP con cierta periodicidad de las actividades que se van realizando así como de las modificaciones del proyecto.
Es imprescindible un análisis previo detallado de la situación, de la pertinencia y de la viabilidad de la idea, enfocado a las demandas o necesidades de la población, más que a las preferencias personales de los profesionales.
Se podría divulgar la actividad dirigida a las familias, desde el centro de salud, en las revisiones programadas del niño sano desde la consulta, o a través de carteles en las salas de espera.
El título del proyecto podría ser más concreto y definir mejor los objetivos, del tipo…"Disminuír la frecuencia de consumo de zumos envasados, refrescos azucarados y bollería industrial en los escolares de 5º curso de EP". Una de las 2 escuelas de La Puebla de Alfindén, el CEIP Reino de Aragón, pertenece a Escuelas Promotoras de Salud. Integrando la actividad en ese proyecto, podría llegarse a más escolares.
En el momento de la actividad no hubo observadores externos. En la actividad en la escuela sí estuvieron presentes las maestras.
Los objetivos tienen que ser muy concretos y medibles y los indicadores deben de estar claramente definidos en el diseño inicial. El objetivo "cambio en los hábitos" es más difícil de conseguir, de objetivar y de cualquier manera es a largo plazo.
Deberá valorarse el grado de aceptación y de interés suscitado en la población general con la modificación realizada.
Deberá hacerse difusión de los resultados al EAP y a la población implicada.

7. OBSERVACIONES.
AUTOVALORACION DEL TRABAJO REALIZADO
El proyecto ofrece la oportunidad a las personas implicadas del EAP, con apenas experiencia en proyectos de salud comunitaria, de tomar contacto con esta nueva forma de atender-promover la salud, así como de enfrentarse a las dificultades y retos surgidos en las distintas fases, desde el planteamiento primero de la idea hasta su posterior desarrollo y en breve, la obtención de resultados. Constituye pues un reto personal y profesional y una nueva manera de relacionarse con el resto de compañeros del equipo y con la comunidad.
Clave ha resultado la formación específica de las pediatras que ha tenido lugar a lo largo del año y que consideramos imprescindible y necesaria cuando el objetivo es conseguir mejoras en educación para la salud y que debe ser favorecida, fomentada, valorada y apoyada por la DAP. Del mismo modo, consideramos que la implicación desinteresada de los profesionales debe de ser de algún modo reconocida por el sistema.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/834 ========== ***

Nº de registro: 0834

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0834

1. TÍTULO

ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN

Título
ENSEÑAR HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLE A FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS DE EDUCACION PRIMARIA DE LA PUEBLA DE ALFINDEN

Autores:
NAVARRO SERRANO EVA MARIA, GUILLEN BALLARD TERESA, VILLANUEVA VIGUER MARIA LUZ, GARCIA LOBERA AURELIO, CUCALON ARENAL JOSE MANUEL, SOLANAS MUÑOZ MARIA PILAR, RAMOS GABILONDO OLGA, PEREZ ARANDA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAJARIN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A pesar de la existencia de información sobre alimentación saludable en los medios de comunicación y de que la educación sanitaria es continua en las consultas de pediatría de atención primaria, observamos en algunos niños y adolescentes hábitos alimentarios poco deseables. Incidir en una información más detallada y veraz a los padres, madres y cuidadores, sobre como conseguir un adecuado equilibrio nutritivo, retrasa o evita la aparición de obesidad y otras enfermedades crónicas muy prevalentes en la edad adulta y responsables de una alta morbimortalidad

RESULTADOS ESPERADOS
Que una gran proporción de familias conozcan como debe ser el reparto más adecuado de nutrientes y cuales son los más y los menos aconsejados. Ayudarles a tomar conciencia de la importancia de adquirir hábitos de alimentación saludable en la familia y de la repercusión que ello tiene en el crecimiento, desarrollo y estado de salud de sus hijos e hijas

MÉTODO
La responsable del proyecto impartirá charlas informativas y de sensibilización sobre hábitos de alimentación saludables a familias y cuidadores de los niños y niñas de los dos centros escolares (CEIP Reino de Aragón y CEIP Los Albares) de La Puebla de Alfindén.
Se utilizarán como apoyo presentaciones en power point.
El proyecto forma parte de un programa iniciado el curso pasado

INDICADORES
Se analizará la participación: Proporción de padres, madres y cuidadores que asistan a las charlas informativas
Previamente a las charlas se pasará una encuesta a los escolares sobre consumo de determinados alimentos que se repetirá después de las mismas. Se valorará como positiva cualquier mejora en los hábitos alimentarios de los hijos e hijas de la población diana

DURACIÓN
La duración será de un curso escolar
Se realizarán 2 charlas a lo largo del primer trimestre

OBSERVACIONES
Esta actuación se enmarca dentro del Plan de Infancia y Adolescencia del Ayuntamiento de La Puebla de Alfindén y se desarrolla en colaboración con técnicos municipales y responsables de los centros escolares

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0323

1. TÍTULO

REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CONFIRMACION

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR JULIAN ARANDA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON RICARTE ISABEL
BELTROL ALGUERO PILAR
ALDANA TORNOS MARIA JESUS
LATAPIA VILLARTE CARMEN
MORENO BENITO PABLO
BENITO CORNAGO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto comenzó en abril de 2018., después de reunirse el Equipo de Admisión, se tomaron las decisiones relativas a la metodologia y objetivos del mismo.
Se creó una Agenda en OMI, se llama "ENTREGA DE PARTES DE CONFIRMACION", donde los pacientes, que su médico de familia decida, que no es necesario que pase por consulta a recoger los partes, se citen en Admisión para que su médico con una cita NO PRESENCIAL, la deje en Admisión.
Desde Admisión, cuando el paciente viene a buscar su parte de confirmación, se cita en esta agenda creada para ello, y en observaciones ponemos el nº de parte que se le entrega.
Se le vuelve a citar otra cita NO PRESENCIAL para el próximo parte.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En los 10 meses de duración del proyecto se han entregado un promedio de 80 a 100 partes por semana. Unas 16 diarias, unas 400 al mes, suponen evitar un 4,5% de visitas en consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se puede comprobar que es un beneficio importante para descongestionar y agilizar las consultas de los médicos, muy sobrecargadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/323 ========== ***

Nº de registro: 0323

Título
REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CORMIRMACION

Autores:
JULIAN ARANDA MARIA PILAR, GASCON RICARTE ISABEL, BELTROL ALGUERO MARIA PILAR, ALDANA TORNOS MARIA JESUS, LATAPIA VILLARTE CARMEN, MORENO BENITO PABLO, BENITO CORNAGO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: I.L.T.
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Visualizar una actividad que se esta ya realizando por el Servicio de Admisión con objeto de hacer un control y registro de la misma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0323

1. TÍTULO

REGISTRO DE ENTREGA EN ADMISION DE PARTES DE CONFIRMACION

RESULTADOS ESPERADOS
Citar los partes de confirmación que los médicos del Centro dejan en Admisión para entregar a los usuarios.

MÉTODO
Creamos una nueva agenda en "OMI" con el nombre de "Entrega de Partes de Confirmación" donde citaremos al usuario cuando venga a recogerlo, previa identificación con DNI o Tarjeta Sanitaria y apuntaremos el numero de parte que entregamos.

INDICADORES
Registraremos 100% de Partes.
% de Partes registrados = Nº de Partes registrados/Nº Total de Partes

DURACIÓN
Se evaluará a final de año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1420

1. TÍTULO

DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GASCON RICARTE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ QUINTAS MARIAN
LATAPIA VILLARTE CARMEN
MORENO BENITO PABLO
JULIAN ARANDA PILAR
BENITO CORNAGO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto comenzó en abril de 2018. Desde esa fecha se han convocado reuniones periódicas con los integrantes del grupo encargado del proyecto para tomar decisiones relativas a este (metodología, objetivos generales y específicos, coordinación de tareas, etc.).
La actualización del archivo de historias se realizó cuando la presión asistencial era menor.
En los 10 meses de duración del proyecto se comprobaron un total de 3.600 Historias clínicas de papel que abarcan los años 1913 hasta 1954 con el fin de depurar el archivo del centro de Salud Arrabal..
Se comprobó, para cada historia y una a una, la siguiente información:
1- Si el paciente pertenece al centro de salud de Arrabal.
(Se comprueba la fecha de nacimiento, hay errores de dupliciad por ello)
2- En caso de NO pertenecer al centro, a través del programa BDU, se revisó:
a. Si el paciente pertenece a otro centro de salud de la comunidad autónoma de Aragón.
b. Si el paciente pertenece a otra comunidad autónoma o si está dado de baja por caducidad o por decreto ley.
c. Si el paciente está dado de baja por fallecimiento.
Posteriormente, se clasificaron de la siguiente manera:
1- Las historias de pacientes que pertenecen al centro de salud se guardaron nuevamente en el archivo.
2- Las historias de aquellos pacientes que ya no pertenecían al centro se clasificaron en cajas por año y se almacenaron en un nuevo archivo supletorio con el fin de no mezclar las historias de pacientes en activo del centro de salud con estas otras. Si el paciente estaba dado de baja por fallecimiento, se añadía al archivo de Exitus.
Al mismo tiempo se ha creado una hoja de cálculo con la aplicación Excel donde se han separado por hojas los pacientes de exitus, otros centro y Bajas ….. que permite registrar y facilitar el acceso a las historias de los pacientes no pertenecientes ya al centro. El registro consiste en una matriz en la que se añaden los datos de los pacientes: nombre, apellidos, etc. y se ordena por fechas de nacimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS
Hasta fecha 28/02/2019 se han revisado …3.594
Pertenecen al centro de salud: …..2.499
Exitus…..171
Pertenecen a otro centro de salud de Aragón……469
De a otra C. Autónoma, está dado de baja por caducidad o por decreto ley……351
Error de etiquetado y desechadas por otros motivos ….. 100

LA DEPURACION DE ESTE ARCHIVO (1,100 HISTORIAS) SUPONE UN 30,55%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe un claro beneficio tanto para el servicio de admisión como para el personal sanitario, ya que se ha conseguido depurar un archivo que se encontraba colapsado, ampliándose el espacio para almacenamiento de nuevas historias y siendo más cómodo encontrar las que ya están almacenadas.
Además se han encontrado errores en el etiquetado de las historias y algunas duplicadas, que gracias a este proyecto han podido ser subsanadas.
Además, la creación de una hoja Excel con ciertos datos facilita la búsqueda de las historias ya separadas del archivo principal.

7. OBSERVACIONES.
Como sugerencia, se podría plantear que las historias de aquellos usuarios que estan en otros Centros, se pudieran enviar al Centro que pertenezca, sin previa petición, para unificar la historia de papel del usuario. No tiene tiene sentido que los pacientes tengan historias repartidas en diferentes Centros, por no haberlos solicitado.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1420

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1420

1. TÍTULO

DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018

========== ***

Nº de registro: 1420

Título
DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS EN 2018

Autores:
GASCON RICARTE ISABEL, GONZALEZ QUINTAS MARIAN, MORENO BENITO PABLO, LATAPIA VILLARTE CARMEN, JULIAN ARANDA MARIA PILAR, BELTROL ALGUERO MARIA PILAR, BENITO CORNAGO MARIA LUISA, AZUARA BRUALLA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROGRAMA ADMINISTRATIVO
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tenemos el archivo muy colapsado. En la secesidad de hacer sitio, detectamos que hay carpetas de historias de pacientes que ya no estan en el Centro o que han fallecido fuera de nuestra zona.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el espacio del archivo, retirando las historias, agrupandolas en cajas en 3 grupos: Exitus, Bajas y Otros Centros. archivadas por fecha de nacimiento.

MÉTODO
De BDU cada mes sacamos listado de los fallecimientos de usuarios de nuestro Centro. Retiramos las historias del archivo y se colocan en un archivador de Admisión (el año en curso y el anterior) archivados por fecha nacimiento. Durante los meses de menor presion de trabajo en Admisión revisamos las historias (desde 1914) hacia adelante, si no aparece en OMI, comprobamos en BDU. Y lo incorporamos en uno de los tres grupos. Exitus, Baja u Otros Centros.

INDICADORES
Indicador de Evaluación: 5000 historias en 2018.

DURACIÓN
Abordar la revisión de historias en un 25% anual, entre los meses de Junio, Julio y Agosto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0290

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION PULMONAR Y ATRAGANTAMIENTO PARA PADRES Y MADRES DE NIÑOS DE C.S. ARRABAL

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARINA FRANCES PINILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLOS MUR CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 4 talleres. 4 en 2017 (29,y 30 de mayo, el 2 de junio y el 19 de septiembre) con padres del centro de salud Arrabal y de otros centros que acudieron a las mismas. 1 en Gimnasio Aviva con padres que acuden al gimnasio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de los asistentes al taller, realizó un test para ver resultados de aprendizaje, contestando de forma correcta en su totalidad las respuestas y manifestando estar satisfechos con el aprendizaje del taller y resultar muy necesario ante cualquier eventualidad. el standard marcado del 75% de que las familias adquieran habilidades y conocimientos necesarios, se considera superado respecto a los que han acudido. El impacto del proyecto ha sido considerable ya que han acudido no solo del centro de salud Arrabal, sino padres de niños asignados a zonas que no son de C.S. Arrabal. Por todo ello, el indicador cuantitativo de nº de familias asistentes/nº de RN en el año x100, no es adecuado. Se han realizado reuniones con los componentes del proyecto antes y despues de la realización de los talleres.
La captación ha sido por carteleria en el centro, información en el grupo de apoyo a la crianza- Lactancia del C.S. Arrabal y a través del blog www.osinteresa.com

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es muy positiva, ya que pensabamos iniciar con dos talleres al año, previa inscripción, las plazas disponibles (limitadas para poder realizar las practicas de maniobras antiatragantamiento y RCP en lactantes) se llenaron y tuvimos que ampliar a más días. El problema es no disponer de los muñecos para las practicas,ya que hay que ponerse de acuerdo con la unidad docente para tenerlos, buscarlos, llevarlos, etc, aunque ellos muy amablemente nos los prestan siempre que se los pedimos.

7. OBSERVACIONES.
Una componente del equipo ya no pertenece al centro, por lo que para este año deberia de cesar en el equipo (Cristina Pablos Mur). Por otra parte incluir a otra enfermera Isabel Ugarte Centeno y al Administrativo que nos ayuda en las tareas Mª Jesús Aldana Tornos

*** ========== Resumen del proyecto 2016/290 ========== ***

Nº de registro: 0290

Título
TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR Y ATRAGANTAMIENTO PARA PADRES Y MADRES DE NIÑOS DE C.S. ARRABAL

Autores:
FRANCES PINILLA MARINA, PABLOS MUR CRISTINA, TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias y emergencias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Aprovechando la existencia de varios grupos de trabajo con los padres y madres en el C.s.Arrabal, y dado el interes por este tema en ocasiones que se ha tratado, nos parece conveniente dar las pautas apropiedas para solventar este tipo de accidentes muy graves en sus consecuencias y dado que es una de las principales causas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0290

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION PULMONAR Y ATRAGANTAMIENTO PARA PADRES Y MADRES DE NIÑOS DE C.S. ARRABAL

de mortalidad infantil en niños pequeños. Este tipo de sucesos suelen ocurrir en presencia de adultos responsables y por tanto la actuacion rápida resulta fundamental para su resolución favorable.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO QUE EL 75% DE LAS FAMILIAS ADQUIERAN LAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS NECESARIOS.

MÉTODO
Se realizaran dos sesiones anuales en el C.s arrabal con teoria y practica con maniquies de simulación. Además, puntualmente, una vez al año, se realizará en el Gimnasio Aviva, a petición del gimnasio.

INDICADORES
El indicador cuantitativo que seria el numero de familias asistentes / numeros recien nacidos en el centro en el año x 100.
El indicador cualitativo sera la encuesta de satisfacción de los asistentes.
Se convocarán reuniones de los componentes del proyecto antes de cada taller y posteriormente con objeto de ir introcuciendo posibles mejoras

DURACIÓN
Dos sesiones en el segundo trimestre del año y otra en el cuarto trimestre.

Duracion aproximada 2 horas, 1 de teoria y 1 de practica con maniquis.

OBSERVACIONES
Se podria aumentar la formacion con estos talleres ofertandolos en los centros educativos de la zona, bien para niños de determinadas edades o bien para los padres.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0504

1. TÍTULO

ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CHECA DIEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cronograma: se realizan 5 ciclos de 8 clases según proyecto inicial Iniciando en Enero de 2017 siguiendo calendario escolar.
Técnica de lactancia,extracción y manipulación de la leche
Manejo problemas menores en los lactantes, fiebre, mocos, vómitos....
Problemas en la lactancia, prevención y soluciones
Desarrollo del sueño en la infancia
Mantenimiento de la lactancia, vuelta al trabajo
Accidentes y urgencias en la infancia
Alimentacion complementaria
Cuidados en la salud de la mujer, Sexualidad en esta etapa, planificación familiar.
Ademas de las charlas en el centro se colaboró en el proyecto Patrocinado por la Junta municipal El Rabal organizado por la Asociación de Vecinos del Barrio Jesus " FAMILIA, SALUD Y EDUCACIÓN; ENCUENTRO ENTRE GENERACIONES, CICLO CRIANZA Y ENCUENTRO“ que se desarrollo de Octubre a Diciembre. Se dieron tres charlas relacionadas con la alimentación infantil de cero a dos años, día 27 Octubre, 8 y 15 Noviembre 2017
Los responsables fueron Teresa Tolosana, y M Ángeles Checa
Los recursos utilizados: pizarra, rotuladores, boligrafos. fotocopias con información pertinente, ordenador y proyector, presentaciones power point.

Plan de comunicación
Se realiza charla acreditada el 13 de Junio 2017 de la evolución del proyecto,
Para la difusión en la población susceptible se colocan carteles animando a participar en las salas de espera, también en las consultas de enfermeras, matrona y pediatras se informa de la existencia de esta actividad.
Divulgación a través del Blog " os interesa.com" gestionado por Teresa Tolosana participante de este proyecto. Las propias mujeres participantes animan a otras madres de otras zonas de salud a que acudan.

Se facilita y anima a las madres a realizar actividades sociales fuera del centro, como grupos de Wasapp, Facebook, actividades lúdicas, donde compartir experiencias, intercambio de recursos y apoyo en la crianza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de madres que han asistido al grupo alguna vez fueron un total de 65, de las cuales 50 han completado el ciclo Las encuestas se entregaban a las que completaban un ciclo pidiéndoles que las rellenaran manteniendo el anonimato. Fueron entregadas hasta el 31 de diciembre 2017 42 encuestas. Se responde en una escala de 1 al 5 donde el 5 sería muy satisfecho y el 1 nada satisfecho: La satisfacción general de la actividad es muy alta en un 93,33%.
En cuanto al cumplimiento del objetivo principal del proyecto que era facilitar formación y seguridad en la crianza de sus hijos permitiendo sentirse capaces de tomar decisiones y dar atención en aquellos problemas frecuentes en la infancia sin que tengan que recurrir a la atención de un profesional y la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades necesarias para la consecución de una lactancia exitosa, En la encuesta las madres responden el 70% la puntuación máxima 5 y el 30% una puntuación de 4, por lo que consideramos que el proyecto cumple los objetivos principales,

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha conseguido buenos resultados, se observa en las consultas que las madres que acuden a las actividades,usan con más criterio los recursos sanitarios no haciendo un mal uso de ellos.
Impresiona un menor abandono de la lactancia a la vuelta del trabajo, a pesar de las dificultades de la conciliación, creemos que la participación en los grupos de Wasaap y las actividades lúdicas facilitan el establecimiento de redes de apoyo en la crianza, donde comparten las dudas entre iguales ha sido muy positivo.
Aunque en la zona de salud hay mujeres diferentes niveles socioculturales, en las actividades realizadas no se encuentra esta multiculturalidad. Es un reto para próximos proyectos comunitarios

.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0504

1. TÍTULO

ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE

*** ========== Resumen del proyecto 2016/504 ========== ***

Nº de registro: 0504

Título
ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE

Autores:
CHECA DIEZ MARIA ANGELES, TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Lactancia y primeros años de vida
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A las consultas de pediatría, normalmente saturadas, acuden los padres con dudas sobre aspectos de la crianza de sus hijos, en un primer momento la lactancia, cólicos, baños, despertares nocturnos inquietan a los padres, con el tiempo las dudas sobre la alimentación complementaria, vacunas, desarrollo psicomotor pasan a ser las consultas más frecuentes. Estas demandas restan tiempo al profesional para otras consultas que si requieren una consulta personalizada.
La educación a grupos ha demostrado ser eficaz en múltiples estudios para conseguir integrar y mantener hábitos saludables y la promoción de la salud, ya que se contempla a la familia de manera integral dando importancia a los aspectos físicos, psíquicos emocionales, culturales y espirituales.
Los grupos de iguales tienen un valor añadido muy importante al ser los propios integrantes desde su propia experiencia, quienes tienen las soluciones más adecuadas a las dificultades planteadas

RESULTADOS ESPERADOS
Que los padres tengan mayor formación y seguridad en la crianza de sus hijos, permitiendoles sentirse capaces de tomar decisiones y dar atención en aquellos problemas frecuentes en la infancia
(pequeños catarros, accidentes...etc) sin que tengan que recurrir a la atención de un profesional.
Que las mujeres adquirieran conocimientos que les permitan el desarrollo de las habilidades necesarias para facilitar la consecución de una lactancia exitosa hasta
que madre y bebé quieran,

MÉTODO
El procedimiento que vamos a utilizar es la actividad grupal, esta se realizara todos los martes del año, a excepción del periodo estival. Se dividirá en ciclos de 8 semanas con la idea
de que sobre todo las madres trabajadoras tengan la opción de completar un ciclo antes de su incorporación al mundo
laboral.
La responsables serán la matrona en los días centrados en la lactancia y la enfermería pediátrica los días centrados en los cuidados del lactante .

INDICADORES
Número de cuidadores que acuden al grupo un mínimo de 4 sesiones frente a la totalidad que inician el ciclo
Encuesta para valorar la adquisición de conocimientos y la satifacción de las usuarias que se pasara al finalizar el ciclo

DURACIÓN
Inicio Noviembre 2016 finalización finales de Junio 2016
Día 1 del ciclo / Técnica de la lactancia materna. Extracción manual y manejo de leche exprimida
Día 2/ Manejo problemas menores en los lactantes. Fiebre, mocos, vomitos....
Día 3/ Prevención y posibles soluciones de problemas relacionados con la lactancia
Día 4/ Desarrollo del sueño en la infancia
Día 5/ Mantenimiento de la lactancia y destete
Día 6/ Alimentación complementaria
Día 7/Sexualidad en está etapa, planificación familiar y cuidados en la salud de la mujer
Día 8 /Accidentes y urgencias en la infancia día 8 del ciclo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0504

1. TÍTULO

ACTIVIDAD GRUPAL DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA LACTANCIA Y CUIDADOS DEL LACTANTE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1309

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA TOLOSANA LASHERAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO ARNAU INMACULADA
ALDANA TORNOS MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN
Preparación en el verano de 2017
El ciclo fué de Septiembre a Diciembre con cuatro actividades, una por mes.
1º día:
+ Desarrollo evolutivo de los niños entre 9 y 36 meses.
+ Problemas que pueden surgir.
+ Instrumentos y objetivos educativos

2º día:
+ Los problemas del sueño.

3º día:
+ Los problemas de alimentación.

4º día:
+ Celos.
+ Miedos.
+ Rabietas.

5º día:
+ Retirada de pañal, chupete y biberón.
+ Otros temas de interés: televisión, juguetes, guardería, colegio…
+ Dudas y preguntas

Lugar Centro de salud Amparo Poch.

Profesionales: Inmaculada Marco
Teresa Tolosana
M Jesus Aldana
Materiales uitilizados: Presentaciones en power Point
fotografias, videos, pizarra

Hemos cumplido el cronograma sin incidentes, llevando a cabo todas las actividades planteadas.

COMUNICACIÓN
Carteles invitando a participar, en las salas de espera de los centros de salud.
Visitas a los pediatras y enfermeras de los centros de salud de la zona
Divulgación a traves del Blog "osinteresa.com"
Charlas a los profesionales en el centro de salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EVALUACION
La evaluación se realizo por los asistentes por via digital a traves de sus telefonos moviles, utilizando la aplicadción de Google Drive
Lo que facilita mucho la obtención de datos de satisfacción de los asistentes.

* El contenido más interesante fuel del sueño con una valoración de 8,625 sobre 10
*El horario parece adecuado en todas las charlas superando la puntuación de 9 en todas ellas
* El tiempo dedicado a las mismas ronda entre 9,4 y 9,8
* Las sesiones resultan amenas también con una puntuación mayor de 9 en todas ellas llegando a 9, 8 en temas de alimentación
El parametro mejor valorado es la utilidad de los contenidos en la crianza. Entre 9,4 y 10 en el caso de los problemas de la alimentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES
A pesar de la amplia difusión y por razones que desconocemos la asistencia al grupo ha resultado baja.
Una de las razones puede ser que en el centro de salud de Amparo Poch se lleva ofertando hace mucho esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1309

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA

actividad y que en su piramide poblacional haya descendido el número de niños pequeños..
Debido a esto, decidimos un cambio y comenzar el ciclo de enero a Junio en el centro de salud de Parque Goya, cuatriplicandose el número de asistentes en la primera charla.
Por lo que hemos decidido ir cambiando de centro de salud en proximas ediciones.
La satifacción de los asistentes en el último ciclo ha sido elevada segun los datos de las encuestas.
De la misma manera lo ha sido la primera charla del segundo ciclo del año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1309 ========== ***

Nº de registro: 1309

Título
ASESORIA EDUCATIVA

Autores:
TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA, MARCO ARNAU INMACULADA, ALDANA TORNOS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El programa, de índole eminentemente preventiva en el ámbito de la SM infanto-juvenil y de promoción de la salud psíquica a nivel general, coloca el acento en la vertiente educativa de las pautas de crianza y centra sus esfuerzos en el desarrollo de competencias y habilidades en el seno familiar. Es un proyecto que se inicia en el año 2000 justificado por el notable incremento de las demandas planteadas en los servicios de salud mental para niños y adolescentes en torno a los problemas de conducta, fracaso escolar y conflictos de personalidad, observación compartida desde otros ámbitos (Educación, Atención Primaria..), el estudio clínico, las circunstancias familiares, sociales y en general ambientales, muestran una especial relevancia de los factores relacionados con las dinámicas familiares y un estilo educativo particularmente desorientado.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos generales:
• Actuar preventivamente hacia los factores de la personalidad que dependen de la educación y poseen incidencia importante sobre la génesis de psicopatología.
• Disminuir la incidencia de trastornos de conducta, fracasos escolares e inadaptación social de origen educativo atribuible al entorno familiar.

MÉTODO
Metodología activa y participativa basada en la dinámica grupal con los padres receptores y en un desarrollo teórico asequible para ellos.
1. INTRODUCCIÓN: con una presentación donde introduce el tema que se va a tratar en la sesión.
2. LA LÍNEA DEL TIEMPO: actividad que sirve para comprobar las habilidades infantiles correspondientes a cada tema, ordenadas según las edades.
3. SECUENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA: ejemplos de pautas educativas en la vida cotidiana, mediante el uso de vídeos, para mostrar diversos ejemplos de interacciones padres/ madres-hijos/hijas y reflexionar sobre los mismos.
4. FANTASÍA GUIADA. Consiste en pedir a los participantes que se imaginen una situación determinada, que va siendo descrita por la persona dinamizadora de la manera más realista posible
5. JUEGO DE ROLES. Consiste en representar una situación imaginaria, que se pueda transferir a la vida real, en la que las personas expresen sus propias emociones y reacciones ante una situación determinada, con el objeto de dar y obtener información para adquirir una mejor comprensión e interés sobre un tema
6. TRABAJO EN PEQUEÑOS GRUPOS. Se divide al grupo en parejas o pequeños subgrupos, cada uno de los cuales trabaja un tema con objeto de llegar a conclusiones parciales. Más tarde, de los resultados de los subgrupos se extrae la conclusión general

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1309

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA

LA DIFUSIÓN SE REALIZA MEDIANTE:
Reunión de presentación a los profesionales del equipo
Desde las consultas de pediatría del sector. Con dípticos que incluye el calendario de actividades.
Carteles informativos en los Centros de Salud
Información mediante las AMPAS de colegios de la zona
Difusión de calendarios y contenidos de las charlas en el blog "osinteresa.com", mandando recordatorios personalizados a todos los suscritos al mismo.

INDICADORES
Se realizan dos tipos de evaluación: sobre continuidad de asistencia y aprobechamiento.
1ª Numero de padres que que acuden a las sesiones en un mínimo de tres ocasiones.
2º Valorar los conocimientos adquiridos y el grado de aprovechamiento por parte de los cuidadores.
3º Encuesta de satisfacción de la actividad.
Utilizaremos hojas de asistencia y encuestas on-line

DURACIÓN
Se desarrolla en 2 ciclos anuales de 5 sesiones, cada ciclo, con una sesion mensual. Inicio septiembre de 2017, finalización Junio de 2018
FECHAS DE 1er CICLO: 28-sep;19-oct;9-nov;30;nov;14-dic
Fechas de segundo ciclo por concretar.

CONTENIDOS
1º día
Desarrollo evolutivo de 9 a 36 meses
Problemas y objetivos educativos
2º día
Los problemas del sueño
3º día
Los problemas de la alimentación
4º día
Celos, miedos y rabietas
5º día
Retirada de pañal, chupete y bieberon.
Televisión, ordenadores..

OBSERVACIONES
Lecciones aprendidas:
La mayor dificultad encontrada en los últimos años ha sido la difusión del proyecto y que la información de este recurso llegue a los padres.
Es por esto, que este año haremos especial incapié en este aspecto, utilizando la capacidad de la difusión de las redes sociales on line

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1398

1. TÍTULO

IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MAGALLON BOTAYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLEGO ROYO ALBA
LACORT BELTRAN EVA
DOMINGUEZ GARCIA MARTA
CAMBRA SOLANS AINHOA
AGUDO ABAD JARA CARLOTA
JUAN GERMAN MARISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actualmente, las actividades comunitarias son elementos necesarios en los centros de salud aragoneses. Mejoran la calidad de vida de los usuarios del centro de salud y además establecen redes de apoyo dentro del barrio donde viven.

Existe poca bibliográfia que evalúe proyectos comunitarios realizados en nuestro entorno, y en especial, sobre la percepción de cambios en salud de los participantes.

Cronograma de implantación

- Diciembre 2016 - sesión informativa con participantes del centro de salud Arrabal.
- Enero 2017 configuración y elaboración de 3 grupos focales.
- Febrero - Junio 2017 Transcripción y Análisis mediante MaxQDA por tres investigadoras principales
- Septiembre – Diciembre 2017 Elaboración de informe

Pendiente: Envío a revista científica para difusión

Plan de comunicación

Se realizó una primera reunión de información sobre el proyecto a las asistentes del grupo de empoderamiento, al igual que a la organizadora. Se concretó con ellas el día de realización de los grupos focales y se informo verbalmente y se entregó consentimiento informado. Este proyecto de investigación ha sido aceptado por CEIC Aragón, con valoración favorable.

Actualmente se ha realizado un informe de los resultados obtenido tras el análisis de investigación cualitativa, pendiente de aceptación en revista científica y posteriormente comunicación a las asistentes a los grupos focales como feedback de los resultados obtenidos.

Los recursos empleados han sido proporcionados por la Unidad Docente Sector Zaragoza I (Programa de análisis cualitativo MaxQDA) y Unidad de investigación Atención Primaria. Pendiente de concretar financiación de publicación de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluación de resultados

Se comprueba que las mujeres del grupo tenian una baja autoestima al inicio de las sesiones grupales, relegando su figura al último lugar dentro de la jerarquia familiar; siendo su misión la crianza de los hijos y el cuidado de la familia. Las herramientas adquiridas a través de las sesiones han cambiado la percepción de estas mujeres sobre su papel dentro de la unidad familiar, dejando de ser invisibles y reinvicando mayor protagonismo.

Desde el punto de vista de la salud, pese a no haber percibido cambios importantes, si que destaca la disminución del sentimiento de dependencia tanto a los fármacos como a las visitas a atención especializada. A su vez, se sienten mas capacitadas a la hora de afrontar sus problemas de salud.
El papel oculto como pieza de union de la red familiar ha supuesto que las relaciones sociales hayan sido relegadas a un segundo plano en sus prioridades. En esto, el grupo les ha proporcionado la oportunidad de crear nuevas relaciones fuera de su entorno habitual, asi como de fortalecerse y asumir un papel coprotagonista en las relaciones de pareja.

En contraposición a lo anterior, se ha comprobado como la gran dependencia al grupo, y en especial a la dinamizadora, supone un aspecto negativo, dificultando el desarrollo personal por la falta de autonomia que se demuestra en los resultados.

Impacto del proyecto

Aunque nos encontramos ante un proyecto de evaluación de una actividad comunitaria, no se ha realizado de forma cuantitativa si no cualitativa, razón por la que se ha presentando como proyecto comunitario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1398

1. TÍTULO

IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

individual. Se ha realizado de forma externa a la figura dinamizadora de las sesiones para eliminar los posibles sesgos o influencias, y por el gran esfuerzo que supone el análisis y elaboración de resultados de investigación cualitativa.

El objetivo del proyecto era conocer la influencia, tanto positiva como negativa, que las sesiones han ido ejerciendo sobre las asistentes, en su percepción sobre su estado de salud tanto mental como físico. Tras la lectura de los resultados, anteriormente expuestos, se aprecia una mejoría en la percepción de salud y del estado anímico pero a la vez, una gran dependencia tanto del propio grupo como de la dinamizadora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Capacidad de extensión y sostenibilidad en el tiempo

Este proyecto puede ser un método de análisis de otros proyectos similares en nuestro sector sanitario, con facilidad de réplica pero necesidad de recursos económicos y disponibilidad de tiempo de las investigadoras.

Este proyecto ha sido realizado por las tutoras y residentes de medicina de familia del Centro de Salud Arrabal, pudiendo volver a realizarse otro nuevo proyecto de evaluación, de características similares, tras la reorganización del grupo de empoderamiento con nuevas participantes.

Hubiera sido deseable que los residentes en formación fuesen incluidos de manera especiales como miembros del equipo de atención primaria ya que tienen un papel positivo de mejora de salud de los usuarios y gran capacidad de iniciativa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1398 ========== ***

Nº de registro: 1398

Título
IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

Autores:
GALLEGO ROYO ALBA, LACORT BELTRAN EVA, AREVALO DE MIGUEL ELISA, CAMBRA SOLANS AINHOA, AGUDO ABAD JARA, DOMINGUEZ GARCIA MARTA, JUAN GERMAN MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CREACION DE ACTIVOS EN SALUD
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En nuestra sociedad, y concretamente en el barrio del Arrabal, existe un perfil de mujeres de edades comprendidas entre los 40-70 años, que han dedicado toda su vida al cuidado de su familia e hijos, con escasa red social y nula profesional. Esta situación supone un riesgo de aislamiento y patología mental.

Estas mujeres llegan a las etapas finales del ciclo vital (según Huerta, Dispersión y final, y según Geyman; Dispersión, independencia, retiro) sin un ambiente en el que desarrollarse personalmente.

RESULTADOS ESPERADOS
Dentro de las actividades comunitarias del C.S. Arrabal, se lleva a cabo un grupo de empoderamiento de mujeres cuyos objetivos son mejorar su autonomía y fortalecer su red social. Se desarrolla un día a la semana durante el curso lectivo (Septiembre-Junio), impartiéndose distintos talleres como: risoterapia, relajación, musicoterapia, mindfullness, etc.
La finalidad del presente proyecto es la evaluación de una actividad comunitaria de varios años de evolución.

MÉTODO
Tras varios años de desarrollo de esta actividad en el C.S., se decidio realizar un proyecto de mejora de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1398

1. TÍTULO

IMPACTO DEL GRUPO DE EMPODERAMIENTO DE MUJERES DEL CENTRO SALUD ARRABAL. ESTUDIO CUALITATIVO

calidad con busqueda bibliográfica de la literatura al respecto. Se solicitaron los permiso necesarios para realizar la investigación durante el curso 2015- 2016.
Al inicio del curso 2016-2017, se organizaron varios grupos focales con las participantes en el grupo de empoderamiento de mujeres en (Septiembre-Octubre).

Se realizará un analisis cualitativo de estos grupos focales de manera conjunta con todo el grupo de elaboración en diversas reuniones. Posteriormente se presentará a las participantes del grupo.

INDICADORES
Edad

- Sexo

- Nivel cultural (estudios)

- Nivel económico

- Mejoría del estado anímico.

- Mejoría de sus relaciones sociales y familiares.

- Mejoría de la autoestima.

- Mayor implicación respecto a su estado de salud

- Expectativas

- Barreras

- Propuestas

DURACIÓN
Curso 2015-2016: Llos investigadores realizaron la búsqueda bibliográfica. Se envió la documentación necesaria al Comité de Ética y posteriormente se solicitaron los permisos necesarios a la Gerencia del sector sanitario correspondiente del SALUD, y se pondrá en conocimiento de las Direcciones y Subdirecciones de Atención Primaria.

-Teniendo en cuenta el inicio de curso 2016-2017, realizaremos los diferentes grupos focales coincidiendo con las primeras sesiones presenciales en este primer mes de curso.

Diciembre 2016 - Febrero 2017: Se realizará la transcripción de los distintos grupos focales.

Marzo 2017- Junio 2017: Analisis de los resultados.

Julio 2017 - Octubre 2017: Elaboración del informe.

Noviembre - diciembre 2017: Exposición de los resultados y las conclusiones.

OBSERVACIONES
Este es un proyecto de mejora de la calidad, que con la nueva agenda de actividades comunitarias, se decide introducir como elemento de evaluación necesario para crear bibliografia al respecto de la mejora de la salud que suponen las actividades comunitarias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA BORRAZ ABELLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFARGA SANTIAGO CLARA
ANDRES CASTRO SARA
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO
BATISTA GUTIERREZ SILVIA
TOLOSANA LASHERAS TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actualmente, en el Centro de Salud Arrabal de Zaragoza las llamadas de urgencias y emergencias domiciliarias se realizan por los usuarios y son atendidas por administrativos del centro, los cuales avisan a los profesionales que están de guardia .Esto conlleva el abandono de la consulta . No todas las llamadas domiciliarias presentan la misma urgencia, y muchas de ellas se podrían demorar hasta que el profesional acabe su consulta, sin por ello dar un peor servicio y pronóstico. Es el paciente quien decide subjetiva mente si su llamada es una urgencia y el administrativo quien la deriva como tal.

El triaje, consiste en un proceso de gestión del riesgo clínico para manejar adecuadamente y con seguridad la demanda y necesidades sanitarias de los pacientes cuando estas son superiores a los recursos disponibles. El Objetivo del estudio era implementar un protocolo de triage telefónico para atender las urgencias y emergencias domiciliarias consiguiendo una adecuada gestión del tiempo y los recursos, así como la posibilidad de ser extrapolado a otros centros de Atención Primaria.
Para ello, primeramente, se creo una agenda exclusiva para el registro de los avisos urgentes a domicilio. Después analizamos la situación en el centro de salud Arrabal, durante los meses de Abril, mayo, junio y julio .valorando los domicilios a los cuales se había acudido con mínima espera y sin triaje previo.(Prioridad I =Emergencia).
Se realizo una sesión informativa al equipo sobre el estudio de calidad y posteriormente, a finales de julio se inicio el triaje de avisos hasta finales de octubre.
Como material se elaboraron dos arboles de decisión, con preguntas sobre patologías y síntomas, uno para el servicio de admisión y otro para el de enfermería; Para ello se tomo como referencia el utilizado en el triaje del servicio 061 . Usando un modelo simplificado y esquematizado con colores, para que resultara mas sencillo. Se clasificaron 4 niveles de prioridad en función de la gravedad y necesidad de rapidez de actuación (Emergencia, Urgencia,Urgencia Demora ble, No urgente).
se aplicaba dicho protocolo telefónico primero por una enfermera/o en el centro de salud al recibir el aviso, asignando al aviso una prioridad determinada y se re evaluaba ya en domicilio por los profesionales que atendían el aviso. La enfermera/o que triaba el aviso era siempre la misma/o que acudía al domicilio.
Al volver al centro de salud se anotaba la prioridad del domicilio en la agenda que fue creada para el registro de avisos urgentes mientras durase el estudio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Fueron un total de 21 urgencias, teniendo en cuenta que dicho periodo del estudio no coincide con un periodo de máxima demanda y con el sesgo añadido, de que no todos los administrativos registraron los domicilios en la agenda . Según la planificación del estudio hubieran sido necesarios un número de 30 pacientes para que la muestra fuera representativa. No obstante, los datos obtenidos describen la necesidad de establecer un cambio: De estos 21 avisos, solamente 4 se consideraron como Prioridad I, por lo que 17 podrían haber sido atendidos con menor antelación sin perjudicar la evolución del paciente. Y por lo tanto, los sanitarios no habrían abandonado la consulta de los pacientes programados o urgentes en el centro.

Una vez implantado el estudio, fue enfermería quien tuvo que triar telefónicamente y registrar los datos obtenidos. Solamente se registraron un total de 15 avisos domiciliarios por enfermería, lo que supone un sesgo, ya que en realidad hubo un mayor número de avisos. De los avisos registrados solamente 4 fueron avisos asignados con Prioridad I, Emergencia (tanto telefónicamente como una vez atendido). De los demás avisos con prioridades II, III, solamente hubo un domicilio que fue asignado con una prioridad menor de la que realmente correspondia (Teléfono III, Post atención II), lo que supone un acierto del 93,5% de la muestra obtenida, un 6,5% de error

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto-piloto de triage telefónico muestra un buen sistema de priorización y manejo del tiempo de atención, sin embargo hemos observado grandes problemas durante su implementación:
No todo el personal de enfermería está de acuerdo en participar en el proyecto y asumir el papel de triar afirmando que: “Enfermería no tiene por qué tomar decisiones que ha de tomar el médico”. A pesar de saber que en el 061 es enfermería quien tría las llamadas telefónicas. Asimismo en urgencias hospitalarias todo paciente que es atendido pasa primero por una consulta enfermera de triage.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

La mayor parte del personal de los centros de salud que llevan muchos años trabajando en el mismo, son más reacios a los cambios que la gente joven.

Muchos profesionales no quisieron involucrarse o participar, ya que el proyecto-piloto no es un proyecto oficial instaurado desde la Secretaría de Salud y supone un trabajo añadido .
El estudio ha sido implementado en periodo vacacional, por lo que ha habido mucha rotación de personal tanto administrativo, como sanitario, y la información no ha sido transmitida eficazmente de unos a otros.

Por otro lado, ha habido unanimidad en la opinión de enfermería y medicina respecto a los beneficios de realizar una llamada telefónica antes de acudir al domicilio. Afirman que de esta manera van mucho más preparados al domicilio con el material necesario y la situación a la que se van a enfrentar. Asimismo, el paciente se queda mucho más tranquilo habiendo hablado con un profesional y desciende su impaciencia en la demanda.

Es un proyecto que puede mejorar notablemente la gestión de la atención domiciliaria urgente pero, como todo cambio, lleva un proceso muy largo hasta su correcta implementación. Este proyecto ha sido una toma de contacto, pero para poder ser efectivo y mejorar la calidad de la organización del centro de salud se necesitaría una serie de cambios. Por un lado, establecer como nuevo protocolo a seguir desde Dirección de El Salud, no como un proyecto-piloto; instruir al personal administrativo y sanitario semanalmente en reuniones para que no se pierda la información y reforzar la continuidad; y dar un periodo de un año hasta que se consigan los resultados esperados y sea adaptado como un mecanismo de trabajo común.

Es un proyecto que puede mejorar notablemente la gestión de la atención domiciliaria urgente, pero para ello han de estar implicados administrativos, enfermeros y médicos en un trabajo común.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/970 ========== ***

Nº de registro: 0970

Título
TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BORRAZ ABELLA NURIA, TOLOSANA LASHERAS TERESA, ANDRES CASTRO SARA, LAFARGA SANTIAGO CLARA, BATISTA GUTIERREZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias domiciliarias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente, en el Centro de Salud Arrabal de Zaragoza las llamadas de urgencias y emergencias domiciliarias se realizan por los usuarios desde su domicilio y son atendidas por administrativos del centro, los cuales designan a los profesionales que están de guardia en ese momento para que acudan con la mayor brevedad posible. Esto conlleva al abandono de la consulta de los usuarios programados que se encuentran a la espera y de aquellos que acuden por una urgencia al centro de salud. No todas las llamadas domiciliarias presentan la misma urgencia, puesto que muchas de ellas se podrían resolver una vez que el profesional acabe su consulta, sin por ello dar un peor servicio y pronóstico, e incluso otras, ser atendidas y solucionadas telefónicamente. El problema que realmente nos encontramos es la subjetividad del término urgencia y emergencia, ya que hasta el momento es el propio usuario quien lo determina y no un sanitario. Por ello proponemos que las llamadas urgentes sean derivadas del administrativo a una enfermera para que establezca un nivel de prioridad según el triaje telefónico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar un protocolo de triaje telefónico en el CS Arrabal para atender a las urgencias y emergencias domiciliarias consiguiendo una adecuada gestión del tiempo y los recursos, así como la posibilidad de ser extrapolado a otros centros de Atención Primaria.

MÉTODO
Se elaborará un árbol de decisión con preguntas y respuestas. Se aplicará primero el protocolo telefónico desde el centro de salud mediado por una enfermera y después de forma presencial en el domicilio por los profesionales sanitarios que atiendan la urgencia. Una vez finalizado, se comparara el nivel de prioridad asignado inicialmente por telefóno y, posteriormente, el asignado al finalizar la atención domiciliaria. Si éstos coinciden, se considerará el proyecto como válido.

INDICADORES
Coincidencia del nivel de prioridad asignado por teléfono y el resultado final.
Urgencia domiciliaria atendida satisfactoriamente según el nivel de prioridad y tiempo asignado.
Encuestas de satisfacción al usuario.

DURACIÓN
Julio 2018: Diseño e implantación del programa de triaje
Agosto 2018-Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto
Octubre 2018: Análisis de resultados y conclusiones
Noviembre 2018: Difusión del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIASDOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA BORRAZ ABELLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFARGA SANTIAGO CLARA
ANDRES CASTRO SARA
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primeramente antes de poner en acción nuestro proyecto, analizamos la situación existente en el C.S. Arrabal. Durante los meses de abril, junio y julio de 2018 registramos los avisos urgentes a domicilio a los cuales medicina y enfermería habían acudido con la mínima espera posible (prioridad I. Emergencia), puesto que previamente no se designaban distintos niveles de triage.
Se elaboró un triage administrativo y otro enfermero para identificar nivel de la urgencia .
Se realizarón dos sesiones para explicar al personal de admisión y enfermeria como recepcionar la llamada, y los pasos siguientes para su evaluación por enfermeria si es necesario y asignar el nivel de emergencia.
En Julio y Agosto se hicieron los casos reales con las llamada recibidas en el centro, y al finalizar la atención,la enfermera comprobaba si el nivel se correspondia con el asignado previamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
rimeramente antes de poner en acción nuestro proyecto, analizamos la situación existente en el C.S. Arrabal. Durante los meses de abril, junio y julio de 2018 registramos los avisos urgentes a domicilio a los cuales medicina y enfermería habían acudido con la mínima espera posible (prioridad I. Emergencia), puesto que previamente no se designaban distintos niveles de triage.
Fueron un total de 21 urgencias, teniendo en cuenta que dicho periodo del estudio no coincide con un periodo de máxima demanda y con el sesgo añadido, de que no todos los administrativos registraron los domicilios en dicha agenda.
Según la planificación del estudio hubieran sido necesarios un número de 30 pacientes para que la muestra fuera representativa. No obstante, los
datos obtenidos describen la necesidad de establecer un cambio: De estos 21 avisos, solamente 4 se consideraron como Prioridad I, por lo que 17 podrían haber sido atendidos con menor antelación sin perjudicar la evolución del paciente. Y por lo tanto, los sanitarios no habríanabandonado la consulta de los pacientes programados o urgentes en el centro.
Una vez implantado el estudio, fue enfermería quien tuvo que triar telefónicamente y registrar los datos obtenidos. Solamente se registraron un total de 15 avisos domiciliarios por enfermería, lo que supone un sesgo, ya que en realidad hubo un mayor número de avisos. De los avisos registrados solamente 4 fueron avisos asignados con Prioridad I, Emergencia (tanto telefónicamente como una vez atendido). De los demás avisos con prioridades II, III, solamente
hubo un domicilio que fue asignado con una prioridad menor de la que realmente era (Teléfono III, Post atención II), lo que supone un acierto del 93,5% de la muestra obtenida, un 6,5% de error

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Acorde al estudio previo de los avisos urgentes a domicilio y la propia experiencia de los profesionales del centro, que afirman que la mayor parte de los avisos que se atienden como emergencias, no lo son, se observa una necesidad de mejora de dicha organización.
El proyecto-piloto de triage telefónico muestra un buen sistema de priorización y manejo del tiempo de atención, sin embargo hemos observado grandes problemas durante su implementación:
- No todo el personal de enfermería está de acuerdo en participar en el proyecto y asumir el papel de triar afirmando que: “Enfermería no tiene por qué tomar decisiones que ha de tomar el médico”. A pesar de saber que en el 061 es enfermería quien tria las llamadas telefónicas. Asimismo en urgencias hospitalarias todo paciente que es atendido pasa primero por una consulta enfermera de triage.
-La mayor parte del personal de los centros de salud llevan muchos años trabajando y son más reacios a los cambios

- Muchos profesionales no quisieron involucrarse o participar, ya que el proyecto-piloto no es un proyecto oficial instaurado desde la Secretaría de Salud y supone un trabajo añadido hasta que se estableciera como costumbre de trabajo.
- El estudio ha sido implementado en periodo vacacional, por lo que ha habido mucha rotación de personal tanto administrativo, como sanitario, y la información no ha sido transmitida eficazmente de unos a otros.
Por otro lado, ha habido unanimidad en la opinión de enfermería y medicina respecto a los beneficios de realizar una llamada telefónica antes de acudir al domicilio. Afirman que de esta manera van mucho más preparados al domicilio con el material necesario y la situación a la que se van a enfrentar. Asimismo, el paciente se queda mucho más tranquilo habiendo hablado con un profesional y desciende su impaciencia en la demanda.
Es en realidad el mismo proceso que describe el proyecto-triage, pero sin designar prioridades I, II y III, que para enfermería supone una mayor tranquilidad al “no tener que tomar decisiones”. Pero a fin de cuentas, de manera verbal o de manera protocolizada, se traduce en:
Atender al paciente en el tiempo necesario según su patología y no siempre estableciendo un nivel de prioridad común a todos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIASDOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/970 ========== ***

Nº de registro: 0970

Título
TRIAJE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BORRAZ ABELLA NURIA, TOLOSANA LASHERAS TERESA, ANDRES CASTRO SARA, LAFARGA SANTIAGO CLARA, BATISTA GUTIERREZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias domiciliarias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente, en el Centro de Salud Arrabal de Zaragoza las llamadas de urgencias y emergencias domiciliarias se realizan por los usuarios desde su domicilio y son atendidas por administrativos del centro, los cuales designan a los profesionales que están de guardia en ese momento para que acudan con la mayor brevedad posible. Esto conlleva al abandono de la consulta de los usuarios programados que se encuentran a la espera y de aquellos que acuden por una urgencia al centro de salud. No todas las llamadas domiciliarias presentan la misma urgencia, puesto que muchas de ellas se podrían resolver una vez que el profesional acabe su consulta, sin por ello dar un peor servicio y pronóstico, e incluso otras, ser atendidas y solucionadas telefónicamente. El problema que realmente nos encontramos es la subjetividad del término urgencia y emergencia, ya que hasta el momento es el propio usuario quien lo determina y no un sanitario. Por ello proponemos que las llamadas urgentes sean derivadas del administrativo a una enfermera para que establezca un nivel de prioridad según el triaje telefónico.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar un protocolo de triaje telefónico en el CS Arrabal para atender a las urgencias y emergencias domiciliarias consiguiendo una adecuada gestión del tiempo y los recursos, así como la posibilidad de ser extrapolado a otros centros de Atención Primaria.

MÉTODO
Se elaborará un árbol de decisión con preguntas y respuestas. Se aplicará primero el protocolo telefónico desde el centro de salud mediado por una enfermera y después de forma presencial en el domicilio por los profesionales sanitarios que atiendan la urgencia. Una vez finalizado, se comparara el nivel de prioridad asignado inicialmente por telefóno y, posteriormente, el asignado al finalizar la atención domiciliaria. Si éstos coinciden, se considerará el proyecto como válido.

INDICADORES
Coincidencia del nivel de prioridad asignado por teléfono y el resultado final.
Urgencia domiciliaria atendida satisfactoriamente según el nivel de prioridad y tiempo asignado.
Encuestas de satisfacción al usuario.

DURACIÓN
Julio 2018: Diseño e implantación del programa de triaje
Agosto 2018-Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto
Octubre 2018: Análisis de resultados y conclusiones
Noviembre 2018: Difusión del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0970

1. TÍTULO

TRIAGE TELEFONICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIASDOMICILIARIAS EN ATENCION PRIMARIA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1498

1. TÍTULO

EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA MAGALLON BOTAYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAN GERMAN MARIA LUISA
DOMINGUEZ GARCIA MARTA
VERA COLAS MARINA
LOREN BLAS SILVIA
CERRADA ENCISO LUCIA
LACORT BELTRAN EVA
GALLEGO ROYO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se tuvo una reunión de coordinación con la asociación de vecinos Tío Jorge para conocer el interés de la comunidad con respecto al saber más sobre las voluntades anticipadas y el derecho a una muerte digna. A partir de ahí se programaron 4 sesiones: 3 en la misma Asociación de Vecinos y 1 en el Centro de Salud. De las 4 sesiones, quedan pendientes 2 programadas en marzo y abril de 2019, antes de las fiestas del barrio, tal y como se había consensuado.
El contenido de la actividad fue: conceptos generales sobre la muerte digna y las voluntades anticipadas, legislación al respecto, procedimiento para la solicitud de éstas, y ruegos y preguntas. Duración aproximada de 2 horas. Se han repartido dípticos informativos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera reunión realizada en la Asociación de Vecinos acudieron alrededor de 40 personas, que mostraron gran interés acerca de las voluntades anticipadas, con escaso conocimiento previo del tema. La satisfacción de los participantes fue muy alta, creándose un clima de debate participativo en torno a las situaciones personales de cada uno. Ante la demanda creada quedan dos sesiones pendientes.
Se ha realizado también una sesión en el Centro de Salud para los profesionales sanitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha contrastado que a pesar de ser un tema que debería conocer, no tenemos suficiente base de conocimiento, ni individual ni para poder informar a los pacientes que puedan estar interesados.
Tras las últimas sesiones que quedan programadas se consultará con el registro si se observa un incremento de las voluntades anticipadas en la población que abarca nuestro Centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1498 ========== ***

Nº de registro: 1498

Título
EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD

Autores:
MAGALLON BOTAYA ROSA, JUAN GERMAN MARISA, DOMINGUEZ GARCIA MARTA, VERA COLAS MARINA, LOREN BLAS SILVIA, CERRADA ENCISO LUCIA, LACORT BELTRAN EVA, GALLEGO ROYO ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: educación sanitaria
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1498

1. TÍTULO

EL BUEN MORIR. FORMACION Y APOYO DESDE UN CENTRO DE SALUD

La implantación de las voluntades anticipadas dió un paso para mejorar la accesibilidad de los usuarios a recoger sus inquietudes en su final de vida. Sin embargo, el número de personas que las ha solicitado es escaso y que puede ser debido a la dificultades de acceso o falta de información a los usuarios de como solicitarlos, las implicaciones y el derecho de revocamiento-
Además, parece importante iniciar el debate social ante el final de la vida, debido a los posibles cambios legislativos que se van a llevar a cabo dentro de la Unión Europea en los próximos años. Informar de los cuidados paliativos o de la ayuda que pueden ofrecer los profesionales del centro de salud tanto al familiar enfermo como a los acompañantes puede ayudar a a mejorar la relación equipo de salud-paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la ayuda de la asociación de vecinos del barrio, inicialmente se van a conocer las inquitudes de los usuarios para posteriormente gestionar una formación abierta a toda la población de la zona de salud sobre la calidad asistencial al final de la vida.
Esta pregunta es obligatoria.

MÉTODO
El plan inicial es realizar 2 charlas informativas en la asociación de vecinos sobre las voluntades anticipadas, tanto de gestión como de las implicaciones que estas supone.
Posteriormente, en dependencia de las dudas que hayan surgido, se podrá aumentar el número de charlas para alcanazar el mayor número de población.
Finalmente, se organizará un debate entorno al buen morir para conocer las inquitudes de la población de la zona de salud entorno a las fiestas del barrio.
Esta pregunta es obligatoria

INDICADORES
- Número de usuarios de las charlas previstas.
- Satisfacción de los usuarios.
- Numero de nuevas voluntades anticipades de los pacientes de la zona de salud dependiente del centro de salud.

DURACIÓN
Curso 2018/2019
- Desde Septiembre de 2018 hasta Junio de 2019.
Finalizará con las fiestas del barrio del Arrabal

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1529

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARINICOS EN CENTRO DE SALUD, CON CONTROL VENOSO DE INR. PROPUESTAS DE MEJORA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR NOVELLA ABRIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAGALLON BOTAYA ROSA
DOMINGUEZ GARCIA MARTA
IMAZ FANDOS JULIA
MOLINA LORENTE TERESA
LOREN BLAS SILVIA
VERA COLAS MARINA
CERRADA ENCISO LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De la población que abarca el centro de salud, existe un gran porcentaje de pacientes en tratamiento con anticoagulantes dicumarínicos, tras indicación por patologías como fibrilación auricular. Desde atención primaria, la medición de INR CAPILAR ha mejorado la accesibilidad de la población, la calidad de vida de los pacientes y mayor empoderamiento. Sin embargo, sigue existiendo pacientes que reciben valoración de INR en sangre periférica, realizado a nivel hospitalario realizando extracción en CS o en domicilio del paciente.
Se ha realizado un estudio descriptivo de los pacientes tratados con dicumarinicos y control venoso periférico en nuestro centro de salud. Se estudió el número de pacientes en tratamiento con dicumarínicos, el número de pacientes que realizar control venoso de INR en sangre periférica (sea de manera temporal o permanente) y el motivo por el que continuaban este tipo de control venoso en lugar de capilar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 413 pacientes han seguido tratamiento con dicumarínicos en 2018. De ellos, 42 pacientes (el 9,8%) han llevado control de INR en sangre periférica bien sea con carácter permanente o temporal. 22 mujeres y 20 hombres. Edad media de 72 años.
La indicación de toma de dicumarínico más frecuente es la fibrilación auricular, seguido de cardiopatía isquémica, enfermedad valvular y trombosis venosa profunda. Esta última especialmente en población jóven.
En el 43% de los casos que llevaban control venoso del INR no tenían indicación para el mantenimiento de este método de control; el 46% de los casos la indicación fue temporal cambiando posteriormente a control capilar; y no se conoce la indicación del control venoso en el 11%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha observado que gran parte de los casos sin indicación de control venoso lo llevaban por la falsa creencia de los profesionales sanitarios de que el control en sangre periférica es más seguro que el capilar.
A partir de estos resultados se realizó una sesión clínica e informativa en el Centro de Salud. Todo el equipo médico y enfermero se ha comprometido a revisar sus casos para disminuir el control de INR en sangre periférica, que ocasiona más molestias a los pacientes. Además el control en sangre capilar permite un seguimiento más estrecho en consulta de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1529 ========== ***

Nº de registro: 1529

Título
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARINICOS EN CENTRO DE SALUD, CON CONTROL VENOSO DE INR. PROPUESTAS DE MEJORA

Autores:
NOVELLA ABRIL PILAR, MAGALLON BOTAYA ROSA, DOMINGUEZ GARCIA MARTA, LOREN BLAS SILVIA, MOLINA LORENTE TERESA, VERA COLAS MARINA, CERRADA ENCISO LUCIA, IMAZ FANDOS JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1529

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON DICUMARINICOS EN CENTRO DE SALUD, CON CONTROL VENOSO DE INR. PROPUESTAS DE MEJORA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dentro de la zona de salud de la población del centro de salud, existen un gran porcentaje de pacientes en tratamiento con anticoagulantes dicumarínicos, tras indicación por patologías como fibrilación auricular. Desde atención primaria, la medición de INR CAPILAR ha mejorado la accesibilidad de la población, la calidad de vida de los pacientes y mayor empoderamiento. Sin embargo, sigue existiendo pacientes que reciben valoración de INR en sangre periferica, realizado a nivel hospitalario realizando extracción en CS o en domicilio del paciente.
Por ello, se pretende realizar un estudio descriptivo de los pacientes tratados con dicumarinicos y control venoso periférico en nuestro centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer los pacientes que continuan con control venoso, para realizar propuestas de mejora.
Disminuir el porcentaje de pacientes que requieren esta opción

MÉTODO
Conocer el número de pacientes en tratamiento con dicumarinicos.
Conocer el número de pacientes que realizar control venoso de INR en sangre periférica.
Conocer el motivo por el que continuan este tipo de control venoso.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes con control de INR en sangre venosa respecto al total de pacientes en tratamiento con Sintrom.
En dependencia de los resultados, se realizarán propuestas de mejora y valoración de nuevo de porcentaje para comprobar aumento o disminución del número de pacientes.

DURACIÓN
Hasta Diciembre de 2018 - obtención de datos.
De Enero a Marzo - Evaluación de propuestas de mejora.
Abril a Junio - Nueva valoración para ver resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1520

1. TÍTULO

TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARISA JUAN GERMAN
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS ARRABAL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ ABOS EVA MARIA
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO
MOLINA LORENTE TERESA
ABRAMO GRACIA CORAL
LATAPIA LOZANO MARIA CARMEN
GALLEGO ROYO ALBA
NOVELLA ABRIL MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
COMIENZO EN OCTUBRE 2017, HASTA JUNIO DEL AÑO 2018
FRECUENCIA SEMANAL, 1 DÍA SEMANA 3 HORAS DIARIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
12 PACIENTE QUE ACUDEN FRECUENTEMENTE POR TALLER
APRECIACIÓN SUBJETIVA DE AUMENTO DE BIENESTAR
MENOR FRECUENTACIÓN EN CONSULTA MÉDICA (OMI)
MEJORA EN SUS RELACIONES PERSONALES (SUBJETIVA)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TODAVÍA ESTÁ EL GRUPO EN MARCHA, LA DURACIÓN ES COMO EL CALENDARIO ESCOLAR

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1520 ========== ***

Nº de registro: 1520

Título
TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL

Autores:
JUAN GERMAN MARIA LUISA, SANZ ABOS EVA MARIA, ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO, MOLINA LORENTE TERESA, ABRAMO GRACIA CORAL, LATAPIA VILLARTE MARIA CARMEN, GALLEGO ROYO ALBA, NOVELLA ABRIL MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARRABAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROBLEMAS EMOCIONALES
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La frecuentación de nuestros pacientes en consulta con dificultad en definir los síntomas, hablar de nuestras emociones, sentimientos, el alto consumo de psicofármacos, los problemas familiares, laborales, los problemas en cómo nos vinculamos afectivamente y la falta de información de las habilidades que tenemos para resolver nuestros problemas en la vida, hace que se geste este programa en el centro de salud; como una forma de conocer, distinguir nuestras emociones y mejorar la comunicación con nuestro entorno más próximo, familia, barrio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1520

1. TÍTULO

TALLER DE EMOCIONES Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN EL BARRIO DEL RABAL

RESULTADOS ESPERADOS
AMPLIAR EL CONCEPTO, IDENTIFICAR, INTERPRETAR Y MANEJAR LAS EMOCIONES BÁSICAS, ASÍ COMO PROPORCIONAR HERRAMIENTAS Y HABILIDADES PARA LA VIDA, CON EL OBJETO DE MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON NUESTRO ENTORNO.

MÉTODO
-LA CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES SE REALIZARAN EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA, ENFERMERÍA, ASÍ COMO DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES DEL AYUNTAMIENTO.
-TALLER DE EMOCIONES BÁSICAS: MIEDO, DOLOR, ALEGRIA, AMOR, TRISTEZA.
-TALLER DE RELAJACIÓN PNL Y HOPONOPONO
-TALLER DE HABILIDADES: EMPATÍA, AUTOCONOCIMIENTO, ASERTIVIDAD, TOMA DE DECISIONES, RELACIONES INTERPERSONALES, SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CONFLICTOS, PENSAMIENTO CREATIVO Y CRÍTICO, MANEJO DE LAS TENSIONES.

INDICADORES
Número de pacientes captados en las consultas.
Número de sesiones que han acudido a los talleres.
Grado de satistafcción.
Frecuentación en consultas.
Disminución de la toma de psicofármacos.

DURACIÓN
Inicio de los talleres en el mes de octubre hasta junio del año siguiente, ambos meses incluídos.
Las reuniones se realizaran en talleres semanales, un día por semana los miércoles, en horario de 10 a 13horas.
Inicio de la actividad el primer miércoles de octubre del año 2017, hasta el último miércoles de junio del 2018.
La capatación de los paciente se realizará en las consultas médicas y de enfermería, asi como por la auxiliar, celadora y personal del servicio de admisión.

OBSERVACIONES
Durante el curso se propondrá hacer una de las actividades en espacio abierto, en un parque.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0705

1. TÍTULO

PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN FRANCISCO HERRERO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASILLAS FERRANDIZ LUIS
MOSTEO MELUS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
*Se redacta procedimiento, asigando administrativos por cupos
* Se detalla actividades administrativas y base de datos dando respuesta a su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El equipo administrativo es capaz de resolver las actuaciones adminsitrativas que nos surgen y sabemos cuales son los médicos de referencia.
PROBLEMAS SURGIDOS: en el último año han cambiado 6 administrativos, 9 enfermeras y 9 médicos.
Con esta cantidad de cambios se ha complicado mucho el que fuera un procedimiento estable

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
la conclusión aun con las dificultades existentes y con la experiencia de los primeros meses en los que todavía no se habían realizado los cambios, es que mejora la organización y puede ser beneficioso para el usuario, que es para lo que se creo este procedimiento, aunque no hemos llegado a conseguir lo que se pretendía.
En el mes de marzo se implanta el procedimiento del sector "paciente crónico-complejo", momento en el que volveremos a a incidir en nuestro proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/705 ========== ***

Nº de registro: 0705

Título
PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO

Autores:
CASILLAS FERRANDIZ LUIS, FRANCISCO HERRERO CARMEN, MOSTEO MELUS MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: toda la población que necesite ayuda para acceder al sistema
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....: Facilitar al usuario acceso al sistema

PROBLEMA
Al servicio de admisión acuden gran cantidad de usuarios, muchos de ellos únicamente para solicitar cita o información, pero también hay un número importante de usuarios que acuden para resolver gestiones sanitarias,que bien por la dificultad del sistema o bien por otras circunstancias, como la edad o estado de salud, necesitan de la ayuda de profesionales de admisión del centro de salud.
Desde este equipo de admisión vemos necesario mejorar nuestra organización en la atención al usuario:

personalizar nuestra atención: a pesar de ser un centro grande y con un volumen importante de actividad, creemos que podemos dar una atención más personalizada, asignado administrativas a los usuarios de los diferentes cupos sanitarias y unidades de apoyo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0705

1. TÍTULO

PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO

Conocimiento por parte del equipo: dar a conocer nuestra organización a los sanitarios del Centro, ya que los sanitarios tendrán que saber el administrativo asignado, las gestiones que pueden derivar al servicio de admisión y los usuarios susceptibles de una atención aún más individualizada.

Para resolver las gestiones que nos demanden usuarios o sanitarios creamos base de datos en la que figure funcionamiento de los diferentes servicios del centro, gestiones a resolver,funcionamiento de otras unidades del salud etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Personalizar la atención al usuario
Modificar organización servicio de admisión
Difundir dentro del Equipo nueva organziación del equipo de admisión.
Asegurar todas las gestiones administrativas dentro del equipo de admisión.
Crear sistema de información del servicio de admisión

MÉTODO
Asignar un administrativo a cada tres cupos sanitarios (médico/enfermera) de medicina general. (un administrativo suplente en caso ausencia titular)
Asignar un administrativo al servicio de pediatría del Centro.(un administrativo suplente en caso ausencia titular)
Asignar un administrativo a las unidades de apoyo del Centro (odontologia, fisioterapeutas, matronas y trabajadora social) (un administrativo suplente en caso ausencia titular)
COORDINA Y CUBRE TODAS LAS POSIBLES AUSENCIAS . Jefe Grupo Admisión

Gestión planteados por usuarios y/o sanitarios en mostrador del Centro:

Si es posible resolver en el propio mostrador por el administrativo que se encuentre en ese momento realizando esa rotación.
Si no es posible (por dificultad gestiones o tiempo que requiera esa gestión) se deja en casillero administrativo asignado con pequeña indicación gestión a realizar y teléfono contacto con usuario.

Gestión planteado por sanitario del Centro sin estar el usuario en el Centro:
- se pone en contacto con administrativo asignado para resolución problema.

Crear base datos con información para poder resolver las demandas de los usuarios (información funcionamiento del centro, prestaciones, salud informa, otros servicios etc).

Atención con un grado mayor de personalización (por enfermedad grave, deterioro importante o situación especial usuario)
- Es el sanitario el que tiene que definir que usarios estarían en este tipo de atención, indicando al administrativo como tiene que intervenir en cada situación, siendo el usuario conocedor de cual es al administrativo que se tiene que dirigir. Al ser el sanitario el responsable de este apartado, y no el equipo de admisión, no evaluaremos dicho apartado.

INDICADORES
encuesta junio 2017
1.- encuesta entre personal sanitario
- conocen sus administrativos de referencia. (si-no)
- les es útil tener un administrativo de referencia (1-10)
- confía en él para resolver problemas de usuarios (1-10)
- mejora la gestión de tramites administrativos con los usuarios con este sistema (1-10)
2.- encuesta entre personal administrativo
- conoces tus sanitarios de referencia (si-no)
- mejora la gestión administrativa con usuarios y sanitarios con este sistema (1-10)
- la comunicación entre administrativos por tareas pendientes es correcta (1-10)
- es útil base de datos (1-10)
- aspectos que mejorarias

DURACIÓN
comienzo: octubre 2016 con la incorporación de nuevos profesionales en servicio de admisión .
Todo el sistema entre en funcionamiento a la vez y no se espera finalización.
Tras encuesta en junio 2017 el servicio de admisión valorará cambios en el sistema.

OBSERVACIONES
En cuanto a la clasificación del proyecto observamos que se priorizán proyectos dirigidos a temas asistenciales. Entendemos que,algún día,también tendría que estar entre las preferencias una buena atención al usuarios desde los servicios de admisión,

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0705

1. TÍTULO

PERSONALIZACION DE LA ATENCION AL USUARIO DESDE EL EQUIPO ADMISION DE UN GRAN CENTRO DE SALUD URBANO

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1537

1. TÍTULO

GESTION DEMANDA NO PRESENCIA EN CENTRO DE SALUD LA JOTA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUIS CASILLAS FERRANDIZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAZ SAZ MARIA JOSE
FERNANDEZ SAINZ-AJA BEGOÑA
HOSTALED FERNANDO VICTORIA
MOSTEO MELUS MARTA
FRANCISCO HERRERO CARMEN
SANCHO SERRANO LAURA
ANDRES LOSMOZOS ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se redactó un procedimiento que se presento en reunión de equipo en el que se hacia constar que se entendía por demanda no presencial, que anotaba el servicion de admisión como demanda no presencial y huecos en las agendas del personal sanitario.
EL PROCEDIMIENTO FUE APROBADO UN PUESTO EN FUNCIONAMIENTO UNA VEZ ARREGLADAS LAS AGENDAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
el resultado a superado la estimación ya que según datos estadísticos proporcinados por la dirección del sector son más de 1000 citas de demanda no presencial al mes.
la valoración que se hizo en una semana en las agendas se detecto que la práctica totalidad de las anotaciones como demanda no presencial estaban bien gestionadas, que superabamos el número de citas (forzabamos cita), que se han incluido nuevos motivos (consensuados) pero que no estaban en procedimiento.
Que todavía hay dos médicos que no quieren utilizar este acto (sólo lo utiliza admisión para comunicaciones prioritarias sobre pacientes, recibidos de otras instituciones)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al ser equipo grande y con dificultades para reunirse. Se envío correo electrónico a todo el equipo dandoles a conocer los datos de los que disponiamos y que aportaran conclusiones, quejas, recomendaciones etc.
LA MAYORIA NO CONTESTO pero los que aportaron, incidieron en su mayoría, que forzamos muchas citas.
LA CONCLUSION QUE HACEMOS DESDE EL SERVICIO DE ADMISON ES QUE
* SE HA AUMENTADO MOTIVOS (ej. especialista virtual, mutuas etc)
* SE HA VISTO QUE ES BUENA HERRAMIENTA Y LOS MEDICOS TAMBIEN LA UTILIZAN PARA RESULTADOS, ETC.
* ADMISION SE VE OBLIGADO A FORZAR MUCHAS VECES CUANDO VIENEN USUARIOS QUE DICEN NO TENER NADA DE MEDICACIÓN O CUANDO TENEMOS QUE FORZAR POR CONTESTACIONES DE ESPECIALISTAS VIRTUAL .

quizás habría que añadir algún hueco más de demanda no presencial (algún médico ya ha solicitado que en sus agendas pongamos más huecos). ¿se quita algún acto para poner mas de demanda no presencial?

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1537 ========== ***

Nº de registro: 1537

Título
GESTION DEMANDA NO PRESENCIAL EN CENTRO DE SALUD LA JOTA

Autores:
CASILLAS FERRANDIZ LUIS, SAZ SAZ MARIA JOSE, FERNANDEZ SAINZ-AJA BEGOÑA, ANDRES LOSMOZOS ASUNCION, HOSTALED FERNANDO VICTORIA, MOSTEO MELUS MARTA, FRANCISCO HERRERO CARMEN, SANCHO SERRANO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1537

1. TÍTULO

GESTION DEMANDA NO PRESENCIA EN CENTRO DE SALUD LA JOTA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
LA existencia de este nuevo acto en las agendas de los profesionales sanitarios del EAP ha propiciado que se tenga que establecer unos criterios y actuaciones para incorporarlos dentro de las agendas sanitarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Es necesario un procedimiento en el que quede reflejado como mínimo:
1,- Cuantos huecos son necesarios por profesional y estamento sanitario.
2,- Nos indique que anotamos como demanda no presencial. 3,- Registro documentación que entregamos al usuario.

MÉTODO
1,- Se estable como mínimo 4 huecos de demanda no presencial para personal facultativo y 10 % de las agendas para el resto de personal sanitario.
Estos son los mínimos establecidos, pudiendo incrementarse el número de huecos sin repercutir en el resto de actos de la agenda.

2,- que actuaciones anotamos como demanda no presencial
A PETICIÓN PACIENTES: En la actualidad los motivos por los que el usuario puede pedir una cita no presencial es por:
RECETA ELECTRONICA : Renovación de medicación crónica . No esta contemplado este acto para actualizaciones que requieran la prescripción de nuevos medicamentos o la modificación de su posología
Procedimiento:
Personal de Admisión:
? Recoge la demanda del paciente diferenciando la inclusión o no en el procedimiento.
? Dar cita anotando en observaciones el problema que tiene con la RE (renovación o algún problema)
? Informar que puede venir a recoger la hoja de medicación al día siguiente en el servicio de admisión.
? Se le recalca al paciente que puede recoger la medicación sin necesidad de presentar la hoja, sólo con presentar la Tarjeta Sanitaria.
Personal Sanitario:
? EN EL DIA se ha de comprometer a realizar las modificaciones oportunas en la RE.
? DEJARA EN EL DIA en el servicio de admisión las hojas de medicación.
? En el caso de los partes de confirmación o de alta programada el facultativo será el responsable de dar cita para el día fijado y de dejar el parte en el servicio de admisión.

SOLICITUD DE INFORME O COPIA DE HISTORIA CLINICA
El usuario puede solicitarlo con el formulario establecido al respecto, siendo responsable de su tramitación al profesional y posteriormente al usuario el administrativo referente de dicho sanitario.

A PETICIÓN DE OTROS ORGANISMOS DE LA ADMINISTRACION
Toda petición que requiera una actuación del sanitario en historia clínica se anotará como demanda no presencial el día siguiente de su recepción, indicando que documentación es la que se ha recibido (ej. propuestas alta inspección médica, solicitud información del juzgado etc) con independencia del día que lo gestione el sanitario.

A PETICIÓN DEL SANITARIO
Partes de confirmación y alta que estén programados por el facultativo con el servicio de admisión .
El facultativo hará llegar al servicio de admisión el número de partes que puede entregar al usuario en admisión y la fecha que tiene que ser anotado para revisión en consulta. Sin esta programación,que tiene que estar reflejada en agenda, el servicio de admisión no entregará ningún parte.
Resultados de pruebas, interconsultas etc, que en anteriores visitas establecieran sanitario y paciente como demanda no presencial y posterior recogida de documentación en admisión.

3,- REGISTRO DOCUMENTACIÓN.

El servicio de admisión registrará en agenda OMI_OTROS_ENTREGA DOCUMENTACIÓN toda la documentación que se entregue generada en un acto de demanda no presencia se tiene que registrar como entregada anotando en observaciones que documentación se entrega.
DOCUMENTACIÓN PROPIA QUE NECESITA EL SERVICIO DE ADMISIÓN PARA ENTREGAR UN DOCUMENTO SANITARIO:
Si es el mismo paciente el que acude a recoger la documentación : cualquier documento que le identifique o bien la anterior hoja de RE.
SI es otra persona la que recoge la documentación: con autorización o documentación del interesado o con la documentación de la persona que lo recoge pero rellenando un formulario como que recoge dicha documentación.

INDICADORES
Están generados los huecos en las agendas sanitarias?
Supervisar una semana en las agendas de los profesionales que los actos generados como demanda no presencial se adecuan a lo establecido en el proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1537

1. TÍTULO

GESTION DEMANDA NO PRESENCIA EN CENTRO DE SALUD LA JOTA

Que esté registrada la documentación que entregamos.

- Encuesta a sanitarios y administrativos para valorar el proyecto y las posibilidades de mejora

DURACIÓN
proyecto que se evaluará a principios de diciembre con el objeto de subsanar posibles desviaciones o deficiencias
.
Proyecto que se incorporará como procedimiento administrativo al funcionamiento normal del Centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0048

1. TÍTULO

MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALBA SORIANO MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA PELIGERO MARIA TERESA
MURILLO AZNAREZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
•Acciones realizadas: se realizó la sesión grupal de educación para la salud (EpS) con dos grupos diferentes de diabéticos (una en noviembre y otra en marzo). Se realizaron las sesiones de forma participativa, implicando a los participantes y reflexionando en grupo sobre el hilo conductor. El hilo fue la reflexión sobre diferentes mitos sobre alimentación saludable. La dinámica consistió en una reflexión entre todos sobre si eran ciertos o falsos, posibles argumentos a favor o en contra, y al final una explicación sobre la ausencia de evidencia científica de esos mitos y la información sobre conductas que sí se han demostrado beneficiosas para la salud.

•Cumplimiento del calendario: se realizó una sesión con cada grupo, una el 30/11/2016 y otra el 29/03/2017. No se consideró válida y realista la información recogida en las encuestas por falta de atención de los pacientes al completarlas, por lo que no se ha podido medir el nivel de conocimientos y satisfacción de los pacientes.

Recursos empleados: sala de reuniones del centro de salud, proyector, ordenador, programa informático Presentaciones de Google.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El plan del proyecto era recoger el nivel de satisfacción de los pacientes tras el taller, sin embargo al finalizar el taller la mayoría los pacientes rellenaron la encuesta de forma rápida, sin leer las preguntas con detenimiento e incluso dejándola sin rellenar en su totalidad, por lo que no se consideran válidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La percepción de la impresión de los pacientes tras la realización del taller fue buena, ya que se preguntó a los pacientes si les había parecido interesante y novedoso el contenido y en general la respuesta fue muy satisfactoria. Sin embargo, para la próxima vez nos planteamos realizar una encuesta con las preguntas más breves, sencillas y variadas, para poder registrar el impacto en los pacientes, así como explicar al principio del taller la importancia de que rellenen el cuestionario al finalizar la sesión.

7. OBSERVACIONES.
En general, a pesar de no haber podido registrar el impacto en los pacientes, la sesión fue muy interesante y nutritiva para los profesionales y para los pacientes gracias a la participación de estos últimos. El dinamismo permitió que los pacientes se involucraran en su cuidado y reflexionaran sobre el tema a tratar.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/48 ========== ***

Nº de registro: 0048

Título
MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE

Autores:
SORIANO MARTINEZ ALBA, GRACIA PELIGERO MARIA TERESA, MURILLO AZNAREZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0048

1. TÍTULO

MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Problema:
La alimentación es un aspecto decisivo en el control de la DMII y sus patologías asociadas, englobadas en el síndrome metabólico (HTA, dislipemia, obesidad). La compra y el cocinado son dos de las claves de una alimentación saludable. El desconocimiento de estrategias y técnicas de cocina saludable por parte de los pacientes hace necesario el desarrollo de intervenciones sanitarias de educación para la salud (EpS) para aumentar el conocimiento y a su vez el manejo de la enfermedad.

Importancia:
Según el estudio nacional Di@bet.es, en 2016 la prevalencia de las HTA en España en la población diabética asciende al 79,4%, frente al 42,6% en personas no diabéticas.
Las patologías que engloba el Síndrome Metabólico dependen en gran medida de factores de riesgo modificables, siendo uno principal la alimentación. El manejo nutricional contribuye notablemente a la mejoría, entre otros, de los niveles de glucosa y los valores de tensión arterial.
Las modificaciones de la conducta alimentaria se realizan a través de un proceso en el que interactúan aspectos de automanejo de la enfermedad y la instrumentación de estrategias de alimentación. Este proceso implica una actividad reflexiva relacionada con motivación para el cambio.

Utilidad:
El objetivo de la actuación es aumentar el conocimiento de técnicas y productos de cocina saludables y beneficiosos para la diabetes y sus patologías asociadas.

Métodos de detección y priorización:
En la consulta de Enfermería frecuentemente encontramos pacientes diabéticos que desconocen productos y técnicas de cocina que beneficiarían el curso de su enfermedad, así como falsos mitos sobre diversos alimentos y técnicas. Nuestra intervención forma parte de un proyecto de educación para diabéticos. Esta sesión se centra exclusivamente en que los pacientes conozcan estrategias de alimentación y productos beneficiosos que les permitan mejorar el manejo de su enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Determinar el nivel de conocimientos de los pacientes en relación con las técnicas de cocina y productos que favorezcan el proceso de su enfermedad.
- Proporcionar a los pacientes los conocimientos necesarios para llevar una alimentación saludable que aporte beneficios al desarrollo de su enfermedad.
- Aumentar el empoderamiento en el control de su enfermedad.

MÉTODO
Se realizará una intervención educativa de tipo teórico sobre cocina saludable a un grupo de pacientes diabéticos. En ella se llevará a cabo la presentación de productos beneficiosos que existen en el mercado y técnicas de cocina saludable.

Previamente a la sesión educativa, los pacientes realizarán un cuestionario que nos permitrá conocer, por un lado, el nivel de conocimientos y hallar las lagunas más importantes y, en segundo lugar, determinar la percepción de autocontrol de la enfermedad.

Con posterioridad, al cabo de 2 meses, los pacientes rellenarán otro cuestionario para determinar si la sesión fue eficaz y aumentó sus conocimientos, así como la percepción de estos sobre el control de su enfermedad.

INDICADORES
- Indicadores de conocimiento, mediante cuestionario (nivel de conocimiento pre y post intervención).
- Indicadores de percepción de autocontrol de la enfermedad, mediante cuestionario (pre y post intervención).

DURACIÓN
Cronograma de la sesión (1h30m):
20 minutos: brainstorming
40 minutos: desarrollo teórico
30 minutos: degustación y puesta en común

Calendario previsto:
Primer cuestionario (pre intervención): septiembre
Sesión: septiembre
Segundo cuestionario (post intervención): en consulta, tras 2 meses post intervención.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0048

1. TÍTULO

MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS II MEDIANTE UNA INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y COCINA SALUDABLE

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0049

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GRACIA PELIGERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIANO MARTINEZ ALBA
FUSTERO FUSTERO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para realizar el estudios de la eficacia del programa se tomó como referencia la semana de las intervenciones,que se realizaron en dos días diferentes separados una semana de tiempo.
Las cifras estudiadas se tomaron de la historia clínica de los pacientes,siendo la recogida Pre antes de la intervención y la Post,como mínimo, tres meses después de la realización de la intervención educativa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En general,todos los valores recogidos mejoraron ligeramente de la recogida de datos pre intervención a la post intervención.
En cuanto a las cifras de tensión arterial hay un descenso muy ligero global en la media de la presión,de 2mmhg, analizando las frecuencias, en un 37% disminuyó la presión arterial media.
Respecto al peso,cuya media disminuye 2 kg,también hay mejoría.
La hemoglobina glicosilada (HbA1C) aunque baja una décima la media,individualmente encontramos muchas diferencias.En el 57%disminuyeron las cifras de HbA1c,sin embargo un 35% aumentó y un 7% se mantuvo igual.
No obstante, al ser positivos los resultados en más de la mitad del grupo, se considera de forma optimista el efecto de la intervención de Eps.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En conclusión, consideramos que hay que seguir poniendo en marcha programas de Eps desde Atención Primaria en grupos clínicos como los DM2 porque observamos,a pequeña escala, que el impacto de las sesiones y el trabajo en grupo es beneficioso para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/49 ========== ***

Nº de registro: 0049

Título
INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Autores:
GRACIA PELIGERO MARIA TERESA, FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL, SORIANO MARTINEZ ALBA, MURILLO AZNAREZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Problema:
La diabetes mellitus es considerada uno de los principales problemas de salud a nivel mundial debido a su creciente prevalencia, las consecuencias en la vida de las personas que la padecen y su elevado coste. De ahí la importancia de realizar una educación diabetológica eficaz que proporcione el estímulo necesario para que los pacientes realicen los cambios oportunos en el estilo de vida.
Para ello, se plantea una propuesta de mejora que tiene como objetivo principal el planificar un programa de educación grupal estructurado para pacientes del centro de salud de La Jota, con diabéticos mellitus tipo II.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0049

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA GRUPAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

La educación se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente diabético. Las personas con diabetes tienen que asumir la responsabilidad del control diario de su enfermedad. Por ello es clave que entiendan la enfermedad y sepan cómo actuar.
Se entiende por educación estructurada para pacientes aquella que se proporciona mediante un programa planificado y progresivo, que es coherente en los objetivos, flexible en el contenido, que cubre las necesidades clínicas individuales y psicológicas y que es adaptable al nivel y contexto culturales.

RESULTADOS ESPERADOS
- El objetivo general de la intervención es mejorar el conocimiento y las habilidades, capacitándolos para asumir el control de la enfermedad y favorecer su autonomía.
- Aumentar el control de los factores de riesgo asociados.

MÉTODO
Se realizarán varias intervenciónes educativas a pacientes diabéticos tipo II, teniendo en cuenta los conocimientos previos, actitud y motivación de los mismos.
El número de participantes será de 8 a 10 personas, pudiendo participar también familiares y cuidadores.
El tiempo estimado de la sesión será de dos horas, en días consecutivos.
Previamente a las sesiones, los pacientes realizarán un cuestionario para determinar su nivel de conocimientos en la materia que se va a tratar. Posteriormente, se volverán a evaluar los conocimientos en consulta individualizada de enfermería.

INDICADORES
Previamente a la intervención y con posterioridad se recogerán los siguientes parámetros:
1. Frecuencia de hipoglucemias presentadas
2. Valoración de hemoglobina glicada
3. Cifras de tensión arterial y peso
4. Estratificación de pie de riesgo

DURACIÓN
-Primera fase:enero 2015
Conformar grupo de trabajo con profesionales de enfermería.
-Segunda fase:año 2016
Realización de la intervención educativa (primera intervención)
-Tercera fase:noviembre-diciembre 2016
Evaluación de eficacia de la intervención en consulta programada de enfermería.
-Cuarta fase:febrero 2017
Realización de intervención educativa(segunda intervención)
-Quinta fase:abril-mayo 2017
Evaluación de eficacia de la intervención
-Sexta fase: septiembre-octubre 2017
Valorar posible difusión de la intervención educativa en centros civicos adscritos al centro de salud la jota.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0180

1. TÍTULO

EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA MURILLO AZNAREZ
· Profesión ..... EIR
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUSTERO FUSTERO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
4 charlas de una hora de duración a grupos de 10 mujeres con edades comprendidas entre 45-55 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultado asistencia: fue de 27 mujeres comprendidas entre la edad acotada en el programa, en las cuales incluimos a enfermeras del centro que cumplian el requisito.
Resultado de satisfacción: el 100% de las asistentes afirmaron que les habia resultado interesante ya que habían aprendido hábitos saludables en esta etapa de la vida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Capatación de esta población es dificultosa, ya que son población activa. Se podría hacer dos sesiones una teorica y otra sobre el ejercicio físico adecuado en esta etapa. Mejor instalación mas amplia y luminosa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/180 ========== ***

Nº de registro: 0180

Título
EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO

Autores:
MURILLO AZNAREZ TERESA, SORIANO MARTINEZ ALBA, FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La transición de la madurez a la senectud en la mujer es el período del climaterio. En dicho periodo se producen diversos cambios, los cuales son desconocidos en general por la población, según se concluyó en el estudio “Experiencias y necesidades de la mujer durante el climaterio”. Estos cambios generan diferentes síntomas, que en el 50% de las mujeres en esta etapa les genera deterioro en su calidad de vida, según el doctor Rafael Sanchez Borrego miembro de la junta directiva de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia; Para ello se consideró necesario el abordaje a mujeres en periodo climatérico mediante una sesión de educación para la salud con la que pretendemos que adquieran conocimientos sobre:
- ¿Qué es el climaterio y la menopausia?
- Cuáles son los cambios que pueden sufrir y los síntomas que pueden padecer
- Cuidados que deben tener en cuenta: dieta y ejercicio
- Terapia hormonal sustitutoria (TRH)

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0180

1. TÍTULO

EDUCACION A LA MUJER EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO

Que es el periodo del climaterio.
Cambios fisiológicos propios de este periodo
Estilos de vida saludable propios del climaterio
Estrategias para prevenir posibles patologías relacionadas con el climaterio y menopausia.
- Diferenciar entre climaterio

MÉTODO
Se impartirá una charla de una hora de duración a grupos de 10 mujeres con edades comprendidas entre 45-55 años. Dicha charla se repetirá hasta un total de tres sesiones.
La captación se realizará a aquellas mujeres que acudan a la consulta de enfermería, que se encuentren en la edad acotada, se les preguntará si tienen interés en recibir información sobre esta etapa de la vida; en caso afirmativo se les incluirá en el grupo.
La sesión va a estar dividida en 5 fases:
1. Presentación: Los ponentes se presentarán, y presentarán el tema a tratar y los objetivos que se pretenden conseguir.
2. Se les pasará un cuestionario Pre-sesión donde se evaluarán los conocimientos previos.
3. Inicio de la sesión:
3a) ¿Qué es el climaterio?. ¿Qué es la menopausia?
3b) Síntomas que pueden sufrir durante el climaterio.
3c) THS y anticoncepción
3d) Estilo de vida saludable: dieta y ejercicio en el climaterio
4. Test post-charla: se les pasará el mismo cuestionario que en el inicio de la sesión . Se comparará las respuestas pre-post para saber si han obtenido nuevos conocimientos.
5. Por último se pasará un test de evaluación a los asistentes donde se evaluará al ponente.

INDICADORES
1. %de mujeres que conocen la etapa del climaterio: Qué es y cómo afecta a su organismo y a su vida/total de mujeres que participan.
2. % de mujeres que realizan dieta saludable/ total de mujeres que participan.
% de mujeres que realizan ejercicio/ total de mujeres que participan.
Para la evaluación se compararán los test pre-post, donde las participantes deberán obtener al menos un 25% más de respuestas correctas en el post con respecto al pre.

DURACIÓN
Septiembre, octubre, noviembre se captarán en consulta de enfermería a las mujeres participantes. En estos mismos meses se realizará la revisión bibliográfica y preparación del la sesión. Enero se realizarán las tres sesiones propuestas. Febrero se evaluará la eficacia de la intervención en la población.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0549

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLAMAS AGUNDEZ ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas fueron:
- Análisis de situación.
- Selección de grupo de trabajo.
- Seguimiento de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- 6 Sesiones dirigidas a resolver los problemas en el manejo de OMI-AP por cada estamento del EAP y del EAP en conjunto.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Monitorización del proceso.
- Evaluación de la calidad del registro tras las sesiones impartidas.
- Investigación de las causas de los resultados obtenidos.
- Puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto evalúa como mejora la Calidad del Registro en la existencia de episodios en OMI-AP clasificados como “agudos” con la condición “no cerrado” y con más de 180 días de registro en OMI-AP desde el alta del episodio de acuerdo al criterio de "Calidad del Registro" tras la impartición de varias sesiones sobre la mejora del registro en OMI.
Se realizaron entre una y dos sesiones mensuales (6 en total) de mejora en el registro de OMI en el centro de salud, sesiones a las acudieron tanto personal de medicina de familia, pediatría, enfermería, trabajadora social, matrona, residentes y estudiantes de medicina. Dichas sesiones destacaron por la masiva asistencia del equipo siendo muy bien recibidas e incluso esperadas, solicitando los compañeros incluso más sesiones de las inicialmente programadas (una por mes).
A 31 de diciembre de 2017 el EAP La Jota tiene 24.000 episodios clínicos registrados.
A 1 de Enero de 2017 los episodios agudos no cerrados con mas de 180 días en registro eran 1931, al finalizar el periodo del proyecto son 1792, una diferencia de 139 episodios cerrados atribuibles a la actividad para lograr el objetivo del proyecto.

Total Episodios en Registro OMI	24.000
Episodios Agudos Sin Cerrar: 01/01/2017	1931
Episodios Agudos Sin Cerrar: 31/12/2017	1792
Cerrados Atribuibles Acción de Mejora	139

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los responsables del Proyecto consideran que la baja magnitud de “cierre de episodios supone que no se ha alcanzado el resultado esperado. Este resultado es claramente insatisfactorio y paradójico respecto de las actividades realizadas y las opiniones “informales” de los facultativos del EAP que refieren haber realizado el cierre de episodios . Impulsa a los responsables del proyecto a buscar una explicación.

Acciones Inmediatas:
1: Se vuelve a comprobar la idoneidad del SQL lanzado para la obtención de los datos y se reproducen los valores obtenidos sin que pueda objetivarse ningún error en la estimación.
2: Se extraen varios episodios que figuran en la consulta como “no cerrados > de 180d” y se procede a verificar en OMI-AP el comportamiento de estos episodios, observándose que hay episodios que “No se Cierran” tras aplicar la "rutina de cierre: Carpetas Amarillas". Paradójicamente hay otros episodios que si se cierran con el mismo procedimiento.
3: Esta "causa" se identifica un error interno de la aplicación que explicaría la baja magnitud de “cierre de episodios.
4: Se informa y consulta con el Gestor Responsable de OMI-AP en SSCC de SALUD que confirma el hallazgo y justifica el comportamiento anómalo del procedimiento para el cierre de episodios con la migración y actualización de los nuevos códigos de la Clasificación CIAP usada en el registro. Concretamente se identifica a la ausencia de concordancia entre la nueva clasificación y la antigua en el concepto “episodio agudo”.

Acciones de Mejora
6: La solución inmediata propuesta es el cierre del episodio agudo por medio del procedimiento "Gestión del Episodio " complementario a la rutina "Carpetas Amarillas", por acción directa del profesional.
7: Se confecciona lista de HC con los datos identificativos de los episodios pendientes de cerrar para ser distribuidos a los profesionales.
8: Se comunica a todos los profesionales el procedimiento valido para proceder al cierre de los episodios agudos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0549

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

7. OBSERVACIONES.
Aún a pesar de los malos resultados obtenidos en el parámetro de estudio, el Proyecto de mejora de registro en OMI en el centro de salud de La Jota ha sido muy bien aceptado y valorado por todo el equipo, se ha solicitado por parte de dicho equipo de atención primaria la continuidad del mismo, debido en primer lugar a que ha permitido a todo el equipo descubrir utilidades del programa que han servido para mejorar la calidad de la atención a los pacientes, en segundo lugar porque ha servido de apoyo a todos aquellos compañeros que no conocían el programa por haber venido recientemente a trabajar al centro de lugares donde no se utilizaba OMI (otras Comunidades Autónomas, hospitales, o residentes y estudiantes) y en tercer lugar lugar por que ha permito estar totalmente actualizado de las frecuentes novedades de que realizan en el programa.
Además se ha "creado una necesidad" de realización de sesiones clínicas para revisión periódica del registro en OMI, así como las novedades del mismo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/549 ========== ***

Nº de registro: 0549

Título
PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

Autores:
CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES, CLERENCIA CASORRAN CARLOS, GOMEZ DEL PULGAR ESCUDERO MARIA PILAR, DE LA PARRE JARQUE CELINA, ALVAREZ ANDUJAR CRISTINA, SENDER MARTIN DANIEL, LOU BURRIEL JOSE, LOPEZ PEREZ LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología crónica y uso de sistemas informáticos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La evaluación de los resultados de cartera servicios en el centro de salud de la Jota no se corresponde con el trabajo realmente realizado en las consultas del centro.
Se ha detectado que la no correspondencia entre actividad realizada y los resultados evaluados de la misma, es debida a un inadecuado registro de dichas actividades (registro en texto libre, registro en observaciones…).
El centro dispone OMI como sistema de registro de dichas actividades, pero se ha detectado un infraconocimiento de dicho programa, lo que lleva a un inadecuado registro, y por ello a unos resultados en cartera de servicios no acordes con la actividad realmente realizada. Por ello tratamos de mejorar la utilización OMI y con ello obtener un mejor registro así como obtener historias clínicas de calidad, que redundarán en mejorar la calidad de la atención a los usuarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de las historias clínicas en OMI a través de las siguientes actividades:
- Disminuir el número de episodios agudos abiertos.
- Registro adecuado de las alergias.
- Facilitar la introducción de datos en el registro.
- Mejorar la monitorización actual del acuerdo de gestión.
- Revisión de planes personales y cartera de servicios.

MÉTODO
- Análisis de situación.
- Selección de grupo de trabajo.
- Seguimiento de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Sesiones dirigidas a resolver los problemas en el manejo de OMI-AP por cada estamento del EAP y del EAP en conjunto.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Monitorización del proceso.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES
-Número de episodios agudos abiertos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0549

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE REGISTRO EN OMI EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA

-% de historias en los que consta registro de alergias.
-Variación en datos de registro de Acuerdos de Gestión Clínica de los temas tratados.

DURACIÓN
- Reunión del EAP con demandas específicas de dificultades de manejo y registro de OMI. (Septiembre 2016).
- Selección de demandas más urgentes y necesarias de los datos seleccionados y estratificación según necesidad. (Septiembre 2016).
- Trabajo en sesiones, realización de al menos una sesión al mes sobre la mejora de registro en OMI en el periodo comprendido entre octubre de 2016 y mayo de 2017.
- Los responsables del equipo además, estarán disponibles al resto del equipo para que aún fuera de los horarios y días de las sesiones resuelvan las dudas que puedan surgir en relación al registro en OMI.
-Revisión de datos de cartera de servicios buscando nichos de actuación.

OBSERVACIONES
Consideramos que un adecuado registro en OMI conllevará unas historias clínicas de calidad, que sin lugar a dudas redundará en una mejoría en la calidad de la atención a los pacientes.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL YVALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CELINA DE LA PARRA CARQUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La relajación corporal y mental es una técnica que puede utilizarse con fines específicos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos. Es una técnica dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control.
La mayoría de los pacientes vistos en consulta de enfermería, padecen de hipertension y ansiedad producida por diferentes causas a veces originadas por desequilibrios hormonales como en el caso de mujeres menopausicas, otras veces problemas familiares o personales.
El objetivo de mi proyecto fue enseñar a los pacientes a aplicar este método y mejorar su estado anímico y de bienestar.Asi como ver la repercusion que tiene directamente en los niveles de Hipertension arterial.
He trabajado con dos grupos de pacientes,hasta el momento, 20 en total,durante 8 semanas. la relajacion la he realizado una vez por semana con una duracion de 30/40 minutos en la sala de preparacion al parto del centro de salud.Como en etapas anteriores, se utilizo previamente un cuestionario de sensaciones corporales para valorar la ansiedad,así como una toma previa
de ta antes de comenzar el proyecto .Para el análisis de resultados se empleará un diseño descriptivo longitudinal con mediciones pre-post intervención.
no obstante se presenta una encuesta de satisfaccion de los pacientes,un cuestionario de sensaciones corporales que pueden provocar ansiedad, y se les proporciona el primer dia una hoja diario de practicas de relajacion en casa para que indiquen los dias de la semana y veces que hacen la practica.
al final del trabajo se comparará las tensiones arteriales pre y post del curso,pudiendo obtener conclusiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
los resultados finales no estan concluidos,ya que estoy pendiente de trabajar con otro grupo de estudio,del cual obtendre conclusiones definitivas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
pendiente de datos finales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/888 ========== ***

Nº de registro: 0888

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Autores:
DE LA PARRA CARQUE CELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquier patologia que provoque ansiedad stress e influya en su bienestar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL YVALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La relajacion es una tecnica que puede utilizarse con fines especificos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos.Es una tecnica dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control.La mayoria de los pacientes vistos en consulta de enfermeria,padecen de hipertension y diferentes tipos de ansiedad,por ello se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta tecnica en cualquier ambito de su vida

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajacion muscular y mejorar su estado animico y de bienestar

MÉTODO
Se realizaran una sesion a la semana durante un mes por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajacion todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa varias veces al dia, durante 20 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda. En proxima sesion se revisaran resultados

INDICADORES
Previamente a comenzar la relajacion se cuantificaran datos de tension arterial que se volveran a registrar al finalizar el programa.Se les pasara un cuestionario de sensaciones corporales que pueden provocar ansiedad con cuantificacion de nada a extremadamente.se les repartira diariamente un cronograma para realizacion de relajacion en casa de lunes a domingo mañamna tarde y noche. al finalizar el proyecto se les repartira un cuestionario de satisfaccion

DURACIÓN
El proyecto tiene una duracion de tres años comenzando el dia 2 de septiembre de 2014 primera sesion y finalizando previsiblemente en mayo de 2017.
cuatro martes al mes durante media hora practica de relajacion dirigida .Al finalizar las sesiones control de tension arterial a cada paciente y valoracion de resultados .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CELINA DE LA PARRA CARQUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La relajación corporal y mental es una técnica que puede utilizarse con fines específicos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos. Es una técnica dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control.
La mayoría de los pacientes vistos en consulta de enfermería, padecen de hipertension y ansiedad producida por diferentes causas a veces originadas por desequilibrios hormonales como en el caso de mujeres menopausicas, otras veces problemas familiares o personales.
El objetivo de mi proyecto fue enseñar a los pacientes a aplicar este método y mejorar su estado anímico y de bienestar.

Se trabajó durante dos años con grupos de pacientes,con un máximo de 4 paciente por grupo.
Se hicieron sesiones de relajación una vez por semana durante 1 mes por grupo, aproximadamente 45 minutos la sesión, excluyendo los meses de verano y navidades.
Utilicé la sala de reuniones para las embarazadas donde no había interrupciones y facilitaba el ambiente para la relajación.
Los pacientes estaban sentados en sillas y se utilizo aparato de música con sonido relajante
se utilizo previamente un cuestionario de sensaciones corporales para valorar la ansiedad,así como una toma previa de ta antes de comenzar el proyecto y una vez terminado.Para el análisis de resultados se empleó un diseño descriptivo longitudinal con mediciones pre-post intervención.

También se paso en cada sesión y a cada paciente una hoja de registro individual de practica de relajación en casa,donde se les indicaba conveniente practicar todos los días de la semana de una a tres veces al día.,la cual traían en la siguiente sesión y comentábamos como lo habían hecho
También se utilizo al terminar cada grupo una encuesta de satisfacción que se paso a cada paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
por una parte segun la encuesta de satisfaccion de los pacientes, de 45 estudiados siendo los indices de valoracion:
0-nada 1- un poco 2- algo 3-bastante 4- mucho 5-extremadamente
y siendo las preguntas las siguientes:

-valoracion en conjunto del estudio el 50%de los pacientes 5
el 28% de los pacientes.....4
el 9.5% de los pacientes.. 3
-considera que el estudio le ha servido para mejorar sus cifras de TA el 30% de los pacientes... 5
el 30% de los pacientes 4
el 26% de los pacientes ..3
el 4% de los pacientes ...2
-valoracion de la informacion recibida sobre el proyecto
el 69%de los pacientes ..5
el 21%de los pacientes ..4
el4.7%de los pacientes ..3
el 4.7 de los pacientes...2
-valoracion del personal sanitario el 100% de los pacientes...5
-valoracion del material y recursos didacticos del estudio
el 57%de los pacientes..5
el 23.8%de los pacientes ..4
el 19%de los pacientes ..3
-valoracion de las instalaciones el 54.7%de los pacientes 5
el 30.9 % de los pacientes ..4
el 9.5% de los pacientes ..3
el4.7% de los pacientes ..2

-valoracion de la duracion de las sesiones y contenido
el 52.3%de los pacientes ..5
el 30.9%de los pacientes..4
el 16.6%de los pacientes ..3
-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Los resultados muestran una disminución significativa en las puntuaciones de ansiedad obtenidas a través de la escala ansiedad-depresión de Goldberg; de 5 puntos en la mediana antes de la intervención, a 3 después de la misma, quedando así evidenciada la eficacia de las técnicas de relajación en el campo de la enfermería
Fuente: Badanta Romero, Bárbara; Castillo López, José Manuel. Efecto de técnicas de relajación sobre la ansiedad en adultos mayores de un centro de día en Sevilla. Evidentia. 2012 oct-dic; 9(40)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La Organización Mundial de la Salud considera que la hipertensión arterial provoca cerca de siete millones de muertes cada año,
cerca del 13% de todas las muertes en el mundo. Si las personas disminuyen su presión arterial, es menos probable que mueran o presenten ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares. . Aunque se conoce que la relajación puede contrarrestar los aumentos de la ansiedad a corto plazo que son provocados por el estrés mejorando notablemente su bienestar.Lo que he constatado es que la relajacion ha mejorado a medio largo plazo el bienestar de los pacientes que han participado

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/888 ========== ***

Nº de registro: 0888

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

Autores:
DE LA PARRA CARQUE CELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquier patologia que provoque ansiedad stress e influya en su bienestar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La relajacion es una tecnica que puede utilizarse con fines especificos o como componente de un tratamiento integral de diferentes trastornos.Es una tecnica dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control.La mayoria de los pacientes vistos en consulta de enfermeria,padecen de hipertension y diferentes tipos de ansiedad,por ello se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta tecnica en cualquier ambito de su vida

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajacion muscular y mejorar su estado animico y de bienestar

MÉTODO
Se realizaran una sesion a la semana durante un mes por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajacion todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa varias veces al dia, durante 20 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda. En proxima sesion se revisaran resultados

INDICADORES
Previamente a comenzar la relajacion se cuantificaran datos de tension arterial que se volveran a registrar al finalizar el programa.Se les pasara un cuestionario de sensaciones corporales que pueden provocar ansiedad con cuantificacion de nada a extremadamente.se les repartira diariamente un cronograma para realizacion de relajacion en casa de lunes a domingo mañamna tarde y noche. al finalizar el proyecto se les repartira un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0888

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSIONARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA

cuestionario de satisfaccion

DURACIÓN
El proyecto tiene una duracion de tres años comenzando el dia 2 de septiembre de 2014 primera sesion y finalizando previsiblemente en mayo de 2017.
cuatro martes al mes durante media hora practica de relajacion dirigida .Al finalizar las sesiones control de tension arterial a cada paciente y valoracion de resultados .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1525

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE ACTIVIDADES EN COLABORACION CON EL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA JERICO CLAVERIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO PARDO CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha llevado a cabo un curso de formación básica en RCP a miembros destacados de la comunidad con el fin de que esta información pudiera llegar a más miembros de la misma .
La actividad comporta tanto información teórica (se ofreció un power point) como ejercicios de práctica dirigida (práctica sobre maniquies).
Se hicieron dos reuniones de Consejo de Salud y se ofreció información a todo el EAP, colaborando 6 médicos y 2 enfermeras
Fué una actividad solicitada por el Consejo de Salud
En todo el proceso de elección de los asistentes y acciones para su desarrollo práctico ha participado el Consejo de Salud.

Las otras dos actividades planteadas (cineforum y charlas con AA de Salud) no han sido posibles llevarlas a cabo hasta la fecha por diversos motivos.
Sin embargo este proyecto es un proyecto abierto y que tiene intención de continuidad, por lo que son actividades que pueden ir desarrollándose.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A la jornada formativa acudieron 20 personas
Todas ellas eran representantes de distintas entidades que están en contacto frecuente con residentes del barrio (Ampas, AA de vecinos, profesores ..) lo que permite pensar que el aprendizaje puede alcanzar a más miembros de la misma.

La experiencia resultó muy útil para los asistentes, mostrando todos ellos una satisfacción en la misma y manifestando debería repetirse para más población del barrio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad realizada ofrece formación a la población que puede ser muy útil y vital en algún momento.
Valoramos muy positivamente:
- el trabajo conjunto entre los miembros del Consejo de Salud y el personal del centro
- la colaboración de profesionales jubilados que aportan su experiencia
- la colaboración de entidades de la comunidad
- el trabajo en red con todos los implicados
ESte proyecto nace con intención de continuar, por eso valoramos que para las próximas actividades debemos :
- Describir y relatar mejor el proceso
- Mejorar la forma de captación para que pueda llegar a mas personas de la comunidad.
- Elaborar test tanto post como pre sesión
- Dejar un tiempo para la evaluación de la sesión, con alguna pregunta a incluir en el test post-sesión que incluya items de satisfacción o no.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1525 ========== ***

Nº de registro: 1525

Título
PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE ACTIVIDADES EN COLABORACION CON EL CONSEJO DE SALUD DE ZONA

Autores:
JERICO CLAVERIA LAURA, PARDO PARDO CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1525

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE ACTIVIDADES EN COLABORACION CON EL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Consejo de Salud de Zona es el órgano más cercano de participación de la población en temas de salud. En él participan tanto profesionales del Centro de Salud como representantes de distintas entidades ubicadas en la zona geográfica que abarca la cobertura del Centro de Salud.
Es una oportunidad excepcional para trabajar conjuntamente profesionales del Centro de Salud y los distintos miembros representantes de la comunidad. Se pueden tratar temas de educación y promoción de la salud partiendo de necesidades sentidas y demandadas por la población a través de sus representantes.
Este proyecto da forma conjunta y plasma las distintas actividades que se han venido desarrollando desde el Consejo de Salud de la Zona Básica de Salud de "Avda. Cataluña (La Jota)" o con su colaboración, y que nacieron con la idea de continuidad.
Actividades pensadas, organizadas y llevadas a cabo profesionales y población conjuntamente, a través de sus representantes, y orientadas hacia los miembros de la comunidad en la que todos estamos ubicados.

RESULTADOS ESPERADOS
. Aumentar la participación de la población en la mejora de su propia salud.
. Contribuir a informar y formarnos tanto la población como los profesionales en temas relacionados con la salud
. Posibilitar la creación de redes y trabajo colaborativo.
. Aprender conjuntamente
. Plasmar y dar visibilidad institucional a las actividades llevadas a cabo para toda la población de la Zona e Salud de referencia

MÉTODO
1- Cursos de formación de RCP Básica a grupos de población de la ZBS a través de personal, médico y de enfermería del Centro de Salud.

2- Jornadas de Cine y Salud con posterior debate

3- Encuentros con Asociaciones de Salud y Ayuda Mutua

INDICADORES
a- Indicadores Cuantitativos: número de sesiones, jornadas y Encuentros. Número de entidades implicadas. Número de asistentes.

b- Indicadores Cualitativos: Grado de conocimiento-formación adquirida; grado de satisfacción; recomendación/repetición o no; elaboración de encuesta según proceda.

DURACIÓN
Se prevee realizar una media de 2 programaciones por cada actividad al año.
Se empezará en el mes de Septiembre/Octubre y terminará en mayo
La calendarización exacta dependerá de la disponibilidad de sitio en el centro del barrio adecuado y de los integrantes de la realización de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARGOZA

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA
SORA USON OLGA
FUSTERO FUSTERO MARIA ISABEL
CLERENCIA CASORRAN CARLOS
LLAMAS AGUNDEZ ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha establecido la interconsulta virtual en neumología en el 100% de los centros de salud del Sector I.
- Se ha creado una Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica en Sector I.
- Se han impartido sesiones en todos los centros de salud del sector sobre el adecuado registro en OMI de las actividades realizadas en el protocolo de epoc y tabaco.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha establecido la interconsulta virtual en neumología en el 100% de los centros de salud del Sector I.
- Se ha creado una Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica en Sector I.
- El indicador "registro del Hábito Tabáquico ", obtenido desde el CM de Crónicos del SALUD, mostraba inconsistencias de frecuencia esperadas.
Se detectó que este indicador está sujeto a restricciones temporales, ya que el acto registrado "Si" o "No" tiene caducidad anual. Este resultado del "CM de Crónicos" solo mostraría a aquellos usuarios que hubieran consultado en el último año y en el que el profesional hubiera revisado el estado del registro de su hábito tabáquico. Lo que a los profesionales sugirió que el indicador del CM infra-estimaba en gran magnitud el registro real en OMI-AP.
Dado que el objetivo implícito es determinar en qué grado los profesionales sanitarios del EAP actúan a través de la entrevista y el registro en HC de AP del hábito de los usuarios, se decidió realizar una consulta estructurada a la base de datos del OMI contra el DGP "Hábito Tabáquico". El resultado fue de 64811 registros históricos en 23315 usuarios diferentes; 16327 de ellos con registro “no habito” y 6988 “sí habito”: 70% no fumadores y 30% sí.
Un dato relevante es que ambos grupos de población de media han sido interrogados por su médico de cabecera al menos 3 veces en los últimos años, (los casos extremos hasta en 18 ocasiones).
- En relación con item “prevalencia de epoc”, para un centro con 33000 usuarios y una "prevalencia de epoc" ----(según el CM) de 549, se ha detectado que la actividad registrada ha pasado de 4 a 10 registros en un año.
- Indicador síntomas respiratorios y limpieza de vías aéreas: Ambos indicadores han incrementado, pero en una magnitud ínfima. Síntomas: 92 casos (2017) < 96 casos (2018)
Vías: 98 (2017) < 108(2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades y objetivos planteados cuya responsabilidad dependía exclusivamente de las personas responsables del proyecto se han cumplido al 100%.
En relación con las actividades que en las que participan el resto de los miembros del equipo de atención primaria:
1. Se puede considerar que la actividad de los profesionales del EAP en relación con el hábito tabáquico es elevada, dada la alta frecuencia y el alto promedio individual de registros por usuario, con las especiales características de continuidad y longitudinalidad de la AP y la cercanía de los profesionales a sus usuarios ya supone un alto conocimiento de sus hábitos, pero su elevado registro confirma además el compromiso profesional.
2. En relación con item “prevalencia de epoc”, para un centro con 33000 usuarios y una "prevalencia de epoc" ----(según el CM) de 549, no parece una gran actividad el incrementar 4 y 10 registros en un año.
3. Con respecto a los Indicadores "Síntomas" y Vías Aéreas” en estos dos servicios la actividad registrada ha sido mínima, solo 10 casos, y un resultado % comparado con sector y Aragón muy mejorable.
Por todo ello pensamos que para modificar la actitud de los profesionales sanitarios en la modificación del registro de actividades, no es suficiente con dar una o dos sesiones en el centro sobre dicho tema, haría falta un programa a lo largo de años de concienciación de los profesionales, tal y como se muestra en registro del hábito tabáquico que ha aumentado significativamente.
En nuestra opinión, la actuación vs. registro sobre la EPOC desde atención primaria es todavía muy baja, los profesionales sanitarios no se encuentran en los centros de salud suficientemente concienciados/motivados sobre la importancia del control periódico de dicha enfermedad crónica, no se ha asumido en atención primaria que el control periódico del paciente EPOC tiene la misma importancia que el control del paciente hipertenso o diabético y requiere el mismo tipo de seguimiento tanto por parte de medicina como de enfermería.
No obstante, habría que obtener información complementaria de los profesionales para averiguar qué "explica" esta baja cobertura %.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARGOZA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/105 ========== ***

Nº de registro: 0105

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA, SORA USON OLGA, FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el sector I de Zaragoza se ha detectado un bajo registro tanto de la prevalencia de EPOC, como de consumo de tabaco. Del mismo modo el registro de las actividades de enfermería tanto en el seguimiento de la EPOC con el registro de síntomas respiratorios y el uso adecuado de inhaladores está muy por debajo del esperado.
Pensamos que pueden ser multifactoriales las circunstancias que motivan dicho infraregistro. En primer lugar, pensamos que en parte se trata de una inadecuada codificación/registro en OMI, es decir, pacientes que comienzan son síntomas respiratorios, tos, espectoración... y en un primer lugar se codifica, el proceso por el síntoma correspondiente, pero cuando se llega al diagnóstico definitivo de EPOC en lugar de crear un nuevo episodio de EPOC, se sobreescribe sobre el/los síntomas iniciales.
Otro de los posibles motivos es la hasta ahora importante lista de espera en servicio de neumología.
El infrarregistro de las actividades de enfermería de igual modo pensamos que es fundamentalmente por no señalar el lugar correspondiente de la actividad realizada, escribiendo dicha actividad en texto libre.
El infraregistro de consumo de tabaco, pensamos que es debido a que al no haber una consulta específica de deshabituación tabáquica en el sector, esto desmotiva a los profesionales sanitarios a actuar sobre dicho proceso.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar el registro en OMI de EPOC.
- Mejorar el registro en OMI de CONSUMO DE TABACO.
- Mejorar el registro en OMI de SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN EL PACIENTE EPOC.
- Mejorar el registro en OMI USO ADECUADO DE INHALADORES.

MÉTODO
- Establecimiento de la interconsulta virtual en neumología en el 100% de los centros de salud del Sector I.
- Creación de al menos una Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica en Sector I.
- Impartir sesiones en el/los centros de salud sobre el adecuado registro en OMI de las actividades realizadas (al menos 1 sesión).

INDICADORES
- Cuadro de Mandos: Prevalencia EPOC: valor actual 3%; objetivo 3,60%.
- Cuadro de Mandos: Detección Tabaco: valor actual 40,88%; objetivo 45%.
- Cuadro de Mandos: Registro de síntomas respiratorios:valor actual 14,61%; objetivo 22%.
- Cuadro de Mandos: Vías aéreas: valor actual 12,90%; objetivo 20% .
- Porcentaje de CS con Interconsulta Virtual a Neumología: valor actual 50%; objetivo 100%.
- Consulta Monográfica Deshabituación Tabáquica: valor actual- No; objetivo-Sí.
- Impartir sesiones en el/los centro de salud sobre el adecuado registro en OMI de las actividades objetivo realizadas: valor actual-No, objetivo- al menos 1.

DURACIÓN
- Las actividades previstas está en proceso de realización. Ya se ha comenzado con la interconsulta virtual de neumología.
- La consulta monográfica de tabaquismo ya está planificada su estructura y desarrollo, comenzando su actividad cuando la Gerencia de Atención Primaria dé los permisos correspondientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0105

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA EPOC EN EL SECTOR I DE ZARGOZA

- Las sesiones de formación en registro en OMI, se llevarán a cabo a lo largo del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1075

1. TÍTULO

GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA ASSO OTAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA PELIGERO MARIA TERESA
FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL
SORA USON OLGA
LOPEZ ABAD OLGA
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE 2018 Y CON LISTADOS DE 5 CUPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CENTRO DE SALUD LA JOTA, SE SELECCIONARON A 50 PACIENTES SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSIÓN (PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 INSULINIZADOS Y NACIDOS ENTRE 1938 Y 1968, EN TRATAMIENTO CON INSULINAS BASALES, BASAL Y RÁPIDA O MEZCLAS).
DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE SE CONTACTÓ CON LOS PARTICIPANTES VÍA TELEFÓNICA O EN CONSULTA PRESENCIAL, DONDE SE LES REALIZÓ 2 TEST: TEST DE EVALUACIÓN DE RIESGO INDIVIDUAL DE HIPOGLUCEMIAS (CRITERIOS MAYORES Y MENORES) Y EL TEST DE CLARKE (PARA DETECTAR HIPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS).
SE DESCARTÓ EL TEST DE CALIDAD DE VIDA PORQUE NO SE ENCONTRÓ NINGUN TEST VALIDADO ESPECÍFICO PARA HIPOGLUCEMIAS ADEMÁS DE QUE LOS ENCONTRADOS NO CUMPLÍAN CRITERIOS EN LA TOTALIDAD DE LA MUESTRA.
EN ESTE PERIODO SE CAPTÓ A LOS PARTICIPANTES Y SE LES PROPUSO A ELLOS, ACOMPAÑANTES Y/O CUIDADORES PARTICIPAR EN UNA CHARLA/TALLER DE 2H30 PARA INFORMARLES DE LA DETECCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS Y FORMARLES EN LA ACTUACIÓN.
SE REALIZARON 3 TALLERES EN DIFERENTES DÍAS (10,12,13 DE DICIEMBRE)
IMPARTIDOS POR ENFERMERÍA CON LA AYUDA DE UN POWER POINT HECHO
PREVIAMENTE Y PASANDOLES UN TEST PRE-TALLER Y OTRO POST-TALLER ADEMÁS DE UN TEST DE SATISFACCIÓN. EN EL TALLER PARTICIPARON 27 PERSONAS. Y AL ACABAR SE LES DIO DOCUMENTACIÓN INFORMATIVA EN FORMATO PAPEL, LIBRO DE REGISTRO HIPOGLUCEMIAS, ASÍ COMO DE RECOMENDACIONES EN DIABETES.
NO SE UTILIZÓ EL T-COACH, COMO SISTEMA DE TITULACIÓN Y FORMACIÓN YA QUE EXCLUYE OTROS TIPOS DE INSULINAS Y EXISTÍAN CONFLICTOS ÉTICOS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LA FARMAINDUSTRIA EN DICHO PROYECTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN LOS TALLERES SE DETECTÓ UNA FALTA DE CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES, POR EJEMPLO EN LA FASE PRE-TALLER EL 26% CONOCÍA QUÉ HACER ANTE UN PACIENTE INCONSCIENTE CON HIPOGLUCEMIA Y EN LA FASE POST-TALLER EL 81,4%. EL 100% DE LOS PARTICIPANTES CONSIDERARON NECESARIO EL TALLER, CON UNA SATISFACCIÓN MEDIA DE 9,7.
INICIALMENTE LA PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL ERA DE RIESGO INDIVIDUAL ALTO POR EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES, EDAD Y POLIFARMACIA. TRAS REALIZAR LOS TEST DE CLARKE SE OBSERVA QUE LAS HIPOGLUCEMIAS NO SON INADVERTIDAS, Y QUE EXISTEN MENOS RIESGOS DE LOS QUE PREVIAMENTE SE HABÍAN CONSIDERADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACIÓN HA SIDO BUENA TANTO POR LOS PARTICIPANTES COMO POR LOS PROFESIONALES IMPLICADOS. EN EL TALLER SE HA VISTO LA NECESIDAD DE FOMENTAR EL APRENDIZAJE Y AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTE Y/O CUIDADORES A TRAVÉS DE GRUPOS DE TRABAJO, Y HACIENDO UNA VALORACIÓN CRÍTICA SOBRE LA FALTA DE INFORMACIÓN PREVIA DE LOS PACIENTES CRÓNICOS SOBRE SU ENFERMEDAD Y MANEJO DE LA MISMA. SE PROPONE EN LOS PRÓXIMOS MESES REALIZAR SESIÓN AL RESTO DE PROFESIONALES INFORMANDO DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO E INSISTIR EN LA IMPORTANCIA DE LOS SÍNTOMAS DE DETECCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS DESDE LAS CONSULTAS Y PUDIENDO OFERTAR MÁS TALLERES EN GRUPOS AL RESTO DE PACIENTES QUE NO HAN PODIDO BENEFICIARSE DEL MISMO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1075 ========== ***

Nº de registro: 1075

Título
GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS

Autores:
ASSO OTAL MARIA ELENA, GRACIA PELIGERO MARIA TERESA, FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL, SORA USON OLGA, ROY PEREZ MARIA JOSE, LOPEZ ABAD OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1075

1. TÍTULO

GESTION DE LAS HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DM2 INSULINIZADOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
47% DE PACIENTES CON DM2 TIENEN HIPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS Y DE ESTAS, EL 75% SON NOCTURNAS. ESTO INCREMENTA 25 VECES EL RIESGO DE HIPOGLUCEMIA GRAVE.
(estudio de Chico A, et al, realizado con 70 pacientes (40 con DM1-30 con DM2) monitorizados con MCG.

RESULTADOS ESPERADOS
- AUMENTAR LA IMPLICACION DEL PERSONAL SANITARIO EN POBLACION DIANA (PAC. CON DM2 INSULINIZADOS) PARA DETECTAR HPOGLUCEMIAS INADVERTIDAS.
- FORMAR A PAC INSULINIZADOS PARA CREAR HABILIDADES PARA DETECTAR HIPOGLUCEMIAS Y PREVENIRLAS.

MÉTODO
- 1 SESION FORMATIVA DE EDUCACION GRUPAL SOBRE DETECCCION Y ACTUACION EN HIPOGLUCEMIAS.
- EMPLEO DE SISTEMAS DE TITULACION Y FORMACION (T-COACH U OTROS EXTERNO).
- PASAR TEST DE RIESGO DE HIPOGLUCEMNIAS Y CALIDAD DE VIDA.

INDICADORES
- HIPOGLUCEMIAS EN 1,3,6 MESES.
- CONSEGUIR QUE EL 50% DE PAC AUMENTE SU CONOCIMIENTO SOBRE HIPOGLUCEMIAS : SE PASARA ENCUESTA AL INICIO Y FIN DE PROGRMA.

DURACIÓN
INICIO EN JUNIO DE 2018
EVALUACION FINAL MARZO 2019.
FINAL EN JUNIO 2019.
SE REALIZARA SESION UNA VEZ CAPTADOS LOS PACIENTES.

OBSERVACIONES
ENTRARAN PACIENTES DE ALTO RIESGO (PAC DM2 INSULINIZADOS)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1561

1. TÍTULO

MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DOMINGO PONCE SALCEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO PARDO CONSUELO
JERICO CLAVERIA LAURA
SORIANO MARTINEZ ALBA
BANDRES DE BLAS ESTHER CLARA
LOBERA LAHOZA ELENA
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A finales de 2017, la presidenta de la Agrupación Deportiva La Jota Balonmano solicita la intervención del Centro de Salud La Jota, a través de la trabajadora social, porque observan que el conjunto de padres, entrenadores y deportistas están reclamando información acerca de la alimentación que deben seguir los deportistas para tener un buen rendimiento a la hora de la práctica del balonmano. Propone una evaluación médica (antropometría, analítica sanguínea…) previa a una serie de charlas encaminadas a modificar malos hábitos en la alimentación y un posterior seguimiento de nuevo en consulta médica para evaluar los cambios producidos.En ENERO/FEBRERO de 2018 se conforma un equipo de profesionales constituido por trabajadores del centro de salud y residentes de enfermería y se fija la fecha de una primera reunión.
16 de MARZO de 2018 Primera reunión del equipo formado. Se presenta a Dña. Mª Pilar Herrero Jiménez, nutricionista diplomada, que va a colaborar de forma desinteresada en el desarrollo del proyecto. Desde un primer momento se descarta el tipo de intervención solicitado debido a la escasez de recursos y, sobre todo, la sobresaturación del centro de salud. Se idea y propone a la agrupación deportiva que se evalúe la situación de los deportistas con una encuesta acerca de su alimentación, se ofrezca una única charla que dé respuesta a sus inquietudes y,finalmente, se objetive a través de una nueva encuesta si ha habido cambios de mejora en la alimentación gracias a la intervención del centro de salud. Se baraja la posibilidad de que la charla sea en mayo. Según nos han comunicado a través de la Agrupación Deportiva La Jota Balonmano, parece ser que la charla prefieren que sea dirigida a padres y entrenadores. Hay unos 7 grupos de edades/categorías deportivas (en total unos 200 deportistas), la intención es proponer previamente a la charla que presenten las dudas/cuestiones que tienen sobre el tema y una encuesta en la que un número representativo (unos 10 por grupo) de deportistas detallen la alimentación que siguen a lo largo de una semana para comparar e intentar hallar cambios perceptibles en la misma un tiempo prudencial tras la charla. Respecto a la encuesta, como es mejor guardar y gestionar la información en un formato digital que en papel, se empieza a confeccionar un formulario de Google (https://docs.google.com/forms/d/1TOdv8bHWVOE1_MT3l_S3L8YjFWs0tFGSEd32hXx_lM/edit?usp=sharing) con el que se podrán manejar mejor los datos con una serie de ítems .
22 de ABRIL de 2018 Se crea un grupo de whatsapp para facilitar una comunicación más fluida entre los integrantes del grupo
29 de ABRIL de 2018 Trasladan como posibles días para la charla los días 22 o 29 de mayo.
3 de MAYO de 2018 Segunda reunión del equipo. Se llega a la conclusión de que lo mejor sería pasar la encuesta enseguida y posponer la charla para finales de septiembre. Además tratar los datos obtenidos en la encuesta durante el verano. Los de la Agrupación Deportiva parece ser que ponen algún "problema" con las fechas de esos últimos meses del curso escolar por el tema de exámenes, comuniones, etc.
8 de MAYO de 2018 La encuesta está completamente confeccionada y lista para ser distribuida entre los deportistas de la Agrupación.
La encuesta se mandó en mayo pero se nos dijo que era mal momento para ese trabajo dado el final de curso y todo el esfuerzo que suponía para padres, entrenadores y chicos. Por parte de la Agrupación Deportiva, dejaron la distribución y todo el proyecto para septiembre, a la vuelta del curso escolar.
21 de OCTUBRE de 2018 Se lanza el mensaje en el grupo de whatsapp de los integrantes de la Agrupación Deportiva para que vayan rellenando la encuesta confeccionada
23 de NOVIEMBRE de 2018 Se cierra definitivamente la recogida de respuestas de la encuesta. La participación ha sido pobre (menos del 15% de las deportistas). A través del grupo de whatsapp repartimos las encuestas entre los integrantes del grupo de Calidad para extraer los datos que tienen interés para valorar cómo es la alimentación de esas personas que han participado
27 de NOVIEMBRE de 2018 Se crea una hoja Excel para ordenar los datos extraídos (https://docs.google.com/spreadsheets/d/1_ifYI1U6pMreDC2bTkLOY8gO6ex4f8wbO9mA24T1oc/edit?usp=sharing) .
A lo largo de DICIEMBRE de 2018 Mª Pilar Herrero confecciona el esquema de la presentación para la charla y se crea una carpeta en Drive para recopilar todo el material trabajado por el grupo de Calidad.
28 de DICIEMBRE de 2018 Tercera reunión del equipo en la que se valoran los resultados de la encuesta: muy escasa participación (29 participantes), habiendo completado la encuesta totalmente sólo 6 personas. Se decide, asesorados por la nutricionista, que dichos resultados no son suficientes para extraer conclusiones pare ser expuestas en la charla. Se baraja una fecha para dicha charla en febrero. Finalmente, a través del grupo de whatsapp se fija la fecha para el 11 de febrero a las 18:00 h en el Centro Cívico distrito 14. Dada la baja participación y calidad de resultados en la encuesta inicial, se desestima realizar una segunda encuesta.
ENERO/FEBRERO de 2019 Mª Pilar Herrero confecciona una presentación definitiva para la charla. Consuelo Pardo y Domingo Ponce confeccionan la exposición previa a la charla en la que se mostrará cómo surgió la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1561

1. TÍTULO

MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA

colaboración y los datos obtenidos a través del proyecto.
11 de FEBRERO de 2019 (18:00 h) Tiene lugar la charla en el Centro Cívico distrito 14 en la cual exponen durante aproximadamente 2 horas Mª Pilar Herrero y Domingo Ponce el trabajo desarrollado. Tras la charla se distribuye una encuesta de satisfacción entre los asistentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera encuesta se recogían los datos de los alimentos que se ingerían a lo largo de 5 días en una semana cualquiera, incidiendo en el consumo de frutas y verduras, la manera de prepararlos y en el consumo de bollería, snacks y bebidas azucaradas .Se observó en los resultados obtenidos que los fritos y rebozados están presentes pero sin destacar. Más presentes en la cena. La bebida que predomina es el agua. En cuanto al postre, predomina la fruta en la comida y los lácteos en la cena.
Dada la escasa participación en la encuesta inicial ofertada al grupo de deportistas sobre los hábitos de la alimentación (completada escasamente por el 3% de los deportistas que habían podido participar), no se volvió a encuestar a aquellos pocos que habían contestado completamente el formulario. No se podían extraer resultados finales válidos en cuanto a mejora de los hábitos saludables para el proyecto, con la escasa muestra disponible.
La charla en la que se trataron los aspectos importantes de los hábitos alimentarios y aspectos específicos en la alimentación de un deportista (a la que asistió un grupo muy reducido de personas),tras la cual hubo un turno de preguntas, obtuvo una valoración muy positiva : al 100% le resultó interesante y útil la charla, al 100% le aportó información nueva, el 100% tuvo la percepción de que le había reforzado y animado a llevar una vida más saludable, al 100% le resolvió las dudas que tenían, la valoración general de la charla fue con una puntuación media de 9,5 sobre 10 .Resultados obtenidos al ofrecer una encuesta de satisfacción inmediatamente tras la charla.
Aunque el proyecto no tuvo la respuesta esperada, las conclusiones son positivas ya que ha servido para hacer visible la colaboración e implicación del centro de salud con la comunidad y ha logrado que se despierte interés, expresado verbalmente, por futuras colaboraciones que impliquen una mejora de los hábitos saludables. A nivel de la colaboración entre distintos profesionales también nos ha ayudado a comprender y canalizar los temas propuestos por la comunidad, a través del trabajo en equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La principal conclusión que se puede extraer de todo el proceso de desarrollo del proyecto es que es necesario tener un acceso total, sin intermediarios, a la comunicación con la población a la cual se dirige el mismo. En éste caso, el haber tenido la intermediación a través de la persona que dirige la agrupación deportiva, ha evitado que hubiera una adecuada implementación del proyecto. Verbalmente,tras la charla que se ofreció finalmente, los asistentes nos comunicaron personalmente dificultades para complementar la encuesta nutricional que inicialmente se había propuesto a la población para iniciar el proyecto y otra serie de hechos como que la charla había coincidido en el mismo día que se celebraba un evento deportivo al que tenían que asistir numerosos deportistas con sus familiares. Se trasladó inmediatamente ese problema,que desconocíamos que se hubiera producido con la encuesta, a la persona que actuó como intermediario, aprovechando ese momento tras la charla en que estaba presente, y ésta afirmó que desconocía esa información .A pesar de que sí conocía que el evento deportivo iba a coincidir con la charla, nos dijo que la fecha era la más adecuada para realizarla. Si hubiésemos tenido acceso a conocer que existían dichos problemas y hubiera habido una comunicación fluida directamente con los participantes, el desarrollo del proyecto seguramente habría sido muy diferente.
Posiblemente la necesidad percibida por los que plantearon inicialmente al centro de salud la actuación, no es la misma que la que tenían las personas a las que iba dirigido . Si se hubiera hecho un estudio previo de cuáles eran las necesidades que requería la población (deportistas de balonmano de diferentes edades) podría haber habido una participación más satisfactoria.
La Agrupación Deportiva La Jota podría convertirse en un “activo en salud “ para que posteriormente, sean ellos mismos quienes continúen dando ese tipo de información que se les ha transmitido, a personas semejantes (jóvenes deportistas o no).
Al trabajar en red con diferentes activos (el centro de salud, equipos deportivos institutos,colegios y otras instituciones de la zona de influencia del centro de salud)se pueden conseguir mejoras dentro de la comunidad dando pie a realizar actividades de este tipo pero con una organización previa mejor y con un estudio previo de las necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1561 ========== ***

Nº de registro: 1561

Título
MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA

Autores:
PONCE SALCEDA DOMINGO, PARDO PARDO CONSUELO, JERICO CLAVERIA LAURA, SORIANO MARTINEZ ALBA, BANDRES DE BLAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1561

1. TÍTULO

MEJORA DE LA NUTRICION EN JOVENES DEPORTISTAS DE DIFERENTES CATEGORIAS PRACTICANTES DE BALONMANO DEL BARRIO DE LA JOTA

ESTHER CLARA, LOBERA LAHOZA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A petición de padres y entrenadores del equipo de balonmano femenino del Barrio La Jota a través de la Junta Vecinal se propuso la actuación del CS Avda. Cataluña (La Jota) para intervenir en la mejora de la nutrición de dichos deportistas y solventar las dudas sobre la misma durante la actividad deportiva.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos mejorar la nutrición de la población joven que integran el equipo de balonmano femenino del barrio en sus diferentes categorías gracias a cambios en la alimentación y esperamos conseguiruna serie de datos para corroborar dicha mejora.

MÉTODO
Se presentará una encuesta nutricional con una serie de items para valorar la la alimentación diaria de dichos deportistas, se realizará posteriormente una intervención a través de 1 o más charlas informativas/educativas dirigidas tanto a padres como entrenadores y los deportistas y finalmente se presentará de nuevo la encuesta para valorar cambios/mejoras en dicha alimentación.Contaremos con la ayuda / asesoría de una nutricionista profesional que ha accedido a colaborar de forma desinteresada: Mapi Herrero Martínez

INDICADORES
Evaluación a través de encuestas desarrolladas en el programa Formularios Google verificando la disminución en el consumo de bebidas azucaradas, comida rápida, bollería, dulces, sal, grasas animales y otros alimentos y condimentos no saludables.

DURACIÓN
Lanzaremos la encuesta a partir de septiembre de 2018, se proppondrá una fecha para dar charlas a finales de 2018 y una nueva encuesta a principios de 2019 consiguiendo evaluarlo todo antes de terminar el primer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1324

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALOZ)

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA SARA GUTIERREZ TORIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BUJARALOZ
· Localidad ..... BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARGALLO GOMEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una charla informativa previa a la puesta en marcha de la actividad: informando de los beneficios del ejercicio físico y el impacto positivo que produce en la salud.
También les explicamos el recorrido que realizaremos durante los paseos y cómo debemos prepararnos para la realización de esta actividad (ropa cómoda, zapatillas deporte, ejercicios calentamiento, protección solar…).
Al finalizar la charla, a los interesados en participar se les entregó el cuestionario RAPA 1 para conocer el nivel de actividad física de los pacientes previo a la implantación del proyecto.
Esta charla se realizó en el salón de actos de la localidad a finales de marzo de 2016. Para su puesta en marcha, hicimos uso de un ordenador y un proyector cedido por un ayuntamiento de la zona de salud.
Para recordar la actividad e informar a las personas que no pudieron acudir a la reunión, se realizaron carteles informativos que se distribuyeron por los lugares más frecuentados por los usuarios. También se solicitó al ayuntamiento que se pregonen bandos recordando horarios de la actividad.

La actividad comenzó el 13 de abril de 2016 y se realizó durante todos los miércoles en horario de 9:30 a 10:15 durante todo el año 2016, exceptuando los meses de verano debido a la climatología adversa (altas temperaturas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal del proyecto era aumentar el número de personas que realizan ejercicio físico de forma habitual, promoviendo hábitos saludables e implantando una actividad física de forma periódica.

- Previo a la implantación del proyecto, mediante el cuestionario RAPA 1 (Muy activos, activos, poco activos y nada activos) el 9% eran muy poco activos, el 61% de la población eran poco activos, el 25% eran activos y tan solo el 5% de la población era muy activa.
- A finales del 2016, conseguimos disminuir el porcentaje de poco activos a un 46% y aumentar el de activos y muy activos a un 35% y 10% respectivamente.

Dentro de los objetivos específicos,

- El número de personas que comenzó la actividad de los paseos saludables aumentó hasta la finalización del proyecto. Los primeros días de la actividad participaron unas 20 personas, que aumentó un 35% a lo largo del año, participando algunos días cerca de 30 personas.

- Aumentó el grado de satisfacción personal y de bienestar de los participantes. Para ello, se realiza una pequeña encuesta sobre el grado de satisfacción del paciente y si volvería a realizar dicha actividad en los próximos años. El 90% de la población que participó en nuestro proyecto estaba muy satisfecha de haber participado en él y volvería a participar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración personal del equipo de mejora ha sido muy positiva debido a la participación, implicación y buena respuesta de la población con este proyecto.
Un aspecto que queda pendiente, es buscar alguna alternativa de ejercicio físico durante los meses de más calor y sería interesante aumentar a más de un día por semana los paseos saludables.
Para finalizar, creemos que este proyecto tiene capacidad de extensión a otros cupos de la zona de salud y es sostenible en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1324 ========== ***

Nº de registro: 1324

Título
PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALOZ)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1324

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALOZ)

Autores:
GUTIERREZ TORIO ANA SARA, GARGALLO GOMEZ PILAR, FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALOZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SALUD GENERAL
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad, originando el 6% de las defunciones a nivel mundial. Esta falta de ejercicio, unida al desarrollo de unos hábitos cada vez menos saludables constituyen la causa principal de la aparición de enfermedades crónicas como la obesidad, trastorno que ha experimentado un aumento considerable en las últimas décadas.
Una práctica regular ayuda a reducir el riesgo de padecer obesidad, diabetes o enfermedades cardiovasculares; en el plano psicológico se constata que la actividad física favorece el desarrollo de la autoestima, la autoconfianza y el autoconcepto, contribuye a la mejora del estado de ánimo y ayuda a reducir los niveles de estrés, ansiedad o depresión, mientras que en el plano social se produce una mejora de las relaciones sociales y un aprendizaje de roles, reglas, valores y pautas de comportamiento.
Pese a todas estas potencialidades, la realidad es que un porcentaje considerable de la población española (42%) nunca realiza ninguna actividad física o deporte, lo que ocasiona que en 2013 alrededor de 42 millones de niños menores de cinco años sufrían sobrepeso (OMS, 2015).
A la vista de todos los beneficios que la práctica física de un modo regular tiene en el desarrollo del sujeto, y con la intención de facilitar el cumplimiento de los niveles de actividad recomendados por la OMS, reduciendo en consecuencia el porcentaje de población sedentaria, en el presente proyecto se propone una iniciativa de Paseos Saludables en Candasnos, una de nuestras localidades del CS Bujaraloz, en el que existía un problema de sedentarismo entre la población adulta.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos Generales:
1.- Mejorar la autonomía personal a través del ejercicio físico.
2.- Prevención de enfermedades derivadas del sedentarismo.
3.- Promover hábitos saludables; pasear, ejercicio físico y crear el hábito de realizar una actividad física de forma periódica.
4.- Favorecer las relaciones interpersonales.
5- Motivar una actividad al aire libre agradable y saludable
6- Aprendizaje de los beneficios del ejercicio físico.

Objetivos Específicos:
La población a la que irá dirigido el proyecto es toda la población adulta que resida en Candasnos, tanto hombres como mujeres. Se les dividirá en dos grupos según su capacidad física (Mayor velocidad y recorrido y menos capacidad y recorrido más corto).
Conocer el número de personas sedentarias previas a la realización de la actividad.
Aumentar el número de personas que realizan ejercicio físico de forma habitual.
El numero de personas que comience la actividad de los paseos saludables aumentará hasta la finalización del proyecto.
Aumentar el grado de satisfacción personal y de bienestar de los participantes.

MÉTODO
Una charla informativa previa a la puesta en marcha de la actividad: informando de los beneficios del ejercicio físico. También les explicamos el recorrido que realizaremos durante los paseos y cómo debemos prepararnos para la realización de esta actividad (ropa cómoda, zapatillas deporte, ejercicios calentamiento, protección solar….).
Se realiza en el salon de actos de la localidad, hacemos uso de un ordenador y un proyector cedido por un ayuntamiento de la zona de salud.
Para recordar la actividad e informar a las personas que no pudieron acudir a la reunión, se realizan carteles informativos que se distribuyen por los lugares más frecuentados por los usuarios. También se solicita al ayuntamiento que se pregonen bandos recordando horarios de la actividad.

INDICADORES
-Cuestionarios de evaluación: inicial, final y de valoración de la actividad (Medir el grado de actividad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1324

1. TÍTULO

PASEOS CARDIOSALUDABLES EN CANDASNOS (CS BUJARALOZ)

física que realizaba cada participante, antes y después, así como su grado de satisfacción personal)
- Cuestionarios de valoración de la actividad para el personal que lo ha puesto en marcha (expectativas, satisfacción personal).
- Mediante el nº de personas que están realizado la actividad al comienzo y nº de personas que la siguen realizando a lo largo del año.

DURACIÓN
Iniciamos este proyecto en abril de 2016.Todos los miércoles en horario de 9.30 a 10:15. Debido a la climatología (temperaturas muy elevadas) se hizo una pausa en el proyecto durante los meses de verano. Pretendemos que sea un proyecto duradero en el tiempo y se siga realizando esta actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1349

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALOZ

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES FERNANDEZ BERGES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BUJARALOZ
· Localidad ..... BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD ROYO ARACELI
GUTIERREZ TORIO ANA SARA
ABANCENS IBARRA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE SOLICITUD DE CITA PREVIA EN LAS LOCALIDADES EN LAS QUE SE VA A INICIAR (CANDASNOS Y CASTEJÓN DE MONEGROS), SE REALIZA REUNIÓN INFORMATIVA LOS DÍAS 2 DE MARZO Y 17 DE MARZO RESPECTIVAMENTE.
SE REALIZA PRESENTACIÓN EN POWER POINT DONDE SE DETALLAN LAS VENTAJAS DE LA CITA PREVIA, ASÍ COMO LAS DIFERENTES FORMAS Y HORARIO PARA SOLICITARLA (WEB Y TELEFONO). SE EXPLICA LA DISPONIBILIDAD Y FORMA DE ACCESO DE LA APLICACIÓN ¨SALUD INFORMA¨ (DEMOSTRACIÓN Y EXPLICACIÓN DE SU REALIZACIÓN). A CONTINUACIÓN PERIODO DE TIEMPO PARA DUDAS PLANTEADAS POR LOS PACIENTES.
LA REUNIÓN SE REALIZA EN SALÓN DE ACTOS DEL AYUNTAMIENTO HACIENDO USO DE ORDENADOR Y PROYECTOR CEDIDO POR OTRO AYUNTAMIENTO DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD.
AL DÍA SIGUIENTE SE REALIZAN TRÍPTICOS INFORMATIVOS CON LOS PUNTOS CLAVE DE LA REUNIÓN, QUE SE DISTRIBUYEN EN EL BUZÓN DE TODOS LOS HABITANTES DE LAS DOS LOCALIDADES.
LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO SE REALIZA EL DÍA 6 DE MARZO DE 2017 EN CANDASNOS Y EL 20 DE MARZO DE 2017 EN CASTEJÓN DE MONEGROS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
COMO OBJETIVO PRINCIPAL DEL PROYECTO SE PLANTEA LA DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE PARA ACCEDER A LA CONSULTA QUE, PREVIO A LA INSTAURACIÓN DEL MISMO, PODÍA LLEGAR A SER DE HASTA 2 HORAS. CON LA IMPLANTACIÓN DE LA CITA PREVIA SE CONSIGUE QUE LA MAYORÍA DE LOS DÍAS LOS PACIENTES SEAN ATENDIDOS EN LA HORA DE LA CITA Y EN DÍAS DE MAYOR DEMANDA, LA DEMORA ALCANZADA NO SUPERA LOS 20 MINUTOS.
AUMENTAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y DE LOS PROFESIONALES, ASÍ COMO LA EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL. EL PACIENTE QUE DEBE VOLVER A LA CONSULTA, TANTO POR PROCESOS CRÓNICOS COMO AGUDOS, SALE DE ELLA CON LA CITA DADA
ESTANDARIZAR LOS PROCESOS DE DERIVACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO (MEDICINA, ENFERMERÍA, MATRONA,. PEDIATRÍA)
PARA MEDIR EL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA CITA PREVIA SE REALIZA, DURANTE TRES SEMANAS DE ENERO, ENCUESTA VERBAL A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE ENFERMERÍA Y MEDICINA
SE LES PREGUNTA:
- EL NIVEL DE SATISFACCIÓN Y EL MOTIVO
- FORMA DE ACCESO A LA CITA PREVIA

ENTREVISTADOS UN 50,2% (CANDASNOS) Y UN 51,11% (CASTEJÓN DE MONEGROS
97,8 (CANDASNOS) Y 94,2% (CASTEJÓN DE MONEGROS) SATISFECHOS O MUY SATISFECHOS
EL MOTIVO PRINCIPAL DE SU SATISFACCIÓN ES LA DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA Y PODER ELEGIR LA HORA DE CITA.
EL RESTO 2,2 % (CANDASNOS), 5,8% (CASTEJÓN DE MONEGROS) PLANTEAN DIFICULTAD PARA LLAMAR POR TELEFONO
UN 45,65%(CANDASNOS) Y 43% (CASTEJÓN) SOLICITA LA CITA POR WEB (ORDENADOR O TELÉFONO MÓVIL)
Un 54,35% (CANDASNOS) Y UN 67% (CASTEJON) REALIZAN LLAMADA TELEFÓNICA AL CENTRO DE SALUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PARTIMOS DE LA SITUACIÓN EN LA QUE LOS PACIENTES ACUDEN AL CONSULTORIO EN FUNCIÓN DE SUS NECESIDADES SIN COORDINACIÓN DE HORARIO, DANDOSE SITUACIONES DE ACUMULO DE PACIENTES O VICEVERSA.
DE CARA AL PROFESIONAL LA SITUACIÓN PREVIA IMPEDÍA PODER OPTIMIZAR EL TIEMPO DISPONIBLE Y PROGRAMACIÓN DE CITAS POR DESCONOCIMIENTO DE LA DEMANDA EXISTENTE CADA DÍA
EXISTE PREVISIÓN DE IMPLANTAR LA CITA PREVIA EN LAS DOS LOCALIDADES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD QUE RESTAN DE HACERLO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1349 ========== ***

Nº de registro: 1349

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1349

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALOZ

IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALOZ

Autores:
FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES, ABAD ROYO ARACELI, GUTIERREZ TORIO ANA SARA, ABANCENS YBARRA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALOZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todos los usuarios
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El crecimiento de la demanda, la masificación en las consultas y la falta de tiempo son, entre otros, problemas emergentes en el nivel de asistencia de Atención Primaria (AP).
El exceso de demanda asistencial tiene relación con factores demográficos, económicos, sociales y culturales (envejecimiento de la población, problemas sociales, medicalización de procesos no patológicos, inmigración) externos al sistema sanitario que contribuyen en gran manera a modular la demanda sanitaria, pero también con otros factores internos de organización y gestión de consultas.
Cada profesional ubicado en los diferentes Centros de Salud, dispone de un periodo de tiempo para atender a los pacientes que le corresponden de acuerdo con su cupo. Esta atención se debe organizar, pues no se podía atender de forma indiscriminada a todos los pacientes que se presentasen, ya que hay un periodo de tiempo determinado y por lo tanto un límite de pacientes atendidos.
Por todo esto, en el equipo de atención primaria se planteó la implantación del servicio de cita previa en dos de los cupos periféricos de la zona básica de salud de Bujaraloz.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto va dirigido a todos los usuarios de los cupos de las localidades de Candasnos y Castejón de Monegros.
Los objetivos son:
Optimizar el tiempo de respuesta asistencial disponible y la accesibilidad de los usuarios, disminuyendo así la disminución del tiempo del paciente en la sala de espera.
Aumentar la satisfacción del usuario al disminuir los tiempos de espera.
Estandarizar los procesos de derivación entre los profesionales del EAP.
Aumentar la satisfacción de los profesionales y su competencia profesional.
Aumentar la efectividad y eficiencia de la actividad asistencial de la atención primaria.

MÉTODO
Previo a la puesta en marcha del proyecto, se convoca a los usuarios a una reunión que se desarrolla en cada una de las localidades en las que se va a implantar la cita previa. Se realiza una presentación powerpoint en la que se detalla las ventajas de la implantación de la cita previa, las diferentes formas que existen de citarse y los horarios de estas, se explica además la nueva APP de Salud Informa, y finalmente se acaba la reunión un espacio de tiempo para que manifiesten las dudas, preguntas que les han surgido tras la reunión. Esta reunión se realiza en el salon de actos de la localidad, haciendo uso de un ordenador y un proyector cedido por un ayuntamiento de la zona de salud.
Al día siguiente de la reunión, se realizan trípticos informativos de la implantación de la cita previa y se distribuyen en el buzón de todos los vecinos de las dos localidades.

INDICADORES
Tiempo de espera en sala espera antes de entrar a la consulta previo a la implantación de la cita previa y tiempo de espera posterior a la puesta en marcha del proyecto.
Cuestionarios para la valoración de la satisfacción del usuario.
Contabilizar el numero de usuarios que acudía sin cita previa antes del proyecto y durante los meses posteriores a la implantación de éste.

DURACIÓN
La puesta en marcha del proyecto se realiza en Candasnos el día 6 de marzo y en Castejón el día 20 de marzo de 2017. Se deja un periodo de asimilación en el que se prioriza a los pacientes que acuden con cita previa y se realiza educación en los usuarios que siguen acudiendo sin ella.
Existe previsión de implantar la cita previa en el resto de consultorios periféricos de la zona de salud de Bujaraloz.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1349

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DE LA ZONA DE SALUD DE BUJARALOZ

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1351

1. TÍTULO

DETECCION DEL CANCER COLORECTAL

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ABAD ROYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BUJARALOZ
· Localidad ..... BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARIOD FANDOS MERCEDES
VILLAGRASA VILLUENDAS ARANTXA
ABANCENS IBARRA TERESA
ABAD ROYO ARACELI
FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES
BARCO MARCELLAN MARIA PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Previo al inicio de carteo a los participantes incluidos en el programa, se realizó una reunión con el responsable del programa de cribado de Ca de colon del servicio de digestivo del Hospital Clínico Universitario (11/01/17), en la cual mediante presentación con power point (con proyector cedido por ayuntamiento de uno de los pueblos del CS) y documentación escrita, se dejan claros los criterios de exclusión tanto temporal como definitiva de los participantes y se aclaran dudas con respecto a la aplicación del programa.
Posteriormente se realizan dos reuniones (16 y 23 de Enero de 2017) en el CS de Bujaraloz con todo el personal médico, de enfermería y admisión del EAP de Bujaraloz para concretar los pasos a seguir en el proyecto, cita por admisión a consulta de enfermería para información, entrega de kit, y solicitud de SOH. Recogida y envío de muestras, derivación a consulta de medicina en caso de SOH + y entrega de material de preparación para la colonoscopia.
El envío de cartas comenzó el 6 de Febrero de 2017 y se estima que la duración de la actividad sea de un mes para la solicitud de SOH en función del material disponible.
Ese periodo podía verse alargado si el resultado del cribado era +, según agenda de citaciones del servicio de digestivo para la realización de colonoscopias.
Así mismo se realizó búsqueda activa entre los pacientes de los cupos que estaban comprendidos en el rango de edad (entre 60/69 años) y que no habían recibido carta, mediante llamada telefónica por parte de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal que se esperaba conseguir era un despistaje adecuado de CCR en la población de riesgo medio (inicialmente entre 60 y 69 años) mediante un análisis de SOH y posterior colonoscopia a los resultados positivos.
Objetivos específicos:
Aumentar los diagnósticos de lesiones en estadios precoces
Alcanzar una cobertura por encima del 90%
Garantizar la equidad en el acceso a los recursos del programa
Facilitar a los participantes el acceso a los medios diagnósticos y terapéuticos en un plazo adecuado.
Asegurar un nivel óptimo de calidad en los procesos del programa
Mejorar la eficacia de los recursos asistenciales actuales.
El plazo establecido para la recogida de muestras de SOH, se cumplió en un 100%, en cuanto a la realización de las colonoscopias todos los pacientes fueron citados en un plazo entre 7/10 días, cuando la demora en pacientes > de 50 años con SOH + (preferentes) suele ser aproximadamente de 45dias
En cuanto a los resultados obtenidos:
- 371 cartas enviadas + 35 (8.6% del total) por búsqueda activa telefónica de pacientes no incluidos en los listados y que cumplían criterios, suponen 406 totales.
- De los 406, 36 pacientes fueron excluidos por causas temporales o definitivas (ya en programas de seguimiento, colonoscopias o SOH realizadas recientemente, 1 éxitus, y 4 pacientes que se encontraban fuera de nuestra ZBS), quedando un total de 370 pacientes que cumplían los criterios de inclusión.
- De los 370 pacientes totales 24 se negaron a realizar el cribado (6.4% negativas), así pues se realizo cribado a 346 pacientes lo que nos da una COBERTURA del 94.6%.
- De las 346 SOH realizadas se obtuvieron 36 POSITIVAS (10.4%). Se realizaron 35 colonoscopia (un paciente se negó a realizarla)
- De las 35 colonoscopias realizadas, 25 resultaron PATOLÓGICAS (69.4%). Una de ellas con CCR
Se cumplieron pues objetivos en cuanto a cumplimiento de plazos, cobertura del programa muy alta, por encima del 90%.
Se ha conseguido diagnóstico de lesiones en estadios precoces, sólo una de las colonoscopias resultó CCR (también en estadio precoz), el resto fueron pólipos benignos de distinta consideración anatomopatológica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del personal del equipo de mejora ha sido muy positiva, con gran implicación y respuesta de todos los miembros del EAP.
La satisfacción entre la población se ha puesto de manifiesto por la gran participación y buena respuesta de todos los participantes en el cribado.
En nuestra opinión un aspecto que ha quedado pendiente de mejorar, sería la adecuación de los listados para aumentar la captación, puesto que se han detectado hasta un 8.6% de personas con criterios de inclusión que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1351

1. TÍTULO

DETECCION DEL CANCER COLORECTAL

no recibieron carta.
Dada la alta incidenciade colonoscopias patológicas creemos importante seguir con este proyecto en años sucesivos e incluso ampliar el rango de edad desde los 50 años en una segunda fase, así como su extensión a otras ZBS.

7. OBSERVACIONES.

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/1351 ================================== ***

Nº de registro: 1351

Título
DETECCION DE CANCER COLORECTAL

Autores:
JARIOD FANDOS MERCEDES, ABAD ROYO MERCEDES, ABANCENS YBARRA TERESA, VILLAGRASA VILLUENDAS ARANCHA, GUTIERREZ TORIO ANA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALOZ

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
SE PRETENDE AUMENTAR LOS DIAGNOSTICOS DE LESIONES EN ESTADIOS PRECOCES,A CAUSA DE LA ALTA MORBILIDAD DETECTADA.PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS,FACILITAR LA PARTICIPACION EN LOS PROGRAMAS DE SALUD,ACCESO A LAS TERAPIAS Y OPTIMIZAR LOS RECURSOS GARANTIZANDO LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LA SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS
SE ESPERA CONSEGUIR UN DESPISTAJE ADECUADO DE CCR EN LA POBLACION DE RIESGO MEDIO,ENTRE 50-69 AÑOS (INICIALMENTE 60-69) MEDIANTE UN ANALISIS DE SANGRE OCULTA EN HECES Y POSTERIOR COLONOSCOPIA A LOS POSITIVOS.

MÉTODO
SE OFERTA EL ANALISIS DE SOH MEDIANTE UNA CARTA PERSONALIZADA A TODOS LOS POSIBLES PARTICIPANTES Y LA POSIBILIDAD DE CITA CON LA ENFERMERA DE CUPO CORRESPONDIENTE.DISPONEMOS DE LOS MATERIALES NECESARIOS Y LA COLABORACION DEL LABORATORIO Y EL SERVICIO DE DIGESTIVO

INDICADORES
.

DURACIÓN
SE CALCULA QUE LA DURACION DE LA ACTIVIDAD,UNA VEZ ENVIADAS LAS CARTAS, SEA DE UN MES,PARA QUE ADMISION CITE A LOS PARTICIPANTES CON ENFERMERIA,INFORMARLES,FACILITARLES EL KIT Y REALIZAR EL ANALISIS.EN FUNCION DEL RESULTADO (POSITIVO O NEGATIVO) SE ALARGARA EL PERIODO POR EL SERVICIO DE DIGESTIVO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0737

1. TÍTULO

REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA SARA GUTIERREZ TORIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BUJARALOZ
· Localidad ..... BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABANCENS IBARRA MARIA TERESA
AMORES GONZALEZ ANA BELEN
ABAD ROYO MERCEDES
JARIOD FANDOS MERCEDES
VILLAGRASA VILLUENDA MARIA ARANZAZU
NEVADO CASTEJON JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una sesión formativa con el equipo sobre la exploración pie diabético para refrescar conocimientos y unificar criterios el 31 de mayo de 2018. Se realizaron reuniones por la mañana de 9 a 10 el ultimo miércoles de cada mes para comentar dudas y seguimiento del proyecto.
Realización de exploración de pie diabético con uso de doppler en la consulta programada de enfermería, para ello, usaremos como modelo el protocolo que ya existe en OMI AP.
Educación sanitaria individualizada a cada paciente después de la revisión del pie diabético sobre el cuidado de los pies entregando una hoja informativa como apoyo a nuestra explicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en un centro de salud rural de Zaragoza Sector I. La población a estudio fueron todos los pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes al Centro de salud de Bujaraloz. La zona de salud de Bujaraloz atiende a una población algo menor de 2600 habitantes. La zona incluye 6 municipios, pertenecientes tanto a la provincia de Zaragoza como de Huesca, que se reparten en 5 cupos de pacientes: Bujaraloz, La Almolda-Valfarta, Castejón de Monegros, Peñalba y Candasnos.

Existe un total de 278 pacientes diabéticos en la zona de salud (10,69%), repartidos de la siguiente manera en los diversos cupos:

Bujaraloz: 70 pacientes diabéticos (9,01%)
La Almolda: 55 pacientes diabéticos (12,67%)
Castejón: 60 pacientes diabéticos (15,75%)
Peñalba: 49 pacientes diabéticos (9,33%)
Candasnos: 44 pacientes diabéticos /11,05%)

Los resultados alcanzados al finalizar el proyecto de calidad fueron los siguientes:

Bujaraloz:
Revisión pie diabético: 38 pacientes (55,07%), de los cuales, 32 pacientes (84,2%) tuvieron una exploración normal y 6 pacientes (15,7%) fueron diagnosticados de EAP, de los que 2 pacientes fueron derivados a la consulta de vascular.

La Almolda:
Revisión pie diabético: 20 pacientes (40,82%), de los que 17 pacientes (85%) tuvieron una exploración normal y 3 pacientes (15%) fueron diagnosticados de EAP. Ninguno fue derivado a la consulta de vascular.

Castejón:
Revisión pie diabético: 26 pacientes (45,61%), de los que 25 pacientes (96,15%) tuvieron una exploración normal y 1 una exploración anormal. Este paciente ya estaba acudiendo a consulta de vascular.

Peñalba:
Revisión pie diabético: 5 pacientes (10,20%), de los que 4 pacientes (80%) resultaron con una exploración normal y 1 paciente (20%) con exploración anormal. Este paciente no quiso acudir a consulta de vascular.

Candasnos:
Revision pie diabético: 40 pacientes (90,9%), de los que 28 pacientes (70%) tuvieron una exploración normal y 12 pacientes (30%) una exploración anormal. De los pacientes diagnosticados de EAP, 3 pacientes fueron derivados a vascular y el otro paciente ya estaba siendo controlado en la consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del proyecto por parte del equipo ha sido positiva ya que se han mejorado las cifras de realización de la exploración del pie diabético que estaba antes de la realización del proyecto entorno al 34% y a la realización del proyecto se ha aumentado al 46,4 % de los pacientes.
Hemos tenido dificultad a la hora de la realización del doppler a muchos pacientes debido a que nuestro centro no cuenta con un doppler para la realización de esta prueba y hemos utilizado uno aportado por el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0737

1. TÍTULO

REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

ayuntamiento de uno de los municipios.
Creemos que este proyecto es sostenible y replicable en otras zonas de salud, de hecho cada vez son más centros en los que se esta realizando esta prueba.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/737 ========== ***

Nº de registro: 0737

Título
REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
GUTIERREZ TORIO ANA SARA, ABANCENS IBARRA MARIA TERESA, AMORES GONZALEZ ANA BELEN, JARIOD FANDOS MERCEDES, ABAD ROYO MERCEDES, NEVADO CASTEJON JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALOZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad arterial periférica (EAP) se manifiesta de forma sistémica como aterotrombosis y está asociada con incapacidad a largo plazo y complicaciones cardiovasculares.
El riesgo de enfermedad aterosclerótica aumenta notablemente entre las personas con diabetes. El riesgo aumentado es independiente y aditivo de otros factores de riesgo cardiovascular.
La aterosclerosis causa la mayor parte de muerte y discapacidad en pacientes con diabetes, sobretodo en pacientes diabéticos de tipo 2.
La mejor manera de ser diagnosticada de forma no invasiva es mediante la medición de la presión arterial y el cálculo del índice tobillo-brazo (ITB). El ITB es un test sencillo y barato que se puede realizar con un sencillo equipo de Doppler continuo y un manguito de presión. Se considera como patológico un valor de ITB = 0,9 y, por tanto, resulta predictivo de morbilidad y mortalidad asociadas a la EAP.
Por lo tanto, la exploración vascular en el paciente diabético en las consultas de atención primaria, supone un papel fundamental en la detección precoz de la enfermedad arterial periférica y en seguimiento de estos pacientes crónicos, previniendo así la aparición de complicaciones vasculares como las úlceras de pie diabético.
En el Servicio Aragonés de Salud, es la enfermera de atención primaria la que se encarga de realizar la exploración vascular mediante el Índice tobillo-brazo mediante el uso del doppler a todos los pacientes diabéticos que estén en la cartera de servicios con diagnóstico de diabetes Mellitus, utilizando para ello el protocolo de “Exploración de pie diabético” existente en el programa utilizado en atención primaria OMI-AP.
En nuestra zona de salud, debido a la falta de material para la exploración del pie diabético, solamente se estaba realizando a un % muy bajo de los pacientes diabéticos.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana de nuestro proyecto son los pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2.
Realización de la exploración de los pies a los pacientes diabeticos tipo 2.
Conocer la prevalencia de EAP en los pacientes diabeticos de nuestra zona de salud. Tambien la existencia de otras patologías en los pies (ulceras, micosis...)
Mejorar los conocimientos de los pacientes sobre como cuidar sus pies.

MÉTODO
1-Sesión formativa con el equipo sobre la exploración pie diabético para refrescar conocimientos y unificar criterios durante la ultima semana de mayo de 2018. Se realizarán reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común.
2- Realización de exploración de pie diabético con uso de doppler en la consulta programada de enfermería, para ello, usaremos como modelo el protocolo que ya existe en OMI AP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0737

1. TÍTULO

REALIZACION DEL ITB EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

3- Educación sanitaria a cada paciente después de la consulta sobre el cuidado de los pies en el paciente diabético entregando una hoja informativa como apoyo a nuestra explicación.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes con la realización de la exploración del pie diabético en la zona de salud. (en estos momentos solo se ha realizado a un 34% de los pacientes según cuadro de mandos de diabetes)
Prevalencia de EAP en los pacientes diabéticos explorados en nuestra zona de salud (Nº total pacientes con EAP/ nº pacientes diabéticos explorados). La prevalencia es del 15-20 % en estudios realizados previamente.
Porcentaje de pacientes con una exploración del pie diabético normal.
Porcentaje de pacientes derivados a vascular.

DURACIÓN
- Charla formativa en CS para todos los profesionales ultima semana de mayo: se entregaran pautas comunes para la actuación de los profesionales y un listado con los pacientes diabeticos que corresponden a cada cupo.
- El proyecto se realizará de mayo a diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0829

1. TÍTULO

EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO IES DE BUJARALOZ

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ABAD ROYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BUJARALOZ
· Localidad ..... BUJARALOZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAGRASA VILLUENDA MARIA ARANZAZU
BARCO MARCELLAN MARIA PURIFICACION
GUTIERREZ TORIO ANA SARA
ABANCENS IBARRA MARIA TERESA
OCHOA ZARZUELA DIEGO
AMORES GONZALEZ ANA BELEN
LLANOS CASADO MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado reuniones todos los miembros del equipo que participamos en el proyecto de calidad para decidir los contenidos, la distribución de las sesiones formativas y los temas a desarrollar por cada uno de nosotros, hemos realizado presentación de power point como ayuda a la hora de exponer los temas a los asistentes. También nos reunimos con profesores y AMPA para concretar la fecha de realización de las sesiones formativas (Mayo 2018)
Hemos elaborado los cuestionarios que deberían realizar los asistentes antes y después del curso. Así mismo hemos elaborado la encuesta de satisfacción que deberían rellenar los participantes al final del curso, y hemos preparado el material de apoyo para entregar a los participantes (Durante los meses de Junio, Julio, Agosto Y Septiembre).
Aunque se concretó que las charlas se realizarían en Noviembre de 2018, no ha sido posible realizarlas por falta de coordinación en fechas y horarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que no se han podido realizar las charlas es imposible señalar los resultados alcanzados de acxuerdo a los indicadores y objetivos que nos habíamos planteado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En principio seguimos considerando tanto los participantes en el proyecto como los asistentes a la charla, que es pertinente e interesante poder concluir este proyecto, por todo lo cual vamos a seguir trabajando durante el 2019 para poder impartir el curso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/829 ========== ***

Nº de registro: 0829

Título
EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO Y IES DE BUJARALOZ

Autores:
ABAD ROYO MERCEDES, VILLAGRASA VILLUENDAS MARIA ARANZAZU, BARCO MARCELLAN MARIA PURIFICACION, GUTIERREZ TORIO ANA SARA, ABANCENS IBARRA TERESA, OCHOA ZARZUELA DIEGO, AMORES GONZALEZ ANA BELEN, LLANOS CASADO MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BUJARALOZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población diana son adultos sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0829

1. TÍTULO

EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO IES DE BUJARALOZ

PROBLEMA
Actualmente la principal causa de muerte en países desarrollados son las enfermedades cerebrovasculares, afecciones cardíacas y accidentes. La mayoría de los eventos cardíacos se producen en presencia de otras personas, la tasa de mortalidad es más alta cuando estos suceden en el ámbito extrahospitalario, en estos casos la tasa de supervivencia aumentaría si se iniciasen las maniobras de reanimación de forma precoz, teniendo en cuenta ademas que en menos del 25% de los casos se inician maniobras de reanimación por parte de los testigos.

Además existen otros ambientes laborales o entornos donde es más recuente la aparición de accidentes y situaciones de emergencia, así el centro escolar es el lugar donde mayor número de accidentes de menores se producen

En el caso tanto de los accidentes como de enfermedades y lesiones, los primeros auxilios proporcionados por los testigos, salvan vidas y limitan la extensión de la lesión

La familia y la escuela resultan el ámbito ideal para generar y trasmitir conductas por medio de la información y la educación para la salud.

Los primeros auxilios dan respuesta a una necesidad que la sociedad actual demanda, en ocasiones de forma explicita, desde el conocimiento de que su propia actuación mejoraría la eficacia de las acciones posteriores de los servicios sanitarios.

La pertinencia del proyecto vendría también dada por la publicación de la resolución de 7 Noviembre de 2017 relativa a la intervención en situaciones de urgencia en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana a la que va dirigido el proyecto son tanto los padres como el personal docente del colegio/instituto de la población de Bujaraloz.

El objetivo principal sería ampliar y mejorar los conocimientos y las técnicas en primeros auxilios, que permitan una atención inmediata ante una situación de urgencia o emergencia y así mismo minimizar el daño producido por el auxiliador por desconocimiento o impericia.

Como objetivos específicos:

Que padres y docentes conozcan el concepto de primeros auxilios y cadena de supervivencia.
Que conozcan el teléfono de alerta sanitaria.
Que sean capaces de controlar la situación hasta la llegada del personal sanitario
Ser capaces de controlar la seguridad del propio accidentado así como la del auxiliador
Evitar más lesiones y alteraciones que puedan agravar el daño inicial.
Aumentar el grado de satisfacción en la población diana.

MÉTODO
Reuniones entre el personal sanitario que participa en el proyecto para decidir los contenidos y distribución de las sesiones formativas que se desean impartir.

Realización de power point para exposición de los contenidos teóricos

Esta previsto realizar reuniones con el personal docente del colegio/ instituto, así como con representantes del AMPA para concretar la fecha de realización de las sesiones formativas.

Se pretende realizar dos sesiones de dos horas de duración cada una de ellas en las que se hará una exposición teórica seguida de la realización por parte de los padres/docentes de actividades prácticas según el modelo de observación-repetición.

INDICADORES
Realización por parte de los asistentes al curso de un cuestionario de conocimientos previos sobre primeros auxilios.

Evaluación in situ de la correcta realización de las actividades y maniobras que van a realizar durante el taller práctico.

Cuestionario posterior a la realización de cada una de las sesiones en el que se debe evidenciar un mayor indice de aciertos en las respuestas.

Encuesta de satisfacción, así como recogida de sugerencias y comentarios por parte de los alumnos que realizan el curso.

DURACIÓN
Las reuniones con profesores y AMPA se llevaran a cabo durante el mes de mayo de 2018.

Durante los meses de Junio, Julio,Agosto y Septiembre, se realizarán las reuniones con los participantes en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0829

1. TÍTULO

EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES PARA PADRES Y PERSONAL DOCENTE DEL COLEGIO IES DE BUJARALOZ

el proyecto para concretar contenidos y realizar power point, así como la elaboración del material escrito que se entregará a los asistentes.

Las sesiones están previstas impartirlas durante el mes de Noviembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1274

1. TÍTULO

MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL DE PABLO GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LUNA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. se paso un test de burnot.
2, se realizaron charlas sobre; el trabajo en equipo, asertividad, comunicacion, manejo del conflicto, negociacion.
3. Comidas entre los miembros del equipo cada 2 meses-

4. se ha pasado un cuestionario de valoracion

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. se pasa otro tes de bornout con ligerara mejoria al del principio, poco significativa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Desde el comienzo desperto gran interes entre los miembros del equipo.
2. Se ha valorado como muy positivo el planteamiento del tema.
3. Se piensa que ha contribuido a mejorar aspectos de la convivencia entre el equipo.
4. Se ha mejorado habilidades sociales como la escucha y la empatia

7. OBSERVACIONES.
En general el proyecto ha sido gratificante para todos.
Se ha valorado en general como muy positivo en la mejora del clima emocional.
Se comenta que un año es muy poco tiempo para valorar la efectividad real del proyecto, aunque si parece haber mejorado las actitudes de escucha y empatia

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1274 ========== ***

Nº de registro: 1274

Título
FOMENTO DEL BUEN CLIMA EMOCIONAL ENTRE LOS PROFESIONALES DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
DE PABLO GONZALEZ RAFAEL IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LUNA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El trabajo en equipo supone una mayor eficacia que la simple suma del trabajo individual de cada uno de sus componentes. Para conseguir la excelencia profesional de un equipo de trabajo no solo es necesario una buena competencia profesional de cada uno de sus miembros y la disposición de unos buenos y suficientes recursos, sino que también es necesario una inteligente y eficiente organización y una madura relación emocional entre los compañeros de trabajo que lubrique una buena comunicación entre ellos, facilite las labores asistenciales, formativas y organizativas para que potencien sus cualidades y minimicen las adversidades y conflictos que siempre surgen.

El fomento de un buen clima emocional mejora sin duda la eficacia clínica y uso eficiente y responsable de los recursos disponibles y la propia salud física y mental de todos y cada uno de los profesionales del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1274

1. TÍTULO

MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

El buen clima emocional hace crear un buen caldo de cultivo que permita el desarrollo de las cualidades asistentes, la aparición de otras nuevas desconocidas, que se tomen iniciativas de forma entusiasta y que el trabajo sea cada vez mas gratificante con menor sensación de penosidad y esfuerzo.

Desde las direcciones de AP se ha hecho mucho hincapié en la mejora de los recursos disponibles, va aumentando los esfuerzos en formación, queda mucho que mejorar en la facilitacion de las tareas organizativas y casi todo por hacer en la mejora del clima emocional de los equipos de AP.

El cuidado del clima emocional, que es CLAVE en el buen funcionamiento de los equipos, no solo no ha sido atendido por las diferentes DAP, sino que con frecuencia se ha fomentado, posiblemente desde la ignorancia, un mal clima emocional en los equipos, con enfrentamiento entre estamentos profesionales, desequilibrios graves en las cargas de trabajo entre sus miembros, incentivos perversos, que lejos de incentivar el buen trabajo, desilusionan y provocan agravios comparativos y enfrentamientos personales irreversibles, haciendo irrecuperables a muchos equipos.

Desde la ignorancia se supone que LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, como el valor, se le supone a las personas y nada mas lejos de la realidad. Todo el mundo tiene claro que una buena formación clínica es no solo importante, sino fundamental y cada vez desde las direcciones se pone mayor empeño en su mejora. Pero cuando hay un mal clima emocional entre los miembros del equipo, la eficacia mejora, si utilizan mal los recursos, se pierde competencia profesional y empeora la salud mental y hasta física de los profesionales. ¿No merece la pena un buen intento de mejorar entre todos el clima emocional de los Equipos de trabajo?, ¿ no sera altamente rentable a corto, medio y largo plazo los esfuerzos en la formación en inteligencia emocional y reflexionar sobre las medidas que se puedan hacer desde las direcciones para que no solo no torpedeen el buen ambiente sino que lo fomenten?. Solo hace falta comprobar que en aquellos centros que el ambiente es bueno, los indicadores también lo son y viceversa. Es mas que probable que el mal ambiente emocional entre los equipos de AP sea lo mas prevalente. ¿No merece la pena una reflexión de todo estos y un esfuerzo para mejorarlo?

RESULTADOS ESPERADOS
Desde el CS Luna hemos tomado la importancia de todo ello y nos hemos propuesto tomar medidas al respecto, para que nuestro trabajo sea mas eficiente y sobre todo que seamos mas felices en su desarrollo

PUNTUALIZACIONES A CONSIDERAR:

- los miembros de un equipo no se encojen entre ellos, se encuentran, por lo que es necesario un proceso inteligente y adaptativo del las características emocionales de cada persona.
- Los miembros de un equipo son personas muy variopintas, con diferentes orígenes formativos, diferentes niveles competenciales, diferentes edades y grados de maduración vital, diferentes estados de ánimo y todo ello lejos de ser un problema, debemos convertirlo en una oportunidad de desarrollo personas de las diferentes interacciones personales.
- En todo equipo hay personas con mayor sintonía entre ellas que con otras y personas con claras incompatibilidades emocionales lo que genera frecuentes conflictos.
- El manejo inteligente de los conflictos emocionales es clave para en ambiente emocional futuro, creciendo si se resuelven bien y socavando si no se resuelven.

PUNTOS CLAVE:

- Sobre todo " MUCHO HUMOR"

MÉTODO
formacion y autoformacion en inteligencia emocional, grupos nominales, revision del reglamento interno
Una primera sesion introductoria por el Dr. de Pablo seguido de una tormenta de ideas.
realizacion de un grupo nominal para analizar los problemas y busqueda de soluciones.
Sensiones autoformativas mensuales sonre temas de inteligencia emocional: asertividad, negociacion, manejo de conflictos, saber decir no, asumir criticas, hacer criticas constructivas.
Una comida de quipo con una frecuencia minima trimestral.
Evaluaciones semestrales

INDICADORES
Evaluacion de la satisfaccion profesional en el equipo antes, durante y despues del proyecto mediate escalas de Bournout

DURACIÓN
Lo dicho

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1274

1. TÍTULO

MEJORA DEL CLIMA EMOCIONAL EN UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1752

1. TÍTULO

CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:-SALUD BUCODENTAL-PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MONICA CLAUDIA ASENJO COBOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LUNA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ DE ZABARTE LOS CERTALES FERNANDO
HERNANDEZ ABADIAS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se lleva a cabo en los dos colegios de la ZBS. El primer taller sobre RCP y Primeros Auxilios se realizó dividiendo a los alumnos por edades: Primer grupo de 1º de infantil hasta 2º de primaria y Segundo grupo de 3º hasta 6º de primaria, mediante las siguientes actividades:
- Reuniones con el profesorado y personas responsables de los colegios para adecuar las fechas de realización de charlas y talleres, así como las condiciones de la sala y el material necesario.
- Charla-presentación power-point.
- Videos.
- Taller práctico con material: maniquís-peluches.
- Lámina para rellenar 112 con pautas a seguir.
- Canción con guitarra y coreografía (había una vez una persona dormida que no podía despertar)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consiguió realizar los talleres con el 100% de asistencia por parte de los alumnos.El nivel de satisfacción obtenida fue muy alto y prácticamente todo el alumnado consiguió los objetivos marcados:

- Identificación de emergencia y comprobación de seguridad de la escena.
- Preparación emocional para reaccionar ante una emergencia.
- Uso correcto del telefóno de 112 de servicios y emergencias.
- Liberación de vía aérea, PLS y pasos de la RCP (sólo con las manos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La escuela y en nuestro caso los primeros niveles de enseñanza constituyen un ámbito idóneo para iniciar a la población en el conocimento de primeros auxilios y RCP:
Los objetivos, la metodología y las actividades se han adaptado al grado de desarrollo de los dos grupos de niños.
Debido a sus características físicas no pueden realizar una RCP de calidad, pero son capaces de aprender cuestiones básicas y estas actividades constituyen un pilar fundamental para después en niveles superiores introducir habilidades y conocimientos de acuerdo con su edad.
A los profesionales de la Salud nos ha sorprendido en nivel de destreza, la buena disposición y la aceptación que han tenido los alumnos en los talleres, el grado de feedback ha sido muy alto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1752 ========== ***

Nº de registro: 1752

Título
CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:- SALUD BUCODENTAL- PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA, MARTINEZ DE ZABARTE LOS CERTALES FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LUNA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: participación social
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1752

1. TÍTULO

CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:-SALUD BUCODENTAL-PRIMEROS AUXILIOS

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el C.S. Luna se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Reunidos con el Consejo de Salud de Zona, el pasado 27 de Junio de 2017, a partir de los acuerdos alcanzados, nos planteamos realizar actividades en pequeños grupos dirigidos a mejorar el conocimiento y las habilidades para una mejor salud de la población infantil de los municipios de la ZBS.

RESULTADOS ESPERADOS
Para ello se priorizó de acuerdo con el CdSdZ dos objetivos:
.- fomentar el autocuidado de la salud Buco Dental de los niños en edad escolar por medio de actividades formativas con padres y con los niños en los propios centros escolares
.- Difundir y formar sobre “Primeros Auxilios adaptados a niños”, en forma de talleres practicos.

MÉTODO
1º: Formación de los profesionales, asistencia a cursos y talleres de oferta formativa del Salud
2º : Selección, identificación, redacción y presentación de los materiales necesarios para utilizar en las dos actividades priorizadas.
3º: Programación de las actividades en los municipios, colegios o centros de los diferentes municipios donde se van a realizar las actividades, fechas y horarios para ello.
4º: Realización de charlas y talleres.

INDICADORES
Nº talleres programados/nº talleres realizados >80% .
Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%
Nº poblaciones en las que se ha impartido los talleres/nº poblaciones adscritas al centro de salud >60%
Evaluacion del cumplimiento de objetivos y satisfacción de las actividades realizadas. Deteccion de sugerencias y necesidades de los asistentes.

DURACIÓN
Planificación de proyecto: Julio 2017
Realización de los talleres: 2ºSemestre de 2017; 1º semestre 2018
Evaluación parcial: Diciembre 2017
Evaluación final: Junio 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1752

1. TÍTULO

CONOCIMENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN LOS COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE SALUD BUCODENTAL Y PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 27/05/2018

2. RESPONSABLE ..... MONICA CLAUDIA ASENJO COBOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LUNA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ DE ZABARTE LOS CERTALES FERNANDO
HERNANDEZ ABADIAS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto continua y finaliza en los dos colegios de carácter unitario de la ZBS (Erla y Luna), se realiza la charla-taller el día 22 de mayo de 2018 en el colegio de Erla y el 24 del mismo mes en el colegio de Luna comprendiendo las edades de los niños desde lo 4 hasta los 13 años.
Hemos contado con salas adecuadas con pizarras digitales y diverso material para la realización de juegos.
Las acciones formativas han ido encaminadas a:

- Relacionar buena salud general con buena salud bucodental.
- Instaurar una rutina de higiene bucodental e implicación de los padres.
- Visualizar la cavidad oral, comprender la importancia de la dentición decidua y cuidados.
- Conocer las consecuencias de malos hábitos como consumo de azucares refinados, tabaco y alcohol.
- Aprender a mantener una buena salud bucodental mediante las distintas técnicas de cepillado según grupos de edad, duración del cepillado, uso de flúor y sus distintas aplicaciones, uso del hilo dental, los enjuagues y cepillado de la lengua.
- Conocer los tipos de cepillos y pasta dental.
- Saber que es una caries, fisuras,selladores y obturaciones.
- Inculcar la importancia de acudir a consulta del odontología, así como las actividades y cuidados que realizan en ella.
- Sentirse odontológos/as por un día con las actividades preparadas para el taller y así mitigar el temor si lo hubiera al acudir a la consulta de odontología.

Todo ello se ha realizado de una manera muy visual y práctica, con un vocabulario y actividades adaptadas en todo momento a la edad de los escolares mediante:

- Charla presentación power-point en pizarra digital.
- Fantomas dental para reforzar por la visualmente la técnica de cepillado, uso del hilo dental, conocer las distintas piezas dentales y su colocación.
- Videos de formación de caries y vista a una clinica dental para exploración y tratamiento con flúor (dibujos animados Calliou).
- Lámina con 4 fotografías de molares con fisuras para que realicen selladores con tempera blanca igual que en la clínica dental.
- Hemos fabricado numerosos molares a escala muy grande con pasta endurecible a los que hemos realizado cavidades en zonas de localización de caries (oclusal, mesial, distal, vestibular, linguales, palatina) y fisuras en cara oclusal, se han rellenado las cavidades con plastilina negra. Los escolares han tenido que quitar las caries (plastilina negra) y obturar la cavidad como si relizaran un empaste (pasta endurecible).
- Juego de coordinación psicomotriz para distinguir alimentos saludables y no saludables para la salud bucodental.
- Canción con guitarra y coreografía (bajo el mismo sol, Alvaro Soler), con letra referente al cepillado, duración, técnica...
- Poesía.
- Reglos de pasta dental y folletos explicativos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consiguió prácticamente el 100% de la asistencia de los alumnos. La encuesta realizada a los profesores fue mas que satisfactoria invitándonos a la realización de mas actividades durante el próximo curso escolar.
La directora del colegio nos envió los videos y resultados del taller en el que pudimos comprobar un nivel muy alto de destreza e implicación por parte de los alumnos así como felicitaciones por nuestro trabajo.
Contamos con la presencia del pediatra del CS en la 2ª charla-taller que nos comunicó su asistencia y colaboración en futuros proyectos después de constatar el grado de satisfacción de los alumnos profesorado y del equipo de centro de salud implicado en la actividad.
También se contó con la presencia y realización de parte de la primera charla del farmacéutico de Luna en colegio de Erla, al que conocían los alumnos por haber realizado alguna actividad anterior y que nos proporcionó el fantomas y los distintos folletos para padres y niños, quedando también a nuestra disposición para futuras colaboraciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1752

1. TÍTULO

CONOCIMENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN LOS COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE SALUD BUCODENTAL Y PRIMEROS AUXILIOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Caries y enfermedad Periodontal aparecen en la infancia y aumentan en la edad adulta. En España mas de 70% de los escolares entre 6 y 15 años tienen o han tenido caries.
En las sociedades avanzadas y países desarrollados aumenta la frecuencia de estas enfermedades gracias a la alimentación abundante en azúcares refinados y hábitos poco saludables.

Dentro de cualquier programa de prevención de enfermedades bucodentales hay que tener en cuenta que el aula es un lugar ideal para instruir en la vigilancia y enseñar una buena rutina de cuidado de la cavidad oral así como de las consecuencias de tener malos hábitos.
Los hábitos saludables se aprenden en la infancia y perduran toda la vida, por ello hemos querido trabajar en este programa para reforzar y ayudar a los niños de las escuelas de nuestra ZBS a mantener una buena salud, no sólo dental, también a nivel general.

La Educación para la salud supone un pilar muy importante para la prevención de enfermedades y los colegios son el primer eslabón de una cadena sobre la que tenemos que trabajar para adoptar estilos de vida saludables en etapas posteriores.

Para las actividades propuestas en el consejo de Salud de la Zona hemos contado con la total disposición de todos los agentes implicados, a pesar de tener el handicap de ser un Centro de Salud con poco personal pero una dispersión geográfica grande (G4), la satisfacción de alumnos, padres, profesores y la nuestra propia nos hacen redundar en la idea de que debemos seguir trabajando en programas de Educación para la salud desde las edades mas tempranas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1752 ========== ***

Nº de registro: 1752

Título
CONOCIMIENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE:- SALUD BUCODENTAL- PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA, MARTINEZ DE ZABARTE LOS CERTALES FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LUNA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: participación social
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el C.S. Luna se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Reunidos con el Consejo de Salud de Zona, el pasado 27 de Junio de 2017, a partir de los acuerdos alcanzados, nos planteamos realizar actividades en pequeños grupos dirigidos a mejorar el conocimiento y las habilidades para una mejor salud de la población infantil de los municipios de la ZBS.

RESULTADOS ESPERADOS
Para ello se priorizó de acuerdo con el CdSdZ dos objetivos:
.- fomentar el autocuidado de la salud Buco Dental de los niños en edad escolar por medio de actividades formativas con padres y con los niños en los propios centros escolares
.- Difundir y formar sobre “Primeros Auxilios adaptados a niños”, en forma de talleres practicos.

MÉTODO
1º: Formación de los profesionales, asistencia a cursos y talleres de oferta formativa del Salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1752

1. TÍTULO

CONOCIMENTO Y HABILIDADES PARA UNA MEJOR SALUD DE LA POBLACION INFANTIL MEDIANTE TALLERES Y CHARLAS EN LOS COLEGIOS DE LA ZBS SOBRE SALUD BUCODENTAL Y PRIMEROS AUXILIOS

2º : Selección, identificación, redacción y presentación de los materiales necesarios para utilizar en las dos actividades priorizadas.
3º: Programación de las actividades en los municipios, colegios o centros de los diferentes municipios donde se van a realizar las actividades, fechas y horarios para ello.
4º: Realización de charlas y talleres.

INDICADORES
Nº talleres programados/nº talleres realizados >80% .
Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%
Nº poblaciones en las que se ha impartido los talleres/nº poblaciones adscritas al centro de salud >60%
Evaluacion del cumplimiento de objetivos y satisfacción de las actividades realizadas. Deteccion de sugerencias y necesidades de los asistentes.

DURACIÓN
Planificación de proyecto: Julio 2017
Realización de los talleres: 2ºSemestre de 2017; 1º semestre 2018
Evaluación parcial: Diciembre 2017
Evaluación final: Junio 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0295

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL HERNANDEZ ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LUNA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ DE ZABARTE LOSCERTALES FERNANDO
ASENJO COBOS CLAUDIA
SOLER ABADIAS ROSA MARIA
MANJON DOMINGUEZ MARIAN
ARANAZ DE MOTTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
+Se realiza sesión informativa de comunicación interna entre los profesionales con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar.
+Se diseña una hoja de registro, una hoja de posología de medicación para entregar a los pacientes y unos pictogramas (con la ayuda del servicio de informática) para pegar en las cajas de los pacientes.
+En este primer semestre a partir de un listado de pacientes polimedicados por encima de los 65 años (sacado desde la central de Zaragoza) se les ha ido llamando, informando de la puesta en marcha del programa y entrevistando.
+En las diferentes entrevistas, se ha valorado primero la capacidad funcional, cognoscitiva y social del paciente para hacerse cargo de la medicación (SI NO CUMPLÍA CRITERIOS SE DELEGABA EN EL CUIDADOR).
+En segundo lugar durante las entrevistas se ha ido valorando la adherencia (test de Morinsky-Green),así como el conocimiento del paciente acerca de la medicación que toma (el cómo, cuándo y para qué), así como realizando educación sanitaria en aquellos aspectos que se tenían que mejorar.
+Como métodos de ayuda para conseguir esa mejora, se le entrega al paciente una hoja de POSOLOGÍA con la medicación que toma y asimismo se le pegan en las cajas de la medicación unos pictogramas que le ayuden a entenderlo mejor.
+Durante el segundo semestre, vamos a ir entrevistando a todas aquellas personas que no han cumplido con la adherencia correctamente ó que desconocían aspectos relacionados con su medicación, para ver si se ha cumplido nuestro objetivo de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
+Hasta la finalización del proyecto, no puedo emitir datos al respecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En espera de acabar el proyecto, lo que puedo decir es que se necesita dedicación y tiempo a nivel individual y que debería de programarse en las agendas por parte de todos los profesionales como actividad a seguir. Los pacientes en general, agradecen bastante esta dedicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/295 ========== ***

Nº de registro: 0295

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
HERNANDEZ ABADIAS MARIA ISABEL, MARTINEZ DE ZABARTE LOSCERTALES FERNANDO, ASENJO COBOS CLAUDIA, SOLER ABADIAS ROSA MARIA, AZNAR GIMENEZ RAMON, MANJON DOMINGUEZ MARIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LUNA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: POBLACIÓN > 65A ÑOS QUE TOME MÁS DE 5 MEDICAMENTOS DIFERENTES DE FORMA CRÓNICA Ó HABITUAL.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0295

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento de las esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapeúticos cada vez más estrictos,son algunos de los factores qe están ínfluyendo en el hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de 5 fármacos para prevenir ó tratar problemas de salud.
Uno de los problemas más importantes es la falta de adherencia al tto, sobretodo en patologías crónicas donde se estima que el cumplimiento terapeútico se sitúa en torno al 30-50%.
Las alteraciones cognitvas ó sensoriales, la dificultad para entender prospectos y recomendaciones ó identificar correctamente los medicamentos por un cambio de marca, son factores que ínfluyen en la baja adherencia.
Desde el ámbito de la ATENCIÓN PRIMARIA queremos educar a estos pacientes sobre el uso correcto de la medicación,así como evitar el consumo innecesario de fármacos,el riesgo de reacciones adversas medicamentosas ó interacciones farmacológicas y reducir el gasto farmaceútico.
Asimismo,consideramos adecuado rebajar el rango de edad a los 65 años,puesto que cada vez son más los pacientes incluídos en este grupo que consumen más fármacos y nos parece que también es bueno empezar a educar en el consumo desde una edad temprana puesto que la capacidad de comprensión es mayor y así cuando lleguen a los 75 años ya se considerará como un hábito.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
+Mejorar la salud y la calidad de vida en la población polimedicada mayor de 65 años mediante el asesoramiento y la educación sanitaria sobre el uso de fármacos por parte de los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
+Detectar y resolver problemas en la utilización de medicamentos.
+Incrementar el conocimiento sobre el uso y manejo de la medicación a pacientes, familiares y/o cuidadores en un 10%.
+Mejorar el cumplimiento terapeútico y evitar riesgos y reacciones adversas de los pacientes polimedicados en un 10%.

MÉTODO
CAPTACIÓN a través de la consulta de enfermería y de medicina programada, a demanda y a través de una visita domiciliaria (concertar cita con BOLSA MEDICINAS).
PREPARACIÓN DE LA CONSULTA:
+Recuperar de la hªclínica la hoja de receta electrónica, revisar el plan terapeútico con el médico y preparar como material de apoyo HOJA DE MEDICACIÓN DEL PACIENTE que refleje dosis y posología.
ENTREVISTA CON EL PACIENTE:
+Comprobar el º de conocimiento de la medicación y valoración cognitiva y social si hace falta, medir la ADHERENCIA (escala de MORISKY-GREEN) e intervenir mediante EDUCACIÓN (para resolver dudas,corregir errores).

INDICADORES
COBERTURA:
+Nº pacientes incluídos en programa/nº de pacientes polimedicados existentes en el mismo período de intervención.
ACTIVIDAD:
+Nº de pacientes incluídos en el programa a los que se les ha realizado la entrevista y entregado la hoja de medicación a los 6 meses de iniciada la intervención/ nº de pacientes totales incluídos en el programa.
+% de cumplimiento según el test de MORISKY a los 6 meses del inicio del programa - tasa de cumplimentación inicial.
+Grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su medicacióna los 6 meses de seguimiento en el programa - grado de conocimiento actual:
SATISFACCIÓN:
+Grado de satisfacción de los usuarios del programa de atención sanitaria al paciente polimedicado en el CENTRO DE SALUD DE LUNA al año de iniciado el programa.
+Grado de satisfacción de los profesionales con el programa de atención sanitaria al paciente polimedicado en el CENTRO DE SALUD DE LUNA al año de iniciado el programa.

DURACIÓN
Durante el 1er y 3er trimestre del año se seleccionarán los participantes.
A lo largo de todo el año (todos los trimestres) se podrán ir realizando entrevistas sobre los pacientes que se van captando.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0295

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL CONTROL DE FARMACOS EN EL PACIENTE POLIMEDICADO EN ATENCION PRIMARIA

SEGUIMIENTO:
Es necesario programar una revisión como mínimo cada 6 meses dependiendo de las necesidades detectadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0217

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR MAZA SOLANAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARTOLOME MORENO CRUZ
PUYOD ARNAL MARIA JESUS
ROYAN MORENO PILAR
ORTIGAS CINCA ROBERTO
ARBUES MORLANS MARIA JESUS
GUIRADO GIMENEZ FERNANDO
TIMONEDA TIMONEDA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión del equipo para establecer por el sistema de “lluvia de ideas” los temas a tratar en esta convocatoria.
Constitución del equipo de mejora.
Consensuar y elegir los temas.
Contacto con 061 para trabajar conjuntamente y Modificar la Guía de tipificación con la que ellos trabajan para adaptarla a un centro de salud. Como no se pudo obtener, por problema licencia y compatibilidad con programa informático, se modificó proyecto para hacer búsqueda bibliográfica y diseñar directamente los protocolos de actuación basados en experiencias previas de otros centors de otras comunidades autónomas..
Consensuar los circuitos y crear unos protocolos de actuación para servicio de admisión, enfermería, pediatría y medicina. Nombrar al responsable de cada tema.
Diseño de las sesiones clínicas para trasladarlo al resto del equipo. (Miércoles de 14 a 15 horas): unas de coordinación y estrategia (nuevos protocolos para coordinar de forma eficiente a todos los sanitarios ante una urgencia) y otras eminentemente prácticas (código ictus, código infarto).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador de proceso:
% de sanitarios que han impartido/impartirán sesión (ya están programadas): 80%
% asistentes a sesiones: 80%

Valoración global del programa (0 peor resultado posible-10 mejor resultado posible):
por enfermería: 8
por medicina: 9
por pediatría: 7,5
por servicio de admisión: 8,7

Satisfacción de los profesionales implicados (0 peor resultado posible-10 mejor resultado posible)::
por enfermería: 8,33
por medicina: 9
por pediatría: 7,5
por servicio de admisión: 8,7

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dificultad para trabajar de forma conjunta con 061: Se solicitó Guía de tipificación a 061para trabajar conjuntamente. Como no se ha podido obtener la Guía de tipificación, y, el programa informático que usa el 061 tiene licencia de Telefónica y no se ha podido implementar en el centro de salud, se ha buscado bibliografía y otras experiencias de otros centros de salud, para realizarlo de otra manera.
Existen experiencias previas en otros centros de salud en los que se ha intentado organizar de forma eficiente la función de servicio de admisión y de enfermería para reorganizar funciones y roles y adoptar la capacitación para ser la primera persona que realiza una antención urgente.
Se han trabajado dos protocolos de actuación, uno para enfermería y otro para medicina (incluido pediatría) de forma conjunta con todos los implicados incluidos, como parte fundamental del proyecto, con el servicio de admisión. Ha sido una parte enriquecedora trabajar de forma conjunta.
Se han convocado reuniones entre los integrantes del equipo para planear las actividades, trabajar los protocolos de actuación, y empezar la formación e implementación del programa.
Los buenos resultados de todos los implicados animan a continuar con esta linea de trabajo, trabajando todos de forma conjunta centrados en la atención al paciente.

7. OBSERVACIONES.
No hemos podido encontrar el número de asignación a este proyecto, pedimos disculpas, por eso hemos cumplimentado ese campo con 000

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0217

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

*** ========== Resumen del proyecto 2016/217 ========== ***

Nº de registro: 0217

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

Autores:
MAZA SOLANAS PILAR, BARTOLOME MORENO CRUZ, PUYOD ARNAL MARIA JESUS, ROYAN MORENO PILAR, ORTIGAS CINCA ROBERTO, ARBUES MORLANS MARÍA JESUS, GUIRADO GIMENEZ FERNANDO, TIMONEDA TIMONEDA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Resulta dificil estar actualizado sobre los temas necesarios para conseguir una atención integral al paciente (protocolos, guías de
práctica clínica, MBE) y además mantener las hablilidades prácticas necesarias para una actuación correcta en una situación de urgencias y emergencias, así como la capacidad de coordinacion entre todos los integrantes del equipo. Se ha diseñado un programa de formación continuada para todos los miembros del equipo de atención primaria para solventar esta carencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinación entre todos los integrantes del equipo.
Implicación de todos los integrantes del equipo.
Formación actualizada en urgencias y emergencias en AP
Habilidades necesarias para atender urgencias y emergencias en AP

MÉTODO
-Reunión del equipo para establecer por el sistema de “lluvia de ideas” los temas a tratar en esta convocatoria.
-Consensuar y elegir los temas. Nombrar al responsable de cada tema. Equipo de mejora.
-Se diseñaran sesiones clínicas que se realizaran los miércoles de 14 a 15h. Se nombraran profesionales responsables de cada sesión.
-Las sesiones clínicas tendrán un carácter eminentemente práctico, excepto las de coordinación y estrategia.

INDICADORES
El porcentaje de los profesionales que han impartido sesión supere el 70%
El porcentaje de los profesionales que han acudido a las sesiones supere el 80%
Valoración global del programa por parte del equipo
Satisfacción de los profesionales implicados

DURACIÓN
Junio: Reunión del equipo para seleccionar los temas y nombrar al responsable de cada tema.
Julio: Diseño del cronograma de las sesiones que se iniciara en enero.
Septiembre- Diciembre: Elaboración de las sesiones y búsqueda del material
Enero: Inicio del calendario de sesiones.
Marzo: evaluación del programa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0217

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE MEJORA EN LA FORMACION DE LA ACTUACION ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA Y EMERGENCIA DE LOS SANITARIOS DE UN CENTRO DE SALUD

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1308

1. TÍTULO

PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)

Fecha de entrada: 28/05/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR ROYAN MORENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARTOLOME MORENO CRUZ
AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL
MAZA SOLANAS PILAR
VITALLER SANCHO CONCEPCION
TIMONEDA TIMONEDA ESTHER
ORTIGAS CINCA ROBERTO
GUIRADO GIMENEZ FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Acciones realizadas para lograr los objetivos:
el material que se usó para el taller fue el que tiene preparado la UD de AFyC del sector Zaragoza 1 para este fin.
Difusión del material entre todos los participantes.
Reparto de tareas actividades de formación en el equipo (taller práctico)
Plan de comunicación: difusión desde el centro de salud y el consejo de salud. Uno de los colegios contactó con nosotros : IES Parque Goya. Se fijo una fecha: viernes 9 de marzo. Actividad para 3 grupos de 4 de la ESO (unos 80 alumnos en total).
Describir los recursos previstos para cada acción:
número de reuniones del equipo 1
trabajo de campo: una en Parque Goya.
Recursos materiales usados:
ordenador, cañon para proyeccion, sala para realizar la actividad (del IES Parque Goya)
3 torsos de adulto y 3 simuladores bebe (de la UD de AFyC sector Zaragoza 1).
Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios: Formación de técnicas de ESVAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Prueba práctica tras el taller para comprobar que se han adquirido los conocimentos básicos necesarios:
personas que conocen la secuencia de RCP básica/total población intervención: 100%
personas que conocen el teléfono al que dirigirse/total población intervención: 100%
personas que conocen la maniobra correcta de Hemlich/total población intervención: 100%
personas que conocen la actuacón correcta ante una hemorragia/total población intervención: 100%
personas que conocen la posición lateral de seguridad/total población intervención: 100%
personas que conocen la maniobra correcta ante una quemadura/total población intervención: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dificil coordinar a los sanitarios para la realizacion de una actividad comunitaria por las agendas distintas y la dificultad para encontrar un horario común y que se adaptara a las posibilidades del IES Parque Goya.
Facilidad para realizar la actividad gracias a los materiales y los recursos humanos (profesionales y residentes) de la Unidad Docente de AFyC del sector Zaragoza 1.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1308 ========== ***

Nº de registro: 1308

Título
PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)

Autores:
ROYAN MORENO PILAR, BARTOLOME MORENO CRUZ, AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL, MAZA SOLANAS PILAR, VITALLER SANCHO CONCEPCION, TIMONEDA TIMONEDA ESTHER, ORTIGAS CINCA ROBERTO, GUIRADO GIMENEZ FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1308

1. TÍTULO

PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: poblacion general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Programa ESVAP (Programa de Enseñanza de Soporte Vital en Atención Primaria) de la semFYC tiene como objetivo general primordial promover que los médicos de familia, entre sus tareas, incluyan como actividad comunitaria la enseñanza de las técnicas de Resucitación Cardiopulmonar y Soporte Vital Básicos a la población general a la que prestan su atención.
Como objetivo general secundario, el Programa ESVAP pretende la participación activa de los médicos de familia en la enseñanza del Soporte Vital Básico con Equipo, de la Desfibrilación Externa Semiautomática y del Soporte Vital Avanzado en el ámbito de la Atención Primaria, además de diversas técnicas que les permitan actuar ante situacinoes como atragantamiento, hemorragias, quemaduras, amputaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Enseñanza de las técnicas de Resucitación Cardiopulmonar y Soporte Vital Básicos a la población general (Desfibrilación Externa Semiautomática).
Como objetivos secundarios:
diversas técnicas que les permitan actuar ante situaciones como atragantamiento, hemorragias, quemaduras, amputaciones.

MÉTODO
acciones previstas para lograr los objetivos:
preparación del material
difusión del material entre todos los participantes
reaparto de tareas
actividades de formación en el equipo (taller práctico)
plan de comunicación:
difusión desde el centro de salud y el consejo de salud.
Describir los recursos previstos para cada acción:
número de reuniones del equipo 1
trabajo de campo: previstas tres intervenciones: una en San Gregorio, una en Parque Goya, una en San Juan.
recursos materiales: ordenador, cañon para proyeccion, sala para realizar la actividad, 3 torsos de adulto y 3 simuladores bebe.
Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios:
Formación de técnicas de ESVAP

INDICADORES
Encuesta para comprobar que se han adquirido los conocimentos básiscos necesarios que se transmitian con la actividad
se realizará a la poblacion una vez finalizada la actividad:
personas que conocen la secuencia de RCP básica/total población intervención: 90%
personas que conocen el teléfono al que dirigirse/total población intervención: 90%
personas que conocen la maniobra correcta de Hemlich/total población intervención: 90%
personas que conocen la actuacón correcta ante una hemorragia/total población intervención: 90%
personas que conocen la posición lateral de seguirdad/total población intervención: 90%
personas que conocen la maniobra correcta ante una quemadura/total población intervención: 90%

DURACIÓN
preparación del material: mayo 2017
difusión del material entre todos los participantes: junio 2017
reaparto de tareas: junio 2017
actividades de formación en el equipo (taller práctico): septiembre 2017
plan de comunicación: octubre 2017

trabajo de campo (noviembre 2017): previstas tres intervenciones: una en San Gregorio, una en Parque Goya, una en San Juan.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1308

1. TÍTULO

PROGRAMA ESVAP (PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE SOPORTE VITAL EN ATENCION PRIMARIA A POBLACION GENERAL)

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1366

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL C.S. PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION VITALLER SANCHO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De todo lo que se cita existe memoria detallada.

- Junio 2017: Diseño de dos presentaciones, una sobre el Proyecto y otra sobre los Talleres Formativos
- 28-06-2017: Comunicación de ambas a todo el EAP
- 13-09-2017: Presentación del Proyecto en el Consejo de Salud
- Septiembre 2017: Diseño del díptico para entregar a los pacientes
- Noviembre 2017: Diseño de los cuestionarios para la evaluación final y de un cartel informativo para divulgar los Talleres Formativos
- Diciembre 2017: Realización de los Talleres Formativos en los diferentes barrios: El Zorongo (6 asistentes), Juslibol (18 asistentes), San Juan de Mozarrifar (12 asistentes) Parque Goya (6 asistentes) y San Gregorio (16 asistentes)
- Total asistentes: 58
- La difusión de los Talleres Formativos se realizó en las Consultas de Medicina y de Enfermería, carteles informativos, megafonía, whatsapp y Facebook

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) Resultados de los cuestionarios:
- Total realizados: 58
- Total rellenados de forma correcta: 51
- 2 cuestionarios no válidos
- 5 cuestionarios en los que 1 respuesta no es correcta

Estos resultados están por encima del estándar marcado en la formulación del proyecto (80%).

2) En todos los Talleres se realizó una tertulia posterior donde se pudo comprobar lo siguiente:
- Todos los pacientes afirmaban que había cuestiones expuestas que desconocían.
- La mitad de ellos aseguraban que no relacionaban la diabetes con el cuidado del pie.

3) En base al número de asistentes a los Talleres, se considera que el método de difusión más efectivo es la invitación individual en consultas y la megafonía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1) En el barrio de Parque Goya y Zorongo, el menor número de asistentes puede deberse al alto número de población joven que no se siente identificada con el problema.
2) Algunos asistentes manifiestan problemas de mal apoyo plantar y aseguran visitar a un podólogo, lo que demuestra un interés en su salud.
3) Al finalizar el Taller todos coinciden en que es importante la autoexploración del pie y su higiene diaria y agradecen todo lo aprendido.
4) Como recomendación final, se considera muy importante seguir haciendo la exploración del pie en Atención Primaria, haciendo un refuerzo de todo lo que han aprendido en los Talleres.

7. OBSERVACIONES.
1) Para futuras reuniones con la Comunidad sería necesario mejorar su difusión y adecuar el horario de los Talleres a la población de mayor edad.
2) Interacción con el Equipo: Se presenta al Equipo el resultado de la revisión del Pie Diabético según el Cuadro de Mando en Diabetes, comparándolo con el Sector y con Aragón. Además, se analizan los resultados por CIAS y se explica de qué manera se identifica a los pacientes pendientes de realizar la exploración.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1366 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1366

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL C.S. PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1

Nº de registro: 1366

Título
PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL CS PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1

Autores:
VITALLER SANCHO CONCEPCION, AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL, TIMONEDA TIMONEDA ESTHER, PUYOD ARNAL MARIA JESUS, GUTIERREZ FULLOA ISABEL, GUERRI BALLARIN INMACULADA, PUEYO GOÑI CONCEPCION, ROYAN MORENO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las complicaciones del pie, son las más graves entre todas las de la Diabetes Mellitus.
Suelen producirse a consecuencia de una neuropatía unida a un traumatismo.
En el C S Parque Goya el nº total de diabéticos a fecha 14 de mayo de 2017 es de 1.370 y su prevalencia 8,98%
Un 15% de todos los pacientes diabéticos desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida.
La mortalidad tras una amputación oscila de un 10% a corto plazo, a un 70% a los 5 años.
El pie diabético supone según los diferentes sistemas sanitarios analizados entre un 12-15% de los recursos económicos totales destinados a la diabetes.
Los índices de amputación podrían reducirse con estrategias que incluyeran prevención y formación de pacientes y profesionales

RESULTADOS ESPERADOS
Aprender a reconocer los posibles problemas del pie.
Enseñar técnicas y materiales para el cuidado del pie
Mejorar la motivación y las habilidades del paciente para una autoexploración diaria de sus pies

MÉTODO
Difusión del proyecto en C S Parque Goya (junio 2017)
Difusión del proyecto en el próximo Consejo de Salud
Divulgación del proyecto en las consultas médicas y de enfermería y propuesta de participación a los paciente en los talleres formativos (de junio a septiembre.)
Realización de 4 talleres formativos en los Centros cívicos de Juslibol, San Gregorio y San Juan y en el C.S Parque Goya, en los meses de septiembre y octubre

INDICADORES
Al finalizar el taller se entregará una encuesta para comprobar que se han adquirido los conocimientos básicos necesarios para el cuidado del pie.Se evaluará según test validados de las Sociedades de Endocrinología
Personas que conozcan las posibles complicaciones del pie/ Población asistente: 80%
Personas que conozcan las técnicas y materiales para el cuidado del pie/ Población asistente: 80%
Personas que conozcan la actuación correcta ante un traumatismo o herida en el pie/ población asistente:80%

DURACIÓN
Preparación del material mayo- junio 2017
Difusión del proyecto C.S. Parque Goya junio 2017
Divulgación del proyecto en el próximo Consejo de Salud.
Divulgación del proyecto a los pacientes diabéticos en consultas para su participación en los talleres previstos de junio a septiembre.
Realización de 4 talleres formativos en tres centros cívicos y en el C. S. Parque Goya de septiembre a octubre 2017
Trabajo de campo noviembre 2017
Resultados finales diciembre 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1366

1. TÍTULO

PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA PARA LA POBLACION DIABETICA EN LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO EN EL C.S. PARQUE GOYA SECTOR ZARAGOZA 1

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1227

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CONCHA VITALLER SANCHO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ RAPELA ROSALIA
GRASA CAUDEVILLA MARIA MERCEDES SOFIA
SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL
ARTIGA CASTEL ENCARNA
ASARTA PEÑUELAS DAVID
GUALLAR BAILO CRISTINA
ARBUES MORLANS MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De todo lo que se cita existe memoria detallada.
- Junio 2018: Diseño de dos presentaciones, una para el Equipo del Centro de Salud y la otra para los Talleres Formativos.
- 13-06-2018: Comunicación del Proyecto en el Consejo de Salud.
- 12-09-2018: En el Consejo de Salud surgen 5 grupos para la divulgación y realización de los Talleres Formativos.
- Asociación de Padres de Alumnos de la Residencia CAMP.
- Barrio de San Gregorio
- Barrio de Juslibol
- Barrio de Sanjuan de Mozarrifar
- Urbanización el Zorongo
- 26-09-2018: Presentación del Proyecto en el C.S. de Parque Goya
- Septiembre 2018: Diseño de un díptico sobre nutrición y ejercicio y un tríptico sobre manipulación de alimentos.
- Octubre 2018:Diseño de los cuestionarios para la evaluación final y de un cartel informativo para la divulgación de los Talleres.
- Talleres Formativos:
- 26-10-2018: Residencia CAMP (28 asistentes)
- 6-11-2018: Centro Cívico de Mayores de San Gregorio (18 asistentes)
- 13-11-2018: Centro Cívico Barrio de Juslibol (23 asistentes)
- 20-11-2018: Casa de la Cultura de Sanjuan de Mozarrifar (17 asistentes)
- 29-11-2018: Salón Social Urbanización El Zorongo (11 asistentes)
- Total: 97 asistentes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Total asistentes: 97 personas, total encuestas realizadas 82. La mayoría de los cuestionarios están realizados de forma correcta.
2- En todos los Talleres se realizó una tertulia posterior donde se pudo comprobar lo siguiente:
- Todos los asistentes afirmaban querer mejorar y mantener su salud.
- La mayoría aseguraban conocer los conceptos que se exponían pero agradecían volver a recordarlos y aumentar la motivación para mejorar su salud.
- Algunos reconocían desconocer algunos de los puntos tratados y agradecían su aprendizaje.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1- Dada la experiencia anterior sobre charlas a la Comunidad, adecuamos el horario de las charlas a la población de mayor edad, a primera hora de la tarde.
2- Se realizó una mejor difusión, en comparación con otras charlas anteriores, involucrando a los dirigentes de los grupos antes citados y sumando otros métodos de difusión como la megafonía, carteles y sobre todo la invitación individual en consultas de Medicina y de Enfermería.
3- En general todas las personas veían muy útiles éstas charlas porque aumentaban su motivación para cuidar más su salud.

7. OBSERVACIONES.
Las edades de los asistentes oscilaban entre 50-90 años, no observando entre ellos población de menor edad, con lo que para futuros Proyectos sería necesario involucrar a personas de menor edad e incluso jóvenes, con temas de interés a corto plazo para ellos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1227 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1227

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Nº de registro: 1227

Título
ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADA CON LA NUTRICION, EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Autores:
VITALLER SANCHO CONCHA, ARTIGA CASTEL ENCARNA, SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL, PEREZ RAPELA ROSALIA, GUALLAR BAILO MARIA CRISTINA, GRASA CALDEVILLA SOFIA, ARBUES MORLANS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una constante que se repite en todos los Consejos de Salud del Centro de Salud de Parque Goya, es la demanda de Educación para la Salud a la Comunidad en general.
Un tema que preocupa mucho a la población es la mejora y mantenimiento de su salud relacionada con la nutrición y todos los factores que contribuyen a mejorar el Riesgo Cardiovascular.
Nuestra salud está influida por múltiples factores: sedentarismo, tabaco, estrés, la propia enfermedad; pero de todos ellos hay uno que influye de manera determinante en nuestra salud, como es la alimentación. Cómo nos alimentamos también influye en nuestra salud.
Alimentación y nutrición son dos conceptos muy relacionados pero distintos. Una persona puede estar bien alimentada y a la vez mal nutrida.
En esta actividad educativa pretendemos enseñar a la población a conseguir una alimentación sana y equilibrada, conocer la dieta mediterránea y los alimentos que la componen, fomentar la práctica del ejercicio y mejorar la higiene y manipulación de los alimentos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aprender a reconocer la diferencia entre alimentación y nutrición.
2. Enseñar qué alimentos debe incluir una alimentación variada y equilibrada
3. Mejorar la higiene y manipulación de los alimentos

MÉTODO
1. Difusión del Proyecto en el Consejo de Salud de Junio 2018
2. Difusión del Proyecto en C.S. Parque Goya la primera semana de Septiembre 2018
3. Divulgación del Proyecto en las consultas médicas y de enfermería en septiembre 2018, tanto del Centro de Salud como en los barrios rurales y propuesta de participación a los pacientes en talleres formativos que se espera desarrollar
4. Realización de varios talleres formativos tanto en el Centro de Salud como en algún barrio rural, en los meses de octubre y noviembre

INDICADORES
1. Al finalizar el taller se entregará una encuesta para comprobar que se han adquirido los conocimientos básicos relativos a los objetivos que se proponen.
2. Personas que conozcan qué alimentos debe incluir una alimentación equilibrada/ Población asistente
3. Personas que conozcan la dieta Mediterránea/ Población asistente
4. Personas que conozcan las normas básicas para la manipulación de alimentos/ Población asistente

DURACIÓN
Preparación de material: Junio-julio 2018
Difusión del Proyecto en el Consejo de Salud junio 2018
Difusión del Proyecto C.S. Parque Goya: primera semana de septiembre 2018
Divulgación del Proyecto a los pacientes para participar en los talleres previstos septiembre 2018
Realización de varios talleres formativos en el Centro de Salud y en varios barrios de la zona.
Trabajo de campo octubre – noviembre 2018
Memoria final y resultados del Proyecto diciembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1227

1. TÍTULO

ACTIVIDAD EDUCATIVA DIRIGIDA A LA POBLACION ADULTA PARA MEJORAR Y MANTENER SU SALUD, RELACIONADO CON LA NUTRICION EL EJERCICIO Y LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1297

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO IIINSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA ISABEL AGUAROD SEDILES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PARQUE GOYA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYOD ARNAL MARIA JESUS
ASARTA PEÑUELAS DAVID
ARTIGA CASTEL ENCARNA
BECANA SANJUAN MARINA ELENA
PEREZ RAPELA ROSALIA
MAZA SOLANAS PILAR
VIEJO VIDAL BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una reunion de equipo para dar a conocer el proyecto y varias reuniones para valorar la evolucion del proyecto.
Tambien se ha realizado una sesion formativa para implicar al personal sanitario, y adquirir habilidades en la deteccion de hipoglucemias en el poblacion diana.
Al paciente se le ha formado verbalmente en la consulta sobre como detectar sintomas de Hipoglucemias y como actuar ante ellas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 70% de los pacientes incluidos en este proyecto han adquirido los conocimientos necesarios para detectar una hipoglucemia.
El personal sanitario implementa sistematicamente, en cada visita concertada, reforzar los conocimientos adquiridos en el control metabolico de estos pacientes DM2, en dicho control se trabaja de forma integral al paciente tanto para detectar hipoglucemias asi como manejar la dieta y el ejercicio y la administracion correcta de farmacos,

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario mantener de forma constante un aprendizaje y reforzar las habilidades adquiridas en dicha formacion.
Solicitamos dar continuidad a este proyecto para evaluar a los pacientes incluidos,a largo plazo y poder darles la posibilidad de entrar en el programa de apoyo T-Coach para poder ver y evaluar los resultados conseguidos.
Ha quedado pendiente una encuesta final para evaluacion del aprendizaje adquirido y nos gustaria poderla implementar sistematicamente en la consulta

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1297 ========== ***

Nº de registro: 1297

Título
MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO II INSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
AGUAROD SEDILES ROSA ISABEL, PUYOD ARNAL MARIA JESUS, ASARTA PEÑUELAS DAVID, ARTIGA CASTEL ENACARNA, BECANA SANJUAN MARINA ELENA, PEREZ RAPELA ROSALIA, MAZA SOLANAS PILAR, VIEJO VIDAL BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1297

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y MANEJO DE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO IIINSULINIZADOS EN ATENCION PRIMARIA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento de la esperanza de vida en la población y un estilo de vida más sedentaria ha hecho que la incidencia de Diabetes Mellitus tipo II tratada con insulina vaya en aumento.
La media de edad de los pacientes diabéticos es elevada y en ocasiones su formación limitada lo que contribuye a no reconocer episodios de hipoglucemia que pueden ser objeto de consulta frecuente y provocar situaciones que requieran atención urgente.
Si bien con el paso de los años se han mejorado los diferentes tipos de insulina y por tanto se ha conseguido disminuir la frecuencia de episodios hipoglucémicos, el hecho es que sigue existiendo este riesgo que puede poner en peligro la vida del paciente.
Es importante por tanto reconocer los síntomas de la hipoglucemia por parte del paciente y también por parte de su familia más directa. Con una buena detección se conseguiría reducir la frecuencia de aparición de los episodios urgentes, mejorar el control de la enfermedad y mayor calidad de vida para el paciente y su familia.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer factores que pueden provocar episodios de hipoglucemia
Reconocer precozmente los síntomas de hipoglucemia
Saber actuar ante un episodio de hipoglucemia tanto por parte del paciente como por parte de su familia o cuidadores o convivientes cercanos.
Disminuir incidencia de episodios hipoglucémicos.

MÉTODO
Reunión de equipo para dar a conocer el proyecto y actividades a realizar, mejorando los conocimientos ya obtenidos de la detección y manejo de las hipoglucemias por parte del equipo sanitario.
Tras la selección de pacientes DM tipo II en tratamiento con Insulina, a dichos pacientes se les pasará una encuesta para evaluar sus conocimientos iniciales y se facilitará otra para sus familiares cercanos.
Formación de los pacientes tras conocer sus conocimientos ideales y dar por escrito las situaciones que pueden provocar hipoglucemias y la forma de actuación. Dicha formación se realizará de forma individualizada si el número de pacientes lo permite por parte del equipo de enfermería.

INDICADORES
Valorar la diferencia de los resultados sobre conocimientos de la hipoglucemia de la encuesta inicial frente a la encuesta que se realizará los 6m., que evaluará la mejora tras la implantación de este proyecto.
Evaluar incidencia de episodios hipoglucémicos en diabéticos en tratamiento con insulina en nuestro centro durante el proyecto respecto al año anterior.
Grado de satisfacción de los pacientes participantes y del personal médico que ha participado en el proyecto.

DURACIÓN
Junio 2018: Reunión de equipo y selección de pacientes durante este mes por parte del personal médico y enfermería.
Julio - Septiembre 2018: Realizar encuestas por parte del personal de enfermería.
Septiembre - Noviembre 2018: Formación de los pacientes por parte de enfermería en colaboración con el médico.
Diciembre 2018- Enero 2019: Iniciar reevaluación nuevos conocimientos adquiridos a partir de los 6m de la encuesta de inicio.
Febrero- Marzo 2019: Valorar resultados de mejora del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1363

1. TÍTULO

BLOG: SANTA ISABEL TE CUIDA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA ANDRES ESCOLANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SANTA ISABEL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERGUA PUERTOLAS MARIA JESUS
LATORRE DEL OLMO CONCEPCION
CASTELLANO IRALDE SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto se pensó realizarlo por la dispersión geográfica que se tiene en este centro de salud, se necesitaba una fórmula de contacto que relacionara a la población de los consultorios con el centro. Creemos que el blog va a ser una herramienta de trabajo que va a llegar a toda la zona básica y vamos a poder estar en contacto directo con los usuarios.

Objetivos: 1. Aumentar la autonomía de los usuarios a través de la información.

2. Dar a conocer el centro de salud, trabajadores y actividades.

3. Conocer las necesidades de los usuarios por ellos mismos.

4. Mantener informada a la población en temas de salud y actividades que se ofrecen en el barrio.
5. Interrelacionar los diferentes barrios que integran el centro de salud.

B) Actividades realizadas durante el año:

En el mes de mayo se empezó realizando el diseño del blog y especificando los contenidos entre los miembros del proyecto. Para la puesta en marcha del blog nos ayudamos de tutoriales del youtube, buscamos blog de otros centros de salud ya colgados hace tiempo, se estuvo en contacto con SARES (via mail con Ursula) y se creó una cuenta de correo en internet . Se decidió que los temas que se incluirían en él estarían relacionados con la salud,que no fuera un lugar de quejas de usuarios, para eso hay otros sistemas, queríamos que fuera de información y relación con los usuarios. Se han incluido temas de temporada (en primavera por ejemplo:las picaduras de insectos, en verano se incluyó el tema sol y piscinas) además de ir colgando otros temas atemporales (por ejemplo: el cuidado de los pies en diabéticos). Se crearon varias pestañas para clasificar la información y así fuera fácil de encontrar. Todos los servicios que da el centro tiene pestaña, no solo lo sanitario sino también admisión con sus trámites y las actividades sociales con la trabajadora social. Toda la información publicada se obtiene de páginas de confianza como el gobierno de Aragón, fisterra y ministerio de sanidad...

La población a la que va dirigida es a todos los sexos y todas las edades, porque incluso los que no manejan las redes informáticas, pueden funcionar con la explicación de otro vecino, hijo, nieto etc que si las manejen.

Fijadas todas las pautas de elaboración antes expuestas, y realizado ya el blog y publicado se presentó al resto de miembros del equipo, sería ya el mes de junio. Se explicó el porqué del proyecto y que podía colaborar todo el que quisiera, se admitían sugerencias y criticas constructivas. Posteriormente fue presentado al consejo de salud.

Se colgó cartel en tablón de anuncios y se pidió a los compañeros que lo publicitaran en sus consultas, así como también se dijo al consejo de salud que diera difusión en los distintos grupos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
C) Objetivos y resultados alcanzados :

Para el primer objetivo “aumentar la autonomía de los usuarios a través de la información”, hemos realizado varios apartados en el blog, según distribución del centro de salud. Se ha creado un apartado de enfermería, otro de mujer, de pediatría, de trámites (servicio de admisión), de actividades sociales (trabajadora social)....Creemos que se ha conseguido tímidamente ya que las visitas de las páginas empezaron siendo escasas, una media de 4– 6 visitas/mes por entrada del blog, hasta aumentar a 10-15 visitas /mes.

Para el segundo objetivo “dar a conocer el centro de salud, trabajadores y actividades”, se creó una página de “Quienes somos” y en la página principal se van colgando información de interés, aquí hubo un poco de controversia porque hay compañeros que no quieren aparecer en el blog físicamente, es decir con foto o vídeo. La consecución del objetivo ha sido tímida por el mismo motivo que el anterior objetivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1363

1. TÍTULO

BLOG: SANTA ISABEL TE CUIDA

En el tercer objetivo " conocer las necesidades de los usuarios por ellos mismos", se creó un apartado de comparte tus ideas, pero sólo hemos recibido una. Sobre este objetivo es donde más tenemos que trabajar, porque es el que no hemos conseguido que los usuarios plasmen sus necesidades o ideas.

El cuarto objetivo "mantener informada a la población en temas de salud y actividades que se ofrecen en el barrio", vamos colgando entradas de distintos temas según se va sintiendo las necesidades en consulta o la temporada en la que estamos, en verano se colgaron entradas de cuidados en la piscina, tatuaje con Henna... y debido al elevado número de obesos y diabéticos se han colgado pautas de alimentación o cuidado del pie diabético. En pediatría se han dado consejos de primeros auxilios. Se han expuesto charlas o actividades realizadas en el centro cívico. Aquí el éxito de la publicación o las pocos visitas obtenidas si que depende del usuario y nos da pistas de que camino seguir.

En cuanto al último objetivo " mantener informada a los diferentes barrios que integran el centro de salud", se van colgando informaciones que nos llegan,por ejemplo se abrió una entrada de los cursos que ofertaba Cruz Roja, este es un ejemplo de lo que queríamos conseguir, debido a que la trabajadora social está en el centro de salud, mucha información se quedaba colgada en el tablón de anuncios y no llegaba a los consultorios, de esta manera hemos conseguido que lo tengan de primera mano, así aunque las visitas no han sido las que esperábamos han ido aumentando progresivamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
D) Lecciones aprendidas:

La verdad es que ha costado que despegara el blog, va teniendo aceptación, quizás menos de lo que nosotros esperábamos. Es cierto que el buzón de sugerencias lo han usado poco y la encuesta no la han rellenado el suficiente número de usuarios para ser valorada.

Los objetivos que nos marcábamos no han llegado a las expectativas que nos habíamos creado, no hemos podido así conocer necesidades de los usuarios, expresadas por ellos mismos en el buzón de sugerencias, pero nos han dado mucha información con las visitas a las entradas, ya que sabemos que interesa más. Los objetivos se van alcanzando tímidamente, la información esta llegando, es poco tiempo quizás para valorar su impacto, no llevamos ni un año activos .

Analizando todo lo visto hemos llegado a la conclusión que necesitamos difundir más el blog colgar carteles fuera del centro de salud, como en el centro cívico, tenemos que ir a informantes claves (representantes de las APAS, presidentes de asociaciones del barrio) y animar a los nuevos compañeros que han venido a que participen y difundan este blog.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1363 ========== ***

Nº de registro: 1363

Título
BLOG:SANTA ISABEL TE CUIDA

Autores:
ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA, LATORRE DEL OLMO CONCEPCION, CASTELLANO IRALDE SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA ISABEL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1363

1. TÍTULO

BLOG: SANTA ISABEL TE CUIDA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Debido a la dispersión geográfica de la población del centro de salud, se vió que se necesitaba una fórmula de contacto que relacionara a la población de los consultorios con el centro.Creemos que el blog va a ser una herremienta de trabajo que va a llegar a toda la zona básica y vamos a poder estar en contacto directo con los usuarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la autonomía de los usuarios a través de la información.
Dar a conocer el centro de salud, trabajadores y actividades.
Conocer las necesidades de los usuarios por ellos mismos.
Mantener informada a la población en temas de salud y de las distintas actividades que ofrecen en el barrio.
Interrelacionar los diferentes bariios que integra el centro de salud.

MÉTODO
Creación de un blog donde todos los profesionales puedan aportar sus recomendaciones en materia de salud. Donde también los usuarios van a poder realizar sugerencias de posibles temas que les inquieta en materia sanitaria.

INDICADORES
Número de visitas.
Número de sugerencias recibidas, nos va a mostrar la participación de la comunidad.
Satisfacción de los usuarios a través de una encuesta.

DURACIÓN
Duración un año y asi evaluar su utilidad y continuidad.
Implantar ya en junio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1106

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA ANDRES ESCOLANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SANTA ISABEL
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ PINA JOSE MARIA
GUTIERREZ LABORDA MARTA
BUÑUEL ALVAREZ JOSE CRISTOBAL
TIRADO AZNAR MARTA
LATORRE DEL OLMO CONCEPCION
CANALES COLAS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Comenzamos este proyecto con una evalución de la situación actual del servicio de urgencias del Centro de Salud de Santa Isabel. Esta valoración incluía material instrumental, fármacos (control de caducidades de los mismos), personal, responsables....
A partir de aquí se planteó la formación de un grupo de trabajo (comisión)que definiera unos objetivos de mejora del servicio y una metodología para llegar a ellos.
Se elabora un cronograma de sesiones a la que deberían acudir los componentes de la comisión, esta comisión esta formada por personal médico, enfermeria, de pediatría y auxiliar de enfermería.

1ª REUNION : Es la de formación del grupo. Se desarrolla el 12 de Junio y en ella se plantea la cadencia de 2-3 sesiones mensuales, cuyo horario será de 13:30 a 15:00.

2ª REUNION: Se celebra el 19 de Junio. Primera valoración del servicio y en ella se observan:
*Deficiencias estructurales : de muy difícil solución, el espacio es pequeño y hay una total falta de ventilación.
*Deficiencias instrumentales: material obsoleto y en algunos casos falta de mantenimiento.Hay que pensar que los protocolos de actuación en urgencias van cambiando a lo largo de los años, y cuando abrieron este centro no exisitían ciertas necesidades en material, que ahora se han vuelto indispensables. Nuestro centro es un punto de atención continuada de Zaragoza, y es importante contar con material actualizado porque hay más posibilidades de situaciones de urgencia.
*Fármacos: la mayor deficiencia es la falta de ubicación, no definida y que falta algún fármaco preciso. Se definen aquellos que se consideran de emergencia y tienen que tener un acceso inmediato. Se elabora una lista de los fármacos que deben estar o no en la sala de urgencias.

3ª REUNION: Celebrada el 26 de Junio. Se inicia adaptación del cuarto de urgencias. Determinación del carro de curas para urgencias pediátricas. Al no contar con carro de paradas, se utilizan carros de curas para ello, uno para adultos y otro pediátrico. Se retira todo material o medicación que no figura en el Protocolo del Salud (Revisión y mantenimiento sistematizado del carro de paradas y maletín de urgencias del Centro de Salud del Sector I)

4ª REUNION: Se fija para el 4 de Julio.
Se localizan dos maletines, los que están en mejor estado, que se puedan adaptar al protocolo. Se deshechan otros por su mal estado o su poca funcionalidad.
Se coloca material preciso en ellos, elaborando un listado de su composición, fijando stock y dejando ese listado en el maletín.
En esta reunión se plantean dos nuevos problemas:
1. La poca operatividad del verano debido a las vacaciones y la carencia de personal.
2. Concurso de traslados, con el consiguiente cambio de personal que forma parte de esta comisión.

5ª REUNION: 19 de Septiembre
Se plantea la posibilidad de integrar algún nuevo miembro en la comisión que ha llegado nuevo al equipo con el concurso de traslados.
En próximas fechas se cambiarán etiquetado de fármacos y se colocará nuevos receptáculos para ello.
Se plantea ya un sistema de rueda para revisión del cuarto de urgencias, incluyendo a los miembros del equipo, aunque no formen parte de la comisión.

6ª REUNION: 25 de Octubre
Se ratifica la nueva comisión y se les pide sugerencias a los nuevos integrantes.
Se acuerda solicitar al SALUD el material que se ha considerado preciso por parte de la comisión.

7ª REUNION: 20 de Noviembre
Se plantea realizar talleres de reciclaje en urgencias a todos los compañeros del centro y periféricos.

En otro sentido de actividades, varios miembros de la comisión hemos acudido a los talleres impartidos por el SALUD de atención en urgencias extrahospitalarias, impartido por miembros del 061.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1106

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
+Concienciar al equipo de la necesidad y la importancia de un cuarto de urgencias actualizado y cuidado.
+Disponibilidad del equipo para el reciclaje en situaciones de urgencia.
+Poder usar un material adecuado a nuestras necesidades (esperamos cumplan con nuestras peticiones).
+Actualizar protocolos de urgencias y familiarizarnos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En situaciones de urgencias es primordial actualizarse y ensayar situaciones para saber como actuar. Planificar las intervenciones si se dieran esas situaciones. Da igual los años que llevemos en la profesión, la urgencia es una situación estresante e imprevisible, y lo tiene que enteder todo el equipo.El fallo de uno es el de todos, sino vamos en coordinación.Para ésta comisión es imprescindible la cooperación del equipo, y estamos satisfechos porque ha sido posible. Queremos y debemos, no perder el impulso que hemos tomado para seguir con el reciclaje, pidiendo ayuada a aquellos compañeros más familiarizados con la urgencia, como los del 061, u otros que se crea necesario cuando surgen dudas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1106 ========== ***

Nº de registro: 1106

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

Autores:
ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA, BOREA BENEDICTO MARIA SOLEDAD, HERNANDEZ PINA JOSE MARIA, BUÑUEL ALVAREZ JOSE CRISTOBAL, SUPERVIA GARCIA RAFAEL, GOMEZ BLASCO BLAS, LATORRE DEL OLMO CONCHA, CANALES COLAS ANTONIO J

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA ISABEL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCION EN URGENCIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
-DETECTADOS FALLOS SIN CONSECUENCIA ASISTENCIAL PERO SIGNIFICATIVOS EN MATERIAL Y EQUIPACION DEL SERVICIO
-COMO CONSECUENCIA DE CONCURSO DE TRASLADOS RECIENTE Y SITUACION DE JUBILACIONES, SE HAN PRODUCIDO RELEVOS NUMEROSOS DE PERSONAL.
-LA ATENCION EN URGENCIA ES UN PUNTO CLAVE ASISTENCIAL EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE A.P.
CONSECUENTEMENTE ES IMPORTANTE QUE ESTA SE PUEDA PRESTAR CON TODOS LOS MEDIOS Y SEGURIDAD

RESULTADOS ESPERADOS
-ADECUACION DEL ESPACIO DE ASISTENCIA EN URGENCIA TANTO EN MATERIAL COMO EN CONOCIMIENTO DEL MISMO POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO.
.ERRADICAR LOS ERRORES QUE SE PUEDAN PRODUCIR POR MAL CONTROL DE FARMACOS
-AUTOFORMACION INTERNA DEL CENTRO EN ESTE SERVICIO Y SOLICITUD DE APOYO FORMATIVO EXTERNO

MÉTODO
- 1º REVISION Y EVALUACION DE LOS PUNTOS DEBILES DEL SERVICIO
- 2º IMPLEMENTAR UN CALENDARIO DE REUNIONES PARA ABORDARLOS.
- 3º SOLICITUD DE APOYO DE FARMACIA DE A.P. DEL SECTOR
- 4º DESCRIPCION E INFORMACION FINAL AL PERSONAL SANITARIO DEL CENTRO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

INDICADORES
-PENDIENTES DE MARCAR LOS INDICADORES DE LOGROS, DE ACTIVIDAD, DE IMPACTO, DE PROCESOS Y DE RECURSOS.

-LA EVALUACION TENDRA COMO FIN MEDIR LA CONSECUCION FINAL DE LA MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1106

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SANTA ISABEL

URGENCIAS DEL CENTRO.

DURACIÓN
-LA IDEA ES DESARROLLAR EL PROYECTO ENTRE LOS MESES DE JUNIO Y DICIEMBRE DE ESTE AÑO 2018
-PENDIENTE EL CRONOGRAMA DE REUNIONES, SE PODRA ADJUNTAR EN CORTO PLAZO DE TIEMPO

OBSERVACIONES
- EL GRUPO DE TRABAJO POR TRANVERSALIDAD DEL PROYECTO INVOLUCRA A PERSONAL DE ENFERMERIA, AUX.ENFERMERIA, MEDICINA,MEDICINA DE URGENCIA Y PEDIATRIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0006

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EQUIPO EN VIDEOBLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE IBAÑEZ ALGORA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS VILLAMAYOR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELVIRO BODOY TIRSO
FIGUERAS ARA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2017 se ha realizado la actualización de información fija insertada en el mismo: equipo, servicios, teléfonos, encuesta de satisfacción, etc., se actualizó el vídeo de presentación del equipo en febrero y se ha mantenido la actividad del blog hasta la fecha.
En colaboración con otros sectores, se ha clonado y personalizado para el centro de salud Casetas. De esta forma se ha utilizado la información institucional y sanitaria acumulada hasta la fecha en el blog Centro de Salud Villamayor, reduciendo enormemente el trabajo de arranque de este nuevo servicio para los pacientes de Casetas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Páginas vistas (historial completo): 74.581
Entradas: 328
Quedan registradas las visitas realizadas a cada entrada y página que no incluimos debido a su extensión.
También contamos con estadísticas relativas al país de origen de la consulta, sitio, palabras clave de búsqueda, por navegadores, sistema operativo.
Se han recibido varias respuestas a la encuesta, que debe seguir fomentándose para mejorar el servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La principal recomendación para la mejora es la implicación del equipo con la información que se publica; fomentar entre los usuarios y pacientes su colaboración para ampliar temas que les resulten útiles y de este modo puedan ser más autónomos y autosuficientes.
El proyecto requiere la actualización continua debido a los continuos cambios y su facilidad para difundir la información.
Para niños y jóvenes además debe ser una ayuda para localizar la información que precisan en un sitio seguro y de confianza.

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto tiene caracter continuo

*** ========== Resumen del proyecto 2016/6 ========== ***

Nº de registro: 0006

Título
ACTUALIZACION EQUIPO EN VIDEO BLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR 2016

Autores:
IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE, LATORRE ARNEDO LUIS JUAN, LLANOS CASADO MARGARITA, PASCUAL PELEGRINA LAURA, NAVARRO MAS VICTORIA, FIGUERAS ARA CARMEN, QUILES PAESA LUZ, ELVIRO BODOY TIRSO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: El contenido del blog se dirige a todo tipo de pacientes, usuarios y patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....: Transparencia

PROBLEMA
Tras la publicación de nuestro blog sanitario "Centro de Salud Villamayor", y la continua actualización de noticias y publicaciones dirigidas a la población en general y a los usuarios y pacientes de nuestra zona

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0006

1. TÍTULO

ACTUALIZACION EQUIPO EN VIDEOBLOG CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

básica de salud en particular, se ha producido un incremento progresivo de visitas a nuestras páginas, que a día de hoy ascienden a 42.087.
Los cambios producidos en el personal tras las incorporaciones procedentes de traslados, a los puestos de matrona, medicina general y atención continuada, hacen necesaria la actualización del equipo en la carta de servicios del blog, cosa que ya se ha realizado gracias a su actualización diaria, si bien también es necesario en el contenido del vídeo de presentación, que es la imagen inicial de nuestro blog sanitario y que hasta la fecha tiene 423 visitas.
Por ello, se hace necesaria la actualización del vídeo de presentación en cuanto a recursos humanos y servicios.

RESULTADOS ESPERADOS
Dar una imagen abierta, transparente y de servicio, comprometidos con la mejora continua y la satisfacción de nuestros pacientes y usuarios. Motivación y unión del equipo para la consecución de objetivos.
Continuar fomentando la mejora, cercanía y accesibilidad de los servicios asistenciales, favoreciendo la autonomía de nuestros pacientes/usuarios y la responsabilidad y concienciación de todos sobre nuestros servicios sanitarios.

MÉTODO
Los miembros del equipo de mejora valorarán los mensajes clave a introducir en la videopresentación y autorizan como nuevos miembros del equipo de atención primaria Villamayor, el uso de su imagen para promoción y presentación del centro. Será necesaria una sesión fotográfica y la selección y montaje del vídeo correspondiente. El equipo se reunirá a partir de septiembre para consensuar contenidos y repartir dichas tareas entre sus miembros. Se cuenta con la colaboración del resto del equipo para dar una imagen completa de todos los recursos humanos.

INDICADORES
Aumento del total de páginas visitadas por fechas, control de visitas individualizadas por página y vídeo. El blog centro de salud Villamayor cuenta con la posibilidad de consultas estadísticas por fecha, página, entradas, fuentes de tráfico y público, navegadores e incluso países.

DURACIÓN
Inicio septiembre 2016, finalización diciembre 2016
Reunión equipo de mejora finales de septiembre 2016. Elaboración de contenidos
Fotografía: octubre 2016
Montaje: noviembre 2016
Revisión e inclusión en blog: diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0051

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS2016-2017

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... TIRSO ELVIRO BODOY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLAMAYOR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOMBA GARCIA BELEN
OLAGUE VIDAL ANTONIO
ASENSIO CASORRAN INMACULADA
IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE
LLANOS CASADO MARGARITA
QUILES PAESA LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cronograma de implantación
- 2 reuniones anuales un corte a los 6 meses
- Control de los indicadores del material de urgencias, unificarlo y simplificarlo con una hoja diara y semanal de revisión para minimizar LAS INCIDENCIAS..

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se minimizaron las incidencias y solo habido en los 6 mes de implantacion 8 INCIDENCIAS en cuanto afectacion de indicadores.
- Que afectaron a indicador de caducidades 2 (standard 10)
- 6 ausencias de fármacos(tiaprizal se había retirado del botiquin de forma transitoria (standard10)

Fuente obtención hojas revisión diarias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay satisfaccion general del equipo en cuanto la mejora del orden y de la seguridad de encontrar las cosas en su sitio y en el momento adecuado.

El personal se ha dado cuenta que la revisión continua es útil y que no cuesta mucho trabajo si hay apoyo entre nosotros.Hojas satisfacción sesiones y reuniones.

Queda pendiente reunion de control hojas de revision y un plan de enseñanza para los profesionales que vienen para sustituciones o pocos días.

7. OBSERVACIONES.

La idea que tenemos es seguir con el plan de forma continua, aportando 1 novedad cada año.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/51 ========== ***

Nº de registro: 0051

Título
MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS

Autores:
FIGUERAS ARA CARMEN, ELVIRO BODOY TIRSO, LOMBA GARCIA BELEN, OLAGUE VIDAL ANTONIO, ASENSIO CASORRAN INMACULADA, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE, LLANOS CASADO MARGARITA, QUILES PAESA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0051

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA DEL PLAN DE CALIDAD DE URGENCIAS2016-2017

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecto con la escucha activa.y comunicación de incidencias al grupo de mejora.

I)Favorecer la calidad de la atención urgente.

II)-Mejorar el control y la seguridad de los medicamentos.
-Evitar la variabilidad del material de urgencias, UNIFICARLO Y SIMPLIFICARLO, de los maletines y condiciones climatológicas de urgencias.
-Garantizar la continuidad de la atencion. Minimizar LAS INCIDENCIAS.
2)Mejorar la efectividad y efciciencia de las Urgencias y maletines de urgencias del eap y consultorios, via aerea y via venosa.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir las incidencias, ausencias y caducidades del material asi como la formación del personal en urgencias.

MÉTODO
-Motivación recordatoria whats app POSITIVO. responsables todos los mienbros del grupo de mejora.

-Hoja de registro común todos los mienbros del eap.

-Docencia especifica, sesiones patología prevalente urgente.

INDICADORES
-Numero de sesiones patología prevalente en urgencias.
-Control mensual hojas de registro.
-Numero caducidades.hojas de monitorizacion excel.
-Numero incidencias hojas de monitorizacion excel.

DURACIÓN
Un año agosto 2016 - agosto 2017 despues proceso de mejora continua.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1447

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION YCONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN,MATERIAL DE URGENCIAS,Y DEPROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA(MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN FIGUERAS ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLAMAYOR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO MAS VICTORIA
LLANOS CASADO MARGARITA
ONRUBIA HERRANZ RICARDO
LACAMBRA DEITO PILAR
GONZALEZ GRACIA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras detectar como una oportunidad de mejora la necesidad de implicar al equipo en la limpieza y esterilización del material, se introdujo esta actividad dentro del registro del mantenimiento de la sala de urgencias en marzo de 2017. El equipo de mejora realizó un procedimiento que fue presentado al resto equipo en una reunion de equipo en marzo de 2017.
Durante el año se ha realizado un taller para explicar el funcionamiento del esterilizador y otra para presentar los registros del control biológico en noviembre de 2017.
En diciembre de 2017 se ha rrealizado una evaluación de los resultados que actualmente está pendiente de ser presentada al equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al realizar le evaluación del proyecto a finales de diciembre,tras nueve meses de la implantantación, se ha observado un descenso importante en las incidencias por material sucio en la sala de urgencias siendo de 13 de casi 300 registros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aún cuando ha supuesto una importante mejora para la organización del equipo, la actividad debería reforzarse de forma periódica para continuar disminuyendo el número de incidencias detectadas.
Se deberia implicar en el mantenimiento a todos los profesionales que utilizan el material aún cuando se trate de trabajadores no habituales del Centro de salud
El material está habitualmente limpio, no se ha detectado falta de material y se han reducido las quejas por encontrar material sucio y sin esterilizar. La utilizacion de los controles biologicos nos garantiza el uso de material en las condiciones optimas
Todo esto ha supuesto una mejoría en la atención a los pacientes y en las relaciones entre los profesionales, al disminuir enfrentamientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1447 ========== ***

Nº de registro: 1447

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN,MATERIAL DE URGENCIAS,Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA (MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS)

Autores:
FIGUERAS ARA CARMEN, ELVIRO BODOY TIRSO, LLANOS CASADO MARGARITA, ASENSIO CASORRAN INMACULADA, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE, LATORRE ARNEDO LUIS JUAN, NAVARRO MAS VICTORIA, QUILES PAESA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1447

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION YCONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN,MATERIAL DE URGENCIAS,Y DEPROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA(MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS

Otro tipo Objetivos: Unidad del equipo

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, son importantes aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:

- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

Análisis de todos los apartados del ciclo de mejora continua.

DURACIÓN
Enfoque general: Gestión por procesos
Poblacion diana: Todas
Sexo: Ambos
Valoración:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (>satisfacción). 4 mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1447

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION YCONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN,MATERIAL DE URGENCIAS,Y DEPROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UA(MEJORA CONTINUA DE URGENCIAS

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0031

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA NAVARRO MAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLAMAYOR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FIGUERAS ARA MARIA CARMEN
LLANOS CASADO MARGARITA
LACAMBRA DEITO MARIA PILAR
ELVIRO BODOY TIRSO
ONRUBIA HERRANZ RICARDO
IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE
BUENACASA LAFUENTE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los objetivos iniciales del proyecto se resumían en crear un registro ordenado de libros y material virtual del Centro de Salud de Villamayor, creando una carpeta con nombre BIBLIOTECA VIRTUAL VILLAMAYOR en la unidad de red de Villamayor (U) que fuera accesible desde todos los ordenadores de la Zona de Salud, así como clasificar los contenidos de la biblioteca.
Además de estos objetivos iniciales, se planteó en una primera reunión (primer semestre de 2018), nuevos objetivos y utilidades así como las características que definían nuestra biblioteca:
- Compartir de forma eficiente el acceso a la información científica, técnica y administrativa relacionada con la asistencia sanitaria.
- Promover la colaboración entre los miembros del equipo y otros departamentos para compartir conocimiento y recursos.
- Facilitar la distribución de comunicaciones generales y la actualización de protocolos de actuación.
- Comunicar y hacer circular la información relevante.
- Impulsar sinergias destinadas a mejorar la calidad de nuestro servicio.
- Manejar de forma autónoma el material disponible.
- Reducir papel y ser más ecológicos.
- Utilizar documentos modelo comunes de información al paciente/usuario.
- Mantener un único archivo de plantillas y modelos oficiales actualizado.

FASES DEL PROYECTO
- En primer lugar se creó, en la unidad U de la red del Centro de Salud una carpeta con el nombre: BIBLIOTECA VIRTUAL VILLAMAYOR y se aprovechó para reorganizar la carpeta raiz U que contenía diversos archivos del centro acumulados durante varios años y desorganizados.
- No todos los miembros del equipo tenían acceso a la unidad U por lo que se procedió, con la ayuda de Informática de sector1 a autorizar e incluir a todos los que formamos parte del C.S Villamayor
- Tras una primera reunión presencial, se creó un grupo de whatsapp para comunicarnos de la forma más rápida y eficiente posible. Es importante que los componentes del equipo tenemos diferentes horarios de trabajo y no siempre es posible coincidir. De esta forma se han aportado ideas, opiniones y documentos de forma rápida y sencilla. Ya no ha sido necesaria una segunda reunión presencial puesto que la comunicación "virtual" ha facilitado la puesta en común de los datos de forma continua.
- Se trasladó al resto del Equipo la posibilidad de acceder y aportar documentación, así como la forma de acceder a la Biblioteca Virtual de Villamayor.
- Se determinó ir incorporando archivos y documentos, que como condiciones básicas debían cumplir: estar actualizados y tener interés para el desarrollo de nuestro trabajo diario, tanto médico, enfermería como administrativo, para posteriormente ser clasificados y archivados por materias. En un primer momento el sistema de CLASIFICACIÓN fué crear carpetas y subcarpetas organizando los archivos por materias y especialidades.
- Una vez clasificados se optó por crear una segunda forma de organización de archivos, un archivo Excel, de forma que se pudiera ver algunos de esos archivos incorporados y, de cada uno de ellos, crear un enlace para, con un "click" tener acceso directo a ellos. De esta forma hemos podido además incluir enlaces web sin necesidad de sobrecargar la memoria de nuestra unidad (uno de los principales problemas que teníamos) y el acceso a los contenidos es mucho más visual, intuitivo y rápido. Esto ha supuesto una mejora y ampliación de los objetivos iniciales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha creado una carpeta virtual en la unidad U de Villamayor y se ha facilitado el acceso a todos los miembros del equipo. Para ello hemos precisado la ayuda de informática del Sector (Enrique) que ha ido autorizando el acceso a los usuarios. Actualmente todos los usuarios tiene nivel de acceso y modificación de archivos.
- Tras crear la Unidad compartida se fueron introduciendo por todos los miembros, progresivamente los archivos clasificados por materias y especialidades. De esta forma hay material específico de Medicina,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0031

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

Enfermeria y también administrativo que puede ser útil tanto para las consultas diarias como para las tareas administrativas del centro. Las materias se han clasificado en 8 carpetas principales: (archivos del correo de Villamayor, Biblioteca Médica, con 27 subcarpetas por especialidades y materias, Extracciones y pruebas de laboratorio, Legislación, Manuales de uso del OMI, Permisos, Plantillas, Solicitudes e instancias. En el archivo Excel se han incorporado alrededor de 60 enlaces a manuales, protocolos, páginas de apoyo a la asistencia y enlaces web útiles de ayuda al profesional, tanto sanitario como administrativo.
- Se aprovechó la creación de la Biblioteca para organizar la Unidad U, que en un primer momento presentaba numerosas carpetas sin ordenar ni clasificar. Ha supuesto una mejora en cuanto al orden de los archivos del Centro.
- Se ha modificado y actualizado un único archivo de plantillas y modelos oficiales, que con el tiempo se irá completando.
- Hemos creado una biblioteca de acceso sencillo, rápido y cómodo, útil para todo el servicio.

- MÉTODO DE OBTENCIÓN de documentos: aportados por los miembros del Equipo de Primaria de villamayor, MAC, EAC así como miembros que colaboran de otros departamentos del Sector 1 (administrativos, MAC/EAC eventuales), matrona.
Las FUENTES han sido obtenidas a través de páginas web médicas e institucionales en las que se pueden descargar los diferentes archivos, manuales, documentos, plantillas y recursos médicos propios del Servicio Aragonés de Salud. Se han copiado además algunos de esos enlaces para poder acceder directamente a ellos a traves del Excel que creamos en una segunda fase.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lecciones aprendidas: Era fundamental implantar un método de clasificación para que la información sea fácil de localizar, ya que el volumen que puede generarse dificulta la unidad de criterios de búsqueda. Antes de la incorporación de la información, es necesario unificar estos criterios y compartir la información para poner en común y determinar la más útil entre las existentes. Se aprende también a depender menos los unos de los otros y a ser más autónomos ante una necesidad. Colaborando personal administrativo y sanitario fomentamos la unidad del equipo, somos más útiles, generamos buen ambiente y aportamos creatividad a nuestras rutinas.
Recomendaciones: importancia de la revisión periódica y de la implicación del equipo para generar sinergias que mejoren la calidad del servicio. Ver en los cambios oportunidades de mejora y no un trabajo extra. Fomentar el trabajo colaborativo y emprendedor buscando resultados útiles para todos, que hagan más cómodo y menos rutinario el trabajo. Reconocer la labor de quienes se implican como ejemplo a seguir en el equipo. Celebrar cada pequeño logro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/31 ========== ***

Nº de registro: 0031

Título
CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR

Autores:
NAVARRO MAS MARIA VICTORIA, FIGUERAS ARA MARIA CARMEN, LLANOS CASADO MARGARITA, LACAMBRA DEITO MARIA PILAR, ELVIRO BODOY TIRSO, GONZALEZ GRACIA LUISA, BUENACASA LAFUENTE CARMEN, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLAMAYOR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas las patologías
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: formacion/archivo-clasificación-ordenacion de documentos y archivos
---
Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La formación continuada del profesional es fundamental para un correcto desarrollo de nuestra profesión. Para ello recurrimos a la realización de cursos, sesiones clínicas del centro y por supuesto al estudio, reciclaje y lectura personal continua para estar al día. Los cambios tecnológicos de los últimos años suponen una oportunidad para ello y permiten que podamos consultar directamente en nuestro ordenador, tablet o incluso en el móvil en cualquier momento. En el desarrollo de la consulta diaria también podemos acceder gracias a la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0031

1. TÍTULO

CREACION DE BIBLIOTECA VIRTUAL EN EL CENTRO DE SALUD VILLAMAYOR

generalización de internet en las consultas de Atención Primaria. Para aprovechar al máximo todos los recursos de los que disponemos hemos de tener el material ordenado, clasificado y guardado, de la misma forma que estaría en una biblioteca física.

RESULTADOS ESPERADOS
o Crear un registro ordenado de libros y material virtual del Centro de Salud de Villamayor
o Creación de una carpeta con nombre BIBLIOTECA VIRTUAL VILLAMAYOR en la unidad de red de Villamayor (U) accesible desde todos los ordenadores de la Zona de Salud.
o Asegurar que todos los miembros del equipo tenemos acceso a ella. Si algún miembro no lo tuviera, solicitarlo al personal de Informática del sector. Asegurar también que los miembros podemos incluir archivos.
o Creación de varias subcarpetas para clasificar los contenidos de la biblioteca según los criterios que establezcamos más pertinentes.

MÉTODO
o Realizar una primera sesión presencial para analizar las clasificaciones más adecuadas para organizar por materias (especialidades) y por tipos (libros, guías de práctica clínica, archivo fotográfico, sesiones clínicas, protocolos) o por criterios de utilidad para medicina o enfermería los archivos de la biblioteca que vamos a crear.
o Establecer los requisitos que debe cumplir dicho material para ser incluido o no en la biblioteca, con el fin de que sean recursos realmente útiles, fiables y con evidencia científica demostrada.
o Aportación por parte de los miembros del equipo de libros en formato electrónico, pdf, presentaciones, fotografías, recursos web y material susceptible de ser incluido en la biblioteca. A partir de su creación, la ampliación de la biblioteca la realizaremos de forma continua. Habrá una o varias personas responsables del control y mejora de la misma.
- Realizar una segunda sesión para valorar la puesta en marcha del proyecto y añadir mejoras a realizar.

INDICADORES
? Puesta en común y encuesta a los miembros del equipo sobre la utilidad y empleo de los recursos de la biblioteca
? Registro nominal y numérico de los archivos añadidos a la biblioteca de forma anual
? Indice de los contenidos de la biblioteca para facilitar su localización
? Registro con sugerencias de material/archivos a incluir
? Reuniones periódicas del grupo de mejora

DURACIÓN
o Primera reunión en primer trimestre de 2018 para definir criterios, distribuir tareas y crear la biblioteca.
o Solucionar problemas informáticos en cuanto a problemas de acceso a la unidad de red U de Villamayor por parte de todos los miembros del equipo.
o Segunda reunión antes de junio de 2018 para valorar puesta en marcha, inclusión de archivos y establecer mejoras
o A final de 2018 deberá estar establecida y funcional la Biblioteca Virtual del Centro de Salud de Villamayor.

OBSERVACIONES
: Se trata de un proyecto abierto, susceptible de, una vez creado y puesto en marcha ampliar con nuevas inclusiones a parte de material de biblioteca, como pueden ser turnos de trabajo, organización del centro o cualquier cuestión que ayude al acceso de todos a la información para mejorar el funcionamiento del equipo

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1614

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION MARCEN GIMENEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZNAR ALEGRE ALICIA
GUILLEN LABORDA ARANZAZU
OCA AGUSTIN JESUS
ALIJARDE MAÑEZ ANA
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• JULIO 2017: Se estableció un grupo de trabajo integrado por los componentes del equipo de Admisión y la coordinadora del EAP Picarral.
• OCTUBRE 2017: utilizando la técnica de la tormenta de ideas, durante 15 días, se recogieron ideas sobre la gestión de los avisos, como un espacio abierto en el que se expusieron: problemas encontrados, incidencias acaecidas, sugerencias de mejora... Las aportaciones eran anónimas y no tenían un número limitado. Aunque se acordó que cada uno de los miembros del proyecto de mejora hiciera al menos 3 aportaciones.
• PRIMERA SEMANA DE NOVIEMBRE 2017, se plasmaron en papel los diferentes planning y horarios para avisos vigentes en el momento actual que tienen enfermería medicina y pediatría. Tanto avisos a domicilio " normales" como urgentes y hasta las 17,00 de la tarde.
• PRIMERA SEMANA DE NOVIEMBRE 2017: Se reunió el equipo de mejora para recoger todas las ideas.
• SEGUNDA QUINCENA DE NOVIEMBRE 2017 se organizó la clasificación de las ideas recogidas en varios grupos y extracción de los puntos frágiles del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES MEDIDOS
-Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto: 6
- Número de asistentes sanitarios y no sanitarios a la sesión clínica de exposición del nuevo organigrama: Pendiente de realizar .
- Número de incidencias o reclamaciones por cualquier motivo relacionado con los avisos domiciliarios.Durante 2017: 1

*Anexo: RESULTADOS DE LA TORMENTA DE IDEAS
Se recogieron 23 aportaciones,
Una vez revisados se pudieron agrupar en los siguientes bloques:
• los que se refieren a la recogida del aviso, ahí varias aportaciones inciden en los problemas de la linea telefónica(y la reclamación recogida va en consonancia con esto). La dificultad de retener las llamadas por una traba técnica, con lo que se dificultad la priorización de los avisos sobre otras llamadas. la diferentes tramos horarios de avisos de medicina y enfermerá, sobre todo para los avisos urgentes que retrasa la correcta trasmisión del aviso a los profesionales que lo tienen que realizar.
• La necesidad de simplificar el organigrama sobre todo lo referente al horario en enfermería que es muy complicado .
• La dificultad en ocasiones de localizar al profesional encargado de hacer al aviso por estar ilocalizable. Más en las primeras horas del día.
• La dificultad de valorar qué aviso debe ser dado como urgente y la necesidad de que un profesional sanitario lo valore.
• La situación en la que el profesional que debe ir a un aviso urgente, todavía no ha terminado la consulta y cómo gestionar esta situación.
• La conveniencia de un administrativo responsable de cada aviso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• La mejoría de los medios técnicos en cuanto a la recepción de llamadas y que no se pierda ninguna, aunque está fuera de nuestro alcance, no parece difícil de conseguir. Aquí se sugirió la posibilidad de disponer de un teléfono móvil para el centro.
•
- Al poner en claro los plannings existentes y las aportaciones de la tormenta de ideas, se ha puesto de manifiesto que, aunque los tramos horarios de los avisos están actualmente perfectamente establecidos, son muy complicados, especialmente en enfermería. Además, sería deseable que coincidieran con los de medicina, de tal modo que, en los avisos urgentes pero también en los no urgentes, hubiese un pareja médico-enfermera fija. Esto facilitaría la trasmisión del aviso desde Admisión a los profesionales que lo tienen que realizar y la comunicación entre los binomios médico-enfermera.
• De todo esto, la necesidad de implicar en esta revisión a ambos estamentos, es una tarea pendiente.
• Resulta fundamental insistir en los profesionales en la necesidad de estar perfectamente localizables durante su turno. Revisando la lista que tenemos de teléfonos móviles personales y que esté en un lugar bien visible. También la necesidad de aligerar la agenda de citas el día que corresponde un turno de avisos.
• Consideramos muy importante poner en valor el papel de admisión como elemento integrador de todo el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1614

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL

proceso de la gestión de los avisos a domicilio. Y crear una figura de administrativo responsable, desde el momento en que se recibe el aviso, la trasmisión a los profesionales encargados de llevarlo a cabo, la verificación de que el aviso se ha realizado y finalmente su registro.
• Este proyecto es implementable a otros equipos de Atención Primaria, sobre todo en la zonas urbanas.

7. OBSERVACIONES.
• Aunque el proyecto ha finalizado en 2017, quedan pendiente para el primer trimestre de 2018 plasmar por escrito en un diagrama sencillo, todo el proceso de los avisos en el CS Picarral y colocarlo en un lugar visible del espacio de Admisión.
• También queda pendiente la exposición al equipo de las conclusiones obtenidas

*** ==================================== Resumen del proyecto 2016/1614 ==================================== ***

Nº de registro: 1614

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL

Autores:
MARCEN GIMENEZ CONCEPCION, GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, GUILLEN LABORDA ARANZAZU, AZNAR ALEGRE ALICIA, OCA AGUSTIN JESUS, PUEYO SALAS ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquier patología
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La gestión de los avisos a domicilio es un proceso en el que están implicados todos los miembros sanitarios y no sanitarios del equipo de Atención Primaria. La gestión eficiente de todo el proceso es fundamental para la satisfacción tanto del usuario como de los trabajadores.
Se han detectado una serie de incidencias en este proceso como son : la identificación incorrecta del paciente o de la gravedad de su proceso, la dificultad con los pacientes desplazados, dificultades en el acceso telefónico, falta de claridad en el circuito de urgencias, los fallos en la trasmisión de los avisos ...

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la organización de la atención domiciliaria urgente estableciendo unas instrucciones claras y detalladas e implementando posteriormente dichas instrucciones.
- Mejorar el conocimiento de los profesionales no sanitarios del EAP respecto del proceso
-Mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios del EAP respecto del proceso
Aumentar la implicación de los profesionales no sanitarios en el proceso

MÉTODO
Se trata de un proyecto de mejora integrado dentro del programa de calidad del EAP Picarral, coordinado por la Jefa de Equipo de Admisión, Concepción Marcén en el que colabora todo el equipo de Admisión y la coordinadora médica. Se utiliza la técnica del trabajo en equipo.
Se desarrollarán las siguientes actividades:

1.- Reunión con el equipo de Admisión para exponer el proyecto
2.- Recoger, mediante la técnica de la tormenta de ideas, las opiniones de los trabajadores sobre los problemas detectados, haciendo hincapié en los principios y finales de turnos, en los avisos urgentes, la coordinación médico-enfermera, la responsabilidad de admisión en la correcta trasmisión de los avisos.
3-Selección a partir de lo anterior de los puntos frágiles del proceso.
4.- Actualización de los plannings existentes : estableciéndose 3 turnos de avisos(8-11h, 11 a 14h y 14 a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1614

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE LOS AVISOS A DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD PICARRAL

17h). En cada turno, debe haber un responsable de Admisión que se encargará de la recogida y trasmisión del aviso, y un profesional médico y de enfermería siempre disponibles en caso de tratarse de un aviso urgente.
El planning será claro, sin dejar espacios de tiempo libres y se expondrá en un lugar visible de Admisión
5.-Se diseñará un diagrama de flujo simple y claro que establecerá todo el proceso desde que el paciente llama por teléfono para poner el aviso a domicilio hasta que, una vez visitado el paciente, el sanitario deja la copia del aviso firmada y, a última hora diariamente, el administrativo encargado, revisa que todo los avisos hayan sido correctamente realizados.
Este diagrama de flujo se expondrá en Admisión en un lugar visible.
6.- Se hará una sesión clínica para todo el equipo en el que se expondrá todo el proceso tal como se ha revisado.

INDICADORES
- Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto
- Número de asistentes sanitarios y no sanitarios a la sesión clínica de exposición del nuevo organigrama
- Número de incidencias o reclamaciones por cualquier motivo relacionado con los avisos domiciliarios.

DURACIÓN
Cronograma:
-Tormenta de ideas por parte de los integrantes del equipo de Admisión: julio 2017
- Selección de los puntos débiles del proceso: agosto 2017.
Revisión y actualización de los plannings vigentes: septiembre 2017.
-Elaboración de un protocolo estandarizado de actuación: septiembre 2017.
Edición de los documentos generados: octubre 2017
Sesión clínica con exposición al EAP del proceso revisado: octubre 2017
El año 2017

OBSERVACIONES
,

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0447

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLE

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR BARANDA VILLARROYA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIANO BURILLO SOLEDAD
NAVARRO MARTINEZ MARIA DOLORES
MARCEN GIMENEZ CONCEPCION
GUILLEN LABORDA ARANZAZU
OLLOBARREN HUARTE EMILIA
AZUARA LAGUIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 28 de marzo 2017 realizamos : Descubrir naturaleza, explicación de las plantas y árboles del Parque Tío Jorge: Dicha actividad fue impartida por Luis Ignacio Figols profesor de instituto, actualmente jubilado y voluntario, en dichas actividades.

Desayuno Saludable: El primer martes de junio día 6 del 2017, después de caminar.

Realizamos otra actividad cultural, paseo hasta La Seo de San Salvador y visita guiada de la catedral el día 27 de octubre del 2017

En octubre del 2017, hemos iniciado el "Paseo Adaptado" donde se incluye a personas que caminan más despacio, o son portadoras de mochila de oxigenoterapia o llevan bastón para caminar.

A lo largo de todo el año 2017, los martes se realiza el Paseo Saludable .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta este momento, hemos realizado una encuesta de inicio,en la cual participaron 22 personas, de las cuales las 20 respondieron afirmativamente que esperaban mejorar su salud, así como la recomendación a otras personas de la actividad.
En 2016 había una media de 15 personas, mientras que en 2017 la media ha aumentado a 20
En cuanto al número de profesionales implicado ha aumentado en cuatro profesionales más, que actualmente se encargan del Paseo Adaptado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un proyecto a largo plazo que esperamos mantener como actividad fija del Centro de Salud.
Actualmente el Paseo Saludable se ha convertido en un referente para mejorar la salud, tanto en el Centro de mayores como en el Propio Centro de Salud del Picarral.
Esperamos de este modo conseguir hábitos de vida saludables, y promoción de la salud en el Barrio del Picarral.
Este proyecto puede ser implementable en otros centros de salud .

7. OBSERVACIONES.
Aunque este era un proyecto para el año 2017, la actividad continuará los próximos años. Queremos realizar dos reuniones con los grupos para hablar de alimentación saludable, y hábitos higiénicos en la vida diaria, para el próximo 2018.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/447 ========== ***

Nº de registro: 0447

Título
PASEO SALUDABLE

Autores:
BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, SORIANO BURILLO SOLEDAD, NAVARRO MARTINEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0447

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Sabemos que el 80 % de nuestros pacientes no realizan las recomendaciones de hábitos saludables que indicamos en nuestras consultas.

Con el ejercicio físico se mejora la función cardiovascular,
ayuda a mantener los parametros de glucosa estables y reduce la
resistencia a la insulina, igualmente nos ayuda a reducir peso y a
controlar las cifras de triglicéridos,colesterol,y LDL.
Además con el ejercicio físico se liberan endorfinas y se consigue que nuestros pacientes se sientan mejor.

En nuestro Centro de Salud Picarral se carecía hasta ahora de un proyecto de promoción de salud. La iniciativa parte del C.S. recogiendo de este modo posibles peticiones que se hicieran a través del consejo de salud, o asociaciones del barrio Picarral.

Decidimos iniciar Nuestro Paseo Saludable.
El presente proyecto es una continuidad del iniciado en noviembre del 2015 de forma piloto, va dirigido a promover la salud por medio del ejercicio físico y de hábitos saludables en alimentación, también pretende ayudar a personas con aislamiento social, e implicar a los profesionales de nuestro Centro de Salud

RESULTADOS ESPERADOS
1-Promover en nuestros usuarios la realización de ejercicio moderado asi como hábitos de vida saludable
2-Conseguir en nuestro barrio un grupo de referencia para realizar ejercicio.
3-Educar durante los paseos en habitos saludables de alimentación.
4- Disminuir el aislamiento social
5- Implicar a los profesionales de nuestro Centro de Salud en el proyecto

MÉTODO
Método:
Captamos a nuestro pacientes dede las consultas médica y de enfermería.

Caminamos con el grupo, un profesional del Centro de Salud y un voluntario, paciente nuestro, con inquietudes y hábitos saludables, que cierra la marcha vigilando que nadie quede rezagado y todos puedan llevar el ritmo de la caminata.

Iniciamos nuestro actividad con caminatas de de 40 minutos, dedicando unos minutos para calentar y 10 minutos para estirar después del paseo, un día por semana, concretamente los martes de 10 a 11 de la mañana.
Seleccionamos rutas, buscando paseos arbolados y parques.

Actividades:
Establecer el desayuno saludable al final de cada temporada, Posiblemente en la primera quincena de junio.
Descubrir en esta temporada naturaleza y aves en los parques que visitamos, en colaboración con el Ayuntamiento de la ciudad.

INDICADORES
Número medio de personas participantes en la actividad
Número de personas nuevas en la actividad.
Número de personas que participan en el desayuno saludable
Número de profesionales implicados

DURACIÓN
Cronograma:

-Comenzamos el 18 de octubre
-Recogida cada semana, del número de asistentes, participantes nuevos.
-Elaboración de datos iniciales octubre 2016
-Finalización de la actividad junio2017
-Desayuno saludable primera semana de junio
-Realización de encuesta octubre 2016y al finalizar la temporada, junio 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0447

1. TÍTULO

PASEO SALUDABLE

Duración:

De octubre del 2016 a junio del 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 3 Bastante

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0472

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SUSANA GARCIA DOMINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA MOLINA MARIA JOSE
BARANDA VILLARROYA PILAR
CASTILLO LUEÑA CONCEPCION
MARTINEZ MUÑOZ PILAR
OLLOBARREN HUARTE EMILIA
SORIANO BURILLO SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Octubre 2016: Diseño y edición de tríptico informativo del Consejo de Salud Picarral.
Octubre-Noviembre 2016: Encuesta breve a los profesionales (¿sabe lo que es el consejo de salud?, en caso afirmativo ¿sabe qué actividades realizan?, ¿sabe si en la zona de Picarral está funcionando el consejo de salud?, ¿conoce alguna actividad que se esté realizando?).
Noviembre 2016-Diciembre 2017: Difusión del tríptico informativo a dos niveles: en el Centro de Salud y en las entidades representadas en el consejo.
Noviembre 2016: Plan de comunicación en formato de sesión clínica sobre el concepto de Consejo de Salud y en concreto las actividades del Consejo de Salud Picarral.
Enero-Diciembre 2017: Difusión de los acuerdos del Consejo de Salud mediante la exposición de las actas en el área pública del Centro de Salud habilitada para las informaciones del Consejo.
Enero-Diciembre 2017: Proporcionar copia escrita o informatizada a los diversos integrantes del consejo para que difundan las actas en las entidades que representan.
Enero 2017: Elaboración de un póster de mayor tamaño para colocar en el tablón localizado en el hall del Centro de Salud que contiene información sobre el Consejo de Salud.
Diciembre 2017; Segunda encuesta a los profesionales tras la sesión clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de folletos impresos y entregados a los pacientes. 50 folletos en total .

Número de folletos distribuidos por las diferentes entidades.: 25 a la asociacion de vecinos, 10 para asociacion consumidores, 5 a la Junta del Rabal y 5 en sindicatos UGT y CCOO.

2 pósters colocados en el tablón del Consejo de Salud y en la Asociación de Vecinos AAVV Picarral

Número de reuniones del consejo de salud realizadas en el año 2017: 4

Número de Actas publicitadas en 2017 en el Centro de Salud: 4

Número de Actas entregadas a las diferentes entidades en 2017: 4

Encuesta a los profesionales sobre su conocimiento del Consejo de Salud.: segunda encuesta realizada posteriormente a la sesión clínica informativa. Se contestaron 26 encuestas. Resultados:
La media de años trabajados en Atención Primaria de los profesionales encuestados era de 19,3 años. En un rango entre 5 y 34 años.
Todos los encuestados respondieron afirmativamente a las preguntas 1º y 2ª (¿sabe lo que es el consejo de salud?, ¿sabe si en la zona de Picarral está funcionando el consejo de salud?).
A la 3ª pregunta (¿sabe qué actividades realizan los consejos de salud), contestaron afirmativamente 25 de los encuestados .
En la 4ª pregunta (¿conoce alguna actividad que se esté realizando? en el CS Picarral)?.25 contestaron de forma positiva. Cuando se les pidió especificar algún tipo de actividas, todos ellos hicieron referencia a las reuniones ordinarias del Consejo, y 10 de ellos a la actividad de Paseos Saludablesy a las de Escuela de Salud, en concreto a las charla impartida por los farmacéuticos sobre los fármacos e internet.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La encuesta repetida a los profesionales tras la sesión clínica, ha dado una serie de resultados: el grupo de trabajadores tenía una amplia experiencia en el trabajo de Atención Primaria, y era por todos conocida la figura del Consejo de Salud y su existencia en la zona de salud de Picarral. En 2016, era escaso el número de encuestas que afirman conocer qué actividades realizan los consejos de salud en general y en concreto las llevadas a cabo por en CS Picarral. Lo cual apoyaba lla necesidad de mejorar la difusión de las actividades del Consejo.
Tras la sesión clínica formativa, los resultados han mejorado, mejorando el conocimiento que los integrantes del equipo tienen de su consejo.
Las actas de las 4 reuniones ordinarias del consejo de salud Picarral han quedado expuestas en el tablón del Centro de Salud.
También se han entregado las 4 actas a los miembros del consejo, para ser trasladados a las entidades que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0472

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD

representan.. Esto facilita la difusión de las actividades del Consejo de Salud a la población de la zona.
El proyecto de mejora, aunque no era el objetivo inicial, ha permitido poner en conocimiento de los integrantes tanto del consejo de salud como del EAP, otras actividades comunitarias de promoción de salud (cursos, conferencias etc) que se realizan en la zona, principalmente en las AAVV. También realizar alguna de las actividades del consejo utilizando el espacio físico de la AAVV. Este aspecto ha sido muy satisfactorio para todos sus integrantes, aunque no ha sido medido de forma objetiva.
En las próximas reuniones del consejo se expondrá la misma sesión clínica que se presentó en el equipo como actividad formativa. Esto no se ha hecho hasta ahora dado que recientemente ha habido una renovación en los cargos.
Este proyecto es implementable en otros sectores o zonas básicas de salud.

7. OBSERVACIONES.
A pesar de dar por finalizado este proyecto, en el año 2018 se tiene previsto continuar trabajando en la misma linea.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/472 ========== ***

Nº de registro: 0472

Título
MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, GRACIA MOLINA MARIA JOSE, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR, MARTINEZ MUÑOZ PILAR, SORIANO BURILLO SOLEDAD, OLLOBARREN HUARTE EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: poblacion general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad de los Consejos de Salud está regulada en la Ley General de Sanidad del año 1986. A pesar de que suponen un importante elemento de la participación comunitaria en materia de salud, son un gran desconocido para la mayoría de la población y también para muchos de los profesionales sanitarios. Esta fue una de las conclusiones de las Jornadas de Participación Comunitaria de abril 2016 en Zaragoza.

En el Centro de Salud Picarral, el Consejo de Salud está constituido desde el año 2008 y cuenta con la participación de miembros las diferentes entidades que están reguladas en su reglamento de régimen Interno. En él se realizan, desde entonces, las reuniones ordinarias que se establecen reglamentariamente.

En el Pacto de Gestión de 2015, se hizo una evaluación de los problemas detectados por la población a través del Consejo de Salud. El presente proyecto es una continuación del proyecto iniciado el año 2015, enfocado más a acercar el Consejo de Salud Picarral a la población de la zona básica de Picarral y también a los profesionales, mejorando la difusión de las actividades realizadas y la comunicación del Consejo con las diferentes asociaciones de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la difusión de la existencia y las actividades del Consejo de Salud en la población de la zona básica de salud de Picarral.
- Mejorar la difusión sobre la existencia y la actividad del Consejo de Salud entre los profesionales que trabajan en el Centro de Salud.

MÉTODO
Se trata de realizar un proyecto de mejora de la calidad coordinado por la Dra Susana García Domínguez, junto con la Dra Concepción Castillo, Pilar Martínez,enfermera del Centro de Salud y Emilia Ollobarren trabajadora social del CS Picarral, mediante la técnica de trabajo en equipo, desarrollado por el equipo de mejora del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0472

1. TÍTULO

MEJORA DE LA DIFUSION DE LAS ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD PICARRAL ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD

EAP Picarral, con el apoyo del Consejo de Salud, e integrado en el programa de calidad del EAP Picarral.

Se desarrollarán las siguientes actividades:

Elaboración de un tríptico-folleto informativo sobre lo que es el Consejo de Salud, sus integrantes y objetivos.
Difusión de dicho tríptico en el Centro de Salud y en las entidades representadas en el consejo.
Encuesta breve a los profesionales (¿sabe lo que es el consejo de salud?, en caso afirmativo ¿sabe qué actividades realizan?, ¿sabe si en la zona de Picarral está funcionando el consejo de salud?, ¿conoce alguna actividad que se esté realizando?).
Formación continuada en el EAP Picarral mediante una sesión clínica impartida por el equipo de mejora que versará sobre los siguientes puntos: 1.- el concepto de consejo de salud según está definido en la Ley General de Sanidad. 2.- Consejo de Salud Picarral, sus integrantes y actividades.
Difusión de los acuerdos del Consejo de Salud mediante la exposición de las actas en el área pública del Centro de Salud habilitada para las informaciones del Consejo.
Proporcionar copia escrita o informatizada a los diversos integrantes del consejo para que publiquen las actas en las entidades que representan.
Elaboración de un póster de mayor tamaño que se colocará en el tablón localizado en el hall del Centro de Salud con información sobre el Consejo de Salud.

INDICADORES
INDICADORES: EVALUCION Y SEGUIMIENTO

Número de folletos impresos y entregados a los pacientes.
Número de folletos distribuidos por las diferentes entidades.
Encuesta a los profesionales sobre su conocimiento del Consejo de Salud. Antes y despúes del desarrollo del proyecto.
Número de asistentes a la sesión clínica .
Número de reuniones del consejo de salud realizadas en el año 2016
Número de Actas publicitadas en 2016 en el Centro de Salud.
Número de Actas entregadas a las diferentes entidades en 2016.

DURACIÓN
Cronograma:

Encuesta a los profesionales en octubre de 2016.
Sesión clínica en el Centro de Salud en octubre de 2016.
Elaboración del tríptico-folleto terminado a final de octubre 2016.
Póster y edición del folleto a final de noviembre 2016.
A partir de diciembre 2016: reparto de folletos a las diferentes entidades, entrega a los pacientes y exposición de póster en el Centro de Salud.
A partir de septiembre de 2016 y de forma continuada: exposición en la zona habilitada del Centro de Salud de las actas de las reuniones del Consejo de Salud y entrega de copias a los miembros representantes de las diferentes entidades de la Zona básica de Salud Picarral.

Duración: el año 2016 y 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0939

1. TÍTULO

MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GRACIA MOLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASIN MARTIN MARIA VICTORIA
CASTILLO LUEÑA CONCEPCION
LOPEZ ESTEBAN MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-ENERO 2017: Reunión del equipo de mejora para elaborar un sistema de registro de los pacientes derivados a nefrología. Establecer sistemas de registro o información en la enfermedad que garanticen la continuidad asistencial.
FEBRERO 2017: Se realizan una actividad formativa en forma de sesion clínica para el personal sanitario con un doble objetivo:
1.- Presentación del proyecto de mejora y del consenso para la detección y manejo de la ERC .
2.- Presentación protocolo en OMI. Criterios de derivación a Nefrología por E.R.C en Atención Primaria.
FEBRERO 2017: Reunión con admisión para consensuar un sistema de registro de los pacientes derivados a Nefrología.

FEBRERO 2017: Elaboración de un sistema de registro de la respuesta de Nefrología de los pacientes derivados.

-JUNIO 2017.Recogida y seguimientos de los primeros resultados: número de pacientes y aplicación del protocolo de derivación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Reunión del equipo de mejora. 6 participantes
- El sistema de registro consensuado con Admisión consiste en separar los volantes de interconsulta con Nefrología, hacer una fotocopia de éstos y guardarlos en una carpeta especial de la que posteriormente se revisarán los datos. De enero a junio de 2017, el número de derivaciones es de…
-Sesiones impartidas al personal sanitario por parte de 2 componentes del equipo de mejora : acuden 9 médicos, a los que no acuden se les aporta por escrito la información trasmitida en las sesiones así como el protocolo de derivación.

No se han podido registrar adecuadamente los paciente derivados, porque además se ha iniciado la derivacion virtual. Pero el proyecto ha servido para conocer y revisar los criterios de derivacion que son los mismos que se deben utilizar ahora con la interconsulta virtual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LECCIONES APRENDIDAS(*) DESCONOCIMIENTOS A VECES POR PARTE DEL PERSONAL DE TODAS LAS POSIBILIDADES DE OMI.
Es necesario hacer una derivacion a especializada más eficiente que conseguirá:

1. Mejorar resultados de la atención.
2. Disminuir riesgos derivados de la atención.
3. Mejorar utilización de recursos.

-El proyecto de mejora ha servido para revisar por parte del equipo de los criterios adecuados para una correcta derivacion en la insuficiencia renal, que indudablemente consigue una mayor fluidez entre los dos niveles y una mejor atención a los pacientes.
-Y valorar la necesidad de establecer unos criterios de derivación en otras especialidades que redunden en una mejora en la atención a los pacientes, no solo pensando en reducir listas de espera o derivar la burocracia hacia Atención Primaria.
-Como conclusión final es importante una buena coordinacion entre primaria y especializada. Teniendo como fin el mismo objetivo. Coordinación que tiene que ser bidireccional para mantener la motivación en ambas direcciones.
Este proyecto podría ser reproductible cambiando las fuentes de información.

7. OBSERVACIONES.
El SISTEMA DE REGISTRO no ha funcionado adecuadamente, pero al cambiar el sistema de derivación, se puede plantear que los datos se obtengan directamente de OMI.
En Noviembre 2017 se da por finalizado el proyecto de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0939

1. TÍTULO

MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/939 ========== ***

Nº de registro: 0939

Título
MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDA RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GRACIA MOLINA MARIA JOSE, GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, ASIN MARTIN MARIA VICTORIA, BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR, MARTINEZ MUÑOZ PILAR, SORIANO BURILLO SOLEDAD, OLLOBARREN HUARTE EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: insuficiencia renal crónica
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La ERC es un importante problema de salud que puede afectar en sus diferentes estadios a cerca del 10% de la población española y que supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al Sistema Nacional de Salud.La ERC se presenta asocida a otras patología crónicas.La detección precoz de estos pacientes optimizaría las posibilidades de tratamiento y retrasar la progresión.
Para la prestación sanitaria integral a la población es necesaria una adecuada coordinación entre los niveles asistenciales. Sin embargo a veces esta coordinación presenta deficiencias.
El conocimiento de los criterios diagnósticos,clasificación en estadios,la identificación de los factores pronósticos,así como el establecimiento de criterios de derivación,son elementos claves en la atención integral de estos paciente.
En el centro se detectó la no utilización del protocolo de OMI para la correcta derivación a Nefrología .
Las causa fundamental era el desconocimiento de la existencia de dicho protocolo.
Teniendo en cuenta que este protocolo proporciona la información clínica suficiente al servicio hospitalario para que la distribución de los pacientes se realice con eficiencia,de acuerdo con los criterios consensuados,consideramos necesario la utilización del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
-Conocer el consenso para la detección y manejo de la ERC por parte del personal sanitario
-Utilización en el 100% de lo casos de los criterios de derivación a Nefrología por ERC .
-Utilización del protocolo existente en OMI para la derivación .
-Conocer la prevaléncia de enfermos con ERC en el Centro de Salud.

MÉTODO
-Reunión con admisión para elaborar un sistema de registro de los pacientes derivados a nefrología.Establecer sistemas de registro o información en la enfermedad que garanticen la continuidad asistencial.
-Realizar 2 sesiones clínicas para el personal sanitario .
1.- Presentación del proyecto de mejora y del consenso para la detección y manejo de la ERC .
2.- Presentación protocolo en OMI. Criterios de derivación a Nefrología por E.R.C en Atención Primaria.
-Elaborar un sistema de registro registro de la respuesta de Nefrología de los pacientes derivados.

INDICADORES
Indicadores. -nº pacientes con ERC derivados a Nefrología utilizando protocolo OMI / Total pacientes con ERC derivados a Nefrología
-nº informes de pacientes ERC recibidos de Nefrologia/Total de pacientes con ERC derivados a Nefrología.

-Total de pacientes diagnosticados ERC en cada cupo/total pacientes del cupo.
Se obtendran los indicadores del registro realizado y de la información que se puede extraer de OMI.

DURACIÓN
Inicio del proyecto en DICIEMBRE 2016. Reunión del equipo de mejora.
Reunión con admisión
Elaboración del sistema de registro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0939

1. TÍTULO

MANEJO INTEGRAL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA(ERC). APLICACION DE LOS CRITERIOS DE DERIVACION A NEFROLOGIA POR ERC EN ATENCION PRIMARIA

- ENERO 2017 -Sesiones impartidas al personal sanitario por parte de 2 componentes del equipo de mejora .1.- Presentación del proyecto de mejora y del consenso para la detección y manejo de la ERC . 2.- Presentación protocolo en OMI. Criterios de derivación a Nefrología por E.R.C en Atención Primaria

-JUNIO 2017.Recogida y seguimientos de los primeros resultados .
-Reunión Equipo de mejora.
-Reunión con Admisión. Valoración registros.
-Reunión Personal sanitario. Valoración dificultades detectadas.
-DICIEMBRE 2017.Recogida datos definitivos.
-Reunión Equipo de mejora.
-Reunión con Admisión. Valoración registros.
-Reunión Personal sanitario. Valoración dificultades detectadas.
-Memoria resultados y valoración de continuidad del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0959

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA GARCIA DOMINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASIN MARTIN VICTORIA
CASTILLO LUEÑA CONCEPCION
DE MINGO LOS MOZOS MARIA JOSE
MARTINEZ MUÑOZ PILAR
MARCEN GIMENEZ CONCEPCION
GUILLEN LABORDA ARANZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Sesión clínica del sector sobre la mejora del diagnóstico de EPOC. FECHA MARZO 2018
2.- Formación del equipo de mejora y primera reunión para exponer el proyecto y decidir que episodios de OMI se pueden relacionar con EPOC. Se decidieron revisar los siguientes episodios de OMI: EPOC, Disnea, Insuficiencia respiratoria, Bronquitis crónica, Enfisema, Reagudización EPOC y bronquiectasias. ABRIL 2018
3.- Obtención por parte de Admisión de los listados de pacientes en los que aparecen dichos diagnósticos de OMI y separados por cupos. ABRIL 2018
4.- Revisión de las historias clínicas que aparecían en los listados por parte de médicos y enfermeras durante todo el año 2018.
5- Búsqueda oportunista en la consulta de aquellos pacientes con dichos diagnósticos a lo largo de todo el año 2018 en consulta de medicina y de enfermería.
6.- Tanto en los pacientes de los listados como a los detectados en las consultas, se les revisó Historia clínica para confirmar el diagnóstico y, si no había espirometría, se solicitó espirometría. (o bien de forma oportunista o llamándoles por teléfono), con posterior asignación del diagnóstico EPOC, si cumplía criterio espirométrico. Esto se ha hecho durante todo el año 2018.
7.- A los pacientes que cumplían criterio de EPOC, se realizó una revisión en consulta médica de la adecuación del tratamiento, sobre todo en lo referente al uso de corticoides inhalados. También se realizó detección de tabaquismo y consejo sobre abandono de dicho hábito.
7.- En consulta de enfermería, se realizaron las actividades del plan de enfermería, una revisión, con el propio inhalador del paciente, de la técnica inhalatoria y refuerzo del consejo antitabaco y VAG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS QUE SE ESPERABA CONSEGUIR
Mejorar la cobertura de los pacientes con EPOC en el CS Picarral.
Aumentar el porcentaje de diagnóstico de EPOC
Conseguir una mejor adecuación del tratamiento
Conseguir un correcto seguimiento del paciente con EPOC por parte de enfermería
Implicar a todos los profesionales: sanitarios y no sanitarios en el proceso

INDICADORES MEDIDOS
Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto: 8 de los cuales 3 son médicos, 3 enfermeras y 2 administrativos
Número de pacientes seleccionados en los listados 3073
Número de pacientes EPOC diagnosticados en el listado inicial 583 y a final de 2018 606
Número de espirometrías solicitadas 426
Número de tratamientos revisados 203
Número de tratamientos corticoideos retirados 6
Numero de pacientes revisados en la consulta de enfermería sobre el uso correcto del tratamiento inhalador 207

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LECCIONES APRENDIDAS(*) Se trata de un proyecto muy amplio y exigente en el que habrá que continuar trabajando los próximos años, y con objetivos muy ambiciosos, puesto que, a pesar de muchas de las actividades a realizar están incluidas en la cartera de servicios, la diferencia entre los datos teóricos y los obtenidos siguen siendo amplia.
Por otro lado, circunstancias concretas del equipo, como han sido las debidas a un cambio en un gran número de profesionales, por jubilaciones o por traslados, ha hecho que haya habido una discontinuidad en el trabajo realizado.
También, aunque no era el objetivo principal, se han objetivado gran cantidad de pacientes con EPOC que son fumadores activos. Consideramos que aprovechar esta consulta para realizar, de forma oportunista, una intervención breve o intensiva, puede ser un momento muy oportuno y más con el refuerzo de los resultados de una espirometría patológica.
Hemos aprovechado también esta intervención en EPOC para volver a recomendar la VAG, sobre todo en los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0959

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

menores de 65 años.
El número de cambios de tratamiento realizados, sobre todo en lo referente a la retirada de corticoides inhalados, no nos parece muy alto y consideramos que habrá que continuar trabajando en ese aspecto.
La revisión de la técnica inhalatoria, que hemos cuantificado como actividad realizada, pero sin medir cuantos de los pacientes se podía considerar que usaran adecuadamente los inhaladores, ha resultado muy gratificante tanto para el paciente como para los profesionales. Y nos ha permitido detectar las dificultades concretas de cada paciente con el inhalador prescrito. En algunas ocasiones, valorando el cambio del dispositivo de inhalación o incluso recomendando la utilización de cámaras.
A destacar, aunque es un hecho conocido, el incalculable valor de la consulta de enfermería, con más minutos y en un ambiente más relajado que la consulta médica, en el control del paciente crónico respiratorio.
Por último, en el proyecto han intervenido dos administrativos del centro de salud, realizado las tareas administrativas de recopilación de datos y también llamando por teléfono a los pacientes detectados en los listados. Demostrando la importancia y efectividad de trabajar en equipo los sanitarios y los no sanitarios, auténtica “puerta del sistema”.

7. OBSERVACIONES.
Es un proyecto amplio, fácilmente reproductible, que se puede continuar realizando los próximos años

*** ========== Resumen del proyecto 2018/959 ========== ***

Nº de registro: 0959

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

Autores:
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA, ASIN MARTIN VICTORIA, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, DE MINGO LOS MOZOS MARIA JOSE, ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA, MARTINEZ MUÑOZ PILAR, MARCEN GIMENEZ CONCEPCION, GUILLEN LABORDA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevalencia de EPOC en la población general, según el estudio EPIscAn es del 10%. Esta cifra contrasta con la que hemos detectado en nuestro CS que es de aproximadamente 3%. Las causas de esta discordancia parecen estar en parte en el infradiagnóstico pero también en el registro erróneo en OMI. Por otro lado, las nuevas guías de tratamiento de la enfermedad, establecen, en dependencia del fenotipo, la conveniencia de uno u otro tipo de tratamiento inhalador y también insisten en la importancia de una técnica correcta en el uso de éstos.
Nuestro proyecto pretende en primer lugar, mejorar el diagnóstico de EPOC en nuestra zona. En un segundo lugar, revisar la adecuación del tratamiento establecido y la correcta utilización de los inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la cobertura de los pacientes con EPOC en el CS Picarral, aumentando el porcentaje de diagnóstico.
Mejorar el manejo del tratamiento de los pacientes con EPOC
Aumentar la implicación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en el proceso

MÉTODO
Se trata de un proyecto de mejora integrado dentro del programa de calidad del EAP Picarral, en el que intervienen médicos, enfermeras y administrativos. Se utiliza la técnica del trabajo en equipo.
Se desarrollarán las siguientes actividades:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0959

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON EPOC

1.- Sesión clínica del sector sobre la mejora del diagnóstico de EPOC
2.- Reunión con el equipo de mejora para exponer el proyecto y decidir que episodios de OMI se pueden relacionar con EPOC
3.- Obtención por parte de Admisión de los listados de pacientes en los que aparecen dichos diagnósticos de OMI separados por cupos
4- Búsqueda oportunista en la consulta de aquellos pacientes con dichos diagnósticos.
5.- Tanto en los pacientes de los listados como a los detectados en las consultas, se les revisará la Historia clínica, ante la duda se solicitará espirometría., con posterior asignación del diagnóstico EPOC. Si es necesario, se les llamará por teléfono para gestionar una cita en consulta médica.
6.-En los diagnosticados de EPOC, se realizará una revisión de la adecuación del tratamiento, sobre todo en lo referente al uso de corticoides inhalados.
7.- En consulta de enfermería, se realizarán las actividades del plan de enfermería incluido en cartera de servicios y se hará una revisión, con el propio inhalador del paciente, de la técnica inhalatoria.

INDICADORES
En el seguimiento se harán dos cortes: uno a final de agosto y otro afinal de diciembre en los que se medirá

Número de integrantes del grupo de calidad establecido para el proyecto
Número de pacientes localizados en los listados
Número de pacientes EPOC diagnosticados en cada corte
Número de espirometrías realizadas
Número de tratamientos revisados
Número de tratamientos corticoideos retirados
Número de pacientes revisados por enfermería sobre el uso correcto del tratamiento inhalador.

DURACIÓN
:

Sesión clínica marzo 2018
Reunión del equipo de mejora y selección de diagnósticos: junio 2018
Obtención de los listados de pacientes en junio de 2018.
Actividades descritas en captación activa de junio a septiembre 2018
Actividades de captación oportunista a lo largo de todo el año 2018
Primer corte : septiembre de 2018 y reunión del equipo de mejora
2º corte y evaluación de actividades: diciembre de 2018
Sesión clínica con exposicCronogramaión al EAP del proceso revisado: enero 2019

Duración: el año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1025

1. TÍTULO

¡VOLVEMOS AL COLE! TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE FORCEN BELTRAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO
SANTA EULALIA GONZALVO CARMEN
HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL
ARTIGAS SALVADOR PILAR
DIESTE MARCIAL MARIANO
PEÑA PORTA MARTA
MACHIN VALTUEÑA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se prepara una reunión de equipo en el centro de salud para presentar el proyecto y pedir la colaboración de los profesionales.
- Acudimos al colegio para establecer comunicación con el equipo directivo del CEIP San Braulio, y tras ver su disposición a colaborar, se entregan las autorizaciones para poder realizar el proyecto.
- En diciembre de 2018 se realiza la clase teórica, en la que participaron la totalidad de los alumnos de 6º de primaria. Previamente, se les entregó una encuesta para valorar el nivel de conocimientos en esta materia.
- Reunión del equipo para preparar la clase práctica y organizar el trabajo en el centro de salud. Al realizarse el taller en horario de máxima actividad en el centro, se tuvieron que formar grupos suficientes tanto para dar una correcta clase práctica a los niños como para no dejar el centro sin los profesionales suficientes para su normal funcionamiento.
- Taller práctico utilizando para ello 2 torsos de adulto y 2 de lactante. -Finalmente se les entregó la misma encuesta para evaluar las habilidades y conocimientos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos planteados se se han conseguido con éxito. Se pudo comprobar que una vez realizada la clase teórica y el taller de RCP y primeros auxilios, los conocimientos adquiridos por los participante (alumnos de 6º de primaria del CEIP San Braulio) aumentaron de forma considerable.
Se resolvieron dudas y se les animó a actuar ante situaciones de urgencia.
Se entregaron encuestas basadas en el Consejo Europeo de Resucitación. En ellas podemos ver que, ante preguntas básicas de primeros auxilios, sus conocimientos objetivos, antes de realizar el taller, muestran un nivel de 5.06/10. Y tras la realización de los talleres teórico-prácticos su nivel alcanza una puntuación de 9/10.
Además hemos conseguido establecer un contacto con la dirección del colegio que se muestra muy satisfecha con esta actividad y abierta tanto a repetirla como a realizar nuevas. Objetivo final de nuestro proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está contento y satisfecho con el trabajo realizado. Nos ha resultado muy gratificante trabajar con niños de nuestra comunidad. El único inconveniente que tuvimos, fue la dificultad para conseguir los torsos para realizar el taller práctico.
Las encuestas entregadas a los alumnos también nos sirven a los miembros de equipo, para analizar en qué aspectos hemos de incidir e insistir en la realización de futuras actividades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1025 ========== ***

Nº de registro: 1025

Título
¡VOLVEMOS AL COLE!. TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICA

Autores:
FORCEN BELTRAN MARIA JOSE, ALVAREZ ARTAL JUAN, GONZALVO SANTA EULALIA CARMEN, HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL, ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA, DIESTE MARCIAL MARIANO, PEÑA PORTA MARTA, MACHIN VALTUEÑA MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1025

1. TÍTULO

¡VOLVEMOS AL COLE! TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICA

Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: eps
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el centro de salud Picarral queremos establecer un contacto con los centros de educación infantil y primaria de la zona básica de salud que facilite la comunicación y colaboración para sentar las bases de futuros proyectos comunitarios que contribuyan a adquirir habilidades,hábitos o conductas.La formación en primeros auxilios es fundamental para toda persona implicada en situaciones urgentes que requieren actuaciones basadas en estos conocimientos.
En estos centros de educación se registran un elevado nº de personas implicadas: alumnos, maestros y padres. Es la única institución que acoge a la totalidad de la población infantil hasta los 12 años y tiene la ventaja que llega siempre a todos los integrantes de la comunidad. Consideramos que los fundamentos para la existencia de un programa de educación en primeros auxilios en la escuela tiene una función educativa,social y sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Aportar información sanitaria, aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones de RCP Básica.
Objetivos específicos:
-Ayudar a resolver dudas y evitar miedos en situaciones complicadas
-Acercamiento de los profesionales de atención primaria a los centros escolares de nuestra área

MÉTODO
1ª intervención: se realizará una reunión de equipo explicando nuestro programa, aceptando sugerencias e intentando que todo el centro participe.
2ª intervención: contacto del coordinador del proyecto con los equipos directivos de los centros escolares y posterior solicitud de autorización al consejo escolar.
3ª intervención: en cada centro escolar se realizará un taller teórico con material multimedia y posteriormente un taller práctico.
$ª intervención: encuesta de valoración.

INDICADORES
. Núm de profesionales que asisten a la sesión clinica
. Núm de profesionales que participan en el programa formativo
.Núm de colegios de la zona básica de salud en los que se imparte la formación
.Núm de asistentes en los colegios.
.Resultados de la encuesta de satisfacción realizada en los centros donde se imparte la formación.

DURACIÓN
.Septiembre 2018, sesion clinica en el centro de salud
.septiembre 2018, reunión del equipo que va a impartir la formación para repartir las tareas y detallar los contenidos
. Septiembre -octubre 2018, contactar con los colegios a traves del consejo escolar y decidir fechas .
.Entre sept y diciembre de 2018, impartir el programa formativo
. Entre septiembre y diciembre de 2018, realización de las encuestas de satisfacción entre los asistentes a la charla en los colegios.
. Diciembre de 2018, elaboración de los datos para la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES
La idea es implantarlo como una actividad a realizar anualmente en los colegios incluso extenderla a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1384

1. TÍTULO

EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR BARANDA VILLARROYA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTIGAS SALVADOR PILAR
GUILLEN LABORDA ARANZAZU
OLLOBARREN HUARTE EMILIA
MARCEN GIMENEZ CONCEPCION
AZUARA LAGUIA MARIA JOSE
SANTA EULALIA GONZALVO CARMEN
ALIJARDE MAÑEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestro C.S. Picarral existe un grupo de personas que caminan y hacen ejercicio una vez por semana, se trata de un grupo consolidado, y de referencia para el barrio., formado por nuestros pacientes diabéticos, hipertensos, con problemas cardiovasculares, y todos aquellos que precisan del grupo para relacionarse.
En esta ocasión se añadió la iniciativa de un grupo de estudiantes de primero de ESO, liderado por sus profesoras Nuria Carramiñana y Eva Arizcuren, de unirse al grupo y realizar durante la ruta ejercicios de educación física para revitalizar y mejorar la actividad física de nuestros pacientes.
Para lograr esta actividad se desarrollo un código QR que se colocó en diferentes establecimientos colaboradores del barrio. De esta forma nos integramos en "el barrio" de una forma permanente.
Realizamos ejercicios de educación física, adaptados a las necesidades de nuestros pacientes, en la ruta hacia Parque de Goya, liderados y corregidos por los estudiantes, siempre tutorizados por sus profesoras,con el apoyo de un profesional de nuestro C.S.
También se realizaron dos actividades culturales. En enero visitamos el Teatro Principal y en marzo la Biblioteca del Palacio de Sástago. Todos los asistentes disfrutaron de algo diferente, la mayoría nunca había realizado actividades culturales de este tipo. Estas se realizaron por la tarde, fuera del horario profesional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aumento de la actividad física del grupo.
Mayor incremento de las capacidades sociales, a través de su relación con los jóvenes del barrio.
Aprendieron y descubrieron lugares importantes de su ciudad.
La media de los asistentes fue de 20 pacientes, a los cuales les pasamos una encuesta de satisfacción con dos preguntas
¿Te ha gustado esta participación de los jovenes en nuestras caminatas? si/no
¿Volverías a realizar esta actividad? si/no
¿Recomendarías a otras personas esta actividad ? SI/NO
¿Por Qué?
Aumento de la implicación de nuestro C.S. en actividades de salud comunitaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La concienzación en el equipo de Atención Primaria, de la importacia de la actividad física para la mejora de la salud y el aumento de la relaciones sociales en el barrio, lo cual eleva la autoestima de los pacientes, se consideran útiles y necesarios.
Es imprescindible la colaboración del barrio para realizar actividades que sean gratificantes para nuestros pacientes, y de este modo sientan la necesidad de mejorar su salud.
En el C.S, se realizaron dos reuniones, una con parte del equipo coordinadora médica y de enfermería y los participantes en el paseo saludable y adaptado, y las profesoras y chicos del IES PIcarral que participaban en este proyecto.
Más tarde se presento el video que realizaron las profesoras, titulado "Tejiendo lazos". Donde se apreciaba el esfuerzo realizado por los jóvenes y la participación intensa de nuestros pacientes.
El proyecto, también fue recogido por el Colegio de Enfermería reseñando, la importancia de este hecho, como proyecto novedoso de colaboración entre Nuestro Centro de Salud y chicos del IES PIcarral.
También hubo una mención especial y reconocimiento a los jóvenes participantes, en el Centro Cívico Estación del Norte, por parte de de la Asociación de Vecinos Picarral y nuestro Centro de Salud.

No podremos continuar continuar con la colaboración de los jóvenes de primero de ESO, porque ellos finalizaron el proyecto, pero mantendremos los ejercicios de mejora para la salud, con los códigos QR ya establecidos, y el libro de ejercicios adaptados elaborado para nuestros pacientes, por los chicos de primero de ESO

7. OBSERVACIONES.
La interrelación grupal mejoró, así como su estado emocional al relacionarse con jóvenes del barrio durante el paseo.
Y en nuestro Centro de Salud hemos conseguido una mayor participación de profesionales y aumento en actividades comunitarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1384

1. TÍTULO

EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1384 ========== ***

Nº de registro: 1384

Título
EJERCICIO COMPARTIDO, SALUD, VIVENCIAS Y MUCHO MAS

Autores:
BARANDA VILLARROYA MARIA PILAR, NAVARRO MARTINEZ DOLORES, GUILLEN LABORDA ARANZAZU, OLLOBARREN HUARTE EMILIA, MARCEN GIMENEZ CONCEPCION, CASTILLO LUEÑA CONCEPCION, AZUARA LAGUIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: Hipertensión, afecciones cardiacas con recomendación de ejercicio
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Siendo nuestro grupo de referencia y objetivo, nuestros pacientes diabéticos hipertensos y con problemas cardiacos. Detectamos la necesidad de ampliar con ejercicios de gimnasia, en ocasiones pautados por médicos especialistas, su actividad diaria para mejorar su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Queremos conseguir a través del ejercicio una mejora de la salud, añadiendo un plus, compartir esta actividad de ejercicios de gimnasia con chavales del barrio, de primero de La ESO
Consiguiendo de este modo una relación con jóvenes del barrio, que lleva a un enriquecimiento de las relaciones interpersonales.
Población diana: Diabéticos, hipertensos, patología cardiaca con recomendación de ejercicio, y pacientes que necesiten relacionarse.

MÉTODO
Realización de una ruta de caminata con diferentes paradas para, para hacer los ejercicios de gimnasia adaptados a las necesidades del grupo y previamente diseñados, por los estudiantes de primero de La ESO del IES Picarral, mediante la visualización de los ejercicios por medio de un código QR, colocado en diferentes establecimientos del barrio, colaboradores con el proyecto.

INDICADORES
Realizamos una encuesta de satisfacción al comienzo y finalización de la temporada.

DURACIÓN
Comienzo 8 de mayo 20187 finalización 30 de mayo 2019

Responsable de la implantación Mª Pilar Baranda

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0613

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIANO DIESTE MARCIAL
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS ZALFONADA (PICARRAL)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZUARA LAGUIA MARIA JOSE
HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL
MACHIN VALTUEÑA MILAGROS
PEÑA TORCAL MARTA
VALLES MARCEN GREGORIO
BERNA HUERTA MARIA BEGOÑA
FORCEN BELTRAN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante la duración de este proyecto de mejora de calidad, hemos impartido 7 sesiones formativas en las cuales hemos tratado los siguientes temas:
1.- Reanimación cardiopulmonar básica tanto del adulto como del niño, dividida en tres partes, en primer lugar realizamos una formación teórica de una hora de duración, seguida de un taller práctico con muñecos donde los asistentes practicaron los conocimientos adquiridos e hicimos un pequeño taller para la utilización de un desfibrilación semiautomático. A las tres sesiones asistieron 14 participantes. Me gustaría reseñar la gran participación e interés de los asistentes. Tras la entrega de la encuesta de valoración, varias personas indicaron que la reanimación cardiopulmonar básica es una maniobra sencilla y efectiva que aunque sí que la conocían, no sabían realizarla de una manera adecuada, y reseñaron su interés por repetir dicha jornada. Para más adelante, y queriendo continuar con este proyecto de mejora de calidad, nos gustaría conseguir, a través de la unidad docente, un material más adecuado y especifico para impartir dicha sesión.

2.- Prevención de accidentes domésticos: En esta sesión expusimos los accidentes domésticos más frecuentes, y qué medidas se pueden utilizar para su prevención. Igualmente hablamos de las intoxicaciones medicamentosas más prevalentes, sus tratamientos más inmediatos, y comentamos la necesidad de tener siempre a mano el teléfono del servicio de toxicología, pues son ellos los que en un primer momento deben de aconsejar, tranquilizar o no, e indicar los pasos que deben seguir sus progenitores (acudir a centro de salud, servicio de urgencias o la medida adecuada).
También realizamos a continuación un taller para poner en práctica lo explicado sobre la obstrucción de la vía aérea ante la aspiración de un cuerpo extraño. A esta sesión acudieron 12 asistentes a quienes también les pareció una sesión muy interesante y mostraron su intención de recomendarla a sus conocidos para acudir en caso de repetirla.

3,- Revisión y recomendaciones de la Vacunación Universal. Esta sesión la dividimos en tres partes, en un primer lugar hablamos de las generalidades de las vacunas, tipos de vacunas, historia de las vacunas, evolución de la mortalidad infantil desde el siglo XX observando el descenso de dicha mortalidad desde la utilización sistemática de las vacunas y mejora de la asistencia sanitaria sobre todo en la medicalización del parto en medios hospitalarios e indicamos de una manera clara nuestra opinión respecto a los beneficios incuestionables de la vacunación sistemática en los niños. Posteriormente comentamos una por una todas las vacunas incluidas en el calendario vacunal oficial recomendado por el Servio Aragonés de Salud. En último lugar comentamos y debatimos todas las vacunas optativas no financiadas por el sistema nacional de Salud.
A esta sesión acudieron 10 asistentes, de las cuales las 10 habían vacunado de todas las vacunas tanto de las vacunas recomendadas como las optativas.

4.- Introducción de la alimentación complementaria en el lactante: En esta ponencia expusimos las recomendaciones actuales en la introducción de los alimentos a lo largo de los dos primeros años de vida. También hablamos de la introducción de la alimentación sólida y de las nuevas corrientes de introducción de la alimentación sólida (Baby led weaning)
Acudieron 9 asistentes de las cuales 3 habían iniciado la introducción de la alimentación sólida de una manera precoz utilizando el método Baby led weaning

5.-Realizamos 3 sesiones más en las cuales, los asistentes fueron preguntando las dudas que tenían respecto a sus hijos, tanto de temas referentes a la salud, como a su educación. Fueron sesiones especialmente dinámicas donde, aunque teníamos preparados varios temas para hablar y poder dirigir las sesiones, gracias a la participación de los asistentes se trataron numerosos temas de muy diversa índole.

- Lactancia materna y lactancia artificial
- Utilización de antitérmicos
- Uso racional de antibióticos.
- Infecciones más frecuentes en pediatría.
- Desarrollo psicomotor y de los sentidos del niño.
- Bronquiolitis y cuadros de dificultad respiratoria
- Que hacer tras un atragantamiento.
- Problemas dermatológicos frecuentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0613

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)

La importancia del juego en el niño
Actuación ante una convulsión
El sueño del niño y aplicación del método Stivill.
Muerte súbita

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados que hemos alcanzado han sido los esperados cuando comenzamos este proyecto, hay resultados cuantificables, como son el número de asistentes, que hemos tenido una media de 10,5 asistentes por sesión como la valoración de las sesiones que ha sido de 9 (en una escala de 0 a 10). Pero hay una gran cantidad de resultados no cuantificables, ha resultado ser una actividad muy gratificante tanto a nivel personal como a nivel profesional, otra manera diferente de hacer pediatría, donde te das cuenta de que los médicos y en concreto los pediatras debemos salir de nuestras consultas, para mejorar el acercamiento a las familias, mostrando una mayor empatía con ellas.

Soy consciente de que ha sido un número reducido de sesiones clínicas que hemos realizado, pero debido a un problema de salud importante de mi hija, tuvimos que suspender la realización de dicho programa de formación durante unos meses, pero nuestra intención es seguir adelante con dicho programa, porque nos parece una manera fantástica de promover la salud y mejorar nuestra relación con los vecinos de nuestro barrio.
Me gustaría agradecer las facilidades y el gran interés expresado por la coordinación del centro y de nuestros compañeros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante el transcurso de este año 2018, hemos iniciado en nuestro centro de salud desde el servicio de Pediatría y en sintonía con los compañeros de Medicina de Familia un proyecto para nuestra comunidad. De una manera altruista y completamente desinteresada, desde hace varios años, nuestra matrona, María José Azuara, organizó un grupo de apoyo para la lactancia materna donde todo el mundo que quisiese podía acudir ahí.
Pensamos, que podíamos complementar este grupo de apoyo a la lactancia materna, con nuestros conocimientos y con nuestra experiencia aportando otro enfoque quizás más orientado hacia el futuro, y no tan concretamente a esa etapa tan bonita y especial que es la época de la lactancia.
Y así ha sido, siempre con su apoyo y con una sonrisa, hemos ido caminando juntos durante este año, realizando varios talleres y charlas muy interesantes, donde me gustaría destacar el interés de los asistentes, la cordialidad, la camaradería y la complicidad que se establecía a lo largo de las sesiones entre las madres que asistían y nosotros.

7. OBSERVACIONES.
Nos gustaría continuar realizando esta actividad en los próximos años.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/613 ========== ***

Nº de registro: 0613

Título
PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)

Autores:
DIESTE MARCIAL MARIANO, AZUARA LAGUIA MARIA JOSE, HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL, MACHIN VALTUEÑA MILAGROS, PEÑA PORTA MARTA, VALLES MARCEN GREGORIO, BERNA HUERTA MARIA BEGOÑA, FORCEN BELTRAN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZALFONADA (PICARRAL)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: salud comunitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace ya varios años, en nuestro centro de salud, y gracias al gran interés de nuestra matrona, María José Azuara, se organizó un grupo de apoyo para la lactancia materna, donde todo el que quisiese podía acudir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0613

1. TÍTULO

PROGRAMA DE FORMACION PARA PADRES Y MADRES (GRUPO DE EDUCACION PARA LA SALUD DEL NIÑO LACTANTE)

a él.

Desde el punto de vista de la Pediatría, debido a la escasez de tiempo que disponemos para las visitas de los niños, la educación que intentamos realizar se limita a ese poco tiempo de consulta, y no actuamos en otros medios como nos gustaría, por ejemplo: la escuela, la familia y otros colectivos de niños.

Hemos tomado consciencia de la importancia de la educación en la salud en Pediatría, que aunque la realizamos como podemos en nuestra consulta, el poco tiempo que disponemos y la sensación que a veces tenemos de que todos los niños/pacientes son todos iguales, hace que entremos en la rutina y no conseguimos en la mayoría de los casos los objetivos que nos proponemos.

Este sentimiento de entrar en la rutina, y de conseguir poco éxito en nuestras intervenciones, nos ha llevado a intentar participar de una manera más activa en la educación colectiva de nuestras madres, pidiendo colaboración al grupo de soporte para la lactancia materna que ya existía en nuestro centro.

RESULTADOS ESPERADOS
Nos parece, que participando de esta manera, podemos conseguir mejorar la salud de nuestros niños y mejorar la preparación de las madres para posibles situaciones que les pudiesen ocurrir, como intoxicaciones, atragantamientos, convulsiones y que ellas se sientan más seguras de si mismas ante estos eventos.
De igual modo, se tratarían temas en las que los que las madres y padres pudiesen estar interesados, tanto de alimentación, vacunación, educación, psicología o de actualidad
Esperamos conseguir un mayor acercamiento humano hacia las familias, lo cual nos permitiría a la hora de pasar consulta una mejor empatía con ellos.
Promoviendo la salud, y comentando los posibles problemas, conseguiríamos disminuir las consultas de puericultura.

MÉTODO
El Programa de Formación de Padres y Madres consiste en una serie de charlas y talleres mensuales sobre temáticas de educación, psicología y salud, de especial interés para los padres y madres de niños lactantes menores de 12 meses,
Serán impartidas por un equipo de profesionales de Pediatría, tanto por el Pediatra como por la enfermera de Pediatria
Realizaremos una Reunión de todo el Servicio de Pediatría de nuestro centro de salud, para unificar criterios y otra con el resto del equipo de atención primaria para dar a conocer nuestro programa, aceptar sugerencias e intentar que todo el centro participe con nosotros.
Las madres y padres de este grupo, tenrán la posibilidad de seleccionar sobre una lista de temas aquellos que sean de su mayor interés.

INDICADORES
Se realizará una encuesta de satisfacción al finalizar cada una de estas sesiones, en las que se baremará:
la satisfacción individual,
la calidad del ponente,
la calidad del tema expuesto,
la duración de la sesión,
La satisfacción de las expectativas concretas que tenían sobre dicho tema.

DURACIÓN
La duración del presente programa será desde enero del 2018 hasta diciembre del 2018, las sesiones serán de carácter mensual, el tiempo establecido para cada actividad será de una hora y media.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE EN SU DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD ZUERA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR SOLER COCHI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZUERA
· Localidad ..... ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TARONGI SALINAS BEGOÑA
GARRALON ORTEGA CRISTINA
LOPEZ PEIRONA BARBARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Extraccion de datos de la receta electronica proporcionados por el servicio de AP del sector
Creacion de un registro de los pacientes a los que se entrega y recoge el contenedor
Entrevista con el paciente en la consulta de enfermeria para explicarle la importancia de la recogida de residuos biologicos
Entrega de los contenedores de residuos al mayor numero posible de personas
Sesión clínica en el EAP para explicar el proyecto y entregar la hoja de registro a los profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entrega de contenedores para punzantes al 90.05% de los pacientes censados con diabetes.
Devolucion de los contenedores llenos 81.29%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En conclusión, se ha facilitado la entrega a un elevado número de pacientes, con la colaboración activa de los componentes del equipo de mejora.
Con estas medidas hemos evitado la contaminación ambiental en medios de recogida no selectivos.
Se ha incidido en el buen uso de agujas de las personas diabéticas, recomendado el cambio de aguja en cada pinchazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/494 ========== ***

Nº de registro: 0494

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE EN SU DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD ZUERA

Autores:
SOLER COCHI PILAR, TARONGI SALINAS BEGOÑA, GARRALON ORTEGA CRISTINA, LOPEZ PEIRONA BARBARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cada día son mas los pacientes que utilizan insulinas en su domicilio, por lo que desechan el material punzante en botes de cristal que nos acercan al centro y otras directamente en la basura de su domicilio con el riesgo biológico que conlleva.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0494

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES DIABETICOS QUE UTILIZAN MATERIAL PUNZANTE EN SU DOMICILIO EN EL CENTRO DE SALUD ZUERA

Que cada paciente insulinodependiente deseche con seguridad el material punzante en su domicilio en un contenedor de residuos

MÉTODO
Identificación de pacientes que utilizan material punzante en su domicilio.
Entrevista con el paciente en la consulta de enfermería para explicarle la importancia de la recogida de los residuos bioligicos.
Entrega del contenedor de residuosa todos los pacientes contactados.
Creacion de un registro de los pacientes a los que se entrega y recoge el contenedor.
Sesion clinica en el EAP para explicar el proyecto y entrega de la hoja de registro a todos los sanitarios para su uso.

INDICADORES
% de pacientes a los que se le entrega contenedor de residuos del total que precisa material de este tipo
% de envases devueltos al centro de salud para su destruccion del total de los entregados.
%de unidades asistenciales que han participado activamente en el proyecto del total del equipo.

DURACIÓN
Identificacion de los pacientes que utilizan material punzante en su domicilio NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016
Extraccion de datos de la receta electronica proporcionados por el servicio de AP del sector NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016
Creacion de un registro de los pacientes a los que se entrega y recoge el contenedor NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016
Entrevista con el paciente en la consulta de enfermeria para explicarle la importancia de la recogida de residuos biologicos DICIEMBRE 2016
Entrega de los contenedores de residuos al mayor numero posible de estos pacientes A PARTIR DICIEMBRE 2016
Sesión clínica en el EAP para explicar el proyecto y entregar la hoja de registro a los profesionales DICIEMBRE 2016
Evaluación de los resultados A PARTIR DE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0301

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA DIAZ FLE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ZUERA
· Localidad ..... ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRALON ORTEGA CRISTINA
BRIZZOLIS GRAUS MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Mayo 2018)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo 2018)
Para realizar estas actividades empleamos el listado que nos proporcionó la farmacia del sector.
3. Trabajo de campo con los pacientes. Valoración de los pacientes aptos para cambiar a ACOD. (Junio - Septiembre 2018)
4. Sesión clínica en el EAP (junio 2018)
5. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (junio 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que en los últimos 6 meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango: TOTAL DE PACIETES CON ANTIVITAMINA K 26, PACIENTES FUERA DE RANGO>60% 8 = 30.76%
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situación clínica en las que se recomienda su paso a ACOD: TOTAL DE PACIENTES CON ANTIVITAMINA K : 26 PACIENTES CAMBIADOS A ACOD: 5 = 19.23%
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales: TOTAL PACIENTES ANTICOAGULADOS: 32 TOTAL PACIENTES CON ACOD: 6 = 18.75%
- número de pacientes o cuidadores que asisten a la charla formativa: 4
- nº de trombosis registradas en pacientes tratados : 0
- nº de hemorragias leves registradas en pacientes tratados: 0
- nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados: 1
Para registrar estos datos utilizamos un listado manual donde ibamos apuntando incidencias además de apuntarlo en el programa de OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos ha parecido de mucho interés y gratificante el mejorar la calidad de vida de los pacientes que han sido aptos para el cambio a ACOD, observando su mejora tanto en la adhesión al tratamiento como en la probabilidad de sufrir un episodio trombótico o hemorrágico debido al mal control de INR.

7. OBSERVACIONES.
Nos ha resultado díficil sacar del programa de TAO el recuento tando de los episodios trombóticos como hemorrágicos, ya que si no hubiesemos tenido un registro manual, no hubiesemos podido sacar los datos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/301 ========== ***

Nº de registro: 0301

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE

Autores:
DIAZ FLE MARTA, GARRALON ORTEGA CRISTINA, BRIZZOLIS GRAUS MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0301

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN LOS CONSULTORIOS DE ONTINAR DE SALZ Y EL TEMPLE

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Vemos la necesidad dentro de nuestra comunidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes que están en tratamiento con antivitamina K, ya que con los nuevos anticoagulantes orales mejora tanto la calidad de vida del paciete como la seguridad clínica, y aunque no precisen de monitorización es preciso que no se relaje su seguimiento, que debe seguir realizandose de forma continuada en el consutorio con el personal de enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la calidad de vida de los pacientes
Mejora de la adhesión al tratamiento
Mejora de la seguridad clínica
Reducir los episodios hemorrágicos y trombóticos debido a un mal control del INR

MÉTODO
1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Abril/Mayo)
2.Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Abril/Mayo)
3. Trabajo de campo con los pacietes (Enero/Noviembre)
4. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo)
5. Actividades formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Junio)
6. Evaluación de resultados (Noviembre)

INDICADORES
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que en los últimos 6 meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situación clínica en las que se recomienda su paso a ACOD.
- % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
- nº de pacientes o cuidadores que asisten a la reunión formativa
- nº de trombosis registradas en pacientes tratados
- nº de hemorragias leves registradas en pacietnes tratados
- nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

DURACIÓN
1. Identificación de pacientes en tratamiento con ACO (Abril/Mayo)
2.Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Abril/Mayo)
3. Trabajo de campo con los pacietes (Enero/Noviembre)
4. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo)
5. Actividades formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Junio)
6. Evaluación de resultados (Noviembre)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0444

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ZUERA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GARRALON ORTEGA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ZUERA
· Localidad ..... ZUERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ PEIRONA BARBARA
SOLER COCHI PILAR
LOPEZ PEIRONA NEREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Identificación de pacientes con episodios de úlceras: Mayo 2018
Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales : Mayo 2018
Revisión del tápiz del paciente cerrando episodios ya resueltos : Junio- Septiembre 2018
Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto : 22 Mayo 2018
Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste: Junio- Septiembre 2018
Actividad formativa con el equipo de enfermería de Centro de Salud pra recordar el correcto registro del protocolo : 22 Mayo 2018
Evalucación resultados : Enero- Febrero 2019
RECURSOS UTILIZADOS: A través de Dirección de enfermería se nos proporcionó un listado con los pacientes del Centro de Salud que tenían un episodio abierto de úlceras (S97)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de pacientes con úlceras de extremidad inferior. Total de pacientes con episodio abierto de úlceras/ pacientes con úlceras de extremidad inferior: 21.92%
% de pacientes con protocolo de úlceras en planes personales: Total de pacientes con úlceras de extremidad inferior/ pacientes con protocolo abierto en cartera de servicios: 24%
% de pacientes con úlceras resueltas y episodios de úlceras abiertos: 77.19%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este proyecto de calidad nos hemos dado cuenta de la cantidad de episodios abiertos que había con úlceras ya resueltas, que no habíamos cerrado, nos ha servido para concienciarnos del hecho que tenemos que cerrar episodios una vez resueltos y así mejorar la calidad de registro en OMI tanto al cerrar episodios como al registrar de forma correcta en planes personales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/444 ========== ***

Nº de registro: 0444

Título
MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S.ZUERA

Autores:
GARRALON ORTEGA CRISTINA, LOPEZ PEIRONA BARBARA, SOLER COCHI PILAR, LOPEZ PEIRONA NEREA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ZUERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0444

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS (S97) EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ZUERA

Vemos la necesidad dentro de planes personales de aprovechar mejor el protocolo de úlceras (S97) ya que, aunque son bastantes los pacientes que tienen esta patología, en pocos está creado este protocolo en los planes personales, siendonos de mucha utilidad registrar desde aquí las modificaciones en las características de las úlceras y su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora de los recursos que nos ofrece OMI
2. Mejora del registro del protocolo de úlceras
3. Mejora de la concordancia de la patología actual del paciente y su tapiz.

MÉTODO
- Identificación de pacientes con episodios de úlceras (S97) (Mayo 2018)
- Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales (Mayo 2018)
- Revisión del tapiz del paciente cerrando episodios ya resueltos. (Junio 2018)
- Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto (Mayo 2018)
- Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste (Junio 2018)
- Actividad formativa con el equipo de enfermería del Centro de Salud para recordar el correcto registro del protocolo (Junio 2018)
- Evaluación de resultados (Noviembre 2018)

INDICADORES
- % de pacientes con úlceras
- % de pacientes con protocolo de úlceras en planes personales
- % de pacientes con úlceras resueltas y episodios de úlceras abiertos
- Continuidad del registro en el protocolo

DURACIÓN
- Identificación de pacientes con episodios de úlceras (S97) (Mayo 2018)
- Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales (Mayo 2018)
- Sesión clínica en el EAP para presentar proyecto (Mayo 2018)
- Revisión del tapiz del paciente cerrando episodios ya resueltos. (Junio 2018)
- Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste (Junio 2018)
- Actividad formativa con el equipo de enfermería del Centro de Salud para recordar el correcto registro del protocolo (Junio 2018)
- Evaluación de resultados (Noviembre 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA MANCHO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO VITALIA OSCAR
MENDI METOLA CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-CORREO MENSUAL

El Servicio de Farmacia de AP envía cada mes a los miembros de la comisión de URM (responsables de URM en los EAP) y a coordinadores médicos de EAP un aviso sobre la disponibilidad de nuevos datos actualizados junto con información diversa:
.-Febrero (10/02/2017): nuevo apartado en intranet con información sobre riesgo anticolinérgico (RAC) (sesión ya realizada en los centros y listado de fármacos y alternativas) y medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) en ancianos (listado medicamentos-nombre comercial y enlace a alertas AEMPS)
.-Marzo (9/03/2017): información sobre interacción estatinas-sintrom.
.-Abril (7/04/2017): propuesta de realizar, en cada centro, sesión sobre “Medicamentos potencialmente inapropiados en Ancianos”.
.-Mayo (4/05/2017): reunión de comisión de URM de AP para explicar el proyecto y recabar ideas, propuestas y colaboración entre los responsables de URM de los EAP.
.-Junio (14/06/2017): difusión del documento de “RECOMENDACIONES PARA EL USO DE ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS” elaborado por el grupo de trabajo designado la Subcomisión de URM del Sector Zaragoza I y se envía una sesión básica para poder presentarlo en los EAP. Se ha elaborado también una hoja de información al paciente sobre los ejercicios de Kegel, que está disponible en OMI.
.-Septiembre (7/09/2017):
Cuadro comparativo de resultados de todos los EAP, sector y Aragón
Recordatorio sesión “MPI en anciano”
Recordatorio sesión “Recomendaciones antiespasmódicos urinarios”
.-Octubre (18/10/2017): difusión en intranet de la sesión “MPI en anciano”
.-Noviembre (6/11/2017): en el listado de pacientes con TW se visualiza si el paciente tiene en su historia de OMI un CIAP activo del código U99 – insuficiencia renal
.-Diciembre (5/12/2017): información sobre el uso de AINE en pacientes con riesgo cardiovascular

2.-INTRANET: Todo el contenido relacionado con este proyecto se pone a disposición de los EAP en un apartado específico de la intranet del sector, particularmente las 3 sesiones clínicas elaboradas por farmacia de AP:
Sesión “Valoración del Riesgo Anticolinérgico”
Sesión clínica “Antiespasmódicos urinarios”
Sesión clínica “Medicamentos potencialmente inapropiados en anciano”

3.-SESIONES DE SEGUIMIENTO

.-09/05/2017 – Comisión URM-AP: Se presenta el proyecto a los responsables de URM de todos los EAP y se muestra la evolución de resultados en el periodo enero-mayo 2017 en cada indicador, comparando entre sectores, instando a los responsable de URM de los EAP a analizarlo con más detalle en el Cuadro de Mandos de Farmacia para el conjunto del EAP y fomentando la revisión individualizada de todos los facultativos.
.-26/05/2017 – Junta Técnico Asistencial: se presenta el proyecto a todos los coordinadores de los EAP del sector, como proyecto impulsado desde la Dirección de AP para intentar fomentar el mayor aprovechamiento del cuadro de mandos de farmacia, intentando implicar tanto a Atención Primaria como a Atención Especializada. Este proyecto está incluido en todos los acuerdos de gestión de los centros. Se ha hecho una individualización de objetivos para cada EAP en función de la situación de partida. Mensualmente se envía un correo a coordinadores médicos y responsables de URM con nueva información para que los centros puedan aprovecharla y se insiste en que toda esta información se traslade a través de sesiones a los centros.
.-28/06/2017 – SANTA ISABEL: Informe de seguimiento hasta junio del EAP. Antonio Canales, Coordinador EAP.
.-27/09/2017 – Junta Técnico Asistencial: se entrega a todos los coordinadores:
Cuadro comparativo de resultados de todos los CIAS del EAP, sector y Aragón
Cuadro de seguimiento del proyecto de URM para cada EAP
Disponible cuadro de estadísticas de accesos por CIAS del Cuadro de Mandos con datos de febrero y agosto de 2017, pero finalmente no se entrega.
.-23/11/2017 – Comisión URM-AP:
Se presenta resumen las actividades realizadas hasta el momento desde el servicio de farmacia de AP, mostrando el contenido relacionado con este proyecto que está disponible en la intranet, y las actividades realizadas en relación con informes de seguimiento y sesiones realizadas en los centros.
Se entrega hoja modelo para realizar la memoria de seguimiento de todas las actividades realizadas en cada EAP en este proyecto asistencial.
Se muestra la evolución positiva del indicador de medicamentos inapropiados en el anciano tras las sesiones sobre este tema realizadas en 4 EAP.
Se muestra y se entrega el cuadro comparativo de los indicadores URM de todos los EAP a fecha 1 de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS

noviembre y el cuadro de seguimiento de cada EAP con los indicadores del proyecto asistencial en URM a fecha de septiembre, tal como se entregó a los coordinadores en la pasada junta técnico asistencial.

4.- SESIONES DE FORMACIÓN EN EAP:

Sesión clínica "Medicamentos potencialmente inapropiados en anciano"
- 31/05/2017 – ACTUR OESTE: MPI en ancianos, RAC. Carmen Labarta, FAP.
- 20/06/2017 – ZUERA: MPI en ancianos. Carmen Labarta, FAP.
- 21/06/2017 – SANTA ISABEL: MPI en ancianos. Carmen Labarta, FAP.
- 19/09/2017 – PICARRAL: MPI en ancianos. Carmen Labarta, FAP.
- 5/4/2027- 13/6/2017- 13/12/2017 – PICARRAL seguimiento
- 16/03/2017 –ARRABAL: Presentación del proyecto
- 5/10/2017 – LA JOTA: Seguimiento Proyecto

Sesiones Antiespasmódicos:
- 07/06/2017 – ACTUR SUR: Antiespasmódicos urinarios. Sonia Sanz y Daniel Juncosa, Residentes MFyC.
- 07/06/2017– PARQUE GOYA: Antiespasmódicos urinarios. Inmaculada Gúerri. Médico familia - Responsable URM
- 21/09/2017– ALFAJARIN: Antiespasmódicos urinarios. Mª Jesús Pérez Aranda. Médico familia - Responsable URM.
- 13/12/2017 –ARRABAL: Sesión Clínica Antiespasmódicos
- 15/11/2017 –LA JOTA: Sesión Clínica Antiespasmódicos

5.-SESIONES EN HOSPITALES:
General y por Servicios. No se realizan

6.-HOJA INFORMATIVA:

.-09/05/2017 – Comisión URM-AP:
Se presenta un modelo inicial. Se plantea hacer un diseño más visual, resumiendo con mensajes breves y cortos la intención del indicador y añadiendo la lista de medicamentos afectados, por ejemplo, en riesgo anticolinérgico y medicamentos potencialmente inapropiados en ancianos.
Se proponen, además, otras actuaciones como el envío de notificación individualizada desde dirección AP en indicadores que afectan a pocos pacientes (AINE en RCV, doble bloqueo SRA). Aunque también se pone de manifiesto que una vez revisado el listado de pacientes afectados por este doble bloqueo SRA se comprueba que todos han sido tratamientos iniciados por atención hospitalaria

.-23/11/2017 – Comisión URM-AP:
Se hace propuesta de hoja informativa abordando sólo los indicadores relacionados con problemas de seguridad, lo que permite realizar un diseño más visual. Se ofrece la posibilidad de incluir enlaces a los apartados relacionados de la intranet o documentación de Internet, pero dado que el uso más común será en formato papel se desecha esta opción.

.-11/12/2017 –Comisión URM-AP :Formato definitivo de la hoja

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.-INDICADOR Nº1
El proyecto se basa en la información sobre indicadores y actuaciones de URM que está disponible en el Cuadro de Mandos de Farmacia (CMF).
La evaluación se realizará con los datos correspondientes a diciembre, disponibles en CMF a principios de enero.
INDICADORES DE INDICACIÓN:
1.- Pacientes en prevención secundaria tratados con con estatinas
2.- Pacientes en prevención primaria con tratamiento hipolipemiante combinado
INDICADORES DE EFECTIVIDAD
3.-Pacientes tratados con medicamentos no efectivos
INDICADORES DE SEGURIDAD
4.-Uso de medicamentos potencialmente inadecuados en el anciano (>75 años)
5.- Uso de medicamentos de riesgo anticolinérgico elevado en el anciano
6.- Pacientes tratados con triple Whammy
7.- Pacientes tratados con doble bloqueo Sistema Renina Angiotensina Aldosterona
8.-Pacientes de alto riesgo cardiovascular tratado con AINES
INDICADORES DE EFICIENCIA
9.-Selección ineficiente de estatinas
10.-Selección ineficiente de IBP

INDICADORES DE INDICACIÓN:
1.- Pacientes en prevención secundaria tratados con estatinas: Valor: 68,88%, mejoría respecto al 2016 (66,91%). Valores dentro de rango en todos los EAP, destacando 3 de ellos que obtienen resultados por encima de los valores máximos . Resultados similares al total Aragón: 68,44%.
2.- Pacientes en prevención primaria con tratamiento hipolipemiante combinado: Valor por encima de rango

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS

10,17% (10,1-4,7). Empeora resultado con respecto a 2016 (9,54). Sólo 3 EAP están fuera de rango con cifras muy elevadas, entre 16,35 y 18,33% que son los que hace que el sector no cumpla este objetivo. Resultados peores que total Aragón.

INDICADORES DE EFECTIVIDAD
3.-Pacientes tratados con medicamentos no efectivos:
.Pacientes tratados con SYSADOA : ha empeorado el indicador con un aumente de 305 pacientes
.Pacientes tratados con CITICOLINA: mejoría de los resultados con 47 pacientes menos.

INDICADORES DE SEGURIDAD
4.-Uso de medicamentos potencialmente inadecuados en el anciano (>75 años): Resultados de 14.06%, dentro de rango y mejores respecto a 2016 (14, 96%). Destacan con malos resultados tres EAP con valores entre 16,35 y 18,33% el resto están dentro de rango. Resultados por debajo de total Aragón.
5.- Uso de medicamentos de riesgo anticolinérgico elevado en el anciano: Valores de 14,38%, dentro de rango. Con mejora mínima con respecto a 2016(14,56). Hay 6 EAP fuera de rango con valores de hasta el 20%
6.- Pacientes tratados con triple Whammy: Partimos de cifras absolutas de 1977 pacientes en 2016 y hemos conseguido una disminución a 1575 (402 pacientes)
7.- Pacientes tratados con doble bloqueo Sistema Renina Angiotensina Aldosterona: Valores de 0,83%, dentro de rango, con mejoría respecto a 2016 (0,99%). Datos similares al resto de Aragón.
8.-Pacientes de alto riesgo cardiovascular tratado con AINES: valores de 7,44%. Mejoría respecto a 2016: 8,64%. Siete de los EAP con muy buenos resultados, por encima de los valores esperados. El resto fuera de rango.

INDICADORES DE EFICIENCIA
9.-Selección ineficiente de estatinas: valores dentro de rango 16,89%, con una pequeña mejora con respecto a los datos de 2016 17%. Hay que destacar que sólo tres EAP están fuera de rango, con valores de hasta el 33%.
10.-Selección ineficiente de IBP: Valores de 72,62% en 2017, ha empeorado con respecto a 201675,18%, centrado en 5 EAP, el resto con resultados por encima de la media de Aragón.

2.-INDICADOR Nº2:
Hoja informativa editada y pendiente de difundir en atención primaria y hospitalaria
Se ha elaborado la hoja informativa sobre indicadores relacionados con problemas de seguridad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- No ha sido posible conseguir la implicación de atención especializada.
2.- Cambio de actitud de los profesionales en cuanto al uso del cuadro de mandos de Farmacia para tener información en tiempo real del seguimiento de los indicadores de URM.
Mantener la Comisión del URM en AP, que sea la responsable de monitorizar el seguimiento de los indicadores en cada EAP
3.- Elevado número de indicadores a monitorizar: Se ha intentado hacer una individualización de objetivos por EAP para todos los indicadores de URM disponibles en el Cuadro de Mandos de Farmacia, lo que complica elaborar cuadros de seguimiento.
4.-Para próximos proyectos sería deseable hacer una selección de indicadores por EAP, tres o cuatro y de forma consensuada con el EAP, con los mismos objetivos de Contrato-Programa, y hacer intervenciones específicas sobre ellos, en vez de plantear todos los objetivos para todos los EAP.
Se propone realizar esta selección en los objetivos que van a evaluarse y que sean estos los que se trabajen para el año próximo.
5.-Se propone implicar a los EAPS en la monitorización de los indicadores, de tal forma que cada mes se recuerde la importancia/justificación de un indicador concreto, y se trabaje de forma proactiva en él.
6.-En aquellos equipos en los que se detecte una desviación continuada en los indicadores con respecto a los rangos marcados, se realizará una sesión específica para apoyar el trabajo en esos puntos concretos. Al igual que en todos los centros que lo requieran.
7.-En los 4 EAP en los que se ha impartido la sesión clínica sobre “Medicamentos potencialmente inapropiados en el anciano” se observa una mejora en los resultados en durante los 5-6 meses siguientes (descenso del uso de MPI en ancianos), apreciándose a partir de entonces ligeros aumentos en los resultados del indicador. En conjunto, en el periodo Enero 2017-Enero 2018 estos cuatro EAP tienen descensos en este indicador superiores a la media del sector.

7. OBSERVACIONES.
Se debería de insistir en implicar a profesionales de atención especializada, tanto facultativos como farmacéuticos para la mejora en URM, ya que un porcentaje de prescripción en AP es diferida de Atención Especializada

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1155 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS

Nº de registro: 1155

Título
URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA: AREAS PRIORITARIAS 2017

Autores:
LABARTA MANCHO CARMEN, GALINDO CHICO MIGUEL, NAVARRO VITALLA OSCAR, MENDI METOLA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URM
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Proyecto orientado a conseguir el mayor grado de aprovechamiento posible de las oportunidades que ofrece el nuevo cuadro de mandos de farmacia para la mejora de la farmacoterapia con la implicación de Atención Primaria y Hospitalaria

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la farmacoterapia en aspectos seleccionados de INDICACIÓN, EFECTIVIDAD, SEGURIDAD y EFICIENCIA, fomentando la utilización y aprovechamiento del nuevo Cuadro de Mandos de Farmacia (CMF)
2. Facilitar la coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria

MÉTODO
- Actividad coordinada desde la Comisión de URM de AP y con participación de la Subcomisión de URM del sector.
- Elaboración de una hoja informativa sobre las áreas prioritarias de URM en 2017 para difusión tanto en AP como en Hospitales.
- Aviso mensual por correo electrónico de la disponibilidad de nuevos datos en CMF al Responsable de URM del EAP y a los coordinadores de AP.
- Sesiones de formación y seguimiento en EAP
- Sesiones en Hospitales: General y por servicios.

INDICADORES
Indicador 1. Se utilizarán los indicadores e información disponibles en el CMF.
Indicadores de INDICACIÓN:
1. Pacientes en prevención secundaria tratados con estatinas (%)
2. Pacientes en prevención primaria con tratamiento hipolipemiante combinado (%)
Indicadores de EFECTIVIDAD:
3. Pacientes tratados con medicamentos no efectivos: SYSADOA, Citicolina (nº)
Indicadores de SEGURIDAD:
4. Uso de Medicamentos Potencialmente inapropiados en anciano (>75 años) (%)
5. Uso de Medicamentos de Riesgo anticolinérgico elevado en anciano (> 75 años) (%)
6. Pacientes tratados con Triple Whammy (IECA o ARAII+ diurético+AINE) (nº)
7. Pacientes tratados con Doble Bloqueo Sistema Renina Angiotensina (IECA, ARAII o aliskiren) (%)
8. Pacientes de alto Riesgo Cardiovascular tratados con AINE (%)
Indicadores de EFICIENCIA:
9. Selección ineficiente de estatinas (%)
10. Selección ineficiente de IBP (%)

Indicador 2. Hoja informativa editada y difundida en atención primaria y hospitalaria

DURACIÓN
Planificación: Noviembre-Diciembre 2016
Duración: 1 año (2017)
Evaluación de resultados: Diciembre 2017
Responsables:
- Dirección AP Sector Zaragoza I
- Farmacéutico AP Sector Zaragoza I
- Responsables de URM de los EAP / miembros Comisión URM en AP
- Miembros Subcomisión URM del sector I

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1155

1. TÍTULO

URM: ABORDAJE DE LA FARMACOTERAPIA : AREAS PRIORITARIAS

OBSERVACIONES
Se consideran áreas prioritarias para 2017 aquellas áreas con información disponible en CMF a fecha de noviembre 2016.

Para mejorar la estimación de indicadores se hacen dos salvedades:
- Si fuera posible incluir el criterio edad (> 75 años) en los indicadores en los que no está, el proyecto podría priorizar las actuaciones en el paciente anciano.
- Sería de interés incluir en los indicadores criterios de exclusión como: Pacientes con código CIAP Z28 (Social minusvalía/discapacidad/ dependencia) y pacientes con código CIAP A99 (Terminal (Paciente)).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1160

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA EN LAS PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO REHABILITADOR Y/O FISIOTERAPEUTICO

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALICIA CASCANTE MARTINEZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARAGÜES BRAVO JUAN CARLOS
GALINDO CHICO MIGUEL
PEREZ BENITO MARINA
ARAKISTAIN MARKINA MIRIAN
BAÑOS MORALES SARA
DIAZ-PLAZA ARA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Cronograma de implantación:
Enero 2016: Elaboración de un documento de consenso. El grupo de trabajo mantuvo hasta 3 reuniones a lo largo del 2016. En Abril de 2016 se firma el documento definitivo.
Abril-septiembre 2016: Se difunde entre los profesionales de fisioterapia.
Septiembre 2016: Reunión del grupo de trabajo y primera revisión del protocolo.
Enero 2017: La DAP elabora e incorpora un documento anexo: Circuito de devolución de interconsultas no ajustadas a protocolo.
Junio 2017: Reunión con todos los fisios acordandose unificar todas las agendas.

2. Plan de comunicación:
Enero-Mayo 2017: Los fisioterapeutas de AP difunden el protocolo en los equipos que tienen asignados.
Mayo 2017: La DAP comunica a los fisioterapeutas el circuito de devolución de interconsultas.
Mayo 2017: En JTA también se comunica el protocolo a todos los coordinadores de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
3. Evaluación de resultados:
La difusión del protocolo ha sido la adecuada. (Existe calendario de sesiones)
Las agendas de las UFAP estan unificadas y son homogeneas.
Se han recibido 117 IC consideradas no adecuadas a protocolo, de las cuales 98 han sido tramitadas con respuesta al profesional emisor según circuito establecido.
Días de demora: Se hicieron 4 cortes de seguimiento de la demora media en cada UFAP, marzo, junio, octubre y diciembre. A lo largo del año existe un buen comportamiento en 4 de las 6 UFAP (Actur Oeste, Actur Sur, Santa Isabel y Parque Goya) con una disminución de la demora media en algunos casos significativa.
En términos de Sector se ha conseguido reducir de 75 a 55 los días de demora media.
Existe un documento en donde se recogen todos estos datos desglosados para su consulta si fuera preciso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
4. Impacto del proyecto:
Se han conseguido la mayoría de los objetivos previstos.
Tras evaluar estos resultados, se procedió a estudiar otros factores que influyesen en las UFAP donde no se ha producido este efecto positivo, La Jota y Picarral, en esta última se observó que tienen la mayor tasa de derivación desde AP del Sector con un 3,23%, un punto porcentual por encima de la media que explicaría el pobre impacto de este proyecto. Este punto puede ser motivo de análisis y propuesta de soluciones para un proyecto propio en el futuro.
A cierre de esta memoria no se han podido extraer datos referentes a especializada.

5. Sostenibilidad:
Hay que tener en cuenta que la difusión del proyecto se realizó entre enero y mayo de 2017, por lo que es normal y positivo ver resultados a partir de entonces. El primer corte en donde empieza a observarse mejoría es el de octubre, manteniéndose la misma tendencia a cierre de diciembre de 2017.
Es por ello que aunque el programa se cierra como tal, desde la DAP y las UFAP se seguirán monitorizando resultados y manteniendo en formato de sesiones clínicas la difusión y comunicación de cualquier revisión del protocolo realizado. El hecho de que en 2018 se comience a trabajar en un programa de manejo de la patología musculoesquelética apoya esta medida, ya que el buen funcionamiento de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria es un pilar fundamental para conseguir buenos resultados.

A pesar de haberse reducido la demora en estas Unidades, esta sigue siendo alta (en torno a 2 meses de media), por lo que una medida que hay que plantearse es la de aumentar los RRHH en fisioterapia.

El proyecto es implementable en otros Sectores.

7. OBSERVACIONES.
Existe un documento memoria en donde se recogen todos los datos de forma pormenorizada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1160

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA EN LAS PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO REHABILITADOR Y/O FISIOTERAPEUTICO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1160 ========== ***

Nº de registro: 1160

Título
CRITERIOS DE DERIVACION A FISIOTERAPIA-RHB HOSPITALARIA

Autores:
CASCANTE MARTINEZ ALICIA, ARAGÜES BRAVO JOSE CARLOS, GALINDO CHICO MIGUEL, PEREZ BENITO MARINA, ARAKISTAIN MARKINA MIRIAM, LAHUERTA JARQUE AMPARO, BAÑOS MORALES SARA, DIAZ-PLAJA ARA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Gran variabilidad en la atención a pacientes con patología del aparato locomotor susceptibles de rehabilitación.
2. Alta prevalencia de patologias relacionadas.
3. Se hace preciso definir los circuitos de estos pacientes entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Disminución tiempo de demora en primera visita de fisioterapia.
2. Unificar criterios de derivación que conlleven un tratamiento óptimo para las diferentes patologías susceptibles de tratamiento rehabilitador.
3. Mejorar la cumplimentación del volante de interconsulta.
4. Mejora de registro en OMI-AP

MÉTODO
1. Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar. Finalizado
2. Elaboración de un documento de consenso, donde se recogen los criterios consensuados para facilitar la toma de decisiones en la derivación de patología musculoesquelética a las UFAP o a RHB hospitalaria. Finalizado.
3. Difusión en formato de sesiones clínicas impartidas por los fisios de Sector a todos los facultativos de AP del Sector I. Difusión a nivel especialidades hospitalarias susceptibles. Finalizado.
4. Seguimiento en formato de cortes periódicos de atención a tiempo o demoras en las distintas UFAP.
5. Seguimiento de la correcta derivación tanto desde AP como desde diferentes especialidades hospitalarias a las UFAP. Corresponde a la DAP: Corrección de errores de derivación.

INDICADORES
1. % de pacientes correctamente derivados

2. Disminución de las demoras medias en las UFAP

DURACIÓN
1. Grupo de trabajo. Enero 2016
2. Primer documento de consenso finalizado. Marzo 2016
3. Revisión. Septiembre 2016
4. Difusión a los profesionales médicos. Septiembre-Diciembre 2016

OBSERVACIONES
El proyecto sigue activo en el año 2017 con el mismo seguimiento y reuniones periódicas del grupo de trabajo.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1160

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA EN LAS PATOLOGIAS DEL APARATO LOCOMOTOR SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO REHABILITADOR Y/O FISIOTERAPEUTICO

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1178

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GALINDO CHICO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMIREZ ALESON VICTORIA
CANALES CORTES VICENTE
BARTOLOME MORENO CRUZ
ANDRES PELEGRIN SARA
COMELLA DORDA MARTA
DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL
CASA MORAGA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Cronograma de implantación:

• Se recogió bibliografía de las principales guías clínicas sobre el manejo del hombro doloroso y se adaptaron en varias reuniones de consenso a la realidad del Sector.
• El grupo de trabajo responsable de elaborar un documento de consenso entre AP y Hospitalaria tuvo su primera reunión en enero de 2016.
• Mantuvo 2 reuniones más a lo largo del mismo año, hasta que en mayo de 2016 se elaboró el documento definitivo (Deposito legal Z-606-2016)
• Implantación prevista en todos los EAP durante el primer semestre de 2017

2. Plan de comunicación:

• El documento completo y su algoritmo se publica en la Intranet del Sector I para su consulta.
• Enero-mayo de 2017 se difunde entre los distintos EAP.
• En mayo de 2017, y en Junta Técnico Asistencial la DAP también presenta el proyecto a todos los coordinadores de equipo. Se ha editado en la Intranet de la Unidad Docente del Sector I un video explicativo del protocolo en formato de presentación clínica. Se recomienda que todos los EAP visualicen este video en formato de sesión o de forma individual por profesional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
3. Evaluación de resultados:

• La difusión e implantación del protocolo ha sido la adecuada para documentos de estas características.
• OMI-AP: Pacientes con diagnostico de hombro doloroso (L92) a los que se les solicita RMN/pacientes con diagnóstico de hombro doloroso con algún registro en el último año (%): 177/2311= 7,66%. En 2016 alcanzamos el 6,10% por lo que no se alcanza el objetivo de disminuir su porcentaje con respecto al año anterior.
• OMI-AP: Pacientes con diagnostico de hombro doloroso (L92) y derivados a Fisioterapia de AP/total de pacientes diagnosticados de hombro doloroso con algún registro en el último año (%): 477/2311= 20,6%. En 2016 este porcentaje fue del 20,75%, por lo que se mantiene la misma tendencia.
• El indicador hospitalario nos ha sido imposible volcar dada la complejidad de obtener disgregado el item de rotura de manguito de rotadores al estar codificado con un CIAP que engloba todos los procesos de hombro doloroso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
4. Impacto del Proyecto:

Se ha trabajado en un documento para el manejo de esta patología consensuado por AP/Hospitalaria y en base a las recomendaciones recogidas en las últimas guías médicas.

Se ha implementado en la intranet del Sector, así como editado un video en formato de sesión clínica para su consulta.

A la hora de analizar los resultados en indicadores, a pesar de obtener los datos de todo el año natural, hay que tener en cuenta que la difusión del proyecto fue efectiva a partir de mayo-junio de 2017.

Para el indicador de solicitud de RMN, cuyo objetivo para el 2017 era bajar del 6,10% de resonancias de hombro solicitadas en 2016, si analizamos el comportamiento centro por centro, 7 de los 13 centros de salud cumplen con el objetivo previsto. Por contra se observa que sobre todo en 4 de los 13 centros de salud el porcentaje de incremento es muy notable, entre 3 y 6 puntos porcentuales más que en 2016. Identificados estos equipos, será labor para el año 2018 estudiar las causas y promover acciones de mejora en los mismos. Todo ello en el ámbito de futuras propuestas para proyectos de mejora que presenten estos equipos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1178

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

5. Sostenibilidad y capacidad de extensión:

A pesar de dar por finalizado el proyecto, en el año 2018 se tiene previsto incluir en CP el proyecto en el manejo de la patología musculoesquelética, por lo que este protocolo en el manejo del hombro doloroso será incluido en el mismo.
Se mantendrá la monitorización de los indicadores marcados y se pondrá especial interés en la mejora de resultados en 4 de los 13 centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1178 ========== ***

Nº de registro: 1178

Título
PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
GALINDO CHICO MIGUEL, RAMIREZ ALESON VICTORIA, CANALES CORTES VICENTE, BARTOLOME MORENO CRUZ, ANDRES PELEGRIN SARA, COMELLA DORDA MARTA, DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL, CASA MORAGA MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El hombro doloroso es un problema de salud muy común y una causa muy importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad.
Existe una gran variabilidad en el proceso de atención a estos pacientes, lo que ocasiona problemas tanto en los circuitos asistenciales que siguen, como en la utilización de los diferentes dispositivos y recursos, así como en los resultados y calidad asistencial final que reciben estos enfermos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proceso es definir de forma consensuada entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades médicas implicadas, los circuitos básicos para la atención y derivación de los pacientes afectados en el Sector Zaragoza I.
El propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO
Se formó un grupo de trabajo con profesionales de todas las especialidades médicas implicadas y de los diferentes niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada). Se recogió bibliografía de las principales guías clínicas sobre el manejo del hombro doloroso y se adaptaron en varias reuniones de consenso a la realidad del Sector I.
Mediante diagramas de flujo, tratamos de reflejar el proceso y sus circuitos asistenciales de la forma más sencilla y gráfica posible para favorecer su consulta y toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios.
A lo largo del primer semestre de 2017 se dará difusión a todos los EAP y especialidades comprometidas.

INDICADORES
Se ha seleccionado una parrilla de indicadores para monitorizar y evaluar el grado de implantación del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1178

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CONSENSO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y HOSPITALARIA PARA EL MANEJO DEL HOMBRO DOLOROSO EN EL SECTOR ZARAGOZA I

proceso diseñado y ofrecer a los profesionales implicados un feed-back periódico sobre la efectividad del mismo.

1. OMI-AP: pacientes con diagnostico de hombro doloroso (L92) y derivados a Fisioterapia de AP / total de pacientes diagnosticados de hombro doloroso con algún registro en el último año (%).
2. OMI-AP: pacientes con diagnostico de hombro doloroso (L92) a los que se les solicita RM / pacientes con diagnostico de hombro doloroso con algún registro en el último año (%).
3. Hospital: pacientes derivados desde AP a Traumatología y diagnostico confirmado de rotura del manguito de los rotadores / total de pacientes derivados desde AP a Traumatología por patología de hombro (%).

DURACIÓN
Grupo de trabajo y documento definitivo. Mayo 2016
Revisiones. 1er. semestre 2017
Sesiones clínicas EAP. 1er. semestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1589

1. TÍTULO

PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA MENDI METOLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO VITALLA OSCAR
CLERENCIA CASORRAN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Febrero Marzo_2017:
Asistencia y participación en Taller / Seminario : Gestión de Riesgos y Plan de Contingencias.
Presentación de Trabajo Colectivo: AMFE de Diseño, La Interconsulta Virtual (ICV) y el Proceso de Continuidad Asistencial entre Atencion Primaria (AP) y Atencion Especializada (AE).

2.- Abril_Mayo 2017:
Realización del ejercicio de AMFE de Diseño para la ICV de AP-AE en el Sector1 Zaragoza: Selección y Priorizacion de Fallos y Propuestas de Mejora.

3.- Junio 2017:
Asistencia y Participacion en Grupo de trabajo en gestión de riesgos en ap (xv jornadas de trabajo sobre calidad en salud y xiii congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial, y presentacion del Ejercicio AMFE de Diseño de ICV.

4.- Junio_Julio 2017:
Gestión de los 5 "Fallos Priorizados en AMFE" para el diseño del proceso de continuidad asistencial entre atención primaria y atención especializada (consulta virtual)

5.- Julio_2017:
Elaboración, Discusión y Consenso del documento del Proceso de continuidad asistencial entre atención primaria y atención especializada (Consulta Virtual) y Algoritmo de Decisión en la Gestión de la ICV.

6.- Septiembre 2017.
Presentación en la Junta Técnico Asistencial de 27/09/2017 a los responsables y Coordinadores de equipos de AP del documento del Proceso de continuidad asistencial entre atención primaria y atención especializada (Consulta Virtual) y Algoritmo de Decisión en la Gestión de la ICV.
Presentación de las especialidades medicas priorizadas y cronograma de implantación de la ICV en Centros de Salud del Sector.

7.- Junio _ Dicembre 2017:
Reuniones de coordinación con AE para la difusión, y puesta en marcha de la ICV en los EAP del Sector 1.
Sesiones de presentación por especialidad en ICV en los Equipos de AP implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Resolución de mejoras en diseño. Fallos resueltos del total de fallos previstos en el diseño. : Identificados y Tratados 5 fallos: 1: MF no identifica respuesta ICV en buzón Ordenes Pendientes. No conoce contestación FEA a ICV en OMI-AP, 2: MF no Informa ICV al paciente; 3: FEA no Informa, no lee, no resuelve ICV; 4: FEA solicita pruebas a MF/Devuelve paciente a AP; 5: Gestion de la cita a PAciente. pacientes pendientes de cita de resolución.
2- Resolución de mejoras en ejecución. Fallos resueltos del total de fallos e incidencias identificadas en la ejecución de la ICV. (Mismo Indicador Anterior)
3- Implantación de la ICV: Porcentaje de profesionales de Atención Primaria ejecutando ICV.: 100% de profesionales AP esta realizando ICV
4- Implantación de la ICV: Porcentaje de profesionales de Atención Especializada ejecutando ICV. : 54'5%: Especialidades realizando ICV a Diciembre de 2017: 11: cirugia general y digestiva; digestivo: endocrinologia y nutricion; hematologia clinica; medicina interna; nefrologia; neumologia; neurologia; pediatria hospital; reumatologia; urologia; Especialidades No Incluidas 2; Cardiologia; Alergologia; Total de alcance de implantacion del Sistema: 82%
5- Implantación de la ICV: Porcentaje de ICV del total de interconsultas solicitadas por Atención Primaria.: el 44,81% (datos de Nov y diciembre de 2018

3392	Solicitadas
1520	Valoradas por ICV
44,81%	% Valoradas por ICV
481	ICV resueltas
31,64%	% resueltas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1589

1. TÍTULO

PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación del Sistema de Interconsulta Virtual supone una importante innovación en la relación y comunicacion entre AP Y AE
Con la elaboración de nuevas rutinas de comunicacion e interacción:
La Técnica de priorización de fallos en la fase de diseño, ha permitido diseñar un procedimiento operativo que ha minimizado los riesgos inherentes a toda nueva acción en la organización.
Dificultades: Exigencia metodologica; Disponibilidad temporal; Diversidad de intereses, AE-AP, Directivos y PPSS, Nuevas tecnologias y plataformas de comunicacion;
Beneficios: Innovacion; implementacion y desarrollo de nuevas utilidades; Implicacion Colectiva. Aprendizaje dinámico
Conclusion. El uso de la Gestion de Riesgos en el Diseño de un nuevo Procedimiento minimiza los errores previsibles en la implantacion y aumenta la probabilidad de éxito del PO. Aumenta la competencia de la organización y su comportamiento eficiente

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1589 ========== ***

Nº de registro: 1589

Título
PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO

Autores:
MENDI METOLA CAROLINA, GALINDO CHICO MIGUEL, NAVARRO VITALLA OSCAR, CLERENCIA CASORRAN CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los profesionales
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es un procedimiento que previene fallos en un proceso o sistema que se está o se quiere implantar en una organización.

El AMFE es utilizado habitualmente por empresas, pero se está implantando esta técnica de priorización (preventiva) de problemas y fallos en los servicios.
En la actualidad el Sector I de Zaragoza se está implantando la interconsulta virtual (ICV) como un nuevo procedimiento de comunicación y consulta clínica entre Atención Primaria y Atención Especializada. Este procedimiento de nuevo diseño implica el desarrollo de ingeniería de soporte en los registros clínicos y una nueva instrucción para realizar la interconsulta entre el médico de familia y el médico especialista.

RESULTADOS ESPERADOS
Prevenir fallos de diseño en las herramientas de soporte, en la instrucción (Procedimiento) de trabajo de la ICV, y en la implantación de todo el proceso en los Equipos de Atención Primaria y en los Servicios de Atención Especializada.

MÉTODO
Fases del proyecto:
1- Redacción del procedimiento o instrucción de ICV.
2- Diseño de la herramienta de gestión de ICV: Registro clínico (HCE-OMI-AP).
3- Análisis y realización de AMFE de diseño:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1589

1. TÍTULO

PREVENCION DE RIESGOS EN IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. AMFE DE DISEÑO

3.1 – Identificación y listado de fallos en la ICV.
3.2 – Priorización de fallos según AMFE y selección de oportunidades de mejora.
3.3 – Intervención en fallos seleccionados.
4- Implantación de un sistema de comunicación y notificación de fallos o incidencias no previstos en la implantación de ICV.
5- Análisis de la resolución de las propuestas de mejora.
6- Comunicación y formación a los profesionales de las mejoras y correcciones realizadas tras la resolución de fallos e incidencias detectados en el procedimiento de ICV.

INDICADORES
Indicadores.
1- Resolución de mejoras en diseño. Fallos resueltos del total de fallos previstos en el diseño.
2- Resolución de mejoras en ejecución. Fallos resueltos del total de fallos e incidencias identificadas en la ejecución de la ICV.
3- Implantación de la ICV: Porcentaje de profesionales de Atención Primaria ejecutando ICV.
4- Implantación de la ICV: Porcentaje de profesionales de Atención Especializada ejecutando ICV.
5- Implantación de la ICV: Porcentaje de ICV del total de interconsultas solicitadas por Atención Primaria.

DURACIÓN
Mayo Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1597

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE LLAMAS AGUNDEZ
· Profesión ..... TECNICO SUPERIOR DE INFORMATICA
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARREA GIMENO JOSE LUIS
CLERENCIA CASORRAN CARLOS
NAVARRO VITALLA OSCAR
GRAN SERON SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Noviembre _ Diciembre 2016 : Creación del grupo de trabajo: Reuniones diseño preliminar del Sitio; Priorización de necesidades y recursos para el desarrollo de la Intranet. Cronograma de Desarrollo. Ejecuta el Grupo de Direccion.
2.-Enero 2017:. Elección de Gestor de Contenidos: Drupal. Ejecuta el grupo tecnico

3.- Enero _ febrero 2017: Operativa de trabajo: selección de contenidos, elección y organización de menús desplegables y Interfaz de presentación.

4.- Febrero 2017: elección de Herramientas y aplicaciones. Diseño del Interface y realización del Mapa Web. Utilidades, Servicios y Funcionalidades

5 .- Marzo_ Abril 2017. Difusión de un piloto del Servicio WEB a unidades administrativas técnicas y directivas de AP del Sector 1.

6 .- Mayo 2017 : Valoración de Pilotaje y Priorización de nuevas funcionalidades; Gestor de la Formación Continuada de AP.

7.- Junio 2017 Implementación del Servicio Web en DAP_S1. Difusión del Gestor de FC a equipos de AP en modo prueba.

8.- Noviembre 2017: Amediada que se incrementa las sugerencias y mejoras a las funcionalidades implantadas. Correcion. Ejecuta Grupo Tecnico.

9.- Diciembre 2017: Valoración de funcionamiento de Servicio WEb y Funcionalidades implantadas. Y eleccion de nuevas funcionalidades y aplicaciones para 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización del Sitio Web: Implementacion

Resultado: Alcanzado.
Sitio Web realizado, ejecutado y en funcionamiento. Julio 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Da servicio a la gente con la que trabajamos
Accesibilidad Profesionales
Acceso más eficiente al procedimiento administrativo
Agiliza y reduce trámites
Extensión de uso e incorporación de equipos de atención primaria e implicación de los directivos en el uso de la intranet
Dificultades: Capacitación de los nuevos usuarios para el uso de herramientas informáticas
Retos pendientes: Integración en una intranet del sector

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1597 ========== ***

Nº de registro: 1597

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1597

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA

Título
DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA

Autores:
LLAMAS AGUNDEZ ENRIQUE, LARREA GIMENO JOSE LUIS, CLERENCIA CASORRAN CARLOS, GALINDO CHICO MIGUEL, MENDI METOLA CAROLINA, NAVARRO VITALLA OSCAR, GRAN SERON SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No corresponde
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Desburocratizacion

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La comunicación inmediata, el respaldo documental, la información y los recursos disponibles del medio digital a través de redes telemáticas en cualquiera de sus niveles de profundidad, desde Internet a las Redes Corporativas (Intranet's), crece exponencialmente. En una organización de servicios que requiere múltiples facetas de gestión de la información, documentos, registros, formularios, y variadas situaciones de uso, administrativo, clínico, formativo, investigador, así como múltiples niveles de habilidad de los usuarios, puede generar "infoxicacion" en el usuario final y su desestimiento

Esta herramienta pretende dar visibilidad, difusión y accesibilidad en un espacio propio a las diferentes recursos, actividades, información y gestiones que se realiza en el ámbito de la AP en el marco de la intranet del Sector, focalizando en un punto de referencia que disminuya eficazmente la dispersión de los usuarios y los recursos que necesitan para complementar la actividad asistencial diaria

RESULTADOS ESPERADOS
..- Creación de una Web de servicio para Atención Primaria, dirección y Centros, integrada en la Intranet del Sector1
.- Aumentar el impacto de la información y comunicación entre DAP y el personal y las recomendaciones e instrucciones con los profesionales de los Centros y Unidades de AP del Sector, mejorando la diseminación y difusión de la información para una comunicación mas efectiva.
.- Facilitar y desburocratizar la tramitación y gestión de procedimientos y otros servicios generales entre DAP y los centros con el objetivo de mejorar la eficiencia de los procesos administrativos.

MÉTODO
.- Espacio Web donde se ubicaran los diferentes servicios.
.- Repositorio Documental.
.- Gestor de Documentos
.- Utilidades de búsqueda y entrega de información y Documentos .
.- Utilidades de Servicio: Contadores, Agenda, Tablón ...etc.

1.- Creación del grupo de trabajo: diseño preliminar del Sitio
2.- Operativa de trabajo: selección de contenidos,
herramientas y aplicaciones.
3.-Priorización necesidades y recursos
4.- Cronograma
5.- Diseño interface, y MapaWeb
6.- Utilidades, Servicios y Funcionalidades
7.- Implementacion.

Frente a metodología convencional de diseño de un producto, predictiva y secuencial, basada en procesos, se propone avanzar en el diseño del producto con una metodología ágil basada en incrementos e interacciones de las diferentes fases de diseño, implementación y pruebas como recomienda la Metodología SCRUM para la gestión de proyectos con equipos reducidos y multidisciplinares.

INDICADORES
Realización del Sitio Web: Implementacion

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1597

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACION DE UNA INTRANET (COMO SERVICIO WEB) PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA

DURACIÓN
12 meses: Diciembre 2016-2017

1.-Diciembre 2016
2.-Diciembre –Enero 2016
3; 4.- Enero 2016
5,6,7.- MAYO- OCTUBRE DE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0047

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GALINDO CHICO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMIREZ ALESON VICTORIA
CANALES CORTES VICENTE
ARAGUES BRAVO JOSE CARLOS
BARTOLOME MORENO CRUZ
CASCANTE MARTINEZ ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Cronograma de implantación:

• Con la colaboración de la Unidad Docente de Medicina de Familia del Sector I, se recogió bibliografía de las principales guías clínicas sobre el manejo de la patología de rodilla así como lumbar y se adaptaron en varias reuniones de consenso a la realidad del Sector. Se editan sendos documentos con deposito legal Z-741-2018 y Z-744-2018, respectivamente.
• El grupo de trabajo responsable realizó la última revisión del documento “Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la patología de rodilla” en junio de 2018, como así consta en el mismo. En junio de 2018 también se revisó, y así consta, el “Protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia”. En el mismo mes se incorporó la revisión al documento que recoge el “Protocolo de consenso entre AP y Hospitalaria en el manejo del hombro doloroso”.

2. Plan de comunicación:

• Todos los documentos y sus algoritmos se publican en la Intranet del Sector I para su consulta.
• En el 2º semestre del año 2018, se realizan 3 ediciones en formato de sesión clínica acreditada para todos los profesionales del Sector y que se impartieron en los CS La Jota, Picarral y Parque Goya.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
3. Evaluación de resultados:

• Se han editado y revisado los protocolos de actuación previstos.
• La difusión e implantación del protocolo a lo largo de 2018 ha sido la adecuada para documentos de estas características. En 2019 se prevén 3 ediciones más en formato de sesión clínica acreditada en distintos centros de salud.
• En 2018 no se pudo implementar la interconsulta virtual con las especialidades implicadas, salvo reumatología que si se implantó. En el primer trimestre de 2019 está previsto incorporar la especialidad de Rehabilitación y la Unidad Musculoesquelética a la interconsulta virtual con AP.
• OMI-AP: Solicitud de RMN desde AP en 2018= 2.114/Solicitud RMN desde AP en 2017= 1.867. > 1. Se observa una disminución de las RMN de hombro, protocolo desarrollado en 2017. La difusión de los protocolos de rodilla y lumbar se realizó en el último trimestre del año 2018.
• El indicador hospitalario nos ha sido imposible volcar a fecha de elaboración de esta memoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
4. Impacto del Proyecto:

Se ha trabajado en sendos documentos para el manejo de estas patologías consensuado por AP/Hospitalaria y en base a las recomendaciones recogidas en las últimas guías médicas. Para ello, se ha contado con la inestimable ayuda de la Unidad Docente de Medicina de Familia del Sector I y de sus residentes.

Se ha implementado en la intranet del Sector, así como editado con depósito legal cada una de las guías elaboradas.

La difusión en formato de sesión clínica acreditada se llevó a cabo en el último trimestre del año en tres centros de salud. Están cerradas otras tres ediciones para el año 2019, por lo que algunos de los objetivos planteados a cierre de 2018 pensamos que tendrán un comportamiento mejor en el año 2019.

Este proyecto ha servido para que desde el Sº de Rehabilitación se impulse la puesta en funcionamiento de la interconsulta virtual RHB/UME con Atención Primaria a partir de 2019.

7. OBSERVACIONES.
A pesar de dar por finalizado el proyecto, en el año 2019 se mantendrá la monitorización de los indicadores marcados y se pondrá especial interés en la mejora de resultados.

Los documentos y guías elaboradas se encuentran en la Intranet del Sector y pueden ser de utilidad para otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0047

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

sectores sanitarios.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/47 ========== ***

Nº de registro: 0047

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
GALINDO CHICO MIGUEL, RAMIREZ ALESON VICTORIA, CANALES CORTES VICENTE, ARAGUES BRAVO JOSE CARLOS, BARTOLOME MORENO CRUZ, CASCANTE MARTINEZ ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología osteomuscular es un problema de salud de alta prevalencia y causa importante de gastos médicos, absentismo laboral y discapacidad. Los criterios de actuación ante las diversas patologias no son uniformes, así como los circuitos asistenciales.
Las agendas de las especialidades implicadas en el tratamiento médico, rehabilitador o quirúrgico de los pacientes con estas dolencias sufren una excesiva demora en días para primera consulta, como también sucede con algunas pruebas de imagen solicitadas, lo que conlleva que se originen duplicidades asistenciales y de pruebas complementarias.
Existe una falta de consenso e idoneidad en la solicitud de algunas pruebas complementarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Consensuar entre AP y Hospitalaria un protocolo de actuación para la mejora en el manejo de pacientes con patología osteomuscular definiendo circuitos asistenciales para los distintos pacientes.
Implementar en todos los centros de salud la interconsulta virtual con Reumatología, Rehabilitación, Traumatología y UME.
Disminuir el tiempo de resolución de las patología consultadas.
Disminución en la solicitud de algunas pruebas de imagen como la RMN, así como evitar duplicidades en las peticiones.
En definitiva, el propósito final es mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles.

MÉTODO
Grupo de trabajo multidisciplinar que en reuniones periódicas revisará los protocolos existentes y los adecuará a las nuevas circunstancias.
Presentación y difusión en forma de sesiones clínicas de los circuitos y protocolos de actuación a los facultativos de AP, fisioterapeutas de AP y especialistas hospitalarios comprometidos.
Se pilotará en un centro de salud una consulta monográfica de infiltraciones.

INDICADORES
- Establecer protocolo y revisión del mismo....SI
- Difusión en formato de sesiones clínicas......SI
- Implementación IV.....100% de los CS
- Demoras en C. externas de Traumatología, Rehabilitación, UME, Reumatología y Fisioterapia de AP 2018/2017 < 1
- Solicitudes desde AP de RMN por procesos osteomusculares 2018/2017 < 1
- Consulta monográfica infiltraciones.....Al menos en 1 CS

DURACIÓN
Febrero 2018: Revisión protocolos de actuación y circuitos asistenciales.
Marzo-Abril 2018: Difusión del protocolo de actuación.
Marzo 2018: Implementación IV

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0047

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Junio 2018: Evaluación
Septiembre 2018: Evaluación
Diciembre 2018-Enero 2019: Evaluación y cierre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0071

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA MENDI METOLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO CHICO MIGUEL
PABLO JULVEZ LUIS
GARUZ BELLIDO ROBERTO
GALVE ROYO EUGENIO
SISAMON MARCO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Cronograma de implantación:

• Se mantuvieron dos reuniones con el Sº de Oftalmología HRV/HNSG del que es responsable el Dr. Luis Pablo Julve, Jefe de Servicio de Oftalmología del HUMS. El 10 de abril de 2018 fue la primera y la segunda el 5 de junio del mismo año. Se analizaron datos de interconsultas desde AP con especial interés en las derivaciones con diagnóstico de "disminución de agudeza visual", llamando la atención que suponían más del 30% de las interconsultas generadas desde A.P. Esto sumado a la excesiva demora en consultas externas de oftalmología, nos llevó a plantear la conveniencia de crear una consulta de agudeza visual atendida por un optometrista en el CME Grande Covián con el objetivo de ser resolutivo.
• Asimismo, la Dra. Pilar Calvo (oftalmóloga de referencia para lectura de retinografias del Sector I) mantuvo dos reuniones con los tres lectores de atención primaria a lo largo del primer semestre de 2018 y donde se consensuaron criterios de actuación, circuitos de derivación y mejoras en la lectura del fondo de ojo.
• Se implantó la digitalización de las imágenes de fondo de ojo a través de la plataforma Dicom. Dichas pruebas ya quedaban registradas en HCE.
• Se establecieron agendas propias para cada uno de los lectores en AP, dándoles el formato de agendas monográficas.
• Se incrementan los huecos de agenda de la retinografista para alcanzar las 90 retinografias a la semana.
• En diciembre de 2018 se inició el programa de cribado de retinopatía diabética en el Sector I para la población de Actur Oeste y A. Sur. Está prevista la incorporación paulatina de más centros de salud del Sector I a lo largo del año 2019 .

2. Plan de comunicación:

• En los centros de salud donde se ha implantado el cribado de Retinopatía Diabética se ha llevado a cabo la presentación del proyecto en formato de sesión para todos los profesionales del equipo.
• Se informa a todos los Servicios de Admisión de Atención Primaria de las modificaciones en los circuitos de asignación de citas para retinografía, así como se decide que el envío de cartas con el resultado de la prueba al paciente (tanto captado por cribado como oportunista) las realicen desde las Admisiones de los centros donde trabajan los lectores (A.Sur, A. Oeste y A. Norte)
• Durante su implantación se ha modificado la edad de inclusión. Ya no es motivo de exclusión la edad por encima de 80 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• No ha sido posible implementar la Interconsulta virtual de Oftalmología debido a la diferencia de criterios de ambas partes. Nos hemos emplazado a 2019 para acercar posturas.
• La contratación de un Optometrista no ha recibido el visto bueno de RRHH.
• Se ha difundido el documento de consenso.
• Se ha puesto en marcha la lectura de Retinografias a través de la plataforma Dicom.
• Las imágenes de fondo de ojo, así como el informe de la lectura tanto de primaria como de Oftalmología quedan registradas en la HCE y el OMI-AP.
• Se han creado agendas monográficas para los lectores de retinografía en OMI-AP.
• Se ha iniciado el cribado de Retinopatía Diabética en los Centros de Salud de Actur Oeste y Actur Sur.
• El resultado de la lectura con la indicación de próxima Retinografía se remite a cada usuario por correo postal a su domicilio.
• La cobertura en retinografía en el Sector I a diciembre de 2018 fué del 33,40%. Si bien no hemos alcanzado el objetivo marcado del 38% (Aragón obtuvo el 36%), observamos un incremento de cobertura de más de 3 puntos porcentuales con respecto a cierre del año 2017, pasando del 30,60% al 33,40% como hemos apuntado anteriormente.
• Nos ha sido imposible obtener a fecha de elaboración de esta memoria, el indicador hospitalario de demora media

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha modificado el modelo de lectura de retinografía en el Sector I pasando a realizarse de forma digital.
Se ha iniciado el programa de cribado de retinopatía diabética en 2 centros de salud, tal y como marcaba el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0071

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

objetivo. A fecha de cierre de esta memoria, se ha dado inicio en un tercer centro de salud (A. Norte) y se espera aumentar la cobertura a lo largo de 2019.
Nos planteamos dudas en la construcción del indicador de retinografia del cuadro de mandos de diabetes, ya que en el denominador se incluyen todos los diabéticos del sector, cuando pensamos que para evaluar el trabajo de atención primaria debería sesgarse el número de diabéticos con los criterios de exclusión que el propio programa de cribado establece.
Deberían consensuarse los criterios a la hora de establecer el plazo óptimo para la revisión de fondo de ojo con resultado normal, ya que según programa de cribado se marca en 2 años y según el documento “Estrategia en Diabetes de Aragón” lo recomienda en 3 años. Esto lleva a confusión entre muchos de nuestros profesionales.

La difusión en formato de sesión clínica se ha realizado en los centros donde se ha implementado el cribado : Actur Oeste y Actur Sur.

7. OBSERVACIONES.
La buena aceptación del proyecto así como su implementación tanto en HCE como en OMI-AP han servido para decidir hacerlo extensivo en 2019 a la mayoría de los centros de Salud del Sector.
Se plantea retomar la implantación de la IV en Oftalmología para el 2019.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/71 ========== ***

Nº de registro: 0071

Título
GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
MENDI METOLA CAROLINA, GALINDO CHICO MIGUEL, PABLO JULVEZ LUIS, GARUZ BELLIDO ROBERTO, GALVE ROYO EUGENIO, SISAMON MARCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los problemas oftalmológicos son una de las causas que generan más demanda asistencial en las consultas de AP con unas tasas elevadas tanto de incidencia como de prevalencia de las enfermedades oculares.
En nuestro Sector, del total de interconsultas emitidas desde AP a especializada, el 15% son derivaciones a Oftalmología y de este porcentaje es llamativo que el 33% se deriven con el CIAP de "Disminución de la Agudeza Visual".
La demora media en primeras consultas de oftalmología es elevada.
Por todo ello, es necesario mejorar los circuitos de continuidad asistencial de estos pacientes con la revisión de criterios clínicos consensuados
La cobertura de fondo de ojo en diabéticos tipo II en el año 2017 terminó por debajo de la media de Aragón. Es pertinente implementar un proyecto de captación activa de retinopatía diabética en nuestro Sector

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir los tiempos de respuesta en la atención del paciente.
Consensuar criterios de actuación entre AP y Hospitalaria.
Aumentar la cobertura de fondo de ojo en pacientes diabéticos tipo II.

MÉTODO
Elaborar un procedimiento donde se recoja el manejo óptimo de las patologías oftalmológicas más frecuentes, consensuando criterios de actuación entre AP y Hospitalaria y adecuándolos a las nuevas circunstancias. Esto conllevará implementar la Interconsulta Virtual con Oftalmología y ofertar a los profesionales de AP la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0071

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PROCESOS OFTALMOLOGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I

derivación a una nueva consulta de optometría para determinados problemas visuales.
Aumentar la cobertura de retinografia en DM e implementar un programa de cribado.

INDICADORES
- Difusión del documento de consenso.....SI
- Implementar IV Oftalmología.......100% CS
- Cobertura Retinografia.............38%
- Cribado retinopatía diabética.....Al menos en 2 CS
- Agenda monográfica lectores de retinografia.....SI
- Demora media oftalmología 2018/Demora media oftalmología 2017<1
- Implementar interconsulta optometría....SI

DURACIÓN
Enero-Marzo: Documento de consenso y su difusión
Marzo-Abril: IV Oftalmología
Abril-Mayo: Consulta Optometría
Mayo-Diciembre: Cribado Retinopatía diabética

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0090

1. TÍTULO

PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... OSCAR NAVARRO VITALLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOLOSANA LASHERAS TERESA
SOLER COCHI PILAR
VITALLER SANCHO CONCHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizo la sseión informativa a los profesionales implicados en el proyecto el 30 de mayo. previamente durante el mes de abril y mayo se les presentó a todas los coordinadores, tanto médicos como de enfermeria, este proyecto, animándolos a unirse a él. En algunos centros me desplacé yo para dar la formación en cuanto al uso del cuadro de mandos (Arrabal), en otros fueron las propias coordinadoras de enfermeria las que realizaron sesiones sobre el uso del mismo,(Parque Goya, Actur Norte...). Para la mejora del programa de PCC, se realizaron sesiones en cada centro de salud del sector,realizadas por el equipo Directivo.
El 17 de septiembre se realizó una reunión con los eac del sector y otros enfermeros que trabajaban de forma habitual en el PAC de Actur Oeste, así como en Arrabal, para que nos informaran de la posibilidad de implantar la consulta de alta resolución en el PAC. No se llevo a cabo por diferentes problemas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto al aumento de las CNP en enfermeria, en junio del 18 teniamos un 4%, partiamos del 1%, no teniendo datos más actuales en esta fecha.
En el pie diabético se ha alcanzado un 37,03%, pasando del 36 % que nos habíamos puesto como objetivo.
Concordancia-adherencia se ha alcanzado un 26,84%, no llegando al 31 que nos habiamos marcado
Captación Dependiente, hemos llegado al 5,15%, teníamos como objetivo el 7%.
No se ha puesto en marcha la captación del paciente sin cita por parte de enfermeria.
En el PCC, se ha alcanzado el 40% de los pacientes incluidos en el programa, lejos del 80 que nos poníamos como objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En cuanto a los indicadores que queríamos mejorar, se ha conseguido esa mejora. Igual no tanto como creiamos, debido a la tardanza en poner en marcha el proyecto. Sí se ha conseguido acostunbrar al personal de enfermeria a consultar y manejar el cuadro de mandos para vigilar sus resultados y mejorarlos.
la consulta de alta resolución nose pudo poner debido al RD que seguía sin ser modificado. Actualmente con la modificación del mismo se intentará retomar el proyecto, pero se prefiere cerrar este y abrir uno nuevo, ya que se produce cambios en el grupo de trabajo .
Se ha mejorado la cobertura de PCC.
Se ha mejorado el uso de la CNP.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/90 ========== ***

Nº de registro: 0090

Título
PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP

Autores:
NAVARRO VITALLA OSCAR, TOLOSANA LASHERAS TERESA, SOLER COCHI PILAR, VITALLER SANCHO CONCHA, MORALES GREGORIO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0090

1. TÍTULO

PROYECTO SOBRE ORGANIZACION DE LA OFERTA ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN AP

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los centros de atención primaria deben proporcionar atención a aquellos pacientes que requieren ser visitados el mismo día porque no les es posible esperar una cita programada con su médico habitual. Esta atención podría ser prestada por el personal de enfermería de los EAP, solucionando los procesos leves. Así se propone que las consultas de enfermería se atienda a los pacientes que vienen sin cita a los centros de salud. Evitando las demoras en medicina.
También se busca realizar una captación activa de los pacientes crónicos y del seguimiento de los mismos. Para ello proponemos potenciar la CNP de enfermería.
Tras el análisis de la población de este sector, se detecta un elevado número de pacientes CC (3%), y además un gran número de ellos están institucionalizados en residencias, que no disponen de personal sanitario propio y que dependen de los profesionales de los Centros de Salud.
También hemos analizado los resultados de seguimiento de las patologías crónicas en el CUADRO DE MANDOS (diabetes e indicadores del AGC) y queremos potenciar su uso.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la cobertura en Crónicos.
Potenciar la coordinación entre medicina y enfermería en el manejo del PCC.
Captación y seguimiento de los crónicos mediante la CNP de enfermería.
Protocolizar la atención en la c. de enfermería de los pacientes sin cita.

MÉTODO
Se realizará una sesión de presentación del proyecto a las Coordinadoras de enfermería. Proponiéndoles en esa reunión el salir 3 o más EAP como pilotos de los demás.
En esta sesión se propondrá la modificación de las agendas de enfermería de los centros.
También se realizará unas sesiones previas con el personal de enfermería de los centros en los que se va a pilotar el proyecto, para explicárselo.
Se realizarán sesiones de registro de indicadores del CM Diabetes y CM de ACG en los centros de Salud

INDICADORES
Número de CNP de enfermería, alcanzar el 10%.
Pie diabético, alcanzar el 36%.
Concordancia-adherencia en el polimedicado, 31 %.
Captación Dependiente, alcanzar el 7%.
Poner en marcha la captación del paciente sin cita por parte de enfermería. (Si/No).
Protocolo acogida del PCC, alcanzar el 80% de los pacientes incluidos en el programa.
La evaluación se realizará con los datos del CM de Diabetes y de ACG

DURACIÓN
Las sesiones y formación se realizarán a lo largo del primer semestre del 2018, es un proyecto de continuación, se mantendrá en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1525

1. TÍTULO

REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DOLORES GOMEZ GARCIA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REY LISO ANA ISABEL
AISA VIÑA JESUS
QUINTANA GRACIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- PRIMERA SEMANA MES DE JULIO DE 2018: Diseño cartel de instrucciones en formato Word donde se informa de los requisitos que debe tener la solicitud de traslado de historia para poderla tramitar fuera de nuestra Comunidad Autónoma. Se subrayan tres apartados bien diferenciados: DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, CUMPLIMENTACIÓN CORRECTA Y DÓNDE SE DEBE DE EN ENVIAR.

- DIA 20/07/2018: Se remite el documento con los requisitos exigidos por email a todos los Centros de Salud para que el mismo se exponga y pueda ser consultado por todos los profesionales del Servicio de Admisión.

- DURANTE LOS MESES SIGUIENTES: Revisión de forma progresiva de los registros del Directorio Principal de la Base de Datos realizando depuración datos, anulación registros inexistentes e incorrectos, modificación datos concretos, así como unificación en el formato. La actualización de la identificación de los Hospitales, Centros de Salud, Consultorios, Gerencias y demás departamentos y sus respectivas ubicaciones han sido contrastadas con el CATALOGO DE HOSPITALES, en la Web oficial del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

- CADA 3 MESES: Reclamación con correo postal de las historias clínicas por defecto de forma al centro de procedencia. Si se aprecia una excesiva demora se renueva la reclamación vía telefónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- EVALUACIÓN
- PERIODO COMPARATIVO
DESDE EL 1/07/2017 AL 31/12/2017
DESDE EL 1/07/2018 AL 31/12/2018
Se ha tomado como referencia ese periodo porque el volumen de historias contabilizadas es una cantidad más o menos equitativa. Hay que resaltar que ha habido un aumento de solicitudes de traslado de un 15,70% en el año 2018 con respecto al 2017.
- Se ha calculado el Promedio de esos 6 meses contabilizando el periodo de tiempo trascurrido desde la fecha de entrada de la solicitud a nuestro Servicio y la fecha de cierre del expediente de traslado, es decir, cuando la historia está disponible en el Centro de Salud. El cálculo se ha realizado con registros cerrados a fecha 25 de febrero de 2019, aunque el periodo a calcular es hasta el 31 de diciembre de 2018 (fecha de entrada) ya que dichas historias se cierran posteriormente.
- Se ha eliminado de la valoración aquellos registros que de forma extraordinaria tienen alguna peculiaridad que los distinga de la forma habitual de tramitación (cambios de gerencia, fallecimientos, personas que se trasladan fuera de nuestra Comunidad y no se registra traslado en la Base de Datos de Usuarios de Aragón, aquellas historias reclamadas varias veces, historias enviadas en otra lengua cooficial que devolvemos para su traducción, falta de documentación requerida o requisitos una vez transcurridos los 10 días de subsanación a la solicitud)

- RESULTADO
AÑO 2017 AÑO 2018
428 451 Total solicitudes valoradas de forma correlativa según
orden de registro.
97 43,5 Promedio total de días que tardan las historias en llegar
a su destino.

- OBJETIVO
Se ha conseguido reducir en un 55,5% el tiempo
97-43,5=53,5
53,5 x 100/97 = 55,5%

- REGISTROS CORREGIDOS
De 646 registros totales del Directorio Principal de la Base de Datos se han corregido 389.

- DATOS DEL RESULTADO
Los datos del resultado y del proceso realizado se encuentran custodiados en carpeta electrónica para evaluación y control en el SIAU de Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza I

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido una respuesta aceptable y eficaz como indican los porcentajes expuestos, no obstante, se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1525

1. TÍTULO

REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS

deben mantener en el tiempo, y se requiere una continuidad que implica la colaboración de todos los que participan en el proceso. Parte importante de la responsabilidad recae en los Servicios de Admisión, ya que supone la fase inicial del mismo. Existen muchos factores como hemos mencionado con anterioridad que pueden repercutir negativamente en el cumplimiento del objetivo; cabe destacar que la causa principal de la demora reside en la falta de documentación o errores de cumplimentación, así como el consentimiento expreso (necesario según normativa). Si desde el primer contacto que tiene el usuario con el Servicio de Admisión no se tramita adecuadamente, el resultado posterior se verá afectado considerablemente.

7. OBSERVACIONES.
En la actualidad ha aumentado la realización de trámites de forma electrónica y en lo que afecta al traslado de historias por medios telemáticos nos queda aún camino por recorrer. Esperamos que progresivamente se avance y consigamos con la implantación de nuevos procedimientos una mayor agilización, al amparo de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1525 ========== ***

Nº de registro: 1525

Título
REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS

Autores:
GOMEZ GARCIA DOLORES, REY LISO ANA ISABEL, AISA VIÑA JESUS, QUINTANA GRACIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Reducción tiempo
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Hemos comprobado que cuando se solicitan las historias clínicas, sobre todo, a otras Comunidades Autónomas, existe una demora en la remisión de la misma. Puede ser por varios motivos:
- Algunos registros de la base de datos están erróneos ya que desde su creación no se han actualizado de forma adecuada y los continuos cambios organizativos en que se ven sometidos los organismos sanitarios derivan en la no existencia de la misma denominación del Centro o incluso la dirección de los Centros de Salud y las Gerencias estén ubicadas en otros lugares.
- Las solicitudes van de un lado a otro, pues no está claro, el servicio central desde donde se tramitan.
En cuanto a las solicitudes que nos llegan desde los Centros de Salud de nuestro Sector hay que mencionar ciertas irregularidades que también producen retraso en su tramitación:
- Las solicitudes no están correctamente cumplimentadas.
- Falta de documentación (copia de DNI o libro de familia, en caso de menores)
- Las solicitudes se dirigen al Centro de procedencia sin pasar por Clientes. En ocasiones llegan historias que no están registradas en nuestra base de datos y tenemos que realizar el proceso a la inversa.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducción tiempo desde fecha de entrada solicitud y fecha de remisión de historia clínica facilitando a los profesionales sanitarios la historia clínica completa lo antes posible, para precisar de manera eficaz la asistencia sanitaria.

MÉTODO
- Corrección de los registros del Directorio Principal de la Base de Datos (Denominación Centros de Salud, gerencias, direcciones etc.)modificando aquellos datos erróneos una vez verificados.
- Llamadas de teléfono a los organismos para confeccionar los registros de forma fehaciente y segura, concretando el servicio encargado de la tramitación.
- Elaborar modelo recordatorio o cartel para colocarlo en los servicios de admisión para consulta rápida, que especifique la forma correcta de cumplimentación de la solicitud de traslado de historia, documentación que tienen que adjuntar, así como el circuito/recorrido correcto que debe de seguir la misma.

INDICADORES
Análisis previo antes de la implantación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1525

1. TÍTULO

REDUCCION TIEMPO EN LA TRAMITACION TRASLADOS HISTORIAS CLINICAS

Calcular el tiempo desde la fecha de registro de entrada de la solicitud y la fecha de remisión de la historia clínica y compararlos antes y después de comenzar el proyecto.
Valorar en un periodo determinado y conseguir reducir el resultado a la mitad y

DURACIÓN
Inicio: Enero 2018
Fin: Diciembre 2018
Revisar de forma periódica los expedientes que estén sin cerrar para preceder a la reclamación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1543

1. TÍTULO

REDUCCION DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO PORPARTE DE LOS USUARIO, REMITIDA DESDE LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL REY LISO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ GARCIA DOLORES
AISA VIÑA JESUS
QUINTANA GRACIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
30/06/2017 Reunión con el Servicio de Clientes, donde se van a centralizar y tramitar todas las peticiones de todos los centros de salud urbanos de Atención Primaria Sector Zaragoza I.

10/07/2017 Reunión con el Servicio de Informática para establecer el procedimiento más adecuado y que no suponga una sobrecarga de trabajo en los Servicios de Admisión.

20/07/2017 Nos ponemos en contacto telefónico con el Informático de Transporte Sanitario para confirmar que la solicitud de transporte puede viajar de forma segura encriptándola y con contraseña a través de un puerto de impresora como origen y como destino una cuenta de correo corporativa

Segunda quincena de julio y de agosto. La responsable de este proyecto y un informático del sector se personan en los centros para explicar el nuevo procedimiento y para dotar de los recursos que se requieran para poder materializar el proyecto (Recursos propios. coste 0).

14/02/2018: Se remite una encuesta a los responsables de Admisión de los Centros y a los profesionales del Servicio de Clientes para que valoren el procedimiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo del proyecto: Reducción consumo de papel en un 30% en el mismo periodo del año anterior: Objetivo alcanzado: reducción del consumo en un 76 %

Objetivo del proyecto: Procedimientos encriptados: 40%. Objetivo alcanzado: Encriptados un 76%. Todos los procedimientos que han llegado por vía telemática han llegado encriptados.

El impacto del procedimiento valorado por los agentes implicados (tras encuesta realizada), ha resultado positivo en un 75% (valorando del 1 al 5 el trámite).

Método de obtención: Se han calculado todas las ambulancias que se recibieron en papel desde el 1/09/2016 a 31/01/2017 (1176) y se ha comparado con las recibidas en papel en el periodo del 01/09/2017 a 31/01/2018 (286). Se han restado los importes (Resultado: 890) y sobre el resultado se ha realizado el porcentaje: 890*100/1176

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha resultado positivo puesto que ha superado el objetivo inicial.

Queda pendiente instaurarlo en los Centros Rurales.

Como otro punto positivo destacar que la colaboración de los profesionales de Admisión de los Centros ha sido excepcional y hemos aprendido a trabajar en Equipo aunque nos encontremos en espacios físicos diferentes.

Replicación: El proyecto ha sido instaurado de forma definitiva. Se estudiará la posibilidad de ampliarlo a otros procedimientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1543 ========== ***

Nº de registro: 1543

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1543

1. TÍTULO

REDUCCION DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO PORPARTE DE LOS USUARIO, REMITIDA DESDE LOS CENTROS DE SALUD

Título
REDUCCION DEL CONSUMO DE PAPEL EN EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE SANITARIO POR PARTE DE LOS USUARIO, REMITIDA DESDE LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
REY LISO ANA ISABEL, QUINTANA GRACIA MARIA JESUS, AISA VIÑA JESUS, GOMEZ GARCIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que no pueden desplazarse clinicamente
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Calidad en el procedimiento

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de Cliente se genera un exceso de papel en los procedimientos administrativos. Con este proyecto se pretende reducir el uso de papel así como mejorar el procedimiento administrativo adapatando el mismo a la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común. En definitiva un beneficio al paciente que mantendrá sus datos clínicos siempre en un soporte informático protegido y seguro, así como actualizados y susceptibles de recuperación.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Mejora de la gestión diaria del Servicio de Clientes: Reducción consumo papel en los tramites con los Equipos de Atención Primaria.
2.- Mejora de la calidad en la atención al usuario: Garantizar la Seguridad de datos de salud de los usuarios que establece el Servicio Aragonés de Salud, a traves de un sistema de encriptación.

MÉTODO
Reunión del Servicio de Clientes, para establecer un procedimiento claro, conciso y simple que permita agilizar el trámite.
Hacer partícipes al personal de Admisión de los centros de salud de Atención Primaria Sector Zaragoza I, a través de una primera reunión para explicarles el proyecto.
Generar una cuenta de correo electrónico corportativa para envío y recepciónd e la documentación telemática.
Reunión con el Servicio de Informática.
Evaluación del procedimiento por parte del Servicio de Clientes.
Evaluación del procedimiento por parte del Servicio de Clientes con los Servicios de Admisión.

INDICADORES
Reducción consumo de papel en un 30%, respecto al mismo periodo de tiempo en el año anterior.
En Procedimientos encriptados, 40% de los procedimientos.

DURACIÓN
Reuniones de coordinación y seguimiento del proyecto. 1 por trimestre.
Formación al personal de Admisión de los centros de salud de Atención Primaria Sector Zaragoza I para la implantación del proyecto. 1 sesión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0045

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA A TENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS CLERENCIA CASORRRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ BARAZA CRISTINA
FIGUERAS ARA MARIA CARMEN
ROBLES CARRASCO ASUNCION
LOPEZ PEIRONA BARBARA
LLANOS CASADO MARGARITA
MORALES GREGORIO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
estructural
.- transformación de instrucción en Procedimiento Operativo (PO_08
.- constitución de grupo especifico de trabajo para la redaccion del PO
.- actualizacion de contenidos, fármacos, y dispositivos
.- incorporación actualizacion de stocks, gestion de sumiistros y distribución centralizada
.- Publicacion del Documento

Formación
.- plan de formación orientado la revision, actualizacion, mejora de la competencia y habilitacion de los profesionales sanitarios en la urgencia vital y los nuevos dispositivos incorporados en carros de paradas y maletines de urgencias, 3 ediciones

evaluacion/Auditoria

4 centros realizados: Parque Goya/ Actur Norte / Actur Sur / Santa Isabel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador1: Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas.

Realizado (PO-08_Z1(P)E_REVISIÓN Y MANTENIMIENTO CARRO DE PARADA y MALETÍN DE URGENCIA_revisado_19_02_19_vOpO)

Indicador2: Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias Indicador: No realizado

3: Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital en la Sala de Urgencias Indicador

3: Talleres de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital

3 Z1-0335/2018 AP Taller de Circuito de Activacion del sistema de urgencias extrahospitalarias y gestion de carro de paradas LS: Licenciado Sanitarios DS: Diplomados Sanitarios 20 y 21 de junio
4 Z1-0489/2018 AP Taller de Circuito de Activacion del sistema de urgencias extrahospitalarias y gestion de carro de paradas LS: Licenciado Sanitarios DS: Diplomados Sanitarios 27 y 28 de septiembre
5 Z1-0784/2018 AP Taller de Circuito de Activacion del sistema de urgencias extrahospitalarias y gestion de carro de paradas LS: Licenciado Sanitarios DS: Diplomados Sanitarios 15 y 16 de noviembre
75 profesionales formados del sector

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Actividad compleja y extensa con un relevante impacto en los raps. Renovacion de procedimientos, dispositivos y medicamentos, en eqps donde en la maypr parte de los casos no existe Carro De Paradas ad-hoc y los maletines de urgencias son de en algunos casos no apropiados para el manejo adecuado de materiales y contenidos

7. OBSERVACIONES.
La adquisición de carros y maletines adecuados asi como la supervision fuerte y permanente por enfermeria dedicada sería el éxito defginitivo

*** ========== Resumen del proyecto 2018/45 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0045

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA A TENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD

Nº de registro: 0045

Título
PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
CLERENCIA CASORRAN CARLOS, GOMEZ BARAZA CRISTINA, LABARTA MANCHO CARMEN, FIGUERAS ARA MARIA CARMEN, ROBLES CARRASCO ASUNCION, LOPEZ PEIRONA BARBARA, LLANOS CASADO MARGARITA, MORALES GREGORIO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencia Vital
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las últimas modificaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resuscitation Council (ERC) en relación con el Soporte Vital Básico recomiendan revisar y actualizar el documento que establece las instrucciones y el procedimiento para la gestión, identificación de contenidos y plan de mantenimiento del Carro de Paradas (Urgencia Vital) y Maletín de Urgencias de todos los Centros de Salud de Sector.

RESULTADOS ESPERADOS
.- Revisión y actualización de la Instrucción vigente de Gestión de Carro de Paradas y Maletín de Urgencia y sui conversión en Procedimiento Operativo.
.- Publicación y difusión del documento en los Centros de Salud del Sector.
.- Habilitar a los PPSS para la adecuada gestión del material que integra el carro de paradas del EAP.
.- Dotar de los conocimientos necesarios y capacitar a los PPSS de los Centros de Salud del Sector1 para la actuación idóneo en cada situación de la atención urgente y la utilización eficaz de los recursos en la urgencia vital.
.- Mejorar la efectividad y evitar la variabilidad de actuación en la Urgencia Vital de los PPSS de los Centros de Salud del Sector

MÉTODO
.- Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas.
.- Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias.
.- Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital
.- Publicacion y difusion de Procedimiento Operativo en la Intranet de AP de Sector1 para los EAPs del Sector
.- Plan de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital.

INDICADORES
Indicador1: Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas.
Indicador2: Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias
Indicador3: Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital en la Sala de Urgencias
Indicador3: Talleres de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital

DURACIÓN
.- Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo (PO) de Gestión de sala de Urgencias y Carro de Paradas. _1º trimestre 2018
.- Actualizar y Elaborar Procedimiento Operativo de gestión del Maletín de Urgencias_1º trimestre 2018
Indicador3: Elaborar un Protocolo/Algoritmo de actuación correcta en la Urgencia Vital en la Sala de Urgencias_1º Semestre 2018
Indicador3: Talleres de formación en RCP y atención a la Urgencia Vital_1º Semestre 2018

OBSERVACIONES
Otros componentes del equipo de trabajo y grupo de Revision del Protocolo participantes en el Proyecto :
Viñas Viamonte, Carmen; Enfermera de AP; CS Actur Norte; (cvinnas@salud.aragon.es)
Royan Moreno, Pilar; Enfermera de AP; CS Actur Sur; (proyan@salud.aragon.es)
Lostal Gracia, Isabel; Pediatra; CS Actur Oeste; (milostal@salud.aragon.es)
Navarro Vitalla, Oscar; Enfermero; Direccion de Enfermeria AP, S1 Zaragoza; (onavarro@salud.aragon.es)

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0045

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA A TENCION A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

Fecha de entrada: 27/09/2016

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA MANCHO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 1
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINA GADEA MARIA BELEN
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
ALONSO LOPEZ CRISTINA
GRACIA MOLINA MARIA JOSE
SARSA GOMEZ ANA MARIA
PEMAN MUÑOZ MARIA TERESA
GONZALEZ RUBIO FRANCISCA
PINILLA LAFUENTE MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan dos reuniones de las 3 farmacéuticas de atención primaria (FAP) del equipo de mejora para trabajar en la actualización según la publicación de 2014 del listado de criterios STOPP que estaba incluido en el formulario del anciano polimedicado:
- 1ª reunión: Se hace la traducción de los criterios y se elabora una recomendación breve que será la que aparezca en el formulario (21 abril, martes, 8:30 – 15:00)
- 2ª reunión: Se establece la relación de cada criterio STOPP-2014 con aquellos códigos ATC de los medicamentos a los que afecta (7 mayo, jueves, 8:30 – 15:00)

Se envía por correo electrónico esta información elaborada junto con el artículo original de los criterios STOPP y un artículo de revisión sobre este tema a los 6 médicos de familia del equipo de mejora, para facilitar el trabajo individual antes de la reunión del equipo para su discusión.

Se realiza una reunión de todos los miembros del equipo de mejora (3 farmacéuticas de atención primaria y 6 médicos de familia) para consensuar las recomendaciones en lenguaje sencillo y directo de forma que resulte más útil y práctico para la revisión de la medicación por los médicos de atención primaria (21 mayo, jueves, 11:00 – 16:00). Todos los miembros del equipo de mejora pertenecen a los sectores Zaragoza 1, Zaragoza 2 y Zaragoza 3.

Ultima reunión de trabajo de las farmacéuticas de atención primaria para traspasar la información recopilada en la reunión anterior al formato de fichero informático apropiado para su integración en la base de datos con la que se elabora el formulario del anciano polimedicado (26 mayo, jueves, 11:00 – 15:00).

Se remite el fichero con la actualización de las recomendaciones STOPP a las farmacéuticas de AP de todos los sectores de Aragón (junio 2015) para su inclusión en los formularios de pacientes ancianos polimedicados que se remiten periódicamente a los facultativos de AP de todo Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha actualizado el listado de recomendaciones basadas en los criterios STOPP del año 2014, sustituyendo a la versión anterior de 2008.

- Porcentaje de criterios STOPP revisados y adaptados según la versión 2:
- Criterios revisados: 81 criterios (100%)
- Criterios adaptados para incluir en el formulario: 74 criterios (91,4%).
No se incluyen los tres criterios generales que hacen referencia a la indicación de la prescripción (la indicación no se valora automáticamente en el formulario) y se excluyen 4 criterios específicos a propuesta del equipo de mejora, siendo uno de ellos el “Uso concomitante de dos o más fármacos anticolinérgicos”, aspecto que se incluye en el formulario del anciano polimedicado a través de la adaptación de la escala de riesgo anticolinérgico ACB.

- Se traslada esta información a todos los sectores sanitarios de forma que se consigue que el 100% de los formularios del anciano polimedicado que se envían periódicamente a los facultativos de AP de todo Aragón se elaboren con los criterios adaptados a la versión de 2014.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conclusiones:
- Se han adaptado los criterios STOPP publicados en 2014, para su inclusión en el formulario del paciente anciano polimedicado, que constituye una de las herramientas fundamentales del “Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedicado”, publicado por el Servicio Aragonés de Salud en noviembre de 2012. Las anteriores recomendaciones eran de 2008.
- La actualización de las recomendaciones ofrecidas en el formulario del anciano polimedicado se considera imprescindible para mantener su vigencia.

Recomendaciones:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

- Para un mayor aprovechamiento de este recurso sería imprescindible que los profesionales pudieran acceder on-line a los formularios actualizados desde su propia consulta y con una frecuencia mayor a la actual.
- Sería deseable mejorar las opciones de registro en OMI
- Consideramos que sería una utilidad importante explorar la posibilidad de incluir algunas de las recomendaciones adaptadas de los criterios STOPP en el programa de receta electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/462 ========== ***

Nº de Registro: 0462

Título
ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

Autores:
LABARTA MANCHO CARMEN, PINA GADEA MARIA BELEN, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, ALONSO LOPEZ CRISTINA, GRACIA MOLINA MARIA JOSE, SARSA GOMEZ ANA MARIA, PEMAN MUÑOZ MARIA TERESA, GONZALEZ RUBIO FRANCISCA, PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 1

PROBLEMA
En Noviembre de 2012 el Servicio Aragonés de Salud publicó el “Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedicado”, con el fin de dotar a los profesionales sanitarios de herramientas que permitan la revisión estructurada y sistemática de los tratamientos farmacológicos, como medidas para mejorar la seguridad, la adherencia terapéutica, la efectividad y la eficiencia de la terapia farmacológica.
Para facilitar la revisión clínica de la medicación se diseñó un formulario que recoge para cada paciente polimedicado los diagnósticos, y fármacos asociados junto con las recomendaciones de medicación inapropiada en los ancianos basadas en los criterios STOPP (publicados en 2008) y Beers (publicados en 2012).
En octubre de 2014 se publicó la versión 2 de los criterios STOPP1. Se ha considerado necesario trasladar esta actualización a las recomendaciones incluidas en el formulario del programa.
1. O’Mahony D, O’Sullivan, Byrne S, O’Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age and Ageing 2014; 0: 1–6. doi: 10.1093/ageing/afu145

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Traducir y adaptar los criterios STOPP publicados en 2014 para su inclusión en los formularios de pacientes ancianos polimedicados remitidos a los profesionales de atención primaria como herramienta facilitadora para la revisión clínica de la medicación.

MÉTODO
- Revisión del listado de criterios STOPP-2008 y actualización según la publicación de 2014.
- Relacionar cada criterio STOPP-2014 con los códigos ATC de los medicamentos afectados.
- Reuniones del Grupo de Mejora, con la participación de los médicos, para elaborar las recomendaciones en lenguaje sencillo y directo de forma que resulte más útil y práctico para la revisión de la medicación por los médicos de atención primaria.

INDICADORES
- Listado de criterios STOPP actualizado según la versión 2.
- Porcentaje de criterios STOPP revisados y adaptados según la versión 2.
- Porcentaje de formularios de polimedicados con los criterios adaptados a la versión 2

DURACIÓN
Duración prevista: Un año

- Fecha de inicio: Enero 2015
- Búsqueda bibliográfica: Febrero 2015
- Traducción y adaptación de los criterios: Marzo-Mayo 2015
- Revisión de los códigos ATC afectados por los criterios: Mayo 2015
- Inclusión de los criterios en el formulario del anciano polimedicado: Junio 2015
- Adaptación del formulario en función de las sugerencias de los profesionales recogidas en el grupo de trabajo: Junio-Diciembre 2015.
- Reuniones del grupo de trabajo: Enero-Diciembre 2015

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0462

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL FORMULARIO DEL PACIENTE POLIMEDICADO A LA VERSION 2 DE LOS CRITERIOS STOPP

OBSERVACIONES
El grupo de trabajo está constituido por médicos de familia y farmacéuticos de Atención Primaria de los sectores sanitarios de Zaragoza I, Zaragoza II y Zaragoza III.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1749

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... INMACULADA MARCO ARNAU
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... USM INFANTO JUVENIL ACTUR OESTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La difusión de la actividad se realiza: Desde las consultas de pediatría del sector. Carteles informativos en los Centros de Salud. Información mediante las AMPAS de colegios de la zona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las encuestas de satisfacción han sido altamente satisfactoria, se realizan a traves de la web: htpps//osinteresa.com/
El número de asistentes no ha alcanzado objetivos, nos planteamos problemas para difusión y localización de la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se proyecta trasladar la actividad al C.S. Parque Goya, sala de docencia. Centro donde la población es joven, el volumen de niños es mayor y los pediatras se han interesado en colaborar ya que observan que la demanda de la zona hace conveniente un programa del carácter del ofrecido.

7. OBSERVACIONES.
Es un programa de colaboración Atención Primaria y Salud Mental, dirigido a todo el sector, la ubicación podrá interesar que se realice de forma rotativa en los diferentes centros de salud (Actur Oeste, Actur Sur, Actur Norte, Arrabal, Picarral, Santa Isabel y Parque Goya) pertenecientes al Sector Sanitario I de Zaragoza.. El objetivo es que se conozca mejor y acercarlo a toda la población

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1749 ========== ***

Nº de registro: 1749

Título
ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA

Autores:
MARCO ARNAU INMACULADA, TOLOSANA LASHERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL ACTUR OESTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Problemas educativos con sus hijos
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El programa, de índole eminentemente preventiva y de promoción de la salud, coloca el acento en la vertiente educativa de las pautas de crianza y centra sus esfuerzos en el desarrollo de competencias y habilidades en el seno familiar.
Es un proyecto que se inicia en el año 2000 justificado por el notable incremento de las demandas planteadas en los servicios de pediatría y salud mental infanto-juvenil en torno a los problemas de conducta, fracaso escolar y conflictos de personalidad, observación compartida desde otros ámbitos (Educación, Servicios sociales...), y que su estudio clínico muestra una especial relevancia de los factores relacionados con las dinámicas familiares y un estilo educativo particularmente desorientado.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1749

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA

Objetivos generales:
-Actuar preventivamente hacia los factores de la personalidad que dependen de la educación y poseen incidencia importante sobre la génesis de psicopatología.
-Disminuir la incidencia de trastornos de conducta, fracasos escolares e inadaptación social de origen educativo atribuible al entorno familiar.
Objetivos específicos:
-Adquirir por parte de los padres/madres conocimientos de las diferentes etapas evolutivas infantiles, sus peculiaridades y los conflictos que los caracterizan.
-Proporcionar habilidades y estrategias ante situaciones problemáticas concretas.
-Estimular la comunicación entre los padres para consensuar criterios comunes respecto a la forma de actuar en la educación de sus hijos.
-Mantener y mejorar el nivel de autoeficacia percibida en los padres a la hora de educar a sus hijos.
Objetivos operativos:
-Lograr la participación de al menos 12 familias en cada uno de los grupos.
-Encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post-intervención en los ítems que valoran los conocimientos adquiridos.
-Abordar el 100% de los temas que preocupan a los participantes, referentes a la educación infantil y que se expresan en el cuestionario inicial.
-Conseguir que en el cuestionario final el 80% de los participantes expresen su satisfacción y la utilidad de la actividad.
-Contrastar de forma positiva si la actividad ha propiciado:-Un acuerdo entre los padres a la hora de dirigir la educación de sus hijos. -Mayor sentimiento de seguridad y confianza en relación a su tarea “hacer de padres”.

MÉTODO
Metodología activa y participativa basada en la dinámica grupal con los padres receptores y en un desarrollo teórico asequible para ellos. Cada sesión incluye una secuencia de actividades con las se busca el aprendizaje significativo, estas son:
1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA.
2. LA LÍNEA DEL TIEMPO
3. SECUENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA:
4. FANTASÍA GUIADA.
5. JUEGO DE ROLES.
6. TRABAJO EN PEQUEÑOS GRUPOS.
7. CONCLUSIÓN GENERAL

La difusión de la actividad se realiza:
-Desde las consultas de pediatría del sector.
-Carteles informativos en los Centros de Salud.
-Información mediante las AMPAS de colegios de la zona.

INDICADORES
Se realizan tres tipos de evaluación,
1ª Número de padres que acuden a las sesiones en un mínimo de tres ocasiones.
2º Valorar los conocimientos adquiridos y el grado de aprovechamiento por parte de los cuidadores.
3º Encuesta de satisfacción de la actividad.

DURACIÓN
Se desarrolla en 2 ciclos anuales de 5 sesiones, cada ciclo, con una sesión mensual.
Primer ciclo de enero a mayo. Segundo ciclo de agosto a diciembre.
1º día: Desarrollo evolutivo de 9 a 36 meses. Problemas y objetivos educativos.
2º día: Los problemas del sueño.
3º día: Los problemas de la alimentación.
4º día: Celos, miedos y rabietas
5º día: Retirada de pañal, chupete y biberón. Televisión, ordenadores.

OBSERVACIONES
Tras 17 años realizando el programa y contando con que supera nuestra capacidad de acción la posibilidad de realizar una evaluación de los efectos a largo plazo, podemos afirmar que tenemos indicios que confirman su eficacia:
-En la zona de salud es un referente conocido por el boca a boca y demandado específicamente por las familias.
-Las encuestas de valoración del programa son altamente satisfactorias tanto a nivel de incorporación de los contenidos como de satisfacción personal.
-Durante el desarrollo del programa nos hemos encontrado con situaciones personales y familiares que desbordaban el campo de actuación que puede ofrecer el encuadre propuesto, siendo frecuentemente situaciones en las que se detectan factores de riesgo significativos que requieren una atención individual. En estos casos se ofrece una cita específica para valorar e informar de los recursos y modo de acceso a un apoyo especializado. Por lo que un efecto no esperado pero rentable es la detección de factores de riesgo significativos y la posibilidad de una precoz intervención especializada.
Como últimas reflexiones señalamos que la realización de este programa resulta una labor de interés sanitario y social, de la que como profesionales nos sentimos enormemente gratificados a pesar del gran esfuerzo que supone. El equipo es estable hace ya 3 años, el diseño organizativo se ha automatizado de forma que resulta ágil y eficaz y para terminar, destacar que la implantación de programas preventivos se beneficia de la colaboración y coordinación de todos los niveles asistenciales y profesionales, e igualmente resulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1749

1. TÍTULO

ASESORIA EDUCATIVA. PARENTALIDAD POSITIVA

interesante lograr el compromiso por parte de las instituciones para su puesta en práctica.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0595

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME GRANDE COVIAN
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABREJAS GOMEZ CARMEN
VIDAL PERACHO CONCEPCION
GARCIA GARCIA MARIA BLANCA
SORIANO GODES JUAN JOSE
SANZ MONCASI MARIA PILAR
BARRAGAN ANGULO AMAYA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La Sección de Endocrinología y Nutrición del Sector I elaboró un protocolo del nódulo tiroideo y se realizó sesión informativa implicando a los Servicios de Radiología y Anatomía Patológica.
La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición concedió a la Sección de Endocrinología del Sector I (se concedieron 4 en toda España) un ecógrafo, con un subvención del coste del 70% por parte de esta sociedad, un 15% por parte de la Sociedad Aragonesa de Endocrinología y Nutrición y el otro 15% por parte del SALUD.
La Sección de Endocrinología y Nutrición del Sector I compró un pistola de punción-aspiración (Cameco), para la realización de la Punción aspiración con aguja fina (PAAF).
Se ha implantado una consulta de alta resolución del nódulo tiroideo, los miércoles, mañana completa, con citación de pacientes cada 25 minutos para los pacientes de primera visita y 20´para la realización de ecografías de seguimiento y realización de PAAF ecodirigida.
Previo a la implantación de esta consulta se ha elaborado un documento explicativo, con la justificación, los objetivos y el funcionamiento de la consulta de alta resolución del nódulo tiroideo, que se presentó a la Dirección de Atención Primaria y una vez consensuado se difundió a todos los centros de salud del Sector I, para que se pudieran derivar los pacientes con nódulo tiroideo a esta consulta, para realización siempre que fuera posible en un solo acto la historia clínica, exploración físicay ecografía tiroidea y en algunos casos la PAAF ecodirigida.
Se hicieron reuniones con jefe de Servicio de Radiología del HRV para explicar el funcionamiento de esta consulta, informándole de la fecha de comienzo. Está previsto que 1-2 facultativos mas de la Sección, puedan estar algún tiempo en el Servicio de radiología para consolidar la formación en la técnica de la ecografía tiroidea, dado que en este momento en la Sección solo hay una persona formada para realizar de forma óptima la ecografía tiroidea y la PAAF ecodirigida.
Se hicieron reuniones con la interlocutora del Servicio de Anatomia Patológica del HRV para consensuar como se iban a procesar y conservar las muestras resultantes de la PAAF de nódulos tiroideos y el material necesario para su realización.
Se realizó un formato de informe en planilla de HP doctor visible en la intranet para la ecografia tiroidea y también para la PAAF tiroidea.
Se informó a la supervisora de las consultas externas del CME Grande Covían y al personal de enfermería de la Sección que es necesario en la consulta de nódulo tiroideo de la realización de la ecografía tiroidea y de la técnica de la PAAF tiroidea.
Se organizó la logística, informando a celadores del CME Grande Covían para el envío de las muestras de la PAAF desde este centro al Servicio de Anatomia Patológica del HRV.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han realizado 221 exploraciones entre ecografía tiroidea y PAAF ecodirigida.
- Se ha mejorado el tiempo de respuesta y la efectividad y la eficacia en la asistencia del paciente con patología nodular, al realizar en una solo consulta la valoración (historia clínica, y exploración física) y la ecografía tiroidea y en algún caso la PAAF.
- El realizar el protocolo del nódulo tiroideo, también ha mejorado la eficiencia dado que se ha homogeneizado entre los profesionales que atendemos estos pacientes la práctica asistencial.
- En prácticamente el 100% de los informe de anatomia patológica de la PAAF se utiliza la clasificación de Bethesda.
- En > 95% de las PAAF de nódulo tiroideo realizadas por la Sección de Endocrinología desde la consulta del nódulo tiroideo, han sido muestras suficientes para realizar el diagnóstico.
- La realización de la ecografía tiroidea y la PAAF tiroidea desde la Sección de endocrinología, junto con tener protocolizado este proceso, ha mejorado la rentabilidad, calidad de la asistencia.
- Mejora de la lista de espera de Radiología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- En el tiempo que llevamos con la implantación de esta consulta, ha sido satisfactorio por los resultados alcanzados, que han favorecido el proporcionar un cuidado integral, homogéneo a los pacientes con patología nodular tiroidea mediante la coordinación de todos los recursos disponibles.
- En este momento estamos pendientes de analizar la demanda de la patología nodular tiroidea, tanto de primera visita como de revisiones para poder planificar el número de consultas y el tiempo de consulta.
- Queda pendiente el formar mas profesionales de la Sección para poder garantizar la continuidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0595

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

- Sería necesario cuando haya pasado un tiempo de funcionamiento el realizar una evaluación del funcionamiento de esta prestación con los servicios implicados (atención primaria, radiología, anatomía patológica y endocrinología).
- En este año se va actualizar el protocolo del nódulo tiroideo.
- En la medida de lo posible el poder realizar algún tipo de técnica de tratamiento (enolización de nódulo tiroideo..), previo periodo de formación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/595 ========== ***

Nº de registro: 0595

Título
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Autores:
BANDRES NIVELA MARIA OROSIA, BARRAGAN ANGULO AMAYA, CABREJAS GOMEZ CARMEN, VIDAL PERACHO CONCEPCION, GARCIA GARCIA MARIA BLANCA, SORIANO GODES JUAN JOSE, SANZ MONCASI MARIA PILAR, GALINDO CHICO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La patología nodular tiroidea supone casi un 50% de la asistencia en consultas externas de Endocrinología. Su estudio implica a distintas especialidades (radiólogos,patólogos, bioquímicos, especialistas en medicina nuclear, cirujanos), coordinadas desde la Endocrinología.. La realización e interpretación de la ecografía tiroidea por el endocrinólogo acelera el diagnóstico y el tratamiento, y posibilita la creación de consultas de alta resolución en patología nodular tiroidea y el cumplimiento del concepto de “consulta única” (asistencia inicial y realización de exploraciones complementarias en el mismo día para establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos) definido en diferentes modelos de gestión sanitaria.
La Sección de Endocrinología y Nutrición (SEyN) del Sector Zaragoza I desde septiembre-2016 dispone de un ecógrafo y se han iniciado las actividades necesarias para crear la consulta de Alta Resolución de la patología nodular tiroidea.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Proporcionar un cuidado integral y homogéneo a los pacientes con patología tiroidea mediante la coordinación de todos los recursos disponibles y la aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamiento consensuados entre todos los profesionales, basados en guías clínicas.
2. Rentabilizar la consulta de la patología tiroidea posibilitando la resolución del proceso en una única visita
3. Difundir entre los facultativos responsables de la derivación y entre los pacientes la existencia y el funcionamiento de la consulta específica
4. Coordinar con Atención Primaria el manejo y seguimiento del paciente, y establecer normas consensuadas de rederivación o de reevaluación
5. Elaborar y actualizar los protocolos y normas de actuación para la utilización racional de los recursos
6. Fomentar la investigación y la formación continuada de los profesionales implicados

MÉTODO
A partir de septiembre-2016, la SEyN del Sector I inicia la realización de la ecografía tiroidea en parte de los pacientes con patología nodular. Se han realizado y se van a realizar las siguientes medidas:
- Se ha elaborado un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la patología nodular tiroidea, coordinado por la Dra. Barragán.
- Se ha programado una agenda dos días al mes (con el nombre de consulta de nódulo tiroideo), para la realización de la ecografía tiroidea. En función de las necesidades y demanda se podrá modificar. En la actualidad la persona formada, con experiencia en la realización de la Ecografía tiroidea de la SEyN es la Dra. Cabrejas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0595

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

- En colaboración con el Servicio de Radiología del HRV, está previsto la formación de otros facultativos de la SEyN.
- Se ha contactado con Dirección de Atención Primaria, para que se traslade la información a todos los coordinadores de los Centros de Salud del Sector del algoritmo de derivación desde Atención Primaria y el funcionamiento de la consulta.
- Se inicia esta consulta con la realización de la ecografía tiroidea, con la idea posterior de realizar las Punciónes aspiración con aguja fina (PAAF) de los nódulos tirodeos por parte de la SEyN. Ya se ha hablado con el Servicio de Anatomia Patológica del HRV para la coordinación en la conservación y el envio de las muestras.
- Se ha generado un formato de informe en el HPdoctor para las ecografías realizadas en la SEyN.
- Establecer sesiones con los Servicios implicados (Endocrinología, Atención Primaria, Anatomía Patológica, Radiología) y con los Servicios colaboradores (Laboratorio, Medicina Nuclera, Cirugía), para consensuar y evaluar el protocolo de actuación del nódulo tiroideo y plantear posibilidades de mejora.

INDICADORES
- % de pacientes derivados desde Atención Primaria, que cumplen el algoritmo de derivación.
- Nª de pacientes nuevos con patología nodular tiroidea, que en una única visita se realiza la resolución del proceso.
- % Ecografías tirodeas realizadas en la SEyN del Sector I/Total de Ecografias tiroideas realizadas en el año (25%).
- % de informes de PAAF que cumplen la clasificación de Bethesda (>70%).

DURACIÓN
Inicio: septiembre- 2016
Finalización: Diciembre-2018
- Presentación del protocolo del nódulo tiroideo
- Información desde la Dirección de Atención Primaria a todos los coordinadores de los Centros de Salud.
- Se genera la consulta monográfica del nódulo tirodeo en el CME Grande Covían dos dias al mes (media mañana), para la realización de la ecografía tiroidea.
- En colaboración con el Servicio de Radiología se inicia la formación de otras dos facultativas de la SEyN.
- A los 6 meses reunión con los Servicios implicados para valoración del funcionamiento del protocolo y de la Consulta del nódulo tiroideo.
- Finales del 2017 y 2018 se valorará iniciar la realización de la PAAF ecodirigida por parte de la SEyN.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0551

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO BLASCO JIMENEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO MOYA MIGUEL
RUBIO ORGA ELENA
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION
SABATER ALEJO JORGE
TOBAJAS AZUARA EDUARDO
MONTERDE GARCIA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La detección de duplicados y fusión de historias es una tarea que realiza el Servicio de Archivos de forma habitual.
Recientemente, los Servicios Centrales del SALUD han localizado un total de 6000 registros de pacientes de HNSG que son posibles duplicados ya que tienen asignado el mismo número de identificación (AR).
Este hecho supone la posibilidad real de que la HC de algunos pacientes estén fragmentadas, con el riesgo de poner a disposición de los profesionales responsables de la asistencia información clínica incompleta.
Por lo anterior, el equipo de mejora del Servicio de Archivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia ha decidido depurar este listado.

- Se elaboró un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) a seguir, consensuado con la plantilla del Servicio.
- En primer lugar se analizó la situación de cada dossier: historias provisionales, definitivas, activas, pasivas…y se fue anotando en cada registro de paciente.
- Dependiendo de cada situación, solicitamos las historias a la empresa que custodia pasivo, creamos sobres nuevos o fusionamos documentación entre dos sobres.
- Utilizamos BDU para corregir datos personales de los pacientes en HIS.
- Fusionamos las historias en HIS.
- Se trabajó con un listado por persona.
- Finalizado el proceso, se escanea el listado una vez resuelto en HNSG.
- Volvimos a solicitar a final de 2017 a Servicios Centrales un nuevo listado con los mismos criterios que el anterior para comprobar el grado de coincidencia. En estos momentos estamos depurando el mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo era depurar de forma definitiva la base de datos HIS. En la actualidad, con la última versión de HIS se ha conseguido vincular los datos de BDU, ganando eficacia en la toma de datos, llegando a porcentajes mínimos de error.
o Aportación de la Historia Clínica de papel completa del paciente cuando se solicita por los profesionales que atiendan al paciente..

Servicios Centrales nos comunica que nuestro Sector tiene los mejores valores de depuración de la base de datos de pacientes duplicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es muy positiva, el trabajo ha sido minucioso y cada caso se ha tratado con mucha atención.

En los casos en que no hemos tenido datos suficientes no hemos realizado la fusión de historias.

Periódicamente solicitaremos listados a Servicios Centrales para depurar los duplicados que vayan surgiendo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/551 ========== ***

Nº de registro: 0551

Título
FUSION DE HISTORIAS DUPLICADAS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0551

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

BLASCO JIMENEZ ANTONIO, ROYO MOYA MIGUEL, RUBIO ORGA ELENA, LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, MONTERDE GARCIA LAURA, RACAJ FUMANAL YOLANDA, OLIVAR DUPLA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La detección de historias clínicas (HC) duplicadas y la fusión de historias es una tarea que realiza el Servicio de Archivos de forma habitual.
Recientemente, los Servicios Centrales del SALUD han localizado un total de 6000 registros de pacientes de HNSG que son posibles duplicados ya que tienen asignado el mismo número de identificación (AR).
Este hecho supone la posibilidad real de que la HC de algunos pacientes estén fragmentadas, con el riesgo de poner a disposición de los profesionales responsables de la asistencia información clínica incompleta..
Por lo anterior, el equipo de mejora del Servicio de Archivos de H.Nuestra Señora de Gracia ha decidido depurar este listado.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es depurar de forma definitiva la base de datos HIS. En la actualidad, con la última versión de HIS se ha conseguido vincular los datos de BDU, ganando eficacia en la toma de datos, llegando a porcentajes mínimos de error.

Aportación de la Historia Clínica de papel completa del paciente cuando sea solicitada por los profesionales que atiendan al paciente..

MÉTODO
Se ha elaborado un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) a seguir, consensuado con la plantilla del Servicio.

En primer lugar se analiza la situación de cada dossier: historias provisionales, definitivas, activas, pasivas…y se anotará en cada registro de paciente.

Dependiendo de cada situación, se solicitarán las historias a la empresa que custodia pasivo, crearemos sobres nuevos o fusionando documentación entre los sobres.

Se utilizará lo registrado en BDU para corregir datos personales de los pacientes en HIS.

Fusionamos las historias en HIS.

Se trabaja con un listado por persona. Finalizado el proceso, se escanea el listado una vez resuelto en HRV.

Se solicitará a los SS CC un nuevo listado con los mismos criterios que el anterior para comprobar el grado de coincidencia.

INDICADORES
% HISTORIAS FUSIONADAS: Nº Historias fusionadas / año.

% HISTORIAS PARA FUSIONAR DESPUÉS DE FINALIZAR EL PROYECTO: Nº Historias a fusionar / Nº Historias Creadas.

DURACIÓN
Comienzo: 01/08/2016

Valoración semestral del Indicador.

Finalización: 31/08/2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0551

1. TÍTULO

FUSION DE DUPLICADOS EN HIS DE PACIENTES CON EL MISMO CIA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO BLASCO JIMENEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO MOYA MIGUEL
OLIVAR DUPLA TERESA
RUBIO ORGA ELENA
TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS
ARGUEDAS GIL MARIA TERESA
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo tiene dos palés con las radiografías a destruir.
2. En la Unidad de Archivos colocamos cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla ha trabajado su parte del archivo, expurgo y colocación.
4. Incluímos el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
• Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio. Los sobres de historias han bajado de peso considerablemente.
Se ha realizado el total del expurgo, falta contabilizarlo. Entre los dos Hospitales de Sector I hemos sacado aproximadamente 2000 kg de radiografías digitales y 1000 kg de analógicas, hay que sumar lo que tienen en el pasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha sido muy positivo, la plantilla estaba muy motivada porque había un beneficio directo en su trabajo diario. Las radiografías que han quedado en las historias, procedentes de Seguros Privados se podrán expurgar cuando cumplan los requisitos de antigüedad correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/36 ========== ***

Nº de registro: 0036

Título
EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Autores:
BLASCO JIMENEZ ANTONIO, ROYO MOYA MIGUEL, OLIVAR DUPLA TERESA, RUBIO ORGA ELENA, TAIRA LACAMBRA MARIA REMEDIOS, LAZARO ARIÑO CARMEN, ARGUEDAS GIL MARIA TERESA, LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: ESPECÍFICO DE LA UNIDAD

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

MÉTODO
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.
2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..
4. Hemos incluído el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad.
5. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
6. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

INDICADORES
% HISTORIAS EXPURGADAS
% ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

DURACIÓN
INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0036

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0157

1. TÍTULO

APLICACION EXCEL PARA CONSULTAR LOS TUBOS A EXTRAER SEGUN LAS DETERMINACIONES Y PERFILES QUE SE SOLICITAN EN EL VOLANTE DE ANALISIS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE DEL RIO ROMAN
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ BAYOD ROSA
MATEOS GOSENJE CRISTINA
VALERO RANDO ROSANA
RODRIGUEZ SOTO ANA LIA
PINAR IRANZO JOSE IGNACIO
BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se instaló en el escritorio de cada servicio del hospital esta aplicación realizada en excel para que el personal de enfermería consulte el tipo de tubo a extraer en función de las determinaciones que solicita el facultativo.Marcando con una x el perfil solicitado y dándole a la lupa de consulta, aparece una ventana con los tubos necesarios.
En la zona de otras determinaciones se han puesto unos desplegables para poder buscar por orden alfabético el resto de determinaciones que no estan en los perfiles del volante.
También se ha aumentado los PEFILES más usados por algunos servicios como son el PERFIL de GERIATRIA Y el PERFIL de MEDICINA INTERNA.
Se informó a las supervisiones para que le dieran difusión en los servicios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado desde que se ha instalado esta aplicación es el esperado ya que se ha reducido bastante el número de llamadas recibidas preguntando el tipo de tubo a extraer así como los errores en el tipo de tubo para realizar algunas determinaciones.
De las llamadas que recibimos, muchas de ellas son por desconocimiento de la aplicación, y una vez que se explica que existe y como se usa es muy efectiva y muy bien acogida por el personal de plantas.
Se ha cumplido el calendario de ejecución del programa de calidad y se ha aplicado durante todo el año.
A parte de realizar la aplicación, el trabajo realizado por el equipo técnico de laboratorio consiste en una consulta constante de aquellas determinaciones que no se realizan en el hospital para saber el tipo de tubo que necesitamos. Es una aplicación en constante proceso de cambio y evolución ya que se cambió el tipo de tubo para la VSG y se ha actualizado. También se va a actualizar en breves el nuevo tubo para serología por eso el seguimiento sigue siendo constante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se seguirá dejando la aplicación y se irá actualizando en función de las necesidades y cambios que se vayan realizando, hasta que se aplique la petición electrónica de los análisis.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/157 ========== ***

Nº de registro: 0157

Título
APLICACION EXCEL PARA CONSULTAR LOS TUBOS A EXTRAER SEGUN LAS DETERMINACIONES Y PERFILES QUE SE SOLICITAN EN EL VOLANTE DE ANALISIS

Autores:
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, PEREZ BAYOD ROSA, MATEOS GOSENJE CRISTINA, VALERO RANDO ROSANA, RODRIGUEZ SOTO ANA LIA, OJEDA GONZALEZ MARIA, PINAR IRANZO JOSE IGNACIO, BAQUEDANO ARANDA MARISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquier tipo de patología que requiera un estudio analítico de la sangre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0157

1. TÍTULO

APLICACION EXCEL PARA CONSULTAR LOS TUBOS A EXTRAER SEGUN LAS DETERMINACIONES Y PERFILES QUE SE SOLICITAN EN EL VOLANTE DE ANALISIS

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Ahorrar molestias a los pacientes por error en la fase PRE-ANALÍTICA así como ahorro de material y pérdida de tiempo en el personal de enfermería

PROBLEMA
La frecuencia con la que se reciben llamadas al laboratorio en los diferentes turnos sobre el tipo de tubo que tienen llenar para un perfíl analítico o para realizar un tipo de analito específico así como el alto índice de confusión en el tipo de tubo que acaba con otro pinchazo innecesario al paciente, nos hizo pensar en realizar una sencilla aplicación de consulta, la cual permita desde cualquier servicio del hospital tanto la consulta de los tubos a extraer, como la impresión de éstos en el volante analítico para llevarlo hasta la cabecera del paciente y que no haya ningún tipo de error.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar dobles pinchazos a los pacientes.
Evitar gasto inecesario debido a esta repetición de la extracción.
Evitar pérdida de tiempo inecesaria debido a la repetición de este trabajo.

MÉTODO
Realizar una Aplicación de uso sencillo y diseño del volante de analíticas usado en el hospital, en base Excel para que se pueda consultar desde cualquier servicio el tipo de tubos a llenar en una extracción ante la petición de cualquier tipo de analítica, teniendo la posibilidad de imprimir la consulta en el propio volante.
Realizar la correcta difusión de su existencia entre el personal así como un manual de su uso .

INDICADORES
A partir del momento en que se cuelgue la Aplicación, mediremos las llamadas a consultar el tipo de tubo a extraer y aquellas analíticas que vienen con errores en el tipo de tubo.

DURACIÓN
ENERO DE 2017 estará preparado el Manual y la aplicación colgada en el sistema par empezar a difundir y a usarla por aquellos usuarios que lo necesiten

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0163

1. TÍTULO

SEROTECA DE PACIENTES Y APLICACION EXCEL PARA LOCALIZAR LOS SUEROS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BELEN COMET MARTINEZ
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALDEA ALDEA TERESA
LIESA SAMPER BEATRIZ
PEDRAZA BALLARIN NOELIA
NAVARRO EGEA MARTA
MONTAÑES CASTRO JENIFER
MAINAR NAVARRO ANA
MATEOS GOSENJE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se hizo la aplicación excel con un formato atractivo, sencillo en su uso y personalizado al sistema de trabajo que se venía desarrollando en el servicio.
Consta de tres menus:

a.- IR A GRADILLAS :
Nos enseña todas las gradillas que tenemos almacenadas. Si accedemos a cualquiera de ellas, nos da la información y posición exacta de los tubos que tenemos.
b.- CONSULTA GRADILLA ACTIVA:
Nos da la información sobre la última gradilla que hemos cargado tubos y aquellas que debemos vaciar (LOS TUBOS MAS ANTIGUOS)
c.- BUSCAR TUBO:
Sirve para localizar directamente en la gradilla y posición en la que se encuentra un tubo de suero.
Nos da información sobre el día y la hora en que ese tubo pasó a la seroteca.

Se hizo un manual de uso y pequeñas sesiones formativas para aprender a usarlas.

A parte se adaptó una nevera exclusivamente para seroteca dividiendo las zonas de refrigeración para las gradillas personalizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es una de las cosas que mejor resultado ha dado en los proyectos de calidad aplicados al servicio.
Con el antiguo sistema de almacenaje de tubos, nos costaba unos 10 minutos de media localizar cada tubo y a veces ni siquiera los encontrábamos teniendo que realizar nueva extracción. Solemos buscar unos 5 tubos al día como mínimo, lo que hace que con el anterior método de búsqueda hubiésemos empleado un tiempo de 45 minutos aproximadamente.
Se ha cumplido el calendario de ejecución del programa de calidad y se ha aplicado durante todo el año. Se seguirá usando la aplicación pensando si se puede extender a otras áreas del laboratorio por su gran eficiencia.

Con el nuevo sistema de localización en 1 minuto podemos localizar mas de 5 tubos, Luego ahorramos 220 minutos aproximadamente (3 horas y media a la semana) para poder usarlo en otros trabajos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
estamos pensando en ampliar a otra zona del laboratorio por el gran resultado que hemos obtenido

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/163 ========== ***

Nº de registro: 0163

Título
SEROTECA DE PACIENTES Y APLICACION EXCEL PARA LOCALIZAR LOS SUEROS

Autores:
COMET MARTINEZ BELEN, ALDEA ALDEA TERESA, LIESA SAMPER BEATRIZ, PEDRAZA BALLARIN NOELIA, NAVARRO EGEA MARTA, MONTAÑES CASTRO JENIFER, MAINAR NAVARRO ANA, MATEOS GONSEJE CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0163

1. TÍTULO

SEROTECA DE PACIENTES Y APLICACION EXCEL PARA LOCALIZAR LOS SUEROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquiera que necesite de un estudio analítico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el Laboratorio son muchísimas las veces que después de haber mandado una analítica,el facultativo que realizó la petición decide añadir alguna determinación al perfil que en un principio había pedido. Con el correcto almacenamiento de los sueros se consigue que esa determinación se pueda hacer sin necesidad de realizar una nueva extracción al paciente. Con la gran cantidad de sueros que se almacenan es muy problemático localizar estos sueros y muchas veces aun teniéndolos no se encontraban y se necesitaba una nueva extracción.

RESULTADOS ESPERADOS
Localización inmediata de suero de días anteriores para aumentar las determinaciones analíticas a los pacientes acortando el tiempo de respuesta en el resultado.
Almacenamiento de mayor cantidad de sueros en el Laboratorio.

MÉTODO
Modificar una de las neveras que se tenía para crear una SEROTECA organizándola por Gradillas, letras y un código de colores que permite almacenar mas cantidad de sueros y se ha apoyado con una APLICACION EXCEL para localizar enseguida el suero que se desea trabajar.
Manual y procedimiento de uso de esta aplicación.
Con esto vamos a ahorrar la molestia de tener que realizar una inecesaria segunda extracción a los pacientes que se desee aumentar las pruebas analíticas en un periodo de 15 dias desde la extracción de la muestra.
Ahorrar tiempo al personal de enfermería de las plantas que no tendran que realizar nueva extracción .
Ganar muchísimo tiempo en la localización de estos sueros de pacientes a los que se les aumenta alguna determinación, ya que muchas veces se tarda mas en localizar el suero que en realizar la prueba analítica.

INDICADORES
Se medirá la cantidad de tiempo ahorrado cada vez que se busque un suero de un paciente de días anteriores, sabiendo cuanto tiempo ganamos en la productividad del personal de laboratorio.

DURACIÓN
Enero de 2017. Personal formado, Aplicación Excel en el servicio y puesta en marcha de la nueva seroteca

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1418

1. TÍTULO

PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO LABORATORIO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE DEL RIO ROMAN
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEOS GOSENJE CRISTINA
VALERO RANDO ROSANA
PERMUY FONTAO JULIO
PITA GRANDAL BEATRIZ
BARDAJI CESTER CONSUELO
BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA
PEREZ CHUECA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido:
A.- Construir una base de datos atractiva con formato de aplicación, creando un servicio virtual, de tal forma que cuando se quiere consultar cualquier tipo de duda sobre el funcionamiento del servicio se navege sobre el plano del laboratorio accediendo de forma rápida y ordenada a toda la información necesaria para desarrollar el trabajo. De igual forma se ha creado un acceso directo para poder consultar la definición de cada puesto de trabajo, turnos, características del servicio....etc

B.- Recopilación de procedimientos, guías telefónicas, manuales de analizadores de casas comerciales en formato pdf para hipervincularlos....etc

C.- Fotografiado y retoque fotográfico para navegar sobre las secciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado obtenido ha sido el esperado. Se ha puesto en uno de los PC del servicio esta aplicación, para poder consultarla de forma rápida. En un primer paso se ha realizado parte de las secciones de:

1.- TRABAJO ADMINISTRATIVO DEL LABORATORIO
2.- RECEPCION DE MUESTRAS

La idea es ir alimentando la aplicación hasta conseguir tener todo el servicio al completo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo ha sido muy satisfactoria y se va a seguir extendiendo al resto de secciones en futuros proyectos de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1418 ========== ***

Nº de registro: 1418

Título
PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO DEL LABORATORIO

Autores:
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, MATEOS GOSENJE CRISTINA, VALERO RANDO ROSANA, PERMUY FONTAO JULIO, PITA GRANDAL BEATRIZ, BARDAJI CESTER CONSUELO, BAQUEDANO ARANDA MARIA LUISA, PEREZ CHUECA ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1418

1. TÍTULO

PROGRAMA GESTION INTERNA TRABAJO TECNICO LABORATORIO

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la mayoría de hospitales cada Técnico superior es asignado a un laboratorio único (Recepción de muestras, Urgencias, Bioquímica, Microbiología, Hemostasia, Hematimetría, Banco de Sangre, serología...etc) y en muchas ocasiones dentro de este laboratorio se le asigna a una sección fija en función de la carga de trabajo (Homonas, Bioquímica general, Orinas...etc).
El Laboratorio del Hospital Real Ntra. Sra. de Gracia esta concebido como un único laboratorio con una única plantilla, aunque se desarrollan las técnicas de distintos laboratorios y se entrelazan sistemas de trabajo de un laboratorio de rutina y otro de urgencias.
La cantidad de técnicas a aprender y detalles en los diferentes sistemas de trabajo son enormes. Por el sistema de rotación, el personal tiene un mes en el que pasa por las mañanas, asignándole todo el mes en una de las secciones. Estas secciones son lo que en otros hospitales clasifican como un laboratorio propio (Recepción de muestras, Urgencias, Bioquímica, Microbiología, Hemostasia, Hematimetría, Banco de Sangre, serología...etc).
Después le toca un mes de rotación por el laboratorio de urgencias pasando a tardes, noches y festivos. Este hecho hace que cuando se vuelve a pasar a una de las secciones de rutina en turno de mañanas han podido pasar hasta 5 meses desde la última vez que se trabajó en ella, siendo muy complicado afianzar el trabajo de cada una de las secciones (laboratorios) y los cambios continuos a los que un laboratorio se enfrenta día a día.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar una aplicación informática donde se tenga una Mapa interactivo de las distintas secciones del Laboratorio donde tanto el personal fijo como el personal de nueva incorporación pueda consultar cualquier procedimiento de trabajo, definición de los puestos, turno anual, Pactos internos entre el personal...etc.

MÉTODO
Realizar una APLICACIÓN donde aparezce el mapa del Laboratorio y sus diferentes secciones.
Presionando en cada una de ellas puedas introducirte en menus que te dan información sobre la definición del puesto, definición del sistema de trabajo, mapa de procesos de la sección y a todos procedimientos de trabajo.
Para ello se realizarán también reuniones periódicas (una trimestral seria suficiente) para actualizar los procedimientos de trabajo y realizar nuevos que se consideren necesarios.

INDICADORES
La monitorizacion del proyecto va a ser continua, viendo diariamente los avances de la aplicación.
La medida del proyecto será todo lo conseguido hasta el momento de su evaluacion

DURACIÓN
ENERO DE 2019 Estarán y se podrán consultar las secciones de:
1. Parte de Hemostasia
2. Parte de Banco de sangre
3. Parte de bioquimica
4. Parte de Recepcion de muestras
5. Parte de la Sección Administrativa

Se empezarán con los procedimientos mas importantes de cada sección

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0849

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CRIBADO CERVICAL. MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ALMAJANO MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER
ELENA MONEVA MARIA PILAR
RUIZ ROMERO INMACULADA
RINCON GORMEDINO CRISTINA
GASPAR OCHOA ROSALIA
FERNANDEZ TAULES CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1: Cronograma de implantación:
- Formación de los patólogos en Citología Líquida: Dirigida por Hologic, mediante estudio individual de casos problema y sesiones de evaluación: Formación de la Dra Pilar Elena en Barcelona los días 22.23 y 24 en Barcelona.
- Realización de la Citología líquida en el equipo de gran capacidad
- Se sigue realizando un registro de todos los casos HPV-positivos, con los resultados de la citología y seguimiento ulterior.
- Se considera implantada la sistemática de toma y recepción de muestras y su procesamiento.
- Se considera implantada en el sector la sistemática de diagnóstico de HPV y citología cervical.
- Se han modificado los informes maestros de PatWin para adaptarse a esta sistemática.

5.2.- Plan de comunicación:
Se han realizado reuniones con ginecólogos y matronas.
Se han atendido de forma inmediata todas las consultas y dudas sobre el protocolo a seguir en cada caso.
Se emiten, de momento, recomendaciones de seguimiento para cada caso, aclarando o reforzando el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluación de resultados:

Se han implantado los procedimientos descritos: Se considera implantada en el sector la sistemática de diagnóstico de HPV y citología cervical.
Se ha establecido la correlación entre los resultados de HPV, citología, biopsia cervical y conización, manteniendo un registro permanente de correlación.
Se ha disminuido el total de estudios y se ha incrementado el número de lesiones diagnosticadas y tratadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- La aplicación del cribado basado en HPV ha mejorado el diagnóstico de la patología cervical en cuanto al número de casos diagnosticados (sensibilidad).
2.- Es precisa una divulgación del protocolo entre los médicos de Atención Primaria.
3.- Es precisa una mayor sujeción al protocolo por parte de los solicitantes, especialmente los ginecólogos del Hospital.

Queda pendiente:
- La renovación de la acreditación de calidad
- La aplicación de este cribado de forma poblacional
- El proyecto debe aplicarse en otros sectores para cumplir las recomendaciones del Ministerio y de las sociedades científicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/849 ========== ***

Nº de registro: 0849

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0849

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CRIBADO CERVICAL. MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189

Autores:
ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, ALEJANDRE FEBREL MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nuestra Señora de Gracia se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2009.

La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de (nombre del Servicio) para mantener la acreditación UNE-EN ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

?Nuestro planteamiento es: Extender la acreditación ISO 15189 a nuevos procesos del servicio (incluir la determinación de HPV en el cribado cervical y la realización de citología en fase líquida.

RESULTADOS ESPERADOS
Aplicar toda la sistemática de calidad al proceso de detección de HPV.
Plantear la acreditación de este proceso unido al de la citología cervical, tanto convencional como en fase líquida.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua. Responsable Javier Mateos Barrionuevo JMB

Aplicar la sistemática al proceso automatizado de obtención del estatus HPV. Responsable IRR, CRG

Aplicar la sistemática de interpretación diagnóstica: Responsables CAM, LBM.

Aplicar la sistemática al sistema de emisión de informes: Responsables RGO, MAF

INDICADORES
Creacion de un GRUPO DE MEJORA interno del Servicio pactado con la direccion del Centro (S/N)
Programa de coordinacion de Atencion Primaria -Especializada en un proceso de cribado cervical. (S/N)
Establecer un procedimienmto adecuado de recepcion, tratamiento y archivo de pruebas solicitadas de cribado HPV (S/N)
Redacción del PTA que incluya la citología en fase líquida y el test de HPV (S/N).

La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Redacción de los documentos iniciales: hasta febrero 2017
Implantación: Hasta junio 2017
Revisión y modificaciones posteriores: hasta fin de 2017

Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0849

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CRIBADO CERVICAL. MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DE LA ACREDITACION ISO 15189

-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Poner fecha.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Poner fecha
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ALMAJANO MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER
ELENA MONEVA PILAR
RINCON GORMEDINO CRISTINA
RUIZ ROMERO INMACULADA
GASPAR OCHOA ROSALIA
SANJOSE PEREA TERESA
FERNANDEZ TAULES TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha revisado la sistemática y actualizado los procedimientos técnicos.
Se ha revisado el procedimiento de registro sin que se hayan producido grandes avances por problemas informáticos.
El volcado de resultados de HPV a los informes no ha podido realizarse por problemas entre Patwin y Áptima.
Se sigue atendiendo todas las consultas realizadas por las matronas y los ginecólogos, y se siguen enviando diagnósticos en papel.
Se obtienen estadísticas que ratifiquen la eficacia del método utilizado, en cuanto a cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En las tablas de registro se ha sustituido el registro de las citologías negativas por registros de citologías de forma aleatoria, que permiten evaluación por otros observadores distintos al patólogo que diagnosticó.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido una parte de los objetivos del proyecto, entre los que cabe destacar:
Se ha revisado la sistemática y actualizado los procedimientos técnicos, habiendo superado en junio de 2018 la Auditoría de ENAC, que mantiene nuestra acreditación.
Se sigue atendiendo todas las consultas realizadas por las matronas y los ginecólogos, y se siguen enviando diagnósticos en papel.
Se obtienen estadísticas que ratifiquen la eficacia del método utilizado, en cuanto a cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En las tablas de registro se ha sustituido el registro de las citologías negativas por registros de citologías de forma aleatoria, que permiten evaluación por otros observadores distintos al patólogo que diagnosticó.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto mejora la calidad en el tema del cribado cervical, ya que supone una revisión continua en esta área.
La dedicación temporal del personal y las reuniones de coordinación, supone un esfuerzo extraordinario, ya que conlleva mejoras pero supone una tarea adicional a la labor asistencial.
No se pueden realizar avances sin la implicación de los servicios generales, predominantemente de la informática, lo que ha llevado a que queden pendientes los siguientes temas:
- Se ha revisado el procedimiento de registro sin que se hayan producido grandes avances por problemas informáticos, por lo que se concluye que sin una buena respuesta por parte de los servicios de Informática, es imposible que se produzcan avances en el procedimiento de registro.
- El volcado de resultados de HPV a los informes no ha podido realizarse por problemas entre Patwin y Áptima, referidos a la conexión informática, fallando también la conexión informática con el Salud.
El proyecto debe implicar de forma significativa al Servicio de Informática.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/675 ========== ***

Nº de registro: 0675

Título
SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO 15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

Autores:
ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, ELENA MONEVA PILAR, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, SANJOSE PEREA TERESA, FERNANDEZ TAULES CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nuestra Señora de Gracia se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2009.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio para mantener la acreditación UNE-EN ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El proyecto intenta conseguir la prevención del cáncer cervical de una manera efectiva.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, especialmente en la línea prioritaria :CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX, aunque también afecta a otros objetivos prioritarios

RESULTADOS ESPERADOS
Renovar la acreditación ISO 15189
Prevenir el cáncer cervical

MÉTODO
Las principales actividades serán:

- Revisar la sistemática establecida para tener adecuadamente registrados todos los procedimientos técnicos.
- Revisar la sistemática de registro para adecuarla al procedimiento actual y facilitar y disminuir el tiempo necesario.
- Adecuar la tabla de registro de resultados para obtener con más facilidad las estadísticas de resultados.
- Estudiar el volcado de resultados de HPV a los informes.
- Realizar comunicaciones o reuniones con matronas y ginecólogos

El servicio ofertado es la realización del estudio cervical, incluyendo la citología y el estatus de HPV mediante cuantificación de mRNA de las proteínas E6 y E7 de HPV de alto riesgo.
En segundo lugar, obtener las estadísticas de resultados que permitan evaluar el método.

INDICADORES
Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N)
Actualización del informe de resultados (S/N)
Comunicaciones a matronas y ginecólogos (S/N)
Realización de Revisión por la Dirección (S/N)
Realización de estadística de resultados (S/N)

DURACIÓN
Auditoría de seguimiento: Junio 2018-05-09
Redacción de los documentos modificados: hasta septiembre 2018
Implantación y comunicación de matronas y ginecólogos: hasta diciembre de 2018
Obtención de estadísticas: Enero 2019
Evaluación del proyecto y acciones de continuación: Primer trimestre de 2019

OBSERVACIONES
Incluido en acuerdo de gestión con la Dirección

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0675

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ACREDITACION ISO-15189 PARA EL CRIBADO CERVICAL

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MATEOS BARRIONUEVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALMAJANO MARTINEZ CARMEN
ELENA MONEVA PILAR
RINCON GORMEDINO CRISTINA
RUIZ ROMERO INMACULADA
GASPAR OCHOA ROSALIA
ABAD BEORLEGUI ELENA
GARCIA FERNANDEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha redactado la versión inicial de los documentos relativos a la solicitud de estudios, procedimiento de registro, procedimientos de procesamiento de biopsias, técnicas generales e inmuno histoquímicas, y postanalítica, según estaba previsto en el proyecto.
Para ello se han realizado:
- múltiples talleres de formación organizados por el SALUD e ICSA
- creación del grupo de mejora encaminado a la acreditación de biopsias y citologías
- numerosas reuniones internas para la redacción y revisión de los documentos
- establecimiento de los objetivos e indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido los objetivos de esta fase del proyecto, cumpliendo al 100% los objetivos previstos, a saber:

Establecimiento de las normas para la solicitud de estudios anatomopatológicos
Establecimiento del procedimiento de registro
Actualización del procedimiento técnico de análisis. de biopsias de rutina
Establecimiento de los procedimientos de técnicas histoquímicas e nmunohistoquímicas
Establecimiento del procedimiento de postanalítica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lecciones aprendidas:
El proyecto mejora la calidad de la atención proporcionada.
El proyecto requiere dedicación temporal del personal, y numerosas reuniones de coordinación.
Requiere implicación de los servicios generales (informática, mantenimiento, suministros, electromedicina).
No existe una completa comprensión del significado y utilidad de la gestión de calidad por parte de otros servicios.

Han quedado pendientes:
Ejecutar plenamente la sistemática establecida y corregirla si se detectan incongruencias o actividades inoperantes.
Establecer los formatos para el registro de las actividades.
Mejorar la gestión de equipos, en colaboración con los proveedores.
Extender las actividades de gestión de calidad a otros procedimientos del servicio.

El proyecto debe continuar dando respuesta a estas cuestiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/684 ========== ***

Nº de registro: 0684

Título
SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROCESAMIENTO DE BIOPSIAS

Autores:
MATEOS BARRIONUEVO FRANCISCO JAVIER, ALMAJANO MARTINEZ CARMEN, ELENA MONEVA PILAR, RINCON GORMEDINO CRISTINA, RUIZ ROMERO INMACULADA, GASPAR OCHOA ROSALIA, ABAD BEORLEGUI ELENA, GARCIA FERNANDEZ MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de enfermedades
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los procedimientos en el procesamiento del material de biopsias y piezas quirúrgicas son cada vez más complejos, por lo que requieren una mayor sistematización para mantener la reproducibilidad y obtener unos resultados homogéneos y mantenidos en el tiempo.
Por ello se requiere elaborar una sistemática que permita la actuación uniforme de todo el personal, con un proceso de mejora continua y detección de errores y riesgos reales y potenciales,
El proyecto intenta alcanzar la eficacia diagnóstica con mayor seguridad y rapidez.

El proyecto se encuadra en las líneas estratégicas del SALUD, afectando a varios de los objetivos prioritarios, como son especialmente los que se refieren al cribado de cáncer y a la gestión de riesgos.

RESULTADOS ESPERADOS
Sistematizar los procedimientos de procesamiento de biopsias.

Afecta a todos los pacientes biopsiados en nuestro hospital y los centros que remiten las biopsias al mismo.

MÉTODO
Las principales actividades serán:

Redactar los documentos que recojan los procedimientos de procesamientos
Redactar los procedimientos de técnicas y procedimientos especiales
Redacta los documentos de preanalítica correspondientes.
Redactar los documentos de postanalítica correspondientes.
Establecer los indicadores.
Aplicar los procedimientos en el diagnóstico de rutina

El servicio ofertado es la realización de los diagnósticos anatomopatológicos con precisión y rapidez
En segundo lugar, se intentará adecuar estos procedimientos a la norma ISO 15189 para caminar hacia la acreditación en patología cervical y mamaria.

INDICADORES
Establecimiento de las normas para la solicitud de estudios anatomopatológicos
Establecimiento del procedimiento de registro (S/N)
Actualización del procedimiento técnico de análisis. (S/N) de biopsias de rutina
Establecimiento de los procedimientos de técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas (S/N)
Establecimiento del procedimiento de postanalítica (S/N)

DURACIÓN
Redacción de los procedimientos de biopsias de rutina, registro y preanalítica: Septiembre 2018
Redacción de los procedimientos de inmunohistoquímica y técnicas especiales: Hasta noviembre 2018.
Redacción de los procedimientos de postanalítica: Diciembre 2018- enero 2019
Evaluación y plan de continuación: Prmer trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0684

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOPSIAS

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICAEN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMIRO MARIN GUERRICABEITIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAUCO JAQUES JOSE
ITURRICHA ALBA FERNANDO
RODRIGUEZ BENITO JOSE FRANCISCO
ALAMILLO SALAS CLARA
OPLA BENABARRE JOSE MARIA
GOMEZ RUIZ MARIA CRISTINA
NOGUE PUEYO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PERIODO DE REALIZACION : AÑO 2018 COMPLETO
ACTTUACIÓN: BLOQUEOS ANALGESICOS SUPRACLAVICULARES PREOPERATORIOS ECOGUIADOS
- OBJETIVO: CONSEGUIR ANALGESIA POSTOPERATORIA ADECUADA.CON MENOR USO DE ANALGÉSICOS INTRAVENOSOS Y MAYOR SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.
- SEDACION LEVE, PREVIA DEL PACIENTE CON MIDAZOLAM 2-3 MG
- MATERIAL: ECOGRAFO PARA LOCALIZACION SUPRACLAVICULAR DEL PLEXO BRAQUIAL(S2 SONOSITE), AGUJAS HIPERECOGÉNICAS (BRAUN LAB.) Y 15-20 ML(TAMAÑO DE PACIENTE) DE LEVOBUPIVACINA 0,25% ISOBARA + 4 MG DE DEXAMETASONA.
ANESTESIA GENERAL BALANCEADA EN TODOS LOS CASOS
ANALGESIA POSTOPERATORIA INMEDIATA CON PARACETAMOL 1G+ AINE EXCLUSIVAMENTE
ACTIVIDADES REALIZADAS: TOMA DE DATOS EN CABECERA DE PACIENTE, ANOTACIONES EN LIBRO DE PLEXOS, REVISION AL DIA SIGUIENTE, EVALUACIONES TRIMESTRALES, REUNIONES CON SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA PARA VER IDONEIDAD, REUNION FINAL CON EXPOSICION DE DATOS RECABADOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CIRUGIAS ARTROSCÓPICAS DE HOMBRO:121 (59 I - 62 D)
BLOQUEOS REALIZADOS: 119 PACIENTES
NO DESEARON REALIZARSE: 2 PACIENTES
- P. OPERADOS/ P.BLOQUEADOS : 121/119 - 98,34% DE LOS PACIENTES
- DOLOR POSTOPERATORIO INMEDIATO (ESCALA EVA)
EVA 0-3 (DOLOR LEVE): 76 PAC - 63,86%
EVA 4-6 (DOLOR MOD) : 34 PAC- 28,67%
EVA 7-10(DOLOR SEVERO) : 9 PAC - 7,5%
2 PAC NO BLOQ - DOLOR MODERADO-SEVERO 2 CASOS- 100%
- ANALGESIA DE RESCATE EN 39 PACIENTES : 32,23% (DIVERSA)
- DIA SIGUIENTE: DOLOR SEGUN ESCALA EVA
EVA 0-3 - 112 PAC - 92.56 %
EVA 4-6 - 8 PAC- - 6,61%
EVA 7-10 - 1 PAC - 0,82%
- ENCUESTA DE SATISFACCION AL DIA SIGUIENTE: SATISFACCION DE LOS PACIENTES SUPERIOR AL 95%, LOS PACIENTES SE MOSTRARON SATISFECHOS CON LAS EXPLICACIONES Y LA TÉCNICA REALIZADA ASI COMO CON SUS RESULTADOS.
EFECTOS SECUNDARIOS: 1 PAC - BLOQUEO RESIDUAL PROLONGADO 32 HS
1 PAC- ELEVAC HEMIDIAFRAGMA DECHO (?) CAUSA
3 PAC CON MOLESTIAS EN ZONA DE PUNCION
1 PAC CON ERITEMA ZONAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1- LA ANALGESIA POR BLOQUEO SUPRACLAVICULAR EN CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO ES SUMAMENTE UTIL Y EFICAZ, SE HA LOGRADO UN GRADO DE EFICACIA SUPERIOR AL 90%
2- DISMINUYE LOS REQUERIMIENTOS ANALGÉSICOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO
3- EL USO DE ANALGÉSICOS IV, DISMINUYE EN TODO EL PROCESO
4- DISMINUYE EL DOLOR EN EL PRIMER DIA DEL POSTOPERATORIO Y ES MAS FACILMENTE TRATABLE
5- ESCASOS EFECTOS SECUNDARIOS, LEVES EN SU MAYORIA. POCO PELIGRO DEBIDO A LA UTILIZACION DEL ECÓGRAFO PARA REALIZAR LA TECNICA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1087 ========== ***

Nº de registro: 1087

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICAEN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Título
PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Autores:
MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO, SAUCO JAQUES JOSE E, ITURRICHA ALBA FERNANDO, RODRIGUEZ JOSE FRANCISCO, OPLA BENABARRE JOSE MARIA, GOMEZ MARIA CRISTINA, NOGUE PUEYO MARIA JOSE, ALAGON MANUEL JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: traumatología de hombro
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en practica clinica y c

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Habitualmente se realizan estas intervenciones con analgesia intravenosa, con todos los efectos secundarios, gastos e incomodidad asociados. Intentamos demostrar la pertinencia de los bloqueos plexuales para mejorar la analgesia, lograr alta temprana y la calidad global del proceso poder mejorarla.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la analgesia y la comodidad en pacientes a los que se les realiza cirugía artroscópica de hombro, de cualquier patología

MÉTODO
Reuniones de trabajo
Protocolos previos
Revision de tratamientos el dia siguiente
Evaluaciones trimestrales
Se utilizara el material ya existente. No se necesitan mas medios.

INDICADORES
Pacientes operados / pacientes con bloqueo plexual
Escala EVA (escala analogica visual) sobre dolor postoperatorio
Escala EVA - dia posterior
Necesidades de medicación de rescate analgésico
Efectos secundarios
Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN
Un año de duración a partir de la aceptación del proyecto.
Recogida inmediata de datos

OBSERVACIONES
No me ha sido posible la accion de copiar - pegar para enviarles el proyecto desglosado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMIRO MARIN GUERRICABEITIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAUCO JAQUES JOSE
ITURRICHA ALBA FERNANDO
ALAMILLO SALAS CLARA
RODRIGUEZ BENITO JOSE FRANCISCO
OPLA BENABARRE JOSE MARIA
NOGUE PUEYO MARIA JOSE
GOMEZ RUIZ MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS EN PROYECTO 2018_1085-1087

Bloqueos Del Plexo Braquial para analgesia de Cirugía Artroscópica de Hombro (CAH)
Los bloqueos del plexo braquial se realizan para producir anestesia total o analgesia para las extremidades superiores, ya sea para realizar la cirugía o para proveer de analgesia en el postoperatorio inmediato.
En este proyecto en particular, buscamos proveer de analgesia a los pacientes que se van a operar de cirugía artroscópica de hombro, cirugía con un postoperatorio muy doloroso habitualmente y que requiere de muchos fármacos analgésicos además de reposo importante y malestar por los posibles efectos secundarios de tanta medicación.
La forma de realizarla es puncionando el plexo braquial de los pacientes en el preoperatorio y administrarles una cantidad determinada de anestésicos locales a una concentración más analgésica que anestésica para posteriormente proveer de anestesia general a dichos pacientes y que sea en el postoperatorio inmediato donde noten la mejoría y confort.
Metodología:
1. Explicación y obtención del consentimiento informado de los pacientes en la consulta preanestésica
2. Día de la intervención pasan a la Unidad de Recuperación Post Anestesica (URPA) para la realización de dicho bloqueo
3. Llegada a la unidad, corroboración del proceso y paciente así como de su historial y monitorización de constantes vitales
4. Sedación previa con 1-2 mg de midazolam (si no hay alergias)
5. Punción del plexo braquial con ayuda del ecógrafo S2-Sonosite y agujas hiperecogénicas
6. Administración de Anestesico local L-bupivacaina 0,25% 15-20 cc + 4 mg de dexametasona.
7. Comprobación del estado del paciente y preparación para su ingreso en quirófano en un tiempo de 15-30 min.
8. Ingreso en quirófano para su intervención qx. con Anestesia General (habitualmente realizada y según pautas del anestesiólogo a cargo del quirófano ese día). La analgesia que se le da al final de la intervención son AINEs (paracetamol ó enantyum ó nolotil – en dependencia de alergias)
9. Paciente es trasladado de nuevo a la URPA tras la intervención y se evalua estado general (monitorización habitual) y el dolor que presenta.
10. Se da el alta de la URPA a su habitación tras un tiempo de recuperación variable según pacientes y cumpliendo normas de alta de la propia unidad (Alderete). Con analgesia que sea necesaria.
11. Visita al día siguiente por parte de anestesiólogo para evaluar dolor, efectos secundarios y necesidad de medicación analgésica.
12. Recogida general de datos
13. Evaluación de los datos que se van obteniendo y encuesta verbal a los pacientes de su satisfacción por el tratamiento y utilidad de este. Reuniones trimestrales de los integrantes del proyecto. Evaluación del proyecto en dos sesiones clínicas durante el 2018 junto al resto del servicio.
14. Evaluación conjunta con el servicio de Traumatología para grado de satisfacción y observaciones respecto a tratamiento y posibles efectos secundarios. Reuniones trimestrales y notificación puntual en caso de efecto adverso
Valoración por parte de los traumatólogos sobre la utilidad del tratamiento con una encuesta anónima sobre grado de satisfacción y utilidad en 5 escalones de no útil o no satisfactorio hasta muy útil, muy satisfactorio
15. En caso de efectos adversos graves: notificación a libro de incidencias de quirófano y posterior estudio en sesión clínica como caso clínico.

Actividades:

- Recogida de datos por parte de cada anestesiólogo en libro de URPA por el realizador del bloqueo con tipo y cantidad de anestésico
- Evaluación del dolor por anestesiólogo de URPA en el postoperatorio
- Recogida de datos al día siguiente para evaluación del EVA por anestesiólogo de UDAP.
- Reuniones trimestrales de datos para los integrantes del proyecto
- Dos sesiones clínicas de todo el servicio
- Reuniones semestrales para este proyecto en exclusiva con el S. de Traumatología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

- Análisis de efectos secundarios, casos problemáticos.
- Recogida y evaluación final de datos y discusión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS EN PROYECTO 2018_1085/1087
• Periodo de evaluación – año 2018

- Pacientes atendidos

1. Pacientes operados de Cirugía Artroscópica de Hombro (CAH): 121 pac.
2. CAH- dcho – 59 – 48,76%
3. CAH – izdo – 60 – 51,24%
4. Pacientes que recibieron analgesia por bloqueo: 119 – 98,34%
5. Pacientes que no desearon tratamiento : 2 - 1,66%

- EVA (escala visual analógica - 0 a 10) para el dolor. En postoperatorio inmediato

1. EVA 0-3 (sin dolor – poco dolor): 76 pac: 63,9%
2. EVA 4-6 (dolor moderado): 34 pac: 28,67%
3. EVA 7-10 (dolor severo) : 9 pac : 7,5%

- EVA 0-10 para el dolor. Al día siguiente

1. EVA 0-3 : 106 pac: 87,60%
2. EVA 4-6: 12 pac: 9,91%
3. EVA 7-10: 3 pac : 2,47%

Pacientes a los que se administró tratamiento analgésico básico: 91 pac: 75,20
Rescates analgésicos: 20 pac : 24,8 %

Efectos adversos:
- Bloqueos prolongados (+24hs) 3 pac sin repercusiones
- 1 elevacion y enfisema subcutáneo en hemidiafragma decho de dudosa procedencia y achacado a excesiva presión de la bomba usada por traumatología y duración larga de la intervención qx.

Encuesta de satisfacción de los pacientes
- Grado de satisfacción por explicaciones e información recibidas: 121 – 100%
- Grado de satisfacción por tratamiento: (sobre 119 casos que aceptaron) : 103 : 85,12%
Encuesta de satisfacción global del Servicio de Traumatología hacia las técnicas
- Grado de satisfacción por parte del Servicio de Traumatología: Muy satisfechos
- Grado de utilidad: Consideración de muy útil

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE PROYECTO DE MEJORA

2018_ 1085/1087 (ACUERDOS DE GESTIÓN)

1. Recibieron analgesia por medio de bloqueo supraclavicular un total de 119 pacientes, un 98,34% con lo que se superan las estimaciones previas de realizarlo en más del 80%. 2 pacientes no desearon el tratamiento.

2. En el postoperatorio inmediato observamos que,de inicio, el 63,9% de los pacientes no tuvieron dolor o muy poco lo cual dada esta intervención, casi siempre muy dolorosa en el postoperatorio, podría considerarse un éxito. Con un dolor moderado un 28,67% el cual puede ser tratado con relativa facilidad y rapidez, casi siempre solo con AINEs.

Solo un 7,5% de los pacientes presentaron un dolor severo que requieren habitualmente combinaciones de AINEs y mórficos .
El beneficio es notable si tenemos en cuenta que el 92,5% de los pacientes tendría un sencillo tratamiento.

3. El EVA analizado del día siguiente indica que los pacientes con un mínimo dolor ha subido al 87,60% con una extraordinaria evolución y con un dolor moderado no llegan al 10% y solo 3 de ellos mantienen dolor severo (tener en cuenta que 2 de los pacientes no desearon realizarse este bloqueo y están incluidos en las evaluaciones del dolor.
Cualquiera que haya visto o vea habitualmente como se desarrolla el postoperatorio de este tipo de pacientes sabe de la dificultad del tratamiento analgésico y del dolor que refieren en ocasiones y que es complicado de tratar. Considero unos resultados notables en la consecución de unos postoperatorios lo menos dolorosos posibles en este tipo de cirugías.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

4. En nuestro hospital se pauta de forma habitual una analgesia base con AINEs para tratamiento del dolor en estas cirugías, desketoprofeno 50 mg/8hs o Paracetamol 1 g/6-8 hs y esto fue lo único que se les pautó. Este tratamiento fue útil en el 75,20% (3 de cada 4) solo necesitando ampliación de un tratamiento analgésico muy básico en 1 de cada 4 pacientes. La reducción de posibles efectos secundarios así como de disconfort por parte del paciente es también notable.

5. Los efectos secundarios fueron mínimos. Los pacientes evidentemente refieren molestias a la punción (no se incluyeron, como tampoco se incluyeron las molestias producidas por la toma de vía intravenosa).
Las localizaciones del plexo ayudados por la ecografía han mejorado estos últimos años de manera evidente aunque hay algunos pacientes en los que no fue plena la capacidad analgésica por déficits en el bloqueo, hay que tener en cuenta que 9 de los pacientes presentaron dolor severo nada más terminar la intervención, cifra por otra parte bastante baja y muy aceptable.
Se produjeron 3 bloqueos prolongados, usamos dexametasona en la dilución que hace que se prolongue la duración del bloqueo aunque los tres mencionados refirieron los pacientes que duraron más de 24 horas pero ninguno más allá de las 48 hs, sin mayores problemas.
El caso del enfisema subcutáneo merece especial atención ya que estamos convencidos de que fue a causa de una presión de bomba excesiva y un tejido muy laxo así como de una duración de la intervención muy larga. El paciente no se pudo ir a casa al día siguiente y prolongo su alta durante 72 hs y fue dado de alta con comprobaciones radiológicas de buena evolución.

6. El grado de satisfacción sobre la información recibida por parte de los pacientes fue plena, el 100% de los pacientes se mostraron satisfechos por la información y como la recibieron.

7. El grado de satisfacción por el tratamiento recibido ha llegado a más del 85%, es decir que ya no solo a los que no tenían dolor (63,9%) sino a parte de los que tenían un dolor moderado en el postoperatorio les pareció útil y adecuado el tratamiento, ya sea por una apreciación adecuada del dolor o porque se habían operado anteriormente y conocían el proceso sin la realización de este tratamiento analgésico.

8. Realizamos también una encuesta a nivel del equipo de traumatólogos de forma anónima para ver su grado de satisfacción y de utilidad dando unas cifras plenas en los dos aspectos. Muy satisfechos, además de considerar este tratamiento como muy útil, ambas con las máximas valoraciones.

Las consideraciones finales de todos los datos aportados así como de la interpretación de los resultados obtenidos nos dan un panorama muy alentador y el convencimiento de que es una técnica muy útil para el tratamiento analgésico de los pacientes sometidos a cirugía artroscópica de hombro.
Numerosos artículos y trabajos hay en la literatura científica que avalan este tipo de tratamientos y queríamos aplicar esta técnica en nuestro hospital con los resultados ya vistos y que son francamente mejores de lo que esperábamos. Esto puede ser debido a la experiencia en bloqueos anestésicos-analgésicos guiados por ecografía de los intervinientes en el proyecto, así como del buen material del que disponemos y el tiempo utilizado previamente durante el 2017 en entrenamiento nuestro y del personal de enfermería, aspecto básico en estos resultados.
Creemos que este tratamiento es completamente adecuado y deseable, podríamos discutir sobre los beneficios de un bloqueo interescalénico frente a uno supraclavicular del plexo braquial pero en lo que todos estamos de acuerdo es en que la mejora del tratamiento de este tipo de pacientes es el bloqueo del plexo braquial y que la sola aportación de analgésicos intravenosos es pobre y tiende a quedarse corta, con el disconfort que conlleva para el paciente.

Las recomendaciones son claras: Es preferible realizar un bloqueo del plexo braquial para completar un adecuado tratamiento analgésico en los pacientes sometidos a cirugía artroscópica de hombro y así lo indican los datos obtenidos.
En nuestro hospital proseguiremos con su realización y posteriores estudios de mejora.

7. OBSERVACIONES.
OBSERVACIONES SOBRE PROYECTO DE MEJORA: 2018_1085/1087

1. Gran utilidad del proyecto de cara a mejora asistencial del paciente sometido a cirugía artroscópica de hombro.
2. Utilidad que ya era conocida por artículos científicos, congresos y reuniones.
3. Aplicación con un notable éxito en nuestro ámbito hospitalario
4. Mejora global en el tratamiento analgésico postoperatorio. Con tratamientos analgésicos muy básicos conseguimos mantener sin dolor a pacientes con intervenciones importantes
5. Convencimiento de su utilidad por parte de los pacientes y además de los Traumatólogos que trabajan con nosotros.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1087 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1087

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Nº de registro: 1087

Título
PROYECTO DE MEJORA ANALGESICA EN CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

Autores:
MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO, SAUCO JAQUES JOSE E, ITURRICHA ALBA FERNANDO, RODRIGUEZ JOSE FRANCISCO, OPLA BENABARRE JOSE MARIA, GOMEZ MARIA CRISTINA, NOGUE PUEYO MARIA JOSE, ALAGON MANUEL JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: traumatología de hombro
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en practica clinica y c

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Habitualmente se realizan estas intervenciones con analgesia intravenosa, con todos los efectos secundarios, gastos e incomodidad asociados. Intentamos demostrar la pertinencia de los bloqueos plexuales para mejorar la analgesia, lograr alta temprana y la calidad global del proceso poder mejorarla.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la analgesia y la comodidad en pacientes a los que se les realiza cirugía artroscópica de hombro, de cualquier patología

MÉTODO
Reuniones de trabajo
Protocolos previos
Revision de tratamientos el dia siguiente
Evaluaciones trimestrales
Se utilizara el material ya existente. No se necesitan mas medios.

INDICADORES
Pacientes operados / pacientes con bloqueo plexual
Escala EVA (escala analogica visual) sobre dolor postoperatorio
Escala EVA - dia posterior
Necesidades de medicación de rescate analgésico
Efectos secundarios
Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN
Un año de duración a partir de la aceptación del proyecto.
Recogida inmediata de datos

OBSERVACIONES
No me ha sido posible la accion de copiar - pegar para enviarles el proyecto desglosado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0473

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL QUIROFANO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRA CANO LATORRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CALVO VIRGINIA
PEREZ GIL MARIA JESUS
VAL MORENO YOLANDA
CASALLO MANTECON CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS:
- análisis de la situación previo a la implantación
- elaboración del listado de verificación quirúrgica (check-list) para el quirófano de ginecología
- presentación y explicación del check-list al personal de enfermería, ginecología y anestesiología
- medición de los resultados tras haber sido implantado el check-list

PRESUPUESTO GASTADO
No se ha gastado nada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS
Hasta el momento no hemos obtenido resultados porque no disponemos de datos suficientes para poder realizar un análisis.
La cumplimentación de los check-list ha sido insuficiente (en muchos casos incompleta) sobre todo al principio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES
A pesar de poseer pocos datos y resultar difícil los inicios de la implantación del check-list se considera muy importante la realización del mismo puesto que mejora la seguridad del paciente y reduce los efectos adversos de las intervenciones quirúrgicas.
Por ello se plantea la posibilidad de elaborar un nuevo proyecto de calidad: "implantación del listado de verificación quirúrgica en los quirofános del hospital Nuestra Señora de Gracia" con el fin de unificar criterios y utilizar un único documento para todos los quirofános.

7. OBSERVACIONES.
Actualmente se ha creado un nuevo grupo de trabajo para elaborar un check-list unificado para todas las especialidades

*** ========== Resumen del proyecto 2016/473 ========== ***

Nº de registro: 0473

Título
IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRUGICA EN EL QUIROFANO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
CANO LATORRE ALEJANDRA, MARTIN CALVO VIRGINIA, PEREZ GIL MARIA JESUS, VAL MORENO YOLANDA, CASALLO MANTECON CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0473

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL QUIROFANO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes quirúrgicas de ginecología
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Mejorar la seguridad de los pacientes y disminuir los efectos adversos en las intervenciones quirúrgicas.

PROBLEMA
En la actualidad, nuestro hospital está desarrollando una estrategia de gestión por procesos, a raíz de la cual en el bloque quirúrgico, vamos a implantar el listado de verificación quirúrgica dentro del quirófano de ginecología. El objetivo principal es la mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables.

RESULTADOS ESPERADOS
Impantar el listado de verificación quirúrgica segura de la OMS (Check -List) en las intervenciones de ginecología.
Reducir al máximo los efectos adversos evitables.

MÉTODO
Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
Realización del listado de verificación quirúrgica segura de la OMS.
Formación al personal quirúrgico.
Evaluación de resultados.

INDICADORES
Número de intervenciones quirúrgicas en las que se realiza el Check-List/número de intervenciones ginecológicas totales.

DURACIÓN
Formación del grupo de trabajo, Septiembre-Octubre 2016.
Formación del personal del bloque quirúrgico, Noviembre-Diciembre 2016.
Implementación, Enero 2017.
Evaluación de resultados, tercer trimestre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0627

1. TÍTULO

VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL ROCIO ABREU RUBIÑO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONTRERAS RODRIGUEZ ALEJANDRA
ENSEÑAT ROMEO MARIA
LOPEZ VALVERDE GLORIA
BAYONA ZOVI PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZAMOS UN CHECK-LIST DURANTE EL PERIODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2018 DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE CATARATA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA.
CONJUNTAMENTE, TODO EL EQUIPO QUIRÚRGICO (ANESTESIA, ENFERMERÍA Y OFTALMOLÓGICA) HA VERIFICADO EN CADA PACIENTE TODOS LOS ITEMS DEL CUESTIONARIO, PARA MAYOR SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HA SIDO ACEPTADO POR TODO EL EQUIPO QUIRÚRGICO Y SE HA LLEVADO A CABO EN TODOS LOS PACIENTES DE ESE PERIODO (OCTUBRE-DICIEMBRE 2018) EN ESE TIEMPO NO SE HA DADO NINGÚN CASO CON ERROR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HA CONSEGUIDO UNA INFORMACIÓN Y REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MAS DETALLADA Y SEGURA PARA EL PACIENTE, POR LO QUE EL EQUIPO DECIDE SEGUIR REALIZANDO EL CHECK-LIST POR ESCRITO PARA QUE QUEDE REFLEJADO EN CADA HISTORIA CLÍNICA DE CADA PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/627 ========== ***

Nº de registro: 0627

Título
VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA

Autores:
ABREU RUBIÑO MARIA DEL ROCIO, CONTRERAS RODRIGUEZ ALEJANDRA, ENSEÑAT ROMEO MARIA, LOPEZ VALVERDE GLORIA, BAYONA ZOVI PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el proceso quirúrgico de cataratas existen múltiples variables referentes a la seguridad del paciente que precisan verificación durante la cirugía. Su no comprobación puede afectar negativamente en la identificación del paciente, inducir a error en lo referente a medicaciones, alergias, ayunos,... Así como confusión en la elección de
la prótesis a implantar y ojo a preparar.

RESULTADOS ESPERADOS
- Verificar la identidad, localización anatómica, procedimiento y consentimientos del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0627

1. TÍTULO

VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE DURANTE CIRUGIA AMBULATORIA DE CATARATA

- Confirmar tiempo de ayuna, prótesis dentaría, objetos metálicos y alergias conocidas.
- Comprobar aparataje, instrumental quirúrgico y prótesis a implantar.

MÉTODO
Se trata de un estudio observacional descriptivo de carácter prospectivo sobre los pacientes intervenidos en la unidad de alta resolución de cataratas ambulatoria(ARCCA) del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. A partir de un check-list del equipo quirúrgico (Enfermería, anestesia y oftalmología) verificarán los diferentes datos a confirmar de cada paciente en la intervención de cataratas.

INDICADORES
1. Número de pacientes correctamente identificados durante la cirugía.
2. Número de pacientes suspendidos por incumplimiento del ayuno quirúrgico.
3. Proporción de pacientes con alergias a los diferentes fármacos utilizados durante el proceso quirúrgico.
4. Proporción de pacientes en los que la lente implantadas difería de la seleccionada en el parte quirúrgico.
Todo ello se obtendrá de una comprobación de los check-list empleados en la jornada quirúrgica.

DURACIÓN
Desde Octubre de 2018 a Diciembre de 2018 con posibilidad de continuación según los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0427

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR SESE SANZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN
HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE
COMET LOZANO VICENTE
SUÑER SUÑER SILVIA
BERNAL BECERRA ANA
CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA
ZAERA CARCELLER CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han llevado a cabo las primeras actividades de este proyecto:
Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo.
Actividad 2ª: Búsqueda bibliográfica de información sobre el problema a estudio.
Actividad 3ª: Examen de diferentes guías y trípticos entregados en otros hospitales.
Actividad 4ª: Elaboración del primer borrador del tríptico que se entregue al ingreso del paciente en la unidad de Cirugía de dicho hospital

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Creación de un grupo de trabajo.
- Mejora de la comunicación entre los profesionales.
- Unificación de los criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
- Estandarización de todas las medidas y actuaciones de enfermería descritas en el tríptico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados que se esperan obtener son los planteados en el proyecto presentado:
-Mejorar resultados de la atención.
- Disminuir riesgos derivados de la atención.
- Mejorar utilización de recursos.
- Garantizar derechos de los usuarios (dar mayor satisfacción).
- Atender expectativas de los profesionales.

7. OBSERVACIONES.
Quiero dejar constancia de la imposibilidad de concluir el proyecto del que soy responsable debido a la falta de impresión de los trípticos en este momento.Se pretende comenzar a entregar, en la mayor brevedad posible, el tríptico que ya se ha elaborado.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/427 ========== ***

Nº de registro: 0427

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
SESE SANZ MARIA PILAR, HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE, PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN, SUÑER SUÑER SILVIA, ZAERA CARCELLER CARMEN, BERNAL BECERRA ANA MARIA, CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA, COMET LOZANO VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE QUIRÚRGICO
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0427

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
AUSENCIA DE DOCUMENTO CON INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES AL INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PACIENTE Y ACOMPAÑANTES, QUE PLANTEÓ LA NECESIDAD DE REALIZAR UN TRÍPTICO INFORMATIVO, QUE DEFINA LA UNIDAD Y APORTE CONSEJOS GENERALES

RESULTADOS ESPERADOS
.-AUMENTAR LA INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO Y PERMANENCIA EN LA UNIDAD TANTO AL PACIENTE COMO A LOS ACOMPAÑANTES.
-MEJORAR LA CALIDAD DE ASISTENCIA AL PACIENTE
-DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL PROCESO DEL INGRESO AUMENTANDO LA SEGURIDAD Y CONFIANZA
-AUMENTAR LA MOTIVACIÓN E IMPLICACIÓN DE TODO EL EQUIPO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD

MÉTODO
.1ºREUNIONES DEL EQUIPO PARA LA ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO.
2º REVISIÓN DE GUÍAS Y DOCUMENTACIÓN DE OTROS HOSPITALES
3ºELABORACIÓN DEL TRÍPTICO
4ºDISEÑO DE UNA ENCUESTA DE VALORACIÓN SOBRE EL TRÍPTICO

INDICADORES
NÚMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE ENTREGA EL TRÍPTICO
NUMERO DE PACIENTES SATISFECHOS CON LA INFORMACIÓN

DURACIÓN
FECHA DE INICIO: OCTUBRE DE 2016
FECHA DE FINALIZACIÓN : ABRIL DE 2017
1º ACTIVIDAD: REUNIÓN DEL EQUIPO EN OCTUBRE DE 2016
2º ACTIVIDAD : REVISIÓN DE GUÍAS Y DOCUMENTACIÓN DE OTROS HOSPITALES
3º ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO : ABRIL DE 2017
4º DISEÑO ENCUESTA DE VALORACIÓN: ABRIL DE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0592

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA COLINA ONTAÑON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN
HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE
SESE SANZ MARIA PILAR
COMET LOZANO VICENTE
RAMON Y CAJAL AGÜERAS JUAN
ANDREU SANCHEZ LOURDES
DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han llevado a cabo las primeras actividades de este proyecto:
Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo.
Actividad 2ª: Búsqueda bibliográfica de información sobre el problema a estudio.
Actividad 3ª: Examen de diferentes guías y trípticos entregados en otros hospitales.
Actividad 4ª: Elaboración del primer borrador de la guía que se entregaría a la mujer mastectomizada en nuestro hospital, una vez dada de alta del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Creación de un grupo de trabajo.
- Reunión y consolidación del grupo de trabajo.
- Mejora de la comunicación entre los profesionales.
- Unificación en la búsqueda de información.
- Estandarización de los criterios de selección del material de estudio.
- Redacción de la primera parte de la guía, en relación a las actividades de la vida diaria, trabajo, deporte, ocio y relaciones personales de la mujer mastectomizada cuándo es dada de alta de la unidad quirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos el trabajo realizado hasta el momento como satisfactorio, si bien se debe coordinar el enfoque sobre el cuidado de la herida quirúrgica y sus posibles complicaciones cuando la paciente es dada de alta.
Respecto a los ejercicios de rehabilitación y los tratamientos tras la cirugía el trabajo de redacción está avanzado, pero aún no ha sido puesto en común en el grupo de trabajo.
No ha sido posible e estimar los indicadores propuestos (porcentaje de usuarios que consideran que la guía ha sido útil y grado de satisfacción adquirido por la mujer intervenida tras realizar la encuesta de valoración),al no haberse implantado la guía del autocuidado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/592 ========== ***

Nº de registro: 0592

Título
ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER MASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
COLINA ONTAÑON MARIA LUISA, PEREZ GONZALEZ MARIA CARMEN, HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE, SESE SANZ MARIA PILAR, COMET LOZANO VICENTE, RAMON Y CAJAL AGÜERAS JUAN, ANDREU SANCHEZ LOURDES, DIEZ DOMINGUEZ JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0592

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Introducción: El cáncer de mama constituye un importante problema en los países occidentales por su elevada incidencia. En España se diagnostican unos 26.000 casos al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres.
En los últimos años se ha detectado una notable mejoría tanto en la prevención, como en el tratamiento de la enfermedad, gracias a los avances científicos y al esfuerzo de todos los profesionales implicados en esta materia.
La técnica quirúrgica más frecuente empleada es la mastectomía.
Sin embargo, la mujer mastectomizada al ser dada de alta del servicio hospitalario, presenta una gran cantidad de dudas relacionadas tanto con los cuidados generales como con el autocuidado de su herida quirúrgica.
Importancia y utilidad del proyecto: En una reunión multidisciplinar se decide realizar la elaboración de un documento en forma de guía para instruir a la mujer operada cuando obtiene el alta hospitalaria acerca de:
- higiene y cuidados del brazo afecto.
- vestido y complementos
- alimentación
- actividades de la vida diaria, trabajo
- deportes y ocio
- relaciones personales y familiares
- embarazo tras mastectomía
- Cuidado herida quirúrgica
- complicaciones: linfedema, alteración de la sensibilidad de la zona operada, alteración de la movilidad del brazo operado, seromas
- ejercicios de rehabilitación tras la mastectomía
- tratamientos tras la cirugía: quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia.

Situación de partida:
- Ausencia de información acerca de los posibles problemas a los que se presenta la paciente al alta
- Carencia de información en forma de tríptico o folleto que recoja la información que se demanda

Fuentes de información
La información fue recogida gracias al trabajo diario de los componentes del equipo y a la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR:
- Aumento de la seguridad y confianza de la mujer operada
- Aumento del conocimiento acerca de los cuidados generales y autocuidado
- Mejora de la imagen de nuestro hospital y de la calidad asistencial
- Mejora de la satisfacción de los pacientes y de los familiares y del equipo asistencial

MÉTODO
Medidas previstas:
Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado
Actividad 2ª: Revisión de guías y documentación entregada en otros hospitales
Actividad 3ª: Elaboración de la guía que será entregada al alta de nuestro hospital
Actividad 4ª: Diseño de una encuesta de valoración sobre la guía

INDICADORES
1º. Porcentaje de usuarios que consideran que la guía ha sido útil (nº de usuarios que consideran apropiada la información recibida/nº de usuarios que han recibido el tríptico)
2º. Grado de satisfacción adquirido por la mujer intervenida tras realizar la encuesta de valoración

DURACIÓN
Fecha de inicio: Febrero 2018
Fecha de finalización Enero 2019
Calendario:
Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado. Febrero 2018
Actividad 2ª: Revisión de guías y documentación entregada en otros hospitales. Marzo- Abril 2018
Actividad 3ª: Elaboración de la guía que será entregada al alta de nuestro hospital. Junio 2018
Actividad 4ª: Diseño de una encuesta de valoración sobre la guía. Enero 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0592

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA PARA EL AUTOCUIDADO DE LA MUJERMASTECTOMIZADA CUANDO RECIBE EL ALTA DE LA UNIDAD QUIRURGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1175

1. TÍTULO

DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ERNESTO ARROYO RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAL MANSOUR SAMI
GARCIA AGUILERA DAVID
LARRIBA JAIME ANGEL
IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL
SANTA MARIA TORROBA MARIA AMPARO
IBAÑEZ JULIAN ANDRES
SANCHO SOLAN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Previa a la realización de las guías de recomendaciones postquirúrgicas en pacientes intervenidos de artroscopia se realizó una revisión bibliográfica en las principales páginas web de sociedades y asociaciones de cirugía ortopédica y Traumatología(Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología “SECOT”, Sociedad Aragonesa de Cirugía Ortopédica y Traumatología “SARCOT”), Artroscopia (Asociación Española de Artroscopia “AEA”), Rehabilitación (Sociedad Española de Medicina física y Rehabilitación “SERMEF” y fisioterapia (Sociedad Española de Fisioterapia “SEFID”). Además, se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Medline y GuiaSalud para disponer de la información más actualizada y adaptarnos a los procesos quirúrgicos que realizamos en nuestro centro hospitalaria.
Tras disponer de la información y bibliografía actual aportada por los distintos miembros del plan de mejora se realizó una reunión para poner en común todos los documentos e iniciar la elaboración de los documentos relativos a cada una de las articulaciones.
Con el fin de mantener una homogeneidad en todos los documentos realizados se siguió el siguiente esquema:
INTRUCCIONES PARA EL PACIENTE TRAS LA CIURGÍA DE LA (ARTICULACIÓN):
Instrucciones Generales
Actividades
Extremidad (…) intervenida
Signos y síntomas para acudir a urgencias hospitalaria en el caso de complicaciones
Ejercicios con iconografía.
Finalmente se planteó realizar 4 documentos informativos: rodilla, mano, hombro y cadera. En el segundo semestre de 2018 se realizaron los documentos de rodilla y mano y en el primer semestre se están elaborando los de hombro y cadera. El formato del documento sigue unas mismas instrucciones generales detalladas previamente en los 5 apartados.
A finales de noviembre se disponía ya del documento informativo de rodilla y mano y tras la aprobación y visto por la mayoría simple de los componentes del grupo de mejora se inició a adjuntar en el informe de alta hospitalaria del servicio de cirugía ortopédica y traumatología las recomendaciones correspondientes a la cirugía artroscópica de rodilla y mano que son principalmente cirugías que precisan de un ingreso o se realizar en régimen sin ingreso en la unidad de Cirugía Mayor sin ingreso (CMA) del HNSG. Desde enero del 2019 se adjunta el documento en pacientes intervenidos de rodilla o mano.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El plan de mejora está planteado que finalizar en Junio 2019 por lo que dividimos el trabajo de realización de los documentos de las correspondientes articulaciones en 2 periodos, finales de 2018 y el segundo principios de 2019.
Los resultados alcanzados han sido hasta la fecha actual (marzo 2019)
Elaboración del documento informativo de rodilla: 100%
Aprobación diciembre 2018
Elaboración del documento informativo de mano: 100%
Aprobación diciembre 2018
Elaboración del documento informativo de hombro: 40%
Elaboración del documento informativo de cadera: 20%
Encuesta de satisfacción: elaboración 100%, pendiente de aprobación por el grupo.

Encuesta de satisfacción. Pendiente de aprobar por el grupo para iniciar inmediatamente a ponerla en marcha y conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en nuestra unidad del HNSG.

Desde enero de 2019, se adjunta el documento a pacientes intervenidos de rodilla o mano en todos los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de una guía incluida junto al informe de alta hospitalaria detallando en 5 apartados los cuidados postquirúrgicos, instrucciones generales, actividades permitidas, descripción de las características de la extremidad intervenida, signos y síntomas para acudir a urgencias hospitalaria en el caso de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1175

1. TÍTULO

DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

complicaciones y ejercicios con iconografía ayuda a realizar una recuperación funcional más rápida, menor periodo de rehabilitación y menor número de complicaciones como por ejemplo rigidez articular.
Actualmente, el proyecto de plan de mejora se encuentra en su ecuador ya que falta realizar dos articulaciones pero los resultados obtenidos en los pacientes de rodilla y mano nos conducen a pensar que gracias a las guías el periodo de rehabiltación será menor y el grado de satisfacción del paciente mucho mayor, resultado que esperamos obtener en las encuestas de satisfacción.

7. OBSERVACIONES.
Se dispone del documento en pdf, si desean se podría adjuntar o remitir.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1175 ========== ***

Nº de registro: 1175

Título
DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
ARROYO RUBIO ERNESTO, VAL MANSOUR SAMI, GARCIA AGUILERA DAVID, LARRIBA JAIME ANGEL, IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL, SANTA MARIA TORROBA MARIA AMPARO, IBAÑEZ JULIAN ANDRES, SANCHO SOLAN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En Abril de 2017 comenzó a funcionar la Unidad de Cirugía Artroscópica y Hombro en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, habiéndose realizado desde entonces más de 100 procedimientos incluyendo cirugías de rodilla, hombro, codo, cadera y tobillo. Se trata de cirugías que se llevan a cabo bien en regimen ambulatorio o con ingreso hospitalario de 24 horas. Los pacientes al ser dados de alta son valorados por el Servicio de Rehabilitación si se considera necesario y reciben información verbal acerca de los cuidados, precauciones y ejercicios a realizar antes de comenzar el proceso de Rehabilitación reglado. Hemos detectado que una gran mayoría de pacientes cuando acuden a la primera consulta de revisión no han llevado a cabo correctamente el plan de tratamiento postoperatorio lo cual en ocasiones genera un enlentecimiento en su recuperación funcional e incrementa las necesidades de tratamiento rehabilitador empeorando la percepción de calidad en la atención recibida.

RESULTADOS ESPERADOS
Pensamos que es necesario incluir junto con el informe de alta un protocolo detallado de cuidados y ejercicios a realizar hasta ser revisados en consulta de COT / Rehabilitación en todos los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica con el objetivo de conseguir obtener el máximo beneficio de la realización de técnicas mínimamente invasivas. Se trataría de un documento escrito en el que se incluiría además iconografía que ayude a su mejor comprensión por parte del paciente.

MÉTODO
Realizar reuniones entre los componentes del grupo de mejora (COT, Rehabilitación, Enfermería de Hospitalización) para consensuar los diferentes planes de actuación en función de la cirugía realizada. Posteriormente elaborar los documentos relativos a cada articulación y una vez revisados y acordados proceder a su impresión para poder comenzar a incorporarlos en el proceso de alta hospitalaria de la Unidad, indicando y explicando claramente al paciente la pauta a seguir hasta que sea revisado en consultas.

INDICADORES
- Número de pacientes intervenidos en la Unidad / Número de pacientes que reciben la guía al alta. Objetivo 100%
- Encuesta de satisfacción a cumplimentar por el paciente en la primera consulta de revisión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1175

1. TÍTULO

DESARROLLO DE GUIAS CON RECOMENDACIONES AL ALTA HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ARTROSCOPICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

DURACIÓN
Fecha prevista inicio Septiembre 2018
Fecha prevista finalización Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0353

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA VILLANUEVA CAMPAÑA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDINA CEREZAL MARIA PILAR
PEREZ GIL MARIA JESUS
DELGADO YUS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL 2016 SE ELABORÓ EL MANUAL VISUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL.
2. AL MISMO TIEMPO SE ELABORÓ LA GUIA PRÁCTICA DE LOS PROCESOS.
3. EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2017 SE REALIZARON SESIONES FORMATIVAS PARA TODO EL PERSONAL DE LA CENTRAL.PREVIAS A LA IMPLEMENTACIÓN
4. EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2017 SE IMPLANTÓ EL MANUAL.
5. EN EL CUARTO TRIMESTRE SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- EN LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA CENTRAL SE IDENTIFICARON LAS POSIBLES OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZANDO LA DE ESTE PROYECTO.
- SE ALCANZÓ EL 100% EN LOS INDICADORES PROPUESTOS:
1. SE ELABORÓ EL MANUAL VISUAL DE FUNCIONAMIENTO ASÍ COMO LA GUIA PRÁCTICA DE LOS PROCESOS.
2. SE FORMÓ A TODO EL PERSONAL DE LA CENTRAL.
- RESULTADOS OBTENIDOS:
1. EXISTE EL MANUAL Y LA GUIA Y SE EMPEZÓ A UTILIZAR
2. SE CONSIGUIÓ UNA HERRAMIENTA EFICIENTE PARA EL TRABAJO DIARIO QUE AYUDÓ A RESOLVER LAS DUDAS Y LOS PROBLEMAS APARECIDOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL USO DE ESTA HERRAMIENTA SE VALORÓ CON UNA ALTA SATISFACCIÓN DE TODO EL PERSONAL CONSIGUIENDO LA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS DISMINUYENDO LA VARIABILIDAD

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/353 ========== ***

Nº de registro: 0353

Título
ELABORACION DE UNA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Autores:
VILLANUEVA CAMPAÑA ROSA MARIA, MEDINA CEREZAL MARIA PILAR, PEREZ GIL MARIA JESUS, DELGADO YUS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: CERTIFICACION ISO 9001

PROBLEMA
ANTE EL INCREMENTO DE LA COMPLEJIDAD EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, LA ESPECIALIZACION Y LA MOVILIDAD DEL PERSONAL EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES, RESULTA FUNDAMENTAL DISPONER UNA GUIA VISUAL DE CONSULTA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0353

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

UTILIZAMOS EL METODO "HAMLON" PARA LA DETECCION Y PRIORIZACION, OBTENIENDO COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA MAS PUNTUADA LA ELABORACION DE LA GUIA VISUAL.

RESULTADOS ESPERADOS
1. EVITAR LA VARIABILIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.
2. SERVIR COMO MEDIO DE CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACION PERMANENTE AL PERSONAL.
3. UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN.
4. EVITAR COMPLICACIONES Y DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE RESULTADOS ERRONEOS.
5. FORMAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CENTRAL.

MÉTODO
1. ELABORAR UN MANUAL VISUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL.
2. ELABORAR UNA GUIA PRACTICA DE LOS PROCESOS.
3. FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION.
4. IMPLEMENTACION.
5. EVALUACION

INDICADORES
1. EXISTE LA GUIA.
2. NUMERO DE PERSONAS QUE HAN RECIBIDO FORMACION.

DURACIÓN
1. OCTUBRE 2016: ELABORACIÓN DE LA GUIA
2. NOVIEMBRE/DICIEMBRE 2016: FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
3. ENERO 2017: IMPLEMENTACION
4. MAYO 2017: EVALUACION

OBSERVACIONES
SERIA RECOMENDABLE PODER CONTAR CON UN Pc (LENOVO 20 PULGADAS, ALL-IN-ONE, TÁCTIL, WINDOWS 7 PROFESIONAL/WINDOWS 10)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0893

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DE "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA VILLANUEVA CAMPAÑA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDINA CEREZAL MARIA PILAR
PEREZ GIL MARIA JESUS
DELGADO YUS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Modificación del manual visual de funcionamiento por cambio del programa informático en los meses de mayo a septiembre de 2018. Para ello se utilizaron los recursos informáticos existentes.
Formación del personal de la unidad en los meses de noviembre y diciembre de 2018 mediante charlas con apoyo del propio manual visual modificado.
Implementación del uso del manual en enero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El personal que trabaja en la central de esterilización desarrolla sus actividades de acuerdo con el manual visual modificado. El personal eventual o de nueva incorporación tiene en dicho manual su referente ante posibles dudas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El personal de la central de esterilización valora muy positivamente las modificaciones realizadas en el manual visual ya que les permite realizar con mayor seguridad su trabajo diario y se evita la variabilidad en las acciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/893 ========== ***

Nº de registro: 0893

Título
MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Autores:
VILLANUEVA CAMPAÑA ROSA MARIA, MEDINA CEREZAL MARIA PILAR, PEREZ GIL MARIA JESUS, DELGADO YUS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ANTE EL INCREMENTO DE LA COMPLEJIDAD EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, LA ESPECIALIZACION Y LA MOVILIDAD DEL PERSONAL EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES, RESULTA FUNDAMENTAL DISPONER UNA GUIA VISUAL DE CONSULTA.
UTILIZAMOS EL METODO "HAMLON" PARA LA DETECCION Y PRIORIZACION, OBTENIENDO COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA MÁS PUNTUADA LA ELABORACION DE LA GUIA VISUAL.
EN ABRIL DE 2018 SE INSTALA LA NUEVA VERSION DEL PROGRAMA DE TRAZABILIDAD, POR LO QUE DEBEMOS MODIFICAR LA GUIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0893

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA GUIA VISUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DE "HNSGZ" PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

RESULTADOS ESPERADOS
1. EVITAR LA VARIABILIDAD PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.
2. SERVIR COMO MEDIO DE CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN Y ORIENTACION PERMANENTE AL PERSONAL.
3. UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN.
4. EVITAR COMPLICACIONES Y DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE RESULTADOS ERRONEOS.
5. FORMAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CENTRAL.

MÉTODO
1. MODIFICAR EL MANUAL VISUAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA CENTRAL.
2.ACTUALIZAR LA GUIA PRACTICA DE LOS PROCESOS.
3. FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION.
4. IMPLEMENTACION.
5. EVALUACION

INDICADORES
1. SE MODIFICA LA GUIA.
2. NUMERO DE PERSONAS QUE HAN RECIBIDO FORMACION.

DURACIÓN
1. MAYO-SEPTIEMBRE 2018:MODIFICACIONDE LA GUIA
2. NOVIEMBRE/DICIEMBRE 2018: FORMACION DEL PERSONAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
3. ENERO 2019: IMPLEMENTACION
4. MAYO 2019: EVALUACION

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1058

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA IRIARTE RAMOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REBOLLAR TORRES ELENA
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE
GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA
SUÑER SUÑER SILVIA
ZORRILLA GRACIA MARIA JOSE
LANGARITA HERNANDEZ JAVIER
SIERRA MANZANARES CELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas según calendario previsto han sido:
- Creación un grupo de trabajo.
- Elaboración un programa informático adecuado a las necesidades de la planta.
- Formación del personal sanitario.
- Implantación del programa.
- Medición de indicadores.
- Comunicación al personal de los resultados obtenidos.
- Establecimiento de medidas de mejora.

Se ha precisado colaboración del Servicio de Informática para la ubicación del programa en soporte digital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) Resultados obtenidos:
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Estandarización del programa informático de control de caducidades.
- Formación al personal de planta en la correcta colocación e identificación de los medicamentos próximos a caducar.
- Utilización de los medicamentos antes de su caducidad.
- Evitar efectos no deseados en los pacientes con la consecuente mejora en su seguridad.
- Reducción el tiempo empleado por los profesionales en la comprobación de caducidades.
- Mejora de la comunicación entre los profesionales.
- Ayuda a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimización en la utilización de recursos humanos y materiales.

2) Seguimiento de los indicadores del proyecto:
- % medicamentos caducados no devueltos a servicio de farmacia en tiempo adecuado: 0%
- % medicamentos con fecha próxima a caducar devueltos y redistribuidos en otras plantas: 99%
- % de utilización del programa (eliminación fechas subsanadas y actualización nuevas fechas de caducidad): 99%
- % satisfacción del personal que lo emplea: 100%

Se ha considerado resultado correcto la “devolución en fecha de los medicamentos próximos a caducar”, “Utilización adecuada del programa” y “Grado satisfacción del personal que lo usa”.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La incorporación de la tecnología (programa informático) para reducir el tiempo destinado al control, retirada y reposición de los fármacos de la unidad, ha favorecido la eficiencia en la gestión de tiempos del personal implicado, previendo riesgos en la salud, aumentando la calidad de la atención prestada a los pacientes y permitiendo el uso racional de los recursos sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1058 ========== ***

Nº de registro: 1058

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1058

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA

Autores:
IRIARTE RAMOS SONIA, REBOLLAR TORRES ELENA, DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA, SUÑER SUÑER SILVIA, ZORRILLA GRACIA MARIA JOSE, LANGARITA HERNANDEZ JAVIER, SIERRA MANZANARES CELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Abarca toda patología ingresada
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La elevada carga asistencial de las unidades de hospitalización reduce el tiempo disponible para la revisión de las fechas de caducidad de los medicamentos existentes en los botiquines de planta. Un medicamento que no reúna las condiciones de seguridad necesarias (caducidad, correcta identificación, embalaje deteriorado…), puede conducir a una potencial iatrogenia con el consecuente impacto asistencial y económico. Todo ello hace fundamental la implantación de medidas que faciliten el control de las caducidades y la correcta conservación de los medicamentos, de manera que aquellos próximos a su fecha de caducidad puedan ser utilizados en otros servicios. La posibilidad de incorporar la tecnología para reducir este trabajo rutinario aumenta la eficiencia en la gestión de tiempos del personal implicado, previene riesgos en la salud, aumenta la calidad de la tención prestada a los pacientes y permite el uso racional de los recursos sanitarios.

Métodos de detección y priorización empleados:
Tras la formación de un grupo de trabajo para identificar los problemas y las oportunidades de mejora, se hizo una selección y posterior priorización mediante la técnica de Hanlon, siendo lo más puntuado la implantación de un programa informático para seguir con detalle la fecha de caducidad de los medicamentos de planta (stock, carro paradas, estupefacientes, termolábiles, nutrición enteral, sueros,...etc.) que facilite su reemplazo y posible utilización en otros servicios antes de su caducidad.

Importancia y utilidad del proyecto:
- Repercute directamente en la seguridad de los pacientes y en el coste sanitario, colaborando en la prestación de una atención sanitaria eficiente y de calidad.
- Estandariza un procedimiento para el control de caducidades en las diferentes plantas del hospital.
- Promueve la cultura de gestión adecuada de los medicamentos en las unidades de hospitalización.
- Sensibiliza, conciencia y formar al personal sanitario en las medidas a adoptar para una correcta gestión de caducidades.

Situación de partida:
- Variabilidad de los métodos de control de caducidades entre las diferentes plantas.
- Elevado tiempo de dedicación a su comprobación.
- Falta de un medio que facilite la comprobación, renovación y utilización de los medicamentos próximos a caducar.

Las posibles causas que se determinaron según el diagrama de Ishikawa fueron:
- Falta de programa.
- Elevada carga asistencial.

La principal fuente de información fue obtenida del trabajo diario de los componentes del equipo de trabajo y de la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

RESULTADOS ESPERADOS
- Crear de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Estandarizar un programa informático de control de caducidades.
- Formar al personal de planta en la correcta colocación e identificación de los medicamentos próximos a caducar.
- Utilización de los medicamentos antes de su caducidad (en esta o en otras unidades).
- Evitar efectos no deseados en los pacientes con la consecuente mejora en su seguridad.
- Reducir el tiempo empleado por los profesionales en la comprobación de caducidades.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales.
- Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1058

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA LA GESTION Y CONTROL DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LA PLANTA DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NTRA SRA. DE GRACIA

MÉTODO
Actividad 1ª: Crear un grupo de trabajo.
Actividad 2ª: Elaborar un programa informático y adecuarlo a las necesidades de la planta.
Actividad 3ª: Formar al personal sanitario.
Actividad 4ª: Implantar el programa.
Actividad 5ª: Medición de indicadores para ver si se aplican las medidas de forma correcta.
Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.
Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias.
Los responsables son tanto el farmaceútico como el personal de enfermería responsable de la Unidad de Ortogeriatría. Ellos de forma conjunta usarán el programa, formarán al personal y medirán los indicadores.

INDICADORES
- % medicamentos caducados no devueltos a servicio de farmacia en tiempo adecuado.
- % medicamentos con fecha próxima a caducar devueltos y redistribuidos en otras plantas
- % de utilización del programa (eliminación fechas subsanadas y actualización nuevas fechas de caducidad).
- % satisfacción del personal que lo emplea.

Se considerará resultado correcto la "devolución en fecha de los medicamentos próximos a caducar", "Utilización adecuada del programa" y "Grado satisfacción del personal que lo usa".

DURACIÓN
Calendario (Abril 2018-Diciembre 2018):
- Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo. Abril 2018.
- Actividad 2ª: Selección del programa informático y adecuación a las necesidades de la planta. Abril 2018.
- Actividad 3ª: Formar al personal sanitario. Mayo 2018.
- Actividad 4ª: Implantación del programa. Junio 2018.
- Actividad 5ª: Medición de indicadores para ver si se aplican las medidas de forma correcta. Diciembre 2018.
- Actividad 6ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Diciembre 2018.
- Actividad 7ª: Establecer medidas de mejora para corregir deficiencias. Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1209

1. TÍTULO

CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ANDRES ARRIBAS
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha estudiado, catalogado, e investigado el legado farmacéutico aragonés conservado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para intentar ponerlo en valor del Salud y de la sociedad. También forma parte física de la misma, la antigua, farmacia Ríos datada del año 1895 que esta reubicada en el mismo Hospital.
2. Se ha realizado un inventario sobre los fondos conservados en el Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para, de esta forma, dar paso a una posterior catalogación y estudio de los mismos.
3. Se ha estudiado la evolución de la farmacia en los siglos XIX y XX, período que se encuadra el paso de la época preindustrial a la industrial de la profesión farmacéutica.
4. Se da a conocer la complejidad de los ámbitos tecnológicos, farmacológicos y terapéuticos de los medicamentos, de las farmacias del hospital y de la oficina de farmacia.
5. Por último se han recopilado y ordenado los fondos existentes de los distintos libros, documentos e inventarios mediante las fuentes primarias y secundarias utilizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Se ha diseñado la ficha de catalogación
• 210 catalogados/ 210 albarelos del Botamen I.
• 86 Drogas contenidas en el Botamen/ 86 Botes con producto.
• 100 Botes catalogados/ 100 albarelos Botamen II.
• 200 frascos catalogados/143 frascos de cristal(se han encontrado nuevos)
• 280libros catalogados/ 298 libros de los siglos XIX y comienzos del XX.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conservación, estudio y puesta en conocimiento de una parte importante del patrimonio histórico farmacéutico aragonés, que se encuentra ubicado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza ha sido una obligación ética, debido al gran valor histórico, científico, profesional e incluso económico de los fondos estudiados.
El patrimonio histórico sanitario aragonés dependiente del Salud no tiene interés de ningún tipo para el Servicio Aragonés de la Salud, por lo que se está perdiendo toda nuestra historia. Se actúa en sentido contrario al de otras comunidades autónomas y centros sanitarios públicos y privados.
Este trabajo quiere dar a conocer ese patrimonio tan importante que se quiere esconder y olvidar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1209 ========== ***

Nº de registro: 1209

Título
CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

Autores:
ANDRES ARRIBAS IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población general y acompañantes en el hospital
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1209

1. TÍTULO

CONSERVACION DEL PATRIMONIO FARMACEUTICO ARAGONES: REGULACION, ETICA Y ESTETICA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia contiene una de las más completas colecciones de objetos relacionados con la práctica de la actividad farmacéutica y el medicamento en Aragón. Para ello se debe proceder a la catalogación de todo su contenido.
Destacan las colecciones de albarelos de cerámica, frascos de cristal, morteros e instrumentos hospitalarios. Se han agrupado atendiendo a su finalidad, en recipientes para la conservación de simples o preparados medicinales y utensilios relacionados con las fases de elaboración y administración de medicamentos, además de la documentación, libros recetarios y publicidad farmacéutica

RESULTADOS ESPERADOS
La conservación, estudio y puesta en valor de una parte importante del patrimonio histórico farmacéutico aragonés, que se encuentra ubicado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Está compuesto por dos farmacias históricas de finales del siglo XIX, una farmacia de hospital y una oficina de farmacia. Se expone su regulación, catalogación y estudio del mobiliario, instrumentos, objetos, medicamentos, libros y documentos de un periodo preindustrial de la farmacia.

MÉTODO
1. Estudiar, catalogar, preservar, poner en valor e investigar el legado farmacéutico aragonés conservado en el Servicio de Farmacia del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. También forma parte física de la misma, la antigua, farmacia Ríos datada del año 1895 que esta reubicada en el mismo Hospital.
2. Realizar un inventario sobre los fondos conservados en el Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza para, de esta forma, dar paso a una posterior catalogación y estudio de los mismos.
3. Plasmar la evolución de la farmacia en los siglos XIX y XX, período que se encuadra el paso de la época preindustrial a la industrial de la profesión farmacéutica.
4. Exponer la complejidad en los ámbitos tecnológicos, farmacológicos y terapéuticos de los medicamentos, de las farmacias del hospital y de la oficina de farmacia.
5. Recopilar ordenar los fondos existentes de los distintos inventarios mediante las fuentes primarias y secundarias utilizadas.

INDICADORES
- Diseñar la ficha de catalogación
- Nº Botes catalogados/ 210 albarelos del Botamen I.
- Nº Drogas contenidas en el Botamen/ Nº Botes con producto.
- Nº Botes catalogados/ 100 albarelos Botamen II.
- Nº frascos catalogados/143 frascos de cristal •
- Nº libros catalogados/ 298 libros de los siglos XIX y comienzos del XX.

DURACIÓN
Iniciada la catalogació en 2017
Fecha prevista de terminación: Junio 2019
Prevista la edición en pagina web y en formato de libro
Responsable: Ignacio Andrés Arribas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0128

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA: PARA QUIEN Y COMO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES DOMINGO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS
GUAJARDO SIERRA INMACULADA
LETOSA BOLEA VICTORIA
GASPAR RUZ MARIA LUISA
CAMPOS SANZ ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Contacto con Coordinadores de C/S del Sector I
Difundir en los C/S del Sector I (Urbanos) en forma de sesión clínica en los diferentes C/S
Valorar el desarrollo de la actividad en el C/S
Número de pacientes derivados a CAR Geriatría
Número de pacientes aceptados en HDG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Desarrollo de la Actividad en 5 C/S: Amparo Poch, Parque Goya, Actur Norte, La Jota, Arrabal.
-16 pacientes derivados a CAR Geriatría:
4 del C/S Amparo Poch
10 del C/S La Jota
1 del C/S Actur NOrte
-56,25% paciente incluidos en HDG
-43,75% pacientes NO cumplen criterios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Mayor derivación desde los C/S despúes de la sesión informativa
-Mejoría del conocimiento de HDG pero de forma insuficiente
-Realizar un mejor manejo de la información en las seiones informativas.
-Falta de conocimiento de los recursos asistenciales geriátricos
-Falta de conocimiento del acceso al programa de HDG.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2014/128 ========== ***

Nº de Registro: 0128

Título
HOSPITAL DE DIA GERIATRICO: PARA QUIEN Y COMO

Autores:
DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, GARCIA ARILLA CALVO ERNESTO, CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS, GUAJARDO SIERRA INMACULADA, LETOSA BOLEA VICTORIA, GASPAR RUZ MARIA LUISA, CAMPOS SANZ ASUN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

PROBLEMA
El Servicio de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de Gracia, en su cartera de servicios, incluye el nivel asistencial HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO (HDG).
A mitad de camino entre el hospital y el domicilio es un recurso ambulatorio cuyo objetivo persigue potenciar la recuperación funcional después de cada proceso agudo de distinta causa, con supervisión médica y de enfermería dismimuyendo los ingresos, estancias hospitalarias y retrasando la institucionalización.
El perfil de paciente anciano frágil y geriátrico que se beneficia de este nivel asistencial es bien conocido en Geriatría pero en el ámbito de la Atención Primaria de nuestro Secto existe desconocimiento del paciente que se puede beneficiar, en qué situación y el procedimiento para la derivación. Los cambios recientes y modificaciones en las plantillas de los Centros de Salud, los problemas crónicos de comunicación, entre otros motivos, proporcionan un momento oprtuno para la propuesta de mejora.
El HDG en 2013 atendió a 164 nuevos pacientes, generando 4358 estancias y una asistencia media de 27 sesiones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0128

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA: PARA QUIEN Y COMO

por paciente, desde una perspectiva multidisciplinar en la que participan médico, enfermera, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, auxiliares, celador, ...
En 2011 y 2012 los resultados fueron similares.
La edad media de los pacientes de HDG es de 83 años y al ingreso el Índice de Barthel es inferior a 45 puntos en mmás de la mitad de los casos, polimedicado y sin deterioro cognoscitivo significativo, siendo la procedencia en el 60% de los casos desde la Unidades de Hospitalización del Servicio de Geriatría (comunicación aceptada para el congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, mayo de 2014).

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Difundir a los EAP del Sector I de SALUD las posibilidades de atención integral de los pacientes geriátricos y frágiles que son susceptibles de percibir asistencia en HDG.
Dar a conocer el objetivo de HDG y el perfil del paciente que se benficia.
Informar del acceso al HDG a través de la Consulta de Alta Resolución (CAR) de Geriatría y de cómo se procede para solicitat dicha consulta desde EAP.
Mejorar la coordinación de los EAP y del Servicio de Geriatría, tanto anivel institucional, profesional y personal.
Promover la eficiencia del recurso asistencial en beneficio del paciente geriátrico y frágil más adecuado.

MÉTODO
En el Sector Zaragoza I se incluyen EAP urbanos y rurales.
La propuesta se concreta en la primera en Equipos urbanos.
Inicialmente se plantea conocer el censo de los Centros de Salud y su índice de envejecimiento. Se elaborará un ranking de los Centros de Salud según población mayor de 75 años que oriente al Equipo por dónde empezar.
Se realizaría un primer contacto con cada Coordinador del Centro Salud en el que se explicaría el objetivo del Proyecto de Mejora y se concretarían los detalles (correo electrónico/ teléfono).
Se fijarían fecha y hora para que los miembros del Equipo de Mejora (médico, enfermera, terapeuta ocupacional) presenten a todo el Equipo de Atención Primaria el recurso ambulatorio de "Hospital de Día Geriástrico" como alternativa asistencial.

INDICADORES
-Nº de Centros de Salud en los que se dsarrolla la actividad.
-Nº de pacientes derivados a la Consulta de Alta Resolución para la incorporación al Programa de HDG desde cada Centro.
-Nº de pacientes aceptados y que se incorporan al Programa desde cada Centro.
-Demora en el tiempo para la cita de consulta inferior a 15 días.

DURACIÓN
Aunque el cronograma estará en función de la disponibilidad compartida, la propuesta es:
Desde Septiembre de 2014 a Abrilde 2015.
Reunión en Centros de Salud.
Reunión en dos Centros cada mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0696

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES DOMINGO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARBONA CAMPOS MARIA PILAR
BIBIAN GETINO CLARA MARIA
ROMO CALVO LAURA
LETOSA BOLEA VICTORIA
SANCHO GINER MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DETERMINAR CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE INCLUIDO EN HDG DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2015
VALORACIÓN DE AVD B SEGUN I. BARTHEL ANTES Y DESPUES DE HDG
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
COMORBILIDAD: I. CHARLSON
DETERMINAR UTILIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL Y CINESITERAPIA EN HDG.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
103 PACIENTES. 56,3% OCTOGENARIOS. EDAD MEDIA: 82 AÑOS. 63,1% MUJERES. TEST PFEIFFER<O=3: 68,6%. 84% PROCEDEN DE HOSPITALIZACIÓN (15% DE C. EXT).
DEL INICIO DEL CUADRO AL INGRESO EN HDG: 35, 7 DÍAS. 6,84 DÍAS DE LA PETICIÓN DE CONSULTA HASTA EL CAR GERIATRÍA.
39,8% PATOLOGÍA TRAUMATOLOGICA, 24,3 % PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, OTRAS ENFERMEDADES:33%
COMORBILIDAD: I. CHARLSON: 2,23
POLIFARMACIA: 70%
95% REALIZARON TERAPIA OCUPACIONAL
71% REALIZARON CINESITERAPIA
BUENA ADAPTACIÓN: 94%
I. BARTHEL: >65: PREVIO:15% Y AL ALTA:63%; 45-60 PREVIO:36% Y AL ALTA:16%; 20-45 PREVIO:37% Y AL ALTA: 12%
SE DESGLOSA EL I. BARTEL POR ACTIVIDADES OBSERVANDO MEJORÍA EN TODAS LAS AVD B

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Los pacientes incluidos en HDG son de edad avanzada, con comorbilidad, polifarmacia frecuente y gran deterioro funcional.
-Casi la totalidad realiza sesiones de terapia ocupacional y cinesiterapia, que se relaciona con una mejoría en todas las ABVD, consiguiendo una mayor autonomía en la mayoría de los casos.
-Mejorar el control de medicación
-Potenciar el recurso en Atención Primaria y en Atención Especializada en especial en Neurología y Traumatología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/696 ========== ***

Nº de Registro: 0696

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
ARBONA CAMPOS MARIA PILAR, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, BIBIAN GETINO CLARA MARIA, LETOSA BOLEA MARIA VICTORIA, SANCHO GINER MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0696

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL SINDROME DE INMOVILIDAD POSTHOSPITALIZACION EN EL ANCIANO SANO Y FRAGIL EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El servicio de Geriatría del Hospital Nuestra señora de Gracia, en su cartera de servicios, incluye el nivel asistencial HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.
La recuperación funcional después de cada proceso agudo de distinta causa es nuestro objetivo de mejora.
El HDG en 2013 atendió a 164 nuevos pacientes, generando 4358 estancias y una asistencia media de 27 sesiones por paciente, desde una perspectiva multidisciplinar.
La edad media de los pacientes del HDG es de 83 años y al ingreso el Indice de Barthel es inferior a 45 puntos en más de la mitad de los casos,polimedicado y sin deterioro cognoscitivo significativo, siendo en más de la mitad de los casos la procedencia desde las Unidades de Hospitalización del Servicio de Geriatría.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
-Cuantificar el número de estancias necesarias,especificando el tipo.-Descirbir el candidato idóneo.

MÉTODO
-Número de estancias,sesiones de rehabilitación y de terapia ocupacional.
-Cuantificar la recuperación funcional.
-El impacto social y personal.

INDICADORES
- Índice de Barthel.
- Número de estancias.

DURACIÓN
Desde abril del 2015 hasta Diciembre del 2015

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0137

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CANOVAS PAREJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARI SANZ GENOVEVA
MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ
HELLIN GRACIA MARIA JESUS
GASPAR RUZ MARIA LUISA
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA
DEZA PEREZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado en el Hospital Nuestra señora de Gracia de 3 jornadas de talleres en febrero, mayo y noviembre de 2017 para cuidadores informales familiares o profesionales de pacientes ancianos. Se ha realizado la captación de cuidadores interesados en recibir formación práctica sobre como atender al paciente geriátrico dependiente a nivel de hospitalización o en consultas externas del Servicio de Geriatría.
Se ha realizado previamente difusión de los mismos por diferentes estrategias:
-Información a los equipos directivos
-Realización de grandes carteles informativos distribuidos por todo el hospital
-Elaboración de folletos de difusión colocados en las habitaciones de los pacientes y entregados en las consultas externas.
-Realización de un video de presentación para visualizarse en la TV de las habitaciones

Se ha formado con carácter estable un grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, enfermera responsable de consulta del cuidador, nutricionista y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital.
Se han preparación los talleres con temas prácticos y contenido didáctico y sencillo de seguir para el cuidador no profesional. Se ha entregado material didáctico sobre los temas de formación. Se ha dado difusión sobre la consultas de Geriatría de apoyo al cuidador que existe en el hospital.
Se han impartido 3 talleres sobre temas de interés en esta colectivo:
- Recomendaciones nutricionales. Manejo del paciente con disfagia.
-Movilidad del paciente dependiente.
-Atención a trastornos de conducta en el paciente con demencia.

Duracion y calendarios realizados:
1. Preparación curso, captación cuidadores: Primer trimestre 2017 febrero 2017
2. Captación cuidadores. Segunda sesión formación: Segundo trimestre 2017 mayo.
3. Tercera sesión y evaluación de resultados: tercer trimestre noviembre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ha habido una alta participación en los talleres con una media de 25 participantes en cada taller con predominio de cuidadores profesionales. Algunos de ellos han solicitado volver a acudir a próximas ediciones. Se han realizado evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción con resultados muy positivos 100%
Preguntas planteadas:
¿Le ha parecido interesante el tema tratado? 100% responden si
¿Le ha parecido util? 100% responden si
¿La exposición ha sido sencilla? 100% responden si
¿Lo recomendaría a otro cuidador? 100% responden si
Se plantea para 2018 la continuidad de los talleres con carácter estable. Se esta organizando un curso para formación de personal sanitario que permita una mayor difusión de las recomendaciones para los cuidadores.

Indicadores: evaluacion y seguimiento
Mejora en su nivel de formación y grado de satisfacción respecto a la formación recibida:

-Numero de cuidadores con alto grado de satisfacción con el curso realizado/cuidadores que han recibido formación X 100:100%
-Numero de cuidadores que consideran mejora en su nivel de formación/cuidadores que han recibido formación X 100: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora esta satisfecho con los resultados de esta primera edicion de Talleres de apoyo al cuidador del paciente geriatrico en el año 2017 con su alta participacion y con los buenos resultados en las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0137

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

encuestas de satisfaccion de los participantes.
Creemos necesario su continuidad de forma estable en nuestro medio, Se trabaja en la preparacion del mismo curso para personal sanitario del SALUD de nuestro sector para poder "formar a formadores de cuidadores".

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/137 ========== ***

Nº de registro: 0137

Título
FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

Autores:
CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, LABARI SANZ GENOVEVA, MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ, HELLIN GRACIA MARIA JESUS, GASPAR RUZ MARIA LUISA, GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA, DEZA PEREZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Desnutricion Disfagia, Inmovildad, Demencia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cuidador habitual del paciente geriátrico con deterioro funcional y en especial de aquellos con problemas cognitivos y de inmovilidad, que viven en el domicilio, esta expuesto a una gran carga diaria de trabajo físico y estrés emocional que se prolonga en el tiempo. En muchos casos son cónyuges, personas de edad también avanzada, o hijos con escasa formación en la atención a las tareas diarias que sus familiares necesitan.
En nuestro Servicio ha habido en los últimos años diversas iniciativas encaminadas a la formación del cuidador en diferentes ámbitos como atención a los problemas de deglución (grupo de mejora de Disfagia) o recomendaciones para la movilidad a los cuidadores de pacientes con fracturas de cadera o ictus (Fisioterapia Servicio de Rehabilitación). En la “Consulta del cuidador” ubicada en las consultas externas del Servicio de Geriatría, dependiente de una enfermera experta en la atención a pacientes con demencia, se realiza asesoramiento a las familias cuidadoras sobre diversos aspectos de la enfermedad y su manejo.
Creemos importante cualquier iniciativa en este tema de posible implantación tanto en cuidadores de paciente en el entorno hospitalario como ambulatorio (Centros de Salud).

RESULTADOS ESPERADOS
Captación de cuidadores interesados en recibir formación practica sobre como atender al paciente geriátrico dependiente a nivel de hospitalización o en consultas externas del Servicio de Geriatría. Mejora en su nivel de formación y grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

MÉTODO
1. Formación de un grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, enfermera responsable de consulta del cuidador y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital.
2. Preparación de curso con temas prácticos y contenido didáctico y sencillo de seguir para el cuidador no profesional.
Temas seleccionados:
- Recomendaciones nutricionales. Manejo del paciente con disfagia.
-Movilidad del paciente dependiente.
-Atención a trastornos de conducta en el paciente con demencia.

3. Captación de cuidadores interesados mediante difusión a nivel de hospitalización de nuestro centro y en consultas externas.
4. Realización de 2 cursos de formación a cuidadores en el año: 2º trimestre del año 2016 y 1er trimestre del año 2017, en las aulas de formación del Hospital Nstra. Sra. de Gracia.
5. Evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0137

1. TÍTULO

FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO: CONSEJOS PRACTICOS SOBRE ASPECTOS NUTRICIONALES, PROBLEMAS DE MOVILIDAD Y ATENCION A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

6. Se valorara la posibilidad de realización en el entorno de Atención Primaria Centros de Salud.

INDICADORES
-Numero de cuidadores que han acudido a consultas de formación/cuidadores de pacientes hospitalizados X 100

-Numero de cuidadores con alto grado de satisfacción con el curso realizado/cuidadores que han recibido formación X 100.

DURACIÓN
1.Preparación curso, captación cuidadores y 1ª sesión: Ultimo trimestre 2016
2.Captación cuidadores. Segunda sesión formación: Primer trimestre 2017.
3.Encuesta satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0225

1. TÍTULO

INFORMACION Y DIFUSION DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES DOMINGO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUAJARDO SINUSIA INMACULADA
CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS
LETOSA BOLEA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Octubre a Diciembre de 2016: Elaboración de material divulgativo: folleto informativo de HDG, elaboración de sesiones divulgativas de HDG en el ámbito hospitalario y ámbito de Atención Primaria.
Diciembre 2016 y Diciembre de 2017: Realización de sesiones clínicas informativas de HDG:
-"Actualización en Práctica clínica" (S1-0009/2017). Plataforma de formación Spontia,.(17/01/2017. Impartida: 1,00 hora lectiva. Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Aragón con 2,2 créditos. Expediente : 020006 090018A
-"Hospital de Día Geriátrico". Neurología . H. Royo Villanova . (8-11-17)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mayor derivación de Atención Primaria y de Especialidades (Neurología) así como mejor adecuación del perfil de paciente pluripatológico que se beneficie de HDG.
Se recogen datos en base de datos de SPSS. Los datos son la procedencia del paciente, destino al alta, I. Barthel al ingreso y al alta, Test Pfeiffer, Tinneti, plurifarmacia antes y después del programa
Pendiente de tratamiento estadístico.
Los indicadores utilizados son:
-Nº de pacientes nuevos
-Paciente candidatos/total de derivados.
-Índice de ocupación.
-Índice de paciente nuevos corregidos.
Estos indicadores son recogidos por el Servicio de Admisión de HNSG.
Pendiente de recibir resultados de Indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Quizás hemos sido muy ambiciosos en el Proyecto de mejora. La elaboración del Tríptico informativo aún está en borrador. El número de sesiones clínicas divulgativas ha sido pequeño. Resulta muy complicado la comunicación con los responsables de organizar sesiones clínicas.
Si bien es cierto que el número de pacientes derivados tras las sesiones aumenta, no es así con la adecuación del paciente al programa de HDG. Por lo que dudamos de que la información que se comunica en las sesiones sea la adecuada o este bien elaborada.
Respecto a la sostenibilidad del proyecto apuntar que el diseño básico del tríptico divulgativo esta ya realizado, falta mejorar aspectos puntuales. Y respecto a las sesiones clínicas comentar que seguiremos realizándolas intentando pulir aquellos aspectos que son básicos para la adecuación del paciente en HDG.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/225 ========== ***

Nº de registro: 0225

Título
PROYECTO DE MEJORA DE INFORMACION Y DIFUSION DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Autores:
FERRANDO LACARTE IGNACIO, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, GUAJARDO SINSUA INMACULADA, CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS, LETOSA BOLEA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Continuidad atención al paciente pluripatológico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0225

1. TÍTULO

INFORMACION Y DIFUSION DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde los años 70 el Hospital de Día Geriátrico es un nivel asistencial bien conocido por Geriatras, Rehabilitadotes, y Médicos de Atención Primaria de nuestro sector. En la era del paciente pluripatológico consideramos clave tanto difundir este recurso de atención multidisciplinar y recuperación funcional, como mejorar la información disponible al respecto, con el objetivo de optimizar los recursos disponibles.

RESULTADOS ESPERADOS
Mayor derivación, mejoría adecuación de pacientes derivados.

MÉTODO
Elaboración y difusión de material informativo (tríptico, carteles…) en colaboración entre personal médico, enfermería y terapia ocupacional, sesiones formativas, hospitalarias y en Atención Primaria, organización de jornadas divulgativas.

INDICADORES
Descripción en periodo previo y posterior al proyecto de los siguientes indicadores: Número de pacientes nuevos. Pacientes candidatos/total derivados. Índice de ocupación. Índice de pacientes nuevos corregido (IPNC).

DURACIÓN
Octubre-diciembre 2016: Elaboración de material informativo (tríptico, carteles)
Diciembre 2016-abril 2017: Difusión de tríptico, sesiones de formación hospitalarias y Atención Primaria.
Abril-mayo 2017: Jornadas divulgativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0406

1. TÍTULO

VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN DEZA PEREZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANOVAS PAREJA CARMEN
BIBIAN GETINO CLARA MARIA
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA
DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO
CAÑADA MILLAN JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se elaboró una encuesta de once apartados dirigida a personal médico de Atención Primaria. En dicha encuesta se consulta al médico si conoce la existencia de la consultas de geriatría de nuestro servicio, si ha derivado pacientes a las mismas, la frecuencia de derivación, motivos de derivación más frecuentes, su percepción por parte del paciente y de la familia de satisfacción con la consulta, si recibe contestación por escrito del geriatra tras la consulta del paciente, valoración global suya del funcionamiento de las consultas y finalmente opción a anotar propuestas de mejora en relación al funcionamiento de las consultas.
De octubre del 2016 hasta aproximadamente marzo del 2017, se contactó vía telefónica con diferentes médicos coordinadores de Centros de Salud que con frecuencia remiten pacientes a las consultas de geriatría, para solicitar colaboración en el proyecto. Los Centros de Salud que han participado son siete: CS Fernando el Católico, CS Delicias Norte, CS Arrabal, CS La Almozara, CS Picarral-Zalfonada, CS Fuentes de Ebro y CS Actur Sur. Una vez obtenido permiso, un profesional médico de nuestro servicio acudió a cada Centro de Salud para entregar la encuesta.
En el segundo trimestre de 2017 analizamos los resultados de las encuestas. Con los resultados obtenidos, se realizó una sesión de equipo en nuestro servicio para informar de los mismos y además se dio difusión del proyecto presentando los resultados obtenidos en el Congreso Nacional de la Sociedad de Geriatría y Gerontología del 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto nos permite conocer la valoración de los Médicos de Equipos de Atención Primaria (EAP) sobre el funcionamiento de nuestras consultas externas de Geriatría. Se han cumplimentado 66 encuestas. Los resultados obtenidos tras el análisis de los apartados, son: el 92.4% de los médicos de AP conocen las consultas de Geriatría; El 78.8% ha derivado a nuestras consultas; La Frecuencia derivación es: 74.2 % a veces, 4.5 % a menudo, 15.2% nunca; Los motivos de derivación más frecuentes: valoración geriátrica integral (54.5%), demencia (53%), pluripatología (33.3%), alteración conductual (28.8%), visados (10.6 %), polimedicación (7.6%). Respecto a la demencia suele derivar a también a otros especialistas simultáneamente: 45.5 % a veces, 36.4% a menudo, 12.1% siempre. Ha obtenido una respuesta satisfactoria al motivo de la derivación: 48.5% a menudo y el 21.2% siempre. Recibe informe por escrito de la consulta de geriatría, el 57.6% siempre y el 15.2% a menudo. Se percibe satisfacción del familiar tras la consulta: 45.5% a menudo y el 19.7% siempre. La valoración del funcionamiento de la consulta es adecuada en un 74.2%.
Se obtienen 20 propuestas de mejora de los médicos de AP, que podemos englobar en dos: Solicitud de los criterios de derivación a nuestras consultas y realizar sesiones sobre geriatría en los Centros de Salud.
El número de médicos AP de un C. Salud que cumplimentan la encuesta son 66/ y el nº total de médicos AP del total de centros de Salud es 79.
El número de encuestas con cumplimentación del apartado “de propuesta de mejora” es 20/del número total de encuestas realizadas que es 66.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Podemos concluir que la gran mayoría de los médicos de los EAP que han participado en el proyecto conoce nuestras consultas de geriatría, aunque un 19.7% no ha derivado nunca pacientes. Puede estar en relación al desconocimiento que algunos de ellos nos han hecho partícipes de la posibilidad de ser atendido en nuestro servicio con independencia del sector sanitario al que pertenece.
Por otra parte, hemos visto, que la valoración geriátrica integral y el deterioro cognitivo son motivos frecuentes de consulta y comprobamos que la demencia es un motivo de derivación simultánea también a otros especialistas, como vemos con frecuencia en el día a día. Y en la valoración global obtenida vemos que el funcionamiento de nuestras consultas aprueba con un notable.
La coordinación asistencial se ha convertido en un objetivo de muchos sistemas de salud, especialmente para mejorar la calidad y la eficiencia en la atención de los problemas de salud crónicos que requieren la intervención de diversos profesionales y servicios. Un elemento que dificulta esta coordinación es la falta de comunicación entre diferentes profesionales pero también ciertos valores o actitudes como la práctica centrada en el trabajo individual, la lucha por el control del paciente o la falta de aprecio hacia el trabajo de otros niveles.
En nuestro Servicio seguimos trabajando en estrategias de mejora en la coordinación asistencial buscando el beneficio de nuestros pacientes y estudiamos las propuestas de mejora de los profesionales de Atención Primaria para seguir mejorando.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0406

1. TÍTULO

VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/406 ========== ***

Nº de registro: 0406

Título
VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
DEZA PEREZ MARIA CARMEN, CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, BIBIAN GETINO CLARA, GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA, DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO, CAÑADA MILLAN JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatologia
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención a las personas con enfermedades crónicas y dependientes supone una prioridad en las políticas sociosanitarias. Los Equipos de Atención Primaria tienen un peso muy importante en esa labor asistencial. La mejora de la coordinación asistencial es una prioridad para la mayoría de los Sistemas de Salud y, especialmente para la atención de procesos crónicos complejos en los que intervienen múltiples profesionales. Hemos querido conocer la opinión de los EAP, profesionales con los que compartimos el proceso asistencial del paciente geriátrico, sobre el funcionamiento de las consultas de Geriatría, para analizar posibles puntos de mejora y ofrecer una asistencia de mayor calidad. Supone una oportunidad de acercamiento con Atención Primaria.

-Bibliografía:
1. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud en el marco del abordaje de la cronicidad 2014.

RESULTADOS ESPERADOS
a. Analizar la valoración de Médicos de Equipos de Atención Primaria (EAP) sobre el funcionamiento de unas consultas externas de Geriatría.
b. Conocer los motivos más frecuentes de derivación.
c. Mejorar la comunicación entre consultas de Geriatría y EAP.

MÉTODO
Elaboración de una encuesta que se pasará a médicos de Atención Primaria. Se contactará vía telefónica para solicitar colaboración en el estudio, con los diferentes médicos coordinadores de los Centros de Salud que con mayor frecuencia remiten pacientes a las consultas de geriatría. Posteriormente un profesional médico de nuestro servicio acudirá a cada centro de salud para que el personal médico cumplimente la encuesta y se les facilitará la posibilidad de proponer propuestas de mejora sobre cualquier tema en relación con nuestro servicio.

INDICADORES
a. Número de médicos AP de un C. Salud que cumplimentan la encuesta/ nº total de médicos AP de dicho centro de Salud.
b. Número de encuestas con cumplimentación del apartado “de propuesta de mejora”/número total de encuestas realizadas.

DURACIÓN
a. Octubre 2016-Marzo 2017: Contacto con coordinadores de centro de Salud y visitas a los distintos centros para pasar encuesta de valoración.
b. Abril 2017: Análisis de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0406

1. TÍTULO

VALORACION DE LAS CONSULTAS DE GERIATRIA POR MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0467

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BALLESTERO DELGADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE MORUGA BEGOÑA
REGAÑO JIMENEZ BEATRIZ
REYES MONCLUS PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Febrero 2016: Detección del problema. Detectamos que existe entre los pacientes y las familias una clara falta de información respecto a lo ocurre durante un ingreso hospitalario en Geriatría, así como el funcionamiento y las normas básicas de la Unidad.

-Marzo 2016: Creación del grupo de trabajo. Reunión de equipo multidisciplinar para consensuar criterios. Documentación mediante otros trípticos hospitalarios. Reparto de tareas.

-Abril 2016: A lo largo del mes se realizaron diversas reuniones de equipo para realizar las siguientes actividades: Primera puesta en común del contenido a incluir en el tríptico. Selección de contenidos y adaptación. Elaboración del Tríptico según las necesidades detectadas y diseño del mismo. Elaboración de Power Point para la posterior presentación del tríptico en el servicio de Geriatría.

-Mayo 2016: Presentación del tríptico en la unidad de Geriatría a la que asistieron Dirección y Subdirección de Enfermería, Jefe de servicio, Geriatras, Supervisoras del hospital, Residentes de Geriatría, Enfermeras y TCAEs de la unidad de Geriatría. Se realizó una presentación de Power Point en el que se explicaba todo el proceso y los contenidos del tríptico.

-Junio 2016: Se inicia la distribución del tríptico. El tríptico es entregado desde entonces por el personal de enfermería en el momento de la valoración del paciente a su ingreso en la unidad.

-Octubre 2016: Reunión de equipo. Se decide elaborar una encuesta de valoración. Diseñamos una encuesta corta que monitorice los objetivos principales: alcance del tríptico y si sus contenidos son adecuados y resultan útiles.

-Noviembre-Diciembre-Enero: Recogida de datos mediante encuesta y análisis de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-OBJETIVOS:
*Hacer entrega del tríptico a todos los pacientes que ingresan en el servicio de Geriatría.
*Conseguir que lean el tríptico.
*Que la información aportada en el tríptico sea adecuada a las necesidades detectadas.

Con la información que aportamos mediante el tríptico en el momento del ingreso queremos alcanzar las siguientes metas:
• Dar la bienvenida y que la estancia del paciente en el hospital sea lo más grata y confortable posible.
• Dar a conocer unas normas y recomendaciones a los pacientes y su entorno familiar del funcionamiento y organización de la planta.
• Disminuir la ansiedad por falta de conocimientos del paciente y su familia frente al ingreso hospitalario.
• Proporcionar a los pacientes, familiares y cuidadores una atención sanitaria de calidad.
• Fomentar la implicación de la familia en los cuidados del paciente.
• Promover la autonomía conforme a las necesidades y posibilidades del paciente.
• Mejorar la imagen de nuestro servicio y de nuestro Hospital.

-INDICADORES:
Los indicadores que utilizamos para la valoración de los objetivos marcados son los siguientes:
• Número de pacientes\familiares que reciben el tríptico/Número de pacientes ingresados en un periodo x100.
• Número de pacientes\familiares que han leído el tríptico/Número de pacientes que reciben el tríptico x100.
• Número de pacientes\familiares que consideran útil la información en el tríptico/Número de pacientes que lo han leído.

-FUENTES Y MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS:
Se realiza encuesta directa a los familiares y cuidadores principales de los pacientes ya que son quienes generalmente lo reciben. La encuesta se realiza entre 2-3 días después del ingreso. En el momento de hacer la encuesta mostramos un ejemplar del tríptico para que puedan reconocerlo. Esta encuesta incluye las siguientes preguntas cerradas (respuesta Sí o No):
• ¿Les entregaron el tríptico de bienvenida al ingreso?
• ¿Lo han leído?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0467

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA

- La información proporcionada por el tríptico, ¿le parece de utilidad para la estancia en el hospital?

-RESULTADOS ALCANZADOS E IMPACTO DEL PROYECTO:
- Número total de familiares/cuidadores encuestados: 87
- Pacientes/ cuidadores que recibieron el tríptico al ingreso: 54
- Pacientes/cuidadores que lo han leído: 45
- Pacientes /cuidadores que han encontrado útil la información aportada por el tríptico: 45

Con estos datos obtenemos las siguientes conclusiones:
El 62% de los pacientes/familiares encuestados asegura haber recibido el tríptico en el momento del ingreso.
De ellos, un 83% había leído el tríptico.
El 100% de los que lo leyeron lo encontraron de gran utilidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dados los resultados obtenidos vemos que el tríptico de bienvenida es una herramienta útil para transmitir una gran cantidad de información al paciente/familia a su llegada a la unidad. De los que lo recibieron, el 83% de ellos lo había leído y el 100% de ellos dijo que la información les había sido de utilidad.

Consideramos que la cantidad de pacientes que recibieron el tríptico al ingreso es mejorable (62%), ya que debería estar cercana al 100% que es lo deseable.

Durante las entrevista, constatamos que parte del 38% restante que no recibe el tríptico se debe a los siguientes motivos:
-No reciben el tríptico por tratarse de un traslado intrahospitalario de otro servicio y no de un ingreso propiamente dicho(6%).
-No saben si realmente recibieron el tríptico de bienvenida por tratarse de diferentes familiares a los que estuvieron el día del ingreso.
- Durante los periodos vacacionales disminuye la entrega de trípticos, lo cual apunta al cambio de personal sanitario en la planta por personal eventual sustituto.

En general estamos satisfechos con la acogida del tríptico en el servicio y con los resultados obtenidos hasta el momento. Estamos seguros que con el paso del tiempo y trabajando los 3 últimos puntos mencionados podemos hacer que llegue a la totalidad de pacientes que ingresen en esta unidad.

7. OBSERVACIONES.
Actualmente existe un alto grado de satisfacción entre el personal sanitario puesto que disminuyen notablemente las preguntas y dudas que los familiares y pacientes suelen hacer a los trabajadores del servicio de Geriatría, del tipo: "a qué hora pasan los médicos", "horarios de comidas, aseos", "dudas relacionadas con el cartel de disfagia", etc.
Esto para nosotros es una muestra bastante evidente de que la información que aporta el tríptico es de gran utilidad para el paciente y su familia, viéndose reflejado también en que el 100% de los pacientes/familiares que lo leyeron manifestaron su satisfacción con el contenido del mismo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/467 ========== ***

Nº de registro: 0467

Título
ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA

Autores:
BALLESTERO DELGADO SILVIA, LAFUENTE MORUGA BEGOÑA, REGAÑO JIMENEZ BEATRIZ, REYES MONCLUS PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatologia
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0467

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO DE BIENVENIDA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA Y CARTEL DE NORMAS DE LA PLANTA

El servicio de Geriatría actualmente consta de 20 habitaciones. La capacidad total de pacientes es 39 y casi todos los días hay altas e ingresos. Son por lo general, pacientes muy dependientes a los que atender en cada turno de trabajo.
Al ingreso del paciente es conveniente explicarle a él y a sus familiares el funcionamiento de la planta.
Actualmente, la información que se da a los pacientes y familiares en el momento del ingreso resulta insuficiente a la vista de las repetidas incidencias:
- Repetición de las mismas dudas/preguntas por parte de familiares y cuidadores.
- Caída de objetos por la ventana.
- Desaparición de material hospitalario.
- Falta de lencería en la planta.

Por todo ello detectamos la necesidad de hacer llegar una gran cantidad de información al paciente, familiares y cuidadores de una manera más efectiva.

RESULTADOS ESPERADOS
- Dar la bienvenida y que la estancia del paciente en el hospital sea lo más grata y confortable posible.
- Dar a conocer unas normas y recomendaciones a los pacientes y su entorno familiar del funcionamiento y organización de la planta.
- Proporcionar a los pacientes, familiares y cuidadores una mejor atención sanitaria y evitar que ocurran incidencias no deseadas.
- Intentar involucrar a la familia en los cuidados de su familiar.
- Mejorar la calidad de la atención de los pacientes.
- Promover una vida lo más autónoma posible.
- Mejorar la imagen de nuestro servicio y de nuestro Hospital.

MÉTODO
-Detección del problema
-Documentación mediante otros trípticos hospitalarios.
-Reunión de equipo multidisciplinar para consensuar criterios.
-Elaboración del tríptico y cartel según las necesidades detectadas: El triptico consta de: Portada - Quiénes somos,Al ingreso,Durante la estancia:(Habitación-Aseo-Comidas-Tratamiento-Visitas), Al alta hospitalaria.
El cartel informativo Recoge una serie de normas básicas de convivencia para general conocimiento de pacientes y familiares.

-Presentación oficial del tríptico y el cartel en el servicio de Geriatría.
-Colocación del cartel informativo en todas las habitaciones en un lugar visible.
-Distribución del tríptico. (Entrega del mismo en el momento del ingreso del paciente)

INDICADORES
-Monitorizaremos mediante encuesta corta si los contenidos del tríptico y el cartel son los adecuados y resultan útiles.
-Número de pacientes\familiares que reciben el tríptico/Número de pacientes ingresados en un periodo x100
- Número de pacientes\familiares que consideran útil la información dada en el tríptico/Número de pacientes que reciben el tríptico x100
- Número de pacientes\familiares que consideran útil la información dada en el cartel informativo/Número de pacientes ingresados en un periodo x100

DURACIÓN
Marzo 2016: Creación del grupo de trabajo.
Abril 2016: Elaboración del Tríptico y cartel.
Mayo 2016: Presentación y aprobación del tríptico en la unidad.
Junio 2016: Colocación de los carteles en las habitaciones y se inicia la distribución del tríptico al ingreso del paciente.
Octubre 2016: Elaboración de la encuesta.
Pendiente recogida de datos y análisis de los resultados. Periodo probable Noviembre-Diciembre-Enero.

OBSERVACIONES
Dado que en Diciembre-Enero nos encontramos con un periodo de festividades y siempre hay cambios importantes en el servicio de Geriatria en este periodo, estamos valorando la posibilidad de realizar la recogida de datos y analisis de los resultados en los 3 meses posteriores, es decir, Febrero-Marzo-Abril.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0575

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GASPAR RUZ
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANAYA GIL TERESA
MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE
BELTRAN VICENTE ESTELA
MORLANES NAVARRO TERESA
LAFUENTE MORUGA BEGOÑA
LABARI SANZ GENOVEVA
VELARTE MOLINER ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En los últimos meses del 2016 nos reunimos el grupo de mejora para plantear modificaciones sobre el documento de registro y plantear cómo transmitir información entre grupo I y grupo II. Se incorporan datos en el nuevo documento y se divide el mismo en dos partes para registrar la intervención de cada uno de los grupos, además de incorporar más datos (diagnóstico, nombre del cuidador, valoración funcional, adaptaciones, recepción de la guía).
Acudimos a la habitación del usuario cuando se nos informa de la proximidad del alta hospitalaria y establecemos contacto con cuidador.
Repasamos con cuidador y usurario todos los aspectos trabajados por el grupo I, dudas sobre la guía, adaptaciones domiciliarias, ayudas técnicas y ABVD en el domicilio.
Hemos informado al personal facultativo de Geriatría y Medicina Interna de nuestra intervención, especialmente personal de nueva incorporación, enfermería y residentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado las mediciones durante el año 2017, encontrando que:
De 37 pacientes diagnosticados con ACV y dados de alta vivos que no fueron a residencia en el momento del alta, 29 recibieron información en la habitación previa al alta (79%). El 21% restante: 2 no había familiares, 1 fue trasladado a otro hospital, 2 fueron dados de alta con total recuperación funcional y 3 fueron dados de alta sin llegar a recibir la información previa al alta.
Nuestro objetivo inicial era llegar al 70%.

En 22 encuestas de satisfacción realizadas los cuidadores responden:
A la pregunta:
¿La información recibida le ha resultado útil?
20 respondieron SI, 2 no saben
¿El lenguaje ha sido sencillo y fácil de comprender?
22 responden SI
¿El profesional se ha mostrado disponible para resolver todas las dudas que ha preguntado?
22 responden SI

Nuestro objetivo inicial era llegar al 75% en las encuestas de satisfacción. Hemos tenido dificultades para la realización de las encuestas ya que la vía telefónica presentó dificultades y tuvimos que cambiar la forma de realizar las encuestas. A pesar de ello podemos extraer que el resultado es positivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que hemos cumplido los objetivos marcados para 2017 y hemos detectado posibles campos de mejora para el futuro:
- Desarrollar mecanismos de comunicación facultativos-equipo de mejora para lograr que ningún paciente sea dado de alta sin recibir la información.
- Intentamos realizar las encuestas vía telefónica y encontramos que era difícil contactar a veces con el mismo cuidador que recibió la información y que, en ocasiones, el cuidador no identificaba claramente nuestra intervención respecto a la de otros profesionales.
CONCLUSIÓN
Además de lo que nos transmiten los cuidadores en las encuestas, percibimos de forma subjetiva que los cuidadores agradecen mucho este tipo de intervención previa al alta, facilita el paso del paciente al domicilio y previene futuras dificultades en el domicilio como caídas o lesiones del cuidador o del paciente.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0575

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/575 ========== ***

Nº de registro: 0575

Título
ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA

Autores:
GASPAR RUZ MARIA LUISA, ANAYA GIL TERESA, MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE, BELTRAN VICENTE ESTELA, MORLANES NAVARRO TERESA, LAFUENTE MORUGA BEGOÑA, LABARI SANZ GENOVEVA, VELARTE MOLINER ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Como continuación de las actividades de mejora que hemos desarrollado en años anteriores respecto a pacientes con ACV y la atención a sus cuidadores, este año pretendemos implementar la fase de planificación del alta hospitalaria que empezamos durante el año anterior. El proyecto "actualización de los cuidados del paciente con Ictus" este año lo hemos dividido en dos fases, así como en dos grupos de mejora. (I) Más enfocado a la fase inicial (II) Planificación del alta hospitalaria. Pretendemos ser un grupo multiprofesional para abordar todas las necesidades y cuidados que necesita este paciente y su cuidador.

RESULTADOS ESPERADOS
Anticipar soluciones a los problemas que se van a encontrar paciente y cuidador en la vuelta al domicilio.
Adaptación del entorno del paciente a su nueva situación funcional: adaptaciones domiciliarias, ayudas técnicas.
Dotar al cuidador de estrategias básicas de manejo postural del paciente para poder realizar las actividades de la vida diaria con seguridad para ambos.
Maximizar las capacidades del paciente para recuperar funcionalidad.
Informar a los cuidadores sobre los recursos que existen en la comunidad a los que pueden acudir tras el alta.
Crear un procedimiento de comunicación entre los servicios de Rehabilitación y Geriatría que permita transmitir y recibir información precisa y actualizada sobre los avances del paciente, riesgos y necesidades concretas, en la que participen todos los profesionales que estén implicados en este proceso.

MÉTODO
Difundir la guía elaborada en años anteriores para pacientes y cuidadores y convertirla en herramienta de consulta para estos. Establecer y clarificar los medios por los cuales ha de llegar la guía a manos del paciente y su cuidador.
Sesión clínica informativa sobre la puesta en marcha de esta iniciativa dirigida a todos los profesionales que trabajan con estos pacientes para explicar los objetivos del programa y solicitar colaboración.
Seguimiento individualizado de cada usuario en su habitación para aplicar la información recibida según las necesidades individuales de cada usuario/cuidador. Realización encuesta satisfacción.

INDICADORES
nº de familiares que reciben asesoramiento en la habitación / nº de pacientes con diagnóstico ACV dados de alta vivos que no vayan a residencia (70%).
nº de encuestas de satisfacción positivas/ nº de encuestas de satisfacción totales realizadas (75%).

DURACIÓN
NOVIEMBRE: Se realizarán las primera reunión del equipo de mejora para determinar objetivos y repartir tareas.
DICIEMBRE: Sesión clínica informativa para los profesionales de los servicios implicados.
ENERO: Comenzar sesiones individualizadas y cómputo de indicadores.
FEBRERO: Segunda reunión equipo de mejora para elaborar primeras conclusiones y plantear cambios de estrategia si fuese necesario.
JUNIO: Recogida de datos indicadores y elaboración de conclusiones.
SEPTIEMBRE: Entrega de memoria y conclusiones.

OBSERVACIONES
Este proyecto supone la continuidad del anterior "PROGRAMA DE APOYO AL CUIDADOR INGRESADO CON ACV.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0575

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (II). PREPARACION DEL ALTA HOSPITALARIA

PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA".

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0855

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ GAMBOA HUARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARREA GIMENO JOSE LUIS
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
ASIN MARTIN MARIA VICTORIA
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA LUCIA
SCHADEGG PEÑA DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Difusión e información a los profesionales del servicio. Sesión de formación acreditada en noviembre de 2016.
- Creación de informe de alta específico (más formulario) para pacientes subsidiarios de cuidados paliativos (V66.7/CIAP A99).
- Incorporación de un facultativo de Atención Primaria para seguimiento y detección de debilidades y fortalezas.
- Descarga directa de los informes de alta médica de pacientes paliativos a los buzones de Atención Primaria: flujo de información y planificación de actuaciones.
- Sesiones ofertadas a todos los Equipos de Atención Primaria del sector I.
- Análisis de las altas codificadas (V66.7) y los informes específicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Realización de sesión informativa en el servicio de Geriatría. Estandar 100%. Se realiza con fecha 30 de noviembre de 2016, dentro del programa de sesiones acreditadas del servicio de Geriatría, sobre codificación, identificación y visualización en HCE del paciente paliativo.
- Configuración del formulario. Estandar 100%. El formulario del infrome de alta está totalmente confeccionado, listo para su reconstrucción en plantilla bajo el epigrafe "INFORME ALTA GERIATRÍA-Z51.5"
- Informes en buzón de Atención Primaria. Objetivo no alcanzado debido a que no está concluido el Informe de Alta Geriatría-Z51.5 por problemas operativos de Informática en la codificación de diagnósticos. . Tampoco esto permite el asiento de los datos en OMI.
- Sesiones realizadas en Atención Primaria. No alcanzado.
- Indicador: Altas de pacientes V66.7/CIAP A99/altas médicas codificadas con V66.7. Estandar 50%. No medible en este momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
7. LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad más laboriosa, considerando que careíamos de experiencia en el hospital en el trabajo con formularios, ha sido el diseño y la elaboración ad hoc del mismo. Este primer objetivo está conseguido. Para su explotación y visualización en HCE es preciso confeccionar una plantilla. Nos encontramos en el último paso para su utilización habitual.
Nos marcamos como necesario la recogida del diagnóstico principal y la existencia de un diagnóstico secundario, ligado a la necesidad de cuidados paliativos, que estuviese contenido en el informe de forma clara y uniforme. Para que la expresión sintáctica fuese la misma, optamos por intentar que el diagnóstico apareciese en texto y con la codificación CIE. Sin esos ajustes hemos hecho informes de prueba que saltan satisfactoriamente a la HCE, identificando correctamente el episodio, el servicio y el proceso asistencial de cuidados paliativos como característica adicional.
Tengo que recordar que aunque el cronograma va con retraso todavía quedan dos trimestren completos para completar los apartados que en este momento están inconclusos. La transmisión a los Centros de Primaria está organizada pendiente de realizarla.
Tengo que destacar que el proyecto ha presentado una amenaza no deseada pero que se debe tener en cuenta. La codificación de las altas ha sufrido una modificación al introducirse la CIE10 como herramienta para su realización. Este hecho ha precisado de una nueva revisión y recordatorio a aquellos profesionales no familiarizados con este cambio. La implantación, hay que reconocer que no total, del código V66.7, fue laboriosa e incompleta. El cambio al código Z51.5 ha supuesto una amenaza para los logros obtenidos. Tampoco podemos disponer de datos completos ya que la codificación completada del 2017 alcanza a 30 de septiembre de 2018. El total de altas codificadas con el código Z51.5 fueron 122. Por datos de trabajos anteriores hemos elevado el porcentaje de diagnósticos, sin entrar a analizar exhaustivamente los casos, aunque hay que decir que la mortalidad se mantiene. El cambio de código perturba el analisis de la última actividad planteada.
Otra fortaleza encontrada, colateral al proyecto, pero que en la actualidad es de importancia suma, a mi entender, es la garantía de una continuidad asistencial entre Atención Especializada y Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0855

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

Reflexión: para la asistencia es necesario soportes como la Informática. En este mundo de tecnología, es necesario adecuar los recursos técnicos a las necesidades de los profesionales. En este proyecto la disponibilidad de Informática es básica e insustituible.

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/855 ================================== ***

Nº de registro: 0855

Título
IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GAMBOA HUARTE BEATRIZ, FERRANDO LACARTE IGNACIO, LARREA GIMENO JOSE LUIS, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, ASIN MARTIN MARIA VICTORIA, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA LUCIA, SCHADEGG PEÑA DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención a pacientes con enfermedades en fase avanzada. continuidad de cuidados.
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención al paciente necesitado de cuidados paliativos continúa siendo un reto en aspectos: organizativos, asistenciales y en, el primer paso para recorrer la hoja de ruta en equidad y preservar los derechos de usuarios, su identificación y visualización en todos los recursos asistenciales potencialmente tributarios. En la anterior convocatoria presentamos y fue seleccionado el proyecto nº 545. El nuevo Coordinador del Departamento de Informática del Sector I estudió la posibilidad de aplicar la base en nuestro centro, con modificaciones dado que la intranet común está subdividida por centros y los datos ligados al NHC identificativo de centro. Confirmó que para su aplicación requería una refundación de la base y analizamos el impacto/potencia de distribución en los dispositivos asistenciales del Sector I. En estos términos el coste/beneficio de su aplicación resultaba alta. La progresión del uso de la Historia Clínica Electrónica en el ámbito hospitalario y de Atención Primaria está experimentando un crecimiento exponencial con satisfacción manifiesta de sus usuarios. El grupo de mejora establecido está plenamente convencido que la elaboración de informes específicos de alta es una oportunidad para favorecer la visualización.

RESULTADOS ESPERADOS
Ante la imposibilidad de utilizar la base de datos elaborada por la Comisión de Continuidad Asistencial y Cuidados Paliativos del Sector I, por los motivos técnicos argumentados el equipo de mejora analizó pacientes dados de alta en un periodo de 6 meses y que hubiesen sido codificados V66.7.
Del 01/09/2015 al 20/04/2016 dimos de de alta 593 pacientes. 114 paciente se codificaron como V66.7. Solo dos pacientes fueron codificados con V66.7 sin existir referencia directa en el informe de alta. Revisando la HCE de todos los pacientes en OMI solo el 22,8% identificó un diagnostico previo tributario de cuidados paliativos. El procedimiento V66.7 se identificó en el apartado de diagnostico secundario en 65,8% y la necesidad de los mismos en el 76,3% de las evoluciones realizadas. La mortalidad intrahospitalaria fue 58,8%. Los pacientes dados de alta por mejoría solo quedaron registrados en OMI en el 19,1% y por tanto visibles en la HCE de forma directa en la pestaña de sumario clínicos.
Con los resultados de este trabajo concluimos sobre los resultados que se planteaban en el proyecto previo 545 (2015):
1. Difusión del código V66.7/CIAP A99: satisfacción de la difusión dentro del Servicio de la utilización del código V66.7, aunque con posibilidades de mejora. La poca utilización del código CIAP A99 en Atención Primaria de los pacientes derivados. Indicador: Nº pacientes V66.7/Nº pacinetes codificados = 65,8% (estandar 30%).
2. Promover el uso del código: satisfaccción.
3. y 4. Adecuar el registro e inclusión de los pacientes en el mismo: tras el análisis de Coordinador del Departamento de Informatica concluye que las tareas requeridas son de tal magnitud y hacen difícil su aplicación en diferentes niveles asistenciales que su coste/beneficio es altísimo y por tanto no justificable. Indicador: Nº pacientes incluidos/Nº pacientes codificados 0% (estándar 30%).
5.La calidad del registro en el Servicio es buena pero no vemos que se vea reflejada en otros recursos asistenciales.
6. Los residentes colaboran en la elaboración de altas siempre bajo supervisión de un adjunto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0855

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE PALIATIVO: NUEVA ESTRATEGIA DE VISIBILIZACION. MEJORANDO LOS INFORMES DE ALTA Y LA ACCESIBILIDAD DE ATENCION PRIMARIA

MÉTODO
1. Difusión e información a los profesionales del servicio. Sesión de formación acreditada en noviembre de 2016.
2. Creación de informe de alta específico (más formulario) para pacientes subsidiarios de cuidados paliativos (V66.7/CIAP A99).
3. Incorporación de un facultativo de Atención Primaria para seguimiento y detección de debilidades y fortalezas.
4. Descarga directa de los informes de alta médica de pacientes paliativos a los buzones de Atención Primaria: flujo de información y planificación de actuaciones.
5. Sesiones ofertadas a todos los Equipos de Atención Primaria del sector I.
5. Análisis de las altas codificadas (V66.7) y los informes específicos.

INDICADORES
1. Realización de sesión informativa en el servicio de Geriatría. Estándar 100%.
2. Configuración del formulario. Estándar 100%.
3. Informes en buzón de Atención Primaria. Transcripción a OMI. Indicador Nº de informes emitidos/nº de asientos en OMI. Estándar 30%.
4. Sesiones realizadas en Atención Primaria. Indicador: nº de sesiones/nº de centros de AP sector I. Estándar: desconocido.
5. Indicador: Altas de pacientes V66.7/CIAP A99/altas médicas codificadas con V66.7. Estandar 50%.

DURACIÓN
1. Sesión informativa acreditada: noviembre de 2016.
2. Primer trimestre de 2017: elaboración de formulario e informe de alta de paciente (V66.7/CIAP A99).
3. Segundo trimestre de 2017 puesta en marcha de informes de alta y sesiones informativas en centros de Atención Primaria/ESAD.
4. Evaluación de resultados: primer y segundo trimestre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1789

1. TÍTULO

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ERNESTO GARCIA-ARILLA CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMBOA HUARTE BEATRIZ
REBOLLAR TORRES ELENA
PEREZ MILLA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Identificación del PACIENTE PALIATIVO: Nueva estrategia de visibilización; mejorando los informes de alta y la accesibilidad desde Atención Primaria (Proyecto 2016_0855)

Desde el proyecto de mejora de calidad, el grupo con participación de Médico de Atención Primaria, informáticos y geriatras se ha desarrollado un formulario a través del que se crea un informe de alta específico que pueda descargarse de forma directa en los buzones de Atención Primaria para conseguir mejorar el flujo de información y la planificación de las actuaciones.

2. Desde la aplicación informática del programa de prescripción electrónica en el hospital “Dominion”, se está elaborando, desde la pestaña protocolos (“corbata azul”), el Plan de Tratamiento en el paciente necesitado de control de síntomas, los fármacos y las dosis que permitan su aplicación por vía subcutánea o intravenosa con la participación del Servicio de Farmacia. Se ha incorporado ya protocolo farmacológico de Sedación Paliativa consensuado en Sesión Clínica Interdisciplinar con Servicio de Farmacia

3. Desde Enfermería se ha realizado el procedimiento para la atención al paciente agónico (Catálogo de Procedimientos de Enfermería PO - 0913)

4. Sesión acreditada de Formación impartida por la Dra. Gamboa, en la línea del Plan de Comunicación sobre la codificación y registro del paciente paliativo en la Historia Clínica Electrónica (30/11/2016 con registro de la actividad y hoja de firmas)

5. Sesión acreditada de Formación relacionada con el proceso, Atención al Final de la Vida. Cuestiones clínicas, éticas y deontológicas (Dr. García-Arilla) (21/11/2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Complementando lo expuesto en el Proyecto 2016_0855, el FORMULARIO está realizado con dificultades respecto al INFORME por motivos explicados en dicha Memoria.

El cambio en el Código que ha pasado del V66.7 a Z51.5 en la CIE- 10, ha motivado también retraso en el desarrollo del proceso que ha registrado desde 1/1/2017 al 30/9/2017, 142 pacientes en los informes de alta hospitalaria con mención a la aplicación de cuidados paliativos

Se han implementado de forma parcial las alternativas en el Programa de Prescripción Electrónica del "Control de Síntomas" como parte del Plan de Intervención (Sedación paliativa)

El Procedimiento de Enfermería de Cuidados del paciente en Agonía (PO-0913) del Hospital Nuestra Señora de Gracia y sus autores, se encuentra a disposición del personal de enfermería en la INTRANET del Sector Zaragoza 1.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Proceso de Atención al Paciente Geriátrico de Cuidados al Final de la Vida (Cuidados paliativos), registrado en la cartera de servicios de GERIATRÍA requiere continuidad,siempre es un proyecto inacabado y es percibido como imprescindible en nuestro ámbito por profesionales, pacientes y familiares.

La estructura hospitalaria, sin habitaciones individuales, limita el deseo de poder ofrecer, con continuidad, y cuando se necesita, la opción oportuna. La presión asistencial y dificultades organizativas no satisfechas obligan a iniciativas imprescindibles poco escuchadas y sometidas a otras prioridades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1789

1. TÍTULO

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Opción de mejora pendiente mantener la colaboración con Medicina Interna, servicio también implicado en el desarrollo del Proceso.

En este sentido se plantea, la puesta en marcha de un Grupo de Investigación en Cuidados Paliativos en Geriatría: Mejoras organizativas y asistenciales, con la participación de Enfermeras, TCAE, Facultativos de Geriatría y Farmacia y MIR de Geriatría.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1789 ========== ***

Nº de registro: 1789

Título
ATENCION AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA (H NTRA SRA DE GRACIA)

Autores:
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Fase terminal de enfermedad
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Paliativos

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención al paciente necesitado de cuidados orientados a paliar los síntomas en la etapa final de muchas enfermedades continúa siendo un reto en aspectos organizativos y asistenciales. El objetivo de este proyecto es fomentar la consecución de una muerte digna, utilizando los medios que disponemos, procedimentando cada una de las necesidades del paciente y disminuir, en la medida de lo posible, el sufrimiento tanto del paciente como de sus familiares y los profesionales sanitarios que les atienden. Y en los casos que sea preciso mantener una continuidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Las circunstancias que rodean la muerte de una persona no sólo son importantes para quien se va, sino también para quienes se quedan. El objetivo de este proyecto en comprender mejor cuales son aquellas necesidades del paciente y los familiares en los últimos días de su vida, para poder ayudar a un buen morir.

MÉTODO
1- Se incluirá entre los tratamientos predeterminados del sistema farmacéutico de prescripción electrónica con dos objetivos, el primero facilitar la prescripción de los fármacos más habituales y segundo para mejorar la seguridad clínica por la administración de dichos fármacos, por las alertas en caso de errores en dosificación o interacciones farmacológicas.
2- Se llevará a cabo un plan de cuidados de enfermería al paciente agónico por necesidades según el Modelo de Virginia Henderson. El procedimiento será elaborado por un grupo de trabajo constituido por profesionales de las Unidades de Medicina y Geriatría. Revisado por la Comisión de Cuidados del Hospital Nuestra Señora de Gracia. Posteriormente será presentado en sesión conjunta a las dos Unidades Clinicas.
3- Difusión e información a las profesiones del Servicio (sesión acreditada Noviembre 2016).
Creación del informe de alta específico. Sesión con los equipos de atención primaria del sector I.

El proyecto se desplegará en tres objetivos principales :
1-Elaboracion de un protocolo específico de fármacos para el control de síntomas de pacientes con tratamiento paliativo.
2- Puesta en marcha de un procedimiento de cuidados en el paciente agónico por parte del equipo de enfermería y auxiliares. Con el objetivo de potenciar el bienestar y el confort físico y emocional del paciente en los últimos días de vida del paciente, contribuyendo a disminuir el sufrimiento del paciente y con apoyo a los familiares y cuidadores para conseguir una muerte digna.
3-Elaboracion de informes específicos de alta, en aquellos pacientes subsidiarios de continuar con los cuidados paliativos en el domicilio del paciente (V.66/CIAP A99).
Se emitirá una descarga directa del informe de alta médica de pacientes paliativos a los buzones de Atención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1789

1. TÍTULO

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Primaria para mayor flujo de información y planificación de actuaciones.

INDICADORES
- La evaluación se llevará a cabo mediante una encuesta de satisfacción a los profesionales y a los cuidadores principales.
- Numero de informe emitidos /número de asientos en OMI

DURACIÓN
Sesión informativa- Noviembre 2016
Elaboración del procedimiento – Nov 2016-Ene 2017
Inclusión del tratamiento predeterminado en prescripción electrónica- Dic 2016.
Elaboración del formulario e informe de alta – primer trimestre 2017
Puesta en marcha del proyecto- abril 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0132

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA L INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MESA LAMPRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
CAMPOS SANZ ASUNCION
IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL
LABARI SANZ GENOVEVA
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES
NAVARRO CIRUGEDA MARCELINA
ROMO CALVO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Marzo/18 se realiza una reunión inicial de todos los miembros del equipo para repartir el trabajo a realizar. Las dos fisioterapeutas actualizarán toda la información relacionada con transferencias, deambulación y ejercicios. El traumatólogo analizará la información acerca de la osteoporosis y su tratamiento. Las geriatras, la información relacionada con las caídas y su prevención y las enfermeras lo relacionado con la alimentación y disfagia y úlceras por presión.
Con la finalidad de conocer la opinión de los usuarios, se ponen en marcha de forma simultánea dos encuestas que pasan las geriatras a pacientes y/o cuidadores, una (grupo I) a aquellos durante el ingreso hospitalario acerca de la necesidad de información y otra (Grupo II) a aquellos dados de alta previamente acerca de la información no recibida, es decir echada de menos al llegar al domicilio.
Se realizan reuniones parciales de la persona responsable con cada miniequipo de trabajo y una reunión de todo el equipo donde se muestran los resultados de las encuestas y el boceto del folleto final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizan 52 encuestas, 28 a pacientes/familiares/cuidadores hospitalizados (grupo I) y 24 en consulta a pacientes/familiares/cuidadores dados de alta (Grupo II). La media de edad de los encuestados es de 83,4 años los pacientes (32), 59,7 años los familiares (12) y 46 años los cuidadores (8).

Informaciones más demandadas en grupo I: movilidad y transferencias (43%), dietas y nutrición (32%), prevención caídas (25%), complicaciones médicas (21%) y dolor (21%). Mayor preocupación acerca de recuperación de movilidad (43%), complicaciones médicas (36%) y posible mala evolución (25%). En consulta: La mediana de la información facilitada durante el ingreso fue de 6/10 temas diferentes. El mayor sentimiento de información fue acerca de transferencias y ayudas técnicas así como prevención de fractura secundaria. La información menos sentida fue delirium y prevención de UPP. El 75% de los encuestados no echó en falta ninguna información al volver al domicilio. El 25% que necesitó más información, lo hizo sobre temas ya informados, excepto en un caso. La información recibida fue comprensible en el 100% de los casos.

Las principales conclusiones derivadas de la realización de las encuestas fueron: 1. No tiene nada que ver la información emitida con el sentimiento de haberla recibido 2. En una gran mayoría, no observamos diferencias entre los temas informados y aquellos sobre los que quieren ser informados. No obstante, queda clara la necesidad de modificar la forma de hacerlo ya que muchos encuestados no se sintieron informados a pesar de haberlo sido.

Analizados los resultados se comprueba la idoneidad del contenido previsto en el folleto, ya que coincide ampliamente con lo demandado por los encuestados; se considera que algunos de los temas demandadados (problemas médicos que pueden surgir durante el ingreso) se tratarán en el futuro folleto a realizar y que será entregado durante la hospitalización y no al alta.
Durante los meses siguientes se han ido haciendo diferentes versiones del folleto incluyendo imágenes y poco texto para que fuera más comprensible hasta alcanzar la versión final que ha sido aceptada por el director médico.

El folleto abarca los siguientes puntos:
-1.Desplazamientos
1.1 Cómo acostarse y cómo levantarse
1.2 Cómo sentarse y levantarse de las sillas
1.3 Cómo caminar
1.4 Cómo subir y bajar escaleras
1.5 cuándo subir a un coche y cómo hacerlo
1.6 Qué ejercicios hacer en casa
-2 En el cuarto de baño
2.1 Cuándo me puedo duchar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0132

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA L INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA

2.2 Cómo entro en la bañera
2.3 Cómo entro en la ducha
2.4 Necesitaré elevador de inodoro en casa?
-3. Cómo evitar una nueva caída
-4. Aprender a caer y levantarse
-5. Dieta y disfagia
-6. Importancia del tratamiento de la osteoporosis

El 12 de febrero se presenta al Servicio de Geriatría y a la Unidad de Ortogeriatría.

Se ha cumplido el standard ya que el folleto está realizado al 100% y se va a presentar al servicio y Unidad de ortogeriatría en el plazo de 5 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha trabajado con mucha ilusión y gran profesionalidad. El folleto es comprensible y muy gráfico por lo que creemos que tendrá buena acogida. Consideramos que puede ser de gran utilidad.

Hay posibilidades de maquetación y edición de 170 ejemplares anuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/132 ========== ***

Nº de registro: 0132

Título
MEJORA DE LA INFORMACION: ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA LA INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS INTERVENCION POR FRACTURA DE CADERA

Autores:
MESA LAMPRE MARIA PILAR, ALVAREZ GOMEZ ESTHER, CAMPOS SANZ ASUNCION, IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL, LABARI SANZ GENOVEVA, MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES, NAVARRO CIRUGEDA MARCELINA, ROMO CALVO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde que se creó la Unidad de ortogeriatría hasta la actualidad se ha ido perfeccionando la manera de trabajar y cuidando la información dada a los cuidadores tanto en calidad como cantidad. Actualmente reciben información sobre prevención de caídas, fracturas, movilidad, tratamiento de osteoporosis, ayudas técnicas, etc. dada por fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, enfermeros, nutricionista, ortogeriatra y traumatólogo (desde la unidad de prevención secundaria de fractura por fragilidad (UFRA).

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar en un solo documento dicha información de forma ordenada, gráfica, útil, comprensible y barata (que sea posible hacerlo en reprografía).
La información irá dirigida a los pacientes atendidos en la unidad de ortogeriatría, es decir, aquellos que causen estancia en la misma por haber presentado una fractura de cadera.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0132

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN DOCUMENTO QUE RECOPILE TODA L INFORMACION QUE SE LES DA ACTUALMENTE A CUIDADORES Y PACIENTES AL ALTA TRAS LA INTERVENCION POST FRACTURA DE CADERA

MÉTODO
Análisis de toda la documentación que se está repartiendo actualmente a lo largo de todo el proceso. Actualización de la misma por cada integrante del equipo y reunificación de la forma más práctica. Harán falta una reunión de presentación (1), una por cada materia analizada (posturas y desplazamientos, ayudas técnicas, prevención de caídas, tratamiento, nutrición) (5) y una final (1). Total 7 aproximadamente. Sesión de presentación del documento al servicio de Geriatría y Unidad de ortogeriatria.

INDICADORES
El proyecto debe estar acabado en febrero de 2019.
Se considerará alcanzado el estándar si se consigue haber ordenado y unificado todo el material a la espera de la obtención física del cuadernillo que será el límite superior y que ya no depende del grupo de trabajo.

DURACIÓN
- 1ª reunión: marzo 2018 (análisis de la situación)
- trabajo por subgrupos y reuniones con los mismos: De marzo a octubre
- Encuesta a las familias para ver la necesidad de información
- 2ª reunión de todo el equipo: noviembre (puesta en común del trabajo en grupo)
- Presentación del documento: Enero/2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0173

1. TÍTULO

PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GASPAR RUZ
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES
MESA LAMPRE MARIA PILAR
LETOSA BOLEA VICTORIA
LARA GUISANDO EMMA LUZ
VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE
MARCO BES TERESA
PEREZ BERASATEGUI OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración por parte del grupo de un cuestionario de recogida de datos sobre las caídas que han sufrido los pacientes en HDG, tanto en el servicio como fuera del mismo.
Los usuarios han firmado un consentimiento informado para poder hacer uso de los datos en el proyecto de mejora y ajustarnos a la Ley de Autonomía del Paciente y otras disposiciones normativas respecto al uso de datos clínicos.
No se ha realizado el protocolo de información a familiares y cuidadores previsto en el proyecto. Es un aspecto de mejora para la continuidad del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han registrado un total de 63 caídas durante 2018. Se han incorporado los datos recopilados sobre las caídas y se han analizado mediante un programa estadístico a partir del cual se han extraído las conclusiones sobre los factores que hay que abordar para intervenir sobre el problema de las caídas.
Indicadores:
- Ficha de recogida de datos/nº total de caídas de los usuarios. Planteábamos alcanzar un 90% y hemos alcanzado un 94% de registro. Hemos tenido conocimiento de 66 caídas y hemos recogido datos de 63.
- Llamadas realizadas a domicilio /nº de caídas registradas. Planteábamos un 80% y hemos alcanzado un 98% de registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras analizar los datos recogidos mediante programa estadístico se llega a las siguientes conclusiones:
- El 77% de las caídas se produce en el domicilio, el 9,8% en HDG.
- El 48% de las caídas en domicilio se producen en el baño o dormitorio.
- El 32,8% de las caídas se producen durante las trasferencias o deambulación.
- El 57,4 % de las caídas han tenido consecuencias directas sobre la salud del usuario (contusiones, heridas, fracturas).
- El 85% de los usuarios no pudieron levantarse solos tras la caída.
- El 10% precisaron traslado posterior a algún centro sanitario.

Dado los resultados obtenidos entendemos que es necesario iniciar estrategias para abordar el problema de las caídas en el anciano incidiendo en los factores analizados.
Hospital de Día Geriátrico es un recurso apropiado para inciciar programas de prevención de caídas y actuar directamente sobre los factores qeu influyen en las caídas.
Nuestra idea es continuar durante el 2019 y plantear actuaciones concretas de prevención de caídas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/173 ========== ***

Nº de registro: 0173

Título
PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Autores:
GASPAR RUZ MARIA LUISA, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, MESA LAMPRE MARIA PILAR, LETOSA BOLEA VICTORIA, LARA GUISANDO EMMA LUZ, VILLAR DE MARCOS MARIA JOSE, CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS, MARCO BES TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0173

1. TÍTULO

PREVENCION DE CAIDAS EN EL ANCIANO DESDE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Caídas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Detectamos en HDG que nuestros usuarios son un grupo especialmente sensible al problema de las caídas. Los ancianos se caen frecuentemente y las caídas, en este rango de edad, originan graves problemas de salud (síndromes de inmovilidad, fracturas, dependencia, etc), además de gran coste para el sistema sanitario.
En este momento no tenemos una línea de actuación definida en cuanto a estas situaciones.
HDG es un recurso que permite incidir en los factores que propician las caídas, dado que nuestros usuarios permanecen en su domicilio durante el programa de recuperación funcional.

RESULTADOS ESPERADOS
Registrar las caídas que se producen tanto dentro de HDG como las que se producen en los domicilios: cómo, cuándo, dónde,... Analizar posteriormente los datos recogidos para plantear posibles actuaciones que minimicen los riesgos de caída.
Establecer contacto con las familias y cuidadores para informar sobre riesgos en el hogar y facilitar información sobre manejo de estas situaciones en el domicilio: qué hacer, a quién llamar, cómo prevenir,...

MÉTODO
Realizar un documento de recogida de datos sobre las caídas que se produzcan en los domicilios de los usuarios para el posterior análisis de los factores de riesgo más habituales.
Protocolizar toma de contacto con cuidadores, una vez que se ha producido la caída para facilitar información sobre manejo de las caídas en el domicilio.
Realizar base de datos con toda la información recogida.

INDICADORES
Indicador 1: Total caídas de usuarios producidas tanto en el domicilio como en el propio HDG/ realizar ficha de recogida de datos sobre la caída. (Nuestro objetivo sería alcanzar el 90%)

Indicador 2: Llamadas realizadas al domicilio de los usuarios/ total de caídas registradas. (Nuestro objetivo sería el 80%)

DURACIÓN
El proyecto se inicia en Enero de 2018 y finaliza en Diciembre de 2018.

Realización de hoja de registro de caídas (Enero). Los datos serán recogidos por los profesionales de HDG (las dos terapeutas ocupacionales, TCAE, enfermera o celadora).

El contacto telefónico lo realizará la Terapeuta Ocupacional responsable del usuario afectado.

Se realizarán reuniones del grupo de mejora cada dos meses (Febrero, Abril, Junio, Septiembre,Noviembre).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SOFIA SOLSONA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS
CAMPOS SANZ ASUNCION
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
SANZ FRANCO ESTHER
GARCES LAPUENTE SARA
ESTAUN FERNANDEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Protocolo de identificación de pacientes con riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización (DFH): Se ha realizado un protocolo para identificar pacientes con DFH ingresados en el Servicio de Geriatría.
- Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la unidad de agudos del servicio de Geriatría del Hospital Nuestra señora de Gracia que presenten al ingreso pérdida de 1 o más actividades de la vida diaria respecto a la situación previa (medido como pérdida del Índice de Barthel de 5 o más puntos).
- Criterios de exclusión: Pacientes ingresados en la unidad de ortogeriatria, Unidad de Recuperación funcional o paliativos, pacientes con inestabilidad clínica que impida la realización de ejercicio físico durante el ingreso, demencia avanzada, no tener cuidador principal.
- Clasificación de los pacientes: Una vez identificados los pacientes con DFH se clasifican en 3 grupos:
Pacientes que pueden deambular (con o sin ayudas técnicas): se ha realizado una pauta de ejercicio físico multicomponente (potencia, resistencia, equilibrio, marcha) para que se realice durante el ingreso.
Pacientes que no pueden deambular, pero toleran sedestación: se ha realizado una pauta de ejercicio físico multicomponente adaptado.
Paciente encamado: se ha realizado una pauta de ejercicio con movilizaciones pasivas.
- Se explicará por parte del personal sanitario (Médico responsable y/o Enfermería) dichas pautas a la familia, aportando una hoja con los ejercicios a realizar durante el ingreso, se explicará cómo realizarlos con el objetivo de que sea el cuidador principal y/o el paciente quien los haga, con la posibilidad de apoyo de un Fisioterapeuta en los pacientes que se considere por parte del facultativo.
2. Realización de programa de ejercicio físico adaptado por parte del Servicio de Rehabilitación (Médico Rehabilitador y Fisioterapia) según clasificación de los pacientes con DFH (Deambulación, sedestación, encamado).
3. Elaboración de carteles informativos y trípticos sobre información del DFH y la importancia de realización de ejercicio físico que se colocaran en el pasillo de la planta y se darán a los familiares con el objetivo de que participen activamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha realizado el protocolo de detección de pacientes con DFH.
- Pauta de ejercicio físico adaptado según clasificación de los pacientes.
- Elaboración de Folletos y carteles informativos
- Sesiones al personal sanitario del Hospital: 1 sesión en octubre el que acudieron todos los Facultativos y MIR del Servicio de Geriatría, Médicos del servicio de Rehabilitación, Fisioterapeutas y enfermería. Pendiente de dar un taller dentro los cursos de formación del Sector I sobre detección de DFH.
- Reuniones del grupo de trabajo de DFH: Se ha formado un equipo interdisciplinar con Médicos Geriatras, Mir de Geriatría, Médico Rehabilitador, enfermería y auxiliares del Servicio de Geriatría y Fisioterapia. Se han realizado 4 reuniones en el año 2018 para la realización del protocolo, carteles y folletos y distribuir las tareas a realizar por cada miembro.
- Se ha realizado una revisión de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría durante los meses de enero a abril 2018 para identificar el porcentaje de pacientes que presentan deterioro funcional durante la hospitalización y al alta y conocer su perfil y factores de riesgo asociados. Se ha observado que el 25 % de nuestros pacientes presenta DFH al alta, con una pérdida funcional de 15 puntos en el índice de Barthel. La estancia media es más prolongada en estos pacientes y se ha asociado con los siguientes factores de riesgo: encamado las primeras 48 horas, delirium y uso de fluidoterapia y sondaje vesical.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El DFH en pacientes ancianos es muy frecuente y se asocia a múltiples complicaciones, deterioro funcional y cognitivo.
Se ha realizado un protocolo de detección de DFH para realizar una intervención mediante ejercicio físico multicomponente con el objetivo de disminuir la pérdida funcional y las complicaciones derivadas.
En nuestro medio se ha observado que es frecuente que los pacientes que ingresan en Geriatría presenten un importante deterioro funcional, por lo que el programa de ejercicio físico mejorará la calidad de vida y la pérdida funcional asociada a un ingreso hospitalario.
El programa se pondrá en marcha a partir del 2019 y consideramos que es necesario continuar con dicho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

proyecto.
Desde diciembre de 2018 no se trabaja con calidad en la atención del paciente anciano en el Servicio de Geriatría con el equipo de enfermería, por circunstancias ajenas al resto de miembros del grupo de trabajo, por lo que no han realizado las tareas en las que tenían que participar, según distribución que se quedó en las reuniones, y se ha llevado a cabo por el resto de miembros (poster y folleto informativo).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/220 ========== ***

Nº de registro: 0220

Título
PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

Autores:
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES, CHAMORRO LASALA MARIA JESUS, CAMPOS SANZ ASUNCION, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, SANZ FRANCO ESTHER, GARCES LAPUENTE SARA, ESTAUN FERNANDEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los mayores que ingresan en los hospitales en España son 37,8% (INE- 2015). En los hospitales existe gran presión asistencial, burocracia y problemas de comunicación que comprometen la mejoría del anciano.
El anciano fisiologicamente presenta modificaciones en la composición corporal, en piel, en sistema musculo-esquelético, etc que predisponen a sufrir complicaciones, pluripatología, polifarmacia con mayor deterioro funcional y cognoscitivo
Los mayores necesitan una especial atención en los cuidados hospitalarios.
CONCEPTOS:
-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO (DFH): pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad de la vida diaria básica en el momento del alta respecto a la situación funcional considerada como 2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda. Durante el ingreso será posible la recuperación funcional adoptando medidas adecuadas.
-DETERIORO PREHOSPITALIZACIÓN: deterioro funcional desde el inicio de la enfermedad aguda previo a la hospitalización. Se consideran dos semanas previas al ingreso. No es susceptible de modificar desde el medio hospitalario y sí desde atención primaria.
-DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO GLOBAL
(DFH GLOBA)L: suma del deterioro funcional prehospitalario
y DFH.
PREVALENCIA:
Gran variabilidad según los trabajos consultados, población estudiada, metodología o unidad hospitalaria valorada siendo de 70, 6% a 88%
FISIOPATOLOGÍA DEL DFH:
El DFH se debe a los cambios del envejecimiento mencionados previamente y a los factores asociados a la hospitalización como disminución de la movilidad, aislamiento social, dietas restrictivas, uso de catéteres, sujeciones físicas, camas altas, barandillas, polifarmacia.
FACTORES DE RIESGO:
Favorecedores de este DESACONDICIONAMIENTO son: MODIFICABLES: inmovilidad, delirium, polifaramcia, rutinas hospitalarias clásicas
NO MODIFICABLES: edad, deterioro funcional previo, deterioro cognitivo.
CONSECUENCIAS DFH:
El DESACONDICIONAMIENTO hospitalario conlleva a peor evolución clínica, mayor numero complicaciones (caídas, delirium, deshidratación, desnutrición, UPP, infecciones). Aumentando los recursos sanitarios y mortalidad: 41% al año del alta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0220

1. TÍTULO

PROGRAMA DETECCION, CLASIFICACION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

RESULTADOS ESPERADOS
1ª)IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN PACIENTE DE RIESGO DE DFH.
Se diseñará un PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO DE DFH utilizando herramientas de screening y se elaborarán CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
2ª)INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN con la elaboración de un PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO de forma individual al paciente anciano
3ª)IMPLICAR a todos los profesionales sanitarios y familiares mediante la elaboración de:
- FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO
- CARTELES
Los resultados que se esperan obtener es mejoría en las actividades de la vida diaria básicas y secundariamente estabilización clínica, menor complicaciones, menor mortalidad
Cooperan los Servicios de Geriatría y Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia

MÉTODO
PLAN DE COMUNICACIÓN con el resto del personal sanitario y familias se realizarán:
-Sesiones informativas: en las reuniones y/o sesiones que a su vez tienen lugar dentro de cada servicio y/o unidad: rehabilitación, geriatría, enfermería, fisioterapia.
-Talleres a las familias.
-Folleto en formato tríptico y carteles
B- REUNIONES DE EQUIPO se fijaran cada 2 meses
C-RECURSOS MATERIALES se utilizaran Fotocopiadora, Ordenador, Aula de docencia. Podría habilitarse una zona del pasillo de Geriatría B e incluso una habitación para reunir a pacientes y familias

INDICADORES
-Número pacientes de riesgo de DFH / número total de pacientes ingresados
-Ganancia funcional absoluta=IBA (Índice Barthel al alta)-IBI (Índice de Barthel al ingreso). Siendo una Ganancia funcional absoluta adecuada > 20 y excelente > 35 puntos
-Eficiencia: IBA-IBI/estancia. Siendo una actividad rehabilitadora moderada: > 0,5 e intensa: >1.
-Nº asistentes personal sanitario de rehabilitación / nº total de personal sanitario adjudicado a rehabilitación
-Nº asistentes personal sanitario de geriatría / nº total de personal sanitario adjudicado a geriatría.
-Encuesta de satisfacción a los familiares y cuidadores asistentes a los talleres.

DURACIÓN
CRONOGRAMA:
- Abril-Septiembre 2018 :
+Diseño del PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE RIESGO
+ Elaboración de FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO-CARTELES
-PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS
-De Septiembre -Octubre 2018:
+ Difusión PROGRAMA DE INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN Y DEL PROGRAMA DE EJERCICIO ADICIONAL ADAPTADO
-A partir Octubre 2018:
Ejecución de PROGRAMA DE EJERCICIOS ADAPTADOS .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN CANOVAS PAREJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARI SANZ GENOVEVA
MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ
HELLIN GRACIA MARIA JESUS
GASPAR RUZ MARIA LUISA
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN
JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Historia del Proyecto:
El cuidador habitual del paciente geriátrico con deterioro funcional y en especial de aquellos con problemas cognitivos y de inmovilidad, está expuesto a una gran carga diaria de trabajo físico y estrés emocional que se prolonga en el tiempo.
En nuestro Servicio ha habido en los últimos años diversas iniciativas encaminadas a la formación del cuidador en diferentes ámbitos como atención a los problemas de deglución (grupo de mejora de Disfagia) o recomendaciones para la movilidad a los cuidadores de pacientes con fracturas de cadera o ictus (Fisioterapia Servicio de Rehabilitación).
En la “Consulta del cuidador” ubicada en las consultas externas del Servicio de Geriatría, dependiente de una enfermera experta en la atención a pacientes con demencia, se realiza asesoramiento a las familias cuidadoras sobre diversos aspectos de la enfermedad y su manejo.
En el año 2014 se formó en el Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza) un grupo multidisciplinar de “Apoyo al cuidador” concienciado con la necesidad de mejorar la atención a los cuidadores de los ancianos dependientes, y desde entonces se han realizado diversos proyectos de mejora para cuidadores informales (familias o cuidadores profesionales):
-2015 “Formación al cuidador sobre el manejo del paciente con disfagia (II). Implantación y evaluación de medidas de mejora a nivel de Hospitalización”.
-2016-2017 “Formación al cuidador del paciente geriátrico: consejos prácticos sobre aspectos nutricionales, problemas de movilidad y atención a los trastornos de la conducta en el paciente con deterioro cognitivo”.

El objetivo del Proyecto en el año 2018 es continuar con esta línea de trabajo “Cuidando al que cuida” mediante dos iniciativas complementarias:
1 Continuar formando a cuidadores informales:

En el año 2018, el Hospital Nuestra Señora de Gracia se han realizado dos “talleres de formación” en abril y noviembre de 2018 con buenos resultados en asistencia y en encuestas de satisfacción. Los asistentes han sido familiares y cuidadores profesionales de pacientes ingresados en los S de Medicina Interna y Geriatría del Hospital y de consultas externas de geriatría (consulta de Apoyo al cuidador). Los temas a tratar han sido los mismos de la edición anterior, aumentando el contenido de algunos de ellos como las complicaciones del Sd Inmovilidad. Han sido talleres eminentemente prácticos donde los cuidadores han podido desde hacer una cama, asear o levantar a un paciente que no colabora, preparar espesantes o resolver sus múltiples dudas en el mundo de las demencias, entre otras cosas.
Se ha preparado y entregado las presentaciones en formato Power point y material gráfico escrito a los asistentes.

Ha habido una alta participación en los cursos con una media de 25 participantes en cada taller con predominio de cuidadores profesionales. Algunos de ellos han solicitado volver a acudir a próximas ediciones.
Se han realizado evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción con resultados muy positivos 100%
Preguntas planteadas:
¿Le ha parecido interesante el tema tratado? 100% responden si
¿Le ha parecido útil? 100% responden si
¿La exposición ha sido sencilla? 100% responden si
¿Lo recomendaría a otro cuidador? 100% responden si

2 En 2018 nos planteamos Formar a profesionales sanitarios (diplomados de enfermería y auxiliares de enfermería), en aspectos relacionados con la atención al anciano, para qué a su vez, puedan “dar formación” a cuidadores en su entorno profesional (Atención Primaria u Hospital). Una adecuada formación del personal sanitario, repercute en la mejor atención del paciente y de su cuidador y permite a su vez dar recomendaciones a las numerosas dudas que pueden surgir a lo largo de la evolución de la enfermedad crónica.

En el año 2018 en nuestro Sector I se ha realizado en mayo de 2018 el Curso del SALUD: “Formación al cuidador del paciente geriátrico: problemas en la alimentación y movilidad, manejo de alteraciones de conducta en demencias”, dirigido a Diplomados de enfermería y Auxiliares de enfermería. Ha sido acreditado por la Comisión de Formación continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón, del departamento de sanidad del Gobierno de Aragón.
Sus objetivos específicos fueron:
Mejora en la formación de los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores en Centros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

hospitalarios o Centros de Salud en aspectos como la alimentación, la movilidad o los cuidados en la demencia.
Difundir estas actividades educativas entre los familiares y cuidadores habituales de estos pacientes.
Número de asistentes: 20.
Encuestas de satisfacción remitidos por la coordinadora de formación del sector:
Valoración general del curso: Puntuación global: 8,71 (Grado de satisfacción: 9,15, aspectos organizativos 8,05, contenido de actividad: 8,61).
Valoración del profesorado: Entre 8.47-9,20

Duración y calendarios realizados
1. Preparación curso, captación alumnos y 1ª sesión taller familiares: 1er trimestre 2018/abril 2018.
2. Talleres formación personal del SALUD: mayo 2018.
3. Tercera sesión formación a familiares: noviembre 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados conseguidos
-Mejora del nivel de formación de las familias o cuidadores profesionales evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.
-Mejora del nivel de formación de los profesionales del SALUD evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

Método y actividades realizadas
-Formación y mantenimiento del grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, nutricionista, enfermera responsable de consulta del cuidador y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital. En el año 2018 se ha incorporado una nueva enfermera del hospital.

-Organización del contenido de los Talleres de Formación al cuidador familia o cuidador profesional a realizar a lo largo de 2018 (2 ediciones, en abril y noviembre de 2018).
-Organización del contenido de los Talleres de Formación al profesional del SALUD Sector I, realizado en mayo de 2018.
Preparación de curso con temas prácticos y contenido didáctico. Entrega de material didáctico al alumno.

-Evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción.

Indicadores: evaluación y seguimiento
-Número de cuidadores informales que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/cuidadores que han acudido a talleres X 100: Número de asistentes: 24 asistentes por curso. 100% resultado satisfactorio.

-Número de profesionales sanitarios que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/profesionales sanitarios que han acudido a talleres X 100: 20 asistentes. 100% satisfacción > 8,4/10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Objetivos: 2019:
Continuidad de las dos ediciones de los dos tipos de talleres. El equipo de mejora está satisfecho con los resultados de esta edición de Talleres de apoyo al cuidador del paciente geriátrico con su alta participación y con los buenos resultados en las encuestas de satisfacción de los participantes.
Se considera finalizado el Proyecto de Calidad pero se continuará desarrollando en los próximos años de forma normalizada en el Hospital Nstra Sra de Gracia de Zaragoza dentro de las actividades habituales del Servicio de Geriatría/Hospital.

7. OBSERVACIONES.
Fue considerado por la Unidad de Calidad como continuación del Proyecto 2016/2017: Formación al cuidador del paciente geriátrico: consejos prácticos sobre aspectos nutricionales, problemas de movilidad y atención a los trastornos de la conducta en el paciente con deterioro cognitivo.
Miembros del equipo de trabajo 2016/2017:
Genoveva Labari Sanz. Enfermera enlace, Beatriz Monterde Hernández. Nutricionista . M Jesús Hellín Gracia. Enfermera Responsable de consulta cuidador S. Geriatria, Maria Luisa Gaspar Ruz. Terapeuta ocupacional Marta González Eizaguirre*. Residente geriatría MIR 4, Carmen Deza Pérez*. Residente geriatría MIR 4, Ignacio Ferrando Lacarte* Residente geriatría MIR 4 (*no están en proyecto 2018) .
Ruego sea entregado tambien en correspondiente certificado a los miembros del equipo de trabajo de esta edición
Muchas gracias

*** ========== Resumen del proyecto 2018/384 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

***

Nº de registro: 0384

Título
CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

Autores:
CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, LABARI SANZ GENOVEVA, MONTERDE HERNANDEZ BEATRIZ, HELLIN GRACIA MARIA JESUS, GASPAR RUZ MARIA LUISA, ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN, JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologia cronica del anciano
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Problema u oportunidades de mejora seleccionada
En el año 2014 se formó un grupo multidisciplinar de “Apoyo al cuidador” concienciado con la necesidad de mejorar la atención a los cuidadores de los ancianos dependientes, y desde entonces se han realizado diversas proyectos de mejora. El objetivo del Proyecto en el año 2018 es continuar con esta línea de trabajo “Cuidando al que cuida” mediante dos iniciativas complementarias:

1 Formar al cuidador principal del paciente mayor tanto familiares directos como profesionales.
El cuidador habitual del paciente que viven en el domicilio, esta expuesto a una gran carga de trabajo físico y estrés emocional. En nuestro servicio ha habido diversas iniciativas encaminadas a la formación del cuidador en diferentes ámbitos como los problemas de deglución o de movilidad en fracturas de cadera o ictus. En la “consulta de enfermería del cuidador” se realiza asesoramiento a las familias sobre diversos aspectos de la demencia.
En los dos últimos años y dentro de las iniciativas de mejora de la Calidad del SALUD se ha desarrollado Proyectos de calidad en esta línea:

-2015 “Formación al cuidador sobre el manejo del paciente con disfagia (II). Implantación y evaluación de medidas de mejora a nivel de Hospitalización”.

-2016-2017 “Formación al cuidador del paciente geriátrico: consejos prácticos sobre aspectos nutricionales, problemas de movilidad y atención a los trastornos de la conducta en el paciente con deterioro cognitivo”.

En el año 2018, el Hospital Nuestra Señora de Gracia se han organizado tres “Talleres de formación” con buenos resultados en encuestas de satisfaccion:
- Taller de Recomendaciones en alimentación y Disfagia.
- Taller de Movilización del paciente geriátrico.
- Taller de Demencia y manejo de problemas de conducta.

2 Formar a profesionales sanitarios en aspectos relacionados con la atención al anciano, para a su vez, puedan “dar formación” a cuidadores en su entorno profesional (Atención Primaria u Hospital). Una adecuada formación del personal sanitario, repercute en la mejor atención del paciente y de su cuidador y permite a su vez dar recomendaciones a las numerosos dudas que pueden surgir a lo largo de la evolución de la enfermedad crónica.

En el año 2018 en nuestro Sector se van a realizar, el Curso: “Formación al cuidador del paciente geriátrico: problemas en la alimentación y movilidad, manejo de alteraciones de conducta en demencias”, dirigido a Diplomados de enfermería, Auxiliares de enfermería, Terapeutas ocupacionales y Logopedas.
Objetivos específicos:
-Mejora en la formación de los profesionales sanitarios que atienden a personas mayores en Centros hospitalarios o Centros de Salud en aspectos como la alimentación, la movilidad o los cuidados en la demencia. Difundir estas actividades educativas entre los familiares y cuidadores habituales de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados que se espera conseguir
-Mejora del nivel de formación de las familias o cuidadores profesionales evaluado mediante el grado de satisfacción respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.
-Mejora del nivel de formación de los profesionales del SALUD evaluado mediante el grado de satisfacción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0384

1. TÍTULO

CUIDAR AL QUE CUIDA: FORMACION AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO

respecto a la formación recibida. Evaluación de resultados.

MÉTODO
Método y actividades para mejorar
-Formación del grupo de mejora interdisciplinar formado por médicos del Servicio de geriatría, enfermera de enlace, nutricionista, enfermera responsable de consulta del cuidador y terapeuta ocupacional de nuestro Hospital.

-Organización del contenido de los Talleres de Formación al cuidador familia o cuidador profesional a realizar a lo largo de 2018 (2 o 3 ediciones, la primera en abril de 2018).
-Organización del contenido de los Talleres de Formación al profesional del SALUD Sector I, con fecha prevista en mayo de 2018.
Preparación de curso con temas prácticos y contenido didáctico. Entrega de material didáctico al alumno.

-Evaluación de resultados mediante encuesta de satisfacción.

INDICADORES
Indicadores: evaluación y seguimiento
-Número de cuidadores que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/cuidadores que han acudido a talleres X 100

-Número de profesionales sanitarios que han acudido a los talleres con encuesta de satisfacción positiva/profesionales sanitarios que han acudido a talleres X 100

DURACIÓN
Duracion y calendarios previstos
1.Preparación curso, captación alumnos y 1ª sesión taller familiares: 1er trimestre 2018.
2.Talleres formación personal del SALUD: Segundo trimestre 2018.
3.Tercera sesión formación a familiares: Tercer trimestre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR OCHOA CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA
SCHADEGG PEÑA DANIEL
JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA
PEREZ MILLA MARIA ANGELES
FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. ESTUDIO DE PORCENTAJE DE PACIENTES DE DELIRIUM DURANTE EL INGRESO Y FACTORES ASOCIADOS (en muestra seleccionada y excluyendo fallecidos)
2. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LOS INGRESOS
3. INICIO DE IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Resultado del estudio 15 enero-15 abril 2018 (3 meses):
Porcentaje de personas con delirium durante el ingreso: 23.62%, edad media 87.73 años, mayor porcentaje de delirium en mujeres (en 56.5% de ellas), con diagnóstico de demencia el 21.7%, y con una estancia media de 12.07 días. Su comorbilidad era alta con una media deI índice de Charlson de 2.65 (R 0-11). Un 80.4% de ellos con polifarmacia (más de 6 fármacos)
Comparados los pacientes con delirium con el resto de ingresados: Los pacientes que tiene delirium tienen mayor pérdida funcional, mayor polifarmacia y una estancia media que supera los 12 días.
2. Elaboración de un protocolo:
Se ha empezado a elaborar el protocolo, una vez detectados lo factores de riesgo más frecuentes con medidas generales y particulares hacia los pacientes de mayor riesgo
3. Implantación de medidas:
3.1. Resolución de los problemas de retención de orina con sondaje evacuador preferentemente, no sondaje permanente.
3.2. Revisión de fármacos y retirada de los no indicados. Especial vigilancia en la retirada escalonada de psicofármacos para evitar abstinencia.
3.3. Control de dolor adecuado, con utilización de escalas para el dolor (pendiente implantar escalas para paciente con demencia) y prescripción de fármacos con evaluación diaria del control y ajuste de la prescripción.
3.4. Vigilancia de parches de parches de analgésicos mayores, para sustituirlo si hubiera pérdida accidental y detectar la duplicidad de parches.
3.5. Colocación de calendarios y reloj en las habitaciones (calendarios elaborados, falta la colocación en las habitaciones, falta incluir reloj).
3.6. Explicar a familiares y cuidadores la importancia del acompañamiento en las primeras 24 h (pendiente elaborar una hija informativa para dejar en cada habitación)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El porcentaje de delirium en el servicio de geriatría es alto y hay peor pronóstico en estos pacientes, con mayor estancia media y mayor polimedicación.
Se quiere mejorar las cifras con implantación de medidas de prevención de delirium, ambientales y asistenciales.
Se está trabajando en la elaboración de un protocolo y se quiere mejorar la información a familiares y cuidadores.
Se recomienda seguir trabajando en esta línea para mejorar el pronóstico y la calidad asistencial en los pacientes con delirium en el Servicio de Geriatría.

7. OBSERVACIONES.
Queda pendiente finalizar la implantación de medidas
Queda pendiente la redacción del protocolo
Queda pendiente la segunda evaluación:
- % de delirium durante ingreso
- % de polifarmacia en pacientes con delirium
- % de perdida funcional en pacientes con delirium
- Estancia media en pacientes con delirium
- % de medidas de prevención implantadas

Previsto seguir en 2019.
Nota: Una de las componentes del equipo, cambio de Servicio, y voluntariamente dejó este equipo de mejora. En vez de 8 miembros lo componen 7.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/457 ========== ***

Nº de registro: 0457

Título
IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
OCHOA CALVO MARIA PILAR, SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, SCHADEGG PEÑA DANIEL, JIMENEZ CLEMENTE GABRIELA, ESTAUN FERNANDEZ TERESA, PEREZ MILLA MARIA ANGELES, FORMIGOS BLANQUE JOSE VICENTE, OLARTE MOLINERO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología que ingrese en el servicio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La prevalencia de delirium en ancianos hospitalizados es alta, pudiendo llegar a ser mayor de 50%. Este cuadro se asocia con un empeoramiento del pronóstico, en muchas ocasiones prolonga la estancia, empora la función y puede asociarse a más mortalidad; además requiere utilizar fármacos potencialmente dañinos y más asistencia del personal de enfermería.
La prevención puede ser la estrategia más efectiva para disminuir su frecuencia y sus complicaciones. Las medidas de prevención pueden ser farmacológicas pero también no farmacológicas. Hay evidencia actual que apoya la implementación de medidas no farmacológicas de forma sistemática, como una medida fácil y eficaz además de costo-efectivas. Esta evidencia no es tan alta para las medidas farmacológicas.
La situación en el servicio de geriatría es de ingresos de pacientes en fase aguda que con frecuencia sufren delirium durante la hospitalización. En torno a un 30-40% de los episodios de delirium pueden prevenirse con medidas no farmacológicas con intervenciones dirigidas al cuidado del anciano hospitalizado siguiendo protocolos de detección precoz y con plan de cuidados preventivos.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar medidas para que se pueda disminuir la incidencia de delirium en el paciente geriátrico ingresado en la unidad de geriatría.
Incorporar medidas de fácil aplicación en la rutina de los cuidados de auxiliares y enfermeras.
Disminuir el número de psicofármacos pautados de urgencia
Elaborar un protocolo de detección precoz con un plan de cuidados adecuado.

MÉTODO
1. Identificar pacientes con alto riesgo de delirium en las 24 h primeras del ingreso
2. Poner en marcha medidas sistemáticas para prevenir aparición de delirium
a. Para este primer año se harán:
i. Crear un medio ambiente apropiado. Luz, temperatura, calendario, reloj
ii. Comunicación verbal con frases cortas, tranquilizadoras.
iii. Favorecer el silencio nocturno y el descanso, evitando acciones por la noche no necesarias.
iv. Corregir estreñimientos o retención de orina, antes de llegar la noche
v. Buen control del dolor

INDICADORES
Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con diagnóstico de delirium. Indicador % de delirium/ semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.
Se recogerán durante 2 meses, todos los ingresos con medicación condicional administrada durante la noche. Indicador % de pacientes que han sido medicados/semana. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.
Se recogerán durante dos meses las medidas implantadas de prevención. Indicador: % de medidas preventivas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0457

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCION DE DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN TODO EL SERVICIO DE GERIATRIA

cumplimentadas. Se repetirá ese periodo de dos meses 3 veces más en el año.

DURACIÓN
Año 2018- 2019: 12 meses
Implantación de medidas:
Elaboración de un protocolo e implementación en planta: durante 4 meses primeros.
Pasados estos 4 meses, se evaluara si se cumplen las medidas en un día de evaluación en dos ocasiones durante el año
Recogida de datos:
Se recogerán datos en un periodo de 2 meses. Todos los ingresos realizados en esos 2 meses.
Se repetirá 4 veces en el año, de forma que estarán valorados los ingresos durante 8 meses no correlativos.
Datos a recoger: edad, sexo, diagnóstico demencia, infección, retención urinaria, impactación fecal, dolor, problemas de oxígeno, hidratación, nutrición, medidas ambientales adecuadas, intervención sanitaria evitable en horas de descanso, psicofármacos pautados de urgencia.
Calendario:
Implantación los 4 primeros meses
Evaluación los meses: 1-2, 4-5, 7-8 y 10-11

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE ORDOVAS TERESA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BALLESTERO DELGADO SILVIA
SANZ FRANCO ESTHER
CONCEJERO PARDOS ROSA
FELEZ RODRIGUEZ ESTHER
HUERTAS AGUAYO MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Abril 2018: Detección del problema. Detectamos que existe en el personal de nueva incorporación, sustitutos y de prácticas una clara falta de información respecto al funcionamiento y las normas básicas de la Unidad, así como las tareas y actividades de enfermaría en el servicio de Geriatría.
-Tras la detección del problema se plantea la creación del grupo de trabajo para abordarlo. Reunión de equipo para consensuar criterios.
-Reparto de tareas: Cada miembro del equipo de trabajo se ocupa de desarrollar una parte de las funciones, normas y actividades que se realizan en la Unidad para, una vez revisado incluirlo en la guía de cronografía.
Mayo 2018: Una vez finalizada la guía se presenta y entrega al resto de enfermeros del servicio, estudiantes en prácticas y al nuevo personal que llega a la unidad.
Junio 2018: Reunión de equipo. Se decide elaborar una encuesta de valoración. Diseñamos una encuesta corta que monitorice los objetivos principales: alcance de la guía y si sus contenidos son adecuados y resultan útiles.
Junio-Septiembre-Enero 2019: Recogida de datos mediante encuesta y análisis de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos a conseguir son:
• Proporcionar al nuevo personal y a los estudiantes de enfermería una guía de referencia que recoge todas las tareas a realizar por enfermería en cada momento.
• Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.
• Proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y unificados, de acuerdo con las normas y filosofía del centro para conseguir una asistencia integral y continuada a los pacientes de nuestra unidad
• Mejorar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera
• Favorecer la comunicación entre los enfermeros y evitar omisiones y repeticiones.
• Centralizar la formación y disminuir la carga formativa al resto del equipo.
Para comprobar la utilidad y grado de calidad del proyecto usaremos los siguientes indicadores:
Indicadores de estructura:
-Realizaremos un control de dos protocolos que se desarrollan en la guía de cronografía:
* La revisión mensual del carro de RCP: según nuestro protocolo debe realizarse una revisión mensual del carro de paradas de la Unidad en el turno de noche del primer sábado de cada mes y debe quedar registrado. Comprobamos que está correctamente realizado y registrado en los últimos 6 meses
* El registro de heridas y UPP de las gráficas de Enfermería: Dada la elevada incidencia de UPP en el paciente geriátrico, la prevención y tratamiento de las mismas son de suma importancia.
Valoramos la correcta detección, seguimiento y registro de las UPP desde el ingreso hasta el alta hospitalaria reflejada en las Hojas de Registro y Seguimiento de UPP mediante una auditoría realizada un día al azar sin previo aviso en la Unidad.
Indicadores de proceso:
-Registraremos la entrega del manual a la población diana indicada.
Indicador de resultado:
-Realizaremos una encuesta al personal de nueva incorporación a la unidad y a los estudiantes de enfermería en prácticas que contenga preguntas relativas a la utilidad y grado de satisfacción de esta guía entregada a su llegada.
-Fuentes y método de recogida de datos:
Se realiza encuesta directa al personal que ha recibido la guía. Esta encuesta incluye las siguientes preguntas cerradas (respuesta Sí o No):
• ¿han leído la guía?
• La información proporcionada por la guía, ¿te ha sido de utilidad?

-Resultados alcanzados e impacto del proyecto:
• Registro de la revisión del carro de paradas: 66%
• El registro correcto de heridas y UPP de las gráficas de enfermería:100%
• Número total de enfermeros/as encuestados: 12
• Enfermeros/as que lo han leído: 12
• Enfermeros/as que les ha resultado útil la guía en el desempeño de sus funciones en la unidad: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

REVISIÓN MENSUAL DEL CARRO DE PARADAS:
En el mes de Enero de 2019 hemos valorado si se ha realizado la revisión mensual del carro de paradas en los últimos 6 meses. Para ello comprobamos que el registro de revisión del carro estuviera cumplimentado. En este registro consta; la fecha de apertura, el número de sellado, los nombres y firmas de los enfermeros que lo revisaron y los materiales o fármacos que cambiaron por su próxima caducidad. Los resultados se detallan a continuación:
* Mes de agosto: Se revisó
* Mes de septiembre: No consta que se revisara
* Mes de octubre: Se revisó en la fecha prevista y se abrió 2 veces en caso de urgencia
* Mes de noviembre: Se revisó
* Mes de diciembre: No consta que se revisara
* Mes de enero: Se revisó
En un 33´33% no consta que se revisara, frente al 66´66% que sí se revisó.

CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE CURAS DE HERIDAS Y REGISTRO DE UPP:
Durante el ingreso todos los pacientes son valorados con la escala de Norton (prevención de UPP) y clasificados en dos grupos según su puntuación:
.Cartel con su nombre en cartulina verde(Norton>14: Riesgo mínimo o sin riesgo
.Cartel con su nombre en cartulina amarilla(Norton<14): Riesgo muy alto, alto o medio. Estos pacientes duermen sobre colchón de aire desde el ingreso. Se les aplica AGHO (ácidos grasos hiperoxigenados) durante el aseo y al acostar en las zonas de presión y se les colocan taloneras y/o calcetines para prevenir las ulceras en talones.
Todos los pacientes tienen su cartel con el nombre en la cabecera de la cama y el Norton se refleja en la valoración de Enfermería, en la gráfica de enfermería, en el libro de ingresos y en la hoja de registro de UPP (la mayoría extrahospitalarias)
Cuando un paciente presenta al ingreso una UPP o una herida (extrahospitalarias) se valora y se cura por parte de la enfermera y se abre una hoja de UPP o una hoja de curas. Del mismo modo, si aparece una UPP o una herida Intrahospitalaria también se cumplimentará..
El uso de estos registros y su correcta cumplimentación, lo hemos elegido como indicador de que el personal nuevo y antiguo conoce los protocolos que se recogen en el manual de actividades de enfermería de nuestro servicio
Para ello realizamos una auditoria el día 9 de febrero del 2019, sin previo aviso al personal de la planta. En este día había un total de 29 camas ocupadas sobre las 39 camas disponibles de la unidad de geriatría.
De los 29 pacientes ingresados: * 3 pacientes presentaban heridas y las tres gráficas de enfermería recogían su correspondiente hoja de heridas con la localización-descripción de la herida, el tipo de cura y el último día de la cura:
204-1: Cura de herida mastectomía
209-2: Scalp en ambas extremidades superiores
211-1: Scalp en extremidad inferior dcha
* EL paciente de la habitación 220-2 presentaba una UPP en glúteo derecho (grado II) y UPP en glúteo izquierdo (grado IV) y heridas de tipo scalp en ambas EEII. En su carpeta de enfermería se recogía tanto el registro de UPP como el registro de heridas, los dos debidamente cumplimentados
* 9 pacientes presentaban UPP y en todos los casos estaba recogida y bien cumplimentada el registro de UPP:
205-2: UPP en espalda (grado I)
206-1: UPP en talón dcho (grado II) y talón izquierdo (gradoII)
208-1: UPP en talón izquierdo (grado II) y sacro (grado II)
210-2: UPP en espalda (grado I). INTRAHOSPITALARIA
212-2: UPP en sacro (grado I)
214-2: UPP en sacro (grado I)
215-2: UPP en maléolo izquierdo (grado I)
219-1: UPP en sacro (grado II)
220-1: UPP en maléolo izquierdo (grado III)
* El paciente de la habitación 203 presentaba ulceras vasculares en ambas EEII y tenía recogido y cumplimentado su seguimiento en el registro de Ulceras
Concluyendo:
4 pacientes de los 29 pacientes ingresados presentaban heridas y los 4 tenían recogido y cumplimentado el registro de hojas de heridas (100%)
11 pacientes presentaban ulceras (10 UPP y 1 de tipo vascular) y los 11 pacientes tenían recogidas y cumplimentadas las correspondientes hojas de registro. (100%).
Con estos resultados deducimos que la guía cronológica alcanza los objetivos planteados en este proyecto de mejora.

7. OBSERVACIONES.
Revision periódica de la Cronografia así como monitorización de su eficacia

*** ========== Resumen del proyecto 2018/847 ========== ***

Nº de registro: 0847

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Título
GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
ORDOVAS TERESA MARIA JOSE, BALLESTERO DELGADO SILVIA, SANZ FRANCO ESTHER, CONCEJERO PARDOS ROSA, FELEZ RODRIGUEZ ESTHER, HUERTAS AGUAYO MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfocado al personal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención continuada al paciente anciano es el pilar fundamental de la intervención enfermera, cuya pertinencia debe ser valorada constantemente para evitar realizar intervenciones puntuales o finalizadas precózmente sin un seguimiento oportuno y necesario, que son contraproducentes.

Ante la incorporación de personal nuevo con relativa frecuencia en la unidad de Geriatría, vemos necesaria la elaboración de una guía de cronograma y tareas de enfermería, que facilite la labor de dichos profesionales desde el primer momento, y que sirva como herramienta de trabajo que unifique la manera de llevar a cabo los cuidados propios de la enfermería, ya que en dicha guía se detallan la cronografía y tareas a realizar en cada momento.

Esta guía también se entregará a los estudiantes de enfermeria en prácticas en la unidad de Geriatría, al resto de la plantilla de enfermeras y a las compañeras del pool.

RESULTADOS ESPERADOS
-Aclarar información al nuevo personal tras su reciente incorporación: estructura física de la unidad, estructura del personal, de turnos, lencería/vestuarios, herramientas informáticas disponibles, etc.

-Centralizar la formación y disminuir la carga formativa al resto del equipo

-Proporcionar unos cuidados de enfermería de calidad y unificados, de acuerdo con las normas y filosofía del centro, para conseguir una asistencia integral y continuada a los pacientes de nuestra unidad

-Mejorar la continuidad de los cuidados en la atención enfermera

-Facilitar al nuevo personal y a los estudiantes de enfermería una guía de referencia que recoge puntualmente las tareas a realizar por enfermería en cada momento.

-Favorecer la comunicación entre los enfermeros y evitar omisiones y repeticiones.

-Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.

MÉTODO
Para la elaboración de la guía de cronograma y tareas, serán precisas varias reuniones de equipo quincenales en las cuales pondremos en común las partes trabajadas.

Cada miembro del equipo de trabajo se ocupará de desarrollar una parte de las funciones, normas y actividades que se realizan en la unidad y el resto lo complementará.

Esta guía, una vez finalizada, se presentará y entregará al resto de enfermeros del servicio, enfermeros en prácticas y al nuevo personal que llegue a la unidad.

Contaremos con los recursos materiales que nos ofrece el servicio, tales como ordenador, acceso a la red, carros de curas, de parada cardiorrespiratoria, farmacia, etc.

INDICADORES
Para comprobar la utilidad y grado de calidad del proyecto los Indicadores que usaremos serán:

Indicadores de estructura:

-Realizaremos un control de los protocolos que se desarrollan en el manual (como la revisión mensual del carro de RCP cada primer sábado de mes o el registro de heridas y UPP).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0847

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Indicadores de proceso:

-Registraremos la entrega del manual a la población diana indicada.

Indicador de resultados:

-Realizaremos una encuesta al personal de nueva incorporación a la unidad y a los estudiantes de enfermería en prácticas, previo a su marcha, que contenga preguntas relativas a la utilidad y grado de satisfacción de esta guía entregada a su llegada.

DURACIÓN
Dado que el nuevo personal se incorpora en junio, marcamos nuestro proyecto para esa fecha, iniciándolo desde este momento, y finalizando el proyecto a finales de noviembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA SANJUAN BARCELONA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLARTE MOLINERO ANA
GARCIA NARVAIZ CRISTINA
OCHOA CALVO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La presente memoria va a reflejar nuestro primer año de andadura dentro de este proyecto, llevado a cabo en el Servicio de Geriatría del Hospital Ntra. Sra. de Gracia.
Los objetivos fundamentales que han conducido el desarrollo de nuestra actividad durante el año 2018 han estado encaminados a conseguir:
Por un lado, formación del propio equipo, para ello nos comprometimos a tener un primer contacto e ir informándonos sobre
- Legislación: LOPD 1999 y RD 2007
- Información Reglamento de UE Mayo 2018 y Power sobre los principios y derechos del reglamento.
- Ley de Autonomía del paciente 41/2002
- Protección de datos personales relacionados con la salud y diferente documentación sobre el tema.

Por otro lado, con mayor información/formación, somos --- conscientes que se debe y se pueden mejorar aspectos relacionados con “la calidad y la confidencialidad de los datos personales de nuestros pacientes. Precisamente para abordar estas cuestiones, se fueron recogiendo diferentes debilidades encontradas en nuestra unidad de Geriatría y posibles soluciones que hagan de nuestro trabajo, como equipo multidisciplinar, un cumplimiento de la normativa de la Ley de Protección de Datos. Quedan recogidas en un archivo de Excel que se van ampliando a lo largo de estos meses y no sólo por parte del equipo, sino que se solicita colaboración de los diferentes colectivos de trabajadores de la unidad, implicando de esta forma en el proyecto al personal sanitario que maneja datos del paciente.
De esta manera, nos queda recogida en una tabla de Excel: Fallos, Efectos, Causas, Acciones recomendadas para evitar el fallo, Responsable, Acciones recomendadas si se ha producido el efecto.
No ponemos escala de valores a los efectos, pues violar la protección de datos de un paciente, supone incumplir la LOPD.
El equipo se ha reunido en el mes de junio y en el mes de noviembre, pero ha tenido numerosa comunicación durante el trabajo y por los diferentes medios de comunicación rápidos y eficaces. El calendario total previsto, se ha cumplido un 71%
Al tratarse de un equipo multidisciplinar, hemos podido hacer un trabajo centrado en los diferentes colectivos de trabajadores. Hemos ido explicando qué objetivo se quiere conseguir con este proyecto, cuáles son nuestras debilidades y qué se podía mejorar a corto y largo plazo.
Está siendo un trabajo minucioso, con la insistencia de cambiar malos hábitos adquiridos, que afectan a la LOPD en nuestra unidad de Geriatría. Por ello es conveniente una formación personalizada, que será ampliada durante el próximo año con encuentros de formación generales.
Hemos constatado que no se le da la importancia que debiera a acciones concretas, que en ocasiones quedan reflejadas en pequeños detalles y que violan la protección de datos del paciente. Por esta razón, vimos conveniente realizar un trabajo que denominamos “del tú a tú”, trabajo diario que prepare al personal para el interés y la formación sobre LOPD. Formación continuada y personalizada. Para ello, hemos considerado diferentes materiales que nos están ayudando al desarrollo del proyecto.
- Se revisó el decálogo de protección de datos para el personal sanitario y administrativo, presentado en mayo de este año por la Agencia española de protección de Datos. Se valoró la importancia de darlo a conocer, imprimirlo y colocarlo en diferentes áreas de trabajo. Ha sido bien aceptado y es un buen recordatorio de la normativa actual en el campo de la salud.
- Se han colocado numerosos carteles pegados en las paredes de los lugares donde manejamos datos del paciente, junto a las papeleras y lugares de reciclaje de papel, recordándonos la importancia de destruir datos personales del paciente.
- Se ha generado una tabla de Excel con los fallos encontrados sobre LOPD.
- Se ha creado un registro de notificación y otro de incidencias, tanto en papel como digitalizado, que está pendiente de presentar.
- Power Point formativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es cierto que no ponemos escala de valores a los efectos producidos por los fallos encontrados en nuestra unidad, pero tener un registro de ellos, nos ayuda a valorar si los problemas se han resuelto. En la reunión del mes de noviembre constatamos pequeños cambios que se han ido realizando a lo largo de estos meses como:
- Bandeja de médico y celadores puestas hacia dentro del mostrador del control y documentación sin mostrar datos del paciente.
- Se rompen los papeles que contengan información sobre los datos de los pacientes, antes de arrojarlos a la papelera del control de enfermería.
- Se cierra la puerta del control de enfermería que comunica con el pasillo, durante la información en cambio de turno.
- Las historias clínicas no se dejan en el mostrador del control. Ni con el nombre del paciente visible

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

cuando están distribuidas para su manejo.
- En el ámbito del personal sanitario se habla sobre el cuidado de la protección de datos de nuestros pacientes.
- Enfermería cuando está trabajando, tiene mayor cuidado de mostrar los registros de los pacientes.
- Los propios trabajadores solicitan una trituradora de papel en el Control de Enfermería.

Todo esto nos ayuda a valorar el impacto que el proyecto está teniendo. No obstante, somos conscientes que el registro de notificación y el de incidencias, tanto en papel como digitalizado, marcará el mayor método de obtención de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está contento con los resultados alcanzados hasta el momento, trabajamos sabiendo que inculcar nuevos hábitos, maneras de trabajar para respetar la LOPD, supone esfuerzo y tiempo.
El proyecto no está suponiendo gastos económicos y tendrá a largo plazo un efecto multiplicador, ya que por nuestra unidad pasa numeroso personal que, a su vez rota por otros servicios del hospital, personal que se ve condicionado a cumplir la normativa de la LOPD.
Si seguimos apreciando a lo largo del próximo año un cambio significativo y evaluamos resultados, podemos implantar este proyecto en otras unidades de nuestro Hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/868 ========== ***

Nº de registro: 0868

Título
GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA, OLARTE MOLINERO ANA, GARCIA NARVAIZ CRISTINA, SANZ FRANCO ESTHER, OCHOA CALVO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Datos del paciente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: LOPD vigente

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ley Orgánica 15/1999, de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y el R.D. 1720/2007, de 21/XII, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada LOPD, junto como el nuevo Reglamento de la UE del 25 de Mayo de 2018 sobre LOPD, son las disposiciones básicas de obligado cumplimiento para todas las empresas y profesionales que, en el desarrollo de su actividad, traten datos de carácter personal. El objeto de la ley es garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

RESULTADOS ESPERADOS
Desde nuestro servicio de Geriatría sentimos la necesidad de mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes velando por el cumplimiento de la legislación sobre protección de datos y controlar su aplicación" (art. 37.1 a).
El proyecto se realizaría dentro de nuestro Servicio de Geriatría, teniendo como población Diana todo paciente masculino y femenino ingresado. En el transcurso de su estancia manejamos datos de carácter personal que se realizan en nuestro ámbito hospitalario y estos incluyen datos de salud, considerados datos sensibles o especialmente protegidos y, como tales, tienen un régimen de garantías más reforzado
La voluntad de humanización de nuestro servicio de Geriatría y mantener el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, nos lleva a trabajar de manera especial la protección de Datos, para cumplir en la medida de nuestras posibilidades, la LOPD vigente y así asegurara la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0868

1. TÍTULO

GUIA DE PROTECCION DE DATOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

MÉTODO
- Constituir un grupo que ayude a la implantación y seguimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos. Estará formado por un equipo multidisciplinar del Servicio de Geriatría.
- El personal del Servicio de Geriatría tendrá conocimientos de la
? Ley Orgánica 15/1999 de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)
? Real Decreto 1720/2007, de 21/XII, de Desarrollo de la LOPD
? Nuevo Reglamento Europeo de PD, 25 Mayo 2018
- Desde este conocimiento y sensibilización sobre el tema, se sabrá que se debe y se puede realizar para mejorar aspectos relacionados con la calidad y la confidencialidad de los datos personales de nuestros pacientes.
-Se abrirá un fichero en formato informático y papel, para registrar todas las incidencias relacionadas con el manejo de la LOPD. Dicho fichero se llamara: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS

INDICADORES
El Fichero de: NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE INCIDENCIAS, nos servirá para valorar si desde nuestro Servicio de Geriatría ha habido una mejora progresiva respecto al cumplimento de la LOPD. Además para abordar estas cuestiones, se hará una evaluación de la evolución o posible cambio de diferentes debilidades encontradas en nuestra unidad de Geriatría, y sus posibles soluciones, (Ver tabla Excel, Quiebras de Seguridad de la LOPD), que hagan de nuestro trabajo como equipo multidisciplinar un cumplimiento de la normativa de la Ley de Protección de Datos.

DURACIÓN
Desde Junio del 2018 a junio 2019 se trabajara de forma intensiva en el tratamiento de la mejora de Protección de Datos en nuestra Unidad de Geriatría. Para ello el equipo constituido por todas las categorías laborables que trabajan diariamente con datos de nuestros pacientes/usuarios. Mantendrán diferentes reuniones marcadas en el Cronograma de Actividades y realizara una Evaluación de impacto:

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Reuniones Equipo	X	X		X	X	X	X	X				
Formación Personal		X							X			
Evaluación									X			X

OBSERVACIONES
El servicio de Geriatría cree en la LOPD y por esta razón se desea:
1- Crear un equipo Multidisciplinar de Protección de Datos.
2- Elaborar un registro de actividades.
3- Realizar una evaluación de impacto antes del inicio del tratamiento de datos y al cabo de doce meses.
4- Establecer mecanismos y procedimientos de notificación de quiebras de seguridad y evaluar su impacto en la protección de datos. (Fichero)
5- Adecuar los formularios según el derecho a la información y los datos que debe conocer el usuario como la finalidad de los datos personales, su uso y los derechos que tienen esos datos.
6- Adaptar los mecanismos y procedimientos para el ejercicio de derechos.
7- Valorar si el personal sanitario de Geriatría muestra sensibilización y adaptación a la LOPD.
8- Elaborar o adaptar, según nuestras posibilidades como unidad, una política de privacidad acorde a las condiciones del nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos.
9- Formar al personal para que conozcan las características, las responsabilidades y los requisitos que se deben cumplir respecto a la LOPD.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0884

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ESTAUN FERNANDEZ
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORTOLES ALFARO AZUCENA
SALDAÑA MILLAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras el estudio del proyecto de la Guía, es ofrecida al personal junto con un cuestionario de cinco items, para comprobar utilidad, claridad, grado de satisfacción y sugerencias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El análisis de los items demuestran resolución de dudas, explicaciones claras y útiles, es decir logro del objetivo alcanzado con un alto grado de satisfacción

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena experiencia, informar para facilitar el trabajo a través de Herramientas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/884 ========== ***

Nº de registro: 0884

Título
GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
ESTAUN FERNANDEZ TERESA, PORTOLES ALFARO AZUCENA, SALDAÑA MILLAN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Para ofrecer una mejor asistencia integral y de eficacia a los pacientes del servicio de Geriatría, es necesario elaborar una Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, que ofrezca orientación e información, tanto al profesional del servicio, como al personal que se incorpore al mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar información al profesional de forma clara y precisa, recogida en la Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, tal como: estructura Física de la Unidad, estructura del Personal, de Turnos, Lencería/Vestuarios, Herramientas Informáticas disponibles…
Herramienta a disposición del profesional que ya forma parte del servicio de Geriatría como para el personal que se incorpore, inclusive el personal en prácticas. Disipando cualquier duda existente facilitando el trabajo y procurar una asistencia integral al paciente con eficacia.
Consolidar formación disminuyendo la carga formativa al resto del equipo.
Mejorar la integración en el nuevo equipo y alcanzar una mayor satisfacción laboral.

MÉTODO
Se propone para el Proyecto de la elaboración de la Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, diferentes reuniones, la primera para reparto de actividad a desarrollar por componente, otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0884

1. TÍTULO

GUIA DE CRONOGRAFIA Y TAREAS DEL TCAE EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

para nuevos planteamientos, ajustes, aclarar dudas, preguntas…
Una vez finalizada la Guía, quedara a disposición de quien la precise, ofreciéndola a la recepción del nuevo profesional en el servicio de Geriatría.

INDICADORES
Plan de evaluación sistemática de la eficacia de la Guía, cronograma que muestre momentos y espacios para la evaluación, componentes del equipo evaluador, medios y técnicas a usar para la obtención y recogida de datos por medio de indicadores.
Indicador de Logros: evaluar y lograr, que los pacientes lleven su respectiva pulsera identificativa, al final del proyecto.
Indicador de Actividades: evaluar ejecución, realización, número persona, llevar a cabo la revisión del Carro de Parada cada 1er sábado de mes junto y bajo supervisión de un/a Enfermera.
Indicador de Impacto: evaluar, cambios esperados y deseados, indicadores que permitan conocer el grado de satisfacción del profesional (ajuste de logros, expectativas, satisfacción) a través de encuestas

DURACIÓN
Comenzar el proyecto para la elaboración de una Guía de Cronograma y Tareas del TCAE en el servicio de Geriatría, en cuanto se nos autorice para ello, estimando un periodo de unos 5 a 6 meses, dado por finalizado el proyecto para Noviembre del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ GAMBOA HUARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORRALES CARDENAL JORGE E
MURILLO ERAZO CLAUDIA P
CONCEJERO PARDOS ROSA
GRACIA MENDOZA DIANA
PORTOLES ALFARO AZUCENA
LARREA GIMENO JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En mayo de 2018 un grupo de profesionales que trabajabamos en el servicio de Geriatría del Hospital Nuestra Señora de Gracia nos reunimos y decidimos organizar un grupo de trabajo cuyo objetivo era la mejora en la atención a los pacientes paliativos ingresados en dicha unidad. El grupo está integrado por: 2 FEA de Geriatría, 4 MIR de Geriatría, 6 enfermeras, 1 farmacéutica y 1 TCAE. Contamos con el Apoyo del Responsable de Informática del Hospital.
La finalidad era analizar necesidades y proponer medidas asistenciales y organizativas que influyesen en la calidad de atención. Acordamos elevar actas de nuestras reuniones para confeccionar documentos que elevaríamos a los responsables (Jefe de Servicio y Director del centro) para facilitar la aplicación de las medidas.
El contrato de Gestión del año 2018 planteaba líneas estratégicas de actuación en este campo, lo que motivó la presentación de un proyecto de mejora de calidad el día 25 de mayo de 2018. Lamentablemente las condiciones para la presentación del proyecto limitaba el número de participantes a 8, a pesar de que el grupo de trabajo contaba con más miembros, obligándonos a una selección representativa del grupo principal.
Hemos mantenido reuniones periódicas, y establecimos en diciembre la necesidad de una reunión mensual con una fecha fija periódica (3er miércoles de mes) para el 2019.
Hemos trabajado en la comprensión y capacitación en la escala NecPal de los miembros del grupo. Se ha propuesto a los FEAs del Servicio de Geriatría su inclusión en la historia física del paciente.
El subgrupo de enfermería ha trabajado en una propuesta de manejo de la vía subcutánea. Nuestra intención es presentarla en una futura sesión hospitalaria.
También hemos captado la necesidad de realizar un estudio del uso de opioides menores y mayores en la Unidad Geriatría A y en las camas asignadas en la Unidad Geriatría B (ORTOGERIATRIA y…) que incluya tipo de indicación, fármaco empleado y circuito de dispensación.
A lo largo del tiempo se ha solicitado de forma explícita a las sucesivas Direcciones la necesidad de definir el uso de las camas “polivalentes” de la citada Unidad Geriatría B, previamente a 2011destinadas a Geriatría y con posterioridad a fines variables y de alguna manera ineficiente, y manifestado con periodicidad. Mientras tanto, en función de la disponibilidad, se ha intentado y solo parcialmente conseguido en algunos pacientes, facilitar la atención al final de la vida de manera apropiada en cualquiera de las camas del Servicio bloqueando una de las camas en las habitaciones dobles del servicio que son todas menos una.
Hemos propuesto a la Comisión de Formación del Sector I la realización de dos cursos de Cuidados Paliativos en Geriatría dirigido a profesionales de Atención Especializada y Atención Primaria (médicos y enfermeras).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realiza sesión docente en junio de 2018 para los residentes del servicio de Geriatría.
El día 25 de octubre de 2018 Beatriz Gamboa impartió en el Centro de Salud Picarral una sesión sobre informe de alta específico de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos del Servicio de Geriatría dentro de sus sesiones acreditadas.
Se nos ha concedido la realización de una edición del curso Cuidados Paliativos en Geriatría en mayo de 2019.
Protocolo de manejo de la vía subcutánea en pacientes paliativos en el Servicio de Geriatría.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo en equipo enriquece los resultados obtenidos. La detección de la necesidad de cuidados paliativos puede emerger en cualquier intervención de cualquier miembro del equipo, manifestada por el paciente o por el cuidador.
La atención al paciente anciano, y particularmente en el anciano paliativo, precisa de una actuación coordinada, donde el grupo, garantiza una ganancia marginal que nadie pone en duda.
La motivación del grupo es elevada. Es imprescindible el reconocimiento explicito de la existencia del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatría (GTCPenGER). Pero la obtención de resultados no solo depende de nuestra motivación. Está ligada al compromiso de la administración en la consecución de objetivos, favoreciendo las reuniones y apoyando las medidas de mejora que se recomiendan por parte del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos en Geriatría.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1051

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

========== ***

Nº de registro: 1051

Título
CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

Autores:
GAMBOA HUARTE BEATRIZ, CORRALES CARDENAL JORGE E, MURILLO ERAZO CLAUDIA P, REBOLLAR TORRES ELENA, CONCEJERO PARDOS ROSA, GRACIA MENDOZA DIANA, PORTOLES ALFARO AZUCENA, LARREA GIMENO JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CUIDADO PALIATIVO
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El incremento global de la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas, discapacidades importantes y prolongadas fases de convalecencia favorece el terreno para que los cuidados paliativos ganen mayor importancia. A pesar de ello, existe información limitada sobre las características de los pacientes que son subsidiarios de estos cuidados.

Distintos miembros del servicio de Geriatría (FEA y MIR) y de Informática y Atención Primaria hemos presentado iniciativas de mejora de la calidad al programa de Gestión de Proyectos en el Servicio Aragonés de Salud (2015¬_545; 2016_855; 2016_1789). Se ha trabajado en la identificación y la visibilización. En este último caso favoreciendo la continuidad asistencial con Atención Primaria.

Desde el 1 de enero de 2016 al 30 de septiembre de 2017 se dieron de alta del servicio 313 pacientes subsidiarios de tratamiento paliativo. En este periodo se produce el cambio de la CIE9 a la CIE10 como instrumento de codificación de las altas hospitalarias. Con ello se produce un cambio en el código de identificación que pasa de V66.7 a Z51.5 (contacto sanitario para cuidados paliativos).

En la comunidad científica se está extendiendo una filosofía de abordaje más longitudinal en las enfermedades crónicas. Esta corriente se traduce en la teoría de los triángulos invertidos, donde en el momento del diagnóstico de enfermedad, todo profesional socio sanitario debe tener en cuenta las necesidades paliativas del paciente, permitiendo una transición fluida desde las expectativas curativas hasta los cuidados de control de síntoma y mantenimiento de la calidad de vida, el respeto a morir dignamente y el abordaje de la espiritualidad y del duelo.

Tras estas reflexiones, y habiendo conocido datos de la magnitud detectada en el servicio de este grupo de pacientes, se propone crear una línea de trabajo y mejora para implementar medidas tanto organizativas como asistenciales. Se constituye un grupo interprofesional constituido por FEA y MIR de Geriatría, Enfermería, TCAEs, Farmacéutica e Informática.

RESULTADOS ESPERADOS
- Consolidar un grupo de trabajo interdisciplinar en cuidados paliativos en Geriatría en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.
- Establecer una búsqueda activa del paciente tributario de cuidados paliativos.
- Crear protocolos en el sistema de prescripción electrónica e individualizada para el cuidado del tipo de paciente. Actualización de tratamientos.
-Organizar la atención a la agonía, tomando en consideración: privacidad de la muerte y la atención del duelo.
- Emisión de informes de alta específicos (Informes de Alta-Z51.5-CIAP A99) destinados a la difusión de la información en atención primaria.

MÉTODO
-Sesión/sesiones de divulgación de información para trabajadores.
-Implantación del instrumento NECPAL-CCOMS-ICO.
-Actualización de protocolos ya existentes en el sistema de prescripción electrónica según las últimas guías y publicaciones.
-Puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos del paciente paliativo.
-Definir y dotar de espacios específicos para la correcta atención de la fase de agonía y el abordaje del duelo (habitación de uso individual y sala de duelo para familiares).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1051

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRIA: ACCIONES PARA LA MEJORA ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA DE LOS CUIDADOS

-Informes de alta formato Z51.5 y difusión en atención primaria.

INDICADORES
-Indicador: Número de sesiones realizadas >1. Evaluación: estándar 100%
-Indicador: Aplicación NECPAL-CCOMS-ICO. Evaluación: estándar =12% de los ingresos anuales.
-Indicador: Protocolos farmatools realizados o revisados/protocolos farmatools de paciente paliativo existentes. Evaluación: estándar 100% protocolos.
-Indicador: Habitaciones de uso individual. Evaluación: Habilitación de 2 habitaciones.
-Indicador: Informes de alta formato Z51.5. Evaluación: Número de informes/Número de pacientes NECPAL positivos =80%.
-Indicador: Sesiones en atención primaria. Evaluación: mínimo 1.

DURACIÓN
- De 1 de junio de 2018 a 31 de diciembre de 2018: desarrollo de sesiones de formación en el servicio para personal interesado para difusión del proyecto, capacitación en el manejo de escala NecPal e implantación de informes de alta.
- Dotación de recursos estructurales (habitación, sala de familiares).
- Diseño de subgrupos de trabajo y distribución de tareas.
- Año 2019: aplicación de escala NecPal, puesta en marcha de protocolos unificados de actuación farmacológica, puesta en marcha de planes de cuidados de enfermería específicos.
- Monitorización del proyecto semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0878

1. TÍTULO

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER FRANCO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOZANO ORTIZ ROBERTO
ABAD OLMOS ANA LAURA
PEREZ LAYO ANGELES
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
MONEVA JORDAN JUAN JOSE
CARRASCO BARAJA VICENTE
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la solicitud de este programa de mejora se produjeron cambios importantes que condicionaron modificaciones en el planteamiento del proyecto. A final de 2016 ya se había concluido la implantación del Sistema de Alerta de Interacciones Farmacológicas Metabólicas (vía CYP 450 y P-glicoproteína) incluido en el programa de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) del Servicio de Farmacia de nuestro centro; debido a ello ya era posible comunicar al clínico las interacciones metabólicas detectadas en la prescripción de anticoagulantes orales en tiempo real.
Destacar en este punto que durante el año 2016 ya se había utilizado la información obtenida de la PEA para notificar telefónicamente interacciones de acenocumarol con otros fármacos y durante 2017 ya se notificaron telemáticamente las alarmas de interacciones de los 6 anticoagulantes orales disponibles.
Por este motivo, nuestro proyecto de mejora se ha centrado en recoger (y comunicar vía PEA telemáticamente) las interacciones metabólicas detectadas en la prescripción de anticoagulantes orales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A continuación detallamos las interacciones metabólicas relevantes detectadas a lo largo de 2017 en los pacientes médicos ingresados en nuestro centro en tratamiento con alguno de los 6 anticoagulantes orales disponibles en la actualidad (antivitaminas K como acenocumarol y warfarina o anticoagulantes orales de acción directa como dabigatrán, rivaroxabán, apixabán o edoxabán).
Para la realización de este proyecto consideraremos “caso” cada ingreso de paciente, y consideramos las interacciones farmacológicas metabólicas mediadas vía citocromo P-450 y/o P-glicoproteína ocasionadas por inhibidores e inductores potentes o moderados de ambas vías.
Durante el periodo 1 enero 2017 a 31 diciembre 2017, se produjeron en los servicios médicos de nuestro centro un total de 2541 ingresos, de ellos 371 casos estaban con tratamiento anticoagulante oral: acenocumarol 209 casos, warfarina 17 casos, dabigatrán 28 casos, rivaroxabán 78 casos, apixabán 39 casos, edoxabán 0 casos.
Durante este periodo se detectaron 296 casos de interacciones metabólicas de cualquier tipo de fármaco; dentro de ellas 41 correspondieron a interacciones entre anticoagulantes orales y otros fármacos.
El detalle de las interacciones con anticoagulantes orales detectadas es el siguiente:
35 casos de interacciones de antivitaminas K con otros fármacos: Acenocumarol y omeprazol: 34 casos; Acenocumarol y miconazol: 1 caso
6 casos de interacciones de anticoagulantes de acción directa con otros fármacos: Rivaroxabán y amiodarona: 2; Rivaroxabán y diltiazem: 2; Apixabán y miconazol: 2

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de todo el cuidado que se tiene en la prescripción de los anticoagulantes, aún se siguen detectando interacciones.

7. OBSERVACIONES.
Pensamos continuar trabajando en este proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/878 ========== ***

Nº de registro: 0878

Título
INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO

Autores:
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, LOZANO ORTIZ ROBERTO, ABAD OLMOS ANA LAURA, PEREZ LAYO ANGELES, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, MONEVA JORDAN JUAN JOSE, CARRASCO BARAJA VICENTE, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0878

1. TÍTULO

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El personal sanitario conocemos que los fármacos anticoagulantes orales clásicos presentan numerosas interacciones con otros fármacos frecuentemente empleados. Por ello, en los pacientes anticoagulados, los profesionales sanitarios valoramos con cautela la introducción de nuevos fármacos, ya sea de forma puntual, o como tratamiento a medio y largo plazo.
A pesar de ello, desde el Servicio de Farmacia de nuestro centro, debido a la disponibilidad de la prescripción electrónica asistida (PEA) para los pacientes hospitalizados, es posible detectar aún el uso concomitante de fármacos que, potencialmente, pueden interactuar de forma significativa con el tratamiento anticoagulante oral. Estos tratamientos concomitantes pueden elevar el riesgo de complicaciones de los anticoagulantes orales o modificar su eficacia, por lo que, nos parece de interés desarrollar un sistema sencillo y ágil de comunicación con el médico prescriptor, que mejore el sistema de aviso que actualmente se utiliza.
Actualmente se usa la llamada telefónica desde el Servicio de Farmacia al servicio hospitalario en el que está ingresado el paciente, intentando localizar a su médico responsable; con todas las limitaciones y dificultades que ello supone, así como el elevado consumo de tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Evitar que a los pacientes hospitalizados que reciben tratamiento anticoagulante oral se les administren fármacos concomitantes que pueden producir interacciones clínicamente significativas con los anticoagulantes orales.
- Analizar cuales son las interacciones mas detectadas y proponer protocolo de intervención, que incluya alternativas terapéuticas.

MÉTODO
Primera fase (3 primeros meses):

- Análisis y cuantificación de las interacciones farmacológicas clínicamente relevantes.
- Desarrollo del protocolo de intervención: hoja informativa de alerta farmacológica diseñada específicamente para cada interacción, que se entregará en mano al médico responsable del Servicio donde esté ingresado el paciente.

Segunda fase (siguientes meses):

- Implementación del protocolo de actuación mediante la inclusión de las correspondientes alertas y/o ayudas en la PEA.
- Recoger datos de los meses postintervención, para valorar si este modelo de alarma de interacción farmacológica, modifica la frecuencia de estas asociaciones farmacológicas no deseables.

Tercera fase:

- Análisis del impacto de la intervención

ASIGNACION DE TAREAS:

- Farmacéutico: recoger que pacientes llevan tratamientos concomitantes (y cuales son estos fármacos) con los diversos anticoagulantes orales, que pueden interactuar de forma significativa. Esta recogida de datos se realizará a través de la PEA del Servicio de Farmacia.
- Hematólogo, Médico de Familia y Enfermera: valoración de la relevancia clínico-biológica de la asociación de dichos tratamientos.
- Farmacéutico y Hematólogo: elaborar la hoja informativa de alerta sobre la interacción farmacológica.
- Enfermera, Hematólogo y Farmacéutico: remisión y distribución de la hoja informativa de la interacción al responsable del Servicio donde está ingresado el paciente.
- Farmacéutico: implementación de las alertas y ayudas de las interacciones en la PEA.
- Hematólogo, Farmacéutico, Médico de Familia y Enfermera: valoración final de los resultados.

INDICADORES
- Número de interacciones detectadas en los 3 meses preintervención / interacciones detectadas en los 3 meses

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0878

1. TÍTULO

INTERACCIONES FARMACOLOGICAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL HOSPITALIZADOS. SITUACION A MEJORAR EN NUESTRO MEDIO

postintervención.

- Numero de interacciones implementadas en la PEA.

DURACIÓN
De diciembre 2016 a febrero 2017, recoger datos, a través de la PEA del Servicio de Farmacia del hospital, para:
- detectar y cuantificar el número y tipo de interacciones farmacológicas significativas relacionadas con el tratamiento anticoagulante oral
- recoger, de forma concomitante, la repercusión clínico-biológica relacionada con la interacción
- realizar la intervención

Marzo 2017:
- No se recogerán nuevos casos durante este mes.
- Completar recogida de datos de los casos ya incluidos.
- Se dará tiempo para que las hojas informativas de alarma farmacológica sean tenidas en cuenta por los médicos.

De abril 2017 hasta finalizar:
- Seguir recogiendo (número y tipo) datos sobre interacciones farmacológicas significativas en estos pacientes.
- Durante este periodo ya no será obligatoria la elaboración envío de la hoja informativa de alarma.
- Procesamiento de los datos recogidos.
- Valoración final de si la intervención realizada modifica la frecuencia de estas asociaciones farmacológicas no deseables.
- Elaboración de los resultados del trabajo.

OBSERVACIONES
José Luis López-Coronado es Médico de Familia, que trabaja de PEAC en CS Sigüenza (Guadalajara) y colabora con nosotros en trabajos relacionados con Coagulación y también va a colaborar en éste.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0474

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER FRANCO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD OLMOS ANA LAURA
LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN
PEREZ LAYO ANGELES
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
CARRASCO BARAJA VICENTE
MONEVA JORDAN JUAN JOSE
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde Hematología del HNSG se ha elaborado un documento informativo tipo que recoge recomendaciones a seguir para profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) con heparina de bajo peso molecular (HBPM), que se personaliza con la etiqueta identificativa que del paciente se genera en la consulta (que incluye datos administrativos) y que el hematólogo cumplimenta con el motivo que en cada paciente fundamenta la indicación (diagnóstico o antecedentes) de esta profilaxis de enfermedad tromboembólica con HBPM.
Se elaboró también un cuestionario (encuesta de valoración) para que el paciente valore la hoja informativa sobre profilaxis, mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento (se valorará por la escala Likert)
Estos 2 documentos fueron presentados al Sº Hematología del Hospital Royo Villanova el 3 octubre 2018. La hoja informativa tipo y la encuesta de valoración (para que el paciente valore la claridad y utilidad de la información en ella recogida) se reparten, ya desde verano de 2018, en la Consulta de Hematología del HNSG a los pacientes candidatos a realizar esta profilaxis. En la Consulta de Hematología del HRV esta actividad se ha comenzado en noviembre de 2018.
Observamos que la cumplimentación por parte del paciente de la encuesta de valoración no se podía realizar sobre la marcha, porque el paciente no podía valorar de forma adecuada su contenido; por ello se solicitó al paciente que la cumplimentaran en su domicilio y nos ha devolvieran. En muchos casos aún no se ha producido esta devolución, por lo que estos pacientes están siendo contactados por enfermería para recogerla

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados:
- Se ha cumplimentado el calendario con la realización de las 6 reuniones previstas en el proyecto:
o 8 mayo 2018: reunión para concretar el proyecto
o 1 junio 2018: primera reunión para redacción de la hoja tipo informativa
o 16 julio 2018: primera reunión para redacción de encuesta de valoración
o 20 julio 2018: reunión para iniciar difusión de los documentos en la Cta Hematología del HNSG
o 3 octubre 2018: reunión para presentar la hoja tipo informativa y la encuesta de valoración a los hematólogos del HRV
o 10 enero 2019: reunión para la elaboración de esta memoria

- Se han elaborado los 2 documentos: hoja tipo informativa “Recomendaciones para profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa” y encuesta para que el paciente valore la claridad y utilidad de la información contenida en la misma.
- Distribución del material: ya se ha iniciado la distribución de la hoja informativa y la encuesta de valoración desde la Consulta de Hematología de los 2 hospitales del Sector I (HRV y HNSG). Se ha repartido este material a un total de 53 pacientes.
Evaluación:
Se repartieron las hojas (la informativa sobre profilaxis de ETEV con HBPM y la encuesta de valoración de esta información) a un total de 53. Hasta el momento actual sólo 23 pacientes han devuelto la encuesta de valoración cumplimentada. Enfermería está contactando con el resto de pacientes para que la cumplimenten y nos la hagan llegar.
De las 23 encuestas de valoración recibidas: resultado de 3 en 1; resultado de 4 en 9; resultado de 5 en 13 de las encuestas.
Indicadores:
- Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas 6/ nº reuniones previstas 6 = 100%; (conseguido)
- Elaboración de documentos: nº documentos elaborados 2/ nº documentos elaborados previstos 2 = 1; (conseguido)
- Distribución del material:
o Nº centros hospitalarios del Sector en los que se han distribuido los documentos 2 / 2 hospitales Sector I = 1; (conseguido)
o Cuestionarios de Likert cumplimentados: 23 obtenidos/50 teóricos previstos; (objetivo no conseguido). En este punto se están intentando recoger mas encuestas cumplimentadas
- Valoración del documento por los pacientes: encuestas con valoración 4 ó 5 = 22 (22/23 cumplimentadas); (conseguido)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0474

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Aún estamos pendientes recibir más encuestas de valoración de la información contenida en la hoja tipo informativa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Prevenir la aparición de la ETEV en los pacientes de riesgo comienza por hacer a este grupo de pacientes conocedores de su situación y darles pautas sencillas que puedan seguir; además un documento como esta hoja informativa sobre profilaxis la pueden hacer llegar a sus médicos cuando tengan que consultar por cualquier motivo.
En próximos trabajos el diseño incluirá que las encuestas de valoración se cumplimenten en el domicilio, y se contactará con los pacientes para recordarles que la cumplimenten y que nos la hagan llegar.

7. OBSERVACIONES.
Valoramos la posibilidad de enviar esta hoja informativa para profilaxis de ETEV con HBPM al resto de servicios del Sector I que estén interesados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/474 ========== ***

Nº de registro: 0474

Título
RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

Autores:
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, ABAD OLMOS ANA LAURA, LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, PEREZ LAYO ANGELES, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, CARRASCO BARAJA VICENTE, MONEVA JORDAN JUAN JOSE, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El impacto de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) es muy elevado, tanto por su prevalencia, como por la morbi-mortalidad que conlleva y por los recursos socio-sanitarios que precisa para su tratamiento y resolución.
A pesar de la aparición de documentos de consenso y guías nacionales e internacionales (entre ellas las de la ACCP1,2) de optimización de su manejo y la realización de estudios de hipercoagulabilidad y trombofilia aconsejados en casos seleccionados, no se percibe que el número de casos de ETEV esté disminuyendo entre los pacientes no quirúrgicos.
En lo que sí coinciden las guías es en la importancia de la profilaxis de ETEV con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) ante numerosas técnicas y pacientes quirúrgicos.
Actualmente, con los estudios habituales, hasta en el 50% de pacientes con ETEV no encontramos una causa que propicie la trombosis. Es en estos pacientes, en los que la valoración del contexto familiar de ETEV (especialmente en parientes de primer grado) tiene gran importancia; aunque este dato muchas veces no se valora suficientemente. En estos casos de historia familiar significativa también es importante realizar profilaxis de ETEV aunque el estudio haya resultado negativo.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Concienciar al paciente y a sus médicos de la importancia de realizar profilaxis de ETEV con HBPM en determinadas situaciones (no siempre relacionadas con la cirugía) en pacientes con historia familiar significativa y/o personal de ETEV, incluso para situaciones de la vida del paciente en las que no precise acudir al hospital (inmovilización, viajes en avión, gestación…).

Objetivos secundarios:
Ofrecer educación para la salud
Mejorar la calidad de vida del paciente
Disminuir las complicaciones relacionadas con su la aparición de ETEV

MÉTODO
Elaborar un documento informativo personalizado (con nombre y datos clínicos relacionados con antecedentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0474

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA

personales/familiares de ETEV) que se facilitará y explicará a los pacientes que acuden a Consulta de Hematología de los hospitales del Sector I y que han sido remitidos por antecedentes personales o familiares significativos de ETEV.
Una vez conocida la existencia de esta hoja informativa, podrá ser utilizada en otras consultas médicas, si así lo desean los facultativos.

INDICADORES
Evaluación:
Este documento informativo será evaluada por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento; se valorarán por la escala Likert3 con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, en orden descendente, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información recibida.
La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario, para que la cumplimenten y la entreguen al concluir la consulta.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%
Elaboración del documento: nº documentos realizados; objetivo =1
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1
- Cuestionarios de Likert cumplimentados: objetivo =50
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

DURACIÓN
Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más relevantes a incluir en el documento (todos los miembros del equipo).
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (responsable del proyecto) y comienzo de la distribución a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (responsable del proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

OBSERVACIONES
BIBLIOGRAFÍA
1. Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD and Schüünemann HJ. Antitrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST. 2012 February; 141(2 suppl):S7-47. PMCID: PMC 3278060
2. Kearon C, Elle A, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease. CHEST Guideline and expert panel report. CHEST 2016;149:315-352.
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN LOPEZ LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER
PEREZ LAYO ANGELES
ARBIOL LATORRE ROSA MARIA
ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA
ABAD OLMOS ANA LAURA
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Finalizada la elaboración de los dos trípticos (uno para los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K y otros para los pacientes tratados con anticoagulantes de nueva generación) con la información seleccionada en la reunión inicial, comenzamos su entrega del material del 10 de Septiembre al 10 de Diciembre de 2018 a los pacientes anticoagulados que acudieron a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.
Resaltar que las reuniones fijadas (6 en el planteamiento inicial) se realizaron en el plazo establecido. No obstante, consideramos fijar 2 jornadas extra (una para la creación del cuestionario tipo de “evaluación del material” en Julio de 2018, y otra para “evaluación y áreas de mejora”, de Septiembre-Diciembre 2018.
Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo)
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Julio 2018: creación del cuestionario de evaluación
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018 (2 sesiones): evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El cuestionario elaborado para la evaluación del material, incluyó tanto variables demográficas como los siguientes ítems:
¿La información me ha resultado útil?
¿El contenido me parece adecuado?
¿He aprendido aspectos que desconocía sobre mi tratamiento anticoagulante?
¿Me ha resultado fácil comprender la información?
Díganos que cree que deberíamos modificar del folleto para que le resulte más útil
La información fue valorada mediante escala Likert con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo el 5 a muy útil y el 1 nada útil.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: 8 reuniones realizadas/ 6 reuniones previstas; objetivo = 85% (cumplido)
Elaboración del documento: nº trípticos realizados=2 (cumplido)
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1 (cumplido)
- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10 Consulta Hematología HNSG, Planta de Geriatría del HNSG, Consulta de Cataratas-Oftalmología del HNSG (no alcanzado).
Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K (cumplido) y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales, de los cuales solo hemos repartido a 42.
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5 (cumplido). El 90% de los pacientes calificaron la información ofrecida como “útil” o “muy útil”, otorgando puntuaciones entre 4-5 a las preguntas formuladas.
Los trípticos informativos y su correspondiente evaluación, fueron distribuidos a los pacientes cuando acudían a los servicios mencionados con anterioridad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La falta de adherencia al tratamiento es un obstáculo para mejorar la salud. Debemos plantear un enfoque individual para cada paciente, siendo necesario seguir una estrategia de intervención personalizada. La adherencia terapéutica y la educación sanitaria están estrechamente relacionadas.

7. OBSERVACIONES.
Vamos a enviar estos trípticos informativos al resto de servicios del Sector I que estén interesados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

*** ========== Resumen del proyecto 2018/475 ========== ***

Nº de registro: 0475

Título
IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Autores:
LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, PEREZ LAYO ANGELES, ARBIOL LATORRE ROSA MARIA, ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA, ABAD OLMOS ANA LAURA, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de adherencia al tratamiento del paciente con anticoagulación oral es causa conocida de complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas. Para mantener los niveles adecuados de anticoagulación, el paciente debe adherirse lo mejor posible al tratamiento, lo que significa que su “comportamiento coincida con las recomendaciones relacionadas con su salud”1. La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública2.
Este proyecto combina la educación para la salud (optimizar los conocimientos de la población que determinan la mejora de la salud) y la promoción de la salud (empoderar a la población de la salud propia y colectiva) mediante la elaboración de 2 modelos de tríptico informativo para pacientes y familiares con indicación de tratamiento anticoagulante oral:
Modelo 1: Anticoagulantes orales clásicos (acenocumarol y warfarina).
Modelo 2: Nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, edoxabán).

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Ofrecer información de forma sencilla y visual que ayude a la correcta adherencia terapéutica del paciente, con independencia del tipo de tratamiento anticoagulante oral que reciba.
Objetivos secundarios:
Ofrecer educación para la salud
Facilitar la autonomía del paciente
Mejorar la calidad de vida del paciente/familia
Disminuir las complicaciones relacionadas con su tratamiento anticoagulante

MÉTODO
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K.
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes tratados con nuevos anticoagulantes.
Los citados documentos serán distribuidos y explicados por el sanitario a los pacientes anticoagulados que acudan a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

INDICADORES
Evaluación:
Los 2 modelos de trípticos serán evaluados por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento, que serán valoradas por escala Likert3 con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información y el grado de utilidad de la información recibida. La pregunta nº 5 será destinada a sugerencias.
La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%
Elaboración del documento: nº trípticos realizados; objetivo =2
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1
- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10
Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo).
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

OBSERVACIONES
BIBLIOGRAFÍA

1. Jazmín Rodríguez-Duarte, S. Riesgo de no adherirse al tratamiento en pacientes cardiópatas con anticoagulación oral y análisis de los factores influyentes. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica. Vol. 21, nº 2 mayo-agosto 2013 pp57-62
2. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A y Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008; 40(8):413-7
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN LOPEZ LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER
PEREZ LAYO ANGELES
ARBIOL LATORRE ROSA MARIA
ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA
ABAD OLMOS ANA LAURA
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Finalizada la elaboración de los dos trípticos (uno para los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K y otros para los pacientes tratados con anticoagulantes de nueva generación) con la información seleccionada en la reunión inicial, comenzamos su entrega del material del 10 de Septiembre al 10 de Diciembre de 2018 a los pacientes anticoagulados que acudieron a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

Resaltar que las reuniones fijadas (6 en el planteamiento inicial) se realizaron en el plazo establecido. No obstante, consideramos fijar 2 jornadas extra (una para la creación del cuestionario tipo de “evaluación del material” en Julio de 2018, y otra para “evaluación y áreas de mejora”, de Septiembre-Diciembre 2018.

Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo)
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Julio 2018: creación del cuestionario de evaluación
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018 (2 sesiones): evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El cuestionario elaborado para la evaluación del material, incluyó tanto variables demográficas como los siguientes ítems:

¿La información me ha resultado útil?
¿El contenido me parece adecuado?
¿He aprendido aspectos que desconocía sobre mi tratamiento anticoagulante?
¿Me ha resultado fácil comprender la información?
Díganos que cree que deberíamos modificar del folleto para que le resulte más útil

La información fue valorada mediante escala Likert con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo el 5 a muy útil y el 1 nada útil.

Indicadores:
Cumplimentación del calendario: 8 reuniones realizadas/ 6 reuniones previstas; objetivo = 85% (cumplido)
Elaboración del documento: nº trípticos realizados=2 (cumplido)
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1 (cumplido)
- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10 Consulta Hematología HNSG, Planta de Geriatría del HNSG, Consulta de Cataratas-Oftalmología del HNSG (no alcanzado).

Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K (cumplido) y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales, de los cuales solo hemos repartido a 42.
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5 (cumplido). El 90% de los pacientes calificaron la información ofrecida como “útil” o “muy útil”, otorgando puntuaciones entre 4-5 a las preguntas formuladas.
Los trípticos informativos y su correspondiente evaluación, fueron distribuidos a los pacientes cuando acudían a los servicios mencionados con anterioridad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La falta de adherencia al tratamiento es un obstáculo para mejorar la salud. Debemos plantear un enfoque individual para cada paciente, siendo necesario seguir una estrategia de intervención personalizada. La adherencia terapéutica y la educación sanitaria están estrechamente relacionadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

7. OBSERVACIONES.
Vamos a enviar estos trípticos informativos al resto de servicios del Sector I que estén interesados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/475 ========== ***

Nº de registro: 0475

Título
IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Autores:
LOPEZ LOPEZ MARIA CARMEN, FRANCO GARCIA MARIA ESTHER, PEREZ LAYO ANGELES, ARBIOL LATORRE ROSA MARIA, ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA, ABAD OLMOS ANA LAURA, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, LOPEZ GOMEZ LUIS ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de adherencia al tratamiento del paciente con anticoagulación oral es causa conocida de complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas. Para mantener los niveles adecuados de anticoagulación, el paciente debe adherirse lo mejor posible al tratamiento, lo que significa que su “comportamiento coincida con las recomendaciones relacionadas con su salud”1. La OMS considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública2.
Este proyecto combina la educación para la salud (optimizar los conocimientos de la población que determinan la mejora de la salud) y la promoción de la salud (empoderar a la población de la salud propia y colectiva) mediante la elaboración de 2 modelos de tríptico informativo para pacientes y familiares con indicación de tratamiento anticoagulante oral:
Modelo 1: Anticoagulantes orales clásicos (acenocumarol y warfarina).
Modelo 2: Nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán, apixabán, edoxabán).

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Ofrecer información de forma sencilla y visual que ayude a la correcta adherencia terapéutica del paciente, con independencia del tipo de tratamiento anticoagulante oral que reciba.
Objetivos secundarios:
Ofrecer educación para la salud
Facilitar la autonomía del paciente
Mejorar la calidad de vida del paciente/familia
Disminuir las complicaciones relacionadas con su tratamiento anticoagulante

MÉTODO
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes con tratamiento con anti-vitamina K.
Elaboración del tríptico informativo que se facilitará a los pacientes tratados con nuevos anticoagulantes.
Los citados documentos serán distribuidos y explicados por el sanitario a los pacientes anticoagulados que acudan a los distintos servicios hospitalarios del Sector I.

INDICADORES
Evaluación:
Los 2 modelos de trípticos serán evaluados por los pacientes mediante 4 sencillas preguntas en relación al contenido del documento, que serán valoradas por escala Likert3 con puntuaciones de 5 a 1, correspondiendo, el 5 a muy útil y el 1 nada útil, respecto al grado de comprensión de la información y el grado de utilidad de la información recibida. La pregunta nº 5 será destinada a sugerencias.
La escala de Likert se pasará a los pacientes durante su estancia en el centro hospitalario.
Indicadores:
Cumplimentación del calendario: nº reuniones realizadas / nº reuniones previstas; objetivo = 85%
Elaboración del documento: nº trípticos realizados; objetivo =2
Distribución del material:
- nº centros hospitalarios en los que se distribuya / 2 hospitales Sector I; objetivo=1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0475

1. TÍTULO

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

- nº servicios en los que se distribuya; objetivo =10
Escalas Likert cumplimentadas; objetivo =100 en anticoagulación con anti-vitamina K y =50 en nuevos tratamientos anticoagulantes orales
Valoración del documento por los pacientes: obtener =igual 75% de respuestas 4 o 5

DURACIÓN
Mayo 2018: reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos formativos más relevantes para el documento (todos los miembros del equipo).
Junio 2018: puesta en marcha del primer borrador (todos los miembros del equipo).
Julio 2018: evaluación del primer borrador (todos los miembros del equipo)
Agosto 2018: elaboración folleto definitivo (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto) y entrega a los pacientes (Enfermera de consulta)
Septiembre 2018-Diciembre 2018: evaluación y detección de áreas de mejora (Dra Franco y Enfermera responsable proyecto)
Enero 2019: Informe definitivo (todos los miembros del equipo)

OBSERVACIONES
BIBLIOGRAFÍA

1. Jazmín Rodríguez-Duarte, S. Riesgo de no adherirse al tratamiento en pacientes cardiópatas con anticoagulación oral y análisis de los factores influyentes. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica. Vol. 21, nº 2 mayo-agosto 2013 pp57-62
2. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A y Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. 2008; 40(8):413-7
3. Likert R. A technique for measurement attitudes. Am J Soc. 1932; 140: 55-65

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0329

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL "PROA". IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... RUTH NOEMI JORGE GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAEZ ESCOLANO PAULA
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL
RUIZ VALERO FRANCISCO JOSE
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO
PAMPLONA CALEJERO ELENA
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR
IRIARTE RAMOS SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En octubre 2016 creamos un Grupo de Trabajo PROA-UCI y comenzamos a elaborar GUÍAS/PROTOCOLOS y a desarrollar distintas ACTIVIDADES:

A.- ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA:
1-. Presentación del Proyecto en:
.- La Comisión de Calidad de UCI (8/03/17)
.- La Comisión Clínica de Infecciones y Política Antibiótica del hospital (26/04/17)
.- Reunión específica de difusión del programa orientada a Enfermería, con asistencia de la Dirección, Subdirección y el personal Supervisor de Enfermería de nuestro hospital (9/10/17).
2-. Charlas divulgativas periódicas entre el personal de enfermería de UCI.
3.- Encuesta de necesidades formativas (septiembre/2017)

B.- ESTUDIO COMPARATIVO: Grupo control Pre.PROA / Grupo casos PROA:
Durante los seis meses dedicados a la elaboración de las Guías/Protocolos se recogieron datos de un grupo control tratado de la forma habitual sin protocolo, con un total de 64 pacientes, y se compararon posteriormente con una muestra de igual tamaño y características similares, a la que se le trató ya siguiendo las directrices del PROA-UCI.

C.- ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL CLÍNICO RESPONSABLE – PROA:
1.- Curso online liderado por la SEIMC: La implementación de los PROA en los hospitales (abril-octubre 2017)
2.- FOCUSS 15026. Optimización del tratamiento antimicrobiano-PROA (Zaragoza -octubre/2017)

D.- REUNIONES DE GRUPO TRIMESTRALES:
Enfocadas a discusión del Proyecto y aportación de avances en la elaboración de las Guías y protocolos
Por cuestiones de agenda y por considerar prioritarias las campañas de divulgación, la planificación de actividades educativas se pospone para un segundo tiempo.

MATERIAL ELABORADO
Durante seis meses (octubre 2016/marzo 2017) revisamos la literatura y elaboramos:
1.- GUÍAS DE ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA en el paciente séptico crítico. Las guías se completan y acompañan de distintos protocolos y una serie de referencias a recursos online que permiten el manejo integral de todos los síndromes infecciosos graves.
2.- GUÍA/PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ENFERMERÍA: presentada a modo de tabla en la que se recoge la forma de dilución y tiempos de perfusión endovenosa de todos los antibióticos usados en críticos, y que resulta de gran utilidad en la labor diaria de enfermería.
3.- HOJAS DE RECOGIDA Y BASE DE DATOS INFORMATIZADA para registrar y monitorizar nuestra actividad.

Nuestro Programa PROA-UCI se aprobó en la Comisión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Política Antibiótica en abril de 2017, y tras ello comenzamos con su implementación en la Unidad de Cuidados Intensivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS- OBJETIVOS GENERALES:
1.- Creación de Grupo de Trabajo PROA-UCI
2.- Elaboración y puesta en marcha del Programa y Guías/Protocolos PROA-UCI
3.- Garantía de tratamientos coste-eficaces
3.- En el estudio comparativo Grupo control Pre.PROA / Grupo casos PROA, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los indicadores medidos: estancia media, proporción de pacientes tratados con antibióticos sobre el total de pacientes, días totales de antibióticos, días de antibioterapia combinada, tasa de resistencias bacterianas y de infección nosocomial, gasto farmacéutico en antibióticos.

RESULTADOS -OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1-. La adhesión al Programa y a las Guías/Protocolos ha sido y sigue siendo superior al 80%.
2-. Los clínicos intensivistas estamos más concienciados con las consecuencias del mal uso/ abuso de los ATBs

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0329

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL "PROA". IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

y por ende, más atentos a todo el proceso infeccioso, manejándolo de forma customizada.
3-. Hemos mejorado ostensiblemente en las culturas de desescalada y acortamiento de los días de terapia antibiótica.
4.- Hemos elaborado un sistema de recogida de datos, pendiente de mejora desde el punto de vista informático, con el que registramos y monitorizamos nuestra actividad en cuanto a:
-. Prescripción antibiótica, días de terapia y evolución clínica de los pacientes sépticos
-. Gasto farmacéutico en ATBs, selección de gérmenes, multirresistencias e infección nosocomial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los programas PROA españoles están demostrando su utilidad como estrategia para preservar la vida útil de los antibióticos y para mejorar la praxis médica. Se constituyen como un pilar fundamental para atajar situación de crisis antibiótica en la que estamos inmersos a nivel mundial, y se espera que en breve dejen de ser un mero y opcional indicador de calidad para convertirse en un requisito obligatorio en todos los hospitales españoles.

Nosotros consideramos que hemos diseñado un PROA y elaborado unas Guías de antibioterapia empírica que van más allá de un listado de antibióticos ante síndromes infecciosos concretos. Se centra no solo en el tratamiento empírico, sino también en aportar recomendaciones de manejo global e integral de la sepsis y el shock séptico en el paciente críticos. Pretende ser más que un mero protocolo y generar registros de actividad y resultado que nos ayuden a evaluar nuestra praxis, ya que solo de esta manera podremos plantear actividades de mejora. Pretende además ser dinámica y actualizarse bianualmente para adaptarse a la microbiota de nuestro entorno local UCI. Nuestro fin último es mejorar la calidad asistencial y los resultados clínicos con tratamiento seguros y costo-eficaces.

Desde que en abril del 2017 aprobamos esta Guías/Protocolos PROA-UCI y comenzamos a adherirnos a ellos, estamos convencidos de que hemos mejorado nuestra praxis y de que seguimos de forma más dinámica y personalizada la terapia antimicrobiana de nuestros pacientes.

En relación con el estudio comparativo PrePROA/PROA, comentar que muchos de los ítems a valorar no fueron recogidos en el grupo control prePROA, lo que impidió una adecuada comparación. El objetivo no obstante no era encontrar diferencias estadísticamente significativas (muestra pequeña e incompleta), sino empezar a educarnos y a adquirir rutinas de registro sistemático de nuestra actividad.

Algunos de los resultados de los objetivos generales descritos al inicio del Proyecto (reducir el consumo de antibióticos sin empeorar los resultados clínicos, mejorar estos resultados con la optimización de la terapia y minimizarlos los efectos adversos) se han obviado al no ser planteables en esta fase inicial sino en etapas más avanzadas.

Consideramos importante mencionar que durante todo el proyecto, hemos contado con la colaboración indispensable de los Servicios de Microbiología (Dra C. Miñana) y Farmacia (Dr I. Andrés)

Los PROA suponen un cambio de cultura en la praxis antimicrobiana, y los cambios de cultura son retos complejos en los que la implicación de la Institución, la divulgación y la formación son esenciales; además, un solo Servicio nunca tiene la fuerza suficiente para generar estos cambios. Por todo ello, concienciados y convencidos de la mejora que supone la adherencia al Programa PROA, consideramos que aún queda "todo" por hacer. Nuestra intención futura es crear un Grupo de Trabajo PROA Hospitalario que extienda y divulgue el programa al resto de los Servicios del hospital, que amplíe las Guías/Protocolos y que se implique en actividades formativas, con el fin último de constituir un PROA Institucionalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/329 ========== ***

Nº de registro: 0329

Título
CAMINANDO HACIA EL "PROA"-IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
JORGE GARCIA RUTH NOEMI, SAEZ ESCOLANO PAULA, RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, RUIZ VALERO FRANCISCO, CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, PAMPLONA CALEJERO ELENA, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR, IRIARTE RAMOS SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0329

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL "PROA". IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La eficacia de los antibióticos en la reducción de la morbimortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Además, son los únicos fármacos con efectos ecológicos, pudiendo contribuir a la aparición y diseminación de resistencias bacterianas. Estas resistencias se han convertido en un problema de salud pública de primer orden al incrementan exponencialmente la morbimortalidad, las estancias y el consumo de recursos sanitarios.
Aproximadamente el 40% de los pacientes ingresados en UCI reciben antibióticos durante algún periodo de su estancia. Muchos se prescriben en combinación y durante largos periodos, llegando a suponer el 50% del gasto farmacéutico en estas Unidades. La decisión de qué antibiótico/s usar, a qué dosis y durante cuánto tiempo, con frecuencia no se rige por protocolos ni guías de práctica clínica, sino por actuaciones repetidas dentro del equipo que se convierten en hábitos. Además, estas terapias iniciales no suelen ser desescaladas y se mantienen en ocasiones injustificadamente, dando lugar a un uso inadecuado de los antibióticos, aparición de resistencias y gastos hospitalarios innecesarios.
La implantación de Programas de Optimización del uso Antibiótico (PROA) se inició en el año 2012 tras la creación y publicación de un Documento de Consenso apoyado por distintas Sociedades Científicas. Actualmente más del 50% de los hospitales tienen un PROA institucionalizado cuyo objetivo es estandarizar el manejo de las infecciones siguiendo protocolos basados en la evidencia. Estos programas pretenden incrementar la seguridad y la calidad asistencial y además están demostrando excelentes resultados en reducción del gasto farmacéutico.

- Priorización del problema según Método de Hanlon.
- Situación de partida: Nuestro equipo ha detectado en su praxis una gran variabilidad en las pautas de manejo antibiótico atribuible al elevado nº de antimicrobianos disponible, al gran volumen de información no siempre fácil de interpretar, y la falta de protocolos que guíen esta actividad. La literatura demuestra que en ausencia de protocolos un 30-50% de las pautas pueden ser significativamente mejorables. Consideramos por tanto necesario el diseño e implantación de un programa de adecuación de la terapia antibiótica en UCI siguiendo las recomendaciones del PROA.

RESULTADOS ESPERADOS
• Objetivos generales:
1- Reducir el consumo de antibióticos sin empeorar los resultados clínicos.
2- Perseguir mejora de estos resultados con la optimización de la terapia.
3- Minimizar los efectos adversos, en particular la aparición de resistencias.
4- Garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces en UCI.

• Objetivos específicos:
1- Mejorar la adecuación de la antibioterapia empírica.
2- Suspensión precoz si no se demuestra proceso séptico.
3- Favorecer el tratamiento dirigido.
4- Evitar tratamientos innecesariamente prolongados.

• Objetivos futuros:
Institucionalizar y extender el PROA a todo el ámbito hospitalario

MÉTODO
1- Creación de un grupo de trabajo encargado de poner en marcha el proyecto.
2- Actividades de concienciación sobre la necesidad del uso racional de antibióticos.
3- Creación y análisis de un grupo control durante los seis primeros meses del Proyecto y previo a la implantación del Protocolo.
4- Monitorización y registro de la selección de gérmenes, aparición de multirresistencias e infección nosocomial durante todo el proyecto.
5- Confección de un protocolo integral de uso racional de antibióticos en UCI.
6- Implantación del protocolo al sexto mes de inicio del Proyecto.
7- Revisión, registro y análisis del cumplimento de los protocolos.
8- Estudio comparativo del grupo control pre-protocolo con el grupo-protocolo.

INDICADORES
• Indicadores de implementación de medidas de cumplimiento de protocolo:
1- Porcentaje de pacientes que siguen el protocolo en cuanto a: recogida de muestras previo al tratamiento / elección de antibiótico-s empíricos / ajuste según función renal / desescale según antibiograma / duración de la terapia.
2- Tasa de cumplimiento completo del protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0329

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL "PROA". IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

• Indicadores destacados de proceso y resultado a analizar en los dos grupos:
1- Estancia media
2- Proporción de pacientes con antibióticos sobre el total de pacientes
3- Días totales de antibióticos
4- Días totales de terapia antibiótica combinada
5- Tasa de cultivos positivos
6- Tasa de multirresistencias
7- Tasa de infección nosocomial
8- Gasto farmacéutico en antibióticos

- Evaluación longitudinal con recogida y análisis de datos de forma periódica. Siguiendo las recomendaciones del PROA y sin pretender medidas impositivas, se considerará patrón de oro el cumplimento de indicadores de implementación > 90%

- Responsables: Equipo médico y Equipo de enfermería de UCI.

DURACIÓN
Octubre 2016-17:
- Octubre-marzo 2016:
Difusión y puesta en marcha. Recogida de datos del grupo control. Confección de un protocolo integral de uso racional de antibióticos.
- Marzo16-octubre17:
Recogida de datos, análisis de resultados y fin de proyecto.
- Reuniones de grupo trimestrales y actividades educativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM LAFUENTE MATEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ VALERO FRANCISCO JOSE
JORGE GARCIA RUTH NOEMI
PORRAS MOLINA VALENTIN
CRUZ PALACIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Resultados obtenidos hasta el momento:
-Realización de 2 sesiones, con carácter interno, del curso de RCP básica para el personal de UCI.
-Colaboración en las Acciones Formativas del Sector I con cursos de RCP en el Hospital Royo Villanova y en el Hospital Nuestra Señora de Gracia: “Curso del plan de Formación del Sector I, RCP básica e instrumental” (26/10/2017).
-Actualización de los conocimientos impartidos en Ediciones anteriores, adecuándolas a las últimas recomendaciones ILCOR 2015.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Seguimiento de los indicadores del proyecto (incluyendo al menos dos mediciones de cada uno con una separación de seis meses entre ellas):
-Grado de asistencia: 90%.
-Grado de cumplimentación del calendario: 95%.
-Grado de satisfacción de los participantes en la actividad: alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nivel de ejecución del proyecto:
I. No se ha podido poner en marcha.
II. Se han iniciado algunas actividades.
III. Está muy avanzado.
IV. Ha finalizado y tiene resultados definitivos.

Se han llevado a cabo todas las actividades del proyecto, al menos parcialmente:
-Constatación de la realización del plan, con la realización de las charlas solicitadas y de las sesiones programadas de actualización.
-Calendario de formación elaborado y programado.
-Realización de reuniones posteriores para evaluación de la formación recibida y de los conocimientos adquiridos y conocer el nivel de satisfacción del personal.

7. OBSERVACIONES.
Los resultados entran dentro de lo esperado, tras las charlas impartidas en el 2014 y en el 2015 y que fueron destinadas al personal del resto de Servicios del HNSG, era necesario realizar una reciclaje para el personal de UCI para refrescar conocimientos y actualizarlos, de acuerdo a la nueva evidencia en cuanto a RCP, de manera que se ha mejorado la atención a los pacientes en PCR y en situación de riesgo.
Aún así, las sesiones de RCP han resultado insuficientes para cubrir las necesidades demandadas por el personal, por lo que resultaría interesante mantener la formación de manera permanente para ampliar la actualización a todo el personal del Hospital y, posteriormente:
-Mantener un proceso de reciclaje en las habilidades básicas de la RCP.
-Mejorar la comunicación entre los profesionales, para identificar de manera precoz los pacientes en riesgo y notificarlo al equipo oportuno.
-Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
-Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
-Crear de un grupo de trabajo estable para mantener todas estas iniciativas vigentes y actualizadas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1082 ========== ***

Nº de registro: 1082

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015

Título
ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015

Autores:
LAFUENTE MATEO MIRIAM, RUIZ VALERO FRANCISCO, SAEZ ESCOLANO PAULA, JORGE GARCIA RUTH NOEMI, PORRAS MOLINA VALENTIN, CRUZ PALACIN JOSE MANUEL, RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, TARRERO LOZANO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: RCP, detección precoz
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......: Seguridad, RCP

PROBLEMA
Introducción:
Cada 5 años, el ILCOR, el órgano internacional responsable de la coordinación y actualización de los aspectos relacionados con la reanimación cardiopulmonar (RCP), publicó el octubre de 2015, las nuevas guías de actuación en RCP.
Los datos respecto a las paradas cardiacas (PCR) no se han modificado y siguen representando un problema importante. La literatura internacional considera que entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados y hasta un 30% de los fallecidos precisan de RCP. La mitad de estas paradas se producen fuera de las Áreas de Críticos y en la actualidad 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevivirá y podrá ser dado de alta.
Ahora, la apertura de los Servicios de Medicina Intensiva hacia el resto de áreas de los hospitales está cobrando relevancia. Con la creación de equipos de respuesta rápida, puede disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las PCR, acortando los retrasos en la respuesta mediante la optimización de la "cadena de la supervivencia hospitalaria", con medidas como:
-Detección y tratamiento tempranos de las situaciones susceptibles de desencadenar una PCR
-Reconocimiento precoz de la PCR por el personal de enfermería
-Aplicación precoz y adecuada de las técnicas de soporte vital básico (SVB)
-Desfibrilación temprana, con la utilización por el personal de la desfibrilación semiautomática (DESA) fuera de las Áreas de Críticos (UCI)
-Inicio rápido y adecuado de las técnicas de soporte vital avanzado
-Instauración de cuidados postreanimación de calidad e ingreso temprano en la UCI
El Plan Nacional de RCP elaboró en el año 2005 una serie de recomendaciones sobre RCP, entre las que se encuentra desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico para el personal sanitario y no sanitario del hospital.
Este año, además, actualizado con las Guías ILCOR 2015.
La técnica usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido brainstorming:
-Registro de indicadores de calidad en Medicina Intensiva
-Registro de indicadores de calidad en Cardiopatía Isquémica
-Plan de detección de donantes de órganos y tejidos
-Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería
Métodos de detección y de priorización empleados:
-Parrilla de análisis
-Matriz decisional
Situación de partida y resultado obtenidos:
La situación de partida es la existencia de un programa de formación en RCP en nuestro centro, puesto en marcha por este grupo hace 3 años, pero con una amplia demanda que ha hecho imposible que llegue a todo el personal del hospital, así como que sea incluído en las Acciones Formativas del Sector I.
Además, la publicación de las nuevas Guías de RCP del ILCOR 2015 hace necesaria una actualización de las charlas formativas.
Se han realizado 3 ediciones de este plan, de 3 sesiones cada una de RCP básica (segunda y terceras ediciones incluyeron manejo del DESA), lo que ha sido insuficiente, ya que quedan en lista de reserva pendiente de formar más de 20 profesionales del Centro.
Causas:
Las posibles causas de la no llegada a todo el personal, según Ishikawa, fueron:
*Falta de sesiones formativas por imposibilidad temporal
*Falta de formación en seguridad del paciente del profesional sanitario
*Rotación excesiva del personal sanitario
Fuentes de información:
La principal fuente de información fueron los datos recogidos por los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar:
*Revisión de la bibliografía referente a seguridad del paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN DE FORMACION EN RCP PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA SEGUN LAS GUIAS DE RCP 2015

*Observaciones de los equipos de enfermería y de medicina
*Plan Nacional de RCP
*Recomendaciones ILCOR 2015
*Encuestas de satisfacción a los participantes

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliar el Plan de Formación, ya que no ha llegado de manera completa
Reedición de 2 sesiones del curso de RCP básica, a lo largo del año 2016-2017, junto con charlas para las Acciones Formativas del Sector I
Elaboración de un Plan Hospitalario de RCP, una vez esté todo el personal formado y un grupo de trabajo estable
Acreditación de los cursos
Mejorar el pronóstico de los pacientes que sufran una PCR hospitalaria
Mejorar el reconocimiento de situaciones de riesgo
Ayudar a los profesionales de nueva incorporación
Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales

MÉTODO
Plantear un plan de formación con las nuevas ediciones del curso que se irán desarrollando a partir del segundo semestre del 2016 y primer trimestre del 2017.
Elaborar un calendario de actuaciones.
Cumplir el calendario y registrarlo.
Responsables:
Los responsables son el equipo médico de la Unidad de Cuidados Intensivos y del Servicio de Urgencias del Hospital Real Nuestra Señora de Gracia, los cuales evaluarán las charlas realizadas, la formación del personal y medición de los indicadores.

INDICADORES
Indicadores:
*Grado de asistencia.
*Grado de cumplimentación del calendario.
*Grado de satisfacción de los participantes en la actividad.
Constatar la realización del plan.
Elaborar un calendario de formación.
Implantarlo y registrar el porcentaje de personal que recibe formación y su opinión.

DURACIÓN
Fecha de inicio: noviembre 2016.
Fecha de finalización: marzo 2017.

OBSERVACIONES
El nivel de satisfacción de los participantes ha sido excelente en todas las sesiones, repitiendo como única observación la necesidad de ampliar el Plan.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH NOEMI JORGE GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAEZ ESCOLANO PAULA
RUIZ VALERO FRANCISCO
FERNANDEZ ABAD NURIA
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO
ANDRES ARRIBAS IGNACIO
MIÑANA AMADA CRISTINA
REBOLLAR TORRES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En junio de 2017 creamos un Grupo de Trabajo PROA-Hospital (GT-PROA) y comenzamos a desarrollar distintas actividades.

A.- ACTIVIDADES DE CONSTITUCIÓN DEL PROGRAMA Y GT-PROA:
Es un GT multidisciplinar de once miembros, con participación de clínicos, farmacéuticos, preventivista y microbiólogo. También cuenta con la participación del Director Médico de nuestro hospital como apoyo institucional. Fue aprobado como GT-PROA por la Comisión de Infecciones, Profilaxis y Política de Antibióticos (CIPPA) y como Subcomisión y brazo operativo de ésta en junio de 2017. Inaugurado como GT en octubre 2017.

B.- ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA Y GT-PROA:
Presentación en noviembre de 2017 en:
.- Comisión Clínica de Farmacia Hospitalaria
.- Servicio de Medicina Interna y Servicio de Geriatría

C.- ACTIVIDADES FORMATIVAS:
1.- Cursos de formación y actualización en enfermedades infecciosas de los miembros del GT:
•Curso online liderado por la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica): “La implementación de los PROA en hospitales” 2ª Edición (marzo-septiembre 2018)
•Curso online ZSC-0594/2018 liderado por el GT autonómico-IRASPROA: “Principios y práctica de uso de antibióticos en el hospital” (noviembre-diciembre 2018)
•Curso online “PROA-Críticos” liderado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias –SEMIYUC- y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria -SEFH, con una duración de 12 meses y en curso en la actualidad.
2.- Curso de Formación Continuada PROA impartido por los miembros del GT:
Curso presencial de 14 jornadas sobre patología infecciosa y antibioterapia. Dirigido a médicos y enfermeras del Sector I y repartidas de marzo a diciembre de 2018. Ha tenido una buena acogida y en la actualidad está pendiente su acreditación por parte de la Unidad Docencia del Sector.

D.- ELABORACIÓN DE UN SISTEMA DE ALERTAS QUE ACTIVA, DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA y DESDE MICROBIOLOGÍA, LA INDICACIÓN DE INTERVENCIÓN DEL GT-PROA:
Las alertas son las siguientes:
-Bacteriemia (hemocultivo positivo).
-Aislamiento de un microorganismo multirresistente en muestra clínica o de vigilancia epidemiológica.
-Prescripción de un antibiótico de amplio espectro con alto impacto ecológico durante más de cuatro días en plantas de hospitalización.
Las INTERVENCIONES del GT-PROA comenzaron a principios del año 2018 y nos hemos ido incorporando a los distintos Servicios de forma secuencial: Medicina Intensiva (UCI), Servicio de Geriatría y Servicio de Medicina Interna. Se ha pospuesto de momento la inclusión del Servicio de Cirugía General y el de Ginecología en el programa, por falta tiempo material.

E.- REPARTO DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES ENTRE LOS DISTINTOS MIEMBROS DEL GT-PROA
1.- Se dispone de un miembro del equipo por Servicio para consultoría, realización de auditorías y registro de dicha actividad.
2.- Se realizan auditorías por alertas ad hoc.
3.- Está prevista la realización de auditorías aleatorias semanales por Servicio, aunque de momento solo se hacen en el Servicio de UCI por falta de recursos humanos.
4.- Desde el Servicio de Farmacia se realizan intervenciones en plantas de hospitalización para paso a terapia secuencial, tanto a través del programa de prescripción electrónica, como por vía directa cuando la situación lo requiere. También se recogen datos de consumo de antibióticos.
5.-Desde el Servicio de Microbiología, en colaboración con clínicos-PROA, se elabora el mapa epidemiológico local de microorganismos y susceptibilidad antibiótica.

F.- REUNIONES DE GT MENSUALES:
Convocadas los primeros miércoles de cada mes y donde se presenta la actividad realizada en formato .ppt, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

se reevalúan los objetivos de forma pragmática.
En estas reuniones también se aprovecha para invitar a GT o Equipos funcionales con aportaciones de interés en materia de infecciones. En abril 2018 nos reunimos con miembros del Servicio de Hospitalización Domiciliaria dependiente del Hospital Royo Villanova con el fin de conocer su modo de trabajo y valorar la posibilidad de que alguno de nuestros pacientes crónicos estabilizados pudiera beneficiarse del mismo.
A partir del año en curso comenzaremos a realizar campañas de feed-back con nuestros resultados. Está demostrado que son una poderosa fuente de refuerzo y concienciación. Es labor pendiente de este proyecto y pretendemos planificarlas con periodicidad trimestral.

G.-. MATERIAL ELABORADO:
1.- Creación de una “Guía de terapéutica antibiótica hospitalaria”. En ella se incluyen actualizaciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de todos los síndromes infecciosos que puedan requerir ingreso hospitalario. Para su elaboración nos hemos apoyado en bibliografía contrastada y en otras guías elaboradas por GT-PROA españoles reconocidos como el PRIOAM (programa PROA andaluz liderado por el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla).
En la actualidad está en fase de maquetación y pendiente de presentación y aprobación por la CIPPA. Posteriormente se presentará y divulgará por los distintos Servicios para optimizar su implementación.
2.- Se han mejorado las bases de datos para registro de nuestra actividad PROA y se han diseñado hojas de recogida de datos para las intervenciones por alertas y aleatorias.
3.- Elaborado el mapa epidemiológico local con los síndromes y patógenos más frecuentes y sus patrones de sensibilidad y resistencia.
4.- Elaborado el mapa de consumo antibiótico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A.- RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS GENERALES:
1.- Creación y puesta en marcha de un GT-PROA hospitalario multidisciplinar.
2.- Elaboración de una “Guía de terapéutica antibiótica hospitalaria”.
3.-Elaboración del mapa epidemiológico local anual de microorganismos y susceptibilidad antibiótica.
4.-Elaboración del mapa de consumo antibiótico anual.
5-Actividades de formación tanto docente como discente en materia de infecciones y política antibiótica.
6- Actividades de divulgación y concienciación sobre la extrema importancia del uso apropiado de los antibióticos.

B.-RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
1.- Se ha conseguido realizar seguimiento a más del 50% de los pacientes con aislamiento de microorganismos multirresistentes y/o prescripción de antibióticos de amplio espectro en plantas de hospitalización.
2.- En la UCI la adhesión a las Guías y protocolos de antibioterapia ha sido superior al 80%. En las plantas de hospitalización, aún no ha comenzado su implementación, pero la aceptación de las recomendaciones llevadas a cabo por el GT-PROA ha sido del 79%.
3.- La tasa de desescalamiento en UCI es mayor al 80%. No disponemos aún de su tasa en plantas de hospitalización por el motivo anteriormente expuesto, pero los datos derivados de nuestras intervenciones apuntan a la baja.
4.- La tasa de secuenciación en la planta de geriatría es mayor al 80% gracias a la intervención del Servicio de Farmacia. No disponemos de datos en Medicina interna en relación con la terapia secuencial.

5.- INTERVENCIONES Y DATOS:
En el 2018 se han realizado 255 intervenciones, 191 fueron realizadas por clínicos y las 63 restantes se llevaron a cabo desde el Servicio de Farmacia con recomendación de secuenciar.
El 80% de las intervenciones clínicas fueron generadas por alertas. Hasta el momento solo se realizan auditorías aleatorias en el Servicio de Medicina Intensiva.
El 35% de las alertas fueron generadas por aislamiento de microorganismos multirresistentes, el 30% por bacteriemia y un 24% por prescripción de antibióticos de amplio espectro. El resto se generaron por una combinación de las variables anteriores.
Se realizaron recomendaciones en el 52% de las intervenciones. La gran mayoría, superior al 70%, estaba en relación con reducir espectro, acortar duración del tratamiento antimicrobiano y/o terapia secuencial.
El 79% de las recomendaciones fueron aceptadas.

-.Bacteriemias:
Se detectaron 100 episodios. El 50% de los stafilococo aureus aislados en sangre fueron meticilín resistentes (MRSA). El 27% de las enterobacterias cumplían criterios de BLEE (productoras de belalactamasas de espectro extendido).
El 29% de las bacteriemias fueron infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAs) y el 53 % se presentaron en la planta de Geriatría.
Septiembre y octubre fueron los meses con mayor número de aislamientos.

-. Microorganismos multirresistentes:
Geriatría fue la planta con mayor número de aislamientos. Los más frecuentes fueron MRSA (33%) y BLEE (29%). Un 2% de las BLEE eran multirresistentes. Se aislaron un 3% de multirresistentes con carbapenemasa, todos ellos en frotis de vigilancia epidemiológica.

-. Antibióticos de alto espectro e impacto ecológico:
El Servicio de Medicina Interna fue el principal prescriptor. El antimicrobiano más prescrito fue

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

piperacilina/tazobactam (40%), con un porcentaje significativamente mayor de prescripciones en planta de Medicina Interna. La prescripción de carbapenemes se realizó en su mayor parte en Geriatría, con un mayor uso de imipenem sobre meropenem.
La duración media de las prescripciones fue 7-8 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El papel de un equipo PROA es altamente rentable en nuestro hospital. Las intervenciones que se realizan dan lugar a una recomendación en la mitad de los casos, y ésta está dirigida, en la gran mayoría, a reducir la presión antibiótica. La aceptación de las recomendaciones por parte de los profesionales es excelente. No obstante los hábitos prescriptores son difíciles de modificar. Detectamos una tendencia a coberturas empíricas excesivas en plantas de hospitalización convencional. El porcentaje de IRAs es elevado, y quizá se le otorga un peso de riesgo de multirresistencia desproporcionado. La cultura del desescalada, muy arraigada en el Servicio de UCI, aún no ha podido ser medida en las plantas de hospitalización, pero los datos derivados de nuestras intervenciones apuntan a la baja. Sigue siendo muy necesario insistir con actividades que promuevan la concienciación e implicación en la reducción de presiones antibióticas innecesarias. Las campañas de feed-back de resultados que iniciaremos en el año en curso pueden suponer un importante impulso para optimizar nuestra actividad.
Quedan pendientes de incluir en el programa de auditorías los Servicios de Cirugía General y Ginecología.
El Servicio de Medicina Interna también queda pendiente de incluir en el programa de terapia secuencial liderado por los farmacéuticos PROA.
Consideramos que la incorporación en el GT de una enfermera con dedicación parcial al programa para identificación, trasmisión de alertas y actividades de registro, sería de una gran ayuda. Estas labores consumen y restan tiempo a los clínicos, mermando la posibilidad de seguimiento e intervención sobre un porcentaje significativo de alertas (calculamos que la tasa de intervención actual es aproximadamente de un 50%).
Solicitaremos a la Dirección Médica que se nos facilite este recurso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/882 ========== ***

Nº de registro: 0882

Título
CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
JORGE GARCIA RUTH NOEMI, RUIZ VALERO FRANCISCO, SAEZ ESCOLANO PAULA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, ANDRES ARRIBAS IGNACIO, MIÑANA AMADA CRISTINA, REBOLLAR TORRES ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: OPTIMIZACIÓN DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
ANÁLISIS Y SITUACIÓN. PERTINENCIA DEL PROYECTO
Los PROA están demostrando ser una estrategia útil para intentar frenar el acortamiento de la vida útil de los antibióticos (ATBs). El mal uso y el abuso que hemos hecho de ellos durante décadas ha generado un incontrolado incremento de las resistencias bacterianas y un estado de “crisis ATB” a escala mundial. En la actualidad los gérmenes más problemáticos se han convertido en un reto terapéutico por falta de antimicrobianos con garantías. Estos programas se posicionan en todo el mundo como armas de primera línea para hacer frente a esta preocupante situación. Tras el Documento Consenso Español del 2012 muchos hospitales españoles comenzaron a incorporarlos entre sus líneas estratégicas. Han demostrado ser programas que funcionan y en breve sean dotados de un marco legal que los acredite, los regule, y los convierta en indicadores de calidad obligatorios en todo el Sistema Sanitario Español
Nosotros comenzamos nuestra andadura a finales del 2016 con la creación de un Grupo de Trabajo (GT) y la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

elaboración de una serie de Guías y Protocolos para el manejo integral de los distintos síndromes sépticos del paciente crítico en el contexto de un PROA-UCI. En abril 2017, tras ser aprobado por la Comisión de Infecciones, comenzamos a implantarlo en el entorno UCI del hospital. La adherencia al programa ha sido muy buena desde el principio (>80%), y tras un año de implementación estamos convencidos de que hemos mejorado nuestra praxis, seguimos de forma más dinámica y customizada la terapia ATB de nuestros pacientes, y garantizamos terapias más costo-eficaces. Además, hemos comenzado a generar registros de actividad y resultado que nos ayudan a monitorizar y evaluar nuestra labor asistencial para poder plantear actividades de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES
1.- Crear un GT PROA-hospitalario multidisciplinar que extienda y divulgue el Programa por el resto de los Servicios. 2.- Perseguir la implicación y el apoyo del Equipo Directivo. 3.- Perseguir la implicación de todo el personal sanitario. 4.- Ampliar las Guías y Protocolos incluyendo los procesos infecciosos menos graves, subsidiarios de ingreso en plantas de hospitalización. 5.- Garantizar terapias costoeficaces.

POBLACIÓN DIANA: a todos los pacientes con síndromes infecciosos que ingresen en nuestro hospital y requieran antibioterapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
1.- Prescripciones ATBs adecuadas, y customizadas en todo el ámbito hospitalario.
2.- Mejorar en las culturas de desescalada, secuenciación y acortamiento de terapias en toda la Institución.
3.- Monitorizar y evaluar nuestra actividad clínica en materia de infecciones
4.- Elaborar un mapa de resistencias bacterianas y registro de datos de consumo ATB anual

OBJETIVOS FUTUROS
Consolidar un PROA hospitalario con objetivos y estrategias anuales de mejora.

MÉTODO
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS
1.- Reuniones del GT PROA mensuales con feed-back trimestral de los resultados.
2.- Continuar con actividades de divulgación / concienciación del uso racional de ATBs.
3.- Elaborar e impartir un plan de formación continuada en patología infecciosa y antibioterapia acreditado por la Unidad Docente del Sector.
4.- Disponer de un clínico-PROA por Servicio para consultoría
5.- Elaborar un sistema de alertas desde el Servicio de Microbiología y Farmacia que permita realizar auditorías de recomendación.
6.- Realización de auditorías aleatorias entre los pacientes con prescripción de ATbs.
7.- Registro informatizado de la actividad y cumplimiento de protocolos para posterior análisis.

INDICADORES
INDICADORES Y EVALUACIÓN

EVALUACIÓN LONGITUDINAL con recogida y análisis de los datos de forma periódica

INDICADORES
A.- Indicadores de cumplimiento de protocolos:
Porcentaje de pacientes que siguen el protocolo en cuanto a: recogida de muestras previa, elección de terapia empírica, dosis y forma de administración, desescalada y duración de la prescripción. Tasa de cumplimiento total de protocolo.

B.- Indicadores de actividad, proceso y resultado:
Porcentaje de pacientes con ATBs, Días totales de ATBs y de terapia ATB combinada. Tasa de cultivos positivos y resistencias bacterianas. Gasto farmacéutico en ATBs. Porcentaje de Consultorías. Porcentaje de alertas y tipo de alerta. Porcentaje de alertas que generan una recomendación y tipo de recomendación. Tasa de aceptación de las recomendaciones.

DURACIÓN
RESPONSABLES:
Grupo PROA-UCI. Servicio de Farmacia y Servicio de Microbiología

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO:
Octubre 2017- 2018:
Continuar con el PROA-UCI y sus actividades de registro y monitorización
Ampliar Guías/protocolos y puesta en marcha de los sistemas de consultoría, alertas y auditorias en todo el ámbito hospitalario
Continuar con actividades de divulgación y concienciación periódicas.
Abril 17/octubre 18:
Proceso de implementación del PROA-hospitalario con sus distintas actividades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0882

1. TÍTULO

CAMINANDO HACIA EL PROA II. CREACION DE UN EQUIPO PROA INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Plan de formación continuada PROA de marzo a diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0975

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA SAEZ ESCOLANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JORGE GARCIA RUTH NOEMI
FERNANDEZ ABAD NURIA
IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ
GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA
GASPAR GOMEZ ANA MARIA
SARALEGUI ORTS VERONICA
PAUL FUMANAL ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En enero de 2018 se puso en marcha el Núcleo de Seguridad SiNASP del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. La implantación del Sistema de Notificación durante este año se ha llevado a cabo en dos fases.
La primera fase, de enero a marzo, se dedicó a la constitución de un núcleo de seguridad en UCI, formado por 3 médicos, 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería, todos ellos con formación previa en Seguridad del paciente. Ellos han sido los encargados de impartir la formación en el sistema de notificación SiNASP al resto de profesionales de la UCI. La primera reunión se llevó a cabo en enero de 2018, se designaron los miembros del núcleo y se inició la formación del personal. En marzo de 2018 ya se había impartido la formación en SiNASP a todos los profesionales sanitarios de UCI, se habían realizado notificaciones de eventos adversos y se habían realizado análisis de causalidad de los mismos, implementando medidas de reducción de riesgo.
La segunda fase comenzó en abril de 2018, ampliándose el Núcleo de Seguridad a todos los servicios del HNSG. A día de hoy se han incluido 4 Facultativos especialistas, 1 Técnico de Laboratorio, 7 enfermeras, y 1 fisioterapeuta. Contamos con representación de Medicina Interna, Geriatría, Anestesia, Cirugía, Radiología, Laboratorio, Rehabilitación, Anatomía Patológica y Consultas externas. Todos ellos recibieron formación previa en seguridad del paciente.
Se han formado grupos de trabajo para analizar los eventos adversos notificados. Estos grupos se reúnen para realizar análisis causales de los eventos y tratan de emitir recomendaciones de mejora. Se realizan reuniones mensuales de todo el Núcleo de Seguridad en las que se lleva a cabo la puesta en común del trabajo realizado durante el mes y se revisan los aspectos formativos.
Se ha impartido formación en el uso y utilidad del SiNASP al personal sanitario de todos los Servicios con representación. Además, se han colocado póster informativos en zonas clave del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 se han recibido un total de 24 notificaciones de eventos adversos, habiéndose realizado recomendaciones de mejora en 20 de ellas (80%). El 66% de los incidentes sucedieron en UCI, el 21% en plantas de hospitalización y el 13% en servicios centrales. Durante los tres primeros meses el proyecto estuvo acotado a UCI, y esto genera un sesgo importante que hace que el mayor porcentaje de notificaciones recibidas pertenezcan a este Servicio.
La mayoría de los eventos adversos (EA) comunicados se relacionan con errores de comunicación (8EA: 33%) y errores relacionados con la medicación (8EA: 33%). El resto de EA, en porcentaje muy inferior, pertenecen las categorías de: “procedimientos terapéuticos”, “retraso o tiempo inadecuados”, “identificación”, “procedimientos diagnósticos” y otros.
Las recomendaciones de mejora emitidas por el Núcleo de Seguridad son transmitidas a los responsables de los Servicios implicados en el plazo máximo de 1 mes, aceptándose en un 80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo continuado del Núcleo de Seguridad mediante reuniones mensuales ha generado una dinámica de trabajo que resulta eficiente en la gestión de los eventos adversos que suceden en el hospital. Con la implicación de un equipo multidisciplinar resulta más fácil conocer las peculiaridades de los distintos Servicios que integran el HNSG, pudiendo emitir recomendaciones que resultan prácticas y sencillas de llevar a cabo. La transmisión de las recomendaciones las lleva a cabo la persona del servicio implicado en el evento adverso, de esta manera, resulta menos invasivo y se obtiene una mejor aceptación por parte de los responsables, tanto supervisión de enfermería como jefaturas de servicio.
Sería recomendable conseguir implicar en el proyecto a los restantes servicios del HNSG: Urgencias, Cirugía…

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/975 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0975

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018

Nº de registro: 0975

Título
IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)

Autores:
SAEZ ESCOLANO PAULA, JORGE GARCIA RUTH NOEMI, FERNANDEZ ABAD NURIA, IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN, GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA, GASPAR GOMEZ ANA MARIA, SARALEGUI ORTS VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El sistema sanitario es un sistema complejo formado por un conjunto heterogéneo de profesionales sanitarios. Esta complejidad hace que, en ocasiones se produzcan errores que pueden afectar a los pacientes. Aunque cada error o evento es único, estos comparten muchas cosas en común. Muchas veces sus causas inmediatas y sobre todo los factores contribuyentes tienden a repetirse. Una vez investigados, la identificación de los factores latentes en los sistemas permitirá rediseñarlos para hacerlos más seguros.
Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje es uno de los objetivos incluidos en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) ha contado con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian para el desarrollo y la coordinación del denominado Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, SiNASP.
El MSSSI lleva a cabo la gestión global del sistema y facilita su utilización por parte de los centros sanitarios mediante un proceso de implementación coordinado y liderado por los responsables de las Comunidades Autónomas correspondientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Crear un Núcleo de Seguridad multidisciplinar constituido por personal sanitario de todos los Servicios del HNSG
2. Promover una cultura de seguridad en el personal sanitario.
3. Identificar los problemas de seguridad existentes.
4. Mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

MÉTODO
1. Reuniones mensuales del Núcleo de Seguridad en las que se evaluará el proceso de formación del personal sanitario en Seguridad del paciente y uso del Sistema de Notificación. Se analizarán los eventos adversos notificados, sus causas y factores contribuyentes, tratando de emitir recomendaciones de mejora.
2. Formación en seguridad al personal sanitario del HNSG, mediante pequeñas charlas impartidas durante el horario laboral. Se enseñará de forma práctica cómo notificar un evento adverso relacionado con la seguridad del paciente.
3. Colocación de pósters relacionados con la seguridad. Se colocarán en los controles de enfermería y otras zonas transitadas para fomentar la participación y enfatizar la importancia de la seguridad.
4. Difusión de las recomendaciones de mejora emitidas por el Núcleo de Seguridad

INDICADORES
Notificaciones realizadas por cada 100 camas
Notificaciones trimestrales*100 /nº camas
Resultado óptimo > 3

Recomendaciones de seguridad emitidas
Notificaciones*100 / recomendaciones emitidas
Resultado óptimo: 50%

DURACIÓN
La implantación del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente se llevará a cabo en 2 fases.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0975

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG)2018

1º. Enero-Marzo 2018. Constitución de un núcleo de seguridad en UCI, formado por 3 médicos, 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería, todos ellos con formación previa en Seguridad del paciente. Encargados de impartir la formación en el sistema de notificación SiNASP al resto de profesionales de la UCI. El personal de UCI comenzará a notificar eventos adversos tutorizados por el núcleo de seguridad.
2ª fase: abril - diciembre 2018: Ampliación del proyecto a todos los servicios del HNSG, para ello se ampliará el grupo de trabajo con miembros de diferentes categorías pertenecientes a diversos servicios del hospital Ellos serán los encargados de liderar la formación en seguridad a nivel hospitalario.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1110

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM LAFUENTE MATEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR
ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO
ARMILLAS MOLINOS MARIA
GIL EGEA ESMERALDA
IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ
PAMPLONA CALEJERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reparto de las tareas entre los miembros del equipo.
-Inicio de la búsqueda bibliográfica.
-Puesta en marcha desde la Comisión de Transfusión y Hemoderivados del Centro de nuevos métodos de seguridad transfusional enfocados a Enfermería.
-Inicio de la redacción del Protocolo, todavía no terminado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Grado de asistencia: 90%.
-Grado de cumplimentación del calendario: 85%.
-Grado de satisfacción de los participantes en la actividad: media.

Nivel de ejecución del proyecto:
I. No se ha podido poner en marcha.
--->II. Se han iniciado algunas actividades.
III. Está muy avanzado.
IV. Ha finalizado y tiene resultados definitivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados entran dentro de lo esperado, requiriendo más tiempo para la elaboración de un documento formal, que cuente con la aprobación de la Comisión de Transfusión y de Hemoderivados del Centro.
-Finalización de la revisión bibliográfica.
-Finalización de la redacción de Protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1110 ========== ***

Nº de registro: 1110

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
LAFUENTE MATEO MIRIAM, RUIZ VALERO FRANCISCO, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR, ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO, ARMILLAS MOLINOS MARIA, GIL EGEA ESMERALDA, IBAÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN, PAMPLONA CALEJERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1110

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La anemia es la patología hematológica más frecuente en el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con una etiología múltiple en la que intervienen desde factores del paciente (ferropenia previa al ingreso, procesos patológicos crónicos…), como la patología motivadora del ingreso en UCI (sepsis, politraumatizado…) y hasta las extracciones que se realizan en nuestras Unidades.
Tradicionalmente, el tratamiento más rápido es la transfusión de Concentrados de Hematíes (CH), con la finalidad de aumentar la cantidad de hemoglobina intravascular y, con ello, el transporte de oxígeno a los tejidos. De esta manera, la transfusión ha porbado su eficacia en determinadas patologías médicas y quirúrgicas, aumentando la supervivencia de los pacientes que se encuentran en situaciones de gravedad, secundaria a anemia severa o shock hipovolémico (de origen hemorrágico).
Sin embargo, a pesar de ser la medida más rápida, también es la medida más agresiva para el tratamiento de la anemia, no estando exenta de efectos secundarios, que pueden implicar un aumento de la morbimortalidad de los paciente.
En este sentido, en los últimos años, se vienen publicando una series de recomendaciones, fruto de investigaciones a nivel multicéntrico, que cada vez apoyan más las políticas restrictivas transfusionales, basándose en tratamientos médicos y quirúrgicos enfocados a la corrección de los focos sangrantes y a la optimización de la coagulación y de los factores moduladores de la inflamación en los procesos sépticos.
Así, creemos que la realización de un Protocolo de Uso de Hemoderivados, que recoja las situaciones más frecuentes en nuestro quehacer diario, ayudará a valorar de una manera racional las necesidades transfusionales de nuestros pacientes, de acuerdo a los nuevos enfoques publicados.

RESULTADOS ESPERADOS
Describir las situaciones de necesidad transfusional, de acuerdo a la bibliografía actual.
Optimizar el uso de hemoderivados en nuestra Unidad.
Protocolizar el procedimiento de administración de las transfusiones en nuestra Unidad.

MÉTODO
Búsqueda bibliográfica de la situación actual del problema.
Elaboración de un Protocolo de Uso de Hemoderivados, que recoja las situaciones más habituales de nuestra UCI.

INDICADORES
Elaboración del Protocolo del Uso de Hemoderivados.
Presentación del mismo a la Comisión de Trasnfusiones y Hemoderivados del Hospital Nuestra Señora de Gracia para su aprobación.

DURACIÓN
Septiembre 2018: reparto de tareas entre los miembros del equipo.
Octubre 2018: búsqueda bibliográfica.
Diciembre-Marzo 2018: redacción del Protocolo.
Abril 2018: presentación del Protocolo a la Comisión de Trasnfusiones y Hemoderivados del Hospital Nuestra Señora de Gracia

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1503

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR
ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO
ARMILLAS MOLINOS MARIA
GIL EGEA ESMERALDA
PAMPLONA CALEJERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
Presentación y justificación del proyecto a los miembros del servicio. Recomendaciones agrupadas en 5 paquetes de medidas:
USO APROPIADO DE LA SONDA URETRAL
INSERCION ADECUADA DE LA SONDA URETRAL
MANTENIMIENTO ADECUADO DE LA SONDA URETRAL
GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS
Se ajustará su realización y se iniciará la formación realizando el curso de formación online que se aprobará por el área de seguridad del paciente del ministerio de sanidad y consumo.
Se diseñarán las hojas de registro para la recogida de datos. Se iniciará el programa en el tercer trimestre del año 2017 Se cumplimentaran encuesta de prevalencia periódicas que informen de la evolución de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Presentación en sesión del servicio en sesión acreditada del proyecto ITU Zero en Junio de 2018, explicando las lineas generales del proyecto y resolviendo las dudas planteadas.
Realización de la formación online en la plataforma del ministerio de Sanidad del 93 % de la plantilla (médicos, enfermeras y auxiliares) a fecha de Enero de 2019
Diseño y puesta en marcha de las medidas del proyecto y de la documentación elaborada, tras asistir a las reuniones a nivel nacional y autonómico explicativas de la puesta en marcha del proyecto.

Los resulytados obtenidos durante el periodo 2018, obtenidos del registro ENVIN en nuestra Unidad y nuestro pis son:

UNIDAD
Infeciones SU: 5 N Tasa
Pacientes Ingresados 213 2,35
Días de estancia 1.583 3,16
Días de SU 1.267 3,95
Ratio de utilización SU 0,80

NACIONAL | Unidades:292
Infecciones SU: 1452 N Tasa
Pacientes Ingresados 130.403 1,11
Días de estancia 689.120 2,11
Días de SU 558.877 2,60
Ratio de utilización SU
0,81

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha resultado interesante la implantación del proyecto, ya que ha contribuido a la mentalización en la prevención y control de la IRA más frecuente en nuestras unidades, hemos revisado el protocolo del servicio de sondaje, hemos completado la formación, implantado las medidas del proyecto y se ha incorporado las prácticas seguras a la labor asistencial diaria mejorando la calidad del la atención.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1503 ========== ***

Nº de registro: 1503

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1503

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

Autores:
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR, ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO, ARMILLAS MOLINOS MARIA, ESMERALDA GIL EGEA ESMERALDA, PAMPLONA CALEJERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Seguridad del paciente

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son un grave problema de salud publica a nivel mundial. Son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados. Hasta un 15% de los pacientes desarrollan una infección.
Las Infecciones del tracto urinario representan el 15%-20% de las IRAS. Hasta el 16% de los pacientes hospitalizados son portadores de una sonda uretral en algun momento de su estancia. La ITU-SU representan hasta el 40% de todas las infecciones hospitalarias. La incidencia oscila entre 3,1 y 6,4 por 1000 dias de sonda uretral. En la UCI entre el 50% y el 80% de los pacientes ingresados son portadores de cateter uretral. Durante la primera semana del sondaje urinario el 8% de los pacientes por dia desarrollan bacteriuria de forma que el porcentaje de pacientes con bacteriuria al decimo dia alcanza el 50%. Las bacteriurias asociadas al sondaje vesical elevan la morbilidad, la mortalidad y el costo en particular si es una bacteriuria complicada. Hasta 65%-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las practicas de prevencion de infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL
Indicador: No de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / No total de días de sondaje?Estándar: = 2,7 episodios de ITU-SU / 1000 días de SU ?
Indicador: No de pacientes con ITU-SU x 100 pacientes / No total de pacientes ?
OBJETIVOS SECUNDARIOS? ?
Indicador: Día de sonda uretral / Total de estancias ?Estándar: = 0,7

MÉTODO
Presentación y justificación del proyecto a los miembros del servicio. Recomendaciones agrupadas en 5 paquetes de medidas:
USO APROPIADO DE LA SONDA URETRAL ?
Utilizar sonda uretral so ?lo cuando este indicado, con sistema de circuito cerrado y puerto para toma de muestras. ??
Retirar la sonda uretral cuando no sea necesaria, valorando diariamente su indicacion. ?
INSERCION ADECUADA DE LA SONDA URETRAL ??
Realizar higiene de manos inmediatamente antes y despues de la insercion o de cualquier manipulacion de la sonda uretral. ??
Utilizar una tecnica esteril de insercion. ?
MANTENIMIENTO ADECUADO DE LA SONDA URETRAL ??3.a- Mantener siempre cerrado el sistema colector (sonda uretral, tubo de drenaje y bolsa colectora). ??
Mantener el flujo de orina libre sin obstaculos en el circuito, y la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga. ?
GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ??
Los profesionales sanitarios debe recibir formacion especifica sobre la insercion y mantenimiento de la sonda uretral. ??
Los protocolos de insercion y mantenimiento de la sonda uretral deben revisarse y actualizarse, cada 3 años y/o cuando se publique nueva evidencia ??
La necesidad de mantener feed-back con los profesionales sanitarios. Los coordinadores de la unidad informara ?n periodicamente al personal sobre las tasas de ITU-SU. ?
NO HACER
Utilizar antisepticos y antibioticos en la higiene diaria.
Usar antimicrobianos profilacticos en la insercion, mantenimiento o retirada de la sonda uretral.
Cambiar de forma rutinaria y periodica la sonda uretral.
Realizar lavados vesicales ??
Tomar cultivos si no se sospecha infeccion, excepto para estudios de colonizacion. ?
Utilizar de modo rutinario de sondas impregnadas de antimicrobianos. Pautar tratamiento antimicrobiano en la bacteriuria asintomatica.
Se ajustará su realización y se iniciará la formación realizando el curso de formación online que se aprobará

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1503

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROYECTO ITU ZERO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCI DEL HNSG

por el área de seguridad del paciente del ministerio de sanidad y consumo.
Se diseñarán las hojas de registro para la recogida de datos.
Se iniciará el programa en el tercer trimestre del año 2017
Se cumplimentaran encuesta de prevalencia periódicas que informen de la evolución de los indicadores.
Se llevarán a cabo reuniones periódicas para valorar la marcha del programa y difundir resultados y, en su caso, diseñar acciones correctoras

INDICADORES
Indicador: Día de sonda uretral / Total de estancias ?Estándar: = 0,7 ??
Indicador: No de antibióticos indicados para ITU-SU x 100 / No total de antibióticos indicados para tratar infección asociada a dispositivos Estándar: Disminuir un 10% los antibióticos utilizados para ITU-SU ?
Indicador: No de profesionales sanitarios adscritos a la UCI formados en el proyecto "ITU-ZERO" x 100 / No total de profesionales sanitarios adscritos a la UCI ?
Indicador: Actualización protocolo UCI HNSG

DURACIÓN
Junio - Septiembre 2018 Abril 2020 ?
Encuesta situación trimestral
Abril Mayo 2020 presentación de resultados finales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALIACAR MUÑOZ MARTA
BAGUES MARCEN MARIA CARMEN
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
FERRANDO VELA JUAN
GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO
JIMENEZ SAENZ JUANA
SAURA HERNANDEZ SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se consideró 'REINGRESO' a aquellos producidos de manera urgente, antes de 30 días del alta del episodio inicial o del reingreso inmediatamente anterior y con la misma categoría diagnóstica mayor.
Se seleccionaron los reingresos de los GRD más frecuentes en pacientes que podían ser atendidos por diferentes servicios, con los siguientes resultados:
- 140 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.
- 194 - INSUFICIENCIA CARDÍACA.

Participan los Jefes de Servicio / de Sección de:
- MEDICINA INTERNA (HRV y HNSG)
- NEUMOLOGÍA (HRV)
- CARDIOLOGÍA (HRV)
- GERIATRÍA (HNSG)
- UNIDAD DE CALIDAD
- UNIDAD DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACION (HNSG y HRV)

Se realizó la búsqueda de 'casos' en la base de datos del CMBD conjunta de los dos hospitales, de manera que el sistema pudiese considerar como reingreso al producido en el hospital distinto al del alta, si el ingreso era urgente y antes de 30 días.
Se realizaron las búsquedas con el programa de corporativo de explotación de los CMBD, decisys®, para los CMBD de los años 2016 y 2017.

La población de pacientes se caracterizará por:
- EDAD EN AÑOS
- SEXO
- MOTIVO DE ALTA
- DURACIÓN DE LA ESTANCIA
- NIVEL DE GRAVEDAD
- NIVEL DE MORTALIDAD

A partir de estos datos, se recoge la información necesaria a cada episodio de reingreso:
- GRD del reingreso
- CIP
- Edad
- Sexo
- Fecha de ingreso y alta del episodio de reingreso
- Diagnostico principal estancia hospitalaria

Actividades realizadas.

1- Se ha llevado a cabo el análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso

2- En el mes de marzo todos los responsables de los Servicios implicados han asistido a una Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.

3- Determinar las tasas de reingreso de las patologías más frecuentes en los Servicios médicos antes de la intervención. Conocer la tasa de reingreso en nuestro Sector permitirá compararnos con los datos en los hospitales de similares características.

4- En la última reunión del grupo de trabajo se presentaron las propuestas de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducir o adecuar los reingresos en aquellas patologías más frecuentes.

Se plantean diferentes tipos de intervenciones y la adecuación a ellas de las diferentes Unidades que intervienen en el proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se analizan los datos correspondientes a los procesos de insuficiencia cardíaca y EPOC en ambos hospitales y en todos los servicios implicados.
No se adjuntan las datos pormenorizados por imposibilidad material de espacio de incorporar las tablas a la memoria.

El número de ingresos anual por EPOC se mantiene estable en los últimos 3 años.
El porcentaje de reingresos urgentes (< 30 días) es significativamente inferior a la media nacional.
La introducción del hospital de día de neumología y de las consultas monográficas de EPOC en el HRV han conducido a disminuir la estancia media por EPOC sin aumento de los reingresos.

Los resultados obtenidos en el caso de Insuficiencia cardíaca parecen comportarse de manera similar, aunque todavía no disponemos de los datos definitivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista de los resultados obtenidos, se propone unificación de las pautas de actuación durante el ingreso, al alta y en el seguimiento del paciente.

INTERVENCIONES EN LOS PACIENTES CON EPOC
1- En Los pacientes con EPOC severo (Oxigenoterapia domiciliaria, bronquiectasias sobreinfectadas,..) se realizará una atención precoz a los 7 días tras el alta hospitalaria en el Hospital de Día de Neumología.
2- Los pacientes con EPOC severo e insuficiencia respiratoria serán controlados en la consulta monográfica de EPOC

INTERVENCIONES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA
1- La transición incluye al menos una cita precoz, antes del 7º día, dado que en este periodo el riesgo de reingreso es máximo.
Se recomienda la revisión por el médico de atención primaria en la primera semana y por un especialista en insuficiencia cardíaca (médico o enfermería) en las dos primeras semanas, que idealmente debería pertenecer al mismo equipo responsable del alta.
2- Es conveniente que el seguimiento durante la transición incluya
un mecanismo de acceso fácil telefónico y/o presencial,
incluyendo una consulta con Hospital de Día para la resolución de
las posibles descompensaciones.

Se acuerdan medidas generales y especificas para los pacientes con insuficiencia cardíaca o EPOC, basadas en las recomendaciones de los especialistas en dichos procesos.

7. OBSERVACIONES.
Los objetivos año 2019:
1- Diseño de una vía clínica para el paciente con EPOC y otra para el paciente con IC desde Urgencias hasta el alta hospitalaria
2- Diseño de un formulario para la recogida de información sobre los pacientes “caso” en una base de datos prospectiva para identificar los factores de riesgo de reingreso precoz. Para ello consideraremos información básica:
- La morbilidad y comorbilidad.
- Numero de ingresos hospitalarios previos.
- La duración de la estancia hospitalaria.
- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)
- La situación funcional y social
Conocer algunas características tanto del paciente como de las circunstancias que motivó el reingreso servirá para poder identificar problemas relacionados con la calidad asistencial y de esta forma implementar medidas para reducir la incidencia de reingresos en los dos procesos objeto de este proyecto.
3- La valoración del efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos se analizará seis meses después de la puesta en marcha de las intervenciones.
4- En una fase posterior, se analizarán las variaciones entre episodios iniciales y de reingreso de los niveles de gravedad y mortalidad y comorbilidades, al igual que la polifarmacia.

Cronograma
Enero-Marzo 2019: diseño de una vía clínica para pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca y pacientes con diagnóstico de EPOC.

Marzo- Diciembre: Puesta en marcha de la vía clínica y aplicación de las medidas de intervención del proyecto para disminuir el reingreso en pacientes con Insuficiencia cardíaca o EPOC.

Diciembre 2019: Medición y cuantificación de la tasa de reingresos de los GRD 140 Y 194 por servicios tras la intervención.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1077 ========== ***

Nº de registro: 1077

Título
GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

Autores:
JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN, ALIACAR MUÑOZ MARTA, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, FERRANDO VELA JUAN, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, JIMENEZ SAENZ JUANA, RAMOS D´ANGELO FERNANDO, SAURA HERNANDEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA CARDICA, EPOC
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El envejecimiento de la población en España y en toda Europa ha hecho crecer la demanda de servicios sanitarios y sociales por parte de pacientes pluripatológicos que presentan enfermedades crónicas y alta comorbilidad. Uno de los indicadores en los que se refleja este mayor consumo de recursos es el ingreso hospitalario.
La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria habitualmente utilizado.
El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos.
Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta. Existe una gran variedad de intervenciones para disminuir el riesgo de reingresos. En general, las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial, parecen ser las actividades más efectivas. .
Nuestra intervención se hará en la insuficiencia cardiaca yla enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)por ser los dos procesos con mayor número de reingresos pos causa médica en nuestro Sector. La tasa de reingreso puede identificar problemas de la calidad asistencial y posibilidades de mejora en estos dos procesos. Los servicios que participarán en el proyecto serán los que atienden a dichos procesos en el Sector.
Los Servicios implicados en el proyecto serán Cardiología, Geriatría, Medicina Interna y Neumología.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Confirmar los procesos con reingresos más frecuentes en los servicios médicos de los dos hospitales del Sector Zaragoza I.
2-Identificar los factores predictivos de los reingresos hospitalarios.
3-Proponer intervenciones efectivas para reducir el riesgo o número de reingresos hospitalarios.
4- Monitorizar los reingresos en los procesos definidos tanto por Servicio como por Sector.
5- Reducir la tasa de reingresos respecto a si mismos.

MÉTODO
1-Análisis de las patologías con reingresos más frecuentes, así como el tiempo de reingreso y la estancia en el ingreso.
2-Sesión formativa con expertos en codificación para definir el mejor indicador diagnóstico para lo que el proyecto pretende valorar.
3-Propuesta de intervenciones por Servicio con el objetivo de reducción de reingresos en aquellas patologías más frecuentes.
4-Valorar el efecto de las intervenciones sobre la tasa de reingresos.

INDICADORES
Según la evidencia disponible, podrían ser factores de riesgo del reingreso hospitalario los siguientes:
1-La morbilidad y comorbilidad.
2- Numero de ingresos hospitalarios previos.
3-La duración de la estancia hospitalaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1077

1. TÍTULO

GESTION DE PROCESOS CON REINGRESOS MAS FRECUENTES

4- Polifarmacia (tomar más de cinco medicamentos)
5- La capacidad funcional: limitación en las actividades de la vida diaria era un factor predictivo del reingreso hospitalario.
Estos factores permitirán clasificar a los pacientes con mayor riesgo de reingreso, realizándose la actuación en estos pacientes.
Los indicadores del proyecto serán la Tasa de reingreso antes y después de las intervenciones en el global de pacientes del Sector con insuficiencia cardiaca y EPOC, y de forma individualizada en cada Servicio.

DURACIÓN
Mayo 2018- Presentación de la metodología de trabajo a los Servicios implicados.
Julio 2018-Resultados de tasa de reingresos antes de las intervenciones.
Septiembre 2018-Intervenciones generales y especificas por Servicios.
Marzo 2019-Resultado de tasa de reingresos después de las intervenciones.
Abril 2019-Comunicación de resultados a los Servicios implicados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1347

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE DOMINGUEZ SANTAREN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORRAS RODRIGO MARIA
PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA
NAVARRO TEJERO BARBARA
LOPEZ RIVERA ELENA
MARCEN NAVAS ANA CRISTINA
RODRIGUEZ ALAVA ALICIA
RUBIO CASALO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Creación de un grupo de trabajo con integrantes de antigua y reciente incorporación: el grupo se creó en junio de 2018 y se hizo el reparto de los servicios para la elaboración de los distintos documentos.

2.1. Elaboración de un documento con las particularidades y puntos importantes de cada servicio: esta actividad se realiza entre junio y noviembre de 2018.

2.2. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio, para su visto bueno: esta actividad se realiza a lo largo de diciembre de 2018, aunque quedan servicios sin revisar.

2.3. y 2.4 Determinación de indicadores para valorar la mejora tras la implantación del proyecto y elaboración del cuestionario de satisfacción: se realizaron finalmente en junio de 2018 tras la reunión de equipo.

3. Implantación del manual de acogida en la plataforma adecuada: en diciembre de 2018 se crea la carpeta MANUAL, en una cuenta de Dropbox accesible para lectura a todo el personal de pool, con los documentos de los servicios que han sido revisados por las distintas supervisiones.

4. Medición de los indicadores: en enero de 2019 se miden y se evaluan los indicadores.

5. Comunicación de los resultados con el equipo: se realizan actualizaciones del proyecto de forma continuada en un grupo telefónico. En enero, tras la medición de los indicadores, se comunican los resultados al equipo y la próxima presentación de la memoria.

6. Búsqueda de mejoras y actualización del manual: es un proyecto vivo que puede actualizarse día a día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Se considerará resultado correcto una cobertura documental de los servicios superior al 80%. Se ha cubierto este indicador faltando de revisar 2 servicios de los 13 propuestos.

2. Pilotaje del Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
• Resolutividad
• Sentimiento de Competencia
• Disminución de la ansiedad
Se entrega el cuestionario de satisfacción a las 4 personas que se han incorporado en noviembre. Se muestran bastante satisfechas en estos tres puntos y tienen una excelente opinión sobre el manual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creación de los documentos ha sido rápida y se ha dado una gran implicación por parte de todo el equipo. La revisión de estos por parte de las distintas supervisiones se ha realizado de forma escalonada y ha facilitado la concreción de las actividades que se realizan en algunos servicios. Ahora se ha facilitado para estos como fondo documental.
Tanto dirección como las supervisiones se han implicado en el proyecto y están ilusionados con su consecución.
Este proyecto pretende hacerse accesible para el resto del personal del hospital.
También sería interesante crear una aplicación que permita revisar los documentos y otras utilidades como incluir la rueda de trabajo o facilitar los cambios.
Igualmente interesante sería crear un libro, aun en formato digital, para entregar al personal a su llegada al hospital.

7. OBSERVACIONES.
Al finalizar el resto de servicios, ¿habría que abrir actualizaciones de este nuevo proyecto, o al ser una continuación que puede incluirse en los proyectos posteriores, con otros coordinadores, no sería necesario?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1347

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1347 ========== ***

Nº de registro: 1347

Título
CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Autores:
DOMINGUEZ SANTAREN MARIA JOSE, PORRAS RODRIGO MARIA, PALOMERO DE LOS RIOS INMACULADA, NAVARRO TEJERO BARBARA, LOPEZ RIVERA ELENA, MARCEN NAVAS ANA CRISTINA, RODRIGUEZ ALAVA ALICIA, RUBIO CASALO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) dispone de una Unidad de correturnos de enfermería, que sustituye o refuerza determinados servicios siendo cambiantes los turnos las ubicaciones y las competencias. Por ello precisan de unos conocimientos muy amplios sobre ubicaciones, funcionamiento, recursos y aparataje.
El hospital ha presentado recientemente un Manual de Procedimientos, que queremos complementar con la creación de un documento específico que ayude al personal de nueva incorporación a ubicarse y conocer el Hospital, así como determinadas características de cada Servicio que faciliten los primeros turnos, disminuyan su ansiedad y den seguridad a los usuarios.
La acogida del personal se realiza por la Supervisora de la Unidad y son los propios integrantes de la Unidad quienes, a través de la inclusión en un grupo de chat telefónico y el préstamo de notas personales, asumen la formación de las nuevas incorporaciones al hacerse de forma progresiva y poco numerosa.
En el análisis de la situación participó de forma cooperativa toda la Unidad de Correturnos a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo. Se detectó la consecuencia “Falta de Competencia del Personal de Correturnos” analizando la estructura, la organización del trabajo y la evaluación de la competencia (Conocimientos + Habilidades personales + Actitud del personal) y se seleccionaron las áreas y las estrategias a abordar.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un manual de Acogida que proporcione la suficiente información sobre el hospital y los servicios al personal de nueva incorporación a la Unidad de correturnos del HNSG.
De esta manera creemos que se incidiría muy positivamente en la mejora de la resolutividad, el sentimiento de competencia y la reducción de la ansiedad en el personal de nuevo incorporación al servicio, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial del paciente.

MÉTODO
1. Creación de un grupo de trabajo con integrantes de antigua y reciente incorporación.
2.1. Elaboración de un documento con las particularidades y puntos importantes de cada servicio.
2.2. Solicitar valoración de la supervisión de cada servicio, para su visto bueno. Presentar el documento a la Dirección para su aprobación definitiva.
2.3. Determinación de indicadores para valorar la mejora tras la implantación del proyecto.
2.4. Elaboración del cuestionario de satisfacción.
3. Implantación del manual de acogida en la plataforma adecuada.
4. Medición de los indicadores.
5. Comunicación de los resultados con el equipo.
6. Búsqueda de mejoras y actualización del manual.

INDICADORES
Estimamos oportuna la monitorización de la edición y corrección grupal de los escritos sobre los distintos servicios y la satisfacción del personal de nueva incorporación:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1347

1. TÍTULO

CREACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

1. Se considerará resultado correcto una cobertura documental de los servicios superior al 80%
2. Pilotaje del Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
   - Resolutividad
   - Sentimiento de Competencia
   - Disminución de la ansiedad

El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de estos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN
Es nuestra intención llevar a cabo este proyecto de mejora en un plazo máximo de tres meses. El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:
1. Creación del grupo de trabajo. (Junio 2018).
2. Elaboración del manual. (Junio - Noviembre 2018)
3. Determinación de indicadores para la valoración. (Diciembre 2018)
4. Aprobación del documento final. (Diciembre 2018)
4. Implantación del documento en la plataforma adecuada. (Diciembre 2018)
5. Comunicación de los resultados con el equipo. (Enero 2019)
6. Búsqueda de mejoras. (Enero 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1348

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA COMABELLA CALLIZO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUINA IBAÑEZ ELENA
LATORRE BARTOLO SILVIA
ANDRES GARCIA MARTA
MARTIN SERRANO RAQUEL
VAZQUEZ ESCOLANO CRISTINA
GUARINOS RUBIO MARINA
FLETA GALVEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Creación de un grupo de trabajo con integrantes de antigua y reciente incorporación: el grupo se creó en junio de 2018.
2.1 Elaboración de una ficha del personal actual y el de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales: se realizó en octubre de 2018.
2.2. Programación de turnos de rotación obligatoria en servicios especiales como Quirófano, UCI, Urgencias, Unidad de Trastornos de la Personalidad y Farmacia: a lo largo de noviembre y diciembre de 2018, por parte de la supervisora, se programan las rotaciones de las cuatro personas que se han incorporado al servicio.
2.3. Selección de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación indispensables: en junio de 2018 se hizo el reparto de los temas para la elaboración de los distintos videos formativos.
3. Implantación de las fichas, las rotaciones y la formación: en noviembre de 2018 se repartieron las fichas a los nuevos integrantes del servicio de correturnos y la supervisora se encargó de realizar las oportunas rotaciones.
En diciembre de 2018 se crea la carpeta COMPETENCIAS, en una cuenta de Dropbox accesible para lectura a todo el personal de pool, con los guiones de los videos formativos que han sido revisados por las distintas supervisiones o médicos del servicio. Posteriormente se realiza una presentación de diapositivas de cada uno de ellos.
Debido a la magnitud del proyecto y a la posibilidad de realizar videos de mayor calidad a la esperada, se alarga la duración prevista del proyecto.
4. Medición de los indicadores: en enero de 2019 se evalúa la cobertura y la satisfacción con las rotaciones.
La cobertura y satisfacción de los videos formativos se realizará en junio de 2019.
5. Comunicación de los resultados con el equipo: se realizan actualizaciones del proyecto de forma continuada en un grupo telefónico. En enero, tras la medición de los indicadores, se comunican los resultados al equipo y la presentación de la memoria.
6. Búsqueda de mejoras y actualización del proyecto: gracias a la posibilidad de realizar videos de mayor calidad a la esperada se amplía el proyecto otros seis meses.
7. Durante diciembre y enero se realiza la grabación, en gran calidad, de todos los videos formativos seleccionados. Y posteriormente se tienen que editar los videos y alojarlos en la plataforma correcta para los mismos. En abril de 2019 se finalizará el proceso y el personal tendrá acceso a la video formación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Cobertura de las rotaciones obligatorias. Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80%.
% del personal de nueva incorporación a la Unidad de correturnos que ha completado sus turnos de rotación obligatoria /Total Nuevas incorporaciones
Cobertura del 100% de las rotaciones gracias a la colaboración de la supervisora y del resto del personal de correturnos.
2. Cobertura formación en competencias: Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80%
% del personal de nueva incorporación Unidad de correturnos con formación en competencias /Total Nuevas incorporaciones.
Este indicador se valorará cuando finalice la elaboración de los videos y se presenten al personal.
3. Pilotaje del Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
• Resolutividad
• Sentimiento de Competencia
• Disminución de la ansiedad
Se entrega el cuestionario de satisfacción a las 4 personas que se han incorporado en noviembre. Se les indica que solo contesten a la parte correspondiente a la rotación por los servicios especiales y no a los videos formativos.
Se muestran bastante satisfechas en estos tres puntos y tienen una excelente opinión sobre la rotación.
4. Durante diciembre y enero se realiza la grabación, en gran calidad, de todos los videos formativos seleccionados. Y posteriormente se tienen que editar los videos y alojarlos en la plataforma correcta para los mismos. En abril de 2019 se finalizará el proceso y el personal tendrá acceso a los videos formativos.
5. Se graban los videos de los 10 bloques de necesidades de formación detectadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1348

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La guionización de los videos formativos ha sido rápida y se ha dado una gran implicación por parte de todo el equipo. La revisión de estos por parte de las distintas supervisiones y/o médicos se ha realizado de forma escalonada.
La grabación de los mismos ha sido bastante elaborada por lo que el tiempo calculado en un principio no ha sido el adecuado.
Tanto dirección como las supervisiones se han implicado en el proyecto y están ilusionados con su consecución.
Este proyecto pretende hacerse accesible para el resto del personal del hospital.
También sería interesante crear una aplicación que permita el acceso a los videos formativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1348 ========== ***

Nº de registro: 1348

Título
EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Autores:
COMABELLA CALLIZO NATALIA, MARQUINA IBAÑEZ ELENA, LATORRE BARTOLO SILVIA, ANDRES GARCIA MARTA, MARTIN SERRANO RAQUEL, VAZQUEZ ESCOLANO CRISTINA, GUARINOS RUBIO MARINA, FLETA GALVEZ SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Hospital Nuestra Señora de Gracia (HNSG) dispone de una Unidad de correturnos de enfermería, que sustituye o refuerza determinados servicios siendo cambiantes los turnos las ubicaciones y las competencias. Por ello precisan de unos conocimientos muy amplios sobre ubicaciones, funcionamiento, recursos y aparataje.
La acogida del personal se realiza por la Supervisora de la Unidad. Son los propios integrantes de la Unidad quienes, a través de la inclusión en un grupo de chat telefónico y el préstamo de notas personales, asumen la formación de las nuevas incorporaciones al hacerse de forma progresiva y poco numerosa.
En el análisis de la situación participó de forma cooperativa toda la Unidad de Correturnos a través de un documento editable y compartido, minimizando las reuniones grupales. Se utilizó el análisis DAFO, el Diagrama Causa-Efecto y la Técnica Nominal de Grupo. Se detectó la necesidad de complementar la formación del personal con la adquisición de determinadas competencias enfermeras relativas a la Dimensión Técnica: habilidades y destrezas manuales (ejecución técnica) y mentales (organización y gestión del tiempo y los recursos).

RESULTADOS ESPERADOS
Proporcionar la suficiente información sobre los procedimientos y competencias que más inseguridad producen al personal antiguo y al de nueva incorporación de la Unidad de correturnos del HNSG.
Así se incidiría muy positivamente en la mejora de la resolutividad, el sentimiento de competencia y la reducción de la ansiedad en el personal de nueva incorporación al servicio, con su consecuente repercusión en la seguridad y en la calidad asistencial del paciente.

MÉTODO
1. Creación del grupo de trabajo.
2.1 Elaboración de una Ficha del personal actual y el de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales.
2.2. Programación de turnos de rotación obligatoria en servicios especiales como Quirófano, UCI, Urgencias,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1348

1. TÍTULO

EVALUACION INDIVIDUALIZADA Y ADQUISICION DE NUEVAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE CORRETURNOS DEL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (HNSG) DE ZARAGOZA

Unidad de Trastornos de la Personalidad y Farmacia.
2.3. Selección de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación indispensables.
3. Implantación de las fichas, las rotaciones y la formación.
4. Medición de los indicadores.
5. Comunicación de los resultados con el equipo.
6. Búsqueda de mejoras y revisión de las necesidades de formación.

INDICADORES
Estimamos oportuno monitorizar la cobertura de los servicios de mejora ofertados así como la satisfacción del personal.
1. Cobertura de las rotaciones obligatorias. Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80% % del personal de nueva incorporación a la Unidad de correturnos que ha completado sus turnos de rotación obligatoria /Total Nuevas incorporaciones
2. Cobertura formación en competencias: Se considerará resultado correcto una cobertura superior a 80% % del personal de nueva incorporación Unidad de correturnos con formación en competencias /Total Nuevas incorporaciones

3. Cuestionario de Satisfacción a los dos meses de la llegada a la Unidad de correturnos. Se considerará resultado correcto la satisfacción del personal de nueva incorporación en relación con:
- Resolutividad
- Sentimiento de Competencia
- Disminución de la ansiedad

Sería la supervisora de la Unidad de correturnos la encargada de completar, actualizar las fichas personales y entregar los cuestionarios de satisfacción.
El registro y evaluación de los indicadores y la aplicación de medidas correctoras como mejora en los documentos o actualización de estos, pasarían a formar parte de las herramientas de mejora de la calidad por parte de Gerencia.

DURACIÓN
Es nuestra intención llevar a cabo este proyecto de mejora en un plazo máximo de tres meses desde la aprobación de la gerencia del HNSG.
El Cronograma podría dividirse en las siguientes fases:
1. Creación de un grupo de trabajo: Integrantes de antigua y reciente incorporación para la selección de los procedimientos o competencias más conflictivos en la actualidad. Elaboración del modelo de ficha de recogida de datos (Junio 2018).
2. Cumplimentación de la ficha del personal de nueva incorporación, con la experiencia previa en servicios especiales y programación de los turnos de rotación obligatoria en servicios especiales por parte de la supervisora. (Octubre 2018)
3. Programación y realización de seminarios hospitalarios, talleres y/o Video formación. (Octubre - Diciembre 2018)
4. Medición de los indicadores. (Diciembre 2018)
5. Comunicación de los resultados con el equipo. (Enero 2019)
6. Búsqueda de mejoras. (Enero 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0946

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO RODRIGUEZ ABAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-

7. OBSERVACIONES.
El proyecto se presentó a la Direccion del Centro que desestimó su desarrollo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/946 ========== ***

Nº de registro: 0946

Título
CONSULTA INFORMATIVA DE ENFERMERIA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Autores:
RODRIGUEZ ABAD PEDRO, ADIEGO SANCHO ANTONIO, GALVE ARGUDO BEATRIZ, TORRES ANDRES MARIA DE LOS ANGELES, CALVO MATA NIEVES, ENRIQUEZ GRACIA MARIA ANGELES, ALONSO LAFON MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anticoncepción
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Ginecología en el HNSG atiende de forma exclusiva la demanda ginecológica del Sector Zaragoza I. La atención en Planificación Familiar (PF) del Sector I recientemente ha sido transferida al HNSG . Este tipo de asistencia sanitaria dependía de Atención Primaria, pasando recientemente a Atención Especializada. No se han facilitado medios personales, ni materiales en esta nueva demanda asistencial.
Recientemente el Servicio abrió unas consultas en horario de tarde para atender la jornada compensatoria por cesar de hacer guardias de dos de los componentes del Servicio (Dr. Pedro Rodríguez y Dr. Antonio Adiego). Al tiempo se centralizaron estas consultas de tarde en consultas de PF debido a que así se nos indicó.
Estas consultas de PF han recogido una fuerte demanda de métodos anticonceptivos de larga duración, como DIUs e Implantes, pero también usuarias que acuden sin gran información para recibir consejo sobre PF. Debido al tiempo limitado de tanto estas consultas especializadas de PF como en el resto ginecológicas, se ha visto la oportunidad de crear una consulta de PF en la que su exclusivo fin sería facilitar información sobre métodos anticonceptivos, su pertinencia, su disponibilidad, la toma de decisiones, valoración de complicaciones, efectos secundarios etc.… Proveer información cuando sólo se necesite ésta y no atención médica especializada.
El Servicio de Ginecología en la actualidad dispone de espacio material para acoger una consulta de consejo en PF y personal adecuado para su respaldo. Existe un día semanal (lunes) que hay un espacio de consulta disponible. El Servicio también dispone de enfermería fija adscrita al Servicio, que aunque no disponen de especialización en esta materia, han trabajado en ginecología durante años y por lo tanto tienen mucha experiencia en PF. Se impartirán protocolos de información y actuación en PF.
Este grupo de enfermeras, en concreto cuatro, serían las encargadas de atender la consulta y dar información a las usuarias que lo requieran. Estas pacientes procederán de los volantes de citaciones para PF de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0946

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Médicos de Familia que son valorados en un “triaje” diariamente. También se derivarán de nuestras propias consultas especializadas una vez sea recibida la demanda de PF y se considere que la atención en esta consulta está indicada.

RESULTADOS ESPERADOS
Proveer asesoramiento básico en Planificación Familiar por Enfermería mediante la creación de una consulta de Información en Planificación Familiar. Disminuir la demanda en este tema facilitando acceso a las usuarias a la Planificación Familiar, tanto a la información misma sobre el tema, como la citación hacia la consulta especializada en PF que fuera necesaria.

MÉTODO
Apertura de una Consulta de Enfermería para información y asesoramiento en Planificación Familiar.
Se promoverá formación adicional a la enfermería encargada de gestionar la consulta de nueva creación. Impartición de charlas y acceso a información escrita sobre el tema.

INDICADORES
Los indicadores serán el número de consultas abiertas por tiempo y número de usuarias atendidas en las consultas.

DURACIÓN
Esta consulta se pretende implantarse nada más finalizar el mes de agosto. Deberá de ser operativa en la segunda quincena de septiembre y normalizada su actividad al final del año 2018. Puede comenzarse a media jornada inicialmente y ampliarse su duración en función de la demanda.

OBSERVACIONES
Inicialmente atendería la demanda generada en nuestras propias consulta y en función de los resultados podría extenderse su actividad a los Médicos de Atención Primaria para la derivación directa de usuarias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1416

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA

Fecha de entrada: 02/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SESE SANZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GONZALEZ CARMEN
HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE
SUÑER SUÑER SILVIA
CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA
BERNAL BECERRA ANA
ZAERA CARCELLER CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDAD 1ª: REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO PARA ELABORAR EL TRÍPTICO
ACTIVIDAD 2ª: REVISIÓN DE GUÍAS Y DOCUMENTACIÓN DE OTROS HOSPITALES
ACTIVIDAD 3ª: ELABORACIÓN DEL TRÍPTICO
ACTIVIDAD 4ª: DISEÑO DE ENCUESTA DE VALORACIÓN SOBRE EL TRÍPTICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MEJORA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES
SEGUIMIENTO DE LA VALORACIÓN DEL TRÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN PROCESO

7. OBSERVACIONES.
TODAVÍA NO SE HA TERMINADO DE RECOGER LA INFORMACIÓN

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1416 ========== ***

Nº de registro: 1416

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA

Autores:
SESE SANZ MARIA PILAR, PEREZ GONZALEZ CARMEN, HERNANDEZ MARTINEZ MARIA JOSE, SUÑER SUÑER SILVIA, CELIMENDIZ JIMENEZ VANESA, BERNAL BECERRA ANA, ZAERA CARCELLER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE QUIRURGICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE LA INFORMACION

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
AUSENCIA DE DOCUMENTO CON INFORMACIÓN Y RECOMENDACIONES AL INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA PARA EL PACIENTE Y ACOMPAÑANTES, QUE PLANTEÓ LA NECESIDAD DE REALIZAR UN TRIPTICO INFORMATIVO, QUE DEFINA LA UNIDAD Y APORTE CONSEJOS GENERALES

RESULTADOS ESPERADOS
-AUMENTAR LA INFORMACION SOBRE EL INGRESO Y PERMANENCIA EN LA UNIDAD TANTO AL PACIENTE COMO A LOS ACOMPAÑANTES
-MEJORAR LA CALIDAD DE ASISTENCIA AL PACIENTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1416

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO DE ACOGIDA A LA PLANTA DE CIRUGIA

-DISMINUIR LA ANSIEDAD DEL PROCESO DEL INGRESO AUMENTANDO LA SEGURIDAD Y CONFIANZA
-AUMENTAR LA MOTIVACION E IMPLICACION DE TODO EL EQUIPO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD

MÉTODO
1 REUNIONES DEL EQUIPO PARA LA ELBORACION DEL TRIPTICO
2REVISION DE GUIAS Y DOCUMENTACION DE OTROS HOSPITALES
3ELABORACION DEL TRIPTICO
4DISEÑO DE ENCUESTA DE VALORACION SOBRE EL TRIPTICO

INDICADORES
NUMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE ENTREGA EL TRIPTICO Y NUMERO DE PACIENTES SATISFECHOS CON LA INFORMACION

DURACIÓN
FECHA DE INICIO: SEPTIEMBRE 2018
FECHA DE FINALIZACION:ABRIL 2019
1 REUNION DEL EQUIPO EN SEPTIEMBRE DE 2018
2 REVISION DE GUIAS Y DOCUMENTACION DE OTROS HOSPITALES
3 ELABORACION DEL TRIPTICO: ABRIL DE 2019
4 DISEÑO ENCUESTA DE VALORACION: ABRIL DE 2019
5 CHARLA EXPLICATIVA AL RESTO DEL EQUIPO ASISTENCIAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1103

1. TÍTULO

DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN SANCHO REDONDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAZAN GIMENEZ PABLO
SEGURA CALVO FRANCISCO
FERNANDEZ PEREZ SERGIO
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo de este proyecto de mejora de calidad es detectar de manera temprana la presencia de edema macular en la población diabética.

La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una técnica que permite detectar pequeñas diferencias en la anatomía macular de estos pacientes, siendo una herramienta muy útil para el despistaje precoz de esta patología.

Durante 5 meses, desde junio de 2018 hasta octubre del mismo año, se analizaron los cambios arquitectónicos en la OCT macular de pacientes diabéticos que se iban seleccionando sobre una población de 2650 pacientes. Estos pacientes fueron vistos en la consulta de oftalmología ambulatoria del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Los recursos empleados fueron:

-Personal sanitario cualificado en oftalmología, optometría y enfermería.
-Escaner de OCT (Tomografía de Coherencia Óptica) para la valoración retiniana.
-Optotipo de proyección para valorar agudeza visual. Oclusor con estenopeico.
-Lámpara de hendidura oftalmólogica
-Lentes oftalmologicas de calibre 20 y 78.
-Tropicamida y Fenilefrina en colirio, para provocar midriasis ocular.
-Material de ofimática necesario para el registro de los datos obtenidos y hojas de registro para desarrollar el proyecto.
-Ordenador con acceso al historiales médicos de los pacientes, para el acceso a sus últimas cifras de hemoglobina glicosilada, para poder valorar su nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos tres meses

Al acudir a la consulta, se estudiaron a los adultos con diabetes mellitus tipo 1, y tipo 2. A estos pacientes se les realizaba una anamnesis completa: edad del paciente, sexo, agudeza visual mejor corregida, tensión ocular, fondo de ojo bajo midriático y OCT macular.

Se complementó el estudio realizando las siguientes preguntas al paciente: si tenía un buen control glucémico, si era hipertenso, años de evolución de la diabetes y la cifra de HbA 1C.

Los pacientes seleccionados para la realización de este proyecto, recibieron la asistencia e informacion resultante del diagnóstico, necesario para nuestro proyecto, en cada una de sus respectivas consultas, con el fin de que fueran conocedores de la situacion de su retinopatia diabética, el tratamiento prescrito oportuno ypoder fomentar en ellos un mejor control de sus glucemias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se estudiaron 90 pacientes, que se dividieron en 3 grupos para el estudio: diabetes mellitus insulinodependiente, diabetes mellitus tipo 2, y un grupo control con pacientes sanos.

Dentro de cada grupo, se establecieron 3 límites de edad: de 20 a 40, de 40 a 60 y a partir de 60. Con 10 pacientes en cada grupo de edad, seleccionados al azar tanto en pacientes diabéticos como pacientes sanos.

La OCT macular es de gran ayuda para definir las características morfológicas así como el grosor retiniano.

No se encontraron diferencias significativas en los grupos de 20 a 40, y de 40 a 60, con respecto al grupo de control de pacientes sin retinopatía diabética.

Donde mayor diferencia se encontró fue en el grupo de mayores de 60 años con retinopatía diabética en los cuales se halló una mayor variación con respecto al grosor macular en relación con pacientes sanos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El edema macular diabético es una de las principales causas de pérdida de agudeza visual en la población diabética, su complejidad unida a la aparición de nuevos métodos diagnósticos, al igual que las novedosas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1103

1. TÍTULO

DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA

alternativas de tratamiento, hace que el enfoque de esta enfermedad suponga un importante reto para el oftalmólogo.

La OCT macular puede medir el grosor retiniano y cuantificar el edema macular.

Una atención temprana permite una gran mejora en la calidad y función visual de estos pacientes.

La introducción de técnicas de diagnóstico por imagen una auténtica revolución en este campo, y sobre todo con la implantación de dichos aparatos a nivel ambulatorio, ya que nos permiten en la misma consulta confirmar nuestras sospechas y no perder el tiempo para derivar al paciente en esa misma visita, y de esta forma, instaurar el tratamiento oportuno.

La sostenibilidad y replicación de este proyecto, depende de que las consultas de oftalmología a nivel ambulatorio, estén equipadas
de los recursos técnicos, materiales, y profesionales,utilizados para la consecución del mismo. De ser así, sería sostenible seguir diagnosticando e instaurando, precozmente, tratamiento en pacientes con edema macular diabético.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1103 ========== ***

Nº de registro: 1103

Título
DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA MEDIANTE OCT

Autores:
SANCHO REDONDO CARMEN, BAZAN GIMENEZ PABLO, SEGURA CALVO FRANCISCO, FERNANDEZ PEREZ SERGIO, ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El edema macular diabético es una de las principales causas de pérdida de agudeza visual en la población diabética. Su complejidad, unida a la aparición de nuevos métodos de diagnósticos así como de novedosas alternativas de tratamiento, hace que el enfoque de esta enfermedad suponga un importante reto para el oftalmólogo. La duración de la enfermedad, el tipo de diabetes y el control de la misma son determinantes para su aparición. Una atención temprana permite una gran mejora en la calidad y función visual de estos pacientes. La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una técnica que permite detectar pequeñas diferencias en la anatomía macular de los pacientes siendo una herramienta muy útil para el despistaje precoz de esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS
-Detectar de manera temprana la presencia de edema macular en la población diabética
-Analizar los cambios arquitectónicos en la OCT macular de los pacientes diabéticos en comparación con la población normal

MÉTODO
Al acudir a la consulta se realizará una anamnesis completa especificando el tipo de diabetes, edad, duración de la misma y su control metabólico.
En nuestros CME se realizará una toma de agudeza visual corregida, tensión ocular, fondo de ojo bajo midriasis y OCT macular de los pacientes diabéticos. También a pacientes sanos que servirán de control.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1103

1. TÍTULO

DESPISTAJE DEL EDEMA MACULAR DIABETICO EN LA PRIMERA CONSULTA DE CME DE OFTALMOLOGIA

Se catalogarán las diferencias en micras de la OCT macular por grupos de edad comprendiendo 3 categorías (de 20 a 40 años; de 41 a 60 años y de 61 en adelante).

INDICADORES
Presencia o ausencia de EMD y su relación con el tipo de diabetes y control metabólico
Diferencias en micras de la OCT macular entre los pacientes diabéticos y la población normal
Diferencias en micras de la OCT macular por grupos de edades
Diferencias en micras de la OCT macular por tipo de diabetes.

DURACIÓN
Junio 2018-junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1113

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PABLO BAZAN GIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO REDONDO CARMEN
SEGURA CALVO FRANCISCO
FERNANDEZ PEREZ SERGIO
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los objetivos del proyecto eran detectar de manera precoz, en una población estudiada de 2650 pacientes, durante 5 meses, en la consulta de CME de oftalmología del Hospital Nuestra Señora de Gracia, las pérdidas en la capa de fibras y cambios estructurales en la papila que puedan estar asociadas a pacientes con sospecha de glaucoma.

Los recursos empleados fueron:
-Personal sanitario cualificado en oftalmología, optometría y enfermería.
-Escaner de OCT (Tomografía de Coherencia Óptica) para la valoración retiniana.
-Optotipo de proyección para valorar agudeza visual.
-Paquímetro para valorar grosor corneal.
-Lámpara de hendidura con tonómetro de Goldman para medir PIO
-Lentes oftalmologicas de calibre 20 y 78.
-Fuoresceina en colirio.
-Material de ofimática necesario para el registro de los datos obtenidos y hojas de registro para desarrollar el proyecto.

Al acudir a la consulta, se realizaba una anamnesis: edad del paciente, sexo, presencia de enfermedades de riesgo vascular, antecedentes familiares de glaucoma, agudeza visual mejor corregida, tensión ocular, paquimetría, fondo de ojo con exploración papilar y OCT de capa de fibras nerviosas retinianas en pacientes con hipertensión ocular o sospecha de glaucoma.
Se desestimaron pacientes con hipertensión ocular con OCT de capa de fibras normal. Durante este tiempo se diagnosticaron 26 nuevos casos de glaucoma con pérdida de fibras en la OCT y con la instauración de tratamiento en el mismo acto médico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde que se tuvo constancia de que los cambios estructurales en la papila y en la capa de fibras de la retina precedían a defectos en el campo visual, es de vital importancia el diagnostico precoz.
Las técnicas de diagnostico por imagen analizan cambios en la capa de fibras y en la estructura de la papila.
La OCT de capa de fibras tiene muchas ventajas, es una técnica rápida y no invasiva pero necesita medios transparentes y la colaboración del paciente.
El campo visual supone la vertiente funcional del diagnostico del glaucoma, mientras que la evaluación de la papila y de la capa de fibras retiniana suponen la parte estructural de dicho diagnóstico.
Con la accesibilidad de la OCT de capa de fibras en nuestra práctica clínica a nivel ambulatorio, un determinado número de pacientes se va a beneficiar de un diagnostico y tratamiento precoz en la primera visita.

Diagnostico de glaucoma con pérdida de fibras nerviosas por tipo de paciente, de un total de 26 diagnoticados, durante este proyecto de mejora de calidad:

Con catarata (7): Paquimetría baja (1) Cámara anterior estrecha (0) Pseudoexfoliación (3) Glaucoma crónico simple (2) Pseudoexfolicación con cámara estrecha (1)

Con facoesclerosis (9): Paquimetría baja (2) Cámara anterior estrecha (3) Pseudoexfoliación (1) Glaucoma crónico simple (3) Pseudoexfolicación con cámara estrecha (0)

Con diabetes (4): Paquimetría baja (1) Cámara anterior estrecha (1) Pseudoexfoliación (1) Glaucoma crónico simple (1) Pseudoexfolicación con cámara estrecha (0)

Sin catarata (3): Paquimetría baja (0) Cámara anterior estrecha (1) Pseudoexfoliación (1) Glaucoma crónico simple (1) Pseudoexfolicación con cámara estrecha (0)

Con cirugia de catarata previa (3): Paquimetría baja (2) Cámara anterior estrecha (0) Pseudoexfoliación (0) Glaucoma crónico simple (1) Pseudoexfolicación con cámara estrecha (0)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1113

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por la casuística, se detecta que el mayor porcentaje de pacientes presentaba un glaucoma crónico simple. El glaucoma pseudoexfoliativo y el de presión normal con una paquimetría baja han obtenido los mismos resultados. En cambio, el glaucoma de cámara estrecha se sitúa en un porcentaje ligeramente inferior.
La introducción de técnicas de diagnostico por imagen ha supuesto una autentica revolución en este campo, y sobre todo con la introducción de dichos aparatos a nivel ambulatorio, ya que nos permiten en la misma consulta confirmar nuestra sospechas y no perder tiempo en instaurar el tratamiento oportuno en la misma visita.
La replicación de este proyecto, depende de que las consultas de oftalmología a nivel ambulatorio, estén equipadas de los recursos técnicos materiales y humanos cualificados citados, utilizados para la consecución del mismo. Si dichas consultas están equipadas para ello, sería sostenible una permanente implicación para seguir diagnosticando precozmente el glaucoma con perdida de fibras nerviosas y prevenir el deterioro visual irreversible que produce en los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1113 ========== ***

Nº de registro: 1113

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

Autores:
BAZAN GIMENEZ PABLO, SANCHO REDONDO CARMEN, SEGURA CALVO FRANCISCO, FERNANDEZ PEREZ SERGIO, ORDUNA HOSPITAL ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN PREVENCION

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El glaucoma es una de las principales causas de ceguera irreversible en el mundo.
Esta enfermedad se caracteriza generalmente por el aumento patológico de la presión intraocular y tiene como condición final común una neuropatía óptica con pérdida progresiva de las fibras nerviosas del nervio óptico y cambios en su aspecto.
La mayoría de las personas afectadas no presentan síntomas en las primeras fases de la enfermedad; más adelante aparecen defectos en el campo visual y pérdida progresiva de visión. La aparición de estos síntomas puede significar que la enfermedad está en un punto avanzado de su evolución.
La hipertensión ocular (HTO), por el contrario, supone un aumento en la presión intraocular de los pacientes sin daño glaucomatoso asociado. Sin embargo, los pacientes con HTO pueden tener un mayor riesgo de desarrollar glaucoma en el futuro.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar de manera precoz aumentos significativos en la PIO de los pacientes atendidos en la consulta de oftalmología del CME
Detectar pérdidas de la capa de fibras nerviosas retinianas (CFNR) que puedan estar asociadas a la presencia de glaucoma
Detectar diferencias en la CFNR de los pacientes con sospecha de glaucoma y la población general
Ajustar la PIO en base a la paquimetría de estos pacientes

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1113

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL GLAUCOMA EN LA POBLACION GENERAL MEDIANTE OCT PAPILAR

Al acudir a la consulta se realizará una anamnesis completa especificando la edad, presencia de enfermedades de riesgo cardiovascular y antecedentes familiares de glaucoma.
En nuestros CME se realizará una toma de agudeza visual corregida, tensión ocular, paquimetría, exploración papilar en el fondo de ojo y OCT de CFNR papilar de los con HTO o sospecha de glaucoma.

INDICADORES
Presencia de disminución en la CFNR de los pacientes con HTO o sospecha de glaucoma
Porcentaje de pacientes con HTO en los que se detectan alteraciones en la OCT papilar
Variaciones en la PIO ajustada según la paquimetría
Porcentaje de pacientes en los que se acaba instaurando tratamiento anti glaucomatoso

DURACIÓN
Junio 2018- febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1217

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN PINILLA BOROBIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO
FUENTES BERNAL JUAN LUIS
GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO
HERRANDO BLASCO JESUS
SAN AGUSTIN BEAMONTE ALBERTO
CASTILLO CASTEJON OLIMPIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente, seleccionamos las salas de reuniones a interconectar, que fueron cinco: consultas externas del HUMS, consultas de neuroftalmología y glaucoma, consultas de oftalmología pediátrica, consultas del HNSG y consultas del HRV.
La sala de reuniones principal para emitir se estableció en las CCEE del HUMS.
Se dotaron las salas del equipo de hardware y periféricos necesarios para obtener una recepción-emisión de vídeo y audio de calidad, así como la proyección en monitores y TVs para el adecuado visionado de todos los asistentes. Se adquirió un micrófono con conexión bluetooth para la sala principal.
El servicio de informática amplió el ancho de banda en el HNSG para permitir un mejor flujo de la conexión.
El software de videoconferencia adquirido e instalado es Blizz (TeamViewer), que permite de una forma intuitiva compartir pantalla, aplicaciones como Power Point, chat... Se adquirió la licencia para compartir con varios participantes. Su instalación y puesta en marcha fue posible gracias al servicio de informática que habilitó los puertos en cada sala.
Además, Blizz permite conectarse desde casa con el ordenador personal o desde cualquier lugar con el smartphone para asistir a las sesiones.
Se resumieron brevemente en una hoja las instrucciones para establecer la conexión desde cada uno de los terminales y se adjuntó una copia junto a ellos.
Se creó un grupo de WhatsApp para comunicar las incidencias, anunciar sesiones, cancelaciones, etc.
Se nombraron responsables en cada sala de reuniones para asegurar el uso cotidiano de la aplicación y la conexión a las sesiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el comienzo de las sesiones en septiembre de 2018, podemos valorar el resultado como altamente positivo. La conexión de la sesión ha sido casi sistemática desde entonces, con un alto grado de satisfacción de los asistentes.
No se han dejado de registrar incidencias que a continuación paso a enumerar:
1. Durante los 2 meses iniciales, la calidad del audio ha sido bastante baja, punto que se ha resuelto adquiriendo un micrófono adecuado para la sala principal.
2. Se han detectado 4 ocasiones donde la conexión no ha sido posible, ya haya sido por problema del software o de la conexión a internet.
3. Aunque el centro emisor ha conectado casi siempre (35 sesiones de 37 registradas), los otros centros no conectan con tanta asiduidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora creemos que con este proyecto se ha aumentado la capacidad de comunicación entre los equipos de trabajo y los miembros del Servicio de Oftalmología. En los últimos años, la dispersión del personal del servicio en varias áreas de trabajo distribuidas dentro del mismo hospital y en otros centros dificultaba enormemente la asistencia de forma sostenible a las sesiones administrativas y clínicas.

Aunque la implementación ha sido bastante satisfactoria, se han detectado varios puntos a mejorar y ya se está trabajando en su mejora:
1. Queremos ajustar el horario de sesiones e inicio de las consultas, ya que en algunos centros no se acoplan, lo que dificulta que los profesionales puedan atender a las sesión.
2. Valorar instalar el software en ordenadores individuales de aquellos centros de trabajo que no dispongan de sala de reuniones próxima, principalmente los Centros Médicos de Especialidades.
3. Instalar micrófonos de calidad en las otras salas para permitir un diálogo de calidad.
4. Ampliar el uso de la videoconferencia para reuniones.
5. Habilitar algún disco duro donde grabar las sesiones de interés.
6. Elaborar encuesta de satisfacción para detectar nuevos puntos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1217 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1217

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Nº de registro: 1217

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Autores:
PINILLA BOROBIA JUAN, BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO, FUENTES BERNAL JUAN LUIS, GISMERO MORANCHEL LUIS ALBERTO, HERRANDO BLASCO JESUS, SAN AGUSTIN BEAMONTE ALBERTO, CASTILLO CASTEJON OLIMPIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación y docencia

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) ha crecido en actividad y extensión en los últimos años. Actualmente, se pueden localizar varias áreas de trabajo distribuidas dentro del mismo hospital y en otros centros. Asimismo, la plantilla compuesta por médicos y ópticos-optometristas puede estar destinada en uno o varios de estos centros a lo largo de la semana laboral.
Esta situación de dispersión del servicio ha llevado a dificultar enormemente la capacidad de comunicación entre los equipos de trabajo y sus miembros.
Además, las sesiones clínicas, docentes y administrativas, tradicionalmente celebradas en la Sala de Juntas de las Consultas Externas del HUMS, carecen de la infraestructura para su seguimiento continuado por los profesionales del servicio.
El buen funcionamiento de un servicio requiere la existencia de unos canales de comunicación adecuados para que fluya la información y el conocimiento generados por una actividad en crecimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la conectividad telemática entre los diferentes centros del Servicio de Oftalmología.
Permitir el seguimiento de sesiones clínicas, administrativas y docentes desde las salas de reuniones y otros ordenadores integrados en el servicio.
Facilitar un canal de comunicación entre los equipos de trabajo para mantener reuniones que no exijan la presencia física de todos los participantes.
La población diana es el personal sanitario del Servicio de Oftalmología, así como el personal en formación, MIR o estudiantes de los grados de Medicina y Óptica.

MÉTODO
Enumerar las salas de reuniones que se quieren interconectar.
Dotarlas del equipo de hardware y periféricos necesarios para obtener una recepción-emisión de vídeo y audio de calidad, así como la proyección en monitores y TVs para el adecuado visionado de todos los asistentes.
Instalar un software de videconferencia que permita de una forma intuitiva compartir pantalla y aplicaciones, transmitir vídeo y audio, chat…
Valorar instalar el software en ordenadores individuales de aquellos centros de trabajo que no dispongan de sala de reuniones próxima.
Valorar la posibilidad de conectarse desde casa con el ordenador personal o desde cualquier lugar con el smartphone.
Sistematizar la conexión de la sesión de la mañana para que pueda ser seguida desde cualquier ordenador.
Entrenar al personal en el uso de la aplicación y solución de problemas más frecuentes, garantizando su uso cotidiano.

INDICADORES
La conectividad telemática se garantizará realizando test para poner a prueba el funcionamiento de todos los apartados requeridos para la videoconferencia: imagen, vídeo, audio, compartición de aplicaciones y de pantallas, chat…
Se listará la dotación de cada sala con el hardware y periféricos (cámara, micrófonos, monitores…) necesarios, procurando así un seguimiento de su buen estado y reparaciones o sustituciones requeridas.
El principal indicador de monitorización será el número de sesiones conectadas por cada sesión celebrada, así como el número de centros y equipos asistiendo telemáticamente a cada sesión.
Se repartirá una encuesta de satisfacción entre los usuarios del sistema de videoconferencia, haciendo hincapié en la sencillez y operabilidad del sistema y la calidad percibida del mismo.

DURACIÓN
Fecha de comienzo: septiembre de 2018; Fecha de finalización: enero de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1217

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIDEOCONFERENCIA EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

PLAN DE IMPLANTACIÓN: Se coordinará todo el equipo para que cada ubicación disponga de los elementos necesarios correctamente instalados y se realizarán las pruebas necesarias para garantizar la solidez y fluidez del sistema. A continuación, se probará en situación real durante las sesiones clínicas, administrativas y docentes de la mañana. En una última fase se extenderá a otros usos como celebración de reuniones y grabación de clases y cursos.
PLAN DE COMUNICACIÓN: Se explicará su funcionamiento a uno o varios responsables en cada centro. Posteriormente, se expondrá en sesiones sucesivas cómo conectarse y las funcionalidades del sistema, para que su aprovechamiento sea extensible a todo el personal. Quedará registrado en cada ordenador un guión explicativo del sistema y otro impreso en las salas de reuniones para una disponibilidad más inmediata.
PLAN DE EVALUACIÓN: Cada día habrá un responsable de registrar la conexión diaria a la sesión principal de cada centro. Se identificarán las causas que en cada caso impidan o dificulten el correcto funcionamiento. Se completará una encuesta de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0317

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MARTINEZ PLANAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ORTOGERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MESA LAMPLE PILAR
DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras varias reuniones entre los integrantes del proyecto, llegamos a la conclusión de que es necesario realizar una acción complementaria al procedimiento interno de petición de transfusión existente en el hospital, para algún tipo de paciente al que se le ha solicitado reservas de hemoderivados en un plan de uso diferente al que finalmente se usan los hemoderivados reservados, lo que hace que el día de la intervención se encuentre el paciente sin reservas sin que el servicio de cirugía sea consciente de esto.

Para intentar evitar esto, empezamos confeccionando un catálogo de los paciente que por alguna característica especial, pueden ser sensibles a encontrarse en las condiciones anteriormente dichas.

Una vez definidos estos casos, los hemos recogido en un cuadernillo donde se indica como actúa el servicio de transfusión en cada uno de ellos.

Este cuadernillo se imprimirá y se dejará mas adelante en los servicios, a modo de consulta.

A su vez para poder estandarizar la respuesta a cada uno de estos casos desde el servicio de transfusión del laboratorio, se ha creado una Excel que generará un aviso en todas las peticiones que cumplen estas características.

Simplemente metiendo los datos del paciente en la Excel se generarán tres copias de un informe indicando:

- NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE
- Nº SEGURIDAD TRANSFUSIONAL
- Nº DE CONCENTRADOS RESERVADOS
- HASTA QUE DÍA Y HORA EXACTAMENTE TIENE RESERVADOS LOS HEMODERIVADOS.

Un informe irá dirigido al Facultativo que ha hecho la petición, otro al servicio de enfermería y otro se quedará en el Servicio de transfusión del laboratorio, que lo adjuntará a la petición de transfusión.

El equipo Técnico del Laboratorio se reunió en varias ocasiones para establecer la forma de proceder en cada uno de los casos .

También se ha explicado en varias ocasiones y difundido el problema entre el personal del servicio de Geriatría y Ortogeriatría.

Por circunstancias no se ha podido dar aún inicio al protocolo anterior y está pendiente de hacerse una sesión explicativa de todo el proceso para que se entienda bien y empezar a aplicarlo.

La evaluación y seguimiento se controlará en gran parte por el Laboratorio, revisando que cada petición de transfusión en estos casos cumple con las condiciones que marca este procedimiento.

Si no es así se devolverá al servicio peticionario para que a través de este protocolo se subsane el error de forma correcta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento se ha notado de que el personal Facultativo empieza a rellenar las solicitudes de petición para el PLAN DE USO correcto de los hemoderivados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La duración sería permanente si se comprueba que da buenos resultados. El calendario previsto para la sesión y puesta en marcha esta por determinar aunque se podría ser el mes de abril
De vez en cuando nos reuniremos para intentar solucionar algún fleco que pueda surgir cuando empiece a funcionar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0317

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/317 ========== ***

Nº de registro: 0317

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
MARTINEZ PLANAS ISABEL, MESA LAMPLE PILAR, GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO, DEL RIO ROMAN FRANCISCO JOSE, MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Fractura de femur proximal
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la unidad de ortogeriatría del sector I, situada en el Hospital Nuestra Señora de Gracia la prevalencia de pacientes potenciales de ser receptores de una transfusión es elevada debido a la propia patología del paciente (Fractura de fémur proximal que implica en muchos casos el riesgo de hemorragia por el propio traumatismo) así como a la intervención de reducción de la fractura.

Al realizar la solicitud de hemoderivados en pacientes hospitalizados una incorrecta cumplimentación del volante de solicitud puede hacer que en ocasiones contemos con determinadas unidades de concentrados sanguíneos que en realidad no existen. Por ello la elaboración de un protocolo de cumplimentación de dicha solicitud hace que todo el personal implicado conozca cómo proceder en las diferentes situaciones que se pueden presentar.

RESULTADOS ESPERADOS
- Qué todos los profesionales del servicio de Geriatría conozcan la existencia del protocolo
- Qué todos los profesionales del servicio de Geriatría acudan a la sesión formativa sobre el mismo
- Qué no se devuelvan solicitudes de hemoderivados por una incorrecta cumplimentación
- Que no existan errores en la disponibilidad de hemoderivados por no haberse reflejado el plan de uso adecuado o la fecha de intervención

MÉTODO
- Elaboración de un protocolo de solicitud de hemoderivados junto con el servicio de laboratorio
- Difusión del mismo entre el personal del servicio de Geriatría a través del formato de sesión clínica o en las reuniones de equipo
- Difusión del mismo entre el personal del servicio de laboratorio
- Registro de las posibles incidencias que puedan surgir durante la implantación o uso del mismo

INDICADORES
- Porcentaje de profesionales formados sobre el nuevo protocolo
- Número de incidencias y tipo surgidas durante la implantación del mismo

DURACIÓN
- Octubre 2016: Elaboración del protocolo
- Noviembre 2016: Difusión del mismo
- Octubre de 2017: Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0317

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TRASFUSION EN LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1179

1. TÍTULO

TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES MARTINEZ MARCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ORTOGERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA
BORRAZ ABARDIA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REPARTO DE TAREAS (BUSCAR FOTOS, MAQUETAR, REDACCION)
REUNIONES VARIAS PARA UNIFICAR CIRTERIOS, DISEÑAR FORMATO Y VER RESULTADOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HEMOS GENERADO UN DOCUMENTO DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMIIARES.
PROPORCIONAMOS UNA INFORMACION MUY DEMANDADA POR FAMILIARES QUE NO LA TENIAMOS PROTOCOLIZADA
EL DOCUMENTO O TRIPTICO SE DA A TODOS LOS PACIENTES A SU LLEGADA ALSERVICIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL EQUIPO CONSIDERA QUE LA INFORMACION DADA ES UN CONJUNTO DE LA INFORMACION QUE DEMANDA EL PACIENTE Y FAMILIAR AL INGRESO.
EL TRIPTICO ES UNA HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIARES.
ES FUNDAMENTAL QUE SE LES DE A TODOS LOS PACIENTES.
QUEDA PENDIENTE HACER UN SEGUIMIENTO EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE SU DISTRIBUCION, EL EQUIPO CONSIDERA REALIZARLO A LO LARGO DEL AÑO PARA QUE FORME PARTE DE UNA DE LAS ACTIVIDADES A CUMPLIMENTAR POR EL PERSONAL EN EL INGRESO DEL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1179 ========== ***

Nº de registro: 1179

Título
TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

Autores:
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES, GARRIDO MARTINEZ MARIA LUISA, HERNANDEZ LANGARITA JAVIER, BORRAZ ABADRIA MARIA FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FRACTURAS DE CADERA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes que ingresan en la unidad de orto geriatría, son pluripatológicos en general y añadir la fractura de cadera, da lugar a una delicada situación tanto para pacientes como familiares difícil de afrontar, que les genera miedo, ansiedad y desconocimiento de como sobrellevarla. Al ingreso se les informa por parte del personal médico y de enfermería de las necesidades y situaciones que suelen darse en este tipo de patología, así como de los horarios y pautas protocolizadas para una eficiente recuperación. Pero tanto al familiar como a los pacientes les cuesta asimilar toda la información, por lo que consideramos que es mucho más eficaz hacerlo a través de un tríptico donde quede plasmada de forma clara y concisa esta información.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1179

1. TÍTULO

TRIPTICO DE ACOGIDA PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA

Mejorar la información.
Hacer llegar la información a todos los pacientes que ingresan en la unidad.
Informar de una forma clara y concisa al paciente y familiares que ingresan en la unidad de orto geriatría de las pautas, necesidades y recomendaciones para una eficaz recuperación.

MÉTODO
Recoger y actualizar toda la información que se da al ingreso del paciente tanto escrita como oral y consensuar entre el equipo la más adecuada. Se realizaran dos reuniones 1ª al inicio para aunar la información y agruparla para el diseño del tríptico, repartir el trabajo de diseño en cuanto a plantilla y fotos y/o dibujos. 2ª reunión donde se presente el boceto y realicen los cambios si fueran necesarios.

INDICADORES
Conseguir ofrecer el tríptico a todos los ingresos de la unidad. 100%
Porcentaje de satisfación del usuario en cuanto a la información dada a través de entrevista
Evaluación se plantearía para un posterior proyecto.

DURACIÓN
1ª reunión mayo de 2018
2ª reunión noviembre de 2018
Presentación final del documento en enero 2019

OBSERVACIONES
La unidad de orto geriatría acoge a los pacientes mayores de 75 años con fractura de cadera.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1786

1. TÍTULO

PREPARACION PROTOCOLIZADA PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AMPARO CASTELLOTE ARMERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DAMBORENEA TAJADA JORGE
DE FRANCISCO ENRIQUE
RIVAS RODRIGUEZ PALOMA
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
LABARTA MANCHO CARMEN
HERRERO EGEA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Se han mantenido reuniones todos los lunes de Enero a Junio de 2017 para elaborar la puesta en marcha de dicho proyecto.

2- A partir de Junio se han llevado a cabo las actividades propuestas en los 26 pacientes intervenidos de CENS de Junio hasta final de año:

2.1. Citación una semana antes de la intervención de poliposis al paciente para pautar por vía oral corticoides hasta la fecha de la intervención
2.2. Se adelantó la llamada al bloque quirúrgico en 10 minutos para instilar antes de la anestesia general gotas de oximetazolina.
2.3. Explicación personalizada a los pacientes de la finalidad de dichos procedimientos por parte de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Disminución de 15 minutos en cada proceso quirúrgico de poliposis de los 26 realizados, por disminución de la inflamación y, por tanto, del sangrado en la intervención

2- Adelantar la retirada de taponamientos nasales.
En el mes de Diciembre se ha evaluado el impacto del proyecto midiendo los indicadores descritos en el mismo:

Indicador 1: % de pacientes con vasoconstricción y corticoterapia general previa a la cirugía de poliposis antes de la entrada a quirófano. Del st >75% el cumplimiento ha sido del 100%

Indicador 2: % de disminución de estancia hospitalaria tras implementar la mejora. Del st >10% el cumplimiento ha sido del 60%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1- Ha sido un proyecto muy bien acogido, tanto por los facultativos del grupo como por los pacientes, por lo que se seguirá llevando a cabo su implementación.

2- Excelente experiencia en la utilización conjunta en el equipo de las herramientas de calidad (lluvia de ideas, etc...)

7. OBSERVACIONES.
Lo que en principio pudo parecer un inconveniente para el paciente al hacerle repetir una visita, ha resultado ser una satisfacción para el mismo ya que debido a la demora quirúrgica el paciente ha tenido la oportunidad de contactar con su cirujano una semana antes de ser intervenido, pudiendo de este modo formularle dudas y preguntas que le han surgido a posteriori.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1786 ========== ***

Nº de registro: 1786

Título
PREPARACION PROTOCOLIZADA PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL.PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1786

1. TÍTULO

PREPARACION PROTOCOLIZADA PREQUIRURGICA EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL

HERRERO EGEA ANA, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, DAMBORENEA TAJADA JORGE, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, RIVAS PALOMA, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, LABARTA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La cirugía de la poliposis nasosinusal tiene el inconveniente de la diátesis hemorrágica, por lo que es preciso realizar vasoconstricción previa que disminuya el sangrado y facilite la entrada del instrumental quirúrgico. En la situación de partida, se realiza con torundas impregnadas en solución de tetracaína más adrenalina, lo que puede originar molestias al paciente por lo que se efectúa bajo anestesia general. La utilidad de dicho protocolo es prioritaria para la organización del servicio ORL ya que se disminuye la duración de la intervención de poliposis y el riesgo de epìstaxis.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Disminución del tiempo de anestesia general con el consiguiente ahorro de fármacos anestésicos, lo que también implica acelerar la recuperación postquirúrgica con posibilidad de adelantar el alta
2. Aumento del número de pacientes intervenidos en ORL por sesión quirúrgica y mejora del índice de ocupación quirúrgica
3. Disminución de la demora en la lista de espera quirúrgica

MÉTODO
Revisión bibliográfica sobre la preparación de los pacientes con poliposis.
Mantener reuniones en el Sº de ORL, para la creación de un protocolo de actuación consensuado.
Reuniones de seguimiento para valorar el grado de cumplimiento del protocolo y análisis de los resultados.

INDICADORES
Realización e implementación del protocolo.
% de pacientes con vasoconstricción y corticoterapia general previa a la cirugía de poliposis antes de la entrada a quirófano.

DURACIÓN
Hasta Junio de 2017: reuniones, lluvia de ideas y otras herramientas de calidad para crear el protocolo
De junio de 2017 a final de 2017: implementación del protocolo
Diciembre 2017: evaluación de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL: SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ENRIQUE DE FRANCISCO GARCES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DAMBORENEA TAJADA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un documento de acogida para los pacientes.
Estamos pendientes de la elaboración de un triptico para iniciar la puesta en marche del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados quedan pendientes de analizar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1787 ========== ***

Nº de registro: 1787

Título
ENTREGA DE INFORMACION PERIOPERATORIA A PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA NASAL. PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017

Autores:
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, RIVAS GARCIA PALOMA, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía desconocen la secuencia de actuaciones que vivirán durante su estancia hospitalaria, lo que origina una lógica situación de incertidumbre y stress. La información oral facilitada no es siempre bien asimilada. Las recomendaciones y cuidados no se realizan en ocasiones de forma adecuada y ello incide negativamente en los resultados finales de la cirugía.
El documento de acogida que se entrega a un paciente que es ingresado para un proceso quirúrgico programado aporta información al usuario y a sus familiares acerca de la intervención, estancia hospitalaria y cuidados postoperatorios.
Intenta resolver dudas, prevenir actuaciones incorrectas y asesorar a los usuarios para que su estancia sea más satisfactoria. Intenta conseguir una mayor cercanía con los profesionales sanitarios. Una correcta explicación sobre los cuidados postoperatorios puede mejorar los resultados de la cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS
- Alcanzar una mayor satisfacción para el paciente y sus acompañantes durante la estancia hospitalaria.
- Lograr mayor colaboración y grado de compromiso de los usuarios
- Prevenir actuaciones incorrectas y promover conductas que mejoren los resultados quirúrgicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL: SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

MÉTODO
Reuniones del servicio para consensuar un documento que especifique las pautas de normalidad en este tipo de cirugía, así como los procedimientos a seguir en el cuidado
postoperatorio.
Se divulgara entre todos los miembros del servicio y se estipulara la entrega del documento al paciente en su ingreso.

INDICADORES
Realización del documento
Evaluación de la recepción de la informacion por los pacientes mediante encuesta

DURACIÓN
Reuniones de preparación abril 2017
Propuesta de documento y discusión junio 2017
Diseño de tríptico septiembre 2017
Puesta en marcha de la entrega a pacientes octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL. SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ENRIQUE DE FRANCISCO GARCES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DAMBORENEA TAJADA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del documento de acogida:

PROYECTO DE CALIDAD

TITULO:
Documento de acogida en pacientes ingresados para cirugía nasal: Septoplastia/turbinoplastia

UNIDAD:
Servicio de Otorrinolaringología Sector Sanitario I Hospital Nuestra Señora de Gracia

RESPONSABLES:
Dr. Jorge Damborenea F.E.A O.R.L.
Dr. José Enrique de Francisco F.E.A O.R.L.

DATOS DE CONTACTO:
jorgedambo67@gmail.com
jedefrancisco@salud.aragon.es

OTROS PARTICIPANTES.
Dr. Rafael Fernandez Liesa
Dra. Amparo Castellote
Dra. Mª Jose Naya
Dra. Ana Herrero
Dra. Paloma Rivas
Dra. Carmen Labarta

PERTINENCIA
La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía desconocen la secuencia de actuaciones que vivirán durante su estancia hospitalaria, lo que origina una lógica situación de incertidumbre y stress. La información oral facilitada no es siempre bien asimilada. Las recomendaciones y cuidados no se realizan en ocasiones de forma adecuada y ello incide negativamente en los resultados finales de la cirugía.
El documento de acogida que se entrega a un paciente que es ingresado para un proceso quirúrgico programado aporta información al usuario y a sus familiares acerca de la intervención, estancia hospitalaria y cuidados postoperatorios.
Intenta resolver dudas, prevenir actuaciones incorrectas y asesorar a los usuarios para que su estancia sea más satisfactoria. Intenta conseguir una mayor cercanía con los profesionales sanitarios. Una correcta explicación sobre los cuidados postoperatorios puede mejorar los resultados de la cirugía.

OBJETIVOS DEL PROYECTO
- Alcanzar una mayor satisfacción para el paciente y sus acompañantes durante la estancia hospitalaria.
- Lograr mayor colaboración y grado de compromiso de los usuarios
- Prevenir actuaciones incorrectas y promover conductas que mejoren los resultados quirúrgicos.

POBLACION DIANA
Todos los pacientes ingresados en nuestro Servicio para cirugía nasal programada de Septoplastia y/o Turbinoplastia

OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA
Los documentos de acogida se encontrarán disponibles en los controles de enfermería de la planta de ORL (Servicio de Ortocirugía)

ACTIVIDADES
1) Se informará al personal de enfermería de la implantación del protocolo de acogida y se le consultará su opinión, a través de la Supervisora de Planta. Se podrán incorporar al documento las aportaciones que enfermería pueda sugerir.
2) Definitivamente aprobado el protocolo, se pondrá en marcha su implantación durante el tercer trimestre del año.
3) En todas las cirugías de Septoplastia y/o Turbinoplastia será la enfermera responsable del paciente la que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL. SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

entregará al paciente el documento, inmediatamente tras su ingreso.
4) El facultativo responsable del paciente, o en su caso el que tramite el alta, confirmará si este documento fue debidamente entregado, y aclarará cualquier duda sobre el mismo antes del alta hospitalaria.
5) En las sucesivas consultas el facultativo hará constar en la historia clínica si el paciente ha realizado de forma correcta las instrucciones postoperatorias

CONCLUSIONES.
Al finalizar el año se realizará una sesión clínica con la participación del personal facultativo y supervisora de enfermería de ORL, para valorar los resultados del plan de calidad: grado de satisfacción del usuario, cumplimiento de los cuidados postoperatorios y su influencia en los resultados finales de la cirugía.
Si las conclusiones son satisfactorias se valorará la implantación de protocolos de acogida para otros procesos quirúrgicos de la especialidad.

DOCUMENTO DE ACOGIDA
CIRUGIA NASAL: SEPTOPLASTIA / TURBINOPLASTIA

Usted ha ingresado en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Nuestra Señora de Gracia (Sector Sanitario I de Zaragoza), para ser intervenido quirúrgicamente de cirugía nasal.
Esta cirugía está encaminada a mejorar o resolver problemas de respiración nasal.
Básicamente existen dos tipos de procedimientos quirúrgicos:
- Septoplastia: cirugía encaminada a reparar deformidades del tabique nasal
- Turbinoplastia: Cirugía encaminada a disminuir el tamaño de los cornetes.

En ocasiones, ambas cirugías pueden realizarse de forma simultánea, para mejorar los resultados.
El cirujano ya lo explicó en su momento el procedimiento quirúrgico a realizar en su caso, y usted ya firmó un Consentimiento Informado cuando fue incluido en lista de espera quirúrgica.
En todo caso, la información que se facilita en este documento es similar para todos estos procedimientos.

INGRESO Y ESTANCIA EN QUIROFANO
El personal auxiliar y de enfermería le atenderá en el momento del ingreso. Siga atentamente sus instrucciones. Si está padeciendo algún proceso catarral, o experimenta alguna sintomatología inusual, comuníquelo a la enfermera.
Deberá mantener la dieta absoluta instaurada antes del ingreso. Quítese todo objeto metálico y prótesis dentales extraíbles.
Cuando le llegue el turno, será conducido en su cama a quirófano. Sus acompañantes pueden acompañarlo, y esperarán en la sala destinada al afecto hasta la finalización de la cirugía, momento en que serán informados del resultado quirúrgico por el cirujano.
Al ingresar en el bloque quirúrgico, será atendido en la Unidad de Acogida. Se le tomará una vía con gotero, y habitualmente una medicación preanestésica. El anestesista y su cirujano pasarán a visitarle.
Ya en quirófano, será sometido a la anestesia indicada en cada caso. Habitualmente se realiza bajo anestesia general.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL. SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

Al despertar, una vez una vez concluida la intervención, será conducido a una sala de recuperación postanestésica (URPA), donde permanecerá hasta que el anestesista considere oportuno, entre 30 o 60 minutos. En algunos casos ya programados y advertidos con anterioridad (debido a situaciones de mayor riesgo postoperatorio), el paciente puede ser trasladado a la Unidad de de Cuidados Intensivos (UCI).

ESTANCIA EN PLANTA
Ya en planta, será conducido a su habitación. Una enfermera le atenderá y tomará sus constantes.
Recuerde que llevará unos taponamientos nasales, que le impedirán respirar por la nariz. Los taponamientos son incómodos, pero no especialmente dolorosos. Le ocasionarán sensación de opresión, ojos llorosos y molestias al tragar. Se le administrarán analgésicos y antiinflamatorios pautados y a demanda si los precisa.
Lo habitual es que se origine la salida de un líquido sanguinolento por los orificios nasales, que deberá limpia con gasa. Puede caer también liquido por detrás hacia la faringe. Si el rezume es abundante, se le colocará una gasa en forma de bigotera para que empape la secreción.
Estos taponamientos se mantienen habitualmente durante 48 a 72 horas.
El tiempo de estancia hospitalaria es variable, entre 24 y 72 horas. En ocasiones el paciente permanece ingresado hasta la retirada de los taponamientos. En otras, el paciente puede ser remitido a su domicilio con los taponamientos, y acudir a consultas externas para su extracción.
En todo caso, mientras esté ingresado será atendido diariamente por un facultativo del Servicio, ya sea en su habitación o en Consultas Externas del Hospital
En el momento del alta hospitalaria, se le entregará un Informe de la intervención realizada, donde se detalla el tratamiento domiciliario y cuidados postoperatorios aconsejados.
Se le facilitará día y hora para la primera revisión en consultas externas.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS
Una vez retirados los taponamientos usted notará un importe alivio en sus molestias. La secreción nasal puede ser levemente hemorrágica.
Podrá respirar por la nariz, pero es habitual que las fosa nasales se obstruyan los días siguientes, por el acumulo de secreciones, tejido inflamatorio y coágulos. No se alarme, es normal. Será citado en unos días en la consulta para proceder a la limpieza de las fosas nasales.
Las principales recomendaciones son:
- Es importante una buena higiene nasal mediante lavados nasales con suero fisiológico o agua de mar varias veces al día.
- Aplicación de pomada después de los lavados
- Bebe evitar sonarse con fuerza los primeros días.
- Evitar esfuerzos físicos y actividades deportivas
- Baja laboral, que será controlada por su médico de atención primaria, en función de su actividad laboral y grado de actividad física.

Si presentara hemorragia nasal importante, fiebre o cualquier síntoma anormal, debe acudir al Servicio de Urgencias del Hospital a cualquier hora, o a la consulta de ORL en horario matutino.
No dude en consultar al personal auxiliar y de enfermería, así como a su facultativo, cualquier duda que se le origine.
Le deseamos una buena estancia y recuperación.
Atentamente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente de valorar resultados de la implantacion

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendientes de resultados

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1787 ========== ***

Nº de registro: 1787

Título
ENTREGA DE INFORMACION PERIOPERATORIA A PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA NASAL. PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017

Autores:
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, RIVAS GARCIA PALOMA, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1787

1. TÍTULO

DOCUMENTO DE ACOGIDA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CIRUGIA NASAL. SEPTOPLASTIA/TURBINOPLASTIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía desconocen la secuencia de actuaciones que vivirán durante su estancia hospitalaria, lo que origina una lógica situación de incertidumbre y stress. La información oral facilitada no es siempre bien asimilada. Las recomendaciones y cuidados no se realizan en ocasiones de forma adecuada y ello incide negativamente en los resultados finales de la cirugía.
El documento de acogida que se entrega a un paciente que es ingresado para un proceso quirúrgico programado aporta información al usuario y a sus familiares acerca de la intervención, estancia hospitalaria y cuidados postoperatorios.
Intenta resolver dudas, prevenir actuaciones incorrectas y asesorar a los usuarios para que su estancia sea más satisfactoria. Intenta conseguir una mayor cercanía con los profesionales sanitarios. Una correcta explicación sobre los cuidados postoperatorios puede mejorar los resultados de la cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS
- Alcanzar una mayor satisfacción para el paciente y sus acompañantes durante la estancia hospitalaria.
- Lograr mayor colaboración y grado de compromiso de los usuarios
- Prevenir actuaciones incorrectas y promover conductas que mejoren los resultados quirúrgicos

MÉTODO
Reuniones del servicio para consensuar un documento que especifique las pautas de normalidad en este tipo de cirugía, así como los procedimientos a seguir en el cuidado
postoperatorio.
Se divulgara entre todos los miembros del servicio y se estipulara la entrega del documento al paciente en su ingreso.

INDICADORES
Realización del documento
Evaluación de la recepción de la informacion por los pacientes mediante encuesta

DURACIÓN
Reuniones de preparación abril 2017
Propuesta de documento y discusión junio 2017
Diseño de tríptico septiembre 2017
Puesta en marcha de la entrega a pacientes octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0452

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR MOREO BERGADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO PARDO AURORA
ABAD FERRANDEZ MARIA SOL
BUSTO FERRER CARMEN
COARASA CERDAN ANA
LOPEZ GRACIA SIMEON
MORENO MARIN PILAR
TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha creado un Grupo de mejora de Comunidad Autónoma integrado, por las coordinadoras Autonómica y de las tres provincias y los radiólogos lectores del Programa.
- Se han creado grupos a nivel de cada provincia con todo el perosnal implicado en el Programa (facultativos, TER y aux administrativos)
- Algunos de los grupos se han reunido de forma virtual para consensuar criterios de calidad de los subprocesos
- Se ha realizado un mapa general del proceso u un documento base con el proceso "Detección precoz del cáncer de mama" común para Aragón
- Se han identificado los subprocesos del Programa: cuatro subprocesos y protocolo radiológico
- Se priorizar aquellos subprocesos que sean más prioritarios para comenzar con ellos la documentación. Se decidió el proceso "realización de prueba de cribado por TER" era el prioritario por los cambios más frecuentes de personal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se decidió documentar los subprocesos por separado, en cada provincia, aunque sean muy similares, las actividades y responsabilidades pueden cambiar.
Los criterios de calidad serán los mismos, aunque en algunos casos cambia el estándar propuesto (participación), para motivar la mejora y poner metas alcanzables según las características de cada provincia.
Se ha documentado el Proceso general "Detecció precoz de cáncer de mama" a nivel autonómico, definiendo criterios de calidad e indicadores de medida de cumplimiento
Se ha documentado el Subproceso que afecta a los TER de realización de las mamografías, definiendo criterios de calidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Era imprescindible actualizar la documentación referente al Programa de Detección Precoz del cáncer de mama en Aragón
Algunos subprocesos o instrucciones más operativas, resulta más práctico documentarlos a nivel provincial por tener en cuenta características más peculiares de las unidades de gestión del Programa en cuanto a personal ya infraestructuras.

7. OBSERVACIONES.
Se considera finalizado este proyecto, pero se va a seguir documentando.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/452 ========== ***

Nº de registro: 0452

Título
ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Autores:
MOREO BERGADA PILAR, ABAD FERRANDEZ MARIA SOL, BUSTO FERRER CARMEN, CALVO PARDO AURORA, COARASA CERDAN ANA, LOPEZ GRACIA SIMEON, MORENO MARIN PILAR, TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0452

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por zonas de salud en abril de 1999 en las provincias de Zaragoza y Teruel con la participación de todas las instituciones sanitarias.

La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años.

La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
Las actividades del programa se desarrollan por zonas de salud, las mujeres son citadas mediante una carta personalizada para acudir a una Unidades fijas situadas en Hospital Nª Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
Es un Proceso multidisciplinar, complejo en su organización, que debe asegurar en todo momento la calidad y la continuidad de sus actividades. El proceso se documentó convenientemente en sus inicios tanto en la secuencia de actividades como en sus procedimientos. El Protocolo radiológico en el que se basa el Programa también se documentó.
En la actualidad y, tras años de funcionamiento, es necesario actualizar el documento introduciendo todos los cambios que se han producido y aprovechando para analizar las secuencias de actividades y consensuar modificaciones si fuera así considerado.
En el Programa de prevención de cáncer de mama participan distintos Servicios, de distintos sectores y hospitales, también distintas categorías profesionales. Esta circunstancia enriquece el trabajo, añade un reto para asegurar la continuidad y el seguimiento y hace que sea muy importante delimitar las responsabilidades en cada paso del proceso y en la coordinación de todos ellos.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos tener documentado el PPCM, con sus subprocesos identificados y con un pequeño cuadro de mandos con los indicadores de cada uno de ellos medidos periódicamente

MÉTODO
En el proceso intervienen distintas categorías profesionales en actividades que, aunque deben asegurar la continuidad y el seguimiento, se pueden perfectamente delimitar por lo que en principio, se pretende:

? Crear un Grupo de mejora de Comunidad Autónoma integrado, al menos por las coordinadoras Autonómica y de las tres provincias y los radiólogos lectores del Programa. En alguno de los subprocesos se incluirá también profesionales imprescindibles en sus actividades (Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico y Auxiliares administrativos)
? Realizar un mapa general del proceso
? Someter a la valoración de todos los profesionales del PPCM el mapa realizado
? Identificar los subprocesos del Programa
? Priorizar aquellos subprocesos que sean más prioritarios para comenzar con ellos la documentación
? Nombrar propietarios de los procesos
? Identificar indicadores de medida de cada uno de los subprocesos

INDICADORES
? Mapa del proceso PPCM realizado SI / NO
? Subprocesos identificados SI / NO
? Identificación de, al menos, 1 indicador / proceso SI / NO

DURACIÓN
? Creación grupo de mejora: Octubre 2016
? Mapa de proceso: Diciembre 2016
? Subprocesos identificados y priorizados y documentados: primer trimestre 2017
? Indicadores seleccionados: medida trimestral
? Actualización del protocolo Radiológico: segundo trimestre 2017

OBSERVACIONES
El Programa de Detección Precoz de cáncer de Mama sigue los criterios marcados por la Unión Europea,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0452

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN ARAGON

Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0049

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR MOREO BERGADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTO FERRER CARMEN
COARASA CERDAN ANA
TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE
TORRALBA OLLOQUI PALOMA
MARCO LARRAGA ROGELIO
MORENO MARIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un grupo de mejora constituido por profesionales de las tres provincias: médicos coordinadoras del Programa, radiólogos lectores. Para algunas partes del proceso se incluyeron también Técnicos Superiores de Diagnóstico por la Imagen que desarrollan un importante papel en las actividades del Programa y personal administrativo.
Se realizó un mapa general del proceso, delimitando entradas y salidas. Este aspecto es importante porque el cribado de cáncer de mama tiene puntos de contacto y corte con otros procesos asistenciales de primaria y hospitalarios (cribados oportunísticos, proceso diagnóstico patología mamaria).
Se identificaron varios subprocesos, se establecieron los límites y se nombró propietarios. De cada uno de los subprocesos se diseñó indicadores de medida (al menos dos por proceso) con objeto de construir un pequeño cuadro de mando del Programa.
Se priorizaron y se ha documentado el Proceso general "cribado del cáncer de mama" (propietarias médicos coordinadoras del Programa), "Realización de mamografía de cribado" (Propietarios TSDI). Se está trabajando en el proceso administrativo (propietarias coordinadoras médicos del Programa) y en el protocolo radiológico (propietarios radiólogos lectores). Todos tienen, al menos, dos indicadores de medida de calidad del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Proceso PPCM documentado, con responsabilidades delimitadas: SI
- Total de subprocesos documentados: 50 %
o Tasa de participación (estándar > 70 %)= 74,8%
o Tasa de repetición por problemas técnicos (estándar < 1%)= 0.08%
o Tasa de mamografías intermedias (estándar < 5%)= 4,5%
o Tasa de recribados (estándar < 5%)= 4.1%
o Reclamaciones por trato y/o información recibidas (estándar = 0)= 1

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante actualizar toda la documentación del Programa de Detección precoz del cáncer de mama. El protocolo radiológico es imprescindible actualizarlo porque la técnica ha evolucionado mucho en los últimos tiempos. Está siendo revisado pero el trabajo asistencial retrasa plasmar en un documento esa actualización.
La misma razón retrasa otro de los aspectos que quedan para evaluar la calidad del PPCM: búsqueda y análisis de los cánceres de intervalo.
Medir la calidad de las actividades y valorar el resultado de acuerdo a estándares propuestos previamente, facilita la detección de áreas de mejora, motiva al profesional y proporciona conocimiento real y objetivo de los resultados intermedios del Programa poblacional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/49 ========== ***

Nº de registro: 0049

Título
ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ CANCER DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

Autores:
MOREO BERGADA PILAR, BUSTO FERRER CARMEN, COARASA CERDAN ANA, TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE, TORRALBA OLLOQUI PALOMA, MARCO LARRAGA ROGELIO, MORENO MARIN MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0049

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por zonas de salud en abril de 1999 en las provincias de Zaragoza y Teruel con la participación de todas las instituciones sanitarias.

La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años.

La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
Las actividades del programa se desarrollan por zonas de salud, las mujeres son citadas mediante una carta personalizada para acudir a una Unidades fijas situadas en Hospital Nª Sra de Gracia en Zaragoza y Sagrado Corazón de Jesús en Huesca y en Unidades móviles, que se desplazan a las cabeceras de las zonas de salud. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
Es un Proceso multidisciplinar, complejo en su organización, que debe asegurar en todo momento la calidad y la continuidad de sus actividades. El proceso se documentó convenientemente en sus inicios tanto en la secuencia de actividades como en sus procedimientos.
En la actualidad y, tras años de funcionamiento, es necesario actualizar el documento introduciendo todos los cambios que se han producido y aprovechando para analizar las secuencias de actividades y consensuar modificaciones si fuera así considerado.
En el Programa de prevención de cáncer de mama participan distintos Servicios, de distintos sectores y hospitales, también distintas categorías profesionales. Esta circunstancia enriquece el trabajo, añade un reto para asegurar la continuidad y el seguimiento y hace que sea muy importante delimitar las responsabilidades en cada paso del proceso y en la coordinación de todos ellos.
Tras haber documentado el proceso general de Programa de detección precoz de cáncer de mama a nivel autonómico, se hace necesario implementar los criterios consensuados a nivel provincial, recogiendo las peculiaridades de infraestructuras y de personal de las diferentes unidades de gestión

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos tener documentado el PPCM en la Unidad de Gestión de Zaragoza, con sus subprocesos identificados y con un pequeño cuadro de mandos con los indicadores de cada uno de ellos medidos periódicamente

MÉTODO
En el proceso intervienen distintas categorías profesionales en actividades que, aunque deben asegurar la continuidad y el seguimiento, se pueden perfectamente delimitar por lo que en principio, se pretende:

?Crear un Grupo de mejora de en la unidad de gestión de Zaragoza integrado, al menos por las Médicos de gestión y los radiólogos lectores del Programa. En alguno de los subprocesos se incluirá también profesionales imprescindibles en sus actividades (Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico, Auxiliar de clínica y Auxiliares administrativos)
? Realizar un mapa general del proceso
? Someter a la valoración de todos los profesionales de la Unidad de gestión de Zaragoza del PPCM el mapa realizado
? Identificar los subprocesos del Programa
? Priorizar aquellos subprocesos que sean más prioritarios para comenzar con ellos la documentación
? Nombrar propietarios de los procesos
? Identificar indicadores de medida de cada uno de los subprocesos

INDICADORES
? Mapa del proceso PPCM realizado SI / NO
? Subprocesos identificados SI / NO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0049

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DOCUMENTACION DEL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN UNIDAD DE GESTION DE ZARAGOZA

? Identificación de, al menos, 1 indicador / proceso SI / NO

DURACIÓN
? Creación grupo de mejora: Abril 2018
? Mapa de proceso: Mayo 2018
? Subprocesos identificados y priorizados y documentados: Tercer trimestre 2018
? Indicadores seleccionados: medida trimestral
?

OBSERVACIONES
El Programa de Detección Precoz de cáncer de Mama sigue los criterios marcados por la Unión Europea, Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0134

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA COARASA CERDAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONGE DE MIGUEL JACINTO
ANDRES GARCIA PILAR
LANAU PUEYO MARIA JOSE
FRANCO CATALAN CONCEPCION
RODRIGO VILLAMOR FRANCISCO JOSE
FRANCO PARICIO CARINA
MOREO BERGADA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han seguido las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de Diciembre de 2003, el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad científica internacional: la Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la guía del US Preventive Services Task force (2002) y la Guía de la American Society (actualización 2003) y la sociedad española de Radiología.
Se identifican los criterios de calidad de la técnica mamográfica de cribado.
Se han mantenido reuniones del grupo de mejora con el objetivo de documentar el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico (TER) del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
Se han diseñado indicadores de cada actividad que permiten evaluar la calidad del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mamografías repetidas por problemas técnicos (estándar < 1 %): 0.08%
Subproceso documentado e implantado: SI
% de TER que han participado en la elaboración del proceso (estándar: 100%): 100%
Satisfacción de las usuarias: No se ha medido a través de encuesta. No se ha recibido ninguna reclamación relacionada con la información ni con la atención recibida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante documentar de forma esquemática todo el proceso de detección precoz de cáncer de mama, delimitando, tanto el responsable del subproceso como los responsables de las distintas actividades.
Medir la calidad de las actividades y valorar el resultado de acuerdo a estándares propuestos previamente, facilita la detección de áreas de mejora, motiva al profesional y proporciona conocimiento real y objetivo de los resultados intermedios del Programa poblacional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/134 ========== ***

Nº de registro: 0134

Título
CONTROL DE CALIDAD DEL SUBPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO, INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

Autores:
COARASA CERDAN ANA, MONGE DE MIGUEL JACINTO, ANDRES GARCIA PILAR, LANAU PUEYO MARIA JOSE, FRANCO CATALAN CONCEPCION, RODRIGO VILLAMOR FRANCISCO JOSE, FRANCO PARICIO CARINA, MOREO BERGADA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0134

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón comenzó en la provincia de Huesca a finales de 1996, y de forma progresiva se extendió por zonas de salud en abril de 1999 en las provincias de Zaragoza y Teruel con la participación de todas las instituciones sanitarias.
La población objetivo son las mujeres de 50 a 69 años, residentes en Aragón. Al inicio del programa la población diana eran las mujeres entre 50-64 años, y es en el año 2008, de conformidad con el consenso científico a nivel Europeo, cuando se ha ampliado la cobertura del programa de 64 a 69 años. La prueba de cribado es una Mamografía bilateral, 2 proyecciones: cráneo caudal y oblicua media lateral con una periodicidad bienal. Se siguen las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales formulados a partir de los ensayos aleatorios efectuados, en los que se concluye, que se ha demostrado un beneficio en términos de reducción de mortalidad en los programas de cribado.
Las actividades del programa se desarrollan por zonas de salud, las mujeres son citadas mediante una carta personalizada para acudir la Unidad fija situada en Hospital Nª Sra de Gracia en Zaragoza o a la Unidad móvil, que se desplaza a las cabeceras de las zonas de salud rurales. Allí se les realiza una encuesta clínico-epidemiológica y una mamografía bilateral en 2 proyecciones. Posteriormente son interpretadas por radiólogos del programa y el resultado es comunicado por carta a las mujeres.
Con el trabajo de documentación del proceso que se está realizando, se han identificado subprocesos que precisan de sistematización, documentación y nombramiento de responsables de los mismos.
Uno de los aspectos claves para garantizar la calidad del proceso es realizar las mamografías con técnica correcta según los criterios previamente establecidos y, siempre, con la aprobación del Radiólogo que las interprete. Esta calidad repercute en una imagen mas adecuada para el diagnóstico y evita en gran parte uno de los efectos indeseables del programa que es la repetición de la mamografía por problemas técnicos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Documentar el subproceso “realización de mamografía de cribado y recribados”
- Identificar los criterios de calidad de la mamografía de cribado
- Definir indicadores de calidad del subproceso para evaluar periódicamente la calidad de la mamografía de cribado

MÉTODO
- Se documentará el subproceso, delimitando todas las actividades que realizan los Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico del Programa, bajo la supervisión del radiólogo
- Se identificarán los indicadores de cada actividad que permitan evaluar la calidad del proceso

Se siguen los criterios marcados por la Unión Europea, Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003,el Informe del Parlamento Europeo de mayo 2003, y cumple con las recomendaciones de la Comunidad Científica Internacional: La Colaboración Cochrane, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001), la Guía del U.S. Preventive Services Task Force (2002) y la Guía de la American Cancer Society (actualización 2003)

INDICADORES
? Mapa del subproceso realizado SI / NO
? Existencia del documento del subproceso SI/NO
? Mamografías repetidas por problemas técnicos
? Nº de mamografías con problemas técnicos/Nº total de mamografías realizadas (<1%)
? Satisfacción de las usuarias con la información recibida acerca de la técnica (% de usuarias satisfechas o muy satisfechas en relación a las que realizan la encuesta) será superior o igual al 90%

DURACIÓN
• Creación grupo de mejora: Abril 2018
• Mapa de proceso: Mayo 2018
• Subprocesos identificados y priorizados y documentados: Tercer trimestre 2018
• Indicadores seleccionados: medida trimestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0134

1. TÍTULO

CONTROL DE CALIDAD DEL SUPROCESO REALIZACION DE MAMOGRAFIAS DE CRIBADO Y RECRIBADO INCLUIDO EN EL PROCESO DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA EN LA PROVINCIA DE ZARAGOZA

```
--------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0850

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES MUÑOZ CALVO
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAD POLO JUAN MANUEL
SORO RAMIA MARIA PILAR
TOMEO FERRER MONICA
GRACIA REDONDO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha elaborado la encuesta de satisfacción a los usuarios. Hemos elaborado un instrumento de evaluación para medir la percepción subjetiva de satisfacción.

2. Se ha realizado una reunión con el equipo de mejora para presentar y exponer el instrumento de evaluación que se va a utilizar. Fecha de reunión: 2 de diciembre de 2016. Asistencia de todo el equipo de mejora.
Orden del Día:
Presentación de la encuesta de satisfacción
Planificación del momento en que se va a facilitar la encuesta.
Accesibilidad de la encuesta y de los recursos materiales necesarios para la cumplimentación de la encuesta
Asignación de profesionales del equipo para cada tarea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
3. Implantación de la encuesta dentro del protocolo asistencial de HD.
Este objetivo se ha cumplido. Todos los pacientes que han ingresado en la hospitalización parcial durante el 2017 han tenido acceso a la encuesta. El día que se va a producir el alta terapéutica los pacientes disponen de un tiempo para rellenar la encuesta antes de finalizar su estancia en HD. Los pacientes que abandonan el tratamiento o se produce un alta voluntaria no rellenan la encuesta.

4. La encuesta es realizada por pacientes que han finalizado el programa de HD. (al menos el 80%). Hemos recogido 12 encuestas de pacientes, todas habían finalizado el programa de hospitalización parcial durante 2017.

5. Realización de la encuesta por pacientes que finalizaron el programa de HD y siguen vinculados a la unidad en el programa de seguimiento al alta. Hemos recogido 2 encuestas. Este objetivo no ha sido conseguido.

6. Recogida de muestra de encuestas a finales de diciembre de 2017. Nos habíamos planteado recoger al menos 30 encuestas y el objetivo no se ha conseguido. Hemos recogido 12 encuestas.

7. Dado que no se ha recogido número de muestra suficiente no se ha realizado ningún análisis estadístico de los resultados obtenidos en las encuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo de implantar la encuesta de satisfacción de HD dentro del protocolo asistencial del programa de hospitalización parcial pensamos que está implantado. Hemos tenido más dificultad para recoger información de las pacientes que realizaron el programa de hospitalización parcial en otro tramo temporal (no durante 2017) pero siguen vinculados al programa postalta. Por ello vamos a proponer la realización de otra reunión de equipo para monitorizar lo que está ocurriendo.
Durante este año varias personas que pertenecían al equipo inicial de mejora ya no forman parte del equipo actual, por lo cual creemos que es necesario hacer una reunión con las personas que integran el equipo asistencial si estarían interesadas en participar en el proyecto.
Nos planteamos prolongar durante un año más la recogida de información para disponer de una muestra un poco más amplia. El objetivo inicial era disponer de al menos 30 encuestas.

7. OBSERVACIONES.
Respecto a los datos obtenidos de las 12 encuestas (12 cumplimentadas)hemos realizado un análisis descriptivo cuantitativo de un ítem de la encuesta de satisfacción. El ítem es el siguiente:
Valore cómo ha cambiado su estado desde el ingreso en el Hospital de Día:
Las opciones de respuesta son las siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0850

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Mucho mejor, bastante mejor, algo mejor, sin cambios, algo peor, bastante peor, mucho peor.
Los resultados obtenidos son los siguientes:
3 pacientes: mucho mejor
1 paciente: bastante mejor
3 pacientes: algo mejor

3 pacientes: sin cambios
2 pacientes: bastante peor.

7 de 12 pacientes (58%) perciben una mejoría en su estado tras haber realizado el tratamiento en régimen de hospitalización parcial.
Con una muestra tan pequeña estos datos no son significativos pero creemos que va resultar muy interesante recoger esta información acerca de la percepción subjetiva de satisfacción para luego poder implantar acciones de mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/850 ========== ***

Nº de registro: 0850

Título
EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Autores:
MUÑOZ CALVO MERCEDES, TOMEO FERRER MONICA, GRACIA REDONDO ANA CRISTINA, SORO RAMIA MARIA PILAR, BERNAD POLO JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los TA son un grupo de trastornos psiquiátricos de alta incidencia, prevalencia y de larga evolución
Para dar respuesta a esta patología en nuestra comunidad Autónoma en el año 2000 se crea la unidad de referencia de TCA ubicada en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza.
Debido a las reformas habidas en el Sector I en la organización del servicio de psiquiatría en julio de 2012 se realiza la unificación de la UTCA con la UTP ubicada en el Hospital Nuestra Señora de Gracia. Esta unificación supuso una reducción del espacio físico de las instalaciones del HD y también otros cambios en el proceso asistencial de la unidad.
Los pacientes que participan en el programa de hospitalización parcial se caracterizan por un nivel de gravedad que les impide realizar un tratamiento de manera ambulatoria y/o situación familiar compleja. Hay una elevada comorbilidad con trastornos de personalidad lo que implica que son pacientes con mayor gravedad y peor respuesta al tratamiento.
La adherencia al tratamiento es un aspecto clave en el abordaje de estas patologías, dado el alto índice de abandono que presentan estas pacientes y la vivencia subjetiva de ambivalencia que sienten frente al tratamiento. Por ello pensamos que conocer la percepción subjetiva de satisfacción de los usuarios del HD acerca de la calidad de la asistencia que se les ofrece puede favorecer la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
a. Elaboración de una encuesta de satisfacción que recoja la opinión de los usuarios.
b. Incorporar la pasación de la encuesta dentro del protocolo asistencial de nuestra unidad.
c. Al menos el 80% de los usuarios de HD completan la encuesta de satisfacción.
d. Al menos recoger una muestra de 30 encuestas completas a lo largo del primer año de implantación del programa.
e. Propuesta de acciones de mejora tras la valoración y cuantificación de los resultados obtenidos a través de la encuesta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0850

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE DIA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL H. NTRA SRA DE GRACIA DE ZARAGOZA

MÉTODO
a. Elaboración de la encuesta de satisfacción durante el primer mes de la puesta en marcha del proyecto de calidad. Responsable: Mercedes Muñoz Calvo (responsable del grupo)
b. Puesta en común con el equipo de mejora para darles a conocer el instrumento de evaluación. Responsable: Mercedes Muñoz Calvo
c. Planificación del momento en que se va a facilitar la encuesta a los pacientes dentro del protocolo de proceso asistencial. Responsable: Mónica Tomeo Ferrer
d. Monitorización y recogida de las encuestas realizadas por los usuarios que están finalizando el programa de hospitalización parcial. Responsable: Mónica Tomeo Ferrer
e. Accesibilidad de la encuesta y de los recursos materiales necesarios para la cumplimentación de la encuesta. Responsable: Ana Cristina Gracia Redondo, Auxiliar de clínica
f. Monitorización y recogida de encuestas de pacientes que han finalizado el programa de HD y siguen vinculados a la unidad en el programa ambulatorio postalta. Responsable Pilar Soro Ramia. Enfermera de salud mental
g. Valoración y tratamiento estadístico de los resultados obtenidos a través de la encuesta. Responsable: Mercedes Muñoz Calvo
h. Elaboración de las conclusiones obtenidas tras la recogida de datos para implementar mejoras. Responsable: Juan Manuel Bernad Polo
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES
- Se ha elaborado la encuesta de satisfacción a los usuarios y reunión con el equipo de mejora para presentar y exponer el instrumento de evaluación que se va a utilizar.
- Implantación de la encuesta dentro del protocolo asistencial de HD
- La encuesta es realizada por los pacientes que acuden al HD y finalizan el programa terapéutico y por pacientes que siguen en el programa ambulatorio postalta (al menos 80%)
- Recogida de al menos 30 encuestas desde que se pone en marcha el programa hasta la finalización del primer año
- Elaboración de conclusiones y propuestas de mejora tras la recogida de las primeras 30 encuestas.
- Reunión de con el equipo de mejora para presentar los datos obtenidos y la elaboración de las propuestas de mejora.

DURACIÓN
La duración del proyecto será de un año.
La elaboración del instrumento de evaluación se realizará en el primer mes de inicio del proyecto (noviembre de 2016).
Reunión con el equipo de mejora para presentar el instrumento y operativizar la recogida de la información. Ultima semana del mes de noviembre
Inicio de recogida de encuestas: a partir del 1 de diciembre de 2016 hasta el 1 de diciembre de 2017.
Valoración de los resultados obtenidos y elaboración de propuestas concretas de mejora. Diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HNSG

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN MANUEL BERNAD POLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BANDRES NIVELA MARIA OROSIA
CABREJAS GOMEZ CARMEN
PAUMARD OLIVAN CESAR
GIL SILVA CELESTE
MUÑOZ CALVO MERCEDES
SORO RAMIA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las reuniones de coordinación previstas y las hojas de registro de los indicadores. El trabajo se ha centrado en la discusión y elaboración del protocolo de atención a la atención endocrinológica de las pacientes atendidas en la unidad de trastornos de la personalidad y la conducta alimentaria (UTPCA) del HNSG, teniendo en cuenta que es una unidad de referencia suprasectorial atendida por personal de los servicios de psiquiatría y endocrinología del sector I que se encuentran ubicados en distintos centros (HRV, HNSG, Grande Covián). No se ha podido abordar el último apartado referido a la valoración subjetiva de la atención endocrinológica recibida por los pacientes, puesto que los cambios se han implementado a lo largo del año y sería prematuro explorar en este momento la percepción del cambio. Se ha comunicado a través de los jefes de servicio de endocrinología y psiquiatría los cambios habidos y se va a presentar próximamente el protocolo actual en formato estandarizado, aunque consideramos que el mismo no sea definitivo y pueda estar sujeto a nuevos cambios ya que los acuerdos alcanzados, si bien consideramos que mejoran significativamente la atención actual, distan mucho de ser la situación ideal de funcionamiento de una unidad de este tipo. Respecto a la comunicación a los pacientes, esta se ha hecho de forma individual, ya que el itinerario a seguir va a depender de varios factores (tipo patología, gravedad de la misma, sector al que pertenece, procedencia o no de UTCA infantil) y no se puede informar de forma general a los pacientes, por ejemplo a través de un folleto, ya que podría dar lugar a confusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disponemos en la actualidad de un registro y protocolo de atención de las pacientes con anorexia nerviosa (AN) atendidas en la UTPCA. El objetivo del protocolo ha sido mejorar la atención a pacientes AN que presentan criterios de gravedad y son susceptibles de ingresar en UTPCA, UCE de psiquiatría del HRV u otro hospital de referencia y planta de endocrinología del HRV. Ha quedado en segundo término la atención a otras patologías de conducta alimentaria como bulimia y trastorno por atracón que, si bien son de elevada prevalencia y gravedad psiquiátrica, por comorbilidad con trastorno límite de la personalidad en el caso de la bulimia, requerirían una menor supervisión desde el punto de vista endocrinológico. Respecto al T. por atracón que tiene relación con la obesidad y la cirugía bariátrica señalar que la atención al mismo está muy disgregada (valoraciones psiquiátricas de pacientes candidatos a cirugía bariátrica de sector I en consulta de psicosomática del HRV en coordinación con endocrinología de sector según protocolo y seguimiento de pacientes derivados de otros sectores a UTPCA. No se ha planteado en el grupo cambios referidos a este grupo de pacientes al no considerarlos prioritarios.

A lo largo de 2017 se han atendido 108 casos nuevos en consultas externas de TCA de los cuales 26 han estado en seguimiento por endocrinología. Dos pacientes ingresadas en UTPCA requirieron alimentación por sonda nasogástrica que fue indicada por medicina interna del HNSG. Dos pacientes ingresaron en planta de endocrinología siendo atendidas a través de la interconsulta psiquiátrica del HRV. No hubo ningún caso de alimentación con autorización judicial. En el 90% de los casos se dispone de hoja de registro de seguimiento endocrinológico. La proporción de nuevos casos derivados a consultas de endocrinología es del 25%. No ha sido posible determinar el número total de pacientes en seguimiento endocrinológico que no son de sector, al estar centrado el registro en casos nuevos y realizarse el seguimiento de casos antiguos en distintas consultas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han discutido alternativas de mejora del proceso de atención a la paciente anoréxica grave que requiere seguimiento endocrinológico intensivo, atención que sufrió las consecuencias de disgregar la UTCA tal como fue creada en su día en el HRV. Si bien tras el cambio habido pudieron mejorar aspectos del tratamiento psiquiátrico de estas pacientes, el seguimiento por endocrinología por parte de un equipo de referencia a lo largo de todo el proceso de la enfermedad y su coordinación con los psiquiatras que las atienden es imposible para todas las pacientes con AN con la organización actual, dada la dispersión de los endocrinólogos y otros médicos que se encargan de la salud física de las pacientes (pediatría del HCU, endocrinólogos de área de cada sector, médicos de familia, internistas). La creación del protocolo ha servido para focalizar la atención en las pacientes con AN grave que precisan hospitalización de día o completa ya que con los cambios habidos han podido ser derivadas al servicio de endocrinología del sector I, con amplia experiencia en el tratamiento de estas pacientes desde la creación de la unidad en HRV, que se hacen cargo del seguimiento durante toda la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HNSG

enfermedad (salvo si están ingresadas en UTPCA HNSG). El grupo de calidad ha servido para tomar conciencia de la importancia de un trabajo coordinado que asegure una buena atención médica que va evitar secuelas a largo plazo irrecuperables desde el punto de vista médico aunque haya una buena evolución desde el punto de vista psiquátrico. Queda pendiente un cambio organizativo a fondo que solucionara los problemas encontrados de funcionamiento unitario (psiquiatría-endocrinología) de la UTPCA. De las varias alternativas posibles (vuelta a la organización previa al cambio, integración de endocrinología en consultas, hospitalización de día o completa en el HNSG, u otras que pudieran plantearse) se han discutido ventajas e inconvenientes sin llegar a una conclusión que por otra parte se escaparía a los objetivos y competencias de un grupo de calidad, pero consideramos que al menos, con los medios y organización actuales, hemos avanzado en una atención de calidad en las pacientes con AN grave.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/629 ========== ***

Nº de registro: 0629

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA UNIDAD DE TCA DEL HNSG

Autores:
BERNAD POLO JUAN MANUEL, BANDRES NIVELA MARIA OROSIA, CABREJAS GOMEZ CARMEN, PAUMARD OLIVAN CESAR, MUÑOZ CALVO MERCEDES, SORO RAMIA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de trastornos psiquiátricos de alta incidencia y prevalencia en nuestro medio. En edad adulta los principales problemas atendidos son la anorexia, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Los TCA son enfermedades mentales de alta incidencia, prevalencia y larga evolución. El tratamiento de los TCA se contempla como un proceso en el que van a intervenir diferentes profesionales, siendo clave la coordinación y la continuidad de cuidados en la eficiencia de los servicios.

En el año 2000 en Aragón se crea como unidad de referencia la UTCA del HRV, dirigida al tratamiento de pacientes adultos, dependiente del Servicio de Psiquiatría. El servicio de Endocrinología proporcionaba la atención que correspondía a su especialidad a lo largo de todo el proceso terapéutico, haciendo el seguimiento de las pacientes durante el tratamiento ambulatorio y las hospitalizaciones, si era el caso.
Debido a las reformas habidas en el Sector I en la organización del servicio de psiquiatría, la atención a los TCA sufrió así mismo una importante transformación que supuso la pérdida del funcionamiento de la UTCA como una unidad funcional conjunta con el servicio de Endocrinología. Los pacientes pasaron a derivarse a los servicios jerarquizados de endocrinología de los distintos sectores según la procedencia de los mismos. Durante la hospitalización de día el seguimiento ambulatorio seguía siendo el mismo y durante la hospitalización completa la atención era proporcionada por el servicio de Medicina Interna del HNSG.

La consecuencia final del traslado ha sido la intensificación del tratamiento en aspectos psiquiátricos y psicoterapéuticos al tiempo que se perdía la continuidad terapéutica en el área endocrinológica siendo difícil la coordinación del tratamiento.
OBJETIVOS:
1.Proporcionar a los pacientes con TCA una atención integral entre los equipos de Salud Mental y de endocrinología, tanto en el paciente ambulatorio como en el ingresado en hospitalización de día y completa
2.Elaborar protocolos de actuación, con criterios de calidad mínimos que permitan la asistencia de forma coordinada entre psiquiatría y endocrinología a pacientes con TCA teniendo en consideración todos los recursos disponibles para su tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0629

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ENDOCRINOLOGIA EN LA ATENCION A PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HNSG

3.Evitar complicaciones graves relacionadas con las alteraciones nutricionales

RESULTADOS ESPERADOS
-El psiquiatra responsable del paciente conoce y puede coordinarse con el endocrinológo de referencia del paciente (>80%)
-Se dispone de un proceso de la atención endocrinológica del paciente UTCA en cada uno de los momentos de la asistencia
-El paciente en tratamiento en UTCA recibe asistencia endocrinológica con criterios de calidad definidos (>80%)

MÉTODO
-Reunión al menos con carácter trimestral del equipo de calidad que supervisará la elaboración de protocolos y hojas de registro de los indicadores: responsable: Juan Manuel Bernad Polo (responsable del grupo)

-Elaboración de criterios de calidad mínimos en la atención por parte de endocrinología en cada uno de los momentos de la asistencia (ambulatoria y hospitalización) Responsable: Dra. Orosia Bandrés

-Elaboración de un registro individual que refleje el seguimiento actual de los pacientes (psiquiatra y endocrinológo de referencia, sector,tipo de derivación, etc) de. Responsable: Pilar Soro Ramia

-Valoración subjetiva de los pacientes de la atención recibida en aspectos orgánicos de la enfermedad Responsable: Mercedes Muñoz Calvo

-Elaboración de un calendario de implementación de mejoras Responsable: Dr. César Paumard Oliván

INDICADORES
- Se ha elaborado el proceso de atención por endocrinología de los pacientes de la UTCA
- Se han elaborado los criterios de calidad mínimos de la atención por parte de endocrinología en cada uno de los momentos asistenciales
-Proporción de pacientes nuevos que poseen la hoja de registro de seguimiento endocrinología
- Proporción de nuevos casos que han sido derivados a consultas de endocrinología
- Proporción de pacientes que tienen seguimiento en consultas endocrinología HRV que no corresponde al sector
- Número de pacientes hospitalizados en HNSG que han precisado nutrición por via oral o por sonda NSG
- Indice de satisfacción de los pacientes afectados en lo que se refiere a la atención de endocrinología, psiquiatría, enfermería y psicología.
- Se ha elaborado en el primer año el calendario de mejoras

DURACIÓN
La duración será de dos años. La primera reunión tendrá lugar en el último trimestre de 2016 y posteriormente con carácter trimestral Se tomará acta de cada una de las reuniones, realizando una memoria transcurrido un año. Al final del segundo año se valorará la conveniencia de prorrogar o no el proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1784

1. TÍTULO

CREACION DEL EQUIPO GESTOR DE CASOS DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICENTE RUBIO LARROSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAUMARD OLIVAN CESAR
SOLANS GARCIA ANA
BUATAS LOPEZ MARIA JOSE
RIVASES AUNES ANA
QUETGLAS BERNARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Colaborar en la valoración y planificación individualizada de las intervenciones con los profesionales de la USM.
2. Mantener con el paciente y su familia un contacto regular planificado e identificación de situaciones criticas.
3. Realizar intervenciones grupales.
4. Dar una respuesta rápida a la demanda por medios telefónicos o si fuera preciso la intervención en el domicilio del paciente.
5. Coordinación directa con la USM, en los casos que se requiera otro tipo de intervención.

En el momento actual se han designado los coordinadores de cada uno de los equipos, el plan de actuación y la selección de un grupo de pacientes que serian los pacientes diana en quien actuar.

En la UTPCA se han mantenido reuniones mensuales con familiares de pacientes iniciando un asesoramiento mediante pautas y actuaciones preventivas hacia los pacientes que conviven con dichas familias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizará una evaluación cualitativa mediante escalas de situación clínica, de adaptación social y de calidad de vida.
La evaluación del programa se llevará a cabo mediante encuestas de satisfacción a pacientes y familiares.
Para la evaluación cuantitativas se utilizaran los siguientes indicadores:
-Número de pacientes en seguimiento por el Equipo Gestor de Casos en el periodo anual.
-Número de pacientes incluidos en el programa/ número de profesionales (ratio estándar: 10-15 pacientes por profesional)
- Porcentaje anual de hospitalizaciones (número de pacientes que ingresan /número de pacientes en el programa x 100)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto de Gestión de Casos para 2017 del Servicio de Psiquiatría del Sector Zaragoza I, consistente en la creación y dotación de un grupo de profesionales en la UTPCA de Hospital Ntra. Sra. De Gracia, en el Centro de Salud Mental Actur Sur y en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Amparo Poch, no ha podido desarrollarse plenamente ya que no se ha procedido todavía a la contratación de los profesionales de refuerzo (Enfermería y Trabajo Social) por parte de la Coordinación de Salud Mental del SALUD tal y como figura en el Plan de Salud Mental vigente.

De cualquier manera si que se han designado los coordinadores de cada uno de los equipos, el plan de actuación y la selección de un grupo de pacientes que serian los pacientes diana en quien actuar.

En la UTPCA se han mantenido reuniones mensuales con familiares de pacientes iniciando un asesoramiento mediante pautas y actuaciones preventivas hacia los pacientes que conviven con dichas familias.

De cualquier manera el proyecto continúa en vigor y se iniciaría en 2018 siempre y cuando se proceda a la contratación de los profesionales previstos.

7. OBSERVACIONES.
Se incluirá en el AG_2018 de la Unidad Clínica de Psiquiatría del H. Nuestra Señora de Gracia (ZARAGOZA)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1784 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1784

1. TÍTULO

CREACION DEL EQUIPO GESTOR DE CASOS DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017)

Nº de registro: 1784

Título
CREACION DEL EQUIPO GESTOR DE CASOS DE TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA (HNSG)

Autores:
RUBIO LARROSA VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El objetivo principal es ofrecer una atención intensiva y coordinada a grupos de pacientes con enfermedad mental grave que presenten dificultades para un correcto seguimiento por la Unidad de Salud Mental

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un equipo gestor de casos formado por enfermero, psicólogo y trabajador social.

MÉTODO
Se han designado los coordinadores de cada uno de los equipos, el plan de actuación y la selección de un grupo de pacientes que serian los pacientes diana en quien actuar.

En la UTPCA se han mantenido reuniones mensuales con familiares de pacientes iniciando un asesoramiento mediante pautas y actuaciones preventivas hacia los pacientes que conviven con dichas familias.

De cualquier manera el proyecto continúa en vigor y se iniciaría en 2018 siempre y cuando se proceda a la contratación de los profesionales previstos.

INDICADORES
1. Colaborar en la valoración y planificación individualizada de las intervenciones con los profesionales de la USM.
2. Mantener con el paciente y su familia un contacto regular planificado.
3. Realizar intervenciones grupales.
4. Dar una respuesta rápida a la demanda por medios telefónicos o si fuera preciso la intervención en el domicilio del paciente.
5. Coordinación directa con la USM, en los casos que se requiera otro tipo de intervención.

Número de pacientes en seguimiento por el Equipo Gestor de Casos en el periodo anual.
-Número de pacientes incluidos en el programa/ número de profesionales (ratio estándar: 10-15 pacientes por profesional)
- Porcentaje anual de hospitalizaciones (número de pacientes que ingresan /número de pacientes en el programa x 100)

DURACIÓN
Continuación del proyecto en 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0940

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MARTINEZ PLANAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL SILVA CELESTE
ORNAT JORDAN PILAR
TOMEO FERRER MONICA
LUNA TOLOSA ELENA
MUÑOZ CALVO MERCEDES
SORO RAMIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO (MESES JUNIO Y JULIO)
- PUESTA EN COMUN CON EQUIPO DE MEJORA Y MODIFICACIONES (JULIO)
- ORGANIZACION DEL SISTEMA DE VISITAS GUIADAS (SEPTIEMBRE)
- ACTUALIZACION DEL CONTRATO TERAPEUTICO EN DOS REUNIONES CELEBRADAS EN MESES DE OCTUBRE Y NOVIEMBRE
- MONITORIZACION DE ENTREGA DEL TRIPTICO
- EVALUACION DE RESULTADOS OBTENIDOS (NOVIEMBRE- DICIEMBRE)
- CONCLUSIONES Y MEMORIA (FEBRERO)

EL CALENDARIO PROPUESTO SE HA CUMPLIDO.
LA DIFUSION DEL PROYECTO A LOS PROFESIONALES SE HA HECHO A TRAVES DE SESION CLINICA Y A LOS PACIENTES A TRAVES DE INTERVENCION EN CONSULTA INDIVIDUAL.
PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO SE HA ELABORADO UN TRIPTICO INFORMATIVO Y UN DOCUMENTO DE CONTRATO TERAPEUTICO NUEVO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- EL 100% DE LOS PACIENTES HA RECIBIDO TRIPTICO INFORMATIVO
- EL 92% DE LOS PACIENTES HA VISITADO EL DISPOSITIVO DE FORMA PREVIA AL INGRESO
- SE HAN REALIZADO 4 REUNIONES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DURANTE LA REALIZACION DEL PROYECTO DE MEJORA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de la visita guiada ha supuesto un aumento en los niveles de satisfacción de los pacientes, ya que supone una disminución de los niveles de ansiedad previos al ingreso. El conocer tanto al equipo como el espacio físico de hospital de día hace que los pacientes aumenten su alianza con el dispositivo.
El elaborar un tríptico informativo sirve de apoyo a la información que se da durante la visita guiada y ayuda a la resolución de posibles dudas.
La revisión del contrato terapéutico ha servido para actualizar algunos aspectos y renovar el formato, acortando su extensión e incidiendo en determinados aspectos relevantes para el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/940 ========== ***

Nº de registro: 0940

Título
ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD (UTCA-TP) EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
MARTINEZ PLANAS ISABEL, MUÑOZ CALVO MERCEDES, GIL SILVA CELESTE, ORNAT JORDAN PILAR, TOMEO FERRER MONICA, SORO RAMIA PILAR, LUNA TOLOSA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0940

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ACOGIDA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA PERSONALIDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Evaluado un proyecto de mejora de la calidad en el servicio denominado: "Evaluación de la percepción subjetiva de satisfacción de los usuarios del Hospital de día de la Unidad de trastornos alimentarios del hospital Nuestra Señora de Gracia"(presentado en la convocatoria 2017), encontramos que los pacientes hubieran agradecido conocer de antemano aspectos como la estructura física del dispositivo, equipo integrante del mismo y organización de la actividad asistencial diaria. Las líneas estratégicas del salud además priorizan las intervenciones que favorecen la adherencia a los tratamientos en pacientes de salud mental. Una buena adherencia previene recaídas, reducción de las visitas a los servicios de urgencia y evita reingresos con lo coste efectivo que supone para el sistema.

RESULTADOS ESPERADOS
Los pacientes visitaran el dispositivo antes de su ingreso en el mismo
Los pacientes conocerán las normas del dispositivo
Los pacientes sabrán que tipo de tratamientos y actividades asistenciales van a realizar
Los pacientes conocerán a los miembros del equipo

MÉTODO
Elaboración de un triptico explicativo de funcionamiento del dispositivo
Puesta en común con el equipo de mejora y realización de las modificaciones oportunas
Planificar en que va a consistir la visita guiada al paciente y que profesional la va a realizar
Organizar 2 reuniones de revisión del contenido del contrato terapéutico corrigiendo aquellos aspectos no actualizados
Monitorizar la entrega del triptico facilitando al paciente un teléfono para la resolución de dudas
Evaluación de los resultados obtenidos
Elaboración de las conclusiones y memoria del proyecto

INDICADORES
El 90% de los pacientes recibirán el triptico informativo
El 90% de los pacientes visitaran el dispositivo previo al ingreso
Se realizara un mínimo de 4 reuniones de equipo para revisión del contrato terapéutico, seguimiento del proyecto y evaluación

DURACIÓN
La elaboración del triptico comenzara en Junio de 2017, con una duración de un mes
En Julio revisión del borrador del triptico e impresión de los ejemplares
En septiembre inicio de reparto del nuevo triptico y de la visita guiada al dispositivo
En octubre revisión del contenido del contrato terapéutico y realización de modificaciones durante un mes.
En noviembre reunión de evaluación y en diciembre presentación de la memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0631

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (I) FASE INICAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ASUNCION CAMPOS SANZ
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMO CALVO LAURA
HERNANDEZ FLETA FABIOLA
GALLEGO MURILLO MARIA JESUS
OLARTE MOLINERO ANA MARIA
VIZAN IDOIPE TERESA
MORENO GONZALEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- ENTREGA Y EXPLICACION DE LA GUIA ICTUS A FAMILIARES Y PACIENTES.
- REGISTRO DE LOS PACIETNES ATENDIDOS Y MODIFICACIÓN DE LA HOJA DE REGISTRO.
- INFORMACIÓN AL PERSONAL SANITARIO PARA MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON ICTUS INGRESADO EN FASE AGUDA EN EL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA.
- COLOCACION DE CARTELES INFORMATIVOS EN LAS CABECERAS DE LA CAMA.
- REUNIONES MANTENIDAS DE ACUERDO AL CALENDARIO.
-MATERIAL: GUIA iCTUS, CARTELES INFORMATIVOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO MUY SATISFACTORIO RESPECTO AL Nº DE FAMILIARES Y/O PACIETNES A LOS QUE LES HA LLEGADO LA GUIA ICTUS.
INDICADORES: Nº DE PACIENTESY/O CUIDADORES SUSCEPTIBLES DE RECIBIR LA GUIA E INFORMACIÓN RESPECTO AL Nº DE PACIETNES INGRESADOS CON ICTUS EN EL HOSPITAL NTRA SRA DE GRACIA (SIENDO ATENDIDOS 55 PACIENTES DE UNA TOTAL DE 55 INGRESOS CON ICTUS SUSCEPTIBLES DE RECIBIR LA INFORMACION.
-NO HA SIDO ASÍ CON EL INDICADOR DE Nº DE PERSONAL SANITARIO SUSCEPTIBLE DE SER FORMADO,POR LA ROTACIÓN DEL MISMO. FORMANDO UN PORCENTAJE MUY PEQUEÑO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL ASPECTO MAS COMPLICADO DE SOLUCIONAR ES CONSEGUIR QUE TODO EL PERSONAL SUSCEPTIBLE DE SER FORMADO EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ICTUS RECIBA LA INFORMACION, DEBIDO A LA ROTACION EN EL POOL DE DICHO PERSONAL. EL PLANTEAMIENTO DEL EQUIPO ES ORGANIZAR QUE UN FISIOTERAPEUTA Y/O TERAPEUTA OCUPACIONAL ACOMPAÑE EVENTUALMENTE AL PERSONAL DURANTE EL MANEJO (TRASFERENCIAS) DE ESTOS PACIENTES. LA SATISFACION DEL EQUIPO RESPECTO A LA ATENCION AL PACIENTE Y/O FAMILIARES A SIDO COMPLETA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/631 ========== ***

Nº de registro: 0631

Título
ATUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (I). FASE AGUDA INICIAL

Autores:
CAMPOS SANZ ASUNCION, ROMO CALVO LAURA, CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, HERNANDEZ FLETA FABIOLA, GALLEGO MURILLO MARIA JESUS, OLARTE MOLINERO ANA MARIA, VIZAN IDOIPE TERESA, MORENO GONZALEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0631

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ICTUS (I) FASE INICAL

Coordinar las intervenciones de los diferentes profesionales que atienden al Ictus en fase Aguda durante su ingreso hospitalario, Siendo este proyecto una continuación del 147 puesto en marcha el año anterior, pero separado el ingreso hospitalario del alta, realizando un proyecto en dos fases: atención multidisciplinar durante el ingreso (I) y preparación al alta (II). Formación del personal sanitario y no sanitario en el manejo del ICTUS así como difusión de la GUIA ICTUS.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el riesgo de lesiones que conllevan las trasferencias que se realizan en estos pacientes.
Mejorar la información y formación de los familiares y pacientes con ICTUS.
Mejorar los tiempos de recuperación mediante la estimulación precoz y cuidados posturales adecuados.
Mejorar la coordinación y uso de protocolos en dicha patología.

MÉTODO
Revisión de los cuidados posturales en planta.
Colocación de carteles con fotografías que recuerden los cuidados posturales.
Detección del paciente con ICTUS en el momento que ingresa.
Reuniones periódicas con los familiares y presonal sanitario y no sanitario para sesiones de formación en el manejo del ICTUS.
Estimulación precoz con colocación de calendarios en las habitaciones que les orienten en el tiempo.

INDICADORES
Nº de cuidadores o pacientes que reciben la GUIA ICTUS/ Nº de pacientes ingresados con diagnostico de ACV en el Hospital Ntra Sra de Gracia

Nº de profesionales susceptibles de recibir formación en el manejo del ICTUS/ Nº de profesionales que reciben la formación en el Hospital Ntra Sra de Gracia

DURACIÓN
3/11/16 Primera reunión de grupo para poner en marcha el proyecto.
30/9/17 Fin de Proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0205

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ABRAHAM JOSE MENDOZA DILOY
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMBRA LINES MARIA PILAR
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS
ROMO CALVO LAURA
GALLEGO MURILLO MARIA JESUS
MONTAÑES ARRIBAS JUAN CARLOS
MENDIVIL UCEDA ANA MARIA PILAR
PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ABRIL: Reunión con los miembros del equipo donde se dividen las funciones y se estructura cómo se realizará el tríptico-guía del usuario de electroterapia.
Se decide crear un enlace de colaboración en google drive para que todos los miembros estén al corriente de los avances y puedan aportar nuevos datos sin la necesidad de excesivas reuniones

SEPTIEMBRE: Reunión del equipo con el borrador de la guía-tríptico de electroterapia, sugerencias para la maquetación final e inclusión de los planos de ambos hospitales en el folleto.
Se determina la elaboración de la encuesta que se incluirá en el interior del folleto.

OCTUBRE: Se aprueba la versión final de la guía de electroterapia y la encuesta; se estructura el plan de distribución de las mismas, acordándose:
? El reparto de 50 guías por cada consulta de FEA Rehabilitador. (250 trípticos en total).
? La forma de comunicárselo a los TCAE de cada consulta en ambos hospitales (los folletos se entregarán a aquellos pacientes que sean derivados a Fisioterapia/electroterapia).
? Las encuestas serán depositadas en unos buzones habilitados en cada gimnasio.

NOVIEMBRE: Se acuerda con la jefa del servicio rehabilitación del Sector I una reunión con todos los médicos rehabilitadores de ambos hospitales (30 noviembre)

3 DICIEMBRE: Se concierta, con las supervisoras de fisioterapia de ambos hospitales, una reunión con el resto del equipo multidisciplinar del servicio de rehabilitación para explicar el proyecto de calidad, el desarrollo y la entrega de la encuesta. Y ese mismo día se pone en marcha el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A fecha 13/03/2019, se han repartido las 250 guías con sus respectivas encuestas. Habiéndose depositado en los buzones de ambos hospitales un total de 42 encuestas de satisfacción con los siguientes resultados:
Edad media de los encuestados 57.05 años
¿Es la primera vez que recibe tratamiento? Si=31 (73,8%) No=11 (26,2%)
¿Ha encontrado el gimnasio, sala de electroterapia
con facilidad? 4,84/5
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 4,68/5
¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 4,47/5
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 4,26/5

Conviene resaltar que de los pacientes que ya habían recibido tratamiento anteriormente (26.2%), el 72.2 % resolvieron dudas que tenían y el 45.5% encontraron información que desconocían.
Indicador 1 Porcentaje de encuestas rellenadas por los usuarios que han recibido el tríptico
Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de encuestas recibidas
42/250=0.168 X 100=16,8%

Indicador 2 Porcentaje de pacientes que se encuentran satisfechos (4)
o muy satisfechos (5) en cada una de las preguntas de la encuesta

¿Ha encontrado el gimnasio, sala de Terapia Ocupacional y/o electroterapia
con facilidad? 95,23%
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 90,47%

¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 83.33%
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 19.05%

¿Qué sugerencia propondría en el servicio de rehabilitación?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0205

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Sólo el 47% de los pacientes encuestados plantearon alguna sugerencia

el 21% resaltó la amabilidad y el buen servicio recibido,
el 10% propuso un gimnasio más espacioso en el Hospital Royo Villanova
el resto sugirió la instalación de vestuarios, habilitar más gimnasios de fisioterapia en el SALUD y mejorar los traslados en ambulancias, entre otros

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente con los objetivos marcados en el proyecto
Se ha creado una guía que está disponible en los ordenadores de cada consulta de rehabilitación del sector I para su utilización
Consideramos que el proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible por el Servicio de Rehabilitación del Sector I, abarcando a los pacientes derivados a electroterapia de los hospitales Royo Villanova y Hospital Nuestra Señora de Gracia.

7. OBSERVACIONES.
El número de encuestas recibidas a fecha de hoy es bajo, sólo un 16.4% Creemos que los plazos han sido demasiado justos ya que existe un tiempo de demora entre la primera consulta con el Médico Rehabilitador hasta que el paciente llega finalmente a electroterapia en su respectivo hospital. Pensamos que una buena parte de los pacientes que recibieron el tríptico no han sido llamados todavía a su tratamiento ya que recibimos la mayoría de las encuestas en los últimos días.
Además, consideramos que esos dos meses de espera, en parte debido al periodo vacacional de navidad, perjudican para que el paciente guarde la encuesta y la deposite en el buzón correspondiente.
Si bien, creemos que tampoco tendría sentido demorar más la conclusión del proyecto ya que debido a su naturaleza de información y a la validación de un equipo multidisciplinar de rehabilitación, los datos esencialmente variarán poco a los obtenidos.
Dado que el proyecto se entregó antes que la conformación de las encuestas de satisfacción, se han modificado algunos de los indicadores que se plantearon en un inicio. Si bien se ha mantenido el espíritu de los mismos

*** ========== Resumen del proyecto 2018/205 ========== ***

Nº de registro: 0205

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Autores:
MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE, CAMBRA LINES MARIA PILAR, CHAMORRO LASALA MARIA JESUS, ROMO CALVO LAURA, GALLEGO MURILLO MARIA JESUS, MONTAÑES ARRIBAS JUAN CARLOS, MENDIVIL UCEDA ANA MARIA PILAR, PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Rehabilitación. Pacientes externos derivados a
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Electroterapia es una parte de la fisioterapia que tiene sus propias normas de aplicación. El objetivo del proyecto es mejorar la comunicación entre el equipo multidisciplinar del servicio de electroterapia de atención especializada del sector I de Zaragoza(rehabilitación) con los usuarios de dicho servicio, mediante:
a) Elaboración de un manual del usuario (tríptico), que explique las normas y solucione las dudas para un mejor funcionamiento y una mayor optimización de las sesiones de electroterapia.
b) Mejorar la comunicación del equipo multidisciplinar de rehabilitación
c) Crear una encuesta de satisfacción para saber si estos objetivos han sido cubiertos y en qué grado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0205

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ELECTROTERAIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

RESULTADOS ESPERADOS
La propuesta es crear y distribuir un tríptico con los siguientes objetivos:

a) Dar al usuario información sobre las normas del servicio de electroterapia
b) Optimizar las sesiones de electroterapia
c) Mejorar las vías de comunicación entre el paciente y el servicio de electroterapia
d) Informar al paciente de los riesgos en caso de marcapasos, embarazo, etc…
e) Anticipar las dudas o problemas más comunes que se suelen presentar
f) Dotar al usuario del servicio de una encuesta de satisfacción
g) Valorar si el tríptico cumple con los objetivos deseados

MÉTODO
• Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear un tríptico informativo del servicio de electroterapia
• Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear una encuesta de satisfacción del servicio de electroterapia
• Informar a todos los profesionales implicados en el servicio de electroterapia de este sector, de la existencia del tríptico y la encuesta de satisfacción, informales sobre su distribución (se entregarán conjuntamente un número concreto de encuestas y de trípticos, en las consultas de médico rehabilitador, para su posterior evaluación), y recogida de encuestas (en el servicio de electroterapia del Hospital Nuestra Señora de Gracia y/o Hospital Royo Villanova de Zaragoza) y valoración/evaluación por el equipo del proyecto.

INDICADORES
-Indicador: Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de electroterapia después de haber sido derivado por el FEA rhb
Descripción: Nº de pacientes que reciben el tríptico/Nº de pacientes derivados a electroterapia por un FEA rhb X 100
Fuente: Registro de pacientes derivados a electroterapia del Sector I.
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de encuesta rellenadas por los usuarios que han recibido el tríptico
Descripción: Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de pacientes que reciben el tríptico/encuesta X100
Fuente: Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar : 60-70%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida en el tríptico del servicio de electroterapia
Descripción: Nº de pacientes de pacientes que consideran importante la información recibida/ Nºde pacientes que reciben el tríptico X 100
Fuente:Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con el trato global recibido en el servicio de electroterapia
Descripción:Nº de pacientes satisfechos con el trato global en el servicio/Nº de pacientes que reciben la encuesta X100
Fuente: Recogida de encuestas
Estandar: 70-80%

DURACIÓN
Fecha de inicio con la reunión del equipo del proyecto en Abril 2018
Se establecerán las reuniones y se distribuirán los trabajos para la creación del tríptico
y la encuesta de satisfacción y las reuniones de información al servicio de
rehabilitación del sector.
Septiembre distribución de los trípticos con la encuesta de satisfacción
Finales de Noviembre recogida y valoración
Diciembre presentación de los resultados obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0229

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CAMBRA LINES
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE
ARTIGAS GARCIA ANA
VALERO TOMAS ESMERALDA
PUENTE OTIN SILVIA
ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE
HERNANDEZ FLETA FABIOLA
BONED BLANQUEZ MARISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A fecha 13/03/19, se han repartido las 250 guías con sus respectivas encuestas. Habiéndose depositado en los buzones de ambos hospitales un total de 44 encuestas de satisfacción con los siguientes resultados:
Edad media de los encuestados 58.02 años
¿Es la primera vez que recibe tratamiento? Si=32 (72.72%) No=12 (27.27%)
¿Ha encontrado el gimnasio, sala de electroterapia
con facilidad? 4,79/5
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 4,68/5
¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 4,5/5
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 4,34/5

Conviene resaltar que de los pacientes que ya habían recibido tratamiento anteriormente (27,27%), el 83,33 % resolvieron dudas que tenían y el 66.6% encontraron información que desconocían.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1 Porcentaje de encuestas rellenadas por los usuarios que han recibido el tríptico
Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de encuestas recibidas

44/250=0.176 X 100=17,6%

Indicador 2 Porcentaje de pacientes que se encuentran satisfechos (4)
o muy satisfechos (5) en cada una de las preguntas de la encuesta

¿Ha encontrado el gimnasio, sala de Terapia Ocupacional y/o electroterapia
con facilidad?
90,90%
¿La lectura de este tríptico ha resuelto dudas que tenía? 93,18%
¿Ha encontrado información en el tríptico que no conociera previamente? 84,09%
Ha encontrado dificultades para llevar a cabo las recomendaciones expuestas 13,63%

¿Qué sugerencia propondría en el servicio de rehabilitación?
Sólo el 46% de los pacientes encuestados plantearon alguna sugerencia, de los cuales:
el 23% resaltó la amabilidad y el buen servicio recibido,
el 10% propuso un gimnasio más espacioso en el Hospital Royo Villanova
el resto sugirió la instalación de vestuarios, habilitar más gimnasios de fisioterapia en el SALUD y mejorar los traslados en ambulancias, entre otros

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente con los objetivos marcados en el proyecto
Se ha creado una guía que está disponible en los ordenadores de cada consulta de rehabilitación del sector I para su utilización
Consideramos que el proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible por el Servicio de Rehabilitación del Sector I, abarcando a los pacientes derivados a fisioterapia y terapia ocupacional de los hospitales Royo Villanova y Hospital Nuestra Señora de Gracia

7. OBSERVACIONES.
El número de encuestas recibidas a fecha de hoy es bajo sólo un 17,6 % Creemos que los plazos han sido demasiado justos ya que existe un tiempo de demora entre que el paciente tiene consulta con el Médico Rehabilitador hasta que finalmente llega al gimnasio de fisioterapia o terapia ocupacional en el respectivo hospital. Es ahora cuando están llegando a fisioterapia y/o terapia ocupacional los pacientes que recibieron

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0229

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

el tríptico y pensamos que una buena parte de ellos no han sido llamados todavía para su tratamiento.
Además, consideramos que esos dos meses de espera, en parte debido al periodo vacacional de navidad, perjudican para que el paciente guarde la encuesta y la deposite en el buzón correspondiente.
Si bien, creemos que tampoco tendría sentido demorar más la conclusión del proyecto ya que debido a su naturaleza de información y a la validación de un equipo multidisciplinar de rehabilitación, los datos esencialmente variarán poco a los obtenidos.
Dado que el proyecto se entregó antes que la conformación de las encuestas de satisfacción se han modificado algunos de los indicadores que se plantearon en un inicio. Si bien se ha mantenido el espíritu de los mismos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/229 ========== ***

Nº de registro: 0229

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

Autores:
CAMBRA LINES MARIA PILAR, MENDOZA DILOY ABRAHAM JOSE, ARTIGAS GARCIA ANA, VALERO TOMAS ESMERALDA, PUENTE OTIN SILVIA, ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE, HERNANDEZ FLETA FABIOLA, BONED BLANQUEZ MARISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: rehabilitación pacientes externos derivados a gimnasio de fisoterapia
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El ejercicio de la fisioterapia conlleva una serie de normas y necesidades que el usuario debe conocer para optimizar las sesiones y el tiempo de las mismas, por lo que planteamos presentar un plan de acogida para el usuario en un tríptico que explique y resuma todas las normas del servicio de fisioterapia y resuelva las dudas.
La elaboración de este tríptico conlleva una mayor comunicación con el equipo multidisciplinar del servicio de rehabilitación del Sector I de Zaragoza y una mejora la comunicación entre los hospitales del sector (Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova)
Para valorar la efectividad de un tríptico se presentará una encuesta de satisfacción donde el usuario participará de forma activa.

RESULTADOS ESPERADOS
objetivos:
a) Informar al paciente de las recomendaciones en la unidad de Fisioterapia/Terapia ocupacional
b) Optimizar las sesiones de Fisioterapia/Terapia ocupacional
c) Mejorar las vías de comunicación entre el paciente y la unidad de Fisioterapia/Terapia ocupacional
d) Anticipar la resolución de los problemas más comunes que se suelen presentar
e) Dotar al usuario de una encuesta de satisfacción con el servicio recibido
f) Valorar si el tríptico cumple con los objetivos deseados

MÉTODO
a) Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para crear un tríptico informativo para los pacientes derivados a fisioterapia especializada y Terapia Ocupacional en los Hospitales del Sector I de Zaragoza
b) Reunir al equipo multidisciplinar del proyecto para elaborar una encuesta de satisfacción que evalúe el tríptico anterior
c) Reunirse con los profesionales implicados en el servicio de Rehabilitación del Sector I (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapuetas y Terapia Ocupacional) para explicarles la existencia del tríptico y de la encuesta de satisfacción e informarles sobre su distribución (Se entregaran conjuntamente un número determinado de trípticos y encuestas,en la consulta del FEAs), y se recogerán en urnas disponibles en los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0229

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN ATENCION ESPECIALIZADA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA. INCLUSION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION

gimnasios de fisioterapia especializada de ambos hospitales del sector, para su posterior evaluación

INDICADORES
-Indicador: Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de gimnasio después de haber sido derivados a fisioterapia especializada por el FEA rhb:
Descripción: Nº de pacientes que reciben el tríptico/Nº de pacientes derivados a fisioterapia especializada por un FEA rhb X 100
Fuente: Registro de pacientes derivados a electroterapia del Sector I.
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de encuesta rellenadas por los usuarios que han recibido el tríptico del gimnasio
Descripción: Nº de pacientes que rellenan la encuesta/Nº de pacientes que reciben el tríptico/encuesta del gimnasio X100
Fuente: Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar : 60-70%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satifechos con la información recibida en el tríptico del gimnasio del servicio de fisioterapia especializada
Descripción: Nº de pacientes de pacientes que consideran importante la información recibida/ Nºde pacientes que rellenan la encuesta del gimnasio X 100
Fuente:Recogida de encuestas en los hospitales del sector I
Estandar: 70-80%

-Indicador: Porcentaje de pacientes satisfechos con el trato global recibido en el servicio de fisioterapia especializada
Descripción:Nº de pacientes satisfechos con el trato global en el servicio de fisoterapia especializada/Nº de pacientes que rellenan la encuesta X100
Fuente: Recogida de encuestas
Estandar: 70-80%

DURACIÓN
Fecha de inicio con la reunión del equipo del proyecto en Abril 2018
Se establecerán las reuniones y se distribuirán los trabajos para la creación del tríptico y la encuesta de satisfacción y las reuniones de información al servicio de rehabilitación del sector.
Septiembre distribución de los trípticos con la encuesta de satisfacción
Finales de Noviembre recogida y valoración
Diciembre presentación de los resultados obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0234

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA ANAYA GIL
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRAN EMBID SILVIA
VIZAN IDOIPE TERESA
HERNANDEZ FLETA FABIOLA
LACARTA CHAVARRIAS MARIA
SANZ RODRIGUEZ ESTER
CORTES GIL ROSA ANA
MUÑOZ DIESTRE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Finalmente se han realizado tres reuniones para la puesta en marcha del proyecto.
La primera reunión tuvo lugar en septiembre de 2018, redactándose un borrador del documento que recogía las primeras ideas sobre la estructura y contenidos del mismo.
La segunda reunión tuvo lugar en Octubre de 2018, quedando ya por fin redactado el documento en su forma definitiva, con el consenso de todos los profesionales implicados en cuanto a la información que debía recoger el documento y la maquetación del mismo.
En esta reunión se acuerda también el diseño de una hoja de registro informático (documento Excel) para recoger los nombres y fecha de firma de los pacientes que firmen el documento de AV, con vistas a los cálculos de los indicadores propuestos en el programa.

Por último se acuerda que la fecha de implantación del documento será el 05/11/2018, antes de la cual deberá presentarse el proyecto al equipo de profesionales del Servicio de Gimnasio del HNSG.
Dicha reunión de presentación tiene lugar el 02/11/2018, estando presentes los fisioterapeutas, terapeuta ocupacional y TCAE del gimnasio del HNSG.
El objetivo de la presentación del proyecto era que todos los profesionales implicados en el tratamiento en gimnasio del paciente tuvieran conocimiento de la necesidad de recoger la información del hecho de que un paciente abandone o desista de su tratamiento de fisioterapia, electroterapia o terapia ocupacional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A fecha de 22/02/2019, se han recogido un total de 33 documentos de AV, en los que se especifican los datos personales del paciente, su número de Historia de Rehabilitación, el servicio en el que causa baja y el motivo de la renuncia.

Los indicadores que se utilizan en el proyecto son los siguientes:

Indicador 1: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de gimnasio durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
23/603 x 100 = 3‘81%

Indicador 2: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de electroterapia durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
9/186 x 100 = 4‘83%

Indicador 3: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de TO durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
1/42 x 100 = 2‘38%

Como podemos observar según los resultados alcanzados, es muy pequeña la tasa de abandono de tratamiento en el servicio de rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Las fuentes de obtención de estos datos son:

Para el número de pacientes que firman el documento de AV, causando baja en cada uno de los tres servicios: hoja de registro Excel creada para tal fin en el proyecto.
Para el número de pacientes que inician tratamiento en cada uno de los tres servicios: hoja de registro general de pacientes del gimnasio de fisioterapia y TO del HNSG.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que hemos cumplido satisfactoriamente los objetivos finales del proyecto a fecha actual, de 20/02/2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0234

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El documento está siendo utilizado por el personal del gimnasio del HNSG para registrar las altas voluntarias en el Servicio, visto lo cual creemos innecesario el hecho de realizar una revisión al año de su implantación.

Con todo esto, consideramos queel proyecto está definitivamente completado y listo para ser sostenible en adelante en el Servicio de Rehabilitación del HNSG, quedando así implantado indefinidamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/234 ========== ***

Nº de registro: 0234

Título
PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
ANAYA GIL TERESA, GRAN EMBID SILVIA, VIZAN IDOIPE TERESA, HERNANDEZ FLETA FABIOLA, LACARTA CHAVARRIAS MARIA, SANZ RODRIGUEZ ESTER, CORTES GIL ROSA ANA, MUÑOZ DIESTRE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Documentacion

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado la ausencia de un documento formal para que los pacientes que se hallen recibiendo un tratamiento de fisioterapia (ya sea en gimnasio o en electroterapia) o de terapia ocupacional (TO) y deseen suspenderlo por razones personales, firmen bajo su responsabilidad, solicitando de esta manera el ALTA VOLUNTARIA (AV) de dicho tratamiento.
Según el artículo 4 de la Ley 6/2002 (15 de Abril) de Salud de Aragón, el paciente debe recibir información adecuada y comprensible sobre su proceso asistencial, y así lo especifica en el documento de alta voluntaria.
Asimismo, conforme al artículo 5 de la citada ley, el paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos en los que no se acepte el tratamiento (o se produzca el desestimiento del mismo).
De negarse a ello, la dirección del correspondiente Centro Sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta.
En la actualidad, al no existir un documento formal para este supuesto, es la Supervisora del Servicio de Rehabilitación la que elabora una hoja para que el paciente firme, asumiendo de este modo la responsabilidad sobre la interrupción del tratamiento pautado por su médico rehabilitador.
No obstante, en una gran mayoría de las ocasiones el paciente abandona el tratamiento sin dejar constancia expresa, e incluso por vía telefónica. Esta circunstancia se registrará igualmente en el documento de AV, aún en el caso de que el paciente no lo firme.
Por los motivos expuestos, el Servicio de Fisioterapia y Terapia Ocupacional mejorará por el hecho de estandarizar un formulario para esta circunstancia tan frecuente, posibilitando de este modo el registro de las altas voluntarias y abandonos de tratamiento, que ralentizan y entorpecen el funcionamiento del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto pretende asegurar la no imputación al Servicio de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de la finalización anticipada del tratamiento de un determinado paciente.
La población diana serían los pacientes en tratamiento de Fisioterapia (incluyendo Electroterapia) o Terapia Ocupacional que soliciten el alta anticipadamente al número de sesiones pautado por el médico rehabilitador. En el caso de que se tratara de un menor de edad o incapacitado mental, el responsable de la firma sería su progenitor o representante legal.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0234

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL DOCUMENTO DE ALTA VOLUNTARIA DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El número de sesiones a realizar serían 3.
Primera sesión: diseño del documento de Alta Voluntaria.
Segunda sesión: se realizaría la revisión previa a la impresión del documento, el diseño de la hoja de registro electrónico de los pacientes que abandonan el tratamiento (firmen o no el documento) y la puesta en marcha del proyecto.
Tercera sesión: tendría lugar al año de la puesta en marcha del proyecto, y se analizarían los resultados obtenidos, según la hoja de registro electrónico y la revisión de los documentos recogidos. Comentar posibles incidencias.
Recursos materiales: papel para los Documentos de AV, fotocopiadora, carpeta archivadora, ordenador (para el diseño del documento y de la hoja de registro tipo Excel).

INDICADORES
Indicador 1:
Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de gimnasio durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
Descripción: Nº pacientes que solicitan AV en gimnasio/ Nº pacientes que han utilizado el Servicio de Fisioterapia en gimnasio X 100.
Indicador 2:
Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de electroterapia durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
Descripción: Nº pacientes que solicitan AV en electroterapia/ Nº pacientes que han utilizado el Servicio de Electroterapia X 100.
Indicador 3:
Nombre: porcentaje de pacientes que solicitan el AV de TO durante el tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.
Descripción: Nº pacientes que solicitan AV en TO/ Nº pacientes que han utilizado el Servicio de TO X 100.

Aclaración de términos: un paciente puede ser usuario en los tres servicios y puede darse la circunstancia de que solicite AV en uno o varios de ellos.

Fuente de datos: para todos los indicadores, la fuente será la misma, a saber, los documentos de AV y la hoja electrónica de registro de pacientes del Servicio de Rehabilitación.

Estándar: el valor máximo a alcanzar sería entre el 10-20%, es decir que solamente entre un 10 y un 20% de los pacientes en cada uno de los indicadores abandone el tratamiento.

DURACIÓN
1. Diseño del impreso: unas dos semanas. Todos los componentes del equipo colaborarán en esta tarea.
2. Revisión del impreso, impresión e implantación: 1 mes. De nuevo todos los componentes del equipo estarán incluidos en esta tarea.
3. Análisis de datos y resultados: tendrá lugar al año de su implantación, y de nuevo todos los componentes colaborarán.
Fecha de inicio: septiembre 2018.
Fecha de finalización: septiembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA GRAN EMBID
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANAYA GIL TERESA
ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE
SOLER COLLADO CAROLINA
GALLEGO MURILLO MARIA JESUS
PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL
CORTES GIL ROSA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto de calidad de elaboración de un modelo de consentimiento informado (CI) para punción seca (PS), se ha llevado a cabo en 4 reuniones (1 reunión más de la prevista para poder presentarlo a todo el equipo del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia):
El proyecto de calidad de elaboración de un modelo de consentimiento informado (CI) para punción seca (PS), se ha llevado a cabo en 4 reuniones (1 reunión más de la prevista para poder presentarlo a todo el equipo del Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia):
1ª Reunión (3/9/2018): Brainstorming del equipo del proyecto de calidad. Elaboración del borrador del CI de PS. Se deja abierto un periodo de reflexión para futuras sugerencias y propuestas al diseño provisional.
2ª Reunión (9/10/2018): Consolidación y realización del diseño definitivo del modelo de CI. Diseño del registro informático a implantar en el Servicio de Rehabilitación.
3ª Reunión (30/11/2018): Presentación del modelo en soporte de papel (a adjuntar en la historia clínica del paciente) y del registro adicional en soporte informático al equipo multidisciplinar del Servicio de Rehabilitación (incluyendo a las supervisoras de la unidad).
La puesta en marcha del uso del consentimiento informado se inició en el Servicio de Rehabilitación el 10/12/2018 (incluyendo Hospital Nuestra Señora de Gracia y Hospital Royo Villanova), tras las reuniones previas de la elaboración del mismo.
4ª Reunión (25/02/2019): Recopilación de datos y evaluación por parte del equipo.

Los datos recopilados (número total de consentimientos informados en el servicio) corresponden al periodo del 10/12/2018 al 25/02/2019).

Recursos: Hojas del CI. Hoja de registro en soporte digital (Excel).

Responsables de la implementación: profesionales del equipo del proyecto de mejora de calidad (fisioterapeutas, FEA rehabilitador, TCAE).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS GENERALES:
- Participación e implicación de los profesionales del equipo de rehabilitación en la elaboración de un modelo de CI de PS, como técnica utilizada por fisioterapeutas especializados, previa orden clínica del FEA rehabilitador.
- Elaboración de un modelo de CI que incluye información adecuada y comprensible para el paciente sobre la técnica de PS.
- Puesta en marcha del modelo de CI en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

INDICADORES:

INDICADOR 1:
Porcentaje de pacientes que reciben PS del total de pacientes de la unidad en el periodo de tiempo indicado.
DESCRIPCIÓN:
Nº de pacientes que reciben PS / Nº de pacientes totales de la unidad (en el periodo de tiempo indicado) x 100
12/356 x100 = 3,4%
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:
- La PS sólo se aplicará si está pautado por el FEA rehabilitador.
- El fisioterapeuta está en posesión de la acreditación correspondiente a la formación de la técnica de PS.
- El CI ha de realizarse por cada supuesto, es decir, por cada tratamiento del paciente.
- El periodo de tiempo de recopilación de datos (puesta en marcha de uso del modelo de CI por parte de todo el equipo de rehabilitación) fue del 10/12/2018 al 25/02/2019.
FUENTE:
- Lista de espera general de la Unidad de Fisioterapia de 10/12/2018 al 25/02/2019 (la lista de espera general excluye la lista de espera de electroterapia).
- Registro soporte papel de CI.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

- Registro soporte digital hoja Excel.
ESTÁNDAR: 100%*
*Es necesario aclarar que, aunque el indicador refleja el total de pacientes que recibe el CI en el periodo de tiempo establecido, no todos los pacientes son susceptibles de la pauta de tratamiento con PS por parte del FEA rehabilitador. Por lo tanto, el estándar establecido en el proyecto queda reflejado quizás de forma confusa, ya que el equipo quería establecer como estándar que el 100% de los pacientes que son susceptibles de recibir este tipo de tratamiento y se les es pautado por el FEA rehabilitador firman el CI. Esto se ha cumplido en todos los casos (100%).
No obstante, el equipo quería evidenciar el porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado la técnica de PS ya con la puesta en marcha del modelo de CI. Como el objetivo principal del proyecto era la elaboración de un modelo del CI para PS, la puesta en marcha del proyecto por parte de todo el equipo ha comenzado a partir del 10/12/2018, correspondiendo al 3,4% de los pacientes con tratamiento de fisioterapia con PS sobre el total de pacientes en tratamiento de fisioterapia, desde esa fecha hasta la elaboración de esta memoria del proyecto de calidad.

INDICADOR 2:
Porcentaje de pacientes que revocan el CI una vez firmado (en el tiempo indicado).
DESCRIPCIÓN:
Nº de pacientes que revocan el CI una vez firmado/ Nº de pacientes totales que han firmado el CI (en el periodo de tiempo indicado) x 100
0/12 x 100 = 0%
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:
- El paciente puede revocar el CI en cualquier momento.
- El periodo de tiempo de recopilación de datos (puesta en marcha de uso del modelo de CI por parte de todo el equipo de rehabilitación) fue del 10/12/2018 al 25/02/2019.
FUENTE:
- Registro soporte papel de CI.
- Registro soporte digital Excel.
ESTÁNDAR: 5%-10%

IMPACTO DEL PROYECTO:
El proyecto ha tenido muy buena acogida por parte de todo el equipo de rehabilitación. Se ha cumplido el objetivo principal, resultado un modelo de CI para PS en el que se han implicado todos los profesionales del equipo. Con el modelo de CI los fisioterapeutas tienen una cobertura jurídica y una vía de actuación clínica establecida en el marco de la seguridad clínica, dentro de sus competencias profesionales. Asimismo, el CI brinda el derecho de autonomía del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de rehabilitación valora positivamente la creación de un modelo pionero de CI para la técnica de PS dentro del marco competencial de fisioterapia, ofreciendo una cobertura jurídica que hasta ahora no existía en fisioterapia de atención especializada de los hospitales del Sector Zaragoza I. Asimismo, este proyecto ha permitido al equipo de rehabilitación consensuar la homogeneidad de la vía clínica de la técnica de PS de fisioterapia para aquellos pacientes que son susceptibles de este tipo de técnica pautada por el FEA rehabilitador.
Hasta la fecha fin de recogida de datos (25/02/2019) ningún paciente había revocado el CI (indicador del 0% de revocación del CI una vez firmado). El modelo de CI ha sido muy bien aceptado por los pacientes, ya que la mayoría expresaba comprender mejor la información sobre la técnica de PS e incluso tener mayor seguridad al poder reafirmar las explicaciones proporcionadas por los fisioterapeutas, consolidando la relación terapéutica.
No obstante, aunque sólo se haya realizado en un 3,4% de los pacientes, hay que tener en cuenta que el objetivo principal de este proyecto de calidad era la elaboración del modelo de CI y que el tiempo de recopilación de datos ha sido desde el 10/12/2018.
Por lo tanto, queda abierta la posibilidad futura de un proyecto de seguimiento de la implantación del modelo de CI.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/250 ========== ***

Nº de registro: 0250

Título
PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

GRAN EMBID SILVIA, ANAYA GIL TERESA, ARRANZ SOLER MIGUEL JOSE, SOLER COLLADO CAROLINA, GALLEGO MURILLO MARIA JESUS, PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL, CORTES GIL ROSA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad clínica

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La punción seca (PS) es una técnica invasiva utilizada en fisioterapia para el tratamiento de síndrome de dolor miofascial con el objeto de disminuir y/o eliminar el dolor y reestablecer la función miofascial. Se realiza con agujas específicas similares a las de acupuntura, sin infiltrar ningún tipo de sustancia en el organismo. Requiere de una formación de fisioterapia específica y acreditada con tal. Asimismo, al incluirse el Servicio de Rehabilitación en atención especializada, en este caso, la técnica requiere estar pautada por FEA Rehabilitador. En base a lo dispuesto en la Ley 4/2002 (14 Noviembre), básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (arts. 8, 9 y 10), y en la Ley 6/2002 (15 Abril), de Salud de Aragón (arts. 4, 5, 6 y 12), se estima oportuna la creación de un modelo de documentación de consentimiento informado (CI) para la aplicación de la PS, al tratarse de un procedimiento invasivo al suponer riesgo e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente. Previamente, el paciente debe recibir información adecuada y comprensible sobre su proceso asistencial, así como las contraindicaciones, los riesgos, posibles efectos adversos, beneficios y alternativas de tratamiento de PS.

RESULTADOS ESPERADOS
-Informar adecuadamente y de forma comprensible al paciente sobre el procedimiento de la técnica, alternativas, contraindicaciones y posibles riesgos.
-Ejercer el derecho de autonomía del paciente respecto al proceso asistencial.
-Dotar de protección legal al profesional sanitario (fisioterapeuta) y al Servicio Aragonés de Salud.
Población diana: pacientes a los que se les pauta por el/la FEA rehabilitador/a la técnica de PS dentro de las órdenes médicas de fisioterapia en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

MÉTODO
Número de reuniones a realizar: 3

1ª Reunión: Diseño de la hoja de CI.
2ª Reunión: Diseño de la hoja de registro en formato digital. Puesta en marcha del proyecto con la presentación del CI definitivo a todo el equipo de rehabilitación implicado con la técnica de PS.
3ª Reunión: Recopilación de los datos registrados. Evaluación del proyecto, de posibles incidencias así como del grado de aceptación del paciente.

Recursos materiales:
- Hojas de CI.
- Hoja de registro en soporte digital (Excel).
- Carpeta para archivador.
- Impresora.

INDICADORES
INDICADOR: Porcentaje de pacientes que reciben PS del total de pacientes de la unidad
DESCRIPCIÓN: Nº de pacientes que reciben PS / Nº de pacientes totales de la unidad x 100
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS:
-La PS sólo se aplicará si está pautado por el FEA Rehabilitador.
-El fisioterapeuta está en posesión de la acreditación correspondiente a la formación de la técnica de PS.
-El CI ha de realizarse por cada supuesto, es decir, por cada tratamiento del paciente.
FUENTE:
-Lista de espera general de la Unidad de Fisioterapia de 2018-2019.
-Registro soporte papel de CI.
-Registro soporte digital tipo Excel.
ESTÁNDAR: 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0250

1. TÍTULO

PROYECTO DE DISEÑO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA TECNICA DE PUNCION SECA EN FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

INDICADOR: Porcentaje de pacientes que revocan el CI una vez firmado
DESCRIPCIÓN: Nº de pacientes que revocan el CI una vez firmado/ Nº de pacientes totales que han firmado el CI x 100
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS: El paciente puede revocar el CI en cualquier momento.
FUENTE:
- Registro soporte papel de CI.
- Registro soporte digital tipo Excel.
ESTÁNDAR: 5%-10%

DURACIÓN
1ª Reunión: (Diseño del CI) 15 días después de la aceptación del proyecto.
2ª Reunión: (CI definitivo, diseño del registro informático y presentación al resto del equipo de rehabilitación): 1 mes después de la primera reunión.
3ª Reunión: (Recabar datos y evaluación): 1 año después del inicio del proyecto.

Responsables de la implementación: profesionales del equipo del proyecto de mejora (fisioterapeutas, FEA rehabilitador, TCAE)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0289

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA PAMPLONA CALEJERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR
TARRERO LOZANO MARIA CARMEN
SERON ABANTO PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas:
?Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado. Octubre 2016.
?Actividad 2ª: Se recicló y formó al personal sanitario en cuanto a medidas, forma de realizar correctamente los aislamientos, forma de tomar correctamente los frotis mediante sesiones. Utilización de un power point y fotocopias que se entregaron a todo el personal. Noviembre –Diciembre 2016.
?Actividad 3ª: Medición de indicadores. Enero 2017.
?Actividad 4ª: Comunicación al personal de los resultados obtenidos. Enero 2017.
?Actividad 5ª: Establecer nuevas medidas para corregir deficiencias, si las hubiere. Actividad prevista de realizar en una reunión en Febrero 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados obtenidos hasta el momento:
?-Revisión de los resultados previos.
?-Difusión de la información.
?-Formación y reciclaje del personal.
?-Recordartorio, estandarización y consolidación de todas las medidas y actuaciones de enfermería y médicas en el Paquete de Recomendaciones del protocolo de RZ para reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial Intra-UCI.
?-Mejora de la comunicación entre los profesionales.
?-Formación de los profesionales de nueva incorporación.
?-Optimización de la utilización de recursos humanos y materiales.

Seguimiento de los indicadores del proyecto:
?-Grado de conocimiento de los profesionales relacionados con las medidas de RZ.
?-Grado de la correcta aplicación de las medidas incluidas en el Paquete de Recomendaciones del protocolo de RZ (ej: toma de frotis, aislamientos, cumplimentar el “Listado de Verificación de Riesgo” para identificar posibles portadores de BMR,…)
?Se han considerado dichos indicadores con resultado correcto mediante la comprobación de la correcta aplicación de las medidas del Protocolo de RZ.
Las pequeñas deficiencias encontradas serán comentadas y subsanadas en una próxima reunión prevista en febrero:
-Olvidos puntuales en la realización de frotis.
-Tardanza en los resultados de los frotis por parte de Microbiología, lo que supone un alargamiento innecesario en los aislamientos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las pequeñas deficiencias encontradas, una vez analizados los indicadores, serán comentadas y subsanadas en una próxima reunión prevista en febrero:
-Olvidos puntuales en la realización de frotis.
-Tardanza en los resultados de los frotis por parte de Microbiología, lo que supone un alargamiento innecesario en los aislamientos.

Se puede indicar que el nivel de ejecución del proyecto ha finalizado con éxito y tiene resultados definitivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/289 ========== ***

Nº de registro: 0289

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0289

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Título
CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
PAMPLONA CALEJERO ELENA, SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR, SAEZ ESCOLANO PAULA, TARRERO LOZANO MARIA CARMEN, SERON ABANTO PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE PLURIPATOLOGICO
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
IIntroducción:
En el ámbito hospitalario los pacientes ingresados en UCI presentan una vulnerabilidad aumentada para desarrollar infecciones nosocomiales (20-30%) y son especialmente susceptibles de ser colonizados y/o infectados por bacterias multirresistentes (BMR).
Como consecuencia de todo ello se prolonga la estancia media en UCI, se incrementan los costes y la morbimortalidad.
Resulta necesario una intervención estandarizada mediante la aplicación de un Paquete de Recomendaciones para prevenir la emergencia y/o la diseminación de BMR en paciente críticos.
Así pues, a través de un Plan de Seguridad Integral, se conseguirá promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario de las UCI.
Por todo esto, proponemos la consolidación de dicho Paquete de Recomendaciones, de manera que todas las acciones llevadas a cabo consigan una sistemática de trabajo más segura, uniforme y permanente.
Métodos de detección y priorización empleados:
Tras la formación de un grupo de trabajo para valorar los problemas existentes u oportunidades de mejora que se pueden dar en nuestro medio laboral, se hizo una selección, y posterior priorización mediante la técnica de Hanlon.
Siendo lo más puntuado, la consolidación de las medidas del protocolo de Resistencia Zero en pacientes ingresados en UCI.

Importancia y utilidad del proyecto:
- Afianzar las medidas ya instauradas.
- Detectar de forma precoz las BMR y prevenir su diseminación.
- Repercutir en la evolución del paciente y en el coste sanitario, al reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial Intra-UCI.
- Promover la cultura de seguridad en UCI, mediante la consolidación de un documento que registre el nivel de cumplimiento de las medidas establecidas por el Paquete de Recomendaciones de RZ para:
    - Evitar complicaciones.
    - Disminuir el nº de resultados erróneos.
    - Unificar criterios de actuación.
    - Sensibilizar, concienciar y formar al personal sanitario de las medidas a tomar.

Situación de partida:
- Descenso de la variabilidad de los cuidados con las medidas adoptadas hasta el momento.
- Correcta aplicación de medidas a consolidar.

Causas:
Se determinaron según el diagrama de Ishikawa:
- Falta de un medio de evaluación de las medidas de RZ.
- Falta de conocimiento y/o reciclaje por parte del personal.
- Falta de medios de difusión.
- Rotación excesiva del personal sanitario.

Fuentes de información:
La información fue recogida a través del trabajo diario de los componentes del equipo de trabajo, sin olvidar la revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

RESULTADOS ESPERADOS
- Revisar los resultados previos
- Difundir la información.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0289

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE LAS MEDIDAS DEL PROTOCOLO DE RESISTENCIA ZERO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

- Formar y reciclar al personal.
- Recordar, estandarizar y consolidar todas las medidas y actuaciones de enfermería y médicas en el Paquete de Recomendaciones del protocolo de RZ para reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más BMR de origen nosocomial Intra-UCI.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales.
- Ayudar y formar a los profesionales de nueva incorporación.
- Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales

MÉTODO
Medidas previstas:
- Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado.
- Actividad 2ª: Reciclar y formar al personal sanitario: tipos de aislamientos, correcta toma de frotis, interpretación de carteles de aislamiento, correcta limpieza del material clínico, correcta higiene diaria del paciente colonizado o infectado por BMR con productos que contengan Clorhexidina al 4% (Hibiscrub),...
- Actividad 3ª: Medición de indicadores tras haber realizado la formación del personal sanitario.
- Actividad 4ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos.
- Actividad 5ª: Establecer nuevas medidas para corregir deficiencias, si las hubiere.

Responsables:
Tanto el equipo médico como el personal de enfermería (enfermeras y TCAEs) de la Unidad de Cuidados Intensivos reciclarán al personal y medirán los indicadores.

INDICADORES
Los indicadores empleados serán los siguientes:
- Grado de conocimiento de los profesionales relacionados con las medidas de RZ.
- Grado de la correcta aplicación de las medidas incluidas en el Paquete de Recomendaciones del protocolo de RZ (ej: toma de frotis, aislamientos, cumplimentar el "Listado de Verificación de Riesgo" para identificar posibles portadores de BMR,…)

Se considerará resultado correcto la:
- "Aplicación correcta de las medidas del Protocolo de RZ"

DURACIÓN
Fecha de inicio: Octubre 2016.
Fecha de finalización: Febrero 2017.
Calendario:
- Actividad 1ª: Reunión y consolidación del grupo de trabajo ya formado. Octubre 2016.
- Actividad 2ª: Reciclar y formar al personal sanitario: medidas, forma de realizar correctamente los aislamientos, forma de tomar correctamente los frotis. Noviembre -Diciembre 2016.
- Actividad 3ª: Medición de indicadores. Enero 2017.
- Actividad 4ª: Comunicar al personal los resultados obtenidos. Enero 2017.
- Actividad 5ª: Establecer nuevas medidas para corregir deficiencias, si las hubiere. Febrero 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0977

1. TÍTULO

ELABORACION PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HNSG. VALORACION DE REALIZACION DE PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UCI

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE MATEO MIRIAM
SAEZ ESCOLANO PAULA
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha designado un grupo de trabajo, aprobado por la Comisión de Calidad y Seguridad del servicio de Medicina Intensiva.

Hasta el momento se ha realizado, en colaboración con la Comisión de Transfusiones y Hemoderivados, por parte de la Dra Lafuente, una revisión y adaptación a las necesidades del servicio del Protocolo de Transfusión Masiva del Sector II.

Se encuentra en proceso de realización un protocolo de transfusión sanguínea y hemoderivados en el paciente crítico, basado en la “Guía de transfusión de hemoderivados. Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza” eleborada por la Dra. Esther Franco y supervisada por la Comisión de Transfusiones y Hemoderivados; y en los documentos de consenso de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias:
- “2013. Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Actualización del Documento Sevilla”
- “2016. Implementation of a management protocol for massive bleeding reduces mortality in non-trauma patients: Results from a single centre audit”.

Como esquema de trabajo se ha elaborado una guía de con los principales temas que se deben abordar en el Protocolo de Transfusión de sangre y hemoderivados en el paciente crítico:
- “Efectos adversos de la Transfusión”:
- “Transfusión de los diferentes componentes en el paciente crítico”:
- “Alternativas a la transfusión”:
- “Derivados plasmáticos”:
- “Proceso transfusional”:
- “Aspectos éticos y legales relacionados con la transfusión”

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de la Guia de Transfusion masiva del Hospital Nuestra Señora de Gracia

revisión del documento de transfusión de hemoderivados del centro, que una vez aprobado será la base para el protocolo de transfusión del servicio, ya en ejecución, se presentará a la Comisión de seguridad del Servicio en el segundo trimestre del año 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conseguido el objetivo de elaborar el protocolo de transfusión masiva y transfusión de hemoderivados; este segundo pendiente de validar por la comisión de Seguridad del Servicio.
Integración en la comisión de hemoderavados del centro de dos profesionales del Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/977 ========== ***

Nº de registro: 0977

Título
ELABORACION PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL H NUESTYRA SEÑORA DE GRACIA. VALORACION DE REALIZACION DE PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UCI

Autores:
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO, IRIARTE RAMOS SONIA, LAFUENTE MATEO MIRIAM, SAEZ ESCOLANO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0977

1. TÍTULO

ELABORACION PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN LA UCI DEL HNSG. VALORACION DE REALIZACION DE PROTOCOLO TRANSFUSIONAL EN UCI

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La anemia es un problema frecuente en el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que habitualmente se trata con la transfusión de Concentrados de Hematíes (CH) con la finalidad de aumentar la cantidad de oxígeno arterial y el aporte
de éste a los tejidos. En este sentido, la transfusión de glóbulos rojos ha demostrado su eficacia en determinadas patologías médicas y quirúrgicas, aumentando la supervivencia
de estos pacientes que se encuentran en situaciones de anemia grave o shock hemodinámico.
Sin embargo, las transfusiones no están exentas de efectos secundarios, por lo que pueden implicar un aumento de la morbimortalidad del paciente. Conocer las características de administración de los hemoderivados es por tanto del mayor interés
dado que son productos escasos cuyo uso tiene gran impacto clínico, tanto por sus efectos terapéuticos como por sus efectos secundarios.
Para optimizar la utilización de hemoderivados en nuestras unidades vamos a elaborar una guia de procedimiento sobre las indicaciones y forma de administración de dichos productos en nuestro centro.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de hemoderivados en nuestra Unidad.
Protocolizar las indicaciones y el procedimiento de administración de las transfusiones en nuestra Unidad.
Valorar la elaboración de un protocolo de transfusión de hemoderivados.

MÉTODO
Elaboración de una guía de transfusión de hemoderivados en nuestra Unidad.
Elaboración de una hoja de registro o checklist en la que se recojan indicaciones, posibles complicaciones y cumplimentación del procedimiento establecido para llevar a cabo la transfusión (hoja de autorización, solicitud ....)

INDICADORES
Elaboración de la guia - protocolo - procedimiento transfusional de la Unidad.
Elaboración hoja de registro

DURACIÓN
Año 2016 Noviembre Diciembre reuniones preparatorias.
Año 2017 Elaboración y aprobación documentación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0562

1. TÍTULO

INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA. MEJORAS EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GEMA LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARROYO RAMOS ESTHER
MARTINEZ AVEZUELA JOSE ANTONIO
BELENGUER ANSON PILAR
GIL SANCHEZ ESPERANZA
ESCARTIN GARCIA CARLOS
GUILLEN VIRUETE CARMEN
FALCES GARCIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La clasificación que sigue los estándares internacionales, comprende los 5 niveles ya conocidos, desde el nivel I de máxima urgencia vital, al nivel V de pacientes con patología no urgente, que pueden ser tratados en otro nivel asistencial. Y ahí es donde se puso en marcha el apartado de Consulta de Enfermería, en tareas que eran perfectamente asumibles por enfermería, como método de evitar sobrecargas de trabajo tanto en número de pacientes como en casos urgentes que requerían la presencia de todo el equipo.
Planeamos hacer dos cortes para el estudio, pero se vio que era mas practico valorar todo el año 2017.
La actividad principal es la realización del Triaje-PAT. Del traje se detectan los pacientes con nivel V que pueden ser atendidos por enfermería y previa información al medico de guardia, se realizan las acciones necesarias para la solución del problema.
Los motivos de consulta mas comunes son: heridas simples, cura de heridas, retirada de puntos, quemaduras simples, inyecciones de vacunas, consulta de joven y consulta de protocolo de policía...
Todo el personal de enfermería es conocedor y usuario del recurso "Consulta de Enfermería".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según los indicadores trabajados, se observa la poca utilización que se le da a este recurso, que podría descargar de presión asistencial a los servicios de urgencias, pero que se infrautiliza.
1er Indicador: Dentro del número total de urgencias (20.106) cuantos pacientes son atendidos en la consulta de enfermería (75)
Este 1er indicador nos da un 0,0037%, cantidad insignificante y nada representativa de lo que este recurso podría ofrecer
2º Indicador: Dentro del número total de urgencias cuantos pacientes salen con el informe correctamente cumplimentado de la consulta de enfermería, incluido diagnóstico de enfermería. Este 2º indicador se entrega en un 99%, pues por defecto el informe de alta se imprime y se le da a todos los pacientes cuando se van.
Estos datos se obtienen del programa PCH.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se pudo observar una mayor satisfacción del usuario en la atención recibida en el servicio de urgencias, en relación a la rapidez de atención y al tiempo que había trascurrido.
Se aseguro la praxis de enfermería frente a la toma de decisiones sencillas y actuaciones rápidas.
Se priorizo la atención y el triaje de enfermería.
Se intentó mejorar la utilización de los recursos de personal mediante una mejor distribución de las cargas de trabajo, pero con las cifras existentes no se ha conseguido.
El recurso podría descargar de presión asistencial al Servicio pero se necesitaría un consenso de actuación entre enfermería y los facultativos médicos, cosa que no existe en estos momentos, para llegar a protocolos de actuación que pudiera hacer enfermería con efectividad y sentido común.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/562 ========== ***

Nº de registro: 0562

Título
INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA: MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Autores:
LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA, ARROYO RAMOS ESTHER, EGIDO MARTINEZ TERESA, BELENGUER ANSON PILAR, GIL SANCHEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0562

1. TÍTULO

INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA. MEJORAS EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

ESPERANZA, ESCARTIN GARCIA CARLOS, GUILLEN VIRUETE CARMEN, FALCES GARCIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias leves
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente somos el único hospital de la red del SALUD que tiene en el Programa PCH de Urgencias y dentro del PAT o Triaje, que de forma continuada utiliza enfermería para la clasificación de pacientes, un apartado para dar altas que realiza en exclusividad el personal de enfermería.
Este apartado se creó ante el incremento de actividad en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, SUH, con la incorporación de la Consulta ambulatoria de los pacientes que eran atendidos en el punto de Atención Continuada, PAC, ubicado en el Centro de Salud de Sagasta, clausurado en julio de 2014.
La clasificación que sigue los estándares internacionales, comprende los 5 niveles ya conocidos, desde el nivel I de máxima urgencia vital, al nivel V de pacientes con patología no urgente, que pueden ser tratados en otro nivel asistencial. Y ahí es donde se puso en marcha el apartado de Consulta de Enfermería, en tareas que eran perfectamente asumibles por enfermería, como método de evitar sobrecargas de trabajo tanto en número de pacientes como en casos urgentes que requerían la presencia de todo el equipo.
Pues como ya es sabido, esta clasificación integra conceptos como gravedad, complejidad o urgencia y prioriza cada caso en su nivel asistencial y aunque el triaje no es más que una valoración clínica preliminar, puede ser un parámetro indirecto que mida la complejidad de cada urgencia y por lo tanto el profesional que es capaz de realizarlo.
Gestionar, valorar las diferentes problemas, conocer las causas, introducir parámetros de cambio y/o modificación, se cree seria una oportunidad de mejora para el paciente que acude al SUH y puede ser atendido en la Consulta de Enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mayor satisfacción del usuario en la atención recibida en el servicio de urgencias, en relación atención /tiempo.
2. Asegurar la praxis de enfermería frente a toma de decisiones sencillas, conflictivas o complejas.
3. Priorizar la atención y el triaje de enfermería, con la unificación de Diagnósticos de Enfermería e intervenciones (Triaje Abanzado)
3. Mejorar la utilización de los recursos de personal mediante una mejor distribución de las cargas de trabajo.
6. Mayor motivación e implicación del personal enfermero

MÉTODO
El método que enfermería usa en el triaje está basado en el PAT.
La responsabilidad del Triaje es de enfermería, de ellos depende la valoración de los pacientes que acuden a urgencias. Como procedimiento para saber si el apartado de Consulta de enfermería responde a criterios de eficacia y de eficiencia por parte del personal enfermero se pretende aplicar los nuevos indicadores propuestos, además de los que normalmente se utilizan en el PAT.
Para ello se seguirán todos los pasos descritos en el programa y cuando el nivel del triaje nos indique un nivel V o incluso el paciente nos refiera un problema que puede solucionar enfermería sin presencia medica, se aplicara el apartado consulta de Enfermería. Una vez solucionado el problema enfermería procederá a darle el alta con su correspondiente informe para el médico o enfermería de su Centro de Salud.

INDICADORES
Para poder emitir un informe de alta de enfermería con calidad es necesario, aportar al alta el diagnostico, la actividad realizada y las recomendaciones hechas al paciente.
Para ello se quiere saber, con los indicadores propuestos, primero que numero de pacientes que son dados de alta en la Consulta de enfermería y segundo que numero de pacientes salen con un diagnostico especifico de enfermería.
1er Indicador: Dentro del número total de urgencias cuantos pacientes son atendidos en la consulta de enfermería.
2º Indicador: Dentro del número total de urgencias cuantos pacientes salen con el informe correctamente cumplimentado de la consulta de enfermería, incluido diagnostico de enfermería.

1er Indicador :Nº Pacientes con alta de la Consulta de Enfermería
Nª Pacientes en Urgencias

2º Indicador:Nº Pacientes con Informe de DdE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0562

1. TÍTULO

INCIDENCIAS EN EL TRIAJE DE ALTAS POR LA CONSULTA DE ENFERMERIA. MEJORAS EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Nº Pacientes en Urgencias

DURACIÓN
Se programa una valoración de 6 meses, desde noviembre de 2016 hasta abril de 2017 y después evaluar los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho
```

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0828

1. TÍTULO

"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GEMA LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H NTRA SRA DE GRACIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARROYO RAMOS ESTHER
CHICOTE ABADIA BEGOÑA
SANCHEZ RAYERO PATRICIA
GIL SANCHEZ ESPERANZA
ESCARTIN GARCIA CARLOS
GUILLEN VIRUETE CARMEN
FALCES GARCIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nunca hemos valorado, en el servicio de Urgencias, como un indicador de calidad, a aquellos pacientes que se fugan. Por eso y aprovechando que el nuevo sistema de SET_PAT es más completo y nos proporciona mayor información, nos propusimos comprobar como este indicador de calidad podía ayudarnos a mejorar. Se establecieron tres grupos: El 1er grupo serían los pacientes perdidos que se van sin ser registrados en admisión. El 2º grupo, los que se registran administrativamente y se van sin esperar ser triados. El 3er grupo, los que una vez triados se marchan sin esperar a ser atendidos por el médico.Dentro de la actividad que se programó, fue una mayor comunicación con el Servicio de Admisión de Urgencias. Ellos son los que detectan cuando un paciente esta remiso a dar sus datos personales y se va dando cualquier excusa.
Estos pacientes del 1er grupo, sin registro son muy difíciles de detectar pues prácticamente desaparecen de la ventanilla de admisión sin dar ninguna explicación, ni excusa, simplemente se dan media vuelta y se van. Se pactó con admisión en avisar rápidamente a enfermería para que pudiera interceptarlos, pero no se consiguió nada, bien porque enfermería no podía salir tan rápidamente como era necesario o bien porque ellos se iban enseguida.
Controlar el 2º grupo de pacientes, fue más fácil, al haber dado los datos administrativamente se pudieron contabilizar.
En el 3er grupo de pacientes, fue fácil la valoración y el control del tiempo de espera, ya que eran pacientes triados, que fueron fuga o alta voluntaria ante la demora de la atención en los niveles III, IV y V.
Se contó como recurso informático con el programa PCH de Urgencias y PAT de triaje de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según los indicadores:
1er Indicador: Número de pacientes perdidos antes de ser triados por enfermería (196) por el número total de pacientes registrados en Admisión (5640)
1er IC = 196: 5640 x 100 = 3,475%
2º Indicador: Número de pacientes perdidos antes de ver vistos por el médico (142) por el número total de pacientes triados por enfermería (5444)
2º IC = 142: 5444 x 100 = 2,608%
Según el control estadístico, que se ha realizado con los datos del PCH, dentro de los 142 pacientes perdidos se ha encontrado, que según los niveles de clasificación por emergencia los pacientes que más se han perdido, han sido los de niveles IV y V. Haciendo diferenciación entre fugados y los que solicitaron alta voluntaria.

Nivel de Urgencias	Fugados	Alta Voluntaria	Total	%
Nivel V	27	18	45	31,6%
Nivel IV	48	26	74	52,1%
Nivel III	8	11	19	13,3%
Nivel II	1	3	4	2,8%

El estandar que hemos conseguido de pacientes con Altas voluntaria en el H. Migel Servet es de un 2,4% y en el H.Royo Villanova es de un 2,3%, el estandar de nuestro hospital estaria en 1,06, siendo el del SALUD 1,9%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para evitar fugas o altas voluntarias, se ha priorizado la atención y el triaje de enfermería, intentando no superar los tiempos de entre 10´a 15´ minutos para la realización del triaje.
Se ha hecho más hincapié en el retriaje, pero los niveles IV y V aunque se haga un retriaje, con tiempos de espera tan largos no se ha conseguido mejorar, los pacientes tienden a irse.
No se ha utilizado el sobretriaje.
Sobre todo se ha intentado retriar el nivel III, que es el que más carga emocional contiene al ser un paciente urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que exige pruebas diagnósticas y que puede aguantar hasta una demora máxima de 60 minutos.
Se pudo observar una mayor satisfacción del usuario en la atención recibida en el servicio de urgencias, en relación a la rapidez de atención y al tiempo que había trascurrido. El retriaje hace que el paciente no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0828

1. TÍTULO

"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"

tenga la sensación de que se han olvidado de él.
Se aseguró la praxis de enfermería frente a la toma de decisiones sencillas y actuaciones rápidas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/828 ========== ***

Nº de registro: 0828

Título
PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD (IC)

Autores:
LOPEZ-MENCHERO MINGUEZ GEMA, ARROYO RAMOS ESTHER, VELA MARTIN DE LA MOTA IRENE, CHICOTE ABADIA BEGOÑA, GIL SANCHEZ ESPERANZA, ESCARTIN GARCIA CARLOS, GUILLEN VIRUETE CARMEN, FALCES GARCIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora continua de la asistencia

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de todos los trabajos que hemos realizado en el Servicio de urgencias del H. Ntra. Sra. de Gracia, hemos evaluado diferentes Indicadores de Calidad siempre relacionados con la atención de los pacientes una vez clasificados y su nivel de urgencia, pero nunca hemos valorado aquellos pacientes que se "fugan", pacientes perdidos que tanto se van sin ser registrados administrativamente, los que se registran y se van, como los que se van sin ser clasificados.El conocer estos datos nos permitirá poner en marcha mecanismos de corrección y mejora dentro de la dinámica de mejora continua de la calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Evaluar y relacionar los niveles de urgencia con los IC específicos para el estudio.
2. Valorar, conocer y evaluar el indice de pacientes registrados pero no clasificados
3. Valorar, conocer y evaluar el indice de pacientes clasificados pero no visitados.
4.Conocer el estándar donde se sitúa nuestro servicio de urgencias

MÉTODO
Dentro de las actividades previstas es necesaria una comunicación optima con el Servicio de Admisión de Urgencias para poder detectar pacientes con riesgo de fuga, no registrados. Este estándar es prácticamente imposible de establecer, pues son pacientes que apenas permanecen en la sala de espera y se van.

Control de tiempo de espera para aquellos pacientes que esperan a ser triados, no superando los 10 minutos desde su registro.

De la misma manera control del tiempo de espera de todos aquellos pacientes clasificados, triados, que puedan ser objeto de fuga o alta voluntaria ante la demora de atención, en los niveles III, IV y V

INDICADORES
El indice de pacientes no visitados ha sido definido como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación, por lo que planteamos dos indicadores concretos.
1er IC: Nº pacientes perdidos antes de ser clasificados (triados)
Total de pacientes registrados

2º IC: Nº pacientes perdidos y clasificados sin ser vistos por medico
Total de pacientes clasificados (triados)

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0828

1. TÍTULO

"PACIENTES PERDIDOS SIN SER CLASIFICADOS, NI VISITADOS: VALORACION DE ENFERMERIA COMO INDICADORES DE CALIDAD"

Seguimiento del proyecto los tres últimos meses consecutivos del año 2018, desde el 1 de octubre al 31 de diciembre.
Se implantará y se seguirá por todos los profesionales de enfermería del servicio y durante los tres turnos de trabajo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0558

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIPRIAN GALINDO ROSARIO
ASCASO VILLAGRASA SUSANA
FERNANDEZ LOPEZ MIGUEL
ANGULO BORQUE ANA OLGA
VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA
ORTIZ BARCELO MARIA LUISA
CIRES ORTIZ RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Uno de los objetivos de la Comisión de Documentación Clínica es avanzar en la Historia Clínica Electrónica, y de esta forma, generar cada vez menos papel.
Tomamos conciencia de la gran cantidad innecesaria de documentación que se imprimía desde el Servicio de Urgencias: Informes de Laboratorio, Radiología, Urgencias..
Además de imprimir estos documentos, el gasto se incrementaba con: sobres, etiquetas, cajas, custodia y gestión por una empresa externa.
Propuse en la Comisión de Documentación que el Archivo digitalizara los documentos que no están en HCE, una vez que el Servicio de Urgencias se comprometiera a revisar la documentación impresa, que hasta entonces era una media de dos cajas definitivas cada tres días.
El Técnico de Informática de la Comisión de Historias pone a disposición del Archivo las herramientas informáticas necesarias.

Del Servicio de Urgencias bajan diariamente a nuestro Servicio un sobre con la documentación del día anterior.
Generamos un PDF de cada paciente por separado y se guarda en un archivo creado por Informática.
Diariamente digitalizamos los informes del día anterior. Quedan colgados en Intranet, en su episodio de Urgencias, llamado “documentación en papel”.
Esta tarea la hemos incluido en el turno de tarde, para realizarlo con mayor tranquilidad y evitar errores. La mayor presión es el fin de semana, calculamos realizar la digitalización en un plazo de dos o tres días siguientes a la recepción del sobre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Avanzar en la gestión de Documentación en HCE, eliminando la historia en papel.
2. Reducción de gasto en custodia y gestión de Documentación.
3. Facilitar el trabajo de los Facultativos del Servicio de Urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración positiva, buena comunicación con los compañeros del Servicio de Urgencias y el Servicio de Informática.

La realización de la actividad es minuciosa, poniendo mucho cuidado al escanear y nombrar cada paciente, los medios con los que contamos no son profesionales de digitalización.

Pendiente de valorar en la Comisión de Documentación los documentos que se están digitalizando.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/558 ========== ***

Nº de registro: 0558

Título
DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, FERNANDEZ LOPEZ MIGUEL, VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, CIRES ORTIZ RAFAEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0558

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA DOCUMENTACION DE URGENCIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los objetivos de la Comisión de Documentación Clínica es avanzar en la implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE), y de esta forma, generar cada vez menos papel.
Se objetivó la gran cantidad de documentación que se viene imprimiendo por el Servicio de Urgencias: Informes de Laboratorio, Radiología, Urgencias.
Además del coste de imprimir estos documentos, el gasto se incrementaba con: sobres, etiquetas, cajas de archivo, etc., a lo que había que añadir la custodia y la gestión documental que se realiza por una empresa externa.
Se propuso a la Comisión de Documentación Clínica que el Archivo digitalizara los documentos que no están en HCE, una vez que el Servicio de Urgencias se comprometiera a revisar la documentación impresa, que hasta entonces suponía una media de dos cajas definitivas cada tres días (tipo, AZ).
El Técnico de Informática de la Comisión de Historias se responsabilizó del diseño e implementación de las herramientas informáticas necesarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Avanzar en la gestión de Documentación en soporte de HCE, eliminando, progresivamente, la historia en papel.

Reducción de gasto en custodia y gestión de Documentación.

MÉTODO
Desde el Servicio de Urgencias bajan diariamente al Servicio un sobre con la documentación del día anterior.
Se genera un PDF de cada paciente por separado y se guarda en una carpeta creado por Informática.
Diariamente se digitalizan los informes del día anterior. Quedan alojados en Intranet, en su episodio de Urgencias, denominado como “documentación en papel”.
Esta tarea se ha incorporado en el turno de tarde, para realizarlo con mayor tranquilidad y evitar errores. La mayor presión es el fin de semana, se calcula realizar la digitalización en un plazo de dos o tres días a partir de la recepción del sobre.

INDICADORES
% Historias digitalizadas= nº Historias digitalizadas / nº Urgencias atendidas

DURACIÓN
Tras varios ajustes en las tareas, a fecha 1 de Junio se comenzó a escanear documentación.

01/07/2016: se han resuelto dudas respecto a documentos que llegaban y se ha protocolizado la actuación en cada caso.

15/09/16: Valoración del trabajo en periodo vacacional, con menos plantilla trabajando.

01/12/16: Valoración.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 18/12/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIPRIAN GALINDO ROSARIO
ESTABEN NAVARRO SILVIA
VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA
ANGULO BORQUE ANA OLGA
ASCASO VILLAGRASA SUSANA
DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS
MATEO PALACIOS EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo tiene dos palés con las radiografías a destruir.
2. En la Unidad de Archivos colocamos cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla ha trabajado su parte del archivo, expurgo y colocación.
4. Incluímos el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio. Los sobres de historias han bajado de peso considerablemente.
Se ha realizado el total del expurgo, falta contabilizarlo. Entre los dos Hospitales de Sector I hemos sacado aproximadamente 2000 kg de radiografías digitales y 1000 kg de analógicas, hay que sumar lo que tienen en Pasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha sido muy positivo, la plantilla estaba muy motivada porque había un beneficio directo en su trabajo diario. Las radiografías que han quedado en las historias, procedentes de Seguros Privados se podrán expurgar cuando cumplan los requisitos de antigüedad correspondiente.

7. OBSERVACIONES.
LA PLANTILLA CAMBIÓ POCO DESPUÉS DE PRESENTAR EL PROYECTO.

PERSONAS QUE QUEDARON FUERA DEL PROYECTO: VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA Y DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS.

PERSONAS QUE HAY QUE INCLUIR EN EL PROYECTO: LOZANO PERALES MARIA DEL MAR, VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR, HERRANZ SOLANO FERNANDO Y MATA PANIVINO MARIA VICTORIA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/46 ========== ***

Nº de registro: 0046

Título
EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, ESTABEN NAVARRO SILVIA, VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA, DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS, MATEO PALACIOS EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

MÉTODO
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.
2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..
4. Hemos incluído el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

INDICADORES
% HISTORIAS EXPURGADAS
% ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

DURACIÓN
INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIPRIAN GALINDO ROSARIO
ESTABEN NAVARRO SILVIA
MATEO PALACIOS EDUARDO
LOZANO PERALES MARIA DEL MAR
VIÑAS VIAMONTE MARIA PILAR
HERRANZ SOLANO FERNANDO
MATA PANIVINO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo tiene dos palés con las radiografías a destruir.
2. En la Unidad de Archivos colocamos cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla ha trabajado su parte del archivo, expurgo y colocación.
4. Incluímos el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad.En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
• Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio. Los sobres de historias han bajado de peso considerablemente.
Se ha realizado el total del expurgo, falta contabilizarlo. Entre los dos Hospitales de Sector I hemos sacado aproximadamente 2000 kg de radiografías digitales y 1000 kg de analógicas, hay que sumar lo que tienen en pasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha sido muy positivo, la plantilla estaba muy motivada porque había un beneficio directo en su trabajo diario. Las radiografías que han quedado en las historias, procedentes de Seguros Privados se podrán expurgar cuando cumplan los requisitos de antigüedad correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/46 ========== ***

Nº de registro: 0046

Título
EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Autores:
LORENTE GORDO MARIA PURIFICACION, CIPRIAN GALINDO ROSARIO, ESTABEN NAVARRO SILVIA, VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA, ANGULO BORQUE ANA OLGA, ASCASO VILLAGRASA SUSANA, DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS, MATEO PALACIOS EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de espacio y la carga física son dos de los problemas principales que tenemos en las Unidades de Archivos de los Centros Sanitarios.

La falta de espacio implica realizar periódicamente pasivo de historias que nos custodia y gestiona una empresa externa.

La carga física implica problemas de salud en la plantilla trabajadora, los más comunes son contracturas, lumbalgias, tendinitis y hernias discales.

En 2012 se empezó a trabajar con un programa que digitaliza toda la Radiología en los Servicios de Radiodiagnóstico de Sector I . A partir de ese momento se dejaron de imprimir las radiografías.

Dentro de los sobres contenedores de Historias Clínica se encuentran las radiografías del salud anteriores a esa fecha y de fechas posteriores de empresas privadas.

Tomando como referencia la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

Solicitamos a Dirección permiso para hacer Expurgo de toda la radiología que se encuentra dentro de los sobres de historias Clínicas de los centros adscritos al Sector Zaragoza I y de la radiología custodiada por la empresa externa Servicio Móvil.

Dirección dio su consentimiento por escrito y comenzamos el expurgo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir coste económico: reducción del volumen de la historia física, menor custodia en pasivo.
- Prevenir los riesgos laborales: mejorar las condiciones de trabajo del personal del Servicio.

MÉTODO
1. La empresa que custodia y gestiona el Pasivo va a hacer un estudio de la radiología de los Hospitales Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia, C.M.E. Grande Covián y de la radiología que tienen en custodia en sus naves. Nos darán una estimación de los kilos de radiografías analógicas y digitales que se pueden expurgar y lo enviaremos a Dirección.
2. En la Unidad de Archivos hemos colocado cubos de plástico para depositar radiografías y los sobres contenedores.
3. Cada persona de plantilla tiene asignada una parte del archivo para su conservación, colocación, revisión..
4. Hemos incluído el expurgo en las tareas que corresponden a dos personas de plantilla diariamente, una parte variable de la jornada que depende directamente de la actividad. En la historia física sólo quedará la radiología posterior a 31/12/2012 y los informes en papel que encontremos dentro de la radiología anterior, que no estén en HCE.
5. Recolocación del Archivo en los huecos libres.

INDICADORES
% HISTORIAS EXPURGADAS
% ARCHIVO RECOLOCADO EN EL ESPACIO DISPONIBLE

DURACIÓN
INICIO EXPURGO: FEBRERO 2018
FINAL EXPURGO: SEPTIEMBRE 2018
INICIO RECOLOCACIÓN: OCTUBRE 2018
FINAL RECOLOCACIÓN: DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0046

1. TÍTULO

EXPURGO DE RADIOLOGIA EN HISTORIAS CLINICAS

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0062

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA MERCEDES DIESTE GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO GIMENO MARIA ANGELES
SALAS BAS MARIA PILAR
USON ALVAREZ CRISTINA
LOZANO SANCHEZ ELENA
MORALES HIJAZO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han desarrollado reuniones espaciadas en tiempo suficiente como para ir tomando decisiones y aplicando las mismas en el ámbito asistencial. Dichas actas pueden consultarse en los anexos.
Centrándonos ya en las actividades propiamente dichas, lo primero que se planteó fueron los criterios de inclusión al proyecto. Tras un consenso se acordó la idoneidad de basar el estudio en pacientes que portaran la vía durante un tiempo que considerábamos suficientemente extenso como para producir flebitis en algún momento de la estancia hospitalaria (5 días).
Por otra parte, se planteó el orden cronológico en el que se llevarían a cabo las actividades propuestas, y el material a utilizar (hoja de registro).
Una vez determinados los pacientes a estudio, se canaliza la vía venosa periférica extremando la asepsia. Para ello se desinfecta la piel con CLORHEXIDINA ALCOHOLICA 2% y se deja el tiempo estándar de actuación, con el fin de lograr el máximo efecto.
Tras la desinfección cutánea se procede a la inserción de la vía venosa con un catéter no inferior a 20G en el lugar adecuado según el tipo de intervención.
A la hora de fijar el equipo se opta por un apósito estéril transparente de manera que quede visible el punto de inserción, así como un halo de seguridad, mediante el cual se podría observar fácilmente cualquier eritema o signo sugerente de riesgo de infección y por tanto una posible flebitis.
Queda manifestado que todas estas actividades son llevadas a cabo por el personal implicado en el proyecto perteneciente al servicio de preanestesia.
Como indicadores se decide seleccionar: la visualización del punto de inserción, la palpación, así como la temperatura corporal, para ello se deja indicado a las enfermeras de hospitalización de destino que la temperatura quede monitorizada por turno quedando registrados dichos datos; pudiéndose recoger la información.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se recogen datos de 34 pacientes, con una media de ingreso de 7 días. De los cuales el 79,5% no sufrieron flebitis, y el 20,5 % sí.
De los que sufrieron flebitis, el 66% tuvieron la vía obturada antes de retirarla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ante los resultados obtenidos y la experiencia directa de los que hemos trabajado en este proyecto, queda demostrado que la clorhexidina alcohólica al 2% es eficaz en la prevención de flebitis.
Así pues, con estas conclusiones creemos necesario remitir este documento para modificar la Guía de inserción de catéteres periféricos en otros servicios.

7. OBSERVACIONES.
Especificamos acciones realizadas:

Acta I - 12 de diciembre, 2016

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano, Pilar Salas.

1. Se elige a Cristina Usón como secretaria del proyecto
2. Se plantea el método de trabajo para realizar el seguimiento de los pacientes incluidos en el estudio.
3. Se elabora una hoja de registro para facilitar la recogida de datos.

Acta II - 27 de marzo, 2016

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.
1. Se valoran los datos recogidos hasta el momento: edad, días de ingreso, presencia o no de fluidoterapia y cambio de vía por flebitis.
2. Se decide ampliar el número de muestra.

Acta III - 12 de junio, 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0062

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano, Lorena Morales.

1. Se expone la evolución de la recogida de datos.
2. Se propone realizar una hoja Excel con todos los datos para la posterior evaluación del proyecto.
3. Se plantea próxima reunión para septiembre donde se analizará el estudio y se procederá a realizar la memoria.

Acta IV - 25 de septiembre, 2017

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano.

1. Se expone la hoja Excel con los resultados obtenidos.
2. Se comprueba todo el proceso.
3. Se diseña un borrador para realizar la memoria final del proyecto.

Acta V - 24 de octubre, 2017

Asistentes: M Ángeles Gimeno, Cristina Usón, Merche Dieste, Elena Lozano, Lorena Morales.

1. Se revisan las conclusiones del trabajo.
2. Se diseña la memoria final.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/62 ========== ***

Nº de registro: 0062

Título
DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA

Autores:
DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES, MORALES HIJAZO LORENA, GIMENO GIMENO MARIA ANGELES, LOZANO SANCHEZ ELENA MARIA, USON ALVAREZ CRISTINA, SALAS BAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes quirurgicos
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Fueron detectadas flebitis en vías periféricas en pacientes quirúrgicos cuya causa podría ser la falta de asepsia en la inserción del catéter.
-Se prioriza este problema debido a que el aumento del numero de flebitis influye directamente en el retraso de la recuperación del paciente post quirúrgico

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir y/o eliminar las flebitis en vías periféricas cuya causa fuese el no extremar la asepsia durante la inserción.
- Concienciar al personal de la importancia de la asepsia en la colocación de catéteres periféricos.

MÉTODO
Procedimiento para conseguir los objetivos deseados:

- En los pacientes que van a ser intervenidos en nuestro quirófano, se canalizara la vía periférica extremando la asepsia:
  -Se desinfectara la piel con clorhexidina alcohólica 2%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0062

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES EN VIAS PERIFERICAS TRAS EXTREMADA ASEPSIA CUTANEA

-Tras la inserción se colocara un apósito estéril transparente dejando visible el punto de inserción.
-Las responsables de la tarea serán las enfermeras de preanestesia.

INDICADORES
-Temperatura corporal:
-Se dejara indicado en la unidad de hospitalización que se monitorice la temperatura por turno y se recogerán y registraran los datos al día siguiente.

-Eritema cutáneo:
-Se observara la presencia de eritema en la zona de inserción a las 24h y 48h tras la canalización. Registrando los resultados observados.

DURACIÓN
- -Duracion:
-Se inicia en el momento de inserción del cateter periferico y se realiza seguimiento durante 48 h

-Cronograma:

1º Anotar hora de inserción y persona responsable.
2º Registrar lo observado siguiendo los indicadores a las 24/48 horas.
3º Evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1580

1. TÍTULO

EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN BONO ARIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ BUENO AMELIA
MARTINEZ BAZAN ROSARIO
FACORRO GASPAR ELENA
ACIN LAZARO MARIA PILAR
SANZ GANDASEGUI MARIA
FACI BOUTHELIER ANGEL
VAQUERIZO GARETA ALFONSO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El cirugía electiva que se realiza en el Hospital Royo Villanova, de pacientes procedentes de las consultas del Centro de Especialidades Grande Covián, en la Historia Clínica del paciente, se adjunta una hoja de color amarillo en la que se solicitan las pruebas preoperatorias necesrias para la intervención quirúrgica a realizar y teniendo en cuenta a su vez, las características del paciente. Dicho documento permite la solicitud de pruebas preoperastorias según clasificación de grupos (1, 2, 3, 4 y 5)
La solicitud la realiza el facultativo correspondiente y posteriormente es verificado o revisado en la consulta de enfermería de preanestesia. Además se tramita la petición del preoperatorio, teniendo en cuenta la clasificación por grupos de pacientes propuesta
Desde julio de 2016, se intento llevar adelante este proyecto de forma no sistemática.
Posteriormente tras reuniones del Servicio de Anestesia con los Servicios Quirúgicos (Cirugía General, Oftalmología, Traumatología y Urología) y enfermera de preanestesia de Grande Covian, decidimos con fecha 20 de enero de 2017, llevar a cabo este proyecto e instaurarlo de forma continuada. Se realiza estudio de dos muestras:
Primera muestra: entre julio y septiembre de 2017, revisamos una muestra de 100 historias clínicas de pacientes (25 pacientes de cada una de las especialidades mencionadas) para cirugía electiva, con pacientes de ambos y de todas las edades.
El 23 de octubre de 2017 se informó a las partes implicadas de los resultados obtenidos.
Segunda muestra: en noviembre y diciembre de 2018, se vuelve a valorar otra muestra de otros 100 pacientes, con las mismas características que la anterior.
Los resultados de ambas series se detallan a continuación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Primera muestra: pacientes del primer trimestre de 2017:
A.- Pacientes que SI cumplen este proyecto:
Grupo 1: 2 pacientes que representa 2,77%
Grupo 2: ninguno
Grupo 3: 30 pacientes que representa 41,66%
Grupo 4: 40 pacientes que representa 55,55%
Grupo 5: ninguno
Total de preoperatorios correctos 72 pacientes
Total de preoperatorios valorados 100 pacientes

B.- Pacientes desechados
Pacientes del Hospital Royo Villanova y Clínico "Lozano Blesa" donde no se aplica dicho proyecto.
Pacientes intervenidos quirúrgicamente de urgencia
Pacientes a los que se ha realizado más de una intervención quirúrgica
Reintervenciones quirúrgicas de un mismo proceso
Intervenciones quirúrgicas con valoración anestésica mediante hojas de colaboración
Pacientes procedeentes de UCI
Total número de pacientes desechados 16

C.- Pacientes que NO cumplen este proyecto:
Por no realizarse la solucitud del grupo en condiciones
Por no realizarse dicha solicitud
Total numero de pacientes: 12 (3 corresponden al grupo 3 y 9 pacientes al grupo 4)

Segunda muestra: pacientes evaluados el 24 de noviembre de 2017 y correspondientes a los meses de septiembre y octubre de 2017.
Se revisa 100 historias y 100 pacientes
A.- Pacientes que SI cumplen este proyecto:
Grupo 1: 5 pacientes que representa 6,41%
Grupo 2: 6 pacientes que representa 7,69%
Grupo 3: 35 pacientes que representa 44,87%
Grupo 4: 30 pacientes que representa 38,46%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1580

1. TÍTULO

EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)

Grupo 5: 2 pacientes que representa 2,56%
Total de preoperatorios correctos 78 pacientes
Total de preoperatorios valorados 100 pacientes

B.- Pacientes desechados
Pacientes del Hospital Royo Villanova y Clínico "Lozano Blesa" donde no se aplica dicho proyecto.
Pacientes intervenidos quirúrgicamente de urgencia
Pacientes a los que se ha realizado más de una intervención quirúrgica
Reintervenciones quirúrgicas de un mismo proceso
Intervenciones quirúrgicas con valoración anestésica mediante hojas de colaboración
Pacientes procedeentes de UCI
Total número de pacientes desechados 12

C.- Pacientes que NO cumplen este proyecto:
Por no realizarse la solucitud del grupo en condiciones
Por no realizarse dicha solicitud
Total numero de pacientes: 10 (5 corresponden al grupo 3 y 5 pacientes al grupo 4)

La fuente de obtención y el método es el archivo de Historias Clínicas del Hospital Royo Villanova.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto se consigue:
- Minimizar las pruebas preoperatorias.
- Minimizar los riesgos del paciente
- Maximizar los recursos.
- Control más exhaustivo del paciente
- Disminución del coste económico
- Reducir las listas de espera de pruebas complementarias
- Mejorar la calidad asistencial.

Recomendamos seguir cumpliendo este proyecto e incluso perfeccionarlo y ampliarlo a otras áreas.

7. OBSERVACIONES.
Es un proyecto eficaz y eficiente y debemos continuarlo y perfeccionarlo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1580 ========== ***

Nº de registro: 1580

Título
EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)

Autores:
BONO ARIÑO CARMEN, LOPEZ BUENO AMELIA, MARTINEZ BAZAN ROSARIO, FACORRO GASPAR ELENA, ACIN LAZARO MARIA PILAR, SANZ GANDASEGUI MARIA, FACI BOUTHELIER ANGEL, VAQUERIZO GARETA ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sometidos a cirugía electiva
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Habitualmente, se han venido solicitando pruebas complementarias de manera sistemática a todos los pacientes sometidos a cirugía electiva, independientemente de sus circunstancias personales o de salud. El proyecto está de acuerdo con los objetivos del Departamento de Sanidad y los de la Sociedad Española de Anestesiología; Reanimación y Terapéutica del Dolor, así como con las recomendaciones sobre el "NO HACER".

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Adecuar la solicitud de pruebas complementarias en los preoperatorios a lo que recomienda la evidencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1580

1. TÍTULO

EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LOS ESTUDIOS PREOPERATORIOS PARA CIRUGIA ELECTIVA (PROGRAMADA)

2.- Mejorar la comodidad del paciente.
3.- Mejorar la seguridad del paciente
4.- Estudiar los posibles costes evitados.

GRUPOS DE PACIENTES:
Pacientes que van a ser intervenidos de cirugía electiva con las siguientes características:
Grupo 1: < 40 años: CMA o similar y sin factores de riesgo. Nada
Grupo 2: < 40 años: CMA o similar. OM. Rx tórax, ECG
Grupo 3: > CMA o similar y sin factores de riesgo.
Hemograma, Bioquímica y ECG si no tienen previo.
Grupo 4: > 60 años; < 40 años con factores riesgo; procedimientos severos. Hemograma, Hemostasia, Bioquímica, Rx tórax y ECG
Grupo 5: Mujer fértil, CMA o similar, sin factores de riesgo.
Hemograma

MÉTODO
Solicitar las pruebas complementarias en los preoperatorios de Cirugía electiva (programada), según la clasificación por grupos propuesta.

1.- Desde julio de 2016 se intentó llevar adelante este proyecto de forma no sistemática
2.- Documentar el procedimiento.
3.- Evaluar retrospectivamente el nivel de cumplimiento en el primer trimestre de este año.
4.- Reforzar la colaboración de los Servicios Quirúrgicos.
5.- Reforzar la colaboración con la consulta de enfermería preanestésica de Grande Covián.

INDICADORES
Grado de adecuación por grupos (preoperatorios correctos sobre total de preoperatorios y para cada grupo).

Estándar > de 75% para cada grupo.

DURACIÓN
1.- Reunirse con las partes interesadas en enero- febrero 2017.
2.- Revisar una muestra de pacientes intervenidos en el primer trimestre del año.
3.- Julio-Septiembre. Documentar el procedimiento
4.- Informar en octubre a los partes implicados del procedimiento establecido.
5.- En noviembre-diciembre, evaluar los meses de septiembre-octubre.
6.- En enero-febrero de 2018, elaborar la memoria del Proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0869

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MERCEDES DIESTE GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
USON ALVAREZ CRISTINA
LOZANO SANCHEZ ELENA
GIMENO GIMENO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han desarrollado reuniones espaciadas para ir tomando decisiones e ir controlando la recogida de datos, así como, valorando los primeros resultados obtenidos.
Lo primero que se planteó fueron los criterios de inclusión al proyecto, que en nuestro caso serían pacientes a los que se colocasen vías centrales en la sala blanca del despertar del bloque quirúrgico.
Por otra parte, se planteó el orden cronológico en el que se llevarían a cabo las actividades propuestas, y el material a utilizar (hoja de registro).

Una vez incluido el paciente en el estudio se valora como se realiza el proceso:

1. ¿Se ha rellenado la hoja de verificación correctamente?
2. ¿Han entrado en la sala sólo el personal imprescindible?
3. ¿Estaba la sala limpia de forma adecuada?
4. El material que se introdujo en la sala ¿estaba Limpio?
5. ¿Se mantuvieron cerradas las puertas durante el procedimiento?
6. ¿Se ha hecho un uso correcto de la sala blanca?
El personal recoge todos estos datos en la hoja de registro diseñada para ello, para su posterior valoración.
Todas estas actividades se han realizado por el personal implicado en el estudio.
Se realizaron asi mismo las siguientes reuniones:

Acta 1 13-marzo-2018

Asistentes:Mª Mercedes Dieste, Mª Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón
1.Se elige a Mº Angeles Gimeno como secretaria del proyecto.
2.Se plantea el método de trabajo para valorar el cumplimiento de la verificación de actividades para optimizar la asepsia.
3.Se monitoriza el registro de la hoja de verificación.
4.Se recogerá también información sobre el correcto uso de la sala: limpieza, cierre de puertas, personal implicado...
5.Se elabora una hoja para la recogida de datos.

Acta 2 8-mayo-2018

Asistentes Mª Mercedes Dieste, Mª Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón.
1.Se confirma la idoneidad de la hoja de registro de datos.
2.Valoramos los datos recogidos hasta el momento: número de hojas de verificación revisadas, primeros resultados...
3.Se decide continuar recogiendo información.

Acta 3. 27-septiembre-2018

Asistentes: Mª Mercedes Dieste, Mª Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón.
1.Se expone la evolución de la recogida de datos.
2. Se propone la realización de una hoja excel para trasladar los datos recogidos.
3.Se plantea una próxima reunión para analizar los datos e iniciar la memoria.

Acta 4 28-noviembre-2018

Asistentes: Mª Mercedes Dieste, Mª Angeles Gimeno, Elena Lozano y Cristina Usón.
1.Se expone la hoja excel con los resultados optenidos.
2.Se valoran los resultados obtenidos.
3. Se diseña un borrador para realizar la memoria final del proyecto.

Acta 5 10-enero-2019

Asistentes:Mª Mercedes Dieste, Mº Angeles Gimeo, Elena Lozano y Cristina Usón.
1. Se revisan las conclusiones del trabajo.
2.Se diseña la memoria final.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0869

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se recogen datos de 30 pacientes a los que se les colocó vía central en la sala blanca, situada en el Despertar.

Los resultados son los siguientes:

1. Se rellenó la hoja de verificación en 28 pacientes.
2. Durante el procedimiento se optimizó la entrada de personal en el 100% de los casos.
2. En todos los casos la limpieza de la sala y del material fueron correctos.
4. El cierre completo de las puertas se realizço en 14 pacientes.
Ante los resultados obtenidos y nuestra observación directa, queda demostrado que se realiza un uso adecuado de la sala blanca, sólo cabría mejorar el punto de cierre adecuado de puertas mientras el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo del proyecto era disminuir la incidencia de infecciones debidas a los catéteres centrales cuya causa podría ser la falta de asepsia en la inserción del catéter con el uso óptimo de la sala blanca.
Entendemos por sala blanca una habitación o sala especialmente diseñada para obtener bajos niveles de contaminación.
Se proriza esta complicación porque el aumento de infecciones influye directamente en la recuperación del paciente y se retrasa el alta hospitalaria.

Los objetivos principales eran:

-Disminuir las infecciones en vías centrales debidas a la falta de asepsia en la canalización.
-El personal de que interviene en el proceso de insersión debe conocer y extremar las medidas de seguridad antimicrobiana.
-El personal de enfermería debe rellenar exhaustivamente la hoja de verificación en la insersión de vías centrales.
-El personal debe verificar la correcta limpieza de la sala y del material.
-Hacer un uso correcto de la sala blanca.

Al realizar este trabajo no sólo hemos sido conscientes de la importancia de la asepsia en la colocación de las vías centraes, también hemos sido conscientes de la importancia de seguir los pasos minuciosamente y de rellenar la hoja de verificación.
También nos hemos dado cuenta de la importancia de tener una sala blanca para realizar estas técnicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/869 ========== ***

Nº de registro: 0869

Título
UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

Autores:
DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES, USON ALVAREZ CRISTINA, LOZANO SANCHEZ ELENA, GIMENO GIMENO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes con necesidad de accesos centrales
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Destacamos la necesidad detener una zona limpia dentro de la unidad de reanimación del hospital Royo Villanova dado el volumen de pacientes que salen del quirófano.
La necesidad de ésta sala surge para favorecer la aplicación del protocolo de asepsia indicada en ésta técnica.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0869

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA SALA BLANCA EN LA COLOCACION DE VIAS CENTRALES

Disminución de la tasa de infección debida a la canalización de vías centrales.

MÉTODO
-Realización de una hoja de verificación respecto al uso de la sala blanca y la correcta aplicación del protocolo de vía central.
-Recopilación de datos respecto a las infecciones surgidas por la colocación vía central.
-Reuniones cada dos meses para ver los resultados y como favorecer la utilización de la sala blanca en la disminución de las infecciones.
-Modificación, si es necesario, de lagún inten de control de verificacion.

INDICADORES
-LLegaremos a la optimización máxima de nuestra hoja de verificación y si no es así reflejaremos el motivo de porqué no se cumple.
- Monitorizaremos la dificutad de aplicar esta hoja de verificación y de cumplirla.

DURACIÓN
-La duración de la aplicación de nuestra hoja de verificación será de un año.
-La hoja la completará el personal de enfermería de la unidad de despetar del Royo Villanova.
-Dicho personal valorará la efectividad de aplicar dicho protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1222

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BONED JULIANI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO GREGORIO EDUARDO
VIDAL PERACHO CONCEPCION
GRACIA GIMENO PAOLA
CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN
CORRUCHAGA ARREGUI DOLORES
LOBERA LAHOZA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El estudio se realiza en 60 pacientes de ambos sexos a los que previamente se ha informado del objetivo del mismo mediante la entrega de una hoja informativa. Voluntariamente los pacientes aceptan participar firmando su consentimiento. 30 pacientes están hospitalizados y otros 30 acuden a la sala de toma de muestras de consultas externas del hospital. La media de edad es de 71.6 años (44 a 96). A todos ellos se les ha solicitado análisis de glucemia venosa (GV) y se les practica una punción capilar en un dedo de la mano para determinar la glucemia capilar (GC). La toma de muestras se realiza entre las 8:00 y 10:00 horas de la mañana tras un periodo de ayuno mínimo de 10 horas según procedimiento de toma de muestras, PTP-04-Z1(E)R-L. Se cumple el calendario establecido para el proyecto.
La determinación de glucosa en suero se realiza en el sistema analítico Cobas 6000 mediante procedimiento espectrofotométrico basado en el método de hexoquinasa. La glucosa capilar se analiza en los glucómetros NIPRO y Accu-Check mediante tiras reactivas y método de glucosa deshidrogenasa. En la misma muestra de sangre se analizaron otras magnitudes que pueden interferir con la determinación de glucemia capilar como el hematocrito y los valores en suero de urea y sodio.
Se realiza una validación de las prestaciones analíticas de los métodos mediante el procesamiento de muestras control a dos niveles de concentración. Se utilizan especificaciones de calidad analítica basadas en variación biológica y Rilibak.
Análisis estadístico: los valores de glucemia se expresan mediante la media y la DS. Tras comprobar la distribución normal de los resultados (test de Kolmogorov-Smirnov) se analiza, en global y en subgrupos, la diferencia de medias de cada GC respecto a la GV y se realiza un estudio de comparación mediante el test de Kruskal-Wallis y la regresión lineal no paramétrica de Passing-Bablok, la cual nos ha permitido conocer el error sistemático (ES) asociado a cada glucómetro. Para evaluar la concordancia entre los datos se utilizaron de forma complementaria los coeficientes de correlación intraclase -ICC- como estadístico global de concordancia y el método gráfico de Bland-Altman que informa de la distribución de las diferencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se descartan interferencias analíticas.
Ambos glucómetros cumplen la especificación de imprecisión (2.8%) sólo para el nivel más bajo de control. El glucómetro Accu-Check cumple las especificaciones de ES (7.8%) para ambos niveles y el NIPRO sólo para el nivel alto.
Los resultados obtenidos tanto con los dos glucómetros como en sangre venosa no presentaron una distribución normal siendo los valores promedio de GC (NIPRO: 117.4 mg/dl y Accu-Check: 124.6 mg/dL) inferiores a los de GV (127.6 mg/dL).
La comparación de medias entre grupos se realizó mediante el test de Kruskal-Wallis, no observándose diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$) entre las medias de los resultados de glucemia venosa y los de GC obtenidos con los dos glucómetros, ni entre los resultados de los glucómetros comparados entre sí ($p = 0.715$).
La diferencia entre los resultados de ambos glucómetros y la glucemia venosa (método de referencia) es menor del 20 % para todos los valores de glucosa, cumpliendo los criterios establecidos en la norma ISO 15197: 2015. No obstante, el ES detectado al comparar los resultados del glucómetro NIPRO y la glucemia venosa (5.5%) supera el límite de inexactitud establecido por la ADA (5%).

El estudio de concordancia mediante el cálculo del CCI tanto entre la GC de los 2 glucómetros como entre la obtenida en cada uno de ellos y la GV mostró los siguientes valores: NIPRO- Accu-Check = 0.94, venosa-NIPRO= 0.85, venosa-Accu-Check = 0.91. Al estudiar la concordancia mediante el test de Bland-Altman, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre métodos.
Finalmente, tomando como referencia los valores obtenidos en sangre venosa, se clasificaron los resultados en 3 grupos (DM para aquellos resultados mayores o iguales a 126 mg/dL, normoglucémicos para los <110 mg/dL y TAG para los resultados entre 110 y 125 mg/dL) estudiando las proporciones obtenidas con los tres métodos y comparando las obtenidas entre los glucómetros (?2=0.48). Si bien las diferencias obtenidas no son estadísticamente significativas ($p<0.05$), se observa que el glucómetro NIPRO subestima el % de pacientes con DM.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1222

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. El glucómetro Accu-Check presenta mejores prestaciones analíticas que el NIPRO.
2. No existen diferencias significativas al comparar los resultados de GC entre los dos glucómetros ni entre cada uno de ellos respecto a los resultados de GV aunque sí se detecta un error sistemático que supera el criterio establecido por la ADA para el glucómetro NIPRO respecto a la glucemia venosa determinada en el analizador Cobas 6000.
3. Aunque existe un elevado grado de concordancia en los resultados globales de GC obtenidos con los glucómetros y los de GV analizados en el sistema Cobas 6000, el glucómetro NIPRO proporciona resultados más bajos para niveles de glucemia superiores a 126 mg/dL.
4. No se detectan interferencias analíticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1222 ========== ***

Nº de registro: 1222

Título
FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

Autores:
BONED JULIANI BEATRIZ, ALONSO GREGORIO EDUARDO, VIDAL PERACHO CONCEPCION, GRACIA GIMENO PAOLA, CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN, SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR, MARCO MARTIN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los glucómetros son dispositivos médicos de Point of care testing, POCT (pruebas en el punto de cuidados) que permiten la medida de la concentración de glucosa en sangre capilar y han supuesto, desde su introducción en los inicios de los años 70, un cambio revolucionario en el control de la diabetes. La posibilidad de obtener resultados en un espacio de tiempo muy corto, tanto por parte del propio paciente como del personal sanitario, así como la creciente ?abilidad de estos dispositivos, han posibilitado que su uso se haya generalizado y que actualmente no sea posible imaginar el control y seguimiento de esta enfermedad sin la utilización de los glucómetros.
Sin embargo, a pesar de las mejoras introducidas en estos dispositivos, siguen existiendo cuestiones pendientes de resolver como las discrepancias entre los resultados de glucosa obtenidos con los glucómetros y los obtenidos con los procedimientos analíticos utilizados habitualmente en los laboratorios clínicos o las diferencias entre los resultados que proporcionan los diferentes glucómetros que hay en el mercado y que utilizan diversas tecnologías y metodologías.

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer la fiabilidad de los glucómetros utilizados en HRV mediante la validación/verificación de sus prestaciones analíticas de exactitud, precisión y veracidad.
- Comparar sus resultados con otros del mercado.
- Establecer el grado de concordancia entre los resultados de glucemia capilar obtenidos con los diferentes dispositivos entre sí y con los de glucemia venosa que proporciona el sistema analítico en uso en el laboratorio de Bioquímica del hospital.
- Conocer las limitaciones preanalíticas y analíticas que pueden afectar a la fiabilidad de los resultados

Población y muestra

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1222

1. TÍTULO

FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS DE GLUCOSA OBTENIDOS CON DIFERENTES GLUCOMETROS Y GRADO DE CONCORDANCIA CON LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA VENOSA: EVALUACION EN LAS CONDICIONES HABITUALES DE PRACTICA CLINICA

Pacientes hospitalizados y pacientes que acuden a la sala de toma de muestras de consultas externas a los que se analizará la glucemia por ambos métodos (criterio de exclusión: no haber realizado un ayuno nocturno mínimo de 10 horas), como mínimo 60 pacientes de cada tipo. A partir de la agenda diaria de extracciones y del listado de pacientes ingresados (admisión) se realizará un muestreo aleatorio sistemático hasta completar el tamaño muestral. A cada participante seleccionado se le informará del objetivo del estudio mediante la entrega de una hoja informativa.
Se procesarán muestras de control de calidad con diferentes concentraciones de glucosa (una alta y otra baja) para validar las prestaciones analíticas.

MÉTODO
- Estudio de la imprecisión de los resultados en condiciones de repetibilidad y reproducibilidad y de su exactitud siguiendo los protocolos recomendados por la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQCML).
- Determinación de glucosa en los glucómetros NIPRO y Accu-Check. Método GDH_FAD y procedimiento amperométrico, previa comprobación del estado de las tiras reactivas y calibración de los dispositivos. Se procesarán muestras de control de calidad y muestras de pacientes (glucemia capilar).
- Determinación de glucemia venosa mediante procedimiento analítico espectrofotométrico y método HK en el sistema Cobas c501 de Roche en muestras de sangre venosa obtenida, de los pacientes seleccionados, por personal de enfermería del laboratorio, según procedimiento de toma de muestras, PTP-04-Z1(E)R-L.
- Estudio de la veracidad: regresión lineal no paramétrica de Passing-Bablok considerando el método de determinación de glucemia venosa como el método de referencia.
- Evaluar la influencia del hematocrito en cada uno de los glucómetros

INDICADORES
- % resultados de cada glucómetro que cumplen especificaciones de exactitud y precisión
- % resultados con diferencias significativas entre glucómetros
- % resultados de glucemia capilar que presentan discrepancias con glucemia venosa dentro de límites de aceptabilidad

Para evaluar los resultados de los indicadores se seguirán las recomendaciones y criterios de la norma ISO 15197:2013 Requirements for blood-glucose monitoring systems for self-testing in managing diabetes mellitus, especí?ca para glucómetros, los criterios propuestos por el Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) y por la SEQCML.

DURACIÓN
Duración del estudio: 6 meses
- Selección de pacientes hospitalizados: Servicio de endocrinología. Junio-Agosto 2018
- Selección de pacientes ambulatorios: Servicio de Bioquímica. Junio-Agosto 2018
- Validación/verificación prestaciones: Servicio de Bioquímica. Julio-Septiembre 2018
- Evaluación de interferencias: Septiembre-Octubre
- Estudio veracidad: Octubre-Diciembre 2018.

Finalizado el estudio se comunicará a los usuarios, tanto internos como externos, la fiabilidad analítica de los resultados de los glucómetros en uso, sus limitaciones y posibles causas de errores en los resultados, intentando minimizar de esta manera su efecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0755

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL

Fecha de entrada: 11/11/2017

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CANO LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERDEJO GARCIA MARIA PILAR
ESBEC ALBALAD MARIA PILAR
HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD
ROCHE ORDUNA MIRIAM
SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD
TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO
TOLON SORO ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La solicitud del Proyecto de Mejora, motiva la formación de un grupo de trabajo, con comunicación de las novedades y avances del proyecto a través de correo electrónico.
Se inicia el trabajo con una revisión bibliográfica en las principales bases de datos y revistas de impacto.
Se decide acotar inicialmente el Listado de Verificación al quirófano nº3, por ser el más utilizado en la cirugía urgente. Se realiza entonces un inventario de los equipos y materiales de dicha ubicación.
El disponer de este listado, permite diseñar un Checklist inicial, proponiendo la cumplimentación en formato papel en un primer momento del proyecto.
Tras la puesta en común, y para la valoración de su idoneidad, se cumplimenta en turno de mañanas por el mismo personal (Mª Pilar Esbec y Raquel Cano) durante 10 días. Se valora la cumplimentación del mismo por parte del grupo de trabajo, realizando algunas modificaciones al listado inicial. Queda preparado para su puesta en marcha.
Se decide adjuntar unas fotografías plastificadas del quirófano y el antequirófano nº3 para facilitar la localización y reubicación de los equipos y materiales.
Está pendiente de fecha la puesta en común en sesión de enfermería, para su difusión entre el conjunto de los enfermeros quirúrgicos.

El cronograma del proyecto ha sido el siguiente:
- Formación del grupo de trabajo, septiembre de 2016.
- Revisión bibliográfica: diciembre 2016 – enero 2017.
- Inventario de equipos y materiales: marzo – mayo 2017.
- Diseño del listado de verificación: junio – agosto 2017.
- Puesta en marcha del listado inicial y registro de resultados: septiembre – octubre 2017.
- Valoración de resultados y modificación del impreso: octubre – noviembre 2017.
- Sesión clínica con los enfermeros quirúrgicos del Servicio: noviembre – diciembre 2017 (pendiente de fecha).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido:
- El inventario del quirófano nº3
- La propia elaboración del Listado de Verificación de Equipos y Materiales
- Y la prueba piloto de diez días de duración

La prueba piloto ha permitido valorar como positiva la implantación del impreso de nueva creación. La percepción informal del personal implicado en el proyecto con respecto al resto de trabajadores del servicio, ha sido de interés por conocer el trabajo, y de mejora en la reubicación, orden y cuidado de los equipos y materiales del quirófano.
En fecha por determinar, entre los meses de noviembre y diciembre de 2017, se realizará la sesión de enfermería prevista para la difusión del trabajo realizado, la puesta en común del nuevo impreso y las fotografías (quirófano y antequirófano nº3), de cara a fijar un plazo breve para su incorporación a la práctica diaria en los turnos de mañana, tarde y noche.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la práctica diaria es preciso chequear los equipos y materiales del quirófano antes del inicio de la jornada quirúrgica, como parte de las prácticas de seguridad.
Dicha revisión pretende detectar posibles fallos en la reposición de los mismos, desubicación o deterioro de equipos, y cualquier incidencia relacionada con la dotación básica del quirófano.
El desarrollo del Listado de Verificación, ha pretendido el diseño de una herramienta útil para la estandarización de las revisiones que realiza la enfermera quirúrgica en cada turno. Supone una manera de dar soporte escrito a esta actividad enfermera destinada a mejorar la seguridad y la calidad en la asistencia al paciente quirúrgico, optimizando el tiempo destinado a tal tarea.

La comunicación está íntimamente relacionada con la seguridad. El verdadero trabajo en equipo, es el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0755

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL

realizado interactuando, con interdependencia y objetivos comunes: calidad y seguridad en la atención al paciente durante la cirugía. El nuevo impreso aúna a todos los actores implicados en el proceso quirúrgico, y dista del trabajo en grupo, en el que cada parte se limita a su propio trabajo.
La preparación del quirófano en condiciones óptimas como espacio destinado para la cirugía, requiere de una coordinación de otro equipo de trabajo distinto al quirúrgico: enfermera, TCAE, celador, limpieza (alergia al látex, limpieza previa) y servicio de mantenimiento (chequeo diario).
El grupo de trabajo de este Proyecto de Mejora, coincide en que la implantación de esta nueva herramienta de trabajo en el quirófano 3, es un punto de partida para su adaptación e implantación gradual en todos los quirófanos.
Asimismo, se considera deseable la informatización del Listado de Verificación una vez concluida su implantación completa en el Bloque Quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.
Se adjuntan en correo electrónico, el impreso elaborado en este proyecto, junto con las fotografías dispuestas en el quirófano para su correcta cumplimentación.

*** ==================================== Resumen del proyecto 2016/755 ==================================== ***

Nº de registro: 0755

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL

Autores:
CANO LAZARO RAQUEL, HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD, ESBEC ALBALAD MARIA PILAR, ROCHE ORDUNA MIRIAM, TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO, SANTOLAYA SANCHEZ MARIA NATIVIDAD, TOLON SORO ESPERANZA, BERDEJO GARCIA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la práctica diaria es preciso chequear los equipos y materiales del quirófano antes del inicio de la jornada quirúrgica, como parte de las prácticas de seguridad.
Dicha revisión pretende detectar posibles fallos en la reposición del mismo, desubicación o deterioro de equipos, o cualquier incidencia relacionada con la dotación básica del quirófano.
El desarrollo de un listado de verificación tipo checklist, pretende el diseño de una herramienta útil para la estandarización de las revisiones que realiza la enfermera quirúrgica en cada turno. Supondría una manera de dar soporte escrito a esta actividad enfermera destinada a mejorar la seguridad y la calidad en la asistencia al paciente quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL:
Elaborar e implantar una lista de verificación seguridad de equipos y materiales quirúrgicos.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
Dar soporte escrito a la revisión del quirófano como actividad enfermera.
Dar un uso óptimo a los equipos y materiales quirúrgicos.

MÉTODO
El método incluye una revisión bibliográfica en las principales bases de datos y revistas de impacto.
Formación de un grupo de trabajo
Realización de un inventario de los equipos y materiales
Diseño de un checklist inicial, puesta en marcha del mismo y registro de resultados.
Puesta en común con el conjunto de enfermeros quirúrgicos en sesión clínica, y posterior revisión y actualización del mismo si se estima necesario.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0755

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE EQUIPOS Y MATERIALES EN UN QUIROFANO DE CIRUGIA GENERAL

- Número de listados de verificación cumplimentados / total de días de desarrollo del checklist inicial
- Valoración del grado de cumplimiento de listado en función de los turnos de enfermería de mañana, tarde y noche.

DURACIÓN
El proyecto se inició en el mes de septiembre, y está prevista una duración máxima de doce meses.
El calendario que se plantea es:
- Formación del grupo de trabajo, revisión bibliográfica e inventario de equipos y materiales: septiembre de 2016 – diciembre 2016
- Diseño del listado de verificación: enero 2017
- Puesta en marcha del listado inicial y registro de resultados: febrero - abril 2017
- Sesión clínica con el conjunto de los enfermeros quirúrgicos: mayo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0794

1. TÍTULO

REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ESPERANZA TOLON SORO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD
MARTINEZ RAMIA ROSARIO
USON ALVAREZ CRISTINA
GIMENO GIMENO MARIA ANGELES
DIAZ LAMARCA SOFIA
TOMAS CEBRIAN CRISTINA
ALEGRE ABRIL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han desarrollado 5 reuniones espaciadas en el tiempo para ir dando pasos en nuestro proyecto, de las cuales anexaremos sus actas correspondientes.
Dentro de dichas reuniones, se han debatido, necesidades de modificación en nuestros registros quirúrgicos.
Nos centramos en la hoja Prequirúrgica, (ésta es con la que hemos trabajado) puesto que es un registro, que contacta los servicios por los que pasa el paciente quirúrgico, planta, preanestesia, quirófano y despertar.
Aunque también se vieron las necesidades que habría en mejorar la hoja de registro del despertar puesto que se trata de un registro que a posteriori, se usa en planta. No pudimos hacer efectiva la modificación de la misma para pilotaje, ya que se trata de una hoja autocopiable. El cambio que veíamos mejorable es el siguiente: en la carátula de la hoja de Reanimación- Despertar, dentro de la casilla de actividades de enfermería, colocar también las observaciones y en el lugar de las observaciones, colocar las recomendaciones al alta.
Así pues, dentro de las actividades que se han realizado han sido, la revisión de diferentes formatos de otros centros, el diseño de varias modificaciones de nuestra hoja prequirúrgica, basándonos siempre en nuestro formato previo, para mejorarlo y completarlo, llegando al acuerdo de pilotar la que se consensuo tras las tres primeras reuniones, cómo más completa en el grupo de trabajo. Adjuntamos hoja original y la modificada, que hemos pilotado.

Lo que buscamos fué que aportase todos los datos necesarios y que además fuese de fácil y clara cumplimentación para el personal que trabajamos con ella, así como visual a la hora de consulta de la misma para recoger información.
La siguiente acción era poner en marcha el pilotaje de nuestro registro, previa información a la supervisión de enfermería y compañeros de los servicios implicados.
El pilotaje iba a ser mínimo de 15 días.
Tras el pilotaje, cómo última actividad, se elaboró una encuesta para que los trabajadores implicados nos diesen su opinión tras la utilización de este registro modificado.
Las actividades, creemos que se han realizado en las fechas previstas, aunque el inicio del pilotaje se retrasó más de lo esperado, ya que tardamos en disponer de las copias del registro modificado.
La participación del personal e implicación del mismo en la colaboración y desarrollo del proyecto la valoramos cómo muy buena.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Hemos recogido 27 encuestas rellenadas entre los servicios.

Ante la primera cuestión, sobre si contiene los parámetros necesarios a valorar en el paciente, 25 han contestado que sí, ante 2 no.

Respecto ha si es complicado completar el registro, tenemos 1 sí que es complicado y 26 que no les resulta complicado.

En relación a si aporta ventajas respecto al formato anterior, 21 responden que sí es ventajoso, 3 que no y 3 que les resulta igual que el anterior.

Ante la cuestión de si se quedarían con este formato ó el anterior, 22 han respondido que con éste, 2 con el anterior y a 3 les resulta indiferente.

Ante las sugerencias aportadas, hemos cambiado el término rasurado por eliminación de vello, también se ha tenido en cuenta el orden y hueco para rellenar las alergias del paciente y tenemos que valorar lo de colocar casilla para poner si el paciente tiene pruebas cruzadas realizadas en la cara anterior del registro, ya que ahora figura en la posterior; así como añadir en patología asociada las intervenciones quirúrgicas previas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0794

1. TÍTULO

REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Recordamos que el objetivo de este proyecto, versaba sobre la revisión de unos registros de enfermería quirúrgicos y la adecuación de los mismos a la actualidad diaria de nuestro trabajo; para que, la cumplimentación correcta de éstos, garantizara y mejorara la calidad en la atención y seguridad en el paciente, así cómo, aunara criterios de necesidad de información entre los servicios por los que el paciente quirúrgico discurre en su estancia hospitalaria.
Con las actividades que se han desarrollado a lo largo de este proyecto, podemos decir que el objetivo ha quedado cumplido tanto por los integrantes del equipo del proyecto, cómo por el resto de compañeros implicados en la consecución del mismo, dando resultados satisfactorios.
Ante las respuestas de la encuesta, y la experiencia directa de los componentes que hemos trabajado en este proyecto, entendemos que la modificación del registro ha sido satisfactorio para el personal que trabajamos con él en la actualidad.
El pilotaje se ha efectuado en el 90% de las intervenciones quirúrgicas del tiempo del mismo; no se ha alcanzado el 100%, ya que en ocasiones no se añadía a la historia la hoja modificada desde las plantas y/o quirófano por desconocimento del proyecto, y/o no tener disponibilidad de la misma, así como también, los pacientes provenientes del servicio de urgencias, venían con el registro sin modificar, puesto que allí no se pusó en conocimiento este trabajo ni se pasaron copias de este registro modificado.

La modificación que se propone para la hoja de Reanimación-Despertar, también creemos que mejoraría la calidad en la atención y seguridad en el paciente, así cómo la comunicación al alta entre los profesionales de enfermería del servicio de REA y planta quirúrgica.

Entonces, con estas conclusiones, creemos oportuno remitir, este nuevo documento modificado y la propuesta de la hoja de despertar a la comisión de Documentación Clínica, para su valoración y consideración como paso previo a su aprobación y entrada en vigor.

7. OBSERVACIONES.
CÓMO NOS PODEMOS PONER EN CONTACTO CON DICHA COMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN, Ó CUANDO PODREMOS PONER EN MARCHA LA HOJA?.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/794 ========== ***

Nº de registro: 0794

Título
REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO

Autores:
TOLON SORO ESPERANZA, SANTOLAYA SANCHEZ MARIA NATIVIDAD, MARTINEZ RAMIA ROSARIO, USON ALVAREZ CRISTINA, GIMENO GIMENO MARIA ANGELES, DIAZ LAMARCA SOFIA, TOMAS CEBRIAN CRISTINA, ALEGRE ABRIL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Los registros de enfermería del Bloque Quirúrgico del HRV se diseñaron en el momento de puesta en marcha del mismo en junio de 1996 (creo).
Desde esa fecha, se han ido modificando puntualmente, conforme se incorporaron nuevas especialidades e introduciéndose nuevos procedimientos. También se diseñaron nuevas hojas de registro, aunque no se dispone de los que verifique adecuadamente el estado del paciente tras la intervención.
Se considera llegado el momento de proceder a una revisión de conjunto de los registros de Enfermería, con la intención el objetivo de que de su correcta cumplimentación se mejore la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Disponer de unos registros de Enfermería adecuados a los procedimientos actuales y que mejoren la transmisión de la información entre los profesionales de los diferentes servicios implicados, hospitalización quirúrgica, quirófano y despertar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0794

1. TÍTULO

REVISION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO

MÉTODO
Constitución del equipo del proyecto.
Revisión crítica de los actuales registros, identificando los puntos fuertes y las áreas de mejora que se detecten.
Sistematización de las reuniones, de las que se redactará un acta con los acuerdos y las discrepancias.
Diseño de los nuevos documentos.
Realización de una monitorización de prueba de los documentos diseñados para su evaluación y realización de los posibles ajustes.
Remisión de los documentos finales, con el informe del pilotaje, a la Comisión de Documentación clínica para su toma en consideración como paso previo a la aprobación definitiva por la Dirección del Centro y su posterior entrada en vigor.

INDICADORES
Realizar al menos 5 reuniones. Evaluación: Nº de actas.
Diseño de 'n' documentos. Evaluación: Nº de formatos elaborados.
Pilotaje. Utilización de los nuevos formatos durante una semana. Evaluación: % de IQ con nuevos registros del total de las realizadas. Encuesta de satisfacción a los profesionales implicados. Informe final.

DURACIÓN
Inicio: Noviembre de 2016.Reunión inicial y distribución de responsabilidades y determina de plazos.
Reuniones de trabajo/consenso: de Noviembre de 2016 a febrero de 2017.
Pilotaje: Marzo de 2017.
Informe final: Mayo de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0995

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA LASALA CONTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ VICENTE MARIA PILAR
GARZA BERDEJO ELENA
SIN JORDAN MARIA TERESA
SERIÑAN PEREZ DANIEL
MARQUEZ TORRALBA ELENA
TEJERO BUENO YOLANDA
LAIN AGUDO MARIA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. SE HAN REALIZADO 4 REUNIONES ESPACIADAS EN EL TIEMPO PARA IR AVANZANDO EN NUESTRO PROYECTO, EN LAS CUALES:
-SE HA CONSTITUIDO EL EQUIPO DEL PROYECTO
-SE HAN DISTRIBUIDO RESPONSABILIDADES
-SE HAN DETERMINADO LOS PLAZOS DE LAS DIFERENTES FASES DEL PROYECTO
- SE HA DISEÑADO EL NUEVO FORMULARIO CON EL CONSENSO DE TODOS LOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO
- NOS HEMOS PUESTO DE ACUERDO EN LA FORMA DE IMPLEMENTAR EL NUEVO FORMULARIO, EL PILOTAJE DE PRUEBA ASI COMO SU DURACION
2. ACTUALMENTE NOS ENCONTRAMOS EN LA FASE DE PILOTAJE DEL NUEVO DOCUMENTO, SIENDO SU DURACION DE UN MES APROXIMADAMENTE Y APLICADO AL 100 % DE LAS INTERVENCIONES DE TRAUMATOLOGIA
3. SE HA ENCARGADO LA IMPRESION DEL NUEVO FORMULARIO, MIENTRAS TANTO LA MONITORIZACION SE ESTA REALIZANDO CON HOJAS IMPRESAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
POR EL MOMENTO, LA EXPERIENCIA DIRECTA DE LOS COMPONENTES QUE ESTAMOS TRABAJANDO EN ESTE PROYECTO Y LAS DEMAS PERSONAS IMPLICADAS, ES SATISFACTORIA (EN EL POCO TIEMPO QUE LLEVA EL PILOTAJE, APENAS DOS SEMANAS) :
-SE HA MEJORADO LA COMUNICACION A LA HORA DE PEDIR EL MATERIAL ENTRE EL SERVICIO DE QUIROFANO Y ESTERILIZACION, EVITANDO ERRORES DE COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE DICHOS SERVICIOS
-SE HAN MEJORADO LOS CONOCIMIENTOS DE TODO EL MATERIAL DISPONIBLE DE TRAUMATOLOGIA
-SE HA MEJORADO LA CALIDAD DE LA LABOR ASISTENCIAL DIRIGIDA A LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE DICHA ESPECIALIDAD

COMO INDICADORES DE RESULTADOS ALCANZADOS MAS ADELANTE UTILIZAREMOS ENCUESTAS DE SATISFACCION A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
POR EL MOMENTO, LA EXPERIENCIA DE LOS COMPONENTES QUE ESTAMOS TRABAJANDO EN ESTA NUEVA FORMA DE PEDIR EL MATERIAL DE TRAUMATOLOGIA, ES SATISFACTORIA, CUMPLIENDO CON LOS OBJETIVOS QUE NOS HABIAMOS PROPUESTO :
-SE HA MEJORADO LA COMUNICACION A LA HORA DE PEDIR EL MATERIAL ENTRE EL SERVICIO DE QUIROFANO Y ESTERILIZACION, EVITANDO ERRORES DE COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE DICHOS SERVICIOS
-SE HAN MEJORADO LOS CONOCIMIENTOS DE TODO EL MATERIAL DISPONIBLE DE TRAUMATOLOGIA POR PARTE DE LOS COMPONENTES DEL EQUIPO DE ESTE PROYECTO
-SE HA MEJORADO LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA LABOR ASISTENCIAL DIRIGIDA A LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE DICHA ESPECIALIDAD

QUEDA PENDIENTE TERMINAR LA FASE DE PILOTAJE, CREAR Y REALIZAR ENCUESTAS A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS, LA VALORACION DEL PROYECTO Y POR ULTIMO IMPLANTAR EL NUEVO DOCUMENTO FINAL, CUANDO ESTE LISTO EN REPROGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/995 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0995

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

Nº de registro: 0995

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

Autores:
LASALA CONTE ELENA, GARZA BERDEJO ELENA, MARTINEZ VICENTE MARIA PILAR, SIN JORDAN MAITE, ALCANTARA MORENO PILAR, LUÑO ARAUZO SUSANA, BOROBIA BONEL RAQUEL, LAIN AGUDO MARIA SOLEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: traumatologia y cirugia ortopédica
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Se detecta la necesidad de crear un formulario de petición de instrumental quirúrgico de traumatología a la central de esterilización.
- Actualmente se pide el material anotando una lista de pedido de material en un formulario.
- Cuando se envia el material sucio después de la intervención quirúrgica a esterilización, lo hacemos en una hoja dónde está impreso todo el material disponible y marcamos con una x lo que hemos utilizado. Pensamos que de la misma forma podriamos pedir el material al principio de la jornada.
- Esto servirá para evitar errores de comunicación con la central de esterilización y para aprender a interiorizar todo el material disponible de traumatologia pues es de gran amplitud.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la transmisión de la información entre los profesionales de los diferentes servicios implicados, quirófano de traumatologia y esterilización.
- Evitar errores de comunicación entre dichos profesionales.
- Mejorar los conocimientos de todo el material disponible de traumatología, dada su gran amplitud.
- Mejorar la calidad de la labor asistencial dirigida a los pacientes intervenidos de traumatología y cirugia ortopédica.

MÉTODO
- Constitución del equipo de proyecto.
- Sistematización de las reuniones.
- Diseño del nuevo formulario.
- Seguimiento de una monitorización de prueba del nuevo documento creado para su evaluación y posibles ajustes.

INDICADORES
- Utilización del nuevo formato durante al menos un mes.
- Encuesta de satisfacción y de ampliación de conocimintos a los profesionales implicados.
Nº de formularios rellenos/nº de solicitudes de material intervenciones de trauma x 100 / standart 90%
Nº de enfermeras que conocen el material a través del formulario/ nº total de enfermeras x100 / standart 70%

- Informe final.

DURACIÓN
Inicio: Octubre 2018 . Reunión inicial y distribución de responsabilidades y determinación de plazos.
Reuniones de trabajo/consenso: de noviembre de 2018 a febrero de 2019
Pilotaje: marzo de 2019
Informe final: mayo/ junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0995

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN FORMULARIO DE PETICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TRAUMATOLOGIA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0578

1. TÍTULO

GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HRV

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SERRANO PEREGRINA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VICENTE YOLANDA
ROMAN BUENO MARIA LUISA
PASAMAR MILLAN BEATRIZ
ARNAL LONGARES MARIA JESUS
GREGORIO IBAÑEZ LAURA
AREJULA TARONGI CRISTINA
MIGUEL TRASOBARES TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de díptico explicativo sobre la definición del SCA, qué es, en qué consiste, y en especial, explicación de las medidas ambientales que se pueden tomar al ingreso del paciente con las características propicias para que se dé el SCA.

Taller explicativo al personal de enfermería una vez realizado el díptico, para explicar en qué consiste el próposito del proyecto, definir los objetivos y en qué momento se hace entrega del mismo a los familiares (o cuidador principal). Se realizará al ingreso en planta, siempre que el paciente venga acompañado, y una vez revisados sus antecedentes, sea paciente candidato a poder sufrir un SCA. Se aprovechará el momento de la anamnesis de enfermería. Si el paciente no ha podido venir acompañado, se dejará el díptico correspondiente en la Historia de enfermería, y se entregará en cuanto un familiar responsable esté acompañando al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a problemas administrativos sobre la respuesta de confirmación de admisión al programa de proyectos mejoras,en Enero de 2018, no ha podido implantarse por falta de tiempo y la correspondiente revisión de historias de los pacientes, a los cuales se les había entregado el folleto (a sus familiares o cuidador principal), y ver las medidas aplicadas y el resultado obtenido.

Se pone en conocimiento de Dirección de enfermería la realización del proyecto, muestra del díptico y su posible aplicación en la unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Puesto en conocimiento del personal la idea, y posterior díptico, sólo falta la entrega del folleto en el momento en el que se estime oportuno por parte de MI.

7. OBSERVACIONES.
Personal colaborador que se remitió en el informe del 2016, ya no está asignado en la Unidad de Medicina Interna del HRV, incluidas las 2 titulares del proyecto(coordinadoras).

Disposición para poder entregarlo en otras plantas en las cuales está trabajando el citado personal.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/578 ========== ***

Nº de registro: 0578

Título
GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOBA

Autores:
SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR, SANCHEZ VICENTE YOLANDA, ROMAN BUENO MARIA LUISA, PASAMAR MILLAN BEATRIZ, ARNAL LONGARES MARIA JESUS, GREGORIO IBAÑEZ LAURA, AREJULA TARONGI CRISTINA, MIGUEL TRASOBARES TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0578

1. TÍTULO

GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HRV

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Síndrome Confusional Agudo (SCA) es un gran síndrome geriátrico que afecta a un importante porcentaje de los pacientes mayores hospitalizados. Se trata de un trastorno frecuente, grave y potencialmente previsible debido a su etiología multifactorial, resultado de la interacción de factores de vulnerabilidad (personas mayores vulnerables) y causas precipitantes.
La característica clínica fundamental de este síndrome es una alteración en el nivel de conciencia y atención, acompañada de una disfunción de las funciones cognoscitivas pudiendo acompañarse de cambios emocionales y conductuales, todo ello de instauración más o menos aguda, progresiva y fluctuante a lo largo del día.
Generalmente es reversible en semanas o meses, pero cuando no se proporciona el manejo y atención adecuados, éste síndrome se asocia a una elevada morbilidad y a una mayor mortalidad en los pacientes q lo presentan, conllevando un incremento en los costes debido al alargamiento en los días de estancia hospitalaria. Tampoco deben olvidarse los efectos sobre los profesionales que atienden a este tipo de pacientes, ya que para el equipo de enfermería supone un mayor tiempo de atención, una mayor carga de trabajo, mayor inseguridad, y es fuente de conflictos en el cuidado, conllevando en ocasiones una baja autoestima para el profesiónal.

RESULTADOS ESPERADOS
Dado que prácticamente cualquier enfermedad moderadamente grave puede ser responsable de un SCA, que en nuestro servicio tenemos un elevado porcentaje de pacientes con factores predisponentes (demencia, edad avanzada, déficits nutricionales/alteraciones metabólicas, déficits sensoriales, portadores de catèteres...), y que diferentes estudios han demostrado que las intervenciones ambientales mejoran la sintomatología del SCA, nuestro objetivo es:
1.- Elaborar un folleto educativo para el cuidador que incida en el cuidado de estos factores ambientales que disminuyen la incidencia del SCA y que faciliten la interacción cuidador/equipo de enfermería.
2.- Asentar las bases para realizar, en un futuro, un protocolo de actuación en la prevención del SCA de manera integral y evitar que la presentación de este síndrome interfiera con el problema médico que motivó el ingreso del paciente en nuestro servicio, disminuyendo los efectos adversos en éste y en los profesionales, así como los costes económicos asociados.

MÉTODO
El grupo de mejora que participa en éste proyecto realizará una revisión bibliográfica sobre éste tema para la obtención de las evidencias científicas y las recomendaciones publicadas por las diferentes Sociedades Científicas y Grupos de trabajo con dos objetivos:
1.- La realización de un Taller formativo para el Equipo de Enfermería.
2.- La Realización de un Folleto Educativo con las recomendaciones para el cuidador.
Una vez elaborado dicho folleto, la entrega y explicación lo realizará el personal de Enfermería. Éste se entregará y explicará al acompañante / cuidador en el momento del ingreso, incidiendo en el beneficio que reporta al paciente la aplicación de estos cuidados llevados a cabo de una manera conjunta entre el Equipo de Enfermería y el acompañante/cuidador y resolviendo las posibles dudas que pudieran surgir.

INDICADORES
Se registrará en la historia de enfermería la entrega del folleto educativo, siendo nuestro objetivo la consecución de èsta intervención en el 100% de los pacientes, consiguiendo que sea una práctica habitual en el trabajo del personal de enfermería y que el cuidado de los factores ambientales estén integrados en un plan de cuidados de calidad para el paciente.
Cada tres meses se hará una revisión de las historias por muestreo aleatorio, para conocer el porcentaje de realización de la intervención por parte del personal y la necesidad de incidir en su práctica.

DURACIÓN
1.- Revisión bibliográfica: Octubre-Noviembre
2.- Realización del folleto: Diciembre
3.- Taller formativo para el personal de Enfermería: Enero
4.- Implantación de la intervención de mejora: Febrero-Septiembre
5.- Evaluación de los resultados: trimestral: Abril-Julio, evaluación final: Septiembre

OBSERVACIONES
La intervención se realizará en todos aquellos pacientes que ingresen con algún tipo de demencia, y/o que hayan tenido episodios de SCA en ingresos previos y a todos aquellos pacientes mayores de 75 años.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0578

1. TÍTULO

GUIA FORMATIVA PARA EL CUIDADOR SOBRE LAS INTERVENCIONES MEDIO-AMBIENTALES EN EL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA) EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HRV

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0941

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFORME DE ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CON FEVI REDUCIDA PARA CONSEGUIR TITULACION DE LOS FARMACOS INDICADOS POR LAS GUIAS

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FITENI MERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIERGE VALERO DAVID
MARTINEZ LABUENA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Verano 2018: se elabora el informe de alta para la Insuficiencia Cardiaca Cronica con FEVI r (Fracción de Eyección de Ventrículo izdo.) reducida con pautas de titulación y autocuidado siguiendo las últimas Guías Clínicas del Grupo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Europea de Cardiología 2016 y de la American Heart Association/American College of Cardiology 2017. Se discute y corrige en varias reuniones del Grupo de Mejora de la Calidad Multidisciplinar para el Manejo de la Insuficiencia Cardiaca en H. Royo Villanova donde participan Internistas, Cardiólogos y Médicos de Urgencias que se dedican a la atención a pacientes con IC y se acepta Septiembre de 2018
- Septiembre 2018: se empieza a incorporar a todos los informes de Alta con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca con FEVI reducida, sistemáticamente por parte de la Secretaria del Servicio de Cardiología
- Septiembre 2018 – finales Febrero 2019: Se añade en el apartado del tratamiento de los informes de alta de este grupo de pacientes con FEVIr, los consejos de autocuidado y las consignas para titulación de los fármacos por parte de Atención Primaria.
Material elaborado: plantilla de tratamiento con los consejos de autocuidado y con las familias de fármacos recomendados y consejos para su titulación según los parámetros que hay que tener en consideración para cada uno. Texto con posibilidad de individualizar, para todas las necesidades. Aceptado en el grupo multidisciplinar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Pacientes dados de alta con diagnóstico de Insuficiencia cardíaca en los 6 meses (septiembre-fin febrero) : 106. De los cuales el 17,9% son IC con FEVI reducida. Pacientes con IC con FEVI reducida con consejos de autocuidado en el informe 85% (standard 100%) . El 15 % sin estos consejos son pacientes que se trasladaron a otros centros o Unidades y no se entregó informe a los pacientes. De los informes de alta realizados y entregados incluían estos consejos en el 100%
- Pacientes con FEVI reducida con consignas de titulación para AP: 71,4%. El 28,6% sin estos consejos en el informe de alta incluyen pacientes que se trasladaron (a HUMS, a MI y HaD) y no se les entregó informe directamente y pacientes con contraindicación para los medicamentos de las guías. (Standard a alcanzar: 60-70%). Fuente: SEC (Sociedad Española de Cardiología)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se plantea utilizar el mismo plan en el Servicio de Medicina Interna y HospitalIzación a Domicilio para los pacientes con IC FEr de la misma manera para homogeneizar el proceso en todos los Servicios del Hospital Royo Villanova que atienden a pacientes con esta enfermedad (con disfunci´ñon sistólica o FEVI reducida)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/941 ========== ***

Nº de registro: 0941

Título
MEJORA DEL INFORME DE ALTA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CON FEVI REDUCIDA PARA CONSEGUIR TITULACION DE LOS FARMACOS INDICADOS POR LAS GUIAS

Autores:
FITENI MERA ISABEL, BIERGE VALERO DAVID, MARTINEZ LABUENA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0941

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFORME DE ALTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA CON FEVI REDUCIDA PARA CONSEGUIR TITULACION DE LOS FARMACOS INDICADOS POR LAS GUIAS

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN LA CONTINUIDAD

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el tratamietno de la Insuficiencia cArdiaca con FEVI reducida se ha demostrado que la administración de betabloqeuantes, IECA/ARAII y ARM a dosis plenas reducen tanto mortalidad como reingresos por IC y por eso las guías tanto europeas como americanas de Cardilogía lo recomiendan con un nivel IA.. Aunque se ha aumentado la proporción de pacientes con esta terapia, todavía escasamente un 28 % a nivel mundial reciben todos ellos a dosis recoemndadas para esta iniidcación. UN objetivo importante en estos pacientes es que lleguen a las dosis plenas recomendadas que se alcanzan progresivamente. En el momento del alta se inician estos tratamientos pero la titulación debe realizarse de forma paulatina y ambulatoria con control en las consultas. Uno de los problemas para conseguirlo es la falta de continuidad asistencial y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la consecución de la titulación entre el Hospital y el seguimiento en consultas tanto Primaria como especializada, especialemnte con Primaria. Conseguir alcanzar las dosis plenas recomendadas en esta indicaciòn de IC por las guías de práctica clínica.

MÉTODO
1. Ecribir en el informe de alta de los pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI reducida, las indicaciones precisas para aumentar progresivamente las dosis de estos mediacimentos con dosis objetivo, controles necesarios para evitar complicaciones, y pautas.
2. Escribir en el informe de alta los síntomas que el paciente debe controlar como parte del autocuidado y mejorar el seguimiento para acudir a tiempo a su me´dico y evitar reingresos

INDICADORES
- Indicadores :
1. número de informes de alta con el diagnostico de IC con FEVI reducida con instrucciones en el tratamiento de titulación de los medicamentos: betabloqueante, IECA o ARAII y espirolactona
2. Número de informes de alta con diagnostico de IC con FEVI reducida con instrucciones de síntomas que debe vigilar el paciente para autocuidado
STANDARD: 1. sólo el 70% de los pacientes no tienen contraindicacion para estos tratamientos. Por lo tanto habría que alcanzar el 60-70% de los pacientes con este diagnostico al alta (límite inferior : 50% y superior 70%)
2. Vlor para síntomas a vigilar por el paciente: 100% de los informes

DURACIÓN
Inicio del proyecto: JUNIO 2018
Fin del proyecto: ABRIL 2019
Actividades:
1. mejorar el informe de alta con esta información para la continuidad asistencial
2. control de los informes de alta en HCE, mes a mes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0683

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JORGE ESCARTIN VALDERRAMA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLAS LAINA JUAN LUIS
CAMPILLO MARTINEZ JAVIER
ORMAZ OLID SANDRA
RIVARES GARASA LUCIA
CARAZO GUTIERREZ PILAR
PUISAC URIOL LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación de una carpeta compartida en la red a través de Google Docs
Creación hoja de información para pacientes
Creación de una hoja de registro de datos para enfermería
creación de diagrama de flujo para inciar trabajo de prevención de daño renal en el paciente ileostomizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acuerdo en la definición de ileostomia de alto débito
Acuerdo en la definición de paciente en riesgo de insuficiencia renal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Resistencia del equipo en general al manejo de documentos en la red.

7. OBSERVACIONES.
Las bajas de varios miembros del equipo y la movilidad forzosa de otros miembros debido a acoplamientos ha desmotivado al equipo, de hecho ha habido bajas en el grupo.
En estos momentos nos encontramos, con retraso respecto al cronograma inical pero ya estamos en la fas de aplicación práctica de todo el trabajo realizado.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/683 ========== ***

Nº de registro: 0683

Título
PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA

Autores:
ESCARTIN VALDERRAMA JORGE, BLAS LAINA JUAN LUIS, CAMPILLO MARTINEZ JAVIER, MARTINEZ LABORDA ESTHER, ORMAZ OLID SANDRA, RIVARES GARASA LUCIA, CARAZO GUTIERREZ PILAR, PUISAC URIOL LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La creación de un estoma conlleva, sólo por este hecho, una tasa de complicaciones postoperatorias que varía entre el 20 y el 60 %. Un aspecto de reciente interés es lo que se denomina estomas de alto débito y su relación con la pérdida de electrolitos. Algunos estudios han identificado esta complicación como un precursor de la deshidratación y de la alteración de la función renal, con una incidencia estimada ente el 1 y el 17 % y se piensa que es la causa de reingreso del 4-43%
En nuestro entorno el Dr Arenas publica una tass de reingresos del 28 % de los pacientes portadores de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0683

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA DESHIDRATACION EN EL PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA

estoma. Además, los estomas de alto débito constituyen una complicación que es difícil de diagnosticar y, en consecuencia, su tratamiento suele ser tardío e inadecuado.
En el servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova se realizaron 127 intervenciones de cirugía colorrectal entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016. Se realizó un estoma en 34 pacientes, de los que en 9 casos se trató de una ileostomía.
Tenemos registrados en este periodo 3 pacientes que reingresaron por deshidratación grave, con alteración de la función renal.
Por otro lado la coordinación entre profesionales de distintos ámbitos supone una dificultad importante al no coincidir los horarios laborales o solaparse estos. Se trata, por ello, de buscar nuevas herramientas como las que ofrece internet/web 2.0 para mejorar la comunicación entre los componentes del grupo sin la necesidad de coincidir físicamente en una reunión.

RESULTADOS ESPERADOS
Que el paciente este informado sobre la situación que supone ser portador de una ileostomía.
Elaborar una hoja informativa sobre qué es una ileostomía y qué cuidados precisa.
Mejorar la autonomía del paciente en el cuidado y prevención de las complicaciones de una ileostomía.
Definir qué es una ileostomía de alto débito y establecer un protocolo de actuación para prevenir y tratar las complicaciones de esta circunstancia.
Disminuir la tasa de reingreso por problemas derivados por la ileostomía.
Implementación de recursos que ofrece la WEB 2.0 para elaboración de proyectos de forma conjunta sin necesidad de coincidir fisicamente.

MÉTODO
Elaboración de una hoja informativa sobre qué es una ileostomía, qué cuidados precisa y recomendaciones dietéticas y farmacológicas para evitar la deshidratación.
Valoración crítica de la hoja informativa por tres pacientes y tres profesionales sanitarios ajenos al grupo.
Control exhaustivo de los pacientes portadores de ileostomía tanto en el periodo de ingreso como una vez dados de alta, con especial atención a la evolución a partir del 8º día de postoperatorio, fecha en la que están descritas las complicaciones.
Definir qué es una ileostomía de alto débito en nuestro medio, elaborar un protocolo de actuación y aplicarlo.
Informar al resto de los profesionales involucrados en el cuidado de estos pacientes de las recomendaciones dietéticas y terapéuticas para el tratamiento de una ileostomía de alto débito con el objetivo de prevenir el daño renal.

INDICADORES
- Porcentaje de reingresos por deshidratación:
N pacientes ingresados por deshidratación / N pacientes portadores de ileostomía X 100

En el periodo comprendido entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016 tuvimos un 33 % de pacientes ingresados por deshidratación. El objetivo es disminuir este porcentaje al 10 %.

- Tasa de pacientes informados del 100 %:
N pacientes portadores ileostomía informados / N pacientes portadores ileostomía X 100

- Publicación de hoja informativa

DURACIÓN
Primera reunión en primera quincena de noviembre 2016 para :
Conocernos, ya que contamos con miembros del equipo de diferentes ámbitos.
Presentación del plan de trabajo: elaboración hoja informativa, cómo se van a realizar los controles de las ileostomías, definición ileostomía alto débito,, protocolo actuación.
Toma contacto con la forma de trabajo a través de la red.

Segunda reunión: primera quincena enero 2016: Aprobación hoja informativa definitiva. Valoración de los dos primeros meses de trabajo.

Desde noviembre 2016 hasta noviembre 2017 se irán recogiendo todos los casos de ileostomías, se identificarán las ileostomías de alto débito y se aplicará el protocolo aprobado por el grupo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0657

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS YANEZ BENITEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA EGEA JORGE
BORLAN ANSON SOFIA
FERRER SOTELO ROCIO
ESCARTIN VALDERRAMA JORGE
CROS MONTALBAN BEATRIZ
PALACIOS GALOS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el tercer trimestre del 2018 y como estaba propuesto en el proyecto se realizaron reuniones entre los integrantes del equipo de trabajo para consensuar los criterios de inclusión y aspectos asistenciales del protocolo. Posteriormente se procedió a su elaboración y revisión por los integrantes del equipo de trabajo. La siguiente fase fue comunicar el protocolo al servicio de enfermería del servicio de cirugía general del HRV para aclarar dudas y explicar su forma de implementación. Se elaboró una hoja de seguimiento y un impreso de este, así como una hoja de seguimiento de los pacientes incluidos en el protocolo. A partir del cuarto trimestre del 2018 se inició la inclusión de pacientes que reunían las condiciones mencionadas en el protocolo. Se procedió a recolección de datos y elaboración de un registro de aquellos pacientes incluidos en el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha hay 12 pacientes estudiados 7 pertenecientes al trimestre previo a la implementación del protocolo y 5 en el primer trimestre de implementación. Se evidencia una reducción en la media de días de hospitalización (8,2 para pacientes sin contraste oral vs. 7,2) lo que significa 1 día menos de ingreso. También es de resaltar que previo al inicio del protocolo se operaron 5 de 7 pacientes y en el segundo grupo, de los 5 pacientes incluidos, ninguno a precisado intervención quirúrgica. Aunque la muestra es pequeña y la implementación del protocolo sigue vigente en el servicio, la valoración de estos resultados preliminares refleja una valoración favorable. Existe una reducción importante de las laparotomías necesarias resolver los cuadros de oclusión intestinal de intestino delgado, no complicada en la población estudiada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con los resultados alcanzados en este primer análisis de la población del proyecto se interpreta que la implementación del protocolo de uso de contraste hidrosoluble en las oclusiones intestinales de intestino delgado no complicadas es favorable. Los resultados reflejan una reducción de 1 día de hospitalización para estos pacientes, acelerando la recuperación y lo que resulta aún más interesante la reducción en el número de laparotomías realizadas. Esto se traduce en una mejor calidad de atención al paciente y en una reducción de costes para el hospital. Debido a que el proyecto no incrementa los constes y a sido acogido de forma favorable por los pacientes y por el personal (médicos FEA del servicio de cirugía / enfermería/ radiodiagnóstico) lo consideramos sostenible y reproducible en otros servicios de cirugía.

7. OBSERVACIONES.
El protocolo planteado en el proyecto se mantiene vigente en el servicio y se mantiene de forma continuada la vigilancia de su correcta aplicación, el registro de los pacientes incluidos y la valoración definitiva de los resultados al completarse el plazo establecido de forma inicial para el proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/657 ========== ***

Nº de registro: 0657

Título
IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
YANEZ BENITEZ CARLOS, FERNANDO TREBOLLE JOSE, GARCIA EGEA JORGE, BORLAN ANSON SOFIA, CROS MONTALBAN BEATRIZ, VALERO SABATER MONICA, PALACIOS GASOS PILAR, BLAS LAINA JUAN LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0657

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La oclusión intestinal de intestino delgado por adherencias es la primera causa de oclusión intestinal y una causa frecuente de ingreso en los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo. La oclusión intestinal secundaria a adherencias postoperatorias puede ocurrir desde horas o años posterior a una cirugía abdominal y representa el 70% de los cuadros de oclusión. El retraso en el tratamiento quirúrgico puede ocasionar un aumento de mortalidad y morbilidad en este grupo de pacientes. El tratamiento cuando no existen signos de peritonitis o estrangulación intestinal consiste en mantener en dieta absoluta con descompresión intestinal mediante sonda nasogástrica. Esto implica que el paciente permanece hospitalizado una media de 2 a 3 días en dieta absoluta. A partir del documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (World Society of Emergency Surgery / WSES) se han aprobado las guías de práctica clínica o consenso de Bolonia del 2013. En dicho documento se establecen medidas y recomendaciones para el tratamiento de este tipo de pacientes. Especial interés para nosotros es la utilización de contrastes hidrosolubles (Gastrografin) para identificar de forma precoz aquellos pacientes susceptibles a ser tratados de forma no operatoria, identificar de forma temprana aquellos que necesitarán cirugía y favorecer en algunos casos la resolución espontánea del proceso obstructivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar en el servicio de Cirugía General de Hospital Royo Villanova las recomendaciones y sugerencias recogidas en el documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias (WSES) para la oclusión de intestino delgado secundaria a brida o adherencias. Adaptar estas conductas a nuestro centro hospitalario con la intención de disminuir la estancia hospitalaria de los pacientes que ingresen con oclusión intestinal. Protocolizar la conducta diagnóstica y terapéutica del Servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova ante los pacientes con episodios aislados o recurrentes de oclusión de intestino delgado.

MÉTODO
Las actividades previstas para desarrollar los objetivos será crear un grupo de trabajo en el Servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova, que tendrá las funciones de revisar la documentación clínica actualizada y elaborar un protocolo de tratamiento para los pacientes con oclusión de intestino delgado. En él se contemplarán los criterios del documento de consenso de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias.
La divulgación de dicho protocolo de trabajo se realizará entre los miembros del servicio mediante reuniones de trabajo en donde se adaptarán los criterios a nuestro centro y se incorporarán recomendaciones o modificaciones según las experiencias de los distintos miembros del servicio.

INDICADORES
Para la evaluación de la actividad se cuantificará mediante la elaboración de una base de datos de los pacientes que ingresen en el servicio de Cirugía General con diagnóstico de oclusión intestinal de intestino delgado. Se evaluará la media de estancia y las variables recogidas en la base de datos antes y después a la instauración del protocolo de trabajo según las recomendaciones del documento de consenso de la WJES.
Los indicadores específicos que valorar serán:
Días de estancia / % de pacientes a los cuales se le apliquen las pautas establecidas / % de pacientes con resolución no quirúrgica / % de pacientes intervenidos

DURACIÓN
La duración del proyecto será para iniciar durante el tercer trimestre del 2018 y continuarse hasta el tercer trimestre del 2019. Se plantea un periodo de tres meses para la elaboración del protocolo de trabajo durante el cual se hará una reunión de los integrantes del proyecto para la aprobación del protocolo. Posteriormente se iniciará un periodo de 3 meses de divulgación e instauración en el servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova. A partir de haber transcurrido los primeros tres meses de la instauración del protocolo se hará una reunión de seguimiento donde se evaluarán los resultados y se identificarán posibles problemas en su implementación y posibles mejoras.

OBSERVACIONES
Para la elaboración de este proyecto se ha contado con la colaboración de la jefatura y de facultativos del servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0657

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL USO DE CONTRASTES HIDROSOLUBLES EN EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSION INTESTINAL NO COMPLICADA DE INTESTINO DELGADO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0795

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO -ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCIA PUISAC URIOL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPILLO MARTINEZ JAVIER
CROS MONTALBAN BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La unidad de estomaterapia del Hospital Royo Villanova se puso en marcha el 2 de noviembre de 2017 con el objetivo principal de proporcionar una atención integral al paciente ostomizado y mejorar su calidad de vida gracias a un seguimiento más exhaustivo por parte de los profesionales sanitarios.
A continuación se presenta la memoria sobre los datos que corresponden al periodo del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018. Las actividades realizadas dentro de la consulta están distribuidas en un horario de citaciones de 5 días a la semana.La responsable de la Unidad gestiona las citas a través del HIS del hospital.
La franja de 8.30 a 9:30 está dedicada a la atención prequirúrgica con educación sanitaria y marcaje de la zona ideal para la localización del estoma. Para ello se disponen de los diferentes dispositivos y guías fotográficas.
En la franja de “seguimiento y cuidados” se ha realizado una atención integral de los pacientes nuevos y antiguos abarcando aspectos físicos y psicosociales. Se realiza la valoración del estoma,detección de complicaciones y educación sanitaria sobre consejos de higiene,alimentación, actividad física, apoyo psicológico, reingreso a la actividad laboral y social,educación sexológica…Todo queda registrado en un formato de la base de datos de la Unidad de Ostomías. Para la educación nos apoyamos en los folletos informativos de las diferentes casas comerciales y en la guía elaborada dentro del servicio para pacientes ileostomizados y la especial vigilancia en las ileostomías de alto débito.
Si dentro de la valoración se detectan problemas que deban ser supervisados por otros especialistas, los pacientes han sido vistos en el horario establecido los miércoles como consulta rápida.
La responsable de la Unidad de Ostomías en coordinación con el personal de planta del servicio de Cirugía y de Urología han realizado la educación a paciente y familia durante la estancia hospitalaria hasta el alta.
Los miércoles por la tarde y de forma programada,se han citado a los pacientes que con indicación de irrigación intestinal,han aceptado acudir a la formación durante las semanas necesarias para el aprendizaje y autonomía del paciente en su realización .Para ello se elaboró una guía sobre el procedimiento que se entrega a cada uno de los pacientes y que les sirve de apoyo en su domicilio.
La Unidad de ostomías tiene asignada una extensión teléfonica y un correo electrónico donde los pacientes llaman para resolución de dudas, cambios de horarios u otro tipo de demandas que no precisen su presencia o que por motivos de movilidad, edad….no sean convenientes.
Durante el periodo que se evalúa, por parte de la responsable de la Unidad se ha difundido entre el personal del hospital la creación de la Unidad. Se ha comunicado la extensión de contacto para que en cualquier momento la responsable de la Unidad se desplace a la consulta correspondiente y se ha elaborado un power-point como apoyo en la charla de sesión clínica del hospital. También se ha mantenido contacto con la enfermera de enlace del Hospital Provincial en aquellos casos que se ha solicitado. Se ha impartido una charla en el encuentro de SADAR de neumología
Del mismo modo,se enviaron todos los datos de contacto a las diferentes coordinaciones de los centros de Atención Primaria adscritos al hospital Royo Villanova.
En algunas ocasiones se ha trabajado conjuntamente con atención domiciliaria con pacientes ostomizados dados de alta del servicio de cirugía.
También se han realizado consultas junto a cirugía como consecuencia de interconsultas virtuales.
Se ha elaborado una encuesta de satisfacción del paciente sobre la consulta de ostomías del hospital Royo Villanova.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La estadística parte de la base de datos informatizada de la Unidad y la agenda de citaciones HIS.
En relación a los objetivos que se plantearon, los indicadores a evaluar en este periodo y su correspondiente valoración son:
-Número total de pacientes vistos en un año----------151.
Este dato se refiere al número total de pacientes vistos en la consulta a los que se les ha abierto historia .Engloba tanto a los pacientes nuevos a los que se les ha realizado la ostomía en el periodo a evaluar,como aquellos pacientes que estaban operados previamente que ya tenían cita de la consulta 24 de cirugía.También durante los primeros meses,partiendo de una base de datos de pacientes portadores de ostomía,se llamó por teléfono personalmente para hacerles conocedores de la existencia de la consulta y la disponibilidad del personal para atenderlos si lo creían necesario.

-Número de primeras visitas/Número total de pacientes vistos en un año(%)
39/151 25’82%
Este dato hace referencia a los pacientes que de forma programada se les informa en la consulta de cirugía que van a ser intervenidos y portadores de una ostomía.
-Número de revisiones /Número total de pacientes vistos en un año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0795

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO -ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

El número de revisiones en un año han sido 1035 y los pacientes que durante ese año,tanto las primeras visitas que continuaron siendo vistas como como las de seguimiento, son 151 .Por lo tanto la proporción entre estos datos tiene como resultado 6.85.
Este dato corresponde a todas las visitas realizadas a los 151 pacientes en el apartado de “seguimiento y cuidados”.Hay pacientes que por llevar la ostomía hace tiempo sólo han acudido una vez para ser valorados y no demandan un seguimiento habitual.Y hay otros pacientes a los que se les realiza un seguimiento más o menos exhaustivo en función de las necesidades que van surgiendo.

-Número de consultas rápidas /Número total de pacientes vistos en 1 año(%)
47/151 31’12%
Se ha registrado un listado de datos en formato excell en el cual se especifican en cada paciente la patología y motivos de la consulta.Estos abarcan desde sangrado mucoso del estoma,prolapso del mismo,dermatitis periestomal y alteraciones en el ritmo deposicional hasta desprendimiento de la unión mucocutánea y hernia paraestomal . En la gran mayoría la evolución ha sido favorable con tratamiento médico conservador decidiendo en alguno de los casos tratamiento quirúrgico programado con inclusión inmediata en LEQ . En todos los casos a parte de la responsable de la unidad, ha sido valorado por un cirujano. De esta manera, se han evitado visitas a urgencias y duplicado de citas en la consulta de cirugía y a su vez se han determinado las revisiones con una periodicidad determinada dependiendo de las necesidades de cada paciente.

-Número de complicaciones relacionadas con la ostomía /número total de pacientes
vistos en un año (%).
Dermatitis 45/151 29´8%
Hernia paraestomal 17/151 11´3%
Dehiscencia de sutura 16/151 10´6%
Hundimiento de estoma 6/151 4%
Prolapso de estoma 8/151 5.3%
Granulomas 11/151 11%
Hemorragia 1/151 0´7%
Necrosis 4/151 2.6%
Otras 25/151 25%
En este apartado quedan recogidas las principales complicaciones y su distribución,pudiendo coincidir varias de ellas en un mismo paciente.La última sección hace referencia a aquellas complicaciones como celulitis periestomal,alteración del ritmo intestinal,espasmos dolorosos en región anal con la expulsión de moco,heridas o úlceras en piel periestomal,alergias al dispositivo……

-Número y tipos de ostomía (colostomía,ileostomía,urostomía)/Número total de pacientes
vistos en un año(%).
Colostomías 76/151 50´3%
Ileostomías 38/151 25´2%
Urostomías 34/151 22´5%
En este apartado se aporta la distribución por localización del estoma.En la Unidad también registramos la distribución por sexo edad y temporalidad del estoma.
-Número de irrigaciones/número total de pacientes con indicación de irrigación intestinal
vistos en un año(%)
5/8 62´5
En este apartado el denominador hace referencia a las personas ostomizadas con indicación de irrigación a las que se les ha informado.No se han incluido a aquellos pacientes que portadores de un estoma ya eran conocedores de la irrigación por otras vías de información.Algunos lo habían intentado,pero la mayoría no habían accedido. El numerador son aquellas que han venido a la consulta programada los miércoles por la tarde y han realizado el procedimiento.
Queda pendiente por desarrollar los talleres,estableciendo días y horarios,temática,sesiones conjuntas con cirujanos y urólogos,sesiones con pacientes expertos…. Para ello se ha acudido al Hospital Clínico Universitario para intercambiar experiencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todos los pacientes programados han sido vistos en la consulta en el preoperatorio donde se ha hecho un pequeño recordatorio de la intervención y de lo que supone llevar una ostomía.Se realiza el marcaje de la localización ideal del estoma y ya se comienzan a tratar otros temas que abarcan el ámbito psicosocial dando pie a que el paciente pregunte todas sus dudas. Falta mejorar la coordinación con la consulta de cirugía para que en el mismo momento que son informados los pacientes se pongan en contacto con nosotros .De todos modos,si no han sido recogidos como primeras visitas,quedan registrados en el horario de seguimiento dedicándole el tiempo necesario. También todos los pacientes,programados y urgentes,han sido vistos por la responsable de la Unidad durante su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0795

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO -ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

estancia hospitalaria y en colaboración con el personal de la planta.Queda pendiente revisar el formato de registro para que haya unificación de recogida de información entre la planta hospitalaria y la persona al frente de la Unidad de ostomías.Tambien sería valorable el protocolizar la forma de comunicación entre otras plantas de hospitalización (diferentes de Cirugía y Urología)para comunicar a la Unidad que hay un paciente ostomizado ingresado.
Para el próximo año se podrían establecer unas revisiones sistemáticas en función de las características del estoma del paciente y de la patología para controlar y registrar las diferentes citas de revisión.
Dentro de la consulta rápida con atención conjunta de cirujano y responsable de la unidad se ha proporcionado la posibilidad de resolver las cuestiones/inquietudes de los pacientes aportando las recomendaciones e instrucciones pertinentes a la vez que mejorando su calidad de vida.Se han visto pacientes con otras especialidades como urología y dermatología. A pesar de tener un día asignado,los pacientes que así lo han precisado han sido vistos por los facultativos en cualquiera de los momentos que se les ha pedido dando una atención inmediata.
Queda pendiente por desarrollar los talleres,estableciendo días y horarios,temática,sesiones conjuntas con cirujanos y urólogos,sesiones con pacientes expertos…. que abre un abanico de posibilidades para los pacientes para que intercambien experiencias y refuercen conocimientos. Para ello se ha acudido al Hospital Clínico Universitario para intercambiar experiencias.
También durante el próximo año se va a implantar la encuesta de satisfacción del paciente para valorar su opinión sobre la consulta de ostomías.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/795 ========== ***

Nº de registro: 0795

Título
VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO-ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

Autores:
PUISAC URIOL LUCIA, CAMPILLO MARTINEZ JAVIER, CROS MONTALBAN BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde el 2 de noviembre de 2017 se ha instaurado en el hospital Royo Villanova una Unidad de Estomaterapia con alcance a los pacientes que van a ser ostomizados o ya son portadores de ostomías, procedentes de los servicios de Cirugía General y Digestivo, Urología del hospital Royo Villanova, así como pacientes de Atención Primaria y centros dependientes del sector I de Zaragoza.
Actualmente los ajustes que se están produciendo en el sector sanitario hacen necesaria una reflexión sobre los servicios que se ofrecen dentro de los hospitales y centros médicos.
Los estudios de investigación sobre calidad de vida en los pacientes ostomizados obtienen como una de las principales conclusiones la importancia de realizar un seguimiento periódico al paciente ostomizado, ya que hay una relación directa entre la mejora de la calidad de vida y la realización de un seguimiento periódico por un profesional experto.
Esto lleva a la necesidad de ofrecer al paciente una atención integral que abarque aspectos físicos, psicológicos y sociales a través de consultas y profesionales expertos dedicados al cuidado del paciente ostomizado, siempre con el objetivo principal de conseguir la mejor calidad de vida.
La evidencia científica pone, por tanto, de manifiesto el valor de esta atención en ostomía y avala la importancia de mantener la personalización en la atención al paciente ostomizado promoviendo las consultas de ostomía.

Los pacientes a los que se realiza una ostomía como única alternativa para tratar su enfermedad, se enfrentan en un breve espacio de tiempo a un diagnóstico de gravedad, a una intervención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0795

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO -ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

quirúrgica con ingreso hospitalario y al inicio de su convivencia con una nueva situación física que se concibe como especialmente traumática.
Ser portador de una ostomía puede originar problemas a distintos niveles: Físico, Emocional, sociolaboral, etc.
Las principales características de la Unidad de Ostomías del hospital Royo Villanova son las siguientes:
- Autogestionada por Enfermería.
- Posibilidad de Consulta Rápida facultativa con Cirujano y/o Urólogo.
- Autogestión de citaciones con 5 días a la semana (37,5 horas semanales).
- Atención integral de pacientes ostomizados: Física, Psicológica, Social.
- Posibilidad de consulta telefónica y virtual.
- Valoración de ostomías digestivas y urológicas.
- En contacto continuo con personal de hospitalización.
- Atención prequirúrgica con educación sanitaria y realización de MARCAJE de la ostomía.
- Apoyo al personal de enfermería del hospital en los casos que sea necesario.
- Atención antes del alta hospitalaria y planificación de visitas posteriores tras alta hospitalaria.
- Educación sanitaria integral: Consejos de higiene, alimentación, actividad física, apoyo psicológico, reingreso a la actividad laboral y social, educación sexológica.
- Posibilidad de derivación a especialidades médicas en casos necesarios (Dermatología, Endocrinología, Psiquiatría, etc..)
- Realización de irrigaciones intestinales.
- Talleres de formación par a pacientes, familiares y cuidadores.
- Programas de docencia a profesionales sanitarios.
- Coordinación con atención primaria del Sector I Zaragoza en casos necesarios.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es la Valoración de la actividad de la Unidad de Ostomías atendiendo a los siguientes puntos:
- Número de primeras consultas.
- Número de revisiones.
- Número de Consulta Rápida con facultativo.
- Realización de otras actividades como consulta telefónica, virtual, talleres a pacientes y personal sanitario y realización de irrigaciones intestinales.

Esta valoración se realizará con control del flujo de pacientes atendidos con el fin de una vez valorado, poder planificar y ejecutar mejoras organizativas con el fin de dar una mejor atención posible a los pacientes ostomizados del Sector I Zaragoza.

MÉTODO
- Revisión de base de datos y registro informatizado de la Unidad.
- Revisión de número u tipo de citación informatizada por el HIS.
- Reuniones trimestrales de los componentes del proyecto.
- Revisión semestral de la casuística.

INDICADORES
Las fuentes de datos que aportarán información para los indicadores y su evaluación son la base de datos informatizada de la Unidad y la agenda de citaciones HIS.
Los indicadores a evaluar serán:
- Número total de pacientes vistos en 1 año.
- Número de primeras visitas / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de revisiones / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de Consultas Rápidas / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de complicaciones relacionadas con la ostomía / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número y tipos de ostomía (colostomía, ileostomía, Urostomía) / Número total de pacientes vistos en 1 año (en %)
- Número de irrigaciones intestinales / Número total de pacientes con indicación de irrigación intestinal vistos en 1 año.(en %)

DURACIÓN
DEL 1 ENERO DE 2018 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0795

1. TÍTULO

VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO -ORGANIZACION DE LA UNIDAD DE OSTOMIAS HRV (EN SU PRIMER AÑO DE IMPLANTACION)

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1230

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN LUIS BLAS LAINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BANDRES NIVELA MARIA OROSIA
VIDAL PERACHO CONCEPCION
GRACIA GIMENO PAOLA
FERRER SOTELO ROCIO
FERNANDO TREBOLLE JOSE
BONO ARIÑO CARMEN
ACIN LAZARO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un protocolo de nutrición perioperatoria (Septiembre de 2018) (no se puede subir el documento, pero si los necesitan los podemos enviar.)
Dicho protocolo se ha difundido a los servicios implicados, entre ellos en una sesión clínica acreditada del servicio, el 18 de octubre de 2018.
En la consulta se viene realizando el test de cribado de desnutrición en pacientes oncológicos y son derivados a la consulta de endocrinología, según protocolo. Estos pacientes son vistos, la mayoría en el día, por Endocrinología para iniciar tratamiento perioperatorio. El servicio de endocrinología sigue a los pacientes en el periodo postoperatorio para control de nutrición artificial.
Se realizó protocolo de ayuno preoperatorio, se incluyó en el programa FarmaTools y se inició en octubre de 2018. De acuerdo con el servicio de Anestesia, se ha permitido ingesta de bebidas de carbohidratos hasta cuatro horas antes de la intervención. Anestesia ha realizado un registro de incidencias (no se ha registrado ninguna hasta la fecha) Por lo que, se plantea reducir el tiempo de ingesta hasta dos horas antes.
Se ha realizado un primer corte en pacientes que se han intervenido de forma programada en el Servicio de Cirugía, durante Noviembre de 2018. (Próximos cortes: Mayo y Noviembre de 2018).
No hay constancias de registro del programa de Infección Quirúrgica Zero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El protocolo realizado se ha introducido adecuadamente y es de uso cotidiano.
Se han revisado los pacientes del primer corte y de ellos se han obtenido los siguientes datos.
Se han derivado desde Cirugía a Endocrinología 24 pacientes para valoración preoperatoria (según protocolo), por presentar desnutrición o riesgo de desnutrición. En el 76% de los casos se han visto en el mismo día que se ha solicitado la consulta ambulatoria y en el 24 % de los casos restantes se ha visto en menos de 3 días (citados en la misma semana que se ha solicitado la consulta).
Se ha realizado el protocolo de ayuno preoperatorio desde su implantación a todos indicados: 28 pacientes, sin registrarse ninguna incidencia. Esto supone la aplicación en el 74% de los pacientes (En este periodo hubo un problema con el abastecimiento de los batidos)
No se han colocado yeyunostomías, ya que ha habido rotura de stock en la casa fabricante.
Se ha aplicado el protocolo de control perioperatorio de glucemia en el periodo de estudio al 84% de los pacientes diabéticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante este corto periodo hemos logrado implementar el protocolo de nutrición/control de hiperglucemia en el periodo perioperatorio, consiguiendo aplicar las recomendaciones de las guías clínicas.
El uso de estos protocolos ha redundado en una mayor calidad en el tratamiento de pacientes, que hasta ahora no tenían un manejo uniforme.
En el resto de tiempo de estudio (un año) esperamos continuar la implementación del protocolo haciéndole una herramienta de trabajo cotidiana para todo el personal implicado en estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.
Si necesitan protocolos, los puedo remitir a donde uds. indiquen.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1230 ========== ***

Nº de registro: 1230

Título
PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1230

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

Autores:
BLAS LAINA JUAN LUIS, BANDRES NIVELA OROSIA, VIDAL PERACHO CONCEPCION, GRACIA GIMENO PAOLA, FERRER SOTELO ROCIO, FERNANDO TREBOLLE JOSE, BONO ARIÑO CARMEN, ACIN LAZARO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La relación entre el estado nutricional y la morbimortalidad postoperatoria es bien conocida. Hay evidencia de la asociación entre desnutrición preoperatoria y mayor número de complicaciones postoperatorias, estancias hospitalarias más prolongadas, incremento del gasto hospitalario y una mortalidad más elevada. Las complicaciones sépticas y respiratorias parecen tener una clara relación causa-efecto con el grado de desnutrición.
Otros factores estrechamente relacionados con complicaciones postoperatorias son la resistencia a la insulina y la hiperglucemia. El control más óptimo de la glucemia en el periodo perioperatorio con o sin diabetes mejora el pronóstico.
La disminución del ayuno preoperatorio con la administración de bebidas con carbohidratos hasta 2 h antes de la anestesia disminuye la insulinorresistencia y la deshidratación postoperatoria, preserva la masa muscular, produce una mejoría en el estado general del paciente y se asocia a una reducción en el tiempo de hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar un cribado de desnutrición en el periodo perioperatorio y establecer el circuito para el soporte nutricional perioperatorio.
- Introducción y adaptación de un protocolo de ayuno preoperatorio.
- Establecer coordinación de los cuatro servicios implicados (Cirugía, Endocrinología, Anestesia y Medicina Preventiva – Infección Quirúrgica Zero -)
- Uso de yeyunostomia quirúrgica (o uso de otros dispositivos de alimentación enteral) para nutrición enteral en el paciente sometido a cirugía digestiva del compartimento supramesocólico, que se prevé un ayuno postoperatorio prolongado.
- Mejora del control glucémico en el periodo perioperatorio con la introducción del protocolo de manejo de la hiperglucemia.

MÉTODO
- Elaboración del protocolo siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas y documentos de consenso de las Sociedades Científicas.
- Difusión del protocolo a los servicios implicados.
- Valoración del estado nutricional mediante el test de cribado de desnutrición “MUST” en el momento preoperatorio. Se realizará en la consulta de Cirugía.
- Se remitirán a la consulta de Endocrinología y Nutrición los pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición en el preoperatorio.
- Aplicación del protocolo de ayuno preoperatorio en pacientes indicados.
- Registro de incidencias por parte de Anestesia.
- Registro de dispositivos de alimentación enteral insertados.
- Valoración y seguimiento por parte de la Sección de Endocrinología y Nutrición de los pacientes que el periodo postoperatorio presenten desnutrición y/o precisen nutrición enteral o parenteral.
- Evaluación del manejo de la hiperglucemia. Se realizará un corte valorando pacientes ingresados con hiperglucemia en el periodo perioperatorio al inicio y a los 6 y a los 12 meses de la implantación del protocolo, analizando los objetivos de control y las pautas de insulinización utilizadas en el periodo perioperatorio.
- Cumplimiento del proyecto Infección Quirúrgica Zero (control de glucemias), Servicio de Medicina Preventiva.

INDICADORES
- % de pacientes a los que se les ha practicado el protocolo estando indicado. (50-75%)
- Número de incidencias registradas en el periodo perioperatorio/anestesia.
- El tiempo medio de cita en primera consulta en el que ha sido evaluado en el preoperatorio por parte de la Sección de endocrinologia al paciente con riesgo de desnutrición o desnutrición. (<3 días hábiles)
- Número de pacientes a los que se ha colocado yeyunostomia u otros dispositivos de alimentación enteral

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1230

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE NUTRICION Y DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO

(>50% de pacientes candidatos).
- % de pacientes con hiperglucemia en el periodo perioperatorio que solo se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (<50%).
- % de pacientes diabéticos que presentan hiperglucemia en el periodo perioperatorio y en situación de ayuno se utiliza insulina basal y pauta correctora (> 30%).
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (50-75%).

DURACIÓN
- Reunión para discutir el protocolo con los servicios implicados (Cirugía, Anestesia, Endocrinología y medicina preventiva). JUNIO 2018

- Elaboración del protocolo. JULIO 2018

- Protocolo definitivo según lo consensuado con los servicios implicados. SEPTIEMBRE 2018.

- Exposición del protocolo al personal implicado (cirujanos, anestesistas, endocrinólogos, medicina preventiva y personal de enfermería). OCTUBRE 2018

- Introducción en el Farmatools como protocolo de ayuno preoperatorio. OCTUBRE 2018

- Servicio de anestesia elabora un registro de las incidencias desde la puesta en marcha del protocolo. OCTUBRE 2018

- Resultados, evaluación de resultados. 2018-2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PETRA RODRIGUEZ CURIESES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
CARDONA MONZON LAURA
MARTINEZ LABORDA ESTHER
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
SANCHEZ BARTOLOME ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MATERIAL Y MÉTODOS
Se realizó un estudio retrospectivo y transversal de las llamadas telefónicas realizadas durante el periodo de tiempo de un año (de junio de 2015 hasta mayo de 2016). El tamaño final de la muestra fue de 100 pacientes.

Todos los pacientes de la muestra habían sido atendidos en la unidad de CMA del Hospital Royo Villanova, intervenidos de hernia umbilical, epigástrica, ventral e inguinal unilateral.

El cuestionario de valoración del seguimiento telefónico (9, 10), objeto del actual trabajo, se le realizó al paciente de forma anónima en la consulta de cirugía en su primera revisión. Constaba de las siguientes variables: edad, género, tipo de hernia intervenida, constatación de llamada telefónica y, en caso afirmativo, si resultó útil el seguimiento realizado, la existencia de aspectos considerados a mejorar en el control telefónico y si recomendaría la unidad de CMA a algún familiar o conocido en futuras intervenciones.

Para valorar el grado de utilidad para el paciente de la llamada se estableció un rango desde 0 puntos (nada útil) a un máximo de 5 puntos (muy útil). Los aspectos a mejorar del proceso, pregunta abierta, generaron respuestas que se registraron literalmente en la encuesta. Cada una de las preguntas incluía la posibilidad de elegir como respuesta “no sabe/no contesta”.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS
La edad media de la muestra de 100 personas fue de 52 años (51,73±12,63). Hubo 29 mujeres y 71 hombres.

Clasificados por tipo de intervención, 56 fueron intervenidas de hernia inguinal, 38 de hernia umbilical, 3 de hernia epigástrica y 2 personas de hernia ventral.
Respecto a la pregunta de si recibieron la llamada del día siguiente a cargo del personal de la CMA, un 99% indicó que sí mientras que sólo un paciente indicó que no. De este modo, la muestra total de personas que continuaron con las sucesivas preguntas de la encuesta fue de 99.

Con respecto a la pregunta sobre la valoración del grado de utilidad de la llamada de seguimiento, 72% de personas la evaluaron con 5 puntos (muy útil), 22% indicaron una valoración de 4 puntos (útil) y 5% de usuarios indicaron valoración de 3 (normal). No hubo valoraciones por debajo de 3 puntos.
Ante la pregunta de si existía algún aspecto a mejorar sobre la llamada de seguimiento, 90 (90.9%) personas indicaron que no lo encontraban, 2 (2.02%) personas eligieron la opción “no sabe/no contesta” y 7 (7.07%) personas indicaron que sí existían aspectos a mejorar.

De este último grupo, dos pacientes no añadieron comentarios sobre qué aspectos mejorarían. Los cinco restantes conformaron un grupo cuya edad media era de 49 años (49,4±6,62), tres mujeres y dos varones; cuatro habían sido intervenidas de hernia inguinal y una de hernia umbilical. De estos cinco pacientes, tres habían valorado la respuesta sobre el grado de utilidad de la llamada con 4 puntos (útil) y dos personas con 3 puntos (normal).

Dos de los usuarios indicaron la necesidad de un seguimiento telefónico más prolongado, otro sugirió facilitar un teléfono de contacto propio de la CMA para la resolución de dudas y otros dos reclamaron ampliar la información postural e higiénico-dietética al alta.

Respecto a la última pregunta de si recomendarían la unidad de CMA a un familiar o conocido en futuras intervenciones, 99% personas respondieron afirmativamente frente a una 1% de usuarios que indicó que no recomendaría la intervención en la CMA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES
Este trabajo ha confirmado que la llamada de seguimiento a las 24 horas ha tenido una gran aceptación entre los pacientes, les aporta seguridad y establece un vínculo comunicativo y cercano con él. Supone una herramienta ágil y útil en la resolución de las dudas que le crean ansiedad y que podrían no ser bien interpretadas por él. La utilización adecuada de recursos, como la valoración en urgencias de un paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

postoperado, podría reducirse con la extensión de este tipo de prácticas.

Tal como se exponen en otros trabajos, el control y registro de lo que sucede en el domicilio del paciente es necesario para asentar las bases de la calidad ofertada y lograr una mejora continua, tanto asistencial como gestora. (11)

Tras la realización de este trabajo los temas que más dudas generaron entre los pacientes, y que se resolvieron a través de la llamada de las 24 horas, fueron:
La dosis de analgesia que puede tomar de forma segura y eficaz.
Cuestiones relacionadas con los cambios posicionales, nivel de esfuerzos y/o actividad física.
Dónde y cada cuánto tiempo debe llevar a cabo la cura de la herida quirúrgica.
Cómo realizar las curas en su domicilio.
Pautas higiénicas-dietéticas referidas al patrón de tránsito intestinal.

Aunque el mismo día de la intervención el paciente recibe información necesaria tanto por parte del personal médico como de enfermería, el nivel de estrés y ansiedad que conlleva la intervención hace que la información se disipe y que el paciente no consulte todas las dudas que le preocupan; de la misma manera, muchas de las dudas le surgirán más adelante.

Según estudios, parece ser que los pacientes sólo recuerdan alrededor de un 50-60% de la información facilitada. De este modo, la llamada de seguimiento a las 24 horas permite reforzar la información previamente dada e individualizarla según el paciente. (12, 13)

Concluido el trabajo, se ha objetivado la necesidad de realizar la remodelación del cuestionario de seguimiento telefónico ya que las preguntas existentes utilizadas se muestran insuficientes con las necesidades y dudas de los actuales pacientes intervenidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/136 ========== ***

Nº de Registro: 0136

Título
EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

Autores:
RODRIGUEZ CURIESES PETRA, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, CARDONA MONZON LAURA, MARTINEZ LABORDA ESTHER, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, SANCHEZ BARTOLOME ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA
En la Unidad de Cirugía mayor ambulatoria (UCMA) se reciben pacientes que van a ser intervenidos y dados de alta en el mismo día de la intervención.
Esto supone, para el hospital un alto nivel de calidad asistencial y una buena gestión de los recursos; por el contrario, esto conlleva un grado de ansiedad para el usuario ante el desconocimiento que surge en el cuidado postoperatorio al no permanecer ingresados en el hospital.

Actualmente, se realiza un seguimiento del estado del paciente de forma telefónica en las primeras 24 horas. El problema detectado es que el paciente cuando ha de someterse a un proceso quirúrgico, por el citado nivel de ansiedad, no asume los cuidados que se le explican teniendo muchas dudas que se tratan de resolver mediante seguimiento telefónico.

Con esta propuesta de plan de mejora queremos evaluar a medio plazo la efectividad real de la encuesta telefónica, y en caso contrario conseguir un seguimiento telefónico adecuado a las necesidades del usuario, reformulando la encuesta con los ítems que realmente le preocupan.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Valoración del seguimiento telefónico para saber:
Mejora de la satisfacción del usuario
Mejora de la calidad asistencial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0136

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE HERNIOPLASTIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

MÉTODO
Revisión bibliografica
Reunión y exposición del tema con el equipo
Realización de la encuesta de control telefónico
Diseño y realización de la encuesta de valoración
Evaluación final de proyecto

INDICADORES
Los indicadores serían:
- El grado de satisfacción del usuario sea superior al 70%
- El número de usuarios a los que les ha resultado útil el seguimiento telefónico.
- El porcentaje de encuestas realizadas para que tenga fiabilidad la muestra sea superior al 80

DURACIÓN
Duración 11 meses
Junio – julio: revisión bibliografica y reunión con el equipo.
Julio: diseño encuesta del seguimiento telefónico y diseño de la encuesta de valoración.
Agosto: UCMA está cerrada
Septiembre – Enero: recogida de datos de las encuestas
Febrero- Marzo: tratamiento de los datos
M

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR AYALA ESTEVEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ CURIESES PETRA
CARDONA MONZON LAURA
PELLEJERO GRACIA CARMEN
BONO ARIÑO CARMEN
REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA
SANCHEZ BARTOLOME ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
METODOLOGIA
Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar en 2015 formado por 8 profesionales de diferentes ámbitos y especialidades.
El grupo se propuso como objetivo fijar una pauta común de actuaciones tendentes a la promoción de la salud y a la orientación de pacientes y familiares en su toma de decisiones, para lo cual se desarrolló un tríptico informativo que se facilita al paciente durante la consulta de anestesia.
Se elaboró un organigrama de sesiones en las cuales se reunía el equipo con regularidad, consensuando las decisiones relativas a la organización y distribución de tareas. El equipo se ha centrado en la formación sobre promoción y educación para la salud, ha realizado una revisión bibliografía y un estudio de la oferta actual, para llegar a establecer las recomendaciones y propuestas de mejora.
La técnica utilizada como instrumento de evaluación es el cuestionario pretest y postest. Entre sus ventajas se encuentra el poder comparar la situación antes y después de la intervención formativa. Entre sus inconvenientes está que sólo permite evaluar resultados de conocimientos y no de capacidades.
Actualmente, ya se ha incorporado el tríptico como documento informativo para los pacientes en la consulta de anestesia.
Se decidió unificar los documentos de recomendaciones en un único tríptico para hacerlo más manejable y, a la vez, ampliar su contenido con nueva información.

Ventajas del tríptico:
El mensaje deja de ser puntual y se dirige a pacientes pero también a familiares y acompañantes.
Mayor versatilidad, se asimila el contenido al propio ritmo del paciente y/o familia con un formato sintetizado y sencillo.
Complemento eficaz a la entrevista sanitaria, la información queda ampliada.
El coste/unidad es bajo.

Inconvenientes:
Sólo apto para público alfabetizado en castellano.
La distribución de cualquier documento sanitario es difícil y costosa (en nuestro caso, esto lo convertimos en ventaja al entregarlo en la consulta de anestesia).

Después de estudiar diferentes publicaciones al respecto, el grupo de trabajo ha diseñado un tríptico cuyos apartados se describen a continuación:

Breve explicación del significado del concepto “Cirugía Mayor Ambulatoria”.
Recomendaciones para antes de la intervención.
Consejos durante la intervención.
Recomendaciones para después de la intervención.
Advertencias generales.
Teléfonos de interés relacionados con el Servicio de C.M.A.
Ubicación del Servicio de C.M.A.
Transporte público para acceder al centro sanitario.
Bajas y justificantes derivadas del procedimiento quirúrgico.

Una vez elaborado el documento se ha analizado la repercusión de los resultados mediante una encuesta con varias preguntas. Para ellos se han repartido de manera aleatoria el tríptico a 200 pacientes y hemos comparado su opinión con la de otros 200 que no lo han recibido. Las cuestiones han servido de indicadores para conocer el nivel de asimilación de la información difundida.
Las preguntas han sido cinco, de la cuales decidimos estudiar tres como indicadores de efectividad del tríptico:

¿Considera suficiente la información recibida antes de llegar a la Cirugía Mayor Ambulatoria?
¿Sabe usted dónde pedir los justificantes de intervención?
¿Sabe usted dónde solicitar la baja laboral?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

RESULTADO
Indicadores:
Pre
177/200*100%= 88.5% de los pacientes operados sin información previa opinan que tienen suficiente información. (Gráfico 1)
Post
189/200*100= 94.5% de los pacientes operado tras recibir la información opinan que tienen suficiente información. (Gráfico 2)

Una vez analizados estos indicadores no nos queda claro si en realidad la información facilitada ha sido útil. Para ello hemos decidido analizar dos indicadores más de la encuesta realizada que son:
¿Sabe usted dónde pedir los justificantes de intervención?
¿Sabe usted dónde solicitar la baja laboral?

Pacientes sin información: (Gráfico 1)
Un 43.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar los justificantes.
Un 27.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar la baja laboral.
Pacientes con información previa: (Gráfico 2)
Un 89.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar los justificantes.
Un 89.5 % de los pacientes encuestados sabe donde solicitar la baja laboral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES

Los resultados observados en la pregunta número 1 ponen de manifiesto la percepción que tiene el paciente de ser correctamente informado. De manera aislada, estas respuestas podrían poner en evidencia la utilidad real de la información facilitada.

Sin embargo, la percepción real de información, la aprehensión de datos, es claramente superior en los pacientes que han recibido el tríptico antes de la cirugía, tal y como se manifiesta en las respuestas a las preguntas 2 y 3. Los pacientes del grupo “informado” han manifestado conocimientos más amplios del proceso de C.M.A. frente al grupo control.

La elaboración y difusión de un tríptico informativo en la consulta de anestesia sobre el proceso de C.M.A. es sumamente positivo:

Es seguro que todo paciente que va a ser intervenido recibe la información.
Simplifica la cantidad de documentación que se le entrega al paciente.
Es atractivo visualmente, fácil de leer y de asimilar su contenido.
Define pautas claras y concisas a pacientes del procedimiento a seguir durante su estancia hospitalaria.
Implica en el proceso a familiares que deben acompañar siempre al paciente.
El conocimiento del circuito C.M.A. minimiza el grado de ansiedad que genera una intervención quirúrgica.
Facilita el trabajo del personal sanitario.
En general, aporta una mayor seguridad.

7. OBSERVACIONES.
Dimos en mano al Sr. Ramos (responsable de Calidad del hospital Royo Villanova) un tríptico como parte de nuestro trabajo realizado. Dicho tríptico en la actualidad ha sido incluido como parte del protocolo que dan los anestesiólogos en las consultas a los pacientes

*** ========== Resumen del proyecto 2015/178 ========== ***

Nº de Registro: 0178

Título
ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

Autores:
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, RODRIGUEZ CURIESES PETRA, CARDONA MONZON LAURA, PELLEJERO GRACIA CARMEN, BONO ARIÑO CARMEN, REMARTINEZ FERNANDEZ JOSE MARIA, SANCHEZ BARTOLOME ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA
A lo largo del tiempo, hemos detectado que la información que recibe el paciente en la consulta de anestesia se difumina, ya sea por la cantidad de información que se le da al paciente, por la ansiedad que conlleva una intervención o por la edad del usuario que va a ser intervenido entre otros motivos…; considerando esto un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0178

1. TÍTULO

ELABORACION Y EVALUACION DE UN TRIPTICO EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

problema, queremos mejorar esta información para que sea atractiva visualmente, ágil y fácil.

En una reunión multidisciplinar, se decide realizar la elaboración de un documento en forma de tríptico donde se recoja la información básica de la unidad (ubicación, consejos generales…) ya que consideramos el tríptico un recurso muy útil, que nos permite reforzar los aspectos más relevantes, especialmente aquellos que las personas deban recordar fácilmente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaboración de una herramienta útil para el usuario (tríptico)
- Mejorar la imagen de nuestro hospital
- Mejorar la calidad asistencial
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y familiares intervenidos en nuestro servicio
- Mejorar la satisfacción del equipo asistencial de la UCMA

MÉTODO
- Revisión bibliográfica
- Revisión de trípticos de otros hospitales
- Reunión con el equipo y diferentes facultativos para consensuar criterios
- Elaboración del tríptico
- Distribución del tríptico en la consulta de anestesia
- Diseño de la encuesta de valoración sobre el tríptico
- Realización de un estudio de casos- control

INDICADORES
1.- Porcentaje de usuarios que consideran que el tríptico ha sido útil (Nº de usuarios que consideran apropiada la información recibida/ nº de usuarios que han recibido el tríptico)
2.- Porcentaje de usuarios que no han recibido el tríptico y la información sin mediación de este, ha sido la apropiada (Nº de usuarios que consideran apropiada la información/ nº usuario que no han recibido el tríptico

DURACIÓN
Junio - julio: revisión bibliográfica y reunión con los diferentes facultativos para consensuar criterios
Agosto: Elaboración del tríptico y diseño de la encuesta
Septiembre: distribución del tríptico en la consulta de anestesia
Septiembre - enero: recogida de datos
Febrero: análisis de los resultados
Marzo- abril: difusión del estudio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... DAVID GARCIA AGUILERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN RUIZ GLORIA
MEJIA CASADO ANA
MALLEN ALBIR JOSE MARIA
CASTAN BELLIDO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez creada la base de datos y junto al Servicio de Informática se intentó ubicar el archivo en una carpeta compartida en el Centro de Salud de Grande Covián, HNSG y HRV ya que la finalidad de la base de datos es poder consultar el día del proceso quirúrgico, datos relevantes de la cirugía, duración de la intervención, posibles complicaciones, cirujanos participantes y tipología de los implantes.

Tras un primer intento de puesta en marcha de la base de datos el Servicio de Informática definió la misma como incompatible con el sistema operativo presente en nuestro Sector. Por lo tanto se optó por retrasar y buscar alternativas a la misma. El personal de Informática está saturado y no dispone de tiempo material para poder crear una base de datos compatible y el responsable de Servicio planteó poder ofrecer una beca o similar a estudiantes de la universidad que en ocasiones realizar la parte práctica en su Servicio. Sin embargo, fue imposible crear una beca para la misma y el año pasado no fue hasta finales de año donde confirmaron que durante 2017 no iban a disponer de personal en práctica.

Además, a finales de octubre en el Congreso Nacional de la Especialidad SECOT, hubo una mesa redonda y reunión de Expertos dedicada exclusivamente al registro nacional de artroplastia. Las conclusiones de las mismas fueron que a principios de años de iniciarían las pruebas del registro similar al que funciona en la actualidad en Cataluña por lo que tras meses de funcionamiento en diferentes Hospitales de todo España expondrán durante el segundo trimestre del 2018 la experiencia y los fallos de los Hospitales piloto. Nuestro centro no reunía los requisitos para poder ser centro piloto pero estamos en comunicación continua con los miembros que forman parte de la creación de la base de datos nacional de artroplastia.

Por lo tanto, tras una reunión de los miembros del plan de mejora se optó por esperar a los resultados durante el segundo trimestre de 2018 y decir si continuábamos con nuestro plan de mejora creando una base de datos personal para nuestro servicio o esperar a la base de datos oficial nacional de la Sociedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde la aprobación del plan de mejora en la convocatoria 2015 se realizó una base de datos en el programa informático Microsoft Office Access. En septiembre, y tras la presentación del mismo para mejorar o completar el registro al jefe de servicio se intentó la instalación en el servidor de la intranet del HRV junto al servicio de Informática del hospital.
La instalación del programa fue muy dificultosa y en ocasiones imposible por la no disponibilidad de la base de datos en todas las sesiones de los miembros del servicio de Traumatología. Además fue imposible la instalación en los ordenadores del área quirúrgica por escasa potencia de RAM, y sistemas operatorios obsoletos.

Actualmente, estamos esperando los resultados de la Comisión Nacional encargada de la creación de base de datos nacional de artroplastia para poder decidir si implantamos la base de datos oficial de la sociedad o adaptamos la base de datos a través del sistema hpdoctor de nuestro servidor.
Con el registro de los pacientes intervenidos de ATR, se pretende crear una base de datos para monitorizar a los pacientes, las posibles complicaciones, calcular la tasa de infección, realizar un estudio sociodemográfico de los pacientes intervenidos y realizar planes de actuación para facilitar las tareas tanto a enfermería como a nivel hospitalario con la puesta en marcha de planes como por ejemplo el Fast-track en ATR primaria.
Con la nueva creación de la base de datos, se espera poder poner en marcha la base de datos y por ser accesible para todos los miembros del servicio de COT.

6.1.-Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova.
Completado, realizado pero incompatible con los programas autorizados en los ordenadores del HRV.
6.2- Registro compartido a través del servidor del Salud (INTRANET) con las consultas externas de Grande Covián.
No realizado por la no disponibilidad del programa en el servidor de la intranet del HRV,
6.3.- Elaboración de un consentimiento informado para la protección de datos del paciente incluido en el registro informático.
Tras consulta con la comisión de historias clínicas no es necesario el consentimiento escrito, siendo oral.
6.4.- Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

de estudios científicos y/o publicaciones.
Actualmente se sigue realizando el registro en base al código de codificación del diagnóstico al alta, realizado de los servicios de documentación del HRV.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Revisión de los registros de ATR disponibles en el ámbito sanitario nacional (Catatán) e internacional (Sueco, inglés, escocés y americano) con el objetivo de adaptar a nuestro medio.
Elaboración de folleto informativo con la protección de datos y de privacidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1.- Porcentaje de la base de datos elaborada
100% realizada en el programa ACCESS de Microsoft Office.
2.-Proporción de pacientes sometidos a ATR incluidos en la base de datos/ Operados de Artroplastia de rodilla.
0% por no iniciar el registro informático.
3.- Proporción de pacientes con consentimiento informado firmado, para protección de datos.
0%, pendiente del inicio de la nueva base de datos para la inclusión de criterios nuevos.
3.-Proporción de pacientes incluidos en la base de datos con seguimiento / Pacientes incluidos sin seguimiento.
No realizado.
4.-Porcentaje de investigación científica realizada tras la utilización del registro informático.
0% en base a la base de datos realizada, pero actualmente iniciado un estudio en base a la codificación del CIE al alta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO CUMPLIDO.
Desde la aprobación del proyecto de calidad hasta finales de octubre se realizó una nueva base datos.
Octubre 2015, presentación al jefe de servicio de COT para mejorar y complementar con nuevos datos.
Elaboración de base de datos con datos demográficos, escalas, datos quirúrgicos y sucesivos seguimientos.
Elaboración de consentimiento informado para la protección de datos.
Intentó de instalación en despacho médico, área quirúrgica y CME Grande Covián en el programa de Microsoft Office.

Diciembre de 2015: tras el email recibido por la comisión de HRV de Calidad se notifica el problema logístico e informático sin respuesta por parte de la comisión por lo que se acuerda con el servicio de informática, alguna solución viable.
A inicio de 2016, error persistente en la creación de base de datos tanto en el área quirúrgica como en CME Grande Covián
Abril de 2016, planteamiento de continuidad del proyecto del plan de mejora pero con la creación de una base de datos en base a la realización a la presente en otros servicios del HRV (Cirugía, digestivo y cardiología) basada en hpdoctor. Ante el desconocimiento de la base informática del funcionamiento de dicho programa se decide por el equipo de mejora por unanimidad incluir a un nuevo miembro del servicio de informática para la nueva convocatoria.
Se planteó la creación de una beca o el planteamiento de uno de los estudiantes en prácticas de la Universidad que realizan prácticas en el Servicio de Informática de nuestro centro como responsable autor de un programa compatible con el sistema hpdoctor y poder utilizar en todo el Sector. Sin embargo durante el 2017 no realizó ningún estudiante un rotatorio por el mismo por lo que al final no ha podido ser creado.
A finales de septiembre de 2017 en el Congreso Nacional de la Especialidad, tras la reunión de la comisión encargada de la puesta en marcha del Registro Nacional de Artroplastia se concluyó con el inicio en centro pilotos para poder analizar los datos del empleo de la base de datos en el segundo trimestre de 2018. Por lo tanto, los miembros del plan de mejora decidimos esperar a observar los resultados de la Comisión Nacional.

En conclusión, el programa de registro de artroplastia está realizado pero no ha podido ser puesto en marcha por problema informático. El registro de artroplastia en el Servicio de COT es una herramiento importante para el registro, seguimiento, control y posibles estudios.

7. OBSERVACIONES.
10. OBSERVACIONES.
Durante el 2017 dos de los integrantes del Plan de Mejora de Calidad han sido trasladados a otros centros hospitalarios. Lidia Castán a Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y José María Mallén a Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Por lo que ambos están dispuestos a continuar como miembros del plan de mejora pero desconocemos si es posible continuar siendo al pertenecer a Sectores Sanitarios diferentes y no estar integrados en sección de Artroplastias.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/526 ========== ***

Nº de Registro: 0526

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Título
CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Autores:
GARCIA AGUILERA DAVID, CANALES CORTES VICENTE, MARTIN RUIZ GLORIA, MEJIA CASADO ANA, MALLEN ALBIR JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA
La gonartrosis es una patología degenerativa de gran importancia socio-sanitaria en los mayores de 50 años. La prevalencia de la gonartrosis en España se estima en 28.6% en personas de 60-69 años y de 33.7% en los mayores de 70años1. Según los datos epidemiológicos de EPISER dirigido por la Sociedad Española de Reumatología la gonartrosis se espera que aumente significativamente debido al progresivo envejecimiento de la población y el incremento de su esperanza de vida siendo la cuarta causa principal de discapacidad en el 2020.
La artroplastia total primaria de rodilla es una cirugía mayor que requiere una serie de recomendaciones tanto pre como postquirúrgicas y un seguimiento en el tiempo para poder observar cualquier tipo de complicación.
En nuestro centro, el bloque quirúrgico se encuentra en el Hospital Royo Villanova y las consultas externas en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián lo que exige la existencia de una historia clínica física doble para un mismo paciente, con todo lo que ello implica.
Esa duplicidad dificulta en ocasiones las sucesivas consultas clínicas y las revisiones de la historia clínica para recopilar información y poder plantear algún tipo de estudio de investigación.
Con la creación de una base de datos o registro informático se podrían obtener de forma directa los datos de los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla y con ellos poder realizar no sólo un análisis autocrítico de nuestra actividad, sino también estudios científicos y publicaciones.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Actualmente en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología no existe ningún registro de artroplastia total primaria de rodilla.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova.
Registro compartido a través del servidor del Salud (INTRANET)con las consultas externas de Grande Covián.
Elaboración de un consentimiento informado para la protección de datos del paciente incluido en el registro informático.
Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización de estudios científicos y/o publicaciones.

MÉTODO
Elaboración y realización de base de datos informática.
Elaboración de folleto informativo con el consentimiento informado para la inclusión en la base de datos.

INDICADORES
1.- Porcentaje de la base de datos elaborada
2.-Proporción de pacientes sometidos a ATR incluidos en la base de datos/ Operados de Artroplastia de rodilla.
3.- Proporción de pacientes con consentimiento informado firmado, para protección de datos.
3.-Proporción de pacientes incluidos en la base de datos con seguimiento / Pacientes incluidos sin seguimiento.
4.-Porcentaje de investigación científica realizada tras la utilización del registro informático.

DURACIÓN
Desde la aprobación del proyecto de calidad hasta final de año:
Elaboración de base de datos con datos demográficos, escalas, datos quirúrgicos y sucesivos seguimientos.
Elaboración de consentimiento informado para la protección de datos.
Sesión clínica para explicar al Servicio utilización de la base de datos.
A finales de año:
Aprobación por FEA del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova
Cumplimentación y empleo de la base de datos.

OBSERVACIONES
En la actualidad existe una base de datos general con todos los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica o ingresados en el servicio (Con diagnóstico y tratamiento), pero no del procedimiento quirúrgico sometido ni el seguimiento posterior.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0526

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0232

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA SOBREUTILIZACION DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVES DE LAIMPLANTACION DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MEJIA CASADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAN BELLIDO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Elaboración de hoja de seguimiento de infiltraciones para incluir en la Historia clínica, en la que consta: un área para incluir los datos del paciente (nombre, apellidos y número de historia clínica como mínimo) y tabla de recogida de datos sobre las infiltraciones realizadas: fecha, diagnóstico, localización (articulación/ otras), tipo de medicación, Dr/Dra que lo realiza y la especialidad y otras observaciones.
Las hojas están a disposición de los facultativos de Traumatología en el Servidor del Servicio para imprimir durante la consulta.

2- Elaboración de la cartilla: documento para dar al paciente en el que aparecerá: un área de datos personales y ouna tabla de recogida de los datos sobre las infiltraciones recibidas, de la misma manera de que la hoja que se incluirá en su historia clínica.

3-Información a los miembros del Servicio de Traumatología de la implantación de este nuevo sistema para que se introduzca en las consultas de manera progresiva, comenzando en la primera visita del paciente que precise una infiltración.

4- Información al paciente sobre el sistema y la necesidad de llevarlo consigo en las visitas a su médico de atención primaria y especialistas con el fin de completar la información.
Con ello también se dará a conocer el sistema al resto de especialistas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La implantación del sistema de recopilación de datos se hace de manera progresiva según las necesidades de infiltraciones de los pacientes vistos en consultas externas, por lo que los resultados sólo se podrán objetivar en sucesivas visitas y a largo plazo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados sobre la utilidad del mismo se verán a largo plazo dado que:
- el número de infiltraciones realizadas en consulta por facultativo no es alta aunque sea una herramienta habitual en la práctica clínica.
- un paciente puede recibir una serie infiltraciones para una determinada patología y no precisar de más tratamiento, por lo que la utilidad de esta herramienta se ve limitada al paciente con patología rebelde al tratamiento conservador que finalmente termina precisando cirugía.
- El número de infiltraciones se realiza siguiendo las recomendaciones clínicoterapéuticas en cuanto a tiempo y según la patología o recidiva de la misma, que en ocasiones suponen meses.
Lo que se pretende es recopilar información sobre las infiltraciones que recibe un paciente lo más cercana a la realidad posible, intentando que quede constancia de aquellas que el paciente recibe en otras especialidades y en otros centros públicos o privados, de manera que no se "diluya" la información, provocando un posible aumento de ciertas complicaciones derivadas de la sobreutilización de esta práctica terapéutica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/232 ========== ***

Nº de registro: 0232

Título
PREVENCION DE LA SOBREUTILIZACION DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVES DE LA IMPLANTACION DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT

Autores:
MEJIA CASADO ANA, CASTAN BELLIDO LIDIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0232

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA SOBREUTILIZACION DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVES DE LAIMPLANTACION DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la práctica clínica diaria nos encontramos con pacientes que han sido sometidos a infiltraciones en una o varias de sus articulaciones. La mayor parte no saben precisar el número a los que han visto sometidos, qué especialista y en qué centro (público o privado) se le suministró y qué medicación usaron para ello.

Esto hace que en determinados pacientes se esté haciendo un sobreuso de las infiltraciones con el consiguiente aumento del gasto sanitario así como el aumento de las complicaciones que puedan derivar de este exceso (infecciones, rotura iatrogénica de estructuras tendinosas, lesiones cartilaginosas, artropatía corticoidea…)

RESULTADOS ESPERADOS
En la mayoría de las ocasiones nos vemos en serias dificultades para precisar estos datos mediante la revisión de la historia clínica, ya que mucha de esta información no aparece precisada como tal, o simplemente el paciente viene de ser tratado en otro centro.
Se pretende realizar una recopilación de información lo más cercana a la realidad sobre el número de infiltraciones realizadas, la patología a tratar, las articulaciones u otras localizaciones objetivo, medicación utilizada, y especialidad médica que las realiza, para la disminución de complicaciones y del coste añadido

MÉTODO
Se pretende implantar una “cartilla de infiltraciones” con dos copias, una que el paciente llevará consigo y que presentará tanto a su médico de Atención Primaria como a especialistas médico-quirúrgicos en el momento que se le plantee la opción de suministrar una infiltración, y otra copia que será adjuntada a su historia clínica de consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Esta “cartilla” estará dividida en apartados en los que se precisará:
- Datos generales del paciente y antecedentes de interés
- Fecha de la infiltración
- Diagnóstico
- Articulación/ articulaciones a infiltrar
- Medicación utilizada y cantidad
- Médico que lo suministra
- Especialidad
- Observaciones

Estos datos serán cumplimentados por el médico que suministra la medicación. Así mismo, el documento adjunto en la historia clínica del paciente será completado por el traumatólogo en cada visita con los datos aportados por la “cartilla” del paciente.

INDICADORES
Con ello se pretende:
- Hacer un seguimiento exhaustivo del número de infiltraciones de cada articulación. Completando el documento adjunto en la historia clínica en cada visita, seremos conocedores del número de infiltraciones, medicación utilizada y número de articulaciones afectadas.
-La información quedará a disposición de todos los especialistas, ya que el paciente portará consigo toda la información.
- Disminuiremos los costes de un exceso de tratamiento
- Disminuiremos las posibles complicaciones iatrogénicas derivadas.

DURACIÓN
Se hará un a implantación progresiva con resultados a largo plazo y de manera mantenida.
Se informará a los miembros del Servicio de Traumatología de la implantación de este nuevo sistema para que se introduzca en las consultas de manera progresiva, comenzando en la primera visita del paciente que precise una infiltración.
Se informará al paciente sobre el sistema y la necesidad de llevarlo consigo en las visitas a su médico de atención primaria y especialistas con el fin de completar la información.
Con ello también se dará a conocer el sistema a sus respectivos especilistas.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0232

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA SOBREUTILIZACION DE INFILTRACIONES ARTICULARES A TRAVES DE LAIMPLANTACION DE CARTILLAS EN PACIENTES DE COT

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0786

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... DAVID GARCIA AGUILERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN RUIZ GLORIA
MEJIA CASADO ANA
MALLEN ALBIR JOSE MARIA
CASTAN BELLIDO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El plan de Mejora de Calidad se inició en la convocatoria 2015-2016 y ha sido un plan de mejora que ha continuado. En la actualmente el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología continúa sin la existencia de un registro de artroplastia total primaria de rodilla. El proyecto fue creado en sistema operativo Windows Acces para ser compatible con todos los ordenadores utilizados habitualmente desde la intranet del Sistema Aragonés de Salud del Sector I. El programa de registro informático está creado pero no puesto en implantando por problemas del servicio de informática.
6.1.-Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova.
La base de datos está creada.
6.2- Registro compartido a través del servidor del Salud (INTRANET) con las consultas externas de Grande Covián.
Incompatibilidad de los sistemas operativos e imposibilidad de programa informático compatible con la intranet del Hospital Royo Villanova, Hospital Nuestra Señora de Gracia y CME Grande Covián.
6.3.- Elaboración de un consentimiento informado para la protección de datos del paciente incluido en el registro informático.
Tras la creación de la base de datos y al crear una contraseña para el acceso de la misma, un miembro de la comisión de ética me confirmó que no era necesario un consentimiento escrito para estar incluido en la base de datos siempre y cuando no se incluyeran datos personales que pudieran identificar a los pacientes, por lo que se optó por codificar cada paciente con su número de historia clínica del Hospital Royo Villanova.
6.4.- Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización de estudios científicos y/o publicaciones.
Al no implantarse la base de datos ha sido imposible iniciar el análisis de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1.- Porcentaje de la base de datos elaborada
Realizada 100%.
2.-Proporción de pacientes sometidos a ATR incluidos en la base de datos/ Operados de Artroplastia de rodilla.
Ninguno.
3.- Proporción de pacientes con consentimiento informado firmado, para protección de datos.
No es necesario.
3.-Proporción de pacientes incluidos en la base de datos con seguimiento / Pacientes incluidos sin seguimiento.
Ninguno.
4.-Porcentaje de investigación científica realizada tras la utilización del registro informático.
Ninguna.
Pendiente del Servicio de Informática.

Una vez instalada en todos los ordenadores de la intranet del HRV, Grande Covián y HNSG con la sesión respectiva de cada miembro del servicio el calendario previsto será:

Presentación de la base de datos a la Comisión de Historias Clínicas.
Sesión clínica para explicar al Servicio utilización de la base de datos.
Aprobación por FEA del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova
Cumplimentación y empleo de la base de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- La creación de la base de datos es una herramiento imprescindible para la posibilidad de realizar estudios.
2.- La importancia de la base de datos radica en la posibilidad de englobar los datos de los pacientes con un acceso fácil y seguro.
3.- Los problemas técnicos informáticos no permitieron finalizar el proyecto de mejora pero en el presente año estamos dispuestos a continuar y poner en marcha el mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0786

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

7. OBSERVACIONES.
En la actualidad existe una base de datos general con todos los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica o ingresados en el servicio (Con diagnóstico y tratamiento), pero no del procedimiento quirúrgico sometido ni el seguimiento posterior.
Durante el 2017 dos de los integrantes del Plan de Mejora de Calidad han sido trasladados a otros centros hospitalarios. Lidia Castán a Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y José María Mallén a Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Por lo que ambos están dispuestos a continuar como miembros del plan de mejora pero desconocemos si es posible continuar siendo al pertenecer a Sectores Sanitarios diferentes y no estar integrados en sección de Artroplastias.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/786 ========== ***

Nº de registro: 0786

Título
CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA. 2ARIA PARTE

Autores:
GARCIA AGUILERA DAVID, MARTIN RUIZ GLORIA, PUEYO FUENTES SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Gonartrosis
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La gonartrosis es una patología degenerativa de gran importancia socio-sanitaria en los mayores de 50 años. La prevalencia de la gonartrosis en España se estima en 28.6% en personas de 60-69 años y de 33.7% en los mayores de 70años1. Según los datos epidemiológicos de EPISER dirigido por la Sociedad Española de Reumatología la gonartrosis se espera que aumente significativamente debido al progresivo envejecimiento de la población y el incremento de su esperanza de vida siendo la cuarta causa principal de discapacidad en el 2020. La artroplastia total primaria de rodilla es una cirugía mayor que requiere una serie de recomendaciones tanto pre como postquirúrgicas y un seguimiento en el tiempo para poder observar cualquier tipo de complicación.
En nuestro sector (Zaragoza I) el bloque quirúrgico se encuentra en el Hospital Royo Villanova y las consultas externas en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián lo que exige la existencia de una historia clínica física doble o en ocasiones triple de un mismo paciente, con todo lo que ello implica. Esa duplicidad dificulta en ocasiones las sucesivas consultas clínicas y las revisiones de la historia clínica para recopilar información y poder plantear algún tipo de estudio de investigación.
Con la creación de una base de datos o registro informático se podrían obtener de forma directa los datos de los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla y con ellos poder realizar no sólo un análisis autocrítico de nuestra actividad, sino también estudios científicos y publicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
En 2015 se acepta un plan de mejora de calidad para la creación del registro informático. Se crea un programa basado en el sistema operatorio Access Microsoft pero no siendo compatible con todos los ordenadores de nuestro centro por lo que se decide crear un nuevo programa informático basado en un programa disponible en todos los ordenadores donde desarrollamos nuestras actividades diarias (CME Grande Covián, HRV área quirúrgica / área de hospitalización y HNSG). Junto con el servicio de informática y tras la aprobación de la comisión de calidad de nuestro centro optamos por crear una nueva base de datos basada en el programa hpdoctor disponible en todos los ordenadores en esta nueva convocatoria.
Con el registro de los pacientes intervenidos de ATR, se pretende crear una base de datos para monitorizar a los pacientes, las posibles complicaciones, calcular la tasa de infección, realizar un estudio sociodemográfico de los pacientes intervenidos y realizar planes de actuación para facilitar las tareas tanto a enfermería como a nivel hospitalario con la puesta en marcha de planes como por ejemplo el Fast-track en ATR primaria.
Con la nueva creación de la base de datos, se espera poder poner en marcha la base de datos y por ser accesible para todos los miembros del servicio de COT.
5.1.-Creación de una base de datos específica de pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla en el Hospital Royo Villanova basada en el programa hpdoctor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0786

1. TÍTULO

CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

5.2- Puesta en funcionamiento del registro informático con disponibilidad de acceso desde cualquiera de nuestros centros (HRV, CME Grande Covián u Hospital Nuestra Señora de Gracia)
5.3 -Registro de las artroplastias totales de rodilla realizadas en el Hospital Royo Villanova.
5.4.- Facilitar el análisis estadístico de los datos de los pacientes con ATR y en base a ellos realización de estudios científicos y/o publicaciones.

MÉTODO
Revisión de las últimas actualizaciones y recomendaciones de las sociedades y países con registro de ATR disponibles en el ámbito sanitario nacional (Catatán) e internacional (Sueco, inglés, escocés y americano) con el objetivo de adaptar a nuestro medio.
Creación de base de datos por el servicio de Informática de nuestro hospital basado en el programa hpdoctor.
Comprobación del correcto funcionamiento del registro informático en todos los centros del Sector I donde realizan las actividades diarias el servicio de Traumatología.
Sesión clínica para informar al servicio de C.O. y Traumatología el 11 de noviembre, sesión acreditada.

INDICADORES
1.-Porcentaje de la base de datos elaborada
2.-Proporción de pacientes sometidos a ATR incluidos en la base de datos/ Operados de Artroplastia de rodilla.
3.-Proporción de pacientes incluidos en la base de datos con seguimiento / Pacientes incluidos sin seguimiento.
4.-Porcentaje de investigación científica realizada tras la utilización del registro informático.

DURACIÓN
Desde la aprobación del proyecto de calidad hasta final de año:
Elaboración de base de datos con datos demográficos, escalas, datos quirúrgicos y sucesivos seguimientos en la nueva plataforma virtual hpdoctor.
Sesión clínica para explicar al Servicio utilización de la base de datos el día 11 de noviembre de 2016.
A finales de año:
Aprobación por FEA del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova
Cumplimentación y empleo de la base de datos.

OBSERVACIONES
El proyecto de mejora de calidad titulado “CREACIÓN DE UN REGISTRO INFORMÁTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA” fue aceptado en la convocatoria anterior 2015. Durante todo el año 2015 y hasta la finalización de la convocatoria de la misma han ocurrido diversos problemas informáticos y legales con el registro informático que fueron notificados a la comisión de calidad del sector I. Tras recurrir al servicio de informática de nuestro centro, la solución fue crear una nueva base de datos creada en la plataforma del programa hpdoctor disponible en todos los ordenadores tanto del área quirúrgica, de las consultas externas como de la planta de hospitalización del HRV y HNSG. Todo FEA del Servicio tiene acceso al programa a través de su clave de acceso y contraseña personal. Todo acceso queda registrado y toda la documentación queda archiva según la protección de datos del paciente del Servicio Aragonés de Salud por lo que no necesitamos de una firma del paciente para poder incluirlo en el registro. El proyecto inicial es realizar una base de datos que cree un protocolo quirúrgico y así poder realizar el mismo a la vez que se crea una entrada en el registro informático de las artroplastias de rodilla. Tras el informe definitivo de la convocatoria previa, la presidenta me autorizó a presentar el mismo proyecto para poder finalizarlo en la presente convocatoria.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1229

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DAVID GARCIA AGUILERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAL MANSOUR SAMI
ARROYO RUBIO ERNESTO
LARRIBA JAIME ANGEL
IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL
BOSQUE GIMENEZ LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la actualidad, el tratamiento del dolor postoperatorio en la cirugía artroscópica continúa siendo una preocupación importante para los profesionales sanitarios y las instituciones sanitarias ya que no se ha conseguido disminuir significativamente la prevalencia de dolor agudo postoperatorio. Una de las nuevas líneas de investigación consiste en el tratamiento multimodal.
Desde el inicio de la unidad de Artroscopia y Hombro (Sección del servicio de Cirugía ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova) en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en 2018 y en colaboración con el servicio de Anestesiología se acordó un tratamiento individualizado del paciente con la posibilidad de realizar una técnica anestésica prequirúrgica locorregional ecoguiada (bloqueo de nervios periféricos, braquial supraclavicular, plexo axilar, femoral o interescalénico) tras la valoración en consultas externas del paciente y el consentimiento informado firmado con el objetivo de disminuir el dolor postoperatorio inmediato y la menor necesidad de ingesta de fármacos analgésicos durante el ingreso.

Inicialmente y tras la confirmación del Servicio de Anestesia de la realización de un tratamiento multimodal se realizó una revisión bibliográfica del control analgésico multimodal en cirugía artroscópica previo a la realización y redacción del protocolo farmacológico.
En general, el tratamiento farmacológico debe ser siempre individualizado en función de los antecedentes personales, patología médica, el tipo de intervención quirúrgica, el tiempo de la misma y posibles alérgica medicamentosas. La técnica artroscópica es una cirugía cuyo objetivo es disminuir el daño tisular, disminuir el dolor y menor número de complicaciones por menor sangrado en el postoperatorio en comparación con la cirugía convencional o abierta.
En colaboración con el servicio de Farmacia del HNSG se redactó un protocolo farmacológico donde se incluyeron los siguientes apartados: sueroterapia, analgésicos, profilaxis antibiótica y rescate en casos de complicación médica como por ejemplo náuseas, vómitos, crisis hipertensiva, ansiedad, insomnio o dolor intenso.

SUEROTERAPIA
Ringer lactato 500ml /24horas

PROTECTOR GASTROINTESTINAL
Omeprazol 40mg iv al ingreso.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
Para la profilaxis antibiótica nos basamos en las evidencias y las recomendaciones de la SECOT. Como en todos los casos, debemos de basarnos en una serie de parámetros.(Bacteriológicos, farmacocinéticos, toxicológicos y de costo/beneficio). En el caso que nos ocupa, la flora colonizante del área quirúrgica es la cutánea y la flora residente de la misma principalmente Acinetobacter.y Staphylococcus aureus. En casi toda la bibliografía consultada se da preferencia a las cefalosporinas de primera o segunda generación: cefazolina o cefuroxima.
Cefazolina: dos gramos intravenosos en la inducción a la anestesia y continuar con un gramo cada ocho horas hasta completar las 24 horas.
En caso de alergia se propone Ciprofloxacino cuatrocientos gramos intravenosos en la inducción a la anestesia y continuar con cuatrocientos gramos cada doce horas.

ANALGÉSICO
Se debe distinguir entre dolor leve, moderado e intenso.
En los casos de dolor leve y moderado los fármacos de elección (intravenosos) son dexketoprofeno, paracetamol, metamizol, tramadol.
Dexketoprofeno 50mg 1/8 horas
Paracetamol 1gr /6 horas.
Metamizol 2gr cada 8 horas
En casos de dolor moderado no controlado con los dos primeros fármacos se pauta tramadol (opioide menor) 100mg 1/8horas.
Si el dolor es intenso:
Metasedín® 7mg subcutáneos. Con la posibilidad de repetir a los 30 minutos.

RESCATES
Si nauseas: metoclopramida 10mg
Si insomino tranxilium 10mg

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1229

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Si tensión arterial mayor de 140 mm Hg si no era portador de tratamiento antihipertensivo en su domicilio Capoten 25mg sublingual.

Tras el acuerdo con el servicio de Farmacia del HSNG y la redacción del protocolo farmacológico se realizaron reuniones con el personal de enfermería de la planta de Cirugía (donde ingresan principalmente los pacientes de la unidad de artroscopia) y personal de enfermería del bloque quirúrgico (Acogida, despertar y quirófanos).
Se realizaron reuniones con el Servicio médico de anestesiología para acordar el tratamiento multimodal en pacientes intervenidos en el HNSG en la “unidad de artroscopia y hombro”.

Uno de los apartados del protocolo fueron Los Cuidados postquirúrgicos: constantes habituales cada 8 horas, cura plana simple de los apósitos previa al alta, reposo en cama y dieta absoluta durante 6 horas con ingesta progresiva de líquido y dieta blanda.

En el protocolo farmacológico no se distingue entre artroscopia de extremidad inferior o superior, sin embargo, en los cuidados postquirúrgicos sí ya que la patología de la extremidad inferior en ocasiones requiere de limitar la carga de la misma como por ejemplo en el caso de la artroscopia de cadera.

Por lo tanto se realizaron:
Reuniones con el Servicio de Anestesiología, Farmacia, enfermería de planta y bloque quirúrgico.
Redacción del protocolo del tratamiento farmacológico en pacientes intervenidos de artroscopia y adaptación al sistema informatizado de dispensación farmacológica Farmatools ® mediante dos apartados que incluían extremidad inferior y otro extremidad superior.
Puesta en marcha del protocolo en octubre del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El tratamiento farmacológico en el HNSG y en concreto en la planta de Cirugía está informatizado a través del FarmaTools ® por lo que se incluyó un apartado con el protocolo de extremidad inferior, extremidad superior y otras cirugías artroscópicas.
Por lo tanto, el 100% de los pacientes intervenidos fueron incluidos en el protocolo del tratamiento farmacológico e individualizado en función de la patología del paciente.

1.- Realización del protocolo farmacológico: 100%
2.- Reunión con el servicio de anestesia, enfermería de la planta de cirugía, enfermería del bloque quirúrgico y el Servicio de Farmacia. Realizadas durante los meses de abril-junio 2018
3.- El número de pacientes intervenidos / Número pacientes incluidos en protocolo: 100%
4.- Nº reacciones alérgicas en planta tras la administración del tratamiento farmacológico / Nº pacientes con alergias medicamentosas:
Existieron dos pacientes con múltiples alergias que tras la administración en planta de Ciprofloxacino presentaron un rash cutáneo que tras administración de antihistamínico y corticoide mejoró sin necesidad de postponer el alta al día siguiente.
5.- Nº reacciones alérgicas en planta tras la administración del tratamiento farmacológico / Nº pacientes intervenidos en la unidad: 2 alergias a ciprofloxacino.
6.- Error de administración medicación no prescrita: Ninguno

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La protocolización del tratamiento farmacológico presenta múltiples ventajas:
Menor número de errores en la administración de fármacos.
Dispensación adecuada.
Mayor facilidad del personal de enfermería en la preparación de los tratamientos intravenosos en el postoperatorio de paciente intervenidos de artroscopia
Baja tasa errores de administración de fármacos
Uso racional del medicamento
Familiarización con el tratamiento postoperatorio en pacientes intervenidos mediante técnica de artroscopia.
El protocolo será revisado cada bienio.

7. OBSERVACIONES.
El protocolo está incluido en el porgrama Farmatools unidosis.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1229 ========== ***

Nº de registro: 1229

Título
PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1229

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Autores:
GARCIA AGUILERA DAVID, VAL MANSOUR SAMI, ARROYO RUBIO ERNESTO, LARRIBA JAIME ANGEL, IZQUIERDO AVIÑO RAFAEL, BOSQUE GIMENEZ LUCIA, ANDRES ARRIBAS IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad Clínica

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Todo paciente que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico programado requiere durante su hospitalización en planta un tratamiento farmacológico pautado. Tras el inicio y la implantación de la unidad de Artroscopia en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en la planta de cirugía general se observó que el personal de enfermería no estaba familiarizado con el tratamiento farmacológico de los pacientes que ingresaban para ser sometidos a un proceso quirúrgico artroscópico en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Además no existe un especialista de cirugía ortopédica y traumatología de guardia presencial para poder consultar cualquier duda terapéutica.
El tratamiento farmacológico principalmente en dichos pacientes es analgésico y antibiótico prequirúrgico y en ocasiones postquirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el proceso farmacoterapéutico y garantizar la seguridad del paciente al aumentar la seguridad de los pacientes ingresados para procesos quirúrgicos programados.
Redacción e instauración del protocolo farmacológico en paciente intervenidos en la unidad de artroscopia del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

MÉTODO
1. Formación del grupo de trabajo que va a realizar el proyecto.
2. Revisión bibliográfica.
3. Elaboración de un protocolo del tratamiento farmacológico para los pacientes que ingresen en el Hospital Nuestra Señora de Gracia en la unidad de Artroscopia que implique a personal de enfermería, traumatólogos y el servicio de farmacia.
4.- Sesión informativa al personal de enfermería de la planta de Cirugía.
5.- Revisión y consenso de las normas y actividades del protocolo.
6.- Instauración del protocolo del tratamiento farmacológico

INDICADORES
1.- Porcentaje del texto redactado del protocolo para intervenciones de la extremidad superior.
2.- Porcentaje del protocolo redactado para intervenciones de la extremidad inferior
3.- Nº pacientes dado de alta de la unidad con utilización del protocolo / Nº pacientes totales ingresados en la unidad.
4.- Eficacia del protocolo: Nº complicaciones tras la utilización del protocolo.
5.- Número de pacientes que presenten alguna reacción medicamentosa / Nº pacientes total ingresados en la unidad

DURACIÓN
1.- Desde la aprobación del programa de mejora un mes para la elaboración del protocolo para extremidad inferior y superior.
2.- Tras la elaboración sesión informativa antes del periodo vacacional
3.- Implantación del protocolo
4.- Monitorización semestral de los resultados e indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1229

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA DEL HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1376

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MEJIA CASADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA
CASTELLS MURILLO INMACULADA
FRANCISCO SALAS RAQUEL
AZAGRA LOP ANTONIO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones con los componentes del equipo de trabajo para la realización de una nueva hoja informativa de recomendaciones y consejos para el cuidado postoperatorio y ejercicios encaminados a la recuperación
funcional domiciliaria que se entregan a los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla al alta hospitalaria. Las recomendaciones se explican verbalmente a cada paciente antes de abandonar el hospital.
El nuevo formato consta de 2 apartados principales:
Consejos sobre el cuidado de la prótesis, la herida, hábitos saludables, calzado, elementos domiciliarios...
Ejercicios: divididos en aquellos realizados tumbados, los realizados sentados, y cómo realizar actividades diarias como enfrentarse a escaleras y cómo deambular con dispositivos ortopédicos. Cada ejercicio consta de una breve explicación en su ejecución y se acompaña de una ilustración demostrativa.
Las recomendaciones se explican verbalmente a cada paciente antes de abandonar el hospital.
Posteriormente y durante el seguimiento de los pacientes en consulta se registran: escala EVA de dolor, balance articular, y se interroga sobre la ejecución de los ejercicios, así como el grado de satisfacción. Según protocolo de seguimiento de prótesis de rodilla al mes, 3 meses, 6 meses y al año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Escala EVA de dolor: disminución media en la escala de 2- 3 puntos comparando escalas en el primer mes con respecto al 3 mes. Disminución de 1-2 puntos en las escalas entre 3 mes y el 6 mes.
Balance articular: el estandar alcanzado en todos los pacientes son los 90 grados de flexión activa. Entre el primer mes y el 3 mes se ha objetivado mejora en los grados de extensión de aproximadamente 5 grados. Los 0 grados de extensión han sido alcanzados sólo por aquellos pacientes en los que no se objetivaba genu flexo previo a la cirugía.
El grado de satisfacción ha sido de media bueno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La recuperación funcional postquirúrgica en la artroplastia de rodilla es una parte muy importante en el tratamiento de la artrosis de rodilla. La implicación del paciente en su propia recuperación es básico, por lo que es necesario un buen seguimiento y una completa información sobre lo que debe y no debe hacer cuando se encuentre en su domicilio. Los resultados más llamativos son los que encontramos en la consulta de seguimiento entre el primer mes y el 3 mes. En esta consulta se vuelve a interrogar al paciente sobre los ejercicios que ha estado realizando en su domicilio, cómo, cuándo y qué realiza, y se resuelven dudas o se insiste en determinados ejercicios, sobre todo en aquellos que involucran la extensión. En la siguiente visita la mayoría de los paciente que se han involucrado en su recuperación tienen mejor BA y mejor escala EVA que aquellos que no han sido tan insistentes en su rehabilitación.
Sólo aquellos con limitaciones previas importantes, genu flexo, atrofia marcada de cuádriceps... han tenido peores valoraciones en cuanto a dolor y BA, precisando la mayoría apoyo en los servicios de Rehabilitación.
A pesar de la información detallada en la consulta en cuanto a lo que debe esperar de su prótesis, la valoración de grado de satisfacción ha dependido sobre todo de las expectativas en cuanto a la cirugía, y al grado de dolor e impotencia funcional reales previos a la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1376 ========== ***

Nº de registro: 1376

Título
ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1376

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LOS CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTQUIRURGICOS PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL POSTQUIRURGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA PRIMARIA

Autores:
MEJIA CASADO ANA, CAMUÑAS PESCADOR ANA CRISTINA, CASTELLS MURILLO INMACULADA, FRANCISCO SALAS RAQUEL, AZAGRA LOP ANTONIO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: funcional

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La recuperación funcional postoperatoria en la artroplastia de rodilla es una parte importante del tratamiento en el que hay conseguir involucrar a los pacientes. No sólo se trata de aliviar el dolor, si no de conseguir una buena funcionalidad; reservando la derivación al Servicio de Rehabilitación a aquellos pacientes que por sí mismos no hayan conseguido un balance articular esperado o cuya situación previa a la cirugía prevea una limitación. Por otra parte unos correctos cuidados postoperatorios de la herida disminuirán las complicaciones de la misma y conseguirán una recuperación más rápida.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejoría en la función y el balance articular postquirúrgico mediante la implicación del paciente en su propia recuperación

MÉTODO
Actualización de las recomendaciones sobre el cuidado postoperatorio y los ejercicios encaminados a la recuperación funcional domiciliaria que se entregan a los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla al alta hospitalaria. Estas recomendaciones se explicarán verbalmente a cada paciente antes de abandonar el hospital.

INDICADORES
Escala EVA del dolor durante el movimiento activo y pasivo al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Valoración de la herida quirúrgica al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Balance articular activo y pasivo al mes, 3 meses, 6 meses y al año
Se interrogará además, sobre la ejecución de los ejercicios para valorar que se realizan correctamente entre visitas.
Se compararán los resultados desde el inicio hasta el año. No se valorará el estado al alta ya que la analgesia, las recomendaciones y asistencia sobre la movilización durante la hospitalización no son las mismas que las que el paciente se encuentra en su domicilio.

DURACIÓN
Los indicadores anteriores se irán registrando en sucesivas consultas durante un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0623

1. TÍTULO

SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER GARCIA LATASA DE ARANIBAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PONS DOLSET JORDI
PALERO DIAZ EVANGELINA
ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL
CHARLEZ AZLOR ANTONIO LUIS
CONEJERO DEL MAZO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2017, fueron realizadas encuestas de satisfacción a los pacientes que acudían a a consulta multidisciplinar dermatología-reumatología para la atención de pacientes afectos de psoriasis y artritis psoriásica implantada en el año 2015

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados se adjuntan en un archivo adjunto donde se reflejan todos los datos a evaluar en la encuesta de satisfacción. En total, 18 ítem relacionados con diferentes conceptos de la atención a los pacientes. Como resumen de los resutados alcanzados, el grado de satisfacción general fue muy favorable en el 72% de los pacientes y favorable en el 28% restante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De los resultados obtenidos, se desprende que las consultas multidisciplinares en patologías donde se ven implicadas de manera frecuente 2 ó más especialidades generan un grado de satisfacción muy alto. Esta satisfacción puede ser consecuencia de la disminución del número de visitas por las que acudir al hospital o centro de especialidades y de la mejor toma de decisiones en relación a la patología del paciente que pueden realizar 2 especialistas que trabajan conjuntamente y discuten las dificultades y los beneficios de la petición de pruebas complementarias y de la instauración de los tratamientos que se van a prescribir.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/623 ========== ***

Nº de registro: 0623

Título
SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA

Autores:
GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER, PONS DOLSET JORGE, PALERO DIAZ EVANGELINA, ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL, CHARLEZ AZLOR ANTONIO LUIS, CONEJERO DEL MAZO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes afectos de psoriasis y artritis psoriásica
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Relación con pacientes: satisfacción en la atención

PROBLEMA
La consulta multidisciplinar dermatología-reumatología fue implantada en junio de 2015 y fue motivo de un Proyecto de Mejora de la Calidad en el ejercicio pasado cuyos resultados ya han sido presentados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0623

1. TÍTULO

SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGIA-REUMATOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES AFECTOS DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA

La colaboración entre ambos servicios, dermatología y reumatología, para el diagnóstico y control de los pacientes con manifestaciones cutáneas y articulares de la psoriasis ha permitido optimizar el manejo de estos pacientes: evitando exámenes innecesarios y tratamientos de riesgo, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor articular y, en consecuencia, mejorando la calidad de vida del paciente.
Sin embargo, a pesar de que creemos que el paciente está satisfecho con esta consulta multidisciplinar, no conocemos el grado de satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida.

RESULTADOS ESPERADOS
Dado que la consulta multidisciplinar dermatología-reumatología ya está consolidada y va a continuar, los objetivos del proyecto que se esperan conseguir son:
1) Facilitar el diagnóstico precoz de la Artritis Psoriasica (APs) en pacientes con psoriasis.
2) Mejorar el manejo de los pacientes con psoriasis y APs.
3) Aumentar la satisfacción de los pacientes con la asistencia conjunta por el dermatólogo y el reumatólogo.

MÉTODO
La creación de una consulta multidisciplinar compartida por los servicios de dermatología y reumatología en el manejo de pacientes afectos de psoriasis y APs ha supuesto una serie de ventajas:
1) Ventajas para los pacientes:
a) Evitar duplicidad de visitas y desplazamientos al programar una consulta conjunta y simultánea entre los dos especialistas.
b) Optimizar la solicitud y programación de las exploraciones complementarias.
c) Optimizar el tratamiento.
2) Ventajas para el hospital:
a) Evitar la duplicidad de consultas y exploraciones complementarias para un mismo paciente.
b) Desarrollar y promocionar iniciativas para optimizar alternativas terapéuticas.
c) Mejorar la eficiencia en el manejo de pacientes con psoriasis y APs.
Con este nuevo Proyecto de Mejora pretendemos conocer el grado de satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida que, subjetivamente creemos, ha sido muy elevada.

INDICADORES
Se continuará con la base de datos donde se recogen los motivos y síntomas de derivación, las comorbilidades relacionadas, el diagnóstico, las pruebas complementarias solicitadas y el tratamiento de los pacientes tanto previo como posibilidad del cambio del mismo en la consulta multidisciplinar.
El grado de satisfacción se obtendrá mediante una encuesta de satisfacción que valorará diferentes aspectos como la accesibilidad a la consulta, la atención médica recibida, la información suministrada y los servicios generales; una última pregunta hará referencia a la satisfacción general.

DURACIÓN
La consulta seguirá programándose, al igual que desde junio de 2015, un día de consulta con periodicidad mensual, entregando a los pacientes la encuesta de satisfacción para que reflejen su grado de satisfacción con la atención recibida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1194

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LAINTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DEHIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICADE DERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER GARCIA LATASA DE ARANIBAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL
ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL
FUENTELSAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA
MARRON MOYA SERVANDO EUGENIO
BRUALLA PROFITOS CARMEN
LAHOZA DIESTE ESPERANZA
SALANOVA LAZARO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los datos se han recogido de los pacientes visitados en las diferentes consultas de dermatología del servicio, sobre todo de la consulta monográfica de biológicos, pasando los cuestionarios de DLQI antes y después del tratamiento instaurado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes incluidos han sido 30.
De los que 11 son varones y 19 mujeres; proporción consistente con la literatura donde se comenta la mayor frecuencia de casos en el sexo femenino.
La edad media de los pacientes son 36,8 años, oscilando en un intervalo que va desde los 17 a los 62 años.
La gravedad de la Hidradenitis supurativa medida según el índice de Hurley se distribuyó de la siguiente manera:
• Estadio I de Hurley: 10 pacientes (33 %)
• Estadio II de Hurley: 14 pacientes (46,6 %)
• Estadio III de Hurley: 6 pacientes (20 %)
La Calidad de Vida Relacionada con la Salud medida según el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) mostró los siguientes datos:
• El DLQI previo osciló entre el valor 0 y el valor 22.
• El DLQI posterior osciló entre el valor 0 y el valor 24.
Al analizar la diferencia entre los valores de DLQI antes y después del tratamiento, observamos que no todos los pacientes experimentan una mejoría en el DLQI:
a) El DLQI empeoró en 13 (43,3 %) de los pacientes, es decir, que su calidad de vida era peor después de haber realizado el tratamiento al que hubieran sido sometidos. Si bien, 9 de los 13 pacientes perdieron entre 1 y 3 puntos que, prácticamente, es estar casi igual que antes de haber llevado a cabo las medidas terapéuticas.
b) Por el contrario, 12 pacientes (40 %) mejoraron su DLQI, es decir, presentaban mejor calidad de vida después de haber realizado el tratamiento que antes.
c) Y el 16 % de los mismos (5 pacientes) no les influyó para nada en la calidad de vida el tratamiento para su patología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es el modelo más aceptado para medir la repercusión psicosocial asociada a una patología crónica. Sin embargo, debido a que es muy general no mide bien la calidad de vida en ciertas patologías, como puede ser en la hidradenitis supurativa. Ello ha llevado a desarrollar y validar un nuevo instrumento para evaluar la calidad de vida en pacientes afectos de esta patología denominado HSQoL cuyos resultados se están presentando en la actualidad, y del que ha sido promotor del estudio el Grupo Español de Dermatología y Psiquiatría (GEDEPSI) siendo coordinador del mismo el Dr Marrón e parte de los investigadores participantes son el Dr Alcalde, la Dra Fuentelsaz y el Dr García Latasa de A. miembros de este proyecto de Acuerdo de Gestión Clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1194 ========== ***

Nº de registro: 1194

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1194

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LAINTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DEHIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICADE DERMATOLOGIA

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DE HIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DERMATOLOGIA

Autores:
GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER, ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL, ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL, FUENTELSAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA, MARRON MOYA SERVANDO EUGENIO, BRUALLA PROFITOS CARMEN, LAHOZA DIESTE MARIA ESPERANZA, SALANOVA LAZARO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La hidradenitis supurativa (HS) se ha definido como una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recurrente y debilitante, que habitualmente se presenta tras la pubertad con lesiones profundas, inflamadas y dolorosas, afectando a las áreas corporales con presencia de glándulas apocrinas, siendo las regiones más frecuentemente afectadas la axilar, inguinal y anogenital.
La prevalencia de la HS oscila entre el 1% y el 4% según las publicaciones. Con respecto a la distribución etaria, la enfermedad habitualmente se inicia tras la pubertad, generalmente al inicio de la tercera década, y suele permanecer activa durante la tercera y cuarta décadas de la vida con cierta mejoría a partir de la menopausia; suelen ser los varones los que mantienen actividad de la enfermedad a partir de los 50 años
El impacto psicosocial, relaciones interpersonales y autoestima provocados por la inflamación, el olor y el dolor que genera la enfermedad repercute significativamente en la calidad de vida de estos pacientes.
La consulta monográfica permite un estudio pormenorizado del paciente y una mayor atención a aspectos importantes de la enfermedad que no se pueden abordar en una consulta habitual, entre ellos, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).
El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es el modelo más aceptado para medir la repercusión psicosocial asociada a una patología crónica. En diferentes estudios, se ha comprobado la importante afectación en la calidad de vida en la HS.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es evaluar el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) antes y después del tratamiento de Hidradenitis Supurativa, así como el grado de gravedad (estadificación de Hurley) de los pacientes que son remitidos a la consulta monográfica.

MÉTODO
Para lograr los objetivos, se recogerán los datos de aquellos pacientes afectos de HS que hayan sido remitidos a la consulta monográfica de «BIOlógicos en DERmatología (BIODER)», consulta con varios años en funcionamiento para pacientes de psoriasis e hidradenitis supurativa moderada o grave susceptibles de tratamiento sistémico y/o biológico, de periodicidad semanal en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián. En el caso de la HS, los pacientes son remitidos principalmente desde las consultas externas de los Servicios de Dermatología y Cirugía General.

INDICADORES
1. Gravedad de la enfermedad: estadificación de Hurley.
2. Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) antes del tratamiento médico.
3. Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) después del o de los diversos tratamientos tras, al menos, 1 año de seguimiento.
El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) es un cuestionario especifico para la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada (CVRS) con la Salud en enfermos dermatológicos. El instrumento está compuesto por 10 preguntas. El rango de puntuación del DLQI oscila entre 0 (no afectación de la CVRS) y 30 (máxima afectación de la CVRS). Las 10 preguntas están subdivididas en 6 dominios: síntomas y sentimientos, actividades de la vida diaria, ocio, actividades laborales/escolares, relaciones interpersonales y tratamiento. El cuestionario lo realiza el paciente en la propia consulta (autoadministrado).

DURACIÓN
Un año. Lo que resta de 2018 y parte de 2019.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1194

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA, ANTES Y DESPUES DE LAINTERVENCION TERAPEUTICA, DE LOS PACIENTES AFECTOS DEHIDRADENITIS SUPURATIVA REMITIDOS A UNA CONSULTA MONOGRAFICADE DERMATOLOGIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0987

1. TÍTULO

ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA PARDILLOS TOME
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOSTACERO TAPIA SONIA
NAVARRO DOURDIL MONICA
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE
PABLOS AMADO MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
a. Consulta de bibliografía actualizada relacionada con las recomendaciones y cuidados de enfermería necesarios antes y después de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos comunes en la práctica habitual de la patología digestiva, en concreto colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), ecoendoscopia digestiva alta, gastrostomía endoscópica percutánea, biopsia hepática, paracentesis y preparación del paciente previa a la realización de la colonoscopia.

b. Reunión y puesta en común de la información recabada entre los componentes del grupo de mejora. Debatir puntos importantes a recalcar y puntos a mejorar, con el fin de aumentar la seguridad del paciente y facilitar su conocimiento e implementación por parte del personal de enfermería.

c. Elaboración de las recomendaciones clínicas de cada procedimiento basadas en la evidencia científica vigente.
i. Revisión y actualización de protocolo de CPRE
ii. Revisión y actualización de protocolo de ecoendoscopia digestiva alta
iii. Revisión y actualización de protocolo de gastrostomía endoscópica percutánea
iv. Revisión y actualización de recomendaciones para el cuidado de la sonda de gastrostomía para cuidadores y personal sanitario
v. Revisión y actualización de protocolo de biopsia hepática
vi. Creación de protocolo de paracentesis
vii. Revisión y actualización de normas de preparación para colonoscopia
viii. Creación de protocolo post-polipectomía endoscópica.

d. Recopilación de todas ellas en formato papel y electrónico.

e. Distribución y difusión en las unidades de enfermería donde se llevarán a cabo los cuidados. Aunque los pacientes ingresados a cargo de Servicio de Digestivo se encuentran preferentemente en las plantas 1ª A (Cirugía) y 2ª B (Neumología), se distribuirá, igualmente, la documentación al resto de las unidades de enfermería, entregando en todas ellas la recopilación de las recomendaciones en formato papel (dossier) y en formato electrónico (pdf). Éste último, se graba en el escritorio de cada ordenador de todos los controles de enfermería para poder ser consultado cuando se requiera. Igualmente, se entrega al/ a la supervisor/a de enfermería de cada unidad.

f. Tras la implantación del Programa de Prescripción Farmacológica (Farmatools-Unidosis), se plantea la creación de “protocolos” de prescripción informática en caso de realización de CPRE, ecoendoscopia, gastrostomía endoscópica percutánea y biopsia hepática, con la colaboración del Servicio de Farmacia, con el fin de agilizar las órdenes de tratamiento en estos pacientes, ya que, salvo particularidades y necesidades especiales, los cuidados post-procedimiento de estos pacientes presentan escasa variabilidad.

g. Se propone a la Unidad de Calidad Asistencial del hospital la posibilidad de que dichos documentos se encuentren disponibles en la Intranet del Sector Zaragoza I, con el fin de que puedan consultarse en cualquier momento y por cualquier miembro del personal sanitario.

La elaboración de las recomendaciones clínicas se realizó en el primer y segundo trimestre de 2017. Su distribución y difusión se ha realizado en el último trimestre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
a. Aunque, previamente, ya se disponía de protocolos de actuación ante diversos procedimientos clínicos, tras la consulta bibliográfica se ha actualizado la información de todos ellos.
b. Se elabora un protocolo de actuación de enfermería ante la realización de paracentesis, que no existía previamente. Con ello, se ha facilitado la comprensión y el desarrollo de esta técnica y sus cuidados posteriores por parte del personal implicado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0987

1. TÍTULO

ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION

c. Se han conseguido unificar los criterios de actuación ante la realización de un procedimiento (endoscópico o de otro tipo), disminuyendo la variabilidad de las actuaciones realizadas entre estos pacientes. La aplicación de los mismos criterios en todos los pacientes por igual, se traduce en una mejora de la seguridad del paciente, disminuyendo, en la medida de lo posible, los riesgos o acontecimientos adversos derivados del procedimiento. Estas recomendaciones hacen especial hincapié en la comprobación de posibles errores, siguiendo una lista de comprobación o checklist (por ejemplo, confirmar que se dispone del consentimiento informado firmado por el paciente; valoración preanestésica, si lo requiere; comprobar retirada de tratamiento antiagregante o anticoagulante, etc.)
d. Facilitar al personal de enfermería una correcta práctica asistencial mediante esta herramienta, especialmente al personal no habituado a este tipo de patologías o cuidados, ya que, al no disponer de planta de hospitalización propia, los pacientes ingresados a cargo del Servicio de Digestivo pueden ser atendidos en cualquier unidad de enfermería del hospital.

Creemos que los objetivos preliminares del proyecto (elaboración, difusión y distribución de las recomendaciones) se han cumplido en el momento de redactar esta memoria. En cuanto a la evaluación de los resultados, el indicador de evaluación y seguimiento propuesto en el proyecto fue:
Número de pacientes a los que se les aplica el protocolo o recomendación clínica / número de pacientes sometidos a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico x 100
Aunque no existe un registro cuantificado del número total de pacientes a los que se les aplican los protocolos, las recomendaciones se aplicaron a la totalidad de pacientes ingresados a cargo del Servicio de Digestivo en los que se llevó a cabo cualquiera de estos procedimientos (diagnóstico y/o terapéutico). Por tanto, ha sido del 100% en este caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La elaboración de protocolos y recomendaciones clínicas facilita la labor asistencial, disminuye la variabilidad y la posibilidad de errores o acontecimientos adversos, mejorando la seguridad del paciente.
- También mejora la satisfacción y la implicación del personal sanitario
- Para la elaboración de dichas recomendaciones es importante contar con la implicación de todo el personal relacionado con el proceso.
- Queda pendiente la creación de grupos multidisciplinares con otras especialidades para la revisión, actualización y seguimiento de estas recomendaciones y otras nuevas que puedan surgir.

7. OBSERVACIONES.
Dichas recomendaciones, realizadas a día de hoy, están sujetas a nuevas revisiones y modificaciones en el futuro, debiendo ser actualizadas periódicamente, en virtud de los nuevos conocimientos en estos campos.

SE ENVÍA COPIA DE LA MEMORIA A LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL ROYO-VILLANOVA-SECTOR I, ADJUNTANDO DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/987 ========== ***

Nº de registro: 0987

Título
ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION

Autores:
PARDILLOS TOME ANA, MOSTACERO TAPIA SONIA, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, NAVARRO DOURDIL MONICA, PABLOS AMADO MANOLI

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0987

1. TÍTULO

ELABORACION DE RECOMENDACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA ANTES Y DESPUES DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN DIGESTIVO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE NUEVA CREACION

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dado que no existe una planta de hospitalización propia del Servicio de Digestivo, los pacientes ingresados a nuestro cargo se agrupan preferentemente en dos de las plantas del hospital, en las cuales también se encuentran pacientes de otras especialidades médicas y quirúrgicas. Muchos de los pacientes que ingresan en nuestro servicio requieren algún tipo de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico (procedimientos endoscópicos, paracentesis o biopsia hepática). En el momento actual, no existen protocolos unificados de actuación ante estas situaciones. Por ello, puede existir variabilidad en las indicaciones médicas y pueden generarse dudas en el personal de enfermería responsable de estos pacientes. Es necesario que todo el personal sanitario implicado en el manejo y cuidado de los pacientes que se someten a estos procedimientos (tanto personal médico como de enfermería) tengan los conocimientos necesarios sobre: en qué consiste el procedimiento, cuál debe ser la preparación previa del paciente y cuáles deben ser los cuidados posteriores. Por ello, para unificar estas actuaciones y mejorar la calidad asistencial, se propone la elaboración de una serie de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible para cada tipo de procedimiento a realizar

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificar los criterios de actuación ante la realización de un procedimiento en Digestivo, endoscópico o de otro tipo, mediante la elaboración de recomendaciones clínicas específicas para cada uno de ellos, incluyendo variaciones en situaciones especiales (pacientes en tratamiento anticoagulante, diabetes, diálisis, insuficiencia cardíaca congestiva…)
- Disminuir la variabilidad de las actuaciones realizadas en estos pacientes.
- Mejorar la seguridad del paciente y disminuir en la medida de lo posible los riesgos o acontecimientos adversos derivados del procedimiento.
- Facilitar al personal de enfermería una correcta práctica asistencial mediante esta herramienta, especialmente al personal no habituado a este tipo de patologías o cuidados.

MÉTODO
- Consulta de bibliografía relacionada.
- Realización de reuniones entre los componentes del grupo de trabajo para consensuar las recomendaciones a seguir.
- Elaboración de un dossier o manual de actuación recopilando todas las recomendaciones a aplicar.
- Distribución y difusión en las unidades de enfermería donde se llevarán a cabo los cuidados.

INDICADORES
- Número de pacientes a los que se les aplica el protocolo o recomendación clínica/número de pacientes sometidos a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico x 100
- Número de recomendaciones clínicas elaboradas/nº de recomendaciones a realizar

DURACIÓN
Fecha de elaboración de recomendaciones clínicas: último trimestre de 2016
Fecha de distribución y difusión: primer trimestre de 2017
Fecha de implementación: segundo trimestre de 2017
Fecha de evaluación de indicadores: último trimestre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA PEÑA GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDO TREBOLLE JOSE
ESCARTIN VALDERRAMA JORGE
BLASCO SATUE ALICIA
RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN
NERIN DE LA PUERTA JUAN
PALERO MARIAM
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se adjuntan memorias de las 4 reuniones realizadas y acuerdos acordados

Acta Primera Reunion: PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

DIA Y HORA: 7 DE JUNIO 14.00

ASISTENTES:
· FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ESCARTIN VALDERRAMA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
·RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
. NERIN DE LA PUENTE JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
.PALERO MARIAM DUE. H ROYO VILLANOVA
. PEÑA GONZALEZ ELENA MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

AUSENCIAS JUSTIFICADAS
.SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

ORDEN DEL DIA
Puesta de contacto con los integrantes del grupo de trabajo y base a mejorar
RESUMENES Y ACUERDOS
Se resume importancia del problema a tratar y se presenta material extraido tras búsqueda bibliográfica que será revisado mas detenidamente por los miembros del equipo. Se propone algoritmo de trabajo extraido de articulo de Panes y Rimola que se revisara.
Se comenta idoneidad de utilizar una nomenclatura en común en cuanto a la clasificación de las fistulas. La Dra. Blasco comenta plantilla sugerida desde la Sociedad de Radiologia que se aportara al proyecto.
Se acuerda que los pacientes con sospecha de absceso perianal seran derivados al Servicio de Urgencias contactando con el cirujano de guardia. Se realizará valoración por el mismo y drenaje del mismo si se confirma lesión. La colocación de sedal laxo en ese momento dependerá de la facilidad del mismo en cada caso individual. Si no fuera posible su colocación, se solicitara una RM, y se realizara en un segundo tiempo.
Se comenta que generalmente no se ponen ATB al alta. Tras absceso drenado y colocado sedal se comenta que tambien seria recomendable la realizacion de RM para descartar otros trayectos o colecciones no drenadas de cara a inicio de tratamiento antITNF
En pacientes con enfermedad fistulizante sin sospecha de absceso, se solicitara desde consulta de digestivo RM, colonoscopia y valoración por Cirugia.En caso de fistula compleja se comenta la necesidad de la colocación de sedales previo al inicio de tratamiento con antiTNF.
Se pregunta sobre tiempos previstos para la realización de RM comentando tiempos de unas 3 semanas.
Se pregunta sobre posibilidad de citar a estos pacientes en “huecos de consulta” o “huecos de quirófano” reservados para ellos no siendo posible según agendas actuales
CALENDARIO REUNIONES
Se intentara reunión en 2-3 semanas antes de periodo vacacional o en julio si no hubiera ningún integrante del grupo de vacaciones. Si no se postpondra a Septiembre

Próxima reunión a concretar . Siendo las 15:10 horas se da por finalizada la reunión.

Acta Segunda Reunion: PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

DIA Y HORA: 18 DE SEPTIEMBRE 2018 14.15

ASISTENTES:
· FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· ESCARTIN VALDERRAMA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
·RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
. NERIN DE LA PUERTA JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
.PALERO MARIAM DUE. H ROYO VILLANOVA
. PEÑA GONZALEZ ELENA MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

AUSENCIAS JUSTIFICADAS
.SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

ORDEN DEL DIA
Presentacion y discusión de caso clinico
Discusion de pasos a seguir tras colocación de sedales y tratamiento medico
Discusion de plantilla de solicitud de RMN propuesta

RESUMENES Y ACUERDOS

• Se comenta caso clínico (NHC) de EC colon de larga data sin lesiones endoscópicas en tratamiento desde 2011 con antiTNF(infliximab) con buena respuesta clínica y leve/minima supuración actual. En RMN control presencia de absceso y fistula
Revisadas imágenes no se confirma absceso. Fistula tipo Grado II de St James pero con minimo trayecto secundario. Niveles de fármacos inadecuado por presencia de ATIs. Se decide valoración en consulta de Cirugia. Si minima afectación, se plantea inducción con ADA sin colocación de sedal previo. Se ha asociado Ciprofloxacino desde última visita.
Se incide en sistema de alerta ante hallazgos patológicos en prueba de imagen ambulatorio
• Tras pauta de inducción y respuesta clínica y endoscópica adecuada (16-24 semanas) se discute cuando estaría indicado retirar sedales y si es necesario o no realizar RMN previa. Se decide hacer RMN y retirada de sedales si no datos de actividad. Se acuerda indicar en el volante de petición junto al motivo de petición, la realización en 6 meses.

• Tras retirada de sedales, en caso de no cierre de fistula, se preguntan por las distintas opciones terapéuticas. Se explican posibilidad de LIFT, fibrin glue y en breve disponibilidad de células mesenquimales

• Se comenta plantilla propuesta por la SEDIA . Documento complejo. Se discuten los datos clínicos que necesita un Radiologo y los que necesita el clínico para incluirlos en el volante de petición y en el informe de Radiologia.

o Datos clínicos: Cirugia perianal previa y tipo de cirugía(drenaje absceso, fistulotomia, fistulectomia, colocación de sedal u otras). Actividad clínica
o Datos radiológicos: Tipo de Fistula(clasificación de St James), datos de actividad(trayecto hiperintenso T2/realce completo/periferico tras gadolinio) o de cicatrización(hipointenso T2) y presencia o no de abscesos

CALENDARIO REUNIONES
Se intentara reunión en 4-6 semanas, para presentar algoritmo definitivo

Próxima reunión a concretar . Siendo las 15:15 horas se da por finalizada la reunión.

Acta TERCERA Reunion: PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

DIA Y HORA: 27 de Noviembre 14 30

ASISTENTES:
· ESCARTIN VALDERRAMA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
·RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
. NERIN DE LA PUERTA JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
. PEÑA GONZALEZ ELENA MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

AUSENCIAS JUSTIFICADAS
.SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
· FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
.PALERO MARIAM DUE. H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

ORDEN DEL DIA
Presentacion y discusión de 2 casos clinicos
Presentacion de boceto inicial del proyecto y discusión del mismo
RESUMENES Y ACUERDOS

• Se comenta caso clínico (NHC) de mujer de 56 años con EC colonica de larga data con 2 estenosis sin datos de actividad actual en tratamiento combinado con Infliximab y Metrotexate. Disminucion de calibre desde inicio de tratamiento pero imposibilidad de franquearla. Pauciasintomatica. Antecedentes de CCR en familiar de primer grado y talasemia minor. Una de las estenosis, angulada e irregular de 4,5 cms. Se plantean como opciones dilatación endoscópica o cirugía dado antecedentes y características de la estenosis. Valoradas imágenes, evolución y datos presentados se opta por intentar primero dilatación endoscópica

• Segundo caso clínico (NHC). Mujer de con EC ileocolica con debut en 2011. Patron inflamatorio con perianal previa asociada. Perdida de respuesta a ADA a pesar de intensificación con cambio a Ustekinumab en Julio con fracaso de respuesta en semana 16(2 ingresos desde inicio de tratamiento; primero semana 8 y segundo semana 16). Patron penetrante actual. Valorado imágenes, destaca extensión de 20 cms de ileon frente a los 10 cms reflejados en ultimo TAC . Se discute opciones de tratamiento actual, intentar segundo antiTNF o cirugía. Dado fracaso secundario a ADA con niveles optimos del mismo y patron penetrante actual se plantea opción quirúrgica como primera opción .

• Se presenta(ver adjunto) boceto inicial del proyecto de “MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL”. Dada la hora se decide revisar material y discusion en próxima reunion

CALENDARIO REUNIONES
Se intentara reunión en plazo máximo de 1 mes, para presentar algoritmo definitivo . Siendo las 15:15 horas se da por finalizada la reunión.

Acta CUARTA Reunion: PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

DIA Y HORA: 17 de enero 2019 14 30

ASISTENTES:
· ESCARTIN VALDERRAMA JORGE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· FERNANDO TREBOLLE JOSE. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
. NERIN DE LA PUERTA JUAN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
. PEÑA GONZALEZ ELENA MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO

AUSENCIAS JUSTIFICADAS
.SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. APARATO DIGESTIVO
.
.PALERO MARIAM DUE. H ROYO VILLANOVA
RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO

ORDEN DEL DIA
Presentacion y discusión de 3 casos clinicos
Discusion de boceto de proyecto.

RESUMENES Y ACUERDOS
• Se comenta caso clínico (NHC 286253) Sara Ferrer Mujer de 32 años con EC ileocolica diagnosticada en con perdida de seguimiento y sin tratamiento. Ingreso en Julio y octubre por pielonefritis por uropatía obstructiva con colocación de doble j en ambas ocasiones, retirado primero previo a reingreso. En TAC proceso inflamatorio presacro con escasa cantidad de liquido de 87mmde extensión longitudinal desde S1 hasta coxis. Confluencia y tracción a 12cm del margen anal, de recto superior y asa de ileon distal con trayectos fistulosos comunicantes con el área inflamatoria en ambos
Dado que paciente asintomatico y requerir resección compleja se decide inicio de tratamiento biológico(infliximab+/- IMN) con control estricto y valoración tras inducción.

• Segundo caso clínico (NHC). Victor Bosque Almundi. Enfermedad de Crohn ileal diagnosticado en Octubre con patron inflamatorio/penetrante de inicio. Tras inicio de ADA reingreso por uropatía obstructiva por afectación de plastrón inflamatorio que requirió colocación de tubo doble J. Tras alta nuevo reingreso por absceso psoas de 20cms. Se ha realizado drenaje percutáneo con exito. Se decide dado fracaso a ADA(primario??) cirugía electiva tras estabilización y optimización de nutrición.
• Tercer caso clínico Elena EC ileal con ingreso por patron penetrante. AP de neo laringe hace 1 año. Se decide cirugía electiva dada la imposibilidad por AP de tratamiento biológico y/o IMN
• Se aprueba Proyecto de “MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL”.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

Se acepta boceto inicial sin modificaciones adicionales
Siendo las 15:15 horas se da por finalizada la reunión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se adjuntan protocolo definitivo

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

1. Si sospecha de absceso, el paciente será enviado al SU donde será valorado por el Cirujano de Guardia. Si se confirma la presencia de absceso, se realizará drenaje urgente.
La colocación de sedal laxo en la misma intervención será individualizado según el caso.
En el informe de alta :
- Pauta de Antibiotico(ciprofloxacino 500/12 vs Metronidazol 500/12 horas hasta control por Digestivo. Preferiblemente cipro por su mejor tolerancia digestiva.
- Se solicitara volante para realización de RMN pélvica de control preferente
- Cita con Cirugia tras RMN. Si no se colocaron sedales o lesiones subsidiarias de drenaje en RMN o de colocación de nuevos sedales, se citara al paciente para colocarlos. Si sedales colocados y no presencia de mas fistulas complejas el paciente será valorado semana siguiente con Digestivo

2. Si presencia de fistula activa sin sospecha de absceso:

- Se comprobara estudio prebiologico y se solicitara valoración en consulta de ITL si no ha sido valorado o valoración superior a 1 año
- Se solicitara RMN
- Cita en Digestivo tras resultado de RMN
- Pauta de ATB hasta siguiente control.
- Rectoscopia preferente(máximo 15 dias)

En volante de RMN se indicara los siguientes datos clínicos: Numero de trayectos fistulosos y colocación horaria, cirugia perianal y tipo de cirugía previa y actividad clínica .

En el informe de RMN se indicara : Tipo de Fistula(clasificación de St James), datos de actividad(trayecto hiperintenso T2/realce completo/periferico tras gadolinio) o de cicatrización(hipointenso T2) y presencia o no de abscesos.

Si fistula simple y no proctitis se mantendrá tratamiento antibiótico durante 8-12 semanas. Si no respuesta se valorara fistulotomia.

Si fistula simple con proctitis se iniciara tratamiento con AZA/6MPT. Si no respuesta o tratamiento ya previo, se valorar escala con antiTNF

Si fistula compleja se citara preferente en Cirugía para colocación de sedal. Tras alta citar en 15 dias en digestivo para inicio tratamiento con antiTNF

En caso de fistula compleja con actividad luminal, tras inducción con antiTNF se solicitara rectoscopia para valorar curación mucosa (salvo calprotectinas < 50/100 en 2 determinaciones)
Si no respuesta se valorara intensificación. Si no respuesta cambio de biológico basado en niveles de farmaco. Si no respuesta estoma derivativo/protectomia.

En caso de fistula compleja con CM y respuesta clínica, se solicitara RMN. Si no trayectos nuevos se retiraran sedales.
Si curación, se mantendrá tratamiento previo
Si no curación se valorara por Cirugia opciones disponibles()asociado a tratamiento medico previo

En caso de fistula compleja sin actividad luminal inicial y actividad persistente a pesar de tratamiento antitnf (nuevas fistulas clínicamente significativas o nuevos trayectos relevantes en RMN control) se valorara intensificación. Si no respuesta, cambio de biológico basado en niveles de fármaco. Si no respuesta manejo quirúrgico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

Tiempos aproximados
RMN inicial(3-4) semanas
RMN control(poner en volante tiempo). Se solicitara desde Digestivo tras respuesta a tratamiento(poner 6 meses)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valiéndonos del incomparable marco de interacción interdisciplinar que nos brindan las sesiones de trabajo sobre la enfermedad inflamatoria intestinal,se ha llevado a cabo la realizacion de un protocolo para el manejo de enfermedad perianal en enfermos con Enfermedad de Crohn. Todo ello tras la realizacion de una serie de pasos que ha incluido,

. Realizar una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema por parte de los distintos servicios que conforman este grupo de trabajo.

• Exponen las conclusiones extraídas de esas revisiones por parte de digestivo, cirugía y radiología, en las sesiones clínicas multidisciplinares de enfermedad inflamatoria intestinal.

• Elaborar un primer boceto de documento que aúne los ítems principales de las recomendaciones extraídas de las revisiones y sesiones clínicas previamente realizadas.

• Llevar a cabo sesiones clínicas en los tres servicios implicados para dar a conocer la problemática de la enfermedad perianal, con presentación del texto que recoja las recomendaciones generales nacionales e internacionales.

Recoger todas las aportaciones y consensuar entre todos cuales pueden ser los mecanismos más prácticos para poder implementar este modelo de actuación en nuestro hospital y presentar un protocolo adecuado a nuestro medio

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/611 ========== ***

Nº de registro: 0611

Título
PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

Autores:
PEÑA GONZALEZ ELENA, SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE, NERIN DE LA PUERTA JUAN MANUEL, FERNANDO TREBOLLE JOSE, ESCARTIN VALDERRAMA JORGE, BLASCO SATUE ALICIA, RODRIGUEZ BOROBIA AGUSTIN, PALMERO PEREZ MARIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con enfermedad de Crohn pueden presentar una afección perianal hasta en el 30% de los casos e incluso ser ésta la forma de debut de la enfermedad (4-9%). El manejo de esta patología es complicado e implican a varias especialidades en el mismo. No se dispone de una terapia curativa hasta la fecha, pero el tratamiento combinado médico quirúrgico puede mejorarlos de forma sustancial y mejorar su calidad de vida. Las guías clínicas actuales proponen diversos esquemas de trabajo pero siempre adaptándolas a las técnicas y profesionales disponibles en cada hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un algoritmo consensuado de manejo conjunto del los pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante perianal, teniendo en cuenta las posibilidades reales de técnicas radiológicas y terapéuticas de las que disponemos en nuestro hospital, consiguiendo así que sea aplicable en nuestro medio. Los objetivos derivados de esto son intentar uniformizar el proceso de actuación ante estos pacientes complejos, que a veces requieren de una actuación urgente y siempre combinada entre varios especialistas. Intentar disminuir la variabilidad interprofesional en el manejo de los pacientes con fistulas perianales.

MÉTODO
Valiéndonos del incomparable marco de interacción interdisciplinar que nos brindan las sesiones de trabajo sobre la enfermedad inflamatoria intestinal, que venimos desarrollando en nuestro hospital desde hace más de un año (produciéndose así un enlace de continuidad con el proyecto de calidad desarrollado por este mismo grupo en la pasada convocatoria):

- Realizar una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema por parte de los distintos servicios que conforman este grupo de trabajo.
- Exponen las conclusiones extraídas de esas revisiones por parte de digestivo, cirugía y radiología, en las sesiones clínicas multidisciplinares de enfermedad inflamatoria intestinal.
- Elaborar un primer boceto de documento que aúne los ítems principales de las recomendaciones extraídas de las revisiones y sesiones clínicas previamente realizadas.
- Llevar a cabo sesiones clínicas en los tres servicios implicados para dar a conocer la problemática de la enfermedad perianal, presentación del texto que recoja las recomendaciones generales nacionales e internacionales. Recoger todas las aportaciones y consensuar entre todos cuales pueden ser los mecanismos más prácticos para poder implementar este modelo de actuación en nuestro hospital.
- Reevaluar todas las propuestas de mejora y ponerlas en común.

INDICADORES
.- La mejora en la coordinación de entre los servicios de cirugía, aparato digestivo y radiología en el manejo de los pacientes con EII.

.- Realizar actas de las sesiones clínicas con recogida de todas las propuestas realizadas.

.- Una vez consensuado el modo mejor de actuación en los pacientes con enfermedad fistulosa perianal, registrar los primeros pacientes que presenten este escenario clínico y monitorizar en ellos, si somos capaces de llevar a la práctica clínica los pasos que se hayan acordado; identificando los plazos en los que se realizan las exploraciones diagnósticas y las medidas terapéuticas.

DURACIÓN
Octubre - noviembre 2016:
.- Realización de una revisión exhaustiva de la bibliografía disponible en la actualidad sobre el mejor manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal con fístulas perianales.

Diciembre 2016-enero 2017:
.- Presentación de un resumen de los textos analizados, en tres bloques, por parte de los facultativos de radiología, digestivo y radiología, en el seno de las sesiones interdisciplinares de EII.
.- Fusionar en un documento, las aportaciones extraídas en cada sesión.

Febrero 2017:
.- Realización de reuniones entre el equipo elaborador del texto con los distintos servicios, comenzando por los jefes de servicio, para dar a conocer el proyecto.

Febrero-marzo 2017:
.- Recoger todas las aportaciones y posibles medios de aplicación en nuestro hospital del esquema de trabajo consensuado. Este proceso se presenta a priori como el más complicado y laborioso, que requerirá posiblemente de la colaboración de otros servicios médicos como anestesia y departamentos como el de citaciones. Discursión de cuáles son los procedimientos y cronología de actuación que pueda ser realmente plausible su realización en nuestro medio.

A partir abril de 2017:
.- Promover la utilización de la guía de trabajo elaborada.
.- Registrar dentro de las sesiones multidisciplinares de EII, los pacientes que se presentan con enfermedad perianal y cuál es su manejo, plazos de actuación…
.- Identificar y analizar cuáles son las mayores dificultades que se encuentra el protocolo de trabajo en el día a día, para poder implementar mejoras en el futuro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0611

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECCION FISTULIZANTE PERIANAL. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA I SECTOR DE ZARAGOZA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0888

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN CABREJAS GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE
CEBRIAN GARCIA CARMELO
REMON GARIJO LOTO
SANZ MONCASI PILAR
PADRON RODRIGUEZ NOELIA
GARCIA GARCIA JOSE ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una reunión conjunta el servicio de Endocrinología y el servicio de Radiología, con el fin de buscar una manera objetiva de valorar, las distintas características de los nódulos tiroideos, y poder por tanto seleccionar de manera adecuada y rentable, cuáles serían los nódulos seleccionados para punción con aguja fina. Se han valorado las recomendaciones de punción nodular tiroidea de las diferentes guías actuales y se ha propuesto la valoración TIRADS con modificación de 2017, para poder facilitar la selección de una manera más objetiva.
Además se ha realizado una reunión con Anatomía Patológica para unificar todos los diagnósticos de las punciones tiroideas y utilizar siempre la clasificación de Bethesda, para que de una manera sencilla y rápida, podamos valorar según el grado de clasificación, cuáles son los nódulos seleccionados para tratamiento quirúrgico por sospecha de malignidad.
Además se han revisado todas las tiroidectomías totales y hemitiroidectomías que se han realizado durante el año 2018, para analizar la correlación clínico-ecográfica con la paaf preoperatoria y el diagnóstico definitivo de la pieza quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2018 se han realizado un total de 38 cirugías tiroideas, siendo el 74% de los casos tiroidectomías totales y un 26% hemitiroidectomías.
La edad media de los pacientes intervenidos fueron 52 años con un tamaño medio de nódulo de 3 centímetros y con normofunción tiroidea. De este total de pacientes, la gran mayoría tenían paaf preoperatoria (33 de 38) pero hubo 5 pacientes que no tenían previa, por tener indicación quirúrgica diferente a la patología nodular.

Del total de punciones nodulares se clasificaron según el sistema de Bethesda en 2 casos como tipo I, 15 casos como tipo II, 7 casos como tipo III, 3 casos como tipo IV, 6 casos como tipo V y ninguna como tipo VI. A la hora de analizar la pieza quirúrgica, de los 17 pacientes que tuvieron la calsificación de Bethesda tipo I o II el resultado fuer que 15 pacientes tuvieron diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica de benignidad y en 2 pacientes se diagnosticó hallazgo de cáncer de manera incidental. Del conjunto de los 9 pacientes englobados como sospecha de malignidad con la clasificación IV y V de Bethesda, 6 pacientes presentaron cáncer de tiroides y 3 pacientes fueron muestras benignas, lo que suspuso un 33% de no concordancia con el diagnóstico preoperatorio. Del total de 7 pacientes con una clasificación tipo III de Bethesda, 3 fueron benignos y 4 tuvieron cáncer tiroideo. El pocentaje de acierto de la clasificación preoperatoria fue de un 80%, tendiendo en cuenta que el resultado indeterminado tipo III de Bethesda no se tuvo en cuenta para este análisis.
En cuanto a las características de los nódulos tiroideos, el 70 % de los nódulos formaban parte de un bocio multinodular. La mayoría tenían normofunción tiroidea con una presencia de anticuerpos tiroideos en la mitad de la muestra. Se observó que eran más frecuentes en mujeres (79%), con márgenes bien definidos y con forma regular. Tan sólo un 14% presentaron microcalcificaciones y ninguno presentó macrocalcificaciones. el 67% eran isoecoicos frente a un 33 % que fueron hipoecoicos. UN 76% fueron sólidos, 21% mixtos y 3% quísticos. En cuanto al halo hipoecoico alrededor la mitad sí que tenía frente a la otra mitad que no. El 59% eran de localización derecha, 38% localización izquierda y un 3% en istmo. Tan sólo se observaron adenopatías patológicas en un 6% de los casos. El resultado final de todas las piezas quirúrgicas operadas supuso un 66% de pieza benignas, un 16% de piezas malignas ya sospechadas antes de la cirugía y un 18% de cáncer incidental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En cuanto a la consecución de objetivos, hemos conseguido que todas las punciones de nódulos tiroideos vengan informadas siguiendo la clasificación de Bethesda. Tan sólo un 6% de los nódulos intervenidos presentaron muestra insuficiente.El porcentaje de acierto de la clasificación preoperatoria fue de un 80%, tendiendo en cuenta que el resultado indeterminado tipo III de Bethesda no se tuvo en cuenta para este análisis.
En cuanto a lo que queda pendiente es a la aplicación generalizada de la clasificación TIRADs para la clasificación de los nódulos tiroideos, para permitir una mejor selección de cuáles son los candidatos a puncionar para ampliar el estudio de los mismos. Queda pendiente además valorar aquellos resultados preoperatorios pre-cirugía que no fueron acorde con el resultado de la cirugía final para valorar qué factores han influido y poder reconocerlos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0888

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

Este proyecto va a presentar continuidad y valoración anual. Hasta cuando se puede revalorar y cunado por tanto termina?

*** ==================================== Resumen del proyecto 2018/888 ==================================== ***

Nº de registro: 0888

Título
EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

Autores:
CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, CEBRIAN GARCIA CARMELO, REMON GARIJO LOTO, SANZ MONCASI PILAR, PADRON RODRIGUEZ NOELIA, GARCIA GARCIA JOSE ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CME GRANDE COVIAN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NÓDULOS TIROIDEOS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA PRÁCTICA CLÍNICA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El nódulo tiroideo es una patología muy frecuente en la práctica clínica diaria. Su prevalencia es 10 veces mayor en el sexo femenino que en el masculino, aumentando linealmente con la edad, con la exposición a radiaciones y con el déficit de yodo .
Los nódulos tiroideos se presentan clínicamente de forma muy heterogénea; a veces son detectados por el propio paciente, a veces aparecen tras la exploración médica y cada vez más frecuentemente surgen como un hallazgo incidental. El riesgo de desarrollar un nódulo tiroideo a lo largo de la vida es aproximadamente de un 15%.
Los nódulos tiroideos deben ser estudiados para descartar malignidad. Así, no hay duda de que el principal reto diagnóstico del nódulo tiroideo es discernir su benignidad/malignidad de forma segura y rentable.
Actualmente, la ecografía cervical se ha convertido en la técnica de imagen más sensible y precisa para la evaluación radiológica de los nódulos tiroideos y su uso está recomendado por todas las sociedades científicas
La mayoría de los estudios recientes sobre ecografía tiroidea se han centrado en cómo puede ayudar la ecografía a distinguir entre un nódulo benigno y maligno. Por la experiencia acumulada, se sabe que ciertas características ecográficas nodulares están asociadas a benignidad, mientras que existen otras que aumentan la probabilidad de malignidad. Las características más frecuentemente asociadas a benignidad son el aspecto quístico, la existencia de márgenes bien definidos y nítidos, la presencia de halo periférico, la aparición de artefactos en cola de cometa, un diámetro anteroposterior menor que el transverso y una vascularización preferentemente periférica. Por el contrario, las características más asociadas a malignidad son el aspecto sólido e hipoecogénico respecto al parénquima adyacente, la ausencia o ruptura del halo periférico, la presencia de márgenes irregulares, un diámetro anteroposterior mayor que el transverso, la vascularización de predominio interno, y la existencia de microcalcificaciones puntiformes
Sin embargo, ninguna de estas características ecográficas sospechosas de malignidad, tiene simultáneamente alta sensibilidad y alto valor predictivo positivo para el diagnóstico de cáncer.
Por otra parte, la punción aspiración con aguja fina (PAAF) se considera el método más eficaz para diagnosticar una neoplasia maligna en un nódulo tiroideo. Su utilización ha aumentado significativamente en los últimos años y a día de hoy constituye el punto de partida para el diagnóstico diferencial del nódulo tiroideo, siendo la técnica más segura para seleccionar aquellos pacientes que necesitan cirugía o manejo conservador.

RESULTADOS ESPERADOS
Determinar las características clínicas y ecográficas de los nódulos tiroideos.
Establecer la correlación de las características ecográficas del nódulo tiroideo, con el resultado de la citología mediante punción aspiración con aguja fina y el resultado histopatológico definitivo.

MÉTODO
- Se realizará una sesión con Servicio de Radiología, Sección de Anatomía-patológica y Sección de Endocrinología para unificar los criterios de descripción del nódulo tiroideo en la ecografía (tamaño, márgenes, forma, microcalcificaciones, macrocalcificaciones, ecogenicidad, estructura, presencia o ausencia de halo, circulación y presencia o no de adenopatías) y la categorización mediante la clasificación de Bethesda

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0888

1. TÍTULO

EVALUAR LA CONCORDANCIA CLINICA-RADIOLOGICA-ANATOMO-PATOLOGICA EN EL NODULO TIROIDEO

(I a VI) en la citología de nódulo tiroideo. Los datos clínicos y analíticos que se recogerán y se correlacionarán (tiempo de evolución, crecimiento, manifestaciones locales, antecedentes familiares de patología tiroidea, función tiroidea, autoinmunidad, antecedentes de radiaciones previas)
- Se realizará una revisión de las tiroidectomías realizadas realizadas para analizar la correlación clínico-ecográfica y con la citología preoperatoria y el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica

INDICADORES
- Porcentaje de informes con la clasificación de Bethesda. (>70%)
- Número de PAAFs y porcentaje de muestras insuficientes (<20%)
-Porcentaje de ecografías patológicas con resultado de malignidad citológica/histológica. (>50%)
- Porcentaje de histologías malignas con citología previa de benignidad. (<20%)
- Porcentaje de malignidad en citologías indeterminadas. (<20%)
- Porcentaje de beningnidad en citologías sospechosas o malignas. (<20%)

DURACIÓN
- El estudio recogerá datos desde enero de 2018 a junio de 2018 en carácter retrospectivo y partir de esta fecha será de carácter prospectivo.
- El análisis de datos del estudio retrospectivo se realizará durante los meses octubre-diciembre de 2018.
- En diciembre 2018-enero 2019 se espera analizar los datos disponibles. La idea es continuar con el proyecto como base de la mejora continua de nuestra asistencia

OBSERVACIONES
Se trata de un estudio retrospectivo inicialmente con el objetivo de pasar a ser un verdadero estudio prospectivo observacional que mejore nuestra práctica clínica diaria.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El manejo adecuado de la hiperglucemia en el hospital, tanto del paciente con una diabetes conocida que ingresa por una descompensación aguda o proceso intercurrente o el paciente con hiperglucemia que previamente no se conocía diabético tiene un impacto en disminuir la morbimortalidad y el coste de los pacientes hospitalizados. La elaboración de un protocolo, la difusión y la implementación del mismo por parte de todos los profesionales (médicos, enfermeras, farmaceúticos..) es importante para conseguir un adecuado control glucémico y evitar la variabilidad en el proceso asistencial.
Se han realizado las siguientes actividades para conseguir los objetivos expuestos en el proyecto.
1. Se detecta que hay falta de formación en el manejo de la hiperglucemia en el hospital, tanto del personal médico como enfermería. Se detectó en ocasiones desconocimiento de los tipos de insulinas, técnica adecuada de administración de la insulina, así como de las pautas de insulinización individualizada según la situación del paciente.
2. Para tener una visión mas objetiva de la situación, se elaboró un encuesta. Desde la Unidad de Docencia del HRV, se envió por mail a todos los facultativos. Estas son las preguntas y las respuestas:
a. Cuando el paciente con diabetes ingresa, ¿Se retiran los antidiabéticos orales?. 71% si respondierón SI y un 29% NO
b. Lo habitual en el paciente con hiperglucemia es utilizar las pautas de insulina rápida a demanda (PIR): 66% respondieron SI y un 34% NO
c. ¿Se realiza una determinación de HbA1c en los pacientes que ingresan con hiperglucemia si no tienen esta determinación o es de hace > 3 meses?: 66% respondieron NO y un 34% SI
d. En los pacientes en situación de ayuno, ¿se utiliza la insulina basal?: 62% respondieron SI y un 38% NO
e. Se utiliza la insulina en perfusión intravenosa en hiperglucemias mantenidas (> 300 mg/dl), no controladas con la pauta subcutánea? 62% respondieron SI y un 38% NO
Según la encuesta se deduce que hay área de mejora en el manejo de la hiperglucemias en el hospital.
3. Se ha elaborado un protocolo de insulinización subcutánea, con pautas de actuación desde que el paciente acude al hospital y se detecta una hiperglucemia (las primeras horas), durante toda la estancia hospitalaria y la planificación del tratamiento al alta. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
4. Se ha elaborado un protocolo de insulinización intravenosa. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
5. Se ha elaborado un cartel DIN A 4 con todas las insulinas disponibles en el hospital y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
6. Se ha realizado un protocolo del manejo de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio. Se ha dado difusión mediante sesión clínica con el Servicio de Cirugía y Anestesia. Las pautas de de insulinización para el tratamiento de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, se han incluido en el protocolo del pre y posoperatorio de cirugía. Se ha realizado una relación de todos los ADOs orales y la pauta de suspensión previa a la cirugía.
7. Se han incorporado las pautas correctoras de insulina subcutánea y el protocolo de perfusión intravenosa de insulina en el Farmatools.
8. Para la evaluación de los indicadores expuestos en el proyecto se ha realizado un corte transversal, durante un periodo de tiempo concreto (mes de noviembre-2018), recogiendo los datos de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias y que ingresan en la planta de medicina interna con hiperglucemia.
9. Se han realizado dos talleres del “Manejo de la hiperglucemia en el hospital” de 4 horas de duración, con asistencia de personal médico, enfermería y de farmacia. Impartido por las facultativas de la Sección de Endocrinología y Nutrición del HRV. En estos talleres se ha realizado difusión de los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa, las nuevas tecnologías en la diabetes, coordinación entre niveles asistenciales.
10. Se ha revisado y elaborado material educativo para la educación tanto de “supervivencia” como de refuerzo educativo durante el periodo de hospitalización. Se ha realizado una carpeta con toda la documentación (dietas, insulinización, hipoglucemias, autocontrol, pautas de ajuste de la dosis de insulina, ejercicio físico) y folletos informativos para la educación durante la estancia en el hospital. La finalidad es que todo el personal de la Sección lo tenga accesible.
11. Se ha iniciado la formación a otra enfermera del hospital, en conocimientos básicos de educación diabetológica para poder suplir en los momentos que no está la educadora del hospital.
12. Se ha actualizado la planilla de registro de glucemias y pauta subcutánea de insulina, que ha sido aceptada por la Comisión de Documentación e Historias clínicas y se ha implantado en casi todas las plantas del hospital.
13. Se ha realizado recogida de la actividad de educación diabetológica realizada en el hospital, teniendo en cuenta si era educación de “supervivencia/básica” en los casos de debut de diabetes”, educación de refuerzo educativo, el tipo de diabetes, el porcentaje de pacientes que tras la educación durante la hospitalización se citaba en la consulta de la educadora del hospital y el porcentaje de pacientes que eran derivados de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían para la educación avanzada y si existía un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

informe de coordinación entre las dos educadoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Para la evaluación de los indicadores expuestos en el proyecto, durante el mes de noviembre-2018, se recogieron los siguientes datos en la planta de medicina interna de los pacientes que ingresaban con hiperglucemia: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, IMC, el tratamiento hipoglucemiante previo (antidiabéticos orales (ADOs) o insulina); motivo de ingreso, si se solicitó o no la HbA1c al ingreso, si se retiraron o no los antidiabéticos orales a ingreso, el tipo de pauta prescrita (solo pauta correctora; insulina basal y correctora; pauta bolo-basal+correctora; insulina premezclada), si se instauró la bomba de insulina intravenosa en los casos que estaba indicada, la glucemia media (según los controles de glucemia capilar) del primer día, la glucemia media a mitad del ingreso y la glucemia media el último día de ingreso, y la estancia media.
-También en el mes de noviembre-2018 se recogieron los siguientes datos de todos los pacientes que acudían a Urgencias con hiperglucemia: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, el tratamiento hipoglucemiante (antidiabéticos orales o insulina), glucemia al ingreso, si se instauró la bomba de insulina intravenosa cuando estaba indicada, tipo de pauta de insulina utilizada (pauta insulina rápida a demanda, insulina basal+correctora, pauta bolo-basal+correctora, si se fue de alta o precisó ingreso hospitalario.
Resultados:
-Se recogieron datos de 30 pacientes ingresados en medicina interna con hiperglucemia. La estancia media fue de 15,3 ? 8,9 días. La edad media media de los pacientes ingresados fue 76,23?10,8 años. El 57,6% fueron hombres. El motivo del ingreso en el 50% de los casos fue un proceso infeccioso, 19,2% proceso neoplásico; 15,3% insuficiencia cardiaca, 1 cetoacidosis y el 11,5% ingresaron por otro motivo. Presentaban antecedentes previos de diabetes un 84,6% y un 16% no se sabían con DM. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 7,85?4,3 años. Presentaban un mayor IMC los que tenían diabetes conocida (IMC 30,9 vs 26,7, p=0,03). Se realizó una HbA1c en el 38,4%. En cuanto al tratamiento previo al ingreso: el 15,3% estaban solo con dieta, 42,3% antidiabéticos orales, 30,7% insulina basal+antidiabéticos orales, 11,5% insulina en pauta bolo-basal. En el 88,5% de los casos se retiraron los ADOs. El tratamiento durante el ingreso: en el 46,1% se utilizó solo pauta correctora; en el 34% se utlizó pauta con insulina basal+correctora, en el 19,2% se utilizó pauta bolo-basal, en ningún caso se utilizó insulina premezclada. Se instauró la bomba de insulina intravenosa, solo en 1 paciente. Los pacientes tratados con pauta bolo-basal-correctora tenían mayor tiempo de evolución de la diabetes comparados con el resto de pacientes (12,2?3,4 vs 7,2?2,3; p < 0,001). La glucemia media del primer día de la hospitalización fue de 170,1?52 mg/dl; en la mitad del ingreso 165,96?47 mg/dl y en las últimas 24 horas 164,95?49 mgdl. En los pacientes tratados con pauta correctora o pauta basa-correctora no hubo diferencias en los niveles de glucemia en las primeras 24 horas, en la mitad del ingreso y en las últimas 24 horas del ingreso (163,38?32,5 mg/dl vs 154,25?31,2 mg/dl vs 162,32?33,1 mg/dl respectivamente; p=0,094). En los pacientes tratados con pauta bolo-basal-correctora la glucemia del primer día del ingreso (234?60,1 mg/dl) se redujo en la mitad del ingreso (215,6?47,2 mg/dl) y de forma significativa en las últimas 24 horas del ingreso (191?51,2 mg/dl); p=0,004. No hubo diferencias en cuanto a la estancia media hospitalaria, según la pauta utilizada.
-Se recogieron datos de 46 pacientes que acudieron a Urgencias por hiperglucemia. La edad media fue de 65,32?9,1 años. El 56,6% fueron hombres. Un 90,4% tenían diabetes conocida y un 9,6% no. El 17,8% tenían una DM tipo 1 y el 82,2% tenían DM tipo 2. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 10,4?5,6 años El 39,1% estaban en tratamiento con ADOs y el 60,9% con insulina. La glucemia media al ingreso en urgencias fue de 323,6?60 mg/dl. Se instauró bomba de insulina intravenosa en el 19,35% de los casos, se instauró en el 100 % de los casos que acudieron con cetoacidosis diabética. El tipo de pauta utilizada, en el 21,7% solo utilizaron pauta correctora; en el 60,8% se utilizó pauta basal+correctora y en un 17,3% se utilizó pauta bolo-basal. Ingresaron el 42% de los pacientes.
-En cuanto a la educación diabetológica en el hospital, se han recogido datos de 92 pacientes: 16,3% eran pacientes con DM tipo 1 (n=15), 9 fueron debut de diabetes y se realizó educación de “supervivencia” y 6 fueron pacientes con DM tipo 1 ya conocida que ingresan por descompensación aguda hiper o hipoglucémica o proceso intercurrente y que a se les realizó refuerzo educativo por no presentar buen control previo al ingreso, cambio de pauta de insulina, ingreso por hipoglucemia o falta de formación en aspectos concretos de la diabetes. Un 82,7% fueron DM tipo 2 (n=77), en el 82% ya tenían una DM conocidos el resto se diagnóstico en el ingreso hospitalario. En los casos de debut de DM tipo 2 se realizó educación de “supervivencia” en el resto de casos de DM conocida se hizo refuerzo educativo, en la mayoría de los casos fueron pacientes que precisaron tratamiento con insulina al alta. El 100% de los pacientes que debutaron con DM tanto tipo 1 como tipo 2 se citaron en el plazo de 1 semana en la consulta de la educadora del hospital y posteriormente derivados a la consulta educadora del CME Grande Covían. En los casos de refuerzo educativo durante el ingreso en el 58% se citaron en la consulta de educadora del hospital al alta. En el 94% de los pacientes existe informe de derivación, donde consta la educación en diabetes realizada (dieta, ejercicio físico, manejo y autoinyección de insulina, reconocimiento y tratamiento de la hipoglucemia, autocontrol, autoajuste de dosis de insulina, observaciones..) de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían.
-Se ha evaluado las insulinas utilizadas en el hospital durante el 2018. Siendo un objetivo el valorar la utilización de las últimas insulinas (análogos lentos de insulina) comecializadas y que no están incluidas en el hospital (insulina Degludec,TresibaR y la insulina Glargina 300, ToujeoR). Según la información del Servicio de Farmacia, se han utilizado 3524 unidades (entre plumas precargadas de insulina, viales). El 42,3% han sido insulina rápidas o análogos de insulina rápida. El 47,7% han sido insulinas lentas o analógos de insulina lenta. El 7,17 han sido insulinas premezcladas. De total de las insulinas lentas o análogos de insulina lenta utilizadas, el 7,2% ha sido insulina Toujeo y el 5,5% ha sido insulina Tresiba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Tras analizar los resultados y teniendo en cuenta los indicadores expuestos en el proyectos se detecta:
- En los pacientes que ingresan con hiperglucemia se les realiza una HbA1c en > 30% de los casos (38,4%).
- Se retiro los ADOs en > 40% de los casos al ingreso (88,5%)
- En Urgencias las pautas a demanda con insulina rápida fueron menores al 30% (21,7%), en la planta de hospitalización fue superior (46,1%).
- La pauta basal+correctora en los pacientes en situación de ayuna, fue > 30% (34%).
- Destaca que la glucemia media de los pacientes que acudieron a Urgencias es superior a 300 mg/dl, y la instauración de bomba de insulina es baja del 19,35%.
- La glucemia media durante el ingreso se mantiene dentro de los objetivos entre 140-180 mg/dl.
- Destacar la figura de la educadora en el hospital, tanto para los pacientes que debutan con DM, como para los que hay que hacer un reciclaje educativo. Es necesario disponer de tiempo suficiente para poder realizar esta actividad. Debido a que la educadora del hospital esta actividad coincide en ocasiones con otra tarea asistencial, se puede resentir sobre todo la educación del paciente hospitalizado.
- Destacar la buena coordinación entre la educación hospitalaria y la del centro de especialidades, que contribuye a una mejora en la calidad asistencial por la continuidad de cuidados y porque favorece también una buena coordinación con la consulta médica.
- El realizar carteles con los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa ha sido muy eficiente en el manejo del paciente con hiperglucemia tanto para enfermería como médicos.
- La realización del cartel con los tipos de insulinas, ha permitido un mayor conocimiento de las insulina disponibles en el hospital y ha contribuido ha disminuir los errores por el desconocimiento de los tipos de insulinas.
- La incorporación en el Farmatools de las pautas correctoras de insulinización subcutánea, así como de las pautas de insulina intravenosa, ha sido de gran utilidad e las plantas que ya tienen implantada la prescripción electrónica.
- La actualización de las planillas de registro de glucemias ha sido muy importante para una mejor visualización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.
- La difusión de protocolo del manejo de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, ha contribuido a la mejora del control glucémico en este periodo, disminuyendo las pautas de insulilna rápida a demanda.

Recomendaciones:
- Formación continuada, en el manejo de la hiperglucemia en el hospital tanto al personal médico como enfermería. En el caso de enfermería hay previsto que la educadora del hospital haga formación a enfermería de hospitalización.
- Sesiones conjuntas entre las dos educadoras, la del centro de especialidades y el hospital.
- Disminuir las pautas correctoras a demanda.
- En los casos de descompensaciones hiperglucémicas valorar la utilización de la bomba de insulina intravenosa, como medida de corrección mas eficiente en situaciones de hiperglucemia severa.
- Aumentar la determinación de HbA1c en los pacientes ingresados con hiperglucemia para poder planificar el tratamiento al alta.
- Mantener el buen funcionamiento de la educación diabetológica en el paciente hospitalizado, por parte de la educadora del hospital. Que puede verse afectado dado que esta educadora es a tiempo parcial, distribuyendo el tiempo con otras tareas en consulta externa. Será un aspecto que se tendrá que realizar evaluación continua, solicitando si fuera necesario disponer de una mayor tiempo para esta función educadora.

7. OBSERVACIONES.
El manejo de la hiperglucemia en el hospital, requiere una evaluación y actualización continua e implementar las estrategias necesarias para una correcta implantación de los protocolos consensuados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1152 ========== ***

Nº de registro: 1152

Título
IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Autores:
BANDRES NIVELA OROSIA, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD, GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA, STODUTO GARCIA PIEDAD, ORGA SANZ ASUNCION, GARCIA LABORDA ANGELA, MONFORTE GASQUE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus es un problema creciente. Uno de cada cuatro pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización presenta hiperglucemia, por presentar una diabetes previa diagnosticada, porque se trata de un nuevo episodio de hiperglucemia que en realidad pone de manifiesto una diabetes no diagnosticada o bien porque se trata de una hiperglucemia de stress.
La hiperglucemia un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, incluido el incremento de la mortalidad, de las tasas de infección y estancia hospitalaria.
El paciente que ingresa en el hospital que presenta hiperglucemia, puede ser atendido por diferentes profesionales y en diferentes servicios, lo que hace necesario se disponga de un protocolo de actuación adaptado al entorno de nuestro hospital para conseguir una optimización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General: Desarrollo de herramientas de formación y gestión para obtener la máxima eficiencia y calidad asistencial en la atención hospitalaria del paciente con hiperglucemia.
Objetivos específicos:
- Coordinación entre servicios de la atención al paciente con diabetes desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica y homogeneizar el plan de cuidados diagnósticos y terapéuticos
- Implicación de los colectivos de medicina, enfermería y farmacia en la valoración y seguimiento del protocolo.
- Potenciar la figura de la educadora en el hospital, para la realización de la educación de supervivencia y del refuerzo educativo durante la estancia hospitalaria.
- Potenciar la coordinación entre la educadora del hospital y la educadora del centro de especialidades en el seguimiento de los pacientes.
- Cumplimiento del proyecto infección quirúrgica Zero (control de glucemias) por parte del Servicio de Medicina Preventiva.

MÉTODO
- Se detectan los problemas que hay en el manejo de la hiperglucemia en el hospital por la información tanto del personal médico como de enfermeria.
- Se realiza una encuesta al personal médico del manejo de la hiperglucemia en el hospital con Tecnología GoogleForms
- Revisión de la evidencia científica
- Elaboración del protocolo de la insulinización subcutanea e intravenosa para el manejo de la hiperglucemia en hospital.
- Difusión del protocolo mediante un taller, realizado en jornada laboral de mañana dirigido a todo el personal sanitario implicado, médicos, enfermeras, farmacéuticos.
- Difusión del protocolo con sesiones clínicas por los servicios del hospital.
- Actualización de la planilla de registro de glucemias y pauta subcutánea de insulina.
- Realización de un información en forma de carteles que serán colocados en lugares visibles de todas las plantas del hospital y Servicio de Urgencias del las insulinas disponibles en el hospital y del protocolo de insulinización subcutánea e intravenosa.
- Incorporación en el Farmatools las pautas de insulina subcutánea e intravenosa.
-Colaboración con Docencia del hospital para la incorporación del protocolo en la Intranet.
- Revisión y elaboración de material educativo para la educación tanto de supervivencia en los pacientes con diabetes como del refuerzo educativo.

INDICADORES
- % de pacientes que ingresan con hiperglucemia y se les realiza una HbA1c (>30%)
- % de pacientes con diabetes que al ingreso en situación de descompensación hiperglucémica se retiran los antidiabéticos orales (>40%).
- % de pacientes diabéticos que a ingreso desde urgencias en situación de hiperglucémica, se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (< 30%).
- % de pacientes diabéticos que en situación de ayuno se mantiene la pauta de insulina basal y pauta correctora de insulina rápida (>30%).
- % de pacientes con descompensación hiperglucémica que acuden a Urgencias se administra insulina en perfusión intravenosa según el protocolo (>50%).
- Número de nuevas insulinas utilizadas en el paciente ingresado.
- Número de pacientes con diabetes que han recibido educación de supervivencia y refuerzo educativo durante el ingreso.
- % de pacientes que han recibido educación diabetológica durante el ingreso y son citados en la consulta de la educadora del hospital al alta .
- % de informes realizados de la educadora del hospital a la educadora del CME de especialidades, en los pacientes que precisan seguimiento.
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (>30%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

DURACIÓN
-Noviembre2017- Marzo-2018: Elaboración del protocolo
-Mayo-Octubre-2018: Difusión del protocolo. Sesiones informativas.
-Mayo-2018: Incorporación de las pautas de insulina subcutánea e intravenosa en el Farmatools.
-Junio-2018 : Elaboración de poster informativos del protocolo de insulinoterapia subcutánea e intravenosa.
Difusión en todos los servicios del hospital.
-Junio-2018: revisión y elaboración del material educativo en diabetes para el paciente ingresado.
-2018-2019: Implementación del protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE
PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD
GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA
STODUTO GARCIA PIEDAD
ORGA SANZ ASUNCION
GARCIA LABORDA ANGELA
MONFORTE GASQUE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El manejo adecuado de la hiperglucemia en el hospital, tanto del paciente con una diabetes conocida que ingresa por una descompensación aguda o proceso intercurrente o el paciente con hiperglucemia que previamente no se conocía diabético tiene un impacto en disminuir la morbimortalidad y el coste de los pacientes hospitalizados. La elaboración de un protocolo, la difusión y la implementación del mismo por parte de todos los profesionales (médicos, enfermeras, farmaceúticos..) es importante para conseguir un adecuado control glucémico y evitar la variabilidad en el proceso asistencial.
Se han realizado las siguientes actividades para conseguir los objetivos expuestos en el proyecto.
1. Se detecta que hay falta de formación en el manejo de la hiperglucemia en el hospital, tanto del personal médico como enfermería. Se detectó en ocasiones desconocimiento de los tipos de insulinas, técnica adecuada de administración de la insulina, así como de las pautas de insulinización individualizada según la situación del paciente.
2. Para tener una visión mas objetiva de la situación, se elaboró un ENCUESTA Desde la Unidad de Docencia del HRV, se envió por mail a todos los facultativos. Estas son las preguntas y las respuestas:
a. Cuando el paciente con diabetes ingresa, ¿Se retiran los antidiabéticos orales?. 71% si respondierón SI y un 29% NO

b. Lo habitual en el paciente con hiperglucemia es utilizar las pautas de insulina rápida a demanda (PIR): 66% respondieron SI y un 34% NO

c. ¿Se realiza una determinación de HbA1c en los pacientes que ingresan con hiperglucemia si no tienen esta determinación o es de hace > 3 meses?: 66% respondieron NO y un 34% SI

d. En los pacientes en situación de ayuno, ¿se utiliza la insulina basal?: 62% respondieron SI y un 38% NO

e. Se utiliza la insulina en perfusión intravenosa en hiperglucemias mantenidas (> 300 mg/dl), no controladas con la pauta subcutánea? 62% respondieron SI y un 38% NO
Según la encuesta se deduce que hay área de mejora en el manejo de la hiperglucemias en el hospital.

3. Se ha elaborado un PROTOCOLO DE INSULILNIZACIÓN SUBCUTANEA, con pautas de actuación desde que el paciente acude al hospital y se detecta una hiperglucemia (las primeras horas), durante toda la estancia hospitalaria y la planificación del tratamiento al alta. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
4. Se ha elaborado un PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN INTRAVENOSA. Se ha realizado un cartel DIN A 3 donde se especifica el protocolo y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
5. Se ha elaborado un cartel DIN A 4 con todas las INSULINAS DISPONIBLES en el hospital y se ha colocado en sitio visible en todas las plantas y en urgencias del HRV.
6. Se ha realizado un protocolo del MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PERIODO PERIOPERATORIO. Se ha dado difusión mediante sesión clínica con el Servicio de Cirugía y Anestesia. Las pautas de de insulinización para el tratamiento de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, se han incluido en el protocolo del pre y posoperatorio de cirugía. Se ha realizado una relación de todos los ADOs orales y la pauta de suspensión previa a la cirugía.
7. Se han incorporado las PAUTAS CORRECTORAS de insulina subcutánea y el protocolo de perfusión intravenosa de insulina en el FARMATOOLS.
8. Para la EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES expuestos en el proyecto se ha realizado un corte transversal, durante un periodo de tiempo concreto (mes de noviembre-2018), recogiendo los datos de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con hiperglucemia y también de los pacientes que están ingresados con hiperglucemia en planta de medicina interna.
9. Se han realizado dos TALLERES DEL “MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL” de 4 horas de duración, con asistencia de personal médico, enfermería y de farmacia. Impartido por las facultativas de la Sección de Endocrinología y Nutrición del HRV. En estos talleres se ha realizado difusión de los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa, las nuevas tecnologías en la diabetes, coordinación entre niveles asistenciales.
10. Se ha REVISADO Y ELABORADO MATERIAL EDUCATIVO para la educación tanto de “supervivencia” como de refuerzo educativo durante el periodo de hospitalización. Se ha realizado una carpeta con toda la documentación (dietas, insulinización, hipoglucemias, autocontrol, pautas de ajuste de la dosis de insulina, ejercicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

físico) y folletos informativos para la educación durante la estancia en el hospital. La finalidad es que todo el personal de la Sección lo tenga accesible.
11. Se ha iniciado la formación a otra enfermera del hospital, en conocimientos básicos de educación diabetológica para poder suplir en los momentos que no está la educadora del hospital.
12. Se ha realizado recogida de la actividad de educación diabetológica realizada en el hospital, teniendo en cuenta si era educación de "supervivencia/básica" en los casos de debut de diabetes", educación de refuerzo educativo, el tipo de diabetes, el porcentaje de pacientes que tras la educación durante la hospitalización se citaba en la consulta de la educadora del hospital y el porcentaje de pacientes que eran derivados de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían para la educación avanzada y si existía un informe de coordinación entre las dos educadoras.
13. Se ha actualizado la PLANILLA DE REGISTRO DE GLUCEMIAS y pauta subcutánea de insulina, que ha sido aceptada por la Comisión de Documentación e Historias clínicas y se ha implantado en casi todas las plantas del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Para la evaluación de los indicadores expuestos en el proyecto, durante el mes de noviembre-2018, se recogieron los siguientes DATOS EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA DE LOS PACIENTES QUE INGRESABAN CON HIPERGLUCEMIA: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, IMC, el tratamiento hipoglucemiante previo (antidiabéticos orales (ADOs) o insulina); motivo de ingreso, si se solicitó o no la HbA1c al ingreso, si se retiraron o no los antidiabéticos orales a ingreso, el tipo de pauta prescrita (solo pauta correctora; insulina basal y correctora; pauta bolo-basal+correctora; insulina premezclada), si se instauró la bomba de insulina intravenosa en los casos que estaba indicada, la glucemia media (según los controles de glucemia capilar) del primer día, la glucemia media a mitad del ingreso y la glucemia media el último día de ingreso, y la estancia media.
-También en el mes de noviembre-2018 se recogieron los siguientes DATOS DE TODOS LOS PACIENTES QUE ACUDÍAN A URGENCIAS CON HIPERGLUCEMIA: existencia de diabetes previa o no, tipo de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes, el tratamiento hipoglucemiante (antidiabéticos orales o insulina), glucemia al ingreso, si se instauró la bomba de insulina intravenosa cuando estaba indicada, tipo de pauta de insulina utilizada (pauta insulina rápida a demanda, insulina basal+correctora, pauta bolo-basal+correctora, si se fue de alta o precisó ingreso hospitalario.
RESULTADOS:
-Se recogieron datos de 30 pacientes ingresados en medicina interna con hiperglucemia. La estancia media fue de 15,3 ? 8,9 días. La edad media media de los pacientes ingresados fue 76,23?10,8 años. El 57,6% fueron hombres. El motivo del ingreso en el 50% de los casos fue un proceso infeccioso, 19,2% proceso neoplásico; 15,3% insuficiencia cardiaca, 1 cetoacidosis y el 11,5% ingresaron por otro motivo. Presentaban antecedentes previos de diabetes un 84,6% y un 16% no se sabían con DM. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 7,85?4,3 años. Presentaban un mayor IMC los que tenían diabetes conocida (IMC 30,9 vs 26,7, p=0,03). Se realizó una HbA1c en el 38,4%. En cuanto al tratamiento previo al ingreso: el 15,3% estaban solo con dieta, 42,3% antidiabéticos orales, 30,7% insulina basal+antidiabéticos orales, 11,5% insulina en pauta bolo-basal. En el 88,5% de los casos se retiraron los ADOs. El tratamiento durante el ingreso: en el 46,1% se utilizó solo pauta correctora; en el 34% se utlizó pauta con insulina basal+correctora, en el 19,2% se utilizó pauta bolo-basal, en ningún caso se utilizó insulina premezclada. Se instauró la bomba de insulina intravenosa, solo en 1 paciente. Los pacientes tratados con pauta bolo-basal-correctora tenían mayor tiempo de evolución de la diabetes comparados con el resto de pacientes (12,2?3,4 vs 7,2?2,3; p < 0,001). La glucemia media del primer día de la hospitalización fue de 170,1?52 mg/dl; en la mitad del ingreso 165,96?47 mg/dl y en las últimas 24 horas 164,95?49 mgdl. En los pacientes tratados con pauta correctora o pauta basa-correctora no hubo diferencias en los niveles de glucemia en las primeras 24 horas, en la mitad del ingreso y en las últimas 24 horas del ingreso (163,38?32,5 mg/dl vs 154,25?31,2 mg/dl vs 162,32?33,1 mg/dl respectivamente; p=0,094). En los pacientes tratados con pauta bolo-basal-correctora la glucemia del primer día del ingreso (234?60,1 mg/dl) se redujo en la mitad del ingreso (215,6?47,2 mg/dl) y de forma significativa en las últimas 24 horas del ingreso (191?51,2 mg/dl); p=0,004. No hubo diferencias en cuanto a la estancia media hospitalaria, según la pauta utilizada.
-Se recogieron datos de 46 pacientes que acudieron a Urgencias por hiperglucemia. La edad media fue de 65,32?9,1 años. El 56,6% fueron hombres. Un 90,4% tenían diabetes conocida y un 9,6% no. El 17,8% tenían una DM tipo 1 y el 82,2% tenían DM tipo 2. El tiempo de evolución de la diabetes fue de 10,4?5,6 años El 39,1% estaban en tratamiento con ADOs y el 60,9% con insulina. La glucemia media al ingreso en urgencias fue de 323,6?60 mg/dl. Se instauró bomba de insulina intravenosa en el 19,35% de los casos, se instauró en el 100 % de los casos que acudieron con cetoacidosis diabética. El tipo de pauta utilizada, en el 21,7% solo utilizaron pauta correctora; en el 60,8% se utilizó pauta basal+correctora y en un 17,3% se utilizó pauta bolo-basal. Ingresaron el 42% de los pacientes.
-En cuanto a la educación diabetológica en el hospital, se han recogido datos de 92 pacientes: 16,3% eran pacientes con DM tipo 1 (n=15), 9 fueron debut de diabetes y se realizó educación de "supervivencia" y 6 fueron pacientes con DM tipo 1 ya conocida que ingresan por descompensación aguda hiper o hipoglucémica o proceso intercurrente y que a se les realizó refuerzo educativo por no presentar buen control previo al ingreso, cambio de pauta de insulina, ingreso por hipoglucemia o falta de formación en aspectos concretos de la diabetes. Un 82,7% fueron DM tipo 2 (n=77), en el 82% ya tenían una DM conocidos el resto se diagnóstico en el ingreso hospitalario. En los casos de debut de DM tipo 2 se realizó educación de "supervivencia" en el resto de casos de DM conocida se hizo refuerzo educativo, en la mayoría de los casos fueron pacientes que precisaron tratamiento con insulina al alta. El 100% de los pacientes que debutaron con DM tanto tipo 1 como tipo 2 se citaron en el plazo de 1 semana en la consulta de la educadora del hospital y posteriormente derivados a la consulta educadora del CME Grande Covían. En los casos de refuerzo educativo durante el ingreso en el 58% se citaron en la consulta de educadora del hospital al alta. En el 94% de los pacientes existe informe de derivación, donde consta la educación en diabetes realizada (dieta, ejercicio físico, manejo y autoinyección de insulina, reconocimiento y tratamiento de la hipoglucemia, autocontrol, autoajuste de dosis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

de insulina, observaciones..) de la educadora del hospital a la educadora del CME Grande Covían.
-Se ha evaluado las insulinas utilizadas en el hospital durante el 2018. Siendo un objetivo el valorar la utilización de las últimas insulinas (análogos lentos de insulina) comecializadas y que no están incluidas en el hospital (insulina Degludec,TresibaR y la insulina Glargina 300, ToujeoR). Según la información del Servicio de Farmacia, se han utilizado 3524 unidades (entre plumas precargadas de insulina, viales). El 42,3% han sido insulina rápidas o análogos de insulina rápida. El 47,7% han sido insulinas lentas o análogos de insulina lenta. El 7,17 han sido insulinas premezcladas. De total de las insulinas lentas o análogos de insulina lenta utilizadas, el 7,2% ha sido insulina Toujeo y el 5,5% ha sido insulina Tresiba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras analizar los resultados y teniendo en cuenta los indicadores expuestos en el proyectos se detecta:
- En los pacientes que ingresan con hiperglucemia se les realiza una HbA1c en > 30% de los casos (38,4%). Se debería conseguir que se realizara en > 50% de lo casos, si no hay una determinación en 3 meses previos, para favorecer la planficación del tratamiento al alta
- Se retiro los ADOs en > 40% de los casos al ingreso. En este indicador se consiguión en un 88,5%, es muy correcta la actuación.
- En cuanto a la utilización de las pautas de insulina rápida a demanda, que debía ser < 30%, en Urgencias se consiguió, fueron un 21,7% y en planta de medicina interna fue superior del 46,1%. Se deberá realizar una mayor formación en este aspecto.
- La pauta basal+correctora en los pacientes en situación de ayuna, fue > 30% (34%).
- Destaca que la glucemia media de los pacientes que acudieron a Urgencias es superior a 300 mg/dl, y la instauración de bomba de insulina es baja del 19,35%.
- La glucemia media durante el ingreso se mantiene dentro de los objetivos entre 140-180 mg/dl.
- Destacar la figura de la educadora en el hospital, tanto para los pacientes que debutan con DM, como para los que hay que hacer un reciclaje educativo. Es necesario disponer de tiempo suficiente para poder realizar esta actividad. Debido a que la educadora del hospital esta actividad coincide en ocasiones con otra tarea asistencial, se puede resentir sobre todo la educación del paciente hospitalizado.
- Destacar la buena coordinación entre la educación hospitalaria y la del centro de especialidades, que contribuye a una mejora en la calidad asistencial por la continuidad de cuidados y porque favorece también una buena coordinación con la consulta médica.
- El realizar carteles con los protocolos de insulinización subcutánea e intravenosa ha sido muy eficiente en el manejo del paciente con hiperglucemia tanto para enfermería como médicos.
- La realización del cartel con los tipos de insulinas, ha permitido un mayor conocimiento de las insulina disponibles en el hospital y ha contribuido ha disminuir los errores por el desconocimiento de los tipos de insulinas.
- La incorporación en el Farmatools de las pautas correctoras de insulinización subcutánea, así como de las pautas de insulina intravenosa, ha sido de gran utilidad e las plantas que ya tienen implantada la prescripción electrónica.
- La actualización de las planillas de registro de glucemias ha sido muy importante para una mejor visualización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.
- La difusión de protocolo del manejo de la hiperglucemia en el periodo perioperatorio, ha contribuido a la mejora del control glucémico en este periodo, disminuyendo las pautas de insulilna rápida a demanda.
RECOMENDACIONES:
- Formación continuada, en el manejo de la hiperglucemia en el hospital tanto al personal médico como enfermería. En el caso de enfermería hay previsto que la educadora del hospital haga formación a enfermería de hospitalización.
- Sesiones conjuntas entre las dos educadoras, la del centro de especialidades y el hospital.
- Disminuir las pautas correctoras a demanda.
- En los casos de descompensaciones hiperglucémicas valorar la bomba de insulina intravenosa, como medida de corrección mas eficiente para corregir la situación de hiperglucemia severa.
- Aumentar la determinación de HbA1c en los pacientes ingresados con hiperglucemia para poder planificar el tratamiento al alta.
- Mantener el buen funcionamiento de la educación diabetológica en el paciente hospitalizado, por parte de la educadora del hospital. Que puede verse afectado dado que esta educadora es a tiempo parcial, distribuyendo el tiempo con otras tareas en consulta externa. Será un aspecto que se tendrá que realizar evaluación continua, solicitando si fuera necesario disponer de una mayor tiempo para esta función educadora.

7. OBSERVACIONES.
El manejo de la hiperglucemia en el hospital, requiere una evaluación y actualización continua e implementar las estrategias necesarias para una correcta implantación del protocolo. Se va a continuar con actividades formativas de forma periódica tanto en el tratamiento de la hiperglucemias como en aspectos de educación diabetológica a la enfermería de la planta. Se revisarán y se actualizarán los protocolos de manejo de la hiperglucemia para garantizar la mejor calidad en la asistencia.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1152 ========== ***

Nº de registro: 1152

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Título
IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

Autores:
BANDRES NIVELA OROSIA, PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE, PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD, GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA, STODUTO GARCIA PIEDAD, ORGA SANZ ASUNCION, GARCIA LABORDA ANGELA, MONFORTE GASQUE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus es un problema creciente. Uno de cada cuatro pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización presenta hiperglucemia, por presentar una diabetes previa diagnosticada, porque se trata de un nuevo episodio de hiperglucemia que en realidad pone de manifiesto una diabetes no diagnosticada o bien porque se trata de una hiperglucemia de stress.
La hiperglucemia un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, incluido el incremento de la mortalidad, de las tasas de infección y estancia hospitalaria.
El paciente que ingresa en el hospital que presenta hiperglucemia, puede ser atendido por diferentes profesionales y en diferentes servicios, lo que hace necesario se disponga de un protocolo de actuación adaptado al entorno de nuestro hospital para conseguir una optimización del control glucémico durante la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General: Desarrollo de herramientas de formación y gestión para obtener la máxima eficiencia y calidad asistencial en la atención hospitalaria del paciente con hiperglucemia.
Objetivos específicos:
- Coordinación entre servicios de la atención al paciente con diabetes desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica y homogeneizar el plan de cuidados diagnósticos y terapéuticos
- Implicación de los colectivos de medicina, enfermería y farmacia en la valoración y seguimiento del protocolo.
- Potenciar la figura de la educadora en el hospital, para la realización de la educación de supervivencia y del refuerzo educativo durante la estancia hospitalaria.
- Potenciar la coordinación entre la educadora del hospital y la educadora del centro de especialidades en el seguimiento de los pacientes.
- Cumplimiento del proyecto infección quirúrgica Zero (control de glucemias) por parte del Servicio de Medicina Preventiva.

MÉTODO
- Se detectan los problemas que hay en el manejo de la hiperglucemia en el hospital por la información tanto del personal médico como de enfermeria.
- Se realiza una encuesta al personal médico del manejo de la hiperglucemia en el hospital con Tecnología GoogleForms
- Revisión de la evidencia científica
- Elaboración del protocolo de la insulinización subcutanea e intravenosa para el manejo de la hiperglucemia en hospital.
- Difusión del protocolo mediante un taller, realizado en jornada laboral de mañana dirigido a todo el personal sanitario implicado, médicos, enfermeras, farmacéuticos.
- Difusión del protocolo con sesiones clínicas por los servicios del hospital.
- Actualización de la planilla de registro de glucemias y pauta subcutánea de insulina.
- Realización de un información en forma de carteles que serán colocados en lugares visibles de todas las plantas del hospital y Servicio de Urgencias del las insulinas disponibles en el hospital y del protocolo de insulinización subcutánea e intravenosa.
- Incorporación en el Farmatools las pautas de insulina subcutánea e intravenosa.
-Colaboración con Docencia del hospital para la incorporación del protocolo en la Intranet.
- Revisión y elaboración de material educativo para la educación tanto de supervivencia en los pacientes con diabetes como del refuerzo educativo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL

- % de pacientes que ingresan con hiperglucemia y se les realiza una HbA1c (>30%)
- % de pacientes con diabetes que al ingreso en situación de descompensación hiperglucémica se retiran los antidiabéticos orales (>40%).
- % de pacientes diabéticos que a ingreso desde urgencias en situación de hiperglucémica, se utilizan pautas a demanda de insulina rápida (< 30%).
- % de pacientes diabéticos que en situación de ayuno se mantiene la pauta de insulina basal y pauta correctora de insulina rápida (>30%).
- % de pacientes con descompensación hiperglucémica que acuden a Urgencias se administra insulina en perfusión intravenosa según el protocolo (>50%).
- Número de nuevas insulinas utilizadas en el paciente ingresado.
- Número de pacientes con diabetes que han recibido educación de supervivencia y refuerzo educativo durante el ingreso.
- % de pacientes que han recibido educación diabetológica durante el ingreso y son citados en la consulta de la educadora del hospital al alta .
- % de informes realizados de la educadora del hospital a la educadora del CME de especialidades, en los pacientes que precisan seguimiento.
- Cumplimiento del registro de glucemias en los pacientes del proyecto Infección Quirúrgica Zero (>30%).

DURACIÓN
-Noviembre2017- Marzo-2018: Elaboración del protocolo
-Mayo-Octubre-2018: Difusión del protocolo. Sesiones informativas.
-Mayo-2018: Incorporación de las pautas de insulina subcutánea e intravenosa en el Farmatools.
-Junio-2018 : Elaboración de poster informativos del protocolo de insulinoterapia subcutánea e intravenosa. Difusión en todos los servicios del hospital.
-Junio-2018: revisión y elaboración del material educativo en diabetes para el paciente ingresado.
-2018-2019: Implementación del protocolo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0722

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SHEILA MARTINEZ ITURRIAGA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONCIN TORRES CARLOS ANGEL
RUBIO PEREZ MARIA DEL CARMEN
MURILLO ANDRES MARIA ROSA
DUEÑAS TURON MARIA PILAR
BENTURA ALMAZOR MARIA
ALAYA OTO VIOLETA AUREA
PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades que se llevaron a cabo fueron (de manera cronológica) las siguientes:
• Enero 2018: Preparación de un listado de consumos de medicamentos de 1ªA para incluir en el armario rotatorio vertical los medicamentos de uso en dicha unidad de hospitalización que se dispensarán en los carros de unidosis, e inclusión de un stock de dichos medicamentos en el citado armario. Se evalúan los consumos acotando las fechas correspondientes a un año (noviembre 2016 –noviembre 2017). Durante la revisión de los artículos se han definido desde Maestro de artículos las dosis habituales y vías de administración.
• Enero 2018: Creación de las camas en espera para inclusión de pacientes en el módulo de FarmaTools previamente al ingreso. Para los pacientes cuyo ingreso está programado y para los que se quiere dejar pautado el tratamiento médico.
• Febrero 2018: Inclusión en el módulo de unidosis de FarmaTools de los protocolos de uso de los servicios de Cirugía y Digestivo.
• Febrero 2018: Formación del personal facultativo y de enfermería responsable de los pacientes de la unidad de hospitalización 1ªA. Entrega del manual de prescripción y administración.
• Marzo 2018: Inicio de la prescripción electrónica y de dispensación en dosis unitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente el sistema de prescripción electrónica y dispensación en dosis unitarias en la unidad hospitalaria de Cirugía y Digestivo (planta 1-A) está en correcto funcionamiento y dicho proyecto finalizado.
En relación a los indicadores propuestos se observa:
• Implantación de la PE en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico (Si/No): SI. Consecución del 100%.
• Implantación de la dispensación en dosis unitarias en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico (Si/No). SI. Consecución del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de esta unidad hospitalaria se suma a las ya existentes previamente (hospitalización domiciliaria, neumología y psiquiatría) en el Hospital. Esto conlleva a la reorganización de la actividad laboral del personal del Servicio de farmacia y de la unidad de Hospitalización en que se va a implantar. El aumento en la dispensación de dosis unitarias requiere del esfuerzo conjunto de todo el personal implicado.
El Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias es un sistema que mejora la seguridad de los pacientes y la calidad de la terapéutica en los hospitales. La evolución en el proceso de prescripción, validación y administración, mejora la seguridad del uso de los medicamentos. Actualmente se considera que los sistemas de prescripción electrónica asistida (PEA) y de soporte a la toma de decisión clínica son dos estrategias prometedoras en la prevención de errores de medicación (EM), por lo que para el Servicio de Farmacia es un objetivo estratégico, que facilita la asistencia farmacéutica y nos permite avanzar en la mejora continua de todos los procesos relacionados con el uso de los medicamentos.
El objetivo del proyecto es impulsar un uso racional de los medicamentos en el hospital, es decir que prescriba el medicamento apropiado, que sea correctamente dispensado y que se administre a la dosis y por la vía adecuadas y en el tiempo correcto. Con la implantación de la dispensación en dosis unitarias y la prescripción electrónica en la planta de cirugía se pone de manifiesto la evolución del Servicio de Farmacia hacia una mejora en la seguridad del medicamento. Será un objetivo futuro conseguir la implantación en el resto de unidades hospitalarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/722 ========== ***

Nº de registro: 0722

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0722

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

Autores:
MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA, MONCIN TORRES CARLOS ANGEL, RUBIO PEREZ MARIA DEL CARMEN, MURILLO ANDRES MARIA ROSA, DUEÑAS TURON MARIA PILAR, BENTURA ALMAZOR MARIA, ALAYA OTO VIOLETA AUREA, PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La PE permite al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático a través de un dispositivo electrónico (ordenador, Tablet-PC) evitándose tanto la transcripción del farmacéutico como la de enfermería. Estos sistemas disponen de una serie de ayudas, orientadas hacia un sistema de soporte a la decisión clínica, que en esencia son bases de datos de medicamentos, las cuales son generalmente mantenidas y actualizadas por los farmacéuticos del servicio de farmacia o bien están disponibles en el mercado.
El objetivo es disponer de una herramienta segura y eficaz para la PE de las órdenes de tratamiento por parte del médico, evitando transcripciones posteriores de la misma, para los pacientes ingresados y ambulatorios (de hospital de día y urgencias)
El sistema debe estar conectado o disponer de los siguientes elementos:
- Admisión. Archivo.
- Historia Clínica del Hospital
- Historia Farmacoterapéutica tanto de pacientes ingresados como de ambulantes y externos
- Base de datos de personal sanitario
- Cuidados de enfermería y registro de administración de medicamentos
- Laboratorios: Microbiología, Bioquímica, Hematología, Inmunología
- Prescripción de receta médica oficial al alta del paciente
- Información al paciente al alta
- Bases de datos de medicamentos nacionales e internacionales instalados en la aplicación y en Internet (BOT, Micromedex, etc)
- Registro de Intervenciones Farmacéuticas a la prescripción médica

Desde el año 2.010 se dispone en el Servicio de Farmacia de este hospital del programa de gestión de farmacia FarmaTools. Dicho programa comprende una serie de módulos de trabajo que hacen posible la PE y la implantación de elementos de seguridad para los pacientes:
- Módulo de Pacientes Externos: para la dispensación a los pacientes que vienen a recoger su medicación al hospital (diversos programas como VHC, VIH, EM, tratamientos biológicos, etc.)
- Módulo pacientes ambulatorios: dispensación a pacientes a los que se administra su medicación en hospital de día.
- Módulo de Unidosis: Mediante este módulo se hace la PE para la dispensación a pacientes ingresados. Ésta es validada por un farmacéutico y posteriormente se puede hacer la dispensación en dosis unitarias utilizando los carros con cajetines en cada uno de los cuales se ubica la medicación para un paciente para 24 horas, o bien se puede utilizar la medicación del stock de la planta de hospitalización. En cualquiera de los casos se deberá imprimir un listado de administración que utilizará el personal de enfermería.

En la actualidad se realiza la PE en la unidad de hospitalización de la 5ª planta (Psiquiatría), en 2ªB (Neumología y Digestivo) y para los pacientes de Hospitalización a Domicilio.
Los sistemas de dispensación con intervención previa del farmacéutico tienen como objetivo conocer la historia farmacoterapéutica de los pacientes, promoviendo la intervención farmacéutica (sustitución genérica y/o terapéutica) antes de la dispensación y administración de los fármacos, colaborando activamente en la disminución de los errores de medicación, interacciones y reacciones adversas.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es la implantación de este mismo sistema de prescripción en la unidad de hospitalización 1ªA (cirugía y digestivo) y la implementación de la distribución en dosis unitarias. La población diana es por tanto la formada por todos los pacientes que ingresen en la citada unidad de hospitalización.

MÉTODO
Se prevén las siguientes actividades:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0722

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA (PE) Y DISPENSACION EN DOSIS UNITARIAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION 1ªA (CIRUGIA Y DIGESTIVO)

- Preparación de un listado de consumos de medicamentos de 1ªA para incluir en el armario rotatorio vertical los medicamentos de uso en dicha unidad de hospitalización que se dispensarán en los carros de unidosis, e inclusión de un stock de dichos medicamentos en el citado armario.
- Creación de las camas en espera para inclusión de pacientes en el módulo de FarmaTools previamente al ingreso.
- Inclusión en el módulo de unidosis de FarmaTools de los protocolos de uso de los servicios de Cirugía y Digestivo.
- Formación del personal facultativo responsable de los pacientes de la unidad de hospitalización 1ªA. Entrega del manual de prescripción.
- Formación del personal de enfermería de la unidad de hospitalización. Entrega del manual de prescripción.
- Inicio de la prescripción electrónica.
- Inicio de las dispensación en dosis unitarias.

INDICADORES
Indicadores

- Implantación de la PE en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico. Valores posibles: Si, NO
- Implantación de la dispensación en dosis unitarias en 1ªA en 2018. Tipo de indicador: dicotómico. Valores posibles: Si, NO

DURACIÓN
- Preparación de un listado de consumos: Farmacéuticos. Enero 2018.
- Creación de camas en espera: Farmacéuticos. Enero 2018.
- Inclusión protocolos: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Formación del personal facultativo: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Formación del personal de enfermería: Farmacéuticos. Febrero 2018.
- Inicio de la prescripción electrónica: Farmacéuticos. Marzo 2018.
- Inicio de las dispensación en dosis unitarias: Farmacéuticos. Marzo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ANGEL MONCIN TORRES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VARELA MARTINEZ ISABEL
PORTERO VALIEN MARIA BELEN
BENTURA ALMAZOR MARIA
PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA
ALAYA OTO VIOLETA AUREA
PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL
PEREZ VERA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se redactó un procedimiento escrito describiendo lo procesos necesarios a desarrollar y las especificaciones para cada unos de ellos

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambios de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Llevar a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se envió información a las unidades clínicas por correo electrónico en relación con el proceso que se iba a acometer y la progresividad del mismo.

En las reuniones del Grupo de Mejora del Servicio de Farmacia se dio al personal auxiliar la formación relativa al concepto de código-H y prescripción por principio activo y se explicaron los aspectos prácticos como la ordenación de los medicamentos y los cambios a realizar en los sistemas automatizados Pyxis y Rotapharm.

Se ha elaborado un listado con los medicamentos del almacén de farmacia indicando el número total de los mismos y la cifra de fármacos con código-H asignado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De acuerdo con el proyecto, se ha calculado el valor del indicador de la Serie 1:

Se ha alcanzado un 10% de implantación de códigos-H en el almacén general de Farmacia, frente a un objetivo del 5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1- Porcentaje de implantación: se ha superado el objetivo marcado, aunque la lentitud del proceso hace que la implantación completa vaya a durar varios años con los recursos actuales.
2- Actuaciones secundarias: el cambio de los códigos supone en muchos casos un cambio de ubicación en las estanterías del almacén de Farmacia. Dicho cambio sólo es posible mediante una ampliación de la capacidad de almacenamiento para lo cual se han planificado una serie de actuaciones como la instalación de estanterías adicionales y el traslado de ciertos productos al almacén de sueros que requieren compra de material y cambios en funciones del personal que nos han sido autorizados por los responsables de los mismos (ajenos al Servicio de Farmacia).
3- Se recomienda agilizar la compra e instalación de estanterías adicionales y el traslado de ciertos productos al almacén de sueros.

7. OBSERVACIONES.
La falta de recursos humanos y materiales hizo que no fuera posible lograr los resultados óptimos que hubieran redundado en una prescripción electrónica adaptada a los objetivos propuestos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/859 ========== ***

Nº de registro: 0859

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
MONCIN TORRES CARLOS ANGEL, VARELA MARTINEZ ISABEL, PORTERO VALIEN MARIA BELEN, BENTURA ALMAZOR MARIA, PEIRO GUERRERO MARIA DE LA PEÑA, ALAYA OTO VIOLETA AUREA, PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL, PEREZ VERA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prescripción electrónica asistida contribuye a racionalizar el uso de los fármacos y a incrementar la seguridad del paciente en relación con los tratamientos farmacológicos. La utilización de la prescripción por principio activo supone el empleo de un lenguaje común por todos los profesionales y pacientes evitando confusiones y problemas de comprensión. También promueve el uso de medicamentos genéricos aumentando la eficiencia.

En relación con la prescripción por principio activo está la utilización del denominado código-H. Se trata de un instrumento de gestión de los medicamentos cuya finalidad es facilitar la intercambiabilidad de las diferentes presentaciones de medicamentos que puedan utilizarse en un centro hospitalario. Un código-H es aquel que define una forma farmacéutica y dosis de un determinado principio activo, independientemente de la marca y del número de unidades posológicas del medicamento.

La prescripción por principio activo es una demanda tanto de los facultativos como de la dirección del centro. La utilización del código-H facilita la gestión de los medicamentos en el servicio de farmacia

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación del código-H para que se prescriba por principio activo. Adicionalmente se logrará una gestión más eficaz de las existencias de medicamentos

MÉTODO
Para lograr los objetivos del proyecto son necesarios varios procesos:

- Creación los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools
- Introducir los cambio de código en el armario rotatorio vertical Rotapharm
- Lleva a cabo el cambio de códigos en la estación Pyxis
- Crear etiquetas con los códigos-H
- Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo, y colocación de las etiquetas

Se hará una primera reunión en la que se redacte un procedimiento escrito con los pasos citados, incluyendo los detalles técnicos que afecten a cada uno de ellos, de manera que las personas que realicen las distintas etapas del proceso dispongan de un documento con instrucciones precisas

Formación: se formará al personal de Farmacia con instrucciones sobre el concepto de código-H y el de prescripción por principio activo y qué acciones corresponderán a los diferentes componentes del servicio de farmacia

Seguimiento: se recopilará la información sobre los cambios producidos, confeccionando listados actualizados de los medicamentos existentes en el almacén de farmacia con sus denominaciones actualizadas

Plan de comunicación: mensualmente se hará llegar al personal de Farmacia y al personal médico y de enfermería del hospital y de los centros a los que se dispensan medicamentos (CAMP, residencia de Movera, ESAD, CME Grande Covián) los listados actualizados de medicamentos con las denominaciones comerciales y las correspondientes denominaciones por principio activo

INDICADORES
Proponemos 2 series de indicadores, en dependencia de los recursos humanos disponibles:

Serie 1: con los recursos actuales (3 farmacéuticos y 6 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 1: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE LA UTILIZACION DEL CODIGO-H EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 1 = (A/B)x100

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado
B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 5% (anual)

Serie 2: con incremento de recursos (4 farmacéuticos y 7 auxiliares TCAE/TFP)

Indicador 2: % de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado

Indicador 2 = (A/B)x100

A = número de medicamentos de almacén general de farmacia que pasan de denominación comercial a denominación genérica y con código-H asignado
B = número de medicamentos de almacén general de farmacia con denominación comercial al inicio del proyecto

Objetivo: 50% anual

DURACIÓN
La duración del proyecto depende de los recursos humanos y materiales disponibles. En el primer caso, con los recursos actuales el proyecto duraría varios años, siendo difícil concretar con exactitud ya que es difícil hacer una estimación. Con los recursos humanos incrementados se podría hacer en un máximo de 2 años

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1181

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTHER SOLIS PASTOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION A DOMICILIO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YAGUE NOGUE MARIA
MARTINEZ ASENSIO SUSANA
TERREN PUIG GEMMA
SEQUEROS SAZATORNIL MARIA PILAR
GRACIA ASO NOELIA
SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de una hoja de registros de enfermería para recogida de los siguientes datos: Tensión arterial, Frecuencia cardiaca, Saturacion de oxigeno, Temperatura, Glucemias, Peso, Ingesta hídrica, Diuresis, Cateteres venosos perifericos (calibre, lugar, cambio de aposito, fecha), Otras vías (tipo, lugar, cura, fibrilín), Infusor elastomérico, Bomba electrónica, Sonda vesical (colocación, globo, cambio, retirada), Cura plana, Analítica de sangre, Hemocultivos, Urocultivo, Frotis, Otros (control de pruebas complementarias).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde la implantación del registro se ha realizado en el 100% de los pacientes atendidos en nuestra unidad.
Se ha conseguido llevar un seguimiento del registro de todas las actividades realizadas por enfermería durante el ingreso del paciente.
Se han prevenido flebitis, al registrar el tiempo que el paciente lleva los catéteres insertados.
Mejor control de los cambios de equipo de las bombas de infusión.
Mejor seguimiento de las pruebas complementarias.
Mejor seguimiento de pacientes con Insuficiencia Cardíaca al recoger datos como: peso, ingesta hídrica y diuresis.
En otros se registran actividades como: Escala EVA, deposiciones, vómitos, edemas, entre otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El tener un registro de enfemería para anotar los datos sobre el paciente diariamente mejora el seguimiento del mismo y a recoger datos para futuras investigaciones.

7. OBSERVACIONES.
Agradecimiento expreso a todo el equipo de Hospitalización a Domicilio por colaborar en implantar la hoja de registros de enfermería.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1181 ========== ***

Nº de registro: 1181

Título
IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Autores:
SOLIS PASTOR ESTHER, YAGÜE NOGUE MARIA, MARTINEZ ASENSIO SUSANA, TERREN PUIG GEMMA, SEQUEROS SAZATORNIL PILAR, GRACIA ASO NOELIA, SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGIAS SUSCEPTIBLES DE INGRESO EN HAD.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO, VEMOS LA NECESIDAD DE IMPLANTAR UN RESGISTRO DE ENFERMERIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1181

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA HOJA DE REGISTROS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

PARA SABER EN QUE FECHA SE HA RELAIZADO CUALQUIER TECNICA ENFERMERA, Y ASI SERNOS DE AYUDA PARA REALIZAR UNA CORRECTA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS, ASI MISMO PENSAMOS QUE LA CREACION DE UN REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA DAR UNA BUENA CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE.
OBSERVAMOS POR EJMEPLO, QUE LOS CATETERES IV O SC SE RETIRAN POR EL DETERIORO DEL MISMO ANTES QUE POR UN PROTOCOLO QUE ESTABLEZA UN NUMERO DE DIAS PARA SU RECAMBIO.

RESULTADOS ESPERADOS
PODER IMPLANTAR LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA LAS TECNICAS DE CUIDADOS EN CUANTO A SU TIEMPO DE REALIZACION.
LA POBLACION DIANA SERA TODO PACIETNE IONGRESADO EN EL SERVCIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO QE PRECISE DE CUIDADOS ESPECIFICOS DE ENFERMERIA.

MÉTODO
SE CREARA UNA HOJA DE REGISTRO PARA ASI PODER REFLEJAR TODO TIPO DE CURAS, CATETERES, SONDAJES Y TODAS TECNIOCAS ENFERMERAS.
SE CREARA UNA BASE DE DATOS A LA QUE TRASLADAREMOS LOS DATOS RECOGIDOS EN LAS HOJAS DE REGISTRO.
EN EL CAMBIO DE TURNO SE COMUNICARAN LAS INCIDENCIAS REFLEJADAS EN LOS RESGISTROS PARA QUE TODO EL EQUIPO TENGA CONOCIMIENTO DE ELLOS.
LA RECOGIDA DE DATOS SERA UTILIZADA EN FUTUROS PROYECTOS DE INVESTIGACION DE LA UNIDAD.

INDICADORES
CONSEGUIR UN REGISTRO DE UN 90% DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAREMOS DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2018, FRENTE A LA AUSENCIA DE LOS MISMOS EN EL 2017.

DURACIÓN
SE LE COMUNICARA A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO LA NECESIDAD DE UNA EXAHUSTIVA RECOGIDA DE DATOS.
LA DURACION SERA DESDE EL 1 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR NIEVAS MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIOS HERRERO ANTONIO
GARCIA MONCLUS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Conforme al calendario previsto, en abril se instalaron las aplicaciones informáticas winMedtra y winSehtra en los equipos informáticos de la Unidad en fase de preproducción.
Se asistió a reuniones formativas del área técnica: 4 sesiones (marzo y abril) y sanitaria (2 sesiones).
Participación en reuniones para la adaptación del Manual de gestión a la ISO 45001, área sanitaria y área médica, desde junio a diciembre.
Actividades realizadas hasta la fecha:
1. Participación en el grupo de trabajo sanitario: Se ha finalizado la revisión del programa Medtra. Se han incorporado cuestionarios y protocolos, revisado la herramienta y elaborado instrucciones para el registro uniforme de las actuaciones (claves de diario).
2. Participación en el grupo de trabajo técnico: puesta en común modelos evaluación de riesgo (reuniones en octubre y febrero 2019).
3. Se han detectado problemas y adquirido destrezas antes de su implantación.
En febrero de 2019 se ha autorizado la utilización de la aplicación informática winMedtra en fase producción en el Sector Zaragoza III y Unidad Central de Prevención de Riesgos Laborales, por lo que no se ha podido cumplir el calendario propuesto (septiembre 2018).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En los grupos de trabajo se ha participado activamente. Se ha asistido a las reuniones programadas y se han hecho aportaciones para la mejora de las aplicaciones informáticas:
- Se han elaborado informes tipo de evaluación de riesgos de varios puestos, para su puesta en común.
- Se han elaborado modelos de informes, cuestionarios y protocolos médicos.
- Se ha incorporado a la aplicación mecanismos de programación/alerta según los cronogramas establecidos (por ejemplo para aplicar protocolos de vigilancia sanitaria, la vacunación o el seguimiento de trabajadores que tienen un accidente biológico).

No se han podido entregar informes definitivos con las aplicaciones Medtra ni Sehtra, por estar la aplicación en fase de preproducción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esta iniciativa está incluida en el Plan Marco para la integración efectiva de la prevención de riesgos laborales y la promoción de la salud en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón (Orden HAP/737/2017, de 5 de mayo).
Las aplicaciones permiten el registro de la información, la comparación de datos y la posibilidad de compartir información entre las Unidades Básicas de Prevención de Riesgos Laborales.
Valoramos positivamente el trabajo de los grupos durante este año, con la participación de compañeros de otros ámbitos de la administración, que ha favorecido el consenso en protocolos y herramientas de trabajo.
Está previsto que el Sector Zaragoza I comience a utilizar la aplicación informática winMedtra en producción en el mes de marzo. Se continuará el trabajo de los grupos hasta su implantación en todas las unidades básicas del Servicio Aragonés de Salud y del Gobierno de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1089 ========== ***

Nº de registro: 1089

Título
IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

Autores:
NIEVAS MARCO MARIA PILAR, PALACIOS HERRERO ANTONIO, GARCIA MONCLUS ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1089

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE APLICACIONES INFORMATICAS EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Para la realización de la actividad sanitaria y técnica en las Unidades Básicas de Prevención de Riesgos Laborales no se disponía de ninguna aplicación informática. Esto dificultaba el registro de la información, la comparación de datos entre unidades y la posibilidad de compartir información.
Con la adquisición de las herramientas informáticas MEDTRA y SEHTRA por el Gobierno de Aragón, y su implantación en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales se podrá trabajar en un entorno común que también facilitará la comunicación interdisciplinar entre el área sanitaria y el área técnica.
Esta iniciativa se incluye dentro del Plan Marco para la integración efectiva de la prevención de riesgos laborales y la promoción de la salud en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón (Orden HAP/737/2017, de 5 de mayo).

RESULTADOS ESPERADOS
El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales atiende a trabajadores del Salud y estudiantes accidentados. Se pretende realizar:
- Registro informatizado de las actuaciones sanitarias, asegurando la confidencialidad de los datos sanitarios, en un entorno de datos común a otras Unidades de Prevención.
- Unificar entre las Unidades de PRL los modelos de informes técnicos y sanitarios.

MÉTODO
Para llevar a cabo los objetivos propuestos se realizará:
1. Revisión y aprendizaje del funcionamiento de las aplicaciones informáticas.
2. Sesiones formativas y puesta en común con el personal sanitario y técnico de otras unidades (3 sesiones programadas en mayo).
3. Trabajar en la plataforma en fase preproducción, detección de problemas y adquirir destrezas antes de su implantación.

INDICADORES
- Número de aportaciones realizadas para la mejora de las aplicaciones por el área técnica y sanitaria.
- % de informes médicos realizados con aplicación MEDTRA/total de informes emitidos (durante el último trimestre).
- % de evaluaciones de riesgo realizadas con aplicación SEHTRA/total de informes emitidos (durante el último trimestre).

DURACIÓN
- Abril-mayo 2018: Instalación de las aplicaciones en fase de preproducción. Asistencia a las reuniones formativas: área sanitaria y área técnica.
- Junio-agosto 2018: Introducir datos en la aplicación informática. Detectar errores y propuesta de mejoras.
- A partir de septiembre 2018: aplicación informática en fase de producción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0417

1. TÍTULO

INSERCION ECOGUIADA DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCION PERIFERICA POR PERSONAL DE ENFERMERIA DE UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA GONZALEZ CABALLERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANADON GOMEZ DAVID IGNACIO
BORDONADA HERRERO MARIA JESUS
MONTOLIO RODRIGUEZ MARIA ISABEL
QUILEZ PERNIA ANA MARIA
RELLO ECHAZARRETA MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- De Febrero de 2017 a Junio de 2017 se definió el Tipo de solicitud, se elaboró la base de datos de registro de catéteres en formato filemaker y se elaboró el protocolo de inserción de catéteres .
- ACCIONES FORMATIVAS llevadas a cabo:
o Mayo 2016: Formación en Pamplona "Curso de Terapia Intravenosa de inserción de PICC"
Asistentes: MARIA DEL MAR RELLO ECHAZARRETA, ANA CRISTINA GONZALEZ CABALLERO
o Junio 2016: Formación en Zaragoza "Taller de Seguridad en la inserción de catéteres: Técnica de cateterización guiada"
Asistentes: MARIA DEL MAR RELLO ECHAZARRETA, ANA CRISTINA GONZALEZ CABALLERO, ANA MARIA QUILEZ PERNIA.
o Septiembre 2017: SEMES Aragón. Calatayud: Taller de Canalización de vías centrales ecoguiadas.
Asistentes: MARIA JESUS BORDONADA HERRERO.

- 28 de Noviembre de 2017: Inicio de formación de todo el personal de la Unidad
Se realiza en Seminario de Hospital Royo Villanova, 3 talleres formativos en el que se formó a 20 enfermeras de la Unidad, impartido por Omar Alvarez, enfermero del Hospital La Paz de Madrid.

- Durante 2017 se han realizado varios procedimientos de inserción de catéteres ecoguiados a pacientes ingresados en planta de Hospitalización con valoración del calibre y comparación de los distintos tipos de catéteres disponibles.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El hecho de no haber podido adquirir en el 2017 un equipo ecógrafo portátil ha impedido poder recoger datos de inserción. Por esta razón el programa de mejora se ha adecuado, centrándose en la formación del personal para poder empezar de forma reglada en Marzo de 2018, una vez adquirido el equipo portátil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se ha adquirido por parte del personal de enfermería un mayor conocimiento de los distintos tipos de catéteres y de sus diferentes calibres.
- Se ha mejorado el uso y conocimiento del capital venoso de los pacientes.
- El personal de enfermería de UCI adquiere nuevos roles muy importantes para la evolución del paciente hospitalizado

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/417 ========== ***

Nº de registro: 0417

Título
INSERCION ECOGUIADA DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCION PERIFERICA POR PERSONAL DE ENFERMERIA DE UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA, ANADON GOMEZ DAVID IGNACIO, BORDONADA HERRERO MARIA JESUS, MONTOLIO RODRIGUEZ MARIA ISABEL, QUILEZ PERNIA ANA MARIA, RELLO ECHAZARRETA MARIA DEL MAR, TIRADO ANGLES GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0417

1. TÍTULO

INSERCION ECOGUIADA DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCION PERIFERICA POR PERSONAL DE ENFERMERIA DE UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que necesiten una vía central
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante los últimos años en la UCI del Hospital Royo Villanova ha habido un aumento de la inserción de catéteres venosos centrales de acceso periférico por parte de enfermería. Así mismo también ha habido un aumento de la solicitud por parte de otros servicios de la colocación de dichos catéteres por parte del personal de enfermería de la UCI.
Este aumento se ha debido a la ventaja que ofrecen frente a otros catéteres centrales, entre las que destacan menor riesgo de infección y menor riesgo de complicaciones dentro del procedimiento.
Pero estos catéteres también tienen riesgos: inmediatos (posición incorrecta de la punta y sangrado durante la inserción) y tardíos (migración o disfunción del catéter, trombosis venosa, infección o flebitis).
Algunas de las complicaciones inmediatas se pueden minimizar si son insertados con control ecográfico en tiempo real, además, con esta técnica el acceso es más rápido y se reducen los costes. Está demostrado que el procedimiento ecodirigido frente a la técnica estandarizada ciega es coste-efectivo gracias a:
- la reducción de complicaciones:
o mayor éxito en las inserciones
o reducción del número de flebitis y trombosis por la posibilidad de elegir el calibre más adecuado.
- la reducción del tiempo de procedimiento
La técnica ecodirigida aporta un valor añadido porque al insertarse por encima de la fosa antecubital, ofrece mayor confort al paciente y reduce el daño que se produce en la intima por ser una zona de menor movimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir las complicaciones inmediatas en la inserción de catéteres venosos centrales de acceso periférico.
- Conseguir un mayor éxito en las inserciones.
- Posibilitar la elección del calibre más adecuado.
- Reducir el tiempo del procedimiento.

MÉTODO
- Elaborar una base de datos.
- Elaborar una hoja de solicitud para otros servicios y una hoja de registro de catéteres.
- Formación de personal.
- Elaboración del protocolo.

INDICADORES
- Proporción de catéteres venosos centrales de acceso periférico implantados correctamente en tercio inferior vena cava superior.
- Proporción de de catéteres venosos centrales de acceso periférico no implantados tras intentarlo.
.

DURACIÓN
- De octubre 2016 a febrero de 2017 elaboración de hoja de solicitud, hoja de registro y protocolo.
- Octubre de 2016: inicio de formación del personal.
- Febrero de 2017: comienzo de la implantación de catéter venoso central de acceso periférico mediante técnica ecoguiada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GABRIEL TIRADO ANGLES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPOS GUTIERREZ ELENA
EZPELETA GALINDO ANA
OLIVAR DUPLA GERARDO
LAGUARDIA SERRANO PASCUAL
LEON CINTO CRISTINA
ORTEGA UGARTE SUSANA
GONZALEZ CORTIJO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Servicio Extendido de Medicina Intensiva:
Durante el 2017 se han realizado las siguientes actividades:

" Sesiones de unificación de criterios: 25 de Enero 2017. Responsables: Dra. Elena Campos Gutiérrez, Dra Ezpeleta Galindo, Dr. Laguardia Serrano
" La colaboración con Servico de Bioquímica para sistema de detección de paciente grave según parámetros no se ha realizado y se demora para el año 2018, debido a la implementación de un sistema de Información Clínico en la UCI, que permitirá integrar ambos sistemas
" Sesión de análisis de resultados e implementación del Proyecto 18 de Diciembre 2017. Dr. Tirado Anglés
" Monitorización de resultados Octubre-Diciembre 2017. Dra León Cinto, Dra. Ortega Ugarte, Dr. Tirado Anglés
Creación del Grupo de Mejora de Humanización de la UCI del HRV.

Se crea un grupo multidisciplinar, que se constituye el 11 de Enero de 2017, formado por 2 F.E.A, 6 D.U.E y 7 T.C.A.E. Posteriormente se realizan otras 4 reuniones más, las siguientes fechas
" 1- MARZO - 2017
" 25- ABRIL - 2017
" 25- SEPTIEMBRE -2017
" 29- NOVIEMBRE - 2017
Desde su creación se han promovido y ejecutado diversas acciones enfocadas a mejorar la asistencia afectiva y humana al paciente, a las familias y a los profesionales que trabajamos en las UCIs. Entre otras acciones se ha:

" Ampliado el horario de visitas: de 1 hora diaria a 4 horas diarias.
" Se realizó una revisión de la evidencia científica sobre la necesidad de batas para los familiares sin encontrarse ninguna evidencia que la apoyara, por lo que se procedió a retirar su obligatoriedad salvo en los casos indicados
" Adquirido una TV para los pacientes.
" Permitido el uso de tablets y tfnos móviles.
" Adquirido un pedalier para ayudar a la rehabilitación física
" Acompañado a pacientes de larga estancia a realizar salidas fuera de los límites de la UCI
" Acompañado a pacientes coronarios estables la posibilidad de uso del baño
" Realizado un taller de Coaching para el personal de la UCI el 11 de Mayo de 2017, impartido por Marisa Felipe, con una asistencia de más de 30 personas
" Realizado un taller sobre "Vivir un buen morir y el arte de acompañar"para el personal de la UCI, impartido por Mar López, con la asistencia de 24 personas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS Y RESULTADOS ALCANZADOS
Resultados:
Durante el año 2017, se han obtenido los siguientes resultados:

" Nº de Pacientes valorados por la SEMI: 46 pacientes
" Edad media: 59,73 años
" APACHE II (pacientes en seguimiento dados de alta UCI): 17,85
" Duración del seguimiento medio por parte del SEMI: 4,82 días
" Total estancias en SEMI: 222

Según motivo de seguimiento	Nº	% del Total	Seguimiento medio (días)
Pacientes con ESTANCIA EN UCI < 5 días	1	2,17%	6
Pacientes con ESTANCIA EN UCI >= 5 días	36	78,26%	8,7
Pac. graves sin criterio UCI en seguimiento	9	19,57%	2,33
Total general	46	100%	4,82

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

SERVICIOS donde se encontraba el paciente en seguimiento	Nº pacientes	% sobre el total
CARDIOLOGÍA	1	2,17%
CIRUGÍA	20	43,48%
DIGESTIVO	1	2,17%
HEMATOLOGIA	2	4,35%
M. INTERNA	1	2,17%
NEUMOLOGIA	12	26,08%
NEUROLOGIA	2	4,35%
TRAUMATOLOGIA	2	4,35%
URGENCIAS	2	2,90%
UROLOGIA	5	10,87%
Total general	69	100,00%

" Nº de actuaciones realizadas y tipo:
En el proyecto de SEMI se han establecido varias categorías de actuación:

Según actuación realizada	Nº actuaciones
Confirmación de la estabilidad clínica	135
Ajuste de medidas terapéuticas	12
Reorientación diagnóstica	8
Modificación Antibiótica	11
Cambio de CVC	3
TOTAL	169

Razón del alta SEMI	Nº	% del Total
Mejoría Clínica	38	82,6%
Alta Hospitalaria	3	6,52%
Limitación del Tratamiento Soporte Vital	1	2,17%
Ingreso en UCI	4	8,68%
Total	46	100,00%

" Mortalidad Pacientes valorados por SEMI:

Nº enfermos valorados por SEMI fallecidos durante su ingreso: 0
---------- x 100
Nº Total de enefermos valorados por SEMI : 46

(0/396) x 100: 0 %

Estándar < 12%
Excepto: Pacientes a los que se decide LTSV.

" Reingreso no programado en el SMI:
Nº enfermos con reingreso no programados < 48 horas: 5
---------- x 100
Nº enfermos dados de alta del SMI : 368

(1/396) x 100: 1,35%

Reingreso no programado: Reingreso por causa no prevista; relacionado o no, e independientemente de donde hayan transcurrido las últimas 48 horas.
Estándar: < 4%

" Mortalidad Oculta (Datos hasta 31 Agosto 2017)
Nº enfermos dados de alta de la UCI y fallecidos durante su estancia en planta: 2
---------- x 100
Nº enfermos dados de Alta de UCI (hasta 31 de Agosto/17): 211
(2/211) x 100: 0,94%

Excepciones: Pacientes a los que se decide LTSV
Estándar: < 8%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El SEMI ya es una parte más del Servicio de Medicina Intensiva. Es una parte más de la dinámica diaria del trabajo de la UCI. El éxito del primer año ha continuado, aunque en algunos Servicios ha disminuido el número de enfermos en los que se ha realizado seguimiento, pero los indicadores se mantienen estables, siempre muy por debajo de los estándares.
La creación del Grupo de Humanización ha logrado re-humanizar la asistencia y mejorar la relación entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1740 ========== ***

Nº de registro: 1740

Título
SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

Autores:
TIRADO ANGLES GABRIEL, CAMPOS GUTIERREZ ELENA, EZPELETA GALINDO ANA, OLIVAR DUPLA GERARDO, LAGUARDIA SERRANO PASCUAL, LEON CINTO CRISTINA, ORTEGA UGARTE SUSANA, GONZALEZ CORTIJO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención clínica del paciente grave debe ser asegurada por la institución sanitaria a lo largo de toda la evolución clínica del paciente, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria. Cuando la presentación clínica es lo suficientemente grave esta asistencia se realiza preferentemente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Tras la mejoría clínica del paciente, éste es dado de alta a una planta de hospitalización convencional donde, si la evolución clínica es favorable, permanecerá hasta su alta hospitalaria. Si, por el contrario, la condición clínica del paciente se agravara, el ingreso en la UCI podría nuevamente ser necesario. Otras veces, sin embargo, la presentación clínica de la enfermedad no es lo suficientemente grave como para que el paciente sea atendido directamente en la UCI pero el riesgo de que dicha situación clínica se agrave existe y podría requerir entonces el ingreso en la UCI.
Pero, ¿qué ocurriría si fuéramos capaces de identificar a los enfermos en situación de riesgo, antes de su empeoramiento crítico, cuando están todavía en el área de Urgencias o en las plantas de hospitalización convencional? Seguramente la atención clínica anticipada en estos enfermos en situación de riesgo influiría favorablemente en el curso y en el pronóstico de su enfermedad. En ocasiones el necesario ingreso en la UCI se adelantaría, y en otras, si la condición clínica lo permitiera, una reorientación diagnóstica o una intensificación de las medidas terapéuticas, podrían tal vez conseguir una mejoría clínica que evitara el ingreso en la UCI permitiéndonos, además, gestionar mejor los recursos sanitarios disponibles. Por tanto, la atención del paciente gravemente enfermo, si bien está centrada en la Unidad de Cuidados Intensivos, puede extenderse más allá de ella, siendo un proceso continuo durante toda la hospitalización del paciente.
Desde que en el año 2016 se implantó el SEMI en el Hospital Royo Villanova, se ha producido un cambio en el modelo del funcionamiento tradicional de nuestra UCI, tanto a nivel organizativo como a nivel conceptual. El enfermo ya no solo es el que se encuentra ingresado en la propia Unidad, sino que es aquel cuya condición clínica puede agravarse, independientemente de donde se encuentre hospitalizado, porque su atención clínica temprana beneficiará su evolución posterior. Ello, además, no redunda solo en beneficio del enfermo, porque modificar el flujo de pacientes de la vía urgente a la vía preferente supone descargar la primera, atendida únicamente por el personal destinado a la guardia. El conocer de forma más precisa la situación clínica de esos pacientes evaluados, permite por tanto gestionar mejor los recursos de los que se dispone. Por último, en nuestra experiencia, el acercamiento al resto de las especialidades clínicas ha supuesto un mejor conocimiento de nuestra labor diaria como intensivista, un mayor reconocimiento profesional y, sin duda, un mayor peso de la UCI en el hospital.
El objetivo principal del SEMI en su concepción ha sido reducir la mortalidad a corto plazo sin considerar especialmente aspectos extra UCI una vez el paciente es dado de alta de los SMI.
Pero, con la experiencia adquirida en el último año, sobre todo en los pacientes a los que se siguió tras una estancia prolongada en la UCI, se nos plantean una serie de preguntas:
- ¿Qué significa sobrevivir a una UCI para los pacientes y los familiares?
- Los pacientes que sobreviven: ¿tienen una buena evolución a largo plazo o presentan patología(s) derivadas de la situación crítica?
- ¿Puede cambiar nuestra actitud intra-UCI si conocemos mejor la evolución al alta de nuestros pacientes?

El Síndrome post-Cuidados Intensivos (PICS) es una entidad recientemente descrita que afecta a un número no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

desdeñable de pacientes (30 al 50%), además de implicar a los familiares, y que incluye un amplio grupo de problemas de salud que permanecen después de la enfermedad crítica.
Estos problemas comienzan a aparecer cuando el paciente está en la UCI y pueden persistir después de su vuelta a casa. Más del 50% de los pacientes retornan a sus trabajos durante el primer año, pero muchos no son capaces de volver y necesitan ayuda en sus actividades cotidianas después de ser dados de alta.
Se pueden generar síntomas físicos (como el dolor persistente, la debilidad adquirida en UCI, la malnutrición, las úlceras por presión, alteraciones del sueño, necesidad de uso de dispositivos), neuropsicológicos (déficits cognitivos, como alteraciones de la memoria, atención, velocidad del proceso mental) o los sentimientos de los pacientes (aparición de problemas mentales como ansiedad, depresión o estrés post-traumático) y afectar también a sus familias, pudiendo aparecer problemas sociales.
De hecho, las familias son parte fundamental para minimizar el PICS participando en el cuidado del paciente, ayudándole a permanecer orientado y reduciendo así´ el estrés de ambos.
La enfermedad crítica produce una crisis familiar, y esos sentimientos de preocupación (la toma de decisiones, la evolución de la enfermedad) y confusión pueden llevar a los familiares a descuidar su propia salud. Es por ello que el equipo de salud debe apoyar también a los familiares que lo precisen.
El concepto de «ICU Liberation», es una iniciativa de mejora de la calidad basada en la implantación del paquete de medidas ABCDEF con alta evidencia científica, que ha demostrado que cuando se aplica de forma global mejora los resultados y reduce la aparición del PICS. El control del dolor, la sedación adecuada, el manejo del delirium, mantener los pacientes despiertos y en respiración espontánea, la movilización precoz y la implicación y participación de las familias han demostrado reducir el impacto no solo en la supervivencia de los pacientes sino en las secuelas de los pacientes y familiares al alta de la UCI. Su incorporación en la práctica clínica requiere un cambio filosófico y cultural con una visión integral que aborde al paciente y la familia en todas sus dimensiones y el trabajo en equipo de todos los profesionales implicados en el cuidado del enfermo crítico.
La humanización de los cuidados intensivos que recientemente ha cobrado relevancia a través de diferentes proyectos, como el Proyecto HU-CI favorece acciones específicas dirigidas a reducir este síndrome. Estas acciones son:
• Flexibilización de los Horarios de Visita en UCI
• Mejora en el bienestar del paciente durante su estancia en UCI
• Presencia y participación de la familia en el cuidado del paciente
• Cuidados al profesional
Por esta razón, durante el año 2017 se van a realizar todas las acciones necesarias para la creación de un Grupo de Humanización multidisciplinar dentro de la UCI, que lleve a cabo medidas dirigidas a reducir el Sindrome Post-Cuidados Intensivos.

RESULTADOS ESPERADOS
• Reducir la mortalidad asociada a
o Necesidad de reingreso no programado en UCI
o Retraso en el ingreso en UCI
• Creación de un Grupo multidisciplinar de Humanización de los Cuidados intra UCI
Disminuir las Consecuencias del Síndrome Post UCI
Población Diana:
• Todos los pacientes ingresados en la UCI con riesgo de sufrir el PICS
Pacientes valorados por el médico intensivista no subsidiarios de ingreso en UCI en ese momento pero que si precisan de un seguimiento más exhaustivo.
• Pacientes seleccionados por el Sistema de Alerta Bioquímico y Microbiológico.
• Todos los pacientes dados de alta de la UCI:
? Con una estancia en la UCI igual o mayor a 5 días.
A criterio del intensivista que da el alta a planta.

MÉTODO
OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA
Detección del paciente potencialmente crítico mediante Sistema de Alarmas Bioquímicas
Seguimiento directo del paciente dado de alta de UCI
Apoyo al médico de hospitalización en la asistencia a pacientes con nivel medio de gravedad
Medidas para la Humanización de los Cuidados del paciente crítico
ACTIVIDADES
El Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI) continua con la misma estructura funcional dentro del SMI con el que se inició el año pasado.
Formarán parte del SEMI todos los FEA del Servicio de Medicina Intensiva.
Formarán parte del SEMI durante 2017.
1.- Aquellos pacientes valorados por el médico intensivista no subsidiarios de ingreso en UCI en ese momento pero que sí precisan de un seguimiento más exhaustivo
2.- Aquellos pacientes considerados de alto riesgo dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos.
3.- Aquellos pacientes detectados por un sistema de alerta analítico de ámbito hospitalaria.
Los horarios en los que estará activo el SEMI serán:
• Los días laborables, durante el horario de mañana, de 8:00 a 15:00 horas, un miembro del SMI se responsabilizará de las labores propias del SEMI dedicándose preferentemente a ellas.
• En el momento en el que los FEA del SMI adquieran la condición de personal eximido de la realización de guardias por edad se podrá asumir a través de sus módulos compensatorios las labores propias de la SEMI los días laborables determinados desde las 15:00h hasta las 21:00h.

Diariamente se realizará una valoración de cada paciente incluido en el SEMI a pie de cama.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

En cada una de esas valoraciones diarias se reevaluará si está indicado el ingreso en la UCI de dicho paciente (por empeoramiento) o bien se valorará si continua precisando un seguimiento clínico o si no es necesario realizar seguimiento (Mejoría o LTSV)
Si fuera necesario, el intensivista encargado del SEMI se pondría en contacto con su médico responsable y se evaluaría conjuntamente la situación clínica del paciente para decidir la pauta a seguir a continuación. Las posibilidades, por tanto, serían:
+ La confirmación de la estabilidad del paciente y buena evolución
¥ Colaboración en la reorientación diagnóstica.
¥ Intensificación o ajuste de las medidas terapéuticas.
¥ Ingreso precoz en UCI
¥ Participación en la decisión de Limitación Tratamiento Soporte Vital
En aquellos pacientes a los que se hace seguimiento tras el alta de UCI, además se realizará:
¥ Colaboración en la resolución de problemas adquiridos durante su estancia en UCI:
¥ Nutrición
¥ Cuadros de Desorientación
¥ Polineuropatía del enfermo crítico
¥ Comunicación con familiares
¥ Control y retirada precoz de los CVC
¥ Optimización de los tratamientos antibióticos en aquellos pacientes dados de alta de UCI.

Al final de la mañana, en la sesión clínica de la UCI se detallará la actividad llevada a cabo, dando a conocer la situación clínica de los pacientes del SEMI, la previsión de evolución siguiente o si resultaron en ingreso en la Unidad.
Todos los pacientes evaluados y todas las actuaciones realizadas se recogerán diariamente en una base de datos instalada en una Tablet.

Formarán parte del Grupo de Humanización un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras y auxiliares clínicos.
Tras la formación del grupo se realizarán reuniones donde se decidirán aquellas medidas que favorezcan el bienestar del paciente, de sus familias y de los profesionales sanitarios.
Dichas medidas se adoptarán y se implantarán progresivamente. Estas medidas serán aceptadas por todo el personal de la UCI.
Regularmente se realizarán reuniones del Grupo para comentar las incidencias.

INDICADORES
Este proyecto se evaluará mediante los siguientes indicadores:
• Nº de Pacientes valorados por la SEMI
• Nº de actuaciones realizadas y tipo
• Mortalidad de los pacientes valorados por la SEMI

$$\frac{\text{Nº enfermos valorados por SEMI fallecidos durante su ingreso}}{\text{Total Nº enfermos valorados por la SEMI}} \times 100$$

Estándar < 12%
Excepto: Pacientes a los que se decide LTSV.
• Reingreso no programado en el SMI:

$$\frac{\text{Nº enfermos con reingreso no programados < 48 horas}}{\text{Nº enfermos dados de alta del SMI}} \times 100$$

Reingreso no programado: Reingreso por causa no prevista; relacionado o no, e independientemente de donde hayan transcurrido las últimas 48 horas.
Estándar: < 4%
• Mortalidad Oculta

$$\frac{\text{Nº enfermos dados de alta de la UCI y fallecidos durante su estancia en planta}}{\text{Nº enfermos dados de Alta de UCI}} \times 100$$

Excepciones: Pacientes a los que se decide LTSV
Estándar: < 8%
? Grupo de Humanización
Memoria del Grupo de Humanización.
Fuente de Datos:
Base de Datos SEMI.
Memoria UCI.

DURACIÓN
• Sesiones formativas dentro del SMI para la unificación de criterios: Enero 2017. Responsables: Dra. Elena Campos Gutiérrez, Dra Ezpeleta Galindo, Dr. Laguardia Serrano
• Colaboración con Servico de Bioquímica para sistema de detección de paciente grave según parámetros. Mayo-Junio 2017
• Sesión dentro del SMI para análisis de resultados e implementación del Proyecto Junio 2017. Dr. Tirado Anglés
• Implementación del Proyecto añadiendo la alteración de parámetro Bioquímicos como sistema de detección. Octubre 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1740

1. TÍTULO

SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA (SEMI) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. GRUPO DE HUMANIZACION (CONTINUACION 2017)

- Monitorización de resultados Octubre-Diciembre 2017. Dra León Cinto, Dra. Ortega Ugarte, Dr. Tirado Anglés
- Formación del Grupo de Humanización. Enero 2017. Responsable. Dr. Tirado Anglés

Resultados de las medidas adoptadas por el Grupo de Humanización. Octubre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0983

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... GABRIEL TIRADO ANGLES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALIAGA GONZALEZ PILAR
ORTEGA UGARTE SUSANA
GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA
PEREZ FERNANDEZ MARIA ROSARIO
QUILEZ PERNIA ANA MARIA
LAFUENTE GARCIA JESUS PABLO
CAMPOS GUTIERREZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un programa formativo acreditado por la Comisión de Docencia del Sector I, sobre el que se realizaron 4 sesiones formativas realizadas sobre la actualización del sistema y mejora del Sistema de notificaciones de eventos adversos
Asistieron un total de 42 miembros del personal, lo que supone el 85% de la plantilla.
Se realizaron 5 reuniones del Grupo de Calidad de Eventos Adversos de la Unidad, donde se analizaron las 36 notificaciones realizadas, lo que supone un 15% más de notificaciones respecto al año anterior.
Se registraron 2 notificaciones en el SiNASP
Finalmente se hicieron las modificaciones necesarias y se elaboraron los documentos en formato electrónico para adaptar el Sistema de Notificación al nuevo sistema de información clínica (ICCA) implantado en la UCI. En estos momentos todos los checklist que existían se han adaptado al ICCA y se está en fase de realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la realización de las sesiones formativas se produjo un aumento en las notificaciones recibidas que se podrían desglosar de la siguiente forma:
El 94,4% de las notificaciones fueron realizadas por enfermería. Los eventos adversos se produjeron en los diferentes turnos, de forma similar. En un 61% estuvieron relacionados con la medicación, siendo ésta la causa más frecuente. Según las personas que notificaron el 91,6% de los eventos fueron evitables. Como las causas más frecuentes del evento adverso: el 75% de los eventos estaban ligados a la falta de atención, el 5,56% estuvieron ligados a problemas de comunicación y otro 5,56% a problemas en la organización del trabajo.
Todos estos datos se han obtenido tras el análisis estadístico de la base de datos donde se recogen todas las notificaciones.
Se realizaron 15 recomendaciones que se enviaron a todo el personal de la Unidad y se elaboraron carteles y un archivo accesible con las 50 recomendaciones más importantes que ha realizado el Grupo de Eventos adversos desde su creación.
Las 15 recomendaciones realizadas son las siguientes:
1. Se aconseja cargar la perfusión del protocolo de Amiodarona en suero glucosado 5% de plástico, ya que al no ser necesario la utilización de cristal con este medicamento, podemos evitar los problemas de aire y purgado del equipo que podemos tener con los frascos de cristal.
2. Se recuerda que las nutriciones Enterales no deben permanecer abiertas más de 24 horas y que se debe rotular en la etiqueta la fecha y hora de apertura de los frascos
3. Utilizar las alargaderas que vienen en los Hudson para su administración, en especial cuando haya que administrar un Hudson con los respiradores Infinity, ya que con éstos, las alargaderas azules se desconectan continuamente.
4. Asegurarnos de tener un volumen adecuado para las alarmas tanto en los monitores de los boxes como en el monitor central.
5. Recordar que se pautan NPT de dos tipos. Nutriciones que tenemos en el almacén de la unidad (NPT Smojkaviben, con o sin electrolitos) y NPT elaboradas en farmacia. Se comenta la necesidad de unificar nomenclaturas con farmacia con respecto a las nutriciones que se preparan en este servicio.
6. Recordar pautar determinados fármacos en unos horarios concretos, como es el caso de las heparinas profilácticas, que establecimos pautarlas a las 20h y el ticagrelor, en el que consideramos más oportuno pautarlo en desayuno y cena en lugar de a las 12h y 24h. E
7. En la hoja de tratamiento, se han sombreado con diferentes tonos de gris, las líneas del apartado de medicación, para evitar confundirnos de línea a la hora de escribir los horarios de administración.
8. Asegurarse de la correcta sujeción de la vía para evitar extracciones accidentales. Se incide en la especial vigilancia de todas aquellas vías centrales que se colocan en quirófano cuya sujeción varía respecto a intensivos.
9. Revisar a la hora de extraer una analítica, que coincide el nombre del paciente con la petición (pegatina) y por tanto, con lo que se registra.
10. Revisar que las nutriciones enterales se administran al ritmo pautado en el tratamiento y que está registrado adecuadamente en la gráfica. Recordar que las velocidades varían según la nutrición que se administre.
11. Si un paciente precisa contención mecánica, se deben utilizar los dispositivos adecuados, para evitar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0983

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

exceso de presión y posibles lesiones.
12. Se recuerda la importancia de revisar las alergias, tanto por el personal facultativo a la hora de la prescripción de los tratamientos, como del personal de enfermería a la hora de la administración.
13. En la extracción de medicamentos del Pixis, asegurarnos que la misma coincide con la solicitada. Se han detectado varios errores de reposición por parte del servicio de farmacia, tema que se ha hablado con dicho servicio.
14. Revisión por parte de los facultativos, que la NPT pedida a Farmacia coincide con la que se prescribe en el tratamiento. Revisión por parte de enfermería a la hora de administrar la NPT, que la que suben de farmacia coincide con la pautada en la hoja del tratamiento.
15. Insistir nuevamente en la importancia de revisar el ritmo de la fluidoterapia y adaptarlo a la nueva orden de tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que este proyecto ha logrado su objetivo de mejorar la cultura de seguridad de nuestra unidad. Se ha podido compartir información y resolver los problemas detectados gracias a la identificación de los factores predisponentes y los fallos en el sistema. Esta actualización de nuestro grupo de Eventos Adversos nos ha permitido rediseñar los procesos con el objetivo de evitar la recurrencia de los EAs y se han desarrollado elementos que permitirán la continuidad del proyecto integrado en el sistema de información clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/983 ========== ***

Nº de registro: 0983

Título
PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

Autores:
TIRADO ANGLES GABRIEL, ALIAGA GONZALEZ PILAR, ORTEGA UGARTE SUSANA, GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA, PEREZ FERNANDEZ MARIA ROSARIO, QUILEZ PERNIA ANA MARIA, LAFUENTE GARCIA JESUS PABLO, CAMPOS GUTIERREZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermo crítico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los Servicios de Medicina Intensiva, la gravedad del enfermo crítico, las barreras de comunicación, la realización de un número elevado de actividades por paciente y día, la práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, la cantidad y complejidad de la información utilizada, los traspasos y la necesidad del trabajo en equipo, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de riesgo para la aparición de eventos adversos. Dichos eventos no solo constituyen un riesgo para los enfermos, sino que, además, representan un coste económico adicional, dañan a las instituciones y a los profesionales y erosionan la confianza de los enfermos en el sistema sanitario.
La seguridad del paciente crítico y la prevención de aparición de eventos adversos siempre ha sido uno de los retos que más ha preocupado al personal de la UCI del HRV. En el año 2015 se constituyó el Grupo de Mejora de Eventos Adversos de la UCI, un grupo multidisciplinar, muy activo, que ha realizado múltiples sesiones formativas de seguridad, ha elaborado encuestas online entre el personal, que ha recogido más de 70 notificaciones de eventos adversos y que se ha reunido en más de 15 ocasiones para analizar las notificaciones recibidas y ha realizado más de 40 recomendaciones de seguridad al personal acordes a las notificaciones recibidas.
En los últimos meses de 2017 se advirtió un descenso en el número de notificaciones recibidas. Esto añadido a la implantación de un nuevo Sistema de Información clínica, con la desaparición del uso del papel hace que sea necesario una actualización y mejora del Sistema de Notificación de Eventos Adversos de la UCI.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0983

1. TÍTULO

PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HRV

RESULTADOS ESPERADOS
" Potenciar la actividad del Grupo
" Mejorar la formación en Seguridad del personal de la UCI del HRV
" Empoderar al personal para asumir la responsabilidad de mejorar la seguridad
" Fomentar el Feedback directo a los que han reportado notificaciones y a los grupos clave dentro de la Unidad.
" Continuar preservando la confidencialidad y el fomento de la confianza entre los profesionales que reportan y los miembros del Grupo que desarrollan las recomendaciones.

MÉTODO
" Diseñar un programa formativo acreditado, sobre Seguridad Clínica, Eventos adversos y repaso de las Recomendaciones realizadas en los últimos años.
" Diseño de los elementos necesarios para incluir el Sistema de notificación de eventos adversos en el nuevo sistema de información de la Unidad.
" Efectuar nuevas sesiones educativas para impulsar la motivación en la notificación y sus beneficios entre el personal de la Unidad.
" Publicación en formato papel y electrónico de todas las recomendaciones realizadas hasta la fecha
" Registro de las notificaciones más interesantes en el SiNASP

INDICADORES
Este proyecto se evaluará mediante los siguientes indicadores:

" Nº de sesiones formativas realizadas
" Personal asistente a dichas sesiones
" Nº de notificaciones recibidas y características de éstas
" Nº de notificaciones registradas en el SiNASP
" Nº de Recomendaciones realizadas
" Desarrollo del Sistema de Notificación en el nuevo sistema de información clínica

DURACIÓN
Dicho proyecto tendrá una duración de 12 meses, a lo largo de todo 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0632

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ PASAMAR MILLAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMAN BUENO MARIA LUISA
SANCHEZ VICENTE YOLANDA
SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR
MARTINEZ ASENSIO SUSANA
GARCIA DOMINGUEZ PILAR
MARTINEZ AZNAR EVA
FERNANDEZ JIMENEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización y diseño en formato tríptico, de un "Manual de Acogida e Información al paciente y acompañante durante el ingreso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova".

En dicho manual se presenta la información más demandada por pacientes y acompañantes al personal del Servicio de Medicina Interna.

Reuniones periódicas del Equipo de Mejora para la realización del Manual de Acogida.

Presentación del tríptico en Dirección de Enfermería al objeto de poner en su conocimiento su elaboración y contenido.

La implantación del Manual de Acogida se realizará al ingreso del paciente, durante la recepción del mismo en el Servicio de Medicina Interna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por motivos ajenos a los participantes de este Proyecto de Mejora de Calidad, y debido a problemas administrativos sobre la respuesta de confirmación de inclusión en el Programa solicitada en el año 2016 (y confirmada en enero del 2018), solamente se ha podido llevar a cabo la elaboración del Manual y presentación del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una de las dificultades con las que nos hemos encontrado, es el continuo cambio de personal del Servicio a lo largo de estos meses, en al menos tres ocasiones, siendo la formación del personal y las charlas informativas difíciles de llevar a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/632 ========== ***

Nº de registro: 0632

Título
MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
PASAMAR MILLAN BEATRIZ, ROMAN BUENO MARIA LUISA, SANCHEZ VICENTE YOLANDA, SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR, MARTINEZ ASENSIO SUSANA, GARCIA DOMINGUEZ PILAR, MARTINEZ AZNAR EVA, FERNANDEZ JIMENEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGÍAS
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0632

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante nuestra práctica diaria, con frecuencia, tanto el paciente como sus acompañantes, realizan las mismas preguntas y les surgen las mismas dudas acerca de las normas de funcionamiento de nuestro servicio. La falta de información les genera inseguridad, estrés y hace que a menudo aborden en el pasillo o en el control de enfermería al personal que desempeña su labor interrumpiendo su trabajo, lo que dificulta la administración de unos cuidados de calidad.

Esto es debido, en gran parte, al desconocimiento del usuario acerca de las normas del servicio: horarios, forma de proceder... y a la falta de un soporte en papel que les recuerde, o les informe de ello si no han estado presentes durante el ingreso (en el caso del acompañante) o el paciente no se encontraba en plenas facultades durante el mismo.

La utilidad de este proyecto está fundamentada en la necesidad de una información de calidad al usuario, para que éste sepa utilizar correctamente los recursos de que dispone, aumentando su tranquilidad y sensación de seguridad y bienestar, al mismo tiempo que se evita dar explicaciones reiterativas sobre las mismas cuestiones en momentos inoportunos.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son:

Mejorar la satisfacción del paciente y familiares, proporcionando al ingreso una información detallada por parte del personal que recibe a los usuarios, y mejorar la comunicación entre profesionales - paciente/familia, poniendo a su disposición una información concisa y clara sobre la oferta de cuidados y medios de que dispone durante su estancia hospitalaria.

Resolver las dudas que se puedan presentar de manera inmediata.

Mejorar la calidad asistencial por parte del personal que les atiende, disminuyendo las interrupciones inoportunas en el momento de desempeñar sus tareas diarias.

MÉTODO
Las medidas previstas para llevar a cabo la consecución de estos objetivos son:

Formación del Personal de Enfermería que va a atender al paciente y familia durante su estancia en el servicio de Medicina Interna.
Se realizará mediante charlas informativas a todo el equipo que forma parte del servicio, detallando la información explícita que se debe dar al ingreso. Esto será realizado por dos componentes del proyecto.

Realización e implantación de un manual de acogida en formato papel (díptico, tríptico o similar) como complemento a la información proporcionada al ingreso.

INDICADORES
El equipo que forma este proyecto se reunirá periódicamente para el seguimiento y control de los objetivos planteados.

Se registrará en la valoración de enfermería la entrega del manual de acogida.
Se realizará una revisión de historias clínicas cada tres meses por muestreo aleatorio, para conocer el porcentaje de realización de intervención por parte del personal y necesidad de incidir en su práctica.

Le será entregada al usuario del servicio una encuesta de satisfacción sobre la información recibida al ingreso para valorar si se ha conseguido mejorar la comunicación entre personal-paciente/familia y de esta manera disminuir la sensación de inseguridad que genera el ingreso hospitalario.

DURACIÓN
1. Realización del manual: octubre-diciembre 2016.
2. Taller formativo para el personal: enero 2017.
3. Implantación de la intervención de mejora: febrero-septiembre 2017.
4. Evaluación de resultados: septiembre 2017.

OBSERVACIONES
Ninguna

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0632

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION AL PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DURANTE EL INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0677

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL "BRIEFING DE SEGURIDAD" EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD

Fecha de entrada: 05/03/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA SEVIL PURAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATIA SANZ MARTA TERESA
FITENI MERA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• En primer lugar se realizó una revisión sistemática de briefing de seguridad realizados en otras unidades, sin haber encontrado en la bibliografía revisada ningún modelo utilizado en Unidades de Hospitalización a Domicilio.
• Se elaboró un breve cuestionario estructurado mediante una lista de tareas que sirviese de guión para el briefing basándonos en la revisión realizada. Este cuestionario constaba de diez ítems en los que sólo se podía contestar sí o no y dos apartados en los que se preguntaba sobre problemas de seguridad que se habían detectado y sugerencias o cambios para mejorar la seguridad de los pacientes.
• Los ítems eran los siguientes:

¿Están todos los pacientes identificados con la pulsera
¿Están las alergias correctamente indicadas en la hoja de tratamiento?
¿Tienen todos los pacientes la nota de ingreso, consentimiento informado y hoja de tratamiento actualizada?
¿Faltaba material en la caja del botiquín domiciliario?
¿El paciente y/o cuidador principal han entendido las instrucciones?
¿Se ha constatado algún error en la medicación?
¿Se ha revisado las vías y detectado alguna flebitis?
¿Se ha detectado alguna úlcera nueva?
¿Ha habido alguna caída de paciente?
¿Se ha detectado algún problema de seguridad?

• Realización del Briefing una vez al día, a las 15 horas, coincidiendo con el cambio de turno de enfermería y de médicos en la sala de reuniones de la tercera planta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque se elaboró un modelo de plantilla de briefing de seguridad consensuado con todo el equipo, diversos factores impidieron su realización durante los tres meses previstos, por lo que sólo disponemos de información de 6 días.
Como causas y factores que han impedido su realización se encuentran:
•Diferente horario del personal de enfermería y el personal facultativo, siendo el cambio de turno de enfermería a las 14 y 30 h y el de facultativos a las 15h por lo que era difícil poder realizar las reuniones con el personal suficiente y habitualmente sólo se podían realizar con un facultativo y 3 enfermeras de las 6 de la unidad.
•Cambios de personal de enfermería en dos ocasiones durante el pasado año, debido a acoplamientos y traslados, con recambio de prácticamente el 100% de la plantilla, por lo que no se ha podido realizar encuesta postbriefing ya que sólo hay una enfermera que continua en el servicio de las que realizaron las encuestas, siendo el resto de personal nuevo
• En cuanto al análisis de las reuniones realizadas:
1. En 1 caso el paciente o cuidador no había entendido las instrucciones en cuanto al control de glucemias
2. En otro caso se habían realizado modificaciones de las dosis de insulina el fin de semana y no se habían corregido en la hoja del tratamiento del paciente
3. En cuanto a material del botiquín del domicilio del paciente se observó en dos casos falta de material de curas (gasas, vendas), en otro caso jeringas, y en un tercer caso faltaba una heparina subcutánea
4. No se detectó en ninguno de los casos problemas de seguridad, ni caídas ni nuevas úlceras de decúbito

Entre los cambios que se propusieron para mejorar la seguridad de los pacientes están:
• Actualizar las hojas de tratamientos de los pacientes si se realiza algún cambio de tratamiento por parte de los facultativos
• Reflejar los cambios que se hacen en fin de semana por el personal de guardia facultativo en la hoja de los pacientes
• Realizar un check-list una vez a la semana del material del botiquín que se deja en domicilio
• Elaboración por parte del personal de enfermería de una plantilla donde se anota la fecha de colocación de vías periféricas o subcutáneas, sondas y catéteres con el fin de mejorar la calidad y seguridad de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque se elaboró el briefing de seguridad es difícil poder realizarlo en los cambios de turno debido al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0677

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL “BRIEFING DE SEGURIDAD” EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD

diferente horario de personal de enfermería y de facultativo y pensamos que sería más lógico y más práctico un mismo horario para todo el personal, ya que obliga a hacer dos cambios de turno separados con media hora de diferencia.
También los cambios de personal constantes, al no haber una plantilla fija en el servicio, conlleva una gran dificultad en la continuidad de las reuniones y realización del briefing.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/677 ========== ***

Nº de registro: 0677

Título
INCORPORACION DEL “BRIEFING DE SEGURIDAD” EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD

Autores:
SEVIL PURAS MARIA, MATIA SANZ MARTA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: Mejorar la seguridad del paciente

PROBLEMA
La atención sanitaria en un conjunto de procesos cuyo objetivo es mejorar la salud del paciente, pero también conlleva el riesgo de que ocurran acontecimientos adversos. Desde hace años existe una gran preocupación en la comunidad médica hacia esos acontecimientos no relacionados directamente con la enfermedad y sí con el sistema sanitario, todo ello dentro del concepto de la seguridad del paciente.
La mala comunicación es muchas veces una causa frecuente de sucesos adversos en el sistema sanitario.
El briefing es una herramienta que consiste en la realización de un acto de comunicación entre profesionales con un guión previo y como objetivo queremos conseguir una herramienta de seguridad del paciente en un medio en el que existe escasa experiencia sobre su aplicación como es la Unidad de Hospitalización a domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Incrementar la conciencia del personal sanitario sobre la seguridad del paciente.
2. Crear un ambiente favorable para que el personal sanitario comparta información sin miedo de represalias.
3. Integrar la notificación de temas de seguridad en el trabajo diario.
4. Reducir el riesgo de sucesos adversos y mejorar la calidad del cuidado.

MÉTODO
• Elaboración de un breve cuestionario, estructurado mediante una lista de tareas que servirá de guión para el briefing
• Realización del Briefing una vez al día, a las 15 horas, coincidiendo con el cambio de turno de enfermería y de médicos en la sala de reuniones de la tercera planta.
• Notificación de los sucesos adversos y propuestas de mejora
• Realización de una encuesta postbriefing anónima entre todo el personal de la unidad para valorar su utilidad.

INDICADORES
• Se evaluará el número de sucesos adversos notificados
• El número total de personal (enfermería y facultativos) que asisten a la reunión.
• Se realizará una encuesta postbriefing anónima a todo el personal del servicio para valorar la utilidad de esta herramienta

DURACIÓN
• Elaboración del cuestionario de Briefing hasta diciembre del 2016.
• Realización del Briefing desde enero hasta marzo del 2017 en las reuniones del personal de enfermería y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0677

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL "BRIEFING DE SEGURIDAD" EN LAS SESIONES DIARIAS DE LA UNIDAD DE HAD

médicos.
• Encuesta postbriefing anónima y análisis de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0813

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA TERESA MATIA SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEVIL PURAS MARIA
FITENI MERA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dado que desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada, la coordinación asistencial entre ambos es un reto, entre otras causas por la complejidad de las organizaciones sanitarias y la fragmentación de los servicios. En este contexto, el servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) ofrece una atención especializada de rango hospitalario en el domicilio del paciente con las mismas garantías que la hospitalización tradicional, valorando además las características asistenciales, socioeconómicas y psicológicas del enfermo y su entorno. Por ello, y puesto que esta modalidad asistencial sirve de conexión entre el hospital y Atención Primaria, la comunicación entre ambos niveles es un pilar básico para la continuidad compartida, la cual está intrínsecamente relacionada con la satisfacción de los pacientes y su calidad de vida. Para mejorar la comunicación entre ambos niveles se han llevado una serie de actividades:
- Se han realizado reuniones informativas por el personal de HaD en los diferentes centros de salud pertenecientes a su área de cobertura del sector (Actur Norte, Actur oeste, Arrabal, La Jota, Picarral y Parque Goya) donde se ha realizado presentación del funcionamiento del servicio y medios de contacto. Tras haber contactado en varias ocasiones con el centro de salud Actur Sur no se ha podido concertar cita quedando pendiente.
- Se ha creado de una dirección de correo electrónico corporativo (hospitaldomicilioHRV@salud.aragon.es) perteneciente a HaD para contactar vía mail con dicho servicio y realización de interconsultas directas.
- Se ha mejorado la calidad del informe de alta del paciente añadiendo un teléfono de contacto directo con el servicio de HaD y el mail propiamente creado para realizar consultas específicas sobre dicho enfermo
- Por parte de enfermería se ha realizado un informe de continuidad de cuidados de Enfermería en los pacientes que lo requirieron
- Se ha utilizado la HCE para la realización de evolutivos médicos, de enfermería, escalas e informes de alta como medio común de intercambio de información médica
- De forma puntual vía telefónica se ha realizado transmisión de la información de los pacientes complejos y frágiles dados de alta del servicio de HaD a los centros de salud correspondientes, para remisión a su médico de Atención Primaria responsable

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Número de reuniones informativas por el personal de HaD en los centros de salud de su área de cobertura (durante el año 2017): 6 (Actur Norte, Actur oeste, Arrabal, La Jota, Picarral y Parque Goya)
- Número de informes de alta del servicio de HaD en los que consta dirección de mail y teléfono de contacto (durante el año 2017): 100%
- Número de pacientes que dadas sus características de complejos y frágiles se es remitida información telefónica del alta a su centro de salud correspondiente (médico o enfermera) (durante el año 2017): 4
- Número de interconsultas realizadas por e-mail o teléfono desde Atención Primaria (durante el año 2017): Por mail no se ha realizado ninguna interconsulta. Por teléfono se ha contactado en varias ocasiones (no se ha cuantificado el número) desde Atención Primaria realizando ingreso directo en el servicio de HaD en 16 pacientes sin pasar por el servicio de Urgencias
- Número de encuestas con opinión satisfactoria por parte del paciente/familiares (durante el año 2017): 98.7% bueno o muy bueno (bueno: 11.1% y muy bueno: 87.6%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante el año 2017 se ha cumplido el objetivo marcado de realizar un programa de continuidad de cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria. Con ello, se ha mejorado la comunicación entre ambos niveles asistenciales traduciéndose en ingresos hospitalarios directos en el servicio de HaD sin tener que acceder a través del servicio de Urgencias evitando de esta manera traslados innecesarios y beneficiándose de una atención especializada de rango hospitalario en su domicilio. Esto se ha reflejado en la satisfacción del paciente calificando el servicio de forma muy favorable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/813 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0813

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA

Nº de registro: 0813

Título
ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA

Autores:
MATIA SANZ MARTA TERESA, SEVIL PURAS MARIA, FITENI MERA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente pluripatológico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales: Atención Primaria, como primer contacto de acceso al sistema, y Atención Especializada, como apoyo y complemento de todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera, la coordinación asistencial entre ambos, es un reto al que en nuestra opinión los distintos servicios de Salud se enfrentan habitualmente. La complejidad de las organizaciones sanitarias, la fragmentación de los servicios, la amplia variabilidad de la práctica clínica y la tradicional orientación del sistema hacia los profesionales dificulta una atención integral, continuada y centrada en el paciente. El servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) ofrece una atención especializada de rango hospitalario en el domicilio del paciente con las mismas garantías que la hospitalización tradicional, valorando además las características asistenciales, socioeconómicas y psicológicas del enfermo y su entorno. Por ello, y puesto que esta modalidad asistencial sirve de conexión entre el hospital y Atención Primaria, la comunicación entre ambos niveles es un pilar básico para la continuidad compartida, la cual está intrínsecamente relacionada con la satisfacción de los pacientes y su calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
- Garantizar la continuidad de los cuidados médicos entre Atención Especializada y Atención Primaria
- Asegurar la comunicación bidireccional, mejorar el conocimiento mutuo del trabajo y la colaboración activa entre los facultativos de los diferentes ámbitos
- Establecer sistemas de comunicación rápida y efectiva para mejorar la continuidad asistencial
- Disminuir complicaciones y evitar traslados a Urgencias o ingresos hospitalarios innecesarios
- Aumentar la seguridad y confianza de pacientes y profesionales
- Mejorar la calidad de atención del paciente/cuidador/familia
- Mejorar la identificación de pacientes con mala adhesión al régimen terapéutico, falta de conocimientos o con alto grado de dependencia con claudicación del cuidador y colaborar en la educación sanitaria mediante la participación activa de los familiares en la recuperación del enfermo

MÉTODO
- Realización de reuniones informativas por el personal de HaD en los diferentes centros de salud pertenecientes a su área de cobertura del sector 1: presentación del funcionamiento del servicio y medios de contacto
- Creación de una dirección de correo electrónico corporativo perteneciente a HaD para contactar vía mail con dicho servicio y realización de interconsultas directas
- Mejorar la calidad del informe de alta del paciente añadiendo un teléfono de contacto directo con el servicio de HaD y el mail propiamente creado para realizar consultas específicas sobre dicho enfermo
- Realización de informe de continuidad de cuidados de Enfermería en los pacientes que lo requieran
- Utilización de la HCE como medio común de intercambio de información médica
- Transmisión de la información de los pacientes complejos y frágiles dados de alta del servicio de HaD a los centros de salud correspondientes, para remisión a su médico de Atención Primaria responsable

INDICADORES
- Número de reuniones informativas por el personal de HaD en los centros de salud de su área de cobertura
- Número de informes de alta del servicio de HaD en los que consta dirección de mail y teléfono de contacto
- Número de pacientes que dadas sus características de complejos y frágiles se es remitida información del alta a su centro de salud correspondiente
- Número de interconsultas realizadas por e-mail o teléfono desde Atención Primaria
- Número de pacientes con informe de continuidad de cuidados de Enfermería
- Número de encuestas con opinión satisfactoria por parte del paciente/familiares

DURACIÓN
- Realización de reuniones informativas por el personal de HaD en los centros de salud de su área de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0813

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA (A TRAVES DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO) Y ATENCION PRIMARIA

cobertura: noviembre 2016 - febrero 2017
- Creación de una dirección de correo electrónico corporativo perteneciente al servicio de HaD: octubre-noviembre 2016
- Utilización de HCE: desde el momento actual
- Mejora del informe de alta con la adicción de mail y teléfono de contacto, realización de informe de continuidad de cuidados de Enfermería y transmisión de la información de determinados pacientes dados de alta a su centro de salud: a partir de febrero 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1010

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FABIOLA PILAR DIEZ MASSO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ RODES PABLO
ALCUBIERRE IRIARTE SUSANA
PALAZON FRAILE CLAUDIA
BOLEA MURILLO LUCIA
BERGUA GOMEZ RAQUEL
PUEYO TEJEDOR PILAR
OVEDE GARCIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización e implantación de la guía clínica de "Prevención de lesiones por presión".
Revisión sistemática de historias clínicas de los ingresos en la planta de medicina interna antes y despues de la aplicación de la guía de trabajo para ver los resultados obtenidos tras la revaloración del paciente (excepto julio y agosto por periodo vacacional).
Revisión de la cumplimentación adecuada de los registros de las escalas de Norton al ingreso del paciente, y su posterior reevalución si la puntuación obtenida fue inferior a 12.
Realización de reuniones periódicas, en junio 2018 y en enero 2019 para la evaluación de la puesta en marcha de la guía de prenvención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han utilizado la revisón de historias de enfermería de los pacientes ingresado en la planta de medicina interna, recogiendo los datos al ingreso a las 48 horas y al alta, así como si se ha realizado Escalas Norton, si se han puesto las medidas necesiarias, encontrando un 98% de historías bien completadas.
Del 100% de las historias revisada un 19% tenían norton igual o inferior a 12 y de ellos el 96% llevaban las medidas de protección adecuadas.
Antes de instaurar la guía la incidencia de úlceras or presión era de un 94% adquiridas en domicilio del paciente y un 6% adquiridas en medio hospitalario. tras la instauración de la guía de trabajo se ha disminuido la incidencia a 4%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado un procedimiento para la acogida del paciente en planta en el que la valoración enfermera se hace de forma conjunta y simultaneamente enfermera y TCAE, para la correcta elaboración de un plan de cuidados que incluya las medidas de prevención de lesiones por presión.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1010 ========== ***

Nº de registro: 1010

Título
ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
DIEZ MASSO FABIOLA PILAR, MARTINEZ RODES PABLO, ALCUBIERRE IRIARTE SUSANA, PALAZON FRAILE CLAUDIA, BOLEA MURILLO LUCIA, BERGUA GOMEZ RAQUEL, PUEYO TEJEDOR PILAR, OVEDE GARCIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1010

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Tipo Patología: Pluripatol?gico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Partiendo de los datos obtenidos, para el acuerdo de gesti?n de 2017, sobre el registro de las escalas Norton y Barthel de los pacientes ingresados en la planta de Medina Interna, se observa:
? La alta incidencia de falta de cumplimiento de las escalas de Norton y Barthel.
? que la incidencia de ulceras por presi?n desarrolladas durante el ingreso es de 4% y de ellos no se han tomado medidas de protecci?n en un 18%.
? Los pacientes con Norton entre 9 y 14, riesgo medio ?alto, no han tenido medidas de protecci?n en un 57%.
? Los pacientes con Norton inferior a 9, que es riesgo muy alto, han sido 4% sin medidas de protecci?n.
No existe instaurada en el servicio, una gu?a de trabajo que oriente al profesional de enfermer?a de forma un?nime y con evidencia cient?fica, por ello la necesidad de crearla.
Para ello se plantea la necesidad de elaborarla, por parte de los profesionales de dicho servicio, enfermer?a y TCAEs, a partir de bibliograf?a con rigor cient?fico, con el fin de poder conseguir la disminuci?n de la incidencia de ?lceras por presi?n en el servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal:
? Elaborar una gu?a cl?nica de prevenci?n de lesiones por presi?n para disminuir la incidencia de ?stas en la planta de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova.
Secundarios:
? Analizar las variables que pueden aumentar el riesgo de padecer UPP.
? Registro adecuado de las escalas.
? Concienciaci?n del profesional de la importancia de la prevenci?n.
? Crear una herramienta de trabajo al profesional.
? Implicar a todos los estamentos del servicio en el tratamiento integral del paciente.

MÉTODO
? Elaboraci?n de una gu?a de trabajo para personal de enfermer?a y TCAEs del servicio.
? Reuniones peri?dicas con el personal de la planta para informar del proyecto y ponerlo en marcha.
? Revisi?n de historias de enfermer?a para comprobar el cumplimiento de escalas Norton y Barthel, y medidas de protecci?n adoptadas.
? Incidir en la importancia de la prevenci?n.

INDICADORES
Indicadores:
Revisi?n de las escalas Norton de cada paciente en los primeros d?as de ingreso para comprobar si:
? Norton <12 las medidas de prevenci?n est?n tomadas y registradas en la historia de enfermer?a : colch?n antiescaras, cambios posturales, protecci?n de talones. En caso contrario incidir en su realizaci?n por parte del personal del servicio.
? Norton entre 12-14, hacer una revaloraci?n del paciente para detectar posibles cambios y si ellos necesitan medidas preventivas.
? Norton <9 llevaran todos medidas preventivas instauradas para la prevenci?n de ?lceras por presi?n.
Otros criterios de la reevaluaci?n ser?an: Patolog?a por la cual ingresa, fiebre, estado cognitivo del paciente, Barthel actual, incontinencia de esf?nteres, portador de sonda vesical.

Evaluaci?n:
Realizar una revisi?n de historias de enfermer?a previamente a la implantaci?n de la gu?a,y dos revisiones posteriores a los 3 y 6 meses para ver el impacto en los profesionales y en los usuarios de la gu?a de prevenci?n.

DURACIÓN
Mes de Junio: Revisi?n bibliogr?fica,
Julio-Agosto: elaboraci?n de la gu?a de procedimientos.
Septiembre:
? Presentaci?n de la gu?a elaborada a las direcciones y al personal implicado en el cuidado del paciente, del servicio de Medicina Interna.
? Formaci?n del personal que trabaja en dicho servicio.
Octubre: Primera revisi?n de historias de enfermer?a antes de implantar la gu?a.
Noviembre- Febrero: Aplicaci?n de la gu?a cl?nica por parte de los profesionales de enfermer?a.
Febrero: Segunda revisi?n de historias.
Mayo: Evaluaci?n comparativa entre las revisiones efectuada para ver los resultados de la aplicaci?n de la gu?a cl?nica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1010

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1096

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LETICIA ESTHER ROYO TRALLERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABALLERO ASENSIO RUTH
FELIX RUBIO SANTIAGO
MARTIN ALGORA ISABEL
RIVERA ALCALA NICOLAS
CRESTELO VIEITEZ ANXELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se valoró al 70-80% de pacientes crónico complejos ingresados en M.Interna cumplidores de criterios de ingreso en HaD (cuidador 24 horas, diagnóstico preciso, estabilidad clínica) con duración superior estimada a 4 días de ingreso hospitalario y proponer su derivación a dicha unidad.
El médico de planta responsable del paciente tras primera evaluación notificó el caso al equipo de HaD para valoración definitiva en las 48 horas posteriores a su ingreso.
De este modo se estableció una línea de comunicación diaria entre ambas unidades y derivación de pacientes crónico complejos a HaD

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hubo una valoración mínima de 4 pacientes/semana para su derivación, traducida en 20 pacientes mensuales, que en la última mitad del año fue de un total de 140 pacientes. A su vez, ingresaron en HaD el 90% de los pacientes propuestos por la Unidad Crónico Complejo.
De este porcentaje, la tasa de reingreso hospitalario fue baja, en torno a un 10%, evitándose en un alto porcentaje de pacientes la adquisición de infecciones nosocomiales y de delirium orgánico. Posteriormente, dichos pacientes continuaron tras alta hospitalaria las revisiones programadas en H. De día de la Unidad Crónico Complejo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El impacto positivo de este proyecto radica en:
1. La gran satisfacción y calidad de vida percibida por el paciente y su familia por el mayor confort de mantener su seguimiento clínico y tratamiento en domicilio.
2. Se observó menor deterioro funcional, dependencia y sobrecarga del cuidador dada la promoción de mayor autonomía en domicilio de estos pacientes, al evitar la inmovilización inherente en muchos casos a los primeros días de ingreso hospitalario.
3. Se evitó en la práctica totalidad de los pacientes la aparición de delirium orgánico y una significativa disminución de morbimortalidad.
4. Se produjo una mejora en la gestión de camas y en el número de ingresos consiguiéndose evitar la sobrecarga de pacientes ingresados en planta de hospitalización convencional.El paciente crónico complejo condiciona una incidencia superior al 35% de ingresos mensuales y una prevalencia que puede alcanzar el 40-60% en un servicio de Medicina Interna (MI).
Por tanto, la fragilidad clínica de estos pacientes conlleva deterioro funcional, dependencia y sobrecarga del cuidador así como alta mortalidad secundaria a infecciones nosocomiales ligadas a elevado número de reingresos hospitalarios. Las agudizaciones de patologías crónicas como insuficiencia cardiaca (IC) y agudizaciones respiratorias de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus descompensada o patología infecciosa (genitourinaria, respiratoria, digestiva) generan elevada presión asistencial en Medicina Interna.
Como conclusión final, la creación y mantenimiento de unidades de Hospitalización a domicilio (HaD) demuestra importantes beneficios asistenciales al reducir significativamente la morbimortalidad de este tipo de pacientes así como una reducción importante del número de ingresos y/o reingresos hospitalarios con mejor flujo de pacientes hacia el medio extrahospitalario con la consecuente mejoría en la gestión de camas en planta convencional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1096 ========== ***

Nº de registro: 1096

Título
VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1096

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

Autores:
ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER, CABALLERO ASENSIO RUTH, SEVIL PURAS MARIA, FELIX RUBIO SANTIAGO, MARTIN ALGORA ISABEL, RIVERA ALCALA NICOLAS, CRESTELO VIEITEZ ANXELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas pluripatologia
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El aumento de la esperanza de vida actual constituye un envejecimiento poblacional paulatino. La mejoría socioeconómica ligada a la innovación biomédica permite soslayar la mortalidad de muchas enfermedades (cardiovasculares, respiratorias e infectocontagiosas) cuyo precio a su supervivencia es la generación de condiciones crónicas. El paciente pluripatológico ó crónico complejo condiciona una incidencia superior al 35% de ingresos mensuales y una prevalencia que puede alcanzar el 40-60% en un servicio de Medicina Interna (MI). La fragilidad clínica unida a su comorbilidad conlleva deterioro funcional, dependencia y sobrecarga del cuidador así como alta mortalidad secundaria a infecciones nosocomiales ligadas a elevado número de reingresos hospitalarios. Las agudizaciones de patologías crónicas como insuficiencia cardiaca (IC) y agudizaciones respiratorias de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus descompensada o patología infecciosa (genitourinaria, respiratoria, digestiva) generan elevada presión asistencial en Medicina Interna.
La Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) produce importantes beneficios clínicos al reducir significativamente la mortalidad por disminución de infecciones nosocomiales, de delirium orgánico y de reingreso hospitalario así como mayor calidad de vida percibida por el paciente. Asimismo, supone una reducción del número de ingresos y mejora de la gestión de camas en planta convencional

RESULTADOS ESPERADOS
1.Disminución del número de infecciones nosocomiales y de reingreso hospitalario en pacientes crónico complejos.
2.Reducir el riesgo de sucesos adversos ligados a hospitalización y mejorar la calidad de vida de paciente y cuidador.
3.Mejorar la gestión de número de camas e ingresos en planta de MI

MÉTODO
Valoración del 80% de pacientes crónico complejos que cumplen criterios de ingreso en HaD (cuidador 24 horas, diagnóstico preciso, estabilidad hemodinámica) con duración superior estimada a 4 días de ingreso hospitalario y proponer su derivación a dicha unidad.
El médico de planta responsable del paciente tras primera evaluación notificará el caso al equipo de HaD para valoración definitiva en las 48 horas posteriores a su ingreso

INDICADORES
Valoración mínima del 80% de pacientes crónico complejos ingresados en MI.
Reunión diaria del equipo de HaD (facultativos y enfermería) con facultativos del programa crónico complejo para notificación de pacientes.
Registro de pacientes (aceptados y rechazados) por parte de ambos equipos

DURACIÓN
Valoración de pacientes y registro de casos hasta 31 de diciembre de 2018.
Análisis de resultados y seguimiento de casos en 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1096

1. TÍTULO

VALORACION DE PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA PARA PROPONER DERIVACION A HAD

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1135

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA SANCHEZ VICENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR
ROMAN BUENO MARIA LUISA
PASAMAR MILLAN BEATRIZ
MAINAR PEREZ NATIVIDAD
GUTIERREZ VALDIVIA AURORA
SANCHEZ BENITO MARIA PILAR
NUÑEZ MUÑOZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Consulta con la Dirección de Enfermería del hospital para la realización del proyecto y su conveniencia.
2-Búsqueda de información sobre los traslados intrahospitalarios.
3-Diseño gráfico del poster informativo.
4.- Reunión con los supervisores de servicios de hospitalización para explicarles el procedimiento.
5-Validación y aprobación del poster por parte de la Dirección de Enfermería.
6- Colocación de los posters en los servicios del hospitalización.
7- Difusión de la información y del soporte gráfico.
8- Entrega y recogida de encuesta de satisfacción al Personal de enfermería de los servicios citados anteriormente.
9- Análisis de los datos recogidos en las encuestas y presentación de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Contar con un criterio unificado de trabajo en los diversos servicios de hospitalización a la hora de realizar un traslado intrahospitalario.
Minimización de los posibles efectos adversos derivados del traslado de un servicio a otro.
Mayor satisfacción de los pacientes que obtienen las explicaciones pertinentes y perciben el traslado como una mejora en su asistencia.
Mejora de la seguridad del paciente al pasar de unos profesionales a otros.
Mayor agilidad del trabajo enfermero en el servicio de recepción al recibir al paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 91% de los encuestados da una valoración de “buena/muy buena” al poster informativo sobre el traslado intrahospitalario y un 64% de los encuestados declara que el poster con el procedimiento de traslado le ha apartado algún dato que desconocía Un 97% reconoce como importante/muy importante contar con un criterio unificado de trabajo
En referencia a si se cubren las necesidades de información sobre el paciente en los servicios receptores un 47 % dicen que “a veces”, frente a un 53% que dice que “generalmente” obtiene de forma completa la información. El 44,1 % de los encuestados declara que los traslados entre los diversos servicios de hospitalización se realiza de forma correcta solo “a veces”.
El 97% de los encuestados reconoce como importante/muy importante todas aquellas acciones encaminadas a garantizar la seguridad y satisfacción del paciente durante su traslado y a aumentar la calidad asistencial durante los mismos.
Tras los resultados obtenidos y una vez realizada la primera intervención en este campo nos parece interesante seguir trabajando en implantar medidas de mejora que nos conciencien de la importancia de realizar una buena transferencia de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1135 ========== ***

Nº de registro: 1135

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1135

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
SANCHEZ VICENTE YOLANDA, SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR, ROMAN BUENO MARIA LUISA, PASAMAR MILLAN BEATRIZ, MAINER PEREZ NATIVIDAD, GUTIERREZ VALDIVIA AURORA, SANCHEZ BENITO MARIA PILAR, NUÑEZ MUÑOZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El traslado intrahospitalario podemos definirlo como el traslado de un paciente a otra unidad hospitalaria, de manera puntual o definitiva, siempre que se realice en el interior de las instalaciones del hospital donde se encuentra ingresado el paciente.
El proceso de traslado de un paciente a otra unidad debe promover la seguridad y satisfacción del paciente con actividades encaminadas a mantener la calidad en el tratamiento y los cuidados, así como a cubrir la necesidad de información de los profesionales en las unidades receptoras. El déficit en la comunicación y la información, los registros incompletos e inadecuados en la historia clínica, los retrasos debido a los requisitos administrativos y las interrupciones durante el traslado son causas que pueden dificultar el transporte seguro y eficaz dentro del hospital, afectando negativamente al proceso asistencial de los pacientes.
En nuestro Hospital se dan con frecuencia traslados de pacientes de una unidad de hospitalización en planta a otra para continuar con la asistencia debido a la falta de camas en el servicio correspondiente por especialidad al ingreso o a la necesidad de coordinación del servicio de planta con el servicio de Gestión de Camas para cubrir las necesidades que se presentan diariamente en el hospital. Esto conlleva a que en los servicios de hospitalización haya que derivar y recibir pacientes de manera habitual.
Los protocolos claros y apropiados, para el transporte intrahospitalario ayudan en el proceso de toma de decisiones sobre: los registros administrativos a cumplimentar, la documentación clínica que se debe aportar, el personal necesario y las funciones de cada uno a la hora de realizar un traslado y la coordinación y comunicación entre los distintos profesionales implicadas en el mismo.
En la actualidad no existen ningún protocolo en los servicios de Hospitalización en Planta de nuestro Hospital para la realización de este tipo de traslados intrahospitalarios, dejándose al “buen hacer de cada servicio” la consecución de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un protocolo estandarizado de actuación y cuidados al paciente y familia en los traslados de pacientes a otra Unidad de Hospitalización en condiciones de seguridad y comodidad de tal forma que éste implique el menor riesgo posible y no repercuta negativamente sobre el estado del paciente ni en la calidad de la asistencia.
En dicho protocolo se definirán las principales fases del traslado y las funciones de cada componente que interviene.
Después se esquematizará en un póster informativo para la correcta comprensión e interpretación de todo el personal implicado en el traslado intrahospitalario

MÉTODO
Se elaborará un protocolo de traslado intrahospitalario de pacientes ingresados.
Se diseñara un póster informativo para colocar en un lugar visible en el puesto de trabajo de enfermería de cada servicio de hospitalización, de tal manera que sea de fácil acceso para su seguimiento en la realización de un traslado intrahospitalario.

INDICADORES
Se registrará en el apartado de “Proceso de Enfermería” de la historia clínica que se ha actuado según protocolo y los inconvenientes, si los hubiera, que se han encontrado en el desarrollo de dicho traslado.
Se realizará una encuesta de valoración al personal de enfermería a los 3 meses de su implantación para conocer el grado de satisfacción y la utilidad de dicho protocolo

DURACIÓN
Realización del protocolo de actuación y de un póster informativo en el mes siguiente a la aprobación del proyecto.
Aprobación por parte de la Dirección de Enfermería de dicho protocolo.
Implantación en los Servicios de Hospitalización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1135

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES INGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION EN PLANTA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Realización de un test de valoración a los 3 meses de su puesta en marcha.

OBSERVACIONES
Proyecto de mejora aprobado por la Jefa de Servicio (Dra. Aliacar) y Supervisor de la unidad de hospitalización (Enfermero Roberto Cabestre) 4ª A Cardiología.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1142

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA SEVIL PURAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATIA SANZ MARTA TERESA
TERRAZA MARTIN SERGIO
DIEZ CORNELL MARCOS
MARTINEZ MURGUI RAUL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se explicó a todos lo médicos de Medicina Interna que hacen guardias de planta el proyecto.
Desde Mayo hasta diciembre y durante las guardias de Medicina Interna, el médico de guardia valoraba si los pacientes ingresados podían ser candidatos de HAD e informaba al paciente y familia de la alternativa asistencial.

Dado que los fines de semana y festivos no hay disponibilidad de ingreso en Hospitalización a Domicilio ni desde Urgencias ni desde planta de Medicina Interna, se dejaba constancia en la historia clínica, por parte del médico de guardia si los pacientes cumplían criterios para ingresar en Hospitalización a Domicilio.
En la sesión de la mañana se comentaban los ingresos con el resto de facultativos y el médico de la planta responsable del paciente, si consideraba que cumplía criterios de traslado a HAD, informaba a la familia y si ésta daba su consentimiento se ponía en contacto con nuestra unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En los últimos siete meses del año 2017 (de junio a diciembre incluido) hubo 49 pacientes (21% del total) que fueron derivados desde la planta de Medicina Interna.
Desde Junio del 2018 hasta diciembre del 2018 ingresaron 59 pacientes procedentes de Medicina Interna (27% del total de los pacientes), logrando un incremento del 6% en los ingresos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sesión de la mañana de todos los facultativos de Medicina Interna es una buena ocasión de poder revisar los ingresos y valorar cuales cumplen criterios para traslado a domicilio a cargo de Hospitalización a Domicilio.
Aunque la HAD en el Hospital Royo Villanova lleva cuatro años en funcionamiento, es una alternativa asistencial desconocida para parte de la población que atiende el hospital Royo Villanova. Al informar de esta opción de ingreso en domicilio a los pacientes que ingresan en la planta de Medicina Interna, obtenemos en la mayoría de los casos una respuesta positiva.
Con este proyecto, logramos aumentar en un 6% el número de ingresos en nuestra unidad procedentes de planta de Medicina Interna, que aunque cumplen criterios de ingreso en domicilio, no lo pueden hacer por ser fin de semana o festivo.
De esta forma, conseguimos altas precoces para poder liberar camas y disminuir la estancia hospitalaria

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1142 ========== ***

Nº de registro: 1142

Título
INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Autores:
SEVIL PURAS MARIA, MATIA SANZ MARTA TERESA, ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER, CABALLERO ASENSIO RUTH, FITENI MERA ISABEL, TERRAZA MARTIN SERGIO, DIEZ CORNELL MARCOS, MARTINEZ MURGUI RAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1142

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología susceptible de ingreso en Hospitalziación a Domicilio
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital Royo Villanova comenzó su andadura en el año 2015. Inicialmente, los pacientes eran ingresados desde el servicio de Medicina Interna y otras plantas de hospitalización y posteriormente, se prosiguió con ingresos procedentes de urgencias y directamente desde Atención Primaria y consultas externas.
En los últimos siete meses del año 2017 (de junio a diciembre incluido) hubo 231 ingresos en HAD y de ellos un 21% (49 pacientes en total) fueron derivados desde la planta de Medicina Interna.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar en un 5% el número de ingresos en HAD que proceden de la planta de Medicina Interna como forma de liberar un mayor número de camas en dicho servicio en el periodo desde junio del 2018 a diciembre del 2018.
- Aumentar el número total de ingresos en HAD

MÉTODO
- Al ingreso de los pacientes el médico de guardia valorará cuales pueden ser candidatos de HAD e informará al paciente de la alternativa asistencial para ver si cumple criterios de ingreso.
- En la sesión de la mañana se comentarán los ingresos con el resto de facultativos y se decidirá cuales pueden ser candidatos a HAD.
- El médico de la planta responsable del paciente si considera que cumple criterios de traslado a HAD informará a la familia y si ésta da su consentimiento se pondrá en contacto con nuestra unidad

INDICADORES
- Aumento del número de ingresos procedentes de la planta de Medicina Interna en 2018 con respecto al del 2017 en un 5%.
- Aumento del número de ingresos en HAD totales en 2018 con respecto al 2017.

DURACIÓN
Se comunicará a todos los FEAS en la reunión de la mañana el proyecto y en las sucesivas reuniones de la mañana se revisarán que pacientes pueden ser candidatos a ingreso en Hospitalización a Domicilio.
Los lunes se realizará revisión de los ingresos del fin de semana y el médico de guardia comunicará a los facultativos que pacientes pueden ser candidatos a HAD.
El calendario previsto es desde junio del 2018 a diciembre del 2018 incluido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1184

1. TÍTULO

FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA MARTINEZ ASENSIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLIS PASTOR ESTHER
YAGÜE NOGUE MARIA
SEQUEROS SAZATORNIL MARIA PILAR
TERREN PUIG GEMMA
GRACIA ASO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de un Power-Point para la realización de las charlas en los centros socio-sanitarios, de un dossier para el personal trabajador de estos centros de un tríptico para proporcionar al paciente y los familiares cuando se le envíe a su residencia. Todos estos documentos se realizaron con la colaboración del servicio de Medicina Preventiva.
Posteriormente se acudió a impartir las siguientes charlas:
5 de diciembre Residencia Domus VI Zalfonada (C. Salvador Allende), 10 de diciembre Residencia Ballesol (C. Salvador Allende), 11 diciembre Residencia Rey Ardid Valles Altos II (C. Bujaruelo), 12 de diciembre Residencia Antonio Saura (C. Antonio Saura 4). 13 diciembre Residencia Juanita (C. Mariana Pineda), 19 diciembre Residencia Zaragoza 2 (C. Salvador Allende 75).
Las charlas tuvieron una duración de 50 min y en ellas se trató: las medidas de aislamiento que se han de tomar con estos pacientes y como llevarlas a cabo de manera eficaz en un centro socio-sanitario, la importancia de un correcto lavado de manos y se explicó que es un GMR y que consecuencias puede tener una infección de este tipo. Se utilizó un ordenador, un cañón de proyección y se repartió entre los asistentes el dossier elaborado.
Así mismo solicitamos que rellenaran una encuesta de satisfacción y valoración del curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el tiempo de elaboración del proyecto no se produjo ningún ingreso de otros pacientes en el mismo centro socio-sanitario por el mismo GMR del paciente inicial, si bien no podemos saber si se han producido otras infecciones que no hayan llegado a producir enfermedad.
Por otro lado en la encuesta anónima que se entregó a los trabajadores de los centros se valoró con una media de 9/10 la utilidad de los conocimientos adquiridos durante las charlas impartidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha tenido un gran impacto fundamentalmente sobre el personal trabajador de estos centros pues durante la realización de las charlas observamos que sus conocimientos acerca de este tema eran muy reducidos y por tanto no podían realizar correctamente las tareas de aislamiento con estos pacientes. Ha quedado pendiente la posibilidad de realizar encuestas a los familiares y pacientes ingresados para comprobar si han notado diferencias en el trato recibido antes y después de la charla.
Creemos importante la sostenibilidad de este proyecto ya que en el sector Zaragoza 1 existe un gran número de centros socio-sanitarios a los que por falta de tiempo no se ha podido acudir durante la elaboración del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1184 ========== ***

Nº de registro: 1184

Título
FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Autores:
MARTINEZ ASENSIO SUSANA, SOLIS PASTOR ESTHER, SEQUEROS SAZATORNIL PILAR, TERREN PUIG GEMMA, GRACIA ASO NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1184

1. TÍTULO

FORMACION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS PARA LA GESTION DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Detectamos frecuentemente que tras atender a pacientes con gérmenes multirresistentes en centros sociosanitarios, aparecen más casos en el mismo centro con el mismo tipo de germén. El personal que ahí trabaja no siempre tiene los conocimientos sanitarios necesarios para realizar correctamente un aislamiento. Es por ello que consideramos necesario la implantación de un programa de formación para este personal.

RESULTADOS ESPERADOS
Como resultados pretendemos disminuir las transmisiones infecciosas durante la movilización, aseo o tareas habituales en el entorno del paciente.
La población diana es todo el personal que trabaje en centros sociosanitarios donde residan pacientes ingresados en el servicio de hospitalización a domicilio..

MÉTODO
Preparación de un documento base para el adiestramiento del personal de los centros sociosanitarios.
Proporcionar cartelería informativa de los distintos tipos de aislamiento para las habitaciones y trípticos para el personal y familiares.
Ofrecer una charla informativa en cada uno de los centros en los que tengamos pacientes ingresados. En ellas se trabajará sobre el lavado de manos, las medidas de aislamiento y como ejecutarlas de una forma adecuada.

INDICADORES
Realizaremos un registro de los pacientes que tengamos ingresados en el servicio de hospitalización a domicilio con gérmenes multirresistentes y que residan en centros sociosanitarios, para poder comprobar si en días posteriores se detectan nuevos casos con los mismos gérmenes.

Realizaríamos un cuestionario previo a las charlas al personal al que van destinadas y dos semanas después realizaríamos otro para valorar el grado de aprendizaje.

DURACIÓN
La duración será del 1 de junio al 31 de diciembre de 2018. Los responsables de su implantación serán las enfermeras del servicio de hospitalización a domicilio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1201

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH CABALLERO ASENSIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ
YAGUE NOGUE MARIA
SEVIL PURAS MARIA
ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER
ASPIROZ SANCHO CARMEN
MATIA SANZ MARTA TERESA
FITENI MERA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del mes de junio de 2018 se realizaron dos sesiones informativas en los servicios de Cirugía General y Urología, así como una comunicación verbal al Jefe de Servicio de Traumatología (no se pudo realizar una sesión por causas ajenas a la Unidad). Fueron sesiones interactivas, exponiendo los resultados del año previo (número de ingresos previos, días de ingreso), informando de tipos de patologías y pacientes subsidiarias de Hospitalización a Domicilio (HAD), e informando del funcionamiento de la Unidad de HAD, y de los criterios generales de inclusión en HAD, aportando hojas informativas del mismo.
Durante el resto del periodo de intervención, en las guardias médicas, se recordaba a los facultativos la revisión de los pacientes ingresados y su idoneidad o no para traslado a la unidad de HAD.
Una vez finalizado el periodo de recogida de pacientes (siete meses), se han realizado encuestas de satisfacción (voluntarias) tanto al personal sanitario de los servicios quirúrgicos como a los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante los últimos siete meses del 2018 han ingresado a cargo de la Unidad de HAD del Hospital Royo Villanova 215 pacientes, de los cuales, 20 pacientes pertenecían a servicios quirúrgicos, lo que supone un 9’3% del total. De ellos, 11 fueron derivados de Cirugía General, 6 de Urología, y 3 de Traumatología (precisando uno de estos últimos ingresos repetidos –seis en total- por tratamiento supresivo en contexto de patología crónica). Cabe destacar que no hubo ningún caso rechazado por parte de la unidad, al cumplir todos ellos con los criterios de ingreso a nuestro cargo.
Todos ellos (menos uno) precisaron tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) en el contexto de patologías de origen infeccioso, siendo las patologías más frecuentes abscesos de origen abdominal, prostatitis e infecciones protésicas. Únicamente dos pacientes precisaron reingreso hospitalario por mala evolución clínica; en ningún caso por complicaciones derivadas de la atención en domicilio.
En total los días de ingreso en la Unidad asciende a 201 días, de los cuales 141 días corresponden a la administración de tratamiento antimicrobiano endovenoso. En un 40% de los casos se pudo realizar terapia secuencial a vía oral. En el resto se completó el tratamiento antimicrobiano vía parenteral. En dos terceras partes de los casos se especificó la duración del tratamiento antimicrobiano al ingreso del paciente en la Unidad, según las recomendaciones PROA.
Un 15% de los pacientes precisaron medidas de aislamiento por sufrir infecciones por microorganismos resistentes (Klebsiella pneumoniae BLEE y SARM).Un 40% de los pacientes carecían de diagnóstico microbiológico (la mitad de ellos por falta de recogida de muestras, siendo el volumen más importante los provenientes de Cirugía General).
Todos los datos registrados se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del programa de farmacia hospitalaria.
Las encuestas recibidas son voluntarias y anónimas. Se han recibido un total de 22 encuestas del personal y 12 de pacientes/familiares. En la valoración de la Unidad por parte del personal sanitario cabe destacar la baja participación de los facultativos (23%), donde la accesibilidad al servicio, la atención de los profesionales que formamos la unidad, la atención recibida (incluyendo la valoración de las opciones terapéuticas entre ambos equipos, la resolución de problemas y el ajuste y administración del tratamiento previo al traslado), y la satisfacción global recibida, recibían una valoración muy satisfactoria o extremadamente satisfactoria. Y con una valoración algo menor en si la información recibida por la Unidad era suficiente. Las oportunidades de mejora que se consideraban era la ampliación de la cartera de servicios, incluyendo la posibilidad de realizar ingresos durante los fines de semana y festivos, y aumentar el número de camas. Por parte del personal de enfermería (72% de las encuestas recibidas), la valoración global fue similar, y en las oportunidades de mejora apuntan sobre todo a un mayor contacto entre el personal de enfermería de los servicios, para mejorar la comunicación y el manejo del paciente previo al traslado.
De los pacientes, la valoración global es de un 99% bueno o muy bueno.
En global se ha cumplido el estándar marcado, aumentando en un 350% el porcentaje de solicitudes e ingresos de pacientes de servicios quirúrgicos en la HAD (9’3% comparado con los ingresos del año anterior que suponían un 2’6% del total de ingresos en la Unidad), consiguiendo una disminución de la estancia hospitalaria convencional.
Se han implementado las recomendaciones de TADE de la SEIMC-SEHAD en más de la mitad de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1201

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.
La valoración global del proyecto ha sido plenamente satisfactoria, con una clara consecución de objetivos. Queda demostrada la eficacia de las sesiones informativas, quedando pendiente la mejora de la interacción/información con el personal de enfermería de los distintos servicios quirúrgicos, así como aumentar el porcentaje de secuenciación del tratamiento antimicrobiano.
Creemos conveniente continuar con las sesiones/reuniones informativas en los diferentes servicios y a los pacientes/familiares para estimular la elección de la HAD como alternativa a la hospitalización convencional.

7. OBSERVACIONES.
Hay que tener en cuenta que el ingreso en la unidad es una opción voluntaria para el paciente, y que en este proyecto no se ha incluido ninguna actuación para divulgar e informar sobre la Unidad de HAD a los pacientes ingresados y familiares.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1201 ========== ***

Nº de registro: 1201

Título
HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

Autores:
CABALLERO ASENSIO RUTH, SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ, YAGUE NOGUE MARIA, SEVIL PURAS MARIA, ROYO TRALLERO LETICIA ESTHER, ASPIROZ SANCHO CARMEN, MATIA SANZ MARTA TERESA, FITENI MERA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología quirúrgica fundamentalmente infecciosa
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El TADE (Tratamiento Antibiótico Domiciliario Endovenoso) se define como la administración de un antibiótico por vía parenteral en un paciente ambulatorio. Se ha demostrado su eficacia frente a la hospitalización convencional, siendo una modalidad asistencial segura, efectiva y eficiente en el tratamiento de los procesos infecciosos. Las complicaciones asociadas al medio hospitalario se reducen consiguiendo una recuperación más rápida favoreciendo además el retorno precoz del paciente al medio familiar, social y laboral.
En España, el TADE se realiza en unidades específicas de Hospitalización a Domicilio (HAD), con personal médico y de enfermería propios y que integran esta modalidad asistencial en su cartera de servicios.
Una gran variedad de infecciones son candidatas a TADE como infecciones de piel y partes blandas (IPPB), del tracto urinario (ITU), infecciones osteoarticulares, bacteriemias e infecciones por microorganismos multirresistentes….
Desde el Servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) del Hospital Royo Villanova se ha detectado una baja utilización por parte de otros servicios, dando como resultado una ocupación del 75%.
En los últimos 7 meses del año 2017 (de junio a diciembre 2017 incluido) hubo 231 ingresos en HaD, y de ellos únicamente un 2’6% pacientes provenían de Servicios Quirúrgicos (6 pacientes en total), todos ellos para realización de TADE, con un total de 59 días de ingreso.
Considerando que los pacientes quirúrgicos podrían beneficiarse de la HaD, y siendo uno de los servicios con menor utilización de la HaD, decidimos realizar una serie de actuaciones para mejorar el flujo de pacientes además de aprovechar para aplicar la guía de TADE de la SEIMC-SEHAD.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar el número de solicitudes de valoración de pacientes para HaD por parte de los servicios quirúrgicos del hospital (Traumatología, Cirugía General y Urología).
- Aumentar el número de pacientes derivados de servicios quirúrgicos a HaD en un 5%, y con ello disminuir la presión de camas en planta de hospitalización.
- En los pacientes subsidiarios de TADE, aplicación de las recomendaciones PROA de la guía SEIMC-SEHAD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1201

1. TÍTULO

HOSPITALIZACION A DOMICILIO Y SERVICIOS QUIRURGICOS: UNA RELACION EFICIENTE. IMPLEMENTACION DEL TADE SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SEIMC-SEHAD

- Aumentar el número total de pacientes en el Servicio HaD en comparación con el año 2017.

MÉTODO
Para conseguir dichos objetivos, se van a realizar las siguientes actuaciones:
-Divulgar el contenido del servicio de HaD mediante sesiones clínicas-charlas informativas dirigidas a facultativos y personal de enfermería de los servicios de Traumatología, Cirugía General y Urología, con una periodicidad trimestral.
-Distribución del protocolo con los criterios generales de inclusión de pacientes en HaD.
-Proponer a dichos servicios la captación de aquellos pacientes subsidiarios de ingreso en HaD mediante las hojas de consulta realizadas al servicio de medicina interna
Situaciones clínicas subsidiarias de ingreso en HaD y TADE:
-Abscesos intraabdominales y perineales (hepático, esplénico, pancreático, renal y perirrenal, perirrectal y prostático) (una vez drenado el foco)
-Artritis, espondilitis y osteomielitis infecciosas
-Colecistitis y colangitis
-Epididimitis, orquitis y prostatitis bacteriana (es recomendable TADE si fracaso previo tratamiento oral o riesgo de MMRR)
-Infecciones de la piel, tejido celular subcutáneo y fascia, incluyendo las úlceras del pie diabético (teniendo en cuenta las comorbilidades del paciente)
-Infección del retroperitoneo y psoas
-Pielonefritis aguda (dependerá de las comorbilidades y otros factores de gravedad como obstrucción)
El facultativo de la planta quirúrgica responsable del paciente si considera que puede cumplir criterios de traslado a HaD informará a la familia, y si ésta da su consentimiento se pondrá en contacto con nuestra unidad.

INDICADORES
-Recoger en un registro de todas las peticiones que se realizan por parte de los servicios quirúrgicos.
-De los pacientes seleccionados por cumplir criterios de ingreso en HaD, valoración de los diagnósticos, necesidades de TADE, días de tratamiento antimicrobiano y terapia secuencial, y aplicación de las recomendaciones PROA de la guía de la SEIMC-SEHAD recién publicada.
-Registro de pacientes con infecciones por microorganismos multirresistentes y que precisan aislamiento.
-Relación entre días de ingreso en Hospitalización convencional y en HaD.
-Realizar una comparación con años previos.
-Medir el índice de satisfacción de los facultativos y/o personal de enfermería.
-Medir la satisfacción de los pacientes.

DURACIÓN
El calendario previsto es desde junio del 2018 a diciembre del 2018 incluido, con una duración de 7 meses.

OBSERVACIONES
Debido a la limitación del número de participantes, no se han podido incluir a todo el equipo de enfermería del Servicio de HaD, como parte imprescindible de este proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0896

1. TÍTULO

IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANTONIA BERNAD USON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL
STODUTO GARCIA MARIA PIEDAD
VARONA LOPEZ WENCESLAO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- DESARROLLO DEL PROYECTO:
1.1.- ELABORACIÓN DE FORMATO PARA EL REGISTRO DE LA CONSULTA DE VACUNACIÓN.
Diseño del formato por la Responsable del Proyecto, presentación al resto de componentes del Equipo, revisión y propuesta de modificaciones, valoración de las mismas e introducción de las consideradas adecuadas, y elaboración del formato definitivo.
Distribución de funciones de cada miembro del Equipo.
1.2.- INICIO DEL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN EL FORMATO ELABORADO.
En enero de 2017 comienzan a registrarse en el formato elaborado las actividades de enfermería en la atención de pacientes en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva.
1.3.- PERIODO DE UTILIZACIÓN DEL NUEVO FORMATO PARA VALORAR RESULTADOS.
Registro en el nuevo formato de las atenciones de enfermería en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva desde el 1 de enero de 2017, programando un estudio de valoración de resultados tras seis meses de utilización.
1.4.- ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE REGISTROS.
Estudio para la valoración de la adecuada cumplimentación de los formatos y la existencia de incidentes relacionados con el acto vacunal en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2017. Esta valoración se llevó a cabo por un evaluador externo, independiente del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.
1.5.- ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL ESTUDIO, RESULTADOS Y CONCLUSIONES.
En julio se procede al análisis de los datos del estudio de evaluación de los registros y a la interpretación de los resultados y la obtención de conclusiones.
2.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:
Se envía por correo electrónico Tabla I

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados que se esperaba obtener con la realización de este Proyecto eran los siguientes:
1.- Garantizar la adecuada continuidad asistencial del paciente atendido en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.
2.- Minimizar los incidentes y/o eventos adversos relacionados con el acto vacunal.
3.- Disponer de un formato claro y sistemático para el registro de las actividades de la enfermera de la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.
La elaboración del formato para el registro de las actividades de enfermería y la selección de las variables a cumplimentar tenían como objetivos la consecución de la coordinación de los profesionales que intervienen en el proceso de vacunación para mejorar el control y seguimiento de los pacientes atendidos en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.
En la solicitud del Proyecto se contempló como indicador de proceso el “porcentaje de pacientes vacunados con registro completo de enfermería”. No obstante, la cumplimentación inadecuada puede ser de una o varias de las vacunas administradas, por lo que se ha considerado que la obtención del “porcentaje de vacunas con registro completo de enfermería” aporta una información más completa de los registros de las actividades llevadas a cabo en la Consulta de enfermería de vacunación, por lo que se ha procedido a su análisis y se ha añadido como indicador *.
En el primer semestre de 2017 los facultativos del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova derivaron a la Consulta de enfermería para la administración de vacunas a 222 pacientes. Dos de las Historias no pudieron recuperarse en Archivos, no teniendo acceso a los registros de vacunación, por lo que los pacientes fueron excluidos del estudio. Así, el total de pacientes incluidos en el estudio fueron 220.
A seis de los pacientes no se les hizo ficha de vacunación, siendo incluidos en el estudio, y considerándose los formatos como inadecuadamente cumplimentados.
Estos seis pacientes a los que no se les abrió ficha de vacunación acudieron a la Consulta en la fase inicial de utilización del nuevo formato y coincidiendo en fechas que la enfermera que desarrolla las actividades en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva estaba disfrutando de días festivos (dos pacientes el día 3 de enero, uno el 4 de enero y tres el ocho de febrero).
Tras el estudio de adecuación en la cumplimentación de los formatos de enfermería se analizaron las siguientes variables:
- Pacientes con primera visita o sucesivas.
- Número de vacunas administradas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0896

1. TÍTULO

IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

- Número de registros completos adecuadamente cumplimentados.
- Número de vacunas administradas con registro adecuado completo.
- Motivo de cumplimentación no adecuada.
- Reacciones adversas.

El resultado de los indicadores de seguimiento establecidos para valorar la consecución de los objetivos, y por tanto la efectividad del Proyecto fue el siguiente:
Estructura:
Disponibilidad de la hoja de registro en la Consulta de enfermería de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova .. Sí
Proceso:
Porcentaje de pacientes vacunados con registro completo de enfermería …… 81,36 %
Porcentaje de vacunas con registro completo de enfermería * …… 91,68 %
Resultado:
Porcentaje de pacientes con incidentes o eventos prevenibles relacionados con el acto vacunal …….. 0 %
En lo que hace referencia a los indicadores de proceso, si consideramos que no todas las variables a cumplimentar tienen la misma importancia, y analizamos los registros y las vacunas en los que no se cumplimentaron correctamente los apartados esenciales para la identificación de las vacunas y la valoración de los posibles efectos adversos (identificación, fecha de administración lote, fecha de caducidad, vía de administración, lugar anatómico, y alergias), los porcentajes de adecuación ascienden hasta el 88,2 % (194 de 220) en el caso de los registros, y al 94,8 % (513 de 541 para las vacunas).
RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS DE VARIABLES:
Se envía por correo electrónico Tabla II

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La administración de una vacuna debe registrarse siempre en la Historia Clínica de la persona vacunada.
La calidad de los datos registrados es fundamental, sobre todo en lo concerniente a la seguridad vacunal, tanto en lo referente a la identificación exacta del preparado administrado, como del lote, para poder realizar actuaciones en el caso de reacciones vacunales determinadas o ante la necesidad de identificación de personas inmunizadas con lotes de vacunas concretos.
Por ello, con el objetivo de disponer de un soporte documental unificado para el registro de las vacunas administradas, se decidió, como parte de este Proyecto, diseñar el formato que ha estado disponible en la Consulta de enfermería de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova desde el día 1 de enero de 2017 y se ha utilizado sistemáticamente desde entonces, contribuyendo a disponer de un control exacto de las vacunas administradas.
El formato dispone de un doble registro de identificación del paciente, por una parte el nombre y por otra el Número de Historia Clínica, facilitando la identificación inequívoca.
El formato facilita la continuidad asistencial de los pacientes remitidos a Medicina Preventiva para su valoración y administración de vacunas si procede. No obstante, esta continuidad asistencial no debe limitarse a la interacción médico que prescribe / enfermera de la Consulta, sino que también debería existir una coordinación, formación e información entre los profesionales de enfermería que vayan a desarrollar funciones asistenciales en la Consulta de vacunación (más aún considerando que muchos pacientes deben acudir a la Consulta en varias ocasiones). minimizando así las probabilidades de que se produzcan situaciones como que no se abra ficha de vacunación a algunos pacientes.
Muchos de los viales de las vacunas disponen de pegatinas en las que consta el nombre comercial del preparado, el lote y la fecha de caducidad. En la mayoría de las fichas se han empleado estas pegatinas, cuya utilización contribuye a la disminución de los errores u olvidos que pueden producirse en el registro manual, sin embargo, no siempre se han usado.
A pesar de que el objetivo a conseguir es la adecuada cumplimentación de todas las variables en todos los registros, tanto el porcentaje de registros completos como de vacunas correctamente cumplimentadas puede considerarse elevado, más aún si analizamos solamente las posibles deficiencias en las variables esenciales para la identificación de las vacunas y la valoración de los posibles efectos adversos.
No se produjeron incidentes o eventos prevenibles relacionados con el acto vacunal, lo que puede hacer pensar en una adecuada prescripción y administración de las vacunas adaptadas a las características propias de cada paciente. Los efectos adversos que desarrollaron algunos pacientes tras la administración de las vacunas fueron reacciones locales (dolor, inflamación) o sistémicas leves (febrícula), atribuibles a la propia vacuna y no al acto vacunal, y remitieron a las 48-72 horas de la vacunación.
Algunas de las medidas que podrían contribuir a mejorar la cumplimentación del formato utilizado en la Consulta de enfermería de vacunación podrían ser:
- Utilización de etiquetas para registrar el nombre del paciente, evitando los posibles errores de interpretación de la letra ante nombres o apellidos similares.
- Siempre que los viales dispongan de pegatinas con el nombre comercial del preparado, el lote y la fecha de caducidad, utilizarlas para el registro de estos apartados en la ficha.
- Revisar los registros de las vacunas administradas en la visita como último paso de la atención al paciente.
- Conseguir que los profesionales de enfermería que vayan a desarrollar sus actividades de manera puntual en la Consulta de vacunaciones dispongan de la formación e información suficiente sobre la gestión de la atención integral al paciente que se lleva a cabo en esta Consulta.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0896

1. TÍTULO

IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Se envían por correo electrónico los siguientes archivos:
- Cronograma de las actividades del Proyecto. (Tabla I).
- Tabla de resultados del análisis de las variables incluidas en el estudio. (Tabla II).

*** ========== Resumen del proyecto 2016/896 ========== ***

Nº de registro: 0896

Título
IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
BERNAD USON MARIA ANTONIA, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, STODUTO GARCIA MARIA PIEDAD, VARONA LOPEZ WENCESLAO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteraciones del sistema inmunitario
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La realización de forma correcta de todos los pasos incluidos dentro del acto vacunal es esencial y es la enfermería como principal responsable del mismo, quien tiene el papel fundamental en esta labor. La actuación del profesional de enfermería no se limita a la administración de la vacuna, sino que existen una serie de procesos relacionados que son claves para garantizar la mayor efectividad y seguridad de las vacunas (1). Todos esos procesos vinculados a la vacunación (identificación, preparación, vacunación propiamente dicha y cuidados posteriores) deben dejarse registrados (2). Asimismo, debe existir coordinación entre los distintos profesionales implicados en el proceso de vacunación.
Tras la valoración inicial por el facultativo y la prescripción de las vacunas recomendadas en su caso, el paciente pasa a la Consulta de enfermería, debiendo garantizarse la continuidad asistencial con una atención integral y adecuada a la prescripción.
Para asegurar esta continuidad asistencial y llevar a cabo el necesario registro de las vacunas administradas, en la Consulta de enfermería debe disponerse de un formato (3-5) en el que se incluyan variables referidas a la identificación del paciente y el facultativo que deriva al paciente, las vacunas administradas, las alergias conocidas y las reacciones adversas, así como la identificación de la enfermera que administra la vacuna. Este formato debe favorecer la aplicación de los principios para la administración de medicación siguiendo los “Rights of Medication Administration” (5) en los que se incluye asegurar que el paciente sea el correcto, así como la vacuna a administrar, el momento (edad, tiempo e intervalos y fecha de caducidad), la dosis, la vía de administración, el lugar y la documentación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Garantizar la adecuada continuidad asistencial del paciente atendido en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.
- Minimizar los incidentes y/o eventos adversos relacionados con el acto vacunal.
- Disponer de un formato claro y sistemático para el registro de las actividades de la enfermera de la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

MÉTODO
Las actividades del Proyecto están encaminadas a la consecución de la coordinación de los profesionales que intervienen en el proceso de vacunación y a mejorar el control y seguimiento de los pacientes atendidos en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.
Para ello se elaborará una hoja de enfermería para el registro de datos de identificación del paciente y los profesionales que prescriben y administran, las vacunas administradas, las alergias conocidas y las reacciones adversas que puedan producirse.
La valoración de la adecuada cumplimentación de los formatos y de la existencia de incidentes o eventos adversos relacionados con el acto vacunal se llevará a cabo por un evaluador externo, independiente del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0896

1. TÍTULO

IDENTIFICACION INEQUIVOCA, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y REGISTRO DE ACTUACIONES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE PACIENTES CON PRESCRIPCION DE VACUNACION EN MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

INDICADORES
Estructura:
Disponibilidad de la hoja de registro en la Consulta de enfermería de vacunación de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova
Proceso:
% de pacientes vacunados con registro completo de enfermería
Numerador: Nº pacientes con hoja de registro de enfermería correctamente cumplimentada x 100
Denominador: Nº pacientes con prescripción de vacunación en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova
Resultado:
% de pacientes con incidentes o eventos adversos prevenibles relacionados con el acto vacunal
Numerador: Nº pacientes con incidentes o efectos adversos prevenibles x 100
Denominador: Nº pacientes con prescripción de vacunación en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Royo Villanova

DURACIÓN
Diciembre 2016:
Diseño y elaboración del formato de enfermería para el registro de la atención de pacientes en la Consulta de vacunación de Medicina Preventiva.
Enero - Junio 2017:
Estudio de seguimiento de la adecuación en la cumplimentación del registro de la hoja de enfermería.
Julio 2017:
Evaluación de los registros, análisis de resultados, obtención de indicadores y memoria del Proyecto.

Duración total del Proyecto: 8 meses.

OBSERVACIONES
1.- El acto de la vacunación: antes, durante y después. Manual de vacunas en línea de la AEP. Disponible en http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-5
2.- Sáez López I, Aguirre Lejarcegui G, Sancho Martínez R, González Sancristóbal MI. Guía de bolsillo de vacunas. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2011.
3.- Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi. Manual de vacunaciones. Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2016.
4.- Manual de vacunaciones para enfermería. Andalucía 2008. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
5.- Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1733

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ASPIROZ SANCHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EZPELETA GALINDO ANA
TIRADO ANGLES GABRIEL
CORRUCHAGA ARREGUI MARIA DOLORES
SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR
TERRAZA MARTIN SERGIO
DIEZ CORNELL MARCOS
RIHUETE CARO ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un grupo multidisciplinar PROA HRV en el primer semestre de 2017.
Se presentó pública y oficialmente el día 1 de junio de 2017 (salón de actos HRV).
Se elaboró una base de datos Excel, por parte del Dr. Gabriel Tirado, en enero de 2017.
Se comenzó a introducir datos en esta nueva base, a partir de finales de enero, siendo los primeros meses incompletos. Además, se van revisando resultados y añadiendo o quitando campos cuando el tiempo lo permite.
El registro de datos corre a cargo de Mª Dolores Corruchaga (enfermera de sepsis-PROA-Microbiología) y, en su ausencia, de Mª Pilar Sánchez (enfermera de Hematología Hospital de día y también de de sepsis-PROA-Microbiología en ausencia de la titular).

En el 53% de las bacteriemias se realizó un asesoramiento PROA en la prescripción antibiótica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 3 indicadores que se deben evaluar, los resultados son:
INDICADORES PROA HRV 2017

1. Bacteriemias evaluadas / notificadas/ registradas por los miembros del equipo PROA en pacientes ingresados en el año 2017 (nº absoluto y proporción)
336 pacientes con bacteriemia evaluados a día 10 de enero de 2018. Episodios notificados y registrados.
91 % de los pacientes con bacteriemia se ingresaron en los siguientes servicios del HRV: Medicina Interna (40%), Urología (12%), Digestivo (8%), UCI (6%) y Cirugía (4%). Consta un 9% de Urgencias.
2. Bacteriemias evaluadas / notificadas/ registradas por los miembros del equipo PROA en pacientes no ingresados en el año 2017 (nº absoluto y proporción)

7 episodios de bacteriemia no se ingresaron (1,9%)

Con 376 pacientes (a día 15 de febrero de 2018), solamente 7 pacientes (1,9%) fueron dados de alta a domicilio y seguidos por PROA. 32 pacientes (8,63%) se trasladaron para ingreso al hospital Nª Sª de Gracia.

3. Pacientes con bacteriemia por Staphylococcus aureus con hemocultivos de control.
NO se pidieron hemocultivos de control en el 50% de los casos de BSARM y en el 34% de las BSASM. Una vez evaluados los resultados, en la práctica totalidad de los casos los pacientes eran -o fueron- exitus, traslados a otros centros sanitarios o tenían otras causas que lo justificaban. Se llega a la conclusión de que los hemocultivos de control en bacteriemia por S. aureus es una información que se proporciona –por parte de Microbiología, enfermería y PROA- y se conoce –por parte de los médicos responsables de los pacientes- y que probablemente en todos los casos en que no se pidió respondió a una decisión meditada.
RESULTADOS DE LAS BACTERIEMIAS POR S. aureus en 2017
• 38 pacientes con bacteriemia por Staphylococcus aureus, 26 SASM (S. aureus sensible a meticilina) y 12 SARM (S. aureus resistente a meticilina)
• Porcentaje de SARM sobre todas las bacteriemias por S. aureus en 2017: 31,6%
• Edades: Edad media: 81,1 años (rango: 67-94).
• Servicios implicados: En HRV : Medicina Interna, Urgencias y Urología(1) . HNSG (2 pacientes).
• Mortalidad en bacteriemia por SARM (BSARM) : 75% (9/12).
• No se pidieron hemocultivos de control en BSARM en 6 casos (50%) : 4 exitus y 2 casos con alta comorbilidad y edades >90 años (91 y 94). Ingresos prolongados y reingresos (HRV y HNSG). Probablemente en todos los casos en que no se pidió respondió a una decisión meditada.
• Se pidieron hemocultivos de control en 6 casos. 5 exitus y 1 alta.
• Los exitus ocurrieron en el mismo día (3), 1 día (1), 4 días (1), 6 días (1), 12 días (1), 26 días (1), 2 meses (1).
• Mortalidad en bacteriemia por SASM (BSASM) : 31% (8/26).
• Se pidieron hemocultivos de control en 2 tercios de los casos.
• No se pidieron hemocultivos de control en BSASM en 9 casos (34,6%) : De ellos: 5 exitus, un alta a domicilio de diferente CA (Guipúzcoa, con información eficaz) y 3 casos con alta comorbilidad. 2 de ellos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1733

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

erasn de MI HRV y otro pasó a Hematología HRV. Probablemente en todos los casos en que no se pidió respondió a una decisión meditada.
• Se pidieron hemocultivos de control en 6 casos. 5 exitus y 1 alta.
• Los exitus ocurrieron en el mismo día (1), 1 día (1), 2 días (1), 6 días (1), 8 días (1), 16 días (1), 32 días (1), 2,5 meses (1)

Por otro lado, hay otros importantes resultados:
A 10 de enero de 2018 hay 336 pacientes con bacteriemia evaluados.
• En cuanto a la epidemiología de las bacteriemias (lugar de adquisición) más de la mitad es comunitaria (52%), seguido por asociada a cuidados sanitarios ACS (30%) y por último nosocomial (18%).

• El servicio de ingreso más frecuente fue Medicina Interna (40%) seguido por: Urología (12%), Urgencias (9%), Digestivo (8%), UCI (6%) y Cirugía (4%).

• El foco más frecuente fue el urinario (41%), seguido por abdominal (22%) y respiratorio (19%). Catéter 5.5%. Solamente un 5% fue desconocido.

• La etiología más frecuente fue (datos analizados, n=271):
o Escherichia coli (51%) : E. coli 37.3% y E. coli Blees 13.7%
o Staphylococcus aureus 10%: S. aureus sensible a meticilina 6.3% SARM 3.3%.
o Streptococcus penumoniae: 7%
o Klebsiella pneumoniae 6 %
o Staphylococcus epidermidis 6%
o Enterococcus faecalis, 3.3%
o K. oxytoca 3.3%

• El tiempo del informe medio por parte de Microbiología fue (en días):
Informe preliminar, Media: 1.48, Mediana:1.0
Informe definitivo, Media: 3.03, Mediana: 3.0

En el 53% de las bacteriemias se realizó un asesoramiento PROA en la prescripción antibiótica.
Sobre todas las actuaciones realizadas:
- En el 48,2% se paso de tratamiento empírico a dirigido.
- En el 23,68% se reorientó el tratamiento empírico.
- en el 8,77% se desescaló el tratamiento antibiótico.
- en el 0,8% se recomendó la suspensión del tratamiento antibiótico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es muy buena, en cuanto a que el grupo trabaja para dar la información relevante en pacientes con infección grave (bacteriemia). Se han cumplido las expectativas y se han alcanzado unas cifras excelentes en los indicadores evaluados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1733 ========== ***

Nº de registro: 1733

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

Autores:
ASPIROZ SANCHO CARMEN, EZPELETA GALINDO ANA, TIRADO ANGLES GABRIEL, CORRUCHAGA ARREGUI MARIA DOLORES, SANCHEZ HERNANDEZ MARIA PILAR, TERRAZA MARTIN SERGIO, DIEZ CORNELL MARCOS, RIHUETE CARO ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1733

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con bacteriemia y otras infecciones del torrente sanguíneo, (p. ej. candidemia) son prioritarios para los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) porque:
- Se trata de pacientes con infecciones documentadas que, con frecuencia, asocian elevadas tasas de mortalidad (10-40%) y una morbilidad considerable en los que la utilización óptima de antimicrobianos es especialmente necesaria.
- La documentación microbiológica permite en muchos casos dirigir el tratamiento antimicrobiano empíricamente iniciado, reduciendo en muchos casos la presión antibiótica.
- Suponen una oportunidad idónea para la interacción con los prescriptores de antimicrobianos a nivel individual.
- La oferta proactiva de una actividad de asesoría especializada para el manejo de pacientes con bacteriemia se ha asociado de forma repetida a una mejora en los resultados clínicos (mortalidad) y del uso de antibióticos.
- La actividad PROA de apoyo al manejo de pacientes con bacteriemia tiene un impacto máximo en la consecución de cambios de hábitos de prescripción en el hospital

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimizar los resultados clínicos de los pacientes con bacteriemia en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza (HRVZ).
- Mejorar la utilización de antimicrobianos en pacientes con bacteriemia del HRVZ.
- Contribuir a la formación del personal sanitario del HRVZ –especialmente a los prescriptores- en el buen uso de antimicrobianos.
- Evaluación de la repercusión de la actividad.

MÉTODO
Desarrollo del Procedimiento:
Tarea 1.- Identificación y notificación de bacteriemias a los clínicos del PROA.
Tarea 2. Análisis de la información disponible del episodio de bacteriemia.
Tarea 3. Interacción con el Servicio clínico responsable del paciente con bacteriemia.
Tarea 4. Registro de la información correspondiente al episodio.

INDICADORES
1. Bacteriemias evaluadas/ notificadas / registradas por los miembros del equipo PROA en pacientes ingresados en el HRV (nº absoluto / proporción) .

2.- Bacteriemias en pacientes no ingresados evaluadas/ notificadas / registradas por el equipo PROA (nº absoluto / proporción)

3. Pacientes con bacteriemia por S. aureus con hemocultivos de control

DURACIÓN
Primer semestre de 2017: formación de grupo PROA y presentación al hospital Royo Villanova y sector 1.

Primer semestre de 2017: elaboración de un documento sobre la actuación en las bacteriemias.

Primer semestre de 2017: Presentación en sesión de hospital (con presencia de profesionales del sector 1) del documento sobre la actuación en las bacteriemias.

Segundo semestre 2017: elaboración de un cuadro de mandos con estadísticas de actividad.

Primer trimestre 2018: elaboración y presentación de la memoria de actividad del grupo PROA en el año 2017.

OBSERVACIONES
No se ha podido incluir a dos profesionales del servicio de Urgencias (Dr. José María Ferreras y Marcos Sarrat) que forman parte activa del grupo PROA.
Por otro lado, hay profesionales de los servicios de Farmacia y Medicina Preventiva (Dra. P. Stodutto) que también intervienen de modo importante en este proyecto, y que tampoco han podido ser incluídos (solamente hay opción para 8 miembros en la solicitud oficial).
La implementación de este programa será gradual y requiere de la implicación de la dirección del centro (hospital Royo Villanova). Además, sería deseable la implicación de Atención Primaria del sector 1 (adultos y Pediatría) y del hospital Nuestra Señora de Gracia.
Se reevaluará la dedicación de los diferentes integrantes del grupo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1733

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA Y SECTOR 1

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0737

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO CABESTRE GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOLDOVA LOSCERTALES ANA
LAZARO SIERRA JAVIER
PEREZ SISAMON ANA
JIMENEZ FRANCES MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han visto 32 pacientes a lo largo del año.
Se realizó difusión al inicio del programa en los servicios afectados (neumología y cardiología), con charlas exposición del programa, motivos, objetivos y criterios de derivación. Tanto a enfermeras como a los FEA de Neumología y Cardiología.
Se realizó presentación breve en powerpoint y nota informativa de inicio del programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Test de dependencia y motivación recogidos en el 100% de las historias.
Se valoran 32 pacientes, que generan:
20 consultas del Día D,
18 a la semana de cesación de los cuales 3 no acuden y 1 no quiere seguir
18 al mes, de los cuales 1 no quiere seguir
13 a los 3 meses, 2 no acuden y 2 habían recaído.
7 a los seis meses, 2 no acuden
5 al año, que completan tratamiento y se les da de alta como exfumadores.

Hemos ayudado a 5 fumadores a dejar de fumar completamente, supone un 16% de los pacientes atendidos.

Recogida base de datos y revisadas las historias clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos orgullosos de haber conseguido ayudar a 5 pacientes a dejar de fumar completamente, aunque nos gustaría mejorar este resultado.

La falta de tiempo del personal participante en este programa, ha dado como resultado la pérdida de seguimiento de muchos de estos pacientes, que no sabemos si han continuado abstinentes o no, porque no han acudido a dos consultas sucesivas (se les volvía a citar tras una falta) pero ya no se ha contactado más con ellos.
La inclusión de pacientes podría haber sido mucho mayor de haber podido dedicar tiempo, podríamos haber repetido y mejorado la difusión, sobre todo entre el personal de enfermería, pero no eramos capaces de asumirlo, por nuestra carga asistencial.
De cara al próximo año, con el apoyo de nuestra dirección de enfermería, vamos a disponer de una enfermera dedicada a tiempo completo a la deshabituación tabáquica. El tiempo dedicado a este programa se multiplicará, mejoraremos la difusión entre el personal y afinaremos los criterios de inclusión. Estamos seguros de poder aumentar la intervención y mejorar los resultados. Estudiaremos ampliar el programa a otras especialidades, en dependencia de la carga que se genere.
Retomaremos también el contacto con aquellos pacientes que realizaron un intento de cesación para ver si continúan sin fumar y en caso contrario, les animaremos a realizar un nuevo intento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/737 ========== ***

Nº de registro: 0737

Título
ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
CABESTRE GARCIA ROBERTO, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, LAZARO SIERRA JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0737

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Deshabituación tabáquica

PROBLEMA
El ingreso hospitalario brinda a los profesionales de salud una oportunidad única para ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar.
Sabemos que el 14% de los pacientes ingresados se mantiene abstinente a las 12 semanas y un 66% que se mantienen abstinentes durante el ingreso, retoman el consumo en las 4 semanas siguientes al alta.
Nos encontramos en un momento vulnerable. Si conseguimos controlar el síndrome de abstinencia existen posibilidades
actuales y futuras de abandono del hábito.
Realizando una intervención como: identificación del paciente, diagnóstico, tratamiento y monitorización del seguimiento y al alta derivación a una consulta especializada se podrían conseguir grandes resultados.
Actualmente la intervención sobre el paciente hospitalizado es mínima o inexistente.

RESULTADOS ESPERADOS
Para llevar a cabo este proyecto debemos dar información y formación a nuestros compañeros profesionales sanitarios, siendo éste uno de nuestros más valiosos objetivos.
La deshabituación es más adecuada y efectiva si es ofrecida por un experto en tabaquismo.
Pretendemos implantar un protocolo de identificación de pacientes fumadores, ingresados a cargo de nuestro servicio, para el inicio de la deshabituación durante el ingreso, llevando el seguimiento posterior desde la consulta de enfermería de terapias respiratorias. Este servicio podría ser posteriormente ampliado a otras plantas del hospital aumentando las horas de enfermería dedicadas a ello.
La historia del paciente, no suele recoger el tabaquismo como enfermedad en la anamnesis.
Trabajaremos para cambiar esta situación y que sea más fácil la captación del paciente y la intervención sobre esta enfermedad, realizando charlas para el personal médico y de enfermería.
Estando filiado como paciente fumador, será más sencillo que su médico o su enfermera en planta lo derive para intervenir, o incluso que, cualquier sanitario, al ver este dato en la historia pueda realizar una intervención.

MÉTODO
Pacientes respiratorios derivados, en una primera fase, por el servicio de Neumología. La captación la podrá realizar tanto médico como enfermera, a través de una Hoja de Consulta dirigida a Deshabituación Tabáquica.
Realizaremos una intervención conductual, además de los test de dependencia y de
motivación. Realizaremos una historia completa de su tabaquismo, recogiendo tiempo fumando,cantidad de paquetes año, intentos previos de cesación, motivos de fracaso anteriores... además de los datos antropométricos, IMC, cooximetría,...
Esta parte la realizará el enfermero experto en tabaquismo.
Si el paciente es receptivo a comenzar una deshabituación, plantearemos el tratamiento, conjuntamente con el neumólogo responsable de la deshabituación y de acuerdo con el médico responsable del paciente.
Realizaremos seguimiento durante el ingreso intentando detectar los problemas a los que se va a enfrentar este paciente, dándole las pautas necesarias para mantener su cesación tabáquica al alta.
Programaremos consultas de seguimiento durante, al menos, un año. Irán a cargo de la consulta de enfermería de respiratorio y del enfermero experto en tabaquismo, con la colaboración y respaldo de los neumólogos que se mantendrán informados de la evolución del paciente.

La frecuencia con la que actuaremos:
1 visita o las necesarias antes del abandono.
Máximo 1 semana tras la fecha de abandono.
15 días del abandono (posiblemente la visita de los 15 días sea telefónica, en función de la situación).
1 mes.
3 meses
6 meses
Al año.

Es posible que se precisen visitas extras, especialmente si existen recaídas o la dependencia está muy acentuada.
Valoraremos también la necesidad de alguna llamada telefónica, en dependencia del caso.

Esperamos aumentar así el número de intentos de cesación, y con ello aumentamos el número de éxitos en la misma, con
lo que supone para la calidad de vida del paciente y la mejora en el pronóstico de su enfermedad, además de reducir la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0737

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

frecuentación a los servicios sanitarios.

INDICADORES
Se realizarán los test de dependencia y de motivación a los pacientes fumadores ingresados en los servicios de neumología y de cardiología en los que se intervenga sobre tabaquismo y se revisará su historia un año después del alta, volviendo a realizar dichos test si siguen siendo fumadores.
Se realizarán consultas de seguimiento del proceso durante, al menos, un año, salvo abandono o recaída.

DURACIÓN
Inicio segunda quincena de octubre.
Se informará al servicio de Neumología del inicio de este proyecto de mejora. Se incidirá durante este mes de octubre y noviembre en la inclusión del tabaquismo como diagnóstico en la historia clínica y de enfermería.
Se instruirá al personal de enfermería de dicho servicio en la necesidad de reflejar el tabaquismo en la historia de
enfermería. También se informará a urgencias para intentar que lleguen ya filiados como fumadores a la planta.
Se realizará una sesión clínica para personal de enfermería del hospital el 28 de octubre.

OBSERVACIONES
Este proyecto de mejora ya fue presentado y aprobado en la convocatoria anterior, pero no ha sido posible ponerlo en marcha hasta ahora. En estos momentos ya está a punto de comenzar a desarrollarse.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1470

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA PEREZ GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL
ROSELL ABOS MARIA TERESA
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El funcionamiento es fluido.
Se ha incorporado un monitor de constantes vitales financiado a través de un proyecto de resultados de costes del HD.
Se publicó en prensa la puesta en marcha de este HD
Se completa diariamente una base de datos con variables de actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actividad clínica durante 2017:
Pacientes atendidos: 535. Consultas realizadas: 1293 (50,5% hombres)
Frecuencia de visitas: 341 pacientes: 1 visita, 103 pacientes 2 visitas, 21 pacientes 3 visitas, 13 pacientes 4 visitas,.....3 pacientes 24 visitas, 1 paciente 61 visitas.
Visitas urgentes 106. Visitas programadas 1162.
Motivos de consulta:
Administración de fármacos (biológicos e inhalados): 24,8%, fibrobroncoscopias terapéuticas: 17,8%, crisis asmáticas 14,2%, altas precoces por neumonía 9,2%, técnicas pleurales 5,8%, exacerbación EPOC 4,9%, infección respiratoria 4%, PAAF guiada por TAC 3,9%, altas precoces por EPOC agudizada 3,9%, alta precoz por agudización asmática 1,7%, alta precoz por TEP 1,5%, otros 8,8%.
24 pacientes no acudieron a la cita programada (1,9%), 2 de ellos por ingreso hospitalario, resto por otros motivos.Procedencia de las visitas: propio HD: 48,1%, CCEE 20,3%, hospitalización 17,8%, atención al paciente 7,5%, neumología intervencionista 2%, urgencias: 1,9%, MAP: 1,4%, hospitalización domiciliaria 1%.
La satisfacción de los pacientes es muy alta según encuesta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente el análisis de costes una vez concluido el primer año de funcionamiento.
Ha habido cambios en la enfermera asignada.
En algún momento ha habido problemas de intimidad en la visita médica por la falta de espacio.
En general se está obteniendo una alta rentabilidad clínica y de satisfacción del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1470 ========== ***

Nº de registro: 1470

Título
PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

Autores:
PEREZ GIMENEZ LAURA, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, ROSELL ABOS MARIA TERESA, BRUNA LAGUNA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1470

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

PROBLEMA
Las enfermedades respiratorias consumen una enorme cantidad de recursos económicos.
En España, el Hospital de día de Neumología (HDN) ha demostrado ser una herramienta eficaz en el ahorro de recursos económicos sanitarios a la vez que permite un seguimiento estrecho de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.
Nuestro objetivo es optimizar los recursos a nuestro alcance con el objetivo de mejorar la atención del paciente respiratorio e intentar reducir de manera significativa la demanda en los servicios de urgencias y el periodo de estancia durante el ingreso hospitalario.
Por otra parte se intentara mejorar el seguimiento del paciente y la calidad de la atención del mismo.
Añadir que la integración en la practica clínica de tratamientos biológicos y antibióticos de administración intrahospitalaria (omalizumab, mepolizumab, colistina, tobramicina inhalada…) genera la necesidad de crear un espacio donde poder atender a los pacientes en un entorno adecuado y administrar esos fármacos con seguridad.

RESULTADOS ESPERADOS
Ser costo-eficientes en la atención de los pacientes respiratorios crónicos
Evitar estancias hospitalarias y frecuentación de urgencias.

MÉTODO
De las actividades en desarrollo propuestas en el AG 2016 para el funcionamiento del HDN:
• Se comunicó a través de la Dirección de Atención Primaria del Sector I la puesta el marcha del HDN a los Coordinadores de los CS del Sector I.
• Se comunicó al Servicio de Urgencias la puesta el marcha del HDN.
• El primer paciente citado fue el 6 de octubre/201.
Se publicó un artículo en El Periódico de Aragón de la puesta en marcha del HDN.
Se ha conseguido financiación para equipamiento y la realización de un análisis de efectividad y costes de la puesta en marcha del HDN por parte de laboratorios Praxis Pharma. Ferrer Internacional SA y Menarini a través de la fundación Pneumaragon de la Sociedad Aragonesa del Aparato Respiratorio (SADAR).

Oferta de servicios:
Se ha habilitado la hab 216 como espacio para HDN con 4 puestos de atención: 1 cama y 3 sillones, con conexión de oxigeno y vacío.
Horario de atención: 7:30 a 15 horas, programada o urgente.
Teléfono de atención continua para recepción de mensajes.
Actividades y procedimientos:
- Enfermedades obstructivas de las vías aéreas: EPOC, asma grave, bronquiectasias.
- Cáncer de pulmón
- Derrame pleural
- Enfermedad pulmonar intersticial
- Insuficiencia respiratoria aguda
- Altas precoces de EPOC y asma agudizados
- TEP estable y neumonía
Podremos llevar a cabo los siguientes procedimientos:
- Análisis sanguíneos y gasometría arterial
- Técnicas radiológicas simples:ECO, PAAF
- Pruebas funcionales respiratorias: pulsioximetría, espirometría, medición del pico -flujo.
- ECG
- Cuidados pre- y postécnica invasiva
- Técnicas pleurales
Se podrán administrar fármacos vía iv e inhalada para valorar tolerancia, terapias biológicas…
Adaptación de VMNI.

INDICADORES
Resultados parciales a fecha 31 de marzo: 503 pacientes antendidos (35% para administración de tratamientos especiales, 25% por agudizaciones de patología respiratoria crónica, 20% por altas precoces (neumonías, EPOC, Asma, TEP) y 20% para realización de técnicas de Neumología Intevencionista.
La evaluación detallada procede al año de su apertura con los siguientes indicadores: actividad global, evolución temporal, comparativa con hospitalización y urgencias, indicadores de calidad (reingresos, fallecimientos, reducción de costes y satisfacción del usuario.

DURACIÓN
Se mantiene una actividad clínica estandarizada

Se registran los datos de pacientes atendidos en la base de datos creada al efecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1470

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL DE DIA (CONTINUACION AG 2016)

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1471

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL CARRETERO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ CAMO JOSE IGNACIO
BOLDOVA LOSCERTALES ANA
JIMENEZ FRANCES MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha establecido el circuito de derivación de pacientes con Asma desde AP a Neumología a través de Interconsulta Virtual en 6 centros de salud del Sector I implantando un formulario de derivación en OMI (Actur Sur, Picarral, Parque Goya, Zuera, Arabal, La Jota). Desde enero/18 se han incorporado todos al circuito.
Incorporación a la base de datos de pacientes con asma de todos los pacientes visitados en la Unidad de Asma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
consultas realizadas durante 2017: 301.
Pacientes remitidos por sospecha o diagnóstico de asma no controlado por medio de la Interconsulta Virtual y visitados en la Unidad de Asma: 12 pacientes.
De los cuales se confirmó asma en 8, se excluyó en 1 y está pendiente de confirmación en 3 pacientes.
Un paciente fue dado de alta a AP y otro a Alergología para seguimiento.
De los pacientes en seguimiento,se ha alcanzado el control en 7 y 1 sigue con mal control.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente establecer colaboración con alergología para los casos de asma grave con sospecha de alergia por retraso en la colaboración del Dr Pérez Camo.
Pendiente establecer circuito de consulta con ORL para control de la patología de la vía aérea superior en pacientes con asma grave.
Pendiente de recibir medidor de óxido nítrico para diagnóstico y control del asma que después de haber sido incluido en el plan de necesidades, se está tramitando como material no inventariable en la comisión de compras.
Pendiente la formación presencial en derivación de asma en 7 centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1471 ========== ***

Nº de registro: 1471

Título
PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR (CONTINUACION AG 2016)

Autores:
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, PEREZ CAMO JOSE IGNACIO, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, JIMENEZ FRANCES MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Asma es una enfermedad crónica prevalente, que afecta aproximadamente a unos 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños)..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1471

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR

Coste del Asma en España: 2% del gasto sanitario (unos 1480 millones) el 70% por mal control del Asma. Sabemos que solo un 30% de asmáticos están bien controlados y además, un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son, por lo que son necesarios un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados de los pacientes con Asma.
Desde SEPAR y desde SEAIC, se ha potenciado la creación y acreditación de Unidades Monográficas para la atención integral de pacientes con Asma, sobre todo con Asma grave (AG) y de difícil control. En España, la creación de Unidades Monográficas de Asma ha resultado ser costo-efectiva.
El HRV dispone de Alergólogos y Neumólogos formados en Asma que pueden, con una dotación adecuada de personal de enfermería y unos recursos materiales imprescindibles, poner en marcha una Unidad Conjunta que atienda de forma integral a pacientes con AG.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Objetivo principal
Creación de una Unidad de Asma Grave (UAG) conjunta (Alergología y Neumología) en el Hospital General Royo Villanova.
2- Objetivos secundarios
Mejorar el grado de control de los pacientes con Asma.
Asegurar el diagnóstico de Asma y e identificar pacientes con diagnóstico erróneo.
Disminuir el consumo de recursos sanitarios de los pacientes con Asma.

MÉTODO
Realizadas respecto al proyecto del AG 2016:
- Actualización bibliográfica.
- Potenciación del protocolo de derivación de pacientes con Asma entre AP y AE.
- Se han realizando visitas presenciales en cuatro Centros de Salud del Sector I para su implantación a través de la Interconsulta Virtual (Actur Sur, Picarral y Parque Goya y Zuera)
- Elaborado el proyecto de Unidad de Asma Grave conjunto Neumología-Alergología.
- Obtenida financiación de la fundación Pneumaragón de la Sociedad Aragonesa de Aparato Respiratorio (SADAR) para determinar el “Impacto en el diagnóstico y control del asma de la puesta en marcha de un protocolo de derivación de pacientes asmáticos entre AP y AE” (Proyecto IMPRODA)

Oferta de servicios:
Ubicación de la consulta:
Box de pediatría.
Horario: Consulta monográfica de Asma: 11.00 a 13 h.
UAG: de 13:00 a 14:00. Casos conjuntos Neumología-Alergología.
Consulta de enfermería
Identificación inequívoca del paciente
Realización de pruebas complementarias (FeNO, espirometría) y test de control del asma (ACT) (TAI) y adherencia a inhaladores.
Educación en asma.
Consulta médica
Entrevista clínica, análisis de pruebas y tests complementarios para determinar un diagnóstico y proponer un tratamiento con plan de acción por escrito.

INDICADORES
Indicadores:
- % de pacientes en los que se excluye el diagnóstico de Asma (estimado: 30%)
- De mejora del Control del Asma

Mejoría de al menos 4 puntos en el ACT
Disminución del nº de exacerbaciones, ingresos y visitas no programadas.
Disminución de la dosis diaria de corticoides inhalados y orales.
Mejoría de la función pulmonar /FEV1)
- De satisfacción del paciente
- De costes derivados del tratamiento y de la mejora del control del Asma

DURACIÓN
Se ha puesto en marcha la Unidad de Asma de Neumología y creada base de de datos de asmáticos.
Se ha adiestrado a la enfermera de la consulta en educación al paciente, adherencia a inhaladores y realización de espirometrías.
Se ha presentado a la Dirección del Centro el proyecto IMPRODA.
Pendiente de habilitar circuito de derivación y feed-back con Alergología, de pacientes con Asma grave o con necesidad de estudio alergológico

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1471

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA CONSULTA ASMA GRAVE EN COLABORACION CON ALR

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1475

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 08/03/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL SANTOLARIA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GIMENEZ LAURA
LAZARO SIERRA JAVIER
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE
ANADON GALICIA EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha confeccionado un protocolo en VMNI conjunto con urgencias, disponible en la intranet.
El protocolo de VMNI, fue presentado en sesión general hospitalaria. Se han realizado trípticos informativos y se han distribuido a los profesionales para su conocimiento.
Los responsables del proyecto han impartido formación sobre los equipos de ventilación a los miembros del servicio, tanto facultativos como personal de enfermería, (auxiliares y diplomados en enfermería), cuya primeras sesiones se realizaron los días 23 y 24 de octubre de 2017 en el Hª Royo Villanova. Quedan por realizar nuevas sesiones para profundizar en la monitorización y en los circuitos de derivación de los pacientes candidatos a ingreso en la UMR.
La financiación de los equipos de monitorización ha sido externa, con ayudas a poryectos de investigación avalados por la fundación Pneumaragón, sin cargo alguno al hospital. Sin embargo, el retraso en la compra e instalación de los monitores que por causas ajenas se ha producido, ha impedido cumplir con el cronograma establecido. Los monitores se han comenzado a instalar en febrero de 2018, por lo que se espera poder poner en marcha el proyecto en su totalidad a lo largo de este primer trimestre.
Se ha establecido el circuito de pacientes para el ingreso y alta de la Unidad, pendiente de aprobación por la Dirección del Hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El personal sanitario está preparado para la puesta en marcha de la unidad de monitorización respiratoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1475 ========== ***

Nº de registro: 1475

Título
PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL, PEREZ GIMENEZ LAURA, LAZARO SIERRA JAVIER, BRUNA LAGUNA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1475

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) consigue tratar a pacientes con insuficiencia respiratoria mediante soporte ventilatorio fuera de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) evitando los efectos secundarios propios de la sedación, las infecciones nosocomiales y disminuyendo el coste de la asistencia e ingreso de estos pacientes.
En España, el 95% de los servicios de Neumología disponen de VMNI en el paciente agudo. Las Unidades de Monitorización Respiratoria (UMR) son un paso básico y fundamental para una atención de calidad.
En el HRV, los Servicios de Neumología y Urgencias han elaborado un protocolo para la atención integral de pacientes que precisan VMNI, si bien en la actualidad, los pacientes quedan ingresados en camas de hospitalización convencional, en ocasiones fuera de la planta de Neumología, lo que dificulta el control, seguimiento y atención adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Poner en marcha una UMR integrada en la planta de hospitalización convencional.
Mejorar la atención sanitaria a pacientes que precisen VMNI.
Realizar un análisis de rentabilidad de la UMR.

MÉTODO
Cursos de formación avanzada en VMNI para enfermería.
Tres Neumólogos con la formación adecuada, expertos en VMNI. Uno de ellos (Dr Santolaria) con experiencia en el desarrollo de la UMR del HCU.
Aceptado por la Sociedad Aragonesa del Aparato Respiratorio (SADAR) un proyecto sobre el análisis de rentabilidad de la UMR financiado por la Industria Farmacéutica a través de la fundación Pneumaragon que permitirá equipar la UMR. Aparatos de VMNI, interfaces, capnógrafo… son cedidos por Air Liquide.
Incluir en Cartera de Servicios la Unidad de Monitorización Respiratoria del HRV.

INDICADORES
Variables e indicadores de seguimiento
Se registrarán los pacientes que han precisado VMNI durante el periodo de un año previo a la apertura a la UMR y aquellos que han sido atendidos en la UMR en el primer año de su apertura.
De ambos grupos se recogerán las siguientes variables: diagnóstico, procedencia, pertinencia del ingreso, días de estancia, días de uso de VMNI continua, satisfacción con el dispositivo, necesidad de VMNI al alta, reingresos, mortalidad global.
Análisis estadístico:
Análisis comparativo de las variables de pacientes tratados con VMNI antes y después de la puesta en marcha de la UMR
Análisis comparativo de costes en ambos grupos.

DURACIÓN
Enero a Abril/17:
Elaboración del proyecto
Identificación de recursos disponibles y necesarios
Mayo/17 a Septiembre/17:
Formación en VMNI en Neumólogos y Enfermería
Adecuación habitación 201.
Equipamiento
Creación de la base de datos de pacientes y variables
Septiembre/17
Puesta de la Unidad y del protocolo de VMNI conjunto con Urgencias.
Identificación de problemas y corrección de errores
Septiembre/18:
Análisis de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL EGEA GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANADON GALICIA EVA
JIMENEZ MILLAN VANESA
PARDOS VAL PILAR
SARRABLO IRANZO MIRIAM
PEREZ GIMENEZ LAURA
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL
FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DE ABRIL A JUNIO DE 2018 SE HIZO:- la búsqueda y revisión bibliográfica del material actualizado sobre vmni, monitorización, unidades de monitorización respiratoria…..., y los cuidados de enfermería desarrollados durante estos procesos
-la puesta en común de la información recabada entre los componentes del grupo.
-deliberación de la inclusión o no en el protocolo de cada uno de los aspectos revisados.

DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2018 SE HIZO:-la elaboración del protocolo
-el envío del mismo a nuestro supervisor y al jefe del servicio de neumología (al que ambos respondieron dando su aprobación)
ENERO 2019 SE HIZO:-la presentación del protocolo al resto del personal del servicio
-envío a la comisión de cuidados de enfermería del HRV
FEBRERO 2019 :-el día 19 de febrero es valorado por dicha comisión, que lo aprueba.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- se ha hecho el registro del 100% de los pacientes que han pasado desde abril de 2018 por nuestra unidad
-se ha alcanzado el objetivo principal del proyecto que era la realización del protocolo de cuidados de enfermería dirigidos a pacientes ingresados en la unidad de monitorización respiratoria
-debido al retraso en la realización de las actividades, no hemos podido llevar a cabo la revisión semestral de historias propuesta en nuestro proyecto con el fin de evaluar el protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-En este año 2019, nos hemos planteado terminar el proyecto haciendo 2 revisiones semestrales de las historias de los pacientes que han pasado por la unidad de monitorización respiratoria,para comprobar que el protocolo se está aplicando y demostrar su utilidad a la hora de recoger datos y de aplicar unos cuidados homogéneos
-Durante la realización del protocolo nos hemos dado cuenta de que también sería aplicable en parte a los pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva aunque no tuvieran monitorización conectada,por lo que se sigue con la idea de exportarlo a otros servicios del hospital donde ingresen pacientes candidatos a la ventilación .
-Se le propone al resto del equipo de enfermería la presentación de sugerencias con el fin de mejorar dicho protocolo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/390 ========== ***

Nº de registro: 0390

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
EGEA GONZALEZ RAQUEL, ANADON GALICIA EVA, JIMENEZ MILLAN VANESA, PARDOS VAL PILAR, SARRABLO IRANZO MIRIAM, PEREZ GIMENEZ LAURA, SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: no lo teníamos claro

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
– la creación y puesta en marcha duran: la creación te el primer trimestre de 2018 de una nueva unidad de monitorización respiratoria a cargo del servicio de Neumología del hospital Royo Villanova conlleva la necesidad de aclarar y protocolizar los cuidados de enfermería específicos que requieren este tipo de pacientes, con el fin de conseguir el máximo bienestar del paciente durante su estancia en dicha unidad y a la vez rentabilizar los recursos de los que se dispone (especialmente cuando en el tratamiento con ventilación mecánica no invasiva,vmni, todos los fungibles:mascarillas,tubuladuras….suponen un alto coste económico)

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS:
1. ofrecer la máxima seguridad y los mejores cuidados evidenciados al paciente
2. homogeneizar los criterios de actuación de enfermería para aumentar la calidad asistencial
3. proporcionar una herramienta de trabajo en equipo que mejore la organización y planificación de los cuidados al paciente
4. rentabilizar los recursos disponibles.

MÉTODO
:1 -Revisión bibliográfica sobre cuidados enfermeros a pacientes con ventilación mecánica no invasiva y monitorizados .
2 -Reunión para puesta en común y debate.
3 -Realización de un protocolo,que desarrolle actividades que tengan la finalidad de :prevenir, disminuir o resolver las posibles complicaciones que conlleva la vmni.Entre dichas actividades se incluirán algunas más específicas como:-registro de parámetros fisiológicos (constantes vitales, nivel de consciencia, o uso de musculatura respiratoria……) –registro de parámetros de intercambio gaseoso(gasometría,saturación…)-control y revisión periódica de todo el aparataje:principalmente para evitar fugas .
Además de todos los cuidados holísticos del paciente:físicos y psicológico

4 -Presentación del mismo ante la Comisión de Calidad del HRV
5-Presentación al resto del servicio.
6-Implementación del mismo 7-Facilitar el acceso a dicho protocolo al personal de nueva contratación
8-Distribución a otros servicios que aunque no dispongan de monitores sean candidatos de acoger pacientes con vmni

INDICADORES
-Registrar a los pacientes que pasen por la unidad de monitorización respiratoria
-semestralmente revisar las historias(elegidas aleatoriamente)de un porcentaje significativo de dichos pacientes y comprobar en los registros de enfermería la cumplimentación de las actividades incluidas en el protocolo
-Calcular nºde pacientes con protocolo aplicado /nº de pacientes ingresados en la UMRx100

DURACIÓN
abril-mayo 2018:revisión bibliográfica
junio 2018:reunión para puesta en común y consensuar los mejores cuidados basándanos en las evidencias científicas actuales
septiembre 2018:presentar el protocolo ante la comisión de calidad del HRV
octubre 2018:iniciar implementación del mismo
marzo 2019:realizar la primera revisión semestral de evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0390

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE MONITORIZACION RESPIRATORIA DE NUEVA CREACION DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0395

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... VANESA JIMENEZ MILLAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EGEA GONZALEZ RAQUEL
ANADON GALICIA EVA
SARRABLO IRANZO MIRIAM
PARDOS VAL PILAR
BAQUEDANO CORTES CONSUELO
SANZ SANJOAQUIN ANA ISABEL
FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los meses de Abril y Mayo, los integrantes del equipo de mejora, recopilaron la información teniendo en cuenta las opiniones y sugerencias de todo el servicio de Neumología y Digestivo.
Una vez diseñado y realizado el tríptico específico de nuestro servicio, se presentó a los Jefes de Servicio de Neumología y Digestivo, así como a nuestro supervisor de enfermería, dando todos ellos su conformidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido llevar a cabo su implantación, ya que al presentar el tríptico de nuestro servicio en Dirección de Enfermería, se nos ha comunicado que existía un grupo de trabajo que estaba realizando trípticos generales de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En conclusión, a pesar de que el trabajo se ha realizado, no se ha visto conveniente, por parte de Dirección de Enfermería, que el tríptico entregado sea el elaborado específicamente por nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/395 ========== ***

Nº de registro: 0395

Título
TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

Autores:
JIMENEZ MILLAN VANESA, EGEA GONZALEZ RAQUEL, ANADON GALICIA EVA, SARRABLO IRANZO MIRIAM, PARDOS VAL PILAR, BAQUEDANO CORTES CONSUELO, SANZ SANJOAQUIN ANA ISABEL, FABUEL ALCARRIA MARIA GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGÍAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La planta de Neumología y Digestivo del Hospital Royo Villanova está formada por diferentes espacios que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0395

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

ofrecen al paciente una atención integral durante su estancia.
Estos espacios son:
• 15 habitaciones con un total de 18 camas para paciente respiratorio y 10 para pacientes del servicio de Digestivo.
• 1 habitación donde está ubicado el Hospital de Día de Neumología
• Zona de despachos, secretaria …
Fuera del entorno de la planta:
• Consultas externas de Neumología, ubicadas en la planta baja del hospital, accediendo a ellas por la puerta de Urgencias.
• Unidad de deshabituación tabáquica, junto a las consultas externas de Neumología.
• Pruebas Funcionales, situadas también en la planta baja del hospital.
La mayoría de las veces tanto el paciente como el acompañante desconocen la ubicación, horarios, normativa de actuación... de los servicios que se le van a ofrecer durante su ingreso y al alta tras la hospitalización.
Consideramos pertinente que el usuario disponga a su llegada a la planta de un tríptico, donde venga reflejado, de una forma esquemática, toda la información que habitualmente es demandada.
Si el usuario está bien informado sobre los recursos disponibles, aumentará su sensación de confort y seguridad, a la vez que evitará en la medida de lo posible que el personal responda de forma reiterada a este tipo de demandas de información.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son:
- Ofrecer una acogida e estancia confortable.
- Facilitar información importante durante la hospitalización en el servicio de Neumología y Digestivo.
- Mejorar la adaptabilidad del paciente y acompañante en su estancia mejorando así su sensación de seguridad e independencia.

MÉTODO
Todas las actividades serán puestas en común y reevaluadas periódicamente por el equipo de mejora.
- Se reunirá periódicamente toda información que los profesionales del servicio consideran más demandada por los pacientes y acompañante en el servicio de neumología y digestivo del HRV: teléfonos, localización de servicios (hospital de día, deshabituación tabáquica, despachos médicos, secretaría, etc.), horarios de comida…
- Diseño y realización del tríptico informativo de acogida.
- Presentar el proyecto a la dirección de enfermería con la intención de informar acerca de su elaboración y contenido.
- Presentación del tríptico a todos los integrantes de la unidad para su conocimiento.
- Implantar y remitir el tríptico a acompañantes y pacientes que ingresen en el servicio.
- Recogida de datos mediante encuesta y análisis de datos.

INDICADORES
Los indicadores que utilizamos para la valoración de los objetivos marcados son los siguientes:
. Número de pacientes que reciben el tríptico/Número de pacientes ingresados en un periodo x 100
. Número de pacientes que han leído el tríptico/número de pacientes que reciben el tríptico x 100
. Número de pacientes que consideran útil la información del tríptico/Número de pacientes que han recibido el tríptico.

DURACIÓN
De Abril a Diciembre de 2018.
- Abril y Mayo de 2018: Comienzo con la realización del proyecto de mejora. Reunión de equipo para puesta en común de la información que, posteriormente se recopilará en el tríptico informativo. Diseño y realización del tríptico.
- Junio de 2018: Presentación del tríptico informativo de acogida a la Dirección de Enfermería y al personal.
- Julio de 2018: Puesta en marcha. Implantar y remitir el tríptico informativo de acogida a todo paciente y acompañante que ingrese en el servicio de hospitalización de neumología y digestivo.
- Diciembre de 2018: Entrega de encuesta a los pacientes ingresados, y análisis de consecución de los objetivos marcados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0395

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO DE ACOGIDA PARA EL PACIENTE INGRESADO Y ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO DE DE NEUMOLOGIA Y DIGESTIVO DEL HRV

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0851

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE LA EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BOLDOVA LOSCERTALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES NILSSON JOSE
LAZARO SIERRA JAVIER
MORENO MIRALLAS MARIA JESUS
ROSELL ABOS MARIA TERESA
ZUIL MARTIN MARCOS
CASTANERA MOROS ANTONIO
GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado hasta 4 reuniones con el servicio de Urgencias modificándose el protocolo de base del año 2017.
La conclusión de dichas reuniones ha sido la de involucrar al servicio de Medicina Interna (Dr. Nicolás Alcalá Rivera), debido al papel que, sobre ingresos de exacerbadores EPOC, también tiene el citado Servicio de Medicina Interna, incluyendo la Unidad de Hospitalización a Domicilio.
Se ha aprobado un borrador de protocolo de atención hospitalaria de Exacerbación EPOC basado en la estandarización del uso de corticoides sistémicos y/o antibioterapia empírica.
Dicho borrador no se remite a la Comisión Clínica de Evaluación de las Nuevas Tecnologías dado que no se había tenido en cuenta a la unidad de Hospitalización a Domicilio (Medicina Interna).
Inicio de activación de Hospital de Día en el Servicio, como vía alternativa, no incluida en protocolo inicial
Se han seguido integrando (tercer apartado del punto 7: Indicadores y evaluación), fármacos relacionados con la exacerbación de EPOC, en los protocolos de tratamiento de Farmatools del Centro (última actualización: bromuro de Aclidionio y fumarato de formoterol, día: 19. 02. 2019), aunque sólo parcialmente, (no incluidas plantas con pacientes neumológicos externos a la 2ª Planta).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la última reunión se han establecido los siguientes indicadores de calidad para su evaluación durante los meses de Diciembre de 2018 y Enero de 2019:
- Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC con espirometría obstructiva previa / Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Hábito tabáquico valorado en urgencias en pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación EPOC/ Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Número de pacientes derivados al Hospital de Día de Neumología desde urgencias/ Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Número de pacientes derivados a Hospitalización Domiciliaria desde urgencias/Número de pacientes atendidos en urgencias por Exacerbación de EPOC
- Número total de pacientes ingresados en el Sº. Neumología (enero-junio 2018) con el diagnóstico de EPOC (tras filtrado de diagnósticos erróneos): 154

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La innovación en el campo de la atención extrahospitalaria supone nuevos retos para el manejo de los pacientes con exacerbación EPOC.
- La atención de los pacientes tanto en hospital de día como hospitalización a domicilio supone una disminución de los costes sanitarios (directos e indirectos) asociados a esta enfermedad.
- La integración del Servicio de Medicina Interna en el estudio permite evitar resultados e interpretaciones incompletas.

7. OBSERVACIONES.
Durante el periodo de desarrollo del Proyecto, se han producido modificaciones como:
- Aportaciones, cada vez mayores, del Hospital de Día al tratamiento de pacientes EPOC exacerbados
- Incorporación del Servicio de Medicina Interna (con la Unidad de Hospitalización a Domicilio incluida) al Proyecto, por el ingreso de importante número de pacientes EPOC exacerbadores a su cargo
- Implantación progresiva, aunque no completa, del sistema informático Farmatools en el Centro

Todas ellas suponen un conjunto de cambios de suficiente entidad, como para alterar las conclusiones y objetivos del proyecto, por lo que se solicita la tipificación de la Memoria como memoria de Seguimiento, con el fin de proporcionar unos datos definitivos más globales y completos en un plazo prolongado de un año.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/851 ========== ***

Nº de registro: 0851

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0851

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE LA EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

Título
PROTOCOLO DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXACERBACION DE EPOC JUNTO CON EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
BOLDOVA LOSCERTALES ANA, ANDRES NILSSON JOSE MARIA, MORENO MIRALLAS MARIA JESUS, LAZARO SIERRA JAVIER, ROSELL ABOS MARIA TERESA, ZUIL MARTIN MARCOS, CASTANERA MOROS ANTONIO, GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedada muy prevalente en la población (En torno al 10%), esta aumentando el diagnóstico y supondrá la tercera causa de muerte a nivel mundial en el 2030
En nuestro hospital, es el GRD que más gastos sanitarios directos e indirectos genera,siendo las exacerbaciones de la EPOC uno de los desenlaces relevantes en la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la atención de los pacientes con EPOC
2. Disminuir la variabilidad en cuanto a la atención que se presta al paciente que acude al Servicio de Urgencias por exacerbación de la enfermedad.
3. Poner en marcha un protocolo de actuación en para el manejo y tratamiento de las exacerbaciones de EPOC

MÉTODO
Partimos de un borrador consensuado con el Servicio de Urgencias, desarrollado durante el año 2017
Para ello, se ha realizado búsqueda bibliográfica y revisión de las guías de manejo clínico actualizadas.
Existe una previsión de reuniones junto con el Servicio de Urgencias para consensuar el trabajo a realizar conjuntamente

INDICADORES
Indicador principal: finalización del consenso en plazo
Indicadores secundarios:
1. Definir los tipos de exacerbación para ajustar tratamientos
2. Recomendaciones de manejo de la exacerbación ajustadas a la evidencia científica
3. Inclusión de protocolos de tratamiento en farmatools

DURACIÓN
Creación de herramientas informáticas, para tipificación de la exacerbación y del manejo del paciente así como de su tratamiento codificado en el programa de prescripción farmacéutica (farmatools) en Octubre de 2018.
Se prevé la finalización del protocolo en Noviembre de 2018.
A partir de Noviembre 2018, difusión en la plataforma de protocolos del Hospital Royo Villanova y adiestramiento del personal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0950

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA PEREZ GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOLDOVA LOSCERTALES ANA
LAZARO SIERRA JAVIER
CASTANERA MOROS ANTONIO
ROSELL ABOS MARIA TERESA
ZUIL MARTIN MARCOS
VARELA MARTINEZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha procedido a una extensa revisión bibliográfica de las publicaciones sobre el tratamiento de las bronquiectasias no FQ(fibrosis quística) mediante antibioterapia inhalada, observándose como en los últimos años el número de publicaciones era significativamente mayor dado el interés que despierta el tratamiento de esta patología y el incremento de casos diagnosticados.
Durante el primer trimestre de 2018, tanto la sociedad española de Neumología, como la sociedad europea de Respiratorio, publicaron guías basadas en la evidencia actual sobre el diagnóstico y el tratamiento de las bronquiectasias no FQ. Se procedió a la revisión de ambas por parte de los miembros del grupo de mejora y se contactó con responsables de Centros nacionales de Referencia y amplia experiencia (Hospital Ramón y Cajal-Madrid y Hospital Vall d´Hebron- Barcelona) con la intención de unificar criterios y elaborar un protocolo para nuestro centro.
Durante el segundo semestre de 2018 se ha procedido a la elaboración del "protocolo de utilización de antibióticos inhalados para el tratamiento de bronquiectasias no fibrosis quística" pendiente en el momento actual de evaluación y publicación en intranet.
Está prevista una sesión general para el personal del centro con el objetivo de dar a conocer oficialmente el protocolo a todos los servicios implicados en el tratamiento de esta patología

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- En el momento actual el tratamiento antibiótico inhalado de las bronquiectasias no FQ se encuentra prácticamente centralizado en el Servicio de Neumología de nuestro centro, a través de 2 consultas monográficas y un Hospital de Día que adiestra a nuestros pacientes en el uso de lo dispositivos necesarios. En caso de que la prescripción la realice otro servicio, previamente consultan al Servicio de Neumología para decidir principio activo, duración del tratamiento y seguimiento posterior en consulta monográfica.
2- La variabilidad es apenas inexistente, los criterios de tratamiento, la elección del antibiótico y su dispositivo así como la formación y seguimiento del paciente están perfectamente estandarizados.
3- Se revisó que las prescripciones realizadas cumplieran los criterios establecidos (paciente con diagnóstico de bronquiectasias e infección bronquial por Pseudomona Aeruginosa u otros microorganismos potencialmente patógenos (MPP)). TODAS cumplieron ambos criterios a excepción de una, dónde la sospecha de MPP era elevada pero no se consiguió el aislamiento microbiológico ; a pesar de ello se decidió iniciar tratamiento antibiótico inhalado por la mala evolución clínica del paciente.
4- Los tiempos desde la prescripción por parte del medico especialista hasta la dispensación por parte del servicio de Farmacia se han reducido notablemente, no excediendo la semana en caso del paciente ambulatorio estable y siendo inferior a las 24 horas en caso del paciente agudo u hospitalizado.
5- Existe una base de datos creada en Hospital de Día de Neumología de todos los pacientes en tratamiento antibiótico inhalado actual. Está programado el análisis de datos y su posterior comunicación.
Simultáneamente se está participando en el Registro Internacional de Bronquiectasias (RIBRON)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Previamente a la elaboración de este proyecto y de un protocolo existía una variabilidad importante en los criterios de tratamiento y en el seguimiento de los pacientes ya que eran varios los servicios implicados . La unificación de criterios y el trabajo conjunto ha mejorado notablemente el tratamiento de nuestros pacientes.
- El manejo del enfermo de forma centralizada y en Hospital de Día de Neumología consigue un mayor adherencia del tratamiento y un diagnóstico precoz de las complicaciones.
- La comunicación y el trabajo con el servicio de Farmacia es fundamental para realizar un circuito sencillo y eficaz para el profesional y el paciente.
- La comunicación al resto de servicios implicados del protocolo realizado ha conseguido un mayor control en el uso de antibioterapia inhalada y un mejor seguimiento en este perfil de paciente.

7. OBSERVACIONES.
Se adjuntara por correo electrónico el protocolo elaborado

*** ========== Resumen del proyecto 2018/950 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0950

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Nº de registro: 0950

Título
ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

Autores:
PEREZ GIMENEZ LAURA, BOLDOVA LOSCERTALES ANA, LAZARO SIERRA JAVIER, CASTANERA MOROS ANTONIO, ROSELL ABOS MARIA TERESA, ZUIL MARTIN MARCOS, VARELA MARTINEZ ISABEL, MONCIN TORRES CARLOS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las bronquiectasias son la tercera enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea. Debido al uso, cada vez más habitual de la TAC, su diagnóstico se ha incrementado notablemente.
La experiencia adquirida en el tratamiento de la fibrosis quística (FQ) se ha extrapolado a las bronquiectasias no FQ, siendo obligatorio estandarizar y protocolizar el uso de fármacos inhalados en esta entidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Población diana: pacientes con bronquiectasias no FQ con infección bronquial por gérmenes potencialmente patógenos.
-Objetivos:
Disminuir la variabilidad en el tratamiento de las bronquiectasias no FQ.
Protocolizar el uso de antibioterapia inhalada en estos pacientes
Simplificar el circuito actual de prescripción
Minimizar los errores de prescripción
Servicios a los que va dirigidos:
Neumologia, Medicina Interna, Farmacia

MÉTODO
Implementar las guías de práctica clínica a las características del hospital.
Contactar con centros de referencia nacionales que tengan estandarizado el tratamiento de las bronquiectasias no FQ
Elaboración del protocolo conjunto con farmacia y puesta en marcha

INDICADORES
Porcentaje de prescripciones correctamente cumplimentadas : número de prescripciones correctamente cumplimentadas/ número de prescripciones totales.
- Ausencia de variabilidad en el uso de antibioterapia inhalada.
- Porcentaje de prescripciones que no cumplen lo criterios de uso de antibioterapia inhalada: pacientes sin bronquiectasias, no infección crónica por microorganismo potencialmente patógeno.
- Tiempo transcurrido desde la prescripción hasta la dispensación del tratamiento por parte de farmacia
- Creación y desarrollo de una base de datos para análisis posterior.

DURACIÓN
- Noviembre 2017- Enero 2018: revisión bibliográfica
- Febrero 2018: consulta de guias recientemente publicadas (Sociedad española y sociedad europea de patologia respiratoria)
- Marzo de 2018: contacto con centros de referencia nacional para consultar sus prácticas clínicas habituales.
- Segundo trimestre 2018: elaboración de borrador del documento por parte del servicio de neumología y farmacia
- Segundo semestre de 2018: puesta en común de documentos,elaboración de documento final y puesta en marcha.
-Primer trimestre de 2019: sesion clínica informativa en sesión general hospitalaria. Análisis de los primeros resultados
- Se precisaran 3 reuniones conjuntas Neumologia-Farmacia.
- No serán necesarios recursos materiales ni humanos

OBSERVACIONES
El servicio de Neumología se encargará de la elaboración de una base de datos; se propondrá al Hospital Royo Villanova la inclusión de los datos de pacientes con bronquiectasias no FQ en la registro nacional de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0950

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA INHALADA EN BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUISTICA

bronquiectasias

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0344

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA, NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA PEREZ TRULLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES
MARTINEZ ROIG MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones multidisciplinares para marcar objetivos y establecer varios puntos a partir de los cuales desarrollar el programa.
El primer acuerdo ha sido para evitar las duplicidades y cuando éstas se produzcan informar a la familia para subsanar el problema. Hemos trabajado los siguientes puntos, algunos los tenemos definidos y otros están todavía pendientes. Para ello estamos trabajando en establecer:
o Los mismos criterios diagnósticos para evitar discrepancias.
o Las escalas de valoración funcional, cognoscitiva, conductual y evolutivas.
o Las pruebas con las que debe ser remitido desde AP (analítica y MMS)
o Los tratamientos sintomáticos y específicos y respecto a estos últimos delimitar desde cuándo y hasta cuándo llevar el tratamiento. Posteriormente definiremos con qué tratamiento debemos iniciarlo
o Dónde derivar desde Atención Primaria por primera vez:
? -Mayor de 80 años y presencia de pluripatología, citar en Geriatría
? -Inicio con alteraciones conductuales y/o afectivas, citar en Psiquiatría
? -Resto de pacientes citar en Neurología.
o La atención y seguimiento de determinados síntomas y tratamiento de los mismos:
? Infección (urinaria y respiratoria), procesos sistémicos, etc.: Geriatría
? Epilepsia, ictus, S. rígido-acinético, etc.: Neurología
? Depresión, alucinaciones/delirios, alt. conducta, etc.: Psiquiatría
o Los criterios de derivación:
? -Urgente (a Serv. de Urgencias): SCA, epilepsia, ictus, infección, fiebre, TCE, alt. conductual severa
? -Preferente: Cefalea, Deterioro subagudo, mayor de 60 años
? -Normal: Resto
Finalmente queremos establecer charlas de formación y orientación para Atención Primaria y ocasionalmente también en Urgencias del Sector y elaborar un Protocolo consensuado entre los tres servicios y hacerlo extensivo a los diversos profesionales que prestan también atención a estos pacientes como son los médicos de Atención Primaria, Medicina Interna y Urgencias. No queremos olvidarnos de la atención al cuidador como una unidad, muchas veces indisoluble, con el paciente.
En la actualidad los componentes del equipo se encuentran en proceso de elaboración de la Guia en la que se ha consensuado la descripción del proceso:
-Definición
-Clasificación
-Manifestaciones clínicas
-Método diagnósticos
-Complicaciones: clínica y no clínicas
-Criterios de derivación: Especilaidad y y tiempos
-Tratamientos.
-Atención al paciente: Atención Primaria, Urgencias, Hospitalización. Enfermería
-Problemas legales
-Problemas sociales
-Documentos: Consentimiento informado, Tutela/curatela, Últimas voluntades.
-Escalas de Valoración: Cognoscitivas: MMS, FAB. Moca, ADAS.
Evolución: GDS, CDR. NPI, Depresión. Funcional : Rankin, I. Barthel, Lawton y Brody.
.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que no se ha realizado la elaboración definitiva de la Guía no se ha obtenido ningún resultado en lo referente a la valoración en la disminución de citas duplicadas, disminución de atención en urgencias por complicaciones, grado de satisfacción familiar que son los Indicadores establecidos.
Dentro de los resultados alcanzados hasta la fecha mencionar el consenso en los objetivos y en los criterios diagnósticos para evitar discrepancias, las escalas de valoración funcional, cognoscitiva, conductual y evolutivas, las pruebas con las que debe ser remitido desde AP (analítica y MMS), los tratamientos sintomáticos y específicos y respecto a estos últimos delimitar desde cuándo y hasta cuándo llevar el tratamiento. Dónde derivar desde MAP por primera vez, la atención y seguimiento de determinados síntomas y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0344

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA, NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

tratamiento de los mismos,los criterios de derivación:Urgente, Preferente y normal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un Proyecto muy ambicioso tanto en la elaboración de la Guia como en la obtención el resultados, evaluación de los Indicadores y seguimiento de los mismo así como la realización de encuestas de satisfacción, el control de las interconsultas y el tratamiento estadísticos de estos Indicadores.
Por lo que se ha de sumar a los componentes del equipo de mejora: Médico de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/344 ========== ***

Nº de registro: 0344

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR ZARAGOZA I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

Autores:
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA, MARTINEZ ROIG MIGUEL, DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: DEMENCIA
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El objetivo de este Proyecto de Calidad es elaborar una Guía consensuada, entre Neurología, Geriatría y Psiquiatría, para la atención al paciente con demencia en el Sector I de Zaragoza.
El reconocimiento, evaluación y tratamiento de los pacientes con demencia es uno de los problemas más comunes de la asistencia a los ancianos y supone un importante coste económico tanto a nivel de pruebas complementarias, tratamiento e ingresos. Ninguna demencia debe ser considerada normal o debida a la edad. Las demencias son la quinta patología en incidencia y prevalencia, tras las enfermedades respiratorias, las cardiovasculares, el cáncer y los traumatismos y en este momento supone la 10ª causa de fallecimiento a nivel global y la 4ª en personas > 65 años. Afecta a 24 millones de personas a nivel mundial, para el 2040 se calcula que serán 80 millones. En España afecta a unas 500.000 personas y para el 2025 se estima que serán 1.200.000 personas. Este aumento del nº de pacientes se debe tanto al envejecimiento de la población, a la mayor supervivencia de las personas y al aumento de los diagnósticos de este proceso. Su prevalencia oscila entre el 5.2-14.9% de las personas > 65 años, pudiendo estimarse aproximadamente que otro 20% presentan síntomas de deterioro psíquico significativo, aunque no en grado de ser considerada una demencia. Esta prevalencia se duplica cada 5 años a partir de los 65 años. Su incidencia > 65 años es de 1.5 casos/100 sujetos/año (para EA 1/100 sujetos > 65/año). El 50% de los pacientes afectados por una demencia no son reconocidos como tales ya que el entorno tiende a minimizar los síntomas o atribuirlos a una evolución lógica unida al proceso inexorable del envejecimiento. Si se lograse retrasar el inicio de la EA 5 años su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0344

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO CON GERIATRIA, NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA DEL SECTOR I PARA LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON DEMENCIA

frecuencia disminuiría en aproximadamente un 50%.
Aunque existe una uniformidad a nivel global entre los diversos servicios que atienden a estos pacientes, esta no es total y existen disparidad de criterios o duplicidad de atenciones lo que conlleva aumento del coste de la atención a estos pacientes y duplicar o incluso triplicar consultas lo que repercute no solo en el coste y atención al paciente sino también en la sobrecarga al cuidador. Los criterios establecidos son fundamentales para la toma de decisiones y es importante que estos sean comunes con independencia de que la atención se preste en Atención Primaria, en un servicio de urgencias o a nivel de atención especializa bien en CME o en hospital y dentro del mismo en un servicio u otro.
Aunque desde hace años existe una coordinación entre los Servicios de Geriatría, Psiquiatría y Neurología del Sector Zaragoza 1 para la atención a los pacientes con demencia, con este Proyecto de Calidad queremos oficializarlo y verter las ideas en una Guía consensuada que permita no solo una atención de alidad a estos pacientes con demencia sino que sea uniforme a la hora de establecer unos criterios de tratamiento y seguimiento que redunde no sólo en una mejor asistencia sino también en una gestión más adecuada, objetiva y uniforme de los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo será:
- Establecer un marco preciso de derivación de los pacientes con demencia a las consultas de Atención Especializada (Neurología/Geriatría/Psiquiatría).
- Determinar a que especialidad debe estar dirigido en primer lugar el paciente con demencia.
- Establecer los criterios de derivación y pruebas a realizar previas a la derivación.
- Establecer las indicaciones de pruebas a realizar en estos pacientes en función del protocolo establecido.
- Establecer la indicación de tratamiento específico para la demencia y la supresión del mismo.
- Establecer los tratamientos sintomáticos más adecuados en función de las manifestaciones clínicas.

Además queremos establecer charlas de formación y orientación para Atención Primaria y ocasionalmente también en Urgencias del Sector.

MÉTODO
Elaboración de un Protocolo consensuado entre los tres servicios y hacerlo extensivo a los diversos profesionales que prestan también atención a estos pacientes como son los médicos de Atención Primaria, Medicina Interna y Urgencias. Para ello, el Protocolo deberá incluir:
- Criterios de derivación a cada uno de los Servicios para evitar duplicidades o rederivaciones.
- Criterios de diagnóstico y Pruebas Complementarias en función fundamentalmente de la sospecha clínica, la edad y la situación cognoscitiva.
- Criterios de inicio y supresión del tratamiento específico.
- Indicaciones y tipo de tratamiento sintomático y complicaciones.
- Pautas de atención por Atención Primaria y en Urgencias.

INDICADORES
- Disminución de derivaciones inadecuadas.
- Disminución de citas duplicadas o triplicadas por el mismo motivo.
- Disminución de la atención en urgencias por complicaciones.
- Detección de problemas derivados de la atención a estos pacientes y solución del mismo.
- Grado de satisfacción del familiar.

DURACIÓN
Tan pronto como se confirme la concesión del Proyecto y hasta la elaboración definitiva del Protocolo consensuado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0995

1. TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CONSUELO RIOS GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAN GUERRERO MARINA
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
MONZON MONGUILOD MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 6 sesiones de abordaje psicológico para pacientes con insomnio crónico en el HNSG, que se llevaron a cabo los 3 primeros viernes de cada mes, con una duración cada una de ellas de 90 minutos.
Los pacientes rellenaron un diario de sueño y unos cuestionarios: ISI (índice de gravedad del insomnio) y PSQI (índice de calidad del sueño de Pittsburgh) basal y al final del programa.
Se les entregó material con las técnicas de relajación (aportaron cada uno un PenDrive donde se les grabaron los audios de realjación)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 13 pacientes incluídos, completaron los cuestionarios ISI y PSQI basal y final 7 de ellos. Los otros 6 sólo rellenaron el basal (no acudieron a la última sesión).
Los resultados obtenidos:
ISI: 5 pacientes mejoraron de 2 a 7 puntos al finalizar
1paciente empeoró en 3 puntos al finalizar
1paciente mantuvo misma puntuación al finalizar
PSQI: 3 pacientes mejoraron de 1 a 5 puntos al finalizar
4 paciente empeoraron de 1 a 2 puntos al finalizar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La reducción de las puntuaciones del ISI se tradujo en haber pasado la percepción de los pacientes de un problema de insomnio moderado a uno subclínico, y con respecto al PSQI la traducción clínica fue de una mejoría de la calidad del sueño en casi la mitad de los pacientes, mientras que en la otra el empeoramiento fue mínimo, pudiendo decir que se mantuvieron estables.
La psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) es la única que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del insomnio crónico. El objetivo de estas técnicas es cambiar los factores que inducen a la cronificación y mantenimiento del insomnio, incluyendo factores conductuales, psicológicos y fisiológicos como el hiperarousal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/995 ========== ***

Nº de registro: 0995

Título
MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO

Autores:
RIOS GOMEZ CONSUELO, CASTAN GUERRERO MARINA, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA, CAMPELLO MORER ISABEL, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, GIMENEZ MUÑOZ ALVARO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, MONZON MONGUILOD MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0995

1. TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los que mayor trascendencia sanitaria y social tiene, considerándose cada vez más seriamente como un problema de Salud Pública. El paciente con insomnio se queja principalmente de su insatisfacción con la calidad y/o cantidad del sueño. El insomnio casi siempre se presenta asociado a fatiga diurna y alteraciones del humor tales como irritabilidad, disforia, tensión, indefensión o incluso estado de ánimo deprimido. Además, los pacientes con insomnio suelen presentar quejas somáticas, típicamente gastrointestinales, respiratorias, dolores de cabeza, y dolores no específicos. Varios estudios han demostrado una asociación del insomnio con un peor estado de salud en general y con la percepción de la propia salud como mala. El insomnio tiene importantes consecuencias sanitarias y económicas, además del deterioro de la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Los insomnes consultan con más frecuencia los servicios sanitarios y consumen más fármacos respecto a las personas que no sufren insomnio. Por otra parte, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades metabólicas, como la diabetes, y psiquiátricas, como la depresión. Asimismo, el insomnio se ha asociado con un mayor absentismo laboral, una reducción de la productividad en el trabajo y una mayor siniestralidad laboral. Los estudios ponen de manifiesto que los costes indirectos del insomnio, relacionados con la pérdida de recursos, pueden llegar a ser superiores que los directos.
Alrededor del 30 % de la población sufre insomnio a lo largo de su vida y en un tercio de los casos se cronifica. La prevalencia del insomnio crónico en la población general se estima en el 9%. Durante el día, el paciente con insomnio crónico tiene problemas que afectan tanto a su salud como a su funcionamiento social y laboral. Cuando el insomnio se cronifica se asocia con una mayor comorbilidad, incluso algún estudio sugiere que el insomnio crónico no tratado puede ser uno de los factores de riesgo para desarrollar depresión mayor. En el tratamiento del insomnio crónico, sólo han demostrado eficacia dos modalidades: la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) y los agonistas de los receptores de las benzodiacepinas. La TCC son un conjunto de técnicas de psicoterapia breve que pueden aplicarse en sesiones individuales o de grupo y entre las cuales se incluyen las siguientes: 1) técnicas de control de estímulos para reforzar la asociación cama-sueño; 2) terapia de restricción de tiempo en cama, que es especialmente efectiva para mejorar la eficiencia de sueño; 3) técnicas de relajación para reducir la tensión y los pensamientos intrusivos. La terapia cognitiva consiste en identificar los pensamientos y las expectativas ilógicas que angustian al paciente para así poder clarificarlas y corregir los pensamientos disfuncionales, que a su vez tienen claras consecuencias conductuales.
Se selecciona un grupo de pacientes con insomnio crónico en la consulta monográfica de Trastornos del Sueño del HRV y se pone en marcha un programa de abordaje psicológico del insomnio. La psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) es la única que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del insomnio crónico. El objetivo de estas técnicas es cambiar los factores que inducen a la cronificación y mantenimiento del insomnio, incluyendo factores conductuales, psicológicos y fisiológicos como el hiperarousal.

RESULTADOS ESPERADOS
a. Tratamiento del insomnio para disminuir su cronificación y la comorbilidad asociada.
b. Disminuir las patologías y quejas somáticas asociadas (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias, cefaleas, dolores no específicos).
c. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y la percepción de su propia salud, así como su funcionamiento social y laboral.

MÉTODO
Se crea un programa de abordaje psicológico para pacientes con insomnio crónico. Se incluyen 13 pacientes (4 hombres y 9 mujeres) y se organizan 6 sesiones de psicoterapia en el HNSG. Se les administra unos cuestionarios para tener una valoración basal y otra al final del tratamiento para ver el índice de gravedad del insomnio (ISI) y la calidad del sueño (PSQI). La terapia cognitivo-conductual (TCC) incluye intervenciones psicológicas de tipo cognitivo y técnicas educativas, informando al paciente acerca de la higiene del sueño, y técnicas de tipo conductual, como la restricción del tiempo en la cama, el control de estímulos y las técnicas de relajación.

INDICADORES
a. Número de pacientes que han completado el tratamiento de TCC en el HNSG.
b. Resultado de los cuestionarios ISI y PSQI al finalizar el tratamiento, comparándolo con el basal.
c. Grado de satisfacción por parte de los pacientes.

DURACIÓN
El programa de abordaje psicológico se desarrolla a lo largo de 2 meses y se imparten 3 sesiones/mes en el HNSG (los 3 primeros viernes de cada mes), con una duración de 90 minutos/sesión. Está coordinado por la psicóloga.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0995

1. TÍTULO

MANEJO DE PACIENTES CON INSOMNIO CRONICO

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ...................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA LATORRE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ BENITO ALBA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
RIOS GOMEZ CONSUELO
CAMPELLO MORER ISABEL
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El bloqueo anestésico de nervio occipital (con o sin corticoide) es una técnica utilizada en el tratamiento de cefaleas como la cefalea en racimos, la cefalea cervicogénica o la neuralgia occipital. En el servicio de neurología del hospital Royo Villanova se realiza esta técnica desde febrero de 2017, junto con otras como la infiltración de toxina botulínica. Se ha creado un consentimiento específico para el bloqueo anestésico occipital, estando disponible tanto para personal de enfermería de la consulta monográfica de cefaleas como para el resto de facultativos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de los casos tratados con bloqueo anestésico del nervio occipital en la consulta monográfica de cefaleas, firmaron una copia del consentimiento informado previa lectura del mismo y consulta de dudas correspondientes a la técnica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las técnicas que supongan un riesgo para el paciente deben tener un consentimiento informado por escrito, comprensible por el paciente y rebocable en cualquier momento. En este caso, al ser una técnica de reciente aparición en nuestro servicio se ha realizado en el año 2018 este documento.
Queda pendiente su aprobación por la comisión de Documentación Clínica del hospital Royo Villanova para que forme parte de la documentación del servicio de Neurología en Intranet del Sector I.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/615 ========== ***

Nº de registro: 0615

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Autores:
LATORRE JIMENEZ ANA, VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, RIOS GOMEZ CONSUELO, CAMPELLO MORER ISABEL, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Cefaleas.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en neurología. De hecho, la migraña afecta aproximadamente a un 12-15% de la población mientras que la cefalea tensional puede llegar hasta más del 40%. Existen múltiples alternativas terapéuticas a día de hoy que sin embargo no logran controlar a todos los pacientes, incluyendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

terapias más recientes como el uso de onabotulinumtoxinA.
Existen además otro tipo de cefaleas menos frecuentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia occipital que pese a afectar a menor número de pacientes suponen un gran impacto sobre ellos.
En todos estos grupos de cefaleas se han desarrollado estudios observacionales que apoyan el uso de la infiltración anestésica (o anestésica combinada con corticoide) del nervio occipital mayor o nervio de Arnold.
La técnica más habitual utilizada es la infiltración de 2ml de anestésico local (lidocaína al 2% de elección) con o sin corticoide (metilprednisolona 80mg en una dilución de 2ml de suero fisiológico). Se localiza la zona mediante palpación de región habitual de localización del nervio occipital mayor, siempre mediante personal experto en esta técnica.
Los efectos secundarios más habituales son leves y transitorios (hematoma, dolor local, reacción vagal), siendo poco frecuente la aparición de efectos secundarios más severos (infección local).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un consentimiento informado sobre la técnica de infiltración del nervio occipital mayor en pacientes con cefalea (migraña episódica, migraña crónica, cefalea en racimos, neuralgia occipital).

MÉTODO
Incorporación de dicho consentimiento a los ya disponibles en Intranet del Sector I, en el apartado del servicio de Neurología.
Información al paciente sobre dicho consentimiento previo a la técnica, obteniendo una copia firmada que se incorporará a la historia física.

INDICADORES
Número de pacientes tratados con dicha técnica en el momento de finalizar el plazo de desarrollo del proyecto.
Número de consentimientos informados obtenidos hasta el momento de finalizar el plazo del proyecto.

DURACIÓN
Septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA LATORRE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ BENITO ALBA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
RIOS GOMEZ CONSUELO
CAMPELLO MORER ISABEL
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El bloqueo anestésico de nervio occipital (con o sin corticoide) es una técnica utilizada en el tratamiento de cefaleas como la cefalea en racimos, la cefalea cervicogénica o la neuralgia occipital. En el servicio de neurología del hospital Royo Villanova se realiza esta técnica desde febrero de 2017, junto con otras como la infiltración de toxina botulínica. Se ha creado un consentimiento específico para el bloqueo anestésico occipital, estando disponible tanto para personal de enfermería de la consulta monográfica de cefaleas como para el resto de facultativos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de los casos tratados con bloqueo anestésico del nervio occipital en la consulta monográfica de cefaleas, firmaron una copia del consentimiento informado previa lectura del mismo y consulta de dudas correspondientes a la técnica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las técnicas que supongan un riesgo para el paciente deben tener un consentimiento informado por escrito, comprensible por el paciente y rebocable en cualquier momento. En este caso, al ser una técnica de reciente aparición en nuestro servicio se ha realizado en el año 2018 este documento. Queda pendiente su aprobación por la comisión de Documentación Clínica del hospital Royo Villanova para que forme parte de la documentación del servicio de Neurología en Intranet del Sector I.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/615 ========== ***

Nº de registro: 0615

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Autores:
LATORRE JIMENEZ ANA, VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, RIOS GOMEZ CONSUELO, CAMPELLO MORER ISABEL, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Cefaleas.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en neurología. De hecho, la migraña afecta aproximadamente a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

un 12-15% de la población mientras que la cefalea tensional puede llegar hasta más del 40%. Existen múltiples alternativas terapéuticas a día de hoy que sin embargo no logran controlar a todos los pacientes, incluyendo terapias más recientes como el uso de onabotulinumtoxinA.
Existen además otro tipo de cefaleas menos frecuentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia occipital que pese a afectar a menor número de pacientes suponen un gran impacto sobre ellos.
En todos estos grupos de cefaleas se han desarrollado estudios observacionales que apoyan el uso de la infiltración anestésica (o anestésica combinada con corticoide) del nervio occipital mayor o nervio de Arnold.
La técnica más habitual utilizada es la infiltración de 2ml de anestésico local (lidocaína al 2% de elección) con o sin corticoide (metilprednisolona 80mg en una dilución de 2ml de suero fisiológico). Se localiza la zona mediante palpación de región habitual de localización del nervio occipital mayor, siempre mediante personal experto en esta técnica.
Los efectos secundarios más habituales son leves y transitorios (hematoma, dolor local, reacción vagal), siendo poco frecuente la aparición de efectos secundarios más severos (infección local).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un consentimiento informado sobre la técnica de infiltración del nervio occipital mayor en pacientes con cefalea (migraña episódica, migraña crónica, cefalea en racimos, neuralgia occipital).

MÉTODO
Incorporación de dicho consentimiento a los ya disponibles en Intranet del Sector I, en el apartado del servicio de Neurología.
Información al paciente sobre dicho consentimiento previo a la técnica, obteniendo una copia firmada que se incorporará a la historia física.

INDICADORES
Número de pacientes tratados con dicha técnica en el momento de finalizar el plazo de desarrollo del proyecto.
Número de consentimientos informados obtenidos hasta el momento de finalizar el plazo del proyecto.

DURACIÓN
Septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA LATORRE JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ BENITO ALBA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
RIOS GOMEZ CONSUELO
CAMPELLO MORER ISABEL
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El bloqueo anestésico de nervio occipital (con o sin corticoide) es una técnica utilizada en el tratamiento de cefaleas como la cefalea en racimos, la cefalea cervicogénica o la neuralgia occipital. En el servicio de neurología del hospital Royo Villanova se realiza esta técnica desde febrero de 2017, junto con otras como la infiltración de toxina botulínica. Se ha creado un consentimiento específico para el bloqueo anestésico occipital, estando disponible tanto para personal de enfermería de la consulta monográfica de cefaleas como para el resto de facultativos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de los casos tratados con bloqueo anestésico del nervio occipital en la consulta monográfica de cefaleas, firmaron una copia del consentimiento informado previa lectura del mismo y consulta de dudas correspondientes a la técnica. El CI firmado se guardó dentro del historial del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las técnicas que supongan un riesgo para el paciente deben tener un consentimiento informado por escrito, comprensible por el paciente y rebocable en cualquier momento. En este caso, al ser una técnica de reciente aparición en nuestro servicio se ha realizado en el año 2018 este documento.
Se ha aprobado ya este documento por parte de la Comisión de Documentación Clínica del hospital, para poder incorporarlo a Intranet del sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/615 ========== ***

Nº de registro: 0615

Título
ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

Autores:
LATORRE JIMENEZ ANA, VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, RIOS GOMEZ CONSUELO, CAMPELLO MORER ISABEL, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Cefaleas.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cefaleas son un motivo frecuente de consulta en neurología. De hecho, la migraña afecta aproximadamente a un 12-15% de la población mientras que la cefalea tensional puede llegar hasta más del 40%. Existen múltiples

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0615

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACION ANESTESICA DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR

alternativas terapéuticas a día de hoy que sin embargo no logran controlar a todos los pacientes, incluyendo terapias más recientes como el uso de onabotulinumtoxinA.
Existen además otro tipo de cefaleas menos frecuentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia occipital que pese a afectar a menor número de pacientes suponen un gran impacto sobre ellos.
En todos estos grupos de cefaleas se han desarrollado estudios observacionales que apoyan el uso de la infiltración anestésica (o anestésica combinada con corticoide) del nervio occipital mayor o nervio de Arnold.
La técnica más habitual utilizada es la infiltración de 2ml de anestésico local (lidocaína al 2% de elección) con o sin corticoide (metilprednisolona 80mg en una dilución de 2ml de suero fisiológico). Se localiza la zona mediante palpación de región habitual de localización del nervio occipital mayor, siempre mediante personal experto en esta técnica.
Los efectos secundarios más habituales son leves y transitorios (hematoma, dolor local, reacción vagal), siendo poco frecuente la aparición de efectos secundarios más severos (infección local).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un consentimiento informado sobre la técnica de infiltración del nervio occipital mayor en pacientes con cefalea (migraña episódica, migraña crónica, cefalea en racimos, neuralgia occipital).

MÉTODO
Incorporación de dicho consentimiento a los ya disponibles en Intranet del Sector I, en el apartado del servicio de Neurología.
Información al paciente sobre dicho consentimiento previo a la técnica, obteniendo una copia firmada que se incorporará a la historia física.

INDICADORES
Número de pacientes tratados con dicha técnica en el momento de finalizar el plazo de desarrollo del proyecto.
Número de consentimientos informados obtenidos hasta el momento de finalizar el plazo del proyecto.

DURACIÓN
Septiembre de 2018 a septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LATORRE JIMENEZ ANA
CAMPELLO MORER ISABEL
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tal y como se describía en el proyecto, se ha añadido el protocolo de administración de Inmunoglobulinas como parte de las indicaciones de tratamientos en pacientes que reciben este tipo de fármacos. Este grupo de pacientes se dividen en dos tipos: 1) pacientes con ingresos programados, que reciben este tratamiento de forma periódica y se pauta desde consultas de neurología y 2) pacientes con ingresos urgentes que precisa ese tratamiento de forma más o menos inmediata.
Se imprimieron copias del protocolo descrito, estando a disposición del resto del equipo de neurología para adjuntarlas al tratamiento del paciente. Una vez ingresados, esta copia se añade a la gráfica de tratamiento habitual, para que el personal de enfermería pueda consultarlo en cualquier momento, sobre todo aspectos relacionados con la velocidad de administración de las IGs y los posibles efectos secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el servicio de neurología han ingresado a los largo de 2018 pacientes procedentes de consulta de Neuromuscular con diagnóstico de "polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante" o " polineuropatía crónica inmunomediada", con una frecuencia de tratamiento variable (entre 3 y 6 meses dependiendo del caso) y pacientes con diagnóstico de "polirradiculoneuritis inflamatoria aguda", "miastenia gravis exacerbada" o "neuropatía motora multifocal" que han precisado un único ciclo de tratamiento con IGs.
En todos ellos se añadió una copia del protocolo de administración de IGs elaborado para este proyecto de mejora junto con el resto del tratamiento del paciente. Esto ha supuesto una mayor rapidez a la hora de elaborar los tratamientos desde consultas y que resulte más sencillo consultar las pautas de administración por parte de enefermería durante el ingreso del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir protocolos de este tipo, específicos para un fármaco en concreto, reduce el tiempo que se dedica a la transcripción del tratamiento y simplifica la tarea para enfermería. Sería útil ampliar este tipo de protocolos a otros fármacos utilizados en neurología como la toxina botulínica, por lo que se planteará como proyecto de mejora en 2019.
Aunque queda disponible en la consulta de neurología y en los documentos online del servicio de neurología, queda pendiente incluirlo en Intranet del Sector I, mediante la comisión de Documentación del Clínica del Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.
Me gustaría saber cuándo se publican las resoluciones sobre estos proyectos de mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/616 ========== ***

Nº de registro: 0616

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LATORRE JIMENEZ ANA, CAMPELLO MORER ISABEL, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las inmunoglobulinas humanas (IGs) son un tratamiento utilizado para inmunodeficiencias de anticuerpos y ciertos trastornos inmunes (hasta 35 enfermedades de origen autoinmune).
En el ámbito de la neurología se utilizan como tratamiento de procesos agudos como las polirradiculoneuritis agudas o las exacerbaciones de Miastenia Gravis así como para procesos crónicos como las polineuropatías de origen disinmune o la neuropatía motora multifocal (en estos casos se realiza con una periodicidad variable).
La pauta habitual es de 0’2gxKgxdía durante 5 días consecutivos. La velocidad de infusión parece estar relacionada de forma directa con la aparición de reacciones adversas leves-moderadas que pueden condicionar el abandono del tratamiento (cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión arterial sintomática). No obstante existen otros efectos secundarios relacionados más directamente con la naturaleza del tratamiento, que conviene conocer por parte del personal que atiende a estos pacientes (síndrome coronario, trombosis venosa profunda, meningitis aséptica).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un protocolo de administración de IGs iv en el servicio de neurología en el que se describa:
- Indicaciones más frecuentes
- Pauta de administración del fármaco
- Principales efectos secundarios (síntomas y signos de alerta)

Utilización de este protocolo tanto por parte del personal médico que indica el tratamiento como por personal de enfermería, que lo tendrá disponible para su consulta.

MÉTODO
Creación del protocolo en forma de documento accesible en Intranet del Sector I, apartado de Neurología.

INDICADORES
Incorporación de este documento a las órdenes de tratamiento en el caso de pacientes que precisen infusión de IGs iv.

DURACIÓN
Inicio en septiembre de 2018.
Finalización en septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LATORRE JIMENEZ ANA
CAMPELLO MORER ISABEL
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tal y como se describía en el proyecto, se ha añadido el protocolo de administración de Inmunoglobulinas como parte de las indicaciones de tratamientos en pacientes que reciben este tipo de fármacos. Este grupo de pacientes se dividen en dos tipos: 1) pacientes con ingresos programados, que reciben este tratamiento de forma periódica y se pauta desde consultas de neurología y 2) pacientes con ingresos urgentes que precisa ese tratamiento de forma más o menos inmediata. Se imprimieron copias del protocolo descrito, estando a disposición del resto del equipo de neurología para adjuntarlas al tratamiento del paciente. Una vez ingresados, esta copia se añade a la gráfica de tratamiento habitual, para que el personal de enfermería pueda consultarlo en cualquier momento, sobre todo aspectos relacionados con la velocidad de administración de las IGs y los posibles efectos secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el servicio de neurología han ingresado a los largo de 2018 pacientes procedentes de consulta de Neuromuscular con diagnóstico de "polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante" o " polineuropatía crónica inmunomediada", con una frecuencia de tratamiento variable (entre 3 y 6 meses dependiendo del caso) y pacientes con diagnóstico de "polirradiculoneuritis inflamatoria aguda", "miastenia gravis exacerbada" o "neuropatía motora multifocal" que han precisado un único ciclo de tratamiento con IGs. En todos ellos se añadió una copia del protocolo de administración de IGs elaborado para este proyecto de mejora junto con el resto del tratamiento del paciente. Esto ha supuesto una mayor rapidez a la hora de elaborar los tratamientos desde consultas y que resulte más sencillo consultar las pautas de administración por parte de enefermería durante el ingreso del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir protocolos de este tipo, específicos para un fármaco en concreto, reduce el tiempo que se dedica a la transcripción del tratamiento y simplifica la tarea para enfermería. Sería útil ampliar este tipo de protocolos a otros fármacos utilizados en neurología como la toxina botulínica, por lo que se planteará como proyecto de mejora en 2019. Aunque queda disponible en la consulta de neurología y en los documentos online del servicio de neurología, queda pendiente incluirlo en Intranet del Sector I, mediante la comisión de Documentación del Clínica del Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/616 ========== ***

Nº de registro: 0616

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LATORRE JIMENEZ ANA, CAMPELLO MORER ISABEL, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las inmunoglobulinas humanas (IGs) son un tratamiento utilizado para inmunodeficiencias de anticuerpos y ciertos trastornos inmunes (hasta 35 enfermedades de origen autoinmune).
En el ámbito de la neurología se utilizan como tratamiento de procesos agudos como las polirradiculoneuritis agudas o las exacerbaciones de Miastenia Gravis así como para procesos crónicos como las polineuropatías de origen disinmune o la neuropatía motora multifocal (en estos casos se realiza con una periodicidad variable).
La pauta habitual es de 0’2gxKgxdía durante 5 días consecutivos. La velocidad de infusión parece estar relacionada de forma directa con la aparición de reacciones adversas leves-moderadas que pueden condicionar el abandono del tratamiento (cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión arterial sintomática). No obstante existen otros efectos secundarios relacionados más directamente con la naturaleza del tratamiento, que conviene conocer por parte del personal que atiende a estos pacientes (síndrome coronario, trombosis venosa profunda, meningitis aséptica).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un protocolo de administración de IGs iv en el servicio de neurología en el que se describa:
- Indicaciones más frecuentes
- Pauta de administración del fármaco
- Principales efectos secundarios (síntomas y signos de alerta)

Utilización de este protocolo tanto por parte del personal médico que indica el tratamiento como por personal de enfermería, que lo tendrá disponible para su consulta.

MÉTODO
Creación del protocolo en forma de documento accesible en Intranet del Sector I, apartado de Neurología.

INDICADORES
Incorporación de este documento a las órdenes de tratamiento en el caso de pacientes que precisen infusión de IGs iv.

DURACIÓN
Inicio en septiembre de 2018.
Finalización en septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA VELAZQUEZ BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
LATORRE JIMENEZ ANA
CAMPELLO MORER ISABEL
RIOS GOMEZ CONSUELO
LOPEZ LOPEZ ALFREDO
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tal y como se describía en el proyecto, se ha añadido el protocolo de administración de Inmunoglobulinas como parte de las indicaciones de tratamientos en pacientes que reciben este tipo de fármacos.
Este grupo de pacientes se dividen en dos tipos: 1) pacientes con ingresos programados, que reciben este tratamiento de forma periódica y se pauta desde consultas de neurología y 2) pacientes con ingresos urgentes que precisa ese tratamiento de forma más o menos inmediata. Se imprimieron copias del protocolo descrito, estando a disposición del resto del equipo de neurología para
adjuntarlas al tratamiento del paciente. Una vez ingresados, esta copia se añade a la gráfica de tratamiento habitual, para que el personal de enfermería pueda consultarlo en cualquier momento, sobre todo aspectos relacionados con la velocidad de administración de las IGs y los posibles efectos secundarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el servicio de neurología han ingresado a los largo de 2018 pacientes procedentes de consulta de Neuromuscular con diagnóstico de "polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante" o " polineuropatía crónica inmunomediada", con una frecuencia de tratamiento variable (entre 3 y 6 meses dependiendo del caso) y pacientes con diagnóstico de "polirradiculoneuritis inflamatoria aguda", "miastenia gravis exacerbada" o "neuropatía motora multifocal" que han precisado un único ciclo de tratamiento con IGs.
En todos ellos se añadió una copia del protocolo de administración de IGs elaborado para este proyecto de mejora junto con el resto del tratamiento del paciente. Esto ha supuesto una mayor rapidez a la hora de elaborar los tratamientos desde consultas y que resulte más sencillo consultar las pautas de administración por parte de enfermería durante el ingreso del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir protocolos de este tipo, específicos para un fármaco en concreto,
reduce el tiempo que se dedica a la transcripción del tratamiento y simplifica la tarea para enfermería. Sería útil ampliar este tipo de protocolos a otros fármacos utilizados en neurología como la toxina botulínica, por lo que se planteará como proyecto de mejora en 2019. Aunque queda disponible en la consulta de neurología y en los documentos online del servicio de neurología, queda pendiente incluirlo en Intranet del Sector I, mediante la comisión de Documentación del Clínica del Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/616 ========== ***

Nº de registro: 0616

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
VELAZQUEZ BENITO ALBA, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, LATORRE JIMENEZ ANA, CAMPELLO MORER ISABEL, RIOS GOMEZ CONSUELO, LOPEZ LOPEZ ALFREDO, PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0616

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS HUMANAS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las inmunoglobulinas humanas (IGs) son un tratamiento utilizado para inmunodeficiencias de anticuerpos y ciertos trastornos inmunes (hasta 35 enfermedades de origen autoinmune).
En el ámbito de la neurología se utilizan como tratamiento de procesos agudos como las polirradiculoneuritis agudas o las exacerbaciones de Miastenia Gravis así como para procesos crónicos como las polineuropatías de origen disinmune o la neuropatía motora multifocal (en estos casos se realiza con una periodicidad variable).
La pauta habitual es de 0’2gxKgxdía durante 5 días consecutivos. La velocidad de infusión parece estar relacionada de forma directa con la aparición de reacciones adversas leves-moderadas que pueden condicionar el abandono del tratamiento (cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión arterial sintomática). No obstante existen otros efectos secundarios relacionados más directamente con la naturaleza del tratamiento, que conviene conocer por parte del personal que atiende a estos pacientes (síndrome coronario, trombosis venosa profunda, meningitis aséptica).

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un protocolo de administración de IGs iv en el servicio de neurología en el que se describa:
- Indicaciones más frecuentes
- Pauta de administración del fármaco
- Principales efectos secundarios (síntomas y signos de alerta)

Utilización de este protocolo tanto por parte del personal médico que indica el tratamiento como por personal de enfermería, que lo tendrá disponible para su consulta.

MÉTODO
Creación del protocolo en forma de documento accesible en Intranet del Sector I, apartado de Neurología.

INDICADORES
Incorporación de este documento a las órdenes de tratamiento en el caso de pacientes que precisen infusión de IGs iv.

DURACIÓN
Inicio en septiembre de 2018.
Finalización en septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1164

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RUBEN HERNANDEZ VIAN
· Profesión ..... OPTOMETRISTA
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMANO ORTEGA PILAR
PARDIÑAS BARON NIEVES
CAMEO GRACIA BEATRIZ
FANLO ZARAZAGA ALVARO
LARROSA POVES JOSE MANUEL
PABLO JULVEZ LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el segundo semestre de 2018 se iniciaron los trabajos de inclusión de pacientes que permitieron el estudio de la evolución del tratamiento quirúrgico de la catarata, realizando las siguientes actividades:
- Preparación (Recursos: material y personas)
- Comunicación y apoyo del personal para establecer de forma rutinaria la toma de agudeza visual (AV) de bajo contraste pre y post-quirúrgica (1 mes y tras la cirugía).
- Recogida del cuestionario NEI VFQ-25 antes y después de la cirugía
En enero de 2019 finalizó la recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el desarrollo de los 6 meses del proceso, se ha conseguido:
- Unificar criterios entre los distintos especialistas en oftalmología a la hora de incluir la paciente en la lista de espera para la cirugía de cataratas.
- Implementar los criterios de derivación para la cirugía de cataratas, basados en una toma de decisiones más objetiva.
- Evitar largos procesos de espera que puedan derivar en un riesgo oftalmológico y de la propia vida del paciente.
En cuanto a los indicadores, se obtuvo la siguiente relación:
- AV de bajo contraste en pacientes diagnosticados de catarata: 0.22 (estándar: =0.25 decimal)
- AV de bajo contraste tras cirugía de catarata: 0.76 (estándar: = 0.70 decimal)
- Relación existente entre la calidad de vida del paciente y el estado visual asociado a la presencia de cataratas (valorado con cuestionario NEI VFQ-25): 0.48 (estándar = 0.50)
- Relación existente entre la calidad de vida del paciente y el estado visual tras cirugía de cataratas: 0.74 (estándar = 0.70)
- Porcentaje de pacientes diagnosticados de catarata que, sin cumplir criterios para su inclusión en la lista de espera quirúrgica, son sometidos a cirugía por presentar una AV de bajo contraste = 0.25: 91% (estándar: 95%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los criterios establecidos para la inclusión en lista de espera quirúrgica de cataratas tan solo atienden a niveles de AV en condiciones de alta iluminación y contraste, o a cualquier condición patológica subyacente. Sin embargo, la presencia de cataratas afecta considerablemente a las actividades que se llevan a cabo en condiciones de baja iluminación, mermando aún más la capacidad de dependencia de estos pacientes, dada su elevada edad.
La puesta en marcha de este proyecto ha permitido unificar criterios a la hora de plantear la cirugía a los pacientes, sin necesidad de recurrir a criterios subjetivos ante determinados casos susceptibles de ser intervenidos.

La evaluación de los indicadores es muy positiva, ya que exponen claramente la influencia de la catarata en la función visual y en la calidad de vida. A pesar de no haber cumplido el estándar marcado para la inclusión en lista de los pacientes citados, el grado de cumplimiento fue elevado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1164 ========== ***

Nº de registro: 1164

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1164

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

Autores:
HERNANDEZ VIAN RUBEN, ROMANO ORTEGA PILAR, PARDIÑAS BARON NIEVES, CAMEO GRACIA BEATRIZ, FANLO ZARAZAGA ALVARO, LARROSA POVES JOSE MANUEL, PABLO JULVEZ LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La catarata es la principal causa de ceguera tratable en el mundo. Los principales síntomas que refieren los pacientes es una disminución de la agudeza visual, que es más marcada cuanto más importante es la opacidad cristaliniana. Sin embargo, existen otros síntomas como es la presencia de halos o la disminución de la visión en condiciones de baja iluminación, debida a la reducción en la sensibilidad al contraste que presentan estos pacientes y que pueden limitar sus actividades diarias, pudiendo corregirse con la cirugía de facoemulsificación.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer como prueba diagnóstica que permita unificar criterios, la evaluación de la agudeza visual en condiciones de bajo contraste en aquellos pacientes que presenten cierto grado de discordancia entre la agudeza visual fotópica y la sintomatología asociada siempre que, dicha agudeza visual, sea superior al valor marcado como criterio de inclusión en la cirugía.
Por tanto, se plantea:
1. Determinar la agudeza visual en condiciones mesópicas y fotópicas pre y post quirúrgicas.
2. Evaluar si existen diferencias significativas entre la agudeza visual en condiciones fotópicas y mesópicas, antes y después de la cirugía.

MÉTODO
A partir de un estudio de cohortes prospectivo evaluaremos la agudeza visual bajo diferentes condiciones de iluminación y contraste de los pacientes que vayan a ser intervenidos de cataratas en las consultas pre y post-operatorias de la unidad ARCCA del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.
-Criterios de Inclusión
• Pacientes adultos entre 18 y 90 años
• Catarata de más 2 grados en LOCS
-Criterios de exclusión
• Alteración corneal (Leucomas, guttas, cirugía refractiva previa, pterigium, ojo seco, queratitis…)
• Ojos con pronósticos visuales reservados como membranas epi-retinianas (MER), retinopatía diabética (RD), atrofias maculares o glaucomas severos en los que sutiles cambios refractivos no van a ser tan acusados por parte del paciente.
Se incluirán en el estudio, de manera secuencial, los pacientes que cumplan los criterios anteriormente nombrados. El tamaño muestral será el suficiente para el estudio de la evolución de la enfermedad, siendo no inferior a 100 sujetos.

Se determinará la agudeza visual de alto contraste (100%) pre y post-cirugía con la mejor compensación bajo condiciones de iluminación fotópica (120 cd/m2) y en condiciones de iluminación mesópica (0.8 cd/m2), previa incorporación de un filtro de densidad óptica neutra de transmitancia 13.7% que proporciona una luminancia al optotipo de 5 cd/m2. Se utilizará el optotipo ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) que consta de 5 letras por línea y cada tres líneas se duplica el ángulo visual subtendido. Los resultados de agudeza visual (AV) se expresan tanto en escala decimal como en escala logarítmica, considerando la última fila de optotipos leída completamente y las letras leídas de la siguiente fila.
Los pacientes deberán completar el cuestionario NEI VFQ-25. Se trata de un cuestionario que consta de 25 preguntas y permite relacionar la calidad de vida del paciente con su estado visual.

INDICADORES
a. Determinar si existen diferencias significativas entre la agudeza visual preoperatoria en condiciones fotópicas y mesópicas, que puedan justificar la inclusión en lista de espera de pacientes que, en buenas condiciones de iluminación, presenten agudezas visuales superiores a las marcadas en los protocolos de inclusión, pero cuyas actividades en condiciones escotópicas pueden verse afectadas por la presencia de cataratas.
b. Evaluar las diferencias existentes entre la agudeza visual en condiciones de iluminación mesópicas y en condiciones fotópicas antes y después de la cirugía de cataratas.
c. Determinar la relación existente entre la calidad de vida del paciente y el estado visual asociado a la presencia de cataratas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1164

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CATARATAS

DURACIÓN
El periodo de reclutamiento se extenderá desde Junio de 2018 a Marzo de 2019.
El proyecto finalizará en Junio de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1785

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE EVALUACION Y CONTROL DEL PACIENTE CON PRESBIACUSIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE NAYA GALVEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA VIÑALES MARIA DEL CARMEN
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES JOSE ENRIQUE
RIVAS RODRIGUEZ PALOMA
HERRERO EGEA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ESTABA PREVISTO INICIO EN JUNIO Y SE COMENZÓ EN SEPTIEMBRE 2017.
SE INICIÓ CON 3 REUNIONES DEL SERVICIO DE ORL, DONDE CADA FACULTATIVO ESTABLECE SU CRITERIO SOBRE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PRESBIACUSIA (MAYORES DE 65 AÑOS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL).
APARECEN DISCREPANCIAS ENTRE EL GRUPO QUE OBLIGAN A REALIZAR ESAS 3 REUNIONES.

SE REVISAN TODOS LOS DÍAS EN CONSULTA LOS PACIENTES QUE ACUDEN CON ESTAS CARACTERÍSTICAS, REFLEJÁNDOLO EN UN LISTADO.
DE ESTA POBLACIÓN, A LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES PRESCRIBE AUDÍFONO (ANTERIORMENTE O A PARTIR DE ESTA REVISIÓN), SE LES HACE REVISIÓN ANUAL EN EL SERVICIO Y, SI TODO SIGUE IGUAL, SE ENVIA INFORME AL MAP PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO.

EL PACIENTE VOLVERÁ AL SERVICIO DE ORL, NO CON REVISIÓN ANUAL (COMO HASTA EL MOMENTO), SINO SÓLO SI APARECE ALGÚN MOTIVO DE REVISIÓN . EJ. - EXTRACCIÓN DE CERUMEN, OTITIS, ...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PROYECTO NO FINALIZADO, EN FASE DE EJECUCIÓN.

NO SE HA REALIZADO TODAVÍA, VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN EN LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO.
COMO EVALUACIÓN PRELIMINAR, PARECE QUE SE DISMINUYEN CONSIDERABLEMENTE EL NÚMERO DE REVISIONES EN EL SERVICIO.
PENDIENTE DE CUANTIFICAR LOS RESULTADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PROYECTO, FÁCIL DE REALIZAR Y DE MÍNIMO /NULO COSTE ECONÓMICO, QUE CONLLEVARÁ LA REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE REVISIONES EN CONSULTAS DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.
EN FASE DE EJECUCIÓN.
PENDIENTE DE ESTABLECER LOS RESULTADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1785 ========== ***

Nº de registro: 1785

Título
PROTOCOLO DE EVALUACION Y CONTROL DEL PACIENTE CON PRESBIACUSIA. PROYECTO INCLUIDO EN ACUERDO GESTION 2017

Autores:
LABARTA VIÑALES CARMEN, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, CASTELLOTE ARMADA AMPARO, DAMBORENEA TAJADA JORGE, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, HERRERO EGEA ANA, RIVAS PALOMA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos, Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1785

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE EVALUACION Y CONTROL DEL PACIENTE CON PRESBIACUSIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Denominamos presbiacusia a la alteración de la función auditiva relacionada con el envejecimiento.
Debido al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población, la presbiacusia se está convirtiendo en una patología con una prevalencia creciente, estimándose que afecta al 50% de los mayores de 65 años.
Se ha detectado en los últimos años, un elevado aumento en el numero de revisiones de pacientes con presbiacusia en la consulta de ORL lo que conlleva un elevado consumo de recursos sanitarios.
Además hay gran variabilidad en el manejo de este problema entre los facultativos especialistas

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar los recursos del Sº de ORL dedicados a la atención de los pacientes con presbiacusia, al establecer criterios claros de seguimiento y alta en el servicio.

MÉTODO
Mantener reuniones en el Sº de ORL, para la creación de un protocolo de actuación consensuado.

Reuniones de seguimiento para valorar el grado de cumplimiento del protocolo.

INDICADORES
Protocolo existente en el Servicio de ORL y puesto en marcha.

DURACIÓN
Inicio: mayo/2017.
Definición del Protocolo: junio/2017
Evolución de la aplicación del proyecto: cada 3 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0322

1. TÍTULO

INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRERO EGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha hablado con el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Nuestra Señora de Gracia la posibilidad de informatizar perfiles analíticos en Otorrinolaringología. Con el fin de que cuando llegue un paciente con una determinada patología y sea necesaria una analítca con determinadas parámetros, los médicos pongamos el nombre del perfil en el volante de analítca y en el ordenador salgan todos los parámetros que contiene ese perfil.
Actualmente no se puede llevar a cabo porque el número de perfiles que pueden informatizar en el laboratorio es escaso. Así que la solución es hacer un volante con los parámetros que queremos pedir, dependiendo de la patología, y utilizarlo como plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado es una plantilla, formato papel, en la que están marcados los parámetros que tenemos que pedir en determinadas patologías otorrinolaringológicas, como la sordera brusca y la amigdalitis de repetición.
Este proyecto no se va a poder realizar como se planteo en principio porque el número de perfiles informatizados es escaso en el Servicio de Análisis Clínicos y los reservan para patologías más comunes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En ocasiones hay que modificar los proyectos de mejora, dependiendo de la posibilidad de su realización. Es posible una adaptación del proyecto, que aunque no cumpla el objetivo principal del proyecto, puede mejorar nuestra asistencia clínica, que es nuestro propósito.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/322 ========== ***

Nº de registro: 0322

Título
INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Autores:
HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sordera brusca. Amigdalitis de repetición.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una vez hecho el diagnóstico clínico de sordera súbita, antes de comenzar el tratamiento, se solicitará una batería analítica.
En pacientes con amigdalitis de repetición, también pedimos analítica de sangre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0322

1. TÍTULO

INFORMATIZAR PERFILES ANALITICOS EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Hasta ahora se marcaban los parámetros requeridos individualmente.
Si realizamos perfiles analíticos de cada una de esas patologías, optimizaríamos el tiempo de nuestra consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinarnos con el servicio de Análisis clínicos para que cuando
en el volante de analítica se pida el perfil de sordera brusca o el de amigdalitis de repetición, tengan
codificado en el laboratorio todos los parámetros analíticos que incluyen cada uno de esos perfiles.

MÉTODO
Realizar perfiles analíticos de cada patología, uno para sordera brusca y otro para amigdalitis de repetición.
Coordinarnos con el servicio de Análisis Clínicos para que cuando reciban el volante con perfil de sordera brusca,
tengan informatizados los parámetros que queremos analizar. Así mismo, con el perfil de amigdalitis de repetición.

INDICADORES
1-Nº analíticas alteradas en pacientes con sordera brusca / Nº analíticas pedidas en pacientes con sordera brusca
2-Nº analíticas alteradas en pacientes con amigdalitis de repetición / Nº analíticas pedidas en pacientes con
amigdalitis de repetición
3-Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros individualizados
4-Tiempo invertido en pedir analítica mediante perfiles automatizados

DURACIÓN
Reuniones organizativas: abril-mayo 2018
Creación de perfiles analíticos: junio 2018
Puesta en marcha de perfiles automatizados: julio-diciembre 2018
Evaluación indicadores: enero 2019
Redacción de resultados: febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0523

1. TÍTULO

ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE NAYA GALVEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
HERRERO EGEA ANA
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Algunos miembros del equipo de Otorrinolaringología del Sector I hemos ido a Congresos del Sindrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS), a cursos, hemos leído guías de práctica clínica en esta patología. Gracias a esta información se ha elaborado una ficha de exploración de la vía aérea superior en pacientes diagnosticados de SAHS. En este documento tenemos los lugares de obstrucción de la vía aérea superior en esta patología y el grado de colapso de cada nivel.
También existe una Unidad del Sueño en el Sector I multidisciplinaria, formada por otorrinolaringólogos, neumólogos, neurólogos y endocrinólogos, que se encargan de valorar protocolos de actuación en estos pacientes y el abordaje diagnóstico y terapéutico de casos clínicos complejos con esta enfermedad.
Se ha realizado una sesión clínica al resto de otorrinolaringólogos del Sector I para explicar la ficha elaborada sobre el diagnóstico de los niveles de obstrucción de la vía aérea superior en pacientes con SAHS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A principios del año 2018 se estableció un protocolo de actuación en la Unidad del Sueño del Sector I. Todo paciente diagnosticado de SAHS, habitualmente por neumología o neurología, debía de ser derivado a la consulta de Otorrinolaringología para explorarle la vía aérea superior y descartar que hubiera alguna patología concomitante o alguna obstrucción de las estructuras anatómicas subsidiaria de cirugía. La cirugía se indica en pacientes con SAHS no subsidiarios de CPAP o en pacientes tratados con CPAP mal tolerado.
Al disponer todos los otorrinolaringólogos del Servicio de una ficha de exploración en esta patología, valoramos las mismas estructuras anatómicas en cada paciente con SAHS y el grado de obstrucción de esa vía aérea superior. De este modo, evitamos que alguien pueda dejarse algún aspecto importante por explorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valorar positivamente la elaboración de una ficha en la exploración diagnóstica del paciente con SAHS.
Permite una mayor eficiencia en la consulta, ya que al tener delante que lugares de obstrucción tenemos que explorar, ahorramos tiempo en este proceso.
La mayor ventaja es que al medir las mismas estructuras, con los mismos criterios de obstrucción, disminuye la variabilidad diagnóstica en la exploración de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/523 ========== ***

Nº de registro: 0523

Título
ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

Autores:
NAYA GALVEZ MARIA JOSE, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, HERRERO EGEA ANA, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastornos respiratorios del sueño

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0523

1. TÍTULO

ELABORACION DE FICHA EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON SAHS

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El síndrome de apnea hipopnea del sueño es una enfermedad prevalente. Se ha formado un Unidad de transtornos del sueño en el Sector I. Todos los pacientes con síndrome de apnea hipopnea son valorados por Otorrinolaringología para ver si existen alteraciones en su vía aérea superior.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de una ficha de exploración física en el paciente con síndrome de apnea hipopnea del sueño. En esa exploración valoraremos los lugares de obstrucción de la vía aérea superior, para que todos los otorrinolaringologos sigamos los mismos criterios en la exploración de estos pacientes y disminuya la variabilidad clínica.

MÉTODO
Creación de una ficha de exploración física.
Hacer una sesión para explicar los aspectos de la exploración física a tener en cuenta al resto de miembros del equipo.
Explorar a todos los pacientes con síndrome de apnea hipopnea del sueño en base a esa ficha.

INDICADORES
Nº pacientes explorados con SAHS utilizando la ficha/nº pacientes explorados con SAHS

DURACIÓN
Realizar ficha de exploración física: mayo-junio 2018
Explicación de la ficha: junio 2018
Explorar a todos los pacientes con SAHS mediante la ficha: julio a diciembre 2018
Resultados y analisis de indicadores: enero-febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0779

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRERO EGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE
LABARTA VIÑALES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado reuniones informativas entre los diferentes otorrinolaringólogos que forman el servicio del Sector I, aportando información actualizada de las directrices en el diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca.
Hemos acudido a sesiones informativas de otros especialistas otorrinolaringólogos, en las que ha habido debate sobre las estrategias de actuación y se ha llegado a un consenso en el protocolo de actuación ante esta patología, siempre basándonos en la evidencia científica publicada hasta el momento actual.
Se ha elaborado un consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca, para que todos los otorrinolaringólogos de nuestro Sector puedan consultarlo y seguirlo, para que nuestra actuación ante la misma patología sea la misma.
Se ha llevado a cabo un perfil analítico para esta enfermedad. Incluye bioquímica elemental, fibrinógeno, hemograma, anticuerpos antinucleares, velocidad de sedimentación globular, serología para sífilis e inmunofenotipo. De esta forma, cuando en la consulta tenemos un paciente con sordera brusca, en lugar de ir rellenando la analítica parámetro por parámetro, tenemos una plantilla de “Perfil de sordera brusca”.
Se recomienda realizar resonancia magnética cerebral en todos los casos de sordera súbita. Es aconsejable hacerla en los primeros 15 días después del diagnóstico. Su importancia radica en descartar una causa definida de la sordera brusca y en contribuir a aclarar una patogenia subyacente de esta entidad. Ante la imposibilidad de este precepto, se realizará lo más preferente que pueda asumir el Servicio de Radiología.
El tratamiento recomendado para la sordera brusca son los corticoides a todos los pacientes diagnosticados de sordera brusca en los primeros 45 días tras el inicio del episodio. Se recomienda el uso de oxígeno hiperbárico si el tratamiento primario de corticoides orales o intratimpánicos fracasa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al haber sistematizado el perfil analítico que pedimos en un paciente con sordera brusca, minimizamos el tiempo en este paso y evitamos que se nos olvide pedir algún parámetro.
La disposición de un consenso en la actuación de la sordera brusca, permite a todos los especialistas otorrinolaringólogos que ven en la consulta esta entidad tener las pautas para pedir las pruebas pertinentes y efectuar el tratamiento más efectivo. Con ello, conseguimos disminuir la variabilidad clínica.
Otro resultado alcanzado es promover sesiones monográficas a cerca de una patología, tras el estudio de sus actualizaciones y puesta en común para el debate, con la obtención de un consenso entre todos los especialistas otorrinolaringólogos.
Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes, porque no siempre se recupera la audición en esta patología. Pero si el paciente ve que sigues un protocolo de actuación, se evitan problemas médico legales que puedan surgir.
El resultado principal es mejorar nuestra práctica clínica para que el paciente quede satisfecho tras finalizar el proceso de su enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El número de pacientes con sordera brusca vistos en las consultas de Otorrinolaringología de nuestro sector es pequeño. Ante la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz, debido a que la probabilidad de mejorar la audición es mayor cuanto antes se inicie el tratamiento, se debe insistir en la divulgación y transmisión de los síntomas clínicos y una exploración básica con otoscopia y acumetría a Atención Primaria o en los servicios de Urgencias para que nos deriven a estos pacientes de forma urgente. Así ningún paciente se demorará en el inicio del tratamiento.
Se valora positivamente la elaboración de este consenso en el diagnóstico y tratamiento de la sordera brusca.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/779 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0779

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA

Nº de registro: 0779

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA BRUSCA

Autores:
HERRERO EGEA ANA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, LABARTA VIÑALES CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sordera brusca es una pérdida súbita de la audición. Por lo general ocurre en un solo oído y es una hipoacusia neurosensorial. La sordera súbita es una emergencia médica, el diagnóstico precoz permite instaurar el tratamiento lo antes posible. La posibilidad de recuperación de la audición es mayor si la pérdida de audición se trata a tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
Poner en común el protocolo entre diferentes servicios de Otorrinolaringología de la Comunidad Autónoma de Aragón, discutirlo y que todos los otorrinolaringólogos de nuestro Servicio sigamos el protocolo en el manejo de esta patología.
Informatizar el perfil analítico de la sordera brusca. Coordinarnos con el servicio de Análisis clínicos para que cuando en el volante de analítica se pida el perfil de sordera brusca, esté codificado en el laboratorio todos los parámetros analíticos que incluye este perfil.

MÉTODO
Realizar una reunión con otros Servicios de Otorrinolaringología y aportar lo que se está haciendo en el manejo de esta patología en la actualidad, comentar las novedades a cerca del tema y definir un protocolo de actuación en común.
Efectuar un perfil analítico para sordera brusca. Organizar con el servicio de Análisis Clínicos un perfil de sordera brusca. Con el fin de que cuando se reciba el volante en el laboratorio, esté informatizado con todos los parámetros que queremos analizar.

INDICADORES
1- Nº analíticas alteradas en pacientes con sordera brusca / Nº analíticas pedidas en pacientes con sordera brusca
2- Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros individualizados/ Tiempo invertido en pedir analítica mediante parámetros automatizados

DURACIÓN
Creación del perfil analítico: junio 2018
Reunión de Otorrinolaringólogos: septiembre 2018
Puesta en marcha: a partir de septiembre 2018
Evaluación de indicadores: enero 2019
Redacción de resultados: enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0855

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA VIÑALES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO EGEA ANA
NAYA GALVEZ MARIA JOSE
CASTELLOTE ARMERO AMPARO
DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE
DAMBORENEA TAJADA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han elaborado los criterios de semiología de los síntomas, como el grado de ocupación de los pólipos en las fosas nasales. Se complementa con la ocupación de los senos paranasales que nos proporciona la tomografía computarizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estamos elaborando el protocolo de actuación en la poliposis nasal, pendiente de su consenso y finalización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La poliposis nasal es cada vez más frecuente debido a la alta incidencia de rinitis alérgica en la población. Es conveniente unificar criterios en el diagnóstico y tratamiento y manejo de la poliposis nasal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/855 ========== ***

Nº de registro: 0855

Título
PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

Autores:
LABARTA VIÑALES CARMEN, DE FRANCISCO GARCES ENRIQUE, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, CASTELLOTE ARMERO AMPARO, NAYA GALVEZ MARIA JOSE, DAMBORENEA TAJADA JORGE, HERRERO EGEA AÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La poliposis nasosinusal es una patología frecuente en pacientes con rinitis, de carácter crónico y que precisa un diagnostico precoz, un manejo medico adecuado e indicación precisa de tratamiento quirúrgico.
Esta patología absorbe gran cantidad de recursos sanitarios, por lo que conviene unificar criterios para su manejo

RESULTADOS ESPERADOS
Consensuar un protocolo unificado de actuación para todos los facultativos especialistas del Sector I, dirigido a todos los pacientes asignados de nuestro Sector con Poliposis Nasal
- Procedimientos diagnósticos y exploraciones complementarias a solicitar
- Pautas de tratamiento medico
- Indicaciones quirúrgicas
- Manejo pre y postoperatorio del paciente tributario de Cirugía Endoscópica Nasal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0855

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA POLIPOSIS NASAL

MÉTODO
-Planificar sesiones clínicas entre los miembros del Servicio para unificar criterios de actuación.
- Realizar búsquedas bibliográficas y de literatura científica sobre esta patología
- Fomentar la participación de miembros del Servicio en Cursos y Congresos.
- Realizar sesiones con Servicios de ORL de diferentes Sectores Sanitarios

INDICADORES
Revisión de Historias clínicas de pacientes controlados en Nuestro Servicio para analizar el correcto cumplimiento del protocolo establecido

DURACIÓN
- Fecha prevista para formalizar el protocolo: ultimo trimestre de 2018
- Implantación del protocolo: primer trimestre de 2019.
- Valoración de resultados: ultimo trimestre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0521

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA FARMACOTERAPIA EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS. OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ CASTAN LARRAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAUDEVILLA LAFUENTE PILAR
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN
MIGUEL SANZ MARIA PILAR
GIMENEZ SALVADOR EVA
PEREZ LOPEZ NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una revisión y selección de fármacos de uso común en las urgencias pediátricas fundamentados ambos procesos en la Medicina Basada en la Evidencia de fuentes científicas nacionales e internacionales (Octubre-Diciembre de 2016). Se diseña una guía con posterior elaboración en formato papel (tríptico) que sirve como documento gráfico de consulta a pie de paciente (formato para llevar en bolsillo de bata) (Enero-Marzo de 2017). Se procede a la información y difusión así como distribución e información de uso entre los colectivos profesionales implicados en este tipo de asistencia clínica específica (pediatras, residentes de pediatría, médicos de familia, residentes de médico de familia, enfermería especializada y generalista) (Abril-Septiembre de 2017). En la actualidad se está finalizando el diseño de pósteres específicos de dicha farmacoterapia para su oportuna colocación en las áreas específicas asistenciales y se facilite la consulta visual a la hora de prescripción para una seguridad óptima en el manejo de fármacos en pediatría (Octubre-Febrero de 2108) y el proceso último de aplicación del proyecto de calidad incluirá la evaluación y recogida de indicadores junto con una encuesta de valoración acerca de dicha herramienta por los profesionales implicados en su uso (Marzo-Junio de 2018).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En fase de evaluación mediante la detección de errores acaecidos en la prescripción que son anotados en libro de recogida específico, así como efectos secundarios y dosificaciones inapropiadas para su posterior comparación con estándares determinados. La valoración global del proyecto será establecida para Junio de 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Herramienta de apoyo clínico de fácil uso y aplicabilidad con buena acogida entre los colectivos profesionales específicos que ejercen su uso. Cualquier avance en la mejora de la prescripción médica supone un enorme desarrollo en el ámbito de la seguridad medicamentosa que redunda en un enorme beneficio de cara al paciente a la hora de evitar errores, efectos secundarios y dosificaciones inapropiadas.

7. OBSERVACIONES.
Proyecto de calidad de gran utilidad y que favorece una consulta sencilla inmediata y rápida cuando se necesita establecer una prescripción farmacológica en paciente pediátrico que acude a urgencias. Podría ser ampliada su difusión a los puntos de atención continuada extrahospitalaria que prestan asistencia en el ámbito de la Atención Primaria.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/521 ========== ***

Nº de registro: 0521

Título
ADECUACION DE LA FARMACOTERAPIA EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS. OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION

Autores:
CASTAN LARRAZ BEATRIZ, CAUDEVILLA LAFUENTE PILAR, RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN, MIGUEL SANZ MARIA PILAR, GIMENEZ SALVADOR EVA, PEREZ LOPEZ NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍAS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0521

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA FARMACOTERAPIA EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS. OPTIMIZACION Y SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION

Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La prescripción de fármacos dentro de las unidades asistenciales supone una práctica habitual que debe de contener aspectos técnicos y de seguridad clínica. Las urgencias pediátricas, de manera específica, prestan asistencia a un paciente en edad infantil de manera inmediata y con un tiempo limitado, que condicionará la farmacoterapia por su peso y talla. Será necesario adecuar y optimizar la dispensación medicamentosa para reducir o minimizar errores en dosificación, vías de administración, efectos secundarios y peculiaridades específicas de los principios activos utilizados. Se trata de reducir la variabilidad y mejorar la seguridad e incrementar la calidad asistencial, durante el proceso de utilización de medicamentos en pacientes durante su edad pediátrica. Se plantea la revisión y selección de fármacos idóneos que se prescriben, elaboración de una guía así como un documento gráfico de consulta rápida a pie de paciente (tríptico) y diseño de póster que se ubicarán en las áreas asistencial específicas, en los que se recojan las características propias de los fármacos dispensados para facilitar la práctica clínica segura y óptima.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende como objetivo principal el de optimizar la farmacoterapia dentro de las urgencias pediátricas que proporcione una adecuada asistencia clínica y de calidad. Entre los objetivos secundarios podemos englobar:
-Adecuar la prescripción medicamentosa en el paciente infantil
-Reducción de la variabilidad profesional prescriptora
-Manejo seguro de fármacos
-Conocimiento de reacciones adversas y efectos secundarios así como peculiaridades propias de los principios activos.
-Minimizar errores en la administración farmacológica

MÉTODO
-Elaboración y actualización de una guía farmacológica para urgencias pediátricas plasmada en soporte gráfico (tríptico, póster) que contenga indicación, dosificación adecuada a peso y talla, vía de administración, efectos secundarios, interacciones, reacciones adversas y peculiaridades específicas de los principios activos.
-Difusión y distribución entre los colectivos susceptibles de uso (pediatras, residentes de pediatría, médicos de familia, residentes de médico de familia, enfermería especializada y generalista).
-Encuesta de valoración acerca de la utilidad de la herramienta diseñada.
-Mantener su actualización en períodos razonables (anual).

INDICADORES
-Reducción de errores de prescripción: < 5%
-Minimizar efectos secundarios farmacológicos: <10%
-Evitar dosificación inapropiada por peso y talla: <1%

DURACIÓN
-Diseño y elaboración de guía farmacológica para urgencias pediátricas: Octubre-Diciembre 2016.
-Información, difusión y distribución entre colectivos receptores: Enero-Marzo 2017
-Evaluación de prescripción adecuada basada en tríptico y póster informativos: Abril- Septiembre 2017
-Recogida de indicadores y valoración global: Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0526

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROGELIO SERRANO LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUECO POLA MARIA CARMEN
ORTIZ AVILA ANA MARIA
CHENLO TONCEDA SILVIA
MEDIEL CHUECA ISMAEL
PARICIO GARCIA CRISTINA
GIMENO GIRAL MARIA PILAR
FERNANDEZ CASTRO OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el mes de octubre de 2016 se elaboró el libro de Excel con 2 hojas una para historia de enfermería al ingreso y otra para el informe de continuidad de cuidados. Conectadas mediante fórmulas del programa. Las citadas hojas constan de diversas filas como son, el resumen de historia clínica y motivo de ingreso, aspectos como, dietas alergias y los diversos dominios y clases, pero concentrados en seis grupos principales que son los que realmente trabajos en enfermería; promoción de la salud, fisiológico, cognición, Rol relaciones, autoconcepto/afrontamiento y seguridad con sus correspondientes filas en blanco para escribir los datos de la valoración realizada y los principales diagnósticos NANDA actualizados a la última edición 15/17, también es importante su extensión, la cual no debería de ser mayor de dos hojas para que nos permita elaborarlo en un solo folio por las dos caras.
Durante las 2 primeras semanas de noviembre e establecieron charlas formativas con todas las enfermeras para explicar el funcionamiento del nuevo sistema, siendo la principal base formativa la realización de las primeras historias con los pacientes, en principio durante todo el mes de noviembre de 2016 estuvieron conviviendo los dos modelos de historias de enfermería en papel e informática para que la transición de un modelo otro fuera aceptada sin resistencias y por su mayor eficacia, como así sucedió a mediados de diciembre de 2016 dejo de utilizarse el modelo manual.
Los recursos utilizados son los ya existentes y de coste cero, el ordenador de la planta el cual lleva el sistema Excel incorporado y la impresora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de historias de enfermería rellenadas con el nuevo método.
Se rellenan el 100% de las historias de nuevo ingreso mediante este método informático desde finales de 2016. La forma de seguir el indicador es fácil se ha revisado el primer día de mes de 2017 y todos los pacientes ingresados tenían rellena la historia de enfermería informatizada.
Número de historias en las que se rellena el apartado de los dominios/patrones de salud.
Anteriormente cuando se hacía manuscrito solamente se rellenaban el apartado de resumen de historia clínica y motivo de ingreso quedando la parte de patrones funcionales de salud donde no se rellenaba en más del 10% de los pacientes. El estándar que se marco para el proyecto era subir aun 50% Se reviso el día 15 de los meses de octubre noviembre y diciembre de 2017 la totalidad de los pacientes ingresados buscando si estaban rellenos estos apartados de los patrones funcionales se realizó una revisión de 66 historias 62 estaban rellenas en todos los apartados de patrones de salud lo que da un porcentaje del 94% muy superior al establecido en el proyecto y multiplicado casi por 10 el de antes del proyecto
Número de altas con el informe de continuidad de cuidados relleno.
Se revisan las historias de enfermería del último trimestre de 2017 (114 altas) y el 100% están rellenas cumpliéndose el estándar marcado en el proyecto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nivel de satisfacción del personal de enfermería de la unidad con el nuevo sistema de recogida de datos.
El nuevo sistema de recogida de datos y de informe de alta fue acogido desde el primer momento de forma muy satisfactoria por todo el personal de enfermería. Las historias de enfermería son más sistemáticas y organizadas, se recogen todos aquellos aspectos de patrones funcionales de la salud del paciente y que pueden ser abordados por y desde enfermería, más allá de los aspectos clínicos del paciente.

Al estar informatizada la letra se entiende perfectamente y no se depende de la caligrafía del personal de enfermería para leer las historias de enfermería.

En las reuniones de equipo se lee la totalidad de la historia del paciente siguiendo los patrones de salud y de algún modo es la guía de la atención del paciente.

En cuanto a la sostenibilidad del proyecto es total y que se lleva funcionando más de un año con este proyecto y los resultados son altamente satisfactorios.

Se evita duplicar datos y realizar las mismas preguntas ya que parte de los datos de la historia se recogen

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0526

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

de la hoja de ingreso elaborada por el personal facultativo, el cual de algún modo se ha contagiado y en las hojas de ingreso se recogen aspectos funcionales de la vida del paciente más allá de la situación clínica.

En el informe de alta se evita volver a escribir la situación al al ingreso y solamente se escriben aquellos aspectos que se han modificado durante su estancia en la unidad.

En cuanto a si se puede replicar, la respuesta es un sí rotundo de hecho tengo elaborada una hoja similar par a pacientes medicoquirúrgicos siguiendo las necesidades de V. Henderson, pero para ponerla en marcha haría falta el apoyo de la dirección de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/526 ========== ***

Nº de registro: 0526

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DECONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

Autores:
SERRANO LAZARO ROGELIO, ZUECO POLA MARI CARMEN, ORTIZ AVILA ANA MARIA, CHENLO TONCEDA SILVIA, MEDIEL CHUECA FRANCISCO ISMAEL, PARICIO GARCIA CRISTINA, GIMÉNO GIRAL MARIA PILAR, FERNANDEZ CASTRO OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando el paciente ingresa en la unidad la enfermera toma el
informe elaborado por el médico como base para la cumplimentación de la historia de enfermería, la cual se realiza de forma manuscrita. Al alta se realiza el informe de continuidad de cuidados, informatizado en una hoja de Excel, en el mismo se anotan la mayor parte de los datos contenidos en al historia de enfermería, pero como estos están manuscritos hay que pasarlos a dicho informe mediante el teclado del ordenador.

La importancia y utilidad es permitir implantar un sistema informático de planes de cuidados enfermeros flexible que
se puede modificar con facilidad y a coste cero con una ganancia de tiempo una mayor claridad y orden de las anotaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es asociar los dos pasos; capturar los datos del informe de
urgencias, copiarlo y pegarlo una vez sintetizado y parcelado según los dominios de la salud de la NANDA 15/17 en la
historia de enfermería y esta a su vez como hemos dicho anteriormente asociarlo con el informe de cuidados de enfermería.

Se facilitaría mucho el trabajo y una mayor cumplimentación tanto de los patrones/dominios de la salud de la historia de enfermería como el informe de continuidad de cuidados.

MÉTODO
Elaborar un libro de Excel con cuatro hojas una para la historia de
enfermería, otra para informe de continuidad de cuidados y para un trabajo posterior una tercera y cuarta para los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0526

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

criterios NIC y NOC. Las dos hojas primeras de historia e informe de continuidad de cuidados serían similares y estarían asociadas mediante las formulas correspondientes en casi todo, para no tener que volver a transcribir los mismos datos, en esta última hoja quedarían dos apartados que por razones obvias no se pueden asociar que son los del destino al alta y la evolución de los diversos problemas durante el ingreso.

INDICADORES
1. Nivel de satisfacción del personal de enfermería de la unidad con el nuevo sistema de recogida de datos.

Fórmula:

Nivel de satisfacción con el nuevo sistema

Nivel de satisfacción con el anterior sistema

Fuentes de datos: Encuesta de satisfacción entre el personal de enfermería con diversas preguntas de comparativa entre este nuevo sistema y el anterior con ítems valorados de 1 a 5 de nada satisfecho a muy satisfecho.

Estándar: 80%

Comentarios: Es adecuado, cuando un nuevo sistema de trabajo se implanta tener presente al personal que lo va desarrollo para que se sientan implicados en el mismo.

2. Número de historias de enfermería rellenadas con el nuevo método.

Fórmula:

Número historias de enfermerías rellenadas con el nuevo método.

Número total de ingresos

Fuentes de datos: Revisión de historias de enfermería al ingreso.

Estándar: 50% al ingreso y 100% al finalizar el periodo de implantación.

Comentarios: La implantación se haría de forma paulatina, perviviendo en un principio el papel y la informatización
para dar seguridad al personal.

3. Número de historias en las que se rellena el apartado de los dominios/patrones de salud.Fórmula:

Número de historias en las que se rellena el apartado de los dominios/patrones de salud.

Número toral de pacientes ingresados

Fuentes de datos: Revisión de historias de enfermería durante todo el ingreso y hasta la fecha de alta.

Estándar: 90%

Comentarios: Actualmente como se hace de forma manuscrita no llega al 10% el total de historias de enfermería en las
cuales se rellenan los diversos apartados siguiendo los patrones de salud.

4. Número de altas con el informe de continuidad de cuidados relleno.

Fórmula:

Número de altas con el informe de continuidad de cuidados relleno.

Número de altas totales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0526

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INFORMATIZACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA ASOCIADA CON EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL H. ROYO VILLANOVA

Fuentes de datos: Revisión de las historias al alta buscando el Informe de continuidad de cuidados.

Estándar: 100%

Comentarios: Actualmente el porcentaje de relleno es bastante elevado superior al 80%, es uno de los apartados que se analizan para la distribución de la productividad variable.

DURACIÓN
4

Reunión con servicio de informática para protección de los archivos de los pacientes y asegurar confidencialidad:
4
semana

Charlas con las diversas enfermeras para explicar el funcionamiento del nuevo sistema: semana 5 y 6

Puesta en marcha del programa en papel e informático: semanas 7 y 8

Puesta en marcha del programa solamente informático: a partir de la semana 9

Evaluación de los indicadores: desde la semana 7 hasta la 16

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1012

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL MARTINEZ ROIG
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARILLA AGUILELLA ALFONSO
ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN
LOZANO SORIANO ISABEL
ZUECO MARQUES MARIA DEL CARMEN
GIMENO GUIRAL PILAR
PARICIO GARCIA CRISTINA
BERNE BORDONADA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La dinámica de funcionamiento de una unidad de ingresos Psiquiátricos origina múltiples situaciones de incidentes en los que la seguridad del paciente o del personal se ve comprometida. No solo son situaciones limite como el incendió vivido en 2015 sino también otras como intervenciones que pese a estar protocolizadas (como las contenciones físicas) no dejan de generar malestar y riesgos; son muchas y variadas las situaciones que han surgido en el primer cuatrimestre de funcionamiento del grupo y que abarcan desde las agresiones a personal hasta la actuación ante emergencias vitales pasando por otras más ligadas a la actividad cotidiana como los errores en la medicación o la actuación ate permisos y fugas. A lo largo de estos 4 meses de funcionamiento se han desarrollado 10 reuniones del grupo en las que se han abordado los siguientes temas:
• Problemas y errores en el suministro y administración de medicaciones o en el manejo del Unidosis Dudas en cuanto a la concesión de permisos
• Caídas en las duchas
• Conductas fuera de protocolo al dispararse la alarma
• Partes Judiciales que no son enviados
• Errores en el etiquetado de los volantes de analíticas y pruebas complementarias
• Agresiones a personal
• Actuación descoordinada en caso de fuga
• Pacientes ingresados sin cambiárselo contenciones sin tratamiento pautado (Excepciones a la práctica habitual)
• Que hacer cuando un familiar demanda bienes de un ingreso involuntario
• Información sobre SINASP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las resoluciones del grupo para abordar esos temas han incluido
• Propuestas para hacer mas comprensibles y claras las autorizaciones de paseo y sus horarios
• Establecer un registro de permisos
• Reglamento de actuaciones al dispararse la alarma
• Iniciar un registro de caídas
• Hacer una solicitud de mejora de los baños
• Solicitar a la ingeniero un sistema para silenciar la alarma
• Informar a Farmacia de las incidencias surgidas con las medicaciones
• Elaboración reglamento para peticiones analíticas
• Elaboración reglamento para gestión autorización judicial
• Elaboración de protocolo de fugas
• Recomendación a todos los facultativos de hacer constar en HC las excepciones a la práctica habitual y las razones que llevan a esa decisión
• Recordar que las pertenencias de paciente solo deben de ser entregadas a el o a quien el autorice
• Tomar decisiones sobre si el incidente debe ser notificado al SINASP
Respecto a los indicadores propuestos, el porcentaje de protocolos de contencio´n monitorizados respecto al total de contenciones realizadas que se encuentran recogidas en el registro de enfermeri´a es del 100%
Los tipos de incidentes registrados aparecen en el apartado anterior y se ha efectuado un feed back en las reuniones diarias del equipo de las propuestas surgidas del grupo así como se ha creado una carpeta con las actas y acuerdos del grupo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo estaba destinado inicialmente a examinar los procedimientos de contención, aslgo que ya se efectuaba de forma protocolizada en la planta y por evolución natural ha acabado destinado a analizar otras situaciones ("incidentes") que ponen en riesgo la seguridad de los pacientes o del personal.
Creemos que la utilidad del grupo reside en detectar areas en las que es necesario generar protocolos o registros y que las áreas en las que ya existe este tipod e herramientas se benefician menos de estas intervenciones

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1012

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS

La denominación del Grupo ha sido Grupo de Incidentes – Psiquiatría y su ámbito de aplicación son las situaciones surgidas con los pacientes ingresados en la planta de Psiquiatría. Las reuniones se programan semanalmente (los martes a las 12:00), siempre sometidas a las posibilidades de asistencia del personal y a la detección de incidentes a analizar; están invitados a asistir Psiquiatras, Psicólogos,Enfermería, TCAEs y personal en formación (MIR, PIR, EIR) y el coordinador del grupo (Miguel Martínez Roig). Se considera un grupo útil y la intención es mantenerlo como grupo de mejora a lo largo de este año
La configuración multiprofesional del grupo obliga acambios constantes por turnos y cambios en el personal pero eso tambien se constituye en un elemento de comunicación respecto a la actividad del grupo porque las reuniones incluye una revisión de los acuerdos tomados en reuniones previas
De forma secundaria es indudable el beneficio que tiene para la unidad en cuanto a cohesión del grupo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1012 ========== ***

Nº de registro: 1012

Título
CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS

Autores:
MARTINEZ ROIG MIGUEL, ARILLA AGUILELLA ALFONSO, ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN, LOZANO SORIANO ISABEL, CASAS LECHON ELOINA, GIMENO GUIRAL PILAR, PARICIO GARCIA CRISTINA, BERNE BORDONADA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROBLEMA
Una planta de hospitalización de psiquiatría es un espacio en el que surgen numerosos elementos que desafían las medidas de seguridad para el paciente, desde intentos autolíticos hasta episodios de heteroagresividad pasando por incidentes como el incendió sufrido hace 2 años y medio en nuestra unidad.
Como parte del protocolo de contención mecánica y siguiendo las recomendaciones del manifiesto de Cartagena para eliminar las medidas coercitivas se planteo la creación de un grupo que analizará las circunstancias que han llevado a cada situación de contención, que se podía haber hecho para evitarlas y monitorizar si se ha desarrollado el protocolo correctemente.
La historia reciente de la unidad con un intento grave de suicido hace algo mas de un año y el incendió de hace dos años y medio aconsejo incluir este tipo de incidentes críticos en el grupo de análisis

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera que el hábito de reflexionar sobre los incidentes surgidos en la planta nos lleve a mejorar las medidas preventivas, a controlar las situaciones con más eficacia y menos riesgo para los pacientes y a desarrollar un espíritu de autocrítica constructiva

MÉTODO
Se plantea iniciar grupos quincenales en los que se revise los incidentes surgidos en ese periodo en la planta desde la perspectiva de:
Exposición del incidente por parte del miembro del grupo que lo viviera de forma más directa
Revisión de los antecedentes de la situación: Qué llevó a la situación descrita, que se hizo bien y que se hizo mal
Monitorización de las medidas empleadas, especialmente en los casos de contención y verificación de la aplicación correcta del protocolo de contención
Exposición de recomendaciones futuras
Los incidentes a analizar serán las contenciones mecánicas realizadas y los que el personal de enfermería aporte como susceptibles de ser analizado

INDICADORES
Porcentaje de protocolos de contención monitorizados respecto al total de contenciones realizadas que se encuentran recogidas en el registro de enfermería
Categorización del tipo de incidentes registrado ofreciendo un informe estadístico de los mismos a con la intención de definir los parámetros que un registro de incidentes debería recoger
Elaboración de un informe con las recomendaciones elaboradas a lo largo de los meses de implantación del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1012

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE ANALISIS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTENCION E INCIDENTES CRITICOS

grupo
Exposición de las conclusiones al conjunto de personal de la planta

DURACIÓN
Se iniciarán las reuniones en Diciembre y se mantendrán hasta Mayo de 2017, se elaborarán las conclusiones en Junio de 2017

OBSERVACIONES
Este grupo se genera como experiencia piloto cerrada pero tiene la intención de convertirse gradualmente en un grupo abierto, estable a largo plazo con un responsable médico y otro de enfermería para extraer conclusiones y devolverlas al conjunto de trabajadores de la planta

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL MARTINEZ ROIG
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAD POLO JUAN MANUEL
CHENLO TOUCEDA SILVIA
ESPI BERNAL MARIA ANGELES
LOZANO SORIANO MARIA ISABEL
ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN
RUIZ OLIVARES ELISA
SARASA CLAVER MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han mantenido reuniones a lo largo del 2018 e intercambios de documentos y borradores por parte del equipo del proyecto para realizar el Documento que se adjunta. El cronograma inicial tiene previsto a lo largo del primer trimestre exponer el programa a los equipos de Urgencias y Psiquiatría e iniciar en Abril su puesta en marcha de forma piloto para evaluar las dificultades prácticas. La exposición a los equipos se realizará a lo largo del mes de Marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado el siguiente documento:
Introducción.
La puesta en marcha del grupo de incidentes críticos en la UCE de Psiquiatría ha evidenciado un conjunto de situaciones relacionadas con la atención a los pacientes con patología psiquiátrica en el Servicio de Urgencias y su traslado hasta la planta de Psiquiatría en los que no se ha dado la coordinación y fluidez que sería deseable originando retrasos en la asistencia, riesgos para el paciente (y a veces para el personal) o pérdida de información. Son muchas las causas a las que se pueden atribuir estas incidencias, pero una de las principales procede de la variabilidad en los procedimientos del personal, agravado con los cambios de plantilla.
Como consecuencia se planteó la necesidad de protocolizar los procedimientos desde que entra el paciente por el Servicio de Urgencias hasta que existe un plan disposicional de alta o ingreso. Creemos que esto mejorará la atención de los pacientes, incrementará su seguridad y permitirá una atención más fluida, disminuyendo riesgos y tiempos de espera

Los objetivos con los que se desarrolla este protocolo son:
• Disminuir los tiempos de espera del paciente identificado como psiquiátrico en urgencias
• Disminuir los riesgos de fuga
• Disminuir los riesgos de auto/heteroagresividad
• Disminuir el riesgo de atención demorada a intoxicaciones medicamentosas

ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CLINICA PSIQUIATRICA EN URGENCIAS.

La presencia de patología psiquiátrica en el paciente que acude a Urgencias no debe ser un factor discriminador en el tipo de atención recibida, por lo que el acercamiento y la actuación diagnóstica, así como la terapéutica deberían ser las mismas exista o no patología psiquátrica.

Cuando el paciente es recibido en el servicio de urgencias, la toma de decisiones basará en distintos determinantes. :
El origen de la demanda (el propio paciente, la familia, testigos ocasionales, MAP, Unidad de salud mental, juez, fuerzas de seguridad…)
Las características de la misma (Voluntaria, involuntaria, se encuentra solo o acompañado)
Estado del paciente. (colaborador, inquieto, irritable, agitado, agresivo, en riesgo suicida o incluso en riesgo vital)

Ubicación del paciente.
Los pacientes colaboradores y que acuden tranquilos y por voluntad propia, pueden ser ubicados en la sala de espera general.
Los pacientes que acuden de modo involuntario pero no agitados deberían estar en una sala de espera diferenciada a ser posible junto al triaje y requerirán la presencia del personal de seguridad.
Los pacientes agitados o aquellos que acudan con gestos suicidas serán ubicados en la zona de boxes.
Los pacientes con riesgo vital serán ubicados en la zona de boxes/ zona vital.

Orden de prioridad
Los pacientes que acudan tranquilos y por propia voluntad serán atendidos en el momento en que les corresponda según triaje.
Los pacientes que acudan de forma involuntaria, o que sean remitidos por orden judicial, o aquellos que se muestren intranquilos o agresivos, se avisará desde triaje al médico responsable del servicio de urgencias,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

para que en la medida de lo posible los atienda de forma prioritaria, acortando la espera.
Los pacientes agitados serán atendidos prioritariamente, adoptando las medidas de contención que se consideren oportunas. La agitación supone una urgencia médica.
Los pacientes con riesgo vital serán atendidos como todo paciente vital.
Los pacientes derivados para ingreso hospitalario desde otros centros hospitalarios, CSM o EAP serán atendidos por el psiquiatra de guardia.

Evaluación
Los pacientes psiquiátricos serán atendidos inicialmente por los médicos de urgencia para realizar una valoración global del caso que incluya una breve historia clínica, con una evaluación psiquiátrica básica (orientación tempeoo espacial, grado de colaboración, estado de ánimo, valoración de si existen ideas autolíticas, riesgo de heteroagresividad…) y si el cuadro puede deberse a una patología orgánica o tiene elementos paralelos somáticos que requieran atención. Se puede realizar Si precisan medidas terapéuticas o de contención iniciales, se llevará acabo la interconsulta con el psiquiatra.

Valoración de riesgos
Uno de los aspectos específicos de la evaluación es el del riesgo de auto o heteroagresividad siempre haciendo primar la seguridad de los pacientes y el personal. La primera medida en estos casos es solicitar la presencia de seguridad o de las FOP precisas.
Se avisará a Psiquiatría haciendo constar en el aviso que se trata de un paciente agitado a lo que el psiquiatra de guardia se compromete a dar preferencia, pero será igual de precisa la valoración por parte del médico del servicio de urgencias en los términos establecidos anteriormente

Riesgo de fuga
Un elemento fundamental en la valoración inicial es el riesgo de fuga. La fuga de un paciente del Servicio de Urgencias debe considerarse una contingencia a atender en:
los casos en los que haya acudido de forma involuntaria (con 061, FOP o familiares)
Los casos en los que la sintomatología psicótica o la desorganización conducta hagan prever que el paciente salga del box
En caso de que haya familiares acompañando y el paciente tolere su presencia se les permitirá permanecer con él o ella. Se intentará crear un clima de confianza y buscar un acuerdo con el paciente. Si es necesario serán ubicados en un lugar tranquilo dentro de las posibilidades y serán vigilados discretamente por un celador además de la presencia del personal de seguridad.
En caso de que no haya familiares, no tengan la capacidad contenedora requerida o el paciente no tolere su presencia será el personal de seguridad quien controle este riesgo hasta que la valoración psiquiátrica permita determinar la medida a tomar
Se solicitará intervención del psiquiatra.

AVISO A PSIQUIATRIA
Será el médico que ha realizado la primera evaluación el encargado de avisar al Psiquiatra de Guardia para informarle. En esta información se debe hacer constar la urgencia y gravedad del caso así como un breve resumen de sus características clínicas. El Psiquiatra de Guardia debe avanzar una previsión del tiempo que tardará en acudir.

INTERVENCION TERAPEUTICA
La intervención psiquiátrica en urgencias debe conjugar diversas características como ser lo más rápida posible y tener la duración necesaria garantizando la seguridad del paciente, del resto de pacientes y familiares en el Servicio de urgencias y profesionales. Por ello el lugar en el que debe de llevar a cabo debe ser tranquilo, operativo, de fácil acceso y evacuación y seguro. En nuestro hospital dichas características se reúnen en el box 11, destinado por ello a ser el lugar en el que realizan las intervenciones psiquiátricas. Dado que en el proceso hay elementos diagnósticos y terapéuticos, mientras se esté actuando en ellos (entrevista, administración de tratamiento con posible periodo posterior de valoración no prolongado, contención mecánica,…), dicha estancia permanecerá ocupada. La aparición de otra urgencia psiquiátrica llevará a valorar la prioridad entre ellas y a tomar decisiones que incluyen el lugar de llevar a cabo la atención.

El Psiquiatra de Guardia al realizar la intervención terapéutica puede requerir del Servicio de Urgencias:
La administración de Fármacos. Una parte extendida de este protocolo deberá incluir un listado de los fármacos más frecuentes de uso en Urgencias y que nunca deben de faltar
La valoración somática que se solicitará al médico que inició la asistencia
La colaboración en las medidas necesarias para garantizar la seguridad (supervisión, contención, etc) junto a la colaboración de de Seguridad el Hospital
Supervisión y cuidados de enfermería

PLAN DISPOSICIONAL

ALTA
Una vez realizada la atención si el plan disposicional es hacia el alta, será el psiquiatra de guardia quien disponga lo preciso para formalizarla. En caso de que exista clínica somática pendiente de atender o estabilizar dejará reflejado en el informe de alta todas las instrucciones referentes al alta psiquiátrica y transferirá el caso al médico del servicio de Urgencias que inició la asistencia
Si para hacer efectiva el alta es precisa la concurrencia de familiares u otros agentes, el psiquiatra de guardia debe de prever la ubicación del paciente hasta ese momento y dar las instrucciones de supervisión que sean precisas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INGRESO
El ingreso de un paciente es parte de un proceso de continuidad, y no únicamente una intervención aislada. El poder adelantarnos al proceso desde los cuidados en la urgencia nos proporciona mayor información para cuidar una acogida posterior más individualizada del paciente, evitando así ingresos más ambivalentes o de vivencia más traumática, y garantizando cuidados de mayor calidad.
Las condiciones en las que se produce el ingreso directo desde el Servicio de Urgencias serán valoradas por el psiquiatra de guardia quien diferenciara entre distintas condiciones:
Pacientes que ingresan voluntariamente y por sus características clínicas no precisan medidas especiales de seguridad y acuden caminando o en silla con celador
Pacientes que ingresan voluntariamente pero en los que sus características clínicas hacen aconsejable tomar medidas de seguridad (acompañamiento por seguridad a la planta) independientemente de que suban a planta caminando o en silla con celador
Pacientes que ingresan involuntariamente pero que su estado clínico no hace preciso contención mecánica. Serán acompañados por seguridad independientemente de que suban a planta caminando o en silla con celador
Pacientes que ingresan involuntariamente y que precisan contención mecánica para subir a planta. Esta contención se hará desde el Servicio de Urgencias y el traslado se hará con Seguridad. En estos casos se ha de prever al efectuar el ingreso que este se ha de realizar en habitación individual, que la contención ha de ser como mínimo de 3 puntos de contralaterales, que estos han de ser revisados con frecuencia. Si el paciente sube en cama con contención, el celador se llevará una de las camas del hall de psiquiatría.
El psiquiatra de guardia que indique el ingreso será el encargado de que todos los documentos y registros estén en el momento de subir el paciente a planta, así como el responsable de las condiciones en las que se realiza el ingreso:
Historia clínica general (sobre blanco).
Documentación ingreso: informes, pruebas complementarias realizadas, registros de enfermería, tratamientos, etc.
Administración últimos tratamientos y dietas así como situaciones especiales de control de enfermedades somáticas
Información de pautas esenciales de la unidad como prohibición de fumar, salidas, visitas, etc.
Revisión de pertenencias por parte de seguridad en caso de ingresos involuntarios o que han precisado contención
El ingreso se realizará cuando las condiciones físicas permitan que el paciente suba sin gotero, vías canalizadas, palo de gotero o sondas urinarias. Las excepciones a esta regla deben de ser argumentadas por el psiquiatra en el informe de ingreso

SALA DE OBSERVACION
Cuando como resultado de la intervención se concluya que es necesario que el paciente permanezca en el Servicio de Urgencias se producirá el traslado a la sala de observación. Las circunstancias en las que esto sucederá son:
Cuando haya indicación de ingreso pero no haya disponibilidad de camas en la UCE de Psiquiatría
Cuando haya indicación de ingreso pero sea preciso una estabilización somática del paciente
Cuando la situación del paciente no haya permitido una valoración psiquiátrica y sea preciso esperar a que se pueda realizar (vg intoxicaciones)
Cuando tras la valoración inicial no sea posible determinar el plan disposicional y haya que esperar a efecto de tratamientos, aparición de familiares, etc.
El personal de observación deberá supervisar el estado del paciente y el psiquiatra de guardia será avisado ante las eventualidades que se puedan producir.
En el caso de pacientes en contención mecánica es preciso tener protocolizado el registro de cuidados (motivo de la contención, conocimiento tiempo de inicio, constantes, ingestas, balance de líquidos, tratamientos administrados, revisión de puntos de contención, etc.).

PERMANENCIA EN URGENCIAS
En los periodos de saturación del servicio de urgencias, que impliquen la imposibilidad de uso de la sala de observación, se podrá utilizar el box 11 excepcionalmente y por el periodo de tiempo mínimo posible. Si es preciso que el paciente pernocte en urgencias, en el box 11, se considerará preferentemente su seguridad, intentando garantizar el descanso de una forma adecuada. Se mantendrá observación periódica y se facilitará el acceso al personal sanitario, garantizando y atendiendo las necesidades básicas mínimas. La protocolización de cuidados debe de ser similar a lo descrito en el apartado de sala de observación
El Psiquiatra de guardia deberá hacer constar en hoja de tratamiento:
Tratamiento a administrar
Frecuencia de supervisión de constantes
Necesidad de contención mecánica
Posibilidad de acompañamiento o no de familiares

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las dificultades para consensuar puntos en áreas en las que la responsabilidad sobre el paciente no está bien definida se han hecho evidentes y El poder escuchar las distintas visiones del paciente desde otros grupos profesionales y servicios ha sido un valor añadido
Queda por aplicar en la práctica el protocolo y valorar las dificultadas en el terreno tanto a nivel técnico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

como de resistencias a asumir el protocolo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/471 ========== ***

Nº de registro: 0471

Título
PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
MARTINEZ ROIG MIGUEL, ESPI BERNAL MARIA ANGELES, CHENLO TOUCEDA SILVIA, LOZANO SORIANO MARIA ISABEL, ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN, BERNAD POLO JUAN MANUEL, SARASA CLAVER MARIA PILAR, RUIZ OLIVARES ELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la puesta en marcha del grupo de incidencias se han detectado situaciones en las que se la atención a los pacientes desde el Servicio de Urgencias hasta la planta no ha tenido la coordinación y fluidez que sería deseable originando retrasos en la asistencia, riesgos para el paciente (y a veces para el personal) o pérdida de información. Son muchas las causas a las que se pueden atribuir estas incidencias, pero una de las principales procede de la variabilidad en los procedimientos del personal, agravado con los cambios de plantilla.
Como consecuencia se plantea la necesidad de protocolizar los procedimientos desde que entra el paciente por el Servicio de Urgencias hasta que existe un plan disposicional de alta o ingreso.
Creemos que esto mejorará la atención de los pacientes, incrementará su seguridad y permitirá una atención más fluida, disminuyendo riesgos y tiempos de espera

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos son:
- Disminuir los tiempos de espera del paciente identificado como psiquiátrico en urgencias
- Disminuir los riesgos de fuga
- Disminuir los riesgos de auto/heteroagresividad
- Disminuir el riesgo de atención demorada a intoxicaciones medicamentosas

MÉTODO
El grupo se constituirá como grupo de trabajo en el que se elabore un protocolo que prevea los pasos a dar desde que el paciente entra por urgencias, defina quien es responsable de su atención encada momento, como se canaliza el aviso a Psiquiatría, cómose vierte la información obtenida por Psiquiatría y como se organiza el plan disposicional de alta / ingreso
Una vez elaborado el documento se expondrá a los Servicios de Urgencias y de Psiquiatría y se pondrá en marcha abriendo un periodo de prueba de 3 meses para evaluar su implementación

INDICADORES
Elaboración del documento: SI/NO
Tiempo desde entrada en urgencias hasta que se uinicia la atención en intoxicaciones medicamentosas. Se hará un muestreo de las intoxicaciones medicamentosas atendidas en los 3 meses de evaluación con el objetivo de que el 80% sean atendidas antes de 15’
Tiempo de entrada de urgencias psiquiátricas desde que son identificadas hasta que se avisa a Psiquiatría: 80% antes de 30’ en los triados como III o IV desde el momento de ser triados
Tiempo de inicio de atención por psiquiatría desde el aviso: 80% antes de 30’ en los triados como III o IV

DURACIÓN
Constitución del grupo en Junio
Elaboración del Documento por parte del grupo Junio – Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0471

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA L A MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Presentación a los Servicios Diciembre 2018
Puesta en marcha de periodo de prueba Enero – Marzo 2019
Evaluación Abril 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1066

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CANO LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOROBIA BONEL RAQUEL
ESBEC ALBALAD MARIA PILAR
GIMENEZ PEREZ SILVINA
HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD
ROCHE ORDUNA MIRIAM
TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO
SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En junio de 2018 se inicia el proyecto con la primera reunión del grupo de trabajo, en la que se plantean los objetivos del mismo, se fija un cronograma inicial, y se emplaza al equipo a septiembre de 2018 para la puesta en común del trabajo individual.
En septiembre de 2018 se hace una reunión del grupo con la Supervisión del Servicio. En ella se unifican criterios con respecto a la revisión del stock de los fármacos y materiales del carro de anestesia. Se aprueba, con acuerdo verbal con el Servicio de Anestesia y Reanimación, ir adaptando el primer cajón (medicación) del carro de los quirófanos 1 a 6 por genéricos, en orden alfabético, y conforme al stock revisado en la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
A lo largo de los meses de octubre y noviembre, se materializa el cambio del primer cajón, quedando unificado en todos los quirófanos de cirugía mayor.
En diciembre de 2018, se actualizan los listados de los cajones 2º, 3º y 4º del carro, así como la bandeja superior (cuadro Excel).
A lo largo de los meses de enero y febrero de 2019, se hace efectiva la unificación de estos cajones en los quirófanos 1 a 6.
Para la difusión del proyecto entre los enfermeros del Bloque Quirúrgico, se convoca una reunión por parte de la Supervisión del Servicio y de la responsable del proyecto (18 de enero de 2019), en la que se exponen las actividades ya realizadas y su motivación, así como aquellas aún pendientes de llevarse a cabo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Unificación completa de los carros de anestesia de los seis quirófanos de cirugía mayor, con la elaboración y distribución del correspondiente listado en formato Excel.
- Aplicación práctica del listado de medicamentos revisado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
- Difusión del proyecto y sus motivaciones a todo el personal de enfermería del Servicio.
El indicador de calidad es del 100% en febrero de 2019; se evaluará en septiembre de 2019 (semestral) por los miembros del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos del proyecto surgen de una necesidad sentida por el personal de enfermería del Bloque Quirúrgico, especialmente en aquel que realiza turno rotatorio. Esta condición implica también la rotación dentro de los diferentes quirófanos y especialidades del mismo.
La incorporación de nuevos medicamentos, buena parte de ellos genéricos, así como de diferentes materiales y productos sanitarios, unido a un intenso periodo de movilidad dentro del Servicio, debían ir de la mano con la calidad de los cuidados. En este sentido, la unificación de los carros ha resultado ser una prioridad a desarrollar.
El nuevo etiquetado, la reordenación y clasificación, a pesar de haber satisfecho al personal en su conjunto, ha resultado ser una tarea ardua por dos motivos principales:
- El deterioro de los carros por su uso dilatado e intensivo en el tiempo
- Y por haber sido un trabajo realizado de forma simultánea a la actividad quirúrgica, bien programada bien urgente, por la propia enfermera circulante, con el sobreesfuerzo y estrés que ha supuesto.

La comprobación semestral de los seis carros pretende dar continuidad a este proyecto, a la espera, no obstante, de recibir una nueva dotación de carros.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1066 ========== ***

Nº de registro: 1066

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1066

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Título
ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Autores:
CANO LAZARO RAQUEL, BOROBIA BONEL RAQUEL, ESBEC ALBALAD MARIA PILAR, GIMENEZ PEREZ SILVINA, HERNANDO PARRA MARIA FELICIDAD, ROCHE ORDUNA MIRIAM, TABUENCA SANCHEZ FRANCISCO, SANTOLAYA SANCHEZ NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente quirúrgico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Quirófano del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, dispone de seis quirófanos de cirugía mayor, y uno de procedimientos locales.
A excepción de este último, todos están provistos de un carro de anestesia con los fármacos, equipos y materiales necesarios para proporcionar los cuidados anestésicos inmediatos que precisa el paciente quirúrgico.
La Comisión de Farmacia y Terapéutica, incluye en sus objetivos de 2017 la revisión y actualización de los medicamentos incluidos en los carros de anestesia. Tras la actuación del grupo de trabajo correspondiente, se aprueba el nuevo listado disponible en la Intranet.
Se detecta un deterioro generalizado del interior de los carros por su uso intensivo y dilatado en el tiempo, lo que deriva en la solicitud de accesorios en el Plan de Necesidades de 2017. No se materializa la compra de dichos materiales, y en 2018 no existe la posibilidad de volverlos a solicitar, dado que no hay nuevo Plan de Necesidades.
A su vez, se detecta una variabilidad cada vez más acusada entre el contenido y disposición de los materiales de los carros de los diferentes quirófanos.

Las situaciones anestésicas imprevistas acontecidas durante la cirugía programada y de urgencia, requieren de una actuación eficaz del personal de enfermería, que ha de ser respaldado por una rápida localización de la medicación, los equipos y materiales..

Este proyecto contribuye a mejorar la práctica diaria, contribuyendo en la creación de una cultura de seguridad en los cuidados de los enfermeros tanto de plantilla como de nueva incorporación y pregrado.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal:
- Unificar el contenido de los carros de anestesia
Secundarios:
- Hacer efectivo el nuevo listado de medicamentos aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Involucrar a todos los enfermeros quirúrgicos del Servicio en la implementación del Proyecto.

MÉTODO
- Formación de un grupo de trabajo
- Disponer del listado actualizado de medicamentos elaborado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica
- Reuniones del equipo de mejora con la Supervisión del Servicio para acordar el stock de equipos y materiales
- Designar al personal que va a implemetar el proyecto en cada quirófano
- Buscar la más amplia difusión del proyecto en el Servicio, teniendo en cuenta los diferentes turnos de trabajo
- Información a través del grupo de Whatsapp oficial del Servicio de las novedades
- Formación del personal en Sesión de Enfermería

INDICADORES
- Comprobación semestral de los seis carros de anestesia por el personal designado
- Elaboración de un listado completo con el contenido y stock del carro
- Indicador: nº de carros que se ajustan al listado / nº total de carros de anestesia x 100
- El estándar de calidad es el 90%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1066

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE ANESTESIA COMO PRACTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Duración prevista: junio a noviembre de 2018
Calendario:
- junio 2018: 1ª reunión del equipo de trabajo
- septiembre 2018: 2ª reunión del equipo con Supervisión
- septiembre 2018: Implantación del nuevo listado
- octubre 2018: difusión del proyecto (Whatsapp, sesiones de enfermería)
- noviembre 2018: evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0443

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO JAVIER GIMENEZ CEPERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIANO GODES JUAN JOSE
ROMEA TORRALBA DELIA
ZAPATER GONZALEZ CARMEN
ALGUACIL LAZARO JESUS
FERRERAS AMEZ JOSE MARIA
SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han revisado las peticiones de urgencias de radiología abdominal simple de un trimestre de 2017.Los resultados indican que la petición de Rx simple de abdomen o seriada abdominal supone aproximadamente un 15% de la radiología simple pedida en urgencias. De este porcentaje solamente se ha solicitado informe del radiólogo en un 23%.

Llama la atención que del total de radiografías de abdomen (según los criterios de la SERAM para radiología urgente) estaban solamente indicadas un 33% de las mismas y que de este grupo solamente en la mitad se apreciaba algún hallazgo relevante(este ultimo hecho concuerda con la bibliografía).

Se han realizado cursos a los residentes y cursos sobre el abdomen agudo en conjunción con cirugía pero no se ha evaluado su impacto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Faltan por evaluar el impacto de los cursos realizados y ademas quedarían por realizar en el 2018 varias actividades:
1.-Los cursillos-charlas de formación a nuestros compañeros de urgencias, intentando abarcar la mayor parte del personal posible, con implicación también de pediatría que tiene unas indicaciones distintas y mas limitadas si cabe.
2.-Repartir unos test en las charlas con posibilidad de comentarios y aportaciones libres de los mismos
3.-Reevaluar pasado un tiempo a través de la revisión de las peticiones de un trimestre y con el mismo test a los médicos peticionarios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En conjunto se aprecia una importante área de mejora en una exploración básica de la radiología, quizá algo sobrevalorada, y que a pesar de que parezca inocua supone unas 50 veces mas radiación que una radiografía de tórax.
Así de un total de unas 1.600 radiografías de un trimestre (mas de un 15% de las de urgencias), se podrían haber evitado algo más de 1.000, con el coste en tiempo de personal y retraso en diagnóstico que ello supone, ademas de añadir radiación innecesaria al paciente (equivale a la radiación natural de aproximadamente 6 meses)
Se ha observado pues que el número de peticiones para informe y el numero de radiografías indicadas se aproxima bastante, aunque no en todos los casos en que se solicitó informe estaba indicada y viceversa. También se ha observado que en algunos casos donde no estaba indicada se asociaba con radiografía de tórax, como si se tratara de algún tipo de despistaje de patología abdominal, el cual tendría que evitarse.

No se ha estudiado si influye en el porcentaje de adecuación de la petición el grado de formación del peticionario (residente, adjunto de urgencias, facultativo de otra especialidad) o la disponibilidad del radiólogo para emitir un informe o consultar sobre la petición más adecuada. Quedaría abierto a un segundo estudio y a la espera de las aportaciones de nuestros compañeros peticionarios de la urgencias.

7. OBSERVACIONES.
Debido a causas organizativas externas solamente se ha podido realizar una evaluación inicial del estado actual de la situación analizando un trimestre del 2017 por lo que deseamos continuar con el proyecto en 2018.

Previo a este formulario se ha enviado recientemente otro pero con fecha equivocada ya que el proyecto se solicitó en 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0443

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/443 ========== ***

Nº de registro: 0443

Título
ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
GIMENEZ CEPERO FERNANDO JAVIER, SORIANO GODES JUAN JOSE, ROMEA TORRALBA DELIA, ZAPATER GONZALEZ CARMEN, ALGUALCIL LAZARO JESUS, SANCHEZ ZAPATER ASUNCION, FERRERAS AMEZ JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias abdominales
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......: Formación de profesionales

PROBLEMA
Pertinencia de la acción que se propone:

El servicio de Urgencias del hospital Royo Villanova recibe una afluencia creciente de pacientes, llegando a saturarse en épocas de mayor presión asistencial. El servicio de Radiología cuenta únicamente con dos salas de radiología convencional y un telemando. El personal disponible debe repartirse en las diferentes salas y demandas de todo el hospital (quirófano, uci, portátiles …).
Dada la necesidad de respuesta efectiva en condiciones de gran presión y recursos limitados, convendría optimizar la coordinación entre ambos servicios.

Por otro lado, la dosis de radiación que recibe un paciente al realizársele una radiografía de abdomen es superior en al menos 50 veces a la de una radiografia de torax (aprox 1 mSv); esto es equivalente a 6 meses de radiación natural. Según el modelo lineal de efectos de la dosis supondría un aumento del riesgo de muerte (por cada 10mSv supone un 0,05% de exceso de muerte).

Los efectos de la radiación son mayores a menor edad del paciente, y máximos en los niños.

Analisis de la situación actual:

Cualitativamente, parece existir una baja adecuación de las peticiones de radiografía abdominal procedentes de Urgencias a las indicaciones de la SERAM, que son concisas y muy claras.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar de forma sustancial la adecuación de las peticiones de radiografia abdominal en pacientes del servicio de Urgencias del Hospital Royo VIllanova.

Aumentar la seguridad de los pacientes de Urgencias, disminuyendo la radiación recibida.

Concienciar a los médicos peticionarios sobre las dosis típicas o estándar de los estudios mas comunes en radiología.

Establecer espacios de diálogo entre servicios.

MÉTODO
Valorar el total de peticiones inadecuadas en un trimestre, según peticiones recogidas en programa Indra. (Se repartirá equitativamente entre los miembros del equipo. El técnico implicará a su compañeros para conseguir todas las peticiones con datos en caso de error o problemas en el marcado de las radiografías)

Realizar un cuestionario a los peticionarios, para evaluar el grado de adecuación de las solicitudes a las indicaciones aprobadas para la radiografia abdominal urgente; y nociones sobre dosis de radiación típicas de distintas exploraciones radiológicas.(Se consensual con los miembros)

Planificar los cambios y/o acciones de mejora necesarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0443

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

En un segundo trimestre realizar:
Sesión formativa corta (30 minutos) a adjuntos de Urgencias y Pediatría, en los turnos que fuese preciso, sobre las indicaciones y dosis estándar de distintas pruebas radiológicas. Se favorecerá el intercambio de opiniones y se comentarán posibles alternativas cuando no esté indicada la radiología simple.
También se ofrece formar a los residentes. (Los radiólogos del equipo)

Intentar que aparezca un flash (ventana emergente) cuando se clique la petición de rx de abdomen a un paciente para recordar las indicaciones al peticionario. (implicar a empresa encargada del PCH través de José Maria Ferreras Amez)

Probar y verificar la utilidad de las medidas propuestas, y realizar, si procede, los ajustes necesarios:
En tercer trimestre pasar el mismo cuestionario que al principio y reevaluar el numero de peticiones adecuadas a través del programa informatico indra.(los mismos responsables)

Repetir el cuarto trimestre la evaluación de la adecuación de las peticiones para ver si se mantiene el grado de adecuación, a través de indra.(mismos responsables)

INDICADORES
DE PROCESO:

- NUMERO DE MEDICOS DE URGENCIAS QUE ASISTEN A LA SESIÓN FORMATIVA / TOTAL DE MEDICOS DE URGENCIAS (MED, PED,RESIS)
- NUMERO DE MEDICOS QUE RESPONDEN AL TEST INICIAL/TOTAL DE MEDICOS DE URGENCIAS (MED, PED,RESIS)
- NUMERO DE MEDICOS QUE RESPONDEN AL TEST FINAL/TOTAL DE MEDICOS DE URGENCIAS (MED, PED,RESIS)

DE RESULTADO:

- PETICIONES DE RADIOLOGIA SIMPLE ABDOMINAL ADECUADAS A LAS RECOMENDACIONES SERAM / TOTAL DE PETICIONES DE RADIOLOGIA SIMPLE ABDOMINAL EN EL TERCER TRIMESTRE.
- LO MISMO EN EL CUARTO TRIMESTRE.
- % DE MEJORA DE LOS ACIERTOS DEL TEST FINAL VS TEST INICIAL.

DURACIÓN
Un año. Ver "método y actividades"

OBSERVACIONES
Se podrá incorporar un 8º componente o modificar algún componente según la carga de trabajo o disponibilidad de los mismos

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0863

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA(FORMACION)

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO JAVIER GIMENEZ CEPERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIANO GODES JUAN JOSE
ROMEA TORRALBA DELIA
ZAPATER GONZALEZ CARMEN
ALGUACIL LAZARO JESUS
FERRERAS AMEZ JOSE MARIA
SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han revisado las peticiones de urgencias de radiología abdominal simple de un trimestre de 2017.Los resultados indican que la petición de Rx simple de abdomen o seriada abdominal supone aproximadamente un 15% de la radiología simple pedida en urgencias. De este porcentaje solamente se ha solicitado informe del radiólogo en un 23%.
Se han realizado cursos a los residentes y cursos sobre el abdomen agudo en conjunción con cirugía pero no se ha evaluado su impacto.
En el 2018 se han realizado varias actividades:
1.-Los cursillos-charlas de formación a nuestros compañeros de urgencias, intentando abarcar la mayor parte del personal posible, con implicación también de pediatría que tiene unas indicaciones distintas y más limitadas si cabe.
Han acudido a la charla de formación 7 profesionales de urgencias.
2.-Repartir unos test en las charlas con posibilidad de comentarios y aportaciones libres de los mismos. Se adjunta el test.
3.-Debido a la baja afluencia de profesionales a la charla formativa no se ha vuelto a reevaluar el impacto en el número de peticiones de rx de abdomen adecuadas.
Test:
1. La Rx de abdomen:
A. Supone la misma radiación que la Rx de tórax.
B. Supone 10 veces la radiación de una Rx de tórax.
C. Supone 50 veces la radiación de una Rx de tórax.
D. Supone 10 veces menos que la radiación de una Rx de tórax.

2. ¿En cuál de estas sospechas está indicada la RX de abdomen en urgencias?:
A. Pancreatitis.
B. Cólico biliar.
C. Aneurisma de aorta.
D. Perforación intestinal.

3. Las litiasis biliares:
A. Se ven en todas las Rx de abdomen.
B. Se ven en más del 80% de las Rx de abdomen.
C. Se ven en menos del 20% de las Rx de abdomen.
D. No se ven nunca.

4. La Rx de abdomen en bipedestación:
A. Es una proyección adicional a la Rx de abdomen simple.
B. Se puede hacer de forma independiente de la Rx de abdomen simple.
C. Permite valorar visceromegalias.
D. Puede ser útil para valorar ascitis

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados indican que la petición de Rx simple de abdomen o seriada abdominal supone aproximadamente un 15% de la radiología simple pedida en urgencias. De este porcentaje solamente se ha solicitado informe del radiólogo en un 23%.
Han acudido a la charla de formación 7 profesionales de urgencias.
Debido a la baja afluencia de profesionales a la charla formativa no se ha vuelto a reevaluar el impacto en el número de peticiones de rx de abdomen adecuadas.
Llama la atención que del total de radiografías de abdomen (según los criterios de la SERAM para radiología urgente) estaban solamente indicadas un 33% de las mismas y que de este grupo solamente en la mitad se apreciaba algún hallazgo relevante(este ultimo hecho concuerda con la bibliografía).
No se ha estudiado si influye en el porcentaje de adecuación de la petición el grado de formación del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0863

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA(FORMACION)

peticionario (residente, adjunto de urgencias, facultativo de otra especialidad) o la disponibilidad del radiólogo para emitir un informe o consultar sobre la petición más adecuada.
Solamente uno de los 7 medicos que realizaron el test tuvo un 100% de aciertos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De un total de unas 1.600 radiografías de un trimestre se podrían haber evitado algo más de 1.000, lo que supone un coste en tiempo de personal y retraso en el diagnóstico, además de añadir radiación innecesaria al paciente (una radiografia de abdomen equivale a la radiación natural de 6 meses)

Se ha observado pues que el número de peticiones para informe y el numero de radiografías indicadas se aproxima bastante, aunque no en todos los casos en que se solicitó informe estaba indicada y viceversa.

También se ha observado que en algunos casos donde no estaba indicada se asociaba con radiografía de tórax, como si se tratara de algún tipo de despistaje de patología abdominal, el cual tendría que evitarse.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/863 ========== ***

Nº de registro: 0863

Título
ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
GIMENEZ CEPERO FERNANDO JAVIER, SORIANO GODES JUAN JOSE, ROMEA TORRALBA DELIA, ZAPATER GONZALEZ CARMEN, ALGUACIL LAZARO JESUS, FERRERAS AMEZ JOSE MARIA, SANCHEZ ZAPATER MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se ha revisado previamente las peticiones de urgencias de radiografías de abdomen de un trimestre de 2017 y suponen aproximadamente el 25% del total de la radiología simple. De éstas segun los criterios de la SERAM solamente estaban indicadas un 33%.
Existe una importante área de mejora en una exploración básica de la radiología, quizá algo sobrevalorada, y que a pesar de que parezca inocua, supone unas 50 veces más radiación que una radiografía de tórax.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el nivel de adecuación de las peticiones de radiología abdominal en pacientes del servicio de urgencias del Hospital Royo Villanova

Aumentar la seguridad clínica del paciente, al realizar pruebas más pertinentes que permitan un correcto triaje de los mismos.

Disminuir la radiación de los pacientes.

Concienciar a los medicos peticionarios sobre las dosis típicas
o estandard de los estudios más comunes en radiología.

Establecer espacios de diálogo entre ambos servicios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0863

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL URGENTE A LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGIA MEDICA (SERAM) EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA(FORMACION)

MÉTODO
Realizacion de charlas formativas a los medicos peticionarios cortas (30 min) a adjuntos de Urgencias y Pediatría sobre las indicaciones y dosis estandard de distintas pruebas radiológicas. (las de residentes ya estan realizadas)

Preparar un test sobre adecuacion de la radiologia simple de abdomen y serieada con evaluacion de los resultados preformación con el mismo test y con la reevaluacion de las peticiones de radiología de un trimestre, despues de la formacion.

INDICADORES
Indicadores de proceso:

-nº de médicos adjuntos de urgencias que asisten a la sesión formativa/total de médicos de urgencias (urgencias, pediatría)
-nº de médicos que responden al test inicial/total de médicos de urgencias(urgencias, pediatría)

Indicadores de resultado:

-Peticiones de radiología simple abdominal adecuadas a las recomendaciones SERAM/total de peticiones de radiología simple en un trimestre

DURACIÓN
Las charlas se repartirán entre los componentes de radiología según disponibilidad de los mismos.

Se implicara a los componentes de urgencias y peditría para coordinar las charlas.

Se repartira entre los componentes la evaluacion de los resultados y la preparación de los test.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0747

1. TÍTULO

UNIDAD DE UVEITIS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EMILIO GINER SERRET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER NOVELLA EUGENIO
GUERRA DE ESTEIBAR-LANDA EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) ACTIVIDAD CLÍNICA
Se realiza una evaluación conjunta entre el Ofmatologo y Reumatologo una vez al mes (martes) en la misma consulta para el manejo del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oculares con repercusión sistémica (Uveitis, Epiescleritis, Esclaritis, Edema macular uveítico,…).

2) ACTIVIDAD DOCENTE
Se realizan charlas de actualización a los Oftlmologos acerca de las terapias dirigidas que se utilizan en el tratamiento de las enfermedades oculares:
- Preparación del enfermo antes de la utilización de las terapias
- Actualización farmacológica
- Dosificación y pautas
- Seguimiento y efectos adversos

3) PROTOCOLOS
Adaptación y adopción de protocolos de:
- Pruebas diagnósticas en: Escleritis, Epiescleritis, Ojo seco, Uveítis anterior aguda, Uveítis anterior crónica,…
- Derivación y seguimiento conjunto de las patologías
- Tratamiento oftalmológico y sistémico consensuado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actividad asistencial para manejar el dianóstico y tratamiento, reduciendo la demora de casos complejos y retrasar las complicaciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De momento no se han realizado publicaciones por ser de reciente creación la unidad y los casos atendidos están pendientes de seguimiento. Además la unidad está centrada en la actividad asistencial.
Aunque no se descarta en un futuro próximo la publicación de los casos diagnosticados y en seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/747 ========== ***

Nº de registro: 0747

Título
UNIDAD DE UVEITIS

Autores:
GINER SERRET EMILIO, FERRER NOVELLA EUGENIO, GUERRA DE ESTEIBAR-LANDA EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0747

1. TÍTULO

UNIDAD DE UVEITIS

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dentro de las principales causas de ceguera en los países desarrollados en edades medias de la vida se encuentra la uveitis (10%), muchas de las cuales se tratan con tratamientos tópicos y no son derivadas a centros de referiencia con lo que existe un riesgo elevado de complicaciones,algunas de ellas severas y crónicas (edema macular quístico,...)

RESULTADOS ESPERADOS
Identificar las uveitis, diagnóstico precoz y diferencial, tratamiento, reducir complicaciones y alta resolución.

MÉTODO
Consulta multidisciplinar con realización de exploración oftamológica (OZT, angiografía con fluoresceina, lampara de hendidura,..) y descartar enfermedad sistémica.

INDICADORES
Evitar la aparición de complicaciones agudas y crónicas derivadas de la uveitis y su tratamiento, que produzcan una reducción de la agudeza visual (glaucoma, cataratas, edema macular quistico, sinequias,..)

DURACIÓN
Duración durante 12 meses con la realización de la consulta 1 día al mes de forma conjunta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1220

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA ROMAN BUENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASAMAR MILLAN BEATRIZ
SANCHEZ VICENTE YOLANDA
SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR
GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO
RUJULA AZNAR MARGARITA
MENDOZA BOLLO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Consulta al servicio de farmacia del Hospital Royo Villanova sobre los antibióticos intravenosos de uso hospitalario de uso más frecuente.
2-Búsqueda de información sobre antibióticos en AEMPS.
3-Esquematización de la información.
4-Diseño gráfico del póster informativo.
5-Validación y aprobación por parte de Dirección de Enfermería y por el Servicio de Farmacia del Hospital Royo Villanova.
6- Colocación de los posters en los diferentes servicios del hospital en los que se usa antibioterapia intravenosa en su práctica habitual.
7- Difusión de la información y del soporte gráfico.
8- Realización de encuesta de satisfacción al Personal de enfermería de los servicios citados anteriormente.
9- Análisis de los datos recogidos en las encuestas y presentación de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora de la seguridad del paciente, minimizando la aparición de efectos adversos provocados por la administración y/o uso incorrecto de antibióticos intravenosos relacionado con el desconocimiento del personal de enfermería en el manejo de los mismos, tras comprobar, al analizar la encuesta, que un 61,11% de los encuestados no lo estaba realizando de manera correcta.
Conseguir un criterio unificado en el desempeño de la actividad.
Aumento de la confianza del personal de enfermería en el uso de antibióticos vía intravenosa en su práctica diaria comprobado tras analizar las encuestas realizadas y objetivando, que un 98,1% del personal encuestado encuentra útil el póster informativo.
Mejora de la práctica diaria en el uso de antibióticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que ha sido satisfactorio para el personal de enfermería al que va destinado, así como una guía de utilidad de fácil acceso, pudiéndose ser reevaluada de manera periódica, adaptándose a los cambios surgidos por la modificación de los fármacos genéricos usados en el Hospital Royo Villanova.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1220 ========== ***

Nº de registro: 1220

Título
GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
ROMAN BUENO MARIA LUISA, PASAMAR MILLAN BEATRIZ, SANCHEZ VICENTE YOLANDA, SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR, GOMEZ MENDOZA ALEJANDRO, RUJULA AZNAR MARGARITA, MENDOZA BELLO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatologías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1220

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El término administración vía intravenosa hace referencia a la administración directa del fármaco al torrente circulatorio, facilitando la obtención de concentraciones plasmáticas altas y precisas.
Se puede realizar de dos maneras:

- Directa. Es la administración del medicamento en forma de bolo, ya sea solo o diluido (normalmente en una jeringuilla de 10 ml. con un medio de disolución adecuado a cada fármaco). Se usa pocas veces por las complicaciones a que puede dar lugar, ya que en general los medicamentos necesitan un tiempo de infusión más amplio que el que se obtiene con este procedimiento.
- Por goteo intravenoso, canalizando una vía venosa. Es la forma de administración intravenosa más frecuentemente utilizada en el medio hospitalario.

En marzo de 2017 la OMS lanzó una iniciativa mundial para reducir los daños graves y evitables relacionados con la administración de medicación al paciente. El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente tiene por objeto subsanar errores de procesamiento y administración de medicamentos y como consecuencia de ello evitar daños graves, discapacidad e incluso la muerte al paciente.

Entre los fármacos que habitualmente enfermería administra por vía intravenosa se encuentra una amplia variedad de antibióticos que desde su preparación hasta su administración deben mantener las condiciones ideales de estabilidad, compatibilidad y esterilidad del producto terminado.
El profesional de enfermería debe poseer conocimientos actualizados y claros desde el punto de vista farmacológico, de los antibióticos que maneja, tales como dosis, formas de preparación, manipulación de la presentación y administración.
El uso inadecuado de los mismos puede generar perjuicios en el paciente que los recibe tales como reacciones adversas de toxicidad o hipersensibilidad o de incompatibilidades farmacológicas. Esto hace que en ocasiones entre los profesionales de enfermería surjan dudas sobre la preparación y administración de dichos medicamentos ya sea por falta de información, o por la falta de tiempo que requiere la búsqueda de su correcto uso en farragosos prospectos, vademécum...
La guía que proponemos implantar va dirigida a complementar en el personal de enfermería los conocimientos relacionados con la administración de los antibióticos más utilizados en nuestro centro hospitalario, mejorando la calidad asistencial con una correcta administración de la antibioterapia por vía intravenosa y evitando errores en su uso cotidiano.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover la correcta administración de las terapias con antibióticos para obtener una mayor eficiencia.
Disminuir los factores asociados a los errores en la administración de dichos medicamentos.
Mejorar la calidad de los cuidados prestados.

MÉTODO
Elaboración de una guía informativa de los antibióticos más frecuentemente utilizados en el hospital, incluyendo nombre genérico del antibiótico, presentación, vía de administración, dosificación, reconstitución y condiciones de conservación para su correcta administración.
Diseño de póster con la información esquematizada para colocar en un lugar visible para el personal, en la zona de preparación de medicación de cada servicio de hospitalización.

INDICADORES
Encuesta de satisfacción al personal de Enfermería de cada unidad para evaluar su utilidad.

DURACIÓN
Diseño del póster.
Supervisión de la guía por parte del Servicio de Farmacia.

OBSERVACIONES
Proyecto de mejora aprobado por el Jefe de Servicio (Dr. Abril) y Supervisor de la unidad de hospitalización (Enfermero Javier Campillo Martinez) 4ª A Cardiología.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1220

1. TÍTULO

GUIA INFORMATIVA DE ADMINISTRACION Y CONSERVACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1014

1. TÍTULO

ATENCION A TIEMPO A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO RAMOS D'ANGELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD
SANCHEZ BARTOLOME ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el primer semestre de 2018 se valoraron 238 pacientes en el subcomité de tumores del HRV. Se ha hecho una primera revisión de 26 historias (10% de los casos) con el fin de valorar los circuitos asistenciales seguidos. Para ello se han recogido a partir la Historia clínica electrónica los siguientes hitos asistenciales: Aparición del síntoma guía, consulta en especializada, realización de exploración diagnóstica, presentación en subcomité de tumores e inicio de tratamiento médico o quirúrgico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La media de días transcurridos desde que el caso se presenta en el subcomite de tumores hasta que se inicia algun tipo de tratamiento es de 14,82 (DE +/- 19,53). Eso es explicable porel hecho de que algunos pacientes recibe tratamiento quirúrgico incluso antes de pasar por el subcomité de tumores, y posteriormente en el mismo se toma la decisión de añadir otros tratamientos.
La media de días trascurrido desde que se realiza el diagnostico hasta que el caso llega al subcomité de tumores es de 23 dias, pero oscila entre 1 y 226 dias, ya que se ve altamente influido por el tipo de tumor, la comorbilidad del paciente, las pruebas diagnósticas que se asocian y las circunstancias del diagnóstico inicial (cribado, ingreso por complicaciones derivadas de proceso tumoral aun no conocido..)
La media de días trascurridos desde el diagnostico hasta el tratamiento definitivo es de 36 días pero oscila entre 0 y 226 y nuevamente esta influeciada por el tipo de tumor (desde pólipos tratados en el mismo momento en que se detectan a procesos tumorales de difícil diagnóstico o con complicaciones previas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Si queremos mejorar la calidad de los datos obtenidos del estudio, es necesario eliminar factores de confusión, y estratificar en función del tipo de tumores, o como mínimo diferenciar entre los procesos sometidos a cribado y el resto, ya que los circuitos asistenciales son claramente diferentes y los datos deberían trabajarse de manera diferenciada.
Por ello creemos que debemos continuar el estudio a lo largo del próximo año

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1014 ========== ***

Nº de registro: 1014

Título
ATENCION A TIEMPO EN LOS PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
RAMOS D'ANGELO FERNANDO, SANCHEZ BARTOLOME ELENA, PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1014

1. TÍTULO

ATENCION A TIEMPO A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Una de las estrategias corporativas del Departamento de Sanidad es la atención a tiempo a los pacientes oncológicos. La atención en el cáncer de colon es una de ellas.
En la actualidad desconocemos la demora real en el H. Royo Villanova (HRV) (desde el inicio de los síntomas objetivado por un facultativo, hasta el inicio del tratamiento), ya que los registros existentes hasta ahora solo permiten conocer la demora a partir de la inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica.
No obstante, el límite de 30 días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento aparece habitualmente en los CP y AGC.
Se plantea objetivar si el método habitual de evaluación de la demora en la atención es el más adecuado y objetivo.

RESULTADOS ESPERADOS
? Conocer la demora real del inicio del tratamiento en los pacientes oncológicos en el HRV.
? Aproximar el conocimiento del grado de cobertura de los Subcomités de Tumores del HRV.

MÉTODO
? Identificación de los pacientes evaluados en el Subcomité de Tumores.
? Revisión de los hitos asistenciales en el proceso de diagnóstico y tratamiento.
- Inicio de los síntomas.
- Médico de Familia.
- Consulta en AE (Incluye Urgencias).
- Realización de pruebas diagnósticas.
- Inscripción en el RDQ.
- Evaluación en el Subcomité de Tumores.
- Inicio del tratamiento.
? Realizar accesos autorizados a las Historias Clínicas electrónica y en papel.
? Población Diana: Pacientes revisados en los Subcomités de Tumores del HRV desde el 01-01-2018 hasta el 30-06-2018 (Actas).
? Reuniones del equipo con acta.
? Adecuar los procesos y circuitos asistenciales a los resultados obtenidos.

INDICADORES
? Demoras medias, medidas centrales y desviaciones entre los diferentes hitos asistenciales.
? Rango de 0 a 30 días.

DURACIÓN
? Inicio, 01 de junio de 2018.
? Final, 30 de noviembre de 2018.
? Revisión de las actas del Subcomité de tumores.
? Solicitud de accesos a HC.
? Consulta HC, electrónica y en papel. (Hasta 30 de septiembre).
? Evaluación de resultados (del 01 al 30 de octubre)
? Elaboración de resultados, conclusiones y memoria (del 01 al 30 de noviembre).

OBSERVACIONES
Ningina.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1218

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CHENLO TOUCEDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ RETUERTA JUAN CARLOS
MEDIEL CHUECA ISMAEL
ORTIZ AVILA ANA MARIA
GIMENO GIRAL MARIA PILAR
CORNAO ANDRES ROSA MARINA
LAMARCA BLESA LUISA
ALBALA MORA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el inicio del proyecto en Junio/Julio del 2018, y en el punto de evaluación de seguimiento en el que nos encontramos, se han desarrollado las siguientes actividades:

? Trámites administrativos
? Esfuerzos dedicados a obtención de financiación del proyecto
? Definir objetivos específicos de los participantes y selección grupos
? Recogida por parte de los pacientes de sugerencias y estructura del taller
? Planificación/programación del taller del huerto
? Preparación hojas de registros de datos, seguimiento, evaluación y anexos.
? Recopilación de material: estudio del material adaptado a la zona (peso, dimensiones, etc.).
? Coordinación con los distintos Departamentos específicos para su conocimiento y en garantía de cumplir con los protocolos de seguridad de las instalaciones del hospital.
- Dirección Médica / Dirección y Subdirección de Enfermería: visita de la zona de trabajo y reunión de estudio/explicación del proyecto.
- Servicio de Preventiva y Salud Pública: visita de la zona de trabajo y reunión de análisis de las condiciones para preservar los criterios específicos de prevención en salud pública.
- Servicio de Mantenimiento: indicación de la necesidad de realizar unas mejoras que forman parte de los recursos de adecuación de la zona.
- Servicio de Ingeniería: aproximación de los criterios de material pensados a utilizar en la zona de la terraza seleccionada para el programa cumpliendo las referencias de seguridad. En estudio actualmente.

? Reuniones frecuentes del equipo: seguimiento y evaluación de mejoras e incidencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
? Se están gestionando las medidas administrativas y de coordinación necesarias para garantizar el seguimiento del proyecto.
? Se objetiva la implicación del personal en el programa, que defiende beneficios terapeúticos del proyecto hacia la salud mental.
? Se estimula el interés de los pacientes que aportan su compromiso en la actividad hacia su recuperación: encuestas de satisfacción.
? Se están obteniendo resultados positivos en cuanto a los indicadores establecidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes expresan su motivación con el programa, en el que encuentran una mejor reestructuración de las actividades de tan larga jornada y que además constituye un objetivo terapéutico en su recuperación; teniendo en cuenta siempre y prioritariamente su estado clínico y seguridad.

Desde el Equipo, seguimos apostando por el proyecto y por los beneficios que aporta a la unidad, conformando una actividad más implantada como terapia alternativa.

Entendemos que este tipo de programas son menos habituales en el hospital, pero sí tenemos referencias en otros hospitales implantados en los que funcionan sin incidencias y favorablemente. De este modo, hemos incrementado tiempo y esfuerzos en su estudio desde los distintos departamentos del hospital para garantizar la conformidad y cumplimiento de todos los protocolos.
Defendemos la sostenibilidad del proyecto y creemos pertinente la ampliación de un año de prórroga como mejora de calidad para seguir avanzando.

7. OBSERVACIONES.
Durante el transcurso del programa, ha sido necesario hacer una modificación en los colaboradores del proyecto, en contexto de baja laboral de uno de los integrantes e inminente participación en movimiento de traslados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1218

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

El nuevo colaborador ya forma parte de la estructura del equipo.
SALE DEL EQUIPO: Julia Pérez Milla
SE INCORPORA AL EQUIPO: MªJesús Albalá Mora

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1218 ========== ***

Nº de registro: 1218

Título
DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

Autores:
CHENLO TOUCEDA SILVIA, MARTINEZ RETUERTA JUAN CARLOS, MEDIEL CHUECA ISMAEL, ORTIZ AVILA ANA MARIA, GIMENO GIRAL MARIA PILAR, CORNAO ANDRES ROSA MARINA, PEREZ MILLA JULIA, LAMARCA BLESA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la Unidad de Corta Estancia (UCE) de psiquiatría ingresan personas afectadas por un problema de salud mental con perfil heterogéneo: pueden cursar un primer episodio de la enfermedad, episodios recurrentes, procesos sociales u otros sin alternativas de atención, etc.; presentando un déficit importante en estabilización sintomática, contención y adecuación conductual, cierto grado de deterioro en sus capacidades cognitivas, psicomotoras y a nivel de interrelación o habilidades sociales.

Actualmente, la UCE constituye una estructura de normativas y características que cumplen objetivos como control/vigilancia/seguridad marcados por modelos asistenciales de salud mental más rígidos. De igual modo, se puede flexibilizar hacia nuevos proyectos en los que los pacientes encuentren una reestructuración de las actividades de tan larga jornada y que además constituyan un objetivo terapéutico en su recuperación, teniendo en cuenta prioritariamente su estado clínico y seguridad.

Numerosos hospitales utilizan las plantas como tratamiento complementario, para mejorar el estado físico y mental. Los estudios señalan que la jardinería como terapia alternativa y complementaria a otros procesos terapéuticos, es eficaz para mejorar los problemas psicológicos y sociales de las personas con enfermedad mental. La exposición a estos entornos artificialmente más naturales, tiene un efecto restaurador en la capacidad del cerebro favoreciendo la recuperación y empoderamiento de las personas; y mejorando en definitiva, la calidad de vida.

Con base a este conocimiento, y aprovechando la singularidad de nuestro hospital con zonas de terraza comunes en nuestra UCE, desde el equipo de Enfermería de Salud Mental consideramos pertinente el crear un pequeño huerto-jardín y mantenerlo como taller en la unidad, proporcionando una alternativa de ocio que así mismo aporta objetivos terapéuticos de recuperación para las personas ingresadas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Reestructuración de las actividades de la unidad ofreciendo otras alternativas terapéuticas.
-Mejoría cognitiva/percepción(auto)/afrontamiento: estado de ánimo, síntomas negativos, comportamientos conflictivos, autoestima, satisfacción y logro, manejo de la frustración, desarrollo de la responsabilidad de tareas asignadas.
-Mejoría física: motricidad fina/gruesa y de la coordinación, estimulación sensorial, adquisición de hábitos, mejorar autonomía.
-Potenciación social: interacción social, pertenencia a un grupo, cohesión de grupo y habilidades sociales.
-Mejorar la relación terapéutica. Aumentar los tiempos de dedicación al paciente, potenciando sus capacidades y fortalezas hacia el proceso de recuperación, y no solo abordando la sintomatología de la enfermedad; apostando por nuevas actividades que mantienen de igual modo la seguridad y aumentan la confianza hacia las personas con enfermedad mental, favoreciendo su empoderamiento y recuperación.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1218

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN HUERTO-JARDIN URBANOS E IMPLANTACION DE UN TALLER DE MANTENIMIENTO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE ADULTOS DE PSIQUIATRIA

REUNIONES DE EQUIPO: Se estructura y se coordina la actividad. Se elegirá el mejor horario para la elaboración de taller y actividad. Se seleccionará a las personas ingresadas que podrán participar de acuerdo a los criterios de inclusión.
TALLER de coordinación de tareas, contenidos teóricos: Información de la actividad, objetivos. Estructurar tareas.
ACTIVIDAD: Adecuación de la zona, siembra de plantas y semillas (teniendo en cuenta las necesidades de luz, riego y estación del año). Cuidado diario, fomentando la voluntariedad y compromiso de los pacientes. Se establece un horario para el regado, limpieza y mantenimiento de las jardineras

INDICADORES
-El 70% de los pacientes ingresados realizará el programa
-El 85% de los pacientes que participan en el programa, no realizan abandono
-El 85% de los pacientes que participan en el taller, objetivan mejoría en la recuperación de su proceso patológico
-El 85% de los pacientes que realizan la encuesta de satisfacción, superan las expectativas de la media
-El 90% del personal implicado en el programa, objetiva beneficios terapeúticos del proyecto hacia la salud mental
-Encuesta de satisfacción y evaluación del programa

DURACIÓN
Inicio en el mes de Junio/Julio 2018, y fin en el mes de Mayo 2019
-JUNIO 2018
Trámites administrativos. Obtención de recursos.Recogida de datos de los pacientes y selección grupos. Planificación del taller del huerto. Preparación encuestas de satisfacción
-JULIO 2018
Inicio del programa: adaptación de la zona y plantación. Sesión teórica semanal y reorganización de tareas. Mantenimiento diario
-REUNIONES MENSUALES DE EQUIPO: Evaluaciones y análisis de mejoras e incidencias.
-DICIEMBRE 2018/ ENERO 2019: Resumen memoria intermedia.
-MAYO 2019: Recogida de datos. Análisis y evaluación de continuidad. Memoria y evaluación final.

OBSERVACIONES
Se tendrán en cuenta resistencias internas/externas que puedan aparecer: dificultades ante estado clínico de los pacientes que siempre será prioritario, sesgos en la pérdida de datos ante el continuo movimiento de ingresos-altas, etc.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0151

1. TÍTULO

AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 21/06/2018

2. RESPONSABLE ..... ELISA ALDEA MOLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBISTUR LESMES IRUNE
PARDO VINTANEL TERESA
AZNAR COSTA JOAQUIN
LEGAZCUE GOÑI ANA
ORDOÑEZ RUBIO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La fibrilación auricular es un problema de salud común atendido en los Servicios de Urgencias, su consecuencia mas importante es la enfermedad tromboembólica. El ictus hoy en día es la tercera causa de mortalidad en mujeres y una de las principales causa de discapacidad con un gasto sanitario elevado.
Se detectó la gran variabilidad en el manejo de dicha patología en nuestro Servicio de Urgencias y la escasa coordinación con otros Servicios por lo que se decide, junto con Cardiologia realizar un protocolo conjunto para el manejo de la enfermedad y de sus complicaciones.
Dicho protocolo se llevó a cabo en el año 2011 y posteriormente se realizan reuniones y sesiones periódicas para tratar problemas encontrados en el Circuito.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizan sesiones clínicas en el Servicio de Urgencias y en Diferentes centros de Salud del Sector para divulgar el protocolo.
Se imprime tríptico de bolsillo para facilitar toma de decisiones.
Se realizan reuniones periódicas para detectar fallos en el circuito asistencial.
Se observó que los pacientes al ser dados de alta del Servicio de Urgencias lo hacían en la mayoría de los casos con el tratamiento al alta correctamente instaurado y con la profilaxix embólica correctamente administrada en más del 50% de los casos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La Fibrilación auricular es una enfermedad que requiere un manejo multidisciplinar. Sólo con la insistencia en la divulgación de los protocolos se logra hacer un buen manejo del enfermo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2013/151 ========== ***

Nº de Registro: 0151

Título
AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Autores:
ALDEA MOLINA ELISA, ALBISTUR LESMES IRUNE, PARDO VINTANEL TERESA, AZNAR COSTA JOAQUIN, LEGAZCUE GOÑI ANA, ORDOÑEZ RUBIO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA
La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida de mayor prevalencia en los servicios de urgencias (SHU), que presentan una incidencia y prevalencia elevada elevada y creciente en España.
Se ha demostrado en multitud de estudios, que al permanecer en fibrilación auricular se produce un remodelado anatómico auricular que tiende a perpetuar la arritmia, de ahí la importancia de intentar devolver al corazón a su conducción sinusal, lo antes posible
La cardioversión tanto eléctrica como farmacológica se plantea si la duración de la arritmia es de menos de 48 horas, está correctamente anticoagulado durante al menos 3 semanas o tiene un ECO transesofágico normal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0151

1. TÍTULO

AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DE LA FIBRILACION AURICULAR Y PROFILAXIS TROMBOEMBOLICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

En cuanto a la profilaxis tromboembólica , en las ultimas guías se recomienda iniciar anticoagulación a aquellos pacientes con un riego medido a través de la escala CHADS2VASC mayor o igual a 2.
Se detectan dos problemas en el servicio de urgencias en relación con la diversidad en el manejo de aquellas FA de menos de 48 horas quedando muchas ellas sin cardiovertir, derivando a estos pacientes a su domicilio anticoagulados y pendientes de cardioversión eléctrica diferida cuando se les podría resolver el problema durante su estancia en urgencias.
Un segundo problema es que muchos pacientes a pesar de tener unos factores de riego que indicarían anticoagulación sin gran riesgo de sangrado , no se anticoagulan con el riego que esto supone para el paciente. Además no se emplean tan apenas los nuevos anticoagulantes

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Aumento del número de cardioversiones en urgencias en aquellos pacientes con Fa de menos de 48 horas. En especial aumentar el número de cardioversiones eléctricas (técnica de elección en Fa de menos de 48 horas)en el servicio de urgencias.
Disminuir las horas de estancia en el servicio de urgencias y en su sala de observación ya que si está indicado la cardioversión eléctrica y se puede realizar, posteriormente tan solo se observará al paciente 3 o 4 horas.
Aumentar el número de pacientes anticoagulados (con antivitamnina K o con los nuevos anticoagulantes) que presentan en la escala CHADS2VASC una puntuación mayor o igual a 2

MÉTODO
Realización de un protocolo que tras su aprobación por la Comisión de Tecnología se realizará su difusión mediante una reunión conjunta de todos los servicios implicados.
Revisión retrospectiva de las historias clínicas para comprobar el grado de cumplimiento del protocolo.
Realización de sesiones clínicas periódicas teóricas, basadas en casos clínicos reales.
Adecuación y modificación en función de resultados obtenidos.

INDICADORES
(Número de cardioversiones realizadas/número de fibrilaciones auriculares de menos de 48 horas o anticoaguladas mas de 3 semanas)por 100
(Número de cardioversiones eléctricas realizadas/ numero de fibrilaciones auriculares de menos de 48 horas o anticoaguladas mas de 3 semanas) por 100
(Pacientes correctamente anticoagulados/pacientes con CHADS2VASC mayor o igual a 2) por 100.
(Número de pacientes con nuevos anticoagulantes/ pacientes anticoagulados) por 100

DURACIÓN
Inicio: Abril 2013 Fin: Junio 2014
Aprobación y difusión del protocolo FA Abril-Mayo 2.013
Retrospección de las historias clínicas junio de 2012-diciembre de 2012
Realización audit a los 6 meses Septiembre-octubre 2.013
Análisis estadístico y gráfico a los 6 meses Octubre-noviembre 2.013
Presentación de resultados de los 6 meses iniciales al Servicio de Urgencias y recordatorio del protocolo: Noviembre 2.013
Introducción variable en la base de datos (Marzo 2.014)
Realización audit a los 12 meses. Marzo-Abril 2.014
Presentación de resultados de los 12 meses del estudio al Servicio de Urgencias (Abril 2014).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0121

1. TÍTULO

REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/06/2018

2. RESPONSABLE ..... ELISA ALDEA MOLINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA JIMENEZ NOELIA
ALBISTUR LESMES IRUNE
FERRERAS AMEZ JOSE MARIA
PARRILLA HERRANZ PEDRO
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La necesidad del seguimiento de aquellos pacientes que iniciaban desde urgencias un anticoagulante distinto de antivitamina K, hace que junto con el Servicio de hematología se realice un circuito para poder realizar una base de datos de dichos pacientes.
El circuito consistía el rellenar un pequeño formulario con el fármaco indicado y la dosis que se prescribía, dicho formulario llegaba al despacho del hematólogo vía celador, de esta manera los Hematólogos podían elaborar una base de datos. Así mismo al paciente se le indicaba cita para realización de analítica completa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Enero a Mayo de 2015 se vieron 43 prescripciones de NACOS. SE completó el circuito en 19 ocasiones.
Realizamos una reunión con el Servicio de Hematología para hacer hincapié en la importancia de tener registro de todos los pacientes anticoagulados de una u otra manera, de cara a control y posibles complicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia de la participación de los diferentes servicios en la toma de decisiones es fundamental para el buen manejo de las enfermedades. Se realizarán reuniones con cierta periodicidad para analizar los datos disponibles.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/121 ========== ***

Nº de Registro: 0121

Título
REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ALDEA MOLINA ELISA, ORTEGA JIMENEZ NOELIA, ALBISTUR LESMES IRUNE, FERRERAS AMEZ JOSE MARIA, SERRAT TORRES MARCO ANTONIO, PARRILLA HERRANZ PEDRO, FRANCO GARCIA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA
Desde el Servicio de Urgencias se aprecia un incremento de la prescripción de nuevos anticoagulantes para la prevención de embolia sistema en pacientes con fibrilacion auricular. Actualmente los pacientes que inician tratamiento con anti vitamina k son enviados para posterior seguimiento con el Servicio de Hematologia no siendo así cuando se prescriben nuevos anticoagulantes, dabigatran , rivaroxaban, y apixaban. Es importante implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico, control de posibles complicaciones o necesidad de cambio por terapia puente en intervenciones quirúrgicas.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
En este momento no existe ningún registro de pacientes a los que, desde Urgencias se decida iniciar anticoagulacion con nuevos anticoagulantes dabigatran, rivaroxaban, apixaban.
A través de nuestro programa informático pch, se puede acceder a aquellos pacientes que con diagnóstico fibrilacion auricular y que según Escalas de factores de riesgo CHADSVASC sea necesario anticoagular.Solo los pacientes a los que se anticoagular con anti vitamina k se les envía a Hematologia para registro y posterior control.El resto de pacientes a los que se le inicia un nuevo anticoagulantes es remitido a su médico de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0121

1. TÍTULO

REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE INICIA TRATAMIENTO CON NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

cabecera,perdiendose para asegurar cumplimiento o control de analíticas o de complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener un registro de todos aquellos pacientes que desde el servicio de urgencias se inicia anti coagulación con nuevos anticoagulantes.
Reunirnos para Colaboracion con el Servicio de Hematologia para obtener dicho registro y que sean ellos los que de alguna manera se encarguen de la revisión de estos pacientes.

MÉTODO
Establecer un circuito de manera que todo aquellos pacientes que acudan a urgencias con fibrilacion auricular y que tras ver sus factores de riesgo, se decida anticoagular tanto con nuevos anticoagulantes como con sintrom sean enviados a Hematologia tanto para asegurar cumplimiento,control de analíticas, control de complicaciones o reacciones adversas y cambios de medicación en intervenciones quirúrgicas.

INDICADORES
Número de pacientes con fibrilacion articular entre el total de pacientes atendidos en urgencias
Pacientes con nueva anticoagulacion entre total de pacientes anticoagulados

DURACIÓN
Inicio de inmediato hasta mayo de 2015
19 Mayo reunion con el Servicio de Hematologia

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

Fecha de entrada: 27/10/2016

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA FERRERAS AMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARRAT TORRES MARCO
ARRIBAS ENTRALA BELEN
HERRANZ ANDRES CLARA
RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE
DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO
HURTADO PONCE GABRIEL
EITO CUELLO JUAN JOSE
CAUDEVILLA MARTINEZ ARANZAZU
RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE
COLAS OROS CARLOS
LASSO OLAYO JESUS MARIA
ALADREN PEREZ BELEN
SUPERVIA ALONSO ALBERTO
RODERO ALVAREZ FERNANDO
ANDRES SALIENTE AURORA
MARRON TUNDIDOR RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad del Grupo de Sepsis del Hospital Royo Villanova se ha centrado en el desarrollo de la herramienta informática implantada en el programa informático de Urgencias (PCH). Este proyecto que se gestó desde Urgencias de nuestro Hospital a lo largo de 2012-2013, culminó con la implantación de un código sepsis automático e informático en Mayo de 2013 y que fue presentado en anteriores convocatorias como Proyecto de mejora de la Calidad. El Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova se convierte en el primer centro de Aragón en disponer de este sistema de alarmas automático para detectar los casos de sepsis grave.
Tras la activación del sistema de alarmas en nuestro centro, se procede a la implantación de un código sepsis en el resto de Hospitales de la Comunidad de forma progresiva. El grupo de sepsis realizó un periodo de difusión y formación presencial en 2014, se trasladaba a cada centro para asegurar la correcta implantación del Código sepsis. Además se ha asegurado un feed-back continuo con visitas del personal responsable de cada centro al Hospital Royo Villanova.
CREACIÓN GRUPOS SEPSIS ARAGÓN
Se organiza reunión con todos los Hospitales participantes el 17 de marzo de 2015. Esta convocatoria pretende:
• Revisar dudas ó problemas suscitados con la activación de la herramienta informática.
• Proponerles un estudio con el mismo diseño del realizado en nuestro hospital: comparar dos periodos de tiempo similares antes y después de implementar la aplicación informática. Amén de evaluar la utilidad de la aplicación, supondrá “un mapa” de la sepsis en Aragón.
• Estimularles para que implementen la base de datos de seguimiento de los pacientes sépticos que hayan sido dados de alta de los servicios de urgencias y el correspondiente análisis de resultados (base del Ciclo Continuo de la Calidad)
• Animarles a que se consoliden como grupos de trabajo de sepsis en sus respectivos hospitales ya que:
o Son absolutamente imprescindibles para poder establecer y mantener activos en cada centro sus respectivos códigos sepsis.
o Se deben mantener medidas educativas activas: No es suficiente implementar un protocolo ó un programa informático, hay que analizar en cada centro cuáles son las barreras concretas que impiden su aplicación y trabajar para eliminarlas.
o Se han de introducir cambios organizativos entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en la atención al paciente séptico: en las enfermedades “tiempo dependientes”, y la sepsis es una de ellas, hay que establecer estrategias que coordinen adecuadamente el equipo que atiende a estos pacientes.
• Proponerles que una vez consolidados los grupos de sepsis en cada centro, mantengamos la coordinación entre todos constituyéndonos así en el Grupo del CÓDIGO SEPSIS DE ARAGÓN paso definitivo para completar, en fases sucesivas la coordinación con Atención Primaria, Atención Socio-Sanitaria y Servicios Extrahospitalarios de Urgencias. La sepsis, necesita “su código de actuación” como ya lo tienen otras enfermedades tiempo dependientes como el Síndrome Coronario Agudo, el Ictus ó el Politraumatismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El principal logro alcanzado es que todos los Hospitales públicos de la Comunidad, excepto el Hospital Miguel Servet, disponen actualmente de un Código Sepsis (CS) de activación desde Urgencias. Los Hospitales que han participado en el estudio han sido Hospital Royo Villanova (centro coordinador), Clínico Universitario Lozano Blesa y Ernest Lluch Calatayud (Zaragoza); Hospital Obispo Polanco y Alcañiz (Teruel); Hospital de Jaca, Hospital de Barbastro y Hospital San Jorge (Huesca).
Comparamos dos muestras de 222 pacientes cada una de todos los Hospitales participantes, antes (muestra estándar) y después (muestra CS) de instaurar el Código Sepsis. Los resultados son los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

La activación de CS se realizó de forma automática desde el triaje en 179 pacientes (80,63%) de los casos, en 16 (7,2%) fue realizada por el facultativo tras la atención inicial y en 27 (12,16%) no fueron activados en urgencias como CS cuando cumplían criterios.
En cuanto el paquete de tratamiento, el antibiótico se aplicó en la primera hora en 122 casos (54,95%) del grupo estándar y 140 casos (63,06%) en el grupo CS (p=0,10), OR 1,39 (0,95-2,04). Respectivamente en menos de 3 horas 203 pacientes (91,44%) y 196 pacientes (88,28%) (p=0,34). Hemocultivos antes de antibiótico a favor del código sepsis OR 1,97 (1,33-2,91), p<0,0006. Determinación de ácido láctico a favor de código sepsis OR 2,62 (1,63-4,19), p<0001. Resucitación con volumen en la primera hora a favor de código sepsis OR 3,71 (2,10-6,53), p<0,0001.
La mediana de tiempo puerta-atención médica fue 21 min (rango intercuartílico 11-40 min) grupo estándar versus 20 min (rango intercuartílico 11-43 min) grupo CS (p=0,7). Respectivamente, la mediana de tiempo de puerta-antibiótico fue 112 min (rango intercuartílico 55-169 min) versus 89 min (rango intercuartílico 41-166) p=0,14). La mediana de tiempo puerta-bolus fue 131 min (rango intercuartílico 88-182 min) versus 92 min (rango intercuartílico 48-170 min) (p<0,002). La mediana de tiempo de decisión fue 91 min (rango intercuartílico 31-147 min) versus 55 min (rango intercuartílico 21-123) (p<0,02).
La mortalidad durante el ingreso fue 20,72% grupo CS vs 31,08% grupo estándar (p<0,01). La supervivencia a 30 días fue mayor en el grupo de CS, con HR 1,5 (1,07-2,29) p=0,02 del grupo estándar frente a CS.
En el análisis multivariante se asoció un incremento en la mortalidad asociado al acido láctico>4 HR 1,99 (1,26-3,5) (p=0,018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En primer lugar, refleja una mejora en la superviviencia a los treinta días tras implantar un Código sepsis.
En segundo lugar, mejora la variabilidad previa en la aplicación del paquete de tratamiento (aplicación de antibiótico no significativo).
Tercero, se han conseguido mejorar todos los tiempos, sin embargo la significación sólo se consigue en la aplicación del tratamiento del bolus y el tiempo de decisión.
Con la evidencia actual, consideramos la necesidad de instaurar medidores de acido láctico en sangre venosa en el triaje para utilizar en los casos positivos de detección automática por el programa de alarmas.

7. OBSERVACIONES.
Se requiere de una inversión económica para disponer de medidores rápidos de ácido láctico en el triaje.
Pretendemos instaurar rutas de atención prioritarias para los enfermos con ácido láctico >4 mmol/L, ya que en nuestro estudio son los que asocian mayor mortalidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/553 ========== ***

Nº de Registro: 0553

Título
CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

Autores:
FERRERAS AMEZ JOSE MARIA, SARRAT TORRES MARCO, ARRIBAS ENTRALA BELEN, HERRANZ ANDRES CLARA, RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE, DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO, HURTADO PONCE GABRIEL, EITO CUELLO JUAN JOSE, CAUDEVILLA MARTINEZ ARANZAZU, RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE, COLAS OROS CARLOS, LASSO OLAYO JESUS MARIA, ALADREN PEREZ BELEN, SUPERVIA ALONSO ALBERTO, RODERO ALVAREZ FERNANDO, ANDRES SALIENTE AURORA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

PROBLEMA
Con el enfoque actual, la Sepsis Grave (SG) y el Shock Séptico (SS) pertenecen al grupo de enfermedades tiempo-dependiente, entendiéndose aquellas en las que un retraso en el diagnóstico o en el tratamiento influye negativamente en la evolución. Así pues, los servicios de urgencias pasan a tener un papel crucial tanto en la detección precoz como en el inicio del tratamiento de la SG/SS. Para garantizar una asistencia ajustada al factor tiempo se han creado unos códigos, cuya activación se basa en datos clínicos, como es el caso del código ictus o el código dolor torácico. Estos códigos han demostrado disminuir la morbi mortalidad al priorizar la asistencia y el tratamiento. La Comunidad de Aragón utiliza el programa informático denominado Puesto clínico hospitalario (PCH). Se decidió integrar la activación del código de sepsis grave (CSG) a través de los parámetros que se obtienen en el momento de triaje de una forma automática dentro del propio programa informático. De esta manera, se buscaba alertar de forma precoz al personal sanitario (personal facultativo y de enfermería) de los posibles casos de SG y SS. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la utilidad de esta herramienta al comparar una muestra de enfermos detectados por el sistema de alarmas en todos los Hospitales de Aragón tras activar el CSG automático, con respecto a una muestra del año previo sin la detección automática.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
En el Hospital Royo Villanova, tras la implantación del CSG, el porcentaje de cumplimiento del paquete de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0553

1. TÍTULO

CODIGO SEPSIS ARAGON. EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ACTIVACION AUTOMATICO

tratamiento de la sepsis fue mayor frente a la muestra histórica, respectivamente, para los hemocultivos 96,3% frente a 80,9% (p < 0,001), antibiótico menor a 1 h 62,9% frente a 39,3% (p < 0,001), determinación de ácido láctico 91,4% frente a 77,9% (p < 0,001) y la aplicación de volumen adecuado 57,7% frente a 54,3% (p = 0,54). La mortalidad durante el ingreso se redujo en términos absolutos del 25% de la muestra histórica al 13,6% tras implantar CSG.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos una mejora significativa en la aplicación del bundle a las 3 horas con una reducción del tiempo de aplicación del antibiótico y unas mejoras en el porcentaje de cumplimiento del resto de medidas de la Campaña sobrevivir a la Sepsis

MÉTODO
Se establecen las alarmas que debe mostrar el programa informático teniendo en cuenta los criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatorio Sistémico (SRIS) en el momento de triaje.
Estas alarmas permanecerán en el PCH en una localización visible una vez cerrado por enfermería de triaje. Estos enfermos resaltan en la pantalla del ordenador con una coloración verde específicamente destinada a tal efecto. La identificación definitiva de un paciente con sospecha de sepsis tras la alerta corresponderá al médico responsable del paciente. La valoración por tanto de si las alarmas se corresponden con un “caso” pertenece al médico asistencial.
Los pacientes detectados por este sistema de alarmas en el servicio de Urgencias, activan, de manera automática, una base de datos desarrollada al efecto para el registro de las variables dependientes de la evolución del paciente hospitalizado.

INDICADORES
Comprobar si los pacientes con sospecha de SG detectados por este sistema de alertas cumplen efectivamente criterios de sepsis, sepis grave o shock séptico.
Comprobar si en estos pacientes se han obtenido hemocultivos y otras muestras microbiológicas según foco.
Comprobar los pacientes a los que se les ha administrado antibioterapia precoz tras el diagnóstico de SG.
Comprobar la aplicación del paquete de medidas de tratamiento a las tres primeras horas.
Determinar fasos negativos del sistema de alarmas.
Medir mortalidad y estancia hospitalaria en los pacientes con SG/SS.

DURACIÓN
Junio-Diciembre 2015: Recogida de pacientes tras la aplicación del CSG (grupo intervención). Paralelamente se realizará una búsqueda histórica de los mismos meses del año previo al estudio designado como grupo control.
Enero-Marzo 2016: Depuración y análisis de datos, obtención de resultados

OBSERVACIONES
GABRIEL TIRADO ANGLÉS. MEDICA. UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. gabrieltiradoangles@yahoo.es
ANA ISABEL EZPELETA. MEDICA UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. aiezpeleta@telefonica.net
CARMEN ASPIROZ. MEDICA. MICROBIOLOGIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. caspirozs@gmail.com
ROSA MARTÍNEZ ÁLVAREZ. MEDICA. MEDICINA INTERNA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. rosamar.mtnez@gmail.com
PALOMA DORADO REGIL. MEDICA. UCI. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. pdorado@salud.aragon.es
BEATRIZ BONED JULIANI. MEDICA. BIOQUIMICA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. bboned@gmail.com

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0070

1. TÍTULO

AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROCIO ESCRICHE ROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGUENA GARCIA ALICIA
BONED BLAS PATRICIA
BALLESTIN SOROLLA SONIA
SARASA CLAVER PILAR
CAMPOS GUTIERREZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras el establecimiento del protocolo de SCA en nuestro centro, se decidió crear una unidad virtual en la sala de observación de urgencias, UDT (Unidad de Dolor Torácico), donde los pacientes permanecen a la espera de realización de un test de provocación de isquemia por medio de interconsulta con el servicio de cardiología.
Se procedió al análisis inicial de pacientes previo al inicio del proyecto, pero el abandono de varios miembros del equipo y la situación de ITL prolongada de la coordinadora no han hecho posible completar el análisis de pacientes previsto en 2017, tras la intervención con sesiones clínicas en el servicio, por lo que se ha procedido a reestructurar el equipo y el cronograma de trabajo, estableciéndose la medición de indicadores para mayo 2018, con el posterior análisis de resultados y presentación en el servicio de Urgencias (junio 2018).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se pueden presentar resultados por el momento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendientes todavía de los resultados, vemos necesaria la implicación de todo el servicio para la correcta solicitud de interconsultas, siendo positivo poder evaluar los datos recabados como estímulo en la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.
Queda programada la medición de datos en mayo 2018 y la posterior presentación del análisis en el servicio.
Así mismo, se ha propuesto una segunda medición de datos en octubre 2018, tras la presentación de resultados iniciales, para valorar posibles cambios tras la intervención con el personal.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/70 ========== ***

Nº de registro: 0070

Título
AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS

Autores:
ESCRICHE ROS ROCIO, BAGUENA GARCIA ALICIA, BONED BLAS PATRICIA, DE FERNANDO GROS TERESA, BALLESTIN SOROLLA SONIA SOFIA, SARASA CLAVER PILAR, CAMPOS GUTIERREZ ELENA, MIÑANO OYARZABAL ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad coronaria es la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo. Hace unos años se pone en marcha la iniciativa ‘código infarto’, que nace con la pretensión de organizar la red asistencial sanitaria aragonesa de forma que todos los pacientes con un IAMCEST sean reperfundidos priorizando la Angioplastia Coronaria Percutánea primaria (ICPp), cuando sea posible en los plazos de tiempo indicados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0070

1. TÍTULO

AUDIT DE LA UNIDAD DE DOLOR TORACICO (UDT) EN URGENCIAS

para ello.
Hace dos años trabajamos en nuestro centro, de forma conjunta entre el servicio de urgencias y el de bioquímica, en la implementación de un nuevo biomarcador cardiaco, la troponina cardiaca ultrasensible (TnT us), que en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo permite disminuir el tiempo de diagnóstico, dada su alta sensibilidad, como ya se objetivó en los resultados presentados en dicho proyecto. En este contexto, quedaba pendiente la protocolización del manejo del Síndrome Coronario Agudo en nuestro centro, para lo que se creó un grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de Urgencias, Cardiología y Cuidados Intensivos, donde se consensua el manejo de estos casos y se elabora un protocolo que fue presentado en sesiones hospitalarias el pasado mes de marzo, junto con la elaboración de trípticos simplificados para su difusión entre facultativos, diferenciándose el manejo del síndrome coronario probable, SCASEST y SCACEST.
En el síndrome coronario engloba los casos de dolor coronario de perfil isquémico, con o sin factores de riesgo cardiovascular, donde no se objetivan cambios electrocardiográficos isquémicos ni cinética enzimática positiva. Son casos que atienden a episodios de tipo anginoso donde no se objetiva traducción patológica inicial, pero cuyo perfil es sugestivo de isquemia. Para ello se decidió crear una unidad virtual en la sala de observación de urgencias, UDT (Unidad de Dolor Torácico), donde los pacientes permanecen a la espera de realización de un test de provocación de isquemia por medio de interconsulta con el servicio de cardiología. En los casos atendido en jornada prefestiva o fin de semana, se acordó el ingreso de los pacientes en planta hasta su resolución. Resulta interesante analizar los resultados de esta unidad virtual, para valorar el volumen de pacientes que, desde la implantación del protocolo, se ha podido beneficiar esta medida.

RESULTADOS ESPERADOS
-Optimización del tiempo de permanencia en urgencias de los pacientes que consultan por dolor torácico.
-Correcta gestión de la interconsulta en los casos definidos por protocolo hospitalario realizado.
-Análisis de resultados tras interconsulta con evaluación de hallazgos y medición de porcentaje de ingresos y altas domiciliarias.
-Adecuar el perfil de pacientes que consultan por dolor torácico, subsidiarios de realización de pruebas funcionales cardiológicas para filiación del proceso de forma temprana.

MÉTODO
-Revisión sistemática de los pacientes incluidos en la Unidad de Dolor Torácico en área de observación de urgencias.
-Analizar la secuencia de pacientes con permanencia en sala de observación de urgencias pendientes de interconsulta con cardiología, con tiempo medio de estancia hasta resolución del episodio, bien por medio de ingreso o alta domiciliaria.
-Evaluación de los hallazgos patológicos en las interconsultas realizadas.
-Análisis del destino de los pacientes tras permanencia en área de observación de urgencias con diagnóstico de dolor torácico.
-Evaluación de la adecuación de la solicitud de la interconsulta.

INDICADORES
-Indicador estancia media en observación
-Indicador de interconsultas a cardiología:
(Nº interconsultas a cardiología solicitadas/total de visitas a urgencias por dolor torácico)x100
-Indicador de procedimientos observación:
(Nº interconsultas a cardiología solicitadas/total de pacientes con permanencia en el área de observación de urgencias)x100
-Indicadores de destino:
(Nº pacientes con ingreso hospitalario tras interconsulta/total de interconsultas a cardiología realizadas)x100
(Nº pacientes con alta domiciliaria tras interconsulta/total de interconsultas a cardiología realizadas)x100

DURACIÓN
Duración de un año.
-Primer análisis: diciembre 2016 (pacientes atendidos de 1/6 a 31/12/16).
-Segundo análisis: junio 2017 (pacientes atendidos de 1/1 a 31/5/17).

OBSERVACIONES
En función de los resultados obtenidos durante el análisis de pacientes, está prevista la realización de sesiones clínicas en el servicio de urgencias para actualizar el funcionamiento y desarrollo de la unidad clínica virtual en la sala de observación, con especial interés en la optimización de recursos hospitalarios y minimización de tiempos de espera en la filiación de los episodios de dolor torácico.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0078

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALICIA BAGUENA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCRICHE ROS ROCIO
CALLEJAS GIL INMACULADA
CARRETERO GARCIA JOSE ANGEL
GUTIERREZ MAGDALENA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha procedido a la realización de una Vía Clínica en Asma Agudizado, a disposición pública en la intranet, así como a la presentación de la misma a los servicios de Urgencias y Neumología de nuestro centro (Hospital Royo Villanova).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No es posible presentar resultados en el momento actual.

Se ha logrado la elaboración de un protocolo conjunto de tratamiento en asma agudizado de forma conjunta entre el servicio de Urgencias y Neurología, quedando pendiente el análisis de resultados de acuerdo con los indicadores planteados, dada la demora en la inclusión de las órdenes de tratamiento previstas y las recomendaciones al alta en el sistema informático, por el inicio de uso de un nuevo programa, Farmatools, que no ha sido ejecutado hasta hace unos meses.
Así mismo el abandono de varios miembros del equipo han comprometido el trabajo de presentación con enfermería, quedando pendiente el desarrollo de sesiones con el servicio de enfermería, así como la medición de datos planteada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de la elaboración de la Vía Clínica y la protocolización en los criterios de actuación, es fundamental la implicación del servicio de enfermería para lograr los objetivos planteados, por lo que queda pendiente la programación de sesiones con enfermería y la medición posterior de los indicadores planteados, estableciéndose un nuevo cronograma a lo largo del 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/78 ========== ***

Nº de registro: 0078

Título
OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO

Autores:
BAGUENA GARCIA ALICIA, CARRETERO GARCIA JOSE ANGEL, ESCRICHE ROS ROCIO, CALLEJAS GIL INMACULADA, PARDO VINTANEL TERESA, HERRANZ ANDRES CLARA, GUTIERREZ MAGDALENA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias cuya prevalencia ha aumentado en los últimos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0078

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO

años. El macroestudio sobre la Carga Mundial del Asma (OMS), puso de manifiesto el incremento generacional en la prevalencia de asma en adultos, notablemente mayor en España que en el resto de países participantes, donde la prevalencia media asciende al 10,3%, afectando al 5% de población adulta y 10% de población infantil.
El asma condiciona el 2% de los recursos de la sanidad pública. Estudios españoles recientes cifran los costes directos e indirectos del asma no controlada hasta en diez veces superiores a los del asma bien controlada, con un gasto medio anual de 1533€ por paciente en el Sistema Nacional de Salud español.
La prevalencia de asma grave no controlada en España se estima en torno a 80.000 pacientes y entre el 3-6% de los pacientes asmáticos presentan asma refractaria a los tratamientos convencionales, representando una parte considerable de los costes de salud asociados a esta enfermedad.
Las enfermedades del aparato respiratorio son la tercera causa de hospitalización en España, suponiendo un 11,5% del total de hospitalizaciones en España durante el 2014.
En el Hospital Royo Villanova, se atendieron en 2015 en Urgencias a 52411 pacientes de edad adulta, de los que el 74% fueron triados como urgencia médica. El 10.5% de las urgencias médicas correspondieron a pacientes con diagnósticos neumológicos, de los que el 7.7% estaban relacionados con procesos asmáticos. Estos datos nos llevan a pensar que la patología asmática está infradiagnosticada dentro de los procesos respiratorios en nuestro entorno de trabajo.
Todo ello, sumado a la disparidad de manejo actual de esta enfermedad según las últimas recomendaciones de la GEMA, nos han llevado a la realización de una vía clínica conjunta entre el servicio de Urgencias y Neumología para mejorar la calidad diagnostica, terapéutica y asistencial en este grupo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
-Estandarizar la clasificación de gravedad del paciente con asma agudizado desde su llegada a urgencias y generalizar la medición de pick-flow en triaje.
-Correcta identificación de pacientes con asma de riesgo vital.
-Disminución de estancia media en urgencias de crisis asmáticas.
-Correcto seguimiento del paciente asmático en urgencias, generalización del registro de datos en PCH y realización de evaluaciones periódicas.
-Disminución del número de ingresos de pacientes asmáticos.
-Adecuación del tratamiento según nivel de gravedad y estandarización de protocolo terapéutico, según recomendaciones de la GEMA.
-Estandarizar la entrega de un plan de cuidados al alta al paciente tras la atención urgente.

MÉTODO
-Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar entre servicios de urgencias y neumología.
-Elaboración de una vía clínica del asma agudizado: protocolizar manejo del paciente (cumplimentación del registro de datos y realización de pick-flow en triaje, clasificación de gravedad, estandarización de pruebas diagnósticas y tratamiento en función de gravedad, y realización de evaluaciones periódicas en urgencias).
-Incorporación de tratamiento estandarizado en PCH.
-Impartición de sesiones clínicas en urgencias a medicina y enfermería.
-Elaboración de planes de cuidados al alta a los pacientes.
-Análisis periódico de asistencia en asma.

INDICADORES
-Indicadores de seguimiento:
Estancia media de pacientes asmáticos en urgencias
Registro de datos: (Nº pacientes asmáticos con registro cumplimentado/Nº pacientes con asma agudizado atendidos en urgencias)x100
Media de evaluaciones realizadas al paciente durante estancia en urgencias.
-Indicadores de destino:
(Nº pacientes con asma agudizado hospitalizados/Nº pacientes con asma agudizado atendidos en urgencias)x100
(Nº pacientes con asma agudizado altados /Nº de pacientes con asma agudizado atendidos en urgencias)x100
-Indicador de adecuación de tratamiento:
(Nº de pacientes con asma agudizado con tratamiento adecuado a nivel de gravedad/Nº pacientes con asma agudizado tratados en urgencias)x100
-Indicador de plan de cuidados al alta:
(Nº de pacientes con asma agudizado con plan de tratamiento escrito en informe de alta/Nº pacientes con asma agudizado altados en urgencias)x100

DURACIÓN
Primera sesión clínica:octubre 2016, presentación de via clínica en urgencias.
Sesiones clínicas con enfermería de urgencias: último trimestre 2016, estandarización de procedimientos y técnicas terapéuticas.
Primera medición: febrero 2017 (pacientes asmáticos atendidos en urgencias del 1/11/16 al 31/1/17).
Segunda sesión clínica en urgencias: primer trimestre del 2017, reforzar vía clínica.
Segunda medición: junio 2017 (pacientes asmáticos atendidos en urgencias del 1/2/17 al 31/5/17).
Tercera medición: octubre 2017 (pacientes asmáticos atendidos en urgencias del 1/6/17 al 30/9/16).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0078

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE MANEJO Y RECURSOS TERAPEUTICOS EN ASMA AGUDIZADO

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0544

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELVIRA RIHUETE CARO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H ROYO VILLANOVA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAGRASA GARCIA MARIA
FANTOVA ALONSO ALBERTO
ASPIROZ SANCHO CARMEN
TOYAS MIAZZA CARLA
ABRIL BAQUERO GONZALO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En noviembre de 2016 se constituyó el grupo de trabajo mustidisciplinar, formado por urólogos, intensivistas, microbiólogos e internistas, miembros de la comisión de infección, profilaxis y política antibiótica (CIPPA) y del programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA), y se definieron los objetivos.

Entre diciembre de 2016 y marzo de 2017 se elaboró el protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica, tras una revisión bibliográfica y el análisis de las resistencias en nuestro medio, actualizando también la profilaxis de la endocarditis bacteriana en urología.

En marzo de 2017 se elaboró el documento para la aplicación del protocolo.

Entre abril y mayo de 2017 se difundió el protocolo de profilaxis quirúrgica a todo el personal, médico y de enfermería, del Servicio de Urología, tanto en consultas como en hospitalización. Surgió la necesidad de elaborar un póster sobre la técnica de recogida del urocultivo en los pacientes sondados y se distribuyó tanto a nivel hospitalario como en los distintos centros de salud, donde los pacientes pueden llevar su muestra de orina antes del ingreso. Así mismo se elaboró un documento con las normas para la correcta recogida de la muestra, para evitar posibles contaminaciones de la misma.

Desde junio a noviembre de 2017 se ha ido aplicando el nuevo protocolo.

En diciembre de 2017 se han evaluado los resultados mediante un muestreo sistemático.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados se han obtenido mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes intervenidos por el Servicio de Urología entre octubre y noviembre de 2017. En este periodo se han realizado un total de 291 cirugías. En el análisis se han excluido 13 pacientes que estaban con tratamiento antibiótico pautado en el momento de la cirugía, por lo que no procede hablar de profilaxis.

1) El primer objetivo era garantizar la profilaxis antibiótica adecuada según el tipo de cirugía y paciente en al menos el 95%. Mediante el análisis de los datos, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, así como si era necesaria la profilaxis de la endocarditis o si el paciente se había realizado un cultivo de orina prequirúrgico, se ha aplicado la profilaxis antibiótica adecuada en el 97,12% de los pacientes.

Aplicación de la profilaxis antibiótica adecuada = Nº de pacientes quirúrgicos a los que se les ha aplicado el protocolo de profilaxis antibiótica/nº total de pacientes quirúrgicos = 270/278 = 0,9712.

2) El segundo objetivo era garantizar la realización de un urocultivo a las cirugías endoscópicas programadas en al menos el 80%. Una vez realizado el protocolo, la indicación de urocultivo prequirúrgico también se extendió a las cirugías limpias-contaminadas, por lo que las incluiremos en el análisis. Mediante el análisis de los datos, se ha realizado un urocultivo prequirúrgico los 10 días previos a la cirugía el 29,62% de los pacientes.

Realización de urocultivo a todas las cirugías endoscópicas y limpias-contaminadas = Nº de pacientes sometidos a cirugías endoscópicas y limpias-contaminadas con urocultivo/nº total de pacientes sometidos a cirugías endoscópicas y limpias-contaminadas = 32/108 = 0,2962.

3) El tercer objetivo era garantizar la repetición de la dosis profiláctica si procede en al menos el 90%. Mediante el análisis de los datos, se ha repetido la dosis antibiótica profiláctica en el 100% de los pacientes.

Repetición de la dosis profiláctica si procede = Nº de pacientes a los que se les ha repetido la dosis antibiótica/nº total de pacientes en los que se debería haber repetido la dosis antibiótica = 1/1 = 1.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al ser un equipo multidisciplinar de trabajo ha llevado más tiempo del esperado la elaboración del protocolo por la incompatibilidad de agendas. Sin embargo, gracias a ello, ha habido diferentes enfoques que han ayudado a la elaboración y puesta en marcha del mismo, incluyendo la creación del póster para la recogida del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0544

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

urocultivo en el paciente sondado y su difusión, así como la creación de un folleto con las instrucciones sobre la recogida de la muestra de orina (cuándo, cómo y dónde entregarla).

Queda pendiente aún la aplicación del protocolo por parte de todo el personal; así como valorar el margen de tiempo de validez del resultado del cultivo previo a la intervención, establecido en los 10 días previos a la cirugía, de cara a no poder tener en cuenta el resultado y tener que repetirlo si el paciente se lo ha realizado antes del tiempo establecido.

Se ha aplicado la profilaxis quirúrgica adecuada a 270 (97,12%) pacientes, evitando el uso de antibióticos de amplio espectro que a la larga puedan promover bacterias multirresistentes, así como evitando 15 (5,39%) dosis antibióticas innecesarias.

7. OBSERVACIONES.
Ha sido dificultosa la comunicación entre atención especializada y hospitalaria debido a la distinta forma de trabajar y a que el laboratorio de microbiología de referencia es distinto según donde entregue la muestra el paciente (hospital o centro de salud), de manera que no hay comunicación directa en todos los casos con este servicio para la comunicación de resultados positivos de los cultivos de orina.

Se ha observado que aplicación del protocolo se ve influida por el tiempo que el paciente permanece en lista de espera, pues él mismo adelanta el cultivo prequirúrgico o no se lo realiza por olvido.

Se ha promovido, a raíz de este proyecto, desde la CIPPA del Hospital Royo Villanova la creación de protocolos similares en las demás especialidades quirúrgicas de dicho hospital de cara a crear un documento que unifique las profilaxis quirúrgicas.

Por último, y si fuese necesario se pueden adjuntar los anexos (1) protocolo de profilaxis antibiótica en urología; 2) póster de técnica de recogida de urocultivo en pacientes portadores de sonda vesical; 3) Instrucciones para la recogida de muestras de orina).

*** ========== Resumen del proyecto 2016/544 ========== ***

Nº de registro: 0544

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

Autores:
RIHUETE CARO ELVIRA, GUIOTE PARTIDO INGRID, FANTOVA ALONSO ALBERTO, VILLAGRASA GARCIA MARIA, EZPELETA GALINDO ANA, ASPIROZ SANCHO CARMEN, TOYAS MIAZZA CARLA, ABRIL BAQUERO GONZALO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones postquirúrgicas aumentan la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Está demostrado que el uso inteligente de la profilaxis prequirúrgica puede disminuir el número de complicaciones infecciosas postquirúrgicas y, por consiguiente, la convalecencia del paciente y la estancia media hospitalaria, además del consumo antibiótico global (importante actuación frente al alarmante aumento de las resistencias antibióticas). En estos momentos, el Servicio de Urología del Hospital Royo Villanova utiliza el mismo antibiótico de amplio espectro para todos los tipos de cirugías y pacientes, sin existir un protocolo oficial que garantice la optimización de la profilaxis.
Recientemente la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) ha recomendado hacer obligatorios los Programas de Optimización de uso de Antibióticos (PROA) como programas de calidad asistencial basados en la formación en los hospitales y en atención primaria, además de impulsar los programas multidisciplinares de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria junto a los de uso apropiado de los antimicrobianos, a semejanza del Programa PIRASOA de Andalucía y de programas similares en Cataluña, lo que nos ha motivado para elaborar un protocolo de profilaxis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0544

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA UROLOGICA

antibiótica en cirugía urológica.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Garantizar la profilaxis antibiótica adecuada según el tipo de cirugía y paciente en al menos el 95%.
2.- Garantizar la realización de urocultivo a las cirugías endoscópicas programadas en al menos el 80%.
3.- Garantizar la repetición de la dosis profiláctica si procede en al menos el 90%.

MÉTODO
1.- Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar encargado de elaborar un protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica, constituido por personal médico. Responsable: Persona responsable del proyecto de calidad.
2.- Elaboración de un documento que guíe en la aplicación del protocolo desde el momento de inclusión en la lista de espera quirúrgica hasta la cirugía. Responsable: Persona responsable del proyecto de calidad.
3.- Difusión del protocolo de profilaxis quirúrgica a todo el personal, médico y de enfermería, del Servicio de Urología, tanto en consultas como en hospitalización. Responsable: Al menos 2 personas responsables de formación del servicio.
4.- Evaluación de resultados con carácter anual, mediante el análisis de la profilaxis quirúrgica aplicada a cada paciente. Dado el elevado nº de pacientes se realizará un muestreo sistemático. Difusión de los resultados al servicio. Responsable: Al menos 3 personas responsables de calidad del servicio.

INDICADORES
1.- Aplicación de la profilaxis antibiótica adecuada: Nº de pacientes quirúrgicos a los que se les ha aplicado el protocolo de profilaxis antibiótica/nº total de pacientes quirúrgicos.
2.- Realización de urocultivo a todas las cirugías endoscópicas: Nº de pacientes sometidos a cirugía endoscópica con urocultivo/nº total de pacientes sometidos a cirugía endoscópica.
3.- Repetición de la dosis profiláctica si procede: Nº de pacientes a los que se les ha repetido la dosis antibiótica/nº total de pacientes en los que se debería haber repetido la dosis antibiótica.

DURACIÓN
Inicio: Noviembre 2016; Finalización: Noviembre 2017.
Noviembre 2016: Constitución del grupo de trabajo y definición de los objetivos.
Noviembre-Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía urológica.
Diciembre 2016: Elaboración del documento guía para la aplicación del protocolo.
Enero 2017: Difusión a todo el personal sanitario del servicio de Urología.
Febrero-Noviembre 2017: Aplicación del nuevo protocolo.
Octubre-Noviembre 2017: Evaluación de la aplicación del protocolo mediante revisión de historias clínicas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1080

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑANIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... HELENA SANZ SANZ
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORBERA ALMAJANO MANUEL
AYALA CUEVAS BEATRIZ
MARTINEZ MORAL MARIA
CONTRERAS SARABIEGO MARIA JOSE
VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA
FERRER DUCE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Búsqueda exhaustiva de bibliografía actualizada relativa al proceso de duelo y la pérdida neonatal, así como protocolos establecidos en otros hospitales de la red del Sistema Nacional de Salud para el abordaje en el ámbito hospitalario de dichas pérdidas.
- Análisis de las características de la Unidad de Neonatología del Hospital materno-infantil del Hospital Miguel Servet y detección de aspectos de mejora en relación al abordaje a padres que se enfrentan a una pérdida neonatal en esta unidad.
- Elaboración de un díptico informativo del proceso de duelo y los trámites a seguir para entregar a los padres, así como una relación de los recursos existentes dentro y fuera de la red de salud pública dedicados al abordaje del duelo tras el alta hospitalaria.
- Elaboración de un procedimiento consensuado a seguir por los diferentes profesionales de la unidad, según sus ámbitos de competencias.
- Formalización y consenso respecto a la elaboración y forma de proceder con la “caja de recuerdos” que se ofrece a los padres si lo desean (qué objetos y cómo presentarlos, cuándo se entrega…).
- Elaboración de una “plantilla de nacimiento” donde se recogen los datos del bebé y las huellas de pies y manos para entregar a los padres como recuerdo.
- Presentación del díptico al resto de profesionales de la unidad e información sobre las actividades llevadas a cabo por el equipo de mejora, buscando una línea común y coherente entre todos los profesionales.
- Presentación en el grupo de mejora de calidad adscrito al Servicio de Psiquiatría de las actividades realizadas y su evolución, de forma regular durante el tiempo de desarrollo de la línea.
- Elaboración del registro de casos de exitus para cumplimentar por los profesionales.
- Asistencia al taller “Acompañamiento en el duelo gestacional y perinatal” de parte de los profesionales de la unidad para profundizar en los aspectos psicológicos y emocionales que tienen lugar en una situación de duelo, así como para aprender estrategias de abordaje y acompañamiento a los padres y familiares.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Elaboración del díptico informativo del proceso de duelo, trámites y recursos asistenciales. 100%
- Establecimiento de la relación de elementos a incluir en la “caja de los recuerdos”, junto con la plantilla de huellas de pie y mano. 100%
- Asistencia al taller “Acompañamiento en el duelo gestacional y perinatal” de parte de los profesionales de la unidad. Asistencia < 50% de la plantilla.
- Elaboración del registro de los casos de exitus y el procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo. Realizado 100%; pendiente de cumplimentar según tengan lugar los casos.
- Presentación en grupo de calidad y en la unidad de neonatología de las actividades realizadas. 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se destaca el interés que suscita dentro de los profesionales que asisten a bebés ingresados en la unidad de neonatología por el procesos de duelo y el acompañamiento a las familias en el caso de enfrentarse a una muerte prematura. Es importante continuar trabajando para mejorar el acompañamiento en estos casos, ya que un adecuado acompañamiento y asistencia en esos momentos de tan importante fragilidad y vulnerabilidad emocional puede ayudar a prevenir complicaciones a nivel psicológico.

Se detecta la demanda y necesidad de continuar ofreciendo formación específica sobre aspectos emocionales y técnicos a los profesionales asistenciales que atienden a bebés neonatos y sus familias, con el objetivo de dotarle de recursos para realizar un adecuado acompañamiento a dichas familias.

La mayor parte de familias que han sufrido una pérdida neonatal en la unidad y que fueron posteriormente entrevistadas valoran positivamente la atención recibida por los profesionales de la unidad.

Los profesionales que trabajan en la unidad valoran positivamente el díptico realizado y lo consideran útil en su trabajo diario.

Los profesionales que asistieron al taller se encuentran muy satisfechos con la materia impartida y consideran que lo han integrado en su trabajo.

Queda pendiente llevar comenzar a cumplimentar el registro de los casos de exitus y valorar posteriormente la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1080

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑANIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

actuación por parte de los profesionales.

Debido al interés suscitado en los profesionales, junto con su demanda de adquirir conocimientos y herramientas en el ámbito de la pérdida neonatal, se considera importante continuar trabajando sobre este campo de actuación. Se trata de una línea de bajo coste económico y de resultados muy positivos. A su vez, puede ser comparada con lo realizado en otros hospitales de la red pública, ya que cada vez son más los que establecen protocolos de actuación en relación a la pérdida neonatal y perinatal.

7. OBSERVACIONES.
En el año de presentación he indicado el de la presentación del proyecto (2016)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1080 ========== ***

Nº de registro: 1080

Título
MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑANIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

Autores:
SANZ SANZ HELENA, CORBERA ALMAJANO MANUEL, AYALA CUEVAS BEATRIZ, BOULLON GOMEZ ALEJANDRA, MARTINEZ MORAL MARIA, ALVAREZ TORMES INMACULADA, VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA, FERRER DUCE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Prevención del duelo patológico y formación de los profesionales

PROBLEMA
Los residentes de Psicología Clínica, supervisados por la Psicólogo Adjunta de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Infantil, (pertenecientes todos ellos al Servicio de Psiquiatría) desarrollan un programa de Atención Continuada para prestar atención psicológica a los bebés ingresados en la planta de Neonatología y sus familias. En este tiempo se ha detectado la necesidad de sistematizar el acompañamiento a las familias con bebés en situación de muerte perinatal o neonatal.
A través de entrevistas mantenidas con padres que han pasado por una situación de pérdida neonatal se recoge la necesidad de mejorar la atención asistencial recibida en dicha situación; así como la pertinencia de recibir información en soporte escrito que oriente en los derechos, recomendaciones y pasos a seguir. El formato escrito podría facilitar el procesamiento de la información, disminuyendo el impacto de las variables emocionales sobre los procesos cognitivos.
Por otro lado, el equipo asistencial ha transmitido la necesidad de recibir formación y conocimientos específicos que potencien los recursos personales para asistir a las familias que se enfrentan a la pérdida de un hijo recién nacido.
El acompañamiento y apoyo emocional a estas familias resulta necesario de cara a favorecer la elaboración del posterior duelo, así como a facilitar, en el caso de que lo hubiera, el desarrollo de un futuro embarazo de forma más saludable a nivel psiquico. Se considera, por otra parte, que dicho documento puede resultar un recurso asistencial para el personal sanitario encargado de dicha tarea.
Actualmente, no existe en la unidad de neonatología información sistematizada que los profesionales sanitarios puedan entregar a las familias, ni que sirva como guía en su práctica diaria. Resulta escasa la formación que reciben respecto al abordaje y acompañamiento a pacientes que se encuentran ante una muerte neonatal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejora de la atención sanitaria a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido.
- Aportar recursos técnicos a los profesionales que prestan asistencia a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido.

MÉTODO
- Elaboración de un documento escrito con información relativa a los derechos, recomendaciones y pasos a seguir en el proceso de pérdida de un hijo recién nacido que se encuentra ingresado en la planta de Neonatología del Hospital Infantil. Se lrealizará por el equipo de psicólogos clínicos a través de una búsqueda bibliográfica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1080

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION SANITARIA Y ACOMPAÑANIENTO PSICOLOGICO A PADRES Y MADRES ANTE LA MUERTE PERINATAL Y NEONATAL

- Presentación del documento a los profesionales médicos y sanitarios de la Unidad de Neonatología.Realizado por el equipo de psicólogos clínicos.
- Taller dirigido a profesionales médicos y sanitarios de la Unidad de Neonatología que prestan asistencia a familias que afrontan la muerte del hijo recién nacido, con el objetivo de favorecer la adquisición de recursos asistenciales ajustados a una situación de pérdida neonatal. Realizado por psicólogos clínicos.
- Distribución del documento en la UCIN y la unidad de cuidados Intermedios de Neonatología. Realizado por profesional de enfermería.
- Registro de los casos de exitus y del procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo por Psicólogos, Médicos Pediatras y Personal de Enfermería.

INDICADORES
- Desarrollo e implantación del documento escrito (Presente/Ausente).
- Desarrollo del taller dirigido a profesionales de la Unidad de Neonatología (Presente/Ausente).
- Registro de los casos de exitus y el procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo. Se cuantificarán los casos de exitus atendidos dentro de la Unidad de Neonatología junto con determinadas variables que se consideren relevantes.

DURACIÓN
- Elaboración de un documento escrito: Hasta el 31 de Diciembre de 2016.
- Presentación del documento a profesionales médicos y sanitarios de Neonatología: Enero de 2017.
- Elaboración del taller dirigido a profesionales médicos y sanitarios: Febrero de 2017.
- Impartición del taller a profesionales: Marzo de 2017.
- Distribución del documento en la UCIN y la unidad de cuidados Intermedios de Neonatología: Marzo de 2017.
- Registro de los casos de exitus y del procedimiento de acompañamiento profesional llevado a cabo por Psicólogos, Médicos Pediatras y Personal de Enfermería: desde Marzo a octubre de 2017.

OBSERVACIONES
Siendo que los Residentes de Psicología Clínica (PIR) son participantes fundamentales en el desarrollo del programa de Atención Continuada ya mencionado, se considera necesario hacerles formar parte del proyecto de mejora de calidad.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

Fecha de entrada: 20/11/2017

2. RESPONSABLE ..... ISABEL RUBIO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA
MARTINEZ VIÑUELAS LORENA
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
PARDOS GARCIA ROSA ANA
MAZA RODRIGUEZ RUTH
BELSUE ZANDUNDO ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En una primera reunión revisamos, entre todos los integrantes del proyecto, los procedimientos operativos de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo propios del Sector II de Zaragoza, el procedimiento operativo de gestión de los almacenes de fungible y el procedimiento de esterilización y desinfección en los equipos de atención primaria, cuya correcta implementación y seguimiento es el objeto de este proyecto.
Seguidamente analizamos como se están desarrollando estos procedimientos, en el momento actual, en el C.S.Campo de Belchite, y si se están utilizando los registros específicos para su control, detectando las siguientes irregularidades:
-Almacén: quedan registradas las caducidades en el momento de recibir el petitorio pero no se retiran puntualmente en el momento en que caducan, fundamentalmente en el caso del material fungible. No sabíamos si el almacén de Azuara dependía del de Belchite o eran considerados de manera independiente, porque el almacén de Azuara no disponía de etiquetas identificativas con los stocks mínimo y máximo. No se utilizaba el registro de los antipsicóticos depot. Se utiliza adecuadamente la hoja de devolución y la antigua hoja de petición de estupefacientes.
-Maletín de urgencias y carro de paradas: en Belchite se realizaban periódicamente las revisiones del carro de paradas y del maletín de urgencias, pero no así en Azuara, principalmente en el caso del maletín de urgencias. No se utilizaban los registros de caducidades.
-Esterilización: se realizaban los ciclos de esterilización pero no con una frecuencia establecida y sin registrarlos en los impresos del protocolo.
Tras este análisis inicial realizamos un reparto de tareas, cada participante del proyecto se hizo responsable de una sección a controlar, según expongo a continuación:
-Almacén Belchite: Rosa Ana Pardos García y Ruth Maza Rodriguez.
-Almacén Azuara: Encarna Belsué Zandundo.
-Carro de paradas Belchite: Mª José Rodriguez Rivera.
-Carro de paradas Azuara: Lorena Martinez Viñuelas.
-Maletín de urgencias Belchite: Elena Muñoz Dominguez.
-Maletín de urgencias Azuara: Isabel Rubio Gutiérrez.
-Esterilización Belchite: Begoña Martinez Casanova.
-Esterilización Azuara: Lorena Martinez Viñuelas.
Se comenzó con la correcta implementación de los procedimientos, se hicieron las revisiones y controles mensualmente, rellenando los registros adecuados en cada caso.
Además, durante el periodo de evaluación, comprendido entre abril y septiembre de 2017, cada integrante completaba una hoja de incidencias, si las había, con periodicidad mensual, según apartados, para detectar los problemas surgidos y hacer la evaluación posterior. También, las responsables de almacén, registraron la rotura de stock.
Posteriormente, se realizaron dos reuniones más para exponer las dudas que fueran surgiendo y dar solución a las incidencias ocasionadas, tomando decisiones por consenso sobre algunos aspectos, o consultando con otros compañeros o servicios, como el responsable de enfermería, la subdirección de enfermería o las responsables de farmacia del sector.
Los principales incidencias registradas fueron:
-No había maletines de urgencias adecuados en los dos puntos de atención (PAC Azuara y C.S. Belchite)
-No había etiquetas identificativas de medicamentos con los stocks máximo y mínimo en PAC Azuara (ya detectado en un primer análisis).
-Se había perdido la estufa de esterilización en Azuara.
-Las ampollas para el control biológico estaban caducadas.
-No había termoselladora.
-En los almacenes había gran cantidad de material caducado, principalmente material fungible (ya detectado en un primer análisis).
-No había un listado unificado de medicamentos, en los dos puntos de atención, para el carro de paradas y maletín de urgencias.
-En Azuara no constaban los principales protocolos de urgencias cerca del carro de paradas.
-Consideramos que los carros de paradas no son adecuados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

-Incidencias relacionadas con el desabastecimiento, caducidad o no reposición de medicamentos o material.
-Incidencias relacionadas con el proceso de esterilización, por falta de material necesario o por desatención durante periodo vacacional.
Progresivamente hemos ido solucionando la mayoría de las incidencias. Asimismo, hemos tenido revisiones por parte de subdirección de enfermería del procedimiento de esterilización, y de responsables de farmacia para revisión de almacén, carro de paradas y maletín de urgencias, quienes nos han ayudado a solucionar dudas sobre el procedimiento, y nos han dado las herramientas, en algunos casos, para solventar las incidencias que iban surgiendo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mensualmente, cada participante en el proyecto, registraba las incidencias, por apartados. También se registró la rotura de stock por las responsables de almacén. Al finalizar el periodo de evaluación se analizaron estos datos mediante el programa Excel. Se han excluido incidencias referentes a material médico que no fuese medicamentos o material fungible, pues consideramos que no son objeto de la evaluación de este proyecto.
Los resultados obtenidos son:

Total incidencias: 55 Resueltas: 49 (89%) No resueltas: 6(11%)
Nº incidencias/mes: 55/6=9,16 incidencias mes.
Por apartados:
Almacén:17/55(29%); Resueltas:15/16(93%; No resueltas1/16(7%)
Carro de paradas 9/55(16%);Resueltas:6/9(67%);No resue3/9(33%)
Maletín de urgencias: 23/55 (42%);Resueltas: 23/23(100%)
Esterilización: 6/55 (11%);Resueltas:3/5(6%);No resueltas: 2/5(4%)

Total episodios rotura stock: 45 Resueltos:34/45(75%) No resueltos: 11/45(25%)
Nº rotura stock/mes: 45/6=7,5.
Incidencias resueltas:
Se solicitaron dos maletines de urgencias, dentro del plan de necesidades, que nos fueron suministrados en el mes de agosto. Se montaron de manera uniforme en los dos puntos de atención.
Tras la visita de la subdirectora de enfermería para el control del proceso de esterilización, se le planteó la necesidad de una estufa de esterilización y termoselladora. En breve periodo nos suministró la estufa que faltaba, no así la termoselladora.
El servició de farmacia nos envió las etiquetas con stock máximo y mínimo para el almacén de Azuara, que fueron colocadas.
Mediante consenso y basándonos en el procedimiento de maletín de urgencias y carro de paradas, elaboramos unos listados con el material imprescindible, de manera unificada en los dos puntos de atención.
Así mismo, se prepararon dos carpetas, una para cada punto de atención, donde tener guardados estos listados junto con los registros de caducidades, de manera accesible, para uso y conocimiento de todos los integrantes del equipo.
Se colocaron los principales protocolos de urgencias cerca del carro de paradas de Azuara.También se plastificaron estos protocolos y se colocaron en sendos maletines de urgencias.
También incidencias surgidas con caducidades o no reposición adecuada que han sido solucionadas por cada responsable en el momento.
Incidencias no resueltas:
No hemos conseguido la termoselladora.
Los carros de paradas son obsoletos y pequeños pero no hemos hecho la petición de unos nuevos en este periodo. Sería una tarea pendiente de realizar.
Rotura de stock:
La mayoría de la rotura de stock se ha solucionado con el petitorio normal de medicamentos. En algunos casos ha habido un desabastecimiento de almacén central, que en alguna situación ha obligado a suprimir ese medicamento del petitorio.
En ocasiones, y principalmente durante el periodo estival, pequeños desabastecimientos en el almacén de Azuara se han solucionado utilizando medicación del C.S. Belchite.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las conclusiones que podemos obtener tras la evaluación del proyecto son:
Durante el desarrollo del proyecto nos hemos ajustado al procedimiento y hemos realizado los registros mensuales, consiguiendo una mejor gestión y control de los recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia. Las revisiones periódicas de la caducidad de la medicación y su registro son estrictamente necesarias en el marco, tanto de la seguridad del paciente como del profesional, al igual que el control de los procesos de esterilización.
El control del stock máximo y mínimo de la medicación consigue una adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando el abuso de recursos o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
La homologación de estos procedimientos de soporte permite evitar diferencias entre los diferentes equipos en el abordaje de procedimientos comunes.
Todo ello es una herramienta útil en el contexto de mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente.
Debemos continuar con el desarrollo de estos procedimientos en nuestro equipo, dejando todos los procesos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

correctamente registrados y accesibles para la aplicación y revisión por cada miembro del equipo.

7. OBSERVACIONES.
A la finalización de este proyecto se nos proporcionó la nueva revisión del procedimiento por lo que hay procesos que no hemos desarrollado, como el control de los medicamentos en los consultorios locales, algo muy útil en nuestro centro de salud ya que consta de 14 consultorios.
Asimismo, se dejará en las salas de urgencias el anexo sobre la caducidad de las formas farmaceúticas multidosis, nuevo en este último protocolo.
Toda la documentación está bajo la supervisión del responsable de calidad, a disposición de quién la precise.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/323 ========== ***

Nº de registro: 0323

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

Autores:
RUBIO GUTIERREZ ISABEL, MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA, MARTINEZ VIÑUELAS LORENA, MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, PARDOS GARCIA ROXANA, MAZA RODRIGUEZ RUTH, BELSUE ZANDUNDO ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CON PATOLOGÍA PROPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA O ATENCIÓN CONTINUADA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0323

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP CS BELCHITE

verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ (ENFERMERA AC)
Urgencias: BEGOÑA MARTINEZ CASANOVA (ENFERMERA AP)
Esterilización: LORENA MARTINEZ VIÑUELAS (ENFERMERA AP)

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
Actividades 2017
Distribución proyectos: ENERO Y FEBRERO
Formación: ENERO Y FEBRERO
Nombramiento responsables:ENERO
Puesta en marcha procedimiento :MARZO
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros:MAYO
Seguimiento actividad: controles trimestrales:JUNIO,SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE.

Indicadores y conclusiones finales: NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

Propuestas de mejora: NOVIEMBRE Y DICIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
MAZA RODRIGUEZ RUTH
PARDOS GARCIA ROSA ANA
CAPABLO MAÑAS BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Enero se realiza una primera reunión con todos los integrantes del equipo de calidad para analizar la situación actual sobre los recursos disponibles en nuestro C.S Belchite para la atención urgente continuada que es en lo que se basa nuestro programa de calidad. Comprobamos la ausencia o existencia escasa de registros que sirvan de control de estos recursos, salvo en el caso del carro de paradas que si que se realiza un registro mensual, también encontramos material en desuso, caducidades y a veces falta de material necesario. Para solucionar estos primeros problemas decidimos unificar unos criterios de registro mediante el uso de unas plantillas comunes que permitan apuntar fechas, incidencias y soluciones tomadas en cada caso.
Proponemos unos indicadores que nos permitan cuantificar los resultados que obtengamos al finalizar nuestro programa de calidad que van a ser:
-Nº de incidencias que surgen.
.Nº de incidencias solucionadas.
-Cantidad de material roto o en desuso.
-Cumplimiento de las hojas de registro.
Comunicamos al equipo de Atención primaria nuestro programa de calidad para que queden informados, en que va a consistir y como lo vamos a realizar.
Establecemos un calendario de dos reuniones más (Abril y Junio)para evaluar incidencias surgidas y propuesta de lineas de mejora.
Distribuímos entre los componentes del equipo el material que cada uno va a gestionar y controlar a lo largo del proyecto:
Carro de paradas: Mª José Rodriguez Rivera
Maletín de urgencias: Elena Muñoz Domínguez
Vitrina urgencias: Ruth Maza Rodriguez
Electrocardiógrafo: Rosa Ana Pardos García
Oxígeno, aspirador y pulsioxímetro: Belén Capablo Mañas
Desde Marzo, cada componente ha estado realizando un registro mensual mediante el uso de una hoja creada por nosotros con un programa de Excell; hoja de incidencias; hoja rotura stock;hoja devolución y control de caducidades en el caso del carro de paradas, maletín de urgencias y vitrina, mientras que para el electrocardiógrafo y material relacionado con el oxígeno usamos hoja de incidencias;hoja registro de verificación y hoja de actividades de mantenimiento interno y externo (y hoja de stock almacén también para el oxígeno)
En posteriores reuniones (Abril y Junio) vamos poniendo en común los problemas e incidencias que nos surgen a cada uno al rellenar nuestras respectivas hojas de registro ya que trabajando en equipo buscamos la mejor solución para cada caso cuando la hay y si no intentamos mejorar el problema en la medida de lo posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mediante el uso como fuente de información de todos los registros recogidos de manera mensual detectamos las siguientes incidencias:
A.. Generales o comunes:
- Numerosas caducidades de fármacos y material de urgencias.
-Desabastecimiento de material de urgencias y fármacos por rotura de stock
-Falta de reposición en algunos casos del material de urgencias por parte del personal del centro tras su uso.
- Desorganización del material de urgencias en general y más frecuentemente tras su uso.
B. Específicas según el material:
- Carro de paradas y maletín de urgencias inadecuados con falta de espacio.
-Material obsoleto en carro de paradas y maletín de urgencias como es el caso de ambús y mascarillas para el mismo.
-No hay unificación de criterios en cuanto a qué medicación ni cantidad debe de haber en el carro y el maletín de urgencias._
-Falta de material básico de urgencias en el maletín del centro como puede ser mascarillas de reservorio, ambú pediátrico..
-Falta de protocolos RCP en carro y maletín de urgencias.
-Problemas de funcionamiento con el electrocardiógrafo. y pulsioxímetro.
-Aspirador roto,no funciona.
-Zona de almacenaje inadecuada para las bombonas de oxígeno.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Tras analizar todas las incidencias y de acuerdo a nuestros indicadores establecidos y nombrados anteriormente llegamos a estos resultados:
Indicadores:
-Nº de incidencias totales que surgen: 57
-Nº de problemas o incidencias solucionadas:49, (85%) de las cuales:
Carro de paradas:10 incidencias, resueltas 6 (60%)
Maletín de urgencias: 24 incidencias, resueltas 23 (96%)
Vitrina:15incidencias, resueltas 15 (100%)
Electrocardiógrafo:4 incidencias, resueltas 3 (96%)
Oxígeno,aspirador y pulxi:4incidencias,resueltas2 (50%)
-Cantidad de material roto o en desuso: 2
-Cumplimiento de las hojas de registro:Si
Los resultados son bastante satisfactorios puesto que la mayor parte de las incidencias quedan resueltas:
Los fármacos y material caducado así como las roturas de stock se solventan mediante la solicitud en petitorio a través del c
oordinador de enfermería.
Se reorganiza el carro de paradas, vitrina y maletín de urgencias de manera que todo el material este más visible y facilite su localización de manera más rápida ante una urgencia.
Con el uso mensual de las hojas de registro conseguimos que todos los fármacos y material se encuentre debidamente repuestos en todo momento.
Se unifican criterios en cuanto a cantidades de fármacos y material que deben de tener tanto el carro como en el maletín de urgencias o la vitrina.
Se renueva parte del material obsoleto como es el caso de un ambú pediatrico nuevo.
En relación a otro programa de calidad paralelo que se está realizando en el centro que también incluye fármacos del maletín de urgencias se consigue un maletín nuevo que cubre bastante bien las necesidades del centro.
Se colocan protocolos de RCP plastificados tanto en maletín como en la pared que está justo al lado del carro.
Se solucionan fallos de funcionamiento del pulsioxímetro mediante el cambio de pilas.
Se solucionan fallos de funcionamiento del electrocardiógrafo a través de consultas con el personal de mantenimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valorando con el equipo de mejora de calidad sobre las actividades realizadas en relación a la consecución de los objetivos iniciales marcados que son mejorar la calidad de la atención urgente mediante el uso adecuado de los recursos disponibles así como el control del material de urgencias existente para poder llevar a cabo las situaciones reales urgentes que puedan surgir con la mayor eficiencia posible, llegamos a la conclusión de que nuestro programa de calidad ha sido útil puesto que nos ha permitido clasificar, ordenar y contabilizar el material de urgencias de nuestro centro de salud evitando tanto duplicidades de existencias como carencias surgidas. Esto nos sirve a todo el equipo como base para poder brindar una atención urgente de manera mas rápida y competente puesto que ahora una buena parte del material de urgencias está mucho más accesible y estructurado con respecto a como lo estaba antes de iniciar nuestro programa de calidad.
Sería interesante continuar con este trabajo ya que nos quedan todavía incidencias por solucionar como son conseguir ambús y mascarillas de adultos actualizados,un aparato de aspiración nuevo que queda pendiente de solicitar, o conseguir material novedoso de intubación como es el caso de las mascarillas laríngeas.
Consideramos también y quizá sea la razón de más peso para querer mantener este programa de calidad, el continuar realizando de manera mensual todos los registros para seguir controlando el material (orden, abastecimiento y uso) evitando así situaciones negativas anteriores que disminuyen la eficacia en la atención continuada urgente pero decidimos cerrar este proyecto por el momento porque queremos planificar otro nuevo donde se incluyan nuevos aspectos que aquí no han sido tratados ni tenidos en cuenta como pueden ser almacén, organización de las sala de urgencias o incluso control del coche de urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/453 ========== ***

Nº de registro: 0453

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

Autores:
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, CAPABLO MAÑAS BELEN, MAZA RODRIGUEZ RUTH, PARDOS GARCIA ROXANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uso con baja eficiencia de los recursos disponibles en el centro de salud en situaciones de urgencia por falta de organización o conocimiento de los mismos.
Proyecto de mejora que considero necesario para abordar y solucionar esta situción de manera eficaz mediante la aduación de los procedimientos oportunos así como de la optimización de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la calidad de la atención urgente a los pacientes mediante el uso adecuado de los recursos disponibles.

Control de salas y de todo el material relacionado con la actividad asistencial urgente para adecuar con la mayor eficiencia posible el material necesario a cada situación real urgente que pueda surgir aumentado la competencia de los profesionales con máximos resultados.

MÉTODO
Información al personal del proyecto y distribución de responsabilidades para cada uno para poder llevar a cabo un control y puesta en marcha de todo el equipamiento de urgencias disponible en el centro incluyendo vitrina, carro, maletín de urgencias, electrocardiógrafo, oxígeno y aspirador.

Establecer unos indicadores que se obtendrán a partir de la cumplimentación periódica de unos registros adecuados para verificar el control de los recursos.

Reuniones con los componentes del proyecto para elaborar listas de incidencias que puedan aparecer así como abordaje de las mismas para solventarlas.

INDICADORES
Número de incidencias que surgen
% de problemas solucionados
Cantidad de material en deshuso.

DURACIÓN
Enero: Reunión para conocer el proyecto, distribución de responsabilidades y explicación de los registros a cumplimentar.

Febrero: Puesta en marcha del proceso

Abril: Reunión para evaluación de incidencias surgidas y propuesta de lineas de mejora y puesta en marcha de las modificaciones oportunas.
Marzo-Octubre: Evaluación del seguimiento.
Noviembre: Memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0453

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA GESTION DE PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCION URGENTE CONTINUADA EN ZONA DE CAMPO DE BELCHITE

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................: 3 Bastante

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1237

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CAIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2105/2016)

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... KARLOS NAVERAN TOÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO VERA JOSE JUAN
BELLO MARTINEZ AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al inicio del curso se evaluó la distribución de los distintos grupos de alimentos, así como las calorías del menú escolar del CEIP Belia.
Se realizaron visitas a la cocina y al comedor para comprobar in situ las materias primas con las que se elabora la dieta, así como el ambiente en el que los escolares realizan su comida.
Se ha participado conjuntamente con la comunidad educativa en jornadas de "desayunos saludables" en el centro escolar.
Se ha realizado evaluación de la ingesta de los vegetales y fruta servidos a los niños mediante el análisis de bandejas en el comedor (método Comstock de estimación visual).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido que los menus contentan las calorías requeridas, así como una adecuada distribución de todos los grupos de alimentos.
Queda pendiente analizar los datos obtenidos tras la evaluación de las bandejas. Tras dicho análisis se establecerá si los escolares de dicho centro escolar ingieren las cantidades recomendadas de fruta y verdura durante su comida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora de forma muy positiva la respuesta de los escolares a la introducción de hábitos saludables en su dieta.
Se objetiva que la adquisición y seguimiento de dichos hábitos puede contribuir a seguir un estilo de vida saludable en el futuro

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1237 ========== ***

Nº de registro: 1237

Título
SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CEIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2016/2017

Autores:
NABERAN TOÑA KARLOS, CALVO VERA JOSE JUAN, BELLO MARTINEZ AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Por solicitud se analizan los menús escolares de comedor y el tipo de alimentos durante el curso 2016/2017.
Durante el curso anterior (2015-2016) se objetivó bajo número de calorías en algunos de los menús y deficiente ingesta de frutas y vegetales, por lo cual se creyó conveniente realizar seguimiento durante el curso actual

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1237

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA ADECUACION DE LOS MENUS DE COMEDOR Y TIPO DE ALIMENTOS DEL CAIP BELIA (BELCHITE) PARA EL CURSO 2105/2016)

1- Adecuar el contenido y valor nutricional.
2- Fomentar la alimentación saludable promoviendo el consumo de fruta,verdura y pescado enla consulta de pediatría.
3- Asegurar la alimentación variada y saludable independientemente del resto de comidas en domicilio.
4-Adecuación de los menús para los niños con problemas de salud específicos: celiaquía, obesidad, intolerancia a lactosa, hipercolesterolemia, etc
5-Promocionar el uso de aceite de oliva, retirando si hubiera, aquellos productos con aceite de palma y coco. Retirar de los menús pescados susceptibles de estar contaminados de origen (ej: panga)

MÉTODO
1-Reuniones periódicas con profesorado y responsables de la cocina.
2-Visita a las cocinas para verificar elaboración de los productos

INDICADORES
1. Que los menús contengan de 1.700-200Kcal/día por niño
2. Que haya una pieza de fruta de temporada en cada comida
3. Adecuar los menús a los niños con necesidades especiales
4. Vigilar de aceites y productos saludables

DURACIÓN
Marzo: reunión informativa con directora del centro escolar
Abril: visita a cocinas e información con los responsables de las mismas. Propuesta nuevos menús
Septiembre: evaluación y cronograma próximo curso

OBSERVACIONES
Este proyecto da continuidad al iniciado el curso anterior, y pretende así mismo, seguir durante el curso 2017-2018

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0335

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA MUÑOZ DOMINGUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE
CAPABLO MAÑAS BELEN
MAZA RODRIGUEZ RUTH
RAMON ARBUES ENRIQUE
SOLSONA MARTINEZ PILAR
SANCHEZ GALAN PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A finales de Abril iniciamos unas reuniones todos los participantes del proyecto de calidad para hacer una valoración previa de la situación del estado en el que se encuentran los carros de paradas y maletines de urgencias tanto del C.S de Belchite como del C.S de Azuara encontrando como principales problemas que los carros de paradas con los que contamos son muy pequeños y no llevan cajones para poder distribuir el material de manera adecuada puesto que son carros de curas y que parte del material que tenemos está obsoleto, viejo y estropeado como es el caso de los ambús y mascarillas faciales además de material importante que falta como son mascarillas laríngeas y guedels de distinta numeración . Otros problemas serán caducidades o falta de reposición de lo gastado .
Para abordar estos problemas, aunque había unos registros previos, decidimos crear unos listados de Excell más completos con todo el material y medicaciones necesarias y unas hojas de incidencias que nos permitieran realizar un control con periocidad mensual.
Fijamos un calendario de trabajo y distribución de tareas que incluía:
-Información a los profesionales del equipo del programa de calidad.
-Realización de una sesión formativa a todo el EAP sobre uso del material de soporte respiratorio urgente centrado en el uso de mascarilla laríngea.
-Cumplimiento y registro mensual tanto del listado Excell como de las hojas de incidencias.
-Establecimiento de unos indicadores:
Realización de un curso de formación sobre carro de paradas y svb.
Actualización del material del carro de paradas y maletín de urgencias.
Número de registros de revisión periódica realizados/ Número de registros de revisión periódica planificados.
Número de incidencias solucionadas/ Número de incidencias registradas.
-Realización de otra reunión en Octubre para valorar incidencias y proponer líneas de mejora para los problemas que surjan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cada participante del proyecto, usando como fuente de información y con una periodicidad mensual los listados de Excell creados de material y medicación para carro y maletín de urgencias recogemos las siguientes incidencias:
A. Generales:
Caducidades de material y medicación
Falta de reposición del material por parte del personal del centro tras el uso del maletín o el carro
Falta de reposición del material por no haber en stock o no realizar pedidos.
B. Específicas:
Carros de paradas tanto de Azuara como de Belchite pequeños e inadecuados ya que son carros de curas, no de paradas.
Material obsoleto en carros y maletines principalmente ambús tanto de adultos como pediátricos así como sus mascarillas faciales.
Falta de material básico de soporte ventilatorio actualizado como son las mascarillas laríngeas .
Falta de equipo de intubación en maletín de urgencias de Belchite.
En base a los indicadores establecidos y junto con el análisis exhaustivo de todas las incidencias surgidas podemos valorar los resultados alcanzados:
- Numero de registros de revisión periódica realizados/ Número de registros de revisión periódica planificados:24 registros realizados/ 24 registros planificados (100% cumplimiento)
- Número de incidencias solucionadas/ Número de incidencias registradas:108 solucionadas/127 no solucionadas (85% solucionadas)
- Asistencia a cursos de svb y carro de paradas: Si
- Actualización del material de los carros de paradas y maletines de urgencia: Si

Los resultados son muy satisfactorios puesto que hay un cumplimiento muy alto de los indicadores establecidos ya que se resuelven la mayoría de las incidencias surgidas.
Se renueva bastante material, consiguiendo actualizar todos los ambús, pediátricos y de adultos con sus mascarillas faciales correspondientes tanto para los carros como para los maletines del C.S de Azuara y Belchite.
Se consiguen mascarillas laríngeas para intubación y guedels de diversos números. También se pone en práctica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0335

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

este nuevo material mediante una sesión formativa sobre el uso de la vía aérea y mascarilla laríngea impartida por Patricia Sanchez Galán.
Se asiste al curso impartido por el sector II : " Taller de circuito de activación del sistema de urgencias extrahospitalarias y gestión del carro de paradas"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Después de evaluar nuestro proyecto y las actividades realizadas por el equipo de mejora podemos concluir que nos hemos ajustado bastante a los objetivos marcados en un principio ya que se ha conseguido aumentar el conocimiento, actualización y control por parte de los profesionales del equipo del carro y maletín de urgencias lo que supone mejorar la atención sanitaria hacia los usuarios en caso de una situación de urgencia que es el fin principal de nuestro programa de calidad.
No hemos podido conseguir los carros de parada. Se solicitaron personalmente a la Subdirección de Enfermería; lamentablemente por falta de recursos económicos no ha sido posible su compra, pero es uno de los materiales priorizados para su adquisición en cuanto sea posible.

Al finalizar este proyecto nos hemos dado cuenta de la necesidad de implicar a todo el personal del equipo de Atención Primaria en el control del material del carro de paradas y maletín de urgencias por ello, hemos transmitido esta necesidad al coordinador médico. En este momento está pendiente el establecimiento de un sistema para participación de todo el equipo en estas tareas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/335 ========== ***

Nº de registro: 0335

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Autores:
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, CAPABLO MAÑAS BELEN, MAZA RODRIGUEZ RUTH, RAMON ARBUES ENRIQUE, SOLSONA MARTINEZ PILAR, SANCHEZ GALAN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Tanto el carro de paradas como el maletín de urgencias son dos puntos claves imprescindibles para los profesionales sanitarios en situaciones de urgencias que hay que saber manejar de manera rápida y efectiva para garantizar una atención urgente de calidad que reduzca la variabilidad clínica y permita la seguridad de los pacientes. En un proyecto previo/ análisis (del año pasado) se observó en nuestro centro de salud que ni el carro de paradas ni el maletín de urgencias eran los adecuados para ofrecer una rápida actuación en caso de necesidad puesto que eran muy pequeños y no permitían una colocación visible de fármacos y del material además de contar con mucho material obsoleto . Problema que quedó en parte resuelto con el maletín de urgencias pero no en el caso del el carro de paradas, de ahí que consideremos importante iniciar este nuevo proyecto de calidad sobre los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aumentar el conocimiento y control por parte de los profesionales sanitarios del uso del carro y maletín de urgencias para poder brindar una atención más rápida y segura en situaciones de urgencia
2. Actualización del carro de paradas y maletín de urgencias
3. Control del carro de paradas y del maletín de urgencias.
4.. Mejorar la calidad de la atención a los usuarios en situaciones de urgencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0335

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA GESTION Y USO DEL CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS EN RELACION A LA ATENCION CONTINUADA URGENTE EN ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

MÉTODO
1-Información a los profesionales del equipo del proyecto
2- Formación en atención urgente y carro de paradas
3-Aplicación práctica de la formación sobre del material de urgencias y carro de parada
4. Actualización del material en el C.S Belchite y en PAC de Azuara
5. Creación y cumplimentación de registros para la revisión periódica del maletín de urgencias y carro de paradas en el C. S Belchite y Azuara
6. Creación y cumplimentación registro de indicencias

INDICADORES
-Asistencia a cursos de SVB, carro de paradas. Objetivo realización por al menos un componente del grupo de un curso de SVB y carro de paradas
-Actualización del material del carro de paradas y maletin de urgencias. Objetivo SI
-Número de registros de revisión periódica realizados/ Número de registros de revisión periódica planificados Objetivo 100%
-Número de incidencias solucionadas/Número de incidencias registradas. Objetivo 80%

DURACIÓN
Abril-Mayo : Reunión con el equipo para difusión y distribución de responsabilidades y puesta en marcha del proyecto.
Mayo-Junio: Formación, realización de cursos SVB, carro paradas...
Junio-septiembre: Actulización del carro y maletín
Cumplimiento de registros
Octubre: Reunión para valorar incidencias y proponer nuevas líneas de mejora para ello.
Diciembre: Evaluación y memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0498

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA ANA PARDOS GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLO MARTINEZ AMPARO
CAPABLO MAÑAS BELEN
GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR
MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA
MARTINEZ VIÑUALES LORENA
MAZA RODRIGUEZ RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La responsable del proyecto asistió al Curso de formación para la implementación de consultas específicas de deshabituación del tabaco en atención primaria, en mayo de 2018, organizado por el SALUD, y acreditado con 20h lectivas. Esta formación sirvió de base para la elaboración de una sesión que fue impartida en el CS Campo de Belchite a todo el personal médico y de enfermería del equipo.
Se presentó el proyecto de calidad al equipo haciendo especial hincapié en la importancia del adecuado registro del tabaquismo y nuestras intervenciones en la historia clínica.

Desde mayo hasta diciembre de 2018, los miembros del equipo de mejora, fueron preguntando a los pacientes que acudían a consulta por otros motivos, sobre sus hábitos tóxicos, entre ellos el consumo de tabaco. En caso de que reconocieran ser fumadores y ese dato no estuviera adecuadamente registrado, se creaba el episodio de dependencia al tabaco.
Los pacientes fumadores, volvían a ser interrogados por sus hábitos y por su interés en abandonar el hábito. En función de su motivación se realizaba una intervención breve o intensiva.

Como intervención breve, se ofrecía un material informativo en papel y la disposición del personal sanitario para ayudarles en el abandono del tabaco cuando se encontraran más preparados.
En la intervención intensiva, se iniciaba un seguimiento personalizado. En primer lugar, pactando una fecha para abandonar el tabaco y decidiendo el tratamiento farmacológico más apropiado en cada caso. Posteriormente, se contactaba con el paciente, bien en consulta o telefónicamente, a los 3 días, 15 días, 30 días y 60 días, tras el inicio del tratamiento.

Se han utilizado los materiales de trabajo que facilita la página web del Ministerio de Sanidad y la semFYC, así como un cooxímetro para la determinación de CO2 espirado.

Se han realización espirometrías a algunos de los fumadores de 40 años captados. Sin embargo, hemos encontrado dificultades a la hora de plantear esta prueba diagnóstica, pues muchos de los pacientes debían desplazarse de sus lugares de residencia para ello, al no disponer de dispositivos en los consultorios locales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Frecuencia de registro del tabaquismo en la historia clínica de AP:
Con el fin de medir la frecuencia de registro del tabaquismo en la historia clínica, se revisaron en OMI el total de pacientes mayores de 15 años que habían acudido a las consultas de AP del CS Campo de Belchite por cualquier motivo, desde 1 mayo de 2018 hasta 31 diciembre de 2018. Un total de 2572 pacientes.

Se revisó si habían sido preguntados sobre hábitos tóxicos, entre ellos el tabaco. 1378 pacientes, sí habían sido interrogados, lo que supone una media en la frecuencia de registro del equipo del 54%.
De los 7 cupos de atención primaria revisados, hay que destacar la gran variabilidad entre los resultados alcanzados en las consultas donde trabajó el personal implicado en el proyecto (90,7; 82,7%; 80,2%; 66,5%) frente a los del resto de profesionales del EAP, (56,5%; 27% y 24,3% de registro de hábitos tóxicos.)

El número de fumadores que se detectó fue de 329. Un 24% de la población mayor de 15 años preguntada, lo que coincide con los estudios publicados por la Encuesta Europea de Salud en España para Aragón.

Deseo de abandono del tabaco en AP:
El número de fumadores a los que se les ha realizado una intervención breve ha sido de 183 y 13 han aceptado una intervención intensiva. Es decir, a un 60% del total de fumadores detectados se les realiza algun tipo de intervención.
Sólo un 7% de los fumadores aceptan una intervención intensva.
De los que se han sometido a tratamiento, 11 han permanecido sin fumar a los 60 días, lo que supone un 85%
Diagnóstico de EPOC en fumadores:
No hemos valorado los resultados relativos a la última fase del proyecto de calidad debido a que el número de espirometrías realizadas ha sido muy inferior al desable para poder hacer una evaluación fiable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0498

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Los resultados son mucho mejores en aquellos cupos en los que los profesionales están directamente implicados con el proyecto. El registro de la información es más completo y el paciente está mejor atendido. Hemos observado que hay pacientes a los que se les pregunta por su hábito pero no se les hace ningun tipo de intervención, ni siquiera breve. Y es una oportunidad que, como profesionales de la sanidad, no debemos dejar pasar.
Cuando se le pregunta al fumador por el deseo de abandonar su hábito, nos encontramos con pacientes muy receptivos, que buscan ayuda.
La espirometría es una prueba muy valiosa pero que está infrautilizada. En el medio rural, las dificultades de desplazamiento de nuestros pacientes a los centros de salud limitan en muchas ocasiones su uso. Y en otras, somos los propios sanitarios los que no recurrimos a ella.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/498 ========== ***

Nº de registro: 0498

Título
CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Autores:
PARDOS GARCIA ROSA ANA, BELLO MARTINEZ AMPARO, CAPABLO MAÑAS BELEN, GONZALVO HERNANDO MARIA PILAR, MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA, MARTINEZ VIÑUELAS LORENA, MAZA RODRIGUEZ RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tabaco es la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados y la causa más importante de años de vida perdidos de forma prematura junto a años vividos con discapacidad en España. Según la encuesta europea de Salud en España de 2014, en Aragón, un 23,9% de la población mayor de 16 años fuma a diario y un 2,5% se declara fumador ocasional y un 19,4% son ex-fumadores. Aragón ocupa el cuarto lugar entre las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de consumidores diarios.
En la actualidad, la tasa registrada de dependencia al tabaco en el Centro de Salud Campo de Belchite es del 11,5 % de la población total, cifra muy inferior a los datos de prevalencia de tabaquismo conocidos en nuestro medio.
Por lo tanto, se hace necesario un correcto registro de esta población, así como un programa específico de deshabituación tabáquica intensiva con el fin de disminuir el número de fumadores y prevenir futuras enfermedades.

RESULTADOS ESPERADOS
Identificación y correcto registro de los fumadores de nuestra zona de salud.
Intervención breve o avanzada (según el grado de motivación de los fumadores) con el fin de disminuir el número de pacientes con dependencia al tabaco.
Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC mediante la realización de espirometrías en pacientes fumadores mayores de 40 años.

MÉTODO
La captación de los pacientes con dependencia tabáquica se realizará tanto por el personal médico como de enfermería en las consultas habituales de atención primaria y atención continuada.
Tras el consiguiente registro e inclusión en el protocolo 319 de cartera de servicios (CIAP P17) se valorará el grado de motivación con el test de Richmond y se procederá a la intervención breve o intensiva según el caso.
Previamente se habrá realizado una formación de los profesionales que van a participar en el proyecto y la difusión activa del proyecto entre todos los miembros del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0498

1. TÍTULO

CAPTACION DE FUMADORES, SEGUIMIENTO E INTERVENCION SOBRE EL HABITO TABAQUICO EN LA ZONA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE

Los pacientes interesados en llevar a cabo una intervención intensiva, dejarán sus datos y serán contactados telefónicamente para pactar la fecha de las diferentes sesiones de seguimiento en cada caso (tres días, dos semanas y un mes tras la fecha pactada del cese del consumo de tabaco). Posteriormente se realizará un seguimiento telefónico.
A los fumadores mayores de 40 años captados, se les sugerirá la realización de una espirometría para el despistaje de EPOC.

INDICADORES
Frecuencia de registro del hábito tabáquico en la historia clínica en AP:
Población >15 años a las que se les ha preguntado por consumo de tabaco/población >15 años atendida en consulta >15 años (60%)
Número de fumadores >15 años/ personas >15 años a las que se les ha preguntado sobre consumo tabaco (20%)
Intervención breve/fumadores incluidos en el programa(100%)
Deseo de abandono del hábito tabáquico en AP:
Intervención intensiva/ fumadores incluidas en el programa(30%)
Pacientes que dejan de fumar/ fumadores incluidas en el programa (30%)
Diagnóstico de EPOC en fumadores:
Diagnósticos de EPOC en espirometrías de mayores de 40 años/total de espirometrías realizadas en pacientes incluidos en el programa (10%)

DURACIÓN
En el mes de mayo tendra lugar la formación de los profesionales y la presentación del proyecto al equipo. Durante los meses de mayo a diciembre se realizará el proceso de captación e intervención. Se realizarán reuniones de revisión y puesta en común en junio, septiembre y noviembre . En el mes de diciembre se analizarán los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0530

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE RODRIGUEZ RIVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO VERA JOSE JUAN
MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA
RAMON ARBUES ENRIQUE
SANCHEZ GALAN PATRICIA
SOLSONA MARTINEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Febrero de 2018 pasamos una encuesta anónima a todos los profesionales con objeto de saber su opinión y que temas les parecerían mas adecuados de cara a realizar sesiones y /o talleres formativos.
Las sesiones-talleres se han repartido a lo largo de todo el año 2018 y han tratado los temas médicos urgentes mas demandados por el equipo.
Sesiones-talleres impartidas:
- “Manejo de urgencias respiratorias pediátricas” impartida por José Juan Calvo el dia 10 de Septiembre de 2018.
-”Manejo urgente de la vía aérea” impartida por Patricia Sánchez el 14 de Septiembre de 2018.
- “Manejo funcional del esguince de tobillo no complicado” impartida por Enrique Ramon el día 8 de Octubre de 2018.
-. “Síndrome coronario agudo. Código infarto en Aragon” impartida por Mª José Rodriguez el 3 de septiembre de 2018.
- “Urgencias pediátricas. Casos clínicos” impartida por Jose juan Calvo el dia 29 de Octubre de 2018.
- “RCP básica y desfibrilador” impartida por MªJosé Rodriguez y Patricia Sanchez el día 12 de Noviembre de 2018.
- “Atención inicial al trauma grave” impartida por Patricia Sanchez el 17 de Diciembre de 2018.
Las sesiones han sido en muchos casos de carácter practico, nos hemos ayudado de diferentes materiales (maniquies, simuladores, mascarillas de intubacion, vendajes tipo tape...).
Todas las sesiones han sido englobadas en un programa formativo llamado “Actualización en competencias de utilidad en Atención Primaria” acreditado por la Comisión De Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragon.
Previo a este programa las salas tenían unos tablones con material obsoleto, desorganizado, en algún caso el tablón estaba oculto por un biombo que impedía ver o consultar un dato. En Octubre se ha revisado y actualizado la información y protocolos disponible en las consultas de urgencias del PAC de Azuara, a cargo de Enrique Ramon, Pilar Solsona y Patricia Sanchez, y la de Belchite, a cargo de Mª Jose Rodriguez y Elena Muñoz.
Se han puesto carteles de las patologías mas demandadas por los profesionales actualizados, visibles, claros. En concreto hemos colocado anafilaxia, codigo infarto, edema agudo de pulmon,hipoglucemia, crisis hipertensiva crisis asmatica y intoxicaciones agudas.
Hemos elaborado un archivo-carpeta con los protocolos o directrices mas actualizadas del resto de temas medicos mas frecuentes, con objeto de que sirva al personal que esta de guardia y pueda ser llevado para una asistencia urgente en domicilio. Se ha dejado un archivo en cada sala de urgencias y se ha informado a todos los profesionales de su existencia en la sesion realizada el dia 12 de Noviembre.
En Enero de 2019 se les ha pasado otra encuesta final a todos con objeto de conocer su satisfacción con el programa y los puntos a mejorar.
Ambas encuestas han sido creadas a través de un formulario google por Enrique Ramón, quien también las ha difundido vía email a todos los trabajadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La encuesta inicial fue respondida por el 60% de los trabajadores.
El 50% respondió que había atendido entre 1-3 urgencias vitales/profesional, siendo las causas mas frecuentes las cardiovasculares (60%) seguidas en la misma proporción por urgencias respiratorias y accidentes de trafico (30%).
El 80% de los encuestados reconocía que si hubiera tenido mejor formación o mas actualizada podría haber mejorado su asistencia en esos casos.
Nos hicieron una demanda de los temas que mas les preocupaban que fueron: vendajes funcionales, fármacos, Shock, EPOC reagudizado, urgencias pediátricas, politrauma y accidentes de trafico, reanimación cardiopulmonar, infarto.....
El 54,5% demandaba mejor material para la asistencia urgente sobretodo se demanda un electrocardiógrafo portátil.
El 90% quería formación y apoyo en la consulta con material de consulta.
La asistencia a los talleres fue mayoritaria, con una media de 17 participantes en cada sesión (80%) (de un total de 21 trabajadores).
La encuesta final fue respondida por el 50% de los trabajadores.
Las urgencias vitales atendidas este año han sido entre 1-3 y mas de 3 /profesional en algún caso. El 90% siguen predominando de origen cardiovascular.
El 100% de los encuestados manifiesta que la formación recibida con las sesiones le ha ayudado en su trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0530

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

este año, estando el 63,6% satisfechos con este programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Después de reunirnos el equipo de mejora de este programa llegamos a la conclusión de que el programa ha sido positivo, hemos conseguido los objetivos planteados al inicio y los trabajadores han participado activamente en lo que hemos propuesto. Las salas de urgencias están mas organizadas y los protocolos mas visibles.
Como dato negativo destacar que durante el año 2018 ha habido bajas de compañeros que no han sido sustituidas, cambios de personal por traslados y jubilación, motivo que hace que al hacer la encuesta final sean otros los trabajadores y no hayan respondido la encuesta porque el programa estaba iniciado.
Ha quedado pendiente una taller de electros que ha sido demandado en la encuesta final pero creemos que se puede realizar sin problema como una sesión formativa de equipo y que este programa se puede cerrar.
También se ha demandado un Electrocardiógrafo portátil, de lo cual hemos informado a nuestro coordinador para ver que se puede hacer.
Seria interesante repetir parte de estos talleres cada 3-5 años puesto que la medicina cambia, avanza y hay que reciclarse para una mejor asistencia a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/530 ========== ***

Nº de registro: 0530

Título
MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

Autores:
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE, MUÑOZ DOMINGUEZ ELENA, RAMON ARBUES ENRIQUE, SANCHEZ GALAN PATRICIA, SOLSONA MARTINEZ PILAR, CALVO VERA JOSE JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: urgencias en general
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las situaciones de Urgencia pueden producirse en cualquier lugar y a cualquier hora. Por ello, los Centros de Salud del Sistema Aragonés de Salud, tanto en su horario de atención al público como en horario de atención continuada, deben estar preparados para actuar de forma coordinada y eficaz ante estos casos.
En el caso del C.S Campo de Belchite, el número de casos verdaderamente urgente es menor que en otros centros de salud, pero no por eso menos importante, por lo que se hace necesario actualizar los protocolos existentes en la sala de urgencias y informar de esos cambios al resto del equipo.
Actualmente la sala de urgencias presenta un gran tablón con información muy antigua, hojas desordenadas… difíciles de usar en caso de buscar información.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es mejorar la atención al paciente en situación de urgencia en la zona del C,S Campo de Belchite.
Los objetivos secundarios son:

- Reforzar y actualizar conocimientos sobre diferentes tipos de urgencias protocolizando esas actuaciones y consensuando las acciones
- establecer un sistema de sesiones clínicas de formación y/o refuerzo de los contenidos
- mejorar la accesibilidad a información escrita que por su carácter más complejo (dosis, teléfonos, escalas..) requiere ser consultada

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0530

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION URGENTE PEDIATRICA Y ADULTA MAS PREVALENTE. ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS PRESENTES Y FORMACION A LOS MIEMBROS DEL EAP

Pasaremos una encuesta a los miembros del EAP con varias preguntas sencillas sobre la atención a urgencias que han realizado en el último año y pasaremos esa misma encuesta cuando termine el proyecto (estableciendo un periodo aproximado de un año) para evaluar los cambios.

Revisaremos los tablones de las salas de urgencias de PAC de Azuara y de Belchite y cambiaremos los protocolos actuales por lo que se dicte en las últimas guías de diferentes patologías. Dejaremos ordenado todo, de forma clara, visible y separando la atención pediátrica de la adulta. Haremos constar un pequeño listín telefónico con los números más frecuentes que podemos necesitar en una urgencia en nuestra zona.

En la mesa ordenaremos el archivo y dejaremos por escrito recomendaciones para patologías menos frecuentes que sean claras a la hora de consultarlas.

Según la patología mas prevalente y después de revisar las ultimas guías propondremos al equipo unas sesiones clínicas de formación, teóricas y si se puede practicas (con casos clínicos, maniquíes…).
El número de sesiones está por determinar en función de los contenidos, el tiempo disponible y el horario que permita acudir al mayor número de personas interesadas.

INDICADORES
Mediremos los resultados en:
- nº absoluto de urgencias reales atendidas el ultimo año

- nº absoluto de urgencias reales atendidas en el año en curso (2018)

- alcanzar al 90% de profesionales del EAP en cuanto a formación

- mejorar en al menos un 30% la asistencia a pacientes según la percepción subjetiva de los profesionales tanto a nivel personal como de localización de información para consultar

DURACIÓN
Mayo- Junio 2018 – poner en marcha encuesta (Quique, María José y Elena)
Julio-Agosto-Septiembre 2018–revisar últimas guías, organizar los tablones de la sala de urgencias. (Patricia, Pilar y Quique en Azuara, Maria Jose y Elena en Belchite. José Juan se encarga de Pediatria en ambos casos)
Octubre- Noviembre 2018–sesiones clínicas (José Juan, Patricia, María José, Quique)
Diciembre 2018 – pasar de nuevo la encuesta y análisis de los resultados. (Quique, María José y Elena)

OBSERVACIONES
Si durante el desarrollo observamos alguna oportunidad de mejora en la misma línea que este proyecto la llevaremos a cabo.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1468

1. TÍTULO

TALLER DE LAVADO DE MANOS ENCENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE JUAN CALVO VERA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS CAMPO DE BELCHITE
· Localidad ..... BELCHITE
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUBEL CAMPOS CARLOS JAVIER
GRACIA TRICAS MARIA DEL MAR
MANERO ANSON YOLANDA
MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA
SUÑER ABADIA SILVIA
GAMBARO BELLO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado vistas posteriores al taller de lavado de manos en los centros escolares.
Se han realizado entrevistas con equipo docente, personal de comedor, padres/madres de alumnos y alumnos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aunque no es posible realizar una medición cuantitativa de la mejora en la higiene de manos por parte de los escolares, las respuestas tanto por parte de padres/madres y personal de los centros (profesores y personal de comedor) han sido todas positivas.
Resaltan que los niños han sido muy receptivos al mensaje que se quiso transmitir, y que no solo en el centro escolar, sino también en el domicilio se lavan las manos "más veces y mejor porque se lo enseñaron en el colegio"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo en dicha actividad ha sido muy positiva, no solo por lo divertido de la misma, sino porque se ha constatado que tras el paso del tiempo los niños siguen recordadndo lo que se les explicó en el taller.

Se trata de un taller fácilmente reproducible, y que debería repetirse con cierta periodicidad en los centros escolares.
Unido a éste están en marcha otros proyectos para concienciar a los alumnos de la importancia de los hábitos saludables

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1468 ========== ***

Nº de registro: 1468

Título
TALLER DE LAVADO DE MANOS EN CENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE

Autores:
CALVO VERA JOSE JUAN, CUBEL CAMPOS CARLOS JAVIER, GRACIA TRICAS MARIA MAR, MANERO ANSON YOLANDA, MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA, SUÑER ABADIA SILVIA, GAMBARO BELLO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CAMPO DE BELCHITE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCION ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (VIA FECAL-ORAL)
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: CONCIENCIAS IMPORTANCIA HABITOS HIGIENICOS SALUDABLES EN LA INFANCIA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En éste, como en cualquier otra zona básica de salud, se ha objetivado elevada transmisón de enfermedades infecciosas que se contagian mediante vía fecal-oral en escolares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1468

1. TÍTULO

TALLER DE LAVADO DE MANOS ENCENTROS ESCOLARES DE LA COMARCA CAMPO DE BELCHITE

Dado que en este grupo de enfemedades infectocontagiosas es más sencillo romper la cadera de transmisibilidad, de ha considerado oportuno incidir en la implementación de hábitos higiénicos saludables desde los centros escolares.

RESULTADOS ESPERADOS
Explicar a los escolares de infantil y primaria de la comarca Campo de Belchite la importancia de realizar un correcto lavado de manos.
Concienciar a los docentes de que es necesario que los niños adquieran hábitos higiénicos saludables en el centro escolar, dado que los hábitos adquiridos en el colegio se internalizan y se siguen realizando en el domicilio.

MÉTODO
Se realizaran Talleres de lavado de manos en el CEIP de Belchite a los niños de infantil, 1º y 2º de primaria, así como a todos los Centros Rurales Agrupados de la Comarca (Letux, Moyuela, Azuara, Almonacid de la Cuba y Lécera).
Cada taller consta de las siguientes partes:
-Charla con los escolares sobre la importancia del lavado de manos: preguntas de los niños al docente y viceversa.
- Exposición teórica por parte del docente de una correcta técnica de lavado de manos.
- Repetición de la técnica por parte de los escolares
- Proyección de pequeño video explicativo.
-Práctica de lavado de manos pasando posteriormente cada escolar por la "lámpara mágica" (luz ultravioleta), la cual les dirá si han realizado de forma correcta el lavado.
-Para finalizar se realiza una nueva charla de la que se extraen conclusiones para los niños y los profesores

INDICADORES
Actividad comunitaria no cuantificable con indicadores.
Se realizara evaluación al cabo de unos meses para comprobar si los escolares siguen realizando de forma adecuada el lavado de manos

DURACIÓN
Actividad a realizar durante los últimos meses del curso escolar 2016-2017 y los primeros del 2017-2018.
Sesiones: dos para cada uno de los centros rurales y cuatro para el CEIP de Belchite

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0944

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS CASABLANCA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN SALVADOR DEL VAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASABLANCA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MODREGO MUÑOZ CARMEN
JUANA RAMON ROSARIO
LOPEZ GASCA CARMEN MARIA
LEYVA CASTRO CECILIA
SANCHEZ VICENTE MARIA ANGELES
GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, y como parte del proyecto de mejora a la atención al paciente EPOC, los miembros del equipo, nos hemos sensibilizado respecto a esta patología infradiagnosticada,y en su registro, con frecuencia no realizado correctamente.
Así mismo respecto a la necesidad de detectar y prevenir el hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo, tanto a través del consejo breve como intervención intensiva.
También hemos trabajado en la mejora de la indicación, técnica de realización, interpretación y correcto registro de la espirometría, tanto de forma práctica como teórica. Al no haber podido realizarse con anterioridad, el 22 de febrero de 2019 hemos realizado un taller teórico-practico en el centro sobre espirometrías, dirigido por el Dr Lample, en el que participó la practica totalidad del equipo, (existe registro de firmas) con resultado muy satisfactorio para todos.
En estos momentos, uno de los nuevos miembros de nuestro equipo (Dra Aisa), está pendiente de realizar formación especifica sobre deshabituación tabaquica.
No se han realizado charlas grupales a pacientes porque los frecuentes cambios en el equipo y la irregular cobertura de las ausencias lo ha impedido, sin embargo se ha seguido realizando educación sanitaria en la consulta individual diaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El porcentaje de pacientes fumadores en quienes se ha registrado la intervención sobre tabaquismo ha sido del 51,74%, superior al 50% establecido como objetivo.
La detección del consumo de tabaco registrada ha sido 32,53%, por debajo del objetivo fijado del 50%, aunque superior a la del año anterior (28,96%).
Respecto al número de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del centro de salud no tenemos datos, pero no se derivan pacientes para su realización puesto que se hacen en el centro, por su enfermera asignada y tras la solicitud como procedimiento diagnóstico por parte de su médico de cabecera. Con lo cual, al no derivarse ningún paciente con el objeto concreto de realizar espirometría, consideramos que se ha conseguido el objetivo.
En relación al objetivo de realizar dos charlas al año a los pacientes EPOC sobre manejo de inhaladores, no se podido realizar este año, quedando pendiente para su realización en el primer cuatrimestre de 2019; no obstante la instrucción y mejora en la técnica y uso de inhaladores a los pacientes se ha realizado de forma individual en la consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que las circunstancias particulares de nuestro centro, pequeño y con un gran recambio porcentual en los miembros del equipo durante el pasado año, ha dificultado el desarrollo del proyecto y su continuidad en el tiempo, provocando la consecución parcial de los objetivos planteados. En este sentido quizás el estándar fijado del 50% de detección de consumo de tabaco fue demasiado alto teniendo en cuenta que el año anterior sólo se había llegado a un 28,96% en nuestro equipo.
Sin embargo pensamos que si se ha conseguido sensibilizar a todos los actuales miembros del equipo respecto a la importancia de mejorar respecto al principal factor de riesgo de EPOC: tabaco, tanto en su detección como intervención sobre el mismo; en mejorar el registro de síntomas respiratorios y adecuado diagnóstico y registro de EPOC, continuar estimulando en la realización de espirometrías, así como de su correcta técnica e interpretación y mejorar los conocimientos de los pacientes en su autocuidado y manejo de inhaladores; con lo cual pese a finalizar el actual proyecto creo podrán continuar mejorando los indicadores con la lógica repercusión en nuestra población que es el objetivo finalmente buscado.
Por todo ello consideramos que es necesario continuar este proyecto durante el 2019 y así lograr los objetivos planteados en su totalidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/944 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0944

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS CASABLANCA

Nº de registro: 0944

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CS CASABLANCA

Autores:
SALVADOR DEL VAL MARIA CARMEN, MODREGO MUÑOZ CARMEN, JUANA RAMON ROSARIO, LOPEZ GASCA CARMEN MARIA, MATEO BERNAL MARIA TERESA, LEYVA CASTRO CECILIA, SANCHEZ VICENTE MARIA ANGELES, GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASABLANCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Epoc
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una patología infradiagnosticada y no bien registrada.
Es importante la detección, la prevención y la intervención sobre tabaquismo y un correcto diagnóstico y registro en la historia clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejora sobre la detección e intervención sobre tabaquismo.
-Aumento de diagnóstico y registro de EPOC.
-Estimular realización de espirometrías.
-Fomentar la formación al paciente de EPOC a través de educación individualizada y charlas sobre manejo de inhaladores.

MÉTODO
-Reuniones específicas para los profesionales del centro.
-Actividades de formación sobre la realización de espirometrías.
-Actividades de formación sobre deshabituación tabaquica.
-Realización de charlas a pacientes de EPOC.

INDICADORES
- Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo 50/55%.
-Detección de consumo de tabaco. 50%
- Espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del centro de salud 0%
-Realización charlas a pacientes de Epoc sobre uso de inhaladores : Dos al año

DURACIÓN
-Difusión del proyecto y sobre el manejo y realización de espirometrías el 30-5-18
-Actividades sobre desabituación 20-6-18
-Charlas a pacientes de Epoc pendientes de fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0961

1. TÍTULO

INCOPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA GARGALLO LALMOLDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASABLANCA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALINDE HERRERO MARTIN
FERNANDEZ ORTIZ ASUNCION
DIEZ ZAERA OLGA
BOZAL LAHOZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1.En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Jose Mª Gargallo Lamolda como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2.El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3.Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, que ha consistido en un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4.En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo fecha 21 de junio de 2018
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
José Mª Gargallo impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 14 de noviembre a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0961

1. TÍTULO

INCOPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es José Mª Gargallo Lamolda, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
El día 14 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 100 % del equipo.
Resultado 2018: 100%
Se han realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.
El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Casablanca el indicador seleccionado fue:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,9 %
Objetivo 2018: =2,3%
Resultado 2018: 1,5%
Este resultado muestra un descenso 0,8 puntos por debajo del objetivo marcado, lo que es resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, con lo cual consideramos finalizado este proyecto.
La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/961 ========== ***

Nº de registro: 0961

Título
INCORPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

Autores:
GARGALLO LALMOLDA JOSE MARIA, LALINDE HERREO MARTIN, FERNANDEZ ORTIZ ASUNCION, DIEZ ZAERA OLGA, CELLA LANAU JORGE, BOZAL LAHOZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASABLANCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
TRAS EL ANALISIS DE LA SITUACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CASABLANCA, INTENTAR MEJORAR LA PRESCRIPCIDE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0961

1. TÍTULO

INCOPORACION DE C.S. CASABLANCA AL PROA

CEFALOSPORINAS EDE 3ª GENERACION CON RESPECTO A LA PRESCRIPCION TOTAL DE AB. PUES EN LOS 3 ULTIMOS AÑOS SE HAN REGISTRADO VALORES SUPERIORES A LA MEDIA DEL SECTOR.

RESULTADOS ESPERADOS
los antibióticos son recursos limitados y hemos de presrvar su utilización, sensibilizar a los profesionales del equipo de AP.
aCTUALIZAR EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SOBRE RESISTENCIAS MICROBIANAS .

MÉTODO
1 DESIGNAMOS UNA PERSONA RESPONSABLE, que asistió a la jornada autonómica sobre estrategia
realizaremos 2 jsesiones al año formativas sobre ab terapia e infecciones

INDICADORES
consumo de cef. 3ª generacion, respecto al total de ab usados

DURACIÓN
a

OBSERVACIONES
a

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0666

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GEMA ARA MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ PELIGROS ANTONIO
MARIÑOSA VELA CRISTINA
ADAN BEGUE CRISTINA
NOGUERO FERNANDEZ CARMEN
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
SANCHEZ TORRES YOLANDA
RABADAN DE LA PUENTE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de obtener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un
sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales

Para conseguir la certificación ISO en el EAP se realizaron las siguientes actividades de acuerdo con la norma de calidad Entre ellas destacamos :
- Analizar los indicadores del acuerdo de gestión incluidos en los objetivos, identificando los problemas por los que no se han conseguido buenos resultados Se realizará un seguimiento de los indicadores del acuerdo de Gestión incluidos en los objetivos .Entre ellos podemos destacar como objetivos con buenos resultados : La cobertura de pacientes fumadores con intervención sobre tabaquismo
• ,Los pacientes diabéticos a los que se les realizó HBA1c en los últimos seis meses.etc
• Los indicadores que no tengan buenos resultados se intentará insistir en la mejora mediante sesiones clínicas con el equipo analizando porque no se han llegado a cumplirEntre ellos por ej los referentes a cobertura de EPOC.Dichas sesiones Clínicas quedarán reflejadas en las Actas de dichas reuniones Ej Acta 7/03/2017
•

- Analizar las incidencias y no conformidades así como la reclamaciones y la encuesta de satisfacción del usuario, intentando alcanzar respuestas y soluciones para mejorar el funcionamiento del Centro de Salud. Estos dos apartados bajo la supervisión del coordinador de calidad Gema Ara y del coordinador del centro de salud Antonio Gómez Peligros En cuanto al análisis de las Reclamaciones podemos decir que se tiene constancia d que se produjeron 17 entre las que se destacan la prepotencia en el trato de algunos profesionales. El número de Sugerencias realizadas también han sido 17 entre las que destacan el aumento del número de personal . Incidencias podemos hablar de 81 siendo de todo tipo . El numero de No conformidades asciende a 8 destacando 2 del año 2016 y las seis restantes 2017, dentro de estas ultimas hay que destacar las 4 que derivan de las no conformidades señaladas en el informe la Auditoria interna realizad el 15/09/2017 . De dichas no conformidades, 4 están cerradas y el resto en proceso de resolución
También se realizó una Encuesta de satisfacción del Usuario,elaborada por el C de Salud que supuso un punto fuerte dentro de la Auditoria interna, se evalúan los tres estamentos, el tamaño muéstral fue él adecuado a la población con un nivel de confianza de 95% los resultados se transmitieron mediante reunión al equipo Los resultados fueron buenos para los tres estamentos
- Análisis de la formación continuada en cuanto a lo que se refiere a las sesiones clínicas, el número de las mismas, programación según las necesidades, asistencia y su evaluación a cargo del responsable de docencia Yolanda Sanchez Se cumplió el objetivo de realizar 4 sesiones clínicas por mes,y la evaluación por parte de los profesionales fue satisfactoria
- Entre los objetivos propuestos se encuentra también: aumentar la satisfacción de los pacientes llevando a término sus propuestas de mejora, siendo Indicador la Constitución del Consejo de Salud, llevándose a cabo la primera reunión del mismo en nuestro centro de salud el 28/09/2016.
- Otro objetivo que se ha desarrollado es la realización de proyectos asistenciales con un impacto positivo en la salud y/o la calidad de vida de las personas, para ello se realizó el día del Ictus 27 Octubre 2017,una actividad Comunitaria en La Plaza San Francisco con la instalación de una carpa de Información para la población. También hay que comentar acerca del Taller de Sexualidad y anticoncepción para adolescentes realizado en el IES Corona de Aragón impartido por Marta Isac Adoración Burro y Flor Gonzalo muy bien valorado por los alumno 4.8/5
En otro orden de cosas y como aspectos fundamentales dentro del Sistema de Calidad se realizaron las siguientes actividades .
Aplicación de los procedimientos operativos disponibles en el sistema de calidad del SALUD en relación
- Mantenimiento de instalaciones y equipamiento,a cargo de los responsables Carmen Noguero y Mar Ayala realizando un registro de Listado de equipos de medida PR-07-01 SA (P)E REV B. Y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0666

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

- Planilla Actividades Mantenimiento y Verificación PO-07-2-Z2(P)E REV A
Aplicación de los procedimientos operativos disponibles en el sistema de
Calidad del Salud en relación a;
Gestión de almacén y procedimientos de esterilización a cargo de Marta Rabadan Se habilitó un lugar para residuos
y se remodeló el almacén Se ha implantado el registro del control de la Rotura de Stock PO-02-17-Z2 (P)E REVB
- Gestión de Cuarto de urgencias y botiquines Cristina Adán y Cristina Mariñosa aplicando también los
procedimientos operativos disponibles en el sistema de calidad .
-. Registro de Verificación Material y equipamiento Urgencias PO-07-6-Z2(P)E REV A
-Registro de Control de Caducidades de Fármacos y Material de Urgencias
P=-07-9-Z2(P)E REV. A
Gestión de administración y mostrador María José Galindo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido los deseados: Se ha conseguido la Certificación ISO para el Centro de salud
Fernando el Católico.
Se realizó la Revisión por la Dirección en Abril 2017
La Auditoria Interna el 15 de septiembre de 2017
Auditoria Externa el 3de octubre de 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos muy satisfechos del trabajo realizado por todo el equipo, un trabajo que al principio nos pareció muy
complicado de llevar a cabo,gracias a la colaboración de todos se he conseguido .Después de no pocas dificultades
y momentos de falta de motivación se ha logrado el objetivo Y estamos seguros que va a repercutir muy
positivamente en el funcionamiento del Centro de salud
Nuestro deseo es poder seguir trabajando cada año para poder mantener la Acreditación
Creemos que el principal aprendizaje obtenido es que la necesidad de motivar al equipo para conseguir objetivos
comunes es algo imprescindible
La implantación del sistema de calidad ha supuesto una mejora importante en la organización del Cuarto de
Urgencias y del Almacén,que debemos reseñar también

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/666 ========== ***

Nº de registro: 0666

Título
CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001. EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Autores:
ARA MARTIN GEMA, GOMEZ PELIGROS ANTONIO, MARIÑOSA VELA CRISTINA, ADAN BEGUE CRISTINA, NOGUERO FERNANDEZ CARMEN,
GUTIERREZ BLASCO JAVIER, GALINDO LEDESMA MARIA JOSE, SANZ BERITENS ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar
continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de obtener la certificación UNE-EN ISO 9001
mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y
actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante
un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP del C de Salud Fernando el Católico del sector Zaragoza II desea conseguir la certificación según norma ISO
9001 desde el año 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0666

1. TÍTULO

CONSEGUIR LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Nuestro plantenamiento es:Obtener la Certificación ISO 9001

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener la certificación ISO 9001 para el EAP

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad para la mejora continua.

Para conseguir la certificación ISO en el EAP se van a realizar actividades de acuerdo con la norma de calidad Entre ellas podemos destacar
- Análizar los indicadores del acuerdo de gestión incluidos en los objetivos, identificando los problemas por los que no se han conseguido buenos resultados
- Análizar las incidencias y no conformidades así como la reclamaciones y la encuesta de satisfacción del usuario,intentando alcanzar respuestas y soluciones para mejorar el funcionamiento del Centro de Salud. Estos dos apartados bajo la supervisión del coordinador de calidad Gema Ara y del coordinador del centro de salud Antonio Gómez Peligros
- Análisis de la formación continuada en cuanto a lo que se refiere a las sesiones clínicas,el número de las mismas,programación según las necesidades,asistencia y su evaluación a cargo del responsable de docencia María Teresa Anaya
- Mantenimiento de instalaciones y equipamiento, gestión de residuos a cargo de los responsables Carmen Noguero y Javier Gutierrez
- Gestión de almacén y procedimientos de esterilización a cargo de Araceli Sánchez
- Gestión de Cuarto de urgencias y botiquines Cristina Adán y Cristina Mariñosa
- Gestión de administración y mostrador María José Galindo

INDICADORES
Se realizará un seguimiento de los indicadores del acuerdo de Gestión incluidos en los objetivos que se obtienen a partir de los cortes de la direccion Entre ellos podemos destacar La cobertura de pacientes fumadores con intervención sobre tabaquismo,Los pacientes diabéticos a los que se les realizó HBA1c en los últimos seis meses.etc Los indicadores que no tengan buenos resultados se intentará insistir en la mejora mediante sesiones clínicas con el equipo analizando porque no se han llegado a cumplir
Entre los objetivos propuestos se encuentra también: aumentar la satisfacción de los pacientes llevando a término sus propuestas de mejora,siendo Indicador la Constitución del Consejo de Salud,llevándose a cabo la primera reunión del mismo en nuestro centro de salud el 28/09/2016.
Otro objetivo a desarrollar es la realización de proyectos asistenciales con un impacto positivo en la salud y/o la calidad de vida de las personas,para ello se ha propuesto la realización de Un Cortometraje sobre el Ictus,del cual se ha realizado ya la grabación musical y se ha contactado con la Escuela Municipal de Teatro para comenzar la grabación
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: abril 2017
Revision por la Direccion: mayo 2017
Auditoria Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio Marzo-diciembre 2016
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Cada cuatrimestre según cortes
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA EUGENIA ISAC ARRONDO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURRO DAL ADORACION
GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar hay que explicar que este proyecto se viene realizando desde hace cuatro cursos escolares, a raíz de la demanda de un Instituto de Educación Secundaria de la zona, por lo que el cronograma de actividades de esta memoria ya es el resultado de las modificaciones que se percibieron como necesarias en años anteriores. No ha habido discrepancias con lo programado.
Se ha coordinado entre los profesionales del Centro de Salud que aparecen en esta memoria y un profesor del IES (departamento de Biología) que sirve de enlace tanto con los tutores de los respectivos grupos como con el equipo directivo de dicho centro educativo.
El proceso comienzó en Marzo con reuniones del equipo de trabajo del Centro con el fin de modificar la encuesta previa sobre centros de interés y conocimientos que se pasaría a los alumnos. Se hizo en base a que en la evaluación del año anterior se valoró que alguna de las preguntas de dicha encuesta resultaban un tanto vagas o confusas. Una vez modificada se hizo llegar al profesor enlace de la actividad.
Paralelamente, en el IES se utilizan tutorías para abordar temas sobre sexualidad. Pasan las encuestas a los alumnos. Los resultados de dichas encuestas son devueltos al equipo de trabajo del Centro de Salud en Abril. Se fijan las fechas de las sesiones de acuerdo a la conveniencia de todas las partes en la tercera semana de Mayo. Con los datos de las encuestas aportadas se retoca y actualiza la presentación que se utilizará al principio de la actividad, aportando el fedd-back personalizado a cada grupo. Se informa del contenido de dicha presentación al profesor que sirve de enlace.
El taller se estructura en sesiones de dos horas, que se repiten en dos días consecutivos para abarcar a la totalidad del alumnado de 3º de la ESO de dicho Instituto. Se realiza en horario lectivo y en las instalaciones del propio Centro de Salud.
Los alumnos llegan al centro acompañados de personal docente (generalmente el tutor del grupo correspondiente) pero no está presente en la actividad, con el fin de facilitar la comunicación y no coartar al alumnado. Son recibidos a la entrada del centro por uno de los componentes del equipo que realiza la actividad, que les da la bienvenida y les indica la sala donde deben dirigirse. En dicha sala otro miembro del equipo los recibe, saluda e indica cómo acomodarse. El tercer miembro del grupo de trabajo acomoda al profesorado, ya que esperará hasta que termine el taller.
A pesar de que se prefiere trabajar con la unidad escolar (clase) como grupo natural, este año uno de los grupos estaba compuesto por alumnado de dos clases diferentes. El reparto tuvo que tener en cuenta el aforo máximo (25 personas) de la sala.
Recursos empleados:
En cada taller se utiliza material audiovisual: Se proyecta el conocido corto sobre sexualidad y afectividad “En el aire”,elaborado por adolescentes de su misma edad y que marca el tono y lenguaje de lo que será el taller. A continuación una presentación realizada ad-hoc con la retroalimentación sobre conocimientos previos sobre anticoncepción, sexualidad, forma de uso de anticonceptivos y expectativas en torno al taller, así como imágenes que sirven de apoyo a los contenidos más teóricos.
Se intercalan demostraciones y prácticas. Disponemos de material didáctico (tanto comercial como de elaboración propia): maquetas anatómicas (masculina y femenina), preservativos masculinos y femeninos, disponibles en diferentes materiales, así como DIUs, anillos vaginales, píldoras, implantes y parches.
La documentación necesaria: encuesta pre y post actividad y la hoja informativa que se entregará al alumnado al final del taller. Toda la documentación es de elaboración propia. En el caso de las encuestas, consensuada con el equipo docente ya en años anteriores.
En la sala sólo es preciso ordenador, cañón de proyección y conexión a internet.
Como recursos humanos:
-Matrona, Trabajadora Social y una Enfermera por parte del Equipo de Atención Primaria.
- Profesores del IES: los tutores de cada grupo y el que ejerce de enlace.

Contenidos:
Conceptos generales sobre sexualidad
Masturbación, mitos y leyendas
Anticoncepción en el contexto de la sexualidad
Sexo seguro. Anticonceptivo seguro vs eficaz
Preservativos
Anticoncepción hormonal oral
La “píldora del día después”. La “marcha atrás”
Legislación aplicable
Secreto profesional. Consentimiento implícito
Papel de los diferentes profesionales del centro de salud
Acceso a información adicional y recursos
Metodología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Sesión teórico- práctica seguida de debate. Duración total de dos horas.
Tras el taller se realizan las encuesta de evaluación de la actividad y de conocimientos (de nuevo se aprovechan las horas de tutoría del Instituto). El profesorado las analiza primero y posteriormente nos hace llegar el material íntegro al centro de salud en Junio. En el momento de la entrega se realiza ya una primera valoración conjunta de la actividad con el profesor de enlace, que transmite las impresiones de los docentes. Dos días después se realiza otra reunión evaluativa ya solamente con los miembros del equipo de trabajo que pertenecen al Centro de Salud para analizar las respuestas del alumnado y proponer posibles cambios en las actividades de próximos cursos. Se elabora DAFO de la actividad.
Se comunican los resultados al EAP en reunión ordinaria de equipo (Septiembre). No se incide exhaustivamente en la metodología y contenidos de la actividad, dado que ya se ha presentado en otras ocasiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En total han participado 44 alumnos procedentes de tres clases. Sus edades varían entre los 14 y los 18 años.
Se han recogido la totalidad de las encuestas previas, pero han faltado 4 de las posteriores.
En general llama la atención lo altamente positivo de los comentarios, con muchas aportaciones en las preguntas más abiertas. Sugieren adelantar un año esta actividad (tema a considerar para futuras ediciones)
Se han cumplido los objetivos que nos marcamos en todos los indicadores, tanto en alumnado satisfecho con la actividad (93%, frente al 80% esperado), como en el aumento en el nivel de conocimientos (mismo resultado).
En cuanto al indicador que se eligió para evaluar la participación (% de alumnos que plantean preguntas en el debate) también se superó el objetivo marcado (36% frente al 30% fijado)
Se ha tenido en cuenta también los comentarios de los docentes sobre la repercusión que aprecian en su alumnado, su impresión personal e incluso comentarios de los alumnos “fuera de encuestas”.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como primera conclusión: merece la pena. Valorada como muy positiva por alumnos, profesorado y el personal implicado en el grupo de trabajo. Satisfactorio a nivel profesional y motivador. Dicho esto:
A la vista de los resultados (muy altos) quizá podrían seleccionarse otros indicadores en la evaluación que nos aporten información que nos ayuden a mejorar.
Queda pendiente el debate con la comunidad educativa sobre la posibilidad de adelantar o no la actividad a una edad más temprana, tal y como sugieren muchos de los participantes.

7. OBSERVACIONES.
Tras los talleres de este año se nos comunicó que el profesor que servía de enlace dejaba el centro y que también cambiaba el equipo directivo. Estos hechos pusieron en evidencia una de las debilidades del proyecto ya apuntadas en el DAFO: lo vulnerable que podría ser si no se integra la actividad en el proyecto habitual del IES. Se vió muy necesario el contactar con el nuevo equipo docente y se pensó que unas buenas fechas para ello podrían ser en torno a noviembre. Al final se ha hecho en febrero de 2018, con excelentes resultados: implicación y gran motivación para continuar con esta actividad.
Ya está fijada la fecha para la nueva reunión conjunta que marca el comienzo de un nuevo ciclo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1270 ========== ***

Nº de registro: 1270

Título
TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

Autores:
ISAC ARREDONDO MARTA, BURRO DAL ADORACION, GONZALO LOZANO FLORENCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: actividades preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La salud sexual es deficitaria entre los adolescentes

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1270

1. TÍTULO

TALLER DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCION PARA ADOLESCENTES

O. General: Fomentar la responsabilidad y el autocuidado en las prácticas sexuales de los adolescentes que participan en la actividad
O específicos:
1. Aportar conocimientos sobre anticoncepción y prevención de embarazos no deseados
2. Reconocer los recursos sociodsanitarios relativos al tema disponibles en la zon, asi como el procedimiento de acceso
3. Resolver las dudas planteadas por los participantes.
$ Aclarar falso mitos sobre la sexualidad

MÉTODO
Talleres sobre sexualidad en el instituto de nuestra zona de salud

INDICADORES
1. Porcentaje de alumnos satisfecho con actividad (Standard 80%)
2. Porcentaje de alumnos que han aumentado el nivel de conocimientos (Standard 80%)
3. Porcentaje de alumnos que participan en el debate (Standard 30%)

DURACIÓN
Duración: abril-septiembre
Encuesta:Abril
Adecuación actividad Abril
Actividades Mayo
Valoración resultados: junio
Exposición a EAP septiembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO GOMEZ PELIGROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIÑOSA VELA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Reunión con la Asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar.
2. Diseño y preparación del material a utilizar.
3. Solicitud al Ayuntamiento de Zaragoza de autorización para instalar la carpa en la plaza de S. Francisco.
4. Contactar con medios de comunicación (prensa, radio, tv) para la difusión de la actividad.
5. Invitación a las autoridades sanitarias a participar en este evento.
6. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y del consejo de salud de zona, participando en la actividad el día del ictus
7. Colaboración del neurólogo del HCU Lozano Blesa Dr Tejero, realizando aproximadamente 50 Ecodoppler carótideos a las personas que así lo solicitaban
8. Se dieron consejos sobre alimentación, deshabituación tabáquica y modo de vida saludable.
9. Toma de TA, cooximetrías, medición de talla y peso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Realización de las actividades programadas
2. Información y difusión a través de los medios de comunicación de dichas actividades.
3. Transmisión de información a la población de los factores de riesgo y signos de alarma, para poner en marcha el código Ictus. Aproximadamente 400 personas participaron de forma activa en el evento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se siente satisfecho del trabajo realizado con la comunidad, ya que sirve de motivación la respuesta positiva de la población ante estas actividades, implicándose activamente con los profesionales y aprendiendo unos de otros.
Esta práctica se realiza por cuarto año consecutivo incorporando en cada edición nuevas ideas y sugerencias que mejoran los resultados y debería tener una continuidad ya que fomenta la participación de la población.

7. OBSERVACIONES.
Desafortunadamente la continuidad de esta actividad está comprometida por la falta de espacio para su ubicación.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1609 ========== ***

Nº de registro: 1609

Título
PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Autores:
ARA MARTIN GEMA, GOMEZ PELIGROS ANTONIO, SALGADO DERQUI MARISA, SANCHEZ MARTIN YOLANDA, NOGUERO FERNANDEZ CARMEN, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, VILELLA LLOP LUCIA, RODRIGUEZ NOGUE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

PROBLEMA
Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población

RESULTADOS ESPERADOS
Informar a la población de los sintomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

MÉTODO
1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP.
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco.
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (

INDICADORES
1. Realización de actividades programadas
2. Información por partte de los medios de comunicación de las actividades realizas
3. Transmisión de información de los factores de riesgo y signos de alarma del ictus a la población, al menos 500 personas de manera personal

DURACIÓN
1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO GOMEZ PELIGROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA MARTIN GEMA
SALGADO DERTI MARISA
SANCHEZ TORRES YOLANDA
NOGUERO FERNANDEZ CARMEN
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
RODRIGUEZ NOGUE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población de los síntomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

Las actividades que se han realizado para llevar a cabo este proyecto han sido las siguientes:
Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el
día del ictus (octubre 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron las Actividades Programadas según el calendario previsto .En la carpa se informó a la gente que se acercaba acerca de los FRCV que tienen que ver con el Ictus, los signos de alarma que hay que tener en cuenta para poner en marcha el código ictus, Se realizaron Doppler carotideos (acudieron neurólogostoma de tensiones, Peso y Talla Coximetrias, Se dieron consejos de Alimentación y estilos de vida
Se informó por parte de los medios de comunicación de las actividades realizadas
Se consiguió que acudiera el consejero de sanidad del gobierno De Aragón

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se siente satisfecho del trabajo realizado con la comunidad,ya que sirve de motivación el ver la respuesta que la población da ante estas actividades,implicándose activamente con los profesionales y aprendiendo unos de otros .
Esta actividad es la tercera vez que se realiza en el Centro y nos parece que es algo que debe de continuar y mejorar con nuevas ideas y sugerencias tanto del equipo como de la población

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1609 ========== ***

Nº de registro: 1609

Título
PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

Autores:
ARA MARTIN GEMA, GOMEZ PELIGROS ANTONIO, SALGADO DERQUI MARISA, SANCHEZ MARTIN YOLANDA, NOGUERO FERNANDEZ CARMEN, AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR, VILELLA LLOP LUCIA, RODRIGUEZ NOGUE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1609

1. TÍTULO

PROGRAMA COMUNITARIO DE ATENCION AL ICTUS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las guías de practica clínica, las de las sociedades europeas y las del ministerio de sanidad, encuentran como situación deficitaria el desconocimiento de los síntomas del ictus y recomiendan como actividades prioritarias la información a la población

RESULTADOS ESPERADOS
Informar a la población de los sintomas de alarma del ictus y de la importancia del control de los FRCV

MÉTODO
1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP.
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco.
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (

INDICADORES
1. Realización de actividades programadas
2. Información por partte de los medios de comunicación de las actividades realizas
3. Transmisión de información de los factores de riesgo y signos de alarma del ictus a la población, al menos 500 personas de manera personal

DURACIÓN
1. Reunión Consejo de salud de la zona, para planificar actividad y poder realizarla de manera conjunta con los miembros del EAP. (julio 2017)
2. Reunión con la asociación del Ictus de Aragón para su implicación en las actividades a realizar ((julio 2017)
3. Diseño y/o preparación de material a utilizar (julio-agosto 2017)
4. Solicitar autorización alAyuntamiento de Zaragoza para instalar carpa en la plaza de S Francisco. (julio 2017)
5. Contactar con medios de comunicación (periodicos, radio, TV) para que difundan la actividad (Octubre 2017)
6. Solicitar la presencia de autoridades sanitarias en la actividad (octubre 2017)
7. Presencia de miembros de EAP; asociación de Ictus de Aragón y consejo de salud de zona realizando la actividad el día del ictus (octubre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0810

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER GUTIERREZ BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FERNANDO EL CATOLICO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR
FRAJ VALLE MARIA DEL MAR
LLORENTE GARCIA MARIA YOLANDA
GIL GREGORIO ESMERALDA
MARIÑOSA VELA CRISTINA
ARA MARTIN GEMA MARIA
SANCHEZ TORRES YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Abril del 2018 se presentó en reunión de equipo la propuesta de iniciar un proyecto de mejora cuya finalidad será ofrecer a los pacientes con déficit de vitamina B12 la alternativa de un tratamiento vía oral.

La presentación se apoyó en una sesión clínica en la que se exponía una revisión actualizada del tema, para dejar constancia de las ventajas que ofrece el tratamiento vía oral, los criterios excluyentes y las pautas de dicho tratamiento.

Se formó un grupo de trabajo para el desarrollo del proyecto y finalmente un mes después se presentó al equipo la metodología del trabajo y las instrucciones a seguir durante su duración.

Decidimos revisar en los 4 meses anteriores que pacientes habían recibido tratamiento intramuscular (optovite) por déficit de vitamina B12; se obtuvo un listado definitivo de 184 pacientes. De estos, 125 cumplían criterios para ofrecer tratamiento vía oral de una forma segura.
Finalmente centramos en estos 125 pacientes el objetivo del proyecto.

El objetivo del proyecto no era en ningún momento comprobar si existían diferencias entre una u otra forma de administración, consideramos que existía suficiente bibliografía y evidencia como para cuestionar la intervención y se optó por ofrecer a los pacientes seleccionados un producto conocido y contrastado (optovite oral) con una pauta y posología avalada por números estudios.

Para valorar las impresiones de los facultativos, se realizó una encuesta anónima con 5 ítems.
De los 11 médicos del centro se obtuvieron 9 respuestas y los siguientes resultados:

1-Ante un déficit de B12¿ planteas al paciente la posibilidad d e tratamiento oral?
Sí : 6 No 0 A veces 3
2-En el caso de aceptarlo ¿qué tratamiento sueles usar?
Optovite 8 Fórmula magistral 0 otros 1 (foli-doce)
3- En tu experiencia el tratamiento oral es....
Mejor 0 Igual 7 Peor 2
4- ¿Consideras necesario disminuir el número de tratamientos inyectados?
Si 8 No 1
5- Cuando inicias un tratamiento por déficit d eB12 ¿qué opción sueles elegir?
Intramuscular 2 Oral 7

En general el resultado de la encuesta resultó satisfactorio e invitaba a pensar que la intervención podría ser positiva.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En enero del 2019, revisamos los 125 pacientes seleccionados, con la decepción de que sólo 5 de ellos habían pasado a tratamiento vía oral.

El resultado fue tan desalentador que nos planteamos la viabilidad del proyecto y la pertinencia o no de presentar los resultados para su evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos analizado las causas del fracaso y creemos que el grupo de trabajo debe asumir gran parte de la culpa. Quizá no hemos sido capaces de transmitir con suficiente vehemencia la importancia del tema o abordamos el proyecto con demasiada confianza.

Quizá el tratamiento oral del déficit de B12 no sea un tema relevante comparado con otros asuntos de la práctica diaria. Al comentar los resultados con algunos facultativos nos comunicaron que la población seleccionada tenía dificultades para asumir cambios, la mayoría eran pacientes mayores con tratamientos de larga duración y reticentes a pasar a medicación oral.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0810

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Pero su sensación era que tras el inicio del proyecto cada vez se prescribía más optovites orales.

Quizá si hubiéramos diseñado el estudio controlando toda la población que recibe tratamiento vía oral, no centrándonos en el intentar pasar de intramuscular a oral, hubiéramos obtenido mejores resultados y pretendemos que nos sirva como aprendizaje para plantear en otras ocasiones el proyecto de mejora desde esta perspectiva.

Nuestra intención es, tras comunicar los resultados al equipo, valorar si es pertinente repetir este mismo proyecto enfocado de este modo o si es un tema que carece de interés y dejar paso a nuevos proyectos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/810 ========== ***

Nº de registro: 0810

Título
VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Autores:
GUTIERREZ BLASCO JAVIER, AYALA ESTEVE MARIA DEL MAR, FRAJ VALLE MARIA DEL MAR, LLORENTE GARCIA MARIA YOLANDA, GIL GREGORIO ESMERALDA, MARIÑOSA VELA CRISTINA, ARA MARTIN GEMA MARIA, SANCHEZ TORRES YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FERNANDO EL CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El déficit de vitamina B 12 es diagnosticado, tratado y seguido con frecuencia en las consultas de atención primaria, observando mayor incidencia a más edad.
El tratamiento clásico de este déficit es la vitamina B12 intramuscular (Optovite®).
Sin embargo el tratamiento por vía oral es una alternativa válida y de eficacia demostrada, adecuada para la mayoría de los casos; supone un considerable ahorro económico, al reducirse el número de desplazamientos y visitas, actuaciones médicas, trabajo de enfermería y material, además de aumentar la comodidad para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar los conocimientos sobre el déficit de B12 en los profesionales que lo manejan y concienciar en la alternativa oral como tratamiento posible.
Conocer el porcentaje de pacientes tratados con preparados intramusculares
Aumentar el número de pacientes con déficit de vitamina B12 a los que se les ofrece la alternativa del tratamiento por vía oral.
Reducir el número de pacientes con déficit de B12 tratados con inyectables.
Conseguir niveles óptimos de B12 en los pacientes que reciben tratamiento vía oral.
Mejorar la satisfacción de los pacientes que reciben tratamiento por déficit de B12.
Reducir los gastos derivados del tratamiento intramuscular.

MÉTODO
Encuesta anónima entre los médicos del centro para evaluar las preferencias y los motivos por los que se decide un tipo de tratamiento ante un déficit de B12
Revisión bibliográfica actualizada del manejo del déficit de B12
Presentación en sesión clínica/formación de los resultados obtenidos en la revisión.
Presentar al equipo la propuesta del Proyecto de Mejora de la Calidad para su aprobación: “Vitamina B12 oral como alternativa al tratamiento intramuscular en déficit de B12.”
Conocer el número de pacientes diagnosticados y tratados por déficit de B12 en nuestro centro de salud.
Conocer el número de inyectables administrados en nuestro centro de salud en los tres meses anteriores al inicio del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0810

1. TÍTULO

VITAMINA B12 ORAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR EN DEFICIT DE B12

Establecer criterios para el uso de vitamina B12 oral y conocer los preparados disponibles.
Informar a los pacientes que puedan beneficiarse del tratamiento vía oral de que existe esta alternativa.
Valorar el grado de satisfacción de los pacientes con este tratamiento oral
Conocer los costes del tratamiento, material fungible y trabajo de enfermería en los inyectables.
Comprobar la adherencia al tratamiento por vía oral.
Incluir en las reuniones del equipo sesiones informativas de la evolución proyecto.

INDICADORES
Nº Pacientes a los que se ha administrado inyectables de optovite administrados los meses de enero, febrero, marzo del 2018.
Nº Pacientes a los que se ha administrado inyectables de optovite los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2018.
Nº de pacientes a los que se les ha cambiado la via de administracion (de im a oral)
Satisfaccion de los pacientes con cambio a la via oral.
Nº de pacientes con Vitamina B12 oral que mantienen niveles optimos de vitamina b12
Nº de pacientes con Vitamina b12 im que mantienen niveles optimos de vitamina b12.

DURACIÓN
Fecha de inicio: abril 2018 Fecha finalización: diciembre de 2018
Cronograma:
Abril:
- Reunión del EAP para presentar propuesta del Proyecto
- Reunión del EAP para crear equipo de trabajo y repartir tareas
- Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema
Mayo
- Reuniones del EAP/equipo de mejora: metodología de trabajo
- Reuniones del EAP/equipo de mejora: creación protocolo actuación
- Reuniones del EAP: Exposición protocolo y Puesta en marcha del protocolo

Junio:
-Recogida de datos de la situación previa al Proyecto
- Reunión del EAP: información de los datos
- Reunión del EAP: Sesión de formación sobre el tema (recuerdo).

Julio- Octubre:
- Continuación de la aplicación del protocolo

Noviembre- Diciembre:
-Recogida de datos de la situación actual a fecha 1/12/18

Diciembre: Reuniones del EAP/equipo de mejora: evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0686

1. TÍTULO

EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

Fecha de entrada: 11/07/2016

2. RESPONSABLE ..... GONZALO HERRAIZ GASTESI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TELLO MARTIN ANGELA
LALANA JOSA MARIA PILAR
OLIVAN OTAL MARIA PILAR
MONEO HERNANDEZ MARIA ISABEL
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA
CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO
GARIN MORENO ANA LUZ
CENARRO GUERRERO TERESA
CARO REBOLLO JOSEFINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Mayo 2015: Cada profesional recopiló material y se hizo una puesta en común a través de correo electrónico con el resto de componentes del equipo de mejora.
- Junio 2015: Reunión del grupo. Distribución de tareas y valoración de material disponible para su consenso.
-Junio 2015: Se elaboró una encuesta para conocer aptitudes y actitudes de los pediatras de AP de Aragón con respecto al niño como fumador pasivo conformada por un total de 26 preguntas. El grueso de las preguntas hace referencia al abordaje del tabaquismo activo y pasivo en consulta así como al perfil del Pediatra de Atención Primaria y su posible adicción al tabaco.
-Junio-noviembre 2015: la encuesta se envió a todos los Pediatras de Atención Primaria suscritos a la lista de correo electrónico de ARaPAP (Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria). El formulario de respuesta múltiple fue remitido y cumplimentado on-line mediante la aplicación Drive de Google. El envío se realizó hasta en tres ocasiones (de junio a noviembre de 2015). Los resultados fueron recogidos y codificados en una hoja de cálculo Excell (Office) para su posterior análisis descriptivo.
- Enero-junio 2016: Análisis descriptivo de los resultados de la encuesta. Redacción de un artículo científico comentando los resultados. Aceptado en la Revista Medicina Clínica y actualmente en prensa: Herráiz Gastesi G, et al. Abordaje del tabaquismo activo y pasivo desde la consulta de Pediatría. Med Clin (Barc). 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.05.013
-Febrero-Abril 2016: Preparación del taller formativo para pediatras. Distribución de temas entre el profesorado: Isabel Nerin (Médico Neumóloga), Adriana Marqueta (Psicóloga), Pilar Samper (Médico Pediatra), Ángela Tello (Médico Pediatra) y Gonzalo Herráiz (Médico Pediatra). Recopilación de información de utilidad para pediatras y material divulgativo/herramientas para el manejo del consejo antitabaco para padres.

Objetivo principal del taller: mejorar las habilidades del pediatra en la prevención del consumo activo de tabaco en los más jóvenes y en la prevención de la exposición pasiva a través de la intervención en los padres fumadores.

Objetivos específicos del taller:
a) Concienciar a los profesionales que trabajan con niños y adolescentes de que el inicio en el hábito tabáquico se produce en edades tempranas. Recordar las consecuencias de la exposición pasiva al humo de tabaco de los padres.
b) Poner de relevancia su papel clave en la prevención desde la consulta.
c) Mejorar sus habilidades en esta tarea de tal manera que se sientan más cómodos y que su intervención sea más efectiva.
d) Hacer a los profesionales conocedores de los recursos existentes para la prevención y la deshabituación del tabaquismo así como la forma de acceso a ellos.
-Mayo-junio 2016: Celebración del taller formativo presencial dirigido a pediatras de AP: “ENFOQUE MOTIVACIONAL EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA“(código Z2-0222/2016). Tuvo lugar los días 31 de mayo, 2 y 7 de junio en Atención Primaria (Condes de Aragón). Duración total de 6 horas y reconocido por la Comisión de Formación Continuada según nº expte. 02-0004- 04/0124-A con 0,8 créditos.
El curso constó de una primera parte teórica dónde se explicaron los principios generales de las técnicas motivacionales y se dieron a conocer la técnica y los principios básicos. Se aportó información acerca de su utilidad en el ámbito clínico y sobre la evidencia disponible de su eficacia en problemas de práctica clínica habitual, especialmente en el tratamiento del tabaquismo. La parte práctica constó de ejercicios de role-playing en los que se utilizó el enfoque motivacional en el tratamiento del tabaquismo y se incorporaron las diferentes estrategias motivacionales explicadas en la parte teórica. Se centró en desarrollar las habilidades pertinentes utilizadas en el enfoque motivacional para fomentar el cambio de conducta en el paciente fumador. A lo largo del curso se intercaló parte teórica con aplicación práctica a través de ejercicios prácticos con el objetivo de dinamizar el grupo y facilitar la interacción entre los alumnos, y entre alumnos y docentes.

Se entregó vía mail la información recopilada de utilidad para pediatras y material divulgativo para padres sobre el problema del niño como fumador activo y pasivo. Al final del curso los alumnos cumplimentaron una encuesta de satisfacción así como un test sobre los conocimientos adquiridos después del desarrollo del taller.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0686

1. TÍTULO

EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A) ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PEDIATRAS
Medida de indicadores de los definidos en el proyecto que faciliten su evaluación: El número pediatras que han contestado a la encuesta on-line/ total pediatras lista de correo= 56/250
- Resultados de la encuesta (estudio descriptivo):
El 78,6% de los encuestados fueron mujeres. La edad media de la muestra fue de 47,1 años, oscilando desde los 28 hasta los 63 años de edad. El 57,1% eran exfumadores, habiéndolo dejado hace más de 10 años el 56.2 %. Eran fumadores en la actualidad el 5,4%. Consideran que el consejo antitabaco dirigido a los niños y sus cuidadores es útil el 87,5% de los encuestados. El 69,6% se consideran capacitados para abordar este tema y lo hacen de manera habitual el 53,6%. Interrogan habitualmente por el ambiente de tabaco en el entorno del niño y recomiendan que no se fume en su presencia, sin hacer distinción, el 75%. Consideran que solo es preciso hacerlo en los grupos de riesgo (prematuros, asmáticos…) el 5.4%. Como rutina, se preocupan por el tabaquismo (activo/ pasivo) durante la gestación el 48,2%. Informan de manera habitual sobre los riesgos que corren los niños con respecto a las patologías más frecuentes el 51,8%. A los cuidadores que fuman, les ofrecen ayuda o motivan para dejarlo el 42,9% solo de manera ocasional. Consideran que el consejo antitabaco en el paciente pediátrico debe hacerse antes de los 14 años el 26.8% ; y exclusivamente en la revisión de los 14 años, justo antes del paso al médico de adultos, el 44,6%. El 48.2% considera que se ha de individualizar el consejo según edad, sexo, entorno social, ambiente de tabaquismo familiar y patología de base. A la hora de enfocar el consejo, el 69.6% advierte sobre las consecuencias a corto y largo plazo y el 19.6% se limita a preguntar y desaconsejar. En cuanto a la remisión de pacientes a Unidades de Tabaquismo, el 35.7% desconoce su existencia, y solo los derivan si la familia o el paciente lo solicitan, el 41.1%. Finalmente, hasta un 89,3% reconoce que sería conveniente recibir formación para desempeñar mejor esta labor. Debido al limitado tamaño muestral, el análisis de los datos no permitió conocer si influyen en el manejo del consejo antitabaco variables tales como sexo, edad o años de trabajo entre los diferentes pediatras de atención primaria. Tampoco pudo analizarse si influye en el consejo anti tabáquico a padres el propio hábito tabáquico del pediatra.

B) TALLER FORMATIVO PARA PEDIATRAS
Medida de indicadores de los definidos en el proyecto que faciliten su evaluación: Nº pediatras que acuden al taller formativo/total pediatras lista de correo= 11/250.
Los asistentes y los ponentes se mostraron muy satisfechos con el desarrollo del taller.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El escaso número de respuestas obtenidas en la encuesta y la limitada participación en el taller reflejan que el abordaje del tabaquismo no resulta muy atractivo para el pediatra. Aunque un buen porcentaje muestra preocupación por el tema en su consulta diaria, no es suficiente. La falta de tiempo, de habilidad y de organización pueden ser los obstáculos que encuentre el pediatra a la hora de realizar actividades preventivas relacionadas con el tabaco. Es crucial concienciar a los pediatras de Atención Primaria de la importancia de su papel en el manejo del tabaquismo y proponemos medidas de mejora como el impulso de más talleres de formación para que, sintiéndose mejor preparados, aumente la práctica de estas actividades preventivas y ascienda la tasa de éxito.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/686 ========== ***

Nº de Registro: 0686

Título
EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

Autores:
HERRAIZ GASTESI GONZALO, TELLO MARTIN ANGELA, LALANA JOSA MARIA PILAR, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, MONEO HERNANDEZ MARIA ISABEL, LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, GARIN MORENO ANA LUZ, CARO REBOLLO JOSEFINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

PROBLEMA
Los pediatras nos encontramos en una posición privilegiada para intervenir en las primeras etapas del consumo y de la exposición al humo de tabaco que puede afectar al niño desde el comienzo de la concepción. Nos encontramos en una posición única de prevenir e intervenir en el consumo del tabaco al contar con la ventaja de establecer una relación prolongada con las familias.

Por este motivo se hace cada día más importante la inclusión de la relación con el tabaco en la historia clínica y fomentar, desde la consulta pediátrica, al hogar como un espacio libre de humo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0686

1. TÍTULO

EL NIÑO COMO FUMADOR PASIVO: MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LOS PADRES FUMADORES

Podemos decir que son muchos los niños que fuman con cierta regularidad al respirar el humo de los cigarrillos de sus padres. Varios estudios evidenciaron concentraciones perceptibles de cotinina en saliva y orina de lactantes expuestos en el hogar al humo de tabaco. De todos los sistemas afectados, las vías respiratorias son las más perjudicadas.

Es menester insistir en la relación del humo de tabaco ambiental (en la casa, en el automóvil) y la salud del niño. Es necesario concienciar a los padres sobre las consecuencias que tiene el tabaquismo paterno o materno en la salud de sus hijos, los peligros resultantes de la exposición al humo de tabaco ambiental y el aumento de la probabilidad de que se inicie el tabaquismo entre los hijos de fumadores.

Y todo esto puede llevarse a cabo desde las consultas de pediatría.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer si los pediatras abordan de forma adecuada los consejos antitabaco con el fin de evitar que el niño se convierta en fumador pasivo.
- Conocer si influyen en el manejo del consejo antitabaco variables tales como sexo, edad o años de trabajo entre los diferentes pediatras de atención primaria.
- Conocer si influye en el consejo anti tabáquico a padres el propio hábito tabáquico del pediatra.
- Mejorar los conocimientos previos entre pediatras para el consejo antitabaco y aportar herramientas útiles para su utilización en las consultas.

MÉTODO
- Elaboración de encuesta para conocer aptitudes y actitudes de los pediatras de AP de Aragón con respecto al niño como fumador pasivo.
- Envío de encuesta para cumplimentar on-line a todos los pediatras de AP que pertenecen a la lista de correo de la Asociación de pediatras de Aragón de AP.
- Recopilación de información de utilidad para pediatras y material divulgativo para padres sobre el problema del niño como fumador pasivo.
- Taller divulgativo y presencial dirigido a todos los pediatras de AP de Aragón para abordar el problema del niño como fumador pasivo.

INDICADORES
Nº pediatras que contestan a la encuesta on-line/ total pediatras lista de correo

Nº pediatras que acuden al taller formativo/total pediatras lista de correo

DURACIÓN
Mayo 2015: Cada profesional recopila material y puesta en común a través de correo electrónico con el resto de componentes del equipo de mejora.

Junio 2015: Reunión del grupo. Distribución de tareas y valoración de material disponible para su consenso.

Septiembre 2015: Envío encuesta on line a través lista de correo pediatras de AP de Aragon. 2º envío a los 15 días.

Octubre 2015: Valoración de resultados encuesta on line.

Enero 2016: Preparación del taller. Distribución de temas. Herramientas útiles en consulta y manejo del consejo antitabaco para padres.

Marzo 2016. Taller formativo presencial dirigido a pediatras de AP.

OBSERVACIONES
El Equipo está formado por profesionales de distintos Sectores de SALUD

Valoración de otros apartados

```
------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0332

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS,ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA MARTINEZ MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAHULEA LILIANA
LOU ARNAL TERESA
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
LOPEZ AYLON ROSA
DOMINGUEZ ESCARTIN ANA
SABATER PARALLUELO CONCEPCION
CARVAJAL HERRANZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DURANTE EL AÑO 2017 POR CIRCUNSTANCIAS AJENAS AL EQUIPO,SE GENERA UNA DESMOTIVACIÓN Y PÉRDIDA DE INTERES QUE NO PERMITE LLEVAR A CABO EL COMPROMISO CON EL PROYECTO.
EN FEBRERO 2018 CON MEJOR INICIATIVA Y PREDISPOSICIÓN SOLICITAMOS A TRAVES DE ANA ESCARTIN A DIRECCIÓN DE PRIMARIA EL PROCEDIMIENTO ISSO 9001 DE FARMACIA Y DE ESTERILIZACIÓN.
ACTUALIZACIÓN DE LA A FORMACION,OFRECIDA MEDIANTE CURSOS DEL SECTOR,EN ESTERILIZACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA MISMA RAQUEL CARVAJAL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE CREA UNA HOJA DE LISTADO DE INCIDENCIAS,DE LA SE RESPONSABILIZARÁ RAQUEL CARVAJAL,EN LA SE ANOTARÁ LA INCIDENCIA, LA FECHA,LA PERSONA DECLARANTE,Y LA SOLUCIÓN EFECTUADA SI HA SIDO POSIBLE.
DE ESTA HOJA PODREMOS VALORAR EL Nº DE INCIDENCIAS POR MES Y EL PORCENTAJE DE LAS MISMAS NO SOLUCIONADAS.
CON ELLO CONTROLAREMOS MEJOR EL STOCK DEL ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS.
SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN SEGUN NORMA ISSO 9001

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DURANTE ESTE AÑO INTENTAR QUE TODO EL EQUIPO AUN CON FALTA DE TIEMPO Y CON LA PRESION AISTENCIAL, COLABORE EN EL CONTROL DE LAS INCIDENCIAS QUE NOS REPORTARÁ LA INFORMACION NECESARIA PARA CONTROLAR MEJOR EL STOCK DEL CENTRO Y EVITAR LAS ROTURAS DEL MISMO .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/332 ========== ***

Nº de registro: 0332

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL CS FUENTES DE EBRO

Autores:
MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA, MAHULEA MAHULEA LILIANA, LOU ARNAL TERESA, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, LOPEZ AYLON ROSA, DOMINGUEZ ESCARTIN ANA, SABATER PARALLUELO CONCEPCION, CARVAJAL HERRANZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: mejora en el procedimeinto de gestion recusos de almacen y material de urgencias
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0332

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DEL ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS,ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION EN EL CS DE FUENTES DE EBRO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Raquel Carvajal Herrán aux. clínica,Urgencias: Ana Cristina Sumelzo Liso Médico
Esterilización: Raquel Carvajal Herrán aux. clínica

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
Distribución de proyectos; Enero-17
Nombramiento de responsables; Enero-17
Puesta en marcha procedimiento; Febrero-17
Formación; Primer semestre -17
Seguimiento de actividad, controles trimestrales;Abril,Junio,Septiembre,Diciembre-17
Indicadores y conclusiones finales: Diciembre-17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0630

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS,MALETINES CON MEDICACIONE INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LILIANA MAHULEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO
VENTURA SCIAME JOSE ANTONIO
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
LOPEZ AYLON ROSA
LOU ARNAL TERESA
MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1. Se han realizado los maletines de Urgencias – Respiratorio, Cardiológico y Traumatología.
5.2. Se ha realizado el cuaderno de registro de los maletines (utilización de material y solución de incidencias).
5.3. Se han realizado tres reuniones presenciales del equipo de Calidad para acordar el contenido de los maletines y concretar las situaciones que implican la utilización de los mismos.
5.4. Se han presentado a los equipos de guardia los maletines, con utilización optima por parte de la mayoría de los compañeros.
5.5. Se ha hablado con un arquitecto sobre la posibilidad de aumentar la sala de Urgencias, quedando más espacio para desarrollar el trabajo. El mobiliario queda pendiente de los cambios arquitectónicos que se van a hacer. De momento, hemos solicitado una camilla nueva, más fácil de manejar, y hemos vuelto a solicitar un desfibrilador para el maletín de Circulatorio.
5.6. En el tema de Formación continuada, se han realizado sesiones clínicas dirigidas a Urgencias, dentro de la planificación disponible, con los siguientes temas:
“Atención a dos IAM en AP. Código infarto”,
“EPOC. Clasificación y dispositivos de inhalación”,
“Código ictus”,
“Urgencias en Cardiología. Reanimación cardio-pulmonar”,
“Uso de fármacos vía subcutánea en cuidados paliativos”.
También se ha realizado por parte de todos los miembros del Equipo el Curso de SVB del Portal del empleado (código Z2-0800/2017), con el objetivo de promover la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes propios del soporte vital básico instrumentalizado en el adulto y uso correcto de desfibriladores automáticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1. El primer resultado alcanzado es la realización de los maletines. Han llegado al Centro de Salud dos de los tres solicitados, pero hemos solucionado el problema improvisando con otro maletín que conseguimos.
6.2. El segundo resultado es la realización del cuaderno de registro. A partir del mes de marzo de año 2018 se comenzará a registrar.
6.3. Se han dado las sesiones clínicas programadas. Este año seguiremos con las actualizaciones en temas de Urgencias.
6.4. Se ha visto una disminución de la demora en la atención a urgencia y mayor confort a la hora de trabajar manifestado por los compañeros que realizan guardias. Queda pendiente definir métodos objetivos para medir el grado de satisfacción de los trabajadores y de los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante éste año tenemos la intención de seguir trabajando en la linea iniciada, programar más reuniones de Equipo o aprovechar las existentes para comunicar los cambios e implementarlos.
Daremos especial énfasis en la modificación del cuarto de Urgencias (ampliar superficie, cambiar el mobiliario).
Seguiremos con las sesiones clínicas, dentro del Organigrama de Sesiones del centro.
Consideramos que éste proyecto nos ha motivado para reunirnos, ponernos de acuerdo, empezar a mejorar la organización de la atención a la Urgencia en nuestro Centro de Salud, aumentando de ésta manera la satisfacción general de los compañeros y estimulando las ganas de seguir mejorando.

El proyecto se puede extrapolar a todos los Centros de Salud con Atención Continuada, ya que mejora los tiempos de respuesta a las urgencias que pueden surgir tanto dentro como fuera del Centro y, como consecuencia, la comodidad y seguridad de los compañeros a la hora de trabajar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/630 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0630

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS,MALETINES CON MEDICACIONE INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Nº de registro: 0630

Título
OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE; LA SALA DE URGENCIAS,MALETINES CON MEDICACION E INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Autores:
MAHULEA MAHULEA LILIANA, DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO, VENTURA SCIAME JOSE ANTONIO, SUMELZO LISO ANA CRISTINA, LOPEZ AYLON ROSA, LOU ARNAL TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion a la urgencia
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El procedimiento de atención a la urgencia del centro requiere contar con una actualización continua de los profesionales en las técnicas diagnóstico- terapéuticas,así como con una infraestructura de espacio y distribución de la sala que se adapte a las necesidades del acto médico-paciente,gestión y control del material e instrumental del botiquín y carro de paradas. La atención a la urgencia fuera del centro, requiere además, de la organización y distribución del material y medicación en maletines,registro y control de caducidades, reposición de medicación e instrumental. Todo ello permitirá optimizar los recursos, garantizar mayor seguridad al profesional y mejor atención al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundará en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de las necesidades reales de la unidad, evitando falta de recursos necesarios.
La gestión y control del material y medicación para la atención a la urgencia tanto dentro como fuera del centro generará en una mayor satisfacción del profesional y del paciente.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Poner en conocimiento del personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 sobre Gestión de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletines de urgencias. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros para su control: control de caducidades y de reposición. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Carro paradas, botiquín: Rosa López Aylón (Médico EAP)
Maletines de Urgencias: Rosa López Aylón (Médico EAP)

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
-% de incidencias no solucionadas o demoradas
-% de miembros del equipo con formación
-Nº de derivaciones hospitalarias/nº total de pacientes atendidos

DURACIÓN
Nombramiento del responsable ; Enero-17
Puesta en marcha del procedimiento Febrero-17
Formación; trimestral
Seguimiento de la actividad ; controles mensuales
Evaluación indicadores y conclusiones: Dic-17

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0630

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ORGANIZACION Y CONTENIDO DE LA SALA DE URGENCIAS,MALETINES CON MEDICACIONE INSTRUMENTAL Y CARRO DE PARADAS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0814

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS BOLEA GORBEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS FUENTES DE EBRO
· Localidad ..... FUENTES DE EBRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUMELZO LISO ANA CRISTINA
MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Carlos Bolea Gorbea como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Carlos Bolea Gorbea impartió la segunda sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 05/02/2019 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP y una primera el 18 de diciembre 2018 con material de la primera sesión y manejo de patología respiratoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0814

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

antibióticos.
Esa persona es Carlos Bolea Gorbea, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
El día 5 de febrero de 2019 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 80% del equipo.
Resultado 2018: 80%
Se han realizado dos sesione relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.
El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Fuentes de Ebro el indicador seleccionado fue:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 24,4%
Objetivo 2018: <22%
Resultado 2018: 19,2%

Este resultado muestra un descenso 2,8 puntos por debajo del objetivo marcado, lo que es resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, con lo cual consideramos finalizado este proyecto.
La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/814 ========== ***

Nº de registro: 0814

Título
INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
BOLEA GORBEA CARLOS, MARTINEZ MARTINEZ MARGARITA, SUMELZO LISO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FUENTES DE EBRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0814

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP FUENTES DE EBRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP FUENTES DE EBRO se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 24,4%
Objetivo 2018: <22%

DURACIÓN
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0071

1. TÍTULO

USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER CASAUS ALBERTO
CILLERUELO ENCISO SILVIA
COLMENERO ARTIGA BEATRIZ
VELASCO ALVAREZ DARCLE
ESTEBAN VIDAL CONCEPCION
MARTINEZ IBAÑEZ ANA
GARCIA BLAS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se decide poner en marcha una Consulta monográfica mejorar la técnica de uso de los inhaladores a todo paciente que los use (EPOC, asma u otra patología respiratoria que los requiera)

Formación del grupo de profesionales (5 DUEs, 1 administrativa, 2 médicos) que se hará cargo de esta consulta.
Obtención (desde el servicio de Farmacia de Atención Primaria) de un listado de pacientes que usen inhaladores.
Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI.
Diseño y creación de agendas específicas, tanto de enfermería como de medicina, con contenido específico y común para cada una.
Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ...
Equipamiento de la consulta con el material necesario
Solicitud de una hoja de cálculo tipo Excel (de fácil uso), así como un paquete estadístico para poder registrar e interpretar los datos.
Reunión con el EAP para informar de la puesta en marcha de la misma y la forma de derivación a ésta: imprescindible que el paciente tenga abierto el episodio de EPOC en OMI (índice FEV1/FVC postbroncodilatación: < 70% en la espirometría)
Reuniones recordativas del funcionamiento de esta consulta y problemas detectados conforme avanza funcionamiento de esta consulta.

Cronograma:
Formación del grupo de profesionales: junio 2017
Obtención de un listado de pacientes (sólo con su AR) que usen inhaladores: julio 2017
Confección de un listado nominal según dicho código AR: agosto-septiembre 2017. DUEs
Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI. agosto 2017. Administrativa.
Cruce de dicho listado con el de diagnostico EPOC. Septiembre 2017. DUEs
Diseño y creación de agendas específicas. Octubre 2017. Grupo de trabajo.
Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ... Septiembre-octubre 2017. Dra Navarro
Consulta Monográfica. Octubre 2017- actualidad. Todo el grupo de trabajo.
Valoración continuada de los problemas que se van detectando y solución de los mismos.

OBJETIVOS
Objetivos:
1) Aumentar la cobertura de EPOC en nuestro Centro de Salud.
2) Mejorar la técnica de uso de inhaladores en los pacientes.
3) Conseguir que la hoja de registro de todos los pasos de la técnica de uso de los inhaladores se integre en la historia clínica.
4) Hacer educación para la salud en estos pacientes (aconsejar la vacuna antigripal, la antineumocócica, el abandono del tabaco ...)
5) Conocer el estadío GOLD y el tratamiento de los pacientes EPOC estudiados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde la puesta en marcha de la consulta el 18 de octubre, se han valorado (al menos en una primera consulta) 32 pacientes: 50% hombres y 50% mujeres. Con una edad media de 72,68 años.
Con diagnóstico EPOC hay un 62,5% de pacientes y 15 % de asma bronquial.
En la primera visita efectúan correctamente la técnica únicamente el 34% de los pacientes y usan más de un dispositivo el 48% de los mismos.
Son fumadores el 22%.
Se han vacunado de la gripe en la última campaña el 80%.
A todos lospacientes EPOC se les ha recomendado la vacuna antineumocócica.
Entre los pacientes EPOC a los que se les ha valorado su estadío según la GOLD (40%), están en un estadio moderado, el 56% y en el severo el 33%.
De las 40 hojas de cuestionarios dedicadas a la captación de pacientes, no se han entregado en consulta ninguna

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0071

1. TÍTULO

USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC

En el momento actual, la prevalencia del EPOC en nuestro Centro de Salud sigue sin modificarse (1,35 %)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
BASE DE DATOS NO ACTUALIZADA
FALTA DE MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES
DEFICIENTE REGISTRO DE DATOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS
NECESIDAD DE SISTEMAS DE REGISTRO, HOJA DE CALCULO Y PAQUETE ESTADÍSTICO.
NECESIDAD DE RECORDAR CONSTANTEMENTE AL EAP LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESTA CONSULTA.
NECESIDAD DE UNA PERSONA AJENA AL GRUPO QUE HAGA EL ESTUDIO ESTDÍSTICO
NECESIDAD DE TIEMPO EXTRALABORAL PARA LAS ACTIVIDADES QUE NO PRECISAN TENER PRESENTE AL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.
Parece existir una necesidad no sentida ni por los pacientes ni por los profesionales ni por la Administración, acerca del correcto uso de los inhaladores:
Los pacientes y los profesionales creen que sí los usan bien.
La Administración no integra sistemas de registro en la historia informatizada del paciente a pesar de ser imprescindibles.
Todo ello representa mucha carga, con el consiguiente degaste en los profesionales, que sí las ven como necesidades sentidas y obligatorias para el correcto manejo de las enfermedades respiratorias así como para conseguir el éxito del tratamiento y por ende de la evolución de las mismas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/71 ========== ***

Nº de registro: 0071

Título
EDUCACION EN EL USO ADECUADO DE INHALADORES EN LOS PACIENTES EPOC

Autores:
NAVARRO AZNAREZ GLORIA, PEREZ PRIMICIA MARTA, ESTEBAN VIDAL CONCEPCION, COLMENERO ARTIGA BEATRIZ, VELASCO ALVAREZ DARCLE, QUILES AMIGOT DOLORES, GARCIA BLAS ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....: FORMACION A PACIENTES Y PROFESIONALES

PROBLEMA
La EPOC tiene una elevada prevalencia siendo la 4ª causa más común de enfermedad y la única que está en aumento, sin embargo, sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada.
Genera una gran carga de morbi-mortalidad precisando numerosos recursos sanitarios para su atención.
Los fármacos por vía inhalatoria constituyen la base del tratamiento por lo que resulta imprescindible un adecuado manejo de dicha técnica por parte de los pacientes así como del personal sanitario que debe instruirles.
Existen estudios que demuestran que los broncodilatadores inhalados no se usan correctamente lo que provoca una mala adherencia y por tanto, mala respuesta al tratamiento.
Sin educación y supervisión periódica de la técnica inhalatoria, el fracaso terapeútico está asegurado.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES
1. Conocer la calidad de la técnica de uso de los inhaladores.
2. Conocer la adherencia al tratamiento (cuestionario TAI).
3. Enseñar la correcta realización de la técnica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1. Aumentar la cobertura de EPOC en nuestro Centro de Salud
2. Mejorar la formación en la correcta técnica de uso de inhaladores en los profesionales sanitarios
3. Realizar educación de la técnica a los pacientes, individual así como grupal
4.Determinar si el uso adecuado de broncodilatadores inhalados, genera cambios positivos, en los parámetros ventilatorios, en pacientes con EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0071

1. TÍTULO

USO ADECUADO DE INHALADORES EN EL PACIENTE EPOC

MÉTODO
1. Creación de un GRUPO DE MEJORA (una médico,5 enfermeras y una administrativo)
2. Reuniones con los PROFESIONALES (una sesión de formación antes del inicio del Proyecto y posteriores de seguimiento)
3. Realización de encuestas a los profesionales
4. Obtener el listado de pacientes EPOC (OMI) y la muestra a estudio
5. Determinar los CRITERIOS DE INCLUSIÓN y EXCLUSIÓN en el proyecto (en especial, el diagnóstico correcto por espirometría: índice FVC/FEV1 post PBD < 70%
6. Valoración de la mejor captación de los pacientes (consulta programada/demanda)
7. Elaborar una ficha de recogida de datos
8. Elaborar las encuestas a pasar a los pacientes sobre lconocimientos de la técnica de inhalación: PRE y POST CURSO DE EDUCACIÓN
9. Realizar SESIONES de educación sanitaria a los pacientes: individuales y grupales
10. Conseguir todos los dispositivos placebo del mercado posibles para las sesiones prácticas.

INDICADORES
Educación a los pacientes EPOC en terapia inhalatoria, tanto en consulta a demanda o programada de medicina y/o enfermería, como en reuniones grupales. INDICADORES:

1. Antes de la educación, observación en la consulta, de la técnica de uso del dispositivo individualmente valorándola en la ficha diseñada: número de errores.
2. Observación en la consulta, de la técnica inhalatoria tras la educación (individual y grupal): número de errores.

Aumentar la motivación de los profesionales mediante reuniones de formación sobre la correcta utilización de los inhaladores, reuniones formativas con talleres prácticos. Indicadores:

1. Antes de la educación, encuesta sobre el uso de los inhaladores (técnica, características de los diferentes dipositivos, modelos...): número de errores.
2. Al final del poryecto, realización de la misma encuesta: número de errores.
3. Aumentar la prevalencia de la EPOC en nuestro C. de Salud: pacientes don diagnóstico EPOC/población de 40-80 años.

DURACIÓN
Fecha de inicio: 6/4/16. Fecha de finalización: 31/12/16

Actividades:

Formación de los profesionales: Abril- Junio
Búsqueda de la población a estudio: Mayo
Diseño de folletos informativos: Mayo
Atención al paciente en consulta: Mayo-Noviembre
Talleres grupales: Junio-Septiembre-Noviembre
Conclusiones: Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER CASAUS ALBERTO
CILLERUELO ENCISO SILVIA
COLMENERO ARTIGA BEATRIZ
VELASCO ALVAREZ DARCLE
ESTEBAN VIDAL CONCEPCION
MARTINEZ IBAÑEZ ANA
GARCIA BLAS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación del grupo de profesionales (5 DUEs, 1 administrativa, 2 médicos) que se hará cargo de la consulta monográfica: adecuación del del tratamiento en EPOC. Uso correcto de inhaladores en EPOC, asma y otras patologías que los requieran.
Obtención (desde el servicio de Farmacia de Atención Primaria) de un listado de pacientes que usen inhaladores.
Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI.
Diseño y creación de agendas específicas, tanto de enfermería como de medicina, con contenido específico y común para cada una.
Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ...
Equipamiento de la consulta con el material necesario, incluído una hoja de cálculo tipo Excel compatible para cualquier usuario, así como un paquete estadístico para poder registrar e interpretar los datos.
Reunión con el EAP para informar de la puesta en marcha de la misma y la forma de derivación a ésta: imprescindible que el paciente tenga abierto el episodio de EPOC en OMI (índice FEV1/FVC postbroncodilatación: < 70% en la espirometría)
Reuniones recordativas del funcionamiento de esta consulta y problemas detectados conforme avanza funcionamiento de esta consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han valorado 57 pacientes: 64.52% hombres y 35.48 % mujeres. Con una edad media de 72,68 años.
Con diagnóstico EPOC hay un 54.39% de pacientes y 36.84 % de asma bronquial, otros diagnósticos 8.77%
En la primera visita efectúan correctamente la técnica únicamente el 34% de los pacientes y usan más de un dispositivo el 48% de los mismos.
Son fumadores el 21%.
Se han vacunado de la gripe en la última campaña el 60% (64.52% de los EPOC y el 66.67% de los asmáticos).
A todos lospacientes EPOC se les ha recomendado la vacuna antineumocócica, vacunándose el 32.26% de los mismos.
Entre los pacientes EPOC, se les ha valorado su estadío según la GOLD al 67.7%, de entre los cuales, el 56%, están en un estadio moderado, y el 33% en estadío severo. En un 29% de los pacientes EPOC se necesita una adecuación del tratameinto a las guías. Únicamente se había registrado un paciente (2.77%) con el diagnóstico de EPOC sin corresponderle por lo que se cambia en el registro de OMI.
De las 40 hojas de cuestionarios dedicadas a la captación de pacientes, e´stos han recogido el 100% sin embargo, ninguna se ha entregado en la consulta monográfica.
En el momento actual, la prevalencia del EPOC en nuestro Centro de Salud sigue sin modificarse (1,35 %)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
BASE DE DATOS NO ACTUALIZADA
FALTA DE MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES
DEFICIENTE REGISTRO DE DATOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS
NECESIDAD DE SISTEMAS DE REGISTRO ESTADÍSTICO DE USO GENERALIZADO.
NECESIDAD DE RECORDAR CONSTANTEMENTE LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESTA CONSULTA.
NECESIDAD DE UNA PERSONA AJENA AL GRUPO QUE HAGA EL ESTUDIO ESTDÍSTICO
NECESIDAD DE TIEMPO EXTRALABORAL PARA LAS ACTIVIDADES QUE NO PRECISAN TENER PRESENTE AL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.
Parece existir una necesidad no sentida ni por los pacientes ni por los profesionales, acerca del correcto uso de los inhaladores:
Los pacientes y los profesionales creen que sí los usan bien.
Resulta imprescindible integrar sistemas de registro en la historia informatizada (OMI).
Todo ello representa mucha carga, con el consiguiente degaste en los profesionales, que sí las ven como necesidades sentidas y obligatorias para el correcto manejo de las enfermedades respiratorias así como para conseguir el éxito del tratamiento y por ende de la evolución de las mismas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1350 ========== ***

Nº de registro: 1350

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ GLORIA, FERRER CASAUS ALBERTO, VELASCO ALVAREZ MARIA DARCLE, ESTEBAN VIDAL CONCEPCION, MARTINEZ IBAÑEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monogárfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

MÉTODO
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

INDICADORES
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: Superar el 60%. (Actualmente en el EAP 49,07).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 28,24).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: >5. (Actualmente 2,38)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
-implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/ Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados/ manejo de inahaladores. Objetivo: 2 charlas al año

DURACIÓN
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

POYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GLORIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER CASAUS ALBERTO
CILLERUELO ENCISO SILVIA
COLMENERO ARTIGA BEATRIZ
VELASCO ALVAREZ DARCLE
ESTEBAN VIDAL CONCEPCION
MARTINEZ IBAÑEZ ANA
GARCIA BLAS ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
? Formación del grupo de profesionales (5 DUEs, 1 administrativa, 2 médicos) que se hará cargo de la "Consulta monográfica para pacientes EPOC: uso correcto de inhaladores. Adecuación del tratamiento".
? Obtención (desde el servicio de Farmacia de Atención Primaria) de un listado de pacientes que usen inhaladores.
? Obtención de un listado de pacientes con diagnóstico de EPOC en OMI.
? Diseño y creación de agendas específicas, tanto de enfermería como de medicina, con contenido específico y común para cada una.
? Diseño de las fichas de recogida de datos, de trípticos informativos para los pacientes, del cartel de captación de pacientes ...
? Equipamiento de la consulta con el material necesario, incluído una hoja de cálculo tipo Excel compatible para cualquier usuario, así como un paquete estadístico para poder registrar e interpretar los datos.
? Reunión con el EAP para informar de la puesta en marcha de la misma y la forma de derivación a ésta: imprescindible que el paciente tenga abierto el episodio de EPOC en OMI (índice FEV1/FVC postbroncodilatación: < 70% en la espirometría)
? Reuniones recordativas del funcionamiento de esta consulta y problemas detectados conforme avanza funcionamiento de esta consulta.
- Se amplía la educación sobre el uso correcto de inhaladores a cualquier paciente que los haya precisado en el último año: asmáticos u otras patologías respiratorias.
- No se realiza consulta "antitabaco" hasta que se realice formación específica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han valorado 57 pacientes: 64,52 % hombres y 35,48% mujeres. Con una edad media de 72,68 años.
Con diagnóstico EPOC hay un 54,39% de pacientes y 36,84 % de asma bronquial, otros diagnósticos: 8,77%.
En la primera visita efectúan correctamente la técnica únicamente el 34% de los pacientes mejorando hasta el 61,1% al final del estudio.
Usan más de un dispositivo el 48% del total de los pacientes estudiados.
Son fumadores el 22%.
A todos ellos se les realiza educación para la salud.
Se han vacunado de la gripe en la última campaña únicamente el 60% (64,52% de los EPOC y el 66,67% de los asmáticos).
A todos lospacientes EPOC se les ha recomendado la vacuna antineumocócica vacunándose el 32,26% de los mismos.
Entre los pacientes EPOC a los que se les ha valorado su estadío según la GOLD 67,7%, de entre los cuales, el 56%, están en un estadio moderado, el severo el 33% en estadío severo.
Un 29% de los pacientes EPOC han precisado adecuación del tratamiento a las guías actuales.
Únicamente se había realizado diagnóstico erróneo en un paciente (2,77%)como EPOC por lo que se corrige y se excluye de dicho registro.
De las 40 hojas de cuestionarios dedicadas a la captación de pacientes, éstos han recogido el 100% de de las mismas, sin embargo, ninguna se ha entregado en la consulta monográfica.
En el momento actual, la prevalencia de EPOC en nuestro Centro de Salud sigue sin modificarse (1,25%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
? BASE DE DATOS NO ACTUALIZADA
? FALTA DE MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES
? DEFICIENTE REGISTRO DE DATOS EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS
? NECESIDAD DE SISTEMAS DE REGISTRO ESTADÍSTICO DE USO GENERALIZADO.
? NECESIDAD DE RECORDAR PERIÓDICAMENTE LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESTA CONSULTA.
? NECESIDAD DE UNA PERSONA AJENA AL GRUPO QUE HAGA EL ESTUDIO ESTADÍSTICO
? NECESIDAD DE TIEMPO EXTRALABORAL PARA LAS ACTIVIDADES QUE NO PRECISAN TENER PRESENTE AL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.
Parece existir una necesidad no sentida ni por los pacientes ni por los profesionales acerca del correcto uso de los inhaladores:
Los pacientes y los profesionales creen que sí los usan bien.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

POYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Necesidad de integrar sistemas de registro en la historia informatizada del paciente (OMI).
Elevada carga de trabajo añadido, con el consiguiente degaste en los profesionales, que sí las ven como necesidades sentidas y obligatorias para el correcto manejo de las enfermedades respiratorias así como para conseguir el éxito del tratamiento y por ende de la evolución de las mismas.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1350 ========== ***

Nº de registro: 1350

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ GLORIA, FERRER CASAUS ALBERTO, VELASCO ALVAREZ MARIA DARCLE, ESTEBAN VIDAL CONCEPCION, MARTINEZ IBAÑEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monogárfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

MÉTODO
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

INDICADORES
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: Superar el 60%. (Actualmente en el EAP 49,07).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 28,24).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: >5. (Actualmente 2,38)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
-implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/ Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados/ manejo de inahaladores. Objetivo: 2 charlas al año

DURACIÓN
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1350

1. TÍTULO

POYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. PARQUE ROMA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR 1ARIA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICENTE COMPAIRED ARAGÜES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN CLAVERO MARIA JESUS
OCHOA ORTEGA MARIA PAZ
GIL LERA ANA CARMEN
GIL MACIPE MARIA JOSE
CLAVERO PEREZ ANA
SANCHO RAIMUNDO SHEILA
ENGUITA ROY ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A los pacientes que han acudido por primera vez al centro de salud, o bien que estando adscritos al centro de salud no tenían ningún registro en la historia clínica, se les han registrado los siguientes datos básicos:
- Antecedentes personales/familiares
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)
- Exploración básica: TA, talla, peso, frecuencia cardiaca y perímetro de cintura.

Cumplimiento del calendario marcado:
El proyecto se presentó al equipo el 23 de marzo de 2017.
Se aprobó el proyecto en Reunión de equipo el día 20 de abril de 2017, y se elaboró el manual informatizado con el equipo de admisión.
En mayo se informó a los ciudadanos a través de un díptico donde se explicaba todo el proyecto con cronograma incluido, se puso en marcha el proyecto, y se comenzó a registrar a aquellos pacientes que no tenían registros en la historia clínica.
En junio se presentó al consejo de salud de zona.
En septiembre se diseñó y se realizó una primera evaluación del proyecto.
En enero de 2018 se realizó la evaluación final.

Recursos empleados:
Una vez realizada la adscripción, en la Unidad de Atención al Usuario se le ofrece citación en la consulta de la enfermera para recogida de los datos básicos. En el caso de que se haya solicitado cualquier tipo de atención sanitaria de forma simultánea, la Unidad de Atención al Usuario realiza la citación para la consulta médica correspondiente, de forma coordinada (15 minutos después de la de enfermería)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Registro de todos los pacientes por el Servicio de Admisión en tabla Excel al efecto.
De mayo a septiembre de 2017: 157 pacientes, de los cuales Nuevos 131, Adscritos 85. Hombres 72 y Mujeres 85.
De octubre a diciembre de 2017: 65 pacientes, de los cuales Nuevos 61, Adscritos 4. Hombres 23 y Mujeres 42.
TOTAL: De mayo a diciembre de 2017: 222 pacientes, de los cuales Nuevos 192, Adscritos 30. Hombres 95 y Mujeres 127

No hay standard marcado por no haber registros anteriores.

Datos extraídos de los archivos remitidos de la DAP del sector II (Técnico de salud) el 14/02/18:
ALTAS de otras CCAA desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017: 30
ALTAS de Aragón excepto sector II, desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017: 154
Pacientes adscritos al centro de salud que no se habían atendido nunca a fecha 30 de abril de 2017: 1610; desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017 han solicitado atención: 407
Total: 591
Desde 1 de mayo a 31 diciembre de 2017 se ha realizado el Servicio 304 (Planes Personales de OMI) a 222 pacientes.
Nº de pacientes registrados de mayo a diciembre de 2017, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.
222 / 591 = 37%

Indicadores:
1.- Registro de pacientes nuevos captados desde Admisión, con nombre, edad, sexo y AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca. Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.
2.- Nº de pacientes registrados de mayo a diciembre de 2017, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR 1ARIA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al ser la primera vez ha habido dificultades de captación en el equipo, (admisión, medicina los adscritos que no derivan a enfermería, y enfermería que no los comunica a admisión) al no estar bien asimilado el proyecto, influyendo además vacaciones, sustituciones etc. El proyecto supone la captación precoz de los pacientes, con detección de problemas de salud, y actuaciones preventivas y de educación en salud.
Creemos por ambas cuestiones que es necesario continuar con el proyecto para mejorar la captación, y establecerlo como un servicio más a realizar diariamente por el Equipo de Atención Primaria.

Para ello se propone un standard entre 50-55%, y se establecen nuevos indicadores para 2018:

1.- Registro de pacientes nuevos captados desde Admisión de mayo de 2017 a diciembre de 2018, con nombre, edad, sexo y AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca. Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.
2.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018, a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI) / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.
3.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018 a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI), fumadores / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.
4.- Nº de pacientes registrados de mayo de 2017 a diciembre de 2018 a los que se les ha realizado el servicio 304 (Planes Personales de OMI), con TA =>140/90 mmHg / Total de pacientes que se adscriben por primera vez al Equipo de Atención Primaria (excepto los del sector II), o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados, > de 15 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1289 ========== ***

Nº de registro: 1289

Título
REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES DE OMI) DE LOS PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR PRIMERA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)

Autores:
COMPAIRED ARAGÜES VICENTE, DIESTE FRANCA MARIA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Detección de factores de riesgo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Detección de problemas de salud

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Registrar datos básicos de los pacientes que acuden por primera vez al centro de salud, o bien que estando adscritos al centro de salud no tienen ningún registro en historia clínica de atención primaria, tales como:
- Registrar antecedentes personales/familiares.
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)
- Exploración básica: TA, talla, peso, frecuencia cardiaca y perímetro de cintura.

RESULTADOS ESPERADOS
Apertura de historia clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1289

1. TÍTULO

REGISTRO DEL SERVICIO 304 (PLANES PERSONALES OMI) DE PACIENTES QUE SE ADSCRIBAN POR 1ARIA VEZ AL EAP, O QUE ESTANDO ADSCRITOS NO SE HAN ATENDIDO NUNCA (NO PACIENTES OCASIONALES O DESPLAZADOS)>15 AÑOS

Detección de problemas de salud.
Captación precoz.
Actuaciones preventivas y de educación en salud.
Resolución de la demanda si la hubiera solicitado.

MÉTODO
Una vez realizada la adscripción, en la Unidad de Atención al Usuario se le ofrecerá citación en la consulta de la enfermera para:
1.- Registro del servicio 304 de Planes personales de OMI.
2.- En el caso de que se haya solicitado cualquier tipo de atención sanitaria de forma simultánea, la Unidad de Atención al Usuario realizará la citación para la consulta médica correspondiente, de forma coordinada (15 minutos después de la de enfermería).
3.- Los pacientes que acudan directamente al médico por primera vez (cita por internet etc.), una vez atendidos se citaran a consulta concertada de enfermería para Servicio 304 de planes personales, y posteriormente se comunicará al servicio de admisión para anotar en listado.

INDICADORES
1.- Pacientes por nombre, edad y sexo, AR, que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria, o que estando adscritos no se han atendido nunca.
Se excluyen pacientes ocasionales y desplazados.
2.- Total de pacientes que se adscriban por primera vez al Equipo de Atención Primaria, o que estando adscritos no se han atendido nunca, excepto desplazados / total de pacientes > de 15 años.
3.- Registro de pacientes nuevos captados desde admisión.

DURACIÓN
- Presentación del proyecto: el 23 de marzo de 2017 al EAP.
- Aprobación: el día 20 de abril de 2017 en reunión de equipo específica.
- Información a los ciudadanos: mayo de 2017 (se ha realizado un díptico al efecto para entregar a los ciudadanos)
- Diseño del sistema de evaluación: septiembre de 2017.
- Reunión con equipo de Admisión y elaboración manual informatizado de procedimiento: en abril 2017.
- Registro de pacientes atendidos por primera vez por el servicio de Admisión: mayo 2017.
- Presentación proyecto al Consejo de salud: mayo 2017.
- PUESTA EN MARCHA: 2 de mayo de 2017.
- Evaluación de resultados: septiembre de 2017 y enero de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Fecha de entrada: 08/03/2018

2. RESPONSABLE ..... AMELIA TERESA PASCUAL GONZALO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLANO MARIA JOSE
HERNANDEZ MORA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó 2 veces con las reuniones correspondientes. En la 1º icasión, no acudió ninguna persona. En la 2º ocasión, se realizó mayor difusión, dando folletos, poniendo carteles, anotando a las personas en una lista. La asistencia fue mínima. Se pensó que el hirario no era muy adecuado, al realizarse de 13´00 a 14´00 horas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Escasa participación. Es importante volver a reunirse y quizás cambiar horarios oara facilitar la asisitencia

Ha habido cambios en Enfermería y una persiona se dió de baja.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo estaba bien elaborado. Se realizó una presentación Powerpoint. Quedan pendiente de elaborar folletos. los temas están bien elaborados y los demanda la población

7. OBSERVACIONES.
Para este nuevo año, se ptretende contar con una persona más y realizarlo en otro horario

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1382 ========== ***

Nº de registro: 1382

Título
GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Autores:
PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA, CASTELLANO BENDICHO MARIA JOSE, HERNANDEZ MORA AMPARO, DIESTE FRANCA MARIA CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención a la Comunidad
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres que tienen un niño lactante (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza responsable y feliz.

Objetivos específicos::

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.
Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.
Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales
Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.
Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

MÉTODO
Las medidas previstas, son:
1. Presentación del proyecto al resto del equipo de Atención Primaria mediante una sesión clínica.

2. Distribución de los distintos temas a tratar en las sesiones de lactancia materna y crianza entre los componentes del grupo. El contenido de las sesiones lo prepara cada profesional con respecto a su tema.

3. Se ofrecerá a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, ó derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

4. Realización de una sesión mensual, el último lunes de cada mes en horario de 13:00 a 14:00 h., exceptuando los periodos vacacionales. Los grupos serán abiertos y las madres vendrán con lo con bebes (de 0 a 2 años).Se realizará en el Aula Maternal del Centro de Salud de “Puerta del Carmen”

5. Se facilitará una encuesta de satisfacción a las mujeres en cada taller.

El grupo está constituído por:
2 Pediatras (Maria Jose Castellano y Amparo Hernández)
1 Enfermera de Pediatría (Carolina Dieste)
1 Matrona (Amelia Pascual)

INDICADORES
Indicador 1: Nº de sesiones impartidas a lo largo del año 2017 -2018
Indicador 2: Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones, según los resultados de la encuestas

DURACIÓN
Fecha de inicio: Septiembre 2017
Fecha finalización: Septiembre 2018

Cronograma

Mayo
Junio
Julio
Agosto
septiembre
Octubre
noviembre
Diciembre
Presentación proyecto
x

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Distribución temas
x

Preparación temas

x

Oferta madres

x
x
x
x
x
x
x
Realización sesiones

x

x
x
x
x
Evaluación semestral

x

Valoración final

Fecha de inicio: Septiembre 2017
Fecha finalización: Septiembre 2018

Cronograma

Mayo
Junio
Julio
Agosto
septiembre
Octubre
noviembre
Diciembre
Presentación proyecto
x

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

Distribución temas
x

Preparación temas

x

Oferta madres

x
x
x
x
x
x
x
Realización sesiones

x

x
x
x
x
Evaluación semestral

x

Valoración final

x

x

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1382

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2017-18 CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA PARA MADRES

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0038

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOSDE EVOLUCION

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA VICENTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUEYO SALAVERA CLARA MARIA
CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA
APESTEGUI GARMENDIA ANE
PEREZ MURILLO ALBERTO
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA
ARQUILLUE VARONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En marzo de 2016 se presentó al EAP el proyecto de calidad, siguiendo el calendario marcado para ello y se facilitó una tabla de excel de recogida de datos a todo el EAP .
A cada paciente fumador captado para el estudio, se le realizaron las actividades prevista en el proyecto (encuesta de hábitos tóxicos)y al mismo tiempo, a pesar de que no estar previsto inicialmente, se realizo educación y seguimiento antitabáquico.
En noviembre de 2017 se finalizó la recogida de datos, incluyéndolos en la tabla excel para estudio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizó el estudio a 84 pacientes, 44 mujeres y 40 hombres con una edad media de 55.74 años, la media de consumo de tabaco diario era de 14 cigarrillos día y un tiempo medio del hábito tabáquico de 33.35 años.
Se han realizado un total de 90 sedimentos urinarios, encontrando 4 sedimentos patológicos en una primera determinación, confirmandose solamente en dos pacientes en determinaciones seriadas.
Se solicitaron ecografía, según protocolo a los pacientes con sedimento patológico y se han remitido a estos pacientes al servicio de urología. En ninguno de los casos se ha objetivado patología vesical tumoral

Indicadores

1- Nº total fumadores captados /Nº total de sedimentos solicitados x100:
84/84 x100= 100%
2- Nº de sedimentos positivos/Nº total de sedimentos solicitados x 100
4/84 x100= 4,76%
3-Nº de ecografías solicitadas/Nº de sedimentos positivos x 100
2/4 x100= 50%
4- Nº de ecografías / Nº de ecografías solicitadas x100
0/2 x100= 0%
5- Nº de derivaciones a Urología/Nº de ecografías positivas x 100
1/0x100= 0%
6- Nº total de Tumor Vesicales/Nº total de sedimentos solicitados x 100
0/ 84x100= 0%

7- Nº de profesionales de Medicina de Familia y enfermería que han participado.
7/ 30 = 23%
8- Nº pacientes satisfechos/Nº de pacientes captados x100
84/84x100= 100%
9- Nº de pacientes que han dejado de fumar durante el estudio :
3/84 x 100= 3,5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El presente proyecto,teniendo como finalidad la utilización del sedimento urinario (detección de microhematuria) como test de cribado de carcinoma vesical en pacientes fumadores seleccionados, no ha permitido diagnosticar a ningún paciente.
Si ante pacientes con factores de riesgo (hábito tabáquico) el estudio del paciente con sedimento alterado no aporta hallazgos patológicos, se podría llegar a la conclusión si el tamaño muestral fuese adecuado, de que ante ausencia de estos factores de riesgo, la microhematuria en el sedimento es un hallazgo intrascendente como reflejan otros estudios realizados

7. OBSERVACIONES.
Hoy en día la AP esta basada en un modelo casi exclusivamente asistencial, en el que las actividades preventivas se ven relegadas a un segundo plano, y quizá esto pueda justificar la escasa participación de la mayoría del EAP .
No hemos detectado ningún carcinoma vesical, consecuencia lógica del escaso número de pacientes recogidos para el estudio, pero como efecto beneficioso colateral hemos conseguido que el 3,5% de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0038

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOSDE EVOLUCION

los pacientes hayan abandonado su hábito tabáquico, lo que nos compensa el trabajo realizado .

*** ========== Resumen del proyecto 2016/38 ========== ***

Nº de registro: 0038

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

Autores:
VICENTE ALDEA MARIA TERESA, PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA, APESTEGUI GARMENDIA ANE, PEREZ MURILLO ALBERTO, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA, ARQUILLUE VARONA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Deteccion precoz de Tm vesical en fumadores
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El carcinoma vesical es una patología de elevada incidencia en nuestro medio relacionada con el consumo de tabaco.

El diagnóstico precoz de los tumores es el principal mecanismo para mejorar la supervivencia.
La hematuria microscópica es el síntoma más frecuente, aunque no siempre es un síntoma precoz y fácilmente abordable en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Diagnosticar precozmente la presencia de tumor vesical en pacientes de ambos sexos,mayores de 25 años, que sean o hayan sido fumadores de más de 10 años de evolución.
2. Detectar microhematuria (>3-5 hematíes) en el sedimento de orina a estos pacientes.
3. Solicitar ecografía urológica precozmente a todos los pacientes fumadores y con microhematuria positiva en tres determinaciones.
4. Derivar a Consultas de Urología, específicas de Tumor vesical a los pacientes con ecografía alterada.

MÉTODO
1.- Presentación al equipo M Teresa Vicente
2.- Diseñar tabla de recogida de datos Sofia Cubero
3.- Instalar en cada escritorio dicha tabla Ane Apestegui
4.- Realizar encuesta de hábitos tóxicos en todas consultas de Medicina y enfermería a todos los pacientes que pueden ser considerados población diana. Alberto Perez
5.-Incluir a cada paciente captado en la tabla de datos.
Todo el equipo
6.- Solicitar sedimento urinario, a cada uno de estos pacientes, para estudio de microhematuria
7.- En cada paciente con sedimento patológico (Considerando positivo: > 3-5 hematíes /c.) se realizara nuevo sedimento de control junto con urocultivo en cuatro semanas.
8.- Si se detecta cultivo patológico, salvo bacteriuria asintomática, se iniciara tratamiento adecuado y tras finalizar el mismo, repetimos cultivo y sedimento
para valorar la normalidad de las pruebas.
9.- En el caso de un segundo sedimento positivo y cultivo negativo se solicitara un tercer sedimento al mes.
10.-Si el tercer sedimento es positivo, solicitaremos ecografía de vías urinarias y derivación posterior a la consulta de Urologia
11.- Recogida mensual de datos Ane Apestegui

12.-A cada paciente al terminar el estudio se le pasara una encuesta de satisfacción

INDICADORES
1- Nº total fumadores captados /Nº total de sedimentos solicitados x100
2- Nº de sedimentos positivos/Nº total de sedimentos solicitados x 100
3-Nº de ecografías solicitadas/Nº de sedimentos positivos x 100
4- Nº de ecografías / Nº de ecografías solicitadas x100
5- Nº de derivaciones a Urología/Nº de ecografías positivas x 100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0038

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO PRECOZ DE TUMOR VESICAL EN PACIENTES CON HABITO TABAQUICO DE MAS DE 10 AÑOSDE EVOLUCION

6- Nº total de Tumor Vesicales/Nº total de sedimentos solicitados x 100
7- Nº de profesionales de Medicina de Familia y enfermería que han participado.
8- Nº pacientes satisfechos/Nº de pacientes captados x100

DURACIÓN
Fecha de inicio: Febrero 2016 ;Fecha finalización: Diciembre 2016

Actividades E F M A MY J JL AG S O N D

1.- Diseñar tabla
de recogida de datos x

2.- Instalar en cada
escritorio dicha tabla x x x x x x

3.- Realizar
encuesta de hábitos x x x x x x x x x x

4.-Incluir paciente
captados en la tabla x x x x x x x x x x

5.- Solicitar
sedimento urinario x x x x x x x x x x

6- Recogida
mensual de datos x x x x x x x x x x

7.- Realizar
encuesta de satisfaccion x x x x x

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0247

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTASMEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN ELCENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AGUSTIN ROMEO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ MURILLO ALBERTO
GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES
BORAO GOMEZ JULIA
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
MURO CULEBRAS MARIA
TOMEO MUÑOZ RUTH
GARGALLO GASCA NAIARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se comenzó el año con una agenda específica para MAPA en el OMI, en donde cualquiera (Médico, Enfermera, Administrativas) podían citar pacientes, la agenda permitía la citación de 2 pacientes los Lunes, para recogerlo el Martes, y 2 el Jueves para recogerlo el Viernes, bloqueando huecos en caso de que alguno de los 4 días fuese festivo.
El nuevo aparato dejo de funcionar en el mes de Abril y se mando a reparar, no fue devuelto hasta el mes de Octubre, pero a día de hoy sigue sin funcionar, ya que no lo reconoce el ordenador, estando pendientes de que el Servicio de Informática venga al Centro para cargar de nuevo los programas y ver si funciona.
Por lo antes mencionado la Agenda se cambió para citar un paciente los Lunes y otro los Jueves, sin que cambiasen el resto de las circunstancias.
Se había realizado ya una presentación del Programa al Centro el 6 de Octubre del año 2016, por lo que no se realizo una nueva al no haber cambiado en nada el Programa..
Como estaba previsto desde el principio se realizan de cada MAPA 2 copias, una para entregarla al paciente con los resultados de la misma, para que pueda aportarla a otros especialistas que puedan visitarlo, y otra para que quede en la historia de papel del Centro.
A su vez se ha guardado una copia en “PDF” del resultado de la prueba en el ordenador donde se descargan los datos, en el caso del aparato nuevo en el ordenador del Despacho del Coordinador, y en el del antiguo en un portátil del Centro donde está cargado el Windows XP (ya que el programa solo funciona en esa plataforma). Así mismo se ha guardado una segunda copia en otro ordenador portátil que existe en el Centro, en la carpeta de documentos compartidos.
Actualmente se ha procedido a la recogida de los datos de los MAPAs realizados.
Una vez tabulados se enviará junto con esta evaluación a todo el personal del Centro de Salud, y se propondrá realizar una continuación de la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con respecto a la evaluación se plantearon los siguientes Indicadores:
1º SE EVALUARÁ EL % DE PACIENTES DETECTADOS COMO NO HIPERTENSOS RESPECTO AL NÚMERO TOTAL DE REALIZADOS
El total de MAPAs realizados a lo largo del año ha sido de 17 con el aparato nuevo y 24 con el aparato antiguo, con un total de 41 . El total evaluado ha sido de 41.
Del total 15 (36%) la indicación era evaluar el control de la TA en tratamiento, de ellos estaban bien controlados 10, el 66%.
El resto 26 eran para confirmar HTA, de ellos 11 resultaron Hipertensos y 15 no, es decir un 57% resultaron no Hipertensos, y en consecuencia se libraron de tomar medicación que no precisaban.
2º SE EVALUARÁ EL % DE PRUEBAS REALIZADAS QUE TENGAN UN INFORME COMPLETO, CONSIDERÁNDOSE ACEPTABLE AL MENOS UN 80%.
Se ha conseguido que el 100% tengan un informe, debido fundamentalmente al hecho de que todos se han pasado a PDF, y se han impreso para darlo al paciente y dejarlo en la Historia.
3ª SE CONTROLARÁ EL NÚMERO DE PRUEBAS QUE SE HAN DESCARGADO EN LOS 2 ORDENADORES Y QUE DEBEN SER AL MENOS 80%.

Se han guardado los datos de todos los pacientes en ambos ordenadores previstos, precisamente por haberlos guardado en PDF ha sido fácil pasarlos a otro ordenador.

4º LOS DATOS SE OBTENDRÁN DE LOS INFORMES QUE GENERA EL PROGRAMA Y DE LA COMPARACIÓN DE LOS DATOS EN AMBOS ORDENADORES.

Dado que se han guardado en PDF los datos son iguales en los 2 ordenadores, para obtener los datos en particular del primer punto han sido necesarios acceder en algunas ocasiones a la historia del paciente, ya que no se planteó como se indicaría en la petición, y por otra parte los Programas exigen la introducción de una serie de datos que precisan el acceso a la historia clínica para implementarlos.
Así como al inicio del Programa se hicieron mas MAPAs para control de HTA que para despistaje de la misma, a lo largo de este año si que ha aumentado el porcentaje de pacientes en los que se ha hacho despistaje de HTA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0247

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTASMEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN ELCENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017

y también ha aumentado con respecto al año anterior el número de Hipertensos detectados. También en el grupo de las pacientes ya Hipertensos que se ha realizado la prueba para ver si estaban bien controlados ha aumentado el porcentaje de buen control con respecto al año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se ha llegado a hacer tantos MAPAs como estaba previsto al estropearse el aparato nuevo a primeros de año, y no estar operativo el resto del año, aun así se han realizado casi el mismo número de MAPAs que el año pasado, solo 1 menos.
El uso va por cupos, ya que si bien esta abierto a todo el Centro la mayoría de las peticiones han sido de menos de la mitad de los cupos, por lo que habría que volver a realizar una sesión para recordar el interés de la prueba
Las previsiones fueron en principio muy optimistas, y la realización de 2 MAPAs los lunes y 2 los Jueves se vio que producía problemas, en primer lugar por la falta de uno de los aparatos que hizo imprescindible el disminuir la oferta, y el problema que existe cuando los pacientes no llegan a tiempo y se retrasa el comienzo de alguna consulta, para ello cuando el segundo aparato este operativo, se va a establecer que profesionales ponen y quitan cada uno de los aparatos, para evitar estos problemas, trasladando esta labor prioritariamente a los Residentes.
El año pasado en el que el Programa estaba pensado para despistaje de HTA un número considerable de peticiones fueron para valorar el control de la HTA tratada. Por ello este año se dejo abierto para ambos casos, dándose la paradoja de que este año el porcentaje más alto ha sido para despistaje de HTA, por ello en los siguientes años se va a dejar el Programa abierto a todo tipo de pacientes para un abordaje mas global de la HTA.

7. OBSERVACIONES.
En lo que va de año se han seguido realizando MAPAs, todos ellos con el aparato antiguo dado que el nuevo sigue sin ser operativo
Ya se ha producido la aceptación dentro del Equipo del MAPA como una prueba más a realizar en el Centro, con lo que la continuidad está asegurada.
En el tiempo de redacción de esta memoria el aparato antiguo ha dejado de funcionar, con lo que estamos pendientes de conseguir que alguno de los 2 aparatos funcione para reanudar la actividad.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/247 ========== ***

Nº de registro: 0247

Título
DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTAS MEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2016

Autores:
ROMEO GUTIERREZ AGUSTIN, PEREZ MURILLO ALBERTO, GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES, BORAO GOMEZ JULIA, GRIMAL ALIACAR FERNANDO, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE, APESTEGUI GARMENDIA ANE, CUBERO SALDAÑA EVA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: HTA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
ES FRECUENTE EN LA CONSULTA DIARIA DE PRIMARIA ENCONTRAR PACIENTES CON CIFRAS TENSIONALES ALTAS, AÚN HABIENDO REALIZADO REPOSO PREVIO ANTES DE LA TOMA. CIFRAS QUE NO SE CONFIRMAN POR TOMAS EN OTROS MOMENTOS (DOMICILIO, FARMACIAS), Y QUE HACEN SOSPECHAR QUE SE TRATA DE UNA HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA.
ACTUALMENTE NO SE ESTA REALIZANDO UN BÚSQUEDA ACTIVA, FUNDAMENTALMENTE POR LA FALTA DE SUFICIENTE APARATAJE PARA SU REALIZACIÓN.
LA IMPORTANCIA VIENE DADA POR LA NECESIDAD DE HACER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES QUE SON HIPERTENSOS, DESCARTANDO LOS FALSOS POSITIVOS, Y PODER CONTROLAR POSTERIORMENTE A LOS QUE TIENEN ESTE FACTOR DE RIESGO. A ESTO SE AÑADE EL AHORRO ECONÓMICO DE NO TRATAR A PACIENTES QUE NO PRECISAN SER TRATADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0247

1. TÍTULO

DESPISTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENTRE PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTASMEDIDAS EN CONSULTA (MEDICA/ENFERMERIA), EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS, EN ELCENTRO DE SALUD ALMOZARA DURANTE EL AÑO 2017

RESULTADOS ESPERADOS
EL OBJETIVO ES DETECTAR EL MAYOR NUMERO POSIBLE DE PACIENTES AFECTOS DE HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA, Y EVITARLES EL RIESGO INHERENTE A LA TOMA DE MEDICACIÓN NO NECESARIA Y SUS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, ASÍ COMO A POSIBLES EPISODIOS DE HIPOTENSIÓN POR SU MEDICACIÓN.

MÉTODO
LOS PACIENTES SERÁN CAPTADOS POR SU MÉDICO O ENFERMERA DE CUPO, SE REALIZARÁ, UNA PETICIÓN DE “MAPA” (EN OMI EXISTE EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS LA PETICIÓN CORRESPONDIENTE) Y SE LE ENTREGARÁ ESTA Y UNA HOJA DE INSTRUCCIONES EXPLICANDO EL PROCESO.
SERÁN CITADOS PARA LA REALIZACIÓN DE “MAPA” POR LAS ADMINISTRATIVAS EN UNA AGENDA CREADA PARA ESTE FÍN, PUDIENDO CITARSE UN MÁXIMO DE 2 PACIENTES POR SEMANA POR CADA APARATO QUE SE DISPONGA. LUNES PARA QUITARLO EL MARTES Y JUEVES PARA QUITARLO EL VIERNES.
SE RECOGERÁN LOS DATOS EN 2 ORDENADORES DISTINTOS PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE DATOS POR FALLO, UNO DE SOBREMESA Y EL PORTATIL DEL CENTRO, HABIÉNDOSE IMPLEMENTADO PREVIAMENTE EL PROGRAMA INFORMÁTICO NECESARIO.
LOS RESPONSABLES DE LA PUESTA Y LA RETIRADA DEL APARATAGE SON LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA, QUE REALIZARAN LOS TURNOS CORRESPONDIENTES PARA EVITAR FALLOS EN ÉPOCAS DE VACACIONES O ASUETO, APOYADOS POR LOS RESIDENTES. EL INFORME SE FIRMARA Y SE ENTREGARÁN DOS COPIAS AL MÉDICO DE FAMILIA DEL PACIENTE CON LA EVALUACIÓN DE LA PRUEBA.

INDICADORES
SE EVALUARÁ EL % DE PACIENTES DETECTADOS COMO NO HIPERTENSOS RESPECTO AL NÚMERO TOTAL DE REALIZADOS
SE EVALUARÁ EL % DE PRUEBAS REALIZADAS QUE TENGAN UN INFORME COMPLETO, CONSIDERÁNDOSE ACEPTABLE AL MENOS UN 80%.
SE CONTROLARÁ EL NÚMERO DE PRUEBAS QUE SE HAN DESCDARGADO EN LOS 2 ORDENADORES Y QUE DEBEN SER AL MENOS 80%.

LOS DATOS SE OBTENDRÁN DE LOS INFORMES QUE GENERA EL PROGRAMA Y DE LA COMPARACIÓN DE LOS DATOS EN AMBOS ORDENADORES.

DURACIÓN
LA FECHA DE INICIACIÓN DEL PROYECTO ESTÁ EN DEPENDENCIA DE LA RECEPCIÓN DEL APARATAJE, A PARTIR DE ESE MOMENTO Y DURANTE DOS O TRES SEMANAS LOS RESPONSABLES ESTUDIARÁN EL PROGRAMA, SE CREARÁ LA AGENDA, SE PRESENTARÁ EL PROYECTO AL RESTO DEL EQUIPO EN SESIÓN CLÍNICA INDICANDO LA FORMA DE REALIZARLO, OBJETIVOS, ETC. SEGÚN LO EXPUESTO EN APARTADOS ANTERIORES.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0380

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUINY MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCIONEN EL EAP LA ALMOZARA 2017

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO GRIMAL ALIACAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
BLASCO BORQUE MARIBEL
GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES
CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA
VALERO YUBERO TERESA
GAZULLA JULIAN TERESA
MONFORT POSADA NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se ralizan varias reuniones del grupo de mejora.
se realizan dos reuniones explicativas del proyecto: una a todo el equipo y otra por estamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
se mejoran las hojas de registro existentes.
se firma mensualmente el control de almacen hojas de resgistor de carro de parada, botiquin, maletin.
Asi lo consigna la auditoria realizada por farmacia del sector.
ha servido para retirar farmacos y material que no se usara
ha servido para aumentar la dotacion de farmacos y material que si se encontraba era necesario,
A partir de los registros y libro de incidencias a implementar se propone el seguimiento de los siguientes indicadores:
- Nº de incidencias/mes (en botiquin, almacen, carro d eparadas, maletin urgencias y esterilizacion).: 3 en carro de paradas y 2 en almacen en un año
% de incidencias no solucionadas o demoradas.: cero

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
aunque ya se realizaba un control de almacen, botiquin, carro de paradas y esterilizacion ha servido sobre todod para concienciar a todo el equipo de que este procedimiento es importante.
Ha servido para detectar pequeñas fallos
Ha servido para mejorar control caducidades y verificar el uso correcto del material

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/380 ========== ***

Nº de registro: 0380

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP LA ALMOZARA

Autores:
GRIMAL ALIACAR FERNANDO, ARQUILLUE VARONA SARA, BLASCO BORQUE MARIBEL, GUTIERREZ ROJAS MARIA SONSOLES, CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, VALERO YUBERO TERESA, GAZULLA JULIAN TERESA, MONFORT POSADA NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: control de caducidades
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0380

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUINY MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCIONEN EL EAP LA ALMOZARA 2017

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.
Propuesta Responsables:
Almacén, botiquín: Teresa Valero (aux. clínica)
Urgencias: Sara Arquillué (MF) /Maribel Blasco (Enfermera) Esterilización: Teresa Gazulla (aux. clínica)

INDICADORES
A partir de los registros y libro de incidencias a implementar se propone el seguimiento de los siguientes indicadores:
- Nº de incidencias/mes (en botiquin, almacen, carro d eparadas, maletin urgencias y esterilizacion).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
inicio enero 2017
fin: diciembre 2017
formacion a recibir de gerencia AP.
controles trimestrales de proyecto
control mensual de indicadores
nombramiento responsables: antes de inicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA PUEYO SALAVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA
MORA GRACIET BELEN
PEREZ MARTINEZ JULIA
PLUMED TEJERO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Durante el curso escolar nos hemos reunido en 4 ocasiones sanitarios docentes y madre del AMPA para programar actividades
2. Desde el inicio todos los componentes del equipo de mejora hemos hecho un equipo de trabajo, incorporando nuevos miembros, para poder continuar participando en esta nueva red de salud.
3. Hemos realizado formación individualizada a través de cursos on line, asistencia a jornadas y congresos, pero no hemos podido desarrollar sesiones grupales entre nosotros
4. En las sesiones formativas de profesores nos hemos implicado todos los componentes tanto en el diseño de los contenidos como en la presentación
5. En estas sesiones hemos desarrollado los temas previstos y otros que les han interesado especialmente con los profesores como un curso básico de RCP, en el que han participado el 100% de los docentes. En pequeños grupos de 5 acudían a nuestro centro de salud al terminar las clases y con muñecos de RCP y 2 sanitarios realizaban RCP básica
6. Cada sesión que hemos dado a AMPA y a Docentes ha sido evaluada tanto en asistencia como en satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1 º de sesiones impartidas a EIR-MIR/Nº sesiones previstas : 0/4 = 0%
2 Nº sesiones impartidas a Profesores /Nºde sesiones previstas 9/4 = 2,25x100 = 225%
3 Nº sesiones impartidas a Padres / Nº de sesiones previstas: 2/4 = 0,50x100 = 50%
4 Nª Docentes satisfechos/ N Decentes participantes : 21/21= 100%
5 nº Padres muy satisfechos / N de Padres participantes: 28/29=0,96x100= 96%
6 Nº de Sanitarios satisfechos/ Nº de Sanitarios participantes 8/8 = 1x1oo= 100&
7 Conocer la utilidad de las sesiones de las sesiones formativas
a los padres/Nº de sesiones impartidas : 28/29=0,96x100= 96%
8 Durante el curso escolar presentamos el proyecto al consejo de salud del barrio.

los indicadores Nº7y Nº5 del proyecto no los hemos evaluado por ser imposible de definir con exactitud el denominador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El actual modelo de Atención Primaria está basado en la asistencia, y las actividades de EpS en la escuela se ven dificultadas puesto que no ocupan un tiempo especifico en nuestras agendas, ademas los diferentes horarios entre Docentes,Sanitarios y Padres hace muy difícil encontrar horarios comunes. Pero la satisfacción de profesores, sanitarios y padres de alumnos nos anima a continuar con este camino de salud en nuestra comunidad.
Con ilusión, ganas, tiempo y mucho esfuerzo de los componentes e este equipo, hemos conseguido establecer un equipo de trabajo entre Educadores,Sanitarios y AMPA, que permite continuar con nuevas actividades .
Este proyecto ha sido posible realizarlo gracias a la presencia de Residentes de Familia (MIR-EIR) que han considerado esta, una actividad necesaria en su formación.
En este nuevo curso escolar continuamos en el mismo camino pero con distintas actividades que han priorizado los educadores

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/570 ========== ***

Nº de registro: 0570

Título
UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO ALMOZARA – CENTRO SALUD ALMOZARA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Autores:
PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, CASO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, GARGALLO GASCA NAIARA, MORA GRACIET BELEN, MURO CULEBRAS MARIA, PEREZ MARTINEZ JULIA, PLUMED TEJERO MARIA, TOMEO MUÑOZ RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevencion, Promocion de salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro CS desde el año 1990 desarrollamos, con colegios de la zona, durante 4 años, programas de Educación para la Salud (EpS) en la Escuela patrocinados por el Ministerio de Educación/Insalud/DGA, con resultados satisfactorios en profesores, alumnos, padres y sanitarios que participamos en ellos. Desde entonces, ha cambiado nuestra sociedad, ha aumentado la edad media de vida y la prevalencia de las enfermedades crónicas que tienen relación directa con nuestra manera de vivir: HTA, Dislipemia, Obesidad, Patología Mental. El 5% de los menores de 14 años de nuestro CS, está en tratamiento farmacológico crónico, y de ellos, el 64% toma fármacos por patología psiquiátrica. Otros problemas de nuestra sociedad, violencia, acoso, anorexia, accidentes, consumo de tóxicos, tienen una clara relación con la salud.
La salud es un recurso para la vida que se ve influenciado, por factores sociales y personales. La infancia y adolescencia son etapas sensibles a la influencia de factores protectores y de riesgo, para el desarrollo de salud y la EpS en la escuela, proporciona a niños y adolescentes capacidad crítica para tomar decisiones que faciliten la gestión de su salud, pero la escuela necesita la colaboración de los CS de su zona para que sus acciones tengan un enfoque global y estén integradas en la comunidad. Actualmente en CS Médicos y Enfermeras realizan su formación y deben aprender a trabajar juntos en y para su comunidad
Todo ello nos ha hecho contactar con profesores del Colegio Público (CP) Almozara, que ya participan en redes promotoras de salud, para desarrollar un proyecto común de EpS en la escuela basado en reuniones conjuntas. En junio, diseñamos unas líneas de trabajo entre profesores y sanitarios, que fueron consensuadas en septiembre, van a ser aprobadas por el consejo escolar y han sido presentadas al consejo de salud del barrio, que facilitaran el asesoramiento a los profesores en los temas de salud desarrollados en el aula y la formación de padres de alumnos, para poder iniciar un nuevo camino de salud en nuestra comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1ºInstaurar un equipo de trabajo multidisciplinar con sanitarios, docentes y padres de alumnos para tratar conjuntamente, factores condicionantes de salud
2ºAprobar en el consejo escolar del CP Almozara este proyecto de EpS
3ºCrear un grupo de trabajo entre MFyC y Enfermería en nuestro CS, que de estabilidad a las actividades de EpS desarrolladas
4 Integrar a MIR EIR en programas de salud comunitaria
5 Potenciar la capacidad de los docentes para abordar temas de salud
6ºFormar a docentes en prevención de accidentes y técnicas de primeros auxilios
7 Desarrollar una escuela de padres que sirva de base para afianzar las habilidades trabajadas con los niños desde las aulas
8ºAmpliar los conocimientos en EpS de MIR/ EIR y estudiantes que se forman en nuestro CS, utilizando técnicas de aprendizaje significativo

MÉTODO
1º1Médico,1Enfermera,1Profesor,1Padre del AMPA, participaran en el grupo de trabajo de EpS, reuniéndose trimestralmente. A través de nuestras experiencias, conjuntamente, se evalúan actuaciones desarrolladas y se programa las posteriores. Responsable:R.Tomeo
2ºEn el CS crearemos un equipo que garantizara la estabilidad de los proyectos durante al menos 2 años. Responsable:N.Gargallo
3ºDesarrollaremos 3 sesiones formativas a los MIR/ EIR/ Estudiantes sobre comunicación, participación comunitaria y aprendizaje significativo
Responsable:C.Pueyo/M. Muro
4ºImpartiremos 4 sesiones formativas a los profesores, con los temas propuestos por ellos: Alimentación, Espalda Sana, Prevención de accidentes, Primeros auxilios, Patologia de alumnos.Responsable:M Caso
5ºPosteriormente las desarrollaremos con los padres de alumnos. Responsable:J. Perez
6ºAl finalizar cada sesión pasaremos una encuesta de satisfacción a los padres, profesores y sanitarios participantes.Responsable: B.Mora
7ºRecogeremos en cada actividad el nªde participantes para realizar la evaluación.Responsable: M. Plumed

INDICADORES
1 Nº sesiones impartidos a EIR- MIR/nºsesiones previstas%
2 Nºsesiones impartidas a profesores/nºsesiones previstas%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0570

1. TÍTULO

UN CAMINO DE SALUD EN NUESTRA COMUNIDAD; EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA, COLEGIO PUBLICO PUERTA DE SANCHO-CENTRO DE SALUD ALMOZARA

3 Nºsesiones impartidas a padres/nºsesiones previstas%
4 Nºdocentes satisfechos/nºdocentes participantes en proyecto%
5 Nªdocentes asistentes/nº docentes participantes en proyecto%
6 Nºpadres satisfechos/nªpadres participantes en proyecto%
7 Nªpadres asistentes /nºpadres alumnos participantes en proyecto%
8 Nªsanitarios satisfechos/nºsanitarios participantes en proyecto%

DURACIÓN
Junio: Formación de equipo, Reunión de equipo, Reunion de profesores.
Septiembre: Reunion de equipo. R. Profesores. Reunión AMPA.
Octubre: Talleres a profesores.
Noviembre: Talleres padres.
Diciembre: Reunion equipo, Talleres profesores
.Enero: Reunion profesores,Reunion AMPA, talleres padres, Evaluación. Febrero:Talleres profesores.
Marzo: Reunion equipo, talleres padres.
Abril: Talleres profesores
.Mayo: Talleres padres,
Junio: Reunion profesores, Reunión AMPA, Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0307

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
CLAVERIA SANCHO GLORIA
MARTIN BERNAD DANIEL
VICENTE ALDEA MARIA TERESA
OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
RUIZ SANNIKOVA OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al iniciar el proyecto se revisó el listado de los pacientes captados en EIRA para mantenerlos en el proyecto y no perder el vínculo con el mismo y se reevaluó la situación de sus factores de inclusión, registrando peso, talla, adherencia a la dieta, consumo de tabaco y grado de satisfacción con las actividades realizadas hasta el momento para adaptar las actividades posteriores según las valoraciones.
Se ha intentado que entre medicina y enfermería se mantenga actualizado el registro de cifras tensionales, peso, adherencia a dieta y al ejercicio físico y su estado respecto a la deshabituación tabáquica.
Se reiniciaron en octubre tras el verano, los "Paseos saludables en Almozara", los martes a las 9.30 horas consiguiendo la participación de entre 1 y 7 caminantes.
Se han realizado en estos meses 2 actividades grupales de alimentación saludable a las que asistieron un total de 15 participantes que presentaron un grado de satisfacción alto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido mantener el seguimiento iniciado con el proyecto EIRA y se ha incluido a algún paciente más, haciéndoles participes en su salud para conseguir, mediante el ejercicio físico y la dieta saludable,
Hemos conseguido con la colaboración del equipo perpetuar y afianzar la actividad "Paseos saludables en Almozara", estableciéndola como actividad semanal rutinaria
Se han reforzado los conocimientos sobre buenos hábitos alimentarios mediante los talleres colectivos sobre alimentación mediterránea.
Lo más importante es que hemos observado en la última valoración cambios en los hábitos adquiridos en los participantes más constantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con tiempo y mucha dedicación es posible dar a conocer formas de cambiar hábitos saludables entre nuestros pacientes, siempre y cuando ellos estén interesados en los mismos y la información se trasmita de forma adecuada, incentivadora y dirigida.
Es un proyecto que nos ha presentado muchas dificultades por la falta de tiempo entre los profesionales que sienten la carga asistencial como el punto más limitante, además de haber habido dificultades añadidas puesto que la mayoría de los colaboradores del proyecto hemos ido cambiando nuestro lugar de trabajo.
Pese a todo ello ha merecido la pena y queda pendiente mantener estas actividades conseguidas y ampliar el proyecto con nuevas actividades y colaboraciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/307 ========== ***

Nº de registro: 0307

Título
RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

Autores:
MURO CULEBRAS MARIA, ARQUILLUE VARONA SARA, CLAVERIA SANCHO GLORIA, MARTIN BERNAD DANIEL, VICENTE ALDEA MARIA TERESA, OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, RUIZ SANNIKOVA OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0307

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la Salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el año 2017-2018 se ha desarrollado en el centro de salud Almozara la fase de intervención de un proyecto de investigación del grupo de investigación en atención primaria de la consejería B46 (Ensayo Híbrido de evaluación de una intervención compleja multirriesgo para promover conductas saludables en personas de 45-75 años atendidas en atención primaria, EIRA). En esta fase han sido captados 140 pacientes de entre 45-75 años, mediante 3 criterios de inclusión establecidos, de los cuales se debía cumplir al menos 2, para conseguir un grupo de características comparables e idóneos para la intervención diseñada, en estos ítems se valoraban los principales factores de riesgo modificables como son el tabaquismo, la inactividad física y la mala adherencia a la dieta mediterránea. Tras el proceso de captación, se realizaron varias intervenciones individuales para aportar recomendaciones, consejos y valoraciones orientadas a cada paciente concreto; y una vez valorada la situación personal de cada uno y extrapolando los datos al grupo de captados, se impartieron además, de forma colectiva, talleres prácticos con enseñanza de técnicas que buscan trasmitir formas de modificación de los hábitos de vida, de una forma activa y autosuficiente. Esta año, con este grupo de trabajo, proponemos una continuidad de las actividad de educación para la salud (EpS) en este grupo de pacientes

RESULTADOS ESPERADOS
5. OBJETIVOS DEL PROYECTO.
1. Continuar con el seguimiento clínico de los pacientes captados en el EIRA, una vez finalizada la fase de intervención dentro del estudio.
2. Difundir los activos de salud de nuestro barrio entre esta población
3. Perpetuar y afianzar la actividad "Paseos saludables en Almozara", como parte de la cartera de servicios de nuestro centro.
4. Consolidar una consulta monográfica de deshabituación tabáquica, con los pacientes captados y ampliarlo a todos los fumadores activos que requieran y acepten una intervención intensiva.
5. Mantener las actividades de educación para la salud que fomentan buenos hábitos alimentarios, como los talleres colectivos sobre alimentación mediterránea.
6. Conocer qué cantidad de pacientes y de qué modo han modificado estos estilos de vida.

MÉTODO
• Revisaremos el listado de los pacientes captados en EIRA.
• En una cita inicial, reevaluaremos la situación de sus factores de inclusión, registrando peso, talla adherencia a la dieta, consumo de tabaco y grado de satisfacción con las actividades realizadas.
• Controlaremos sus cifras tensionales, peso, adherencia a dieta y al ejercicio físico y su estado respecto a la deshabituación tabáquica de forma bimensual.
• Compartiremos con estos pacientes los activos de salud de la zona, animándoles a su utilización.
• Continuaremos con "Paseos saludables en Almozara" todos los martes a las 9.30horas y registraremos la participación.
• Realizaremos talleres mensuales sobre alimentación.
• Evaluaremos de forma bimensualmente la asistencia a cada actividad.
• Realizaremos consejo antitabáquico en una consulta monográfica.

INDICADORES
7. INDICADORES Y EVALUACIÓN
1. Pacientes citados para nuevo seguimiento / Paciente captados en EIRA
Estándar: 80%

2. Nº de semanas en las que se han realizado paseos saludables / Nº semanas del año
Estándar:70%

3. Nº de pacientes que acuden a la consulta de deshabituación / Nº pacientes fumadores captados
Estándar: 80%

4. Nº de asistentes a la actividad de alimentación saludable / Nº pacientes captados con mala adherencia a la dieta mediterránea
Estándar: 70%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0307

1. TÍTULO

RECUPERANDO ACTIVOS DE SALUD EN NUESTRO BARRIO. EDUCACION PARA LA SALUD (EPS) EN LA POBLACION DEL CS ALMOZARA CON MALA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA, TABAQUISMO Y/O CARENCIA DE EJERCICIO FISICO

5. Nº de talleres de alimentación desarrollados/nº de meses en las que se desarrolla la actividad
Estándar: 80%

6. Nº paciente que han modificado o incrementado el ejercicio físico / Nº de pacientes captados en EIRA
Estándar: 80%

7. Nº de pacientes que han abandonado el hábito tabáquico / Nº de pacientes con tabaquismo captados en el proyecto
Estándar: 50%

8. Nº de pacientes que han modificado su alimentación / Nº de pacientes con mala adherencia a dieta mediterránea
Estándar: 80%

9. Nº de pacientes que conocen los activos de salud del barrio/ Nº pacientes captados
Estándar: 100%

10. Nº de pacientes que utilizan los activos de salud del barrio /Nº de pacientes captados
Estándar: 70%

11. Creación de una consulta monográfica antitabaco
Estándar: 100% (Sí)

DURACIÓN
• Presentación del equipo --> Abril 2018(María Muro)
• Revisión del listado de pacientes --> Mayo 2018(María Muro)
• Realización de una tabla de registro para actualizar los datos de los pacientes --> Mayo 2018(María Muro)
• Realización de la primera cita de revisión --> Mayo/Junio 2018(Daniel Martín)
• Control de las variables analizadas --> Bimensualmente 2018-2019(Maite Vicente y Nieves Sobreviela)
• Liderazgo de los "Paseos saludables" --> Todos los martes 2018-2019(Sara Arquillué)
• Realización de los talleres de alimentación. --> Mensualmente(Marivi Oliete)
• Liderazgo de "Consulta antitabáquica" --> Quincenalmente (Gloria Clavería)
• Evaluación de las actividades realizadas --> Bimensual(Olga Ruiz)
• Evaluación global del proyecto --> Mayo 2019(María Muro)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0436

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN LA POBLACION MAYOR

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS CAÑADA MILLAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN
ALVAREZ GOMEZ ESTHER
OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA
ABENGOCHEA MEDRANO MILAGROS
JACINTO MARTIN ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Formación de enfermería con la fisioterapeuta del centro en instruir a pacientes en la realización de ejercicios físicos para prevenir discapacidad. Para ello se ha realizado una actividad grupal con pacientes, en la sala de fisioterapia.
2.- Formación de enfermería en recomendaciones nutricionales para prevenir discapacidad: se han utilizado recomendaciones dietéticas de la Sociedad Española de Geriatría.
3.- En la consulta del médico de familia, a los pacientes de 70 años se les pasaba Índice de Barthel. Si el I. de Barthel era igual o superior a 90 (no dependiente), el paciente pasaba a la consulta de enfermería.
4.- En la consulta de enfermería se realizaba un cribado de fragilidad mediante la prueba de ejecución Physical Performance Batthery (SPPB) que combina equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de una silla. Se les preguntaba por riesgo de caídas: 2 ó más caídas en el último año o 1 caída que precisaba atención sanitaria. Si el paciente tenía un resultado en la prueba SPPB <10 y/o riesgo de caídas, se aleatorizaba por orden de llegada, en grupo de intervención y grupo de no intervención.
5.- Al grupo de intervención se les enseñaba por parte de enfermería la realización de ejercicios físicos y recomendaciones nutricionales. Por parte de medicina se revisaba la medicación por si era susceptible de suprimir fármacos que facilitaran caídas.
La captación de pacientes comenzó en abril 2018 y sigue en el momento actual.
Se han realizado reunión del equipo para explicar el proyecto y reunión específica con fisioterapia para instruir en la realización de ejercicios de resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han estudiado un total de 100 pacientes de 70 ó más años con Barthel superior igual o superior a 90.
60 han sido clasificados como frágiles.
40 han sido clasificados como no frágiles.
Características población no frágil: edad media: 76,1 años. Consumo fármacos medio: 4,66 fármacos. Percepción subjetiva salud medio: 7,4 puntos (0-10)
Características población frágil: Edad media: 80,1 Consumo fármacos medio: 6,3 fármacos. Percepción subjetiva salud media: 5,82 (0-100).

A los 6 meses de la intervención, en el grupo de intervención, el SPPB pasó de 6,33 a 6,41; el número de fármacos de 5,60 a 5,08; la puntuación subjetiva de salud de 4,91 a 5,91. Se registraron 1 caída, 2 hospitalizaciones y 1 fallecimiento.
En el grupo de no intervención, el SPPB pasó de 6,69 a 6,92; el número de fármacos de 5,38 a 6,07; la puntuación subjetiva de salud de 6,84 a 6,24. Se registraron 2 caídas, 1 hospitalización y 0 fallecimientos. 1 paciente tuvo un Barthel inferior a 90.

Indicador inicial: relación frágil/no frágil: 40/60.
Indicador 6 meses: número dependientes nuevos grupo intervención / número dependientes nuevos grupo no intervención: 0/1.
Indicador 6 meses: número caídas grupo intervención / número caídas grupo no intervención: 1/2.

Indicador 6 meses: número eventos (caídas + dependientes + fallecimientos) / población frágil grupo intervención x 100: 2/13x100: 15,38%
Indicador 6 meses: número eventos (caídas + dependientes + fallecimientos)/ población frágil grupo no intervención x 100: 3/13x100: 23,07%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conclusiones.

A los 6 meses de la intervención se aprecia un ligero aumento de SPPB enambos grupos, un menor consumo de fármacos en el grupo de intervención y una ligera mayor percepción subjetiva de salud en el grupo de intervención.

Se registra un fallecimiento en el grupo de intervención, 1 caída en el grupo de intervención, frente a 2 en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0436

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN LA POBLACION MAYOR

el de no intervención y 2 hospitalizaciones en el grupo de intervención frente a 1 en el de no intervención.

Resultados todavía poco concluyentes por el escaso tiempo transcurrido donde sólo 26 pacientes han completado 6 meses de seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/436 ========== ***

Nº de registro: 0436

Título
DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN POBLACION MAYOR

Autores:
CAÑADA MILLAN JOSE LUIS, CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN, ALVAREZ GOMEZ ESTHER, OLIETE GARCIA MARIA VICTORIA, ABENGOCHEA MEDRANO MILAGROS, JACINTO MARTIN ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2014, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprueba en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS, el “Documento de consenso sobre prevención de discapacidad y caídas en el anciano”. Elaborado por miembros de varias sociedades científicas españolas de medicina y enfermería de Atención Primaria y Geriatría.
La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad. La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia resulta mejor predictor de discapacidad que la morbilidad.
Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar y es susceptible de intervención.
La fragilidad es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar discapacidad. Se centra en la funcionalidad y no en el diagnóstico de enfermedad, siendo un buen predictor de eventos adversos de salud.
Identifica a mayores independientes con riesgo de pérdida funcional.
Las caídas son causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad.
Ambas situaciones pueden detectarse precozmente y son susceptibles de intervención, siendo la Atención Primaria el marco idóneo para su manejo: PAPPS 2014.
Para reducir la fragilidad es necesario actuar sobre su principal factor de riesgo: la inactividad. Las intervenciones centradas en la actividad física han demostrado su eficacia en retrasar e, incluso, revertir la fragilidad y la discapacidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Detectar un subgrupo de pacientes mayores frágiles y/o con riesgo de caídas en el Centro de Salud de Almozara.
2.- Medir los resultados de una intervención multicomponente y multiprofesional.
3.- Mantener la autonomía y la independencia de las personas mayores.

MÉTODO
Actividades y oferta de servicios:
Detección oportunista de la población de 70 ó + años que acude al Centro de Salud con Barthel de 90 ó superior.
1.- Inclusión en el programa: se realiza una valoración para las actividades básicas de la vida diaria mediante la escala de Barthel.
Si > ó = 90: cribado de fragilidad.
Si < 90: no inclusión en el proyecto.
2.- Cribado de fragilidad:
Prueba de ejecución Short Physical Performance Battery (SPPB), combina equilibrio, velocidad de la marcha y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0436

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE FRAGILIDAD PARA LA PREVENCION DE DISCAPACIDAD Y DE CAIDAS EN LA POBLACION MAYOR

levantarse de una silla. Tiene una buena validación para detectar fragilidad y elevada fiabilidad en predecir discapacidad, así como su factibilidad de uso en Atención Primaria.
3.- Valoración del riesgo de caídas:
Mediante 2 preguntas:
¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
¿ Ha sufrido dos o más caídas en el último año?
4.- Intervención preventiva:
Cuando se detecta fragilidad (SPPB < 10) y/o hay riesgo de caídas, se aleatorizan por orden de llegada en grupo de intervención y grupo de no intervención.
En el grupo de intervención, si hay fragilidad, se realiza un programa de actividad física multicomponente (resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular) con ayuda de la fisioterapeuta y recomendaciones nutricionales por parte de enfermería. Si hay riesgo de caídas, las intervenciones comentadas, revisión de la medicación y actuación sobre riesgos en domicilio.
5.- Seguimiento:
A los 6 y 12 meses se valoran los siguientes parámetros:
Barthel, SPPB, caídas, hospitalizaciones, consumo de fámacos, percepción subjetiva de salud y fallecimientos.
Se realiza un análisis estadístico entre los resultados de ambos grupos.

INDICADORES
Número pacientes con SPPB <10 y/o riesgo de caídas / Número pacientes con SPPB =10 y sin riesgo de caídas x 100. Al inicio.

Número de pacientes del grupo de intervención con I. Barthel < 90 / Número de pacientes del grupo de no intervención con I. Barthel < 90 x 100. A los 6 y 12 meses.

Número de pacientes del grupo de intervención con caídas/ Número de pacientes del grupo de no intervención con caídas x 100. A los 6 y 12 meses.

DURACIÓN
1. 2017: Inicio del estudio piloto en un cupo del Centro Salud Almozara.
2. Primer-segundo trimestre 2018: Incorporación al estudio de nuevos cupos para intervención. Reevaluación de seguimiento de recomendaciones.
3. Tercer trimestre 2018: evaluación de resultados hasta la fecha. Seguimiento a los 6 y 12 meses. (SPPB, I. Barthel, incidencia de caídas, consumo de fármacos, estado subjetivo de salud, hospitalizaciones y mortalidad).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0453

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH TOMEO MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN BERNAD DANIEL
CLAVERIA SANCHO GLORIA
JACINTO MARTIN ALBERTO
JIMENEZ ASENSIO SANDRA
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE
PEREZ MARTINEZ JULIA
PUEYO SALAVERA CLARA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha logrado dar continuidad al proyecto colaborativo que se lleva a cabo con el CEIP Almozara, continuando con el trabajo en red e incorporando nuevos componentes al equipo. Se ha dado a conocer el proyecto a los nuevos miembros del EAP incorporados tras los últimos traslados.
Aunque no se ha logrado incorporar activos de salud de nuestro barrio, se ha contado con la colaboración de SARES en la programación de actividades con el alumnado y con los recursos facilitados por la iniciativa nacional “RCP desde mi cole”.
Se ha realizado un taller sobre la atención al niño diabético para el claustro.
Se ha programado un taller de RCP para la escuela de padres, que se realizara en abril de 2019.
Se han realizado las siguientes actividades con el alumnado:
En el ciclo de Infantil se dio a conocer la actividad de los sanitarios y visitaron las instalaciones del centro de salud.
En el 1 Ciclo de Educación Primaria: se les adiestro para actuar ante una emergencia sanitaria.
Se han programado actividades para el 3 ciclo de Educación primaria que se realizaran en este curso escolar, sobre la prevención de adicciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º Establecer la continuidad del grupo de EAP:
a) Reuniones de equipo de EAP realizadas: 3 /nº de reuniones previstas 4 = 75%
b) Incorporación de nuevos sanitarios en el equipo: 4 nuevos sanitarios/ nº de sanitarios 8 = 50%
2º Nuevo activo de salud: Nuevos activos contactados: 0 / activos implicados con el proyecto: 0 = 0%
3º Demandas solicitadas por el claustro: 1 / demandas resultas: 1= 100%
4º Reuniones realizadas con el AMPA: 2 / Reuniones previstas 2= 100%
5ª Actividades previstas con la Escuela de Padres: está consensuada y preparada para realizarse durante el mes de Abril.
6ª. Actividades realizadas con el alumnado han sido consensuadas entre claustro, AMPA y sanitarios y se están desarrollando hasta final de curso, momento en el que se podrán evaluar.
7º Sesiones realizadas en el equipo de atención primaria: 3/ Nª de sesiones previstas 4 = 75 %
8º Las encuestas de satisfacción serán realizadas al final de la actividad en junio de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro proyecto está en fase de desarrollo y hasta junio del 2019 no lo podemos valorar en profundidad pero todos los participantes, sanitarios, profesores y padres estamos ilusionados con este camino de salud que desde hace 3 años estamos compartiendo.
Aunque el proyecto cooperativo va creciendo, y hemos establecido una relación en red con el claustro y el AMPA, todavía queda pendiente incorporar activos de salud del barrio y poder trabajar con el alumnado de una forma más integrada. Para ello creemos fundamental continuar con el proyecto, incorporar nuevos colaboradores e integrar dentro de nuestra agenda asistencial, las actividades comunitarias de Educación para la salud en la escuela

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/453 ========== ***

Nº de registro: 0453

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0453

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA. CENTRO SALUD ALMOZARA

Autores:
TOMEO MUÑOZ RUTH, MARTIN BERNAD DANIEL, CLAVERIA SANCHO GLORIA, JACINTO MARTIN ALBERTO, JIMENEZ ASENSIO SANDRA, PEREZ MARTINEZ JULIA, PUEYO SALAVERA CLARA MARIA, BUJEDA CAVERO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde el centro de salud Almozara llevamos colaborando con el CEIP Almozara durante los dos cursos escolares previos, con este proyecto queremos dar continuidad a dicha colaboración. Teniendo en cuenta, que la participación en programas de atención a la comunidad entra dentro de los objetivos de nuestra especialidad y, es básica en la formación de nuestros residentes y estudiantes.
En este tiempo hemos observado la falta de recursos con los que cuenta el profesorado, para dar respuesta a temas de salud en el aula, siendo estos temas una necesidad transversal en las competencias curriculares que, deben adquirir los alumnos en su formación.
Resaltar, también, la importancia de la implicación de las familias y del alumnado en la gestión de su propia salud. Ya que, en estas etapas, pueden ser más influenciables tanto por factores de riesgo como por factores protectores para la adquisición de hábitos saludables.
Con la continuidad de este proyecto queremos proporcionar al alumnado la capacidad crítica para tomar decisiones que faciliten la gestión de su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
1º Continuar con el trabajo en red de sanitarios, docentes y padres de alumnos para tratar conjuntamente, factores condicionantes de salud en la infancia y la adolescencia.
2º Dar continuidad al grupo que trabaja las actividades de EpS en nuestro centro de salud, integrando a nuevos componentes.
3º Contactar con entidades que trabajen objetivos comunes de educación para la salud en las aulas, para aunar ideas y esfuerzos.
4º Resolver las demandas del profesorado sobre temas de salud en el aula.
5º Afianzar la actividad de la escuela de padres, trabajando desde la parentalidad positiva, en colaboración con el AMPA.
6º Empoderar al alumnado en conceptos de salud positiva, hábitos saludables, prevención de riesgos, y actuación en situaciones de emergencia sanitaria.
7º Implicar a los alumnos del CEIP Almozara en la gestión de su propia salud.
El objetivo final sería promover hábitos de vida saludables en los alumnos y sus familias que se extiendan al barrio en el que estamos situados y, a la sociedad.

MÉTODO
El equipo de sanitarios del proyecto formalizaremos reuniones de forma trimestral, para programar actividades, facilitar recursos, y analizar las actuaciones realizadas.
Cumplimentaremos un registro de las actividades realizadas, las reuniones y las incidencias surgidas a lo largo del proyecto.
Realizaremos dos reuniones con el AMPA, para trabajar temas de salud, de interés para las familias.
Incluiremos a los activos de salud del barrio, compaginando actividades, entre otros, con el centro cívico de Almozara.
Efectuaremos reuniones con el equipo directo del CEIP Almozara donde se atenderá a las posibles demandas del profesorado y se organizaran las actividades con el alumnado, de forma trimestral.
Impartiremos al alumnado talleres adecuados a su ciclo formativo, desde el aprendizaje significativo:
- Infantil: conocer el trabajo de los sanitarios en el centro de salud
- 1 Ciclo de Educación primaria: actuación ante una emergencia sanitaria
- 2 Ciclo de Educación Primaria: hábitos de vida saludables
- 3 Ciclo de Educación Primaria: prevención de adicciones

INDICADORES
1: Se ha dado continuidad al grupo de EAP: número de reuniones del equipo/ reuniones previstas. (Estándar 75%)
2: Nuevos sanitarios incluidos en el grupo/ número de sanitarios participantes (Estándar 50%)
3: Nuevos activos de salud implicados con en el proyecto/ número de activos contactados. (Estándar 20%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0453

1. TÍTULO

CAMINANDO DESDE LA ESCUELA HACIA LA SALUD EN POSITIVO. CEIP ALMOZARA-CENTRO SALUD ALMOZARA

4: Demandas solicitadas por el claustro / demandas resueltas (Estándar 70%)
5: Reuniones con el AMPA/ número de reuniones previstas (Estándar 50%)
6: Actividades realizadas con la escuela de padres/ actividades previstas (Estándar 50%)
7: Actividades realizadas al alumnado/ Actividades previstas (Estándar 60%)
8: Sesiones de equipo/ número de sesiones previstas (Estándar 75%)
9: Número de alumnos que se han beneficiado de talleres/ número total de alumnos (Estándar 80%)
10: Número de sanitarios satisfechos/ número de sanitarios participantes (Estándar 80%)
11: Número de padres satisfechos/ número de padres participantes (Estándar 60%)

DURACIÓN
La duración del proyecto será el curso escolar 2018-2019.
Se realizaran, de forma piloto, actividades con Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria en Abril y Mayo de 2018. (MJ. Bujeda)
Realización de talleres con el alumnado, durante el curso escolar, en función de las actividades curriculares del colegio. (D. Martin, S. Jiménez, G. Clavería, A. Jacinto)
Reuniones trimestrales del equipo de sanitarios en: septiembre, diciembre, marzo y junio. (R. Tomeo, C. Pueyo)
Reuniones trimestrales con el equipo directivo del CEIP Almozara en: octubre, enero, abril y junio. (R. Tomeo, J. Pérez)
Reuniones semestrales con el AMPA en: octubre y abril. (R. Tomeo, D. Martin)
Evaluación final del proyecto en Julio de 2018 por parte del equipo multidisciplinar que forme parte del proyecto. (R. Tomeo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0877

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA VICENTE ALDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES
SANZ ASIN ALICIA PILAR
BORAO GOMEZ JULIA
MOYA PEREZ MARIA PILAR
PLUMED TEJERO MARIA
BONA GARCIA JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En mayo 2018, según el calendario marcado, se presentó el proyecto de calidad a los miembros del equipo y se les facilitó el formulario de encuesta IPSS para que pudieran aportarlo a sus pacientes en la consulta . En el proyecto participaron profesionales de enfermería (4) y médicos del Centro de Salud Almozara (2) .Según el profesional, la encuesta se realizó de manera autoadministrada (contestada por el propio paciente),que luego devolvía a la consulta, o se realizaba directamente por el profesional en la consulta . Se elaboró una plantilla EXCELL donde se recogía : el nombre el paciente, edad, médico responsable, respuesta 1ª encuesta IPSS y fecha, tratamiento prescrito (si era preciso), respuesta 2ª encuesta IPSS y fecha, efectos secundarios, mejoría clínica y abandonos . La recogida de datos de realizó desde mayo hasta diciembre de 2018 según el calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se les realizó una primera encuesta a un total de 96 pacientes, con una media de edad de 66,7 años. A 69 pacientes la encuesta les dió una puntuación menor a 8 (media 5) y a 27 pacientes una puntuación mayor a 8 (media 12). A los pacientes con IPSS mayor a 8, se inició tratamiento y se citó para una 2ª valoración y realización de encuesta en aproximadamente 3 meses.
Pacientes que completaron la encuesta y el tratamiento / nº total encuestas : 21 /96
Nº con mejoría IPSS/ Nº total encuestas: 17 /96
Nº sin mejoría IPSS/Nº total encuestas: 4 /96
Tasa de abandonos por efectos secundarios /Nº total encuestas: 6/96
Nº tratamientos innecesarios /nº total encuestas: 4/96

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los abandonos de tratamientos iniciados ha sido del 22,2% (6/27), que se ha producido principalmente por efectos secundarios de los alfa bloqueantes (hipotensión, eyaculación retrograda, congestión nasal) . Globalmente se ha producido una mejoría en el IPSS en el 62,96 % (17/27) de los pacientes tratados .La tasa de tratamientos innecesarios ha sido de 14,8% (4/27).Se puede llegar a la conclusión de que la encuesta IPSS es una herramienta útil y de sencilla aplicación para valorar el inicio de tratamiento en pacientes sintomáticos con HBP, y para valorar la necesidad de continuar o no con el tratamiento si detectamos una ausencia de mejoría.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/877 ========== ***

Nº de registro: 0877

Título
IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
VICENTE ALDEA MARIA TERESA, SOBREVIELA CELMA MARIA NIEVES, SANZ ASIN ALICIA PILAR, BORAO GOMEZ JULIA, MOYA PEREZ MARIA PILAR, PLUMED TEJERO MARIA, BONA GARCIA JAIME

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo .....: Hombres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0877

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: ADECUACION

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La hiperplasia benigna de próstata (HPB) es una enfermedad con alta prevalencia entre los varones de más de 50 años que requiere una continuidad asistencial entre los 2 niveles existentes en nuestro país, el de atención primaria (AP) y el de atención especializada; motivo por el que era necesario consensuar unos criterios de derivación o de continuidad que sirvan de orientación a ambos colectivos. La historia clínica del paciente, el Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS, International Prostate Symptom Score), el tacto rectal y el antígeno prostático específico (PSA, prostate-specific antigen) son herramientas accesibles en el ámbito de la AP que permiten un diagnóstico adecuado de la HBP.

Conscientes de tal necesidad, las sociedades científicas de atención primaria (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina General (SEMG), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Asociación Española de Urología (AEU) elaboraron este documento de consenso. A los pacientes con IPSS<8 se los deberá mantener en vigilancia y evaluar anualmente; en los pacientes con IPSS 8-20, si el tamaño de la próstata es pequeño, se recomienda el tratamiento con bloqueadores alfa y evaluación al primer y tercer mes, si el tamaño de la próstata es grande se recomienda el tratamiento con bloqueadores alfa o inhibidores 5-alfa-reductasa y evaluación al tercer y sexto mes.

En este documento se establecen unos criterios de derivación al urólogo claros, que facilitan el tratamiento de este tipo de pacientes. Se derivarán al urólogo aquellos pacientes con HBP que no presenten mejoría al tercer mes de tratamiento con bloqueadores alfa, o al sexto mes de tratamiento con inhibidores 5-alfa-reductasa.

Se derivarán también los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior en los que se observe algún hallazgo patológico durante el tacto rectal, IPSS >20, PSA >10 ng/ml o PSA >4 ng/ml y PSA libre <20% o pacientes con edades <50 años y sospecha de HBP, así como aquellos pacientes con alguna complicación urológica.

Pertinencia del proyecto

Actualmente la prescripción de este tipo de tratamientos se ha generalizado sin analizar la conveniencia de mantenerlos o retirarlos si resultaran ineficaces. A pesar de disponer de la herramienta simple (encuesta IPSS) no se ha llegado a implantar en la clínica diaria.

El objetivo del proyecto es comprobar en pacientes sintomáticos no tratados la evolución del indice IPSS (recomendado en el documento de consenso de las sociedades científicas) previo y a los tres meses del tratamiento, con la finalidad de valorar la adecuación del tratamiento, disminuyendo si es posible el numero de tratamientos ineficaces.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación del protocolo HBP del Sector II a Atención Primaria .
Racionalizar el gasto farmacéutico en pacientes con HBP, al retirar tratamientos ineficaces .
Conocer la presencia de efectos secundarios y posibles interacciones farmacológicas

MÉTODO
1-Presentación del proyecto en el CS .
2-Entrega de la tabla de recogida de datos .
3-Cumplimentación de encuesta IPSS autoadministrada en la visita inicial del paciente con clínica compatible con HBP y evaluación de necesidad de tratamiento.
4-Revisión de los pacientes a los tres meses con nueva encuesta IPSS y valoración de continuidad de tratamiento .
5-Recogida de efectos secundarios y posibles interacciones farmacológicas
6-Análisis de los resultados.

INDICADORES
1-Pacientes que completaron encuestas y el periodo de tratamiento / Número total de pacientes a los que se les oferta el estudio.
2-Número de pacientes con mejoría en IPSS/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
3-Numero de pacientes sin mejoría en IPSS/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
4-Tasa de abandonos por efectos secundarios o interacciones/ Número total de pacientes a los que se realiza IPSS
5-Numero de tratamientos innecesarios / Número total de pacientes a los que se realiza IPSS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0877

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ENCUESTA IPSS COMO TEST DE ADECUACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE HBP EN ATENCION PRIMARIA

DURACIÓN
Presentación del proyecto en mayo 2018
Se realizará la captación de pacientes, tras realizar encuesta IPSS desde mayo hasta noviembre de 2018 .
En diciembre 2018 se realizará análisis de los datos obtenidos .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0891

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JAIME BONA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMOZARA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARQUILLUE VARONA SARA
BERNE PALACIOS ALEJANDRA VICTORIA
GARCIA NAVALON PILAR
GRIMAL ALIACAR FERNANDO
MOYA PEREZ MARIA PILAR
RODENAS FERRANDO URSULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se solicitó a la Dirección de AP y Unidad Docente un dermatoscopio para uso en consulta y para poder poner en marcha el proyecto piloto “TELEDERMA”. Se dotó de un dermatoscopio DL 200 Hybrid que comenzó a utilizarse por los profesionales formados. Posteriormente se adquirió la cámara fotográfica que se está utilizando en el proyecto telederma.

Entre los meses de febrero y junio, se impartió un programa formativo inicial, en el que se abordó la patología tumoral dermatológica desde un punto de vista clínico y posteriormente con la ayuda del dermatoscopio. Posteriormente se impartieron sesiones de refuerzo y resolución de dudas. En total se impartieron 11 sesiones, 10 de ellas acreditadas. Se solicitó la acreditación de 8 sesiones formativas concediéndose acreditación con 1.6 créditos (exp. 02 0004 04 0200A) y posteriormente 2 de refuerzo con 0.4 créditos (exp 8561).

Por parte de la Dirección de AP/Servicio de Dermatología se impartió una sesión informativa sobre el proyecto piloto “TELEDERMA” con el fin de organizar su implantación en el centro de salud, con explicación de la plataforma informática donde subir las imágenes y el modo de realizar las interconsultas, con la creación de una agenda específica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha solicitado adquisición de dermatoscopio a la Dirección de AP/Unidad Docente. Estándar: SI
Se solicitó la adquisición de un dermatoscopio a través de la unidad docente y dirección de AP. El dermatoscopio empezó a utilizarse en el centro en el segundo semestre del 2018.

nº sesiones sobre dermatología y uso dermatoscopio impartidas por el EAP. Estándar> 10 sesiones/año
Se han impartido 11 sesiones

nº de asistentes a las sesiones promedio. Estándar >50% de médicos del EAP. Promedio de asistentes: 17.5

Otros, dependientes del SALUD, Dirección AP y Servicio de Dermatología para implantación “TELEDERMA”:

Se ha facilitado material para implantación (Dermatoscopio, cámara de fotos): Si

Existe aplicación informática para la realización de interconsultas virtuales adjuntando fotos clínicas y dermatoscópicas: Si

Nº de reuniones/sesiones formativas mantenidas con el EAP.: 11 sesiones de formación en dermatología clínica/dermatoscopia y una con informáticos para explicar uso y circuito de telederma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El uso del dermatoscopio ha permitido adquirir mayor seguridad a los médicos de familia en el manejo de algunas patologías dermatológicas y ha permitido mejorar la formación en dermatología de los residentes. No se ha evaluado la precocidad de los diagnósticos realizados respecto a la no utilización del dermatoscopio.
Con la implantación paulatina de TELEDERMATOLOGÍA existe el consenso entre los médicos de familia implicados y el servicio de dermatología que es un proyecto que mejora la asistencia a los pacientes con elevada satisfacción por parte de los mismos y de los profesionales implicados.
Expandir la TELEDERMATOLOGÍA CON DERMATOSCOPIA al resto de centros de salud puede mejorar el diagnóstico precoz de diferentes patologías y ayudar a disminuir la lista d espera en esta especialidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0891

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/891 ========== ***

Nº de registro: 0891

Título
FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

Autores:
BONA GARCIA JAIME, ARQUILLUE VARONA SARA, BERNE PALACIOS ALEJANDRA VICTORIA, GARCIA NAVALON PILAR, GRIMAL ALIACAR FERNANDO, MOYA PEREZ MARIA PILAR, RODENAS FERRANDO URSULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMOZARA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología dermatológica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La dermatoscopia permite que los médicos puedan visualizar in vivo estructuras y colores de la epidermis, unión dermoepidérmica y dermis superficial, que no son visibles mediante la simple inspección. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

Numerosos estudios han demostrado que la dermatoscopia es una herramienta útil y barata que mejora notablemente la capacidad de detección de melanomas entre los médicos de familia, comparado con la detección de visu. Aumentando en algunos casos la sensibilidad del 54% al 74%. La dermatoscopia podría evitar biopsias y derivaciones a Dermatología innecesarias, a la vez que aumentaría la confianza de los médicos de familia en el diagnóstico de lesiones sospechosas de malignidad.

En los últimos 20 años la incidencia de melanoma ha aumentado a un ritmo más acelerado que cualquier otra neoplasia en España, su tendencia a aumentar es la más alta y las proyecciones realizadas en España indican que esta situación continuará en el futuro.

Los médicos de AP se basan con frecuencia en la regla de predicción ABCDE para establecer el diagnóstico de sospecha. Esto supone su detección en fases avanzadas y en muchos casos es tarde para obtener un resultado satisfactorio con el tratamiento. Los melanomas que se diagnostican de forma precoz tienen una supervivencia cercana al 100%, mientras que los tumores más avanzados muestran una supervivencia inferior al 10% a los 5 años. Un diagnóstico a tiempo y un seguimiento de este cáncer cutáneo permite salvar muchas vidas y reducir la necesidad de tratamientos agresivos.

La regla de predicción ABCDE no es útil para para confirmar el diagnóstico por su baja especificidad. El apoyo de la dermatoscopia permitirá evitar un elevado número de biopsias innecesarias.

En una revisión sistemática, la dermatoscopia demostró ser más sensible que la simple inspección para el diagnóstico de melanoma, incluso aplicada por médicos de familia adecuadamente entrenados.

Vestergaard et al., en su revisión sistemática, aconsejaron el uso del dermatoscopio, que demostró más seguridad diagnóstica que la simple inspección aislada (grado de recomendación A)

En el estudio de Argenziano et al. se concluyó que se podía recomendar el uso de la dermatoscopia porque mejoraba la capacidad del MF en la criba de lesiones sugestivas de cáncer de piel sin aumentar el número de consultas innecesarias a dermatólogos (grado de recomendación A).

El dermatoscopio permite la detección precoz de lesiones sugestivas de melanoma antes de que aumenten de tamaño, permitiendo la derivación urgente/preferente a dermatología y adelantándose el tratamiento. Por tanto, aporta mayor seguridad al médico de familia ante lesiones melanocíticas para derivar de forma preferente ante signos evidentes de sospecha precoz.

La formación en dermatoscopia en el centro de salud permitirá también completar la formación al médico residente en la atención a la patología dermatológica y facilitará la participación de los profesionales en el proyecto piloto de “TELEDERMA” en el que se enviarán fotos tomadas mediante dermatoscopia para facilitar el diagnóstico al servicio de Dermatología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0891

1. TÍTULO

FORMACION EN DERMATOSCOPIA PARA MEDICOS DE FAMILIA

RESULTADOS ESPERADOS
Principal: Formar y capacitar a los profesionales en el uso del dermatoscopio.
Secundario: Adquirir conocimientos para participar en proyecto TELEDERMA

MÉTODO
Solicitud a la Dirección de AP y Unidad Docente de dermatoscopios para uso en consulta y para poder poner en marcha el proyecto piloto “TELEDERMA”.

Programa formativo inicial en el que se abordará la patología tumoral dermatológica desde un punto de vista clínico y posteriormente con la ayuda del dermatoscopio. Se solicitará acreditación para dicha formación. (enero-marzo).

Sesiones formativas de refuerzo basadas en casos clínicos con el fin de asentar los conocimientos adquiridos y resolver las dudas que hayan surgido con el uso del dermatoscopio. (mayo-octubre).

Sesión informativa sobre el proyecto piloto “TELEDERMA”. Posteriormente se realizará otra sobre la toma de imagen digital para optimizar el uso de “TELEDERMA”. (Dirección AP/Servicio Dermatología)

INDICADORES
Solicitud dermatoscopio a la Dirección de AP/Unidad Docente. Estándar: SI
nº sesiones impartidas por el EAP. Estándar> 10 sesiones/año
promedio asistentes sesiones. Estándar >50% del EAP.

DURACIÓN
Solicitud dermatoscopio. (P García, S Arquillué, J Bona)
Sesiones formativas iniciales: Ene-Mar 18. Recopilación información y preparación. F Grimal, Ú Ródenas, P Moya, A Berné. Impartidas por J Bona.
Sesiones formativas posteriores: May- oct 18. Recopilación de información y preparación. S Arquillué, Ú Ródenas, P Moya, A Berné, J Bona. Impartidas por Jaime Bona
Participación TELEDERMA (jun-dic), dependiente de SALUD/Dirección AP/Servcio Dermatología/EAP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0013

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MARTES LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES AGORRETA PATRICIA
CARBONELL LOZANO ALEJANDRA PILAR
ARMALE CASADO MARIA JOSE
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se identificaron las necesidades sentidas por la población a través de una encuesta que se diseñó previamente y que se pasó tanto en el Centro de Salud como en la Fundación el Tranvia. A través de ella se identificaron los temas de formación en salud más demandados en uno y otro centro y se procedió a su difusión asi como a la elaboración de un programa de actividades formativas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A través de 320 encuestas realizadas en el Centro de Salud y 71 en la Fundación el Tranvía, se analizaron los temas más demandados por la población para poder adecuar las charlas a las necesidades de la población del barrio de las Fuentes.
Estos temas fueron: enfermedades crónicas, hábitos y cuidados, prevención, enfermedades infantiles, enfermedades nuevas, salud mental y problemática social, ordenados de forma descendente.
Se encontaron diferencias entre las encuestas contestadas por usuarios del Centro de Salud, donde interesaban más las enfermedades crónicas, mientras que en la fundación el Tranvía el tema más demandado eran las enfermedades infantiles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la realización de las encuestas, se programaron una serie de charlas en las dos principales entidades sociales del barrio de las Fuentes, La fundación el Tranvía y Centro Cívico Salvador Allende.
Los temas que se desarrollaron en las sesiones fueron aquellos demandados por la población, como por ejemplo alimentación sana, cuidando la memoria, promover el ejercicio físico en los más pequeños...
Además, se favoreció la comunicación y continuidad de la colaboración con los centros sociales del barrio y se hizo participe a la comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/13 ========== ***

Nº de registro: 0013

Título
NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

Autores:
MARTES LOPEZ CARMEN, ANDRES AGORRETA PATRICIA, CARBONELL LOZANO ALEJANDRA PILAR, ARMALE CASADO MARIA JOSE, LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0013

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

La Educación Para la Salud es una herramienta clave en las políticas sanitarias, pues su acción va dirigida tanto a los diferentes sectores de la salud como a los diferentes colectivos.
La Ley 14/86 General de Sanidad en su artículo 6.0 declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. Su objetivo, no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos sino en un cambio cualitativo en las actitudes que lleve a un cambio real de las conductas.
La Educación para la Salud se debe contemplar dentro de una estrategia amplia de Promoción de la Salud, donde el individuo y la comunidad asuman un protagonismo efectivo.
Los escenarios o ámbitos de intervención identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan puesto que, para actuar con eficacia, las intervenciones de promoción de salud se deben desarrollar e integrarse en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos.
La atención primaria debe destinar mayores recursos y sus profesionales más esfuerzos para la promoción de la salud, procurando aumentar la capacidad y el acceso a la toma de decisiones de los ciudadanos y sus organizaciones para el cuidado de su salud y en las propuestas de mejora de los servicios sanitarios. Como horizonte de futuro debe favorecerse la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud (Carta de Ottawa 1986).
En esta línea está ubicado nuestro proyecto, primero descubriremos las necesidades sentidas y demandadas por nuestra población para posteriormente poner en marcha actividades formativas adecuadas a las demandas, mediante planes de mejora de calidad tanto en el CS como en el centro de actividades sociales del barrio de las Fuentes (Fundación El Tranvía), en contacto con el Consejo de Salud Las Fuentes Norte.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:
Poner en marcha planes de promoción de la salud orientados a la población del CS Las Fuentes Norte.

Objetivos secundarios:
• Identificar las necesidades sentidas por los pacientes en relación a su salud.
• Elaborar un programa de actividades formativas dirigidas a la población del CS Las Fuentes Norte.

MÉTODO
Buscar en la bibliografía una encuesta adaptada a las características del proyecto y población (M.L. Lozano, A.P Carbonell). Si no se encontrara realizar una con el consenso de todos los participantes en el proyecto.
Reunión con la Fundación El Tranvía y con el Consejo de Salud (M.L. Lozano, M.J. Armalé, C. Martes).
Distribución de encuestas en los diferentes departamentos del CS y de la Fundación El Tranvía (todos los participantes).
Tabulación de datos (M.L. Lozano, A.P. Carbonell).
Interpretación de resultados (todos los participantes).
Planificación de actividades formativas (todos los participantes).
Presentación de resultados y plan de las actividades formativas al equipo, al Consejo de Salud y a la Dirección del Sector (M.L. Lozano, M.J. Armalé, C. Martes).

INDICADORES
1.Nivel de respuesta de la encuesta en los diferentes departamentos:
Fórmula: Nº de encuestas cumplimentadas*100/ Nº de usuarios a los que se les ha ofertado.
2.Cuantificar la necesidad expresada de formación en salud de la población.
Fórmula: Nº de usuarios con interés en formación en salud*100 / Nº de usuarios que cumplimentan la encuesta.

Criterios de inclusión:
-Usuarios del Centro de Salud Las Fuentes Norte y de la Fundación El Tranvía en el periodo de distribución de la encuesta.
Criterios de exclusión:
-Usuarios con dificultad de lectura y escritura en castellano.

Fuentes de datos:
-Encuestas cumplimentadas en el Centro de Salud y la Fundación El Tranvía.

DURACIÓN
• Fecha inicio: 1/Junio/16
• Fecha de finalización: 28/Febrero/17
• Búsqueda bibliográfica: Junio-Julio/2016
• Diseño de la encuesta: Julio/2016
• Reunión con la Fundación el Tranvía y el Consejo de Salud: Septiembre/2016
• Recogida de datos: Septiembre-Noviembre/2016
• Interpretación datos: Diciembre 2016 /Febrero 2017
• Difusión de resultados: Febrero /2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0013

1. TÍTULO

NECESIDADES SENTIDAS DE FORMACION DE LA POBLACION DEL BARRIO DE LAS FUENTES. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AFRICA GARCIA ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARSA GOMEZ ANA MARIA
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL
SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL
URIEL PEREZ JOSE ANTONIO
LAMANA LASHERAS MARIA JOSE
VALLES LOBATO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades del proyecto de “Optimización de la anticoagulación oral (ACO) en Atención Primaria (AP)”, estudio ACO-ZAR II, fueron planteadas a partir de los resultados del estudio previo de nuestra línea de mejora 2015, estudio ACO-ZAR I, sobre “La características epidemiológicas y de manejo de la población con fibrilación auricular (FA) del centro de salud (C.S.) Las Fuentes Norte”, con el objetivo de mejorar la gestión de la ACO en nuestro ámbito.
ACO-ZAR I, reveló que la población con FA tratada en nuestro centro tenía una alta prevalencia (1.7% de la población general), que ascendía de modo exponencial con la edad, suponiendo un 2.98% de los > 40 años, y que los pacientes afectos eran frágiles, por edad avanzada (media de 76.58 ± 10.62 y > de 75 años en un 68%), abundante comorbilidad asociada (fundamentalmente hipertensión arterial en un 76.3%, diabetes mellitus en un 35.2%, insuficiencia renal crónica en un 32.3%, insuficiencia cardiaca en 27.9% y enfermedad tromboembólica en un 18.8%) y alto grado de polimedicación (hasta en un 84.5%).
Estos datos justificaban que la población con FA estudiada en ACO-ZAR I era representativa de las poblaciones estudiadas a nivel nacional, hecho importante a la hora de extrapolar datos de manejo, con estudios de ámbito más amplio que la del propio CS.
Respecto al manejo de la ACO, se observó una baja evaluación de riesgos tromboembólico y hemorrágico, por CHADS2-VASC Y HAS-BELD respectivamente (10.5%), infratratamiento del 24%, empleo de antiagregación (AAG) como prevención primaria en un 13.42%, control subóptimo de antivitamina K (AVK) en un 43%, empleo de anticoagulantes orales directos (ACOD) en el 22.10% y un control exclusivamente desde AP del 34%.

Por tanto, en lo referente a nuestro infratratamiento del 24%, estábamos a nivel nacional (que oscila entre el 16% del estudio FIATE hasta un 23.5% del estudio AFABE), igual que en el porcentaje de control subóptimo con el 43% (datos nacionales entre 40-50% según las series), pero en el control exclusivo por AP con nuestro 34%, estábamos muy por debajo de los datos nacionales que van del 59.6 del FIATE (46.8% en Aragón) al 70 % del PAULA, aunque equiparable a los resultados del proyecto AGORA.
De lo expuesto hasta ahora, concluimos que los objetivos de optimación de la ACO pasaban por:
I. Aumentar la cobertura de la ACO en nuestros pacientes con FA:
• Disminuir el infradiagnóstico: mediante el diagnostico oportunista de FA en las consultas de AP (captación de formas silentes).
• Disminuir el infratratamiento: mediante valoración de ACO en la FA de forma individualizada, por riesgo tromboembólico/hemorrágico, y no por forma clínica (cobertura de las formas paroxísticas).
II. Mejorar la calidad de la ACO:
• Evitar la AAG como prevención primaria del ictus y embolismo sistémico, según recomendación de las actuales guías europeas de manejo de la FA.
• Disminuir el porcentaje de control subóptimo de la ACO con AVK.
- Aumentar la penetrancia de ACOD, ofertando tratamiento alternativo a los pacientes en tratamiento con AVK y tiempo en rango terapéutico (TRT) < 60 % durante más de 6 meses, según nuestro marco normativo, regido por el informe de posicionamiento terapéutico (IPT) de la AEMPS (Asociación española del medicamento y productos sanitarios).
III. Asumir mayor porcentaje de pacientes anticoagulados en consultas de AP.
• Proceso de descentralización: Recuperación de los pacientes con ACO seguidos en hematología con control INR estable.
IV. Garantizar el empleo seguro de los ACO.
• Minimizar riesgos, asegurando un manejo adecuado de los ACO en general y de los ACOD en especial, por su reciente introducción, mediante:
- A nivel del profesional sanitario: Formación del personal, elaboración de guías de manejo y protocolos de actuación y adaptación de los soportes informáticos y bases de datos, entre otras medidas.
- A nivel del paciente: Educación sanitaria del paciente y de su entorno.
Para la consecución de la mejora de gestión de la ACO en nuestro C.S. cubriendo los objetivos previos, se seleccionaron las actividades que exponemos a continuación, con la previsión de su ejecución en el intervalo de octubre del 2016 a agosto del 2017. Todo ello realizado por los integrantes del proyecto y empleando los recursos del propio C.S (salón de actos y medios audiovisuales), sin omitir el esfuerzo extra realizado fuera del propio horario laboral.
1. Para conocer la situación de base:
Se expusieron al equipo de atención primaria (medicina y enfermería), en octubre del 2016, los resultados del estudio ACO-ZAR I, con objeto de sensibilizar a los integrantes del importante problema de salud pública que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

supone la FA y la trascendencia de la anticoagulación en la misma, por un lado, y determinar las debilidades de nuestra actividad, justificando los indicadores seleccionados para el 2017, por otro.
2. Para la facilitar la labor del profesional:
Se procedió a formación del personal sanitario mediante sesiones clínicas, así como a la protocolización de la actividad asistencial, mediante la elaboración de guías rápidas (Guías de manejo de FA, AVK y ACOD) y algoritmos de actuación (Manejo perioperatorio del paciente anticoagulado).
La documentación, así como los listados de los pacientes anticoagulados con las diferentes alternativas por CIAS, se facilitaron por escrito, en las sesiones correspondientes, y en la red informática del propio centro, como material de consulta rápida.
Las sesiones impartidas, calendario y materiales distribuidos fueron:
• Sesión 1: Indicaciones de ACO. Manejo de la Fibrilación Auricular. En enero del 2017. Impartida por Sarsa Gómez.
? Guía rápida de manejo de FA en AP. Elaborada por García-Roy y validada por servicio de Cardiología del Hospital universitario Miguel Servet -HUMS- (Dr. Gomollón García).
? Listados de pacientes con FA distribuidos por CIAS, facilitado por el Departamento de informática del sector II.
• Sesión 2: Manejo de AVK. En febrero de 2017. Impartida por Belloso Rodanés.
? Guía de manejo rápido de AVK en AP. Elaborada por García-Roy y validada por el servicio de hematología del HUMS (Dr. Calvo Villas).
? Listados de pacientes en tratamiento con AVK distribuidos por CIAS, facilitado por el Departamento de farmacología del sector II (Dña. Belén Pina Gadea).
• Sesión 3: Manejo de los ACOD. En abril de 2017. Impartida por García Roy.
? Guía de manejo rápido de ACOD en AP. Elaborada por García-Roy y validada por el grupo autonómico de anticoagulación.
? Listados de pacientes en tratamiento con ACOD distribuidos por CIAS, facilitado por el Departamento de farmacología del sector II (Dña. Belén Pina Gadea).
• Sesión 4: Presentación del Protocolo de manejo de ACOD del CS Las Fuentes Norte de Zaragoza. En mayo de 2017. Impartida por García Roy.
? Algoritmo de manejo de ACOD en AP: forma de inicio y periodicidad y contenidos de seguimiento. Elaborada por García-Roy. Pendiente de validación en el grupo autonómico de anticoagulación.
? Información por escrito para el paciente en tratamiento con ACOD. Información sobre aspectos generales y actuación en caso de hemorragia. Elaborada por García-Roy.

3. Para fomentar la descentralización en favor de una atención integral y manejo coordinado del paciente anticoagulado:
• Intentamos establecer cauces de comunicación fluidos con las especialidades implicadas, en especial cardiología y hematología, instaurando la figura del especialista consultor.
? En la actualidad tenemos reuniones periódicas mensuales con nuestro cardiólogo de referencia del CME San José (Dr. Oscar Cordón).
? De igual modo disponemos de la posibilidad de acceso telefónico directo con la unidad de hemostasia del servicio de hematología de nuestro hospital de referencia, HUMS.
• Planteamos la elaboración del protocolo de recuperación por AP de pacientes con INR estable en seguimiento por hematología, a la unidad de hemostasia del HUMS, representado por el Dr. Calvo Villas y la Dra. Fernández Mosteirín. Dicho protocolo fue asumido y puesto en vigor por todo el Sector II a principios del 2017.
4. Para conseguir un Manejo seguro de los ACOD:
Conscientes de la necesidad de crear una cultura de utilización de los ACOD en AP, se acordó con el EAP la puesta en marcha del Protocolo de Manejo de ACOD en AP en nuestro C.S. en junio del 2017.
Para facilitar esta puesta en marcha, se propuso al sector II una modificación del soporte informático con diversificación de episodios de ACO, ya incluidas en los nuevos episodios de OMI-AP, y plan específico de ACOD, incluyendo información por escrito para el paciente. La misma propuesta fue trasmitida a gerencia desde el grupo autonómico de anticoagulación y está pendiente de introducción.
5. El registro y análisis de resultados, se realizó durante agosto de 2017.
Respecto al método de estudio, para la revaluación de resultados tras la implementación de las actividades propuestas, se repitió la metódica del estudio previo, observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de historia clínica, y se incorporó una encuesta estructurada dirigida a los pacientes en seguimiento con ACOD.
Para la obtención de la población diana, se solicitó el listado actualizado de los pacientes con FA del C.S. por CIAS y se cruzó con el listado previo para proceder a las inclusiones o exclusiones pertinentes. De este modo, de la población de partida del estudio ACO-ZAR I de 434 pacientes con exclusión de 49 y población final de 385, llegamos a un a población definitiva en ACO-ZAR II, de 318 pacientes.
Respecto a las fuentes de información para la obtención de datos:
La variables principal (FA) y de comorbilidades se definieron por la existencia de episodio abierto en OMI-AP mediante codificación internacional en atención primaria (CIAP).
Para la evaluación del riesgo tromboembólico y la idoneidad de la indicación de ACO, se empleó la escala CHADS2-VASC y para la evaluación del riesgo hemorrágico la escala HAS-BLED, incluidas en protocolos de OMI-AP.
Para evaluar el grado de control en pacientes en tratamiento con AVK controlados desde AP, se recurrió al tiempo en rango terapéutico directo (TRT) por método directo a partir de los datos de TAONet, considerándose óptimo si TRT > 60% en los últimos 6 meses. Respecto al control en Atención Especializada (AE) por hematología, se recurrió a los datos disponibles en Gota desde INTRANET.
La función renal y hepática se evaluó por datos analíticos de controles recientes solicitados desde AP o desde AE, según registro de Historia clínica electrónica (HCE).
Los datos de tratamientos asociados se obtuvieron de receta electrónica.
Para el análisis de resultados se empleó el paquete estadístico SPSS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

La suplementación mediante encuesta estructurada de los pacientes con ACOD no resultó definitiva por el escaso margen de tiempo desde la puesta en marcha del Protocolo de manejo de ACOD en AP y falta del soporte informático.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores y sus estándares se establecieron a partir de los resultados del estudio ACO-ZAR I, por comparativa, cuando se disponía de un indicador de referencia nacional, o por consenso del equipo, en el caso de que este dato no estuviera disponible.
Así, se seleccionaron los siguientes indicadores:

- Para evaluar la disminución del infratratamiento:

I1. Porcentaje de pacientes con registro en historia clínica de Riesgo tromboembólico y hemorrágico evaluado por escalas específicas al respecto (CHADs-VASc Y HAS-BLED).
I2. Porcentaje de pacientes con indicación de ACO por CHADs-VASc = 2 que la siguen.

- Para valorar la mejorar la calidad de la ACO:

I3. Porcentaje de pacientes con AAG como prevención primaria.
I4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con AVK controlados en AP, con control óptimo por TRT directo = 60% en los últimos 6 meses (Disminución del control subóptimo).
I5. Penetrancia de ACOD.
En sustitución del indicador propuesto en el proyecto inicial, I5. Porcentaje de pacientes seguidos en hematología con últimos 3 INR en rango, al ser desestimado tras la puesta en marcha del protocolo de captación de pacientes seguidos en hematología con INR estable.

- Para valoración de la descentralización de la gestión de ACO:

I6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con AVK seguidos por AP.

- Para garantizar el empleo seguro de los ACO se evaluó del manejo de los ACOD

I7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACOD incluidos en protocolo específico de manejo.
I8. Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD.
Los resultados del ACO-ZAR II, mostraron:

? Incremento en la evaluación y registro de riesgos pasando del 10.5 al 35.5% (I1). Al no existir datos de este indicador en estudios nacionales, acordamos conseguir por consenso en el equipo al menos un 50%, que no hemos alcanzado.
? Descenso del infratratamiento del 24 al 16% (I2.), equiparándonos al resultado del estudio FIATE que nos habíamos planteado como objetivo.
? Descenso del empleo de la AAG como prevención primaria del ictus, pasando de un 13.42 al 9% (I3) en la línea de las recomendaciones de la SEC de excluir a la AAG como alternativa a la ACO en la prevención del ictus y embolismo sistémico en FA. Al no existir tampoco datos nacionales de este indicador, nos planteamos reducirlo al 5%, sin conseguirlo.
? Descenso del control subópitmo del 43 al 30% (I4.) mejorando los resultados nacionales.
? Incremento de la penetrancia de ACOD del 22 al 28% (I5) localizándonos en la media nacional,
? Aumento del control por AP del 34 al 69,2% (I6) en línea a los resultados del reciente estudio PAULA.
? Captación del seguimiento de ACOD en consultas de enfermería del 21,9% (I7).
? Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD (I8) queda pendiente.

Tenemos que insistir en que existe un importante sesgo en los resultados del estudio, respecto al control subóptimo y porcentaje de pacientes en seguimiento por AP, por la imposición del sector II de asumir desde AP a los pacientes seguidos en Hematología del HUMS ya estabilizados, según criterio de 3 INR consecutivos en rango.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El tratamiento anticoagulante oral (ACO) es uno de los avances terapéuticos más importante del último siglo y piedra angular para la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica. Cada vez son más los pacientes subsidiarios de la misma, fundamentalmente la fibrilación auricular (FA), indicación de anticoagulación crónica por excelencia.
La FA supone un importante problema de Salud Pública por prevalencia y morbimortalidad asociada y frente a la misma, sólo el tratamiento antitrombótico se ha demostrado capaz de modificar su historia natural. Esto ha hecho que las principales sociedades científicas consideren la profilaxis tromboembólica como la estrategia fundamental a plantear en todos los pacientes con FA, independientemente de su patrón temporal, con el objetivo de mejorar su pronóstico y calidad de vida. Por lo tanto en la actualidad, el empleo de la ACO ante indicación individualizada, es inexcusable dentro de una práctica clínica de calidad.
Además, el paciente afecto de FA es habitualmente un paciente frágil, con edad elevada, múltiple comorbilidad asociada y polimedicado, lo que le convierte en el prototipo de paciente crónico-complejo y subsidiario de un abordaje integral y manejo multidisciplinar, donde AP tiene un importante peso específico, por porcentaje de pacientes diagnosticados y seguidos en nuestras consultas y no podemos eludir esta responsabilidad.
De lo dicho se entiende la prioridad de reducir el infratratamiento de la ACO en pacientes con FA ante indicación individualizada y de aumentar el control desde las consultas de AP, fomentando la descentralización.
Pero, pese al importante problema de salud pública que supone la FA en general y el evento tromboembólico en particular, parece que en ocasiones, las distintas administraciones e inclusive los mismos profesionales, no le den la importancia que tiene.
La gestión sanitaria del paciente anticoagulado, ha estado vinculada a las características de la única medicación disponible hasta hace pocos años, los AVK (acenocumarol). Pero la variabilidad en su respuesta,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

sus interacciones y su estrecha ventana terapéutica, que implica la necesidad de monitorización frecuente, entre otros motivos, han originado la búsqueda de nuevos fármacos que, manteniendo sus ventajas, logren evitar alguno de sus inconvenientes, esto es un "anticoagulante ideal". Así surgen los ACOD, que han demostrado en ensayos clínicos aleatorizados, la no inferioridad o incluso superioridad y mayor seguridad frente a dicumarínicos.
La ampliación de la oferta de los anticoagulantes orales supone un cambio en el paradigma de la anticoagulación y ante esto, es inevitable plantarse la necesidad de adaptar el modelo de gestión de la ACO existente hasta ahora, que por otro lado se ha demostrado poco eficiente, a la vista de la situación precaria de la anticoagulación a nivel nacional.
El modelo de gestión aplicado en nuestro C.S, ha resultado satisfactorio en general, en el intento de equipararnos a la situación nacional, todavía por mejorar, quedándonos pendiente el reto de gestión de los ACOD.
Algunos de los puntos claves de la gestión de los ACOD radican en sus peculiaridades de manejo, por sus características propias y diferenciales con los AVK, como son la sencillez, por su efecto previsible a dosis fija sin apenas interacciones medicamentosas, o la comodidad de su uso, por la ausencia de necesidad de monitorización. Pero no debemos olvidar que se trata igualmente de anticoagulantes, de modo que se tendrán que mantener las precauciones y recomendaciones pertinentes. En definitiva, pese a que los ACOD permiten más flexibilidad de manejo que los AVK, es necesario desarrollar un programa de adherencia y seguimiento que optimice los resultados clínicos y prevenga las posibles complicaciones de uso.
Incidir en que respecto a la indicación de los ACOD, es prioritario seleccionar adecuadamente a los mejores candidatos, en base a criterios bien definidos en las recomendaciones nacionales del IPT. Parece lógico comenzar por aquellos pacientes que por diversos motivos no puedan acceder a la monitorización del INR, hecho nada infrecuente en una población mayor con importante pluripatología, máxime en un territorio tan disperso como es nuestra CCAA, o con los que no mantengan un TRT adecuado con acenocumarol (sintrom®), también circunstancia excesivamente frecuente, que más allá de no proteger al paciente, lo somete a riesgos innecesarios. Y nadie más indicado que AP, por su accesibilidad y conocimiento del paciente, para localizar estas circunstancias y contribuir a la elección de la mejor opción terapéutica.
Respecto al seguimiento, la ausencia de necesidad de motorización se ha señalado inclusive como un posible inconveniente, al posibilitar una disminución de la adherencia al tratamiento. Adherencia, si cabe, más importante que en los AVK por la corta vida media de los ACOD, por lo que también tendrán que ser revisados de forma estrecha, aunque con mayor flexibilidad, en AP, con la importante implicación de los profesionales de enfermería. De aquí que en nuestro modelo de gestión, también hayamos priorizado la disminución del control subóptimo y el manejo seguro de ACOD.
De lo dicho concluir que, tras la concienciación de AP sobre su responsabilidad en dispensar una práctica clínica de calidad, garantizando la anticoagulación oral a todo paciente subsidiario y en la alternativa más óptima, surge la necesidad, tanto de salvaguardar la seguridad del usuario de ACOD, mediante la información y fomento de la adherencia terapéutica, como de respaldar al profesional implicado, creando una cultura de utilización, con programas de capacitación y protocolos de actuación que orienten su actividad diaria de forma sencilla, segura y responsable. Con esta pretensión hemos elaborado el Protocolo de manejo de ACOD en AP, que pretendemos evaluar en la continuación de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/437 ========== ***

Nº de registro: 0437

Título
OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, SARSA GOMEZ ANA, BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL, URIEL PEREZ JOSE ANTONIO, EZQUERRO CORDON ASCENSION, LAMANA LASHERAS MARIA JOSE, VALLES LOBATO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fibrilación auricular (FA) es un importante problema de Salud Pública por prevalencia y morbimortalidad asociada, fundamentalmente por eventos tromboembólicos, donde la anticoagulación oral (ACO) es la piedra angular del tratamiento, al ser la única capaz de reducirlos y que en la actualidad ofrece diferentes alternativas, Dicumarínicos y Anticoagulantes orales directos (ACOD).
Por otra parte, los pacientes con FA son controlados mayoritariamente en Atención Primaria (AP) y son frágiles por edad avanzada, comorbilidad asociada y polifarmacia. Por tanto somos responsables de garantizar la opción más favorable de tratamiento efectivo en un problema de gran magnitud y en una población especialmente vulnerable.
En el elevado número de pacientes con FA atendidos en nuestro centro de salud (CS) se objetiva un infratratamiento de ACO, controles subóptimos de los tratamientos con acenocumarol y alto porcentaje de controles desde hematología.
Esto supone un empeoramiento de nuestra calidad asistencial por la pérdida del efecto protector antitrombótico perseguido y de la continuidad de seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Vistos los resultados de nuestro estudio de línea de mejora del 2015 sobre ``Características clínico-epidemiológicas y de manejo del paciente con FA atendido en el CS Las Fuente Norte´´ nos planteamos como objetivo general optimizar el manejo de su anticoagulación oral, equiparándolos al menos con los observados a nivel nacional, mediante los siguientes objetivos específicos:
I. Asegurar la evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico a todo paciente con FA seguido en nuestro CS.
II. Garantizar ACO a todo paciente con FA que tenga indicación para la misma.
III. Garantizar la calidad de la ACO ofreciendo la opción más adecuada de las disponibles según la legislación vigente (Informe de Posicionamiento terapéutico del Ministerio).
IV. Asumir el mayor control posible de la ACO desde AP.

MÉTODO
Tras la divulgación al equipo de los resultados del estudio del 2015, se determinarán las debilidades y los objetivos a conseguir, por comparativa cuando se disponga de un indicador de referencia nacional o por consenso del equipo en el caso de que este dato no esté disponible.
Se facilitarán los listados de pacientes con FA por CIAS y se procederá a la capacitación del equipo mediante talleres impartidos por los componentes de la línea de mejora, según cronograma preestablecido, con soporte por escrito de material de consulta rápida.
Se solicitarán a los servicios responsables las adaptaciones pertinentes del soporte informático para la puesta en marcha del Protocolo de manejo de ACOD del CS Las Fuentes Norte (diversificación de episodios de anticoagulación B-83, información por escrito para el paciente, adaptación de los sistemas de seguimiento para control de adherencia terapéutica por Morisky-Green, etc) así como cauces de comunicación fluida con las especialidades implicadas.
La reevaluación se realizará repitiendo la metódica del estudio previo observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de historia clínica, ampliado en las variables añadidas, de la población con registro de episodio de FA y seguimiento continuado, de los 22513 usuarios del CS.
Las fuentes de información serán la historia clínica para la variable principal y comorbilidades, receta electrónica para los tratamientos asociados y los programas informáticos TAOnet y Gota para la evaluación de los INR en AP y hematología respectivamente.
Para el análisis de resultados se empleará el paquete estadístico SPSS.
Se suplementará con evaluación mediante encuesta estructurada a los pacientes en tratamiento con ACOD.
Las conclusiones servirán para la definición de nuevas líneas de mejora.

INDICADORES
Abordando los objetivos específicos mencionados:
I- I1. Porcentaje de pacientes con registro en historia clínica de Riesgo tromboembólico y hemorrágico por escalas especificas al respecto (CHADs-VASc Y HAS-BLED).
I2. Porcentaje de pacientes con indicación de ACO por CHADs-VASc = 2 que la siguen.
I3. Porcentaje de pacientes con Antiagregación oral como prevención primaria.
I4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol controlados en AP con control óptimo por Tiempo en rango terapéutico directo (TRT) = 60% en los últimos 6 meses.
I5. Porcentaje de pacientes seguidos en hematología con últimos 3 INR en rango.
I6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol seguidos por AP.
I7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACOD incluidos en protocolo específico de manejo.
I8. Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD.
Dichos indicadores se integraran en las actividades previstas según diagrama de flujo previamente establecido.

DURACIÓN
De octubre 2016 a junio de 2017.

OBSERVACIONES
Dado el ambicioso contenido del proyecto y en base a la limitación de los recursos humanos disponibles, el proyecto debiera desarrollarse secuencialmente durante más de un año, con las ampliaciones pertinentes según resultados y objetivos propuestos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AFRICA GARCIA ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Recordar que, tras el estudio ACO-ZAR I sobre “Características epidemiológicas y de manejo de la Fibrilación Auricular (FA) en Atención Primaria (AP)”, desarrollado de octubre del 2015 a marzo del 2016 en el centro de salud las Fuentes Norte del sector Zaragoza II, incluyendo la totalidad de población con FA asistida (muestra de 434 pacientes de los 22.513 usuarios), se observó que la población atendida en dicho centro era representativa de las poblaciones estudiadas a nivel nacional, hecho importante a la hora de interpretar sus resultados en comparación con estudios de ámbito más amplio; y también se apreció, respecto a la anticoagulación oral (ACO), una situación precaria por infratratamiento y control subóptimo de los dicumarínicos o antivitamina-K (AVK), además de un escaso seguimiento por AP.
Conocida la situación de base tras el estudio ACO-ZAR I, nos planteamos mejorar la gestión de la ACO del centro de salud con el proyecto ACO-ZAR II de “Optimización de la ACO en AP” incluido en el Acuerdo de gestión/Contrato programa del 2017. En el mismo priorizamos la disminución del infratratamiento y control subóptimo, el aumento del seguimiento de la anticoagulación por AP y el manejo seguro de los anticoagulantes orales directos (ACOD).
Para todo ello plantemos, en el intervalo de octubre del 2016 a agosto del 2017, diversas actividades, realizadas por los integrantes del proyecto y empleando los recursos del propio C.S (salón de actos y medios audiovisuales). Dichas actividades iban orientadas, en línea con las recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), a nivel del paciente, a la educación sanitaria, y a nivel profesional, a la formación del personal sanitario mediante sesiones clínicas, así como a la protocolización de la actividad asistencial, mediante la elaboración de guías rápidas y protocolos de actuación.
Parte de las actividades fueron evaluadas en Junio de 2017 y sus resultados expuestos en la memoria previa, observándose un descenso del infratratamiento del 24 al 16%, equiparándonos al resultado del estudio FIATE, descenso del control subóptimo del 43 al 30%, mejorando los resultados nacionales, aumento del control por AP del 34 al 69,2%, equiparándonos al estudio PAULA, incremento de la penetrancia de los ACOD del 22 al 28%, en línea con la media de nuestra CCAA, y captación para el seguimiento de los ACOD del 21,9%.
Quedó pendiente el IV y último objetivo del Estudio ACO-ZAR II, sobre el manejo seguro de los ACOD, contenido de esta memoria final del Proyecto y cuyas actividades incluyen
a) Encuesta de empleo de ACOD: Para evaluación del manejo previo a la puesta en marcha del protocolo.
b) Implementación del Protocolo de Manejo de ACOD en AP del C.S Las Fuentes Norte, que origina el subestudio ZAR-ACOD.
En cuanto al registro y análisis de resultados
a) Respecto a la encuesta de manejo de ACOD:
Se elaboró una encuesta estructurada compuesta por 10 preguntas, para valoración de la información, adherencia y seguimiento, y escala analógica visual, para valoración de satisfacción del paciente usuario de ACOD.
La captación se realizó por teléfono, del listado de pacientes en tratamiento con ACOD, y se administró mediante entrevista clínica, por personal médico o de enfermería, a 65 pacientes en julio de 2017.
Los resultados se analizaron mediante paquete estadístico SPSS 2015 en septiembre de 2017.
b) Respecto al Protocolo:
Fue elaborado en el propio centro de salud siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas, y difundido al equipo de atención primaria mediante sesión clínica en mayo de 2017, con soporte por escrito que incluía “Algoritmo de manejo de ACOD en AP”, con forma de inicio y periodicidad y contenidos de seguimiento, e “Información por escrito para el paciente en tratamiento con ACOD”, tanto sobre aspectos generales como de actuación en caso de hemorragia.
La puesta en marcha comenzó a partir de junio de 2017, motivo que impidió su inclusión en la memoria previa por el escaso periodo de aplicación.
Para la evaluación de la implementación del mismo, se continuó con la metódica del estudio ACO-ZAR II, observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de historia clínica.
En este caso la población diana estaba formada por los 102 pacientes en tratamiento con ACOD del total de los 318 del estudio ACO-ZAR II.
Respecto a las fuentes de información para la obtención de datos:
Se definió como condición indispensable para considerar la puesta en marcha del protocolo, la existencia de episodio abierto en OMI-AP específico de tratamiento con ACOD, en sus diferentes opciones.
La asociación de comorbilidades se definió por la existencia de episodio abierto en OMI-AP mediante codificación internacional en atención primaria (CIAP).
El registro de peso se consideró válido si estaba realizado a partir de julio de 2017 y el registro del riesgo tromboembólico y de idoneidad de la indicación de ACO, por la existencia de volcado en episodio de FA o tratamiento anticoagulante, de la escala CHADS2-VASC, incluida en protocolos de OMI-AP.
Se consideró existencia de tipificación valida de función renal, ante determinación de estimación de Filtrado glomerular, eFG (ml/min/1,73 m2) en el último año, definiéndose en caso de enfermedad renal crónica los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

grados G3a (59-45), G3b (44-30), G4 (29-15) y G5 (<15).
Como controles de enfermería se admitieron todas aquellas reseñas de dichos profesionales colgadas en el episodio de tratamiento con ACOD durante el último año.
Para la evaluación de la frecuencia de actividad médica, se consideraron los controles analíticos que incluyeran función renal, tanto de AP como de AE, recogidos en Historia clínica electrónica (HCE) en el último año de visado de inspección, según el criterio especificado en el protocolo, basado en las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC), según edad del paciente, existencia de comorbilidades y función renal por estimación del filtrado glomerular (MDRD-4 o CKD-EPI).
Los datos de tratamiento con ACOD se obtuvieron de receta electrónica.
El análisis de resultados se realizó durante diciembre de 2018 mediante el paquete estadístico SPSS 2015, tras 18 meses de la puesta en marcha del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Recordar que los indicadores y estándares de ACO-ZAR II se establecieron a partir de los resultados del estudio ACO-ZAR I, por comparativa, cuando se disponía de un indicador de referencia nacional, o por consenso del equipo, en el caso de que este dato no estuviera disponible.
En el objetivo que nos ocupa de empleo seguro de los ACOD, en ZAR-ACOD se seleccionaron los siguientes indicadores:
I. Del Inicio de tratamiento con ACOD, con inclusión en protocolo:
I1. N.º de episodios específicos de Tratamiento con ACOD.
II. Del seguimiento de tratamiento con ACOD:
o Respecto a contenidos:
• Para la consulta de enfermería (CE):
I2. Registro de peso. Estándar 1/año
• Para la consulta Médica (CM):
I3. Registro de CHADs-VASc. Estándar 1/año
I4. Valoración de función renal. Estándar 1/año
o Respecto a frecuencia:
• Para la consulta de enfermería:
I5. N.º CE anual. Estándar 6/año
• Para la consulta Médica: Valoración analítica según condición de fragilidad:
I6. Edad = 75 año. Estándar 2/año
I7. Asociación con comorbilidad. Estándar 2/año
I8. Función renal: En G3a y b: Estándar 2/año y en G4 Estándar 4/año
De los indicadores de ZAR-ACOD no disponemos de valores de referencia nacionales ni previos del centro de salud, salvo para el de captación por inclusión en protocolo especifico de manejo (Resultado de partida de 21,9%). En el resto, hemos fijados como estándares las recomendaciones de la SEC, cuando existen.
Los resultados de la encuesta de empleo de ACOD
• Del grupo de ACOD que incluía a 102 pacientes se realizaron un total de 65 encuestas, lo que supone una participación del 63.72%.
• Respecto a la información recibida por el usuario de ACOD:
- Un 15.4% no sabía que tomaba un anticoagulante.
- Hasta en un 43,1% no recibieron información sobre el ACOD en el momento de la prescripción.
- Solo un 21.5% recibió información por escrito.
- Respecto a los contenidos de la información, se contemplaron: la importancia de la adherencia, la actuación en caso de olvido, la necesidad de seguimiento en consulta, el riesgo de sangrado, interacciones medicamentosas y actuación en caso de hemorragia. En Atención Especializada (AE), los contenidos más abordados fueron la importancia de la adherencia con un 84% y la necesidad de seguimiento con un 68.42%. En AP a la cabeza se encontró la información sobre el riesgo de sangrado con un 100%, seguido de la importancia de la adherencia con un 90%. La necesidad de seguimiento se abordó en el 60%.
• La adherencia correcta de los tratamientos con ACOD admitida por el paciente fue del 100%.
• Respecto al seguimiento:
- Reconocían un seguimiento periódico en la consulta un 66.2%.
- El seguimiento era fundamentalmente a expensas de Medico de AP (por CE en un 2.3%, MAP 58.1% y conjunta 39.5%)
• Satisfacción: Se sentían satisfechos o muy satisfechos el 66.1%, con satisfacción neutra el 21.5% y con poca o muy poca satisfacción el 12.3%.
Los resultados del subestudio ZAR-ACOD, muestran:
Un incremento de la captación de manejo de ACOD de un 12,2% del objetivado en 2017 (con paso de 21,9% a 34,1%) (I1)
Respecto a la adecuación de contenidos, pese a ser datos claves en la indicación y el ajuste de dosis, no existe registro de peso en un 18.7% (I2), del CHADS-VASC en el 41.8% (I3) y de la función renal en el 8.8% (I4).
Respecto al seguimiento en consulta de CE (I5), hasta en el 90,1% del total de pacientes con ACOD y en el 71% de los captados en el protocolo, no existe ninguna CE específica para ello y en los escasos pacientes seguidos por CE, en el 100% ha sido con frecuencia inferior a la recomendada en el protocolo de cada 1,5-2 meses (6-8 consultas al año) en línea con las recomendaciones de la SEC.
En lo concerniente al seguimiento en CM, contemplando las recomendaciones de la SEC sobre la frecuencia de controles analíticos según condición de fragilidad, resulta correcto en solo un 39,3% de los pacientes =75 años (I6), 38% en coexistencia con comorbilidad (I7) y en el 25% de pacientes con enfermedad renal crónica (I8), no siguiéndose las recomendaciones de frecuencia de control analítico en el 100% de ERC G4 y en el 50% de los G3.
Y hasta en un 16.5 % de nuestros pacientes con ACOD existía interacción medicamentosa con ISRSS (sertralina),

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Amiodarona, Diltiazem, Dronedarona, AINEs y AAG.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cada vez son más los pacientes subsidiarios de la anticoagulación oral (ACO), fundamentalmente por FA, indicación de anticoagulación crónica por excelencia e importante problema de salud pública, donde sólo el tratamiento antitrombótico se ha demostrado capaz de modificar su historia natural. Esto ha hecho que las principales sociedades científicas consideren la profilaxis tromboembólica como la estrategia fundamental a plantear en todos los pacientes con FA y, por tanto, el empleo de la ACO, ante indicación individualizada por riesgo tromboembólico, es inexcusable dentro de una práctica clínica de calidad.
Además, el paciente que sufre FA es habitualmente un paciente frágil, por edad elevada, múltiple comorbilidad asociada y polimedicación, lo que le convierte en el prototipo de paciente crónico-complejo y subsidiario de un abordaje integral y manejo multidisciplinar, donde AP tiene un importante peso específico, por porcentaje de pacientes diagnosticados y seguidos en nuestras consultas, no pudiendo eludir esta responsabilidad.
Con la ampliación de la oferta de los anticoagulantes orales se produce un cambio en el paradigma de la anticoagulación y ante esto, es inevitable plantarse la necesidad de adaptar el modelo de gestión de la ACO existente hasta ahora, que por otro lado se ha demostrado poco eficiente, a la vista de la situación precaria de la anticoagulación a nivel nacional.
La incorporación de los ACOD, con características farmacológicas diferentes, modifica las necesidades de manejo y obliga a plantear nuevos sistemas de gestión, teniendo en consideración no solo a los profesionales sanitarios implicados, sino también a la administración sanitaria y a los propios pacientes. En efecto, estos sistemas de gestión deben supeditarse a la realidad de nuestra normativa nacional, por lo que más allá de conocer las recomendaciones de las principales sociedades científicas, tenemos que adaptarnos a las recomendaciones de la AEMPS y a las de la SECA.
En el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS), el empleo de los ACOD en FANV para prevención del ictus y del embolismo sistémico, está delimitado por el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de AEMPS. El IPT del 23 de diciembre de 2013, reconoce que los tres ACOD comercializados hasta entonces han demostrado un beneficio-riesgo favorable frente a los AVK en diversas condiciones clínicas y se nos plantea una introducción prudente. Así, se especifica de forma pormenorizada como hacer la elección del anticoagulante oral, aspecto que queda controlado con la supeditación al visado de inspección. Sin embargo, el mencionado informe es menos explícito y detallado en lo relativo al seguimiento, indicando solo la necesidad de que sea frecuente y realizado por personal cualificado y con la recomendación de que los centros sanitarios dispongan de protocolos de actuación para su manejo.
La SECA, paralelamente, elabora una serie de recomendaciones de buena práctica para el uso seguro de ACOD en pacientes anticoagulados. En conclusión, la SECA recoge la necesidad de actividades formativas de los profesionales sanitarios, la formación e información de pacientes con soporte unificado y por escrito y la elaboración de procedimientos normativos de trabajo que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica.
En esta línea nos planteamos dentro del estudio ACO-ZAR II la formación del profesional sanitario mediante sesiones clínicas, la creación de una guía de manejo rápido y la elaboración del “Protocolo de Manejo de ACOD en el CS las Fuentes Norte”, con objetivo de mejorar la gestión de los mismos asegurando una práctica clínica de calidad.
En el IPT del 23 de diciembre de 2013, se recoge en su sección 3 el criterio de indicación de tratamiento anticoagulante oral en pacientes con FANV. En la actualización del IPT del 21 de noviembre del 2016 se modifica la escala de evaluación de riesgo tromboembólico, adoptándose el CHADS-VASC =2. La evaluación del riesgo hemorrágico se realizará por la escala de puntuación HAS-BLED. Ambas escalas disponibles en Protocolos de OMI-AP.
En el mismo IPT queda definido el criterio de elección del tipo de tratamiento ACO en su sección 4, apartado 2, de modo que las situaciones que permiten el empleo de ACOD de inicio serían la hipersensibilidad o contraindicación conocida a dicumarínicos, antecedentes de hemorragia intracraneal o el ictus isquémico con criterios clínicos y de neuroimagen de alto riesgo de HIC. En el resto de situaciones, está supeditado a los dicumarínicos por la imposibilidad de acceso al control de INR convencional, tratamientos con acenocumarol con imposibilidad de mantener un control de INR dentro de un TRT pese a un buen cumplimiento terapéutico y episodios tromboembólicos arteriales graves a pesar de tratamientos con AVK con INR bien controlados. En definitiva, se trataría de una segunda opción terapéutica. Todo esto habiéndose descartado contraindicación de ACO (sección 4, apartado 3).
Tras lo dicho, solo queda precisar quién debe realizar la indicación, y dado que la indicación de ACO viene ligada al mismo diagnóstico, se podrá realizar tanto desde AP como desde AE. Incidir en que, respecto a la indicación de los ACOD, es prioritario seleccionar adecuadamente a los mejores candidatos, en base a criterios bien definidos en las recomendaciones nacionales del IPT. Parece lógico comenzar por aquellos pacientes que por diversos motivos no puedan acceder a la monitorización del INR, hecho nada infrecuente en una población mayor con importante pluripatología, máxime en un territorio tan disperso como es nuestra CCAA, o con los que no mantengan un TRT adecuado con acenocumarol (sintrom®), también circunstancia excesivamente frecuente, que más allá de no proteger al paciente, lo somete a riesgos innecesarios. Y nadie más indicado que AP, por su accesibilidad y conocimiento del paciente, para localizar estas circunstancias y contribuir a la elección de la mejor opción terapéutica.
El inicio de tratamientos con ACOD está contemplado en la sección 5 del IPT del Ministerio de Sanidad como “Precauciones en el inicio y seguimiento del tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular no valvular”. No podemos evitar insistir en que el tema se aborda de forma mucho más somera que lo referente a la selección del ACO. El primer punto a desarrollar sería quien debe iniciar el tratamiento con ACOD. Como en el caso de la indicación, parece lógico que los profesionales responsables de atender las diferentes circunstancias clínicas que aconsejan su empleo sean los que inicien su manejo. El cómo iniciarlo queda sistematizado en la Guía rápida de manejo de ACOD de forma sencilla.
En cuanto al seguimiento de los ACOD, presenta unas peculiaridades de manejo, por sus características propias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

y diferenciales con los AVK, como son la sencillez, el efecto previsible a dosis fija sin apenas interacciones medicamentosas, o la comodidad de su uso, por la ausencia de necesidad de monitorización. Pero no debemos olvidar que se trata igualmente de anticoagulantes, de modo que se tendrán que mantener las mismas precauciones y recomendaciones que con los dicumarínicos.
En definitiva, pese a que los ACOD permiten más flexibilidad de manejo que los AVK, es necesario desarrollar un programa de adherencia y seguimiento que optimice los resultados clínicos y prevenga las posibles complicaciones de uso. En la misma Guía rápida de manejo de ACOD se definieron la periodicidad y contenidos de estos controles, tanto para la CM como para la CE, seguidos en el "Protocolo de Manejo de ACOD en AP".
Los resultados de la evaluación de la implementación de dicho protocolo tras un año y medio, en el subestudio ZAR-ACOD, nos han mostrado que, respecto a la gestión de los ACOD, la formación del profesional sanitario y la elaboración de Guías de manejo rápido han sido eficientes en la captación del protocolo y en su inicio correcto, pero insuficientes para conseguir un seguimiento adecuado y en suma para garantizar la práctica clínica de calidad de manejo de los ACOD buscada.
Por tanto, el modelo de gestión aplicado en ACO-ZAR II ha resultado satisfactorio en general, como vimos en la memoria previa, en el intento de equipararnos a la situación nacional, todavía por mejorar, en lo que a infratratamiento, control subóptimo y manejo por AP se refiere, pero insuficiente en el reto de la gestión de los ACOD, hecho que nos hace reflexionar sobre la necesidad de apoyos técnicos, como recomendaba la SECA. De aquí surge la "Propuesta de Modificación del soporte informático OMI-AP", con la inclusión de un plan de cuidados personales, PCP-TRATAMIENTO DE ACOD, trasladado al Grupo Autonómico de anticoagulación oral.
Para concluir, insistir en que tras la concienciación de AP sobre su responsabilidad en dispensar una práctica clínica de calidad, garantizando la anticoagulación oral a todo paciente subsidiario y en la alternativa más óptima, surge la necesidad, tanto de salvaguardar la seguridad del usuario de ACOD, mediante la información y fomento de la adherencia terapéutica, como de respaldar al profesional implicado, creando una cultura de utilización, con programas de capacitación y protocolos de actuación con un soporte adecuado, que orienten su actividad diaria de forma sencilla, segura y responsable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/437 ========== ***

Nº de registro: 0437

Título
OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, SARSA GOMEZ ANA, BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL, URIEL PEREZ JOSE ANTONIO, EZQUERRO CORDON ASCENSION, LAMANA LASHERAS MARIA JOSE, VALLES LOBATO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Fibrilación auricular (FA) es un importante problema de Salud Pública por prevalencia y morbimortalidad asociada, fundamentalmente por eventos tromboembólicos, donde la anticoagulación oral (ACO) es la piedra angular del tratamiento, al ser la única capaz de reducirlos y que en la actualidad ofrece diferentes alternativas, Dicumarínicos y Anticoagulantes orales directos (ACOD).
Por otra parte, los pacientes con FA son controlados mayoritariamente en Atención Primaria (AP) y son frágiles por edad avanzada, comorbilidad asociada y polifarmacia. Por tanto somos responsables de garantizar la opción más favorable de tratamiento efectivo en un problema de gran magnitud y en una población especialmente vulnerable.
En el elevado número de pacientes con FA atendidos en nuestro centro de salud (CS) se objetiva un infratratamiento de ACO, controles subóptimos de los tratamientos con acenocumarol y alto porcentaje de controles desde hematología.
Esto supone un empeoramiento de nuestra calidad asistencial por la pérdida del efecto protector antitrombótico perseguido y de la continuidad de seguimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0437

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANTICOAGULACION ORAL DE LA FIBRILACION AURICULAR EN ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
Vistos los resultados de nuestro estudio de línea de mejora del 2015 sobre ``Características clínico-epidemiológicas y de manejo del paciente con FA atendido en el CS Las Fuente Norte´´ nos planteamos como objetivo general optimizar el manejo de su anticoagulación oral, equiparándolos al menos con los observados a nivel nacional, mediante los siguientes objetivos específicos:
I. Asegurar la evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico a todo paciente con FA seguido en nuestro CS.
II. Garantizar ACO a todo paciente con FA que tenga indicación para la misma.
III. Garantizar la calidad de la ACO ofreciendo la opción más adecuada de las disponibles según la legislación vigente (Informe de Posicionamiento terapéutico del Ministerio).
IV. Asumir el mayor control posible de la ACO desde AP.

MÉTODO
Tras la divulgación al equipo de los resultados del estudio del 2015, se determinarán las debilidades y los objetivos a conseguir, por comparativa cuando se disponga de un indicador de referencia nacional o por consenso del equipo en el caso de que este dato no esté disponible.
Se facilitarán los listados de pacientes con FA por CIAS y se procederá a la capacitación del equipo mediante talleres impartidos por los componentes de la línea de mejora, según cronograma preestablecido, con soporte por escrito de material de consulta rápida.
Se solicitarán a los servicios responsables las adaptaciones pertinentes del soporte informático para la puesta en marcha del Protocolo de manejo de ACOD del CS Las Fuentes Norte (diversificación de episodios de anticoagulación B-83, información por escrito para el paciente, adaptación de los sistemas de seguimiento para control de adherencia terapéutica por Morisky-Green, etc) así como cauces de comunicación fluida con las especialidades implicadas.
La reevaluación se realizará repitiendo la metódica del estudio previo observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de historia clínica, ampliado en las variables añadidas, de la población con registro de episodio de FA y seguimiento continuado, de los 22513 usuarios del CS.
Las fuentes de información serán la historia clínica para la variable principal y comorbilidades, receta electrónica para los tratamientos asociados y los programas informáticos TAOnet y Gota para la evaluación de los INR en AP y hematología respectivamente.
Para el análisis de resultados se empleará el paquete estadístico SPSS.
Se suplementará con evaluación mediante encuesta estructurada a los pacientes en tratamiento con ACOD.
Las conclusiones servirán para la definición de nuevas líneas de mejora.

INDICADORES
Abordando los objetivos específicos mencionados:
I- I1. Porcentaje de pacientes con registro en historia clínica de Riesgo tromboembólico y hemorrágico por escalas específicas al respecto (CHADs-VASc Y HAS-BLED).
I2. Porcentaje de pacientes con indicación de ACO por CHADs-VASc = 2 que la siguen.
I3. Porcentaje de pacientes con Antiagregación oral como prevención primaria.
I4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol controlados en AP con control óptimo por Tiempo en rango terapéutico directo (TRT) = 60% en los últimos 6 meses.
I5. Porcentaje de pacientes seguidos en hematología con últimos 3 INR en rango.
I6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con acenocumarol seguidos por AP.
I7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con ACOD incluidos en protocolo específico de manejo.
I8. Grado de conocimiento, adherencia y satisfacción de los pacientes en tratamiento con ACOD.
Dichos indicadores se integraran en las actividades previstas según diagrama de flujo previamente establecido.

DURACIÓN
De octubre 2016 a junio de 2017.

OBSERVACIONES
Dado el ambicioso contenido del proyecto y en base a la limitación de los recursos humanos disponibles, el proyecto debiera desarrollarse secuencialmente durante más de un año, con las ampliaciones pertinentes según resultados y objetivos propuestos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0451

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE ARMALE CASADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTES LOPEZ CARMEN
FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS
EZQUERRO CORDON ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un cuestionario tipo test para medir el nivel de conocimientos en el cuidado de heridas crónicas con 16 preguntas. El test se pasó a los estudiantes de grado de enfermería al inicio de su ciclo de prácticas en el centro de salud y a los profesionales de enfermería de nueva incorporación previo al inicio del taller y a todos al final del taller.
Para la prueba de competencias objetivas en el cuidado de heridas crónicas se realizaron videograbaciones a todos los participantes donde se evaluaba siguiendo los criterios de las guias de practica clinica la valoración la herida y su tratamiento.
El taller consiste en 3 sesiones de 90 minutos de duración cada una de ellas; 2 sesiones con impartición de teoría y 1 práctica con el visionado y análisis de grabaciones. En total se han realizado 4 talleres durante la duración del proyecto.
Los datos obtenidos han sido dados a conocer a todos los participantes del proyecto y al resto del equipo en una sesión clínica.
El cumplimiento del cronograma se ha realizado en los plazos establecidos.
Los recursos humanos empleados han sido 7 profesiuonales de enfermería: 5 enfermeras y 2 EIR de enfermería familiar y comunitaria. Como recursos materiales se precisó de una videocámara y proyector y diferente material de curas de heridas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Participantes:36 estudiantes de grado de Enfermería y 10 enfermeros de reciente incorporación en nuestro centro de salud.
Resultados del test de conocimientos: La media de respuestas acertadas entre los estudiantes de Enfermería antes del taller es de 8 (50%) sin diferencias significativas entre universidad pública o privada o entre sus primeras prácticas o siguientes, al finalizar el taller la media de aciertos es de 13,3 (81%), habiendo aumentado sus conocimientos teóricos un 31%.
Los profesionales empezaban con un nivel de conocimientos del 75% (12respuestas correctas) y terminaron con un 98% (15,8 respuestas correctas).
Resultados de las videograbaciones entre los estudiantes: distinguen la etiología de las heridas en un .72,3%, valoran correctamente el estado de la herida (tamaño, lecho, bordes, signos de infección un 86,5%, eligen el tratamiento mas adecuado a cada caso siguiendo el procedimiento TIME un 74,3%.
Ha existido un nivel de participación del 100% tanto entre los estudiantes de pregrado como de los profesionales de nueva incorporación.
El aumento de conocimientos en el cuidado de heridas ha sido de un 31% entre los estudiantes de grado de enfernería y un 23% entre los enfermeros.
El conocer el procedimiento TIME para la valoración de heridas y su puesta en prática como presentar todos los productos existentes en el mercado para el tratamiento de las heridas ha sido valorados muy positivamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto se ha intentado mejorar la calidad de cuidados enfermeros y disminuir la variabilidad de práctica clínica en el cuidado de heridas crónicas, tanto en su prevención como en su tratamiento implementando las nuevas recomendaciones de las guías de práctica clínica.
Tras valorar la buena acogida y resultado del proyecto,nuestro empeño se canaliza hacia la realización de una nueva edición de los talleres siempre que vengan a formarse a nuestro centro de salud estudiantes de grado de Enfermería y daremos la oportunidad de asistir también si lo creen necesario los compañeros enfermeros que se van incorporando a la Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/451 ========== ***

Nº de registro: 0451

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0451

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

Autores:
ARMALE CASADO MARIA JOSE, LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, ANDRES AGORRTEA PATRICIA, MARTES LOPEZ CARMEN, FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS, EZQUERRO CORDON ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento de las heridas crónicas y su prevención supone un reto para enfermería. Una mejora en la calidad de los cuidados enfermeros viene determinada por recibir una formación adecuada. Percibimos una carencia formativa en este tema tanto a nivel pregrado como postgrado.

RESULTADOS ESPERADOS
-Valoración de los conocimentos teóricos y de las habilidades prácticas en materia de cuidados de heridas crónicas previos a su estancia clínica en el CS de los estudiantes de enfermería y profesionales de nueva incorporación.

-Diseñar 1 taller formativo de cuidado de heridas crónicas (3 sesiones).

-Evaluar el impacto de nuestra actuación en los estudiantes de enfermería y profesionales.

-Incrementar los conocimientos y habilidades de los estudiantes de enfermería en materia de heridas crónicas y profesionales de enfermería.

-Mejorar la calidad asistencial en el tema de cuidados de heridas.

MÉTODO
-Diseño de un cuestionario sobre conceptos teóricos en el cuidado de heridas crónicas.
-Diseño de una prueba de competencias objetivas en el cuidado de heridas crónicas.
-Recogida de datos y análisis de los mismos por los miembros del equipo de mejora.
-Elaboración de taller formativo en cuidado de heridas crónicas.

Actividades:
-Cumplimentación del cuestionario en el cuidado de heridas crónicas pre y post estancia clínica en el CS.
-Videograbación.
-Puesta en marcha del taller formativo.
-Difusión de los datos obtenidos.
Recogida de datos:Mª Luisa Lozano del Hoyo, Patricia André Agorreta,Carmen Martes López, Mª José Armalé Casado.
Diseño de cuestionario:Patricia André Agorreta,Carmen Martes López.
Taller formativo:Mª Luisa Lozano del Hoyo,Patricia André Agorreta
Carmen Martes López, Mª de los Desamparados Forés Catalá, Ascensión Ezquerro Cordón, Mª José Armalé Casado.
Evaluación de encuestas y videograbaciones:Mª Luisa Lozano del Hoyo,Patricia André Agorreta, Carmen Martes López, Mª de los Desamparados Forés Catalá, Ascensión Ezquerro Cordón, Mª José Armalé Casado.
Difusión de resultados: Mª Luisa Lozano del Hoyo,Carmen Martes López, Mª José Armalé Casado, Desamparados Forés Catalá.

INDICADORES
-Encuesta de conocimientos. Mejora de conocimentos teóricos un 20%
-Mejora de estandares de calidad en cuidados de heridas crónicas según guías de práctica clínica en un 20% evaluado a través de la videograbación.

DURACIÓN
Duracion:julio2016-julio2017.
Recogida de datos, bibliografía:julio-agosto.
Diseño de custionario y taller formativo: septiembre.
Intervención educativa:de septiembre2016 a abril de 2017.
Evaluación parcial: noviembre, febrero, abril y junio
Evaluación final: junio 2017.
Difusión: julio 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0451

1. TÍTULO

OPTIMIZANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN HERIDAS CRONICAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... TAMARA RODRIGUEZ POLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El método de trabajo debe permitir tratar las vivencias, percepciones e interpretaciones de las usuarias asumiendo la realidad dinámica y subjetiva de este fenómeno y por ello, se ha elegido la metodología cualitativa con un abordaje etnográfico.
Los escenarios del proyecto van a ser el C.S Fuentes Norte y la Fundación el Tranvía.
Las participantes van a ser las mujeres de etnia gitana de la localidad de Zaragoza en edad fértil y sexualmente activas.
La captación se realizará principalmente en el barrio de Las Fuentes a través del criterio metodológico “bola de nieve”.

ACTIVIDAD 1: “Soy gitana, soy mujer y este es mi cuerpo”.
Tras una breve lectura, se lanzarán una serie de preguntas con el objetivo de que las participantes identifiquen cuáles son las características que les representan como mujeres. Se proyectará posteriormente de forma didáctica las características anatómicas y fisiológicas del cuerpo femenino.
La primera sesión tendrá una duración de dos horas aproximadamente.

ACTIVIDAD 2: “El ciclo menstrual”
Se realizara una breve presentación en donde se pondrá énfasis a las características del ciclo menstrual femenino.
Se repartirá a las participantes un calendario menstrual en donde
ellas puedan identificar en que momento del ciclo se encuentran así como las características físicas y emocionales que representan en cada momento del ciclo menstrual.
La segunda sesión tendrá lugar en el C.S Fuentes Norte y tendrá una duración aproximada de 2 horas y 30 minutos.

ACTIVIDAD 3: “Mitos y realidades”.
De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expondrán diferentes mitos y creencias con el objetivo de que ellas identifiquen su grado de acuerdo y desacuerdo.

ACTIVIDAD 4: “Planificación familiar”.
Se lanzarán varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método planificación familiar.

La tercera parte del proyecto estará protagonizada por los profesionales de la salud y el objetivo de este apartado es identificar los prejuicios y estereotipos. Para ello, se pasará un cuestionario para identificar prejuicios y estereotipos sobre la población gitana

CRONOGRAMA

Duración total del proyecto: seis meses.
Octubre 2016: Captación activa de los participantes.
Noviembre 2016: Preparación de la sala, materiales y análisis de cuestionario.
Diciembre 2016: Primera sesión y registro de indicadores.
Enero 2017: Segunda sesión y registro.
Febrero 2017: Encuentro entre los profesionales y planteamiento de propuestas
Marzo 2017: Redacción de memoria y conclusiones del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realiza una memoria de la actividad dirigida a la mujeres de etnia gitana en relación al uso y conocimiento de métodos anticonceptivos de acuerdo a los valores, creencias y prácticas de su propia cultura. Se ha realizado la sesión clínica con la colaboración del centro social Fundación El Tranvía en el barrio de Las Fuentes (Zaragoza), realizando una captación de las mujeres gitanas por parte del C.S Fuentes Norte a través de un desayuno saludable y distendido donde se propuso tratar temas de planificación familiar.

Título actividad: DESAYUNOS CON TAMARA.
Responsable actividad: Tamara Rodríguez Pola.
Observadores no participantes: Amparo Forés Catalá (Enfermera) y estudiante de enfermería del C.S Fuentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Norte

El escenario donde se ha realizado lel cuentro con las mujeres gitanas ha sido la Fundación El Tranvía, a petición de las mujeres que participaron en el grupo. Las participantes mujeres de etnia gitana de la localidad de Zaragoza, realizando su captación principalmente en el barrio de Las Fuentes.
Participantes: Acudieron 7 mujeres, de edades comprendidas entre los 30 y 55 años aproximadamente. Todas ellas gitanas excepto una joven que suiso participar que era procedente de República Dominicana.

ACTIVIDAD 1: Se presenta la actividad que lleva por título: “Marcianos en Las Fuentes”
Descripción: “Aterriza en Las Fuentes una nave espacial llena de marcianos ansiosos por conocer nuestro planeta y a los habitantes que vivimos aquí. Para nuestra sorpresa, ¡Todos los marcianos son iguales! En nuestra tierra tenemos algunas diferencias así que tendremos que explicar qué es una mujer y qué es un hombre y las características de cada uno para que conozcan cómo es nuestra especie”.
Las respuestas fueron las siguientes:
“Podemos tener hijos. Hace falta un hombre pero el principal trabajo es nuestro”
“Tenemos un sexto sentido”.
“Nuestro carácter es diferente”
“Nosotras las gitanas somos diferentes al resto, nos dedicamos más a la casa, a la familia, al marido...”

ACTIVIDAD 2: “El ciclo menstrual”.
Descripción: “Sara acaba de cumplir doce años, tiene el pelo ondulado y los ojos perlados. Le gusta montar en bicicleta, ir a la piscina y el bizcocho de su abuela Carmen. Una mañana, al despertarse de la cama, Sara vio que había manchado de sangre la sábana azul turquesa. Se miró bien en el espejo para ver dónde quedaba esa herida que se había abierto mientras dormía…pero no la encontró. ¿Alguna se ha sentido identificada con Sara?

Evaluación de la actividad: Una vez realizada esta breve introducción, se realizó una breve presentación en donde se puso énfasis a las características del ciclo menstrual femenino. Se repartieron a las participantes un calendario menstrual en donde ellas pudieron identificar en que momento del ciclo se encontraban, así como las características físicas y emocionales que representaban en cada momento del ciclo menstrual.
La explicación del ciclo menstrual fue interrumpida con las siguientes preguntas: ¿ Qué días somos más fértiles?, “ Si tomo la píldora y me olvido, ¿me quedo embarazada?

Se hablo del Síndrome Premenstrual. Las respuestas de las participantes fueron las siguientes:
“Nos cambia el carácter”
“Estamos más depresivas y hambrientas”
“Me duelen los pechos y la espalda”

ACTIVIDAD 3: “ El semáforo”
Descripción: De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expusieron diferentes mitos y creencias comunes con el objetivo de que ellas identificasen el grado de acuerdo y desacuerdo con la ayuda de los colores del semáforo:
Rojo: “Totalmente desacuerdo”
Amarillo: “Ni acuerdo ni desacuerdo”
Verde: “Totalmente de acuerdo”
A continuación se presentan algunas de las afirmaciones que se realizaron y las respuestas de las participantes:
1: A partir de los 40 años no me puedo quedar embarazada.
Respuesta No les gustaría pero están de acuerdo en que sí se puede.
“Hasta que no llega la menopausia podemos quedarnos embarazadas”.

2: Si tomas mucho vinagre en el embarazo el niño nace con poco pelo.
Respuesta: Lo han oído. Reconocen que la ingessta de vinagre les provica mucha acidez. En cambio, si creen en los antojos y marcas de nacimiento.
3 :Puedo quedarme embarazada aunque esté dando el pecho.
Respuesta: Sí, todas lo afirman con seguridadad

4: Cuando estás embarazada, es bueno lavarse los genitales varias veces al día y con agua caliente.
Respuesta: “La higiene debe de ser la misma, pero cn agua tibia, no muy caliente
.
ACTIVIDAD 4: Planificación familiar
Descripción: Se lanzaron varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método planificación familiar. El objetivo de esta actividad era resolver dudas y preguntas acerca de los diferentes métodos respetando sus preferencias.

Evaluación de la actividad: Se explicaron los diferentes métodos anticonceptivos mostrando muestras de ellos. La mayoría conocen los métodos naturales (calendario, temperatura basal, control del flujo...) pero reconocen que nos son fiables. En cuanto a la actividad, hubo controversia en las mujeres respecto a las preferencias
Anillo vaginal: En general no les gusta. “ Yo no me lo pondría”, “Yo no sabría”
Parche: “ No se mueve, está bien”
Anticonceptivos orales: Muestran preferencia a los anticonceptivos orales mostrando como inconveniente el olvido de las tomas. Se explican los márgenes de seguridad.
DIU (dispositivo intrauterino): ” Ay que miedo”, “ Me lo compré y lo devolví”. Una de las participantes comenta que está contenta con esta medida pero que la asocia con ganancia de peso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Implante: No lo conocían.
Métodos quiúrgicos. Dos de las participantes se habían realizado ligadura de trompas.
Métodos de barrera: No sabían que existía el preservativo femenino.

Para finalizar la actividad, además de las recomendaciones médicas de cada paciente se les recomienda elección del método anticonceptivo en función de tres preguntas.
1- ¿Qué tipo de pareja tengo?
2- ¿ Quiero tener más hijos?
3- ¿ Cuánto dinero puedo gastarme?

ACTIVIDAD: ¿Cuál le recomendarías?
Descripción: Se exponen cuatro situaciones de mujeres que desean realizar una planificación familiar. Por grupos y con ayuda del material entregado en la actividad anterior, llegan a un acuerdo para recomendar a dichas mujeres los métodos de planificación familiar que creen más adecuados para ellas según sus necesidades.
Lola tiene 18 años. No tiene pareja estable pero desde hace dos meses tiene relaciones sexuales con Carlos que es un poco más mayor que ella. Lola tiene miedo de quedarse embarazada o de tener alguna enfermedad de transmisión sexual de las que le han explicado en el instituto. Viene a nuestra consulta a pedir información. ¿Qué le recomendarías?
RECOMENDACIÓN: Preservativo.
María acaba de cumplir cuarenta años. Tiene tres hijos y actualmente está dando el pecho a su hija Marta. Marta ha cumplido un año pero le encanta la teta de mamá. Durante este año no ha tomado ninguna precaución al tener relaciones sexuales pero ahora que Marta se hace más mayor y toma menos pecho, María está preocupada por si puede volver a quedarse embarazada. ¿Qué crees que podría ser lo más adecuado para ella?
RECOMENDACIÓN: Anticonceptivos orales compatibles con lactancia materna.
Paula va a dar a luz en mes. Es su cuarto hijo. Nos cuenta en la consulta que está muy feliz por el nuevo nacimiento de su bebé pero tiene problemas económicos y teme volver a quedarse embarazada. Su marido no quiere usar el preservativo y ella dice que le sientan muy mal las píldoras anticonceptivas. Viene a nuestra consulta dispuesta a encontrar una solución. ¿Qué le recomendarías?
RECOMENDACIÓN: Implante o ligadura de trompas
Isabel tiene 24 años y acaba de casarse con su novio Raúl. Los dos han hablado de que les encantaría ampliar la familia pero Isabel quiere esperar un año para poder así terminar sus estudios de magisterio. Por sus creencias, Isabel es algo reticente a utilizar métodos anticonceptivos artificiales y viene a nuestra consulta a buscar información. ¿Qué le dirías?
RECOMENDACIÓN: Preservativo o DIU

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se realizo observación no participante por 2 observadores de manera . Recogida de información no estructurada, relato del encuentro con transcripción literal de intervenciones más significativas. Se destacan los momentos relevantes: silencios, dinámica entre ellas, risas, bromas.... Posteriormente se realiza transcripción y análisis, contrastando lo recogido por los dos observadores.

Buena valoración de la experiencia por parte de las mujeres, mostraron gran interés y manifestaron estar interesadas en realizar más encuentros.
Valoración positiva de la experiencia por los profesionales del C. de Salud.
Interesante llevar a cabo otros encuentros similares.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/991 ========== ***

Nº de registro: 0991

Título
PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Autores:
RODRIGUEZ POLA TAMARA, FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

Enfoque .....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La etnia gitana, se trata de la minoría étnica más numerosa e importante en nuestro medio en la que se observan importantes diferencias culturales respecto a la sociedad mayoritaria. En base a un estudio realizado por la responsable de dicho proyecto cuyo objetivo fue comprender el conjunto de creencias, valores y prácticas que giran en torno a la fecundidad de las mujeres gitanas, se comprobó que el uso de métodos anticonceptivos está ligado a diferentes aspectos socioeconómicos y culturales.
De acuerdo con la guía realizada por El ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) Y Fundación Secretariado Gitano se expone que se conoce la existencia de los distintos métodos anticonceptivos pero que muchas de las mujeres gitanas no suelen utilizarlos por las expectativas de su comunidad en relación con los aspectos reproductivos. Las generaciones más jóvenes van tomando cada vez más decisiones sobre la planificación de los embarazos. Por ello, surge la necesidad de prestar una educación sanitaria enfocada y dirigida a la comunidad gitana respetando todo el bagaje cultural que les rodea.

RESULTADOS ESPERADOS
-Potenciar la captación de la población gitana de la localidad para el desarrollo de actividades enfocadas a mejorar su salud y calidad de vida.
-Averiguar los métodos anticonceptivos que utilizan y conocen las mujeres gitanas y si esta preferencia guarda relación con las características socioculturales.
-Conocer las pautas de conducta, representaciones socialmente transmitidas y creencias respecto a los métodos de planificación familiar.
- Desmitificar ciertas ideaciones, mitos y creencias en relación a los aspectos reproductivos.

MÉTODO
Tras formular los objetivos, es necesario escoger un método de trabajo que trate las vivencias, percepciones e interpretaciones de las usuarias asumiendo la realidad dinámica y subjetiva de este fenómeno y para ello, hemos decidido utilizar la metodología cualitativa con un abordaje etnográfico.
Los escenarios del proyecto van a ser el C.S Fuentes Norte y la asociación Fundación el Tranvía. Las participantes van a ser las mujeres de etnia gitana de la localidad de Zaragoza en edad fértil y sexualmente activas, realizando su captación principalmente en el barrio de Las Fuentes a través del criterio metodológico “bola de nieve”.
La primera sesión tendrá una duración de dos horas aproximadamente.
ACTIVIDAD 1: “Soy gitana, soy mujer y este es mi cuerpo”. Tras una breve lectura, se lanzarán una serie de preguntas con el objetivo de que las participantes identifiquen cuáles son las características que les representan como mujeres. Se proyectará posteriormente de forma didáctica las características anatómicas y fisiológicas del cuerpo femenino.
ACTIVIDAD 2: “El ciclo menstrual”: Se realizara una breve presentación en donde se pondrá énfasis a las características del ciclo menstrual femenino. Se repartirá a las participantes un calendario menstrual en donde ellas puedan identificar en que momento del ciclo se encuentran así como las características físicas y emocionales que representan en cada momento del ciclo menstrual.
La segunda sesión tendrá lugar en el C.S Fuentes Norte y tendrá una duración aproximada de 2 horas y 30 minutos.
ACTIVIDAD 3: “Mitos y realidades”. De acuerdo a la información de diferentes investigaciones acerca de las diferentes presentaciones, valores y creencias de las mujeres gitanas acerca del significado del cuerpo y aspectos relacionados con la fecundidad, se expondrán diferentes mitos y creencias con el objetivo de que ellas identifiquen su grado de acuerdo y desacuerdo.
ACTIVIDAD 4: “Planificación familiar”. Se lanzarán varias preguntas abiertas creando grupo de discusión acerca de qué se entiende por método planificación familiar.
La tercera parte del proyecto estará protagonizada por los profesionales de la salud y el objetivo de este apartado es identificar los prejuicios y estereotipos. Para ello, se pasará un cuestionario para identificar prejuicios y estereotipos sobre la población gitana

INDICADORES
Indicadores cuantitativos
-Cantidad de mujeres interesadas y cantidad de mujeres que asisten a las sesiones.
-Rango de edad de las participantes.
-Análisis del cuestionario realizado a los profesionales de la salud.
Indicadores cualitativos
-Grado de participación en las actividades.
-Percepción y opinión de las mujeres gitanas respecto a las situaciones que se van desarrollando a lo largo del proyecto.
-Identificar los roles de género en los cuales las mujeres se sienten identificadas.

DURACIÓN
Se prevé que la duración total del proyecto sea de aproximadamente seis meses.
Octubre 2016: Captación activa de los participantes.
Noviembre 2016: Preparación de la sala, materiales y análisis de cuestionario.
Diciembre 2016: Primera sesión y registro de indicadores.
Enero 2017: Segunda sesión y registro.
Febrero 2017: Encuentro entre los profesionales y planteamiento de propuestas
Marzo 2017: Redacción de memoria y conclusiones del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0991

1. TÍTULO

PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS MUJERES GITANAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA LOZANO DEL HOYO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES AGORRETA PATRICIA
URIEL PEREZ JOSE ANTONIO
SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se desarrolla en un barrio urbano. Se estudian las necesidades de educación sanitaria de la población demandante, tanto en el CS como en la Fundación el Tranvía, a través de un cuestionario. También se analizan los temas de promoción de la salud que interesa a esta población.
Tras una primera reunión con el centro social se forma un grupo de trabajo estable y multidisciplinar que realiza el proceso de análisis de los resultados de la encuesta de necesidades de salud sentidas por la población y realiza la toma de decisiones, diseña el programa de acción a llevar a cabo, propone el calendario de reuniones, estudia si se precisa una dotación económica para el proyecto y como conseguir ese recurso y se encargará de contactar con los medios de comunicación local para difundir el programa.
El centro de salud ofertará a la población de la zona una serie de charlas de educación grupal que completen y amplíen el trabajo que se realiza en consulta individual.
En el marco de esta experiencia, se intentará construir una comisión de trabajo para seguir desarrollando la promoción de la salud en el barrio.
Se diseña un programa de 6 sesiones educativas que se adapten a las necesidades de salud sentidas por la población, de dos horas de duración cada una, 3 se impartirán en el centro de salud (CS) y 3 en la Fundación El Tranvía (FT).
Sesiones:
En la Fundación El Tranvía:
-La obesidad infantil un riesgo a corto y largo plazo
-La higiene como prevención de enfermedades
-Vacunación infantil, ¿cual es su importancia?
En el Centro de Salud:
-Diabetes y obesidad. Una epidemia del siglo XXI
-Cancer. ¿Qué hay de nuevo?
-El estres como riesgo cardiovascular.
Se publicitará en los medios de comunicación local: prensa, radio y televisión. La Fundación el Tranvía se encarga de la difusión a través de carteles en lugares de mayor confluencia vecinal: colegios, mercadillos, centros deportivos...
Los folletos informativos se solicitarán al Servicio Provincial de Salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El grupo estable se compone de 2 enfermeras, 1 enfermera residente de enfermería familiar y comunitaria del CS y 1 trabajador social de la FT.
La tabla expuesta resume los resultados de la encuesta de necesidades de salud sentidas por la población y realizada en el CS y la FT la cual es la base para este proyecto.
COMPARATIVA ENTRE LOS DOS GRUPOS:

	CS	FT
MUJERES	62’1%*	80’3%*
EDAD	56’1±15’2*	47’6±15’9*
PATOLOGÍA CRÓNICA	56%*	36’6%*
INTERÉS POR SU SALUD	90’6%*	77’4%*
INTERÉS POR SU FORMACIÓN	73’4%	66’2%
DÓNDE RECIBEN MÁS INFORMACIÓN:	CS el 63’3%*	CS el 54’9%*
DÓNDE LES SERÍA MÁS CÓMODO:	CS el 55’3%	FT el 60’6%
CÓMO LES GUSTARÍA RECIBIR FORMACIÓN:		
Prof. Sanitarios	45%	54’9%
Folletos	35’1%	25’2%
HAN ASISTIDO A CHARLAS DE EDUCACIÓN:	En el CS	12’5%*
En otro lugar	24%	33’8%
DISPUESTOS A ACUDIR AL CS A FORMACIÓN	79’7%*	64’8%*
TEMAS:		
Enfermedades CRÓNICAS	31’7%*	21’2%*
HÁBITOS Y CUIDADOS	18’8%	23’3%
PREVENCIÓN	15’8%	12’4%
Enfermedades INFANTILES	9%*	17’2%*
Enfermedades NUEVAS	8’6%	8’2%
SALUD MENTAL	10%	10’9%
PROBLEMÁTICA SOCIAL	6’1%	6’9%

*Diferencias significativas p<0’05

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La existencia de evidencias científicas que apoyan las acciones de participación comunitaria justifican su importancia e implicación por parte de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro caso, nos encontramos con una población con alto interés por su salud y formación en temas sobre la misma y una entidad de carácter social (FT) implicada con la que trabajar conjuntamente.
Tras estudiar y analizar las necesidades en temas de salud expresadas por la población de la Zona Básica de Salud de las Fuentes Norte se ha decidido la elaboración de un Programa de Salud con diferentes sesiones que intenten cubrir las expectativas y demandas de la población.
Observamos que las enfermedades crónicas, los hábitos y cuidados, la prevención y las enfermedades infantiles son los temas que más interesan a ambos grupos.
Se plantean temas de educación sanitaria infantil en la FT (por ser un ser un lugar de confluencia de personas más jóvenes con hijos a su cargo con predominio de inmigrantes) como vacunación infantil y su importancia, la higiene como prevención de enfermedades y la obesidad infantil, impartidas por enfermeras y un pediatra. En el CS los temas a tratar son diabetes y obesidad, influencia del estrés en el riesgo cardiovascular y relación del cáncer con los estilos de vida, sesiones impartidas por enfermeras y médicos de familia.
En nuestro sector sanitarios se dispone de un gabinete de prensa que facilita la publicitación del programa en los medios de comunicación local: prensa, radio y televisión. La FT se encarga de la difusión a través de carteles en lugares de mayor confluencia vecinal: colegios, mercadillos, centros deportivos...
Los folletos informativos se solicitarán al Servicio Provincial de Salud.

CONCLUSIONES
Esta actividad pretendemos que se enmarque dentro de nuestra cartera de servicios del CS y que sea un proyecto estable dentro de la FT, siguiendo un modelo inspirado en los criterios y subcriterios del modelo EFQM.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1301 ========== ***

Nº de registro: 1301

Título
LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

Autores:
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, ARMALE CASADO MARIA JOSE, ANDRES AGORRETA PATRICIA, MARTES LOPEZ CARMEN, URIEL PEREZ JOSE ANTONIO, SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ESTILO DE VIDA Y PREVENCION
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Promoción de la Salud es un instrumento imprescindible y una estrategia básica1 en la respuesta a los problemas y situaciones de salud, no sólo por su condición de problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida, con la satisfacción y el disfrute.
Pero para llevar a cabo las estrategias de Promoción de la salud es necesario una participación activa, que implique:desarrollar políticas que apoyen la salud, crear entornos favorables, reforzar la acción comunitaria en la toma de decisiones a cualquier nivel, adquirir aptitudes individuales para el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables, tanto a nivel personal como social y reorientar los servicios asistenciales hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo.
Habitualmente, el diagnóstico de las necesidades de salud en los centros sanitarios es un diagnóstico de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

demanda de atención y cuando se obtiene información es de los registros de las consultas sobre la población adscrita. Sin embargo, no debemos perder de vista que la no demanda en la población no usuaria también refleja indirectamente otra parte de las necesidades de salud. Esta limitación provoca que no haya una relación definida entre la identificación de las necesidades de salud y los servicios otorgados.
La AP es la puerta de entrada al Sistema Sanitario, se encarga de actuar como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos y unifica actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.
En el marco de la AP, la educación para la salud es un pilar fundamental, un ejemplo lo encontramos en la Cartera de Servicios de AP del SALUD en el 2018,25 de los 38 servicios existentes incluían aspectos de educación para la salud y 45 de 183 normas definidas en la Cartera de Servicios estaban relacionadas con actuaciones de educación para la salud (consejo individual, educación a grupos y educación con centros educativos).
Para llegar a establecer estrategias y hacer consideraciones y propuestas de mejora en promoción y educación para la salud, es necesario en primer lugar conocer las necesidades de la población con la que trabajamos. Con el Proyecto "Necesidades sentidas de formación de la población del barrio de Las Fuentes. Una oportunidad de mejora"10 hemos descubierto dichas necesidades formativas a través de una encuesta de necesidades sentidas de formación en el Centro de Salud (CS) y La Fundación El Tranvía (FT). Una vez evaluado y sabiendo de lo que partimos desde AP, tenemos la posibilidad de abordar estos problemas de salud elaborando el programa que nos ocupa.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES:
-Elaborar un programa de sesiones educativas multidisciplinares que se adapten a las necesidades de salud sentidas

por la población de la ZS Fuentes Norte
-Adecuar las sesiones educativas a las necesidades sentidas de formación sanitaria por la población de nuestra zona básica de salud
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
-Ofrecer una educación grupal a la población RETO que acude al CS y a la FT

MÉTODO
Se diseña un programa de 6 sesiones educativas, de dos horas de duración cada una, 3 se impartirán en el CS y 3 en la FT.
El diseño del cronograma de sesiones formativas se ha adaptado a las necesidades sentidas y expresadas por la población usuaria del CS Fuentes Norte y la Fundación el Tranvía, dando así una cobertura específica a sus intereses. Esta oferta se prevé adaptar cada año según las necesidades de la población o poblaciones reto del barrio.
El Grupo de Formación y Educación "Las Fuentes" utilizando el Modelo Europeo de Excelencia EFQM trabajará y realizará propuestas de mejora de forma anual a los dos centros de trabajo el CS y la Fundación el Tranvía.
Siempre con el objetivo de mejorar y adecuar las sesiones a las necesidades de la población y con la población.
Sesiones:
-En la Fundación el Tranvía:
-La obesidad infantil un riesgo a corto y largo plazo.
-La higiene como prevención de enfermedades.
-Vacunación infantil, ¿cúal es su importancia?
- En el CS:
-Diabetes y obesidad. Una epidemia del siglo XXI
-Cancer. ¿Qué hay de nuevo?
-El estres como riesgo cardiovascular.

Se publicitará el servicio en los medios de comunicación radio y televisión local y mediante carteles en el CS, colegios, FT y mercadillos en la zona.
Se proporcionará material escrito a los asistentes a las sesiones relativos al tema tratado.
No se precisa dotación económica puesto que se utilizarán las instalaciones y recursos de la FT y el CS

INDICADORES
La evaluación se realizará mediante una encuesta de satisfacción y nivel de asistencia.

DURACIÓN
• Fecha inicio: 1/Junio/17
• Fecha de finalización: 31/Enero/18
• Búsqueda bibliográfica: Junio-Julio/2017
• Diseño de la encuesta: Julio/2017
• Recogida de datos: Septiembre-Noviembre/2017
• Interpretación datos: Diciembre 2017/Enero 2018
• Difusión de resultados: Febrero /2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1301

1. TÍTULO

LA EDUCACION: UN TRAJE A MEDIDA DE LA COMUNIDAD

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0058

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DOLORES MUSEROS SOS
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SERRA LAURA
TEJADA DE LOS SANTOS LAURA
SARVISE MATA MARIA
FRAILE MUÑOZ ALBA
GARCIA RODRIGUEZ JAVIER
URDIN MUÑOZ BLANCA
CASASNOVAS NAVARRO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Hemos creado el blog “Fuentes Norte” para dar visibilidad a las actividades que se realizan en el Centro de Salud y aportar consejos sanitarios.
-Hemos promocionado el blog tanto en nuestro centro de salud como en el resto de centros y asociaciones del barrio, nos hemos coordinado para hacer los posts quincenales y hemos hecho reuniones de equipo frecuentemente.
-De forma programada, entre todos los participantes, se ha planificado un orden de publicaciones para subir las entradas al blog y, así, actualizar las actividades/talleres que se hacen en el centro/barrio, dar información sobre patologías prevalentes en cada momento y añadir nuevos enlaces de interés sanitario.
-Hemos realizado una encuesta en formato papel y virtual para evaluar los conocimientos adquiridos a través del blog, ver la frecuencia con la que han accedido y si han sido de utilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Hemos alcanzado tres de los cuatro objetivos (dar visibilidad a las actividades del centro, poner a la disposición de la población herramientas para su cuidado y realizar educación para la Salud fuera de la consulta).

El cuarto objetivo (crear un espacio virtual en la comunidad), está en desarrollo debido a que todavía no tenemos los permisos pertinentes para que exista un feed-back entre pacientes y profesionales.
-Se han realizado 57 entradas tratando diversos temas: enfermedades crónicas, actividades realizadas en la comunidad, prevención y promoción de la salud (dejar de fumar, taller de espalda sana, antibióticos, charlas gratuitas de salud mental, gripe, alimentación y ejercicio...).
-Para evaluar si los pacientes realmente leen y entienden los posts, periodicidad con la que acceden al blog, qué entradas les han gustado más, cuáles nos sugieren estudiar para “colgar” en el blog y tipo de pacientes que lo visitan; hemos realizado, como teníamos previsto, encuesta en formato papel y virtual obteniendo los siguientes resultados de las 100 primeras:

-Más del 60% (61%) de las personas que han respondido las encuestas, son mujeres.
-Más del 75% (78%) de personas que han respondido las encuestas, entra menos de una vez al mes en el blog.
-Han visitado y aprovechado los contenidos del blog en su vida cotidiana un más de un 75% (77.7%) de las personas que han respondido las encuestas.
-Los 3 posts más visitados han sido “Colesterol, ¿Qué sabemos?”, “Campaña antigripal” y “Despierta desayuna”.
-Los pacientes nos han sugeridos muchísimos temas de los que les gustaría que les informásemos. Algunos de ellos son: sugerencias de dietas a seguir, ejercicios en casa, osteoporosis, cómo cuidar a nuestros mayores, psoriasis, diabetes y un largo etcétera.
-De la encuesta, las 4 últimas preguntas son un pequeño test para ver si los pacientes entienden el material del blog o no. Podemos concluir que más del 80% (82.4%) han respondido correctamente el test, por lo que se deriva que en general los pacientes entienden y recuerdan los posts cuando los leen.

Las encuestas en papel las repartimos a los pacientes aprovechando cuando vienen a las consultas de enfermería o medicina. Para acceder a la encuesta vía virtual, los pacientes tienen un enlace directo desde el blog a un formulario GoogleDrive sencillo que constaba de 10 preguntas.
Dado que el análisis y resumen de los resultados, son analizados de manera automática por GoogleDrive, pasamos las encuestas obtenidas en papel al cuestionario online y así los resultados obtenidos en la carpeta de Drive, son de la totalidad de las encuestas recogidas, no solo de las hechas vía virtual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El blog está vivo y en constante actualización (colgamos posts cada dos semanas) pero, a pesar de haber intentado darle difusión, hemos encontrado dificultad para dar a conocer el blog y que los usuarios lean nuestras entradas. Consideramos que puede influir en este factor, la edad, el nivel cultural de nuestra población...
Al ser conscientes de este problema, hemos tratado de solucionarlo contactando con otras asociaciones y servicios del barrio para trabajar en red.

Tener que realizar publicaciones quincenales, nos ha estimulado a identificar las posibles demandas y/o necesidades de los pacientes en nuestra consulta diaria, centrándonos en las mismas para redactar nuestros posts.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0058

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

Como objetivos futuros de mejora de este proyecto, debemos centrarnos en buscar métodos de difusión adaptados a este tipo de población.

Consideramos que una segunda mejora sería la participación activa de todos los profesionales de nuestro centro de salud. Para poder llevar a cabo este tipo de proyecto, creemos que es imprescindible una buena coordinación y motivación tanto por parte de la población como del equipo de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/58 ========== ***

Nº de registro: 0058

Título
BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

Autores:
MUSEROS SOS DOLORES, RODRIGUEZ SERRA LAURA, TEJADA DE LOS SANTOS LAURA, SARVISE MATA MARIA, FRAILE MUÑOZ ALBA, GARCIA RODRIGUEZ JAVIER, URDIN MUÑOZ BLANCA, CASASNOVAS NAVARRO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Varias patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Facilitar información sanitaria y facilitar la comunicación entre personal médico y pacientes
---
Enfoque ....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La deficiente educación sanitaria conlleva unos costes sanitarios elevados y en muchas de las ocasiones innecesarios. Mediante la información divulgada en el blog pretendemos que la población pueda conocer de manera fácil, rápida y gratuita los problemas de salud más prevalentes; cómo abordarlos y cuándo es necesario consultarlos con su médico. Además, pueda disponer de información actualizada sobre los recursos disponibles en el barrio de las Fuentes y pueda tener acceso a páginas web de interés socio-sanitario a través de enlaces directos proporcionados a las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Dar visibilidad a las actividades del centro.
-Crear un espacio virtual de contacto con la comunidad.
-Poner a la disposición de la población herramientas para su cuidado.
-Educación para la Salud fuera de la consulta.

MÉTODO
-Actividades: Hemos promocionado el blog tanto en nuestro centro de salud como en el resto de centros y asociaciones del barrio, nos coordinamos para hacer los posts bimensuales y hacemos reuniones de equipo frecuentemente.
-Oferta de servicios: De forma programada (mínimo cada 15 días) se actualizan las actividades/talleres que se hacen en el centro/barrio, se da información sobre patologías prevalentes en cada momento y se añaden nuevos enlaces de interés sanitario.

INDICADORES
Realizaremos encuestas aleatorias a la población del barrio de Las Fuentes sobre los contenidos de la website para evaluar los conocimientos adquiridos a través del blog y ver si les han sido de utilidad.

DURACIÓN
-El blog nació en agosto del 2017 y se ha ido actualizando cada 15 días.
-Presentamos nuestro proyecto al equipo de nuestro centro de salud para darlo a conocer y recibir su aprobación el día 2 de agosto.
-Iniciamos la creación de la plataforma virtual el 16 de agosto.
-Durante los meses de septiembre a diciembre, estuvimos a la espera de la aprobación por parte de dirección del sector II.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0058

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE

-Posteriormente y una vez con la aprobación del Salud, hicimos una nueva reunión de equipo para presentar las normas de publicación e iniciar la promoción a los pacientes del blog mediante carteles, tarjetas...
-El calendario previsto para este 2018, es continuar con posts cada 2 semanas y al final de año realizar las encuestas de evaluación a los pacientes.

OBSERVACIONES
La experiencia está siendo enriquecedora, ha sido gratificante ver cómo iba tomando forma y crear algo desde cero.

Fue duro y desmotivador ver parado todo el trabajo realizado por temas burocráticos y no haber podido lanzarlo a la web durante meses, y que además no nos permitan hasta la fecha que los pacientes puedan hacer preguntas o comentarios sobre los posts.
La encuesta final también nos podría servir para preguntar a los pacientes si les gustaría hacer algún cambio o mejora en la plataforma y para que nos hiciesen sugerencias sobre que actividades o posts añadir.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0610

1. TÍTULO

FORMACION A PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA LOZANO DEL HOYO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ROY AFRICA
GARCIA MUÑIO RUBEN
SAZ FRANCO JOSE ANTONIO
CALERO FERNANDEZ ESPERANZA
GIL FERNANDEZ INMACULADA
SASTRE MOHAMED SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Selección de pacientes diabéticos, formación de los pacientes en diabetes y en técnicas de comunicación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha reforzado laacción comunitaria entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2. Creando un grupo empoderado y compacto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos todos los profesionales gratamente satisfechos con el grupo creado y su cohesion

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/610 ========== ***

Nº de registro: 0610

Título
FORMACION DE PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

Autores:
LOZANO DEL HOYO MARIA LUISA, GARCIA MUÑIO RUBEN, CILLERUELO ENCISO SILVIA, SASTRE MOHAMED SARA, GIL FERNANDEZ INMACULADA, EZQUERRA ABION CRISTINA, GARCIA SORIANO JUAN MANUEL, CALERO FERNANDEZ ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: Diabetes Mellitus
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. En la actualidad la diabetes es un serio problema de salud en el mundo occidental y un problema de salud mundial que afecta a unos 382 millones de personas en todo el mundo, y se espera que aumente a 592 millones en 2035.

Según el estudio di@bet.es elaborado por CIBERDEM, la prevalencia total de diabetes mellitus (DM2) sitúa a España en 13,8%, (más de 5,3 millones de personas). De este porcentaje, un 7,8% corresponde a casos de DM2 conocida (casi 3 millones de personas), mientras que un 6% de la población española desconoce que sufre esta patología (más de 2,3 millones de personas).

Desde la Declaración de Alma-Ata en el año 1978 y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la Organización Mundial de la Salud insta a los pacientes a una participación tanto individual como colectiva en la salud. En este contexto, y en conjunción con un creciente interés por la promoción y la protección de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0610

1. TÍTULO

FORMACION A PACIENTE ACTIVO EN DIABETES

derechos del usuario, en la década de 1980 se acuña por primera vez el término «toma de decisiones compartida». Si bien no existe en la actualidad una definición totalmente consensuada, se acepta que la toma de decisiones compartida implica un proceso de decisión conjunta entre pacientes y profesionales sanitarios, que tiene como principal objetivo que los pacientes estén informados y adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud. Estamos hablando, en definitiva, de un cambio de paradigma del Sistema Sanitario en su conjunto, hacia una atención centrada en la persona.

La atención primaria es el contexto principal de estos programas, como primera receptora de las personas con una enfermedad crónica. Y donde sería oportuno orquestar el cambio de trabajar en las necesidades de los profesionales para hacerlo en las necesidades de los pacientes.

De hecho, los últimos estudios consultados destacan la importancia de la educación entre iguales y de los programas tipo «paciente experto o activo». No obstante, en nuestra Comunidad autónoma no existe ningún trabajo en este sentido, por lo que nos proponemos un proyecto en dos fases, durante la primera fase (2018) se planificará el proyecto de educación a pacientes diabéticos y se dotará de sesiones formativas a los pacientes líderes. La segunda fase (2019) se realizará la educación a grupos de pacientes diabéticos con y sin pacientes activos, para su posterior evaluación.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:
-Reforzar la acción comunitaria entre iguales formando Pacientes Activos con diagnóstico de diabetes tipo 2.

Objetivos secundarios Primera Fase:
-Incrementar los hábitos orientados a mejorar su salud en los pacientes activos.
-Adquirir técnicas de comunicación por parte del Paciente Activo

MÉTODO
-Elaboración de un proyecto de formación a Pacientes Activos, duración y contenido.
-Formación a pacientes para conseguir líderes en educación en diabetes

INDICADORES
-Evaluación en conocimientos de los Pacientes Activos antes y después de la intervención, mediante encuesta validad con un aumento del 20% de contestaciones acertadas en la encuesta posterior
-Mejor control metabólico de la HglA1c, con disminución de un 0,5% en los Pacientes Activos, pre y pos formación.
-Evaluación de técnicas de educación, por medio de videos pre y pos formación.

DURACIÓN
-1er semestre 2018: elaboración del proyecto, reuniones con activos de la comunidad y de la Asociación de diabetes. Selección de pacientes
-2º semestre 2018: formación en diabetes y técnicas de comunicación del grupo seleccionado.

OBSERVACIONES
El proyecto se remitirá a la CEICA para su aprobación

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0687

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA ANDRES AGORRETA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO JUEZ SARAY
FORMENTO MARIN NATALIA
GARCIA JULVEZ MARIA
GARCIA MUÑIO RUBEN
MARTES LOPEZ CARMEN
FORES CATALA AMPARO
ARMALE CASADO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado un grupo multidisciplinar con los componentes del equipo y representantes de los principales recursos del barrio y se ha establecido una relación y coordinación con ellos para el desarrollo del proyecto.
Mediante una sesión, se amplió el conocimiento sobre las características sociodemográficas de la Zona Básica de Salud de Las Fuentes Norte.
También se delimitó el área geográfica que íbamos a mapear y se repartió en diferentes grupos de trabajo que salieron a mapear.
Conforme se iban identificando los recursos, se comprobaba en internet si tenían página web, para ampliar la información. Además, algunos de ellos se visitaron para ampliar la información sobre los recursos o actividades que ofrecen al barrio.
Por último, se compuso un mapa virtual, en la plataforma Google Maps y se presentó a todo el equipo participante y a los profesionales del centro de salud y se colgó una entrada y el enlace en el blog del centro de salud y se difundió entre los vecinos del barrio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la encuesta de satisfacción que se entregó a todos los participantes al finalizar el proyecto, las sensaciones habían sido muy buenas para todos. El equipo sentía una mayor pertenencia al barrio y el centro de salud parecía más accesible y cercano a los recursos del barrio.
Los indicadores, a pesar de su dificultad para su valoración, se han cumplido satisfactoriamente:
En cuanto al Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.
Estándar: 90% El mapa vitual está abierto a modificación y de momento, ningún vecino ni profesional ha añadido ningún recurso más tras su elaboración. Por lo que creemos que se han identificado la mayoría de recursos.
Otro indicador, Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la
reunión x100.
Estándar: 90% Se ha superado el estándar previsto, ya que en todas las reuniones han asistido el 100% de las personas convocadas.
Y por último, Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.
Estándar 40%
Las visualizaciones que tiene el blog actualmente son: 2893 visitas, un número mayor de lo esperado desde su creación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La bibliografía consultada, insistía en emplear una metodolgía participativa con la comunidad y a pesar de haber hecho partícipes a numerosas entidades del barrio, el desarrollo del proyecto ha sido en su mayoría llevado a cabo por el grupo promotor por falta de tiempo y difícil coordinación. Por lo que, una lección aprendida para futuros proyectos comunitarios, es intentar aumentar la participación ciudadana, pero en el plazo de un año es casi imposible comenzar y terminar un proyecto comunitario junto con el resto de nuestro trabajo diario en consulta.
Pero la satisfacción del personal que ha participado nos lleva a quedarnos con las ganas e ilusión de seguir realizando proyectos parecidos al mapeo de activos y de seguir en comunicación y trabajando en red, por una salud comunitaria mejor.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/687 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0687

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Nº de registro: 0687

Título
MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Autores:
ANDRES AGORRETA PATRICIA, APARICIO JUEZ SARAY, FORMENTO MARIN NATALIA, GARCIA JULVEZ MARIA, GARCIA MUÑIO RUBEN, MARTES LOPEZ CARMEN, FORES CATALA AMPARO, ARMALE CASADO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Promocion salud y trabajo en red

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde los años 70, el médico-sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló la teoría de la salutogénesis. Esta teoría presenta la concepción del modelo de salud en positivo, centrado en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones a partir de los propios recursos, alejándose del enfoque biomédico centrado en la enfermedad.
Se considera que la salud no es un proceso aislado del entorno, ya que se ve influenciada por factores sociales y económicos, existe bibliografía que respalda la idea de proyectos que coordinan los servicios socio-sanitarios y los recursos de los barrios, haciendo a la población participe de su propia salud y mejorando la comunicación entre los diferentes profesionales y recursos.
Con el fin de integrar este modelo de atención en nuestra realidad y mejorar la comunicación del Centro de Salud y los recursos del barrio, nos propusimos desarrollar un mapa interactivo, que agrupara y mostrara todos los recursos que pueden mejorar la salud de la comunidad.
Un mapa de activos de salud se concibe como una herramienta poderosa para aumentar el conocimiento de los recursos a disposición de los profesionales y de la comunidad para aumentar el bienestar, conservar y/o mejorar la salud y ayudar a disminuir las desigualdades sociales.
El barrio de las Fuentes cuenta con una población de 42.192 habitantes, dividida en 2 Zonas básicas de Salud (Fuentes Norte y Torre Ramona).
Se trata de una población muy envejecida, con una tasa de envejecimiento del 213,70%, además cabe destacar que 1289 personas mayores de 84 años viven solas.
Como hemos citado anteriormente, existe diferencias socioeconómicas entre ambas zonas básicas de salud siendo, peores los resultados en desempleo, trabajos eventuales, instrucción insuficiente… en Las Fuentes Nortes respecto a Torre Ramona.

También se observan diferencias en los resultados de salud de ambas comunidades, presentando una población de enfermos de mayor complejidad en las Fuentes Norte.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar una reunión con los principales entes sociales y recursos del barrio para conocer las actividades del barrio y establecer lazos de conexión entre todos.
-Constituir un equipo de personas clave de las diferentes organizaciones del barrio.
-Realizar un mapeo de activos en el barrio de las Fuentes.
-Crear un mapa de activos interactivo y accesible a la población

MÉTODO
La metodología de realización de un mapa de activos debe ser un modelo participativo con la comunidad, de manera que su resultado sea lo más representativo posible. Además, de favorecer la relación, el trabajo en red y la coordinación entre todas las entidades del lugar.
Para la realización se ha seguido una secuencia similar a la propuesta por Botello, pero adaptada a nuestras capacidades, recursos y población:
1. Creación de un grupo multidisciplinar en el centro de salud para el desarrollo de la actividad.
2. Conocer la comunidad con la que vamos a trabajar, sus necesidades, recursos y posibilidades.
3. Delimitar el área geográfica.
4. Trabajo de campo del grupo de trabajo en la comunidad: Salir a conocer los recursos de la comunidad, identificar personas clave de las distintas entidades del barrio que promueven la salud.
5. Establecer relaciones con las personas clave de los recursos.
6. Visitar las webs de las entidades y se contrastará la información recopilada.
7. Creación de un mapa virtual en la plataforma Google Maps, denominado Las Fuentes Activa, abierto a la modificación de las personas y entidades del barrio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0687

1. TÍTULO

MAPEO DE ACTIVOS EN LAS FUENTES NORTE

Los recursos se clasificarán en diferentes categorías:
Recursos de salud, educación y formación, cultura y ocio, deporte y actividad física, juventud, mayores, asociaciones, parroquias y entidades religiosas, otros.
8. Visibilizar el resultado en el blog del centro de salud, accesible para los profesionales y toda la comunidad.

INDICADORES
- Para la evaluación se desarrollará una encuesta de satisfacción para los profesionales que han participado, tanto del centro de salud como de los principales recursos.

- Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.
Estándar: 90%
- Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la reunión x100.
Estándar: 90%
- Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.
Estándar 40%

DURACIÓN
El proyecto comienza en enero, con la revisión bibliográfica, y reunión con las diferentes personas involucradas del centro de salud.
En marzo se crea el equipo multidisciplinar del centro de salud.
En abril- mayo se estudia las características de la comunidad.
Durante los meses de junio, julio, septiembre y octubre se delimitará el área geográfica y se saldrán a conocer y recopilar los recursos.
En noviembre se realizará una reunión con las personas clave de los recursos y entidades del barrio.
Durante diciembre, enero, febrero y marzo se recopilará la información y se creará el mapa virtual.
Para en abril visibilizarlo en el blog del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA FRAILE MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES AGORRETA PATRICIA
FORES CATALA AMPARO
LAMBAN CASAMAYOR ELISA
CILLERUELO ENCISO SILVIA
ABAD HONTORIA ANGEL
GASPAR CALVO ELENA
MARIN IBAÑEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han llevado a cabo los paseos programados durante el año 2018. Cabe recordar, que “Las Andarinas del Tranvía” es una actividad que se realiza todos los lunes no festivos de septiembre a junio. Se planteó desde los Centros de Salud apoyar la actividad acudiendo 2 lunes al mes.
Se decidió en una reunión mantenida con el Centro de Recursos Comunitario El Tranvía (CRCT) realizar una planificación de los días que se acudiría desde el Centro de Salud. Desde septiembre de 2018, se ha elaborado un plan con las fechas y los profesionales encargados del paseo, algo que profesionales y usuarios han valorado positivamente.
Además de acompañar a las Andarinas en sus paseos, se realiza una breve intervención educativa sobre temas de salud y se finaliza con ejercicios de estiramientos.
Los temas que se han tratado durante el 2018 son los siguientes:
Alimentación: pirámide nutricional, lectura de etiquetas, alimentación equilibrada y raciones recomendadas, preparaciones culinarias saludables, alimentación en personas diabéticas y edulcorantes.
Beneficios del agua.
La fibromialgia: qué es y cuáles son sus cuidados.
La gripe: prevención y cuidados.
Diferencias entre artrosis y artritis.
Beneficios del ejercicio físico.
Las rutas que se han realizado son las siguientes: “Camino de la Alfranca”, “Ruta de los Puentes”, “A orillas del río Gállego” y “Soto de Cantalobos”. Todas estas caminatas son entornos situados cerca del barrio de Las Fuentes.
La ruta de los Puentes consiste en andar a orillas del Ebro por ambas márgenes del río, recorriendo los distintos puentes que lo cruzan.
Los lunes, que la lluvia impidió salir a caminar, se realizó la intervención educativa en el gimnasio de la Fundación el Tranvía y se practicaron estiramientos, ayudando así a las asistentes a mejorar la técnica. Se buscó también fortalecer la relación de grupo, haciéndoles participar en la actividad.
Además de los paseos, se llevaron a cabo 2 Talleres, uno de “Espalda Sana” dirigido por uno de los fisioterapeutas del centro, y otro de “Reanimación Cardiopulmonar” (RCP) por los residentes de enfermería y medicina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Encuesta de Satisfacción

Los datos recogidos, a la finalización del curso en junio de 2018, corresponden a la encuesta de satisfacción que desde la Fundación el Tranvía pasan a sus usuarios. Se trata de una encuesta general para todas las actividades que se realizan en el CRCT. Sólo la realizaron 9 usuarias de 39 apuntadas. En la valoración global de la actividad, las participantes la valoraron con un 10. Cómo sugerencias apuntaron realizar menos estiramientos y un día más de actividad.
Los profesionales, que participan en el proyecto, valoran la actividad como satisfactoria. Además, se ha conseguido una coordinación efectiva y la implicación de todos sus miembros.

Evaluación de Actividades
“Los Paseos” han sido evaluados por un observador participante por medio de una rejilla de observación. Entre los datos aportados encontramos:
El número de participantes en los paseos va de 13 a 35.
A parte del tema tratado en la intervención educativa, durante los paseos “las Andarinas” suelen preguntar a los profesionales que acuden, por temas como: eficacia de las leches fermentadas y bebidas para bajar el colesterol, dieta para la hipertensión o para perder peso, cómo actuar ante una hipoglucemia, cuáles son las reacciones adversas de la vacuna antigripal, cuidados de la diabetes y dudas sobre la técnica de inyección de insulina, cuidados con el colesterol o si el agua puede ser sustituida por zumos o infusiones.
Las Andarinas tienen conocimientos sobre la importancia de comer variado y evitar precocinados, conocen las características de los alimentos procesados, la necesidad de beber 2 litros de agua y comer 5 raciones de fruta/verdura al día.
También se abordan durante el paseo aspectos como la depresión o el suicidio y se comparten experiencias y emociones al respecto. En alguna ocasión, algún componente del grupo ha querido compartir cómo es vivir con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

una determinada enfermedad y hablar de ello al resto.
Otro aspecto que se recoge en la rejilla de observación es el estado de ánimo del grupo, y en líneas generales se puede decir que es animado, participativo, entusiasta y motivador.
"Los Talleres" fueron evaluados mediante encuesta y observador, en general, la evaluación fue muy positiva.
Solicitan realizar el taller de RCP cada año para afianzar conocimientos. En cuanto al de Espalda Sana solicitan realizar más sesiones.

Valoración de hábitos de las Andarinas
En septiembre de 2018, en el inicio del curso para "Andarinas", se pasó una ficha para valorar los hábitos de vida:
De las 39 encuestadas, el 76.3% si realiza algún tipo de actividad física. Entre las actividades que realizan se encuentra caminar, baile, zumba, nadar, espalda sana, bicicleta, yoga y gimnasia. En cuanto a la frecuencia con la que realizan el ejercicio, realizan 3 o más veces por semana ejercicio el 67.6% de las participantes.
El medio que utilizan habitualmente para desplazarse por la ciudad es el autobús (62.2%) y andando (59.5%).
En cuanto a sus hábitos tóxicos (fumar, alcohol) más del 90% no consume tabaco ni alcohol.
Con respecto a los indicadores planteados:
Número paseantes/ número inscritos (estándar > 50% en el 80% de los casos). Para este indicador se planteó un registro de las asistentes en cada paseo. Las usuarias se quejaron por el retraso que suponía para empezar a caminar, así que se decidió simplificarlo y hacer un contaje de los asistentes. Entre los meses de febrero a junio de 2018 no se llegó al 50% de asistencia en el 80% de los casos. Pero de los meses de septiembre a diciembre han asistido el 50% de las participantes en un 100% de los casos.
Realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar 80% participantes): hasta el momento un 67.6% participantes.
La encuesta de hábitos de vida se recogió en septiembre (inicio de curso). Al final del curso en junio de 2019, se les preguntará en la encuesta de satisfacción por la frecuencia con la que realizan ejercicio, para ver si ha aumentado desde el inicio de curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente realizar la encuesta de satisfacción y valorar la cantidad de ejercicio físico que realizan a la semana al acabar el curso de "Andarinas" en junio de 2019. Con esto pretendemos objetivar, si acudir a un grupo de paseo una vez por semana, ayuda a aumentar la frecuencia de ejercicio semanal.
Un aspecto pendiente de mejorar, es la integración en el mismo grupo, de participantes que tienen un ritmo más rápido de caminar con los que lo tienen más lento.
Durante el año 2019, se pretende consolidar el grupo de Andarinas como Escuela de Salud, incorporando de forma sistemática los temas de salud tratados durante los paseos, implicando en el desarrollo a las propias Andarinas.
Se va a coordinar la realización de un paseo conjunto junto con otras actividades con otros grupos del barrio, en lo que hemos llamado "Las Fuentes en Marcha".
Por último, se valorará la Calidad de Vida y el Nivel de Estrés de las Andarinas a través de escalas validadas, ya que para este año se va a tratar, por petición de las Andarinas, el tema de la ansiedad y el aspecto emocional, tanto en un Taller de Relajación como en los temas abordados en los paseos.
Tanto Andarinas como participantes de los Centros de Salud consideran la relación de grupo que se crea con la actividad una buena herramienta para combatir la soledad y mejorar la calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/702 ========== ***

Nº de registro: 0702

Título
PROYECTO ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Autores:
FRAILE MUÑOZ ALBA, ANDRES AGORRETA PATRICIA, FORES CATALA AMPARO, LAMBAN CASAMAYOR ELISA, CILLERUELO ENCISO SILVIA, ABAD HONTORIA ANGEL, GASPAR CALVO ELENA, MARIN IBAÑEZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sanos o con patologías crónicas que deseen mejorar su condición física o puedan favorecerse de los beneficios del ejercicio.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la zona básica de salud de Las Fuentes Norte la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres.
El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial.
La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Las Fuentes Norte, se priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable.
Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros, así como extenderlo al de Torreramona, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta.
Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, y creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar una vida activa por medio de paseos.
Reconocer los beneficios del ejercicio a través de una valoración de su actividad diaria.
Crear un grupo estable que fomente una red social de andarinas.
Mejorar su capacidad al ejercicio, a través de las rutas de paseo programadas.
Modificar hábitos de desplazamiento.

MÉTODO
El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilaran entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos.
Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acudan profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica.
Las reuniones del Equipo Andarinas Fuentes Norte se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

INDICADORES
Nº de paseantes/ nº de inscritos (estándar: > 50% en el 80% de los casos)
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes)
Encuesta de hábitos: realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar: en el 80% de los participantes)

DURACIÓN
La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.
Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.
Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.
Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.
Valoración de hábitos de las Andarinas: ficha de recogida de datos previa a los paseos y posterior.
Fecha de inicio febrero de 2018 y fecha de finalización diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0702

1. TÍTULO

ANDARINAS Y FUENTES NORTE

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AFRICA GARCIA ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LAS FUENTES NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJADA DE LOS SANTOS LAURA
GARCIA RODRIGUEZ JAVIER
ARRATTA LINARES ROSARIO
INEVA SANTAFE MARIA CARMEN
SARVISE MATA MARIA
URDIN MUÑOZ BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El tabaco es la segunda droga más consumida, sólo por detrás del alcohol, tanto en población adulta como en población adolescente, con prevalencias superiores en Aragón a las del conjunto de España (23.1% de la población) y es la causa aislada más importante de morbimortalidad prematura prevenible en los países desarrollados.
En cuanto a las embarazadas españolas, el 33% fuma antes del embarazo y aunque el 25 % abandona el hábito durante la gestación, hasta el 80% recae en los dos años posteriores. Respecto a Aragón el 20% de las gestantes fuma, con la consecuente repercusión sobre su salud y la de su futuro hijo.
Las actividades del proyecto surgen al priorizar las intervenciones sobre el tabaquismo, en línea con el planteamiento de la Estrategia nacional sobre adicciones ENA 2017-2024, que contempla el abordaje de las drogas legales, incluido el tabaco, como uno de sus cuatro ejes fundamentales de actuación, destacando la importancia de Atención Primaria (AP), como puerta de entrada al sistema sanitario, y de las acciones comunitarias de prevención en el ámbito local, fundamentalmente en menores y mujeres, en especial en edad reproductiva y embarazo.
Por otro lado, pese a que la actuación sobre el tabaco está considerada como el patrón oro de las intervenciones preventivas, en nuestro Centro de Salud (CS) se constata una actuación insuficiente sobre el mismo, tanto en la captación como en la intervención, extensible al resto del sector Zaragoza II y a Aragón, como muestran los indicadores de evaluación de actividad profesional de AP sobre el tabaco, incluidos en los Acuerdos de Gestión:
-Detección Tabaco: Que en febrero del 2018 era del 68% en Aragón, 72% en Zaragoza II y 63% en el CS Las Fuentes Norte.
-Intervención sobre tabaco: Que en igual fecha fue de 36% en Aragón, 44% en el Sector Zaragoza II y 39% en el CS.
Es el momento de plantearse las posibilidades de mejora en la actuación sobre el tabaquismo desde AP en general y si la gestación favorece la intervención antitabaco desde este ámbito en particular.
Los objetivos de intervención contemplados fueron:
• Objetivo general:
Reducción de la prevalencia del tabaquismo en las embarazadas atendidas en el CS Las Fuentes Norte y el mantenimiento del cese tras el parto.
• Objetivos específicos:
- Prevención del tabaquismo pasivo en la embarazada mediante la promoción del ambiente libre de humo en el entorno familiar.
- Promoción del abandono del tabaquismo en la embarazada fomentando el cese del hábito a través del consejo antitabaco, y orientando a la fumadora en la deshabituación.
- Visibilización de las actuaciones realizadas en el entorno del barrio, a través de los recursos disponibles.

Con las actividades planteadas en este proyecto, hemos querido abordar la prevención, sin dejar de cubrir los circuitos de deshabituación, para contemplar todas las posibles intervenciones comunitarias que persiguen finalmente disminuir el tabaquismo.
Tanto en la prevención del tabaquismo como en la deshabituación tabáquica, el pilar de intervención es la educación sanitaria.
Para esta educación sanitaria y para el consejo antitabaco planteamos actividades de intervención comunitaria y actividades asistenciales, mientras que la deshabituación la centramos en la actividad clínica.

? Descripción de actividades:
Como ya especificamos en la descripción del proyecto, establecimos un circuito de captación y seguimiento del total de embarazadas atendidas en “EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL” de nuestro CS. Dicho circuito fue difundido al Equipo de AP (EAP) mediante sesión clínica e incluía las siguientes actividades.
• En la captación, realizada por la matrona:
- Facilitación de consejo antitabaco.
- Evaluación del consumo tabáquico por entrevista y cooximetría, para detección de posible ocultación de hábito (niveles de CO superiores a 5 ppm).
- Identificación de la situación de la embrazada respecto al consumo como no fumadoras, o exfumadoras (de más de un año) y fumadoras, elaborándose listados específicos.
- Oferta a todas las gestantes de la actividad de intervención grupal y a las fumadoras de la consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

antitabaco, y orientación para citación en agendas específicas, al servicio de admisión.
• En el total de embarazadas:
o En consulta:
? La matrona: En todas sus valoraciones (1º, 2º, 3º trimestre y preparación al parto)
- Reiteración de consejo antitabaco (intervención breve) reforzando la conducta de no fumar y el ambiente libre de humo y promoción de la asistencia a las intervenciones grupales.
- Derivación a consulta antitabaco específica para intervención intensiva, a las gestantes y convivientes que soliciten apoyo para la deshabituación, mediante citación en el Servicio de Admisión en agenda específica.
? Pediatría:
- Reiteración de consejo antitabaco (intervención breve) reforzando la conducta de no fumar en la puérpera y en su entorno familiar.
o Intervención grupal, sobre la embarazada y familiares (pareja y/o padres), realizada por el grupo de intervención.
- Captación telefónica para la intervención grupal, como refuerzo de la orientación de la matrona, a todas las gestantes captadas en el mes y familiares convivientes y futuros cuidadores del recién nacido. Dicha captación se empleó a modo de consejo breve para el abandono del tabaco y promoción de ambiente sin humos.
- Talleres de intervención comunitaria (tras la captación y previa al parto).
• En las embarazadas fumadoras:
o En consulta específica antitabaco realizada por el grupo de intervención:
- Reevaluación del consumo por entrevista y cooximetría.
- Estudio del hábito tabáquico y factores asociados, para establecer prevalencias y tipología de la gestante fumadora, con el objeto de evaluación y establecimiento de estrategias futuras de intervención.
- Asistencia en la deshabituación mediante intervención intensiva psicosocial de tipo conductual, según protocolo específico de OMI-AP, suplementado por la adaptación de la “Metodología de abordaje a tiempo real 1-15-30 de la semFyC”, con apoyo farmacológico con Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) si fuera necesario.
- Refuerzo con consulta telefónica en el 2º y 3º trimestre.
o Seguimiento tras el parto, para evitar la recaída en el hábito tabáquico, realizado por parte de Pediatría en la captación del recién nacido y posteriormente por el grupo de intervención al mes y tres meses mediante llamada telefónica.
- Refuerzo de la conducta de no fumar y del ambiente familiar libre de humos.

a) Respecto a la intervención Grupal:
Constituía la parte especifica de intervención comunitaria, fundamentada en la educación sanitaria con objetivo de promocionar el ambiente libre de humos e iba dirigida a la embarazada y su entorno familiar.
Elaboramos 2 talleres de intervención grupal, con soporte audiovisual, para realizar a la captación (perseguía exponer el efecto nocivo del tabaquismo activo y pasivo para la embarazada y el feto) y previa al parto (incidía en los efectos nocivos sobre el futuro hijo, reforzando la necesidad de mantener la abstinencia por parte de la madre y convivientes)
Inicialmente se planteó en una frecuencia de 2 sesiones al mes, que terminó reduciéndose a una mensual por falta de asistencia.
Fueron realizadas por el equipo en la sala de reuniones del CS en horario de mañana y tarde.
b) Respecto a la intervención clínica:
Se insistió en la importancia de la evaluación del hábito y en su caso de la intervención, priorizando la intervención breve a través de consejo sanitario claro, directo y personalizado y explicando el manejo de las herramientas disponibles entre los profesionales del EAP mediante sesión clínica.
Además, se expuso el proyecto de intervención sobre tabaquismo de la embarazada en nuestro CS.
Elaboración de la herramienta de Intervención
En nuestro soporte informático OMI-AP disponemos del Servicio 304-Prevención Enfermedades Cardiovasculares, con el PC-ADULTO HABITOS TOXICOS, donde se evalúa el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y del Servicio 319-Atención al Paciente Dependiente del Tabaco, activo tras creación de un episodio de TABACO (CIAP P17) y que consta de cuatro posibles actividades
- PC-TABACO ORIENTACIÓN. Anual
- PC-TABACO INTERVENCIÓN BREVE. Semestral
- PC-TABACO INTERVENCIÓN INTENSIVA. Anual
- PC-TABACO SEGUIMIENTO. Cuatrimestral

Conscientes de la necesidad de una intervención intensiva en la población de embarazadas seleccionada y de las carencias de nuestro soporte OMI-AP para ello, decidimos reforzarlo con la Metodología de abordaje a tiempo real 1-15-30 de la semFyC.
Comenzamos por comparar ambas herramientas, de modo que en la Metodología 1-15-30, observamos que la primera parte podría corresponder al PC-TABACO CAPTACION y a partir del test de Fagerstrom al PC-TABACO INTERVENCION INTENSIVA.
Decidimos suplementar contenidos, conformando la documentación empleada “Metodología 1-7-15-30-90 del CS Las Fuentes Norte “, con soporte de información por escrito, elaborada por el equipo de intervención (Anexos1-11) y ante la necesidad de apoyo farmacológico con TSN un consentimiento informado (Anexo 12).
Este material tenía que testarse en la consulta, para lo que empleamos pacientes fumadores no embarazadas.
? Duración y cronograma
- Diseño del proyecto y aceptación por calidad: 05-06/2018
- Presentación al EAP y creación de agendas: 07/2018
- Elaboración del material: 08-09/2018
- Implantación de actividades: 09/2018 a 01/2019
- Registro, análisis, evaluación de resultados y conclusiones: 02/2019.
La elaboración del proyecto, aceptación por calidad, presentación al equipo y elaboración del material

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

retraso la puesta en marcha de las actividades a septiembre de 2018, con tiempo de implantación de solo 5 meses, insuficiente para completar el seguimiento previsto de 12 meses (gestación y tres meses postparto).
? Todo ello realizado por los integrantes del proyecto y empleando los recursos del propio C.S

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
a) Respecto a la intervención comunitaria:
La consecución de los indicadores planteados para la evaluación del proyecto fue la siguiente.
• Respecto a la evaluación del diseño: se consiguieron los indicadores propuestos de:
- Inclusión de los integrantes del proyecto en el grupo de Atención comunitaria.
- Inclusión del proyecto en la Agenda comunitaria.
- Inclusión en orden del día de Consejo de Salud de Zona.
- Realización de Mapa de activos.

• En lo concerniente a la evaluación del proceso: Se consiguió
- El diseño del diagrama de flujo y su difusión al EAP.
- Establecimiento de Cronogramas de implementación de talleres, fijados en la semana 4ª de cada mes.
- Inclusión de la consulta antitabaco específica para gestantes en la agenda del centro con 2 horas semanales, lunes y martes.
- Registro de actividades mensual.
Respecto a los indicadores propuestos
- I1: Nº de talleres grupales realizados.
Se consiguieron los mínimos planteados de uno al mes.
- I2: Nº de participantes, en los talleres sobre el total de las mujeres embarazadas y captadas para la intervención.
Solo un 10% de las embarazadas seguidas en el centro decidió acudir a la intervención grupal comunitaria.
Los familiares fueron exclusivamente los cónyuges, pese a que se esperaba más asistencia de los futuros abuelos, por mejor disponibilidad horaria.
Por la escasa asistencia se solicitó colaboración a la matrona del CS Torre Ramona, próximo a nuestro CS y del mismo sector, en diciembre de 2018 con derivación mediante documento especifico.
- I3: Nº de talleres grupales realizados por embarazada.
Por la duración del proyecto ha resultado imposible la evaluación de este indicador, que pretendía conseguir 2 talleres por gestante, aunque por la asistencia conseguida en el primer taller, sería previsible la obtención de malos resultados.

• Para la evaluación de resultados nos planteamos evaluar la modificación del tabaquismo pasivo en ambiente familiar, social y laboral tras el parto y al finalizar baja maternal.
Por el momento de evaluación, con solo una muestra de 10 pacientes en puerperio inmediato, no podemos evaluarlo.

b) Respecto a la intervención clínica:
El Método de estudio previsto fue: observacional/retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoria de historia clínica (HC), y suplementación con encuesta estructurada, dirigida a las pacientes gestantes atendidas en el CS Las Fuentes Norte del sector Zaragoza II de mayo de 2018 a mayo de 2019, teniendo que adelantar su finalización a febrero de 2019.
Respecto a la Población:
• Criterios de inclusión: Inicialmente Gestantes incluidas en EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL del CS, entre mayo de 2018 a mayo de 2019.
Por la escasa captación se hizo extensiva la oferta al CS Torre Ramona a partir de diciembre de 2018, mediante documento específico.
• Criterio e exclusión: Seguimiento de embarazo en sistema privado, imposibilidad de comunicación o negativa expresa del paciente.
Las fuentes de información: fueron la HC y encuesta estructurada, de elaboración propia con datos sociodemográficas y de tabaquismo activo y pasivo.
Tras las actividades descritas se programó la recogida de información en el momento de la captación, en el postparto y a los tres meses previo a la finalización de la baja maternal.
Análisis por paquete estadístico SPSS 2017.
Resultados:
En el periodo mayo de 2018 a febrero de 2019 fueron captadas 81 embarazadas de las que se perdieron 9 por aborto, quedando una muestra final de 72 gestantes sobre las que se realizó revisión de historia clínica en el 100% y encuesta en 82% (59 pacientes).
En lo que se refiere a la actividad clínica, evaluamos
• Variables sociodemográficas de las gestantes atendidas en el CS.

Las gestantes atendidas en el CS son de edad elevada con una mediana de 31 años y sin antecedentes médicos reseñable en el 72.45%. Tienen un buen nivel de preparación (estudios secundarios o superiores en el 62.1%), en activo en el 74% y con empleo cualificado en el 60.5%. El 34.7% son inmigrantes.
Los datos de inmigración y de actividad laboral son similares a los de nuestro sector Zaragoza 2, mientras que el nivel de preparación se encuentra por encima del sector.
• Grado de tabaquismo de las gestantes, activo y pasivo (familiar, laboral y social)

Respecto al tabaquismo activo en las gestantes, el 68.1% nunca ha fumado, el 13.9% son exfumadoras y fumadoras el 18.1% (15.5% con cese en menos de 12 meses previos al embarazo, 46.15% cese al inicio de la gestación y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

38.46 continúa fumando).
La prevalencia tabaquismo activo en inmigrantes es 8% y en no inmigrantes 23.4%.
No fue posible verificar el no consumo (ocultación) como teníamos previsto, por no disponer de cooximetro.
Y frente al 18.1% de tabaquismo activo, en gestantes se descubre hasta un 83% de tabaquismo pasivo, tanto en ambiente familiar (54.2%), social (49.2%) como laboral (39%).

• Indicadores de cobertura de intervención sobre tabaquismo activo.
- I4: Detección de tabaquismo en gestantes.

I4: nº de fumadoras con episodio de tabaquismo abierto/Total de embarazadas fumadoras atendidas en el CS (N) x100
En las gestantes fumadoras, solo el 23% tiene el episodio de dependencia tabaco abierto previamente a la captación y en un 38.46% no se abre episodio después de la misma. O, dicho de otro modo, en las gestantes fumadoras que no tienen episodio de tabaquismo abierto en la captación (aproximadamente un 62%) hasta en el 50% no se abre.

- I5: Intervención sobre el tabaquismo de la gestante

I5: nº de fumadoras que han recibido intervención breve o intensiva/Total de embarazadas fumadoras atendidas en el CS (N) x100
Hasta en un 33.3% no se interviene sobre el tabaquismo de la gestante. La intervención más frecuente es el consejo breve 58.3%, (realizado por DUE 62.5%, Matrona 12.5, MAP 25%).
Del total de embarazadas fumadoras, solo una acudió a consulta antitabaco específica para intervención intensiva, sin completar la intervención ni conseguir la deshabituación.

• Indicadores de resultados.
- I6: Reducción del hábito tabáquico durante el embarazo

I6: nº fumadoras previo al embarazado (na)–nº fumadoras al final del embarazo (nb)/ Total de embarazadas atendidas en el CS (N) x100
Nuestras gestantes fumadoras dejan de fumar en el 46.2% y todas ellas en el primer trimestre, en línea con resultados de nuestro sector. Además reducen en un 30.8% y siguen fumando en un 23%.

- I7: Mantenimiento del cese del hábito tabáquico

I7: nº exfumadoras al final del puerperio (nc)/nº de exfumadoras al final del embarazado (na - nb) x100
No evaluado por falta de duración del proyecto.
- I8: Porcentaje de ocultación de consumo.

I8: % de embarazadas con cooximetría positiva – % de mujeres que reconocen hábito por entrevista/Total de embarazadas atendidas en el CS (N), por trimestre.
No evaluado por no disponibilidad de cooximetro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por prevalencia y repercusión sanitaria, el tabaquismo supone un importante problema de salud pública, siendo indiscutible la rentabilidad de la intervención sobre el mismo.
Es imprescindible que la comunidad tenga conciencia del riesgo del tabaquismo y que las iniciativas comunitarias tengan un apoyo masivo de la legislación, medios de comunicación y profesionales sanitarios, además de mantenerse varios años con recursos fácilmente disponibles.
Si bien el enfoque comunitario constituye una parte importante de las actividades de promoción de la salud, es desalentador que los estudios de mayor tamaño y mejor diseño hayan sido incapaces de detectar un efecto sobre la prevalencia de tabaquismo. Queríamos empezar por asumir la limitación de inferencia de datos de nuestro estudio, por el pequeño tamaño muestral, por lo que no insistiremos en los resultados de prevalencia y socioculturales similares a los de nuestro sector.
Mas bien queremos reflexionar, asumiendo que AP es el lugar idóneo para las actividades de prevención y promoción, sobre las posibilidades de intervención y el empleo de las mismas desde AP durante la gestación, dando por hecho que se trata de un momento de especial motivación para las mujeres, donde serán vistas con regularidad, facilitando una actuación estructurada para evitar el tabaquismo activo y pasivo.
Tras admitir un empleo deficiente de las herramientas clínicas disponibles en nuestro sistema, consideramos necesario la concienciación del personal implicado (matronas, DUE, MAP, pediatras y ginecólogos) y el fomento del empleo de las mismas con formación por un lado y disponibilidad de tiempo por otro, o al menos el recurso de consulta antitabaco específica para ello.
No obstante, tras insistir en estos puntos claves durante nuestro proyecto, no hemos conseguido mejorar los indicadores de detección e intervención y desgraciadamente no existe un indicador de efectividad de intervención, por % de cesación conseguida, por otro lado, imposible de detectar con la configuración de nuestro sistema informático, al carecer de episodio especifico de exfumador, lo que constituye un importante obstáculo para la investigación, punto de mejora a considerar en el futuro.
En lo referente a la intervención comunitaria, se convierte en protagonista de nuestro proyecto en cuanto que el tabaquismo pasivo afecta a un porcentaje altísimo de gestantes, muy superior a la del tabaquismo activo (80% frente a 18%).
La escasa respuesta a las actividades propuesta, ha sido objeto de reflexión en nuestro grupo antitabaco, llegando a la conclusión de que puede estar originada fundamentalmente por la falta de conciencia de riesgo, tanto de la embarazada como del entorno familiar próximo, chocando la falta de implicación de los abuelos, futuros cuidadores del niño y sin problema de tiemplo para asistencia al centro.
En definitiva, la intervención antitabaco sobre la gestante, fumadora activa o pasiva, tiene que ser proactiva y sistemática, incluida en nuestra actividad diaria y fundamentada en la protección de la paciente más allá de la de su embarazo, para conseguir el mantenimiento del cese.
Y pese a no haber podido concluir el proyecto en su totalidad, dada la respuesta de la población objeto,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

desgraciadamente la intervención planteada no parece ser rentable mientras se haga en exclusividad en solo un centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/830 ========== ***

Nº de registro: 0830

Título
REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

Autores:
GARCIA ROY AFRICA, SARSA GOMEZ ANA, MONEO HERNANDEZ ISABEL, INEVA SANTAFE MARIA CARMEN, TEJADA DE LOS SANTOS LAURA, MUSEROS SOS DOLORES, SARVISE MATA MARIA, CASASNOVAS NAVARRO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAS FUENTES NORTE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tabaco es el factor de riesgo cardiovascular más importante y la principal causa aislada de morbimortalidad prematura prevenible en los países desarrollados, lo que lo convierte en un importante problema de salud pública. Respecto al embarazo, situación especialmente vulnerable, en España el 33% de las gestantes fuman, 25% abandonan el hábito, pero el 80% recae en los dos años posteriores. En Aragón el 20% de las gestantes fuma.

RESULTADOS ESPERADOS
• Objetivo general: reducción de la prevalencia del tabaquismo en las embarazadas atendidas en el centro de salud Las Fuentes Norte.
• Objetivos específicos:
- Prevenir el tabaquismo pasivo en la embarazada mediante la promoción del ambiente libre de humo en el entorno familiar.
- Promover el abandono del tabaquismo en la embarazada fomentando el cese del hábito a través del consejo antitabaco y orientando a la fumadora en la deshabituación.
- Visibilizar las actuaciones realizadas en el entorno del barrio, a través de los recursos disponibles.

MÉTODO
La integración y continuidad del proyecto será facilitada con la implicación del resto del EAP mediante información sobre el proyecto, capacitación con sesiones clínicas y no sobrecargando su trabajo.
Estableceremos un circuito de captación y seguimiento del total de embarazadas atendidas en EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL de nuestro CS entre mayo de 2018-2019, que incluirá las siguientes actividades:
• En la captación, la matrona:
- Facilitará consejo antitabaco.
- Evaluará el consumo tabáquico por entrevista y cooximetría, para detección de posible ocultación de hábito (niveles de CO superiores a 5 ppm).
- Identificará su situación respecto al consumo elaborando listados específicos.

• En el total de embarazadas:
Con previsión de 150 a 180 embarazadas, por comparativa con años previos.
o En consulta:
? La matrona: En todas sus valoraciones.
- Insistirá en el consejo antitabaco reforzando la conducta de no fumar y promoviendo la asistencia a las intervenciones grupales.
- Remitirá a consulta antitabaco específica a las gestantes que soliciten apoyo para la deshabituación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0830

1. TÍTULO

REDUCCION DEL TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE

? Pediatría:
- Insistirá en el consejo antitabaco reforzando la conducta de no fumar en la puérpera y en su entorno familiar, y del mismo modo, transmitirá los efectos negativos del tabaquismo pasivo en el feto y recién nacido.
o Intervención grupal, sobre la embarazada y familiares (pareja y/o padres) mediante charlas con soporte audiovisual, realizada por el grupo de intervención, tras la captación y previa la parto.

• En las embarazadas fumadoras:
o En consulta específica antitabaco realizada por el grupo de intervención:
- Revaluación del consumo por entrevista y cooximetría.
- Intervención Antitabaco a los 1, 15 y 30 días, según protocolo específico de OMI-AP con apoyo farmacológico con TSN si fuera necesario. Se suplementara con consulta telefónica en el 2º y 3º trimestre.
o Seguimiento tras el parto, para evitar la recaída en el hábito tabáquico, por parte de Pediatría en la captación del recién nacido y posteriormente por el grupo de intervención al mes y tres meses.

INDICADORES
• En lo que se refiere a la actividad clínica, evaluaremos “los indicadores de cobertura de intervención sobre tabaquismo y de resultados”.
- I1: Reducción del hábito tabáquico durante el embarazo
I1: nº fumadoras previo al embarazado (na) –nº fumadoras al final del embarazo (nb) / Total de embarazadas atendidas en el CS (N) x 100
- I2: Mantenimiento del cese del hábito tabáquico
I2: nº exfumadoras al final del puerperio (nc) / nº de exfumadoras al final del embarazado (na - nb) x 100
- I3: Porcentaje de ocultación de consumo.
I3: Porcentaje de embarazadas con cooximetría positiva – Porcentaje de mujeres que reconocen hábito por entrevista/ Total de embarazadas atendidas en el CS (N), por trimestre.
• La evaluación de la intervención comunitaria se basará en el grado de desarrollo e integración del proyecto en la actividad habitual del centro, para asegurar su mejora y continuidad.
? Para la evaluación del diseño utilizaremos entre otros la definición del grupo de Atención comunitaria:
- Inclusión del proyecto en la Agenda comunitaria.
- Inclusión en orden del día de Consejo de Salud de Zona.
- Realización de Mapa de activos.

? Para la evaluación del proceso:
- Existencia de diagramas de flujo.
- I4: Número de talleres grupales realizados por embarazada.
- I5: Número de participantes, en los talleres sobre el total de las mujeres embarazadas y captadas para la intervención.
- Cronogramas de implementación de talleres.
- Inclusión de la consulta antitabaco específica para gestantes en la agenda del centro.
- Registro de actividades.
? Para la evaluación de resultados incluiremos:
- Grado de intervención en el grupo contabilizando el número de intervenciones por parte de las pacientes.
- Grado de conocimientos adquiridos en talleres y satisfacción, mediante cuestionarios específicos.

DURACIÓN
Se comenzará con la población de embarazadas captadas al inicio del proyecto, con la intención de integrar las actividades de forma mantenida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CHUECA RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRAIN DE VAL ANA MARIA
JULIAN CAMPOS JUANA MARIA
MARTINEZ BERMUDEZ MARIA ISABEL
SERNA FORTEA MARIA TERESA
PAJARES CARNERERO LUCILA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5. ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el mes de enero y febrero se gestaron las actividades que, de forma individual o por parte de la unidad básica asistencial, se iban a realizar, haciendo especial hincapié en los procedimientos a ejecutar por parte de las personas no familiarizadas con este tipo de actividad; evidentemente la auxiliar de clínica estaba mucho más al día, puesto que es parte importante de su trabajo diario.
Entre mayo y junio, en la reunión de control, ya se detectaron problemas que tratamos de resolver; la persona encargada de interactuar con el resto de enfermeras y auxiliar llevaba dos meses en IT por lo que hubo lagunas que a partir de ese momento se intentaron solucionar, integrando con su consentimiento y buena disposición a la enfermera que ocupó su puesto; entre el mes de octubre y noviembre se valoró lo realizado hasta la fecha, con otro inconveniente: la jubilación de la auxiliar de clínica y en diciembre, en la reunión final, discutimos y recopilamos las propuestas de mejora que detallaré más adelante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6. RESULTADOS ALCANZADOS

Con respecto al almacén y botiquín, los resultados han sido correctos: las peticiones de material fungible se hacen con periodicidad mensual mediante SERPA y las de farmacia vía intranet, existiendo un control eficiente sobre los stocks y albaranes de entrega de pedidos de servicios centrales, aunque puntualmente hay problemas de abastecimiento;el control de caducidad sólo ocasionalmente fue muy ajustado, teniendo más que ver con los envíos muy cercanos a dichas fechas que con "despistes" de la persona encargada.

Los carros de urgencias estuvieron bien controlados, con revisiones periódicas, presentando 2/30 incidencias marzo y junio; 4/30 julio y 1/30 agosto y septiembre, quedando tales incidencias y controles reflejados por escrito en el documento correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra valoración de lo "estudiado" hasta ahora es que nuestros objetivos no se han conseguido y que es francamente mejorable el manejo del material en atención primaria.
En este momento y hasta que se inició este estudio, la petición se hace en cualquier papel, escrito por la enfermera de su puño y letra y se queda en el casillero de la auxiliar; si una consulta se comparte por dos e incluso por tres enfermeras, cada una realiza su pedido; hemos elaborado una hoja de petición UNICA por consulta que deberá ser firmada por peticionario y dispensador, indicando claramente, si no es posible el suministro, la causa del mismo. También se intentará controlar la salida de material del almacén en ausencia de la auxiliar con una hoja donde la persona que realiza la retirada de material lo deje registrado .

7. OBSERVACIONES.
Esta memoria ha tenido varios problemas: una IT de una persona que aún continúa y la jubilación de la auxiliar de clínica.
Nos quedan pendientes muchas mejoras, pero una de las que este grupo entiende como prioritaria, es protocolizar el sistema de suministro a las residencias privadas que existen en nuestra zona de salud y que en la actualidad no pensamos se realice con garantías; ya hemos comenzado a esbozar un formato de petitorio que sea más controlador sobre lo que se les entrega y que sea el centro de salud quien decida qué dar y no ellos los que piden, como ahora ocurre. Otro problema de este centro en concreto, es la inexistencia de auxiliar de clínica de forma vespertina, por lo que a veces quien necesita material debe de autoabastecerse; esto, se escapa del control del almacén porque no queda reflejado en ninguna parte y queremos que no sea así.

Entendemos que es posible mejorar el control sobre las entradas y salidas de material del almacén y,con toda probabilidad, esto redundaría en un ahorro que a nuestro criterio es importante.
Tenemos muchas ideas para mejorar y es por eso que deseamos continuar con este proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/512 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Nº de registro: 0512

Título
GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
CHUECA RODRIGUEZ CARMEN, TRAIN DE VAL ANA MARIA, JULIAN CAMPOS JUANA MARIA, GARCIA HERNANDEZ ROSA, SERNA FORTEA MARIA TERESA, PAJARES CARNERERO LUCILA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Ninguna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Lucila pajares y Ana Train
Urgencias: Unidad básica asistencial (MF/ENF): carmen chueca y rosa garcia
Esterilización: aux. clínica/enfermería: lucila pajares y teresa serna

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
El EAP distribuirá el calendario de la siguiente manera:
Enero y febrero: nombramiento de responsables y formación
Marzo distribucion de proyectos y puesta en marcha del procedimiento
Mayo reunion de control,dudas,aclaraciones y control de registros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0512

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE Y HOMOLOGADA DE MATERIAL SANITARIO, FARMACOLOGICO Y MATERIAL FUNGIBLE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Septiembre, control de las actividades realizadas hasta ese momento
Noviembre, indicadores y conclusiones finales
Diciembre, propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSING DELA FUNDACION ELTRANVIA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUEL CUBERO PABLO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO FERNANDEZ LAURA
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
BRUN SOTERAS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el inico del 2018 en el mes de Febrero se contactó con el "Grupo el Tranvia" siendo posible inicio y explicación en el mes octubre.
El 24 se inaguro y se realizo la presentación la comunidad, acudiendo representantes de varia comunidades del barrio La Magdalena colegios e institutos y
Colocación de Carteles informativos y las estanterias de libros en el Centro de salud, las estanterias en la sala de espera de pediatria y la de adultos en la entrada del Centro de salud.
Creación en Octubre del Programa fochero y gestion de libros y llegada de los libros solicitados en Mayo .La incorporación a los fichero lo realizan los responsables y tenemos la colaboración de varias personas voluntarias de varias asociaciones de la comunidad, estudiantes de enfermería y varios profesionales del Centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
**La mayoría de los encuestados adultos NO conocen las estanterías de los libros el 65%

**Entran rápido y no se fijan en ellas .

**No saben que pueden dejar libros suyos que no necesiten 100%

**No saben que se los pueden llevar a casa y devolverlos luego el 85%

** El 85% de la sala de Pediatría si conoce el servicio

** En consultas de adultos el 35% si conocen el programa y solo el 10 % de estos lo han utilizado.

** La satisfacción de los que lo han utilizado es Buena / muy buena del 99%,
y creen que mejorara el manejo del silencio en la sala de espera
Libros al Inicio del programa 350 se han reincorporado progresivamente sobre unos 1500 y queda a día de hoy 57 en adultos y 45 en infantil y se siguen incorporando nuevas tandas de libros de asociaciones y particulares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos observado que no hemos informado lo suficiente de este proyecto y no es conocido,sobre todo en la salas de adultos, (independientemente que lo utilicen o no),
Hemos tenido un gran apoyo de todo el Centro de salud y de varias asociaciones y voluntarios para el desarrollo de este programa .
convendria mejora la información posiblemente poniendo carteles en todas las salas de espera,.
Al ser unprograma que continua se propondra las mejoras para elproximo año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/634 ========== ***

Nº de registro: 0634

Título
INCORPORACION AL C. S. REBOLERIA DEL PROGRAMA BOOKCROSSING DE LA “FUNDACION EL TRANVIA”

Autores:
CUBERO PABLO MANUEL, ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSING DELA FUNDACION ELTRANVIA

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: manejo de silencios en sala de espera
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: calidad en atencion

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante la puesta en marcha en el CS Las Fuentes de este programa y dentro de las Actividades de la Atención en la comunidad hemos propuesto la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que,aveces,la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.
Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el ambiente de silencio y Aptitud de los pacientes en la sala de espera;.
la puesta en marcha en Nuestro Centro de este programa, para favorecer la lectura de toda la población que acude a nuestro Centro y debido a que,aveces,la espera no es corta, creemos una buena iniciativa de promover esta actividad que le sirva para la mejor atención.
Nos conecta sobre todo con la población infanto-juvenil por lo que tendremos reuniones con el consejo Docente del colegio de la Zona .
Con los adultos, que habitualmente acuden a nuestro Centro

MÉTODO
**Ponernos en contacto del responsable con los profesionales del CS las Fuentes que ya lo realizan;
** Con los profesionales del Centro de Salud en mes de Septiembre 2018
**Con el" grupo de El Tranvia" que no explique la metodología; Mes de Octubre-
**Con los Colegios explicando donde lo realizamos y como se va a proceder . Mes de Septiembre-Octubre
** Colocación de Estanterías en Pediatría y en la entrada del C de S. Mes deJunio
**Colocación de Carteles informativos : Mes de Septiembre -octubre
**Creación de Programa: fichero y gestión de libros .Mes de Octubre
** Solicitud de libros. Mes de Mayo

INDICADORES
Evaluación y Resultados Al finalizar el año y continua el próximo año.

** Grado de satisfacción de los usuarios con una Encuesta sencillo que se realizara indicando :
** Si conoce este servicio y si les parece adecuado ; Objetivo ;conocimiento del 75% de los encuestados
**Nº de libros que se han solicitado .20 o más
**Nº de libros que quedan en los estantes.. No menos de 10
**Satisfacción del Usuario que conoce este servicio ; en relación con mejoría del Silencio en la Sala de espera

Objetivo 75% Buena / Muy Buena

Valoración para el seguimiento como se ha propuesto y las mejoras que se deben incorporar en el próximo año.

DURACIÓN
Se inicara este año en Septiembre -Octubre:
* Contactos con los profesionales del Centro ;
* Con el Grupo "el Tranvia " para la implantacion del metodo y los materiales necesarios.
*Con los Colegios de la zona .
*Creación programa Fichero .
*Colocacion Carteles
y Continuara otro año 2019

OBSERVACIONES
Este es un proyecto a largo plazo y necesita varios años . Además intervienen muchos profesionales y factores aveces dificiles de coordinar,
Pero creemos que los beneficios lo merecen.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0634

1. TÍTULO

INCORPORACION AL C.S. REBOLERIA DELPROGRAMA BOOKCROSING DELA FUNDACION ELTRANVIA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1361

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS DEL C. S. REBOLERIA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAJON LOZANO DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS
1)Se realizo (En Junio) previa a la sesión un Test de conocimientos de localización y manejo del material de urgencias de nuestro Centro de salud ; donde se manifestaron las debilidades y déficit . (separados medicina y enfermería)
2)Se realizo (En Octubre) una SESION INFORMATIVA por los responsables del programa en el que se señalo la preocupación del todos los profesionales implicados en la atención Urgente en nuestro centro de salud; el resultado del test ; además se propicio que la incorporación de nuevos profesionales(tanto médicos como enfermería) se notó mas el deficit de conocimiento de nuestra sala de urgencias .
3)Se realizo en esta sesión información sobre los protocolos de atención Urgente CODIGO ICTUS, CODIGO INFARTO ...
4)Se realizaron por los responsables del programa (En Noviembre) 8 Sesiones practicas, en la sala de urgencias, como máximo 6 personas (variables; medicina enfermería) a las 14-15 horas, Donde, in situ, se manejaron todos los materiales necesarios : Desfibrilador laringoscopio, sondas ; Aspiración, manejo de oxigeno y ventiloterapia, lugar de medicación Urgente y donde se localiza todo tipo de material Urgente. y resolucion de dudas que fueron incorporandose, en la actividad
Al final de las reuniones practicas :se realizo y pasó un nuevo Test para valorar si ha habido mejoría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS OBTENIDOS
Participaron el 53 % de los profesionales médicos del centro de salud y (Pediatría 100%)) y el 56 % de las enfermeras ; en la contestación de los Tests.
Asistieron a la sesión el 70 % enfermería y 80 % medicina.
Asistieron a las sesiones practicas el 95% medicina 100% pediatría y 90 % enfermería.
**) No ha habido diferencia sobre La presión de Atención Urgente en el centro de un 35 % de los profesionales han tenido que actuar urgente a lo largo del año.
** Aumenta el conocimiento del la disposición del sala de Urgencias de un 66% al 100% .
**Aumento del conocimiento de la Medicación Urgente, Sueros material de Curas del 67% al 100%
**Aumento del conocimiento y material del MALETIN DE URGENCIAS . Y de los Carros de Urgencias localizados en cada Planta del Centro de salud; del 66% al 100%.
**Manejo del Desfibrilador y localización del 66% al 100%.
**Conocimiento y manejo de Oxigeno y ventiloterápia sobre todo en los profesionales medico del 20% al 70% y enfermería siempre manifiesta el100%.
**Conocimiento y manejo de Laringoscopio del 45% al 76%.
**Conocimiento y localización de Sondas Aspirador Aparataje (Apto Tensión, Pulsómetro, etc). del 80 - al 100%.
**Conocimiento de los Protocolos de Atención Urgente,CODIGO ICTUS, CODIGO INFARTO, ANAFILAXIA ...70 al 100%
** Aumenta la comodidad del manejo en Urgencias al sentirse más seguros en el 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES
Se aprecia la mejoría en los conocimientos de los profesionales del Centro de Salud, que repercutirá en la Atención a la población que acuda a nuestro Centro .
Se manifiesta por la seguridad en nuestras actuaciones en La tencion Urgente en nuestro centro de salud . A pesar de la Mejoría importante observada, se señala el déficit de algunos resultados que convendría ser más exigentes (laringoscopia; ventiloterapia, que en medicina, no llega más que al 76%.)
A pesar de la satisfaccion de los profesionales en la realización y los resultados, Se nos ha manifestado la necesidad de repetición de esta actividad en forma de recordatorio Anual, para mantener y actualizar los conocimientos y la coordinación, no solo en forma teórica, y sobre todo practica en la misma sala de urgencias. Valoramos pautar de forma Anual la realización de esta Actividad muy valorada, necesaria, y que entre dentro de las actividades habituales de nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.
OBSERVACIONES

Intentar que las sesiones y las reuniones por su importancia en nuestra actividad sea seguida por el 100% de los interesados . .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1361

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS DEL C. S. REBOLERIA

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/1361 ================================== ***

Nº de registro: 1361

Título
REVISIONACTUALIZACION DE LA ATENCION EN URGENCIAS EN EL C.S. REBOLERIA

Autores:
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN, GAJON LOZANO DIANA, MURILLO MEDEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Calidad dela atencion Urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Tas la ultima revisión y actualización hace mas de 3 años observamos que hemos perdido agilidaz en la Atencion Urgente en el Centro de salud, convenimos el grupo de calidad actualizar tanto los Planillas de atención de de las diferentes urgencias como del manejo de toda la consulta de Urgencias, Medicacion, Maletin de Urgencias Ventiloterapias,oxigeno, desfibrilador etc, como la coordinacion de todos losprofesionales implicados.

RESULTADOS ESPERADOS
** Mejor conocimento de de las planing de actuacion.
**Mejor conocimiento de la distribución de nuestra Sala deUrgencias.
**Mejor conocimiento ymanejo de la medicación de urgencias.
**Asegurar el planing de Medicina y enfermeria de Atencion Urgente.

MÉTODO
1)Reunion de todo elEquipo y explicacion de programa, por los responsables del Programa.
2) En sesion clinica explicacion de las Planillas mas importantes de atencion Urgente,
3) Reunion en la sala de Urgencias, en grupos reducidos de medicina enfermeria en nº de 6 reuniones de la distribucion manejo oxigeno desfibrilador laringoscopios etcy demas elementos necesarios

INDICADORES
A l inicio :test evaluacion de conocimientos y expresion delas dificultades que ha podido tener en la atencion Urgente.

Al final nueva evaluacion del test y valoracion de satisfaccion del programa .

DURACIÓN
Desde Junio del 1º test y ese mismo mes (descanso en vacaciones) y luego septiembre y si queda alguno en octubre las diferentes grupos pasaran a valorar las sala de urgencias y para Diciembre ultimo test, de evaluacion

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** == ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA ROMERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL
ARIZON DEZA MARIA PILAR
ZAPATA ABAD TERESA
BRUN SOTERAS CARMEN
GINER HUESCA MARIA JOSE
CARRION AMBRONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A)El 2 Febrero de 2017 se creó el equipo de atención comunitaria y se firmo el acta de creación, Crear en el Centro de Salud Actividades Comunitarias que este insertado en la Actividad Sanitaria del Centro; por medio de la estabilidad de un equipo multidisciplinar que coordine y mantenga las actividades que sean necesaria.
Se han realizado 3 sesiones en el Centro de Salud donde se manifiesta, a todo el Centro, el establecimiento del grupo dentro de las actividades habituales a realizar por el centro de Salud. y las actividades puestas en marcha, solicitando la colaboración de los profesionales para la indicación de esta actividad a los pacientes
Se ha creado por Admisión una Agenda específica de actividades comunitarias en la que se inscriben las pacientes que acuden a estas actividades.
Se ha creado un Grupo de Wasap (Magdalena Camina) para que todos los interesados tanto del centro de salud,como las asociaciones de barrio, comunidades de vecinos,(que estén interesados) puedan estar permanentemente informados de los acontecimientos y las actividades. Y en la que se indica las reuniones y los horarios de los responsables. que se mantiene activo en casi el total de las actividades 8/10

B)Hemos realizado el Grupo responsable sesiones; mínimo de 1 al mes, un total de 11;con realización de Micro Actas; en la que acudimos unas 3-7 profesionales del grupo ; en el que se actualiza, pone en marcha y se da cuenta del curso de las actividades de:
a)Paseos cardio-saludables a lo largo de la rivera del Ebro ;Los miércoles de 9:30 -10:30 durante el año escolar ;b)TAY CHI una sesión c) Yoga los martes a las 11 h, en la sala de Maternidad,
C) Reuniones con la asociación de vecinos (1/ trimestre), e)Acuerdos con el PICH para Ejercicios-estiramientos -Gimnasia, en el parque Bruil?? (2 veces por semana lunes y Jueves)
D)Se han realizado 6 sesiones dinamizaciones con Actividades Ludico -Culturales que se han subvencionado por la Dirección de Salud Publica .
E)No hemos podido realizar los talonarios que indicaban la prescripción de Paseos, ejercicio, para repartir desde las consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A)La responsable de la realizacion de Microactas Mª Jose Giner, presenta cuaderno de las Actas que ha realizado durante el año del 6/10 y las que no a podido acudir se realizan por Sara Carrion 4/10.
**Se han realizado 3 sesiones en el Centro de Salud donde se manifiesta, a todo el Centro, el establecimiento del grupo dentro de las actividades habituales a realizar por el centro de Salud. y las actividades,que hemos realizado
**Se ha creado por Admisión una Agenda específica de actividades comunitarias
**El Grupo de Wasap (Magdalena Camina) para que todos los interesados tanto del centro de salud,como las asociaciones de barrio, comunidades de vecinos,(que estén interesados) ha mantenido y mantiene todos los contactos tanto en el Centro como del Consejo de Salud, que lo han solicitado como de las diferentes asociaciones de barrio;Han aumentado
**Reuniones y los horarios de los responsables. que se mantiene activo en casi el total de las actividades 8/10

B)Hemos realizado el Grupo responsable sesiones; mínimo mensuales, un total de 11 Que supone el 8/10 de las convocadas

C) Reuniones con la asociación de vecinos (1/ trimestre), 10/10
e)Acuerdos con el PICH para Ejercicios- estiramientos -Gimnasia, en el parque Bruil?? (2 veces por semana lunes y Jueves) supone 10 /10
D)Paseos cardio-saludables a lo largo de la rivera del Ebro:media 15-20participantes / semana ;b)TAY CHI una sesión 40 c) Yoga : 10participantes /semana.
Se han realizado 6 sesiones dinamizaciones con Actividades Ludico -Culturales que se han subvencionado por la Dirección de Salud Publica . suponen10/10 de las ofertadas
E)No hemos podido realizar los talonarios que indicaban la prescripción de Paseos, ejercicio, para repartir desde las consultas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se manifiesta la buena acogida por parte de los profesionales del Centro de Salud y la manifestación de los pacientes caminantes y de la población en general,que se sabe conocedora de las actividades que realizamos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

desde el Centro de salud y de la mayor relación, tanto con el CONSEJO DE SALUD como las diferentes ASOCIACIONES DE VECINOS, AYUNTAMIENTO ...
Proponemos al Equipo de salud para la colaboracion de estas actividades que con lleva tiempo y soliciatar ayuda para al gestion e agendas y leberalizacion de tiempo.
Intentaremos poder realizar el objetivo E) la realizacion de talonario que quedaria dentro de las actividades del año que viene.

Dentro de los nuevos objetivos del grupo para el proximo año la realizacion de RAPIDAL APRAIXAL(Diagnostico rapido de Necesidades de Salud de Barrio), para valora mejor la necesidades y encauzarlas en actividades efectivas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1423 ========== ***

Nº de registro: 1423

Título
MAGDALENA CAMINA. PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL BARRIO

Autores:
ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ CARMEN, ECHEVERRI OYAGA ANA, ARIZON DEZA MARIA PILAR, ZAPATA ABAD TERESA, BRUN SOTERAS CARMEN, CARRION AMBRONA SARA, GINER HUESCA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologia crónicas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: fomentar la participación comunitaria en los objetivos de salud
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto se empieza a concebir por la necesidad de asesorar a los pacientes crónicos en su autocuidado, controlar la hiperdemanda asistencial y la sobremedicación de los mismos con sus complicaciones. Tras realizar varios años talleres de educación diabetológica se detecta un mejor control de la enfermedad por parte de los pacientes que lo habián realizado. Unido a la publicación de estudios que muestran que el ejercicio físico y cambios dietéticos en los pacientes crónicos (Diabetes, HTA, EPOC y Obesidad) tienen evidencia científica de mejoria de la enfermedad de tipo A (al contrario de lo que ocurre con la medicación farmacológica y la hiperfrecuentación al Centro de salud). Estos antecedentes unidos al interés de las AAVVs para crear actividades que cohesionasen la convivencia en el barrio fueron el punto de partida del Proyecto

RESULTADOS ESPERADOS
Crear en el ámbito del Centro de Salud una concienciación activa sobre la importancia de modificar los estilos de vida de los pacientes crónicos. y corresponsabilizar a los mismos en el control de su enfermedad. Inicialmente la población diana a la que iban dirigidas las actividades de motivación era a los pacientes crónicos (diabetes, HTA, EPOC, y Obesidad). El objetivo fué animar a personas sedentarias con patologias crónicas e hiperfrecuentadores a realizar caminatas con los vecinos por el barrio, probar actividades físicas nuevas (baile, Tai-Chi, marcha nórdica, yoga, ejercicios de tonificación, ejrcicios de estiramientos...) Y tambien aprovechar el ambiente lúdico y social para proponer pautas de alimentación saludable y restrictiva que ayude a modificar hábitos.

MÉTODO
ACTIVIDADES DEL PROYECTO EN 2017
A- Cohesionar y fortalecer el Equipo de Salud Comunitaria del CS que junto con algún representante de la AAVV lleva gestionando el Proyecto durante cinco años.

B- Porcentaje de microactas de las reuniones mantenidads con fecha, paticipantes y decisiones tomadas.

C- Número de reuniones en las que participa la presidenta o persona en quien delegue la AAVV u otras Asociaciones o representantes de la Comunidad. .
D- Dinamización de los Paseos de los miercoles con varias actividades lúdico-culturales (para lo que tenemos un Proyecto aprobado y subencionado por Dirección de Salud Pública DGA) y motivar a las demás actividades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

MAGADLENA CAMINA, PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCON DE LA SALUD EN EL BARRIO

E- Con respecto a poder facilitar que todos los miembros del Equipo de Salud del CS participen en el Proyecto, repatiremos a modo de talonarios con las actividades y fechas previstas impresas invitando a todos a prescribirlas/proponerlas a sus pacientes. Nuestro indicador será el número de "recetas entregadas por profesional". Nos proponemos iniciar esta actividad en el último trimestre

INDICADORES
OBJETIVO A (2017): mantener un responsable para la realización de microactas de cada reunión. Sustituirle o comunicarles el contenido si no está presente y comunicar a través del grupo de watsap a todos los miembros lo hablado en cada reunión. Nos proponemos alcanzar este objetivo al menos en 7/ 10 de las reuniones previstas.

OBJETIVO B (2017) Nos proponemos llegar al 7/10 de las reuniones que mantengamos, dadas las condiciones de máxima dificultad para coordinar horarios y mínnimo tiempo disponible.

OBJETIVO C (2017) : queremos alcanzar 7/10 reuniones previstas

OBJETIVO D (2017):sostener o incrementar la participación actual: una media de 20 "paseantes" a la semana, de 30 en la gimnasia de lunes y jueves, de 9 en la clases de Yoga y de 60 en el curso de Iniciación de Tai-Chi

OBJETIVO E (2017): nuestro indicador a alcanzar será de 20 entregas por profesional

(se entiende que en participación poblacional, los límites marcados son los inferiores y el límite superior pretendemos que sea lo más alto posible)

DURACIÓN
En estas fechas casi todas las actividades están ya realizadas pués tienden a ir vinculadas al calendario escolar. Solo quedan pendiente dos sesiones de dinamización con la empresa Gozarte por el casco histórico (una en Octubre y otra en Noviembre 17) y tenemos previsto nuestra evaluación final de Objetivos en Diciembre 17.

A: Responsable dela elaboración las Actas : Maria José Giner

B- Responsable de difusión de la información por watsap al resto del Equipo: Sara Carrión

C- Responsable de informar y animar a participar en nuestras reuniones a los miembros de la Comunidad: Carmen Brun

E- Responsable de la elaboración y difusion de los "talonarios de Prescripcion". Ana Isabel Echeverri

Evaluaremos en Diciembre 2017 y programaremos las nuevas actividades a desarrollar en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA ROMERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZAPATA ABAD TERESA
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL
ARIZON DEZA MARIA PILAR
BRUN SOTERAS CARMEN
GINER HUESCA MARIA JOSE
CARRION AMBRONA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ANEXO: MAGDALENA CAMINA 2018
1-ACTIVIDADES A LO LARGO DEL CURSO ESCOLAR
Promoción de la Actividad Física
• -Gym en el Parque: Lunes y Jueves de 9,30 a 10,30h (entrenador físico Angel Nalvaez)
• -Paseos cardiosaludables: Miercoles de 9,30 a 10,30h (participan casi todos los trabajadores del CS)
• - Yoga: Lunes de 10,30-11,30h (profesora Marta Bondia)
• - Tai-Chi: Martes de 17-18h (profesora Ana Royo)
Promoción de la Salud Mental
• -Taller de Mindfullnes: Lunes 18-19h (Dr.Ruiz Urtioz)
• -Taller de Inteligencia Emocional: Jueves de 10,30-11,30h (profesora Pilar Melero)
• -Danzaterapia para personas con tristeza: Martes de 10,30-11,30h (profesor Jorge Vaillant)
Promoción de la Autonomía Personal
• -Danzaterapia para Personas de Movilidad Reducida (incluso en silla de ruedas): Jueves de 17-18h (profesor Jorge Vaillant)
Promoción de la Salud Materno-Infantil
• -Taller de Apoyo a la Crianza para madres y padres: Viernes de 9,30-11h (pediatra Dra Mallada)
Promoción de la salud de la mujer
• -Taller de Habilidades para Afrontar la Menopausia (matrona Maria Jesús Vela)
Promoción de Espalda Sana y prevención de lesiones musculoesqueléticas
• -Diversas sesiones programadas de Reeducación Postural Global, ejercicios para tonificar la espalda, Ejercicios de estiramientos, Ejercicios para fortalecer musculatura cervical, etc, impartidas por las dos fisioterapeutas del CS algunos días coincidiendo con los Paseos cardio-saludables.
Promoción de la nutrición saludable
• Desayunos con fruta tras los Paseos, en el Mercado de San Vicente de Paul (gentileza del Mercado).
• Una vez al año, en Primavera desayuno de convivencia con los paseantes del cs San Pablo.
Promoción de la Cultura y fomento de la lectura
• -Aprovechando los Paseos, se organizan visitas a Museos, actividades de conocimiento del arte y la historia del barrio impartidas por expertos, paseos didácticos con técnicos medio ambientales, etc.
• -Un equipo de voluntarios y trabajadores del C S. se encarga, durante todo el año, de recepcionar, catalogar y etiquetar libros para dos puntos de Bookcrossing en el Centro.
(Todas las actividades que el Grupo de Comunitaria desarrolla: se comunica al resto del Equipo del Centro de Salud en las reuniones de Equipo periódicas y por comunicados internos. Se encuentra cada vez más colaboración por parte de los miembros que no forman parte de este Grupo de Comunitaria. Las actividades se anuncian a la población por carteles y folletos en el Centro de Salud, Asociación de Vecinos y barrio).
(Para cada actividad se preparan materiales diferentes: folletos, músicas, presentaciones power-point, pelotas, cintas de baile…etc)

2-ACTIVIDADES PUNTUALES: “CREANDO ALIANZAS DE SALUD EN EL BARRIO”

• Fiesta de puesta en funcionamiento del Bookcrossing: 24 de Octubre de 2018.
• Participación en las Jornadas de Salud en el Barrio en el Centro de Historias: 30 de Octubre de 2018.
• Participación en el trabajo de “Estrategia Integral para la Población Gitana” en colaboración con el Colectivo gitano de Zaragoza y el departamento de Gestión y Participación Ciudadana del Salud. Varias reuniones a lo largo del año.
• Colaboraciones puntuales con el Proyecto de Promoción de la Salud y acompañamiento de Cáritas para personas en situación de exclusión social (Centro San Nicolás): 30 Mayo.
• Fiestas de Limpieza en el Barrio y talleres de trabajo relacionadas con buenas prácticas de convivencia, colaborando con Vecindaya y Amediar: 22 de Mayo, 29 de Mayo y 20 de Junio 2018.
• Celebración del Día Mundial contra el Tabaco en el Centro De Salud: 31 mayo 2018).
• Dinamización de los Paseos Cardiosaludables con la actividad lúdica “La Zaragoza de las tres Culturas” con la colaboración de la Asociación de Vecinos y Gozarte.
• Participación del Grupo de Comunitaria de Rebolería en diversas actividades específicas de Formación organizadas por Salud Pública (DGA), Salud Comunitaria (Salud), Congresos, Jornadas, reuniones de PCAP, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

- Colaboración docente con la Universidad (Master de Salud Pública), y con diversas Jornadas Científicas y Congresos aportando nuestra experiencia.
- Dinamización del Consejo de Salud a través invitaciones a participar a personas nuevas que desarrollan actividades en el barrio relacionadas con la Salud, proyección de videos con otras experiencias, y aportando propuestas nuevas que ilusionen y empoderen a sus componentes (tres reuniones en 2018)
- Coordinación de un DIAGNÓSTICO DE SALUD Y MAPEO DE ACTIVOS DE SALUD a lo largo del mes de Noviembre y Diciembre 2018 en el barrio. Han participado en su elaboración: los alumnos del IES D. Pedro de Luna, los alumnos del Colegio Tenerías, varios miembros del Centro de Mayores El Boterón, y la Asociación de Vecinos San Agustín-Parque Bruil. Posteriormente se ha depurado la información, se ha georreferenciado y estamos en el proceso de publicar y difundir los resultados. Este MAPEO se ha realizado con la colaboración del PICH y el trabajo de cuatro EIRES especializadas en Salud Comunitaria. Los resultados se presentarán en una fiesta en el mes de Marzo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
(Ver Proyecto de Evaluación enviado el año (2018) pasado a Subdirección)
1º En cada actividad, al finalizar el curso se pasa una evaluación al usuario y al profesor que lo ha impartido y esta evaluación sirve para programar las actividades del siguiente curso escolar.
2º. El Mapa de ACTIVOS DE SALUD está ya disponible en Google y en la WEB de Comunitaria y actualmente estamos en el proceso de difusión de los datos en el barrio (carteles, folletos, etc). El próximo mes de Marzo 2019 se celebrará la Fiesta de la Salud, posiblemente en la Casa de la Historia, donde los propios protagonistas (Mayores del barrio, niños del Colegio Tenerías, adolescentes del IES d Pedro de Luna, miembros de la Asociación de Vecinos...) que han recogido los datos, presentarán los resultados al resto del barrio.
3º. Participación en el proceso de Mapeo de Activos de Salud: han participado un 90% por % de las Asociaciones a las que les habíamos pedido colaboración con el Mapeo con gran entusiasmo y disposición. El resultado ha sido muy satisfactorio y también divertido e integrador. Considerábamos inicialmente que si accedían a participar la mitad de las Asociaciones/ Instituciones que invitábamos era ya positivo.
4º. El número de informantes clave a sido muy superior a los 10 que habíamos considerado cómo mínimo.
5º. En cada categoría de Activos de Salud se han registrado más de 10 Activos de cada categoría, que era el mínimo, que en el desarrollo del proceso habíamos valorado como positivo.
6º. El proceso de difusión no lo podemos valorar por estar actualmente trabajando en ello. Presentaremos los resultados en 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos encontrado muchos beneficios colaterales del Proyecto (valor añadido) que no esperábamos encontrar y que hacen que nuestro entusiasmo se incremente cada nuevo curso: gran aceptación en los vecinos, nueva actitud mas positiva frente al Centro de Salud, nueva conciencia de desmedicalizar el malestar psicológico, creación de redes de colaboración mutua entre las diferentes instituciones que en el campo de la Salud trabajan en el barrio, convivencia entre los vecinos, socialización de personas que viven solas, mas cohesión interna del Equipo del Centro de Salud, satisfacción de los usuarios por vivir en un barrio con muchos Activos de Salud. etc.
Nos queda pendiente seguir formándonos, especialmente en el campo de la Evaluación de la Promoción de la Salud y en el manejo de las Nuevas Tecnologías . Seguimos haciendo cursos e intentando mejorar.

7. OBSERVACIONES.
Ha supuesto un gran avance para este Proyecto la valoración, por parte de Dirección, del trabajo con la Comunidad que ya desde mucho tiempo se venía haciendo. El poder liberar a algún profesional algún día al mes para trabajos Comunitarios: ha permitido que el Proyecto se haya podido desarrollar, porque permite las reuniones por la mañana en Instituciones y Fundaciones.
Todavía nos cuesta tener claro donde y como se deben presentar las diversas memorias y evaluaciones (Dto de Garantias del Usuario del Salud, Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), SARES, Subdirección de Gestión y Participación Ciudadana, etc). Nos ayudaría mucho un proceso de unificación (RAPPS-Salud).
Otra observación es que en el Equipo de trabajo solo se permite poner 8 componentes y tenemos que incluir a la matrona (María Jesús Vela) y la pediatra (Maria Pilar Mallada) que trabajan arduamente preparando una sesión semanal muy dinámicas y elaboradas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1423 ========== ***

Nº de registro: 1423

Título
MAGDALENA CAMINA. PROYECTO INTEGRAL DE PROMOCION DE LA SALUD EN EL BARRIO

Autores:
ROMERO FERNANDEZ LAURA, GARCIA GUTIERREZ CARMEN, ECHEVERRI OYAGA ANA, ARIZON DEZA MARIA PILAR, ZAPATA ABAD TERESA, BRUN SOTERAS CARMEN, CARRION AMBRONA SARA, GINER HUESCA MARIA JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologia crónicas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: fomentar la participación comunitaria en los objetivos de salud
---
Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El proyecto se empieza a concebir por la necesidad de asesorar a los pacientes crónicos en su autocuidado, controlar la hiperdemanda asistencial y la sobremedicación de los mismos con sus complicaciones. Tras realizar varios años talleres de educación diabetológica se detecta un mejor control de la enfermedad por parte de los pacientes que lo habián realizado. Unido a la publicación de estudios que muestran que el ejercicio físico y cambios dietéticos en los pacientes crónicos (Diabetes, HTA, EPOC y Obesidad) tienen evidencia científica de mejoria de la enfermedad de tipo A (al contrario de lo que ocurre con la medicación farmacológica y la hiperfrecuentación al Centro de salud). Estos antecedentes unidos al interés de las AAVVs para crear actividades que cohesionasen la convivencia en el barrio fueron el punto de partida del Proyecto

RESULTADOS ESPERADOS
Crear en el ámbito del Centro de Salud una concienciación activa sobre la importancia de modificar los estilos de vida de los pacientes crónicos. y corresponsabilizar a los mismos en el control de su enfermedad. Inicialmente la población diana a la que iban dirigidas las actividades de motivación era a los pacientes crónicos (diabetes, HTA, EPOC, y Obesidad). El objetivo fué animar a personas sedentarias con patologias crónicas e hiperfrecuentadores a realizar caminatas con los vecinos por el barrio, probar actividades físicas nuevas (baile, Tai-Chi, marcha nórdica, yoga, ejercicios de tonificación, ejrcicios de estiramientos...) Y tambien aprovechar el ambiente lúdico y social para proponer pautas de alimentación saludable y restrictiva que ayude a modificar hábitos.

MÉTODO
ACTIVIDADES DEL PROYECTO EN 2017
A- Cohesionar y fortalecer el Equipo de Salud Comunitaria del CS que junto con algún representante de la AAVV lleva gestionando el Proyecto durante cinco años.

B- Porcentaje de microactas de las reuniones mantenidads con fecha, paticipantes y decisiones tomadas.

C- Número de reuniones en las que participa la presidenta o persona en quien delegue la AAVV u otras Asociaciones o representantes de la Comunidad. .
D- Dinamización de los Paseos de los miercoles con varias actividades lúdico-culturales (para lo que tenemos un Proyecto aprobado y subencionado por Dirección de Salud Pública DGA) y motivar a las demás actividades.
E- Con respecto a poder facilitar que todos los miembros del Equipo de Salud del CS participen en el Proyecto, repatiremos a modo de talonarios con las actividades y fechas previstas impresas invitando a todos a prescribirlas/proponerlas a sus pacientes. Nuestro indicador será el número de "recetas entregadas por profesional". Nos proponemos iniciar esta actividad en el último trimestre

INDICADORES
OBJETIVO A (2017): mantener un responsable para la realización de microactas de cada reunión. Sustituirle o comunicarles el contenido si no está presente y comunicar a través del grupo de watsap a todos los miembros lo hablado en cada reunión. Nos proponemos alcanzar este objetivo al menos en 7/ 10 de las reuniones previstas.

OBJETIVO B (2017) Nos proponemos llegar al 7/10 de las reuniones que mantengamos, dadas las condiciones de máxima dificultad para coordinar horarios y mínnimo tiempo disponible.

OBJETIVO C (2017) : queremos alcanzar 7/10 reuniones previstas

OBJETIVO D (2017):sostener o incrementar la participación actual: una media de 20 "paseantes" a la semana, de 30 en la gimnasia de lunes y jueves, de 9 en la clases de Yoga y de 60 en el curso de Iniciación de Tai-Chi

OBJETIVO E (2017): nuestro indicador a alcanzar será de 20 entregas por profesional

(se entiende que en participación poblacional, los límites marcados son los inferiores y el límite superior pretendemos que sea lo más alto posible)

DURACIÓN
En estas fechas casi todas las actividades están ya realizadas pués tienden a ir vinculadas al calendario escolar. Solo quedan pendiente dos sesiones de dinamización con la empresa Gozarte por el casco histórico (una en Octubre y otra en Noviembre 17) y tenemos previsto nuestra evaluación final de Objetivos en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1423

1. TÍTULO

PLAN DE SALUD COMUNITARIA PARA 2018- 2020PROYECTO MAGDALENA CAMINA CENTRO DE SALUD REBOLERIA (ZARAGOZA)

Diciembre 17.

A: Responsable dela elaboración las Actas : Maria José Giner

B- Responsable de difusión de la información por watsap al resto del Equipo: Sara Carrión

C- Responsable de informar y animar a participar en nuestras reuniones a los miembros de la Comunidad: Carmen Brun

E- Responsable de la elaboración y difusion de los "talonarios de Prescripcion". Ana Isabel Echeverri

Evaluaremos en Diciembre 2017 y programaremos las nuevas actividades a desarrollar en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGELA MUÑOZ MERCADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN
ORDOÑEZ ARCAU ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Mayo se realiza una sesión de equipo informativa de los criterios de derivación correctos a esta consulta.
Se ajusta la agenda al horario más apropiado para dar accesibilidad a los pacientes que trabajan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se analiza el último trimestre de 2018 de las agendas y se obtienen los siguientes resultados:
. Total de pacientes atendidos 76, que supone un incremento de 21 en valor absoluto y representa un 38.19% respecto al mismo periodo de 2017. Lo cual nos da una idea de la buena aceptación de esta consulta.
. El total de pacientes que no acuden son 5, lo cual supone un 6.57 % del total de citados. Cumpliendose el objetivo planteado al inicio del programa.
. Hay 2 pacientes citados que no reunen los criterios de derivación (Richmond >6) Esto supone un 2, 63% del total. En este sentido no hemos alcanzado nuestro objetivo que planteabamos en 0 pacientes mal derivados, o lo que es lo mismo 100% bien derivados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En general los objetivos se han cumplido, aunque queda pendiente la completa derivación correcta, esto lo solucionaremos realizando otra sesión de equipo y recordando los criterios.
El equipo de mejora hemos tenido un gran interés en llevar a cabo las actividades necesarias para mejorar la atención al paciente fumador y optimizar la consulta al máximo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/624 ========== ***

Nº de registro: 0624

Título
OPTIMIZACION DEL ACONSULTA MONOGRAFICA TABACO /EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
MUÑOZ MERCADO ANGELA, GARCIA-GUTIERREZ MUÑOZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: y los profesionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
los Profesionales responsable del programa ha observado una gran variabilidad en las derivaciones ; lo que ha supuesto un fallo de la atención con falta de asistencia a la consulta del hasta menos del 50% de los citados; (no manteniendose los criterios necesarios “Test de Richmond >6”):
para su valoración implicando una perdida de efectividad; llevando mas tiempo de atención, retraso en su inicio e incluso salida-rechazo del programa . Desvirtuando la utilidad del programa.

RESULTADOS ESPERADOS
1.) Mejora la derivación a Consulta Monográfica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0624

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA TABACO/EPOC EN EL CENTRO DE SALUD

2.) Mejorar la efectividad de la consulta Monográfica

La población Afectada: Son los profesionales sanitarios Médicos y Enfermeras del Centro de salud. Y secundariamente los pacientes fumadores

MÉTODO
çç Realización de Nueva Sesión clínica con todos los profesionales medicina / enfermería implicados ; por la responsable del programa señalando . Las dificultades y los problemas encontrados
çç Ajuste del horario de la consulta horas extremas (primeras y ultima hora de la mañana) para no interferir con el trabajo de los pacientes.

INDICADORES
Método/ Indicadores
1)Porcentaje de pacientes citados que acuden a consulta : Nº de pacientes que acuden a consulta de tabaco / Nº de pacientes citados .
2) Porcentaje de pacientes sin valorar el grado interés en dejar de fumar por el Test Richmond.: Nº de pacientes con test de Richmon >6/ Nº pacientes derivados a consulta.

Al cabo del año en la nueva evaluación se consiga que esta consulta sea mas efectiva y obtener los beneficios sanitarios por lo que ha sido creada.
1) Que acudan a las consultas el 70-80 % de los citados.
2) Que el 100% de los pacientes que se citen tengan realizado el Test de Richmond .

DURACIÓN
Se iniciara en el mes de Abril;
Sesión Clínica Mayo:
Realización de ajuste de Horario ; Junio.
Evaluación Final Terminara en Diciembre.

OBSERVACIONES
La consulta especifica tabaco/ EPOC se ha inicado este año en el Centro de salud siendo muy valorada por todo el equipo, pero como hemos señalado mal aprovechada por la mala gestion en derivacion de los profesionales, creemos que estas correcciones mejore su eficiencia

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0651

1. TÍTULO

ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MALLADA VIANA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELA INSA MARIA JESUS
LOPEZ ESPADA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
*Desarrollo de un planing de sesiones .
*Ejecucion de este Planing desarrollando las sesiones .
*En cada cuatrimestre se ha pasado una encuesta de satisfacción.
Todas las actividades se han realizado por la responsable del programa y los colaboradores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
*Acudieron a las sesiones el 24% de las ofertadas.
*El 98% señala:Buena-Muy Buena la Satisfaccion de acudir las sesiones.
*El 99% señala Aumento de conocimientos.
Es satisfactorio los resultados y segun los standar marcados, Se aprecia al aumentar los conocimientos, la mejor atencion en los infantes,.
Al hacerlo en grupo mejora la comunicabilidad y relacion entre medico y cuidadores y entre estos entre si mismo.
Esta satisfaccion quedo manifiesta en las encuestas realizadas .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los profesionales responsables han observado la mejor disposicion y aprendizaje de los cuidadores,
Aumentando la satisfaccion en estos profesionales y mejorando su actividad laboral.
Sabiendo esto les gustaria que acudieran a las sesiones todos los ofertados, pero sigue siendo voluntario y depende de cada uno

7. OBSERVACIONES.
En la encuesta se solicitó a los encuestados si precisa alguna aclaracion y/o sugerencias que se tendran encuenta en las proximas sesiones

*** ========== Resumen del proyecto 2018/651 ========== ***

Nº de registro: 0651

Título
ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA

Autores:
MALLADA VIANA MARIA PILAR, VELA INSA MARIA JESUS, LOPEZ ESPADA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: disminuir ansiedad y clarificar informacion
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se observo por las Pediatras y Matronas; a la hora de explicar los cuidados y la alimentación de los lactantes y primeros años de vida; la gran disparidad de conocimientos, en ocasiones mucha información de Internet falsa y mal elaborada, lo que repercutía, múltiples consultas y ansiedad en la familia; que conlleva mucho tiempo en consulta .
Tambien la necesidad de abrir (como espacio de SALUD) el Centro a su zona de influencia implicándonos con sus asociaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0651

1. TÍTULO

ALIMENTACION Y APOYO A LA CRIANZA

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el conocimiento de las familias y cuidadoras, señalar lo errores y clarificar la información,sobre alimentación, cuidados y dar contención con soporte emocional a los cuidadores principales de los Recien Nacidos

MÉTODO
ÇÇ Se desarrolla un Planing de sesiones mínimos a desarrollar, de diferentes temas: alimentacion, cuidados...
ÇÇ Realizar sesiones informativas, educativas para todas las familias y cuidadores que quieran. Generar un espacio -tiempo para el dialogo y compartir experiencias Acudirán todas las familias interesadas,abuelas …. cuidadoras; que quieran, no hace falta apuntarse y suelen acudir de 4 hasta unas 20 personas ...

INDICADORES
**Los profesionales implicados desarrollaran y expondran los temas y desarrollaran la encuesta final .
**La encuesta de satisfacción para las madres /cuidadoras en 3 ocasiones al año :, ANONIMAS; de las sesiones con algunas preguntas de conocimientos básicos .
**Nº de personas que acuden a las sesiones / nº de personas que se las han ofertado(nº de recién nacidos)
**Aumento de conocimientos (Resultados correctos de conocimiento / resultados totales) de cada madre- cuidadora
**Nº de personas que acuden a las sesiones / nº de personas que se las han ofertado :20-30%
**En la encuesta Satisfacción de las Sesiones Buena -Muy Buena >70%.
**Aumento de conocimientos (Resultados correctos de conocimiento / resultados totales) >70% de cada familia / cuidadora

DURACIÓN
** Sesiones informativas : Los viernes de cada mes desde el mes de Enero de 2018 (continua de 2017) descansando vacaciones de los profesionales implicados, hasta final de año. De 9:30 -11h
**Evaluacion de satisfacción (3 veces al año- lo que dura una baja maternal) y conocimientos aprendidos ; Mayo, Septiembre y Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANASTASIA FELISA RODRIGUEZ GARCIA
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS REBOLERIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NOGUERAS FLAMARIQUE PILAR
GARCIA CASTRO TERESA
RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA
QUIRCE SANCHEZ SUSANA
RELLO PEDRO DE ALCANTARA ANA
GARCIA CACHO MILAGROS
PEREZ BLANCO SUSANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado un protocolo de esterilización y desinfección que nos permite unificar criterios en todas las USB. Proporcionando a los todos los profesionales que prestan sus servicios en dichas unidades los principios y métodos de desinfección y esterilización que permitan garantizar el principio general de técnica aséptica con el fin de contribuir a la disminución de los riesgos de transmisión cruzada y también al control de las infecciones asociadas a la atención en salud, mantenimiento y cuidado del material odontológico.
Como apoyo a dicho protocolo he confeccionado tres posters en forma de diagrama : CADENA DE ESTERILIZACIÓN, CICLO DE DESINFECCIÓN y CATEGORIAS DE RIESGO DE INFECCIÓN DURANTE LAS TAREAS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN (Es un código de colores para la interpretación de los dos primeros posters).
Estos posters se colocarán en todas las Unidades de Salud Bucodental del sector Zaragoza II . Con ellos se busca proporcionar una herramienta a los pacientes-usuarios de las USB para que puedan reforzar la importancia de la asepsia en los procedimientos odontológicos y valoren la calidad de los servicios de salud.
Y para la difusión del protocolo al resto del equipo de cada centro de salud donde se encuentran ubicadas las USB re ha realizado una presentación en power point de los procesos de esterilización y desinfección que se realizan en las USB.
El protocolo finalizado se envió a la técnico de Salud de Primaria del sector II que lo remitió a la Unidad de Esterilización del Hospital Miguel Servet para su revisión y rectificación si fuese necesario. Ya está revisado y pendiente de subir a la Plataforma.
Y una vez que tengamos la autorización de la unidad de Esterilización del HMS colocaremos los posters en las consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una hoja de registros de los controles (indicadores) biológicos y químicos que estará en cada una de las Unidades de Salud Bucodental (100%).
En ella se valida (100%) la eficacia del procedimiento de esterilización a través de la certificación (mediante firma de la persona que realiza dicho proceso) del correcto cumplimiento de los parámetros establecidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El perfil de la atención odontológica ha cambiado en los últimos años, el interés social por la calidad de los servicios de salud, y la masificación de la información han generado la necesidad de revisar y actualizar los procedimientos para el control de las infecciones en la práctica odontológica.
Por todo ello creimos necesario realizar éste proyecto que se ideó en julio de 2018 y que ha sido largo. Se les ha enviado varias veces a la Unidad de Esterilización del HMS donde nos han ido "puliendo" algunas cosas y sugiriendo otras. Ya está finalizado y como he dicho antes a la espera que nos den el "visto bueno final" para la impresión de los posters.
El coste económico del proyecto es bajo ya que sólo requeriría la impresión en Reprografía de una copia del Protocolo para cada USB y la realización de los 3 posters (en color porque son gráficos de colores y cada uno tiene su significado), también para cada una de las 6 Unidades de Salud Bucodental del sector Zaragoza II.
Por todo lo anteriormente expuesto consideramos que el proyecto ha de seguir adelante.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1479 ========== ***

Nº de registro: 1479

Título
IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB DEL SECTOR ZARAGOZA II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II

Autores:
RODRIGUEZ GARCIA ANASTASIA, PEREZ BLANCO SUSANA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA, RELLO PEDRO DE ALCANTARA ANA CRISTINA, RELLO PEDRO DE ALCANTARA MARTA ISABEL, YAGÜE MUÑOZ MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS REBOLERIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La desinfección y la esterilización son pilares fundamentales en la práctica diaria de la Odontología. Todo el material odontológico debe ser desinfectado y a posteriori esterilizado a fin de evitar la transmisión de enfermedades de carácter infeccioso en los procesos dentales. Y son muchas las enfermedades infecciosas que se pueden transmitir en la clínica dental, siendo una de las principales vías de transmisión la utilización de material contaminado. Algunas de ellas son de especial importancia por su elevada morbilidad y mortalidad. Podemos destacar la hepatitis B, la hepatitis C y el VIH.
Los procesos de esterilización, permiten evidenciar la trazabilidad del control de los materiales utilizados en las Unidades de Salud Bucodental brindando un servicio de calidad y garantizando la efectividad de sus procesos y procedimientos. Proporcionando a los todos los profesionales que prestan sus servicios en dichas unidades los principios y métodos de desinfección y esterilización que permitan garantizar el principio general de técnica aséptica con el fin de contribuir a la disminución de los riesgos de transmisión cruzada y también al control de las infecciones asociadas a la atención en salud, mantenimiento y cuidado del material odontológico.
Además, se debe considerar que el perfil de la atención odontológica ha cambiado en los últimos años, la incorporación de nuevas tecnologías de tratamiento, el interés social por la calidad de los servicios de salud, la importancia de la protección del medio ambiente y la masificación de la información han generado la necesidad de revisar y actualizar los procedimientos para el control de las infecciones en la práctica odontológica.

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar en todas las USB del sector Zaragoza II los procesos de limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la realización de procedimientos que a diario son programados y realizados en los servicios de Odontología.

MÉTODO
- Elaboración de un protocolo de esterilización específico para las Unidades de Salud Bucodental.
- Dar a conocer un protocolo estandarizado del manejo del material clínico odontológico disponible en las consultas, mediante la colocación en las Unidades de POSTERS con la Cadena de Esterilización, el Ciclo de Desinfección, las categorías de riesgo de infección durante las tareas de esterilización y desinfección (The United States Occupational Safety and Health Administration (OSHA 1989)) y los códigos de colores para la interpretación de los posters.
- Proporcionar así una herramienta a los pacientes-usuarios de las USB para que ellos puedan reforzar la importancia de la asepsia en los procedimientos odontológicos y valoren la calidad de los servicios de salud.
- Difusión al resto del equipo de cada centro de salud donde se encuentran ubicadas las USB de los protocolos ya mencionados, mediante la presentación en power point de los procesos de esterilización y desinfección que se realizan en las USB.

INDICADORES
- Proporcionar los posters y protocolo al 100% de las USB
Indicadores de Proceso: Verificación del proceso de esterilización en cada ciclo en autoclave mediante el uso de una tira indicador. Control químico interno (Petitorio SERPA 953)
- Indicadores de Resultado: Verificación del proceso de esterilización en autoclave mediante el uso de una ampolla con esporas termófilas realizado semanalmente. Control biológico (Petitorio SERPA 1672)
- El 100% en todas la unidades.
- Validar la eficacia del procedimiento de esterilización a través de la certificación del correcto cumplimiento de los parámetros establecidos, mediante una hoja de registro indicando fecha, firma de la persona que realiza el control y parámetros realizados. Esta validación se realizará en el 100% de las unidades.

DURACIÓN
- Colocación de los posters informativos sobre los procedimientos en cuestión, en las USB de forma permanente.
- Presentación de los protocolos mediante power point a los componentes de los equipos de salud con una duración de 1 hora. - Pendiente de programación según agenda del centro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LAS USB ZARAGOZA SECTOR II

Las dos actividades serán realizadas por la higienista dental del centro donde esté ubicada la USB.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ACHA AIBAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO SORO ANA MARIA
GOMEZ JULIAN CRISTINA
MORALES ABAJO OLGA
RAMOS FRAILE NURIA
SANZ RUBIO CONCEPCION
YAGÜE MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A pesar de que tuvimos dificultades en el inicio de las charlas (como ya reflejamos en el 1º seguimiento) a lo largo del 1º semestre del 2017 se realizaron las charlas a los 3 colegios participantes de los 7 ofertados, con un total de 8 charlas impartidas. Asimismo se hizo un cuestionario a los alumnos previo a la visita que se repitio unos dias despues para valorar lo aprendido, y otro cuestionario a profesores para valorar nuestra actividad.
En septiembre de 2017 iniciamos el programa para el curso escolar 17-18 con la misma dinamica del curso anterior : Contacto con colegios y profesores, reunion informativa a los participantes, elaboracion del cronograma de charlas, y realizacion de 8 visitas de escolares de 2 colegios participantes.
Recursos:
Humanos: 5 Enfermeras, 1 Trabajadora Social, 1 Fisioterapeuta y 1 higienista dental, y estudiantes de enfermeria.
Materiales: Ordenador, cañón de proyección, material didáctico, 2 arcadas dentales y 2 cepillos de dientes, lámpara ultravioleta, solución hidroalcohólica con reactivo. Hojas de encuesta previa y posterior a la charla, Hoja de evaluación de la actividad (para profesores), Folleto Gobierno de Aragón (para padres), Hoja de actividades sobre higiene dental (pasatiempos para alumnos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la evaluacion de los cuestionarios post-charla,realizados a los niños, de los 4 objetivos marcados en 3 de ellos conseguimos el objetivo propuesto y en el otro un 75 %
Indicadores:
N º de cepillado de dientes/ dia . Objetivo 80 %, resultado 74%
Nº de piezas fruta/dia . Objetivo 40 %, resultado 63.95 %
Conocimiento de postura correcta en la mesa.Objetivo 70 %, resultado 93.55 %
Conocimiento de como llevar la mochila escolar.Objetivo 70 %, resultado 94.35 %
Metodo de obtencion: Cuestionario realizado por los propios alumnos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se encontro una enorme dificultad para el correcto rellenado de la encuesta,no sabemos si por no ser suficiente clara (dada la corta edad de los niños) o por una inadecuada explicacion por parte de los profesores.
Por ello decidimos simplificar el cuestionario, eliminar el posterior a la charla y que el previo se realizara en el centro de salud (bajo nuestra propia supervision) antes de comenzar la charla explicativa,con ello damos las instrucciones claras y evitamos perdida de informacion.
Tambien se valoró mejorar el desarrollo de la charla, manteniendo los mismos contenidos, pero haciendo mas hincapié en la higiene de manos y en postura correcta ante el ordenador, todo ello acompañado de nuevos videos.

7. OBSERVACIONES.
Damos continuidad al proyecto incluidas las mejoras.
Dado que nuestro proyecto no se desarrolla durante el año natural, sino en el año lectivo, en septiembre del 2017 hemos empezado a elaborar el cronograma de las actividades del año escolar 2017-2018.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1126 ========== ***

Nº de registro: 1126

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
ACHA AIBAR MARIA CARMEN, BLASCO SORO ANA MARIA, BURRO DAL ADORACION, GOMEZ JULIAN CRISTINA, FRANCO LOPEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

MARIA ANGELES, SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION, RAMOS FRAILE NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el curso escolar 2015-2016 un colegio de la zona socilicitó que desde el centro de salud se impartiertan charlas de educacion sanitaria a niños de 1º de educacion primaria, peticion que fue atendida por nuestra parte.Esta actividad ya era conocida por los centros escolares, puesto que se realizó durante más de 15 años; se suspendió dicho programa por falta de recursos humanos.
Debido a la alta concentracion de centros escolares en nuestra zona, hemos elaborado un programa de educacion en la escuela cuya oferta se ha hecho extensiva,durante el curso 2016-2017, a todos aquellos colegios,tanto públicos como concertados,que deseen participar

RESULTADOS ESPERADOS
Poblacion diana: Alumnos de 1º curso de educacion primaria de los colegios de nuestra zona basica de salud, tanto publicos como concertados que se acojan al programa ofertado.

.....

MÉTODO
Acciones previstas:
Educación para la Salud en: Alimentación, cepillado de dientes, higiene de manos, educación postural, ocio y tiempo libre.
Orientar sobre las responsabilidades propias de su edad, en el núcleo familiar.
ACTIVIDADES:Contactar con los centros escolares mediante carta y/o telefono.Cuestionario previo.Charla + audiovisuales. Talller de cepillado. Visita a la sala de fisioterapia. Cuestionario final . Informe al consejo de salud.

INDICADORES
Nº de niños que se lavan los dientes 2 veces/dia: Standard 65%,Objetivo 80%
Nº de niños que consumen fruta 2 veces/dia. Standard 30%,Objetivo 40%
Nº de niños que identifican la postura correcta en sedestacion: Standard 50%,Objetivo 70%
Nº de niños que conocen la posicion correcta para llevar la mochila. Standard ND,Objetivo 75%.
La fuente de datos seria los resultados del cuestionario previo

DURACIÓN
Fecha inicio: Septiembre 2016. Fecha finalizacion: Junio 2017
Presentacion del programa a los colegios : Sept-Oct 16
Recepcion de las solicitudes de los colegios : Nov 16
Elaboracion cronograma charlas: Nov 16
Contacto con colegios para explicar la actividad: Nov 16
Entrega de material previo (cuestionarios...) :Dic 16
Grupos de charlas (1 charla /clase) : 1º colegio (3): Enero 17, 2º colegio(3) : Febrero 17, 3º colegio(2) : Marzo-Abril 17.
Recogida de material posterior a las charlas: 1º colegio: Feb.17,2º colegio : Marzo17, 3º colegio :Abril 17.
Evaluacion resultados: Junio-Julio 17
Seguimiento programa: Agosto-Septiembre 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ACHA AIBAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO SORO ANA MARIA
BURRO DAL ADORACION
GOMEZ JULIAN CRISTINA
MORALES ABAJO OLGA
RAMOS FRAILE NURIA
SANZ RUBIO CONCEPCION
YAGÜE MUÑOZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el primer semestre de 2018 se realizaron 6 charlas en 2 colegios (3 charlas por colegio) correspondientes al curso escolar 2017-2018.
La dinámica y recursos fueron los mismos empleados para el resto de charlas :
- Duración 90 min,
- valoración previa de conocimientos
- proyección powerpoint,
- video y canción de lavado de manos,
- video de pantallas sanas
- taller de higiene de manos, con lampara ultravioleta y liquido revelador
- taller de cepillado de dientes con dos juegos de arcadas dentales y cepillos
- entrega de carteles de lavado de manos en tamaño A3,en color y plastificados
. para colocar en baños del colegio
-hoja de actividades para niños (crucigrama, colorear...)
-encarte DGA recomendaciones alimenticias para entregar a padres
- encuesta de valoración por parte de profesores.
- reparto de cepillo dientes

Tras finalizar esta ultima ronda de charlas hicimos en Junio 2018 nuestra propia valoración de resultados y objetivos alcanzados y la programación para el curso 2018/2019 con la misma dinámica llevada hasta ahora.
Se propone ofertar el programa a los colegios contactando únicamente con los tutores de 1º de primaria. Se convoca reunión informativa el 3 de octubre.
Para el curso 18/19 la participación va a ser de 4 centros escolares con un total de 14 grupos de alumnos.
Se programan 8 charlas para los meses de octubre y noviembre de 2018.
Para el año 2019 quedan pendientes 6 grupos (a fecha de hoy se han hecho 3 visitas), a realizar en los meses de febrero y marzo.
Con todo ello se dará por finalizado este programa debido a los próximos traslados de enfermería, ya que participantes de este programa dejaran de trabajar en este centro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluamos los conocimientos pre charla y arroja los siguientes resultados:
-CAMPAÑA 2017-2018:
Los resultados obtenidos han sido:
Postura correcta en la silla 95,15%
Postura correcta en la mesa 92,6%
Postura correcta mochila 98,5%
Postura correcta carrito 79,61%
Consumo de 2 o más piezas fruta/día 75,42%
Cepillado dientes de al menos 2 veces/día 80,75%

-CAMPAÑA 2018-2019:
Total alumnos a fecha 28/02/19 de la campaña 2018-19: 254
Postura correcta silla 98,4 %
Postura correcta mesa 94,8%
Postura correcta mochila 98,8%
Postura correcta carrito 96,8%
Consumo de fruta de 2 o mas piezas / dia 60.61%
Lavado de dientes al menos 2 veces / dia: 81.87 %

Los resultados cumplen totalmente con los objetivos propuestos:
Cepillado dientes : 80%
Consumo fruta 40%
Postura correcta mesa 70%
Postura correcta mochila 70 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como ya se comentó en la anterior evaluacion se encontró problemas en el rellenado de la encuesta de conocimientos por parte de los alumnos por disparidad de resultados y se decidió la realización de la misma en nuestro centro (y no en el colegio)para evitar complicaciones. Preguntamos a los profesores cuál sería el momento idóneo para rellenarlas, y ellos opinan que sería mejor al principio de la charla, ya que los niños estarían más tranquilos.
Hemos valorado la actividad como muy positiva tanto a nivel participativo, organizativo como de resultados.
En cuanto a las opiniones de los profesores, todas fueron muy positivas.
Con todo ello la satisfaccion por parte del equipo de trabajo ha sido grande
La mayor dificultad encontrada ha sido el contacto con el profesorado a la hora de hablar con ellos para programacion de charlas.

7. OBSERVACIONES.
Debido a los traslados de Enfermería pendientes varias componentes del equipo dejarán de trabajar en el centro,por ello no se puede asegurar la continuidad de la actividad en años siguientes.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1126 ========== ***

Nº de registro: 1126

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
ACHA AIBAR MARIA CARMEN, BLASCO SORO ANA MARIA, BURRO DAL ADORACION, GOMEZ JULIAN CRISTINA, FRANCO LOPEZ MARIA ANGELES, SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION, RAMOS FRAILE NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Preventivas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el curso escolar 2015-2016 un colegio de la zona socilicitó que desde el centro de salud se impartiertan charlas de educacion sanitaria a niños de 1º de educacion primaria, peticion que fue atendida por nuestra parte.Esta actividad ya era conocida por los centros escolares, puesto que se realizó durante más de 15 años; se suspendió dicho programa por falta de recursos humanos.
Debido a la alta concentracion de centros escolares en nuestra zona, hemos elaborado un programa de educacion en la escuela cuya oferta se ha hecho extensiva,durante el curso 2016-2017, a todos aquellos colegios,tanto públicos como concertados,que deseen participar

RESULTADOS ESPERADOS
Poblacion diana: Alumnos de 1º curso de educacion primaria de los colegios de nuestra zona basica de salud, tanto publicos como concertados que se acojan al programa ofertado.

.....

MÉTODO
Acciones previstas:
Educación para la Salud en: Alimentación, cepillado de dientes, higiene de manos, educación postural, ocio y tiempo libre.
Orientar sobre las responsabilidades propias de su edad, en el núcleo familiar.
ACTIVIDADES:Contactar con los centros escolares mediante carta y/o telefono.Cuestionario previo.Charla + audiovisuales. Tallller de cepillado. Visita a la sala de fisioterapia. Cuestionario final . Informe al consejo de salud.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1126

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A NIÑOS DE 1º DE EDUCACION PRIMARIA DE LA ZONA BASICA DE SALUD

Nº de niños que se lavan los dientes 2 veces/dia: Standard 65%,Objetivo 80%
Nº de niños que consumen fruta 2 veces/dia. Standard 30%,Objetivo 40%
Nº de niños que identifican la postura correcta en sedestacion: Standard 50%,Objetivo 70%
Nº de niños que conocen la posicion correcta para llevar la mochila. Standard ND,Objetivo 75%.
La fuente de datos seria los resultados del cuestionario previo

DURACIÓN
Fecha inicio: Septiembre 2016. Fecha finalizacion: Junio 2017
Presentacion del programa a los colegios : Sept-Oct 16
Recepcion de las solicitudes de los colegios : Nov 16
Elaboracion cronograma charlas: Nov 16
Contacto con colegios para explicar la actividad: Nov 16
Entrega de material previo (cuestionarios...) :Dic 16
Grupos de charlas (1 charla /clase) : 1º colegio (3): Enero 17, 2º colegio(3) : Febrero 17, 3º colegio(2) : Marzo-Abril 17.
Recogida de material posterior a las charlas: 1º colegio: Feb.17,2º colegio : Marzo17, 3º colegio :Abril 17.
Evaluacion resultados: Junio-Julio 17
Seguimiento programa: Agosto-Septiembre 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0768

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGEL SAZ GONZAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REQUENO JARABO MARIA NURIA
MEMBRADO GRANIZO PEDRO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Asistencia a las sesiones informativas impartidas en Abril y en Diciembre de 2018.
El Dr. Ángel Saz Gonzaga impartió una sesión sobre IRASPROA, y otra sobre resistencia a los antibióticos el 20 de Diciembre de 2018, en el Centro de Salud delSeminario.
El equipo sanitario firmó el pasado 20 de Diciembre el documento sobre la prescripción inadecuada de antibioterpia de PROA-Ap, y se realizaron las encuestas online de PROA-AP.
Se han colocado en el Centro de Salud, carteles de IRASPROA sobre la prescripción de antibióticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Implicación de todos los profesionales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1-Se ha disminuido el consumo de antibióticos en nuestra práctica habitual
2-Se ha disminuido las prescripción de macrólidos,clavulánico y quinolonas
3- Se valorarán los beneficios obtenidos de la disminución de las resistencias a los antibióticos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/768 ========== ***

Nº de registro: 0768

Título
PROYECTO PROA

Autores:
SAZ GONZAGA ANGEL, REQUENO JARABO NURIA, MEMBRADO GRANIZO JAVIER, RAMOS FRAILE NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0768

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SEMINARIO se considera una oportunidad de mejora priorizar la prescripción de antibióticos de espectro reducido ya que se ha observado una tendencia descendente del uso relativo de éstos en los tres últimos años.

RESULTADOS ESPERADOS
-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
-Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
-Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1.Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2.Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3.Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4.Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5.Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
-Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
-Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
-Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. -Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): DDD ATB espectro reducido* / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 38,5 %
Objetivo 2018: =41 %
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

DURACIÓN
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1004

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA NURIA REQUENO JARABO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES ABAJO OLGA
PENON PANZANO JULIA
AGUILAR LEÑERO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No se ha realizado ninguna actividad hasta el momento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha realizado ninguna actividad hasta el momento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se ha realizado ninguna actividad hasta el momento

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1004 ========== ***

Nº de registro: 1004

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO

Autores:
MORALES ABAJO OLGA, PENON PANZANO JULIA, REQUENO JARABO NURIA, AGUILAR LEÑERO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo.
2.Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3.Estimular la realización de espirometrías
4.Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica/charlas a los pacientes EPOC sobre autocuidados/Manejo inhaladores

MÉTODO
Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1004

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD SEMINARIO

Creación consulta monográfica/realización charlas a pacientes EPOC

INDICADORES
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: 50%. (Actualmente en el EAP 46.93%).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 35.29%).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: 2.0 (Actualmente 1.68)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
-Implantación Consulta Monográfica en cuidados de EPOC. Objetivo: SI/
-Realización charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidados y/o manejo de inhaladores. Objetivo: 2 charlas

DURACIÓN
Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 04/04/2019

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION SANZ RUBIO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS ROMAREDA (SEMINARIO)
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABENGOCHEA MEDRANO MILAGROS
BLASCO GASCA OLGA
NAVARRO NAVARRO ELENA ISABEL
MARTIN NUEZ INES
MENDEZ ADE ESTHER
MORENO POZUELO MARIA PILAR
PEREZ MENDIARA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Según el calendario previsto, en mayo de 2018 la responsable del proyecto realizó una reunión con el equipo de fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto.

Sesiones clínicas impartidas por los fisioterapeutas de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha: si bien el calendario previsto en el proyecto indicaba que estas sesiones se realizarían entre los meses de septiembre y octubre de 2018, en la fecha de elaboración de esta memoria falta por realizar la sesión en seis EAP urbanos (Sagasta-Ruiseñores, Sagasta-Miraflores, Rebolería y Puerta del Carmen, donde aún no está programada y Parque Roma y San Pablo, donde está programada para mayo de 2019) y en los centros rurales del sector.

La actividad de Escuela de Espalda se ha incluido en las agendas de todas las Unidades de Fisioterapia del sector ZII y está funcionando activamente salvo en la Unidad de Fisioterapia San Pablo donde está previsto que se inicie en marzo de 2019.

Se ha realizado una Encuesta de Satisfacción de los usuarios de la Escuela de Espalda, aunque en las fechas previstas en el calendario del proyecto para esta actividad había pocos usuarios participando y que pudieran hacer una valoración.

- Materiales elaborados y utilizados:
Presentación en power point y texto con el contenido de la sesión para los EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto:
• Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto:
- Grado de sensibilización y nuevas expectativas generadas en los grupos destinatarios: El proyecto lleva retraso porque las sesiones de presentación de la actividad en los EAP no pudieron llevarse a cabo en la fecha prevista (septiembre-octubre 2018) e incluso aún falta impartir dichas sesiones clínicas en los EAP de Sagasta-Ruiseñores, Sagasta-Miraflores, Rebolería y Puerta del Carmen, Parque Roma, San Pablo y rurales. En los centros donde sí se ha realizado esta presentación ya se están realizando derivaciones explícitas de usuarios para su inclusión en la actividad.
- Cambios en los conocimientos, los comportamientos, los valores y las actitudes relacionadas con la salud: los fisioterapeutas de las UFAP son conscientes de la importancia de la puesta en marcha de la actividad y así lo están transmitiendo a los profesionales y usuarios.
- Mejora de la autonomía y empoderamiento de las personas implicadas: había fisioterapeutas que no habían puesto en marcha la actividad y esto ha cambiado al tener el mismo material para todas las UFAP, lo que ha facilitado también una homogeneidad en el desarrollo de la misma.

- Mejora de la satisfacción y bienestar:
En el mes de noviembre del año 2018 se ha realizado una encuesta para valorar la satisfacción de los usuarios de la actividad de Escuela de Espada en las unidades de Fisioterapia de atención primaria. Han contestado el cuestionario 36 pacientes. La media de edad ha sido de 59,5 años, siendo el 31,4% de entre 40 y 60 años y 54,3% entre 61 y 80 años. El más joven tenía menos de 29 años y el mayor, 82 años.

Distribución por sexo: 69,4% mujeres y 30,6% hombres.

El 66,7% de los usuarios de la Escuela de Espalda ha sido derivado a la UFAP por dolor lumbar.

La situación laboral ha sido predominantemente jubilados (45,7%) y personas trabajando (34,3%)
La asistencia en general ha sido valorada positivamente en un 94.5%.

Las instalaciones se han considerado satisfactorias en un 97,2%.

El tiempo de espera entre el día que se realiza la cita y la fecha que se da para consulta en un 22,2% se ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

valorado entre poco y nada satisfactorio.
En cuanto a la confianza que transmite el profesional que dirige la actividad, todas las respuestas han sido positivas.

La información recibida se ha valorado positivamente en el 94,5% de los casos y también en el mismo porcentaje los usuarios han considerado que esta información les ha resultado de utilidad.

De las respuestas a las preguntas abiertas ha destacado como lo que más ha gustado, la atención, profesionalidad, y el interés de los ejercicios aprendidos.
Lo que menos ha gustado ha sido el tiempo de espera desde la derivación hasta la primera consulta en la Unidad de Fisioterapia.

Es preciso señalar que en noviembre de 2018, cuando se realizó la Encuesta de Satisfacción de los usuarios de la Escuela de Espalda en las UFAP del sector ZII sólo estaba en marcha en cuatro de las nueve UFAP del sector ZII, por tanto estos resultados pueden no ser extrapolables a todo el sector.

- Cambios en la relación de los profesionales y los grupos y población destinataria: las sesiones clínicas de las UFAP dirigidas a los EAP han sido bien acogidas y con gran participación, según consta en las actas de las mismas.

- Cambios en el entorno (en el ambiente, en la organización, en el uso de metodologías y recursos): las agendas de las UFAP ya disponen de un tiempo específico para la realización de la actividad, salvo en una de ellas (UFAP San Pablo), donde está previsto que comience en marzo 2019.

• Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria):
Antes del desarrollo del proyecto había varias UFAP del sector ZII que no realizaban esta actividad y, en este momento, si bien el proyecto está sin terminar, de momento ya se ha puesto en marcha la actividad en ocho de las nueve UFAP y casi todos los EAP conocen ya de su existencia.

• Metodología de la recogida de la información para la evaluación:
En la sesión clínica se recoge la hoja de firmas de los asistentes a la misma y se cumplimenta acta de la sesión.
Al final de la actividad de Escuela de Espalda con cada grupo de usuarios se les ofrece un cuestionario de satisfacción.
Indicadores y objetivos planteados:

• Puesta en marcha de escuela de espalda en las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII: 88,9% de las UFAP (100% de las unidades previsto en marzo 2019).

• Realización de Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II: Sin finalizar (falta su realización en seis EAP urbanos y los tres rurales) >57,1% de los EAP realizado (66,7% de los EAP urbanos).

• Grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: >84% grado de satisfacción alto o muy alto.

2. Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto:
Todos los fisioterapeutas de las UFAP del sector ZII se han implicado en el proyecto pero por las agendas de sesiones clínicas de los EAP, en algunos de ellos aún no ha sido posible la realización de la sesión clínica que estaba prevista en octubre. La actividad de Escuela de Espalda se ha puesto en marcha en ocho de las nueve UFAP del sector ZII pero todavía la derivación de usuarios en algunos casos es mínima, probablemente por desconocimiento de la existencia de dicha actividad hasta ahora. Por todo ello no ha podido completarse la evaluación del proyecto.

3. Valoración de los objetivos y aspectos no alcanzados. Análisis de los factores condicionantes del contexto y del desarrollo del proyecto (por ejemplo objetivos no realistas, análisis de situación inicial insuficiente, ambigüedad de actuaciones, etc):
Uno de los objetivos era dar a conocer la actividad a todos los EAP del sector ZII y se planteó hacerlo en los meses de septiembre y octubre. Tal vez esto no era un objetivo muy realista pues son meses en los que las agendas de los EAP suelen tener muchas actividades programadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto.
Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto.
El proyecto se considera viable aunque retrasando los plazos. Cuando las sesiones en los EAP se hayan realizado en su totalidad, la derivación de usuarios para participar en la actividad será mayor y con ello también se podrá valorar su impacto.

- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro.
Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros.
La puesta en marcha de la actividad de Escuela de Espalda es perfectamente sostenible ya que se puede integrar dentro de la agenda de las UFAP y se trata del abordaje de un problema de salud muy frecuente en las unidades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

de Fisioterapia. Asimismo se puede replicar en todas las unidades de fisioterapia de AP de cualquier sector, adaptándose en todo caso a la organización funcional de cada una de ellas.

- Propuestas de reorientación y cambio en el proyecto.
Es preciso terminar cuanto antes la divulgación de la actividad en los EAP y después ir actualizando la información cuando se incorporen profesionales nuevos. Asimismo es importante compartir con los EAP los resultados del proyecto para favorecer su implicación en la actividad.

- Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto.
La actividad se considera de gran utilidad para conseguir que los usuarios tengan un enfoque activo en el cuidado de su salud, ya que las algias vertebrales guardan mucha relación con los hábitos posturales e incluso con la idea que ellos mismos tengan de su problema de salud y su actitud frente a la misma. Por ello es importante evaluar el impacto de este proyecto cuando haya finalizado su implantación.

- Autovaloración del trabajo realizado.
Aunque el trabajo no ha concluido, el hecho de haberlo planteado ya ha conseguido implicar a todos los profesionales que hasta ahora habían pospuesto la puesta en marcha de una actividad considerada de utilidad dada la alta prevalencia del dolor lumbar.

7. OBSERVACIONES.
- De entrada nos lo planteamos como proyecto anual pero la realidad nos ha obligado a continuarlo este año para poder ofrecer resultados de su puesta en marcha al completo.

- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación:
Tras la implantación completa de la actividad sería interesante plantear otro proyecto en el que se mida el impacto sobre la salud de los usuarios participantes en la misma. Tal vez aquí se plantean dudas para definir correctamente los indicadores.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1569 ========== ***

Nº de registro: 1569

Título
PROYECTO DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
SANZ RUBIO CONCEPCION, HERNANDEZ GALLARDO ASUNCION, GASPAR CALVO ELENA, USERO TIL NOEMI, SEBASTIAN LORENTE LAURA, ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO, GIMENO SANZ ESPERANZA, FRANCO GIMENO MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Proyectos asistenciales de la Unidad

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El dolor lumbar es una de las principales causas de atención médica en las consultas médicas, así como de las principales causas de ausentismo laboral. La incidencia en la población adulta asciende de 60 a 80% en algún momento de sus vidas, y de éstos, hasta 36% de los casos persistirá de manera crónica1.
Dentro de las lumbalgias diagnosticadas, el 80-90% son inespecíficas (lumbalgias mecánicas)2.

Por este motivo, en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria se ofrece la actividad de Escuela de Espalda como programa de educación y entrenamiento, para que el paciente con dolor de espalda adquiera los conocimientos y habilidades precisos que le permitan un adecuado estado de salud para su espalda. Con este proyecto nos planteamos hacer una correcta divulgación de la actividad desde las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Zaragoza II.

RESULTADOS ESPERADOS
- Dar a conocer la actividad de Escuela de Espalda a los Equipos de Atención Primaria del Sector Zaragoza

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1569

1. TÍTULO

LA ESCUELA DE ESPALDA EN EL ABORDAJE DE LAS ALGIAS MECANICAS DE RAQUIS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

II.
- Poner en marcha la actividad en todas las Unidades de Fisioterapia de AP del Sector Zaragoza II.

MÉTODO
- Reunión con el equipo de Fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto.
- Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha
- Incluir esta actividad en la agenda en cada unidad de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda.

INDICADORES
- Puesta en marcha de escuela de espalda en las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII. 100% de las unidades.
- Realización de Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II: >80% de los EAP
- Grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: >80% grado de satisfacción alto o muy alto.

DURACIÓN
Proyecto anual.

- Reunión con el equipo de Fisioterapeutas de AP del sector Zaragoza II para planificar la implantación del proyecto: mayo 2018. Responsable Mª Concepción Sanz Rubio.
- Sesiones clínicas con los EAP del Sector Zaragoza II para explicar la actividad y su puesta en marcha: septiembre-octubre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Incluir esta actividad en la agenda en cada unidad de fisioterapia de AP del sector ZII: septiembre-octubre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.
- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios de la escuela de espalda: octubre-diciembre 2018. Responsable: Fisioterapeutas de las unidades de fisioterapia de AP del sector ZII.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0315

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GOMEZ BORAO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAEZ DE GUINOA BERMEJO MINERVA
LAMBAN ANTOÑANZAS CAROLINA
SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ
SANTOS GUERRERO MARIA SOL
GOMEZ BORAO MARIA LUISA
MARTINEZ DOMINGO MARIA PILAR
CATALAN ARANA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Octubre del 2016 se formó el equipo del plan de mejora. El 23 de Noviembre del 2016 se realizó la primera sesión de exploración del pie diabético para informar y motivar al resto de enfermeras. Asistieron 16 de las 20 compañeras del Centro de Salud Sagasta-Ruiseñores.
En Enero del 2017 cada enfermera participante empezó a citarse en consulta programada a sus pacientes diabéticos tipo 2 para realizar la exploración vascular y sensitiva de los pies.
El 23 de Enero del 2017 se volvió a realizar otra sesión de repaso a la cual asistieron 9 enfermeras de nuestro centro de salud.
Para ambas sesiones se empleó la sala de reuniones del centro. En ellas se explicó el procedimiento completo de la revisión del pie diabético utilizando el eco-doppler,el manguito de tensión y monofilamento. Por último se pasó una hoja de firmas para controlar la asistencia.
En agosto del 2017 finalizó el periodo de las exploraciones de pie diabético.
Para la recogida de datos de ideó una hoja en la que se hacia constar datos como edad, sexo, años de evolución en diabetes, tipo de tratamiento actual, valor numérico del Indice Tobillo-Brazo, la palpación de los pulsos (presente -ausentes), el resultado de la sensibilidad con el monofilamento (norrmal-patológico) y la valoración global del riesgo de padecer una lesión de pie diabético por parte de la enfermera que clasificaba el riesgo en bajo, moderado y alto.
Los datos se volcaron en una hoja de Excel y para valorar la satisfacción del ususario se creo una encuesta con cinco preguntas que se pasó durante los meses de Septiembre y Octubre del 2017.
En Enero del 2018 tuvo lugar la reunión de los responsables del proyecto con el resto del equipo para la presentación de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera evaluación que se realizó a los 6 meses de comenzar el proyecto el porcentaje de pacientes con ITB normal era de un 80%. De los pacientes con ITB patológico, es decir el 20%, un 82% tenían más de 10 años de evolución de enfermedad diabética.
En la evaluación final se compararon los resultados con los objetivos propuestos al inicio.
Respecto a la motivación del equipo de enfermería a realizar la exploración de manera anual se ha conseguido que acudieran el 80% de enfermeras del centro a la primera sesión informativa, bajando al 45% en la segunda sesión.
Como cifra final,el 40% de compañeras, es decir 8, han trabajando en el proyecto obteniendo un total de 109 exploraciones de pie diabético.
De las 109 exploraciones, 74 personas presentaban más de 10 años de evolución en DM2. Cabe destacar que el 70% de estos pacientes llevaban entre 10 y 15 años de evolución y el 9,45% padecían la enfermedad desde hacía 30 años o más, cumpliendo así el objetivo de incluirlos en visita programada.
Teniendo en cuenta la clasificación del riesgo de padecer complicaciones de pie diabético, el 11% presentaban un riesgo alto, el 67% un riesgo moderado, ya que la mayoria eran pacientes con más de 10 años de evolución; y el 22% un riesgo bajo. Entre los pacientes de riesgo moderado y alto, se encontró baja prevalencia de tabaquismo (6,4%) .La combinación de fumador con patología vascular previa estuvo presente solamente en el 1,8%. Tan sólo una persona de las exploradas presentaba úlceras previas,lo que supone el 0,9%.
De los 109 pacientes, dos fueron derivados al médico de familia tras la exploración y uno tenia cita pendiente con el especialista vascular.
En cuanto a los resultados de la encuesta de satisfacción, a el 88% les parecio excelente o muy bien que los incluyeran en un programa de prevención de lesiones del pie diabético. El 92,5% piensa que es una exploración muy completa. Respecto al trato recibido por enfermería fue valorado con un 97,5% como excelente; además este tipo de actividad preventiva les pareció muy buena idea al 100% de los participantes.
El 75,5% de los pacientes estarían dispuestos a participar en más programas de prevención del pie diabético. Los 24,5% restantes contestaron NS/NC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque se redujo el numero de enfermeras colaboradoras en el proyecto desde el inicio, se considera un buen porcentaje el 40%. Además cada una de ellas obtuvo un buen número de exploraciones en su consulta, obteniendo el mínimo necesario para realizar el estudio.
Respecto al cumplimiento de los objetivos marcados, el equipo de mejora considera que se ha aumentado el número de exploraciones de pie diabético con respecto a años anteriores, pero es una sensación subjetiva

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0315

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

porque no podemos averiguar cuantas exploraciones se hicieron el año anterior en el mismo periodo, iniciando con este trabajo la futura comparación para años posteriores.
En general, la valoración del equipo ha sido positiva, no han tenido ninguna dificultad e incluso ha habido una mejora en el seguimiento de estos pacientes.
Con la realización de la visita programada de enfermería, ha aumentado el autocuidado y la adherencia al tratamiento. También se considera que la recogida de datos podría haber sido más completa, obteniendo información sobre el autocuidado del paciente, que a pesar de estar registrada en OMI, no permite hacer una lectura rápida de los resultados. Esta debilidad será subsanada en futuros estudios.
También se podrá comprobar si aumenta el número de exploraciones y si las recomendaciones y el control periódico de los pies previene la aparición de posibles complicaciones de pie diabético.
Sobre la sostenibilidad del proyecto y la posibilidad de su replicación, cabe decir que el 50% enfermeras participantes, ya no pertenecen al equipo de atención primaria de este centro, por lo tanto se desconoce si las nuevas compañeras estarán dispuestas a participar en un futuro.

7. OBSERVACIONES.
Respecto a la primera evaluación realizada a los 6 meses, los resultados obtenidos no son del todo correctos debido a una mala valoración del riesgo de padecer pie diabético, es decir, ante una exploración valorada como riesgo bajo,no se tuvo en cuenta que llevar más de 10 años de evolución se clasifica como riesgo moderado. Este error fue subsando en la evaluacion final.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/315 ========== ***

Nº de registro: 0315

Título
EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

Autores:
GOMEZ BORAO MERCEDES, SAEZ DE GUINOA BERMEJO MINERVA, LAMBAN ANTOÑANZAS CAROLINA, CATALAN ARANA IGNACIO, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, MARTINEZ DOMINGO PILAR, SANTOS GUERRERO MARIA SOL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 ha sido catalogada como la epidemia del siglo XXI tanto por su creciente magnitud como por sus complicaciones. En los últimos estudios realizados en España sobre la prevalencia de la DM, se estima que entre el 10 y el 15% de la población adulta tiene diabetes. Varios factores como el envejecimiento de la población y la menor mortalidad de los diabéticos hace que las complicaciones vasculares y neuronales aumenten. La neuropatia diabética es la complicación más frecuente en pacientes con DM2. Se estima que el 40% de diabéticos con más de 10 años de evolución desarrollan alguna neuropatía y sobre el 15% presentarán patología vascular isquémica. La elevada prevalencia de las complicaciones crónicas de la DM, condiciona que se produzca un fuerte impacto sobre los costes sanitarios y atención primaria es el lugar adecuado para disminuir esos gastos mediante la educación sanitaria y la detección prescoz de complicaciones. Desde el año 2011, en nuestro centro de salud se ha ido realizando la exploración sensitiva y vascular del pie diabético. Dado que la curación de úlceras (vasculares y neuropáticas) son muy costosas tanto en tiempo de los profesionales como en recursos (apósitos, pomadas, vendas..) nuestro plan de mejora es detectar lo antes posible las complicaciones de EEII para disminuir costes y mejorar la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Detectar pacientes con DM de más de 10 años de evolución e incluirlos en visita programada de enfermería para realizar la exploración sensitiva y vascular.
2- Conocer el número de pacientes que al menos una vez se les ha realizado la exploración del pie.
3- Identificar los pacientes de riesgo (fumadores y con patologia vascular previa).
4- Derivar al médico de familia los casos con ITB patológico y si lo cree oportuno al especialista.
5- Motivar a enfermería a realizar la exploración de manera anual.
6- Aumentar la satisfacción del usuario.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0315

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO, DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES

1- Crear un equipo de enfermeras que forme y motive al resto. Responsable todo el equipo de mejora.
2- Enseñar a realizar la revisión sistemática y organizada del pie diabético. Realizarán la sesión Mª Luz Salvador y Marisa Gómez.
3- Priorizar pacientes fumadores y con factores de riesgo vascular. Todos los componentes del equipo revisarán los cupos buscando pacientes diabéticos de riesgo.
4- Realizar una hoja para registrar el resultado de la exploración. Pilar Martinez, Minerva Saez
5- Crear una hoja de excell para registrar a todos los pacientes a los que se le realiza la exploración. Mercedes Gómez.
6- Repasar el registro adecuado de los resultados en OMI. Mª Luz Salvador, Carolina Lamban, Ignacio Catalán
7- Valorar la satisfacción del ususario mediante una encuesta. Realizará la encuesta Mª Sol Santos y Mercedes Gómez.

INDICADORES
1- Número de enfermeras que acuden a las sesiones de formación dividido entre el número total de enfermeras. Se pasará hoja de firmas en cada sesión.
2- Número de enfermeras que acuden a la sesiones de formación dividido entre el número de enfermeras que realizan la exploración sensitiva y vascular.
3- Nª de pacientes derivados al MAP dividido entre el nº de pacientes con ITB patológico.
4- Porcentaje de pacientes con ITB normal y patológico
5- Nº de pacinetes con ITB patológico dividido entre el nº de pacientes de más de 10 años de evolución.

DURACIÓN
El proyecto se realizará desde octubre del 2016 hasta septiembre del 2017.
1- Octubre 2016: Creación del equipo de enfermeras que forme y motive.
2- Noviembre 2016: Sesión de exploración del pie diabético.
3- Diciembre 2016: Cada enfermera sacará el listado de sus pacientes, detectará los de riesgo y empezará a citarlos en consulta programada.
4- Enero 2017: Sesión para explicar la hoja de registro de resultados, el registro en OMI y repasar la exploración.
5- De enero a agosto 2017: Realización de la exploración del pie.
6- Mayo 2017: Elaborar la encuesta de satisfacción.
7- Septiembre 2017: Valoración de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1400

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA GOMEZ BORAO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ
MARTINEZ DOMINGO MARIA PILAR
ANGUAS GRACIA ANA
MADRIGAL YBARRO MARIEL
GOMEZ BORAO MERCEDES
PEIRO MURILLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En abril del 2017 se reunió el EAP para hablar sobre actividades comunitarias que estaban realizando los distintos profesionales de manera individual.
Un grupo de enfermeras decidió poner en marcha un programa de educación para la salud en el pacinete daibético tipo 2.
El equipo trabajó en la programación del proyecto para luego presentarlo al resto de compañeras con el objetivo de aportar ideas nuevas y motivar a la participación.
Para poner en marcha el proyecto se utilizó la sala de reuniones y como material empleado para desarrollar el proyecto se propuso un juego interactivo que consiste en un mapa de conversaciónes con dibujos y fichas donde hay diferentes pregunas que deben responder los pacientes sobre diversos temas de la diabetes. Según la ficha, se habla de mitos, definiciones, clasificaciones, preguntas y respuestas...etc. La sesión comienza con una introducción que realiza el profesional sobre el tema y las reglas del juego así va dirigiendo la sesión mediante un manual previamente preparado. Luego cada paciente selecciona unas fichas y van realizardo la actividad que se indique.
En cada sesión se utilizará una mapa interactivo diferente. Se programan cuatro sesión y los temas de cada sesión son los siguientes:
Vivir con diabetes
Cómo funciona la diabetes
Alimentación sana y mantenerse en forma
Comenzar el tratamiento con insulina

La duración de las sesiones será de una hora y media. Cada una de estas sesiones tendrá lugar una vez por semana durante un mes, es decir, un tema por semana. La idea fue hacer una ronda en otoño, y otra para primavera.
Se programó que durante el mes de Septiembre, se realizara la selección de los pacientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: capacidad suficiente de aprendizaje, haber pasado por educación individual, tener motivación, no haber recibido educación grupal en los dos años anteriores, presentar mal control metabólico de larga duración y tener una persona que les acompañe a la actividad formativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se realizó debido al traslado de más de la mitad de las enfermeras participantes en el proyecto. Sobre el standar marcado, se pretendía valorar los conocimientos antes y después de la educación grupal mediante una encuesta. Por otra parte, comparar la cifra de hemoglobina glicosilada y la hidratación de los pies tres meses antes y seis después de la intervención. Las cifras de hemoglobina glicosilada serían obtenidas del OMI mientras que el nivel de hidratación de los pies se mediría mediante la observación.

Para valorar la satisfacción del proyecto se pensó en realizar una encuesta al finalizar el programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El movimiento de personal de enfermería trajo como consecuencia el abandono del proyecto. La idea es desarrollarlo a lo largo del 2018 con la colaboración de las nuevas enfermeras.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1400 ========== ***

Nº de registro: 1400

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA-RUISEÑORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1400

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Autores:
GOMEZ BORAO MARIA LUISA, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MERCEDES, MARTINEZ DOMINGO PILAR, ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI, PEIRO MURILLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, no solo por su prevalencia, sino también por su elevada tasa de morbimortalidad y sus complicaciones crónicas. Varios factores como el envejecimiento de la población y la menor mortalidad de los diabéticos hacen que las complicaciones vasculares y neurológicas aumenten. Para nuestro centro es un problema de salud prioritario que requiere un cuidado clínico y una educación continua para prevenir las complicaciones agudas y crónicas además de contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico. Consideramos que la educación diabetológica es fundamental para informar, motivar y mejorar la adherencia al tratamiento con el fin de reducir el peso de la cronicidad y aumentar la calidad de vida.

Los inputs y/o consumos que pretende mejorar nuestro proyecto de salud comunitario son los siguientes:
Ayudar a aceptar el diagnostico de diabetes y aprender a adaptarse a la enfermedad.
Aprender y modificar los hábitos de vida necesarios para tener una buena calidad de vida (dieta, ejercicio, toma de medicación).
Participar en la toma de decisiones para integrar y mantener los nuevos hábitos adquiridos.
Superar miedos y mitos sobre la insulinizacion y sus consecuencias.
Mediante la educación grupal pretendemos fomentar el autocuidado por parte del paciente con diabetes y la implicación de familiares y/o cuidadores proporcionando conocimientos y habilidades para lograr un buen control de su enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro programa se va a centrar en un grupo homogéneo en función del nivel de instrucción y con características socioculturales semejantes. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares.
Los objetivos a cumplir son:
- Mejorar la hemoglobina glicada
- Mejorar la cifras de tensión arterial.
- Mejorar conocimientos mediante una encuesta antes y después del programa de salud.
- Aumentar la hidratación del pie, se medirá a los 3 meses en consulta de enfermería.

MÉTODO
Se realizará 2 ediciones anuales según las necesidades y recursos.
Se realizarán 2-3 sesiones en cada edición.
Una sesión semanal.

Las personas serán captadas directamente por medico/a y enfermero/a.
Se incluirán en el programa los pacientes que cumplan los siguientes criterios:
Capacidad suficiente de aprendizaje
Haber pasado por la educación individual
Tener motivación
No haber recibido educación grupal en los 2 años anteriores
Mal control metabólico de larga evolución

Las sesiones grupales duraran sobre 1 hora y media.
En turno de mañana o tarde según las necesidades del grupo.
El lugar de realización de las sesiones grupales será en las instalaciones del centro de salud.

INDICADORES
Se valorarán los conocimientos antes y después de la educación grupal mediante una encuesta.
Para valorar la satisfacción de los pacientes se realizará una encuesta al finalizar el programa.
En consulta se compararán la cifra de hemoglobina glicosilada, tensión arterial e hidratación de los pies, antes de las sesiones y 6 meses después de la intervención.

DURACIÓN
En 1 año se realizarán 2 ediciones del programa, con 3 sesiones en cada edición, de una duración de 1,30 h cada una.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1400

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD SAGASTA RUISEÑORES

Los responsables de las sesiones serán:
M. Luz Salvador Visiedo. Enfermera
M. Luisa Gómez Borao. Enfermera
M. Pilar Martínez Domingo. Enfermera
Ana Anguas Gracia. Enfermera
Mercedes Gomez Borao. Enfermera
Mariel Araceli Madrigal Ybarro. Enfermera
Beatriz Peiro Murillo. Medico

OBSERVACIONES

Antigua línea: Diabetes

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0550

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GOMEZ BORAO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CENARRO GUERRERO TERESA
GARCIA VERA CESAR
CANCER GASPAR ELENA
DE LA ASCENSION SANTOS ALICIA
DOBON SANCHEZ ELENA
SOLANILLA LOPEZ IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se incorporó entre los consejos de salud las acciones dirigidas a mejorar el hábito de la lectura.
- Se animó a los padres a la lectura de cuentos a los más pequeños.
- Se aconsejó la lectura a los niños como parte del ocio saludable.
- Se creó un rincón de lectura en la sala de espera con la colaboración de Biblioteca Cubit, aportando una voluntaria que viene una vez a la semana a ordenar y restaurar los libros dañados.
- Se elaboraron carteles informativos de la disponibilidad de los libros en la sala de espera.
- Se decoró la sala de espera para favorecer un ambiente de lectura por parte de la ONG " Believe in Art".

-- Calendario marcado y recursos empleados:
Abril 2018: se realizaron los carteles para recoger libros donados.
Mayo 2018: la ONG Believe in Art pintó y decoró la sala de espera y se contactó con la Biblioteca Cubit para llevar a cabo la actividad.
Junio 2018: se puso en marcha el proyecto.
Junio – julio 2018: se recogieron de datos, aunque se mantuvo el hábito de lectura en la sala de espera de manera indefinida.
Enero 2019: se estimaron los resultados.
Febrero 2019: se elaboró la memoria final.

Se realizó una sesión informativa el día 12 de Febrero de 2019 con el fin de informar sobre los resultados obtenidos al resto de profesionales del centro de salud.

Como recursos empleados, se elaboraron tarjetas y un buzón para su recogida, el cuál se colocó en la sala de espera.
Los libros fueron donados por las familias, compañeras del centro y por las Bibliotecas María Moliner y Cubit.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante los meses de junio y julio, en las consultas de Pediatría (tres pediatras) y Enfermería pediátrica (dos enfermeras) se vieron un total de 3806 niños. De todos ellos, fueron 100 niños los que introdujeron una tarjeta en el buzón obteniendo así un 2,6% de participación.
A pesar del interés mostrado por la lectura, la participación de la evaluación de la actividad por parte de los padres fue escasa, convirtiéndose en la debilidad del proyecto.

Teniendo en cuenta que el standard inicial planteado fue del 70% y, asociándolo a la escasa participación, convendría trabajar en esta línea de mejora.

- Grupo de 2 a 6 años:
El 100% de los padres que metieron la tarjeta en el buzón, leyeron un cuento a sus hijos en la sala de espera.
El 80,7% de los participantes valoraron la experiencia entre 9 y 10 sobre 10, según la escala suministrada (escala analógica visual).

- Grupo de 7 a 14 años:
El 88% de los niños que metieron la tarjeta en el buzón, leyeron un cuento en la sala de espera. El 12% restante utilizaron dispositivos tecnológicos como el teléfono móvil.
El 100% de los participantes que leyeron un libro, valoraron la experiencia entre 0 - 1 -2, según la escala suministrada (escala de las caras sonrientes). Siendo 0 la máxima puntuación y 6 la mínima.
El 72% de los participantes que leyeron un libro en la sala de espera respondieron que volverían a hacerlo.

Estos resultados fueron obtenidos a través de las tarjetas que los participantes introdujeron en el buzón situado en la sala de espera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Aspectos a mejorar:
Nivel de participación.
Elaborar otro método para la recogida de datos que resulte mas llamativo.
Recoger datos durante más tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0550

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

- Sostenibilidad:
A día de hoy, aunque la recogida de datos haya sido muy escasa, creemos que los niños y padres participan activamente disfrutando de la lectura y nos felicitan por el proyecto realizado (resulta una opción de entretenimiento saludable, haciendo la espera más breve).

- Posibilidades de réplica:
Recomendamos que este modelo se siga en otros centros de salud, para fomentar la afición por la lectura en los niños y alejarlos así del uso de dispositivos electrónicos.

7. OBSERVACIONES.
El nombre correcto de una de las colaboradora es Alicia de la Ascensión Santos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/550 ========== ***

Nº de registro: 0550

Título
LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

Autores:
GOMEZ BORAO MERCEDES, CENARRO GUERRERO TERESA, GARCIA VERA CESAR, CANCER GASPAR ELENA, DE LA ASUNCION SANTOS ALICIA, SOLANILLA LOPEZ IRENE TERESA, DOBON SANCHEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NIÑO SANO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La lectura es muy importante en todas las edades, a través de la lectura no solo se adquieren conocimientos y un buen manejo del lenguaje, también favorece la memoria y la concentración, asi como el desarrollo de la imaginación, creatividad y el desarrollo socio-emocional.
La lectura es un habito saludable y como tal debe de fomentarse desde el centro de salud dentro de la atencion integral al niño implicando a los padres de manera activa.

En el programa de salud infantil se ha detectado que un gran numero de niños no tienen incorporado entre sus habitos saludables el de la lectura por lo que se propone un area de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es fomentar la lectura como hábito saludable.
Aprovechar el rato de espera para leer.
Ofrecer la lectura como alternativa a las tecnologias (movil, tablet, etc).
Adquirir el hábito de leer en los ratos libres.
Favorecer el acercamiento entre madre-padre y los niños mas pequeños a traves de la lectura.

MÉTODO
-Incorporar en los consejos de salud las acciones dirigidas a mejorar el hábito de la lectura.
-Animar a los padres a la lectura de cuentos a los más pequeños.
-Aconsejar la lectura a los niños como parte del ocio saludable.
-Crear un rincón de lectura en la sala de espera con la colaboración de Biblioteca Cubit que aporta una biblio-maleta.
-Talleres de lectura con voluntarios que colaboran con la Biblioteca Cubit.
-Carteles informativos de la disponibilidad de los libros en la sala de espera.
-Decoración de la sala de espera para favorecer un ambiente de lectura por parte de la ONG “ Believe in Art”.

INDICADORES
GRUPO DE 2 A 6 AÑOS: preguntar a los padres si les han leido a traves de una pequña encuesta de satisfacción con las siguientes preguntas:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0550

1. TÍTULO

LA PROMOCION DE LA LECTURA COMO HABITO SALUDABLE: UNA BIBLIOTECA EN LA SALA DE ESPERA

PADRES DE NIÑOS de 2 a 6 años:
1º- Cuanto tiempo has estado esperando? Minutos=
2º- Le has leido algun cuento a tu hijo? SI NO
3º- crees que se ha entretenido y el tiempo de espera ha pasado más rápido? SI NO
4º- Valora del 1 al 10 la experiencia:

GRUPO DE 7 A 14 AÑOS: Se les entregará una tarjeta dinámica a la salida de la consulta, en la que se valorarán mediante imagenes y según la escala de las caritas sonrientes la experiencia del niño y la manera de pasar el tiempo de espera.

NIÑOS DE 7 a 14 años:

Rodea con un círculo lo que has utilizado en la sala de espera: (DIBUJOS) ¿Como te lo has pasado?
¿Que elejirás la próxima vez que vengas? (DIBUJOS)

Al salir de la consulta se les entrega en función del grupo de edad, una tarjeta para valorar el hábito de lectura en la sala de espera que rellenarán e introducirán en un buzón situado en la misma sala.Esto servirá para calcular los indicadores y como forma de evaluar si se produce un aumento de la lectura en los niños mientras esperan. Al final de cada semana, se hará un recuento de las tarjetas pertenecientes a cada grupo de edad y se calcurán semanalmente los siguientes indicadores:

El porcentaje de participación se calcurá haciendo un recuento semanal de los pacientes que acuden a consulta y será:

Nº de tarjetas del buzón/Nº total de pacientes atendidos en una semana x 100

EVALUACIÓN: se conseguirá un 70% de participación total al final del estudio.

En el grupo de 2 a 6 años:

Porcentaje de padres que han leido un cuento a sus hijos:

Nº tarjetas que obtienen un SI a la 2ª pregunta /Nº total de tarjetas de ese grupo de edad x100

Porcentaje de padres que no han leido en la sala de espera: se calculará a través de la diferencia.

EVALUACIÓN: al final del estudio se habrá conseguido en este grupo edad un porcentaje del 30% de lectura y una media de 6 a7 puntos en el grado de satisfacción de la experiencia por parte de los padres.

En el grupo de 7 a 14 años:

Porcentaje de niños que han leido mientras esperaban

Nº tarjetas que tienen rodeado el dibujo de libros/Nº total de tarjetas de ese grupo de edad x100

Porcentaje de niños que no han leido mientras esperaban y han utilizado móvil, tablet u otros: se calculará a través de la diferencia.

EVALUACIÓN: al final del estudio se habrá conseguido en este grupo de edad un porcentaje del 50% de lectura y una media entre 1 y 2 en la escala de caritas sonrientes.

DURACIÓN
-Abril 2018: realización de carteles para recoger libros donados.
-Mayo 2018: la ONG Believe in Art pintará y decorará la sala de espera y contactaremos con la Biblioteca Cubit para llevar a cabo la actividad de biblio-maleta.
-Junio 2018: puesta en marcha del proyecto.
-Diciembre 2018: cierre de recogida de datos, aunque se mantendrá el hábito de lectura en la sala de espera de manera indefinida.
-Enero 2019: estimación de resultados.
-Marzo 2019: memoria final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL IBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior (82 años) a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetivó que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% reconoció aprender conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% consideró que el número de sesiones era bastante adecuado frente a un 16,7% que lo consideró muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación fue buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar e incluso disminuir la incidencia de futuros diagnósticos al reducir los factores de riesgo.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza que les garantice un correcto desarrollo de su rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a pensar en la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior (82 años) a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetivó que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% reconoció aprender conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% consideró que el número de sesiones era bastante adecuado frente a un 16,7% que lo consideró muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.
En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación fue buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar e incluso disminuir la incidencia de futuros diagnósticos al reducir los factores de riesgo.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza que les garantice un correcto desarrollo de su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a pensar en la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.
Vuelvo a enviar la memoria porque en el correo que me han remitido dice:
Le comunicamos que la Memoria que nos envía, titulada:
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN DIABETES
corresponde a un proyecto que NO fue incluído en el Acuerdo de Gestión Clínica/Contrato-Programa, (n? 0598), correspondiente al año 2018, por lo que NO va a ser evaluada.

Sin embargo en el PROGRAMA DE GESTION DE PROYECTOS EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2018 si que sale. No entendemos por qué no se evalúa.

Gracias

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
GOMEZ BORAO MERCEDES
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

Este proyecto ha sido valorado positivamente y está incluido en el AG del 2018. Les ruego porcedan a su aceptación para su evaluación. Muchas gracias.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MERCEDES
GOMEZ BORAO MARISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ANGUAS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
GOMEZ BORAO MARISA
MATEO DE LAS HERAS ESTHER
GOMEZ BORAO MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se efectuó una búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los criterios de inclusión y exclusión de nuestra población, basados en evidencia científica. Este proceso se tuvo que repetir una segunda vez al vernos en la necesidad de incluir población con edad superior a la establecida inicialmente.
2.- Se realizaron tres reuniones del grupo de trabajo de diabetes, perteneciente al grupo de calidad del centro, con el fin de debatir y consensuar términos, decidiendo comenzar con un estudio piloto de 6 pacientes para, en dependencia del desarrollo de la misma, considerar su posterior inclusión como actividad comunitaria del centro.
3.- Tras informar al resto del personal sanitario del CS Sagasta-Ruiseñores del programa, sus objetivos y criterios de inclusión, se pidió un listado de posibles participantes.
4.- Se ensayó el programa en cinco ocasiones entre nosotros, antes de ponerlo en marcha con los pacientes.
5.- Se realizaron las sesiones con los pacientes y una valoraron de cada una de ellas.
6.- Con los resultados obtenidos se localizaron las debilidades y fortalezas del programa sobre las que se debe trabajar para decidir si se incluye en el futuro como actividad comunitaria.
7.- En febrero de 2019 se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Programa piloto se realizó con un total de 6 pacientes, 5 diabéticos insulinodependientes tipo II y 1 sin tratamiento prescrito pero con cifras de glucemia en el límite de la normalidad, que acudió a las sesiones acompañando a su mujer.
De los 6 individuos, 4 (66,66%) fueron mujeres y 2 (33,33%) hombres, con edades comprendidas entre 69 y 82 años, siendo la media de 76,16 años.
En lo que se refiere a los resultados relacionados con el paciente se han cumplido los objetivos descritos en el programa, proporcionando apoyo educativo para un correcto afrontamiento de la enfermedad mediante sesiones educativas que permitieran al paciente mejorar su autocuidado.
De las respuestas dadas por los pacientes en la encuesta de valoración creada ad hoc para evaluar el programa (fuente escrita) se objetiva que, el 100% de los pacientes reconocieron haber mejorado sus conocimientos y haber reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida tras recibir la educación sanitaria.
Para el 50% de los participantes el programa va a ser muy útil en su vida diaria y para el 50% restante lo va a ser bastante. El 100% ha aprendido muchos conceptos nuevos relacionados con su enfermedad y el 83,3% considera que el número de sesiones es bastante adecuado frente a un 16,7% que lo considera muy adecuado, siendo la duración de las mismas bastante correcta para el 100% de los individuos.

En lo referente a los resultados relacionados con los profesionales sanitarios, el 100% de los educadores recibieron formación previa, extraída de la revisión bibliográfica, durante las cinco sesiones en las que se ensayó el programa educativo. Podemos considerar que dicha formación ha sido buena, a tenor de las respuestas de los pacientes en la encuesta, en la que el 66,67% consideró que el lenguaje empleado por las educadoras era bastante correcto para su comprensión y el 33,33% lo era mucho. El 100% de los individuos se sintieron cómodos durante las sesiones, a la vez que consideraron cómoda el aula en la que se impartieron.

En lo referente a los resultados relacionados con el programa educativo, el 100% de los pacientes reconocieron que los conocimientos adquiridos les sirvieron para aumentar su nivel de independencia en el autocuidado del manejo de la enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de educación sanitaria dirigido a pacientes diabéticos ha demostrado ser una herramienta útil para aumentar su disposición para mejorar los conocimientos relacionados con la patología (NANDA 00161), mejorar sus conocimientos relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento (NANDA 00126) y reducir el riesgo de niveles de glucemia inestables (NANDA 000179).
Sin embargo también es interesante considerar su importancia en aquellos pacientes que, sin tener un diagnóstico de diabetes mellitus, presentan cifras de glucemia que rozan el límite establecido. Creemos que con este programa se puede retrasar o incluso reducir la probabilidad de un futuro diagnóstico.
Hay que destacar la gran satisfacción de los participantes, manifestada por su interés ante futuros proyectos educativos aún en vías de desarrollo, los cuales se les daba a conocer durante las sesiones.
Vemos importante el vínculo creado entre los pacientes, lo que nos hace pensar en su doble utilidad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

aquellas personas que no cuentan con un círculo de confianza, que les garanticen un buen desarrollo de su rol social.
La seguridad clínica es otro punto fuerte de este programa. Aumentar los conocimientos de los pacientes y su capacidad de autocuidado disminuye la presencia de complicaciones y los riesgos derivados de la propia enfermedad.

Lo mismo ocurre con los profesionales sanitarios, la protocolización de nuestras acciones reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria.
El personal sanitario que compone el grupo de trabajo de diabetes del centro de salud Sagasta-Ruiseñores se siente satisfecho con los conocimientos adquiridos de una forma tan dinámica, considerándolos útiles en la propia consulta.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de usar el Programa educativo en todos los Centros de Salud urbanos del Área de Salud II de Aragón, teniendo en cuenta su gran sostenibilidad a coste 0.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el apellido de una componente del equipo. Donde pone Mariel Araceli Madrigal Ibarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro

*** ========== Resumen del proyecto 2018/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

Autores:
ANGUAS GRACIA ANA, MADRIGAL IBARRO MARIEL, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, GOMEZ BORAO MARIA LUISA, GOMEZ BORAO MERCEDES, MATEO DE LAS HERAS ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La actual interpretación sociosanitaria de promoción de salud y prevención de la enfermedad pasa por la implicación de los miembros de la comunidad como activos de salud gestores de sus autocuidados. Según el INE, la prevalencia de pacientes que conviven con al menos una enfermedad crónica en Aragón en mayores de 65 años es del 96,69%, en mayores de 75 años del 97,35% y en mayores de 80 años del 97,38%. Una patología crónica de gran prevalencia en la población es la diabetes mellitus. Según el informe Di@bet.es el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones, con edades comprendidas entre 61 y 75 años presentan diabetes tipo 2. El análisis DAFO descrito en el Programa de Atención Integral Diabetes Mellitus del Gobierno de Aragón identifica como una debilidad del grupo educación sanitaria la escasa actividad en formación grupal.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar apoyo educativo a los pacientes para un correcto afrontamiento ante los posibles cambios en su calidad de vida derivados de la enfermedad. - Desarrollar sesiones educativas para la mejora de los autocuidados en relación a la alimentación, el ejercicio físico, el cuidado de la piel, el cuidado de los pies y el manejo de su tratamiento farmacológico. - Adiestrar a los pacientes y sus familiares para la correcta identificación de los signos y/o síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia. - Enseñar a los pacientes a canalizar sus emociones a través de la comunicación en grupo. - Fortalecer las capacidades y competencias adquiridas por el paciente y su familia durante el transcurso del programa sanitario.
Dirigido a pacientes diabéticos de 65 a 75 años del CS Sagasta-Ruiseñores, para mejorar su autocontrol y autocuidado.
Se describen los NANDA más importantes.

MÉTODO
Formado por cuatro sesiones, de 90 minutos cada una a realizar en el aula del centro. Los grupos serán de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0598

1. TÍTULO

APRENDE JUGANDO: PROGRAMA DE EDUCACION EN DIABETES

ocho pacientes. Criterios de inclusión: mal control en el último año, adecuada capacidad cognitiva, aceptación voluntaria y no haber recibido educación grupal en el último año. Se excluirán aquellos que posean estudios sanitarios.
Utilizaremos los cuatro mapas de conversación visual del laboratorio Lilly, trabajando uno en cada sesión. Al final del programa se entregará un tríptico con la información más relevante.

INDICADORES
Se describen 4 indicadores de resultado:
1: % de pacientes que mejoran sus conocimientos tras la educación sanitaria recibida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 80% de los pacientes serán capaces de diferenciar entre alimentos ricos en proteínas, grasas e hidratos de carbono y dentro de estos aquellos que son de absorción rápida y lenta. Gargallo Fernández M et al. Resumen del consenso FESNAD-SEEDO: recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Endocrinol Nutr. 2012;59:429-37
2: % de pacientes que tras la educación para la salud han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. Fuente: Encuesta previa y posterior al programa. Estándar: El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida. Tasende C, Rubio JA, Álvarez J. Traducción al español, adaptación y validación del Cuestionario de miedo a la hipoglucemia en adultos con diabetes tipo 1 de la Comunidad de Madrid. Endocrinol Diabetes Nutr 2018;65:287-296
3: % de profesionales enfermeros y médicos que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 90% de los profesionales enfermeros y el 5% de los médicos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación. Rico Blázquez M, Ferrer Arnedo C, de Frías Redondo M, Valdivia Pérez A, Pérez de Hita C, Regidor Ropero T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14
4: % de pacientes que son independientes en el autocuidado relacionado con el manejo de la enfermedad tras el programa educativo. Fuente: Entrevista y observación al finalizar el programa. Estándar: El 40% de los pacientes con capacidad para garantizar sus autocuidados serán independientes en los mismos. Romero Organvídez J, Jiménez Luna A. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n3/p152.php Consultado el 30 de abril del 2018.

DURACIÓN
Captación: del 7 al 11 de mayo.
Sesiones: 22 de mayo “Vivir con diabetes” con Carmen Arenaz y Carmen Navarro. 29 de mayo “¿Cómo funciona la diabetes?” con Mercedes Gómez y Mariel Madrigal. 5 de junio “Una alimentación sana y mantenerse en forma” con Marisa Gómez y Mª Luz Salvador. 12 de junio “Comenzar el tratamiento con insulina” con Mariel Madrigal, Esther Mateo y Ana Anguas Gracia.
Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0724

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JESUS PALACIO LAPUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGUAS GRACIA ANA
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN
ARENAZ CAJAL CARMEN
TRASMONTAN GALVEZ JOSE
PEREZ GRACIA MARIA ISABEL
LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- En abril se realizó una sesión formativa de ayuda a segundas víctimas para los profesionales de los CS Ruiseñores y Miraflores. En el centro de salud de Muñoz Fernández conviven los dos centros.
2.- La selección de los referentes entre los voluntarios del personal sanitario y administrativo del centro de salud Ruiseñores se ha realizado en base a las siguientes características: Se conocidos por todos los trabajadores del centro de salud, tener un carácter empático y facilitador capaz de generar confianza entre los compañeros y capacidad de escucha activa.
3.- Para que todos los profesionales del centro de salud tuvieran claro quiénes eran los referentes seleccionados se hizo una reunión, se comunicó a través de correo interno y se buzoneo en los casilleros del personal indicando sus nombres y apellidos, correo electrónico y profesión.
A modo de recordatorio el buzoneo se ha realizado en dos ocasiones.
4.- En mayo se creó un grupo de discusión informal para trabajar con el plan de apoyo a segundas víctimas.
5.- Dicho plan desarrollado por el grupo de trabajo se expuso al personal de ambos centros para su debate y aprobación. Se aprobó por unanimidad.
6.- En junio se implantó el plan en el centro.
7.- En junio se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
8.- En junio se presentó el programa y el plan en la XI jornada de seguridad del paciente en atención primaria SEMFYC celebradas en Madrid.
9.- En febrero de 2019 se realizó una sesión informativa con los resultados obtenidos.
10.- En el mismo mes se elaboró la memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido el estándar planteado para cada indicador, de tal manera que:
1.- Más del 50% de los profesionales mejoraron sus conocimientos en ayuda a segundas víctimas; y 2: El 10% de los profesionales sanitarios y el 8% de los administrativos del CS Sagasta-Ruiseñores recibieron formación adecuada.
En las sesiones informativas/formativas del plan se hizo un registro de la asistencia. Del total de 58 profesionales sanitarios (21 son médicos, 22 enfermeros, 3 pediatras, 2 TCAE, 6 administrativos, 1 matrona, 2 fisioterapeutas y 1 trabajador social) acudieron 29, lo que supone justo el 50% asumido en el primer indicador y más del 10% y 8% del segundo.
En el centro de salud Sagasta-Ruiseñores existen 7 Referentes, de los cuales 3 son médicos, 2 enfermeras y 2 administrativos.
A fecha de hoy, 11/02/2019, el servicio de referentes de ayudas a segundas víctimas se ha utilizado en 3 ocasiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos parece necesario destacar el interés suscitado en los compañeros y su alta participación en las sesiones, demostrando que la implantación de estas figuras en nuestro entorno laboral es fundamental.
La notificación de un evento adverso al sistema casi siempre viene acompañada con la aparición de determinados sentimientos difíciles de gestionar pudiendo ser necesario la derivación del implicado a salud laboral. Tener un referente en el centro de trabajo con quien poder analizar la situación, que te aconseje y asesore es muy importante.
Por otra parte, creemos que dar a conocer la figura del Referente, su función y preparación puede ayudar a disminuir el temor a ser sometido a juicios de valor en futuras notificaciones.
Para un funcionamiento global e integral del plan y con el objeto de no privar a ningún profesional de esta herramienta, planteamos que desde el sistema de notificaciones de eventos adversos se ofrezca al profesional implicado su derivación a los referentes de su centro o, en caso de que no existieran, a salud laboral.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/724 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0724

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

***

Nº de registro: 0724

Título
PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

Autores:
PALACIO LAPUENTE JESUS, ANGUAS GRACIA ANA, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN, ARENAZ CAJAL CARMEN, LUNA RODRIGO PEDRO ANTONIO, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE, PEREZ GRACIA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Eventos adversos derivados de la asistencia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando se produce un evento adverso (EA) la primera víctima es el paciente que lo sufre. Sin embargo, muchas veces obviamos el impacto emocional que puede suponer en el personal sanitario, no sanitario y cuidadores informales ver sufrir o morir al paciente por algo relacionado con la atención o los cuidados que le han prestado. No superar estas situaciones puede llevar al profesional al abandono de la profesión, a la dedicación exclusiva no asistencial e incluso a ver seriamente afectada su salud. Son las segundas víctimas. La organización sanitaria en la que se produce el EA también puede verse perjudicada por litigios, indemnizaciones o pérdida de prestigio, convirtiéndose en tercera víctima.
Es primordial que la organización en la que ocurra el EA tenga una cultura de seguridad del paciente en la que se analicen todos los factores personales y del sistema que confluyen para producir o no evitar el evento, permitiendo introducir mejoras para prevenir que vuelva a suceder.
Si el EA le ocurre a un compañero es importante ser nosotros los que le ayudemos por lo que proponemos la formación de Referentes en Ayuda a Segundas Víctimas en cada centro. La capacidad de afrontamiento de cada individuo no debe sobrevalorarse y los referentes ayudarán a la segunda víctima desde la confidencialidad.
Si la segunda víctima fuera el cuidador, el referente debería ser su médico.
Bibliografía:
Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
2 Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009 Oct; 18(5):325-30. DOI: 10.1136/qshc.2009.032870.
3 Palacio J. Los cuidados y la seguridad del paciente. Blog Sano y salvo [Internet]. GdT de Seguridad del Paciente de semFYC. 7 de noviembre de 2017 [Citado 30 de abril de 2018]. Disponible en: http://sano-y-salvo.blogspot.com.es/2017/11/los-cuidados-y-la-seguridad-del-paciente.html
4 Wu AW, Shapiro J, Harrison R, Scott SD, Connors C, Kenney L et al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? J Patient Saf. 2017 Nov 4. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000256.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Elaborar un plan de ayuda a los compañeros que estén en esa tesitura que integre la atención a las primeras víctimas con la de las segundas víctimas, en un proceso que puede evitar que la institución se convierta en tercera víctima.
Irá dirigido al personal sanitario y administrativo del CS Ruiseñores, con opción de incluir al personal de Miraflores.

MÉTODO
Para elaborar el plan se debatió una propuesta en el grupo de calidad, elaborada por un miembro de la misma con experiencia en el tema. El debate se amplió a una reunión de voluntarios para ser referentes a los que los compañeros en riesgo de ser segundas víctimas puedan acudir solicitando apoyo. En la actualidad se ha enviado el proyecto de plan elaborado a los trabajadores del centro para debatirlo y aprobarlo en una reunión de equipo, tras lo cual se implantará en el centro. Durante este proceso se proporcionó formación ad hoc a los miembros del grupo de calidad y a los referentes. También se realizó una sesión formativa sobre el tema a todo el equipo.

INDICADORES
1: % de profesionales sanitarios y administrativos del CS Ruiseñores y Miraflores que mejorarán sus conocimientos tras la sesión formativa recibida. Fuente: Encuesta posterior de utilidad percibida del plan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0724

1. TÍTULO

PLAN DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS DEL CENTRO DE SALUD MUÑOZ FERNANDEZ-RUISEÑORES, ZARAGOZA, SALUD

Estándar: El 50% de los profesionales mejoraran sus conocimientos en ayuda a segundas víctimas. Van Gerven E et al. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. Rev Calid Asist. 2016 Jul;31 Suppl 2:34-46. DOI: 10.1016/j.cali.2016.02.003.
2: % de profesionales del CS Ruiseñores que recibirán formación para ser referentes en ayuda a segundas víctimas. Fuente: Auditoría propia durante el periodo de formación del personal. Estándar: El 10% de los profesionales sanitarios y el 8% de los administrativos del CS Sagasta-Ruiseñores recibirán la formación adecuada. Denham, C.R. TRUST: the 5 rights of the second victim. J Patient Saf. 2007; 3 (2):107-119. DOI: 10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd

DURACIÓN
- Sesión formativa, selección de referentes y exposición del programa a ambos centros de salud (Ruiseñores y Miraflores): Abril y Mayo 2018.
- Grupo de discusión informal: Continuo.
- Docencia del curso IACS: Según fechas del mismo.
- Presentación del programa en las jornadas de calidad del SALUD de Calatayud el 13 y 14 de junio y en las jornadas SEMFYC 2019.
- Evaluación del programa y presentación de resultados: octubre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CABEZA GUILLEN
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRATTA LINARES ROSARIO
LOPEZ PEREZ ANGELES
MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN
METOLA LOZA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. En enero de 2018 tuvo lugar la formación del grupo de trabajo compuesto por matronas de Atención Primaria del Sector Zaragoza II. Aunque inicialmente se pensó en formar un grupo con 5 participantes finalmente, dada la extensión del trabajo, se decidió ampliar a 10 participantes:
- CABEZA GUILLÉN, Mª ELENA
- ARRATTA LINARES, ROSARIO
- LÓPEZ PEREZ, ÁNGELES
- MARTÍNEZ CHUECA, Mª CARMEN
- METOLA LOZA, JULIA
- BERNARDOS LÁZARO, PAULA
- SANCHEZ MAINAR, AMOR
- MARIÑOSA ASENSIO, AMELIA
- VELA ÍNSA, Mª JESÚS
- SAGASTE ROMEO, TERESA
La guía actualizada de Educación Maternal se estructuró en ocho sesiones para abarcar diversos aspectos de los temas del embarazo, parto, posparto, recién nacido y crianza. El trabajo se repartió en pequeños grupos entre las 10 participantes y posteriormente cada tema fue revisado por un grupo coordinador formado por Mª Carmen Martínez, Ángeles López y Elena Cabeza.
2. Tras la constitución del grupo de trabajo se realizó una detallada revisión bibliográfica sobre todos los temas.
Se tomó como punto de partida la guía “Educación Sanitaria Materna” del INSALUD Sector 2 y 5, editada aproximadamente 20 años, para iniciar el diseño de la nueva guía. Para su actualización se realizó una revisión bibliográfica de las siguientes fuentes: los últimos protocolos de la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología) y guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sobre la asistencia al parto, posparto y el control del embarazo; las guías sobre Educación Maternal de otras comunidades autónomas; las Guías de Práctica Clínica editadas por el Ministerio de Sanidad de atención en el embarazo y puerperio, asistencia al parto, cuidados del recién nacido y lactancia; diversos manuales sobre Obstetricia y Ginecología; documentos publicados por la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas Españolas) así como varios artículos encontrados en diversas bases de datos como PubMed, Cuiden y similares.
3. El grupo se reunió quincenalmente desde su constitución hasta diciembre (excepto los meses de verano), y continúa reuniéndose en la actualidad.
4. Se han difundido vía correo electrónico al resto de matronas de Atención Primaria del Sector II, los temas de la guía elaborados hasta el momento actual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La guía se estructuró en 8 sesiones, de las cuales están totalmente finalizadas 4:
5ª SESIÓN: PUERPERIO
6ª SESIÓN: ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
7ª SESIÓN: CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
8ª SESIÓN: PARENTALIDAD POSITIVA. SEXUALIDAD. ANTICONCEPCIÓN

Y se han empezado a elaborar las otras 4 sesiones restantes:
1ª SESIÓN: EMBARAZO I
2ª SESIÓN: EMBARAZO II
3ª SESIÓN: PARTO I
4ª SESIÓN: PARTO II

La encuesta de satisfacción se realizará una vez finalizada la guía y realizada su difusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización de este proyecto nos hemos dado cuenta de la dificultad que conlleva dado el amplio contenido de los temas. Por esto mismo, ya desde el inicio, se decidió ampliar el grupo de trabajo a 10 matronas y se aumentó la frecuencia de las reuniones de mensuales a quincenales.
Finalmente se decidió continuar con este proyecto a lo largo del próximo año.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1037 ========== ***

Nº de registro: 1037

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Autores:
CABEZA GUILLEN MARIA ELENA, ARRATTA LINARES ROSARIO, LOPEZ PEREZ ANGELES, MARTINEZ CHUECA MARIA CARMEN, METOLA LOZA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La educación para la salud es una poderosa herramienta con la que cuenta el profesional de Atención Primaria para la prevención y promoción de la salud. En el caso de la Educación Maternal (E.M.), las matronas somos el referente de las mujeres embarazadas y sus parejas para el acompañamiento y apoyo en un período tan especial de sus vidas como es el embarazo y el posparto.
Desde hace años se están impartiendo en todos los centros de salud de nuestro sector, clases de E.M. tomando como referencia la guía de "Educación Sanitaria Materna" editada por el Insalud hace aproximadamente 20 años. Pero con el transcurso del tiempo, las matronas hemos visto producirse grandes cambios en las estrategias de abordaje del embarazo, parto, posparto, crianza y anticoncepción, lo que hace necesario actualizar estos conocimientos para proporcionar la información necesaria a las embarazadas para que puedan sentirse seguras de sus posibilidades y tener la oportunidad de tomar decisiones sobre estos procesos favoreciendo su autonomía.
Por todo lo expuesto, vemos necesario revisar y actualizar el contenido teórico del curso de E.M., y adicionalmente dotar a los y las profesionales de herramientas renovadas para desarrollar nuestra labor diaria conforme a nuestra formación y competencias profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Informar a la gestante de los procedimientos llevados a cabo en el control y seguimiento del embarazo.
2. Proporcionar conocimientos actualizados a la embarazada sobre las nuevas técnicas asistenciales en el parto y en el manejo no farmacológico del dolor.
3. Favorecer el desarrollo de modelos de crianza que fomenten la corresponsabilidad y la coeducación.
4. Difundir los métodos anticonceptivos y su manejo de acuerdo a las nuevas estrategias del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón.
5. Empoderar a la mujer en el manejo de su salud para conseguir una vivencia positiva de la maternidad.

MÉTODO
Designación de un grupo de trabajo compuesto por cinco matronas de Atención Primaria del Sector de Zaragoza II.
Revisión bibliográfica de diversas fuentes.
Puesta en común de forma periódica y toma de decisiones por consenso.
Presentación del proyecto a nuestras compañeras matronas del sector.

INDICADORES
Análisis de la actualización del contenido de las sesiones teóricas del curso de educación maternal.
* Estándar: valoración de la satisfacción de las gestantes y sus acompañantes que asistan a las sesiones (encuesta de satisfacción).
Guía informativa actualizada y elaborada de educación maternal.
* Estándar: SI/NO

DURACIÓN
Puesta en común de la información recopilada por cada componente del grupo en reuniones mensuales de dos horas de duración, durante los meses de enero a mayo de 2.018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1037

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONTENIDO DE LAS SESIONES TEORICAS DEL CURSO DE EDUCACION MATERNAL EN EL SECTOR DE ZARAGOZA II

Presentación del proyecto a las compañeras en una única sesión en junio de 2.018.
Implementación del proyecto en el mes de septiembre de 2.018 mediante ciclos de ocho sesiones semanales de dos horas y media de duración, con intención de mantener su continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas para establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
4.- Nos pusimos en contacto con el 061 y con su ayuda se pudo determinar las necesidades para montar el Maletín de Urgencias y Emergencias.
5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
7.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
8.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido con los objetivos fijados:
100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo es fundamental. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.
Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones, se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

urbanos del Area de Salud II de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Emergencia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia
científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al
personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del
material del Carro y del Maletín

INDICADORES
Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas para establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
4.- Nos pusimos en contacto con el 061 y con su ayuda se pudo determinar las necesidades para montar el Maletín de Urgencias y Emergencias.
5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
7.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
8.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido con los objetivos fijados:
100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo es fundamental. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.
Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones, se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

urbanos del Area de Salud II de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Emergencia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES
Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas y establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
4.- Nos pusimos en contacto con personal del 061 con el fin de determinar las necesidades en el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
7.- Se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
8.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
9.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.
10.- Evaluación de los resultados de los indicadores previstos.
10.- Se realiza una sesión informativa con los resultados obtenidos.
11.- Elaboración de la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido con los objetivos fijados:
100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo son fundamentales. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que, por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud urbanos de Zaragoza del Area II.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el nomre de una componente del equipo. Donde pone Mariel Madrigal Ybarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Emergencia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES
Indicadores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas y establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
4.- Nos pusimos en contacto con personal del 061 con el fin de determinar las necesidades en el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
7.- Se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
8.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
9.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.
10.- Evaluación de los resultados de los indicadores previstos.
10.- Se realiza una sesión informativa con los resultados obtenidos.
11.- Elaboración de la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido con los objetivos fijados:
100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo son fundamentales. A ello hay que añadir su coste (0 euros).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.
Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que, por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud urbanos de Zaragoza del Area II.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario realizar una rectificación en el nomre de una componente del equipo. Donde pone Mariel Madrigal Ybarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Emergencia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA MARTINEZ LOZANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAGASTA-RUISEÑORES
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO CAMON MELCHOR
ORTIGA FERNANDEZ PILAR
MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI
SALVADOR VISIEDO MARI LUZ
MENDOZA ARTAL AMPARO
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
TRASMONTAN GALVEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se constituyó un grupo de expertos para realizar búsquedas bibliográficas y establecer criterios unificados basados en evidencia científica.
2.- Tras diferentes sesiones de debate del grupo de calidad, los resultados fueron dados a conocer al personal sanitario del Centro de Salud, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
3.- Se realizó el montaje del Carro de Urgencias y Emergencias.
4.- Nos pusimos en contacto con personal del 061 con el fin de determinar las necesidades en el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
5.- Se realizó el montaje del Maletín de Urgencias y Emergencias.
6.- La metodología utilizada fue el Ciclo de Deming.
Tras la primera revisión se valoraron las oportunidades de mejora y se modificó el montaje con las nuevas aportaciones.
7.- Se presentó el programa y el plan en las XVI jornadas de trabajo sobre calidad en salud y XIV congreso de la sociedad aragonesa de calidad asistencial celebrado en Calatayud.
8.- Con todo ello se elaboró un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro de Urgencias y Emergencias.
9.- Así mismo se confeccionó un Protocolo basado en evidencia científica capaz de unificar los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Maletín de Urgencias y Emergencias.
10.- Evaluación de los resultados de los indicadores previstos.
10.- Se realiza una sesión informativa con los resultados obtenidos.
11.- Elaboración de la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido con los objetivos fijados:
100 % en el montaje del Carro de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias
100 % en el montaje del Maletín de urgencias y emergencias
100 % en la revisión y mantenimiento del Maletín de Urgencias y Emergencias
100% en la reducción del peso del Maletín de Urgencias y Emergencias, consiguiendo disminuir su peso un 51,25%. De 20 Kgr se ha reducido a 9,750 Kgr. Una limitación de este resultado es que, según OMS, no debe superar el 10-15% del peso corporal de la persona que lo transporte.
100 % de implicación del personal sanitario del Centro.
100 % de cumplimiento del método propuesto para realizar los pedidos a Almacén de material. No se consiguió fijar el método de pedido propuesto.
Para corroborar el correcto cumplimiento de los objetivos, se utilizó como fuentes escritas, creadas ad hoc, el papel de firmas y el cuaderno donde se detallaban las necesidades, así como las entrevistas personales aleatorias con el personal del equipo del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 100% del personal sanitario que compone el Centro de Salud Sagasta Ruiseñores se siente satisfecho con el cambio en el método de montaje del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Carro de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico.
El 100% del personal sanitario valora positivamente el ahorro de tiempo obtenido tanto en la revisión como en el mantenimiento del Carro de Urgencias y Emergencias, tiempo que puede ser utilizado de un modo más eficiente.
El 100% del personal sanitario opina que, actualmente, el Maletín de Urgencias y Emergencias es más útil y dinámico en el momento de su utilización ante una urgencia o emergencia.
El 100% del personal sanitario se siente satisfecho con la creación de un Protocolo para la revisión del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias como línea de mejora.
La sostenibilidad de este proyecto se basa en mejorar las condiciones de acceso, transporte y uso de los recursos materiales disponibles en el centro de salud ante situaciones de urgencias y emergencias en las que el estrés y la lucha contra el tiempo son fundamentales. A ello hay que añadir su coste (0 euros).
De la misma forma reduce los problemas de salud ergonómicos de los profesionales derivados de su uso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Otro punto importante a considerar es que con la protocolización de nuestras acciones en estas situaciones se reduce la variabilidad de su uso, disminuyendo los posibles errores y aumentando la seguridad clínica en nuestra atención sanitaria. De la misma forma se facilita el trabajo diario al personal contratado, que, por sus características contractuales, cambian continuamente de lugar de trabajo.
Todo ello nos lleva a pensar en la importancia de usar el mismo Protocolo en todos los Centros de Salud urbanos de Zaragoza del Area II.

7. OBSERVACIONES.
Observaciones: Es necesario realizar una rectificación en el nomre de una componente del equipo. Donde pone Mariel Madrigal Ybarro debe poner Mariel Araceli Madrigal Ybarro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1553 ========== ***

Nº de registro: 1553

Título
PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Autores:
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, SOLANO CAMON MELCHOR, ORTIGA FERNANDEZ PILAR, MADRIGAL YBARRO MARIEL, SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ, MENDOZA ARTAL AMPARO, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, TRASMONTAN GALVEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAGASTA-RUISEÑORES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Emergencia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad de los pacientes se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas sanitarios en los últimos años. En España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), la incidencia de efectos adversos, relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3% de los que casi el 43% serían evitables.

La seguridad del paciente es importante en el primer nivel asistencial. La elevada frecuentación de las consultas de Atención Primaria en España hace que aun siendo relativamente baja la frecuencia de EA, de manera absoluta sean numerosos los pacientes afectados.
La prevención de los EA en Atención Primaria se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables, y lo son más (hasta un 80%) cuanto mayor es su gravedad. Esta información abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos en este estudio2.
Las urgencias médicas que entrañan un riesgo vital inmediato son frecuentes. La American Heart Association establece el término “cadena de supervivencia” refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. Podría considerarse como la concurrencia de circunstancias favorables, que, de darse en las situaciones de emergencia médica, determinan un aumento de las posibilidades de supervivencia de la persona afectada3.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo basado en evidencia científica que unifique los criterios de ubicación, dotación, revisión y mantenimiento del material del Carro y del Maletín de Urgencias y Emergencias
Realizar un Protocolo estableciendo un método de pedido con el Almacén de material

MÉTODO
Realizar una búsqueda y revisión de bibliografía basada en evidencia científica con sesiones de debate del grupo de calidad
Estableciendo unos criterios unificados que serán dados a conocer al personal sanitario del CS, con la ubicación, dotación y revisión del material del Carro y del Maletín

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1553

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MONTAJE Y MANTENIMIENTO DE UN CARRO DE EMERGENCIA EN ATENCION PRIMARIA: CAMBIAR DEBILIDADES POR FORTALEZAS

Indicadores:
% de montaje del Carro y Maletín de urgencias y emergencias
% de revisión y mantenimiento del Carro y Maletín de Urg y Emerg
% de implicación del personal sanitario del Centro
% de cumplimiento del método de pedido con el Almacén de material
Evaluación:la implicación del personal y el cumplimiento del método generado para pedir el material al almacén:
La Fórmula: Numerador/Denominador x 100, siendo el Numerador: el Nº de enfermeros del centro de salud que cumplen los criterios descritos y el Denominador: el Nº total de enfermeros del centro de salud
Los datos los extraeremos de la Hoja de revisión y mantenimiento
Hemos establecido unos resultados
Estándar: del 100% del personal sanitario que estará implicado en la revisión y el mantenimiento, Y el 100% del material será repuesto de acuerdo al protocolo del método de pedido con el Almacén de material

DURACIÓN
- Reunión del grupo de calidad: Marzo y Diciembre de 2018
- Realizacion de los Protocolos: Abril/Mayo de 2018
- Montaje del Carro de emergencia: Junio de 2018
- Montaje del Maletin de emergencia: Mayo de 2018
- Elaboración manual de Pedido material: Julio/Agosto de 2018
- Evaluación del protocolo: Julio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0393

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA ESTEBAN ROBLEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONED IZUEL JESUS
SEVILLA BERMEJO CONCEPCION
HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA
LAGUARDIA OBON ARANCHA
RAMOS LORENTE MARIA
TIHISTA BELLO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Se realizaron 4 sesiones donde participaron el grupo de mejora y otros miembros del EAP para la presentacion y puesta en marcha del proyecto. Se repaso y estudio la documentacion aportada sobre los procedimientos ISO, que regulan las acciones indicadas, y se aconsejo la consulta de esta documentacion en la intranet del sector, donde esta ubicada.

2-Se comenzo a poner en marcha el control e inventario de almacen, aunque no se pudo concluir debido a los cambios de las personas implicadas ocasionados por los concursos de movilidad voluntaria y las jubilaciones.

3-En referencia a la esterilizacion, el personal responsable tuvo una sesion formativa, organizada desde la direccion de enfermeria del sector, existiendo tambien la posibilidad de consultar la documentacion existente en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados son parciales.
En lo referente a la esterilizacion el procedimiento se esta llevando a cabo en su totalidad, aunque no existen indicadores de medida.

En lo referente al control de almacen y material, los procedimientos estan iniciados pero no concluidos. No hay indicadores especificos de cada procedimiento.

El indicador propuesto era comun para todos, y se valoraba el nº de incidencias al mes, individualizadas por procedimiento.

Por parte de las personas encargadas de estas areas, no se han comunicado incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoracion subjetiva del equipo de mejora, es que los objetivos a conseguir estan al 30%. A su juicio debe continuarse el proyecto y es indispensable una adecuada comunicacion de las incidencias para poder obtener los indicadores adecuados, al ser esta la unica manera de saber si la mejora es real o no.

La sostenibilidad del proyecto es clara y necesaria, creemos que la nueva incorporacion de personal, tras las jubilaciones y traslados, daran mayor estabilidad al equipo y se mantendran mas facilmente los proyectos en el futuro.

Consideramos indispensable para el el buen fin del proyecto la cobertura adecuada de las vacantes.

7. OBSERVACIONES.
Es importante señalar que estos procedimientos son compartidos con el EAP San Jose Norte por convivir en la misma estructura fisica.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/393 ========== ***

Nº de registro: 0393

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE CENTRO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0393

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, BONED IZUEL JESUS, VILLANOVA GINER CARMEN, HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA, LAGUARDIA OBON ARANCHA, RAMOS LORENTE MARIA, TIHISTA BELLO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología en atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Pilar Tihista (auxiliar clinica)/ Maria Ramos Lorente
Urgencias: Unidad básica asistencial: Jesus Boned(MF) y Carmen Villanova(MF)/ Arancha Laguardia (ENF)
Esterilización: Pilar Tihista(auxiliar clinica)/Mº Teresa Hernandez (ENF)

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio, Septiembre, Diciembre.
Indicadores y conclusiones finales: Diciembre.
Propuestas de mejora: Diciembre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0393

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE CENTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Fecha de entrada: 25/05/2018

2. RESPONSABLE ..... ELISA AREVALO DE MIGUEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MALUENDA SONIA
COARASA ALMENARA LORENA
JUNCOSA ASIN CARLOS
CASASUS ESCUER ISABEL
BELENGUER ABIAN CRISTINA
LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ejercicios ludopedagógicos supervisados, dinámicos, de sencilla comprensión y realización con los objetivos de : aumentar la permeabilidad de vías aéreas, drenaje postural, expulsión de secreciones bronquiales, movilización de musculatura de caja torácica y abdominodiafragmática. Ejercicios propioceptivos sobre el uso de musculatura respiratoria accesoria.

Se realiza la evaluación final de la actividad según los indicadores señalados y se realiza cooximetría individual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador de seguimiento: la adherencia al taller en general ha sido buena, con un 80% de participación.
Indicador: modificación del hábito tabáquico a los 12 meses. No ha habido cambios en este indicador.
Indicador de mejoría: a los 12 meses ha habido un descenso notable del número de reagudizaciones, sólo 1 paciente ha sufrido 2 reagudizaciones en estos 12 meses.
Indicador grado de satisfacción: se realiza encuesta entre los participantes, el grado de satisfacción con el programa es alto.
Indicador de modificación cooxímetro: al finalizar el programa se observa una disminución media del 15% en los valores de cooximetría.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al finalizar la evaluación del programa mantenemos a los 8 pacientes que finalmente se han adherido a este programa con una buena ejecución y alto grado de satisfacción. Además 2 pacientes más acuden de forma intermitente. Valoran muy positivamente la utilización del juego y sonidos musicales en los ejercicios.

Los pacientes han incorporado a su rutina esta actividad y la ejecución es más ágil, ya que son conocedores de los ejercicios y ellos mismos van dirigiendo la sesión. Se mantiene la duración de la actividad a 20 minutos, ya que se ha observado que es la duración idónea para mantener la atención y facilitar la ejecución de todos los ejercicios propuestos.

Realmente perciben una cierta mejoría en la movilización de secreciones y destacan que han disminuido los procesos catarrales durante el invierno, objetivada también mediante la mejora de los valores de cooximetría.

7. OBSERVACIONES.
Continuamos recomendando la incorporación al equipo de un fisioterapeuta y un monitor de actividad física que pudieran complementar las actividades para fomentar dicha capacidad cardiorespiratoria y de la musculatura respiratoria accesoria.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1316 ========== ***

Nº de registro: 1316

Título
TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Autores:
AREVALO DE MIGUEL ELISA, ELBOJ SASO MARTA, SANZ MALUENDA SONIA, JUNCOSA ASIN CARLOS, BELENGUER ABIAN CRISTINA, LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA, AUDINA ZAPATER MARIA JOSE, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1316

1. TÍTULO

TALLER DE REEDUCACION RESPIRATORIA EN PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL SEVERO Y POLIMEDICADO

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención secundaria y terciaria patologia respiratoria
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La institucionalización, el tabaquismo, la obesidad, los antipsicóticos y la inactividad física son algunos de los factores más influyentes y que con frecuencia se suelen sumar en muchos de estos pacientes. La reeducación respiratoria son ejercicios básicos que con un mínimo entrenamiento pueden mejorar la función respiratoria. Los pacientes con trastorno mental severo muestran una prevalencia significativamente mayor a la población general en pataología respiratoria, peor función respiratoria, mayores tasas de morbilidad, ingresos hospitalarios y un exceso de morbilidad en enfermedades respiratorias.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos que se esperan conseguir son una disminución la sensación de ahogo y favorecer la expulsión de mucosidad bronquial, evitar el deterioro pulmonar, fortalecer la musculatura respiratoria, reducir el trabajo respiratorio y disminuir el numero de reagudizaciones y mejore la calidad de vida de los pacientes
Población diana: Usuarios ingresados en la unidad de larga estancia del CRP y Psicogeriatría que han manifestadop problemas respiratorios y más de tres reagudizaciones en los últimos 6 meses.
Sin límite de edad pero que muestren que mantengan conservadas las funciones cognitivas necesarias para participar en la actividad.

MÉTODO
Programa ludo-pedagógico de entrenamiento supervisado y reeducación terapéutica mediante una serie de ejercicios sencillos practicados con cierta regularidad nos va a permitir usar al máximo las capacidades pulmonares. La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 3 veces por semana, en sesiones de 30 minutos cada una. Cada sesión estará dirigida por equipo enfermería-terapia ocupacional, con una valoración inicial por parte del médico de familia del centro.
El taller comprenderá ejercicios de sencilla realización y comprensión, dinámicos y educativos basados en técnicas que ayuden a controlar la disnea, mejorar el estrés y aumentar la resistencia y tolerancia al esfuerzo, así como ejercicios que ayuden a expulsar las secreciones pulmonares y permeabilizar las vías aéreas y por último ejercicios que mejoren la respiración abdomino-diafragmática y fortalezcan la musculatura respiratoria. Adaptado por su puesto a cada edad, comprensibilidad y situación clínica del paciente.
* Permeabilización de vías aéreas y drenaje postural.
*Técnicas de reeducación respiratoria abdomino-diafragmática y recondicionamiento muscular. Movilizaciones de la caja torácica.
*Técnicas para mejorar la disnea y aumentar la tolerancia al esfuerzo. Respiración profunda y controlada. Técnicas de relajación y toma de conciencia respiratoria.
Al inicio del taller se reforzaran conceptos sobre el auto cuidado, el abandono del tabaco, la actividad física, medidas ergonómicas y la adherencia al tratamiento.

INDICADORES
Indicador nº de reagudizaciones a los 12 meses.: Evaluación a los 12 meses
Indicador nº de modificación (incremento del tratamiento respiratorio): Evaluación a los 12 meses
Indicador: modificación si/no en su hábito tabáquico: evaluación a los 12 meses
Indicador de mejoría: Porcentaje pacientes que han disminuido al menos en numero de 2 las reagudizaciones bronquiales con respecto al año anterior.
Indicador grado de satisfacción: Evaluación al final del programa.
Indicador de seguimiento: adherencia al taller.
Indicador de modificación cooximetro: Cooximetría al inicio del taller, a los 6 meses, a los 12 meses.

DURACIÓN
Inicio Junio 2017.
Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
LOPEZ MORFIOLI ELENA
FERRERAS GASCO DOMINGO
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION
FORCEN VICENTE DE VERA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una sesión semanal durante diez semanas por grupo de 8-10 pacientes.
Antes y después de la relajación: toma de la tensión arterial y escala tipo Likert de autorregistro de ansiedad.
Al finalizar las diez sesiones cuestionario de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados: Aprendizaje y aplicación de la técnica de relajación, discriminación de tensión-relajación, disminución del estado de ansiedad y de las cifras de tensión.
-Mejora resultados de la atención.....completado
-Disminuir riesgos derivados de la atención.....75%
-Mejorar utilización de los recursos.....60%
-Garantizar derechos de los usuarios (y satisfacción)....80%
-Atender expectativas de los profesionales.....75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reducción de semanas a 7 porque las tres últimas son para los pacientes que realmente hayan practicado a diario la relajación y serían sesiones individuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1571 ========== ***

Nº de registro: 1571

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:
FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, LOPEZ MORFIOLI ELENA, FERRERAS GASCO DOMINGO, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION, FORCEN VICENTE DE VERA ELENA, SOLER GONZALEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.
Es conocido que el estrés está vinculado tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardíacos y cáncer. Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS
Se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

MÉTODO
Se realizaran una sesión a la semana durante diez semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

INDICADORES
Previamente a comenzar la relajación se cuantificaran datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasara una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación.
Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez lunes consecutivos durante media hora practica de relajación dirigida.
Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
LOPEZ MORFIOLI ELENA
FERRERAS GASCO DOMINGO
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION
FORCEN VICENTE DE VERA ELENA
CAUDEVILLA SOLER CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una sesión a la semana durante ocho semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer en la primera sesión y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pidió que practicasen en casa una
vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda(se les entregó por escrito todos los pasos del programa completo a modo de guía)

Previamente a comenzar la relajación se cuantificaban datos de tensión arterial que se volvían a registrar al finalizar la sesión. Se les pasaba una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación.

Al finalizar el proyecto se les ha repartido un cuestionario de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 4 Mucho

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un paciente al que se le enseña a relajarse, aprendiendo a discriminar la tensión y la relajación, así como a aplicar esta técnica
en cualquier ámbito de su vida, mejorará su estado anímico
y conseguirá reducir las cifras de tensión arterial.

Consideramos fundamental las dos primeras sesiones. En la primera se les informa detalladamente del proceso y se ejempiflican todos los ejercicios que se llevarán a cabo, practicando y comprobando individualmente su adecuación. Y en la segunda se inicia la relajación propiamente dicha.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1571 ========== ***

Nº de registro: 1571

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, LOPEZ MORFIOLI ELENA, FERRERAS GASCO DOMINGO, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION, FORCEN VICENTE DE VERA ELENA, SOLER GONZALEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.
Es conocido que el estrés está vinculado tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardíacos y cáncer. Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS
Se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

MÉTODO
Se realizaran una sesión a la semana durante diez semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

INDICADORES
Previamente a comenzar la relajación se cuantificaran datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasara una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación.
Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez lunes consecutivos durante media hora practica de relajación dirigida.
Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0600

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DOMINGO ANTONIO FERRERAS GASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ CORRAL ALBA
VILARIÑO ROMERO BEATRIZ
GOMEZ FERRERUELA LAURA
MORENO MARQUEZ ROCIO
RODRIGUEZ MARCO ELENA
TORRES REMIREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han promovido en el Blog actividades docentes dirigidas a pacientes impartidas en el Centro de Salud.
- Oferta de servicios: cada 15 días se cuelga un documento divulgativo sobre temas sociosanitarios de interés en nuestra población con lenguaje llano y accesible para la población.
- De acuerdo con lo planteado en la memoria de proyecto 2018-600, se realiza una encuesta aleatoria en todos los cupos del centro, entregándose a uno de cada cinco pacientes durante diez días de labor asistencial normal. Esta encuesta perseguía describir al usuario tipo del Blog y sus intereses. El resultado puede leerse en el punto siguiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En el momento de cumplimentar este formulario, las estadísticas del Blog indican que se han producido 64.788 visitas independientes al Blog con unas 140 visitas al día.
- Se han publicado múltiples temas nuevos de interés sociosanitario según corresponde en el Blog y se han anunciado a través de Facebook.
- Se ha realizado una encuesta aleatoria como se menciona más arriba.
De 640 encuestas entregadas, se recogieron 358 encuestas válidas y 61 no válidas (por falta de datos, información mal cumplimentada o poco clara) en las bandejas de Admisión y las consultas que las repartieron. Siete encuestas incluyeron sugerencias escritas, de las que tres fueron recomendaciones de publicar con más frecuencia, dos fueron recomendaciones de conectar con más redes sociales y dos fueron recomendaciones de incrementar el número de carteles de anuncio del Blog o hacerlos más visibles.
De las 358 encuestas recogidas, 60 personas CONOCÍAN el Blog en el momento de recibir el impreso de la entrevista y 298 NO LO CONOCÍAN; es decir, sólo un 17% de la muestra de encuestados declaró conocer el Blog antes de recibir la encuesta, aunque la totalidad de quienes conocían el Blog indicaron que lo habían utilizado durante el año pasado. Esto revela una importante falta de conocimiento del mismo en la población general e indica una necesidad de cambiar el modelo actual de anuncio y publicidad, aunque también indica que el usuario medio confía en los contenidos del Blog y los consulta de nuevo.
De las 298 personas que NO CONOCÍAN el Blog, 4 devolvieron la encuesta tras revisarlo superficialmente en Admisión y otorgaron puntuaciones medias de 9.3 al contenido, la claridad y la utilidad de los temas consultados en el mismo. 11 encuestados indicaron que, de utilizarlo, lo emplearían para informarse sobre problemas de salud propios.
Un 26% de las personas en el estrato de edad entre los 45 y los 59 años y un 30% de las personas en el estrato de edad entre los 15 y los 29 CONOCÍAN el Blog, frente a un 16% entre los 30 y los 44 años, un 8% de los 75 en adelante y un 6% de los 60 a los 74.
Al realizar correlación biserial para valorar la relación entre EDAD (variable cuantitativa) y RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE SI CONOCÍA EL BLOG (v. dicotómica), XLSTAT calculó que con un p=0.001 estas variables estaban asociadas de forma significativa.
Al realizar una comparación estadística mediante prueba de Chi Cuadrado para "K proporciones" en XLSTAT, se introdujeron el porcentaje de encuestados de edades entre 45 y 59 años y el de entre 60 y 74 años que conocían el Blog frente a la muestra completa; el resultado descartaba la hipótesis nula con p=0.001, debiéndose aceptar la hipótesis alternativa de que ambos estratos tienen diferencias que no se deben a la distribución muestral de los estratos.
Por otro lado, y si bien la población en el estrato más joven sí refería una notable tendencia a conocer al Blog (y de hecho reúne un número notable de referencias a la página de Facebook del Centro de Salud), el estrato de adultos jóvenes de entre 30 y 44 años no recogía tantos encuestados que CONOCIESEN EL BLOG. Dado que el uso de las tecnologías de la información como variable no estaba contemplado en la encuesta, debería plantearse nueva encuesta para determinar si existe una relación más fuerte entre el uso habitual de dichas tecnologías y CONOCER el Blog que entre la EDAD y CONOCER el Blog.
Finalmente, la mayoría de los sujetos declararon haber tenido noticia del Blog a través de los CARTELES (25 de 60). Este es el grupo más abundante, por encima de los inmediatamente inferiores, Facebook y el médico de cabecera. Esto indica un cierto nivel de utilidad de los CARTELES como herramienta de divulgación si bien, por desgracia, no ha conseguido su objetivo.
Sin embargo, la muestra reducida a la que nos vemos abocados por el escaso número de encuestados que CONOCÍAN el Blog hace poco fiables estas estimaciones. En términos absolutos, sin embargo, es seguro declarar que el Blog del Centro de Salud no ha conseguido alcanzar a la población objetivo durante los años que ha estado activo a pesar de haber obtenido un 8,33 de puntuación global.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0600

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Los resultados obtenidos hasta la fecha implican que debe modificarse el abordaje mediante el que anunciamos la existencia y la utilidad del Blog a la población. Se proponen varias soluciones:
· Incrementar las conexiones entre el Blog y páginas "hermanadas" en las redes sociales del barrio de San José, particularmente aquellas con contenido de interés sociosanitario o dirigidas a informar a la población.
· Mejorar el diseño de los carteles empleados hasta la fecha, creando avisos visuales más llamativos y memorables para que la población los perciba y siga la recomendación de acceder al Blog.
· Aportar octavillas informativas u hojas impresas con el enlace a la dirección del Blog a los profesionales de todas las consultas del Centro para ofrecerlas a los pacientes que deseen informarse sobre problemas de salud.
· Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a incrementar el número de pacientes a los que se les informa de la existencia del Blog.
· Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a informarse sobre los temas existentes en el Blog para dirigir a los pacientes a temas concretos según los requieran.
· Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a aportar material divulgativo para el Blog.
Asimismo, debemos comprometernos a mantener la calidad y la frecuencia de los documentos divulgativos incluidos en el Blog.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/600 ========== ***

Nº de registro: 0600

Título
BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:
FERRERAS GASCO DOMINGO, SANCHEZ CORRAL ALBA, VILARIÑO ROMERO BEATRIZ, LOPEZ COSCOJUELA JAVIER, GOMEZ FERRERUELA LAURA, MORENO MARQUEZ ROCIO, RODRIGUEZ MARCO ELENA, TORRES REMIREZ MARTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención y autocuidado de diversas patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La falta de educación sanitaria es una realidad que afecta a nuestro sistema de salud de innumerables maneras. Es lamentable que en la era del Internet los pacientes que buscan respuestas en la Web se ahoguen en un sinfín de páginas e información falsa carente de contenido y valor científico. Por eso nuestro Blog intenta satisfacer a la necesidad de información médica, validada y científica que tiene nuestra comunidad. Es un medio de fácil acceso por el cual los profesionales del centro de salud exponemos temas de salud de vanguardia y actividades docentes del centro para que la comunidad se vea implicada y se informe sobre estos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promocionar las actividades docentes del Centro
- Promover la educación sanitaria en la comunidad
- Resolver dudas en cuanto a temas de salud
- Crear un vínculo virtual entre el Centro y la comunidad

MÉTODO
- Actividades: se promueven en el Blog actividades docentes dirigidas a pacientes impartidas en el Centro de Salud, así como actividades de promoción de la salud que organizan otras instituciones populares del barrio.
- Oferta de servicios: cada 15 días se cuelga un post sobre enfermedades prevalentes en nuestra población con lenguaje dirigido a la comunidad. Se revisan también los temas de fechas importantes de la salud (como el día del cáncer de mama) de forma bimensual.

INDICADORES
Haremos encuestas aleatorias a los pacientes del Centro de salud para ver si conocen el blog, qué temas les parecen de interés y si les ha sido útil. El Blog dispone de un contador de visitas de cada post para saber a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0600

1. TÍTULO

BLOG DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSE CENTRO Y NORTE

cuántas personas llegamos.

DURACIÓN
- El Blog nació un 14 de Noviembre de 2012 con la idea de ofrecer información actualizada a la comunidad.
- Desde entonces se publicaba en promedio un post cada mes. Hace 2 años aumentamos la cantidad y lo actualizábamos cada 15 días.
- Hemos visto un auge en las visitas desde entonces que llegan alrededor de 50,000 a fecha de mayo 2018.
- Promocionar mediante volantes, carteles y redes sociales (facebook) la existencia del Blog.

OBSERVACIONES
Hoy en día cualquier institución pública o privada que no exista en la Web simplemente no existe. Creemos fielmente que el Blog ha creado un vínculo fuerte con nuestra comunidad y que ha abierto las puertas a las actividades del centro. La posibilidad de ofrecer a la comunidad temas de salud y que llegue a tanta gente de forma tan fácil es fascinante. De momento el Blog va dando buenos resultados y creemos que se puede mejorar más.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1342

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA ESTEBAN ROBLEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONED IZUEL JESUS
SEVILLA MERMEJO CONCEPCION
HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA
LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU
RAMOS LORENTE MARIA
SALAZAR LEON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este año, el EAP se ha propuesto mejorar los objetivos conseguidos en los procesos de gestión, control de almacén y botiquín, procedimientos de esterilización y desinfección, así como el control y revisión del material de urgencias y la adecuación y el ordenamiento de la medicación y materiales del carro de paradas y del maletín empleado en la atención domiciliaria urgente.
Con esta finalidad, se ha reunido el responsable y los integrantes del proyecto de mejora para replantear los objetivos, procediéndose a la distribución de las tareas de organización, colocación, reposición y revisión de los materiales del carro de paradas.
Se colocaron las hojas diseñadas para la comunicación de las incidencias surgidas en el almacén, carro de paradas, y en los procesos de esterilización, que han sido utilizadas a lo largo del año.
Se ha realizado una sesión de equipo, con el objetivo de enseñar el funcionamiento del nuevo desfibrilador que se ha instalado en el centro de salud, y comunicar al resto de integrantes del equipo, la nueva organización y distribución del material y medicación del carro de paradas. También se impartió una sesión formativa de reanimación cardiopulmonar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el mes de febrero de 2018 hasta enero de 2019, se han producido las siguientes incidencias:
- 12 en el almacén (80 %)
- 3 en botiquín (20 %)
- 0 en el carro de paradas
- 0 en esterilización

Todas las incidencias han sido solucionadas satisfactoriamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusiones se han considerado las siguientes:
- Todos los profesionales del equipo deben conocer la organización del material del carro de paradas y el correcto manejo del desfibrilador.
- Es precisa la revisión mensual de las caducidades de los materiales y fármacos.
- Los profesionales sanitarios deben comunicar a la persona responsable, el consumo de materiales y fármacos utilizados al atender una urgencia, para que se pueda realizar su reposición.
- Necesidad de una sesión anual formativa en reanimación cardiopulmonar

7. OBSERVACIONES.
Se precisa la renovación del maletín de urgencias domiciliarias, por encontrarse muy deteriorado.
Este proyecto de mejora es compartido por los dos EAP que desarrollan su actividad asistencial en el mismo de centro de salud (EAP San José Centro y EAP San José Norte)

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1342 ========== ***

Nº de registro: 1342

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS, Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UD APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1342

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, BONED IZUEL JESUS, SEVILLA MERMEJO CONCEPCION, HERNANDEZ BOROBIO MARIA TERESA, LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU, RAMOS LORENTE MARIA, SALAZAR LEON JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologia en atencion primaria
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Enfoque por procesos

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora que comenzó el año pasado y que no se ha podido culminar por cambios en la plantilla de personal.

RESULTADOS ESPERADOS
. Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Recordatorio y puesta en marcha de los procedimientos según el cronograma.
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Julia Salazar(auxiliar clinica)/ Maria Ramos Lorente (ENF). Urgencias: Unidad básica asistencial: Jesus Boned(MF) y Concepcion Sevilla(MF)/ Arancha Laguardia (ENF) Esterilización: Julia Salazar(auxiliar clinica)/Mº Teresa Hernandez (ENF)

INDICADORES
. Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas

DURACIÓN
Continuacion desde Enero de 2018
Fin Diciembre de 2018
Formacion segun plan de gerencia de sector
Controles trimestrales del proyecto.
Control mensual de indicadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1342

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U.APOYO SAN JOSE CENTRO. FASE II

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ......................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LALANA JOSA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS SAN JOSE CENTRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ COSCOJUELA JAVIER
MORENO MARQUEZ ROCIO
TORRES REMÍREZ MARTIN
HAMMONDS SANCHEZ CARLOS ENRIQUE
HERNAIZ CALVO LUIS
CELIX ARIAS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Mª Pilar Lalana Josa como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo 18 septiembre 2018.
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Mª Pilar Lalana Josa impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 19 de diciembre de 2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es Mª Pilar Lalana Josa, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El día 19 de diciembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 96 % del equipo.
Estándar: 80%
Resultado 2018: 96%
• Se han realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En San Jose Centro el indicador seleccionado fue:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,9 %
Objetivo 2018: =2,3%
Resultado 2018: 2.5%

Este resultado muestra un descenso 0,4 puntos por debajo del valor obtenido en el año 2017, aunque ligeramente superior al objetivo marcado, este descenso es el resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, con lo cual consideramos finalizado este proyecto.
La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como la guía de tratamiento antibiótico empírico permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019 con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1304 ========== ***

Nº de registro: 1304

Título
INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
LALANA JOSA MARIA PILAR, LOPEZ COSCOJUELA JAVIER, MORENO MARQUEZ ROCIO, TORRES REMIREZ MARTIN, HAMMONS SANCHEZ CARLOS ENRIQUE, HERNAIZ CALVO LUIS, CELIX ARIAS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Otro Tipo Patología: Uso racional de antibioticos
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSÉ CENTRO se considera una oportunidad de mejora trabajar para disminuir la prescripción de cefalosporinas de 3º generación respecto al total de antibióticos, ya que en los tres últimos años se vienen registrando valores superiores a la media del sector.

RESULTADOS ESPERADOS
• Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
• Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
• Revisar la utilización de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
• Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
• Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
• Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,9 %
Objetivo 2018: =2,3%

DURACIÓN
Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1304

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE CENTRO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL PASCUAL LABORDA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANIA LOBERA ANA MARIA
GRACIA GARCIA MARIA ELENA
GRASA SORO MARIA TERESA
JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA
LAZARO MARTINEZ CONCEPCION
MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA
SORANDO ARRAZOLA JUANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tomando como punto de partida los datos de 2016 y aplicando aquellos puntos de mejora propuestos para 2017 (lo que se ha producido desde el día 17 de febrero), establecer su comparación con el ejercicio anterior, siguiendo la misma fórmula y parámetros de medición.
Reuniones trimestrales de la unidad administrativa, información periódica en las reuniones del EAP, información del proyecto en el Consejo de Salud. Reuniones con la responsable de Calidad del EAP.
No se han empleado recursos específicos o extraordinarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ALTAS DE PACIENTES: destacar la disminución de peticiones sin respuesta y de aquellos que no disponen de ningún tipo de HC. También el poco uso de los albaranes de entrega y recepción de HC.
En cuanto al tiempo de respuesta, casi un 60% lo hacen en un tiempo inferior a 10 días, pero consideramos que el plazo máximo debería ser inferior a 30 días, incluso para aquellas que se solicitan a otras gerencias de Aragón u otras comunidades autónomas.
El porcentaje de historias recibidas entre uno y diez días desde la petición, ha pasado del 55,52% (2016) al 59,91% (2017).
BAJAS DE PACIENTES: por nuestra parte, el no dejar ninguna solicitud sin respuesta, nos parece prioritario.
En 2016 nos parecía que más de un 71% en el plazo de envío entre 1 – 10 días y de un 87% antes de 30 días, era un resultado adecuado, pero deberíamos tender a conseguir un porcentaje todavía mayor en dicho periodo, superior al 95%. En 2017 se ha conseguido más de un 97% para un periodo inferior a 10 días y más de un 99% antes de 30 días.
De las 984 historias enviadas antes de 10 días, 835 lo hicieron en el mismo día en que nos llegó la petición y 101 al día siguiente (teniendo en cuenta que el nuevo protocolo no entró en funcionamiento hasta el 17 de febrero), lo que sin duda debe considerarse un buen resultado, todavía mejorable en 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El no retorno de casi un centenar de albaranes, resulta un tanto desalentador, ya que si bien el acompañar con ellos las HC depende de los otros centros, el no devolver los que enviamos nosotros puede ser incluso un signo de mala educación. A éste respecto, creemos que (a pesar de haberlo hecho con anterioridad) la Dirección de Área debería recordarlo periódicamente al resto de centros, incluso de distintas áreas y comunidades autónomas.
La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano (incluso por el propio usuario) y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.
Los datos obtenidos en el periodo 2018 (primero de aplicación al completo del nuevo protocolo), deberían confirmar y justificar que se está trabajando en la buena dirección.

7. OBSERVACIONES.
Esta memoria se confeccionó en julio de 2018.
Si fuera posible enviar un documento en el que se incluyeran tablas y gráficos, se vería con mayor claridad los resultados y avances obtenidos, sobre todo en la memoria final del proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/194 ========== ***

Nº de registro: 0194

Título
CONTROL DEL PROCESO Y MEJORA DEL TIEMPO DE RESPUESTA, EN EL TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS INTERCENTROS

Autores:
PASCUAL LABORDA MIGUEL ANGEL, ANIA LOBERA ANA MARIA , GRACIA GARCIA MARIA ELENA, GRASA SORO MARIA TERESA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

JORDAN PRIETO PILAR CRISTINA, LAZARO MARTINEZ CONCEPCION, MARIN LAGRABA MARIA JOSEFA, SORANDO ARRAZOLA JUANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Manejo documentación

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Conscientes de la importancia de la Historia Clínica (en adelante HC) de los usuarios, dentro del sistema sanitario en el que nos encontramos, el Equipo de Admisión de éste CS se ha marcado como objetivo para los años 2016-2019, el control exhaustivo en las peticiones por alta o baja, así como los tiempos de respuesta.
El método utilizado desde el año 2014 (y con anterioridad, pero sin estar plasmado en un documento específico) es en nuestra opinión un buen sistema, que nos permite seguir la ruta de la HC "física", tanto en altas como en bajas de nuestro CS, pero hemos detectado gracias a la estadística del año 2016, puntos mejorables que se han puesto en marcha en 2017 y se confirmarán en 2018-2019.
Conscientes de que por nuestra parte poco podemos hacer respecto a las HC que solicitamos por nuevas altas en nuestro centro, las acciones se centrarán principalmente en las HC de los pacientes que causan baja en éste CS por traslado a otros.
Hemos detectado que la mayoría de retrasos se producen por la pérdida del documento de petición, una vez que se les pasa a los médicos. Bien por quedarse traspapelado o simplemente desaparecer, no son devueltos al servicio de admisión.
El primer punto de mejora, es el repaso sistemático de peticiones que están sin respuesta, después de 30 días. Ya se realiza desde el último trimestre de 2016.
En segundo lugar y tras pedir información a otros centros sobre qué circuito utilizan para dichas peticiones, parece más acertada la opción de que los médicos suscriban un permiso para que sea el propio servicio de admisión el que gestione totalmente dicho envío.
Con ocasión de traslados o cambios de facultativos y la lógica limpieza de lo acumulado en las consultas, han aparecido peticiones que llevaban allí incluso varios meses.
Otro punto en el que se han detectado fallos, es que la documentación a enviar, salía mezclada con otros documentos para archivar, que solo se detecta al ordenar estos, lo que a pesar de la frecuencia, no permite hacerlo de forma diaria.
La correcta cumplimentación de todos los datos en el formulario de solicitud de HC, principalmente los que afectan a la identidad del usuario y al médico anterior, evitan trabajo y tiempo a quienes reciben la petición. Existiendo la posibilidad de hacerlo mediante una planilla informática, el cumplimentarlos a mano y a veces con mala letra, no ayudan precisamente a la deseada fluidez.

RESULTADOS ESPERADOS
Un mayor control individualizado de la HC en cada fase del traslado, así como la mejora en el tiempo de respuesta para que dichas HC estén disponibles para los profesionales sanitarios (y propios usuarios), a la mayor brevedad.
Optimizar los recursos humanos y materiales, sin que impliquen una sobrecarga de trabajo para ninguna categoría profesional.
Recordar a todos los miembros del equipo de admisión, la correcta utilización de los registros de altas y bajas, así como consignar los datos de forma clara y ordenada. Ello también facilitará la posterior confección de la estadística.
Dichas mejoras implican a todo el equipo de admisión, pero también a profesionales médicos y -por qué no- a otros equipos de admisión y áreas de dirección.

MÉTODO
Reuniones de la unidad administrativa de nuestro CS con el resto de profesionales, específicas o incluyendo el tema en el orden del día de las reuniones de equipo.
Difusión entre otros Centros de Salud y oferta de los métodos seguidos por si quieren poner en marcha algo similar.

INDICADORES
7.1.- ALTAS DE PACIENTES
* Número de Historias Clínicas que hemos solicitado (100%)
* Comunican que no tienen HC física ni OMI (%)
* Anuladas, duplicadas, erróneas u otros (%)
* Recibidas en el plazo de entre 1 – 10 días (%)
* Recibidas en el plazo de entre 11 – 20 días (%)
* Recibidas en el plazo de entre 21 – 30 días (%)
* Recibidas en plazo superior a 30 días (%)
* Recibidas en plazo superior a 60 días (%)
* Sin respuesta (%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0194

1. TÍTULO

TRASLADO DE HISTORIAS CLINICAS 2016-2018. CENTRO DE SALUD SAN JOSE NORTE / CENTRO

```
        * Acompañan albarán (%)
        * Sin albarán (%)

        7.2.- BAJAS DE PACIENTES
        * Número de Historias Clínicas que nos han sido solicitadas (100%)
        * Sin HC física ni OMI (%)
        * Anuladas, duplicadas, derivadas a otros o erróneas (%)
        * Enviadas en el plazo de entre 1 – 10 días (%)
        * Enviadas en el plazo de entre 11 – 20 días (%)
        * Enviadas en el plazo de entre 21 – 30 días (%)
        * Enviadas en plazo superior a 30 días (%)
        * Enviadas en plazo superior a 60 días (%)
        * Sin respuesta (%)
        * Albaranes emitidos (%)
        * Albaranes devueltos (%)

Evaluación anual de los resultados en el periodo 2016-2017 y trimestral en el periodo 2018-2019. Los resultados
obtenidos en la estadística de 2016, deben ser matizados ya que la simple enumeración o cuantificación, también
podría ofrecer resultados erróneos.
Evaluación final del proyecto, memoria y exposición.

DURACIÓN
Tres años, de 2017 a 2019. Inicio en enero 2017 y finalización en marzo de 2019.
Evaluación, revisión y corrección en diciembre 2017, marzo 2018, junio 2018, septiembre 2018, diciembre 2018 y
marzo 2019.
Conclusiones y redacción de la memoria en mayo 2019.

OBSERVACIONES


Valoración de otros apartados
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BLANCA LACLAUSTRA MENDIZABAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL
GONZALEZ ARA ANA MARIA
MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS
BENITEZ VIDAL BARBARA
GIMENO VALDES MARIA JESUS
PARDO MONZON ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Se realizaron 4 sesiones donde participaron el grupo de mejora y otros miembros del EAP para la presentación y puesta en marcha del proyecto. Se repaso y estudio la documentación aportada sobre los procedimientos ISO, que regulan las acciones indicadas, y se aconsejo la consulta de esta documentación en la intranet del sector, donde esta ubicada.

2-Se comenzó a poner en marcha el control e inventario de almacén, aunque no se pudo concluir debido a los cambios de las personas implicadas ocasionados por los concursos de movilidad voluntaria y las jubilaciones.

3-En referencia a la esterilización, el personal responsable tuvo una sesión formativa, organizada desde la dirección de enfermería del sector, existiendo también la posibilidad de consultar la documentación existente en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados son parciales.
En lo referente a la esterilización el procedimiento se esta llevando a cabo en su totalidad, aunque no existen indicadores de medida.
En lo referente al control de almacén y material, los procedimientos están iniciados pero no concluidos.
No hay indicadores específicos de cada procedimiento.
El indicador propuesto era común para todos, y se valoraba el nº de incidencias al mes, individualizadas por procedimiento.
Por parte de las personas encargadas de estas áreas, no se han comunicado incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración subjetiva del equipo de mejora, es que los objetivos a conseguir están al 30%. A su juicio debe continuarse el proyecto y es indispensable una adecuada comunicación de las incidencias para poder obtener los indicadores adecuados, al ser esta la única manera de saber si la mejora es real o no.
La sostenibilidad del proyecto es clara y necesaria, creemos que la nueva incorporación de personal, tras las jubilaciones y traslados, darán mayor estabilidad al equipo y se mantendrán mas fácilmente los proyectos en el futuro.
Consideramos indispensable para el el buen fin del proyecto la cobertura adecuada de las vacantes.

7. OBSERVACIONES.
Es importante señalar que estos procedimientos son compartidos con el EAP San Jose Norte por convivir en la misma estructura física.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/396 ========== ***

Nº de registro: 0396

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE

Autores:
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA, CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL, GONZALEZ ARA ANA MARIA, MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS, AGUILAR ANTON NATIVIDAD, PINEDA FON PABLO, GIMENO VALDES MARIA JESUS, PARDO MONZON ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología en atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Natividad Aguilar (auxiliar clinica)/ Pablo Pineda (ENF)
Urgencias: Unidad básica asistencial Jose Miguel Campo, Ana Maria Gonzalez, Mº Jesus Martinez (MF)/Mº Jesus Gimeno (ENF)
Esterilización: Natividad Aguilar(auxilar clinica)/Ana Pardo (ENF)

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio Septiembre Diciembre
Indicadores y conclusiones fina: Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP SAN JOSE NORTE

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA LACLAUSTRA MENDIZABAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL
GONZALEZ ARA ANA MARIA
GARCES GIL SONIA
MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS
BENITEZ VIDAL BARBARA
MAINAR GARCIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este año, el EAP se ha propuesto mejorar los objetivos conseguidos en los procesos de gestión, control de almacén y botiquín, procedimientos de esterilización y desinfección, así como el control y revisión del material de urgencias y la adecuación y el ordenamiento de la medicación y materiales del carro de paradas y del maletín empleado en la atención domiciliaria urgente.
Con esta finalidad, se ha reunido el responsable y los integrantes del proyecto de mejora para replantear los objetivos, procediéndose a la distribución de las tareas de organización, colocación, reposición y revisión de los materiales del carro de paradas.
Se colocaron las hojas diseñadas para la comunicación de las incidencias surgidas en el almacén, carro de paradas, y en los procesos de esterilización, que han sido utilizadas a lo largo del año.
Se ha realizado una sesión de equipo, con el objetivo de enseñar el funcionamiento del nuevo desfibrilador que se ha instalado en el centro de salud, y comunicar al resto de integrantes del equipo, la nueva organización y distribución del material y medicación del carro de paradas. También se impartió una sesión formativa de reanimación cardiopulmonar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el mes de febrero de 2018 hasta enero de 2019, se han producido las siguientes incidencias:
- 12 en el almacén (80 %)
- 3 en botiquín (20 %)
- 0 en el carro de paradas
- 0 en esterilización

Todas las incidencias han sido solucionadas satisfactoriamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusiones se han considerado las siguientes:
- Todos los profesionales del equipo deben conocer la organización del material del carro de paradas y el correcto manejo del desfibrilador.
- Es precisa la revisión mensual de las caducidades de los materiales y fármacos.
- Los profesionales sanitarios deben comunicar a la persona responsable, el consumo de materiales y fármacos utilizados al atender una urgencia, para que se pueda realizar su reposición.
- Necesidad de una sesión anual formativa en reanimación cardiopulmonar

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto de mejora es compartido por los dos EAP que desarrollan su actividad asistencial en el mismo de centro de salud (EAP San José Centro y EAP San José Norte)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/396 ========== ***

Nº de registro: 0396

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/UNIDAD DE APOYO SAN JOSE NORTE

Autores:
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA, CAMPO ORDAS JOSE MIGUEL, GONZALEZ ARA ANA MARIA, MARTINEZ MARTINEZ MARIA JESUS, AGUILAR ANTON NATIVIDAD, PINEDA FON PABLO, GIMENO VALDES MARIA JESUS, PARDO MONZON ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología en atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro de los procesos de soporte de un EAP, cobran especial importancia aquellos procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para conseguir una asistencia adecuada a los pacientes. La resolución de un problema asistencial está indisolublemente unida tanto a contar con un recurso humano competente como a la disposición de recursos materiales e instrumental necesarios. Además en el momento actual, deben primar criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir con la financiación adecuada, los máximos resultados. Por todo ello, y con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
Implementación de procesos de mejora para gestionar y controlar estos recursos materiales, que redundarán en una mejor asistencia, un aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel que evitarían derivaciones y una mayor seguridad tanto para el paciente como para el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros al objeto de evitar diferencias entre los equipos en el abordaje de procedimientos comunes, lo que origina problemas con el personal eventual cuando cambia o se traslada de centro al asumir las tareas en el destino.
Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento entre el personal del EAP de los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos del sector sobre Gestión de almacén de fungibles, de botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones especificas de la atención a urgencias, en especial el carro de paradas y el maletín de urgencias, así como el procedimiento de esterilización de material. Estos procesos ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.

Se realizarán sesiones formativas sobre los procedimientos (con personal docente interno y externo al centro),y se implementará su puesta en marcha. (véase cronograma)
Los procedimientos tienen registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, verificación de albaranes, control de stocks standard y mínimo, actividad ante las roturas de stock, control de caducidades y de reposición, etc. También existirá un registro de incidencias con un listado de las situaciones o problemas ocurridos y la solución adoptada.

Propuesta Responsables: Almacén, botiquín: Natividad Aguilar (auxiliar clinica)/ Pablo Pineda (ENF)
Urgencias: Unidad básica asistencial Jose Miguel Campo, Ana Maria Gonzalez, Mº Jesus Martinez (MF)/Mº Jesus Gimeno (ENF)
Esterilización: Natividad Aguilar(auxilar clinica)/Ana Pardo (ENF)

INDICADORES
Los indicadores se obtendrán a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias/mes (individualizadas por procedimiento).
- % de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
Actividades 2017
Distribución proyectos: Enero
Formación: Febrero
Nombramiento responsables: Enero
Puesta en marcha procedimiento: Marzo
Reunión control tras 2 meses: dudas, aclaraciones, control registros: Junio
Seguimiento actividad: controles trimestrales: Junio Septiembre Diciembre
Indicadores y conclusiones fina: Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0396

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN, MATERIAL DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN EL EAP/U. DE APOYO S. JOSE NORTE. FASE II

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 02/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGELA FORCEN VICENTE DE VERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA
LOPEZ MORFIOLI ELENA
FERRERAS GASCO DOMINGO
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
SANZ CARRILLO CONCEPCION
FORCEN VICENTE DE VERA ELENA
CAUDEVILLA SOLER CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una sesión a la semana durante ocho semanas por cada grupo de pacientes (8 ó 10 pacientes)realizando la relajación todos juntos.
En la primera sesión se explica la técnica y se ponen en práctica todos los ejercicios musculares.
Se les pide que la practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se proponía llevar a cabo un proyecto de mejora con el objetivo de que el paciente aprendiese a relajarse y aplicar esta técnica
en cualquier ámbito de su vida
A todos los pacientes se les ha enseñado a aplicar la relajación muscular y amejorar su estado anímico.
Han aprendido a discriminar la tensión y la relajación y han conseguido reducir las cifras de tensión arterial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1571 ========== ***

Nº de registro: 1571

Título
TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Autores:
FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA, LOPEZ MORFIOLI ELENA, FERRERAS GASCO DOMINGO, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, SANZ CARRILLO CONCEPCION, FORCEN VICENTE DE VERA ELENA, SOLER GONZALEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1571

1. TÍTULO

TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES CON STRESS, ANSIEDAD, HIPERTENSION ARTERIAL Y VALORACION DE RESULTADOS EN MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las Técnicas de Relajación son un conjunto de procedimientos que se dirigen concretamente a controlar y devolver a la homeostasis.
Es conocido que el estrés está vinculado tanto al malestar emocional, como a diversas alteraciones fisiológicas de amplio espectro, que abarcan desde la tensión muscular y los dolores de cabeza a los trastornos cardíacos y cáncer. Jacobson demostró que después del entrenamiento en relajación se produce un descenso de la tasa de pulso y de la presión sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS
Se propone un proyecto de mejora que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relajarse y aplicar esta técnica en cualquier ámbito de su vida

El objetivo del proyecto es enseñar a los pacientes a aplicar la relajación muscular y mejorar su estado anímico, aprender a discriminar la tensión y la relajación y conseguir reducir las cifras de tensión arterial.

MÉTODO
Se realizaran una sesión a la semana durante diez semanas por cada grupo de pacientes, explicando lo que vamos a hacer y realizando la relajación todos juntos en grupos de 8 o 10 pacientes. Se les pide que practiquen en casa una vez al día, durante 20/30 minutos con luz tenue, en silencio, y ropa cómoda.

INDICADORES
Previamente a comenzar la relajación se cuantificaran datos de tensión arterial que se volverán a registrar al finalizar el programa. Se les pasara una escala Likert de autorregistro de nivel de ansiedad pre y postrelajación.
Al finalizar el proyecto se les repartirá un cuestionario de satisfacción.

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
1. Mejorar resultados de la atención. ..... 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ..... 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. ..... 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. ..... 3 Bastante

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración anual comenzando el día 4 de septiembre de 2017 primera sesión y finalizando previsiblemente en septiembre de 2018. Diez lunes consecutivos durante media hora practica de relajación dirigida.
Al finalizar se realizará el control de tensión arterial a cada paciente y valoración de las escalas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS GASCON GASPAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABANTO VIAMONTE ANTONIO
GOMEZ FERRERUELA LAURA
RODRIGUEZ ELENA LORENA
PASTOR POU LAURA PILAR
GUILLEN BOBE ALBERTO
ARANDA MALLEN CARLOS ADOLFO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Antonio Abanto Viamonte como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.
La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.
4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo 18-9-2018
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Antonio Abanto Viamonte impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 19 de diciembre de 2018, a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es Antonio Abanto Viamonte, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El 19 de diciembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 100% del equipo.
Resultado 2018: 100%
• Se han realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En San Jose Norte el indicador seleccionado fue:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,4 %
Objetivo 2018: =2,3%
Resultado 2018: 3.5%

Este resultado muestra que no se ha logrado el objetivo marcado de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, incluso se ha mantenido el mismo consumo que el año anterior, lo que puede tener un impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, aunque no se han logrado todos los objetivos marcados para el año 2018, en concreto la reducción del consumo de cefalosporinas de 3ª generación. El proyecto de 2018 se considera finalizado.
La disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como la guía de tratamiento antibiótico empírico permitirá plantear un nuevo proyecto en el año 2019 con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1310 ========== ***

Nº de registro: 1310

Título
INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
GASCON GASPAR JOSE LUIS, ABANTO VIAMONTE ANTONIO, GOMEZ FERRERUELA LAURA, RODRIGUEZ ELENA LORENA, RODRIGUEZ MARCO ELENA, PASTOR POU LAURA PILAR, GUILLEN BOBE ALBERTO, ARANDA MALLEN CARLOS ADOLFO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Uso racional de antibioticos
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSÉ NORTE se considera una oportunidad de mejora trabajar para disminuir la prescripción de cefalosporinas de 3º generación respecto al total de antibióticos, ya que en los tres últimos años se vienen registrando valores superiores a la media del sector.

RESULTADOS ESPERADOS
• Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
• Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
• Revisar la utilización de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
• Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
• Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
• Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,4 %
Objetivo 2018: =2,3%

DURACIÓN
Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1310

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE NORTE AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLÓGO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUIRCE SANCHEZ SUSANA
LOPEZ PEREZ ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos distribuido los trípticos de información realizados desde esta unidas e impresos en esta consulta corresdientes a este programa preventivo, hemos llevado a cabo las actividades de formación mediante charlas personalizadas de habilidades y destrezas en técnicas de higiene, control de dieta, etc. Se he informado a cada paciente su estado de salud bucodental y las mejoras obtenidas en las visitas de control sucesivas.
Así mismo se ha formado a las futuras madre sobre la higiene bucal y dieta saludable del recién nacido con técnicas básicas y efectivas enfocando así nuestro programa preventivo en neonatos.
Se ha realizado, primera visita a todas las pacientes que han acudido a consulta pertenecientes al programa y se les ha recitado con la periodicidad marcada.
Este programa se ha llevado a cabo en colaboración con la matrona del centro de salud y se ha reseñado en la historia de cada paciente que ha sido remitido por interconsulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 han sido atendidas en la unidad 59 embarazadas, a cada una de ellas de le ha realizado apertura de historia clinica en la que se reseña la exploración bucodental completa, tanto de partes blandas, como estructuras óseas, se la llevado a cabo la medición de los índices gingivales y periodontales, mediante sondaje periodontal y revelador de placa (índice de o´Leary y de löe y Silness), en consultas sucesivas trimestrales o mensuales según necesidades con una cifra de seguimiento que se acerca al 80%.
En la mayoría de los casos (aproximadamente un 70%) han visto reducidos dichos índices a la exploración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra valoración es claramente positiva ya que ha implicado una colabolarión intercosultas activa y clara respuesta por parte de los pacientes que se han implicado desde el primer momento y los datos obtenidos en las revisiones son optimistas.
La implantación de este programa tiene un coste inexistente, salvo la implicación de la unidad en la impresión de los trípticos.
Reseñar la eficiencia, eficacia y efectividad de los programas preventivos en general y este en particular tanto en la embarazada como en la prevención de caries en el niño.

7. OBSERVACIONES.
Hemos tenido que realizar los trípticos en la impresora de la consulta y comprar el revelador de placa.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/9 ========== ***

Nº de registro: 0009

Título
PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Autores:
VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA, LOPEZ PEREZ ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

PROBLEMA
Este proyecto de mejora pretende concienciar a las embarazadas de la importancia de la salud bucoental dado que la promoción de la salud oral en este colectivo, está contemplada dentro del acuerdo de gestión dada la importancia de la promoción de la salud en este colectivo, susceptible de presentar patología gingival durante el embarazo.
Durante éste, se producen grandes cambios en la mujer en diferentes niveles, centrándonos en la cavidad oral, ésta es, claramente más susceptible de padecer gingivitis y/o caries, en concreto, después del tercer mes de gestación.
El aumento de prolactina y estrógenos producidos en este periodo, se ven claramente asociados a un aumento de los problemas odontológicos mencionados.
Está claramente demostrado que aumenta la posibilidad de sufrir ciertas alteraciones como la gingivitis: las encías aparecen enrojecidas, edematosas, sensibles y con tendencia al sangrado espontáneo o por estímulos pequeños, como el masticar o cepillarse los dientes. Es la denominada gingivitis del embarazo.
Si bien no podemos actuar sobre el incremento de estas hormonas, si podemos intervenir mediante un programa de prevención de enfermedades bucales.
Nos centraríamos en una serie de revisiones periódicas en nuestra consulta durante el embarazo y puerperio.
La población atendida viene derivada de la consulta de la matrona de nuestro centro de salud. Lo ideal es comenzar el embarazo con una boca sana, sin caries, sin sarro, sin gingivitis, etc., ya que estas patologías afectan a la salud de la madre y del hijo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es asentar este programa como parte de la atención que se presta en la consulta en materia de prevención, y concienciar a la población diana de la importancia de la misma.

MÉTODO
Charlas informativas a las matronas, con el fin de dar a conocer la enfermedad y el modo de prevenirla.
Elaboración de un tríptico informativo que daremos a las pacientes.

INDICADORES
Indices gingivales y periodontales (índices de O'Leary y de Löe y Silness)
apertura de historia clínica para evaluación y seguimiento.

DURACIÓN
Primer contacto con embarazadas en el primer trimestre del embarazo y seguimento durante el mismo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUIRCE SANCHEZ SUSANA
LOPEZ PEREZ ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos distribuido los trípticos de información realizados desde esta unidas e impresos en esta consulta corresdientes a este programa preventivo, hemos llevado a cabo las actividades de formación mediante charlas personalizadas de habilidades y destrezas en técnicas de higiene, control de dieta, etc. Se he informado a cada paciente su estado de salud bucodental y las mejoras obtenidas en las visitas de control sucesivas.
Así mismo se ha formado a las futuras madre sobre la higiene bucal y dieta saludable del recién nacido con técnicas básicas y efectivas enfocando así nuestro programa preventivo en neonatos
Se ha realizado, primera visita a todas las pacientes que han acudido a consulta pertenecientes al programa y se les ha recitado con la periodicidad marcada.
Este programa se ha llevado a cabo en colaboración con la matrona del centro de salud y se ha reseñado en la historia de cada paciente que ha sido remitido por interconsulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 han sido atendidas en la unidad 59 embarazadas, a cada una de ellas de le ha realizado apertira de historia clinica en la que se reseña la exploración bucodental completa, tanto de partes blandas, como estructuras óseas, se la llevado a cabo la medición de los índices gingivales y periodontales, mediante sondaje periodontal y revelador de placa (índice de o´Leary y de löe y Silness) en consultas sucesivas trimestrales o mensuales según necesidades con una cifra de seguimiento que se acerca al 80%, .
En la mayoría de los casos (aproximadamente un 70%) han visto reducidos dichos índices a la exploración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra valoración es claramente positiva ya que ha implicado una colabolarión intercosultas activa y clara respuesta por parte de los pacientes que se han implicado desde el primer momento y los datos obtenidos en las revisiones son optimistas.
La implantación de este programa tiene un coste inexistente, salvo la implicación de la unidad en la impresión de los trípticos.
Reseñar la eficiencia, eficacia y efectividad de los programas preventivos en general y este en particular tanto en la embarazada como en la prevención de caries en el niño.

7. OBSERVACIONES.
Hemos tenido que realizar los trípticos en la impresora de la consulta y comprar el revelador de placa

*** ========== Resumen del proyecto 2018/9 ========== ***

Nº de registro: 0009

Título
PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO-GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

Autores:
VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA, LOPEZ PEREZ ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: prevención

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0009

1. TÍTULO

PREVENCION DE PATOLOGIA ODONTO GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS Y DURANTE EL PERIODO DEL PUERPERIO

PROBLEMA
Este proyecto de mejora pretende concienciar a las embarazadas de la importancia de la salud bucoental dado que la promoción de la salud oral en este colectivo, está contemplada dentro del acuerdo de gestión dada la importancia de la promoción de la salud en este colectivo, susceptible de presentar patología gingival durante el embarazo.
Durante éste, se producen grandes cambios en la mujer en diferentes niveles, centrándonos en la cavidad oral, ésta es, claramente más susceptible de padecer gingivitis y/o caries, en concreto, después del tercer mes de gestación.
El aumento de prolactina y estrógenos producidos en este periodo, se ven claramente asociados a un aumento de los problemas odontológicos mencionados.
Está claramente demostrado que aumenta la posibilidad de sufrir ciertas alteraciones como la gingivitis: las encías aparecen enrojecidas, edematosas, sensibles y con tendencia al sangrado espontáneo o por estímulos pequeños, como el masticar o cepillarse los dientes. Es la denominada gingivitis del embarazo.
Si bien no podemos actuar sobre el incremento de estas hormonas, si podemos intervenir mediante un programa de prevención de enfermedades bucales.
Nos centraríamos en una serie de revisiones periódicas en nuestra consulta durante el embarazo y puerperio.
La población atendida viene derivada de la consulta de la matrona de nuestro centro de salud. Lo ideal es comenzar el embarazo con una boca sana, sin caries, sin sarro, sin gingivitis, etc., ya que estas patologías afectan a la salud de la madre y del hijo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es asentar este programa como parte de la atención que se presta en la consulta en materia de prevención, y concienciar a la población diana de la importancia de la misma.

MÉTODO
Charlas informativas a las matronas, con el fin de dar a conocer la enfermedad y el modo de prevenirla.
Elaboración de un tríptico informativo que daremos a las pacientes.

INDICADORES
Indices gingivales y periodontales (índices de O'Leary y de Löe y Silness)
apertura de historia clínica para evaluación y seguimiento.

DURACIÓN
Primer contacto con embarazadas en el primer trimestre del embarazo y seguimento durante el mismo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0068

1. TÍTULO

TALLLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO SALDAÑA LUISA
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL
BECERRIL GERMAN CARMEN
DOMINGO PASCUAL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEIS REFERENTES A
CUIDARA A OTRA PERSONA Y FACTORES RELACIONADOS
- Aspectos y motivos del cuidado
- Tareas a realizar y sentimientos emergentes
- Distintas situaciones de cuidado según parentesco
- Cómo me siento cuidando a mi familiar
- La responsabilidad y experiencia del cuidado

AYUDA Y PROMOCION PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:
- La higiene y arreglo personal: cómo realizar el aseo personal, la ducha, cuidado de los pies, cortado de uñas, cuidado de la piel, higiene de la boca, ojos y oídos, el cabello, el afeitado y la depilación

- El vestido: ayuda a vestir y desvestir

- La eliminación: tipos de incontinencia (causas, técnicas de reeducación y cuidados), cuidados de higiene en la eliminación, uso y tipos de absorbentes, colectores, sondas vesicales, prevención de complicaciones en la incontinencia urinaria y fecal, diarreas y estreñimiento.

- Prevención de úlceras por presión
- Vigilancia y cuidados para la prevención

- Desplazamientos, transferencias y movilizaciones
Necesidad de la movilización y sus objetivos
Movilización en cama
Transferencias: levantamientos desde silla, ponerse de pie…
Cambios posturales
Ayudas para una correcta marcha
Caminar, subir y bajar escaleras

- Adaptación de entorno
Productos de apoyo que se emplean para transferencias, para la marcha.

- La alimentación
Preparación del lugar donde se sientan a comer
Pautas a la hora de sentarse a comer
Elaboración de menús equilibrados
Fenómeno del paciente encamado
Productos de apoyo para ayudar a comer
Negación de la persona a comer y/o beber
Disfagias: signos, consecuencias, medidas a adoptar, alimentos y bebidas que se les puede proporcionar, posibilidades de complementos nutricionales y preparados alimenticios

- Administración de medicación
Dosificación
Trituración
Manipulación
Trucos para recordar las tomas

- Aprender a cuidarse la persona cuidadora
- Comunicarse y tiempo para si - Poner límites al cuidado
- Pedir ayuda, mantener mis relaciones sociales - Claudicación familiar
- Pérdida de autoestima - El sueño

- Comunicación interpersonal entre la persona en situación de dependencia y su cuidador
- Estrategias de afrontamiento

- Recursos sociales -
-Servicios y prestaciones sociales para la autonomía personal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0068

1. TÍTULO

TALLLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS

-Gestión, solicitud y valoración de la situación de dependencia: documentación y proceso.
- Voluntades anticipadas: concepto, la planificación anticipada,
el documento y el proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AUMENTO DEL APOYO A LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES

AUMENTO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS A LOS PACIENTES DEPENDIENTES

CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TRAS LAS EVALUACIONES AL FINALIZAR LAS SESIONES, HEMOS OBSERVADO LA MEJORA EN LA RELACIÓN DE LOS CUIDADORES CON LOS PROFESIONALES DEL CENTRO, MENOR INCIDENCIA EN ULCERAS POR PRESIÓN.
LOS ASISTENTES MANIFIESTAN UN ALTO NIVEL DE SATISFACCION CON LA ACTIVIDAD.

7. OBSERVACIONES.
POR MOTIVOS DE ORGANIZACIÓN DEL CENTRO HAN TENIDO QUE DESPLAZARSE LAS FECHAS PROGRAMADAS.

FALTA DE ESPACIO ADECUADO PARA REALIZAR MEJOR LAS DINÁMICAS DE GRUPO.

TRABAJO EN CS SAN JOSE NORTE y CENTRO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/68 ========== ***

Nº de registro: 0068

Título
TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Autores:
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, NAVARRO SALDAÑA LUISA, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, BECERRIL GERMAN CARMEN, RUIZ SANZ MARISOL, PUEYO UCAR CRISTINA, DOMINGO PASCUAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SOBRE CARGA DEL CUIDADOR
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
-FALTA DE PREPARACIÓN DE LOS CUIDADORARES PARA ATENDER A SUS FAMILIARES DEPENDIENTES Y DESCONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS SOCIOSANITARIOS.
-COSTE EMOCIONAL ASOCIADO AL ROL DE CUIDADOR.
-EMPEORAMIENTO GLOBAL EN LA SALUD DE LOS CUIDADORES

RESULTADOS ESPERADOS
-MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS
-UTILIZACIÓN RACIONAL DE RECURSOS Y MEJORA DE DE LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR.

MÉTODO
REALIZACIÓN DE SESIONES FORMATIVAS E INFORMATIVAS DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA Y PSICOLOGICA.

INDICADORES
-RESPUESTA POSITIVA A LA CONVOCATORIA DE AL MENOS UN 75%, MEDIDO MEDIANTE LA HORA DE REGISTRO.
-ASISTENCIA DE, AL MENOS, UN 80% A LAS SESIONES, MEDIDO A TRAVÉS DE LA HOJA DE FIRMAS.
-SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES: 4 SOBRE ESCAL DEL 1 AL 5, MEDIDO A TRAVES DE UNA HOJA DE EVALUACIÓN ENTREGADA EN LA ÚLTIMA SESIÓN.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0068

1. TÍTULO

TALLLER DE EDUCACION PARA LA SALUDA PARA PERSONAS CUIDADORAS

6 SESIONES, CON FRECUENCIA SEMANA. LA FECHA PREVISTA DE INICIO ES OCTUBRE DE 2016 Y FINALIZACIÓN EN NOVIEMBRE DEL MISMO AÑO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0012

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ COSCOJUELA JAVIER
BECERRIL GERMAN CARMEN
DOMINGO PASCUAL CONCEPCION
LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU
NAVARRO SALDAÑA LUISA
PEÑA LOPEZ ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEIS SESIONES REFERENTES A CUIDAR A OTRA PERSONA Y FACTORES RELACIONADOS, ASPECTOS Y MOTIVOS DEL CUIDADO, AYUDA Y PROMOCIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL, VESTIDO, DESPLAZAMIENTOS, TRANSFERENCIAS Y MOVILIZACIONES, ALIMENTACIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS), APRENDER A CUIDARSE, RECURSOS SOCIALES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AUMENTO DEL APOYO A LOS CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES.
AUMENTO DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS SOCIOSANITARIOS A LAS PERSONAS DEPENDIENTES
CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE OBSERVA MENOR INCIDENCIA EN LA APARICION DE ULCERAS POR PRESIÓN
MEJORA EN LAS RELACIONES DE LOS CUIDADORES CON LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD,
LOS ASISTENTES MANIFIESTAS UN ALTO NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA ACTIVIDAD.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/12 ========== ***

Nº de registro: 0012

Título
TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

Autores:
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, NAVARRO SALDAÑA LUISA, PEÑA LOPEZ ANA ISABEL, BECERRIL GERMAN CARMEN, GOMEZ FERRERUELA LAURA, GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA, DOMINGO PASCUAL CONCEPCION, LAGUARDIA OBON MARIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobre carga del cuidador
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar Calidad de vida y cuidados

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de aportar información y formanción a los cuidadores para atender mejor a sus famliares dependientes.

Desconocimiento de los recursos sociosanitarios para el cuidado y atención a su disposición.

Coste emocional importante asociado al rol de cuidador/a.

Apreciación del empeoramiento global en la salud de los cuidadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0012

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de los cuidados

Mejorar la calidad de vida de los cuidadores

Hacer una utilización racional de los recursos sociosanitarios.

MÉTODO
Realización de 6 sesiones formativas (los días 7, 14, 21, 28 de febrero 2018 y 7, 14 de marzo 2018)

desde la prespectiva sociosanitaria y psicológica.

INDICADORES
Respuesta positiva a la convocatoria de, al mentos, un 75% . Medido con las hojas de registro de apuntados y asistentes.

Asistencia de, al menos, a un 80% de las sesiones. Medido a trvés de las hojas de firma de asistencia.

Satisfacción de los asistentes: 4 sobre 5, medido a través de la hoja de evaluación que se pasa en la última sesión.

DURACIÓN
Enero 2018 inf. en centro de salud, Asociación de Vecinos y Glog del centro de la actividad que se va a desarrollar
7, 14, 21. 28 febero y 7, 14 de marzo 2018.

Marzo, abril 2018 evaluación de la actividad.

OBSERVACIONES
Es dificultoso que los profesionales y cuidadores se impliquen en todas las fases del proyecto

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0055

1. TÍTULO

CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA VAZQUEZ ANDRE
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUIRCE SANCHEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Prevención de caries y parodontopatías en niños de 3 a 6 años mediante la eduación de salud bucodental a sus progenitores, y a los propios niños mediante pictogramas y facilitadores de la higiene bucal, instrucciones de técnicas de higiene bucodental adecuadas a cada caso e individualizadas.
El resultado obtenido es una disminución en los índices de placa bacteriana y caries enun futuro.
hemos elaborado pictogramas e instrucciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El método de obtención de estos pacientes es a través de las consultas de pediatría, una vez captado el paciente, se programan una serie de visitas periódicas dependiendo de la patología, individualizadas. Se tomas índices de placa de Loe Y Silness e indices gingivales y de caries cod. Se registran y se mantiene un seguimiento.
El impacto es recucir estos índices.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pese al pequeño número de pacientes que hemos captado, estamos muy satisfechas con los resuntados, hemos conseguido una familiarización de este tipo de pacientes especiales, y una muy importante implicación de sus familias.
El proyecto no supone coste económico, contamos con la colaboración de un laboratorio que nos proporciona un revelador de placa bacteriana, que usamos para elaborar los índices, cn lo cual el proyecto es viable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/55 ========== ***

Nº de registro: 0055

Título
CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

Autores:
VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA, QUIRCE SANCHEZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otros
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nuestro proyecto continuar la implantación y desarrollo del protocolo de atención a este tipo de pacientes, para optimizar la eficacia y eficiencia de este tipo de atención médica en nuestra consulta.
La necesidad de atención odontológica de pacientes con discapacidad es idéntica a la del resto de la población infantil, si bien desde nuestra consulta debemos llevar a la práctica habilidades emocionales y clínicas diferentes.
Nuestro principal enfoque aumentar la implantación de forma paulatina de nuestro protocolo de atención bucodental en pacientes infantiles con algún tipo de discapacidad desde nuestras consultas en AP, para así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0055

1. TÍTULO

CONTINUACION PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES INFANTILES CON ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD EN CONSULTAS DE ODONTOLOGIA

obtener una disminución real de la prevalencia de gingivitis, epo y caries.
La población diana escogida abarca las edades desde los 3 hasta los 6 años, ya que a partir de esta edad se derivan directamente a la unidad específica de San Juan De Dios.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir mediante la prevención una prevalencia próxima a 0 de las patologias de gingivitis, epo y caries en población diana mediante la elaboración de un protocolo específico para dichas patologías.

MÉTODO
1. Recogida de pacientes: directos de demanda y derivados de pediatría.

2. 1º visita: Primer contacto con paciente y familia: lograr una familiarización del paciente con nuestra consulta y realizar exploración bucodental.
3. Sucesivas:

-Establecimiento de rutinas de higiene bucodental individualizadas para el paciente, y padres o tutor, mediante el uso de pictogramas como sistema de apoyo. La labor de la familia es fundamental para conseguir niveles óptimos de salud dental.
-Mantenimiento de la salud oral: consejos de dieta, mediante el uso personalizado de hojas de cariogenicidad de alimentos.

- Establecimiento de técnicas de cepillado, adaptándolas a las limitaciones motoras del paciente, uso de pictogramas, etc.

INDICADORES
Apertura de historia clínica para su evaluación y seguimiento.
Indicadores gingivales y de índice de caries.

DURACIÓN
Primer contacto con población diana y seguimiento del mismo, visitas semanales, posteriormente mensuales y trimestrales.
- Apertura de historia clinica, ralización de índices de forma sucesiva, así como técnicas de instrucción de higiene oral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0056

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SUSANA QUIRCE SANCHEZ
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS SAN JOSE NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD
BECERRIL GERMAN CARMEN
NAVARRO SALDAÑA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad consiste en la promoción de la salud a través de visitas escolares al centro de salud, con especial hincapié en la salud bucodental.
Consiste en una charla con soporte audiovisual de power point y posterior visita y talleres de los escolares en grupos reducidos por las diferentes salas del Centro de Salud (extracciones de sangre, pediatría, odontología, etc), con el fin de promover hábitos saludables en cuanto a alimentación e higiene, y disminuir la ansiedad que producen las visitas al Centro de salud en los niños.
Posteriormente el el colegio realizan redacciones y dibujos que colocamos en el Centro de salud para que el resto de ususarios lo visualicen.
La visita se realiza durante el mes de marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disminución del miedo y la ansiedad de los niños en las visitas al dentista y a la sala de analíticas, adquisición de hábitos saludables en cuanto a higiene y dieta, sobre todo la bucodental.
Familiarización del niño con el personal sanitario.
Estas charlas se imparten a 46 niños de primero de primaria del colegio Tomás Alvira de Zaragoza, que se continúan con las posteriores visitas individuales anuales reflejadas en el programa de atención bucodental infantil y juvenil del Gobierno de Aragón.
Los niños son captados a través de la dirección del colegio y de las tutoras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyesto tiene una proyección anual, de hecho estas visitas se vienen realizando desde 2013, es importante implantar los hábitos saludables en la edad temprana e irlos afianzando a lo largo de los años, los niños se refuerzan positivamente cuando ven sus dibujos de promoción de la salud decorando las paredes del centro de salud y eso conlleva una mayor implicación de su familia.
El proyecto es perfectamente sostenible porque no supone coste económico ninguno, y se realiza fuera de la jornada laboral.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/56 ========== ***

Nº de registro: 0056

Título
PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE

Autores:
QUIRCE SANCHEZ SUSANA, BUJEDO RODRIGUEZ FELICIDAD, BECERRIL GERMAN CARMEN, NAVARRO SALDAÑA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENTIVO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0056

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD A TRAVES DE VISITAS ESCOLARES AL CENTRO DE SALUD SAN JOSE

PROBLEMA
Este proyecto pretende dar a conocer la importancia de la promoción de la salud en niños en edad escolar a través de visitas programadas de escolares al Centro De Salud, estableciendo así la importancia de familiarizarse con el personal sanitario, el tipo de atención sanitaria y preventiva realizada en el centro y conocer los recursos materiales y los espacios y salas de las que consta el centro.
Nuestro principal enfoque es incidir para conseguir que este colectivo se implique directamente en la promoción de la salud, hábitos higiénico sanitarios a través de charlas, métodos audiovisuales, e interacción directa con el personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir mediante la prevención, que el niño sea consciente de la importancia de la promoción de la salud, acercar el Centro de Salud a la población y disminuir la ansiedad generalizada provocada por las visitas sobre todo al dentista y a la sala de extracción de muestras y adquiris hábitos saludables.

MÉTODO
Contacto con el colegio y programación de la actividad
Recepción de los escolares en el hall del centro de salud, que acuden acompañados por personal del colegio
proyección de métodos audiovisuales y charla informativa sobre la promoción de la salud en la sala multiusos
visita realizada en grupos de 10 niños como máximo por las instalaciones del centro: sala de extracción de muestras, consultas de pediatría, odontología y otros.
Despedida en el hall y entrega de material de refuerzo

INDICADORES
Interés que muestran cada año los profesores del colegio para continuar anualmente con la actividad
dibujos que nos hacen los niños mostrando lo que mas les ha impactado y gustado

DURACIÓN
PRIMER TRIMESTRE DEL CURSO ESCOLAR

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1104

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR

Fecha de entrada: 04/04/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GARCES ROMERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA MANCHO JAVIER MARIANO
PORTERO URIEL LIRIA
SOLA ANTON JOSE
MONE FOZ ESPERANZA
LAVILLA MAVARRO CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras el analisis del informe de la auditoria 2016, de las no conformidades e incidencias y la valoracion de reclamaciones y encuestas a los usuarios y con el fin de mantener la certificacion ISO 9001se establecieron los objetivos de 2017:
1. mejorar el cumplimiento de Servicios mejorando el registro de actividades
2. mejorara la utilizacion del protocolo de Atencion Continuada
3. actualizar las normas de utilizacion de los envases multidosis
4. mejorar la formacion de forma continuada impulsando las sesiones clinicas impartidas por los profesionales del Centro
5. atender a las demandas según reclamaciones y encuesta de satisfacion.

El cronograma de evaluacion se realiza por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, Revision por la Direccion y Auditoria externa, teniendo atencion especial a los indicadores previstos en el Acuerdo de gestion del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados han sido satisfactorios en la Auditoria interna, sin Desviaciones y no se ha realizado auditoria externa este año en el equipo.
Se han realizado sesiones clinicas impartidas por los miembros del equipo que han supuesto el 30% del total. Incluyendo temas prioritarios del Acuerdo de gestion
Se ha realizado una encuesta propia en el Centro para pacientes del EAP.
Ha habido una disminucion del numero de reclamaciones en el año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implatacion de un sistema de Gestion de la calidad y su mantenimiento supone una mejora continua en nuestro Equipo de atencion primaria (EAP). Se han establecido objetivos e indicarores que permitan medir los procesos de forma estandarizada y permanente con mejora continua dela deteccion de errores, riesgos reales y/o potenciales que permiten avanzar en la mejora de la calidad de la actualcion de profesionales y seguridad de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1104 ========== ***

Nº de registro: 1104

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR

Autores:
GARCES ROMERO CARMEN, LABARTA MANCHO JAVIER, PORTERO URIEL LIRIA, SOLA ANTON JOSE, MONE FOZ ESPERANZA, LAVILLA NAVARRO CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas patologias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1104

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE SAN JOSE SUR

Otro tipo Objetivos: Mantener certificacion ISO 9001

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantacion y funcionamiento del sistema de gestion de la calidad, supone la necesidad de mejora continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro equipo de mantener la certificacion UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de getion de calidad normalizado donde los procesos esten perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periodicamente mediante un proceso de mejora continua y deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de San José Sur del sector Zaragza II se encuentra certificado segun norma ISO 9001 desde el año 2011.
Nuestro planteamiento es mantener la certificacion.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es avanzar en la implicacion de todos los miembros del equipo y mantener la certificacin ISO 9001 en el proximo año.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilizacion de la informacion del sistema de Getion de la Calidad como son los informes de auditoria, resultados del seguimiento de objetivos, de indicadores, el analisis de incidencias, reclamaciones y estudio de las no conformidades para la mejora continua.

INDICADORES
Mejorar del cumplimiento de los servicios, mejorando el registro de actividades.
Mejorar de la utilizacion del protocolo de atencion contiuada.
Actualizion de las normas en utilizacion de envases multidosis
Atender a las demandas segun reclamaciones y encuesta de satisfacion
Impulsar sesiones clinicas impartidas por los profesionales del equipo.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna en abril 2017
Reunion por la Direccion en mayo 2017
Auditoria externa en junio 2017
Seguimiento y cierre si procede de las no conformidades abiertas en la auditoria interna de abril a diciembre de 2017
Formación de los profesionales y sesiones de servicio. junio y diciembre 2017
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. junio y diciembre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 09/03/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA ALBERO MARCEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN OTAL MARIA PILAR
MATEO FERRANDO ANA MARIA
FERNANDEZ VALENZUELA ESTHER
FERRERAS AMEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A fecha de 30 de Noviembre de 2017, se ha realizado dos ciclos de 5 sesiones, con mismos temas, en total 10 sesiones, los temas de las sesiones fueron:
1. Lactancia materna, anatomía, fisiología, posiciones y problemas mas habituales
2. Extracción y conservación de la leche materna. Banco de leche. Alimentación y farmacos durante la lactancia
3. Duración recomendada de la lactancia
4. Actuación ante patologías agudas: fiebre, atragantamiento, trastornos gastrointestinales.
5. Uso del Chupete y/o biberon. Alimentación Complementaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. En las primeras 5 sesiones del ciclo se registró una asistencia de 10,8 personas de media a cada sesión, con una nota media de valoración de 9,37 sobre 10
2. En las segundas 5 sesiones del ciclo, donde se repitieron los temas tratados, se registro una asistencia media de3,4 personas, obteniendo una cifra media de valoración de 9,84 sobre 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con estos datos podemos decir, que a mitad de duración del proyecto se realizaron todas las sesiones previastas para ese periodo de tiempo, al realizar una sesion semanal, por lo que se cumple el primer indicador.
Así como se obtuvo una buena valoración de las mismas por lo que se cumple el segundo indicador
Si bien, la afluencia al segundo ciclo de sesiones fue mas baja de lo esperado, y pese a que no es un indicador marcado a seguir en este proyecto si nos lleva a plantear nuevos objetivos de cara a la continuidad del proyecto, buscando nuevos temas y no repitiendo, asi como se nos plantea la posibilidad de contactar con otros sectores, asociaciones... con objetivos afines a fin de captar mas personas interesadas y enriquecer los temas a tratar desde otras perspectivas e inquietudes.
Tambien se plantea la posibilidad de entregar información escrita en diferentes idiomas, al acudir madres de diferentes nacionalidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1492 ========== ***

Nº de registro: 1492

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
ALBERO MARCEN LAURA, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, MATEO FERRANDO ANA MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER, FERRERAS AMEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madres de niños entre 0 y 2 años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su
falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa
y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho
de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales

MÉTODO
1.Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

2.Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12´00 a 13´00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de “Canal Imperial”. Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).

3.El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.

4.Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES
Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.

Indicador 2: Utilidad:Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta
(ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

DURACIÓN
Inicio del proyecto: Mayo/2017

Fin del proyecto: Mayo/2018

Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.

2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.

Evaluación final en Mayo/18.

Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES
El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o
largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA ALBERO MARCEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN OTAL MARIA PILAR
MATEO FERRANDO ANA MARIA
FERNANDEZ VALENZUELA ESTHER
FERRERAS AMEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 se han realizado sesiones todos los martes lectivos y los temas que se han tratado han sido:
1. lactancia materna,anatomia, fisiologia, posiciones y problemas mas habituales
2. extraccion y conservacion de la leche materna, banco de leche, alimentacion y farmacos durante lalactancia
3. actuacion ante patologias agudas, fiebre, trastornos gastrointestinales, procesos viricos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
se ha conseguido una asistencia media de 7 familas por sesion. y se ha realizado una encuesta mensual donde se puntua elcontendo de la actividad, los aspectos organizativos, evaluacion de los profesionales y evaluacion global del programa.con una calificacion media de 9.2 (sobre 10)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la finalizacion del proyecto se ha conseguido un espacio en el que llass madres han compartido dificultades, consiguiendo informacion apoyo profesional y emocional dandoles confianza en sus habilidades para amamantar y en la toma de sus decisones y se ha conseguido disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales.

7. OBSERVACIONES.
despues de finalizado el proyecto queda consolidado como una actividad ofrecida por el equipo de manera reglada.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1492 ========== ***

Nº de registro: 1492

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
ALBERO MARCEN LAURA, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, MATEO FERRANDO ANA MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER, FERRERAS AMEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madres de niños entre 0 y 2 años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su
falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Objetivo general:

El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa
y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.

Objetivos específicos:

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional

Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.

Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho
de amamantar.

Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales

Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.

Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales

MÉTODO
1.Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.

2.Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12´00 a 13´00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de “Canal Imperial”. Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).

3.El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.

4.Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES
Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.

Indicador 2: Utilidad:Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta
(ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1

DURACIÓN
Inicio del proyecto: Mayo/2017

Fin del proyecto: Mayo/2018

Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.

2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.

Evaluación final en Mayo/18.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1492

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES
El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o
largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1143

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA ARRIETA HIGUERAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARILLA PORTALATIN PILAR
AYARZA IZAGUIRRE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
2 SESIONES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SATISFACTORIA. IESS PABLO GARGALLO, DIRECCION

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
BUENA VALORACION, SE DEBERIA INTENTAR DE NUEVO CON MAS TIEMPO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1143 ========== ***

Nº de registro: 1143

Título
HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS

Autores:
ARRIETA HIGUERAS ELENA, ARILLA PORTALATIN PILAR, AYARZA IZAGUIRRE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: promocion salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La trabajadora social del IES Pablo Gargallo ubicado en la Zona de Salud solicita colaboración con el centro por un problema de higiene que hay en el mismo en parte del alumnado. Se analiza la situación social y de determinates de la salud de la población objeto conjuntamente con el IES y se propone establecer un proyecto de promoción de la salud en este tema. Se considera que el entorno mejor para hacer una acción de este tipo es el instituto y el entorno del alumnado para actuar con equidad y con la población que lo precisa.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la situación de higiene en el alumnado de 1º ESO de del IES Pablo Gargallo con una acción
-Aprendizaje por parte de los alumnos de la relación que existe entre higiene, salud y mejora de autoestima para que lo apliquen en su vida diaria
-Inicio coordinación educativa y sociosanitaria con el institutito de la zona
-Servir para iniciar la puerta en marcha del servicio de atención comunitaria en el EAP
Población Diana: alumnado de 1º ESO de del IES Pablo Gargallo

MÉTODO
Acciones de coordinación del equipo del proyecto con la trabajadora social del centro educativo para el diseño y la puesta en marcha del proyecto
-Información y comunicación del proyecto en el EAP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1143

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN POBLACION DE 11-12 AÑOS

-Acciones de preparación y diseño de los materiales y actividades (se contará con apoyo del SARES, salud pública)
-Actividades en el instituto. Actividades muy participativas realizadas por profesionales del equipo junto con profesores, educadores y trabajo social del instituto. Trabajo con visionado de cortos y uso de tecnologías de la información en las que a través de juego se adquieran conceptos y habilidades para poder desarrollar elecciones y actitudes mas saludables en el tema de la higiene. Todas las actividades fomentaran el respeto y la mejora de la autoestima. Para las actividades se dispondrá del material que ofrece el instituto, asi como del material y recursos diseñados por el equipo de trabajo para tal fin (juego higiene-salud).
-Refuerzo desde las consultas de atención primaria a las que puedan acudir el alumnado o sus familias con los mismos mensajes.

INDICADORES
Se evaluará
-Proceso de coordinación y diseño de la actividad (si se responde a los objetivos, si se respeta la equidad, si es participativa)
-La realización de la actividad (asistencia, dificultades, participación)
-Conocimientos y creencias previas y posteriores a la realización.
-Cambios detectados en las aulas tras el proyecto y/o en las consultas del centro de salud

DURACIÓN
Se desarrollará a lo largo del curso escolar,en los meses de Abril, Mayo, Octubre y Diciembre den 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR LOPEZ ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES ROMERO CARMEN
ARRIETA HIGUERAS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Pilar López Esteban como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.
La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo el día 22 de junio.
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Pilar López Esteban impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 13/11/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Esa persona es Pilar López Esteban, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El día 13 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 97% del equipo.
Estándar 2018: 80%
Resultado 2018: 97 %
• Se ha realizado una sesion relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.que tuvo lugar en el Centro de Salud el día 13 de noviembre de 2018.
o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.
El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En San José Sur el indicador seleccionado fue:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 19,0%
Objetivo 2018: =19%
Resultado 2018: 20%

Este resultado muestra que se ha mantenido el mismo porcentaje de consumo de macrólidos respecto al total de antibióticos, por lo que se plantea que es necesario trabajar con el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, excepto en reducir el consumo de macrólidos. Por este año consideramos finalizado este proyecto.
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018, excepto en reducir el consumo de macrólidos. Por este año consideramos finalizado este proyecto.
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1234 ========== ***

Nº de registro: 1234

Título
INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
LOPEZ ESTEBAN PILAR, GARCES ROMERO CARMEN, ARRIETA HIGUERAS ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SAN JOSE SUR se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS
• Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
• Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
• Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
• Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
• Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
• Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA)/ Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 19,0%
Objetivo 2018: < 1

DURACIÓN
Cronograma:
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1234

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SAN JOSE SUR AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1249

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C. S. SAN JOSE SUR

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO SAMPEDRO FELIU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN JOSE SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ HERNANDEZ FELISA
LOPEZ JIMENO AMPARO
LOPEZ ESTEBAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA.
Desde el 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada.
Para mejorar está situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.
En nuestro Centro de Salud, los resultados en el año 2017 fueron: sobre la intervención del tabaquismo fue de 52,45, se propuso superar el 60%.
Y sobre el indicador de porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año, el indicador fue de 6,75.

- Durante el año 2018 se propuso hacer una difusión a los profesionales del Equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas. Se realizó una reunión de todo el equipo el día 11 de abril del 2018.
- Se eligió a Alfonso Sampedro Feliu, médico, miembro del equipo como responsable del proyecto.
- Así mismo se eligieron a Felisa Hernández Hernández y Amparo López Jimeno, enfermeras del equipo como responsables del proyecto, y a Pilar López Esteban, medico miembro del equipo.
- Las actividades de formación sobre deshabituación tabáquica, las realizó el Dr. Sampedro: Curso de deshabituación tabáquica organizado por Dirección del Sector 2. Desde el mes de mayo hasta el mes de noviembre fecha, en la que se realizó la evaluación del mismo
- Las actividades de formación sobre la realización y manejo de espirómetrias:
Felisa Hernández Hernández y Amparo López Jimeno, habían realizado ya con anterioridad dos cursos formativos de realización de espirometrias, puesto que se vienen realizando en nuestro centro desde hace aproximadamente 3 años.
- Las actividades formativas sobre autocuidados y manejo de inhaladores en paciente EPOC, también las habían realizado las encargadas del proyecto Felisa Hernández Hernández y Amparo López Jimeno. : aunque se realizan semanalmente al espirometrías
- Respecto a la creación de una consulta monográfica/ charlas a los pacientes EPOC en autocuidados y manejo de inhaladores así como la realización de espirometrías. Estas actividades se han realizado parcialmente: Se realizan espirometrías dos veces por semana pero no se ha estructura como consulta monográfica, y estaría pendiente al realización de talleres e para el manejo de los inhaladores a los pacientes con EPOC . Se tiene previsto empezar en el mes de marzo-abril, falta concretar pequeños detalles: los profesionales responsables de esta consulta serán: Felisa Hernández Hernández y Amparo López Gimeno, enfermeras de nuestro Centro de Salud.
- En relación a la creación de una consulta monográfica de deshabituación tabáquica, cuyo responsable es el Dr. Sampedro se ha retrasado debido a que la formación que dicho profesional tuvo lugar mas tarde de los previsto (noviembre). Está previsto el inicio de esta consulta monográfica en los próximos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018, los resultados alcanzados en nuestro equipo han sido los siguientes:
- Se han designados unas personas claves para liderar las actividades sobre el proyecto de mejora en la atención al paciente EPOC, y para comenzar las consultas monográficas, relacionadas con el mismo.
- Se ha realizado la formación de los profesionales para la puesta en marcha de las consultas monográficas
- Se ha iniciado el proceso de la creación de dos consultas monográficas, aunque aún no se su puesta en funcionamiento está prevista en los próximos meses:
1. Consulta monográfica cuyo nombre será: Deshabituación tabáquica y el profesional que la presentará será el dr. Alfonso Sampedro Feliu.
2. Consulta monográfica cuyo nombre será: Espirometrias y educación al paciente EPOC y las profesionales que la presentarán serán: Felisa Hernández Hernández y Amparo López Jimeno, enfermeras de nuestro centro de salud
- El porcentaje de espirometrias de diagnóstico realizadas fuera del centro de salud:
Objetivo era 0%. Este objetivo si no se ha cumplido ha sido por fallos técnicos, hemos tenido estropeado el espirómetro en varios momentos del año, y es entonces cuando se han enviado algunas a realizarlas al CME de San José, no a Consultas de Neumología como interconsulta, sino a las consultas de enfermería de espirometrias, que hay en dicho CME, se realizaban allí, pero éramos nosotros quien las valoraba y diagnosticaba.Ya se ha comentado anteriormente, que en este centro de salud, Felisa Hernández Hernández y Amparo López Jimeno, las realizan en una consulta preparada para ello y mediante cita desde hace aproximadamente 3 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1249

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C. S. SAN JOSE SUR

- El relación a los objetivos clínicos marcados para el año 2018, aunque no se han alcanzado el estándar se ha producido una mejoría en la mayoría de ellos:
. Intervención sobre el tabaquismo. Objetivo: superar el 60%. Se ha obtenido 52,83% (siendo en el 2017: 52,45).
. Detección del consumo de tabaco.
Objetivo: 40%. Se ha obtenido 31,31%
(siendo en el 2017: 26,92%).
. Razón Prevalencia de EPOC.
Objetivo >5. Se ha obtenido 2,25 (siendo en el 2017 de 2,28).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha mentalizado de la importancia del proyecto de mejora en la atención al paciente EPOC, así como en el problema de su diagnóstico y su registro, dándonos cuenta que no es tarea fácil, ya que es una patología muy prevalente y que está infra diagnosticada, por lo que debemos de poner más empeño en los registros. Así como insistir más en la detención del tabaquismo y de su prevención.
- Es difícil llegar a los objetivos marcados, pero hemos mejorado en casi todos, respecto el año anterior.
- Por lo que hemos decidido en seguir con el proyecto de mejora por lo menos un año más.
- Y que estamos seguros y con esperanza que las dos consultas monográficas que van a comenzar en breve tiempo, nos ayudarán a conseguir los objetivos marcados y las actividades a realizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1249 ========== ***

Nº de registro: 1249

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C.S. SAN JOSE SUR

Autores:
SAMPEDRO FELIU ALFONSO, HERNANDEZ HERNANDEZ FELISA, LOPEZ JIMENO AMPARO, LOPEZ ESTEBAN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE SUR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.
En nuestro Centro de Salud, los resultados en el año 2017 fueron: sobre el indicador de Intervención del tabaquismo fue de 52,45, nos proponemos superar el 60%.
Y sobre el indicador de porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año, el indicador fue de 6.75

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1249

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN EL C. S. SAN JOSE SUR

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo. Se crea una consulta monográfica sobre deshabituación tabáquica, control y seguimiento
2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC.
3. Estimular la realización de espirometrías. Se realizaran en las consultas monográficas a la vez que los autocuidados al paciente EPOC
4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de una consulta monográfica /charlas a los pacientes con EPOC sobre autocuidados y manejo de inhaladores, además de la realización de las espirometrias cuando se precise.

MÉTODO
- Difusión a los profesionales del equipo del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.
- Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.
- Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.
- Creación de una consulta monográfica / charlas al paciente EPOC en autocuidados y manejo de inhaladores así como la realización de espirometrias, cuando se precisen.
- Creación de una consulta monográfica de deshabituación tabáquica, control y seguimiento.

INDICADORES
- Intervención sobre tabaquismo. Objetivo: Superar el 60% (Actualmente en el EAP 52.45).
- Detección consumo de tabaco. Objetivo: 40%. (Actualmente 26,92).
- Razón Prevalencia EPOC. Objetivo: >5. (Actualmente 2,28)
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- Implantación de Consultas Monográficas en: Cuidados de EPOC y manejo de inhaladores y realización de espirometrias y otra de Deshabituación Tabáquica. Objetivo: SI/realización de charlas al año a los pacientes EPOC sobre autocuidado /manejo de inhaladores. Objetivo: SI / 2 charlas al año

DURACIÓN
- Marzo- Mayo 2018: Difusión activa del Proyecto.
- Junio-Septiembre 2018: Actividades formativas
- Septiembre-Noviembre: Puesta en marcha consulta monográfica/realización de charlas a los pacientes EPOC
- Septiembre/Diciembre 2018: Análisis evolución de la intervención

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0778

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SELMA VALVERDE ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAZA INVERNON ANA CRISTINA
MARTINEZ CASBAS PEDRO
BENEDI ARTAL SONIA
SAMITIER LERENDEGUI MARIA LUISA
CASTRO PINEDO NATIVIDAD
MURO BADIA MARIA JESUS
CAUSAPE ALMENARA MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones del grupo de calidad : 7 reuniones en 2017 (enero, febrero, marzo, mayo, junio, julio y septiembre). Las actas de las reuniones del grupo de calidad se recogen en el Servidor San Pablo (Documentación interna_Comisión de Calidad_Actas reuniones).
-Sesiones del grupo de calidad al EAP : sirve para comunicar el proyecto y sus resultados a los profesionales : reunión realizada el 29/03/2017
-Revisión por la dirección : se ha realizado con fecha 04/04/2017
-Auditoría interna : se ha realizado con fecha 23/06/2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-En 2017 se ha conseguido mantener la certificación ISO 9001 realizándose las actividades comentadas anteriormente.
- Se han transmitido al equipo los resultados obtenidos en el Acuerdo de Gestión del año predente (2016) .
- Se ha realizado el registro y seguimiento de incidencias (16) : se mantiene el registro unificado de incidencias en el Servidor San Pablo (Documentación interna_ normas ISO_listado y registro de no conformidades _listado de incidencias) . Se han realizado acciones para animar al registro de incidencias . Se han analizado dichas incidencias en las reuniones del grupo de calidad (ver actas).
- Se ha realizado el seguimiento de las no confomidades abiertas tras la auditoria interna del año precedente (2016) (2) : se ha reflejado en las actas de las reuniones del grupo de Calidad.
- Se han analizado los puntos fuertes en los diversos capítulos especificados por la Norma UNE-EN ISO 9001 obtenidos tras la Auditoría interna de 2017
*Sistema de Gestión de la Calidad : Está recogido en manual de acogida el sistema de organización ante un aviso urgente.
*Gestión de recursos: Existe un sistema de gestión del material que se entrega a los pacientes para la realización de curas en el domicilio.
*Realización del producto: Existe una notable implicación de los profesionales de este EAP en actividades de Atención comunitaria. Los profesionales de admisión explican de forma sistemática los Plazos de garantía en atención especializada.
*Medición, análisis y mejora: El EAP tiene descrito el procedimiento para la atención a Segundas y terceras victimas.

- Se han analizado los puntos de mejora en los diversos capítulos especificados por la Norma UNE-EN ISO 9001 obtenidos tras la Auditoría interna de 2017, poniendo en marcha las acciones pertinentes para su corrección:
*Sistema de Gestión de la Calidad : No existe evidencia del control de documentación, se han encontrado varios registros sin controlar.(Por ejemplo registro de los materiales proporcionados a los pacientes para curas en domicilio)
*Responsabilidad de la Dirección : No existe evidencia de la respuesta ni en plazo ni contenido a las reclamaciones interpuestas al EAP. No existe evidencia de que la totalidad de los profesionales tengan claves operativas para el acceso al cuadro de mandos.
*Gestión de recursos: No existe evidencia de una recepción adecuada de los pedidos, pues la documentación se encuentra fuera de centro de salud. No se ha podido evidenciar el control de equipamiento.
- Se han abierto no conformidades tras la auditoría del año 2017 : (3) relacionadas con la retirada de los contenedores de agujas para los pacientes, la escasez de material de curas de enfermería, y los resultados en la respuesta de interconsultas de especilistas . Esta última se ha resuelto parcialmente desde la incorporación del EAP al sistema de interconsulta virtual en 2017.
- Se han revisado los resultados obtenidos en los indicadores clínicos del acuerdo de Gestión 2017, así como en los objetivos de uso racional del medicamento (URM) . No obstante, como los datos se acaban de recibir (febrero 2018), está pendiente realizar un análisis más detenido y la puesta en común al EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se considera de gran utilidad para el buen funcionamiento del EAP mantener la Certificación ISO, ya que permite detectar los problemas y tender a la mejora continua en la prestación de los servicios de atención de salud propios de atención primaria (promoción y educación sanitaria, prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria) .
- Se ha mejorado en algunos indicadores clínicos del Acuerdo de Gestión y en otros se ha empeorado. Está pendiente informar al equipo y analizar las causas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0778

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

- Está pendiente realizar el análisis de los resultados obtenidos en los objetivos de URM incluidos en el acuerdo de gestión clínica 2017.

7. OBSERVACIONES.
Todo el Equipo está muy implicado en la gestión de la calidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/778 ========== ***

Nº de registro: 0778

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

Autores:
VALVERDE ARANDA SELMA, MAZA INVERNON ANA CRISTINA, MARTINEZ CASBAS PEDRO, BENEDI ARTAL SONIA, SAMITIER LERENDEGUI MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de San Pablo del sector Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2010.

Nuestro plantenamiento es mantener la certificación ISO 9001

RESULTADOS ESPERADOS
La prestación de los servicios de atención de salud propios del nivel de atención primaria, incluyendo promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria, adoptando el sistema de gestión de calidad (norma ISO 9001)

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Tras la Auditoría Interna (26/04/2016), se destaca la necesidad de formación en diversas áreas, como pueden ser el seguimiento del cuadro de mandos de diabetes o los registros en OMI de las interconsultas con Atención Especializada. Se va a plantear como sesiones en el plan de formación de 2016-2017.

En relación a las no conformidades abiertas, se mantiene abierta la NC-3 relacionada con equipamiento (solicitud de megafonía nueva). En relación con el procedimiento de esterilización se está en proceso de adaptación de la norma del sector.
Asimismo se pretende la mejora de los datos de los indicadores de objetivos marcados por la dirección, aunque algunos de ellos no se tienen datos previos al ser de nueva evaluación.

INDICADORES
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0778

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP SAN PABLO

Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: abril 2017
Revision por la Direccion: mayo 2017
Auditoria Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones del CS (sept2016-junio2017)
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados (cada cuatrimestre 2016-2017)
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0860

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NIMA PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCARTIN LASIERRA PATRICIA
GIMENO FELIU LUIS ANDRES
ALONSO BARRIO PAULA MARIA
PASTOR SANZ MARTA
GOMEZ MAINAR IRIS
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Semanalmente se realizan 5 paseos de aproximadamente 1 hora de duración que parten del CS. Los lunes y miércoles son paseos con acompañamiento de miembros del EAP, estudiantes y personal sanitario en formación (MIRes y EIRes). Cada año participan como acompañantes unos 25 profesionales distintos del EAP, incluyendo auxiliares administrativas. Los martes, jueves y viernes el grupo de paseo sale de forma autónoma. Los paseos constan de unos ejercicios de calentamiento previos y ejercicios de estiramientos y relajación posteriores a la actividad física.
Además, se han realizado actividades paralelas a los paseos:
- Colaboración de los paseantes en otras actividades comunitarias como el rodaje del corto ‘El poder del chaleco’
- Desayuno cardiosaludable con la Asociación de Detallistas del Mercado Central.
- Taller sobre Ruido y Salud en el Servicio de Mediación del barrio (Amediar)
- Paseo cardiosaludable conjunto con paseantes de la asociación de vecinos del barrio de Delicias, realizado el jueves 25 de mayo, finalizando con un almuerzo saludable.
- Paseo cardiosaludable con paseantes del CS Rebolería, realizado el miércoles 14 de junio, acabando el mismo con un almuerzo ‘de hermandad’
- Paseo con almuerzo celebración fin de curso: realizado el miércoles 28 de junio.

A nivel interno, hemos realizado dos reuniones organizativas del grupo de mejora de calidad de los paseos, además de sesiones clínicas y de EAP en las que se ha recordado la prescripción de ejercicio físico y se ha valorado la mejora en el registro de las actividades realizadas a través de una agenda específica de Educación para la Salud en OMI-AP.
También se ha presentado la actividad a la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se trata de una actividad comunitaria consolidada, con buena acogida por parte de los pacientes y del propio EAP. Actualmente hay un grupo fijo de unos 22 paseantes al que cada día se añade una o dos personas nuevas.
Cabe destacar que los profesionales implicados en el desarrollo de la actividad no son sólo personal sanitario, sino que también participa de forma activa personal administrativo del CS.
Se incluye como actividad formativa para estudiantes de medicina, enfermería y fisioterapia que rotan por el CS.
Del mismo modo, dentro de la formación de MIRes y EIR se incluye esta actividad como una más dentro del trabajo habitual del CS, valorando la realización de actividades comunitarias como ésta como parte de la labor asistencial del centro y dentro de los objetivos de formación MIR establecidos en el programa oficial de la especialidad.
Se hace una evaluación mediante una encuesta cada tres meses, aquí está el del último trimestre:
https://docs.google.com/forms/d/1R5tiP1J4l9apmQwrfYVdT_GhV9H2Em3bQhWUgXiHPlg/edit?usp=sharing
Al final de la temporada de los paseos (final de junio), se pasó una encuesta a los paseantes para conocer su grado de satisfacción con la actividad, mas ideas de mejora; se cumplimentaron un total de 12 encuestas, con los siguientes resultados:
La mayoría de paseantes son mujeres, entre 65 y 75 años, pertenecientes al centro de salud; un 72% acuden dos días por semana. La mayoría acuden desde hace menos de dos años, y un 25% de los encuestados, más de 3 años.
Un 54% fueron animados al paseo por su médico de familia, un 18% por enfermería, 18% amigos y otro 18%, por carteles colocados en el centro. En cuanto a percepción de mejora en la salud, la mayoría considera que ésta ha mejorado bastante–mucho, en particular los aspectos relacionados con la fatiga y la mejora de las relaciones sociales y el estado anímico. Además, 11 de los 12 encuestados realizan alguna actividad física añadida, como gimnasia de mantenimiento y baile.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los paseos cardiosaludables son una intervención sencilla de realizar que tiene un impacto importante en la salud y en la percepción de la misma por parte de sus participantes (profesionales y ciudadanía). Su implantación precisa únicamente de voluntad por parte del personal del centro de salud con apoyo de la dirección para hacer frente a las posibles dificultades organizativas. Es un proyecto sostenible en cuanto que no precisa material específico y que puede ser replicado con facilidad en cualquier otro entorno.
Como posibilidad de mejora estaría ampliar el número de paseantes mediante captación activa y la mejora en los sistemas de registro (limitación de la agenda de EPS en OMI-AP).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0860

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/860 ========== ***

Nº de registro: 0860

Título
GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

Autores:
PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, ESCARTIN LASIERRA PATRICIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, ALONSO BARRIO PAULA MARIA, NUIN CONS ELENA, PASTOR SANZ MARTA, GOMEZ MAINAR IRIS, NAVARRO SEBASTIAN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades de Promoción de la Salud en población general.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El sedentarismo o falta de ejercicio fi´sico es uno de los males ende´micos de nuestra sociedad del siglo XXI. Se acompan~a de otros problemas asociados mu´sculo esquele´ticos, enfermedades cardiovasculares, obesidad y otras patologi´as como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades mentales y otros. La Organizacio´n Mundial de la Salud, las principales li´neas de accio´n de la Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentacio´n, el sobrepeso y al obesidad o el Ministerio de Sanidad y Politica Social a trave´s de la Estrategia para la Nutricio´n, Actividad Fi´sica y Prevencio´n de la Obesidad, tambie´n conocida como Estrategia NAOS recomiendan la realizacio´n de actividad fi´sica adema´s de una dieta adecuada. En Arago´n, como marco de promocio´n de alimentacio´n y actividad fi´sica se desarrolla la Estrategia PASEAR. Las u´ltimas recomendaciones, dentro de la Estrategia de Promocio´n y Prevencio´n del SNS recomiendan la realizacio´n de al menos 150 minutos de actividad fi´sica a la semana para personas adultas.
Tambie´n somos conscientes de co´mo los determinantes sociales influyen en la salud de la poblacio´n y como una favorable red social puede ser un factor protector de la salud.
Atendiendo a la necesidad de mejorar la salud de las personas, no solo a trave´s de la atencio´n cli´nica en las consultas si no tambie´n con intervenciones comunitarias proponemos la continuidad de un programa de paseos cardiosaludables que estimulen la realizacio´n de ejercicio fi´sico entre nuestros pacientes y la mejora de sus redes sociales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mantener esta actividad comunitaria como recurso para la prescripcio´n de ejercicio fi´sico en las consultas
- Mejorar el registro de realizacio´n de actividades comunitarias
- Mejorar la formacio´n en prescripcio´n y realizacio´n de ejercicio fi´sico por parte del CS y otros CS
- Valorar la satisfaccio´n de las personas participantes en los paseos y la mejora de su calidad de vida a trave´s de encuesta de satisfaccio´n creada ad hoc.

MÉTODO
Proyecto ya consolidado, con continuidad.

INDICADORES
Valoracio´n de la auto-percepcio´n de su salud en las personas participantes a trave´s de encuesta realizada ad-hoc y autoadministrada.
Valoracio´n de las caracteri´sticas de la poblacio´n participante en cuanto a edad, sexo, patologi´a cro´nica, etc.
Valoracio´n de la realizacio´n de otras actividades complementarias a los paseos, como la participacio´n en el Gimnasio de Mayores sito en el solar junto al CS.

DURACIÓN
La actividad tiene duracio´n anual, con periodos de descanso entre los meses de junio y agosto, coincidiendo con los periodos vacacionales ma´s largos.
Las actividades se desarrollan segu´n calendario, con sesiones cli´nicas al EAP trimestrales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0860

1. TÍTULO

GASTANDO SUELA POR EL GANCHO. PASEOS CARDIOSALUDABLES EN EL BARRIO DE SAN PABLO

La encuesta de valoracio´n ad hoc de los participantes se autoadministra de forma bianual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
--------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1075

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA NUIN CONS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ MAINAR IRIS
MARCO BRUALLA MARIA
ALONSO BARRIO PAULA MARIA
EGUILUZ LOPEZ MERCEDES
COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se dividió en cuatro fases bien diferenciadas. Actualmente se han realizado las dos primeras. Hemos creído conveniente posponer y replantear metodológicamente las últimas dos fases, dado que en los últimos meses se han producido cambios a nivel de la comunicación/derivación entre Atención Primaria y Atención Especializada, introduciendo la "Interconsulta virtual".
-Primera fase: En la primera fase teníamos como objetivo analizar la situación actual de aquellos pacientes con diagnóstico "Hepatitis viral" (CIAP D72) en el Centro de salud San Pablo. Para ello se solicitaron los datos de dichos pacientes adscritos a la base de datos de usuarios del centro de salud San Pablo, al servicio de informática del Sector Zaragoza 2. Se cumplieron los siguientes criterios de Exclusión: Episodios CIAP D72 que corresponden a errores de codificación y no hacen referencia a Hepatitis. Pacientes con episodio CIAP D72 abierto en el que no se han realizado serologías o no hay constancia de las mismas en el episodio, historia clínica electrónica o historia en papel. Pacientes con diagnóstico de Hepatitis A.
Se realizó la recogida de datos a través de la información que consta en OMI-AP, historia clínica electrónica e historia de papel previa a la informatización de nuestro centro de salud en 2003, elaborando una base de datos, donde constaran: Diagnóstico: portador inactivo VHB, infección VHB pasada con estado de inmunidad, infección crónica VHB, infección VHB pasada sin anticuerpos antiHBs, VHB sin solicitud de ADN viral, infección por VHC pasada, infección por VHC crónica; Si existía o no derivación a atención especializada (Digestivo y/o Infecciosas); Si había recibido tratamiento para esta infección y había sido registrado; Genotipo del VHC; Si se había realizado la carga viral a lo largo del transcurso de la infección; Si hubo curación, con o sin tratamiento.

Posteriormente se analizaron los datos obtenidos, realizando un estudio observacional retrospectivo.
- Segunda Fase: En la segunda fase del proyecto se estableció contacto vía email con los responsables de los diferentes servicios de Atención Especializada que estaban implicados en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con hepatitis B y C en nuestro Sector: Digestivo, Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Se valoró positivamente por parte de todos la posibilidad de mejorar el diagnóstico y seguimiento actual de los pacientes con diagnóstico de Hepatitis B y/o C, y se acordó planificar una reunión en la que poder intercambiar impresiones en cuanto a la vía de derivación de estos pacientes a atención especializada y la manera de mejorar el diagnóstico inicial en un único paso (teniendo en cuenta que hasta ahora no se puede solicitar la carga viral desde AP). Está reunión no se llevó a cabo finalmente por la introducción de la Interconsulta virtual, que ha proporcionado una manera de hacer llegar a Atención especializada los datos de sospecha de una hepatitis, sin esperar a que el paciente sea visto en consulta, pudiendo agilizar así el diagnóstico definitivo y/o acceso al tratamiento.
- Las dos últimas fases de este proyecto han quedado pendientes. Consistían en realizar primero una sesión con el equipo de atención primaria, para mostrar los resultados obtenidos hasta el momento y plantear como objetivo la mejora de los mismos (en función de los cambios acordados con Atención especializada); y posteriormente volver a valorar a dichos pacientes tras un periodo de tiempo en el que se pudieran implementar las mejoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos obtenidos con la información que consta en OMI-AP, historia clínica electrónica e historia de papel, arrojaron los siguientes resultados de la población:
- El 57.7% de los pacientes del estudio tenían diagnóstico de Hepatitis B (VHB) (64.61% hepatitis pasadas y 35.39% crónicas, portador o infección crónica).
- El 30.9% tenían diagnóstico de Hepatitis C (VHC) (79.19% hepatitis crónicas y 20.81% pasadas).
- Un 11.66% de los pacientes presentaba coinfección VHB-VHC y un 10.51% presenta coinfección VHBy/oVHC con VIH.
- El 40.5% eran mujeres y el 59.5% hombres.

Los indicadores recogidos en este proyecto fueron:
- Pacientes con AgHBs+ derivados a atención especializada x100/total de pacientes con AgHBs+ = 74.76%
- Pacientes con antiVHC+ derivados a atención especializada x100/total de pacientes con antiVHC + =83.2%
- Paciente con AgHBs + con carga viral registrada x 100/total de pacientes con AgHBs+ = 29.13%
- Pacientes con antiVHC+ con carga viral registrada x 100/total de pacientes con antiVHC+ = 56.38%
- Pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHB que han recibido tratamiento x 100/total de pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHB = 19.42%
- Pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHC que han recibido tratamiento x 100/total de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1075

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

pacientes con diagnóstico de hepatitis crónica por VHC = 25.5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como ya se ha reflejado en el apartado de actividades realizadas, quedan aún pendientes las dos últimas fases de este proyecto, que podrían llevarse a cabo durante el próximo año tras afianzarse el sistema de la interconsulta virtual, que ha influido en el desarrollo de este proyecto.
El estudio realizado ha mostrado un alto porcentaje de adecuación de derivación a At. Especializada y un bajo registro de datos de carga viral y tratamiento en OMI-AP. Hemos valorado que parte de los resultados pueden estar sesgados por la falta de una historia unificada informatizada entre AP y Atención especializada (teniendo además en cuenta que hasta el año 2003 no se informatizaron las Historias clínicas en nuestro centro de salud, y hasta el 2005 no tenemos unificados los resultados de microbiología con la historia informática del paciente). Además contamos con que en algunos casos se ha podido perder el seguimiento inicial por múltiples motivos: dificultades con el idioma, cambios de domicilio, pérdida de citas…(sin poder ser confirmado ni calculado con los datos que tenemos disponibles).
Al inicio del proyecto, creíamos que podía haber tres opciones de mejora: encontrar una mejor vía de comunicación entre At. Primaria y Especializada, reducir los pasos intermedios en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, y permitir la solicitud de la carga viral desde At. Primaria. Actualmente en el marco de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España se formulan unos objetivos entre los que se encuentran: garantizar la derivación a Atención especializada y la continuidad asistencial, mejorar los circuitos de coordinación entre primaria y especializada, implementar el diagnóstico de VHC en un solo paso, y garantizar la equidad.
Creemos que las mejoras en la comunicación entre primaria y especializada en nuestro Centro ya van en la línea de los dos primeros objetivos, pero aún se podrían plantear mejoras en este aspecto y en el del diagnóstico en un solo paso y la equidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1075 ========== ***

Nº de registro: 1075

Título
ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

Autores:
NUIN CONS ELENA, PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, EGUILUZ LOPEZ MERCEDES, PASTOR SANZ MARTA, GOMEZ MAINAR IRIS, MARCO BRUALLA MARIA, ALONSO BARRIO PAULA MARIA, COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el mundo hay 400 millones de personas infectadas por virus de la hepatitis B o de la hepatitis C. En 2016 la OMS estableció como meta tratar a 8 millones de personas de aquí a 2020. En los últimos años ha habido cambios importantes en el conocimiento de la historia natural de la infección, el tratamiento y el manejo de las hepatitis. La aparición de nuevos fármacos con altas tasas de éxito a la hora de erradicar el virus, y los cambios en los criterios de selección de los pacientes candidatos al tratamiento, han obligado a modificar los criterios de manejo de estos pacientes.Nos proponemos analizar el estado actual de estos pacientes revisando cómo se realizó el diagnóstico, seguimiento y tratamiento. En nuestro sector sanitario no se puede solicitar la carga viral desde atención primaria por lo que todos los pacientes con IgG positiva de VHC, o HBAgs positivo de VHB deben ser remitidos a atención especializada.

RESULTADOS ESPERADOS
Evaluar si los casos de hepatitis B y C en nuestro centro de salud estan diagnosticados correctamente según serologías y el seguimiento realizado. Identificar aquellos en los que se debe completar el estudio en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1075

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HEPATITIS B Y C EN EL CENTRO DE SALUD SAN PABLO

atención primaria o especializada. Describir las características de los pacientes con diagnóstico de hepatitis viral en nuestro centro y las características sociodemográficas que hayan podido influir en el seguimiento.

MÉTODO
Revisión de todas los pacientes adscritos a la base de datos de usuarios del centro de salud San Pablo en los que conste un episodio CIAP D72 (hepatitis viral).
Criterios de Exclusión:
Episodios CIAP D72 que corresponden a errores de codificación y no hacen referencia a Hepatitis.
Pacientes con episodio CIAP D72 abierto en el que no se han realizado serologías o no hay constancia de las mismas en el episodio, historia clínica electrónica o historia en papel.
Pacientes con diagnóstico de Hepatitis A.
Se solicita listados de pacientes con CIAP D72 a Sº de informática del sector Zaragoza 2, analizando todos los casos del CS San Pablo.
Se realizará la recogida de datos a través de la información que consta en OMI-AP, historia clínica electrónica e historia de papel previa a la informatización de nuestro centro de salud en 2003 en una base de datos, donde constarán:
Diagnóstico: portador inactivo VHB, infección VHB pasada con estado de inmunidad, infección crónica VHB, infección VHB pasada sin anticuerpos antiHBs, VHB sin solicitud de ADN viral, infección por VHC pasada, infección por VHC crónica.
Si existe o no derivación a atención especializada (Digestivo y/o Infecciosas)
Si ha recibido tratamiento para esta infección si hay constancia del mismo.
Genotipo del VHC
Realización de la carga viral a lo largo del transcurso de la infección
Si ha habido curación y si este se ha producido tras recibir el tratamiento.
Revisión de los pacientes que han de ser derivados
Se analizarán los datos obtenidos, recogiendo las conclusiones. Posteriormente se realiza una actividad informativa con los miembros del EAP San Pablo presentando los datos en conjunto e informando individualmente a cada médico de la situación de sus pacientes y de las actividades pendientes para mejorar su seguimiento.
Se mantendrá contacto con los FEA digestivo de nuestro sector para establecer un protocolo de derivación más eficiente que el actual.

INDICADORES
Pacientes con antiVHC + y carga viral conocida/total pacientes antiVHC+
Pacientes con antiVHC+ derivados a At especializada/total pacientes antiVHC+
Pacientes con antiVHC+ tratados/total pacientes antiVHC+
Pacientes con AgHBs+/total pacientes con AntiHBc+
Pacientes con AgHBs+ con carga viral conocida/total pacientes con AgHBs+
Pacientes con AgHBs+ derivados a At especializada/total pacientes AgHBs+
Pacientes con AgHBs+ tratados/total pacientes AgHBs+
Criterios derivación:
Hepatitis B: Infección crónica por VHB (persistencia más de 6 meses de HBsAg+): se derivarán para valorar necesidad de tratamiento (carga viral, niveles de transaminasas...). Todo paciente con HBsAg+ será remitido ya que en atención primaria no es posible solicitar detección de ADN de VHB y porque la detección de HBeAg y AntiHBe como indicador de replicación del VHB en nuestro medio está limitada por la alta prevalencia de infección por mutantes pre-core. En caso de detectarse infección crónica (o de evolución desconocida) con HBsAg+ y HBeAg+ deberán derivarse a atención especializada.
Hepatitis C: Se derivarán todos los pacientes con serología positiva de Hepatitis C para determinar si presentan replicación de ARN de VHC ya que es una determinación que no se puede solicitar desde atención primaria.

DURACIÓN
Duración: 1 año.Noviembre/diciembre 2016 análisis datos y presentación en el Centro de Salud.Enero/febrero 2017 reunión con especialistas de digestivo de referencia para establecer circuitos de derivación.Marzo a junio de 2017 contactar con los pacientes que no cumplan criterios de aceptabilidad de seguimiento y realizar los procedimientos adecuados para mejorar el seguimiento.

OBSERVACIONES
Modificación sobre el Proyecto nº 856

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE GONZALO PEÑA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN JIMENEZ JULIA P
PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA
DUPLA ARENAZ MARIA
FERNANDEZ VALENZUELA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés de 0 a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
2.Instaurar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Una sesión semanal: los Martes de 12´00 a 13´00 horas, en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de “Canal Imperial”.
Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés.
3.El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.
4.Se han impartido las sesiones según la organización que se estableció entre los profesionales. Se valora en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.
5.Tras dos meses y medio de sesiones se acordó con el grupo que se realizaría una sesión mensual con la matrona.
6.Dos meses después el grupo dejó de convocarse en el centro de salud y se acordó que fueran las madres las que se pusieran en contacto entre ellas para continuar citándose en grupo en otro lugar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.
No se llegó a completar por acuerdo entre profesionales y participantes, ya que se vió que no demandaban tantas sesiones.
Indicador 2: Utilidad:Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el
contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.
Se recogieron las encuestas durante esos dos meses y medio. La valoración media fue superior a 9 sobre 10, por lo que se apreció gran satisfacción entre las participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como valoración positiva la creación del grupo, la participación inicial tanto de profesionales como de las madres participantes. Hubo una muy buena valoración de la utilidad del grupo. Sirvió también para iniciar una mejor comunicación entre las madres y el servicio de pediatría y matrona.
Aspectos a mejorar fueron la organización del lugar de reunión, ya que se quejaron en varias ocasiones por el calor y por el espacio. También a mejorar puede ser el instaurar un grupo permanente de madres que quieran llevar entre ellas la organización y gestionar el horario más conveniente para el grupo.

7. OBSERVACIONES.
El mantenimiento de este tipo de proyectos sería interesante que quedara en manos de una persona del equipo de salud, cuya labor fuese tan solo la de nexo entre las nuevas madres y el grupo. Siendo este gestionado por una participante.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1486 ========== ***

Nº de registro: 1486

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
GONZALO PEÑA JORGE, MARIN JIMENEZ JULIA P, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA, DUPLA ARENAZ MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madre de niños entre 0-2años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:
El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.
Objetivos específicos:
Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional
Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.
Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.
Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales
Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.
Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

MÉTODO
1.Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
2.Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12´00 a 13´00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de “Canal Imperial”. Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).
3.El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.
4.Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES
Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.
Indicador 2: Utilidad:Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.

DURACIÓN
Inicio del proyecto: Mayo/2017
Fin del proyecto: Mayo/2018
Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.
2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.
Evaluación final en Mayo/18.
Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES
El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA MACIPE COSTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCARTIN LASIERRA PATRICIA
GIMENO FELIU LUIS ANDRES
ALONSO GREGORIO MILAGROS
PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA
PASTOR SANZ MARTA
NUIN CONS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este año hemos elaborado 5 audiovisuales:
-El poder del chaleco.
-En el barrio del Gancho aprendemos a salvar vidas.
-En el barrio del Gancho nos cuidamos.
-Pasacalles del Gancho.
-Colaboración con la iniciativa Danza trayectos “Abrazos”

De estos, el proyecto más completo y al que haremos referencia en la evaluación es la elaboración del cortometraje “El poder del chaleco”. Los otros audiovisuales o bien son proyectos mucho más sencillos o son una actividad más de otros proyectos no presentados como proyectos de mejora.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

El poder del chaleco, fue un proyecto colaborativo llevado adelante entre el centro de salud y :
- Amediar: colectivo que trabaja en temas de mediación y gestión de conflictos en el barrio. Como muchos de estos conflictos tienen relación con temas de limpieza y ruido en el barrio, éstos son temas que trabajan habitualmente. Cada año realizan la formación de un grupo de agentes comunitarios, que son un grupo de vecinos del barrio, que son formados, para que luego sean ellos mismos los que trabajen desde el barrio en temas de mediación y gestión de espacios.
- Grupo de teatro comunitario del Gancho: éste es un grupo de teatro gestionado desde el Centro Social Comunitario Luis Buñuel. Es un proyecto que parte de la convicción de que el arte mejora la calidad de vida de las personas y la de la comunidad.
Nace de la voluntad de juntase, organizarse y expresarse colectivamente. Es un proyecto teatral de la comunidad para la comunidad. Tiene como fundamento de su hacer, la convicción de que toda persona es esencialmente creativa y que sólo hay que crear el marco y dar la oportunidad para que esta faceta se desarrolle. Trabaja desde la inclusión y la integración, por lo tanto es abierto a toda persona que se acerque y quiera participar, de manera voluntaria y en carácter amateur, es decir, con amor por lo que se hace. Está abierto a la participación de cualquier persona, sin importar la experiencia o la edad.

Para el desarrollo de este proyecto hemos realizado las siguientes actividades:

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS

- Reuniones conjuntas para realizar una lluvia de ideas para la elaboración posterior del guion. (2 reuniones)
- Elaboración del guion con las ideas recogidas.
- Reuniones conjuntas para organizar el rodaje: cronograma, fechas de rodaje, reparto de papeles, materiales necesarios, y necesidades para cada día de rodaje (2 reuniones).
- Reunión con laboratorio audiovisual Zaragoza cultural del centro de historias, para préstamo de material.
- Reunión del grupo de Participación comunitaria del centro de salud para organizar tareas y colaboraciones para los días de rodaje.
- Reunión con la persona encargada de crear la canción final del cortometraje.
- Ensayo con el grupo de flamenco Tirititrán, junto con el resto de colaboradores de la canción final del cortometraje.
- Contactos con otros colectivos colaboradores: Asociación de vecinos Lanuza-casco Viejo, Grupo de paseantes del centro de salud, REMAR, Ozanam, para concretar las colaboraciones.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN

Se diseñó un cartel para difundir on line pidiendo colaboración y convocando a personas interesadas en participar, para el ultimo día de rodaje, dia en el que se rodó la canción final.
El corto se presentó al certamen cine y salud y al IV Festival de Cortos del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud sobre Salud Comunitaria. Los dos certámenes tienen un periodo de difusión on line, de cara a difundir los cortos y según las visualizaciones entregar el premio del público.
Cartelería y folletos, aunque sobre todo difusión on line de la convocatoria para el estreno del corto en el centro social comunitario Luis Buñuel.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Artículo en el Heraldo de Aragón preguntando sobre el cortometraje y el problema de limpieza que es sobre el que incide el corto.

INTERVENCIÓN

El rodaje se organizó en 3 sesiones, realizadas en fin de semana que es cuando la disponibilidad de los colaboradores era mayor:
-El primer día se rodaron en el local de Amediar, las entrevistas a los superheroes.
-El segundo día se rodaron en el barrio las escenas de situaciones cotidianas que ocurren en el barrio en torno a la limpieza
-El tercer día se rodó la escena final del cortometraje con la canción que lo cierra.

Participación en la jornada del Dia Mundial de la Salud, jornada a la que acudimos con muchos de los colaboradores.

Estreno del corto en el CSC Luis Buñuel en un acto que contó también con actuaciones del Grupo de teatro comunitario y el Grupo de Flamenco Tirititran.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS Y RESULTADOS ALCANZADOS
Como comentábamos en el apartado anterior, este año se han elaborado 5 audiovisuales:

El poder del chaleco.
En el barrio del Gancho aprendemos a salvar vidas.
En el barrio del Gancho nos cuidamos.
Pasacalles del Gancho.
Colaboración con la iniciativa Danza trayectos “Abrazos”

Respecto a la consecución de los objetivos planteados creemos que todos se han conseguido completamente de la siguiente manera:

OBJETIVO 1: Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la salud en su sentido más amplio.

El material ha sido elaborado. Dicho material responde a una problemática que afecta al barrio de distintas maneras y que es la limpieza y gestión de residuos en el mismo. Es un problema muy presente y que directa e indirectamente afecta a la salud de las personas.

OBJETIVO 2: Fomentar vínculos y relaciones entre profesionales, usuarios y colectivos del barrio.

Este ha sido uno de los puntos fuertes del proyecto. Este proyecto ha sido un proyecto colaborativo entre 3 entidades que a la vez tienen fuertes vínculos con otras entidades y vecinos del barrio. La elaboración del cortometraje ha precisado bastantes reuniones y momentos que compartidos han hecho que los vínculos que ya existían se hayan fortalecido y a la vez, hayamos conocido a nuevos vecinos y personas con las que hemos creado nuevos vínculos. A la vez el estreno del corto congregó a muchas personas y colectivos del barrio que normalmente no coinciden en el mismo espacio: Personal de servicios sociales y usuarios, personal del centro de salud, personas vinculadas al CSC Luis Buñuel y paseantes del centro de salud, vecinos del barrio de colectivos y etnias diversas etc... Ese espacio compartido creemos que alimentó un sentimiento de barrio y de pertenencia que es importante alimentar.

OBJETIVO 3: Ayudar a los participantes a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.

El hecho de intervenir en un cortometraje ayuda sin duda a reflexionar a nivel personal sobre la temática que aborda, y creemos que en este caso ha sido así.

OBJETIVO 4: Disponer de herramientas audiovisuales que nos ayuden a visibilizar, difundir y animar a otras personas a trabajar aspectos relacionados con la salud.

El audiovisual intenta sensibilizar a los vecinos sobre buenas prácticas en relación con la limpieza del barrio. El audiovisual ha sido difundido y presentado al barrio en distintos espacios como el anterior comentado, pero también en una proyección de cortos al aire libre durante las fiestas del barrio. Además se hizo una entrevista en el Heraldo, que a raíz del corto, se interesó por el tema que aborda y eso sirve a su vez también para sensibilizar sobre el tema.

PRINCIPALES RESULTADOS ALCANZADOS:

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. En el cortometraje participaron más de 50 personas incluyendo sanitarios y personas de distintos colectivos y vecinos (El Estandart marcado era >10)
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. De las 50 personas implicadas, unos 30 eran usuarios del centro (personas del grupo de paseos, agentes comunitarios, vecinos colaboradores, integrantes del teatro comunitario (Estandart >5)
- Recursos y asociaciones contactadas. Este proyecto a contactado con los siguientes colectivos:
Amediar
Grupo teatro comunitario del Gancho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Grupo de flamenco tirititran
Ozanam
REMAR
AVV Lanuza Casco Viejo
Grupo de paseantes del centro de salud.
(Estandart > o igual a 1).

- Número de visualizaciones de los trabajos presentados. Este trabajo lleva en este momento un total de 4965 visualizaciones en Youtube. (Estandart >200)
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales. El cortometraje se ha presentado al Certamen Cine y salud, al IV Festival de Cortos del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud sobre Salud Comunitaria, en las fiestas del Gancho en la proyección de cortos al aire libre (2 días), en el CSC Luis Buñuel, y en sesión de equipo del centro de salud. (Estandart > 5)

De una manera cualitativa, al igual que los cortometrajes anteriores, durante y posteriormente a la realización del mismo, se vivió claramente la satisfacción de los participantes, se lo pasaron bien, felicitaban continuamente la iniciativa, se celebró el estreno con una gran afluencia de vecinos y se generó un espacio compartido muy intenso.

El hecho de que fuera un proyecto compartido facilitó mucho el desarrollo del mismo. En anteriores trabajos toda la organización de los participantes, materiales necesarios, infraestructura dependía de nosotros. En este caso, gran parte de esas tareas fueron asumidas sobre todo por Amediar, que además, al ser un colectivo muy presente y que llega a muchos vecinos del barrio, consiguió que participaran en el proyecto vecinos, sobre todo gitanos e inmigrantes, que normalmente no participan en actividades de este tipo. El hecho además de contar con el teatro comunitario, facilitó mucho la gestión del tema actores, y como debían actuar. Indudablemente el hecho de ser un proyecto compartido hizo que llegáramos a mucha mas gente y consiguiéramos implicar a sectores del barrio no implicados hasta el momento en los audiovisuales creados.
Respecto a si el hecho de haber hecho el cortometraje ha incidido algo en el tema que aborda, es decir, la limpieza del barrio, creemos que poco. Sí que ha puesto un poco el foco en el tema, un tema que preocupa desde hace tiempo, y recuerda un poco a los vecinos que hacer y no hacer en relación con la gestión de basuras. Somos conscientes que el barrio tiene dificultades estructurales que exigen a los vecinos un compromiso superior al que se exige a los vecinos de otros barrios (portales estrechos, pocas papeleras y contenedores, casas sin ascensor, población envejecida, pobreza....), y que sin resolver previamente algunas de esas cuestiones es difícil conseguir cambios llamativos en el problema.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como cierre del proceso escribíamos lo siguiente:
Engancharse en proyectos comunes nos hace crecer, y nos multiplica.
Juntos somos más, y además nos lo pasamos en grande
Que lo difícil se hace fácil.
Que cuando trabajamos juntos, nos hacemos amigos.
Que el barrio y sus vecinos nos abrazan
Que los entornos son importantes y hay que cuidarlos
Que nos sentiimos mas barrio y mas comprometidos con él
y que CUIDANDO NOS CUIDAMOS
Quizás estas lineas resumen lo más importante que hemos vivido al hacer este proyecto colaborativo. Es mucho más rico trabajar en red que solos, que la visión se completa mucho mejor cuando se hace desde distintas perspectivas, y que el reparto de tareas hace que las intervenciones sean más sencillas.
Respecto a la viabilidad, esta línea de trabajo sigue siendo viable. Todos los cortometrajes elaborados sentimos que han generado experiencias y dinámicas muy positivas, que han permitido difundir y visibilizar experiencias e ideas y la idea es seguir trabajando en esa línea.
Es una actividad, no obstante, que tiene su cierta complejidad porque exige unos conocimientos en temas audiovisuales que no es habitual que se tengan. Por lo tanto puede ser replicable pero no fácilmente. De hecho un problema que puede tener es que depende demasiado de las personas que conocen el tema y sobre todo editar los cortos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1567 ========== ***

Nº de registro: 1567

Título
CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Autores:
MACIPE COSTA ROSA MARIA, ESCARTIN LASIERRA PATRICIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, ALONSO GREGORIO MILAGROS,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, PASTOR SANZ MARTA, NUIN CONS ELENA, GOMEZ MAINAR IRIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No dirigido a patologías sino a promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Estamos en un mundo en el que los mensajes que llegan en formato audiovisual tienen un impacto muy superior a las herramientas tradicionales deformación. El cine es un buen recurso educativo, en varias vertientes. Por un lado, permite mostrar situaciones y vivencias de los personajes con las que puedes reflexionar.Por otro lado, la elaboración de un material audiovisual, en un contexto de educación para la salud, implicando en la elaboracion del mismo a los destinatarios de la actividad, tiene un potencial importante como herramienta de educacion para la salud. Dichos materiales pueden ser aprovechados a su vez para mostrar, sensibilizar, educar o animar a otras personas o proyectos a implementar algunas actuaciones.
Desde el grupo de participación comunitaria del centro llevamos 3 años elaborando materiales audiovisuales, con distintos fines, y dicha elaboración está resultando muy positiva a distintos niveles, en la linea de las utilidades descritas en el apartado anterior.

Nos ha permitido, proponer una actividad novedosa a pacientes e integrantes del grupo de paseantes, y dicha actividad les ha servido para reflexionar sobre su propia experiencia, a afianzarse como grupo, a mejorar las relaciones con personal del centro, y a visibilizar aspectos positivos de sus vidas y su entorno. Además la elaboración de cortos nos ha permitido afianzar redes con recursos del entorno y a mostrar una imagen positiva del barrio y su potencial.
Por el momento hemos elaborado 8 cortometrajes con distintos objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto tiene unos objetivos generales, y a su vez cada cortometraje elaborado tiene unos objetivos especificos
OBJETIVOS GENERALES:
. Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la educación de la salud y la promoción de hábitos y vidas saludables.
. Fomentar y mejorar las relaciones entre usuarios del centro de salud, profesionales del centro y recursos del entorno, a través de la realización de una actividad novedosa.
. Ayudar a los participantes de cada proyecto a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.
. Disponer de una herramienta audiovisual que sirva para difundir actividades, mensajes, y visiones.

MÉTODO
Los tres años de trayectoria del proyecto nos devuelve, que efectivamente esta herramienta es muy potente, tanto en el momento de elaboración del material, como en la utilidad posterior del mismo.
Por lo tanto apostamos por seguir elaborando materiales que visibilicen aspectos relacionados con la salud de las personas del barrio, en su sentido más amplio, reforzando una mirada positiva hacia las potencialidades de las personas y del entorno e intentando implicar en los mismos a distintos recursos del barrio.
Este año tenemos pensado de entrada elaborar 1 o 2 cortometrajes. Uno sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas, intentando no medicalizar la vida, y otro visibilizando las redes de cuidados informales que se dan dentro de las familias, barrios y pueblos, cuidados que son fundamentales y que normalmente están poco valorados o visibilizados.
Al igual que los cortometrajes ya realizados, la idea es llevar adelante los trabajos con medios propios, y aprovechar las capacidades de las personas del equipo y del entorno.
Cada trabajo lleva distintas fases en su desarrollo.
- Fase inicial de elaboración de un guion. 2-3 reuniones.
- Organización del plan de rodaje (analisis de necesidades materiales y humanas, cronograma y organización del rodaje por días, contacto con las personas que van a protagonizarlos, explicación del proyecto...).2-3 reuniones
- Rodaje, según cronograma previsto. Entre 1 a 8 días.
- Montaje posterior. 1 mes
- Difusión posterior de los materiales (presentación a certámenes tipo Cine y Salud, y difusión en redes y listas de distribución, utilización en charlas y cursos...)
RECURSOS MATERIALES
Dos cámaras.
Grabadora y micrófono.
Ordenador y programa de edición de videos.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. Estandart >10
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. Estandart >5
- Recursos y asociaciones contactadas.Estandart > o igual a 1.
- Número de visualizaciones de los trabajos presentados.Estandart >200
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales.Estandart > 5

EVALUACIÓN CUALITATIVA
- Satisfacción percibida durante el desarrollo del proyecto por parte del los participantes.
Reflejos y opiniones devueltas tras la visualización de los trabajos.

DURACIÓN
En septiembre 2017 se iniciará el proceso de elaboración del próximo trabajo. A partir de ahí se necesitarán 3 meses para el desarrollo del mismo. El periodo de difusión y utilización del mismo es ilimitado (seguimos utilizando trabajos realizados hace 3 años)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA ESCARTIN LASIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MACIPE COSTA ROSA MARIA
ALONSO GREGORIO MILAGROS
PEYMAN-FARD SHAFI TABATABAEI NIMA
CARDIEL BERGASA JARA
MARCO BRUALLA MARIA
NUIN CONS ELENA
PASTOR SANZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este 2018 hemos elaborado 8 audiovisuales:
-Leo y el dragón.
-Píldoras de devolución al barrio de los resultados de la encuesta del Semáforo de la salud del barrio. (5)
-Vídeo-resumen de la Jornada final del Semáforo de la salud del barrio.
-Colaboración con Amediar en la actividad de sensibilización con la limpieza de las calles.
-Grabación del Pasacalles del Gancho dentro de las fiestas del barrio.
Los dos últimos son colaboraciones puntuales con recursos y espacios del barrio a quienes facilitamos nuestros conocimientos y materiales para la elaboración de vídeos. Forman parte de la orientación comunitaria del centro de salud, al servicio de las necesidades que vayan surgiendo y que valoremos como importantes. En la presente memoria desarrollamos los audiovisuales previstos en el proyecto presentado, es decir:
> Leo y el dragón.
> Píldoras de devolución al barrio de los resultados del Semáforo de la Salud del barrio.
PROCESO DE REALIZACIÓN:

LEO Y EL DRAGON
- Elaboración del guión y aportaciones al mismo por parte del grupo de participación comunitaria.
- Reunión del grupo de Participación comunitaria del centro de salud para organizar tareas y colaboraciones para los días de rodaje.
- Contacto con las familias cuyos hijos iban a participar en el rodaje.
- Firma de los consentimientos de los derechos de imagen.
- Contacto con los autores de la banda sonora para solicitar el permiso.
- Contacto con la persona de referencia del Teatro comunitario del Gancho para solicitar su colaboración en una parte del vídeo.

PILDORAS INFORMATIVAS DEL SEMÁFORO DE LA SALUD DEL BARRIO
-Contacto con los distintos grupos en los que se iba a trabajar cada píldora. (la Asociación de vecinos Lanuza Casco Viejo el ámbito de la participación, con la asociación Amediar en un café abierto al barrio la convivencia, Fachadas de Ozanam la limpieza y el estado de las calles, y el centro educación de adultos Gomez Lafuente vivienda y entorno).
- Reuniones del grupo motor del Semáforo de salud del barrio para pensar el contenido de las píldoras y organizar el cronograma de las grabaciones.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN:

LEO Y EL DRAGÓN
El corto se presentó al XVI Certamen Cine y Salud ganando el primer premio en la Categoría de Activos para la Salud.
El corto se incluyó como recurso de apoyo a la lectura en la página Familia y salud.
http://www.familiaysalud.es/familias-que-leen/te-regalo-un-cuento/leo-y-el-dragon
El corto se presentó también en Arainfo:
https://arainfo.org/arranca-el-xvi-certamen-de-cine-y-salud-con-dos-cortos-realizados-con-ninos-ninas-y-adolescentes/

PÍLDORAS DEL SEMÁFORO DE LA SALUD
Las píldoras se difundieron a través de las redes y grupos de trabajo del barrio de San Pablo. Están en abierto en Youtube.
Convivencia. https://www.youtube.com/watch?v=96J-0_Sd8SI
Vivienda. https://www.youtube.com/watch?v=rfDO0WgVYdE
Limpieza. https://www.youtube.com/watch?v=omG4JN2SX4s
Entorno. https://www.youtube.com/watch?v=5FoSB21QRB4
Participación. https://www.youtube.com/watch?v=c98_22fX8Xg
Están colgadas en la página del Plan Integral del Casco Histórico en la sección de Salud comunitaria.
https://cascohistoricozaragoza.com/espacio-comunitario-salud-comunitaria/
Proyección de una de ellas en las Jornadas de Buenas Prácticas en Trabajo Social.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

INTERVENCIÓN:

LEO Y EL DRAGÓN
El rodaje se organizó en 2 sesiones, una realizada en el centro de salud en la que se grabaron las escenas del centro de salud y otro día en el que se rodó lo que ocurre en el parque de San Pablo.

PÍLDORAS DE DEVOLUCIÓN DEL SEMÁFORO DE LA SALUD DEL BARRIO

En pequeños grupos se trabajaron los resultados obtenidos en algunos de los ámbitos estudiados. En dichas reuniones, se presentaban los resultados de ese ámbito, se recogía la opinión de los participantes sobre esos resultados y se animaba a reflexionar sobre cómo pensaban que esos resultados podían afectar a la salud de las personas. Dichas sesiones se grabaron para luego elaborar cada una de las píldoras.
Otro día se rodaron las introducciones a todas las píldoras. En dichas introducciones se resumían los resultados obtenidos en la encuestas en el ámbito estudiado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como comentábamos en el apartado anterior, este año se han elaborado 8 audiovisuales.

Respecto a la consecución de los objetivos planteados creemos que todos se han conseguido completamente de la siguiente manera:

OBJETIVO 1: Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la salud en su sentido más amplio.
El material ha sido elaborado.
Uno es un audiovisual que surge del grupo de participación comunitaria del centro de salud como sensibilización sobre el tema de la importancia de la lectura y de cómo los libros nos ayudan a conectar con nuestras emociones.
Las píldoras tienen con finalidad visibilizar los principales problemas que tienen las personas del barrio de San Pablo, y vincular esos problemas con la salud.

OBJETIVO 2: Fomentar vínculos y relaciones entre profesionales, usuarios y colectivos del barrio.
El cortometraje de Leo y el dragón se realizó con la participación de niños y familias que acuden a nuestras consultas. Esta experiencia ayudó a mejorar los vínculos existentes con estas familias.
En cuanto a las píldoras, fueron elaboradas a partir de espacios de reflexión en distintos espacios del barrio a los que acuden vecinas y vecinos que son usuarios del centro de salud. Siempre que ocurren estos encuentros se generan momentos que ayudan a fortalecer relaciones de cercanía con esas personas.
El trabajo en equipo necesario para llevar adelante estos proyectos ayuda a fomentar esos vínculos entre las personas que participamos del grupo de participación comunitaria.

OBJETIVO 3: Ayudar a los participantes a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.
El hecho de intervenir en un cortometraje ayuda sin duda a reflexionar a nivel personal sobre la temática que aborda, y creemos que en este caso ha sido así tanto en el caso de Leo y el dragón como en el caso de las píldoras.

OBJETIVO 4: Disponer de herramientas audiovisuales que nos ayuden a visibilizar, difundir y animar a otras personas a trabajar aspectos relacionados con la salud.

Todos estos audiovisuales pasan a formar parte de los materiales que usamos en charlas y espacios para sensibilizar sobre las temáticas abordadas. Sirven como material docente, de sensibilización y de promoción de salud. Además invita a otros centros a realizar sus propios proyectos.

PRINCIPALES RESULTADOS ALCANZADOS:
- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje.
(El estándar marcado era >10)

Leo y el dragón: 45 personas han participado de alguna manera en el cortometraje.
Píldoras: Aproximadamente 50 personas participaron en alguno de los grupos en los que se trabajaron las píldoras.

- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. (estándar >5)
Leo y el dragón: 30 de los participantes eran usuarios del centro de salud.
Píldoras: Todas las personas participantes eran usuarios del centro de salud.

- Recursos y asociaciones contactadas. Este proyecto ha contactado con los siguientes colectivos: (estándar > o igual a 1).
Leo y el dragón. Para este rodaje se contactó con el Teatro comunitario del Gancho, la Asociación Believe in art, Proyecto Risas de la tierra en Argentina.
Píldoras: Servicios sociales de San Pablo, Amediar, Médicos del Mundo, Cáritas, AVV Lanuza Casco Viejo, Fachadas de Ozanam y el centro educación de adultos Gómez Lafuente.

- Número de visualizaciones de los trabajos presentados. (estándar >200)
Leo y el dragón: 3768 visualizaciones
Pildoras: 621 visualizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales. (estándar > 3)

El cortometraje Leo y el dragón se ha presentado al XV Certamen Cine y salud y en el Encuentro de residentes de pediatría 2018 y en sesión de equipo del Centro de Salud.
Las píldoras se presentaron en la Jornada final del Semáforo de la Salud del barrio, en el Consejo de Salud, en la Jornada de Buenas Prácticas en trabajo social celebradas el día 18 de enero del 2019 en la casa de la Mujer.

De una manera cualitativa, al igual que los cortometrajes anteriores, durante y posteriormente a la realización del mismo, se vivió claramente la satisfacción de los participantes, se lo pasaron bien, felicitaban continuamente la iniciativa, el momento de proyección y recogida de premios en Cine y Salud también fue un momento muy satisfactorio para los que acudieron ese día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Otro año más seguimos viviendo que esta línea de trabajo tiene un gran potencial y genera dinámicas muy interesantes entre las personas que participan en los proyectos.
Además ayuda a visibilizar y difundir mucho nuestro trabajo o mensajes que creemos que es importante difundir.
Es una actividad, no obstante, que tiene su cierta complejidad porque exige unos conocimientos en temas audiovisuales que no es habitual que se tengan. Por lo tanto puede ser replicable pero no fácilmente. De hecho un problema que puede tener es que depende demasiado de las personas que conocen el tema y sobre todo editar los cortos.

7. OBSERVACIONES.
De cara a facilitar la realización de estos informes nos gustaría recibir la información adecuada sobre la selección de los proyectos (hemos recibido informaciones contradictorias en el último año) y la recepción por correo electrónico con verificación de recepción a la persona coordinadora del proyecto (no he recibido notificación alguna). Así mismo nos gustaría recibir un feedback del informe emitido para poder realizar nuestra evaluación del proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1567 ========== ***

Nº de registro: 1567

Título
CREACION DE CORTOMETRAJES COMO HERRAMIENTA DE PROMOCION DE LA SALUD

Autores:
MACIPE COSTA ROSA MARIA, ESCARTIN LASIERRA PATRICIA, GIMENO FELIU LUIS ANDRES, ALONSO GREGORIO MILAGROS, PEYMAN-FARD SHAFI-TABATABAEI NIMA, PASTOR SANZ MARTA, NUIN CONS ELENA, GOMEZ MAINAR IRIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No dirigido a patologías sino a promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Estamos en un mundo en el que los mensajes que llegan en formato audiovisual tienen un impacto muy superior a las herramientas tradicionales deformación. El cine es un buen recurso educativo, en varias vertientes. Por un lado, permite mostrar situaciones y vivencias de los personajes con las que puedes reflexionar.Por otro lado, la elaboración de un material audiovisual, en un contexto de educación para la salud, implicando en la elaboracion del mismo a los destinatarios de la actividad, tiene un potencial importante como herramienta de educacion para la salud. Dichos materiales pueden ser aprovechados a su vez para mostrar, sensibilizar, educar o animar a otras personas o proyectos a implementar algunas actuaciones.
Desde el grupo de participación comunitaria del centro llevamos 3 años elaborando materiales audiovisuales, con distintos fines, y dicha elaboración está resultando muy positiva a distintos niveles, en la linea de las utilidades descritas en el apartado anterior.

Nos ha permitido, proponer una actividad novedosa a pacientes e integrantes del grupo de paseantes, y dicha actividad les ha servido para reflexionar sobre su propia experiencia, a afianzarse como grupo, a mejorar las relaciones con personal del centro, y a visibilizar aspectos positivos de sus vidas y su entorno. Además la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1567

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTA DE EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD

elaboración de cortos nos ha permitido afianzar redes con recursos del entorno y a mostrar una imagen positiva del barrio y su potencial.
Por el momento hemos elaborado 8 cortometrajes con distintos objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto tiene unos objetivos generales, y a su vez cada cortometraje elaborado tiene unos objetivos específicos
OBJETIVOS GENERALES:
. Elaborar materiales audiovisuales que ayuden a sensibilizar sobre temáticas relacionadas con la educación de la salud y la promoción de hábitos y vidas saludables.
. Fomentar y mejorar las relaciones entre usuarios del centro de salud, profesionales del centro y recursos del entorno, a través de la realización de una actividad novedosa.
. Ayudar a los participantes de cada proyecto a reflexionar sobre las temáticas abordadas en cada cortometraje.
. Disponer de una herramienta audiovisual que sirva para difundir actividades, mensajes, y visiones.

MÉTODO
Los tres años de trayectoria del proyecto nos devuelve, que efectivamente esta herramienta es muy potente, tanto en el momento de elaboración del material, como en la utilidad posterior del mismo.
Por lo tanto apostamos por seguir elaborando materiales que visibilicen aspectos relacionados con la salud de las personas del barrio, en su sentido más amplio, reforzando una mirada positiva hacia las potencialidades de las personas y del entorno e intentando implicar en los mismos a distintos recursos del barrio.
Este año tenemos pensado de entrada elaborar 1 o 2 cortometrajes. Uno sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud en la vida de las personas, intentando no medicalizar la vida, y otro visibilizando las redes de cuidados informales que se dan dentro de las familias, barrios y pueblos, cuidados que son fundamentales y que normalmente están poco valorados o visibilizados.
Al igual que los cortometrajes ya realizados, la idea es llevar adelante los trabajos con medios propios, y aprovechar las capacidades de las personas del equipo y del entorno.
Cada trabajo lleva distintas fases en su desarrollo.
- Fase inicial de elaboración de un guion. 2-3 reuniones.
- Organización del plan de rodaje (analisis de necesidades materiales y humanas, cronograma y organización del rodaje por días, contacto con las personas que van a protagonizarlos, explicación del proyecto...).2-3 reuniones
- Rodaje, según cronograma previsto. Entre 1 a 8 días.
- Montaje posterior. 1 mes
- Difusión posterior de los materiales (presentación a certámenes tipo Cine y Salud, y difusión en redes y listas de distribución, utilización en charlas y cursos...)
RECURSOS MATERIALES
Dos cámaras.
Grabadora y micrófono.
Ordenador y programa de edición de videos.

INDICADORES
- Número de personas implicadas en la elaboración del cortometraje. Estandart >10
- Número de usuarios implicados en la elaboración del cortometraje. Estandart >5
- Recursos y asociaciones contactadas.Estandart > o igual a 1.
- Número de visualizaciones de los trabajos presentados.Estandart >200
- Número de cursos, sesiones, certámenes y eventos en los que han sido utilizados o presentados los materiales.Estandart > 5

EVALUACIÓN CUALITATIVA
- Satisfacción percibida durante el desarrollo del proyecto por parte del los participantes.
Reflejos y opiniones devueltas tras la visualización de los trabajos.

DURACIÓN
En septiembre 2017 se iniciará el proceso de elaboración del próximo trabajo. A partir de ahí se necesitarán 3 meses para el desarrollo del mismo. El periodo de difusión y utilización del mismo es ilimitado (seguimos utilizando trabajos realizados hace 3 años)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA MAZA INVERNON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS
ALONSO LOPEZ MARIA CRISTINA
MARCO BRUALLA MARIA
CIRIA CALAVIA MARIA ANGELES
SALANOVA SERRABLO HELENA
SANTOLARIA SANCHO SOFIA
RODRIGALVAREZ DE VAL SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1ª fase: Detección de la necesidad / oportunidad de intervención. Este grupo se formó por el convencimiento de que es necesario abordar con nuestros pacientes los aspectos inseparables positivos y de riesgo que ofrecen todos los tratamientos farmacológicos. La necesidad de recalcar la importancia de mantener buenos hábitos para conseguir una mejor salud, más allá de la toma de fármacos.
2ª fase: Elaboración de un proyecto para establecer esa comunicación con nuestros pacientes. Se optó por el formato coloquio, fomentando en lo posible la participación de los asistentes. Los temas a tratar se distribuyen en 2 coloquios que se realizan periódicamente en 2 jueves consecutivos.
La selección de pacientes invitados se hace desde las consultas de todo el equipo del centro, que de esta forma se implica colaborando también en el proyecto. Desde Admisión del centro también se colabora facilitando la asistencia de los pacientes
3ª fase: Realización de los coloquios. Hasta el momento se han realizado 4 ediciones (de 2 coloquios cada una) con la participación de un total de 82 pacientes
4ª fase: Evaluación del proyecto. Las encuestas de satisfacción repartidas a los pacientes una vez concluida la actividad son muy satisfactorias. También se reparte a los asistentes un pequeño cuestionario de conocimientos previos y posteriores al coloquio, que muestra la asimilación de los contenidos.
Los profesionales implicados también valoramos positivamente la experiencia, y hemos introducido algunas modificaciones a lo largo del tiempo de cara a mejorar la actividad.

Para el desarrollo de la actividad se ha preparado material audiovisual así como material iconográfico y escrito para entregar a los pacientes como recordatorio al terminar la actividad.

ACTIVIDADES ORGANIZATIVAS
Para el buen desarrollo de la actividad hemos necesitado coordinarnos entre el grupo directamente implicado y el resto de los componentes del equipo de nuestro centro.
Difundir y recordar el día en el que se invita a los pacientes para participar en la actividad entre los que acuden a las consultas de medicina y enfermería. Entregarles la invitación y una breve explicación sobre el contenido del coloquio
Al final de la mañana de selección, los componentes del grupo recogen el listado de pacientes invitados y sus teléfonos de contacto para recordarles unos días antes del coloquio
Entregar el listado de pacientes seleccionados a Admisión para que se les cite en la agenda de actividades de promoción de la salud
Designar quiénes van a ser los ponentes y los observadores de los coloquios
Preparar las encuestas pre y post actividad
Preparar el material que se utiliza durante el coloquio para dinamizar y facilitar la participación así como los documentos que se reparten a los asistentes para que se lleven a casa con ideas tratadas en el coloquio que queremos recalcar
El día de la sesión preparar la sala con las sillas en círculo, el material audiovisual

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN
La actividad se ha difundido desde el inicio en las consultas, también mediante entradas en el blog “Salud en el Gancho” y en el Consejo de Salud
Participamos también en las en las XI Jornadas sobre Seguridad del Paciente celebradas en Junio de 2018 en Madrid presentando una Comunicación Oral
También participamos en las Fiestas del Barrio de San Pablo con un stand en el que se repartió material relacionado y se comentaron algunos temas tratados en el coloquio con vecinos del barrio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES
% asistentes a las sesiones/ total pacientes convocados (captación en consultas). Objetivo >o= 70 %.
Febrero 65 %
Abril 80 %
Junio 61 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Noviembre 100 %
MEDIA: 76,5 %

% de resultados (> o= 4) en la encuesta de satisfacción relacionada con la actividad (escala de 1 a 5 ; 5 mayor satisfacción) . Objetivo > o= 75 %.
Febrero 97 %
Abril 100 %
Junio 100 %
Noviembre 100 %
MEDIA: 99,25 %

% cumplimentación de la encuesta previa al taller / total asistentes. Objetivo (>o= 80 %) (encuesta anónima con datos de salud y conocimientos del paciente)
Febrero 100 %
Abril 100 %
Junio 100 %.
Noviembre 100 %
MEDIA: 100 %

% evaluación de participación activa de los asistentes al taller. Objetivo (> o= 4) intervenciones de los asistentes (objetivado en los datos recogidos en el guión de observador). Objetivo: 75 % talleres con participación activa

Datos de los observadores internos:
Febrero 5 observadores por sesión
Abril 3 observadores por sesión
Junio 3 observadores por sesión
Noviembre 5 observadores por sesión

Realización del taller con grupos de pacientes distintos. Objetivo: (> o = 3 talleres / año)
En 2018 se realizaron 4 ediciones de 2 talleres cada una, en los meses de Febrero, Abril, Junio y Noviembre. En cada una de las ediciones, los asistentes fueron diferentes a las demás

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES
El tema despierta interés y es muy bien acogido por nuestros pacientes.
Por parte de los profesionales directamente implicados en el proyecto también se percibe la importancia y la necesidad de continuar difundiendo el uso prudente de los fármacos y de potenciar los hábitos saludables. Nos parece importante también difundir la idea de la salud en su concepto más amplio, y que su cuidado va más allá de la toma de medicamentos

OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES

Estaría bien que desde las Instituciones Sanitarias se enviasen más mensajes en consonancia con este planteamiento, tal como la campaña que la DGA difundió en Mayo de 2018, “La vida es más que pastillas”

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/771 ========== ***

Nº de registro: 0771

Título
MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Autores:
MAZA INVERNON ANA CRISTINA, GOMEZ MAINAR IRIS, MARCO BRUALLA MARIA, SALANOVA SERRABLO HELENA, RODRIGALVAREZ DE VAL SARA, COSCOLLAR SANTALIESTRA CARLOS, ALONSO LOPEZ CRISTINA, CIRIA CALAVIA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diversas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los profesionales de nuestro centro habitualmente abordamos la cuestión de la seguridad en el uso de los fármacos en nuestras diferentes sesiones clínicas y actividades formativas. Somos conscientes de la importancia de que los propios pacientes se impliquen en las decisiones que afectan a su salud y conozcan la importancia del uso seguro de los fármacos que utilizan. Con este objetivo, emprendimos una actividad de educación para la salud con nuestros pacientes dirigida a difundir la cultura del uso seguro y racional de los medicamentos

RESULTADOS ESPERADOS
-Divulgar la necesidad del uso prudente de los fármacos
-Dar a conocer la evidencia de que cualquier fármaco, por seguro que sea, conlleva posibles riesgos derivados de su uso
-Fomentar la notificación de efectos indeseables de los fármacos al personal sanitario
-Resaltar la importancia de las medidas no farmacológicas y los hábitos saludables en el cuidado de la salud
-Fomentar entre los asistentes el espíritu crítico ante la publicidad de fármacos de venta libre y alimentos funcionales

MÉTODO
Para esta actividad es necesaria la colaboración de todo el equipo de nuestro centro que se implica en la invitación de los pacientes a la actividad.
Se hace captación activa de los pacientes desde las consultas en los primeros días del mes en que se van a realizar los coloquios. Además de la invitación, se les entrega una encuesta anónima en la que se recogen datos generales del paciente y un breve cuestionario acerca de los conocimientos previos sobre los temas que se van a tratar Posteriormente, el grupo de profesionales implicados en la actividad contactan con los pacientes unos días antes del primer coloquio para recordar y asegurar la asistencia
La actividad se estructura en 2 coloquios que se celebran cada 2 meses en jueves consecutivos en los que se abordan los diferentes temas. Se fomenta la participación de los asistentes mediante preguntas abiertas y se proyectan algunos vídeos
Al terminar se les entrega a los asistentes una breve encuesta de satisfacción sobre el desarrollo de la actividad y material escrito y conciso de lo hablado durante la reunión para facilitar el recuerdo de lo comentado y fomentar la reflexión

INDICADORES
-% asistentes a las sesiones/ total pacientes convocados (captación en consulta médica) . Objetivo >o= 70 % .
-% de resultados (> o= 4) en la encuesta de satisfacción relacionada con la actividad
(escala de 1 a 5 ; 5 mayor satisfacción) . Objetivo > o= 75 %.
-% cumplimentación de la encuesta previa al taller / total asistentes . Objetivo (>o= 80 %) (encuesta anónima con datos de salud y conocimientos del paciente)
-% evaluación de participación activa de los asistentes al taller. Objetivo (> o= 4) intervenciones de los asistentes (objetivado en los datos recogidos en el guión de observador) . Objetivo: 75 % talleres con participación activa
-Realización del taller con grupos de pacientes distintos. Objetivo: (> o = 3) talleres / 1 año.

DURACIÓN
Desde el año 2016 se empezó a trabajar con el proyecto que se fue perfilando poco a poco en cuanto a delimitación de los contenidos y profesionales que querían participar
En Noviembre de 2017 convocamos una reunión con los pacientes de nuestra zona de salud que quisieron acudir para recabar las ideas que les pudiesen interesar en el tema de los medicamentos.
Entre el mes de Diciembre de 2017 y Enero de 2018 se terminó de dar forma definitiva a la actividad y a decidir los contenidos y material a utilizar
En el mes de Febrero se celebraron los 2 primeros coloquios y en Abril se desarrollaron otros 2.
Se plantean para Junio otras dos sesiones

OBSERVACIONES
Se trata de un proyecto que tenemos intención de continuar de forma estable, realizando aproximadamente coloquios cada 2 meses para ir llegando poco a poco al mayor número de pacientes posible

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0771

1. TÍTULO

MEDICAMENTOS, LOS JUSTOS

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0427

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA SAGASTE ROMEO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS SAN PABLO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO GREGORIO MILAGROS
ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad consiste en unas sesiones presenciales para madres y padres, junto con sus hijos, que se ofertan a las familias en las sesiones de preparación al parto y en las consulta del recien nacido del pediatra.
También hay un cartel informativo en el tablon de anuncios de pediatria y se comenta en la revision del recien nacido la existencia de este grupo.
Las sesiones se han realizado los viernes de 12 a 2 en el gimnasio anexo a la consulta de la matrona. Se han realizado todos los viernes del año excepto los que coincidian con periodos vacacionales no sustituidos de la matrona.
El grupo no es cerrado, es un grupo dinámico en el que se incorporan las madres en el momento que nacen sus hijos y dejan de acudir cuando por circustancias ya no pueden acudir. de manera que no hay un contenido rígido y establecido para las sesiones.
Las sesiones son espacios de compartir vivencias y dificultades de esos primeros meses de crianza, y tienen también una parte formativa en la que se han impartido a lo largo del año, por parte de la matrona:

Lactancia
Depresión postparto.
Colicos del lactante
El sueño en el recien nacido.
Masajes para el bebe.
Consejos para un mejor desarrollo del bebe.
Alimentación complementaria del lactante
Accidentes, atragantamiento y reanimación.
Sexualidad en el postparto.

Asimismo han acudido a impartir sesiones:

Pediatria del centro de salud. Cuidados y enfermedades frecuentes.
Fisioterapia del centro de salud. Desarrollo psicomotor de los niños
Taller de porteo.
Taller de sexologia por parte de Desmontando a la Pili.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Numero de reuniones realizadas a lo largo del año. Se había marcado como objetivo: Standart >30 . A lo largo del año se han realizado 44 sesiones.
De una manera rotativa se han impartido las siguientes sesiones diferentes:
Numero de sesiones con contenidos específicos impartidas en un año. Nos habíamos marcado como Standart >8. Se han realizado 12 SESIONES con los contenidos desarrollados en el punto anterior.
La media de mujeres que asisten son unas 8 por sesión. En total a lo largo del año pasan por las sesiones unas 30 mujeres.
De una manera cualitativa, las madres expresan una gran satisfacción con el espacio, que les ayuda a compartir dudas, dificultades y sentimientos con otras madres en su misma situación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En general, como todos los grupos de apoyo, el grupo cumple esa función de apoyo, en un momento crítico para muchas madres. El compartir miedos, dudas y problemas con otras personas que están pasando lo mismo, ayuda a sentirte acompañado, y a rebajar el nivel de ansiedad y preocupación.
Parte de la dinámica del grupo la llevan las mismas madres, que conforme van pasando sesiones y van resolviendo dudas, se convierten a su vez en consejeras de las nuevas madres que se van incorporando al grupo. Esto favorece la autoestima y empoderamiento de las madres.

Como aspectos pendientes en estos grupos, es la presencia de los padres, que siguen participando muy poco en los espacios de crianza.
Otro aspecto que puede ser positivo y negativo es la propia vinculacion afectiva que hacen las madres entre ellas. En principio es muy positivo, porque el que se sientan afectivamente vinculadas a otras madres que acuden al espacio, hace el espacio más rico y favorece la fidelidad y compromiso con el espacio. Pero por el contrario a veces un grupo cohesionado dificulta la integración de nuevas madres que se incorporan al espacio, sobre todo si acuden solas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0427

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/427 ========== ***

Nº de registro: 0427

Título
GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

Autores:
SAGASTE ROMEO TERESA, ALONSO GREGORIO MILAGROS, ORTIN CLAVERIA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN PABLO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Organización Mundial de la Salud así como numerosas sociedades y organismos recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad y morbilidad infantil por enfermedades de la infancia. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.
Asímismo el periodo posterior al nacimiento de los niños, sobre todo en el caso de familias primerizas suele ser un momento complicado, con numerosas dudas y miedos en torno a la crianza de los hijos, que generan ansiedad, malestar y numerosas consultas al pediatra.

Los grupos de apoyo a la crianza y la lactancia han demostrado ser muy útiles en la consecución de lactancias más prolongadas, a la vez que son un espacio en el que compartir sentimientos, preocupaciones, miedos y triunfos entre personas en una situación muy parecida.

Además, son grupos basados en el intercambio de información y la aceptación mutua, por lo que forman relaciones positivas que forman una actitud constructiva. Su objetivo consiste en que sus integrantes puedan ser escuchados e incluso asesorados sobre preocupaciones propias y, en definitiva, a tener una mejor relación con su rol como madre o padre

RESULTADOS ESPERADOS
- Conseguir un espacio de comprensión y apoyo donde compartir sentimientos, preocupaciones y miedos en torno a la crianza.
- Facilitar la identificación con un grupo de personas en la mismas circunstancias, y aliviar la sensación de soledad.
- Formar relaciones positivas, basadas en el intercambio de conocimientos, información y aceptación.
- Contribuir al bienestar familiar.
- Adquirir conocimientos y habilidades en torno a temas relacionados con la lactancia y la crianza de los niños en la línea de la parentalidad positiva.

MÉTODO
La actividad consiste en unas sesiones presenciales para madres y padres, junto con sus hijos, que se ofertan a las familias en las sesiones de preparación al parto y en las consulta del recien nacido al pediatra.

Se colocarán carteles informativos del grupo de crianza en el tablon de anuncios de las consultas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0427

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL POSPARTO Y LACTANCIA. DIRIGIDO A MADRES, PADRES Y BEBES QUE COMPARTEN UN ESPACIO DONDE SE HABLA DE LACTANCIA Y CRIANZA POSITIVA

pediatria.

Las sesiones se realizarán los viernes de 12 a 2 en el gimnasio de la matrona.
EL grupo no es cerrado, es un grupo dinámico en el que se incorporan las madres en el momento que nacen sus hijos y dejan de acudir cuando por circustancias ya no pueden acudir. De manera que no hay un contenido rígido y establecido para las sesiones.

En cuanto al contenido de las sesiones, habrá sesiones libres sin un tema en concreto, sino abiertas a las preocupaciones e intereses de las personas que acudan en ese momento. Se programará un pool de sesiones que se irán impartiendo en función de los intereses de las madres que esten acudiendo en cada momento, de la disponibilidad de los ponentes y del número de madres que estén acudiendo en ese momento concreto.

Los contenidos de esas sesiones serán:
Lactancia
Depresión postparto.
Colicos del lactante
El sueño en el recien nacido.
Masajes para el bebe.
Consejos para un mejor desarrollo del bebe.
Alimentación complementaria del lactante
Accidentes, atragantamiento y reanimación.
Sexualidad en el postparto.

Para impartir estas sesiones se contará con las pediatras del centro, con el fisioterapeuta, enfermería de pediatria y también con algun profesional externo al centro.

Trimestralmente se pasará una encuesta a las madres en las que se evaluarán satisfacción y conocimientos adquiridos.

INDICADORES
Numero de reuniones realizadas a lo largo del año. Standart >30
Numero de sesiones con contenidos específicos impartidas en un año.>8
Satisfacción de las madres con los contenidos expuestos.
Porcentaje de mantenimiento de la lactancia materna a los 6 meses 70%

DURACIÓN
El grupo funcionará a lo largo de todo el año, salvo periodos vacacionales. Se inicia a principio de año y se incorporan y salen las familias en función de sus necesidades y circunstancias. Interesa sobre todo que participen los 3 primeros meses tras el nacimiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR MARTIN BUIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MILLAN GINER MARIA ESTHER
LOPEZ MIRANDA SOFIA
BOVIO HERAS GUILLERMO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el procedimiento de asegurar el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, se han realizado las siguientes actividades:
- Distribución y puesta en conocimiento del EAP de los procedimientos ISO 9001, ya presentes en determinados equipos, sobre gestión de almacén de fungibles,botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones para la atención urgente, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la correcta limpieza y esterilización del material reutilizable.
- Cumplimentación de formulario de registro mensual, con plantillas con fecha, grupo que realiza la revisión (Médico + Enfermería), listado de material y fármacos de los distintos botiquines, firma de los responsables de la revisión.
- Organigrama: 5 Grupos de revisión, formados cada uno por médico y enfermería, se realizan 12 revisiones al año, 2 para cada grupo, con una periodicidad de dos veces al mes por cada uno (Médico +Enfermería)
- Informe de realización y cumplimentación por parte de los profesionales,en las reuniones del primer lunes de cada mes, que realiza el EAP, así como la comunicación de desabastecimientos/ necesidades al responsable del petitorio mensual.
- El resultado de las revisiones continúa mejorando el suministro y adecuación de los recursos materiales, con implicación satisfactoria del equipo, lo que repercute en una mejor asistencia y resolución de situaciones en el primer nivel.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Adecuación de recursos materiales a necesidades, sin desabastecimiento de fármacos o materiales necesarios para la correcta actuación y atención al paciente, que dependan directamente del Centro de Salud.
- El número de incidencias al mes, de desabastecimiento de algún material o fármaco ha ocurrido en el 100% de las ocasiones por no dispensación desde almacén(por causas ajenas al centro), siendo siempre recogido en el formulario de datos la caducidad por no reemplazo o la necesidad del mismo.
- Impacto: 1) Sobre cada profesional del EAP, que determina una mayor implicación en la revisión y adecuación de los recursos materiales.
2) Sobre la población, que accede a los recursos necesarios en cada momento, sin que se produzca una inadecuación de los mismos, por falta de supervisión desde el CS.
3) Sobre el EAP, mejor rendimiento como equipo y colaboración en la revisión del material utilizado por todos en cualquiera de las actuaciones (demanda o urgencia)
- Los indicadores se han realizado mediante 1 formulario que detalla la medicación y materiales en:
a) Coche de Urgencias : Equipamiento (Maletines) y Medicación
b) Carro de Paradas: aparataje instrumental y medicación
c) Maletín de Circulatorio
d) Maletín de Partos
e) Maletín de vía aérea
En cada uno de estos apartados consta el material o medicamento, con el número de unidades del mismo y su fecha de caducidad.
- La revisión estas caducidades se ha medido mediante revisiones cada mes (durante dos veces/ mes) por un médico y un enfermero, asignados anualmente en Calendario (Grupos de revisión- Turnos de Revisión - Periodicidad y modo de revisión)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo, en la realización del programa de mejora, adecuación y conservación en condiciones favorables de los fármacos y materiales, así como la esterilización y desinfección de los mismos, ha resultado muy positiva para un mejor resultado en las actuaciones y una mejora en la atención al paciente.
La revisión detallada del material disponible, o en falta, es de gran interés, para la realización del pedido mensual del mismo, lo que conlleva una mayor adecuación del almacén del centro de salud.
El proyecto es fácilmente sostenible, continuando y mejorando los indicadores a valorar y contando con la implicación de todo el EAP, lo que favorece la relación de equipo y la mejora en los resultados.
El proyecto puede ser reproducible en cualquier otro centro sanitario, siguiento el protocolo y valorando indicadores, siempre que se cuente con la participación de los profesionales del EAP.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Se podría valorar la adecuación del material informático a nuestra disposición para la realización de estas actividades, puesto que tanto el equipo informático como la línea telefónica, presentan importantes deficiencias, adecuación de programas...actualizaciones.... lo que hace algo complicada la realización de distintos proyectos y registros.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/320 ========== ***

Nº de registro: 0320

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PRODECIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Autores:
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, TERUEL MAICAS ALICIA, SANCHEZ TREMPS LUIS, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MILLAN GINER MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, BOVIO HERAS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, son de especial importancia en los procesos de soporte de nuestro EAP. La resolución de un problema asistencia, está unida tanto a contar con recursos humanos competentes, como con recursos materiales e instrumentales necesarios.
Deberían primar los criterios de eficiencia, para poder optimizar los recursos y conseguir una adecuada financiación, con los máximos resultados. Por tanto, con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar los procesos de mejora, para gestionar y controlar los recursos materiales, con repercusión en una mejor asistencia, aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel, que evitarían derivaciones y mayor seguridad para el paciente y el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando la falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por la falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros, para evitar diferencias entre los equipos, al abordar procedimientos comunes,lo que origina problemas con el personal eventual, al cambiar o trasladarse de centro..Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento del EAP^, los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos, sobre Gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la esterilización del material. Procesos que ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán: Sesiones formativas sobre procedimientos y puesta en marcha(según cronograma). Los procedimientos serán registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, vertificación de albaranes, control de stock, caducidades y reposción. Registro de incidencias con situaciones ocurridas y soluciones adoptadas.
- Responsable de Almacén, botiquín: ALICIA TERUEL, Urgencias: MAR MARTIN, ESTERILIZACION: ESTHER ENFEDAQUE.

INDICADORES
Se obtendrán los indicadores a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias / mes (individualizadas por procedimiento)
- Porcentaje de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Actividades de inicio el 23 de enero de 2017 y finalización el 15 de diciembre de 2017.
- Durante el primer trimestre del año: Distribución de proyectos e organización de la formación, asi como nombramiento de los responsables.
- A partir de febrero puesta en marcha y reuniones a los dos meses, para valoración de registros, dudas y aclaraciones.
- Controles aproximados por trimestre, para seguimiento de las actividades.
- Durante el último trimestre del año, indicadores y conclusiones, asi como propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR MARTIN BUIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ TREMPS LUIS
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MILLAN GINER MARIA ESTHER
MONREAL ALIAGA ISABEL
LOPEZ MIRANDA SOFIA
BOVIO HERAS GUILLERMO
ORTIZ OCHOA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Distribución y puesta en conocimiento del EAP de procedimientos ISO 9001, sobre gestión de almacén de fungibles, botíquin y fármacos, incluyendo las dotaciones para la atención urgente, sobre todo, en carro de paradas y maletín de urgencias, así como la limpieza correcta y esterilización del material reutilizable.
- Cumplimentación del formulario de registro mensual: plantillas de fechas, grupo de revisión (MAP+EAP),listado de material y fármacos, firma de los responsables de la revisión.
- Organigrama: 5 grupos de revisión (MAP-EAP), 12 revisiones/ año, 2/grupo, 2 veces/ mes.
- Informe cumplimentado de la realización de la revisión, puesto en conocimiento en reuniones de EAP (primer lunes del mes) y comunicación de desabastecimientos y/o necesidades al responsable del petitorio mensual.
- Mejora del suministro y adecuación de los recursos materiales, con implicación favorable del EAP, lo que repercute en una mejor asistencia en resolución de situaciones de primer nivel.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Adecuación de recursos materiales a necesidades, sin desabastecimiento de fármacos o materiales necesarios para la correcta actuación y atención del paciente, que dependan del Centro de Salud.
- Número de incidencias al mes, desabastecimiento de algún material o fármaco, en un 99% de las ocasiones por no dispensación desde almacén(por causas ajenas al centro), todo ello recogido en un formulario (tanto la caducidad por no reemplazo o la necesidad de un fármaco o material).
- Impacto:
a) En los profesionales, aumento de la implicación para el control de los recursos materiales.
b) En la población: acceso adecuado a las necesidades
c) En el EAP: mejor rendimiento como equipo y colaboración en el control del material en situación de urgencia o demanda
- Indicadores en base a : Formulario detallado de medicación y materiales en:
Coche de urgencias: maletines y medicación. Carro de paradas: aparataje instrumental y medicación. Maletín de circulatorio. Maletín de Partos. Maletín de vía aérea.
En cada apartado: material o fármaco, número de unidades y fecha de caducidad.
. Revisión de caducidades mensuales: 2 veces/ mes, por un médico y un enfermero, asignados por Calendario anual. (Grupos de revisión, Turnos de revisión, Periodicidad y modo de revisión).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El EAP valora este programa de mejora favorablemente, se adecuan y conservan en condiciones adecuadas fármacos y material, así como su esterilización y desinfección de los mismos, lo que ha resultado muy positivo para una mejora en la atención de los pacientes.
La revisión detallada del material disponible, o en falta, es de gran interés, para solicitar el pedido mensual, con una mayor adecuación en el almacén del centro de salud.
Proyecto sostenible con el EAP, se puede realizar una mejora continua de los indicadores a valorar y con la implicación del equipo, se favorece la relación entre los miembros con una mejora de los resultados.
Este proyecto puede ser reproducible en cualquier otro centro sanitario, siguiendo el protocolo de revisión y valorando sus indicadores, siempre que se cuente con la participación organizada de todo el EAP.

7. OBSERVACIONES.
La reciente instalación del nuevo equipo informático mejorará el registro y tratamiento de los datos para los proyectos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/320 ========== ***

Nº de registro: 0320

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN, BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PRODECIMIENTOS EN ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

Autores:
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, TERUEL MAICAS ALICIA, SANCHEZ TREMPS LUIS, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MILLAN GINER MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, BOVIO HERAS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los procedimientos que aseguran el suministro y adecuación de los recursos materiales para una mejor asistencia a los pacientes, son de especial importancia en los procesos de soporte de nuestro EAP. La resolución de un problema asistencia, está unida tanto a contar con recursos humanos competentes, como con recursos materiales e instrumentales necesarios.
Deberían primar los criterios de eficiencia, para poder optimizar los recursos y conseguir una adecuada financiación, con los máximos resultados. Por tanto, con la coordinación de la Dirección del sector, se considera prioritario el abordaje de esta situación mediante este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar los procesos de mejora, para gestionar y controlar los recursos materiales, con repercusión en una mejor asistencia, aumento de la resolución de situaciones en el primer nivel, que evitarían derivaciones y mayor seguridad para el paciente y el profesional.
Adecuación de la financiación a las necesidades reales de cada unidad, evitando la falta de recursos necesarios o almacenamientos excesivos con pérdidas de material por la falta de uso.
Homologar los procedimientos de soporte de los centros, para evitar diferencias entre los equipos, al abordar procedimientos comunes,lo que origina problemas con el personal eventual, al cambiar o trasladarse de centro..Aumento de la calidad asistencial.

MÉTODO
Distribución y puesta en conocimiento del EAP^, los procedimientos ISO 9001 ya existentes en algunos equipos, sobre Gestión de almacén de fungibles, botiquín y fármacos, incluyendo las dotaciones específicas de la atención a urgencias, sobre todo, carro de paradas y maletín de urgencias, así como la esterilización del material. Procesos que ya prevén las actividades a realizar en cada uno de ellos.
Se realizarán: Sesiones formativas sobre procedimientos y puesta en marcha(según cronograma). Los procedimientos serán registros específicos para su control: peticiones de material mediante SERPA, vertificación de albaranes, control de stock, caducidades y reposición. Registro de incidencias con situaciones ocurridas y soluciones adoptadas.
- Responsable de Almacén, botiquín: ALICIA TERUEL, Urgencias: MAR MARTIN, ESTERILIZACION: ESTHER ENFEDAQUE.

INDICADORES
Se obtendrán los indicadores a partir de los registros de cada procedimiento. Como indicadores comunes:
- Nº de incidencias / mes (individualizadas por procedimiento)
- Porcentaje de incidencias no solucionadas o demoradas.

DURACIÓN
Actividades de inicio el 23 de enero de 2017 y finalización el 15 de diciembre de 2017.
- Durante el primer trimestre del año: Distribución de proyectos e organización de la formación, asi como nombramiento de los responsables.
- A partir de febrero puesta en marcha y reuniones a los dos meses, para valoración de registros, dudas y aclaraciones.
- Controles aproximados por trimestre, para seguimiento de las actividades.
- Durante el último trimestre del año, indicadores y conclusiones, asi como propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0320

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE LOS PROCESOS DE GESTION Y CONTROL DE ALMACEN,BOTIQUIN Y MATERIAL DE URGENCIAS, ASI COMO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL EAP DEL CS SASTAGO

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SOFIA LOPEZ MIRANDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ OCHOA ALFREDO
TERREROS ARNEDO CARLOS
BOVIO HERAS GUILLERMO
TERUEL MAICAS ALICIA
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Sesión clínica para consensuar e implementar el proyecto de mejora de la calidad en la atención de los cuidados paliativos.
2. Búsqueda bibliográfica referente a la dotación de medicación para prestar unos cuidados paliativos de calidad.
3. Diseño de la relación de fármacos y material a incluir en el maletín de cuidados paliativos con una descripción cuantitativa y cualitativa, consensuado por los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud de Sástago.
4. Elaboración de hojas de registro para la correcta revisión y mantenimiento, así como el stock consensuado por el equipo,de los fármacos y el material que debe haber en dicho maletín para garantizar que se encuentren en las condiciones adecuadas en el momento que se precise la utilización del mismo.
5. Registro mensual de caducidades y stock de material.
6. Evaluación del programa en sesión clínica a los nueve meses aproximadamente de su implementación. Resultando positiva para todos los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todos los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud han participado en el programa activamente con iniciativa y propuestas de mejora del programa conforme van surgiendo las necesidades.
El número de revisiones firmadas en hoja de registro x 100 / número total de revisiones programadas ha sido de 100%.
En el 50% de los pacientes que han precisado cuidados paliativos donde la primera actuación ha sido desde el Centro de Salud de Sástago, se ha utilizado el maletín desde la primera visita. Este bajo porcentaje es debido a que dicho proyecto se ha iniciado en el Centro de Salud, y sólo es posible iniciar los cuidados con dicho maletín cuando surge la necesidad en la población de Sástago o en horario de atención continuada. Los consultorios que dependen del Centro de Salud no han sido dotados de momento de dicho material.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha resultado útil para mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente, así como la comodidad de los profesionales.
Continuaremos desarrollando este proyecto en nuestro centro, mejorándolo e instaurándolo en los consultorios que dependen del Centro de Salud.
Ha sido positiva la valoración por parte de los profesionales que prestamos atención en el Centro de Salud. Y hemos decidido continuar con la iniciativa en los demás consultorios dependientes.
Se ha decidido continuar con el cumplimiento de este programa y su ampliación. Queda pendiente dicha cuestión y la adquisición de maletines físicos adecuados para este tipo de cuidados
y sus materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1074 ========== ***

Nº de registro: 1074

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Autores:
LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, ORTIZ OCHOA JOSE ALFREDO, TERREROS ARNEDO CARLOS, BOVIO HERAS GUILLERMO, ENFEDAQUE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

LABRADOR MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades terminales
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ofrecen cuidados sanitarios y psicológicos junto a un soporte emocional y espiritual durante la fase terminal, de manera que el paciente disponga de los días que le resten, estando consciente y libre de dolor, con los síntomas bajo control y en un entorno rodeado de la gente que le quiere.
Debido al horario en el que surge la necesidad de cubrir estos síntomas que afectan de manera importante a los pacientes que precisan cuidados paliativos, no es posible solicitar el apoyo por parte del Servicio del ESAD de nuestro sector sanitario, por lo que se propone la implementación de un maletín de cuidados paliativos básicos, (Medicación inicial consensuada por los miembros del centro de Salud siguiendo las pautas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y el servicio de ESAD, material necesario para la colocación de acceso subcutáneo/intravenoso, hojas de registro para el personal sanitario, hojas de registro e información para la familia) permitiendo a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Continuada, la accesibilidad directa a medicación y material necesario para realizar los cuidados paliativos iniciales.
Mantener un maletín de cuidados paliativos con los medicamentos y material adecuados para la atención de dichos pacientes en el ámbito de la Atención Primaria (AP) se considera una prioridad para una atención de calidad.
El maletín deberá estar en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; debe ser desplazable y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado.
Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición.
La revisión del material se realizará periódicamente, en turno rotatorio, por todo el personal sanitario, dejando constancia de ello, al menos una vez al mes

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluídos en el maletín de cuidados paliativos, así como la comprobación o verificación del correcto estado y funcionamiento del material sanitario,
dejando constancia de la actividad realizada.
Revisar y actualizar la relación del material sanitario y de los medicamentos necesarios.
Difundir esta información a todo el personal sanitario del Centro de Salud de Sástago, lo cual facilitará la actuación en los momentos que surja este tipo de asistencia.
El objetivo del proyecto es poder agilizar actuaciones destinadas a proporcionar cuidados paliativos, mejorar la calidad de los cuidados prestados e Incrementar la satisfacción de los usuarios y de sus familias atendidos en nuestro Centro de Salud

MÉTODO
Se realizará una valoración de la documentación necesaria que se debe dejar en el domicilio del paciente por parte de los Médicos y Enfermeros del Centro. Así mismo se valorará por parte de Enfermería la información que puede precisar, sobretodo referente a la higiene y prevención de complicaciones y el equipo médico la medicación y la cantidad de la misma que consideren necesarias para la primera asistencia a este tipo de pacientes en su domicilio.
Tras la valoración por parte de cada disciplina lo que se considera necesario, se realizará una puesta en común, realizada en varias reuniones de equipo, para la unificación y elaboración de la guía que recoja la documentación y material sanitario que se precise en el momento de la primera asistencia, y posteriores visitas.
Cada maletín estará precintado y se señalará la fecha de su validez en su parte externa.

INDICADORES
Existencia del documento de consenso elaborado por el personal Sanitario del Centro de Salud de Sástago que recoja tanto los medicamentos, la documentación, el material que configuren el maletín de cuidados paliativos, así como de las plantillas de registro de las revisiones, antes del 1 Diciembre de 2016.
A partir de 1 de enero de 2017 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral:
Nº de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de cuidados paliativos x 100/ no total de revisiones programadas.
Porcentaje de pacientes/usuarios que recibieron cuidados paliativos por los profesionales del Centro de Salud de Sástago.
Análisis de las incidencias detectadas por los miembros del equipo y adopción de medidas correctoras.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

DURACIÓN
Antes del 30 de Noviembre de 2016 elaboración del documento con el contenido
del maletín de cuidados paliativos.
Presentación a los profesionales del Centro de Salud de Sástago e inicio de las revisiones.
Revisión de incidencias.
Puesta el marcha del proyecto definitivo 1 de enero de 2017 con evaluación semestral a partir de esa fecha y de forma indefinida.
El objetivo es el mantenimiento en tiempo una vez implementado realizando el análisis de los indicadores con una periodicidad semestral, trasladando a todos los miembros del Equipo el resultado de la evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SOFIA LOPEZ MIRANDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ OCHOA ALFREDO
TERREROS ARNEDO CARLOS
BOVIO HERAS GUILLERMO
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MILLAN GINER MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Sesiones clínicas semestrales para evaluar, consensuar y desarrollar según las necesidades surgidas en el proyecto de mejora de la calidad en la atención de los cuidados paliativos desde su implementación.
2. Creación de dos maletines con dotación para la atención de los cuidados paliativos, situadas en el Centro de Salud de Sástago con la posibilidad de usarlas en cualquier población dependiente del Centro de Salud.
3. Revaluación de la relación de fármacos y material a incluir en el maletín de cuidados paliativos con una descripción cuantitativa y cualitativa, consensuado por los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud de Sástago.
4. Cumplimentación de las hojas de registro para la correcta revisión y mantenimiento, así como el stock consensuado por el equipo de los fármacos y material que debe haber en dicho maletín para garantizar que se encuentren en las condiciones adecuadas en el momento que se precise la utilización del mismo.
5. Registro mensual de caducidades y stock de material.
6. Comunicación de desabastecimiento y necesidades al responsable del petitorio mensual.
7. Propuesta en el primer semestre del año 2019, en reunión con el EAP para la implementación del proyecto de mejora de calidad y la adquisición de maletines/cajas de cuidados paliativos en los consultorios de La Zaida y Escatrón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todos los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud han participado en el programa activamente con iniciativas y propuestas de mejora del programa conforme han ido surgiendo las necesidades.
El número de revisiones firmadas en hoja de registro x 100 / número total de revisiones programadas ha sido de 100%.
Durante el año 2018 en el 75% de los pacientes que han precisado cuidados paliativos, donde la primera actuación ha sido desde el Centro de Salud de Sástago, se ha utilizado el maletín desde la primera visita. Todavía no alcanzamos el 100% debido a que dicho proyecto se ha iniciado en el Centro de Salud, y sólo es posible iniciar los cuidados con dicho maletín cuando surge la necesidad en la población de Sástago o en horario de atención continuada. Los consultorios que dependen del Centro de Salud no han sido dotados de momento de dicho material, lo cual esperamos hacerlo a lo largo del año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La calidad asistencial y la seguridad del paciente han sido reforzadas positivamente desde la implantación del programa con el uso de los maletines destinados a los cuidados paliativos.
El 100 % de los profesionales que trabajan en el Centro de Salud de Sástago están de acuerdo con la iniciativa y destacan la comodidad para el equipo y la mejora en la asistencia al paciente.
Seguiremos con el desarrollo de este programa y su ampliación en los consultorios locales, así como la adquisición de maletines físicos adecuados para este tipo de cuidados y sus materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1074 ========== ***

Nº de registro: 1074

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA, ORTIZ OCHOA JOSE ALFREDO, TERREROS ARNEDO CARLOS, BOVIO HERAS GUILLERMO, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MONREAL ALIAGA ISABEL, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades terminales
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se ofrecen cuidados sanitarios y psicológicos junto a un soporte emocional y espiritual durante la fase terminal, de manera que el paciente disponga de los días que le resten, estando consciente y libre de dolor, con los síntomas bajo control y en un entorno rodeado de la gente que le quiere.
Debido al horario en el que surge la necesidad de cubrir estos síntomas que afectan de manera importante a los pacientes que precisan cuidados paliativos, no es posible solicitar el apoyo por parte del Servicio del ESAD de nuestro sector sanitario, por lo que se propone la implementación de un maletín de cuidados paliativos básicos, (Medicación inicial consensuada por los miembros del centro de Salud siguiendo las pautas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y el servicio de ESAD, material necesario para la colocación de acceso subcutáneo/intravenoso, hojas de registro para el personal sanitario, hojas de registro e información para la familia) permitiendo a los profesionales sanitarios de Atención Primaria y Continuada, la accesibilidad directa a medicación y material necesario para realizar los cuidados paliativos iniciales.
Mantener un maletín de cuidados paliativos con los medicamentos y material adecuados para la atención de dichos pacientes en el ámbito de la Atención Primaria (AP) se considera una prioridad para una atención de calidad.
El maletín deberá estar en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; debe ser desplazable y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado.
Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición.
La revisión del material se realizará periódicamente, en turno rotatorio, por todo el personal sanitario, dejando constancia de ello, al menos una vez al mes

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluídos en el maletin de cuidados paliativos, así como la comprobación o verificación del correcto estado y funcionamiento del material sanitario,
dejando constancia de la actividad realizada.
Revisar y actualizar la relación del material sanitario y de los medicamentos necesarios.
Difundir esta información a todo el personal sanitario del Centro de Salud de Sástago, lo cual facilitará la actuación en los momentos que surja este tipo de asistencia.
El objetivo del proyecto es poder agilizar actuaciones destinadas a proporcionar cuidados paliativos, mejorar la calidad de los cuidados prestados e Incrementar la satisfacción de los usuarios y de sus familias atendidos en nuestro Centro de Salud

MÉTODO
Se realizará una valoración de la documentación necesaria que se debe dejar en el domicilio del paciente por parte de los Médicos y Enfermeros del Centro. Así mismo se valorará por parte de Enfermería la información que puede precisar, sobretodo referente a la higiene y prevención de complicaciones y el equipo médico la medicación y la cantidad de la misma que consideren necesarias para la primera asistencia a este tipo de pacientes en su domicilio.
Tras la valoración por parte de cada disciplina lo que se considera necesario, se realizará una puesta en común, realizada en varias reuniones de equipo, para la unificación y elaboración de la guía que recoja la documentación y material sanitario que se precise en el momento de la primera asistencia, y posteriores visitas.
Cada maletín estará precintado y se señalará la fecha de su validez en su parte externa.

INDICADORES
Existencia del documento de consenso elaborado por el personal Sanitario del Centro de Salud de Sástago que recoja tanto los medicamentos, la documentación, el material que configuren el maletín de cuidados paliativos, así como de las plantillas de registro de las revisiones, antes del 1 Diciembre de 2016.
A partir de 1 de enero de 2017 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral:
Nº de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de cuidados paliativos x 100/ no total de revisiones programadas.
Porcentaje de pacientes/usuarios que recibieron cuidados paliativos por los profesionales del Centro de Salud de Sástago.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1074

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MALETIN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Análisis de las incidencias detectadas por los miembros del equipo y adopción de medidas correctoras.

DURACIÓN
Antes del 30 de Noviembre de 2016 elaboración del documento con el contenido
del maletín de cuidados paliativos.
Presentación a los profesionales del Centro de Salud de Sástago e inicio de las revisiones.
Revisión de incidencias.
Puesta el marcha del proyecto definitivo 1 de enero de 2017 con evaluación semestral a partir de esa fecha y de forma indefinida.
El objetivo es el mantenimiento en tiempo una vez implementado realizando el análisis de los indicadores con una periodicidad semestral, trasladando a todos los miembros del Equipo el resultado de la evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALICIA TERUEL MAICAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONREAL ALIAGA ISABEL
SANCHEZ TREMPS LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
ALVAREZ ROY JOSE LUIS
MILLAN GINER MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones de la Mesa de coordinación entre sistemas que se derivan de la aplicación del Procedimiento de Coordinación Comarcal para la atención a mujeres víctimas de violencia: Días 13-1-17 (Isabel Monreal), 12-5-17 (alicia Teruel e Isabel Monreal), 27-10-17 (Isabel Monreal).

El día 12 de mayo de 2017 realizamos previa a la reunión de la Mesa, la jornada VIOGEN, en la Delegación del Gobierno de Aragón en Zaragoza, donde el Delegado del Gobierno y altos mandos de la Guardia civil, y casi todo el equipo de Guardia civiles que trabaja en la Zona en este tema estuvieron presentes para presentarnos el Programa VIOGEN, que es el que utilizan para la gestión de casos de violencia de género a nivel nacional.

Información al EAP de Sástago de los casos abordados y situación actual tras la reunión de la Mesa: 30-1-17, 15-5-17 y 30-10-17.

El proyecto cuenta con el Protocolo de Coordinación de la Comarca Ribera Baja del Ebro para la atención a mujeres víctimas de violencia que se ha creado en la propia Mesa de coordinación en adecuación con la legislación vigente y en colaboración con todos los actores implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: 100%
- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello: 100% (revisado de OMI con fecha 12-2-18)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario continuar colaborando y asistiendo a las reuniones de la Mesa de coordinación ya que la violencia de género es un problema de consecuencias muy graves para la población y que afecta a todos los niveles vitales de una persona, donde el personal sanitario suele ser un eslabón importante en la cadena de actuaciones a llevar a cabo, por lo que la puesta en conciencia de los casos activos de la Zona de salud y su situación en cada momento es imprescindible para la prevención de agresiones futuras y la actuación pertinente de otros servicios (Guardia civil, servicios sociales...) en cada momento.

La colaboración con los servicios sociales de la Zona a través de este proyecto ha permitido poder colaborar en otros proyectos también importantes para la población debido fundamentalmente al conocimiento mutuo que han posibilitado estas reuniones en el tiempo.

También hemos percibido un aumento progresivo en la sensibilización del Personal de nuestro Equipo hacia este grave problema, y también un mejor abordaje emocional del mismo cuando se dan situaciones difíciles de abordar, ya que son casos conocidos por todos y esto permite poder hablar y resolver las situaciones de forma consensuada y no en solitario.

El proyecto es posible replicarlo en cualquier zona de salud, incluso podría ser interesante su desarrollo en formato institucional SALUD-Servicios sociales.

7. OBSERVACIONES.
La Responsable del Proyecto Alicia Teruel Maicas se va este mes del Centro de salud por un tiempo no cuantificable, por lo que cualquier contacto que requieran por el mismo deberán contactar con:
Isabel Monreal aliaga
imonreala@salud.aragon.es

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1551 ========== ***

Nº de registro: 1551

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Título
COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Autores:
TERUEL MAICAS ALICIA, MONREAL ALIAGA ISABEL, SANCHEZ TREMPS LUIS, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE, ALVAREZ ROY JOSE LUIS, MILLAN GINER MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde el Servicio social de Base de la Comarca de Rivera baja del Ebro se contactó hace varios años con el EAP de Sástago para coordinarse con los diferentes actores que intervenimos en la asistencia y atención a las víctimas de violencia de género.
Cada año acudimos a las reuniones de la "Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género" que se realizan con caracter ordinario de forma trimestral.
Allí nos reunimos con representantes de los Servicios sociales de la Comarca, Guardia civil, Unidad de violencia de género de la subdelegación del Gobierno en la provincia de Zaragoza, y otros servicios sanitarios de la Comarca.
Como representantes del EAP de Sástago solemos acudir los coordinadores de medicina y enfermería, y cuando esto no es posible, acude algún otro miembro del EAP con el objetivo de aumentar así la concienciación de los profesionales en este tema.
Hace 3 años se consensuó el protocolo de actuación en materia de violencia de género de la Comarca Rivera baja del Ebro, adaptado de la legislación vigente, y en 2016 se actualizó para adaptarlo a la nueva legislación.
En cada reunión se hace el seguimiento de todos los casos conocidos activos de violencia de género y se establecen pautas de actuación si es preciso.
Si hay sospecha de nuevos casos también se pone en conocimiento y se inician los trámites de actuación según protocolo.
Se ha producido una aumento del contacto con los servicios sociales, no sólo para el tema de violencia de género sino para otros muchos asuntos, facilitando la interacción y la intervención más oportuna en cada caso.
Todos los casos activos de la zona de salud son conocidos por todo el EAP y hay una mejor coordinación de recursos y una toma de decisiones compartida que seguro ha evitado situaciones críticas de agresiones (aunque esto no lo podemos cuantificar).
Todos los profesionales del EAP como así los participantes en la Comisión, observamos de forma subjetiva la utilidad de estas reuniones tanto para una mejor asistencia a las víctimas, como para una mejoría de las capacidades emocionales personales en cuanto a sentirnos unidos respecto a este grave problema y observar la implicación que todos tenemos en ello.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención a las víctimas de violencia de género
Mejorar la coordinación entre las distintos interventores en este tema (servicios sociales, guardia civil, sanitarios, Gobierno)
Prevenir situaciones violentas ante nuevos casos o casos ya conocidos de violencia de género.
Aumentar la sensibilización, concienciación y formación respecto a la actuación de los profesionales del EAP de Sástago en materia de violencia de género.

MÉTODO
Reunión trimestral de la Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género
Tras cada reunión de la Comisión, se realiza comunicación de los casos en reunión de Equipo y se actualiza la información a todos los miembros, especialmente a los profesionales responsables de las víctimas y de los posibles agresores.
A las víctimas o posibles víctimas de violencia de género el médico/a responsable hace un flash en OMI para el personal sanitario donde se identifica la situación de víctima, con el fin de que todo profesional que atiende a esta paciente lo tenga en cuenta ynotifique cualquier sospecha de peligro o agresión.

INDICADORES
- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: minimo 50% máximo 100%. Actual: 100%
- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

mínimo-50% Máximo-100%

DURACIÓN
- Reuniones de la Comisión trimestrales
- Evaluación anual
- Duración: indeterminada. Dependerá de la normativa y legislación en materia de violencia de Género.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Violencia de Género

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTHER ENFEDAQUE LABRADOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONREAL ALIAGA ISABEL
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
SANCHEZ TREMPS LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
ALVAREZ ROY JOSE LUIS
MILLAN GINER MARIA ESTHER
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones trimestrales de la Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género
Tras cada reunión de la Comisión, se realiza comunicación de los casos en reunión de Equipo y se actualiza la información a todos los miembros, especialmente a los profesionales responsables de las víctimas y de los posibles agresores.
-A las víctimas o posibles víctimas de violencia de género el médico/a responsable hace un flash en OMI para el personal sanitario, donde se identifica la situación de víctima, con el fin de que todo profesional que atiende a esta paciente lo tenga en cuenta y notifique cualquier sospecha de peligro o agresión.
- Actualización de las últimas normativas y directrices en materia de violencia de género, que se informan al EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: mínimo 50% máximo 100%. Actual: 100%.
- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello: mínimo-50%. Máximo-100%
- Actualización trimestral de casos de violencia activos, y también inactivos, con el fin de identificar posibles riesgos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-La duración del proyecto, en principio, continuará siendo indeterminada, en dependencia de la normativa y legislación en materia de violencia de Género.
-Actualización legislativa y en cuanto a directrices, en materia de Violencia de Género, enfoque del proyecto desde distintos puntos de vista (Centro de Salud, EAP, trabajadores sociales de la Comarca Ribera Baja, y Guardia Civil entre otros)
- Mejora en el enfoque de casos, coordinación y actuación ante los mismos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1551 ========== ***

Nº de registro: 1551

Título
COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LA VICTIMA DE VIOLENCIA DE GENERO

Autores:
TERUEL MAICAS ALICIA, MONREAL ALIAGA ISABEL, SANCHEZ TREMPS LUIS, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE, ALVAREZ ROY JOSE LUIS, MILLAN GINER MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde el Servicio social de Base de la Comarca de Rivera baja del Ebro se contactó hace varios años con el EAP de Sástago para coordinarse con los diferentes actores que intervenimos en la asistencia y atención a las víctimas de violencia de género.
Cada año acudimos a las reuniones de la "Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género" que se realizan con caracter ordinario de forma trimestral.
Allí nos reunimos con representantes de los Servicios sociales de la Comarca, Guardia civil, Unidad de violencia de género de la subdelegación del Gobierno en la provincia de Zaragoza, y otros servicios sanitarios de la Comarca.
Como representantes del EAP de Sástago solemos acudir los coordinadores de medicina y enfermería, y cuando esto no es posible, acude algún otro miembro del EAP con el objetivo de aumentar así la concienciación de los profesionales en este tema.
Hace 3 años se consensuó el protocolo de actuación en materia de violencia de género de la Comarca Rivera baja del Ebro, adaptado de la legislación vigente, y en 2016 se actualizó para adaptarlo a la nueva legislación.
En cada reunión se hace el seguimiento de todos los casos conocidos activos de violencia de género y se establecen pautas de actuación si es preciso.
Si hay sospecha de nuevos casos también se pone en conocimiento y se inician los trámites de actuación según protocolo.
Se ha producido una aumento del contacto con los servicios sociales, no sólo para el tema de violencia de género sino para otros muchos asuntos, facilitando la interacción y la intervención más oportuna en cada caso.
Todos los casos activos de la zona de salud son conocidos por todo el EAP y hay una mejor coordinación de recursos y una toma de decisiones compartida que seguro ha evitado situaciones críticas de agresiones (aunque esto no lo podemos cuantificar).
Todos los profesionales del EAP como así los participantes en la Comisión, observamos de forma subjetiva la utilidad de estas reuniones tanto para una mejor asistencia a las víctimas, como para una mejoría de las capacidades emocionales personales en cuanto a sentirnos unidos respecto a este grave problema y observar la implicación que todos tenemos en ello.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención a las víctimas de violencia de género
Mejorar la coordinación entre las distintos interventores en este tema (servicios sociales, guardia civil, sanitarios, Gobierno)
Prevenir situaciones violentas ante nuevos casos o casos ya conocidos de violencia de género.
Aumentar la sensibilización, concienciación y formación respecto a la actuación de los profesionales del EAP de Sástago en materia de violencia de género.

MÉTODO
Reunión trimestral de la Comisión para la Coordinación comarcal en violencia de género
Tras cada reunión de la Comisión, se realiza comunicación de los casos en reunión de Equipo y se actualiza la información a todos los miembros, especialmente a los profesionales responsables de las víctimas y de los posibles agresores.
A las víctimas o posibles víctimas de violencia de género el médico/a responsable hace un flash en OMI para el personal sanitario donde se identifica la situación de víctima, con el fin de que todo profesional que atiende a esta paciente lo tenga en cuenta ynotifique cualquier sospecha de peligro o agresión.

INDICADORES
- Porcentaje de reuniones anuales de la Comisión de VG con representación del EAP de Sástago respecto a reuniones convocadas: minimo 50% máximo 100%. Actual: 100%
- Porcentaje de casos activos de víctimas de violencia de género con un flash en OMI que avise de ello: mínimo-50% Máximo-100%

DURACIÓN
- Reuniones de la Comisión trimestrales
- Evaluación anual
- Duración: indeterminada. Dependerá de la normativa y legislación en materia de violencia de Género.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Violencia de Género

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1551

1. TÍTULO

COORDINACION PARA LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MONREAL ALIAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELA INSA MARIA JESUS
MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
SANCHEZ TREMPS LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Participación activa en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro: Se convocaron 2 Reuniones con asistencia del 100%: 3 de mayo y 20 de junio de 2017 en Quinto – Asistente Isabel Monreal Aliaga
2. Se realizó un "saludo saludable" para incorporarlo en los programas de fiestas de las diferentes localidades de la Comarca (para ello colaboraron los Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro) para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas.
3. El Consejo de Salud de la Zona se ha reunido en 2 ocasiones durante el año 2017, en la 1ª reunión (28-1-17) se presentó el proyecto, y en la 2ª (29-11-17) se presentaron las conclusiones del grupo impulsor y se solicitó colaboración a los municipios en materia fundamentalmente económica.
4. Se ha creado un grupo impulsor formado por Mª Jesús Vela (Matrona), Isabel Monreal (Médico), Malaika Ventura (Terapeuta de la Escuela de Gestalt) y Mª José Conesa (Educadora social)
5. Reuniones de coordinación interdiciplinares:
1. 2-10-17: Mª Jesús Vela (Matrona) con el Equipo directivo del Instituto de Sástago
2. 9-10-17: Isabel Monreal (Médico) y Mª Jesús Vela (Matrona) con el Equipo directivo del Instituto de Sástago
3. 27-11-17: Mª Jesús Vela (Matrona), Equipo directivo del Instituto de Sástago, y Educadora social de la Zona de salud (Mª José Conesa)
4. 15-11-17: Isabel Monreal (Médico) con Directora de la Escuela de Terapia Gestalt de Zaragoza (Malaika Ventura)
5. 31-1-18: Reunión en el Centro de salud de Rebolería (Zaragoza): Mª Jesús Vela (Matrona), Isabel Monreal (Médico), Malaika Ventura (Terepeuta Gestlat), Represntante del pruyecto Fundación Centro Solidaridad Zaragoza para adolescentes
6. Sesiones/talleres con Alumnos del Instituto de Sástago:
Noviembre: Días 6 (Mª Jesús Vela) – Sexualidad y HIV Día 20 (Isabel Monreal, Mª Jesús Vela y Malika Ventura) – Cohesión grupal
Diciembre 2017: días 4 - Sexualidad (taller 1), día 18 (Mª Jesús Vela y Malika Ventura) – Cohesión de grupo
Enero 2018: Día 15 – Sexualidad (taller2), día 22 (Mª Jesús Vela y Malika Ventura): Confianza, responsabilidad y respeto (dinámica 1)
Febrero 2018: Día 5 y 12 (Mª Jesús Vela y Malika Ventura) - Confianza, responsabilidad y respeto (dinámicas 2 y 3)
Próximas fechas a determinar mensualmente hasta junio de 2018 según calendario escolar.
7. Comunicación intraequipo de salud: De forma continuada hemos mantenido informados de las actuaciones realizadas al resto de miembros del Centro de salud durante las sucesivas reuniones de equipo, manteniéndoles al día de los avances y actuaciones realizadas con los adolescentes y los contactos interdisciplinares que hemos ido realizando.
8. A raíz del trabajo interdisciplinar realizado, hemos firmado un acuerdo de coordinación con el Servicio Social de Zona para reunirnos de forma presencial cada 1- 2 meses, según necesidades, en el centro de salud. En la actualidad hemos realizado 3 reuniones (6-11-17, 18-12-17 y 12-2-18) con una mejoría manifiesta de las necesidades sociosanitarias de nuestra población más vulnerable y una mejora, por tanto, de la atención que podemos prestarles desde un enfoque más global.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Nº de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud: 5 (desde octubre 2017 a febrero 2018). Teniendo en cuenta que la evaluación es a mitad del proyecto, ya que tiene una duración y cronograma según el curso escolar (septiembre17 a junio-18)

- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro: 100% de asistencia (se ha acudido a las 2 reuniones convocadas)

- Encuesta cualitativa de valoración del proyecto por los alumnos del instituto de Sástago, con las siguientes preguntas y respuestas:
¿Por qué te parece importante el proyecto?
Para tener precauciones. Para aprender cosas nuevas y nos ayudéis con nuestros problemas. Porque prefiero esto que física y química. Mola. Me da igual. Porque la juventud de hoy en día no se suele cuidar en temas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

respecto al VIH o no está muy informada sobre el tema y siempre está bien aprender esto. Para saber cuidarse. Para aprender cosas. Porque hay que saber cosas sobre diferentes temas. No sé, porque me entretiene. Me parece importante porque aprendemos cosas que no sabíamos y todos juntos nos lo pasamos muy bien. Para aprender cosas nuevas y reducir nuestras dudas. Porque hay que hablar de esto.
¿Qué esperas de este proyecto?
Aprender cosas nuevas. Algo más divertido. Aprender y concienciarme. Aprender cosas nuevas.
¿Qué te gustaría tratar?
Tratar más mis emociones. Centrarnos más en el sexo, ya que estaría interesante y no estaría mal aprender todos un poco. Nada. Me gusta ya lo que estamos tratando. Aprender más cosas y seguir hablando de cosas que no conocíamos bien.
¿Qué crees que se puede mejorar?
Hacer más juegos. Que fuera todos los días. Me da igual. La confianza. Lo malo que haces. Nada, aprendemos muchas cosas. Estaría bien ver alguna película. Nada, está muy bien y me está gustando mucho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La acogida por parte del alumnado es muy buena, teniendo en cuenta que hay un grupo de población diana procedente de familias desestructuradas, con un alto riesgo de embarazos e ITS, cada vez la confianza aumenta y se ven con más herramientas emocionales para poder afrontar la realidad en la que viven su día a día.
La colaboración entre Mª Jesús Vela y la escuela de Terapia Gestalt-Zaragoza, en la persona de su Directora, Malaika Ventura, está siendo crucial para poder abordar la realidad más allá de la sintomatogía de las conductas disruptivas que observamos en estos adolescentes, de tal forma que tengan la posibilidad de recibir ayuda y formación orientada a una mayor conciencia y conocimiento de sus emociones, a una gestión sana y adecuada de las mismas, y en consonancia con un mayor conocimiento de sí mismos, tomando como base, la responsabilidad propia de cada individuo de su propia vida, que les permita el acceso a su potencial humano y recursos interiores para poderse integrar en la sociedad desde la confianza en sí mismos y en los demás, y poder dar lo mejor de sí mismos.
La percepción por parte del personal directivo del Instituto de Sástago es también muy buena, ya que está permitiendo una mayor tranquilidad en las aulas y la percepción de que el estancamiento que estaban percibiendo con estos adolescentes, en el sentido del pronóstico vital de los mismos, se está empezando a desbloquear.
Los contactos con los servicios sociales son fluidos y estamos estudiando la manera de encontrar la manera más eficiente de ayudar a la población adolescente de la zona con los recursos disponibles.
El equipo consideramos que es un trabajo lento y continuado, que debe seguir en marcha y que tenemos que buscar la forma de poder conveniar con la Escuela de Terapia Gestalt-Zaragoza para que el proyecto sea sostenible en el tiempo. Para ello estamos buscando colaboración con los Ayuntamientos implicados. También es imprescindible que la matrona Mª Jesús Vela continúe en su puesto de trabajo en comisión de servicios.
Será necesario empezar a trabajar con los adolescentes de edades más tempranas para poder abordar la problemática de los mismos de forma más precoz, e incluso poder hacer algún trabajo con el personal docente del instituto en materia de límites y emocionalidad en las aulas.

7. OBSERVACIONES.
La Escuela Gestlat-Zaragoza tiene un convenio de colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior para prestar ayuda y formación a penados con el mismo objetivo que se plantea en nuestro proyecto, pero en nuestro caso de forma preventiva.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1566 ========== ***

Nº de registro: 1566

Título
ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Autores:
MONREAL ALIAGA ISABEL, VELA INSA MARIA JESUS, TERUEL MAICAS ALICIA, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, SANCHEZ TREMPS LUIS, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Salud sexual. Drogadicción
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

PROBLEMA
Durante el año 2016 realizamos en el Centro de salud el proyecto “Talleres de sexualidad, educacion psico-sexual-afectiva prevención enfermedades de transmision sexual” (proyecto asistenciál presentado en el Acuerdo de Gestión de 2016) a cargo de la matrona Mª Jesús Vela Insa. A raíz de su intervención en el Instituto de Sástago con diversos talleres al alumnado y reuniones con el profesorado y servicios sociales, se detectó un problema de conductas de riesgo en la población adolescente de la zona relacionadas con la salud sexual y el consumo de drogas, por lo que los servicios sociales han realizado intervención psicoterápica en un grupo de alumnos en riesgo de exclusión y desde el Servicio Social de Base se ha convocado la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud donde el Centro de salud ha estado representado, así como servicios sociales, juzgado de menores, educadores sociales, guardia civil y otros servicios sanitarios de la cComarca Rivera Baja del Ebro (Centro de salud de Fuentes de Ebro). A fecha de hoy se han realizado 2 reuniones, y la próxima será en septiembre.
A su vez, en el Consejo de Salud de la Zona, tras tener en conocimiento del problema detectado con los adolescentes, se decidió en la reunión de abril de 2017 crear un grupo impulsor de personas implicadas para poder abordar el problema de forma global más específicamente en la Zona de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la salud de los adolescentes de la Zona de Salud de Sástago
- Detectar los problemas actuales y generar actividades tanto de abordaje de os mismos como de prevención

MÉTODO
Participar activamente en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro
Crear un grupo impulsor en la Zona de Salud de Sástago multidisciplinar y con participación de la Comunidad
Realizar un “saludo saludable” para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas de las diferentes localidades de la Comarca. Responsalbes: Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro.
- Mantener informado al Consejo de Salud de Sástago acerca de las actividades a realizar con los jóvenes
- Reuniones periódicas con el profesorado del Instituto de Sástago: La 1ª a finales de septiembre. La periodicidad la estableceremos según actividades
- Actividad mensual con los alumnos del instituto de concienciación en salud: el personal sanitario participaremos cuando lo establezcamos según agenda, ya que habrá más actores a intervenir.

INDICADORES
- Nº de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro. Mínimo 50% Máximo 100%
- Encuesta cualitativa de valoración por los alumnos del instituto de Sástago

DURACIÓN
El proyecto a comenzado en marzo de 2017 y forma parte de la continuación del del año 2016 coordinado por Mª Jesús Vela.
La duración del proyecto es de 1 año, hasta julio de 2018 donde se revaluará su pertinencia.
Estamos en fase de evaluación de las actividades a realizar, por lo que aún no podemos aportar calendario.
Las actividades que de momento tienen calendario son:
- tinerario de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud: Se ralizará en las reuniones de la Mesa de coordinación y la fecha prevista para su aprovación es marzo de 2018. Responsable del EAP: coordinadora del Centro de Salud, Isabel Monreal aliaga
- Reunión del grupo impulsor Zona de salud de Sástago: 1ª reunión para septiembre- octubre 2017. Durante el mes de julio se contactará con los candidatos. Responsable: Isabel Monreal Aliaga
- Saludo saludable para los programas de fiestas de la Comarca: 1ª semana de julio de 2017. Responsables: Isabel Monreal y Coordinador del C.S. Fuentes de Ebro

Plan de comunicación:
- Comunicación de las actividades y progresos al Consejo de salud de Sástago en sus reuniones periódicas

OBSERVACIONES
La Matrona Mª Jesús Vela Insa ha solicitado comisión de servicios (y se la han concedido) para volver a esta Zona de salud, ya que en la cactualidad no está. Contamos con su participación en cuanto se incorpore a la plaza.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MONREAL ALIAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELA INSA MARIA JESUS
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER
MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION
SANCHEZ TREMPS LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las acciones previstas para lograr los objetivos, el plan de comunicación, actividades de formación, de participación comunitaria, investigación, junto con los recursos previstos para cada acción (número de reuniones(mensuales con el EAP, trabajo de campo semanal en IES Sástago, reuniones trimestrales con trabajadoras sociales de la comarca).
• Participación activa en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Ribera Baja del Ebro
• Creación de un grupo impulsor en la Zona de Salud de Sástago multidisciplinar y con participación de la Comunidad
• Realizar un “saludo saludable” para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas de las diferentes localidades de la Comarca. Responsalbes: Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro.
• Mantener informado al Consejo de Salud de Sástago acerca de las actividades realizadas con los jóvenes
• Reuniones periódicas con el profesorado del Instituto de Sástago: La 1ª celebrada a finales de septiembre. La periodicidad establecida según necesidades
• Actividad mensual con los alumnos del instituto de concienciación en salud: con participación del personal sanitario

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Nº de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud: Mensuales con EAP y T.Sociales de la comarca, semanales en el IES Sástago. Sesiones de 2 horas semanales (los lunes) con los alumnos de ESO del IES de Sástago.

• Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Ribera Baja del Ebro, de un 100%.

• Encuesta cualitativa de valoración por los alumnos del instituto de Sástago, con distintos enfoques respecto a las encuestas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto comenzó en marzo de 2017 y forma parte de la continuación del del año 2016 coordinado por Mª Jesús Vela.
La duración del proyecto era inicialmente de 1 año, hasta julio de 2018 donde se revaluaría su pertinencia. Se continuó con el mismo, hasta el 11 de febrero de 2019.
Las actividades realizadas con calendario según lo previsto:
• Itinerario de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud: En las reuniones de la Mesa de coordinación y la fecha de aprobación,marzo de 2018. Responsable del EAP: Coordinadora del Centro de Salud, en ese momento, Isabel Monreal Aliaga.
• Reunión del grupo impulsor Zona de salud de Sástago: 1ª reunión realizada en septiembre 2017. Responsable: Isabel Monreal Aliaga
• Saludo saludable para los programas de fiestas de la Comarca: 1ª semana de julio de 2017. Responsables: Isabel Monreal y Coordinador del C.S. Fuentes de Ebro

- El proyecto ha evidenciado una buena acogida por parte de los alumnos del IES de Sástago, con buena respuesta en las sesiones, con participación de aproximadamente el 98% de los asistentes, en las mismas, con una mejora en las respuestas, objetivada por los responsables del proyecto, respecto a los temas tratados en las distintas sesiones, sobre salud en la adolescencia.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto ha finalizado en febrero de 2019, debido al traslado de la responsable del mismo, Mª Jesús Vela (matrona).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1566 ========== ***

Nº de registro: 1566

Título
ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Autores:
MONREAL ALIAGA ISABEL, VELA INSA MARIA JESUS, TERUEL MAICAS ALICIA, ENFEDAQUE LABRADOR MARIA ESTHER, MAYAYO PIÑOL MARIA CONCEPCION, MARTIN BUIL MARIA DEL MAR, SANCHEZ TREMPS LUIS, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Salud sexual. Drogadicción
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante el año 2016 realizamos en el Centro de salud el proyecto “Talleres de sexualidad, educacion psico-sexual-afectiva prevención enfermedades de transmision sexual” (proyecto asistenciál presentado en el Acuerdo de Gestión de 2016) a cargo de la matrona Mª Jesús Vela Insa. A raíz de su intervención en el Instituto de Sástago con diversos talleres al alumnado y reuniones con el profesorado y servicios sociales, se detectó un problema de conductas de riesgo en la población adolescente de la zona relacionadas con la salud sexual y el consumo de drogas, por lo que los servicios sociales han realizado intervención psicoterápica en un grupo de alumnos en riesgo de exclusión y desde el Servicio Social de Base se ha convocado la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud donde el Centro de salud ha estado representado, así como servicios sociales, juzgado de menores, educadores sociales, guardia civil y otros servicios sanitarios de la cComarca Rivera Baja del Ebro (Centro de salud de Fuentes de Ebro). A fecha de hoy se han realizado 2 reuniones, y la próxima será en septiembre.
A su vez, en el Consejo de Salud de la Zona, tras tener en conocimiento del problema detectado con los adolescentes, se decidió en la reunión de abril de 2017 crear un grupo impulsor de personas implicadas para poder abordar el problema de forma global más específicamente en la Zona de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la salud de los adolescentes de la Zona de Salud de Sástago
- Detectar los problemas actuales y generar actividades tanto de abordaje de os mismos como de prevención

MÉTODO
Participar activamente en la Mesa para la Coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro
Crear un grupo impulsor en la Zona de Salud de Sástago multidisciplinar y con participación de la Comunidad
Realizar un “saludo saludable” para ayudar a la concienciación sobre la responsabilización en el consumo de drogas por parte de los adultos, haciendo hincapié en los menores de edad y las consecuencias legales que puedan generar durante las fiestas de las diferentes localidades de la Comarca. Responsalbes: Coordinadores de los centros de salud de Sástago y de Fuentes de Ebro.
- Mantener informado al Consejo de Salud de Sástago acerca de las actividades a realizar con los jóvenes
- Reuniones periódicas con el profesorado del Instituto de Sástago: La 1ª a finales de septiembre. La periodicidad la estableceremos según actividades
- Actividad mensual con los alumnos del instituto de concienciación en salud: el personal sanitario participaremos cuando lo establezcamos según agenda, ya que habrá más actores a intervenir.

INDICADORES
- Nº de reuniones anuales con otros servicios y personas (profesorado, servicios sociales, agentes sociales) de la Zona de salud
- Porcentaje de representación del Centro de Salud de Sástago en las Reuniones de la Mesa de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud de la Comarca Rivera Baja del Ebro. Mínimo 50% Máximo 100%
- Encuesta cualitativa de valoración por los alumnos del instituto de Sástago

DURACIÓN
El proyecto a comenzado en marzo de 2017 y forma parte de la continuación del del año 2016 coordinado por Mª Jesús Vela.
La duración del proyecto es de 1 año, hasta julio de 2018 donde se revaluará su pertinencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1566

1. TÍTULO

ATENCION A LA SALUD EN LA INFANCIA Y JUVENTUD DE LA ZONA DE SALUD DE SASTAGO

Estamos en fase de evaluación de las actividades a realizar, por lo que aún no podemos aportar calendario.
Las actividades que de momento tienen calendario son:
- tinerario de coordinación comarcal en materia de prevención en la infancia y juventud: Se ralizará en las reuniones de la Mesa de coordinación y la fecha prevista para su aprovación es marzo de 2018. Responsable del EAP: coordinadora del Centro de Salud, Isabel Monreal aliaga
- Reunión del grupo impulsor Zona de salud de Sástago: 1ª reunión para septiembre- octubre 2017. Durante el mes de julio se contactará con los candidatos. Responsable: Isabel Monreal Aliaga
- Saludo saludable para los programas de fiestas de la Comarca: 1ª semana de julio de 2017. Responsables: Isabel Monreal y Coordinador del C.S. Fuentes de Ebro

Plan de comunicación:
- Comunicación de las actividades y progresos al Consejo de salud de Sástago en sus reuniones periódicas

OBSERVACIONES
La Matrona Mª Jesús Vela Insa ha solicitado comisión de servicios (y se la han concedido) para volver a esta Zona de salud, ya que en la cactualidad no está. Contamos con su participación en cuanto se incorpore a la plaza.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MONREAL ALIAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SASTAGO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN BUIL MARIA MAR
ORTIZ OCHOA ALFREDO
MILLAN GINER ESTHER
VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES
SANCHEZ TREMPS LUIS
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE
JARABA BECERRIL CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:

1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Isabel Monreal Aliaga como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.

2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.

3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo en los días posteriores a la reunión, pero está comunicación no fue reflejada en ningún acta.
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Isabel Monreal Aliaga impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 29/10/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP. A la reunión asistió el 91% del equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es Isabel Monreal Aliaga, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El día 29 de octubre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 100% del equipo.
Resultado 2018: 100%
• Se ha realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
-Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Sástago el indicador seleccionado fue:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,1%
Objetivo 2018: =2,3%
Resultado 2018: 3%

Este resultado muestra que se ha mantenido el mismo consumo de cefalosporinas de 3ª generación que en el año 2017, y no se ha logrado el objetivo marcado de contener el uso de estos antibióticos de amplio espectro cuyo uso tiene un elevado impacto en el desarrollo de las resistencias bacterianas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, aunque no se han alcanzado todos los objetivos marcados para el año 2018. El proyecto se considera finalizado
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
En Noviembre de 2018, con motivo del procedimiento de movilidad voluntaria, Isabel Monreal Aliaga, responsable del PROA, dejó el centro de salud de Sástago. Siendo sustituida como representante del PROA del C.S. de Sástago Carlos Jaraba Becerril.

Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas. Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1277 ========== ***

Nº de registro: 1277

Título
INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
MONREAL ALIAGA ISABEL, MARTIN BUIL MARIA MAR, ORTIZ OCHOA ALFREDO, MILLAN GINER ESTHER, VILLANOVA VALERO MARIA ANGELES, SANCHEZ TREMPS LUIS, SANCHEZ RAMON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SASTAGO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria:
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP SÁSTAGO se considera oportunidad de mejora revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación ya que se sitúa en niveles superiores a la media del Sector y de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
- Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
1- Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
2- Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
3- Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 3,1%
Objetivo 2018: =2,3%

DURACIÓN
CRONOGRAMA:
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1277

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP SASTAGO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0387

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 18/08/2016

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE LASARTE VELILLAS
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MAINAR AMOR
ALVAREZ RUIZ BLANCA
JASO MIÑANA MERCEDES
JIMENEZ MARIN ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha hecho difusión del proyecto en todos los sectores sanitarios de Zaragoza.
Aprovechando las posibilidades que ofrece GoogleDocs, se ha diseñado un formulario para registrar la atención proporcionada a las madres lactantes tanto a través del teléfono, como de mail y en consulta presencial. El formulario permite registrar y almacenar los datos de cada paciente (datos clínicos, epidemiológicos y actividades realizadas en consulta, analíticas).
Con la misma tecnología se ha diseñado una encuesta de satisfacción cuyos resultados se exponen más adelante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entre el 8 de agosto de 2014 y el 11 de agosto de 2016 se han visitado 122 pacientes, con una media de 3 consultas por paciente (rango: 1 a 19 consultas). Actualmente hay varios pacientes en seguimiento.
Hemos percibido un alto grado de satisfacción en las madres atendidas así como entre los profesionales que han enviado pacientes.
En los casos en que ha sido posible hemos informado a los profesionales de referencia.

Evaluación de indicadores:
PERÍODO: 8/8/2014 a 11/8/2016 (ver informe completo en el Anexo I)
LACTANTES VISITADOS= 122
NÚMERO TOTAL DE VISITAS= 441
Presenciales= 201, Mail= 138, Telefónicas= 12
NÚMERO DE CONSULTAS POR LACTANTE:
Media= 3, Máximo= 19, Mínimo= 1

Problemas encontrados para completar el desarrollo:
Hemos ido citando a los pacientes en los huecos disponibles de la agenda, lo que resulta más complicado que disponer de un espacio y tiempo únicos para esta consulta.
Para el manejo de los formularios de GoogleDocs es preciso utilizar una versión de Mozilla actualizada u otro explorador como Google Chrome que soporte las Apps utilizadas. La versión de Mozilla disponible en los ordenadores del centro de salud es una versión antigua que no puede actualizarse ya que quedaría inhabilitada para el manejo de la receta electrónica. Utilizar Google Chrome requiere más memoria RAM y el ordenador se ralentiza tanto que deja de funcionar. Esto supone un inconveniente importante para el registro de pacientes. En la actualidad tenemos muchos problemas por este motivo debido a que los programas se bloquean lo que origina pérdida de mucho tiempo, pérdida de datos y sobrecarga de trabajo. Además la solución a este problema es barata ya que sólo se requiere un mínimo de 4 Gb de RAM

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Autoevaluación de niveles alcanzados en el desarrollo del proyecto (ver escala 1)
Puntuación: 5

1 Escala de Puntuación:
1= No ha sido posible, todavía, desarrollar el proyecto que se presentó
2= Se ha diseñado un programa de actuación que no se ha puesto en marcha todavía
3= Las actividades programadas se han empezado a desarrollar, estamos en el inicio
4= El proyecto está avanzado, aunque todavía no hemos obtenido resultados
5= El proyecto está avanzado y podemos presentar las mejoras ya introducidas o resultados conseguidos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2014/387 ========== ***

Nº de Registro: 0387

Título
CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0387

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

Autores:
LASARTE VELILLAS JUAN JOSE, SANCHEZ MAINAR AMOR, ALVAREZ RUIZ BLANCA, JASO MIÑANA MERCEDES, JIMENEZ MARIN ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

PROBLEMA
Actualmente, en nuestra comunidad, las cifras de lactancia materna están por debajo de las recomendaciones de las organizaciones nacionales e internacionales.
El apoyo y la promoción de la lactancia materna es una de las medidas más eficaces para prevenir enfermedades y ahorrar costes al sistema sanitario. En un estudio realizado en un área sanitaria de Alicante y publicado en Pediatrics, la lactancia materna durante los primeros 4 meses podría haber evitado el 56% de las hospitalizaciones, el 61% del gasto por estancia hospitalaria en lactantes menores de 1 año y 5.400 visitas en atención primaria.
Debido a nuestro interés en este tema (el responsable ha sido miembro del Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría desde 1995 hasta 2013 y actualmente es secretario y director de la página web de IHAN), a menudo se remiten madres con problemas de lactancia a nuestra consulta del CS Torre Ramona, bien enviadas por otros profesionales o a través de contactos en los grupos de apoyo a la lactancia de Zaragoza. Ello interfiere con el buen funcionamiento de dicha consulta, por falta de planificación. Además, al no ser una vía habitual de derivación dentro del sistema sanitario de Aragón, origina problemas de comunicación entre los profesionales y pérdidas en el seguimiento de estos pacientes.
En otras comunidades (Valencia) se han puesto en marcha proyectos similares con buenos resultados, tanto en salud maternoinfantil como en satisfacción de profesionales y usuarios del sistema.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- Poner a disposición de los profesionales sanitarios y recurso extra para la resolución de problemas de lactancia.
- Poner en marcha estudios de investigación para los que se requiere un mayor número de pacientes que los que proporciona la consulta de un solo cupo de pediatría.
- Aumentar la incidencia y duración de la lactancia materna en nuestro sector sanitario.

MÉTODO
Establecer un horario de consulta, una agenda y un sistema de citación.
- Diseñar un sistema de registro para consultas, llamadas telefónicas y correos electrónicos.
- Diseñar un protocolo de asistencia por problemas, entre matrona-enfermera-pediatra.
- Evaluar los motivos de consulta y la patología encontrada en relación con la lactancia.
- Difundir las actividades a todo el sector.
- Monitorizar la incidencia y duración de la lactancia materna en nuestro sector.

INDICADORES
- Asistencia a consulta: número de lactantes visitados y número de visitas por lactante.
- Asistencia telefónica: número de consultas telefónicas atendidas.
- Asistencia por correo electrónico: número de consultas por atendidas por este medio.
- Protocolos realizados.
- Estudios de investigación realizados o iniciados.
- Registro de incidencias.
Estos 6 indicadores se medirán en marzo de 2015, haciendo un recuento de las hojas de registro.
- Satisfacción de calidad percibida: se cuantificará mediante una encuesta diseñada específicamente (escala Likert de satisfacción con la atención recibida) que se enviará por correo electrónico unos meses después de finalizada la asistencia al paciente y que se responderá de forma anónima. También se analizará en marzo de 2015.

DURACIÓN
2 de junio: programación y organización de la asistencia
14 de junio: apertura de agendas y difusión del proyecto al sector II
Marzo 2015: evaluación parcial de resultados

OBSERVACIONES
A medio plazo, según las posibilidades y el trabajo desarrollado, el proyecto puede extenderse a otros sectores sanitarios.
Para aumentar el interés de los profesionales por la lactancia materna, creemos que sería positivo integrar en la cartera de servicios y en los criterios de productividad algunos indicadores de proceso relacionados con la lactancia. En este sentido y también para facilitar el registro y la monitorización de la lactancia, ya hay un grupo de trabajo en Zaragoza que comenzó a elaborar una propuesta de modificación de OMI-AP.
A largo plazo, el objetivo es impulsar a los centros de salud del sector a trabajar en la estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia, www.ihan.es).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0387

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0024

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE LASARTE VELILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MAINAR AMOR
JASO MIÑANA MERCEDES
ALVAREZ RUIZ BLANCA
JIMENEZ MARIN ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha continuado atendiendo pacientes en la consulta de lactancia de Torre Ramona.
Se ha enviado una comunicación tipo póster al VIII Congreso Español de lactancia materna de Zaragoza (26-28 de febrero de 2015).
Se ha enviado una comunicación tipo póster al IX Congreso Español de lactancia materna de Zaragoza (23-25 de marzo de 2017).
Se ha continuado recogiendo y analizando los datos de asistencia y de la encuesta de satisfacción cuyos resultados se exponen más adelante.
Se ha registrado la base de datos en la Agencia Española de Protección de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PERÍODO: 8/8/2014 a 31/12/2017

LACTANTES VISITADOS= 257

NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS= 914
Presenciales= 419, Mail= 473, Telefónicas= 22
Visitas / paciente: Media= 3,4 visitas (rango: 1-20). Mediana= 2 visitas.

Demora en la primera asistencia: Mediana= 1 día (rango: 0-31 días)

NÚMERO DE CONSULTAS POR LACTANTE:
El 28% de los pacientes requirieron una sola visita, un 30% 2 visitas. Solo un 20% requirieron más de 4 visitas (rango: 1-20 visitas).

NÚMERO DE PROBLEMAS CONSULTADOS POR PACIENTE:
Mediana= 1 (Rango: 1-5 problemas)
El 87% de las pacientes presentaron un único problema, un 9% 2 problemas y 11 pacientes 3 o más problemas

Se han enviado 224 encuestas de satisfacción y se han respondido 167 (74% de respuesta).

Hemos percibido un alto grado de satisfacción en las madres atendidas así como entre los profesionales que han enviado pacientes.

En los casos en que ha sido posible hemos informado a los profesionales de referencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos ido citando a los pacientes en los huecos disponibles de la agenda, lo que resulta más complicado que disponer de un espacio y tiempo únicos para esta consulta. Por este motivo, desde enero de 2018 las consultas de lactancia se atienden un día a la semana excepto en casos agudos que requieren actuación urgente.

Para el manejo de los formularios de GoogleDocs con los que se registra a los pacientes es preciso utilizar una versión de Mozilla actualizada u otro explorador como Google Chrome que soporte las Apps utilizadas. Hemos tenido muchos problemas debido a la escasa memoria RAM del ordenador que hace que se ralentice el sistema y que frecuentemente requiera reiniciarlo con la consiguiente pérdida de tiempo. Esto ha supuesto una sobrecarga de trabajo considerable que se ha solucionado tras la renovación de los equipos informáticos del SALUD.

Desde el Centro de Salud no se puede acceder y registrar en la historia clínica del lactante ni en la de su madre. Para poder prescribir y/o solicitar pruebas a estas madres es necesario realizar una asignación temporal al centro de salud. Por el mismo motivo, otro inconveniente es que los médicos de estos pacientes tampoco pueden conocer fácilmente el contenido de las visitas realizadas.

En resumen, el proyecto está funcionando muy bien, con un alto grado de satisfacción tanto de los usuarios y de los profesionales que envían pacientes. Supone una sobrecarga de trabajo que, de momento, podemos asumir.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0024

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/24 ========== ***

Nº de registro: 0024

Título
CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA

Autores:
LASARTE VELILLAS JUAN JOSE, SANCHEZ MAINAR AMOR, JASO MIÑANA MERCEDES, ALVAREZ RUIZ BLANCA NIEVES, JIMENEZ MARIN ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el agosto de 2014 comenzamos una iniciativa de mejora de la calidad poniendo en marcha una consulta de lactancia para todo el sector II de Zaragoza.
Hemos continuado atendiendo pacientes desde esa fecha obteniendo buenos resultados que se detallan en la Memoria 2014-16 que se ha enviado a calidadensalud@aragon.es
Nuestro deseo es continuar con el trabajo en la consulta y hacerla extensiva a toda la CA de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
- Poner a disposición de los profesionales sanitarios y recurso extra para la resolución de problemas de lactancia.
- Poner en marcha estudios de investigación para los que se requiere un mayor número de pacientes que los que proporciona la consulta de un solo cupo de pediatría.
- Aumentar la incidencia y duración de la lactancia materna en toda la CA de Aragón.

MÉTODO
- Mejorar el sistema de citación y adecuar el horario de consulta.
- Mejorar el sistema de registro para consultas, llamadas telefónicas y correos electrónicos.
- Diseñar un protocolo de asistencia por problemas, entre matrona-enfermera-pediatra.
- Evaluar los motivos de consulta y la patología encontrada en relación con la lactancia.
- Difundir las actividades a toda la CA de Aragón.
- Monitorizar los problemas de lactancia en la CA de Aragón.

INDICADORES
- Asistencia a consulta: número de lactantes visitados y número de visitas por lactante.
- Asistencia telefónica: número de consultas telefónicas atendidas.
- Asistencia por correo electrónico: número de consultas por atendidas por este medio.
- Protocolos realizados.
- Estudios de investigación realizados o iniciados.
- Registro de incidencias.
- Satisfacción de calidad percibida: se cuantificará mediante la encuesta diseñada específicamente (escala Likert de satisfacción con la atención recibida) que se envía por correo electrónico unos meses después de finalizada la asistencia al paciente y que se responde de forma anónima.

Estos indicadores se analizarán en 2017, semestral y anualmente.

DURACIÓN
Octubre de 2016: difusión del proyecto a los centros sanitarios.
Marzo de 2017: evaluación semestral.
Agosto de 2017: evaluación anual.

OBSERVACIONES
Para aumentar el interés de los profesionales por la lactancia materna, creemos que sería positivo integrar en la cartera de servicios y en los criterios de productividad algunos indicadores de proceso relacionados con la lactancia. En este sentido y también para facilitar el registro y la monitorización de la lactancia, ya hay un grupo de trabajo en Zaragoza que comenzó a elaborar una propuesta de modificación de OMI-AP.
También sería muy útil para los profesionales que trabajan en pediatría sustituir las actuales gráficas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0024

1. TÍTULO

CONSULTA DE LACTANCIA EN EL CS TORRE RAMONA

crecimiento integradas en OMI-AP por las gráficas de OMS elaboradas con bebés amamantados.
El proyecto puede ser de ayuda para aquellos centros sanitarios de Aragón que van a comenzar a trabajar en la estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia, www.ihan.es) para conseguir la acreditación de calidad IHAN.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS RUIZ BARRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OTEGUI ILARDUYA LUIS
SORIA CABEZA GLORIA
RUBIO GALAN FRANCISCO JAVIER
LASARTE VELILLAS JUAN JOSE
ALVAREZ RUIZ BLANCA
TURON RAMOS BEGOÑA
MORENO FLOR SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La última actualizacion del manual de acogida en vigor data de abril de 2016. La actualizacion del 2017 se acordó retrasarla al primer trimestre 2018, el motivo ha sido esperar ha que produjeran todas las jubiliaciones del segúndo semestre del 2017.
El seguimiento y evaluación de los objetivos se se ha podido realizar con los datos obtenidos del cuadro de mandos, hemos realizado dos actividades de seguimiento (en Mayo y Octubre del 2017) y la evaluacion final en Febrero de 2018.
Las actividades formativas se han ido realizando con algunos cambios de calendario por diferentes motivos relacionados con la gestión de la agenda. La evaluacion final del programa 2017-2018 se hace a través de la encuesta de satisfacción programada para Mayo-Junio 2017.
En cuanto al la gestión de calidad se han realizado las reuniones de consejo de salud programadas. Durante 2017 hemos se han realizado 3 reuniones del grupo de calidad para el seguimeinto de las incidencias y no conformidades.

Las actividades de seguridad, gestion de material, equipos y atención al usuario se realizan según la programación.
Se ha realizado la revisón por la Dirección y la Audotoría Interna de 2017 en Noviembre del 2017, aunque verbalmente ha sido satisfactoria, esta pendiente el informe final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores asistenciales de AG 2017: Nuestros puntos fuertes continúan siendo los indicadores de primovacunación, valoración del riesgo cardiovascular y cobertura de polimedicado por enfermería
En relacion con el paciente dependiente hemos alcanzado objetivos en la valoracion de riesgo de caídas y ulceras por presión en pacientes dependientes. Aunque no hemos alcanzado objetivos hemos mejorado nuestro resultados en los indicadores de valoracion de riesgo del cuidador (Zarit).
En cuanto a diabetes cumplimos objetivo control de HbA1C en diabéticos en el último año pero no alcanzamos la meta en la exploración del pie con una disminuición respecto al 2017 entre las causas estan el cambio de registro en OMI y la baja cobertura de la actividad.
En cuanto a la estrategia de tabaco y EPOC son nuestro principal punto debil (no alcanzar objetivos y estar por debajo del sector o el Salud) tanto en la anamnesis e intervención sobre tabaco como en la anamnesis de síntomas respiratorios y la intervencion sobre vias aéreas.
El numero de incidencias en el 2017 ha sido 29 (3 mas que 2016). Hemos tenido tres No Conformidades, todas cerradas en el año.
Durante el año 2017 ee han realizado 43 sesiones clínicas con una media de asistencia de 15,35 profesionales, similar al año 2016. Se ha realizado las sesiones priorizadas en el contrato de gestion.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha mejorado la información para el seguimiento de los indicadores clínicos. En 2017 se ha añadido al cuadros de mandos de los indicadores clínicos del AG para seguiento individualizado, la información es mas accesible. No obstante, el riesgo es que no sean consultada por desconocimiento o la inercia del dia a dia del centro. Por eso se realizaron al menos dos reuniónes de EAP para informar sobre el seguimiento tanto de EAP como adhoc en funcion de los datos de cada profesional (accesibles para el coordinador). El análisis y propuesta de medidas correctoras se ha realizado este año por la comisión de calidad del centro, a pesar de ello no ha sido suficiente para mejorar algunos de los indicaores, Este año se ampliara a otros miembros del equipo en este análisis de los resultados
El sistema de notificación de incidencias a través del correo de OMI ha permitido incrementar el número de incidencias respecto al 2016. También servido para mejorar su difusión y se está consolidadando como un buen medio de comunicacion en el EAP.
La programación de las sesiones de formación, a pesar de las numerosas incidencias en la agenda se ha desarrollado el mismo numero de sesiones que año anterior y se estan realizando las sesiones priorizadas en CG . La media de asitencia es de 15 personas por sesión.
A través del proyecto hemos desarrollado una sistemática de trabajo que nos va a permitir lograr el objetivo de mantener la acreditación ISO de forma continua cada año.

7. OBSERVACIONES.
Nuestra intención en continuar con el proyecto de acreditación en ISO para 2018 si el Salud continua con el programa con el fín de ir mejorando y consolidando este sistema de trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/409 ========== ***

Nº de registro: 0409

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

Autores:
RUIZ BARRANCO JESUS, OTEGUI ILARDUYA LUIS, SORIA CABEZA GLORIA, RUBIO GALAN FRANCISCO JAVIER, LASARTE VELILLAS JUAN JOSE, ALVAREZ RUIZ BLANCA NIEVES, TURON RAMOS BEGOÑA, MORENO FLOR SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de Torreramona del sector Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2012.
Nuestro planteamiento es mantener la certificación ISO 9001. en el EAP Torreramona.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoria, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Actividades mas importantes que se quieren realizar con los responsables:
1. DOCUMENTACIÓN
1.1. Actualizar el manual de acogida. Coordinador de EAP.
1.2. Actualizar la documentación en vigor. Responsable de Calidad.
2. OBJETIVOS
2.1. Planificar los objetivos. Grupo de Calidad.
2.2. Seguimiento de objetivos. Grupo de Calidad.
2.3. Evaluación final de objetivos. Grupo de Calidad.
3. PERSONAL
3.1. Actualizar curriculums. Responsable Formación.
3.2. Planificar la formación del EAP. Responsable Formación.
3.3. Gestionar calendario de sesiones.. Responsable Formación.
3.4. Evaluar el programa de formación. Responsable Formación.
4. GESTIÓN DE CALIDAD
4.1. Reuniones del consejo de salud de zona. Coordinador de EAP.
4.2. Seguimiento de Incidencias, No conformidades y reclamaciones. Grupo de Calidad.
4.3. Seguimiento de acciones preventivas. Grupo de Calidad.
4.4. Seguimiento de la líneas de mejora. Grupo de Calidad.
5. SEGURIDAD, MATERIAL Y EQUIPOS
5.1. Control de la gestión de residuos. Aux. Enfermería.
5.2. Control de la esterilización de material. Aux. Enfermería.
5.3. Supervisar revisiones del carro paradas y maletines de urgencias. Responsable de equipos.
5.4. Calibrar el espirómetro. Responsable de equipos.
5.5. Control de las neveras de vacunas. Responsable de equipos.
5.6. Supervisar las revisiones externas de equipos. Responsable de equipos.
5.7. Control de stock y pedidos de material sanitario y botiquín. Aux. Enfermería.
5.8. Control del almacén. Aux. Enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP TORRERAMONA

6. PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO.
6.1. Supervisar cita previa, libre elección, tarjeta sanitaria y prestaciones. Responsable de admisión.

INDICADORES
Los indicadores que se van a utilizar en el seguimiento y motorización del proyecto son:
1. Los indicadores del contrato de gestión del 2016
2. El número de incidencias y NC durante el 2016 respecto 2015
3. El número de sesiones de formación realizadas sobre las programadas

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: abril 2017
Revisión por la Dirección: mayo 2017
Auditoria Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. septiembre 2016 a junio 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. periodicidad cuatrimestral.
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1427

1. TÍTULO

SALVA CORAZONES

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EDGAR PEÑA GALO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO JUEZ SARAY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dentro del plan de mejora para el 2017 del centro de salud Torre Ramona, se incluyo el proyecto de reanimación cardiopulmonar básico (RCP-B) en el IES Pablo Serrano. Con esta iniciativa se pretendía llenar la necesidad de divulgación y sobre todo entrenamiento en la RCP-B.
Esta técnica es de sencilla realización, por lo tanto, se puede entrenar a personal no sanitario, y a su vez en situaciones de riesgo vital podrían jugar un rol determinante en salvar la vida de una persona.Inicialmente la actividad se había enfocado en entrenar a los adolescentes entre 15 y 16 años, o su defecto a los estudiantes de 3º y 4º año de la ESO. Pero la población diana del curso fue sustituida, siendo el claustro de profesores el grupo a ser entrenado en RCP-B. Este cambio se debió a una resolución del Gobierno de Aragón con fecha del 7 de noviembre 2017, la cual hace referencia a la actuación en situaciones de urgencia y emergencia en los centros docentes de la comunidad de Aragón, en donde el profesorado debería recibir las instrucciones necesarias para dar respuestas a tales situaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como parte de la interacción entre el profesorado y el personal sanitario, se procedió a realizar una pequeña introducción de la actividad, con la correspondiente presentación los involucrados en impartir el curso, luego se repartió la encuesta para valora conocimientos Pre-post.

El porcentaje inicial de conocimiento global sobre RCP-B por parte del profesorado fue de un 48% en el pre-test. Una vez realizado el curso se realizo un segundo test con las mismas preguntas, obteniendo un resultado global de conocimiento del RCP-B del 79%, aplicamos el test de Wilcoxon, con resultado estadísticamente significativo en favor de la actividad y mejora del conocimiento (valor de p <0.001)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El aspecto mas importante es el trabajo en grupo realizado por los diferentes EIRs y MIRs del centro de salud de Torre Ramona, logrando aglutinar en dicha actividad al 100% de EIRs y al 80% MIR. Por otro lado, entre los aspectos pendientes a realizar es una formación del profesorado sobre primeros auxilios escolares, tomando en cuenta los temas de la nueva resolución del gobierno de Aragón (7-Nov-2017) que debe entrar en vigor el próximo mes de Septiembre/2018 y el posterior entrenamiento a los adolescentes.
La sostenibilidad del proyecto radica en la inicia del los MIRs y EIRs del centro de salud y el apoyo de sus respectivos tutores. Así mismo, la cambiante dinámica del alumnado, hace necesario la replica anual de dichos conocimientos.
La principal recomendación, seria la elaboración de un manual o guía de apoyo abordando los temas de la resolución antes mencionada tanto para el profesorado como para los futur@s EIRs y MIRs no solo de Torre Ramona, sino de todo el territorio aragonés.

7. OBSERVACIONES.
Los temas propuestos en la resolución del gobierno de Aragón son los siguientes:Dentro del bloque de emergencias sanitarias, se encuentran:
" Pérdida del conocimiento.
" Pérdida abundante de sangre: heridas y hemorragias.
" Dificultad respiratoria prolongada.
" Dolor intenso en la zona del pecho.
" Convulsiones.
" Electrocución grave.
" Quemadura grave.
" Asfixia por inmersión, ahogamiento o atragantamiento.
" Caídas desde alturas.
" Accidentes de tráfico.
" Intoxicaciones con compromiso vital

Por otro lado, están las situaciones sanitarias derivadas de enfermedades crónicas:
" Asmáticos (emergencia por ataque asmático).
" Alérgicos (anafilaxia o reacción alérgica grave).
" Diabéticos (emergencia por hipoglucemia).
" Epilépticos (emergencia por convulsiones).

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1427 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1427

1. TÍTULO

SALVA CORAZONES

Nº de registro: 1427

Título
SALVACORAZONES. REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL IES PABLO SERRANO

Autores:
PEÑA GALO EDGAR, JASO MIÑANA MERCEDES, JIMENEZ MARIN ANA MARIA, LLANES LUÑO RICARDO, RODRIGUEZ SLOCHER ANA MARIA, APARICIO JUEZ SARAY, GARCIA URIEL IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: RCP básica
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Iniciativa surgida en relación a la importancia y la necesidad de divulgación y entrenamiento en RCP básica. La RCP es un procedimiento de sencilla realización que cualquier persona con un entrenamiento adecuado podría realizar ayudando así a salvar vidas. En este taller se trabajarán también otro tipo de situaciones que requieren actuación por parte de la población general, en él se entrenará la maniobra lateral de seguridad, la maniobra de Heimlich, etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Los asistentes al taller mejorarán sus conocimientos y su manejo en relación a primeros auxilios.
Todos los asistentes sabrán realizar RCP básica y actuar frente a determinadas situaciones que requieran actuación (OVACE, pérdida de conocimiento, etc.) en adultos y niños.

MÉTODO
El taller tendrá una duración de 4 horas, comenzando a las 09:00 y terminando a las 13:00 horas. Durante el taller se realizarán los descansos habituales de la jornada escolar.
El taller será práctico con soporte audiovisual y teórico.
Durante el desarrollo del taller se realizarán diversas explicaciones a los asistentes de manera conjunta.
Posteriormente, en pequeños grupos de 5 o 6 personas, se realizará el entrenamiento. En estos grupos se realizará un refuerzo del contenido teórico.
Se dispondrá de diversos maniquíes para practicar la RCP y el resto de maniobras (un maniquí adulto y otro infantil para cada grupo).
Finalizadas las explicaciones y el entrenamiento, los asistentes realizarán una encuesta de satisfacción y otra de conocimientos. Además, se les entregará un díptico que recoge todos los temas tratados en el taller.

INDICADORES
Asistencia al taller.
Satisfacción del alumnado y profesorado.
Aumento de los conocimientos en torno al tema trabajado. Se realizará un breve test una vez finalizado el taller y un tiempo después de este.
Capacidad de realización de las maniobras en las cuales se ha instruido. Una vez finalizado el entrenamiento se realizarán varios casos para valorar la actuación de los asistentes.

DURACIÓN
Actividad con carácter anual

OBSERVACIONES
Necesidad de mejorar la coordinación con el IES Pablo Serrano.
El IES y el centro de salud se comprometen a dar continuidad al proyecto por medio de la realización del mismo con los alumnos que corresponda en años venideros. También se establece un compromiso en relación a la realización de sesiones recordatorias para los alumnos que ya hayan realizado el taller.
Los alumnos serán animados a divulgar lo aprendido en su entorno.
Se pretende extender esta actividad a otros colegios de la zona básica de Salud.
Es preciso evaluar de manera continuada las necesidades y preocupaciones en torno a este tema.
Adecuar el horario de la consulta y de la actividad.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1427

1. TÍTULO

SALVA CORAZONES

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CELESTE GARCIA LANZON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE
IRIBARNE FERRER MARTA
RUIZ BARRANCO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han cumplido los paseos que se programaron durante el año 2018. “Las Andarinas del Tranvía” es una actividad en la que colabora el Centro de Salud Torre Ramona con el Centro de Salud Las Fuentes Norte en realizar paseos los Lunes no festivos de Septiembre a Junio. Se acude 2 veces al mes desde ambos Centros de Salud.
Mediante una reunión con el Centro de Recursos Comunitarios El Tranvía (CRCT) se planificó los días y quienes acudirían desde los Centros de Salud. Desde Septiembre de 2018, se ha elaborado un plan con fechas y los profesionales que se encargan del paseo, algo que buscaban los usuarios del servicio.
No sólo se pasea, también se intervienen en los temas de salud que los usuarios creen que son relevantes. Los temas tratados en 2018 son:
- Alimentación: pirámide nutricional, lectura de etiquetas, alimentación equilibrada y raciones recomendadas, preparaciones culinarias saludables, alimentación en personas diabéticas y edulcorantes.
- Beneficios del agua.
- La fibromialgia: qué es y cuáles son sus cuidados.
- La gripe: prevención y cuidados.
- Diferencias entre artrosis y artritis.
- Beneficios del ejercicio físico.
Las rutas que hemos realizado son las siguientes: “Camino de la Alfranca”, “De los Puentes”, “A orillas del río Gállego” y “Soto de Cantalobos”. Todas estas caminatas son entornos situados cerca del barrio de Las Fuentes menos La ruta de los Puentes que consiste en andar por ambas márgenes del río Ebro, recorriendo los distintos puentes que lo cruzan.
Los lunes, que la lluvia impidió salir a caminar, realizamos la intervención educativa en el gimnasio de la Fundación el Tranvía y practicamos estiramientos, ayudando así a las asistentes a mejorar la técnica. Se buscó también fortalecer la relación de grupo, haciéndoles participar en la actividad.
Además de los paseos, se llevaron a cabo 2 talleres, uno de espalda sana dirigido por uno de los fisioterapeutas del centro, y otro de reanimación cardiopulmonar (RCP) por los residentes de enfermería y medicina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados son los mismos que han plasmado los compañeros de Las Fuentes Norte dado que estas actividades se realizan de manera conjunta con los profesionales de ambos centros.
Encuesta de satisfacción: los datos recogidos, a la finalización del curso en junio de 2018, corresponden a la encuesta de satisfacción que desde la Fundación el Tranvía pasan a sus usuarios. Se trata de una encuesta general para todas las actividades que se realizan en el CRCT. Sólo la realizaron 9 usuarias de 39 apuntadas, y en varias preguntas no contestaron todas. En la valoración global de la actividad, las 5 participantes que contestaron, la valoraron con un 10. Cómo sugerencias apuntaron realizar menos estiramientos y un día más de actividad.
Evaluación de Actividades: después de cada paseo se ha llevado a cabo una evaluación con rejilla de observación. Entre los datos aportados encontramos:
- El número de participantes en los paseos va de 13 a 35.
- A parte del tema tratado en la intervención educativa, durante los paseos “las Andarinas” suelen preguntar a los profesionales que acuden, por temas como: eficacia de las leches fermentadas y bebidas para bajar el colesterol, dieta para la hipertensión o para perder peso, cómo actuar ante una hipoglucemia, cuáles son las reacciones adversas de la vacuna antigripal, cuidados de la diabetes y dudas sobre la técnica de inyección de insulina, cuidados con el colesterol o si el agua puede ser sustituida por zumos o infusiones.
- Los usuarios que acuden a los paseos, tienen conocimientos sobre la importancia de comer variado y evitar precocinados, conocen las características de los alimentos procesados, que hay que beber 2 litros de agua y comer 5 piezas de fruta al día o que no se debe abusar de la sacarina.
- También se abordan durante el paseo aspectos como la depresión o el suicidio y se comparten experiencias y emociones al respecto. En alguna ocasión, algún componente del grupo ha querido compartir cómo es vivir con una determinada enfermedad y hablar de ello al resto.
- Otro aspecto que se recoge en la rejilla de observación es el estado de ánimo del grupo, y en líneas generales podemos decir que es animado, participativo, entusiasta y motivador. En alguna ocasión hemos observado que alguna de las participantes se siente incómoda por ver que algunas compañeras llevan un ritmo superior al suyo.
Los talleres fueron evaluados mediante encuesta y, en general, la evaluación fue muy positiva. Entre los aspectos que nos han pedido mejorar del taller de RCP han sido los muñecos y solicitan realizarlo cada año para refrescar conocimientos. En cuanto al de Espalda Sana realizar más sesiones.
Valoración de hábitos de las Andarinas: en septiembre de 2018, en el inicio del curso para “Andarinas”, se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

pasó una ficha para valorar los hábitos de vida:
- De las 39 encuestadas, el 76.3% si realiza algún tipo de actividad física. Entre las actividades que realizan se encuentra caminar, baile, zumba, nadar, espalda sana, bicicleta, yoga y gimnasia. En cuanto a la frecuencia con la que realizan el ejercicio, realizan 3 o más veces por semana ejercicio el 67.6% de las participantes.
- El medio que utilizan habitualmente para desplazarse por la ciudad es el autobús (62.2%) y andando (59.5%).
- En cuanto a sus hábitos tóxicos (fumar, alcohol) más del 90% no consume tabaco ni alcohol.

Con respecto a los indicadores planteados:
- Número paseantes/ número inscritos (estándar > 50% en el 80% de los casos). Para este indicador se planteó pasar lista de asistencia en cada paseo. Las usuarias se quejaron por el retraso que suponía para empezar a caminar, así que se decidió simplificarlo y hacer un contaje de los asistentes. Entre los meses de febrero a junio de 2018 no se llegó al 50% de asistencia en el 80% de los casos. Pero de los meses de septiembre a diciembre han asistido el 50% de las participantes en un 100% de los casos (Inscritas en los paseos 39. Asistencia de 20 a 35).
- Realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar 80% participantes): hasta el momento un 67.6% participantes. La encuesta de hábitos de vida se recogió en septiembre (inicio de curso). Al final del curso en junio de 2019, se les preguntará en la encuesta de satisfacción por la frecuencia con la que realizan ejercicio, para ver si ha aumentado desde el inicio de curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las propuestas a mejoras son realizar la encuesta de satisfacción del curso 2019 y comprobar la cantidad de ejercicio físico que hacen a la semana. Con esto se quiere objetivar si al acudir a un grupo de paseo aporta una mayor constancia y aumento de ejercicio físico a la semana.
Un aspecto a mejorar desde el CS Torre Ramona es que acudan más profesionales a realizar los paseos y las intervenciones educativas, tanto en los mismos paseos como en los talleres. Además, en cuanto a los usuarios es la integración en el mismo grupo de participantes que tienen un ritmo más rápido de caminar (avanzado) y otros que lo tienen más lento (iniciación).

7. OBSERVACIONES.
Ha habido cambios en los componentes del equipo de mejora. Los que han formado parte real del proyecto son los que aparecen en esta memoria de valoración. Se ruega que se considere a APARICIO JUEZ SARAY, AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, IRIBARNE FERRER MARTA y a RUIZ BARRANCO JESUS (todos ellos enfermeros y trabajadores o que han trabajado en el CS TORRE RAMONA) como los profesionales que han llevado a cabo adelante el proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/962 ========== ***

Nº de registro: 0962

Título
PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

Autores:
GARCIA LANZON CELESTE, APARICIO JUEZ SARAY, GONZALEZ ENGUITA MANUEL, RIABTSEVA MARYNA, SANTOLARIA SANCHO SOFIA, CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA, QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la zona básica de salud de Torreramona la morbilidad (dislipemia, sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo y abuso crónico de alcohol) es elevada. En Aragón, el 45% de los adultos no realiza ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres.
El estilo de vida de la sociedad actual favorece la inactividad física. Este comportamiento sedentario viene determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo tanto, el abordaje requiere un enfoque multifactorial e intersectorial.
La Fundación el Tranvía lleva a cabo actividades dirigidas a promover el ejercicio físico en la población del barrio de Las Fuentes a través de paseos en el proyecto "Andarinas del Tranvía". Tras una encuesta de valoración de las necesidades de formación en la población que se realizó desde el C.S. Torreramona, se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0962

1. TÍTULO

PROYECTO ANDARINAS Y TORRERAMONA 2018

priorizaron los siguientes temas de intervención: recomendaciones de ejercicio físico, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilo de vida y alimentación saludable.
Después de realizar unas actividades de educación grupal en la Fundación el Tranvía, se vio la oportunidad de establecer una colaboración más estable entre los dos centros del barrio Las Fuentes: La Fuentes Norte y Torreramona, participando en la actividad de las Andarinas del Tranvía e incorporando los temas de interés recogidos en la encuesta.
Según el Programa de Salud 2030 de Aragón, los programas de actividad física deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Otro aspecto que recoge es que no solo debe abordarse los problemas de salud física, sino también los de soledad, de exclusión y de brecha digital, creemos que a través de este proyecto se pueden trabajar dichos aspectos.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar una vida activa por medio de paseos.
Reconocer los beneficios del ejercicio a través de una valoración de su actividad diaria.
Crear un grupo estable que fomente una red social de andarinas.
Mejorar su capacidad al ejercicio, a través de las rutas de paseo programadas.
Modificar hábitos de desplazamiento.

MÉTODO
El grupo de Andarinas saldrá todos los lunes de septiembre a junio con los profesionales del Tranvía. Los profesionales del Centro de Salud acudirán dos lunes al mes. El grupo está abierto a todos los participantes mayores de 18 años. Se plantea formar dos grupos, uno de actividad básica y otro de actividad moderada. El horario es de 9.30 a 11.30 horas y el punto de encuentro la Fundación el Tranvía. Las rutas se realizarán por lugares cercanos al barrio de las Fuentes. Dependiendo del grupo y la ruta a realizar, los itinerarios oscilaran entre los 45-90 minutos. Al finalizar el paseo, se realizarán estiramientos.
Al inicio y final del curso se les pasará a los andarines una encuesta de hábitos. Los lunes que acudan profesionales de los centros de salud, se realizarán intervenciones educativas sobre los siguientes temas: ejercicio físico, dieta mediterránea, lectura de etiquetas, estrés, estiramientos y sobre temas que demanden los andarines. Tras los paseos se completará una rejilla de observación. Los Talleres se realizarán en el Tranvía o en el C. Salud y serán de espalda sana, de relajación y de reanimación cardiopulmonar básica.
Las reuniones del Equipo Andarinas del los Centros de Salud se realizarán en el CS y serán mensuales y las reuniones con El Tranvía serán bimensuales y se realizarán en el Tranvía o en el CS.

INDICADORES
Nº de paseantes/ nº de inscritos (estándar: > 50% en el 80% de los casos)
Encuesta de Satisfacción (estándar: nivel de satisfacción óptimo en el 85% de los participantes)
Encuesta de hábitos: realización de ejercicio 3 veces por semana (estándar: en el 80% de los participantes)

DURACIÓN
La Evaluación se plantea a lo largo de todo el proceso: inicial, de seguimiento y final. Todos los integrantes realizarán funciones de evaluación en distintos momentos y en las reuniones de evaluación.
Encuesta de Satisfacción: Se valorará la satisfacción de andarinas y del equipo de trabajo.
Evaluación de Actividades: Se evaluarán las actividades con rejilla de observación y observador no participante/participante según la actividad. La observación será mixta, estructurada por medio de un check-list, y no estructurada por diario de campo.
Evaluación de Reuniones: por medio de las actas y por el desarrollo de las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1091

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARAY APARICIO JUEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LANZON CELESTE
RUIZ BARRANCO JESUS
FORMENTO MARIN NATALIA
CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA
QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ
GONZALEZ ENGUITA MANUEL
RIABTSRVA MARYNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado un grupo multidisciplinar con los componentes del equipo y representantes de los principales recursos del barrio y se ha establecido una relación y coordinación con ellos para el desarrollo del proyecto.

Se realizó un diagnóstico socisanitario de la zona, para conocer la situación de partida del barrio, sus necesidades y los recursos principales. Mediante una sesión, se trasmitió esta información sobre las características de la Zona Básica de Salud Torre Ramona al resto de profesionales del centro.

También se delimitó el área geográfica que íbamos a mapear y se repartió en diferentes grupos de trabajo que salieron a mapear.

Conforme se iban identificando los recursos, se comprobaba en internet si tenían página web, para ampliar la información. Además, algunos de ellos se visitaron para ampliar la información sobre los recursos o actividades que ofrecen al barrio, como por ejemplo la fundación el tranvía, el hogar de mayores del IASS o el centro cívico salvador allende.

Por último, se compuso un mapa virtual, en la plataforma Google Maps y se presentó a todo el equipo participante y a los profesionales del centro de salud y se colgó una entrada y el enlace en el blog del centro de salud y otros recursos digitales para darlo a conocer a la población general. El mapa se dejo como un recurso abierto a modificaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores, a pesar de su dificultad para su valoración, se han cumplido satisfactoriamente:

En cuanto al Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.

Estándar: 90% El mapa vitual está abierto a modificación y de momento, ningún vecino ni profesional ha añadido ningún recurso más tras su elaboración. Por lo que creemos que se han identificado la mayoría de recursos.

Otro indicador, Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la

reunión x100.

Estándar: 90% Se ha superado el estándar previsto, ya que en todas las reuniones han asistido el 100% de las personas convocadas.

Y por último, Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.

Estándar 40%

Las visualizaciones que tiene el blog actualmente son: 2893 visitas, un número mayor de lo esperado desde su creación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La bibliografía consultada, insistía en emplear una metodología participativa con la comunidad y a pesar de haber hecho participes a numerosas entidades del barrio, el desarrollo del proyecto ha sido en su mayoría llevado a cabo por el grupo promotor por falta de tiempo y difícil coordinación. Por lo que, una lección aprendida para futuros proyectos comunitarios, es intentar aumentar la participación ciudadana, pero en el plazo de un año es casi imposible comenzar y terminar un proyecto comunitario junto con el resto de nuestro trabajo diario en consulta.

Pero la satisfacción del personal que ha participado nos lleva a quedarnos con las ganas e ilusión de seguir realizando proyectos parecidos al mapeo de activos y de seguir en comunicación y trabajando en red, por una salud comunitaria mejor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1091

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1091 ========== ***

Nº de registro: 1091

Título
REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

Autores:
APARICIO JUEZ SARAY, GARCIA LANZON CELESTE, RUIZ BARRANCO JESUS, FORMENTO MARIN NATALIA, CABALLERO GUINDO ALICIA MARIA, QUILEZ CUTILLAS BEATRIZ, GONZALEZ ENGUITA MANUEL, RIABTSRVA MARYNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: np
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde los años 70, el médico-sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló la teoría de la salutogénesis. Esta teoría presenta la concepción del modelo de salud en positivo, centrado en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones a partir de los propios recursos, alejándose del enfoque biomédico centrado en la enfermedad.

Se considera que la salud no es un proceso aislado del entorno, ya que se ve influenciada por factores sociales y económicos, existe bibliografía que respalda la idea de proyectos que coordinan los servicios socio-sanitarios y los recursos de los barrios, haciendo a la población participe de su propia salud y mejorando la comunicación entre los diferentes profesionales y recursos.
Con el fin de integrar este modelo de atención en nuestra realidad y mejorar la comunicación del Centro de Salud y los recursos del barrio, nos propusimos desarrollar un mapa interactivo, que agrupara y mostrara todos los recursos que pueden mejorar la salud de la comunidad.

Un mapa de activos de salud se concibe como una herramienta para aumentar el conocimiento de los recursos a disposición de los profesionales y de la comunidad para aumentar el bienestar, conservar y/o mejorar la salud y ayudar a disminuir las desigualdades sociales.

El barrio de las Fuentes cuenta con una población de 42.192 habitantes, dividida en 2 Zonas básicas de Salud (Fuentes Norte y Torre Ramona).

Se trata de una población muy envejecida, con una tasa de envejecimiento del 213,70%, además cabe destacar que 1289 personas mayores de 84 años viven solas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Realizar una reunión con los principales entes sociales y recursos del barrio para conocer las actividades del barrio y establecer lazos de conexión entre todos.

-Constituir un equipo de personas clave de las diferentes organizaciones del barrio.

-Realizar un mapeo de activos en el barrio de las Fuentes.

-Crear un mapa de activos interactivo y accesible a la población.

MÉTODO
La metodología de realización de un mapa de activos debe ser un modelo participativo con la comunidad, de manera que su resultado sea lo más representativo posible. Además, de favorecer la relación, el trabajo en red y la coordinación entre todas las entidades del lugar.

Para la realización se ha seguido una secuencia similar a la propuesta por Botello, pero adaptada a nuestras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1091

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPEO DE ACTIVOS EN LA ZBS TORRE RAMONA

capacidades, recursos y población:

Creación de un grupo multidisciplinar en el centro de salud para el desarrollo de la actividad.
Conocer la comunidad con la que vamos a trabajar, sus necesidades, recursos y posibilidades.
Delimitar el área geográfica.
Trabajo de campo del grupo de trabajo en la comunidad: Salir a conocer los recursos de la comunidad, identificar personas clave de las distintas entidades del barrio que promueven la salud.
Establecer relaciones con las personas clave de los recursos.
Visitar las webs de las entidades y se contrastará la información recopilada.
Creación de un mapa virtual en la plataforma Google Maps, denominado Las Fuentes Activa, abierto a la modificación de las personas y entidades del barrio.
Los recursos se clasificarán en diferentes categorías:
Recursos de salud, educación y formación, cultura y ocio, deporte y actividad física, juventud, mayores, asociaciones, parroquias y entidades religiosas, otros.
Visibilizar el resultado en el blog del centro de salud, accesible para los profesionales y toda la comunidad.

INDICADORES
Para la evaluación se desarrollará una encuesta de satisfacción para los profesionales que han participado, tanto del centro de salud como de los principales recursos.

Número de recursos identificados/ número de recursos totales x100.
Estándar: 90%
Número de personas clave de los recursos que acuden a la reunión/ número de personas clave convocadas a la reunión x100.
Estándar: 90%
Visualizaciones del mapa desde que se cuelga en el blog/ visualizaciones del mapa desde su creación x100.
Estándar 40%

DURACIÓN
El proyecto comienza en enero, con la revisión bibliográfica, y reunión con las diferentes personas involucradas del centro de salud.
En marzo se crea el equipo multidisciplinar del centro de salud.
En abril- mayo se estudia las características de la comunidad.
Durante los meses de junio, julio, septiembre y octubre se delimitará el área geográfica y se saldrán a conocer y recopilar los recursos.
En noviembre se realizará una reunión con las personas clave de los recursos y entidades del barrio.
Durante diciembre, enero, febrero y marzo se recopilará la información y se creará el mapa virtual.
Para en abril visibilizarlo en el blog del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DEVIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EDGAR PEÑA GALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRE RAMONA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS CACERES MARIA
GARRIDO BALLESTEROS SERGIO
BALLESTA FUENTES JOSE
OTEGUI ILARDUYA LUIS
IRIBARNE FERRER MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dentro del plan de mejora para el 2017 del centro de salud Torre Ramona, se incluyo el proyecto de “Estudio poblacional sobre riesgo cardiovascular en Torre Ramona, diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica”. Como primera actividad fue la realización de un protocolo, para contar con la aprobación de la dirección de AP en el sector 2 para el uso de la base de datos poblacional de Torre Ramona (obtenido en 25 de junio 2018). La segunda actividad fue realizar un análisis de prevalencia de los principales factores de RCV (HTA, DLP, DMT2, TABACO y OBESIDAD) para poder identificar a la población diana, y la tercer actividad realizada en esta primera fase fue medir el nivel de alfabetización en salud (NAFS) de la población hipertensa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La población de estudio fue 9.323 (mujeres: 59,4%). La prevalencia de DM fue de 7,3% (IC95%: 6,7-7,8) siendo mayor en hombres 7,9% vs mujeres 6,8% (p=0,02). El 13,6% son fumadores (IC95%: 12,8-14,2), prevaleciendo más en hombres (17,2%) que en mujeres (11,1%), valor de p <0,01. La prevalencia de HTA, DLP y obesidad fueron de 21,7%, 22,4% y 11,2% respectivamente, no observándose diferencias estadísticas entre sexos. En relación al NAFS, de forma global entorno a un tercio de la población presenta un nivel suficiente o excelente. En relación al apartado de NAFS en prevención de la enfermedad este indicador se mantuvo en hombres 35.3% pero bajo en las mujeres hasta el 16%, y al medir la percepción sobre el acceso al médico de cabecera únicamente el 60% de las mujeres reflejo que es muy fácil en contraste al 88% de los hombres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De forma global los FRCV y el NAFS en Torre Ramona tienen una distribución similar a la española. Es necesario realizar una intervención dirigida para mejorar el nivel alfabetización en la población general, y a su vez enfocada en la prevención de la enfermedad CV a nivel individual.

7. OBSERVACIONES.
esta es la primera fase del proyecto de mejora, la identificación de puntos a mejorar e identificar la población diana. Durante el 2019, se desarrollará la segunda fase, en cual seleccionaremos un grupo de pacientes con al menos un FRCV y se desarrollara una intervención individual para mejorar el NAFS y luego poder medir su impacto con indicadores objetivos ya presentados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1352 ========== ***

Nº de registro: 1352

Título
ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Autores:
PEÑA GALO EDGAR, OTEGUI ILARDUTA LUIS, SAURAS YERA INES, BARCONES MOLERO MARIA FE, GARCIA LANZON CELESTE, RIABTSEVA MARYNA, AMATRIAIN BOLEAS EDURNE, FLORIANO RAMOS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRE RAMONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Cronico
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DEVIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades de origen vascular constituyen uno de los principales problemas de salud en España, son responsables de la mayor pérdida de años potenciales de vida y carga económica para el sistema sanitario. La prevención primaria de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables como la diabetes mellitus, la hipertensión o la dislipemia, el tabaquismo o la obesidad, constituyen una de las estrategias mas importantes para reducir su incidencia. Las estrategias de abordaje pueden ser poblacionales o individuales, ambas complementarias, pero en esta última se fundamenta la identificación de las personas con mayor riesgo. La Atención Primaria juega un rol importante en esta estrategia con mayor posibilidad de éxito debido a que es donde un individuo con FRCV se visualiza de forma integral. Existen guías clínicas que establecen medidas farmacológicas y no farmacológicas, todas ellas con beneficios demostrados pero los registros europeos demuestran un cumplimiento sistemáticamente bajo. Entre la causa mas común de esta baja adherencia encontramos tratamientos complejos, efectos adversos, edades avanzadas de los pacientes, bajo apoyo familiar, entre otros. Por ese motivo se hace necesario mejorar el enfoque de la consulta en la intervención con el paciente de FRCV alto al que se le realice un seguimiento repetido.
Los criterios de inclusión son: pacientes diabéticos con mal control metabólico (HbA1c > 7%), dislipemias de difícil manejo, pacientes con evento coronario previo (IAM o angina con sospecha documentada), HTA de difícil manejo o Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el nivel de alfabetización en salud de los pacientes con RCV de difícil manejo
Captar la mayor parte de pacientes en riesgo cardiovascular
Disminuir la probabilidad de aparición de eventos cardiovasculares
Alcanzar las metas propuestas según las guías de práctica clínica europeas
Mejorar los indicadores de cumplimiento en cartera de servicios

MÉTODO
Las actividades están enfocadas en intervenciones de nivel individual, con un componente asistencial y otro comunitario.
.- Definir los criterios organizativos para el seguimiento: profesionales, horarios y circuitos.
.- Identificación de los casos a incluir en seguimiento y captación
.- En lo referente al componente asistencial su particularidad radicará en la identificación de aquellos factores farmacológicos, etiológicos y sociales que limiten el alcance adecuado de los objetivos planteados en relación a las guías clínicas europeas.
.- En cuanto al enfoque comunitario de plantea hacer visitas domiciliarias para conocer el contexto del paciente y partiendo de este, proponer alternativas que le ayuden a cambiar el estilo de vida, mejorar la adherencia al tratamiento y estrechar la relación con el equipo sanitario.

INDICADORES
Directos: Son los factores modificables y objetivables en cada pacientes incluido en estudio
Porcentaje de pacientes no fumadores: objetivo 40%.
Porcentaje de pacientes con LDL <70 mg/dl y colesterol NoHDL <100 mg/dl: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes Tensión arterial: PAS < 140 y PAD <90: objetivo 50%
Porcentaje de pacientes diabéticos con HbA1c < 6,5% en paciente con DM < 10 años y <8% en paciente con DM > 10 años: Objetivo 50%
Porcentaje de pacientes con una correcta adherencia al tratamiento farmacológico: Objetivo 80%
Porcentaje de pacientes sin enfermedad cardiovascular con RCV valorado y estratificado: Objetivo 80%
Indirectos: Están conformados por aquellos indicadores de implicación global en los resultados del EAP respecto a DM, LDP, HTA y RCV.

DURACIÓN
La duración del proyecto se fijan para dos años.
Julio- Agosto 2018 realización de los aspectos organizativos y logísticos. Identificación de casos
Segundo semestre del 2018 a primer semestre de 2019 captación de pacientes y primera evaluación.
Segundo semestre del 2019 a primer semestre de 2020 captación de pacientes y evaluación final del proyecto.

OBSERVACIONES
Los puntos críticos del programa están en el tiempo necesario para dar cobertura a dichos pacientes, tanto en el ámbito asistencial en el centro de salud como en el domicilio. Esto se debe a que el punto fuerte del proyecto es optimizar los recursos farmacológicos, asistenciales y sociales.
El CS TorreRamona acoge la formación de MIR y EIR de la especialidad familiar y comunitaria. Esta actividad puede ser beneficiosa para mejorar sus habilidades y destrezas de trabajo en equipo, mejorando la visión global de pacientes con RCV y planificación estratégica comunitaria.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1352

1. TÍTULO

ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TORRERAMONA, DISEÑO DE UN SISTEMA DEVIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1564

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE GALBE SANCHEZ-VENTURA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
METOLA LOZA JULIA
VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN
BALAGUE CLEMOS CONCHA
CANCER RABINAL ROSA
MAINER SANMARTIN MARIA PAZ
MARCOS MAYOR LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
.-Creación de comisión de lactancia materna del centro
.-Exigir cumplimiento de normativa de no publicidad de leches comerciales
.-Funcionamiento regular de grupo de lactancia materna
.-Solicitar acreditación IHAN para el centro Fase I
.-Iniciar plan de formación sobre lactancia para le centro
.-Realizar encuestas de prevalencia en el centro
.-Hacer del centro lugar hábil para la lactancia materna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
.-Primera visita 6,8 d
.-LM <15 días 84,9% sobre 80% de objetivo
.-LM <6 meses:33% (??) sobre 50% de objetivo (dudas sobre esta cifra. en revisión)
.-LM 6 a 12 meses: 61% sobre 35% de objetivo
.-LM 12 a 24 meses:37% sobre 25% de objetivo
.-Funcionamiento regular del Grupo de LM
.-Creación de la comisión de LM del Centro
.-Cumplimiento de la normativa sobre publicidad de alimentos comercialesç
.-Hacer de Torrero la Paz centro hábil para LM en todo el centro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
.-Mejoría en la inmplicación de todo el equipo en temas de LM
.-Inicio de consultoría individual sobre LM
.Funcionamiento semanal del Grupo de LM
.-Mejora en tasas de LM sobre todo 6-12 meses y 12 a 24 meses
.-Pendiente implementar plan de formación para el equipo
.-Pendiente acreditación IHAN
.-Mejoras en la satisfacción de las familias
.-Mejoras en la relación clínica

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1564 ========== ***

Nº de registro: 1564

Título
PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Autores:
GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE, VILLANUEVA RODRIGUEZ CARMEN, METOLA LOZA JULIA, MARCOS MAYOR LAURA, MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, SANZ MARTINEZ LAURA, GARCIA JULVEZ MARIA, VALTUEÑA CAMACHO MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1564

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Otro Tipo Patología: Salud Promoción LM Disminucion de la morbimortalidad maternoinfantil
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos,
Otro tipo Objetivos: Satisfacción usuarios

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Centro con gran incremento de la población pediátrica. Unos 3500 niños de ellos 900 por debajo de 1 año. Desde 2010 se trabaja con un proyecto de mejora de promoción de la lacatnacia materna (LM). en le momento actual se propone la acreditación del CS con arreglo a la normativa de la IHAN (unicef/OMS)
ver enlace
:http://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-centro-de-salud-ihan/como-ser-centro-de-salud-ihan-fase-1d/

RESULTADOS ESPERADOS
.-Acreditación IHAN primera fase 2018
.-Lograr acreditación completa 2020
.-Creación de comisión de lactancia de Torrero la paz
.-Estudio de prevalencia de LM mediante encuesta
.-Estudio de prevalencia de LM de en el día anterior a la primera visita en el CS
.-Habilitar el CS como espacio hábil para la Lactancia materna
.-Crear areas de privacidad para LM por si se solicitan
.-Monitorizar el cumplimiento sobre publicidad de sucedáneos de LM
.-Iniciar formación de todo el personal del centro en LM
.-Ofrecer servicio de consulta de LM en las consultas de pediatría
.-Mantener Grupo semanal de LM
.-Realizar un tríptico informativo sobre LM
.-Realizar la primera visita al recién nacido a las 48-72 h del alata en maternidad

MÉTODO
.- Creación de comisión de lactancia de Torrero la paz
.-Estudio de prevalencia de LM mediante encuesta
.-Estudio de prevalencia de LM de en el día anterior a la primera visita en el CS
.-Habilitar el CS como espacio hábil para la Lactancia materna
.-Crear areas de privacidad para LM por si se solicitan
.-Monitorizar el cumplimiento sobre publicidad de sucedáneos de LM
.-Iniciar formación de todo el personal del centro en LM
.-Ofrecer servicio de consulta de LM en las consultas de pediatría
.-Mantener Grupo semanal de LM
.-Realizar un tríptico informativo sobre LM
.-Realizar la primera visita al recién nacido a las 48-72 h del alata en maternidad
RECURSOS:
.-Encuestas a realizar por MIR del Propio centro
.-Grupo de lactancia pediatra y matrona
.-Primera visita al RN en la primera semana : Admisión
.-Cumplimiento normativa de publicidad: Pediatría
.-Consulta de LM: pediatría y matrona
.-Formavión: Pediatría Matrona y Dirección de AP para for,ación acrediatada en sector II

INDICADORES
.-Edad primera vista en el CS
.-Num de LM exclusiva en la primera visita/RN atendidos (encuesta)
.-Monitorización de cumplimiento de normativa de publicidad en CS Cada 6 meses. Num de incidencias /6 m
.-Num de consulats de LM/Num de onsultas menores de 2 a
.-Num de seiones de grupo de LM con registro de asistencia
.Prevalencia de LM por encuesta en menores de 2 años (encuesta)
.-Num de profesionales que reciben formación acrediatada sobre LM 207-2018/num profesionales del CS

DURACIÓN
.-Realizar acreditación IHAN primera fase y superar la auditoría IHAN 2018
.-Acreditación completa del CS en 2020

OBSERVACIONES
.-Programa ya comentado con dirección de AP pendiente de firma por parte de la gerencia del sector II ya que las auditorías externas y la propia formación acreditada generan costes.
Sin embargo existe la evidencia internacional de lo rentable de la acrediatción IHAN en términos de salus así como también económicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1564

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA POBLACION DE TORRERO Y TORRERO LA PAZ II (2017). ACREDITACION IHAN

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1583

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA VALTUEÑA CAMACHO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA JULVEZ MARIA
SANZ MARTINEZ LAURA
VALENCIA DOBLAS MARIA ANGELES
MARTINEZ MILIAN JOSE ANGEL
MURILLO MARTIN ALBERTO
MARCOS MAYOR LAURA
MARIN SUBERO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Abril de 2017 se creó el grupo de cirugía menor y se inició una revisión de bibliografía para la elaboración de un protocolo propio para el centro que detallara las actuaciones quirúrgicas que se iban a realizar, precisar la patología sugestiva de derivación y explicar el circuito asistencial y realizar una vía de derivación y recepción de solicitudes de intervención. Así mismo se detalló la documentación necesaria a reflejar en la historia clínica previa a la realización de la cirugía (descripción de la lesión y número, consentimiento informado firmado) . En dicho protocolo se detalló también el circuito de vuelta a la consulta de su equipo de atención primaria con la necesidad de una valoración a las 24-48 horas de la intervención para valorar las complicaciones y de existir notificarlas al equipo responsable de cirugía.
Así mismo se ha elaborado un cartel informativo para la consulta donde se realiza la cirugía para realizar una correcta limpieza y desinfección del material reutilizable usado durante la sesión quirúrgica.
Una vez realizado el protocolo se detalló un listado de material necesario para la realización de los actos quirúrgicos y tras la revisión del ya existente, se realizó solicitud a través del coordinador de enfermería del centro del material necesario para completar los equipos básicos.
En Junio de 2017 se realizaron varias sesiones de formación en primer lugar del esquipo responsable de cirugía menor y posteriormente se extendió a todo el personal del centro sanitario que estuviara interesado en colaborar en la consulta de cirugía (tanto médicos como enfermeros)
En Septiembre de 2017 se presenta en sesión clínica el protocolo finalizado con la información de la patología que se va a intervenir, el circuito asistencial y otros detalles acerca del proceso realizado al equipo completo del centro de salud.
En Octubre de 2017 es creada la agenda de citaciones para iniciar la asistencia, así mismo en la sala donde se va a llevar la actividad se crea una base de datos donde poder reflejar la actividad realizada (detallando fecha y hora de la intervención, información del paciente y médico/enfermero responsable de la actividad, diagnóstico previo y resultados de anatomía patológica posterior). Debido a la falta de material en un inicio existen dificultades para llevar la actividad planificada al 100% por lo que se van realizando intervenciones aisladas a la espera de poder comenzar con la agenda completa cuando se disponga de material suficiente para asegurar la correcta asistencia.
En Enero 2018 aumenta el número de intervenciones realizadas y se va estableciendo entre los profesionales del centro la derivación de las patologías con posible intervención.
Febrero 2018 se evalúan los indicadores propuestos para la valoración asistencial que detallamos más adelante en el apartado de resultados alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% de cumplimentación de consentimiento informado previo a cirugía --> obtenido de base de datos de actividad; (Nº de pacientes intervenidos con el CI cumplimentado / No de pacientes intervenidos) x100

30% de cumplimentación de hoja de valoración prequirúrgica --> obtenido de base de datos de actividad; (Nº de pacientes intervenidos con la hoja de valoración prequirúrgica correctamente cumplimentada / No de pacientes intervenidos) x 100

9% de complicaciones (por infección de la herida quirúrgica)--> obtendo de base de datos de actividad; (Nº de pacientes con algún tipo de complicación postquirúrgica/No total de pacientes intervenidos) x 100

Demora media desde la derivación hasta la realización de la cirugía de 3 semanas --> calculado mediante la revisión de hojas de derivación

Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de 4,5/5. --> calculado por encuesta de satisfacción

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe una gran satisfacción tanto por parte de los profesionales que han sido instruidos y realizan una actividad nueva en su práctica clínica habitual con buenos resultados y posibilidad de continuar y profundizar en la formación; como por parte de los pacientes a los cuales se han realizado intervenciones que en consultas de atención especializada no se han realizado por sobre acúmulo de trabajo y en muchos otros casos se ha realizado con mayor premura que si se hubiera realizado una derivación con buenos resultados.
Para esta nueva fase nos queda aún pendiente poder sistematizar de manera adecuada la agenda de la consulta, lo cual está preparado para hacer en el momento en el que exista una cantidad adecuada de material para poder

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1583

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

llevar a cabo todas las intervenciones planificadas.
Así mismo se ha estudiado la posibilidad de crear un nuevo espacio acondicionado tan sólo para esta actividad ya que en el momento actual se encuentra en una sala en la que se realizan otras actividades del centro.
Como recomendación acerca del proceso que hemos realizado es que para poder iniciar un proyecto de este calibre debe haber una buena planificación previa para asegurarse de poder contar con todo el personal necesario para llevarla a cabo y que la dotación material sea la adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1583 ========== ***

Nº de registro: 1583

Título
CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRERO - LA PAZ

Autores:
VALTUEÑA CAMACHO MARTA, GARCIA JULVEZ MARIA, SANZ MARTINEZ LAURA, VALENCIA DOBLAS MARIA ANGELES, MARTINEZ MILIAN JOSE ANGEL, MURILLO MARTIN ALBERTO, MARCOS MAYOR LAURA, MARIN SUBERO IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Cirugía Menor (CM) en Atención Primaria (AP) ha demostrado mejorar los tiempos de demora en Atención Especializada (AE) siendo además costo-efectiva y satisfactoria tanto para los pacientes como para el personal sanitario implicado. Esta actividad está incluida en el Real Decreto 63/1995 de Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y se encuentra dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Aragón.

Se ha planteado por tanto la creación de una consulta de cirugía menor, que al permitir abordar el tratamiento de lesiones por el equipo del centro de salud disminuiría el número de derivaciones al servicio de dermatología y cirugía general.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar un protocolo de cirugía menor en el Centro de Salud en el que se desarrolle el circuito de derivación desde la consulta hasta su resolución.
- Disminuir la carga asistencial y la lista de espera que estas patologías general en Atención Especializada.
- Formación del equipo de Atención Primaria en la realización de técnicas de cirugía menor.
- Acercar el servicio al usuario, evitando grandes desplazamientos y tiempos de espera que se darían en un servicio especializado.

Población diana: Pacientes del Centro de Salud Torrero - La Paz mayores de 18 años con lesiones tratables según la cartera de servicios de Atención Primaria.

MÉTODO
1.Creación del grupo de trabajo.
2.Revisión de la bibliografía y protocolos de otros centros.
3.Redacción de un protocolo de cirugía menor en el que se defina el circuito asistencial, la patología a tratar y el seguimiento posterior.
4.Información del proyecto al resto del equipo del Centro de Salud.
5.Elaboración de un listado con el material necesario, que debe estar disponible antes de comenzar la consulta de cirugía menor.
6.Realización de un cartel informativo sobre la limpieza y desinfección del material utilizado.
7.Creación de una base de datos en la que se registre la actividad realizada.
8.Formación del equipo de Atención primaria por un médico especialista en cirugía plástica y sesiones posteriores a cargo de los responsables del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1583

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

INDICADORES
Los datos se obtendrán de la base de datos donde se registre la actividad, la historia clínica y las encuestas de satisfacción.

Indicadores de proceso:
- Porcentaje de cumplimentación del consentimiento informado:
(Nº de pacientes intervenidos con el CI cumplimentado / Nº de pacientes intervenidos) x100.

- Porcentaje de cumplimentación de hoja de valoración prequirúrgica:
(Nº de pacientes intervenidos con la hoja de valoración prequirúrgica correctamente cumplimentada / Nº de pacientes intervenidos) x 100

Indicadores de resultado:
- Porcentaje aparición de complicaciones postquirúrgicas:
Nº de pacientes con algún tipo de complicación postquirúrgica/Nº total de pacientes intervenidos) x 100.
- Demora desde la derivación del paciente hasta la intervención.
- Grado de satisfacción de los pacientes.

Se realizará encuesta a los pacientes durante la visita para revisión de herida quirúrgica o retirada de puntos en la que se valorará la satisfacción, el dolor y la aparición de complicaciones.

DURACIÓN
Abril 2017: Inicio del proyecto y creación del grupo de trabajo.
Abril, mayo y Junio 2017: Revisión de la bibliografía y protocolos de otros centros.
Mayo - Julio 2017: Redacción de un protocolo de cirugía menor en el que se defina el circuito asistencial, la patología a tratar y el seguimiento posterior.
Junio 2017: Elaboración de un listado con el material necesario, que debe estar disponible antes de comenzar la consulta de cirugía menor.
Junio 2017: Realización de un cartel informativo sobre la limpieza y desinfección del material utilizado.
Junio 2017: Creación de una base de datos en la que se registre la actividad realizada.
Junio – Septiembre 2017: Formación del equipo de Atención primaria por un médico especialista en cirugía plástica y sesiones posteriores a cargo de los responsables del proyecto.
Julio 2017: Información del proyecto al resto del equipo del Centro de Salud.
Mayo 2018: evaluación del proyecto para detectar oportunidades de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA MARCO IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABAT PONSA RAQUEL ESTHER
MARCOS MAYOR LAURA
SANZ MARTINEZ LAURA
BABIANO CASTELLANO BELEN
GARCIA CACHO MILAGROS
GIMENO SANZ ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se creó un equipo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente del centro escolar, se revisó bibliografía disponible y actividades similares realizadas en otras instituciones, se consensuó población diana y se elaboró el contenido de ambos talleres (Hábitos de vida saludable y Escuela de espalda sana, unificándose ambos en un mismo Proyecto de Mejora de Calidad, identificado con el número 2018_0158 de los Acuerdos de Gestión), utilizando como material de apoyo diapositivas en formato ppt, programa Kahoot (para favorecer la participación interactiva de los estudiantes y fomentar el trabajo en grupo) y uso de las instalaciones del gimnasio del centro de salud para poner en práctica los conocimientos aprendidos, bajo la supervisión de la fisioterapeuta. También precisamos de la utilización de ordenador portátil, proyector, sala multiusos con sillas y colchonetas y material impreso en papel (encuestas de evaluación de conceptos adquiridos). La elaboración de las dos ediciones de estos talleres (año 2018 y año 2019), fueron posibles gracias a la coordinación de las Trabajadoras Sociales del Centro de Salud y el centro escolar, con la participación del personal sanitario encargado de su impartición y el profesorado asistente. Fue posible realizar las actividades programadas de acuerdo al calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El total de asistentes a cada taller fue de 70 alumnos de edades comprendidas entre los 12 y los 14 años, valor concordante con lo planificado, lográndose una asistencia global del 100%. En ambas ediciones, en el test de evaluación del taller de Hábitos de vida saludables, se plantearon 5 preguntas sobre los conceptos teóricos explicados, cada una de ellas con 4 posibles respuestas, obteniéndose un porcentaje global de aciertos del 76%; por su parte tras el taller de Escuela de espalda sana se entregó una encuesta de evaluación con 10 preguntas, con 4 posibles respuestas cada una, siendo el porcentaje total de aciertos del 70%. Tanto por el grado de participación de los asistentes como por los resultados numéricos registrados, el resultado alcanzado en estos talleres fue satisfactorio tanto para los organizadores como para los participantes en ellos (satisfacción de 4.5 sobre 5 en escala de 1-5), consensuándose programar futuras ediciones, para aclarar y afianzar conceptos, y valorar la posibilidad de ampliar los temas abordados con temática como RCP básica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a esta actividad hemos mejorado nuestro conocimiento acerca de la elaboración y puesta en marcha de un programa de educación para la salud, hemos podido acercar el centro de salud e informar sobre sus recursos y componentes a los alumnos de un centro escolar de nuestra Zona y hemos podido apreciar como nuestro trabajo y recomendaciones pueden llegar a tener una importante repercusión sobre su salud y su calidad de vida. Esperamos que en años venideros sea posible la permanencia de esta iniciativa con la implicación de otros compañeros y la continua colaboración multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/158 ========== ***

Nº de registro: 0158

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN EL IES BLECUA - CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ

Autores:
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, LABAT PONSA RAQUEL ESTHER, VALTUEÑA CAMACHO MARTA, MARCOS MAYOR LAURA, GARCIA JULVEZ MARIA, SANZ MARTINEZ LAURA, BABIANO CASTELLANO BELEN, GARCIA CACHO MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades Comunitarias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace dos años en nuestro centro de salud se organizan talleres teórico - prácticos sobre estilos y hábitos de vida saludables (higiene bucodental, alimentación, educación sexual, tóxicos, actividad física, primeros auxilios, higiene del sueño y uso adecuado del sistema sanitario) en adolescentes de uno de los centros educativos de la zona. La iniciativa partió desde los distintos niveles asistenciales de atención primaria (trabajo social, médicos, enfermería y ondotología) y profesores ya que se detectó un deficit de conocimientos en los campos mencionados previamente.
El taller se diseñó con una primera intervención teórica sobre higiene bucodental y una segunda parte con ayuda de la plataforma Kahoot, que permitía la participación activa de los alumnos, la cual fue utilizada para la explicación de los distintos conceptos planteados con una encuesta final de evaluación.
Consideramos necesaria esta intervención por el impacto que los determinantes de la salud tienen en la calidad de vida y la morbimortalidad. Así mismo, es importante concienciar a los jóvenes sobre la importancia de adquirir una actitud activa sobre su propia salud desde edades tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Afianzar conceptos básicos sobre higiene bucodental
2. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre alimentación
3. Fomentar ejercicio físico en adolescentes
4. Educación sexual
5. Introducción a técnicas básicas de primeros auxilios
6. Uso adecuado de recursos sanitarios
7. Reforzar conocimientos adquiridos sobre el consumo de tóxicos
8. Establecer un vínculo de soporte entre el centro de salud y el centro educativo.
9. Ampliar conocimientos en educación para la salud de MIR/EIR y estudiantes que se forman en nuestro centro de salud.

Los objetivos 1-8 están dirigidos a alumnos de educación secundaria en edades comprendidas entre los 12 y los 14 años.

MÉTODO
1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente
2. Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Redacción de encuestas de evaluación de conocimentos adquiridos
7. Estudio de los resultados de las encuentas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones

INDICADORES
1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistencia:Nº de asistentes/ Nº de asistentes previstos
3. Porcentaje de aciertos: Nº de aciertos/ Nº total de preguntas

DURACIÓN
Agosto: Creación del grupo de trabajo y planteamiento del proyecto
Septiembre: Revisión de bibliografía y actividades similares realizadas en otros centros
Octubre: Determinación de población diana. Establecimiento de objetivos docentes
Noviembre y Diciembre: Elaboración del Taller. Redacción de encuestas de evaluación de conocimentos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0158

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y ESCUELA DE ESPALDA EN EL IES BLECUA- CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

adquiridos
Enero: Taller para alumnos
Febrero y marzo: Estudio de los resultados de las encuentas para plantear posibles mejoras en futuras intervenciones
Mayo: Planteamiento de posibles líneas de mejora: Escuela de espalda

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0709

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CATERINA GRAMUGLIA NUÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MARTINEZ LAURA
GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE
BABIANO CASTELLANO BELEN
SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras crear un grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente, se reviso bibliografia disponible, se consensuo población diana y se elaboro el contenido del taller con diapositivas en formato ppt (como apoyo para breve explicación teórica), word con casos prácticos (para afianzar las habilidadas prácticas enseñadas), hoja de registro de asistentes, encuenta de valoración y evaluación. Para poder llevar a cabo este taller, precisamos la utilización de maniquíes de RCP, sala multiusos con sillas, colchonetas y proyector, ordenador portátil y material impreso en papel.
Se difundió propaganda del taller a través de los profesionales del centro de salud, de miembros del consejo de salud y algunos comercios del barrio, disponiendo de hoja de inscripción en admisión del centro de salud, tanto para horario de mañana como de tarde en el mismo día, llevado a cabo el 6 de noviembre de 2018. Los resultados del proyecto se recogieron con ayuda de un documento en formato excel. Todas las actividades se realizaron de acuerdo al calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se limito el numero de asistentes a 20 por turno, acudiendo un total de 40, por lo que se alcanzo un porcentaje de asistencia del 100%. El grado de satisfacción medido mediante escala del 1 al 5 obtuvo una puntuación media entre 4 y 5, valorandose el planteamiento de ejemplos por los profesores, los materiales utilizados, las condiciones del aula, la resolución de dudas planteadas y la evaluación global de los profesores. Respecto al test de evaluación, se plantearon 5 preguntas sobre los aspectos teórico-prácticos planteados en el taller, obteniéndose una puntuación media de 8,32 sobre 10. El porcentaje de asistentes que realizaron adecuadamente la técnica de RCP a juicio del evaluador/total de participantes fue del 70%, El porcentaje de los que realizaron la secuencia correcta de RCP fue del 80%. El porcentaje de los que realizaron adecuadamente la maniobra de desobstrucción de vía aérea fue de un 80%. Globalmente los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios tanto para los organizadores del taller como para los asistentes, demándandose por parte de estos últimos futuras ediciones del mismo y organizar otros talleres sobre otros temas de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a este proyecto, hemos aprendido a elaborar un programa de educación para la salud, y hemos podido apreciar como nuestra intervención puede repercutir en la salud de la población. La adecuada aceptación de esta iniciativa creemos que favorecera la organización de futuras ediciones y la difusión de las mismas. Nos gustaría conseguir crear una red de apoyo que fomente la colaboración entre distintos centros de nuestra área de salud para poder compartir tanto recursos materiales como humanos, que aseguren la continuidad del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Para futuras ediciones, sería interesante disponer de maniquíes de RCP y simulador de DEA más nuevos para poder realizar la parte práctica de talleres como éste con mejor calidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/709 ========== ***

Nº de registro: 0709

Título
PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

Autores:
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA, MARCO IBAÑEZ ALMUDENA, LABAT PONSA RAQUEL ESTHER, SANZ MARTINEZ LAURA, MARCOS MAYOR LAURA, GALBE SANCHEZ-VENTURA JOSE, BABIANO CASTELLANO BELEN, SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0709

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN REANIMACION CARDIOPULMONAR DIRIGIDO A LA POBLACION DEL BARRIO TORRERO-LA PAZ

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDAD COMUNITARIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde el Consejo de Salud de nuestro barrio se solicito la posibilidad de impartir talleres teórico-prácticos sobre primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar básica y uso de desfibrilador externo automático (DEA).
El objetivo es proporcionar conocimientos y habilidades básicas necesarias para una primera asistencia ante una potencial emergencia, puesto que el inicio precoz de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) mejora el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Proporcionar conocimientos anatómicos básicos.
2. Instruir en el reconocimiento de la gravedad de la situación clínica y la necesidad de actuación urgente.
3. Proporcionar un protocolo adecuado de actuación y adaptarlo a los recursos disponibles.
4. Entrenamiento técnico en maniobras de RCP básica y uso de DEA.
5. Eliminar mitos establecidos en nuestra sociedad sobre técnicas de actuación inadecuadas.
6. Resaltar la importancia del trabajo en equipo para mejorar el pronóstico de los pacientes.

MÉTODO
1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar con personal sanitario y docente.
2. Revisión de bibliografía y actvidades similares realizadas en otros centros
3. Determinar población diana
4. Establecer objetivos docentes
5. Elaboración del contenido del taller
6. Conseguir los recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller.
7. Estudio del resultado de encuentas de satisfacción

INDICADORES
1. Grado de satisfacción de los participantes valorado en escala (1-5)
2. Porcentaje de asistentes: Nº asistentes/ Nº de asistentes previstos
3. Porcentaje de técnica adecuada: Porcentaje de participantes que realizan masaje cardiaco correcto (a juicio del evaluador)/ Total de participantes
4. Porcentaje de secuencia correcta: Nº de asistentes capaces de realizar una secuencia correcta de comprobación tras detectar que el paciente está insconsciente a la finalización del curso/ Total de asistentes
5. Porcentaje de desobstrucción adecuada de vía aérea: Nº de asistentes que resuelven correctamente una situación de desobstrucción de vía aérea al finalizar el curso / Total de asistentes

DURACIÓN
Julio 2018: Creación del equipo de trabajo y planteamiento del proyecto.
Agosto 2018: Revisión de la bibliografía, determinación de la población diana y objetivos.
Septiembre 2018: Elaboración e impartición del taller.
Octubre 2018: Estudio de los resultados para valorar posibles líneas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0818

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... VICENTE VILLAR SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TORRERO LA PAZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRAMUGLIA NUÑEZ CATERINA
LABAT PONSA RAQUEL ESTHER
MARCO IBAÑEZ ALMUDENA
MARCOS MAYOR LAURA
MURILLO MARTIN ALBERTO
SILVA PEREIRA MATEUS JOAO DIOGO
SIMON SERRANO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Vicente Villar Sebastian como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.
La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo el día 28 septiembre de 2018
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Vicente Villar Sebastian impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 27/11/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0818

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es Vicente Villar Sebastian, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El día 29 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 48% del equipo.
o Estándar 2018: 80%
Resultado 2018: 48%
• Se ha realizado una sesión relacionada con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
o Sesión 1: Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre.
El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Torrero el indicador seleccionado fue:

- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 17,9 %
Objetivo 2018: =18 %
Resultado 2018: 17,6%

Este resultado muestra que se ha mantenido el mismo porcentaje de consumo de macrólidos respecto al total de antibióticos, por lo que se plantea que es necesario trabajar con el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, no logrando alcanzar algunos de los objetivos marcados para el año 2018. Por este año consideramos finalizado este proyecto.
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/818 ========== ***

Nº de registro: 0818

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA). CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ . SECTOR II. ZARAGOZA

Autores:
VILLAR SEBASTIAN VICENTE, MARCOS MAYOR LAURA, LABAT PONSA RAQUEL ESTHER, DA SILVA PEREIRA JOAO, SIMON SERRANO MIGUEL, MURILLO MARTIN ALBERTO, SANGROS GONZALEZ FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TORRERO LA PAZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0818

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP TORRERO AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
os antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria.
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP TORRERO ESTE se considera una oportunidad de mejora revisar la prescripción de macrólidos respecto al total, ya que en los últimos tres años se ha observado un aumento del uso relativo de este subgrupo terapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la utilización de macrólidos según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:
- Consumo de macrólidos respecto al total (%): Envases macrólidos (J01FA) / Envases antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 17,9 %
Objetivo 2018: =18 %

DURACIÓN
Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0459

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JAEN BAYARTE ESTEBAN
MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE
GAROS SIMAL BEGOÑA
RELANZON SANCHEZ GABRIEL MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La implantación y funcionamiento del sistema Gestión de Calidad supone la necesidad de mejorar continuamente, por lo tanto, el objetivo es el compormiso de nuestro EAP de mantener la certificación UNE/ISO 9001, para ello se realizan las siguientes actividades:
Se presentan otros dos proyectos de calidad:" Mejora en la valoración oftalmologica infantil en AP", cuya responsable es Sara Beltran. " Implantación programa Apoyo a la lactancia materna" responsable Eva Jimenez.

Se constituye el grupo de atención comunitaria el 22 de junio,entre otras actividades se realizaron en el mes de diciembre dos visitas escolares al Centro de salud,
El Consejo de salud se reune en cuatro sesisones: 22 de marzo; 31 de mayo; 21 septiembre; 13 diciembre

Durante este año se revisa el equipamiento del Centro, su correcta codificación. Seguimiento de incidencias (29 incidencias) y NC, (2 cerradas en 2017, NC-SA(P)E-VP16 006 Y 16 003, 3 abiertas 17 002,003,004) responsable José Antonio Galve.

Se realizan reuniones de Equipo: 15 de febrero, 26 abril, 22 junio, 29 de noviembre sobre el acuerdo de gestión, en estas reuniones se presentan los objetivos para el acuerdo de gestión 2017; Revisión por la dirección 18 abril Actualización del manual de acogida, 30 de junio . Plan de formación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entre los resultados de la auditoria interna destacan:
Puntos fuertes;
Sistema de calidad muy implantado en la dinámica del equipo a pesar de los múltiples cambios de personal;
Revisiones periódicas de la documentación;
Como oportunidades de mejora
Control de material en unidad de apoyo de matrona, falta evidencias control caducidades en almacen y farmacia;
registro de las incidencias
El objetivo del proyecto asistencial era mantener la certificación ISO. Se han desarrollado las actividades mencionadas y el resultado ha sido alcanzado con satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Entre las dificultades encontradas destacan:
Falta de comunicación con el Hospital de la Defensa.
Falta de recursos humanos en un Centro de población creciente. Estas cuestiones estan pendientes de resolverse.

A pesar de las dificultades encontradas hemos aprendido a combiar la actividad asistencial diaria con las tareas propias del proyecto de calidad. Con la mejora que ello supone para la atención al usuario

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/459 ========== ***

Nº de registro: 0459

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0459

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ISO-9001

GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, JAEN BAYARTE ESTEBAN, MARTINEZ LAVILLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del S. Gestión de Calidad supone la necesidad de mejorar continuamente por lo tanto el objetivo es el compromiso de nuestro EAP de mantener la certificación ISO 9001,

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener la certificación ISO-9001.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad para la mejora continua.

Mejorar el Registro de OMI.
Formación adecuada a nuestras deficiencias en cuanto a los indicadores previstos en el contrato de gestión.
Mejorar la comunicación con especializada del H.Militar.
Responsables:
José Antonio Galve Gorriz
Esteban Jaen Bayarte
Maria Jose Martinez Lavilla

INDICADORES
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la Dirección y Auditoria Externa. Prestando especial atenció a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: abril 2017.
Revisión por la Dirección: mayo 2017
Auditoria Externa: junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en las auditorias interna: abril-diciembre de 2017.
Externa: junio-diciembre de 2017.
Formación de los profesionales y sesiones del servicio en las fechas previstas.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017; Diciembre 2017/enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1299

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SARA BELTRAN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA DIANA
REMON GARIJO LEON
RAMIRO MILLAN PATRICIA
CEMELI CANO MERCEDES
JIMENEZ PEREZ EVA
VIDAL VILLANUEVA SUSANA
PUEYO ROYO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesiones teórico-prácticas de 1 hora en el centro de salud:
Claves para una exploración ocular básica en pediatría 5 octubre2017.
Alteraciones del segmento anterior y reflejo rojo. 19 octubre 2017
Enfermedades de la retina y nervio óptico. 19 octubre 2017
Estrabismos y ambliopía. 13 noviembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Hoja de Asistencia: firmaron la hoja de asistencia a la sesión 23/35 profesionales sanitarios el día 5 octubre; 20 el día 19 octubre y 14 el día 13 noviembre. La asistencia del personal que atiende niños fue la predominante a las sesiones.
2.- Encuesta satisfacción: Se paso una encuesta donde se valoraron del 1 (en desacuerdo) al 10 (acuerdo/satisfacción) los siguiente ítems: objetivos alcanzados, la exposición teórica, habilidades prácticas, la duración, la sala, los docentes, satisfacción general. Siendo valorados todos los ítems con una valoración numérica de 8 o mas puntos.
3.-Evaluación agudeza visual en consulta: En la revisiones del niño sano realizadas por enfermeras o pediatras según la edad del paciente, se hizo hincapié gracias a las sesiones formativas en la evaluación visual acorde a la edad: exploración ocular externa, reflejo rojo, test hisberg, cover test, test pigasoou y como novedad test de Lang.
El material necesario disponible en el centro era: linterna, oftalmoscopio, y test de agudeza visual. Como novedad se dotó al centro de las laminas del test de lang para estudiar la visión estereoscópica y se pasaron en la revisión de 3-4 años.
Se derivo al servicio de oftalmología pediátrica a los niños en los que se detecto un defecto o alteración visual, para diagnosticar y prevenir lo mas precozmente la ambliopía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El cribado de las alteraciones visuales tiene una importancia especial en la infancia para detectar precozmente aquellos trastornos que distorsionan o suprimen la imagen visual normal y pueden causar problemas en el desarrollo de la visión.
La patología varia según la edad, así en el recién nacido y el lactante, el cribado busca la detección precoz de problemas oculares graves aunque infrecuentes, como la catarata congénita o el retinoblastoma. En la edad preescolar tiene como objetivo la detección de la ambliopía y determinados trastornos que suponen un factor de riesgo para desarrollarla. En la edad escolar, el cribado se basa en la detección de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción.
Se recomienda el cribado de las alteraciones visuales a edades tempranas para mejorar el pronóstico visual. En el lactante inspección ocular, reflejo rojo (menores de 6meses), y test Hisberg. El cribado ambliopía se recomienda en niños 3-5 años, mediante test estereopsis,cover test ..y los errores de refracción entre los 6 y 14 año

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1299 ========== ***

Nº de registro: 1299

Título
MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1299

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BELTRAN GARCIA SARA, PEREZ GARCIA DIANA, REMON GARIJO LEON, RAMIRO MILLAN PATRICIA, CEMELI CANO MERCEDES, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, PUEYO ROYO NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: mejorar la asistencia oftalmológica pediatrica
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El periodo de maduración visual comienza al nacimiento y finaliza aproximadamente a los 7 años. Cualquier alteración que interfiera en el buen desarrollo de la visión puede dejar como secuela una incapacidad de la misma si no se diagnostica y se trata a tiempo.
Los primeros años de vida son un periodo critico, por ello es importante detectar los defectos de refracción precozmente, ya que pueden conllevar un bajo rendimiento escolar y producir una ambliopía (ojo vago) irreversible, con disfunciones oculares importantes en la edad adulta.
El pronostico visual va a depender del defecto de refracción, del grado de anisometropía, del comienzo del tratamiento y del cumplimiento del paciente. Precozmente los resultados son mucho mejores, por ello en un centro de salud emergente en población pediátrica como es el C.S Valdespartera, actualmente con 7508 niños de 0-14 años, de ellos 4781 niños entre 0-6 años. Consideramos importante una adecuado cribado de la ambliopía, formando para ello al personal sanitario (enfermeras y pediatras) en la adecuada valoración oftalmológica a edades tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la formación de los sanitarios de atención primaria para evaluar la agudeza visual pediátrica en las revisiones del niño sano.
- Detectar los problemas de refracción, y ambliopía lo mas precozmente posible.
- Población diana del proyecto, niños de 0-14 años, fundamentalmente entre los 0 y 6 años.

MÉTODO
Se realizara un programa de formación del personal del CS Valdespartera, durante la jornada laboral, con talleres teórico - prácticos. Los responsables de docencia serán oftalmólogos con formación específica en pediatría.
- Se realizara una hoja de registro de asistencia a las clases de formación.
- Encuesta de opinión para los participantes.
- Se evaluara adecuadamente la agudeza visual a los niños en las revisiones del programa del niño sano del centro de salud Valdespartera.
- Se derivara para ser evaluado por parte del servicio de oftalmología a los niños en los que se detecte un defecto visual, intentando detectar y evitar precozmente la ambliopía.

INDICADORES
- Numero de profesionales de la unidad que han realizado el programa de formación (hoja de asistencia)
- Satisfacción de los distintos profesionales que hayan participado a través de una encuesta
- Evaluación de la agudeza visual en revisión niño sano (programa OMI AP)

DURACIÓN
- Durante 2017 (septiembre- diciembre) se impartirán seminarios teórico prácticos al personal sanitario: un seminario al mes
o 1.- Exploración al paciente pediátrico: oftalmológica adpatada atecion primaria
o 2.- Alteraciones del segmento anterior y reflejo rojo. Enfermedades de la retina y nervio óptico.
o 3.- Estrabismos y ambliopía.
o 4.- Urgencias oftalmológicas. Casos y criterios de derivación.
- Evaluación de los indicadores enero- abril 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1299

1. TÍTULO

MEJORA EN LA VALORACION OFTALMOLOGICA INFANTIL EN ATENCION PRIMARIA

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ...................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DEVALDESPARTERA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA JIMENEZ PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNARDOS LAZARO PAULA
VIDAL VILLANUEVA SUSANA
MARTIN-ALBO FRANCES VERONICA
MORELLA BAILO DIANA
BELTRAN GARCIA SARA
CEMELI CANO MERCEDES
OÑATE CALVO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Realización de sesión clínica en el Cetro de Salud para poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas básicas de LM: Realizado en Junio 2016
2.-Se han realizado las sesiones del Grupo de Apoyo a la lactancia todos los Miércoles de 12-12:30, de forma ininterrumpida hasta el momento actual.
3.- Captación de embarazadas en el último trimestre para recomendar su asistencia prenatal y postnatal al grupo de lactancia
4.-Se ha realizado la primera visita de Recién Nacido a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria reforzando el establecimiento de la lactancia.
5.- Se han reforzado los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por otros alimentos
hasta los 2 años, en cada una de las revisiones del programa de salud infantil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- % de niños alimentados con LM al nacimiento:98%
2.- % de niños alimentados con LM a las 6 semanas de vida: 94%
3.- % de niños alimentados con LM a los 3 meses de vida.: 93%
4.-% de niños alimentados con LM a los 6 meses de vida:84%
5.- % de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida: pendiente de calcular cuando el proyecto cumpla un año.
6.- % de niños alimentados con LM con más de 12 meses de vida: pendiente de valorar en las próximas memorias.
7.- Grado de satisfacción de los usuarios: pendiente de recibir las respuestas a la encuesta de evaluación remitida a los usuarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos hasta el momento actual son muy satisfactorios. Se han conseguido unas tasas de mantenimiento de la LM muy por encima de la media nacional. Según los datos publicados por el INE 2011-2012, las tasas de lactancia a las 6 semanas, 3 y 6 meses son 68%, 63% y 43% respectivamente. Muy inferior a las conseguidas en las madres que asisten a nuestro grupo de lactancia, que son: 94%, 93% y 84%. Incluso en las madres que no asisten al grupo, las tasas conseguidas son muy superiores a las nacionales (95%, 80% y 55%).
Es por ello, que consideramos muy importante la implicación de todos los profesionales de la salud, en la promoción de la LM.

7. OBSERVACIONES.
Dado que el Proyecto tiene menos de un año de historia, nos ha sido imposible conocer todos los indicadores marcados al inicio. El proyecto tiene continuidad en los próximos años, por lo que estos resultados se incluirán en futuras memorias.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1323 ========== ***

Nº de registro: 1323

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Autores:
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, BERNARDOS LAZARO PAULA, BELTRAN GARCIA SARA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, CEMELI CANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DEVALDESPARTERA

MERCEDES, MORELLA BAILO DIANA, OÑATE CALVO CARMEN, MEDRANO HOMBRO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PARTICIPACION ACTIVA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Lactancia Materna (LM) es el patrón de oro en la alimentación del Recién Nacido y el niño pequeño. Es una de las actividades preventivas con mayor impacto en la salud, tanto del niño como de la madre. Además, es generadora de equidad en salud y protege el medio ambiente. Es por todo ello que en nuestro centro de salud vamos a realizar diferentes intervenciones encaminadas a aumentar la prevalencia de la lactancia, ofreciendo información a las familias y mejorando la autoconfianza de las mujeres para poder llevarla a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Aumentar el número de niños que se benefician de las propiedades de la leche materna.

2.-Reforzar la autoconfianza de las madres para llevar a cabo una lactancia materna exitosa.

3.-Mejorar los índices de satisfacción respecto a los servicios prestados tras el parto.

MÉTODO
para poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas básicas de LM.
2.-Creación de un grupo de apoyo a la LM, con reuniones semanales de 1.5 horas de duración:
• Información teórica que permita a las familias una elección informada de como alimentar a sus Recién Nacidos.
• Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia y sus posibles problemas (leche insuficiente, dolor al amamantar, sueño…).
• Resolución de problemas y dudas planteadas por las familias.
• Información práctica sobre técnicas de amamantamiento.
• Información sobre el manejo y conservación de la leche materna.
3.- Captación de embarazadas en el último trimestre para recomendar su asistencia prenatal y postnatal al grupo de lactancia
4.-Realizar la primera visita de Recién Nacido a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria para reforzar el establecimiento de la lactancia.
5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por otros alimentos hasta los 2 años, en cada una de las revisiones del programa de salud infantil, realizadas por pediatras y enfermeras de pediatría.
6.-Encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las familias.

INDICADORES
1.- % de niños alimentados con LM al nacimiento.
2.- % de niños alimentados con LM a las 6 semanas de vida.
3.- % de niños alimentados con LM a los 3 meses de vida.
4.-% de niños alimentados con LM a los 6 meses de vida.
5.- % de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida.
6.- % de niños alimentados con LM con más de 12 meses de vida.
7.- Grado de satisfacción de los usuarios.

DURACIÓN
1.- Sesión con el equipo de Atención Primaria: Junio 2017.
2.-Reuniones con el grupo de apoyo: todos los miércoles de 12-13:30.
3.- Captación de embarazadas en el último trimestre: De mayo a Diciembre 2017.
4.-Adelantar la primera visita del RN: De mayo a Diciembre 2017.
5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM: De mayo a Diciembre 2017.
6.- Encuesta de satisfacción: Noviembre a Diciembre 2017.
7.- Evaluación de resutados: Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DEVALDESPARTERA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0363

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA BELTRAN GARCIA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIDAL VILLANUEVA SUSANA
GALVEZ GORIZ JOSE ANTONIO
JUSTE LOPEZ ESTHER
CALVO AZNAR MARIA JESUS
INGLES BELBEZE MARIA CARMEN
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA
HERNANDEZ GONZALEZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 2 grupos de alumnos de 4º de primaria que acudieron al centro acompañados por el profesorado, el día 12 de diciembre 22 alumnos y el 13 diciembre 21 alumnos (Total 43 alumnos).
Las actividades realizadas fueron:
- Video de presentación del centro de salud Valdespartera-Montecanal; explicando la organización. (en la sala de reuniones del centro)
- Visita guiada por el centro realizado por profesionales de Medicina y enfermería
- Taller de heridas y vendajes dirigido por personal de enfermería. (realizada en el gimnasio)
- Taller role playing sobre las funciones del medico dirigido por pediatra o medico de familia (en una consulta de pediatría)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La valoración de la actividad por parte del Colegio San Jorge (escuela promotora de salud) fue muy positiva, tanto por parte de los alumnos como la de los profesores. Agradecieron al personal del centro las actividades realizadas y destacaron la amabilidad y entusiasmo con lo que las realizaron. Les resulto todo muy práctico y activo, y a los niños se les hizo hasta corto.
La actividad quedo registrada en el blog del colegio. Se adjunta enlace:
http://efceipsanjorge.blogspot.com.es/2017/12/visitamos-el-centro-de-salud.html

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La escuela es uno de los ámbitos mas importantes para realizar educación sanitaria, intentando establecer conocimientos, actitudes y comportamientos sobre la salud. Al ser la primera vez que nos acercábamos como centro de salud a la escuela, reconocemos que además de para los alumnos y profesores, la experiencia fue muy gratificante para los profesionales de la salud (médicos pediatra y enfermeras), que al principio teníamos cierto miedo a fracasar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/363 ========== ***

Nº de registro: 0363

Título
ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Autores:
BELTRAN GARCIA SARA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, JUSTES LOPEZ ESTHER, CALVO AZNAR MARIA JESUS, INGLES BELBEZE MARIA CARMEN, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, HERNANDEZ GONZALEZ MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0363

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Todas las definiciones de educación sanitaria (ES) contienen un elemento básico: la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los receptores de la educación. La escuela es uno de los ámbitos mas apropiados para la ES.
Desde hace tiempo se ha venido planteando un abanico de iniciativas en el marco escolar, que cubre diversos ámbitos desde: los cuidados personales, relaciones, educación nutricional, prevención y educación vial, drogas, educación sexual, etc. Nosotros queremos colaborar con una de las Escuelas Saludables/promotoras del barrio en las actividades enmarcadas como Comunitarias.
Los niños de 10-11 años acuden al Centro de Salud acompañados por sus familiares, solo por actividades asistenciales y de promoción de salud en el programa del niño sano y solo mantienen una relación asistencial con pediatras y enfermería.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
• Que los estudiantes de 4º de primaria conozcan el Centro de Salud, los profesionales que en él trabajan y las funciones que desempeñan.
Objetivos específicos:
• Dar a conocer el Centro de Salud a la Comunidad.
• Identificación de los profesionales que trabajan en el Centro de Salud.
• Conocimiento práctico de las diferentes funciones que los profesionales desarrollan en el Centro de Salud.
• Fomentar el buen comportamiento en el Centro de Salud.

MÉTODO
Población diana:
• Niños de 4º de Primaria del Colegio San Jorge de Zaragoza.
• Profesores/tutores de los niños del Colegio San Jorge de Zaragoza
La captación se realizó desde el Equipo de Pediatría del Centro de Salud, a través de correo electrónico con el Colegio San Jorge y ellos fueron los que propusieron la actividad y el grupo de edad con el que trabajar.

Actividades:
• Vídeo presentación del Centro de Salud Valdespartera-Montecanal.
• Visita guiada por el Centro realizada por profesionales de Medicina y Enfermería.
• Taller de cura de heridas y vendajes con profesionales de Enfermería
• Taller "role playing" sobre las funciones del Médico.

INDICADORES
Satisfacción de los alumnos y profesorado en la primera toma de contacto con el centro de salud.

DURACIÓN
Dos grupos de 20-25 alumnos acompañados por el profesorado, y visita de 1-2h por grupo al centro. Inicialmente se expone un video de presentación, a continuación damos a conocer las diferentes salas del centro y por ultimo la realización de talleres prácticos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0718

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GALVE GORRIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INGLES BELBEZE MARIA CARMEN
GRIMAL ALIACAR CARLOS
ALBO RITUERTO PILAR
HUERTAS BADOS AUREA
BOIX JULIA TERESA
JAEN BAYARTE ESTEBAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formacion a los miembros del EAP mediante charla sobre EPOC y registro en OMI. Formación al equipo de enfermería sobre técnica de la espirometría. Apertura consulta monografica tabaquismo en el Centro de Salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora de los indicadores de intervención en tabaquismo respecto a años anterior del 60% al 63%. Atención al paciente en consulta monografica tabaquismo 91 pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos detectado que sigue sin registrarse correctamente en OMI la actividad, por lo que no podemos valorar resultados. Proponemos seguir con la formación de los profesionales para mejorar este objetivo en 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/718 ========== ***

Nº de registro: 0718

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS DE VALDESPARTERA

Autores:
GALVE GORRIZ JOSE ANTONIO, INGLES BELBEZE MARIA CARMEN, GRIMAL ALIACAR CARLOS, ALBO RITUERTO PILAR, HUERTAS BADOS AUREA, BOIX JULIA TERESA, JAEN BAYARTE ESTEBAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Fomentar la detección y registro del hábito tabáquico e intervención activa sobre el mismo. Creación de una consulta monográfica.
Diagnóstico de EPOC mediante espirometría realizada en el centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los indicadores de intervención en tabaquismo del 2017 (60,13 %)
Mejorar indicadores de diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en 2017 (5.77 %)
Realizar espirometría a todos los usuarios que cumplan los criterios expuestos en la población diana.

MÉTODO
Formación a los miembros del EAP en EPOC mediante charla sobre la enfermedad y registro en OMI.
Formación a enfermería sobre la técnica de la espirometría.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0718

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN CS VALDESPARTERA

Formación en tabaquismo para los miembros del EAP.

INDICADORES
Estratificación del riesgo de los pacientes con EPOC según la guía GesEPOC 2017.
Determinación del Fenotipo.
Cuestionario CAT que mide el impacto que la EPOC tiene en la vida y bienestar del paciente.
Registro de agudizaciones en el último año o ingreso hospitalario.

DURACIÓN
Junio: Sesión formativa en EPOC
Septiembre. Taller de espirometría.
Registro en historia clínica de síntomas de pacientes con EPOC ya diagnosticados en OMI.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL GRIMA BARBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones
- Presentación del Programa (2 de Junio de 2018)
- Presentación de indicadores de consumo de antibióticos (20 de Diciembre de 2018)
Comunicación a los pacientes (carteles)
Documento de adhesión de los profesionales
Hojas de asistencia a sesiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de recepción por los profesionales (medicos de familia y pediatras) de los resultados de consumo de antibioticos en 2018 en el C de Salud
Concienciación del uso abusivo de antibióticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Correcto uso y elección de antibióticos en los diferentes cuadros infecciosos.
Dosis y duración de la antibioterapia en los principales cuadros infecciosos.
Manejo de pruebas de diagnostico rápido de infección
Recogida correcta de muestras biológicas
Incompatibilidades de antibioticos con otras medicaciones

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/739 ========== ***

Nº de registro: 0739

Título
PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Autores:
GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL, GRIMAL ALIACAR CARLOS, INGLES BELZEBE MARIA CARMEN, CALONGE VERGARA ISABEL, CEMELI CANO MERCEDES, LALIENA AZNAR SARA, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes del resto, puesto que no solo tienen efecto sobre el individuo que lo recibe sino que tienen una trascendencia ecológica, puesto que de una u otra manera, su presencia en el ambiente o entorno será inevitalbe. Sus efectos ecológicos pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos se ha agravado la aparición de resistencias complicando el tratamiento de las infecciones.
En el análisis de los indicadores básicos en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, consideramos una oportunidad de mejora en el EAP de Valdespartera trabajar en la optimización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

del uso de antibióticos de espectro reducido, así como de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico

RESULTADOS ESPERADOS
-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos sonun recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido, de amoxicilina y de amoxicilina-clavulánico según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica, invirtiendo la tendencia descendente en los últimos tres años en la prescripción de antibióticos de espectro reducido respecto al total de los antibióticos y de amoxicilina respecto a amoxicilina-clavulánico.
1, Designar una persona clave o rerferente PROA en el EAP: José Miguel Grima Barbero.
2- Asistencia del referente del PROA de cada equipo de AP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripcion formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales del PROA-AP de IRASPROA.
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infercciones y el tratamiento antibiótico.
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

MÉTODO
1. Designar una personal clave o referente PROa en el EAP
2 Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica
3. Suscripición formal por parte del personal médico y de enfermía del EAP de los principios general de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4.Relizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP: objetivo: SI
Suscripción de los principios generales PRIOA por parte de losprofesonales del EAP: Objetivo : firma por parte de >80% de los profesionales del centro del documento.
Sesiones PROA-AP Realización de 2 relacionadas con el uso de antibióticos.+
Objetivo: Asistencia media > de 50%.
Mejorar el consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto del total.
Mejorar el porcentaje del consumo de amoxicilina respecto amoxicilina-clavulánico.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados: Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): DDD ATB espectro reducio * / DDD antibióticos (JO1) x 100
Valor 2017: 40,7%
Objetivo 2018: >42%
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

DURACIÓN
- Marzo-Abril: designación de la persona referente del PROA en el EAP.
- Abril: asistendia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica.
- Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA.
- Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico.
- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL GRIMA BARBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRIMAL ALIACAR CARLOS
INGLES BELBEZE MERCEDES
CALONGE VERGARA ISABEL
CEMELI CANO MERCEDES
LALIENA AZNAR SARA
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones:
- Presentación del programa (2 de Junio de 2018)
- Presentación de indicadores de consumo de antibióticos (20 de Diciembre de 2018)
Comunicación a los pacientes (carteles)
Documento de adhesion de los profesionales
Hojas de asistencia a sesiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de recepción por los profesionales de consumo de antibióticos en 2018 en el C de Salud
Concienciación del uso abusivo de antibióticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendientes de recibir resultados, el equipo tiene ahora una conciencia de que se están empleado los antibióticos más alla de sus indicaciones y una clara conciencia de restringir su uso a los casos en los que son útiles

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/739 ========== ***

Nº de registro: 0739

Título
PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

Autores:
GRIMA BARBERO JOSE MIGUEL, GRIMAL ALIACAR CARLOS, INGLES BELZEBE MARIA CARMEN, CALONGE VERGARA ISABEL, CEMELI CANO MERCEDES, LALIENA AZNAR SARA, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes del resto, puesto que no solo tienen efecto sobre el individuo que lo recibe sino que tienen una trascendencia ecológica, puesto que de una u otra manera, su presencia en el ambiente o entorno será inevitalbe. Sus efectos ecológicos pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas. En los últimos se ha agravado la aparición de resistencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0739

1. TÍTULO

PROYECTO PROA-AP VALDESPARTERA

complicando el tratamiento de las infecciones.
En el análisis de los indicadores básicos en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, consideramos una oportunidad de mejora en el EAP de Valdespartera trabajar en la optimización del uso de antibióticos de espectro reducido, así como de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico

RESULTADOS ESPERADOS
-Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos sonun recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
- Revisar la utilización de antibióticos de espectro reducido, de amoxicilina y de amoxicilina-clavulánico según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica, invirtiendo la tendencia descendente en los últimos tres años en la prescripción de antibióticos de espectro reducido respecto al total de los antibióticos y de amoxicilina respecto a amoxicilina-clavulánico.
1, Designar una persona clave o rerferente PROA en el EAP: José Miguel Grima Barbero.
2- Asistencia del referente del PROA de cada equipo de AP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripcion formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales del PROA-AP de IRASPROA.
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infercciones y el tratamiento antibiótico.
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

MÉTODO
1. Designar una personal clave o referente PROa en el EAP
2 Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica
3. Suscripición formal por parte del personal médico y de enfermía del EAP de los principios general de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4.Relizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP: objetivo: SI
Suscripción de los principios generales PRIOA por parte de losprofesonales del EAP: Objetivo : firma por parte de >80% de los profesionales del centro del documento.
Sesiones PROA-AP Realización de 2 relacionadas con el uso de antibióticos.+
Objetivo: Asistencia media > de 50%.
Mejorar el consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto del total.
Mejorar el porcentaje del consumo de amoxicilina respecto amoxicilina-clavulánico.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados: Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%): DDD ATB espectro reducio * / DDD antibióticos (JO1) x 100
Valor 2017: 40,7%
Objetivo 2018: >42%
*Antibióticos de espectro reducido: amoxicilina (J01CA04), bencilpenicilina (J01CE01), fenoximetilpenicilina (J01CE02), bencilpenicilina-benzatina (J01CE08), bencilpenicilina-procaína (J01CE09), fenoximetilpenicilina-benzatina (J01CE10), cloxacilina (J01CF02), fosfomicina (J01XX01).

DURACIÓN
- Marzo-Abril: designación de la persona referente del PROA en el EAP.
- Abril: asistendia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica.
- Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA.
- Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico.
- Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA JIMENEZ PEREZ
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS VALDESPARTERA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNARDOS LAZARO PAULA
HERRERO CIRUJEDA MARIA JOSE
MARTIN-ALBO FRANCES VERONICA
BELTRAN GARCIA SARA
CEMELI CANO MERCEDES
JAEN BAYARTE ESTEBAN
VALIENTE LOZANO JOSE VICTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de este segundo año de proyecto hemos dado continuidad a las actividades que dieron buenos resultados el año previo, especialmente al Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna (LM). En él nos hemos ido reuniendo de forma semanal, un pediatra y una matrona con un grupo de madres y padres con bebés en sus primeros meses de vida. En dichas reuniones se ofrecen charlas informativas sobre temas de interés entre los asistentes (técnicas de lactancia, introducción de alimentación complementaria, incorporación de la madre al trabajo, sueño del bebe, porteo ergonómico....), y se resuelven numerosas dudas e inquietudes planteadas por ellos, implementando de forma respetuosa y apoyada por la evidencia, la lactancia materna.
Como el año previo, se ha dado una sesión informativa al Equipo de Atención Primaria del centro de salud. En la misma se expusieron los resultados del programa del año previo y se explicó el nuevo camino a seguir.
Todo el Equipo de Atención Primaria de Valdespartera, trabaja por conseguir mejorar la atención a los recién nacidos y sus padres, favoreciendo el establecimiento de una lactancia materna exitosa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para valorar los resultados alcanzados, hemos llevado a cabo un estudio a través de una encuesta que han rellenado aleatoriamente algunos de los asistentes al grupo de apoyo a la a lactancia. Se han obtenido 68 respuestas. Entre otros indicadores estudiados:
-% de niños alimentados con LM exclusiva o predominante al nacimiento: 90.3 %
-% de niños alimentados con LM exclusiva o predominante a las 6 semanas de vida: 94.4%
-% de niños alimentados con LM exclusiva o predominante a los 3 meses de vida: 98.6%
-% de niños alimentados con exclusiva o predominante a los 6 meses de vida: 90.4%.
-% de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida: 84%.

Además, se ha pasado entre los asistentes una encuesta de satisfacción valorándose diferentes ítems, obteniendo un 4 como valoración global. (Siendo 5 el máximo nivel de satisfacción). Se obtiene 5 en los apartados que valoran a los profesionales, a la resolución de dudas e inquietudes y a la necesidad de continuidad del grupo. Sin embargo se manifesta necesidad de mejorar, en cuanto al espacio físico donde se realizan las reuniones, ya que a veces se queda pequeño para tanta demanda de asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como el año anterior los resultados obtenidos son muy satisfactorios. Los índices de lactancia materna obtenidos al mes y medio, a los 3, 6 meses y 12 meses son muy superiores a la media nacional.
Además, los comentarios que han hecho llegar los asistentes a través de las encuestas de satisfacción, indican que consideran este proyecto como imprescindible para lograr una lactancia materna exitosa.
Queda pendiente solventar el tema de como organizar las reuniones para evitar la masificación de asistentes en algunas ocasiones y así poder ofrecer una atención más personalizada y de mayor calidad.

7. OBSERVACIONES.
Quiero volver a incidir en las excelentes valoraciones y muestras de agradecimiento de las familias que han asistido al Grupo de Apoyo. Lo consideran de vital importancia para conseguir una lactancia materna exitosa, por lo que el proyecto, en nuestro caso va a continuar. Algo que sería deseable también para otros centros sanitarios en los que las familias no disponen de este recurso.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1323 ========== ***

Nº de registro: 1323

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, BERNARDOS LAZARO PAULA, BELTRAN GARCIA SARA, VIDAL VILLANUEVA SUSANA, CEMELI CANO MERCEDES, MORELLA BAILO DIANA, OÑATE CALVO CARMEN, MEDRANO HOMBRO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDESPARTERA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PARTICIPACION ACTIVA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Lactancia Materna (LM) es el patrón de oro en la alimentación del Recién Nacido y el niño pequeño. Es una de las actividades preventivas con mayor impacto en la salud, tanto del niño como de la madre. Además, es generadora de equidad en salud y protege el medio ambiente. Es por todo ello que en nuestro centro de salud vamos a realizar diferentes intervenciones encaminadas a aumentar la prevalencia de la lactancia, ofreciendo información a las familias y mejorando la autoconfianza de las mujeres para poder llevarla a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Aumentar el número de niños que se benefician de las propiedades de la leche materna.

2.-Reforzar la autoconfianza de las madres para llevar a cabo una lactancia materna exitosa.

3.-Mejorar los índices de satisfacción respecto a los servicios prestados tras el parto.

MÉTODO
para poner en conocimiento el proyecto, así como indicar unas pautas básicas de LM.
2.-Creación de un grupo de apoyo a la LM, con reuniones semanales de 1.5 horas de duración:
- Información teórica que permita a las familias una elección informada de como alimentar a sus Recién Nacidos.
- Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia y sus posibles problemas (leche insuficiente, dolor al amamantar, sueño…).
- Resolución de problemas y dudas planteadas por las familias.
- Información práctica sobre técnicas de amamantamiento.
- Información sobre el manejo y conservación de la leche materna.

3.- Captación de embarazadas en el último trimestre para recomendar su asistencia prenatal y postnatal al grupo de lactancia
4.-Realizar la primera visita de Recién Nacido a las 24-48 horas tras el alta hospitalaria para reforzar el establecimiento de la lactancia.
5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM en exclusiva hasta los 6 meses y acompañada por otros alimentos hasta los 2 años, en cada una de las revisiones del programa de salud infantil, realizadas por pediatras y enfermeras de pediatría.
6.-Encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las familias.

INDICADORES
1.- % de niños alimentados con LM al nacimiento.
2.- % de niños alimentados con LM a las 6 semanas de vida.
3.- % de niños alimentados con LM a los 3 meses de vida.
4.-% de niños alimentados con LM a los 6 meses de vida.
5.- % de niños alimentados con LM a los 12 meses de vida.
6.- % de niños alimentados con LM con más de 12 meses de vida.
7.- Grado de satisfacción de los usuarios.

DURACIÓN
1.- Sesión con el equipo de Atención Primaria: Junio 2017.
2.-Reuniones con el grupo de apoyo: todos los miércoles de 12-13:30.
3.- Captación de embarazadas en el último trimestre: De mayo a Diciembre 2017.
4.-Adelantar la primera visita del RN: De mayo a Diciembre 2017.
5.- Reforzar los beneficios de continuar con LM: De mayo a Diciembre 2017.
6.- Encuesta de satisfacción: Noviembre a Diciembre 2017.
7.- Evaluación de resutados: Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1323

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDESPARTERA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE CANAL IMPERIAL VENECIA 2017

Fecha de entrada: 02/03/2018

2. RESPONSABLE ..... JORGE ISLA COBETA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURILLO MATEO RAQUEL
ELENA VERDURAS MARIA
DUEÑAS GIL EVA
NUÑEZ ALONSO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron reuniones de equipo para enfatizar el uso del protocolo de atención continuada, se recordó la necesidad de rotular adecuadamente y desechar tras la fecha los envases multidosis, se respondió en tiempo y forma a todas las reclamaciones registradas, mediante el cauce oficial y se realizaron todas las sesiones clínicas programadas cumpliendo el calendario y el contrato programa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todo esto que registrado en la Auditoría Interna que se pasó en octubre de 2017, donde quedaron patentes las correcciones de las no conformidades de la auditoria anterior, no apareciendo este año desviaciones que generen no conformidades a corregir, si ciertas recomendaciones de organización y gestión, que se intentaran llevar a cabo a lo largo de 12018, tales como mejorar las revisiones de electromedicina, mejorar el numero y seguimiento de incidencias, actividades dirigidas a mejorar la gestión de agendas, así como la creación de un grupo de calidad en el centro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con estos datos podemos decir, que se ha cumplido el calendario propuesto, pese a que la auditoria fue en fecha posterior a la prevista, por causas ajenas al centro, que no se apreciaron faltas ni no conformidades, siendo bien recibidas las recomendaciones propuestas en la misma, y que se plantearan en la próxima reunión de equipo para la integración y cumplimiento de todos los miembros de este, en especial la creación de un grupo de calidad con mayor numero de participantes, así como revisar la distribución horaria de las agendas en base a las nuevas demandas generadas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1409 ========== ***

Nº de registro: 1409

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE VENECIA 2017

Autores:
ISLA COBETA JORGE, BURILLO MATEO RAQUEL, VERDURAS SANCHEZ ELENA, DUEÑAS GIL EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no actuaremos sobre patolgias sino sobre procesos
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de nuestro equipo de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1409

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE CANAL IMPERIAL VENECIA 2017

Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y detección de errores y riesgos reales y potenciales.
El EAP de Venecia del sector Zaragoza II se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2017
Nuestro planteamiento es mantener la certificación.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es avanzar en la implicación de todos los miembros del equipo y mantener la certificación ISO 9001 en el próximo año.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del sistema de Gestión de la Calidad como son los informes de auditoria, resultados del seguimiento de objetivos, de indicadores, el análisis de incidencias, reclamaciones y estudio de las no conformidades para la mejora continua.

INDICADORES
Mejorar del cumplimiento de los servicios, mejorando el registro de actividades.
Mejorar de la utilización del protocolo de atención continuada.
Actualización de las normas en utilización de envases multidosis.
Atender a las demandas según reclamaciones y encuesta de satisfacción.
Impulsar sesiones clínicas impartidas por los profesionales del equipo.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
-Revisión por la dirección abril 2017
-Auditoria interna mayo 2017
-Auditoria externa en junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de las no conformidades abiertas en la auditoria interna de abril a diciembre de 2017
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. junio y diciembre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. junio y diciembre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA DIANAZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Fecha de entrada: 25/05/2018

2. RESPONSABLE ..... JORGE ISLA COBETA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA RUIZ DIANA
NUÑEZ ALONSO ESTHER
BERNAL HERNANDO MATILDE
LOZANO JOSA SUSANA
GONZALO PEÑA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta la fecha de esta memoria parcial de seguimiento, se han realizado las siguientes actividades con el siguiente cronograma:

-Mayo 2017: coordinación del grupo de trabajo del centro de salud, para evaluar lo realizado en 2016 y continuar con proyecto en mayo/junio del 2017 y adaptación del proyecto dentro del AGC a la línea estrategica de atención comunitaria, preparación documentación proyecto

-Mayo/Junio 2017 Reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives

-Junio 2017 participación en la formación del SALUD de la línea de Atención Comunitaria de todos los miembros (5 personas) del equipo en el Curso de como inciar una actividad comunitaria.

-septiembre y octubre 2017 Actividades de revisión, diseño y preparación actividades y reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives

-noviembre 2017 Sesión al EAP sobre atención comunitaria y el marco de nuestro proyecto en los AGC y linea comunitaria

-noviembre 2017 Paricipacion de un miembro del equipo en formación sobre evaluación

-enero 2018 reunión del equipo del proyecto y la trabajadora social del centro de salud con agentes sociales de la Zona Básica para realizar un grupo focal (salud-educación) para el diagnóstico comunitario de acciones en infancia

-enero 2018 elaboración memoria seguimiento

El cronograma de las actividades previstas del proyecto ha debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha de esta memoria no tenemos resultados finales del proyecto ya que no ha sido finalizado. Parcialmente podemos decir que si se ha mejorado la coordinación del equipo de trabajo y el conocimiento del proyecto por parte del resto del EAP. También se ha mejorado la formación de todos los miembros del equipo de trabajo en distintos aspectos de atención comunitaria y se ha difundido a todo el EAP el marco del proyecto y el proyecto en si mismo. El cronograma de las actividades previstas del proyecto han debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017. Tres personas del equipo de salud han terminado su relación laboral y una de las personas del equipo del proyecto ha tenido que asumir la coordinación de enfermería del centro. Por ello las actividades en los imposible organizar reuniones de coordinación con los otros colegios interesados. Los colegios han adaptado sus proyectos al cambio sin ningún problema. En este primer trimestre se está reorganizando el equipo de trabajo y se han añadido varias personas nuevas al mismo: María Dupla (Pediatria) y Belén Benedé (Medicina de Famlia). No se han podido realizar las actividades de evaluación del proyecto y se está preparando la evaluación. Las de difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras se llevarán a cabo cuando se realicen las actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La situación acaecida nos refuerza nuestra idea de que es importante prever en los proyectos que las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los participantes. Esto ha hecho que la participación no se resienta y que el proyecto sea sostenible. En este caso con tres miembros del equipo de trabajo cesados y con uno de los restantes asumiendo la coordinación de enfermería del centro ha sido un momento de crisis importante que ha de ser tenido en cuenta y que se ha solventado por la gran comunicación que existe en el centro de salud y la buena disposición. Se procura realizar todo en horario laboral para disminuir el grado de voluntarismo ya que es un proyecto ligado al acuerdo de gestión y un servicio del centro de salud. El poder acceder a los miembros del equipo a formación en salud comunitaria y promoción de la salud se valora como muy importante y positivo para el equipo y el proyecto.

Que del proyecto surjan espacios como el grupo focal diagnostico en infancia es muy interesante y novedoso en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA DIANAZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

nuestro equipo y se considera como relevante.

En este semestre se terminarán las actividades postpuestas y se inciará la coordinación del siguiente curso escolar.

7. OBSERVACIONES.
Se cambió al responsable del proyecto por los traslados

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1412 ========== ***

Nº de registro: 1412

Título
JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Autores:
GRACIA RUIZ DIANA, NUÑEZ ALONSO ESTHER, BERNAL HERNANDO MATILDE, LOZANO JOSA SUSANA, GONZALO PEÑA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud, salud escolar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En Marzo de 2015 la dirección del CEIP Luis Vives se pone en contacto con la responsable de Enfermería del CS para informar de la inclusión del colegio en un programa de escuela promotora de salud del Gobierno de Aragón y valorar la coordinación con el Centro de Salud en materia de Educación Sanitaria. El equipo de Enfermería se reúne para evaluar la situación y decide planificar un programa de actividades. Se estudian los déficits de la población diana conjuntamente con la dirección del colegio y se priorizan la higiene bucodental y la alimentación saludable. En 2016 se amplia otros colegios de la zona como el colegio Rincon de Goya Como continuidad del proyecto durante el año 2016 se extiende la actuación al CEEP Rincón de Goya (educación especial) a demanda de dicho centro. Se priorizan la higiene y la alimentación. Dado los resultado positivos obtenidos desde 2015 se decide continuar con el mismo y ampliarlo.

RESULTADOS ESPERADOS
-Realizar educación sanitaria grupal mediante el uso de recursos lúdicos.
-Refuerzar la afabetización en salud sobre materias ya incluidas en curriculum escolar.
-Mejorar coordinación entre el centros escolares y centro de salud.
-Acercar a la población infantil de los profesionales sanitarios para “perder el miedo” de ir al Centro de Salud
-Mejora de los resultados en salud en los temas priorizados

MÉTODO
-Actividades de coordinación del grupo de trabajo, para evaluar lo realizado desde 2015 y continuar con proyecto (mayo-junio 2017). -Actividades de coordinación con centros educativo (mayo, junio y septiembre 2017) participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica.
-Actividades de diseño y preparación actividades (junio, julio, agosto y septiembre 2017)
-Actividades para su realización durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre 2017en los colegios (mínimo tres sesiones).Las actividades serán participativas utilizando la ludopedagogía y los recursos del juego en salud utilizando soportes de lectura, teatro y visuales. Se facilita la creatividad y el aprendizaje colaborativo a través del juego.

* Teatro guiñol sobre higiene bucodental en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 5 años.
*Teatro de guiñol sobre alimentación saludable en CEIP Luis Vives para niños de edades comprendidas entre 6 y 7 años.
* Teatros guiñol sobre higiene bucodental y alimentación saludable en CEEP Rincón de Goya para niños de edades entre 3 y 21 años
20 Mayo 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA DIANAZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

* Teatro de guiñol sobre piojos y medidas preventivas en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 7 años.
-Actividades de evaluación del proyecto: preparación de la evaluación participativa y evaluación de resultados (septiembre-diciembre)
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud (sesiones septiembre-diciembre), Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras
Las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los partipantes

INDICADORES
Se realizara evaluación de las actividades a través del profesorado del centro.
Tras cada actividad se realizarán encuestas personalizadas al personal docente sobre las mismas en cuanto a participación, alfabetización en salud, medios y recursos, claridad de los conceptos a asimilar y nuevos proyectos a desarrollar
A final del proyecto se evaluará con los docentes la consecuciónn de los objetivos, las oportunidades de mejora, la coordinación colegio-CS y la posibilidad de nuevos proyectos

DURACIÓN
Incio Mayo 2017- fin Diciembre 2017

-Actividades de coordinación del grupo de trabajo (coordinadora y miembros grupo)
-Actividades de coordinación con centros educativos participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica (coordinadora proyecto y un miembreo equipo del CS y personal docente de los colegios)
-Actividades de diseño y preparación actividades (todo el equipo y personal docente de los colegios)
-Actividades para su realización en los colegios (todo el equipo y presonal docente de los colegios).Sesiones de una hora de duración
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud, Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras (todo el equipo)
-Activades de evalución (todo el equipo y el personal docente del centro educativo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ESTHER NUÑEZ ALONSO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL HERNANDO MATILDE
DUPLA ARENAZ MARIA
GUARDIA VALENZUELA MIRIAM
ROY GOMEZ MIRIAM
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN
LOZANO JOSA SUSANA
GRACIA RUIZ DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta la fecha de esta memoria parcial de seguimiento, se han realizado las siguientes actividades con el siguiente cronograma:
-Mayo 2017: coordinación del grupo de trabajo del centro de salud, para evaluar lo realizado en 2016 y continuar con proyecto en mayo/junio del 2017 y adaptación del proyecto dentro del AGC a la línea estrategica de atención comunitaria, preparación documentación proyecto
-Mayo/Junio 2017 Reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives
-Junio 2017 participación en la formación del SALUD de la línea de Atención Comunitaria de todos los miembros (5 personas) del equipo en el Curso de como inciar una actividad comunitaria.
-septiembre y octubre 2017 Actividades de revisión, diseño y preparación actividades y reuniones de coordinación con CEIP Luis Vives
-noviembre 2017 Sesión al EAP sobre atención comunitaria y el marco de nuestro proyecto en los AGC y linea comunitaria
-noviembre 2017 Paricipacion de un miembro del equipo en formación sobre evaluación
-enero 2018 reunión del equipo del proyecto y la trabajadora social del centro de salud con agentes sociales de la Zona Básica para realizar un grupo focal (salud-educación) para el diagnóstico comunitario de acciones en infancia
-enero 2018 elaboración memoria seguimiento
El cronograma de las actividades previstas del proyecto ha debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017.
La previsión de las actividades descritas en el proyecto en los colegios se inciará en febrero, marzo y abril. Se prevee la evaluación del proyecto en mayo y Junio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha de esta memoria no tenemos resultados finales del proyecto ya que no ha sido finalizado.
Parcialmente podemos decir que si se ha mejorado la coordinación del equipo de trabajo y el conocimiento del proyecto por parte del resto del EAP. También se ha mejorado la formación de todos los miembros del equipo de trabajo en distintos aspectos de atención comunitaria y se ha difundido a todo el EAP el marco del proyecto y el proyecto en si mismo. El cronograma de las actividades previstas del proyecto han debido ser modificadas por la situación de traslados de personal y ceses del SALUD en noviembre de 2017. Tres personas del equipo de salud han terminado su relación laboral y una de las personas del equipo del proyecto ha tenido que asumir la coordinación de enfermería del centro. Por ello las actividades en los imposible organizar reuniones de coordinación con los otros colegios interesados. Los colegios han adaptado sus proyectos al cambio sin ningún problema. En este primer trimestre se está reorganizando el equipo de trabajo y se han añadido varias personas nuevas al mismo. se está preparando la evaluación. Las de difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras se llevarán a cabo cuando se realicen las actividades

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La situación acaecida nos refuerza nuestra idea de que es importante prever en los proyectos que las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los participantes. Esto ha hecho que la participación no se resienta y que el proyecto sea sostenible. En este caso con tres miembros del equipo de trabajo cesados y con uno de los restantes asumiendo la coordinación de enfermería del centro ha sido un momento de crisis importante que ha de ser tenido en cuenta y que se ha solventado por la gran comunicación que existe en el centro de salud y la buena disposición. Se procura realizar todo en horario laboral para disminuir el grado de voluntarismo ya que es un proyecto ligado al acuerdo de gestión y un servicio del centro de salud. El poder acceder a los miembros del equipo a formación en salud comunitaria y promoción de la salud se valora como muy importante y positivo para el equipo y el proyecto.
Que del proyecto surjan espacios como el grupo focal diagnostico en infancia es muy interesante y novedoso en nuestro equipo y se considera como relevante.
En este semestre se terminarán las actividades postpuestas y se inciará la coordinación del siguiente curso escolar.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1412 ========== ***

Nº de registro: 1412

Título
JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

Autores:
GRACIA RUIZ DIANA, NUÑEZ ALONSO ESTHER, BERNAL HERNANDO MATILDE, LOZANO JOSA SUSANA, GONZALO PEÑA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud, salud escolar
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En Marzo de 2015 la dirección del CEIP Luis Vives se pone en contacto con la responsable de Enfermería del CS para informar de la inclusión del colegio en un programa de escuela promotora de salud del Gobierno de Aragón y valorar la coordinación con el Centro de Salud en materia de Educación Sanitaria. El equipo de Enfermería se reúne para evaluar la situación y decide planificar un programa de actividades. Se estudian los déficits de la población diana conjuntamente con la dirección del colegio y se priorizan la higiene bucodental y la alimentación saludable. En 2016 se amplia otros colegios de la zona como el colegio Rincon de Goya Como continuidad del proyecto durante el año 2016 se extiende la actuación al CEEP Rincón de Goya (educación especial) a demanda de dicho centro. Se priorizan la higiene y la alimentación. Dado los resultado positivos obtenidos desde 2015 se decide continuar con el mismo y ampliarlo.

RESULTADOS ESPERADOS
-Realizar educación sanitaria grupal mediante el uso de recursos lúdicos.
-Refuerzar la afabetización en salud sobre materias ya incluidas en curriculum escolar.
-Mejorar coordinación entre el centros escolares y centro de salud.
-Acercar a la población infantil de los profesionales sanitarios para “perder el miedo” de ir al Centro de Salud
-Mejora de los resultados en salud en los temas priorizados

MÉTODO
-Actividades de coordinación del grupo de trabajo, para evaluar lo realizado desde 2015 y continuar con proyecto (mayo-junio 2017). -Actividades de coordinación con centros educativo (mayo, junio y septiembre 2017) participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica.
-Actividades de diseño y preparación actividades (junio, julio, agosto y septiembre 2017)
-Actividades para su realización durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre 2017en los colegios (mínimo tres sesiones).Las actividades serán participativas utilizando la ludopedagogía y los recursos del juego en salud utilizando soportes de lectura, teatro y visuales. Se facilita la creatividad y el aprendizaje colaborativo a través del juego.

* Teatro guiñol sobre higiene bucodental en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 5 años.
*Teatro de guiñol sobre alimentación saludable en CEIP Luis Vives para niños de edades comprendidas entre 6 y 7 años.
* Teatros guiñol sobre higiene bucodental y alimentación saludable en CEEP Rincón de Goya para niños de edades entre 3 y 21 años
20 Mayo 2016.
* Teatro de guiñol sobre piojos y medidas preventivas en CEIP Luis Vives para niños de edades entre 3 y 7 años.
-Actividades de evaluación del proyecto: preparación de la evaluación participativa y evaluación de resultados (septiembre-diciembre)
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud (sesiones septiembre-diciembre), Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras
Las actividades pueden prolongarse el primer trimestre de 2018 por necesidades organizativas de los partipantes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1412

1. TÍTULO

JUGAMOS CON SALUD: EDUCACION SANITARIA A POBLACION INFANTIL EN COLEGIOS PUBLICOS DE LA ZONA BASICA DEL CENTRO DE SALUD VENECIA

INDICADORES
Se realizara evaluación de las actividades a través del profesorado del centro.
Tras cada actividad se realizarán encuestas personalizadas al personal docente sobre las mismas en cuanto a participación, alfabetización en salud, medios y recursos, claridad de los conceptos a asimilar y nuevos proyectos a desarrollar
A final del proyecto se evaluará con los docentes la consecucióNn de los objetivos, las oportunidades de mejora, la coordinación colegio-CS y la posibilidad de nuevos proyectos

DURACIÓN
Incio Mayo 2017- fin Diciembre 2017

-Actividades de coordinación del grupo de trabajo (coordinadora y miembros grupo)
-Actividades de coordinación con centros educativos participantes en proyecto y se ofrecera a otros de la zona básica (coordinadora proyecto y un miembreo equipo del CS y personal docente de los colegios)
-Actividades de diseño y preparación actividades (todo el equipo y personal docente de los colegios)
-Actividades para su realización en los colegios (todo el equipo y presonal docente de los colegios).Sesiones de una hora de duración
-Actividades de difusión: Plan comunicación equipo Centro de salud, Difusión en Blogs colegios y blogs escuelas promotoras (todo el equipo)
-Activades de evalución (todo el equipo y el personal docente del centro educativo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 02/03/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BURILLO MATEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ PEÑA JORGE
MARTINEZ PEREZ JULIA PILAR
ISLA COBETA JORGE
DUEÑAS GIL EVA
VERDURAS SANCHEZ MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ha fecha de 30 de Noviembre de 2017, se ha realizado dos ciclos de 5 sesiones, con mismos temas, en total 10 sesiones, los temas de las sesiones fueron:
1. Lactancia materna, anatomía, fisiología, posiciones y problemas mas habituales
2. Extracción y conservación de la leche materna. Banco de leche. Alimentación y farmacos durante la lactancia
3. Duración recomendada de la lactancia
4. Actuación ante patologías agudas: fiebre, atragantamiento, trastornos gastrointestinales.
5. Uso del Chupete y/o biberon. Alimentación Complementaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con los siguientes resultados:
1. En las primeras 5 sesiones del ciclo se registró una asistencia de 10,8 personas de media a cada sesión, con una nota media de valoración de 9,37 sobre 10
2. En las segundas 5 sesiones del ciclo, donde se repitieron los temas tratados, se registro una asistencia media de3,4 personas, obteniendo una cifra media de valoración de 9,84 sobre 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con estos datos podemos decir, que a mitad de duración del proyecto se realizaron todas las sesiones previastas para ese periodo de tiempo, al realizar una sesion semanal, por lo que se cumple el primer indicador.
Así como se obtuvo una buena valoración de las mismas por lo que se cumple el segundo indicador
Si bien, la afluencia al segundo ciclo de sesiones fue mas baja de lo esperado, y pese a que no es un indicador marcado a seguir en este proyecto si nos lleva a plantear nuevos objetivos de cara a la continuidad del proyecto, buscando nuevos temas y no repitiendo, asi como se nos plantea la posibilidad de contactar con otros sectores, asociaciones... con objetivos afines a fin de captar mas personas interesadas y enriquecer los temas a tratar desde otras perspectivas e inquietudes.
Tambien se plantea la posibilidad de entregar información escrita en diferentes idiomas, al acudir madres de diferentes nacionalidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1486 ========== ***

Nº de registro: 1486

Título
GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
GONZALO PEÑA JORGE, MARIN JIMENEZ JULIA P, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA, DUPLA ARENAZ MARIA, FERNANDEZ VALENZUELA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Madre de niños entre 0-2años
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1486

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO DE MADRES PARA LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres de niños lactantes (0-2años) en las Consultas de Pediatría, Medicina de Familia, Enfermería y Matrona. Las madres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:
El objetivo del grupo es crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y unos apoyos socioemocionales adecuados para una crianza adecuada.
Objetivos específicos:
Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información y apoyo profesional
Ofrecer un apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones. Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y les ayuda a fortalecer sus capacidades maternales.
Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza del bebé, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.
Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales
Tranquilizar a las madres para conseguir una crianza saludable y feliz.
Optimizar los recursos sanitarios humanos ayudando a disminuir las consultas a demanda en las diferentes Consultas de : Pediatría, Enfermería, Matrona y otros profesionales.

MÉTODO
1.Informar en el centro de la salud de la creación del grupo para fomentar la participación. Se ofrece a todas las madres con bebés (de recién nacidos a 2 años), en la Consulta de Pediatría, Matrona. Enfermería, o derivadas desde cualquier consulta del Centro de Salud.
2.Desarrollar un programa de sesiones tuteladas por los distintos profesionales. Realizar una sesión semanal: los Martes de 12´00 a 13´00 horas. Se realizará en el Aula Maternal-Gimnasio del Centro de Salud de “Canal Imperial”. Son grupos abiertos. Vienen las madres con los bebés (0 a 2 años).
3.El contenido de las sesiones lo prepara cada colaborador según su área profesional atendiendo a las demandas de las madres.
4.Se impartirán las sesiones según la organización que se establezca entre los profesionales. Se valorará en cada sesión el grado de satisfacción de las asistentes mediante encuesta.

INDICADORES
Indicador 1: Número de sesiones realizadas desde Septiembre hasta Junio. Objetivo: sesión semanal cada martes, exceptuando los periodos vacacionales.
Indicador 2: Utilidad:Grado de satisfacción de los asistentes a las sesiones, para lo que se facilitará una encuesta (ad hoc) de valoración a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluarán los aspectos organizativos, el contenido de la actividad, los colaboradores asistentes, la sesión a nivel global según la utilidad de los conocimientos adquiridos. Objetivo: media de satisfacción 5 sobre 10, con intervalo más menos 1.

DURACIÓN
Inicio del proyecto: Mayo/2017
Fin del proyecto: Mayo/2018
Fase inicial: de Mayo a Septiembre/2017. Programación del proyecto, información y captación de las madres.
2ª fase: de Septiembre/17 a Mayo/18. Realización de las sesiones.
Evaluación final en Mayo/18.
Todas la fases serán realizadas por los profesionales mencionados.

OBSERVACIONES
El objetivo del proyecto a corto plazo es iniciar un grupo de lactancia crianza en la comunidad, para que a medio o largo plazo se gestione independientemente de los profesionales sanitarios.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BURILLO MATEO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VENECIA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISLA COBETA JORGE
DUEÑAS GIL EVA
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN
ARRABAL MARTINEZ YOLANDA
NUÑEZ ALONSO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, uno de los objetivos del equipo ha estado relacionado con la revisión del uso de los antibióticos, para ello se han realizado diferentes actividades:
1. En primer lugar en marzo, después de una reunión del equipo, se designó a Jorge Isla Cobeta, que ha sido sustituido por Sara Arquillue Varona como responsable de antibióticos de nuestro equipo, ya que se considera que la figura del responsable de antibióticos del equipo, es una pieza clave, en cuanto a su papel dinamizador y de formación en el equipo en aspectos relacionados con las resistencias bacterianas y el uso de antibióticos.
2. El 13 de Abril, este responsable asistió a la Jornada autonómica de presentación IRASPROA “De la teoría a la acción: un paso adelante” celebrada en la Facultad de Medicina, en la que se expuso el problema actual de desarrollo de resistencias bacterianas, y en el que la directora de la Agencia Española del Medicamento, explicó el despliegue que se está realizando a nivel nacional en todas la políticas referidas tanto en salud humana, animal como a nivel educativo. En la mesa de Atención Primaria, se mostró el consumo actual de antibióticos en los distintos sectores de Aragón, y se explicó como se iba a desplegar el programa IRASPROA en Aragón a este nivel, así como de la situación actual de resistencias microbianas, las particularidades del manejo del paciente pediátrico, las pruebas de diagnóstico rápido disponibles en el mercado para atención primaria (ventajas y limitaciones), así como de las guías antimicrobianas de uso habitual en atención primaria.
3. Uno de los pilares en los que se ha apoyado la estrategia IRASPROA en Aragón, para la difusión del programa a nivel de equipos de Atención Primaria, ha consistido en elaborar un documento que recoge en forma de decálogo los principios generales de uso de antibióticos y en solicitar la firma del compromiso con este decálogo de los profesionales de los equipos de Atención Primaria.
En nuestro equipo se formalizó este compromiso mediante la firma de todos los miembros del equipo, tanto personal médico como de enfermería del correspondiente documento, que posteriormente se envió al Servicio de Farmacia AP, para su verificación.
Mediante esta firma todo el equipo reconocemos que el problema de uso de los antibióticos es un problema de salud pública de primer orden.
Los profesionales sanitarios compartimos que estos medicamentos sólo deben ser utilizados en aquellas situaciones clínicas en las que hayan demostrado aportar beneficio clínico y que en muchas ocasiones el tratamiento se hace sobre una base empírica, en aquellas ocasiones que se precise diagnóstico etiológico se deberá tomar adecuadamente la muestra, y para ello disponemos de una manual actualizado, que recibimos mediante correo electrónico en septiembre, que recoge las recomendaciones más importantes para la toma de muestras desde Atención Primaria, elaborado desde el grupo PROA_AP.

La firma de este compromiso además se ha comunicado a la población atendida en el centro de salud, mediante la colocación de la cartelería que ha distribuido IRASPROA, un póster grande, que se ha colocado en la sala de urgencias, otros en formato A-3 que se han colocado en cada una de las consultas médicas, y por último carteles cuyos mensajes van más dirigidos a los pacientes que se han colocado por todas las salas de espera del centro de salud.

4. En junio y en octubre de 2018, el responsable de antibióticos, asistió a las dos reuniones convocadas desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria.
En la primera de estas reuniones se nos informó del consumo antibióticos en el Sector y de los materiales que el grupo PROA_AP del sector había puesto a nuestra disposición, tanto un curso presencial de un día, dirigido a 20 profesionales, como un manual de “Recomendaciones de toma de muestras frecuentes en AP”.
Esta información se difundió al equipo el 21/9/2018.
La segunda reunión tuvo lugar el 23 de octubre, y en ella:
- Se explicaron los indicadores de uso de antimicrobianos que se van a explotar a nivel de CIAS y se nos informó a nuestro equipo del dato comparativo con respecto al año anterior.
- Cesar García Vera, miembro del grupo PROA AP, explicó la sesión elaborada por IRASPROA para impartir en todos los equipos, titulada “Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón”
Sara Arquillue Varona impartió la primera sesión entregada por IRASPROA en nuestro Centro de Salud el día 13/11/2018 a partir del material que se le envió desde el Servicio de Farmacia de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado en nuestro equipo han sido los siguientes:
• Se ha designado una persona clave para la liderar todas las actividades que se realicen en el equipo y asistir a todas las reuniones a las que se convoquen desde los diferentes ámbitos relacionados con el uso de los antibióticos.
Esa persona es actualmente Sara Arquillue Varona, con nombramiento realizado desde la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II
Resultado 2018: SI
• El dia 13 de noviembre de 2018 se suscribieron los principios generales PROA, mediante firma de documento de compromiso, por parte del 53% del equipo.
Estandar 2018: 80%
Resultado 2018: 53 %

. Se han realizado dos sesiones relacionadas con el uso de antibióticos en las que se verificó la asistencia mediante la correspondiente hoja de firmas.
• Este año, a pesar de la previsión inicial, no se ha podido disponer de información periódica y sistemática del indicador que se seleccionó a mejorar, relacionado con el uso de antibióticos.
De este indicador sólo se ha tenido información, en el momento de iniciar este proyecto asistencial y en octubre. El dato fue proporcionado por el Servicio de Farmacia a partir de los datos de facturación de recetas dispensadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.
En Venecia el indicador seleccionado fue:
Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,3%
Objetivo 2018: =2%
Resultado 2018: 1.9%

Este resultado muestra un descenso 0,1 puntos por debajo del objetivo marcado y de 0,4 respecto al valor del año anterior, lo que es resultado del trabajo de todo el equipo en tratar de reducir el consumo de estos antibióticos de amplio espectro, cuyo uso elevado puede tener un gran impacto en el desarrollo de resistencias de gérmenes implicados en procesos invasivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha iniciado en la optimización del uso de antibióticos, realizándose todas las actividades programadas por IRASPROA, alcanzándose los objetivos marcados para el año 2018. Por este año consideramos finalizado este proyecto.
En el año 2019 la disponibilidad de indicadores de uso de antibióticos así como de las guías de tratamiento antibiótico empírico permitirán plantear un nuevo proyecto con otros objetivos.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
Desde el grupo IRASPROA-AP en el año 2019 no se ha lanzado ninguna campaña específica en el marco de la optimización del uso de antibióticos, por lo que el equipo no ha tenido la oportunidad de participar en ellas.
Asimismo, inicialmente se nos comunicó que durante el año 2018, IRASPROA iba a proporcionar dos sesiones para impartir en los centros, sin embargo, al final sólo ha facilitado una, que fue la impartida en noviembre.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/949 ========== ***

Nº de registro: 0949

Título
INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Autores:
BURILLO MATEO RAQUEL, ISLA COBETA JORGE, DUEÑAS GIL EVA, BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, NUÑEZ ALONSO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VENECIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: IRASPROA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).
Aunque tradicionalmente se ha ido monitorizando en el informe de EAP el consumo de antibióticos, desde el Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN) se ha propuesto la monitorización de una batería de indicadores que permite valorar la situación de partida en cuanto a la utilización de los antibióticos más frecuentemente prescritos en atención primaria:
Tras el análisis de estos indicadores en los años previos y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN en el EAP VENECIA se considera oportunidad de mejora trabajar revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación ya que se sitúa en niveles superiores a la media de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
Sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
Actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.
Revisar la prescripción de cefalosporinas de 3º generación según las recomendaciones de la guía terapéutica autonómica.

MÉTODO
1. Designar una persona clave o referente PROA en el EAP.
2. Asistencia del referente PROA del EAP a la jornada de presentación de la estrategia autonómica.
3. Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
4. Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y el tratamiento antibiótico
5. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

INDICADORES
Existencia de una persona clave PROA en el EAP. Objetivo: Sí (verificable a través de la notificación del Coordinador a la Dirección de Atención Primaria)
Suscripción de los principios generales PROA por parte de los profesionales del EAP. Objetivo: Firma por parte de =80% de los profesionales del centro en documento específico
Realización sesiones relacionadas con uso de antibióticos. Objetivo: 2 sesiones con una asistencia media =50%.
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:

- Consumo de cefalosporinas de 3ª generación respecto al total (%): DDD cefalosporinas de 3ª generación (J01DD) / DDD antibióticos (J01) x 100
Valor 2017: 2,3%
Objetivo 2018: =2%

DURACIÓN
-Marzo-Abril: designación de la persona clave o referente PROA en el EAP
-Abril: asistencia del referente o en su defecto de un miembro del EAP a la jornada autonómica
-Suscripción formal por parte del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA-AP de IRASPROA
-Realización de una sesión/semestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA (fechas a concretar según se desarrollen las campañas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0949

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL EAP VENECIA AL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEANTIMICROBIANOS EN AP (PROA)

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA TOBAJAS SEÑOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUÑER ABADIA SILVIA
GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA
ARRIETA HIGUERAS ELENA
BRUN SOTERAS CARMEN
MOZOTA RUBIO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el Proyecto de Mejora de la Calidad Asistencial de Abordaje de las Heridas Agudas y Crónicas en el Sector II se incluyeron 9 EAP. Finalmente de los 9 EAP seleccionados en el Sector sólo se ha podido realizar en dos de ellos: Campo de Belchite y Fernando el Católico.

Existen razones justificadas para que en los 7 equipos restantes no se realizase:
- En previsión del Concurso de Traslados de Enfermería en el mes de mayo, se decidió aplazar la formación de este proyecto hasta la incorporación de las enfermeras tras la Resolución de dicho Concurso. Dicha Resolución no fue efectiva hasta mediados de noviembre. El cambio de plantilla de enfermeras en estos EAP ha sido importante.
- De los 9 EAP que forman parte del Proyecto se ha realizado en los dos EAP en los cuales las integrantes son enfermeras asistenciales, a excepción de Almozara.

En Almozara el responsable del Proyectota ha dejado de trabajar en el centro.
En el resto de los EAP la responsable del Proyecto es la Coordinadora de Enfermería. La causa fundamental de la no realización es la gran carga de trabajo de estas profesionales ya que compaginan las labores asistenciales con las de Coordinación.

Actividades realizadas en el C.S. Fernando El Católico:

1.- Número de sesiones impartidas: 4
30/10/17: “Conceptos generales”
31/10/17: “Materiales y productos en tratamiento y cuidado de heridas”
06/11/17: “Errores frecuentes en el abordaje de heridas”
09/11/17: “Registro en OMI de heridas”

2.- Número de enfermeras formadas: 12 (100% del personal de enfermería) Además acude una alumna de 4º de enfermería y la TCAE del centro. En total 14 asistentes.

3.- Valoración de la mejora del nivel de conocimientos: se recogen 13 encuestas

4.- Evaluación del grado de satisfacción con la actividad: se recogen 13 encuestas.

Actividades realizadas en el C.S. Campo de Belchite.

1.- Número de sesiones impartidas: Por criterios de organización dado que se trata de un Centro de Salud Rural, se decide hacer tres sesiones de mayor duración para poder abarcar el mayor número de personal posible.
27/11/17: Conceptos generales. Prevención y clasificación de heridas.
28/11/17: Tratamiento y productos para heridas.
04/12/17: Registro de heridas en OMI y errores más frecuentes en el tratamiento de las heridas.

2.- Número de enfermeras formadas: 8, de las cuales 1 es EAC y dos son enfermeras no adscritas al centro que están realizando sustitución. Además acuden 7 profesionales de Medicina, de los cuales 3 son MAC, 1 sustituto y el resto miembros del EAP.
En total, 15 asistentes, 8 enfermeras y 7 médicos.

3.- Valoración de la mejora del nivel de conocimientos: no se realiza.

4.- Evaluación del grado de satisfacción con la actividad
Se recogen 15 encuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Porcentaje de mejora del conocimiento del tema. Dato obtenido de la encuestas pre y post actividades formativas.

En el centro de Salud de Fernando el Católico próximo al 100%. En todos los ítems de las encuestas pre y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

post se aprecia mejoría, con excepción del número 5 (estadiaje de maléolo enrojecido) en la que no es pertinente la valoración porque se contestó correctamente en el 100% de los casos tanto antes como después de la sesión.

2. Porcentajes de satisfacción de las enfermeras tras recibir las 4 sesiones de formación. Dato obtenido de las encuestas de satisfacción tras la formación:100%

Centro de Salud Fernando el Católico: Se recogen 13 encuestas, valorándose como “5” (máximo valor) en cuanto a duración de la actividad, expectativas, utilidad, material del curso, formador y Valoración general del curso.
Dos personas han valorado con “4” la duración” y una con “4” el material utilizado.
En cuanto a “Observaciones y sugerencias” hubo tres, trascritas literalmente:
“Muy interesante y útil”
“Me ha gustado mucho”
“Que se repita a menudo. Durante nuestra profesión nos salen dudas y es bueno discutirlas en grupo”
No se recoge ninguna valoración negativa.

Centro de salud Campo de Belchite: Se recogen 15 encuestas, valorándose positivamente la formación con respuestas de 4 y 5 puntos.
Lo recogido en las observaciones se refiere al interés, aportando una valoración positiva, se recoge otra observación a cerca de lo útil que le ha resultado la formación. No se recoge ninguna valoración negativa.

3. Monitorización del coste anual de apósitos. Dato obtenido de gasto en almacén
Belchite: Año 2016: 5768
Año 2017: 7571
Fernando el Católico. Año 2016: 32072
Año 2017: 36421

El hecho de de que se hay producido un aumento en el coste de los materiales utilizados durante el estudio del Proyecto nos indica que tras la formación las enfermeras han utilizado los productos adecuados y disponibles en el petitorio del almacén.

4. Disminución de prescripción de apósitos

Belchite. Año 2016: 1014; año 2017:2.960
Fernando el Católico. Año 2016: 178; año 2017:1704

En nuestro Sector el pedido de material sanitario al almacén se realiza una vez al mes y por lo tanto se recibe una vez al mes. En aquellos casos puntuales que se precisa de material antes de que llegue el nuevo pedido de almacén se suministra a los Equipos urbanos a través del transporte interno todos los días laborables, en el caso de los Equipos rurales una vez cada 15 días. En Campo de Belchite se ha producido un aumento de la prescripción, este aumento lo atribuimos a que al tratarse de una zona rural y ante la necesidad de material de cura no hay posibilidad de disponer de este material, como pronto, antes de 15 días por lo que es necesaria su prescripción a través de receta.
El aumento de prescripción de receta en Fernando El Católico lo atribuimos al punto de partida tan bajo que había. El importe de apósitos con recta en Fernando el Católico es el menor de todos los EAP del Sector, incluso menor que en Sastago que es la Zona de Salud con menos población asignada del Sector. El total población asignada a Fernando el Católico es de 18849 frente a 2438 TIS en Sastago. Partir de un importe prácticamente nulo justifica el aumento, que ante una necesidad puntual, bien por no disponibilidad de ese material en el Centro de salud, o por no disponibilidad en el almacén general haya habido que prescribirlo por medio de receta.

5. Porcentaje de enfermeras en los EAP de intervención que ha registrado la escala PUSH en OMI. Este dato no ha sido posible obtenerlo.

La escala PUSH tiene diferentes DGPs según la localización de la ulcera PUSH codo(PUSH_COD), PUSH cresta ilíaca (PUSH¬¬_CIL), PUSH maleolo (PUSH_MAL), PUSH sacro(PUSH¬_SAC), PUSH talón (PUSH_TAL) PUSH trocanter(PUSH__TRO) y PUSH otra localización (PUSH _OLO). Esta escala solo sirve para el seguimiento de las ulceras por presión, no es validada para las ulceras vasculares por lo que el sesgo a la hora de extraer datos es importante.
Otros factores que han influido para no poder obtener la información han sido, el hecho de en los dos Equipos que han concluido el estudio haya enfermeras que tienen población asignada con más de un CIAS médico y el cambio de plantilla en ambos Equipos, desde el periodo de formación y hasta finalizar el Proyecto. Por estos motivos la extracción de datos de OMI no ha sido posible. En el caso de Fernando el Católico de las 14 profesionales que recibieron la formación al finalizar el Proyecto por motivos varios, fundamentalmente por el Concurso de Traslados, solamente quedan 6 enfermeras en el Equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La movilidad del personal de enfermería ha supuesto una gran dificultad a la hora de poder realizar el proyecto, hasta tal punto que ha supuesto la limitación del proyecto a dos Centros de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

El indicador de a escala PUSH se debe limitar únicamente a la evolución de las ulceras por presión, ya que no es valida en las ulceras vasculares.
El gasto de almacén en apostillos y al prescripción de apositivos consideramos que no son buenos indicadores por si solos ya que es necesario tener en cuenta datos como población susceptible de tratamiento preventivo, población con úlceras y el grado de la úlceras, así como su variabilidad a lo largo del tiempo.

La formación de los profesionales del Equipo es muy importante. En el caso de Belchite, a ser un centro rural, es necesario tener en cuenta la dispersión de los miembros del Equipo, dado que cada profesional tiene unas localidades y unos horarios determinados. Se ha detecta una necesidad de mejorar la formación de OMI. La mayoría de los asistentes desconocían el modo de realizar una orden de tratamiento, así como el modo de registro concreto de este tipo de actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/220 ========== ***

Nº de registro: 0220

Título
ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

Autores:
TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, TERUEL MAICAS ALICIA, SUÑER ABADIA SILVIA, GONZALO LOZANO MARIA FLORENCIA, ARRIETA HIGUERAS ELENA, BRUN SOTERAS CARMEN, MOZOTA RUBIO PEDRO, BECERRIL GERMAN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El sector sanitario Zaragoza II atiende a una población de 390.000 habitantes y durante el año 2015 se gastó en apósitos 527.200€.
Se han realizado intervenciones aisladas sobre formación en prevención y tratamiento de UPP pero, en estos momentos, me siento en la "obligación moral" de realizar un abordaje importante desde la base (formación básica). Es decir, considero necesaria e imprescindible realizar una intervención para mejorar el nivel de conocimientos de las enfermeras, su satisfacción y por consiguiente uso óptimo de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los conocimientos de las enfermeras de 9 EAP del sector II sobre heridas agudas y crónicas (insistiendo en prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP)
Mejorar el registro en OMI-AP de las heridas.
Como objetivo secundario, mejorar el uso óptimo de los apósitos.

MÉTODO
Del total de la población del sector II, seleccionar por conglomerados 9 EAP con el criterio de conveniencia, de forma que un miembro pertenezca al EAP
Estos 9 EAP representan el 36% de la población del sector (aprox. 142.000 pacientes), incluyendo zona rural y urbana.
Los EAP son: Sástago, Belchite, Fernando en Católico, Almozara, S José Sur, Venecia, S José Norte, S José Centro y Rebolería)

En esto 9 EAP se va a realizar varias intervenciones a distintos niveles:
- Gestión del conocimiento: A los profesionales de estos EAP se realizará cuatro sesiones formativas: la 1ª sobre conceptos básicos de heridas; 2ª sobre prevención y tto de upp; la 3ª sobre los errores más frecuentes en el tema y 4ª sobre el material disponible en Aragón. Estas sesiones serán impartidas por la enfermera del grupo de trabajo. En las mismas sesiones se indicará cómo realizar un registro adecuado.

Además se les pasará un test pre y post a la formación y una valoración de la satisfacción.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0220

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LAS HERIDAS AGUDAS Y CRONICAS EN EL SECTOR II

• Gestión de recursos: En estos EAP, se realizarán actividades encaminadas a mejorar el uso optimo de los apósitos como marcar el precio de los apósitos en las cajas, realizar una valoración de apositos de misma acción y distinto precio, .. y todos aquellos derivados de la formación (periodicidad de las curas,…).

Limitaciones
La cifra de gasto de apósitos de la q disponemos no discrimina, ni puede hacerlo, para poder cuantificar el material dedicado a prevención; a tratamiento de upp; resto de heridas crónicas y agudas.
Por lo tanto, nos vemos obligadas en realizar una intervención para el abordaje de todas las heridas en general.

Por otra parte, para vincular el gasto con actividad, me encuentro con la dificultad del sistema informático OMI-AP.
Desde OMI, podemos saber todos aquellos pacientes q necesitan actividades preventivas y/o precisan de tratamiento de upp (mediante DGP_Norton) pero no es posible disponer del dato del resto de heridas donde se han utilizado este material.

INDICADORES
EVALUACION

1. Porcentaje de mejora del conocimiento del tema (encuesta pre y post) en EAP de intervención.
Standard (ND); Objetivo (70%)

2. Porcentaje de satisfacción de las enfermeras tras recibir las 4 sesiones de formación en EAP de intervención.
Standard (ND); Objetivo (80%)

3. Monitorización del coste de apósitos anual (almacenable) por cada EAP de intervención.
Standard (Belchite:5.768€ ; F Católico: 32.072€ ; Almozara: 15.390 €; Rebolería: 29.972 €; S José Centro: 26.886 €; S José Norte: 20.744 €; S José Sur: 33.960 €; Sástago: 4.966 € y Venecia: 16.768 €)

4. Disminución de prescripción de apósitos en EAP de intervención.
Standard (Belchite: 488,16€; F Católico: 115,04€; Almozara: 1.152,2€; Rebolería: 1.327,58€; S José Centro: 7.172,3€; S José Norte: 1.709,48€; S José Sur: 1.761,96€; Sástago: 623,2€ y Venecia: 6.062,07€)
Objetivo (60%)

5. Porcentaje de enfermeras de los EAP de intervención que han registrado la escala PUSH* en OMI, en pacientes con heridas crónicas.
Standard (ND); Objetivo (70%)
*PUSH: escala que valora la evolución de las heridas en función del tamaño, tipo de tejido y si hay infección.

DURACIÓN
Formación del grupo de trabajo. Octubre 2016
Elaborar el contenido de la formación (4 sesiones). Octubre-Noviembre 2016
Solicitar la acreditación de la formación. Noviembre
Impartir las 4 sesiones en los EAP. Febrero-Marzo 2017
Realizar cuestionario pre y post. Febrero-Marzo 2017
Realizar nuevas sesiones de recuerdo de la formación y resolver dudas en los 9 EAP. Junio 2017
Evaluar lla intervención (nivel de conocimientos y satisfacción). Abril y Septiembre y Diciembre 2017
Evaluar el % de pacientes donde se ha aplicado la formación. Mayo, Septiembre y Diciembre 2017

OBSERVACIONES
Se realizarán sesiones a aquellas enfermeras de reciente incorporación que lo soliciten, pertenecientes a los 9 EAP seleccionados

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1534

1. TÍTULO

MEJORA DE REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL AGUERDO DE GESTION

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANGEL AZNAR CARBONELL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de Junio 2017 la Dirección de Enfermería y Subdirección Médica facilitó a todos los Coordinadores de Enfermería y Medicina, una presentación con los pasos necesarios para el registro en OMI de los indicadores específicos relacionados con Enfermería y MF del Acuerdo de Gestión 2017.

-Posteriormente el 21 de Septiembre tuvo lugar una reunión de la Dirección de Enfermería con los Coordinadores de Enfermería en el que el primer punto a tratar fueron los indicadores AG 2017. En dicha reunión la Responsable de Equipos de Enfermería (Flor Pascual) recordó la presentación enviado en Junio y aportó material adicional para facilitar los registros (Nombre de DGPs, su equivalencia en siglas y marcarlos como DGPs estrella)

-Durante las auditorias internas de este año en los seis EAPs que están certificados en ISO (San Pablo, Valdespartera, Fernando el Católico, San José Sur, Venecia, San Pablo y Torre Ramona) se realizó revisión de los registros en OMI por parte de la Subdirección Médica de AP del Sector, así como por la Responsable de Equipos de AP de Enfermería.

-El servicio de Farmacia de AP realizó reuniones en centros de salud del Sector sobre los indicadores y el cuadro de mandos de Farmacia. Estas reuniones tuvieron lugar en los EAPs de Valdespartera, San José Norte y San José Centro.

-El 1 de diciembre el servicio de Farmacia de AP realizó una reunión sobre URM con todos los Coordinadores Médicos y los responsables de sobre URM. En esta reunión se insistió en el manejo del cuadro de mandos de Farmacia, se comentó la escasa utilización de los profesionales y se facilitaron los datos de los indicadores a nivel de equipo

-Formación:
Dentro del plan de Formación del 2017 se realizaron dos cursos para facilitar el registro en OMI:
Los días 15 y 22 de Noviembre tuvo lugar el curso “Actualización en el manejo de planes personales en OMI-AP para médicos y uso de intranet Salud” de 10horas de duración.
El día 6 de Noviembre se llevo a cabo el curso “Actualización de registros de OMI para enfermería” de 6 horas de duración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido evaluar si se ha producido una mejora en los indicadores del AG puesto que no se ha habido datos disponibles, ya que no se ha enviado información de los mismos a las Direcciones. Tampoco se ha podido utilizar el cuadro de mandos ya que no se ha actualizado con los indicadores del 2017 (Se mantienen los de 2016).

-Aunque no se han realizado reuniones en los EAP, estas se han suplido por difusión de material, cursos de formación y por reuniones con los Coordinadores de Enfermería y con los Coordinadores Médicos en las que se superado el 80% de asistencia. (Hoja de firmas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras las acciones realizadas, se sigue objetivando la dificultad y la falta de conocimiento en cómo hacer los registros, y por tanto la importancia de la formación en OMI. Especialmente relevante en el colectivo de enfermería procedente de AE, por razones obvias, lo cual supone una tarea de formación y monitorización posterior importante.

-Dada la limitación del tiempo en la consulta para introducir datos en OMI, sería de gran ayuda que la fuente de información para la valoración de los indicadores no sólo fuese OMI, sino también la historia clínica electrónica.

-El cuadro de mandos puede ser de gran ayuda para que los profesionales puedan ver sus registros y cumplimentarlos, pero es necesario que el cuadro de mandos se ajuste a los indicadores de AG de cada año, ajustado a lo pactado por cada Sector. Es básico seguir insistiendo en el manejo del cuadro de mandos por parte de los profesionales de AP.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1534

1. TÍTULO

MEJORA DE REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL AGUERDO DE GESTION

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1534 ========== ***

Nº de registro: 1534

Título
MEJORA DEL REGISTRO EN EL APLICATIVO OMI DE LOS INDICADORES ASISTENCIALES LIGADOS AL ACUERDO DE GESTION

Autores:
AZNAR CARBONELL ANGEL, LAIN MIRANDA MARIA ELENA, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Seguimiento activo de los indicadores relacionados con los objetivos estratégicos del acuerdo de gestión 2017 pactados entre Unidades y DAP Sector II, y de esa manera favorecer el registro adecuado en OMI.

RESULTADOS ESPERADOS
Proyecto dirigido a los profesionales sanitarios de las Unidades del Sector II.
Conocer o recordar la forma adecuada de registro en OMI de los objetivos asistenciales del AG, y así obtener una información más completa y veraz de la actividad asistencial.

MÉTODO
Realización de 2 reuniones presenciales en el transcurso del año en los EAP, entre abril y septiembre/octubre por parte de la Subdirección Médica y Técnico de Salud..
Análisis de los datos de los indicadores asistenciales del AG, recordando sus definiciones y su implementación correspondiente en OMI.
Análisis de evolución.

INDICADORES
- Aumento del índice de mejora de los indicadores del AG en cada EAP en cortes de seguimiento en junio y noviembre.

- Hojas de control de firmas, con un mínimo de asistencia del 80% de los miembros del equipo de MF, Pediatría y Enfermería con actividad asistencial en el día de la reunión.

DURACIÓN
Reuniones con EAP del Sector en abril y mayo/junio de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS PALACIN ARBUES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINA GADEA MARIA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el año 2012 está en marcha en Aragón el “Programa de la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano >75 años polimedicado” que tiene como objetivo promover un uso más seguro de los medicamentos por este subgrupo de población, especialmente sensible a la acción de los medicamentos, para ello desde este programa se promueven actividades de revisión clínica de la medicación, así como de revisión de aspectos relacionados con el uso de los medicamentos por el paciente.

El proceso de revisión de la medicación por parte del profesional sanitario persigue reconocer qué medicamentos necesita realmente el paciente y decidir de forma razonada y crítica la prescripción de los mismos en las presentaciones, dosis, pautas y duración de los tratamientos que optimicen la relación beneficio-riesgo, dadas las condiciones fisiológicas y patológicas de cada paciente. La revisión de enfermería implica una actitud activa de ésta en cuanto la comprobación de un uso correcto y adecuado de los fármacos y ejercer educación sanitaria sobre el uso de medicamentos.

Algunos de los principales problemas detectados en la revisión en el anciano polimedicado son la utilización de medicación potencialmente inapropiada en este grupo de población, sobreutilización de algunos medicamentos, la presencia de interacciones y efectos adversos y la falta de adherencia al tratamiento.

Para trabajar estos aspectos las actividades realizadas durante este año han consistido en:

1. En Enero de 2017 se revisaron recomendaciones para incorporar recomendaciones en la revisión del tratamiento farmacológico de los pacientes, que se incorporaron en DATA de Farmacia.

2. Presentación de proyecto a los coordinadores de los centros de salud y responsables de enfermería, donde se explicó la situación de partida, en cuanto a población >75 años con prescripciones potencialmente inadecuadas, población >75 años con prescripciones de fármacos que se asocian a elevado riesgo anticolinérgico, y población mayor de 75 años y polimedicada (>5 fármacos) así como pacientes mayores de 75 años que a su vez se consideran como crónicos complejos. Este proyecto se presentó en junio.

Se expusieron los distintos tipos de revisión a efectuar: 1) revisión clínica de la lista de fármacos prescritos por parte de medicina, y 2) revisión sobre concordancia y cumplimiento del paciente por parte del personal de enfermería. Todos los profesionales sanitarios conocían los objetivos, utilidad y conveniencia de cada tipo de revisión, puesto que este programa se lleva trabajando desde el 2012.
Se presentaron las herramientas disponibles para facilitar la identificación de los pacientes así como de ayuda para la revisión clínica de la medicación:
-Formularios donde se identifican de cada paciente todos los medicamentos potencialmente inadecuados, y las recomendaciones para su manejo, así como el riesgo anticolinérgico asociado a ellos, en aquellos que así sea.
-Formularios donde se listan los pacientes ancianos polimedicados, identificando el número de fármacos por paciente y el riesgo anticolinérgico asociado a ellos.
-Cuadro de mandos de Farmacia: herramienta que permite identificar a cada médico de familia los pacientes mayores de 75 años con prescripciones de algunos de medicamentos potencialmente inadecuados, de los que se ha priorizado su revisión, así como aquellos pacientes mayores de 75 años a los que se les ha prescrito un fármaco asociado a elevado riesgo anticolinérgico.

3. Para promover la revisión de los tratamientos se han realizado durante 2017 tres envíos mediante correo electrónico de los formularios a todos los médicos del sector Zaragoza II desde el Servicio de Farmacia (marzo, junio y noviembre de 2017), así como al personal de enfermería a través del responsable de enfermería.

4. Se ha estado trabajando revisando las recomendaciones de manejo de tratamiento farmacológico del paciente crónico complejo, y el protocolo de revisión de estos pacientes de acuerdo a los criterios ya propuestos para el paciente polimedicado.

Cronograma:
Enero-Marzo 2017:
Elaboración de recomendaciones sobre determinados aspectos farmacológicos.
Diseño de los indicadores para el cuadro de mandos de farmacia.

En los meses de marzo, junio y noviembre de 2017:
Envío de los listados de pacientes susceptibles de revisar a los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Enero-Diciembre 2017:
Resolución de consultas y realización de sesiones en todos los centros que lo requirieron.

Los responsables de la realización de la revisión de la medicación fueron medicina y enfermería, aunque la consecución de este proyecto estuvo supeditada a la realización de las extracciones de pacientes ancianos polimedicados desde Servicios Centrales del SALUD, y al correcto funcionamiento del Cuadro de Mandos de Farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o Porcentaje de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión clínica de la medicación: 10,96%.

No se estableció un porcentaje a cumplir, ya el objetivo marcado era que durante el año se fueran revisando progresivamente pacientes, tal y como se ha ido realizando por los Equipos de Atención Primaria.

o Porcentaje de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión de la adherencia y/o concordancia: 22,55%.

No se estableció un porcentaje a cumplir, ya el objetivo marcado era que durante el año se fueran revisando progresivamente pacientes, tal y como se ha ido realizando por todos los Equipos de Atención Primaria.

o Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con medicamentos potencialmente inapropiados: 14,14% (Rango objetivo: 16,2%-9,6%). Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

o Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con medicamentos con alto riesgo anticolinérgico: 11,16% (Rango objetivo: 14,4%-8,7%). Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

Fuente de Datos: DATA de farmacia y e-receta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión de la medicación en la población general, y más especialmente en la población anciana polimedicada es una iniciativa clave en la mejora de la utilización de los fármacos y para la seguridad de los pacientes.

Revisar los fármacos prescritos a los pacientes de forma periódica garantiza un cuidado seguro, efectivo y centrado en los enfermos.

Con este programa se intentó proporcionar herramientas a los profesionales para reforzar la asistencia sanitaria centrada en el paciente y conducir a una mejora de la calidad y de la seguridad en los aspectos farmacoterapéuticos, a la vez que promover la comunicación y coordinación interprofesional (médico-enfermera-farmacia).

Un aspecto que ha quedado pendiente es la incorporación más directa de una atención farmacéutica en el proceso de revisión de la medicación, ya que ésta contribuiría a un cuidado eficiente de los pacientes a través de un correcto seguimiento de la farmacoterapia aplicada de forma más individualizada. Este proceso también ayudaría a fomentar el uso racional del medicamento y a reducir la yatrogenia en pacientes mayores complejos, mejorando los resultados en salud al combinar estrategias en la revisión de la medicación y en la valoración integral del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1538 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Nº de registro: 1538

Título
AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

Autores:
PALACIN ARBUES JUAN CARLOS, PINA GADEA MARIA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES POLIMEDICADOS
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En estos momentos estamos asistiendo a un progresivo envejecimiento de la población que en muchas ocasiones va ligado a incremento en el uso de medicamentos cuya prescripción es necesario reevaluar desde un punto de vista integral, considerando muchos aspectos, desde capacidades cognitivas del propio paciente, apoyo de cuidadores, metas terapeúticas y expectativas de vida.
Desde el año 2012 se lleva trabajando en un programa específico dirigido a la mejora en la seguridad de la farmacoterapia en el anciano >75 años y polimedicado. En este programa están trabajando de forma coordinada médicos de familia, personal de enfermería y farmacéuticos de Atención Primaria, realizando tareas de revisión clínica de la medicación así como revisión de aspectos relacionados con el uso de los medicamentos por el paciente (adherencia y coconcordancia) puesto que se consideran como puntos críticos para mejorar al seguridad de los mismos de este subgrupo de población.
Para ayudar en este proceso se han diseñado diferentes herramientas que nos permiten identificar los pacientes que más se pueden beneficiar de una intervención multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la seguridad de la farmacoterapia de los pacientes ancianos >75 años
2. Reducir la prescripción de medicamentos potencialmente inadecuados en ancianos >75 años
3. Reducir la prescripción de medicamentos asociados a elevado riesgo anticolinérgico en pacientes ancianos >75 años

MÉTODO
Acciones a nivel individual y grupal orientadas a la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el paciente anciano.

Actividades:
-Difusión del proyecto: Presentación de este proyecto a todos los EAP junto con el resto de proyectos en el próximo acuerdo de gestión, remarcando la relevancia clínica de este proyecto
-Revisión y elaboración de recomendaciones de intervención sobre aspectos farmacológicos y de hábitos de vida en pacientes ancianos.
-Formación específica de los profesionales sanitarios sobre aspectos claves relacionados con la adecuación de medicación mediante talleres formativos en los centros de salud.
-Revisión y ampliación de la información que se proporciona a los profesionales sanitarios a través de los listados de pacientes ancianos polimedicados que se envían, incorporando información de actividades registradas en OMI_AP.

INDICADORES
-Número de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión clínica de la medicación.
-Número de pacientes polimedicados en los que se ha realizado la revisión de la adherencia y/o concordancia.
-Número de pacientes mayores de 75 años con medicamentos potencialmente inapropiados.
-Número de pacientes mayores de 75 años con medicamentos de alto riesgo anticolinérgico.
Los datos se extraerán del DATA de Farmacia y de los datos de e-Receta correspondientes a pacientes > 75 años polimedicados proporcionados desde Servicios centrales del SALUD.

DURACIÓN
Enero-Marzo 2017:
-Elaboración de recomendaciones sobre aspectos farmacológicos y de hábitos de vida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1538

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LAS HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA REVISION DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO

-Difusión del proyecto a los EAPs
-Diseño de los nuevos formularios que se enviarán a los profesionales sanitarios

Abril-Julio 2017:
-Formación a los profesionales sanitarios de los EAPs

OBSERVACIONES
La consecución de este proyecto está supeditado a que se continúen realizando las extracciones de pacientes ancianos polimedicados desde Servicios Centrales del SALUD.

También se requerirá el apoyo de los Servicios Informáticos para el diseño y ejecución de consultas a OMI de actividad así como para la incorporación de esta información en la base de datos y para su posterior visualización en los formularios que se envían a los profesionales.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA MARIA ELENA
BELTRAN FERNANDEZ ANA BELEN
ORUS SUELVES ANA ISABEL
RAMOS FRAILE NURIA
MADRIGAL YBARROA MARIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el año 2016 la Dirección de AP detecta la necesidad de unificar y regular el procedimiento de esterilización y desinfección en AP. Por ello se comienza a trabajar este proceso y se elabora el Procedimiento de Esterilización y Desinfección en AP y con fecha 5 de agosto de 2016 se publica en la Intranet del Sector.

Dicho Procedimiento de Esterilización y Desinfección de AP se difunde a todos los EAP y Unidades Asistenciales dependientes de AP del Sector II.

ACCIONES REALIZADAS:

Nombramiento de Responsables de esterilización:
Desde Dirección se solicita en cada uno de los 21 EAP una enfermera Responsable de Esterilización y Desinfección además de la TCAE en los Equipos que hay personal de esta categoría. En Odontología se establece que son responsables las Higienistas Dentales.

Se incorpora en dicho Procedimiento el control químico interno (no existente hasta entonces) y se envía desde Dirección el control químico interno a los 21EAP y las USBD del Sector. Se facilita el código SERPHA del control químico interno.

En noviembre de 2016 se da una formación sobre esterilización y desinfección en AP con fondos SALUD. La formación se realiza en dos ediciones a fin de facilitar la asistencia de todas las personas que forman parte del Proceso de esterilización en AP.
Esta formación va dirigida a:
- las Técnicos en Cuidados de los 19 EAP donde hay trabajadores de esta categoría, (todos a excepción de Campo de Belchite y Sastago),
- las Higienistas Dentales de las 6 USBD Sector. La plantilla es de 1 Higienista dental por cada USBD
- una enfermera responsable de esterilización de cada uno de los 21 EAP. En los EAP donde no hay TCAEs, Campo de Belchite y Sástago se permite que acudan dos enfermeras, para garantizar que sean dos profesionales del EAP responsables en esta materia.

La formación es impartida por la Jefa del Servicio de Medina Preventiva del HUMS, Mª Jesús Hernández Navarrete y el Supervisor de la Central de Esterilización del HUMS, Antonio Casado Hernández.

Los contenidos de la formación son:
?OBJETIVO GENERAL
Actualizar los conceptos de reprocesamiento de material con el fin de mejorar el conocimiento de la correcta esterilización y desinfección del material en los Centros de Salud y USBD de Atención Primaria del sector II

Definir la correcta trazabilidad del material esterilizado y/o desinfectado, a fin de garantizar el correcto desarrollo del Proceso de Esterilización y/o desinfección en la práctica diaria en los EAP y USBD.
?OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Clasificar el material según riesgo
Identificar y Aplicar el proceso adecuado
Desarrollo trazabilidad
Conocer el sistema de almacenaje y fechado del material
Definir responsabilidades.
En dicha formación se hace referencia al Procedimiento de Esterilización y Desinfección de los EAP del Sector y se recuerda que se encuentra colgado en la intranet del Sector. Se indica como acceder a dicho Procedimiento a través de la intranet del SALUD. Se vuelven a recordar todos los códigos del material que se precisan para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

este procedimiento.

La evaluación del la formación fue muy satisfactoria.

Revisión del Procedimiento de Esterilización y Desinfección:

En los meses de mayo y junio la Responsable del Proyecto, visita en junio con la Técnico de Salud, Elena Laín Miranda los 21 EAP Esterilización de y las 6 USBD del Sector,

A través de la Coordinadora de Enfermería se acuerda una visita en cada Centro con la Responsable de Esterilización, habitualmente la TCAE, la enfermera formada si difiere de la Coordinadora de Enfermería y las Higienistas dentales.
Durante la visita se ve in situ el autoclave, lugar de esterilización y se realizan una serie de preguntas sobre el Procedimiento de esterilización y desinfección a la Responsable de esterilización sobre el Procedimiento de Esterilización y Desinfección de su EAP o Unidad.

Dicho cuestionario es:

A) Autoclave:
1- Marca y Modelo de autoclave.
2- Años de antigüedad
3- Mantenimiento preventivo
4- Manual:
a- Existencia de manual
b- Localización
5-Temperatura de esterilización
6-Nº de ciclos que se realizan por día/ semana.

B) Responsable de la Esterilización y desinfección.
1- Profesionales formados en el EAP o Unidad

C) Limpieza del Material:
- Lugar donde se realiza
- Producto utilizado
- Tiempo en el que se mantiene el producto sumergido
- Recipiente en el que se sumerge el material.
- Utensilio utilizado para la limpieza de los restos incrustados.
- Secado del material

D) Termoselladora
- Existencia de termoselladora
- Funcionamiento de termoselladora.

E) Controles
1- Control Químico Externo
2- Control Químico Interno
3- Control biológico. Testigo.

F) Rotulación
1 - Fecha
2- Tiempo de caducidad
3- Nº de Ciclo
4- Lugar de rotulación

G) Colocación de las bolsas en el autoclave

H) Registro
1- Si. ¿Es el actualizado?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

2 No

I) Procedimiento esterilización y desinfección AP sector II
1- Conocido por la Responsable
2- Esta accesible
3- Se conoce como acceder a través de la intranet.

J) Material estéril
1- ¿Existencia de material Caducado?
2- Se esteriliza material desechable?

DESINFECCIÓN

A) Material al que se aplica
B) Desinfectante
1- Producto utilizado
2- Tiempo de acción del producto
C)- Secado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.Porcentaje de ciclos de esterilización realizadas según el procedimiento:
Según los registros revisados en los centros de salud siguiendo las instrucciones del Procedimiento de Esterilización y Desinfección en AP solamente se detecto en un centro de salud un ciclo no valido.

2.Incidencias:
Tras las visitas por las diferentes unidades de esterilización se ha observado y solucionado las siguientes incidencias:

- Algunas Responsables decían no conocer el Procedimiento de Esterilización y Desinfección (siempre era porque había cambiado la TCAE). Se les da a conocer dicho Procedimiento.

- Algunas no tenían accesible el Procedimiento de Esterilización y Desinfección y dentro de estas, algunas no sabían que estaba en la intranet y/o no sabían buscarlo.
Se les indica como acceder a la intranet, se les imprime y se les aconseja este localizado en un lugar visible cerca del autoclave.
- Algunos Centros no realizaban el control químico interno. Se vuelve a indicar que se utilice y se les vuelve a facilitar los códigos SERPA de dicho control.

- los EAP rurales y consultorios locales no disponían de estufas de control biológico.
En una primera fase en se les proporciona una estufa de control biológico a la cabecera del Centro, Fuentes de Ebro, Sastago y PAC de Azuara. El centro de Salud de Belchite si disponía de estufa de control biológico. En una fase posterior se proporciona una estufa de control biológico a cada consultorio local donde hay autoclave y se esteriliza. En la zona de salud de Fuentes de Ebro en los consultorios locales de Gelsa de Ebro, Pina, Mediana, el Burgo y Quinto de Ebro. En la Zona de Salud de Sastago en los consultorios locales de Escatron y La Zaida.

La USBD de Sagasta por las características de este Centro no tiene muy accesible el uso de la estufa de control biológico de Ruiseñores por lo que también se le proporciona una estufa de control biológico a dicha unidad.

- Se observa que no se dispone de un cepillo de limpieza de material previo a la esterilización. El material se limpia con cepillos de uñas o con espartos que adquieren las TCAES por su cuenta. Desde Dirección se realiza una petición de compra de cepillos de limpieza para todos los Centros, Unidades de Salud Bucodental y consultorios locales donde se realiza el proceso de esterilización.

- A fin de ir renovando aquellos equipos con más antigüedad y/o aquellos equipos que presentan más averías, se solicita a través del Plan de Necesidades una compra de 5 Autoclaves y 5 Termoselladoras.

-Formación:
A lo largo del año 2017 ha cambiado la plantilla de las Responsables de Esterilización y Desinfección. Se han producido 6 jubilaciones de TCAEs, dos TCAEs han causado baja en nuestro Sector como consecuencia de la Resolución de la Oposición de TCAEs .
Ha habido una nueva incorporación de una Higienista Dental. Han cambiado 6 Coordinadoras de Enfermería y se han incorporado nuevas enfermeras en el Sector tras la Resolución del 10 de noviembre del Concurso de Traslados de Enfermeras en nuestra Comunidad Autónoma. A fin de garantizar el conocimiento y aplicación del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Procedimiento de Esterilización en todas las Unidades de Esterilización del Sector con fecha del 22 de noviembre se da una formación a todo el personal nuevo que esta directamente relacionado con el Procedimiento de esterilización y desinfección del material que se usa en los Centros de Salud.

.

3.Número profesionales formadas:
Durante el año 2016 se formaron 54 profesionales:las higienistas de las unidades de salud bucodental, las TCAE de los EAP y una enfermera por equipo
Durante el año de 2017 se formaron 16 profesionales:personal nuevo de TCAE, de enfermería e higienistas)

4 .Porcentaje de centros con asistencia a formación:
En el 100% de los equipos y unidades de salud bucodental se ha formado al menos un profesional

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha objetivado la necesidad de seguir renovando el parque de autoclaves del Sector. Se comienza por cambiar aquellos autoclaves más antiguos, que tienen más averías o que tienen mayor utilidad, por ello se han adquirido en 2017 la cantidad de cinco autoclaves que serán el inicio de de renovación de los existentes.
También con la misma finalidad se han adquirido 5 termoselladoras para dotar a aquellos centros que no tienen o que las existentes están obsoletas o que se averían con frecuencia. En el próximo plan de necesidades se continúa con la renovación de autoclaves y termoselladoras.

Nos hemos dado cuenta de que no era suficiente la difusión del procedimiento por la intranet y correo electrónico, siendo más eficaz para su correcta implantación la visita a los centros de salud y el contacto directo con los profesionales que realizan esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1552 ========== ***

Nº de registro: 1552

Título
NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, LAIN MIRANDA MARIA ELENA, BELTRAN FERNANDEZ ANA BELEN, ORUS SUELVES ANA ISABEL, RAMOS FRAILE NURIA, MADRIGAL YBARRO MARIEL ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La limpieza, desinfección y esterilización de superficies, aparatos e instrumental, son procesos que están orientados a la minimización de la transmisión de infecciones en el entorno de los centros asistenciales, por lo que se incluyen dentro de las Estrategias de Seguridad para la protección, tanto de los usuarios como de los profesionales. La adecuada realización de estos procesos permitirá elevar el nivel de calidad de la asistencia que presta el Servicio de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Puesta en marcha de los procesos de Esterilización y Desinfección de materiales en los EAP del Sector II con criterios de eficiencia para optimizar estos recursos y conseguir los máximos resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1552

1. TÍTULO

NORMALIZACION Y HOMOLOGACION DE PROCEDIMIENTOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION EN LOS EAPS/UNIDADES DE APOYO DEL SECTOR ZARAGOZA II

Se considera prioritario el abordaje de esta situación para disminuir la variabilidad, aumentar la seguridad clínica y conseguir implementar criterios de mejora continua

POBLACIÓN DIANA
Equipos de Atención Primaria y Unidades de Apoyo afectadas: Salud Bucodental, fisioterapia, matrona.
OFERTA DE SERVICIOS Esta incluida en la cartera de servicios general como proceso de soporte

MÉTODO
-Implementar los procedimientos ya especificados en los procesos operativos nivel II de la Sistemática ISO 9001 del Sector.
-Se realizarán actividades de formación a los responsables de proceso de cada equipo y/o unidad.
-Se proporcionará el procedimiento específico y los documentos de los protocolos e instrucciones de trabajo necesarios.
-Se implementará el uso de los registros a utilizar para gestionar y controlar el proceso.
-Se harán reuniones para monitorizar la implantación y solucionar dudas y problemas.

INDICADORES
Los indicadores principales serán:
- Porcentaje de ciclos de esterilización realizados de acuerdo a los procedimientos.
- Nº de incidencias ocurridas.
- Nº de personas formadas
- Porcentaje de centros y unidades cuyos miembros asisten a la formación

Se utilizaran como fuentes de datos los registros específicos de los procedimientos y los registros de asistencia

DURACIÓN
- Implementación del Procedimiento de Esterilización y Desinfección en los EAP del Sector II: Primer Trimestre de 2017 (Responsable: Flor Pascual)
- Formación del Personal de los EAP y Unidades de Apoyo del Sector: Primer trimestre 2017 (Responsable : Flor Pascual y María Jesús Hernández como docente)
- Difusión del Procedimiento e Instrucciones de trabajo:Primer Trimestre 2017 (Flor Pascual)
-Implementación de los registros: Primer Trimestre de 2017 (Responsable Flor Pascual)
- Reuniones para monitorización de la implementación del Procedimiento de esterilización y desinfección: a lo largo del año.(Responsable: Flor Pascual. Otros participantes:Servicio de Preventiva, Responsable de Calidad, Responsables de Enfermería, Responsable de las Unidades de Apoyo y TCAE).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Fecha de entrada: 12/03/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALONSO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOBAJAS SEÑOR EVA
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR
HERNANDEZ MOSTERIN NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se formó el grupo de trabajo en 2016 con integrantes de los EAP y del servicio de Hematología (Jefe de Servicio Dra Delgado y FEA Dra Nuria Hernandez y Dr JM Calvo), bajo la responsabilidad de las Direcciones de AP y del Hospital Miguel Servet.

- Se han realizado a lo largo del 2017 reuniones y actividades de formación en los EAP Parque Roma, Puerta del Carmen, San José Centro, San José Norte, Venecia, San José Sur y Fuentes Norte.

- Se incorporan mejoras organizativas en los centros para disminuir el nº de extracciones venosas para control de TAO.

- Se ha implantado la interconsulta virtual con el Servicio de Hematología (sección Hemostasia) para la derivación de situaciones complejas o toma de decisiones conjunta

-Existe la opción diaria de contacto telefónico con el servicio para estas mismas cuestiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La extracción de datos se ha realizado a través de Roche Diagnostics por problemas informáticos

Se obtiene el número de pacientes activos que controla atención primaria por centro de salud y que han tenido alguna visita en los últimos 60 días.

C.S. ALMOZARA 327
C.S. AZUARA 1
C.S. C. IMPERIAL - SAN JOSÉ SUR - VENECIA 557
C.S. CAMPO DE BELCHITE 151
C.S. CASABLANCA 73
C.S. FERNANDO EL CATOLICO 259
C.S. FUENTES DE EBRO 266
C.S. LAS FUENTES NORTE 318
C.S. PARQUE ROMA 335
C.S. PUERTA DEL CARMEN 143
C.S. REBOLERIA 272
C.S. ROMAREDA (SEMINARIO) 102
C.S. SAGASTA - RUISEÑORES - MIRAFLORES 730
C.S. SAN JOSE NORTE - CENTRO 523
C.S. SAN PABLO 332
C.S. SASTAGO 69
C.S. TORRE RAMONA 310
C.S. TORRERO - LA PAZ 316
C.S. VALDESPARTERA 72

Total 5.156 pacientes con TAO controlados en AP, que supone el 1,5 % de pacientes del sector, muy similar a otros estudios nacionales.
Rango de pacientes: 69 (EAP Sástago)-730 (EAP Ruiseñores-Miraflores)

No es posible desglosar los datos de aquellos EAP que comparten estructura física (Ruiseñores-Miraflores, Venecia-San José Sur, San José Norte-San José Centro)

Se obtienen TRT según método de Roosenthaal por paciente, por centro y media del sector.

Centro	Promedio de TTR
C.S. ALMOZARA	60,47

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

C.S. AZUARA 31,25
C.S. C. IMPERIAL - SAN JOSÉ SUR - VENECIA 67,44
C.S. CAMPO DE BELCHITE 52,21
C.S. CASABLANCA 59,10
C.S. FERNANDO EL CATOLICO 64,10
C.S. FUENTES DE EBRO 54,13
C.S. LAS FUENTES NORTE 74,68
C.S. PARQUE ROMA 63,82
C.S. PUERTA DEL CARMEN 58,48
C.S. REBOLERIA 61,02
C.S. ROMAREDA (SEMINARIO) 64,62
C.S. SAGASTA - RUISEÑORES - MIRAFLORES 62,14
C.S. SAN JOSE NORTE - CENTRO 64,83
C.S. SAN PABLO 59,59
C.S. SASTAGO 62,00
C.S. TORRE RAMONA 65,87
C.S. TORRERO - LA PAZ 62,76
C.S. VALDESPARTERA 58,18

Total general SECTOR II 63,64

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. TRT < 65%, al límite, como estándar de buen control.

2. Carecíamos de datos previos fiables, pera la cifra absoluta de más de cinco mil pacientes hace pensar en un incremento del control por parte de Atención Primaria y en una disminución por tanto de las derivaciones para cálculo de dosificación.
Se han disminuido de manera importante las extracciones venosas por este motivo

3. Dificultades importantes en la extracción de datos:
fuente de datos: Roche
no puede obtenerse información del cuadro de mandos
el hospital utiliza el sistema GOTA para registro de su actividad.

7. OBSERVACIONES.
Difusión de información a los centros para seguimiento y trabajo individual en las unidades

Como futuro del proyecto, desde el servicio de Hematología se proponen actividades formativas de cara a extender las indicaciones para iniciar TAO desde Atención Primaria, así como centrar el empleo e indicación de ACOD.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1719 ========== ***

Nº de registro: 1719

Título
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Autores:
ALONSO SANCHEZ MARTA, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .:
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR. SECTOR II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Según el estudio FAZAR en 2015, en el Sector II de Zaragoza, la prevalencia de FA en mayores de 40 años, era del 3.38%, y del 1.4% en la población general de nuestro Sector. Además el 25.9% de los pacientes en tratamiento con ACO tienen seguimiento exclusivo en AP y en el 48,7%, no hay buen control. Según el estudio "Perfil clínico-epidemiológico y de tratamiento del paciente con FA atendido en el C.S. Las Fuentes Norte del 2016, se objetiva infratratamiento en el 24% de los casos, con un control subóptimo del 43%,, y un control exclusivo en AP del 34% A nivel nacional, el estudio PAULA aporta cifras similares en el grado de control, pero en relación a lo asumido por AP, supera el 70%.
Por último, el estudio nacional FIATE del 2013, donde se incluyó a nuestra Comunidad, arrojó un bajo seguimiento del TAO, UN 46,8%.
Por todo lo expuesto, planteamos como objetivo fundamental, conseguir un incremento del porcentaje de pacientes con dicumarínicos controlados desde AP.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar la ACO a todos los pacientes con FA con indicación.
Mejorar el control óptimo de los pacientes con ACO cuyo seguimiento se realiza en AP.
Asumir el control de la ACO desde AP, en pacientes con FA y ACO de bajo riesgo.

MÉTODO
1. Formar el grupo de trabajo de ambos niveles asistenciales.
2. Elaborar un documento de consenso.
3. Información del documento a todos los profesionales implicados.
4. Implantación de circuito, tareas y responsabilidades
5. Evaluación del mismo.

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes controlados en AP mediante TAOnet: Objetivo 75%.
2. Porcentaje de pacientes controlados por hematología mediante GOTA. Objetivo 30%.
3. Grado de control de tratamiento en pacientes manejados en AP mediante TRT directo. Objetivo 60%.
4. Porcentaje de pacientes con INR en rango (2-3) en los últimos meses, derivados desde Hematología a AP. Objetivo 95%.

DURACIÓN
1. Formación del grupo de trabajo. Enero 2017
2. Distribución de tareas y responsabilidades. Enero 2017
3. Elaborar la formación a impartir en los EAP. Febrero 2017
4. Solicitar acreditación de las sesiones formativas en los EAP. Enero 2017.
5. Realizar sesiones formativas en EAP Febrero/Junio 2017
6. Seguimiento indicadores del Proyecto. Enero/Junio/Diciembre 2017
7. Valorar la necesidad de nuevas sesiones en los EAP. Julio/Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS PALACIN ARBUES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA MARIA ELENA
ALONSO SANCHEZ MARTA
PASCUAL GUTIERREZ FLOR
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
AZNAR CARBONELL ANGEL
HERNANDEZ MOSTERIN NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Formación de grupo de trabajo multidisciplinar entre profesionales de AP Zaragoza II y el servicio de Hematología del HUMS.
2. Elaborar documento para dar respuesta a AP en el manejo perioperatorio del paciente anticoagulado.
3. Informar del documento a todos los implicados a nivel asistencial.
4. Establecer de forma efectiva la posibilidad de contacto con el Servicio para resolución de problemas a AP y para aminorar la presencia de pacientes de Atención primaria en rango normal controlados desde el servicio
5. Evaluación del mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Existencia de profesionales referentes en TAO en los 21 EAP
- Se constituyó el grupo de trabajo que ha elaborado un documento para AP. Con posterioridad se decidió elaborar un documento de Sector que incluyera pautas normalizadas de actuación sobre el manejo de la anticoagulación en determinados procesos diagnósticos/terapéuticos, tanto para el ámbito extrahospitalario como para el paciente ingresado prequirúrgico. Pendiente de redacción final tras esta extensión, respecto del planteamiento inicial
- Se han controlado en Hematología 2.379 pacientes de Atención Primaria en el último año. Se han remitido a Atención Primaria para su control desde el Servicio más de 300 pacientes en el 2018 con el INR controlado.
- Está instalada de manera estable una dinámica de formación entre el Servicio y los EAP. Este año se han realizado dos cursos (uno para médicos y otros para enfermería) con control de TAO incluidos en el Plan de Formación 2018 (Z2-0212/2018 y Z2-0229/2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Existen dificultades importantes para confrontar los datos desde Atención Primaria y desde Hematología por el hecho de utilizar dos sistemas informáticos diferentes (OMI-AP y GOTA, respectivamente). La integración de sistemas para compartir información mejoraría mucho el proceso asistencial.
- Para este año 2019 se han incluido en el Plan de Formación del año dos cursos (Z2-0224/2019 y Z2-0152/2019)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1719 ========== ***

Nº de registro: 1719

Título
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR EN EL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES CON DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Autores:
ALONSO SANCHEZ MARTA, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1719

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA ANTICOAGULACION ORAL EN LA POBLACION CON FIBRILACION AURICULAR DEL SECTOR ZARAGOZA II: CAPTACION DESDE AP DE PACIENTES DICUMARINICOS CON SEGUIMIENTO EN HEMATOLOGIA

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Según el estudio FAZAR en 2015, en el Sector II de Zaragoza, la prevalencia de FA en mayores de 40 años, era del 3.38%, y del 1.4% en la población general de nuestro Sector. Además el 25.9% de los pacientes en tratamiento con ACO tienen seguimiento exclusivo en AP y en el 48,7%, no hay buen control. Según el estudio "Perfil clínico-epidemiológico y de tratamiento del paciente con FA atendido en el C.S. Las Fuentes Norte del 2016, se objetiva infratratamiento en el 24% de los casos, con un control subóptimo del 43%,, y un control exclusivo en AP del 34% A nivel nacional, el estudio PAULA aporta cifras similares en el grado de control, pero en relación a lo asumido por AP, supera el 70%.
Por último, el estudio nacional FIATE del 2013, donde se incluyó a nuestra Comunidad, arrojó un bajo seguimiento del TAO, UN 46,8%.
Por todo lo expuesto, planteamos como objetivo fundamental, conseguir un incremento del porcentaje de pacientes con dicumarínicos controlados desde AP.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar la ACO a todos los pacientes con FA con indicación.
Mejorar el control óptimo de los pacientes con ACO cuyo seguimiento se realiza en AP.
Asumir el control de la ACO desde AP, en pacientes con FA y ACO de bajo riesgo.

MÉTODO
1. Formar el grupo de trabajo de ambos niveles asistenciales.
2. Elaborar un documento de consenso.
3. Información del documento a todos los profesionales implicados.
4. Implantación de circuito, tareas y responsabilidades
5. Evaluación del mismo.

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes controlados en AP mediante TAOnet: Objetivo 75%.
2. Porcentaje de pacientes controlados por hematología mediante GOTA. Objetivo 30%.
3. Grado de control de tratamiento en pacientes manejados en AP mediante TRT directo. Objetivo 60%.
4. Porcentaje de pacientes con INR en rango (2-3) en los últimos meses, derivados desde Hematología a AP. Objetivo 95%.

DURACIÓN
1. Formación del grupo de trabajo. Enero 2017
2. Distribución de tareas y responsabilidades. Enero 2017
3. Elaborar la formación a impartir en los EAP. Febrero 2017
4. Solicitar acreditación de las sesiones formativas en los EAP. Enero 2017.
5. Realizar sesiones formativas en EAP Febrero/Junio 2017
6. Seguimiento indicadores del Proyecto. Enero/Junio/Diciembre 2017
7. Valorar la necesidad de nuevas sesiones en los EAP. Julio/Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARASA BELLOSTA CRISTINA
ROYO SARTO ANGEL
ZUECO OLIVAN GEMMA
CASTAN RUIZ SILVIA
SERRANO PERIS DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A. CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. CAMBIOS OFERTA SERVICIOS

Actividades: Objetivo: Vía clínica Y Consulta monográfica (agendas…)

1. Reunión con Juan Pérez (Jefe Medicina Interna) Seminario 8.00. Se plantea inicialmente el proyecto de AP, y se insta a la colaboración en términos de formación a AP. (Acta 5 Junio 2018)

2. Reunión con Dr Cebollada HCU . Reunión con el nuevo Jefe de Servicio de MI para retomar lo previamente hablado con el anterior Jefe de MI. Acta 2 Junio 2018 Viernes

3. Reunión con Dr Cebollada, HCU. Nueva reunión tras el periodo de verano y cerrar los detalles y gestión de la formación que se realizará. Acta 26 septiembre 2018 miércoles

4. Nombramiento de 2 referentes médicos y enfermeros para liderar la implementación en el sector. Mayo 2018

5. Formación integral de los referentes en las consultas de insuficiencia cardiaca del HCU. Fecha fijada abril.

B. FORMACIÓN ICC

1. Lunes 18 Junio 12-15 h: Taller de formación “Papel de la enfermería en la Gestión de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca”. Ponente: Raúl Juarez
2. Realización de sesiones clínicas y casos en los EAPs por parte del internista referente en cada uno de ellos. Registro formación EAPs

C. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO

1. Consejo de salud de Sector: Acta 3/18 (30 enero 18)
2. Reuniones con cada EAP para exposición del CP y ACG 2018 (actas y cronograma de reuniones)

A. REUNIONES CON ESPECIALIZADA. RESPONSABLE DAP

• UNIDAD ADMISIÓN HCU

22 enero 18 de 10-11h: reunión con Lola del Pino (Jefe Unidad Admisión), para solicitar datos de alta con diagnóstico de ICC 8CMBD) reagudizada en el año 2017 para ver situación de partida en el Sector.

D. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN IC. RESPONSABLE Sº DE FARMACIA DE AP

Para facilitar la revisión de los tratamientos farmacológicos se han realizado las siguientes actuaciones:
• Remisión a todos los profesionales de los EAP del listado de todos los pacientes crónicos complejos con Insuficiencia Cardíaca (procedente de la extracción de la Dirección General de Asistencia Sanitaria con fecha 30/06/2018) con la relación de medicamentos dispensados a estos pacientes (encriptado)
• Remisión de Información que ayude a la revisión de los tratamientos “Boletín Terapéutico Andaluz (CADIME): Insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria”. que incluye el algoritmo de tratamiento y una tabla con los fármacos no recomendados o desaconsejados en IC-FEVr
• Inclusión de información de apoyo para médic@s de familia y enfermer@s sobre Insuficiencia Cardíaca en nuestra intranet, en Cartera Serv-Protocolos /Directrices Clínicas de Sector/INSUFICIENCIA CARDIACA:
? Guía de atención enfermera (Junta de Andalucía-2017)
? Insuficiencia cardíaca crónica (CADIME-2016)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

? Proceso Asistencial Integrado (Junta de Andalucía-2012)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Nº EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. 14 EAPs han realizado una actividad comunitaria en relación a la IC.
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD. Pendiente de recoger datos CMBD solicitado a HCU. 2,6%
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Pendiente de datos de la extracción
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Pendiente de datos de la extracción.
Control de peso: 26,11% Perímetro abdominal: 9,1% Presión arterial: 75,7%
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
Este indicador no ha podido medirse de OMI, porque se ha modificado el registro con motivo del PCC, por lo que no se puede realizar la extracción.
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. % pacientes en tratamiento con calcio-antagonistas (C08): 19,78%
7 Porcentaje de pacientes crónicos complejos con insuficiencia cardíaca en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. %Pacientes en tratamiento con betabloqueantes (C07): 45,09%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dificultades encontradas:
• Sistemas de información y extracción de datos: no tenemos capacidad técnica para realizar las extracciones de OMI, suponiendo esto una labor de solicitud a servicios de informática externos y en ocasiones accesibilidad complicada.
• Falta de coordinación muy difícil con el servicio de Medicina Interna por causas internas del propio Servicio.

Oportunidades:
• Mejora del sistema de información de la HC recogiendo variables de interés en el proceso de atención a la IC.
• Definición de vías clínicas de atención a la IC entre diferentes ámbitos sanitarios.

Seguimiento del programa en el 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/52 ========== ***

Nº de registro: 0052

Título
CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somo capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.
En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Cambios en la oferta de servicios: definición de una consulta monográfica, modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: PLan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAPs, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona y de sector.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Nº EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. Objetivo: al menos 7 . Fuente de datos: registro actividades comunitarias de los centros

2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD

3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP

4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP

5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia

6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloquenates respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: GPC/Vía clínica: Valoración y adecuación hasta junio 2018.

2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados: Enero-junio 2018

3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. marzo-diciembre 2018

4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018

5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018

6. Comunicación: Reunión EAPs, MI, Consejos de Salud Zona y sector. Reunión EAPs periodo firma de AG. Comuniación MI en todo el periodo del proyecto. Comunicación con Consejos de Salud según reuniones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

planificadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGEL AZNAR CARBONELL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIN MIRANDA ELENA MARIA
ALONSO SANCHEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre la última semana de febrero y el mes de marzo de 2018, se convocó desde la Dirección Asistencial de Atención Primaria a los 21 centros de salud del Sector en grupos de 4 a 6 equipos, con la representación de los respectivos coordinadores médicos y de enfermería.
El motivo fundamental era presentar los resultados del ACG 2017 y las líneas de trabajo del ACG 2018; en el apartado concreto de Proyectos Asistenciales, nos pareció oportuno desde Dirección, utilizar ese cauce para mejorar determinados indicadores de actividad de los centros. Nadie duda que el tabaco como primera causa de mortalidad prevenible y principal factor de riesgo de la EPOC, requiere un esfuerzo mantenido, para mejorar muchos de los problemas de salud que del consumo de tabaco derivan, y especial la EPOC.
La DAP elaboró un Proyecto Asistencial con 7 indicadores con el objetivo de mejorar 3 aspectos básicos: Mejorar el registro y la intervención sobre el tabaquismo, favorecer el registro y aumento de diagnóstico de la EPOC y por último, conseguir una autonomía plena (tanto en material como en habilidades técnicas de realización e interpretación), para la realización de espirometrías fiables en nuestros centros de salud.
El mencionado Proyecto se ofreció a todos los equipos del Sector, para su posible inclusión en sus correspondientes ACG 2018 (con objetivos ajustados a su punto de partida según equipo), se hizo chek-list de comprobación de la existencia de espirómetros en los equipos (subsanándose los problemas de mal funcionamiento y/o necesidades adicionales de aparataje), se favoreció la creación de consultas monográficas de espirometría, de deshabituación tabáquica y de educación grupal de pacientes EPOC para mejorar técnicas de inhalación estilo de vida más saludables.
En las Comisiones Técnico Asistenciales de Sector de Mayo y Octubre de 2018 se presentaron cortes de evolución de indicadores, tanto globales del Sector como por equipos, insistiéndose en que se generalizara el uso del Cuadros de Mandos de actividad global, como base para el análisis de los parámetros de actividad más habituales de los equipos, intentando introducir y/o consolidar la "cultura" de mejora, en base a dicho análisis de equipo.
Se transmitió en el foro antes mencionado, la evolución de las consultas monográficas desarrolladas, ratificándose la existencia de las correspondientes agendas asistenciales como refrendo de actividad efectiva.
A nivel del Plan de Formación del Sector, se incluyeron 2 cursos para refuerzo e impulso de parte del contenido del Proyecto Asistencial: - Curso de Interpretación de las espirometría para médicos de AP, en junio de 2018. - Curso de deshabituación tabáquica, para médicos y enfermería, en septiembre de 2018.
En todo momento, los equipos que se adhirireron al Proyecto, contaron con el apoyo y asesoramiento de la Técnico de Salud de DAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. 8 equipos del Sector II, incluyeron en sus respectivos acuerdos de gestión de 2018, el Proyecto Asistencial propuesto desde la DAP.
2. Se implementaron 3 Consultas Monográficas (CM) en Deshabituación tabáquica en Fuentes de Ebro, Rebolería y Ruiseñores.
3. Se incorporaron 5 CM de espirometrías en Miraflores, Ruiseñores, Parque Roma, Torrero y Torre Ramona.
4. Se crearon 3 CM en educación grupal a pacientes EPOC en Parque Roma, Sástago y San José Sur.
5. Prevalencia de EPOC: 2,35 (Objetivo mayor 3)
6. Porcentaje pacientes fumadores que se les ha realizado intervención tabáquica: 54,58% (>60%)
7. Porcentaje personas mayores o igual a 15 años a las que se les ha preguntado por el consumo de tabaco: 36,75% (>50%)
8. Porcentaje pacientes diagnóstico EPOC y registro de síntomas en último año: 12,88% (>20%)
9. Porcentaje pacientes diagnóstico EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vías aéreas: 6,19% (> 10%)
10. Porcentaje equipos AP con espirómetro y circuito establecido. 100% (100%)
11. Porcentaje espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro 0% (0%)
12. Aumentar implantación consultas monográficas en cuidados de EPOC: 11 (5)

Como fuente de los datos se ha utilizado el Cuadro de Mandos de crónicos del Sector e información proporcionada por la Subdirección de Sistemas de Información del Sector, a la hora de establecer el número de espirometrías realizadas fuera del centro de caracter diagnóstico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valorados los resultados cabe constatar la gran dificultad para aumentar el diagnóstico, o el registro del mismo a nivel de AP. Ni siquiera los centros que incluyeron el Proyecto en sus acuerdos de gestión, han obtenido en general, mejores resultados que aquellos que no lo hicieron, con la salvedad del indicador de intervención en pacientes fumadores, donde 7 de los centros mejoraron sus puntos de partida con respecto a 2017, aunque sin llegar ninguno al objetivo del 60%. Sigue llamando la atención que el infrarregistro sobre consumo de tabaco.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

Hablado con los profesionales, hay un aspecto que surge de manera recurrente: por un lado, la necesidad de que el resultado de la espirometría se integre dentro de la HCE, al igual que ocurre con el EKG digital. Por otro, el comentario de que las espirometría realizadas en AP, en general, no cuenta con el refrendo de la AE, donde suelen repetir la prueba (¿aparatos peor calidad en AP?....¿desconfianza en las técnicas de realización de AP?.....)
Dada la importancia de combatir el tabaco, y poner de manifiesto una de sus consecuencias con más posibilidades de ser detectadas y mejoradas en AP (la EPOC), y dados los pobres resultados alcanzados a nivel clínico, JUSTIFICAN la necesidad de mantener la continuidad del Proyecto, que cuando se implementó, ya éramos conscientes de que tenía unas posibilidades de resultados al medio-largo plazo.
En el lado positivo, verificar la disposición de los EAP para establecer circuitos fiables de realización de espirometrías, así como para crear consultas de caracter monográfico donde reunir a pacientes con patología EPOC y adiestrarles tanto en el uso de los dispositivos de inhalación, como en la mejora del conocimiento de su problema de salud.
A nivel de DAP, tenemos claro que hemos de reforzar el envío de mensajes de seguimiento, como mínimo trimestrales (el primero se envía el mes marzo), e insistir en el uso del cuadro de mandos, para fomentar el análisis y discusión en las unidades clínicas.

7. OBSERVACIONES.
Por último, quizás habría que hacer una reflexión a nivel institucional, de renovar el impulso a la Estrategia de EPOC, que desde 2013, no cuenta con ningún Protocolo actualizado a nivel de CCAA.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/76 ========== ***

Nº de registro: 0076

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
AZNAR CARBONELL ANGEL, LAIN MIRANDA MARIA ELENA, ALONSO SANCHEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La estrategia EPOC es prioritaria para la CCAA. Desde 2011 no se ha producido actualización del documento autonómico que ahora se quiere acometer. La EPOC sigue siendo una patología mal diagnosticada y no bien registrada. Para mejorar esta situación es imprescindible iniciar el camino en AP, basado en primer lugar, en la actuación de dos subprocesos claves en el desarrollo de la EPOC (la detección y prevención del hábito tabáquico y la intervención sobre el mismo), y en segundo lugar, en el correcto diagnóstico clínico y adecuado registro en la historia clínica correspondiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora sobre el principal factor de riesgo de la EPOC (TABACO) tanto en su detección como en la intervención sobre el mismo. A nivel de Sector la evolución de estos indicadores, nos dejan por debajo de la media del SALUD. 11 centros de 21 siguen estando en 2017 por debajo del 50% de intervención.

2. Aumentar el adecuado diagnóstico y registro de EPOC. La razón prevalencia del Sector II es de las más bajas de la CCAA.

3. Estimular la realización de espirometrías y homogeneizar sus circuitos. Conseguir la autonomía plena de todos los centros de salud para la consecución de esta prueba.

4. Fomentar la educación sanitaria al paciente EPOC a través de iniciativas tales como las CM.

MÉTODO
- Difusión a los equipos por parte de la DAP del Proyecto, con reuniones presenciales específicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE EPOC EN ATENCION PRIMARIA

- Actividades de Formación sobre realización y manejo de la espirometría.

- Actividades de Formación sobre deshabituación tabáquica.

- Propaganda activa en los centros con consultas monográficas sobre cuidados de EPOC y/o deshabituación tabáquica, de cara a los pacientes

INDICADORES
- Porcentaje de EAP en los que se ha realizado difusión activa del Proyecto por parte DAP. Objetivo 100%.
- Intervención sobre tabaquismo. SERV 319. Objetivo: Superar el 60% como Sector. (Actualmente el 45,2%). Como mínimo que todos los equipos superen el 50%.
- Detección consumo de tabaco. SERV 319 C. Objetivo: 50%. (Actualmente el 38,9%).
- EPOC síntomas. 11,59% registrado en 2017. Objetivo: 20%.
- EPOC vías aéreas. 6,95% registrado en 2017. Objetivo: 10%.
- Razón Prevalencia EPOC. SERV 307. Objetivo: Superior a 3. (Actualmente 2,31).
- Porcentaje de EAP con espirómetro y circuito establecido. Objetivo 100%.
- Porcentaje de espirometrías de diagnóstico realizadas fuera del Centro de Salud. Objetivo 0%.
- Aumentar implantación Consultas Monográficas en cuidados de EPOC. Objetivo: 5 (Actualmente 3).

DURACIÓN
- 22 febrero-3 Marzo 2018: Difusión activa por DAP Proyecto.
- 1 abril 2018/15 mayo 2018: Actividades formativas
- Junio/Noviembre 2018: Análisis evolución de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FLOR PASCUAL GUTIERREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ RUBIO CONCEPCION
ARAGÜES BRAVO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Se creó en febrero de 2018 un grupo de trabajo multidisciplinar, con la participación de la Coordinadora de fisioterapeutas del Sector, Concha Sanz, el jefe de Servicio de Rehabilitación, Carlos Aragües y la Directora de Enfermería de AP del Sector II, Flor Pascual.
2.Durante tres semanas se liberó de la asistencia a Concha Sanz, para la realización, actualización y revisión de protocolos de Fisioterapia en AP. En esta revisión también participó la fisioterapeuta de Fuentes Norte.
3.Se ha definido una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en las Unidades de AP.
4.Se han elaborado nuevos protocolos consensuados con el Servicio de Rehabilitación de patologías frecuentes: codo, hombro doloroso, rodilla, dolor vertebral, tobillo y pie y muñeca y mano.
5.Los protocolos se han colgado para aumentar la accesibilidad a los profesionales de los EAP en la biblioteca de OMI, en el apartado de "Protocolo de derivación a las unidades de fisioterapia de AP".
6.Con el fin de dar a conocer los protocolos elaborados a todos los profesionales de los EAP del Sector y mejorar los circuitos de derivación, durante los meses de julio a octubre se han realizado sesiones clínicas en los equipos que disponen de Unidad de Fisioterapia que son: Almozara, Fuentes Norte, Sagasta, San Pablo y Torrero. A estas reuniones,además de la coordinadora de fisioterapeutas del Sector y el jefe de Servicio de Rehabilitación, Carlos Aragües, también ha habido representación de la Dirección de AP.
7.Se procedió en agosto 2018 a la contratación de 4 nuevos recursos de fisioterapia, con el fin de mejorar la atención de los usuarios y disminuir la lista de espera de las Unidades.
8. Se han programado en el mes de febrero 2019 sesiones de formación en Valdespartera y Seminario, centros dependientes del Hospital General de la Defensa, donde se contará con los jefes de servicio de Rehabilitación de ambos hospitales.
9.A partir de marzo de 2019 se pretende la extensión de estas sesiones al resto de Equipos del Sector II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores que se habían planteado eran los siguientes:
1.Creación de un grupo multidisciplicar de trabajo; estándar Sí (conseguido).
2.Determinación de una cartera de patología ostemuscular de baja complejidad terapeútica atendida en las Unidades de Fisiotearapia: estándar Sí (conseguido).
3.Difusión de los protocolos de derivación a Fisioterapia y a Rehabilitación: estándar:Sí (conseguido parcialmente en espera de acabar la ronda de difusión por los EAP)
4.Impacto del proyecto sobre el número de derivaciones desde AP a RHB/UME; a través de la base de datos de la explotación mensual de seguimiento del Contrato Programa, el número de derivaciones en el periodo de mayo-diciembre a las unidades de locomotor (trauma+reuma+rehabilitación+UME) ha disminuído de 2028 derivaciones a 1898, lo que supone una disminución del 7% para el total de las especialidades de locomotor. En las especialidades de Rehabilitación y UME no ha habido variaciones.
5.Impacto en la disminución en la demora para primer día por la contratación de nuevos profesionales. Los resultados no son concluyentes,siendo mínima la bajada en días de demora en 2 de los 4 EAP donde se aumentó el recurso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la difusión de los protocolos en el resto de equipos de Sector.
No es concluyente que a mayor número de recursos se disminuya la lista de espera en las unidades, por lo que se cumple que a mayor oferta, mayor demanda.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/84 ========== ***

Nº de registro: 0084

Título
PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Autores:
PASCUAL GUTIERREZ FLOR, SANZ RUBIO CONCEPCION, ARAGÜES BRAVO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El actual circuito de derivación entre AP Y FISIOTERAPIA, y por extensión entre AP y RHB, debe ser mejorado, partiendo de una revisión de los protocolos asistenciales establecidos para patología osteomuscular, para de esta manera aumentar la eficacia de los circuitos de derivación, evitar duplicidades de derivación, fomentar la uniformidad de las pautas de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Reordenar la atención de la patología osteomuscular en nuestro Sector.

2. Optimizar el uso de los recursos disponibles.

3. Mejorar la eficacia y la eficiencia asistencial en este proceso clínico, a través de la coordinación entre AP Y AE.

4. Clarificar las características de los subprocesos que se han de asumir en cada nivel asistencial.

5. Establecer a continuación los criterios de derivación.

6. Potenciar las Unidades de Fisioterapia en AP.

MÉTODO
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Consenso sobre subprocesos de baja complejidad terapéutica para ser asumidos en Fisioterapia de AP.
- Revisión previa de actuales protocolos.
- Valorar actividades de difusión en los EAP para su adecuado cumplimiento.

INDICADORES
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar entre AP y AE. Objetivo: Sí.

- Determinación de una cartera de patología osteomuscular de baja complejidad terapéutica atendida en Unidades de Fisioterapia de AP. Objetivo: Sí.

- Difusión de los Protocolos de derivación a Fisioterapia y RHB desde MFyC. Objetivo: Sí.

- Impacto del Proyecto sobre el número de derivaciones desde AP a RHB/UME. Objetivo: Disminución.

DURACIÓN
- Creación Grupo Trabajo : Marzo 2018

- Revisión y actualización Protocolos actuales: Abril 2018

- Determinación Subprocesos baja complejidad terapéutica: Mayo 2018

- Consenso e implantación definitiva circuitos derivación MF/Fisio/RHB. Junio 2018

- Difusión EAP. Segundo semestre 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0084

1. TÍTULO

PROYECTO DE REORDENACION ASISTENCIAL EN LA ATENCION A LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN AP SECTOR II

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0793

1. TÍTULO

MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA LAIN MIRANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABRIL ZAERA MARIA PILAR
PASCUAL GUTIERREZ FLOR
ALONSO SANCHEZ MARTA
AZNAR CARBONELL ANGEL
PINA GADEA MARIA BELEN
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elección de contenidos de cursos a desarrollar desde el Plan de Formación de Atención Primaria del Sector de Zaragoza II. Responsables Flor Pascual, Ángel Aznar, Marta Alonso y Elena Laín
-Elaboración en marzo 2018 de un calendario para la gestión de las aulas disponibles. Responsable Pilar Abril
-Inclusión imágenes fichas difusión. Realización de de abril a noviembre 2018. Responsable Pilar Abril
-Difusión cursos a los responsables de formación y a los referentes en los EAP mediante correo electrónico. Realización de abril a Noviembre. Responsable Pilar Abril
-Recordatorio a los docentes mediante llamada telefónica. Realización de abril a noviembre. Responsable Elena Laín

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de cursos difundidos con imágenes sobre el total de cursos difundidos: 100% (estándar >90%)
% de actividades formativas gestionadas por medio del calendario creado sobre el total de actividades realizadas: 100% (estándar 100%)
% de alumnos inscritos en cursos sobre el total de plazas ofertadas: 1374/687= 200% (estándar >75%)
% de alumnos que han participado en cursos sobre el total de plazas ofertadas: 607/687= 88,36 (estándar >75%). Este indicador no lo habíamos planteado inicialmente en el proyecto, pero consideramos que es un dato importante a tener en cuenta.
% de actividades formativas que se han ejecutado sobre el total de actividades formativas incluidas en el plan: 100% (estándar <80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de la dificultad que supuso el retraso del inicio de las actividades formativas debido al retraso en la aprobación de los Presupuestos, se ha cumplido el objetivo principal de este proyecto al ejecutarse el 100% del Plan de Formación.
Por otra parte, consideramos que este proyecto ha sido muy útil a nivel interno para la gestión de las aulas. De esta forma hemos podido paliar el problema que supone el escaso número de aulas para formación disponibles en AP de nuestro Sector.

Todas las acciones de mejora realizadas se han incorporado en la sistemática de trabajo del área de formación de AP de este Sector para su realización de manera continua en la ejecución de los años siguientes en el Plan de Formación de este Dirección de AP. Por todo ello damos por finalizado el proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/793 ========== ***

Nº de registro: 0793

Título
MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
LAIN MIRANDA MARIA ELENA, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, PASCUAL GUTIERREZ FLOR, ALONSO SANCHEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0793

1. TÍTULO

MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Formación Continuada es una importante herramienta de actualización y desarrollo de los profesionales sanitarios, cuyo objetivo es la adquisición de los conocimientos, las destrezas y las competencias necesarias para la mejora en el ejercicio de la práctica asistencial. El aprendizaje continuo constituye una pieza clave para perfeccionar el desempeño profesional, permitiendo alcanzar mejores resultados en salud y mejorar la satisfacción de los pacientes.
La Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza II oferta un amplio plan de formación, lo que supone dificultades en relación a la disponibilidad de aulas y docentes y problemas para ejecutar dicho plan. A ello se añade, en algún caso, que el inicio de la ejecución del mismo no coincide con el año natural debido al retraso en la aprobación de los presupuestos lo que lleva a una acumulación de acciones formativas en poco espacio de tiempo

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la difusión cada una de las acciones del Plan de Formación
Facilitar la gestión de aulas
Aumentar el grado de ejecución del Plan de Formación

MÉTODO
Elaboración de un calendario para la gestión de las aulas disponibles
Cumplimentar fichas de difusión de los cursos con imágenes, de manera que sean más atractivas
Realización difusión de las actividades formativas no solo a los responsables de formación de los equipos sino también a los referentes en los equipos de la estrategia relacionada con la formación.
Realizar recordatorio a los docentes previo a la realización de las actividades formativas

INDICADORES
% de cursos difundidos con imágenes sobre el total de cursos difundidos: >90%
% de actividades formativas gestionadas por medio de calendario creado sobre el total de actividades realizadas: 100%
% de alumnos inscritos en cursos sobre el total de plazas ofertadas: >75%
% de actividades formativas que se han ejecutado sobre el total de actividades formativas incluidas en el plan: >80%

DURACIÓN
Elaboración calendario gestión aulas: Marzo
Inclusión imágenes fichas difusión con imágenes: Abril- Junio
Difusión cursos a los responsables de formación y a los referentes en los EAP: Abril-Octubre
Realización recordatorio a los docentes: Abril-Noviembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BELEN PINA GADEA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA MANCHO CARMEN
LAIN MIRANDA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, el Servicio de Farmacia de AP ha desarrollado su compromiso en la optimización del uso de antimicrobianos realizando las siguientes actividades programadas:

1. Participó activamente en la jornada de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA presentando los datos de consumo de antibióticos en atención primaria, tanto a nivel de medicina de familia como de pediatría de los diferentes sectores de Aragón y su comparativa con Aragón y con datos del PRAN, para ello tuvo que consultar la base de datos que contiene todas las recetas facturadas con cargo al SALUD.
2. Ha participado activamente en el grupo PROA-AP autonómico, asistiendo a todas las reuniones convocadas en el año (3 reuniones) y llevando a cabo todas las tareas encomendadas. Dentro de este grupo de trabajo ha estado participando en el diseño de los informes de consumo de antibióticos, así como en la validación de los datos que en el se muestran, lo que ha supuesto numerosas reuniones con la responsable de mantenimiento de la herramienta así como de trabajo en el despacho de revisión y validación de la información.
3. Participación en comisión de infecciones. Durante el año 2018 se llevaron a cabo 10 reuniones de la comisión de infecciones de la que Belén Pina es secretaria de dicha Comisión, lo que supone la redacción de todas las actas así como la convocatoria de todas la reuniones. También se ha participado y coordinado la remodelación de la composición de dicha Comisión de acuerdo a las nuevas directrices de la Instrucción de la DGAS firmada el 13 de Abril.
4. Se ha liderado e impulsado la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II:
a. Durante el año 2018 se ha revisado y elaborado la guía terapéutica autonómica en infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual. También se ha participado en la elaboración de la guía de infecciones respiratorias de vías bajas del HUMS así como de infecciones urinarias del HUMS.
b. Se ha elaborado y difundido un manual donde se recogen las recomendaciones de toma de muestras en AP de acuerdo las recomendaciones establecidas por el servicio de microbiología del HUMS
c. Se ha apoyado a los EAP en la formación relacionada con los principios generales del buen uso de los antibióticos y en la concienciación de los profesionales de preservar el valor terapéutico de los antibióticos.
d. Durante el año 2018, desde el grupo IRASPROA se puso en marcha una campaña de optimización de uso de antibióticos dirigida tanto a los profesionales sanitarios como a los paciente, era un campaña formativa, y de compromiso, mediante la cual los profesionales sanitarios han manifestado su acuerdo de adherirse a los principios del buen uso de los medicamentos.
5. Análisis y seguimiento de indicadores de consumo de antibióticos:
a. Se ha realizado el informe de uso de antibióticos del sector a partir de los datos de facturación de recetas con cargo al SALUD a través de consultas a la base de datos de Farmasalud y posterior procesado de los datos.
b. Se ha realizado el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos a nivel de EAP, pero debido a que la OMS ha definido un nuevo valor de DDD para los principios activos de amoxicilina y amoxi-clavulánico, que ha obligado ha recalcular los datos de consumo. Este recálculo sólo se ha realizado con la información de consumo de antibióticos de 2018, pero no se ha reprocesado la información de años anteriores por los que no se puede analizar la evolución comparativamente con los años 2015-2017. Los datos de 2018 se han comparado con los datos del Sector, Aragón y PRAN, e identificando las posibles áreas de mejora individualizadas de cada EAP.
c. Realizar informes de seguimiento del uso de antibióticos. En Junio y octubre se mostraron a los equipos de atención primaria los datos de los indicadores seleccionados que informan sobre el uso de los antibióticos para que pudiesen ser tenidos en cuenta en la orientación de sus proyectos asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al finalizar el año 2018 los resultados alcanzado han sido los siguientes:

• Elaboración y presentación de ponencia en la jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.
o Objetivo: SI
o Resultado: El día 13 de Abril de 2018 se presentó la ponencia titulada “Indicadores de uso y consumo de antibióticos ¿cómo nos ayudan a entender nuestra situación y dónde debemos incidir?” en la mesa dedicada a Atención Primaria.
• Número de reuniones grupo PROA-AP autonómico:
o Objetivo: Asistencia al 75%
o Resultado: se han convocado 3 reuniones del grupo autonómico PROA AP a las cuales hemos asistido. Asimismo dentro del grupo de IRASPROA-Farmacia hemos asistido a las 8 reuniones que se han organizado con el objetivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

de diseñar y revisar los informes de consumo de antibióticos dirigidos a los profesionales de AP.
• Número de reuniones grupo PROA-AP del sector:
o Objetivo: Convocatoria 4 reuniones/año
o Resultado: Este año se han convocado 8 reuniones que han sido coordinadas por Belén Pina.
• Número de reuniones con los responsables de antibióticos de los EAP.
o Objetivo: 2 reuniones/año
o Resultado: Durante el año 2018 se convocó a los responsables de antibióticos a 2 reuniones, una en junio y otra en octubre. En la primera de ella, se les explicaron los objetivos del grupo PROA del Sector II y del grupo IRASPROA y se les presento el consumo de antibióticos del Sector.
En la segunda de ellas se les explicó la sesión Programa de Optimización de Uso de Antibióticos en Atención Primaria (PROA-AP) para Aragón para que la pudiesen impartir con posterioridad en sus centros, así como la evolución de los indicadores en los equipos del Sector.
• Informe de uso de antibióticos del sector.
o Objetivo: Sí
o Resultado: Se elaboró un informe de consumo de antibióticos que se presentó a la Comisión de Infecciones, al grupo PROA AP SII y a los responsables de antibióticos de los EAPs
• Porcentaje de EAP del Sector que incluyen Proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica.
o Objetivo =50%
o Resultado: En el año 2018, 14 EAPs (63,33%) del sector eligieron un proyecto asistencial ligado al PROA para su inclusión en sus Acuerdos de Gestión Clínica
• Elaboración de informes de seguimiento.
o Objetivo: SI
o Resultado: Se ha realizado un informe de seguimiento de todos aquellos equipos que eligieron el proyecto PROA para su inclusión en los acuerdos de gestión y se envió dicho informe al coordinador médico y al responsable de antibióticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Servicio de Farmacia de AP ha fortalecido su compromiso con el desarrollo de un programa a nivel de Sector que busca la optimización del uso de los antibióticos desplegando actividades a diferentes ámbitos, tanto mediante el desarrollo de herramientas de ayuda (manual de toma de muestras, guías de tratamiento antibiótico empírico, informes de consumo de antibióticos…) como mediante el impulso y la transmisión a los equipos de la preocupación por el desarrollo creciente de resistencias, alcanzándose los objetivos planteados para el año 2018.
El año 2019 se plantea como un año, donde las actividades irán centradas, en la difusión e implantación de las herramientas diseñadas y preparadas, para lo que se planteará un nuevo proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Limitaciones:
La elevada carga de trabajo del Servicio de Farmacia, así como de los profesionales de AP, limita el poder tener un contacto directo con éstos.
También representan una limitación importante los sistemas de información disponibles, que no permiten obtener la información necesaria para el análisis de una forma ágil, ni por el Servicio de Farmacia AP ni por los profesionales sanitarios.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1034 ========== ***

Nº de registro: 1034

Título
PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE ANTIMICROBIANOS EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PINA GADEA BELEN, LABARTA MANCHO CARMEN, LAIN MIRANDA MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antimicrobianos son fármacos especiales y diferentes al resto. Su eficacia en reducción de morbilidad y mortalidad es muy superior a la de otros grupos de medicamentos. Pero, además, dados sus efectos ecológicos, pueden contribuir a la aparición y diseminación de resistencias microbianas.
En los últimos años, el problema de las resistencias bacterianas se ha ido agravando complicando el tratamiento de las infecciones. Para hacer frente a este problema se hace imprescindible el abordaje multidisciplinar mediante la implantación de programas de optimización del uso de antimicrobianos.
A nivel autonómico, la DGAS ha puesto en marcha, el programa IRASPROA (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos), de acuerdo a los principios del Plan Nacional de Resistencia Antibióticos (PRAN).

El Servicio de Farmacia de AP siempre ha manifestado su compromiso con la optimización del uso de antibióticos, participando activamente en la Comisión de Infecciones del Sector, y en estos momentos, además como miembro del grupo autonómico IRASPROA-AP, e impulsando activamente el grupo PROA-AP del sector Zaragoza II.

El sector Zaragoza II, es el sector con la tasa de consumo de antibióticos por receta menor de Aragón, pero desde el Servicio de Farmacia de AP debemos trabajar en la difusión e implementación de todas aquellas estrategias, documentos e iniciativas que se están desarrollando en el grupo PROA-AP Sector II y en el IRAS_PROA-AP y que inciden en la optimización del uso de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar a los profesionales del sector del problema de las resistencias microbianas y de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad hemos de preservar.
- Impulsar la implicación de los EAP mediante la realización de proyectos asistenciales PROA.
- Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II.
- Participar en acciones de actualización del conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos en atención primaria.

MÉTODO
1. Participación en la jornada de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.
2. Participación en el grupo PROA-AP autonómico
3. Participación en comisión de infecciones
4. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza II:
a. Actualización de la guía terapéutica autonómica y posterior difusión entre los profesionales
b. Elaboración y difusión de recomendaciones de toma de muestras en AP
c. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
d. Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA
5. Análisis y seguimiento de indicadores de consumo de antibióticos:
a. Realizar el informe de uso de antibióticos del sector.
b. Realizar el análisis de los indicadores de consumo de antibióticos a nivel de de EAP, estudiando su evolución en los años 2015-2017 y su comparación con los datos del Sector, Aragón y PRAN, e identificando las posibles áreas de mejora individualizadas de cada EAP.
c. Realizar informes de seguimiento del uso de antibióticos.

INDICADORES
• Elaboración y presentación de ponencia en la jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA. Objetivo: Sí
• Número de reuniones grupo PROA-AP autonómico: Objetivo: Asistencia al 75%
• Número de reuniones grupo PROA-AP del sector: Objetivo: Convocatoria 4 reuniones/año
• Número de reuniones con los responsables de antibióticos de los EAP. Objetivo: 2 reuniones/año
• Informe de uso de antibióticos del sector. Objetivo: Sí
• Porcentaje de EAP del Sector que incluyen Proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica. Objetivo =50%
• Elaboración de informes de seguimiento. Objetivo: SI

DURACIÓN
- Marzo-Abril: jornada autonómica de presentación de la estrategia autonómica IRASPROA.
- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP autonómico
- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector
- Abril-Mayo: identificación áreas de mejora individualizadas de cada EAP en el uso de antibióticos
- Mayo: informe de uso de antibióticos del sector
- Mayo-Diciembre: informes de seguimiento del uso de antibióticos a nivel de EAP y de sector.
-Mayo-Diciembre: convocatoria y formación de los responsables de uso de antibióticos de los EAP
-Enero-Diciembre: elaboración y difusión recomendaciones de toma de muestras en AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1034

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE EN AP (PROA) DEL SECTOR ZARAGOZA II

-Mayo-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0691

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MUÑOZ ESCOBAR
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABRIL ZAERA MARIA PILAR
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
MORO LARA FRANCISCO JAVIER
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION
TORRES MARTIN MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se habilitaron máquinas multifunción (copiadora/fax/escaner) en todos los centros de salud.
2. Se codificaron para envío automático a un correo electrónico genérico gestionado desde el servicio de Clientes.
3. Una vez mecanizada la solicitud en el programa correspondiente, se archiva en la red interna corporativa de la Dirección de Atención Primaria identificándola con un número compuesto por la fecha del servicio seguido del identificador que proporciona el sistema con el fin de conocer la trazabilidad de la solicitud en caso de posibles quejas de los usuarios.
4. Se ha abierto una hoja Excel para casos de solicitudes defectuosas que se devuelven a los centros vía correo electrónico, para el seguimiento de la subsanación.
5. Se preparó un puesto de ordenador con dos pantallas para facilitar la tarea de la cumplimentación: en una, se ve la solicitud del correo electrónico y en la otra, el aplicativo para su cumplimentación telemática. del tal manera que al guardar el archivo pdf de la solicitud ya se le puede asignar el identificativo sin necesidad de minimizar el programa.
6. Se ha enviado a admisión de los centros vía correo electrónico un póster con instrucciones para la revisión de la solicitud antes del envío para evitar solicitudes no válidas o defectuosas, que se deberían devolver al facultativo para su subsanación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se proponía un indicador de máquinas habilitadas >15 y se han instalado 18 máquinas multifunción
El indicador de porcentaje de solicitudes tramitadas por mail supera el 90% ya que se han tramitado un total de 4014 solicitudes de las cuales han llegado por fax 139. Por tanto, el 96,54% de las solicitudes se han realizado a través del correo electrónico
Con la instalación y codificación de la máquina multifunción se entregó a cada servicio de admisión un manual de uso de la máquina

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra valoración es muy positiva pues hemos pasado de custodiar y archivar todas las solicitudes en papel por meses, con la dificultad para encontrar alguna si era necesario o a la hora de anular, a tenerlo todo en la red corporativa, a disposición de todos nosotros para consulta.
A la hora de la cumplimentación, es más relajada, puesto que el correo electrónico va entrando en la cuenta genérica, creada al efecto, durante toda la jornada laboral, mientras que anteriormente con el correo interno, sólo se recogían solicitudes en dos momentos puntuales de la mañana, generando un poco de estrés si las solicitudes eran numerosas.
Para la trazabilidad de las historias hay un doble archivo: en cada centro que las registran y archivan físicamente y en el Servicio de Clientes de la Dirección de Atención Primaria que las archiva electrónicamente evitando, al menos, 6 cajas de archivador definitivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/691 ========== ***

Nº de registro: 0691

Título
PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, LAFUENTE DE MIGUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0691

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

SUSANA RAQUEL, MORO LARA FRANCISCO JAVIER, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION, TORRES MARTIN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las campañas de tipo cultural para la reducción del consumo de papel en la administración pública, ofrecen importantes oportunidades en la generación de buenos hábitos en el uso del papel en organizaciones privadas y públicas, lo cual promueve la eficiencia y productividad, reduciendo costos, tiempo y espacios de almacenamiento.

La Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, supone un impulso definitivo a la implantación de la administración electrónica, incorpora y ordena los avances producidos en los últimos tiempos y apuesta por “una administración pública íntegramente electrónica, con cero papel e interconectada” tanto en sus relaciones con los ciudadanos como entre las distintas administraciones entre sí, mejorando la agilidad de los procedimientos administrativos y reduciendo los tiempos de tramitación.

La resolución de 24 de noviembre de 2014, del Director General de Planificación y Aseguramiento, por la que se aprueban las INSTRUCCIONES, sobre gestión de los desplazamientos no urgentes de pacientes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, aprueba las instrucciones sobre gestión de los desplazamientos no urgentes de pacientes, siendo objeto de las mismas establecer el marco organizativo del transporte sanitario no urgente, definiendo el procedimiento, indicaciones para la cumplimentación de los anexos, de la petición informatizada y el circuito de la solicitud.

El Servicio de Clientes de Atención Primaria gestiona las solicitudes de transporte sanitario no programado y no urgente siguiendo el siguiente itinerario: el facultativo solicita, imprime y firma el modelo habilitado en OMI-AP, el personal del servicio de admisión la envía por correo interno (con más de 48 h de antelación al servicio) o por fax al Sº de Clientes, quien la informatiza en la plataforma vía web que compartimos con el Sº de ambulancias y la archiva por fechas. Si la solicitud está incompleta, se devuelve al centro por fax para que se subsane y vuelven a enviarla, con lo que el papel que se genera es doble.

RESULTADOS ESPERADOS
La supresión total del uso del papel para esta gestión.
Adaptación paulatina y progresiva a la ley 39/2015 de “Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas”
La concienciación de los trabajadores del servicio para llegar al cero papel no sólo en esta gestión sino ampliarlo de manera paulatina a otras áreas de trabajo del servicio.

MÉTODO
Para implementar el uso de papel cero en el servicio, se establece el nuevo circuito de tramitación:
- Se habilitan las máquinas multifunción de todos los centros de salud para que puedan escanear documentos y de manera automatizada envíen por correo electrónico en formato “pdf”.
- Se codifican numéricamente los correos electrónicos necesarios para el proceso.
- Desde el servicio de admisión se enviará la solicitud escaneada
- En el Sº de Clientes mecaniza los datos de la solicitud en el programa informático habilitado
- El fichero en formato “pdf” se guarda en la red interna corporativa de la dirección de atención primaria identificándola con la fecha del servicio-nº identificativo del programa.
- Las solicitudes incompletas, se reenvían por correo electrónico al centro correspondiente y se registran en Excel con la fecha del servicio, el centro, la identificación del usuario, para controlar la subsanación.

INDICADORES
- Número de máquinas multifunción habilitadas para escanear y enviar documentos por correo electrónico. > 15
- Nº solicitudes tramitadas por mail / Nº total de solicitudes * 100 = >90 %
- Elaboración de un manual de uso de la máquina multifunción Si/No

La fuente de los datos es el propio correo (ambulancias cumplimentadas) y el archivo electrónico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0691

1. TÍTULO

PAPEL CERO EN LA GESTION DEL TRANSPORTE SANITARIO NO PROGRAMADO Y NO URGENTE EN EL SERVICIO DE CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

DURACIÓN
Duración
Un año: envío de correo a los responsables de admisión de los centro para indicarles el nuevo procedimiento.
Puesta en marcha de la impresora multifunción codificada. Posibles mejoras intermedias y evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MILAGROS DE RODRIGO GARCIA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION
MORO LARA FRANCISCO JAVIER
TORRES MARTIN MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han desarrollado las siguientes actividades:
1. El proyecto se ha realizado con las quejas que han presentado los usuarios en los Centros de Salud o presencialmente en el Área de Clientes de Atención Primaria Sector Zaragoza II, posteriormente se han registrado en la Base de Datos “Lanuza” del Departamento de Sanidad-Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.
2. Estos datos se han exportado a una tabla Excel para elaborar los informes, y una vez convertidos en formato PDF, se remiten al correo electrónico de los Coordinadores de los Centros de Salud y al equipo directivo de Atención Primaria.

3. A partir de estos datos:
? Cada mes se ha realizado un informe de las quejas que se han tramitado desde esta Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza II, detallado por Centros de Salud, reflejando el tiempo de respuesta al usuario (si es > o < de 30 días), las que están pendientes de responder y si la respuesta enviada al usuario ha sido modificada o no por la Dirección.

? Cada trimestre además, se ha realizado otro informe complementario con información de las quejas clasificadas por motivos y profesionales aludidos por los usuarios en sus quejas.

? Estos informes se han enviado por correo electrónico a todos los Coordinadores de los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud y al equipo directivo de Atención Primaria, para su conocimiento y los efectos oportunos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º) Porcentaje de quejas con respuesta por escrito:

El nº total de quejas presentadas en el Registro de Atención Primaria desde el 01/01/2018 al 31/12/2018 y registradas en la base de datos Lanuza del Departamento de Sanidad han sido de 561 quejas.
Fecha final para recabar información para la elaboración de los datos y porcentajes: 28/02/19.
En base a estos datos tenemos los siguientes indicadores:
-Respuestas por escrito al usuario: 558 quejas, es decir el 99,47 %
-Pendientes de contestar por la Dirección de A.P.: 3 quejas, es decir el 0,53 %

El objetivo era el 95 %.

2º) Quejas con respuesta por escrito en tiempo (menos de un mes)
Para elaborar este indicador se ha tomado como referencia la fecha del registro de entrada de la queja en el Área de Clientes y la fecha de contestación al usuario una vez revisadas por la Dirección.
Datos obtenidos:

-Respuesta por escrito >30 días: 176 quejas, es decir 32 %
-Respuesta por escrito < 30 días: 387 quejas, es decir 68 %

El objetivo era de un 75 % de quejas con respuesta al usuario menor de 30 días.

3º) Quejas con propuesta de respuesta del Coordinador de EAP aceptada:

De un total de 558 quejas con respuesta al usuario:

-El 61 % (343 quejas) no ha sido aceptada la propuesta del Coordinador, siendo contestada por la Dirección de Atención Primaria.
-El 39 % (215 quejas) se ha aceptado y enviado al usuario la propuesta del Coordinador.

El objetivo era conseguir el 60 % de propuestas del Coordinador aceptadas. Este año ha sido el 39 %, lo que ha supuesto mayor trabajo para la Dirección y para el Área de Clientes al tener que elaborar otra respuesta mas adecuada a las quejas interpuestas por los usuarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

4º) Nº informes trimestrales enviados a los Coordinadores E.A.P. y Dirección de Atención Primaria:

Enviados por correo electrónico a cada Coordinador de los Centros de Salud y al equipo directivo de Atención Primaria.

Fechas envío: 1º trimestre: 20/04/2018

2º " : 26/07/2018

3º " : 23/11/2018

4º " : 21/01/2018

El objetivo era > 4.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez realizado y valorado el proyecto podemos sacar las siguientes conclusiones:

-Pertinencia del proyecto:
Creemos que desde el Área de Clientes se ha conseguido que todos los destinatarios (Coordinadores de Centro de Salud y Dirección de Atención Primaria) hayan dispuesto de una visión de conjunto de todos los motivos y de los profesionales objeto de las quejas para poder extraer conclusiones y procurar mejoras.
También que el 99,47 % de las quejas hayan sido respondidas por escrito a los usuarios.

-Sostenibilidad del sistema:
Se han utilizado los medios adecuados para alcanzar los objetivos, es decir se han empleado los medios telemáticos disponibles como es la base de datos Lanuza, tablas Excel y el correo electrónico para enviar los informes, contribuyendo al "papel cero" y sin ningún coste económico adicional.

-Efectividad:
Aunque se han respondido el 99, 47 % de las reclamaciones interpuestas por los usuarios, se debe mejorar el tiempo de respuesta, establecido en un mes, y que por causas ajenas al Área de Clientes no ha podido ser cumplido el objetivo establecido para este año.
También creemos que para que este proyecto sea más efectivo se deben incluir indicadores que permitan medir las medidas adoptadas, tanto por los Coordinadores de los Centros de Salud como por parte del equipo directivo de Atención Primaria, respecto de las quejas interpuestas por los usuarios.

CONCLUSION: creemos que este proyecto es viable y es útil para favorecer la participación y conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios sanitarios, también permite conocer el estado de tramitación de las quejas, tanto a los Coordinadores como al equipo directivo de Atención Primaria, contribuyendo a la adopción de medidas que promuevan la mejorar continua de los mismos.

Por ello, dado que este año se han cumplido los objetivos parcialmente, nos emplazamos para hacer mejoras el próximo año, como son las siguientes:

-Mejorar el tiempo de respuesta a las quejas interpuestas por los usuarios.
- Proponer a la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios que efectúen correcciones en la Base de Datos Lanuza teniendo en cuenta las características de Atención Primaria ya que requiere unos apartados específicos, que nos facilite la exportación de datos, necesarios para establecer los indicadores que nos permitan efectuar mejoras en la calidad asistencial de la Atención Primaria, como es el codificar el tipo de resolución, es decir, la toma de medidas adoptadas en relación con las quejas interpuestas por los usuarios.

7. OBSERVACIONES.
Desde el área de Clientes hemos encontrado dificultades para exportar los datos de la Base de Datos Lanuza que es la establecida por la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios para el registro de todas las quejas de los usuarios:

1º-. Atención Primaria tiene unas particularidades diferentes a la Atención Especializada que requiere apartados específicos en la Base de Datos Lanuza para que la exportación de los datos permita establecer indicadores concretos de la actividad asistencial de la Atención Primaria.

2º-. Nos parece importante establecer una codificación en la Base de Datos Lanuza respecto a la resolución adoptada en las quejas interpuestas por los usuarios que permita valorar la toma de medidas que se han realizado en los Centros de Salud o por la Dirección de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

*** ========== Resumen del proyecto 2018/738 ========== ***

Nº de registro: 0738

Título
GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION, MORO LARA FRANCISCO JAVIER, TORRES MARTIN MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ley 6/2002 de 15 de abril, de Salud de Aragón reconoce el derecho de los destinatarios de los servicios de salud a presentar quejas y sugerencias y a utilizar las vías de reclamación en los plazos previstos.
Quejas: Son los escritos formulados por cualquier usuario, aunque sea diferente del directamente afectado, en los que se ponga de manifiesto su disconformidad por las actuaciones en el ámbito de los servicios sanitarios o por su insatisfacción con la atención recibida: demoras, desatenciones, u otras anomalías en el funcionamiento de los servicios prestados por la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón en el ámbito sanitario.
La percepción que tienen los ciudadanos como usuarios de los servicios de salud y su opinión sobre los mismos, nos puede ayudar a mejorar nuestros servicios y a orientar nuestras actuaciones, de modo que se puedan mejorar las expectativas de los usuarios.
En este sentido la Ley 5/2013 de 20 de junio de calidad de los Servicio Públicos de la Administración de la Comunidad de Aragón recoge los principios de funcionamiento de las instituciones públicas como son: eficacia, eficiencia en la asignación y en la utilización de los recursos públicos, planificación, gestión por objetivos y control de los resultados, acercamiento de la Administración pública a los ciudadanos y transparencia y publicidad de la actuación administrativa que están directamente vinculados el concepto de calidad y mejora continua de la Administración Pública.
En este contexto, las quejas, se configuran como un mecanismo de gran utilidad para favorecer la participación y conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios sanitarios, facilitando la adopción de medidas que promuevan la mejora continua de los mismos.
Se establece que el responsable de la unidad u organismo competente sobre cuyo funcionamiento se haya formulado la sugerencia o queja dará contestación a la misma en el plazo de un mes.
Creemos que las quejas pueden entenderse como una expresión formal de un conflicto entre el sistema sanitario y los usuarios, que de alguna manera ven frustradas las expectativas que en el tenían depositadas.

Pueden ser utilizadas para tratar de identificar los aquellos problemas que tienen importancia para los usuarios y establecer las medidas de corrección que consideren oportunas por parte de los responsables de la gestión sanitaria.

También constituyen un mecanismo permanente y eficaz para detectar y corregir los problemas que en ellas se plantean.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
.
Conseguir que todas las reclamaciones presentadas por los usuarios sean contestadas en tiempo y forma. Mejorar los plazos de resolución de las reclamaciones por parte de los Coordinadores E.A.P. de los Centros de Salud o del Equipo de Dirección de Atención Primaria, según corresponda.

Objetivos secundarios:

Disponer de una visión de conjunto de los motivos por los que reclaman los usuarios y de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0738

1. TÍTULO

GESTION DE QUEJAS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS CENTROS DE SALUD

objeto de los quejas para poder extraer conclusiones y procurar mejoras.
Facilitar un tiempo de reflexión, tanto para los Coordinadores como para la Dirección de Atención Primaria que permita conocer los conflictos expresados por los usuarios y dar una respuesta a sus necesidades y expectativas.

MÉTODO
-Envío mensual al equipo directivo de Atención Primaria y a cada Centro de Salud, un informe de las quejas que ha sido tramitadas a través del Área de Clientes, reflejando el tiempo de respuesta al usuario (si es < ó > de un mes), las que están pendientes de responder o faltan informes y si la respuesta ha sido modificada o no por la Dirección.

- Envío trimestral de un informe al equipo directivo de Atención Primaria y a cada Centro de Salud, con información clasificada por motivos, profesionales, fechas y estamento que son aludidos en las quejas de los usuarios.

INDICADORES
1) % Quejas con respuesta por escrito

Nº reclamaciones contestadas
----------x 100
Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 95%
2) % Quejas con respuesta por escrito en tiempo (menos de un mes)
Nº reclamaciones contestadas > 30 días
----------x 100
Total de centros de salud del sector II de Zaragoza
Objetivo 75%

3) % Quejas con propuesta de respuesta del coordinador del EAP aceptada

Nº respuestas aceptadas
----------x 100
Total de reclamaciones

Objetivo 60%

4) Numero de informes trimestrales enviados a los Coordinadores E.A.P. y D.A.P.:
Objetivo: >4

DURACIÓN
1 año, evaluación semestral y final al año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1545

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA MILAGROS DE RODRIGO GARCIA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABRIL ZAERA MARIA PILAR
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE
MORO LARA JAVIER
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reunión explicativa con los responsables de admisión de los equipos de AP.: 19/10/2017
-Difusión a los profesionales de los Centros de Salud de nuestro sector sanitario la información relativa a los requisitos que son necesarios para poder solicitar el acceso a la documentación clínica. A partir del 23/10/2017 los responsables de admisión de los Centros de Salud informan al resto de compañeros del Equipo.

-Envío de los formularios de acceso a la documentación sanitaria, para la cumplimentación de los intere en los Centros de Salud, el mismo día 23/10/2017 se envían por correo electrónico los formularios diseñados y consensuados a los responsables de admisión en formato pdf y open office. En el reverso del formulario se incluyen los requisitos para ejercitar el derecho de acceso a la documentación clínica por parte de los usuarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) % Centros de Salud a los que se ha enviado información y documentación sobre la solicitud de acceso a documentación clínica

Centros de salud a los que se ha enviado información y documentación
----------x 100
Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 75%
RESULTADO OBTENIDO: 100 %

2) % de solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario
----
Total de solicitudes tramitadas

Objetivo 60%
RESULTADO OBTENIDO: 70 %
La implementación en los Centros de Salud se ha realizado en el último trimestre del 2017, por lo que que hay Centros de Salud que han alcanzado el 100 % del objetivo y otros que no ha sido posible medir este objetivo por no haber solicitudes.

3) % de tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado
----
Total de tramitaciones desde los centros de salud
Objetivo: 60%
RESULTADO ALCANZADO 100 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental mejorar la accesibilidad de los usuarios para estos trámites evitando desplazamientos innecesarios, sobre todo en el ámbito rural.
Se ha consensuado un único formulario de solicitud de datos de acceso a la historia clínica que incluye requisitos específicos en Atención Primaria y facilitar a nuestros profesiones los datos para tramitar las solicitudes.
Se ha facilitado a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II la normativa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1545

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

aplicable para cada solicitud, así como los requisitos necesarios para el ejercicio de los derechos ARCO, de manera sencilla, concreta y precisa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1545 ========== ***

Nº de registro: 1545

Título
MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

Autores:
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, MORO LARA JAVIER, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Agilizar trámites administrativos y facilitar conocimiento de la normativa aplicable para ejercitar derechos
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años se ha producido un aumento en la demanda de los accesos de la documentación clínica de los Centros de Salud. Al ser datos personales y relativos a la salud de los pacientes son confidenciales y están sujetos a un régimen de protección regulado en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Estos derechos son personalísimos y son ejercidos por el propio afectado para solicitar copia de su historial (para aportar a los seguros médicos ó temas legales), solicitudes de acceso a la historia de menores (en procesos de divorcio) y solicitudes de acceso de pacientes fallecidos (seguros de vida). Cada una de estas tres solicitudes precisa aportar una documentación específica. En la actualidad la información, los trámites y la entrega de la historia clínica se realizan en la Unidad de Clientes de Atención Primaria de Sector II Zaragoza. Por otro lado, también existen situaciones en las que hay que rectificar un episodio de la historia electrónica por ser erróneo, ó que el interesado pueda ejercer su derecho a la oposición ó cancelación de un dato de su historial.
En definitiva, se trata de hacer efectivo los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (derechos ARCO) de los usuarios de los Centros de Salud del Sector II de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
El objetivo principal de nuestro proyecto es establecer un procedimiento que sea ágil y operativo para tramitar las solicitudes, tanto para los usuarios como para los profesionales de los Centro de Salud, para hacer efectivo el ejercicio de los derechos ARCO.

Una manera de facilitar la accesibilidad a los usuarios que deseen ejercitar sus derechos, es entregarles las solicitudes e informar de los documentos que tienen que aportar en los Centros de Salud, evitando desplazamientos del usuario a la Unidad de Clientes simplemente para cumplimentar la solicitud. Posteriormente, la entrega de la documentación sí que se realiza en esta unidad ya que es necesario tener constancia de la misma en el registro (en los Centros de Salud no hay registro)

Objetivos secundarios:
-Facilitar a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II la normativa aplicable para cada solicitud, así como los requisitos necesarios para el ejercicio de los derechos ARCO, de manera sencilla, concreta y precisa.
-Facilitar a los profesionales de admisión de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II un modelo de solicitud normalizado y adaptado a las características de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1545

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CIRCUITO DE ACCESIBILIDAD A LA DOCUMENTACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA II

MÉTODO
-Reunión inicial explicativa con los responsables de admisión de los equipos de AP.
-Difundir a los Centros de Salud de nuestro sector sanitario la información relativa a los requisitos que son necesarios para poder solicitar el acceso a la documentación clínica.
-Facilitar de una forma clara y precisa a los profesionales del Servicio de Admisión de los centros de salud los formularios de acceso a la documentación sanitaria a los que acompañará la documentación que tiene que aportar el usuario.

INDICADORES
Indicador:
1) % Centros de Salud a los que se ha enviado información y documentación sobre la solicitud de acceso a documentación clínica

Centros de salud a los que se ha enviado información y documentación
----------x 100
Total de centros de salud del sector II de Zaragoza

Objetivo 75%

2) % de solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario

Solicitudes tramitadas desde los centros de salud sin desplazamiento inicial de usuario
----
Total de solicitudes tramitadas

Objetivo 60%

3) % de tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado

Tramitaciones desde los centros de salud con la documentación acreditativa y el impreso correctamente cumplimentado
----
Total de tramitaciones desde los centros de salud
Objetivo: 60%

DURACIÓN
1 año, evaluación semestral y final al año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1598

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MUÑOZ ESCOBAR
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CLIENTES DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORO LARA JAVIER
DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS
LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL
PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION
ABRIL ZAERA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1 Desde el Departamento de Clientes de Atención Primaria, Sector Zaragoza II, hemos puesto en marcha un procedimiento operativo para el buen control y efectividad en la Gestión de Identidades en Atención Primaria. Se ha planteado a los Coordinadores Médicos, Responsables de Enfermería y Responsables de Admisión de los 21 Centros de Salud de nuestro Sector, la necesidad de utilizar el correo electrónico para hacer constar e informarnos adecuadamente de las altas y bajas de los trabajadores que de manera eventual o fija, necesitarán los accesos a las aplicaciones informáticas de nuestro Sector.

Deberán detallar en el correo, los datos personales de cada nuevo profesional:

- Nombre y Apellidos
- DNI
- Categoría Profesional
- Centro de Salud en el que va a trabajar
- Vigencia del acceso, en función del tiempo de trabajo
- Necesidad de acceso VPN, si corresponde a un Centro de Salud Rural.

2 Elaboración de un procedimiento operativo de la Gestión de identidades en AP, incluyendo en el desarrollo el proceso y el flujograma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha elaborado un flujograma del circuito de Gestión de Identidades y como respuesta a éste proyecto, hemos podido hacer una primera evaluación, obteniendo un resultado del número de solicitudes correctamente informadas del 95%, esto nos ha permitido crear un registro de altas y bajas de todos los trabajadores que nos solicitan los accesos en la Gestión de Identidades de nuestro Sector.
La duración del proyecto es anual, revisable al semestre.
No es necesario ningún recurso, tan sólo el correo electrónico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está formado por todos los miembros del Departamento de Clientes y colaboradores del proyecto, por lo que no ha sido necesario informar sobre el mismo. La totalidad del equipo considera muy buena, la elaboración del proyecto con unos resultados muy favorables para conseguir nuestros objetivos, que son los de ofrecer a nuestros trabajadores una gran efectividad y rapidez a la hora de obtener los accesos para el desempeño de sus tareas.
Hemos aprendido, que será necesario mantener un recordatorio trimestral a través del correo electrónico, a todos los responsables de cada Equipo y así, poder mantener el circuito correcto en la Gestión de Identidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1598 ========== ***

Nº de registro: 1598

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
MUÑOZ ESCOBAR MARIA JOSE, MORO LARA JAVIER, DE RODRIGO GARCIA MARIA MILAGROS, LAFUENTE DE MIGUEL SUSANA RAQUEL, PIÑEIRO ADAN MARIA CONCEPCION, ABRIL ZAERA MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1598

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE LA GESTION DE IDENTIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE ZARAGOZA II

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Clientes de Atención Primaria gestiona los accesos a las aplicaciones informáticas de los trabajadores de los centros de salud y se habilitan roles de trabajo para el personal en función de su categoría profesional y equipo de atención primaria, tanto de nueva incorporación como cuando hay movimientos internos entre el personal del SALUD e incluso de otros Departamentos del Gobierno de Aragón. La comunicación de altas, se produce casi siempre por teléfono, con la consiguiente falta de seguridad, ya que se está habilitando a un usuario el acceso a información sensible, protegida por la Ley Orgánica15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS ESPERADOS
El servicio de clientes es el referente en la gestión de identidades y quien resuelve o gestiona cualquier problema de permisos de acceso a las aplicaciones informáticas de los trabajadores de atención primaria del sector II
Con este proyecto se pretende habilitar un circuito común para todos los centros de nuestro sector por el que el responsable (coordinador médico, enfermería, admisión) solicite por correo electrónico al servicio de clientes las altas, para evitar deficiencias de seguridad y que los roles estén adjudicados con antelación al inicio de la actividad en cada centro y, de la misma manera, cuando cause baja en el centro de trabajo se le deshabilite al trabajador los roles asignados. Así, tendremos un buen control sobre los accesos a la información para aquellas personas que no se encuentren en activo.
Que los trabajadores tengan los accesos pertinentes a las aplicaciones informáticas en su centro de salud desde el primer día de trabajo.

MÉTODO
Elaborar un flujograma del circuito de solicitudes de acceso y un registro de solicitudes interno del servicio.
Se enviará a cada uno de los responsables de los centros un correo electrónico recordándoles la necesidad de información sobre incorporaciones, sobre todo en época de mayor afluencia de sustitutos, información que debe contener identificación, DNI, categoría profesional y un teléfono de contacto del usuario a incorporar por correo electrónico. En casos urgentes la comunicación se hará por parte del responsable por vía telefónica.
Desde el servicio se accede como administrador al Directorio Electrónico Único (DEU) del Servicio Aragonés de Salud, se da el alta o se modifica la situación del usuario y desde el aplicativo “Identity Manager” (IDM) se habilitan los roles de trabajo y se restringen los de otros sectores sanitarios si procede, además de poder modificar y resetear la contraseña de acceso que será la misma para todas las aplicaciones que se le asignen según la categoría profesional.
Seguidamente y sólo para todo el personal sanitario, a través la INTRANET del Sector, habilitaremos el acceso a las historias clínicas de los pacientes.

INDICADORES
Elaboración del flujograma del circuito de gestión de identidades. SI/NO
Elaboración del registro de solicitudes del Servicio de Clientes. SI/NO
Nº de solicitudes correctamente informadas a través del correo electrónico/Nº total de altas >60%

DURACIÓN
Un año, revisión semestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0308

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA BELEN PINA GADEA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA
PALACIN ARBUES JUAN CARLOS
PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la actualización del procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos en los centros de salud del sector Zaragoza II por parte del Servicio de Farmacia se facilitó el material y se realizó su difusión activa entre todos los profesionales. Para ello se colgó dicho procedimiento en la intranet para facilitar su consulta, y se realizaron envíos directos del procedimiento a los correos electrónicos institucionales de los/as coordinadores médicos de los centros de salud y de los/as responsables de enfermería. Todos ellos encargados de transmitir la información generada.

Para el seguimiento y la evaluación de la estrategia implantada, las farmacéuticas de Atención Primaria del sector Zaragoza II realizaron una revisión de los botiquines de todos los centros de salud del sector. En dicha revisión se valoró la adhesión de los equipos de Atención Primaria al procedimiento operativo, la adecuación de los botiquines (stock, almacenamiento, control de caducidades, hojas de registro…), se detectaron cuales eran los puntos débiles y donde se encontraban los problemas de cumplimiento (si los había). La revisión incluyó los botiquines de medicamentos, la sala de urgencias, el carro de paradas, el maletín de urgencias y las neveras con dotación de fármacos de cada uno de los centros de AP del sector.

En la actualización del procedimiento de control y gestión de medicamentos, además de revisar y actualizar los contenidos, se incluyó un nuevo anexo que describe la correcta conservación y manipulación de los envases multidosis, cuestión que más dudas o errores provoca en los profesionales que los manejan. También se facilitaron etiquetas identificativas para señalizar los fármacos dentro del almacén del centro.

Mientras se llevaba a cabo la revisión de los botiquines se comentaban todas aquellas desviaciones o anomalías detectadas directamente con los profesionales implicados, y sobre todo se aprovechaba para resolver cualquier tipo de pregunta o duda que los profesionales formularan, proporcionando cualquier tipo de información que fuera requerida.

Una vez finalizada la revisión desde el Servicio de Farmacia de AP se procedía a rellenar un informe “Auditoria de los botiquines de medicamentos de los centros de Salud”, el cual inmediatamente se remitía a los coordinadores médicos y responsables de enfermería para su conocimiento e identificando todas aquellas propuestas de mejora que fueran oportunas.

Cronograma:
Fecha de inicio: Octubre de 2016.
Revisión inicial de los botiquines en los centros de salud: Octubre a Diciembre de 2016.
Enero a Marzo 2017: Revisión y actualización del “Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo” (PO-02_Z2(P)E).
Revisión de seguimiento de los botiquines:

EAP	2017
ALMOZARA	05/10/2017
CAMPO DE BELCHITE	03/11/2017
CASABLANCA	21/12/2017
FDO CATOLICO	27/04/2017
FUENTES DE EBRO	31/10/2017
FUENTES NORTE	26/10/2017
SAGASTA MIRAFLORES	20/04/2017
SAGASTA RUISEÑORES	20/04/2017
PARQUE ROMA	31/10/2017
PUERTA DEL CARMEN	24/01/2017
REBOLERIA	19/01/2017
SAN JOSE CENTRO	16/11/2017
SAN JOSE NORTE	16/11/2017
SAN JOSE SUR	26/10/2017
VENECIA	26/10/2017
SAN PABLO	16/03/2017
SASTAGO	11/09/2017
SEMINARIO	19/01/2017
TORRE RAMONA	14/09/2017
TORRERO	22/11/2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0308

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

VALDESPARTERA 07/09/2017

Los responsables de la revisión de los botiquines fueron: Belén Pina Gadea y Cristina Gómez Baraza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se revisaron el 100% de los depósitos de medicamentos de los centros de salud del Sector Zaragoza II por parte del Servicio de farmacia del Sector Zaragoza II.

Todos los equipos se adhirieron al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y Productos Sanitarios, aunque se encontraron algunas desviaciones:

En el 33,3% de los centros se detectaron >5 medicamentos caducados.

En el 23,8% de los equipos se detecto algún problema en la dotación de medicamentos con respecto a las recomendaciones, generalmente por un stock excesivo.

También se percibió una elevada variabilidad en cuanto a la identificación de la apertura de los envases multidosis. Este hecho queda resuelto con la última incorporación al documento del anexo de conservación de envases multidosis, el cual ha sido muy bien valorado entre los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque todos los centros de Atención Primaria conocen y se adecuan al “Procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo” hay que seguir insistiendo en la importancia de realizar revisiones sistemáticas mensuales de los botiquines, para evitar incidencias.

A todos los centros se les recomendó que utilizaran un formato específico para el control de caducidades estructurado por meses y años, de tal forma que cada mes solo tuvieran que buscar aquellos medicamentos apuntados en la lista. Ello supone un mayor esfuerzo al comenzar a utilizar este sistema, y cada vez que se recepciona un pedido nuevo en el centro, sin embargo implica una mayor rapidez a la hora de identificar los medicamentos caducados o próximos a caducar sin tener que revisar todos y cada uno de los fármacos del centro.

Los resultados de este proyecto han estado supeditados a la colaboración de los equipos de Atención primaria.

Por último, indicar que se van a hacer llegar a los equipos de AP una serie de etiquetas con las leyendas “Próximo a caducar”, “Fecha de apertura”, “Nevera” para facilitar la identificación de todos aquellos fármacos con características a tener en cuenta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/308 ========== ***

Nº de registro: 0308

Título
REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
PINA GADEA MARIA BELEN, GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA, PALACIN ARBUES JUAN CARLOS, TOBAJAS SEÑOR EVA MARIA, PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN, AZNAR CARBONELL ANGEL, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Afecta a todas las patologías, en cuanto trata de garantizar la disponibilidad de los fármacos necesarios para atender las urgencias sanitarias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0308

1. TÍTULO

REVISION Y SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA II

Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los servicios farmacéuticos de las estructuras sanitarias de Atención Primaria son los encargados de prestar atención farmacéutica a la población y de desarrollar las funciones y actividades relacionadas con la utilización de los medicamentos, orientadas al uso racional de éstos, reconociéndose como una de sus funciones, la adquisición, almacenamiento, custodia, conservación y dispensación de aquellos medicamentos y productos sanitarios que deban ser aplicados dentro de los centros de Atención Primaria y de aquéllos para los que se exija una particular vigilancia, supervisión y control, según se establece la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
En todos los centros de Atención Primaria del Sector II se dispone de botiquines de medicamentos cuya dotación permite cubrir las emergencias vitales, tratar problemas de salud que requieran atención inmediata y disponer de medicamentos y productos sanitarios en los que la asistencia sanitaria requiera su dispensación en el centro.
En algunos centros de Atención Primaria del Sector Zaragoza II se ha implantado un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 9001:2008, adaptándose a los requisitos establecidos en dicha norma la gestión de los botiquines, que han implantado el Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo.
En aquellos equipos de atención primaria en los que no se ha implantado un sistema de gestión de la calidad existe mayor variabilidad en cuanto al grado de adherencia al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Tras la actualización del procedimiento operativo de control y gestión de medicamentos en los centros de salud del sector Zaragoza II se pretende:

- Mejorar la adhesión de todos los equipos de atención primaria del sector al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo
- Garantizar la disponibilidad y el correcto almacenamiento de los medicamentos del botiquín.
- Sistematizar la revisión y el control de puntos críticos de la asistencia sanitaria de urgencia, tales como el carro de paradas y el maletín de urgencias.
- Garantizar la adecuada accesibilidad de los pacientes a los medicamentos cuya dispensación corresponda a los centros de salud.

MÉTODO
- Revisión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo.
- Revisión de la adecuación de los botiquines al procedimiento operativo.
- Detectar posibles puntos débiles o problemas en su cumplimiento.
- Proporcionar información y formación específica a los profesionales de los equipos implicados en la gestión de los botiquines.
- Seguimiento y evaluación de la estrategia implantada

INDICADORES
- Valorar la adecuación de los botiquines al Procedimiento Operativo de control y gestión de los medicamentos y productos sanitarios en los centros de salud y unidades de apoyo inicialmente y tras un año después de su implantación:
% de equipos en los que se detecta problemas en la adherencia a las recomendaciones del procedimiento.
- Valorar la adecuada dotación en cuanto a medicamentos tanto del botiquín, del carro de paradas como del maletín de urgencias así como su correcta revisión.
% de equipos en los que se detecta problemas en la dotación de medicamentos respecto a las recomendaciones

DURACIÓN
Fecha de inicio: Octubre 2016
Revisión de los botiquines:
Revisión inicial de los botiquines de los centros de salud: Octubre a Diciembre de 2016.
Revisión de seguimiento del funcionamiento de los botiquines: Junio-Septiembre 2017

OBSERVACIONES
Los resultados de este proyecto están supeditados a la colaboración de los equipos de atención primaria en tanto en cuanto acepten las recomendaciones para su cumplimiento.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1539

1. TÍTULO

ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA GOMEZ BARAZA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZNAR CARBONELL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar: dirección médica de AP, farmacia de AP, servicio de digestivo y servicio de Gastroenterología infantil del hospital de referencia.

Se realizó una revisión bibliográfica (últimas guías y consensos publicados, búsqueda de artículos en pubmed, uptodate y fichas técnicas de los medicamentos) por los miembros del grupo de las últimas evidencias disponibles acerca de los criterios diagnósticos y de tratamiento de la infección por HP.

Una vez recuperada toda la información disponible se procedió a consensuar las nuevas recomendaciones con el servicio de Digestivo del Hospital Miguel Servet y con el servicio de Gastroenterología del Hospital Infantil. Con todas las propuestas consensuadas se realizó la actualización del protocolo que hasta entonces estaba vigente.

El protocolo consensuado “Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Infección por Helicobacter Pylori. Recomendaciones de uso del Test de detección de Helicobacter Pylori. Coordinación Atención Primaria/Especializada” fue aprobado por la comisión de infecciones, difundido en AP a través de correo electrónico a todos los profesionales sanitarios y posicionado en la intranet del sector para servir de documento de consulta ante cualquier posible duda.

Para facilitar la difusión de dicho protocolo en el ámbito de Atención Primaria, se realizó una sesión formativa en formato curso dirigido a los responsables de Uso Racional del medicamento (URM) de cada uno de los equipos de Atención primaria (AP), con la intención de que a continuación ellos dieran una sesión formativa en sus correspondientes centros, y de esta manera llegar a difundir el protocolo a todos los profesionales.

En este curso se abordaron todas las cuestiones recogidas en el protocolo: etiología, se proporcionaron recomendaciones sobre el correcto uso de las pruebas diagnósticas, se dieron recomendaciones sobre los tratamientos y las pautas farmacológicas teniendo en cuenta las resistencias locales y se comentaron algunos criterios de derivación al ámbito hospitalario. Todo ello tanto para el paciente adulto como para el pediátrico. También se planteó un caso clínico para resolver de forma grupal y se resolvieron todas aquellas dudas que pudieran surgir entre los profesionales convocados. Todos los puntos abordados en este curso cumplían con los objetivos establecidos.

Por último se facilitó todo el material (protocolo y power point) a los responsables de URM de los centros de salud para la realización de las sesiones formativas, al igual que se facilitaron hojas con las pautas de tratamiento de forma gráfica destinadas a pacientes (hojas de instrucciones a pacientes), con el objetivo de facilitar su cumplimiento terapéutico.

La difusión en el ámbito hospitalario se realizo por parte del Servicio de Digestivo y el servicio de Gastroenterología del Hospital Infantil.

Para poder evaluar el impacto de la intervención, se realizó un estudio piloto de la situación de partida, analizando los datos de un centro de salud, debido a las dificultades técnicas encontradas para explotar los datos completos del sector, ya que no es posible realizar una extracción automática y completa de los datos. (Los datos se sacaron manualmente).

En ese estudio se recogieron y analizaron datos de: nº de test del aliento con urea marcada con 13C (TU) realizados, ajustes a la indicaciones del test, establecidas en el protocolo consensuando en 2014, y resultado del test, terapia/s erradicadora/s prescrita/s, pautas, dosis y efectividad de la misma.

Cronograma:
Enero-Marzo: Actualización del protocolo de forma consensuada.

Abril- Mayo: Preparación del material para la realización del curso y las posteriores sesiones formativas.

Junio: Realización del curso “Manejo y Tratamiento del test del Helicobacter Pylori” dirigido a responsables URM (Z2-0289/2017) y distribución de material para su realización en los centros de salud del sector. Los responsables de la realización del curso fueron (formación de formadores): Belén Pina Gadea y Cristina Gómez Baraza. Fecha: 13/06/2017. Lugar de realización: Centro de Salud Seminario. El material formativo se proporcionó a través del correo institucional.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1539

1. TÍTULO

ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Junio- Diciembre: Formación de los equipos del sector mediante sesiones formativas.
Los responsables de difundir la información en los EAP fueron los responsables de URM de los centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a los indicadores marcados:
-Actualización del protocolo consensuado entre Atención Primaria y Atención especializada: SI. Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

-Difusión de las nuevas recomendaciones y pautas de tratamiento mediante la realización de un curso formativo dirigido a responsables de URM de los equipos: SI. Objetivo cumplido respecto al estándar marcado.

En aquellos equipos que no pudieron asistir al curso además de facilitarles todo el material, como al resto de los centros, se les dio la opción de recibir la sesión por parte del servicio de farmacia, en su propio centro en la fecha que mejor se adaptara a su disponibilidad. Esta posibilidad solo se solicitó por un centro de Salud.
En otro equipo, que tampoco pudo acudir a la cita fijada, se puso en contacto con el Servicio de Farmacia y planteo algunas dudas, las cuales se le resolvieron a través de una consulta telefónica.

- Porcentaje de EAPs en los que se ha realizado la sesión formativa: 63,15%. Este porcentaje es provisional, ya que las sesiones formativas que están pendientes se realizarán en el próximo mes de diciembre.
Para conocer el porcentaje de EAPs que realizaron la sesión en su correspondiente centro se pidió a los responsables de URM que remitieran al servicio de farmacia de AP del sector la fecha de realización de dicha sesión y que se aportarán las hojas de firmas de los asistentes.

- En la evaluación de la situación de partida: Datos del estudio piloto:
- El 80,1% de los pacientes a los que se realizó el test se adhirieron a los criterios de indicación recogidos en el protocolo consensuado y el 19,9% no.
- De 306 test de la ureasa realizados en el centro de salud estudiado durante el año 2016, 204 fueron realizados para un primer diagnóstico y 102 fueron de confirmación de efectividad del tratamiento.
- El porcentaje de pacientes con triple terapia fue del 67,3% y con cuádruple terapia del 25,7%.
- La efectividad global de la triple terapia fue del 67,2% versus 85,7% con terapia cuádruple (p=0,051). Datos obtenidos del análisis del estudio piloto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La posibilidad de consensuar protocolos y recomendaciones es una opción a valorar siempre que sea factible, ya que la acción coordinada y estratégica de dos ámbitos asistenciales siempre va a ser más eficaz que programas más locales y aislados.

Se observa un elevado grado de adherencia a las recomendaciones consensuadas entre niveles asistenciales, tanto a nivel de indicación como a nivel de tipo de terapia aplicada.

La estrategia para difundir una información mediante la formación de formadores, aunque planteada como una forma rápida de comunicación, requiere contar con el esfuerzo, compromiso y disponibilidad de otros profesionales, además de estar supeditado a la disponiblidad de los EAPs para la organización de las sesiones formativas.

La valoración de estrategias que tengan una repercusión multifactorial (diagnóstico, tratamientos combinados, indicaciones…) son difícilmente evaluables con las herramientas disponibles y requieren realizar un estudio con extracción manual de la información y posterior tratamiento de la información, esto supone un mucho tiempo y un profesional dedicado a su valoración.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1539 ========== ***

Nº de registro: 1539

Título
ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Autores:
GOMEZ BARAZA MARIA CRISTINA, AZNAR CARBONELL ANGEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1539

1. TÍTULO

ABORDAJE CONSENSUADO DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DIGESTIVA Y SOSPECHA DE INFECCION CON HELICOBACTER PYLORI

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por HP en España tiene una prevalencia en torno al 55%, y juega papel básico en la génesis de patologías tan frecuentes como la gastritis crónica o la úlcera péptica. Hay múltiples fármacos para su erradicación, por ello la determinación de pautas de erradicación efectivas y eficientes, adquiere gran relevancia.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general
Mejorar la seguridad del paciente

Objetivos secundarios:
1. Proporcionar recomendaciones para el uso correcto de las pruebas diagnósticas, en el ámbito de la atención primaria y también en el de atención hospitalaria
2. Proporcionar recomendaciones de las pautas farmacológicas de primera elección teniendo en cuenta para ello las resistencias a los antibióticos encontradas en nuestro ámbito, así como aquellas pautas recomendadas en caso de pacientes en los que ha fallado el tratamiento de elección.
3. Evitar derivaciones al servicio de digestivo para la realización de pruebas invasivas que pueden comprometer la seguridad del paciente

MÉTODO
Revisión del protocolo actual para su actualización, e incorporar las últimas evidencias sobre recomendaciones de tratamiento.

Difusión activa de las recomendaciones de indicación de la prueba diagnóstica, así como de las pautas de tratamiento, a todos los equipos de AP, a través de SESIONES FORMATIVAS, integradas en el plan de formación de los equipos.

INDICADORES
-Actualización de un protocolo consensuado entre antención primaria y atención especializada. SI/NO
-Difusión de las nuevas recomendaciones y pautas de tratamiento mediante la realización de curso formativo dirigido a los responsables del Uso Racional del Medicamento (URM) de los EAPs. SI/NO
-Porcentaje de EAPs en los que se ha realizado la sesión formativa.

DURACIÓN
- Enero-Marzo 2017: Actualización del protocolo
- Abril-Mayo 2017: Preparación del material para la realización del curso y sesiones formativas.
- Junio- Septiembre 2017: Difusión y formación en todos los EAP Sector II Zaragoza

OBSERVACIONES
La consecución de este proyecto está supeditado a que desde los EAPs se nos faciliten las fechas de realización de las sesiones formativas.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1326

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LABARTA MANCHO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINA GADEA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El programa del crónico complejo (PCC) es uno de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, en consonancia con la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad. En Aragón, el inicio del trabajo se remonta al año 2015, pero no es hasta mediados de 2017 cuando se plantea la necesidad de considerar, de forma más explícita, la valoración farmacoterapéutica en estos pacientes como un aspecto clave en su valoración global. En ese momento se constituyó un grupo de trabajo formado por médicos y farmacéuticos de AP con el objetivo de estructurar y sistematizar la revisión de la medicación del PCC contemplando la posibilidad de integrar la actividad del farmacéutico en dicha actividad. El servicio de farmacia de AP del sector Zaragoza II ha participado activamente en este grupo, que, a principios de 2018, elaboró una propuesta consensuada para el registro de la valoración farmacoterapéutica en el protocolo del PCC en OMI-AP y en historia clínica electrónica (HCE). La propuesta fue valorada y modificada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, introduciéndose, en abril de 2018, modificaciones que han afectado tanto al protocolo del paciente crónico complejo, como al protocolo del anciano. No obstante, no se ha desarrollado la parte de la propuesta relativa a la integración en HCE de herramientas de comunicación directas entre farmacéuticos y médicos de AP. En el curso de este proyecto se han detectado y comunicado algunas incidencias en el funcionamiento del programa informático.

Durante el último trimestre de 2018 se ha priorizado la participación del servicio de farmacia de AP como docente en el curso “ATENCIÓN AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO”, organizado por el sector Zaragoza II, para dar respuesta a la necesidad formativa de los profesionales de AP, tanto de medicina y como de enfermería, para fomentar la implantación del programa de PCC en todos los EAP del sector. La sesión impartida en este curso muestra las pautas para realizar la valoración del tratamiento farmacológico en PCC, las herramientas de ayuda disponibles para esta revisión y la forma de registrar el resultado de esta valoración, a través de un ejemplo práctico tomado de uno de los pacientes revisados en este proyecto. Se han realizado 2 ediciones como se detalla más adelante.

Las actividades realizadas y su calendario se muestran a continuación:

1. Sesión de presentación de la actividad de revisión farmacoterapéutica por el farmacéutico de AP en 3 de los 4 EAP seleccionados:
Fuentes Norte: 31 Mayo 2018
Reboleria: 7 Junio 2018
Almozara: 20 Junio 2018
La sesión en el EAP San Pablo no ha podido realizarse en el periodo previsto por dificultades organizativas.

2. Participación como docente en el curso “ATENCIÓN AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO”. El curso está acreditado por la CFC-Aragón con 0,7 créditos.
1ª edición (Z2-0568/2018): 17 octubre 2018
2ª edición (Z2-0719/2018): 8 noviembre 2018

3. Elaboración del sistema de registro de actividad del FAP, incluyendo el procedimiento de integración de la información clínica necesaria para hacer una completa revisión estructurada de la medicación proveniente de diferentes fuentes de información: DATA-Farmacia, Informe polimedicado, Receta electrónica y OMI.
Se registra para cada paciente revisado la siguiente información:
- Edad y sexo
- Número de principios activos antes y después de la revisión
- Principio Activo y Código ATC
- Tipo problema y tipo de recomendación
- Recomendación específica
- Número de recomendaciones enviadas y aceptadas

4. Entre mayo y noviembre de 2018 se ha realizado la revisión estructurada del tratamiento farmacológico de 5 pacientes: 4 pacientes priorizados según los criterios definidos en el proyecto (polimedicados (>75 años) con GMA (p>99) y en tratamiento con 15 o más fármacos) y en un caso la revisión fue solicitada por un médico de familia de los EAP seleccionados (el paciente reunía los criterios definidos salvo la edad).

5. Se ha comunicado el resultado de la valoración del tratamiento y las recomendaciones consideradas de interés para la mejora del plan terapéutico al médico de AP responsable del paciente mediante 3 entrevistas personales y 2 entrevistas telefónicas.

6. Únicamente en un paciente se han constatado los cambios realizados por el médico en receta electrónica así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1326

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

como las anotaciones relevantes en el plan de intervención del programa PCC. No obstante, posteriormente ese plan de intervención ha dejado de ser visible en HCE (incidencia detectada y notificada a responsables del programa). En dos casos, correspondientes a una misma médico, se registró como apunte en OMI la entrevista mantenida con el servicio de farmacia sobre la valoración farmacoterapéutica de ambos pacientes pero no se elaboró plan de intervención (pacientes no incluidos en programa PCC) ni se llegaron a hacer los cambios en receta electrónica. Posteriormente las renovaciones de tratamiento se realizaron por otro profesional sustituto en periodo vacacional y más tarde los traslados impidieron continuar el seguimiento con el profesional inicial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Se ha elaborado un sistema de registro de la actividad del FAP. A partir de esta primera experiencia de revisión de medicación se ha establecido una clasificación para los posibles tipos de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) detectados y tipos de Recomendaciones realizadas que se muestra a continuación.

Se clasifican los tipos de problemas en 5 categorías principales: INDICACION, MEDICAMENTO, EFECTIVIDAD, SEGURIDAD, ADHERENCIA.

Para cada tipo de PRM se identifican varios tipos de recomendación:
INDICACION:
Medicamento sin indicación
Ausencia Medicamento para indicación

MEDICAMENTO:
Revisar dosis (dosis alta / dosis baja / corregir posología e-Receta)
Ajustar dosis (I. Renal, I. Hepática)
Revisar duración tratamiento
Med. Potencialmente Inapropiado (MPI) según criterios STOPP

EFECTIVIDAD:
Selección inapropiada
Revisar objetivos terapéuticos

SEGURIDAD:
Duplicidad
Contraindicación
Interacción
Alergia
Monitorización
Valorar relación riesgo/beneficio: Precaución F.T. o Riesgo RAM (F.T. / Alerta AEMPS / Caídas / Prolongación QT / RAC / Cascada farmacológica)

ADHERENCIA:
Revisar adherencia

2. Se presenta a continuación el informe descriptivo de características de los pacientes, tipos de PRM detectados, y principales grupos terapéuticos implicados.

Se hace la revisión de 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres) con edad media de 81,4 años (rango 70 - 91) y tratados con 18,6 fármacos de media (rango 16 - 22). Se identifica una media de 8,4 PRM por paciente (rango 5 - 13).

El tipo de problema más frecuentemente identificado está relacionado con la seguridad (17; 40,5%), seguido de los problemas de indicación (11; 26,2%) y los problemas por medicamento inadecuado o pauta inadecuada (7; 16,7%). En menor medida se identifican problemas de efectividad (4; 9,5%) y de adherencia (3; 7,1%).

Con relación a la seguridad, las recomendaciones más frecuentes son:
- Valorar relación riesgo/beneficio: 9 recomendaciones relacionadas con reacciones adversas a medicamentos, incluyendo 1 cascada farmacológica, y precauciones presentes en ficha técnica. En la mayoría de las ocasiones se recomienda la retirada del fármaco. Los fármacos afectados son: CILOSTAZOL, BETAHISTINA, TRAZODONA, CARVEDILOL, NICARDIPINO, CINITAPRIDA, QUETIAPINA (2), SIMVASTATINA
- Interacciones: se detectan 4 posibles interacciones relevantes (GALANTAMINA- beta-bloqueante, DILTIAZEM-atorvastatina, OMEPRAZOL-cilostazol, ALOPURINOL-furosemida)
- Duplicidad: se detectan 2 casos de duplicidades (colirios antibióticos, vitamina D sola y en asociación con bifosfonato)
Además, se detecta 1 contraindicación y 1 necesidad de monitorización.

Con relación a la indicación, las recomendaciones más frecuentes son:
- Medicamento sin indicación: 10 recomendaciones en las que se aconseja la retirada (ALOPURINOL, CALCIFEDIOL, CALCIO CARBONATO+COLECALCIFEROL, CAPSAICINA, LIDOCAINA, CODEINA, PENTOXIFILINA), la retirada gradual (TAMSULOSINA, TRAZODONA) o valorar la necesidad de continuar el tratamiento (FUROSEMIDA)
- Ausencia de Medicamento para indicación: 1 recomendaciones (OMEPRAZOL)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1326

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Con relación al medicamento, los problemas más frecuentemente detectados son:
- Medicamento potencialmente inapropiado (criterios STOPP): 2 casos de tratamientos prolongados con benzodiazepinas (BROMAZEPAM, LORAZEPAM) en los que se recomienda valorar la retirada.
- Revisar dosis: 4 casos de dosis alta (ESOMEPRAZOL, OMEPRAZOL, PARACETAMOL, PRAVASTATINA) y un caso de error en posología de receta electrónica (VALPROICO)

Los problemas de efectividad detectados están relacionados con:
- Selección inapropiada: ATENOLOL en ICC, recomendando sustituir por beta-bloqueante de elección en ICC (bisoprolol, carvedilol, nebivolol) y OLMESARTAN en ICC, recomendando sustituir por IECA, de elección en ICC y en nefropatía diabética (Criterio START)
- Revisión de objetivos terapéuticos: uso de antidiabéticos orales (LINAGLIPTINA (2)) y excesivo grado de control glucémico, recomendando valorar su retirada (criterio LessChron).

Los problemas de adherencia están relacionados con la complejidad en la administración del tratamiento (INSULINA RAPIDA), con posibles efectos adversos (FENOFIBRATO) u otros (TIMOLOL EN ASOCIACION).

Los grupos terapéuticos, según la clasificación ATC, mayoritariamente implicados en los PRM detectados son:
- Grupo N (fármacos del sistema nervioso): 12 (28,6%)
- Grupo C (fármacos cardiovasculares): 11 (26,2%)
- Grupo A (fármacos del tracto alimentario y metabolismo): 9 (21,4%)

3. El tiempo estimado para la revisión de un paciente es de un mínimo de 5 días.

4. Nº PRM identificados por paciente: media de 8,2 PRM por paciente (rango 5 - 13).

5. Nº fármacos por paciente antes y después de la intervención
No valorable de forma global. Sólo en un paciente se han podido constatar cambios reales en el plan terapéutico del paciente realizados por el médico tras la valoración farmacoterapéutica realizada por el FAP, habiéndose retirado 2 medicamentos y pasando el número de fármacos de 16 a 14.

6. El porcentaje de recomendaciones aceptadas se estima sobre la valoración que el médico hace de las recomendaciones planteadas en la entrevista personal o conversación telefónica, ya que únicamente se han podido constatar cambios en el plan terapéutico del paciente en un caso y no en los otros por diferentes motivos. De esta forma, 18 de las 42 recomendaciones realizadas han sido valoradas positivamente por el médico, es decir, 42,9%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado la revisión de un reducido número de pacientes. Como limitaciones para una mayor implementación del proyecto se identifican:
- Tiempo: consideramos que la principal limitación es el tiempo elevado que requiere la realización de una revisión estructurada y completa de la medicación de un paciente. Esta actividad se ha intentado compaginar con la actividad general del Farmacéutico de AP sin recursos personales adicionales. Tampoco se ha podido complementar la realización de la revisión de la medicación con la ayuda de alguna herramienta informática de apoyo como sería deseable, por ejemplo Checkthemeds.
- Vía de comunicación: No se dispone de una vía de comunicación directa en Historia Clínica con el médico de familia para el envío de informes/recomendaciones. En su defecto se ha realizado la comunicación con el médico vía telefónica o mediante entrevista personal. La interacción personal médico-farmacéutico es beneficiosa porque permite el intercambio de diversos puntos de vista pero, por otro lado, priva al proceso de mayor agilidad así como de un registro adecuado que permita conocer el proceso de revisión de la medicación realizado independientemente de cambios de profesionales que atienden al paciente. Por esto se considera fundamental la implementación de una vía de comunicación directa entre profesionales implicados en el proceso de revisión.
- Pacientes no incluidos en el programa PCC: Dado que la implantación del programa del PCC ha sido progresivo a lo largo del segundo semestre del año, no todos los pacientes en los que se ha revisado la medicación estaban todos incluidos en el programa y, por tanto, no se disponía de información integrada en HCE compartida. Esto ha dificultado el proceso de revisión. En el futuro se propone hacer la revisión sobre pacientes ya incluidos en el programa PCC, priorizando la solicitud realizadas por el médico responsable.
- Respecto a las recomendaciones realizadas se estima que sería bueno realizar una selección de aquellas con mayor riesgo de descompensación para el paciente o de efectos adversos con vista a mejorar su aceptabilidad.
- Una de las cuestiones que más ha llamado la atención es un caso de una paciente con tratamiento antiabético combinado con insulina rápida+antidiabético oral, con un control glucémico excesivo (HbA1c 6,5% y 5,9% en el año en curso) e ingresos en urgencias por hipoglucemia. Por ello, se ha iniciado una línea de investigación para estudiar el grado de control glucémico en pacientes ancianos (>75 años) y polimedicados (>6 fármacos) con alto grado de morbilidad (GMA p99) en tratamiento con 3 o más fármacos antidiabéticos.

Aunque el desarrollo de la experiencia ha sido limitado, se detecta la posibilidad de un impacto elevado en la mejora de la atención al paciente crónico complejo en lo relacionado con la seguridad y adecuación de la medicación. Para una mayor implementación de este nuevo servicio de actividad clínica y asistencial por parte del farmacéutico de AP se requeriría una mayor disponibilidad tanto de recursos humanos como de herramientas facilitadoras.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1326

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1326 ========== ***

Nº de registro: 1326

Título
INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
LABARTA MANCHO CARMEN, PINA GADEA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Crónico Complejo
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los aspectos clínicos con mayor repercusión para el manejo de los pacientes crónicos complejos es la valoración del tratamiento farmacológico. Recientemente se ha incorporado en el Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo (PCC) de Aragón la participación del farmacéutico de atención primaria (FAP) en el equipo multidisciplinar de atención primaria como apoyo para la realización de actividades de conciliación y revisión clínica de la medicación.
Esta colaboración del FAP supone una nueva actividad clínica y asistencial orientada a la optimización del tratamiento en PCC a través del apoyo a las decisiones clínicas concretas y al manejo individualizado de la terapia por parte de los pacientes, en consonancia con la cartera de servicios recientemente publicada por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP).
En Aragón, desde el año 2012 se viene impulsando por parte de los servicios de farmacia de AP el “Programa para la mejora de la seguridad de la farmacoterapia en pacientes ancianos y polimedicados” para sistematizar la revisión clínica de la medicación en el paciente anciano (>75 años) polimedicado (>5 fármacos). El nº de fármacos prescritos es el predictor más importante de iatrogenia y está relacionado con un aumento de reacciones adversas y una disminución de la adherencia. Dado que un alto porcentaje de los PCC son pacientes ancianos (88% de los PCC-p99 son >65 años) o está expuesto a polimedicación (60% de los PCC-p99 son >75 años y polimedicados) se estima que la aplicación de estos criterios y recomendaciones puede ser de utilidad en la valoración del tratamiento farmacológico de los PCC.

RESULTADOS ESPERADOS
Iniciar la implantación de un nuevo servicio de actividad clínica y asistencial por parte del farmacéutico de AP, consistente en la revisión farmacoterapéutica centrada en la persona para:
- identificar, resolver y prevenir problemas relacionados con los medicamentos (PRM)
- mejorar la adherencia a los tratamientos
- promover la utilización de medicamentos con mejor relación beneficio-riesgo

MÉTODO
- Presentación de la actividad de revisión farmacoterapéutica por el FAP a los Equipos de Atención Primaria (EAP) participantes en el proyecto: Almozara, San Pablo, Fuentes Norte y Rebolería
- Realizar una revisión del tratamiento farmacológico de los pacientes priorizados, valorando aspectos de indicación, efectividad, seguridad y adherencia. Se priorizarán:
- ancianos polimedicados (>75 años) estratificados como PCC según GMA (p>99) y en tratamiento con 15 o más fármacos
- a solicitud del médico de familia responsable del paciente
- Elaboración de un sistema de registro de actividad del FAP especificando:
- características demográficas y clínicas de los pacientes
- tipos y frecuencia de problemas relacionados con los medicamentos (PRM)
- grupos terapéuticos implicados en PRM
- aceptación o no de las recomendaciones
- Se enviará informe de la valoración del tratamiento al médico de AP por correo electrónico o contactará personal o telefónicamente.
- Si es necesario reforzar la adherencia o conocimientos del paciente sobre su tratamiento se enviará también

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1326

1. TÍTULO

INTEGRACION DEL FARMACEUTICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA REVISION DE LA MEDICACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

informe a enfermería de AP.
- El resultado de la valoración del tratamiento y recomendaciones aceptadas serán reflejadas en la historia clínica y en el plan de intervención por el médico o enfermera.

INDICADORES
- Sistema de registro de actividad del FAP elaborado. Objetivo: SI
- Elaboración de informe descriptivo de características de los pacientes, tipos de PRM detectados, y principales grupos terapéuticos implicados. Objetivo: SI
- Tiempo estimado para la revisión de un paciente
- Nº PRM identificados por paciente
- Nº fármacos por paciente antes y después de la intervención
- % Recomendaciones aceptadas
- % profesionales participantes (medicina y enfermería) que valoran positivamente el programa

DURACIÓN
- Mayo-Septiembre: Presentación de la actividad de revisión farmacoterapéutica por el FAP en los EAP participantes.
- Mayo-Junio: Definición del sistema de registro de actividad del FAP
- Junio-Diciembre: Realización de informes de valoración farmacoterapéutica
- Diciembre: elaboración del informe descriptivo de la actividad

OBSERVACIONES
Según la estratificación GMA 2017, realizada por la DGAS, en el sector Zaragoza II hay 2.355 pacientes en el percentil p99. Actualmente en el sector Zaragoza II hay una plantilla de 2 FAP. Dada la imposibilidad de extender la revisión farmacoterapéutica a todos los pacientes se han seleccionado 4 EAP con mayor implicación en el programa de PCC: Almozara, San Pablo, Fuentes Norte y Rebolería. Además, se consideran como criterios de priorización: GMA >p99, edad (>75 años) y polimedicación elevada (>15 fármacos). En los EAP seleccionados cumplen los criterios de inclusión 19, 14, 24 y 14 pacientes, respectivamente, 71 pacientes

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1591

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LADIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE MARTINEZ DEL AMO
· Profesión ..... INFORMATICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SORIA OSCAR
MONCADA PEREZ ANA PILAR
NOSTI ESCANILLA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado un script para windows que permite la impresion de los documentos PDF de los AP6, de forma automatizada.
Se ha instalado y configurado en el ordenador de la persona responsable de los AP6 del sector II, configurandoselo en la impresora indicada.
Ha habido reunion con el jefe del servicio de clientes y el de informática para planificar las acciones.
Se ha procedido a enseñar al usuario el manejo del script.
Se ha realizado una copia de seguridad de todo el trabajo realizado con los partes de variación, sistematizándola y organizándola.
Finalmente se ha recopilado los resultados y consultado la experiencia del script con el usuario.
Aparte del script se ha elaborado una guia de uso y documentado toda la elaboración e instalación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El script retrasó su puesta en marcha un mes, hasta el 5 de octubre de 2017 por imposibilidad de formar a la persona antes de esa fecha, por diferencias de fechas de vacaciones.
Desde la instalación ese día se ha utilizado el script en su totalidad, no se ha vuelto a usar el sistema manual.
Se han realizado 4762 impresiones de AP6 en 335 impresiones, lo que representa un ahorro de tiempo considerable de la persona encargada del trabajo, así como ahorra la revisión manual que se hacía antes al quedar todo contado y registrado, evistando la pérdida de documentación sensible y todo lo que conlleva.
respecto a los indicadores de evaluación y seguimiento:
- Script elaborado: SI
- Documentos tratados 4762, llegando al 100% desde el día de implantación.
- Usos totales de la aplicación 335
El resultado ha sido superior a lo esperado, ya que al ahorrar tanto tiempo de trabajo y verificación ha pasado a ser el único método utilizado.
Los datos los ha proporcionado el usuario y el propio script que registra todo el trabajo realizado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El script ha respondido bien a las necesidades del puesto de trabajo de tal forma que ahora es el único método utilizado.
Se puede replicar a otros puestos de gestión administrativa que tengan un gran volumen de trabajo con la gestión de documentación con pequeñas adaptaciones.
El proyecto no necesita coste adicional para su continuidad y se sigue utilizando actualmente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1591 ========== ***

Nº de registro: 1591

Título
MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTINEZ DEL AMO FRANCISCO JOSE, SANCHEZ SORIA OSCAR, MONCADA PEREZ ANA PILAR, NOSTI ESCANILLA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1591

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA GESTION DE PARTES DE VARIACION (AP6) ENVIADOS A LADIRECCION DE ATENCION PRIMARIA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Continuación del área de mejora del acuerdo de gestión del servicio, en la que se parametriza y configuran los equipos multifunción de los centros para el envío de los partes de variación y otras documentaciones. Para realizar el tratamiento automatizado y por lotes del proceso posterior a la recepción, disminuyendo el tiempo empleado en la gestión individualizada de cada uno, y generando un registro informático con los datos de su tratamiento que evite perdidas de documentación y permita seguir la trazabilidad de cada parte de variación.
Actualmente, tras recibir por correo electrónico los partes de variación, se descargan e imprimen uno a uno, para su posterior introducción en el sistema informático correspondiente. En periodos de tiempo concretos, el volumen de documentación recibida es muy elevado y su realización manual es lenta y dificultosa.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la recepción, impresión y archivo de los partes de variación de forma que sea automatizado y por lotes, que se pueda realizar por más de un documento cada vez y evitando la pérdida de documentación.
Generación de registros o huellas de cada operación realizada, asegurando la fecha y hora del tratamiento, así como una copia de los documentos.
Facilitar el trabajo administrativo realizado en otros servicios de la dirección de atención primaria del sector II.

MÉTODO
Instalación y configuración de un software que permita la impresión de documentos PDF, en la impresora a elegir, desde línea de comandos y por lotes.
Creación de un Script para Windows que gestione por el usuario la impresión de los documentos, su archivo por fechas y la realización de un registro de los documentos, que incluya nombre fecha y hora de cada intervención.
Fase de implantación en el servicio.
Análisis de resultados.

INDICADORES
Script elaborado, SI/NO
Número de documentos tratados por el nuevo sistema respecto del total, siendo un mínimo del 60% a partir de la fase de implantación.
Número total de usos de la aplicación

DURACIÓN
Creación del Script, Junio-Julio 2017
Instalación y fase de implantación, Agosto 2017.
Seguimiento Septiembre –Diciembre 2017.
Evaluación, enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ...:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0581

1. TÍTULO

REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUEHAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JESUS NOSTI ESCANILLA
· Profesión ..... TECNICO SUPERIOR DE SISTEMAS
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONCADA PEREZ ANA
SANCHEZ SORIA OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 se ha respondido a las averías de las impresoras modelos HP LaserJet P2015 / P2015d que han sido declaradas irreparables por parte de los Servicios Técnicos contratados por el SALUD, de dos formas:
1.- Sustituyendo las impresoras averiadas por impresoras de repuesto del mismo modelo.
2.- Sustituyendo solo la placa formatter, que es la responsable de la mayoría de las averías, por una placa de repuesto, que hemos obtenido reacondicionando placas averiadas.
Las placas averiadas se han reacondicionado aplicándoles calor mediante una pistola de aire caliente, con el fin de volver a soldar puntos de soldadura que pudieran estar degradados. Hemos podido identificar en las placas los puntos de soldadura que son mayormente responsables de las averías, por lo que nos hemos centrado en un tratamiento localizado de las soldaduras.
Para agilizar el tratamiento de las averías, hemos preparado un stock de placas de repuesto disponible en nuestra oficina, lo que ha minimizado el tiempo de parada en las consultas afectas por este tipo de averías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Una vez analizados los resultados del trabajo que hemos desarrollado a lo largo del 2018, hemos podido recuperar aproximadamente el 90% de las placas formatter averiadas utilizando las técnicas anteriores (re-soldadura).
De un total de 36 impresoras del modelo anterior que han sido declaradas irreparables el 2018 por parte de los Servicios Técnicos contratados, mayormente instaladas en consultas de Centros de Salud y Consultorios, hemos recuperado 16 con la sustitución completa de la impresora (44% de las averías) y 20 sustituyendo la placa formatter averiada por otra de repuesto que hemos reacondicionado (56% de las averías).
Esta línea de trabajo nos ha permitido mantener operativas las consultas en los Centros de Salud y Consultorios de Atención Primaria del Sector II afectadas por esta avería, minimizando los tiempos de tratamiento de la misma, al disponer de un stock de placas averiadas en nuestra oficina.
Debido a que el SALUD ya ha comenzado a renovar las impresoras en las Unidades Asistenciales de forma sistematizada, y que disponemos de repuestos, consideramos que ya no es necesario prorrogar esta línea de trabajo por más tiempo, si bien ha sido de extrema utilidad durante el tiempo que ha durado la emergencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos observado que la mayoría de las impresoras que habían sido declaradas irreparables, no presentaban un desgaste tan manifiesto que impidiera seguir utilizándolas si se hubiera dispuesto de repuestos. Debido a que se ha extendido demasiado su vida operativa, por falta de un plan general de renovación programada de estos dispositivos, hemos llegado a un punto en el que ya no se dispone de repuestos por parte del fabricante.

Por esta razón consideramos que es de la mayor importancia planificar tanto las compras de estos dispositivos, como la política de repuestos, sobre todo si tenemos en cuenta que es difícil disponer de recursos financieros para realizar compras masivas de nuevas impresoras.

Sin embargo, en ausencia de repuestos por parte del fabricante y con un gran número de estas impresoras todavía en operación, aún resulta posible extender su vida operativa si se dispone de un taller especializado en el mantenimiento de este tipo de dispositivos, con relativamente pocos recursos.

A nivel general, deberíamos ir preparando estrategias para afrontar problemas de este tipo, que en cierta forma son de “obsolescencia programada”, y que pueden afectar seriamente al funcionamiento de los Servicios Públicos, cada vez más dependientes de las Tecnologías de la Información y de los dispositivos electrónicos en los que se apoyan.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/581 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0581

1. TÍTULO

REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUEHAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE

Nº de registro: 0581

Título
REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUE HAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE

Autores:
NOSTI ESCANILLA JESUS, MONCADA PEREZ ANA, SANCHEZ SORIA OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente los Servicios Técnicos de soporte a la microinformática contratados centralmente por el SALUD (SSTT), están declarando como irreparables impresoras modelo HP LaserJet P2015, debido principalmente al fallo de la placa formatter (la interfaz de comunicación entre la impresora y el PC; un circuito electrónico que se encarga de gestionar y de interpretar la información enviada desde el ordenador a la impresora). Debido a la antigüedad de este modelo ya no es posible disponer de repuestos por parte del fabricante, por lo que los SSTT ya no pueden arreglarlas. Por otra parte, hemos observado que la mayor parte de las impresoras de este modelo que han sido declaradas irreparables, se encuentran en buenas condiciones por lo que respecta a su mecánica, lo que sugiere que podríamos seguir manteniéndolas en operación un cierto tiempo si resolvemos el problema de las formatter.
En AP del Sector II, este tipo de impresoras está instalado principalmente en los puestos informáticos de las consultas de las Unidades Asistenciales. Si una de estas impresoras se avería, la afección a la actividad asistencial es grave, pues no es posible imprimir los listados que se generan desde los SIM sanitarios como son las aplicaciones OMIap y Receta Electrónica. Para hacernos una idea de la magnitud del problema, en AP del Sector II tenemos actualmente 258 impresoras del modelo HP LaserJet P2015 en operación. Hasta que se articule un proyecto institucional que permita renovar la totalidad de estas impresoras, es del mayor interés establecer un procedimiento que nos permita mantenerlas en operación, reacondicionando las placas formatter que se averíen. El presente proyecto pretende desarrollar una línea de trabajo que nos permita reparar las impresoras HP modelo P2015 cuya formatter ha dejado de funcionar, para mantenerlas en uso hasta que se sustituyan por completo a través del correspondiente Proyecto de Renovación Tecnológica (PRT).

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es reacondicionar, utilizando técnicas de rework (re-soldadura), el mayor número posible de placas formatter averiadas, para disponer de repuestos de este componente de las impresoras HP LaserJet P2015. Esto nos permitiría mantener en operación las consultas de Atención Primaria en las que se haya averiado una impresora de este tipo.

MÉTODO
Se propone el siguiente procedimiento operativo:
- Una vez que los Servicios Técnicos contratados (CAU) hayan declarado una impresora modelo HP LaserJet P2015 como irreparable por avería en la formatter, se les solicitaría a través de un Parte de Intervención, cursado por correo electrónico, que recojan una formatter reacondicionada en Informática de AP del Sector II para sustituir la averiada.
- También se les solicitaría a los SSTT que entregaran la placa averiada en Informática de AP.
- Los informáticos de AP repararían posteriormente la formatter averiada, utilizando técnicas de rework (re-soldadura), sirviéndose de una pistola de calor para re-soldar los contactos averiados en dicha placa. Esta técnica ya se ha utilizado con éxito en varias ocasiones.
- En Informática de AP se comprobaría el buen funcionamiento de la formatter reacondicionada instalándola en una impresora de pruebas, emitiendo una serie de listados.
- La formatter reacondicionada, se empaquetaría en una bolsa de plástico anti-estática, que se guardaría en un sobre acolchado, quedando lista para su uso en una próxima avería.

INDICADORES
IND_1=(Nº formatter reacondicionadas/Nº formatter averiadas)x100
Este porcentaje nos permitirá hacer un seguimiento de las operaciones destinadas a recuperar este tipo de placas. Consideraríamos una buena marcha del proyecto si esta cifra se mantiene en torno al 60%.
Un segundo indicador nos permitirá valorar el impacto que tiene la avería de las formatter, frente a todas las averías que experimentan este tipo de impresoras:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0581

1. TÍTULO

REACONDICIONAMIENTO DE LA PLACA FORMATTER EN IMPRESORAS MODELO HP LASERJET P2015 QUEHAN SIDO DECLARADAS IRREPARABLES POR FALTA DE REPUESTOS DEL FABRICANTE

IND_2=(Nº total de impresoras HP LaserJet P2015 averiadas por fallo de la formatter/Nº total de impresoras HP LaserJet P2015 averiadas por cualquier motivo)x100
Ambos se calcularían con una frecuencia cuatrimestral.

DURACIÓN
Este proyecto debería prolongarse hasta que se hayan renovado la totalidad de estas impresoras, o bien, hasta que los SSCC del SALUD hayan articulado un procedimiento para sustituir las impresoras averiadas.
- Fecha de inicio del proyecto: En el momento en el que se disponga de las herramientas/material necesarios para llevarlo adelante (ver recursos necesarios).
- Fecha de finalización: Se mantendría hasta que se articule un Proyecto de Renovación Tecnológica de impresoras que permita sustituirlas por completo o al menos conforme se averíen.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0679

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SERGIO F ANDREU GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... ESAD ZARAGOZA 2
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE
LAUROBA ALAGON MARIA PILAR
LAPUERTA ALCAZAR CARMEN
MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA
SANZ RECIO JOSE LUIS
MORENO MATEO ROBERTO
TORRUBIA ATIENZA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para abordar el tema se eligió como población diana a alumnos de 4º de la ESO por presentar a priori el grado de madurez necesario para participar en los coloquios y el aula puede ser un espacio donde se genere debate y reflexión de forma constructiva y segura.
Así, para llevar a cabo el proyecto que denominamos #finaldevidasintabúes se contactó con los servicios de orientación y las direcciones de los centros educativos Inmaculada Concepción e IES Pablo Serrano de Zaragoza. Se realizó la presentación del proyecto durante los meses de mayo-junio 2018 y se obtuvieron los permisos pertinentes para su realización durante el primer trimestre del curso escolar 2018-2019.
Del mismo modo se notificó al centro de salud Torre Ramona la intención de impartir los talleres dado que uno de los centros educativos es objetivo habitual de las actividades comunitarias de dicho centro de salud.
Los talleres tuvieron una duración de 1hora y 30minutos y fueron impartidos por personal de enfermería del servicio en el mes de Octubre 2018. Al principio de los talleres se ofreció la posibilidad a los alumnos de no asistir o abandonar el aula si en algún momento se sentían incómodos con el tema a tratar.
El taller se desarrolló en torno a una presentación power point sobre la experiencia de un persona a la que se le diagnostica una enfermedad terminal y su familia. Breve biografía .Desde el diagnóstico hasta su fallecimiento, reflejando las emociones, dudas y decisiones que fueron tomando a lo largo de todo el proceso mostrando el trabajo de la unidad de cuidados paliativos domiciliarios e introduciendo los términos muerte digna, cuidados paliativos, eutanasia, sedación paliativa y testamento vital.
Para fomentar el debate en el aula se desarrollaron preguntas que los alumnos debían responder utilizando la aplicación de sus móviles vox Vote de respuesta y proyección en pantalla de encuestas en tiempo real .
Dicha aplicación permite a su vez conocer el porcentaje de participación de los alumnos . Al finalizar el taller se pasó encuesta de satisfacción con posibilidad de aportación libre .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La repuesta en los centros educativos sobrepasó las expectativas. De tal manera, que se nos ha propuesto realizar las charlas de forma regular a los alumnos de 4º de ESO y de otras formaciones y edades similares.
Se realizaron cuatro talleres a un total de 61 alumnos de 4º de ESO con edades comprendidas entre los 15-17 años.
La acogida por parte de los alumnos fue superior a la esperada de forma que en algunos casos faltó tiempo para continuar con el debate aunque se consiguió explicar los conceptos marcados en los objetivos .
Destacar la participación de los tutores de los grupos que colaboraron en la dinámica de grupo participando en los debates y encuestas.
Una alumna optó por no asistir a los talleres .Ningún alumno abandonó el aula una vez iniciado si bien dos se negaron a participar en las preguntas de debate de Vox Vote.
En cuanto a los resultados de los indicadores sobre participación obtenidos de la aplicación vOx vote"Al menos el 75% de los alumnos responderán a las las preguntas Vox vote preguntas lanzadas a través de Vox Vote. Nº alumnos participantes / Nº total de alumnos presente x 100 >= 75"
59 partipantes /61 presentes x 100 = 96% de participación
Con respecto al indicador de satisfacción obtenido mediante encuesta a puntuar entre 1 y 5 siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho . "Al menos el 75% de los alumnos se encontrarán satisfechos o muy satisfechos con la actividad realizada. Nº alumnos satisfechos / Nº total de alumnos presentes x 100 >= 75"
Alumnos satisfechos o muy satisfechos 58 / Alumnos presentes que rellenaron la encuesta 61x 100 = 95% de alumnos que se encontraron satisfechos o muy satisfechos con la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la realización de la actividad hemos podido observar el interés creciente en los centros educativos con respecto al abordaje de la muerte y el duelo en las aulas .
La elección de la población de 4º ESO ha resultado acertada, el grado de madurez así como el interés natural que ha esa edad se tiene por los temas existenciales favorece el debate de forma constructiva. De cualquier manera se ha de tener en cuanta que las repuestas de los alumnos pueden ser inesperadas pudiendo aparecer emociones y dudas para los que se ha de estar preparado y disponer de tiempo para resolver .
Es difícil valorar el impacto de las charlas en los alumnos mas allá de las encuestas de satisfacción pero todos ellos verbalizaron que el taller les había hecho ponerse en el lugar de las personas del caso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0679

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

presentado y reconocen que es importante poder hablar de la muerte para afrontar la vida.
Pensamos que la actividad puede extenderse a mas centros y ser parte de la actividad habitual de los equipos ESAD si se cuenta con el apoyo necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/679 ========== ***

Nº de registro: 0679

Título
FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Autores:
ANDREU GRACIA SERGIO FERNANDO, CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE, LAUROBA ALAGON MARIA PILAR, LAPUERTA ALCAZAR CARMEN, MIGUELEZ FERNANDEZ ROSA, SANZ RECIO JOSE LUIS, MORENO MATEO ROBERTO, TORRUBIA ATIENZA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD ZARAGOZA 2

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Afrontamiento final de vida
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Gestión del conocimiento. Educación para la salud
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A diario los equipos de cuidados paliativos domiciliarios acompañamos a los pacientes en una experiencia existencial única: hacer frente al final de sus vidas.
Desde los cuidados paliativos se afirma la vida de calidad tanto en los aspectos físicos como emocionales para el paciente y su entorno.
Observamos con mucha frecuencia, que el proceso de morir, se vive con ocultación y negación tanto por los pacientes como por los familiares. Esto impide la expresión de emociones y la comunicación en el seno de las familias, generando en muchos casos un sufrimiento emocional mayor que el que pudiera producir cualquier otro síntoma físico.
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.
Los programas de educación para la salud promueven los hábitos saludables y la prevención de enfermedades y accidentes.
Entendiendo que la vida va unida inexorablemente a la muerte, pensamos que, desde un programa comunitario de educación para la salud, se puede mejorar el afrontamiento del final de la vida, favoreciendo la comunicación en torno a la muerte.
¿Por qué hablar de esto en las aulas?
Porque hablar de la muerte sigue siendo un tema Tabú. Socialmente se evita, se oculta, resulta incómodo hablar de ella y el aula puede ser un espacio donde se genere debate y reflexión de forma constructiva.
Porque la muerte y todo lo que la rodea está en los medios de comunicación, las redes sociales, los videojuegos, la música, el cine y no siempre se aborda de una forma que permita su entendimiento sin distorsiones de la realidad.
Porque hay alumnos que han perdido algún familiar o amigo, o que son cuidadores de alguien al final de vida.
Porque si se habla de la muerte de forma adecuada a la edad de los alumnos, son capaces de reflexionar y entender; están preparados para ello.

RESULTADOS ESPERADOS
Favorecer la reflexión y el debate en las aulas en torno a la muerte y la actitud frente a ella, para entenderla como parte de la vida y poder hablar de ello con naturalidad.
Aclarar mitos sobre el final de vida y conceptos como muerte digna, cuidados paliativos, eutanasia, sedación paliativa, testamento vital y otros que los alumnos pudieran plantear de manera espontánea.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0679

1. TÍTULO

FINAL DE VIDA SIN TABUES. SENSIBILIZACION Y EDUCACION EN LAS AULAS DE E.S.O., BACHILLERATO Y CICLOS FORMATIVOS ACERCA DEL FINAL DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Taller de 1 hora de duración en el que, mediante la proyección de un caso, se mostrarán distintas actitudes que surgen en una familia ante una situación de final de vida.
Haciendo uso del teléfono móvil, a los alumnos se les animará a responder preguntas cuyas respuestas se proyectarán en pantalla mediante la aplicación Voxvote con el objetivo de crear debate en el aula.

- ¿Hay que contar la verdad a las personas?
- Si decides que no, ¿hasta cuándo?
- Si fueras tú, ¿te gustaría conocer la verdad sobre tu enfermedad?
- ¿Hay alguna edad a la que creéis que no se deba contar la verdad?
- ¿Consideráis que una persona debe de poder elegir su propio final?
- ¿Qué podéis hacer vosotros por alguien que está al final de su vida?

Se hará referencia durante el debate a aspectos legales en torno a la información y situación de final de vida, así como a los conceptos señalados en los objetivos.
Dada la universalidad del tema de la charla, se propone al centro que sea una actividad transversal pudiendo abordarse así el tema de final de vida desde asignaturas como la música, arte, historia, filosofía, ética, religión, biología…

INDICADORES
Realizar la actividad al menos en 2 aulas durante este año
Evaluación del grado de participación de los alumnos. Al menos el 75% de los alumnos responderán a las preguntas lanzadas a través de Vox Vote. Nº alumnos participantes x 100/ Nº total de alumnos presente>= 75
Encuesta de satisfacción. Al menos el 75% de los alumnos s encontráran satisfechos o muy satisfechos con la actividad realizada. Nº alumnos satisfechos x 100/ Nº total de alumnos presentes>= 75

DURACIÓN
La actividad será realizada por personal de enfermería del ESAD.
Comunicación del proyecto a personal ESAD :junio 2018
Comunicación a Centro de Salud de Zona :junio 2018
Contacto con centro educativo: junio 2018
Reuniones de equipo y reparto de tareas: septiembre de 2018.
Realización de los talleres : primer trimestre del curso escolar 2018-2019 (octubre-diciembre) con fechas a concertar con los centros educativos según su disponibilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0479

1. TÍTULO

ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)

Fecha de entrada: 28/07/2016

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO JOSE SASTRE HERES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... CSS SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO BORRAZ LUIS
CASTRO VILELA MARIA ELENA
GARCIA BORJABAD SONIA
AMOROS LOPEZ DE LA NIETA FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Primer cuatrimestre: Revisar y consensuar un programa de terapia secuencial en un equipo multidisciplinar
- Segundo cuatrimestre: Iniciar la fase de observación del programa de terapia secuencial
- Tercer cuatrimestre: Revisar y valorar los resultados de la fase de observación y diseñar la fase de intervención del programa de terapia secuencial en un equipo multidisciplinar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la fase observacional se obtuvieron los siguientes resultados:
- % de pacientes en nuestro centro que se podrían beneficiar de la terapia secuencial: 68,8%
- Mediana de días entre que el paciente sería candidato a terapia secuencial hasta el inicio de tratamiento vía oral o alta en su defecto: 2 días
- % pacientes en los que se realiza el desescalado antibiótico de forma espontánea (sin necesidad de una recomendación expresa): 81,8%
- Ahorro potencial en el caso de haber realizado la terapia secuencial: 35,8 euros

Otros resultados observados:
Incidencias relacionadas con la vía de administración: 9 pacientes (56,25%) (todos ellos por extravasación, en algunos casos en más de una ocasión).
En el caso de que se hubiera realizado la terapia secuencial en el momento en que el paciente hubiera sido candidato a ello se podría haber evitado 5 incidentes relacionados con la vía de administración (4 extravasaciones y 1 arrancamiento de vía)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Teniendo en cuenta el bajo número de pacientes analizados, se observó una elevada proporción de pacientes en los que se realiza la TS de forma habitual. Sin embargo hay cierto margen de mejora en el momento en la que esta se inicia una vez el paciente es candidato a ello. Así mismo, se puede observar que aunque no hay un gran impacto económico directo en su realización en base al gasto en antibióticos, sí podría contribuir en la prevención de problemas relacionados con la vía parenteral (ej. flebitis) así como también, quizás, en una menor estancia hospitalaria. A raíz de este estudio se ha detectado un cierto margen de mejora en el uso de antibióticos y la necesidad de instaurar un plan de actuación específica tipo PROA en el seno de un grupo multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/479 ========== ***

Nº de Registro: 0479

Título
ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)

Autores:
SASTRE HERES ALEJANDRO JOSE, MARCO LIARTE MARIA CARMEN, MORENO BORRAZ LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JUAN DE DIOS

PROBLEMA
Los pacientes con infección grave o por su situación clínica aguda, suelen presentar una primera etapa de inestabilidad hemodinámica, en ocasiones acompañada de problemas gastrointestinales y bajo nivel de consciencia que requiere hospitalización. En esta primera fase el paciente suele ser tratado por vía parenteral ya que esta vía presenta como ventajas asegurar una biodisponibilidad completa, inicio inmediato de la acción y conseguir de forma inmediata niveles séricos y tisulares en rango terapéutico.
La terapia secuencial tiene por objeto, en los pacientes susceptibles a ello, el cambio del tratamiento a vía oral en la fase de mejoría precoz. En el caso de los pacientes con tratamiento antibiótico de amplio espectro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0479

1. TÍTULO

ESTUDIO OBSERVACIONAL DEL USO DE ANTIBIOTICOS (TERAPIA SECUENCIAL)

es recomendable aprovechar esta fase de secuenciación para realizar una simplificación del tratamiento dirigida por cultivos (desescalado antibiótico) con el objetivo de disminuir las resistencias bacterianas.
El interés por la terapia secuencial se explica por varias circunstancias
- Evitar los problemas que se derivan de la necesidad de un acceso venoso
o Bacteriemia secundaria, flebitis…
o RAM: mayor riesgo de hipersensibilidad medicamentosa por las altas dosis de medicación vía parenteral en comparación con la vía oral
- Ventajas para pacientes y personal de enfermería (menos tiempo por parte de enfermería, comodidad del paciente…)
- Reducir la aparición de resistencias derivadas de usos de antibióticos de amplio espectro
- Reducir el coste tanto el asociado al propio tratamiento por vía parenteral o con antibióticos de amplio espectro así como los costes indirectos al estar asociada la vía oral.
Según la SEIMC se calcula que el 40% de los pacientes que reciben tratamiento parenteral en un hospital general son candidatos a la conversión precoz del tratamiento antimicrobiano parenteral a un régimen oral, aunque el proceso para determinar las pautas de terapia secuencial que se tienen que utilizar en el hospital ha de ser el resultado de un consenso multidisciplinar y que tiene que considerar además de los aspectos de seguridad y coste, los patrones de resistencia local a los antibióticos.
según el documento de consenso del Programa de optimización de antibióticos (PROA), de forma repetida a lo largo del tiempo y en distintos ámbitos geográficos se ha comprobado que la utilización de antimicrobianos en el medio hospitalario es mejorable en el 30-50% de los casos.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaborar un programa de terapia secuencial de forma consensuada dentro de un grupo multidisciplinar (estableciendo metodología, fármacos a monitorizar…)
- Conocer la situación actual del uso de antibióticos en nuestro centro previa implantación del programa de terapia secuencial para identificar las principales áreas de mejora para optimizar el uso de antibióticos
- Conocer la proporción de pacientes que en nuestro centro se podrían beneficiar de la terapia secuencial precoz a priori
- Adaptar el programa de terapia secuencial previamente diseñado a los resultados obtenidos de la fase de observación

MÉTODO
- Revisar la bibliografía y experiencias en otros centros de programas de terapia secuencial
- Identificar en la bibliografía los antibióticos de amplio espectro relacionados con la generación de gérmenes multiresistentes
- Desarrollado y consensuar en un equipo multidisciplinar un programa de terapia secuencial a partir de la bibliografía y experiencias en otros centros revisadas
- Realizar una primera fase de observación de este programa de terapia secuencial.
- A partir de los resultados de la fase de observación establecer la metodología, condiciones/criterios y medicamentos más indicados en nuestro centro para desarrollar e implementar un programa de terapia secuencial.

INDICADORES
- % de pacientes en nuestro centro que se podrían beneficiar de la terapia secuencial
- Mediana de días entre que el paciente sería candidato a terapia secuencial hasta el inicio de tratamiento vía oral o alta en su defecto
- % pacientes con tratamiento antibiótico de amplio espectro y antibiograma previo inicio de tratamiento
- % pacientes en los que se realiza el desescalado antibiótico de forma espontánea (sin necesidad de una recomendación expresa)
- Ahorro potencial en el caso de haber realizado la terapia secuencial.

DURACIÓN
- Primer cuatrimestre: Revisar y consensuar un programa de terapia secuencial en un equipo multidisciplinar
- Segundo cuatrimestre: Iniciar la fase de observación del programa de terapia secuencial
- Tercer cuatrimestre: Revisar y valorar los resultados de la fase de observación y diseñar la fase de intervención del programa de terapia secuencial en un equipo multidisciplinar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0197

1. TÍTULO

ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Fecha de entrada: 10/08/2016

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA PALMERO PEREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SAN JUAN DE DIOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PLANAS PAMPLONA MERCEDES
FALCES AÑON EVA
SISAS RUBIO RAQUEL
GONZALEZ TEJEDOR RAQUEL
POMBO MATO RAMON
FLORENTIN OSTARIZ EVELYN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Unificar Procedimiento
Detectar puntos críticos
Mejorar resultados en pacientes.

Para ello:
Puesta en comu´n de protocolos
definir parrrilla de recogida de datos
seminarios presentación protocolos
Cortes observacionales trimestrales
Seminarios informativos de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todo el proyecto se ha realizado en su totalidad.
Partiendo de unos datos de cumplimiento del protocolo de 82% (dato previo a la puesta en marcha del proyecto), se ha registrado un 93,3% de cumplimiento en el corte del tercer trimestre de 2015.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el proyecto se ha realizado en su totalidad. Revisión/implantación y seguimiento
De los puntos críticos detectados se ha objetivado mejora en todos ellos.
Hemos considerado mantener la monitorización del procedimiento para seguir actuando sobre desviaciones.

7. OBSERVACIONES.
Nada que reseñar.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/197 ========== ***

Nº de Registro: 0197

Título
ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Autores:
PALMERO PEREZ FRANCISCA, PLANAS PAMPLONA MERCEDES, FALCES AÑON EVA, SISAS RUBIO RAQUEL, VICENTE EDO MARIA JOSE, FLORENTIN OSTARIZ EVELYN, MOLINA MORALES ANA ROSA, SECORUN PONCELA AMPARO, GONZALEZ TEJEDOR RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JUAN DE DIOS

PROBLEMA
El sondaje vesical es un procedimiento de alto riesgo en la Seguridad del Paciente. Desde el año 2013, en el Hospital San Juan de Dios, estamos realizando un seguimiento del cumplimiento del Sondaje Vesical. Para ello elaboramos una parrilla para realizar los cortes observacionales y poder cuantificar el cumplimiento de dicho protocolo.
Este protocolo, se hacia necesario su revisión y pensamos en llevar a cabo toda la sistemática de revisión para la implantación de un protocolo Basado en la Evidencia.
La Unidad Estrategica de Enfermería de Aragón, puso a nuestra disposición un protocolo de Sondaje vesical con validez hasta el año 2017.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0197

1. TÍTULO

ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Unificar criterios y de aplicación de la técnica basada en la evidencia
Sistematizar los materiales a utilizar siguiendo las recomendaciones de dicho Protocolo
Evitar complicaciones y reducir infecciones AAS asociadas a la atención sanitaria.

MÉTODO
-Revisar protocolo existente, resultado de la revisión de protocolo de 2008 y actualización tras búsqueda bibliográfica . GP, NGC, Cochrane, Pubmed..
-Ajustes del Protocolo a las Unidades de Hospitalización de Hospital San Juan de Dios.
- Consenso Hospital-UEEA
-Difusión en Centro por Unidad
-Implementación
-4 Cortes observacionales a realizar por:
los tres primeros por observadores/audit del Centro y el cuarto por audit de la UEEA.

INDICADORES
La parrilla de valoración /observación, esta definida a priori fruto de la propia del Centro y la que se deriva el propio Protocolo.
Contiene 14 item´s siendo los indicadores más relevantes:
-nº profesionales que tiene acceso al protocolo/nº profesionales del centro
-nº pacientes con SV que presentan fiebre/n de pacientes con SV
-nºpacientes observados a los que se ha realizado higiene previa al sondaje/nº de pacientes observados

DURACIÓN
Inicio: mayo 2015
Finalización mayo 2016

*mayo -junio consenso de los protocolos y revisión bibliográfica   precisa
*junio-septiembre difusión e implementación
*observación, cortes en noviembre-enero-marzo y ultimo corte por parte de UEEA en mayo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1117

1. TÍTULO

ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA PERPIÑAN SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEZA PEREZ CARMEN
VILLAR SAN PIO TERESA
CRESPO BURILLO MARIA MAR
MARIUTANU TAMARA
MARTINEZ HEREDIA CAROLINA
LAHOZ DE TORRES SUSANA
PEREZ VAQUERO ANA GRACIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Búsqueda bibliográfica para elaborar un cuerpo de conocimientos (mayo/junio 2018). Cada subgrupo del proyecto realizó dicha búsqueda reforzando los conocimientos previos con el objetivo de alcanzar el nivel necesario para poder impartir los talleres planteados. Para ello todos los miembros aportaron recursos personales informáticos.
2) Diseño y elaboración de soportes complementarios (julio/agosto/septiembre 2018). Se elaboraron tanto los soportes necesarios para informar de la programación prevista e impartir los talleres, como los recursos requeridos para la realización y evaluación del proyecto. Según los acuerdos alcanzados se prepararon:
a) Cartelería:
1. Póster informativo genérico sobre los talleres para promocionar y fomentar la asistencia. De forma general se informa de la realización de los talleres ofreciendo la posibilidad de ampliar la información del mismo.
2. Póster informativo sobre la programación, horarios y temas de los talleres. Se realizó un cartel en el que programar los diferentes temas a abordar de tal forma que pueda ser reutilizado modificando en cada caso los horarios y temas para adaptarse a las necesidades de formación tal y como se planteó en el proyecto.
b) Folleto informativo. Se diseñó un tríptico promocional del proyecto con el fin de dar a conocer los talleres, explicar la necesidad de los mismos y fomentar la asistencia.
c) Presentaciones/Soportes visuales referentes a cada uno de los temas tratados en los talleres (cinco) que sirvan de apoyo y ayuda a la formación de los cuidadores.
d) Cuestionarios/Encuestas:
1. Elección y preparación del cuestionario Zarit para valorar la sobrecarga de los cuidadores asistentes.
2. Elaboración de una encuesta inicial para los asistentes, permitiendo valorar los conocimientos previos referidos a los temas abordados en los talleres de los cuidadores.
3. Elaboración de una encuesta final para valorar los conocimientos adquiridos en el taller por parte de los cuidadores. Se elaboró una encuesta diferente (cinco) para cada uno de los temas a tratar en los talleres, considerando aquellos que son básicos para la población diana del proyecto.
4. Elaboración de una encuesta de satisfacción que nos permita valorar nuestra actividad y mejorarla, así como ofrecer la posibilidad de formar en temas diferentes según las necesidades observadas.
3) Preparación y elaboración de una tabla en formato EXCEL para la recogida y análisis estadístico de los datos.
4) Adecuación del espacio necesario para desarrollar la actividad (septiembre 2018). Se comenzó a preparar una sala para impartir los talleres en base a los criterios acordados para el proyecto. Basándonos en el tipo de población diana y sus necesidades, en los objetivos de docencia interactiva y práctica y en la aplicación de los conocimientos se propuso el aula docente situada en la unidad, no obstante, el traslado de planta y cierre de la anterior impidió terminar la preparación. Quedando el proyecto en este punto a expensas de la reestructuración de los espacios en la nueva ubicación y la obtención del permiso para su uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) Búsqueda bibliográfica. SI
2) Elaboración de soportes complementarios:
a) Cartelería: póster genérico y de programación. SI
b) Tríptico informativo. SI
c) Presentaciones. SI
d) Cuestionarios/Encuestas:
1. Zarit: SI
2. Encuesta inicial. SI
3. Encuesta final para cada tema. SI
4. Encuesta de satisfacción. SI
3) Preparación de una tabla para la recogida de datos. SI
4) Adecuación del aula. PARCIAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo de este proyecto permite:
1) Conocer la sobrecarga de los cuidadores, pudiendo disminuir dicha sobrecarga mediante los talleres planteados.
2) Aumentar los conocimientos de los cuidadores de personas ancianas/dependientes en los pilares del cuidado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1117

1. TÍTULO

ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

3) Mejorar las habilidades y técnicas de los cuidadores de personas ancianas y/o dependientes al dispensar los cuidados socio-sanitarios necesarios de manera eficaz.
4) Demostrar la capacidad de los cuidadores para cubrir las necesidades básicas en los cinco temas planteados como objetivo del proyecto.
5) Disminuir las necesidades de atención sanitaria actuando sobre los riesgos evitables derivados de la situación de dependencia del paciente.
6) Mejorar la calidad de vida de cuidadores y cuidados, ofreciendo un programa de apoyo que combine soporte emocional, educacional y recursos sociales.

La imposibilidad de empezar el proyecto tal y como se había planteado nos impide alcanzar todos los resultados deseados, quedando pendiente de desarrollo:
? Inicio de los talleres.
? Realización de reuniones mensuales para valorar las propuestas de nuevas necesidades de los cuidadores.
? Valoración de los conocimientos alcanzados por los cuidadores.
? Valoración del grado de satisfacción alcanzado.
? Análisis estadístico de los resultados alcanzados.

No obstante, nos ha permitido obtener resultados en otros sentidos, ya que, sin ser objetivos marcados en el proyecto hemos podido:
1) Trabajar ampliamente en la planificación de los talleres, planteando nuevos temas útiles para los cuidadores, de forma que puedan realizarse inmediatamente tras detectar su necesidad.
2) Desarrollar en profundidad los soportes informativos y de difusión, ofreciendo ideas básicas de cuidados en los mismos.
3) Comenzar con la difusión de los talleres confirmando la buena acogida por parte de los cuidadores.
4) Realización de reuniones mensuales para valorar nuevas necesidades observadas en los cuidadores y cuidados.
5) Diseño y adecuación de la nueva aula de talleres, a expensas de la aceptación por parte del Hospital General de la Defensa para el inicio inminente de los talleres.
6) Mejora del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1117 ========== ***

Nº de registro: 1117

Título
ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

Autores:
CRESPO BURILLO MARIA MAR, DEZA PEREZ CARMEN, VILLAR SAN PIO TERESA, PERPIÑAN SANCHEZ LAURA, MARIUTANU TAMARA, MARTINEZ HEREDIA CAROLINA, LAHOZ DE TORRES SUSANA, PEREZ VAQUERO ANA GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobrecarga del cuidador
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proceso de convertirse en cuidador supone la aparición, en muchos casos, de sobrecarga, que puede verse acrecentada por la falta de información y/o apoyo que en numerosas ocasiones sufren los cuidadores principales. La calidad de vida de las personas cuidadoras está condicionada por varios factores, entre los que se encuentran los elementos mediadores (soporte formal e informal).
Para reducir la sobrecarga de los cuidadores y mejorar su salud mental, resulta beneficioso ofrecerles un programa de apoyo que combine soporte emocional, educacional y recursos sociales.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1117

1. TÍTULO

ESCUELA PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES GERIATRICOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

Mejorar las habilidades y técnicas del cuidador al dispensar cuidados sociosanitarios a la persona dependiente
1.- Disminuir la sobrecarga del cuidador principal del paciente geriátrico
2.- Demostrar que el cuidador es capaz de mantener la piel íntegra de la persona dependiente
3.- Demostrar que el cuidador es capaz de realizar movilizaciones y transferencias sin riesgo de lesión
4.- Demostrar que el cuidador es capaz de satisfacer las necesidades del patrón nutricional de la persona dependiente
5.- Demostrar que el cuidador es capaz de prevenir caídas en la persona dependiente
6- Demostrar que el cuidador es capaz de entender los trastornos conductuales asociados a la demencia

MÉTODO
1.- Puesta en marcha del aula sobre cuidado e higiene de la piel
Carolina Martínez y Mª del Mar Crespo
2.- Puesta en marcha del aula sobre movilizaciones y transferencias
Susana Lahoz y Laura Perpiñán
3.- Puesta en marcha del aula sobre nutrición en el anciano
Teresa Villar y Ana Graciela Pérez
4.- Puesta en marcha del aula sobre prevención en caídas
Tamara Mariutanu y Carmen Deza
5.- Puesta en marcha del aula sobre trastornos conductuales asociados a la demencia
Carmen Deza y Mª del Mar Crespo
Semanalmente, según las preferencias de los cuidadores de la planta y nuestra valoración, se impartirán los miércoles una charla de 30 minutos de duración, en el turno de la tarde, de 16:00 a 16:30. Las charlas seran preparadas y presentadas por nuestro personal sanitario de la unidad: facultativos,enfermeros y tcaes.

INDICADORES
Objetivo 1.- Test para valorar los conocimientos que tiene el cuidador antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados

Objetivo 2.- Test de Zarit antes de la sesión formativa. Se realizará de nuevo telefónicamente (unido a otro proyecto de calidad de la planta) a la semana. Se contrastarán estadísticamente los resultados

Objetivo 3.- Test relacionado con el cuidado de la piel antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Objetivo 4.- Test relacionado con movilizaciones y transferencias antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Objetivo 5.- Test relacionado con patrón nutricional antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.
Objetivo 6.- Test relacionado con prevención de caídas antes y después de la sesión formativa. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Objetivo 7.- Test relacionado con los trastornos conductuales asociados a demencia antes de la sesión formativa. Se realizará el mismo test después de la charla. Se contrastarán estadísticamente los resultados.

Para valorar la estructura y el proceso se realizará una encuesta de satisfacción del usuario.

DURACIÓN
Fecha de inicio: mayo 2018
Fecha de finalizacion: mayo 2019

Calendario:
-busqueda bibliografica para elaborar un cuerpo de conocimientos: mayo,junio 2018
-elaboracion de suportes informativos complementarios: julio,agosto,septiembre 2018
-adecuacion del espacio donde se vaya a desarollar la actividad:septiembre 2018
-desarollo de las sesiones: desde octubre 2018 hasta mayo 2019
-evaluacion: mayo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0141

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA ANORO ABENOZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ GONZALEZ CRISTINA
SAMPIETRO ARCAS NURIA
SANZ ABOS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha procedido a administrar a la totalidad de los pacientes con diagnóstico de asma bronquial que acuden a revisión a consultas externas de Neumología, el test para evaluar el grado de control de la enfermedad (ACT). El resultado del mismo ha sido incluido en la historia clínica y/o en los informes de consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La valoración objetiva mediante este test, del grado de control de la enfermedad ha permitido una valoración médica más completa, además de servir para ajustar el tratamiento médico y/o insistir en la adherencia al mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración muy positiva por parte de médicos y enfermería de esta herramienta, lo que ha permitido que se mantenga en el tiempo hasta la fecha actual. Se ha obtenido colaboración por parte de los pacientes en la totalidad de los casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/141 ========== ***

Nº de registro: 0141

Título
IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA

Autores:
ANORO ABENOZA LAURA, GOMEZ GONZALEZ CRISTINA, CORTES SANTIDRIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se calcula que entre el 50 y el 70% de los pacientes asmáticos en nuestro medio no tienen bien controlada su enfermedad, lo que incide de forma notable en su calidad de vida. El objetivo actual del tratamiento es alcanzar y mantener el control.
El test de control del asma (ACT) es la herramienta que recomienda la Guía Española para el Manejo del Asma, ya que permite de forma objetiva determinar el grado de control de la enfermedad, siendo de gran ayuda para ajustar el tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Administrar a todos los pacientes asmáticos que acudan a revisión en consulta general de Neumología el cuestionario de control del asma (ACT).
2.-Identificar a los pacientes no controlados (ACT = 20 puntos) para ajustar su tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0141

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL TEST PARA LA EVALUACION DEL CONTROL DEL ASMA (ACT) EN CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGIA

MÉTODO
Se administrará el cuestionario ACT a todos los pacientes asmáticos que acudan a revisión (tanto si llevan tratamiento previo para el asma bronquial como si no se estableció tratamiento en la primera visita).

En función de la puntuación obtenida, se procederá a inclementar/desescalar el tratamiento médico con la ayuda de esta herramienta.

INDICADORES
1.-Número de pacientes asmáticos a los que se realiza Test de Control del asma.
2.-Número de pacientes con control deficitario de la enfermedad (puntuación inferior a 20 puntos).
3.-Número de pacientes en los que es preciso modificar el tratamiento crónico con la ayuda de esta herramienta.

DURACIÓN
Periodo de inclusión de pacientes de un año (desde Octubre 2016 a Octubre 2017).
Seguimiento periódico posterior (cada tres, seis o 12 meses en función del grado de control y de la severidad de la enfermedad).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0440

1. TÍTULO

IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GOMEZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H GENERAL DE LA DEFENSA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANORO ABENOZA LAURA
SAMPIETRO ARCAS NURIA
SANZ ABOS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Test de adherencia a inhaladores.

Educación de la técnica inhalatoria.

Posterior valoración del uso del dispositivo a través del test de adherencia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cumplimiento y adhesion al dispositivo tras la enseñanza de la tecnica inhalatoria valorado mediante Tai.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Resulta imprescindible emplear tiempo e insistir en la técnica inhalatoria para una correcta adhesión al inhalador

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/440 ========== ***

Nº de registro: 0440

Título
IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A LOS INHALADORES (TAI)

Autores:
GOMEZ GONZALEZ CRISTINA, ANORO ABENOZA LAURA, CORTES SANTIDRIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: EPOC
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- En pacientes con EPOC la adhesión a su tratamiento es imprescindible para alcanzar y mantener el control de la enfermedad. Una baja adhesión a los inhaladores se asocia consistentemente a un aumento de la morbimortalidad, por lo que resulta imprescindible determinar el grado de adhesión al tratamiento en cada paciente.

- La principal causa de esta baja adherencia es que el paciente sobreestima el uso del inhalador por lo que en nuestro proyecto vamos a utilizar cuestionarios validados en la práctica clínica diaria para identificar la adhesión al tratamiento.

- El proyecto es útil porque valorando la adhesión al tratamiento e identificando cuáles son las barreras para que ésta se produzca podremos generar una estrategia asistencial individualizada a cada paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0440

1. TÍTULO

IDENTIFICAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO EN PACIENTES EPOC A TRAVES DEL TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)

RESULTADOS ESPERADOS
- Identificar pacientes con baja adhesión al tratamiento. - Identificar las barreras que les impiden el cumplimiento del tratamiento.
- Elaborar una estrategia asistencial individualizada.
- Disminuir el número de agudizaciones (visitas a Urgencias, Ingresos hospitalarios)

MÉTODO
- Identificar en la visita médica pacientes con EPOC y tratamiento con inhaladores. (Responsable: Dra Gómez/Anoro)
- Cumplimentar el Test de Adherencia a los Inhaladores (TAI) validado por la Sociedad Española de Neumología (SEPAR). El paciente debe cumplimentar 10 preguntas y el profesional sanitario 2. (Responsable enfermera Ana Cortés)
- Establecer las medidas correctoras pertinentes en la visita médica. (Responsable: Dra Gómez/Anoro)

- Comprobar la efectividad de las medidas correctoras. Valorar el control de la enfermedad(Responsable: Dra Gómez/Anoro)

INDICADORES
- Grado de adherencia a la terapia inhalada a través del cuestionario TAI en cada visita médica.

- Estabilidad de la enfermedad. Número de agudizaciones toma de corticoides sistémicos, antibióticos, visitas a Urgencias, ingresos hospitalarios.

DURACIÓN
- Inicio: Septiembre 2016
- Finalización: Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0605

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUANA MARIA MORELLI BENITEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS
ASIN LASIERRA ASCENSION
BIELSA VALDOVINOS CARMELO
GRACIA REMACHA MARIA ANGELES
LAZARO FIERRRO MARIA ANGELES
PARRILLA MARZO JUAN
SANCHEZ VILLAVERDE GREGORIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Creación de un grupo de formadores para encargarse de la formación de las nuevas incorporaciones al Servicio
2.- Elaboración de un documento "cheeklist" para ser respondido al finalizar el periodo de formación tanto por el formador como por el formado. El periodo de formación será de 15 días, una semana se formará en la ventanilla de urgencias y otra en ingresos tanto programados como urgentes.
3.- Dar formación a los integrantes del Servicio para mejorar las relaciones interpersonales y conseguir relaciones cordiales y eficaces con los usuarios, los propios compañeros y resto de personal.
4.- Realización de un tríptico con mensajes simples y eficaces para mejorar la actitud de los componentes del Servicio.
5.- Actualizar el documento del protocolo de actuación del Servcio en Admisión urgencias y hospitalización
6.- LLevar a cabo reuniones informativas y motivacionales con todos los trabajadores, personal administrativo, del Servicio de Admisión de urgencias y hospitalización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Este proyecto fue satisfactorio, en el pudimos recoger información, inquietudes, frustaciones y desacuerdos de una parte importante del Servicio.
Ha sido un trabajo exploratorio en el que no ha habido medidas objetivas, solamente percepciones subjetivas y apreciaciones positivas sobre el cambio actitudinal hechas por personas ajenas al Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- Es necesaria la comunicación efectiva y bidireccional entre los mandos intermedios y el resto de trabajadores.
2.- Es importante detenerse y reflexionar juntos sobre el trabajo diario.
3.- Las actitudes se pueden cambiar con motivación y sobre todo con el ejemplo de los mandos intermedios.
4.- Es necesario explicar a todos los trabajadores la importancia de su trabajo para la institución.
5.- La formación continuada es imprescindible para evitar la desmotivación, prevenir actitudes negativas y para mantener estándares de calidad elevados.
6.- Nuestro Servicio se ha comprometido a llevar a cabo mediciones objetivas, p.e con encuestas de satisfacción de los cambios actitudinales.
7.- Ante las nuevas incorporaciones de personal administrativo queremos trabajar desde el principio y ofrecerles formar parte de grupos de trabajo de nuestro Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/605 ========== ***

Nº de registro: 0605

Título
CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

Autores:
MORELLI BENITEZ JUANA MARIA, ABAD CEBOLLA JUAN CARLOS, ASIN LASIERRA MARIA ASCENSION, BIELSA VALDOVINOS CARMELO, CORTES GOMEZ MARIA LUISA, GRACIA REMACHA MARIA ANGELES, SANCHEZ VILLAVERDE GREGORIO, LAZARO FIERRO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0605

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN ATENCION AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
ATENCION AL USUARIO
ACOGIDA NUEVOS TRABAJADORES
RELACIONES INTERNAS CON RESTO PERSONAL

RESULTADOS ESPERADOS
APRENDER A GESTIONAR EL ESTRES
APRENDER HABILIDADES SOCIALES QUE MEJOREN EL TRATO Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES

MÉTODO
1º CREACION DEL GRUPO (3 MANDOS INTERMEDIOS Y 5 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS)
2º ESTUDIO DE LAS AREAS DE MEJORA ENTRE TODOS LOS COMPONENTES.
3º FORMACIÓN

INDICADORES
UTILIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN YA EXISTENTES Y COMPARARLAS CON OTRAS SEMEJANTES AL FINALIZAR EL PROYECTO

DURACIÓN
NOVIEMBRE 2016 - MAYO 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANTOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Fecha de entrada: 25/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO ALVAREZ ALEGRET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YUS GOTOR CARMEN
HAKIM ALONSO SOFIA
BLASCO ADIEGO ROSA
LOPEZ PRIETO PILAR
MARTIN LARDIES SOFIA
COY ALDANA DAMARIS
FONTANA JUSTES ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º Reuniones informativas y de Formación al personal de quirófano: Preredactadas, pendientes de redacción definitiva para solicitar Acreditación
2º Registro de las correspondientes encuestas de satisfacción: La encuesta de conocimientos de preanalítica se halla realizada, pendiente de su remisión a los Sº implicados
3º Registro de incidencias en el registro del Sº de AP. Se han registrado por los técnicos, e incorporadas a una hoja de cálculo por le Jefa de equipo administrativo. Se ha realizado una primera evaluación.
4º Registro de No Conformidades en registro del Sº de AP, que implican un rechazo de la muestra. Existe un formato ya diseñado para que el personal de quirófano sea informado de ello, y de las medidas correctoras necesarias para su aceptación.
5º Registro del Nº de reuniones del Grupo de Mejora. Se ha realizado una primera reunión.
6º Seguimiento diagnóstico de los casos de No Conformidad, para evaluar su trascendencia en el diagnóstico final anatomopatológico (preservación deficitaria que implique déficits en la valoración morfológica o de las técnicas especiales, imposibilidad de realizar un diagnóstico y su comunicación final al Sº de procedencia,…): Datos recogidos, parcialmente analizados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
* Redacción de la encuesta de conocimientos de Preanalítica para el áreas de quirófanos, pendiente de remisión.
3º Registro de incidencias y no conformidades en el registro del Sº de AP. Se han registrado 380
Bote sin identificación demográfica 120
No coinciden botes con los consignados 116
Informe sin identificación demográfica 52
Formol derramado 46
Muestra en fijador incorrecto o sin fijar 17
No coinciden datos demográficos con muestra 16
Falta informe de petición 9
Bote vacio 3
Cristal roto 1*
* Seguimiento diagnóstico de los casos de No Conformidad: Pendiente de estudio, aunque las causas más frecuentes (1ª y 2ª) ya se ha referido a las Unidades implicadas

Nota: Se ha redactado una breve memoria del Proyecto, análisis preliminar, posibles soluciones en cuanto a instrucciones y material, que se puede adjuntar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1º Recogida de datos: Es la principal actividad realizada, de forma sistemática y exhaustiva.
2º Valoración primeros resultados: Los principales eran los esperables en cuanto a incidencias y no conformidades en la recepción de las muestras.
3º Encuestas y sesiones informativas: Pendientes de remisión, y la segunda de redacción definitiva y acreditación.
4º No se ha podido realizar todavía una evaluación trimestral de los resultados para conocer la evolución de las medidas a adoptar.

7. OBSERVACIONES.
Se puede adjuntar una memoria más ampliada con índice, tarea realizada, diagrama de causa-efecto (Isikawa), instrucciones y soluciones materiales.

Esperamos en un 2º ciclo de Proyecto de Mejora cumplir las tareas no realizadas y finalizarlo.

Existe el compromiso, ligado al Concurso de Técnicas Automatizadas y con la ayuda y experiencia de la empresa ICSA, de Acreditar los Sº de Anatomía Patológica de Acreditar los alcances de cáncer de mama y de pulmón este año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANTOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1293 ========== ***

Nº de registro: 1293

Título
INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Autores:
ALVAREZ ALEGRET RAMIRO, YUS GOTOR CARMEN, GARCIA GARCIA MAR, BLASCO ADIEGO ROSA, LOPEZ PRIETO PILAR, MARTIN LARDIES SOFIA, COY ALDANA DAMARIS, FONTANA JUSTE ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA NEOPLASICA Y NO NEOPLASICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Anatomía Patológica recibe muestras citohistológicas para ser analizadas y emitir un diagnóstico preciso, además de proporcionar variables que constituirán factores pronósticos y predictivos de la enfermedad. De especial relevancia es la fase preanalítica (todo el proceso desde la hoja de solicitud y toma de muestra hasta su recepción en el Servicio). De su correcta cumplimentación depende no sólo la valoración morfológica, sino también todas las técnicas complementarias, cada vez más numerosas y complejas, que exigen una óptima calidad de la muestras.

Situación de partida:

Desde 2003 el Servicio participa en los Programas de Calidad del Salud, y desde 2014 dispone de un sistema de trazabilidad, que junto con el registro y gestión de incidencias y el aseguramiento de la Calidad, son los pilares de la Acreditación.

Nos planteamos toda la fase preanalítica hasta el registro, para asegurar los requisitos de Seguridad clínica (prioridad de la organización)

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Mejora de la Seguridad Clínica (paciente/personal hospitalario).

Objetivos específicos:
Mejorar la información y formación en el conocimiento de los requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Optimización en la toma, manipulación y transporte de las muestras.
Plan de mejora continua y control de indicadores de calidad específicos en el bloque quirúrgico.
Repercusión de las no conformidades en el diagnóstico final.

MÉTODO
Encuesta sobre conocimientos/requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Plan de comunicación y Formación el personal (personal médico, enfermería, subalterno, y auxiliar administrativo):
Concienciación de la importancia de la preanalítica en el diagnóstico final del proceso.
Información sobre la Cartera de Servicios de Anatomía Patológica, y de posibles ampliaciones, si necesitasen instrucción prenalítica específica.
Seguridad del paciente: Datos completos de filiación, etiquetado del recipiente, concordancia con hoja de petición, referencia de la hora de la toma en el volante,….
Seguridad del personal: Correcta toma, manipulación, y remisión en fresco/con fijador, conocimientos de riesgos laborales, condiciones del transporte, horario de remisión,…
Aplicación de circuito de mejora en base a registro de incidencias y control de indicadores, para el que se proponen reuniones periódicas.
Trabajo de campo inicial, destinado a identificar puntos débiles/oportunidades de mejora.
Encuesta de satisfacción (anuales).
Cooperación con Grupos de Calidad del área quirúrgica, y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANTOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

INDICADORES
Registro de Nº de reuniones informativas y de Formación al personal de quirófano.
Registro de las encuestas de satisfacción. Evaluación anual.
Registro de incidencias en el registro del Sº de AP, incorporadas a una hoja de cálculo. Evaluación trimestral. Se evaluará como positiva una disminución de un 20% en dichos controles.
Registro de No Conformidades que implican un rechazo de la muestra. Existe formato diseñado para que el personal de quirófano sea informado de ello, y de las medidas correctoras necesarias para su aceptación. La muestra sería retenida y manipulada para evitar su deterioro y ser correctamente procesada, y en caso de no concordancia hoja solicitud/muestra, se requerirá que personal autorizado se presente para su resolución.
Registro del Nº de reuniones del Grupo de Mejora. Evaluación trimestral de datos.
Seguimiento de los casos de No Conformidad, para evaluar su trascendencia en el diagnóstico final.

DURACIÓN
La estimación es de un año, prorrogable en base a los resultados, aunque se incorporará al Programa de Calidad con las correspondientes modificaciones que sugieran las evaluaciones.

Calendario:
La confección y solicitud de acreditación de las Jornadas de Formación del Personal se realizarán inmediatamente, para su puesta en marcha en dos meses.
Se contactará de inmediato con el Personal de quirófano para iniciar las primeras reuniones para informar del proyecto y programar la información y la Formación.
Formación: será impartida por los distintos miembros del Grupo de Mejora.
Evaluación trimestral del mismo, que coincide con la mayor parte de los indicadores.

OBSERVACIONES
Este proyecto forma parte de un Proyecto de mayor dimensión, la Acreditación del Servicio, en alcances previamente programados y progresivos, en Norma ISO 15189.

Clasificación del proyecto:
Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANTOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO ALVAREZ ALEGRET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YUS GOTOR CARMEN
MARQUINA IBAÑEZ ISABEL
BLASCO ADIEGO ROSA
LOPEZ PRIETO PILAR
MARTIN LARDIES SOFIA
COY ALDANA DAMARIS
MARQUEZ LARRAZ VIOLETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Servicio ha implementado un Plan de Acreditación en NORMA ISO 15189 en los alcances de Mama y Pulmón, en el contexto de un Programa de Acreditación en Laboratorios del propio SALUD, Sector II y Servicio, tras la reactivación de su Grupo de Calidad.
En colaboración con la empresa ICSA, contratada a través del Concurso de Técnicas Automatizadas autonómico, se ha reorganizado toda la política de Calidad, y Documentos asociados comunes a todos los Servicios, que figurarán en la Intranet del SALUD, y en nuestra propia Intranet local, homogéneos con el resto de Laboratorios.
1º Se han redactado y consensuado 18 Procedimientos técnicos (Preanalíticos, Analíticos (técnicos y Diagnósticos), y Postanalíticos.
2º Se han redactado y consensuado los correspondientes Documentos de Registro:
- Preanalíticos
- Analíticos técnicos
- Analíticos diagnósticos
- Postanalíticos
- Equipos
- Documentos
- No conformidades
- Manual de Calidad y Auditorías
- Personal
- Compras
- Plan de contingencia y Riesgos
- Actas
3º Registro de incidencias en el registro del Sº de AP. Se han registrado por los técnicos, e incorporadas a una de cálculo común, actualizado, y que subtipifica el área de las incidencias
4º Registro de No Conformidades en registro del Sº de AP, que implican un rechazo de la muestra. Se ha actualizado el formato, acorde con el resto de Laboratorios.
5º Registro del Nº de reuniones del Grupo de Mejora: Se realizan actas de todas las reuniones, revisiones, control de calidad interno y externo, no conformidades,...
6º Seguimiento diagnóstico de los casos de No Conformidad: Datos recogidos, parcialmente analizados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º Nos hallamos en la fase de documentación de Calidad redactada y actualizada, revisada en una revisión por la empresa ICSA el 7/3/2019.
2º Auditoría interna pendiente, el día 2/4/2019.
3º Este proyecto de mejora figura como objetivo Nº 2 entre los 6 recogidos en el Plan de Acreditación en los alcances pactados de mama y pulmón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La Acreditación en Norma ISO es un requisito considerado prioritario por el Servicio y el SALUD, que requiere tiempo, perseverancia, trabajo en equipo, y unas necesidades en forma de recursos técnicos y humanos (tiempo, en forma de jornadas de tarde para personal médico, técnico y administrativo), que se han solicitado oficialmente y no se han concedido. Merece la pena valorar este hecho ante la presión asistencial de nuestros Servicios, y las coyunturas actuales, que exigen tambien un esfuerzo de las Direcciones/Gerencias.

7. OBSERVACIONES.
Los distintos documentos redactados y consensuados de hallan a disposición de los coordinadores de Calidad del Sector y del Salud, en formato PDF/No editable.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1293 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANTOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Nº de registro: 1293

Título
INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANATOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Autores:
ALVAREZ ALEGRET RAMIRO, YUS GOTOR CARMEN, GARCIA GARCIA MAR, BLASCO ADIEGO ROSA, LOPEZ PRIETO PILAR, MARTIN LARDIES SOFIA, COY ALDANA DAMARIS, FONTAÑA JUSTE ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA NEOPLASICA Y NO NEOPLASICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Anatomía Patológica recibe muestras citohistológicas para ser analizadas y emitir un diagnóstico preciso, además de proporcionar variables que constituirán factores pronósticos y predictivos de la enfermedad. De especial relevancia es la fase preanalítica (todo el proceso desde la hoja de solicitud y toma de muestra hasta su recepción en el Servicio). De su correcta cumplimentación depende no sólo la valoración morfológica, sino también todas las técnicas complementarias, cada vez más numerosas y complejas, que exigen una óptima calidad de la muestras.

Situación de partida:

Desde 2003 el Servicio participa en los Programas de Calidad del Salud, y desde 2014 dispone de un sistema de trazabilidad, que junto con el registro y gestión de incidencias y el aseguramiento de la Calidad, son los pilares de la Acreditación.

Nos planteamos toda la fase preanalítica hasta el registro, para asegurar los requisitos de Seguridad clínica (prioridad de la organización)

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Mejora de la Seguridad Clínica (paciente/personal hospitalario).

Objetivos específicos:
Mejorar la información y formación en el conocimiento de los requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Optimización en la toma, manipulación y transporte de las muestras.
Plan de mejora continua y control de indicadores de calidad específicos en el bloque quirúrgico.
Repercusión de las no conformidades en el diagnóstico final.

MÉTODO
Encuesta sobre conocimientos/requisitos preanalíticos en el bloque quirúrgico.
Plan de comunicación y Formación el personal (personal médico, enfermería, subalterno, y auxiliar administrativo):
Concienciación de la importancia de la preanalítica en el diagnóstico final del proceso.
Información sobre la Cartera de Servicios de Anatomía Patológica, y de posibles ampliaciones, si necesitasen instrucción prenalítica específica.
Seguridad del paciente: Datos completos de filiación, etiquetado del recipiente, concordancia con hoja de petición, referencia de la hora de la toma en el volante,….
Seguridad del personal: Correcta toma, manipulación, y remisión en fresco/con fijador, conocimientos de riesgos laborales, condiciones del transporte, horario de remisión,…
Aplicación de circuito de mejora en base a registro de incidencias y control de indicadores, para el que se proponen reuniones periódicas.
Trabajo de campo inicial, destinado a identificar puntos débiles/oportunidades de mejora.
Encuesta de satisfacción (anuales).
Cooperación con Grupos de Calidad del área quirúrgica, y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

INDICADORES
Registro de Nº de reuniones informativas y de Formación al personal de quirófano.
Registro de las encuestas de satisfacción. Evaluación anual.
Registro de incidencias en el registro del Sº de AP, incorporadas a una hoja de cálculo. Evaluación trimestral. Se evaluará como positiva una disminución de un 20% en dichos controles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1293

1. TÍTULO

INSTRUCCIONES PREDIAGNOSTICAS (PREANALITICAS) EN ANTOMIA PATOLOGICA: TOMA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y RECEPCION DE MUESTRAS

Registro de No Conformidades que implican un rechazo de la muestra. Existe formato diseñado para que el personal de quirófano sea informado de ello, y de las medidas correctoras necesarias para su aceptación. La muestra sería retenida y manipulada para evitar su deterioro y ser correctamente procesada, y en caso de no concordancia hoja solicitud/muestra, se requerirá que personal autorizado se presente para su resolución.
Registro del Nº de reuniones del Grupo de Mejora. Evaluación trimestral de datos.
Seguimiento de los casos de No Conformidad, para evaluar su trascendencia en el diagnóstico final.

DURACIÓN
La estimación es de un año, prorrogable en base a los resultados, aunque se incorporará al Programa de Calidad con las correspondientes modificaciones que sugieran las evaluaciones.

Calendario:
La confección y solicitud de acreditación de las Jornadas de Formación del Personal se realizarán inmediatamente, para su puesta en marcha en dos meses.
Se contactará de inmediato con el Personal de quirófano para iniciar las primeras reuniones para informar del proyecto y programar la información y la Formación.
Formación: será impartida por los distintos miembros del Grupo de Mejora.
Evaluación trimestral del mismo, que coincide con la mayor parte de los indicadores.

OBSERVACIONES
Este proyecto forma parte de un Proyecto de mayor dimensión, la Acreditación del Servicio, en alcances previamente programados y progresivos, en Norma ISO 15189.

Clasificación del proyecto:
Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1588

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF) EN EL Sº DE ANATOMIA PATOLOGICA POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN ROCHE LATASA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE ARREGUI SANDRA
TORRECIILLA IDOIPE NEREA
TRIGO CEBRIAN MIGUEL ANGEL
VISO SORIANO MARIA JESUS
FRANCO RUBIO JOSE IGNACIO
MALO NIEVEDES VERONICA
CARRASCO MARTINEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del borrador del tríptico informativo y de la encuesta a realizar a los pacientes, con reuniones periodicas, para decidir el formato del ambos trípticos.
Arbol de decisión para valorar la manera de informar a los pacientes y solicitarles la realización de la encuesta.
Metodología a realizar para garantizar la privacidad del paciente, para rellenar la encuesta y para estar a su disposición para cualquier duda que pudiera surgirles con el procedimiento a realizar.
La explicación de la acitividad a realizar es en primer lugar por parte del técnico de punciones con la entrega del material informatico y de la encuesta y en segundo lugar del profesional a realizar la actividad, en este momento se le preguntara al paciente por las dudas que pudiera tener y con posterioridad a la punción se recogería la encuesta de satisfacción.
No se han empleado recursos económicos hasta el momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración del triptico informativo y del modelo de encuesta a realizar, se ha cumplido el standard marcado.
En este momento no se puede valorar el impacto del proyecto, dado que no se ha iniciado la entrega de documentación a los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo, es muy positiva, se intensifica y mejora la relación con el paciente, incrementandose la satisfacción por el trabajo realizado.
Nuestra siguiente fase en la implementación del proyecto.
Creemos que nuestro proyecto es sostenible y aportara datos para mejorar nuestra actividad diaria y además aumentara la satisfacción del paciente.
Este proyecto podría ser aplicado a cualquier servicio y actividad clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1588 ========== ***

Nº de registro: 1588

Título
PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF), EN EL Sº DE ANAT. PATOLOGICA, POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Autores:
ROCHE LATASA ANA BELEN, TORRECILLA IDOIPE NEREA, VICENTE ARREGUI SANDRA, MALO NIEVEDES VERONICA, TRIGO CEBRIAN MIGUEL ANGEL, CARRASCO MARTINEZ MERCEDES, FRANCO RUBIO JOSE IGNACIO, ECHEVARRIA NAVARRO PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1588

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS CONSULTAS DE PUNCION POR AGUJA FINA (PAAF) EN EL Sº DE ANATOMIA PATOLOGICA POR ENCUESTA DE SATISFACCION A LA POBLACION ATENDIDA Y FOLLETO INFORMATIVO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se ha detectado en las consultas PAAF, un desconocimiento por parte de numerosos pacientes del procedimiento a realizar y de los objetivos y posibles decisiones terapéuticas que dicho procedimiento genera. Esto conlleva gran inquietud y numerosas dudas a nuestros pacientes, así mismo se añade el desconocimiento de los contenidos de nuestra especialidad por parte de la población, este hecho aumenta la incertidumbre en los pacientes a los que hay que debemos realizar esta prueba.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo primordial es que todos los pacientes tengan previa a la realización de la punción, la información necesaria sobre la prueba a realizar, el conocimiento de nuestra labor como patólogos y los pasos posteriores que pueden derivarse de este acto; así como implementar un plan de mejora de estas consultas con las sugerencias y la información que se obtengan de los pacientes a través de la encuesta de satisfacción.

MÉTODO
Elaboración de una encuesta anónima poblacional para conocer la satisfacción de la población atendida, las opiniones y dudas generadas, y las posibilidades de mejora en nuestras consultas, con toda la información obtenida. Dicha encuesta constara de 4 preguntas cerradas y una abierta, se le entregara al paciente antes de la realización de la PAAF y se le recogerá después. Con esta información se realizara un estudio para plantear las mejoras a realizar con los datos obtenidos.
Preparación de un folleto informativo sobre la labor del patólogo, con una explicación asequible del procedimiento a realizar y toda la información necesaria posterior a la realización de la prueba (como y donde recoger el resultado de dicha prueba, tiempo de espera, etc……)
Estas actividades se llevaran a cabo por parte de un equipo multidisciplinar, que forma parte y participa de manera activa en las consultas PAAF, se incluyen facultativos, residentes y técnicos de laboratorio.
El material necesario sería acceso a un PC para la realización de la encuesta y el folleto.

INDICADORES
La fuente de datos serían todos los pacientes que acuden a nuestras consultas PAAF, como indicadores para monitorizar el proyecto y de calidad en nuestros resultados se valorara, que al menos uno de cada cuatro pacientes, responda a nuestra encuesta y poder obtener un mínimo de 50 encuestas completadas.

DURACIÓN
Tres años, con inicio en septiembre de 2017 y fin septiembre del 2020.Las actividades se llevarían a cabo por el equipo de la consulta PAAF, con una evaluación periódica mensual, por parte del coordinador del proyecto y el resto de personal medico adscrito al proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR HERRANZ ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASSINELLO OGEA CONCEPCION
FRACA CARDIEL CONCEPCION
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
RODRIGUEZ CALVO CORAL
MATEO AGUDO JESUS JAVIER
GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA
SANZ PARIS ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Coordinación con servicio de endocrino para la derivación de pacientes malnutridos para su evaluación y tratamiento. Establecer circuito y dossier informativo para el paciente.
2. Consulta no presencial, donde se revisan electrónicamente a los pacientes recién incluidos en lista de espera para solicitar determinadas pruebas previas a la consulta de anestesia, y a su vez se revisan a los pacientes próximos a intervenir de cara a iniciar circuito de optimización nutricional o de su anemia o bien posponer su cirugía en el caso de alguna contraindicación sobrevenida entre la consulta de anestesia y la cirugía
3. Charla informativa a los anestesiólogos de traumatología para información de las novedades de este proyecto
4. Coordinación con hematología para control de los pacientes optimizados y transfundidos.
5. Coordinación con el servicio de endocrinología para detección y tratamiento de pacientes de bajo nivel nutricional
6. Coordinación con el servicio de medicina interna para derivación a la consulta de alta resolución de anemia de determinados pacientes.
7. Formación del personal de enfermería de la consulta de anestesia.
8. Continuar utilizando la infraestructura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados. Y mensualmente recogida de datos de los pacientes optimizados para su control.
9. Realización de tabla Excel de recogida de datos donde agrupar a los pacientes según unidad quirúrgica a la que pertenezcan

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.Implicación cada vez mayor de los anestesiólogos de trauma, enfermería, responsables de sección de las unidades y en la realización del circuito
que conlleva el proyecto.

2. Revisados 6222 pacientes desde lista de espera y desde listados de próximas cirugías a lo largo del 2018, de los cuales se detectaron 550 posibles pacientes con anemia a los cuales se envió analítica para completar el estudio. y de ellos 248 se incluyeron finalmente en el circuito de optimización.

3.Detección de 5 pacientes con patología digestiva que le provocaba la anemia y que fueron derivados al servicio de digestivo/ medicina interna.

4.Detección desde la consulta no presencial de 7 pacientes con una nueva comorbilidad que ha retrasado/anulado la indicación de cirugía, y uno de ellos fue exitus antes de la cirugía.

7.Disminución de la tasa de transfusión en pacientes operados de forma programada, concretamente en la unidad de artroplastia de cadera, ésta ha bajado durante estos años desde una tasa del 11% a una tasa del 3,1% del año 2017 a una actual de 2,39%. En la unidad de columna se situa entorno al 7% siendo las cifras previas alrededor del 15%.

8. En relación al nivel nutricional únicamente fue incluido un paciente en el grupo de optimización, por lo cual se llego a la conclusión que el nivel nutricional de los pacientes de HRTQ sometidos a estas cirugías programadas era óptimo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Hay que hacer una labor constante de recuerdo a los distintos servicios implicados, de la importancia de la optimización prequirúrgica de la hemoglobina de sus pacientes de cara a disminuir la transfusión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

sanguínea y sus complicaciones asociadas.

2. El tratamiento de la anemia en el preoperatorio es el factor que influye más positivamente en el descenso de la trasfusión, y parece ser que ya hay una concienciación de este hecho entre los distintos servicios quirúrgicos.

3. Los pacientes sometidos a cirugía programada en HRTQ, no suelen presentar desnutrición

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/58 ========== ***

Nº de registro: 0058

Título
MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HTRQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Autores:
HERRANZ ANDRES PILAR, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, FRACA CARDIEL CONCEPCION, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, POLO PELLICENA MARCOS, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, RODRIGUEZ CALVO CORAL, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Musculoesquelética, neuroquirúrgica y cirugía reparadora de mama
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante el año pasado ya se inició un proyecto de optimización de la hemoglobina de algunos pacientes quirúrgicos del área de HRTQ.
Este año se pretende continuar con las líneas básicas del anterior proyecto, así como ampliar a otras patologías la posiblidad de mejora, e ir corrigiendo a su vez, pequeños fallos que se han ido viendo durante la puesta en funcionamiento en el primer año de rodaje.
Se considera que el minimizar los niveles de anemia de estos pacientes, provoca unos resultados positivos tanto en el paciente como en el sistema, al disminuir posibles complicaciones/costes asociadas a la transfusión.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la tasa de transfusión sanguínea en aquellos pacientes incluidos en el proyecto

MÉTODO
1.Sesión clínica informativa para las unidades quirúrgicas/servicios responsables de los pacientes a optimizar. Dra Cassinello/ Dr. Gómez
2. Elaboración de un triptico informativo para los pacientes.Dra. Herranz
3. Elaboración de esquema recordatorio para los anestesiólogos de HRTQ. Dra Fraca
4. Elaboración de programa de intercomunicación con hematología revisable desde intranet (historia clínica electrónica del sector). Dra. Gonzalez
5. Formación del personal de enfermería asignado a la consulta de anestesia. Dr Polo/ Dra. Rodriguez
6. Continuar con la revisión de listas de espera, para detectar a posibles candidatos y actuar (se les pedirá analíticas de control por correo y dependiendo del resultado se iniciarán tratamientos vía oral) Responsables todos los anestesiólogos del proyecto
7. Continuar utilizando la infraestrucutura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados asi como mejorar la intercomunicación en caso de dudas/ problemas que puedan surgir. Dra Oliden

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NUTRICIONAL Y DE LA ANEMIA DE LOS PACIENTES DE HRTQ QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIAS MAYORES

8.Revisión mensual de los pacientes a intervenir al mes siguiente, de cara a iniciar tratamientos iv, y detectar casos no optimizados por error. Dra. Herranz
9.Elaboración de encuesta de satisfacción para los pacientes optimizados. Dra Fraca

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes optimizados que reciben información por escrito.
Se obtendrá de la historia clínica
Indicador Nºpac informados/ pac optimizados x 100
2.Pacientes que cumplen el protocolo
Se obtendrá de la historia clínica
Indicador: pac optimizados/ pac Incluidos ene le protocolo x 100

DURACIÓN
Inicio Octubre 16 finalización Octubre 17
1. Sesión informativa Noviembre 16
2. Tríptico paciente Octubre 16
3. Esquema anestesiólogos Noviembre 16
4. Hematología Diciembre 16
5. Formación enfermería: Noviembre 16
6. Revisión lista de espera: mensulamente durante todo el año
7. Hospital de día: diciembre 16
8. Revisión lista de pacientes a operar mensualmente
9. Encuesta de satisfacción. Diciembre 16

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR HERRANZ ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
POLO PELLICENA MARCOS
GOMEZ GOMEZ ROBERTO
RODRIGUEZ CALVO CORAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración del tríptico informativo para el paciente.
2. Contacto con responsables de las distintas unidades implicadas en las cirugías a optimizar, para recordarles la importancia del proyecto de mejora, sus objetivos y repercusión en sus pacientes.
3.Continuar con la colaboración de la supervisora de hospital de día, para utilizar la unidad para la administración de los tratamientos y para que nos facilite la relación de pacientes optimizados de cara a un mayor control.
4.Contacto con la responsable de unidad de anemias (Dra. Gonzalez), y protocolización en las interconsultas que le realicemos para que aparezcan en la pestaña de otros informes en la historia clínica del paciente.
5.Formación continuada de anestesiólogos implicados en el proyecto, con elaboración de esquema recordatorio de los pasos a dar ante un paciente con anemia.
6.Formación de la enfermera de la consulta de anestesia.
7. Aunque inicialmente no estaba en el proyecto, se ha creado una consulta no presencial, desde la que se revisa los pacientes que las distintas unidades implicadas en el proyecto piensan operar al mes siguiente, con el objetivo de:

a) Detectar pacientes que son necesarios optimizar, para avisarles vía telefónica para que inicien el circuito para recibir el tratamiento pautado, desde la consulta de anestesia.
b) Detectar pacientes que han presentado algún tipo de comorbilidad desde que fueron vistos en la consulta de anestesia y que pueda contraindicar la cirugía en el momento actual.
c) Comunicación con los responsables de las distintas unidades sobre las incidencias encontradas al valorar las listas de cara a su modificación si fuese necesario.

Los informes sobre estos pacientes se crean en el HP Doctor y se pueden visualizar en la pestaña de otros informes de la historia clínica del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Implicación de los anestesiólogos de trauma, enfermería, responsables de sección de las unidades y secretarias en la realización del circuito que conlleva el proyecto.

2. Revisados 2064 pacientes desde lista de espera a lo largo del 2017, de los cuales se detectaron 153 posibles pacientes con anemia a los cuales se envió analítica para completar el estudio.

3.Desde Octubre, 92 pacientes estudiados desde la consulta de anestesia y puesto tratamiento necesario.
4.Detección de 7 pacientes con neoplasia digestiva que le provocaba la anemia al ser derivados al servicio de digestivo y un paciente con mieloma que fué derivado a hematología.
5.Detección desde la consulta no presencial de 10 pacientes con una nueva comorbilidad que ha retrasado/anulado la indicación de cirugía.
6.Disminución de la tasa de transfusión en pacientes operados de forma programada, concretamente en la unidad de artroplastia de cadera, ésta ha bajado de una tasa del 11% a una tasa del 3,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1 Hay que hacer una labor constante de recuerdo a los distintos servicios implicados, de la importancia de la optimización prequirúrgica de la hemoglobina de sus pacientes de cara a disminuir la transfusión sanguínea y sus complicaciones asociadas.
2. El tratamiento de la anemia en el preoperatorio es el factor que influye más positivamente en el descenso de la trasfusión.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/58 ========== ***

Nº de registro: 0058

Título
MEJORA DE LA HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE HTRQ SOMETIDOS A PTR, PTC, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIADA, SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES EN CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Autores:
HERRANZ ANDRES PILAR, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, FRACA CARDIEL CONCEPCION, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, POLO PELLICENA MARCOS, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, RODRIGUEZ CALVO CORAL, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Musculoesquelética, neuroquirúrgica y cirugía reparadora de mama
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante el año pasado ya se inició un proyecto de optimización de la hemoglobina de algunos pacientes quirúrgicos del área de HRTQ.
Este año se pretende continuar con las líneas básicas del anterior proyecto, así como ampliar a otras patologías la posiblidad de mejora, e ir corrigiendo a su vez, pequeños fallos que se han ido viendo durante la puesta en funcionamiento en el primer año de rodaje.
Se considera que el minimizar los niveles de anemia de estos pacientes, provoca unos resultados positivos tanto en el paciente como en el sistema, al disminuir posibles complicaciones/costes asociadas a la transfusión.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la tasa de transfusión sanguínea en aquellos pacientes incluidos en el proyecto

MÉTODO
1.Sesión clínica informativa para las unidades quirúrgicas/servicios responsables de los pacientes a optimizar. Dra Cassinello/ Dr. Gómez Herranz
2. Elaboración de un triptico informativo para los pacientes.Dra. Herranz
3. Elaboración de esquema recordatorio para los anestesiólogos de HRTQ. Dra Fraca
4. Elaboración de programa de intercomunicación con hematología revisable desde intranet (historia clínica electrónica del sector). Dra. Gonzalez
5. Formación del personal de enfermería asignado a la consulta de anestesia. Dr Polo/ Dra. Rodriguez
6. Continuar con la revisión de listas de espera, para detectar a posibles candidatos y actuar (se les pedirá analíticas de control por correo y dependiendo del resultado se iniciarán tratamientos vía oral) Responsables todos los anestesiólogos del proyecto
7. Continuar utilizando la infraestrucutura de hospital de día para la administración de tratamientos pautados asi como mejorar la intercomunicación en caso de dudas/ problemas que puedan surgir. Dra Oliden
8.Revisión mensual de los pacientes a intervenir al mes siguiente, de cara a iniciar tratamientos iv, y detectar casos no optimizados por error. Dra. Herranz
9.Elaboración de encuesta de satisfacción para los pacientes optimizados. Dra Fraca

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes optimizados que reciben información por escrito.
Se obtendrá de la historia clínica
Indicador Nºpac informados/ pac optimizados x 100
2.Pacientes que cumplen el protocolo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0058

1. TÍTULO

MEJORA NIVELES DE HB EN PACIENTES DE CRTQ SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA, MENINGIOMAS, ARTRODESIS LUMBAR AMPLIA (+3 NIVELES), SARCOMAS Y COLGAJOS LIBRES DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE MAMA

Se obtendrá de la historia clínica
Indicador: pac optimizados/ pac Incluidos ene le protocolo x 100

DURACIÓN
Inicio Octubre 16 finalización Octubre 17
1. Sesión informativa Noviembre 16
2. Tríptico paciente Octubre 16
3. Esquema anestesiólogos Noviembre 16
4. Hematología Diciembre 16
5. Formación enfermería: Noviembre 16
6. Revisión lista de espera: mensulamente durante todo el año
7. Hospital de día: diciembre 16
8. Revisión lista de pacientes a operar mensualmente
9. Encuesta de satisfacción. Diciembre 16

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0097

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JORGE VALLES TORRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA
ROYO CRESPO IÑIGO
EMBUN FLOR RAUL
PUERTA DILOY MARIA LOURDES
SANJUAN VILLARREAL ALBERTO
MOLINOS ARRUEBO IRENE
COTERA USUA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
RECOGIDA BASAL DE DATOS
Registro de los pacientes atendidos en la consulta durante los dos primeros meses. Se observa que en más del 46% de los pacientes falta alguna prueba por realizar. En concreto, en el 29 % falta algún dato sobre analítica sanguínea (principalmente estudio de coagulación), y el 22% falta el electrocardiograma.

REUNIÓN DE LOS IMPLICADOS
Reunión de los representantes de los servicios de Anestesiología, Cirugía Torácica y Enfermería de Consultas Externas para plantear línea de mejora y actuaciones a desarrollar. Se decide, que para la evaluación anestésica perioperatoria de los pacientes es imprescindible la realización de analítica con coagulación y ECG. El resto de pruebas complementarias (radiodiagnóstico, pruebas de función pulmonar) ya suelen estar realizadas en este tipo de pacientes debido a su patología (procesos oncológicos intratorácicos).

ACTUACIONES
Se llevan a cabo reuniones con lo servicios de Neumología y Oncología, que son los dos servicios que principalmente derivan pacientes a las consultas de Cirugía Torácica. Se transmite la información sobre la necesidad de realizar analítica con coagulación y ECG en todos los pacientes candidatos a cirugía torácica. Además, a través de la Dirección de Atención Especializada, se envía carta a todos los servicios de Oncología y Neumología para transmitir la información.

RECOGIDA DE DATOS TRAS LAS ACTUACIONES
Seis meses después se registran los datos de los pacientes atendidos en la consulta durante dos meses. Se observa que en el 45% de los pacientes falta alguna prueba por realizar. En concreto, el ECG falta en el 45%, y la coagulación en el 8%.

ACTUACIONES COMPLEMENTARIAS
Para solucionar el problema con la falta de ECG en los pacientes atendidos, se consigue disponer de un aparato de ECG en la consulta de anestesia, de modo que todo paciente que acude sin ECG se le puede realizar en la misma consulta. De esta forma, los pacientes atendidos en la consulta que tienen todas la pruebas realizadas alcanza el 92%.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al inicio del proyecto,sólo el 54% de los pacientes atendidos en la consulta de anestesia acudían con las pruebas preoperatorias realizadas. Se estableció como objetivo conseguir que más del 80% de los pacientes que acuden a la consulta de anestesia lo hagan con todas las pruebas preoperatorias realizadas. Tras la realización del proyecto se consigue que los pacientes que acudan a la consulta con las pruebas realizadas alcance el 92%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la primera fase de actuaciones se observó que los resultados no eran los esperados. El problema pudo haberse debido a un fallo en la transmisión de información a nivel regional entre todos los servicios implicados. Tras observar que el ECG era de la principal prueba preoperatoria que faltaba de realizar, se planteó la posibilidad de realizar el ECG en la propia consulta de Anestesia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/97 ========== ***

Nº de registro: 0097

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0097

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

Título
OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

Autores:
VALLES TORRES JORGE, IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA, ROYO CRESPO IÑIGO, EMBUN FLOR RAUL, PUERTA DILOY MARIA LOURDES, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, MOLINOS ARRUEBO IRENE, COTERA USUA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Cirugía Torácica y la Unidad de Anestesia Cardiotorácica del Hospital Universitario Miguel Servet prestan atención a pacientes procedentes de todos los sectores sanitarios de Aragón. Debido a que la mayoría de los pacientes atendidos acuden por patología oncológica subsidiaria de tratamiento quirúrgico (cirugía de resección pulmonar) o procedimientos quirúrgicos diagnósticos (mediastinoscopia, biopsia pulmonar,…), es primordial acelerar el circuito asistencial para poder aplicar el tratamiento lo antes posible. Es por eso por lo que, para evitar retrasos y desplazamientos, los pacientes son citados en la consulta de cirugía y de anestesia el mismo día.
Para poder realizar la valoración preanestésica de forma adecuada es imprescindible que los pacientes acudan a la consulta con los resultados de todas las pruebas preoperatorias realizadas, sobre todo aquellos pacientes pertenecientes a otros sectores sanitarios en los que es más difícil recabar resultados de pruebas realizadas en otros hospitales.
Actualmente, una proporción importante de los pacientes acuden a la consulta sin todas las pruebas preoperatorias realizadas. En estos casos las pruebas que faltan se solicitan desde la consulta de anestesia y son valoradas, o bien en una posterior consulta anestésica (lo que implica desplazamientos adicionales a pacientes de todos los sectores sanitarios), o cuando el paciente ingresa para ser intervenido (lo que puede conllevar una inadecuada evaluación preoperatoria).
Tras recoger datos durante un periodo de dos meses, se observa que en más del 46% de los pacientes falta alguna prueba por realizar. En concreto, en el 29 % falta algún dato sobre analítica sanguínea (principalmente estudio de coagulación), y el 22% falta el electrocardiograma.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir que más del 80% de los pacientes que acuden a la consulta de anestesia lo hagan con todas las pruebas preoperatorias realizadas:

Nº pacientes con todas las pruebas / Total pacientes candidatos a cirugía x 100 = 80

MÉTODO
Determinar las pruebas preoperatorias necesarias para la evaluación preanestésica.
Informar a los servicios implicados sobre las pruebas preoperatorias necesarias para que sean realizadas antes de que el paciente acuda a la consulta.
Para llevar a cabo el proyecto se analizarán las características de los servicios hospitalarios implicados, los recursos técnicos y humanos, y las posibles limitaciones que puedan dificultar su implantación. Los servicios hospitalarios directamente implicados son el Servicio de Anestesiología con el equipo de enfermería de Consultas Externas, el Servicio de Cirugía Torácica, los Servicios de Neumología y Oncología de todo Aragón.

INDICADORES
Proporción de pacientes intervenidos de cirugía torácica que acuden a la consulta de anestesia con todas las pruebas preoperatorias realizadas.

DURACIÓN
La duración completa del proyecto se estima que tenga una duración aproximada de entre 6 meses. Una vez desarrollado el proyecto se analizarán los resultados obtenidos para valorar posibles modificaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0097

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA EVALUACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGIA TORACICA

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SILVIA MARTINEZ NUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORO NUÑEZ MAXIMILIANO
COLOMINA CALLEN LORENA
COLAS RODRIGUEZ ANA
ROMERO IÑIGUEZ BLANCA
ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA
GRACIA CORTES LAURA
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El dolor agudo postoperatorio se presenta de diferentes formas ya que influyen, por un lado, la variabilidad de respuesta de los pacientes y, por otro lado el tipo de intervención y el procedimiento anestésico empleado
El objetivo del proyecto era comprobar la efectividad del tratamiento analgésico en el paciente durante su estancia en la REA y las primeras 48h al alta de la Unidad, así como el control de los posibles efectos secundarios al mismo
La metodología empleada en este proyecto fue de tipo prospectiva y observacional. Se encuestó a una muestra aleatoria de los pacientes mayores de 14 años operados entre el mes de febrero y noviembre de 2017 en el Hospital Miguel Servet en las especialidades de Cirugía Torácica, Urología y Cirugía General y que fueron ingresados en la REA durante el postoperatorio inmediato. Se estudiaron un total de 60 pacientes, 20 de cada una de las especialidades.
En una escala de intensidad del dolor, todos los procesos que se incluyeron en este estudio estarían en el grupo de dolor intenso (nefrectomía, cistectomía, resección pulmonar, resección de recto, colectomía)
Como criterio de exclusión se estableció la incapacidad o falta de colaboración para responder a los test del estudio
Previamente, se reviso la bibliografía existente, se diseñó una hoja de recogida de datos y se realizaron unos protocolos de analgesia en la REA y al alta en la planta, que serían aplicados a todos los pacientes incluidos en el proyecto.
Realizamos reuniones periódicas para evaluar los resultados, modificar protocolos y dar alternativas a los problemas que pudieran presentarse.
Se realizó una sesión para los médicos de la Unidad de Reanimación, donde se explicaron los protocolos y la forma de aplicarlos.
Para cada paciente se rellenó una hoja de recogida diseñada específicamente, donde se registraron parámetros como:

1. Fármacos usados en la intervención
2. EVA al ingreso en la unidad y seriado hasta las 48 horas tras el alta de la reanimación
3. Protocolo analgésico aplicado durante su estancia en la unidad
4. Protocolo analgésico aplicado durante su estancia en la planta
5. Efectos secundarios
6. Necesidad de analgesia de rescate. En caso de haber sido necesaria, evaluamos su efectividad
7. Monitorización de la función renal
8. Grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo del proyecto era comprobar la efectividad del tratamiento analgésico en el paciente durante su estancia en la REA y durante las primeras 48h al alta de la Unidad, así como el control de los efectos secundarios y las posibilidades de mejora que pudiéramos extraer
Los datos fueron obtenidos por medio de una entrevista con el paciente siguiendo un cuestionario diseñado específicamente para el proyecto, revisando su historia clínica en la planta y monitorizando los valores de las analíticas solicitadas
No hubo pérdida de información: los 60 casos seleccionados completaron todas las fases del cuestionario y no se tuvo que excluir a ninguno de los pacientes
La recogida de datos comprendió a 60 pacientes (20 de cada especialidad quirúrgica) cuyos datos demográficos se describen a continuación: edad media de 68.5 años; peso medio de 77.8 kg; sexo (H/M): 44.5% frente 55.5 %.
Descripción de los resultados en los pacientes intervenidos de Urología:
A 8 de los 20 pacientes se les realizó una anestesia combinada: anestesia general y anestesia epidural con anestésico local. El EVA al ingreso era menor en estos pacientes que en los que se había realizado una anestesia general solo con opioides
Los pacientes fueron incluidos en 2 protocolos de analgesia en REA, según fueran portadores o no de catéter epidural, con los mismos analgésicos menores y fármacos antieméticos
Observamos igual control del dolor al final de su estancia en la REA, aunque las cifras más bajas de EVA aparecieron antes en los pacientes con epidural
Los episodios de nauseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con catéter epidural
Durante su estancia en planta, precisaron menos rescates y presentaron menos efectos secundarios los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

pacientes portadores de catéter epidural
Comprobamos cómo la función renal estaba conservada en todos ellos, independientemente del tipo de analgesia recibida
9 pacientes tuvieron dolor “como lo esperaban”, 9 “menos del que esperaban” y solo 2 “más del que esperaban”
Al calificar nuestra intervención, 10 pacientes estaban “muy satisfechos”, 7 “satisfechos” y 3 “ni contentos ni descontentos”
Descripción de los resultados en los pacientes intervenidos de Cirugía General:
Sólo a 5 de los 20 pacientes se les realizó una anestesia combinada: anestesia general y anestesia epidural con anestésico local. El EVA al ingreso era menor en estos pacientes que en los que se había realizado una anestesia general solo con opioides
Los pacientes fueron incluidos en 2 protocolos de analgesia en REA, según fueran portadores o no de catéter epidural, con los mismos analgésicos menores y fármacos antieméticos
Observamos peor control del dolor durante su estancia en la REA en los pacientes sin catéter epidural
Los episodios de nauseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con catéter epidural
Durante su estancia en planta (todos sin epidural), precisaron un número elevado de rescates analgésicos y presentaron una considerable incidencia de efectos secundarios (nauseas y mareo, fundamentalmente)
Comprobamos cómo la función renal estaba conservada en todos ellos, independientemente del tipo de analgesia recibida
7 pacientes tuvieron dolor “como lo esperaban”, 9 “menos del que esperaban” y 4 “más del que esperaban”
Al calificar nuestra intervención, 2 pacientes estaban “muy satisfechos”, 12 “satisfechos”, 3 “ni contentos ni descontentos” y 3 “descontentos”
Descripción de los resultados en los pacientes intervenidos de Cirugía Torácica:
A 13 de los 20 pacientes se les realizó una anestesia combinada: anestesia general y anestesia epidural con anestésico local. El EVA al ingreso era menor en estos pacientes que en los que se había realizado una anestesia general solo con opioides
Los pacientes fueron incluidos en 2 protocolos de analgesia en REA, según fueran portadores o no de catéter epidural, con los mismos analgésicos menores y fármacos antieméticos
Observamos igual control del dolor al final de su estancia, aunque las cifras más bajas de EVA aparecieron antes en los pacientes con catéter epidural
Los episodios de nauseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con catéter epidural
Durante su estancia en planta, precisaron menos rescates y presentaron menos efectos secundarios los pacientes portadores de catéter epidural
Comprobamos cómo la función renal estaba conservada en todos ellos, independientemente del tipo de analgesia recibida
10 pacientes tuvieron dolor “como lo esperaban”, 9 “menos del que esperaban” y solo 1 “más del que esperaba”
Al calificar nuestra intervención, 11 pacientes estaban “muy satisfechos”, 8 “satisfechos” y sólo 1 “descontento”

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grado de satisfacción de los pacientes fue entre satisfecho y muy satisfecho en el 86% de los casos y sólo en 4 casos expresaron su descontento (3 de ellos por dolor en planta y 1 por dolor en la REA; este caso se trató de una compleja Cirugía Torácica realizada sin catéter epidural)
Cuando encuestamos a los pacientes, un número elevado nos refirieron que esperaban tener dolor importante tras la operación. Sorprende esta creencia bastante generalizada, que nos lleva a pensar que existe poca información general sobre el dolor y la oferta que tiene la Anestesiología para atajarlo. Este tema podría ser tratado con el paciente en la consulta preanestésica: explicar las posibilidades analgésicas en la intervención y postoperatorio inmediato
La percepción general es que lo estamos haciendo bien, pero hay que mejorar el control del dolor en las plantas de hospitalización, donde la supervisión del anestesiólogo ya no es tan directa como en la REA
La función renal no se ha alterado en ningún paciente de forma estadísticamente significativa
Los rescates analgésicos por vía epidural fueron mucho mejor que los rescates por vía intravenosa: tiempo de latencia, potencia, duración del efecto y tasa de efectos secundarios
Los resultados obtenidos en cada una de las cirugías fueron superponibles en cuanto a intensidad, progresión de la EVA, necesidad de rescates o efectos secundarios. Confirma la creencia que la homogeneización del tratamiento sobre una base científica nos permite obtener mejores resultados
La analgesia epidural ha resultado mejor método analgésico que la perfusión continua de opiáceos: menos efectos secundarios, menos crisis irruptivas, mejor respuesta a los rescates
Creemos que hay que utilizar más la técnica epidural en Cirugía General: son muy pocas intervenciones quirúrgicas las que se hacen con esta técnica y en nuestro estudio, ningún paciente dispuso de este método analgésico en la planta. La causa fundamental es que no se ha establecido una línea de trabajo con el personal médico y de enfermería (uso y cuidados específicos del catéter epidural) de dicha especialidad como con el de Urología o C. Torácica
Hemos observado que las crisis irruptivas están asociadas a momentos y actos puntuales: aseo, visitas, radiografías, exploraciones…. Tenemos que adelantarnos a ellas y tratar de evitarlas, puesto que son muy mal toleradas por el paciente
Tuvieron dolor los pacientes hospitalizados en planta. Los resultados obtenidos en nuestro estudio mostraron la aparición de crisis de dolor o dolor no controlado fundamentalmente las primeras 24 h al alta de la REA. Creemos que es debido a que en planta se inicia la movilización precoz y que hay una mayor ratio de pacientes/enfermería para su cuidado que en la REA. Los planes analgésicos pautados para la planta fueron efectivos, por que tras su administración, el paciente recuperó su confort con celeridad
En este momento no contamos con la opción de PCA para control del dolor. Una bomba de analgesia controlada por el paciente (PCA, por sus siglas en inglés) le permite inyectarse un analgésico por vía intravenosa (IV)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

cuando lo necesite. Esto le da un mayor control del alivio del dolor y tienen una mayor sensación de control y seguridad sobre su propio tratamiento del dolor.
Cada día se describen nuevas técnicas analgésicas, más efectivas y menos invasivas, como sería el bloqueo TAP (bloqueo del plano transverso del abdomen), muy útil en la analgesia multimodal postoperatoria de varios procedimientos de cirugí¬a abdominal baja, urológica y de pared abdominal. Creemos que debe ser incluida en los protocolos analgésicos por su sencillez, bajo coste y alta efectividad. Podría ser objeto de futuros trabajos de investigación o proyectos de mejora.
Pensamos que la solución al problema del dolor postoperatorio no controlado depende básicamente del establecimiento de una organización formal antes que de la implantación de nuevas técnicas. Las unidades de dolor agudo son una alternativa válida porque consiguen reducir la intensidad del dolor postoperatorio de una forma eficaz y con un control importante del gasto y de la yatrogenia
Como conclusión pensamos que los resultados expuestos demuestran la eficacia de la medicación analgésica empleada en el postoperatorio y nos estimula a mejorar: corregir los errores detectados, incluir nuevas técnicas y preparar mejor al paciente ante su próxima intervención.

7. OBSERVACIONES.
La formación continuada, la implicación de los anestesiólogos y del personal médico y de enfermería de las plantas quirúrgicas y el compromiso institucional son elementos fundamentales para mantener y mejorar el adecuado tratamiento del dolor postoperatorio.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/268 ========== ***

Nº de registro: 0268

Título
REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

Autores:
MARTINEZ NUEZ SILVIA, TORO NUÑEZ MAXIMILIANO, COLOMINA CALLEN LORENA, COLAS RODRIGUEZ ANA, ROMERO IÑIGUEZ BLANCA, ALCAZAR SALILLAS MARIA TERESA, GRACIA CORTES LAURA, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La necesidad de ofrecer al paciente un adecuado confort post-operatorio nos obliga a establecer pautas de analgesia que deben comenzar en el periodo postoperatorio inmediato.
La REA dispone de pautas para el tratamiento del dolor adecuadas según la intensidad del dolor previsible (leve, moderado, intenso), tipo de cirugía y características del paciente.
Queremos evaluar la eficacia analgésica, los efectos secundarios y los efectos adversos relacionados con el tratamiento.
Igualmente, queremos que todos los pacientes tengan una pauta analgésica al alta de la Unidad
Actualmente no existe un seguimiento del paciente en la planta de hospitalización.
Este seguimiento se realizará según lo dispuesto en el protocolo para la revisión de la analgesia post-operatoria que se creará en este proyecto de mejora

RESULTADOS ESPERADOS
-El objetivo es comprobar la efectividad del tratamiento analgésico en cada paciente durante su estancia en la REA y durante las primeras 48h al alta de la Unidad, así como el control de efectos secundarios

-Toda esta información quedará recogida en un protocolo adecuado de recogida de datos

MÉTODO
-Revisión y actualización de los protocolos analgésicos existentes

-Creación de la hoja y sistema de recogida de datos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0268

1. TÍTULO

REVISION DE LA ANALGESIA POST-OPERATORIA EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS EL ALTA DE LA UNIDAD

-Monográficos informativos con los Servicios Quirúrgicos implicados

-Participarán todos los miembros del proyecto de mejora coordinados por el responsable del proyecto

INDICADORES
-Tasa de Cumplimiento: si se han seguido las instrucciones de forma correcta.
-Morbilidad asociada: eventos consecuencia de los efectos secundarios del fármaco.
-Grado de dificultad durante el proceso.
-Grado de satisfacción del paciente. Se obtendrán a través de un cuestionario que se le pasará al paciente durante su estancia y al alta de la REA

DURACIÓN
Inicio y finalización: 1 enero 2017 – 31 octubre 2017
Formacion: enero y febrero 2017
Desarrollo: marzo a septiembre 2017
Evaluacion final: octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CORAL RODRIGUEZ CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARLUCCIO CRISTINA
CASTELLS MURILLO INMACULADA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
GOMEZ MUÑOZ CONSUELO
GONZALO PELLICER INMACULADA
IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR
PASCUAL LOPEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-1.Revisión de la bibliografía existente y entrevistas informales a pacientes y 2016
profesionales: octubre 2016

Empezamos realizando una amplia revisión de la literatura existente, encontrando numerosas publicaciones desde el año 1990.

Realizamos entrevistas informales a compañeros y pacientes, preguntándoles qué consideran importante para evaluar el grado de satisfacción con los cuidados anestésicos que administramos.

-2.Reunión y generación del primer cuestionario: noviembre 2017

Con la información obtenida en el apartado anterior elaboramos un primer cuestionario en el que registrábamos los siguientes datos:

-Edad
-Sexo
-Nivel de formación: Sin estudios, Educación Básica, Educación Secundaria, Estudios Universitarios.
-Profesión
-Variables relacionadas con la salud del paciente: su clasificación ASA (que valora en cuatro grados el riesgo anestésico), los antecedentes de depresión y la toma habitual de analgésicos.
- Factores relacionados con la intervención: el tipo de intervención, el tipo de anestesia utilizada, la duración del procedimiento quirúrgico, el periodo de estancia en la sala de recuperación, la existencia de complicaciones en la sala de despertar y los días de estancia hospitalaria.

Los siguientes items los debe valorar del 1 al 5 según le parezca que cada item es importante o no para valorar su experiencia (1:nada importante, 2: poco importante, 3: importancia media, 4: bastante importante, 5: muy importante):

1.Disminuir el tiempo de espera en la consulta de anestesia
2.Recibir información clara sobre el procedimiento anestésico
3.Tener tiempo en la consulta para resolver sus dudas
4.Facilitar el descanso la noche previa a la cirugía
5.Minimizar el tiempo de ayuno preoperatorio
6.Comodidad en el traslado a la zona quirúrgica
7.Buena recepción en la sala de acogida
8.Disminuir el tiempo de espera en la sala de acogida
9.No sentir dolor cuando se le administre la anestesia
10.Tener una posición cómoda durante la intervención
11.No sentir dolor durante la cirugía
12. No sentir confusión durante la cirugía
13.No pasar frío en quirófano
14.No oír ruidos durante la intervención
15.No tener recuerdos de la cirugía
16.Estar tranquilo durante la intervención
17.No sentir miedo ni ansiedad durante la cirugía
18.Sentimiento de seguridad durante la cirugía
19.Tener confianza con el anestesista
20.Competencia técnica del anestesista
21.Grado de atención del anestesista con sus necesidades
22. Trato cortés por parte del personal sanitario
23.Que sus demandas sean respondidas con prontitud
24.Ayudar a mantener su privacidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

25.Confidencialidad sobre su estado de salud
26.Tener un despertar confortable en el quirófano
27.Buena recepción en la sala de despertar
28. No pasar frío en la sala de despertar
29.No tener sed en la sala de despertar
30.No oír ruidos en la sala de despertar
31.No tener nauseas ni vómitos postoperatorios
32.No tener dolor postoperatorio
33.No estar confuso en el postoperatorio
34.No tener dificultad para orinar en el postoperatorio
35.Disminuir el tiempo de estar en la sala de recuperación
36.Amabilidad del personal de la sala de recuperación
¿Tiene alguna sugerencia que pueda contribuir a mejorar su experiencia perioperatoria?

-3.Distribución del cuestionario a los pacientes: diciembre, enero y febrero 2017

El cuestionario lo distribuyen enfermeras, con amplia experiencia en pacientes hospitalizados posquirúrgicos, cuando han trascurrido unas horas de la intervención y valoran que están plenamente recuperados de la anestesia.

A pesar de que el test es complejo, nos parece adecuado para nuestros propósitos, prefiriéndolo a una entrevista personal en la que la enfermera ayudaría a la persona a transmitirnos su información, pero también su presencia supondría un condicionante para el paciente que podría interferir en sinceridad a la hora de responder.

Debido a la complejidad de este cuestionario y sabiendo que va a suponer un esfuerzo su contestación decidimos reducir el número de pacientes de 150 a 75.

El cuestionario se distribuye a pacientes que cumplan los siguientes requisitos: haber sido intervenido quirúrgicamente de un proceso traumatológico en las horas o días previos en nuestro hospital y tener un nivel cognitivo adecuado para contestar las preguntas solo o con ayuda de un familiar.

La enfermera le indica al paciente que estamos elaborando unos test para evaluar la satisfacción de nuestros usuarios con la asistencia anestésica recibida, y que necesitaríamos conocer su opinión sobre si le parecen adecuados los siguientes factores para evaluar esa asistencia, En la segunda columna debe marcar los 10 items que le parezcan más importantes y en la tercera los 5 de máxima importancia.

-4.Análisis de resultados del primer cuestionario: marzo2017

Para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS 22 para windows. Como la media de todos los items sigue la distribución de normalidad emplearemos el test T de student para analizar su relación con las variables categóricas dicotómicas y el test de Anova cuando se trate de variables con varias categorías aceptando las hipótesis de homogeneidad con valores p>0,05.

La valoración media de los items fue de 4,05 esto da validez a nuestro criterio de que eran adecuados para medir la satisfacción.

El hecho de que coincidieron los items más valorados en las tres formas en que lo preguntamos (puntuación, 10 más importantes, 5 más importantes) aumenta la consistencia de los items.

Comparamos media de satisfacción obtenida con las diferentes variables que podían influir en los resultados y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Para simplificar y disminuir el número de items del test piloto, unificamos los que preguntaban el mismo concepto de diferente forma, siendo que además han demostrado tener una valoración muy parecida.

Teniendo en cuenta estos primeros análisis seleccionamos un total de 17 items.

Decidimos mantener la valoración de la existencia de recuerdos de la cirugía, aunque no ha obtenido una puntuación alta por los pacientes, dado que nos parece muy relevante en la evaluación objetiva del procedimiento anestésico.

Añadimos un nuevo item que es la valoración de su vivencia respecto a sus expectativas, dado que existen muchos autores que relacionan la satisfacción percibida por los sujetos con las expectativas previas a la vivencia del suceso.

También le preguntamos si le gustaría ser atendido por el mismo equipo, por que es un item muy significativo a la hora de valorar la satisfacción del paciente.

Por último en los datos sociodemográficos, que rellenan los pacientes en el encabezado del cuestionario,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

añadimos que valore su estado de salud previo, puesto que también puede condicionar su percepción de su vivencia perioperatoria.

A la pregunta abierta, de si tienen alguna sugerencia que contribuya a mejorar nuestra asistencia, 45 personas no la han contestado, del resto, la mayoría ha aprovechado para dar las gracias al personal de quirófano y de planta que le ha atendido, y algunos dan sugerencias respecto a la temperatura y otros detalles que no aportan más información para la elaboración del test.

-5.Reunión del equipo y generación del cuestionario piloto: abril 2017

A los datos registrados en el cuestionario anterior añadimos el siguiente:

-Estado de salud: 1 Malo, 2 Regular, 3Bueno, 4Muy bueno y 5Excelente

Los aspectos a valorar del 1 al 5 según su satisfacción con los cuidados anestésicos recibidos fueron los siguientes:

1. Información recibida en la consulta
2.Recepción en la sala de acogida
3.Dolor al administrarle la anestesia
4.Posición cómoda durante la cirugía
5.Dolor durante la cirugía
6.Confusión durante la cirugía
7.Frío en el quirófano
8.Recuerdos durante la cirugía
9.Tranquilidad durante la intervención
10.Nivel de confianza con el anestesista
11.Nivel de competencia técnica del anestesista
12.Grado de atención por parte del anestesista
13. Trato cortés por parte del personal sanitario
14. Despertar confortable en el quirófano
15. Frío en la sala de recuperación
16.Nauseas o vómitos postoperatorio
17. Dolor después de la intervención
18.Dificultad para orinar después de la intervención
19.¿Quedo satisfecho en general con la asistencia anestésica en relación con lo que se esperaba?

Si tuviese que volver a operarse, ¿Le gustaría ser atendido por el mismo equipo anestésico? SI NO

¿Tiene alguna sugerencia que pueda contribuir a mejorar la asistencia anestésica?

-6.Distribución del cuestionario piloto: de mayo a noviembre 2017

Distribuimos el test piloto entre mayo y octubre de 2017 a 150 pacientes con las mismas características que los anteriores, a mitad del tiempo hicimos una primera evaluación y modificamos la redacción de algunas preguntas porque vimos que daban lugar a error en su interpretación.

-7.Estudio estadístico de los resultados: diciembre 2017

En diciembre analizamos los resultados, obteniendo un valor en el test alfa de Cronbach de 0,838 y un Índice de Correlación Interclase de 0,838 cuando comparamos los test distribuidos por dos enfermeras diferentes, una vez comprobada la viabilidad y fiabilidad del test seleccionamos los 16 que le otorgaban mayor validez para redactar una encuesta más breve y sencilla.

-8.Reunión del equipo para valorar los resultados: diciembre 2017

Aunque el objetivo principal este año era la elaboración de la encuesta, también analizamos los resultados, obteniendo una media de satisfacción con los cuidados anestésicos de 4,51 sobre 5.

Comunicamos los resultados de la encuesta a nuestros compañeros en sesión clínica.

La media de edad de los pacientes entrevistados es alta, rozando los 62 años, lo cual era esperable ya que los procesos traumatológicos que pueden requerir tratamiento quirúrgico aumentan con la edad y además nuestro hospital pertenece a una comunidad autónoma con un alto nivel de envejecimiento poblacional.

Sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con un intervalo de edad de 45 a 65 y los que tienen entre 65 y 85 años, pero vemos que hay una clara tendencia a aumentar el grado de satisfacción conforme la edad aumenta, de una media de 4 en las personas jóvenes a una de 4.84 en las personas ancianas, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en las encuestas previas de valoración de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

cuidados anestésicos que leímos en la revisión bibliográfica previa a nuestro estudio.

En cuanto al sexo el porcentaje de mujeres fue superior al de hombres no existiendo diferencias en cuanto a su nivel de satisfacción.

Las intervenciones más frecuentes fueron las osteosíntesis de cadera y la artrodesis de columna, no existiendo diferencias de satisfacción por el tipo de procedimiento.

La anestesia mas frecuentemente realizada fue la intradural sin que tampoco existan diferencias en cuanto a la valoración global según el tipo de anestesia.

En cuanto al nivel de estudios destaca el alto porcentaje de pacientes que no contestan a esta pregunta (19,3) y como no vemos que exista relación con el nivel de satisfacción la eliminaremos de nuestro cuestionario en base a conseguir un cuestionario breve y rápido de realizar.

También fue alto el porcentaje de pacientes que no rellenaron el apartado de su profesión (12,7%) y tampoco existía relación con el nivel de satisfacción, por lo que también será eliminado.

En cuanto a la percepción que el paciente tenía de su estado de salud previo también destaca el alto porcentaje no contestado (25,3%), así como la alta proporción de pacientes que hacen una valoración negativa de su estado de salud(34%) y el bajo porcentaje que la valora positivamente (11,3). Pensamos que esta valoración negativa puede estar relacionada con una mala redacción de la escala de valoración donde regular ya es un nivel bajo y para la siguiente encuesta cambiaremos la escala a: muy malo (1), malo(2), regular(3), bueno(4) y muy bueno(3.En cuanto al nivel de satisfacción se encontraron diferencias entre los que tenían un nivel de salud bueno y muy bueno.

En cuanto a la escala ASA la mayoría de nuestros pacientes eran ASA I Y II con un porcentaje equilibrado entre estos dos niveles, posiblemente en relación con los requisitos para poder realizar la entrevista y no existieron diferencias estadísticamente significativas en su media de satisfacción.

De todos los pacientes la mitad tenían antecedentes de depresión y/o tomaban analgésicos de forma habitual, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre los que tenían depresión y valoraron mas negativamente su satisfacción. En la encuesta final mantendremos sólo los antecedentes de depresión.

Ni el tiempo de estancia media hospitalaria, ni la duración media de la intervención quirúrgica, ni el tiempo media de permanecer en la sala de despertar influyeron en la valoración media y también los retiraremos del cuestionario definitivo.

En cuanto a las complicaciones en la sala de despertar ocurrieron en 36 pacientes, destacando el dolor de moderado a severo y esto si que tuvo relación con una menor satisfacción con los cuidados recibidos.

Valorando cada item por separado el peor valorado fue el dolor postoperatorio, siendo el único que recibió una valoración por debajo de 4 (3,74)buscamos si existe relación con algún tipo de intervención en concreto.

Como vemos la osteosíntesis de las extremidades son las que más dolor postoperatorio produjeron seguidos de la artrodesis de columna, las extracciones de material y los tumores de las extremidades, todos valorados por debajo de 4.

Los siguientes aspectos peor valorados, pero ya por encima de 4,fueron la información recibida en la consulta y la sensación de frío en el quirófano y en el despertar.

Los aspectos mejor valorados fueron el no tener recuerdos de la cirugía con 4,87 (teniendo que ver con la mala interpretación del primer tipo de cuestionario, pues nos referimos a la existencia de despertares intraoperatorios y en nuestros pacientes no se dio ningún caso, así que sería 5).

También fue muy bien valorado el no tener dolor durante la cirugía y el trato por parte del personal sanitario.

-9.Reunión del equipo para realizar un cuestionario definitivo y valorar la pertinencia de realizarlo a un grupo mayor de pacientes el año consecutivo: diciembre.

Valorando los resultados obtenidos en los pasos previos elaboramos la encuesta que distribuiremos en el año 2018:

-Variables demográficas: edad, sexo.
-Variables relacionadas con la salud del pacientes: Clasificación ASA, antecedentes de depresión, valoración subjetiva por parte del encuestado de su estado de salud previo a la hospitalización.
´-Los 7 aspectos siguientes los tienen que valorar del 1 al 5 según su nivel de satisfacción:
1.Información recibida en la consulta
2.Recepción en la sala de acogida
3.Posición cómoda durante la cirugía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4.Tranquilidad durante la intervención
5.Grado de atención por parte del anestesista
6. Trato cortés por parte del personal sanitario
7. Despertar confortable en el quirófano

A las siguientes 5 preguntas deben contestar: no, muy poco, poco, bastante, mucho

8. ¿Sintió dolor al administrarle la anestesia?
9.¿Sintió dolor durante la cirugía?
10.¿Sintió dolor después de la operación?
11.¿se sintió confuso durante la cirugía
12.¿Paso frío en el quirófano?
13.¿Tuvo nauseas o vómitos después de la operación?
14.¿Tuvo dificultad para orinar después de la intervención?

A la siguiente pregunta responden cómo se ve a continuación

15.Respecto a lo que usted esperaba antes de ingresar, ¿la asistencia anestésica recibida ha sido? Mucho peor, peor, como me esperaba, mejor, mucho mejor

16 Si tuviese que volver a operarse, ¿le gustaría ser atendido por el mismo equipo anestésico? Si no

¿Tiene alguna sugerencia que pueda contribuir a mejorar la asistencia anestésica?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido nuestro resultado principal elaborando una encuesta multidimensional,, valida, fiable, consistente y sencilla que distribuiremos entre algunos de nuestros pacientes el próximo año como herramienta que nos ayude a mejorar la experiencia que viven cuando están bajo nuestro cuidado, dado que entendemos que las intervenciones quirúrgicas suponen una experiencia estresante y muchas veces dolorosa y es parte de nuestro objetivo contribuir a que el paciente sufra lo mínimo posible, reduciendo el stress en la recuperación del proceso quirúrgico.

Como objetivo secundario hemos realizado una primera valoración de la satisfacción de los pacientes con nuestros cuidados.

La media de satisfacción ha sido alta.

Al hacer el estudio estadístico de las diferentes variables vemos que las peores valoraciones están relacionadas con el dolor postoperatorio de los procesos de osteosíntesis de las extremidades y de las artrodesis de la espalda, la información que damos en la consulta y el frío que pasa el paciente en el quirófano y en la sala de despertar.

Actualmente ya estamos recogiendo datos para valorar el dolor de los pacientes intervenidos de osteosíntesis de las extremidades en los que realizamos anestesia locoregional.

Se han cumplido los indicadores de resultados y realización propuestas en el proyecto, aunque en un menor número de pacientes de los que nos habíamos propuesto por el tiempo que ha requerido la realización de las encuestas a los pacientes que han sido mayor del esperado, por eso hemos intentado simplificar al máximo las encuestas del próximo año aunque hay un número mínimo de preguntas a contestar para que la encuesta sea fiable por lo que dejaremos en 16 los aspectos a valorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las encuestas deben ser breves y sencillas de interpretar porque nuestros pacientes tienen una edad media alta y no disponemos de mucho tiempo para explicarles el contenido.

El dolor postquirúrgico es un problema que continúa teniendo una alta incidencia y debemos seguir trabajando en disminuirlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/280 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Nº de registro: 0280

Título
ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RODRIGUEZ CALVO CORAL, CARLUCCIO MARIA CRISTINA, CASTELLS MURILLO INMACULADA, FRACA CARDIEL CONCEPCION, GOMEZ MUÑOZ CONSUELO, GONZALO PELLICER INMACULADA, IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR, PASCUAL LOPEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la Sección de Anestesia de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet se realizan a diario números procedimientos anestésicos utilizando técnicas muy diversas.
Siendo un objetivo fundamental de los anestesistas proporcionar bienestar al paciente, es importante conocer el nivel de satisfacción del mismo con los cuidados recibidos para poder evaluar la cálidad de nuestro trabajo y emprender acciones de mejora.
La American Society of Anesthesiologists ha publicado que pasos se deben seguir en la elaboración de este tipo de encuestas para que sean válidas y fiables, debiendo cada profesional adaptarlas también a su entorno.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es elaborar una Encuesta de Satisfacción con los Cuidados Anestésicos que sea multidimensional,válida,fiable,consistente y sencilla de realizar.
El objetivo secundario sería realizar la encuesta a todos nuestros pacientes y analizar los resultados buscando qué aspectos de nuestra atención podemos mejorar.

MÉTODO
1.Generar una lista de los factores relacionados con la anestesia que más influyen en la satisfacción del paciente mediante revisión de bibliografía y realización de entrevistas a profesionales y pacientes. Equipo de Mejora
2.Distribución de esta lista a150 pacientes en la planta de hospitalización para que ponderen la importancia que dan a cada factor. Inmaculada Castells, Pilar Ibañez y Merche Pascual
3 Evaluación de los resultados obtenidos Cristina Carluccio y Concepción Fraca
4.Realización de un Cuestionario de Satisfacción piloto. Consuelo Gomez e Inmaculada Gonzalo
5Distribución de este cuestionario a 300 pacientes . Inma Castells,Pilar Ibañez y Mercedes Pascual
6Análisis estadístico de las respuestas obtenidas. Coral Rodriguez
7Elaboración de un cuestionario definitivo. Equipo de Mejora

INDICADORES
Indicador de realización:número de pacientes y profesionales que responden al primer cuestionario.
Indicador de resultados:Documento que analize las respuestas del primer cuestionario.
Indicador de realización:Número de pacientes que responden al segundo cuestionario.
Indicador de resultados:Análisis del segundo cuestionario
Indicador de realización:elaboración de la Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN
de octubre de 2016 a octubre 2017
Generación del primer cuestionario OCT16
Distribución de 150 cuestionarios NOV y DIC 16
Evaluación resultados del primer cuestionario ENE17
Elaboración segundo cuestionario ENE 17
Distribución del segundo cuestionario a 300 pacientes FEB,MAR,ABRI y MAYO17
Análisis de resultados JUN17
Elaboración encuesta definitiva SEP,OCT 17

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 2 Poco

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CORAL RODRIGUEZ CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARLUCCIO MARIA CRISTINA
MARDONES FUENTE AMAYA
FRACA CARDIEL CONCEPCION
GOMEZ MUÑOZ CONSUELO
GONZALO PELLICER INMACULADA
IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR
PASCUAL LOPEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Realización de las encuestas, elaboradas en el Proyecto de Mejora del año 2016, a 172 pacientes. Estos habían sido intervenidos en las hora previas de un proceso traumatológico. Las encuestas se realizan en la planta de hospitalización, cuando el paciente está recuperado de la anestesia y las realizan enfermeras con experiencia en este tipo de pacientes.
2. Seguimos el calendario previsto entregando las encuestas desde mayo del 2018 hasta enero del 2019.
3.En septiembre hicimos una primera valoración de los datos obtenidos, viendo que la mayoría de los pacientes rellenaban bien el cuestionario, salvo la primera pregunta referente a su estado de salud que muchos se la saltaban.
4. En febrero hemos realizado un estudio estadístico de los datos obteniendo los resultados que detallamos en el apartado siguiente.
5. Vamos informando a la Unidad de los resultados obtenidos y comentando medidas que podemos realizar para optimizar los cuidados que realizamos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El principal resultado alcanzado es haber obtenido una valoración por parte del paciente de los cuidados anestésicos que recibe teniendo en cuenta las dimensiones física, emocional y de relación de los mismos. Los pacientes colaboran rellenando los cuestionarios y la valoración que tienen de nuestro trabajo es, en general, muy positiva.
2.Al igual que en el proyecto del año 2016 no hemos conseguido realizar el número de cuestionarios que nos habíamos propuesto,
3. Un breve resumen los datos obtenidos:
-Hemos obtenido 167 cuestionarios válidos. 96 mujeres y 71 hombres. Edad media de 63,7. La mayoría ASA1 (89) y ASA2 (76).
- Los procesos quirúrgicos de los que hemos recogido más encuestas son las artrodesis de columna y las osteosíntesis de cadera.
- La valoración media de la satisfacción obtenida con los cuidados anestésicos sobre una escala de 5 ha sido de 4,381.
-.El único aspecto valorado por debajo de 4 ha sido el dolor postoperatorio con una media de 3,6.Por intervenciones las mas dolorosas han sido las osteosíntesis de mano y antebrazo con media de 2,7,seguidas de las osteosíntesis de pierna y pie con media de 3,35 y de las artrodesis de columna con media 3,44.
-Los siguientes aspectos peor valorados, pero ya siempre con medias por encima de 4 son: el pasar frío en quirófano (4,1),la información recibida en la consulta (4,14), la posición cómoda durante la cirugía (4,25) y el despertar confortable en quirófano (4,21).
-Las nauseas y vómitos postoperatorios han obtenido buena valoración (4,69).
-Hemos realizado un estudio estadístico de las diferentes variables a estudio (edad, sexo, percepción por parte del paciente de su estado de salud previo al ingreso, grado de riesgo anestésico según la escala ASA, existencia de depresión, toma habitual de analgésicos, intervención quirúrgica, tipo de anestesia realizada, complicaciones en la unidad de reanimación postanestésica) para ver si existe relación estadísticamente significativa entre alguna de ellas y la valoración media que realiza el paciente de la atención anestésica recibida. Con los datos obtenidos hasta el momento no encontramos ninguna relación significativa que influya en los resultados obtenidos.
-También hemos realizado un estudio de la relación entre valoración del dolor postquirúrgico y el tipo de intervención. Aquí sí que encontramos diferencias significativas entre los pacientes intervenidos de hombro y el resto de las intervenciones, siendo las de hombro menos dolorosas(valoración media 4,64).
-En el estudio del resto de los items peor valorados y las diferente intervenciones no hemos encontrado ninguna relación.
-Sí que encontramos correlación entre las expectativas que tenía el paciente previas al ingreso y la valoración de los cuidados recibidos,
-A la pregunta de si volverían a elegir el mismo equipo anestésico para operarse todos nuestros pacientes han respondido positivamente,
-En el apartado de sugerencias solo han respondido 20 pacientes, la mayoría agradeciendo los cuidados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

recibidos y unos pocos recalcando el malestar con alguno de los cuidados ya valorados en la encuesta que habían realizado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. En cuanto a la validez del formulario, vemos que la mayoría de los pacientes lo rellenan bien, excepto el primer apartado de valorar su estado de salud que solo lo han contestado 99.
2. Hemos realizado menos encuestas de las que nos habíamos propuesto, debido a que en un hospital con tanta presión asistencial como el nuestro es difícil sacar el momento para cualquier tarea extra. Pero nos parece que 167 es un número suficiente para hacer un sondeo de como valoran los pacientes nuestro trabajo que es el objetivo principal de este proyecto.
3. Nos parece pertinente seguir realizando las encuestas porque vemos que vamos obteniendo datos que nos ayudan a mejorar nuestra labor asistencial.
4.El nivel de satisfacción con los cuidados recibidos por parte del equipo de anestesia es alto y existe un bajo índice de complicaciones en la sala de despertar,
5. El dolor postoperatorio es el aspecto peor valorado de los cuidados anestésicos de nuestros pacientes. Siendo los procesos de osteosíntesis distales de las extremidades y las artrodesis de columna los peor controlados según nuestros resultados.
Ya el año pasado se empezó a hacer seguimiento del dolor de los pacientes que reciben anestesia locoregional. Intentaremos este segundo trimestre realizar más encuestas a los pacientes sometidos a osteosíntesis de las extremidades para poder hacer una valoración más exhaustiva.
6.Destaca la baja incidencia de nauseas y vómitos postoperatorios, pero seguiremos haciendo seguimiento para ver que continúa esta tendencia.
7. La información dada en la consulta también esta entre los items peor valorados, como ya ocurrió el año pasado, insistiremos otra vez en intentar ser más exhaustivos al explicarles cómo vamos a realizar las técnicas anestésicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/280 ========== ***

Nº de registro: 0280

Título
ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TRAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RODRIGUEZ CALVO CORAL, CARLUCCIO MARIA CRISTINA, CASTELLS MURILLO INMACULADA, FRACA CARDIEL CONCEPCION, GOMEZ MUÑOZ CONSUELO, GONZALO PELLICER INMACULADA, IBAÑEZ GONZALEZ MARIA PILAR, PASCUAL LOPEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la Sección de Anestesia de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet se realizan a diario números procedimientos anestésicos utilizando técnicas muy diversas.
Siendo un objetivo fundamental de los anestesistas proporcionar bienestar al paciente, es importante conocer el nivel de satisfacción del mismo con los cuidados recibidos para poder evaluar la cálidad de nuestro trabajo y emprender acciones de mejora.
La American Society of Anesthesiologists ha publicado que pasos se deben seguir en la elaboración de este tipo de encuestas para que sean válidas y fiables, debiendo cada profesional adaptarlas también a su entorno.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0280

1. TÍTULO

REALIZACION DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION CON LOS CUIDADOS ANESTESICOS PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE PROCESOS TAUMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

El objetivo principal es elaborar una Encuesta de Satisfacción con los Cuidados Anestésicos que sea multidimensional,válida,fiable,consistente y sencilla de realizar.
El objetivo secundario sería realizar la encuesta a todos nuestros pacientes y analizar los resultados buscando qué aspectos de nuestra atención podemos mejorar.

MÉTODO
1.Generar una lista de los factores relacionados con la anestesia que más influyen en la satisfacción del paciente mediante revisión de bibliografía y realización de entrevistas a profesionales y pacientes. Equipo de Mejora
2.Distribución de esta lista a150 pacientes en la planta de hospitalización para que ponderen la importancia que dan a cada factor. Inmaculada Castells, Pilar Ibañez y Merche Pascual
3 Evaluación de los resultados obtenidos Cristina Carluccio y Concepción Fraca
4.Realización de un Cuestionario de Satisfacción piloto. Consuelo Gomez e Inmaculada Gonzalo
5Distribución de este cuestionario a 300 pacientes . Inma Castells,Pilar Ibañez y Mercedes Pascual
6Análisis estadístico de las respuestas obtenidas. Coral Rodriguez
7Elaboración de un cuestionario definitivo. Equipo de Mejora

INDICADORES
Indicador de realización:número de pacientes y profesionales que responden al primer cuestionario.
Indicador de resultados:Documento que analize las respuestas del primer cuestionario.
Indicador de realización:Número de pacientes que responden al segundo cuestionario.
Indicador de resultados:Análisis del segundo cuestionario
Indicador de realización:elaboración de la Encuesta de Satisfacción

DURACIÓN
de octubre de 2016 a octubre 2017
Generación del primer cuestionario OCT16
Distribución de 150 cuestionarios NOV y DIC 16
Evaluación resultados del primer cuestionario ENE17
Elaboración segundo cuestionario ENE 17
Distribución del segundo cuestionario a 300 pacientes FEB,MAR,ABRI y MAYO17
Análisis de resultados JUN17
Elaboración encuesta definitiva SEP,OCT 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0392

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... NATALIA PEÑA DE BUEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROVIRA FLORES EVA
TARANCON ROMERO MARIA ELENA
BORQUE MARTIN JOSE LUIS
GOMEZ RAMOS NEREA
DELGADO DOMINGO JUAN
CASTILLO AZNAR JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se llevó a cabo la elaboración de los monográficos y las hojas de información para las pacientes durante los primeros meses del proyecto (Octubre y Noviembre). Posteriormente, se realizaron varias reuniones con el Servicio de Obstetricia (a lo largo de Diciembre, Enero y Febrero) para mostrar las hojas de información y concretar las tareas a realizar para el proyecto. A continuación se desarrolló el Proyecto, de forma que las pacientes recibieron la información pertinente con respecto a la analgesia epidural en reuniones informativas del Servicio de Anestesiología, y además se pudo evaluar de forma programada en el preoperatorio a aquellas pacientes con patología concomitante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos marcados fueron conseguidos.
- Por un lado la mejora de la información a las pacientes sobre analgesia epidural fue notable, con una mayor afluencia de pacientes a las reuniones informativas del Servicio de Anestesiología de Maternidad, pasando de una media de 13 pacientes a 25.(Datos recogidos de la participación en las reuniones informativas realizadas, contabilizando).
- Asimismo, se consiguió que las pacientes con patología fueran remitidas a la consulta de preanestesia para la optimización de cara al parto.De esta manera, de una media de 1 paciente mensual mandada a la consulta de preanestesia pasamos a una media de 15. (Datos recogidos en la consulta de preanestesia, pacientes obstétricas citadas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora trabajó en conjunto y de manera organizada para llevar a cabo las actividades correspondientes, lo que ha quedado reflejado en los buenos resultados obtenidos. Sin embargo, sería necesario continuar con el trabajo al respecto e incluir en el proyecto a miembros del Servicio de Obstetricia, para conseguir la optimización de todas las pacientes obstétricas en el momento del parto. Asimismo, sería deseable lograr que la información en relación a la analgesia obstétrica llegara a todas las pacientes previamente al parto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/392 ========== ***

Nº de registro: 0392

Título
MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

Autores:
PEÑA DE BUEN NATALIA, ROVIRA FLORES EVA, TARANCON ROMERO MARIA ELENA, BORQUE MARTIN JOSE LUIS, GOMEZ RAMOS NEREA, DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO, CASTILLO AZNAR JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Gestante
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0392

1. TÍTULO

MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PREVIO A ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La analgesia epidural es un procedimiento habitualmente utilizado en el trabajo del parto, que permite el alivio del dolor y disminuye la ansiedad materna. En el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) este procedimiento es habitual, con un número de epidurales entre 2300 y 3400 al año. Sin embargo, existe un importante desconocimiento de la técnica por parte de las pacientes, así como sus complicaciones, riesgos y beneficios. Durante dos días al mes se realizan unos coloquios por parte del Servicio de Anestesiología para mejorar la información al respecto, no obstante son pocas las gestantes que pueden acudir a las mismas (problemas de horario, de distancia...).
La consulta de preanestesia forma parte de la evaluación y la preparación previa a cualquier procedimiento anestésico, sin embargo en numerosos centros como en el nuestro las mujeres gestantes no son citadas ni evaluadas en la misma. En consecuencia, la evaluación preanestésica es preciso llevarla a cabo en el momento previo a la analgesia epidural, lo que supone un retraso en el procedimiento y en ocasiones una denegación del mismo, debido a que las condiciones para realizar la técnica no son óptimas.
Por todo ello, consideramos necesaria una mejora en el proceso previo a la analgesia epidural de manera que las pacientes estén informadas de la técnica de manera óptima, y si es necesario por la patología concomitante, puedan ser evaluadas previamente al procedimiento anestésico en las consultas evitando retrasos y denegaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Los principales objetivos son:
Mejorar la información de las pacientes sobre la analgesia epidural, procedimiento, riesgos y beneficios en unas condiciones óptimas.
Evitar retrasos y denegaciones de la analgesia epidural.

MÉTODO
- Creación de monográficos informativos para el Servicio de Anestesiología y Reanimación, así como para el Servicio de Obstetricia. De esta manera se informará al personal implicado en el proceso.
- Creación de unas hojas de información sobre la técnica epidural, que se repartirán junto con el consentimiento informado en la ecografía del tercer trimestre ya que esta consulta es la de mayor cumplimiento o afluencia. De esta manera, se permitirá su lectura previamente al parto y en unas condiciones óptimas.
- Creación de una hoja y sistema de recogida de datos. Por un lado, se recogerán los datos relativos al número de embarazadas con patología que fueron remitidas a la consulta de preanestesia y aquellas que no. Además, se tomarán los datos del número de gestantes que obtuvieron las hojas de información y el consentimiento informado previamente al parto, a partir de la implantación del Proyecto, en comparación con las que lo hacían previamente.
- La participación en el proyecto será de todos los miembros incluidos en el Proyecto, coordinados por el responsable del proyecto.

INDICADORES
- Se evaluará la tasa de cumplimiento por parte de los servicios implicados comparando los datos previos a la implantación del Proyecto y posteriores.
- Se valorará el número de pacientes con patología remitidas a la consulta de preanestesia, y aquellas que no a través de las hojas de recogida de datos.
- Se valorará el número de pacientes con que han obtenido las hojas de información y el consentimiento previamente al proceso analgésico a través de las hojas de recogida de datos.
- Se estudiará el grado de satisfacción de la paciente con la mejora de la información al respecto, mediante un cuestionario.
- Se evaluará el número de gestantes que acuden a los coloquios de información pre- y postimplantación del Proyecto.

DURACIÓN
- Elaboración de los monográficos, de las hojas de información a las pacientes y de las hojas de recogida de datos: Octubre y Noviembre de 2016.
- Formación de los Servicios implicados: Enero y Febrero de 2017.
- Desarrollo del Proyecto: desde Marzo a Octubre de 2017.
- Evaluación final: Noviembre de 2017.
Total: desde Octubre a Noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0425

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO CARBONELL BERNAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO MARTINEZ JULIO
RODRIGO PALACIOS JAVIER
GOMEZ GOMEZ ROBERTO
GOMEZ MUÑOZ CONSUELO
GONZALO PELLICER INMACULADA
POLO PELLICENA MARCOS
GARCIA HERNANDEZ ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión continua de la literatura.
Seguimiento e información del protocolo de manejo perioperatorio de transferencias microquirúrgicas de tejidos a los profesionales implicados de los Servicios de Cirugía Plástica y Anestesiología.
Modificación del protocolo de antiagregación ampliándose a todo el período perioperatorio.
Seguimiento y confirmación del uso de la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método válido para el control de la viabilidad de injertos.
El objetivo señalado en la presentación del proyecto de desarrollo como proceso no se ha realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Siendo un proyecto de continuación y seguimiento y dado que la memoria precedente se presentó con los resultados de 2015, aquí se han incluido los datos recogidos correspondientes a 2016 y 2017.
En las 37 transferencias microquirúrgicas para cirugía reconstructiva de la mama, se ha usado la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno en 35 casos, ya que hubo dos fracasos intraoperatorios que no dieron opción a monitorización por lo que se excluyeron a efectos de validación de dicha monitorización.
Se ha constatado consenso en el manejo perioperatorio en cuanto a control, medición y registro de la temperatura, administración de fármacos y manejo de la fluidoterapia, no repitiéndose el problema señalado en la memoria anterior en cuanto a disponibilidad de dispositivos calentadores, estableciéndose como tal la manta de aire.
Indicadores:
Tasa de supervivencia del injerto monitorizado : nº injertos viable/ nº injertos realizados 29/35=82% (objetivo 90%). Este indicador se encuentra modificado dada la circunstancia ya comentada de los fracasos inmediatos considerados como cirugía no realizada o concluida, en los que no se pudo monitorizar y que supondría un sesgo a efectos del estudio precisamente de la validación de la monitorización.
Tasa de fallos del injerto detectados mediante monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno: nº fallos detectados/ nº total de fallos 6/6=100% (objetivo 90%)
Eficacia de la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno: nº colgajos salvados/ nº trombosis detectadas 2/6=33% (objetivo 65%)
El impacto de la monitorización supuso un aumento de la tasa de supervivencia al alta hospitalaria del 82% (29/35) al 85% (30/35). No fue del 88% (31/35), ya que aunque se recuperaron dos colgajos, como se observa en el indicador arriba expuesto, el día previo al alta hospitalaria tras cinco días de ingreso sin incidencias, se trombosó un caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras tres años de recogida de datos y habiendo realizado el seguimiento en este proyecto de mejora del anterior de 2015, se puede considerar que el manejo perioperatorio de transferencias microquirúrgicas de tejidos relacionado con el proceso reconstructivo de mama, está implantado, consensuado y aceptado por todos los implicados en la actuación perioperatoria.
Dados los resultados obtenidos en cuanto a recuperación de colgajos, la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método para el control de la viabilidad de injertos, también se empezó a utilizar en las transferencias de tejidos en defectos cutáneos de localizaciones diferentes a la reconstrucción mamaria, aunque por tamaño o localización de los mismos no siempre es posible la colocación del dispositivo de monitorización. A pesar que en la memoria anterior se indicó la exclusión de estas transferencias, dado el aumento del uso de la monitorización en ellas, se debería realizar un seguimiento similar al que nos ha ocupado con la reconstrucción mamaria.

7. OBSERVACIONES.
Valorar el realizar seguimiento de las transferencias de tejidos en defectos cutáneos de localizaciones diferentes a la reconstrucción mamaria, del mismo modo que se ha hecho en la misma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0425

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/425 ========== ***

Nº de registro: 0425

Título
MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

Autores:
CARBONELL BERNAL ROBERTO, DELGADO MARTINEZ JULIO, RODRIGO PALACIOS JAVIER, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, GOMEZ MUÑOZ CONSUELO, GONZALO PELLICER INMACULADA, POLO PELLICENA MARCOS, GARCIA HERNANDEZ ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Como fue explicado en la solicitud del proyecto inicial, la transferencia de tejido libre con técnicas microquirúrgicas es una técnica cada vez más utilizada en cirugía reconstructiva de la mama y de defectos cutáneos complejos. Actualmente el porcentaje de supervivencia del injerto es muy alto, pero la pérdida del mismo, aunque poco frecuente, tiene graves consecuencias para los pacientes.
Aunque no hay un consenso en el manejo perioperatorio de estos pacientes, sí existen una serie de factores, identificables según bibliografía potencialmente modificables y controlables, que influyen en los resultados de supervivencia del injerto y sobre los que nos propusimos actuar en el proyecto de 2015.
Los resultados fueron óptimos, como quedó reflejado en los indicadores evaluadores en la memoria correspondiente, logrando un consenso en el manejo perioperatorio, así como un buen índice de viabilidad.
La necesidad de continuación viene dada por el aumento de fracasos posteriores, lo que requiere un manejo multidisciplinar en el periodo perioperatorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el manejo multidisciplinar perioperatorio de estos pacientes para disminuir las complicaciones y conseguir un porcentaje de supervivencia del implante de alrededor del 90%.
Actualizar el protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia con el objetivo de desarrollar un proceso.
Validar la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno como método de control de la viabilidad del injerto.

MÉTODO
Revisión de la literatura sobre manejo perioperatorio de los pacientes sometidos a transferencia microquirúrgica de tejidos e incorporación de los datos al protocolo de manejo perioperatorio ya existente. La revisión de la literatura y aplicación del protocolo se realizará por parte de los componentes del Servicio de Anestesia y Reanimación que pertenecen a este grupo de mejora.
Se modificará el protocolo de antiagregación ampliándolo a todo el periodo perioperatorio.
Durante las primeras 48 horas de postoperatorio se combinará la monitorización clásica (exploración + doppler) con la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno para controlar la validez del injerto y poder valorar la eficacia y ventajas de la monitorización continua. Esta actividad se realizará por el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.
Elaboración y consolidación del proceso de transferencias microquirúrgicas de tejidos en cirugía plástica.
Para evaluar el proyecto se monitorizarán cada 6 meses los indicadores por parte de los doctores Roberto Carbonell y Julio Delgado.

INDICADORES
Tasa de supervivencia del injerto.
Nº injertos viable /Nº injertos realizados x 100 = 90 %

Tasa de fallos del injerto detectados mediante monitorización de la saturación tisular de O2
Nº de fallos detectados / Nº total de fallos x 100 = 90%

Eficacia de la monitorización continua de la saturación tisular de oxígeno
Nº de colgajos salvados / Nº de trombosis detectadas x 100 = 65%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0425

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LAS TRANSFERENCIAS MICROQUIRURGICAS DE TEJIDOS EN CIRUGIA PLASTICA (II. CONTINUACION)

Elaboración del proceso y presentación a la Unidad de Calidad Asistencial.
Los indicadores se monitorizarán semestralmente con datos obtenidos de la Historia Clínica del paciente.

DURACIÓN
Durante el segundo trimestre de 2016 se realizará la revisión de la literatura y del protocolo de manejo perioperatorio.
En junio de 2017 se evaluarán los indicadores y se elaborará memoria para la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet, finalizando el proyecto en diciembre 2017.
De junio a octubre de 2017 se elaborará el proceso.

OBSERVACIONES
Dada la cada vez mayor frecuencia de realización de transferencias microquirúrgicas de tejidos, en el proyecto de 2015 se indicó la intención de valorar la aplicación del protocolo al manejo de las transferencias microquirúrgicas realizadas por otros servicios quirúrgicos del Hospital Universitario Miguel Servet. Vista la necesidad de ampliación el proyecto y recogida de más datos, es una actividad no realizada y todavía pendiente, realizable en función de los resultados obtenidos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0522

1. TÍTULO

ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MARTINEZ ANDREU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE OJEDA NOELIA
PEÑA DE BUEN NATALIA
GARCES SAN JOSE CRISTINA
DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO
CASTILLO AZNAR JESUS
VIGUERA FERNANDEZ LAURA
TRES RITTERBACH EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizadas encuestas de conocimiento en dolor en enfermería, médicos y satisfacción del tratamiento del dolor e los pacientes.
Realizados y aplicados protocolos de tratamiento de dolor agudo en el Servicio de Urología.
Realizado y aplicado el protocolo de tratamiento del dolor agudo en la cirugía oncológica de mama en el Servicio de Cirugía General.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido disminuir la incidencia de dolor moderado severo en la planta de cirugía comparando las encuestas de satisfacción de los pacientes.
Ha disminuido la incidencia de dolor y náuseas y vómitos en la cirugía de la mama.
Se han realizado sesiones de formación en dolor en los servicios de Anestesiología y Urología y URPA y planta de Urología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha resultado por el momento imposible llegar a un acuerdo para la protocolización del tratamiento analgésico de tosods los Servicios quirúrgicos así como coordinar un plan de formación conjunto a médicos y enfermería quirúrgica.
Se ha solicitado material para la introducción de la analgesia controlada por el paciente que en el momento actual solo se puede aplicar en el tratamiento del dolor del parto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/522 ========== ***

Nº de registro: 0522

Título
ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL H.U.M SERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

Autores:
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, LAFUENTE OJEDA NOELIA, PEÑA DE BUEN NATALIA, GARCES SAN JOSE CRISTINA, DELGADO DOMINGO JUAN ANTONIO, CASTILLO AZNAR JESUS, VIGUERA FERNANDEZ LAURA, TRES RITTERBACH EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor agudo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0522

1. TÍTULO

ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

PROBLEMA
Estudios epidemiológicos recientes muestran de forma incuestionable que la prevalencia del dolor agudo postoperatorio y su tratamiento siguen siendo deficitarios en nuestro entorno. El tratamiento insuficiente del dolor postoperatorio es, por tanto, un problema bien documentado que persiste a pesar de los avances en los conocimientos científicos sobre la fisiopatología del dolor, la introducción de nuevos fármacos y modalidades de tratamiento y la elaboración e implementación de guías. En la actualidad la prevención y tratamiento del dolor postoperatorio puede considerarse un fracaso terapéutico importante. Una reciente encuesta realizada entre los pacientes postoperados hospitalizados de nuestro hospital ha mostrado una incidencia de dolor agudo postoperatorio intenso mayor del 60 %.
Son múltiples las causas que influyen en este fracaso, entre las cuales podemos considerar como más importantes:
-Miedo exagerado a los efectos indeseables de los opioides
- Prescripción de dosis inferiores a las analgésicas, utilizando pautas invariables independientemente del tipo de intervención o paciente.
- Restricción en la administración de fármacos por parte de enfermería.
- Resignación de los pacientes a sufrir dolor y reticencia a pedir analgésicos.
- Desconocimiento de la magnitud del problema, del origen fisiopatológico y del diagnóstico preciso de los distintos cuadros dolorosos, así como de los medios de tratamiento.
- Falta de evaluación del dolor.
- Falta de formación tanto pregrado como posgrado en dolor.
Es este último punto el que consideramos fundamental para la persistencia de una incidencia y prevalencia de dolor agudo postoperatorio severo intolerable. Nuestro objetivo es analizar la prevalencia de dolor agudo postoperatorio en nuestro hospital así como conocer las necesidades de formación, tanto de médicos como de enfermeras que tratan pacientes con dolor agudo postoperatorio, para poner en marcha un programa de formación como primer paso para el establecimiento de una Unidad de Dolor Agudo en nuestro hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos conocer la intensidad e incidencia de dolor agudo en nuestro hospital. Descubrir los conocimientos sobre dolor del personal del hospital y sus necesidades de formación. Si la intensidad de dolor agudo es elevada descubrir cuáles son los motivos de la misma para poner en marcha medidas correctoras. Iniciar medidas de formación para: Concienciar al personal sanitario del HUMS sobre la importancia del dolor agudo y los efectos deletéreos que el mismo puede suponer para el paciente; enseñar el manejo de técnicas las analgésicas comunes y avanzadas; estandarizar la escala analgésica visual como medida estándar de evaluación del dolor conseguir que dicha evaluación se considerada como la quinta constante de los pacientes postoperados.
Todo ello destinado a reducir la incidencia de dolor agudo moderado y severo en los pacientes postoperados.

MÉTODO
Para ello se van a pasar encuestas de conocimientos en dolor y de estudio de necesidades al personal de enfermería quirúrgica y a los facultativos quirúrgicos. Se pasarán periódicamente encuestas a los pacientes postoperados que evalúen la intensidad del dolor, la presencia de efectos secundarios relacionados con el dolor y su tratamiento así como la satisfacción con el tratamiento del mismo. Se organizaran cursos acreditados para facultativos y enfermería sobre el tratamiento del dolor. Se realizarán sesiones en los servicios quirúrgicos de cirugía general, vascular, torácica, cardiovascular, urología, otorrinolaringología y maxilofacial para concienciar de la importancia del tratamiento del dolor y explicar las técnicas analgésicas disponibles.
Se elaborarán nuevos protocolos analgésicos y una guía para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. También se elaborará una guía para los pacientes que explicará la importancia del tratamiento del dolor y las posibilidades de tratamiento disponibles.

INDICADORES
Se considerará que se ha cumplido la evaluación del dolor agudo postoperatorio en los pacientes si se completan al menos 150 encuestas al trimestre. Las encuestas de facultativos y personal de enfermería deberán haber sido rellenadas al menos por el 50 % del personal implicado. Se deberán haber realizado al menos dos cursos de formación para enfermería y uno para médicos. Se deberán haber realizado sesiones temáticas de dolor agudo postoperatorio en todos los servicios quirúrgicos mencionados.

DURACIÓN
Las encuestas al personal sanitario se deberán haber recogido y analizado antes de fin de 2016, igualmente las primeras encuestas de intensidad y satisfacción de los pacientes.
EL primer curso de formación en dolor agudo para enfermería tendrá lugar en el primer trimestre de 2017 y el segundo en el segundo semestre. EL curso de formación para médicos, protocolos y guía de tratamiento y para pacientes debe estar realizado antes de fin de 2017.

OBSERVACIONES
Esta proyecto es la primera fase de un programa para el tratamiento integral del dolor agudo en nuestro hospital como paso previo a la instauración de una unidad de dolor agudo que abarque no solo al hospital general, sino también a traumatología, maternidad y hospital infantil, para conseguir que nuestro hospital pase a formar parte de los hospitales sin dolor.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0522

1. TÍTULO

ANALISIS DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO Y DE LA NECESIDAD DE FORMACION EN DOLOR AGUDO EN EL HU.MSERVET. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE FORMACION EN DOLOR AGUDO. HACIA UN HOSPITAL SIN DOLOR (FASE I)

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0624

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ADELA RUIZ DE LA CUESTA MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI MARIA PILAR
COLOMINA CALLEN LORENA
QUESADA GIMENO NATIVIDAD
PASCUAL BELLOSTA ANA MARIA
BELLO DRONDA SALVADOR
ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION
GARCIA FAU MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º. El Anestesiólogo realizó una valoración preanestésica FAST-TRACK (30 mínutos antes de la realización de la broncoscopia), para realización de dicha técnica bajo sedación profunda, en los pacientes que lo precisaron y que cumplían los requisitos pertinentes. Se explicó al paciente en qué consistía la técnica anestésica a realizar y los riesgos derivados de sus patologías basales.
2º El Anestesiólogo obtuvo el Consentimiento Informado por escrito por parte de los pacientes que resultaron "APTOS" en la valoración FAST-TRACK, para realización de sedación profunda.
3º Se realizó la broncoscopia bajo sedación profunda de los pacientes. Durante la misma, el Anestesiólogo registró los casos de desaturación que se presentaron (saturación de O2 < 90% o descenso en la saturación de O2 > 7% de la basal en pacientes con saturación basal de O2 <92%).
4º Se registraron los casos de agitación que se presentaron durante la realización de la broncoscopia y que impidieron la realización de la misma.
5º 30 minutos después de concluída la broncoscopia se valoró la satisfacción del paciente respecto a la técnica empleada.
6º Se evaluó el número de efectos adversos (desaturación y agitación) que sucedieron durante la broncoscopia bajo sedación profunda (realizada por un Anestesiólogo) frente a los presentados en pacientes en los que se realizó broncoscopia bajo ansiólisis por parte de Neumólogo (técnica convencional).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Broncoscopias bajo sedación profunda (Anestesiólogo) realizadas:38. Desaturaciones:1. Agitación: 0
- Broncoscopias bajo ansiólisis (Neumólogo): 384. Desaturaciones:23. Agitación:7
- Sólo 1 de los pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (por Anestesiólogo) se desaturó (!/38=0,026), frente a los 23 pacientes que se desaturaron en la broncoscopia con ansiólisis convencional (23/384=0,059).
- En 7 pacientes bajo ansiólisis convencional no se pudo realizar la broncoscopia debido a agitación (7/384=0,018) frente a ningún caso de agitación entre los pacientes cuya broncoscopia se realizó bajo sedación profunda.
- El 100% de los pacientes cuya broncoscopia se realizó bajo sedación profunda estarían dispuestos a repetirse la prueba frente al 93% de los pacientes que estarían dispuestos a repetírsela bajo sedación convencional (27 pacientes de los 384 no se la repetirían).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de broncoscopias bajo sedación profunda (Anestesiólogo) permite la realización del 100% de las mismas, con una mayor seguridad para el paciente (sólo 1 de cada 38 pacientes se desaturó: 2,6%) y una mejora en la satisfacción del paciente (encuesta de calidad y satisfacción: el 100% de los pacientes estarían dispuestos a repetirse dicha prueba).
Si bien es cierto que el número de desaturaciones presentadas en los pacientes en los que se realizó ansioliolísis convencional por el Neumólogo es relativamente bajo (5,9%) y las suspensiones de la prueba por agitación en este último grupo de pacientes también lo es (1,8%), el paciente que no recibe sedación profunda administrada por un Anestesiólogo presenta un riesgo dos veces mayor de desaturarse (RR=2,26)
La seguridad del paciente es primordial y este hecho, sumado al alto grado de satisfacción que presentan aquellos en los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (Anestesiólogo), así como a la nula suspensión por agitación en estos casos, nos permite afirmar que la realización de broncoscopias bajo sedación profunda administrada por un Anestesiólogo supondría un importante beneficio para los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/624 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0624

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Nº de registro: 0624

Título
BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Autores:
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN ADELA, JUBERA ORTIZ DE LANDAZURI MARIA PILAR, QUESADA GIMENO NATIVIDAD, PASCUAL BELLOSTA ANA MARIA, ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION, COLOMINA CALLEN LORENA, GARCIA FAU MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes a los que se les va a realizar una broncoscopia son susceptibles de presentar unos efectos adversos (desaturación y agitación) durante la realización de la misma, que dificulten o incluso impidan la realización de dicha técnica. Habitualmente la broncoscopia es realizada bajo ansiólisis por un Neumólogo.
Determinados pacientes programados para realización de broncoscopia requieren sedación profunda por parte de Anestesiología. En nuestro Servicio implantamos durante el año 2015 un programa de "Valoración Anestésica Fast-track para realización de broncoscopia bajo sedación profunda" (incluído en los Programas de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el servicio Aragonés de Salud de 2015) que nos permitió mejorar la EFICIENCIA en la valoración preanestésica de este tipo de pacientes, mejorar la EFICIENCIA en la realización de broncoscopias bajo sedación profunda y mejorar la CALIDAD de la atención a este tipo de pacientes.
Con nuestro presente proyecto pretendemos aumentar el número de pacientes en los que se realizará broncoscopia y disminuir los efectos adversos derivados tanto de la patología basal del paciente como de la técnca a realizar.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la EFICIENCIA en la realización de broncoscopias.
- Mejorar la SEGURIDAD de los pacientes a los que se realiza la broncoscopia.
- Mejorar la CALIDAD de la atención a este tipo de pacientes.

MÉTODO
1º. El Anestesiólogo realizará una valoración preanestésica FAST-TRACK (30 mínutos antes de la realización de la broncoscopia), para realización de dicha técnica bajo sedación profunda, en los pacientes que lo precisen y que cumplan los requisitos pertinentes. Le explicará al paciente en qué consiste la técnica anestésica a realizar y los riesgos derivados de sus patologías basales.
2º El Anestesiólogo obtendrá el Consentimiento Informado por escrito por parte de los pacientes que resulten "APTOS" en la valoración FAST-TRACK, para realización de sedación profunda.
3º Se realizará la broncoscopia bajo sedación profunda de los pacientes. Durante la misma, el Anestesiólogo registrará los casos de desaturación que se presenten (saturación de O2 < 90% o descenso en la saturación de O2 > 7% de la basal en pacientes con saturación basal de O2 <92%).
4º Se registrarán los casos de agitación que se presenten durante la realización de la broncoscopia y que impidan la realización de la misma.
5º 30 minutos después de concluída la broncoscopia se valorará la satisfacción del paciente respecto a la técnica empleada.
6º Se evaluará el número de efectos adversos (desaturación y agitación) que suceden durante la broncoscopia bajo sedación profunda (realizada por un Anestesiólogo) frente a los presentados en pacientes en los que se realiza broncoscopia bajo ansiólisis por parte de Neumólogo (técnica convencional).

INDICADORES
- Cálculo de la razón entre el número de desaturaciones presentes en pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (APTOS en la valoración preanestésica FAST-TRACK) y las desaturaciones presentes en las broncospias realizadas bajo ansiólisis por Neumólogo (técnica convencional).
- Cálculo de la razón entre el número de casos de agitación que imposibiliten la realización de broncoscopia presentes en pacientes a los que se realizó broncoscopia bajo sedación profunda (APTOS en la valoración preanestésica FAST-TRACK) y los casos de agitación presentes en las broncospias realizadas bajo ansiólisis por Neumólogo (técnica convencional).
- Mejora en la CALIDAD asistencial a estos pacientes (encuesta de SATISFACCIÓN).

DURACIÓN
Inicio del proyecto: 1 de junio de 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0624

1. TÍTULO

BRONCOSCOPIA BAJO SEDACION PROFUNDA: VALORACION ANESTESICA FAST-TRACK Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Duración del proyecto: 1 año (hasta el 1 de junio de 2017).
Cronograma:
1º Del 1-5 junio de 2016: Puesta en común del proyecto con el Neumólogo responsable de la Sección de Broncoscopias. Presentar los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes. Protocolos de suspensión de antiagregación y anticoagulación, así como de tratamiento sustitutivo en los casos necesarios (prueba invasiva). Protocolo de ayunas para los distintos tipos de alimentos. Dudas y preguntas.
2º Del 8 junio de 2016 - 1 junio 2017: selección de pacientes por parte de Neumología. Realización de consulta preanestésica FAST-TRACK a todos ellos, 30 minutos antes de la realización de la broncoscopia bajo sedación profunda. Realización de ENCUESTA DE SATISFACCIÖN a los pacientes.
3º Evaluación del proyecto al año de su implementación (1 junio 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0865

1. TÍTULO

CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SANJUAN VILLARREAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO GARCIA BORJA
VALLES TORRES JORGE
BARRADO GIL PEDRO
PUERTOLAS ORTEGA MARIA
MOLINOS ARRUEBO IRENE
COTERA USUA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se optó por el uso de guías tipo SENSAR (Sistema de Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y reanimación) para su implantación.
- Se distribuyeron las guías en los quirófanos cubiertos por la unidad de Anestesia cardiotorácia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tan solo se comunicaron dos informes de uso de las guías, posiblemente debido al carácter no anónimo de la comunicación. En ambos casos se observó positivo el apoyo de las guías cognitivas para el tratamiento del evento adverso. Otra razón de la pobre comunicación podría ser la infrecuencia de eventos adversos "atípicos" que precisen del uso de las guías.

Todos los integrantes de la unidad valoraron como conveniente tener guías cognitivas a su disposición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La opción de comunicación de eventos críticos de forma "no anónima" dificulta el caso de recogida de informes. Se recomienda el uso de sistemas de comunicación anónima tipo SINASP (genérico) o SENSAR (Anestesiología).
- Se precisa redefinir los eventos críticos que aparecen en las guías que disponemos.
- Se ha creado una cultura de seguridad. Un miembro de la unidad ha entrado a formar parte en el comité de seguridad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/865 ========== ***

Nº de registro: 0865

Título
CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

Autores:
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, RUBIO GARCIA BORJA, VALLES TORRES JORGE, BARRADO GIL PEDRO, PUERTOLAS ORTEGA MARIA, MOLINOS ARRUEBO IRENE, COTERA USUA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sometidos a cirugía cardíaca, vascular o torácica.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Los pacientes sometidos a cirugía vascular, cardíaca o torácica son pacientes habitualmente pluripatológicos que van a ser sometidos a un estrés quirúrgico, lo que puede colocar al paciente en situaciones de riesgo vital. Cuando la asistencia se produce en situaciones urgentes y graves, el estrés, la complejidad y la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0865

1. TÍTULO

CREACION DE MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORACICA

intervención de múltiples participantes favorecen los eventos adversos.
La Declaración de Helsinki para la Seguridad del paciente propone crear “manuales de ayuda cognitiva” como una línea estratégica más para reforzar la seguridad del paciente. En este sentido se han creado guías generalistas para Anestesia como la "Guía Stanford de Emegencias" o la "Guia SENSAR". Nuestra intención es realizar una guía específica para la anestesia en las cirugías previamente especificadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la asistencia al paciente en situaciones críticas que se puedan encontrar en anestesia cardíaca, vascular y torácica: optimizando el manejo y evitando que las prescripciones causen daño añadido.

MÉTODO
Creación de un manual escueto que pueda servir de “ayuda cognitiva” a los profesionales que están manejando la situación de crisis clínica. Ayudando a establecer de forma ordenada los pasos fundamentales en el manejo de la situación clínica, evitando las acciones innecesarias o la omisión de pautas de tratamiento adecuadas a cada situación.

INDICADORES
Como indicadores se utilizaran:
- Informe de cada situación crítica en la que se ha usado el manual.
- Encuesta de satisfacción a los profesionales a los que va dirigido el manual

DURACIÓN
La duración del proyecto es de 9 meses:

- Selección de las situaciones críticas a incluir en el manual (1 mes).
- Reparto de los temas a tratar entre los miembros del grupo y redacción de los temas. (2 meses)
- Revisión por pares de los temas por si hubiera que modificarlos (1 mes).
- Edición del manual (15-30 día).
- Implantación del manual en quirófanos para su evaluación (4-4’5 meses)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION CASSINELLO OGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ
LAGLERA TREBOL SALVADOR
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
HERRANZ ANDRES PILAR
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAFAEL
CARBONELL BERNAL ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Stock de 2 concentrados de hematíes 0 negativos en neveras apropiadas para conservarlos, localizadas en urgencias y el bloque quirúrgico. (21-XI-2017)
2- instrucción sobre el control de temperatura de la nevera que vigilan y registran las enfermeras (20-XI-2017)
3-Implantación del proceso de registro y reposición de las condiciones de conservación, a quien se transfunde, quien transfunde, y quien repone los concentrados de hematíes de estas neveras (21-XI-2017 hasta ahora)
4-Albarán con fecha y hora de salida de urgencias y QNO y fecha y hora de devolución, para poder realizar su trazabilidad (modelo 1475) según modelo informatizado en uso en el servicio de urgencias, o, si no se han utilizado (se cambian cada 21 días) o deben darse de baja por otro motivo (rotura…)(21-XI-2017)
5- Estandarización e implantación de la comprobación del grupo sanguíneo a la cabecera del paciente que se va a transfundir (2016-2017)
6-Instrucción para los celadores indicando donde están las neveras con el stock de 2 concentrados de hematíes 0 negativos.
7-Se ha actualizado el protocolo de hemorragia masiva y se han dado 4 sesiones en urgencias y otras 4 en el bloque quirúrgico, se han dado protocolos de bolsillo, y, se han colocado poster en los puntos donde puede haber una hemorragia masiva. El protocolo se ha colgado en intranet (2016-2018)
8-Se han conseguido Neveras específicas para el transporte de los hemo componentes de la hemorragia masiva desde el banco de sangre a urgencias o el bloque quirúrgico (VII-2017)
9-Se ha creado una petición informática para el área de urgencias del paquete de hemorragia masiva (XII-2017)
10-Se ha creado un registro para el seguimiento de los pacientes con hemorragias masivas y el uso de los concentrados de hematíes 0 negativos de las neveras (V-2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1-Desde 31-mayo del 2018 a 31-diciembre 2018, se han transfundido 28 concentrados de hematíes 0 negativo procedentes de las neveras de urgencia vital a 21 pacientes que han llegado a urgencias con una hemorragia masiva, el tiempo entre la solicitud del concentrado y la transfusión ha sido menor de 5 minutos en todos los casos. (1-estándar era: 5 minutos. 2-Fuente: el registro de pacientes transfundidos con concentrados de las neveras, y, preguntando específicamente a los médicos y enfermeras que han asistido una hemorragia masiva en urgencias. El tiempo previo entre la solicitud y la transfusión eran 17 minutos)
2-Desde 31-mayo del 2018 a 31-diciembre 2018, se han transfundido 20 concentrados de hematíes 0 negativo procedentes de las neveras de quirófanos a 13 pacientes que han desarrollado una hemorragia masiva en quirófano, el tiempo entre la solicitud del concentrado y la transfusión ha sido menor de 5 minutos en todos los casos. (1-estándar era: 5 minutos. 2-Fuente: el registro de pacientes transfundidos con concentrados de las neveras, y, preguntando específicamente a los médicos y enfermeras que han asistido una hemorragia masiva en el bloque quirúrgico, el tiempo en la transfusión antes del proyecto podía alcanzar los 20 minutos en algunos quirófanos)
3-Mortalidad en politraumatizado grave que llega vivo al hospital y presenta una hemorragia grave o masiva: 23% (1-estándar era: < 40%. 2-Fuente: revisión retrospectiva de las historias clínicas de politraumatizados graves con hemorragia grave o masiva. 3-obtención: revisión de los politraumatizados que han precisado concentrados 0 negativos en la urgencia o el bloque quirúrgico)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1-Una de las piedras angulares en la implantación de los proyectos de calidad que modifican la rutina, es planificar detalladamente las instrucciones necesarias para que el proyecto se cumpla, preguntando los pequeños detalles a todos los profesionales implicados.
2- Las medidas que solucionan los problemas habituales y graves en el hospital, se implantan más fácil que las que ahorran dinero

7. OBSERVACIONES.
El proyecto ha salvado vidas y ha mejorado el sentir de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1008 ========== ***

Nº de registro: 1008

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ, CARBONELL BERNAL ROBERTO, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, HERRANZ ANDRES PILAR, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CARLUCCIO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Transfusion perioperatoria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha estudiado el circuito de transfusión y la disponibilidad urgente de concentrados de hematíes en quirófano. Se ha detectado que los tiempos de transfusión urgente son excesivos, debido a la distancia entre el banco de sangre y los quirófanos y, a la falta de un circuito eficaz. Esta demora transfusional, ha supuesto un aumento de morbilidad y mortalidad y una frustración de los profesionales. El proyecto es de importancia vital, porque se pueden salvar vidas, evitar complicaciones y costes.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Crear un circuito eficiente para evitar demoras en la transfusión necesaria
2- Crear una cultura que evite la transfusión evitable.
3- Registrar las actuaciones

MÉTODO
1º Análisis de los procesos que requieren transfusión urgente en quirófano
2º revisión del circuito, petición electrónica de sangre, registro eficaz
3º Formación sobre cuándo se debe transfundir y como hacerlo
4º medir los tiempos de respuesta el inicio de la transfusión
5º Evaluar la necesidad y conveniencia de una nevera con termómetro en el bloque quirúrgico, para disponibilidad precoz de la sangre cruzada y urgente 0-

INDICADORES
1- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía programada
2- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía urgente

DURACIÓN
Inicio: Noviembre 2016
Formación de los profesionales (Médicos, enfermeras, auxiliares, celadores) desde octubre 2016
Medición de los indicadores en el bloque quirúrgico: Noviembre-Diciembre
Reuniones para crear un protocolo y un circuito eficiente hasta Marzo
Protocolo de bolsillo para todos los profesionales de quirófano Marzo-Abril
Implementación del circuito Abril-Noviembre
Creación de un registro informático desde el inicio al fin del proyecto
Fin: Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION CASSINELLO OGEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ
LAGLERA TREBOL SALVADOR
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
HERRANZ ANDRES PILAR
CARBONELL BERNAL ROBERTO
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mejora de la disponibilidad de concentrados de hematíes 0 negativos en la hemorragia grave y masiva:
1-Se ha aumentado el stock hospitalario de concentrados de hematíes 0 negativos (CH-0-) en 4 unidades.
2-Se han colocado 2 neveras con termómetro, para la conservación de 2 CH-0- en cada nevera.
3- Se ha creado una rueda de registro de temperatura por turno de enfermería, en cada nevera.
4- Se ha creado una instrucción sobre la actuación, si la temperatura de las neveras aumenta de 6ºC o disminuye de 2 ºC, para ser implementada por las enfermeras.
5- Se ha establecido un circuito de petición, mantenimiento, y recambio, de los CH-0- con información clave para las enfermeras y médicos (de urgencias y quirófano) que puedan tener que atender una hemorragia masiva.
6- Se ha implantado registrar que se ha realizado el grupo sanguíneo a la cabecera, en el formulario de solicitud de sangre para una urgencia vital.
7- Se han impartido sesiones a los celadores que transportan la sangre, y a las enfermeras y los médicos que la transfunden.
8- Se ha creado un protocolo de seguimiento de las hemorragias masivas, para poder registrar como lo estamos haciendo y poder analizar las actividades que podemos seguir mejorando
9-Se ha solicitado una segunda línea telefónica en banco de sangre, porque con frecuencia coinciden varias hemorragias con riesgo vital, y el único teléfono del banco de sangre está ocupado.
10- Se han impartido sesiones por servicio, y cursos con alumnos reducidos(1 al trimestre) a los médicos que tienen una hemorragia masiva, sobre el protocolo hospitalario, y se han colocado poster con el protocolo, en todos los quirófanos y área de urgencias, donde se tratan las hemorragias masivas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1-En el bloque quirúrgico está funcionando correctamente:
• el circuito de conservación de los CH-0-, el registro de la temperatura y, las actuaciones para que la temperatura sea adecuada en todo momento. Cada día se revisa el registro de temperatura y el uso y reposición de los CH-0-, un día falló la temperatura y se realizaron las debidas actuaciones para no desperdiciar los CH de las neveras.
• la utilización de los CH-0- y su reposición, tanto cuando se han utilizado, como cuando han caducado.
2- En los pacientes con hemorragia masiva, se han podido transfundir los CH-0- en los primeros 5 minutos tras detectar la hemorragia con riesgo vital, en lugar de demorar la transfusión los 17-35 minutos de promedio, que se tardaba antes de este circuito. Se midió el tiempodesde que se detecta la urgencia vital por hemorragia hasta que se inicia la transfusión, antes de disponer de las neveras (promedio 17-35 minutos), y desde que se dispone de los CH-0- en el bloque quirúrgico (promedio 4-5 minutos).
3- Ha mejorado el ánimo de los profesionales que atendieron estas hemorragias al no desesperarse esperando los CH-0-. Se ha encuestado a las enfermeras y médicos que tuvieron la urgencia.
4- Al 90% de los pacientes que se transfunden en el quirófano, se les realiza el grupo sanguíneo a la cabecera.
5- En el 90% de las hemorragias masivas se sigue el protocolo de actuación hospitalario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1-El equipo de mejora ha colaborado en todo momento para conseguir los objetivos.
2-El proyecto se ha cumplido y se ha conseguido el objetivo de transfundir en los primeros 5 minutos tras detectar el riesgo vital por hemorragia
3- Es necesario seguir de cerca el mantenimiento de los circuitos y registrar la evolución de las hemorragias masivas, para seguir implementando mejoras.
4- Hemos revisado el protocolo de hemorragia masiva, y hemos visto que el uso de la tromboelastografía puede mejorar los resultados, pero su uso e implementación será motivo de otro proyecto de mejora
5- Hemos entrado en un proyecto FIS para seguimiento de la implementación del protocolo de hemorragia masiva, y realizaremos un registro de la evolución de estas, que será motivo del proyecto de mejora siguiente

7. OBSERVACIONES.
Nos falta conseguir una segunda línea telefónica en el banco de sangre, mejorar los ordenadores del bloque quirúrgico, que son muy lentos, y realizar una petición de sangre por vía informática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

El proyecto de las neveras está concluido, sin duda hay que seguir encima, hasta que todas las instrucciones, se hagan una costumbre

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/1008 ================================== ***

Nº de registro: 1008

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ, CARBONELL BERNAL ROBERTO, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, HERRANZ ANDRES PILAR, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CARLUCCIO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Transfusion perioperatoria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se ha estudiado el circuito de transfusión y la disponibilidad urgente de concentrados de hematíes en quirófano. Se ha detectado que los tiempos de transfusión urgente son excesivos, debido a la distancia entre el banco de sangre y los quirófanos y, a la falta de un circuito eficaz. Esta demora transfusional, ha supuesto un aumento de morbilidad y mortalidad y una frustración de los profesionales. El proyecto es de importancia vital, porque se pueden salvar vidas, evitar complicaciones y costes.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Crear un circuito eficiente para evitar demoras en la transfusión necesaria
2- Crear una cultura que evite la transfusión evitable.
3- Registrar las actuaciones

MÉTODO
1º Análisis de los procesos que requieren transfusión urgente en quirófano
2º revisión del circuito, petición electrónica de sangre, registro eficaz
3º Formación sobre cuándo se debe transfundir y como hacerlo
4º medir los tiempos de respuesta el inicio de la transfusión
5º Evaluar la necesidad y conveniencia de una nevera con termómetro en el bloque quirúrgico, para disponibilidad precoz de la sangre cruzada y urgente 0-

INDICADORES
1- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía programada
2- Media del Tiempo desde que se solicita una transfusión de sangre cruzada hasta que se inicia la transfusión en cirugía urgente

DURACIÓN
Inicio: Noviembre 2016
Formación de los profesionales (Médicos, enfermeras, auxiliares, celadores) desde octubre 2016
Medición de los indicadores en el bloque quirúrgico: Noviembre-Diciembre
Reuniones para crear un protocolo y un circuito eficiente hasta Marzo
Protocolo de bolsillo para todos los profesionales de quirófano Marzo-Abril
Implementación del circuito Abril-Noviembre
Creación de un registro informático desde el inicio al fin del proyecto
Fin: Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1008

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROCESO DE TRANSFUSION EFICIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1028

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUIS PEDRO PORTERO LLORO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORO FRAILE JESUS
GIL BERDUQE LUIS ALBERTO
OLIVA PERALES PEDRO
RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN
CHUECA MATA JULIA
GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL
SANCHEZ ANDRES ARMANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han mantenido reuniones con todos los servicios solicitantes de nuestra atención (quirúrgicos, médicos y centrales), para obtener sus carteras de servicios y poder generar la base de datos electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ls realización está acabándose por un problema de salud del responsable del proyecto, que ha tenido una baja de larga duración.
Debido a la multitud de servicios con los que se trabaja, y a que la varios no disponen de una clara y conocida cartera de servicios.
En estos días se está finalizando la base de datos para poder realizar el registro que pronto esperamos poder poner en marcha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es muy complicado poder registrar todos los procesos detalladamente, tanto por la variedad de enfermedades y procesos, como por las variantes técnicas para su tratamiento o diagnóstico, como por las nuevos tratamientos y técnicas aplicadas por avances en nuestro quehacer.
Se han tenido que simplificar varias técnicas distintas de tratamiento de una región para poder simplificar su registro: p.ej. "osteosíntesis supracondílea humeral" engloba tanto distintas técnicas percutáneas con aguja como el uso de tornillos o placas+tornillos, indistíntamente del grado de afectación ósea, articular o neurovascular, todas de diferente repercusión y dificultad quirúrgica y de pronóstico. Es imposible especificar todo.

7. OBSERVACIONES.
Es imposible especificar al detalle todas las actuaciones realizadas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1028 ========== ***

Nº de registro: 1028

Título
INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA

Autores:
PORTERO LLORO LUIS PEDRO, ORO FRAILE JESUS, GIL BERDUQE LUIS ALBERTO, OLIVA PERALES PEDRO, RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN, CHUECA MATA JULIA, GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL, SANCHEZ ANDRES ARMANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No atañe a una enfermedad en concreto
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad anestésica realizada en la sección de Anestesiología Pediátrica es especialmente variada. Es muy

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1028

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ANESTESICA PEDIATRICA

frecuente tener que realizar procedimientos anestésicos fuera del quirófano para una gran diversidad de pruebas o intervenciones.
Actualmente la recogida de datos del proceso quirúrgico y de la actividad anestésica empleada es realizada por el personal destinado oportunamente. Cuando el proceso anestésico es realizado fuera del quirófano, esta actividad no puede ser recogida en el formato electrónico. Así, tenemos que realizar diariamente un registro de nuestra actividad en formato papel, manualmente.
Hoy día no se considera oportuno seguir manteniendo la captura de nuestra actividad exclusivamente mediante la actividad realizada en quirófano y tampoco procede que se continúe realizando en formato papel si se tiene como objetivo reducir el número de documentos en nuestro Hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
-Informatización del registro de la actividad Anestésica Pediátrica.
-Registro lo más ajustado a la realidad asistencial existente.
-Posibilidad de estudios departamentales respecto a nuestra asistencia.

MÉTODO
Elaboración de un archivo en formato Excel para facilitar el registro de toda la actividad asistencial realizada.

INDICADORES
-Evaluación de la actividad asistencial registrada antes de la informatización completa tanto respecto a la disponible en intranet.
-Comparación a posteriori de los datos correspondientes con la base informatizada completa respecto a la disponible en intranet.

DURACIÓN
La duración total se estima en 12 meses:
-Octubre-Diciembre ´16: Elaboración del archivo en formato Excel y evaluación de la actividad registrada según los datos informatizados disponibles comparándolos con los reales.
-Enero ´17: Implementación del nuevo formato de recogida de datos.
-Febrero-Mayo ´17: Puesta al día de la nueva actividad capturada.
-Junio-Septiembre ´17: Reevaluación del nuevo formato de recogida de nuestra actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1032

1. TÍTULO

REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ARMANDO SANCHEZ ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL
GIL BERDUQE LUIS ALBERTO
ORO FRAILE JESUS
DELGADO ALVIRA REYES
GONZALEZ ESGUEVA AINARA
CORONA BELLOSTAS CAROLINA
GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han mantenido reuniones con los servicios quirúrgicos para revisar los criterios de pruebas complementalarias según cirugía, basándonos en la evidencia disponible.
Se han mantenido reuniones con los servicios centrales de laboratorio para ajustar valores según edad pediátrica que no aumentaran la necesidad de repetir las pruebas complementarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento, se han eliminado de las pruebas complementarias de rutina la solicitud de colinesterasa plasmática en cirugía programada a todos los pacientes con un ahorro económico no calculado todavía (multiplicar coste de la prueba por unas 3500 cirugías programadas anuales).
Se está acabando un listado de peticiones de pruebas complementarias preanestésicas según: 1) cirugía y 2) según paciente. Se evitará la realización de múltiples pruebas complementarias que supondran menos procedimientos desagradables en el paciente (pinchazos, además dificultosos), inversión de tiempo de las familias y ahorro en gastos.
Esperamos tenerlo pronto finalizado para utilizarlo como un protocolo asistencial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de un marco de trabajo para poder tomar decisiones clínicas respecto a qué pacientes hay que solicitar unas pruebas complementarias y a quienes no, está siendo más lento de lo que se pretendía por tener que poner de acuerdo a múltiples servicios participantes en su asistencia.
Se ha conocido que existen pruebas de laboratorio realizadas en la cabecera del paciente (point of care) con seguimiento y validación inmediata por el laboratorio (equipos de gasometría). Este punto abre la puerta a una modificación de nuestras pautas para poder hacer más eficiente y efectiva la asistencia pacientes pediátricos que se pretende hacer lo antes posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1032 ========== ***

Nº de registro: 1032

Título
REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Autores:
SANCHEZ ANDRES ARMANDO, GUERRERO PARDOS LUIS MIGUEL, GIL BERDUQE LUIS ALBERTO, ORO FRAILE JESUS, DELGADO ALVIRA REYES, GONZALEZ ESGUEVA AINARA, CORONA BELLOSTAS CAROLINA, GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anestésica y médico-quirúrgica
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1032

1. TÍTULO

REEVALUACION Y ADAPTACION DE LOS CIRCUITOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PREANESTESICAS Y PREQUIRURGICAS EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La consulta preanestésica tiene entre sus objetivos la valoración y preparación del paciente que va a ser sometido a un procedimiento bajo técnicas anestésicas. Así es posible realizar las técnicas precisas en cada el paciente minimizando sus riesgos asociados.
El Hospital Infantil es el centro de referencia de Aragón, La Rioja y Soria para la patología médica y quirúrgica de la población pediátrica.
En nuestras consultas se atiende a esta población de diversos orígenes y con distintas pruebas solicitadas por distintos protocolos regionales. En ocasiones los pacientes acuden ya a consulta con los resultados de las pruebas complementarias precisas, pero en la mayor parte de las consultas, los resultados aún están pendientes de análisis. Esto supone que en no pocos casos el paciente no pueda ser reevaluado hasta el día antes del ingreso o incluso de la intervención, si en el estudio existían alteraciones que precisan un manejo oportuno.
Así, es necesario reconfigurar los circuitos de pruebas complementarias preanestésicas y prequirúrgicas en el paciente pediátrico, para conseguir que los pacientes que precisan pruebas complementarias acudan directamente a la consulta con los resultados de las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Optimizar los circuitos de pruebas complementarias preoperatorias para la Anestesia Pediátrica.
-Mejorar la satisfacción global del proceso de los cuidadores.
-Disminuir la tasa de suspensiones por estudio incompleto.

MÉTODO
-Reuniones con los principales servicios subsidiarios de precisar pruebas complementarias preanestésicas pediátricas.
-Cambio de los circuitos actuales en la obtención de la analítica preoperatoria.

INDICADORES
-Evaluación de la satisfacción de los cuidadores y la tasa de suspensiones de procedimientos antes y después del cambio realizado.
Se analizará la evolución en 50 pacientes antes de los cambios, y otros 50 pacientes comparables después usando como indicadores centinela la satisfacción tasa de pacientes que acuden a consulta con sus pruebas complementarias completa si las precisaba.

DURACIÓN
La duración total se estima en 12 meses:
-Octubre-Noviembre ´16: análisis basal del problema.
-Diciembre ´16- febrero ´17: Reuniones con los distintos servicios implicados.
-Marzo-Mayo ´17: Redefinición de los nuevos circuitos preanestésicos
-Junio-Septiembre ´17: Implantación de los nuevos circuitos.
-Octubre- ´16: Reevaluación de los cambios realizados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO SANCHEZ TIRADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
LUCAS HERNANDEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 se han ido añadiendo distintos centros de Atención Primaria al Proyecto, en enero sólo participaba el Centro de Atención Primaria de Fernando el Católico, tras el verano se incluyeron los centros rurales de Belchite, Fuentes de Ebro y Sástago, para a partir del año 2019 incluir todos los centros de Atención Primaria del Sector Zaragoza II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo erá una contestación a las interconsultas en un plazo inferior a una semana objetivo superado en más del 80% con un indice que está aumentando en los últimos meses. Se ha conseguido una agilización en la citación de primeras visitas de los pacientesconsultados a la vez que se consigue que el paciente inicie un tratamento adecuado antes de su primera visita a la Unidad del Dolor graciás a la comunicación con su médico de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La interconsulta de Atención Primeria con la Unidad del Dolor facilita evitar derivaciones innecesarias a la Unidad del Dolor, duplicidad de citaciones a distintos especialistas, orientación en la derivación de determinados procesos que cursan con dolor, un inicio de tratamiento adecuado de forma más precoz lo que supone un incremento en la probabilidad de éxito del mismo. Supone una agilización en la comunicación Atención Primaria-Unidad del Dolor que facilita un mejor seguimiento del paciente junto con una mayor calidad asistencial. La apertura a todos los centros de Atención Primaria del Sector va a evitar derivaciones a la Unidad del Dolor innecesarias y duplicidades de asistencia por diferentes especialistas por una misma patología en los casos que solo sea necesaria unaatención especializada. Va a suponer un mayor conocimiento de las alternativas terapéuticas ofertadas por la Unidad del Dolor en Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1389 ========== ***

Nº de registro: 1389

Título
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Autores:
SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO, GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, LUCAS HERNANDEZ ANTONIO, ECED MARTINEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor agudo, subagudo o cronico
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ingente cantidad e pacientes que son remitidos a nuestra Unidad de Dolor hace que la lista de espera en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DEL DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

este tipo de patología sea inabarcable. Se han puesto en marcha diferentes iniciativas para disminuir dicha lista de espera (actualmente están esperando algún tipo de actuación más de 2500 pacientes, situándose la lista de espera de primer día en 11 meses). Entre las estrategias que este año prima el SALUD se encuentra la de iniciar consultas virtuales en diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. Queremos iniciar una consulta virtual en nuestra unidad del dolor con vistas a mejorar la comunicación con AP, dando preferencia acasos que no deben esperar y disminuyendo el número de pacientes que pudiendo ser tratados en AP no sean derivados a nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
.- Mejorar la comunicación con AP
.- Mejorar la formación de los médicos de AP en la aplicación de tratamientos con sustancias opioides y sustancias utilizadas en dolor tipo neuropático.
.- Acelerar la atención de pacientes que cumplen los requisitos de prioridad de atención (dolor neuropático)
.- Disminuir el número de pacientes derivados a la Unidad.

MÉTODO
1.- Oferta:
Atención a las consultas realizadas sobre dolor desde los CS del sector Zaragoza II y respondidas en un plazo inferior a 1 semana..- Apertura de agenda para la consulta virtual en función de las consultas realizadas y las esperadas.
2.- Actividades:
.- Reunión con la Subdirección correspondiente al Sector Zaragoza II de AP. Estimación de los beneficios que pueden reportar. Fijación del Plan de puesta en funcionamiento eligiendo los CS iniciales como banco de pruebas.
.- Periodo de formación de los miemnros de la Unidad del Dolor del HUMS en el manejo del programa y sus programas de apoyo.
.- Reunión con los CS elegidos para explicar el funcionamiento de la consulta virtual, que se espera de ellos y que esperan ellos de esta consulta. Inicio de programa de Formación para los MAP.
.- Puesta en marcha de la consulta y periodo de pruebas durante 3 meses.
.- Reanálisis de la situación con las mejoras obtenidas y los inconvenientes encontrados en colaoración con las SS quirúrgica y de AP.
.- Introducción de nuevos CS siguiendo los mismos esquemas
.- Una vez introducidos los CS urbanos, se comenzarían con los rurales, y una vez introducidos estos si la situación no ha variado en la creación de nuevas Unidades de Dolor, incluir primeramente a los pacientes del sector Zaragoza I, y posteriormente a los correspondientes al Sector de Alcañiz.

INDICADORES
.- Nº de consultas realizadas
.- Tiempo de LE de los pacientes provenientes de los pacientes de los CS incluidos.
.- Nº de pacientes a los que se acelera su atención en la unidad y causa de la misma.

DURACIÓN
.- Inicio Marzo 2017 / Final no previsto
.- Marzo-Abril: reuniones con las SAP y la SSQQ
.- Abril – Mayo: Formación miembros de la Unidad del Dolor
.- Junio – Julio: reuniones y formación en CS
.- Septiembre – Noviembre: puesta en marcha del periodo de prueba
.- Diciembre: Reanálisis de la situación y elección de nuevos CS
.- Enero 2018: puesta en marcha de la consulta con nuevos CS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO SANCHEZ TIRADO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER
LUCAS HERNANDEZ ANTONIO
ECED MARTINEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión con la Subdirectora de Servicios Quirúrgicos del HUMS y la Subdirectora de Atención Primaria del Sector II en dos ocasiones: Abril 2017 y Octubre 2017.
Reunión y sesión informativa con la Sundirectora de Atención Primaria del Sector II, el Coordinador del Centro de Salud Fernando el Católico y médicos del citado centro en noviembre de 2017.
Formación de los miembros de la Unidad de dolor del HUMS en el manejo del programa.
Apertura de agenda para la consulta virtual para el Centro de Salud de Fernado el Católico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicio del proyecto el 22 de enero de 2018 con el Centro de Salud Fernando el Católico como centro piloto.
Los resultados están pendientes de valoración una vez concluido el periodo de pruebas de tres meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido al retraso en el inicio del proyecto es prematuro realizar conclusión alguna, así como la recomendación de su extensión al resto de Centros de Salud de nuestro Sector

7. OBSERVACIONES.
La tardanza en el inicio de la ejecución del proyecto fue debida a cambios en la Subdirección de Atención Primaria de nuestro sector, por lo que los resultados están pendientes de valorar en el centro elegido como piloto para estimar la pertinencia de su extensión el resto de Centros de Salud de nuestro Sector.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1389 ========== ***

Nº de registro: 1389

Título
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

Autores:
SANCHEZ TIRADO JOSE ANTONIO, GIRON MOMBIELA JOSE ANTONIO, MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, LUCAS HERNANDEZ ANTONIO, ECED MARTINEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor agudo, subagudo o cronico
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ingente cantidad e pacientes que son remitidos a nuestra Unidad de Dolor hace que la lista de espera en este tipo de patología sea inabarcable. Se han puesto en marcha diferentes iniciativas para disminuir dicha lista de espera (actualmente están esperando algún tipo de actuación más de 2500 pacientes, situándose la lista de espera de primer día en 11 meses). Entre las estrategias que este año prima el SALUD se encuentra la de iniciar consultas virtuales en diferentes especialidades médicas y quirúrgicas. Queremos iniciar una consulta virtual en nuestra unidad del dolor con vistas a mejorar la comunicación con AP, dando preferencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1389

1. TÍTULO

PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA CONSULTA VIRTUAL DE LA UNIDAD DE DOLOR RELACIONADA CON ATENCION PRIMARIA

acasos que no deben esperar y disminuyendo el número de pacientes que pudiendo ser tratados en AP no sean derivados a nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
.- Mejorar la comunicación con AP
.- Mejorar la formación de los médicos de AP en la aplicación de tratamientos con sustancias opioides y sustancias utilizadas en dolor tipo neuropático.
.- Acelerar la atención de pacientes que cumplen los requisitos de prioridad de atención (dolor neuropático)
.- Disminuir el número de pacientes derivados a la Unidad.

MÉTODO
1.- Oferta:
Atención a las consultas realizadas sobre dolor desde los CS del sector Zaragoza II y respondidas en un plazo inferior a 1 semana..- Apertura de agenda para la consulta virtual en función de las consultas realizadas y las esperadas.
2.- Actividades:
.- Reunión con la Subdirección correspondiente al Sector Zaragoza II de AP. Estimación de los beneficios que pueden reportar. Fijación del Plan de puesta en funcionamiento eligiendo los CS iniciales como banco de pruebas.
.- Periodo de formación de los miemnros de la Unidad del Dolor del HUMS en el manejo del programa y sus programas de apoyo.
.- Reunión con los CS elegidos para explicar el funcionamiento de la consulta virtual, que se espera de ellos y que esperan ellos de esta consulta. Inicio de programa de Formación para los MAP.
.- Puesta en marcha de la consulta y periodo de pruebas durante 3 meses.
.- Reanálisis de la situación con las mejoras obtenidas y los inconvenientes encontrados en colaoración con las SS quirúrgica y de AP.
.- Introducción de nuevos CS siguiendo los mismos esquemas
.- Una vez introducidos los CS urbanos, se comenzarían con los rurales, y una vez introducidos estos si la situación no ha variado en la creación de nuevas Unidades de Dolor, incluir primeramente a los pacientes del sector Zaragoza I, y posteriormente a los correspondientes al Sector de Alcañiz.

INDICADORES
.- Nº de consultas realizadas
.- Tiempo de LE de los pacientes provenientes de los pacientes de los CS incluidos.
.- Nº de pacientes a los que se acelera su atención en la unidad y causa de la misma.

DURACIÓN
.- Inicio Marzo 2017 / Final no previsto
.- Marzo-Abril: reuniones con las SAP y la SSQQ
.- Abril – Mayo: Formación miembros de la Unidad del Dolor
.- Junio – Julio: reuniones y formación en CS
.- Septiembre – Noviembre: puesta en marcha del periodo de prueba
.- Diciembre: Reanálisis de la situación y elección de nuevos CS
.- Enero 2018: puesta en marcha de la consulta con nuevos CS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1391

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA ASENSIO PARIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLAS RODRIGUEZ ANA
SANDIN GONZALEZ FRANCISCO
TORO NUÑEZ MAXIMILIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizacion de protocolo para optimización de la anemia preoperatoria en CCR.
Presentación del protocolo al servicio de Anestesia para su implementación.
Presentación al personal de enfermería de Hospital de día encargado de la administración del tratamiento: Fe intravenoso y EPO.
Presentación al personal de enfermería de la acogida del bloque quirúrgico para la extracción de analítica previa a la cirugía.
Inicio de la actividad en junio de 2016 hasta la actualidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Periodo de junio 2016 a septiembre de2017: 44 pacientes tratados
Hb media en consulta de Anestesia: 10.88
Hb media prequirurgica tras el Tto: 11.72
Pacientes transfundidos: 9
Tasa transfusional 21.98%
Concentrados de hematies por paciente: 2.65
Tasa transfusional en 126 hospitales europeos: 20%. BJA 116(2) 255-61(2016)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Utilización de recursos existentes en el hospital
El paciente es visto en la consulta de anestesia, sin cita previa, el mismo día que acude a la consulta de Digestivo y en la misma semana en la que se acepta para cirugía por el comité de tumores de CCR.
La primera dosis de Fe iv se administra ese mismo día y si se prescribe una segunda dosis, enfermería de hospital de día cita al paciente para la siguiente semana.
La repleción de los depósitos de Fe con Fe carboximaltosa se consigue en 1 o 2 semanas (1 administración semanal). Si la Hb es < 10 se prescribe una dosis de EPO que se administra la segunda semana.
El objetivo es disminuir la tasa transfusional, una medida costo-efectiva y una medida de calidad asistencial, que disminuye la morbilidad posoperatoria y mejora la supervivencia en el paciente oncologico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1391 ========== ***

Nº de registro: 1391

Título
OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

Autores:
ASENSIO PARIS ANA, COLAS RODRIGUEZ ANA, SANDIN GONZALEZ FRANCISCO, TORO NUÑEZ MAXIMILIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1391

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL (CCR)

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las transfusiones en cirugía digestiva se han relacionado estrechamente con la aparición de metástasis hepáticas, mayor incidencia de complicaciones y presencia de infecciones postoperatorias. No es admisible que un paciente que va a ser sometido a cirugía oncológica digestiva de forma programada (en concreto CCR), llegue a la cirugía con anemia grave que no se haya intentado corregir. La presencia de anemia preoperatoria es el factor más relacionado con la necesidad de transfusión en el intraoperatorio o en el postoperatorio inmediato. La optimización de esta anemia previa a la cirugía es la actuación preventiva de mayor utilidad en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
.- Optimizar la anemia preoperatoria de los pacientes afectos de CCR, mejorando el estado del paciente y preparándolo para la intervención quirúrgica.
.- Minimizar la transfusión alogénica en los pacientes afectos de CCR que son aceptados para tratamiento quirúrgico.
.- Reducir las complicaciones transfusionales, disminuyendo la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y los costes.
.- Reducir el tiempo de espera entre la decisión de intervenir y la fecha de la cirugía.
.- No intervenir de forma programada pacientes con anemia importante

MÉTODO
OFERTA:
Valoración y optimización cuando sea necesaria de pacientes tributarios de cirugía programada oncológica sobre intestino grueso.

ACTIVIDADES:
1.- Valoración del paciente en el comité de tumores para saber la indicación quirúrgica. Estamos presentes en dicho comité para tomar nota de estos pacientes.
2.- Valoración en consulta de cirugía
3.- Valoración preoperatoria en consulta de anestesia el mismo día que en la consulta de cirugía.
4.- En caso de presentar anemia preoperatoria valoración y optimización de la misma con Fe iv ± EPO sc.
5.- Remitir al paciente a H de día donde se inicia tratamiento, cuando es posible, el mismo día de la consulta.
6.- Valoración día de la cirugía tras nuevo hemograma al ingreso o hemocue si ingresa por la mañana.

INDICADORES
1.- (Pacientes anemicos / total de pacientes sometidos a CCR) x 100
2.- (Nº pacientes que inician cirugía con anemia / pacientes con anemia) x 100
3.- Nº pacientes transfundidos / pacientes sometidos a CCR

DURACIÓN
.- Inicio: Septiembre 2016 Fin: no tiene
.- Septiembre - Octubre 2016: recogida de información y puesta al día bibliográfica
.- Noviembre - Diciembre 2016: Elaboración de protocolo y acuerdo con diferentes servicios (Digestivo, Ciurugía General, Farmacia, Hospital de día)
.- Enero 2017: inicio programa
.- Noviembre 2017: Valoración
.- Diciembre 2017: Introduccion de una nueva patología oncológica digestiva

OBSERVACIONES
Se ha valorado la iniciación de un proceso denominado Optimización de anemia de paciente con cáncer digestivo que incluirá a los de Hígado, tracto digestivo superior e Intestino delgado, y CCR.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

ACTUALIZACIONY OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASSINELLO OGEA CONCEPCION
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO
IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA
ROVIRA FLORES EVA
PORTERO LLORO LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia. Elaboración de protocolo consensuado en la unidad de traumatología, de lasolicitud de pruebas preoperatorias en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Puesta en funcionamiento en la Unidad de anestesia en el HRTQ en Febrero de 2019
En la Unidad de Cirugía sin ingreso se está en periodo de consenso con los miembros del servicio, con enfermería y con los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los procesos se retrasan sobre el cronograma propuesto por la necesidad de alcanzar consensos no solo entre los miembros de la unidad y por las implicaciones que afectan a otros servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1393 ========== ***

Nº de registro: 1393

Título
NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Autores:
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER, IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA, ROVIRA FLORES EVA, PORTERO LLORO LUIS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente quirurgico y paciente en anestesia fuera de quirofano
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Salud ha abierto una línea estratégica de “No Hacer”. Esta fundamentada en estudios y recomendaciones de varias sociedades cientificas y grupos de trabajo que basándose en la evidencia algunas actuaciones enraizadas desde hace mucho tiempo no son útiles o eficientes o ambas cosas.
En anestesia muchas de estas recomendaciones se relacionan con el estudio preoperatorio en diferentes procesos médicos (anestesia fuera de quirófano - AFQ) y quirúrgicos (tanto en cirugía con ingreso como en cirugía sin ingreso).
El Sº de Anestesia y Reanimación quiere basándose en estas recomendaciones, actualizar asi como hacer más eficiente el estudio preoperatorio. Queremos eliminar pruebas en diferentes pacientes y procedimientos que no resultan útiles o eficientes con los cambios que ha experimentado la especialidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

ACTUALIZACIONY OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar y optimizar la solicitud de pruebas preoperatorios en pacientes sometidos a cirugía sin ingreso (CSI), cirugía con ingreso (CCI), o procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos (AFQ)

MÉTODO
OFERTA:
Valorar en función del paciente y el procedimiento, las pruebas preoperatorios necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no esta demostrada. Manteniendo la máxima garantía de seguridad para el paciente.

ACTIVIDADES:
Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia.
Implicación de ls diferentes secciones de anestesia de forma progresiva.
Elaboración de protocolos consensuados en las diferentes secciones de anestesia (Infantil, Maternidad, Cardiotorácica, HRTQ y HG) de solicitud de pruebas preoperatorios en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.
Reunión con los diferentes servicios médicos y quirúrgicos (de forma progresiva) y su implicación en la solicitud de las pruebas.
Puesta en marcha de forma progresiva en unidades determinadas y ampliación posterior a todo un servicio. Posterior puesta en marcha y extensión a todos los servicios.

INDICADORES
.- Determinación del nº de pruebas “no solicitadas” en comparación con el año anterior. (laboratorio y Radiología)
.- Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias “que NO se deberían de haber solicitado”.
.- Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas.

DURACIÓN
Inicio: Junio 2016
Junio – Diciembre 2016: revisión de bibligrafia
Enero – Marzo 2017: elaboración de protocolo en HRTQ
Abril 2017: implicación con laboratorio y radiología.
Formación a Traumatologos de las secciones elegidas para iniciar el periodo de prueba
Mayo – Junio: puesta en marcha del protocolo HRTQ
Junio: realización protocolo Infantil
Julio puesta en funcionamiento protocolo Infantil
Octubre revisión de los resultados, Aprendizaje de errores y subsanación de problemas. Extensión a nuevas unidades y servicios del HRTQ
Noviermbre: revision resultados y aprendizaje Infantil.
Enero - diciembre 2018: extensión a maternidad, CCT y HG

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION
LAFUENTE MARTIN FRANCISCO JAVIER
IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA
ROVIRA FLORES EVA
PORTERO LLORO LUIS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta el momento actual, y siguiendo el calendario previsto, se han realizado 3 reuniones en el Sº de Anestesia para consensuar las pruebas preoperatorias que se van a solicitar en dependencia de la cirugía prevista y de la patología previa del paciente.

Se han desarrollado los subprocesos
- desarrollo de circuitos (con el Sº de Admisión).
- decisión de pruebas preoperatorias y gestión de las peticiones (con Sº de Bioquímica y Radiodiagnóstico).
- optimización preoperatoria de la hemoglobina.
- optimización preoperatoria del ayuno, la nutrición y la glucemia.
- manejo de los pacientes en tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes.
- manejo de los pacientes en tratamiento con inmunodepresores e inmunomoduladores
- valoración del riesgo anestésico: biomarcadores, capacidad funcional, calidad de vida y fragilidad.
- identificación de pacientes que deben demorarse.
- manejo de los pacientes testigos de Jehová.
- identificación de pacientes que necesitan reserva de hemoderivados.
- identificación de pacientes que necesitan cuidados postoperatorios en Unidad de Reanimación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Están implantados y en funcionamiento los subprocesos
- optimización preoperatoria de la hemoglobina.
- manejo de los pacientes en tratamiento con antiagregantes/anticoagulantes.
- manejo de los pacientes en tratamiento con inmunodepresores e inmunomoduladores
- manejo de los pacientes testigos de Jehová.
- identificación de pacientes que necesitan reserva de hemoderivados.
- identificación de pacientes que necesitan cuidados postoperatorios en Unidad de Reanimación.

Consiguiendo disminuir las demoras, las suspensiones quirúrgicas y el porcentaje de pacientes que precisan transfusión en PTR, PTC y artrodesis de columna.

Se han eliminado las pruebas preparatorias sistemáticas en pacientes programados para cirugía de la catarata

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es difícil promover cambios en una organización que lleva mucho tiempo funcionando de una manera determinada. tras conseguir poner en funcionamiento los subprocesos ya comentados se iniciará en abril la puesta en marcha del nuevo protocolo de pruebas preparatorias. Inicialmente en el hospital de traumatología tras reuniones previas con los jefes de Servicio y responsables de Cirugía ortopédica, Neurocirugía y Cirugía Plástica

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1393 ========== ***

Nº de registro: 1393

Título
NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

Autores:
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, LAGLERA TREBOL SALVADOR, CASSINELLO OGEA MARIA CONCEPCION, LAFUENTE MARTIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

FRANCISCO JAVIER, IZQUIERDO VILLARROYA MARIA BLANCA, ROVIRA FLORES EVA, PORTERO LLORO LUIS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente quirurgico y paciente en anestesia fuera de quirofano
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Salud ha abierto una línea estratégica de “No Hacer”. Esta fundamentada en estudios y recomendaciones de varias sociedades cientificas y grupos de trabajo que basándose en la evidencia algunas actuaciones enraizadas desde hace mucho tiempo no son útiles o eficientes o ambas cosas.
En anestesia muchas de estas recomendaciones se relacionan con el estudio preoperatorio en diferentes procesos médicos (anestesia fuera de quirófano - AFQ) y quirúrgicos (tanto en cirugía con ingreso como en cirugía sin ingreso).
El Sº de Anestesia y Reanimación quiere basándose en estas recomendaciones, actualizar asi como hacer más eficiente el estudio preoperatorio. Queremos eliminar pruebas en diferentes pacientes y procedimientos que no resultan útiles o eficientes con los cambios que ha experimentado la especialidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar y optimizar la solicitud de pruebas preoperatorios en pacientes sometidos a cirugía sin ingreso (CSI), cirugía con ingreso (CCI), o procedimientos diagnósticos y terapéuticos médicos (AFQ)

MÉTODO
OFERTA:
Valorar en función del paciente y el procedimiento, las pruebas preoperatorios necesarias e imprescindibles, eliminando aquellas cuya utilidad no esta demostrada. Manteniendo la máxima garantía de seguridad para el paciente.

ACTIVIDADES:
Revisión de bibliografía y actualización del conocimiento basado en la evidencia.
Implicación de ls diferentes secciones de anestesia de forma progresiva.
Elaboración de protocolos consensuados en las diferentes secciones de anestesia (Infantil, Maternidad, Cardiotorácica, HRTQ y HG) de solicitud de pruebas preoperatorios en función de las características del paciente el tipo de procedimiento y el lugar donde se va a proceder a su realización.
Reunión con los diferentes servicios médicos y quirúrgicos (de forma progresiva) y su implicación en la solicitud de las pruebas.
Puesta en marcha de forma progresiva en unidades determinadas y ampliación posterior a todo un servicio. Posterior puesta en marcha y extensión a todos los servicios.

INDICADORES
.- Determinación del nº de pruebas “no solicitadas” en comparación con el año anterior. (laboratorio y Radiología)
.- Suspensión de pacientes por falta de pruebas preoperatorias “que NO se deberían de haber solicitado”.
.- Suspensión de pacientes por falta de pruebas correctamente solicitadas.

DURACIÓN
Inicio: Junio 2016
Junio – Diciembre 2016: revisión de bibligrafia
Enero – Marzo 2017: elaboración de protocolo en HRTQ
Abril 2017: implicación con laboratorio y radiología.
Formación a Traumatologos de las secciones elegidas para iniciar el periodo de prueba
Mayo – Junio: puesta en marcha del protocolo HRTQ
Junio: realización protocolo Infantil
Julio puesta en funcionamiento protocolo Infantil
Octubre revisión de los resultados, Aprendizaje de errores y subsanación de problemas. Extensión a nuevas unidades y servicios del HRTQ
Noviermbre: revision resultados y aprendizaje Infantil.
Enero - diciembre 2018: extensión a maternidad, CCT y HG

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1393

1. TÍTULO

NO HACER. ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0844

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MAXIMILIANO TORO NUÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLOMINA CALLEN LORENA
ROMERO IÑIGUEZ BLANCA
LAFUENTE OJEDA NOELIA
MARTINEZ NUEZ SILVIA
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO
PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO
PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo del proyecto era implementar el uso del bloqueo TAP frente a la perfusión continua de morfina (PCM) con el objeto de disminuir el consumo de opiáceos en las primeras 24 horas postoperatorias en los pacientes operados de cirugía colorrectal ingresados en la REA.
Igualmente buscábamos disminuir los efectos secundarios derivados del uso de los mórficos y mejorar la satisfacción del paciente ingresado en la REA al conseguir una mayor eficacia analgésica
La metodología empleada en este proyecto fue de tipo prospectiva y observacional. Se encuestó a una muestra aleatoria de los pacientes mayores de 18 años operados entre el mes de abril y diciembre de 2018 en el Hospital Miguel Servet en la especialidad de Cirugía General y que fueron ingresados en la REA durante el postoperatorio inmediato. Se estudiaron un total de 50 pacientes
En una escala de intensidad del dolor, todos los procesos que se incluyeron en este estudio estarían en el grupo de dolor moderado-intenso (amputación abdómino peritoneal, hemicolectomía, sigmoidectomía, cirugía compleja de la pared abdominal)
Como criterio de exclusión se estableció la incapacidad o falta de colaboración para responder a los test del estudio (paciente intubado, séptico, inestable HD…), o el uso de otro tipo de analgesia (epidural, fundamentalmente)
Previamente al inicio del proyecto, se formó a los facultativos de la REA en la realización del bloqueo TAP: técnica, complicaciones…
Posteriormente, se revisó la bibliografía existente, se diseñó una hoja de recogida de datos y se realizaron dos protocolos de analgesia que serían aplicados a todos los pacientes incluidos en el proyecto: a 25 pacientes se les asignó el protocolo TAP+PCM y a 25 pacientes el protocolo PCM
Realizamos reuniones periódicas para evaluar los resultados que se iban recogiendo y dar alternativas a los problemas que pudieran presentarse.
Para cada paciente se rellenó una hoja de recogida diseñada específicamente, donde se registraron parámetros como:

1. Fármacos usados en la intervención
2. EVA al ingreso en la unidad y seriado hasta el alta de la reanimación
3. Protocolo analgésico aplicado durante su estancia en la unidad: TAP y PCM o sólo PCM
4. Efectos secundarios
5. Necesidad de analgesia de rescate. En caso de haber sido necesaria, evaluamos su número, efectividad y tiempo hasta su administración
6. Grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos fueron obtenidos por medio de una entrevista con el paciente siguiendo un cuestionario diseñado específicamente para el proyecto
No hubo pérdida de información: los 50 casos seleccionados completaron todas las fases del cuestionario y no se tuvo que excluir a ninguno de los pacientes
La recogida de datos comprendió a 50 pacientes (25 que recibieron tratamiento con bloqueo TAP y PCM; y 25 que recibieron tratamiento sólo con PCM)
Descripción de los resultados:
El EVA durante la estancia fue menor en los pacientes a los que se les había realizado una técnica combinada TAP y PCM; de hecho, en bastantes de ellos, la dosis de opioides fue mínima o incluso suspendida su administración
El tiempo hasta el primer rescate y el número de rescates analgésicos fue menor en el grupo TAP
No observamos ninguna complicación tras la realización de la técnica analgésica (punción visceral, hematoma…)
Los episodios de nauseas y la necesidad de rescates fueron menores en los pacientes con bloqueo TAP
De los 25 pacientes del grupo TAP y PCM, 10 tuvieron dolor “como lo esperaban”, 14 “menos del que esperaban” y 1 “más del que esperaban”
De los 25 pacientes del grupo solo PCM, 11 tuvieron dolor “como lo esperaban”, 3 “menos del que esperaban” y 11 “más del que esperaban”
Al calificar nuestra intervención, 22 pacientes estaban “muy satisfechos”, 20 “satisfechos”, 5 “ni contentos ni descontentos” y 3 “descontentos”

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0844

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grado de satisfacción de los pacientes fue entre satisfecho y muy satisfecho en el 84% de los casos y sólo en 3 casos expresaron su descontento (todos ellos sin bloqueo TAP; además, fueron casos de una cirugía más compleja)
La analgesia TAP ha resultado mejor método analgésico que la perfusión continua de opiáceos: menos efectos secundarios, menos crisis irruptivas, menor número de rescates y sin la aparición de complicaciones
Creemos que se puede extender el uso del bloqueo TAP para el control del dolor postoperatorio de otras cirugías: Urología, Ginecología…, y ser incluido en los protocolos analgésicos habituales por su sencillez, bajo coste y alta efectividad.
Como conclusión pensamos que los resultados expuestos demuestran la eficacia y seguridad de las técnicas invasivas en el control del dolor postoperatorio y nos estimula a mejorar y continuar con su uso

7. OBSERVACIONES.
Las técnicas intervencionistas para el abordaje del dolor nos aportan una solución segura, barata y eficaz para conseguir el objetivo de “pacientes sin dolor” ingresados en nuestra REA.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/844 ========== ***

Nº de registro: 0844

Título
INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

Autores:
TORO NUÑEZ MAXIMILIANO, COLOMINA CALLEN LORENA, ROMERO IÑIGUEZ BLANCA, LAFUENTE OJEDA NOELIA, MARTINEZ NUEZ SILVIA, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO, PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, PEREZ ANDUJAR JUAN ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El dolor postoperatorio es aquel que aparece como consecuencia del acto quirúrgico. Se caracteriza por ser agudo, predecible y autolimitado en el tiempo. Si no se trata adecuadamente puede cronificarse. Está condicionado por una serie de factores epidemiológicos como son el tipo de paciente, la preparación quirúrgica, la intervención quirúrgica, la técnica anestésica empleada, las complicaciones que pueden surgir perioperatoriamente y los cuidados postquirúrgicos, sin olvidar que el dolor es una experiencia subjetiva
Las complicaciones derivadas del dolor postoperatorio son muy diferentes y potencialmente graves: respiratorias, cardiovasculares, digestivas, metabólicas, inmunológicas, psicológicas….
El postoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos de Resección Anterior de Recto (RAR) y Amputación Abdomino Peritoneal (AAP) se realiza en la Unidad de Reanimación (REA) del HUMS. El tratamiento analgésico habitual incluye fármacos analgésicos, antiinflamatorios y fundamentalmente mórficos (en perfusión continua y en bolus de rescate)
La administración de mórficos en el postoperatorio inmediato puede provocar una serie de efectos secundarios, entre los que se encuentran nauseas, prurito, sedación, íleo paralítico, hipotensión y desorientación. Todos ellos suponen un retraso en la evolución del paciente, un mayor riesgo de complicaciones y una demora en el alta a la planta de hospitalización.
El bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) es un bloqueo con anestésicos locales de la pared abdominal que se ha extendido rápidamente en la práctica clínica como parte de la analgesia multimodal en cirugía abdominal. Todo ello debido a su sencillez, seguridad y eficacia. La realización de la técnica ecoguiada ha permitido disminuir las potenciales complicaciones y aumentar las tasas de éxito
Su introducción en la práctica diaria mejorará la calidad de la analgesia de los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal ingresados en la REA, minimizando los efectos secundarios de los opiodes

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0844

1. TÍTULO

INTRODUCCION DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) EN LA ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA DE LA UNIDAD DE REANIMACION

1. Formar a los facultativos de la REA en la realización del bloqueo TAP
2. Implementar el uso del bloqueo TAP frente a la perfusión continua de morfina (PCM)
3. Disminuir el consumo de opiáceos en las primeras 24 horas postoperatorias en los pacientes operados de cirugía colorrectal ingresados en la REA
4. Disminuir los efectos secundarios derivados del uso de los mórficos
5. Mejorar la satisfacción del paciente ingresado en la REA al conseguir una mayor eficacia analgésica

MÉTODO
1. Revisión de la bibliografía existente
2. Actualización de los protocolos analgésicos existentes, incluyendo en los mismos el bloqueo TAP para la cirugía colorrectal
3. Creación de la hoja y sistema de recogida de datos
4. Formación a los adjuntos de la REA en la realización del bloqueo TAP

INDICADORES
1. Tasa de Cumplimiento: se han formado en la técnica todos los adjuntos de la REA, se han realizado un mínimo de 50 bloqueos TAP
2. Morbilidad asociada: eventos consecuencia de la técnica
3. Grado de satisfacción del paciente: la información se obtendrá a través de una entrevista por cuestionario al paciente durante su estancia y al alta de la REA
4. Disminución en el consumo de mórficos en las primeras 24 horas
5. Disminución en la aparición de complicaciones asociadas al uso de mórficos

DURACIÓN
1. Duración: 1 abril 2018 – 31diciembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
2. Búsqueda bibliográfica y elaboración del protocolo y encuesta: abril 2018 (todos los integrantes del proyecto)
3. Formación en la realización de la técnica: mayo 2018 (todos los integrantes del proyecto)
4. Aplicación del protocolo: junio a noviembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
5. Recogida de resultados y evaluación final: diciembre 2018 (todos los integrantes del proyecto)
6. Todos los meses tendrá lugar una reunión para evaluar los resultados, modificar el protocolo y dar alternativas a los problemas que pudieran presentarse (todos los integrantes del proyecto)

OBSERVACIONES
Somos partidarios de que el dolor sea considerado como una prioridad asistencial y su alivio un criterio de calidad. La REA ofrece soluciones activas y cambiantes a cada paciente y tipo de intervención, buscando siempre su confort dentro de la mayor seguridad posible

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0845

1. TÍTULO

PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO. IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SALVADOR LAGLERA TREBOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA
GOMEZ GOMEZ ROBERTO
GALLEGO LIGORIT LUCIA
LAFUENTE OJEDA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Puesta en comun con los miembros del servicio. Consenso de actuación. Solicitud de material necesario para su puesta en marcha. Manejo de dicho material.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consenso sobre el protocolo de actuación. Autorización de uso de material de monitorización de la temperatura. Aprendizaje en el manejo de dicho material.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Retrasos hasta la consecución del material para la detección de hipotermia (casi 9 meses). Se consiguio la autorizacion en diciembre de 2018. Puesta en marcha inmediata del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/845 ========== ***

Nº de registro: 0845

Título
PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO (SNS). IMPLICACION DEL Sº DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA

Autores:
LAGLERA TREBOL SALVADOR, ALMAJANO DOMINGUEZ ROSA, GOMEZ GOMEZ ROBERTO, CARBONELL BERNAL ROBERTO, IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA, LAFUENTE OJEDA NOELIA, ASENSIO PARIS ANA, COLAS RODRIGUEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: enfermedades del sistema osteo muscular
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro del proyecto infección quirúrgica ZERO del SNS, una parte de los steps definidos corresponden al manejo intra y postoperatorio inmediato; en concreto al mantenimiento de la normotermia y normoglucemia durante la intervención quirúrgica y el postoperatorio inmediato.
La hipotermia y la normoglucemia se han relacionado con un peor resultado quirúrgico al favorecer la inmunosupresión y la presencia de infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento de la glucemia perioperatoria < 180 mg/dL.
Mantenimiento de la temperatura al final de la intervención > 36ºC.
disminuir la incidencia de infección quirúrgica y de la mortalidad por esa causa en pacientes intervenidos de cancer colorectal (CCR), sustitución primaria o de revisión de cadera (PTC) o rodilla (PTR) y revascularización coronaria (Bp Ao-C)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0845

1. TÍTULO

PROYECTO INFECCION QUIRURGICA ZERO. IMPLICACION DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. MANTENIMIENTO DE NORMOTERMIA Y NORMOGLUCEMIA

MÉTODO
Reunión con las diferentes unidades del Sº para explicar e implicar en el proyecto de infección quirúrgica ZERO.
Elaboración del protocolo de actuación.
Revisión del protocolo de cumplimiento
Evaluación y comunicación de resultados

INDICADORES
Cumplimiento global de la normotermia
Cumplimiento global de la normoglucemia
Incidencia de infecciones quirúrgicas en las patologías quirúrgicas determinadas
Mortalidad por infecciones quirúrgicas en las patologías quirúrgicas determinadas.

DURACIÓN
Inicio Junio 2018
Reunión con los miembros de las distintas Unidades implicadas, explicación del proyecto y del protocolo.
Puesta en marcha del protocolo. septiembre 2018
Evaluación de la implantación. diciembre 18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0858

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA IZQUIERDO VILLARROYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO GARCIA BORJA
PUERTOLAS ORTEGA MARIA
VALLES TORRES JORGE
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL
BLASCO PEIRO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este primer año, hemos realizado cinco reuniones de gestores de los diferentes subprocesos que lo constituyen (valoración de indicación quirúrgica; preoperatorio; intraoperatorio; postoperatorio inmediato en UCI/REA; postorperatorio en planta y alta; seguimiento al año). Cada gestor ha presentado al grupo lo que se va trabajando en sus respectivos subprocesos con el fin de trabajar con una visión conjunta y sin perder la perspectiva de proceso como "un todo". Además, se han tratado temas transversales, entre los diferentes subprocesos, analizados los nudos encontrados y e intentado buscar soluciones.
Se ha trabajado individualmente con cada gestor, de los respectivos subprocesos, asistiendo a las reuniones convocadas por los mismos, recogiendo las actas presentadas e intentando buscar solución a los problemas que se han ido encontrando, fundamentalmente de tipo logístico; así mismo hemos sido los interlocutores con otros Servicios y/o Dirección.
El 25 de febrero se presentará la Memoria del 2018, del proceso, ante la Directora de estrategia y Planificación y el Subdirector de Tecnología Sanitaria de CGIPC con el fin de desarrollar la estrategia del proceso dentro de HCE en el 2019.
En cada subproceso se han ido desarrollando los protocolos e instrucciones técnicas que se han visto necesarios, aunque muchos se encuentran en fase de desarrollo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como estamos en fase de seguimiento y desarrollo de los diferentes subprocesos, todavía no se han elaborado los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora es positiva respecto al trabajo multidisciplinar realizado y la transversalidad con la que se realizan los protocolos. Esto resulta en una gestión más eficiente y efectiva.
La mayor dificultad para el desarrollo óptimo del proceso, que observamos todo el equipo, es la falta de un programa de gestión del bloque quirúrgico que permitiría control del gasto, tiempos, incidentes y sobre todo la incorporación de la historia anestésica intraoperatoria a la HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/858 ========== ***

Nº de registro: 0858

Título
PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Autores:
IZQUIERDO VILLARROYA BLANCA, RUBIO GARCIA BORJA, PUERTOLAS ORTEGA MARIA, VALLES TORRES JORGE, GALLEGO LIGORIT LUCIA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, BLASCO PEIRO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad y Calidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0858

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Crear un proceso de gestion del paciente que va a ser sometido a cirugia cardiaca dentro del Area del Corazon es imprescindible para optimizar los recursos y controlar la calidad y la seguridad de todo el procedimiento.
Son enfermos pluripatologicos que van a ser sometidos a una cirugia mayor, que implica gran consumo de recursos y una gran complejidad.
Ante la cada vez mayor presion asistencial y envejecimiento paulatino de la poblacion, es imprescindible que sentemos unas bases de colaboracion multidisciplinar para dar a estos enfermos la mejor atencion posible, asi como establecer unos indicadores de control para optimizar la calidad, la seguridad del paciente y el consumo de recursos del sistema.

RESULTADOS ESPERADOS
La poblacion diana es todo aquel enfermo que se considere posible candidato a ser sometido a Cirugia Cardiaca de la que seamos centro de referencia.
Crear un Comite multidisciplinar de evaluacion de aquellos pacientes candidatos para ofrecerles el mejor tratamiento posible segun la evidencia cientifica actual.
Establecer relaciones multidisciplinares, protocolos e indicadores de control en los diferentes niveles que conforman el proceso para mejorar la calidad del procedimiento.
Encontrar los nudos o puntos sensibles a lo largo del proceso para poder informar a las instancias que procedan y poder optimizar los recursos invertidos.

MÉTODO
Se va a instaurar a traves de HCE unos formularios para poder enviar a los enfermos al Comite para su evaluacion.
Tras su establecimiento habra que informar a todos los Servicios y Hospitales que remiten pacientes al Comite.
Se ha dividido el proceso en 5 subprocesos para su mejor gestion, con distintos servicios participantes en cada uno de ellos y todos los estamentos del hospital implicados.
Cada Gestor del subproceso establece las reuniones periodicas, habitualmente cada 1-2 meses y el reparto de carga de trabajo y presentacion del trabajo realizado. Se realizan actas de cada reunion.
Es fundamental proceder paulatinamente a la informatizacion del Proceso, ya que es una herramienta imprescindible para su control posterior y poder ofrecer un retorno tanto a los implicados dentro de él como a los estamentos superiores, con objeto de ir mejorando progresivamente.

INDICADORES
Se esta trabajando en los distintos subprocesos en los nudos encontrados, estableciendo los indicadores adecuados para controlarlos y mejorarlos.
Nos parece imprescindible la informatizacion progresiva del Proceso para obtener indicadores reales y poder acometer mejora continuas.

DURACIÓN
Se han establecido 6 subprocesos: valoracion de indicacion quirurgica, preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio inmediato, postoperatorio en planta y evaluacion y seguimento al año.
El proyecto ya ha comenzado a dsarrollarse, con unos 100 profesionales de diferentes estamentos participando en el.
Se ha establecido un cronograma de 15 meses para su realizacion y valoracion de los recursos necesarios para su puesta en marcha.
Segun los recursos destinados se podra establecer un cronograma de implementacion mas preciso hasta su desarrollo total.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0873

1. TÍTULO

SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCIA GALLEGO LIGORIT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COTERA USUA IGNACIO
BARRADO GIL PEDRO
MOLINOS ARRUEBO IRENE
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO
RUBIO GARCIA BORJA
ANDRES FERNANDEZ ROSA
RUBIO SANCHO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta la fecha actual se han realizado reuniones periódicas con el objetivo de: diseño de diagrama de flujo y reparto de tareas. En este momento, cada uno de los participantes en el proyecto están realizando las tareas encomendadas y redactando por escrito su apartado. Estamos intentando conseguir un apartado de "intraoperatorio" dentro de la Historia Clínica Electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido la correcta comunicación entre los miembros de los distintos servicios implicados. La resolución de conflictos o nudos que pudieran aparecer. Se están revisando los documentos enviados por cada uno de los participantes y que compondrá el material del subproceso. Se han diseñado indicadores de calidad. A pesar de que se está avanzando en el tema de la Historia Clínica Electrónica en el preoperatorio, de momento, no hemos empezado con el intraoperatorio, debido a factores ajenos a nosotros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de trabajo es muy positiva. El desarrollo de este proyecto ha incrementado la comunicación y la resolución de problemas, aún cuando no se ha puesto en marcha. Queda pendiente, como he mencionado, el tema de la implementación intraoperatoria de la HCE. La puesta en marcha del subproceso y la sostenibilidad del mismo depende, en gran medida, de la dotación de recursos humanos y materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/873 ========== ***

Nº de registro: 0873

Título
SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

Autores:
GALLEGO LIGORIT LUCIA, COTERA USUA IGNACIO, BARRADO GIL PEDRO, MOLINOS ARRUEBO IRENE, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, RUBIO GARCIA BORJA, ANDRES FERNANDEZ ROSA, RUBIO SANCHO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El subproceso intraoperatorio de gestión del paciente que va a ser sometido a cirugía cardíaca, dentro del Proceso de Cirugía Cardíaca, a su vez, como parte del Área del Corazón, es imprescindible para optimizar los recursos y controlar la calidad y la seguridad de todo el procedimiento.
Son enfermos pluripatologicos, que van a ser sometidos a una cirugía mayor, que implica gran consumo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0873

1. TÍTULO

SUBPROCESO INTRAOPERATORIO DEL PROCESO DE CIRUGIA CARDIACA

recursos y una gran complejidad.
En el intraoperatorio de estos procedimientos es imprescindible que todo siga un orden estricto, con la colaboración multidisciplinar, para proporcionar una mayor calidad asistencial a nuestros pacientes.
Sabemos lo que hacemos, pero no queda reflejado en ningún documento y, sin esa información, no podemos analizar resultados para mejorar nuestra actividad diaria.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es el manejo adecuado y reglado del paciente, con el consiguiente incremento de la calidad y seguridad como resultado. Se espera que la incidencia de complicaciones que se dan tras este tipo de procedimientos quirúrgicos disminuya. De la misma manera, se pretende un adecuado control de consumo de recursos.
La población diana es todo aquel enfermo que se considere posible candidato a ser sometido a Cirugía Cardíaca, en nuestra comunidad.

MÉTODO
Establecer relaciones multidisciplinares, protocolos e indicadores de control en los diferentes niveles que conforman el subproceso, para mejorar la calidad del procedimiento.
Encontrar los nudos o puntos sensibles a lo largo del subproceso, para poder informar a las instancias que procedan y poder optimizar los recursos invertidos.
Se establecerán reuniones periódicas, habitualmente cada 1-2 meses. Se procederá al reparto de la carga de trabajo entre los componentes del subproceso y a la presentación de resultados, en dichas reuniones. Todo ello, quedará reflejado en actas de reunión.
Es fundamental proceder paulatinamente a la informatización del subproceso, ya que es una herramienta imprescindible para su control posterior y poder ofrecer un retorno, tanto a los implicados dentro de él, como a los estamentos superiores, con objeto de ir mejorando progresivamente.

INDICADORES
Se han definido una serie de indicadores provisionales, a la espera de la evolución del trabajo desarrollado.
Estos indicadores van desde, la cumplimentación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ), en la acogida de quirófanos, hasta el consumo de hemoderivados, duración de intervención, complicaciones intraoperatorias, tiempos de traslados de pacientes, tiempo en disponer de la cama de cuidados críticos, etc.
Algunos de ellos expresados en tasas, porcentajes y minutos.
La fuente de información de los mismos será: historia clínica electrónica (HCE, cuando se disponga de ella), LVSQ, gráfica de anestesia, protocolo quirúrgico, intranet, hoja de quirófano, etc…

DURACIÓN
El proyecto ya ha comenzado a desarrollarse, con unos 25 profesionales de diferentes estamentos participando en él.
Se ha establecido un cronograma de 15 meses para su realización y valoración de los recursos necesarios para su puesta en marcha.
Según los recursos destinados, se podrá establecer un cronograma de implementación más preciso, hasta su desarrollo total.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0900

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMO IGNACIO PEREZ NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALO PELLICER INMACULADA
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO
INFANTES MORALES MARTA EUGENIA
VIÑUALES CABEZA JOSE JOAQUIN
SANCHEZ ANDRES ARMANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- BORRADOR FORMATIVO EN SIMULACION DE EVENTOS CRITICOS EN ANESTESIA. 2 JORNADAS REALIZADAS.
- BORRADOR DE RECUPERACION DE JORNADA DE VAD PARA RESIDENTES EN ANESTESIA.
- JORNADA INTRODUCCION A LA VIA AEREA PARA RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN ANESTESIA, UCI Y TRAUMA.
- TALLER DE CRICOTIROTOMIA PARA RESIDENTES EN ANESTESIA MADRID,JUNIO DE 2018: PUNTO DE ENCUENTRO PROVEEDOR MSD-MERCK.
- PROTOCOLO DE MANEJO DE VAD UNICO Y DIVIDIDO POR SECCIONES, OBSTETRICIA-PEDIATRIA-ADULTO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- TODO LO EXPUESTO SE HA LLEVADO A CABO POR TODOS O ALGUNO DE LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, CON EL EMPLEO DE RECURSOS PREVISTO MATERIALES Y HUMANOS. PROLONGANDO EN OCASIONES EL HORARIO LABORAL.
- PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS DE LOS RESIDENTES PROPUESTOS DEL 100%
- LA CONSECUCION DE UNIFICACION DEL PROTOCOLO DE VAD TRAS EXAHUSTIVA REVISION BBG HA SIDO SATISFACTORIA A LA ESPERA DE SU PRESENTACION OFICIAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- TODO COMIENZO ES COSTOSO EN TIEMPO
- ACTITUD APERTURISTA EVITANDO EL DOGMA PARA LA MAYOR ACEPTACION DE PROFESIONALES.
- PROPUESTAS FORMATIVAS ACTUALES INCLUYENDO LA SIMULACION COMO CENTRO DE LA MISMA, ALGO NOVEDOSO EN ARAGON

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/900 ========== ***

Nº de registro: 0900

Título
REDACCION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA LOS INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA, REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR

Autores:
PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, GONZALO PELLICER INMACULADA, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO, INFANTES MORALES MARTA EUGENIA, VIÑUALES CABEZA JOSE JOAQUIN, SANCHEZ ANDRES ARMANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo tipo de patologia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Anestesia se encarga de la formación en el manejo de la vía aérea de nuestros médicos residentes (MIR), así como a MIR de otras Especialidades, Médicos de Urgencia, Médicos de Familia, etc. a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0900

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA

través de los Programa FOCUSS. Asimismo, colabora y coordina cursos formativos en vía aérea difícil en otros centros como es el IACS y el CIBA
Este proyecto pretende estandarizar las múltiples acciones que se llevan a cabo en la enseñanza y puesta al día en el manejo de la vía aérea, mediante la implantación de un PLAN específico de formación en Vía Aérea (VA) para todos los integrantes del servicio y elaborando un protocolo de manejo de la Vía Aérea Difícil (VAD) desarrollado por el propio Servicio de Anestesia
La frecuencia de VAD en los pacientes quirúrgicos es muy variable y la dificultad en el manejo de la misma sigue siendo el principal factor individual implicado en morbilidad o muerte ocasionado por la anestesia. El conocimiento de los protocolos de VAD y la realización de uno específico de nuestro hospital es un excelente indicador de la cultura de seguridad asistencial
Vemos fundamental la incorporación de la simulación clínica a la enseñanza del manejo de la VA. La oportunidad de poder enfrentarse a una situación lo más real posible y que la consecuencia del fallo sea volver a empezar, contribuye a que cuando la situación sea verdadera, las posibilidades de error sean mínimas
La existencia de un Plan de Formación en VAD para todos los componentes del Servicio de Anestesia ha de tener un desarrollo ininterrumpido, creciendo y adaptándose a las evidencias científicas y necesidades asistenciales
La elaboración de un protocolo de manejo de Vía Aérea Aérea Difícil propio y adaptado a nuestro hospital ha de ser una de las líneas fundamentales de desarrollo del Servicio. A este proyecto sumaremos el trabajo realizado por las distintas Secciones del Servicio en temas de VA, como han sido la creación de la Tarjeta de VAD para pacientes, la asistencia a cursos de formación e incorporación de nuevos dispositivos y la realización de extubación segura para pacientes complejos en la Unidad de Reanimación (REA)

RESULTADOS ESPERADOS
1. Crear y desarrollar un plan de formación en vía aérea del Servicio de Anestesia.
2. Diseñar el programa de formación anual para FEA y MIR
3. Continuar y aumentar la colaboración los programas formativos ya iniciados en VAD
4. Elaborar un protocolo de VAD del Servicio de Anestesia.
5. Incluir a la secciones de Anestesia Obstétrica y Pediátrica en dicho protocolo.
6. Redactar un protocolo de extubación segura para los pacientes ingresados en la REA
7. Garantizar la disponibilidad de un “set para cricotirotomía” de urgencia en cada uno de los respiradores artificiales

MÉTODO
1. Revisión de la bibliografía existente
2. Creación de un plan de formación en VAD para todos los adjuntos y MIR del servicio
3. Realización periódica de cursos de VAD de forma que todos los integrantes del Servicio que lo deseen puedan realizarlo al menos una vez al año
4. Crear e inventariar un stock de material de VA para la realización de los cursos de VA
5. Consensuar con las secciones Anestesia Pediátrica y Obstétrica su realización y puesta en marcha
6. Revisión anual del protocolo
7. Preparar, mantener y revisar periódicamente un set para cricotirotomía de urgencia en cada uno de los respiradores

INDICADORES
1. Diseño del programa de formación. Indicador: realización del mismo
2. Creación del “stock” de material para VA. Indicador: realización del mismo
3. Número de cursos realizados. Indicador: realización de 4 ediciones
4. Número de integrantes del servicio que han asistido a alguno de los cursos. Indicador: 75% los MIR y 25% de los adjuntos del servicio.
5. Protocolo de VAD. Indicador: realización del mismo
6. Protocolo del Manejo Seguro de la VA durante la extubación en los pacientes ingresados en la REA. Indicador: realización del mismo
7. Disponibilidad del set para cricotirotomía. Indicador: realización del mismo
8. Encuesta a los miembros del Servicio sobre conocimiento de los nuevos protocolos, su utilidad. Indicador: realización de la misma.
9. Comunicación a personal de enfermería de la elaboración del protocolo de manejo de VAD

DURACIÓN
1. Elaboración del plan de formación en VAD para los integrantes del Servicio de Anestesia
2. Realización de Cursos de Formación en VAD
3. Recogida de resultados y evaluación final
4. Elaboración del protocolo VAD
5. Preparación y colocación del “set para cricotirotomía” en cada respirador
6. Incluir protocolo de extubación segura para la REA
7. Mensualmente tendrá lugar una reunión para evaluar los resultados, modificar documentos de trabajo y dar alternativas a problemas

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0900

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE VIA AEREA DIFICIL Y ELABORACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA EN VIA AEREA PARA INTEGRANTES DEL SERVICIO DE ANESTESIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1364

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SOLEDAD MARTIN ESCUIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAUDIO SOLANO TERESA
IBAÑEZ SANCHEZ MARIA JOSE
RAMOS MORENO MARGARITA
SANCHEZ HERRAIZ SUSANA
LACASA MARZO ROSA
FLORIA ZUBALEZ YASMINA
FERRER SALIENTE SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se comenzó en el mes de septiembre del año 2018 en el servicio de reanimación
En primer lugar se creó el grupo de trabajo, el cual priorizo la información más relevante a recoger en el documento, teniendo en cuenta las necesidades más habituales de nuestros pacientes.
Accedimos a ARASAAC y de CEAPAT-INSERSO, para conseguir información sobre recursos gráficos para facilitar la comunicación con personas que presentan algún tipo de dificultad en la comunicación.
El equipo consensuó las áreas que se deberían recoger en el cuaderno. Estas serian:
- Código si/no.
- Ubicación - lugar, día y hora.
- Sintomatología qué le hace encontrarse mal.
- Qué técnicas se le van a hacer durante su estancia.
- Vocabularios con fondo blanco y negro

Se repartieron las áreas entre los miembros del equipo.
Tras elegir letras, tamaños, colores y los pictogramas de cada tema se elaboro finalmente el cuaderno de pictogramas y abecedarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado el cuaderno de pictogramas completamente pero es un proyecto pendiente de finalizar.
Estamos a la espera de la compra de una pizarra para poder completar el proyecto y de la edición de un cuaderno con tapas duras y solapas laterales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Consideramos que ha habido limitaciones temporales, al contar con un tiempo escaso para poder finalizar el proyecto, además de tener que realizar todo el proyecto fuera de la jornada laboral.
- Nos hemos encontrado limitaciones económicas, y si he querido que el proyecto salga adelante he tenido que poner dinero de mi bolsillo.
- Aunque todo el grupo es conocedor del cuaderno y lo han utilizado, al no completarse el proyecto no lo hemos presentado a todo el servicio.

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos trabajando el proyecto durante el año 2019 para poder finalizarlo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1364 ========== ***

Nº de registro: 1364

Título
USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MARTIN ESCUIN SOLEDAD, CLAUDIO SOLANO TERESA, IBAÑEZ SANCHEZ MARIA JOSE, RAMOS MORENO MARGARITA, SANCHEZ HERRAIZ SUSANA, LACASA MARZO ROSA, FLORIA ZUBALEZ YASMINA, FERRER SALIENTE SOLEDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1364

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente postquirurgico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el servicio de Reanimación del HUMS atendemos un alto número de pacientes con cierta dificultad para la comunicación, lo que conlleva problemas de compresión y pérdida de información, dificultando en numerosas ocasiones la atención prestada. Facilitar la comunicación bidireccional entre profesionales y personas que tienen disminuida o alterada esta función por problemas físicos o por barreras del idioma es imprescindible en nuestra unidad para que el paciente pueda dar a conocer a los profesionales cómo se siente y qué necesita y la del profesional que necesita conocer aspectos de índole física y emocional para poder cuidarle lo mejor posible. Se pretende de este modo que durante el desarrollo del proceso que dificulta la comunicación verbal, se mantenga en la medida de lo posible la autonomía personal y la autoestima a través de cuidados basados en una comunicación, que permita además de plantear las necesidades físicas, abordar las emociones y sentimientos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la comunicación en el paciente que presenta limitaciones en el servicio de reanimación del HUMS.
- Facilitar a las pacientes la transmisión de sus necesidades y sentimientos.
- Mejorar la atención prestada y disminuir su ansiedad y miedo.
- Aportar una mayor calidad en los cuidados durante la atención prestada.

MÉTODO
• Definición del grupo de trabajo.
• Priorización de la información a recoger en el documento, teniendo en cuenta las necesidades más habituales de nuestros pacientes.
• Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.
• Consenso y elaboración del cuaderno de pictogramas especifico para la REA.
• Difundir y presentar el cuaderno de pictogramas a todos los miembros el equipo

INDICADORES
• Se ha elaborado el cuaderno de pictogramas para la REA: SI -NO

• Presentación del Cuaderno de pictogramas a todo el equipo de la REA: SI -NO

• Encuesta a los profesionales implicados en la asistencia en la REA sobre la utilidad del cuaderno: el 80% de ellos considerará útil el cuaderno de Pictogramas

DURACIÓN
- Definir la información a recoger en el documento.
Revisión de la información existente:Junio 2018 - Septiembre 2018
- Creación de los pictogramas : Septiembre 2018 - Octubre 2018
- Presentación cuaderno pictogramas: Noviembre - Diciembre 2018
- Evaluación utilidad: Diciembre 2018: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1364

1. TÍTULO

USO DE PICTOGRAMAS COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA COMUNICACION EN EL SERVICIO DE REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1272

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIO CARRANZA MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO LARA ISABEL
SUAZO GUEVARA ILIANA
HERRANDO MEDRANO MONICA
INARAJA PEREZ GABRIEL
VAZQUEZ BERGES IRENE
SOGUERO VALENCIA IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creación del Grupo de Trabajo
-Contacto y coordinación con supervisión de enfermería de Hospital de día, que es donde recibiran tratamiento los pacientes
- Recopilada Bibliografía y protocolos modelo de otros hosputales
-Reunión de responsables y en fase de redacción del Protocolo
Retraso de 1 mes de Calendario marcado
Fecha prevista de finalización Abril de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo no finalizado ni implantado. Fecha pactada de finalización Abril de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Retraso de 1 mes del calendario. Pendiente finalizar el protocolo/Consensuar lo con todos los miembros del Servicio/remitirlo a la UCA e implantarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1272 ========== ***

Nº de registro: 1272

Título
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

Autores:
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, SUAZO GUEVARA ILIANA, LARA GUERRERO ISABEL, HERRANDO MEDRANO MONICA, INARAJA PEREZ GABRIEL, VAZQUEZ BERGES IRENE, SOGUERO VALENCIA IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Sustitución por CMA u otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Disminución de estancias hospitalarias

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de Cirugía vascular tratamos a pacientes con isquemia crítica de extremidades en estadíosIII y IV de Fontaine –dolor en reposo y úlceras isquémicas-, en los que la cirugía arterial directa se ha descartado o no ha sido efectiva y a pacientes con arteriopatías inflamatorias y acrosíndromes vasculares como la tromboangeítis obliterante o síndrome de Raynaud que cursan con alteraciones de la microcirculación que pueden terminar en necrosis de dedos y amputación.
En estos casos el tratamiento con prostaglandinas IV constituye la mejor opción terapéutica. El tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1272

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO CON PROSTAGLANDINAS VIA INTRAVENOSA DE PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES

se realiza conAlprostadil vía intravenosa durante tres semanas con el paciente ingresado. El principio activo de Alprostadil es la prostaglandina E1, cuyas propiedades hemodinámicas y acción antiagregante plaquetaria fundamentan su uso en el tratamiento de la enfermedad vascular periférica severa. El Alprostadil de forma ambulatoria se administra diluido en suero en perfusión intravenosa durante 2 horas
En algunos centros hospitalarios se está realizando el tratamiento de forma ambulatoria en pacientes seleccionados. El Hospital Miguel Servet reúne las condiciones adecuadas para realizarel tratamiento forma ambulatoria en pacientes seleccionados,al contar con el Hospital de día, el cual dispone de los recursos materiales y humanos necesarios y de la suficiente experiencia para manejar este tipo de pacientes.
La importancia de este proyecto radica en una mejora evidente de la calidad de la atención y satisfacción del paciente que le permitiría recibir un tratamiento adecuado sin ingreso hospitalario y por otra parte una disminución del gasto y de la saturación de camas hospitalaria al disminuir las estancias. Para una utilización más eficiente de los recursos, los pacientes no deben permanecer ingresados en el hospital más tiempo del necesario si los cuidados que requieren puede serles prestado de forma ambulatoria con iguales garantías de efectividad.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende con este proyecto elaborar un Protocolo que permita seleccionar a pacientes ingresados con isquemia no tributaria de tratamiento quirúrgico que puedan beneficiarse de tratamiento ambulatorio con prostaglandinas intravenosa en el hospital de día.
Los resultados que se obtendrían serían fundamentalmente una utilización más eficiente de los recursos con una disminución de la estancia hospitalaria y una mayor satisfacción de los pacientes.
El proyecto está dirigido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular que coordinará con el Hospital de día.

MÉTODO
Se elaborará un Protocolo consensuado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y el Hospital de día.
Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo
Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales
Redactar Protocolo
Consensuar con todos los miembros del Servicio
Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones.
Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital
Implementación del Protocolo en 2018

INDICADORES
1. Elaboración del protocolo: SI
2. Protocolo aprobado por la UCA y colgado en la Intranet: Si
3. Tasa de Pacientes que reciben tratamiento ambulatorio con Prostaglandinas IV.
Nº de pacientes ingresados a los que se prescribe tratamiento IV con PG ambulatorio/Nº Total de pacientes ingresados con tratamiento IV con PG = 50% año.
4. Pacientes satisfechos con la atención ambulatoria recibida. Encuestas de satisfacción.

DURACIÓN
Fecha de inicio Abril 2017. fecha finalización :Abril2018
Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo. Meses: 1-2
Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales. reunion grupo de trabajo 1 vez al mes Meses: 1-2-3
Redactar Protocolo. Meses: 4-5
Consensuar con todos los miembros del Servicio. Meses: 6-7
Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones. Meses: 8-9
Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital. Meses: 10
Implementación del Protocolo en 2018. Meses 11-12

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1273

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... IRENE SOGUERO VALENCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RICO ROMERO VIRTUDES
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
VAZQUEZ BERGES IRENE
ESPINAL CHIRINOS CHRISTIAN
MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA
BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creación del Grupo de Trabajo
-Contacto y coordinación con el resto de colaboradores del proyecto y con enfermería de consultas externas
- Recopilada Bibliografía y protocolos modelo de otros hospitales
-Reunión de responsables y en fase de redacción del Protocolo
Retraso de 1 mes de Calendario marcado
Fecha prevista de finalización Abril de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo no finalizado ni implantado. Fecha pactada de finalización Abril de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En los Objetivos Generales del proyecto está el conseguir una correcta asistencia médica y continuada entre Atención Primaria y Especializada de los pacientes con úlceras vasculares que requieren curas prolongadas. Esto ayudará a disminuir la estancia media de los pacientes que han superado la situación crítica que motivó su ingreso y que precisan curas, con o sin medicamentos, como único tratamiento.
Nuestro planteamiento es hacer un Protocolo de Actuación Asistencial desde el hospital y nuestras consultas externas en continuidad con Atención Primaria. Queremos ofrecer una asistencia integral al paciente hasta finalizar la cicatrización de las heridas y controlar las posibles complicaciones con una comunicación fluida entre Atención Especializada y Primaria.
El Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Miguel Servet abarca la población del Sector Sanitario de Zaragoza II, todos los pacientes de este sector que sufren patología vascular son derivados a este servicio para su atención tanto médica como hospitalaria.
El Area de Salud II tiene una población de 379. 225 habitantes según el mapa sanitario de Aragón de 2007. El 14,6% de la población es mayor de 65 años y el 6,20% mayor de 80 años.
Este Sector incluye 22 zonas de salud, cada una de las cuales está dotada de su correspondiente centro de salud y de los consultorios locales necesarios para la prestación de una asistencia sanitaria primaria adecuada a la población por el Equipo de Atención Primaria y sus correspondientes unidades de apoyo.
En función a esto se establecen una serie de objetivos operativos para llevar a cabo el proyecto:

1º Establecer que pacientes son candidatos a curas ambulatorias.

2º Especificar al alta el tipo de cura que precisa y las indicaciones pertinentes en cuanto al seguimiento y actuación, dirigidas al médico de Atención Primaria y al ATS de Atención Primaria.

3º Hacer una “Guía de práctica Clínica para la atención de pacientes con lesiones de origen vascular que precisen curas ambulatorias”.

4º Formación del personal de enfermería de Atención Primaria de nuestro área con cursos y/o talleres realizados por enfermeras y médicos de cirugía vascular en el hospital o en los ambulatorios si fuera necesario.

5º Colaboración de las enfermeras de Cirugía Vascular para mantener una comunicación estrecha con la enfermería de Atención Primaria para el correcto seguimiento y consulta acerca de posibles cambios en la evolución de las lesiones.

6º Las enfermeras trabajarán junto con los cirujanos vasculares en la consulta para la asistencia telefónica o remota de las posibles cuestiones o dudas planteadas desde las consultas de Atención Primaria para la correcta cura y seguimiento del paciente así como para adelantar una revisión si el paciente lo precisara.

Las condiciones indispensables para el funcionamiento del Proyecto son:
- Coordinación entre el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y los Equipos de Atención Primaria (EAP).
- Equipamiento necesario: cada Centro de Salud debe disponer de
Consulta de enfermería con el material básico necesario para realizar curas y la posibilidad de solicitar material nuevo en el caso de que fuera necesario por indicación médica.
- Conocimiento específico básico en patología vascular y curas de los médicos de Atención Primaria y del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1273

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

personal de enfermería, si fuera necesario, se elaborarían talleres formativos.
-Elaboración de una "Guía de práctica clínica" dirigida al personal sanitario encargado de asistir y tratar a los pacientes derivados del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
-Control de los pacientes por médicos especialistas en Cirugía Vascular y enfermería de la consultas de Cirugía Vascular con revisiones periódicas.
- Disponer de un sistema informático eficaz y preparado para el seguimiento y tratamiento del paciente con intranet en la consulta para acceder a los informes médicos y resultados de tomas de cultivo realizados tanto en el ambulatorio como en la consulta del especialista.

IMPLANTACION DEL PROYECTO
Elaboración de documentación
Como anexo a este programa se incluye un Protocolo de atención que recoge los mínimos reflejados en este documento y del que se extraen:
-Normas de actuación profesional: criterios de inclusión y derivación de pacientes, criterios clínicos de actuación (Guía clínica), circuito de atención clínica, organización del procedimiento.
-Normas de actuación de los profesionales de enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1273 ========== ***

Nº de registro: 1273

Título
PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

Autores:
SOGUERO VALENCIA IRENE, RICO ROMERO VIRTUDES, CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, VAZQUEZ BERGES IRENE, ESPINAL CHIRINOS CHRISTIAN, ALVAREZ ANA CRISTINA, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las úlceras en miembros inferiores son un problema frecuente en Atención primaria y Especializada. Tiene una afectación importante para el paciente y conlleva numerosas consultas que implican un elevado coste sanitario. A ello, sumamos el problema social y la disminución en la calidad de vida.
Según cifras difundidas por GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por presión y Heridas Crónicas) el 1% de la población mundial puede desarrollar a lo largo de su vida una úlcera crónica de cualquier etiología. Según datos del último Congreso Nacional, del 25 % al 30 % de las heridas de extremidad inferior vuelven a aparecer en el plazo de un año. Esto plantea la necesidad de medidas para prevenirlas o conseguir una cicatrización rápida de ellas.
Dentro de las úlceras de extremidad inferior, nos centraremos en las de etiología isquémica, tienen una prevalencia de 0,2-2% y precisan ingresos, la mayoría prolongados, con estudios de imagen, cirugía y amputación o limpieza de las lesiones que requieren muchas curas hasta conseguir su cicatrización completa.
La edad avanzada, situación nutricional e inmunológica de los pacientes y la escasa movilidad, son factores que influyen en la aparición de las mismas.
En nuestra especialidad, las úlceras o lesiones isquémicas debidas a arteriopatía periférica suponen una sobrecarga asistencial importante y un aumento de la estancia media.
Por este motivo, nos planteamos hacer un proyecto para conseguir la derivación, tratamiento y seguimiento de estos pacientes en colaboración estrecha con Atención Primaria de nuestro sector. La importancia de este proyecto radica en la oferta de una atención integral al paciente consiguiendo además una disminución del tiempo de ingreso. Se trata de dar antes el alta hospitalaria con curas y hacer el seguimiento ambulatorio. Con esto se evita la necesidad de que el paciente permanezca ingresado hasta conseguir la completa y correcta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1273

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE PACIENTES CON ULCERAS DE ORIGEN VASCULAR QUE PRECISAN CURAS AMBULATORIAS

cicatrización de las heridas, lo que supone disminución del costesociosanitario y un mejor uso de las camas hospitalarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un Protocolo con pacientes ingresados con isquemia, hayan precisado o no tratamiento quirúrgico, que se puedan beneficiar de tratamiento ambulatorio con curas.
El fín es conseguir una correcta asistencia médica entre Atención Primaria y Especializada, para obtener un uso adecuado de los recursos sanitarios con la consiguiente reducción de la estancia hospitalaria y del coste sociosanitario.
El proyecto está dirigido por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular que coordinará con Atención Primaria.

MÉTODO
Se elaborará un Protocolo consensuado en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.
Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares para la elaboración del Protocolo. Meses: 1-2
Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales. Reunión Grupo de trabajo 1 vez al mes o Meses: 1-2-3
Redactar Protocolo. Meses: 4-5
Consensuar con todos los miembros del Servicio. Meses: 6-7
Presentación al personal responsable del Hospital de día. Correcciones. Meses: 8-9
Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet del Hospital. Meses: 10
Implementación del Protocolo en 2018. Meses 11-12

INDICADORES
1. Elaboración del protocolo: SI
2. Protocolo aprobado por la UCA y colgado en la Intranet: Si
3. Tasa de Pacientes que reciben tratamiento ambulatorio con curas al año.
4. Porcentaje de pacientes con correcta cicatrización de las heridas =80%.
Porcentaje de pacientes que han precisado nuevo ingreso para curas < 20%.
5. Satisfacción del paciente al final del tratamiento. Encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración estimada de elaboración del protocolo hasta su aplicación y puesta en marcha de 12 meses. Fecha prevista de inicio Abril de 2017, fecha prevista finalización abril 2018. Responsable de su implantación Dra Soguero Valencia
Actividades 2017-2108:
1. Creación de un Grupo de Trabajo de cirujanos vasculares: Abril 2017
2. Contactar y coordinar con responsable de Hospital de día: Abril 2017
3. Recopilar bibliografía y protocolos de otros hospitales: Mayo-Junio-Julio 2017
4. Reunión responsables y Diseño protocolo: Julio-Septiembre 2017
5. Redactar Protocolo: Septiembre-Octubre-Noviembre 2017
6. Consensuar con todos los miembros del Servicio. Correcciones: Enero 2018
7. Remitir a la UCA para su aprobación e inclusión en la Intranet: Febrero 2018
8. Puesta en marcha del Protocolo: Marzo-Abril 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1250

1. TÍTULO

MEMORIA DEL PROYECTO: MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA MARZO ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
HERRANDO MEDRANO MONICA
VAZQUEZ BERGES IRENE
LARA GUERRERO ISABEL
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL
BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION
SOGUERO VALENCIA IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se establecieron los componentes del grupo, se han mantenido los mismos componentes a excepción de Gabriel Inaraja Pérez que ha causado baja y ha sido sustituido por Irene Soguero Valencia.
Se han seleccionado los consentimientos que bien por frecuencia o bien por importancia del procedimiento urgían revisar.
Hasta la fecha se han revisado, actualizado y adaptado a las normas de nuestro centro un total de 7 consentimientos, 4 de ellos se han presentado y consesuado con el resto del servicio y se han presentado a la UCA y están pendiente de su aprobación, el siguiente paso será su publicación en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creación grupo de trabajo responsable: junio 2018 (hecho)
Seleccionar consentimientos para actualizar Septiembre/Octubre/ 2018 (hecho)
Revisar CI de la sociedad de ACV, actualizarlos y redactarlos Noviembre/dic 2018 (en proceso, 7 de 10))
Presentar al servicio para consensuar Enero/febrero 2019 (en proceso, 7 de 10)
Correcciones. Elaboración definitiva. Febrero/marzo 2019 (en proceso, 4 de 10)
Presentar a la UCA para su aprobación: Abril/mayo 2019 (en proceso, 4 de 10)
Implantar consentimientos Mayo/Junio 2019 (en proceso)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actualización de los consentimientos es una actividad que se debe realizar con minuciosidad y rigor, por las implicaciones médico legales que esto conlleva, el equipo está comprometido con dicha tarea. Somos conscientes de que esta labor tiene que realizarse con cada uno de los procedimientos quirúrgicos que realizamos en nuestra actividad diaria asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1250 ========== ***

Nº de registro: 1250

Título
MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QURURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

Autores:
MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA, CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, HERRANDO MEDRANO MONICA, VAZQUEZ BERGES IRENE, INARAJA PEREZ GABRIEL, LARA GUERRERO ISABEL, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1250

1. TÍTULO

MEMORIA DEL PROYECTO: MEJORA DE LA INFORMACION. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE CIRUGIA VASCULAR

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una de las líneas estratégicas del Plan estratégico del Sector II (Plan 2014-2016) es “Satisfacer los derechos básicos y expectativas de los usuarios” (Línea estratégica 6), en el apartado 3. Mejorar la información al usuario, se señala en el punto 3.2. “Proporcionar información comprensible al paciente referente a su proceso asistencial”.
Los derechos de información, libertad, intimidad y dignidad conforman hoy en día el eje básico de las relaciones clínico-asistenciales y son la base de la autonomía del paciente. En lo que respecta a la información, todo paciente tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud incluyendo los riesgos, los efectos secundarios y las alternativas de tratamiento, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Tras haber recibido la información que el responsable sanitario le ha proporcionado, el paciente tiene libertad de elección. Todos estos aspectos tienen su materialización en el consentimiento informado. (Orden boa)
En el Servicio de A. y Cirugía vascular del Hospital Miguel Servet disponemos de consentimientos informados (CI) colgados en la intranet para algunos procedimientos quirúrgicos, pero no de todos. El resto de los CI que utilizamos son de la sociedad española de Angiología y Cirugía Vascular y es necesario adaptarlos a nuestro servicio y hospital para tenerlos disponibles en la intranet

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es aumentar, de forma progresiva, el número de consentimientos informados y tenerlos disponibles en la intranet del hospital, hasta completar la totalidad de los procedimientos quirúrgicos de las cirugías regladas.

MÉTODO
Determinar grupo de trabajo responsable
Seleccionar consentimientos para actualizar
Revisar consentimientos de la sociedad de ACV, actualizarlos y adaptarlos al hospital
Presentar al servicio para consensuar
Correcciones. Elaboración definitiva.
Presentar a la UCA para su aprobación
Implantar consentimientos (Intranet)

INDICADORES
Nº Consentimientos actualizados y colgados en la intranet. Objetivo 2018: 25 (Actual 15)

DURACIÓN
Fecha de Inicio Junio de 2018. Fecha finalización y cumplimiento del objetivo de 2018: junio 2019. El proyecto continuará en los años siguientes hasta completar la actualización de la totalidad de los consentimientos.
Creación grupo de trabajo responsable: junio 2018
Seleccionar consentimientos para actualizar Septiembre/Octubre/ 2018
Revisar CI de la sociedad de ACV, actualizarlos y redactarlos Noviembre/dic 2018
Presentar al servicio para consensuar Enero/febrero 2019
Correcciones. Elaboración definitiva. Febrero/marzo 2019
Presentar a la UCA para su aprobación: Abril/mayo 2019
Implantar consentimientos Mayo/Junio 2019

OBSERVACIONES
El Proyecto continuará en los próximos años

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1281

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA HERRANDO MEDRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER
CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO
VAZQUEZ BERGES IRENE
SOGUERO VALENCIA IRENE
RICO ROMERO VIRTUDES
RECIO CABRERO ADORACION
INARAJA PEREZ GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado el grupo de trabajo responsable. Se ha seleccionado y confeccionado para su codificación, el listado de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de cirugía vascular. Hemos tenido reuniones con los responsables de Documentación del hospital y se ha asignado la codificación CIE 10 al listado de los diagnósticos y al listado de los procedimientos quirúrgicos. Se ha confeccionado una plantilla con ampliación de la base de datos para los informes de alta y el protocolo de procedimientos quirúrgicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creación de listado de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de cirugía vascular. Su codificación CIE 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de reunión final con responsables de Documentación para la revisión y correcciones definitivas de la codificación y base de datos de informes de alta y protocolos quirúrgicos. Pendiente de reunirnos con los responsables de informática para que procedan a la informatización en el HP doctor de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos con la nueva codificación.

7. OBSERVACIONES.
Cambio de responsable del Proyecto: La Dra. Mónica Herrando Medrano se queda como responsable del proyecto, sustituye al Dr. Inaraja que por la OPE se ha trasladado al HCU Lozano Blesa. Al finalizar el Proyecto debería de expedirse el certificado correspondiente también al Dr Inaraja, ya que ha contribuido mucho y sigue colaborando en el proyecto. (Firmado: Dr. Carranza Martínez José Mario, Jefe de Servicio)

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1281 ========== ***

Nº de registro: 1281

Título
MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Autores:
INARAJA PEREZ GABRIEL, LAZARO MARTINEZ FRANCISCO JAVIER, CARRANZA MARTINEZ JOSE MARIO, HERRANDO MEDRANO MONICA, VAZQUEZ BERGES IRENE, SOGUERO VALENCIA IRENE, RICO ROMERO VIRTUDES, RECIO CABRERO ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el 1 de Enero de 2016 la clasificación CIE-10-ES es la clasificación de referencia para la codificación clínica y registro de morbilidad en España sustituyendo a CIE-9-MC. La CIE-10-ES integra dos sistemas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1281

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CODIFICACION CIE 10 EN LOS INFORMES DE ALTA Y EN LOS INFORMES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

clasificación, uno de enfermedades para la codificación de diagnósticos y otro de procedimientos. El uso de una clasificación internacional de enfermedades y procedimientos, es la base necesaria para la normalización de la información clínica que conforma el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD).
Actualmente en nuestro servicio, así como en otros servicios del hospital, existe variabilidad en cuanto a la codificación de los diagnósticos y de los procedimientos quirúrgicos en los informes de alta y en los informes quirúrgicos, esto es debido a que no están correctamente codificados en el sistema informático (HP doctor) del hospital

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es aplicar la codificación CIE 10 de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos en los informes de alta y en los informes de intervenciones quirúrgicas. Esto nos permitirá avanzar en la exhaustividad de los informes de alta y quirúrgicos para mejorar la precisión de la codificación y la robustez de los indicadores de resultados, obteniendo una fuente de información correcta y precisa.

MÉTODO
Determinar el Grupo de trabajo responsable
Seleccionar los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos de cirugía vascular
Reunión con responsables de Documentación del hospital
Asignar la codificación CIE 10 a los diagnósticos
Asignar la codificación CIE 10 a los procedimientos quirúrgicos
Completar con base de datos pertinente en informe de alta e informe quirúrgico
Reunión con responsables de informática
Informatización de los diagnósticos y procedimientos codificados y base de datos en informe de alta y en informe de procedimientos quirúrgicos (HP doctor)

INDICADORES
Codificación CIE 10 de los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos en los informes de alta e informes de cirugía en HP doctor hospitalario: Si (Actualmente no codificación)

DURACIÓN
Fecha de Inicio Junio de 2018. Fecha finalización junio 2019.
Seleccionar los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos junio 2018
Reunión con responsables de Documentación Junio/Septiembre/Octubre/ 2018
Asignar la codificación CIE 10 a los diagnósticos Junio 2018
Asignar la codificación CIE 10 a los procedimientos quirúrgicos: sept/Oct 2018
Completar informes con base de datos pertinente sept/Oct 2018
Reunión con responsables de informática Octubre/Nov 2018
Informatización de los informes ya codificados (HP doctor) Enero-Abril 2019
Utilización HP doctor informes ya codificados: Mayo/Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1031

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARCELINO SANCHEZ PARRILLA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERICIO PORTERO JAVIER IGNACIO
GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Enero - Junio 2017. Optimización del método de criopreservación, con modificación de tiempos de vitrificación respecto al método inicial de embriones y blastocistos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: Tasa de fecundación tras microinyección espermática. Cálculo: Número de ovocitos fecundados /Número total de ovocitos microinyectados.
Evaluación anual.
Resultado: Tasa de ovocitos atrésicos 15% durante la fase de optimización del método.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta el momento no ha sido posible la implantación en la rutina diaria de la unidad debido a la limitación de medios materiales y estructurales, tales como falta de espacio para almacén de contenedores de nitrógeno para conservación de ovocitos, espematozoides y embriones y equipamiento para laboratorio en general limitado y obsoleto. Se sigue manteniendo como un objetivo para el próximo año en vista a implantar mejoras en la Unidad de Reproducción.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1031 ========== ***

Nº de registro: 1031

Título
SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

Autores:
SANCHEZ PARRILLA MARCELINO, ALBERICIO PORTERO JAVIER IGNACIO, GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El inicio del proyecto fue la puesta a punto de la metodología para la preservación de la fertilidad en mujeres oncológicas que van a recibir tratamientos gonadotóxicos. Para ello se optimizaron los tiempos de permanencia de los ovocitos en los medios de criopreservación hasta lograr una tasa de supervivencia de ovocitos óptima tras la desvitrificación.

RESULTADOS ESPERADOS
En la continuación del proyecto nuestro objetivo es la implantación en la rutina diaria del laboratorio ya que forma parte de la cartera de servicios de Bioquímica Clínica.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1031

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACION DEL PROCESO PARA LA PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN MUJERES ONCOLOGICAS

Con la puesta a punto del método y la elaboración del procedimiento de trabajo para la criopreservación de ovocitos las actividades a desarrollar son:
1. Selección de las mujeres candidatas a preservación oncológica en colaboración con los servicios de Oncología y Reproducción.
2. Implantación del proceso en la rutina diaria de la unidad
3. Evaluación de los resultados anuales
4. Mejora del procedimiento de trabajo si procede en función de los resultados

INDICADORES
1. Indicador: Tasa de ovocitos atrésicos (no óptimos).
Cálculo: Número de ovocitos atrésicos/Número de ovocitos totales vitrificados.
Evaluación anual.
2. Indicador: Tasa de fecundación tras microinyección espermática. Cálculo: Número de ovocitos fecundados /Número total de ovocitos microinyectados.
Evaluación anual.

DURACIÓN
Septiembre 2016 – Junio 2017 Inclusión en la rutina diaria del laboratorio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA GRACIA MATILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES
LASIERRA MONCLUS ANA BELEN
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
AZNAR SAUCA ANA SAGRARIO
FALCON JIMENEZ DANIEL
BARRACHINA CARRANZA SUSANA
PUZO FONCILLAS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Optimización de rutas urbanas de transporte de neveras de centros de atención primaria: Se rediseñan las rutas de transporte de Sector II de modo que pasan de ser tres a ser cuatro. De esta forma, la nueva ruta añadida absorbe centros con gran volumen de muestras y al acortarse dos de las rutas ya existentes, se reparte la llegada de las cuatro rutas del Sector II al laboratorio, teniendo estimadas las horas de llegada 2 rutas a las 10: 30 y 2 a las 11:00. Se reparte así el número de muestras en dos franjas horarias a diferencia de la distribución anterior, en que la mayor parte de muestras llegaba en una franja horaria.

2. Rediseño de espacios, disposición y mobiliario: Se reubica la zona de vaciado de neveras a la zona en que antes se almacenaban llenas y vacías. Se toma esta decisión ante la falta de espacio dentro de la sala de clasificación de muestras, la distancia que hay que desplazar las neveras llenas y vacías arrastrándolas por el suelo, y al gran tiempo de espera de las muestras dentro de las neveras una vez han llegado al hospital. Esta situación generaba gran incomodidad, excesivo esfuerzo físico por parte del personal que desempeña esta tarea, caos en el proceso de clasificación y demora en el procesamiento de las muestras.
El diseño del nuevo espacio a coste 0 se realiza pensando en dar eficiencia, rapidez, comodidad y se introducen nuevos elementos con el fin de ordenar y dinamizar el proceso. La nueva zona de vaciado se divide en una pequeña zona de vaciado de centros rurales que se vacían en el momento en el que llega y una zona más grande de vaciado de neveras de procedencia urbana. La zona de procedencia urbana se diseña con dos puestos de trabajo para registro de llegada de neveras, vaciado y revisión de las mismas. Entre estos dos puestos de trabajo se dispone un carro dividido visualmente en el que se ordenan las muestras y volantes por procedencia. Una tercera persona será la que introducirá el carro lleno al laboratorio y habrá retornado un carro vacío desde la sala de clasificación para volver a ser llenado. Se traslado a esta nueva zona el ordenador que dispone del programa de recepción de neveras mediante lectura de código de barras en el interior de cada nevera. También fue necesario trasladar el modem para recogida de los datos de temperatura de las sondas que llevan las neveras, para control de la misma durante todo el periodo de transporte y así garantizar su adecuada estabilidad.

3. Optimización de la centrifugación (interno/externo): Con el sistema de centrifugado de muestras utilizado hasta Abril de 2017 era necesario pasar los tubos de las gradillas de las neveras a centrífuga uno a uno, y ya centrifugados, uno a uno a las gradillas de los equipos clasificadores. El 26 de Mayo de 2017 se introduce un sistema de centrifugado de alta capacidad, 200 tubos por ciclo, que son introducidos en las mismas gradillas que posteriormente pasaran a los equipos que realizan alícuotas y clasificación de las muestras en función de las solicitudes y sección de destino del laboratorio. La utilización de la misma gradilla en los dos procesos, centrifugación y clasificación ha eliminado el paso de extracción de tubos de centrífuga uno a uno. Esto suponía muchos toques, dos personas fijas centrifugando y tiempo. Además se ha ido incluyendo de forma muy espaciada, debido a contratiempos surgidos con el nuevo sistema de centrifugado, a todos los centros de salud urbanos en una nueva sistemática de clasificación de tubos en las gradillas que vienen en las neveras. Este cambio consiste en separar todos los tubos que precisan centrifugación y que van identificados con etiqueta generada a partir de una petición electrónica impresa en el centro de salud, en gradillas adaptadas al sistema de centrifugado actual. De este modo se evita traspasar todos los tubos que venían en gradillas metálicas en las neveras a centrífuga, uno a uno y volver a colocarlos después en otra gradilla, uno a uno, para entrar en el aparato clasificador. Ahora la gradilla clasificada en el centro de salud entra en centrífuga y sale para entrar en el equipo de clasificación. Pasamos de manipular tubos de uno en uno a manipular gradillas de 50 tubos. Este cambio hace el proceso mucho más rápido. De igual modo se solicito a los centros que los tubos malvas y azules de sangre total con etiqueta que origina la petición electrónica, se clasificasen en gradillas rojas también adaptadas para el aparato clasificador. Antes también eran traspasados uno a uno a la gradilla adaptada para su clasificación automatizada. Clasificación desde el centro de salud en gradilla adecuada para centrifugado de muestras que ya tienen información en el SIL, es uno de los cambios que ha contribuido a aumentar la eficiencia del proceso, al disminuir el número de toques.

4. Sistematización de la entrada y vaciado de neveras: Cuando las neveras llegan al hospital se introducen en la zona de vaciado de cuatro en cuatro y se vacían en dos puestos de trabajo. Se sacan las muestras en gradillas, se depositan en un carro, se sacan los volantes y se introducen en una carpeta señalada con su procedencia. El compartimento del carro ocupado por cada centro se señala con un letrero para que en la zona de clasificado se sepa el centro de procedencia. Se lee el código de barras de la nevera como registro horario de vaciado de la nevera. Se vuelve a comprobar que están las cuatro neveras vacías y se sacan fuera de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

zona de vaciado, a la zona en la que se van depositando las neveras vacías. Se firma un registro de revisión de vaciado de neveras, para evitar que ninguna nevera vuelva a los centros con muestras. Se descargan también los datos de temperatura registrados desde la estancia de la nevera en su centro de procedencia hasta su apertura en el laboratorio. Al sistematizar el vaciado de neveras, aumentar a dos puestos de trabajo incrementar el espacio en el que se realiza, el proceso es más rápido, organizado y controlado.

5. Ingeniería de movimiento de carros de muestras: Se dividen espacial-mente con señales visuales, los distintos espacios de trabajo. Cada persona, cada cosa tiene su sitio. Se introducen como herramientas de trabajo dos carros divididos visualmente en zonas (para muestras de más de un centro de salud), de modo que mientras uno está siendo llenado en la zona de vaciado de neveras el otro está siendo vaciado en la zona de clasificación de muestras. Cuando uno sale vacío a la zona de recepción el otro pasa a la zona de clasificación con muestras ordenadas en su zona y señalado su centro de procedencia, con sus volantes. Se introduce como nueva función una persona encargada de este movimiento de transporte de carro.

6. Programa de reorganización de flujos y operaciones:

- 25 de Mayo de 2017 incorporación de una centrífuga de gran capacidad.
- Junio de 2017 inicio del plan de incorporación de los centros de salud en el cambio de la clasificación de tubos y envío de solicitudes múltiples con sus muestras aparte.
- Julio de 2017 cambio de la ubicación y proceso del vaciado de neveras.
- Septiembre de 2017 cambio y sistematización del proceso de preclasificado en la sala de clasificación.
- Octubre de 2017 recogida sistemática de incidencias preanalíticas por parte todo el personal del área.
- Entre Octubre y Noviembre de 2017 sistematización de la unificación de solicitudes múltiples aunque el proceso de inclusión de todos los centros urbanos ha finalizado en Enero de 2018.

7. Gestión de llamadas telefónicas (evaluación de consultas más frecuentes):
Las consultas más frecuentes son las referidas a cómo solicitar una prueba, en qué contenedor extraer una determinada muestra, referentes a alguna situación especial del paciente y por dificultades en la visualización de los resultados.

8. Reorganización de roles/jerarquía:

- El vaciado de neveras pasa a ser asumido por dos personas en lugar de una.
- El transporte de muestras desde la zona de vaciado a la sala de clasificación surge como una nueva función de la organización del proceso.
- Se decide que uno de los puestos de trabajo será el que se nomina “de centro”. Sus funciones son la respuesta de llamadas telefónicas, apoyo a la clasificación y apoyo a persona encargada de los dos equipos clasificadores. Este rol es nuevo ya que antes no se centralizaba la recepción de llamadas en una persona concreta.
- Las enfermeras que revisaban los volantes procedentes de los centros de salud, son ahora también encargadas de cómo realizar la unificación administrativa de las solicitudes múltiples en función de las determinaciones y las muestras recibidas.
- Incorporación de en Marzo 2017 de un Facultativo Responsable del Área Preanalítica encargado de planificar y gestionar cambios, resolver incidencias, sistematizar procesos, gestionar errores, interactuar con centros de atención Primaria y garantizar la calidad de la fase Preanalítica.

9. Análisis y protocolos de gestión de errores:
Se implanta de forma progresiva la recogida de incidencias preanalíticas con el fin de analizar posteriormente su origen, frecuencia y elaborar un plan con el fin de reducirlas o erradicarlas. Este registro está completamente integrado en la parte administrativa de la fase preanalítica de modo que cuando se fusionan varias solicitudes de análisis, queda reflejo de los números de las solicitudes que componen una única y se añaden los distintos destinos de cada una de ellas. También se registran los números de las solicitudes que por circunstancias diversas hay que cambiar por otro, así como incidencias referentes a datos demográficos incorrectas, errores de programación on-line, información sobre repetición de extracción por distintos motivos y referentes a solicitudes ya realizadas. Este registro también se está incorporando como rutina en la parte técnica preanalítica que recepciona y clasifica muestras, recogiendo incidencias referentes a la muestra.
Se protocoliza la forma de proceder en los casos en los que hay una pérdida de muestras por rotura, extravío, devolución de las muestras en la nevera a los centros de salud u olvido de las muestras en el centro de salud. Se localizan las solicitudes que pueden estar afectadas por alguna de estas circunstancias, se contacta con el responsable de enfermería, se imprimen los resguardos de las solicitudes con pruebas pendientes acompañados de las etiquetas identificativas y se le envían en la nevera que vuelve al centro de salud que corresponda. Se registra en incidencia preanalítica de que se ha solicitado nueva extracción para que la petición no se cierre a espera de la llegada de la nueva muestra. Se controla que en un período razonable han vuelto a llegar las muestras. Siempre se ofrece a centro de salud afectado que derive parte de pacientes a extracciones al hospital y especialmente si alguna es urgente, procediendo incluso a localizar al paciente y facilitándole el momento de la extracción.
Se protocoliza la gestión de solicitudes ya realizadas en fechas anteriores y que tienen resultados. Se busca si existe alguna solicitud diferida con fecha anterior a la cita que pueda tener el paciente para la especialidad que corresponda y si no es así, se genera una nueva solicitud desde el laboratorio, con las mismas determinaciones y con el fin de no perder la muestra del paciente ya que no podemos llegar a saber si el paciente se ha confundido de volante o el médico ha podido olvidar realizar la solicitud.
Se protocoliza la cancelación de una solicitud de la que se detectan tubos duplicados con igual numeración y constancia o no en el registro de enfermería de extracción duplicada. Se han etiquetado los tubos de dos pacientes con igual identificación y no es posible saber cuáles corresponden al paciente, además habrá un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

paciente que no tendrá resultados y que se ha hecho una extracción. Se cancela la petición y se avisa a la enfermera o médico responsable para realización de nueva solicitud y extracción.
Se protocoliza la unificación de solicitudes múltiples procedentes de primaria ya que estas muestras con sus solicitudes no llegan en gradillas con el resto de muestras. Se fue solicitando a los centros de salud de forma gradual junto con el cambio de clasificación de las muestras, el que fuesen enviadas con sus solicitudes aparte, en una bolsa verde de transporte de muestras biológicas, de modo que la enfermera puede ver lo que se le solicita al paciente y las muestras de las que se dispone. Así puede decidir en qué solicitud es más adecuado incluir las demás, asegurando que la solicitud unificada tendrá todas las muestras de las que se dispone y recogiendo el que un muestra no ha sido recibida cuando falte. Se tomo la decisión del cambio en la llegada de muestras de solicitudes múltiples por la ineficiencia del proceso anterior, en que muestras y volante llegaban por distintas vías y no se podía entre tantas muestras visualizar lo que se pedía y lo que había llegado. Se unificaba en función de las etiquetas que faltaban en las solicitudes lo que hacía suponer que la muestra había llegado. La realidad era que no se realizaba una unificación real, se activaban varias solicitudes a la vez del mismo paciente, que quedaban incompletas y que requerían esfuerzo en la fase analítica de búsqueda imposible a veces, porque no se había dejado registro ni de con qué otra solicitud se había unificado (muchas veces de forma parcial) ni de qué número era el original de la petición. Se duplicaban determinaciones y otras se quedaban sin hacer, había muchas solicitudes del mismo paciente que tenían que ser unificadas en la fase analítica, por ello se procedió a realizar y protocolizar este cambio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Impacto de la modificación de las rutas de transporte en los flujos de trabajo.
Los tiempos de llegada de las neveras se cumplen de forma regular incluso llegando antes del tiempo máximo estimado, estos datos son recogidos de forma mensual y constan como indicador para la acreditación del área según la norma UNE EN ISO 15189. Con la modificación de las rutas la franja horaria se distribuye desde las 10:00 para la primera ruta, 10:30 para las rutas 2 y 3, y 11:00 para las rutas 4 y 5. De esta forma las muestras de la ruta 1 que antes llegaban a las 11:00, ahora llegan a las 10:30 junto con las de la ruta 2, lo cual permite un reparto horario de la carga de trabajo que antes tenía un gran pico a las 11:00.

2. Tiempos de procesado de las muestras (desde la extracción a la validación de resultados).
Tras los cambios de los procesos de vaciado de neveras y clasificación se ha reducido el tiempo de espera de las neveras en un 91% (de 45´a 4´), el tiempo máximo de espera de una muestra a ser preclasificada previamente a la entrada del equipo clasificador en un 57% (de 51´a 22´), el espacio ocupado en un 43,7%, el tiempo de vaciado en un 37% (de 57´a 36´) y el de preclasificación en un 43% (e 57´a 33´), ha aumentado la satisfacción del personal que realiza este trabajo de 3 a 8,5 puntos, en una escala de 1 a 10. Estos datos se obtuvieron formando parte de un Trabajo fin de Máster de una alumna de la Escuela de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de Zaragoza. Así como estos tiempos se han reducido, no se han reducido los tiempos desde la clasificación final automatizada (CCM) a la entrada en cadena y validación final. Esto es debido a que no se ha hecho ninguna intervención en estos procesos como derivación de algunas muestras a otros laboratorios, lo cual reduciría tiempo en zonas horarias de carga máxima de trabajo, ni tampoco en el transporte de muestras desde el área preanalítica hasta cadena situada en la planta tercera del edificio. La comprobación se hizo midiendo tiempos entre la entrada de muestras (especialmente las procedentes de las nueva ruta) desde su paso por el equipo de clasificación automatizada hasta la validación de resultados, antes y después de los cambios introducidos hasta ahora.

3. Número de llamadas telefónicas: No se ha recogido el número total de llamadas recibidas en los tres puntos principales del área (secretaría, sala de clasificación y despacho de responsables).

4. Reducción de errores e incidencias en la gestión de muestras: No ha dado tiempo de su análisis debido al poco tiempo transcurrido desde su implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios introducidos han mejorado mucho en tiempo y eficiencia el proceso de preclasificación de muestras, pero es necesario seguir interviniendo en el resto del proceso para reducir los tiempos de espera de las muestras dentro del laboratorio y por tanto los tiempos de respuesta. Se pueden analizar los tiempos de carga máxima en los puntos críticos para intentar reducirla.
La intervención sobre los errores es fundamental aunque muy compleja debido a la larga cadena que supone todo el proceso preanalítico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1036 ========== ***

Nº de registro: 1036

Título
MEJORA DEL AREA DE PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
GRACIA MATILLA ROSA, CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, LASIERRA MONCLUS ANA BELEN, HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO, AZNAR SAUCA ANA SAGRARIO, FALCON JIMENEZ DANIEL, BARRACHINA CARRANZA SUSANA, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica está inmerso en un proyecto de mejora basado en la filosofía LEAN que se inició durante los meses de octubre y noviembre de 2015. En un inicio se diseñaron las líneas estratégicas del servicio y se identificaron las principales áreas de trabajo. Las áreas elegidas para la mejora fueron: Preanalítica, Bioquímica General (Cadena), Urgencias y la Sección de Orinas y Litiasis. En cada área, cada grupo de trabajo ha desarrollado diferentes metodologías de trabajo en busca de la mejora. El equipo de Preanalítica es el que ha abarcado un proyecto más amplio y que implica mayores modificaciones en los procesos de la fase preanalítica. Se aplica el método KAIZEN, que consiste en realizar cambios en el proceso que den lugar a un salto estructural en la mejora continua. Actualmente el área de preanalítica tiene un espacio limitado en el que se reciben todas las muestras extraídas en las plantas de hospitalización, consultas externas, neveras de los centros de atención primaria y de otros centros hospitalarios. Todo ello en un corto espacio de tiempo que concentra una elevada intensidad de trabajo y que genera en ocasiones deficiencias en el proceso. Estas deficiencias pueden ocasionar pérdida de la estabilidad de las muestras, alteración de los parámetros a medir y por tanto unos resultados no valorables que provocan un perjuicio a la seguridad del paciente.
Este proyecto se realiza en paralelo y en consonancia con la acreditación según la norma UNE EN ISO 15189.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo principal es optimizar los flujos de trabajo en el área de preanalítica, organizar la sistemática en la recepción de muestras de los centros de atención primaria, reducir la incidencia de errores, eliminar las tareas que no aportan valor al proceso y en general reducir el tiempo del proceso preanalítico.

MÉTODO
Las tareas que se van a a desarrollar son:
1. Programa de reorganización de flujos y operaciones
2. Rediseño de espacios, disposición y mobiliario
3. Optimización de la centrifugación (interno/externo)
4. Sistematización de la entrada y vaciado de neveras.
5. Gestión de llamadas telefónicas (evaluación de consultas más frecuentes)
6. Optimización de rutas urbanas de transporte de neveras de centros de atención primaria
7. Reorganización de roles/jerarquía
8. Ingeniería de movimiento de carros de muestras
9. Análisis y protocolos de gestión de errores

INDICADORES
1. Impacto de la modificación de las rutas de transporte en los flujos de trabajo. Se evaluará la reducción de las puntas de trabajo en la llegada de neveras.
2. Tiempos de procesado de las muestras (desde la extracción a la validación de resultados). Se han medido antes de la puesta en marcha de los cambios y se evaluarán al finalizar el proyecto.
3. Número de llamadas telefónicas
4. Reducción de errores e indicencias en la gestión de muestras

Se realizan reuniones periódicas, semanales (duración breve) para evolución del proyecto y trimestrales para profundizar en los cambios realizados y futuras mejoras a implantar.

DURACIÓN
Inicio: Julio 2016
Fin: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1036

1. TÍTULO

MEJORA DEL AREA PREANALITICA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1038

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN LASIERRA MONCLUS
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO RUIZ SARA
SANCHEZ GARCIA GLORIA
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE
RODRIGUEZ VALLE ANA
IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA
MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han revisado y actualizado las hojas de solicitud de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales (a la espera de definir la nueva cartera de servicios para publicarlas oficialmente).

Seguimiento del Indicador: Cumplimentación de los registros.
Se cumple el objetivo: Los registros se cumplimentan correctamente por el personal implicado (% errores en la cumplimentación de los registros < 5%)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos de este proyecto, tras analizar las incidencias preanalíticas más frecuentes, son:
a. Revisar y actualizar las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales. ALCANZADO.
b. Definir los campos obligatorios a cumplimentar, cuya ausencia implicará rechazo de la muestra. ALCANZADO.
c. Informar a los distintos centros de la comunidad de Aragón de los cambios realizados en las hojas de solicitud y de la importancia de su correcta cumplimentación. PENDIENTE de que se defina la actual cartera de servicios de Genética (por el grupo de trabajo del Salud).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha retrasado el proceso de acuerdo al cronograma establecido debido a que la cartera de servicios de los laboratorios se estaba definiendo a lo largo del año 2017. En concreto, para el área de Genética, en el último trimestre de 2017 tras una reunión con la Dirección General de Asistencia Sanitaria y con el Director de Área Coordinación Asistencial se ha acordado crear un grupo de trabajo para definir la cartera de servicios de Genética diferente al que estaba trabajando en la cartera de servicios de todos los laboratorios al tratarse de un área específica y con características particulares respecto al resto de laboratorios.
Una vez quede definida, seguiremos adelante con el proyecto, es decir, enviar las nuevas hojas de solicitud a los diferentes centros y hospitales. Valorar la implantación de dichas hojas de solicitud y las repercusiones en el % de incidencias de preanalítica.

Por otro lado, seguimos trabajando en la revisión del procedimiento relativo a la preanalítica de la Sección de Genética Clínica y queremos ampliar el proceso a otras fases.

En estas tareas es muy importante el trabajo en equipo y la colaboración con diferentes servicios y personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1038 ========== ***

Nº de registro: 1038

Título
SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA DEL HUMS. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1038

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

LASIERRA MONCLUS ANA BELEN, SERRANO RUIZ SARA, SANCHEZ GARCIA GLORIA, ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE, RODRIGUEZ VALLE ANA, IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet acreditado según normal UNE-EN ISO 15189 por ENAC desde 2009 mantiene y amplía el alcance en distintas áreas del Servicio. En concreto, la sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida comenzó el año pasado con la implantación de un sistema de gestión de calidad.
La fase preanalítica se divide en varias etapas: petición analítica, preparación del paciente, obtención y recogida de muestras, transporte y conservación. La frecuencia de errores en la etapa preanalítica es importante, según varios autores representan entre 46 al 68,2% del total de errores en el proceso del laboratorio (Plebani 2006). La sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida presenta unas características diferentes al resto de áreas del Servicio de Bioquímica Clínica debido a que al ser centro de referencia se reciben numerosas muestras de distintos hospitales y centros sanitarios de toda la Comunidad Autónoma de Aragón. En el área preanalítica de genética se han detectado un elevado número de incidencias (falta de datos demográficos del paciente, no consta nombre del clínico y/o servicio peticionario, falta de datos clínicos, error en el tipo de tubo extraído, entre otros) que son esenciales para poder llevar a cabo el adecuado estudio genético (datos clínicos, tipo de tubo extraído) y para que el clínico solicitante y el paciente puedan recibir el informe genético final y el asesoramiento genético correspondiente en nuestra consulta (datos demográficos del paciente, nombre del clínico y/o servicio peticionario). Por tanto, es necesario llevar a cabo medidas que disminuyan estas incidencias y así reducir el elevado tiempo que el personal dedica a solucionarlas y las importantes repercusiones que conllevan para el paciente cuando no se consiguen solucionar.
La oportunidad de mejora es el seguimiento del proceso ya iniciado en la fase preanalítica, la implantación de medidas para reducir las incidencias preanalíticas y la ampliación del proceso a otras fases.

RESULTADOS ESPERADOS
Durante el año anterior se ha implantado un sistema de gestión de calidad en la sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida con sus correspondientes listados de personal y equipos, cualificación del personal, registros, etc. Se espera conseguir:
Continuar con el proceso en la fase preanalítica y ampliarlo.
Llevar a cabo una serie de medidas para reducir el elevado número de incidencias preanalíticas.

MÉTODO
1. Una vez analizadas las incidencias preanalíticas más frecuentes se ha decidido:
a. Revisar y actualizar las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales.
b. Definir los campos obligatorios a cumplimentar, cuya ausencia implicará rechazo de la muestra.
c. Informar a los distintos centros de la comunidad de Aragón de los cambios realizados en las hojas de solicitud y de la importancia de su correcta cumplimentación.
2. Revisión del procedimiento relativo a la preanalítica de la Sección de Genética Clínica y Reproducción Asistida y finalización de su desarrollo.
3. Formación del personal implicado en todo el proceso.
4. Elaboración de indicadores de calidad, registro, evaluación y mejora de los mismos.
5. Gestión de No conformidades, acciones correctivas y preventivas.
6. Evaluación de las medidas llevadas a cabo sobre el número de incidencias preanalíticas.

INDICADORES
1. Indicador: Actualización de las hojas de petición de genética.
Estándar: Se han revisado y actualizado las hojas de solicitud de estudios genéticos
Evaluación: Diciembre 2016

2. Indicador: Formación del personal implicado en el proceso.
Estándar: Nº de personas cualificadas/nº de personas implicadas en el proceso > 95%
Evaluación: al final del proyecto

3. Indicador: Cumplimentación de los registros.
Estándar: Los registros se cumplimentan correctamente por el personal implicado (% errores en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1038

1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN NORMA UNE-EN ISO 15189 EN LA SECCION DE GENETICA CLINICA Y REPRODUCCION ASISTIDA DEL Sº BIOQUIMICA CLINICA DEL H.MIGUEL SERVET. REDUCCION DE ERRORES PREANALITICOS

cumplimentación de los registros < 5%).
Análisis: mensual
Evaluación: bimensual

4. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de preanalítica.
Estándar: El porcentaje de incidencias disminuye en un 10%.
Análisis: mensual
Evaluación: semestral

DURACIÓN
Cronograma:
Octubre – Diciembre 2016: actualización de las hojas de petición de estudios genéticos tanto prenatales como postnatales y definición de los campos obligatorios a cumplimentar.
Diciembre 2016 – Enero 2017: información a los distintos centros.
Noviembre 2016 – 2017: registro de los indicadores y evaluación de los mismos.
2017: Evaluación del proyecto y elaboración de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA
GARCIA GONZALEZ ELENA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
RELLO VARAS LUIS
PUZO FONCILLAS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Durante 2017 se han revisado los procedimientos técnicos de los alcances ya acreditados y se han actualizado aquellos que procedía: Procedimiento de Cobre y Cinc (PTA-01_Z2(E)M_L-BQ, revisión K, 12/09/2017), Aluminio, Selenio y Plomo (PTA-02_Z2(E)M_L-BQ, revisión K 25/09/2017), Bioquímica general (PTA-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión O, 27/09/2017), Inmunoquímica (PTA-06_Z2(E)M_L-BQ, revisión H, 27/09/2017), Proteínas por Nefelometría (PTA-05_Z2(E)M_L-BQ, revisión G, 20/09/2017), HbA1c por HPLC (PTA-08_Z2(E)M_L-BQ, revisión G, 04/04/2017), Cribado Prenatal (PTA-11_Z2(E)M_L-BQ, revisión C, 31/08/2017). Para el nuevo alcance se ha elaborado el Procedimiento de Análisis de Inmunoquímica mediante el BIO-FLASH (PTA-12_Z2(E)M_L-BQ, revisión A, 13/09/2017), así como el registro de actividades de mantenimiento del equipo. Otros procedimientos actualizados han sido el Manual de Acogida del Servicio de Bioquímica Clínica (PTG-01_Z2(E)M_L-BQ, revisión L, 20/07/2017) y el de Posanalítica e informes del Cribado Neonatal (PTG-05_Z2(E)M_L- BQ, revisión F, 03/04/2017).

2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)

Se ha realizado el seguimiento mensual y evaluación de los indicadores definidos en el sistema de calidad del servicio. Se detallan en el siguiente apartado.

3. Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (Responsable de Calidad)

Tras el análisis modal de fallos y efectos y la evaluación del mapa de riesgos se evidenció que la fase preanalítica es en la que existe mayor probabilidad de errores por lo que se han realizado acciones encaminadas a la reducción de errores, incidencias y mejora de todo el proceso. Las mejoras introducidas se describen en el proyecto de mejora del área de preanalítica.

4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)

Se realiza seguimiento diario y mensual o trimestralmente se evalúan los resultados en función de las especificaciones de calidad definidas para cada parámetro acreditado.

5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)

Se participa en diferentes programas de intercomparación para la realización de controles externos de los parámetros acreditados. La periodicidad es mensual o bimensual.

6. Auditoría interna

La auditoría interna se realizó el 3 de abril de 2017 en la que se realizó seguimiento de los alcances acreditados.

7. Auditoría externa de ENAC

La auditoría externa de ENAC se celebró el 22 y 23 de Noviembre de 2017, la auditoría fue de seguimiento para los alcances acreditados y ampliación del alcance de Inmunoquímica mediante el BIO-FLASH (Marcadores de enfermedad celíaca y Anticuerpo Péptido Cíclico citrulinado).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha superado satisfactoriamente la auditoría interna. En el caso de las desviaciones detectadas durante la auditoría se han implantado acciones correctivas y actualizado los procedimientos analíticos si procedía.

Tras la auditoría externa realizada por ENAC se han implantado un plan de acciones correctivas que se ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

enviado a ENAC. Está pendiente la resolución de la comisión encargada del expediente.

EVALUACIÓN DE INDICADORES
FASE PREANALÍTICA

1. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado
Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras
Estándar: >85%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 99.5%
Los resultados en global son satisfactorios. Tras las modificaciones implantadas en el mes de febrero de 2017 con el desdoblamiento de las rutas urbanas debido a la incorporación de una furgoneta más de reparto, se han reducido los tiempos de transporte de de aquellos centros de inicio de ruta. Los cambios se han realizado en 2 de las rutas urbanas del sector Z2.

2. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido
Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4ºC y 26ºC
Estándar: <5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 0%
Resultados satisfactorios.

3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria
Estándar: <5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 0.1%
Resultados satisfactorios. Las mejoras introducidas en el área de preanalítica durante 2017 y el contacto con los centros de salud han ido encaminadas a la reducción de incidencias en la extracción de muestras (principalmente identificación de las muestras y selección correcta de los contenedores).

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas
Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas
Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 3.16%
Se cumple el estándar establecido (hemólisis < 5%) en todos los centros excepto en los consultorios (supraestimados por el bajo número de muestras totales) y puntualmente el C.S. Canal Imperial San José Sur en septiembre. También superan el estándar Urgencias (16,78%), aunque ha disminuido respecto a años anteriores y Hospital Infantil (10,91%) pero es debido al tipo de pacientes. La media total de hemólisis no supera el estándar por lo que se consideran resultados aceptables.

5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones
Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado
Estándar: >5 %
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: En el caso del proBNP la media anual del porcentaje de muestras rechazadas se encuentra dentro del estándar establecido. Para los parámetros Hb A1c, Proteínas, Proteinograma, Maarcadores de enfermedad celíaca, Vitamina B12, Ácido Fólico y Anticuerpo cíclico citrulinado, el porcentaje oscila entre 0,1 y 4. Se constata que existe un buen ajuste de la demanda de estos parámetros debido a que son principalmente pruebas que se solicitan desde primaria o consultas externas.

Cribado neonatal

6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados
Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis
Estándar: < 1%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 0.25%

7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.
Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 5 días fuera de Aragón
Estándar: = 3-5 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Los resultados son satisfactorios. Desde el mes de junio se ha resuelto la desviación de las muestras procedentes del H. Arnau de Vilanova de Lérida (neonatos pertenecientes a Fraga).

8. Indicador: Edad a la extracción
Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento
Estándar: Entre 2 y 3 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Correctos para todos los centros.

FASE ANALÍTICA

9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)
Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios
Estándar: >90%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 96.2% Satisfactorio

Cribado neonatal

10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos
Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico
Estándar: < 5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 3.18%. Satisfactorio

FASE POSTANALÍTICA

11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).
Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado
Estándar: >95%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 98,1% Satisfactorio

12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma
Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.
Estándar: < 5% notificaciones más de 48h
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Las notificaciones se han enviado en tiempo correcto, se ha evaluado el porcentaje de notificaciones abiertas en un tiempo superior a 48 horas (estándar <5 %). La media anual del porcentaje de notificaciones de resultados críticos abiertas en un tiempo inferior a 24 h ha sido de 94% mientras que las abiertas en un tiempo superior a 48h del 4,9%. A lo largo del año el número de notificaciones no abiertas ha disminuido ligeramente, con una media del 19,3%. Las consultas de Cardiología, Oncología, Medicina Interna, Urología y las consultas de Pediatría son las que acumulan mayor porcentaje de notificaciones no abiertas. Siguen existiendo notificaciones que se abren pasadas las 48 h, varios meses superando el 5%.

Cribado neonatal

13. Indicador: Edad al informe del cribado neonatal
Criterio: El tiempo para la emisión de resultados del cribado neonatal no debe superar los 12 días de vida del recién nacido
Estándar: Igual/ Inferior a 12 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Satisfactorios. Desde el mes de junio se ha resuelto la desviación de las muestras procedentes del H. Arnau de Vilanova de Lérida (neonatos pertenecientes a Fraga).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El sistema de gestión de la calidad está correctamente implantado en el servicio de Bioquímica Clínica, el objetivo es la ampliación progresiva de los alcances con la incorporación de las diferentes áreas del laboratorio. Durante este año se ha conseguido solucionar la desviación con las muestras de cribado neonatal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

del área de Fraga y procedentes del hospital de Lérida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1076 ========== ***

Nº de registro: 1076

Título
SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, GARCIA GONZALEZ ELENA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, RELLO VARAS LUIS, PUZO FONCILLAS JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acreditación Laboratorios
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.
La última auditoría realizada por ENAC en junio de 2016 se evaluó todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores de los alcances ya acreditados y las ampliaciones y en septiembre se comunicó la resolución de la comisión de acreditación.
Los alcances acreditados engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas y Cribado Prenatal.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica para mantener y ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en todos los procesos de laboratorio. Para ello se ha establecido un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evalúan periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

MÉTODO
Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma.
1.Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
2.Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)
3.Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (Responsable de Calidad)
4.Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
5.Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
6.Auditoría interna
7.Auditoría externa de ENAC

INDICADORES
Fase Pre-analítica:
1. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado. Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras. Estándar: >85%
2. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido. Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4ºC y 25ºC. Estándar: <5%
3. Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria. Estándar: <5%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

4. Porcentaje de muestras hemolizadas. Estándar: <5%
5. Gestión de la demanda analítica. Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado. Estándar: >5%
6. Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados. Estándar: <1%
7. Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio. Estándar: 3 - 4 días
8. Edad a la extracción. Estándar: 2 - 3 días
Fase Analítica:
9. Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo). Estándar: >90%
10. Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos. Estándar: < 5%
Fase Post- analítica:
11. Tiempos de respuesta. Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado. Estándar: < 5%
12. Registro de Comunicación de resultados de alarma. Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma han de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%

Análisis: Mensual. Evaluación: Anual

DURACIÓN
Inicio: Septiembre 2016
Fin: Junio 2017
Auditoría interna: Noviembre 2016
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Diciembre 2016 – Enero 2017.
Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2016 – Diciembre 2016
Revisión del sistema de calidad: Abril 2017
Auditoría externa: Diciembre 2017
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Diciembre 2017 – Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS BANCALERO FLORES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORRIZ PINTADO SILVIA
ESCOBAR CONESA ROCIO
FRAU SOCIAS CRISTINA
LAHOZ ALONSO RAQUEL
MUÑOZ RIVERO MARTA
CAVERO BARON MARIA ALICIA
ABADIA SANZ ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño de los indicadores de riesgo : abril 2018
Elaboración indicador riesgo en SIL : mayo 2018
Elaboración medidas higienico dieteticas : mayo 2018
Primera reunión : mayo 2018
Segunda reunion : febrero 2018
Sesión clinica
Comunicaciones a jornadas de calidad, congreso nacional e internacional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de pacientes a los que se les aplica la valoración del riesgo: 207307 (100%)
Número de pacientes sin riesgo litogénico detectado : 97372 (46,9%)
Número de pacientes con riesgo litogénico detectado : 2160 (1,04%)
Número de pacientes con riesgo en los que se adoptan medidas higiénico dietéticas: 1680 (78%)
Número de pacientes con riesgo litogénico que mantienen adherencia a las medidas higiénico dietéticas: se estan elaborando datos
Número de pacientes que presentan mejoría de su riesgo litogénico: se estan elaborando datos
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico: se estan elaborando datos
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico a los que se amplía estudio metabólico: se estan elaborando datos
Numero de reuniones entre los responsables del laboratorio y los profesionales de los Centros de Salud de referencia: 2 reuniones en 8 meses

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo es positiva. Se ha acordado el incluir en el informe del analisis de bioquímica las recomendaciones higienico dieteticas para conseguir elevar el número de pacientes a los que se les implementen las medidas. Ha quedado pendiente el poder acceder a la base de OMI para poder recoger con fiabilidad los datos desde los centros de salud. La recogida de los datos al no disponer de acceso a OMI es muy laboriosa.
La aceptación y valoración positiva de este proyecto a congresos nos hace pensar en su proyección y replicación en otros centros, ya que la tecnología aplicada es de facil disposición y economicamente accesible.

7. OBSERVACIONES.
El periodo de estudio no ha alcanzado un año, por lo que su valoración y resultados son parciales.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/255 ========== ***

Nº de registro: 0255

Título
IMPLANTACION DE LA DETECCION DE “RIESGO LITOGENICO” PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

Autores:
BANCALERO FLORES JOSE LUIS, GORRIZ PINTADO SILVIA, ESCOBAR CONESA ROCIO, FRAU SOCIAS CRISTINA, LAHOZ ALONSO RAQUEL, MUÑOZ RIVERO MARTA VIRIDIANA, COMPAIRED ARAGÜES VICENTE, ABADIA SANZ ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La litiasis renal es una de las afecciones más comunes de la sociedad moderna, constituyendo un importante problema de salud que además asocia una gran carga económica. La naturaleza de la litiasis varía según la edad y el sexo, viéndose también influenciada por factores dietéticos, climáticos y de estilo de vida entre otros. A pesar de los avances que se han producido en el manejo de dicha patología, ésta continúa siendo una enfermedad con alta tasa de recurrencia.
En los últimos años son varios los trabajos que hacen referencia a un aumento en su prevalencia sobre todo en países desarrollados.
La litiasis urinaria es además una enfermedad con alta tasa de recurrencia. Se estima que tras un primer episodio, entre el 30% y el 50% recurrirá en los próximos 5-10 años. En un trabajo publicado en 2016 sobre la epidemiología de la litiasis renal en España realizado mediante encuesta telefónica a nivel nacional (Estudio PreLiRenE) se observó un 52,8% de recurrencia, encontrándose nuestra Comunidad Autónoma de Aragón en una horquilla de prevalencia establecida entre el 14 – 16%.

Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación en el informe del sedimento urinario del resultado de RIESGO litogénico detectado en el mismo, por la valoración clínica de diversos parámetros de la cristaluría procedentes del estudio de la naturaleza química de los cristales, fascies cristalinas, talla de los cristales, tasa de agregación y maclación, y el volumen cristalino global.
El objetivo de calidad de este proyecto es la detección y comunicación al médico especialista de Atención Primaria y A. Especializada de riesgo litogénico en su paciente tanto en edad pediátrica como adulto, por el estudio del sedimento urinarío, así como la implantación y seguimiento por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de medidas higiénico dietéticas para la prevención de la enfermedad litogénica renal.

RESULTADOS ESPERADOS
Envío del informe de riesgo litogénico al médico solicitante.
Seguimiento de la cristaluria en los pacientes detectados con riesgo litogénico.
Valoración de la adherencia a las medidas higiénico dietéticas.
Proporcionar colaboración y coordinación a los profesionales de atención primaria en la adecuación de las medidas higiénico dietéticas según la naturaleza cristalina.
Prevención de la litiasis renal y sus comorbilidades asociadas en los pacientes desde Atención Primaria
Mejora de la calidad asistencial de los pacientes aragoneses potenciando la labor de la Atención Primaria clave en la mejora de la salud de los ciudadanos.

MÉTODO
Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes estudiados, del resultado del sedimento urinarío con la detección de “riesgo litogénico”.
El FEA de la Sección implicada del laboratorio (Nefrolitiasis) prestará su colaboración en la valoración del mismo y en la personalización de las medidas higiénico dietéticas a tomar.
Reuniones de información y formación entre los responsables y los profesionales de atención primaria de los centros de salud de referencia que se soliciten.
Indicador de ALERTA (Riesgo) en OMI Atención Primaria en segunda fase.

INDICADORES
Número de pacientes a los que se les aplica la valoración del riesgo. 100% de pacientes de rutina con sedimento urinario (A. Especializada y A. Primaria).
Número de pacientes sin riesgo litogénico detectado x1000
Número de pacientes con riesgo litogénico detectado x1000
Número de pacientes con riesgo en los que se adoptan medidas higiénico dietéticas. >75% primer año- >85% segundo año
Número de pacientes con riesgo litogénico que mantienen adherencia a las medidas higiénico dietéticas. >70% primer año- >85% segundo año
Número de pacientes que presentan mejoría de su riesgo litogénico. >70% primer año- >85% segundo año
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico.<20% primer año- < 15% segundo año
Número de pacientes que no presentan mejoría de su riesgo litogénico a los que se amplía estudio metabólico. >75% primer año- >85% segundo año.
Numero de reuniones entre los responsables del laboratorio y los profesionales de los Centros de Salud de referencia. Min : 3 reuniones/año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA DETECCION DE "RIESGO LITOGENICO" PARA LA PREVENCION Y DISMINUCION DE LA LITIASIS RENAL Y SU RECURRENCIA

DURACIÓN
La duración completa del proyecto se estima en 12 meses, para su verificación, prolongable otros 12 meses en una segunda fase para su mejora y extensión a otros sectores sanitarios.
Elaboración indicador de RIESGO en el SIL: mayo 2018
Elaboración de recomendaciones y medidas higiénico dietéticas específicas: mayo 2018.
Primera reunión: Junio 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0258

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR LARREA ORTIZ-QUINTANA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BANCALERO FLORES JOSE LUIS
SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS
FRAU SOCIAS CRISTINA
LATORRE MARCELLAN PEDRO
VALLEJO GIL JOSE MARIA
DIEZ MANGLANO JESUS
LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se recogen los resultados de albúmina sérica, colesterol total, linfocitos totales y el índice de alerta nutricional CONUT de 728 pacientes con analítica de ingreso y distribuidos por los servicios de Medicina Interna/Paciente Crónico Complejo, Cirugía Cardiaca y Traumatología/U.F.Cadera/Tumores, desde su implantación hasta febrero del 2019.
Los pacientes se agrupan según estado nutricional y el servicio peticionario. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar y las cualitativas en porcentajes.
La alerta nutricional generada ya se incluye en el SIL con lo que con posterioridad el médico peticionario podría realizar una valoración nutricional más exhaustiva para seleccionar a los pacientes que puedan beneficiarse del soporte nutricional adecuado a su situación.
Se realizan reuniones con:
1. los responsables de los servicios involucrados en el proyecto para valorar la evolución del mismo: 2 reuniones
2. y con miembros de la Comisión de Nutrición: 1 reunión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La media de edad de los pacientes es de 77 ± 14,31 años, siendo 48% hombres.
Medicina interna/ Paciente crónico complejo: El 43% presentan una alerta nutricional baja, el 49% moderada y el 8% una alerta nutricional alta. Edad media 76.81 ± 14.31
Traumatología/UF cadera: El 26% presentan una alerta nutricional baja, el 55% moderada y el 19% una alerta nutricional alta. Edad media 80.784± 15.28
Cirugía cardiaca: El 77% presentan una alerta nutricional baja, el 13% moderada y el 0% una alerta nutricional alta. Edad media: 73.72 ± 11.28
El servicio que más ingresos presenta es medicina interna, siendo éste junto con traumatología/U.F. cadera, en el que los pacientes presentan peor estado nutricional, debido a la avanzada edad y su morbilidad asociada, así como sus ingresos por vía urgencias. Por el contrario, los pacientes sometidos a cirugía cardiaca tienen una edad media inferior y mayoritariamente ingresan de forma programada para tratamiento.
INDICADORES
Número de pacientes a los que se les aplica el score: 728
Número de pacientes con Alerta nutricional Baja: 45%
Número de pacientes con Alerta nutricional Moderada: 47%
Número de pacientes con Alerta nutricional Alta: 8%
Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional: pendiente de resultados. Ver observaciones
Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional: pendiente de resultados. Ver observaciones
Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional: pendiente de resultados. Ver observaciones
Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición: 3 reuniones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un sistema de filtro automatizado, sencillo, rápido y económico para el cribado nutricional de los pacientes ingresados en el hospital.
Supone un valor añadido a la información que aporta el Laboratorio Clínico.
Permite detectar pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, e iniciar oportunamente el soporte nutricional adecuado.
En las reuniones se acuerda:
1. Modificar el concepto de estado nutricional por el de “ alerta nutricional”
2. Establecer sólo indicadores de alerta nutricional baja moderada y alta, con lo que se modifican los indicadores planteados inicialmente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0258

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

7. OBSERVACIONES.
La reciente renovación tecnológica de la sección de Bioquímica General iniciada el segundo semestre del 2018 ha llevado a una evaluación parcial de los resultados.
Se valora de especial interés por parte de los FEA Clínicos participantes el que dicha alerta nutricional se refleje en el informe de laboratorio, situación que conllevaría a un nuevo proyecto asistencial a considerar por las direcciones Asistenciales y la jefatura de Servicio.
La aceptación y valoración positiva de este proyecto nos hace pensar en su proyección y replicación en otros centros, ya que la tecnología aplicada está disponible en un alto porcentaje de los centros hospitalarios.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/258 ========== ***

Nº de registro: 0258

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LARREA ORTIZ QUINTANA MARIA DEL MAR, BANCALERO FLORES JOSE LUIS, SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS, FRAU SOCIAS CRISTINA, LATORRE MARCELLAN PEDRO, VALLEJO GIL JOSE MARIA, DIEZ MANGLANO JESUS, LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Desnutrición en paciente complejo medicoquirurgico.
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La desnutrición hospitalaria constituye un grave problema con importantes repercusiones clínicas y económicas. Se estima que la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55%. Es altamente conocida la relación entre esta desnutrición y el incremento de las tasas de morbi-mortalidad, como afectaciones del aparato digestivo, función cardiorrespiratoria, sistema endocrino, procesos de cicatrización y curación de heridas, así como aumento de las complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia hospitalaria, con el consiguiente aumento del costo de la asistencia hospitalaria.
Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación de un sistema de detección de desnutrición para la totalidad de los pacientes ingresados sin costes adicionales. Además de la vigilancia de la incidencia de nuevos casos, su seguimiento y aplicación del procedimiento para la mejoría de la situación del paciente, con los consiguientes beneficios tanto clínico-asistenciales como económicos. Por todo ello, se utilizan diferentes métodos de cribado para la detección de la desnutrición hospitalaria. Uno de ellos es el método CONUT, en él, se aplica un score dependiendo de las concentraciones de albúmina, linfocitos y colesterol, clasificando a los pacientes en riesgo por desnutrición normal, leve, moderada y severa.
El objetivo de calidad de este proyecto es la implantación y cálculo de este score en pacientes ingresados mayores de 40 años, a los que se les realiza una analítica con los 3 parámetros básicos, valoración de su estado nutricional y consiguiente informe al médico responsable, así como su seguimiento semanal

RESULTADOS ESPERADOS
Envío de informe al médico solicitante.
Seguimiento del estado nutricional mientras se encuentre ingresado.
Proporcionar ayuda en la priorización de pacientes que deben ser tratados por desnutrición Prevención de comorbilidades asociadas a la desnutrición en el paciente ingresado Mejora de la calidad asistencial en pacientes ingresados

MÉTODO
Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes ingresados, del resultado del cálculo del score con un comentario interpretativo del estado de desnutrición.
El facultativo que valida las peticiones de bioquímica revisará todas las peticiones realizadas de pacientes ingresados y valorará el estado previo y la evolución del score durante el ingreso.
Reuniones entre los responsables con la Comisión de Nutrición del Hospital Miguel Servet.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0258

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

INDICADORES
Número de pacientes a los que se les aplica el score.
Número de pacientes con estado nutricional normal.
Número de pacientes con estado de desnutrición leve.
Número de pacientes con estado de desnutrición moderado.
Número de pacientes con estado de desnutrición severo.
Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional
Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición

DURACIÓN
La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 12 meses.
Elaboración indicador de DESNUTRICIÓN en el SIL para el informe: mayo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1306

1. TÍTULO

REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS RELLO VARAS
· Profesión ..... QUIMICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE
RODRIGUEZ VALLE ANA
MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES
IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA
LAHUERTA PUEYO CARMEN
GARCIA JIMENEZ CARMEN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto ha sufrido distintos contratiempos que han dificultado la consecución competa de los objetivos, fundamentalmente por un retraso en la implantación de algunas de las acciones previstas, por el obligado cambio de algunos de los componentes del equipo de trabajo y por varias bajas laborales de hasta 4 de los miembros. Lo más significativo es que la responsable inicial, Ana Belén Lasierra, ha estado casi todo el año de baja y yo, como Jefe de Servicio, he asumido el liderazgo del mismo. A la Dra. Lasierra le sustituyó como componente del equipo la Dra. Carmen Lahuerta Pueyo.
Se han producido algunas modificaciones respecto de las actividades previstas inicialmente, tanto en la organización de la consulta como en la sistemática para evaluar las demoras y el registro de altas. Algunos de los cambios más importantes fueron tratados y consensuados con la Subdirección Médica del HUMS y puesto que en algún caso ha implicado a otros Servicios la implantación se ha demorado algo más de lo deseado. Paso a describir las actividades realizadas.
1 – Organización de la Consulta de genética.
1.1- Reorganización de las agendas.
a) De acuerdo con la Subdirección Médica se decidió descartar crear la agenda NIPT (Test Fetal No invasivo, que se ofrece a las gestantes que tienen un riesgo de aneuploidía intermedio según el cribado bioquímico-ecográfico de la semana 10-12 de embarazo). De común acuerdo con el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUMS hemos modificado el circuito de forma que las pacientes de los Sectores I y II ya no necesitan acudir al laboratorio de genética previamente a la realización de la prueba. Desde las propias consultas de diagnóstico prenatal del HUMS se realiza la petición electrónica de este análisis y se obtiene el consentimiento informado de la gestante.
b) Se ha creado una agenda de preferentes de 8:30 a 9:30 de lunes a viernes, tanto para primeras visitas (principalmente gestantes cuyo asesoramiento o estudio genético es urgente para llegar a tiempo al plazo legal de interrupción) como para la entrega de resultados (de aquéllos que han resultado positivos y confirman patología o riesgo aumentado a la misma).
1.2 – Realización de registro de altas
Hasta la fecha no teníamos un registro de altas, de forma que era difícil constatar en qué pacientes, de los que habían sido atendidos por la consulta de genética, estaban finalizados los estudios genéticos pertinentes y en qué pacientes estaba pendiente alguna actividad por nuestra parte.
Con el Servicio de Admisión tratamos de implantar la siguiente sistemática: el listado de pacientes atendidos cada día en la consulta se lo devolvemos haciendo constar a quién se da de alta ya sea en una primera consulta (sólo ocurre en un número limitado de pacientes, aquéllos a los que se constata que no procede estudio genético) o en la consulta de entrega de resultados.
Sin embargo, nos hemos dado cuenta de que, en estos pacientes, en los que sí se inicia algún tipo de estudio genético este control de altas utilizando los registros de Admisión de pacientes atendidos en la consulta no resuelve la problemática fundamental, que es una atención adecuada y evitar demoras innecesarias, ya que en algunos casos el estudio inicial puede tardar meses y en función de su resultado se pueden ir ampliando otros estudios de forma secuencial. La solución conjunta de esto (registro de altas y control de la demora completa de genética) se ha implementado recientemente. Hemos creado varios campos en nuestro sistema informático del laboratorio (SIL), entre ellos uno denominado “fecha de alta” en la que el facultativo anota la fecha del día en la que da por finalizada la asistencia en genética, sea la fecha de la consulta de entrega de resultados, sea la fecha en la que se envía el informe al paciente y al médico solicitante en el caso de que no se considere necesario explicar estos resultados en persona.
2 – Demoras
Esta ha sido la estrategia más difícil de diseñar y hasta el momento no hemos encontrado una forma sencilla de incluir la demora acumulada desde que nos llega una hoja de consulta a genética. La estrategia implementada sólo nos permite evaluar las demoras desde que recibimos en el laboratorio la muestra para el estudio genético. Hemos introducido los siguientes campos en nuestro SIL para cada una de las peticiones de estudio genético: fecha de extracción/recepción de la muestra, fecha de envío a laboratorio externo (si es un estudio que derivamos), fecha de recepción del informe, fecha de revisión/validación por nuestra parte y fecha de alta y/o consulta de entrega de resultados. Los datos se están evaluando con una “prueba trazadora” como es el estudio de Exoma Trío que presenta una alta demora.
3 – Actividad asistencial
El objetivo planteado es aumentar la productividad y efectividad de la unidad de genética en su conjunto, incrementando la resolutividad. Se han realizado varias acciones en este sentido. Potenciar las consultas de primera visita y tratar de suprimir aquellas consultas de resultados menos problemáticas que se pueden

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1306

1. TÍTULO

REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

solucionar mediante el envío del informe a los pacientes y médicos peticionarios. También se está siendo más estricto en el cribado de la pertinencia de los estudios genéticos solicitados, rechazando aquéllos considerados no procedentes de dos formas diferentes. Se ha iniciado un registro manual de las hojas de consulta que se informan como estudio genético no procedente, ya sea porque no cumple criterios o porque falta información clínica relevante del paciente y/o sus familiares que pueda orientar la patología padecida hacia una causa genética. En segundo lugar, se ha introducido una regla en nuestro SIL que rechace estudios genéticos ya realizados en años anteriores. Esto es útil en estudios de trombosis, hemocromatosis, etc, en los que los clínicos suelen pedir de forma reiterada la evaluación de polimorfismos en determinados genes que aumentan el riesgo de estas patologías.
Otro de los objetivos relacionados con la actividad asistencial que merece ser mencionado ha sido la realización, a petición de la Dirección General de Asistencia del Departamento de Sanidad, de un catálogo de estudios genéticos con el objetivo de elaborar una Cartera de Servicios Autonómica de genética.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.1- Reorganización de las agendas.
Estudio NIPT. Con la sistemática implantada se van a suprimir cerca de 500 consultas de genética/año. Se han mejorado los tiempos de respuesta de estos estudios al eliminar la demora de la propia atención en consulta/laboratorio de genética puesto que es la Unidad de Diagnóstico Prenatal de Tocología del HUMS quien realiza todo el proceso de solicitud, información al paciente y firma del consentimiento informado.
Consultas preferentes. En Julio de 2018 se creó esta agenda en la consulta de genética para el tramo horario de 8:30 a 9:30, en el que hasta entonces no se realizaba actividad de consulta. Aunque el número de pacientes vistos no es muy elevado (91 en los 6 últimos meses de 2018) ha supuesto un alivio para la visita reglada de pacientes que se citan de modo urgente. La existencia de huecos en esta agenda evita que los pacientes se vean en el laboratorio de genética, en condiciones poco apropiadas para la visita médica, que era como se resolvían hasta ahora estos casos.
1.2 – Realización de registro de altas
La sistemática implantada con admisión (devolución de listados de los pacientes citados con la anotación “alta”) hemos visto que no es del todo operativa en nuestro caso y, sobre todo, no nos sirve para controlar conjuntamente la demora acumulada. Es por ello que hemos decido modificar el procedimiento. Ver explicación en apartado siguiente.
2 – Demoras
Con el registro de los campos introducidos en nuestro SIL (fechas de distintos eventos clave en el envío de muestras y recepción de resultados) hemos podido empezar a evaluar las demoras de los distintos subprocesos implicados. En cambio, todavía no disponemos de un método ágil para evaluar la demora previa desde de recepción de la hoja de consulta hasta la primera visita en la consulta. El registro de esta información comenzó a mediados de 2018, por lo que sólo recientemente estamos disponiendo de peticiones con estudios finalizados y, por tanto, la casuística para la evaluación todavía es pequeña. Se eligió como prueba trazadora la de Exoma Tríos, ya que vimos que en algún caso concreto se acumularon demoras de más de 1 año.
La realización del análisis genético en laboratorio externo (fecha de recepción de resultado – fecha de envío) está entorno a dos meses. En ocasiones puede alargarse hasta 4 meses pero porque se solicitó inicialmente un exoma dirigido y una vez recibido este resultado se considera adecuado ampliar el exoma tríos. En ambos circunstancias, los tiempos son adecuados. Por desgracia, las demoras achacables a genética se han revelado como claramente mejorables. El tiempo que transcurre desde que se recibe la muestra hasta que se envía, si bien presenta una media de 34 días en varios casos se prolongó hasta más de 6 meses. Lo mismo ocurre con el periodo desde que se recibe el resultado hasta que se revisa: media de 26 días (percentil 5 – 1 día; percentil 95; 4 meses). La demora para la cita posterior para la entrega de resultados presenta una media de 6 meses. Aquí es cierto que los resultados positivos se han visto en todos los casos en menos de 1 mes.
3 – Actividad asistencial
Se está mejorando la resolutividad, aumentando la relación primeras/segundas visitas y fomentando la entrega de resultados que pueden solucionarse sin la necesidad de una consulta presencial. Si bien esta estrategia comenzó a implantarse en septiembre de 2018, la evaluación inicial de los datos apuntan en este sentido. Mientras el número de consultas totales muestra un incremento anual sostenido (por ejemplo, 3790 en 2018 por 3701 en 2017, incremento del 2,4%), el número de primeras visitas aumentó el 7,9% pero el de sucesivas disminuyó el 13,4%, de forma que la relación primeras/sucesivas consultas aumentó un 70% en el año 2018 respecto de 2017.
Por otra parte, el número de estudios genéticos se mantiene más o menos estable desde hace 3 años, alrededor de 8000 al año. Esto puede ser consecuencia de que estemos alcanzando el máximo de productividad con los recursos actuales, pero también es cierto que se está optimizando el número de estudios genéticos procesados. Así, están aumentando las solicitudes no procesadas tanto por ser estudios ya realizados en años anteriores (unos 150 en 2018), como porque el historial aportado en la hojas de consulta desaconseja realizar el estudio genético (desde que tenemos registros, septiembre de 2018, se rechazan entre 5-10 al mes).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto de mejora ha sufrido retrasos por las circunstancias mencionadas, por lo que los resultados obtenidos hasta ahora son sólo modestos y no podemos evaluar en profundidad todas las acciones implantadas. Sin embargo, nos ha permitido conocer qué variables son las que necesitamos controlar para la mejora de la respuesta en su conjunto de la Sección de genética y las hemos empezando a registrar en cada una de las peticiones.
El análisis preliminar de las demoras achacables al laboratorio de genética ya va a desencadenar dos nuevas acciones. Estamos procediendo a la reorganización del procedimiento de envío de muestras a laboratorios externos. Cada día, un facultativo y un técnico de laboratorio van a ser los encargados de revisar todas las muestras recibidas para estudios externos y deberán remitirse todas las del día anterior. De la misma forma, para disminuir la demora de la revisión de resultados de estudios externos una vez que los hemos recibido,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1306

1. TÍTULO

REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

hemos contactado con los laboratorios externos para que todas las semanas nos remitan una relación de los estudios que nos han remitido. Esto debería eliminar las demoras inadmisibles (en algunos casos de meses) que hemos comprobado con la prueba trazadora Exoma Tríos.
Asimismo, la puesta en marcha de este proyecto también nos ha mostrado una realidad que era más o menos palpable. Desgraciadamente, la forma de registrar los estudios genéticos en nuestro SIL no permite ni un adecuado control de los mismos ni una mínima explotación de la información, ya sea con carácter epidemiológico, estadístico o de gestión. Hasta la fecha, la codificación de este tipo de información en nuestra base de datos ha sido defectuosa. Ésta se ha basado en enfermedad estudiada, lo que no resulta adecuado para extraer de una forma rápida el/los análisis concretos realizados en cada paciente. Esto es así porque para una misma enfermedad, codificada en el SIL de forma única, se han podido solicitar estudios muy diversos, tanto en el coste como en el tiempo de realización. Para solucionar este problema será de especial utilidad el catálogo de pruebas genéticas que hemos elaborado. Contiene cerca de 1600 entradas. Una vez realicemos la codificación de todos ellos en nuestro SIL, el registro específico de cada estudio nos va a permitir explotar información de una forma más eficaz, proporcionando a la Dirección y Órganos de Gestión los estudios concretos realizados y el coste de cada uno de ellos.
Las acciones iniciadas, aunque de momento nos hayan proporcionados resultados modestos, me permiten afirmar que vamos en la dirección correcta.

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto nos ha permitido demostrar una verdad conocida desde hace tiempo. No se puede mejorar lo que no se puede medir. Es por ello que en breve vamos a iniciar la codificación en nuestro SIL de los más de 1600 estudios genéticos diferentes que hemos realizado en los últimos años. La definición concreta del estudio solicitado, junto con el registro de todas las fechas relevantes del procedimiento nos permitirán seguir mejorando el control del estado de cada petición y reducir las demoras, algunas de ellas inadmisibles.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1306 ========== ***

Nº de registro: 1306

Título
REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

Autores:
LASIERRA MONCLUS ANA BELEN, ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE, RODRIGUEZ VALLE ANA, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES, IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA, GARCIA JIMENEZ CARMEN MARIA, GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO, RELLO VARAS LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades genéticas
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la actualidad según el catálogo OMIM (Online Mendelin Inheritance in Man) se conocen alrededor de 8.000 enfermedades genéticas relacionadas con todas las especialidades médicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que estas 8.000 enfermedades afectan al 7% de la población mundial. Además, según el informe de la Organización Europea de Enfermedades Raras (Eurordis), el 80% de las enfermedades raras son de origen genético. Todo ello junto con el rápido y constante avance tecnológico que ha permitido ampliar el estudio a múltiples genes ha llevado a que la solicitud de estudios genéticos haya incrementado en los últimos años de forma considerable, recibiendo solicitudes de todos los centros sanitarios de Aragón y de casi todas las especialidades médicas (obstetricia y ginecología, endocrinología, oncología, cardiología, entre muchas otras).
Teniendo en cuenta, además, la importancia de un examen clínico integral junto con antecedentes familiares detallados así como un conocimiento y actualización constante de las enfermedades genéticas y las técnicas más adecuadas para cada caso sin olvidar el obligado asesoramiento genético pre y postest, la consulta de genética se hace esencial y cada vez más demandada.
Todo ello ha conllevado a que la demora en la Consulta de Genética haya incrementado progresivamente, a pesar de haber aumentado el número de pacientes atendidos cada año (añadido además más de 800 gestantes al año que atendemos debido a la inclusión del NIPT en el c prenatal y que no constan en los listados de consulta). Por tanto se hace necesaria una reorganización de la consulta de genética para adecuarla a la actual demanda y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1306

1. TÍTULO

REORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE GENETICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA MEJORAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES

aumentar la resolutividad, principalmente en la entrega de resultados pero sin olvidar que el exceso de pacientes atendidos podría conllevar un mayor retraso en la entrega de resultados también al aumentar el trabajo de laboratorio de genética ya que los mismos facultativos que pasan consulta trabajan también en el laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es reorganizar las agendas de consulta de genética para adecuarlas a la actual demanda y disminuir la demora en la entrega de resultados.
También se pretende mejorar la adecuación de los estudios genéticos solicitados y establecer una sistemática que nos permita evaluar la demora real en la entrega de resultados para tomar las medidas más adecuadas en cada caso (prioridad y urgencia del caso).

MÉTODO
1. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA:
1.1. Reorganizar las agendas de la consulta de genética para adecuarlas a la actual demanda: se va a crear la agenda NIPT (Test fetal no invasivo, prueba dentro del protocolo regional de diagnóstico prenatal de cromosomopatías) para atender a las más de 800 gestantes/año que se someten al estudio de NIPT; se va a crear una agenda de Preferentes para atender aquellos casos urgentes (principalmente gestantes cuyo asesoramiento o estudio genético es urgente para llegar a tiempo al plazo legal de interrupción). Se mantienen las consultas de 1er día y de resultados de lunes a viernes.
1.2. Realizar un registro de altas que nos permita evaluar la resolutividad de las consultas y detectar y actuar sobre los puntos débiles para mejorar.

2. DEMORAS
2.1. Establecer una sistemática para evaluar la demora en la entrega de resultados de estudios genéticos y actuar en consecuencia
- Establecer una prueba trazadora: exoma tríos. Registrar fecha de extracción, tiempo de realización del estudio y tiempo de respuesta desde que se tiene el resultado hasta que se informa al paciente.
- Evaluar la disminución anual de la demora.

3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL
3.1. Adecuación de las solicitudes de estudios genéticos (% de estudios solicitados no procesados).
3.2. Aumentar el número de consultas anual tras la implantación de las nuevas agendas.

INDICADORES
Registro de altas: como no tenemos un referente nos servirá para conocer la situación y plantear objetivos en base a ello.
Disminución de la demora respecto a 2017: 5%.
Prueba trazadora: exoma tríos. Nº de solicitudes/mes. Tiempo realización estudio. Tiempo entrega resultados.
Adecuación de estudios genéticos: % de estudios solicitados no procesados. Como no tenemos un referente nos servirá para conocer la situación y plantear objetivos en base a su evaluación.
Aumento del número de consultas respecto al año 2017: 1%.

DURACIÓN
1. ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA: Mayo-Julio 2018. El registro de altas a lo largo de todo el año desde su implantación.
2. SISTEMÁTICA PARA EVALUAR LA DEMORA: Mayo-Septiembre 2018. Evaluación anual.
3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL: anual.
Evaluación y conclusiones: primer trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CESAR MARQUEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA
GARCIA GONZALEZ ELENA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
RELLO VARAS LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
Durante 2018 se han revisado los procedimientos técnicos de los alcances ya acreditados y se han actualizado aquellos que procedía: Bioquímica general (PTA-03_Z2(E)M_L-BQ, revisión P, 26/12/2018), Inmunoquímica (PTA-06_Z2(E)M_L-BQ, revisión I, 26/12/2018), Determinación de Aminoácidos y Acilcarnitinas por Espectrometría de Masas (PTA-07_Z2(E)M_L-BQ, revisión G 21/01/2019), Inmunoquímica mediante el Architect i2000 (PTA-09_Z2(E)M_L-BQ, revisión E 09/02/2019), Cribado Prenatal (PTA-11_Z2(E)M_L-BQ, revisión D, 09/02/2019) e Inmunoquímica mediante el BIO-FLASH (PTA-12_Z2(E)M_L-BQ, revisión B, 14/05/2018). Por reorganización en la sección de Hormonas se ha elaborado un nuevo procedimiento de Inmunoquímica mediante el DXI800 Hormonas (PTA-13_Z2(E)M_L-BQ, revisión A 26/12/2018) con incorporación de pruebas acreditadas y de ampliación, así como el registro de actividades de mantenimiento del equipo.

2. Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)

Se ha realizado el seguimiento mensual y evaluación de los indicadores definidos en el sistema de calidad del servicio. Se detallan en el siguiente apartado.

3. Validación de nuevos métodos o nueva tecnología. Evaluación del cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
Se ha realizado la validación de las pruebas incluidas en la ampliación del alcance, Eritropoyetina y Hormona del Crecimiento, incluidas en el Procedimiento de Inmunoquímica mediante el DXI800 Hormonas (PTA-13_Z2(E)M_L-BQ). Los resultados se evalúan con las especificaciones de calidad que recomiendan las sociedades científicas de laboratorio clínico y son satisfactorios.

4. Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
Se realiza seguimiento diario y mensual o trimestralmente se evalúan los resultados en función de las especificaciones de calidad definidas para cada parámetro acreditado.

5. Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
Se participa en diferentes programas de intercomparación para la realización de controles externos de los parámetros acreditados. La periodicidad es mensual o bimensual.

6. Realización de la Revisión por la Dirección (Responsable de Calidad y Director de Laboratorio).

La reunión para la revisión del sistema de calidad se realizó el 29 de Mayo de 2018 y en ella se detallaron los aspectos requeridos en la revisión durante 2017 y los objetivos y necesidades para 2018.

7. Auditoría interna

La auditoría interna prevista para 2018 no pudo realizarse en la fecha prevista, último trimestre del año y tuvo lugar el 20 de febrero de 2019.

7. Auditoría externa de ENAC

Durante el año 2018 no correspondía la realización de auditoría externa, prevista para Mayo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han adaptado los procedimientos a los cambios derivados de la incorporación de nuevos equipos y metodologías en las secciones de Bioquímica general y Hormonas.
Evaluación de indicadores:
1. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

adecuado
Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras
Estándar: >85%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 99.3%
Los resultados en global son satisfactorios.

2. Indicador: Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido
Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4ºC y 26ºC
Estándar: <5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 0%
Resultados satisfactorios.

3. Indicador: Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria
Estándar: <5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Pendiente de evaluación.

4. Indicador: Porcentaje de muestras hemolizadas
Criterio: Las muestras de suero / plasma no han de estar hemolizadas
Estándar: <5% (Excepto muestras procedentes del Hospital Infantil y Urgencias)
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 3.17%
Se cumple el estándar establecido (hemólisis < 5%) a excepción de las muestras procedentes de Urgencias (18,09%), y de Hospital Infantil (11,41%) pero es debido al tipo de pacientes. La media total de hemólisis no supera el estándar por lo que se consideran resultados aceptables.

5. Indicador: Gestión de la demanda analítica: Ampliar el número de parámetros con criterios de restricción de repeticiones
Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado
Estándar: >5 %
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: En el caso del proBNP la media anual del porcentaje de muestras rechazadas se encuentra dentro del estándar establecido. Para los parámetros Hb A1c, Proteínas, Proteinograma, Maarcadores de enfermedad celíaca, Vitamina B12, Ácido Fólico y Anticuerpo cíclico citrulinado, el porcentaje oscila entre 0,2 y 2,8. Se constata que existe un buen ajuste de la demanda de estos parámetros debido a que son principalmente pruebas que se solicitan desde primaria o consultas externas.

Cribado neonatal

6. Indicador: Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados
Criterio: La impregnación de los papeles de filtro ha de ser completa y uniforme para su análisis
Estándar: < 1%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 0.48%

7. Indicador: Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio.
Criterio: Los tiempos de recepción de muestras desde la extracción por cada centro han de ser inferiores o iguales a 3 días en Aragón e inferiores o iguales a 5 días fuera de Aragón
Estándar: = 3-5 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Los resultados son satisfactorios.

8. Indicador: Edad a la extracción
Criterio: La edad a la extracción de la primera muestra ha de estar entre el segundo y tercer día de nacimiento
Estándar: Entre 2 y 3 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Correctos para todos los centros.

INDICADORES FASE ANALÍTICA:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

9. Indicador: Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo)
Criterio: Los resultados de los programas de Intercomparativos han de ser satisfactorios
Estándar: >90%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 97.4% Satisfactorio

Cribado neonatal

10. Indicador: Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos
Criterio: El análisis de las muestras en el espectrómetro de masas no ha de presentar incidencias en todo el proceso analítico
Estándar: < 5%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 2.85%. Satisfactorio

INDICADORES FASE POST-ANALÍTICA:

11. Indicador: Tiempos de respuesta (Porcentaje de cumplimiento de los tiempos de respuesta de cada determinación o grupo de parámetros dentro del tiempo de respuesta pactado).
Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado
Estándar: >95%
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: 99,2% Satisfactorio

12. Indicador: Registro de Comunicación de resultados de alarma
Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma ha de realizarse en menos de 48 horas.
Estándar: < 5% notificaciones más de 48h
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Las notificaciones se han enviado en tiempo correcto, se ha evaluado el porcentaje de notificaciones abiertas en un tiempo superior a 48 horas (estándar <5 %). La media anual del porcentaje de notificaciones de resultados críticos abiertas en un tiempo inferior a 24 h ha sido de 94.7% mientras que las abiertas en un tiempo superior a 48h del 3.3%. A lo largo del año el número de notificaciones no abiertas ha disminuido ligeramente, con una media del 14.5%. Las consultas de Cardiología, Oncología, Medicina Interna, Urología y las consultas de Pediatría son las que acumulan mayor porcentaje de notificaciones no abiertas.

Cribado neonatal

13. Indicador: Edad al informe del cribado neonatal
Criterio: El tiempo para la emisión de resultados del cribado neonatal no debe superar los 12 días de vida del recién nacido
Estándar: Igual/ Inferior a 12 días
Análisis: Mensual
Evaluación: Anual
Resultado: Satisfactorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El sistema de gestión de la calidad está correctamente implantado en el servicio de Bioquímica Clínica, el objetivo es la ampliación progresiva de los alcances con la incorporación de las diferentes áreas del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1076 ========== ***

Nº de registro: 1076

Título
SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Autores:
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, GARCIA GONZALEZ ELENA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, RELLO VARAS LUIS, PUZO FONCILLAS JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acreditación Laboratorios
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica participa en el proyecto de acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de los laboratorios clínicos de Aragón desde el año 2007.
La última auditoría realizada por ENAC en junio de 2016 se evaluó todo el sistema de gestión de la calidad, incluyendo los objetivos e indicadores de los alcances ya acreditados y las ampliaciones y en septiembre se comunicó la resolución de la comisión de acreditación.
Los alcances acreditados engloban las áreas de Bioquímica General, Inmunoquímica, Proteínas, Metales, Cribado Neonatal, Hemoglobina glicosilada, Hormonas y Cribado Prenatal.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es el compromiso del Servicio de Bioquímica Clínica para mantener y ampliar la acreditación que asegura la competencia técnica en todos los procesos de laboratorio. Para ello se ha establecido un sistema documental de todos los procesos (fases preanalítica, analítica y postanalítica) así como objetivos e indicadores que evalúan periódicamente todas las fases y posibilita la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

MÉTODO
Las actividades para el mantenimiento y ampliación de la acreditación se basan en las indicadas por la norma.
1.Elaboración y revisión de los procedimientos, formatos y registros (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
2.Registro de los distintos indicadores, evaluación y mejora en función de los resultados obtenidos (Responsable de Calidad)
3.Evaluación y seguimiento del mapa de riesgos (Responsable de Calidad)
4.Realización de las actividades de aseguramiento interno de la calidad, cumplimiento de las especificaciones de calidad (Responsables técnicos)
5.Participación en programas de evaluación externa de la calidad (Responsables técnicos y Responsable de Calidad)
6.Auditoría interna
7.Auditoría externa de ENAC

INDICADORES
Fase Pre-analítica:
1. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria recibidas en tiempo adecuado. Criterio: Las neveras han de llegar al laboratorio dentro de las 3 horas desde la extracción de las muestras. Estándar: >85%
2. Porcentaje de neveras procedentes de los centros de atención primaria en temperatura fuera del rango establecido. Criterio: El rango de temperatura de las neveras ha de estar entre 4ºC y 25ºC. Estándar: <5%
3. Porcentaje y tipo de incidencias de las muestras procedentes de los centros de atención primaria. Estándar: <5%
4. Porcentaje de muestras hemolizadas. Estándar: <5%
5. Gestión de la demanda analítica. Criterio: Porcentaje de pruebas no realizadas por no cumplir el tiempo mínimo desde el último resultado. Estándar: >5%
6. Porcentaje de papeles de filtro (cartones) incorrectamente impregnados. Estándar: <1%
7. Tiempo desde la extracción de los papeles de filtro (cartones) por cada centro a su recepción en nuestro laboratorio. Estándar: 3 - 4 días
8. Edad a la extracción. Estándar: 2 - 3 días
Fase Analítica:
9. Intercomparativos Bioquímica Clínica (Porcentaje de cumplimiento de las actividades de control externo). Estándar: >90%
10. Porcentaje de cromatogramas (TIC) erróneos. Estándar: < 5%
Fase Post- analítica:
11. Tiempos de respuesta. Criterio: Los tiempos de respuesta no han de superar el tiempo pactado. Estándar: < 5%
12. Registro de Comunicación de resultados de alarma. Criterio: Las notificaciones de resultados de alarma han de realizarse en menos de 48 horas. Estándar: >95%

Análisis: Mensual. Evaluación: Anual

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1076

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189 DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA

DURACIÓN
Inicio: Septiembre 2016
Fin: Junio 2017
Auditoría interna: Noviembre 2016
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Diciembre 2016 – Enero 2017.
Registro y Evaluación de Indicadores: Enero 2016 – Diciembre 2016
Revisión del sistema de calidad: Abril 2017
Auditoría externa: Diciembre 2017
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa: Diciembre 2017 – Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GONZALEZ IRAZABAL
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO
GUALLAR SERRANO PILAR
ROMERO SANCHEZ NAIARA
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES
MELENDO LAPUENTE EVA
MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han evaluado los indicadores fijados para cada uno de los objetivos de calidad que deben cumplir las diferentes etapas del programa de cribado neonatal definidos por el Sistema Nacional de Salud.
Se detectan ciertas desviaciones de los objetivos marcados, lo que permite el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A continuación se recoge la evaluación de los indicadores propuestos al mismo tiempo que se comparan con los umbrales establecidos por el Sistema Nacional de Salud.
1.- Edad a la extracción primera muestra: entre las 24-72 horas de vida
Resultados propios: 98.4% (óptimo 99%, aceptable 95%)
2.- Calidad de la muestra: muestras no válidas
Resultados propios: 0.38% (óptimo 0.5%, aceptable 2%)
3.- Trazabilidad: muestras recibidas con resultado final
Resultados propios: 100% (óptimo 100%, aceptable 99%)
4.- Transporte: días desde extracción hasta llegada al laboratorio < 4
Resultados propios: 96.7% (óptimo 99%, aceptable 95%)
5.- Tiempo de respuesta: = 3 días
Resultados propios:94.1% (óptimo 99%, aceptable 95%)
6.- Edad del RN al informe primera muestra: < 10 días
Resultados propios: 99.9% (óptimo 99%, aceptable 95%)
7.- Edad del RN al informe segunda muestra: < 20 días
Resultados propios: 80.3% (óptimo 99%, aceptable 95%)
8.- Remisión de casos positivos al pediatra especialista
Resultados propios: 100% (óptimo 100%, aceptable 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Programa de Cribado Neonatal de Aragón cumple prácticamente todos los criterios propuestos por el Ministerio, en muchas ocasiones incluso cumple los niveles óptimos que garantizan la máxima eficacia del programa.

Al analizar con detenimiento el transporte de las muestras, se han detectado dos centros en los que el tiempo entre la extracción y la llegada de la muestra al laboratorio excede los 4 días, se han tomado las medidas necesarias realizando un cambio en el sistema del envío con el que el tiempo de transporte ha mejorado considerablemente.

El objetivo fijado para el tiempo de respuesta = 3 días es excesivamente estricto teniendo en cuenta que los laboratorios de Cribado Neonatal desarrollan su actividad solo de lunes a viernes. De esta manera, es imposible que al menos 1/5 del total de las muestras se analicen en menos de 3 días. Además, ha de tenerse en cuenta que la cartera de Cribado Neonatal se ha ampliado en los últimos tiempos, por lo que el tiempo de análisis aumenta.

Un objetivo de calidad que se incumple es que la edad al informe de segundas muestras sea antes de 20 días. Esto se debe a que hay ocasiones en las que el recién nacido por diversas causas no relacionadas con el cribado neonatal como ingreso, tipo de alimentación, prematuridad,…, se retrasa el momento de la segunda extracción con lo que no es posible realizar el informe final antes de los 20 días de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/482 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Nº de registro: 0482

Título
IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DECRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Autores:
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA, HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO, GUALLAR SERRANO PILAR, ROMERO SANCHEZ NAIARA, CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES, MELENDO LAPUENTE EVA, MELENDO VILLANUEVA DAFNE EVANGELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobó el Programa poblacional de cribado neonatal que va a formar parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), instando a establecer protocolos consensuados en el marco del SNS, que permitan abordar en todas las comunidades autónomas de manera homogénea y en base a criterios de calidad los procesos de cribado.
Con este fin se han definido una serie de objetivos de calidad que deben cumplir las etapas del programa y los requisitos necesarios para la consecución de estos objetivos.
Para cada uno de los objetivos se propone un nivel óptimo y un nivel aceptable.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende analizar y evaluar la situación actual del Programa de Cribado Neonatal de Aragón, respecto al cumplimiento de estos objetivos, lo que permitirá además el establecimiento de planes de mejora para alcanzar el nivel óptimo de eficiencia.

MÉTODO
Se emplearán una serie de indicadores para optimizar diversas actividades relacionadas con distintas etapas del Programa de Cribado Neonatal, cuya correcta realización son imprescindibles para que los resultados de programa sean óptimos.

INDICADORES
Para cada una de las etapas se evaluarán semestralmente los siguientes indicadores:
ETAPA DE LA TOMA DE LA MUESTRA
Tiempo de toma de muestra.
Garantizar toma de muestra en el intervalo de tiempo adecuado, ya que esto repercutirá en el cumplimiento de los plazos de tiempo de las siguientes etapas.
Óptimo: =99 % de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Aceptable: =95% de las muestras se toman entre las 24-72h de vida.
Calidad de la muestra.
Garantizar la calidad y adecuación de la muestra.
Óptimo: =0.5% de muestras no válidas.
Aceptable: =2% de muestras no válidas.
Trazabilidad
Garantizar la correcta trazabilidad e identificación de las muestras. Se debe garantizar la identificación y el seguimiento de todas las muestras desde el inicio del proceso hasta la obtención del resultado final.
Óptimo: 100% de las muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
Aceptable: 99% de muestras recogidas se conoce el resultado final del proceso.
ETAPA DEL TRANSPORTE DE LAS MUESTRAS
Tiempo de recepción de las muestras en el laboratorio.
Garantizar la correcta recepción de las muestras en el laboratorio en un plazo de tiempo adecuado y evitar el extravío de muestras.
Óptimo: =95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 3 días de la extracción y =99% antes de 4 días de la extracción.
Aceptable: 95% de las muestras se reciban en el laboratorio antes de que hayan transcurrido 4 días de la extracción.
ETAPA DE RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS, ANÁLISIS Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS POR PARTE DEL LABORATORIO DE CRIBADO NEONATAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0482

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS OBJETIVOS Y REQUISITOS DE CALIDAD DE LABORATORIO DEL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ARAGON

Tiempo de respuesta del laboratorio.
Garantizar el tiempo óptimo de respuesta del laboratorio desde la recepción de la muestra.
Óptimo: máximo 3 días para el =99% de las muestras recibidas.
Aceptable: máximo 3 días para el =95% de las muestras recibidas.
Edad del recién nacido a la obtención del resultado por el laboratorio
Maximizar la efectividad del programa. La optimización de la edad a la detección es clave para tener el diagnóstico confirmatorio e instaurar el tratamiento de los casos detectados, lo más rápido posible, antes de que se manifiesten los síntomas de la enfermedad, para evitar o minimizar los daños en el recién nacido.
Se consideran las siguientes situaciones:
- Si el resultado obtenido presenta valores muy alterados con una probabilidad elevada de que padezca la enfermedad, la obtención del primer resultado sobre primera muestra válida será:
Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.
Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección es antes de 10 días de vida del neonato.
- Si el resultado obtenido presenta valores dudosos que requieran una segunda muestra para confirmación será:
Óptimo: el 99% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).
Aceptable: el 95% de los casos, la edad a la detección fuera antes de los 20 días (antes de los 30 días para fibrosis quística).
ETAPA DE REMISIÓN DESDE EL LABORATORIO DE CRIBADO, A LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO, DE LOS CASOS DETECTADOS POSITIVOS
Remisión a la unidad clínica de seguimiento desde la obtención del resultado por el laboratorio.
Garantizar que todos los casos detectados positivos, han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento en un plazo de tiempo óptimo.
Óptimo/aceptable: 100% han sido remitidos a la unidad clínica de seguimiento el mismo día de la obtención del resultado por parte del laboratorio

DURACIÓN
Se evaluarán los indicadores correspondientes a los RN nacidos del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0025

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE ..... NOELIA JIMENO JIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL ROMEO MARIA CARMEN
VILLEN ANTON ASCENSION
ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Han sido realizados todos los protocolos que en materia de seguridad del paciente quirúrgico has sido descritos en el proyecto. Has sido valorados y aprobados por la Comisión de Cuidados del HUMS y realizadas las correcciones y aportaciones observadas.

Estamos pendientes del volcaje de los mismos en la web informática para su total difusión y de que se marque como objetivo de unidad,para dar formación sobre el mismo,que se ejecute y poder evaluar resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Proyecto formalmente realizado y aprobado.
Pendiente fase de Implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para poder implantarlo hay que determinar que uno de los objetivos de Unidad sea trabajar bajo esta línea de trabajo y así poder medir resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/25 ========== ***

Nº de registro: 0025

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS)

Autores:
JIMENO JIMENEZ NOELIA, ALONSO ESTEBAN MARIA MERCEDES, MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN, VILLEN ANTON ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El velar por la seguridad del paciente sometido a una
Intervención Quirúrgica, es la función más importante que tenemos como enfermeras dentro de nuestras actividades en el Bloque Quirúrgico.
Es por ello que creemos imprescindible el crear un sistema de protocolización de los diferentes sistemas de seguridad, a fín de crear una sistemática consensuada y de rigor científico con el objetivo de la mejora de nuestros cuidados en beneficio del aumento de la salud del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0025

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Además de la importancia en incidir en los diferentes sistemas de seguridad, creemos que al mismo tiempo hay una importante carencia en cuanto a la protocolización y estandarización de los mismos en el Bloque Quirúrgico, cosa que nos hace plantearnos un reto importante en cuanto a la implantación y desarrollo de los mismos de manera unánime en materia de seguridad.

En la actualidad, dichos sistemas se a aplican de forma mecánica durante el acto Intraoperatorio pero no hay una planificación adecuada de los diferentes procedimientos con rigor científico que dictamine el porqué se debe de hacer de un modo determinado, cosa que puede llevar a errores, a un aumento de los riesgos intra y post operatorios, y en consecuencia, a una disminución de la calidad asistencial en beneficio del usuario.

Por todo ello creemos que es un proyecto no sólo útil en favor de la mejora de la calidad asistencial, sino que es NECESARIO, en el ámbito en el que nos encontramos, el bloque quirúrgico, donde el paciente está totalmente desprotegido al estar fuera de su entorno y su familia, y sometido a fármacos que alteran o anulan su capacidad de ?respuesta, alerta o ayuda ante los diferentes agentes externos que pueden incidir en él. La seguridad es vital para minimizar riesgos.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Crear un entorno seguro en todo paciente sometido a Intervención Quirúrgica, a través de la protocolización de todas las medidas de Seguridad que confluyen en al área quirúrgica.

2.- Garantizar la mejora de la calidad de los cuidados por parte del personal que trabaja dentro del bloque quirúrgico de Traumatología de HUMS.

3.-Aumentar la motivación y satisfacción del personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología de HUMS

MÉTODO
Este proyecto se presentó en la convocatoria anterior 2015, y en este año sería luna ampliación para la continuidad en el desarrollo de los protocolos marcados en el mismo.

Se pretende hacer un sistema de protocolización de los diferentes sistemas de Seguridad Intra operatorios incidiendo y minimizando los principales riesgos que acontecen en el paciente:

< Riesgo úlcera por presión
< Riesgo de Caídas y Accidentes
< Riesgo de Luxaciones, roturas o dolor por posturas forzadas.
< Riesgo de quemaduras
< Riego de Electrocución
< Riego de alteraciones del sistema inmunitario < Riesgo de Infección

Se realizarán los Protocolos de posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica, Protocolo de prevención de riesgos eléctricos, protocolo de atención al paciente alérgico al látex, Protocolo de Manipulación de hemoderivados, Protocolo de lavado de manos Quirúrgico, Protocolo de desinfección y montaje del campo estéril,....etc
Los responsables de la realización de los mismos serán los profesionales implicados en dicho plan de mejora, y se utilizarán las diferentes fuentes de información científica y el consenso con otros profesionales, para estandarizar criterios.

INDICADORES
Indicadores de Estructura: Creación de protocolos en materia de seguridad

Se realizarán los mismos a través del consenso entre los diferentes profesionales implicados en el tema y a través de las diferentes fuentes de información científica.

Indicadores de Proceso: Porcentaje de personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología del HUMS que lleva a cabo el cumplimiento de dicho protocolo

Indicadores de Resultado: Grado de Satisfacción y motivación del personal del Bloque Quirúrgico de Traumatología del HUMS

DURACIÓN
SEPTIEMBRE/OCTUBRE.....revisión del estado de los protocolos desarrollados y puesta en común de los planes futuros
NOVIEMBRE- FEBRERO.....Elaboración de Protocolos
MARZO- MAYO.....Implantación de los mismos en el Bloque quirúrgico

OBSERVACIONES
Se trata de un Proyecto que en la convocatoria anterior, 2015, ya se comentó que seguramente necesitaríamos una ampliación, y así lo solicitamos ahora, para poder completar su desarrollo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0025

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MATERIA DE SEGURIDAD, AL PACIENTE INTERVENIDO EN EL BLOQUE QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0306

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELISA QUILEZ FRAJ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL NAVARRO SABRINA
LUIS LOBERA SARA
CABEZON PEREZ MARIA JESUS
URZAINQUI ZABALZA OFELIA
PUEYO ANDREA VERONICA
GARCIA PRIETO ELISA
PRADAS OTAL MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición del grupo de trabajo. Diciembre 2016
- Priorización de las técnicas anestésicas a protocolarizar. Enero 2017
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
Febrero 2017 – Marzo 2017
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema
Febrero – marzo 2017
- Consenso y elaboración de los protocolos de enfermería, sobre las técnicas anestésicas más habituales en quirófano y los cuidados de enfermería a aplicar
Mayo 2017- Septiembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos Específicos:
1. Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que día a día realizan su actividad en anestesia
2. Actualizar los conocimientos y las habilidades relativas al cuidado del paciente que va a ser anestesiado.
3. Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico, en el área de anestesia.
Indicadores:
1. Existencia de protocolos de enfermería de las técnicas anestésicas priorizadas: SI

- Se han elaborado los protocolos siguientes:

a. Cuidados de enfermería en la anestesia intradural, intratecal o raquídea
b. Cuidados de enfermería en la anestesia general
c. Cuidados de enfermería en la anestesia epidural
d. Cuidados de enfermería en la anestesia general básica en criocirugía
e. Cuidados de enfermería ante la alergia al látex

2. Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.

Todos los protocolos están accesible al personal del bloque quirúrgico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dado que los pacientes quirúrgicos son más proclives a desarrollar eventos adversos, relacionados tanto con los procedimientos quirúrgicos como con los procedimientos anestésicos, se pone de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a su prevención, entre las que algunos autores han incluido la utilización de guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos.
Si nos centramos en la práctica anestésica y de reanimación, la enfermera en quirófano desempeña un papel crucial. Debe estar está capacitada para proveer o participar en la realización de técnicas avanzadas o especializadas, así como en la aplicación de diferentes técnicas analgésicas y el manejo seguro de fármacos de alto riesgo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/306 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0306

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

***

Nº de registro: 0306

Título
MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
QUILEZ FRAJ ELISA, GIL NAVARRO SABRINA, LUIS LOBERA SARA, CABEZON PEREZ MARIA JESUS, URZAINQUI ZABALZA OFELIA, PUEYO ANDREA VERONICA, GARCIA PRIETO ELISA, PRADAS OTAL MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las principales organizaciones de salud (OMS, OPS, Comité Europeo de Sanidad), agencias y organismos internacionales (AHRQ, NPSA, ACSQHC, OCDE) han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica. Todas ellas coinciden en recomendar a los diferentes gobiernos que sitúen la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes.

Las áreas quirúrgicas, son unidades complejas, multidisciplinares, donde nos enfrentamos con relativa frecuencia a situaciones críticas.
Dado que los pacientes quirúrgicos son más proclives a desarrollar eventos adversos, relacionados tanto con los procedimientos quirúrgicos como con los procedimientos anestésicos, se pone de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a su prevención, entre las que algunos autores han incluido la utilización de guías de práctica clínica, vías clínicas y/o protocolos.

Si nos centramos en la práctica anestésica y de reanimación, la enfermera en quirófano desempeña un papel crucial. Debe estar está capacitada para proveer o participar en la realización de técnicas avanzadas o especializadas, así como en la aplicación de diferentes técnicas analgésicas y el manejo seguro de fármacos de alto riesgo.

Los protocolos son especialmente útiles en los procedimientos anestésicos, ya que los técnicas a aplicar y los esquemas de administración de fármacos son complejos y variados, lo que facilita la aparición de errores.
El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal de enfermería de recién incorporación a la plantilla pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulte familiar.
Protocolizando las técnicas más habituales en anestesia conseguiremos mejorar y actualizar nuestros conocimientos para ofrecer una asistencia con la máxima eficacia, calidad y seguridad para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
General:

? Garantizar un cuidado integral, seguro y de calidad del paciente quirúrgico anestesiado.

Específicos:

• Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que día a día realizan su actividad en anestesia
• Actualizar los conocimientos y las habilidades relativas al cuidado del paciente que va a ser anestesiado.
• Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico, en el área de anestesia.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de las técnicas anestésicas a protocolarizar.
- Análisis del contexto específico en que se van a aplicar.
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0306

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA, PROCEDIMIENTOS Y SEGURIDAD DEL PACINTE EN ANESTESIA DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

- Consenso y elaboración de los protocolos de enfermería, sobre las técnicas anestésicas más habituales en quirófano y los cuidados de enfermería a aplicar.
- Implementar y evaluar el proyecto.

INDICADORES
- Existencia de protocolos de enfermería de las técnicas anestésicas priorizadas.

- Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.

- Nº de profesionales de enfermería que conocen el contenido de los protocolos realizados´

DURACIÓN
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2016
- Priorización, análisis y revisión bibliográfica – Diciembre 2016 – Marzo 2017
- Consenso y realización de los protocolos – Abril 2017 – Junio 2017
- Implementar y evaluar – Julio – Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0355

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SARA LUIS LOBERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOBREVIELA PELEGRIN RUBEN
VALLEJO GUTIERREZ RAQUEL
BADESA PEÑA ANA ISABEL
SERRANO PELLICER SUSANA
QUILEZ FRAJ ELISA
MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE
TRASOBARES GRACIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición del grupo de trabajo: Octubre – Noviembre 2016
- Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar: Enero 2017
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible: Febrero 2017– Mayo 2017
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos : Febrero – Mayo 2017
- Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas y la forma de realizarla con detalle claro y preciso, de la patología, cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorio inmediato, instrumental quirúrgico, suturas necesarias, pasos a seguir en la intervención, materiales a utilizar y peculiaridades a tener en cuenta. En total se han elaborado 36 protocolos en formato de ficha quirúrgica. Junio 2017- Diciembre 2017
- Evaluar el proyecto. Diciembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los protocolos en formato de fichas quirúrgicas de las intervenciones quirúrgicas que se han elaborado son:
- Dehiscencia de esternón - Toracoscopia
- Implante de marcapasos - Toracostomía
- Reintervención cirugía cardiaca - Video toracoscopia
- Taponamiento cardiaco - Suturas mecánicas
- Acceso perianal - Reparación rotura ocular
- Apendicectomia abierta - Traqueotomia definitiva
- Colecistectomía abierta - Biopsia renal
- Colecistectomía laparoscópica - Cateterismo ureteral
- Colectomía total. Perforación IG - Colocación de doble J
- Hernia Incarcerada - Nefrostomía percutánea
- Laparoscopia exploradora - Revisión implante renal
- Laparotomia por perforación ID - Torsión testicular
- Perforación esofágica - Amputación supra e infra condilea
- Perforación estomago - Aneurisma abdominal
- Resección intestinal - Aneurisma aorto abdominal
- Sangrado hepático - Bypass – femoro- femoral
- Vía biliar complicada - Embolectomía
- Fistula arterio- venosa - Tratamiento electroconvulsivo

Todos los profesionales de los quirófanos de urgencias del HUMS conocen y tienen acceso a los protocolos en formato electrónico. Está pendiente la impresión a color de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los protocolos son especialmente útiles en los procedimientos quirúrgicos, ya que las técnicas a aplicar son complejas y variadas.
El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal de enfermería de recién incorporación a la plantilla pueda realizar, de manera segura, un proceso que no le resulta familiar.
La realización de los protocolos nos ha permitido mejorar y actualizar nuestros conocimientos y consensuar las intervenciones de enfermería a realizar en dichas intervenciones quirúrgicas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/355 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0355

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

Nº de registro: 0355

Título
DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
LUIS LOBERA SARA, SOBREVIELA PELEGRIN RUBEN, VALLEJO GUTIERREZ RAQUEL, BADESA PEÑA ANA ISABEL, SERRANO PELLICER SUSANA, QUILEZ FRAJ ELISA, MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE, TRASOBARES GRACIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los principales retos que afronta la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados es dar una respuesta de calidad a las necesidades sanitarias de una población, cada vez más exigente, en el marco de las limitaciones impuestas por el contexto económico y presupuestario.

Esta respuesta de calidad, frente al complejo proceso de toma de decisiones sanitarias, se ve dificultada, aún más, por la constante aparición de nuevas tecnologías, nuevas formas de trabajo y por la diversidad de criterios asistenciales para atender una misma condición clínica.

Durante los últimos años, probablemente bajo la influencia de la filosofía de la medicina basada en la evidencia, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas.
Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario de nuestra organización.

De esta necesidad, surge la idea de protocolarizar las diferentes intervenciones quirúrgicas en las que colaboran los equipos de enfermería.
La idea es poder desarrollar protocolos de enfermería en el bloque quirúrgico, realizados por y para profesionales de enfermería, con el fin de poder contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a dichos profesionales, como documento de consulta y formación, contribuyendo así a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y a que la atención proporcionada a los pacientes quirúrgicos sea cada día de más calidad

RESULTADOS ESPERADOS
General:

? Garantizar la calidad y la mejora continua de los cuidados de enfermería en el bloque quirúrgico.

Específicos:

• Limitar la variabilidad en la práctica asistencial de los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
• Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho.
• Eliminar o reducir costes innecesarios derivados de la variabilidad del cuidado.
• Conducir la atención de enfermería en la dirección científica, contribuyendo al desarrollo de la cultura de la evidencia.
• Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo.
- Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar.
- Análisis del contexto especifico en que se van a aplicar.
- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.
- Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas y la forma de realizarla con detalle claro y preciso, de la patología, cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorio inmediato, instrumental quirúrgico, suturas necesarias, pasos a seguir en la intervención, materiales a utilizar y peculiaridades a tener en cuenta.
- Implementar y evaluar el proyecto.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0355

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BLOQUE QUIRURGICO

- Existencia de protocolos en formato de fichas quirúrgicas de las intervenciones quirúrgicas priorizadas.
- Accesibilidad de los protocolos para los profesionales de enfermería del bloque quirúrgico.
- Nº de profesionales de enfermería que conocen el contenido de los protocolos realizados´

DURACIÓN
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2016
- Priorización, análisis y revisión bibliográfica – Diciembre 2016 – Marzo 2017
- Consenso y realización de los protocolos – Abril 2017 – Junio 2017
- Implementar y evaluar – Julio – Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0356

1. TÍTULO

HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUIS FERNANDO MANCHON LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLLADO VILLAVERDE SORAYA
CHUECA TORAL LORENA
ALVAREZ FERNANDEZ JOSE LUIS
CARCAVILLA SARRATO SARA
PLANAS SERRANO MARIA JOSE
NOVEL CARBO LAURA
SERRANO BERITENS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición del grupo de trabajo. Enero 2017
- Revisión bibliográfica sobre la aplicación del modelo de Virginia Henderson en el acto quirúrgico- Febrero – Marzo 2017
- Consenso e integración de la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería. – Abril –mayo 2017
- Aplicación del modelo de forma planificada, sistemática y continua en los protocolos de enfermería del bloque – Junio –noviembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Siguiendo el modelo de Virginia Henderson se realiza una valoración enfermera preoperatoria para detectar las necesidades del paciente quirúrgico. Tras consenso del equipo del proyecto se incide en la importancia de incluir y desarrollar la necesidad de seguridad (evitar peligros del entorno) en todos los protocolos Nº de protocolos quirúrgicos de enfermería con valoración enfermera.
- Total de protocolos de enfermería: Se ha incluido en el 100% de los protocolos de enfermería existentes en el quirófano de urgencia del HUMS la valoración enfermera preoperatoria, incidiendo en la aplicación de la valoración de la necesidad de seguridad. Nº de profesionales de enfermería del quirófano que aplican la valoración preoperatoria.
- Total de profesionales de enfermería de quirófano: El 100% de los profesionales de enfermería del quirófano de urgencia aplican el procedimiento desarrollado en el protocolo para evitar riesgos del entorno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Teniendo en cuenta que el momento de la cirugía sitúa a las personas en una situación vulnerable, especialmente en el ámbito físico y emocional, es imprescindible poder identificar a través de una valoración enfermera planificada, sistemática y continua, las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del paciente Es importante incidir en la valoración enfermera ya que nos ayuda a prevenir posibles errores que se pueden realizar en la práctica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/356 ========== ***

Nº de registro: 0356

Título
HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

Autores:
MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO, COLLADO VILLAVERDE SORAYA, CHUECA TORAL LORENA, ALVAREZ FERNANDEZ JOSE LUIS, CARCAVILLA SARRATO SARA, PLANAS SERRANO MARIA JOSE, NOVEL CARBO LAURA, SERRANO BERITENS CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0356

1. TÍTULO

HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN BLOQUE QUIRURGICO SIGUIENDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON PARA LA VALORACION ENFERMERA PREOPERATORIA

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sociedad e incluso muchos profesionales consideran que los equipos de enfermería que trabajan en las áreas quirúrgicas realiza una labor muy técnica en la que hay poco tiempo para prestar cuidados. Se precisan conocimientos, actitudes y habilidades técnicas en cirugía pero además estar capacitado para desarrollar un juicio crítico y tener habilidades intelectuales para que la relación enfermera-paciente esté sustentada en el cuidado humano, proporcionando cuidados integrales independientemente de la patología del paciente. Siguiendo a Bernard y Sandelowski, "La enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de la salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios ambientales tecnológicos. Teniendo en cuenta que el momento de la cirugía sitúa a las personas en una situación vulnerable, especialmente en el ámbito físico y emocional, es imprescindible poder identificar a través de una valoración enfermera planificada, sistemática y continua, las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del paciente para poder poner en marcha un programa individualizado y humanizado de cuidados de enfermería durante todo el proceso quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS
General:

? Proporcionar una atención, a los pacientes que requieren una intervención quirúrgica, que satisfaga sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería especializados y humanizados basados en el Modelo de Virginia Henderson
Específicos:
• Concienciar a los profesionales de enfermería acerca de la necesidad de mejorar la forma de interactuar con el paciente en el momento de la valoración enfermera durante el proceso quirúrgico.
• Integrar la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre la aplicación del modelo de Virginia Henderson en el acto quirúrgico
- Consenso e integración de la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos de enfermería.
- Aplicación del modelo de forma planificada, sistemática y continua.
- Estudio observacional sobre la aplicación del proceso de valoración enfermera según modelo de Virginia Henderson.

INDICADORES
- Existencia del proceso de valoración enfermera en los protocolos quirúrgicos de enfermería.
- Nº de profesionales que realizan la valoración enfermera siguiendo el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson.

DURACIÓN
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2016
- Revisión bibliográfica –Diciembre 2016 – Enero - Febrero
- Integrar el modelo de Virginia Henderson en los protocolos quirúrgicos
Marzo 2017- Mayo 2017
- Estudio observacional sobre la valoración enfermera preoperatoria.
Junio 2017 – Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTESINOS TORTOSA LUCIA
LOPEZ ARTAL LORENA
ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA
VALLE TAJADA MARTA
MARTINEZ MORERA NATALIA
GREGORIO PEREZ EVANGELINA
CATALAN GARCIA LARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Definición del grupo de trabajo. Diciembre 2016
Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS. Febrero 2017 – Marzo 2017
Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico. Observando aprendemos. - marzo 2017 – junio 2017
Sesiones formativas – Se realizan 2 sesiones formativas en la incorporación de nuevos profesionales de enfermería al bloque

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico- Realizada
Nº de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico – 2
Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto. - el 98 % de los profesionales de enfermería del quirófano de urgencia realizan correctamente el lavado tras el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Habría que extender el programa a todos los profesionales que atienden directamente el proceso quirúrgico.
Aunque inicialmente el proyecto se definió para formar al personal de enfermería tras el estudio observacional se evidencia errores en la realización del lavado quirúrgico en los médicos, fundamentalmente en los médicos residentes
Es efectivo tener la herramienta accesible en todos los escritorios de los ordenadores del bloque para ser fácilmente consultados

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto fue incluido en el acuerdo de gestión del año 2017.
Habria que continuar con la linea de trabajo

*** ========== Resumen del proyecto 2016/357 ========== ***

Nº de registro: 0357

Título
LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Autores:
PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR, MONTESINOS TORTOSA LUCIA, LOPEZ ARTAL LORENA, ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA, VALLE TAJADA MARTA, MARTINEZ MORERA NATALIA, GREGORIO PEREZ EVANGELINA, CATALAN GARCIA LARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El programa de la OMS "Una atención limpia es una atención más segura" aborda un aspecto clave en la seguridad de los pacientes que reciben atención sanitaria: prevenir la transmisión de agentes patógenos mediante el fomento de la higiene y el lavado de manos, con objeto de disminuir la incidencia de la infección nosocomial.
Dentro de este tipo de infecciones, la de localización quirúrgica representa de un 14% a un 16% de las que se desarrollan en pacientes hospitalizados ocupando el tercer lugar entre las infecciones nosocomiales. Con estos datos, el objetivo principal que la OMS se ha marcado para el presente año es la mejora de las prácticas de higiene de las manos en todos los servicios quirúrgicos.
Teniendo en cuenta que el bloque quirúrgica es una zona de especial riesgo por la instrumentación, manipulación y ruptura de barreras naturales que se realizan sobre los pacientes; es una prioridad que todos los profesionales que desarrollan su actividad, en dicha área, se adhieran al cumplimiento de las normas de higiene recomendadas por la OMS con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales.

RESULTADOS ESPERADOS
General:

? Garantizar la seguridad del paciente, evitando eventos adversos asociados a la atención quirúrgica como las infecciones nosocomiales.

Específicos:

• Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos quirúrgico en el momento oportuno y de la forma apropiada.
• Mejorar la adherencia al programa de higiene de manos.
• Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el método de higienes de las manos quirúrgicas.
• Contribuir a reducir el riesgo de transmisión de infecciones
• Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS.
- Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico. Observando aprendemos.
- Realización de sesiones formativas para el personal de enfermería
- Evaluación de resultados

INDICADORES
- Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
- Nº de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico
- Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto.

DURACIÓN
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2016
- Revisón bibliográfica –Diciembre 2016 – Febrero 2017
- Elaboración del programa visual – Marzo 2017- Mayo 2017
- Sesiones formativas – En la incorporación de profesionales de nueva incorporación.
- Estudio observacional sobre el correcto lavado de manos –Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTESINOS TORTOSA LUCIA
LOPEZ ARTAL LORENA
ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA
VALLE TAJADA MARTA
MARTINEZ MORERA NATALIA
GREGORIO PEREZ EVANGELINA
CATALAN GARCIA LARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Definición del grupo de trabajo:Diciembre 2016
Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS: Febrero – Marzo 2017
Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico "Observando aprendemos": marzo – junio 2017
Sesiones formativas en la incorporación de nuevos profesionales de enfermería.
Se incorpora el modulo de higiene de manos en bloque quirúrgico en el programa formativo de Infección quirúrgica Zero.
Durante el año 2018 se han realizado un total 4 ediciones en los que se han formado a 25 profesionales en cada una de ellas (en total 100 profesionales formados)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico- 2017
Nº de sesiones formativas realizadas en el bloque quirúrgico en la incorporación de nuevos profesionales – 4 (2017-2018)
Incorporación del modulo de higiene de manos en bloque quirúrgico en el programa formativo de IQZ: se realizan 4 sesiones donde formamos a 100 profesionales.
Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto- Tras el último corte observacional el 93,10% de los profesionales han realizado correctamente la técnica del lavado de manos quirúrgico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es prioritario sensibilizar a todos los profesionales sobre la importancia de la higiene de manos para prevenir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. La formación continuada, en este área, es un aspecto clave.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/357 ========== ***

Nº de registro: 0357

Título
LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDAS

Autores:
PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR, MONTESINOS TORTOSA LUCIA, LOPEZ ARTAL LORENA, ALQUEZAR BALLANO ADELAIDA, VALLE TAJADA MARTA, MARTINEZ MORERA NATALIA, GREGORIO PEREZ EVANGELINA, CATALAN GARCIA LARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0357

1. TÍTULO

LAVADO MANOS EN AREA QUIRURGICA: SALVAMOS VIDA

Otro Tipo Patología: Paciente Quirurgico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El programa de la OMS "Una atención limpia es una atención más segura" aborda un aspecto clave en la seguridad de los pacientes que reciben atención sanitaria: prevenir la transmisión de agentes patógenos mediante el fomento de la higiene y el lavado de manos, con objeto de disminuir la incidencia de la infección nosocomial.
Dentro de este tipo de infecciones, la de localización quirúrgica representa de un 14% a un 16% de las que se desarrollan en pacientes hospitalizados ocupando el tercer lugar entre las infecciones nosocomiales. Con estos datos, el objetivo principal que la OMS se ha marcado para el presente año es la mejora de las prácticas de higiene de las manos en todos los servicios quirúrgicos.
Teniendo en cuenta que el bloque quirúrgica es una zona de especial riesgo por la instrumentación, manipulación y ruptura de barreras naturales que se realizan sobre los pacientes; es una prioridad que todos los profesionales que desarrollan su actividad, en dicha área, se adhieran al cumplimiento de las normas de higiene recomendadas por la OMS con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales.

RESULTADOS ESPERADOS
General:

? Garantizar la seguridad del paciente, evitando eventos adversos asociados a la atención quirúrgica como las infecciones nosocomiales.

Específicos:

• Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas de higiene de las manos quirúrgico en el momento oportuno y de la forma apropiada.
• Mejorar la adherencia al programa de higiene de manos.
• Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el método de higienes de las manos quirúrgicas.
• Contribuir a reducir el riesgo de transmisión de infecciones
• Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre los programas de higiene de manos quirúrgica y las normas recomendadas por la OMS.
- Consenso y elaboración del programa formativo visual para el personal de enfermería del bloque quirúrgico. Observando aprendemos.
- Realización de sesiones formativas para el personal de enfermería
- Evaluación de resultados

INDICADORES
- Existencia de una herramienta visual, para desarrollar el programa formativo, que sea accesible para los equipos de enfermería del bloque quirúrgico.
- Nº de sesiones de formación realizadas en el bloque quirúrgico
- Nº de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico de urgencias que realizan el lavado de manos quirúrgico correcto.

DURACIÓN
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2016
- Revisón bibliográfica –Diciembre 2016 – Febrero 2017
- Elaboración del programa visual – Marzo 2017- Mayo 2017
- Sesiones formativas – En la incorporación de profesionales de nueva incorporación.
- Estudio observacional sobre el correcto lavado de manos –Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0543

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA QUILEZ FRAJ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
URZAINQUI ZABALZA OFELIA
LUIS LOBERA SARA
CABEZON PEREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se definió el grupo de trabajo que iba a trabajar en este proyecto
2. Se priorizaron las áreas a incluir en el manual de bolsillo, y más específicamente las intervenciones quirúrgicas que se iban a incluir en el mismo y la información que se iba a recoger de cada una.
3. Se busco la mejor evidencia científica disponible y se contó con el juicio y valoración de los profesionales que trabajan diariamente en el área y que son expertos en el tema.
4. Tras llegar a un consenso se elaboró cada uno de los temas que se iba a incluir.
5. Para finalizar el proyecto se ha realizado la impresión del Manuel de bolsillo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El resultado definitivo era la elaboración del manual de bolsillo para las enfermeras de nueva incorporación
2. Tanto los profesionales que lo hemos realizado como los profesionales de nueva incorporación que lo están utilizando están satisfechos con la nueva herramienta que facilita la incorporación a un área tan especializada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación en nuestro bloque quirúrgico, se han convertido en un aspecto clave a tener en cuenta dentro de nuestra organización de trabajo.
Dentro del plan de acogido hemos incluido la realización de un manual de bolsillo, para el personal de nueva incorporación, que recoge las intervenciones que más frecuentemente realizamos en nuestra área
Contar con este manual de bolsillo, para las enfermeras del bloque quirúrgico, ha contribuido de manera favorable a mejorar el nivel competencial del personal de nueva incorporación, a su integración en el equipo, a aumentar la seguridad y la satisfacción laboral del personal, a disminuir de la carga laboral de formación del resto del equipo y a mejorar la imagen corporativa de nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/543 ========== ***

Nº de registro: 0543

Título
MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
QUILEZ FRAJ ELISA, URZAINQUI ZABALZA OFELIA, LUIS LOBERA SARA, CABEZON PEREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Quirúrgico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0543

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los planes de acogida a personal de nueva incorporación, se han convertido para las empresas en una herramienta útil en la gestión de recursos humanos.

En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo, a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

Dentro de este marco conceptual contar con un manual de bolsillo para las enfermeras del bloque quirúrgico contribuye de manera favorable a mejorar el nivel competencial, la integración en el equipo, el aumento de la seguridad, la satisfacción laboral del personal, la disminución de la carga laboral de formación del resto del equipo y la buena imagen corporativa generando un mayor compromiso con la organización.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general del manual -en formato de bolsillo- es servir como un instrumento de trabajo para todo el personal de nueva incorporación en el bloque quirúrgico.

Como objetivos específicos pretendemos:

* Reducir el estrés que supone para las enfermeras el incorporarse al bloque quirúrgico

* Proporcionar al personal la información general más útil para la integración en el servicio

* Proporcionar la información específica sobre el material y las técnicas más habituales en quirófano

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo.

- Priorización de las áreas a incluir en el manual de bolsillo

- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.

- Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema.

- Consenso y elaboración de cada uno de los temas

- Implementar y evaluar el proyecto.

INDICADORES
* Se ha realizado el manual de bolsillo: SI

* Satisfacción de los profesionales de enfermería con el manual:

El 90% de los profesionales están satisfechos con la información que recoge el manual de bolsillo

DURACIÓN
- Definición del grupo de trabajo- Abril 2018

- Priorización de las áreas a incluir en el manual de bolsillo – Mayo 2018

- Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible- Mayo – Septiembre 2018

- Valoración y juicio de los profesionales expertos en el tema: Mayo –Septiembre 2018

- Consenso y elaboración de cada uno de los temas: Mayo – Septiembre 2018

- Elaboración final del manual de bolsillo- Octubre 2018 – Noviembre 2018

- Evaluar el proyecto- Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0543

1. TÍTULO

MANUAL DE BOLSILLO PARA LAS ENFERMERAS DEL BLOQUE QUIRURGICO. HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1278

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS FERNANDO MANCHON LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLLADO VILLAVERDE SORAYA
VALLE TAJADA MARTA
CATALAN GARCIA LARA
MARTINEZ MORERA NATALIA
GIMENO GALLEGO LAURA MARIA
GREGORIO PEREZ EVANGELINA
SERRANO PELLICER SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se ha realizado en el año 2018 en los quirófanos de urgencias del bloque quirúrgico B .
En primer lugar se creó el grupo de trabajo, el cual priorizo del instrumental y las cajas de los quirófanos de urgencias del HUMS a categorizar.
El grupo considero categorizar:
1. Instrumental especialidad oftalmología de urgencia: Caja de instrumental de oftalmología general, Caja de instrumental de catarata, Caja de instrumental de enucleación y Caja de instrumental de extracción corneal.
2. Instrumental especialidad de vascular de urgencia: Caja de instrumental de amputación, Caja de instrumental de embolectomía, y Caja de instrumental de fistula.
3. Instrumental especialidad de cirugía general de urgencia: Caja de instrumental de cirugía menor, Caja de instrumental de cirugía General y Caja de instrumental de Laparotomía de vías biliares.
4. Caja especialidad de urología de urgencia: Caja de endoscopia, Caja de RTV, Caja de cateterismo uretral.
5. Caja especialidad de otorrino de urgencia: Caja de traqueostomía.

Tras la priorización se realizaron las fotografías de todo el instrumental incluido en cada una de las cajas y de las cajas con el material en su totalidad.

Tras la realización de las fotos se han montado unas fichas por especialidad quirúrgica, donde se incluye todo el material con su fotografía, la definición del mismo y su utilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En total se han categorizado 14 cajas de instrumental quirúrgico de las especialidades más frecuentes del quirófano de urgencias del Bloque B del HUMS.
- Contamos con fichas para cada una de las cajas con todo su material, donde incluimos fotografía del mismo, definición y funciones.
- Estamos pendientes de la impresión y plastificación del catalogo por parte de la reprografía del servicio Aragonés de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que encontramos cierta dificultad para la impresión y plastificación de documentación una vez realizado el trabajo, así como para la solicitud del numero de copias, ya que está limitado el numero que podemos solicitar.
Creemos que es una documentación importante para entregar a todo el personal de nueva incorporación en los quirófanos, ya que les va a permitir poder identificar cada una de las piezas que componen las cajas quirúgicas y conocer el material que se necesita preparar en las intervenciones que se realizan mas frecuentemente en la urgencia.
Pensamos que este proyecto se podría replicar en cualquier área del bloque quirúrgico

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1278 ========== ***

Nº de registro: 1278

Título
EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1278

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
MANCHON LOPEZ LUIS FERNANDO, COLLADO VILLAVERDE SORAYA, VALLE TAJADA MARTA, CATALAN GARCIA LARA, MARTINEZ MORERA NATALIA, GIMENO GALLEGO LAURA MARIA, GREGORIO PEREZ EVANGELINA, SERRANO PELLICER SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La instrumentación quirúrgica se define como "el arte y la capacidad de participar en el acto quirúrgico, en el manejo del instrumental y accesorios, e impartir técnicas de esterilidad".
Dicha definición nos muestra, a la enfermera instrumentista como un componente vital del equipo quirúrgico, la cual debe tener el conocimiento de la técnica a llevar a cabo y del instrumental quirúrgico que se debe utilizar y proporcionar la máxima eficacia en el manejo del mismo durante la intervención quirúrgica.
Contar con un manual fotográfico del instrumental existente en las diferentes cajas quirúrgicas del bloque quirúrgico del HUMS es una herramienta que va a permitir al personal de nueva incorporación poder identificar cada una de las piezas que componen dichas cajas, la función de las mismas para finalmente poder ofrecer una asistencia con la máxima eficacia, calidad y seguridad.

RESULTADOS ESPERADOS
-Contar con una herramienta útil y eficaz, que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería de nueva incorporación en el bloque quirúrgico del HUMS
-Reconocer el instrumental quirúrgico que se tiene a disposición en las diferentes cajas quirúrgicas del HUMS por especialidad
-Conocer la utilidad e importancia de cada instrumento quirúrgico

MÉTODO
-Definición del grupo de trabajo
-Priorización del instrumental y las cajas de los quirófanos del HUMS a categorizar
-Realización de fotografías para identificar el instrumental y la caja quirúrgica
-Montar el catalogo en el que se incluirá:
Especialidad quirúrgica, fotografía del instrumental y de la caja quirúrgica, la definición del mismo y sus funciones

INDICADORES
-Catálogo realizado: SI
-Nº de cajas o sets quirúrgicos categorizados e incluidos en el catálogo – Al menos se categorizaran 10 cajas quirúrgicas

DURACIÓN
•Priorización del instrumental y las cajas de los quirófanos del HUMS a categorizar-
Abril- junio 2018
•Realización de fotografías para identificar el instrumental y la caja quirúrgicaJunio – Octubre 2018
•Montar el catálogo de instrumental – Noviembre 2018
•Evaluación – Diciembre 2018

OBSERVACIONES
Dado el número total quirófanos existentes actualmente el todo el Hospital Miguel Servet y para poder completar el proyecto en todas las áreas se considerará un proyecto que podría ser continuista para los próximos años.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1278

1. TÍTULO

EL CATALOGO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1279

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PALOMO GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARDIL REDONDO ALBA
SABIO FORNOZA MARIA LUISA
SERRANO PELLICER SUSANA
MARTINEZ MORERA NATALIA
CATALAN GARCIA LARA
BUÑUEL ASIN ELENA
ARIZA RUIZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el 2018 se creó el grupo de trabajo y se consensuo la información, relacionada con el material utilizado en cada uno de los procedimientos, que iban a ser incluidos en el proyecto.
Posteriormente se realizó una revisión de la información existente sobre las cajas de instrumental que existen en la actualidad y el material suelto que se utiliza y se actualizó aquellos apartados que se consideraron adecuados
Tras esto el grupo consideró incluir en el proyecto los siguientes procedimientos:
En la Especialidad cirugía general de urgencia:
- Apendicectomía
- Laparotomía vías biliares
- Laparotomía Estómago colón
- Laparoscopia
- Abscesos

En la especialidad de cirugía cardiaca de urgencia:
- Caja de extracorpórea
- Caja de marcapasos
- Reintervención

En la especialidad de cirugía torácica de urgencia:
- Pleuroscopia
- Videotoracoscopia menor
- Toracotomía A o B
- Vidiotoracoscopia Scaland

En la especialidad de urología de urgencia:
- Básico de urología
- Implante renal
- Cateterismo
- Cirugía menor urológica
- RTU
- Nefrectomía

En la especialidad de cirugía vascular:

- Amputación grande
- Amputación pequeña
- Embolectomía
- Vascular 1 o 2
- Fístula tipo vascular

En la especialidad de oftalmología:

- Catarata

En la especialidad de ORL:

- Traqueotomía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 se han creado códigos QR para 25 procedimientos.
Usando este sistema, todo el personal del quirófano de urgencias del bloque B puede visualizar todo el material que va a necesitar para los diferentes procedimientos quirúrgicos, que se han incluido en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1279

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

proyecto, a través de su móvil.
El personal que tiene acceso considera que es una herramienta sencilla y rápida en su manejo, a la vez que les permite consultar la información desde cualquier punto del área quirúrgica sin tener que desplazarse hasta un ordenador para consultar la información que se necesita, siendo vital en un quirófano de urgencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo considera que el trabajo realizado, ha cumplido con nuestros objetivos iniciales.
Los carteles con los códigos QR se han colocado en los lugares estratégicos acordados: almacén de material estéril, antequirófano de urgencia y sala de estar.

El sistema que hemos diseñado, nos va a permitir analizar, anualmente, las visitas recibidas mediante un sistema de recuento de descarga de los códigos. Con ello podremos valorar la utilidad de la herramienta en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1279 ========== ***

Nº de registro: 1279

Título
INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

Autores:
PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR, CARDIL REDONDO ALBA, SABIO FORNOZA MARIA LUISA, SERRANO PELLICER SUSANA, MARTINEZ MORERA NATALIA, CATALAN GARCIA LARA, BUÑUEL ASIN ELENA, ARIZA RUIZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la actualidad, el acceso a los protocolos de actuación, para el personal de enfermería de nueva incorporación en el bloque quirúrgico, se realiza a través de la consulta de la intranet del hospital. Acceder a esta información de manera sencilla y rápida y desde cualquier punto es una demanda habitual.

Dentro de este marco conceptual y teniendo en cuenta que los profesionales de enfermería cada vez emplean más el teléfono como herramienta de consulta y soporte durante nuestra jornada de trabajo, vemos que la aplicación del QR en nuestro bloque quirúrgico puede ayudarnos a acercar el conocimiento a los profesionales de nueva incorporación

RESULTADOS ESPERADOS
Usando este sistema queremos acercar al profesional de enfermería de nueva incorporación el conocimiento necesario para conocer el contenido de las cajas de las diferentes especialidades atendidas en el quirófano de urgencias del HG, para que mediante su Smartphone puedan visualizar su contenido todas las veces que sean necesarias.

MÉTODO
-Definir la información, relacionada con las cajas de instrumentación, que se van a incluir en códigos QR
-Revisión de la información y actualización si es preciso.
-Creación de los códigos QR
-Evaluación utilidad / satisfacción de usuarios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1279

1. TÍTULO

INNOVACION EN EL CUIDADO ENFERMERO. CODIGO QR EN EL QUIROFANO DE URGENCIAS DEL HUMS

.

INDICADORES
- Número de cajas de instrumentación con código QR: 10 cajas para el año 2018
- Nº de profesionales de enfermería del quirófano de urgencias del HG que ven útil el Sistema: 75%

DURACIÓN
-Definir la información, relacionada con las cajas de instrumentación, que se van a incluir en códigos QR.
Revisión de la información y actualización si es preciso.
Abril 2018 – Junio 2018
-Creación de los códigos QR: Septiembre 2018
-Evaluación utilidad: Diciembre 2018

OBSERVACIONES
Según la utilidad final, y dado el número total de cajas existentes en el bloque quirúrgico del HG se considerará un proyecto continuista para los próximos años hasta completar la totalidad de las cajas que se crea necesario

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1502

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN BUISAN FRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL ROMEO CARMEN
FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA
DELGADO ALCALDE CRISTINA
ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA
USON LUCEA SONIA
SUBIAS CADENAS DELIA
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 hemos definido el grupo de trabajo que iba a trabajar en este proyecto
Se han priorizado las intervenciones quirúrgicas que se iban incluir en los protocolos formato de fichas quirúrgicas,
Se ha buscado la mejor evidencia científica disponible y hemos contado con el juicio y valoración de los profesionales que trabajan diariamente en el área y que son expertos en el tema.
Tras llegar a un consenso se han elaborado las fichas quirúrgicas de intervenciones del área de traumatología, cirugía plástica y maxilofacial.
Se han plastificado e incluido en la carpeta de protocolos quirúrgicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los procedimientos quirúrgicos que se han protocolarizado, en formato de fichas quirúrgicas durante el año 2018 en el bloque quirúrgico han sido:
Cirugía Plástica:
1. Abdominoplastia
2. Colgajo DIEP (Deep Inferior Epigástrico Perforator)
3. Colgajo Musculocutaneo del Dorsal Ancho
Maxilofacial:
1. Fractura Mandibular
2. Fractura Órbita / Orbitomalar
3. Intubacion Difícil
4. Quistectomia Con O Sin Extracciones
5. Resección De Tumor
6. Vaciamiento Cervical
Traumatologia
1. Cerclaje Rotula
2. Fractura Huesos Propios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto hemos pretendido disminuir la variabilidad en la práctica asistencial del equipo de enfermería de los quirófanos de traumatología, maxilofacial y cirugía plástica así como facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas y facilitar la incorporación del personal de enfermería a nuestra unidad.
Consideramos que es una buena herramienta para la formación del personal de enfermería.
Aunque el proyecto que se había definido para este año se considera finalizado, hay que seguir elaborando fichas quirúrgicas hasta completar la totalidad de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en este bloque quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1502 ========== ***

Nº de registro: 1502

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1502

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

Autores:
BUISAN FRANCO MARIA CARMEN, MIGUEL ROMEO MARI CARMEN, FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA, DELGADO ALCALDE CRISTINA, ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA, USON LUCEA SONIA, SUBIAS CADENAS DELIA, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: QUIRURGICA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante los últimos años, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas. Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario en cualquier organización sanitaria
Dentro de este marco conceptual vemos la necesidad de elaborar protocolos de enfermería en los quirófanos de trauma, c. plástica y maxilofacial, realizados por y para enfermeras, con el fin de poder contar con una herramienta útil y eficaz, que nos sirva de ayuda, como documento de consulta y formación, contribuyendo así a disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivos nos marcamos
Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial del equipo de enfermería de los quirófanos de traumatología, maxilofacial y cirugía plástica
Conducir la atención de enfermería en la dirección científica.
Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas
Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho.

MÉTODO
• Definición del grupo de trabajo.
Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar.
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema
Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas en el quirófano de trauma, c. plástica y maxilofacial

INDICADORES
Número de procedimientos quirúrgicos del quirófano que se han protocolarizado:
Como mínimo durante el año 2018 se protocolarizaran 10 intervenciones quirúrgicas de la especialidad

DURACIÓN
Definición del grupo de trabajo- Abril 2018
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible- Mayo – Septiembre 2018
Valoración y juicio de los profesionales expertos en el tema: Mayo –Septiembre 2018
Elaboración fichas quirúrgicas - Octubre 2018 – Noviembre 2018
Evaluar el proyecto- Diciembre 2018

OBSERVACIONES
Dado el número total de procedimientos existentes en el quirófano de traumatología – c. plástica y maxilofacial para poder completar el proyecto en todas las áreas se considerará un proyecto continuista para los próximos años

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0263

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL"APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL" (AEP)

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS PORRES AZPIROZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER
LASALA ALASTUEY MARIA
RIVERO FERNANDEZ ELENA
LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR
CORDON RUIZ RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el proyecto inicial estaba planificado la realización de un muesreo entre los ingresos de los años 2014 y 2015 del S. de Cardiología. En este tiempo el Servicio de Cardiología ha sufrido algunos cambios organizativos (filtrado de los ingresos por un cardiologo en urgencias) que el grupo de trabajo del proyecto ha considerado relevantes por su influencia en el resultado. Por tanto, se ha decidido ampliar el estudio a los años 2016 y 2017 realizando un muestreo estratificado incluyendo el grupo de los ingresos filtrados en urgencias.
Se dispone del listado de los ingresos correspondientes a los años incluidos en el estudio obtenida desde los registros de informes de alta.
El muestreo de los años 2014 y 2015 se encuentra en avanzado estado de realización, quedando pendientes los años 2016 y 2017. Tras el replanteamiento de la población de estudio se han debido de modificar los cálculos de potencia estadística realizados previamente.
De trabajo ya realizado se ha efectuado una análisis preliminar para valorar la calidad de resultados y la posibilidades de su análisis estadístico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por el momento no se disponen de datos reales dado que no se ha completado el muestreo. En el pequeño análisis estadístico realizado (que por su escasa representatividad sobre el total de los casos previstos) aparecen como inadecuados un porcentaje de ingresos escaso en torno a menos del 2%, lo que esta en consonancia con los datos de la literatura. La causa más frecuente es la demora en la realización de pruebas diagnósticas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para la realización del muestreo y análisis de los ingresos se han presentado varias dificultades produciendo una lentitud mayor de lo esperada en el proceso.
Tras la búsqueda de la lista de ingresos es necesaria la revisión física de cada historia, además de los datos en formato electrónico para completar los campos a tener en cuenta en el formulario estandarizado utilizado.
Es muy difícil establecer el retraso real en algunas exploraciones, en especial las radiológicas y consultas interservicios, por la falta de formato electrónico para su petición.
Sería necesario avanzar en la completa informatización del centro, incluyendo las peticiones dentro de la actividad asistencial cotidiana.

7. OBSERVACIONES.
Dado el retraso alcanzado, el cronograma previsto se retrasa en unos 18 meses aproximadamente.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/263 ========== ***

Nº de registro: 0263

Título
VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL (AEP)

Autores:
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER, LASALA ALASTUEY MARIA, RIVERO FERNANDEZ ELENA, LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR, CORDON RUIZ RUBEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0263

1. TÍTULO

VALORACION DE LA ADECUACION DE INGRESOS EN EL S. DE CARDIOLOGIA MEDIANTE EL"APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL" (AEP)

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Eficiencia en el Uso de Recursos

PROBLEMA
Una medida esencial en la búsqueda de la eficiencia hospitalaria es evitar las hospitalizaciones inadecuadas (innecesarias o inapropiadas). El ingreso, además del coste siempre más elevado que la atención ambulatoria (para el paciente, sus familiares, el sistema sanitario y la sociedad), supone una serie de riesgos para la seguridad del paciente inherentes a la estancia en un hospital (infecciones nosocomiales, iatrogenia, episodios de delirium en ancianos, desacondicionamiento físico etc...).
El control y estimación del numero de ingresos evitables puede ser el primer paso para la puesta en marcha de medidas para evitarlos y, por tanto, la mejora en la atención dispensada a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Estimar de manera empírica el número de hospitalizaciones en nuestro servicio que pueden considerarse innecesarias según los estándares internacionales.
Determinar las causas de estas estancias innecesarias.
Orientar la puesta en marcha de medidas para evitar estancias hospitalarias innecesarias en nuestro servicio.

MÉTODO
Se realizará un muestreo aleatorio estratificado entre los ingresos de los años 2014 y 2015. Se obtendrá una muestra de estancias suficiente para que la potencia estadística permita estimar con fiabilidad el numero de ingresos evitables en la totalidad de los mismos.
Se utilizará para la evaluación de los casos el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) utilizado en los estudios de la literatura internacional al respecto.

INDICADORES
Se realizará un estudio transversal de la muestra seleccionada eliminando los casos en los que la historia no sea accesible o este incompleta para permitir una valoración adecuada.
Se calificarán los casos como ingreso inadecuado o adecuado. Se intentarán sacar conclusiones en cuanto a las variables predictoras o circunstancias relacionadas que pudieran favorecer estas estancias evitables, con vistas a intentar orientar las medidas a tomar.
Se remitirá un informe sobre los hallazgos a la jefatura del Servicio y se expondrán en una sesión conjunta del los miembros del mismo.

DURACIÓN
Noviembre-Diciembre: Diseño de la muestra y obtención de los casos.
Enero-Marzo: Análisis de los casos.
Mayo. Estudio estadístico.
Junio: Informe con propuestas a tomar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0405

1. TÍTULO

CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NAIARA CALVO GALIANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLORIZ SANJUAN TERESA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
ASSO ABADIA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha comunicado y explicado el protocolo a todo el servicio.
- Se ha establecido una plantilla de cuidados pre y postoperatorios con el fín de homogeneizar los cuidados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han implantado un total de 180 DAIS. En ningún caso ha sido necesario suspender el procedimiento por incumplimiento de los cuidados, aunque sí se ha requerido la demora del mismo en 3 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido una homogeneización de los cuidados de los pacientes, y este conocimiento se ha extendido tanto al equipo médico como de enfermería.
Se puede extender este proyecto a otros procedimientos intervencionistas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/405 ========== ***

Nº de registro: 0405

Título
CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

Autores:
CALVO GALIANO NAIARA, OLORIZ SANJUAN TERESA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, ASSO ABADIA ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Electrofisiología es una especialidad de Cardiología que ha sufrido una notable evolución en los últimos años. Ello ha propiciado el desarrollo de nuevas tecnologías y nuevos procedimientos diagnósticos y terapeúticos en el campo de las arritmias cardíacas. Como consecuencia de este desarrollo, un número creciente de pacientes son sometidos a estas intervenciones, pacientes que ingresan en las plantas de Cardiología o bien son remitidos desde otras plantas de hospitalización. Es necesario, por tanto, divulgar entre los diferentes estamentos sanitarios los cuidados preoperatorios básicos que estos enfermos deben seguir con el fin de mejorar la eficacia y seguridad de este tipo de procedimientos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es promover el conocimiento de las diferentes técnicas inervencionistas y establecer las medidas preoperatorias a seguir en el paciente que va a someterse a un procedimiento por la Unidad de Arritmias. Dicho objetivo tiene como finalidad mejorar la eficacia y eficencia del cuidado de estos enfermos y reducir el riesgo de complicaciones asociado a estos procedimientos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0405

1. TÍTULO

CUIDADOS PREOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO EN ELECTROFISIOLOGIA

MÉTODO
Las medidas previstas para establecer el protocolo son las siguientes:
- Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
- Elaboración del protocolo
- Aprobación por la Comisión de Tecnología
- Publicación en intranet
- Presentación oficial del protocolo al Servicio
- Puesta en marcha del protocolo
- Evaluación de resultados
- Propuestas de mejora

Los responsables de la divulgación y correcta puesta a punto de dicho protocolo son los médicos de la Unidad de Arritmias

INDICADORES
- Indicadores de proceso:
A. cumplimiento del protocolo de asistencia pre-intervención por parte de las plantas de hospitalización
- Indicadores de resultados:
A. tasa de complicaciones derivadas del no cumplimiento del protocolo
B. Porcentaje de procedimientos suspendidos o demorados como consecuencia de una incorrecta preparacion del paciente

DURACIÓN
La fecha prevista de inicio sería inmediata.
El calendario previsto de actuaciones es el siguiente:
- Octubre 2016: Reunión del equipo médico y de enfermería para establecer los criterios a definir
- Octubre 2016: Elaboración del protocolo
- Noviembre 2016: Aprobación por la Comisión de Tecnología
- Noviembre-Diciembre 2016: Publicación en intranet
- Noviembre-Diciembre 2016: Presentación oficial del protocolo al Servicio
- Noviembre, diciembre 2016: Puesta en marcha del protocolo
- 2017: Evaluación de resultados -
- 2017: Propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0438

1. TÍTULO

DIGITALIZACIONDE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA MORENO ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE
CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL
LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR
AURED GUALLAR MARIA CARMEN
RIVERO FERNANDEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado progresivamente la digitalización del laboratorio del Ecocardiografía, que hapermitido la agilización del proceso asistencial del HUMS. Mejorando la calidad diagnóstica, adquisición de la imagen, mejorando la conexión con otros hospitales.

Ha apoyado la gestión de la actividad de Ecocardiografía.El sistema de digitalización todavía está en proyecto la gestión de entrada y resgistro de pacientes y datos del paciente mediante conexión con el HIS a través del mecanismo de comunicación habilitado.

Ya está realizado la planificación y citación de pacientes en el HIS del HUMS para transmitir dichosdatos de citación al sistema de Ecocardiografía, planificando el horario desde DICOM- Work list.

La digitalización ha permitido la interconexión con las distintas secciónes de Cardiología, Hemodinámica y el servicio de cirugía cardiaca.

Estamos en proyecto para la gestión de informes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejoria en la relación tiempos paciente-máquina. Mejoria de la relación con las distintas secciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE debe continuar el proceso para mejorar la relación con otros servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/438 ========== ***

Nº de registro: 0438

Título
DIGITALIZACION DE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

Autores:
MORENO ESTEBAN EVA MARIA, CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL, LAPUENTE GONZALEZ MARIA PILAR, AURED GUALLAR MARIA CARMEN, RIVERO FERNANDEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La necesidad de la digitalización de los laboratorios de ecocardiografía va en paralelo con la expansión de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0438

1. TÍTULO

DIGITALIZACIONDE LA SECCION DE ECOCARDIOGRAFIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED XCELERA

la técnica merced al desarrollo tecnológico. Con la instalación del Sistema de Ecocardiografía Digital de la sección de Pruebas funcionales de Cardiología del HUMS se pretende conseguir los siguientes objetivos;
1.Mejora la calidad diagnóstica, Agiliza el proceso asistencial del HUMS: En la cita del paciente para ecocardiografía, en la adquisición de la imagen, en la elaboración del informe y su transcripción, en la distribución y disponibilidad de la Imagen e informe para los peticionarios, en la implantación y acceso a protocolos, guías clínicas y plantillas predefinidas para la ayuda al informando, en el establecimiento de interconsustas, en mejorar la conexión con otros hospitales y niveles asistenciales, en la integración de información y documentación complementaria procedente de otros Servicios documentales
2.Apoyo a la gestión de la actividad de ecocardiografía, obtener estadísticas adecuadas, reducir la perdida de información o su tiempo de búsqueda,

RESULTADOS ESPERADOS
El sistema de digitalización se encargará de:
•Entrada y registro de peticiones y datos de paciente. El sistema tendrá la capacidad de recepcionar las peticiones que llegan al Laboratorio de Ecocardiografía mediante conexión con el HIS a través del mecanismo de comunicación habilitado.
•Planificación y citaciones de paciente y exámenes. Se realizará la citación de pacientes en el HIS del HUMS, para después trasmitir dichos datos de citación al sistema de ecocardiografía (ver apartado integración) Valorar servicios web para enviar solicitudes de pruebas de ecocardiografía. Se puede planificar horario con el servicio DICOM-Worklist.
•Datos de examen: Datos asociados al estudio, códigos del examen, fungibles utilizados…
•Gestion de informes: el sistema facilitará toda la información necesaria en relación con el paciente y el estudio. Los informes incluirán unos o mas campos de codificaciñon de diagnóstico, como ICD (Internacional Classification of diseases), listas de codificación de cardiopatías y procedimientos (AEPC:EPCC y de la SYS/EACTS o definidos por el usuario. Valora utlización SNOMED CT.
•Generación de listados Listados de trabajo de cada una de las actividades del departamento.
•Estadísticas: Peticiones, servicios solicitantes, tipos de examen, equipos de imagen, materiales utilizados.

MÉTODO
Se ha iniciado ya la primera parte del proyecto gracias al soporte de informática. El soporte de red local utiliza los elementos centrales del PACS (Almacenamiento, ordenadores, estaciones de diagnóstico), ya se ha indicado su configuración y extensión, así como la arquitectura de conexión a la red general del HUMS que se propone. El acceso a las imágenes se realizará desde cualquier estación. El sistema PACS debe también admitir las estaciones. Ya se han realizado los requisitos necesarios de instalación de las salas donde se ubiquen los procesadores centrales y archivos localizados en la sección de Ecocardiografía localizado en la planta baja del edificio Multifuncional del HUMS. Ya se ha organizado con el servicio de Informática el funcionamiento del sistema de almacenamiento de imágenes y procedimientos de copia de seguridad y recuperación del sistema después de incidencias.

INDICADORES
Con la digitalización podremos estar conectados con los servicios de Cardiología, hemodinámica y cirugía cardiaca
Monitorizaremos la inclusión de las distintas salas y ecógrafos incorporados a la red.
Se monitorizará la inclusión de informes en la Historia clínica electrónica del SALUD

DURACIÓN
Se ha iniciado ya la incoporación de nuevas redes de internet en las distintas salas de la sección para iniciar el proceso de digitalización
Se irán programando los distintos ecografos para que integren en las Work list desde el HIS/RIS de HUMS y se iniciarán pruebas de envío de estudios al PACS
En enero se iniciará las pruebas para incorporar los informe en Historia clínica electrónica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0492

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA PEDRERA ROMAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAZ OLIVAN ALEXANDRA
MELCHOR PEREZ PATRICIA
LAPLANA MIGUEL OLGA
RODRIGUEZ AYLAGAS MANUEL
CALONGE ROY LORENA
GRACIA GIMENO CAROLINA
PALACIN LARROY AINHOA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración de un protocolo para el paciente al que se le va a implantar un holter insertable, en el que aparece la definición de la técnica, cuidados pre/post implante y educación sanitaria posterior.

2. Elaboración de un soporte visual/póster, situado en la entrada del servicio de cardiología, que sirve de guía rápida y visual a cerca de los cuidados pre/post implante y educación sanitaria posterior. Útil tanto para el personal sanitario como para pacientes y familiares.

Para la elaboración tanto del protocolo como del póster realizamos:
• Búsqueda bibliográfica actualizada.
• Recogida de datos previa a la elaboración del póster mediante revisión de documentación clínica.
• Consulta con el equipo de Electrofisiología encargado de la implantación del dispositivo.

3. Curso de formación impartido por personal del servicio "Cuidados de Enfermería tras los procedimientos de electrofisiología S2-0380/2017" con fecha 14/06/2017.

Con todo lo anterior, conseguimos la formación del personal de nueva incorporación, así como del ya experimentado perteneciente a la plantilla del servicio de cardiología, respecto a los cuidados pre y post colocación de un holter insertable.

4. Información personalizada según el protocolo, al paciente ingresado y a los familiares o personas que conviven con él, tanto de los cuidados pre/post procedimiento, como la educación sanitaria a cerca del manejo del dispositivo una vez dado de alta.
Para completar la información facilitada, es de gran utilidad el soporte visual/ póster presente en la unidad, ya que explica de forma detallada tanto el procedimiento, como los cuidados posteriores y manejo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- 11 pacientes atendidos según protocolo/ 11 pacientes ingresados durante el año para colocación holter x 100 = 100%
- 11 pacientes portadores de holter formados / 11 pacientes ingresados durante el año para colocación de holter x 100 = 100%
- Curso de formación: 25 asistentes (personal de Enfermería + TCAEs, de planta y contratos de verano no formado) / 26 total personal sanitario (Enfermería + TCAEs, de planta y contratos de verano) no formado x 100 = 96,1%
- Adquisición de conocimientos respecto a la técnica y cuidados necesarios, así como disminución de la variabilidad de los cuidados proporcionados por el personal del servicio, tanto de plantilla como personal de nueva incorporación.
- Aumento de la satisfacción del paciente y disminución de su ansiedad por falta de conocimientos acerca del procedimiento durante la hospitalización y cuidados/manejo en el momento del alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El protocolo está pendiente de aprobar por la Comisión de Calidad.
- La muestra de pacientes atendidos a los que se les ha aplicado el protocolo es pequeña, debido a la disminución de ingresos para colocación de holter insertable a lo largo del año 2017, realizándose dicha técnica cada vez con más frecuencia de forma ambulatoria.
- Con la elaboración del protocolo y el póster, además del curso de formación, hemos conseguido unificar criterios con el fin de estandarizar los cuidados enfermeros y prestar una asistencia de calidad, incrementando así el grado de satisfacción, seguridad y confianza del paciente portador de un holter insertable.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0492

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE

*** ========== Resumen del proyecto 2016/492 ========== ***

Nº de registro: 0492

Título
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE PORTADOR DE UN HOLTER INSERTABLE

Autores:
PEDRERA ROMAN VICTORIA, SAZ OLIVAN ALEXANDRA, MELCHOR PEREZ PATRICIA, LAPLANA MIGUEL OLGA, RODRIGUEZ AYLAGAS MANUEL, CALONGE ROY LORENA, GRACIA GIMENO CAROLINA, PALACIN LARROY AINHOA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Ante la falta de un instrumento para la unificación de criterios con respecto al manejo del dispositivo, surge la necesidad de la elaboración de un protocolo que facilite una asistencia de calidad en los procedimientos de enfermería, mejore su efectividad e incremente el grado de satisfacción del usuario.
Es importante que haya unas pautas de actuación del personal de enfermería para que sirva de referencia en la formación del personal que se inicie en este área y de actualización del ya experimentado, en busca de la excelencia asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
- Favorecer el desarrollo profesional mediante la ampliación de conocimientos.
- Unificación de cuidados enfermeros orientados a pacientes portadores de Holter insertable.
- Ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad.
- Aumento de la seguridad y confianza del paciente.

MÉTODO
Las medidas previstas serán la elaboración de un protocolo junto con un soporte visual de consulta rápida en forma de póster. Se complementará con cursos de formación tanto a profesionales como a usuarios.
Se llevará a cabo por el personal de enfermeria del servicio de cardiologia con los conocimientos suficientes en la materia.

INDICADORES
Indicadores y su forma de obtención de datos:
* Nº personal sanitario formado / Nº personal sanitorio total x 100 : mediante formularios de evaluación de conocimientos
* Nº pacientes que obtienen los cuidados según protocolo / Nº total de pacientes que obtinen cuidados x 100 : a través de los planes de cuidados de enfermería.
* Nº usuarios portadores de holter insertable formados / Nº usuarios total portadores de holter insertable x 100 : por medio de entrevista con el paciente acerca de sus conocimientos previa alta.

DURACIÓN
Se inició en Octubre de 2016 y la duración aproximada será de un año. Durante este período de tiempo se realizará un protocolo junto con un soporte visual de consulta rápida en forma de póster.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0546

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... DANIEL LOPEZ SANGÜESA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALO GREGORIO VANESA
ARTAJONA MATA ROSA MARIA
IBAÑEZ PINA MAITE
MARTINEZ SIMON MARIA ESTER
MARTIN TELLO PURIFICACION
PEREZ USON MARIA MILAGROS
SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Revisión bibliográfica exhaustiva sobre la existencia de guías de actuación y/o planes de cuidados de enfermería en otras unidades de hospitalización, semejantes a la nuestra, en lo que respecta a los cuidados anteriores y posteriores, de pacientes sometidos a procedimientos de electrofisiología cardiaca. Se realizó mediante trabajo individual y posteriormente, se llevó a cabo la puesta en común con el equipo de mejora, durante los meses de Octubre-diciembre de 2016.

2. Diseño de dos tipos de entrevistas para los diferentes profesionales entrevistados. Una para el personal médico y otra diferente para el personal de enfermería. Llevándose a cabo durante los meses enero y febrero del 2017, por el equipo de mejora.

3. Realización de las diferentes entrevistas a los cardiólogos de la unidad de hospitalización y a los médicos responsables de la unidad de electrofiosiologia Igualmente de realizo enfermeras responsables de nuestra unidad y de electrofisiología. Llevándose a cabo durante los meses enero y febrero del 2017 por el equipo de mejora.

4. Diseño del plan de cuidados que se va a prestar a dichos pacientes. Nos hemos centrado especialmente en los cuidados anteriores y posteriores que se ejecutan en la unidad de hospitalización, ante los diferentes procedimientos de la unidad de electrofisiología. El equipo de mejora tuvo presentes los datos obtenidos de las diferentes entrevistas realizadas y de la búsqueda bibliográfica. Llevándose a cabo entre los meses de marzo-junio del 2017

5. Difusión del Plan de cuidados ya diseñado al personal de enfermería de la unidad y de nueva incorporación mediante la planificación de varios cursos de formación. Se realizaron dos cursos de formación para DUES y TCAES de la unidad de hospitalización de cardiología (formando parte de la formación del personal del sector II con el código de registro S2-0380/2017). Se realizaron durante de mes junio del 2017 y están proyectados otros dos cursos para las mismas fechas del año 2018 coincidiendo con la incorporación de nuevo personal temporal a la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha establecido una guía de actuación para la orientación del personal de enfermería (DUES y TCAES) de la unidad de hospitalización en la prestación de cuidados pre y post de dichos pacientes sometidos a los diferentes procedimientos de electrofisiología cardiaca (estudios electrofisiológicos, ablaciones por radiofrecuencia, cardioversión eléctrica y desfibrilación eléctrica), con la consiguiente unificación de criterios de dicho personal a la hora de atender a estos pacientes.

Se ha instruido al 98% del personal de la unidad y de nueva incorporación sobre la existencia del plan de cuidados específico con sus diferentes intervenciones enfermeras y la necesidad de llevarlo a cabo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las conclusión desde y para el equipo de mejora es intentar realizar futuros planes estandarizados de cuidados enfermeros para los procedimientos más frecuentes a los que son sometidos los pacientes ingresados en nuestra unidad para la mejora clara de su atención. Con la consiguiente instrucción y formación de nuestro personal.
La recomendación principal desde y para este equipo de mejora para proyectos futuros es la mejor adecuación la magnitud de los objetivos con las posibilidades y características (tiempo disponible, formación en investigación…) del equipo de mejora.

Recomendaciones para futuros proyectos: como punto débil durante el desarrollo del proyecto hemos notado una baja adhesión el calendario y de los tiempos proyectados en su diseño, con el consecuente retraso en la realización de las actividades y la no consecución de la totalidad de los objetivos proyectados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0546

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/546 ========== ***

Nº de registro: 0546

Título
PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Autores:
LOPEZ SANGÜESA DANIEL, SALO GREGORIO VANESA, ARTAJONA MATA ROSA MARIA, IBAÑEZ PINA MAITE, MARTINEZ SIMON MARIA ESTER, MARTIN TELLO PURIFICACION, PEREZ USON MARIA MILAGROS, SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteracion del ritmo cardiaco
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los pacientes que padecen trastornos del ritmo cardiaco en la actualidad van a ser sometidos a una gran variedad de procedimientos invasivos y no invasivos con fines diagnósticos y/o terapéuticos en las unidades de electrofisiología y/o arritmias, dentro de los cuales se integran los estudios electrofisiológicos, las ablaciones por radiofrecuencia, la cardioversión y desfibrilación eléctrica.
Estos pacientes antes y después de dichos procedimientos van a ser atendidos en unidades de enfermería hospitalaria donde deben recibir unos cuidados muy específicos dirigidos hacia una preparación idónea antes del desarrollo del procedimiento y hacia una prevención y/o actuación rápida ante posibles complicaciones posteriores.
En estos últimos años con la creación de nuevas unidades de electrofisiología en nuestra comunidad ha aumentado el número de pacientes a los que se les desarrollan estas técnicas y el número de nuevas técnicas gracias a la “súper especialización” en la electrofisiología intervencionista.
En las diversas unidades de enfermería de hospitalización cardiológicas hemos detectado dudas en la práctica diaria sobre la atención de dichos pacientes y variabilidad en los cuidados prestados por parte de enfermería, por lo que vimos una oportunidad de mejora. A las cuales sumamos la existencia de variación del personal que atiende a estos pacientes, debido a la incorporación de nuevos miembros de la unidad que necesitan ser formados y apoyados en el cuidado especifico de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
OBEJTIVO GENERAL
- Unificar criterios en la actuación del personal de la propia unidad en la atención del paciente cardiaco pre-post procedimientos de electrofisiología intervencionista (estudios electrofisiológicos, las ablaciones por radiofrecuencia, la cardioversión y desfibrilación eléctrica).

OBJETIVOS ESPECIFICOS
- Establecer una guía de actuación para personal de enfermería de la unidad y de nueva incorporación.
- Enumerar las diferentes intervenciones de enfermería a realizar en estos pacientes.
- Crear fichas ilustrativas del plan de atención como herramienta de apoyo al trabajo diario en la unidad.

MÉTODO
1. Información de existencia de protocolos de actuación de enfermería de otras unidades semejantes en la atención pre-post procedimientos de electrofisiología, mediante revisión bibliográfica.
2. Realización de entrevistas con médicos especialistas en cardiología y enfermeras responsables de la unidad.
3. Realización de entrevistas con cardiólogos y enfermeras especialistas en electrofisiología, responsables de la realización de dichas técnicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0546

1. TÍTULO

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS ESTANDARIZADOS; PRE Y POST PROCEDIMIENTOS ELECTROFISIOLOGICOS EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

4. Realización de de un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes con la colaboración de todo el equipo de mejora.
5. Ilustración del plan de cuidados realizado en fichas ilustrativas para facilitar así el trabajo de diario.
6. Divulgar entre los compañeros de la unidad y de nueva incorporación el plan de cuidados mediante sesiones informativas para la instrucción en el cuidado específico de dichos pacientes.

INDICADORES
- Evaluación de los cuidados prestados : mediante la valoración de los 10 ítems más representativos del cuidado prestado a dichos pacientes valorando así las historias clínicas de una muestra seleccionada.
- Evaluación de la formación: calculando él % de profesionales de la unidad y de nueva incorporación que ha sido instruido.

DURACIÓN
1. Información de existencia de protocolos de actuación de enfermería de otras unidades semejantes en la atención pre-post procedimientos intervencionistas de electrofisiología, mediante revisión bibliográfica. Octubre-Noviembre de 2016
2. Realización de entrevistas con médicos especialistas en cardiología y enfermeras responsables de la unidad de hospitalización. Diciembre – Enero de 2016/17.
3. Realización de entrevistas con cardiólogos y enfermeras especialistas en electrofisiología, responsables de la realización de dichos procedimientos de electrofisiología intervencionista. Diciembre – Enero de 2016/17.
4. Realización de de un plan de cuidados de enfermería para estos pacientes con la colaboración de todo el equipo de mejora. Febrero-Marzo 2017
5. Ilustración del plan de cuidados realizado en fichas ilustrativas. Abril- Mayo 2017
6. Divulgar entre los compañeros de la unidad y de nueva incorporación el plan de cuidados mediante sesiones informativas para la instrucción en el cuidado específico de dichos pacientes. Junio de 2017.
7. Evaluación de la formación. Septiembre – Octubre de 2017
8. Evaluación de los cuidados prestados: Septiembre – Octubre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0566

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACON DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DEDESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LAUNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTER MARTINEZ SIMON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA
PEREZ USON MARIA MILAGROS
PEDRERA ROMAN VICTORIA
SAZ OLIVAN ALEXANDRA
LAPLANA MIGUEL OLGA
MELCHOR PEREZ PATRICIA
MARTIN TELLO PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DE CURSOS DE FORMACIÓN IMPARTIDOS POR ENFERMERAS DE LA UNIDAD. EL CURSO HA IDO DIRIGIDOS TANTO A ENFERMERAS COMO TCAE, ADAPTANDO EL CONTENIDO DEL MISMO.. HASTA EL MOMENTO SE HAN REALIZADO UNA CONVOCATORIAS PARA CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES Y HAY UNA PROYECTADA PARA MARZO DE 2018.

SE HA REALIZADO UN CHECKLIST DE CUIDADOS PRE Y POST IMPLANTE QUE EMPEZÓ A USARSE EN DICIEMBRE DE 2017.

SE HA REVISADO EL PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA, AÑADIENDO AL MISMO EL CHECKLIST Y QUE SE VA A ENTREGAR ANTES DE FIN DE FEBRERO DE 2018.

SE HA ELABORADO EL PÓSTER "CUIDADOS DE ENFERMERÍA.IMPLANTE DE DAI", QUE YA APARECE EXPUESTO..

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HASTA EL MOMENTO SE HAN LLEVADO A CABO TODAS LAS ACTIVIDADES QUE SE HABÍAN PROPUESTO:
SE HAN FORMADO 25 ENFERMERAS Y TCAE,DE 26 QUE TODAVIA NO SE HABÍAN FORMADO. EN ESTA CONVOCATORIA SE INCLUYERON LAS PERSONAS DEL SERVICIO Y AQUELLAS QUE IBAN A EMPEZAR SUS CONTRATOS EN LOS SIGUIENTES DÍAS (CELEBRADO EL 14 DE JUNIO DE 2017. S2-0380/2017)

EL USO DEL CHECKLIST DE PERMITE CONOCER, ADMINISTRAR Y REGISTRAR DE FORMA SENCILLA Y CONCRETA LOS CUIDADOS PRE Y POST IMPLANTE DEL DAI. DURANTE EL MES DE ENERO SE COMPLETARON 22 CHECKLIST Y EN EL MES DE ENERO 15. QUEDANDO SÓLO UN PACIENTE POR MES SIN HABERSE INCLUIDO EN SU HISTORIA EL REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ESTA MANERA.
EL PÓSTER VA DIRIGIDO AL PERSONAL DE LA UNIDAD, PERO AL ESTAR EXPUESTO EN UNA ZONA DE TRÁNSITO DE LOS PACIENTES, LES SIRVE PARA INFORMARSE Y SABER QUE PUEDEN RESOLVER DUDAS A TRAVÉS DE ENFERMERÍA..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE AL QUE SE LE IMPLANTA UN DESFIBRILADOR O UN MCP TRICAMERAL SE VIENEN REALIZANDO DE FORMA PROTOCOLIZADA, LO QUE PERMITE QUE LA CALIDAD DE LOS MISMOS SEA CADA VEZ MAYOR. LA AUTOFORMACIÓN ES UNA MANERA DE ESTIMULAR AL PERSONAL, TANTO AL DOCENTE COMO AL QUE ES FORMADO.
DEBEMOS CONTINUAR CON EL REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA HASTA ALCANZAR EL 100%.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/566 ========== ***

Nº de registro: 0566

Título
PROTOCOLIZACON DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

Autores:
MARTINEZ SIMON MARIA ESTER, SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA, PEREZ USON MARIA MILAGROS, PEDRERA ROMAN VICTORIA, SAZ OLIVAN ALEXANDRA, LAPLANA MIGUEL OLGA, MELCHOR PEREZ PATRICIA, MARTIN TELLO PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0566

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACON DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DEDESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LAUNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con transtornos del ritmo y/o de la contractibilidad cardiaca.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Optimizar y estandarizar los cuidados del paciente al que se le implanta un desfibrilador o un marcapasos .Mejorar la comunicación entre los distintos profesionales involucrados en la atención a estos pacientes.

PROBLEMA
DEFICIENCIAS EN EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS NUEVAS TÉCNICAS DE IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS (D.A.I./D.A.I.SUBCUTÁNEOS Y MCP TRICAMERALES), LLEVADAS A CABO EN EL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGÍA, Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN ESTOS PACIENTES.

AUMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO DE LA DIVERSIDAD DE DISPOSITIVOS Y EL NÚMERO DE IMPLANTES QUE SE REALIZAN EN DICHO SERVICIO.

RESULTADOS ESPERADOS
AUMENTAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES A LOS QUE SE LES IMPLANTA UN D.A.I/M.C.P. TRICAMERAL
.
AUMENTAR LA CALIDAD DE DICHOS CUIDADOS TANTO ANTES COMO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, ASÍ COMO REALIZAR UN REGISTRO DE LOS MISMOS.

MÉTODO
REALIZACIÓN DE CURSOS DE FORMACIÓN IMPARTIDOS POR ENFERMERAS DE LA UNIDAD. AUTOFORMACIÓN.

ELABORACION DE PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ELABORACIÓN DE UN LISTA DE CONTROL (CHECKLIST) DE CUIDADOS PRE Y POST IMPLANTE.

REALIZACIÓN DE PÓSTERS Y SU EXPOSICIÓN EN LA UNIDAD.

INDICADORES
Nºde profesionales de enfermería formados
_____

Nº de profesionales de enfermería de la unidad

*RESULTADO ESPERADO DEL 100%

Nª DE "CHECKLIST" COMPLETADOS

Nª DE IMPLANTES REALIZADOS

*RESULTADO ESPERADO DEL 100%

DURACIÓN
INICIO: OCUBRE 2016 : ACREDITACIÓN DE CURSO DE FORMACIÓN DE IMPLANTES DE ELECTROFISIOLOGÍA.
CONTINUADO: REGISTRO DE CUIDADOS A PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE DESFIBRILADOR/MARCAPASOS.
NOVIEMBRE 2016: EXPOSICIÓN DE PÓSTERS REALIZADOS POR ENFERMERÍA Y PRESENTADOS EN LAS "II JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA" (MAYO 2016).
REVISIÓN DE PROTOCOLOS PARA SU ACTUALIZACIÓN.
REALIZACIÓN DE UN LISTADO DE CUIDADOS PRE/POST IMPLANTE PARA REGISTRO DE LOS MISMOS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0566

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACON DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA TRAS IMPLANTE DEDESFIBRILADOR/MARCAPASOS TRICAMERAL.AUTOFORMACION DEL PERSONAL DE LAUNIDAD PARA ADMINISTRAR CUIDADOS DE CALIDAD ESTANDARIZADOS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0668

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER SALAZAR GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS
LASALA ALASTUEY MARIA
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
CORDON RUIZ RUBEN
MARCEN MIRAVETE ANA
CALVO CEBOLLERO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS:
-OCTUBRE-DICIEMBRE 2016:
- SE ANALIZARON ASPECTOS MEJORABLES DEL PROGRAMA PCVIA PARA PERSONALIZAR LA INFORMACION AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO
-SE RECABO INFORMACION ENTRE LOS MEDICOS CARDIOLOGOS QUE UTILIZAN EL PROGRAMA: SE RECOGIERON ASPECTOS MEJORABLES O INFORMACION QUE FALTABA Y QUE ERA IMPORTANTE QUE CONSTARA

ENERO-MARZO 2017:
-SE CONSENSUARON LOS CAMBIOS A REALIZAR EN LOS DISTINTOS TEXTOS CON REPRESENTANTES DE TODOS LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGIA DE ZARAGOZA. SE VALORARON LAS DISTINTAS MEJORAS SUGERIDAS POR LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGIA. REUNIONES DEL GRUPO DE NUESTRO HOSPITAL Y DEL GRUPO REPRESENTANTE DE LOS DISTINTOS HOSPITALES Y SE TOMARON DECISIONES RESPECTO A LOS CAMBIOS Y MEJORAS A IMPLEMENTAR Y SE REALIZARON DICHOS CAMBIOS.

ABRIL-AGOSTO 2017:
-SE DIFUNDIERON LOS CAMBIOS REALIZADOS EN EL PROGRAMA A LOS MEDICOS CARDIOLOGOS QUE LO UTILIZAN

SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2017:
-SE ANALIZÓ LA SATISFACCION CON EL PROGRAMA TANTO DE MEDICOS CARDIOLOGOS QUE UTILIZAN EL PROGRAMA COMO DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN LA INFORMACION

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-SE HA MEJORADO EL PROGRAMA, ACTUALIZANDO LOS TEXTOS TRAS LOS PRIMEROS MESES DE USO, CONSIGUIENDO UN PROGRAMA MAS PRACTICO Y CON UNA MEJOR INFORMACION INDIVIDUALIZADA PARA EL PACIENTE CORONARIO EN EL MOMENTO DEL ALTA

-SE HA INTRODUCIDO UN APARTADO DE MEDICACIÓN, QUE AYUDA A PAUTAR LA MEDICACION AL ALTA

-SE HA LOGRADO UNA BUENA DIFUSION DEL PROGRAMA ENTRE LOS MEDICOS QUE DAN ALTAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

-EN ENCUESTA REALIZADA SE HA LOGRADO UN ALTO GRADO DE SATISFACCION DE MEDICOS CARDIOLOGOS QUE UTILIZAN EL PROGRAMA
-EN ENCUESTA REALIZADA EL GRADO DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN LA INFORMACION HA SIDO ALTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA ACTIVIDAD REALIZADA HA SIDO DE GRAN UTILIDAD, Y EN ESTA SEGUNDA PARTE, DE OPTIMIZACIÓN DEL PROYECTO INICIAL, SE DEMUESTRA QUE CON LA PRACTICA SE CONSIGUEN IDENTIFICAR ASPECTOS MEJORABLES Y SE HAN PODIDO IMPLEMENTAR.
EL PROYECTO SIGUE EN MARCHA EN CONJUNTO CON VARIOS HOSPITALES DE ZARAGOZA, Y SE SIGUE TRABAJANDO EN INTENTAR MEJORAR EL MISMO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/668 ========== ***

Nº de registro: 0668

Título
INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0668

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

Autores:
SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, LASALA ALASTUEY MARIA, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, CORDON RUIZ RUBEN, MARCEN MIRAVETE ANA, CALVO CEBOLLERO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La información al alta del paciente coronario respecto a género de vida, conducción, alimentación, control de factores riesgo, revisiones posteriores,.. era generalmente verbal o bien escrita pero no individualizada a las características de cada paciente. Consideramos de gran importancia el mejorar esta información y poder darla por escrito individualizada para implicar más al paciente en el cuidado de su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir dar al alta del paciente coronario una información respecto a género de vida, conducción, alimentación, control de factores riesgo,revisiones posteriores,.. escrita individualizada a las características de cada paciente.

MÉTODO
En el año 2015-2016 se creó un grupo representativo de las unidades de Hospitalización de los Servicios de Cardiología de Zaragoza. Se consensuaron en este grupo los textos para cada aspecto de la información al alta del paciente coronario. Se consensuaron los textos durante el año 2015-2016 y se diseñó un programa informático llamado PCVIA que proporciona un texto general común a todos los pacientes: recomendaciones generales sobre dieta, controles analíticos y revisiones médicas recomendadas. Seguidamente se pueden introducir textos de acuerdo a las características individuales del paciente respecto a conducción, tabaco, dieta, pérdida de peso, actividad física, control TA y control Dm. Finalmente se obtiene un texto que es individualizado para cada paciente. Tras diseñar el programa se instaló en las unidades de hospitalización de Cardiología y se comenzó su utilización, logrando un alto nivel de satisfacción entre los cardiólogos que lo utilizan y los pacientes que reciben la información.

El objetivo actual es continuar la mejora de este proyecto:

1.- Recabar de cardiólogos que han utilizado el programa y de los pacientes que han recibido la información sugerencias, aspectos mejorables del mismo. Responsables: Luis Miguel Alvarez de la Fuente y María Lasala Alastuey
2.- Realizar reuniones del grupo interhospitalario para consensuar los cambios/mejoras en el programa. Responsable: José Javier Salazar González
3.- Implementar los cambios en el programa informático PCVIA. Responsable: José Javier Salazar González
4.- Valorar las mejoras realizadas y valorar el grado de satisfacción de los médicos cardiólogos que lo utilizan y de los pacientes que reciben la información. Responsable: Juan Carlos Porres Azpiroz

INDICADORES
-Grado de utilización del programa en el paciente al alta de un síndrome coronario: Porcentaje de pacientes en los que se utiliza el programa para dar la información de una muestra de pacientes dados de alta.
-Grado de satisfacción de los médicos cardiólogos que lo utilizan: A través de una encuesta se valorará el grado de satisfacción en: muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto.
-Grado de satisfacción de los pacientes que reciben la información: A través de una encuesta se valorará el grado de satisfacción en: muy bajo, bajo, medio, alto, muy alto.

DURACIÓN
Inicio proyecto: 15/10/2016 a 15/10/2017

Calendario: Cronograma

Octubre-Diciembre 2016: Analizar posibles mejoras o nuevos aspectos a incluir en el programa informático PCVIA

Enero-Marzo 2017: Consensuar los cambios a realizar o los nuevos textos a incluir con todos los servicios de Cardiología de Zaragoza. Realizar las modificaciones en el programa informático.

Abril-agosto 2017: Difusión de los cambios realizados a la totalidad de cardiólogos de las unidades de hospitalización. Comenzar la utilización del programa con las modificaciones realizadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0668

1. TÍTULO

INFORMACION INDIVIDUALIZADA AL ALTA DEL PACIENTE CORONARIO. OPTIMIZACION DEL PROYECTO TRAS LA EXPERIENCIA INICIAL

Septiembre-Octubre 2017: Analizar la satisfacción de los médicos cardiólogos que utilizan el programa y de los pacientes que reciben la información.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho
```

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0940

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFEMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

Fecha de entrada: 28/03/2018

2. RESPONSABLE ..... NATALIA DE CASAS HERRANDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MACIAS MARIN LAURA
FURRIEL ARANDA BEGOÑA
CALVO GALIANO NAIARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza el registro de actividades en una hoja específicamente diseñada durante los meses enero-febrero-marzo del año 2018 y sigue en proceso. En ella, se ha constatado el tipo de acceso (venoso o arterial) y localización, la retirada o no del dispositivo introductor, el cierre del acceso mediante sutura o compresión manual; del mismo modo, se indica tiempo de espera necesario para la retirada de los apósitos e inicio de la movilización de las extremidades afectas. Y también se incluye en la hoja un registro de la medicación utilizada durante el procedimiento y las constantes vitales del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 95% de los registros han sido debidamente cumplimentados alcanzando nuestro objetivo y consiguiendo una buena comunicación entre los diferentes servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de haber obtenido un buen nivel de registros, esperamos llegar a alcanzar su totalidad, observando que su efectividad ayuda en la mejora y calidad de nuestro trabajo realizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/940 ========== ***

Nº de registro: 0940

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

Autores:
DE CASAS HERRANDO NATALIA, MACIAS MARIN LAURA, FURRIEL ARANDA BEGOÑA, CALVO GALIANO NAIARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cardiologia, alteraciones de la conduccion
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con el crecimiento de la unidad de Electrofisiología cardiaca y la implantación de un mayor y diverso tipo de procedimientos, vemos oportuno mejorar la comunicación con el personal de enfermería responsable de nuestros pacientes en la planta. Dada la variabilidad de accesos utilizados durante las intervenciones en la sala, es preciso plasmar los utilizados en cada procedimiento en algún registro que permita un seguimiento individualizado de cada paciente. Evaluando los registros utilizados hasta el momento en la unidad se observó la necesidad de ampliar los datos que en ella se recogían puesto que a la llegada del paciente a planta podían surgir dudas que repercutían directamente en los cuidados recibidos por el paciente: tipo de acceso (arterial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0940

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFEMERIA TRAS LA REALIZACION DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO O ABLACION MEDIANTE CATETER EN LA UNIDAD DE ELECTROFIOLOGIA CARDIACA Y ARRITMIAS

o venoso), tiempo necesario de reposo, reinicio de la anticoagulación, presencia o no todavía de introductores...
Así pues, se planteó la realización de un nuevo registro de enfermería ampliado para la mejora de la comunicación entre servicios.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera con esta propuesta una mejor comunicación entre los servicios de hospitalización y el servicio de electrofisiología cardiaca tratando de mejorar con ello la atención del paciente, su más pronta rehabilitación y acortar la estancia y gasto hospitalario.

MÉTODO
Se plantea el diseño de una hoja de registro único para las actividades intervencionistas mediante catéter llevadas a cabo en la unidad. En ella, se constatará el tipo de acceso (venoso o arterial) y localización, la retirada o no del dispositivo introductor, el cierre del acceso mediante sutura o compresión manual; del mismo modo, se indicara tiempo de espera necesario para la retirada de los apósitos e inicio de la movilización de las extremidades afectas. Estas opciones vendrán ya presentadas en la hoja de registro, de forma que el profesional encargado de rellenar la misma solo tenga que marcar los ítems necesarios, facilitando así el registro y la rápida visualización de los mismos por parte del personal que la reciba en planta. Además, en la hoja se incluirá un registro de la medicación utilizada durante el procedimiento, el reinicio de la anticoagulación oral en caso necesario y las constantes vitales del paciente a su salida de la unidad.

INDICADORES
El cuerpo de la hoja de registro se rellenara mediante la selección de ítems, se dará por satisfactorio un registro mínimo del 75% de los mismos, la evaluación del sistema se realizara al menos cada 6 meses, pudiendo al mismo tiempo replantearse nuevas opciones o indicadores a tener en cuenta para la mejora tanto del registro como de la forma de realizarse.
Al mismo tiempo, aproximadamente cada 6 meses se procederá a pasar una encuesta entre los profesionales de los servicios de hospitalización con los que se relaciona la unidad, de forma anónima, para valorar desde su perspectiva la utilidad de los registros y las posibilidades de mejora.

DURACIÓN
Se trata de un proyecto a largo plazo con el que se pretende unificar lenguajes y criterios que mejoren la relación entre unidades y una mejor y mayor continuidad de los cuidados de enfermería buscando como objetivo final una mejor calidad de estos.
En diciembre de 2016 se realizaran charlas informativas en la unidad y en los servicios relacionados para presentar la hoja y la forma de complementarla, abriendo a su vez un periodo de sugerencias para posibles modificaciones.
Desde enero de 2017 se procederá a la implantación definitiva de la hoja de registro.
En junio de 2017 se procederá a la primera ronda de evaluación, revisando las historias de los pacientes intervenidos en el primer semestre del año, contabilizando los ítems que se rellenaron en cada intervención, y haciendo llegar a las plantas de hospitalización relacionadas las encuestas de evaluación para conocer el nivel de satisfacción de los compañeros.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0945

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA MACIAS MARIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE CASAS HERRANDO NATALIA
FURRIEL ARANDA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se desarrolló una hoja preformada en la que además de la identificación del paciente se encontraban 17 ítems (si/no/no procede) que comprobar previos al desarrollo de la actividad de la sala, asegurando así un mejor desarrollo y control de la misma. Se realizó una reunión con el equipo de enfermería de la unidad en la cual se expuso la existencia de la misma y su finalidad, estando el 100% de la plantilla conforme se dio lugar al inicio de la actividad. El único material necesario para llevar a cabo el proyecto fue la elaboración de la ya comentada hoja de registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para evaluar el alcance e impacto del proyecto se llevó a cabo una revisión de historias de los pacientes intervenidos en la unidad en un mes seleccionado al azar (noviembre); en dicha revisión se evalúa la cumplimentación o no de la hoja y el nivel de cumplimentación de la misma. Se comprobó la presencia de la hoja en el 85% de las historias con el 100% de los ítems identificados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reunido el equipo se valora positivamente la actividad considerándose una mejora en la calidad de los cuidados y un mejor sistema de control. Vista la viabilidad del proyecto, fácil desarrollo y buena aceptación por parte de la unidad consideramos continuar con el mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/945 ========== ***

Nº de registro: 0945

Título
IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

Autores:
MACIAS MARIN LAURA, DE CASAS HERRANDO NATALIA, FURRIEL ARANDA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cardiologia. arritmias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: seguridad clinica

PROBLEMA
Dado el crecimiento que experimenta la unidad, asi como el aumento de personal y demanda asistencial, y la aparición de nuevas técnicas hacen que se llegue a plantear la necesidad de una reorganización y distribución del trabajo. Por ello, se plantea la necesidad de instaurar una secuencia de pasos a seguir desde el momento de la llegada del paciente a la unidad hasta el inicio mismo de la intervención, quedando registrado además por escrito cada uno de estos pasos.
Se pretende con este proyecto asegurar la seguridad del paciente en cada momento, asi como evitar duplicar el trabajo y sobrecargar al personal de la unidad quedando constancia de que los pasos han sido llevados a cabo. Además, con esto, quedaría reflejado el papel del equipo de enfermería en la unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0945

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CHECKLIST PREQUIRURGICO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN LA UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA

queremos, de este modo contribuir al cumplimiento de uno de los objetivos prioritarios de los sistemas sanitarios, que es la prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria ya que existen evidencias científicas que certifican que la implantación de listas de verificación de este tipo disminuyen los efectos adversos en el entorno quirúrgico.
En este proceso se ven implicados todos los miembros del equipo asistencial de la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos poder realizar un cuidado coordinado y ordenado al paciente a su llegada a la unidad de electrofisiología cardiaca, estableciendo asi un protocolo de actuación previo a la intervención. Con esto y la distribución ordenada de tareas en la sala por parte de los profesionales, se pretende una mejora de la calidad asistencial al paciente y un considerable ahorro de tiempo al evitar duplicar tanto información como trabajo, asegurándonos al mismo tiempo de que todas los preparativos han sido correctamente realizados no quedando tampoco ningún dato sin contrastar, favoreciendo la organización del trabajo en la unidad sin sobrecargarla al llevar asociado una sistematización de los procedimientos.

MÉTODO
Se pretende el diseño de una hoja preformada con una serie de ítems a valorar referentes tanto a la preparación de la sala de intervención como a la preparación del paciente y sus diferencias personales. En ella, se registran 19 items que abarcan desde la llegada del paciente a la unidad (correcta identificación, registro, comprobación de alergias…) a la preparación de la sala y material necesarios para la intervención.

INDICADORES
La evaluación de la correcta implantación de la lista de verificación se llevara a cabo mediante el contaje de los ítems contestados o no en cada procedimiento. Se pretende que estén contestados al menos el 75% de los ítems, se realizara una evaluación periódica cada 6 meses del número de ítems recogidos en cada formulario, con ello, valoramos la implicación del personal en el proceso y la validez del mismo; cada vez que se proceda a esta evaluación se abrirá también un periodo de reflexión de una semana en el que se podrán aportar nuevos ítems que se consideren relevantes o modificar aquellos que carezcan de validez.

DURACIÓN
Se pretende que sea un proyecto a largo plazo puesto que se considera relevante para el funcionamiento de la unidad. La fecha de implantación de la lista de verificación se prevee para principios del año 2017, dejando el mes de diciembre para la resolución de dudas y posibles modificaciones antes de la puesta en marcha definitiva.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1042

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ENRIQUE CASTILLO LUEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO ESTEBAN EVA
LOPEZ PERALES CARLOS
LOPEZ SAMITIER ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisar los protocolos de realización de dichas pruebas diagnósticas aconsejados por las diferentes sociedades científicas

Establecer un sistema de checklist que permita una adecuada identificación de los pacientes aptos para realizar estas pruebas, asegurando que han sido previamente informados y que cumplen todos los criterios para la realización de éstas.

Utilización y valoración del sistema checklist

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Implantación de un sistema de checklist en la realización de ecocardiograma de estrés farmacológico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sistema sencillo para aumentar la seguridad clínica y evitar errores, aunque alarga ligeramente la duración de las pruebas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1042 ========== ***

Nº de registro: 1042

Título
IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO

Autores:
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, MORENO ESTEBAN EVA MARIA, LOPEZ PERALES CARLOS, LOPEZ SAMITIER ELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Cardiología del Hospital Universitario
Miguel Servet realiza actualmente un número muy elevado de pruebas de detección de isquemia mediante ecocardiografía de estrés farmacológico.

La utilización de los diferentes fármacos para la realización de las pruebas de detección de isquemia pueden producir efectos adversos en el paciente en el que se realizan dichas pruebas, existiendo indicaciones y contraindicaciones claras para el empleo de éstos.

Creemos que estableciendo un checklist previo a la realización de la prueba hará más dificil el incluir pacientes en los que la prueba no este indicada o incluso que pudiera estar contraindicada, mejorando así la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1042

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE CHECKLIST PARA LA REALIZACION DE ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRES FARMACOLOGICO

seguridad clínica en la utilización de estos recursos diagnósticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la seguridad clínica en la utilización de las pruebas diagnósticas de detección de isquemia cardiaca.

MÉTODO
Revisar los protocolos de realización de dichas pruebas diagnósticas aconsejados por las diferentes sociedades científicas (española, europea y americana), y basándonos en ellos, establecer un sistema de checklist que permita una adecuada identificación de los pacientes aptos para realizar estas pruebas, asegurando que han sido previamente informados y que cumplen todos los criterios para la realización de éstas.

INDICADORES
1. Consentimiento informado: el 100% de las pruebas realizadas deberán tenerlo.

2. Checklist: el 100% de las pruebas no deberán tener contraindicaciones absolutas.

3. Checklist: se deberá anotar las pruebas en las que haya contraindicaciones relativas y el motivo por el que se ha reliazdo finalmente la prueba en estos casos.

DURACIÓN
Inicio: Diciembre 2016-Enero 2017
Fin: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0151

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARCEN MIRAVETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 se ha intentando poner en marcha la Unidad de Insuficiencia cardíaca en el Hospital Ernest Luch, como no ha sido posible, se ha estado realizando educación a los pacientes con insuficiencia cardíaca desde las consultas generales de Cardiología y se han comenzado a distribuir dípticos informativos/educativos a los pacientes y familiares. Se está poniendo en marcha, la creación de un proceso asistencial de IC con Atención Primaria y el objetivo es dispensar estos folletos educativos desde la misma consulta de Atención Primaria, las consultas de Cardiología, Medicina Interna y Hospitalización del Hospital Ernest Lluch.
Acabo de cambiar mi interinidad al Hospital Universitario Miguel Servet, por lo que todo lo indicado sigue en marcha pero yo no podré concluirlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicio de educación de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca desde consultas de Cardiología General y distribución de folletos educativos a Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la puesta en marcha de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca en el Hospital, pero antes de ello puede seguir educando a los pacientes con Insuficiencia Cardíaca y sus cuidadores con el objetivo de disminuir ingresos, mejorar su autocuidado y calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/151 ========== ***

Nº de registro: 0151

Título
MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

Autores:
MARCEN MIRAVETE ANA, ALAMEDA SERRANO JAVIER, HUICI POLO PATXI, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, LAMBAN IBOR ELENA, PALACIN LARROY MARTA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Insuficiencia Carcíaca (IC) es un problema de salud pública de primer orden y en crecimiento; se trata de una enfermedad con una alta prevalencia, incidencia y mortalidad, genera numerosas hospitalizaciones y una pobre calidad de vida y ocasiona un alto coste socio-sanitario.

Hasta 1 de cada 4 pacientes mayores de 65 años con IC requerirán una rehospitalización a los 30 días del alta y hasta el 44% serán rehospitalizados al menos una vez en el primer año tras el alta. Una causa importante de estas rehospitalizaciones (15-64%) es la falta de continuidad en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, es decir, a una falta de conocimiento de la enfermedad, de la importancia del tratamiento farmacológico y de las medidas higiénico-dietéticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0151

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA

Debido a la falta de tiempo de los profesionales, en muchas ocasiones, no se invierten el necesario en la explicación de la importancia de estas medidas higiénico-dietéticas en la IC, ocasionando el mal conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes y la falta de cumplimiento de estas medidas tan importantes para mantener la enfermedad lo más estable posible.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es la creación de un folleto informativo de la IC para los pacientes y sus familiares y así prevenir las descompensaciones/reingresos ocasionadas por el desconocimiento de la enfermedad y de sus medidas higiénico-dietéticas.
En él, explicaremos qué es la IC, cuáles son los síntomas de descompensación, qué puede descompensarles, qué deben hacer para evitar las descompensaciones y en el caso de inicio de una descompensación.
Población diana: todos los pacientes con IC hospitalizados o atendidos en consultas externas.

MÉTODO
Elaboración de un folleto informativo que se entregará a todos los pacientes valorados por IC tanto durante una hospitalización como en las consultas externas del HELL.
Realizar sesiones informativas al servicio de Medicina Interna y a enfermería sobre la educación en IC y presentación de folletos informativos.

INDICADORES
Se valorará tanto la entrega de los folletos creados como la tasa de reingreses tras la distribución de los mismos.
-Pacientes con entrega de folleto informativo/pacientes valorados por ICC en consulta de MI o Cardiología u hospitalizado por ICC en HELL
-Pacientes con reingreso a 30 días por falta de cumplimiento terapéutico/pacientes con entrega de folleto informativo

DURACIÓN
Creación de folleto informativo: abril-mayo de 2018,
Realización de sesiones informativas sobre educación en IC: mayo-junio de 2018
Inicio de entrega de folletos de educación en IC: desde abril-mayo de 2018 en adelante.
Evaluación de indicadores: enero y febrero de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0780

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Fecha de entrada: 20/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS PORRES AZPIROZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FAÑANAS MASTRAL JAVIER
GARCIA MANGAS PILAR
SANCHO VAL ISABEL
GIL PEREZ DESIRE
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR
GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha constituido el grupo de trabajo multidisciplinar con miembros de varios servicios. Se han desarrollado reuniones de los integrantes en tres fases:
En una primera fase, se ha solicitado la opinión de todos los integrantes sobre el funcionamiento del grupo, medios humanos y materiales con los que se pueden reunir, proceso de toma de decisiones dentro del grupo, asi como resolución de discrepancias.
En una segunda fase se han realizado tres reuniones con el Dr. Gabriel Tirado que se ha ofrecido a confeccionar una base de datos para registro de casos. En esas reuniones, los diferentes miembros han propuesto la inclusión de los datos necesarios desde el punto de vista de su especialidad para ser incluidos en dicho registro. Finalmente se ha presentado la base de datos, realizando los miembros consideraciones y propuestas de cambios sobre el diseño inicial.
En una última fase, se ha decidido iniciar el registro de casos, proponiendo su inicio en Noviembre de 2018. Tras un retraso por problemas informáticos, en la última reunión del 5 de Diciembre, se decide su inicio con el año natural.
Queda pendiente la revisión del funcionamiento del registro, que se realizará tras tres meses de funcionamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la fecha de esta memoria, disponemos de una base de datos funcional, de la que podemos fácilmente extraer estadísticas básicas en tiempo real, y posteriormente puede explotarse los datos que interesen a los diferentes servicios. Con el inicio del año 2019, se iniciará el funcionamiento del registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de trabajo ha tenido grandes dificultades para la realización de las reuniones, dada la presión asistencial, imposibilidad material de reunir a todos los integrantes en todas las reuniones por las diferentes agendas y actividades que realizan en el día a día. Se ha constituido un grupo de mensajería para comunicación interna y se dispone de una lista de correo y una unidad en la nube para uso del grupo, como medios de comunicación más agiles.
La diferencia en intereses dentro de los múltiples aspectos de tratamiento y cuidado de los pacientes con endocarditis obligan a un registro de gran cantidad de información y, por tanto, incrementan el trabajo de recolección de información (más, si se tiene en cuenta, en ineficiente sistema de historia electrónica del que se dispone en la actualidad).

7. OBSERVACIONES.
Con el tiempo, sería muy útil contar con la colaboración de personal administrativo o becarios para recolección de datos. Aspiramos, en un futuro, a extender este registro a otros centros de la Comunidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/780 ========== ***

Nº de registro: 0780

Título
FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Autores:
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, FAÑANAS MASTRAL JAVIER, GARCIA MANGAS PILAR, SANCHO VAL ISABEL, GIL PEREZ DESIRE,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0780

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIAN RUIZ MARIA PILAR, GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades Infecciosas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La endocarditis infecciosa constituye una patología grave, que requiere para su tratamiento y diagnóstico, de la colaboración de profesionales de varias especialidades. Actualmente, en nuestro centro no se dispone de información sobre incidencia, tipos, microorganismos implicados y evolución clínica o quirúrgica de los casos. Tampoco existe un registro de los casos diagnosticados ni de su evolución.
Es necesario profundizar en el conocimiento de esta enfermedad en nuestro medio, y concretamente en nuestro centro, dado que es referencia de toda la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto tiene como objetivo constituir un grupo de trabajo sobre Endocarditis Infecciosa (EI). Dicho grupo tendrá como fin, en una primera fase, la confección de una base de datos sobre casos de Endocarditis en nuestro centro.
En un futuro, en el grupo se diseñarán procedimientos, protocolos diagnósticos y terapéuticos sobre esta patología para su difusión a los diferentes servicios implicados en el cuidado de estos pacientes.
En una tercera fase, se difundirá el grupo incluyendo profesionales de toda la comunidad.

MÉTODO
En un primer momento se diseñará una base de datos funcional para el registro de los aspectos fundamentales de los casos diagnosticados en el centro.
Una vez diseñada dicha base de datos, con el acuerdo de los diferentes participantes y servicios, se iniciará una fase de registro de los casos.
Tras unos meses de registro de casos, se acordarán tras una revisión de los campos, las variaciones que en ellos que se estimen oportunos por los integrantes del grupo.

INDICADORES
Memoria anual con número de casos registrados, prevalencia de cada germen, mortalidad, estancia media, recomendaciones en cuanto a la terapia antibiótica empírica.
Difusión de resultados en cada servicio mediante una sesión clínica.
Indicadores anuales:
-Registro de Casos completados/Ingresos con diagnóstico de -Endocarditis de cada unidad.
-Mortalidad/Ingresos con EI
-Terapia antibiótica según guías/ingresos EI.
-Complicaciones embólicas/Ingresos EI.
-Cirugía Cardíaca/Ingresos por EI
-EI protésica precoz/Nº Implantes protésicos anuales.
-EI en dispositivos (MP o DAI)/Nº Implantes anuales

DURACIÓN
El grupo nace con vocación de duración indefinida, constituyéndose dentro de los grupos de trabajo o comisiones formados dentro del centro sobre diferentes patologías.
Inicialmente se confeccionará la base de datos con los campos que se acuerden por el grupo. Durante esta fase, se efectuará un programa piloto de registro de pacientes ficticios con el fin de optimizar el correcto funcionamiento del registro.
Desde el mes de Septiembre de 2018 se iniciará el registro por cada servicio de los aspectos que les competan.
En Diciembre de 2018 se efectuará una revisión de los registros e indicadores proponiendo mejoras en los mismos o el la forma de funcionamiento del registro.
Desde Enero del 2019 se iniciará el registro definitivo que podrá modificarse a la vista de los resultados de cada año.
En fases posteriores se iniciará la confección de protocolos o procedimientos de diagnóstico, tratamiento o seguimiento de pacientes con Endocarditis.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0780

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. PROPUESTA DE REGISTRO CENTRALIZADO DE CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

OBSERVACIONES
Este proyecto queda incluido en el Acuerdo de gestión Clínica del S. de Cardiología y C. Cardiovascular.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LASALA ALASTUEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
JIMENO SANCHEZ JAVIER
MARCEN MIRAVETE ANA
LAPUENTE GONZALEZ PILAR
LAO ROMERA JUAN
MORENO ESTEBAN EVA
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha realizado un "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", pendiente todavía de consenso. En él se han unificado todos los objetivos de nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento, siendo aplicable no solo a las paciente con cáncer de mama si no a todos los pacientes de nuestro sector tratados con quimioterapia o radioterapia. Se ha incidido en la necesidad de realizar prevención de cardiotoxicidad a nivel de Atención Primaria con control estricto de los factores de riesgo cardiovascular. Se ha realizado un protocolo por el cual se realizará ecocardiograma basal a todos los pacientes pretratamiento antitumoral y si es posible a los pacientes con más alto riesgo de cardiotoxicidad (especialmente las pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab) se les realizará cálcuo de strain miocárdico para detección precoz de cardiotoxicidad. Se ha protocolizado la realización de biomarcadores (troponina y proBNP) antes de cada ciclo de quimioterapia. Se han establecido los criterios de derivación a la consulta de Cardio-Oncología tanto antes del tratamiento antitumoral como durante el tratamiento. Se ha establecido el protocolo de seguimiento a largos supervivientes al cáncer, con importante colaboración por parte de Atención Primaria. Se han establecido los circuitos de derivación a la consulta de Cardio-oncología.
-Para facilitar la difusión de toda la información del protocolo se han realizado 2 trípticos: Uno de prevención de cardiotoxicidad desde Atención primaria, y otro con los criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología.
-Una vez consensuado el protocolo entre los servicios de Cardiología-Oncología Médica- Oncología Radioterápica-Hematología y Atención Primaria está previsto darle difusión en los centros de salud de nuestro sector y en los diversos servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Realización de "Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología", que era uno de los indicadores a evaluar de nuestro proyecto de mejora de calidad. Pendiente de iniciar su aplicación tras consenso entre servicios.
-Realizados trípticos para favorecer la difusión del protocolo en Atención Primaria y en los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", que afectará tanto a las mujeres con cáncer de mama y alto riesgo de cardiotoxicidad como a todos los pacientes en tratamiento antitumoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con Atención Primaria, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hematología.
- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante en la difusión del protocolo con el que esperamos conseguir una importantísima mejoría en la prevención de la cardiotoxicidad en nuestro sector que en algunos casos continúa siendo deficitaria, lo cual aumenta la mortalidad cardiovascular en supervivientes a largo plazo y también limita en otros casos el tratamiento antitumoral aumentando la mortalidad oncológica.

- LECCIONES APRENDIDAS: Debemos mejorar los indicadores que planteábamos en el proyecto de mejora inicial, considerando que los siguientes indicadores serían más fiables a la hora de medir nuestra actividad:
-Pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab con determinación de troponina I us y proBNP antes de cada ciclo de quimioterapia en 1 mes / pacientes con ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en 1 mes >70%
-Pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab que acuden a la consulta de Cardio-oncología en 1 mes con control óptimo de LDL/pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab que acuden a la consulta de Cardio-Oncología en 1 mes > 50%
-Aprobación de Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

7. OBSERVACIONES.
Querría saber si es posible la modificación de los indicadores como indico en las LECCIONES APRENDIDAS del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

apartado previo. Si es posible en la memoria de finalización del proyecto prevista para septiembre-octubre de 2019 consideramos más correcto el uso de estos indicadores, puesto que los previos son confusos y erróneos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/885 ========== ***

Nº de registro: 0885

Título
INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, GAMBO RUBERTE ELENA, JIMENO SANCHEZ JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, LAO ROMERA JUAN, MORENO ESTEBAN EVA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En pacientes con cáncer de mama, en numerosas ocasiones tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, hay una elevada tasa de probabilidad de desarrollo de cardiotoxicidad y por tanto mucho que hacer en cuanto a la prevención del desarrollo de esta.

Creemos que se está realizando de forma deficitaria la prevención primaria de la cardiotoxicidad en nuestro medio mediante el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular de forma intensiva en pacientes en estadio A de insuficiencia cardiaca de la AHA (asintomáticos sin cardiopatía), siendo esto más precocupante en una población muy prevalente con alto riesgo de cardiotoxicidad como son estas pacientes, motivo por el cual creemos que es necesario enfatizar estas medidas como proyecto de mejora de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- OBJETIVO PRINCIPAL:
o Mejorar la atención que se ofrece a las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico específico con antraciclinas y/o trastuzumab por neoplasia de mama en nuestro sector, mediante la redefinición de protocolos asistenciales en los que intervienen tanto los profesionales de cardiología como de oncología y atención primaria, de forma coordinada, en la atención de pacientes con alto riesgo de cardiotoxicidad.

MÉTODO
1. Realizar un protocolo de manejo de los factores de riesgo cardiovascular, insistiendo en la necesidad de considerar a estas pacientes en tratamiento con quimioterapia como mínimo de alto riesgo cardiovascular según la tabla de riesgo SCORE.
o Realizaremos un protocolo en el que insistiremos en la necesidad de realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular unas recomendaciones de tratamiento con las diversas posibilidades de ajuste de dosis de fármacos en el caso en que sea necesario, para conseguir los objetivos descritos para atención primaria y Oncología.

2. Protocolizar en consenso con la Unidad de Ecocardiografía del Servicio de Cardiología del HUMS la realización de la medida de la función ventricular izquierda mediante la técnica de Speckle-tracking en las pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, además de la valoración completa ecocardiográfica habitual.
o Será necesario para poder realizarlo la adaptación del software adecuado para poder hacer Speckle-tracking en nuestros aparatos de ecocardiografía.
o La periodicidad de estas pruebas es según los documentos de consenso(1): Ecocardiograma basal y al final del tratamiento cuando están en tratamiento con antraciclinas, y de forma basal, trimestral y al final del tratamiento en pacientes tratadas con trastuzumab.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

3. Protocolizar con el Servicio de Oncología Médica la determinación de troponina I y proBNP de forma basal y antes de cada ciclo de quimioterapia con antraciclinas y/o trastuzumab, para derivar a Cardio-Oncología en caso de elevación de biomarcadores cardiacos.
4. Protocolizar nuestra guía de derivación a la consulta de Cardio-Oncología .

INDICADORES
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que son valoradas en consultas de atención primaria como pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad (=90%).
Realización de protocolo consensuado AP-ONCO-CARDIO para el control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con FEVI 2D pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=95%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con strain mediante técnica de speckle-tracking pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital a los que se les determina biomarcadores (troponina I y proBNP) pre y postratamiento (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que alcanzan valor objetivo de LDL (< 70 mg/dl en riesgo muy alto o < 100 mg/dl en caso de riesgo alto según SCORE de riesgo) (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que consiguen control óptimo de tensión arterial (TA < 140/90 mmHg. En diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica con ClCr < 60 ml/min se recomienda TA < 140/85 mmHg) (=75%).
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital con Hb glicosilada < 7% (en mayores de 75 años < 7,5-8%) (=75%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que abandonan el hábito tabáquico (=50%)

DURACIÓN
Fecha de inicio desde el 1 de Septiembre de 2018 hasta el 31 de octubre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LASALA ALASTUEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
JIMENO SANCHEZ JAVIER
MARCEN MIRAVETE ANA
LAPUENTE GONZALEZ PILAR
LAO ROMERA JUAN
MORENO ESTEBAN EVA
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado un "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", pendiente todavía de consenso. En él se han unificado todos los objetivos de nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento, siendo aplicable no solo a las paciente con cáncer de mama si no a todos los pacientes de nuestro sector tratados con quimioterapia o radioterapia. Se ha incidido en la necesidad de realizar prevención de cardiotoxicidad a nivel de Atención Primaria con control estricto de los
factores de riesgo cardiovascular. Se ha realizado un protocolo por el cual se realizará ecocardiograma basal a todos los pacientes pretratamiento antitumoral y si es posible a los pacientes con más alto riesgo de cardiotoxicidad (especialmente las pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab) se les realizará cálcuo de strain miocárdico para detección precoz de cardiotoxicidad. Se ha protocolizado la realización de biomarcadores (troponina y proBNP) antes de cada ciclo de quimioterapia. Se han establecido los criterios de derivación a la consulta de Cardio-Oncología tanto antes del tratamiento antitumoral como durante el tratamiento. Se ha establecido el protocolo de seguimiento a largos supervivientes al cáncer, con importante colaboración por parte de Atención Primaria. Se han establecido los circuitos de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

Para facilitar la difusión de toda la información del protocolo se han realizado 2 trípticos: Uno de prevención de cardiotoxicidad desde Atención primaria, y otro con los criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

Está pendiente de consenso entre los servicios de Cardiología-Oncología Médica- Oncología Radioterápica-Hematología.
Ha sido presentado en el grupo multidisciplinar que el servicio de Cardiología comparte con médicos y enfermeras de AP del Sector Zaragoza II.
Está previsto darle difusión en los centros de salud de nuestro sector y en los diversos servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de "Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología", que era uno de los indicadores a evaluar de nuestro proyecto de mejora de calidad. Pendiente de iniciar su aplicación tras consenso entre servicios.

Realizados trípticos para favorecer la difusión del protocolo en Atención Primaria y en los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", que afectará tanto a las mujeres con cáncer de mama y alto riesgo de cardiotoxicidad como a todos los pacientes en tratamiento antitumoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con Atención Primaria, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Hematología.

- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante en la difusión del protocolo con el que esperamos conseguir una importantísima mejoría en la prevención de la cardiotoxicidad en nuestro sector que en algunos casos continúa siendo deficitaria, lo cual aumenta la mortalidad cardiovascular en supervivientes a largo plazo y también limita en otros casos el tratamiento antitumoral aumentando la mortalidad oncológica.

- Pendiente de análisis de indicadores establecidos tras aprobar el protocolo. Se intentará analizar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

información a través de historia clínica electrónica.

- Como lecciones aprendidas con este proyecto, consideramos necesario plantear unos indicadores que se puedan medir de forma sencilla para poder evaluar el impacto del proyecto en la población elegida.

7. OBSERVACIONES.
El control de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de la cardiotoxicidad en pacientes con neoplasias malignas tratadas con tratamiento quimioterápido es esencial. La puesta en marcha de un protocolo consensuado entre servicios puede tener una implicación muy positiva en la calidad y esperanza de vida de estos pacientes.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/885 ========== ***

Nº de registro: 0885

Título
INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, GAMBO RUBERTE ELENA, JIMENO SANCHEZ JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, LAO ROMERA JUAN, MORENO ESTEBAN EVA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En pacientes con cáncer de mama, en numerosas ocasiones tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, hay una elevada tasa de probabilidad de desarrollo de cardiotoxicidad y por tanto mucho que hacer en cuanto a la prevención del desarrollo de esta.

Creemos que se está realizando de forma deficitaria la prevención primaria de la cardiotoxicidad en nuestro medio mediante el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular de forma intensiva en pacientes en estadio A de insuficiencia cardiaca de la AHA (asintomáticos sin cardiopatía), siendo esto más precocupante en una población muy prevalente con alto riesgo de cardiotoxicidad como son estas pacientes, motivo por el cual creemos que es necesario enfatizar estas medidas como proyecto de mejora de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- OBJETIVO PRINCIPAL:
o Mejorar la atención que se ofrece a las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico específico con antraciclinas y/o trastuzumab por neoplasia de mama en nuestro sector, mediante la redefinición de protocolos asistenciales en los que intervienen tanto los profesionales de cardiología como de oncología y atención primaria, de forma coordinada, en la atención de pacientes con alto riesgo de cardiotoxicidad.

MÉTODO
1. Realizar un protocolo de manejo de los factores de riesgo cardiovascular, insistiendo en la necesidad de considerar a estas pacientes en tratamiento con quimioterapia como mínimo de alto riesgo cardiovascular según la tabla de riesgo SCORE.
o Realizaremos un protocolo en el que insistiremos en la necesidad de realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular unas recomendaciones de tratamiento con las diversas posibilidades de ajuste de dosis de fármacos en el caso en que sea necesario, para conseguir los objetivos descritos para atención primaria y Oncología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

2. Protocolizar en consenso con la Unidad de Ecocardiografía del Servicio de Cardiología del HUMS la realización de la medida de la función ventricular izquierda mediante la técnica de Speckle-tracking en las pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, además de la valoración completa ecocardiográfica habitual.
o Será necesario para poder realizarlo la adaptación del software adecuado para poder hacer Speckle-tracking en nuestros aparatos de ecocardiografía.
o La periodicidad de estas pruebas es según los documentos de consenso(1): Ecocardiograma basal y al final del tratamiento cuando están en tratamiento con antraciclinas, y de forma basal, trimestral y al final del tratamiento en pacientes tratadas con trastuzumab.

3. Protocolizar con el Servicio de Oncología Médica la determinación de troponina I y proBNP de forma basal y antes de cada ciclo de quimioterapia con antraciclinas y/o trastuzumab, para derivar a Cardio-Oncología en caso de elevación de biomarcadores cardiacos.
4. Protocolizar nuestra guía de derivación a la consulta de Cardio-Oncología .

INDICADORES
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que son valoradas en consultas de atención primaria como pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad (=90%).
Realización de protocolo consensuado AP-ONCO-CARDIO para el control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con FEVI 2D pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=95%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con strain mediante técnica de speckle-tracking pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital a los que se les determina biomarcadores (troponina I y proBNP) pre y postratamiento (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que alcanzan valor objetivo de LDL (< 70 mg/dl en riesgo muy alto o < 100 mg/dl en caso de riesgo alto según SCORE de riesgo) (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que consiguen control óptimo de tensión arterial (TA < 140/90 mmHg. En diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica con ClCr < 60 ml/min se recomienda TA < 140/85 mmHg) (=75%).
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital con Hb glicosilada < 7% (en mayores de 75 años < 7,5-8%) (=75%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que abandonan el hábito tabáquico (=50%)

DURACIÓN
Fecha de inicio desde el 1 de Septiembre de 2018 hasta el 31 de octubre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LASALA ALASTUEY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMBO RUBERTE ELENA PATRICIA
JIMENO SANCHEZ JAVIER
MARCEN MIRAVETE ANA
LAPUENTE GONZALEZ PILAR
LAO ROMERA JUAN
MORENO ESTEBAN EVA
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado un "protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología". En él se han unificado todos los objetivos de
nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento, siendo aplicable no solo a las paciente con cáncer de mama si no a todos los pacientes de nuestro sector tratados con quimioterapia o radioterapia. Se ha incidido en la necesidad de realizar prevención de cardiotoxicidad a nivel de Atención Primaria con control estricto de los factores de riesgo cardiovascular. Se ha realizado un protocolo por el cual se realizará ecocardiograma basal a todos los pacientes pretratamiento antitumoral y si es posible a los pacientes con más alto riesgo de cardiotoxicidad (especialmente las pacientes con Ca de mama tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab) se les realizará cálcuo de strain miocárdico para detección precoz de cardiotoxicidad. Se ha protocolizado la realización de biomarcadores (troponina y proBNP) antes de cada ciclo de quimioterapia. Se han establecido los criterios de derivación a la consulta de Cardio-Oncología tanto antes del tratamiento antitumoral como durante el tratamiento.

Se ha establecido el protocolo de seguimiento a largos supervivientes al cáncer, con importante colaboración por parte de Atención Primaria. Se han establecido los circuitos de derivación a la consulta de Cardio-oncología.

Para facilitar la difusión de toda la información del protocolo se han realizado 2 trípticos: Uno de prevención de cardiotoxicidad desde Atención primaria, y otro con los criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología. Está pendiente de consenso entre los servicios implicados para poder formalizar su publicación.

Ha sido presentado en el grupo multidisciplinar que el servicio de Cardiología comparte con médicos y enfermeras de AP del Sector Zaragoza II.

Está previsto darle difusión en los centros de salud de nuestro sector y en los diversos servicios implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de "Protocolo de prevención de cardiotoxicidad y criterios de derivación a la consulta de Cardio-oncología", que era uno de los indicadores a evaluar de nuestro proyecto de mejora de calidad. Pendiente de iniciar su aplicación tras consenso entre servicios.

Realizados trípticos para favorecer la difusión del protocolo en Atención Primaria y en los servicios implicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el
"protocolo de prevención de cardiotoxicidad y de derivación a la consulta de Cardio-Oncología", que afectará tanto a las mujeres con cáncer de mama y alto riesgo de cardiotoxicidad como a todos los pacientes en tratamiento antitumoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con los diversos servicios implicados para después poder formalizar su publicación.

- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante en la difusión del protocolo con el que esperamos conseguir una importantísima mejoría en la prevención de la cardiotoxicidad en nuestro sector que en algunos casos continúa siendo deficitaria, lo cual aumenta la mortalidad cardiovascular en supervivientes a lantando la mortalidad oncológica.

- La información de los indicadores inicialmente propuestos no se ha analizado porque actualmente no está en la HCE para su ánalisis y, por lo tanto, ha sido imposible obtenerla.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

- Como lecciones aprendidas con este proyecto, consideramos necesario plantear unos indicadores que se puedan medir de forma sencilla para poder evaluar el impacto del proyecto en la población elegida.

7. OBSERVACIONES.
El control de los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de la cardiotoxicidad en pacientes con neoplasias malignas tratadas con tratamiento quimioterápido es esencial. La puesta en marcha de un protocolo consensuado entre servicios puede tener una implicación muy positiva en la calidad y esperanza de vida de estos pacientes.

Este proyecto pasa a ser un objetivo del acuerdo de gestión del Servicio de Cardiología del Hospital Miguel Servet.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/885 ========== ***

Nº de registro: 0885

Título
INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

Autores:
LASALA ALASTUEY MARIA, GAMBO RUBERTE ELENA, JIMENO SANCHEZ JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, LAPUENTE GONZALEZ PILAR, LAO ROMERA JUAN, MORENO ESTEBAN EVA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En pacientes con cáncer de mama, en numerosas ocasiones tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, hay una elevada tasa de probabilidad de desarrollo de cardiotoxicidad y por tanto mucho que hacer en cuanto a la prevención del desarrollo de esta.

Creemos que se está realizando de forma deficitaria la prevención primaria de la cardiotoxicidad en nuestro medio mediante el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular de forma intensiva en pacientes en estadio A de insuficiencia cardiaca de la AHA (asintomáticos sin cardiopatía), siendo esto más precocupante en una población muy prevalente con alto riesgo de cardiotoxicidad como son estas pacientes, motivo por el cual creemos que es necesario enfatizar estas medidas como proyecto de mejora de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- OBJETIVO PRINCIPAL:
o Mejorar la atención que se ofrece a las pacientes sometidas a tratamiento quimioterápico específico con antraciclinas y/o trastuzumab por neoplasia de mama en nuestro sector, mediante la redefinición de protocolos asistenciales en los que intervienen tanto los profesionales de cardiología como de oncología y atención primaria, de forma coordinada, en la atención de pacientes con alto riesgo de cardiotoxicidad.

MÉTODO
1. Realizar un protocolo de manejo de los factores de riesgo cardiovascular, insistiendo en la necesidad de considerar a estas pacientes en tratamiento con quimioterapia como mínimo de alto riesgo cardiovascular según la tabla de riesgo SCORE.
o Realizaremos un protocolo en el que insistiremos en la necesidad de realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular unas recomendaciones de tratamiento con las diversas posibilidades de ajuste de dosis de fármacos en el caso en que sea necesario, para conseguir los objetivos descritos para atención primaria y Oncología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0885

1. TÍTULO

INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCION DE CARDIOTOXICIDAD EN CANCER DE MAMA TRATADO CON ANTRACICLINAS Y/O TRASTUZUMAB EN ESTADIO A DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA AHA

2. Protocolizar en consenso con la Unidad de Ecocardiografía del Servicio de Cardiología del HUMS la realización de la medida de la función ventricular izquierda mediante la técnica de Speckle-tracking en las pacientes con cáncer de mama tratadas con antraciclinas ± trastuzumab, además de la valoración completa ecocardiográfica habitual.
o Será necesario para poder realizarlo la adaptación del software adecuado para poder hacer Speckle-tracking en nuestros aparatos de ecocardiografía.
o La periodicidad de estas pruebas es según los documentos de consenso(1): Ecocardiograma basal y al final del tratamiento cuando están en tratamiento con antraciclinas, y de forma basal, trimestral y al final del tratamiento en pacientes tratadas con trastuzumab.

3. Protocolizar con el Servicio de Oncología Médica la determinación de troponina I y proBNP de forma basal y antes de cada ciclo de quimioterapia con antraciclinas y/o trastuzumab, para derivar a Cardio-Oncología en caso de elevación de biomarcadores cardiacos.
4. Protocolizar nuestra guía de derivación a la consulta de Cardio-Oncología .

INDICADORES
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que son valoradas en consultas de atención primaria como pacientes de alto riesgo de cardiotoxicidad (=90%).
Realización de protocolo consensuado AP-ONCO-CARDIO para el control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con FEVI 2D pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=95%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que tienen un ecocardiograma con strain mediante técnica de speckle-tracking pre y post-tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital a los que se les determina biomarcadores (troponina I y proBNP) pre y postratamiento (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que alcanzan valor objetivo de LDL (< 70 mg/dl en riesgo muy alto o < 100 mg/dl en caso de riesgo alto según SCORE de riesgo) (=50%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que consiguen control óptimo de tensión arterial (TA < 140/90 mmHg. En diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica con ClCr < 60 ml/min se recomienda TA < 140/85 mmHg) (=75%).
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital con Hb glicosilada < 7% (en mayores de 75 años < 7,5-8%) (=75%)
Porcentaje de pacientes tratadas con antraciclinas y/o trastuzumab en el hospital que abandonan el hábito tabáquico (=50%)

DURACIÓN
Fecha de inicio desde el 1 de Septiembre de 2018 hasta el 31 de octubre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1141

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AINHOA PEREZ GUERRERO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ PERALES CARLOS
BLASCO PEIRO TERESA
PORTOLES OCAMPO ANA
GAMBO GRASA PAULA
GIMENO LOZANO JUAN JOSE
LASALA ALASTUEY MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nuestro objetivo principal es la elaboración e implantación de un protocolo de despistaje de rechazo humoral en los pacientes sometidos a trasplante cardiaco en Aragón mediante la protocolización de biopsia cardiaca con reactivos de inmunohistoquímica e inmunofluorescencia para el tratamiento precoz del rechazo humoral. La primera actividad realizada ha sido una exhaustiva búsqueda bibliográfica revisión bibliográfica del tema, pertinencia y adecuación a los últimos consensos internacionales.
Con todo ello, hemos realizado el “protocolo de despistaje de rechazo humoral en el trasplante cardiaco” que se encuentra en vías de consenso entre todos los servicios implicados. En él hemos unificado todos los objetivos de nuestro proyecto de mejora de calidad en un solo documento aplicable a todos los pacientes sometidos a trasplante cardiaco en nuestra comunidad. En nuestro hospital, se realiza despistaje de rechazo celular, sin embargo, el rechazo humoral, siendo una causa importante de fallo del injerto, puede quedar infradiagnosticado. Existe cada vez más consenso en las últimas guías de práctica clínica en protocolizar el despistaje y el tratamiento de esta entidad.
También se ha elaborado un documento de protocolización del tratamiento de pacientes con criterios positivos para rechazo humoral, desde estadios subclínicos, según un algoritmo de tratamiento establecido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de "Protocolo de despistaje de rechazo humoral en trasplante cardiaco” así como el documento de protocolización del tratamiento en pacientes que cumplen criterios de rechazo humoral estableciendo un algoritmo de tratamiento. Pendiente de consenso con los servicios de Hematología y Anatomía patológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Nos consideramos satisfechos con la realización de un documento que es el “protocolo de despistaje de rechazo humoral en el trasplante cardiaco” así como el algoritmo de tratamiento de los pacientes que cumplan criterios de rechazo humoral, pero queda pendiente su aprobación tras consensuarlo con los servicios de Hematología y Anatomía patológica.
- Tras su aprobación se realizará un esfuerzo importante para la adecuación de reactivos para la valoración histológica y de anticuerpos.
Es necesario mejorar la relación interservicio cardiología-anatomía patológica-hematología para el diagnóstico conjunto (clínico-patológico-inmunológico) del rechazo humoral y así establecer los criterios consensuados de diagnóstico de rechazo humoral según un algoritmo de diagnóstico establecido.
El rechazo mediado por anticuerpos podría estar infradiagnosticado debido a una falta de programas rutinarios de screening, suponiendo una causa importante de disfunción del injerto. También es importante señalar que el número de pacientes sometidos a trasplante cardiaco en Aragón no es elevado (7 pacientes en último año), por lo que la aplicación de este protocolo requiere de un periodo de evaluación mucho más larga, que se iniciará en breve, tras la aprobación final del protocolo. y que la aplicación de este protocolo supone un aumento del número de biopsias y de la cuantificación de anticuerpos específicos contra el donante.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1141 ========== ***

Nº de registro: 1141

Título
PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

Autores:
PEREZ GUERRERO AINHOA, LOPEZ PERALES CARLOS RUBEN, BLASCO PEIRO TERESA, PORTOLES OCAMPO ANA, GAMBO GRASA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1141

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

PAULA, GIMENO LOZANO JUAN JOSE, LASALA ALASTUEY MARIA, ORTAL NADAL MARIA DEL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El trasplante cardiaco es el tratamiento de referencia para pacientes seleccionados con insuficiencia cardiaca avanzada. A pesar de ello, el rechazo sigue siendo una causa importante de morbimortalidad, especialmente en receptores de alto riesgo y en la fase aguda del implante.
De los dos tipos de rechazo cardiaco, el rechazo mediado por anticuerpos (también llamado humoral o vascular) ha sido clásicamente una entidad mal definida y poco estudiada en las últimas tres décadas, en comparación con el rechazo celular. En los últimos años ha existido un interés renovado para unificar criterios en el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad.
La verdadera incidencia del rechazo mediado por anticuerpos se desconoce debido a los cambios históricos de los criterios diagnósticos y a la falta de programas rutinarios de screening, variando de un 3 a un 85% en función de los criterios diagnósticos empleados. Cuando se emplean los criterios de 2006 de la ISHLT, la incidencia es del 5%.
En nuestro hospital, se realiza despistaje de rechazo celular, sin embargo, el rechazo humoral, siendo una causa importante de fallo del injerto, puede quedar infradiagnosticado. Existe cada vez más consenso en las últimas guías de práctica clínica en protocolizar el despistaje y el tratamiento de esta entidad.
En nuestro centro se han demostrado, al menos, dos casos diagnosticados en los últimos cinco años.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la atención prestada a los pacientes sometidos a trasplante cardiaco en nuestra comunidad mediante la protocolización de biopsia cardiaca con reactivos de inmunohistoquímica e inmunofluorescencia para el tratamiento precoz del rechazo humoral.
- Mejorar la relación cardiología-anatomía patológica-hematología para el diagnóstico conjunto (clínico-patológico-inmunológico) del rechazo humoral.
- Establecer un cribado universal de rechazo humoral en el 100% de nuestros pacientes trasplantados de corazón.
-Realizar un diagnóstico precoz de rechazo humoral.
-Protocolizar el tratamiento de los pacientes con un diagnóstico positivo de rechazo humoral.
-Disminuir la mortalidad y morbilidad asociada al rechazo humoral (reingresos por insuficiencia cardiaca) mediante tratamiento precoz de éste.

MÉTODO
En primer lugar, se realizará la revisión bibliográfica del tema, pertinencia y adecuación a los últimos consensos internacionales.
Se realizará una reunión interdisciplinar de los servicios de cardiología, hematología y anatomía patológica para plantear los recursos y las necesidades.
Será necesario aumentar la periodicidad del número de biopsias, precisando de técnicas de inmufluorescencia e inmunohistoquímica de forma sistemática (no sólo ante la sospecha). Además, se precisará de técnicas de cuantifiación de anticuerpos.
Una vez consensuados y establecidos los recursos, se realizará una nueva reunión de cara a la presentación del protocolo y a su puesta en marcha.

INDICADORES
Número de biopsas endomiocárdicas con valoración de rechazo humoral por paciente al año/biopsias totales realizadas.
Estándar: 80%.

Número de pacientes que tienen en el primer año determinación de anticuerpos/número total de pacientes trasplantados. Estándar: 90%

Número de determinaciones de anticuerpos por paciente en el primer año del trasplante. Estándar: 5

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1 de septiembre de 2018. Prevista su finalización: marzo de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1141

1. TÍTULO

PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO SOBRE RECHAZO CARDIACO HUMORAL

-Documentación y planificación: Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales. Septiembre 2018.
-Reunión de servicios: Responsable de unidad de insuficiencia cardiaca, responsable de unidad de biopsias cardiacas
de anatomía patológica y responsable de inmunohematología. Octubre 2018 y Enero 2019.
-Adecuación de reactivos: responsable de unidad de biopsias cardiacas de anatomía patológica y responsable de área de
inmunohematología. Noviembre y Diciembre 2018.
-Presentación: Ainhoa Pérez Guerrero, Carlos Rubén López Perales. Febrero 2019.
-Puesta en marcha: Responsable de unidad de insuficiencia cardiaca. Marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO ORTAS NADAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERGUA MARTINEZ CLARA
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
LAPERAL MUR JOSE RAMON
CORDON RUIZ RUBEN
CASTILLO LUENA JOSE ENRIQUE
AURED GUALLAR CARMEN
DIAZ CORGEGANA FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. El día 16 de abril del 2018 se constituyó el GRUPO MULTIDISCIPLINAR, integrado por las diferentes Subdirecciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada del hospital Miguel Servet, así como profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada cardiológica (AE cardiológica), del ámbito hospitalario y ambulatorio.
Desde la primera reunión se han realizado 10 reuniones del grupo, con una periodicidad aproximada mensual (16/04, 27/04, 17/05, 25/05, 15/06, 22/06, 07/09, 18/10, 23/11 y 19/12). Se ha levantado acta de todos los puntos tratados/acordados por el grupo en cada una de las reuniones que, posteriormente, fue enviada a todos los integrantes y firmada en la siguiente reunión.
A partir de la 4ª reunión, el Grupo Multidisciplinar contó con dos integrantes más: Médico de Atención Primaria del CS de Fernando el Católico y enfermera del Centro de Salud de San Pablo.
Por otra parte, dado que la labor de consenso del grupo lo requería, se invitó a asistir a profesionales del Servicio de Rehabilitación cardiaca del HUMS y del Servicio de Rehabilitación Cardiaca multihospitalario del HNSG.
La última reunión del Grupo Multidisciplinar se llevó a cabo en el Centro de Salud de Torrerramona, donde se mostró al grupo el programa Omi para su conocimiento.
2. Designación de un CARDIÓLOGO REFERENTE de los 18 centros de salud (CS), quien se encarga de responder las solicitudes de consulta a través de la interconsulta virtual.
3. Inicio de SESIONES CLÍNICAS PRESENCIALES en los diferentes CS, con presencia del cardiólogo referente, en el horario habitual de las sesiones docentes del centro. Periodicidad aproximadamente mensual. Realizada o programada en 12 de los 18 CS referentes (3 de ellas en el área rural), con un total de 29 sesiones en los últimos 8 meses.
Estas sesiones clínicas tienen como objetivos:
1. Visita de inicio por parte de la responsable del Servicio para informar sobre el proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico como forma de trabajo habitual.
2. Resolución de casos complejos in situ.
3. Facilitar la propagación de los diferentes protocolos aprobados por el Grupo Multidisciplinar a todos los médicos de AP.
4. Formación en patología cardiovascular.
5. Mejora en la comunicación y entendimiento entre los dos niveles asistenciales.
Actualmente, nos encontramos en vías de programación de sesiones clínicas virtuales con los centros de salud rurales mediante el uso del programa de videoconferencia del Salud Spontania, con la colaboración del Servicio de Informática del HUMS.
4. Se ha realizado la protocolización consensuada de dos procesos asistenciales cardiológicos (Cardiopatía isquémica estable y Síndrome coronario agudo) en el seno del grupo multidisciplinar. Se ha invitado a participar a profesionales de rehabilitación cardiaca del hospital y de la Unidad multidisciplinar del H. Nuestra Sra de Gracia. Este protocolo va a ser presentado en sesión clínica del Servicio y vehiculado en cada CS, a través del cardiólogo referente. Pendiente de protocolización del resto de procesos asistenciales.
5. La interconsulta virtual ha sido un medio eficaz de comunicación entre los dos niveles asistenciales en la mayor parte de los pacientes con ECV derivados, con un porcentaje de resolución no presencial muy elevado.
6. Creación de ALGORITMOS DE RESPUESTA A LA INTERCONSULTA VIRTUAL, con criterios consensuados por todo el Servicio de Cardiología (en sesión clínica del Servicio) para la adecuación de la derivación a consultas presenciales (generales y específicas) de pacientes consultados a través de la interconsulta virtual. Algoritmos que se han dado a conocer en todos los CS visitados.
7. Se ha programado para el mes de noviembre de 2019 la primera reunión intersectorial AP-AE acreditada para docentes y discentes, dentro del programa docente del HUMS.
8. Desde la Unidad de Rehabilitación cardiaca del HUMS y la Unidad multihospitalaria del HNG se ha puesto en marcha el INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA, con el propósito de mantener la continuidad asistencial entre los dos niveles asistenciales. En situación de proceso a nivel de enfermería de hospitalización. Dentro del Grupo AP-AE cardiológica se encuentra en estudio la creación de “consulta de enfermería cardiológica” con el uso del programa OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Creación del grupo multidisciplinar – SI
2. Realización de una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta escrita – PROGRAMADA para el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

21/11/2019
3. Realizar visitas al CS por parte del cardiólogo referente de forma mensual - SI
4. Realizar la protocolización consensuada dentro del grupo de cada uno de los procesos asistenciales descritos - SI
5. Disminuir la lista de espera de primeras visitas en los CEM <50 días (estándar: 50%)
Se ha conseguido el objetivo planteado de reducir la demora en las consultas cardiológicas presenciales en los CME, derivadas desde AP con carácter preferente, cuya demora media en diciembre-2018 oscila entre 14 y 51 días.
6. Disminuir la lista de espera para ecocardiograma < 30 días (estándar: 30%)
El porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos, asociados o no a una prueba de esfuerzo en pacientes no ingresados en hospitalización, y llevados a cabo en menos de 30 días desde su solicitud, ha superado el 36% y, por lo tanto, el objetivo planteado.
Si consideramos también los pacientes ingresados el resultado alcanza el 80%.
7. Protocolización de la respuesta a la IV intraservicio - SI
El número de interconsultas virtuales aumentó de forma muy importante durante los primeros meses tras la implantación de la interconsulta virtual para, posteriormente, ir estabilizándose.
El porcentaje medio de resolución del mes de noviembre de 2017 fue del 18%, alcanzando el 25% de media desde el inicio y siendo del 27% de media durante en el último año 2018 (de enero a diciembre). Lo que representa un aumento del 50% en la resolución virtual durante éste, su primer año

Las medidas operativas adoptadas han permitido obtener un importante descenso en los indicadores de gestión de la consulta externa del Servicio de Cardiología durante este último año, como son:
• Un descenso medio del 80,88% en los buzones de Primeras
• Un descenso medio del 14,12% en la demora >60 días en Primeras
• Un descenso medio del 54,57% en el total de consultas pendientes (buzón y citas)
• Una disminución media de la demora prospectiva en consultas del 37,93% (siendo superior al 100% en algún CME).
• Si comparamos 2017 con 2018:
? Buzón de Primeras ha pasado de 1345 a 257.
? Demora <60 días ha pasado de 170 a 146
? Consultas pendientes (buzón+citas) ha pasado de 2558 a 1162
? Demora prospectiva de consultas ha pasado de 112 a 51,84 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Grupo AP-AE cardiológico ha tenido éxito inicial en su creación y en la definición de procesos asistenciales consensuados muy prevalentes (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) y decisivos en la patología cardiovascular. Estos procesos, por otra parte, han supuesto un tiempo excesivo al Grupo, como consecuencia de la importante dificultad que ha requerido reunir mensualmente a sus miembros, pese a planificar cada sesión durante la celebración de la reunión previa. La asistencia en algunos casos específicos se considera insuficiente.
Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS han permitido mejorar claramente la relación entre los profesionales y la percepción subjetiva por ambas partes, así como el aumento progresivo desde sus inicios en la resolución de la interconsulta virtual, disminuyendo la necesidad de vistas presenciales en los CMEs. No obstante, en dos CS, ha sido necesario reiniciar las sesiones después de un periodo de vacío en la comunicación como consecuencia de una falta de planificación. Es fundamental concienciar a todos los participantes en este proyecto (AP y AE cardiológica) que el contenido del mismo supone una nueva forma de trabajo que debiera aceptarse e integrar en la práctica habitual.
La elaboración de los algoritmos de respuesta a la interconsulta virtual garantizó un marco de apoyo y consulta a los cardiólogos referentes de los CS en cuanto a la derivación o no a consulta presencial, así como el tipo de consulta cardiológica, general o especializada de destino. Por otra parte, ha sido decisiva la disminución de la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de los CS. La reciente y difícil protocolización de la consulta de diagnóstico rápido del HUMS (realizada de forma consensuada en el Servicio de cardiología) mejorará la atención de los pacientes con patología potencialmente grave, mediante una diagnóstico y tratamiento preferente, disminuyendo las necesidades de ingreso hospitalario.
La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.
Todas estas actividades realizadas se plasman en una mejora de los indicadores de gestión, que traducen una mejor atención a nuestros pacientes y que se sustentan en una mejor relación y entendimiento entre los profesionales de ambos niveles asistenciales, que tiene repercusión en la atención a tiempo de los pacientes con ECV.
La continuidad de este proyecto asistencial tiene su base en la protocolización de los diferentes procesos asistenciales compartidos pendientes y en el mantenimiento de la coordinación entre profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.
dos procesos asistenciales consensuados muy prevalentes (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) y decisivos en la patología cardiovascular. Estos procesos, por otra parte, han supuesto un tiempo excesivo al Grupo, como consecuencia de la importante dificultad que ha requerido reunir mensualmente a sus miembros, pese a planificar cada sesión durante la celebración de la reunión previa. La asistencia en algunos casos específicos se considera insuficiente.
Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS han permitido mejorar claramente la relación entre los profesionales y la percepción subjetiva por ambas partes, así como el aumento progresivo desde sus inicios en la resolución de la interconsulta virtual, disminuyendo la necesidad de vistas presenciales en los CMEs. No obstante, en dos CS, ha sido necesario reiniciar las sesiones después de un periodo de vacío en la comunicación como consecuencia de una falta de planificación. Es fundamental concienciar a todos los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

participantes en este proyecto (AP y AE cardiológica) que el contenido del mismo supone una nueva forma de trabajo que debiera aceptarse e integrar en la práctica habitual.
La elaboración de los algoritmos de respuesta a la interconsulta virtual garantizó un marco de apoyo y consulta a los cardiólogos referentes de los CS en cuanto a la derivación o no a consulta presencial, así como el tipo de consulta cardiológica, general o especializada de destino. Por otra parte, ha sido decisiva la disminución de la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de los CS. La reciente y difícil protocolización de la consulta de diagnóstico rápido del HUMS (realizada de forma consensuada en el Servicio de cardiología) mejorará la atención de los pacientes con patología potencialmente grave, mediante una diagnóstico y tratamiento preferente, disminuyendo las necesidades de ingreso hospitalario.
La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.
Todas estas actividades realizadas se plasman en una mejora de los indicadores de gestión, que traducen una mejor atención a nuestros pacientes y que se sustentan en una mejor relación y entendimiento entre los profesionales de ambos niveles asistenciales, que tiene repercusión en la atención a tiempo de los pacientes con ECV.

7. OBSERVACIONES.
La continuidad de este proyecto asistencial tiene su base en la protocolización de los diferentes procesos asistenciales compartidos pendientes y en el mantenimiento de la coordinación entre profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1208 ========== ***

Nº de registro: 1208

Título
PROYECTO CRITERIOS DERIVACION AP-AE

Autores:
ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO, BERGUA MARTINEZ CLARA, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, LAPERAL MUR JOSE RAMON, CORDON RUIZ RUBEN, CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, AURED GUALLAR CARMEN, SAMPEDRO FELIU ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan a millones de personas y son la principal causa de mortalidad y discapacidad en los pases desarrollados. Aunque disponemos de grandes avances en la prevención y el tratamiento, el envejecimiento de la población, la epidemia de obesidad y de diabetes, la mayor supervivencia tras la fase aguda de la enfermedad, entre otras causas, están incrementando la prevalencia de las ECV crónicas y su presencia en nuestras consultas y hospitales.

Los pacientes con ECV son atendidos por un elevado número de profesionales en organizaciones y servicios diferentes. La fragmentación en la atención de los pacientes por una
misma enfermedad dificulta que una actuación diagnostica o terapéutica sea diseñada con visión a largo plazo, teniendo consecuencias en el pronóstico y la calidad de vida. Son componentes de la coordinación asistencial la transferencia de información y la coordinación en el seguimiento. La coordinación de los servicios sanitarios es una prioridad para responder al reto que supone mejorar nuestra eficiencia en un contexto de incremento de las necesidades asistenciales.

La falta de coordinación se ha asociado con:
- Duplicación de pruebas, remisiones y derivaciones innecesarias y un uso inadecuado
- de los servicios de urgencias.
- Errores médicos en la prescripción de medicamentos con interacciones o duplicidades.
- Contradicciones en los planes de atención y en los diagnósticos.
- Percepción de falta de comunicación entre profesionales por el paciente con posterior
- desconfianza y menor adherencia a las indicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1208

1. TÍTULO

PROYECTO CRITERIOS DE DERIVACION AP-AE

Estos aspectos los hemos visto reflejados no pocas veces durante la asistencia a nuestros pacientes con enfermedad cardiovascular. Creemos que la protocolización consensuada entre dos niveles asistenciales (Asistencia Primaria (AP) y Especializada (AE) cardiológica) de aquellos procesos asistenciales cardiovasculares compartidos más frecuentes (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatias)) redundará en una mejora clara de la calidad asistencial que reciben nuestros pacientes junto a una mejora en la propia actividad asistencial que desde la atención especializada cardiológica proporcionamos.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto va a mejorar la calidad asistencial de toda la población de nuestro sector con enfermedad cardiovascular dirigido. Y los objetivos que queremos alcanzar son:
-Mejorar la calidad asistencial del paciente cardiológico ambulatorio
-Mejorar la relación ente Asistencia Primaria (AP) y especializada (AE) cardiológica
-Disminuir la lista de espera de primeras visitas, derivadas desde la interconsulta virtual (IC) en los centros de especialidades médicas (CEM) de nuestro sector
-Disminuir la lista de espera de las pruebas diagnóstico/terapéuticas cardiológicas de nuestro sector
-Crear una consulta de enfermería “cardiológica” en Atención primaria

MÉTODO
1. Creación de un grupo multidisciplinar AP-AE cardiológico, que incorpore médicos de AP y cardiólogos tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio, junto a enfermería de AP y de AE, tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio
2. Realizar la protocolización de los procesos compartidos más frecuentes: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, arritmias y valvulopatias, dentro del grupo multidisciplinar
3. Presentar los protocolos compartidos en cada CS de nuestro secotrs
4. Realizar al menos una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta de cada una de ellas
5. Realizar al menos una reunión interterritorial AP-AE en el H. Miguel Servet acreditada para los asistentes y los ponentes
6. Designar cardiológicos referentes para cada CS del sector sanitario
7. Realizar reuniones en cada CS de forma mensual con el cardiólogo referente para resolver casos clínicos, presentar protocolos, etc..
8. Utilizar la interconsulta virtual (IV) como único medio de comunicación AP-AE
9. Protocolizar la respuesta a la IV intraservicio de cardiología para evitar variabilidad

INDICADORES
- Creación del grupo multidisciplinar – (si/no)
- Realización de una reunión mensual del grupo multidisciplinar y levantar acta escrita -(si/no)
- Realizar visitas al CS por parte del cardiólogo referente de forma mensual -(si/no)
-Realizar la protocolización consensuada dentro del grupo de cada uno de los procesos asistenciales descritos -(si/no)
- Disminuir la lista de espera de primeras visitas en los CEM <50 días (estándar: 50%)
- Disminuir la lista de espera para ecocardiograma < 30 días (estándar: 30%)
- Protocolización de la respuesta a la IV intraservicio- (si/no)

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1 de abril de 2018. Prevista su finalización: marzo de 2019
-Documentación y planificación: Cada uno de los integrantes es cardiólogo referente de un CS. Todos realizarán la misma actividad de forma periódica
-Reunión de servicios: Mª del Rosario Ortas Nadal
-Presentación: Mª del Rosario Ortas Nadal
-Puesta en marcha: Mª del Rosario Ortas Nadal. Abril 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1274

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CLARA BERGUA MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAN PEDRO FELIU ANTONIO
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
CORDON RUIZ RUBEN
LAPERAL MUR JOSE RAMON
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
AURED GUALLAR CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración de los algoritmos de respuesta de cardiología ante síntomas/patología frecuente (Marzo 2018)
2. Discusión y aprobación de los mismos por el conjunto del servicio de Cardiología, en sesión médica conjunta (Abril 2018)
3. Difusión de los algoritmos en el grupo interdisciplinar Atención Primaria- Atención Especializada Cardiología (27 abril 2018)
3. Difusión en cada uno de los algoritmos en los centros de atención primaria del sector mediante sesiones mensuales (Mayo 2018- Enero 2019)
4. Encuesta de satisfacción a atención primaria y atención especializada (Febrero 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se evalúan los resultados del proyecto de mejora a fecha de 31 de Enero de 2019.
Durante el periodo Enero 2018-Enero 2019 se ha consolidado progresivamente la utilidad de la interconsulta electrónica en la resolución de las consultas de cardiología, permitiendo resolver sin visita presencial una media del 26% de las consultas planteadas desde atención primaria (datos de Enero a Octubre 2018)
Esta eficacia ha sido posible gracias a muchos factores entre los cuales destacamos la creación y difusión de algoritmos comunes de respuesta en Cardiología que evaluamos a continuación.
Indicadores:
1. Confección de los algoritmos: Si (100% consecución)
2. Realización de la sesión clínica en el Servicio de cardiología de presentación crítica de los algoritmos. Modificación de los algoritmos en base a las correcciones sugeridas. Aprobación y elaboración de los algoritmos definitivos. Si (100% consecución)
3. Difusión de los algoritmos definitivos en sesiones en atención primaria por los cardiólogos referentes de cada centro. Se han iniciado sesiones mensuales en los Centros de Salud del Área II. Por problemas de organización ajenos a nuestra voluntad, se han efectuado sesiones en el 65% de los Centros de Salud (11 de 17), continuándose las mismas a lo largo del año 2018 en el 90% de los centros en los que se había iniciado (10/11). A final de Enero 2018, en aquellos centros en los que se han iniciado las sesiones, se ha difundido el 80% de los algoritmos (algo menos del objetivo inicial de 90% debido al retraso de inicio de las sesiones en algunos centros)
4. Encuesta de satisfacción entre profesionales de atención primaria. Si (100% consecución)
Se obtuvieron datos de 23 profesionales pertenecientes a 3 Centros de Salud.
Se trata de profesionales con una media de 23.5 años, mediana de 25.5 años ejerciendo la especialidad (entre 4-32 años)
La utilidad de la interconsulta electrónica en Cardiología en la gestión de los pacientes ha sido valorada con una media 4.3/5 puntos.
Los algoritmos de respuesta en Cardiología han sido valorados con una puntuación media de 4.4/5.
El 100% de los profesionales consultados habían consultado los algoritmos al menos 1 vez en los últimos 6 meses.
Las sesiones mensuales Cardiología-Primaria han sido valoradas con una puntuación media de 4.9/5.
Por tanto se trata de una valoración muy positiva de la utilidad de la interconsulta para gestionar pacientes en Cardiología, así como de la herramienta concreta de los algoritmos y sobre todo de las sesiones mensuales iniciadas entre atención primaria y Cardiología.
Entre los comentarios realizados destacan la valoración positiva de los consejos recibidos via interconsulta así como de la posibilidad de contactar con cardiología en el paciente muy preferente. Entre las sugerencias realizadas, destacan la posibilidad de realizar respuesta a las interconsultas en forma de “conversación” sobre el motivo de consulta, sin necesidad de realizar nueva consulta.
5. Encuesta de satisfacción entre los cardiólogos de referencia.Si (100% consecución)
Se obtuvieron datos de 6 cardiólogos.
La utilidad de la interconsulta electrónica en Cardiología en la gestión de los pacientes ha sido valorada con una media de 4.3/5 puntos.
La difusión de algoritmos en atención primaria ha sido valorados con una puntuación media de 3.1/5 y la difusión entre profesionales de atención especializada ha sido valorada con una puntuación media de 3.3/5.
A la utilidad de dichos algoritmos se le ha asignado una puntuación promediada de 3.3/5.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1274

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA

El 100% de los cardiólogos habían consultado los algoritmos al menos 1 vez en los últimos 6 meses.
La utilidad de las sesiones de conjuntas se valora con una puntuación de 4.1/5.
De estos datos se deduce una opinión muy positiva tanto de la utilidad de la interconsulta electrónica para gestionar pacientes en cardiología, como de la realización de sesiones conjunta primaria- cardiología. La utilidad de los algoritmos asi como su difusión en primaria/especializada obtienen una valoración positiva, aunque algo menos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La interconsulta electrónica en la gestión de consulta de cardiología es una herramienta eficaz para evitar visitas presenciales sin valor añadido (hasta un 26% de las consultas totales de atención primaria). Tanto los profesionales de atención primaria como los cardiólogos expresan una valoración positiva de su utilidad.
La elaboración de algoritmos de respuesta en cardiología supone un esfuerzo hacia la homogeneización de la respuesta a la interconsulta y por tanto de la praxis habitual que ha sido valorado de forma positiva especialmente por los profesionales de atención primaria. Su difusión aunque mejorable, ha sido valorada de forma positiva por los cardiólogos. Todos los profesionales consultados a los 2 niveles asistenciales han hecho uso de los mismos en los últimos 6 meses, confirmando su necesidad.
El inicio de las sesiones mensuales conjuntas cardiología-atención primaria recibe una valoración muy positiva, especialmente en el caso de atención primaria y supone un avance importante en la relación entre profesionales en pro de la continuidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1274 ========== ***

Nº de registro: 1274

Título
PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA

Autores:
BERGUA MARTINEZ CLARA, SAN PEDRO FELIU ANTONIO, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, CORDON RUIZ RUBEN, LAPERAL MUR JOSE RAMON, CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, AURED GUALLAR CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CME RAMON Y CAJAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto de la interconsulta virtual iniciado en Noviembre 2017 supone un gran avance en la relación entre la Atención especializada cardiológica y la Atención Primaria. Gracias a este tipo de comunicación telemática, la gestión de las consultas se agiliza, discriminando aquellas consultas que pueden solucionarse sin visitas presenciales, mejorando los criterios de prioridad de las consultas y posibilitando tanto la derivación directa a consultas superespecializadas en caso necesario, como la solicitud de diferentes pruebas con anterioridad. Y todo ello con el objetivo prioritario de mejorar la atención que se presta a los pacientes con enfermedad cardiovascular en nuestro Sector.
Con la puesta en marcha del proyecto se puso de manifiesto la necesidad de establecer unas pautas de actuación consensuadas ante los motivos de consulta más frecuentes. Estas pautas de actuación se plasmarían en algoritmos que constituirían el marco de nuestra práctica habitual en la consulta telemática, contribuyendo a homogeneizar y a disminuir la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de diferentes centros de atención primaria.
Se trata pues de esquemas de fácil interpretación con un fin eminentemente práctico y no tanto de exhaustivos protocolos, con el fin de servir de guía de consulta rápida en caso necesidad, que además, deben ser conocidos por los médicos de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1274

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN CARDIOLOGIA: HOMOGENEIZANDO LA RESPUESTA A ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
1. Protocolizar la respuesta a las consultas cardiológicas frecuentes en atención primaria en forma de 5 algoritmos sindrómicos y uno relacionado con una patología muy frecuente y que son: alteraciones en ECG, disnea, dolor torácico, síncope, palpitaciones y fibrilación auricular.
2. Difundir en atención primaria dichos algoritmos de decisión, de forma presencial en cada centro de salud

MÉTODO
1. Elaboración de los algoritmos por parte del servicio de Cardiología, a cargo de los cardiólogos relacionados con la Cardiología Ambulatoria
2. Discusión y aprobación de los mismos por el conjunto del servicio de Cardiología, en sesión médica conjunta
3. Difusión en cada uno de los algoritmos en los centros de atención primaria del sector, mediante sesión clínica conjunta multidisciplinar (incluyendo enfermería)

INDICADORES
1. Confección de los algoritmos: Si/No
2. Realización de una sesión clínica en el Servicio de cardiología de presentación crítica de los algoritmos . Modificación de los algoritmos en base a las correcciones sugeridas. Aprobación y elaboración de los algoritmos definitivos. Si/No
3. Difusión de los algoritmos definitivos en sesiones en atención primaria por los cardiólogos referentes de cada centro. Al menos 6 sesiones (una por protocololo). Objetivo 90% de sesiones de difusión del protocolo realizadas entre Junio 2018-Enero 2019
4. Encuesta de satisfacción entre profesionales de atención primaria.
5. Encuesta de satisfacción entre los cardiólogos de referencia.

DURACIÓN
Febrero-Marzo 2018: Confección de los algoritmos
Abril 2018: Presentación crítica y elaboración de los algoritmos definitivos.
Mayo- Enero 2019: Difusión de los algoritmos definitivos entre atención primaria
Febrero 2019: Encuesta de satisfacción en atención primaria y cardiología

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MIÑANO OYARZABAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
SALAZAR GONZALEZ JOSE
PORTOLES OCAMPO ANA
LASALA ALASTUEY MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Por parte de Secretaría de Cardiología y consultando con los cardiólogos responsables se han revisado todas las citas y buzones pendientes de los pacientes que ingresaban en Cardiología. En el intervalo de Julio a Diciembre de 2018 han sido 1335 pacientes.
Aquellas citas o buzones pendientes que se consideraban inadecuadas eran borradas o modificadas.

2) Se informó a todos los cardiólogos del Servicio del proyecto en una sesión del Servicio de Cardiología. Se ha procurado incluir recomendaciones específicas en el informe de alta y evitar remitir directamente a Cardiología de área.
Como muestra para valorar si se está cumpliendo con el proyecto se han revisado las 100 primeras altas de Cardiología del mes de Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Respecto a la revisión de buzones y citas. Se ha revisado el 100% de los 1335 pacientes ingresados en los meses de Julio-Diciembre de 2018.

- Citas detectadas: 280 (20.9% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían una cita de consulta pendiente en CEXT de cardiología)

- Buzones detectados: 140 (10.4% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían un buzón de cita pendiente en CEXT de cardiología)

- Anulados: 99 buzones y/o citas

- Se ha eliminado el buzón y/o cita pendiente en CEXT de cardiología, en el 7.4% de los pacientes ingresados en hospitalización de cardiología, por considerarse redundantes e innecesarios.
- De todos los buzones y citas detectados en los pacientes ingresados, se ha borrado el 23.5% por considerarse redundantes e innecesarios.

2. En la muestra revisada (100 primeras altas del mes de Octubre) el cumplimiento de las indicaciones ha sido el siguiente:

- Distribución altas: 68% Planta 5ºB, 17% Planta 5º A; 11% Arritmias; 3% Hemodinámica

- Nº altas sin incluir “revisión por su cardiólogo habitual/ de área”: 89%.

- Nº altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizados: 84%. Si consideramos únicamente aquellos pacientes ingresados y dependientes de planta 5º A y 5º B el porcentaje es del 94,2%. Recomendaciones personalizadas realizadas con programa PCVIA 15%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El resultado del proyecto se considera muy favorable.
Por un lado, una revisión sistematizada de los buzones y citas de los pacientes ingresados permite eliminar un número de visitas duplicadas o innecesarias muy importante.
Así mismo, vemos que una gran mayoría de los pacientes ingresados (84%) tienen recomendaciones específicas en el informe de alta pero el uso del programa PCVIA todavía es escaso. El número de pacientes remitidos directamente a cardiología de área es bajo también (11%).
Está previsto continuar igual con el proyecto dado el buen resultado obtenido (prevista finalización Marzo 2019).

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1313 ========== ***

Nº de registro: 1313

Título
PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Autores:
MIÑANO OYARZABAL ANTONIO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, SALAZAR GONZALEZ JOSE, PORTOLES OCAMPO ANA, LASALA ALASTUEY MARIA, TEJIDO SIGÜENZA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Optimización uso recursos

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Alta Hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. El proceso culmina cuando “un paciente que, estando previamente ingresado (es decir, que al menos ha producido una estancia), deja libre la cama que tenía asignada en el centro”.
El informe clínico de alta (IA) es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. El IA es básicamente una herramienta de comunicación. Como en cualquier proceso de comunicación existe un emisor, el clínico que lo redacta, y uno o varios receptores. En realidad, el IA tiene múltiples usuarios: el paciente, sus familiares, el médico de Atención Primaria, el mismo médico que lo ha redactado u otros del mismo servicio, otros especialistas, los médicos de urgencias y los codificadores clínicos.
Las recomendaciones al paciente (RP) son una de las partes fundamentales del informe de alta hospitalaria. En ellas se basarán los cuidado pos-hospitalización tanto para el paciente como para el médico de Atención Primaria que lo reciba.
Proponemos mejorar las RP en los informes de alta de los pacientes ingresados de manera no programada. Para ello, se establecerán una serie de recomendaciones generales para las distintas patologías y en el caso de pacientes con síndromes coronarios agudos se dispondrá del programa informático PCVIA. El programa PCVIA ha sido diseñado por un grupo interhospitalario de cardiólogos junto con médicos de Atención Primaria y facilita la personalización de las RP en este contexto.
En el informe del alta se establecen así mismo las indicaciones de cara al seguimiento ambulatorio de los pacientes, tanto por parte de Atención Primaria como de Atención Especializada. En muchas ocasiones utilizando una terminología muy general: “seguimiento por su especialista de área”, que no aporta la información necesaria que el médico de Atención Primaria necesita y, sin embargo crea unas expectativas en el paciente que, al no ser cumplidas, condicionan su insatisfacción y preocupación. Este hecho, además, es el origen de no pocas duplicidades en las citaciones de los pacientes, y junto a ello, de la repetición de estudios o visitas médicas innecesarias.
Las interconsultas Virtuales solicitadas desde Atención primaria son una herramienta útil que permite la comunicación ágil y rápida entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria que permite la valoración conjunta de los pacientes y la resolución de muchas de ellas de forma no presencial. Una adecuada gestión de las mismas permite priorizar aquellas visitas más preferentes, optimizar las consultas monográficas, solicitar pruebas previas y en definitiva, realizar un seguimiento más adecuado y a tiempo de los pacientes, sin crear falsas expectativas.
Por ello, proponemos revisar, en todos los pacientes ingresados en planta de hospitalización de cardiología de manera no programada, los buzones pendientes de citación en sus centros de especialidades médicas, anulando todas aquellas visitas que se consideren innecesarias (porque no aporten ningún valor al paciente) o estén duplicadas.
Por otra parte, se evitará remitir de manera directa e impersonal a seguimiento ambulatorio especializado en todos los IA de pacientes hospitalizados, realizando las recomendaciones que requiera cada paciente y priorizando la vía de las interconsulta virtual, como única vía de acceso a la consulta en Atención especializada.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la calidad de los informes de alta hospitalarias por medio de una serie de recomendaciones personalizadas.
-Reducir consultas y pruebas de control en atención especializada post-hospitalización no necesarias
- Establecer como modo habitual de citación en atención especializada la vía de las interconsulta virtual desde Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

- Mejorar las expectativas del paciente

MÉTODO
- Añadir consejos de salud en todas las altas de forma personalizada.
- Difundir y promover el uso del programa PCVIA
- Retirar la frase “control por su cardiólogo habitual/de área” de los informes de altas hospitalaria.
-En caso de necesidad de revisión en cardiología ambulatoria, se añadirá la frase “citación a cardiología a través de la interconsulta virtual” con el tiempo que se considere necesario
- Revisión y anulación de citaciones pendientes o duplicadas por parte del personal administrativo de acuerdo con Cardiología.

INDICADORES
- Número de altas sin incluir la frase “revisión por su cardiólogo habitual/de área”: >80%
- Número de altas con revisión de buzón de consultas externas en cardiología:> 70%
- Número de altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizadas >80%

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1 de julio de 2018. Prevista su finalización: 30 marzo de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MIÑANO OYARZABAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS
ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL
SALAZAR GONZALEZ JOSE
PORTOLES OCAMPO ANA
LASALA ALASTUEY MARIA
TEJIDO SIGÜENZA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Por parte de Secretaría de Cardiología y consultando con los cardiólogos responsables se han revisado todas las citas y buzones pendientes de los pacientes que ingresaban en Cardiología. En el intervalo de Julio a Diciembre de 2018 han sido 1335 pacientes.
Aquellas citas o buzones pendientes que se consideraban inadecuadas eran borradas o modificadas.
2) Se informó a todos los cardiólogos del Servicio del proyecto en una sesión del Servicio de Cardiología. Se ha procurado incluir recomendaciones específicas en el informe de alta y evitar remitir directamente a Cardiología de área.
Como muestra para valorar si se está cumpliendo con el proyecto se han revisado las 100 primeras altas de Cardiología del mes de Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Respecto a la revisión de buzones y citas. Se ha revisado el 100% de los 1335 pacientes ingresados en los meses de Julio-Diciembre de 2018.
- Citas detectadas: 280 (20.9% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían una cita de consulta pendiente en CEXT de cardiología)
- Buzones detectados: 140 (10.4% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían un buzón de cita pendiente en CEXT de cardiología)
- Anulados: 99 buzones y/o citas
- Se ha eliminado el buzón y/o cita pendiente en CEXT de cardiología, en el 7.4% de los pacientes ingresados en hospitalización de cardiología, por considerarse redundantes e innecesarios.
- De todos los buzones y citas detectados en los pacientes ingresados, se ha borrado el 23.5% por considerarse redundantes e innecesarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El resultado del proyecto se considera muy favorable.

Por un lado, una revisión sistematizada de los buzones y citas de los pacientes ingresados permite eliminar un número de visitas duplicadas o innecesarias muy importante.
Así mismo, vemos que una gran mayoría de los pacientes ingresados (84%) tienen recomendaciones específicas en el informe de alta pero el uso del programa PCVIA todavía es escaso. El número de pacientes remitidos directamente a cardiología de área es bajo también (11%).
Se han cumplido los objetivos en todos los indicadores previstos:
1) Número de altas sin incluir la frase “revisión por su cardiólogo habitual/de área”: >80%.Resultado 89%
2) Número de altas con revisión de buzón de consultas externas en cardiología > 70%. Resultado 100%
3) Número de altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizadas > 80%. Resultado 84%
Está previsto continuar con el proyecto dado el buen resultado obtenido.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1313 ========== ***

Nº de registro: 1313

Título
PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Autores:
MIÑANO OYARZABAL ANTONIO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS, ALVAREZ DE LA FUENTE LUIS MIGUEL, SALAZAR GONZALEZ JOSE, PORTOLES OCAMPO ANA, LASALA ALASTUEY MARIA, TEJIDO SIGÜENZA MARTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Optimización uso recursos

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Alta Hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo. El proceso culmina cuando “un paciente que, estando previamente ingresado (es decir, que al menos ha producido una estancia), deja libre la cama que tenía asignada en el centro”.
El informe clínico de alta (IA) es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. El IA es básicamente una herramienta de comunicación. Como en cualquier proceso de comunicación existe un emisor, el clínico que lo redacta, y uno o varios receptores. En realidad, el IA tiene múltiples usuarios: el paciente, sus familiares, el médico de Atención Primaria, el mismo médico que lo ha redactado u otros del mismo servicio, otros especialistas, los médicos de urgencias y los codificadores clínicos.
Las recomendaciones al paciente (RP) son una de las partes fundamentales del informe de alta hospitalaria. En ellas se basarán los cuidado pos-hospitalización tanto para el paciente como para el médico de Atención Primaria que lo reciba.
Proponemos mejorar las RP en los informes de alta de los pacientes ingresados de manera no programada. Para ello, se establecerán una serie de recomendaciones generales para las distintas patologías y en el caso de pacientes con síndromes coronarios agudos se dispondrá del programa informático PCVIA. El programa PCVIA ha sido diseñado por un grupo interhospitalario de cardiólogos junto con médicos de Atención Primaria y facilita la personalización de las RP en este contexto.
En el informe del alta se establecen así mismo las indicaciones de cara al seguimiento ambulatorio de los pacientes, tanto por parte de Atención Primaria como de Atención Especializada. En muchas ocasiones utilizando una terminología muy general: “seguimiento por su especialista de área”, que no aporta la información necesaria que el médico de Atención Primaria necesita y, sin embargo crea unas expectativas en el paciente que, al no ser cumplidas, condicionan su insatisfacción y preocupación. Este hecho, además, es el origen de no pocas duplicidades en las citaciones de los pacientes, y junto a ello, de la repetición de estudios o visitas médicas innecesarias.
Las interconsultas Virtuales solicitadas desde Atención primaria son una herramienta útil que permite la comunicación ágil y rápida entre los especialistas y los médicos de Atención Primaria que permite la valoración conjunta de los pacientes y la resolución de muchas de ellas de forma no presencial. Una adecuada gestión de las mismas permite priorizar aquellas visitas más preferentes, optimizar las consultas monográficas, solicitar pruebas previas y en definitiva, realizar un seguimiento más adecuado y a tiempo de los pacientes, sin crear falsas expectativas.
Por ello, proponemos revisar, en todos los pacientes ingresados en planta de hospitalización de cardiología de manera no programada, los buzones pendientes de citación en sus centros de especialidades médicas, anulando todas aquellas visitas que se consideren innecesarias (porque no aporten ningún valor al paciente) o estén duplicadas.
Por otra parte, se evitará remitir de manera directa e impersonal a seguimiento ambulatorio especializado en todos los IA de pacientes hospitalizados, realizando las recomendaciones que requiera cada paciente y priorizando la vía de las interconsulta virtual, como única vía de acceso a la consulta en Atención especializada.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la calidad de los informes de alta hospitalarias por medio de una serie de recomendaciones personalizadas.
-Reducir consultas y pruebas de control en atención especializada post-hospitalización no necesarias
- Establecer como modo habitual de citación en atención especializada la vía de las interconsulta virtual desde Atención Primaria.
- Mejorar las expectativas del paciente

MÉTODO
- Añadir consejos de salud en todas las altas de forma personalizada.
- Difundir y promover el uso del programa PCVIA
- Retirar la frase “control por su cardiólogo habitual/de área” de los informes de altas hospitalaria.
-En caso de necesidad de revisión en cardiología ambulatoria, se añadirá la frase “citación a cardiología a través de la interconsulta virtual” con el tiempo que se considere necesario
- Revisión y anulación de citaciones pendientes o duplicadas por parte del personal administrativo de acuerdo con Cardiología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1313

1. TÍTULO

PROPUESTA REALIZACION CHECK-LIST EN ALTAS DE HOSPITALIZACION DE CARDIOLOGIA

INDICADORES
- Número de altas sin incluir la frase “revisión por su cardiólogo habitual/de área”: >80%
- Número de altas con revisión de buzón de consultas externas en cardiología:> 70%
- Número de altas con recomendaciones de cuidados post-hospitalización personalizadas >80%

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1 de julio de 2018. Prevista su finalización: 30 marzo de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA OLORIZ SANJUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GALIANO NAIARA
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
SANTAMARIA LUNA EVA
ASSO ABADIA ANTONIO
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) presta asistencia especializada directa a la población del Sector Sanitario Zaragoza II, constituido por unos 370.000 habitantes. Asimismo atiende en muchos procesos no sólo a los habitantes de su zona de salud, sino de todo Aragón e incluso de La Rioja y Soria.
El Sector Sanitario Zaragoza II incluye los centros de atención sanitaria que a continuación se detallan:
• Atención Primaria (Centros de Salud): Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Independencia-Puerta del Carmen, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebolería, Sagasta-Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz.
• Atención Especializada (Centros Médicos de Especialidades): C.M.E. San José y C.M.E. Ramón y Cajal.
• Atención Especializada (Hospital): Hospital Universitario Miguel Servet.

A continuación, se describen las actividades desarrolladas en cada una de las áreas en las que se ha implantado la digitalización del ECG.

URGENCIAS HUMS
El proyecto de digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS comenzó con la decisión del grupo de trabajo de utilizar la pulsera identificativa del paciente y su posterior escaneo como la mejor forma de trabajo, debido a que es una manera más ágil y segura de identificar al paciente que introduciendo el número de la tarjeta de identificación sanitaria (AR) de forma manual.
Al implementar la digitalización del ECG surgió una dificultad en la lectura del código de barras de la pulsera identificativa del paciente. Se procedió a un cambio de formato de la pulsera por parte del Servicio de Informática del hospital. Para poder desarrollar el trabajo se solicitó la mejora de la cobertura WIFI del Servicio de Urgencias para poder comenzar a transmitir los ECG a la Historia Clínica Electrónica (HCE).
Se realizó una hoja de instrucciones de funcionamiento del aparato ECG y se estableció un cronograma de la formación del personal de urgencias. Se decidió que era mejor preparar un grupo de expertos y que fuera posteriormente el personal formado de la propia unidad el que se encargara de la misma, para lo cual se planificó una formación de formadores.
En el análisis inicial de los primeros pasos del proyecto se detectó que había ECGs que se transmitían de manera incorrecta a la HCE, ya que dicha transmisión se realizaba de manera automática, por lo que se paralizó la actividad y se reunió el equipo de trabajo para estudiar la situación y proceder a la corrección de los fallos.
En la reunión celebrada del 6 marzo de 2018, con acuerdo de todas las partes interesadas (Servicio de Urgencias, Servicio de Cardiología, Servicio de Informática y proveedor del sistema MUSE), se acepta que la transmisión del ECG a la HCE no fuera un paso automático tras la impresión del ECG, sino que se hiciera de forma voluntaria. Una vez que el ECG se haya impreso y el personal de enfermería haya comprobado su correcta identificación, se tomará la decisión de transmitirlo a la HCE pulsando la tecla Transmitir.
Se propone un nuevo algoritmo de uso del aparato de ECG más sencillo, práctico y visible. En su implementación se toma la decisión de realizar una nueva formación a todo el personal implicado dividiendo la unidad en áreas. Se comenzó con la formación para la realización de ECGs en la Zona de Vitales del Área de Urgencias (segmento por donde se reiniciará el proyecto de implantación). La formación, se llevó a cabo en los turnos de enfermería de mañana y tarde. Tras el nuevo periodo de formación, se puso en marcha de nuevo el proyecto, utilizando los aparatos según el flujo previamente descrito. Se cambia la configuración de todos los ECGs distribuidos por el Servicio de Urgencias para evitar la transmisión involuntaria a HCE.
Los resultados se evaluaron al mes siguiente con el objeto detectar fallos en la seguridad y determinar el porcentaje de ECGs transmitidos a HCE. Se aceptó que algunos ECGs no fueran transmitidos en favor de aumentar la seguridad de la transmisión.
En abril de 2018 se lanza una campaña de publicidad en el Servicio de Urgencias (a través de su boletín informativo) para la difusión de la necesidad de Digitalizar el ECG y la importancia de que se realice una correcta identificación del paciente. La parte médica y de enfermería del Servicio de Urgencias, insiste de manera reiterada en la importancia de priorizar la seguridad del paciente frente al porcentaje de electros trasmitidos del total de los realizados. Por parte del Servicio de Cardiología se insiste que un ECG incorrectamente transmitido puede tener consecuencias muy graves a corto, medio y largo plazo.
En junio se comienzan a recoger datos de la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias y se observa que del total de ECGs realizados se transmiten correctamente alrededor del 50% (análisis preliminar junio y julio 2018).
En revisión realizada en el último trimestre del proyecto se observa que el porcentaje de electrocardiogramas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

transmitidos ha aumentado de manera considerable, un 22% (primer trimestre un total de 7425 ECGs transmitidos frente a 9469 ECGs transmitidos en el úlitmo trimestre del proyecto).

CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES
La integración del ECG en la HCE en los Centros Médicos de Especialidades comenzó más tarde, en junio de 2018, con la necesidad del cableado informático del Centro Médico de Especialidades para poder iniciar esta actividad. Se confirma la solicitud por parte del Servicio de Eelectromedicina de las rosetas y cableado estructurado necesario en cada consulta médica. Todo el proyecto de integración supone un trabajo adicional para acondicionar las consultas y poder iniciar el trabajo. También se confirma por parte del Servicio de Informática el número de IP necesarias y el cableado para el comienzo de la actividad.
Se realizó una actualización de las agendas que se van a utilizar en los Centros Médicos de Especialidades (ya que la actividad a partir de ahora se debe realizar a través de lista de trabajo): los pacientes serán citados a través del Servicio de Citaciones, y los datos se volcarán al aparato de electros de forma automática, lo que supone que los profesionales no introduzcan el AR de forma manual y así reducir el número de errores en consulta (esta es una forma de trabajo diferente a la de Urgencias puesto que la actividad aquí es programada).
Se informa a la Subdirección de Enfermería de la situación y se solicitan los datos de los profesionales de enfermería que precisan formación en los Centros Médicos para el inicio de la actividad. Comienza la formación de dicho personal haciendo hincapié en la importancia de la digitalización de los ECG ya que es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica. El hecho de que el ECG esté recogido en la Historia Clínica Electrónica permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.
La inclusión en Historia Clínica Electrónica permite tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta, mejorando la calidad asistencial y la eficiencia. La interconsulta virtual es una actividad que se está iniciando de manera paralela en el Servicio de Cardiología del HUMS y que precisa del ECG digitalizado como herramienta básica.

HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HUMS
La dotación actual de camas del Servicio de Cardiología es de 65 camas, distribuidas de la siguiente forma: 48 camas en la planta 5ª B, y 17 camas en la planta 5ª A. Las camas de la planta 5ª A están gestionadas por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca, que cuenta además con 5 puestos (sillones) en el Hospital de Día de Cardiología (situado en la misma planta).
Actualmente solo se dispone de 2 aparatos de ECG preparados para la digitalización en toda el área, lo que hace muy difícil el desarrollo del proyecto, ya que tampoco cuentan con red wifi, lo que dificulta que los ECG se puedan digitalizar y enviar a la HCE. La conexión actualmente se realiza a través de un cable de red situado en una sola zona de la planta de Cardiología, en el turno de noche, por donde se transmiten todos los ECG realizados durante el día (no es posible hacerlo de forma inmediata por lo que no están disponibles en la HCE hasta que se realiza esta transmisión diferida).
Debido a la actividad asistencial normal de la planta de Cardiología, se tienen que realizar muchos ECGs con aparatos analógicos, que no van a poder registrarse nunca en la HCE del paciente.
En la planta de Cardiología y en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal en el funcionamiento del aparato de ECG. La puesta en marcha ha tenido la dificultad añadida del cambio de prácticamente la totalidad de la plantilla de enfermería en el acoplamiento interno del hospital. Desde el inicio del proyecto en el mes de mayo de 2018, se están objetivando muchas debilidades que se deben subsanar con apoyo de todas las partes interesadas. Hasta un 45% del total de ECGs digitalizados no han sido identificados correctamente.
Es imposible cuantificar cuantos ECGs se realizan de forma analógica, pero con el paso del tiempo desde la implementación podremos evaluar si el número de ECGs digitalizados se va incrementando.

UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDÍACA Y ARRITMIAS

La forma de trabajo de la unidad es mediante pulsera identificativa en el caso de los pacientes hospitalizados, y lectura del código de barras de la tarjeta sanitaria (con lector de código de barras).
Se ha realizado la formación de personal y se ha implementado el algoritmo de trabajo.
En esta Unidad se cuenta con un número de aparatos para poder digitalizar el ECG de 3 en total, lo que permite una adecuada implementación, así como una plantilla de enfermería estable que permite que los resultados sean más favorables. El trabajo que se realiza es mucho más estandarizado y es la unidad que se encarga del proyecto de digitalización.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL

En la consulta de cardiología de Hospital Infantil se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma.
El procedimiento de trabajo es por lista de trabajo, igual que el descrito en los Centros Médicos de Especialidades. La implantación del mismo ya se ha realizado, pero se ha detectado que la transmisión de los ECGs en muchas ocasiones no se realiza con la identificación del paciente (en un 43% de los ECGs realizados), lo que impide la inclusión en la HCE.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA Y PREOPERATORIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

En la consulta del Servicio de Cardiología del área de pacientes externos, se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma para trabajar con lista de trabajo, ya que esta área cuenta también con la Unidad de Citaciones, a través de la cual se vuelcan los datos del paciente al aparato de ECG y posteriormente se selecciona, lo que minimiza la posibilidad de error.
Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad se ha observado que en el mes de noviembre 2018 hubo una caída del sistema MUSE, que no se detectó inicialmente, debido a que convive el doble sistema, papel manual y digitalización. Por ello el indicador en este caso no representa la actividad real

CONSULTA DE PREOPERATORIOS DE MATERNIDAD (CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS)

La consulta de ECG preoperatorios de la maternidad es una de las últimas áreas incluidas en el proyecto. Se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma, con el método de lista de trabajo y captura automática de los datos. Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad hemos puesto en evidencia que los ECG no se han identificado de manera correcta, debido a que no se han actualizado las agendas por parte del Servicio de Citaciones para trabajar a través de lista de trabajo como se realiza en Consultas Externas y Centros Médicos de Especialidades, por lo que no han sido enviados a la HCE.
Se ha puesto en marcha una corrección de errores para disponer de estos datos en la próxima evaluación del proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de ECG digitalizados correctamente realizados en el último trimestre del proyecto con respecto al total (50%)
ECG digitalizados identificados correctamente del total digitalizados
- Urgencias: 97%
- Unidad de arritmias: 100%
- Hospitalización 5 planta e Insuficiencia Cardiaca: 55%
- Hospital Infantil: 57%
- Consultas Externas: 100%
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal: 94%
- Centro Medico de Especialidades San José: 98%
- Consultas externas ginecología y preoperatorios maternidad: no es valorable el resultado

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de Consultas Virtuales en Cardiología
Valorados 3 Centros de Salud del Area
- CS Almozara 59%
- CS Torre Ramona 71%
- CS Torrero La Paz 55

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La introducción de tecnología se suele considerar como un elemento transformador dentro de cualquier organización, y generalmente está asociado con una mejora directa de la eficiencia y de la productividad. Es importante tener en cuenta que el éxito no se logra por la simple sustitución de los procesos analógicos por los digitales, sino que se debe plantear el propósito de las nuevas acciones y la necesidad de aprovechar las oportunidades ofrecidas por los nuevos métodos de trabajo.
Así, se deben organizar nuevas formas de trabajo, y no sólo dedicar los recursos a la implementación de la nueva tecnología. Los nuevos procedimientos pueden resolver muchos problemas y dar soluciones a pacientes y facultativos de otras áreas que se benefician de proyectos como la interconsulta virtual.
La digitalización del ECG permite también el análisis en profundidad de los datos obtenidos a través del sistema MUSE y el estudio posterior de los mismos para proyectos de investigación, establecer líneas de mejora, etc.
El desarrollo de este proyecto demuestra la gran variabilidad de formas de trabajo y de necesidades de cada una de las áreas. Se debe realizar un trabajo pormenorizado de la situación de cada área y dar solución a cada una de sus características para poder continuar con el mismo.
Hospitalización precisa de cobertura wifi para poder desarrollar el proyecto de una manera más eficaz, ya que este sistema de trabajo deja de manifiesto muchas debilidades.
El Área de Pacientes Externos (Consultas Externas) preoperatorias precisaría de anular la entrega a los pacientes del ECG impreso y que sea un sistema totalmente digitalizado.
Se considera una actividad prioritaria dar la máxima difusión y formación en la necesidad de la correcta identificación de los pacientes a través del AR.
Actualización de las agendas del Servicio de Citaciones del Hospital Materno Infantil para realizar la actividad en la consulta preoperatoria a través de lista de trabajo.

Los indicadores del proyecto dan resultados satisfactorios, pero también pone de manifiesto la necesidad de continuar con el proyecto.
Las mayores dificultades encontradas para la implantación total del programa y para su continuidad, están en la obtención de recursos: adquisición de aparatos de ECG preparados para la digitalización, redes wifi y conexiones informáticas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1411 ========== ***

Nº de registro: 1411

Título
PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Autores:
OLORIZ SANJUAN TERESA, CALVO GALIANO NAIARA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, SANTAMARIA LUNA EVA, ASSO BADIA ANTONIO, ORTAS NADAL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los ECG realizados en la práctica clínica diaria es muy numeroso y afecta a diferentes áreas de la atención médica tanto en atención primaria como en especializada.El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica e incluso es frecuentemente realizado en pacientes asintomáticos de forma preventiva.Constituye un requisito imprescindible en la realización de un preoperatorio así como en un examen de salud.Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de trasmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación de ECG por su baja calidad. Por ejemplo el registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria. En otros casos este registro ni siquiera está disponible.
La interpretación de los ECGs por distintos profesionales está asociada a una variabilidad y heterogeneidad en el diagnóstico que puede tener implicaciones clínicas importantes.Que el ECG este recogido en la HCE permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.Existen una amplia variedad de situaciones en las que un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario pudiendo tratarse, en ocasiones, de una alteración crónica o ya conocida.El disponer de registros ECGs recogidos en la historia del paciente permite una mejor valoración y enfoque de la situación clínica. La duplicidad de consultas en el ámbito asistencial es una situación muy frecuente. Mediante un ECG realizado en atención primaria que este incluido en la HC se podría tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta mejorando la calidad asistencial así como la reducción de costes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.
Objetivos EspecíficosImplementar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, Centros Médicos de especialidades del sector y el área de Hospitalización,Ayudar en la toma de decisiones en base a pruebas anteriormente realizadas y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología,Colaborar en la realización del preoperatorio de todos aquellos pacientes que van a ser intervenidos,Optimizar el empleo de la interconsulta virtual como gestor de consultas virtuales y presenciales,Favorecer el seguimiento del paciente y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en unidades especializadas, como la de insuficiencia Cardiaca, arritmias y/o marcapasos dotadas en la actualidad de consulta de enfermería de seguimiento del paciente crónico,Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados,Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación,Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados.ECGs que se realicen en el servicio de urgencias del HUMS,CME(Ramón y Cajal, San José) y Plantas de HG.Población diana, cualquier paciente que requiera de la realización de un ECG en el contexto de su situación clínica.

MÉTODO
Inicialmente se realizó una experiencia piloto en la unidad de arritmias, para analizar los problemas y las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

debilidades del proyecto.Comenzamos a implementar la digitalización por áreas concretas del HUMS: unidad de arritmias, consultas externas de cardiología del hospital, área de soporte vital de urgencias, para posteriormente ir ampliando el número de servicios. La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas respondiendo a las necesidades de cada una de ellas.El siguiente Cronograma describe las áreas en las que esta implementado y el calendario de las nuevas inclusiones.

INDICADORES
INDICADORES:Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total.
Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE.
Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología.
RESULTADOS:Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total:50%
Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE: 8/11 áreas
Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología:20%

DURACIÓN
Prevista la digitalizacion por areas del hospital que se incluiran en periodos de dos meses hasta su finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA OLORIZ SANJUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIAZ CORTEGANA FRANCISCO
CALVO GALIANO NAIARA
SANTAMARIA LUNA EVA
ASSO ABADIA ANTONIO
ORTAS NADAL ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) presta asistencia especializada directa a la población del Sector Sanitario Zaragoza II, constituido por unos 370.000 habitantes. Asimismo, atiende en muchos procesos no sólo a los habitantes de su zona de salud, sino de todo Aragón e incluso de La Rioja y Soria.
El Sector Sanitario Zaragoza II incluye los centros de atención sanitaria que a continuación se detallan:
• Atención Primaria (Centros de Salud): Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Independencia-Puerta del Carmen, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebolería, Sagasta-Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz.
• Atención Especializada (Centros Médicos de Especialidades): C.M.E. San José y C.M.E. Ramón y Cajal.
• Atención Especializada (Hospital): Hospital Universitario Miguel Servet.

A continuación, se describen las actividades desarrolladas en cada una de las áreas en las que se ha implantado la digitalización del ECG.
URGENCIAS HUMS
El proyecto de digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS comenzó con la decisión del grupo de trabajo de utilizar la pulsera identificativa del paciente y su posterior escaneo como la mejor forma de trabajo, debido a que es una manera más ágil y segura de identificar al paciente que introduciendo el número de la tarjeta de identificación sanitaria (AR) de forma manual.
Al implementar la digitalización del ECG surgió una dificultad en la lectura del código de barras de la pulsera identificativa del paciente. Se procedió a un cambio de formato de la pulsera por parte del Servicio de Informática del hospital. Para poder desarrollar el trabajo se solicitó la mejora de la cobertura WIFI del Servicio de Urgencias para poder comenzar a transmitir los ECG a la Historia Clínica Electrónica (HCE).
Se realizó una hoja de instrucciones de funcionamiento del aparato ECG y se estableció un cronograma de la formación del personal de urgencias. Se decidió que era mejor preparar un grupo de expertos y que fuera posteriormente el personal formado de la propia unidad el que se encargara de la misma, para lo cual se planificó una formación de formadores.
En el análisis inicial de los primeros pasos del proyecto se detectó que había ECGs que se transmitían de manera incorrecta a la HCE, ya que dicha transmisión se realizaba de manera automática, por lo que se paralizó la actividad y se reunió el equipo de trabajo para estudiar la situación y proceder a la corrección de los fallos.
En la reunión celebrada del 6 marzo de 2018, con acuerdo de todas las partes interesadas (Servicio de Urgencias, Servicio de Cardiología, Servicio de Informática y proveedor del sistema MUSE), se acepta que la transmisión del ECG a la HCE no fuera un paso automático tras la impresión del ECG, sino que se hiciera de forma voluntaria. Una vez que el ECG se haya impreso y el personal de enfermería haya comprobado su correcta identificación, se tomará la decisión de transmitirlo a la HCE pulsando la tecla Transmitir.
Se propone un nuevo algoritmo de uso del aparato de ECG más sencillo, práctico y visible. En su implementación se toma la decisión de realizar una nueva formación a todo el personal implicado dividiendo la unidad en áreas. Se comenzó con la formación para la realización de ECGs en la Zona de Vitales del Área de Urgencias (segmento por donde se reiniciará el proyecto de implantación). La formación, se llevó a cabo en los turnos de enfermería de mañana y tarde. Tras el nuevo periodo de formación, se puso en marcha de nuevo el proyecto, utilizando los aparatos según el flujo previamente descrito. Se cambia la configuración de todos los ECGs distribuidos por el Servicio de Urgencias para evitar la transmisión involuntaria a HCE.
Los resultados se evaluaron al mes siguiente con el objeto detectar fallos en la seguridad y determinar el porcentaje de ECGs transmitidos a HCE. Se aceptó que algunos ECGs no fueran transmitidos en favor de aumentar la seguridad de la transmisión.
En abril de 2018 se lanza una campaña de publicidad en el Servicio de Urgencias (a través de su boletín informativo) para la difusión de la necesidad de Digitalizar el ECG y la importancia de que se realice una correcta identificación del paciente. La parte médica y de enfermería del Servicio de Urgencias, insiste de manera reiterada en la importancia de priorizar la seguridad del paciente frente al porcentaje de electros trasmitidos del total de los realizados. Por parte del Servicio de Cardiología se insiste que un ECG incorrectamente transmitido puede tener consecuencias muy graves a corto, medio y largo plazo.
En junio se comienzan a recoger datos de la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias y se observa que del total de ECGs realizados se transmiten correctamente alrededor del 50% (análisis preliminar junio y julio 2018).
En revisión realizada en el último trimestre del proyecto se observa que el porcentaje de electrocardiogramas transmitidos ha aumentado de manera considerable, un 22% (primer trimestre un total de 7425 ECGs transmitidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

frente a 9469 ECGs transmitidos en el úlitmo trimestre del proyecto).

CENTROS MEDICOS DE ESPECIALIDADES
La integración del ECG en la HCE en los Centros Médicos de Especialidades comenzó más tarde, en junio de 2018, con la necesidad del cableado informático del Centro Médico de Especialidades para poder iniciar está actividad. Se confirma la solicitud por parte del Servicio de Eelectromedicina de las rosetas y cableado estructurado necesario en cada consulta médica. Todo el proyecto de integración supone un trabajo adicional para acondicionar las consultas y poder iniciar el trabajo. También se confirma por parte del Servicio de Informática el número de IP necesarias y el cableado para el comienzo de la actividad.
Se realizó una actualización de las agendas que se van a utilizar en los Centros Médicos de Especialidades (ya que la actividad a partir de ahora se debe realizar a través de lista de trabajo): los pacientes serán citados a través del Servicio de Citaciones, y los datos se volcarán al aparato de electros de forma automática, lo que supone que los profesionales no introduzcan el AR de forma manual y así reducir el número de errores en consulta (esta es una forma de trabajo diferente a la de Urgencias puesto que la actividad aquí es programada).
Se informa a la Subdirección de Enfermería de la situación y se solicitan los datos de los profesionales de enfermería que precisan formación en los Centros Médicos para el inicio de la actividad. Comienza la formación de dicho personal haciendo hincapié en la importancia de la digitalización de los ECG ya que es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica. El hecho de que el ECG esté recogido en la Historia Clínica Electrónica permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.
La inclusión en Historia Clínica Electrónica permite tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta, mejorando la calidad asistencial y la eficiencia. La interconsulta virtual es una actividad que se está iniciando de manera paralela en el Servicio de Cardiología del HUMS y que precisa del ECG digitalizado como herramienta básica.

HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HUMS
La dotación actual de camas del Servicio de Cardiología es de 65 camas, distribuidas de la siguiente forma: 48 camas en la planta 5ª B, y 17 camas en la planta 5ª A. Las camas de la planta 5ª A están gestionadas por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca, que cuenta además con 5 puestos (sillones) en el Hospital de Día de Cardiología (situado en la misma planta).
Actualmente solo se dispone de 2 aparatos de ECG preparados para la digitalización en toda el área, lo que hace muy difícil el desarrollo del proyecto, ya que tampoco cuentan con red wifi, lo que dificulta que los ECG se puedan digitalizar y enviar a la HCE. La conexión actualmente se realiza a través de un cable de red situado en una sola zona de la planta de Cardiología, en el turno de noche, por donde se transmiten todos los ECG realizados durante el día (no es posible hacerlo de forma inmediata por lo que no están disponibles en la HCE hasta que se realiza esta transmisión diferida).
Debido a la actividad asistencial normal de la planta de Cardiología, se tienen que realizar muchos ECGs con aparatos analógicos, que no van a poder registrarse nunca en la HCE del paciente.
En la planta de Cardiología y en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal en el funcionamiento del aparato de ECG. La puesta en marcha ha tenido la dificultad añadida del cambio de prácticamente la totalidad de la plantilla de enfermería en el acoplamiento interno del hospital. Desde el inicio del proyecto en el mes de mayo de 2018, se están objetivando muchas debilidades que se deben subsanar con apoyo de todas las partes interesadas. Hasta un 45% del total de ECGs digitalizados no han sido identificados correctamente.
Es imposible cuantificar cuantos ECGs se realizan de forma analógica, pero con el paso del tiempo desde la implementación podremos evaluar si el número de ECGs digitalizados se va incrementando.

UNIDAD DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDÍACA Y ARRITMIAS
La forma de trabajo de la unidad es mediante pulsera identificativa en el caso de los pacientes hospitalizados, y lectura del código de barras de la tarjeta sanitaria (con lector de código de barras).
Se ha realizado la formación de personal y se ha implementado el algoritmo de trabajo.
En esta Unidad se cuenta con un número de aparatos para poder digitalizar el ECG de 3 en total, lo que permite una adecuada implementación, así como una plantilla de enfermería estable que permite que los resultados sean más favorables. El trabajo que se realiza es mucho más estandarizado y es la unidad que se encarga del proyecto de digitalización.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL INFANTIL
En la consulta de cardiología de Hospital Infantil se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma.
El procedimiento de trabajo es por lista de trabajo, igual que el descrito en los Centros Médicos de Especialidades. La implantación del mismo ya se ha realizado, pero se ha detectado que la transmisión de los ECGs en muchas ocasiones no se realiza con la identificación del paciente (en un 43% de los ECGs realizados), lo que impide la inclusión en la HCE.

CONSULTA DE CARDIOLOGIA Y PREOPERATORIO DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS
En la consulta del Servicio de Cardiología del área de pacientes externos, se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma para trabajar con lista de trabajo, ya que esta área cuenta también con la Unidad de Citaciones, a través de la cual se vuelcan los datos del paciente al aparato de ECG y posteriormente se selecciona, lo que minimiza la posibilidad de error.
Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad se ha observado que en el mes de noviembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

hubo una caída del sistema MUSE, que no se detectó inicialmente, debido a que convive el doble sistema, papel manual y digitalización. Por ello el indicador en este caso no representa la actividad real

CONSULTA DE PREOPERATORIOS DE MATERNIDAD (CONSULTAS EXTERNAS DEL HUMS)
La consulta de ECG preoperatorios de la maternidad es una de las últimas áreas incluidas en el proyecto. Se procedió a la entrega del algoritmo de trabajo y formación del personal de la misma, con el método de lista de trabajo y captura automática de los datos. Durante el análisis de los datos de este proyecto de calidad hemos puesto en evidencia que los ECG no se han identificado de manera correcta, debido a que no se han actualizado las agendas por parte del Servicio de Citaciones para trabajar a través de lista de trabajo como se realiza en Consultas Externas y Centros Médicos de Especialidades, por lo que no han sido enviados a la HCE.
Se ha puesto en marcha una corrección de errores para disponer de estos datos en la próxima evaluación del proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de ECG digitalizados correctamente realizados en el último trimestre del proyecto con respecto al total (50%)
ECG digitalizados identificados correctamente del total digitalizados
- Urgencias: 97%
- Unidad de arritmias: 100%
- Hospitalización 5 planta e Insuficiencia Cardiaca: 55%
- Hospital Infantil: 57%
- Consultas Externas: 100%
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal: 94%
- Centro Medico de Especialidades San José: 98%
- Consultas externas ginecología y preoperatorios maternidad: no es valorable el resultado.

Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en Historia Clínica Electrónica: 8/11 áreas:
Se ha implementado en 11 de 11 áreas
- Boxes del Hospital General y Traumatología
- Salas de Observación de Urgencias
- Soporte Vital de urgencias
- Centro Medico de Especialidades Ramón y Cajal
- Centro Medico de Especialidades san José
- Consulta de Preoperatorios de Maternidad
- Consultas Externas de Cardiología
- Preoperatorios hospital general y traumatología
- Unidad de Insuficiencia Cardiaca
- Unidad de Arritmias
- Hospitalización 5ª B

Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de Consultas Virtuales en Cardiología
CS Almozara 59%
CS Torre Ramona 71%
CS Torrero La Paz 55%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La introducción de tecnología se suele considerar como un elemento transformador dentro de cualquier organización, y generalmente está asociado con una mejora directa de la eficiencia y de la productividad. Es importante tener en cuenta que el éxito no se logra por la simple sustitución de los procesos analógicos por los digitales, sino que se debe plantear el propósito de las nuevas acciones y la necesidad de aprovechar las oportunidades ofrecidas por los nuevos métodos de trabajo.
Así, se deben organizar nuevas formas de trabajo, y no sólo dedicar los recursos a la implementación de la nueva tecnología. Los nuevos procedimientos pueden resolver muchos problemas y dar soluciones a pacientes y facultativos de otras áreas que se benefician de proyectos como la interconsulta virtual.
La digitalización del ECG permite también el análisis en profundidad de los datos obtenidos a través del sistema MUSE y el estudio posterior de los mismos para proyectos de investigación, establecer líneas de mejora, etc.
El desarrollo de este proyecto demuestra la gran variabilidad de formas de trabajo y de necesidades de cada una de las áreas. Se debe realizar un trabajo pormenorizado de la situación de cada área y dar solución a cada una de sus características para poder continuar con el mismo.
Hospitalización precisa de cobertura wifi para poder desarrollar el proyecto de una manera más eficaz, ya que este sistema de trabajo deja de manifiesto muchas debilidades.
El Área de Pacientes Externos (Consultas Externas) preoperatorias precisaría de anular la entrega a los pacientes del ECG impreso y que sea un sistema totalmente digitalizado.
Se considera una actividad prioritaria dar la máxima difusión y formación en la necesidad de la correcta identificación de los pacientes a través del AR.
Actualización de las agendas del Servicio de Citaciones del Hospital Materno Infantil para realizar la actividad en la consulta preoperatoria a través de lista de trabajo.
Los indicadores del proyecto dan resultados satisfactorios, pero también pone de manifiesto la necesidad de continuar con el proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Las mayores dificultades encontradas para la implantación total del programa y para su continuidad, están en la obtención de recursos: adquisición de aparatos de ECG preparados para la digitalización, redes wifi y conexiones informáticas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1411 ========== ***

Nº de registro: 1411

Título
PROYECTO PARA LA DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

Autores:
OLORIZ SANJUAN TERESA, CALVO GALIANO NAIARA, DIAZ CORTEGANA FRANCISCO, SANTAMARIA LUNA EVA, ASSO BADIA ANTONIO, ORTAS NADAL ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los ECG realizados en la práctica clínica diaria es muy numeroso y afecta a diferentes áreas de la atención médica tanto en atención primaria como en especializada.El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica e incluso es frecuentemente realizado en pacientes asintomáticos de forma preventiva.Constituye un requisito imprescindible en la realización de un preoperatorio así como en un examen de salud.Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de trasmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación de ECG por su baja calidad. Por ejemplo el registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria. En otros casos este registro ni siquiera está disponible.
La interpretación de los ECGs por distintos profesionales está asociada a una variabilidad y heterogeneidad en el diagnóstico que puede tener implicaciones clínicas importantes.Que el ECG este recogido en la HCE permite que pueda ser revisado y analizado (el sistema MUSE dispone de herramientas de medición y diagnóstico específicas) tanto automáticamente como por expertos para ayudar en la toma de decisiones médicas más correctas.Existen una amplia variedad de situaciones en las que un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario pudiendo tratarse, en ocasiones, de una alteración crónica o ya conocida.El disponer de registros ECGs recogidos en la historia del paciente permite una mejor valoración y enfoque de la situación clínica. La duplicidad de consultas en el ámbito asistencial es una situación muy frecuente. Mediante un ECG realizado en atención primaria que este incluido en la HC se podría tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta mejorando la calidad asistencial así como la reducción de costes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos Fundamental de la digitalización del ECG en el área de atención especializada del sector II, es permitir el acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud.
Objetivos EspecíficosImplementar la digitalización del ECG en el Servicio de Urgencias del HUMS, Centros Médicos de especialidades del sector y el área de Hospitalización,Ayudar en la toma de decisiones en base a pruebas anteriormente realizadas y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología,Colaborar en la realización del preoperatorio de todos aquellos pacientes que van a ser intervenidos,Optimizar el empleo de la interconsulta virtual como gestor de consultas virtuales y presenciales,Favorecer el seguimiento del paciente y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en unidades especializadas, como la de insuficiencia Cardiaca, arritmias y/o marcapasos dotadas en la actualidad de consulta de enfermería de seguimiento del paciente crónico,Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados,Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación,Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados.ECGs que se realicen en el servicio de urgencias del HUMS,CME(Ramón y Cajal, San José) y Plantas de HG.Población diana, cualquier paciente que requiera de la realización de un ECG en el contexto de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1411

1. TÍTULO

PROYECTO DE DIGITALIZACION DEL ECG EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

su situación clínica.

MÉTODO
Inicialmente se realizó una experiencia piloto en la unidad de arritmias, para analizar los problemas y las debilidades del proyecto.Comenzamos a implementar la digitalización por áreas concretas del HUMS: unidad de arritmias, consultas externas de cardiología del hospital, área de soporte vital de urgencias, para posteriormente ir ampliando el número de servicios. La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas respondiendo a las necesidades de cada una de ellas.El siguiente Cronograma describe las áreas en las que esta implementado y el calendario de las nuevas inclusiones.

INDICADORES
INDICADORES:Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total.
Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE.
Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología.
RESULTADOS:Porcentaje de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total:50%
Porcentaje de áreas incluidas en el proyecto de digitalización del ECG en HCE: 8/11 áreas
Porcentaje de consultas virtuales en relación al ECG sobre el total de consultas virtuales en cardiología:20%

DURACIÓN
Prevista la digitalizacion por areas del hospital que se incluiran en periodos de dos meses hasta su finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1494

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA MATAMALA ADELL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FAÑANAS MASTRAL JAVIER
FRESNEDA ROLDAN JESUS CARLOS
SORRIBAS BERJON FERNANDO
VALLEJO GIL JOSE MARIA
VAZQUEZ SANCHO MANUEL
BALLESTER CUENCA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha optimizado la profilaxis antibiótica preoperatoria en cirugía cardiovascular y también la erradicación de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) y sensible a meticilina (SAMS).

El cribado preoperatorio para SARM y SAMS al menos dos días antes de la cirugía y preferiblemente no más allá más del mes previo a la intervención (frotis nasofaríngeo y perianal).

Administración de mupirocina preoperatoria para pacientes por pruebas microbiológicas positivas (SARM y SAMS) y en aquellos pacientes en los que no se disponga de cribado.

En cuanto a la profilaxis antibiótica, en el caso de colonización por SARM o pacientes ingresados o frotis no disponible: la profilaxis antibiótica será con cefazolina + teicoplanina. En el resto de pacientes se hará con cefazolina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han analizado los datos de los pacientes intervenidos entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de septiembre de 2017. En total 42 pacientes intervenidos de cirugía programada y en el ingreso. Se han excluido pacientes que precisaron cirugía emergente. La media de edad de los pacientes intervenidos fue de 69 años (entre 23 y 84 años).

El frotis nasal estuvo disponible previo a cirugía en 41 pacientes (97%). En 10 pacientes (23%) habían transcurrido más de dos meses. Todos estos pacientes habían presentado frotis negativo para SARM y/o SAMS. Hubo sólo un paciente en el que no se había realizado al cual se le realizó el día de la intervención.
Con respecto a los resultados obtenidos la mayoría de frotis fueron negativos, dos positivos a SAMS y dos positivos a E.Coli BLEE.

En 14 (33%) pacientes la profilaxis se realizó con cefazolina + teicoplanina y en el resto de pacientes con cefazolina sola. En los dos pacientes que habían sido SAMS positivos la profilaxis antibiótica se realizó de manera adecuada con cefazolina + teicoplanina. El resto de pacientes en los que se realizó esta profilaxis fueron pacientes en los fue necesaria cirugía en el ingreso.

No hubo infecciones de herida quirúrgica en los pacientes intervenidos, si bien dos pacientes presentaron bacteriemia, en ambos casos el germen encontrado fue S. epidermidis.

Con respecto a los indicadores propuestos:

Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva a los que se les realiza con tiempo suficiente el cribado de S. aureus : 41/42= 97%

Proporción de profilaxis antibiótica correcta 42/42 = 100% es decir mayor del 80% que era lo que nos habíamos propuesto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La descolonización preoperatoria de SARM y SAMS es eficaz así como una adecuada profilaxis antibiótica frente a los mismos.

Este proyecto ha sido útil para mejorar la atención de los pacientes y disminuir la tasa de infección de herida quirúrgica. Por tanto debemos continuar con las mejoras introducidas.

7. OBSERVACIONES.
Aunque los resultados obtenidos son satisfactorios, en 10 pacientes el tiempo transcurrido desde que se realizó el cribado mediante frotis nasal y la cirugía ha sido superior a dos meses. Esto último se debe a que se trata de pacientes intervenidos de lista de espera en los cuales hay una dificultad para coordinar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1494

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

tiempo desde que se les pide el preoperatorio hasta que son programados para intervenir.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1494 ========== ***

Nº de registro: 1494

Título
OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Autores:
MATAMALA ADELL MARTA, FAÑANAS MASTRAL JAVIER, FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS, SORRIBAS BERJON FERNANDO, VALLEJO GIL JOSE MARIA, VAZQUEZ SANCHO MANUEL, BALLESTER CUENCA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones nosocomiales representan un importante problema en cuanto a morbilidad, mortalidad y aumento de costes en cirugía cardiovascular. La incidencia de infección esternotomía superficial es de un 2.6 % con una mortalidad del 5%. En el caso de la mediastinitis la incidencia oscila entre un 0,25 a un 4%, sin embargo, la mortalidad es de un 7 a un 20%.
El principal patógeno es Staphylococcus aureus coagulasa negativo. El 80% de infecciones por S. aureus provienen de un origen endógeno (portadores).
Para reducir la tasa de infecciones es importante realizar una correcta erradicación de S. aureus en fosas nasales y además adecuar la profilaxis antibiótica.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la profilaxis antibiótica y erradicación de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) y sensible a meticilina (SAMS) de la siguiente manera:

- Cribado preoperatorio para SAMR y SAMS. Al menos dos días antes de la cirugía y no más allá más del mes previo a la intervención.

- Administración de mupirocina preoperatoria para pacientes por pruebas microbiológicas positivas (SARM y SAMS) y en aquellos pacientes en los que no se disponga de cribado.

La profilaxis antibiótica también se modifica:

- Colonización por SARM: la profilaxis antibiótica será con cefazolina + teicoplanina. Se prefiere el uso de teicoplanina frente a vancomicina, ya que esto favorece el cumplimiento adecuado, el tiempo de infusión es más corto y presenta menos efectos adversos.
- Otros objetivos derivados: disminución de las infecciones postoperatorias, disminución de morbimortalidad, reducción de costes

MÉTODO
Se espera con esta nueva pauta de profilaxis conseguir una disminución de la tasa de infecciones, especialmente aquellas por SARM. Se mejorará la profilaxis antibiótica así como la erradicación de SARM que ya se venía realizando, individualizándola según el paciente sea o no portador de SARM y según riesgos:

- 3 días hospitalizados
- Traslados de otros hospitales
- Tratamientos antibióticos recientes
- Alta incidencia de SARM
- Empleo de prótesis o implantes intravasculares

De esta manera la profilaxis antibiótica a realizar quedará de la siguiente manera:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1494

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

- En pacientes no portadores de SARM en frotis: CEFAZOLINA
- Pacientes alérgicos a betalactámicos: TEICOPLANINA + GENTAMICINA
- Pacientes SARM positivos o aquellos que se desconozca el SARM y tengan uno ó más factores de riesgo1: CEFAZOLINA + TEICOPLANINA
- SARM positivos + alergia a betalactámicos: GENTAMICINA + TEICOPLANINA

Dosis:
1) CEFAZOLINA: 2g (30-60’ antes de la incisión)
2ª dosis intraoperatoria: 2g a las 4h
Postoperatorio: 1g/8h durante 48h
2) TEICOPLANINA: 600mg (30-60’ antes de la incisión)
2ª dosis: 400mg a las 12h
3) GENTAMICINA: 4mg/kg (30-60’ antes de la incisión)
No requiere re-dosificación

Para ello se realizarán sesiones informativas de los servicios implicados: cirugía cardiovascular y anestesia, así como con la enfermería de planta, acogida de quirófano y quirófanos de cirugía cardiovascular para divulgar los nuevos cambios en las pautas

INDICADORES
Indicadores de monitorización:

- Proporción de pacientes adultos intervenidos de cirugía cardiaca electiva a los que se les realiza con tiempo suficiente el cribado de Staphylococcus aureus. Deberá estar por encima del 80%.

- Proporción de profilaxis antibiótica adecuada > 80 %.

DURACIÓN
La duración del proyecto inicial de 6 meses. Una vez transcurridos, se analizarán los resultados obtenidos para reevaluar y valorar posibles modificaciones. La fecha de comienzo es el uno de abril de 2017. finalización y reevaluación el 30 de septiembre de 2017.

OBSERVACIONES
corrección proyecto 1426 (ya enviado)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V.PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO CARLOS FRESNEDA ROLDAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA CARDIOVASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA ADELL MARTA
SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO
CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL
CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA
LARENA SANCHEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la constitución del grupo de trabajo del "Subproceso de postoperatorio y alta en Cirugía Cardiovascular", se diseñó un cronograma de tareas para abordar los campos de mejora en la asistencia de este tipo de paciente tras recibir asistencia quirúrgica cardiovascular.
Este cronograma contempla cuatro fases, la primera entre abril y octubre de 2018 en la que se constituyó el grupo de trabajo, se discutieron lineas de protocolización del postoperatorio, se definieron las aportaciones y se discutieron los primeros borradores de protocolos.
En la segunda fase que abarca diciembre de 2018 a febrero de 2019, se han realizado las pertinentes correcciones y se ha comenzado la compilación de los documentos definitivos, conteniendo los comentados protocolos de actuación y algunos algoritmos de decisión.
Para este año 2019 queda una tercera fase de abril a octubre del presente, en la que quedará definitivamente constituido el documento consensuado para el SUBPROCESO DE POSTOPERATORIO Y ALTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR y se comenzará su aplicación registrando los indicadores de calidad asistencial enunciados en el apartado siguiente.
Finalmente la cuarta fase, que contemplará años sucesivos, está dedicada a seguimiento de la aplicación eficaz de estos protocolos y a la evaluación anual de los referidos indicadores asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como fruto del trabajo interdisciplinar de los servicios clínicos implicados, durante las seis reuniones de trabajo en este último año y el esfuerzo individual de cada miembro del Subproceso, se han elaborado los siguientes documentos de protocolización, en su mayoría apoyados en guías clínicas de actuación de cada una de las especialidades intervinientes y representativos de la actividad asistencial de cada unidad, en el paciente intervenido de cirugía cardiovascular:
1. PROTOCOLO DE MANEJO Y CUIDADOS DE VÍAS CENTRALES
2. PROTOCOLO DE ANALGESIA POSTOPERATORIA
3. ENFOQUE DEL SÍNDROME FEBRIL EN EL POSTOPERATORIO
4. PAPEL DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN EL SUBPROCESO
5. IMPACTO DEL DETERIORO COGNITIVO EN EL POSTOPERATORIO
6. PROTOCOLIZACIÓN DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA POSTOPERATORIA
7. EVALUACIÓN, CONTROLES POSTOPERATORIOS Y REQUERIMIENTOS AL ALTA
8. ALGORITMOS DE DECISIONES NO RUTINARIAS
9. CRITERIOS DE REINGRESO EN UCI TRAS LA CIRUGÍA
10. EVALUACIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL PACIENTE INTERVENIDO
Paralelamente hemos establecido como indicadores de calidad de este proyecto los que enunciamos a continuación:
1. INCIDENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA
2. GRADO DE DOLOR POSTOPERATORIO PERCIBIDO POR EL PACIENTE
3. PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO TRAS LA CIRUGÍA
4. TASA DE REINGRESO EN UCI
5. MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PLANTA
6. INCIDENCIA Y TIPOS DE INFECCIÓN EN EL POSTOPERATORIO
7. ESTANCIA EN PLANTA Y POSTOPERATORIA TOTAL
8. EVALUACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA
9. SOBREVIDA AL AÑO DE LA CIRUGÍA
10. INTEGRACIÓN LABORAL POSTOPERATORIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La primera lección aprendida es que la dinámica de grupo y la implicación de cada profesional en este Subproceso, se convierte en una herramienta de gestión que tendrá un impacto relevante en una asistencia cada vez más eficiente.
La siguiente conclusión es que todo este esfuerzo añadido a las tareas asistenciales, debe ser suficientemente reconocido y apoyado desde las instancias directivas pertinentes, porque esta forma de trabajar debe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V.PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

constituirse en el patrón oro de todo actividad asistencial, en permanente revisión y con vocación de mejora continua.
Aspiramos a seguir cumpliendo con el cronograma que nos hemos impuesto y obtener resultados contrastables de nuestras propuestas en la frontera de 2020, sólo así podremos evaluar de forma precisa el impacto de nuestras propuestas en la calidad percibida por el paciente, en la optimización de los costes derivados de su asistencia y en el beneficio social tras la cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1231 ========== ***

Nº de registro: 1231

Título
PROTOCOLOZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V. PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H M.SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

Autores:
FRESNEDA ROLDAN PEDRO CARLOS, MATAMALA ADELL MARTA, SANJUAN VILLARREAL TOMAS ALBERTO, GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO, CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL, CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS, MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, LARENA SANCHEZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde sus comienzos hace más de medio siglo, la cirugía cardiovascular (CCV) tal y como la entendemos hoy, ha ido desarrollándose e implantándose al amparo de la evolución técnológica y la miniaturización. Paralelamente, y a raiz de los buenos resultados consolidados de la terapia quirúrgica cardiovascular, se han ido ampliando indicaciones sobre un amplio espectro de patologías congénitas y adquiridas, así como dirigidas a un grupo cada vez más complejo de pacientes.
Esta demanda creciente de complejidad técnica y asistencial ha promovido políticas basadas en la menor agresión quirúrgica y en la recuperación precoz de estos pacientes ("fast track").
Este nuevo enfoque del postoperatorio pretende un manejo más eficiente y un más adecuado consumo de recursos, tendentes a la recuperación precoz del paciente y a una más rápida alta hospitalaria. Esta nueva filosofía de tratamiento se continua con la rehabilitación postoperatoria extrahospitalaria y con la reincorporación socio laboral temprana de los pacientes en el caso de sujetos en edad laboral. En los pacientes ya jubilados, pretende aportar calidad a los años de esperanza vital.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la protocolozación de distintos aspectos del postoperatorio de CCV del adulto, pretendemos los siguientes objetivos:
1. Minimizar la tasa de complicaciones en planta (infecciosas, cardiológicas, neurológicas, de heridas quirúrgicas, hematológicas).
2. Conseguir un mejor abordaje del dolor postoperatorio, factor clave en la recuperación postquirúrgica.
3. Movilización precoz y colaboración activa del paciente en su recuperación.
4. Reducir la estancia postoperatoria y sus costes.
5. Implementar un programa para fomentar la calidad percibida por parte de los pacientes, que transmita confianza y reconocimiento hacia la institución y sus profesionales.

MÉTODO
PRIMERA FASE:
1. Constitución de un grupo de trabajo multidisplinar integrado por más de veinte profesionales pertenecientes a quince estamentos clínicos o auxiliares, implicados en la gestión del postoperatorio en CCV.
2. Reuniones periódicas (quincenal o mensual) para consensuar los distintos protocolos propuestos para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1231

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION POSTOPERATORIO CIRUGIA C-V.PROPUESTAS DE MEJORA/CONTROL SUBPROCESO POSTOPERATORIO Y ALTA DE CIRUGIA CARDIACA DEL H. M. SERVET. HACIA UNA GESTION ASISTENCIAL EFICIENTE Y DE "FAST TRACK"

optimizar y hacer más eficiente el tratamiento de estos pacientes.
SEGUNDA FASE:
3. Una vez establecidas las directrices a seguir, plasmarlas en una guía de actuación clínica y de enfermería a disposición de los distintos profesionales implicados en el cuidado del paciente intervenido de CCV. Esta actuación protocolizada hará más uniforme nuestras estrategias de tratamiento en cada caso concreto. Se requerirá la impresión y edición de distintos manuales y folletos de divulgación a pacientes y familiares.
4. Definir los objetivos de análisis ulterior para evaluar los beneficios de las estrategias adoptadas.
TERCERA FASE:
5. Evaluación al alta de cada paciente y al año de la intervención para conocer los resultados obtenidos desde un punto de vista clínico y a ser posible definir el impacto económico, en término de costes, de las medidas implementadas. Será necesario disponer de un programa de información, basado en el contacto mediante formularios, con los cardiólogos referidores y con el propio paciente. Asimismo serán necesarias distintas herramientas informáticas de análisis masivo de variables clínicas y posibles costes repercutidos.
6. Publicitación de los resultados del proyecto de gestión en el ámbito autonómico (comunidad cardiológica proveedora de pacientes y sociedad civil en general). Para ello se realizarán sesiones informativas específicas dirigidas a los profesionales sanitarios relacionados con este tipo de pacientes y será necesario recurrir a los medios corporativos de comunicación y gabinete de prensa institucional para difusión general a la población aragonesa.

INDICADORES
1. Control y disminución de la tasa de fibrilación auricular postoperatoria hasta un 10% de los pacientes intervenidos.
2. Control del dolor postoperatorio.
3. Evaluación y tratamiento del deterioro cognitivo postCEC.
4. Minimización de la tasa de reingreso en UCI tras cirugía, estableciendo un valor adecuado por debajo del 5%.
5. Análisis exhaustivo de infecciones postoperatorias mayores y menores, adoptando las medidas que nos permitan no exceder una cifra superior al 6% de los intervenidos.
6.Disminuir la estancia postoperatoria en planta para obtener una media inferior a 10 días.
7. Funcionamiento y toma de decisiones basadas en algoritmos.
8. Evaluación de la satisfacción y calidad percibida del paciente en el momento del alta hospitalaria.
9. Implementación de un programa de rehabilitación motora y respiratoria con continuidad tras el alta.
10. Coordinación con Cardiología extrahospitalaria para evaluar los indicadores a largo plazo (un año tras la intervención).

DURACIÓN
PRIMERA FASE: Abril a Septiembre de 2018
SEGUNDA FASE: Octubre a Diciembre de 2018
TERCERA FASE: Enero a Abril 2019 (análisis preliminar). Posteriormente estaremos en evaluación anual permanente, introduciendo las medidas de corrección adecuadas en cada momento, para mantener los objetivos propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0387

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION MARTINEZ CASAMAYOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ FALO CONCEPCION
OTO PUYUELO IRENE
ANDRES GOMEZ NOELIA
SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se diseñó un procedimiento normalizado de trabajo con un cronograma que incluía una fase de preparación, fase de aprobación y fase de evaluación.
Se diseñó la composición del grupo de apoyo con un número máximo de 8 pacientes ostomizados, un estomoterapeuta y un profesional de apoyo (psicólogo, nutricionista, trabajador social).
La segunda fase se completó con la presentación y aceptación del proyecto a la Dirección de Enfermería del HUMS.
Se contactó con varios pacientes ostomizados a partir de las Consultas Externas de Estomaterapia y mediante la elaboración de un cartel informativo sobre la creación de dicho Grupo, en el que se animaba a la participación voluntaria de todos aquellos pacientes ostomizados y familiares de ostomizados, interesados en asistir a las sesiones del Grupo de Apoyo.
Se realizaron 4 sesiones programadas el tercer martes de los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2017 de 16,30 a 17,10h.
En cada una de las sesiones se abordaron diferentes temas por profesionales, durante 10 minutos como inicio y para facilitar un clima de participación interactiva. Pacientes ostomizados de larga evolución aportaron su autoconocimiento y experiencia facilitando la creación de un entorno de confianza con los pacientes ostomizados nuevos, desde una óptica diferente a los profesionales.
En todo momento se proporcionó apoyo por parte de las enfermeras expertas en estomaterapia que actuaron como dinamizadoras del Grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En relación a las sesiones propuestas en el Proyecto, el cumplimiento resultó de un 100%. Se desarrollaron la totalidad de ellas, en los plazos planteados en el cronograma.
El indicador de resultados (Mejora de la satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo), se midió a partir de los resultados obtenidos de la encuesta elaborada a tal efecto, que se cumplimentó de forma anónima por cada uno de los asistentes a las sesiones. La encuesta plateaba 4 preguntas dicotómicas SI/NO, cuyos resultados se muestran a continuación.
1- Considera que para usted y/o su familia ha resultado enriquecedora la sesión a la que ha asistido? Qué aspecto le resultó más interesante?
1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes …… 100% afirmativa.
2- Considera que el intercambio de3 vivencias que facilita el Grupo de Apoyo ha influído positivamente en su estado de ánimo?
1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes …… 100% afirmativa.

3- Durante la sesión de Grupo ¿Tuvo la oportunidad de hacer preguntas y aclarar dudas?
1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes …… 100% afirmativa.

4- Considera interesante seguir asistiendo a sesiones del Grupo de Apoyo?

1ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
2ª SESION 5 SI/ 5 asistentes
3ª SESION 4 SI/ 4 asistentes
4ª SESION 6 SI/ 6 asistentes
Total: 21 SI / 21 asistentes …… 100% afirmativa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0387

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir de las encuestas de satisfacción, recogiendo las impresiones intercambiadas en el desarrollo de las sesiones y el interés demostrado por los participantes, se podría concluir que efectivamente resultaría de gran interés facilitar apoyo logístico desde las instituciones para la continuidad de la iniciativa que recoge el proyecto de mejora.
Sería un objetivo de mejora la creación de un espacio de contacto y discusión donde pacientes ostomizados de larga evolución y nuevos ostomizados puedan desarrollar un “aprendizaje del otro con el otro” que favorezca el autoconocimiento y contribuya a aumentar la calidad de la atención prestada a éste colectivo y en definitiva a mejorar su calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/387 ========== ***

Nº de registro: 0387

Título
PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION, RUIZ FALO CONCEPCION, OTO PUYUELO IRENE, ANDRES GOMEZ NOELIA, SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La consulta de estomaterapia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS) pertenece al Sector Sanitario II. Su población diana es la correspondiente a los centros de atención sanitaria primaria y especializada del Área II.
En colaboración con las Unidades de Hospitalización Quirúrgica se ha trabajado planificando la continuidad de cuidados de los pacientes portadores de una ostomía.
En marzo de 2015, dentro del marco de los Proyectos de Mejora que anualmente convoca el Servicio Aragonés de SALUD se propuso proporcionar soporte al seguimiento de dichos pacientes desde Hospitalización hasta la consulta de estomaterapia, mediante la elaboración de una hoja de continuidad de cuidados. Se estableció un circuito que permite registrar y transmitir la evolución del paciente durante la hospitalización a la enfermera experta.
En el mismo año y desde la consulta de estomaterapia, se realizó un estudio de investigación con el objetivo de identificar un posible perfil de persona ostomizada con mayor tendencia a desarrollar episodios de ansiedad y/o depresión, para prever una captación precoz y poder así realizar una atención enfermera temprana.
El análisis de los datos informaba que el marcaje previo del estoma, la situación laboral activa y el contacto con otras personas ostomizadas eran factores influyentes.
Las conclusiones del estudio nos llevaron a plantear que un factor protector importante, tanto para la ansiedad como para la depresión era el contacto con otros personas ostomizadas.
Dichas conclusiones y el objetivo de proporcionar continuidad, mejorando la calidad de los cuidados ofertados a los pacientes ostomizados de nuestra área de influencia, nos ha llevado a que es posible abordar este problema desde el ámbito de la enfermería, facilitando un espacio de contacto y discusión dentro de las consultas, donde las personas ostomizadas y sus cuidadores, puedan interrelacionarse y resolver dudas.
Por todo ello, nos planteamos la necesidad de facilitar la creación de Grupos de Apoyo para pacientes ostomizados coordinados por personal experto desde la consulta de estomaterapia del HUMS.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes ostomizados de nuestra área de influencia previniendo episodios de ansiedad y depresión, y facilitando continuidad de cuidados mediante Grupos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0387

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE APOYO PARA PERSONAS OSTOMIZADAS DESDE LA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Apoyo.
Facilitar un espacio de contacto y discusión dentro de las consultas, donde las personas ostomizadas y sus cuidadores, puedan interrelacionarse y resolver dudas

MÉTODO
Se prevé diseñar un procedimiento normalizado de trabajo con un cronograma que incluya varias fases:
1- Fase de preparación
- Diseño de la composición del Grupo de Apoyo. Pacientes y equipo multidisciplinar.
- Contactar con pacientes ostomizados que colaboren en un “aprendizaje del otro y con el otro”, aportando su autoconocimiento y experiencia, desde una óptica diferente a los profesionales y familia.
- Número de sesiones y periodicidad. 4 sesiones programadas el tercer martes de los meses de enero, febrero, marzo y abril del 2017 de 16,30 a 17,10 horas, con un máximo de 8 pacientes recientemente ostomizados.
- Definición de propuestas de ayuda (Temas/sesión) a los pacientes ostomizados.
. Acompañar en la aceptación de la nueva situación entre otros pacientes ostomizados.
. Problemas de manejo del estoma en aspectos específicos de la vida diaria.
. Existencia de afectación psicológica, en su relación familiar, ambiente laboral o en su vida social.
. Resolución de dudas en el diseño de dietas adecuadas.
. Orientación cuando es precisa una reubicación laboral

Los temas abordados por profesionales durante 10 minutos iniciarán las sesiones facilitando un clima de participación interactiva entre “nuevos” y “antiguos” ostomizados, y profesionales en las sesiones.
La enfermera experta será la encargada de dinamizar las sesiones, promoviendo preguntas y estimulando la participación de los asistentes a la sesión del Grupo de Apoyo.

2- Fase de aprobación
Presentación a la Dirección de Enfermería del proyecto para su aprobación y apoyo.
3- Fase de difusión.
- Publicitar la creación y actividades programadas del Grupo de Apoyo en Atención Primaria y Especializada.

4- Fase de evaluación.
- Evaluación indicadores de proceso. Grado de cumplimiento de las sesiones propuestas del Grupo de Apoyo.
- Evaluación de indicadores de resultados. Medición, mediante valoración positiva/negativa anónima del grado de satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo.

INDICADORES
INDICADORES DE PROCESO.
- Número de sesiones del Grupo de Apoyo realizadas en relación a la programación de sesiones propuestas.
- INDICADORES DE RESULTADOS. Mejora del grado de satisfacción de los pacientes ostomizados asistentes al Grupo de Apoyo

DURACIÓN
• Inicio Septiembre 2016.
• Evaluación final y memoria Abril 2017.

- FASE PREPARACIÓN: Septiembre-noviembre 2016.
- FASE APROBACION: Diciembre 2016.
- FASE DIFUSION: Diciembre 2016- marzo 2017
- FASE EVALUACION Y MEMORIA: Abril 2016
- MEDIDAS CORRECTORAS PROBLEMAS DETECTADOS: Abril 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0594

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... DIANA MODREGO IRANZO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CHUECA MARIA PILAR
COARASA PINA SUSANA
VALLEJO LANA MERCEDES
ALLUE URZAIZ JAVIER
CAMPILLOS CARBONELL IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos dividido el trabajo realizando primero el referente a la intervención de Colecistectomía, ya que se realiza en mayor número de pacientes en nuestra unidad, es una intervención más sencilla y se van de alta con menos días de evolución. Tenemos hecho el tríptico y cuenta con el visto bueno de Nutrición, representado por el enfermera María Teresa Bimbela, y de Cirugía, por parte del Dr. Serrablo.
Estamos a la espera de que el Hospital nos devuelva el tríptico con formato institucionalizado para comenzar a repartirlo. Tenemos ya hecha la plantilla de dudas y la ampliación del tríptico que permanecerá en la planta para resolver las posibles dudas planteadas por los pacientes.

Respecto al tríptico de Hepatectomía, estamos acabando de seleccionar que consideramos que es más importante que salga en el tríptico, tenemos ya la bibliografía buscada, por lo que tenemos la información amplia para poder resolver a las dudas que nos planteen los pacientes. La plantilla de dudas es común a la de dieta de Colecistectomía, por lo que también está hecha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El trabajo de Colecistectomía está en fase de adecuación al estilo de los trípticos del Hospital y se espera comenzar su reparto y evaluación posterior próximamente, y el de Hepatectomía está en fase de realización, se espera entregar al hospital a final de abril. Esto es debido a que los miembros del equipo somos interinos o contratados, por las cercanas Oposiciones esta parado, por eso la fecha de entrega será la arriba indicada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Vamos retrasados en nuestros objetivos, ya que con el cambio de responsabilidad de los proyectos, de planta física de la Unidad, de Supervisión y de plantilla, se perdió información, por lo que comenzamos con la realización del mismo más tarde de lo indicado. Así mismo, todos somos personal contratado o interino y estudiar una Oposición lleva mucho esfuerzo a la par que trabajamos y tenemos vida familiar, lo que ha influido en que los plazos se alargaran nuevamente.
Hemos contado con la total colaboración de Nutrición y de Cirugía, quienes nos apoyan en la idea, ya que es muy frecuente que les pregunten dudas sobre el tema que se resolverá con los trípticos.

7. OBSERVACIONES.
Debido a los cambio de plantilla, y a los dististintos intereses personales de cara a la continuación del proyecto se modifican los miembros del grupo.
La responsable de Calidad del Hospital, ya es conocedora y aprueba el cambio.
El nuevo equipo está formado por:
· MODREGO IRANZO, DIANA, como responsable.
y como colaboradores
· ALFARO MELERO, ELENA
· ALLUE URZAIZ, JAVIER.
· CAMPILLOS CARBONELL, IRENE.
· COARASA PINA, SUSANA.
· DÍAZ DE CERIO, IDOIA
· FUENTES VIÑUALES, ROBERTO
· MARTINEZ CHUECA, MARIA PILAR.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/594 ========== ***

Nº de registro: 0594

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0594

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

Autores:
MODREGO IRANZO DIANA, MARTINEZ CHUECA MARIA PILAR, COARASA PINA SUSANA, VALLEJO LANA MERCEDES, ALLUE URZAIZ JAVIER, CAMPILLOS CARBONELL IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Cirugías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes sometidos a una colecistectomía por laparoscopia son dados de alta en las 24-48 horas siguientes al procedimiento. En ese tiempo el personal de enfermería es incapaz de facilitarle los datos necesarios para una correcta alimentación una vez que lleguen a casa. Los pacientes nos preguntan qué alimentos pueden comer, como cocinarlos y como evolucionar en el tiempo el tipo de dieta. Es necesario un proceso estandarizado para asegurar que todos estos pacientes reciban toda la información necesaria antes del alta.
Los pacientes operados de una resección hepática tardan más tiempo en ser dados de alta. Estos pacientes a veces comienzan con nutrición parenteral y son dados de alta tomando dietas blandas o semi blandas. La recuperación es larga y los pacientes desconocen cómo introducir los alimentos poco a poco para favorecer su digestión. El proceso es individual, pero unas pautas generales facilitaran como afrontar un postoperatorio tan complejo de forma domiciliaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Los pacientes se irán a casa conjunto con el alta con la información necesaria sobre la evolución de la dieta. Asimismo se les entregará un número de teléfono directo para que puedan consultar aquellas dudas que tengan. Según la autonomía del paciente, la información se facilitará a su cuidador principal.

MÉTODO
Se realizará un papel informativo, a modo de tríptico, en el cual se divida por tiempo que alimentos deben tomar y qué manera cocinarlos. Se remarcará que los tiempos son orientativos y que cada persona se adapta de forma diferente, que no debe preocuparse si no cumple los plazos. Es un tríptico informativo, no una sucesión de objetivos a conseguir.
El personal de enfermería valorará en qué momento debe dar el tríptico, indicar que lo lea y estar dispuesto a resolver dudas. Este material se facilitará al menos 24 horas antes de que el paciente sea dado de alta. El personal auxiliar de enfermería, encargado de entregarles las dietas a los pacientes, estará entrenado para contestar a cualquier tipo de pregunta en esta materia.
Se facilitará el teléfono directo de la planta. Una versión extendida del tríptico tendrá un lugar fijo para que ante una duda telefónica cualquier personal de la planta sea capaz de contestar al paciente.

INDICADORES
Registro de dudas sobre una plantilla. El personal auxiliar de enfermería se encargará de registrar sobre una plantilla hecha por el personal encargado de este estudio las dudas que los pacientes nos formulan respecto al tríptico. El objetivo será analizar las carencias que los usuarios descubren para poder mejorarlas y facilitar así su comprensión.
Existirá una plantilla junto a la versión extendida del tríptico en la planta de cirugía hepatobiliar para apuntar allí las cuestiones que los pacientes nos realizan de forma telefónica.
Reunión con otros profesionales conocedores de este tema para añadir/modificar/borrar la información del tríptico que consideren necesaria.

DURACIÓN
Octubre 2016-diciembre 2016. Preparación del tríptico por parte del personal encargado del proyecto. Preparación de la plantilla de dudas formuladas por los pacientes.
Enero 2017-marzo 2017. Entrega sistemática del material a todo paciente ingresado en la tercera planta del edificio de traumatología (Cirugía Hepatobiliar) y registro de las dudas que los pacientes nos muestren en una plantilla.
Abril 2017. Reunión del personal encargado de este proyecto para añadir, modificar o borrar información del tríptico en base a las dudas formuladas por los pacientes.
Mayo 2017. Reunión del personal encargado de este proyecto con el personal de medicina (Cirugía Hepatobiliar) y nutrición (HUMS) para finalizar los últimos retoques del tríptico. En caso de que el material haya sufrido muchas modificaciones, volveremos a repetir en los meses siguientes (junio-septiembre 2017) el registro de dudas sobre la plantilla.
Junio 2017-en adelante. Entrega del tríptico a todo paciente sometido las dichas intervenciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0594

1. TÍTULO

EVOLUCION DIETETICA EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA Y SEGMENTECTOMIA HEPATICA

OBSERVACIONES
El trabajo descrito se va realizar de forma independiente sobre los pacientes sometidos a colecistectomía y en los pacientes sometidos a segmentomías hepáticas. Por tanto son dos trabajos que se van a realizar a la par en el tiempo, con el mismo personal, pero de forma independiente.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 1 Nada
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 1 Nada
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1167

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

Fecha de entrada: 28/12/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA DUQUE MALLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ NIEVES
SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR
MATUTE MARISOL
MARTINEZ JOSE ANTONIO
DE MIGUEL ARDEVINES MENCHU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Formación del equipo de la Unidad de Coloproctología, centrándose en los miembros fijos de la plantilla. Han participado los colaboradores del proyecto.

- Plan de comunicación, actividades de formación y de participación comunitaria:
1) Organización de las 1as Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet y Presentación de la delegación de ASIA en Zaragoza (Asociacion de pacientes con IF) . El título de las Jornadas : DETECCIÓN PRECOZ, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO DE LA INCONTINENCIA FECAL. Se realizó en el edificio de Docencia el 7 de junio 2018 de 16-18:30h . Se adjunta pdf del programa (Anexo 1).
2) Colaboración con el Gabinete de prensa del HUMS para la divulgación de las Jornadas en prensa y tv Aragon. Entrevista televisada en horario de noticias, realizada al dr Dobon y la dra Duque.
3) Participación en la mesa redonda de la presentación de ASIA en Barcelona. Se adjunta pdf del programa (Anexo 2).

- Recursos empleados
1) Quirófanos adjudicados para el procedimiento de NMS en régimen de Cirugía sin ingreso, a razón de dos sesiones por paciente (una de prueba y otra para colocar el generador definitivo): 16 procedimientos
2) Consulta específica de IF. A cargo de la Dra Duque y resto del equipo. Los casos se discuten en la Unidad.
3) Creación del grupo multidisciplinar con especialistas de Digestivo (Dr Javier Alcedo) y Rehabilitación (Dra Begoña Hidalgo).

- Cambios previstos en la oferta de servicios.
Es de prever un aumento en la demanda de NMS para estos pacientes, que hasta la fecha permanecían infratados e infraatendidos. Tenemos ya 10 pacientes en espera.
Un efecto colateral es que muchos pacientes que presentan IF y no precisan de NMS pueden beneficiarse también de otros tratamientos al fomentarse la detección precoz del problema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Método de recogida de resultados:
1) Base de datos de la Unidad de Coloproctología (Numbers®)
2) Archivo compartido de programación de neuromoduladores con los técnicos de Medtronic.
3) Recogida prospectiva de datos (Anexo 3)

Bibliografía:
Matzel, KE. “Fecal Incontinente” . Coloproctology. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2017,196.

Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados
- Número de pacientes que han sido tratados con NMS en un año >10 (10-15): 9 pacientes.
- Número de procedimientos en total: 16
8 test PNE (neuromodulación provisional): 7+ y 1-
7 neuromoduladores Interstim ® definitivos
1 re-colocación del neuromodulador Interstim ® que portaba la enferma.
- Protocolo preoperatorio y de seguimiento de pacientes con NMS completado (pruebas complementarias, encuestas de calidad de vida, re-programaciones, etc) > 80% (70-90): 9 (100%)
- Mejoría clínica de la IF >50% en las pacientes tratadas y a largo plazo: 8 pacientes (89%).
El estandar es conseguir una mejoría clínica de la IF >50% en las pacientes tratadas y a largo plazo.
Una paciente no ha respondido al test del PNE y está previsto repetirlo en el 2019. Nota: Este tipo de test sirven como diagnóstico de la situación, que no siempre es mejorable. El test PNE es previo a la implantacion del neuromodulador definitivo Interstim® y los materiales no tienen coste en nuesro hospital. Solamente se factura el definitivo.
- Encuestas de satisfacción estandarizadas: 6 resultados sobresalientes (10/10), 2 notables (7/10), un test negativo (pendiente de repetición y colocación del neuromodulador definitivo si resulta +).
- Colaboración con asociación de pacientes de IF de la CA de Aragón: si (100%)
- Realización de Jornadas de presentación del grupo multidisciplinar: si (100%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1167

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra experiencia en 2018 viene a reafirmarnos en el camino iniciado en el tratamiento de la IF.
1) Al implementar la NMS se ha dado visibilidad al procedimiento en el Servicio de Cirugía y en el Hospital. Toda la Unidad de Coloproctología se ha implicado en el proyecto
2) Se ha mejorado en la organización interna de la Unidad y dado estructura formal al grupo multidisciplinario de IF con especialistas de Digestivo, Rehabilitación y Cirugía. En el futuro cabría incorporar a los radiólogos especializados ya que hemos detectado demoras importantes en los diagnósticos, sobre todo en las defecoresonancias.
3) Se ha colaborado con Atención primaria y con otros hospitales que nos han referido pacientes desde el HRV y el HCU Lozano Blesa. En este camino de la integración asistencial la IF es un buen modelo de colaboración multidisciplinar.
4) La colaboración con la asociación de pacientes ASIA ha fructificado en reuniones y contactos con pacientes y otros profesionales. Hemos empezado a trabajar considerando los aspectos subjetivos de nuestros pacientes y la demanda social en torno a la IF.
5) El tratamiento de la IF es un proceso complejo y que requiere disponer de algoritmos de diagnóstico y de decisiones terapéuticas. Además los pacientes requieren seguimiento continuado. Todo ello nos lleva afrontar en el futuro inmediato la creación del proceso formal de IF y aspirar a constituirnos como una Unidad de Suelo Pélvico Funcional.
6) Actualmente tenemos 10 pacientes en espera de NMS (Anexo 4).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1167 ========== ***

Nº de registro: 1167

Título
TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

Autores:
DUQUE MALLEN MARIA VICTORIA, SANCHEZ NIEVES, SANTERO MARIA PILAR, MATUTE MARISOL, MARTINEZ JOSE ANTONIO, DE MIGUEL ARDEVINES MENCHU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Incontinencia Fecal (IF) se considera “la epidemia silente” porque está infradiagnosticada e infratratada. No disponemos de datos en Aragón pero podría afectar hasta al 2% de la población, con grupos poblacionales especialmente afectados: el 26% de las mujeres mayores de 50 años y el 40% de los pacientes ancianos frágiles.
La Unidad de Coloproctología del HUMS (Zaragoza) se formó en el 2015 en el procedimiento mínimimante invasivo de Neuromodulación Sacra (NMS) dentro del algoritmo diagnóstico-terapéutico de la IF. En este proyecto se pretende implementar está tecnología y contribuir a facilitar la gestión de la continuidad asistencial de estos pacientes para que puedan acceder a la NMS.

RESULTADOS ESPERADOS
5.1) Población diana: Población del Área II y, por extensión, población de la C.A. de Aragón que precise tratamiento de la IF con NMS.
5.2) Pacientes: Pacientes con IF que no responden a tratamiento conservador y precisan un abordaje quirúrgico de su problema.
5.3) Intervenciones:
Es importante gestionar la continuidad asistencial de los pacientes con IF favoreciendo su detección precoz

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1167

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACION DE RAICES SACRAS Y GESTION DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN INCONTINENCIA FECAL

mediante la divulgacion en entornos de Atención Primaria. Y facilitar al paciente la ruta de pruebas complementarias hasta ofrecer un tratamiento personalizado.
En caso de precisarse un abordaje quirúrgico de la IF éste puede ser convencional (cirugía esfinteriana) o mínimamente invasivo (Neuromodulación de raices sacras).
5.4) Resultados:
Resultados primarios: Tratar un número de 10-15 pacientes por año mediante NMS y asegurar su seguimiento continuado.
Resultados secundarios: Establecer circuitos de acceso al tratamiento de NMS desde AP, especializada (Digestivo, Rehabilitación, Endocrinología y Nutrición, etc) a Cirugía.

MÉTODO
6.1) Acciones previstas para lograr los objetivos: En la primera fase (2015-2017) se formaron los pioneros del equipo (Dra Duque y Dra sanchez) y se han completado dos años de experiencia exitosos en la técnica. En una segunda fase se formará al resto del equipo de la Unidad de Coloproctología, centrándose en los miembros fijos de la plantilla.

6.2) Plan de comunicación, actividades de formación y de participación comunitaria: Se han programado actividades de difusión sobre la IF y su tratamiento especializado que pretenden concienciar a pacientes y médicos de AP. Además de la difusión en prensa ya realizada en años anteriores se están organizando las 1ªs Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet y Presentación delegación de ASIA en Zaragoza El título de las Jornadas es DETECCIÓN PRECOZ, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO DE LA INCONTINENCIA FECAL. Se realizan en el edificio de Docencia el 7 de junio 2018 de 16-18:30h .

6.3) Descripcion de los recursos previstos: Contamos con quirófanos adjudicados para el procedimeitno de NMS en régimen de Cirugía sin ingreso, a razón de dos sesiones por paciente (una de prueba y otra para colocar el generador definitivo). Contamos con consulta específica de IF. Además contamos con la colaboración multidisciplinar de Digestivo y Rehabilitación. Contamos con la infraestructura de Docencia para organizar las Jornadas y con el gabinete de prensa del HUMS para su divulgación.

6.4) Cambios previstos en la oferta de servicios. Es de prever un aumento en la demanda de NMS para estos pacientes, que hasta la fecha permanecían infratados e infraatendidos. Un efecto colateral es que muchos apcientes que presentan IF y no precisan de NMS pueden beneficiarse también al fomentar la detección precoz del problema.

INDICADORES
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados
7.1) Número de pacientes que han sido tratados con NMS en un año >10 (10-15)
7.2) Protocolo de seguimiento de pacientes con NMS completado (pruebas complementarias, encuestas de calidad de vida, reprogramaciones, etc) > 80% (70-90)
7.3) Mejoría clínica de la IF >50% en las pacientes tratadas y a largo plazo.
7.4) Colaboración con asociacion de pacientes de IF de la CA de Aragón.
7.5) Realizacion de Jornadas de presentación del grupo multidisciplinar.

Bibliografia: Matzel, KE. “Fecal Incontinente” . Coloproctology. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2017,196

DURACIÓN
8.1) Formación del resto del equipo en NMS: 1 año
8.2) 1ªs Jornadas de IF en el Hospital Universitario Miguel Servet: 7 de junio 2018 de 16-18:30h .
8.3) Organización de la continudiad asistencial desde AP y especializada hasta HUMS: 1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO SERRADILLA MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO
BAJADOR ANDREU EDUARDO
PASCUAL BELLOSTA ANA
CLARACO VEGA LUIS MANUEL
SANZ PARIS ALEJANDRO
DIEZ ALONSO MARIA ISABEL
MORATA CRESPO ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se lleva a cabo una reunión inicial para constitución del grupo de trabajo (junio 2018) y posteriormente 1 reunión mensual, dejando constancia mediante acta correspondiente.

Cronograma de actividades realizadas:
- Junio 2018: constitución del grupo.
- Julio-septiembre 2018: revisión bibliográfica de la evidencia ciencítifica en rehabilitación multimodal en cirugía pancreática.
- Octubre-diciembre 2018: elaboración de guía de RMM en cirugía pancreática. Cada servicio elabora la parte de la guía correspondiente a sus competencias profesionales.
- Enero-febrero 2019: corrección de la guía y elbaoración de un diagrama de flujo de pacientes.
- Febrero 2019: presentación de la guía de rehabilitación multimodal en cirugía pancreática a todos los servicios implicados para comenzar la aplicación de la misma en marzo de 2019.
- Febrero 2019: elaboración de una base de datos conjunta para la monitorización de los pacientes a los que se les aplica la guía y comparar los resultados obtenidos con los pacientes de años previos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido elaborar la guía de rehabilitación multimodal en cirugía pancreática y la elaboración de la base de datos para monitorizar los pacientes incluidos. La incluisión de pacientes comienza en marzo de 2019. Los indicadores que se van a monitorizar son los siguientes: hemorragia, fístula pancreática, retraso del vaciamiento gástrico, fístula gastroyeyunal, fístula biliar, absceso intraabdominal, diarrea, transfusión postoperatoria, fístula quilosa, reintervención, reingreso, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones médicas.
Estos indicadores serán comparados con los resultados previos de los años 2015-2017 proporcionados por Control de Gestión del HUMS y el Servicio de Documentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los obejetivos que se pretenden conseguir con la aplicación de esta guía son: a) disminución de la tasa de morbilidad en cirugía pancreática un 10%, b) disminución de la tasa de reingresos, estancia en UCI y estancia media de un 10%, c) disminución de la mortalidad un en cirugía pancreática, d) aplicación del protocolo de RMM al menos al 50% de los pacientes intervenidos.
En análisis de la bibliografía existente ha permitido al grupo de trabajo implementar una guía basada en la identificación de las dificultades existentes en nuestro centro, permitiendo buscar soluciones a las mismas y adaptando dicha guía a las condiciones locales. Ello nos ha permitido establecer un flujo de pacientes eficaz y rápido para identificar a estos pacientes desde el primer momento y realizar las acciones oportunas para conseguir una prehabilitación físca y nutricional adecuada antes de la cirugía y un mejor control de las complicaciones postoperatorias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1284 ========== ***

Nº de registro: 1284

Título
GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

Autores:
SERRADILLA MARTIN MARIO, SERRABLO REQUEJO ALEJANDRO, BAJADOR ANDREU EDUARDO, PASCUAL BELLOSTA ANA, TORO NUÑEZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

MAXIMILIANO, CLARACO VEGA LUIS MANUEL, SANZ PARIS ALEJANDRO, DIEZ ALONSO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía HBP es una área de la cirugía con una morbimortalidad importante (25% de morbilidad y 5% de mortalidad en cirugía hepática y 50% de morbilidad y 10% de mortalidad en cirugía pancreática). La aplicación de las guías de RMM supone una disminución de esta morbimortalidad, una menor estancia postoperatoria, un acortamiento en el tiempo de recuperación para el paciente y una diminución de los costes sanitarios. Actualmente se realizan 200 cirugías de este tipo anualmente en el Hospital Miguel Servet. La alta prevalencia de complicaciones condiciona largas estancias postoperatorias y un importante consumo de recursos. La sistematización del proceso perioperatorio conlleva mejores resultados a corto plazo, menor consumo de recursos y una más rápida y mejor recuperación para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Análisis de la morbimortalidad perioperatoria facilitados por Control de Gestión del HUMS.
- Creación de una guía de RMM en cirugía pancreática y hepática basada en la evidencia científica existente.
- Difusión de las guías a los distintos servicios implicados.
- Implementación de dichas guías en la práctica clínica.
- Creación de bases de datos prospectivas.
- Fomentar la publicación de los resultados en revistas médicas.
- Disminución de la tasa de morbilidad en cirugía pancreática un 10% y hepática un 5%.
- Disminución de la tasa de reingresos, estancia en UCI y estancia media al menos un 10%.
- Disminución de la mortalidad un 1% en cirugía hepática y 2% en cirugía pancreática.
- Aplicación del protocolo de RMM al menos al 50% de los pacientes intervenidos por patología HBP.

MÉTODO
- Constitución del grupo.
- Análisis de la morbilimortalidad en cirugía HBP de 2017.
- Revisión blibliográfica de la evidencia científica.
- Elaboración de la Guía de RMM en cirugía pancreática y hepática.
- Difusión de las guías en sesiones clínicas.
- Aplicación de la guía de RMM.
- Elaboración de base de datos prospectiva y recogida de datos.
- Análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la guía a los 6 meses y al año de la puesta en marcha.

- Comunicación de los resultados a los servicios implicados.
- Publicación de los resultados en revistas de impacto.

INDICADORES
CIRUGÍA PANCREÁTICA:
Hemorragia, fístula pancreática, retraso del vaciamiento gástrico, fístula gastroyeyunal, fístula biliar, absceso intraabdominal, diarrea, transfusión postoperatoria, fístula quilosa, reintervención, reingreso, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.
HEPATECTOMÍA
Hemorragia, fístula biliar, absceso intraabdominal, insuficiencia hepática, reingreso, reintervención, mortalidad, estancia postoperatoria, estancia en UCI, otras complicaciones.
Fuente de datos: Control de Gestión del HUMS.
Estándares en cirugía pancreática: morbilidad < 50%; mortalidad < 10%.
Estándares en cirugía hepática: morbilidad < 25%; mortalidad < 2-3%.

DURACIÓN
- Jun 2018: constitución del grupo.
- Jul-sept 2018: revisión de la bibliografía.
- Oct-Nov 2018: elaboración de guía de RMM en cirugía pancreática.
- Dic 2018: difusión de la guía a los servicios implicados.
- En 2019: aplicación de la guía en cirugía pancreática. Elaboración de base de datos.
- Abr-may 2019: análisis resultados primer trimestre 2019 y elaboración de guía en cirugía hepática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1284

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE REHABILITACION MULTIMODAL EN CIRUGIA HEPATOBILIOPANCREATICA

- May-jun 2019: difusión de guía en cirugía hepática.
- Jul 2019: aplicación guía en cirugía hepática y análisis resultados primer semestre.
- Ene-feb 2020: análisis resultados anuales en cirugía pancreática y primer semestre en cirugía hepática.
- Jun-jul 2020: análisis resultados anuales aplicación de guía RMM en cirugía hepática.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1729

1. TÍTULO

COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

Fecha de entrada: 26/04/2018

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TÀNIA
PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES
LOGOSA PEREZ ISABEL
MIGUEL ROMEO MARIA CARMEN
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha procedido a la realización de ferulización semirrigida con composite a todos aquellos pacientes que han presentado luxación o avulsión dentaria tras traimatismo. Su realización s eha realizado tanto en el hospital infantil como en el hospital general.
Se ha realizado la actividad durante todo el año, se ha disminuido el número de revisiones postferulización, comparado conm años previos, así como el de intervenciones para retirada de material clásico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha cumplido el proyecto en el 100% de los pacientes con trauma dental, lo que ha repercutido positivamente en la disminución del número de consultas sucesivas y en la disminución de la ocupación quirúrgica, tanto en la colocación como en la retirada, pudiéndose realizar sin necesidad de utilizar anestesia general.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El nuevo método es más cómodo, económico y fácil, así como menos traumático para el paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1729 ========== ***

Nº de registro: 1729

Título
COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO, RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES, LOGOSA PEREZ ISABEL, MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1.-El sistema de ferulización tradicional rígida utilizada hasta el momento es en determinadas patologías como la avulsión dentaria, un sobretratamiento que puede producir secuelas permanentes no deseadas (anquilosis, daño dentario, daño gingival).

2.- En numerosas ocasiones, sobretodo en Urgencias del Hospital Infantil, para una ferulización rígida es necesaria una anestesia general (y otra para su retirada), debido a lo molesto del procedimiento. Con la realización de una ferulización semirrígida de composite, la molestia del procedimiento se minimiza considerablemente, pudiendo resolverse mayoritariamente bajo anestesia local, quedando reservada la anesteisa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1729

1. TÍTULO

COMIENZO DE USO DE SISTEMA DE FERULIZACION CON COMPOSITE

general para pacientes no colaboradores (edad o antecedentes) o que precisen por fractura alveolodentaria ferulización rígida.

3.- El paciente portador de ferulización rígida debe ser reevaluado en consulta externa, y debe acudir una vez más a un quirófano de locales o de anestesia general para ser retirada. La ferulización semirrígida es valorada por Odontólogos y retirada por los mismos, con menor secuela permanente indeseada.

4.- El sistema de ferulización rígido es más engorroso de portar, precisa de mayor cantidad de material esterilizable y por tanto limita en ocasiones el medio en el que puede realizarse. El nuevo sistema de ferulización semirrígida de composite es portable y más cómodo.

RESULTADOS ESPERADOS
1. INICIO DE USO DE SISTEMA SEMIRRÍGIDO DE FERULIZACIÓN CON COMPOSITE
2. DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE BAJO ANESTESIA GENERAL PARA REALIZACIÓN DE FERULIZACIÓN
3. DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS A LAS QUE DEBE ACUDIR EL PACIENTE
4. PORTABILIDAD DEL SISTEMA DE FERULIZACIÓN

MÉTODO
OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA Ferulización semirrígida con composite para tratamiento de traumatismos bucodentarios

Se prepara el material para la realización de ferulización semirrígida.
Se procederá a su colocación en dispositivo portable.
Se procederá a la información del Servicio del nuevo sistema a implantar
Se procederá a las sesiones clínicas pertinentes dirigidas a conocer:
- Indicación y contraindicación de la ferulización semirrígida
- Materiales a utilizar
- Secuencia del uso del composite
- Técnica de ferulización semirrígida

INDICADORES
Se procederá a la valoración de las citas indicadas a pacientes ferulizados, observándose su disminución.
Se procederá a la valoración de los pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general para colocación o retirada de férula y se comparará con años previos.

DURACIÓN
La fecha de cronograma de inicio prevista es 2017 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1730

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)

Fecha de entrada: 26/04/2018

2. RESPONSABLE ..... TANIA RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER
PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES
LOGOSA PEREZ ISABEL
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de documento individual para cada paciente donde viene reflejado los antecedentes, evolución, tratamientos previos, escalas de clasificación y escala visual zonal, junto con nuestra propuesta de tratamiento y la especificación del tratamiento recibido el día de la visita.
Se establece un documento al cuál pueden acceder todos los especialistas que tratan de forma multidisciplinar esta patología, además se les entrega a los pacientes una copia de dicho informe, de manera que también puedan ser consultados por especialiestas ajemnos a nuestra área de salud. En dicho informe se detalla el tratamiento propuesto y recibido, junto con las dosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se incluye en el estudio al 100 % de los pacientes derivados a nuestra consulta de parálisis facial, si se considera que son susceptibles de mejoría, consiguiendo consenso en su tratamiento con otras especialidades.
Como indicadores tenemos el acceso vía intranet a todos los informes y el índice de satisfación del personal médico y de los pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ofrede a pacientes con importantes limitaciones estéticas y funcionales un seguimiento y tratamiento adecuado, del que se carecía previamente.
Como aspectos a mejorar podría ser intentar tener más divulgación de la Unidad dentro del sistema aragonés de Salud, fuera del Sector II

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1730 ========== ***

Nº de registro: 1730

Título
ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL(AMPLIACION OBJETIVOS LINEA MEJORA 2016)

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO, RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES, LOGOSA PEREZ ISABEL, MIGUEL ROMEO MARIA DEL CARMEN, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1.-El tratamiento multidisciplinar y las distintas corrientes filoslóficas en el tratamiento de los pacientes con parálisis facial, hace que en ocasiones los diversos especialistas que realizamos tratamiento de esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1730

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)

enfermedad incurramos en diferencias de opinión, citerios opuestos o usos depuestos de técnicas, que pueden confundir y/o desorientar al paciente. Por ello adquirimos el compromiso de organizar una jornada extrahospitalaria en la que con formato "foro abierto" podamos discutir las líneas de tratamiento interdisciplinar. Se perseguirá que fruto de esta reunión consigamos formar un grupo interdisciplinar con compromiso para el tratamiento de estos pacientes.

2.- La realidad clínica de estos pacientes, es que la evaluación del estado del paciente y de su capacidad funcional pre y postratamiento es subjetiva. Se realizan habitualmente escalas clínicas aceptadas pero que dan poco detalle sobre la dinámica o estática de cada zona facial mímica. Por esta razón se decide realizar un documento en el que consten: antecendes de interés, evolución, tratamiento recibido previamente, escalas de clasificación clásicas y también una escala visual zonal, asi como propuesta de tratamiento, y de realizarse en la consulta especificación del tratamiento recibido ese dia. Se apreciarán también sugerencias o aportaciones del paciente.

3.- Dado que varios servicios tratan desde distintos ángulos a estos pacientes, establecemos el compromiso de accesibilidad de los informes a otros especialistas a través de la red interna del Salud para que les permita unificar la línea de tratamiento si lo estiman, o valorar su discusión.

4.-Se administrará copia física al paciente del informe, para que sean conscientes de su evolución, valoren con otros especialistas a los que consulten pertenezcan o no a la red pública de salud. Asimismo, constarán las dosis de tratamiento administrado de toxina botulínica, para que ningún especialista de centro propio o ajeno dude respecto a posibilidad de silmutanear tratamiento por otra patología (distonías, síndromes miofasciales o motivación estética)

RESULTADOS ESPERADOS
1. TRATAR DE UNIFICAR LAS LINEAS DE TRATAMIENTO DE PACIENTES DE PARÁLISIS FACIAL CONSENSUANDOLAS CON OTROS SERVICIOS QUE COLABOREN EN EL TRATAMIENTO DE ESTOS PACIENTES (REHABILITACIÓN, PLASTICA, ORL, OFTALMOLOGÍA)
2. REALIZACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMÁTICO NORMALIZADO EN EL QUE CONSTE LA INFORMACIÓN PRECISA DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE POR VISITA, ASI COMO DEL TRATAMIENTO PROPUESTO O REALIZADO EN LA VISITA
3. POSIBILIDAD DE FACILITAR ACCESO DE ESA DOCUMENTACIÓN EN LA RED INTERNA DEL SALUD
4. FACILITAR AL PACIENTE DOCUMENTACIÓN EN CADA VISITA, TANTO COPIA DEL INFORME COMO DOCUMENTACIÓN GRÁFICA DE EJERCICIOS A REALIZAR DE ESTAR INDICADOS

MÉTODO
OFERTA DE SERVICIOS PROPUESTA ATENCIÓN GLOBAL AL PACIENTE CON PARÁLISIS FACIAL AMPLIACIÓN OBJETIVOS

- Se procederá a la realización de una jornada de unificación de criterios hospitalaria
- Se procederá a contactar con Servicio de informática para crear un formulario que pueda ser accesible vía Intranet
- Se procederá a cumplimentar el formulario en cada visita o consulta
- Se procederá a facilitar copia al paciente y se colgará documento accesible a otros profesionales.

INDICADORES
Se procederá a la valoración de la información proporcionada al paciente como su acceso a través de red interna.
Se procederá a la valoración por parte de los miembros del servicio de la opinión de mejora de la calidad asistencial ofertada.

DURACIÓN
La fecha de cronograma de inicio prevista es 2017 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha.

OBSERVACIONES
Debe reseñarse que se han conseguido todos los objetivos de la línea de mejora previa del 2016, de antención a pacientes de parálisis facial:
- UNIFICANDO LAS CONSULTAS DE PARÁLISIS FACIAL, CREANDO DISPOSICIÓN DE UN DÍA DE CONSULTA MENSUAL, PARA MEJORAR LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE
- UNIFICANDO EL CRITERIO DE ANAMNESIS SUBJETIVA MEDIANTE REGISTRO FOTOGRÁFICO PREVIA FIRMA CI
- PROTOCOLIZANDO Y UNIFICANDO LOS CRITERIOS DE EXPLORACIÓN
- ESTANDARIZANDO EL USO DE TRATAMIENTO MÉDICO CON TOXINA BOTULÍNICA PARA DISMINUIR EL GASTO GLOBAL (citando todos los pacientes mismo día para no desechar mediación)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1730

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES DE PARALISIS FACIAL (AMPLIACION OBJETIVOS DE LA LINEA DE MEJORA DE 2016)

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1392

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TÀNIA
PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
MIGUEL ROMEO CARMEN
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES
LEGASA PEREZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Confección de hoja informativa para el paciente en el que consta de forma clara, concisa y dinámica un calendario de citas y conocimiento de las pruebas a las que será sometido. Se asocia adendum en el que se hace notar las actitudes activas que debe tomar tras las pruebas. Con el documento se informa al MAP de su diagnóstico en proceso, y se facilitan teléfonos de contacto. Se utulizan los recursos materiales habituales (fotocopias y papel) y humanos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido satisfactorios, cumplimentándose en la totalidad de los casos y objetivándose una ausencia de pérdida de pacientes durante la activación del protocolo de diagnóstico rápido. Se objetivaron llamadas telefónicas sobre dudas y sobre adelanto de fechas de consulta por pruebas realizadas con anterioridad a lo previsto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El exceso de información administrada al paciente y la premura de las pruebas diagnósticas en el contexto de una sospecha diagnóstica de malignidad transmitida, hace que el paciente no memorice los datos de forma correcta, por lo que se facilita todo por escrito y se le dan armas de actitud activa para solucionar los posbiles problemas de comunicación y seguimeinto, valorándose en su conjunto como muy positivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1392 ========== ***

Nº de registro: 1392

Título
CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, DELSO GIL ELENA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1.- En nuestra especialidad el diagnóstico clínico de la patología oncológica es vital.

2.- Cuando el paciente es valorado en consulta externa, suele proporcionársele cita urgente para realización de biopsia que confirme el diagnóstico de sospecha.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1392

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

3.- En otras ocasiones se realiza una biopsia de lesión a priori no sospechosa, pero durante el acto quirúrgico se modifica el criterio y se decide activar el protocolo de diagnóstico urgente.

4.- En ciertas ocasiones, nuestros pacientes presentan un perfil de adherencia a consultas, pruebas y seguimiento complicado, por su situación social y de hábitos tóxicos. En el momento actual identificamos como problemas la pérdida de tiempo vital para el tratamiento con las consiguientes repercusiones clínicas y de supervivencia.

5.-, Por todo lo anterior pretendemos establecer un seguimiento interno de estos pacientes independientemente de las actitudes activas que se les recomiendan.

RESULTADOS ESPERADOS
1. TOMA DE REGISTRO DE NOBRE Y DATOS DEL PACIENTE DIANA, ASOCIANDO FECHA Y CIRUJANO QUE REALIZA LA TOMA
2. TRAZABILIDAD Y ACCESO PERMANENTE POR NUESTRO SERVICIO A LA HISOTIRA CLINICA FISICA DEL PACIENTE
3. ASEGURAR QUE EL PACIENTE TIENE CITA PARA RECEPCIÓN DE RESULTADOS
4. CONTROL DE RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS Y RECLAMACIÓN DE LOS MISMOS SI EL RITMO NO ES PROCEDENTE
5. ADELANTAMIENTO DE CITA DE RESULTADOS SI ES PRECISO

MÉTODO
- Se procederá a la realización de un registro físico de todos los datos del paciente con sospecha oncológica
- El personal del quirófano de locales contactará con administrativos de consulta para confirmar cita de recepción de resultados y permita control de historia clínica física
- Se procederá a contactar con Servicio de Anatomía Patológica si el tiempo de resultados de muestra urgente no son los estimados
- Se procederá a adelantar cita al paciente con resultados positivos de ser preciso.

INDICADORES
Se procederá a la valoración por parte de los miembros del servicio de la pertinencia y opinión de mejora de la calidad asistencial ofertada.

DURACIÓN
La fecha de cronograma de inicio prevista es 2018 y se pretende su implantación futura sin límite de fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1393

1. TÍTULO

CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSITCO RAPIDO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO JAVIER MORAL SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TÀNIA
PANTILIE BIANCA
LOBERA MOLINA FERNANDO
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ
MIGUEL ROMEO CARMEN
LEGASA PEREZ ISABEL
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de registro físico de todos los datos del paciente con sospecha oncológica, tanto en quirófano de locales, como en consulta externa. Se realiza seguieminto de la biopsia y se contacta con el servicio de Anatomía Patológica si los tiempos son excesivos, y se adelantan las citas a los pacientes de ser preciso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados son óptimos, permitiendo el control de los pacientes con sospecha oncológica, y asegurando que no se extravía el paciente ni se exceden los tiempos diagnósticos o de citas de resultados. De esta forma, no hemos pasado por alto ningún diagnóstico de sospecha clínica y hemos disminuído tiempos de espera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El control interno permite hacer seguimiento de los tiempos de espera de biopsias, radiologías y consultas, y adherencia del paciente a las revisiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1393 ========== ***

Nº de registro: 1393

Título
HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE DE INCLUSION EN VIA DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Autores:
MORAL SAEZ IGNACIO JAVIER, RODRIGUEZ-CACHERO PELAEZ TANIA, DELSO GIL ELENA, PANTILIE BIANCA, LOBERA MOLINA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1.-El paciente oncológico accede a nuestro Servicio desde distintas vías: derivación de médico de atención primaria, derivación de otro especialista, derivación por odontólogo o autoderivación desde Servicio de Urgencias.

2.- En numerosas ocasiones, el paciente se ve inmerso en una espiral de pruebas diagnósticas complejas y una dinámica de trabajo que les es ajena y complicada de entender.

3.- En ciertas ocasiones, nuestros pacientes presentan un perfil de adherencia a consultas, pruebas y seguimiento complicado, por su situación social y de hábitos tóxicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1393

1. TÍTULO

CONTROL INTERNO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN PROTOCOLO DE DIAGNOSITCO RAPIDO

4. En el momento actual identificamos como problemas la pérdida de tiempo vital para el tratamiento, por mala comprensión de citas, pérdida de visitas por no comprender la gravedad de su problema, con las consiguientes repercusiones clínicas y de supervivencia

RESULTADOS ESPERADOS
1. ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN BASICA POR ESCRITO QUE PERMITA AL PACIENTE SER CONSCIENTE DEL RITMO DE URGENCIA DIAGNÓSTICA QUE SE ACTIVA POR SU PATOLOGÍA
2. CALENDARIO DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS
3. DINÁMICA DE CITAS DE LAS PRUEBAS
4. ACTITUDES ACTIVAS A TOMAR TRAS LAS PRUEBAS
5. TELEFONOS DE CONTACTO PARA DUDAS
6. COMUNICACIÓN FISICA PARA QUE SU MAP PUEDA CONOCER LA SITUACIÓN Y SUPERVISAR AL PACIENTE CON MALA ADHERENCIA TERAPEUTICA

MÉTODO
- Se procederá a la confección de una hoja informativa para el paciente en el que conste de forma clara concisa y dinámica un calendario de citas y conocimiento de las pruebas a las que será sometido
- Se realizará un adendum en el que se haga notar las actitudes activas que el paciente debe tomar tras las pruebas (comunicar al personal de la consulta la realización de aquellas que por la urgencia no tengan dia asignado al dia de activación de la vía de diagnóstico rapido)
- Se recomendará enseñar el documento al MAP para que sea conocedor del protocolo que se activa y permita tomar actitud paternalista de ser preciso
- Se facilitarán teléfonos para acceso a más información o comunicación de incidencias.

INDICADORES
Se procederá a la evalucación subjetiva de los pacientes de la utilidad de la información aportada.
Se procederá a la evaluación de la mejora de la adherencia a las citas y al conocimiento de la urgencia de la patología

DURACIÓN
Se procederá a la evalucación subjetiva de los pacientes de la utilidad de la información aportada.
Se procederá a la evaluación de la mejora de la adherencia a las citas y al conocimiento de la urgencia de la patología

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Fecha de entrada: 09/05/2018

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CARBONEL BUENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIPALDA MARIN JORGE
CARDONA MALFEY RAFAEL
CALVO LOPEZ MARIA TERESA
SALAS GARCIA ARANZAZU
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- CONSENSO CON EL Sº DE ANESTESIA PARA TIPO DE PACIENTE Y PATOLOGÍA A INCLUIR. (YA REALIZADO PARA 3 PATOLOGÍAS Y PENDIENTE DE AUMENTO DE INDICACIONES). - ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO Y GUÍA PARA ENTREGAR AL PACIENTE CON LAS INDICACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS. (YA REALIZADO PARA PATOLOGÍAS INCLUIDAS. PENDIENTE DE REALIZAR PARA NUEVAS INDICACIONES). - ADIESTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO DEL PERSONAL DE ENFERMARÍA (EN CURSO POR CAMBIOS EN PLANTILLA CONTINUOS) - MATERIAL NECESARIO PARA QUIRÓFANO. (PENDIENTE ACTUALIZACIÓN) - CONSULTA ESPECÍFICA DE ANESTESIA PARA CSI. (REALIZADO) - INCLUSIÓN DE NUEVAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN CSI. (PENDIENTE AUMENTO INDICACIONES. YA ESTABLECIDO SÍNDROME SUBACROMIAL, TENDINITIS CALCIFICANTE Y LUXACIÓN RECIDIVANTE).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES VALORADOS:
- ARTROSCOPIAS DE HOMBRO EN CSI / ARTROSCOPIAS DE HOMBRO TOTALES. 20/120
- Nº DE PACIENTES EN LEQ PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO CON DEMORA > 6 MESES. 31 PACIENTES
- ESTANCIA MEDIA DE ARTROSCOPIAS DE HOMBRO CON INGRESO. 1.8 DÍAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO ESTÁ OBTENIENDO BUENOS RESULTADOS SUPONIENDO UNA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE YA QUE EVITA EL INGRESO DEL PACIENTE Y EL PERJUICIO QUE ESTO SUPOINE TANTO PERSONALMENTE COMO PARA SU ENTORNO.ADEMÁS SUPONE UN IMPORTANTE AHORRO ECONÓMICO PARA EL CENTRO. LA DURACIÓN DEL PROYECTO PUEDE SER ILIMITADA UNA VEZ INSTAURADO. ESTE PROYECTO PODRÍA SER APLICADO EN OTROS CENTROS DEL SALUD QUE CUMPLAN CON LOS MEDIOS Y PROFESIONALES ADECUADOS PARA REALIZAR TANTO CIRUGÍA SIN INGRESO COMO CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO.

7. OBSERVACIONES.
HAN EXISTIDO DOS PROBLEMAS FUNDAMENTALES PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO.
1. EL PRIMERO ES LA DOTACIÓN DE MATERIA PARA LA ARTROSCOPIA EXISTENTE EN EL QUIRÓFANO DE CSI. SE COMPRARON TORRES NUEVAS DE ARTROSCOPIA PARA LOS QUIRÓFANOS DE LA PLANTA SEGUNDA Y SE ENVIÓ EL EXISTENTE PREVIAMENTE AL CSI. DICHA TORRE PRESENTA DEFICIENCIAS POR LAS QUE FUERON SUSTITUIDAS EN SU MOMENTO POR LO QUE DIFICULTA EL TRABAJO. ADEMÁS EXISTE UN NÚMERO LIMITADO DE INSTRUMENTALES PARA ARTROSCOPIAS QUE CON EL AUMENTO DE QUIRÓFANOS QUE SUPONE LA CIRUGÍA DE TARDES Y DE CSI EN OCASIONES ES INSUFIENTE.

2. EL SEGUNDO ES EL CONTINUO CAMBIO QUE HA EXISTIDO ESTE AÑO Y EL PASADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO DE CSI POR BAJAS MATERNALES Y CAMBIOS EN PLANTILLO LO QUE HA DIFICULTADO TAMBIÉN EL FUNCIONAMIENTO DEL QUIRÓFANO POR TRATARSE DE CIRUGÍA QUE REQUIERE UNA CIERTA FORMACIÓN ESPECÍFICA.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/26 ========== ***

Nº de registro: 0026

Título
AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Autores:
CARBONEL BUENO IGNACIO, RIPALDA MARIN JORGE, CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO, SOLA CORDON ALEJANDRO, CARDONA MALFEY RAFAEL, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, CALVO LOPEZ MARIA TERESA, SALAS GARCIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

MÉTODO
Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.
Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).
La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.
El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.
La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor postoperatorio inmediato.
Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

INDICADORES
Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. Nº de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso
Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

DURACIÓN
El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el Sº de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CARBONEL BUENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIPALDA MARIN JORGE
CARDONA MALFEY RAFAEL
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN
MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER
POLO PELLICENA MARCOS
CALVO LOPEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CONSENSO CON EL Sº DE ANESTESIA PARA TIPO DE PACIENTE Y PATOLOGÍA A INCLUIR. (REALIZADO).

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO Y GUÍA PARA ENTREGAR AL PACIENTE CON LAS INDICACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS. (REALIZADO).

ADIESTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO DEL PERSONAL DE ENFERMARÍA (PENDIENTE ADIESTRAMIENTO EN ARTROSCOPIA PARA NUEVO PERSONAL)

MATERIAL NECESARIO PARA QUIRÓFANO. (ADMITIDA LA ACTUALIZACIÓN PERO PENDIENTE DE ENTREGA)

CONSULTA ESPECÍFICA DE ANESTESIA PARA CSI. (REALIZADO)

INCLUSIÓN DE NUEVAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN CSI. (REALIZADO).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DICHOS RESULTADOS SE HAN OBTENIDO REVISANDO NUESTRA BASE DE DATOS INTERNA DE LA UNIDAD ADEMÁS DEL LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, LOS LIBROS DE QUIRÓFANO Y PLANTA Y LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES.

ARTROSCOPIAS DE HOMBRO EN CSI / ARTROSCOPIAS DE HOMBRO TOTALES. 8/117
Nº DE PACIENTES EN LEQ PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO CON DEMORA > 6 MESES. 22 PACIENTES
ESTANCIA MEDIA DE ARTROSCOPIAS DE HOMBRO CON INGRESO. 1.8 DÍAS

EL RESULTADO ES SATISFACTORIO AUNQUE PRETENDEMOS MEJORARLO AUMENTANDO EL NÚMERO DE CIRUGÍAS A REALIZAR.
EN LAS REVISIONES EN CONSULTA NO HEMOS OBJETIVADO DIFERENCIAS TANTO EN DOLOR COMO EN EVOLUCIÓN POSTERIOR RESPECTO A LOS PACIENTES INTERVENIDOS CON INGRESO.
NO HEMOS REQUERIDO EN NINGÚN CASO DEL INGRESO EN PLANTA TRAS LA CIRUGÍA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO SUPONE UNA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE YA QUE EVITA EL INGRESO EN PLANTA Y EL PERJUICIO QUE ESTO SUPONE TANTO PARA ÉL COMO PARA SU ENTORNO. ADEMÁS SUPONE UN IMPORTANTE AHORRO ECONÓMICO PARA EL CENTRO. LA DURACIÓN DEL PROYECTO PUEDE SER ILIMITADA UNA VEZ INSTAURADO. ESTE PROYECTO PODRÍA APLICADO EN OTROS CENTROS DEL SALUD QUE CUMPLAN CON LOS MEDIOS Y PROFESIONALES ADECUADOS PARA REALIZAR TANTO CIRUGÍA SIN INGRESO COMO CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO.
DURANTE ESTE AÑO SE HA DISMINUIDO EL NÚMERO DE CIRUGÍAS REALIZADAS RESPECTO A AÑOS ANTERIORES POR MOTIVOS QUE EXPLICARÉ EN EL SIGUIENTE APARTADO, PERO PESE A ELLO EL NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE MÁS DE 6 MESES HA DISMINUIDO POR LO QUE LOS OBJETIVOS SE SIGUEN CUMPLIENDO EN ALGUNA MEDIDA.
EL OBJETIVO ES PODER REALIZAR 2 CIRUGÍAS DE ESTE TIPO POR SESIÓN QUIRÚRGICA, ADEMÁS DE OTRAS MENORES, Y PODER INCORPORARLAS AL TURNO DE TARDE SI ÉSTE VUELVE A IMPLANTARSE.

7. OBSERVACIONES.
DURANTE ESTE AÑO 2018 HAN ACAECIDO DISTINTOS ACONTECIMIENTOS QUE HAN ALTERADO EL CURSO “NORMAL” DEL PROYECTO PERO NO LO HAN ALTERADO EN GRAN MEDIDA:

- UN MIEMBRO DE NUESTRA UNIDAD CAUSÓ BAJA POR LO QUE TUVIMOS QUE REEVALUAR MÚLTIPLES PACIENTES DILATANDO ASÍ LA LISTA DE ESPERA.
- NUEVAMENTE HUBO TRASLADOS EN EL SERVICIO DE ENFERMERÍA CON EL CONSIGUIENTE PERIODO DE FORMACIÓN QUE SUPUSO PARA ELLAS.
- EL NÚMERO DE QUIRÓFANOS DE CSI QUE NOS FUE ASIGNADO TAMBIÉN FUE INFERIOR, PERO LO INTENTAMOS SUBSANAR DERIVANDO PROCESOS MENORES A LA SALA BLANCA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

- LA DERIVACIÓN A CLÍNICAS PRIVADAS DE NUESTROS PACIENTES HA SIDO IMPORTANTE. LOS PACIENTES QUE SE DERIVAN SON FUNDAMENTALMENTE LOS SUBSIDIARIOS DE CIRUGÍA EN CSI, YA QUE LOS CASOS MÁS COMPLEJOS SON HABITUALMENTE RECHAZADOS Y LOS REALIZAMOS NOSOTROS EN EL QUIRÓFANO CONVENCIONAL. POR ESTE MOTIVO EL NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS EN CSI ES MENOR PROPORCIALMENTE ESTE AÑO.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/26 ========== ***

Nº de registro: 0026

Título
AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (UCSI)

Autores:
CARBONEL BUENO IGNACIO, RIPALDA MARIN JORGE, CAMACHO CHACON JORGE ALBERTO, SOLA CORDON ALEJANDRO, CARDONA MALFEY RAFAEL, ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO, CALVO LOPEZ MARIA TERESA, SALAS GARCIA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tiempo que permanecen los pacientes en lista de espera para una intervención quirúrgica es muy prolongado. Tal circunstancia ha supuesto un importante deterioro en la atención a este grupo de pacientes, que actualmente sufren una demora de su intervención quirúrgica de alrededor de 1 año, con las consiguientes repercusiones funcionales, laborales y familiares.

Por otro lado, no podemos olvidar los problemas económicos por los que pasa nuestro sistema sanitario. Los pacientes intervenidos mediante cirugía artroscópica de hombro requieren, en las condiciones actuales, ingresar el día previo a la cirugía, recibiendo el alta hospitalaria al día siguiente de la intervención, en la mayoría de las ocasiones. Por lo tanto, requieren una estancia hospitalaria de 2 días.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Consenso con el Sº de Anestesia para el tipo de paciente y patología a incluir
2. Elaboración del protocolo y guía para entregar al paciente con las indicaciones pre y postoperatorias tanto por el Sº de Traumatología como por el de Anestesia
3. Adiestramiento en la artroscopia de hombro al personal de enfermería
4. Material necesario para su realización en quirófano.
5. Consulta específica de Anestesia para inclusión en CSI.
6. Ya se ha comenzado la realización de cirugía con resultados satisfactorios y si ningún reingreso de las patologías incluidas hasta el momento.

MÉTODO
Se va a realizar una ampliación del proyecto ya comenzado incluyendo una nueva indicación quirúrgica, como es la luxación recidivante de hombro simple y compleja, que supone alrededor del 30% de toda la patología artroscópica de hombro intervenida en este centro. Con este efecto realizamos el siguiente proyecto aprovechando el iniciado previamente y mejorándolo y ampliándolo con el efecto de mejorar los resultados.
Para la realización de este proyecto se va a elaborar, junto con el Servicio de Anestesia del CRTQ, la guía clínica preceptiva para la implantación del nuevo procedimiento quirúrgico en la cartera de servicios de la Cirugía Sin Ingreso (CSI).
La primera parte del proyecto sería dotar el quirófano con el material necesario para la cirugía artroscópica. Dicho material ya existe al tratarse de una mejora de un proyecto ya existente.
El proyecto continuaría en la consulta de traumatología con la inclusión de pacientes con luxación recidivante de hombro además de seguir con las indicaciones previas. Posteriormente el paciente deberá asistir a la consulta de Anestesiología, donde se evaluará si cumple los criterios generales para inclusión en el programa de CSI, y si sus condiciones particulares de salud son adecuadas a este tipo de cirugía-.
La cirugía se realizará, siguiendo las indicaciones del Servicio de Anestesia, con anestesia loco-regional y general combinada, que permite el alta el mismo día de la intervención y un control adecuado del dolor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0026

1. TÍTULO

AMPLIACION DE LA GUIA CLINICA PARA LA IMPLANTACION DE LA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO (CSI)

postoperatorio inmediato.
Al alta el paciente recibirá el correspondiente informe escrito en el que se consignarán las precauciones a tener por parte del paciente, el tratamiento postoperatorio y la fecha de revisión en la consulta del Traumatólogo.

INDICADORES
Para la monitorización del proyecto se van a usar como índices: artroscopias hombro en CSI/artroscopias hombro totales. Nº de pacientes en LEQ Hombro con demora > 6 meses. Estancia media de artroscopias hombro con ingreso Dichos índices se evaluarán con una periodicidad de 6 meses

DURACIÓN
El nuevo proyecto puede comenzar de inmediato ya que se va a aprovechar la estructura creada previamente y el acuerdo con el Sº de Anestesia ya existe para valorar los nuevos pacientes incluidos con diagnóstico de luxación recidivante de hombro. Además el material adicional que se precisa para la realización de dicha cirugía ya está disponible para su uso.

Su duración puede ser ilimitada una vez instaurado.

Este proyecto podría ser aplicado en otros centros del Salud que cumplan con los medios y profesionales adecuados para realizar tanto Cirugía sin Ingreso como cirugía artroscópica de hombro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0181

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS JOSE MATEO AGUDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PANISELLO SEBASTIA JUAN JOSE
BEJARANO LASUNCION CARLOS
SOROLLA BECERRIL JOSE FRANCISCO
PASCUAL LOPEZ MERCEDES
GARCIA CALVO VERONICA
GOMEZ BLASCO ANDRES MANUEL
SANZ SAINZ MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Acciones:
1.- Revisión bibliográfica. Protocolos RR. Evidencia.
2.- Revisión manejo perioperatorio de pacientes anticoagulados, antiagregados y con tratamientos biológicos.
3.- Revisión pautas de tratamiento del dolor postoperatorio.
4.- Revisión movilización postoperatoria segura tras PTC.
5.- Manual de cuidados de la PTC. Empoderamiento del paciente.
6.- Protocolización del tratamiento médico durante el ingreso.
7.- Modelo de vía clínica
8.- Aplicación práctica de la vía clínica.
En sucesivas reuniones (7) del equipo de mejora se fueron incorporando los aspectos recogidos en las acciones 1 a 6 a la nueva vía clínica. Se mantuvo también una reunión con la Sección de Anestesia del HRTQ (Dr. Pablo Ortega) para establecer las pautas de manejo del dolor postoperatorio.
Al finalizar la acción 7, se habían elaborado un documento de vía clínica, al que se asociaron otros para facilitar su aplicación práctica: protocolos clínicos incorporados a la vía clínica, modelo de hoja de tratamiento del paciente, y un cronograma de actividades diferenciadas para personal médico y de enfermería. Se ha elaborado también una guía de cuidados de la prótesis total de cadera para entregar a los pacientes en la reunión informativa previa a la intervención.
El equipo de mejora explicó la aplicación de la nueva vía a los miembros de la Unidad de Artroplastia. Por su parte, la Supervisora de Enfermería de nuestra planta instruyó al personal en la aplicación de la misma.
Finalmente, hubo una reunión conjunta del personal médico y de enfermería implicado sobre la aplicación práctica.
La vía clínica elaborada comenzó a introducirse en marzo 2016. A partir de abril 2016 se empezaron a recoger datos para el seguimiento de la vía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:
1.Indice de aplicación de la vía clínica: nº PTC que cumplen la vía/nº PTC totales. Se esperaba alcanzar el 80% al final del primer año.
(Los datos de cumplimentación de las acciones de la vía se fueron recogiendo en el momento del alta de cada paciente)
2. Estancia hospitalaria PTC que sigue la vía clínica. En 2015 la estancia media para este procedimiento fue de 7'23 días. El objetivo fijado tras la aplicación de la vía fue reducir la estancia a 5'5 días.
(Las estancias se fueron registrando en el momento del alta de los pacientes)
3. Indice de reingresos en el primer mes: PTC en vía clínica reingresadas/PTC intervenidas en vía clínica. El objetivo planteado fue que los reingresos no superaran la cifra existente previamente, estableciéndose el objetivo en inferior al 3%.
(Los reingresos se registraron mediante revisión de las altas de la Unidad).
Se efectuó una revisión trimestral del indicador "Estancia", y anual de los indicadores "Indice de aplicación de la vía" y "Reingresos". Al final de 2016 el índice de aplicación de la vía fue 82'3%, la estancia media de 5'69 días y los reingresos 1'14%. En la revisión de indicadores efectuada al final de 2017 obtuvimos: índice de aplicación de la vía 100%, estancia media de 5'47 días y los reingresos 1'38%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las actividades necesarias para la elaboración de la vía fueron útiles para confrontar las prácticas que estaban en uso con las evidencias halladas en la literatura. Esto facilitó la introducción de algunos cambios en hábitos de trabajo que estaban muy arraigados en el personal.
La introducción de actividades para el empoderamiento del paciente (guía de cuidados para el paciente, y reunión previa la cirugía) han resultado muy positivas para el cambio de actitud del paciente ante el ingreso y han mejorado la satisfacción con dicha experiencia.
Desde el inicio de la aplicación hemos constatado una reducción importante de la estancia hospitalaria por este proceso, que, con el paso del tiempo, parece ir mejorando todavía más (actualmente la reducción es de 1’8 días).
El índice de reingresos no se ha visto afectado. La seguridad del paciente es el aspecto que más se ha cuidado durante la aplicación de la vía, y probablemente es el factor más limitante para conseguir mayores reducciones de la estancia.
Colateralmente, la introducción de nuevas medidas de ahorro de sangre en la vía han conseguido reducir la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0181

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

incidencia de transfusión en la PTC primaria a la notable cifra del 3’1% en 2017.
Actualmente el peso de la aplicación de la vía, en lo que a cuidados de enfermería se refiere, recae principalmente en la enfermera supervisora. Su ausencia en fines de semana o vacaciones se deja notar sobre todo en los plazos de movilización de los pacientes, y estancias más largas para los pacientes que convalecen en fin de semana. Este problema se relaciona con la escasa estabilidad del personal de enfermería y auxiliar de la planta de hospitalización, que requeriría repetidas actividades formativas para el personal de nueva incorporación.
El factor que con mayor frecuencia retrasa el alta de los pacientes son los cuidados de la herida (seromas o manchados en los primeros días del postoperatorio). Se trata de una incidencia que afecta a la seguridad del paciente, y el médico es renuente a transferir el cuidado de este problema a otro profesional (médico de familia). Este aspecto es objeto de discusión todavía en el grupo de trabajo de la vía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/181 ========== ***

Nº de registro: 0181

Título
VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

Autores:
MATEO AGUDO JESUS JAVIER, PANISELLO SEBASTIA JUAN JOSE, PASCUAL LOPEZ MERCEDES, BEJARANO LASUNCION CARLOS, LOPEZ MARCO JOSE FRANCISCO, GARCIA CALVO VERONICA, GOMEZ BLASCO ANDRES, SANZ SAINZ MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La reducción de la estancia hospitalaria en otros procedimientos de cirugía ortopédica nos hizo reflexionar sobre el manejo de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera, parte del cual se basaba en "costumbres". Así, las actividades no protocolizadas se efectuaban según los criterios, no siempre uniformes, del personal implicado.
Por ello, se decide repasar la totalidad de las actividades implicadas en el manejo del paciente que ingresa para cirugía primaria de prótesis de cadera, con la intención de uniformizar los procedimientos y ajustarlos a la evidencia disponible.
Se espera de ello mejorar la seguridad y la calidad de la atención, incluyéndose en ello la reducción de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental es la uniformización de criterios en varios aspectos fundamentales: preparación preoperatoria, información preoperatoria al paciente, tratamiento/prevención del dolor postoperatorio (colaboración con Servicio de Anestesia), tratamiento médico habitual en estos pacientes, movilización postoperatoria segura del paciente intervenido de prótesis de cadera, y criterios de alta hospitalaria.
Todo ello quedará documentado en una vía clínica para la cirugía de prótesis de cadera primaria.
Se espera de todo ello una reducción de la estancia hospitalaria, sin que se incremente la incidencia de reingresos en el primer mes. Y se espera también mejorar la satisfacción del paciente relativa a su ingreso hospitalario.

MÉTODO
1.- Revisión bibliográfica. Protocolos de recuperación rápida. Evidencia. (Juan José Panisello Sebastiá, Miguel Sanz Sainz).
2.- Actualización del manejo preoperatorio de pacientes anticoagulados, antiagregados y con tratamientos biológicos (Carlos Bejarano Lasunción, Verónica Garcia Calvo).
3.- Revisión de las pautas de tratamiento del dolor postoperatorio (Jesús Mateo Agudo, colaboración de la Sección de Anestesia del HRTQ, Dr. Pablo Ortega).
4.- Movilización postoperatoria segura del paciente intervenido de PTC (Mercedes Pascual López, Andrés Gómez Blasco).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0181

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CIRUGIA DE PROTESIS DE CADERA PRIMARIA

5.- Manual de cuidados de la PTC. Empoderamiento del paciente (José F. López Marco, Mercedes Pascual López).
6.- Síntesis: modelo de vía clínica (Jesús Mateo Agudo).
7.- Protocolización del tratamiento médico durante el ingreso (Andrés Gómez Blasco, Miguel Sanz Sainz, Verónica garcía Calvo).
8.- Puesta en marcha aplicación práctica de la vía: (Andrés Gómez Blasco, Miguel Sanz Sainz, Verónica garcía Calvo, Mercedes Pascual López, Jesús Mateo Agudo).

INDICADORES
1. Indice de aplicación de la vía clínica: nº PTC que cumplen la vía/nº PTC totales
2. Estancia hospitalaria PTC que sigue la vía clínica.
3. Indice de reingresos en el primer mes: PTC en vía clínica reingresadas/PTC intervenidas en vía clínica.
El número y filiación de los pacienes intervenidos de PTC primaria en un determinado periodo se extrae de la base de datos de programación de nuestra Unidad. Las cifras de estancia hospitalaria y los eventuales reingresos se obtienen en la intranet del hospital.
El criterio "PTC que cumple la vía" se establece por el cumplimiento de acciones y plazos especificados en la vía clínica: suspensión de medicaciones previas en el tiempo prescrito, momento del ingreso, cumplimiento de la antibioterapia y otros tratamientos, cumplimiento del protocolo de ahorro de sangre, momento de retirada de drenajes, momento de sedestación, momento de deambulación, cumplimiento de criterios de alta. Toda esta información requiere la revisión de la historia clínica.
Una vez que se determine el grado de utilidad de la vía en los parámetros anteriores se elaborará una encuesta que permita evaluar la satisfacción del paciente con la experiencia del ingreso.

DURACIÓN
Actividades 2016
Revisión conocimientos y procedim (1,2, 3,4): ENE-FEB
Manual de cuidados. Plan de información (5): FEB-MAR
Modelo de vía clínica (6): FEB-MAR
Protocolo de tratamiento médico (7): FEB-MAR
Aplicación de la vía clínica (8): ABR-DIC
Control de indicadores: JUL, OCT, DIC Actividades 2017
Acciones de mejora (según indicadores): ENE
Aplicación de la vía clínica (8): ENE-ABR
Control de indicadores: ABR

OBSERVACIONES
La idea original fue elaborar una vía que incluyera la totalidad de la cirugía protésica de cadera. Los problemas particulares que plantea la cirugía de revisión hacen que deba de tratarse de forma independiente.No obstante, una parte de los procedimientos serán comunes a esta vía.
A la vista de los resultados que ofrezca la vía actual se planteará el manejo de la cirugía de revisión.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0236

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SAMI HAMAM ALCOBER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ SAINZ MIGUEL
MASA LASHERAS MARIA ELENA
GOMEZ BLASCO ANDRES MANUEL
RODRIGUEZ NOGUE LUIS
PINILLA GRACIA CRISTIAN
LIZCANO PALOMARES MIGUEL
GARCIA CALVO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En proceso, recopilación de información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Se han tomado fotografías de los sets quirúrgicos recopilados.
Registrada la rotulación de los mismos, por la que se identifica en Esterilización.
Descargadas las técnicas quirúrgicas en formato .pdf desde las webs de las casas comerciales.
En elaboración de una base de datos capaz de recoger toda la información y mostrar imágenes de manera correcta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La cantidad del material disponible que ha sido recogido ronda el 30%.
El porcentaje de lo recopilado que incluye fotografías del contenido es del 100%.
Porcentaje que incluye la técnica quirúrgica ronda el 75%.
La recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería, auxiliar…), se realizará una vez sea posible ofrecer la herramienta para su uso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe dificultad para acceder al material que es utilizado con menor frecuencia. Sería muy recomendable que se facilitara de alguna manera el acceso a Esterilización, para revisar el material menos utilizado.
Una pequeña parte del arsenal, se emplea en la mayoría de las intervenciones. Existen otras opciones, a veces más adecuadas, que no se utilizan por desconocimiento de su existencia.
Pendiente de diseñar la herramienta adecuada para consultar los datos recogidos.
El constante cambio de material obliga al mantenimiento del proyecto en los años sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/236 ========== ***

Nº de registro: 0236

Título
PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Autores:
HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, SANZ SAINZ MIGUEL, MASA LASHERAS MARIA ELENA, GOME BLASCO ANDRES MANUEL, RODRIGUEZ NOGUE LUIS, PINILLA GRACIA CRISTIAN, LIZCANO PALOMARES MIGUEL, GARCIA CALVO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0236

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL INDEXADO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología dispone de un amplísimo arsenal de material utilizado en los procesos quirúrgicos para la realización de osteosíntesis, tanto en cirugía urgente (fracturas), como en cirugía programada. Dicho material se encuentra en un constante proceso de renovación, tanto por los cambios generados por las propias casas comerciales, como debido a la aparición de nuevos avances técnicos, . En ocasiones, resulta difícil para el cirujano elegir el implante idóneo para un caso concreto, al desconocer todas las posibilidades disponibles en ese momento preciso. Del mismo modo, no es extraño que el facultativo solicite un material específico, y haya problemas a la hora de localizarlo, obligando a la apertura de varios sets quirúrgicos hasta encontrar lo buscado. Esto causa aumentos del tiempo quirúrgico y requiere la reesterilización de material no utilizado, lo que aumenta también el coste económico.
Se propone indexar el material disponible en depósito, e incluirlo en una herramienta informática que permita su búsqueda por región anatómica (hombro, rodilla…) y por el tipo de material (placa, clavo, tornillos…), pudiendo acceder al mismo en cualquier momento. Se incluirían también las técnicas quirúrgicas de cada implante, imágenes del contenido de la caja y una breve descripción práctica de su uso.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar información al especialista sobre los distintos materiales disponibles en el hospital con los que solucionar la patología concreta de su paciente.
Agilizar la búsqueda y disponibilidad de dicho material.
Reducir la apertura y pérdida de esterilidad innecesaria de implantes no apropiados.
Facilitar la planificación preoperatoria.
Reducir el tiempo quirúrgico empleado.

MÉTODO
Recopilar la información sobre el material quirúrgico disponible en depósito en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Diseñar una base de datos que permita su recogida y búsqueda específica.
Realizar fotografías del contenido de cada set quirúrgico.
Recoger la información respecto al rotulado y denominación de cada caja.
Obtener las técnicas quirúrgicas de uso de cada implante.
Trasladar la información al citado soporte informático.

INDICADORES
Cantidad del material disponible que es incluido en la base de datos diseñada.
Porcentaje que incluye fotografías del contenido.
Porcentaje que incluye la técnica quirúrgica.
Recolección de encuestas de nivel de uso y satisfacción percibida por el personal de quirófano (médico, enfermería, auxiliar…)

DURACIÓN
. Inicio:Octubre 2016, final Septiembre 2017.

Octubre/Noviembre 2016: realización y diseño del soporte informático de recogida de información (Base de datos, página web…) así como de las herramientas de búsqueda.

Diciembre 2016/Enero 2017: Recolección de los datos existentes sobre material osteosíntesis disponible en depósito.

Enero/Junio 2017: Incorporación de datos al soporte diseñado, añadiendo fotografías, técnicas quirúrgicas y notas técnicas.

Mayo/Septiembre 2017: Ofertar la herramienta diseñada a los profesionales sanitarios, dando a conocer su existencia y promoviendo su uso.

Septiembre 2017: Registrar el uso realizado y el grado de satisfacción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

Fecha de entrada: 23/03/2018

2. RESPONSABLE ..... ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI
RODA ROJO VICTOR
PEREZ JIMENO NURIA
LOPEZ SUBIAS JORGE
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO
MARTINEZ AZNAR CARMEN
CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras una amplia revisión bibliográfica y revisión de bases de datos, se creó un protocolo de prevención secundaria de la osteoporosis de inicio al alta hospitalaria, de acuerdo con los componentes del Proceso de Fractura de Cadera del Anciano; consistente en suplementos de calcio y vitamina D y un antirresortivo añadido.
Se cuantificó el número de pacientes que ingresaron por sufrir una fractura de cadera osteoporótica en el periodo de tres meses previsto, recogiendo datos en cuanto al tratamiento para la osteoporosis que tenían pautado antes del ingreso.
Tras su intervención quirúrgica, se pautó el tratamiento antes mencionado y mediante entrevista telefónica o clínica se hizo el seguimiento para comprobar el cumplimiento a los 6 meses del alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se cuantificaron un total de 142 pacientes ingresados en el periodo de estudio, un 7.7% tomaban tratamiento para la osteoporosis de manera domiciliaria. Se implantó el tratamiento anteriormente descrito, haciendo un seguimiento a los 6 meses del alta.
Durante el periodo de seguimiento 23 pacientes fallecieron, no pudiéndose recabar datos al respecto del cumplimento farmacéutico. De lo restantes pacientes, a los 6 meses de alta el 45.37% cumplían el tratamiento en su totalidad, el 25.21% lo hacían de manera parcial, tomando solamente alguno de los fármacos prescritos, y el 29.41% lo incumplían en su totalidad no tomando ninguno de los fármacos prescritos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización de este proyecto se ha objetivado un muy bajo número de pacientes que tomaban tratamiento antiosteoporótico antes del ingreso. Dada la importancia socioeconómica que las fracturas de cadera representan, habría que estudiar los motivos por los que los pacientes en riesgo no toman un tratamiento adecuado.
Asimismo, pese a la implantación de un tratamiento consensuado con los integrantes del Proceso de fractura de cadera del anciano, se aprecia un alto porcentaje de falta de

adherencia total o parcial al tratamiento al final del seguimiento; por lo que convendría estudiar las razones de este fenómeno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/483 ========== ***

Nº de registro: 0483

Título
CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Autores:
AGUILAR EZQUERRA ANDRES, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, RODA ROJO VICTOR, PEREZ JIMENO NURIA, LOPEZ SUBIAS JORGE, HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología ingresan anualmente un gran número de fracturas osteoporóticas (cerca de 600, sólo de cadera). Del mismo modo, resulta elevado el número de pacientes que sufrirán una segunda e incluso tercera fractura de las mismas características a lo largo de su vida. En la actualidad, existen medidas farmacológicas que han demostrado su efectividad en la disminución de la aparición de nuevas fracturas de este tipo. Sin embargo, la cantidad de pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento para su enfermedad osteoporótica, en el momento de su ingreso, es escaso, así como el número de los mismo a los que se les inicia tratamiento al alta. El proyecto persigue la implantación de un protocolo de tratamiento y seguimiento posthospitalario, con el objetivo de disminuir la incidencia de nuevas fracturas. A medio/largo plazo, se buscaría información sobre la efectividad de la pauta aplicada, así como de su rendimiento coste/beneficio.

RESULTADOS ESPERADOS
Asegurar un correcto manejo de la enfermedad osteoporótica al alta, en el paciente ingresado por fractura osteoporótica del anciano: fémur proximal, vertebral, radio distal y húmero proximal, instaurando, manteniendo o modificando tratamiento farmacológico, en los casos en los que esté indicado.
Disminuir así el número de segundas y terceras fracturas de este tipo a medio/largo plazo.

MÉTODO
Recopilar la información sobre el estado actual de las distintas guías de actuación en el paciente osteoporótico.
Comprobar el porcentaje de pacientes que al ingreso reciben tratamiento.
Revisar el porcentaje de pacientes a los que se les prescribe tratamiento al alta en la actualidad.
Creación de un protocolo de tratamiento adecuado a las características del paciente, aplicable en nuestro entorno laboral.
Aplicación del citado protocolo al alta hospitalaria.
Comprobación, a través de la historia clínica electrónica y/o telefónicamente, de la adhesión al mismo y de la aparición de nuevas fracturas a medio/largo plazo.

INDICADORES
Número de fracturas osteoporóticas ingresadas en el tiempo de desarrollo del proyecto en el anciano (mayor de 65 años, fractura de baja energía vertebral, de fémur proximal, radio distal y húmero proximal).
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al inicio del estudio.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al inicio del estudio.
Porcentaje de dicho tratamiento que se ajusta al protocolo elaborado.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al finalizar el primer año del proyecto.
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al finalizar el primer año del estudio.
Número de fracturas posteriores con/sin aplicación del protocolo (a medio/largo plazo)

DURACIÓN
Inicio:Octubre 2016, final Septiembre 2017. Prorrogable para seguimiento a medio/largo plazo

Octubre/Noviembre/: Revisión bibliográfica sobre el tratamiento actual de la osteoporosis. Redacción de un protocolo actual para el manejo del mismo en prevención secundaria. Registro de los ingresos por fractura osteoporótica en mayores de 65 años, como grupo control.

Diciembre/Enero 2016: Estudio de la situación actual: porcentaje de pacientes con tratamiento al ingreso, porcentaje de los mismos ajustado a las recomendaciones actuales. Número de pacientes con tatamiento adecuado al alta.

Febrero/Septiembre 2017: Aplicación del protocolo redactado a los pacientes que cumplan criterios de inclusión.

Septiembre/Octubre 2017: Repetir estudio de numero de pacientes con correcto tratamiento al alta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA DEL ANCIANO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HAMAM ALCOBER SAMI
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO
MARTINEZ AZNAR CARMEN
CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se prosiguió con el tratamiento pautado en el año anterior en consonancia con los componentes del Proceso de Fractura Osteoporótica de Cadera (Traumatología, Medicina Interna, Anestesia, Unidad Sociosanitaria, Rehabilitación)
Se cuantificó el número de pacientes que ingresaron por sufrir una fractura de cadera osteoporótica en el periodo de tres meses similar al año anterior, para poder realizar una comparación de los resultados; recogiendo datos en cuanto al tratamiento para la osteoporosis que tenían pautado antes del ingreso.
Tras su intervención quirúrgica, se pautó el tratamiento mencionado y mediante entrevista telefónica o clínica se hizo el seguimiento para comprobar el cumplimiento a los 6 meses del alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del total de 153 pacientes ingresados en el periodo de estudio, un 29,2% tomaban tratamiento para la osteoporosis de manera domiciliaria. Se implantó el tratamiento antiosteoporótico anteriormente comentado, haciendo un seguimiento a los 6 meses del alta. Durante el periodo de seguimiento 13 pacientes fallecieron, no pudiéndose recabar datos al respecto del cumplimento farmacéutico; y 6 pacientes eran menores de 65 años. De los pacientes restantes, a los 6 meses del alta hospitalaria el 34,2% cumplían el tratamiento en su totalidad, el 31,4% lo hacían de manera parcial, tomando solamente alguno de los fármacos prescritos, y el 34,2% lo incumplían en su totalidad no tomando ninguno de los fármacos prescritos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización de este proyecto se ha objetivado un muy bajo número de pacientes que tomaban tratamiento antiosteoporótico antes del ingreso. Dada la importancia socioeconómica que las fracturas de cadera representan, habría que estudiar los motivos por los que los pacientes en riesgo no toman un tratamiento adecuado.
Asimismo, pese a la implantación de un tratamiento consensuado con los integrantes del Proceso de fractura de cadera del anciano, se aprecia un alto porcentaje de falta de adherencia total o parcial al tratamiento al final del seguimiento. Comparando estos resultados con los obtenidos en los mismos del año 2017, se observa una importante mejora en las cifras respecto a la población que tomaba tratamiento antiosteoporótico al ingreso (29,2% en 2018 respecto a 7,7% en 2017), lo que puede ser debido a la concienciación de la población sobre la importancia de la osteoporosis. Al alta hospitalaria, solamente un 10% no recibieron tratamiento antiosteoporótico, cifra que muestra el cumplimiento de los protocolos instaurados a nivel hospitalario. En el seguimiento a 6 meses, la proporción de pacientes que tomaba el tratamiento de manera parcial ha aumentado levemente (25,2% frente a 31,4% en 2018), mientras que el tratamiento en su totalidad lo han tomado el 34,2% frente al 45,3% en 2017. La tasa de incumplimiento total del tratamiento ha aumentado también de forma leve (34,2% en 2018 frente a 29,4% en 2017).
Con todo esto podemos concluir que en los pacientes estudiados la prescripción de fármacos antiosteoporóticos al ingreso ha mejorado claramente, aunque todavía un elevado porcentaje de pacientes no cumple la terapia parcial o totalmente a los 6 meses de la fractura de cadera osteoporótica. Esto puede ser debido varios factores que convendría estudiar, como las patologías concomitantes de estos pacientes, su institucionalización al alta o el delicado estado de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/483 ========== ***

Nº de registro: 0483

Título
CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

AGUILAR EZQUERRA ANDRES, HAMAM ALCOBER JAVIER SAMI, RODA ROJO VICTOR, PEREZ JIMENO NURIA, LOPEZ SUBIAS JORGE, HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CAMPOAMOR GONZALEZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología ingresan anualmente un gran número de fracturas osteoporóticas (cerca de 600, sólo de cadera). Del mismo modo, resulta elevado el número de pacientes que sufrirán una segunda e incluso tercera fractura de las mismas características a lo largo de su vida. En la actualidad, existen medidas farmacológicas que han demostrado su efectividad en la disminución de la aparición de nuevas fracturas de este tipo. Sin embargo, la cantidad de pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento para su enfermedad osteoporótica, en el momento de su ingreso, es escaso, así como el número de los mismo a los que se les inicia tratamiento al alta. El proyecto persigue la implantación de un protocolo de tratamiento y seguimiento posthospitalario, con el objetivo de disminuir la incidencia de nuevas fracturas. A medio/largo plazo, se buscaría información sobre la efectividad de la pauta aplicada, así como de su rendimiento coste/beneficio.

RESULTADOS ESPERADOS
Asegurar un correcto manejo de la enfermedad osteoporótica al alta, en el paciente ingresado por fractura osteoporótica del anciano: fémur proximal, vertebral, radio distal y húmero proximal, instaurando, manteniendo o modificando tratamiento farmacológico, en los casos en los que esté indicado.
Disminuir así el número de segundas y terceras fracturas de este tipo a medio/largo plazo.

MÉTODO
Recopilar la información sobre el estado actual de las distintas guías de actuación en el paciente osteoporótico.
Comprobar el porcentaje de pacientes que al ingreso reciben tratamiento.
Revisar el porcentaje de pacientes a los que se les prescribe tratamiento al alta en la actualidad.
Creación de un protocolo de tratamiento adecuado a las características del paciente, aplicable en nuestro entorno laboral.
Aplicación del citado protocolo al alta hospitalaria.
Comprobación, a través de la historia clínica electrónica y/o telefónicamente, de la adhesión al mismo y de la aparición de nuevas fracturas a medio/largo plazo.

INDICADORES
Número de fracturas osteoporóticas ingresadas en el tiempo de desarrollo del proyecto en el anciano (mayor de 65 años, fractura de baja energía vertebral, de fémur proximal, radio distal y húmero proximal).
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al inicio del estudio.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al inicio del estudio.
Porcentaje de dicho tratamiento que se ajusta al protocolo elaborado.
Porcentaje que recibe tratamiento al alta al finalizar el primer año del proyecto.
Porcentaje que recibe tratamiento para la osteoporosis al ingreso al finalizar el primer año del estudio.
Número de fracturas posteriores con/sin aplicación del protocolo (a medio/largo plazo)

DURACIÓN
Inicio:Octubre 2016, final Septiembre 2017. Prorrogable para seguimiento a medio/largo plazo

Octubre/Noviembre/: Revisión bibliográfica sobre el tratamiento actual de la osteoporosis. Redacción de un protocolo actual para el manejo del mismo en prevención secundaria. Registro de los ingresos por fractura osteoporótica en mayores de 65 años, como grupo control.

Diciembre/Enero 2016: Estudio de la situación actual: porcentaje de pacientes con tratamiento al ingreso, porcentaje de los mismos ajustado a las recomendaciones actuales. Número de pacientes con tatamiento adecuado al alta.

Febrero/Septiembre 2017: Aplicación del protocolo redactado a los pacientes que cumplan criterios de inclusión.

Septiembre/Octubre 2017: Repetir estudio de numero de pacientes con correcto tratamiento al alta.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0483

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCION SECUNDARIA DE LA FRACTURA OSTEOPOROTICA EN EL ANCIANO

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DIEGO PEÑA JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANGULO TABERNERO MARINA
CHARLEZ MARCO ALFREDO
LOSTE RAMOS ANTONIO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
RODRIGUEZ VELA JAVIER
CERDAN MORENO SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La principal actividad quirúrgica en la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet es la artrodesis de la columna lumbar en pacientes con patología degenerativa de columna lumbar. La artrodesis se consigue mediante la colocación de un montaje con tornillos películas es y barras metálicas y el aporte de injerto óseo hasta alcanzar la fusión de las articulaciones lumbares. En la mayor parte de los casos en estas cirugías es necesaria la ampliación del canal lumbar mediante la retirada del arco posterior de la vértebra y la liberación de las raíces nerviosas y elementos neutrales, esto es lo que definimos como descompresión.

El objetivo del trabajo planificado en 2016 (Z2 HOSP 500021 2016_0787A) era determinar las necesidades reales de transfusión en los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles con el fin de reducir el número de concentrados de hematíes que de forma prequirúrgica se reservan para la realización de la cirugía.

Tras un año de trabajo no se encontraron diferencias en la necesidad de transfusiones en los pacientes intervenidos de artrodesis de tres y cuatro niveles, apareciendo otros factores que si podían determinar una mayor necesidad de transfusión destacando en especial el número de niveles a descomprimir, lo que nos hizo reorientar el proyecto y prolongar el estudio un año más.

Durante este último año, hemos continuado la recogida de pacientes intervenidos de artrodesis de columna lumbosacra con tres y cuatro niveles de fijación.

Pára la recogida de datos se creó una base de Acces y posteriormente los datos fueron exportados a un archivo de Excel para su estudio.

De cada uno de los pacientes clasificado por su número de historia, se ha generado una tabla de Excel en la que se recogen datos de cada uno como edad, sexo, diagnostico, número de niveles fijados, número de niveles descomprimidos, valores de hematocrito (Hto) y hemoglobina (Hb) prequirúrgico y a las 24h postoperatorio, necesidad de transfusión, número de concentrados transfundidos. Así mismo se recogieron otros datos como patologías del paciente o tratamientos que pudieran condicionar un mayor sangrado y un apartado de observaciones en el que anotar incidencias de la cirugía que aumentasen la hemorragia intraoperatoria.

Para la realización del estudio se revisaron los partes quirúrgicos desde septiembre de 2016 hasta diciembre de 2018 con una diagnóstico o indicación quirúrgica lo más homogénea posible excluyendo aquellos casos que pudieran ser más discordantes por diagnóstico y procedimiento, hasta obtener una muestra de 100 pacientes.

Una vez recogidos los datos, se ha realizado una valoración de la variación de las cifras de hematocrito y de hemoglobina cuantificando el descenso medio de las mismas.

Posteriormente para la valoración de los datos se han establecido diferentes grupos de los pacientes, clasificándolos de la siguiente manera: Grupo por sexo, grupo por niveles de fijación, grupo por niveles de ampliación, grupo por niveles de fijación y ampliación, grupo de pacientes transfundidos.

A partir de estos grupos se han obtenido los resultados que a continuación presentamos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sobre un total de 100 pacientes intervenidos de artrodesis de columna lumbar con una fijación de tres y cuatro niveles, el diagnóstico principal ha sido el de estenosis de canal con 82 pacientes seguido de 12 casos de síndrome de estenosis de nivel adyacente y 6 revisiones quirúrgicas por pseudoartrosis.

Del total de 100 pacientes 58 son hombres y 42 mujeres con una mediana de edad en el grupo total de 65 años (32-82).

Hemos observado que la diferencia entre el hematocrito preoperatorio y el postoperatorio desciende una media de 11,45%, al mismo tiempo que los valores de hemoglobina descienden una media de 3.73 g/dL. Tan solo 12 pacientes presentan cifras de hemoglobina preoperatoria iguales o inferiores a 13,00 g/dL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

En el grupo total, tan solo han sido necesarias 7 transfusiones (7%) de los pacientes con un total de 10 concentrados de hematíes. Las variaciones analíticas presentadas en este grupo fueron muy superiores a las de la media de la muestra con un descenso del 15,06% de hematocrito y de 4,56g/dL en Hb.

También se ha observado que en ninguno de los casos que ha sido necesaria la transfusión esta se ha realizado de forma urgente, es decir, durante la cirugía o en el postoperatorio inmediato, sino que que se han realizado en base a analíticas realizadas a las 24h post cirugía.

Cuando realizamos una distribución por sexo, no encontramos diferencias significativas en el número de transfusiones entre hombre y mujeres con 3 y 4 transfusiones respectivamente, aunque, el descenso de hematocrito y hemoglobina ha sido mayor en los hombres (11,9% - 4,01g/dL) que en las mujeres (10,84% - 3.35g/dL).

Si seguimos una distribución por niveles de fijación, se observa que, el mayor número de cirugías corresponde a las de 3 niveles de fijación con 67 pacientes frente a los 33 de cuatro niveles. Si atendemos a la variación de las cifras analíticas encontramos que en ambos casos se separan muy poco de la media global, estando las de 3 niveles ligeramente por debajo (-11,25% y -3.64g/dL), mientras que las de 4 niveles se encuentran algo sobre la media (-11,86% y 3,92g/dL).

Al estudiar esta distribución llama la atención que el número de transfusiones es similar en ambos grupos cuando el número de pacientes es el doble en uno que en otro. Así, encontramos que en los 67 pacientes con fijación a tres niveles han precisado 4 transfusiones mientras que en 33 pacientes con 4 niveles de fijación han precisado 3 transfusiones. Esto nos puede hacer plantear que a mayor número de niveles fijados puede ser necesarios mayor número de transfusiones.

Mucho más llamativos son los resultados cuando realizamos una clasificación en función de niveles de ampliación. Así, los grupos con solo fusión sin ampliación (4 pacientes) y los de fusión con 1 nivel de ampliación (26 pacientes) en ningún caso han precisado de transfusión

postoperatoria presentando unos valores de descenso de hematocrito y hemoglobina por debajo de la media del grupo total.

Cuando valoramos el grupo de 2 niveles de descompresión encontramos que es el más numeroso con 52 pacientes y que las cifras medias de descenso en los valores analíticos están muy próximos a la media del grupo con Hto -11,38% y Hb -3,72g/dL precisando un total de 4 transfusiones.

En el caso del grupo de 3 niveles de descompresión con 18 pacientes presentan cifras analíticas muy superiores a la media con Hto -13.87% y Hb -4,34g/dL precisando 3 transfusiones. Esto nos hace pensar que las descompresiones a tres niveles son más agresivas, de más duración y con mayor riesgo de sangrado.

Esto nos resulta indicativo de que es el número de niveles a descomprimir el que condiciona el sangrado y por lo tanto la necesidad de reservar sangre para la cirugía.

Finalmente agrupamos los pacientes por niveles de fijación y de ampliación apreciando que no han sido necesarias transfusiones en ninguno de los pacientes que se han fusionado a tres y cuatro niveles y no se ha realizado ampliación del canal raquídeo o solo se ha ampliado un nivel.

En estos 4 grupos se reúnen un total de 30 individuos con una media de descenso en los valores analíticos inferiores a la media entorno a descensos de 10,50% de Hto y 3,4g/dL de Hb.

Los resultados más interesantes aparecen al estudiar los grupos de dos y tres niveles de descompresión. El grupo más numeroso es el de tres niveles de fijación y 2 de ampliación, el tipo de cirugía más frecuente. Este grupo ha presentado un descenso de Hto de 11.29% y de Hb de 3,66 valores muy próximos a la media del grupo, siendo necesaria la transfusión en dos casos.

Si lo comparamos con el siguiente grupo tres niveles de fijación y tres niveles de descompresión, observamos que con casi cinco veces menos de población, ocho pacientes, han precisado el mismo número de transfusiones, 2, con un descenso en la analítica por encima de la media, 13,65% de Hto y 3,83g/dL de Hb. Lo que nos lleva a pensar que el factor realmente importante en la necesidad de transfusión es el número de niveles descomprimidos.

Algo similar ocurre en el grupo de fijación a cuatro niveles. En aquellos que han precisado descompresión a dos niveles, 13 pacientes, ha sido necesaria la transfusión en un caso. El descenso medio en los controles analíticos ha sido de -11,62% Hto y -3,91 g/dL Hb, valores ligeramente por encima de la media.

Del mismo modo en los 10 pacientes que han precisado una cirugía de fijación a cuatro niveles con descompresión de tres niveles, los descensos analíticos medios han sido de -14,05% Hto y de -4,75 g/dL Hb, valores muy superiores a la media y que han condicionado la necesidad de transfundir en dos casos.

Dado que el grupo de pacientes subsidiarios de cirugía de ampliación a dos niveles, es la cirugía más frecuente y por lo tanto el grupo más representativo y debido a que sus variaciones analíticas se encuentran muy próximas a la media, junto a que en ningún caso se ha precisado realizar la transfusión de forma urgente e independientemente del número de niveles a fusionar la reserva de concentrados de hematíes de forma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

prequirúrgica puede ser necesaria en aquellos pacientes que presenten valores analíticos preoperatorios bajos.

Así para establecer el valor analítico mínimo preoperatorio para realizar la reserva de sangre preoperatoria, consideramos la diferencia analítica entre el valor de la hemoglobina preoperatoria de cada paciente y el descenso medio de hemoglobina obtenido en el estudio con -3,73g/dL, pudiendo determinar como valor analítico mínimo para no reservar sangre de forma preoperatoria los 13 g/dL de Hb.

Tampoco hemos podido encontrar relación con la toma de medicación antiagregante o anticoagulante por parte de los pacientes ni con la presencia de patologías de base que pudieran condicionar un mayor sangrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Atendiendo a los resultados presentados en el apartado anterior podemos decir que:

1.- Consideramos que el principal factor a tener en cuenta a la hora de realizar transfusiones sanguíneas en pacientes con cirugía de ampliación y fijación lumbar ha de ser el del número de niveles a descomprimir. Esto se debe a que la ampliación condiciona mayor duración de la intervención, cirugías más agresivas y por lo tanto mayor sangrado.

2.- No consideramos necesaria la reserva de sangre en pacientes subsidiarios de cirugía de columna lumbar que no precisen ampliación del canal lumbar o solo la requieran en un único nivel. Esto se debe a que las variaciones analíticas medias se encuentran por debajo de la media del grupo total y en el estudio no han precisado ninguna transfusión.

3.- Consideramos Necesaria la reserva de sangre en todos los pacientes subsidiarios de una cirugía que suponga una ampliación de tres niveles, independientemente del número de niveles a artrodesis. Es este grupo el que presenta mayor descenso en las cifras analíticas y el que más reservas de hematies ha consumido.

4.- En los pacientes subsidiarios de cirugía de ampliación a dos niveles, independientemente del número de niveles a fusionar consideramos necesaria la reserva de sangre preoperatorio si presentan un valor de Hb en la analítica preoperatorio igual o inferior a 13 g/dL.

5.- Si seguimos estas consideraciones tan solo hubiera sido necesario reservar concentrados de hematies en 11 casos que presentan cifras de Hb preoperatoria menor o igual de 13 g/dL y son subsidiarios de cirugías de ampliación a dos y tres niveles. Esto hubiera conllevado un importante ahorro tanto en recursos económicos como humanos.

7. OBSERVACIONES.
Para el desarrollo y puesta en marcha de este proyecto es necesaria la aceptación y colaboración por parte del servicio de anestesia, tanto para la preparación de los pacientes con sus protocolos de optimización como para determinar necesidades especiales en algún paciente y ser planteado como un protocolo clínico consensuado y aprobado por la dirección del centro.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/787 ========== ***

Nº de registro: 0787

Título
AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

Autores:
PEÑA JIMENEZ DIEGO, CHARLEZ MARCO ALFREDO, LOSTE RAMOS ANTONIO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: patología degenerativa de columna vertebral
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Ahorro economico en base a un mejor uso de los recursos

PROBLEMA
La principal actividad quirúrgica de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet se basa en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

la artrodesis lumbar en los casos de patología degenerativa de columna lumbar con 172 casos en el año 2015.

Este tipo de cirugía se realiza mediante un abordaje lumbar posterior, con la esqueletización vertebral, ampliación del canal vertebral, la fijación mediante tornillos pediculares, el aporte de injerto óseo autólogo sobre un lecho sangrante y los drenajes aspirativos, producen una considerable perdida de sangre, lo que ha hecho que como requisito para la realización de estas cirugías se solicite la reserva de dos concentrados de hematíes.

En nuestra experiencia clínica hemos apreciado que la necesidad de transfusión en este tipo de intervenciones es mucho menor que el volumen de concertados hemáticos que es preciso solicitar, siendo un factor determinante el número de niveles de fusión vertebral. Así, es más necesario el numero de transfusiones en las cirugías que comprometen a tres o más niveles (49 casos), mientras que suele ser excepcional en cirugías de un nivel (54 casos) y dos niveles (51 casos), como se demostró en nuestro proyecto de calidad de la convocatoria anterior con solo 3 transfusiones (a las 24h, ninguna intraoperatoria) en 115 pacientes.

Así mismo en este proyecto se tomó como grupo control los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles (49 pacientes) en los que se apreció una baja tasa de transfusiones (3 casos), aunque debido al número de pacientes no es posible establecer una valoración definitiva, tan sólo un dato observacional al que nos proponemos dar explicación en este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es cuantificar las necesidades reales de transfusión sanguínea y valorar la variación en las cifras de hematocrito y hemoglobina del postoperatorio inmediato respecto a las iniciales preoperatorios en las artrodesis lumbares de tres niveles.

De forma secundaria se intentaran identificar otros elementos que pueden condicionar la necesidad tales como niveles a descomprimir, patologías intercurrentes o medicaciones.

Finalmente estimar el potencial ahorro y reducción del consumo de recursos que se obtendría de no realizar la reserva de concentrados de sangre y los valores de Hemoglobina y hematocrito preoperatorios que aumentan el riesgo de transfusión.

MÉTODO
Se recogerán los datos en los pacientes en una tabla de excel para su estudio estadídtico

Los datos a recoger de cada paciente serán:

- Número de Historia
- Edad
- Sexo
- Hematocrito preoperatorio
- Hemoglobina preoperatoria
- Hematocrito postoperatorio
- Hemoglobina postoperatoria.
- Necesidad de transfusión postoperatoria (Si/No)
- Volumen de mililitros transfundidos
- Medicaciones habituales que alteren la coagulación.
- Patologías y condiciones físicas que supongan un mayor riesgo de sangrado.
- Incidencias quirúrgicas que hayan generado un mayor sangrado.
- Número de niveles descomprimidos.

INDICADORES
Los indicadores a controlar serán:

1.- Número de concentrados transfundidos.

2.- Variación de los parámetros analíticos de hematocrito y hemoglobina entre el preoperatorio y el postoperatorio.

Esta evaluación se realizará de forma sistemática al ingreso del paciente y a las 24h tras la cirugía, sin despreciar ningún paciente que precise de transfusión más allá del primer control analítico a las 24 horas, considerando el valor de la analítica previa a la transfusión como el que debe ser incluido en el estudio.

3.- Medicaciones, patologías o condiciones físicas del paciente que pueden generar mayor sangrado estableciéndolos como posibles factores de riesgo.

4.- Número de niveles descomprimidos como factor quirúrgico principal que puede aumentar el sangrado.

5.- Incidencias quirúrgicas que hayan provocado un mayor sangrado y hagan necesario excluir a los pacientes del estudio para una normalización del mismo

DURACIÓN
Se estima el comienzo del estudio con la normalización del ritmo de la actividad quirúrgica en el mes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES SEGMENTOS ATENDIENDO AL NUMERO DE NIVELES DESCOMPRIMIDOS

enero de 2017, tras el periodo navideño y su desarrollo durante un plazo de un año, estableciendo controles periódicos a los 3, 6 y 9 meses.

Con el fin de ampliar el número de pacientes se pueden incluir en este proyecto los 49 pacientes tomados como grupo control en el proyecto de mejora de la convocatoria anterior y que cumplen todos los requisitos previstos para el proyecto actual.

OBSERVACIONES
En el estudio han sido desestimados las cuantificaciones de sangrado intraoperatorias y la productividad de los drenajes ya que el empleo de abundante suero para lavado intraoperatorio cuyo residuo se evacua posteriormente en los drenajes y la utilización de gasas y compresas durante la cirugía condicionan estos valores como estimados y no reales, siendo más útil la valoración de los parámetros analíticos postoperatorios.

Valoración de otros apartados

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... DIEGO PEÑA JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHARLEZ MARCO ALFREDO
LOSTE RAMOS ANTONIO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
RODRIGUEZ VELA JAVIER
MARTINEZ AZNAR CARMEN
CERDAN MORENO SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el estudio se han cuantificado las necesidades reales de transfusión sanguínea en los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar a tres niveles.
Se estableció como población Diana los pacientes subsidiarios de artrodesis lumbar a tres niveles y un grupo control aquellos pacientes subsidiarios de artrodesis lumbar a cuatro niveles.
Dado el escaso número de pacientes para obtener un tamaño muestro suficiente se incorporaron pacientes ya recogidos en un estudio previo, así, se incorporaron pacientes intervenidos desde septiembre de 2015 hasta diciembre de 2017.

Para estos pacientes se realizó un formulario Acces de recogida de datos en especial los valores de hemoglobina y hematocrito pre y potquirúrgicos, la necesidad de transfusión y el número de concentrados utilizados junto a otros datos como las patologías médicas y tratamientos para la coagulación de la sangre y el número de niveles descomprimidos.

Con todos estos datos se estudió la diferencia entre los valores pre y postquirúrgicos y la relación con el número de transfusiónes, de niveles ampliados, de tratamientos previstos y de patologías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En un total de 96 pacientes recogidos (73 de 3 niveles y 23 de 4 niveles), fueron necesarias 8 transfusiones, (14 concentrados de hematíes)
Encontramos un descenso medio de 10,570 puntos en el hematocrito y 3,557 puntos en la hemoglobina. En el grupo de tres niveles ese descenso será de 10.393 y 3,304 respectivamente mientras que en el de 4 niveles era de 11,139 y 3.726 sin poder establecer una relación estadísticamente significativa.

Tampoco se pudo establecer relación significativa entre la necesidad de transfusión o la variación de hematocrito y hemoglobina respecto a la presencia de patologías del paciente, sexo, edad o tratamientos para la coagulación.

Durante la realización del estudio se apreció que, aunque no teniendo valores significativos se podía establecer cierta relación entre la variación de las cifras de hematocrito y hemoglobina respecto al número de niveles descomprimidos para un mismo número de niveles fijados. Así, por ejemplo, para tres niveles de fijación las cifras de hematocrito y hemoglobina para un nivel de descompresión eran de 9,821 y 3,330 unidades frente a los 10,235 y 3,440 de dos niveles y los 12,978 y 4,400 de tres niveles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque sin ser estadísticamente significativa se puede establecer una relación entre el número de niveles fusionados y:

- La variación en las cifras de hematocrito y de hemoglobina en las artrodesis de tres y cuatro niveles.

- La necesidad de transfusión en las artrodesis tres y cuatro niveles.

No se puede determinar la necesidad real de transfusiones y con ello tampoco el planteamiento de ahorro de recursos que supondría no reservar concentrados de hematíes en función de unos valores medios de hematocrito y hemoglobina debido a dos condicionantes:

- El pequeño tamaño muestral en los diferentes grupos de fusión, que no nos permite inferir resultados extrapolables a la población total.

- La necesidad unificar diferentes diagnósticos y niveles de fusión para alcanzar cifras muestrales razonables.

Cabe destacar la posible relación entre el número de niveles vertebrales descomprimidos y la mayor variación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

en cifras de hematocrito y hemoglobina, así como la necesidad de transfusiones.

7. OBSERVACIONES.
Con todo esto, se puede plantear continuar el estudio en próximos ejercicios intentando alcanzar un tamaño muestral suficiente para extrapolar los resultados a la población y reorientar la evaluación de los datos en función no solo de los niveles fusionados, sino también en función del número de niveles descomprimidos y del diagnóstico inicial, acotando el estudio solo a procedimientos de artrodesis primaria, ya que la inclusión de otros tipos de cirugías puede alterar los resultados.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/787 ========== ***

Nº de registro: 0787

Título
AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

Autores:
PEÑA JIMENEZ DIEGO, CHARLEZ MARCO ALFREDO, LOSTE RAMOS ANTONIO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, MARTINEZ AZNAR CARMEN, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: patología degenerativa de columna vertebral
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Ahorro economico en base a un mejor uso de los recursos

PROBLEMA
La principal actividad quirúrgica de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet se basa en la artrodesis lumbar en los casos de patología degenerativa de columna lumbar con 172 casos en el año 2015.

Este tipo de cirugía se realiza mediante un abordaje lumbar posterior, con la esqueletización vertebral, ampliación del canal vertebral, la fijación mediante tornillos pediculares, el aporte de injerto óseo autólogo sobre un lecho sangrante y los drenajes aspirativos, producen una considerable perdida de sangre, lo que ha hecho que como requisito para la realización de estas cirugías se solicite la reserva de dos concentrados de hematíes.

En nuestra experiencia clínica hemos apreciado que la necesidad de transfusión en este tipo de intervenciones es mucho menor que el volumen de concertados hemáticos que es preciso solicitar, siendo un factor determinante el número de niveles de fusión vertebral. Así, es más necesario el numero de transfusiones en las cirugías que comprometen a tres o más niveles (49 casos), mientras que suele ser excepcional en cirugías de un nivel (54 casos) y dos niveles (51 casos), como se demostró en nuestro proyecto de calidad de la convocatoria anterior con solo 3 transfusiones (a las 24h, ninguna intraoperatoria) en 115 pacientes.

Así mismo en este proyecto se tomó como grupo control los pacientes intervenidos de artrodesis lumbar de tres niveles (49 pacientes) en los que se apreció una baja tasa de transfusiones (3 casos), aunque debido al número de pacientes no es posible establecer una valoración definitiva, tan sólo un dato observacional al que nos proponemos dar explicación en este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es cuantificar las necesidades reales de transfusión sanguínea y valorar la variación en las cifras de hematocrito y hemoglobina del postoperatorio inmediato respecto a las iniciales preoperatorios en las artrodesis lumbares de tres niveles.

De forma secundaria se intentaran identificar otros elementos que pueden condicionar la necesidad tales como niveles a descomprimir, patologías intercurrentes o medicaciones.

Finalmente estimar el potencial ahorro y reducción del consumo de recursos que se obtendría de no realizar la reserva de concentrados de sangre y los valores de Hemoglobina y hematocrito preoperatorios que aumentan el riesgo de transfusión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0787

1. TÍTULO

AHORRO EN EL NUMERO DE RESERVAS DE SANGRE PARA LA CIRUGIA DE ARTRODESIS LUMBAR DE TRES NIVELES

MÉTODO
Se recogerán los datos en los pacientes en una tabla de excel para su estudio estadídtico

Los datos a recoger de cada paciente serán:

- Número de Historia
- Edad
- Sexo
- Hematocrito preoperatorio
- Hemoglobina preoperatoria
- Hematocrito postoperatorio
- Hemoglobina postoperatoria.
- Necesidad de transfusión postoperatoria (Si/No)
- Volumen de mililitros transfundidos
- Medicaciones habituales que alteren la coagulación.
- Patologías y condiciones físicas que supongan un mayor riesgo de sangrado.
- Incidencias quirúrgicas que hayan generado un mayor sangrado.
- Número de niveles descomprimidos.

INDICADORES
Los indicadores a controlar serán:

1.- Número de concentrados transfundidos.

2.- Variación de los parámetros analíticos de hematocrito y hemoglobina entre el preoperatorio y el postoperatorio.

Esta evaluación se realizará de forma sistemática al ingreso del paciente y a las 24h tras la cirugía, sin despreciar ningún paciente que precise de transfusión más allá del primer control analítico a las 24 horas, considerando el valor de la analítica previa a la transfusión como el que debe ser incluido en el estudio.

3.- Medicaciones, patologías o condiciones físicas del paciente que pueden generar mayor sangrado estableciéndolos como posibles factores de riesgo.

4.- Número de niveles descomprimidos como factor quirúrgico principal que puede aumentar el sangrado.

5.- Incidencias quirúrgicas que hayan provocado un mayor sangrado y hagan necesario excluir a los pacientes del estudio para una normalización del mismo

DURACIÓN
Se estima el comienzo del estudio con la normalización del ritmo de la actividad quirúrgica en el mes de enero de 2017, tras el periodo navideño y su desarrollo durante un plazo de un año, estableciendo controles periódicos a los 3, 6 y 9 meses.

Con el fin de ampliar el número de pacientes se pueden incluir en este proyecto los 49 pacientes tomados como grupo control en el proyecto de mejora de la convocatoria anterior y que cumplen todos los requisitos previstos para el proyecto actual.

OBSERVACIONES
En el estudio han sido desestimados las cuantificaciones de sangrado intraoperatorias y la productividad de los drenajes ya que el empleo de abundante suero para lavado intraoperatorio cuyo residuo se evacua posteriormente en los drenajes y la utilización de gasas y compresas durante la cirugía condicionan estos valores como estimados y no reales, siendo más útil la valoración de los parámetros analíticos postoperatorios.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0788

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ADRIAN MARTIN MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑA JIMENEZ DIEGO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
LOSTE RAMOS ANTONIO
GARCIA CANOVAS NOELIA
SANZ ROMERO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En consultas hemos identificado las principales dudas de pacientes y familiares respecto a su patología y tratamiento siendo la principal preocupación la capacidad funcional a largo plazo.
A corto plazo los pacientes presentan preocupación por la actividad física que pueden realizar mientras que las familias ponen el foco en la posibilidad de progresión de la curva.
En lo referente al tratamiento los pacientes aceptan en diferente grado el tratamiento ortopédico mientras que los familiares lo toman como seguro y definitivo a pesar de que se les explica su amplia variabilidad de resultados.
La indicación de tratamiento quirúrgico es mejor aceptada por el paciente que realiza preguntas respecto al dolor y capacidad funcional después de operar, frente a las familias que presentan dudas sobre los riesgos de la cirugía.

En la planta durante el ingreso se ha podido observar una situación de ansiedad a la llegada por la incertidumbre y desconocimiento de los pasos a seguir y durante el tiempo de la cirugía, así como los pasos a seguir tras el alta hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Una vez identificados las principales preguntas y dudas hemos realizado un tríptico informativo en el que de forma clara y precisa se explica la patología, la valoración diagnóstica, los diferentes tratamientos y la situación funcional posterior. Así mismo hemos ido adaptando nuestra explicación en la consulta a dar respuesta a las cuestiones sin separarnos de lo planteado en ese documento, que está pendiente de valoración oficial para ser entregado a los usuarios.

Así mismo hemos intentado disminuir la ansiedad de paciente y sobre todo familiares de cara al ingreso, así, se les cita en consulta de forma previa a la cirugía y se les explican los pasos a seguir durante el preoperatorio e ingreso.
El día del ingreso son reevaluados por cirujanos, anestesistas y por el personal de enfermería de quirófano con el fin de establecer un mayor vínculo con el paciente y familia.
Durante el proceso de la cirugía se realizan llamadas telefónicas a la familia de los pacientes (cada 2 horas aproximadamente) coincidiendo con los principales pasos de la cirugía y con el final de la misma.
Una vez finalizada antes de que el paciente pase a la unidad de reanimación se autoriza a la familia a ver al paciente y se les informa del proceso quirúrgico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que la información recogida en tríptico nos resulta útil como facultativos para mostrar un discurso homogéneo y aclara dudas habituales y evitar el sesgo de la información que reciben familia y pacientes por otros medios

Así mismo consideramos que el contacto del personal de quirófano con el paciente y la familia al ingreso y de forma previa a la cirugía disminuye la ansiedad del momento y la comunicación periódica con la familia durante la cirugía, genera cierto grado de confort y seguridad con el equipo médico,

7. OBSERVACIONES.
En el momento actual estamos pendientes de presentar el tríptico informativo para su aceptación, así como de un segundo tríptico informativo referente al proceso de ingreso y cirugía

Por otro lado, estamos pendientes de la realización de un formulario de valoración de la satisfacción de los pacientes y familiares respecto a su patología, el tratamiento y la relación con los profesionales.

Atendiendo al escaso número de pacientes que se interviene de escoliosis es posible que pueda ser necesario tras cumplir los 12 meses restantes de estudio, prolongar un tiempo mayor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0788

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

*** ========== Resumen del proyecto 2016/788 ========== ***

Nº de registro: 0788

Título
MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Autores:
MARTIN MARTINEZ ADRIAN, PEÑA JIMENEZ DIEGO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, LOSTE RAMOS ANTONIO, GRACIA CANOVAS ISABEL NOELIA, SANZ ROMERO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La escoliosis idiopática del adolescente (EIA) es una entidad patológica que afecta a niños en edad de crecimiento. Su tratamiento necesita la participación del paciente y de su familia.

Establecer el diagnóstico de EIA supone en muchos casos generar una situación de confusión y ansiedad en especial en los padres que son los que deben tomar la decisión sobre la salud de sus hijos.

Plantear un tratamiento ortopédico largo y tedioso mediante el empleo del corsé que genera en ocasiones el rechazo por parte del joven y el conflicto entre padres e hijos.

La indicación de la cirugía que supone el fracaso de los tratamientos previos y reorientar la situación generando nuevas dudas e incertidumbres que se ven agravadas por la firma del consentimiento informado.

El momento de la cirugía: El miedo a una cirugía cercana a las ocho horas con importantes riesgos y la separación del paciente/familia durante más de 12 horas, la evolución posterior y el régimen de vida a corto y largo plazo suponen dudas y estrés.

Estas dudas llevan a buscar información sobre la patología y los tratamientos de la misma. En la era de la comunicación en la que vivimos, el acceso a la información es extremadamente sencillo, pero el problema reside en la calidad, el rigor y el criterio de esa gran cantidad de información disponible, lo que en muchas ocasiones supone interpretaciones que no se ajustan a la realidad de la patología o de su tratamiento y que dificultan la comunicación entre paciente, familia y profesionales.

El alcanzar una mejora en la comunicación dentro del proceso de la escoliosis creemos que puede suponer una mejora en el cumplimiento de los tratamientos ortopédicos, una mejora en la relación entre el paciente, la familia y el personal sanitario y una mayor seguridad del paciente y la familia para hacer frente a la patología y su tratamiento y no limitarnos a la información legal necesaria incluida en el consentimiento informado.
En resumen una mejora en la Calidad de la Asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es buscar nuevas métodos de comunicación para aportar una información clara, comprensible, rigurosa y suficiente a los pacientes y familias para comprender el proceso de la EIA, tomar decisiones y saber lo que ocurre en cada momento de dicho proceso reduciendo la ansiedad e incertidumbre.
Mejorar la calidad de la asistencia a partir de una mejora en la comunicación.

MÉTODO
El procedimiento a seguir para alcanzar los objetivos ha sido planteado de la siguiente manera:

Identificar las dudas más frecuentes, lo puntos que precisan de más aclaraciones y los momentos que generan mayor ansiedad para darles respuesta.

Establecer una pauta homogénea de información oral para los profesionales sobre la patología, sus tratamientos y evolución, en la que se recojan los puntos ya establecidos como dudas más frecuentes y se les dé respuesta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0788

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION EN EL PROCESO DE LA ESCOLIOSIS IDIOPATICA COMO MEDIDA PARA AUMENTAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

Crear un soporte físico de información para el paciente y la familia, (A valorar en forma de tríptico o de archivo informático de imagen y texto ...) en el que se recoja de forma clara, rigurosa y comprensible la suficiente información sobre la patología, la evolución de la misma, los tratamientos y objetivos y aclaraciones de la dudas más frecuentes, así como un calendario de revisiones y controles del paciente, la cirugía, valoración anestésica, el ingreso y vida al alta y controles posteriores.

Establecer un contacto entre el paciente-familia y los profesionales que van a atenderle y establecer un canal de comunicación con la familia en especial durante la cirugía.

INDICADORES
Se realizará mediante encuestas diferentes dirigidas a familiares y pacientes en los que se evalúe tres parámetros en distintos momentos del seguimiento,(control en consultas a los 6 meses, previa a la cirugía y al alta). Los parámetros a valorar son:

Conocimientos aportados sobre la patología y su tratamiento.

Cumplimiento entre lo planificado y lo que se ha ajustado a la realidad del seguimiento.

Grado de satisfacción y calidad de la atención recibida

Así mismo en dichas encuestas se puede incluir un apartado de “sugerencias” que nos ayuden a mejorar y corregir mientras se realiza el proyecto.

DURACIÓN
El desarrollo del proyecto puede requerir de un periodo de tiempo no inferior a los 18 meses. Habitualmente los pacientes que se intervienen de escoliosis anualmente suelen ser unos 20 de los cuales no todos aunque sí la mayoría son EIA.

En 2-3 meses es posible tener identificadas los puntos más conflictivos y haber realizado los materiales de información. Estableciendo un calendario de recogida de datos a partir de los 6,12, y 18 meses posteriores con la interpretación de los resultados en dichos momentos y un posible balance final a los 24 meses.

OBSERVACIONES
En lo referente al soporte físico de la información consideramos que puede ser más útil un soporte informático en forma de archivo PDF en el que se incluyan imágenes y textos. Este soporte puede ser explicado en consultas, enviado a una dirección de
e-mail o bien en una memoria USB del paciente con un coste cero.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0805

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS CABALLERO BURBANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ DELGADO FERNANDO
CAMIN GOMEZ ANA
LATAPIA RALUY RAQUEL
LUNA TORRES CARMEN
ALDABAS SORIANO SILVIA
MIGUEL CIHUELO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
OBJETIVO 1: MEJORAR GESTIÓN DE LAS AGENDAS DE CONSULTAS EXTERNAS
- El Dr. Martínez Delgado se reunió con el Servicio de Admisión para solicitar la modificación de las agendas consultas externas.
- La Dra Caballero realizó formato de informe específico de la UR de alta de proceso de consultas externas
OBJETIVO 2: MEJORAR COMUNICACIÓN DE INDICACIONES DE MANEJO DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO ENTRE QUIRÓFANO Y PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN
- Se realiza reunión entre FEAs UR y personal de enfermería de quirófano y planta de hospitalización para concretar la forma mas eficaz de comunicación de las instrucciones postoperatorias dictadas en quirófano para manejo en planta.
OBJETIVO 3: IMPLANTACION DE SISTEMATICA DE CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
- Se realiza un formato específico para registrar el dolor postoperatorio y control de analgesia de rescate (Dr Martínez) y la Supervisora Carmen Luna informa a todo el personal de enfermería de su existencia y obligatoriedad de cumplimentarlo.
- Evaluación de las encuestas
OBJETIVO 4: OBTENER ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
- Elaboración de un formato de registro de satisfacción del paciente
- Se realiza reunión informativa con personal de enfermería de la planta que deberá entregar y recoger a cada paciente dicho formato.
- Análisis de las encuestas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
REVISION DE MARCADORES (Fórmulas aplicadas y método explicado en el proyecto inicial)
* Porcentaje de consultas con >25 pacientes: 52%.
OBJETIVO NO CUMPLIDO por ser > 10%
* Porcentaje de pacientes citados sin historia clínica: 2,54%
OBJETIVO CUMPLIDO por ser > 5%
* Porcentaje de pacientes dados de alta de planta con cita en consulta externa para revisión: 98´2%
OBJETIVO CUMPLIDO por ser > 95%
* Modificación de agenda de las consultas externas para albergar pacientes de alta hospitalaria: SI
OBJETIVO CUMPLIDO. Se acuerda realizar un formato en el que se recogerán los pacientes que deben ser citados tras el alta hospitalaria, el código de citación y la fecha de cita. Dicho formato será cumplimentado por la secretaria y enviado diariamente a citaciones.
* El informe específico de la UR de alta de proceso está hecho y se está utilizando ya en consultas de UR
OBJETIVO CUMPLIDO
* Porcentaje de intervenciones con instrucciones de manejo postoperatorio inexistentes o confusas: 2´3%
OBJETIVO CUMPLIDO por ser <5%
* Se comprueba la existencia de un formato específico para registrar el dolor postoperatorio y control de analgesia de rescate, por lo que el objetivo se ha cumplido.
* Porcentaje de pacientes con registro de dolor postoperatorio completo: 100%.
OBJETIVO CUMPLIDO por ser >90%
* La satisfacción con el tratamiento del dolor de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla ha sido de 4´68/5.
OBJETIVO CUMPLIDO por ser >3´5
* El grado de satisfacción en pacientes sometidos a prótesis total de rodilla ha sido de 4´57/5.
OBJETIVO CUMPLIDO por ser >3´5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la revisión de los objetivos planteados para el año 2016 en nuestra Unidad, observamos que casi todos ellos han sido cumplidos. Tras nuevas revisiones hechas a lo largo del año 2017, hemos seguido cumpliéndolos y afianzándolos. Todo esto anima a la Unidad a continuar trabajando y a plantearnos nuevos objetivos ya presentes y futuros.
No obstante, queda pendiente conseguir que el número de pacientes citados en nuestras consultas sea controlado y se ajuste a los estándares marcados, por lo que hemos de continuar trabajando en ello.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0805

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

*** ========== Resumen del proyecto 2016/805 ========== ***

Nº de registro: 0805

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Autores:
CABALLERO BURBANO MARIA JESUS, MARTINEZ DELGADO FERNANDO, CAMIN GOMEZ ANA, LATAPIA RALUY RAQUEL, LUNA TORRES CARMEN, ALDABAS SORIANO SILVIA, MIGUEL CIHUELO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Unidad De Rodilla del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la Unidad de Rodilla para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro planteamiento es: mantener la certificación 9001, recién implantada en nuestra Unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar gestión de las agendas de Consultas Externas
2. Mejorar comunicación de indicaciones de manejo del postoperatorio inmediato entre quirófano y planta de hospitalización
3. Implantación de sistemática de control del dolor postoperatorio por parte del personal de enfermería
4. Obtener alto grado de satisfacción en pacientes sometidos a Artroplastia total de rodilla

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.
OBJETIVO 1
Acción/es Responsable
Reunión con Sº de Admisión para abordar problema: Dr. Martínez
Solicitud Modificación de Agendas: .....Dr. Martínez
Elaboración Alta de Proceso…….....Dra. Caballero
Disciplina en Citaciones…….....Todo el Personal
OBJETIVO 2
Acción/es Responsable
Puesta en Común Facultativos/ Enfermería…….Dra. Aldabas
Modificación Pautas de Tratamiento……..Dra. Aldabas
Disciplina en la redacción de tratamientos……...Todos F.E.A.
OBJETIVO 3
Acción/es Responsable
Creación de Formato……Dr. Martínez / R. Latapia
Reunión Informativa Enfermería…….C. Luna
Cumplimentación de Registros…….Todos D.U.E.s
Evaluación de Encuestas…….. A. Camín/ R. Latakia
OBJETIVO 4
Acción/es Responsable
Creación de Formato……...Dra. Caballero
Reunión Informativa Enfermería……C. Luna

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0805

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Entrega y recogida de Registros.....Todos D.U.E.s
Evaluación de Encuestas.....Dr. Martínez

INDICADORES
OBJETIVO INDICADOR Y FÓRMULA
1.1: Porcentaje de Consultas con más de 25 pacientes Citados
(Consultas con exceso/Total de consultas) x 100
Actual: N.C.; Objetivo:<10%
1.2.: Porcentaje de pacientes citados sin historia clínica
(Pacientes sin historia/Total de citas) x 100
Actual: N.C.; Objetivo: <5%
1.3.: Porcentaje de pacientes dados de alta desde planta con cita en consulta externa para revisión.
(Pacientes con cita /Total Altas de Hospitalización) x 100
Actual: N.C.; Objetivo: >95%
1.4.: Agendas modificadas para albergar pacientes de alta hospitalaria
Agenda Modificada (Sí/No)
Actual: No.; Objetivo: Si
1.5.: Existencia de Informe específico de la Unidad de Alta de Proceso para remitir a Atención Primaria
Informe Creado (Sí/No)
Actual: No.; Objetivo: Si
2.1.:Porcentaje de intervenciones con instrucciones de manejo postoperatorio inexistentes o confusas
(Instrucciones incorrectas/Total de Intervenciones) x 100
Actual:N.C.; Objetivo: <5%
3.1.:Existencia de Formato Específico para registrar dolor postoperatorio y control de analgesia de rescate
(mórficos)
Formato existente (Sí/No)
Actual:No; Objetivo: Si
3.2.:Porcentaje de pacientes con registro de dolor postoperatorio completo
(Pacientes con registro/Total de Intervenciones) x 100
Actual:N.C.; Objetivo: >90%
3.3.: Satisfacción con el tratamiento del dolor de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla
Media de la? pregunta 5 Encuesta PTR / Total de Encuestas
Actual:N.C.; Objetivo: >3,5
4.1.: Satisfacción con el proceso de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla
Media de la? Puntuación Encuesta satisfacción PTR / Total de Encuestas
Actual:N.C.; Objetivo: >3,5

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revisión por la Dirección: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017
-Formación de los profesionales y sesiones de Unidad: Enero-Diciembre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: trimestral
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1401

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MARTIN HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA JOSE MARIA
MATEO AGUDO JESUS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha puesto en marcha la interconsulta virtual Atención Primaria- Servicio de Traumatología mediante plataforma electrónica disponible en la historia clínica electrónica que permite la comunicación bidireccional médico de AP-Facultativo especialista.
Se ha cumplido el cronograma mediante periodo de prueba inicial con dos centros de salud (San Pablo y Puerta del Carmen) entre abril y septiembre de 2017 y extensión a todos los centros de salud del Sector Zaragoza II a partir de octubre de 2017.
Se han llevado a cabo reuniones con los coordinadores y facultativos de los centros de salud y con dirección y subdirección de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: Porcentaje de interconsultas virtuales resueltas sobre el total de interconsultas realizadas. Resultado 100%.
Resolución de un 40% de procesos sin necesidad de consulta presencial en Traumatología.
Disminución de un 40% entre septiembre 2017 y diciembre 2017 en el número de solicitudes de consulta remitidas por atención primaria.
Disminución de la demora para primera consulta en el Servicio de Traumatología en CCMM de especialidades Ramón y Cajal y San José.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La interconsulta virtual ha permitido mejorar sensiblemente la derivación de pacientes desde atención primaria al Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet, constituyendo una herramienta versátil que permite una comunicación directa entre médico de Ap y especialista y una mayor agilidad en el tránsito del paciente entre niveles asistenciales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1401 ========== ***

Nº de registro: 1401

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Autores:
MARTIN HERNANDEZ CARLOS, PEREZ GARCIA ANASTASIO JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La derivación de pacientes desde Atención Primaria al Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HUMS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1401

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ATENCION PRIMARIA Y SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

y a sus Centros de especialidades Médicas se realiza a menudo sin haberse realizado el tratamiento previo adecuado o sin las pruebas complementarias pertinentes, lo que origina un incremento innecesario de la frecuentación de las consultas de Atención especializada y un aumento de las molestias generadas a los pacientes como consecuencia de ello. Por otra parte, algunos de los pacientes enviados a consulta especializada podrían beneficiarse de un tratamiento adecuado facilitado por el especialista sin necesidad de cambiar de nivel asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar continuidad asistencial
Aumentar la eficiencia y calidad en la gestión de las patologías del Aparato Locomotor.
Disminuir la demora del buzón de citaciones de las consultas externas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.
Facilitar la accesibilidad del paciente a lasconsultas externas del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.
Población diana: Pacientes de los Centros de AP que van a ser derivados al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS.

MÉTODO
Una consulta diaria dedicada a evaluar y responder las interconsultas de derivación de los centros de salud del sector Zaragoza II al Servicio de COT del HUMS.
Reuniones periódicas con los centros de Atención Primaria para optimización y seguimiento del proyecto.

INDICADORES
Número de interconsultas resueltas / número de interconsultas realizadas. Estándar =100%

Tiempo medio de respuesta de las interconsultas. Estándar < 7 días

DURACIÓN
Durante todo el año 2017 se evaluará la efectividad del proyecto en dos centros de salud.
Inicio: Abril 2017
Fin: Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0871

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANDRES AGUILAR EZQUERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROCHE ALBERO ADRIAN
GARCIA MARTINEZ BEATRIZ
YUSTE BENAVENTE VALENTIN
JORDAN PALOMAR ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un grupo de comunicación específico entre los miembros del grupo de trabajo, lo que permitió el conocimiento casi instantáneo de los casos clínicos por los cirujanos que debían tratarlos. Asimismo, se llevaron a cabo las reuniones planificadas para discutir los detalles de cada caso particular, tanto respecto al tipo de tratamiento que se requería, ya fuese quirúrgico o no, como respecto al momento y lugar idóneo de la intervención quirúrgica, en función de si se necesitaba un tratamiento mayormente traumatológico o de reparación de partes blandas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 12 pacientes fueron atendidos por el grupo de trabajo multidisciplinar, con un tiempo de interconsulta en todos los casos inferior a 48 horas. Seis pacientes pertenecían inicialmente al servicio de Traumatología y uno al de Cirugía Plástica; habiendo sido derivados de otros centros cinco. En seis pacientes se solicitaron pruebas diagnósticas adicionales, como angioTAC.
Un paciente fue tratado mediante terapias no quirúrgicas, con curas programadas por el servicio de Cirugía Plástica o terapia de vacío; y 6 requirieron una intervención quirúrgica conjunta para tratar los problemas de cobertura en el mismo acto que las fracturas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización de este proyecto se ha objetivado el alto número de casos complejos que el Hospital Miguel Servet recibe, y la dificultad para su tratamiento en conjunto. El tiempo de atención al paciente ha mejorado susceptiblemente respecto al sistema anterior de hojas de interconsulta, que no garantizaban un tiempo mínimo hasta la consulta ni un seguimiento adecuado por el mismo grupo de profesionales. Asimismo, la creación de este grupo ha facilitado la coordinación entre dos servicios muy diferentes para la realización de intervenciones conjuntas, cosa que siempre es complicada sin la implicación directa de los médicos responsables.
Por todo esto, creemos que las actividades realizadas por este grupo de trabajo han sido beneficiosas tanto para el paciente, acortando tiempos de espera y consensuando tratamientos, como para el hospital, minimizando el período de ingreso y facilitando la coordinación interdepartamental.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/871 ========== ***

Nº de registro: 0871

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

Autores:
AGUILAR EZQUERRA ANDRES, ROCHE ALBERO ADRIAN, GARCIA MARTINEZ BEATRIZ, YUSTE BENAVENTE VALENTIN, JORDAN PALOMAR ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0871

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE TRAUMATIZADO CON LESION GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Hospital Miguel Servet, dado su volumen de pacientes e importancia como hospital de referencia, recibe gran cantidad de pacientes con traumatismos óseos que además asocian lesiones graves de tejidos blandos. Por otro lado, el servicio de Cirugía Plástica recibe pacientes trasladados de otros centros para tratamiento de lesiones de partes blandas que asocian lesiones óseas que requieren de tratamiento por parte del servicio de Traumatología. La particular patología de estos pacientes hace que hayan de ser tratados por ambos servicios ya sea de forma simultánea en la misma intervención quirúrgica o de manera escalonada, con la dificultad que conlleva respecto a organización de quirófanos y personal por ambos servicios. Por otro lado, los cuidados postoperatorios de las lesiones de tejidos blandos influyen muchas veces en el seguimiento habitual y evolución de las lesiones óseas.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende crear un grupo de trabajo mixto entre componentes de la unidad de Fracturas y cirujanos plásticos especializados en miembro inferior para optimizar el estudio y tratamiento de estos pacientes, coordinando las intervenciones quirúrgicas necesarias en el menor tiempo posible, para así reducir la estancia hospitalaria de estos pacientes, que muchas veces se alarga por la solicitud de pruebas diagnósticas adicionales y la dificultad respecto a la disponibilidad de quirófanos.

MÉTODO
Con este proyecto se pretende:
-Evaluación precoz de los pacientes ingresados en uno de los servicios por los especialistas del otro, en un máximo de 48 horas.
-Reuniones periódicas según dicte la idiosincrasia de los pacientes, pero con un mínimo de dos al mes, para el estudio detallado de los casos y valoración de su evolución.
-Discusión y en su caso, petición de pruebas diagnósticas adicionales desde el momento de su evaluación inicial para disminuir la estancia hospitalaria.
-Discusión del mejor momento para el tratamiento de cada una de las lesiones para planificar las intervenciones quirúrgicas y optimizar la ocupación de quirófanos, decidiendo si es más adecuado realizarse en el quirófano de Cirugía Plástica o Traumatología en función de las lesiones a tratar y la terapéutica a llevar a vabo.
-Puesta en común de la posible evolución de las lesiones para optimizar el tratamiento al alta.

INDICADORES
-Número de pacientes que cumplen el perfil antes expuesto.
-Número de pacientes en que se realizó evaluación precoz.
-Tiempo de demora entre el ingreso y la petición de las pruebas complementarias.

DURACIÓN
Inicio: Septiembre 2018
Final: Septiembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1100

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MODREGO ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO
GOMEZ BLANCO ANDRES
GARCIA CALVO VERONICA
AGUILAR EZQUERRA ANDRES
LALLANA DUPLA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HA REALIZADO UN GRUPO PARA IDENTIFICACION DE LOS PRINCIPALES PROCESOS ATENDIDOS EN URGENCIAS., CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS Y
ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN IDENTIFICADO Y CLASIFICADO LOS PRINCIPALES PROCESOS TRAUMATOLOGICOS ATENDIDOS EN URGENCIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA COLABORACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE URGENCIAS, TRAUMATOLOGIA HA RESULTAQDO DIFICIL, LO MISMO QUE LA RECOGIDA DE LAS PATOLOGÍAS TRAUMATOLOGICAS ATENDIDAS EN URGENCIAS

7. OBSERVACIONES.
NINGUNA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1100 ========== ***

Nº de registro: 1100

Título
OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA

Autores:
MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER, LALLANA DUPLA JOSE JAVIER, GARCIA CALVO VERONICA, GOMEZ BLASCO ANDRES, AGUILAR EZQUERRA ANDRES, MONGE VAZQUEZ MARIA EUGENIA, GARCIA MARTINEZ BEATRIZ, LACLERIGA GIMENEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EXISTE UNA SOBRECARGA EVIDENTE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS, CON AMPLIA VARIABILIDAD EN CUANTO A SUS DIAGNOSTICO, GRAVEDAD Y PROBLEMÁTICA SOCIAL. SIENDO EN MUCHOS CASOS ESTA VÍA LA ELEGIDA POR LOS PACIENTES COMO VÍA RÁPIDA DE ACCESO A COSULTAS PARA EVITAR LAS LARGAS DEMORAS DEL SISTEMA EXISTENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAR UN SSITEMA DE IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN Y DERIVACIÓN DE PACIENTES ENTRE URGENCIAS Y CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUAMTOLOGÍA QUE OPTIMIZE EL TRATAMIENTO DE LOS MISMOS EN BASE A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.

MÉTODO
SE ESTABLECERÁ UNA COMISIÓN DE CALIDAD CON LA PARTICIPACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, Y ADMISIÓN SIN DESCARTAR LA PARTICIPACIÓN DE ATENCION PROMARIA SI FUERA PRECISO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1100

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS PUERTAS DE URGENCIAS Y DERIVACIONES A CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACION DE LOS PRINCIPALES PROCESOS ATENDIDOS EN URGENCIAS.
CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.
ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS.
SEGUIMIENTO SEMANAL DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES Y POSTERIORMENTE MENDSUAL DEL FUCIONAMIENTO DE DICHO PROTOCOLO.
CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS INTEGRAL
CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIFICA DE TRAUAMTOLOGIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DERIVADOS DE URGENCIA CONCRITERIOS DE ATENCIÓN ESPECÍFICA (FRACTURA RADIO, FRACTURA HÚMERO, FRACTURA MANO…)
CREACIÓN DE UN SISTEMA PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL CON COLABORACIÓN DE TRABJADORES SOCIALES Y ATENCIÓN AL PACIENTE

INDICADORES
-PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS NO CONSIDERADO EL EPISODIO COMO URGENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO
- PACIENTES DERIVADOS A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA INCORRECTAMENTE SEGÚN PROTOCOLO ELABORADO
-SEGUNDAS VISITAS EN URGENCIAS
-PACIENTES INCLASIFICABLES
-PACIENTES QUE NO ACUDEN A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA TRAS LA DERIVACIÓN DESDE SERVICIO DE URGENCIAS
-PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DESDE CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA
-PACIENTES ATENDIDO EN URGENCIAS POR PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL NO MÉDICA

DURACIÓN
3 MESES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UNA COMISIÓN INTEGRADA POR SERVICIO DE URGENCIAS, TRAUMATOLOGÍA, ADMISIÓN Y POSIBLEMENTE ATECIÓN PRIMARIA PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS, ELABORAR PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS DE TRAUMATOLOGÍA Y CREACIÓN DE UN CUADRO DE MANDOS
TRES MESES POSTERIORES PARA CREACIÓN DE CONSULTAS DE TRAUMATOLOGÍA CON CONTENIDO ESPECÍFICO (PATOLOGÍA TRAUMATICA ESPECIFICA POR SEGÚN EL TIPO DE FRACTUA, PATOLOGIA CON PROBLEMÁTICA SOCIO-LABORAL…)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1102

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES ANCIANOS CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MODREGO ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS
LUMBRERAS VIRGOS RUTH ELISA
ROCHE ALBERO ADRIAN
RIPALDA MARIN JORGE
CARBONEL BUENO IGNACIO
CORELLA ABENIA EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO FARMACOLOGICO EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO FRACTURA OSTEOPOROTICA DE HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HA CONSEGUIDO UN PROTOCOLO FARMACOLOGICO PENDIENTE DE INICIAR SU APLICACIÓN EN LA PRACTICA CLÍNICA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA COLABORACIÓN ENTRE LOS MIEMBROS DEL GRUPO HA SIDO ESENCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE UNPROTOCOLO FARMACOLOGICO EN LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS OSTEOPOROTICAS DE HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

7. OBSERVACIONES.
NINGUNA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1102 ========== ***

Nº de registro: 1102

Título
DISMINUCION DEL NUMERO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES ANCIANOS CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPROTICA DE CADERA, HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

Autores:
MODREGO ARANDA FRANCISCO JAVIER, GARRIDO SANTA MARIA ISAIAS, LUMBRERAS VIRGOS RUTH ELISA, ROCHE ALBERO ADRIAN, RIPALDA MARIN JORGE, CARBONEL BUENO IGNACIO, CORELLA ABENIA EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL ÍNIDCE DE NUEVAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS TRAS UNA PRIMERA FRACTURA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL ES ELEVADO, CON CIFRAS QUE VARÍAN EL LA BIBLIOGRAFÍA MÉDICA ENTRE UNOS PORCENTAJES DEL 14% AL 86%. EXISTE UN DÉFICIT EN EL TRATAMIENTO PREVENTIVO FARMACOLÓGICO TRAS UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN EL ANCIANO. LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA TERAPEUTICO Y DE MEDIDAS HIGIENICAS PREVENTIVAS DISMINUIRÍA EL PORCENTAJE DE NUEVAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN EL ANCIANO TRAS UN PRIOMER EPISODIO DE FRACTURA DE CADERA HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL POR FRAGILIDAD.

RESULTADOS ESPERADOS
- DISMINUIR EL NÚMERO DE FRACTURAS EN EL LOS PACIENTES ANCIANOS TRAS UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL POR FRAGILIDAD
- INSTAURAR UN PRTOTOCOLO TERAPEUTICO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1102

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES ANCIANOS CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HUMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL

OSTEOPORICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.
- INSTAURAR UNA GUIA DE RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAS Y HABITOS CORRECTOS EN PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE FRACTURA OSTEOPORICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.

MÉTODO
EL PROYECTO DE MEJORA ABORDARÁ LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES:
SE ELABORARÁ UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVENTIVO DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL POR FRAGILIDAD QUE SE INCLUIRÁ EN EL INFORME DE ALTA DEL MISMO.
SE REALIZARÁ POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO TRAUMATOLÓGICO, GERIATRICO, FISIOTERAPEUTAS Y DE ENFERMERÍA UNA LABOR INFORMATIVA SOBRE LAS MEDIDAS DIETÉTICAS, POSTURALES, ALIMENTICIAS PREVENTIVAS PARA EVITAR NUEVAS FRACTURAS, ELABORANDOSE UNA HOJA INFORMATIVA AL ALTA DEL PACIENTE CON DICHAS RECOMENDACIONES.

INDICADORES
- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO EN SUCESIVAS CONSULTAS POSTALTA.
- PORCENTAJE DE PACIENTES REINGRESADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA TRAS TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EL PRIMER AÑO

DURACIÓN
3 MESES PARA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CREACIÓN DE UN GRUPO INTERDISCIPLINAR PARA LA ELABORACIÓN DE LA PAUTA TERAPEUTICA A SEGUIR COMO PREVENCIÓN DE NUEVAS FRACTURAS EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.
3 MESES PARA ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO FARMACOLÓGICO Y UNA HOJA INFORMATI HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL VA AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA, HÚMERO PROXIMAL Y RADIO DISTAL.
1 MES PARA INFORMACIÓN A TODO EL PERSONAL MÉDICO, DE ENFERMERIA, FISIOTERÁPICO Y TRABAJADORES SOCIALES DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS E HIGIENICO-DIETETICAS.
INICIO DEFINITIVO DE LAS PRESCRIPCIONES FARMACOLOGICAS Y HOJA DE RECOMENDACIONES EN EL INFORME DE ALTA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1107

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARINA ANGULO TABERNERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑA JIMENEZ DIEGO
LOSTE RAMOS ANTONIO
SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE
TABUENCA SANCHEZ ANTONIO
CHARLEZ MARCO ALFREDO
RODRIGUEZ VELA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad quirúrgica principal de la Unidad de Columna del Hospital Universitario Miguel Servet es la artrodesis de la columna lumbar en pacientes con patología degenerativa de columna lumbar. La artrodesis se consigue mediante la colocación de un montaje con tornillos pediculares y barras y el aporte de injerto óseo hasta alcanzar la fusión de las articulaciones lumbares. La colocación de estos tornillos durante la intervención se realiza con referencias anatómicas bajo control de escopia intraoperatoria. De manera rutinaria en el control postoperatorio se realiza una radiografía simple en proyecciones anteroposterior y lateral.

En ocasiones debido a las alteraciones anatómicas secundarias a la artrosis facetaria o inestabilidad vertebral la colocación de los implantes puede ser inadecuada, siendo el motivo de realización de nuevas pruebas diagnósticas (como radiografías adicionales, RMN y TC), re-intervenciones para retirada o recolocación de implantes mal posicionados, ciáticas postoperatorias o lesiones neurológicas que condicionan el buen resultado de la intervención. La tasa de mal posicionamiento de tornillos con escopia 2D ronda el 5,16%.

El O-ARM es un sistema de imágenes de tomografía computarizada (TC) intraoperatorio que puede proporcionar información e imágenes de alta calidad al cirujano y permitir la colocación navegada de implantes de columna como tornillos y dispositivos intersomáticos. Se calcula que el O-ARM puede reducir la tasa de mal posicionamiento de tornillos del 5,16% con la escopia 2D al 1,23% con el TAC intraoperatorio.

El objetivo del trabajo era evaluar hasta que punto es el O-ARM útil en la colocación de la instrumentación de columna comparado con el empleo de escopia intraoperatoria 2D y valorar si ello supone una reducción de las complicaciones.

Durante este año hemos recogido en una base de datos Excel, las cirugías de artrodesis realizadas con escopia 2D y O-ARM. De cada uno de los pacientes, codificados con su número de historia clínica, se recogieron datos demográficos como edad, sexo, diagnostico, numero de niveles fijados y descomprimidos, ciáticas iatrogénicas, pruebas postoperatorias extras y necesidad de reintervención para retirada o recolocación de los tornillos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para la realización del estudio se revisaron los partes quirúrgicos desde 1 de enero de 2018 a 31 de diciembre de 2018 observándose los siguientes resultados.

Se intervinieron un total de 201 pacientes de artrodesis de columna lumbar durante 2018. El 58% eran varones y el 42% mujeres con una edad media de 62 años. De ellos 25 (12,5%) se intervinieron con sistema O-ARM y 176 (87,5%) con sistema de radiografía 2D.

En el grupo de los pacientes intervenidos con escopia 2D hubo 6 (3,4%) casos de malposión de tornillo sintomática que requirieron, en todos ellos, de la realización de pruebas (RMN y TAC postoperatoria) y una reintervención para retirada/recolocación del mismo. No fue necesaria la realización de pruebas extras ni reintervenciones en el grupo de pacientes intervenidos con O-ARM.

Respecto al tiempo quirúrgico, el empleo del O-ARM vió incrementada la duración del tiempo quirúrgico en una media de 85 minutos, debido a la laboriosa colocación del paciente, la verificación del nivel con el O-ARM, problemas de manejo del ordenador por la curva de aprendizaje por parte de los técnicos de rayos, la realización del TC pre e intraoperatorio postoperatorio y la colocación adecuadamente en el campo quirúrgico de la estrella de referencia. Tras la colocación de los implantes el resto de la cirugía de descompresión transcurre sin cambios a la técnica habitual, considerándose por ellos las diferencias de duración en la cirugía atribuibles íntegramente al manejo del O-ARM.

No se ha observado diferencia en la estancia hospitalaria de los pacientes intervenidos con O-ARM a los intervenidos con escopia convencional siendo las estancias medias de 5,6 días y 5,2 días, respectivamente.

Como beneficio del empleo está la no radiación del equipo quirúrgico, no cuantificable debido a no llevar dosímetros, y la realización de un TC de control que asegura la adecuada colocación de los implantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1107

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Hace falta mejorar la formación del equipo implicado en el manejo del O-ARM ya que supone un incremento del tiempo operatorio y un menor aprovechamiento del quirófano.

2. El O-ARM asegura, en nuestra experiencia, la adecuada colocación de los tornillos pediculares. Seria necesario un estudio con más artrodesis en el grupo de cirugía navegada para valorar estadísticamente los datos.

3. Nuestra unidad tiene una baja tasa de malposición de implantes en comparación con las observadas en la bibliografía. Por ello, debido al mayor tiempo quirúrgico de la técnica, proponemos el empleo del O-ARM en pacientes seleccionados, en los que la colocación de los implantes con escopia 2D puede verse dificultada. A este grupo pertenecerían los pacientes con mucha hipertrofia articular, muy obesos, escoliosis o alteraciones anatómicas (como reintervenciones, tumores, malformaciones vertebrales o infecciones), siendo estos los que mas riesgos de malposición de implantes tienen.

7. OBSERVACIONES.
Durante la realización del proyecto de mejora debido a la organización del servicio y la reducción generalizada de quirófanos, la unidad de columna vió disminuida en un 40-50% su actividad quirúrgica, lo que afecto a la realización del proyecto de mejora por verse disminuido el volumen de pacientes intervenidos, especialmente los del grupo O-ARM al solo tener un día a la semana el sistema de navegación asignado.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1107 ========== ***

Nº de registro: 1107

Título
EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

Autores:
ANGULO TABERNERO MARINA, PEÑA JIMENEZ DIEGO, LOSTE RAMOS ANTONIO, SUÑEN SANCHEZ ENRIQUE, TABUENCA SANCHEZ ANTONIO, CHARLEZ MARCO ALFREDO, RODRIGUEZ VELA JAVIER, CERDAN MORENO SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la cirugía de columna es frecuente la colocación de implantes del tipo de tornillos o dispositivos intersomáticos. Habitualmente se colocan con referencias anatómicas y bajo control de escopia 2D intraoperatorio. Debido a las alteraciones anatómicas secundarias a la artrosis facetaria o inestabilidad en ocasiones la colocación puede ser inadecuada siendo el motivo de realización de nuevas pruebas diagnosticas (como Rx, RMN y TAC), re-intervenciones para retirada o recolocación de implantes mal posicionados, ciáticas postoperatorias o lesiones neurológicas que condicionan el buen resultado de la intervención.

El O-ARMN es un sistema de imágenes de tomografía computarizada (TC) intraoperatorio que puede proporcionar información e imágenes de alta calidad al cirujano y permitir la colocación navegada de implantes de columna como tornillos y dispositivos intersomáticos. Se calcula que el O-ARM puede reducir la tasa de mal posicionamiento de tornillos del 5,16% con la escopia 2D al 1,23% con el TAC intraoperatorio.

Queremos evaluar hasta que punto es el O-ARM útil en la colocación de la instrumentación de columna comparado con el empleo de escopia intraoperatoria 2D y valorar si ello supone una reducción de las complicaciones derivadas de ello.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana serían pacientes con indicación de artrodesis de columna con implantes en los que se emplea el navegador O-ARM o la escopia 2D convencional.

Gracias a la navegación intraoperatoria O-ARM esperamos observar una mejoría en los siguientes aspectos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1107

1. TÍTULO

EMPLEO DE LA CIRUGIA NAVEGADA (O-ARM) EN CIRUGIA DE COLUMNA

comparándolos con intervenciones con realizadas con escopia convencional :
- El número de ciáticas postoperatorias atribuibles al mal posicionamiento de implantes
- El número de TAC y RMN postoperatorios atribuibles al mal posicionamiento de implantes.
- En la necesidad de re-intervención precoz para retirada o recolocacion de implantes por mal posicionamiento.
- En la necesidad de recolocar de manera intraoperatoria tornillos mal posicionados.

Tambien valoraremos si el empleo del navegador O-ARM supone un incremento en el tiempo operatorio, perdida hemática, necesidad transfusional, tiempo de ingreso o tasa de infecciones respecto a la cirugía con escopia.

MÉTODO
La realización del trabajo no supone un cambio importante en la actividad habitual de la Unidad de Columna, siendo la técnica quirúrgica y la indicación la misma independientemente de si la colocación del implante se realiza navegada con O-ARM o con la escopia convencional.

La planificacio´n del estudio se basa en estratificar los pacientes en funcio´n de si la intervencion se realiza con O-ARM o escopia convencional. De esta manera analizaremos en cada grupo las complicaciones, el tiempo quirúrgico, clínica postoperatoria y la necesidad de recolocacion intraoperatoria de implantes.

INDICADORES
- Número de estudios de TAC y/o RMN postoperatorios
- Número de re-intervenciones precoces para retirada-modificación de implantess
- Número de ciáticas postoperatorias

Todas estas variables se registrarán en ambos grupos (escopia y O-ARM) y se expresarán respecto al total de pacientes intervenidos de cada grupo.

DURACIÓN
El proyecto tendrá una duración de un año, desde mayo de 2018, fecha de inició del empleo de la cirugía navegada con O-ARM en nuestro centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1502

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA,CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

Fecha de entrada: 18/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN BUISAN FRANCO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL ROMEO CARMEN
FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA
DELGADO ALCALDE CRISTINA
ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA
USON LUCEA SONIA
SUBIAS CADENAS DELIA
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 hemos definido el grupo de trabajo que iba a trabajar en este proyecto .Se han priorizado las intervenciones quirurgicas que se iban a incluir en los protocolos formato de fichas quirurgicas.
Se ha buscado la mejor evidencia cientifica disponible y hemos contado con el juicio y valoracion de los profesionales que trabajan diariamente en el area y que son expertos en el tema.
Tras llegar a un consenso se han elaborado las fichas quirurgicas de intervenciones del area de traumatologia,cirugia plastica y maxilofacial.
Se han plastificado e incluido en la carpeta de protocolos quirurgicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los procedimientos quirurgicos que se han protocolizado,en formato de fichas quirurgicas durante el año 2018 han sido:
CIRUGIA PLASTICA:
1.Abdominoplastia
2.Colgajo DIEP (Deep Inferior Epigastrico Perforator)
3.Colgajo Musculocutaneo del Dorsal Ancho
MAXILOFACIAL:
1.Fractura Mandibular
2.Fractura Orbita /Orbitomalar
3.Intubacion Dificil
4.Quistectomia con o sin Extracciones
5.Reseccion de Tumor
6.Vaciamiento Cervical
TRAUMATOLOGIA:
1.Cerclaje de Rotula
2.Fractura Huesos Propios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto hemos pretendido disminuir la variabilidad en la practica asistencial del equipo de enfermeria de los quirofanos de traumatologia,maxilofacial y cirugia plastica asi como facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores practicas y facilitar la incorporacion del personal de enfermeria a nuestra unidad.
Consideramos que es una buena herramientapara la formacion del personal de enfermeria.Aunque el proyecto que se habia definido para este año se considera finalizado,hay que seguir elaborando fichas quirurgicas hasta completar la totalidad de las intervenciones quirurgicas que se realizan en el bloque quirurgico.

7. OBSERVACIONES.
Se sube a fecha de hoy por no recibir correo

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1502 ========== ***

Nº de registro: 1502

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA, CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

Autores:
BUISAN FRANCO MARIA CARMEN, MIGUEL ROMEO MARI CARMEN, FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA, DELGADO ALCALDE CRISTINA, ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA, USON LUCEA SONIA, SUBIAS CADENAS DELIA, AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1502

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEROS EN LOS QUIROFANOS DE TRAUMATOLOGIA,CIRUGIA PLASTICA Y MAXILOFACIAL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: QUIRURGICA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante los últimos años, se ha considerado que la variabilidad en la práctica clínica es un verdadero problema asistencial, ya que las diferencias en el tipo de cuidados aplicados, sugieren la existencia de prácticas subóptimas. Disminuir la misma debe ser un objetivo prioritario en cualquier organización sanitaria
Dentro de este marco conceptual vemos la necesidad de elaborar protocolos de enfermería en los quirófanos de trauma, c. plástica y maxilofacial, realizados por y para enfermeras, con el fin de poder contar con una herramienta útil y eficaz, que nos sirva de ayuda, como documento de consulta y formación, contribuyendo así a disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivos nos marcamos
Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial del equipo de enfermería de los quirófanos de traumatología, maxilofacial y cirugía plástica
Conducir la atención de enfermería en la dirección científica.
Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas
Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería por un trabajo bien hecho.

MÉTODO
• Definición del grupo de trabajo.
Priorización de las intervenciones quirúrgicas a protocolarizar.
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible.
Valoración y juicio de los profesionales/ usuarios expertos en el tema
Consenso y elaboración de los protocolos en formato fichas quirúrgicas sobre las técnicas quirúrgicas en el quirófano de trauma, c. plástica y maxilofacial

INDICADORES
Número de procedimientos quirúrgicos del quirófano que se han protocolarizado:
Como mínimo durante el año 2018 se protocolizaran 10 intervenciones quirúrgicas de la especialidad

DURACIÓN
Definición del grupo de trabajo- Abril 2018
Búsqueda de la mejor evidencia científica disponible- Mayo – Septiembre 2018
Valoración y juicio de los profesionales expertos en el tema: Mayo –Septiembre 2018
Elaboración fichas quirúrgicas - Octubre 2018 – Noviembre 2018
Evaluar el proyecto- Diciembre 2018

OBSERVACIONES
Dado el número total de procedimientos existentes en el quirófano de traumatología – c. plástica y maxilofacial para poder completar el proyecto en todas las áreas se considerará un proyecto continuista para los próximos años

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0239

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ ATUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONA BELLOSTAS CAROLINA
RUIZ DE TEMIÑO MARIA MERCEDES
GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio de una actualización sobre el tema, seguido de una puesta en común, discusión y resolución conjunta o elaboración de conclusiones. - Se realizaron 23 sesiones desde mayo hasta Diciembre 2018.

En caso de sesiones con la colaboración de otros servicios, se alternarán ponentes de las distintas especialidades.
Inclusión y participación activa del personal de enfermería tanto de planta como de quirófano. Se realizaron sesiones conjuntas con anestesia pediátrica, traumatología pediátrica, pediatria.

Encuestas de satisfacción- Se realizaron encuestas de satisfacción a todos los asistentes.

Se creará una base de presentaciones para su acceso permanente. - Hasta el momento todas las sesiones estan almacenadas y de acceso a todos los miembros del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron 23 sesiones desde mayo hasta Diciembre 2018.
Se realizaron sesiones conjuntas con anestesia pediátrica, traumatología pediátrica, pediatria.
Se realizaron un mínimo de 3 sesiones mensuales con la excepción de los meses de Julio y Agosto.
Se creó la base de sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las sesiones han sido valoradas positivamente por los miembros del servicio y personal hospitalario. Por lo que se ha dado seguimiento al proyecto, se han iniciados nuevos planes de sesiones para el primer semestre del 2019.

Mejoras: Ampliar las sesiones conjuntas con otros servicios de pediatria de Aragon.
Aumentar las sesiones entre servicio s hospitalarios.
Aumentar la asistencia a los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/239 ========== ***

Nº de registro: 0239

Título
FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Autores:
FERNANDEZ ATUAN RAFAEL, CORONA BELLOSTAS CAROLINA, RUIZ DE TEMIÑO MARIA MERCEDES, GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0239

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las sesiones multidisciplinares dentro de los servicios desempeñan un papel cada vez más importante como punto de encuentro para que los miembros sanitarios del servicio, puedan interactuar y aprender unos de otros.

En la práctica de la asistencia hospitalaria, hay un cuerpo básico de conocimientos tanto desde el punto de vista clínico como científico que todos los sanitarios compartimos. Además existe un nexo de disciplinas transversales y temas relacionados la práctica clínica que puede compartirse en las sesiones multidisciplinares del servicio.

Actualmente la falta de sesiones clínicas tiene como consecuencia una falta de homogeneidad en los tratamientos entre los diferentes miembros del servicio y comunicación subóptima entre los mismos. La consecuencia es confusión en otros miembros de apoyo como enfermería como también pacientes. Este proyecto está diseñado para designar de manera periódica sesiones clínicas de actualización en los temas pertinentes a nuestra práctica clínica y tiene como beneficio adicional ser parte del programa académico de miembros del servicio en formación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Compartir las actualizaciones diagnóstico-terapéuticas en los procesos más prevalentes y que generan actuación multidisciplinar coordinada.
- Favorecer la comunicación entre los miembros del servicio, facilitando además la interacción entre distintos servicios y unidades de nuestro hospital.
- Proporcionar actualización en procesos diagnósticos y terapéuticos
- Actualizar los conocimientos en investigación sanitaria
- Comunicar los diferentes procedimientos, normas de actuación, procesos y protocolos relevantes para todos los profesionales del servicio
- Fomentar el uso de las guías y protocolos clínicos
- Potenciar la retroinformación a los profesionales del servicio

MÉTODO
Reuniones de trabajo para la formulación del temario y asignación de ponentes.

Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio de una actualización sobre el tema, seguido de una puesta en común, discusión y resolución conjunta o elaboración de conclusiones.

En caso de sesiones con la colaboración de otros servicios, se alternarán ponentes de las distintas especialidades. Inclusión y participación activa del personal de enfermería tanto de planta como de quirófano.

Se realizarían un mínimo de 3 sesiones mensuales y máximo de 5 sesiones al mes con la excepción de los meses de Julio y Agosto.

Encuestas de satisfacción, valoración de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora.

Se creará una base de presentaciones para su acceso permanente.

INDICADORES
- Las sesiones clínicas serán evaluadas mediante encuestas de satisfacción al final del programa.
- Asistencia de un mínimo de 3 miembros del servicio - 80%

DURACIÓN
Inicio - 1 de Mayo 2018 - Finalización 31 de Mayo 2019

1- Reuniones de trabajo con miembros del servicio para formulación de temario y asignación de ponentes MAYO - JUNIO 2018.

2- Inicio de sesiones JUNIO 2018

3- Continuación de sesiones SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2018

4 - Continuación de sesiones ENERO - MAYO 2019

5 - Encuestas de satisfacción, valoración de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora. MAYO 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0239

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL FACULTATIVO Y DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0569

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA CORONA BELLOSTAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ATUAN RAFAEL
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO
GONZALEZ RUIZ YUREMA
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES
ANQUELA GRACIA RUTH
MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE
GONZALEZ ESGUEDA AINARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones periódicas con el IIS para consecución con grupo de investigación que es paso previo a iniciar actividad quirúrgica e investigadora en las instalaciones del CIBA.
Desarrollo de un simulador específico para cirugía toracoscópica neonatal mediante la impresión 3d de un tórax de neonato y utilización de vísceras torácica de coneja madre de aproximadamente 2 kg en las se han realizado varias actividades formativas por parte de los adjuntos y residentes del servicio. Contacto con la Universidad de Zaragoza dentro del programa PING SALUD para ofertar el proyecto de mejora de nuestro simulador de atresia de esófago, hasta el momento no se ha asignado el proyecto a ningun alumno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Constitución como grupo de investigación dentro del ISS.
Al menos 10 sesiones de entrenamiento en simulador específico para atresia de esófago.
Primera sesión de entrenamiento "piloto" en modelo animal porcino en las instalaciones del CIBA:
Mejora de la cartera de servicios en cirugía laparoscópica del Servicio de Cirugía Pediátrica: se han realizado nuevas técnicas, como una colectomía total por enfermedad de Hirschsprung en una paciente un año de edad.
Apendicectomías realizadas por vía laparoscópica durante este año> 90%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se han podido conseguir todos los objetivos del programa y seguir el calendario previsto debido a que no hemos podido disponer de presupuesto para la realización de las actividades formativas.
Se solicitó una beca a la Fundación Eugenio Rodriguez Pascual, solicitud que no resultó seleccionada.
Mediante la constitución de grupo de investigación es posible que tengamos acceso a otras becas a través del IIS, que permitirían seguir con el programa previsto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/569 ========== ***

Nº de registro: 0569

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Autores:
CORONA BELLOSTAS CAROLINA, FERNANDEZ ATUAN RAFAEL, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO, GONZALEZ RUIZ YUREMA, RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, ANQUELA GRACIA RUTH, MONTESINOS GUILLEN MARIA JOSE, GONZALEZ ESGUEDA AINARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Quirúrgica Infantil
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0569

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía mínimamente invasiva (CMI) supone una mejora en la calidad de la atención al paciente, ya que produce menos dolor postoperatorio, mejor resultado estético, y una recuperación más precoz de la actividad habitual. Al mismo tiempo, conlleva una introducción constante de novedades tecnológicas que condicionan un cambio en las habilidades y en la forma en la que éstas se aprenden, suponiendo a veces un detrimento de la seguridad del paciente en los inicios de la curva de aprendizaje. Este problema es más acusado en Cirugía Pediátrica, en donde coexiste la complejidad secundaria al pequeño tamaño del paciente y el escaso volumen de patología, alargándose la curva de aprendizaje. Consideramos necesario un apoyo constante a la formación y entrenamiento en las técnicas de CMI para mejorar el tiempo quirúrgico y la seguridad del paciente pediátrico sometido a este tipo de cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliación de la cartera de servicios de Cirugía Pediátrica en el ámbito de la cirugía mínimamente invasiva, manteniendo estándares de seguridad del paciente.
Desarrollo de un programa de entrenamiento en cirugía laparoscópica y toracoscópica en neonatos y pacientes pediátricos de bajo peso mediante simuladores y modelo animal, en colaboración con el CIBA.
Colaboración con la UZ para el desarrollo de una línea de diseño de simuladores específicos para el entrenamiento en cirugía neonatal y en el paciente pediátrico de bajo peso.

MÉTODO
Implementación de un programa de entrenamiento en CMI específico para el paciente neonatal y pediátrico, que incluya a los trabajadores del Servicio de Cirugía Pediátrica. Los cirujanos tendrán al menos una sesión mensual de entrenamiento en técnicas mínimamente invasivas estructurado según niveles de dificultad, haciendo uso de simuladores físicos, virtuales, y animal de experimentación.
Coordinación constante con la UZ mediante un plan de trabajo con reuniones de periodicidad mensual para el desarrollo de simuladores específicos para las patologías neonatales más complejas, como la atresia de esófago.
Protocolización del proceso y del material necesario para las técnicas más habituales.
Entrenamiento del personal de enfermería y auxiliar de Quirófano y Hospitalización en el manejo del nuevo material y los nuevos procedimientos.

INDICADORES
La monitorización del proyecto se realizará en base al tiempo quirúrgico, morbilidad perioperatoria y el tiempo de hospitalización obtenido de la revisión de las historias clínicas de los pacientes en los que se realice alguna de las siguientes intervenciones quirúrgicas:
Piloromiotomía por estenosis hipertrófica de píloro
Cierre de fístula y anastomosis término-terminal por atresia de esófago
Apendicectomía
Lobectomía pulmonar
Colecistectomía
Funduplicatura Nissen
Nefrectomía
Estenosis pieloureteral
Esperamos que en estas patologías se produzca un aumento de los casos realizados con mínima invasión sin aumentar las complicaciones

DURACIÓN
Inicio 1 de marzo de 2018- Final 1 marzo 2019
Marzo 2018: Reuniones de trabajo con personal del CIBA para definir la metodología de las sesiones de entrenamiento que se realizarán en sus instalaciones. Reuniones de trabajo con investigadores de la UZ para puesta en común de los objetivos de desarrollo de simuladores.
Abril-Junio 2018: Primeras sesiones de entrenamiento: Participación del personal en al menos tres sesiones de entrenamiento en animal y tres sesiones de entrenamiento en simulador durante este periodo.
Junio 2018: Revisión del cumplimiento de los objetivos en cuanto a diseño de sistemas de simulación y primera valoración de los criterios de morbimortalidad, tiempo quirúrgico y anestésico en las cirugías mencionadas.
Julio-Septiembre 2018: Formación a personal de enfermería en cuanto a estandarización de procedimientos mínimamente invasivos en patologías concretas.
Septiembre-Enero 2019: Calendario de sesiones de entrenamiento orientados a patologías y técnicas concretas según los déficits encontrados.
Febrero 2019: Revisión de objetivos conseguidos y detección de nuevas oportunidades de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0569

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0789

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES RUIZ DE TEMIÑO BRAVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PEDIATRICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ ANDRES ARMANDO
GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una Hoja de Valoración de criterios de Alta, consensuada por todos los componentes del equipo, y se han establecido los criterios de su aplicación.
Se ha realizado la instrucción al personal de enfermería de la Unidad de CMA en la Planta de Cirugía Pediátrica y al personal de la unidad de CSI (Edificio Multifuncional) que atiende pacientes pediátricos.
Se ha realizado su implantación desde Septiembre 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La implantación de un método de evaluación de los criterios de Alta de los pacientes sometidos a CMA nos ha permitido:
- Agilizar el Alta en pacientes en los que su situación clínica lo permite y que suponen el mayor porcentaje de pacientes.
- Transmitir confianza a las familias, al percibir que se han evaluado previamente unos criterios objetivos de Alta que se han cumplido en el paciente.
- Detectar en el momento adecuado los pacientes que, aunque en número escaso, no han cumplido los criterios de Alta y han tenido que ser ingresados, mejorando así la seguridad clínica del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que la implantación de unos Criterios de Alta de CMA en pediatría contribuye a la seguridad clínica de nuestros pacientes en procedimientos de CMA.
Está pendiente la evaluación de indicadores (Valoración correcta de Alta y de Ingresos y % de ingresos).
La aplicación de esta Evaluación está supeditada al cumplimiento del Protocolo de CMA en Pacientes Pediátricos, especialmente en las indicaciones de CMA por procedimiento y condiciones del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/789 ========== ***

Nº de registro: 0789

Título
EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

Autores:
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, SANCHEZ ANDRES ARMANDO, GONZALEZ GARCIA MARIA JOSE, BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CIRUGIA PROGRAMADA CMA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía pediátrica realizada en régimen ambulatorio o sin ingreso acorta la estancia hospitalaria, reduce la exposición a infecciones nosocomiales, permite la participación activa de los padres, logra un elevado grado de satisfacción del paciente y reduce los costes totales del proceso.
Sin embargo hemos detectado en su puesta en práctica que no existen criterios que establezcan las condiciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0789

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

en las que debe encontrarse el paciente en el momento del Alta de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Cirugía sin Ingreso (CSI). Del mismo modo tampoco están especificadas que condiciones impedirían el Alta de la Unidad y serían motivo de ingreso del paciente. Este problema condiciona en algunos casos retrasos innecesarios del Alta o, con menor frecuencia, pacientes que se van de Alta sin cumplir alguna condición que ocasionalmente es motivo de reingreso.
Con este proyecto pretendemos mejorar la seguridad del paciente, estableciendo criterios de Alta bien definidos, evaluables por el personal de enfermería, que aplicados en el momento adecuado después de la cirugía, permitan discriminar fácilmente si el paciente cumple condiciones para poder trasladarse a su domicilio o por el contrario son motivo de que el médico valore el ingreso del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos discriminar con agilidad y en el momento adecuado, los pacientes pediátricos a los que se puede dar el Alta después de Cirugía Ambulatoria, de aquéllos que no reúnen condiciones de Alta y debe valorarse su ingreso.
Este proyecto es aplicable a todos los pacientes intervenidos en la Unidad de CMA o CSI del Servicio de Cirugía Pediátrica (Planta 3ª del HI y Quirófanos CSI Multifuncional).

MÉTODO
- Realizar una Hoja de Valoración de Criterios de Alta, que incluya los aspectos esenciales que deben reunir los pacientes de acuerdo con la evidencia disponible, consensuando su contenido entre los facultativos del Servicio de Cirugía Pediátrica, el Servicio de Anestesiología y la Supervisión de Enfermería.
- Consensuar su aplicación por los facultativos y el personal de Enfermería.
- Instruir al personal de enfermería en las Unidades de Cirugía Ambulatoria del Servicio de Cirugía Pediátrica en el modo de aplicación.
- Iniciar su aplicación en la Unidades de CMA/CSI

INDICADORES
CRITERIO
Valoración correcta de ALTA
INDICADOR
nº de pacientes de ALTA que reúnen criterios en la Valoración de Criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes de ALTA
FUENTE
Hoja de Valoración de Alta
Informe de Alta
ESTANDAR
>95%
CRITERIO
Valoración correcta de INGRESO
INDICADOR
nº de pacientes que INGRESAN tras Cirugía Ambulatoria que NO reúnen criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes que ingresan FUENTE
Hoja de Valoración de Alta
Informe de Alta
ESTANDAR
>95%
CRITERIO
% valorado de INGRESOS tras Cirugía Ambulatoria
INDICADOR
Nº pacientes que no reúnen criterios de Alta x 100 / nº total de pacientes intervenidos
FUENTE
Hoja de Valoración de Alta
Informe de Alta <5%

DURACIÓN
-Elaboración Hoja de Valoración de Criterios de Alta. Dr. Sánchez, Dra. Ruiz de Temiño (Mayo 2018)
-Consensuarla por Servicio de Cirugía Pediátrica, Anestesiología y Supervisión de Enfermería Mª José Dra. Ruiz de Temiño, González Mª José (Mayo-Junio)
-Instruir personal de Enfermería Dr. Bragagnini(Julio)
-Implantar su aplicación por los facultativos y el personal de Enfermería (Dr. Bragagnini) (Septiembre)
-Evaluación (Marzo 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0789

1. TÍTULO

EVALUACION CRITERIOS DE ALTA TRAS CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0485

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VALENTIN YUSTE BENAVENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NEGREDO QUINTANA ISABEL
JORDAN PALOMAR ELENA IRENE
LANZON LAGA ALBERTO
GONZALEZ RAMOS PEDRO
PARDO GARCIA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Desde la puesta en marcha de este proyecto de mejora de calidad, se ha desarrollado una unidad interdisciplinar ginecología-cirugía plástica destinada a la reconstrucción vulvar inmediata tras vulvectomía.

- Cumpliendo las fechas previstas en el proyecto, se ha desarrollado un protocolo de evaluación preparatoria y reconstrucción inmediata. Dicho protocolo ha sido aprobado por la comisión de calidad del Hospital Universitario Miguel Servet y se encuentra disponible para todos los profesionales.

- Se han protocolizado las características de las paciente susceptibles de reconstrucción inmediata. Asimismo, se ha establecido la evaluación preparatoria sistemática de dichas pacientes por el Servicio de Cirugía Plástica, así como su reconstrucción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Desde la puesta en marcha del protocolo se han intervenido a 9 pacientes de vulvectomía uni o bilateral asociada a reconstrucción inmediata. Atendiendo a los indicadores establecidos en el proyecto:

- El 100% de las reconstrucciones vulvares realizadas fueron inmediatas.

- El 88'8% de las pacientes sometidas a reconstrucción inmediata fueron valoradas con anterioridad y en consultas externas por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

Atendiendo a estos criterios, se ha cumplido hasta la fecha todos los objetivos establecidos en el proyecto de calidad. Se ha observado, asimismo, una reducción considerable en el tiempo de hospitalización de estas pacientes, debida a la menor necesidad de curas de enfermería. Estamos a la espera de obtener un mayor volumen de pacientes para realizar una comparación de la estancia media actual con respecto a la previa a este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El proyecto ha tenido unos resultados satisfactorios, suponiendo una reducción en costes sanitarios y una ganancia en calidad de vida considerables para estas pacientes.

- Se ha observado que muchas de las pacientes presentan carencias nutricionales secundarias a su avanzada edad y proceso oncológico, que pueden dificultar la correcta cicatrización postoperatoria. Se valorará la inclusión del estudio nutricional de las pacientes como parte de la valoración preparatoria por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

- De cara a la realización del proyecto, cabría tener en cuenta que solo existe un servicio de cirugía plástica en nuestra comunidad, y que por tanto su extensión pasaría por dar a conocer dicha unidad a otros centros de nuestro entorno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/485 ========== ***

Nº de registro: 0485

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0485

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

Autores:
YUSTE BENAVENTE VALENTIN, NEGREDO QUINTANA ISABEL, JORDAN PALOMAR ELENA IRENE, LANZON LAGA ALBERTO, GONZALEZ RAMOS PEDRO, PARDO GARCIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las neoplasias/lesiones de vulva son un problema de salud frecuente en la población femenina y supone un gran número de consultas en los Servicios de Ginecología. Además, el Servicio de Ginecología del HUMS es el centro de referencia para el tratamiento de las neoplasias malignas de vulva en Aragón. El tratamiento de dichas neoplasias es sobre todo quirúrgico, requiriendo de la realización de una vulvectomía, hemivulvectomía, tumorectomía… Dichas intervenciones, debido a las características del procedimiento y los tejidos afectos, pueden asociarse con una alta incidencia de dehiscencia y defectos de cobertura del área intervenida.

Las complicaciones descritas, en los casos más graves, van a requerir del uso de colgajos regionales para su cobertura, que son valorados y seleccionados por el cirujano plástico en dependencia de las características del defecto. Sin embargo, al hallarse los defectos de cobertura de forma postoperatoria, la reconstrucción se realizará de forma diferida, lo cual supone una prolongación en la estancia hospitalaria de la paciente y, lo que es más importante, pueden retrasar la aplicación de otros tratamientos oncológicos como la radioterapia. Frente a esta situación, nos encontramos con la reconstrucción inmediata, que se realiza en el mismo acto quirúrgico que la extirpación tumoral, pero que requiere de la evaluación preoperatoria de las pacientes por el Servicio de Cirugía Plástica y de colaboración interdepartamental con el Servicio de Ginecología, debido a la necesidad de seleccionar la técnica reconstructiva previamente a la exéresis tumoral.

Debido a motivos organizativos y de coordinación, hasta ahora la mayoría de estas técnicas se realizan de forma diferida. Actualmente, el Servicio de Cirugía Plástica cuenta con la capacidad de realizarlas de forma inmediata, para lo cual es necesaria la implementación de un sistema de coordinación entre el Servicio de Ginecología y el Servicio de Cirugía Plástica.

Nuestra intención es implementar la evaluación preoperatoria por parte del Servicio de Cirugía Plástica de las pacientes que van a ser sometidas a cirugía de la vulva por parte del Servicio de Ginecología, en el Hospital Universitario Miguel Servet, así como la reconstrucción inmediata de dichas pacientes en caso de considerarse necesaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Evaluación preoperatoria de las pacientes sometidas a cirugía vulvar por parte del servicio de Cirugía Plástica.
- Que, dentro de las pacientes en las que se requiera una reconstrucción vulvar, la reconstrucción inmediata represente al menos un 75%.
- Lograr una colaboración estrecha entre los miembros de los Servicio de Ginecología y de Cirugía Plástica.

MÉTODO
- Protocolización de las características de aquellas pacientes valoradas por el Servicio de Ginecología para decidir su remisión al Servicio de Cirugía Plástica.
- Protocolización de la evaluación preoperatoria de las pacientes sometidas a cirugía de la vulva por parte del Servicio de Cirugía Plástica, así como de la reconstrucción inmediata y seguimiento postoperatorio por parte de dicho servicio.

INDICADORES
- Proporción de pacientes sometidas a vulvectomía y otras intervenciones sobre la vulva, que cumplen los criterios establecidos en el protocolo, evaluadas preoperatoriamente por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

- Proporción de las pacientes sometidas a reconstrucción vulvar inmediata frente a diferida.

DURACIÓN
- Protocolización la reconstrucción vulvar inmediata en el Hospital Universitario Miguel Server antes de diciembre de 2016.
- Tras 6 meses de la realización de dicho protocolo y el inicio de dicha actividad, se realizará una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0485

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE COLABORACION INTERDEPARTAMENTAL GINECOLOGIA-CIRUGIA PLASTICA PARA LA EVALUACION PREOPERATORIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGIA VULVAR

evaluación de los indicadores establecidos.
- Tras 1 año se evaluarán nuevamente los indicadores establecidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO AGULLO DOMINGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONCLUS FUERTES ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han estado centradas primero en la posibilidad real de poder llevar a cabo la consulta con los equipos informáticos que existen en la actualidad así como con el ancho de banda existente.La respuesta ha sido negativa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como ya he comentado en la actualidad NO se puede hacer este tipo de consulta con los equipos de los que disponemos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las posibilidades de efectuar videoconferencia en directo con los equipos informáticos actuales es nula, por lo que vamos a rediseñar el proyecto para empezar una fase de prueba con fotos enviadas a posteriori de los casos que se presenten.
Asímismo se van a actualizar los equipos en breve y veremos las expectativas que se presenten

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1440 ========== ***

Nº de registro: 1440

Título
CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Autores:
AGULLO DOMINGO ALBERTO, MONCLUS FUERTES ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Quemados incluida en el Servicio de Cirugía Plástica del HUMS es una Unidad CSUR y de referencia desde hace años. La población que cubre radica en nuestra Comunidad Autónoma y Provincias/Comunidades limítrofes. Dadas las características de dispersión geográfica de Aragón muchos pacientes deben de desplazarse muchos kilómetros para ser evaluados en esta Consulta Especializada.
La creación de esta Consulta Telemática evitaría muchos desplazamientos de muchos pacientes de fuera de Zaragoza con el consiguiente aumento de la satisfacción del paciente y la disminución de los costes del proceso

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de Consulta Telemática de Quemaduras
Población diana: todos aquellos pacientes de la Comunidad que han sufrido una lesión por quemadura cuyo domicilio está fuera de Zaragoza o hay una imposibilidad manifiesta de desplazamiento a la Consulta de Quemados y que precisan atención especializada

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Creación de la Consulta Telemática
Adecuación de equipos informáticos
Formación del personal
Publicitación del proyecto
Organización citas, días, horas.....
Encuesta de satisfacción a profesionales sanitarios
Corrección de desviaciones
Extensión del proyecto a CCEE de Cirugía Plástica

INDICADORES
Existencia de Consulta Online : si/no
Nº de consultas totales online
Proporción sobre consultas totales de quemados: nº consultas online x 100/ nº consultas totales

DURACIÓN
Adecuación informática para videoconferencia online: 2-3 meses (septiembre)
Formación personal: septiembre 2017
Inicio consulta Online: septiembre/octubre 2017
Encuesta satisfacción: Diciembre 2017/Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO AGULLO DOMINGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONCLUS FUERTES ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 por fin se he procedido a cambiar los equipos informáticos que se habían quedado obsoletos así como el software. Con los actuales podría implementarse una consulta en tiempo real de telemedicina.
No obstante el ancho de banda es insuficiente para ello además de surgir problemas legales sobre la protección de datos en la videoconferencia
Se han realizado no obstante alguna consulta por no en tiempo real sino en diferido, a través de envío de imágenes por correo electrónico (institucional) u otros medios (posibles problemas de protección de datos)
Existe una comunicación fluída entre las Unidades de Quemados que son CSUR y hay intercambio de datos y casos entre ellas. Nuevamente nos encontramos con la falta de un estándar entre Comunidades Autónomas tanto en la historia clínica electrónica como en imágenes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los indicadores que se plantearon.
- Existencia de Consulta Online: NO
- Nº consultas totales: 0
- Proporción entre consultas totales de quemados: 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Servicio sigue muy interesado en poder contar con esta consulta, se evitarían muchos desplazamientos de pacientes (dispersión geográfica de Aragón) y el Hospital podría reducir sus índices de primeras/sucesivas
Esperamos implementación de los equipos informáticos. Si tras la encuesta de satisfacción las cifras son buenas, se podría lanzar la idea a las Consultas Externas de Cirugía Plástica dentro del conjunto de Consulta Virtual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1440 ========== ***

Nº de registro: 1440

Título
CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Autores:
AGULLO DOMINGO ALBERTO, MONCLUS FUERTES ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Quemados incluida en el Servicio de Cirugía Plástica del HUMS es una Unidad CSUR y de referencia desde hace años. La población que cubre radica en nuestra Comunidad Autónoma y Provincias/Comunidades limítrofes. Dadas las características de dispersión geográfica de Aragón muchos pacientes deben de desplazarse muchos kilómetros para ser evaluados en esta Consulta Especializada.
La creación de esta Consulta Telemática evitaría muchos desplazamientos de muchos pacientes de fuera de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1440

1. TÍTULO

CONSULTA TELEMATICA DE QUEMADOS

Zaragoza con el consiguiente aumento de la satisfacción del paciente y la disminución de los costes del proceso

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de Consulta Telemática de Quemaduras
Población diana: todos aquellos pacientes de la Comunidad que han sufrido una lesión por quemadura cuyo domicilio está fuera de Zaragoza o hay una imposibilidad manifiesta de desplazamiento a la Consulta de Quemados y que precisan atención especializada

MÉTODO
Creación de la Consulta Telemática
Adecuación de equipos informáticos
Formación del personal
Publicitación del proyecto
Organización citas, días, horas.....
Encuesta de satisfacción a profesionales sanitarios
Corrección de desviaciones
Extensión del proyecto a CCEE de Cirugía Plástica

INDICADORES
Existencia de Consulta Online : si/no
Nº de consultas totales online
Proporción sobre consultas totales de quemados: nº consultas online x 100/ nº consultas totales

DURACIÓN
Adecuación informática para videoconferencia online: 2-3 meses (septiembre)
Formación personal: septiembre 2017
Inicio consulta Online: septiembre/octubre 2017
Encuesta satisfacción: Diciembre 2017/Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0803

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VALENTIN YUSTE BENAVENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARBONEL BERNAL ROBERTO
BERNAL MARTINEZ ALVARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realizó una revisión sistemática de toda la literatura referente a manejo ambulatorio y con ingreso hospitalario de los pacientes con tumores cutáneos, así como de la seguridad de los procedimientos ambulatorios.
- Con dicha revisión se confeccionó una guía preliminar del manejo de los pacientes con tumores cutáneos, que fue consensuada con los facultativos del Servicio de Cirugía Plástica.
- Tras dicho consenso, se realizó un protocolo de manejo de dichos pacientes titulado "Protocolo para la unificación de criterios en el manejo operatorio de pacientes sometidos a cirugía de neoplasias cutáneas del Servicio de Cirugía Plástica".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desarrollo e implantación de un protocolo de unificación de criterios en el manejo de los pacientes intervenidos por neoplasias dermatológicas, que pretende aumentar la proporción de pacientes intervenidos de forma ambulatoria y descargar las listas de espera del Servicio de Cirugía Plástica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración inicial evidencia la existencia previa de un consumo de recursos en pacientes hospitalizados que podían haber sido intervenidos de forma ambulatoria. Ha existido un consenso intraservicio en la indicación de intervenir a la mayoría de dichos pacientes de forma ambulatoria.
Sin embargo, resulta necesaria la evaluación del impacto del protocolo desarrollado mediante el indicador propuesto en este proyecto durante un periodo de 6 meses a 1 año.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto se va a continuar durante el año 2019 de cara a valorar el impacto sobre la indicación de cirugía ambulatoria o con ingreso durante un periodo de un año completo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/803 ========== ***

Nº de registro: 0803

Título
UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

Autores:
YUSTE BENAVENTE VALENTIN, AGULLO DOMINGO ALBERTO, CARBONELL BERNAL ROBERTO, BERNAL MARTINEZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía dermatológica supone un enorme volumen de la patología intervenida por el Servicio de Cirugía Plastica del Hospital Universitario Miguel Servet, generando una carga asistencial considerable.

Si bien es cierto que existen muchos factores que pueden intervenir en el tipo de intervención y las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0803

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD CLINICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DERMATOLOGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HUMS

condiciones en que se debe realizar, una gran proporción de estas intervenciones se puede realizar de forma ambulatoria o en sala blanca. Sin embargo y en último término, la decisión del proceso que seguirá el paciente para ser intervenido dependerá del facultativo que realice la valoración. Esto supone en muchas ocasiones que pacientes con las mismas características puedan ser intervenidos de forma ambulatoria o causando ingreso hospitalario.

Por lo previamente expuesto, consideramos que existe un campo de mejora en la unificación de criterios intraservicio, de cara a detectar aquellos pacientes que pueden ser intervenidos con un menor consumo de recursos. Esto no solo supondrá un menor gasto, si no que además permitirá agilizar las listas de espera de aquellos procesos que deban ser intervenidos causando ingreso.

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificar el criterior en cirugía dematológica por parte del Servicio de Cirugía Plástica.
- Disminuir la variabilidad clínica.
- Disminución en el número de pacientes intervenidos por cirugía dermatológica causando ingreso.
- Aumentar la seguridad de aquellos pacientes con comorbilidades que van a ser sometidos a una intervención ambulatoria.

MÉTODO
- Realizar una revisión sistemática de toda la bibliografía indexada referente a la indicación y seguridad de los procedimientos de cirugía dermatológica en sala blanca y ambulatorios en cirugía plástica.
- A partir de la revisión sistemática, se creará una guía preliminar que será consensuada con el Servicio de Cirugía Plástica.
- Una vez consensuada, se creará creará un protocolo de unificación de criterios en cirugía dermatológica del Servicio de Cirugía Plástica.
- Creación de un proceso para la valoración de pacientes con comorbilidades susceptibles de ser intervenidos en sala blanca.

INDICADORES
- Publicación de un protocolo de unificación de criterios en cirugía dermatológica.
- Presentación del protocolo al Servicio de Cirugía Plástica y al Servicio de Anestesia y Reanimación mediante sesión clínica.
- Indicador de cirugía con ingreso evitables <15%.

* Indicador de cirugía con ingreso evitables= Número de intervenciones con ingreso para cirugía dermatológica potencialmente evitables x 100/ Número de intervenciones con ingreso para cirugía dermatológica totales.

DURACIÓN
- Creación de protocolo de unificación de criterios en Cirugía Plástica antes de Noviembre de 2017.
- Presentación del protocolo en los Servicios implicados durante el mes siguiente a su publicación.
- Revisión de la lista de espera quirúrgica para proceso dermatológico generada 6 meses tras la publicación del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1350

1. TÍTULO

ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL POLO BERNE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENSIO ANES MIRIAM
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
MARTIN LANA MARTA
MONTERDE HERNANDEZ NORA
MARTIN RAMO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Busqueda de bibliografía. REALIZADA
2.- Consensuar el formulario del “The nursing stress scale” con campos secundarios (Edad, antigüedad, temporalidad…) PENDIENTE
3.- Reparto y contestación anónima.PENDIENTE
4.- Valoración de las respuestas y agrupamiento por frecuencia e importancia.PENDIENTE
5.- Valoración consensuada de actividades para minimizar los estresores con posibilidad de alivio.PENDIENTE
6.- Puesta en marcha de los mismos.
7.- Evaluación posterior con el mismo cuestionario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que el Grupo de Mejora con los acoplamientos de enfermería actuales Este proyecto no se ha podido continuar. estando a la espera de que se formalice uno nuevo cuando se complete el acoplamiento para reiniciar las actividadesActividad 1:Junio-Agosto 2017 REALIZADA
Actividad 2: marzo-abrril 2018
Actividad 3: mayo 2018
Actividad 4 y 5. junio-septiembre 2018
Actividad 6:enero-febrero 2018
Actividad 7: Octubre-Diciembre 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los componentes de ese proyecto debido al acoplamiento de enfermeria que dura mas de 6 meses esán en otros Servicios, estando a la espera de que finalice dicho acoplamiento par restaurar el Grupo de Mejora y retomar el proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1350 ========== ***

Nº de registro: 1350

Título
ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA

Autores:
POLO BERNE RAQUEL, ASENSIO ANES MIRIAM, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, MARTIN LANA MARTA, MONTERDE HERNANDEZ NORA, MARTIN RAMO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejoría salud laboral

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1350

1. TÍTULO

ESTRESORES EN ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA TORACICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una actividad quirúrgica más agresiva que precisa de unos cuidados de enfermería más especializados junto a la crisis económica derivada en recortes tanto en material como en personal, implica un aumento notable de la carga de trabajo y en consecuencia un estrés que inconscientemente se acaba proyectando sobre los Cuidados de Enfermería al paciente y la atención a los familiares con disminución de la calidad percibida por los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
Emerger los estresores más frecuentes según la escala “The nursing stress” y su versión castellana validada, permitirá poder proyectar las correcciones precisas mejorando el clima de trabajo de Enfermería y en consecuencia la seguridad clínica en el paciente.

MÉTODO
1.-Busqueda de bibliografía.
2.- Consensuar el formulario del “The nursing stress scale” con campos secundarios (Edad, antigüedad, temporalidad…)
3.- Reparto y contestación anónima.
4.- Valoración de las respuestas y agrupamiento por frecuencia e importancia.
5.- Valoración consensuada de actividades para minimizar los estresores con posibilidad de alivio.
6.- Puesta en marcha de los mismos.
7.- Evaluación posterior con el mismo cuestionario.

INDICADORES
Pendientes de definir

DURACIÓN
Actividad 1:Junio-Agosto 2017
Actividad 2: Septiembre –Diciembre 2017
Actividad 3: Enero 2018
Actividad 4 y 5. Febrero-Marzo 2018
Actividad 6: Marzo-septiembre 2018
Actividad 7: Octubre-Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1365

1. TÍTULO

VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NELIDA BLANCO MANZANO
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA TORACICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEDRO MARQUEZ JOSEFA
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA
ASENSIO ANES MIRIAM
MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Búsqueda de bibliografía. REALIZADO
2.- Realización de un cuestionario dirigido y con campos abiertos. REALIZADO
3.- Consentimiento informado que describa al paciente los objetivos de la encuesta REALIZADO
4.- Encuesta.PENDIENTE
5.- Análisis y discusión de los resultados.PENDIENTE
6.- Priorización de aquellos “items” más frecuente y búsqueda de soluciones.PENDIENTE
7.- Puesta en práctica de las mismas.PENDIENTE
8.- Reevaluación con el mismo o similar cuestionario en grupos de 10 pacientes en PENDIENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las tareas realizadas son parcialmente estériles por el acoplamiento del personal sanitario actualmente en curso que deshace parcialmente el grupo de mejora constituido, siendo el calendario de actividades modificado.
Actividad 1:febrero-marzo 2018
Actividad 2 y 3 :abril- mayo 2018
Actividad 4: junio-septiembre 2018
Actividad 5 y 6: octubre-diciembre 2018
Actividad 7:enero-febrero 2019
Actividad 8: Diciembre 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es realmente dificil hacer un Grupo de Mejora estable con personal de Enfermería dado las continuas fases de acoplamientos para el mismo. En el caso actual parte del trabajo realizado debe volverse a realizar cuando se reconponga el Grupo de Mejora.
La intención es que el trabajo realizado sirva además de probable publicación en revista especializada de Enfermería

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1365 ========== ***

Nº de registro: 1365

Título
VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

Autores:
BLANCO MANZANO NELIDA, PEDRO MARQUEZ JOSEFA, MARTINEZ LOZANO FRANCISCA, ASENSIO ANES MIRIAM, MARTINEZ VALLINA PRIMITIVO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: enfermedades del aparato respiratorio
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Intimidad y humanización hospitalaria

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1365

1. TÍTULO

VALORACION Y ANALISIS DE ESTRESORES DE INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN PLANTA QUIRURGICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Son varios (Volicer y Bohanon, Carr y Powers, etc…) los cuestionarios existentes para medir los estresores de hospitalización en el paciente. La existencia de "items" sobre la gravedad, la incertidumbre, miedo al dolor etc…. minimizan la importancia de los "items" dirigidos a medir la intimidad del paciente, y normalmente éstos van orientados hacia la confidencialidad y protección de datos siendo infravalorados los aspectos provenientes del hospedaje (compartir habitación, aseo, familiares de otos pacientes…) y la autonomía del paciente (cuña, camisón, limpieza corporal, inmovilización por goteros, sondas, injerencias sin aviso del personal sanitario…), situaciones que el paciente en la mayoría de los casos acepta con resignación pero no por ello constituye una causa seria de estrés y una percepción negativa en cuanto al respeto y despersonalización en el trato hospitalario.

RESULTADOS ESPERADOS
Reflexionar, investigar y analizar las situaciones que vulneran la intimidad del paciente, principalmente las derivadas de las tareas propias de los cuidados de enfermería con la intención de realizar los cambios que fuesen posibles para su solución.
Para ello realizaremos entrevistas personales a pacientes de forma voluntaria de al menos tres días de estancia y capacidad cognitiva suficiente (30 pacientes)
Las Auxiliares de Enfermería, por la especificidad de sus tareas en cuanto a cuidados de higiene del paciente, parece ser el colectivo sanitario más próximo para realizar estas encuestas

MÉTODO
1.- Búsqueda de bibliografía.
2.- Realización de un cuestionario dirigido y con campos abiertos.
3.- Consentimiento informado que describa al paciente los objetivos de la encuesta
4.- Encuesta.
5.- Análisis y discusión de los resultados.
6.- Priorización de aquellos "items" más frecuente y búsqueda de soluciones.
7.- Puesta en práctica de las mismas.
8.- Reevaluación con el mismo o similar cuestionario en grupos de 10 pacientes en intervalos.

INDICADORES
Pendientes de definir

DURACIÓN
Actividad 1: Junio-Agosto 2017.
Actividad 2 y 3 :Septiembre-Diciembre 2017
Actividad 4: Enero a Mayo 2018
Actividad 5 y 6: Junio 2018
Actividad 7: Junio-Noviembre 2018
Actividad 8: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1047

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UUDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II-DOCENCIA POSTGRADO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL BARCELONA TRIVEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. COMISION DE DOCENCIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO ESCRIBANO MERCEDES
TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA
GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA
SOLANO BERNAD VICTOR
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
MONREAL HIJAR ANTONIO
DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se estableció el grupo de trabajo que realizó el diseño con el que poder difundir la información docente. De forma continua se contó con la dinamización por parte de la secretaria de la comisión de docencia y del jefe de estudios, con el apoyo de la MIR en rotación
-Se va actualizando de forma continua el contenido web del Sector II en el apartado de Comisión Docencia HUMS.
-Se han incorporado a la web los itinerarios formativos de 35/36 UUDD.
-Se ha incorporado a la web la información y modo de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/es de todas las UUDD
- Se han incorporado a la web las memorias del año 2017 de 34/36 UUDD

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Nº de reuniones del grupo de trabajo realizadas en 12 meses: 7
- Reestructuración del contenido web del Sector II – Docencia Postgrado: Sí
- Nº itinerarios formativos incorporados a la web/ Nª unidades docentes: 35/36 = 97%
- Nº de unidades docentes con información de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/ Nº unidades docentes: 36/36 = 100%
- Nº de memorias docentes aportadas/ Nº unidades docentes: 34/36 = 94%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se ha logrado disponer de un espacio en la web del sector que permite proyectar una imagen totalmente real de la actividad docente del hospital. El itinerario-guía permite conocer la planificación de las actividades docentes y la memoria el grado de consecución de las mismas.
- Por otra parte dado que el objetivo es permitir el contacto de futuros aspirantes a realizar la especialidad en nuestro hospital y/o realizar una rotación por alguna de nuestras UUDD, la actualización de los datos de contacto es fundamental.
- Es necesario mantener estas actividades de forma permanente, teniendo la estructura y los recursos humanos necesarios que permitan el acceso y conocimiento para la gestión de la aplicación o programa que soporta la web.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1047 ========== ***

Nº de registro: 1047

Título
CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UUDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II. DOCENCIA POSTGRADO

Autores:
BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL, MORENO ESCRIBANO MERCEDES, TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA, GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA, SOLANO BERNAD VICTOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, MONREAL HIJAR ANTONIO, DOMINGUEZ CAJAL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1047

1. TÍTULO

CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA DIFUSION DE LA INFORMACION DOCENTE DE LAS UUDD DEL HUMS EN LA WEB DEL SECTOR II-DOCENCIA POSTGRADO

Otro Tipo Patología: Residentes actuales y futuros interesados en realizar la estancia formativa de la especialidad médica, así como facultativos de las distintas UUDD
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Partiendo de las diversas peticiones de información docente por parte tanto de residentes actuales y futuros como de facultativos (colaboradores docentes y tutores), se detecta un área de mejora en la sección de la Comisión de Docencia del HUMS en la web del Sector II. La actualización, ampliación y reestructuración de la información docente en la web puede dar respuesta a la demanda de información solicitada reduciendo el número de peticiones y aumentando la difusión y el acceso a la información docente de las distintas unidades.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es optimizar la difusión de la información de las unidades docentes del HUMS en la web del sector II – Docencia Postgrado. Se espera conseguir que los futuros residentes puedan estar en contacto con los tutores de las distintas especialidades, pudiendo acceder así a una información más directa y fiable de las actividades que se llevan a cabo en cada servicio, así como del itinerario formativo de cada especialidad. Con la difusión de esta información se pretende acercar al futuro residente a la práctica habitual y a la docencia que oferta nuestro centro sanitario.

MÉTODO
-Creación de un grupo de trabajo para trabajar el diseño con el que poder difundir la información docente.
-Reestructuración del contenido web del Sector II en el apartado de Comisión Docencia HUMS.
- Incorporación a la web de los itinerarios formativos de todas las UUDD.
-Incorporación en la web de información y modo de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/es de cada unidad docente.
-Incorporación de las memorias docentes aportadas por las distintas UUDD.

INDICADORES
-Nº de reuniones del grupo de trabajo realizadas en 12 meses: 6
- Reestructuración del contenido web del Sector II – Docencia Postgrado: Sí
- Nº itinerarios formativos incorporados a la web/ Nª unidades docentes: > 90%
- Nº de unidades docentes con información de contacto del Jefe de Servicio y Tutor/ Nº unidades docentes: > 90%
- Nº de memorias docentes aportadas/ Nº unidades docentes: >90%.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Junio 2018: reunión de trabajo inicial
Julio- Septiembre 2018: reestructuración contenido de Comisión Docencia HUMS en la web Sector II
Octubre-Diciembre 2018: incorporación de itinerarios formativos, contactos de Jefe de Servicio/Tutor y memorias de las unidades docentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1790

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO

Fecha de entrada: 23/03/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA ZUBIRI ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ HERNANDEZ MILAGROS
ALONSO CASAS ELIA
SORO LORENTE CYNTHIA
RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una recogida de datos mediante una Hoja de cálculo access, de todos los pacientes que has realizado tratamiento con fototerapia de cabina en el año 2017.

1º- Se ha diseñado una Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017. Dra. Zubiri
2º- Un facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado una base de datos Access, donde se han adjuntado los datos de la Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017.
3º- Una enfermera del Sº (Elia Alonso Casas) ha realizado el paso de los datos de las historias clínicas de las pacientes a la base de datos Access, de septiembre 2017 a enero 2018.
4- El facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado el estudio estadístico de los datos obtenidos. Febrero 2018.
5º- Próximamente se realizará una Sesión clínica del Servicio de Dermatología, donde se comunicarán los resultados obtenidos.
6- Se han evaluado los resultados obtenidos de la base de datos.

Total Pacientes Tratados: 131
Diagnósticos:
Psoriais:68, Dermatitis Atópica:11, Prurito:11, Linfoma T:8, Vitiligo:6, Urticaria Solar:5, Morfea.2, EICH:1, Otros:14

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Información al paciente sobre las características de su tratamiento mediante la entrega de una Hoja Informativa.
Todos los pacientes han recibido antes de iniciar el tratamiento una Hoja Informativa en la que se explica las características del tratamiento que va a recibir.

2.- Notificación a los facultativos sobre la presentación de algún efecto adversos.
Las enfermeras que realizan la fototerapia han informado a los facultativos de todos los efecto adverso que se ha producido secundario al tratamiento en los pacientes.

3.- Número de pacientes que presentan una mejoría significativa con el tratamiento en Cabina: 70%.
Según los datos obtenidos:
- Buenos resultados: 78,02%
- Resultados intermedios: 7,69%
- No efectivo: 14,29%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dificultades encontradas:
En algunas de las historias clínicas no estaban recogidos los datos necesarios para cumplimentar.
Recomendaciones:
Tener presenta la Hoja de recogida de datos, al realizar la historia clínica y en el seguimiento del paciente, para cumplimentar todos los datos.
Cuestiones pendientes:
Comentar con los facultativos la necesidad de la correcta cumplimentación de la Hoja de recogida de datos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1790

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1790 ========== ***

Nº de registro: 1790

Título
TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MEDIANTE CABINA

Autores:
ZUBIRI ARA MARIA LUISA, SANCHEZ HERNANDEZ MILAGROS, ALONSO CASAS ELIA, SORO LORENTE CYNTHIA, RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fototerapia es una técnica que consiste en aplicar radiaciones ultravioleta sobre la piel afectada por diversas enfermedades dermatológicas. La radiación puede ser Ultravioleta A (UVA) o Ultravioleta B (UVB) y puede aplicarse sobre todo el cuerpo con una cabina de cuerpo entero que tiene ambas lámparas, o con una máquina diseñada para el tratamiento de manos y pies. En nuestro Servicio disponemos de una cabina de Ultravioleta A y Ultravioleta B-BE de banda y una máquina para manos y pies. Dicho tratamiento se utiliza para procesos dermatológicos muy frecuentes en la población general; como psoriasis moderada/grave, psoriasis palmo-plantar, linfoma T, dermatitis atópica, prurito crónico, liquen ruber plano, etc.
Como ventajas con esta modalidad terapeútica conseguimos:
- Disminuir el gasto farmaceútico de los pacientes con psoriasis moderados/graves que precisan terapias sistémicas o biológicos de precio elevado y de las otras patologías susceptibles de tratamiento.
- Minimizar los efectos adversos de los fármacos tanto orales como tópicos.
- Accesibilidad al tratamiento ya que se realiza en horario de mañana y tarde.
- Mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
- Mejora de la calidad asistencial del paciente
- Disminución del gasto farmaceútico
- Disminución de efectos adversos
- Obtención de buenos resultados terapeúticos

El proyecto va dirigido a: Población Diana:
- Todos los pacientes del Sº de Dermatología del HUMS que padezcan patologías susceptibles de ser tratadas con Fototerapia.
- Pacientes de otros Servicios del HUMS (Hematología, etc) que puedan beneficiarse del mismo.
- Pacientes de otros hospitales que lo precisen, por no disponer de la técnica.
Pacientes mayores de 8 años, que presenten una enfermedad dermatológica susceptible de beneficiarse del tratamiento con Fototerapia y sin criterios de exclusión.

MÉTODO
1. Formación de los facultativos responsables (Dras. Sánchez y Zubiri) en las indicaciones y realización de la técnica.
2. Formación por parte de los facultativos a las enfermeras que la ejecutan de su manejo, y detección de efectos adversos.
3. Diseño del circuito por el que los pacientes son atendidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1790

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CON RADIACION ULTRAVIOLETA (FOTOTERAPIA UVA Y UVB-BE) DE LAS ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS MEDIANTE CABINA. CODIGO

4. Realización de una primera consulta con los facultativos responsables, para valorar indicación, tipo de técnica a utilizar, información (mediante de la entrega de una Hoja Informativa) y firma de Consentimiento informado.
5. En la mitad del tratamiento se realiza una visita de "control" de la evolución y resultados.
6. Entrega de Informe para su médico prescriptor al finalizar el tratamiento.

INDICADORES
Criterios de Evaluación:
1. Información al paciente sobre las características de su tratamiento mediante la entrega de una Hoja Informativa: 100%
2. Notificación a los facultativos sobre la presentación de algún efecto adverso: 100%
3. Número de pacientes que presentan una mejoría significativa con el tratamiento en Cabina: 70%

DURACIÓN
Enero 2017- Noviembre 2017

- Se ha diseñado una Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017. Dra. Zubiri
- Un facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado una base de datos Access, donde se han adjuntado los datos de la Hoja de recogida de datos. Septiembre 2017.
- Una enfermera del Sº (Elia Alonso Casas) ha realizado el paso de los datos de las historias clínicas de las pacientes a la base de datos Access, de septiembre 2017 a enero 2018.
- El facultativo del Sº de Preventiva (Dr. Lapresta) ha realizado el estudio estadístico de los datos obtenidos. Febrero 2018.
- Próximamente se realizará una Sesión clínica del Servicio de Dermatología, donde se comunicarán los resultados obtenidos.
- Se han evaluado los resultados obtenidos de la base de datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1264

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MORALES CALLAGHAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GILABERTE CALZADA YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Abril de 2018: Sesión sobre teledermatología e interconsulta virtual impartida por Dra. Gilaberte en Centro de Salud Almozara
Desde Mayo a Septiembre: Diferentes reuniones para establecer el sistema de envío de imágenes desde el Centro de Salud y puesta a punto del sistema de toma de imágenes, envío de interconsulta virtual, envío de imágenes, etc.
Octubre: Inicio de IC virtual siendo un médico del Centro de Salud Almozara (Dr. Cañada) el responsable de su realización.
Dos dermatólogas (Dra. Morales y como apoyo la Dra. Gilaberte) ha estado encargada de responder y gestionar las interconsultas virtuales.
RECURSOS
• Tiempo de consulta virtual agendado los miércoles
• Para monitorizar los indicadores marcados en el proyecto (concordancia de diagnósticos) los pacientes que han sido citados en consulta presencial lo han hecho en la consulta de la Dra. Morales.
• Se ha dotado al Centro de Salud Almozara de una cámara fotográfica dotada con un adaptador para el Dermatoscopio.
• El envío de imágenes y del texto de la propia interconsulta se ha realizado mediante el sistema de IC virtual de la Intranet del SALUD, habilitado un servicio específico denominado telederma para seleccionar solo los casos enviardos para IC virtual con telederma. Las imágenes se encuentran en la pestaña de imágenes al igual que las imágenes radiológicas.
-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• 14 pacientes enviados desde inicio (3 meses aprox)
• 8 mujeres, 6 varones
• Edad media: 60 años
• 9/14 (64%) concuerda diagnóstico MAP con diagnóstico dermatológico
• 4/14 (28,6%) de ellos no han requerido cita. 6/14 (43%) han sido citados para extirpación de la lesión a estudio. El resto (4/14, 28,6%) han sido citados en consulta para control.
• 4/14 (28,6%) derivación inadecuada: no patología susceptible de tratar (banal)
• Tiempo medio dedicado por parte del dermatólogo para realizar la IC: 5-7 minutos/ paciente (abrir Historia, imágenes, contestar, etc.)
• Tiempo medio en contestar a MAP: 2 días naturales (contando fines de semana y festivos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de los resultados hasta ahora obtenidos es muy positiva, satisfactoria para los médicos de atención primaria, que ven sus interconsultas resueltas en pocos días, para los dermatólogos que les permiten priorizar especialmente patología oncológica y evitar derivaciones inadecuadas, y para los pacientes. Además ha servido para mejorar la relación entre Atención Primaria y Dermatología.
Desde 1 de Febrero de 2019 ya se ha iniciado que esta forma de derivación sea la única para las derivaciones que se hacen a Dermatología desde el Centro de Salud la Almozara.
Además el modelo organizativo adoptado en el Centro servirá como modelo para otros Centros de Salud del Sector que esperamos se vayan sumando paulatinamente a lo largo de este año.
A medida que el número de IC virtuales aumente se irán incorporando más dermatólogos y dedicando más horario a la realización de la esta actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1264 ========== ***

Nº de registro: 1264

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1264

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

Autores:
MORALES CALLAGHAN ANA, GILABERTE CALZADA YOLANDA, ZUBIRI ARA MARIA LUISA, RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Teledermatología (TD), es una técnica que ha experimentado un gran desarrollo en España en los últimos años. Se considera una tecnología emergente que comienza su fase de consolidación en nuestro país. Estimamos que la TD puede beneficiar en gran medida el proceso asistencial del paciente acortando los tiempos de espera y priorizando la patología importante.
PROPUESTA DE CIRCUITO DE TELEDERMATOLOGÍA
Los MAP podrán enviar las peticiones al Servicio de Dermatología y dichas consultas se almacenarán en una agenda especial de TD la cual podrá ser consultada por los dermatólogos. Éstos, tras leer cada petición y revisado de las fotografías adjuntas, deberán indicar el diagnóstico y el tratamiento oportuno.
Las respuestas de los especialistas serán remitidas al centro de salud correspondiente. El médico de primaria tras consultar su respuesta, deberá indicar al paciente el diagnóstico y el tratamiento indicado por el médico especialista.
El circuito que proponemos para la realización de esta Interconsulta virtual sería el siguiente:
1. El paciente acude a Atención Primaria por una lesión de carácter dermatológico.
2. Si el MAP considera que dicha lesión es susceptible de ser derivada a Atención Especializada por esta vía, accederá al sistema para generar una teleconsulta.
• Rellenará un informe con un conjunto mínimo de datos compuesto de antecedentes, anamnesis, localizaciones y diagnóstico.
• Realizará 3 fotos de la lesión (panorámica, detalle y dermatoscopia- cuando sea necesaria) y las adjuntará a la teleconsulta.
• Imprimirá y entregará un informe al paciente donde quedan reflejados los datos de la consulta así como de unas instrucciones que sirven para informar al paciente del sistema en el que está participando.
3. El MAP autocitará al paciente en un plazo máximo de 15 días para darle los resultados del dermatólogo, ya que éste se compromete a responder la teleconsulta en un máximo de 10 días.
4. En el caso de que el dermatólogo estime necesario que el paciente debe acudir a Atención Especializada para una exploración presencial, la Unidad de Citaciones del propio Hospital se pondrá en contacto directamente con el paciente para indicarle la fecha y hora de la cita de presencia en el Hospital.
5. Si el paciente no ha acudido a su Centro de Salud a recoger los resultados del dermatólogo en la fecha en la que el MAP lo autocitó, indicará que el paciente ha sido citado en Especializada y en cualquier caso, el MAP deberá acceder al sistema para ver la respuesta del especialista.

RESULTADOS ESPERADOS
• Principal:
Valorar la efectividad de un programa de teledermatología para la resolución de las derivaciones de pacientes desde atención primaria a dermatología.
• Secundarios:
1. Contabilizar el tiempo medio utilizado por teleconsulta.
2. Contabilizar el número de teleconsultas que son citadas en presencial.
3. Contabilizar el número de teleconsultas repetidas para un mismo paciente.
4. Contabilizar el número de teleconsultas de procesos cosméticos o derivaciones inadecuadas.
5. Contabilizar el número de consultas pediátricas.
6. Establecer el nivel de concordancia entre el diagnóstico de sospecha del MAP y el diagnóstico dermatológico.

MÉTODO
NUESTRO PROYECTO
• Nuestro objetivo es comenzar la TD en 1 Área Básica de nuestro Sector (Sector II) como fase piloto y posteriormente extender la técnica al resto de Centros de Salud de nuestro Sector. Comenzaríamos con el Centro de Salud Almozara. (Posibilidad de ampliarlo a algún otro centro inicialmente también)
• Para ello es fundamental realizar una formación específica de los MAP, que ya hemos realizado en el campo de la Dermatoscopia.
• La fase piloto inicial tendría una duración inicial de 2 meses.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1264

1. TÍTULO

PROYECTO PILOTO DE INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA (TELEDERMATOLOGIA)

INDICADORES
1. Número de interconsultas virtuales realizadas.
2. Tiempo medio utilizado por teleconsulta.
3. Número de teleconsultas que son citadas en presencial.
4. Número de teleconsultas repetidas para un mismo paciente.
5. Número de teleconsultas de procesos cosméticos o derivaciones inadecuadas.
6. Número de consultas pediátricas.
7. Nivel de concordancia entre el diagnóstico de sospecha del MAP y el diagnóstico dermatológico.

DURACIÓN
1 Junio: fecha prevista de inicio de la IC virtual con el Centro de Salud Almozara
30 de Septiembre fecha prevista del fin del proyecto piloto y análisis de los resultados.
Octubre tras el análisis de los resultados mejora de aquellos aspectos que la requieran y establecimiento del protocolo definitivo para la IC virTUal de dermatología
Octubre-Noviembre: iniciar el proceso paulatino de incorporación a la IC virtual en principio con los Centros de Salud docentes ya que cuentan ya con los medios técnicos - dermatoscopios- y deberán adquirir cámaras fotográficas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1290

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GILABERTE CALZADA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ HERNANDEZ MARIA MILAGROS
PORTA AZNAREZ NIEVES
MARTIN MARCO RICARDO
RIEZU OCHOA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha creado una agenda de terapia fotodinámica 3 días a la semana: lunes, miércoles y viernes.
2. La prepración de las lesiones la realizan conjuntamente el dermatólogo con la enfermera. Las iluminaciones las realizan las enfermeras, con la lámpara Aktilite, en la franja horaria de 14:00 a 15:00 del horario de fototerapia.
3. Las enfermeras dan las recomendaciones para los cuidados los días siguientes al tratamiento.
3. El número de sesiones para cada patología es en general: 1 para queratosis actínicas, 2 para carcinoma escamoso in situ y carcinoma basocelular.
4. También el Servicio de Anatomía patológica se ha hecho partícipe que se está realizando este tratamiento para envías pequeñas biopsias o citologías que ayuden a confirmar el diagnóstico.
5 Para formar al Servicio, tanto médicos como enfermeras, se han realizado dos sesiones clínicas (en Junio 2018 y en Febrero 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La unidad de Terapia Fotodinámica ha empezado a funcionar desde el més de Octubre-Noviembre y considerando que por el momento se pueden citar 6 pacientes a la semana, el número de pacientes incluidos ha sido:
1. Número de carcinomas basocelulares: 8. De ellos 3 han acudido a revisión a los 3 meses con respuesta completa.
2. Número de carcinomas escamosos in situ: 3. De ellos 1 ha acudido a revisión a los 3 meses con respuesta completa.
3. Queratosis actínicas/campo de cancerización: 5. 2 de ellos han acudido a resultado, 1 con respuesta completa y otro parcial en quien se repitió el tratamiento.
4. Onicomicosis: se ha tratado un paciente todavía sin ver el resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Ha sido compleja la puesta en marcha ya que hay que encajar las iluminaciones con los tratamientos de fototerapia pues no se dispone ni de personal adicional ni de espacio para poderlo hacer en otra ubicación.
- En la actualidad, todas las enfermeras del Servicio tienen la formación para realizar la terapia fotodinámica, sin embargo de momento solo 2 facultativos la realizan. -Está previsto que más facultativos realicen TFD en su clínica los martes y jueves, pero hay que coordinar con la fototerapia, lo que supone una dificultad y reducir los huecos de fototerapia para pacientes con otras patologías.
Ya tenemos lista de espera de pacientes para este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1290 ========== ***

Nº de registro: 1290

Título
IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA EN DERMATOLOGIA

Autores:
GILABERTE CALZADA YOLANDA, RIEZU OCHOA MARIA ISABEL, MARTIN MARCO RICARDO, PORTA AZNAREZ NIEVES, SANCHEZ HERNANDEZ MARIA MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1290

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La terapia fotodinámica (TFD) es un tratamiento no invasivo que tiene indicación en cáncer cutáneo no melanoma, en concreto: queratosis actínicas, carcinoma escamoso in situ y carcinoma basocelular superficial y nodular.
Las tasas de curación son del 81-92% en queratosis actínicas (a los 3 meses), 100-88% en el carcinoma escamoso in situ (recidivas a los 5 años del 20%), 80% en carcinoma basocelular superficial y 76% en carcinoma basocelular nodular a los 5 años de seguimiento (Calidad de la evidencia IA. Guía clínica de terapia fotodinámica del European Dermatology Forum 2014).
Aunque la forma de financiación de la TFD en los diferentes países europeos varía, distintos estudios muestran que es un tratamiento coste-efectivo (Vale Sm et al. Pharmacoeconomics 2017;35:177-190). Ahorra cirugías y es especialmente conveniente para el tratamiento de pacientes ancianos, polimedicados y pluripatológicos, aquellos en los que el cáncer cutáneo no melanoma es más frecuente. Además, el tratamiento se puede repetir y combinar tanto con cirugía como con otros tratamientos médicos (5-fluorouracilo, imiquimod, etc). El resultado cosmético es excelente así como la satisfacción de los pacientes.
Existe mucha bibliografía acerca del uso de la TFD en otras indicaciones aparte del cáncer cutáneo no melanoma, como en la enfermedad de Paget extramamaria, la neoplasia intraepitelial vulvar, algunos linfomas T de lesión cutánea única, condrodermatitis, etc.). Una de las que más futuro puede tener es en el manejo de las infecciones superficiales producidas tanto por hongos como por bacterias. El Servicio de microbiología del HUMS es pionero en investigación básica y clínica en este tema.

RESULTADOS ESPERADOS
Principal
- Valorar la utilidad de la TFD en el manejo del paciente con cáncer cutáneo no melanoma.
Secundarios
- Contabilizar el número de carcinomas basocelulares y carcinomas escamoso in situ tratados con TFD.
- Contabilizar los usos fuera de indicación en los que la TFD se ha utilizado con éxito.
- Medir la satisfacción del paciente con el tratamiento.
- Contabilizar de forma separada los pacientes trasplantados tratados con la TFD.

MÉTODO
1. Se creará un tipo de procedimiento en la agenda de dermatología del HUMS denominado terapia fotodinámica.
2. La preparación de las lesiones las realizará la enfermera en la consulta de enfermería o el facultativo así como la aplicación del fotosensibilizante, y las iluminaciones se efectuarán 3 horas más tarde en el horario y sala destinado a fototerapias lámpara Aktilite administrando una dosis ya pre-programada de 37 J/cm2 (unos 8 minutos).
3. Como protocolo, las queratosis actínicas precisan 1 sesión de TFD, con posible repetición al mes o a las 3 meses si la respuesta ha sido incompleta. Los carcinomas basocelulares y los carcinomas escamosos in situ precisan 2 sesiones separadas por una semana o máximo 2.

INDICADORES
1. Número de carcinomas basocelulares tratados.
2. Número de carcinomas escamosos in situ tratados.
3. Número de pacientes con campo de cancerización/queratosis actínicas tratados.
4. Grado de satisfacción del paciente.
5. Efectividad en los pacientes en los que se use la TFD fuera de indicación.

DURACIÓN
Está prevista que la unidad pueda empezar a funcionar en Septiembre. Se recogerán todas las variables para analizar los indicadores propuestos hasta final de año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1290

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA UNIDAD DE TERAPIA FOTODINAMICA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1134

1. TÍTULO

FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES DE TORRES AURED
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIETETICA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ MOLINA CONSUELO
FRANCES PINILLA MARINA
VIÑAS VIAMONTE MARIA CARMEN
GOMEZ JULIAN CRISTINA
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-7 Reuniones en la práctica, para ir introduciendo en la herramienta OMI de AP los parámetros necesarios para la introducción informática de los items utilizados en el cribado nutricional del paciente en riesgo de desnutrición.
-Entrega a la Coordinadora Asistencial de Enfermería del Departamento, para su conocimiento e implementación.
-Presentación a las direcciones de Enfermería del HUMS, y a las de AP de los Sectores Zaragoza 1,2,3,
-Presentación a profesionales en la 9ª Jornada Aragonesa de Nutrición, con una buenísima acogida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-El resultado de la primera parte del proyecto presentado, ha sido muy bien recibido entre la enfermería de los CS, aunque por ser la primera parte no se ha hecho evaluación númerica. Esta parte es imprescindible para obtener el objetivo principal que es la Formación y ejecución del Cribado nutricional en AP, paso previo para cerrar el circuito AP-Hospital-Alta hospitalaria-AP.
-El método de obtención de parámetros y la fuente, ha sido la adaptación de lo existente para pie diabético y para seguimiento de la diabetes, en el OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Se ha conseguido adaptarlo sin que el Departamento haya de invertir ni un euro en la obtención de nuevas licencias para ampliación del OMI.
-Este sistema de adaptación sin costo, se ha diseñado para el OMI, pero con vistas a poder ser introducido del mismo modo en la futura historia electrónica lo que lo convierte en un sistema sostenible en su totalidad.

7. OBSERVACIONES.
Nuestro propósito es prorrogar este Proyecto de formación en cribado nutricional, al menos un año más hasta completar el circuito.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1134 ========== ***

Nº de registro: 1134

Título
FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Autores:
DE TORRES AURED MARIA LOURDES, PEREZ MOLINA CONSUELO, FRANCES PINILLA MARINA, VIÑAS VIAMONTE CARMEN, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, GOMEZ JULIAN CRISTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La DRE puede ser transversal a cualquier patología, incluso patología en sí misma
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1134

1. TÍTULO

FORMACION ENFERMERA EN METODOLOGIA DE CRIBADO Y VALORACION NUTRICIONAL, EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD (DRE)

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es uno de los problemas de salud que más encarece la atención a todos los SNS. De hecho, la CE ha planteado a los Estados miembros, que se arbitren fórmulas para paliar la DRE, tanto de prevención como de atención de manera que en 2025 la DRE sea prácticamente 0.
El papel de la enfermera es vital en la prevención y/o seguimiento de la DRE debido a que los sistemas de cribado son parte esencial de las intervenciones y cuidados enfermeros.
Aprovechando que la coordinadora de este grupo de mejora, es miembro de la Junta de Gobierno de la Alianza másnutridos (como delegada del Consejo General de Enfermería) e integrante de la Delegación Española en la Alianza Europea, hemos visto la oportunidad de mejora de la formación enfermera en el cribado nutricional, como contribución de esta Comunidad a la Lucha contra la DRE
Además, este Departamento de Sanidad actual, apuesta por la consolidación de las intervenciones enfermeras y por todos los aspecto de la nutrición.

RESULTADOS ESPERADOS
Dado que contamos con la implicación y colaboración activa de las tres direcciones de enfermería de AP de los Sectores I-II-III, así como con las de los hospitales Royo Villanova y Universitario Miguel Servet, se espera llegar a que el 80% de las enfermeras de AP y el 80% de las enfermeras de Unidades claves hospitalarias, estén formadas en la metodología del cribado

MÉTODO
Para la formación, se utilizará el método de seminario teórico sobre la DRE (causas, síntomas y consecuencias); más un taller práctico corto, en el manejo de los test de cribado MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) y MNA-SF (Mini-Nutritional Assessment Short Form). De esta manera, las enfermeras estarán adiestradas en cómo deben explicar al paciente las características e importancia de la valoración nutricional, así como sus consecuencias en la mejora de calidad de vida.
La coordinadora de este proyecto será la responsable de la primera formación a los miembros del equipo (formador de formadores) para que sean las enfermeras formadas, junto con alguna del grupo, las que vayan expandiendo la metodología al resto de compañeras de cada CS. Las dos enfermeras de hospital, serán las encargadas de la formación sucesiva de la enfermería de sus respectivos centros.
Todas las sesiones de formación estarán debidamente acreditadas por la CFC.

INDICADORES
El indicador a medir, es la aplicación correcta del manejo de cada una de los dos test de cribado elegidos, para población adulta (MUST) y población anciana (MNA-SF).
Evaluación: Mensualmente la coordinadora del grupo de mejora de la calidad, recibirá la cuantificación de test que se han hecho en cada CS con un resumen de las situaciones de DRE encontradas.
Seguimiento: Trimestralmente la coordinadora del grupo de mejora, presentará en la Dirección General de Asistencia Sanitaria (en la sección que se le indique al efecto) los resultados de situaciones de DRE encontradas y cuál ha sido la deriva de ese paciente.
Trimestralmente, habrá reunión del grupo, para la puesta en común y seguimiento del proyecto.

DURACIÓN
Este proyecto es un modelo para la implementación generalizada -entre la enfermería aragonesa- de la metodología del cribado, hasta que seamos capaces de detectar la DRE en el 95%. En esta primer año se pondrán en marcha todos los métodos de formación detallados ut supra con el calendario descrito en el apartado 7).

OBSERVACIONES
El planteamiento de este proyecto, es que tenga continuidad al menos dos-tres años más, hasta que el objetivo esté cumplido y la valoración nutricional al ingreso en el hospital, o la aplicación del cribado nutricional en pacientes en riesgo, sea una herramienta más dentro de las intervenciones enfermeras de AP.
Este trabajo se centra en ancianos, institucionalizados o no, pero también en adultos con riesgo de desnutrición.

Antigua línea: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0172

1. TÍTULO

FORMACION EN EL RECAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA PARA ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELIA BUENO CAPAPE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA TORRE SANZ ROSARIO
ELORRI IRIGOY MARIA ARANZAZU
GARCIA MIGUEL PATRICIA
HURTADO RUBIO CAROLINA
ORBANEJA ESCOBAR PILAR
PORTERO ARRIAZU CRISTINA
PUERTOLAS PRIETO CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
* Revisión de agenda semanal para programación de PEG. *Comunicación a enfermera de enlace de AP
* Organización con dirección de AP para programar las sesiones.
* Realización de las sesiones de 2 horas programadas en viernes para enfermeras (una ó dos) de Centro de Salud al que pertenecen los pacientes que se vayan a atender ese día
* Envío de dispositivos de PEG a los Equipos de Atención Primaria.
* Información sobre el proyecto a Dirección de AP
* Elaboración de un documento informativo y visual para enfermeras de AP sobre la técnica de recambio de PEG
* El mayor número de pacientes atendidos son totalmente dependientes y con distintos grados de alteración del nivel de conciencia (Demencia, Parkinson, ELA, etc.) El traslado al centro hospitalario para realizar el recambio origina un problema importante en su rutina diaria (personal desconocido, suspensión de medicación, desubicación temporo-espacial, largas esperas hasta el traslado a su domicilio, etc.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sesiones de formación de enfermería: 23 sesiones (Con 1 ó 2 enfermeras asistentes por sesión)
Pacientes atendidos en AP: 21 pacientes derivados
Traslados en ambulancia evitados: 21x 2 (lo cual supone 42 traslados menos de ambulancia, ya que los recambios son semestrales), 20%
Indicadores: Enfermeras de AP formadas, disminución del número de recambios de PEG en el centro hospitalario y disminución del número de traslados en ambulancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación guiada por las enfermeras del Servicio de Pruebas Funcionales de Digestivo a las enfermeras de AP potencia el beneficio que supone para los pacientes (en tiempo, desplazamientos, seguridad) y el ahorro en costes así como a nivel profesional de las enfermeras de AP que pueden desarrollar esta actividad enfermera.
El ahorro en costes puede justificar más actuaciones en este sentido promovidas por enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/172 ========== ***

Nº de registro: 0172

Título
GUIA DE RECAMBIO DE GASTROSTOMIA PERCUTANEA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DE AP

Autores:
BUENO CAPAPE ELIA, HURTADO RUBIO CAROLINA, GARCIA MIGUEL PATRICIA, PUERTOLAS PRIETO CAROLINA, ORBANEJA ESCOBAR MARIA PILAR, ELORRI IRIGOY MARIA ARANZAZU, PORTERO ARRIAZU CRISTINA, DE LA TORRE SANZ ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0172

1. TÍTULO

FORMACION EN EL RECAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMIA PARA ENFERMERAS DE ATENCION PRIMARIA

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente los pacientes son trasladados cada 6 meses para realizar el cambio de PEG, suponiendo esto un grave trastorno para el propio paciente y la familia.
La realización de este cambio en el domicilio del paciente por su enfermera de AP reduciría por un lado su disconfort y minimizaría los gastos en traslado, tiempo de espera del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar la confianza y seguridad que ofrece a los cuidadores principales la realización de esta sencilla técnica por parte de su enfermera de AP.
- Disminuir traslados en ambulancia que suponen un elevado coste económico y tiempos de espera del paciente fuera de su entorno habitual.

MÉTODO
- Adiestramiento del personal de enfermería de AP para la realización de la técnica del cambio y manejo de PEG y cuidados del estoma por parte del personal de enfermería de la unidad de endoscopias.

INDICADORES
- Disminución del número de recambios de PEG en el centro hospitalario.
- Número de enfermeras formadas en la técnica.
- Encuesta de satisfacción de los cuidadores principales.
- Disminuir número de traslados en Ambulancia a la Unidad.

DURACIÓN
Inicio en septiembre del 2016 hasta septiembre 2018.
Cronograma:
Elaboración del dossier para A.P. octubre 2016.
Todos los viernes se programan sesiones de formación teórico- práctica de 2 horas, desde septiembre del 2016, en las cuales se abordarán los siguientes temas:
-->Técnica de gastrostomía y primer recambio.
-->Tipos de sondas PEG.
-->Realización de la técnica tutorizada por personal de enfermería de la unidad de endoscopias.
Fin del proyecto septiembre 2018.

OBSERVACIONES
La formación del personal de AP no implica la desvinculación del paciente con el centro hospitalario ya que se prestará la colaboración necesaria ante cualquier duda o incidencia que pueda surgir tanto en el cambio de sonda como en los cuidados del estoma.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0257

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LAZARO RIOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMO MONTERDE PATRICIA
RUIZ BELMONTE LARA MARIA
GOTOR DELSO JESUS
GRACIA RUIZ MARTA
ZARAGOZANO GUILLEN RAMON
ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La aceptación del protocolo fue el 30 de Enero de 2017 y el 16 de Febrero de 2017 comencé a trabajar en el Hospital San Jorge de Huesca tras la resolución de los traslados porque no he podido trabajar en este proyecto al no estar trabajando en el Hospital Miguel Servet. Tampoco he podido ponerlo en práctica en el Hospital San Jorge dado que son procedimientos que no se realizan en dicho hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La idea es ponerlo de nuevo en marcha con las nuevas hepatólogas que actualmente están en el Hospital Miguel Servet. Consideramos que la unificación de criterios de manejo y tratamiento de los pacientes mejora la calidad de la atención a los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de protocolos minimiza la posibilidad de cometer errores por parte de todo el personal sanitario

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/257 ========== ***

Nº de registro: 0257

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO

Autores:
LAZARO RIOS MARIA, CAMO MONTERDE PATRICIA, RUIZ BELMONTE LARA MARIA, GOTOR DELSO JESUS, GRACIA RUIZ MARTA, ZARAGOZANO GUILLEN RAMON, ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente se realizan dos procedimientos en el tratamiento del hepatocarcinoma localizado y avanzado: Radiofrecuencia y Quimioembolización. El primero de ellos consiste en la ablación percutánea de hasta 3 tumores menores de 3 cm. La quimioembolización es la administración de tratamiento quimioterápico a través de la arteria que irriga el tumor. Los pacientes permanecen 24 horas en observación y si no hay incidencias son dados de alta. Ambos procedimientos son realizados por el Servicio de Radiología pero los pacientes ingresan a cargo del Servicio de Digestivo. El aumento de la supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática, los nuevos tratamientos antivirales y que el Hospital Miguel Servet es centro de referencia de dichos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0257

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS INTERVENCIONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA QUE INGRESAN A CARGO DE SERVICIO DE DIGESTIVO

procedimientos, ha supuesto un incremento de los mismos en los últimos años. Normalmente estos pacientes ingresan en el Hospital de Semana pero en ocasiones lo hacen en otras ubicaciones. Es por todo lo anterior, que creemos indicado realizar un protocolo de ingreso de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Se plantea la homogeneización del manejo y tratamientos de estos pacientes.
Con esta iniciativa se pretende ofrecer una mejor asistencia a los pacientes dado que desde enfermería se tendrían estandarizados los tratamientos de manera global ajustados a las peculiaridades de cada uno de los pacientes según sus tratamientos domiciliarios.

MÉTODO
- Establecer el protocolo de administración de tratamiento ¨estandar¨ (canalización de via venosa, sueroterapia, antibioterapia y analgesia) y medicación habitual del paciente
- Realización de hemograma y coagulación antes de la realización del procedimiento (salvo que se especifique que el paciente dispone de una analítica reciente)
- Administración de tratamientos o transfusiones que se requieran para corrección de alteraciones analíticas.
- Reintroducción de la dieta oral cuando a las 24 horas del procedimiento si no ha habido complicaciones (dolor, fiebre..) en cuyo caso se avisará al medico responsable.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que ingresaran para realización de procedimientos intervencionistas y que se beneficiaran del protocolo de actuación 100 %
Porcentaje de pacientes con alteraciones analíticas que se corregirán antes del procedimiento 100 %
Porcentaje de pacientes que han requerido modificación de tratamiento o suspensión del procedimiento < 10%.

DURACIÓN
INICIO:
- Noviembre-16: Realización del protocolo tras reunion con servicios implicados.
- Diciembre-17: Figuración de los mismos en Intranet.
- Enero-17: Implementación del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0259

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO FRAGO LARRAMONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUZON SOLANAS LARA
FUENTES OLMO JAVIER
ESPINA CADENA SILVIA
JIMENO AYLLON CRISTINA
FUERTES LAHOZ EVA
BAJADOR ANDREU EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Debido al cambio de hospital de la varios miembros del grupo y las modificaciones en la indicacion del tratamiento de VHC el proyecto no se pudo desarrollar ni finalizar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ninguno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se pueden extraer conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/259 ========== ***

Nº de registro: 0259

Título
ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
FRAGO LARRAMONA SANTIAGO, LAZARO RIOS MARIA, LUZON SOLANAS LARA, FUENTES OLMO JAVIER, ESPINA CADENA SILVIA, JIMENO AYLLON CRISTINA, FUERTES LAHOZ EVA, BAJADOR ANDREU EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mayor parte de indicaciones actuales de tratamiento en paciente con virus de la hepatitis C (VHC) vienen determinadas por el grado de fibrosis hepática. Los métodos disponibles para objetivar el grado de fibrosis son la biopsia hepática y/o, desde hace varios años, la elastografía hepática.
La elastografía de transición o FibroScan es una técnica de exploración incruenta, sencilla y rápida, que permite establecer el grado de fibrosis hepática sin necesidad de realizar una biopsia.
Dada la gran afluencia actual y probablemente futura de estos pacientes creemos necesario disponer de una derivación fluida entre Atención Primaria y la Unidad de Hepatología del Miguel Servet.

RESULTADOS ESPERADOS
El acceso a la elastografía hepática actualmente queda reservada al ámbito hospitalario, por lo que, actualmente, los pacientes con VHC son derivados a consultas ambulatorias de Digestivo de Centro de Especialidades, donde se solicita la elastografía hepática. Una vez realizada la exploración, si el grado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0259

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DE FIBROSIS HEPATICA Y FLUJO DE DERIVACION DE PACIENTES CON VHC DESDE CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

fibrosis lo requiere, son derivados a la Unidad de Hepatología del Miguel Servet para iniciar tratamiento.
Todo ello conlleva una larga espera para el paciente y un gran consumo de recursos (1 visita de Atención Primaria, 2 consultas de ambulatorio de Área y 1 en consultas de Hepatología).
El objetivo de este proyecto es reducir el tiempo, número de consultas ambulatorias y, por tanto, de recursos, desde la derivación por parte de médico de Atención Primaria y la Unidad de Hepatología el Miguel Servet

MÉTODO
• Desde Atención Primaria se solicitará la realización de elastografia hepática mediante el envío de un e-mail a la dirección (pendiente de creación) indicando datos básicos de paciente (edad, teléfono de contacto actualizado).
• Desde el Servicio de Digestivo se le llamará o se le enviará una citación para la realización de la misma en Consultas de Digestivo (Planta 2ª del Edificio de Consultas del Hospital Miguel Servet localizado en Calle Padre Arrupe).
• Según el resultado de la elastografia existen dos posibilidades:
- Si el pacientes tiene una Fibrosis F0-F1: Será controlado en Atención primaria recomendando la realización de elastografía cada aproximadamente 2 años
- Si el paciente tiene una Fibrosis =F2: al paciente se le entregará la cita para ser valorado en Consulta de Hepatología para plantear tratamiento de Hepatitis C y seguimiento.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes con VHC que son derivados para realización de elastografía hepática evitando el paso por Centro de Especialidades: 90%
Porcentaje de pacientes con VHC sin fibrosis significativa que son derivados a consultas de digestivo: <10%.
Tiempo medio desde derivación por Médico de Atención Primaria y decisión de seguimiento: < 3 meses.

DURACIÓN
- Octubre-Diciembre: Información y selección de Centros de Atención Primaria para su implementación.
- Enero-Marzo-2017: Creación de nuevas consultas monográficas de hepatología
- Abril: Implementación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0260

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LARA LUZON SOLANAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRAGO LARRAMONA SANTIAGO
FUERTES LAHOZ EVA
BARRAO YOLDI ELENA
CAMO MONTERDE PATRICIA
PUYOLES BRAVO MANUEL
RUIZ BELMONTE LARA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actualmente la enfermera realiza el fibroscan en consultas externas de Digestivo; y ella misma es la encargada de generar un informe con el resultado de la prueba con la consiguiente visualización en intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido informatizar el resultado de fibroscan, de tal manera que es posible visualizar mediante el historial clínico informático el resultado del mismo. Esto ha permitido evitar la pérdida que en muchas ocasiones suponía entregar el resultado al paciente, evita la repetición innecesaria de la exploración, y consultar el mismo en consultas sucesivas, de cara a valorar la necesidad de un tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La informatización sistemática de exploraciones permite el ahorro de recursos sanitarios. En nuestro caso en el momento actual creemos que no queda pendiente ningún aspecto en relación a la mejora. Sí sería deseable el poder seguir contando con una enfermera entrenada para la realización de la prueba y elaboración consiguiente del informe de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/260 ========== ***

Nº de registro: 0260

Título
INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

Autores:
LUZON SOLANAS LARA, FRAGO LARRAMONA SANTIAGO, FUERTES LAHOZ EVA, BARRAO YOLDI ELENA, CAMO MONTERDE PATRICIA, PUYOLES BRAVO MANUEL, RUIZ BELMONTE LARA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades crónicas del hígado producen una acumulación progresiva de fibra colágena en el parénquima hepático. La biopsia hepática ha sido durante años el método de referencia para cuantificar la fibrosis hepática. Actualmente se dispone de alternativas no invasivas para cuantificar la fibrosis. La elastografía de transición (ET) o Fibroscan® cuantifica la rigidez del hígado, que es proporcional al grado de fibrosis hepática. En estos momentos, el fibroscan del que disponemos en el Hospital Miguel Servet es prestado por la industria farmacéutica 9 meses al año aproximadamente. Previamente se realizaban mediante petición o canalización externa al H.C.U Lozano Blesa. En el último año hemos realizado más de 200 exploraciones, no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0260

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN ELASTOGRAFIA DE DE TRANSICION (ET) O FIBROSCAN

registrada a nivel del sistema informático.
Con este proyecto se pretende homogeneizar los resultados obtenidos e informatizar los mismos en intranet para disponer de resultados tanto en nuestro servicio, como a nivel de otros hospitales de diferentes sectores

RESULTADOS ESPERADOS
Actualmente el resultado de la prueba se entrega al paciente en mano, en papel térmico. Esto conlleva la posibilidad de extravío o deterioro del mismo que dificulte o impida su interpretación, lo que en ocasiones obliga a repetir la exploración.
La informatización de resultados mediante la inclusión en Intranet permitiría la visualización de forma sistemática en otras consultas, así como evitaría repetición de pruebas de forma innecesaria.

MÉTODO
Documento con estratificación o grado de fibrosis, con gráfico adjunto al mismo que permitirá interpertración sencilla de resultados de forma visual tanto para el Digestologo, hepatólogo, como para otras especialidades.
Capacitación del personal de enfermería y médicos de la Unidad de Hepatología para la realización del mismo e inclusión de resultados en H.P Doctor.

INDICADORES
- Resultados informativos en Intranet: 100%.
- Formación específica de enfermería: 2 D.U.E
- Monitorización y seguimiento del grado de fibrosis: 90%.

DURACIÓN
- Octubre-Noviembre-16: Realización de plantilla informatizada estandar.
- Diciembre-16-Enero-17:Contacto con servicio de Informática.
- Febrero-17: Formación de D.U.E.
- Marzo-Abril-17: Implementación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

Fecha de entrada: 25/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA SIERRA MOROS
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORIA SAN TEODORO MARIA TERESA
URIBARRENA AMEZAGA RAFAEL
VAL PEREZ JOSE
BAJADOR ANDREU EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proceso comenzó con la puesta en marcha del programa de cribado, gestionado y monitorizado por la Unidad central, se está invitando, mediante envio postal, a la población diana a participar (hombres y mujeres entre 60 y 70 años) aquellos que aceptan son valorados en consultas de enfermería ambulatoria y si cumplen criterios, se solicita Test de sangre oculta en heces, si es negativo, se repite a los dos años y si es positivo, se envía la citación de colonoscopia para su realización en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Con este fin, se ha creado una agenda específica de una sala diaria, con seis colonoscopias de cribado que serán realizadas por cuatro endoscopistas con experiencia en endoscopia avanzada. En los últimos meses, dada la tasa de participación hemos aumentado una sala más a la semana.
Se crea un informe con los hallazgos endoscópicos, la recomendación de seguimiento y el destino del paciente.
Con la finalidad de tener un registro de toda la actividad realizada, la creación de los informes y el correcto seguimiento, hemos solicitado la colaboración de una enfermera cualificada sin haberla conseguido hasta el momento, por lo que el facultativo que realiza la exploración, actualmente revisa el resultado de las biopsias e introduce todos los datos en la base del SALUD para el cribado de CCR, creando al mismo tiempo un informe de seguimiento.Los pacientes de alto riesgo tras la realización de la colonoscopia y aquellos que presenten riesgo de cáncer hereditario, son derivados a consulta de alto riesgo de CCR,
En nuestro hospital existe un circuito rápido para el diagnóstico y tratamiento del CCR, que incluye a digestólogos, radiólogos, patólogos, cirujanos, anestesistas, radioterapeutas y oncólogos que ha aumentado su actividad tras la implantación del programa de cribado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados a fecha de septiembre de 2017. Muchos de los datos enviados y analizados por los informáticos del programa de cribado, probablemente provisionales.
-TASA DE PARTICIPACION DE 58,1%
-Nº de personas con T.SOH positivo/ nº personas que realizaron el test x 100 = 11,5%
-Nº de personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo / nº personas con T. positivo x 100 =(1524/1687) 90,3%
- Nº personas con adenomas de alto, medio y bajo riesgo, con cualquier adenoma / nº personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo = 62,4%
- Nº personas con cáncer invasivo / nº personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 4,4%
- Nº personas con cánceres en estadio 0, I, II, III y IV / nº personas con cáncer sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 16%, 44%, 26%, 10%, 4%.
- Tiempo de espera hasta la realización de colonoscopia tras positividad del T.SOH = <6 SEMANAS
-Nº de colonoscopias con preparación buena-excelente realizadas por T.SOH positivo / nº de colonoscopias totales por esta indicación x 100 = (601/ 1524) 39,4%
- Nº personas con colonoscopia completa / nº personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positiva x 100 = (1113/1524) 73%.
- Creación de un programa de endoscopias independiente para el cribado = SI
- Creación de un registro de complicaciones = SI
- Nº pacientes a los que se entrega de hoja de información y se documenta la firma de consentimiento informado / nº pacientes a los que se realiza colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 100%.
- Nº personas con complicaciones graves en la colonoscopia (aquellas que requieren hospitalización) / nº personas sometidas a colonoscopia por T.SOH positivo x 100 = 0% (205 complicaciones, pero ninguna grave)
-Nº de pacientes con adenomas de alto riesgo diagnosticados durante el cribado que son enviados a consulta de alto riesgo / nº pacientes con estas lesiones que son diagnosticados en el cribado x 100 = No disponible.
- Nº de pacientes con carcinoma invasivo diagnosticados durante el cribado que son enviados a consulta de alto riesgo / nº pacientes diagnosticados de carcinoma invasivo en el cribado x 100 = 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1- Los datos aportados arriba ponen de manifiesto la importancia de la implantación de este programa, dado el número de patología encontrada, tanto de lesiones preneoplásicas como de canceres diagnosticados en estadios precoces, lo que mejora claramente el pronóstico. Todo ello hace que a pesar de la importante carga asistencial que supone, no solo para el servicio de digestivo sino para todos aquellos implicados, continuemos muy motivados para su continuación.
2-Se solicitó, a tiempo parcial, una enfermera para el registro, la coordinación en nuestro hospital y la cumplimentación de los informes, creemos que es algo importante dada la carga asistencial que supone y su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

existencia en otros centros asistenciales. Hasta el momento nuestra solicitud no ha sido atendida.
3- El acceso a los datos del programa de cribado, que ahora no tenemos, nos ayudaría al análisis correcto de nuestra actividad.
4- La implantación del programa ha supuesto un aumento de las listas de espera de endoscopia, hecho que en los últimos meses está mejorando al aumentar la actividad de tarde.

7. OBSERVACIONES.
Envié el informe de resultados el jueves 22 dado que no recibí el mail con el modelo de la memoria. Se me ha facilitado por otros medios.
Gracias
un saludo

*** ========== Resumen del proyecto 2016/287 ========== ***

Nº de registro: 0287

Título
IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

Autores:
SIERRA MOROS EVA MARIA, SORIA SAN TEODORO MARIA TERESA, URIBARRENA AMEZAGA RAFAEL, VAL PEREZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....: PROGRMA COMPLETO PARA EL CONTROL DE CCR

PROBLEMA
En España el cáncer colorrectal es uno de los problemas de salud más importantes, ocupando el primer lugar en incidencia y siendo la segunda causa de mortalidad por cáncer.
El cáncer colorrectal es una enfermedad que se puede prevenir. La estrategia del Sistema Nacional de Salud ya recomendaba en 2009 el cribado de cáncer de mama, cuello uterino y colon. Los programas de cribado poblacional tratan de asegurar un acceso equitativo, pero existen diferencias entre las distintas comunidades autónomas; según informe de 2014 de la red de Programas de Cribado de Cáncer, nuestra comunidad se encuentra en desventaja, tanto en fecha de inicio (2013) como en la población incluida e invitada.
La experiencia ha demostrado que la detección precoz y el tratamiento de lesiones asintomáticas, mejora el control de la enfermedad, particularmente si están integrados en un programa completo de control de CCR.
Los programas de cribado juegan un papel relevante en la identificación de las personas con riesgo de presentar un cáncer hereditario y deben ser remitidas a unidades especializadas.
Se encuentra bien establecida la lesión premaligna a partir de la cual se forma el CCR, el pólipo adenomatoso, su resección endoscópica ha demostrado que reduce la incidencia y la mortalidad por CCR.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo final es la reducción de la mortalidad por cáncer de colon en nuestra comunidad, participando en el programa de cribado y en la atención integral y completa del paciente con CCR y aquel con riesgo de padecerlo.

MÉTODO
El proceso comienza con la puesta en marcha del programa de cribado, gestionado y monitorizado por la Unidad central, que invita a la población diana a participar, si acepta es valorado en consultas de enfermería ambulatoria y si cumple criterios, se solicita Test de sangre oculta en heces, si es negativo, se repite a los dos años y si es positivo, se envía la citación de colonoscopia para su realización en el Hospital Universitario Miguel Servet.
Con este fin, se ha creado una agenda específica de una sala diaria, con seis colonoscopias de cribado que serán realizadas por cuatro endoscopistas con experiencia en endoscopia avanzada. Contamos con experiencia en la sedación del paciente.
Se creará un informe con los hallazgos endoscópicos, la recomendación de seguimiento y el destino del paciente.
Con la finalidad de tener un registro de toda la actividad realizada, la creación de los informes y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0287

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO Y PROGRAMA COMPLETO PARA EL CONTROL DEL CANCER COLORRECTAL (CCR) EN EL AREA II DE SISTEMA ARAGONES DE SALUD

correcto seguimiento, hemos solicitado la colaboración de una enfermera cualificada.
Los pacientes de alto riesgo tras la realización de la colonoscopia y aquellos que presenten riesgo de cáncer hereditario, serán derivados a consulta de alto riesgo de CCR, creada para este fin.
En nuestro hospital existe un circuito rápido para el diagnóstico y tratamiento del CCR, que incluye a digestólogos, radiólogos, patólogos, cirujanos, anestesistas, radioterapeutas y oncólogos.

INDICADORES
7-1 INDICADORES DE PARTICIPACION:
TASA DE PARTICIPACIÓN
Número de personas con test de las invitaciones válidas en el año / Número de personas con invitación válida en el año x 100
7-2 INDICADORES DE PROCESO
-Tasa de personas con test inadecuados entregados en el año:
-Tasa de personas con test positivo
-Tasa personas con aceptación de colonoscopia
-Tasa de personas con colonoscopia completa realizada
-Tasa de personas con complicaciones graves en la colonoscopia
7.3 INDICADORES DE RESULTADO
Lesiones detectadas.
-Tasa de personas con adenomas de alto, medio y bajo riesgo.
-Tasa de personas con cualquier adenoma
-Tasa de personas con cáncer invasivo
-Porcentaje de cánceres en estadio I, II, III y IV
7-4 INDICADORES DE CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA
-Tiempo de espera tras la realización de SOH (<6 semanas)
-Proporción de exploraciones con preparación buena-excelente (>90% de las colonoscopias)
-Programa de endoscopias independiente para el cribado (existencia del mismo).
-Registro de complicaciones (existencia del mismo).
-Hoja de información y documentación de consentimiento informado (100% de exploraciones)
-Acontecimientos adversos relacionados con la evaluación previa (<10%)
-Control y vigilancia de desinfección (nivel aceptable cada 3 meses)
-Personal capacitado (al menos dos endoscopistas que cumplan los requisitos de calidad)
7-4 INDICADORES DE LA CONSULTA DE ALTO RIESGO
-Número de pacientes enviados desde consulta/año
-Número de pacientes enviados tras la realización de colonoscopia/año

DURACIÓN
En septiembre de 2016 se empiezan a enviar las primeras cartas de invitación, progresivamente se irán incluyendo 13 ambulatorios y un total de 1280 pacientes hasta julio de 2017.
Desde septiembre de 2017 hasta abril de 2018 se incluyen los ocho 8 ambulatorios que completan el Área II con otros 1427 pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0833

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR CORSINO ROCHE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES MARINA MARIA ANGELES
BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El protocolo que estaba previsto entregar el año pasado no se pudo realizar en tiempo dada la baja maternal de la persona responsable del mismo. El protocolo está a punto de ser finalizado y presentado en la unidad correspondiente para ello en las próximas semanas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por ahora no hay resultados alcanzados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la demora de la presentación del protocolo, se ha podido incluir el nuevo fármaco biológico aprobado recientemente por la EMA, por lo que se trata de un protocolo completamente actualizado. Además se ha observado la necesidad de realizar un manual de uso del programa "hospiwin" por parte de enfermería y se ha incluído dentro de éste.

7. OBSERVACIONES.
A pesar de la demora en la ejecución, es un proyecto que continúa y que en las próximas semanas se podrá objetivar con la presentación del protocolo, un protocolo realmente necesario para el uso correcto y seguro de los tratamientos biológicos en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/833 ========== ***

Nº de registro: 0833

Título
INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

Autores:
CORSINO ROCHE PILAR, BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL, MORALES MARINA MARIA ANGELES, GUALLART CALVO MARIA REYES, GOTOR DELSO JESUS, ESPINA CADENA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El porcentaje de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) tratados con fármacos biológicos intravenosos en el hospital Miguel Servet, está aumentando de manera progresiva siendo actualmente una de las partes con mayor representación en el trabajo habitual de hospital de día. Los fármacos biológicos intravenosos utilizados en la EII son: Infliximab (Remicade ®), Vedolizumab (Entyvio ®), Natalizumab (Tysabri ®) 4) y CT-P13 (Inflectra ®) que es un biosimilar de infliximab. Estos fármacos son pautados por gastroenterólogos especializados en EII y son administrados por vía intravenosa habitualmente en Hospital de día y de manera ocasional en plantas de hospitalización en pacientes ingresados por brote de su enfermedad. Se trata de fármacos preparados por el servicio de farmacia el mismo día de su administración en los que por sus

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0833

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

características y posibles reacciones alérgicas, previamente a su administración, se deben de realizar una serie de comprobaciones para minimizar al máximo los riesgos para el paciente y en caso de reacción infusional se debe de tener claro el protocolo a seguir.
Llevamos varios años administrando éstos fármacos en régimen de hospital de día a pacientes con EII, pero de forma no del todo estandarizada. A pesar de haber personal entrenado para ello, las necesidades del servicio y/o del hospital, hacen que haya cambios en plantilla y no siempre se encuentre personal de enfermería familiarizado con la administración de este tipo de fármacos. Además, en ocasiones, han de administrarse fuera de hospital de día, por lo que el personal de planta, no suele estar acostumbrado a trabajar con este tipo de tratamientos. Por todo ello, vemos necesario la creación de un protocolo de administración de fármacos biológicos que incluya un check-list de comprobación de seguridad previo a su administración, pauta de administración de premedicación y casos en la que es necesaria, normas para la infusión y un protocolo de actuación en caso de reacciones alérgicas relacionada con la infusión.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejoría en la seguridad del paciente, evitando posibles errores que pueden aparecer cuando no existe una pauta clara a seguir.

- Posibilitar acceso de personal de enfermería no entrenado específicamente para este trabajo en la ocasión que se requiera.

- Administración de estos fármacos con seguridad en cualquier planta de hospitalización sin necesidad de que tenga que ser administrado por el personal que habitualmente lo hace en hospital de día y/o sin tener que desplazar al paciente hasta hospital de día

- Disminución del número de reacciones infusionales tras la protocolarización de la premedicación a infundir.

- Mejora en el manejo de reacciones infusionales.

MÉTODO
1. Realización del protocolo, siguiendo las guías y recomendaciones actuales para el uso de fármacos biológicos en la EII. El protocolo debe incluir: a) check-list previo a la preparación del fármaco biológico y administración, b) protocolo de administración y premedicación, c) protocolo de actuación ante una reacción infusional.

2. Presentación en el servicio de Digestivo para conocimiento del mismo tanto a personal médico como de enfermería.

3. Difusión y explicación del protocolo correspondiente, sobre todo en planta de hospitalización de Digestivo que es donde más habitualmente se administra fuera del ámbito de hospital de día.

4. Elaboración del protocolo según normas de la Unidad de Calidad Asistencial para que sea instalado en la intranet hospitalaria y sea accesible a todo el personal que quiera acceder a él.

INDICADORES
1. Registro de todos los casos a los que se les administra el tratamiento biológico desde la puesta en marcha del mismo, para análisis posterior de eficacia y seguridad.

2. Registro de los acontecimientos hallados en la realización del check-list previo a la administración del fármaco que impidan la administración de éste y pauta llevada a cabo por el servicio de enfermería.

3. Registro de reacciones infusionales y protocolo de actuación llevado a cabo.

4. Encuesta de satisfacción en el personal de enfermería de precise utilizar el protocolo y que forme o no parte de su trabajo habitual.

DURACIÓN
- Realización del protocolo: octubre de 2016
- Presentación y difusión del mismo noviembre de 2016
- Puesta en marcha del protocolo: desde diciembre de 2016
- Análisis de indicadores septiembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0833

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II)

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL VICENTE LIDON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
MONZON ABAD ANDRES
MARTINEZ GERMAN ANTONIO
SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR
SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS
LARROSA LOPEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Dada información sobre la creación de la comisión a los distintos servicios involucrados en la misma, tanto a jefes de servicio como a las personas que van a ser los componentes de la comisión

- Elaborado un formulario de registro de cada reunión de la comisión en el programa Hp doctor para que quede constancia en la intranet de todas las decisiones tomadas con cada paciente.

-Busqueda de día y hora para poder realizar las reuniones,todavía por determinar lugar físico donde poder realizar las reuniones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía no alcanzados ya que no se han iniciado las reuniones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente iniciar las sesiones de la comisión, las cuales deberían realizarse en un lugar físico adecuado con material informático y personal administrativo como puede ser en la sala de celebración de comités de tumores, sin embargo, ésto no puede ser porque en el horario que puede realizarse, por parte de la mayoría de los servicios implicados en ésta comisión, está ocupado. Interesa encontrar un sitio adecuado, cuanto antes.

Otra de las causas en el retraso del inicio del proyecto, es la demora por parte del servicio de informática, la hora de crear el formulario necesario para el Hp doctor.

La elaboración del formulario de Hp Doctor ha sido muy costoso conseguir

7. OBSERVACIONES.
Esperamos empezar en el mes de marzo de 2018, el inicio de las sesiones de la comisión, inicialmente en un despacho médico hasta solventar el problema dela ubicación.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/842 ========== ***

Nº de registro: 0842

Título
CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Autores:
VICENTE LIDON RAQUEL, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, ESTRADA ABAD PILAR, MONZON ABAD ANDRES, MARTINEZ GERMAN ANTONIO, SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR, SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS, LARROSA LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad clínica crónica que afecta sobre todo a personas jóvenes cuya incidencia va en aumento de manera progresiva en nuestro medio. En muchas ocasiones la complejidad de los casos es muy alta lo que hace necesario la colaboración de múltiples especialidades para su manejo. De hecho, la recomendación actual sobre el manejo de la EII es llevarlo a cabo en unidades de abordaje integral a la EII (UAIEII), formadas por diversos profesionales expertos en la EII.
En nuestro centro ya llevamos a cabo este abordaje interdisciplinar pero de forma funcional, sólo gracias a la colaboración no estructurada de ciertos profesionales especialmente implicados y expertos en la EII. Sin embargo, existen importantes dificultades de cooperación entre nosotros por la ausencia de una estructura orgánica.
Crear una comisión multidisciplinar para el abordaje terapéutico a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CTEII), inicialmente sobre todo para los casos complejos en los que se plantee la cirugía, permitiría solucionar en gran medida estos problemas y mejorar la atención a los pacientes con EII. Constituirá el primer paso, y prioritario, en la posterior creación de una UAIEII que impulsaría y ampliaría aún más el abordaje interdisciplinar a la EII.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la atención asistencial en pacientes diagnosticados de EII que requieren atención por varios especialistas debido a su complejidad, determinando cuáles son las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con las guías actuales de manejo de la EII.

-Optimización de los recursos sanitarios según la decisión del manejo especializado y multidisciplinar, evitando exploraciones innecesarias y programando los tiempos concretos para realizar exploraciones diagnósticas y cirugía.

MÉTODO
- En paralelo a este proyecto de mejora se seguirán los pasos necesarios establecidos para la creación de comisiones multidisciplinares hospitalarias. Responsable : FEA Digestivo

- Presentación del proyecto a los jefes de servicio de los distintos servicios para su evaluación y aprobación. Responsable: FEA Digestivo

- Organización de los recursos necesarios para iniciar las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.
o Lugar físico y personal administrativo para emisión de informe .
o Determinar la periodicidad y hora para su celebración.
o Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) interno de funcionamiento. Incluirá demoras máximas consensuadas en exploraciones, citas en consultas y cirugía, además de la revisión de la evolución de los casos.
o Elaboración del formulario para el registro informatizado de todas las reuniones de la comisión y decisiones tomadas para su posterior análisis.

- Elaboración de un calendario de sesiones para las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

- Divulgación de la existencia de dichas sesiones entre los médicos que tratan esta patología, mediante sesiones clínicas. FEA Digestivo y cirugía.

INDICADORES
Registro de:
- Número de sesiones realizadas por la comisión a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha de este proyecto.
- Número de casos clínicos valorados en las comisiones realizadas.
- Decisiones tomadas en la comisión (cirugía, intensificación de terapia médica,, nuevas pruebas diagnósticas,etc)

Evaluación del impacto de la asistencia multidisciplinar mediante:

- Medición de tiempos de demora desde las decisiones tomadas en la comisión hasta que se lleven a cabo.
- Tasa de demoras inapropiadas. Número de pacientes en los que se realiza dentro de la demora consensuada una técnica radiológica, una cita en consulta o una cirugía, en relación al total de los pacientes en los que se decide alguna de las anteriores intervenciones.

- Valor añadido aportado por la comisión, entendido en términos diagnósticos o terapéuticos. Auditado por revisión retrospectiva de historias clínicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

- Evaluación de la posible ganancia en salud y calidad de vida de los pacientes relacionada con la decisión del comité así como de los posibles efectos adversos.

DURACIÓN
- Presentación del proyecto a los Jefes de servicio de los distintos servicios (noviembre 2016).
- Obtención de los recursos materiales y humanos. Noviembre, Diciembre 2016.
- Elaboración del protocolo y PNT, que incluirá el formulario de recogida de datos. Diciembre 2016, enero 2017.
- Elaborar un calendario de reuniones (enero de 2016).
- Inicio de las reuniones multidisciplinares (febrero 2017).
- Análisis de los objetivos del proyecto. Número de sesiones realizadas, registro del número de pacientes evaluados e indicadores marcados para el proyecto (octubre, noviembre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL VICENTE LIDON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL
DUQUE MALLEN MARIA VICTORIA
SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR
SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS
DE LA ROSA RAQUEL
CORSINO ROCHE PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han celebrado 8 comités en los meses que llevamos desde su instauración (1por mes). En ellos se han presentado un total de 20 pacientes para la toma de decisiones diagnosticas o terapéuticas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La toma de decisiones a partir del comité ha arrojado resultados positivos evidentes, como la incorporación de diversas perspectivas terapéuticas que mejoran sin duda el tratamiento de cada paciente concreto. Además se habrá disminuido, con total seguridad, aunque no lo tenemos medido, la demora efectiva de pruebas diagnósticas y terapéutica en aquellos pacientes presentados en la comisión y que así lo requerían. Mas allá de estos resultados medibles, la celebración de las comisiones y la creación de un grupo multidisciplinar, con sensación del pertenencia al mismo entre los diversos miembros, ha mejorado en mucho ámbitos la cooperación entre las especialidades implicadas. Es este un aspecto no medible pero de especial importancia en mi opinión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Continuar en esta línea, ampliando el número de reuniones de acuerdo a las necesidades. Incluir en el grupo al resto de especialidades implicadas si el caso clínico lo requiere.
Conseguir en el futuro la certificación de la unidad de enfermedad inflamatoria intestinal del HUMS, en la que la comisión multidisciplinar desempeña un papel clave.

7. OBSERVACIONES.
Aún está pendiente la contratación de enfermería especializada para la unidad de enfermedad inflamatoria intestinal, que desempeña un papel central en el buen funcionamiento del comité, tal y como consta en todos los documentos elaborados al respecto. De hecho sin dicha figura el proyecto no es viable a medio plazo. Diríamos más, no es viable una unidad de enfermedad inflamatoria intestinal de calidad en un centro como el HUMS.
RESPONSABLE DE LA COMISIÓN: SANTIAGO GARCÍA LÓPEZ

*** ========== Resumen del proyecto 2016/842 ========== ***

Nº de registro: 0842

Título
CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Autores:
VICENTE LIDON RAQUEL, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, ESTRADA ABAD PILAR, MONZON ABAD ANDRES, MARTINEZ GERMAN ANTONIO, SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR, SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS, LARROSA LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad clínica crónica que afecta sobre todo a personas jóvenes cuya incidencia va en aumento de manera progresiva en nuestro medio. En muchas ocasiones la complejidad de los casos es muy alta lo que hace necesario la colaboración de múltiples especialidades para su manejo. De hecho, la recomendación actual sobre el manejo de la EII es llevarlo a cabo en unidades de abordaje integral a la EII (UAIEII), formadas por diversos profesionales expertos en la EII.
En nuestro centro ya llevamos a cabo este abordaje interdisciplinar pero de forma funcional, sólo gracias a la colaboración no estructurada de ciertos profesionales especialmente implicados y expertos en la EII. Sin embargo, existen importantes dificultades de cooperación entre nosotros por la ausencia de una estructura orgánica.
Crear una comisión multidisciplinar para el abordaje terapéutico a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (CTEII), inicialmente sobre todo para los casos complejos en los que se plantee la cirugía, permitiría solucionar en gran medida estos problemas y mejorar la atención a los pacientes con EII. Constituirá el primer paso, y prioritario, en la posterior creación de una UAIEII que impulsaría y ampliaría aún más el abordaje interdisciplinar a la EII.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la atención asistencial en pacientes diagnosticados de EII que requieren atención por varios especialistas debido a su complejidad, determinando cuáles son las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con las guías actuales de manejo de la EII.

-Optimización de los recursos sanitarios según la decisión del manejo especializado y multidisciplinar, evitando exploraciones innecesarias y programando los tiempos concretos para realizar exploraciones diagnósticas y cirugía.

MÉTODO
- En paralelo a este proyecto de mejora se seguirán los pasos necesarios establecidos para la creación de comisiones multidisciplinares hospitalarias. Responsable : FEA Digestivo

- Presentación del proyecto a los jefes de servicio de los distintos servicios para su evaluación y aprobación. Responsable: FEA Digestivo

- Organización de los recursos necesarios para iniciar las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.
o Lugar físico y personal administrativo para emisión de informe .
o Determinar la periodicidad y hora para su celebración.
o Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) interno de funcionamiento. Incluirá demoras máximas consensuadas en exploraciones, citas en consultas y cirugía, además de la revisión de la evolución de los casos.
o Elaboración del formulario para el registro informatizado de todas las reuniones de la comisión y decisiones tomadas para su posterior análisis.

- Elaboración de un calendario de sesiones para las reuniones. FEA Digestivo, cirugía y radiodiagnóstico.

- Divulgación de la existencia de dichas sesiones entre los médicos que tratan esta patología, mediante sesiones clínicas. FEA Digestivo y cirugía.

INDICADORES
Registro de:
- Número de sesiones realizadas por la comisión a los 6 y 12 meses de la puesta en marcha de este proyecto.
- Número de casos clínicos valorados en las comisiones realizadas.
- Decisiones tomadas en la comisión (cirugía, intensificación de terapia médica,, nuevas pruebas diagnósticas,etc)

Evaluación del impacto de la asistencia multidisciplinar mediante:

- Medición de tiempos de demora desde las decisiones tomadas en la comisión hasta que se lleven a cabo.
- Tasa de demoras inapropiadas. Número de pacientes en los que se realiza dentro de la demora consensuada una técnica radiológica, una cita en consulta o una cirugía, en relación al total de los pacientes en los que se decide alguna de las anteriores intervenciones.

- Valor añadido aportado por la comisión, entendido en términos diagnósticos o terapéuticos. Auditado por revisión retrospectiva de historias clínicas.

- Evaluación de la posible ganancia en salud y calidad de vida de los pacientes relacionada con la decisión del comité así como de los posibles efectos adversos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0842

1. TÍTULO

CREACION DE UNA COMISION MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE MEDICO - QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (SECTOR II, ZARAGOZA)

DURACIÓN
- Presentación del proyecto a los Jefes de servicio de los distintos servicios (noviembre 2016).
- Obtención de los recursos materiales y humanos. Noviembre, Diciembre 2016.
- Elaboración del protocolo y PNT, que incluirá el formulario de recogida de datos. Diciembre 2016, enero 2017.
- Elaborar un calendario de reuniones (enero de 2016).
- Inicio de las reuniones multidisciplinares (febrero 2017).
- Análisis de los objetivos del proyecto. Número de sesiones realizadas, registro del número de pacientes evaluados e indicadores marcados para el proyecto (octubre, noviembre 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho
```

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0866

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL BOUDET BARRACA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORSINO ROCHE PILAR
MORALES MARINA MARIA ANGELES
SANZ SEGURA PATRICIA
GARCIA CAMARA PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han intercambiado 661 correos electrónicos con los pacientes de la unidad, resolviendo dudas, facilitando dudas, recomendando actitudes, acciones terapéuticas, pautas de vida o facilitando pruebas complementarias.

Hemos intercambiado además 725 llamadas telefónicas relacionadas con el manejo de la enfermedad.

Se han realizado múltiples publicaciones en el Tweet de la unidad, a modo en su mayoría de información al respecto de actividades propias o de interés para el paciente.

No obstante, el requisito básico para la puesta en marcha de este proyecto, fue la dotación por parte del hospital de una enfermera asistencial en nuestra unidad, que facilitara dichas tareas y pudiera encargarse del teléfono móvil. Al no disponer de la misma, la actividad se ha realizado por parte de los facultativos y enfermera de investigación, de forma añadida a su actividad habitual. De la misma manera, no ha sido posible dar de alta la línea de telefonía móvil, al no disponer de nadie que pudiera encargarse de atenderla en horario laboral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Si bien resulta casi imposible de cuantificar, sin duda, la actividad desarrollada ha contribuido a disminuir la carga asistencial de nuestras consultas, hospitalización y servicio de urgencias, así como las consultas de atención primaria de los pacientes.
No obstante, sigue resultando clave la incorporación de una enfermera con tarea asistencial de coordine esta labor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante este año la principal enseñanza ha sido que sacrificando tu tiempo de ocio personal, puedes suplir parcialmente la falta de medios humanos existente en nuestra unidad actualmente, ya que los medios propuestos de han mostrado eficaces, pero sin tiempo específico dedicado a ellos en nuestras respectivas agendas.
No obstante, aspiramos a la pronta resolución de la situación.

7. OBSERVACIONES.
Precisamos la incorporación a muy corto plazo de una enfermera asistencial que pueda hacerse cargo y coordinar las funciones de telemedicina en nuestra unidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/866 ========== ***

Nº de registro: 0866

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". PROGRAMA DE TELEMEDICINA

Autores:
BOUDET BARRACA JOSE MIGUEL, CORSINO ROCHE PILAR, MORALES MARINA MARIA ANGELES, SANZ SEGURA PATRICIA, GARCIA CAMARA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0866

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad inflamatoria intestinal (EII), constituida por Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, conforma una patología crónica que alterna periodos de remisión con otros de actividad inflamatoria imprevisible, que puede requerir una rápida valoración y un tratamiento médico. El enfoque actual de las enfermedades crónicas contempla no sólo la enfermedad en sí misma (dimensión biológica), sino también la recuperación de la salud y el bienestar (dimensiones psicológicas y sociales de la persona), mejorando así la calidad de vida de los pacientes y el de su familia.
El alto índice de ocupación de las consultas dedicadas a la enfermedad, impide en ocasiones ofrecer la atención precisa en el lapso de tiempo deseable. Es necesario buscar herramientas que permitan al paciente un contacto y acceso rápido a una atención sanitaria cuando sea preciso.
El personal de la unidad puede además suministrar peticiones de pruebas, informes médicos o alertar a determinados pacientes sobre datos o informaciones recientes (Alteraciones analíticas relevantes, problemas con determinados fármacos,…) mediante estos canales.
La utilización de distintos medios (teléfono, mail, faxes, Webs, redes sociales,…) reduce la barrera comunicativa entre el paciente y el equipo sanitario y facilita estos objetivos de forma eficaz y económica. Gracias a estas herramientas, otras cuestiones que pueden surgir en el paciente durante su enfermedad, pueden ser resueltas de forma cómoda y rápida tanto para el paciente como para el personal de la unidad, ahorrando recursos que quedan disponibles para resolución de otros problemas.
Gracias a estos medios, se facilita además el acceso a información escrita complementaria sobre la enfermedad y temas relacionados, el aumento de adherencia al tratamiento o la integración del paciente en asociaciones de pacientes, aumentando así el grado de implicación del paciente con su enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
La implementación de los medios propuestos, mejora la atención al paciente, y evita que se sienta desprotegido. Contribuye además a la adecuación de determinadas consultas presenciales o telefónicas, tanto en la propia unidad como en otros canales (Urgencias, secretarías de planta o endoscopia, personal de consultas,…) lo que supone una mejora en la calidad de la atención al paciente programado. Cuando el paciente utiliza estos medios para comunicar una situación urgente, obtiene una rápida respuesta por parte de su equipo médico habitual, optimizando el manejo de su patología.

MÉTODO
Proponemos varias formas de contacto:
- Correo electrónico: Proporciona un medio de contacto mayoritariamente accesible. Sus ventajas son la disponibilidad sin limitaciones horarias e independiente de la ubicación del paciente. Permite el envío y recepción de documentos adjuntos (informes, imágenes, solicitudes de pruebas,...).
El personal sanitario puede ofrecer una respuesta en sus momentos de disponibilidad, permitiendo que algunas cuestiones puedan ser consultadas con otros miembros de la unidad o externos a ella en caso de ser preciso.
- Teléfono móvil: Contacto más inmediato. Accesible a toda la población Puede ser utilizado en caso de necesidad de respuesta urgente. Su principal limitación es la disponibilidad horaria del personal que atiende el servicio.
- Redes sociales: Transmiten información, eventos o ideas a los pacientes.
- Páginas web: Facilitar a los pacientes páginas web de fiabilidad contrastada.
El proyecto se llevará a cabo en la Unidad de EII del Servicio de Digestivo del Hospital Miguel Servet, compuesta por 3 digestólogos expertos en el manejo de EII y 2 enfermeras adscritas a la unidad, formadas en EII.
Las tareas y horarios de atención se reparten con el objetivo de que ninguna demanda que requiera atención prioritaria pase más de 24-48 horas sin respuesta.

INDICADORES
Recogida de las demandas de atención sanitaria realizadas por vía telemática a la unidad de EII del Hospital Miguel Servet.
Se realizará un registro del número y tipo de demandas efectuadas, calculando los porcentajes de demandas resueltas telefónicamente, vía email o presencialmente.
Se elaborará también un registro de las demandas resueltas por enfermería y de aquellas que cuentan con la intervención del médico responsable del paciente, derivación a urgencias, ingreso o interconsultas.
Con los datos recogidos, se propone la elaboración de un informe anual que permita comprobar la actividad efectuada, así como su efectividad.

DURACIÓN
El programa ha iniciado su funcionamiento en prueba desde hace algunos meses, (especialmente en lo que se refiere a mail y presencia en redes sociales). Actualmente se realizan ajustes en las formas de recibir y responder las comunicaciones por parte del paciente.
La atención por medio de teléfono móvil se halla en trámites de alta en el momento actual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0866

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE ASISTENCIA Y ATENCION SANITARIA A DISTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"

No se prevé una fecha de finalización del programa.

OBSERVACIONES
Presentado previamente con numero 723 (exceso de caracteres)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1219

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO BAJADOR ANDREU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
SORIA SANTEODORO MARIA TERESA
ALCEDO GONZALEZ JAVIER
BERNAL MONTERDE VANESA
SANCHEZ CUCALON SUSANA
POVAR MARCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda, coincidiendo con el cierre de la Unidad de Endoscopias Digestivas.

El Protocolo ha sido aprobado por la Comisión Técnico-assitencial del HUMS y ya se encuentra disponible en la Intranet del hospital con el número Z2-567-18.

El protocolo incluye dos algoritmos de actuación: el primero para la atención de hemorragias digestivas originadas o procedentes de urgencias de nuestro centro y un segundo algoritmo para el caso de pacientes con hemorragia procedentes de otros hospitales.
En la redacción del protocolo ha intervenido los siguientes servicios: Servicio de Digestivo, Servicio de Urgencias, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno.

El protocolo especifica con todo detalle el manejo del paciente, de acuerdo a la etiología y características de la hemorragia digestiva que presenta, y se definen los requisitos y función de cada profesional que interviene en el proceso.

De forma paralela se ha llevado a cabo una Formación específica para el personal de Enfermería y Personal Auxilliar Sanitario que no estaba habituado a esta labor, para la correcta colaboración en la atención clínica y endoscópica dle paciente con hemorragia digestiva. Esta formación se continua con cada nueva incorporación de personal de enfermería o TCAE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Incidencia Número de pacientes que presentan HD Aguda al año:
INGRESADOS EN CAMAS 805-807/1-807/2-809/1-809/2 ENTRE 1-JUN-18 Y 11-MAR-19= 193 PACIENTES

Procedencia Número de pacientes con HD Aguda remitidos desde otros centros hospitalarios. Nº total = 23

Idoneidad de Solicitud de la Endoscopia Urgente en HD Aguda Nº Endoscopias urgentes realizadas / Nª de llamadas al Endoscopista. Umbral=90 %
PORCENTAJE DE LLAMADAS CONSIDERADAS IDONEAS: 76 %

Calidad Endoscopia Urgente en HD Aguda Nº Endoscopias urgentes realizadas con personal adecuado/ Nº Endoscopias urgentes realizadas Umbral=100 %
Se considera que el 100% se han realizado con arreglo a los criterios de calidad respecto al personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo considera, junto con el resto del Servicio, que el protocolo ha funcionado correctamente.
La mejora en la disponibilidad de personal de enfermería y auxiliar, así como la realización de la endoscopia urgente en el área específica de endoscopias, ha supuesto un salto de calidad respecto a la situación previa a la instauración del protocolo.
Durante el periodo en que está en funcionamiento (unos 9 meses) no ha habido problemas relevantes respecto a la disponibilidad de camas en la Unidad de Hospitalización de Digestivo.
Quizá el aspecto a mejorar mas relevante sea tratar de optimizar la idoneidad de las llamadas al endoscopista de urgencia. No obstante, debe tenerse en cuenta, que algunas de estas llamadas, consideradas como no idóneas, son en realidad llamadas para consultar la indicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1219 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1219

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Nº de registro: 1219

Título
ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
BAJADOR ANDREU EDUARDO, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, SORIA SANTEODORO MARIA TERESA, ALCEDO GONZALEZ JAVIER, BERNAL MONTERDE VANESA, SANCHEZ CUCALON SUSANA, POVAR MARCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las nuevas condicionantes epidemiológicas y clínicas que concurren en los pacientes que sufren hemorragia digestiva aguda en la actualidad, han motivado que la Dirección del Hospital Universitario Miguel Servet tome la decisión del cierre de la Unidad de Endoscopias DIgestivas. Esta circunstancia nos obliga a llevar a cabo una serie de modificaciones en el manejo de estos pacientes, tanto desde el punto de vista diagnóstico-terapéutico, como desde el punto de vista organizativo asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Nueva redacción del Protocolo de actuación en el paciente con Hemorragia Digestiva Aguda en colaboración con el S. de Urgencias.
Establecimiento de normas para la realización de la Endoscopia de Urgencia, con descripción de momento de la indicación, personal necesario y localización física tras la desaparición de la Unidad de Hemorragias Digtestivas.
Reorganización de la hospitalización del paciente en el S. de Digestivo con objeto de garantizar la disponibilidad de camas y su adecuada atención.

MÉTODO
Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda.
Aprobación del Protocolo por la Comisión Técnico-assitencial del HUMS.
Elaboración del algoritmo de actuación ante la necesidad de una Endoscopia Urgente. Intervienen: Servicio de Digestivo, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno.
Definición de las características y requisitos de cada profesional que interviene en el proceso.
Formación de Enfermería y Personal Auxilliar Sanitario para la atención endoscópica y en planta del paciente con HD Aguda.

INDICADORES
Incidencia Número de pacientes que presentan HD Aguda al año No
Procedencia Número de pacientes con HD Aguda remitidos desde otros centros hospitalarios. Nº total.
Idoneidad de Solicitud de la Endoscopia Urgente en HD Aguda Nº Endoscopias urgentes realizadas / Nª de llamadas al Endoscopista. Umbral=90 %
Calidad Endoscopia Urgente en HD Aguda Nº Endoscopias urgentes realizadas con personal adecuado/ Nº Endoscopias urgentes realizadas Umbral=100 %

DURACIÓN
Redacción, revisión del Protocolo de Hemorragia Digestiva Aguda: 2 meses.
Aprobación del Protocolo por la Comisión Técnico-assitencial del HUMS: 1 mes (primera reunión disponible).
Elaboración del algoritmo de actuación ante la necesidad de una Endoscopia Urgente. Intervienen: Servicio de Digestivo, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Dirección de Personal Subalterno: 1 mes.
Definición de las características y requisitos de cada profesional que interviene en el proceso: 1 mes
Formación de Enfermería y Personal Auxilliar Sanitario para atención endoscópica y a atención en planta del paciente con HD Aguda: A lo largo de un año, se formará a todo el personal en especial al de nueva incorporación.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1219

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA SANCHEZ CUCALON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUENTES OLMO JAVIER
BERNAL MONTERDE VANESA
RAFELES MARCEN JOSE LUIS
DE VAL COMIN EVA MARIA
MARRODAN PEREZ JULIA
GUTIERREZ ABASCAL MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO (PNT) EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

Objetivo del PNT:

Establecer un marco de actuación común de referencia, en aspectos organizativos y funcionales, para todos los médicos y resto del personal sanitario y auxiliar que atienden a pacientes ingresados en el servicio de digestivo.

Favorecer el trabajo asistencial y una atención más homogénea práctica a los pacientes ingresados en el servicio de digestivo.

Dada la naturaleza de la actividad a la que se refiere, no se trata de normas de obligado cumplimiento, sino de recomendaciones parar un adecuado discurrir del trabajo en planta.

Ámbito de aplicación:

Planta de hospitalización de digestivo (plantas 8ª y 4ª, hospital general), si bien algunos aspectos son aplicables a pacientes ingresados a cargo del Servicio, pero en otras plantas (“ingresos ectópicos”).

Premisas previas:

Este protocolo general tiene particularidades específicas en las unidades funcionales que forman la Unidad de Hospitalización del servicio (Gastroenterología, Hepatología, y sus subunidades).

También incluye los protocolos de manejo a los principales procesos / técnicas endoscópicas que ingresan o se realizan en la unidad de hospitalización.

Dividimos él documentos en dos partes diferenciadas: PNT médico y PNT de personal de enfermería. Se incluye una tercera parte, como anexo, con los protocolos conjuntos de manejo de los procesos médicos más frecuentes atendidos en la planta.

A) PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO MÉDICO:

Actividades asistenciales y horarios aproximados recomendados:

Las actividades asistenciales pueden ser obviamente llevadas a cabo de formas diferentes y correctas todas ellas. Este PNT no define estos aspectos médicos sino la forma de llevarlos a cabo, en lo esencial, para un funcionamiento similar. Tampoco puede ser rígido ya que muchos aspectos, como por ejemplo los horarios recomendados, pueden variar en función del transcurrir de la actividad asistencial de cada día.
- De 8:00 a 10:00 revisión de historias, ingresos, comités /comisiones clínicas y rapport (rapport-café)
- 10:00-10:30: pase de visita y actividades médicas asistenciales (hojas de colaboración, etc.)
- Antes de las 13 tratamientos actualizados y validados (Farmatools).
- 13:30 información médica: pacientes o allegados en el despacho médico. Diaria o ante novedades

Historias clínicas:

Actualmente el HUMS no dispone todavía de Historica Clínica Electrónica aunque esperamos que más pronto que tarde esté disponible.
La historia clínica es la clave del trabajo médico en planta de hospitalización y sobre la que se plasma la actuación de todos los médicos que intervienen en el proceso asistencial.

Historia clínica inicial: debe ser realizada en formato electrónico, actualmente a través del HP doctor. Incluirá siempre un juicio diagnóstico y reflejará las exploraciones complementarias solicitadas.

Evoluciones sucesivas: actualmente se realizan en formato papel ya que no disponemos de historia electrónica a tal efecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Organización de las historias clínicas: deberán estar ordenadas. En tanto no se disponga de Historia Electrónica, se recomienda imprimir e incluir en ella al menos las exploraciones más importantes.

Colaboración con enfermería:

El pase de visita deberá ser preferiblemente realizado con la enfermera responsable de cada paciente.
Se recomienda la reunión previa con enfermería para valorar incidencias, constantes, etc. y, cuando se considere necesario, realizar la revisión de tratamientos.
Es muy importante que si se producen cambios a última hora (en tratamiento, etc.), se comunique personalmente a la enfermera responsable.

Información médica:

En el momento del ingreso se entregará, por parte de enfermería, de una Hoja de Acogida al paciente / acompañantes para que conozca las normas de funcionamiento del Servicio. En ella se especificará el nombre del Facultativo que le atenderá durante su proceso asistencial.
La información médica debe ser confidencial, siempre al paciente y, bajo su autorización, al familiar/allegado que él designe. En caso de que no desee que se informe a determinadas personas deberá reflejarse, de forma resaltada, en la historia clínica del paciente.
Deberá llevarse a cabo por el Médico responsable, preferiblemente en el despacho médico, garantizando la necesaria confidencialidad.
La información será adaptada al nivel de formación o conocimientos del interlocutor, con objeto de que comprenda de forma clara la situación. En caso necesario puede solicitarse la colaboración de un traductor.

Aspectos prácticos organizativos de algunos tratamientos/procedimientos concretos:

Transfusiones: siempre previa firma del consentimiento.
Heparina profiláctica: cuando se administra en una única dosis diaria, es preferible pautarlo en horario de merienda.
Pacientes pendientes de endoscopia. Se revisará siempre la dieta, los anticoagulantes y la necesidad de profilaxis antibiótica, así como los protocolos específicos para cada exploración.
Protocolos Farmatools: se dispone de ellos, para los tratamientos más habituales y que facilita su prescripción. Por ejemplo, Hierro iv o protocolo de tratamiento de la CPRE.

Aspectos específicos de las camas asignadas a pacientes con hemorragias digestivas

Ver protocolo de Hemorragias Digestivas.

Asistencia en sábado, domingos y festivos:

El personal facultativo que trabaja en estas jornadas es menor, por lo que hay inevitables particularidades.

- Sábados:

No es posible que se ajuste tanto a los horarios mencionados para los días laborables. El pase de visita será en horas similares, por supuesto flexible, así como la validación de los tratamientos. El horario de información médica también puede ser más flexible, así como el tiempo dedicado a ello adaptado a la necesidad de tiempo.
La historia de los ingresos nuevos en planta también se realizará siempre en formato electrónico (en HpDoctor), aunque puede ser admisible que sean más resumidas, siempre siguiendo las normas de calidad.
Con objeto de facilitar el trabajo del facultativo que pase planta el sábado o deba actuar durante la guardia, el médico responsable de cada paciente durante la semana debe redactar cada viernes un resumen en la evolución clínica en la que se informe de la situación clínica y proceso diagnóstico-terapéutico hasta ese momento.

- Domingos y Festivos:

Las guardias de digestivo son localizadas y de endoscopia. No obstante, los festivos son considerados, a efectos de generar libranza y de remuneración, como guardias presenciales por varios motivos. Uno de ellos, y consenso del servicio, es que el médico de guardia de endoscopias acude al hospital dicha mañana para visitar a los pacientes ingresados en las habitaciones dedicadas a las hemorragias digestivas y a realizar las endoscopias urgentes a las que sea requerido y/o sean necesarias. Obviamente el médico de guardia de endoscopias no atiende otras urgencias, que están asignadas al personal a tal efecto.
El horario de esa mañana en este caso es absolutamente flexible, en función de la decisión de facultativo de guardia y transcurrir de la misma.

B) PROTOCOLO NORMALIZADO DE TRABAJO DE ENFERMERIA:

- Elaborado por la Supervisora y Personal de Enfermería integrado en el Grupo de Mejora.

- En el momento de incorporación de una Enfermera o TCAE, la Supervisora, entregará un tríptico con las competencias de cada Categoría en los Cuidados de pacientes hospitalizados en nuestra Unidad (Tripticos elaborados por este grupo de Trabajo). Explicando además la ubicación de farmacia, lencería, despachos médicos, carpetas de protocolos, registros más utilizados, etc.
- El personal de Enfermería perteneciente a este Grupo, ha elaborado un Procedimiento de Actuación del personal de la Unidad, en el momento del ingreso. Nos guiaremos por ese procedimiento cuando recibamos a un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

paciente nuevo.
- Así mismo en el momento del ingreso y tras haber explicado verbalmente el funcionamiento de la Unidad, Enfermería entregará díptico informativo elaborado por este Grupo, para confirmar dicha información, así como la Encuesta de Satisfacción para que nos transmitan como ha sido su estancia al finalizar su ingreso y ser dado de alta, explicando que se instalarán unos buzones destinados a recoger dichas encuestas, siendo anónimas en todo momento.
- Colaborar para que a la hora del pase de visitas permanezca en la habitación como máximo un acompañante por paciente. Asimismo, durante el aseo y preparación del paciente para determinadas pruebas se solicitará la salida de las visitas con objeto de garantizar la adecuada intimidad.
- Colaborar en el ordenamiento de las historias clínicas (especialmente en los ingresos que se producen en horario de tarde/noche) Revisando que siempre haya etiquetas identificativas del paciente en su historia.

- Tener lista la información del paciente para el pase de visita: incidencias, constantes, diuresis, etc. Procurando pasar Sala con el Médico, siempre que no interrumpa la realización de curas u otros procedimientos de Enfermería en ese momento, respetando igualmente el momento de descanso de la Enfermera.

- Prever las exploraciones que se van a realizar a los pacientes y avisar al facultativo responsable para que transcriba a Farmatools las indicaciones correspondientes para que se aplique el protocolo correspondiente (preparación, suspensión de anticoagulación, fluidoterapia, profilaxis antibiótica, etc.).

- Informar igualmente al paciente de la fecha de realización de la prueba y la preparación que conlleva.

- Intentar aplicar los cambios de tratamiento lo antes posible, siempre que estén actualizados antes de las 13 h. Ya que la dispensación en farmacia de medicación nueva y que no tenemos en stock, es hasta las 13.30 h.

- Igualmente se procurará facilitar el cambio de dieta del paciente, siempre que ese cambio se produzca antes de las 12 h., hora en la que cocina tiene ya dietas preparadas.

- Asegurarse de que el paciente lleva siempre la pulsera identificativa.

- Promover la confianza del paciente en el Personal ocupado de sus cuidados.

- Procurar siempre un entorno de Seguridad para el paciente.

C) ANEXO

• Protocolos de manejo para técnicas endoscópicas:
o CPRE
o Ecoendoscopia: no ingreso si es diagnóstica o dar de alta tras el procedimiento si, aún estando previsto, no ha sido finalmente terapéutica.
o Gastrostomía endoscópica percutánea
o Enteroscopia
o Mucosectomía: la gran mayoría no deben ser ingresadas.
o Polipectomía gástrica: la gran mayoría no deben ser ingresadas.
o Tratamiento con argón: especificar cuáles no requieren ingreso....
• Paracentesis.
• Técnicas radiológicas:
o Biopsia hepática.
o TACE
o Radiofrecuencia.
o TIPS

COMPETENCIAS TCAES. PLANTA 8 HG.
UNIDAD DE CUIDADOS DE DIGESTIVO

TURNO DE MAÑANA

• Dividir pacientes atendiendo a una atención integral de los mismos y no dividiendo por tareas.

• Medición de diuresis, control de pesos (Siempre en ayunas) y cambio y cuantificación de las bolsas de drenajes y de contenido nasogástico.

• Aseo y cambio postural de pacientes encamados; en estos casos, prevención de lesiones por presión aplicando ácidos grasos hiperoxigenados.

• Ayuda en el aseo de pacientes que lo necesiten, con el fin de mantener su máxima autonomía posible.

• Se comenzará teniendo en cuente las pruebas diagnósticas previstas cada día, procurando que los pacientes estén aseados antes de éstas.

• Reparto y ayuda, según necesidades de desayunos y comidas. En caso de ayunas, ajustar la ingesta a la realización de las pruebas. Recogida de bandejas, una vez finalizado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

• Indicar a los familiares, la presencia de uno de ellos únicamente, entre las 9,30 – 12,30 horas permaneciendo en la habitación y no en los pasillos.

• Sedestación de aquellos pacientes en los que esté indicado y que estén acompañados, tras el pase de visitas del médico. Tener en cuenta los Reposos Absolutos en CPRE, ECOENDOSC..

• Modificación de dietas en el programa de petición de las mismas. Pedir dieta para las CPRE que están en DA, cuando lo indique el médico. Cambiar a dieta liquida ya en la comida, las que vayan a tener colonoscopia al dia siguiente. Solicitar dieta 2 en la Cena para las Gastroscopias del dia siguiente. Petición de las dietas Libres.

• Dar preparación Colonoscopia según protocolo si hubiese programadas para la tarde.

• Colaborar con la enfermera en aquellas técnicas en las que se requiera.

• Atención a demanda de las necesidades que surjan durante el turno: timbres, teléfonos etc.

• Reposición del material en la farmacia (jeringas, agujas, sueros...) y carro de curas, así como la limpieza del material utilizado (bateas, material curas...)

• Levantar altas según protocolo.
• Atención a ingresos según protocolo

• Apuntar y dar cambio de turno.

TURNO DE TARDE

? Recibir cambio de turno de las compañeras.
? Traslado de material y recogida del mismo en Esterilización s/p.

? Reparto y colocación de la ropa en carros y lencerías. Llamar a pedir más ropa, si fuera necesario.

? Revisar Cardex para comprobación de dietas, diuresis, enemas, levantar…

? Medición de diuresis a las 16 h. en los pacientes que lo tengan pautado.

? Dar preparación Colonoscopia según protocolo para las programadas para el dia siguiente.

? Cambios de pañal y cambios posturales o sedestación en los pacientes que lo requieran, así como la aplicación de enemas pautados.

? Distribución de meriendas. Suplencia en aquellos pacientes que necesiten ayuda/apoyo.

? Atención altas e ingresos según protocolo.
? Atención a demanda de pacientes: timbres, necesidades que surjan durante el turno.

? Colaborar con la enfermera en aquellas funciones que lo requiera.

? Reposición de sueros y material que sea necesario.

? Distribución de cenas. Suplencia cuando sea necesario.
? Recogida de bandejas de cenas.

? Cambios de pañal y cambios posturales en pacientes que lo requieran.

? Apuntar y dar el cambio de turno.

TURNO DE NOCHE

? Recibir cambio de turno.

? Revisar ayunas día siguiente y anotarlo en la cabecera de la cama, así como en la planilla de dietas. Comunicarlo al paciente o al familiar. A la vez que se hace el reparto de leche o zumos.

? Hacer cambios posturales y cambios de pañal en pacientes encamados.

? Medición de diuresis a las 24 h.

? Comprobar y modificar dietas, imprimir la planilla. Comprobar también controles de diuresis, deposiciones, pesos, quien precisa ayuda para levantar… e imprimir planilla.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

? Atención de la demanda que surja: timbres, ingresos o altas.

? Reposición de sueros y material que sea necesario.

? Colaborar con la enfermera en aquellas funciones que lo requieran.

? Cambio postural y de pañal a TODOS los pacientes encamados. (6h)

? Recogida de muestras si fuera necesario (En caso de recogida de orina de 24 h.si necesita cuantificar diuresis, anotar la cantidad en la planilla de diuresis).

? Aseo de pacientes pendientes de realización de determinadas pruebas complementarias : CPRE., ECOENDOSCOPIA, PAAF, I.Q….

? Apuntar y dar cambio de turno.

COMPETENCIAS ENFERMERAS
Planta 8 HG
UNIDAD DE CUIDADOS DE DIGESTIVO

TURNO DE MAÑANA

• Recibir el cambio relativo al estado de los pacientes en los turnos anteriores.

• Dividir pacientes por habitaciones (Primeros 801 a 809 / 804 a 812) (Segundos 811 a 823 / 814 a 824) Según sea el pasillo de impares o pares.

• Preparar medicación y administrar medicación pautada, asi como la realización de glucemias a las 9 h. Tener en cuenta las ayunas, en relación a las pruebas que se les vayan a realizar. Cambio de los equipos de gotero de medicación, a diario.

• Toma de constantes y registro en grafica de enfermería. Anotar también diuresis y débitos de sondajes nasogástricos o biliares y pesos.

• Revisión de vías endovenosas.

• Pase de visitas con el médico correspondiente.

• Comentar a las TCAE los posibles cambios de dieta, controles de diuresis, pauta de enemas… Así como las posibles ALTAS.

• Revisar los cambios de tratamiento en Farmatools.

• Anotar en el registro de exámenes complementarios, las pruebas solicitadas, hojas de consulta… especificando la fecha de petición, prioridad de la petición, si es el propio servicio el que la solicita o algún otro servicio.

• Anotar en la hoja de ayunas de control, las pruebas que se van a realizar al día siguiente o en días sucesivos, cuando nos avisen de ello, especificando prueba a realizar y nombre del paciente.

• Cura de úlceras, flebitis, o cualquier otro tipo de lesión.

• Atención a demanda de las necesidades que surjan durante el turno: timbres, teléfonos etc.
•
• Preparación y reparto de la medicación de mediodía, intentando aplicar los câmbios que hayan registrado en farmatools. Glucemias antes de la comida.
•
• Rellenar y revisar hoja cuidados básicos de enfermería.

• Procurar altas médicas antes de comer, intentando bajar pacientes a La SALA DE ALTAS previo aviso telefônico o sacando comida a la salita de estar, según estado del paciente (Sólo en pacientes que vayan a ir en ambulância a Zaragoza capital)
•
• Dar las altas en INTRANET.
•
• Imprimir FARMATOOLS con los ttos. actualizados, a partir de las 14 h. e introducir cada uno en la gráfica de enfermería correspondiente.
Guardar los anteriores en carpeta aparte, dejando en la gráfica, el del dia anterior.

• Atención a ingresos según protocolo, hacer hoja de valoración de enfermería.
Anotar telefono de contacto. Dejar historia con la que sube el paciente, en la carpeta del médico asignado y la mitad de las etiquetas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

- Actualizar listado de pacientes, con las altas e ingresos que se hayan producido.
- Dejar los sueros de la tarde preparados, con CLK cargado.

TURNO DE TARDE

? Recibir cambio de turno de l@s compañer@s.

? Dividir pacientes (Primeros/ segundos)

? Preparar medicación y administrar medicación pautada a las 16 h.
Tomar Temperaturas a todos los pacientes y constantes a los que lo precisen o lo tengan pautado.
Registrar diuresis de las 16 h.

? Cumplimentar hoja de Cuidados Básicos de Enfermería.

? Atención a demanda de las necesidades que surjan durante el turno: timbres, teléfono, etc.

? Estar pendiente en INTRANET de los ingresos que pueda poner Admisión.

? Recibir y atender a los posibles ingresos, o traslados de otras unidades, haciendo siempre, la hoja de valoración de enfermería . Anotar teléfono de contacto . Dejar la historia del paciente en la carpeta del médico correspondiente, así como la mitad de las pegatinas que traiga el paciente.

? Imprimir FARMATOOLS DE LOS NUEVOS INGRESOS y PEDIR MEDICACION que precisen hasta el turno de mañana siguiente.

? Preparación y reparto de medicación pautada en cena. Glucemias .
Administración de medicación IV.

? Actualizar listado con ingresos y traslados.

? Dejar sueros de la noche cargados, con ClK.

? Imprimir listado y dar cambio de turno.

TURNO DE NOCHE

? Recibir cambio de turno.

? Preparar medicación de las 24 h. y dar vuelta acompañada de la TCAE.

? Anotar diuresis de las 24 h.

? Hacer gráficas nuevas

? Administración de medicación
Pautada a lo largo del turno.

? Canalizar vía IV a los pacientes
Que tienen CPRE y aplicar Protocolo
De sueroterapia y antibioterapia a las 7.

? Extracción a las 7 h. de las analiticas
Urgentes.

? Toma de a las 6,45 de Temperaturas

? Dejar sueros cargados con Clk

REVISION CARRO DE PAROS: PRIMER SABADO MES

GUIA DE ACOGIDA AL PACIENTE HOSPITALIZADO Y ENCUESTA DE SATISFACCION AL ALTA EN FASE DE REVISION Y CONSENSO (YA ELABORADAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tripticos entregados a Enfermer@s 25, a TCAE 18, en contratos de vacaciones, ILT... Han servido de guía y gran ayuda en la incorporación de nuevo personal según manifiesto propio.
Se ha comenzado a aplicar el Protocolo Normalizado de Trabajo, destacando avance en intercambio de información de pacientes entre profesionales previo al paso de visita. Se está haciendo hincapié en Información y Confidencialidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos en la Calidad de Cuidados y queremos seguir trabajando en ello. Nos queda elaborar Indicadores que nos lleven a resultados Reales; elaboración de Registro de Incidencias y Efectos Adversos; puesta en marcha de Guia Acogida y Encuesta Satisfacción. Por lo que nos gustaría pedir Continuidad en el Proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Enviaremos Guía de Acogida al paciente y Encuesta de Satisfacción cuando lleguemos a Consenso.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1266 ========== ***

Nº de registro: 1266

Título
PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
SANCHEZ CUCALON SUSANA, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, FUENTES OLMO JAVIER, BERNAL MONTERDE VANESA, RAFELES MARCEN JOSE LUIS, DE VAL COMIN EVA MARIA, MARRODAN PEREZ JULIA, GUTIERREZ ABASCAL MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Somos la Unidad de Cuidados Digestivos, un Equipo Multidisciplinar ubicados en la planta 8 del Hospital Miguel Servet. Nuestro principal eje de atención es el PACIENTE hospitalizado junto con sus acompañantes.
Hemos detectado, por una parte, que el Equipo implicado en sus cuidados no disponemos de un Reglamento o Normas de funcionamiento común y por otra parte, que tampoco disponemos de una información estandarizada para proporcionar al paciente en el momento del ingreso con las normas establecidas en la Unidad.
Así pues, pretendemos elaborar un Plan que nos sirva de INSTRUMENTO DE MEJORA, que dé respuesta a la necesidad de conseguir un mayor nivel de satisfacción de los pacientes atendidos, aumentando la Calidad de los cuidados de nuestra Organización, a través de una interactuación entre los diferentes niveles profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro OBJETIVO PRINCIPAL, el PACIENTE. Siempre debe de ser el Centro de Atención.
Procurar una MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.
OBJETIVOS CONCRETOS:
** Implantar estas acciones de mejora en:
- Mejorar la identificación de los profesionales
- Mejorar la información sobre el funcionamiento de la Unidad. - Mejorar la información del proceso asistencial y Confidencialidad a pacientes y familiares.
** Implantar objetivos de Seguridad del paciente:
- Acciones de difusión entre los profesionales del Sistema de Notificación de Incidencias, la existencia de Registros de
Efectos Adversos……
- Explicar al paciente la necesidad de llevar permanentemente la pulsera identificativa.
- Insistir a los profesionales en la necesidad de comprobar siempre
que los datos del paciente son correctos en la petición de Pruebas, resultados….

MÉTODO
+ ++ Elaboración Reglamento de funcionamiento de la Unidad entre los diferentes profesionales. Establecer horarios de pase de visitas, intercambio de información del estado de los pacientes antes del pase de visitas y después para ser conocedores del planteamiento de actuación para cada paciente.
Reuniones periódicas del Equipo Interdisciplinar para compartir información, valorar y evaluar el funcionamiento de la Unidad en los Cuidados del Paciente.
Promover la participación de los profesionales en Comisiones, programas de Calidad…
Acciones de mejora según las quejas, sugerencias y reclamaciones de pacientes y familiares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1266

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Protocolización de los procesos asistenciales más habituales en la Unidad.
Planificación de los Cuidados de los pacientes según patología de cada paciente, siempre de una forma personalizada, atendiendo al trato, confort, accesibilidad.
Procurar planificar el Alta Médica con 24 h. de antelación para que el paciente y familiares puedan organizarse.
Agilizar los ingresos en planta, con el fin de reducir el tiempo de espera en urgencias pero habiendo sido valorado antes por un médico Especialista en Cuidados Digestivos.
Gestionar nuestros propios recursos.
Autoevaluación.
+++ Elaboración de Guias de Acogida para pacientes hospitalizados.
Favorecer que el paciente esté siempre acompañado pero teniendo en cuenta que en el horario de pase de visitas se permitirá solo un acompañante. Esto repercutirá positivamente en la Calidad de su atención, ya que permite el desarrollo de las funciones de los diferentes profesionales de una manera más eficaz.
Explicar la importancia del silencio en los pasillos.
Adaptarse al horario de visitas establecido, siempre que sea posible.
Establecer horarios y lugar de información de su proceso asistencial, procurando la máxima confidencialidad posible.
Se explicará al paciente que la información de su proceso se le dará a él y al familiar que él designe, dando su consentimiento y figurando en su Historia Clínica.

INDICADORES
* Satisfacción del paciente, a través de Encuestas de Calidad Percibida del paciente (Mejoría de su Salud, si responde a sus Expectativas los Cuidados ofrecidos…)
* Disponibilidad del personal y sistema Sanitario.
*% de Guias de Acogida entregadas.
* % de Identificación de los profesionales que lo atienden.
* Continuidad de los mismos profesionales en la Atención a su proceso
* % de reclamaciones de losusuarios relacionados con el personal
* %de pacientes con valoraion al ingreso del paciente y al alta.
* % de complicaciones relacionadas con la hospitalización (Caidas, úlceras por presión, flebitis…)
* % de identificación inequívoca del paciente
* Buena utilización de recursos disponibles.

DURACIÓN
Reuniones del Equipo de Mejora: periodicidad mensual.
Elaboración e Reglamento: 3 meses.
Protocolarización y planificación de cuidados: 12 meses.
Elaboración de Guías de Acogida: 3 meses.
Evaluación: mayo-2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DEL RAQUIS

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMON PORTILLO DEL OLMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHUERTA LORENTE LOURDES
GARCIA RUIZ MARIA TERESA
CARMEN GARCES ESTHER
LANZUELA VALERO MANUELA
MARTIN HERNANDEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-. Constitución de la Comisión de Patología del Raquis, en mayo de 2018. Formada por 3 facultativos del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, siendo uno de ellos la responsable de la misma, Dra ANTONIA PILAR SORIANO GUILLEN, 3 facultativos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, 3 facultativos del Servicio de Neurocirugía y 1 facultativo del Servicio de Anestesia y Reanimación.
-. Realización de protocolo/plantilla de derivación de patología del raquis a la Comisión, aceptación por la dirección y difusión del mismo a otros sectores, en mayo de 2018
-. Protocolo de derivación de pacientes a la Comisión desde Atención Primaria a través de la Unidad de Musculoesqueletico, mayo de 2018
-. Aceptación de pacientes de otros Sectores en la Comisión, junio de 2018.
-. Revisión de Cartera de los Servicios implicados y realización de la Vía Clínica del Raquis, septiembre 2018
-. Reuniones con periodicidad quincenal de la Comisión con revisión de todos los casos remitidos a la misma, septiembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-. % de pacientes derivados a la Comisión con la plantilla de solicitud cumplimentada: 37%, estándar 20%, dato registrado desde la misma Comisión
-. Nº de Comisiones de Patología de Raquis: 9 en 4 meses, estándar 12 al año, dato recogido desde la misma Comisión
-. % de pacientes intervenidos valorados por la comisión: No disponemos del dato porque no en este año no disponíamos de registro, el estándar es el 100%.
-. % disminución de entradas en el Registro de Demanda Quirúrgica respecto al año anterior: no hemos podido obtener el dato por estar la Comisión en periodo de formación, tratarse de LEQ diferentes con gran volumen de entradas y diversos procedimientos.
-. % pacientes intervenidos por patología del raquis en menos de 1 año: este objetivo se ha cumplido por parte de la Unidad de la Columna pero no en Neurocirugía, el estándar es del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-. Ha sido posible la creación de una Comisión con diferentes profesionales que tratan la misma patología, han realizado una vía clínica para el tratamiento de esta patología de forma que se disminuye la variabilidad y se potencia el trabajo multidisciplinar
-. Por medio del protocolo o plantilla de derivación se consigue que las derivaciones vayan siendo mas adecuadas y con los pacientes mejor estudiados de forma que disminuimos el numero de consultas y consecuentemente las demoras.
-. Queda pendiente la información de las derivaciones, registro de las actividades de la Comisión con el informe de cada uno de los pacientes valorados, seleccionar los procedimientos quirúrgicos que vamos a utilizar para plantear los objetivos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/120 ========== ***

Nº de registro: 0120

Título
GESTION CLINICA DE LA PATOLOGIA DE RAQUIS

Autores:
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, LANZUELA VALERO MANUELA, MARTIN HERNANDEZ CARLOS, ARAGÜES BRAVO CARLOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0120

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DEL RAQUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El dolor de raquis representa un importante problema de salud en el entorno de los países desarrollados por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, generando un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los recursos sanitarios y causa frecuente de absentismo laboral. La prevalencia real difiere según los estudios y existe gran variabilidad en su estimación debido a las diferentes definiciones de dolor lumbar y métodos empleados para la recogida de la información.
Actualmente, en relación con las derivaciones por patología musculoesquelética realizadas desde Atención Primaria a Atención Especializada, el 40% lo son por patología de raquis, existiendo una gran variabilidad no sólo en los criterios de derivación sino también en el manejo de esta patología tanto en su diagnóstico como en su tratamiento por los diferentes profesionales y especialidades (rehabilitación, unidad de columna de traumatología, neurocirugía, unidad del dolor). En el 2017 se realizaron en el HUMS 8500 consultas por patología de raquis en los servicios de traumatología y rehabilitación. Las entradas en el registro de demanda quirúrgica desde los servicios de traumatología y neurocirugía fueron de 1450, con una demora media para intervención quirúrgica superior al año.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención que se presta a los pacientes con patología de raquis a través de una vía clínica que establezca el tratamiento más adecuado en el lugar y momento correcto para cada paciente mediante un trabajo colaborativo entre todos los profesionales sanitarios implicados y consensuar criterios de inclusión en el RDQ.

MÉTODO
- Elaboración del mapa de proceso de la patología de raquis.
- Revisión de la cartera de servicios de procedimientos y técnicas de intervencionismo de columna vertebral.
- Constitución de una Comisión de Columna vertebral que valorará todos los casos que sean subsidiarios de precisar tratamiento quirúrgico.
- Favorecer la comunicación entre profesionales a través de la creación de una agenda virtual de recepción de derivación a la comisión y elaboración de una plantilla informatizada de solicitud de colaboración.

INDICADORES
- % pacientes derivados a la comisión con plantilla de solicitud cumplimentada =20%
- Nº comisiones de columna vertebral anuales =12
- % pacientes intervenidos valorados por la comisión de columna 100%
- % disminución de entradas en Registro de Demanda Quirúrgica respecto al año anterior =10%
- % pacientes intervenidos por patología de raquis en menos de 1 año 100%

DURACIÓN
1º trimestre 2018: elaboración mapa proceso y constitución comisión
2º- 3º trimestre: revisión cartera procedimientos, elaboración plantilla y agenda virtual. Comunicación a profesionales e implementación
4º trimestre: evaluación de resultados y propuestas mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Fecha de entrada: 21/12/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON
CARMEN GARCES MARIA ESTHER
ACHA PEREZ JAVIER
NOYA CASTRO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para mejorar la asistencia nutricional en el Hospital Universitario Miguel Servet, no sólo desde el punto de vista de la salud de los pacientes, sino también para disminuir estancias medias y gastos indebidos, la Dirección de enfermería ha transformado la Unidad funcional de enfermería de dietética, en la Unidad funcional de enfermería de nutrición y dietética, incorporando a la misma dos enfermeras para cubrir las necesidades asistenciales detectadas tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.

Con la incorporación de las enfermeras a la unidad, durante el año 2008:
1. Se ha implantado el programa de cribado nutricional en las unidades de medicina interna del HUMS (plantas 10 y 11 HG) y en la planta 6º del HQ para el paciente incluido en el proceso de cadera
2. Se ha puesto en marcha la valoración del estado nutricional de los pacientes ingresados subsidiarios o no, de recibir una intervención nutricional (oral, enteral, parenteral) así como de los pacientes con cribado nutricional positivo.
3. Se ha mejorado el Abordaje terapéutico y los cuidados de enfermería de los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de desarrollarla, y muy especialmente en los pacientes con soporte dietético y nutricional (oral, enteral, parenteral)
4. Se ha implantado un programa de Educación Nutricional y de Manejo de dispositivos para la administración de nutrición artificial, previa al alta hospitalaria. En este apartado se han elaborado vídeos formativos y manuales para entregar al paciente y otros profesionales.
5. Se han actualizado los protocolos de actuación ante la nutrición parenteral / enteral domiciliaria y de manejo de dispositivos.
6. Se ha mejorado en el seguimiento del estado nutricional al alta del paciente con nutrición artificial.
7. Aunque no se ha llegado a implantar la consulta de enfermería, se ha trabajado en el documento de funcionamiento de la consulta y su cartera de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores que se han evaluado en el proyecto han sido:

1. % de pacientes a los que se les realiza cribado nutricional en las 72 primeras horas de su ingreso en las unidades de M. Interna: Standard 90%
• De 1892 pacientes ingresados en MI a 1842 se realiza cribado nutricional
- 97,36%

2. % de pacientes incluidos en el proceso de cadera a los que se les realiza cribado nutricional en las 72 primeras horas de su ingreso. Standard 90%
• De 488 pacientes ingresados a 482 se realiza cribado nutricional- 98,77%

3. % de pacientes de M. interna, con criterio de inclusión (must > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional. Standard> 95%
• De 318 pacientes totales en MI con criterio must > 2 a 310 se realiza
valoración nutricional - 97,48 %

4. % de pacientes incluidos en el proceso de cadera, con criterio de inclusión (must > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional- Standard> 95%
• De 54 pacientes con criterio must <2 en la unidad de proceso cadera a
52 se realiza valoración nutricional - 96,29 %

5. Se ha Elaborado un programa de aprendizaje para el manejo de la nutrición artificial, enteral y parenteral (PANA)

6. % de pacientes con nutrición enteral de reciente instauración x parte del servicio de endocrino/ nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje PANA. Standard> 95%
• De 57 pacientes con nutrición enteral de reciente instauración, 57 antes
del alta hospitalaria han realizado el programa de aprendizaje- 100 %

7. % de pacientes con nutrición parenteral de reciente instauración por el servicio de endocrino/ nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje PANA. Standard>95%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

• De 3 pacientes con nutrición parenteral de reciente instauración por el servicio de endocrino los 3 realizan el programa de aprendizaje PANA - 100 %

8. % de pacientes con nutrición artificial de reciente instauración por el servicio de endocrino/ nutrición, que completa al alta el programa de aprendizaje (PANA) de manera satisfactoria Standard>98%

• De 57 pacientes con nutrición artificial de reciente instauración x parte del servicio de endocrino, 57 completan al alta el programa de aprendizaje (PANA) de manera satisfactoria . 100 %

9. % de pacientes, incluidos en el proceso de cadera, con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de padecerla, a los que se les da la hoja con recomendaciones dietéticas al alta. Standard> 95%

• De 488 pacientes, incluidos en el proceso de cadera, con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o en riesgo de padecerla, a 482 se les da la hoja con recomendaciones dietéticas al alta : 98,77 %

10. Nº de pacientes con nutrición artificial de reciente instauración por parte del servicio de endocrino y nutrición en los que contactamos telefónicamente con la coordinadora/ enfermera de AP. Standard> 90%
. En 60 pacientes con nutrición artificial de reciente instauración por parte del servicio de endocrino y nutrición se ha contactado telefónicamente con la coordinadora/ enfermera de AP de los 60: 100%

11. Consulta de enfermería: No se ha puesto en marcha. Se ha trabajado el marco teórico y se ha definido la cartera de servicios de la consulta.

Los datos se han obtenido de la base de datos que existe en la unidad de nutrición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con el proyecto que se ha implantado estamos garantizando el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a toda la población adulta dependiente sector Zaragoza II que lo requiera.
El programa nos ha permitido identificar pacientes que necesitan soporte en las unidades de medicina interna y proceso de cadera, así como asegurar el suministro efectivo y manejo nutricional en estos pacientes.

Como dificultades encontradas, al no disponer en la actualidad de historia electrónica en las unidades donde hemos captado a los pacientes, el proceso de coordinación asistencial y continuidad de cuidados es más complejo. Trabajar con historia electrónica nos facilitaría el trabajo asistencial y la continuidad de cuidados, así como la consulta de datos.

Durante el próximo año la idea seria continuar con la implantación del proyecto en las unidades de cirugía general / cirugía hepatobiliar de nuestro hospital y mejorar la continuidad de cuidados y la reevaluación en pacientes con riesgo moderado de desnutrición al alta hospitalaria

Queda pendiente la puesta en marcha de la consulta de enfermería de nutrición si definitivamente se finalmente se considera viable.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/131 ========== ***

Nº de registro: 0131

Título
PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, ACHA PEREZ JAVIER, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Nutrición y Dietética constituye el 1ªpaso en el tratamiento médico de todo pcte, por lo que se requiere una colaboración estrecha con todos los ámbitos sanitarios.
La desnutrición está presente en todos los ámbitos asistenciales, variando su prevalencia según el método empleado para su detección. Afecta al 60% de personas ingresadas en instituciones; al 40% de pacientes hospitalizados; y alrededor del 5% de la población general.
En el estudio PREDYCES7, se evidenció una alta prevalencia de desnutrición al ingreso (23,7%), así como una desnutrición durante el ingreso de un 9,6% de los pacientes que presentaron un buen estado nutricional inicial.
Dentro de este marco conceptual, definimos este proyecto para trabajar en los próximos tres años, ya que creemos importante mejorar la asistencia nutricional en nuestro sector, no sólo desde el punto de vista de la salud de nuestros pacientes, sino también para disminuir estancias medias y gastos indebidos, así como favorecer la continuidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
General:
Garantizar el soporte dietético y nutricional adecuado y costo-efectivo a la población adulta dependiente SZ II que lo requiera.

Específicos:
Identificar pctes que requieran soporte dietético y nutricional
Asegurar el suministro efectivo y manejo nutricional de pctes
Proporcionar el adecuado aporte dietético nutricional.
Educar en la identificación y manejo de problemas nutricionales
Planificar la nutrición domiciliaria al alta.
Mejorar la continuidad asistencial en el SZII

MÉTODO
Actualización del p. nutrición clínica y dietética del SZII

Detección de pctes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE y AP (enfermera)

AE:
- Cribado Nutricional:
Implantación del cribado en las unidades de M.interna del HUMS (10 y 11 HG) y en planta 6º del HQ para el paciente incluido en el p. de cadera.

-Valoración del estado nutricional de los pctes ingresados subsidiarios o no, de recibir una intervención nutricional,así como de los pacientes con cribado nutricional +

AP:
- Seguimiento del pcte que presenta riesgo moderado de desnutrición en su centro de AP
Se pilotará, en un centro de salud del SZII,
Seguimiento del estado Nutricional en aquellos pacientes que
al alta de MI y P. de cadera
presenten riesgo moderado de DRE

Abordaje terapéutico - cuidados de enfermería a los pctes con desnutrición (DRE) o en riesgo de desarrollarla en AE/AP

Control, seguimiento y cuidados de pctes con soporte dietético y nutricional AE

Gestión de accesos para la administración de n.artificial (venosos y digestivos) AE

Valoración nutricional previa al alta según criterios establecidos.

Educación sanitaria:
Nutricional y de Manejo de dispositivos para la administración de n. artificial, previa al alta hospitalaria y domiciliaria AE/AP

Seguimiento del estado nutricional alta AE /AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE NUTRICION CLINICA Y DIETETICA EN EL PACIENTE ADULTO DEL SECTOR ZII

Garantizar la continuidad de cuidados (enfermera)

Implantar consulta de enfermería de educación nutricional en AE

Revisión de las dietas codificadas en el HUMS

Mejorar el manejo y control del gestor de dietas

INDICADORES
% pctes con cribado nutricional en las 72 primeras h de ingreso en lunidades de M.I y P. de cadera (enfermera) - 90%

% pctes de M.I y P de cadera con (MUST > 2), a los que se le realiza la valoración nutricional (enfermera) – 95%

% pctes con n. artificial (enteral parenteral) de reciente instauración x endocrino/nutrición que antes del alta hospitalaria, realizan el programa de aprendizaje (enfermera)- > 95%

% pctes con n. artificial de reciente instauración por endocrino/ nutrición, que completa al alta el programa de aprendizaje satisfactoriamente- 98%

% pctes, del p de cadera, con DRE o en riesgo de padecerla, a los que se les da la hoja con recomendaciones al alta > 95%

% pctes de MI y P de cadera, con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición con informe de continuidad de cuidado enfermero al alta > 95%

Nº pctes con n artificial de reciente instauración por endocrino y nutrición en los que contactamos con la coordinadora/ enfermera de AP - 90%

% pctes, del centro de salud a pilotar, que al alta hospitalaria de M.I y de p. de cadera tienen un riesgo moderado de presentar DRE y son reevaluados en su centro de salud. (AE/ AP enfermera) >35%

% de dietas codificadas en el HUMS actualizadas – 85%

Formación gestor de dietas – 2 sesiones

DURACIÓN
Marzo- junio 2018:
1.Revisión del proceso
2.Elaboración del programa aprendizaje
3.Cribado nutricional + valoración nutricional s/p
4. Informe de continuidad de cuidados
Septiembre- Diciembre 2018
1. Pilotaje centro de salud reevaluación nutricional
2. Actualización dietas codificadas
3. Formacion gestor dieta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

Fecha de entrada: 20/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN RAMON PORTILLO DEL OLMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN GARCES ESTHER
LANZUELA VALERO MANUELA
LAHUERTA LORENTE LOURDES
GARCIA RUIZ MARIA TERESA
ORTAS NADAL ROSARIO
ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA
NOYA CASTRO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. El día 16 de abril del 2018 se constituyó el GRUPO MULTIDISCIPLINAR, integrado por las diferentes Subdirecciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada del hospital Miguel Servet, así como profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada cardiológica (AE cardiológica), del ámbito hospitalario y ambulatorio.
Desde la primera reunión se han realizado 10 reuniones del grupo, con una periodicidad aproximada mensual (16/04, 27/04, 17/05, 25/05, 15/06, 22/06, 07/09, 18/10, 23/11 y 19/12). Se ha levantado acta de todos los puntos tratados/acordados por el grupo en cada una de las reuniones que, posteriormente, fue enviada a todos los integrantes y firmada en la siguiente reunión.
A partir de la 4ª reunión, el Grupo Multidisciplinar contó con dos integrantes más: Médico de Atención Primaria del CS de Fernando el Católico y enfermera del Centro de Salud de San Pablo.
Por otra parte, dado que la labor de consenso del grupo lo requería, se invitó a asistir a profesionales del Servicio de Rehabilitación cardiaca del HUMS y del Servicio de Rehabilitación Cardiaca multihospitalario del HNSG.
La última reunión del Grupo Multidisciplinar se llevó a cabo en el Centro de Salud de Torrerramona, donde se mostró al grupo el programa Omi para su conocimiento.

2. Creación de CORREOS CORPORATIVOS en todas las Secciones del Servicio de Cardiología, así como en los dos centros médicos de especialidades (CME), como medio de comunicación fiable, ágil y seguro de solicitud de determinadas pruebas intraservicio. Permite la solicitud de pruebas previas a la consulta presencial en los CME, con la idea de aumentar consultas de acto único. Pendiente de protocolizar la solicitud de determinadas pruebas (p.e. holter-ECG de 24 horas) desde AP. Las consultas de los CME son de alta resolución ya que todas disponen de ecocardiógrafo.

3. Designación de un CARDIÓLOGO REFERENTE de los 18 centros de salud (CS), quien se encarga de reponder las solicitudes de consulta a través de la interconsulta virtual.

4. Inicio de SESIONES CLÍNICAS PRESENCIALES en los diferentes CS, con presencia del cardiólogo referente, en el horario habitual de las sesiones docentes del centro. Periodicidad aproximadamente mensual. Realizada o programada en 12 de los 18 CS referentes (3 de ellas en el área rural), con un total de 29 sesiones en los últimos 8 meses. El Inicio se ha retrasado en algunos centros como consecuencia de los importantes cambios en el personal médico.

Estas sesiones clínicas tienen como objetivos:
1. Visita de inicio por parte de la responsable del Servicio para informar sobre el proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico como forma de trabajo habitual.
2. Resolución de casos complejos in situ.
3. Facilitar la propagación de los diferentes protocolos aprobados por el Grupo Multidisciplinar a todos los médicos de AP.
4. Formación en patología cardiovascular.
5. Mejora en la comunicación y entendimiento entre los dos niveles asistenciales.

Actualmente, nos encontramos en vías de programación de sesiones clínicas virtuales con los centros de salud rurales mediante el uso del programa de videoconferencia del Salud Spontania, con la colaboración del Servicio de Informática del HUMS.

5. Creación de ALGORITMOS DE RESPUESTA A LA INTERCONSULTA VIRTUAL, con criterios consensuados por todo el Servicio de Cardiología (en sesión clínica del Servicio) para la adecuación de la derivación a consultas presenciales (generales y específicas) de pacientes consultados a través de la interconsulta virtual. Algoritmos que se han dado a conocer en todos los CS visitados.

6. Definición de DOS PROCESOS ASISTENCIALES CONSENSUADOS dentro del Grupo AP-AE cardiológica: Cardiopatía isquémica estable y Síndrome coronario agudo. Posteriormente, se mostrarán en sesión clínica en cada uno de los CS del sector 2.

7. JORNADA DOCENTE SECTORIAL AP-AE CARDIOLÓGICA, prevista dentro del programa de docente del HUMS del 2019,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

acreditada a docentes y discentes.

8. Puesta en marcha del PROYECTO CHECKLIST, con el propósito de detectar redundancias en citas/buzones pendientes de todos los pacientes hospitalizados en el Servicio. Hasta finales del mes de diciembre se ha revisado la HCE en el 100% de todos los pacientes dados de alta en el Servicio de Cardiología.

9. Desde la Unidad de Rehabilitación cardiaca del HUMS y la Unidad multihospitalaria del HNG se ha puesto en marcha el INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA, con el propósito de mantener la continuidad asistencial entre los dos niveles asistenciales. En situación de proceso a nivel de enfermería de hospitalización. Dentro del Grupo AP-AE cardiológica se encuentra en estudio la creación de "consulta de enfermería cardiológica" con el uso del programa OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Interconsultas contestadas a través de la consulta virtual en menos de 7 días (estándar >95%)
La celeridad en la respuesta de la interconsulta virtual también ha experimentado una mejora sustancial desde sus inicios, aunque en la actualidad se mantiene alejada del objetivo planteado.
- Durante los dos meses de año 2017, tan solo un 54% de las interconsultas se resolvieron en un tiempo inferior a 7 días.
- Durante el año 2018, el 72% fueron contestadas en menos 7 días, lo que representa una mejora del 33%.

Teniendo en cuenta, además que:
- Aproximadamente 1 de cada 5 (19%) interconsultas se resolvieron en menos de 24 horas y
- 1 de cada tres (37%) en menos de 48 horas.

2. Interconsultas resueltas de forma no presencial (estándar <20%)
El número de interconsultas aumentó de forma muy importante durante los primeros meses tras la implantación de la interconsulta virtual para, posteriormente, ir estabilizándose.
El porcentaje medio de resolución del mes de noviembre de 2017 fue del 18%, alcanzando el 25% de media desde el inicio y siendo del 27% de media durante en el último año 2018 (de enero a diciembre). Lo que representa una aumento del 50% en la resolución virtual durante éste, su primer año

3. Consultas presenciales desde AP y resueltas en CME en 30 días (estándar: 60%)
El porcentaje de consultas presenciales enviadas desde AP y resueltas en menos de 30 días también ha sufrido una mejora importante durante el último año aunque, de forma global, dista del objetivo actual planteado.
No obstante, sí se ha conseguido el objetivo en las consultas presenciales desde AP con carácter preferente, cuya demora media en diciembre-2018 oscila entre 14 y 51 días.

4. Consultas presenciales en CME y alta en AP con informe de alta en Hp-doctor (estándar: 60%)
El porcentaje detectado es mucho más bajo del esperado y traduce una inadecuada recogida de la información en la HCE de los pacientes visitados, así como una posible falta de captura en las altas realizadas desde el CME. Llama la atención la diferencia detectada entre la realización de informes en CEX del hospital (76%), donde se cumple el objetivo planteado y las consultas de los CMEs (0 y 1,7%),difícil de explicar.

5. Primeras consultas desde AP a cardiopatías congénitas con tiempo de espera (estándar < 50 días)
El planteamiento de este indicador resulta inadecuado ya que no se realizan consultas desde AP por cardiopatía congénita, por lo tanto no procede su valoración

6. Primeras consultas desde AP a la Unidad de diagnóstico rápido resueltas en 15 días (estándar: 80%)
La consulta de diagnóstico rápido (CDR) no ha cumplido el objetivo planteado. La estructura y gestión de esta consulta creada en 2015 distaba mucho de la filosofía de una consulta de este tipo, cuyo objetivo es valorar pacientes con patología potencialmente grave pero sin síntomas incapacitantes, cuyo estudio muy preferente pudiera hacerse ambulatorio, evitando el ingreso hospitalario. La protocolización y creación de circuitos intraservicio, así como el cambio cultural de su cometido, ha llevado mucho más tiempo del esperado.
Esta consulta tiene acceso restringido y solo es accesible desde el propio servicio, sin acceso desde AP, por lo que el tiempo de resolución debiera contar desde su solicitud en la respuesta de la interconsulta virtual.
A lo largo de año 2018 se ha realizado la protocolización consensuada intraservicio de esta consulta, como consulta referente y restringida para pacientes con enfermedad cardiovascular potencialmente grave. Desarrollando protocolos de derivación y circuitos intraservicio.
En el momento actual no pueden extraerse resultados de indicadores quedando pendiente para 2019.

7. Ecocardiogramas transtorácicos realizados en < 30 días de su petición (estándar 30%)
El porcentaje de ecocardiogramas transtorácicos, asociados o no a una prueba de esfuerzo en pacientes no ingresados en hospitalización, y llevados a cabo en menos de 30 días desde su solicitud, ha superado el 36% y, por lo tanto, el objetivo planteado.
Si consideramos también los pacientes ingresados el resultado alcanza el 80%.

8. Altas hospitalarias en Cardiología y Cirugía cardiaca con citación en consulta programada (50%)
Desde el pasado 12 de abril de 2018, el Servicio de Cardiología colabora en la gestión de la 1ª consulta en todos los pacientes dados de alta por el Servicio de Cirugía cardiaca tras una cirugía cardiaca mayor.
Los informes de alta de estos pacientes se distribuyen, mediante correo interno, por los diferentes servicios de cardiología de toda la Comunidad Aragonesa (previamente informados del proyecto) tan pronto como estos son recibidos en el servicio de Cardiología.
En nuestro sector, dichos informes son enviados a los responsables de ambos CMEs, para su gestión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

independiente, lo que ha permitido que el 81% de estos pacientes dispongan de una cita programada en CEX en menos de 60 días tras el alta hospitalaria.
De los 208 pacientes dados de alta en estos meses, se ha comprobado cita en HCE en más de un 94% y tan solo un 5% permanece pendiente de un buzón de citaciones.

9. Aplicación del check-list de revisión de citas cardiológicos pendientes al alta hospitalaria en el Servicio de Cardiología.
Durante los meses de julio a diciembre de 2018, se han revisado la presencia de buzones/citas pendientes en la HCE del 100% de todos los pacientes dados de alta en el Servicio de Cardiología, con el siguiente resultado:
1335 pacientes ingresados en planta de Cardiología en los últimos 6 meses, con revisión de buzón/citas pendientes en HCE:
- Citas detectadas: 280. El 20.9% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían una cita de consulta pendiente en CEX de cardiología.
- Buzones detectados: 140. El 10.4% del total de los pacientes ingresados en cardiología del HUMS tenían un buzón de cita pendiente en CEX de cardiología.
- Anulados: 99 buzones y/o citas, por considerarse redundantes e innecesarios, lo que representa:
o 7.4% de los pacientes ingresados en hospitalización de cardiología
o 23,5% de todos los buzones/citas pendientes

Como resumen, los resultados expuestos representan un alcance dispar aunque en general optimista, de los objetivos inicialmente planteados en el proyecto. Objetivos difícilmente superables desde sus valores iniciales en tan solo 6 meses tras poner en marcha todas las actividades descritas. El logro completo de los mismos requerirá de un periodo de tiempo de evaluación mucho más largo. No obstante y a pesar de lo expuesto, las medidas operativas adoptadas han permitido obtener un importante descenso en los indicadores de gestión de la consulta externa del Servicio de Cardiología durante este último año, como son:
• Un descenso medio del 80,88% en los buzones de Primeras
• Un descenso medio del 14,12% en la demora >60 días en Primeras
• Un descenso medio del 54,57% en el total de consultas pendientes (buzón y citas)
• Una disminución media de la demora prospectiva en consultas del 37,93% (siendo superior al 100% en algún CME).
• Si comparamos 2017 con 2018:
o Buzón de Primeras ha pasado de 1345 a 257.
o Demora <60 días ha pasado de 170 a 146
o Consultas pendientes (buzón+citas) ha pasado de 2558 a 1162
o Demora prospectiva de consultas ha pasado de 112 a 51,84

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Grupo AP-AE cardiológico ha tenido éxito inicial en su creación y en la definición de dos procesos asistenciales consensuados muy prevalentes (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) y decisivos en la patología cardiovascular. Estos procesos, por otra parte, han supuesto un tiempo excesivo al Grupo, como consecuencia de la importante dificultad que ha requerido reunir mensualmente a sus miembros, pese a planificar cada sesión durante la celebración de la reunión previa. La asistencia en algunos casos específicos se considera insuficiente.

Las sesiones clínicas presenciales a los diferentes CS ha permitido mejorar claramente la relación entre los profesionales y la percepción subjetiva por ambas partes, así como el aumento progresivo desde sus inicios en la resolución de la interconsulta virtual, disminuyendo la necesidad de vistas presenciales en los CME. No obstante, en dos CS, ha sido necesario reiniciar las sesiones después de un periodo de vacío en la comunicación como consecuencia de una falta de planificación. Es fundamental concienciar a todos los participantes en este proyecto (AP y AE cardiológica) que el contenido del mismo supone una nueva forma de trabajo que debiera aceptarse e integrar en la práctica habitual.

La elaboración de los algoritmos de respuesta a la interconsulta virtual garantizó un marco de apoyo y consulta a los cardiólogos referentes de los CS en cuanto a la derivación o no a consulta presencial, así como el tipo de consulta cardiológica, general o especializada de destino. Por otra parte, ha sido decisiva la disminución de la variabilidad de respuesta entre los cardiólogos referentes de los CS. La reciente y difícil protocolización de la consulta de diagnóstico rápido del HUMS (realizada de forma consensuada en el Servicio de cardiología) mejorará la atención de los pacientes con patología potencialmente grave, mediante un diagnóstico y tratamiento preferente, disminuyendo las necesidades de ingreso hospitalario.

La puesta en marcha de un sistema de check-list en las altas de hospitalización ha permitido realizar un borrado de buzones y citas, consideradas redundantes e innecesarias en 23,5% de todas ellas.

La colaboración activa de todos los miembros implicados en el Grupo AP-AE cardiológico y de Staff del propio Servicio, ha sido clave para la consecución de buena parte de los objetivos planteados.

Todas estas actividades realizadas se plasman en una mejora de los indicadores de gestión, que traducen una mejor atención a nuestros pacientes y que se sustentan en una mejor relación y entendimiento entre los profesionales de ambos niveles asistenciales. No obstante, la situación actual dista mucho de ser la ideal por lo que será necesario promover mejoras en otros muchos otros procesos diagnóstico/terapéuticos, así como crear circuitos de colaboración que permitan ofrecer una AE cardiológica de calidad y a tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

7. OBSERVACIONES.
La información sobre el Proyecto de la Ruta asistencial del paciente cardiológico a la población/pacientes del sector II sería clave para su comprensión y conocimiento. Esto llevaría a la aceptación general del papel preponderante que el médico de AP tiene en la gestión de la enfermedad cardiovascular, siempre respaldado por el médico de AE cardiológica, mediante la interconsulta virtual y las sesiones conjuntas en cada uno de los CS.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/135 ========== ***

Nº de registro: 0135

Título
RUTA ASISTENCIAL DEL PACIENTE CARDIOLOGICO

Autores:
PORTILLO DEL OLMO JUAN RAMON, CARMEN GARCES MARIA ESTHER, LANZUELA VALERO MANUELA, LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES, GARCIA RUIZ MARIA TERESA, ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO, ANTOÑANZAS LOMBARTE TERESA, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) afectan un elevado número de personas en nuestro medio y son la principal causa de mortalidad y discapacidad. Es frecuente que la respuesta de las unidades de atención especializada (AE) a los pacientes se retrase más tiempo del que se considera óptimo, y se debe, en gran medida, a la sobrecarga asistencial sobre todo por el volumen de revisiones rutinarias en las que el especialista aporta muy poco o nada de valor añadido respecto a la proporcionada por el médico de Atención Primaria (AP). La propuesta esencial es trabajar en equipo con protocolos coordinados para liberar las consultas especializadas de visitas sucesivas de escaso valor, y aumentar la disponibilidad para las visitas más importantes, pacientes nuevos o desestabilizaciones.
El proyecto se plantea a 3 años: 1º: Diagnóstico del paciente 2º: Diagnóstico y tratamiento de paciente, electrofisiología, hemodinámica y trazabilidad. 3º: Cirugía cardiaca, idoneidad del paciente derivado a cirugía, UCI, RHB.
Se debe contar desde el principio con la implicación y colaboración de los profesionales que participan en la asistencia al paciente cardiológico. Son ellos los que deben estar motivados para participar en el rediseño y creación de los circuitos necesarios para mejorar entre todos la asistencia a nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Fundamental:
Mejorar la atención que se presta a los pacientes cardiológicos, mediante la redefinición de las tareas que los profesionales de AP y AE deben asumir de manera coordinada en la atención a pacientes con sospecha o ECV ya conocida.
Específicos:
- Reducir la demora para primeras visitas en las consultas de Cardiología de los centros médicos de especialidades (CME) de nuestro sector.
- Mejorar la relación AP-AE para la derivación de pacientes con sospecha de enfermedad cardiológica.
- Depurar posibles problemas médicos y administrativos en el curso de las interconsultas virtuales y presenciales.
- Mejorar las indicaciones de pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Reducir la demora para la realización de pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Revisar los buzones de consultas y pruebas complementarias cardiológicas para depurar redundancias.
- Favorecer el seguimiento del paciente y la continuidad de cuidados por parte de la enfermera.

MÉTODO
Creación de un grupo multidisciplinar integrado por profesionales de AP y AE que trabajara sobre criterios de derivación de pacientes desde AP a la consulta de Cardiología en distintas situaciones clínicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0135

1. TÍTULO

RUTA ASISTENCIAL AL PACIENTE CARDIOLOGICO SECTOR 2

Creación de un grupo de trabajo integrado por cardiólogos especializados en Cardiopatías Congénitas y pediatras de AP para protocolizar los criterios de derivación a estas consultas.
Valoración de la posibilidad de realizar peticiones de determinadas pruebas diagnósticas desde AP para agilizar el proceso diagnóstico.
Designación de médico de AP referente y cardiólogo consultor para cada centro de AP.
Realización de sesiones clínicas equipo AP-cardiólogo consultor sobre casos clínicos.
Organización de dos jornadas anuales sectoriales AP-Cardiología, acreditadas para la asistencia y la docencia.
Revisión y unificación de criterios de derivación a consultas específicas y pruebas diagnósticas y terapéuticas en el servicio de Cardiología.
Depurar repeticiones de citas cardiológicas pendientes en pacientes hospitalizados en Cardiología.
Definición de modelo de consulta de enfermería.

INDICADORES
Interconsultas contestadas a través de la plataforma virtual en un plazo =7 días =95%
Interconsultas resueltas de forma no presencial =20%
Consultas presenciales desde AP y resueltas en el CME en = 30días =60%
Consultas presenciales en CME y alta a AP con informe de alta en HP-Doctor =60%
Primeras consultas desde AP a Cardiopatías Congénitas con tiempo de espera =50 días =80%
Primeras consultas desde AP a la Unidad de Diagnóstico Rápido resueltas en =15 días =80%
Ecocardiograma transtorácico realizado en <30días desde su petición
=30%
Altas hospitalarias en Cardiología y Cirugía Cardiaca con citación en consulta programada =50%
Aplicación de Checklist de revisión de citas cardiológicas pendientes en pacientes al alta =60%

DURACIÓN
Primer semestre:
Constitución del grupo multidisciplinar: marzo-18.
Designación de referentes en Atención Primaria y cardiólogo consultor.
Sesiones conjuntas equipo AP-cardiólogo consultor.
Definición de criterios de derivación de AP-AE y AE-AP.
Revisión del buzón y criterios de indicaciones de pruebas diagnósticas y terapéuticas.
Elaboración de Checklist.
Informatizar lista de espera HD y EFL.
Segundo semestre:
Sesiones clínicas sectoriales AP-AE.
Aplicación de Checklist.
Definición consulta Enfermería.
Difusión a profesionales de AP-AE.
Implantación de los protocolos realizados.
Evaluación continua.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0852

1. TÍTULO

MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTODE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN LAIN MERCADAL
· Profesión ..... TECNICO ELECTROMEDICINA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ SERRANO PEDRO
ESPIAGO GRACIA AGUSTIN
CASAO HERNANDEZ JESUS
ARTIGAS GRACIA RAFAEL
SOTERAS GABAS JOSE LUIS
PORROCHE SORBE CARMEN
BEISTY CHUECA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido comunicar el proyecto a los participantes de este.

Para el manteniendo de la ISO se han realizado las Auditorías internas, revisión por la dirección auditorías externas en las fechas programadas.

Las acciones realizadas han sido las reuniones con el grupo de mejora para la revisión de las no conformidades y revisión de la documentación de las normas.

El material elaborado han sido los informes de las auditorias y las actas de las reuniones del grupo de Mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado es que el Servicio de Electromédicina sigue manteniendo la ISO 9001 y la ISO 13485. Para ello se creó un objetivo para el aumento de incidencias con sus respectivos indicadores que se revisan trimestralmente, la fuente de obtención de los datos es revisando el listado de incidencias viendo que hay aumento de estas, y pasando correctamente las auditorias y revisiones por la dirección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora es que hay que conseguir más participación aún de todos los componentes del servicio para conseguir que haya más incidencias, pues habiendo habido un aumento de incidencias apreciable se tendría que conseguir que hubiese más incidencias.

Tras todas las reuniones del grupo de mejora, las auditorias, revisiones por la dirección se ha conseguido mantener las certificaciones de las dos ISO’s..

Los aspectos que han quedado pendientes son que se tendría que conseguir más participación, aunque se ha notado más colaboración, por parte de todo personal del servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/852 ========== ***

Nº de registro: 0852

Título
MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTO DE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS

Autores:
LAIN MERCADAL JUAN, MUÑOZ SERRANO PEDRO, ESPIAGO GRACIA AGUSTIN, CASAO HERNANDEZ JESUS, ARTIGAS GRACIA RAFAEL, SOTERAS GABAS JOSE LUIS, PORROCHE SORBE CARMEN, BEISTY CHUECA MARTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0852

1. TÍTULO

MANTENER LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 E ISO 13485 EN EL SERVICIO DE ELECTROMEDICINA Y AUMENTODE LAS INCIDENCIAS DETECTADAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: .
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Merjorar la Calidad en el Servicio.

PROBLEMA
El Servicio de Electromedicina del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001-13485 desde el año 2010
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Electromedicina para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 y 13485 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro plantenamiento es: Mantener las certificaciones y aumento de las incedencias en el SGC para los temas que surgen y tienen transcendecia e incrementar el registro de incidencias como intrumento de mejora de seguridad del paciente

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Para dinamizar e integrar el SGC entre los componentes del servicio, se habilita una via de más pracitca para la recogida de incidencias. Asi mismo el Grupo de mejora se implicara en la revision de estas.

INDICADORES
Aumento de incidencias por parte del presonal. Nº de personas que registran incidenias /Personal.

En el 100% de las reuniones del grupo de mejora se tratara la y evaluara el objetivo.
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Impantación de propuestas de mejoras aboradadas en la Revision por la dirección.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Cada tres meses hasta Diciempre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1405

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 24/03/2018

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO SANZ PARIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En 2017 en 148 días de consulta han valorado 504 pacientes de primer día en consulta de Nutrición tras alta (GNUTRA)= 3.4 valoraciones por día. De ellos, 82.3% tras alta del Hospital San Juan de Dios y 17.7% del Hospital Militar (Servicios de Geriatría y Medicina Interna)

Respecto al tratamiento nutricional indicado:
- -Solo se ha prescrito espesante 21.1% por presentar disfagia sin desnutrición evidente
- -Solo se ha prescrito nutrición enteral oral 18.7% por presentar desnutrición proteico calórica severa
- -Se ha prescrito espesante junto con nutrición enteral oral 48.3%
- -Se ha prescrito nutrición enteral por sonda 4.3%
- -Se ha prescrito solo proteína en polvo por presentar desnutrición proteica pura
- -Se ha rechazado la indicación por no presentar desnutrición grave, administrando recomendaciones dietéticas 3.3%

Respecto a la duración de la administración de nutrición y/o espesante:
- El 3.3% no estaba indicado
- El 14.4% solo 3-4 meses tras el alta hospitalaria porque previamente estaba bien y pensamos que se recuperará
- El 1% durante 6 meses
- El 81.3% durante 12 meses (tiempo máximo permitido para el informe porque suponemos que es una indicación a largo plazo por ser una situación crónica al estar ya desnutrido antes de ingresar en el hospital)

Respecto a la demora en la atención
- El 5.3% se han visto en el mismo día de su recepción (acudieron los pacientes sin citar)
- Un día 31.6%
- Dos días 14.8%
- Tres días 18.7%
- Cuatro días 12.9%
- Cinco días 3.3%
- Seis días 2.9%
- Siete días o más 10.5% (coincidiendo con los meses de julio, agosto y septiembre).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Indicador de demora: días que tarda desde que se solicita hasta que se atiende al paciente: 2 días (2-4 días)= 83.3% de los pacientes vistos en esos 2-4 días
- Indicador de pacientes a los que no requieren nutrición enteral sino solo recomendaciones dietéticas: 5% (0-15%)= el 3.3%
- Indicador de presión asistencia: número de pacientes atendidos al día: 2 pacientes/día (0-3 pacientes / día)= 3.4 pacientes al día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados son buenos, dentro de los esperado en los indicadores.
Todavía son remitidos muchos mas pacientes del Hospital San Juan de Dios que del Hospital Militar.
La presión asistencial es ligeramente superior a la esperada. El problema se plantearía si llegase el mismo número de pacientes del Hospital Militar que los que están llegando del Hospital San Juan de Dios.

7. OBSERVACIONES.
No me había llegado ningún correo electrónico ni de confirmacion de recepción del proyecto ni luego reclamando los resultados. Por lo que mandé yo un correo preguntando y así obtuve el número de registro

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1405 ========== ***

Nº de registro: 1405

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1405

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

Título
VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

Autores:
SANZ PARIS ALEJANDRO, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El hospital Militar de Zaragoza atiende a pacientes de nuestra área santiaria que al ser dados de alta de hospitalización pueden requerir nutrición enteral y/o espesante. Dichos pacientes no son valorados por la Sección de Nutrición y Dietética durante su estancia hospitalaria. Para la prescripción de nutricion enteral y/o espesante es preceptivo la valoración nutricional por parte de una Unidad de Nutrición y Dietética. Dichos pacientes son dados de alta con la indicación de nutrición enteral y/o espesante por parte de su médico de planta del Hospital Militar y se les remite a su médico de Atención Primaria, que a su vez los remite a Consultas Externas de Nutrición.
Este proceso ocurre igual con los pacientes que son dados de alta del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza. Para evitar dichos trámites se creó a principios de año una consulta específica de nutrición (GNUPRA) a la que se citan telefónia y directamente los pacientes antes de su alta.
Nos proponemos que los pacientes que son dados de alta del Hospital Militar de Zaragoza sigan el mismo proceso que los del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS
Los pacientes que requieren nutrición enteral y/o espesante al alta del Hospital Militar de Zaragoza son valorados en Consultas de Nutrición sin solución de continuidad al alta hospitalaria.
Consiste en:
-valoración nutricional
-prescripción de la nutrición enteral y/o espesante individualizado para el pacientes
- Informe para Inspección Médica
-Recomendaciones dietéticas en caso de no ser necesaria la nutrición enteral.
-Recomendaciones de cómo usar los espesantes
-Recomendaciones de cómo administrar la nutrición por sonda en caso necesario

MÉTODO
Se les atiende en consulta de lunes a jueves con una demora de un día (excepto fines de semana). La citación se realiza mediante llamada de teléfono directamente a consultas externas de nutrición, para citarla para el día siguiente. Abrir la consulta de GNUTRA para los pacientes que son dados de alta del Hospital San Juan de Dios fue complicado porque se pretendía gran agilidad en la citación. Para esto se requería que los pacientes se citaran directamente de un día para otro en la Consulta de GNUTRA.
Mediante el consurso de la Supervisora de Consultas Externas (Conchita Martinez), la Subdirección Médica (Maria Esther Carmen Garcés), Citaciones (Oscar Sienes) y la auxiliar de Consultas de Endocrinología y Nutrición (Mercedes Borja) se pudo abrir esta Consulta de Nutrición.
En la actualidad, incorporar a esta consulta los pacientes que van a ser dados de alta del Hospital Militar de Zaragoza es menos complejo

INDICADORES
1- Indicador de demora: días que tarda desde que se solicita hasta que se atiende al paciente: 2 dias (2-4 días)
2- Indicador de pacientes a los que no requieren nutrición enteral sino solo recomendaciones dietéticas: 5% (0-15%
3- Indicador de presión asistencia: numero de pacientes atendidos al día: 2 pacientes/día (0-3 pacientes / día)

DURACIÓN
Dado que se trata de ofertar un servicio que ya se está realizando a otro hospital, la implantación es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1405

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL Y PRESCRIPCION DE NUTRICION Y/O ESPESANTES EN PACIENTES DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL MILITAR DE ZARAGOZA

inmediata.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1410

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ACHA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRINCADO AZNAR PABLO
GRACIA RUIZ MARISA
ALVAREZ BALLANO DIEGO
MONREAL VILLANUEVA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
a) Se realizó una recogida de datos (de forma manual), al no disponer de datos en historia electrónica, para conocer la situación de partida de una serie de indicadores (recogidos en la historia clínica del Hospital o Centro de Especialidades).
b) Selección de la muestra: Se seleccionaron 5 pacientes con DM1 de cada Médico Especialista de los Centros de Especialidades y del Hospital.
c) En total se recogieron los datos de 41 pacientes (Peso, Talla, Evolución, Complicaciones micro y macroangiopáticas, determinaciones analíticas, HbA1c, nº de visitas anuales, realización f.de ojo, fracciones lipídicas, TA, fármacos, reserva insulina, autoinmundad y enf. asociadas, hipoglucemias leves y graves, ulceras de pies, ITB
d) Los datos obtenidos se introdujeron en una plantilla Excell (la puede solicitar el departamento de Calidad en Salud).
e) Procesamiento de los datos estadísticamente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.--Nº visitas médicas y de enfermería:1,92. Objetivos: 2-3 x año
2.-Determinación LDL-Col: 100%. Nivel objetivo medio: 101,23 mg/dl. Estándar 100%. Objetivo 100-130.
3.- HbA1c:100%. Estándar 90%. Nivel medio:7,12%. Objetivo <7%.
4.-Registro tabaco: Muy escasamente recogido y/o mal recogido tanto en la Historia clínica física como electrónica. No se puede validar.
5.- Autocontrol-autocuidados: 1 control: 72,5%; 2 controles 15%; 3 controles 7,5%. Estándar en 2-3 controles 90%.
6.- Nº de hipoglucemias recogidas: Leves 62,5%; graves:17,5%. Estándar graves <5/1000.
7.- Realización fondo de ojo: 98%. Estándar 90%
8.- Realización de exploración pies (ITB): 20%. Estándar 90%
Todos los datos han sido obtenidos de la historia clínica manual y electrónica.
9.- IMC: realizado en el 92%. Estándar 100%. Nivel medio IMC 27,04. Estándar 25%.
10: TA: Determinada en el 97%: Estándar 100%. TA media: 110/76. Estándar: <135/85

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este estudio nos ha permitido ver y analizar datos, hasta la fecha no disponibles, al no tener indicadores informatizados. Resulta paradógico que los pacientes con DM2 atendidos en primaria si que disponen de estos datos).
A pesar de todo, el grado de control de nuestros pacientes (hallados en esta muestra) es bastante bueno, sobre todo en el grado de control glucémico, lípidos y TA.
Nos falta realizar un mayor grado de intervenciones educativas en lo que respecta a : Tabaco, inspección de pies, aumento del autocontrol glucémica y cuantificación de las hipoglucemias

7. OBSERVACIONES.
Estos datos los presentaremos también en el Grupo que elabora el Plan Integral de Aragón para su conocimiento.
La acción de mejora primordial, a nuestro modo de entender, pasa en primer lugar por disponer de una Historia Electrónica Única para todo el SALUD, con botones de alarma que soluciones las carencias detectadas.
Nota: Nos gustaría seguir realizando esta evaluación año a año para controlar la evolución de los indicadores.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1410 ========== ***

Nº de registro: 1410

Título
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1410

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON

Autores:
ACHA PEREZ JAVIER, TRINCADO AZNAR PABLO, ALVAREZ BALLANO DIEGO, GRACIA RUIZ MARISA, MONREAL VILLANUEVA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta a gran número de personas, representando un problema de salud pública de enormes proporciones.
Su prevalencia conocida se sitúa alrededor del 7% de la población, y va en aumento con la edad. En Aragón se estima que existen unos 90.000 pacientes con DM. Presenta una incidencia anual de 10-12 casos nuevos /100.000 hab/año para DM1 y 60-150 casos nuevos /100.000 hab /año para DM2. La prevalencia estimada de pacientes con DM1 está alrededor de los 2000 pacientes.

En los últimos años, los distintos departamentos de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas han intentado dar soluciones a este problema y desde el año 2015, disponemos en Aragón de un Plan de Atención integral al paciente con Diabetes Mellitus tanto tipo 1 como 2.
Actuaciones globales que se pretender conseguir en relación al Plan Integral:
1. Establecer estándares para cada indicador, que nos permitan la evaluación comparada de los datos de nuestra área de salud, para compararla con el resto de Aragón y con el Estado.
2. Validar los indicadores de calidad con adecuación permanente del Plan Integral y de los protocolos.
3. Detectar problemas en las actividades de atención al paciente diabético (organizativas o estructurales...)
4. Realizar propuestas de mejora de la calidad con definición de indicadores de proceso y resultado, priorizando los problemas enfunción de su vulnerabilidad, transcendencia y disponibilidad de recursos de cada centro.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Implementar un Programa de Mejora Continua de la Calidad en el cuidado de los Diabéticos tipo 1 atendidos por Especialistas en Endocrinología y Nutrición del Sector II.
2. Valorar la influencia del Programa de Mejora Continua de la Calidad dentro del plan integral de DM de Aragón en:
• Resultados a corto plazo: mejora del control metabólico (glucemia, colesterol, triglicéridos, tensión arterial, peso., despistaje de enfermedades autoinmunes asociadas, planificación de gestación en diabéticas tipo 1)
• Hipoglucemias graves o no reconocidas
• Resultados a largo plazo: disminución de la incidencia de casos de ceguera, de amputaciones, de insuficiencia renal, y de enfermedad cardiovascular.

MÉTODO
1.- Reunión informativa (Mayo 2017)
2.- Recogidas de datos según el siguiente método:
Diabéticos tipo 1 (DM1) seleccionados por muestreo sistemático con arranque aleatorio, a partir del listado de diabéticos de cada Centro de Especialidad u Hospital.
Selección de la muestra:
De cada población de referencia en los distintos centros se evaluará una micro muestra de historias de pacientes diabéticos. El tamaño se calculará multiplicando por 5 el número de unidades básicas de asistencia que integren el CES u Hospital evaluado
Al conocer la situación de partida y una vez evaluados los resultados, junto con los indicadores, podremos establecer las medidas pertinentes para mejorar la asistencia de los pacientes con DM1.
Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios.

INDICADORES
Los indicadores de calidad propuestos se basan en los definidos en la Declaración de San Vicent y del propio Plan Integral.
Indicadores de proceso:

En relación con la organización
- número de visitas médicas y de enfermería (sin contar las no relacionadas con la diabetes, por ejemplo para recetas, etc.).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1410

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 1 EN EL SECTOR II DE ARAGON

- número de intervenciones educativas de contenido diferente.

En relación con determinaciones de laboratorio
- Determinación de colesterol LDL o No-HDL y HDL-colesterol.
- Determinación de hemoglobina glicada.
- Determinación de micro albuminuria.
- Determinación de Funcionalismo renal
- Determinación de endocrinopatías asociadas

En relación con las exploraciones
- Determinación de peso, talla, y tensión arterial.
- Fondo de ojo.
- Revisión de pies y estratificación del riesgo.

En relación con practica de autocuidados.
- práctica de autoanálisis de glucemia capilar domiciliario.

Indicadores de resultado:

En relación a resultados intermedios:
- número de pacientes con control aceptable de: hemoglobina glicosilada, Tensión arterial, IMC, nivel de lípidos.
- número de pacientes que utilizan los servicios hospitalarios por descompensación hiperglucémica o hipoglucémica severa.
- número de pacientes en tratamiento con antidepresivos/ansiolíticos:

En relación a resultados finales:
- Retinopatía – ceguera.
- Lesiones en pies: úlceras, amputaciones.
- Lesión renal: micro albuminuria,proteinuria, insuficiencia renal.
- Complicaciones cardiovasculares: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular.

DURACIÓN
Inicio Mayo 2017- finalización prevista Noviembre 2017-03-29 Procesamiento de datos Diciembre 2017
Responsables los que figuran en anteriores apartados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1211

1. TÍTULO

ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ACHA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE DIEGO GARCIA PATRICIA
ZAPATA ADIEGO CONCEPCION
MELCHOR LACLETA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1.- Recogida de datos realizado mensualmente a través del servicio de admisión y gestión.
5.2.- Se creo una plantilla para la recogida de las enfermedades mas frecuentes vistas habitualmente en la especialidad.
5.3- Confección de una base de datos para saber el tiempo de respuesta dado a las consultas virtuales.
5.4.- Conocer la derivación segúnb los centros de Salud.
5.5.- Comunicación al final del año a los componentes del Servicio para su conocimiento y dar soluciones apropiadas en forma de sesión clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1.- Nº DE INTERCONSULTAS VIRTUALES RECIBIDAS EN EL AÑO 2018:
TOTAL: 3647
*CONSTESTADAS SIN DERIVACIÓN: 1323 (33%)
*DERIVADAS AL LA ESPECIALIDAD: 2324 (63,72%)
*DERIVADAS A CONSULTAS MONOGRÁFICAS: 195 (3,27%)
1.- Cirugía Bariátrica: 58
2.- Hipófisis: 12
3.- Transtornos Género: 16
4.- Nutrición: 111
6.2.- PORCENTAJE DE DERIVACIONES SEGÚN PATOLOGÍAS:% DE PACIENTES REMITIDOS POR CENTROS DE SALUD POR/1000 HABITANTES

*DIABETES: 26%, OBESIDAD: 12%, TIROIDES: 31%, NUTRICIÓN: 9%,, PARATIROIDES: 2%, SUPRARRENAL: 3%, HIPOFISIS: 2%,TRANSEXUALIDAD:2%, MISCELANEA (Hirsutismo, Ginecomastia, Hipogonadismo, Lípidos: 13%:

6.3.-% DE PACIENTES REMITIDOS POR CENTROS DE SALUD POR/1000 HABITANTES
*CS ALMOZARA 11%
*CS CAMPO DE BELCHITE: 18%
*CS CANAL IMPERIAL: 13%
*CS FERNANDO EL CATÓLICO: 14%
*CS FUENTES DE EBRO: 9%
*CS JOSE RAMON MUÑOZ: 12%
*CS LAS FUENTES: 10%
*CS PARQUE ROMA: 11%
*CS PUERTA DEL CARMEN: 11%
*CS REBOLERIA: 13%
*CS SANJOSE NORTE: 15%
*CS SAN PABLO: 8%
*CS SASTAGO: 12%
*CS TORRERO-LA PAZ: 10%
*CS VALDESPARTERA: 3%
6.4.- CONTESTACIÓN TELAMÁTICA NO DERIVADAS A CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD EN TRAMOS DE DÍAS:

< 24 HORAS: 213
24-48 HORAS: 402
48-72 HORAS: 164
72-96 HORAS: 76
96-120 HORAS: 427
>120 HORAS: 31

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
7.1.- Creemos que la consulta virtual ha facilitado una comunicación más directa, rápida y eficaz con atención primaria.
7.2.- Nos ha dado a conocer el tipo de patología más frecuente derivada. Este macanismo nos va a dar pautas para establecer en un futuro criterios de derivación-comunicación conjunta con primaria.
7.3.- Existe una gran variabilidad en la derivación por centros de salud (tendremos que analizar las causas).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1211

1. TÍTULO

ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

7.4.- Pensamos que el tiempo de derivación ha sido el idóneo en la mayor parte del año, con puntos de mayor tardanza en vacaciones, navidad y semana santa. Habrá que gestinar mejor en los próximos años estos picos de demora
7.5.- Hay que seguir trabajando en mejorar esta mágnifica herramienta de trabajo de comunicación entre profesionales y extenderla a especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1211 ========== ***

Nº de registro: 1211

Título
ANALIIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
ACHA PEREZ JAVIER, DE DIEGO GARCIA PATRICIA, ZAPATA ADIEGO CONCEPCION, MELCHOR LACLETA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la puesta en marcha por el SALUD, a finales de septiembre de 2017 de la consulta virtual, la relación entre atención primaria y especializada ha empezado a marcar un nuevo rumbo, que se espera que mejore la eficiencia, rapidez y calidad de la consulta a nuestros pacientes.

Es una gran oportunidad de mejora para nuestro servicio, ya que nos va a facilitar el conocer y cuantificar de una manera más exacta las causas de consulta y poder establecer una vía de comunicación más directa y fructífera entre la atención primaria y especializada.
Asimismo, nos permitirá dentro del servicio establecer criterios de uniformidad en las respuestas para disminuir la variabilidad y conocer más extensamente las causas de derivación, al recabar una información más global y completa

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conocer el nº de interconsultas virtuales recibidas durante el año 2018
2. Establecer el % de pacientes remitidos por patologías (Diabetes, Tiroides, Hipófisis, Suprarrenales, Obesidad, Nutrición, Miscelanea, Transexualidad).

Dentro de estas:
el % remitido directamente a consulta presencial
el % remitido a consulta monográfica
el % remitido devuelto directamente al MAP
el % remitido por los distintos centros de salud y por patologías
% de consultas cuya derivación es inadecuada

MÉTODO
1. Se recogerán los datos a través del servicio de admisión.
2. Análisis de resultados trimestralmente.
3. En relación a los resultados obtenidos, realización de propuestas de mejora por los miembros del servicio y comunicación con los coordinadores de los centros de salud

INDICADORES
1. Nº total de consultas virtuales realizadas en el año 2018
2. % - Número de pacientes remitidos a las consultas de endocrinología general/ nº total de consultas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1211

1. TÍTULO

ANALIZAR Y CUANTIFICAR LOS CRITERIOS DE DERIVACION EN LA CONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

virtuales
3. % - Número de pacientes derivados a las consultas monográficas/nº total de consultas virtuales
4. % - Número total de consultas devueltas directamente a AP/ nº total de consultas virtuales
5.- %- Nº de consultas por centros de salud/nº total de consultas virtuales.
6.- %- Nº de consultas virtuales por patologías.

DURACIÓN
1. Será de un año (2018)
2. Recogida de datos facilitada por el servicio de admisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0785

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VANESA CAÑADA ASENSIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILAR SIERRA MARIA PILAR
ESTEBAN SOMOLINOS LAURA
VAQUERO LAZARO NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se ha iniciado en el año 2018 en el bloque quirúrgico del edificio multifuncional y del hospital materno infantil.
Hemos realizado un póster visual, con imágenes de los diferentes tipos de contenedores disponibles en nuestro centro, donde se muestran las características que deben tener los mismos para garantizar su esterilidad.
Se han llevado a cabo sesiones formativas en las áreas quirúrgicas, apoyadas con una presentación audiovisual y se han repartido los posters para cada quirófano donde se ha impartido la sesión.
En la sesión formativa hemos valorado la adquisición de conocimientos, mediante la cumplimentación de un test y pre y post intervención realizada, lo que nos ha permitido evaluar la efectividad del programa formativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado un poster a color, tamaño DIN A3 plastificado para colocar en los bloques quirúrgicos y el servicio de esterilización.
Se han realizado 6 sesiones formativas dirigidas a enfermeras y TCAEs del bloque quirúrgico y del unidad de enfermería de esterilización.
Para valorar la efectividad del programa formativo hemos realizado un cuestionario de valoración que consta de diez preguntas con tres posibles respuestas, salvo la pregunta 9 que tenía cuatro opciones. La metodología utilizada fue pasar dos veces el mismo cuestionario a los profesionales que asisten a a sesión formativa, antes y después de la intervención realizada, para así poder comparar los resultados.
De forma global, y analizando los datos obtenidos, observamos que ha habido una mejora de los conocimientos adquiridos por parte del personal de enfermería del bloque quirúrgico y del servicio de esterilización tras la realización de la sesión formativa . Calculando la media podemos decir que de forma global se ha mejorado el conocimiento que tiene el personal sobre las condiciones de esterilidad de un contenedor en un 12,52% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Uno de los aspectos claves de nuestra central de esterilización es que hay que asegurar la esterilidad de los productos hasta el momento de ser usados. Con este proyecto hemos intentado disminuir los errores que se pueden producir en nuestra central de esterilización.
Con el proyecto que hemos llevado a cabo, hemos sido conscientes de que tenemos que mejorar la comunicación entre el bloque quirúrgico y la central de esterilización así como debemos mejorar el conocimiento del trabajo que se lleva a cabo en ambas áreas.
Dada la rotación existente del personal de enfermería en los dos servicios es preciso tener definido un programa formativo para el personal de nueva incorporación o contar con una herramienta que te permita adquirir los conocimientos. En nuestro caso utilizamos el póster como herramienta visual que nos ayuda en nuestro trabajo del día a día.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/785 ========== ***

Nº de registro: 0785

Título
FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

Autores:
CAÑADA ASENSIO VANESA, VILAR SIERRA MARIA PILAR, ESTEBAN SOMOLINOS LAURA, VAQUERO LAZARO NOELIA, DELGADO CALVO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0785

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROCESOS QUIRURGICOS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Central de Esterilización, del Hospital universitario Miguel Servet, es el servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles, equipamiento biomédico e instrumental a todos los sectores del hospital, con el fin de proveer un consumo seguro para ser usado con el paciente.
Uno de los aspectos claves en las centrales de esterilización es que hay que asegurar la esterilidad de los productos hasta el momento de ser usados, para lo que se utilizan distintos sistemas cerrados de empaquetado, que intentan garantizarlo, actuando como eficaces barreras contra los microorganismos.
Dentro de los sistemas de empaquetado, los contenedores rígidos son recipientes herméticos, termo resistente y reutilizables, dentro de los cuales se puede esterilizar y transportar el material.
Para asegurar la calidad del producto estéril en un contenedor rígido, es imprescindible, mantener la integridad física de la estructura y de los mecanismos de cierre, así como seguir las instrucciones del fabricante para el uso correcto de los mismos en relación a la colocación de los filtros.
Tras las incidencias recogidas en el servicio de esterilización se ha detectado que diferentes modelos de contenedores han sido distribuidos a quirófano con irregularidades tanto en su estado como en la colocación errónea de los filtros lo que no garantiza el estado de esterilidad del instrumental que servimos.
Dentro de este marco conceptual dirigir estrategias para la reducción de incidencias sobre la esterilidad de instrumentos quirúrgico, es uno de los principales objetivos del servicio de esterilizacion.

RESULTADOS ESPERADOS
General:
- Proporcionar un producto estéril con la máxima garantía de calidad para los usuarios del hospital
Específicos
- Adquirir la habilidad, el conocimiento y las técnicas necesarias para realizar una inspección eficiente de los contenedores tanto en la central de esterilización como en el bloque quirúrgico que nos permita identificar las características fundamentales que otorgan a un contenedor la condición de estéril
- Reconocer las posibles modificaciones del contenedor que suponen un riesgo en su uso.
- Colocar una barrera más de protección hacia el paciente, mediante la formación del personal de quirófano, siendo posible detectar un error ocurrido durante el proceso de esterilización.

MÉTODO
El proyecto se iniciará en el año 2018 en el bloque quirúrgico A y el bloque del infantil
• Realizar póster visual informativo para ubicar en los diferentes quirófanos
• Realizar sesiones formativas apoyadas con una presentación visual
• Realizar un calendario para la impartición de estas sesiones
• Realización de la evaluación de adquisición de conocimientos y de su influencia en la práctica habitual

INDICADORES
• Nº de poster informativos entregados en bloque quirúrgico -
Durante el año 2018 se entregarán los posters en el bloque A, Quirófanos del infantil y central de esterilización
• Nº de sesiones formativas realizadas
Se realizarán como mínimo 6 sesiones formativas en el año 2018
• Comprobación de adquisición de conocimientos y habilidades previstas
Pre y post test a los participantes de las sesiones formativas. El 80% de los participantes cumplimentarán el test
• Influencia de la formación en la práctica habitual
- Observación directa de la correcta inspección de los contenedores en los quirófanos implantados
- Revisión de incidencias detectadas en la central de esterilización en relación a los contenedores rígidos de los quirófanos donde se ha implantado el proyecto.

DURACIÓN
• Realizar póster visual informativo: abril – mayo 2018
• Sesiones formativas: Desde junio 2018 hasta octubre 2018
• Comprobación de adquisición de conocimientos: Desde junio 2018 hasta octubre 2018
• Observación directa de la inspección que se realiza a los contenedores, en los quirófanos donde se ha implantado el proyecto: Noviembre – Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0785

1. TÍTULO

FORMACION EN LAS CONDICIONES QUE GARANTIZAN LA ESTERILIDAD DE UN CONTENEDOR HERMETICO PARA OPTIMIZAR LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE

OBSERVACIONES
Dado el número total quirófanos existentes actualmente el todo el Hospital Miguel Servet y para poder completar la formación en todas las áreas se considerará un proyecto continuista para los próximos años.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0625

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
GALINDO ALLUEVA MARIA
OLIER MARTINES PILAR
GASSO SANCHEZ AMALIA
PEREIRA BLANCO OLGA
ARIAS SANCHEZ AGATA
NAVARRO PARDO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de este proyecto se han realizado las informaciones dirigidas a los pacientes VIH del 100% de los nuevos antirretrovirales que han ido apareciendo y se han ido incorporando en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital, de forma que se dispone de información escrita de todas las posibles combinaciones de tratamiento antirretroviral, por lo que se ha podido facilitar información por escrito al 100% de los pacientes atendidos, principalmente a aquellos que inician su tratamiento y a los que han sufrido un cambio en el mismo. Facilitar información oral y escrita, asegura que el paciente conoce posología, frecuencia, efectos adversos frecuentes y posibles interacciones, y motivan al paciente para un correcto cumplimiento del tratamiento.
También se ha realizado información escrita de los tratamientos del VHC, donde se ha diseñado una información común con el resto de Hospitales de Aragón, donde se recoge los siguientes apartados: ¿Qué es?, ¿Cómo se debe tomar?, ¿Qué hacer si se ha olvidado una dosis o vomita?, ¿Cuándo no debe tomar el medicamento?, ¿Qué precauciones deben tenerse?, ¿Puede afectar la toma de otros medicamentos?, ¿Qué problemas pueden producirse con su empleo? Acuda a urgencias si aparece… ¿Cómo se conserva? y ¿Cómo puedo conseguir este medicamento?. Además se utiliza el mismo documento para incluir determinadas recomendaciones al paciente y donde el paciente pueda añadir a modo de agenda las semanas de tratamiento, fecha de inicio y fecha final de tratamiento, próximas visitas a farmacia y medicación concomitante; en todas las informaciones se incluye los datos de la Unidad de Pacientes Externos como horario, teléfono y email de contacto. A todo paciente en tratamiento se revisan las posibles interacciones con la medicación concomitante. Se mide el grado de adherencia de los pacientes tratados de VHC mediante el registro de dispensaciones y se obtiene el % de pacientes que alcanzan RVS12 (respuesta viral sostenida a la semana 12 de terminar el tratamiento).
En enero de 2017 se realiza una encuesta de satisfacción, donde se preguntan aspectos sobre la información recibida, trato del personal, horario e instalaciones (lugar y comodidad).
Se calculan los indicadores gasto/paciente/año VIH y gasto/paciente/año Terapias Biológicas Reumatología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- 100 % pacientes VIH+ reciben información escrita y oral (>95%)
- El gasto medio anual paciente VIH fue de 6.704,74 (1.288 pacientes) en 2016 y 6.236,04 (1.334 pacientes) en 2017.
- El gasto medio anual del paciente en tratamiento con Terapia Biológica en reumatología en 2016 fue de 8.542,38 (661 pacientes).
- En 96 % de los pacientes están satisfechos en general con la Unidad de Pacientes externos, aunque solo lo están en un 48% respecto al tiempo de espera y en un 63% con el horario de la Unidad.
- En los años 2016 y 2017 se ha dispensado tratamiento para el VHC a 678 pacientes, de ellos se tiene posibilidad de conocer la respuesta viral sostenida (RVS) a las 12 semanas de tratamiento de 477, ya que 201 iniciaron el tratamiento a partir de agosto de 2017. De los 477 pacientes un 98% obtuvieron RVS12. Se evaluó la adherencia de los pacientes que iniciaron y completaron tratamiento para el VHC entre el 01/10/2016 y el 31/12/2017, que fueron 374. El 99.5% de los pacientes presentaron un grado de adherencia >95% (únicamente 2 pacientes presentaron mala adherencia). El porcentaje de adherencia media fue de 99.7%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos propuestos en este proyecto de mejora continúa en la atención farmacéutica al paciente externo se han cumplido durante el periodo descrito. Se ha proporcionado información escrita y oral a todos los pacientes VIH y/o VHC atendidos, se ha potenciado la adherencia a los tratamientos obteniendo resultados óptimos en salud (RVS 12 semanas), así como se ha medido el impacto económico de diferentes patologías. Un año más se ha conseguido la mejora en la eficiencia de los tratamientos antirretrovirales y las terapias biológicas en patologías reumatológicas, disminuyendo el coste medio por paciente.
Se considera muy importante la continuidad de este proyecto, ya que la información y educación al paciente permite que éste participe mejor en su tratamiento (empoderamiento del paciente) y por tanto, alcanzar los objetivos de resultados en salud.
En cuanto a la satisfacción, un alto porcentaje de pacientes está mucho o muy satisfecho con la atención general de la Unidad de pacientes Externos, pero dos aspectos indican que podrían mejorarse como: tiempo de espera y horario de atención.
Actualmente la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia se encuentra inmersa en un proceso de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0625

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

mejora que pretende ofrecer un servicio integral para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y asegurar la adherencia en los pacientes externos. Este proyecto incluye la gestión citas, automatización del área y una reorganización funcional del personal facultativo farmacéutico por áreas de conocimiento de forma que se optimice la atención recibida por el paciente y el tiempo dedicado al paciente, aumentando la eficiencia en la gestión de este servicio, aumentando la satisfacción del paciente y la reducción del tiempo de espera, aspectos peor valorados por el paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/625 ========== ***

Nº de registro: 0625

Título
MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, GALINDO ALLUEVA MARIA, NAVARRO PARDO IRENE, OLIER MARTINEZ MARIA PILAR, GASSO SANCHEZ AMALIA, PEREIRA BLANCO OLGA, ARIAS SANCHEZ AGATA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología crónica, tratamientos de uso hospitalario
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Seguridad y eficiencia

PROBLEMA
La falta de adherencia a los tratamientos, especialmente en enfermedades crónicas, es el principal factor de fracaso terapéutico. Se ve afectada por múltiples factores: la enfermedad, el paciente, el equipo sanitario y el tratamiento (efectos adversos y complejidad del tratamiento). Detectar y corregir los factores que pueden influir en la adherencia y monitorizarla de forma rutinaria son importantes para alcanzar el objetivo terapéutico. Una estrategia para mejorar la adherencia es la educación/formación del paciente, donde el farmacéutico tiene un papel relevante facilitando información oral y escrita, asegurando que el paciente conoce posología, frecuencia, efectos adversos frecuentes y posibles interacciones, y motivando al paciente para un correcto cumplimiento del tratamiento. Otro importante aspecto es el conocimiento y control de las interacciones farmacológicas ya que la aparición de interacciones puede dar reacciones adversas o pérdida de efectividad. Los nuevos tratamientos de la hepatitis crónica virus C (VHC) tienen la posibilidad de numerosas y complejas interacciones que pueden comprometer la eficacia y seguridad de estos fármacos o de aquellos tomados concomitantes.
El consumo en el área de pacientes externos supone un alto impacto económico, conocer el gasto paciente/mes a través de un indicador ajustado a tiempo, permite conocer el gasto real y hacer comparaciones económicas entre distintos tratamientos para una misma patología y entre periodos de tiempo.
La valoración de la calidad de la atención percibida por el paciente se realiza a través de encuestas de satisfacción.
Este proyecto se inició en el año 2007, donde se valoró la calidad percibida por los pacientes. En 2008 se inició la línea de mejora de atención farmacéutica al paciente VIH (89% de los pacientes naive información escrita). Durante 2009: 97% de pacientes VIH informados, se valoró la adherencia al TAR y se analizaron las interacciones. En 2010: 97% de pacientes naive informados y 32% de pacientes con cambios, se elaboró un díptico informativo de interacciones de ARV con fitoterapia, y se realizó encuesta de satisfacción con resultados generales muy positivos, pero no la ubicación. En 2011-2014 se continuaron con las actividades de información (97% pacientes VIH naive informados y 95% de cambios de tratamiento y 96% de antineoplásicos orales). En 2015 el 93.5% de los pacientes atendidos en la unidad de paciente externos estaban satisfechos con la atención recibida.
Coste medio/paciente/año VIH: 8670€ (2012) y 6.791€ (2015). En 2015 gasto/paciente medio/semestre de tratamiento con TB-reumatología (9.246€), Análisis de interacciones de 193 pacientes tratados con nuevos antivirales directos frente a virus hepatitis C (AAD), 244 interacciones encontradas con una media de 1.25 interacciones/paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0625

1. TÍTULO

MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION FARMACEUTICA AL PACIENTE EXTERNO: HACIA UNA MAYOR SEGURIDAD Y EFICIENCIA DE LA FARMACOTERAPIA

RESULTADOS ESPERADOS
Favorecer adherencia: paciente VIH y hepatitis C.
- Incrementar seguridad.
- Mantener la satisfacción del paciente en el área de pacientes externos a pesar del incremento de la actividad.
- Conocer el impacto económico del tratamiento a través de un indicador objetivo, ajustado a tiempo en tratamiento: VIH, TB reumatología
- Estudio calidad de vida de paciente VIH, en una muestra de pacientes.

MÉTODO
- Actualizar información al paciente VIH (Herminia Navarro (HN)
- Entrega información escrita. VIH, VHC (HN, Natalia de la Llama NDLL).
- Realizar encuesta de satisfacción (HN y NDLL).
- Valorar gasto/paciente/año: VIH, TB reumatología. (HN y NDLL).
- Revisar y valorar posibles interacciones VHC (HN y NDLL)
- Detección precoz de la no-adherencia en los tratamientos de VHC. Control semanal de recogidas de medicación.
- Diseño de un cuaderno personalizado de información al paciente en tratamiento de VHC, consensuado con el equipo multidisciplinar. (HN, NDLL).
- Entrega del cuaderno de información paciente VHC y cumplimentación según necesidades y agenda del paciente.

INDICADORES
- % pacientes VIH+ información escrita y oral (>95%)
- % de pacientes satisfechos con la atención recibida (>90%).
- Seguimiento gasto/paciente medio/año VIH (mensual), TB reumatología (semestral/anual).
- % pacientes VHC revisión interacciones (>90%).
- Nº de pacientes en seguimiento para una correcta adherencia VHC. (>90%)
- Evaluación del % RVS obtenida tras tratamiento VHC.
- Evaluación de la calidad de vida (SF-12) en paciente VIH.

DURACIÓN
1. Actualización información TAR y tratamiento VHC. (Octubre 2016-diciembre 2017).
2. Entrega información escrita VIH, VHC (Octubre 2016-diciembre 2017).
3. Realización/análisis encuesta. Diciembre 2016 y diciembre 2017).
4. Cálculo gasto/paciente medio/año TB, VIH. (Octubre 2016-diciembre 2017).
5. Valoración de la adherencia paciente VHC (Octubre 2016-diciembre 2017).
6. Evaluación del % de RVS obtenida tras el tratamiento de la VHC. Diciembre 2016 y diciembre 2017.
7. Elaboración del cuaderno personalizado de información al paciente VHC. (Octubre 2016-diciembre 2017).
8. Valoración de la Calidad de vida paciente VIH.-diciembre 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0943

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR CASAJUS LAGRANJA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRIETA NAVARRO RAQUEL
LARRODE LECIÑENA ITZIAR
OLIER MARTINEZ PILAR
PEREZ NOGUERAS FRANCISCO JAVIER
SANCHO GINER MARIA ISABEL
TORRES ANORO ELENA
LORENTE MIRALLAS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Evaluación de las recetas emitidas por los CSS en el año anterior. Elaborar lista de medicamentos que no formaban parte de la guía farmacoterapéutica del hospital (GFT) y que suponían un elevado coste. Valorar la adquisición de estos medicamentos por parte del servicio de farmacia e informar a los CSS.
Analizar las recetas una vez implantada la medida.
-Validación de las prescripciones médicas de los CSS, realizando intervenciones farmacéuticas (ajuste de dosis, adaptación a los PIT, interacciones...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Datos obtenidos de Farmasalud.
Indicador 1
-nºrecetas medio por residente año 2015: 10.12
-nºrecetas medio por residente año 2017: 3.48
Disminución : 65.7%
-coste medio receta por residente año 2015: 207.67€
-coste medio receta por residente año 2017: 94.65€
Disminución: 54%
Indicador 2
-coste medio residente centro Las Fuentes 2015: 138.35€
-coste medio residente centro Las Fuentes 2017: 87.25€
Disminución: 35%
-coste medio centro Romareda 2015:127.1€
-coste medio centro Romareda 2017:78.70€
Disminución:38%
-coste medio centro Torrero 2015:316.98€
-coste medio centro Torrero: 113.55€
Disminución 64.18%
Indicador 3
-Gasto de recetas que se podría evitarse: 8854.7€ que corresponde al 19.5% del total
Indicador 4:
_valoración de intervenciones: dificultad a la hora del registro para poder evaluarlas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se han alcanzado los objetivos propuesto tras la adquisición de medicamentos desde el servicio de farmacia del hospital y suministro a los CSS.
-La implantación de la prescripción electrónica en todos los CSS, ha aumentado la adaptación a la GFT del hospital, disminuyendo el número de recetas. Por otra parte permite la validación farmacéutica aumentando la calidad y seguridad en la atención al paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/943 ========== ***

Nº de registro: 0943

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0943

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

Autores:
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, LARRODE LECIÑENA ITZIAR, CASTIELLA GARCIA MARINA, PEREZ NOGUERAS FRANCISCO JAVIER, SANCHO GINER MARIA ISABEL, TORRES ANORO ELENA, LORENTE MIRALLAS CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE ANCIANO

PROBLEMA
En Aragón desde el año 2010 los servicios de Farmacia de Hospital han asumido la dispensación de medicamentos a los centros sociosanitarios (CCSS)de titularidad pública de su sector.

Actualmente en el sector Zaragoza II el Servicio de Farmacia del HUMS gestiona la provisión de la farmacoterapia y nutrición enteral en los CCSS del IASS: Elías Martínez(Torrero)(200 residentes), Romareda (200 residentes) y Las Fuentes (80 residentes).

Tras la reciente implantación en los CCSS de la prescripción electrónica asistida con el programa informático Farmatools® (el utilizado en todos los hospitales del salud), el farmacéutico dispone de información actualizada de las prescripciones específicas de cada residente, de forma que cada modificación realizada por el médico, es validada por un farmacéutico garantizando la adecuación de la prescripción. Además se realizan recomendaciones para adaptar las prescripciones a los medicamentos disponibles en la guía farmacoterapéutica del hospital, disminuyendo por tanto la necesidad de prescribir por receta y como consecuencia, el gasto farmacéutico.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la eficacia y la seguridad de los medicamentos a través del incremento de las intervenciones farmacéuticas.
Disminuir el número y el gasto en recetas de los CCSS
Optimizar el gasto farmacéutico

MÉTODO
Valorar la idoneidad de las prescripciones de acuerdo a las características del paciente (atención farmacéutica)
Evaluación y seguimiento del número y el gasto por receta de cada CCSS mediante los datos obtenidos del programa Farmasalud®.
Valorar la idoneidad en el modo de provisión del medicamento, a través del Servicio de farmacia del Hospital o de recetas a oficina de farmacia, para asegurar que sea el más eficiente.

INDICADORES
Evaluación cuatrimestral de las recetas. Indicador:
- Número y coste medio en recetas por residente y CCSS y comparación del mismo con el año 2015. (indicador : disminuir coste año 2015 8% (media de los 3 CCSS)
- Coste total en medicamentos por residente y CCSS (indicador : disminuir coste año 2015 5%)

- % gasto en recetas que podría haber sido evitado = gasto en recetas de medicamentos que podría haber sido proporcionado por el hospital (Guía, PIT)/ gasto recetas total

- % número de recetas que podría haber sido evitado = número de recetas de medicamentos que podría haber sido proporcionado por el hospital (Guía, PIT)/ número de recetas total .
Indicador: % de intervenciones aceptadas (evaluar)
Los indicadores se evaluaran cuatrimestralmente y se compararán con los resultados del año 2015, año previo a la implantación de la PE

DURACIÓN
Inicio en el primer cuatrimestre de 2017. Periodo de análisis inicial de 1 año y reevaluación de objetivos en función de los resultados alcanzados

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0943

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y DEL IMPACTO ECONOMICO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS DEL SECTOR ZARAGOZA II TRAS LA IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0969

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES
ASCASO MARTORELL CONCEPCION
PLANA FERNANDEZ BLANCA
VICTORIA LIARTE FRANCISCO JAVIER
LUCAS HERNANDEZ ANTONIO
GARCES SAN JOSE CRISTINA
GALINDO ALLUEVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Estudio de la situación actual: Realizada. Se analizó tipo de dolor y tratamiento utilizado en los pacientes que acudían por dolor al área de traumatologia
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias: En proceso: pendiente de aprobar.
Difusión protocolo del manejo del dolor: se realizarán trípticos, carteles y sesiones al personal implicado: Pendiente de protocolo definitivo.
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo: pendiente protocolo definitivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha analizado la situación previa a la implantación del protocolo: 546 pacientes, 63,4% mujeres, edad media 52,7±2,11 años. Diagnóstico: 59% dolor articular extremidades, 28% dorsalgia, 10% dolor torácico osteomuscular y 3% dolor abdominal. Tratamiento recibido: 5% AINE tópico, 78,2% AINES sistémicos, 37,6% paracetamol, 8,9% corticoide IM, 18,8% diazepam, 29,7% opioide menor, 4% opioide mayor, 1% duloxetina, 3% gabaergicos, 2% lidocaína tópica, 1% derivación a unidad del dolor y 4% ningún tratamiento farmacológico. La media de fármacos por paciente fue 1,99±1,14. A 38,6% de los pacientes se les prescribió un único fármaco, 24,8% dos, 20,8% tres y 11,9% cuatro o más. Media fármacos según diagnóstico: Dolor abdominal 1,33±0,58, dorsalgia 2,8±1,36, dolor extremidades 1,71±0,96 y dolor torácico 2,6±1,08. Los diagnósticos con mayor número de tratamientos fueron dolor torácico osteomuscular y dorsalgia con un 20% y 8,9% de pacientes con 4 o más fármacos respectivamente. El 14,9% y el 16,8% de los pacientes volvieron a visitar urgencias y atención primaria respectivamente con el mismo motivo de consulta. Media tiempo hasta revisita urgencias 26,07±33,6 días. Media tiempo hasta revisita AP: 28,53±22,41.
Se ha realizado una revisión de los efectos adversos más frecuentes de los fármacos utilizados y está pendiente de aprobarse el protocolo definitivo de recomendaciones de tratamiento del dolor en Urgencias.
Posteriormente se reailzará difusión y reevaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha producido un retraso en la elaboración del protocolo, debido a que una vez iniciado el proyecto, se conoció por uno de los participantes que el Hospital había creado otro grupo para protocolizar el tratamiento del dolor en el hospital. Por ello, se esperó a conocer las recomendaciones intrahospitalarias para, con las adaptaciones necesarias al ámbito de urgencias, no introducir contradicciones entre ambos documentos.
Este hecho ha retrasado bastante el presente proyecto.
El análisis de la situación se realizó según el cronograma previsto y la revisión de los efectos secundarios más frecuentes también. Se estima que en el primer semestre de 2018 se podrá concluir con la aprobación del protocolo y su pertinente difusión.

7. OBSERVACIONES.
No se puede dar por concluido el proyecto aún.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/969 ========== ***

Nº de registro: 0969

Título
MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL, JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES, ASCASO MARTORELL CONCEPCION, PLANA FERNANDEZ BLANCA, VICTORIA LIARTE FRANCISCO JOSE, LUCAS HERNANDEZ ANTONIO, GARCES SAN JOSE CRISTINA, GALINDO ALLUEVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0969

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DOLOR
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El dolor es definidos por la International Association for the Study of Pain como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión”, siendo, por tanto, una experiencia subjetiva que requieren de instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona.
Es conocido que el dolor puede provocar importantes consecuencias de tipo familiar y laboral, deteriora las relaciones sociales, causa alteraciones del sueño y se relaciona con la aparición de depresión y ansiedad, de manera que es imprescindible tratarlo correctamente para minimizar estas consecuencias.
En los Servicios de Urgencias el dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes (en torno al 50%) y es uno de los síntomas que más sensación de urgencia genera, siendo fundamental en la valoración de la urgencia de los pacientes. De hecho, en los sistemas de triaje es un síntoma que valora al alza la necesidad de asistencia, es decir, prioriza la atención del enfermo a un escalón superior, ya que la puntuación de la escala de dolor condicionará en muchas ocasiones el nivel de triaje. Sin embargo, varios estudios, entre los que destaca el EVADUR, han puesto de manifiesto que el manejo del dolor es una de las principales causas de que se produzcan eventos adversos en los Servicios de Urgencias
La Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) determinó la consideración de la valoración del dolor como quinta constante vital, siendo cada vez más los Servicios de Urgencias que han incorporado esta recomendación.
Por ello se considera necesario que se desarrolle un protocolo del manejo del dolor en el Servicio de Urgencias del HUMS que ayude a prevenir, mitigar y tratar el dolor en los pacientes, convirtiendo el alivio del dolor en una prioridad.

RESULTADOS ESPERADOS
Consensuar los criterios de valoración y manejo del dolor en el Servicio de Urgencias, estableciendo recomendaciones basadas en la evidencia.
Mejorar el manejo del dolor en los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias
Mejorar los registros de valoración de la intensidad del dolor
Disminuir la tasa de eventos adversos relacionados con el manejo del dolor
Mejorar la formación del personal sanitario en el manejo del dolor

MÉTODO
Creación grupo de trabajo.
Estudio de la situación actual
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias.
Difusión protocolo del manejo del dolor: se realizarán trípticos, carteles y sesiones al personal implicado: facultativos, residentes y enfermería.
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que cumplen con las recomendaciones establecidas en el protocolo sobre manejo del dolor. Fórmula: (Pacientes en los que se ha aplicado el tratamiento consensuado sobre manejo del dolor/pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Valor actual: No procede; Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes que acuden a Urgencias por dolor con registro de valoración de la intensidad. Fórmula: (pacientes que acuden por dolor a Urgencias con registro de valoración/pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Valor actual: Desconocido. Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes a los que se ha realizado una revaloración del dolor en el tiempo definido. Fórmula: (pacientes con dolor a los que se realiza revaloración/pacientes que permanecen en Urgencias el tiempo suficiente para requerir revaloración)*100. Se revisará una muestra aleatorizada de pacientes para analizar si se produjeron eventos adversos. Valor actual: Desconocido. Objetivo: >50%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Porcentaje de pacientes que por sufren eventos adversos relacionados por mal manejo del dolor en el Servicio de Urgencias. Fórmula: (pacientes que sufren eventos adversos/pacientes que acuden por reingreso por dolor)*100. Se revisará una muestra aleatorizada de pacientes para analizar si se produjeron eventos adversos. Valor actual: 7% según bibliografía; Objetivo: <7%. Evaluación anual. Diciembre 2017.
Descripción del porcentaje de pacientes que acuden por dolor según su intensidad. Fórmula: (pacientes con dolor leve, moderado, intenso o insoportable/ pacientes que acuden por dolor a Urgencias)*100. Objetivo: Monitorizar. Evaluación anual. Diciembre 2017.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0969

1. TÍTULO

MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

Creación grupo de trabajo. Septiembre 2016.
Elaboración protocolo de manejo del dolor en el Servicio de Urgencias. Octubre 2016-Marzo 2017.
Difusión protocolo del manejo del dolor. Realización tríptico, carteles y sesiones al personal implicado: facultativos, residentes y enfermería. Marzo-Abril 2017
Revisión de los pacientes que acudieron con dolor al Servicio de Urgencias para valorar implantación y efectividad del protocolo. Noviembre-Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1005

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE AGUSTIN FERRANDEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO BALLESTER VICENTE
VIÑUES SALAS CARLOTA
VIÑARAS FRAGUEIRO ANA
YUBERO CISNEROS ROSA
VELA FUENTES RAQUEL
GUALLAR CALVO MARIA REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado formación individualizada a todos los facultativos de los Servicios de Oncología, Digestivo y Reumatología, de tal manera que la PE en dicho Servicio se ha mantenido en el 100%.
Se han actualizado los protocolos en el programa de oncopediatría, siendo la PE del 100%.
Se han realizado sesiones de actualización en el manejo del programa de PE para los clínicos del Servicio de Hematología, alcanzándose al final de 2017 PE en el 85% de las peticiones.
Se han realizado 5 reuniones de formación continuada para el personal de H de día por parte del farmacéutico del área de oncología y 1 al personal de enfermería del laboratorio.
Se han reetiquetado los medicamentos para permitir realizar trazabilidad a través de trazascan pero los numerosos problemas del sistema informático nos han impedido poder extender la trazabilidad en la preparación al 100% de los medicamentos(se producía error en la lectura de algunos medicamentos, no admitía las jeringas como contenedor del medicamento, calculaba mal el suero con el que debía preparar el medicamento, las balanzas perdieron la configuración, el ordenador de la campana no funcionaba, etc). Finalmente en diciembre y tras una importante dedicación por parte del personal facultativo de farmacia en el seguimiento y comprobación de errores sucesivos, se ha podido hacer trazabilidad de >65% de las preparaciones en farmacia porque se ha cambiado de versión el programa y parece que esto ha permitido resolver los múltiples problemas asociados a él.
Los farmacéuticos han valorado las preparaciones fuera de rango de pesada, para su utilización o reciclaje.
No se ha podido realizar trazabilidad en la administración de los tratamientos al paciente por los errores que generaba y que todavía siguen produciéndose con el programa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mantenido Prescripción electrónica en el 100% de las prescripciones de Oncología, oncopediatría, Digestivo y Reumatología (parenterales).(objetivo>85%)
>85% de las prescripciones de Hematología de quimioterapia son PE (objetivo>85%)
Se ha realizado el seguimiento cuatrimestral del consumo de medicamentos en oncología y hematología.
La espera de los pacientes ha sido mínima ya que la tasa de preparaciones realizadas tras la hora de cita ha sido del 3.1%(objetivo:<10%) y el tiempo medio entre prescripción y validación: 7.5 min(objetivo <30minutos).
El % de preparaciones con pesada y trazabilidad en la preparación no ha logrado el objetivo de >80% pero ha alcanzado el 65 % a final del 2017, a pesar de los numerosísimos problemas informáticos.
El Nº de preparaciones descartadas/nº preparaciones realizadas ha sido muy reducido: 0.5% siendo el objetivo <10%.
Toda la información ha sido obtenida del programa informático OncowinR qu es el programa de gestión (desde la prescripción a la elaboración y administración) de la quimioterapia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha trabajado en el proyecto y se han conseguido objetivos muy importantes para la seguridad del paciente como es la generalización de la PE en el área de quimioterapia onco-hematológica.
Los tiempos de espera de los pacientes para la administración del tratamiento, motivados por la actividad en farmacia, han sido mínimos y sólo motivados por el tiempo necesario para la preparación de la quimioterapia pero los errores asociados al funcionamiento del programa informático han impedido avanzar en la trazabilidad en el Hospital de día y han impedido la generalización de la trazabilidad en el Servicio de Farmacia, a pesar de ello, el cambio de versión del programa a final del 2017 ha permitido alcanzar ya una tasa importante de trazabilidad en la preparación(>65%).
El proyecto ha permitido conseguir avances muy importantes en seguridad, quedando pendiente solucionar algunos problemas informáticos para conseguir la trazabilidad total en la elaboración y en la administración

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1005 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1005

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

Nº de registro: 1005

Título
AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

Autores:
URIARTE PINTO MOISES, GIMENO BALLESTER VICENTE, AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE, VINUES SALAS CARLOTA, VIÑARAS FRAGUEIRO ANA, YUBERO CISNEROS ROSA, VELA FUENTES RAQUEL, GUALLART CALVO MARIA REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Reumatología y digestivo en tratamiento con terapias biológicas endovenosas.
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La elevada carga asistencial del área de farmacotecnia (37.240 preparaciones sólo de citostáticos en 2015) puede favorecer que se cometan errores en su preparación. También se ha demostrado que en los hospitales se producen errores en la administración de fármacos IV a pacientes a pie de cama y la gravedad de estos errores va asociada a la toxicidad de los medicamentos infundidos. Uno de los grupos que pueden provocar una mayor morbi-mortalidad son los fármacos citostáticos considerados medicamentos de alto riesgo por su elevada toxicidad y por el gran número de tratamientos diarios distintos que se administran.
Herramientas tecnológicas como los sistemas de identificación de medicamentos y de pacientes han mostrado ser muy útiles para disminuir los errores en la etapa de administración. Existen varios sistemas disponibles: Identificación por radiofrecuencia, código de barras, data matrix, etc que permiten un doble registro, para confirmar que el paciente correcto recibe el fármaco correcto, en el tiempo, dosis y vía prescritas.
A nivel de elaboración y fabricación de medicamentos también es importante disponer de tecnología como un instrumento de gestión, seguridad y trazabilidad, para asegurar la idoneidad de los preparados tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mantener PE en hospital de día de Oncología, Oncopediatría, Digestivo y Reumatología.
- Generalizarla en el Hospital de día Hematología.
- Formación continuada del personal de enfermería del laboratorio de farmacia y del Hospital de día.
- Mejorar la seguridad en la preparación mediante la identificación a través de código de barras de todos los componentes utilizados en la preparación de citostáticos e identificación inequívoca de que el medicamento elaborado corresponde al solicitado mediante la utilización de código de barras y la implantación de un sistema de control de doble pesada (implantar programa trazascan) .
- Mejorar la seguridad en la administración de citostáticos comprobando en todos los pacientes mediante lectores de códigos que el paciente recibe lo que tiene prescrito por el médico y en el orden correcto (generalizar el uso en todos los pacientes de Oncoscan).

MÉTODO
1. Realización de sesiones de actualización en el manejo del programa de PE para los clínicos de Hematología, Oncología, Oncopediatría, Digestivo y Reumatología. (Servicio de Farmacia)
2. Realización de sesiones formativas en el manejo del programa Oncoscan al personal de enfermería de hospital de día oncología y de Trazascan al personal de farmacia (Servicio de Farmacia)
3. Realizar etiquetado con código de barras de los citostáticos utilizados en farmacia (Personal técnico Servicio de Farmacia)
4. Control por pesada de los citostáticos preparados (Personal técnico Servicio de Farmacia)
5. Comprobación por código de barras de la concordancia paciente y citostáticos (Enfermería Servicio de Farmacia)
6. Valorar las preparaciones fuera de rango de pesada, para su utilización o reciclaje (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)
7. Medir mensualmente los tiempos de espera entre prescripción-validación y preparación dentro del tiempo que están citadas (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)
8. Seguimiento del consumo de medicamentos en oncología y hematología. (Farmacéuticos Servicio de Farmacia)

INDICADORES
1. Nº prescripciones informatizadas/Nº prescripciones totales. (>85%)
2. Nº de preparaciones controladas con pesada/Nº de preparaciones realizadas. (>80%)
3. Nº de preparaciones descartadas/nº preparaciones realizadas (<10%)
4. Nº pacientes atendidos en HD con trazabilidad /Nº de pacientes (>70%) (2º semestre)
5. Nº preparaciones para pacientes atendidos en HD con trazabilidad /Nº de preparaciones realizadas (>90%) (Último trimestre)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1005

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD. TRAZABILIDAD EN LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS

6. Tiempo medio de espera entre prescripción y validación. (<30mín)
7. Preparaciones con cita preparadas sin retraso (>90%)

Los indicadores se obtendrán con una periodicidad trimestral del programa informático del SF.

DURACIÓN
- Sesiones informativas y de formación en el programa de trazabilidad: durante todo 2017.
- Generalizar uso Oncoscan: enero-junio 2017.
- Implantación Trazascan. Enero-junio 2017.
- Valorar preparaciones fuera de rango: enero-dicimebre 2017.
- Valorar tiempos de espera y de demora prescripción/Validación: Enero-diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 2 Poco
```

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1057

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICAASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA REYES ABAD SAZATORNIL
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL
IZUEL RAMI MONICA
ARRIETA NAVARRO RAQUEL
CARCELEN ANDRES JOSEFA
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR
PERRINO GARCIA MARIA JESUS
DE LA LLAMA NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han introducido los protocolos farmacoterapéuticos más frecuentemente utilizados en Urgencias en el programa FarmatoolsR para facilitar la prescripción electrónica asistida (PEA) en urgencias
Se han revisado los fármacos que se administran en perfusión, los sueros en los que deben diluirse y las concentraciones finales de los mismos para su administración, así como la velocidad correcta y se han introducido todos estos datos en Farmatools.
Se ha formado a todo el Servicio de Urgencias sobre funcionamiento del programa Farmatools y a todos los facultativos del Hospital (incluidos residentes de especializada y primaria) que pueden realizar una prescripción a un paciente que se encuentra en la sala de observación del Servicio de Urgencias.
Se han revisado los contenidos de kardex/Pyxis
Se ha validado la conexión PCH-Farmatools
Se han actualizado las interacciones más importantes para incluirlas como ayuda a la PE en farmatools
Se ha implantado la PEA en todo el Servicio de Urgencias
Se ha revisado las salidas de medicamentos de Pyxis no imputados a nombre de paciente.
Se han revisado los medicamentos que no han tenido movimientos en los sistemas automatizados de dispensación (SAD) para optimizar los stock existentes en los mismos al consumo.
Se ha implantado PEA en la planta de Oncología.
Se ha transformado la Prescripción manual de traumatología en PEA e instalado un pyxis en la planta 7ª.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha continuado con la PEA asistida en las distintas unidades del Hospital que ya disponían de ella, a excepción de la planta que se ha trasladado al Hospital de la Defensa.
El 21 de noviembre se implanto la PEA asistida en el Servicio de urgencias, realizándose a partir de entonces la validación farmacéutica en tiempo real prácticamente las 24 horas del día (excp 2-6h de la madrugada en los que se puede demorar la validación).
El % de movimientos de pyxs no imputados a pacientes se ha situado ligeramente por encima del standard <15% ya que el valor ha sido del 18,3%, si bien este indicador descenderá el año próximo con la implantación de la PEA pues la prescripción se vuelca directamente en Pyxis.
Se ha alcanzado el objetivo de ajustar los stocks existentes en los SAD al consumo(farmacos sin movimientos 3,3%, siendo el objetivo <5%).
Los farmacéuticos han intervenido de manera importante para mejorar la atención farmacéutica de los pacientes, superando las 450 intervenciones por facultativo del área de unidosis, cuando el objetivo era >100.
Se ha implantado PEA en la unidad de Hospitalización de Oncología y en la planta 7ª del CRTQ

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos se han conseguido totalmente, incrementando la seguridad en el manejo del medicamento mediante la PEA en las Unidades de oncología, traumatología y en Urgencias, siendo esta una área crítica por la posibilidad de que allí se produzcan errores importantes y con graves consecuencias por la elevada presión asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1057 ========== ***

Nº de registro: 1057

Título
AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA LIGADA A SISTEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1057

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICAASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

Autores:
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES, REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL, IZUEL RAMI MONICA, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, CANTALAPIEDRA MALAGUILLA ELENA, CARCELEN ANDRES JOSEFA, CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR, PERRINO GARCIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prescripción electrónica asistida (PEA) es una de las medidas que más contribuye a mejorar la seguridad en el proceso de utilización de medicamentos pues permite al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático que dispone de una serie de ayudas, orientado hacia un sistema de soporte a la decisión clínica, y evita los errores de transcripción. El Sistema de Dispensación automatizado (SAD) ligado a PEA consigue optimizar los circuitos de trabajo e inventarios, garantizar la disponibilidad de medicamentos en las unidades e imputar los consumos de medicamentos por paciente.
Actualmente existen 4 unidades con PEA ligadas a SAD, 6 unidades con PEA y 2 unidades con SAD. El principal objetivo de este proyecto es implantar en Urgencias, que actualmente dispone de SAD, la PEA, y conectar ambos sistemas. De esta manera se conseguirá mejorar la calidad de la prescripción y la administración en este servicio, implantando medidas que fomentan la seguridad del paciente. Además, se optimiza el proceso de unidosis, ya que la prescripción se realiza en el mismo programa informático desde que el paciente ingresa en Urgencias hasta que se le da el alta desde una de las unidades que ya dispone de PEA, evitando que los posibles errores cometidos relacionados con la prescripción en Urgencias perduren durante el resto del ingreso e incluso al alta del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación de la PEA en Urgencias en las salas de observaciones, aislamiento y saturación, mejorando la calidad de la prescripción, evitando situaciones de prescripciones incompletas y/o con errores, interacciones, duplicidades terapéuticas, alergias…
Conexión PEA ligada a Pyxis en Urgencias: se mejorará la seguridad en la administración de medicamentos, reduciendo los errores por una inadecuada selección de medicamentos, así como se mejorará la imputación de consumos por paciente.
Homogeneización de las perfusiones en el hospital: Se unificarán los sueros utilizados en las perfusiones en todas las unidades con PEA para evitar errores en la prescripción y/o administración.
Validación pacientes ingresados en Urgencias: se mejorará el circuito de comunicación de las intervenciones realizadas en la validación de los tratamientos de los pacientes ingresados en Urgencias, realizándose a través de Farmatools.
Mantenimiento de las ayudas a la PEA: se actualizará la información referente a interacciones, alergias, recomendaciones de ajustes posológicos y formas de administración.
Adecuación contenido SAD a necesidades de las unidades: se revisarán los medicamentos sin retiro en los últimos 6 meses y aquellos prescritos más frecuentemente no incluidos en pyxis.
Mejora de las condiciones de conservación en kardex/Pyxis: se realizarán revisiones periódicas para verificar el cumplimiento de los protocolos de utilización de SAD
Mejorar del control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD. Se revisarán los usuarios autorizados con acceso al SAD de cada unidad en la que esté disponible.

MÉTODO
Introducción protocolos farmacoterapéuticos más frecuentemente utilizados en Urgencias para agilizar PEA
Homogeneización sueros y concentraciones utilizados en perfusiones en las unidades con PEA
Formación al Servicio de Urgencias sobre funcionamiento de Farmatools
Formación sobre funcionamiento de Farmatools a todos los facultativos de los Servicios clínicos que pueden realizar una prescripción a un paciente que se encuentra en la sala de observación del Servicio de Urgencias
Adecuar el contenido de kardex/Pyxis
Mejorar el control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD

INDICADORES
Nº de intervenciones realizadas en unidades con unidosis/SAD. Objetivo: >100 por farmacéutico (excluido FACE)
Tasa de intervenciones aceptadas. Objetivo: >80%
Tasa de dispensaciones en Urgencias imputadas a paciente ficticio. Objetivos <15%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1057

1. TÍTULO

AVANZANDO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICAASISTIDA LIGADA A SISTEMAS DE DISPENSACION AUTOMATIZADOS EN NUEVAS UNIDADES

Tasa de perfusiones prescritas en Urgencias utilizando el suero y la concentración protocolizado. Objetivo: >60%
Actualización anual de interacciones en Dominion. Objetivo: Sí
Tasa de medicamentos incluidos en SAD sin movimiento en los últimos 6 meses. Objetivo: <5%
Tasa de revisiones para verificar el cumplimiento de los protocolos de utilización de SAD sin incidencias. Objetivo: <10%
Tasa de unidades en las que se han revisado los usuarios con acceso al SAD. Objetivo: >95%
Nº de prescripciones electrónicas realizadas en Farmatools en urgencias (>80% segundo semestre 2017)

DURACIÓN
Introducción protocolos farmacoterapéuticos. Octubre 2016
Homogeneización sueros y concentraciones. Octubre –diciembre 2016
Formación de los facultativos y de personal de enfermería del Servicio de Urgencia. Noviembre –dic 2016
Mantenimiento de las ayudas a la prescripción electrónica. Enero-Junio 2017
Mejorar las condiciones de conservación en kardex/Pyxis. Mensual
Adecuar el contenido de kardex/Pyxis. Semestral (Junio y Diciembre)
Mejorar el control de acceso del personal de enfermería de las unidades clínicas con SAD. Diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PABLO PALOMO PALOMO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VINUES SALAS CARLOTA
LOPEZ MIRETE ANTONIA
CARCELEN ANDRES JOSEFA
HUARTE LACUNZA RAFAEL
SANCHEZ LOPEZ ROSABEL
LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA
CASTIELLA GARCIA MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua: Realizado
Adaptación del sistema de calidad ISO a 9001: 2015: Realizado
Identificación de los principales problemas existentes actualmente mediante realización de un AMFE en cada proceso: Realizado.
Registro de incidencias con sus respectivas soluciones o medidas implantadas: Realizado
Implantación de medidas correctivas y preventivas para reducir las incidencias: Realizado.
Difusión a todo el personal del análisis de todas la acciones de mejora y del estado actual: Realizado.
Reconversión de las plazas de técnicos auxiliares de enfermería a técnicos de farmacia.: Realizado y ejecutado en Enero 2018-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de procesos con AMFE realizados. Objetivo: >80%. Resultado: 100%.
% de incidencias con propuestas de mejoras y soluciones. Objetivo: >60%. Resultado: 95%
Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí. Resultado: Sí 4 programas acreditados.
% de sesiones realizadas respecto a las programadas. Objetivo: >80%. Realizadas 100%
% de TF respecto a TCAE. Objetivo: >25%. Resultado: 87,5% (30/35 técnicos)
Informe quincenal de incidencias a responsables de servicio. Objetivo >16 informes: Realizados.
Porcentaje de pedidos de reposición de botiquín preaparados con algún errores respecto al total de pedidos preparados. Objetivos: <5%. Resultado: 10% con errores.
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los objetivos fijados. Objetivo: Sí. Conseguido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado una revisión de los riesgos existentes en cada proceso, lo cual permite establecer acciones para minimizar sus efectos, aumentar la detección o evitar que ocurran. Esto ha significado un cambio en la gestión de la calidad, que hasta ahora se basaba en la resolución de las incidencias notificadas.
El Servicio de Farmacia cuenta con un registro de incidencias muy potente gracias a la participación de un gran número de personas. Esto ha permitido implantar numerosas accines correctivas que permitan evitar que se repitan las incidencias detectadas.
Dado que este registro de incidencias está en marcha desde 2012, ha servido de base para larealización de los AMFE y ha permitido analizar de manera más exacta la frecuencia y detección de estos problemas.
Se ha producido la reconversión del persnonal técnico, disponiendo de personal específico para los servicios de Farmacia. Sin embargo, dado que dicha categoría no existía hasta hace poco, se han detectado problemas de conocimiento del entorno en el que trabajan y está requiriendo de formación complementaria en este asunto.
La formación acreditada ha mejorado el porcentaje de asistencia por parte del personal y ha supuesto un incentivo tanto para los formadores como para los asistentes. Además según las evaluaciones se puede concluir que el grado de satisfacción es bastante elevado.
Los objetivos e indicadores propuestos en este periodo se monitorizaron. Aquellos no logrados se han mantenido en 2018 con las acciones necesarias para lograrlos. Cada proceso operativo dispone de una línea de mejora con sus respectivos objetivos, indicadores y acciones que fomenta la implicación de todo el personal.
De esta forma, se han realizado la adaptación a las exigencias de la modificación de la Norma ISO y se avanza en la mejora de la calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1083 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Nº de registro: 1083

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Autores:
PALOMO PALOMO PABLO, VINUES SALAS CARLOTA, LOPEZ MIRETE ANTONIA, CARCELEN ANDRES JOSEFA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, SANCHEZ LOPEZ ROSABEL, LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA, CASTIELLA GARCIA MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Farmacia el Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente.
En este periodo, se han recogido más de 3500 incidencias, que conllevaron a la apertura de 64 “No Conformidades”, e implantándose mejoras organizativas, estructurales y de equipos. Desde el punto de vista organizativo, se modificó la organización interna del servicio, para reforzar las áreas que estaban teniendo mayor carga asistencial. Se modificaron los protocolos de funcionamiento del Servicio de Farmacia. Además, debido al resultado de los indicadores, se detectaron déficits de formación que existía en el personal de enfermería, lo cual llevo a la implantación de un programa de capacitación y al reconocimiento de la categoría de Técnicos en Farmacia por el SALUD. Además, se ha desarrollado el plan funcional de Servicio de Farmacia, así como se han descrito las necesidades estructurales para lograr un adecuado funcionamiento del Servicio.
Nuestro plantenamiento es mantener la certificación, adaptando el sistema de gestión de la calidad a los requisistos de la nueva norma ISO 9001:2015. Para ello, se establecerán medidas correctivas y áreas de mejora en función de la información obtenida a través de los resultados de los indicadores de los últimos años, de las revisiones del sistema por dirección y/o auditorías, así como por las incidencias registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
Disponer de un plan de contingencia.
Detectar los puntos débiles y oportunidades de mejora del sistema de gestión para implantar medidas correctivas y minimizar los riesos.
Lograr la colaboración de todo el personal para mantener y mejorar el sistema de calidad y conseguir la excelencia.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos internos del Servicio de Farmacia para asegurar un producto de calidad.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos de Farmacia por parte de las unidades.
Lograr la aprobación del proyecto de reforma estructural del Servicio de Farmacia.
Disminuir la tasa de incidencias relacionadas con la dispensación y preparación de fármacos.
Fomentar la colaboración de todo el personal en la detección de oportunidades de mejoras
Mejorar la capacitación del personal técnico.
Mejorar la trazabilidad en los procedimientos del servicio de Farmacia.
Desarrollar un programa formativo específico para cada categoría profesional.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.
Adaptación del sistema de calidad ISO a 9001: 2015.
Identificación de los principales problemas existentes actualmente mediante realización de un AMFE en cada proceso.
Registro de incidencias con sus respectivas soluciones o medidas implantadas
Implantación de medidas correctivas y preventivas para reducir las incidencias.
Difusión a todo el personal del análisis de todas la acciones de mejora y del estado actual
Reconversión de las plazas de técnicos auxiliares de enfermería a técnicos de farmacia.

INDICADORES
% de procesos con AMFE realizados. Objetivo: >80%
% de incidencias con propuestas de mejoras y soluciones. Objetivo: >60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí
% de sesiones realizadas respecto a las programadas. Objetivo: >80%
% de TF respecto a TCAE. Objetivo: >25%
Informe quincenal de incidencias a responsables de servicio. Objetivo >16 informes
Porcentaje de pedidos de reposición de botiquín preaparados con algún errores respecto al total de pedidos preparados. Objetivos: <5%
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los objetivos fijados. Objetivo: Sí

DURACIÓN
- Auditoria interna: Febrero/abril 2017
- Revision por la Direccion: Abril 2017
- Auditoria Externa: mayo/junio 2017
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
- Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Diciembre 2017/Enero 2018
- Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Diciembre 2017/Enero 2018
- Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.
- Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Todo el año
- Realizar informe quincenal para responsables del Servicio. Todo el año
- Cumplimiento del programa formativo para el personal de enfermería. Todo el año
- Incorporación de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Progresiva

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MATENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL REAL CAMPAÑA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES
VINUES SALAS CARLOTA
LOPEZ MIRETE ANTONIA
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR
VICENTE ITURBE CRISTINA
GIMENO BALLESTER VICENTE
CASAJUS NAVASAL ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado los AMFE de los 13 procesos que el Servicio de farmacia tiene certificados, se han puntuado los efectos de los posibles fallos en función de su gravedad, evitabilidad y frecuencia, estableciéndose acciones recomendadas para evitar los consecuencias de dichos fallos, priorizándose para realizar de manera inmediata las acciones que evitan los fallos de mayor gravedad y frecuencia y que además son más fáciles de evitar
También se han desarrollado los planes de contingencia, estando todavía algunos en proceso y otros completados
Se ha realizado una evaluación de la satisfacción de las partes interesadas, concretamente dentro de los clientes externos se ha realizado una encuesta de satisfacción a los pacientes externos, y como clientes internos se han seleccionado las supervisoras. Se ha realizado un seguimiento de las incidencias detectadas y se han implantado las acciones correctivas de mayor puntuación detectadas en los AMFEs
Se han cerrado las siguientes no conformidades de la falta de identificación de las partes interesadas y sus necesidades y expectativas y de ausencia de AMFEs. Estan en proceso de resolución la del control de estupefacientes, de revisión del mapa de procesos y la de evaluación de las actividades formativas.
Y se ha pasado la auditoria interna en marzo de 2019, estando pendiente el informe de auditoría. Asimismo queda pendiente para 2019 la auditoria externa, siendo conforme la del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización AMFEs de los procesos(100%), detección puntos críticos y diseño de acciones para evitarlos(100%)
Definición de planes de contingencia(4 completos y 9 en proceso)
Valoración satisfacción de las partes interesadas pacientes y supervisoras(98.2% de los pacientes está satisfecho o muy satisfecho)
Acreditación de todos los procesos del SF y del 100% de las sesiones formativas.
Realización sesiones (100% p farmacéutico, 95% técnico)
Evaluación conocimiento formación (100% curso técnicos)
Seguimiento de todos los indicadores del Servicio y definición de acciones
de mejora

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La certificación nos permite la revisión exhaustiva de los procesos y la detección de los posibles fallos para implantar acciones de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1083 ========== ***

Nº de registro: 1083

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001, ADAPTANDO EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001:2015. UN PASO MAS HACIA LA EXCELENCIA

Autores:
PALOMO PALOMO PABLO, VINUES SALAS CARLOTA, LOPEZ MIRETE ANTONIA, CARCELEN ANDRES JOSEFA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, SANCHEZ LOPEZ ROSABEL, LASHERAS LLORENTE ANA CRISTINA, CASTIELLA GARCIA MARINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MATENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Farmacia el Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente.
En este periodo, se han recogido más de 3500 incidencias, que conllevaron a la apertura de 64 “No Conformidades”, e implantándose mejoras organizativas, estructurales y de equipos. Desde el punto de vista organizativo, se modificó la organización interna del servicio, para reforzar las áreas que estaban teniendo mayor carga asistencial. Se modificaron los protocolos de funcionamiento del Servicio de Farmacia. Además, debido al resultado de los indicadores, se detectaron déficits de formación que existía en el personal de enfermería, lo cual llevo a la implantación de un programa de capacitación y al reconocimiento de la categoría de Técnicos en Farmacia por el SALUD. Además, se ha desarrollado el plan funcional de Servicio de Farmacia, así como se han descrito las necesidades estructurales para lograr un adecuado funcionamiento del Servicio.
Nuestro plantenamiento es mantener la certificación, adaptando el sistema de gestión de la calidad a los requisistos de la nueva norma ISO 9001:2015. Para ello, se establecerán medidas correctivas y áreas de mejora en función de la información obtenida a través de los resultados de los indicadores de los últimos años, de las revisiones del sistema por dirección y/o auditorías, así como por las incidencias registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
Disponer de un plan de contingencia.
Detectar los puntos débiles y oportunidades de mejora del sistema de gestión para implantar medidas correctivas y minimizar los riesos.
Lograr la colaboración de todo el personal para mantener y mejorar el sistema de calidad y conseguir la excelencia.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos internos del Servicio de Farmacia para asegurar un producto de calidad.
Conseguir el cumplimiento de los protocolos de Farmacia por parte de las unidades.
Lograr la aprobación del proyecto de reforma estructural del Servicio de Farmacia.
Disminuir la tasa de incidencias relacionadas con la dispensación y preparación de fármacos.
Fomentar la colaboración de todo el personal en la detección de oportunidades de mejoras
Mejorar la capacitación del personal técnico.
Mejorar la trazabilidad en los procedimientos del servicio de Farmacia.
Desarrollar un programa formativo específico para cada categoría profesional.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.
Adaptación del sistema de calidad ISO a 9001: 2015.
Identificación de los principales problemas existentes actualmente mediante realización de un AMFE en cada proceso.
Registro de incidencias con sus respectivas soluciones o medidas implantadas
Implantación de medidas correctivas y preventivas para reducir las incidencias.
Difusión a todo el personal del análisis de todas la acciones de mejora y del estado actual
Reconversión de las plazas de técnicos auxiliares de enfermería a técnicos de farmacia.

INDICADORES
% de procesos con AMFE realizados. Objetivo: >80%
% de incidencias con propuestas de mejoras y soluciones. Objetivo: >60%
Lograr la acreditación de las sesiones impartidas en el Servicio de Farmacia. Objetivo: Sí
% de sesiones realizadas respecto a las programadas. Objetivo: >80%
% de TF respecto a TCAE. Objetivo: >25%
Informe quincenal de incidencias a responsables de servicio. Objetivo >16 informes
Porcentaje de pedidos de reposición de botiquín preaparados con algún errores respecto al total de pedidos preparados. Objetivos: <5%
Seguimiento de los indicadores de cada procedimiento operativo e implantación de acciones para lograr los objetivos fijados. Objetivo: Sí

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1083

1. TÍTULO

MATENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015:AVANZANDO EN LA GESTION DEL RIESGO Y EN MEJORAR LA SATISFACCION DE LAS PARTES INTERESADAS

DURACIÓN
- Auditoria interna: Febrero/abril 2017
- Revision por la Direccion: Abril 2017
- Auditoria Externa: mayo/junio 2017
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
- Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
- Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Diciembre 2017/Enero 2018
- Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Diciembre 2017/Enero 2018
- Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.
- Registro de incidencias y propuestas de mejoras mediante el desarrollo de la metodología LEAN SEIS SIGMA. Todo el año
- Realizar informe quincenal para responsables del Servicio. Todo el año
- Cumplimiento del programa formativo para el personal de enfermería. Todo el año
- Incorporación de Técnicos Auxiliares de Farmacia. Progresiva

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1615

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ITZIAR LARRODE LECIÑENA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABALLERO PEREZ VICTORIA
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES
IZUEL RAMI MONICA
VICENTE ITURBE CRISTINA
MAGALLON MARTINEZ ARANTXA
BESTUE CARDIEL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo principal del proyecto fue establecer una colaboración entre el servicio de Farmacia y la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) para la gestión de una farmacoterapia a domicilio eficaz y segura para los pacientes atendidos por dicha unidad.
Además se definieron como otros objetivos del proyecto:
• Colaborar en la formación de los pediatras de la UCPP en la prescripción electrónica asistida (PEA) del tratamiento a pacientes en hospitalización domiciliaria con la herramienta de prescripción intrahospitalaria Farmatools®.
• Formación al personal de enfermería de la unidad y a los padres/tutores de los niños para la utilización de los listados de administración que proporciona la herramienta Farmatools® a partir de la prescripción médica.
En cuanto a las actividades realizadas en este periodo, destacan las siguientes:
Puesta en marcha del depósito de medicamentos de la UCPP:
• Se ha elaborado el botiquín de la UCPP de acuerdo a la Guía Farmacoterapeutica (GFT) del hospital y acorde a las necesidades de los pacientes atendidos en la unidad.
• Para la realización de las peticiones de medicamentos, desde el servicio de Farmacia, se ha explicado tanto a los facultativos de la unidad como al personal de enfermería el circuito de solicitud de pedido de reposición de botiquín establecido en el hospital. Se ha formado específicamente al personal de enfermería de la unidad para la solicitud informatizada de reposición del botiquín a través de la intranet, así como la gestión de solicitudes urgentes de medicamentos. .
• Una vez realizada la primera solicitud de reposición de medicamentos, se estableció entre la unidad de Enfermería y el servicio de Farmacia la forma correcta de organización de dichos medicamentos en el mismo.

Gestión de medicamentos especiales:
• Fórmulas magistrales y preparados oficinales.
o Desde el servicio de Farmacia se ha explicado el circuito para la solicitud de fórmulas magistrales al laboratorio de Farmacia.
o Desde la puesta en marcha del proyecto se han elaborado fundamentalmente jarabes (gabapentina 100 mg/Ml, morfina 1 mg/mL, furosemida 2 mg/mL etc…) así y también, colirios reforzados de antimicrobianos.
o Se ha adaptado medicamentos comercializados a la dosis prescrita para los pacientes (midazolam solución bucal) mediante el reacondicionamiento de los mismos.

• Estupefacientes:
o Desde el servicio de Farmacia se ha formado al personal de la unidad en el circuito intrahospitalario de gestión de estupefacientes distribuyendo el primer talonario de petición a los facultativos de la UCPP.
o Dispensación de estupefacientes: aunque se han dispensado los estupefacientes necesarios para administrar a pacientes en tratamiento domiciliario en el depósito de medicamentos de la unidad, todavía no se dispone del stock pactado por carecer de armario de seguridad para su almacenamiento tal como marca la legislación vigente.
Formación en la herramienta de gestión de prescripción y administración de medicamentos (Farmatools®)
o Se ha realizado la formación de los pediatras en la PEA con el programa Farmatools® introduciendo los pacientes en atención domiciliaria.
o Se ha realizado la formación del personal de enfermería para el manejo de las hojas de administración generadas a partir de la prescripción médica por la herramienta Farmatools®. Dichos pacientes han sido validados y se ha preparado la medicación para domicilio.
Atención Farmacéutica a pacientes incluidos en la UCPP:
o Validación farmacéutica de cada prescripción de pacientes de la UCPP incluidos en el programa de hospitalización domiciliaria.
o Resolución de múltiples consultas telefónicas sobre disponibilidad de medicamentos fuera de guía, compatibilidad fármacos con nutrición enteral, interacciones y dosis máxima en pediatría.
o Colaboración con farmacéuticos de otros sectores sobre la existencia y forma de funcionamiento de la red de cuidados paliativos en pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Depósito de medicamentos en la UCPP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1615

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

- Se ha establecido el número de especialidades incluidas en dicho depósito (120 especialidades diferentes) y el stock máximo y el stock que determina el punto de pedido de reposición al servicio de farmacia.
- Desde el servicio de Farmacia se ha realizado un seguimiento exhaustivo de la petición de medicamentos NO incluidos en la GFT del hospital, encontrándose la necesidad de la solicitud de inclusión en GFT de una especialidad muy consumida.
- Se ha realizado la revisión anual del depósito de medicamentos pactado valorando las condiciones de almacenamiento y conservación de los productos incluidos en él.

Preparación de Fórmulas Magistrales, Preparados Oficinales y reacondicionamiento de medicamentos:

- Desde la puesta en marcha del proyecto hasta diciembre de 2017 se han elaborado 23 fórmulas magistrales y se ha reacondicionado al menos 30 medicamentos para adaptarlos a la dosificación pediátrica requerida.

Reuniones de trabajo del servicio de Farmacia con la UCPP:

- De forma semanal desde el mes de septiembre de 2017 se han realizado reuniones de seguimiento entre el personal de la UCPP y el servicio de Farmacia para tratar los asuntos derivados de la gestión de la farmacoterapia de los pacientes incluidos.

Prescripción electrónica y validación de pacientes de la UCPP en el programa de hospitalización domiciliaria.

- El 100% de los pacientes incluidos en dicho programa han sido prescritos a través de la herramienta informática y posteriormente validados por el farmacéutico responsable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La colaboración entre el Servicio de Farmacia y la UCPP se considera satisfactoria.
Aunque se han establecido las bases para dicha colaboración todavía queda pendiente de desarrollar algunos aspectos que mejorarían la seguridad en el manejo de medicamentos en los pacientes de la UCPP como la notificación de las incidencias relacionadas con la medicación, implementar la posología por kg de peso en el programa de prescripción y las bombas de perfusión continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1615 ========== ***

Nº de registro: 1615

Título
PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

Autores:
LARRODE LECIÑENA ITZIAR, CABALLERO PEREZ VICTORIA, ABAD SAZATORNIL MARIA REYES, IZUEL RAMI MONICA, VICENTE ITURBE CRISTINA, MAGALLON MARTINEZ ARANTXA, BESTUE CARDIEL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidados paliativos
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos pediátricos (CPP) como cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, incluyendo también el apoyo familiar. Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento específico.
En Aragón, existe una gran laguna en este campo debida a una prestación variable e inequidades en el manejo del paciente. Recientemente se ha incluido en Cartera de Servicio una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos (UCPP) específica para pacientes de 0 a 18 años. Dicha unidad ha surgido con un enfoque interdisciplinar para lograr establecer los cuidados paliativos en un contexto domiciliario, favoreciendo el hogar propio como mejor lugar para los cuidados y el fallecimiento. Existen diferentes niveles de atención, una es la consulta y otra es la hospitalización domiciliaria. Esta última se organizará en visitas programadas a domicilio de periodicidad semanal, quincenal o mensual, que variará según la situación clínica de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1615

1. TÍTULO

PARTICIPACION DEL FARMACEUTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS DOMICILIARIOS

El farmacéutico tendrá como objetivo lograr una provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar mejores resultados en salud y en seguridad en todo el proceso en el que interviene el medicamento. Para desarrollar el proyecto es fundamental la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la UCPP domiciliarios y posterior validación farmacéutica. La PEA es una herramienta que incorpora diversos mecanismos de ayuda a la prescripción.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto es establecer una colaboración entre el Servicio de Farmacia y la UCPP para la gestión de una farmacoterapia a domicilio para los pacientes subsidiarios.
Colaborar en la formación de los pediatras de la UCPP en la PEA del tratamiento y en la formación al personal de enfermería/padres para la utilización de listados de administración, en el programa Farmatools®.

MÉTODO
Se elaborará el botiquín de la UCPP de acuerdo a la guía farmacoterapeútica del HUMS y acorde a la necesidades de la unidad.
El farmacéutico realizará la adquisición directa y eficiente de los medicamentos al proveedor garantizando una adecuada disponibilidad en función de la demanda de la UCPP.
Se realizará reenvasado y etiquetado de medicación en caso necesario para asegurar una buena identificación de los mismos y prevenir posibles problemas relacionados con la identificación de los mismos.
Se prepararán fórmulas magistrales adaptadas a las necesidades individuales de los niños, proporcionando información en cada caso sobre las instrucciones de administración, adecuada manipulación, conservación y utilización de las mismas.
Se validará la farmacoterapia previa a su dispensación. El farmacéutico participará en la sesión semanal junto con todo el resto del equipo para estar al día de la situación clínica de los pacientes y poder ayudar en la toma de decisiones en relación a la farmacoterapia. En los nuevos pacientes que se incorporen a la UCPP se llevará a cabo conciliación de la medicación para adecuarla a la medicación disponible en la guía farmacoterapeútica del HUMS.
Se realizará la dispensación en hospitalización domiciliaria. La farmacoterapia se dispensará de forma individualizada y de acuerdo a la prescripción y en función de la periodicidad de las visitas programadas por el equipo de la UCPP. La medicación se dispensará desde el Servicio de Farmacia al equipo de UCPP, siendo necesaria una estrecha coordinación entre equipos. Se dispensarán la nutrición enteral de forma individualizada organizando el proceso a través de la red establecida de dispensación a través de centros de atención primaria del sector II.
Se gestionará la dispensación de estupefacientes a cada paciente ingresado en domicilio de acuerdo al protocolo interno de gestión de estupefacientes del centro HUMS.
El farmacéutico estará disponible para la resolución de consultas telefónicas relacionadas con la farmacoterapia.
Desde el servicio de farmacia se promoverán estrategias que incrementen la seguridad en el manejo de la farmacoterapia. Se establecerá un circuito de notificación de errores de medicación y reacciones adversas detectadas, mediante un impreso de fácil cumplimentación con los siguientes ítems: persona que lo detecta, tipo de incidente notificado, medicamento implicado, breve descripción del incidente, si se trata de un error de medicación si alcanzó al paciente y en caso afirmativo, si produjo daño al paciente o la necesidad de algún tipo de medida adicional.

INDICADORES
% de prescripciones validadas. % medicamentos dispensados a domicilio. % intervenciones realizadas y aceptadas.

DURACIÓN
El inicio previsto de la actividad de la UCPP será en septiembre del 2017 y se prevé una instauración del programa de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES
ABAD BAÑUELOS BEATRIZ
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
VINUES SALAS CARLOTA
LARRODE LECIÑENA ITZIAR
PINILLA RELLO ANDREA
MAGALLON MARTINEZ ARANTXA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el año 2018 se han atendido en la unidad de pacientes externos a un total de 8.329 pacientes, realizándose 59.102 dispensaciones, con un gasto total de 44.960.000 euros. El objetivo de este proyecto es mejorar la atención farmacéutica de los pacientes atendidos en dicha unidad, mediante la incorporación de tecnologías innovadoras contempladas en el proyecto SAMPA. En este año, se ha realizado el desarrollo de la aplicación de prescripción electrónica PresSalud® orientada al paciente no ingresado, integrada en el programa FarmaTools® de validación farmacéutica y dispensación, iniciándose la implantación de la prescripción médica asistida en el Servicio de Infecciosas el 29/10/2018. Respecto a conseguir la trazabilidad completa del medicamento se implantó un sistema automatizado de dispensación (ROWA®) en marzo de 2018 que permite dicha trazabilidad tanto en el almacenamiento como en la dispensación individualizada. Con el fin de minimizar el tiempo de espera en el Servicio de Farmacia, se ha ampliado el horario de atención al paciente en un 33,34% y se ha incorporado un sistema de gestión de citas integrado tanto en el programa de prescripción como de dispensación, de forma que permite citar al paciente desde la consulta del médico y desde el Servicio de Farmacia. Uno de los principales objetivos del proyecto SAMPA es el registro y promoción de la adherencia del paciente a su tratamiento, por lo que se ha incorporado en el sistema informático la medida sistemática de la adherencia secundaria mediante el registro de dispensaciones y mediante cuestionarios validados, permitiendo en aquellos pacientes con prescripción electrónica conocer la falta de adherencia primaria. Se contemplaba también la puesta en marcha de un dispensador automático, pero por problemas técnicos y de integración se ha visto demorada su implantación, que se espera se solucionen en el primer semestre de 2019. Respecto al establecimiento de consultas monográficas, no se han podido desarrollar debido a dificultades técnicas, si bien se ha aumentado la Atención Farmacéutica en pacientes con patologías víricas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido un 100% de trazabilidad del medicamento.
Se ha desarrollado la aplicación PresSalud® de prescripción electrónica integrada en FarmaTools, implantándose en noviembre de 2018 en el Servicio de Infecciosas, en el periodo de 29/10/2018 al 31/12/2018, el 9.5% de los pacientes (526/5520) tenían prescripción electrónica.
Se ha implantado un sistema de gestión de citas integrado en el proceso de atención al paciente. Actualmente no es posible conocer el número de pacientes programados respecto al total, pero se está desarrollando listados de explotación de dichos datos.
Se ha implantado un sistema de registro de adherencia tanto secundaria (registro de dispensaciones y cuestionarios) y conocimiento de la falta adherencia primaria. En desarrollo registro de la adherencia por parte del paciente en una app que incluya el plan de medicación del paciente.
Aumento de Atención Farmacéutica a pacientes con patologías víricas, pendiente la implantación de consultas monográficas.
Mejora en el tiempo de espera del paciente, tiempo medio de espera del paciente finales de 2017 era de 38 minutos de media pasando en 2018 a 16,5 minutos de media.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La duración de este proyecto está prevista extenderse durante cuatro, se han incluido en este documento los resultados obtenidos a lo largo de 2018.
Los objetivos e indicadores propuestos para el año 2019 son:
1.- Continuar con la implantación de la PEA:
a.- Número de Servicios (programas/patologías atendidas en el área de pacientes externos) con PEA respecto al total (estándar: 25%).
b.-Porcentaje de pacientes externos con PEA respecto a la totalidad de pacientes (estándar: 35%).
2.- Trazabilidad completa. Porcentaje de dispensaciones realizadas con registro de lote y caducidad (estándar: 100%).
3.- Implantación de consultas monográficas. Número de consultas monográficas de atención farmacéutica (estándar: 3).
4.- Continuar con la implantación de gestión de citas. Número de pacientes citados respecto al total de pacientes (estándar: 35%).
5.- Puesta en marcha del auto dispensador de medicamentos.
6.- Evaluar la satisfacción del paciente externo (estándar: >90% satisfechos).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1491 ========== ***

Nº de registro: 1491

Título
MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

Autores:
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, ABAD SAZATORNIL MARIA REYES, ABAD BAÑUELOS BEATRIZ, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, VINUES SALAS CARLOTA, LARRODE LECIÑENA ITZIAR, PINILLA RELLO ANDREA, MAGALLON MARTINEZ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías que requieren medicamentos de especial control y dispensaicón hospitalaria.
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La unidad de pacientes externos (UPEX) del Servicio de Farmacia (SF) del HUMS atendió a >7000 pacientes/año en 2016 y realizó >56.000 dispensaciones/año con un gasto en medicamentos de > 40 millones €. A pesar del volumen de pacientes atendidos, la complejidad de su atención y el impacto económico no disponía de prescripción electrónica. El médico realizaba la prescripción en papel y es el personal farmacéutico el que trascribe la orden médica con el riesgo de errores que conlleva la transcripción. El horario de atención era 10 a 14h y no se disponía de sistema de gestión de citas, lo que producía aglomeraciones y tiempos de espera excesivos. No se realizaba registro del lote y caducidad del medicamento entregado, excepto en hemoderivados y terapia biológica introducidas manualmente en el sistema. Este hecho impide identificar el paciente en caso de alerta sanitaria. No se medía de manera sistemática la adherencia en el momento de la dispensación, y no es posible identificar la no adherencia primaria.

En este contexto la Gerencia del HUMS tuvo conocimiento del séptimo programa Marco de la Unión Europea y la existencia del proyecto STOPandGo, proyecto piloto de adquisición pública de soluciones innovadoras a través de la utilización de tecnología de telesalud y teleasistencia. La existencia de dicho proyecto y la invitación se consideró por parte del gerente como una oportunidad estratégica de desarrollo de un proyecto que permitiera mejorar la atención en la UPEX. Como consecuencia de esta petición se desarrolló el denominado proyecto SAMPA, cuyas siglas corresponden a Servicio de registro y promoción de la Adherencia a Medicamentos en Pacientes Ancianos y tiene como objetivo general ofrecer un Servicio Integral para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y asegurar la adherencia de los pacientes ambulatorios crónicos de edad avanzada.

RESULTADOS ESPERADOS
• Mejorar la seguridad para conseguir una tasa de errores mínima, en los procesos de prescripción médica, validación farmacéutica, dispensación y administración de medicamentos al paciente externo.
• Alcanzar la trazabilidad completa, tanto del paciente como del medicamento.
• Mejorar la adherencia.
• Mejorar la eficiencia en la gestión de medicamentos mediante la automatización de los procesos de almacenamiento y dispensación.
• Minimizar tiempo de espera en farmacia mediante la citación sistemática, la ampliación de horarios y la disponibilidad de un punto de dispensación directa.
• Incrementar la atención individualizada del paciente a través de la creación de consultas específicas por patología.

MÉTODO
• Desarrollo de un módulo de PEA integrado con la aplicación FarmaToolsR, que incorpore las ayudas necesarias para el soporte a la decisión clínica.
• Implantación de un Sistema automatizado para el almacenamiento, gestión y dispensación de medicamentos, que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1491

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA UTILIZACION DE TECNOLOGIAS INNOVADORAS. PROYECTO SAMPA

contemple la trazabilidad completa de los medicamentos.
• Instalación de un punto de autorrecogida de medicamentos para aquellos pacientes con un elevado conocimiento y responsabilidad sobre su enfermedad y tratamiento, que previamente han recibido asesoramiento en la Consulta de Atención Farmacéutica (AF).
• Implantación de un sistema de gestión de citas.
• Establecimiento de consultas monográfica, para proporcionar una Atención Farmacéutica especializada.
• Implantación de un programa de adherencia al tratamiento de los pacientes atendidos en la UPEX que permita:
? Conocer la falta de adherencia primaria.
? Calcular el grado de adherencia secundaria de cada paciente externo por registro de dispensaciones.
? Incorporar en el sistema de dispensación cuestionarios específicos de adherencia y del grado de activación del paciente.
? Determinar la persistencia.
? Integrar en la prescripción el grado de adherencia según registros de medicación en cada uno de los medicamentos prescritos y un informe de adherencia.
? Desarrollo de una plataforma (web y app) de información y educación al paciente, con la participación de asociaciones de pacientes.
? Desarrollo de una app que incluya el plan de medicación del paciente y el registro de la adherencia del paciente.

INDICADORES
Número de Servicios Clínicos con PEA respecto al número de Servicios Clínicos que realizan prescripciones (standard: 5%).
Porcentaje de PE en el área de pacientes externo respecto a la totalidad de prescripciones (standard: 8%).
% de dispensaciones realizadas en las que se registra lote y caducidad (standard 2º semestre: >70%).
Nº de consultas monográficas (standard 3).
Número de pacientes citados respecto al total de pacientes (standard >15%, último trimestre 2018).
La información para estos indicadores se obtendrá del programa de gestión del medicamento FarmatoolsR.

DURACIÓN
Este es un proyecto que se extenderá durante 4 años, habiéndose indicado aquí sólo los hitos a conseguir en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM MERCHANTE ANDREU
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
HUARTE LACUNZA RAFAEL
ARRIETA NAVARRO RAQUEL
VINUES SALAS CARLOTA
SIMAL GIL ESTRELLA
GARCIA LOPEZ SANTIAGO
GARCIA GONZALEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
o Generalizar la monitorización de Vancomicina y Gentamicina: La actividad se ha incrementado un 230% respecto al año anterior.
o Implantar la monitorización de Amikacina: Ya puesta en marcha la técnica analítica. A lo largo de esta semana se hará la difusión a los Servicios.
o Desarrollar una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad: Se ha desarrollado una base de datos que facilita la explotación de datos y la obtención de indicadores de actividad.
o Formación del personal implicado: Se ha realizado formación a todas las Supervisoras de Enfermería del Centro (4 sesiones de una hora), para que ellas transmitan esta información a sus correspondientes equipos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. % peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético. Objetivo =90%. Resultado: 98.24%

2. % pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ Nº pacientes monitorizados. Objetivo> 70%. Resultado: 71.68%

3. Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Objetivo: Informe elaborado. Resultado: Informe no realizado por el momento.

4. Nº de unidades con formación al personal de enfermería. Objetivo =8: Se ha formado a las Supervisoras (formador de formadores) de todas las unidades con ingreso de pacientes. Se realizaron cuatro bloques de formación: Materno-Infantil, Hospital General, Bloque Quirúrgico y UCIs.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente generalizar monitorización Amikacina.
Pendiente definir un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.
Necesidad de seguir ampliando la oferta de medicamentos a monitorizar (otros antibióticos, antifúngicos...)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1551 ========== ***

Nº de registro: 1551

Título
MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Autores:
MERCHANTE ANDREU MIRIAM, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ARRIETA NAVARRO RAQUEL, VINUES SALAS CARLOTA, SIMAL GIL ESTRELLA, GARCIA LOPEZ SANTIAGO, GARCIA GONZALEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La farmacocinética clínica aplica los principios de la farmacocinética para obtener el mejor régimen terapéutico para cada paciente, sugiriendo al médico prescriptor un régimen de dosificación más seguro y efectivo, basado en la interpretación de las concentraciones plasmáticas de los fármacos, en lugar de hacerlo en base únicamente a decisiones empíricas.
Numerosas publicaciones demuestran que la “dosis habitual” de muchos medicamentos puede producir poco efecto en algunos pacientes, en otros puede desarrollar efectos adversos serios, y sólo en una parte de los pacientes se puede lograr el efecto terapéutico deseado. El uso de dosis estandarizadas que producen efectos sub-terapéuticos, puede conllevar la aparición de resistencias, la suspensión o el cambio de tratamiento, con frecuencia por alternativas más costosas.
En nuestro Servicio comenzamos la monitorización de Vancomicina y Gentamicina en enero de 2017, en colaboración con el grupo PROA y el Servicio de Bioquímica. En 2017 se monitorizaron 137 pacientes, el 74% estaban fuera de rango terapéutico antes de la monitorización, tras la monitorización, estaban en rango el 86.4%.
Se ha detectado la necesidad de seguir ampliando la oferta de medicamentos a monitorizar (otros antibióticos, antifúngicos, medicamentos biológicos), así como impulsar la formación y el conocimiento entre el personal.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
oGeneralizar la monitorización de Vancomicina y Gentamicina.
oImplantar la monitorización de Amikacina.
oDesarrollar una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad.
oFormación del personal implicado
oIncorporar la monitorización de anti-TNF como una herramienta de ayuda en el tratamiento de pacientes con terapia biológica en enfermedades inflamatorias inmunomediadas

Población diana:
oAntibióticos: Pacientes ingresados en el HUMS En especial pacientes ancianos, Críticos, con insuficiencia renal y neonatos.
oMedicamentos biológicos: Pacientes tratados con infliximab, adalimumab y etanercept,a los que se les dispensa medicación desde el S.de Farmacia (Digestivo, Reumatología y Dermatología)

MÉTODO
oIncrementar la interacción con los médicos prescriptores, mediante la notificación de la sugerencia de monitorización a través del programa de prescripción electrónica
oImplantar la monitorización de Amikacina. Actualmente en fase de validación de la técnica
oDiseñar una base de datos que permita facilitar el registro y explotar la información
oFormación al personal de enfermería sobre los puntos clave en el circuito de la monitorización y se les facilitará material explicativo.
oDefinir un procedimiento para la determinación y monitorización de anti-TNF.

INDICADORES
Los indicadores a medir son:
1.% peticiones de niveles de Vancomicina y Gentamicina con informe farmacocinético. Objetivo =90%
2.% pacientes en rango terapéutico tras monitorización/ Nº pacientes monitorizados. Objetivo=70%
3.Elaboración de informe con los criterios para la monitorización de anti-TNF (toma de muestra, niveles en rango, selección de pacientes, etc.). Objetivo: Informe elaborado
4.Nº de unidades con formación al personal de enfermería. Objetivo =8

La información se obtendrá de los registros de Servicio de Farmacia y Bioquímica

DURACIÓN
oIncrementar el número de pacientes a los que se realiza monitorización de Vancomicina y Gentamicina? Inicio: Desde momento de aprobación de proyecto. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
oImplantar la monitorización de Amikacina? Inicio: Septiembre 2018. Evaluación: 1 año (no se prevé finalización).
oDesarrollo de una herramienta que permita mejorar el registro de la actividad? Inicio: Septiembre 2018. Finalización: Diciembre 2018.
oFormación del personal implicado (Realización de sesiones formativas): Inicio: Setiembre 2018. Finalización: Mayo 2019.
La responsable de todas las actividades anteriores es Miriam Merchante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1551

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS

oDefinir un procedimiento para la monitorización de anti-TNF: Inicio Septiembre 2018. Fin Mayo 2019. Responsables: Todo el equipo del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NIEVES FERNANDEZ LETAMENDI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES
RECASENS FLORES VALLE
CLERENCIA SIERRA MERCEDES
ESPINOSA LARA NATALIA
LACALLE AICUA LAURA
PINZON MARIÑO SERGIO
RUIZ MARISCAL MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Pase de consulta conjunta Hematología (Dras. Montañes y Recasens)-Geriatría (Dras. Clerencia y Fernández) 2º y 4º miércoles de cada mes, desde el 26 de Octubre de 2016 a 31 de Enero de 2018, en la consulta número 15 (planta baja) del Edificio de Consultas Externas del Hospital Universitario Miguel Servet.

En la consulta se cita a los pacientes = 85 años con anemia que son derivados desde Atención Primaria.
En primer lugar son valorados en la consulta de enfermería geriátrica: la enfermera recoge los antecedentes personales, toma constantes y peso del paciente y realiza la Valoración Geriátrica Integral (VGI), mediante las siguientes escalas:
- valoración funcional: escala de Barthel
- valoración cognitiva: escala de Cruz Roja Mental y el test de Pfeiffer
- valoración nutricional: Mini- MNA
Todo ello queda registrado en el formulario de la consulta externa de Geriatría.

Posteriormente el paciente es valorado por la Geriatra y Hematóloga. Mientras que la Hematóloga valora la analítica realizada a cada paciente previamente de manera ambulatoria, la Geriatra interviene en los Síndromes Geriátricos detectados, teniendo en cuenta la VGI realizada por la enfermera.

Conocer la situación funcional, cognitiva y clínica del paciente, permite consensuar el tratamiento más adecuado para cada paciente y priorizar en qué problemas detectados hay que hacer alguna intervención.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado un registro en hoja de cálculo excell de los pacientes valorados en la consulta de Hemato-Geriatría desde el 26 de Octubre de 2016 al 31 de Enero de 2018.
A fecha de 31 de Enero de 2018, se han valorado un total de 70 pacientes en consulta de primeros días, y 208 consultas de revisión.
Ante la creciente demanda de valoración de pacientes con anemia y la imposibilidad de realizar un control eficaz en consulta de Hemato-Geriatría, evitando la visita del paciente a Urgencias, se decide que los pacientes que precisan soporte transfusional frecuente (< de 3 meses) sean controlados por HDD Hematología/consulta de anemias.

La edad media es 86 años.
El porcentaje de pacientes a los que se les realiza VGI (Valoración Geriátrica Integral) ha sido de un 100%, por encima del indicador propuesto que era el 90%.
Se ha realizado informe conjunto para adjuntar a su MAP en el 88,57% de los pacientes.
El porcentaje de pacientes que acuden a consulta y precisan soporte trasfusional en Hospital de Día de Hematología durante el seguimiento ha sido de 34,2%, consiguiendo disminuir el objetivo prefijado en un principio del 50%.

Porcentaje de pacientes en los que se detecta algún Síndrome Geriátrico durante la valoración: 100% (por encima del objetivo de 80%), sin embargo solo precisaron tratamiento farmacológico un 53’19%, procurando un manejo no farmacológico de los mismos.

También se ha cumplido con un 100% el indicador de registro de tipo de terapia y adecuada coordinación con el Hospital de Día de Hematología (indicador >90%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración multidimensional y multidisciplinar Enfermería-Geriatría-Hematología ha permitido conseguir el objetivo de adecuar la indicación de tratamiento de la anemia en pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad, simplificando el circuito, especialmente en los pacientes con movilidad reducida, disminuyendo la solicitud de pruebas invasivas (para completar estudio) y evitando así la derivación a otros servicios hospitalarios (Urgencias, Digestivo, Nefrología…).

Se ha disminuido también la necesidad de soporte transfusional al detectar activamente los requerimientos de estos pacientes y poder instaurar a tiempo otro tipo de intervenciones (ferroterapias, valoración de continuar o no con tratamientos anticoagulantes o antiagregantes en pacientes con sangrados crónicos...), siempre teniendo en cuenta la calidad de vida del paciente y el cuidador.

Consideramos que el proyecto debe tener continuidad ya que la valoración multidisciplinar en este grupo de pacientes, permite obtener beneficios claros en la optimización de recursos y en la calidad de vida del paciente y su cuidador.

La propuesta de mejora en este proyecto para el siguiente año, es adecuar el tratamiento de la anemia, comorbilidades y síndromes geriátricos, basándonos en la atención centrada en el paciente.

Estamos muy satisfechas con el resultado obtenido, y la impresión subjetiva es que nuestros pacientes también, pero nuestra siguiente propuesta en relación a ello, será pasar una encuesta de satisfacción a los pacientes (o familiares en caso de que no la puedan contestar ellos) para comprobar si realmente es así.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/527 ========== ***

Nº de registro: 0527

Título
ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATO-GERIATRIA

Autores:
FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES, MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, RECASENS FLORES VALLE, DEL FRESNO GUEVARA JOSE ANTONIO, LACALLE AICUA LAURA, ESPINOSA LARA NATALIA, SEGURA DIEZ ADRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La anemia es una entidad nosológica de gran importancia en las personas mayores. Su prevalencia es alta, y su incidencia se incrementa con la edad, especialmente en los mayores de 85 años, segmento de la población que proporcionalmente más va a crecer en las próximas décadas.
Puede interferir en el funcionamiento de varios órganos y sistemas, relacionándose con un aumento de la morbilidad, la mortalidad y del déficit funcional en el paciente geriátrico. Es causa importante y muchas veces principal, de síndrome confusional agudo, descompensación cardiaca, deterioro funcional, caídas o síndromes depresivos, motivos de consulta muy frecuentes en la Urgencia hospitalaria o las consultas de especializada/Atención Primaria, que generan demandas sucesivas e incluso ingresos hospitalarios frecuentes.
Conscientes Hematólogos y Geriatras, tanto en nuestro centro, como a nivel nacional, del manejo especifico que se les debe dar a estos pacientes, surge la idea de iniciar una consulta de Hemato-geriatría. Por el momento se inicia centrada en los pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad con anemia, derivados desde A.Primaria o Urgencias al servicio de Hematología, para valoración conjuntamente, y poder adecuar las indicaciones del estudio y tratamiento de la anemia en ellos.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuar indicación del tratamiento de la anemia en pacientes geriátricos muy mayores con multimorbilidad.
Simplificar el circuito de atención a estos pacientes, muchos de ellos con movilidad reducida, para tratamiento sintomático de anemia.
Adecuar la solicitud de pruebas complementarias a la situación basal de los pacientes muy mayores con multimorbilidad, cuya situación funcional y cognitiva va a influir en la evolución clínica.
Prevención y tratamiento de los síndromes geriátricos que están condicionando la situación general del paciente.

MÉTODO
Valoración geriátrica integral de los pacientes > de 85 años derivados desde la consulta de Hematología
Prevención y tratamiento de síndromes geriátricos que están condicionando la situación general del paciente.
Adecuación consensuada Geriatra-Hematóloga de la necesidad de solicitud de pruebas complementarias.
Indicación consensuada Geriatra-Hematóloga del tratamiento de la anemia.
Implementación del tratamiento prescrito en Hospital de Día de Hematología:
o Hemoterapia
o Ferroterapia
Consulta quincenal en la que se valoraran 6 pacientes/día, de los cuales:
• 2 pacientes de primer día, con tiempo estimado de 1 hora por paciente.
• 4 pacientes de revisión, con un tiempo estimado de ½ hora por paciente.
Día de la semana: miércoles (2º y 4º miércoles del mes).
Horario: 10 a 14 horas.
Geriatras: Mercedes Clerencia Sierra y Nieves Fernández Letamendi
Hematólogas: Valle Recasens y Maria Angeles Montañes
Enfermero: J.A Del Fresno

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de Hemato-geriatría a los que se le realiza valoración geriátrica integral e informe conjunto >90%
Porcentaje de pacientes que acuden a la consulta de Hemato-geriatría y precisan fármacos de dispensación hospitalaria y/o terapias hematológicas en Hospital de Dia de Hematologia durante el seguimiento : >50%
Porcentaje de pacientes en los que se detecta algún síndrome geriátrico durante la valoración por Hemato-geriatría y se le instaura tratamiento: >80%
Registro del tipo de terapia prescrita para la anemia y adecuada coordinación con el Hospital de Dia de Hematologia: >90%
Se realizara una hoja de recogida tipo excell con los datos necesarios para el posterior análisis estadístico de los datos sobre los indicadores propuestos

DURACIÓN
Septiembre: elección de facultativos responsables del proyecto que compongan el equipo interdisciplinar.
Octubre de 2016: elaboración del excell de recogida de datos e inicio de recogida de datos
Junio 2017: análisis estadístico de los datos registrados en total y, con los resultados, propuestas de mejora

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0527

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA HEMATOLOGICA EN PACIENTES GERIATRICOS CON ANEMIA: CONSULTA DE HEMATOGERIATRIA

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0946

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES CLERENCIA SIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ MARISCAL MARTA
NAVARRO GARCIA PALMIRA
CALVO CEBOLLERO ISABEL
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL
HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto de mejora pretende adecuar la intensidad de las intervenciones en pacientes > 65 años frágiles.

Diseño de herramienta: nov/16
Se ha diseñado la herramienta “VAGATD” para la valoración pre-intervención médica o quirúrgica en pacientes ancianos frágiles pluripatológicos. Esta herramienta consta de diferentes escalas validadas que valoran situación funcional, cognitiva, fragilidad, calidad de vida y probabilidad teórica de mortalidad a corto y largo plazo.

Elaboración de criterios: diciembre/16-febrero/17
Se han elaborado y consensuado criterios en 2 Servicios hospitalarios: Cardiología y Angiología y Cirugía Vascular.

Citación en consulta externa de geriatría “GERFRA”: febrero/17
Se realiza la valoración geriátrica integral multidisciplinar: enfermera-geriatra en consulta externa: GERIATRÍA – FRAGILIDAD: “GERFRA”, utilizando la herramienta “VAGATD”, junto con la valoración clínica del geriatra.
Se elabora un informe con la valoración multidisciplinar y la intensidad de intervención que se considera más adecuada, con la intención de ayudar al médico responsable en la actitud terapéutica a tomar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En esta consulta específica se han valorado 42 pacientes desde febrero de 2017 a diciembre de 2017, (51% de ellos hombres, 49% mujeres), con una edad media de 83 años. El motivo más frecuente de consulta ha sido la valoración desde el punto de vista del Geriatra de indicación de implante valvular transaórtico en pacientes con estenosis aórtica degenerativa severa.
La situación funcional de estos pacientes es de independencia o dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (IB igual o mayor a 90/100) y el 83% no tiene deterioro cognitivo (media de MEC: 29). Se ha detectado fragilidad leve en 74% de los pacientes.
Se ha estimado que en el 31% de los pacientes no está indicada la intervención; en el 26% de los casos en relación con fragilidad moderada-severa y en el 5% en relación con la morbilidad asociada.

Evaluación de indicadores:
? Elaboración de criterios con el Sº de Cardiología y el Sº de Angiología y Cirugía Vascular: Si
? Sesiones interservicio: 4 durante el año 2017
? Apertura agenda de consulta externa “GERFRA”: La consulta está abierta 4 días a la semana, siendo necesario aumentarla debido a la demanda de valoracione durante el año 2017.
? Nº de informes realizados/Nº de pacientes valorados: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la puesta en marcha de esta iniciativa,
• Se ha mejorado la indicación terapéutica en pacientes frágiles pluripatolígicos disminuyendo la variabilidad clínica.

• Se ha mejorado la accesibilidad de los pacientes frágiles pluripatológicvos a una valoración geriátrica para adecuar la indicación terapéutica y asegurar la continuidad asistencial.

• Ha permitido conocer a otros servicios hospitalarios médicos y quirúrgicos el hecho de que se pueden beneficiar del apoyo en la toma de decisiones terapéuticas. Resultado de esto, se ha solicitado a nuestro Sº de Geriatría que participe en la valoración prequirúrgica de pacientes en el proceso de Cirugía Cardiovascular.

Consideramos que el proyecto debe tener continuidad, ya que cada vez es más necesario adecuar la intensidad de la atención en consonancia con la valoración geriátrica integral, con la intención de mejorar la calidad de vida del paciente-cuidador y la optimización de la utilización de recursos.

Como propuesta de mejora para el año 2018, proponemos ampliar la valoración geriátrica integral a otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0946

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

grupos de pacientes frágiles, siempre con la premisa de ser un apoyo en la toma de decisiones terapéuticas (toma de decisiones compartidas).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/946 ========== ***

Nº de registro: 0946

Título
VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

Autores:
CLERENCIA SIERRA MERCEDES, DEL FRESNO GUEVARA JOSE ANTONIO, NAVARRO GARCIA PALMIRA, CALVO CEBOLLERO ISABEL, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, HERNANDEZ SANCHEZ ENRIQUETA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: Adecuación de indicación de recursos terapéuticos

PROBLEMA
En muchas ocasiones es difícil tomar decisiones terapéuticas en pacientes mayores frágiles, en quienes su vulnerabilidad y complejidad influyen en el nivel de intensidad terapéutica (NIT) más adecuado. La toma de decisiones compartida entre pacientes y profesionales es un elemento clave de la atención centrada en la persona y tiene como objetivo facilitar la adecuada armonización entre los valores y preferencias de los pacientes, los objetivos asistenciales propuestos y la intensidad de las intervenciones realizadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
Mejorar la indicación terapéutica en pacientes frágiles pluripatológicos disminuyendo la variabilidad clínica, mediante una herramienta adecuada
Difundir en los Servicios médicos/quirúrgicos que se pueden beneficiar del apoyo en la toma de decisiones terapéuticas
Mejorar la accesibilidad de los pacientes frágiles pluripatológicvos a una valoración geriátrica para adecuar la indicación terapéutica y asegurar la continuidad asitencial
Transmitir el resultado de la valoración con respecto a la indicación terapéutica de cada paciente valorado

MÉTODO
1.- Diseño de herramienta “VAGATD” de valoración pre-intervención médica o quirúrgica en pacientes ancianos frágiles pluripatológicos. Mercedes Clerencia .
2.- Elaboración de criterios en los Servicios Médicos y Quirúrgicos. Mercedes Clerencia, Isabel Calvo, Mª Isabel Rivera
3.- Citación en consulta externa de geriatría “GERFRA”. Enriqueta Hernández
4.- Valoración geriátrica de pacientes derivados desde diferentes Servicios. Mercedes Clerencia, Jose A. Del Fresno, Palmira Navarro
5.- Elaboración de informe que ayude al médico responsable en la actitud terapéutica a tomar. Mercedes Clerencia, Jose A. Del Fresno, Palmira Navarro
Mediante esta línea de mejora se pretende adecuar la intensidad de las intervenciones en pacientes > 65 años frágiles derivados a la consulta externa “GERFRA”. Se valorará a todos ellos con la misma herramienta denominada “VAGATD”, la cual constará de diferentes escalas de valoración validadas. Esta valoración objetiva junto a la valoración clínica del geriatra permitirá emitir un informe en el que conste la intensidad de intervención que se considera más adecuada. Todas las variables estudiadas: género, edad, tipo de domicilio, convivencia, multimorbilidad actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, situación cognitiva, alteraciones de marcha y equilibro, se registraran en una hoja de cálculo Excel para posteriormente poder ser analizadas con el paquete estadístico SPSS 19.0.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0946

1. TÍTULO

VALORACION GERIATRICA PARA LA AYUDA DE TOMA DE DECISIONES TERAPEUTICAS EN PACIENTES FRAGILES

Diseño de herramienta “VAGATD”: Si
Elaboración de criterios con el Sº de Cardiología y el Sº de Angiología y Cirugía Vascular: Si
Sesiones interservicio: 2 o más al año
Apertura agenda de consulta externa “GERFRA”: Si
Nº de informes realizados/Nº de pacientes valorados: =90%

DURACIÓN
Inicio: nov/16
Diseño de herramienta: nov/16
Elaboración de criterios: diciembre/16-febrero/17
Citación en consulta externa de geriatría “GERFRA”: febrero/17
Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1284

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
GORGAS SORIA CARMEN
LOPEZ FORNIES ANA MARIA
SAN JUAN CUARTERO ROSA
VILLAR SAN PIO TERESA
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL
RECIO CABRERO ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde que se inició el Proyecto se han realizado varias reuniones con la Subdirección del HUMS, con el objetivo, de poner en conocimiento de la misma la viabilidad del proyecto con los recursos con los que se cuenta para hacerlo efectivo.
Así mismo, se han realizado reuniones con el responsable del Sº de Angiología y Cirugía Vascular. Ambos servicios somos conscientes de que los resultados en salud en este grupo de pacientes mejora especialmente, cuando el manejo es multidisciplinar y existe una intervención geriátrica más precoz en aquellos en los que se detecta fragilidad.
Por lo tanto se consensuan los siguientes objetivos:
1. Establecer los criterios de identificación de la población diana: pacientes > 85 años con isquemia arterial crónica grado IV ingresados en la planta de Angiología y Cirugía Vascular del HUMS.
2. Modificar la atención a este grupo de pacientes de especial complejidad, con el objetivo de mejorar su asistencia clínica, mediante la atención multidisciplinar.
3. Planificar organización de asistencia:
• Valoración por el Geriatra, sin necesidad de interconsulta, de todos los pacientes > 85 años ingresados en la planta de Angiología y C. Vascular.
• Pase de visita del Geriatra de lunes a viernes en horario de mañanas, a ser posible conjuntamente con el cirujano, o al menos con supervisora del Servicio para que exista feed-back de información diaria de la evolución del paciente.
• Valoración clínica geriátrica, prevención y tratamiento de posibles complicaciones médicas y del riesgo y/o presencia de síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, síndrome ansioso-depresivo, síndrome confusional agudo…) que puedan condicionar la evolución del paciente.
• Valoración del riesgo quirúrgico del paciente a demanda de A. y C. Vascular.
• Evolución y órdenes de tratamiento actualizadas del Geriatra.
• Reunión semanal con A y C Vascular-Geriatría para establecer planes de tratamiento y necesidades al alta, así como optimizar la utilización de recursos asistenciales.
• Informe de alta de Geriatría y de A. y C. Vascular con consenso en diagnósticos y tratamientos al alta.
• Seguimiento en consulta externa de Geriatría de los pacientes que precisen control postalta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consenso en los criterios de selección establecidos, así como la organización de la atención entre la Subdirección del Centro, el Servicio de Cirugía Vascular y la Unidad de Geriatría, en el plazo marcado en el Proyecto de Calidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo en equipo constituido por diferentes especialidades, a pesar de su conocida eficacia y efectividad, no es fácil de establecer en la práctica diaria. De hecho, el abordaje multidisciplinar de los pacientes, requiere de un proceso previo para consensuar criterios de intervención de todos los profesionales implicados. Este ha sido el motivo por el que durante estos meses no se han podido poner en marcha las demás actividades propuestas.
No obstante, la intervención multidisciplinar se iniciará el próximo mes de marzo, ya que se cuenta con la aprobación de la Subdirección médica, así como la colaboración e interés del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular y la Unidad de Geriatría.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1284 ========== ***

Nº de registro: 1284

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1284

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

Título
ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

Autores:
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, GORGAS SORIA CARMEN, LOPEZ FORNIES ANA MARIA, SAN JUAN CUARTERO ROSA, VILLAR SAN PIO TERESA, RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL, RECIO CABRERO ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El aumento de la expectativa de vida ha conducido a que patologías vasculares, como la enfermedad arterial periférica (EAP) se haya constituido en un problema de salud pública que afecta mayoritariamente a ancianos. En este momento es una de las principales causas de morbimortalidad y discapacidad en los ancianos frágiles. Esto se traduce en :

1. Prolongación de la estancia hospitalaria en los Servicios hospitalarios de Cirugía Vascular en los últimos años. Se debe a que esta patología se asocia con incremento del riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares (sd coronario agudo, ictus...); además de las posibles complicaciones que puede presentar el anciano frágil (deterioro funcional, síndrome confusional agudo…).
2. Necesidad de adecuación en la indicación terapéutica en aquellos pacientes frágiles con deterioro funcional y/o mental previo, en los que el tratamiento quirúrgico puede no contribuir a un incremento de la esperanza de vida y/o mejoría en su calidad de vida.
3. Dificultad de ubicación al alta de estos pacientes con deterioro funcional y mental sufrido durante el ingreso.

Los resultados en salud en este grupo de pacientes mejora especialmente cuando el manejo es multidisciplinar, existe una intervención geriátrica más precoz en aquellos pacientes en los que se detecta fragilidad y se realiza una adecuada coordinación con el Equipo de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valoración Geriátrica Integral (VGI) precoz en pacientes = de 85 años ingresados en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular (ACV) por isquemia crónica grado IV.
- Mejorar la indicación terapéutica en pacientes geriátricos disminuyendo la variabilidad clínica, mediante una herramienta adecuada de evaluación de fragilidad y pronóstico vital.
- Ofrecer nuestro apoyo y colaboración en la toma de decisiones.
- Consensuar la indicación terapéutica de cada paciente valorado, con el equipo quirúrgico en sesión multidisciplinar.
- Planificar la ubicación al alta de aquellos pacientes en los que al ingreso se detecte una situación de fragilidad social.
- Asegurar la continuidad asistencial al alta, contactando con el Equipo de Atención Primaria.

MÉTODO
1º.Selección de pacientes: isquemia crónica grado IV y edad = 85 años
2º.VGI del paciente por enfermero/a de la Unidad de Geriatría en las primeras 24-48h de ingreso.
3º. VGI del paciente por geriatra de la Unidad de Geriatría previo a intervención quirúrgica.
4º. Sesión multidisciplinar (Unidad de Geriatría /Servicio ACV) para consensuar opciones terapéuticas de los pacientes valorados: dos días al mes.
5º. Elaboración de un informe con la indicación terapéutica más adecuada de cada paciente y las recomendaciones que se estimen oportunas, si se considera necesario.
7º. Contacto telefónico y/o correo electrónico institucional con Equipo de Atención Primaria al alta del paciente, para asegurar la continuidad asistencial.
- Valoración Geriátrica Integral (VGI) del paciente por la Unidad de Geriatría en las primeras 24-48h de ingreso.
- Sesiones multidisciplinares para consensuar las opciones terapéuticas.
- Apoyo y colaboración en la toma de decisiones terapéuticas.

INDICADORES
1. Nº de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en Sº ACV con VGI/ Nº de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en Sº ACV. = 85%
2. Sesión multidisciplinar (Unidad de Geriatría /Servicio ACV). = 2 al mes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1284

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) EN PACIENTES FRAGILES CON ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA GRADO IV

3. Nº de informes realizados con indicación terapéutica/ Nº de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en Sº ACV con VGI. = 90%.
4. Nº contactos telefónicos y/o correo electrónico con Atención Primaria/ Nº de pacientes = 85 años con isquemia arterial crónica ingresados en Sº ACV con VGI. =80%.

DURACIÓN
- Elaboración criterios de selección: mayo/17.
- Inicio de valoración de pacientes: mayo/17
- Sesión multidisciplinar: primer y tercer miércoles de mes.
- Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1287

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN ESTEBAN GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES
GORGAS SORIA CARMEN
VILLAR SAN PIO TERESA
SANJUAN CUARTERO ROSA
LOPEZ FORNIES ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se desarrolló el protocolo, y debido a aspectos relacionados con la coordinación con los directivos de primaria se realizó dos reuniones informativas con los mismos (octubre y noviembre 2017), en dichas reuniones se expuso el protocolo y los objetivos.
Tras ser valorado por los subdirectores de Atención Primaria (Dra Alonso y DrArtal) y ser informado el director (DrPalacín), estos decidieron posponer la realización de dicho proyecto, debido a que han considerado que el mismo puede solaparse y dificultar con la introducción de la interconsulta virtual con especialistas y con el programa de atención al paciente crónico complejo.
Debido a esta situación el proyecto ha quedado pospuesto desde Atención Primaria, aunque desde dirección mostraron su interés en que una vez establecidos los programas descritos anteriormente se retomara el proyecto.
También se ha desarrollado la base de datos .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Comunicación directa con direcciones de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde la unidad Geriátrica de Agudos se va a mantener un firme interés en llevar a cabo el proyecto, y se seguirá en contacto con los directivos de Atención Primaria para establecer el momento de inicio. No obstante, en el día a día de la planta de hospitalización de Geriatría se siguen atendiendo las llamadas de los Médicos de Atención Primaria que se interesan por sus pacientes ingresados y ante cualquier duda sobre nuestros pacientes, se contacta con el médico de Atención Primaria. Falta pues, encontrar el momento adecuado para protocolizarlo tal y como se pretende en este proyecto.

7. OBSERVACIONES.
no se precisan

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1287 ========== ***

Nº de registro: 1287

Título
COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Autores:
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, SANJUAN CUARTERO ROSA MARIA, FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, VILLAR SAN PIO TERESA, LOPEZ FORNIES ANA MARIA, GORGAS SORIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA DEL PACIENTE FRÁGIL GERIÁTRICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1287

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El envejecimiento progresivo de la población y el deterioro funcional es un hecho . Según datos poblacionales del Instituto Aragonés de Estadística en el sector Zaragoza II, hay 27063 personas dependientes. Detectamos la necesidad de establecer comunicación y coordinación con Atención Primaria, complementaria al informe de alta. Reconocemos esta necesidad básica en la labor del Geriatra, ya descrita previamente en otros Servicios de Geriatría;(1) y se detecta por la atención habitual de llamadas telefónicas de médicos de Primaria sobre pacientes dados de alta. Partimos de un encuadre clínico ideal ya que la mayoría de los pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) tienen características de fragilidad o dependencia (mayores de 75 años, I.Barthel < 60 y T.Pfeiffer >2 errores); los que más se benefician de estos programas de coordinación entre Geriatría y Primaria (3).
Las experiencias previas arrojan unos resultados favorables en el seguimiento de estos pacientes (4), por lo cual proponemos aplicar un protocolo de coordinación bidireccional con los Equipos de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un protocolo de comunicación entre Geriatría y Atención Primaria,
Informar al Equipo de Atención Primaria (EAP) al Ingreo.
Mejorar la realización de la historia clínica con información de su EAP.
Rentabilizar los ingresos en la UGA, realizar pruebas complementarias sencillas (ECG, analítica de sangre, Rx simple) pendientes de realizar en Atención Primaria, que pueda evitar duplicar pruebas y traslados innecesarios.
Informar al EAP del alta, y de las modificaciones farmacológicas y facilitar la adherencia terapéutica.
Establecer una línea de comunicación vía mail para futuras consultas de los pacientes que ya han estado ingresados, con el objetivo de evitar reingresos.

MÉTODO
Pacientes ingresados en Geriatría de Agudos de HMServet- Criterios de inclusión: edad >75 años, Barthel <60 y Pfeiffer >2 errores. De cada dos pacientes con esas características se incluirá uno al azar (muestreo aleatorio sistemático), creando un grupo casos y otro control.
Coordinación con Atención Primaria vía telefónica o vía mail.

Elaborar protocolo de coordinación U. Geriatría- EAP
Sesiones clínicas informativas en los centros de salud Sector II.
Creación de un correo electrónico para la comunicación entre Primaria y Geriatra.
Primer contacto telefónico desde Geriatría hacia Primaria informando del ingreso para completar historia, rentabilizar las pruebas básicas e informar del correo electrónico para posteriores comunicaciones, incluyendo aviso de alta o exitus .
Registro durante seis meses de los pacientes casos y control, creación de base de datos (periodo de inclusión de seis meses)
Seguimiento durante tres meses al alta, completarbase de datos.

INDICADORES
1. Número de contactos con Atención Primaria conseguidos/Número de contactos con Atención Primaria Intentadosx100). Valor a alcanzar: > 80%.
2. Adherencia terapéutica al mes del alta. Grado de coincidencia entre las medicaciones prescritas al alta y la receta electrónica.
3. Adherencia terapéutica a los tres meses . Evaluada mediante encuesta telefónica al paciente con el test de Haynes-Sacketts). Valor a alcanzar: mayor adherencia terapéutica en los pacientes “casos”.
4. Reingresos por la misma causa, en tres meses (precoces (menos de 15 días) y no precoces (>15 días). Valor a alcanzar: menos reingresos en en el grupo caso.
5.Satisfacción del EAP con el protocolo evaluada mediante breve encuesta vía correo electrónico, preguntas: 1, ¿le parece que este proyecto aporta calidad al manejo del paciente geriátrico en atención primaria?, si, no. 2, Valore del 1 al 5 la satisfacción con las colaboración obtenida por parte del Servicio de Geriatría (1 ninguna, 5 mucha colaboración), 3, Escriba sugerencias de mejora.

DURACIÓN
Elaborar protocolo de coordinación (mayo-junio/17)
Sesiones informativas en Centro de Salud del sector II (mayo, Junio/17)
Inclusión de pacientes (seis meses) y comienzo del protocolo de coordinación. Julio – diciembre 2017, seguimiento de las primeras altas.
Enero 2018-marzo 2018, seguimiento de los últimos pacientes dados de alta.
-Abril 2018 análisis de datos y publicación de resultados.

OBSERVACIONES
Biblilografía:
1, Bactan JL, Gil L, Andrés E, Vega E, Ruipérez I. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. Aten Primaria 2000; 26: 374-82,
2, Martin Lasendre I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en Atención Primaria. Tendencia necesaria de hechos. Aten Primaria 2013, 45: 181-3,
3, Vela E, Cléries M, Bustins M, Mendoza L, Badosa N, Cadellas M, Bruguera J. Eficacia de un programa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1287

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE GERIATRIA Y ATENCION PRIMARIA, UN VALOR AÑADIDO EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS

integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca. Análisis poblacional sobre 56742 pacientes. Rev Esp Cardiol. 2014; 67: 283-93,

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES CLERENCIA SIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN CUARTERO ROSA
TORMO BOZAL RAQUEL
CONSTANTIN ANCUTA
MARTINEZ LACARRA SANDRA
ESCABOSA ALEGRE MAR
GRACIA CUADRADO LIRIA
GONZALEZ FERNANDEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las primeras tres actividades propuestas se iniciaron según el calendario propuesto, en junio /2018.
1.- Diseño de un informe de alta multidisciplinar que contiene plan de atención recomendado al alta hospitalaria.
2.- Definición de la población geriátrica hospitalizada en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) que más precisa la continuidad asistencial (población diana). Se ha elaborado una plantilla con los criterios de población diana, que se debe cumplimentar en cada paciente que ingresa en la UGA.
3.- Elaboración de una encuesta sencilla compuesta por 5 preguntas para el seguimiento telefónico al paciente "diana"/cuidador tras alta hospitalaria, que nos permitirá una evaluación de continuidad asistencial.
Se ha diseñado una hoja de cálculo Excel para registrar toda la información recogida: si el paciente ha recibido informe de alta multidisciplinar, si se ha realizado contacto con EAP, MAP y/o T. Social, si se ha realizado encuesta telefónica, si el paciente tras el alta hospitalaria ha tenido que acudir al servicio de Urgencias o si ha habido modificación farmacológica, si su autopercepción de salud se ha modificado y el grado de satisfacción con la atención recibida durante el ingreso hospitalario.
Se propone que el proyecto siga en el año 2019, para que se puedan poner en marcha la elaboración de los informes de alta multidisciplinares, la coordinación Geriatría- Atención Primaria/SSMM y las encuestas al paciente-cuidador.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Diseño de informe único multidsciplinar. Resultado: SI. (estándar: SI)
Definición de criterios de "pacientes diana". Resultado: SI. (estándar: SI)
A pesar de disponer las herramientas necesarias para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, permitiendo compartir información clave de los pacientes, ayudar en la toma de decisiones, garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación continua del modelo, durante este año no existen todavía resultados de los siguientes indicadores: Nº de informes de lata multidisciplinares, Nº de contactos telefónicos, Nº de interconsultas virtuales respondidas y Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente.
La razón es que las primeras actividades han llevado más tiempo del previsto, ya que se han finalizado en diciembre/18 en vez de septiembre/18. Posteriormente la puesta en marcha se ha pospuesto en espera de la estabilización de la plantilla de enfermería y TCAE, tras la unificación de las unidades de enfermería en Geriatría del HUMS y HGDZ.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de este proyecto de calidad nos ha permitido trabajar en equipo, elaborando un informe multidisciplinar que permita comunicar información útil del episodio de hospitalización al equipo de Atención Primaria. Este esfuerzo nos ha hecho aprender lo importante que es tener en cuenta la opinión de cada uno de los profesionales que participamos en el cuidado del paciente geriátrico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1118 ========== ***

Nº de registro: 1118

Título
FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

Autores:
CLERENCIA SIERRA MERCEDES, SANJUAN CUARTERO ROSA, TORMO BOZAL RAQUEL, CONSTANTIN ANCUTA, MARTINEZ LACARRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

SANDRA, ESCABOSA ALEGRE MAR, GRACIA CUADRADO LIRIA, GONZALEZ FERNANDEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La complejidad que supone el manejo adecuado de los pacientes geriátricos requiere de importantes recursos sanitarios y sociales, por esto consideramos que tenemos el compromiso ético de avanzar hacia modelos de atención integrada que garanticen una coordinación eficaz y una gestión colaborativa entre los diferentes agentes para dar respuestas de calidad y coste-efectivas.
Nuestro proyecto de mejora plantea la utilidad de los sistemas de información como una herramienta fundamental para favorecer la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, permitiendo compartir información clave de los pacientes, ayudar en la toma de decisiones, garantizar la seguridad del paciente y realizar una evaluación continua del modelo.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Unificar la transmisión de información al alta hospitalaria de una Unidad Geriátrica de Agudos.
2.- Aumentar la seguridad del paciente, minimizando los errores en la información al alta hospitalaria.
3- .Definir población geriátrica que más precisa la continuidad asistencial.
4.-Compartir información clave en los cuidados del paciente con los profesionales de Atención Primaria, para la ayuda de toma de decisiones en los “pacientes diana”.
5.-Compartir información clave en la atención del paciente con los profesionales de Atención Primaria/SSMM, para la ayuda de toma de decisiones en los “pacientes diana”.
6.-Asesorar en los problemas que surjan en el reacondicionamiento al domicilio o residencia tras la estancia hospitalaria.
7.- Evaluación de la continuidad asistencial mediante encuesta telefónica.

MÉTODO
1.- Diseñar informe de alta multidisciplinar que contenga plan de atención recomendado al alta hospitalaria.
2.- Elaboración de informe multidisciplinar al alta hospitalaria de todos los pacientes ingresados en la Unidad Geriátrica de Agudos.
3.- Contacto telefónico para compartir información clave de los cuidados del paciente entre DUE geriatría - DUE primaria, T. Social geriatría-T. Social primaria /SSMM para mejorar continuidad de cuidados de los pacientes diana.
4.- Responder a las interconsultas virtuales derivadas desde Atención Primaria asesorando en los problemas que se puedan plantear en domicilio/residencia.
5.- Seguimiento telefónico al paciente “diana”/cuidador tras alta hospitalaria, para evaluación de continuidad asistencial.

INDICADORES
1.- Diseño de informe único multidsciplinar. Resultado: SI
2.- Nº de informes de alta multidisciplinares /nº pacientes dados de alta. Resultado: 70-80%.
3.-Definición de criterios de “pacientes diana”. Resultado: SI.
4.-Nº de contactos telefónicos DUE Geriatría-DUE Atención Primaria/ nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado: >60%
5.- Nº de contactos telefónicos Trabajadora Social Geriatría-Trabajador social Atención Primaria y/o SSMM/nº “pacientes diana” dados de alta. Resultado: >60%.
6.- Nº de interconsultas virtuales respondidas/Nº interconsultas recibidas. Resultado: >80%.
7.-Nº de encuestas telefónicas realizadas al paciente-cuidador/nº “pacientes diana”. Resultado: >70%.

DURACIÓN
El proyecto comienza en junio/18 con el diseño de informe conjunto multidisciplinar, la definición de “pacientes diana” y el desarrollo de encuesta de evaluación. Se prevé terminar con estas actividades en septiembre/18.
En octubre/18 se pondrán en marcha la elaboración de los informes de alta multidisciplinares, la coordinación Geriatría- Atención Primaria/SSMM y las encuestas al paciente-cuidador.
En mayo /19 se propondrá propuesta de mejora del proyecto.

OBSERVACIONES
El proyecto con las mejoras propuestas continuaría en 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1118

1. TÍTULO

FAVORECER LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCION AL PACIENTE GERIATRICO

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA RUIZ MARISCAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL
LOPEZ FORNIES ANA
GORGAS SORIA CARMEN
PEREZ RONCERO GONZALO RAMON
TORRON MONTERDE NATALIA
DOMINGUEZ BARRIOS PAULA
ESCABOSA ALEGRE MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Unificación de criterios en la valoración al ingreso de pacientes geriátricos. Realizado entre junio y septiembre de 2018.
2. Protocolización de la valoración integral. Realizado entre junio y septiembre de 2018.
3. Definición de la intervención interdisciplinar en la valoración al ingreso de cada miembro del equipo. Realizado en el mes de junio 2018.
4. Diseño de documento para la recogida de datos para la valoración geriátrica integral. Realizado entre junio y septiembre de 2018. Elaborado en formato pdf.
5. Elección de escalas validadas que faciliten la detección y seguimiento de problemas según categoría profesional. Realizado entre junio y septiembre de 2018.
6. Pendiente de presentación del documento para la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y del tríptico informativo de la Unidad a la Comisión de Historias Clínicas del HUMS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.Diseño de protocolo que guía al personal en la recogida de datos. SI.
2.Protocolo de valoración y documento de recogida de datos. SI.
3.Elaboración del tríptico informativo de la Unidad. SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo de este proyecto permite:
1.Realizar la valoración geriátrica integral al ingreso hospitalario de forma estructurada sin duplicar información del paciente y permitiendo complementar los datos recogidos por cada miembro del equipo multidisciplinar.
Pendientes de desarrollo:
- Puesta en marcha de la recogida de datos del mediante el documento de Valoración Geriátrica Integral (VGI) elaborado.
- Entrega a familiares y pacientes del tríptico informativo de la Unidad a su ingreso hospitalario.
- Presentación del personal y de la responsable de enfermería al ingreso.
- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes/familiares mediante una encuesta anónima.
- Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.
2.Adquisición por parte de todo el personal de la Unidad de Geriatría el compromiso de la realización de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) al ingreso hospitalario facilitando la información referente al funcionamiento de la unidad a través de información verbal complementada con el tríptico informativo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1192 ========== ***

Nº de registro: 1192

Título
MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Autores:
RUIZ MARISCAL MARTA, RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, LOPEZ FORNIES ANA, GORGAS SORIA CARMEN, PEREZ RONCERO GONZALO RAMON, TORRON MONTERDE NATALIA, DOMINGUEZ BARRIOS PAULA, ESCABOSA ALEGRE MAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el paciente geriátrico, además de los efectos del envejecimiento fisiológico, confluyen otras características como la elevada prevalencia de pluripatología, la presentación atípica de la enfermedad y la tendencia de ésta a causar pérdida funcional. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso interdisciplinar y multidimensional que posibilita la identificación de problemas y necesidades y el desarrollo de una estrategia interdisciplinar de intervención con el objetivo de alcanzar el mayor grado de calidad de vida y optimización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Diseñar protocolo que guíe al personal en la recogida de datos.
2.- Elección de escalas de valoración validadas que faciliten la detección y seguimiento de problemas según categoría profesional.
3.- Aumentar la seguridad en la atención al paciente mediante la mejora de la valoración geriátrica integral.
4.- Valorar el grado de satisfacción de paciente/familiar mediante una encuesta anónima.
5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

MÉTODO
1.- Unificación de criterios en la valoración al ingreso de pacientes geriátricos. Todo el equipo de mejora.
2.- Definición de la intervención de cada miembro del equipo multidisciplinar en la valoración al ingreso. Todo el equipo de mejora.
3.- Diseño de documento para recogida de datos durante la valoración integral, donde se contemplen los datos recogidos por cada miembro del equipo multidisciplinar. Todo el equipo de mejora.
4.- Elaboración de un tríptico informativo de la unidad dirigido a pacientes y familia. Todo el equipo de mejora.
5.- Protocolización de la valoración integral. Todo el equipo de mejora.
6.- Identificación del personal responsable al ingreso. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.
7.- Presentación de la supervisora de la unidad al paciente y familia al ingreso. Marta Ruiz Mariscal.
8.- Recogida y registro, de manera estandarizada y estructurada, de la información necesaria para diagnosticar las necesidades del paciente según categoría profesional. Geriatra y personal de enfermería responsable durante el ingreso.
9.- Valoración del grado de satisfacción de los pacientes/familiares mediante una encuesta anónima. Un médico y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.
10.- Valoración del grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Un médico y un responsable de enfermería miembros del equipo de mejora.

INDICADORES
Protocolo de valoración y documento de recogida de datos: Sí.
Mejora de resultados en cada escala al alta: 50%.
Cumplimentación del protocolo de valoración al ingreso: 65%.
Encuesta de satisfacción al paciente/familia: Sí.
Encuesta de satisfacción al personal sanitario implicado (médicos y enfermería): Sí.

DURACIÓN
Fecha de inicio: junio 2018.
Definición de los criterios de valoración según categoría profesional: Junio 2018.
Elaboración del protocolo y del documento: Junio -Septiembre 2018.
Elaboración del tríptico informativo: Junio-Septiembre 2018.
Realización de la valoración integral según categoría profesional: Octubre/18-Junio/19.
Entrega del tríptico informativo al paciente y familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.
Presentación del supervisor/a de la unidad al paciente y a la familia al ingreso: Octubre/18-Junio/19.
Evaluación: satisfacción del personal: Octubre/18-Junio/19.
Evaluación: satisfacción usuario: Octubre/18-Junio/19.
Propuesta de mejora: Junio 2019.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1192

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE MEDIANTE LA VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL RODRIGUEZ HERRERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEZA PEREZ CARMEN
CLERENCIA SIERRA MERCEDES
DOMINGUEZ BARRIOS PAULA
RUIZ MARISCAL MARTA
CATALAN ESTEBANEZ OSCAR
FERNANDEZ LOZANO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Elección de escala validada que facilite la cumplimentación del documento de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-Toma de decisiones consensuadas. Realizado en junio de 2018.
2.Diseño del documento para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-toma de decisiones consensuadas, para incluir en la Historia Clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). Realizado en junio de 2018.
3. Elaboración de una tabla para la recogida de datos. Formato EXCEL. Realizado en agosto-septiembre de 2018.
4.Presentación del documento a la Comisión de Historias Clínicas del HUMS.
Realizado en septiembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.Diseño del documento para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-Toma de decisiones consensuadas, para incluir en la Historia Clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA). SI.
2. Elaboración de tabla para la recogida de datos. SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo de este proyecto permite:
1.Mejorar la atención del paciente anciano frágil, fomentando el trabajo interdisciplinar, así como la participación del mismo (o familiar) en la toma de decisiones.
2.Unificar criterios para la toma de decisiones en relación a la limitación del esfuerzo terapeutico.
Pendiente de desarrollo:
-Inclusión del documento para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico-Toma de decisiones consensuadas, en la Historia Clínica.
-Cumplimentación del documento durante el ingreso hospitalario, por el médico responsable, al ingreso del paciente.
-Revisión semanal de los documentos cumplimentados al ingreso, por el médico responsable, hasta el alta o fallecimiento del paciente; o cuando se requiera por cambio significativo del estado clínico.
-Desarrollo de reunión mensual del equipo de mejora para revisar la cumplimentación del documento.
-Realización de encuesta a todos los sanitarios (médicos y enfermería) implicados, de forma anónima para valorar el grado de satisfacción y la utilidad de la herramienta desarrollada.
Adquisición de conciencia de la necesidad de consenso en la toma de decisiones entre los miembros del equipo implicados en la atención del paciente anciano frágil, para mejorar con ello la calidad de la atención prestada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1202 ========== ***

Nº de registro: 1202

Título
ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Autores:
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL, DEZA PEREZ CARMEN, CLERENCIA SIERRA MERCEDES, DOMINGUEZ BARRIOS PAULA, RUIZ MARISCAL MARTA, CATALAN ESTEBANEZ OSCAR, FERNANDEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El aumento de la esperanza de vida ha propiciado un aumento de la multimorbilidad, en su mayoría, enfermedades crónicas. Este cambio epidemiológico, exige un cambio en nuestra práctica clínica diaria.
El proceso de atención al paciente hospitalizado, y en mayor medida al anciano frágil, requiere de una continua toma de decisiones. Éstas han sido tomadas tradicionalmente por el personal sanitario (según el conocimiento científico y la experiencia de los profesionales), y en menor medida, por las preferencias expresadas por el paciente. Esto último, va tomando cada vez más importancia, especialmente si existen directrices previas, o si el paciente (o familiar) expresan su voluntad durante el ingreso.
En definitiva, es todo ello lo que nos ha motivado a iniciar este proyecto con el que se pretende mejorar la atención al paciente anciano frágil, fomentando el trabajo interdisciplinar y la participación del mismo (o familiar) en la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de agudos(UGA),que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios; en la que se recoja:
-Motivo del ingreso.
-Existencia de voluntades anticipadas.
-Indice frágil-VIG.
-Indicación de reanimación cardiopulmonar o no.
-Indicación de aviso a UCI.
-Indicación de medidas intensivas en planta (Nutrición parenteral/enteral por SNG; Transfusión; Drogas vasoactivas)
-Indicación de medidas conservadoras en planta (tratamiento intravenoso, subcutáneo, antibiótico, exclusivamente sintomático).
2. Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA.
3. Actualización del registro de toma de decisiones, cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería.
4. Revisión mensual de la cumplimentación del documento.
5. Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima.

MÉTODO
1.- Diseñar un documento para incluir en la historia clínica de cada paciente ingresado en la Unidad de Geriatría de agudos (UGA),que ayude en la toma de decisiones a los profesionales sanitarios. Carmen Deza Pérez.
2.- Asegurar la cumplimentación del documento en los pacientes ingresados en UGA. Todo el equipo de mejora.
3.Actualización del registro de toma de decisiones cuando se produzca un cambio sustancial en el curso clínico del paciente, o en su defecto semanal, por el médico responsable y por enfermería.El médico responsable y un enfermero/a.
4.- Revisión mensual de la cumplimentación del documento. Todo el equipo de mejora.
5.- Valorar el grado de satisfacción de los profesionales médicos y de enfermería mediante una encuesta anónima. Raquel Rodríguez, Marta Ruiz, Carlos Fernández.

INDICADORES
1 Realización del documento. Si
2. Inclusión del mismo en la Historia Clínica.Sí
3.Cumplimentación del documento durante el ingreso hospitalario, por el médico y enfermero/a responsable, al ingreso del paciente.(>ó=50%).
4.Revisión semanal de los cumplimentados al ingreso, por el médico responsable, hasta el alta o fallecimiento del paciente, o cuando se requiera por cambio significativo del estado clínico del paciente. (>ó=50%)
5.Reunión mensual del equipo de mejora para revisar la cumplimentación del documento. Si
6.. Tras los primeros seis meses del inicio del proyecto, se pasará una encuesta de satisfacción a todos los sanitarios (médicos y enfermería) implicados, de forma anónima para valorar el grado de satisfacción y la utilidad que encuentran (en el caso de que así sea). Si

DURACIÓN
-Diseñar el documento de la Historia clínica: junio/18.
-Inclusión del mismo en la Historia Clínica: julio-septiembre/18.
-Cumplimentación del documento: septiembre/18-marzo/19.
-Revisión mensual:septiembre/18-marzo/19.
-Encuesta de satisfacción: abril-mayo/19.
-Propuesta de mejora del documento de adecuación del esfuerzo terapéutico.mayo/19.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1202

1. TÍTULO

ADECUACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO. TOMA DE DECISIONES CONSENSUADAS

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1267

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALODIA DE VAL LAFAJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANDER ZUÑIGA ROLF CHRISTIAN
VILLAR SAN PIO TERESA
AZABAL MARTIN LORENA
TRASOBARES GRACIA CRISTINA
FERNANDEZ LOZANO CARLOS
ARASCO CABEZUELO JORGE
DE LA PIEDRA GIMENO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Test de volumen-viscosidad MEC-V adaptado a pacientes ingresados en Unidad Geriátrica de Agudos en las primeras 24 horas del ingreso con registro del resultado.

Adecuación de la dieta para disfagia en cada paciente de forma individualizada, especificando la cantidad que pueden ingerir por toma, y la consistencia necesaria (texturas néctar, miel, pudin).

Enseñanza de cómo llevar a cabo una correcta higiene de la boca antes y después de cada comida, facilitando el cepillo específico y el colutorio antiséptico necesarios.

Facilitación de trípticos informativos a los cuidadores de los pacientes en los que se ha diagnosticado disfagia.

Elaboración del test de volumen-viscosidad adecuado a nuestra Unidad para mejorar el proyecto, incluyendo el ítem de disfagia previa al ingreso y el de episodios de broncoaspiración durante el ingreso.

Todas las actividades se han realizado dentro del calendario previsto: de enero de 2017 a diciembre de 2018.

Recursos empleados: agua a temperatura ambiente, espesante neutro, jeringa de alimentación (50-100 ml), vasos para la preparación de viscosidades, cucharas, pulsioxímetro y aspirador de secreciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado y registrado 280 test de volumen-viscosidad MEC-V de enero a diciembre de 2018. Se ha detectado disfagia en 105 pacientes, adaptándose la dieta de los mismos y facilitando el tríptico informativo con las recomendaciones pertinentes en los casos seleccionados.

Se ha llevado a cabo la educación de cuidadores en cuanto a la higiene bucal pre y postprandial se refiere.

Se ha mejorado la atención de los pacientes con riesgo de broncoaspiración, disminuyendo el número de broncoaspiraciones durante el ingreso, tratando los casos de desnutrición detectados y atendiendo a las expectativas de los profesionales que participan en el proyecto.

Los indicadores que hemos elaborado han sido:

Nº de test volumen-viscosidad x 100/ nº de pacientes ingresados con dieta = 280 x 100/600 = 46,6% (dista del 90% establecido como objetivo por los problemas derivados del cambio de planta del servicio de Geriatría con cambios frecuentes en el personal temporal existente).
Nº de dietas para disfagia x 100/ nº de dietas totales = 10500/600 = 17,5 %
Nº de trípticos facilitados x 100/ nº de altas a domicilio = 10500/483 = 21,7 %
Nº de broncoaspiraciones durante el ingreso x 100/ nº de pacientes = 17 x 100/671 = 2,5 % < 10% marcado previamente a la recogida de datos.

Sesiones conjuntas de formación, evaluación y seguimiento: 5 (más de dos al año).

Los datos se recogen en Excel creado para elaborar los indicadores; los datos son introducidos semana a semana, por los miembros del proyecto, siguiendo un orden establecido que está visible en la planta de la Unidad de Geriatría.

Los indicadores se han creado siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y la bibliografía consultada hasta el momento.

Para mejorar el proyecto y hacerlo extensible a todas las plantas en las que se ingresen ancianos, hemos adaptado el test de volumen-viscosidad a las necesidades del paciente ingresado (habitualmente encamado, con bajo nivel de conciencia o alteraciones del ritmo día-noche, con patologías agudas que aumenten el riesgo de broncoaspiración…). Para ello, disminuimos la cantidad de líquido ingerido a 15 ml como máximo, a diferencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1267

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

del test MEC-V que llega a los 20 cc (cantidad que proponemos probar en aquellos pacientes diagnosticados de disfagia en las primeras 24 h del ingreso, cuando se estabilizan a los días del ingreso).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Balance positivo hasta el momento con puntos que pueden mejorarse en la actualidad, con plantilla de personal estable, no presente hasta el momento y que ha repercutido de una forma negativa, no pudiéndose realizar el test en algunos casos o con pérdida de tests durante el mes de noviembre en el que se produjo el traslado de la planta de Geriatría.

Ha aumentado la sensibilidad frente al problema de la disfagia, que a veces tiene una presentación atípica, capacitando al personal de la Unidad para un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de forma individualizada, disminuyendo así el número de infecciones respiratorias motivadas por broncoaspiración y el porcentaje de desnutrición durante el ingreso.

Se trata de un proyecto necesario, que se podría aplicar en todas las plantas del hospital frecuentadas por pacientes geriátricos, dada la elevada prevalencia de disfagia existente en las Unidades de Agudos con pacientes encamados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1267 ========== ***

Nº de registro: 1267

Título
ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

Autores:
DE VAL LAFAJA ALODIA, VILLAR SAN PIO TERESA, SANDER ZUÑIGA ROLF CHRISTIAN, AZABAL MARTIN LORENA, TRASOBARES GRACIA CRISTINA, FERNANDEZ LOZANO CARLOS, DE LA PIEDRA GIMENO SARA, ARASCO CABEZUELO JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H GENERAL DE LA DEFENSA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disfagia
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La disfagia es un problema frecuente que afecta a pacientes frágiles asociando desnutrición y numerosas infecciones respiratorias. Su forma de presentación, en pacientes geriátricos, suele ser atípica, con síntomas atenuados. De ahí la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado a cada paciente de forma individualizada.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la capacidad del diagnóstico precoz de los pacientes con disfagia que ingresen en la planta de Geriatría
Adecuar la dieta en cada paciente según su nivel de disfagia durante el ingreso y mantenerla al alta.
Llevar a cabo una correcta higiene bucal antes y después de cada comida, por parte del paciente o cuidador principal.

MÉTODO
1. Realización de test volumen-viscosidad MEC-V en las primeras 24 horas del ingreso con registro del resultado.
2. Adecuación de la dieta para disfagia en cada paciente de forma individualizada, especificando la cantidad que pueden ingerir por toma, y la consistencia necesaria (texturas néctar, miel, pudin).
3. Enseñar a llevar a cabo una correcta higiene de la boca antes y después de cada comida, facilitando también el cepillo específico y el colutorio antiséptico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1267

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN GERIATRIA

4. Facilitar trípticos informativos a los cuidadores de los pacientes en los que se diagnostica la disfagia.

De 3 a 4 reuniones anuales. Trabajo en común a través de plataforma Google drive.
Sesiones conjuntas de formación, evaluación y seguimiento: dos o más al año
Recursos materiales: espesante, pulsioxímetro.

INDICADORES
Nº de test volumen-viscosidad x 100/ nº de pacientes ingresados con dieta = 90%
Nº de dietas para disfagia x 100/ nº de dietas totales
Nº de trípticos facilitados x 100/ nº de altas a domicilio
Nº de broncoaspiraciones durante el ingreso x 100/ nº de pacientes < 10%

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: junio/2018
Elaboración de criterios: diciembre/2016
Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora: diciembre/2018
Todo llevado a cabo por los participantes del grupo y los miembros del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0123

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ DE RUEDA CILLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMONA MOZOTA MARTA
GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA
SANZ GRACIA MARIA JOSE
IRIGOYEN PARDO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización del "Protocolo para la prevención y tratamiento de la infección bacteriana".
- Realización del "Protocolo para la prevención y tratamiento de la infección vírica"
- Realización del "Protocolo para la prevención y tratamiento de la infección fúngica"
- Elaboración de un documento para el registro de eventos adversos. Estos eventos adversos, se llevan registrando desde Marzo de 2017 por parte de todo el personal sanitario del servicio.
-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han elaborado los 3 protocolos correspondientes para el manejo de las diferentes infecciones en el paciente hematológico. Para ello, nos hemos ayudado de la bibliografía más actualizada posible en el manejo de las mismas.

Documento para recogida de los eventos adversos. Este documento, se encuentra en el control de Enfermería de la 6ªA Pares, pudiendose documentar por parte del personal sanitario, cualquier evento adverso acontecido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La notificación de eventos adversos, nos ha ayudado a ver dónde estan nuestros fallos y las posibilidades de mejora.

Los protocolos para el tratamiento de las diferentes infecciones, se encuentras en fase final de revisión y aceptación, pudiéndose así iniciar su uso en la práctica clínica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/123 ========== ***

Nº de registro: 0123

Título
PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)

Autores:
DE RUEDA CILLER BEATRIZ, COSTILLA BARRIGA LISSETTE, CARMONA MOZOTA MARTA ROCIO, GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA, SANZ GRACIA MARIA JOSE, IRIGOYEN PARDO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Elaboración de protocolos clínicos y guías de tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0123

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA MEDICA)

Formularios a rellenar al ingreso por el médico de guardia (nota de ingreso).
Listado de incidencias / efectos adversos detectados durante la práctica asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Protocolizar todos los tratamientos para actuar de la manera más uniforme posible.
Ser capaces de detectar efectos adversos que puedan afectar al paciente y su correcta notificación.
Necesidad de realizar una correcta historia clínica al ingreso del paciente para un mejor enfoque y un mejor tratamiento.

MÉTODO
Realización de protocolos clínicos para uso interno del área de hospitalización de hematología. Responsables: personal médico de planta (Beatriz De Rueda, Lissette Costilla y Rebeca Rubio)

Nota de ingreso uniforme para todos los pacientes que ingresan en planta. Responsable: Beatriz De Rueda

Detección y correcta notificación de cualquier evento adverso que pueda acontecer. Responsable: Beatriz De Rueda

INDICADORES
Evaluación periódica (mensual) de los eventos adversos acontecidos y notificación de los mismos.

Evaluar la correcta realización de la nota de ingreso (realizada por el hematólogo de guardia) en todos los pacientes hospitalizados.

DURACIÓN
Grupo activo desde el 1 de Enero de 2016.
Fecha prevista de finalización: finales de 2017

Cronograma de actividades:
Reuniones del grupo de calidad mensuales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0128

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GARCIA ESCUDERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMONA MOZOTA MARTA
SANZ GRACIA MARIA JOSE
IRIGOYEN PARDO PILAR
DE RUEDA CILLET BEATRIZ
COSTILLA BARRIGA LISSETTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZAR LISTADO DE INCIDENCIAS/EFECTOS ADVERSOS DETECTADOS DURANTE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.
ELABORACIÓN DE TRÍPTICO IINFORMATIVO QUE SE ENTREGARÁ A TODOS LOS PACIENTES A SU INGRESO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA. REALIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCION A UN 10% DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO, DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA AL INGRESO.
ELABORACIÓN DE DÍPTICO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS AL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA.
ELABORACIÓN DE DÍPTICO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS AL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HIZO RECOGIDA DE ENCUESTAS DE SATISFACCION A LOS PACIENTES, SALIENDO EL 100% SATISFECHOS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA AL INGRESO.
REALIZACION DE TRIPTICOS INFORMATIVOS PARA LOS PACIENTES LA INGRESO, PENDIENTES DE VALIDAR POR UCA.
REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDO AL TRASPLANTE AUTOLOGO DE MÉDULA ÓSEA, PENDIENTE DE VALIDAR POR UCA.
PENDIENTE DE REALIZAR DÌPTICO INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS AL TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA.
SE SIGUEN REGISTRANDO INCIDENCIAS/EFECTOS ADVERSOS OCURRIDO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y SE EVALUAN MENSUALMENTE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA/ HEMOTERAPIA ESTÁ INMERSO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LO QUE NOS PARECE MUY IMPORTANTE SEGUIR CON EL REGISTRO DE INCIDENCIAS/EFECTOS ADVERSOS.
DEBIDO A LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES CON LA INFORMACIÓN DADA AL INGRESO, SEGUIREMOS HACIENDO DICHAS ENCUESTAS, PARA RESOLVER DUDAS DEL PACIENTE, FAMILIARES Y PARA TRABAJAR TODO EL SERVICIO CON LAS MISMAS PAUTAS
TRABAJAREMOS EN LA REALIZACIÓN DEL DÍPTICO DE TRASPLANTE ALOGÉNICO Y ESPERAREMOS VALIDACIÓN DE OTROS DÍPTICOS PARA PODER ENTREGAR A LOS PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/128 ========== ***

Nº de registro: 0128

Título
PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)

Autores:
GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA, CARMONA MOZOTA MARTA ROCIO, SANZ GRACIA MARIA JOSE, IRIGOYEN PARDO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0128

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITALIZACION DE HEMATOLOGIA Y TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (AREA DE ENFERMERIA)

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de Hematología Hemoterapia está inmerso en la seguridad del paciente por lo que elaboraremos un listado de incidencias/efectos adversos detectados durante la práctica asistencial.

Para resolver dudas del paciente y familiares y para trabajar todo el servicio con las mismas pautas se elaboraran trípticos informativos que se entregarán a todos los pacientes a su ingreso en el servicio de hematología, se elaborarán dípticos informativos para los pacientes que van a ser sometidos a trasplante autólogo de médula ósea y también se elaborarán
dípticos informativos para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante alogénico.

RESULTADOS ESPERADOS
Ser capaces de detectar los efectos adversos que puedan afectar al paciente y su correcta notificación.
El grupo de mejora valorará las necesidades, elaborará los trípticos, y los dípticos, los consensuará en grupo y los comentará con el servicio de Hematología, con la participación de algún usuario. Los repartirá a los pacientes a su ingreso.

MÉTODO
Listado de incidencias/efectos adversos detectados durante la práctica asistencial. Responsables Beatriz De Rueda y María Teresa García.
Elaboración del tríptico informativo que se entregará a todos los pacientes a su ingreso en el servicio de hematologia. Responsables María José Sanz y Pilar Irigoyen.
Elaboración del díptico informativo para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante autólogo de médula ósea. Responsables Marta Carmona y María Teresa García.
Elaboración de díptico informativo para los pacientes que van a ser sometidos al trasplante alogénico de médula ósea. Responsables María José Sanz y María Teresa García.

INDICADORES
Evaluación periodica (mensual) de los eventos adversos acontecidos y notificación de los mismos.

Realizaremos dos cortes al año (abril y octubre) de un 10% de los ingresos al año que hay en el servicio, donde les entregaremos una encuesta que recogerá datos sobre si la información recibida ha sido suficiente, si la han comprendido y sobre qué información les hubiese gustado recibir. Haremos las modificaciones oportunas.

DURACIÓN
Desde 01/01/2016 hasta 31/12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0535

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANASTASIA PILAR AULES LEONARDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABALLERO NAVARRO GONZALO
GODOY MOLIAS ANA CRISTINA
MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA
PARRA SALINAS INGRID
RUBIO MARTINEZ ARACELI
RECASENS FLORES VALLE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones del grupo de mejora.
-Se realizó la actualización de los protocolos de quimioterapia en el programa de farmacia Hospiwin.
-Sistematización y análisis de la información del Sistema de Gestión de Calidad:
-Seguimiento de indicadores
-Análisis de incidencias y toma de medidas Correctoras / preventivas
-Estudio de No conformidades (apertura, estudio y cierre).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS ESPERADOS

1.Mantener la certificación ISO 9001.
Se ha logrado mantener la certificación ISO 9001 del Hospita de día – Hematología, de acuerdo con las siguiente calendario:
-Auditoría interna: 24 marzo 2017
-Revisión por la dirección: 14 abril 2017
-Auditoría externa: 20 abril 2017

2. Seguimiento de los dos objetivos para 2016-2017 del Hospital de día Hematología:

-Disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la actualización de los protocolos de quimioterapia vigentes.
-Indicador: Porcentaje de protocolos de quimioterapia actualizados: (estandar >80%), Logrado: 98%.

-Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día Hematología, a realizar por personal administrativo y no por enfermería.
Se ha desistido de este objetivo dado que no depende de la unidad ni del personal que labora en ella sino de recursos y voluntad de área administrativa ajenos a la misma.

-Seguimiento de indicadores críticos:

-Gestion del tratamiento: Porcentaje de pacientes con demora >24 horas en la administración de tratamiento en Hospital de día Hematología por no disponibilidad de sillones/camas: (estándar 5%).
Logrado: 0%, a ningún paciente se le retrasó el tratamiento por no disponibilidad.

-Gestión de informes: Porcentaje de pacientes en tratamiento en hospital de día Hematología que disponen de informe médico en la intranet (estándar 30%).
Logrado el 50% de pacientes con informe.

-Gestion de citación: Porcentaje de pacientes de primer día con carácter preferente citados antes de 10 días en consulta externa de Hematología: (estándar 80%). Logrado: 82%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-El Hospital de día Hematología del H. Miguel Servet ha logrado mantener la certificación ISO 9001, pese a los cambios de personal y a ser un sistema de calidad jóven, gracias al esfuerzo y trabajo en equipo de todo el personal que labora en el mismo, con lo cual se garantiza continuar prestando un servicio de calidad a los usuarios.

7. OBSERVACIONES.
Ha habido un cambio en la responsable del proyecto, cuando se aprobó era la Dra. Ilda Mª Murillo Flórez pero debido a movimientos de FEA interinos, la Dra. Anastasia Aulés Leonardo pasa a ser la responsable de Calidad del Hospital de día y la responsable del proyecto desde el 24/02/2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0535

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

*** ========== Resumen del proyecto 2016/535 ========== ***

Nº de registro: 0535

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001 HOSPITAL DE DIA SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIAHOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, CABALLERO NAVARRO GONZALO, GODOY MOLIAS ANA CRISTINA, GUALLART CALVO MARIA REYES, MONTAÑES GRACIA MARIA ANGELES, PARRA SALINAS INGRID, RUBIO MARTINEZ ARACELI, RECASENS FLORES VALLE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Hospital de día del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Miguel Servet ha trabajado duro durante el último año para recuperar la certificación según norma UNE-EN ISO 9001 para el año 2016 y lo ha conseguido. Dicha certificación estaba suspendida desde el año 2014 debido a importantes cambios estructurales del Servicio de Hematología.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto, el compromiso del Hospital de día del Servicio de Hematología y Hemoterapia es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales o potenciales.
Nuestro planteamiento es mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 lograda en 2016. Teniendo en cuenta que se trata de un sistema joven, consideramos necesario fortalecer todos los procesos en los que se sustenta para garantizar su continuidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos de este proyecto son:
- Mantener la certificación ISO 9001.
- Ejecutar los objetivos propuestos para 2016-2017 en el sistema de calidad del Hospital de día Hematología.

MÉTODO
1. Metodología
- Sistematización y utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua, mediante las actividades descritas abajo junto con los responsables de su ejecución.
- Actualización de los protocolos de quimioterapia y de manejo de hemopatías mediante la revisión bibliográfica de guías de tratamiento nacionales e internacionales, publicaciones científicas, protocolos y consensos disponibles.

2. Actividades
- Resultado del seguimiento de los dos objetivos para 2016-2017 del Hospital de día Hematología:
  - Disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la actualización de los protocolos de quimioterapia vigentes y la elaboración de protocolos clínicos para el manejo de las diferentes hemopatías.
  - Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día Hematología, a realizar por personal administrativo y no por enfermería.
- Seguimiento de indicadores
- Análisis de incidencias y toma de medidas correctoras/preventivas
- Estudio de No conformidades (apertura, estudio y cierre).

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0535

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD ISO 9001. HOSPITAL DE DIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Para monitorizar el proyecto emplearemos los siguientes indicadores:

1. Porcentaje de protocolos de quimioterapia actualizados: (estandar >80%), Objetivo: >80%.

Este indicador se obtendrá del número de protocolos de quimioterapia debidamente actualizados / número total de protocolos para el tratamiento de hemopatías en el Hospital de día disponibles en el programa de farmacia Hospiwin.

2. Modificación de la sistemática de citación de tratamientos en Hospital de día (por personal administrativo y no por enfermería): Implantación

Este indicador se valorará mediante el cumplimiento de las actividades y calendario previstos para su ejecución y el logro final del objetivo planteado.

3. Cumplimiento de tres indicadores críticos del Sistema de Calidad del Hospital de día Hematología:

Gestion del tratamiento*: Porcentaje de pacientes con demora >24 horas en la administración de tratamiento en Hospital de día Hematología por no disponibilidad de sillones/camas: (estándar 5%). Objetivo <5%

Gestión de informes*: Porcentaje de pacientes en tratamiento en hospital de día Hematología que disponen de informe médico en la intranet*(estándar 30%). Objetivo >30%

Gestion de citación*: Porcentaje de pacientes de primer día con carácter preferente citados antes de 10 días en consulta externa de Hematología: (estándar 80%). Objetivo >80%
*La medición se realizará durante una semana aleatoria mínimo dos veces al año.

La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la Norma: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto: Enero a Diciembre 2017
Auditoría interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Dirección: Abril 2017
Auditoría Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorías externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Enero-Diciembre 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: Marzo 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0779

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN ELSISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOSNUEVOS AUTOANALIZADORES

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA IBORRA MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATORRE MARCELLAN PEDRO
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
GIMENEZ FORTEA ELENA
MACIAS PALACIN MARIA PILAR
RODRIGO MARTINEZ CARMEN
ARQUED RIVES MARIA JOSE
LASALA VILLA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas durante el año 2017 han sido las siguiente:
- Revisión por la Dirección. 9 de marzo 2017.
- Auditoria interna.3 y 4 de abril 2017.
- Auditoria externa. 22 y 23 de noviembre de 2017.
Se ha cumplido, aunque con ligeras variaciones, los tiempos establecidos para cada una de las actividades establecidas en el proyecto inicial.
Se han realizados reuniones periódicas entre los componentes del grupo de mejora pra la preaparción de auditorías en las que se ha ido realizando evaluaciónes del sistema de gestión de calidad, resultados periódicos de controles internos y externos para su posterior evaluación, junto con el resto de las actividades desarrolladas para el mantenimiento del sistema de gestion de calidad (gestion de personal, mantenimiento de equipos, formación del personal, gestión de no conformidades).
Uno de los objetivos nuevos incorporados hace referencia a la realización de la regla de validación "plaquetas-citrato". En estos momentos se realiza de manera automática, apareciendo reflejado en el informe de laboratorio definitivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las propuestas que se hicieron en el proyecto de cara a objetivos de calidad son los siguientes, los cuales se han alcanzado en su totalidad:
1. En la fase preanalítica los objetivos marcados:
- Reducir el número de muestras insuficientes por debajo del 10%
2. En la fase analítica
- Capacitación del personal, conseguir una asistencia a los cursos de formación superior al 80%
- Reglas de validación.
3. En fase postanalítica:
- Disminuir el porcentaje de correos no abiertos por debajo del 5% - Mantener el tiempo de respuesta inferior a 24 horas.

En cuanto a las "plaquetas-citrato" el resultado obtenido ha sido satisfactorio, al comprobar que se ha reducido el número de frotis de sangre periferica que se hacían antes de la introdución de dicha regla de validación, y además la cifra emitida en el informe es más precisa.
El resultado final de todo el trabajo del grupo de mejora ha sido la renovación de la acreditación del laboratorio tras la realización de las auditorías interna y externa del año 2017.
Un aspecto añadido a los resultados expuestos y que no había sido mencionado en el proyecto inicial ha sido la ampliación del alcance de la VSG.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de mejora valora positivamente las actividades realizadas a lo largo del año 2017, ya que han contribuído de forma importante al mantenimiento de la acreditación y han facilitado la consecución de los objetivos propuestos.
Para el mantenimiento de la acreditación es conveniente continuar con este proyecto, ya que el sistema de gestión de calidad en el laboratorio es un proceso continuo, que implica formación del personal que se vaya incorporando y seguimiento de todas las actividades incluídas en el sistema, de una forma periódica a lo largo de años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/779 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0779

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN ELSISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOSNUEVOS AUTOANALIZADORES

***

Nº de registro: 0779

Título
MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS AUTOANALIZADORES

Autores:
IBORRA MUÑOZ ANA, LATORRE MARCELLAN PEDRO, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, GIMENEZ FORTEA ELENA, MACIAS PALACIN MARIA PILAR, RODRIGO MARTINEZ CARMEN, ARQUED RIVES MARIA JOSE, LASALA VILLA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El laboratorio de hematología del HU Miguel Servet está acreditado según la norma UNE-EN ISO 15189 para laboratorios de análisis clínicos desde el año 2009.
Nuestra propuesta como proyecto de mejora y el compromiso del servicio de hematología es el mantenimiento de dicha acreditación para el año 2017, tras la puesta en marcha de los nuevos contadores hematológicos, garantizando un sistema de gestión donde los procesos estén documentados y actualizados.
Como oportunidad de mejora tras la incorporación de los nuevos analizadores se han ido desarrollando una serie de reglas de validación que van a conseguir un trabajo más eficiente en el área. Estas reglas de validación, ajustadas a nuestra población, consiguen que el trabajo sea más automatizado con lo que se disminuyen errores y se gana en eficiencia.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es el mantenimiento de la acreditación del laboratorio.
Como objetivo secundario conseguir los objetivos propuestos por el laboratorio para 2016-2017. En la fase preanalítica: reducir el número de muestras insuficientes por debajo del 10%, capacitación del personal, conseguir una asistencia a los cursos de formación superior al 80% y en fase postanalítica: disminuir el porcentaje de correos no abiertos por debajo del 5% y mantener el tiempo de respuesta inferior a 24 horas.
Además de estos objetivos básicos, con la incorporación de distintas reglas de validación se pretende que sobre los resultados alterados detectados por el sistema, de una manera automatizada, se realicen las acciones necesarias para su corrección o en caso necesario la realización de un frotis automático por el nuevo extensor-teñidor para que sea interpretado por el facultativo responsable de la sección.

MÉTODO
En relación al Sistema de Gestión de Calidad es necesario sistematizar y mejorar la utilización de la información (informes de auditorías, objetivos e indicadores, no conformidades, incidencias) para la mejora continua, mediante un control más directo de las incidencias y no conformidades con reuniones periódicas del personal implicado en la acreditación con el responsable de calidad del servicio, en las que también se realizará el seguimiento trimestral de los objetivos planteados para la acreditación y revisión de desviaciones que se puedan producir en los mismos.
Nº de reuniones trimestrales: mínimo 3.
En cuanto a las reglas de validación planteadas por el laboratorio para la mejora del trabajo destacamos la realización de "plaquetas-citrato": al incorporar todos los tubos de coagulación en el sistema de separación y almacenaje, es posible la realización de forma automática de un nuevo hemograma con el citado tubo cuando las plaquetas estén por debajo del límite de la normalidad. En caso del llamado "fenómeno EDTA" la cifra se corregirá en el nuevo análisis y ya no hará falta ninguna revisión posterior. En caso de no corregirse se realizará una extensión de sangre periférica para su revisión por el facultativo responsable.
Todos estos pasos, sin las reglas de validación de los nuevos contadores, se harían de forma manual. A partir de ahora es un proceso continuo, haciendo el trabajo del personal más eficiente.

INDICADORES
Fase preanalítica:
Reducir el número de incidencias de muestras insuficientes respecto al total de incidencias. Indicador: Porcentaje de muestras insuficientes < 10%.
Muestras repetidas de un mismo paciente en el mismo día. Indicador: Porcentaje de peticiones repetidas de un mismo paciente en el mismo día < 0.5 %.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0779

1. TÍTULO

MANTENER LA ACREDITACION UNE-EN ISO 15189 PARA 2016-2017 MEDIANTE OBJETIVOS PROPUESTOS EN ELSISTEMA DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LOSNUEVOS AUTOANALIZADORES

Fase analítica:
Creación y valoración de reglas de decisión en los nuevos equipos. Indicador: Porcentaje de análisis con realización de plaquetas-citrato del total de análisis con trombocitopenia >80%.
Capacitación del personal asignado al área de hematimetría en el uso de los nuevos equipos. Indicador: % asistencia del personal a las actividades formativas>80%.
Fase postanalítica:
Disminuir el número de email no abiertos con comunicaciones de valores patológicos en consultas externas. Indicador: % email no abiertos <5%.
Tiempo de respuesta. Indicador: Fecha del informe analítico - fecha de petición < 24 horas.

DURACIÓN
Auditoría interna: Febrero/abril 2017.
Revisión por la dirección: Abril 2017.
Auditoría externa: Mayo/junio 2017.
Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría interna: Abril/diciembre 2017.
Seguimiento y cierre, si procede, de no conformidades abiertas en la auditoría externa: Junio/diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones del servicio: Tercer trimestre de 2016/ Primer trimestre 2017.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS SALVADOR OSUNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROBLES CLERENCIA GEMA MARIA
BELLOSO ROMERO SONIA
FERNANDEZ LACRUZ PILAR
MONEVA JORDAN JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º Todos los hospitales de Aragón, a excepción del hospital Obispo Polanco de Teruel han remitido muestras de líquido cefalorraquídeo para estudio inmunofenotípico para citometría. Se ha facilitado formación al personal del S. de Hematología encargado de las extracciones acerca de la técnica de extracción y condiciones de transporte. Los hospitales: Universitario Miguel Server de Zaragoza, Royo Villanova de Zaragoza, hospital de Barbastro y Hospital San Jorge de Huesca han enviado muestras de PAAF de adenopatías para estudio inmunofenotípico por citometría.

2 El personal técnico implicado en la recepción de muestras está formado acerca de las condiciones y tiempo de conservación de las muestras.

3º Se reponen los tubos con material estabilizante (TransFix) o medio de cultivo (RPMI) a través de la supervisión de enfermería de los Servicios de Hematología, Anatomía patológica, Unidad de broncoscopias del Servicio de Hematología del H. Miguel Servet. En los Hospitales San Jorge de Huesca y H. Royo Villanova se reponen tubos con estabilizador a petición de los facultativos y colaboradores de dichos centros. En el caso de los centros periféricos se envían los tubos con estabilizante a través del personal encargado del transporte de muestras intercentros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el periodo de vigencia del programa de Mejora de la calidad, la unidad de Citometría ha recibido:

166 muestras de PAAF. El 100 % de las mismas se recibió correctamente estabilizada. En 11 de las muestras no había celularidad viable.
200 muestras de líquido cefalorraquídeo. De estas, 199 estaban correctamente estabilizadas y se emitió un informe con un juicio clínico así como un recuento de la celularidad de la muestra y el desglose de poblaciones.
3º Se han podido procesar con éxito muestras de líquidos cefalorraquídeos extraídos fuera del horario de trabajo, uno de los objetivos prioritarios del programa (las extracciones de muestras deben efectuarse cuando la situación del paciente lo requiere, no de 8 a 15 de lunes a viernes).

EVALUACIÓN DE INDICADORES:
Facultativos formados: 100 % del personal de Anatomía patológica (hemopatólogos), Neumología / broncoscopias, Hematología HUMS, HRV, HSJ.
Formación de TEL encargados de la recepción de la muestra: 100 % del personal de la Unidad de Citometría.
Correcta cumplimentación de los volantes de solicitud: todos los volantes recibidos, estaban suficientemente cumplimentados (datos de identificación del paciente, facultativo peticionario, fecha de la petición y extracción, tipo de muestra enviado, sospecha clínica, tipo de estudio solicitado).
Correcta estabilización de la muestra:
Muestras de PAAF: 100 %.
Muestras de LCR: 99,5 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1º No se ha elaborado un documento de recogida de datos dada la complejidad en la elaboración del mismo así como la heterogeneidad de los Servicios implicados. Haría falta la elaboración de documentos diferenciados en función de los Servicios implicados y el tipo de muestra. Dado que el objetivo del SALUD es lograr “hospitales sin papel”, se valora la posibilidad de trabajar con el petirorio electrónico del programa de gestión de laboratorio Modulab Gold. En la actualidad, las peticiones de citometría de los hospitales Miguel Servet, H. Royo Villanova y H. San Jorge de Huesca, se generan electrónicamente y una vez la muestra es recibida por la Sección de recepción de muestras su personal activa la petición y esta es visible por la unidad de Citometría de flujo. El problema detectado con este método de trabajo es que no siempre se codifica correctamente el tipo de muestra enviado ni la sospecha diagnóstica. Algunos centros duplican y hasta triplican la petición para una misma muestra. Este problema, detectado en años previos sigue sin tener una solución. Por el momento, trabajamos con diferentes volantes de petición: P10, hoja de consulta, hoja de petición de estudio anatomopatológico. Todos ellos, por el momento, clarifican el tipo de petición de muestra así como el tipo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

estudio solicitado por el clínico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:
creemos que se ha logrado una mejora evidente sobre la realidad de años previos. Se ha logrado poder disponer de estudio inmunofenotípico en cualquier paciente de los centros mencionados independientemente del horario de trabajo, sin embargo queda margen de mejora: debe conseguirse la correcta estabilización del 100 % de las muestras (aunque los resultados logrados han sido casi excelentes en este sentido).
Debe trabajarse en un petitorio unificado y trabajar con el personal administrativo que crea las peticiones electrónicas para evitar duplicaciones y que se aporte información suficiente en cuanto a sospecha diagnóstica.
El proyecto es sostenible, dado que el reactivo estabilizante empleado está en concurso de reactivos y tiene códico SERPA.
Creemos que dado que existe margen de mejora el proyecto debe ser replicado y continuar en años venideros.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/859 ========== ***

Nº de registro: 0859

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

Autores:
SALVADOR OSUNA CARLOS, ROBLES CLERENCIA GEMA MARIA, BELLOSO ROMERO SONIA, FERNANDEZ LACRUZ PILAR, MONEVA JORDAN JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora y optimización de recursos

PROBLEMA
La citometría de flujo (CMF) es la técnica más sensible y específica para la detección de infiltración neuromeníngea por procesos oncohematológicos. Puede resultar de ayuda en los estudios de adenopatías por PAAF (punción aspiración con aguja fina) en casos en los que el patólogo sospeche una hemopatía.
En las muestras de PAAF de algunas patologías hematológicas (pej. Linfomas de alto grado de malignidad o con alto recambio celular) la pérdida celular puede ser muy rápida. El líquido cefalorraquídeo(LCR) tiene capacidad citolítica per se. Dado que la citometría precisa células viables para obtener resultados, el procesamiento de la muestra deba realizarse en 30 minutos desde la extracción(Biomédica 2010;30(Supl):11-21). Teniendo en cuenta que el transporte de la muestra puede precisar de un tiempo superior se detectó que un alto porcentaje de las muestras recibidas en la unidad de citometría no tenían celularidad viable en el momento del análisis, lo que obligaba a repetir la extracción. En muestras infiltradas por céulas tumorales que fácilmente puedan entrar en apoptosis, es posible, a pesar de un procesamiento inmediato, que la técnica sólo detecte la celularidad residual normal, resultando un análisis falsamente negativo. Por todo lo anteriormente dicho, la obtención de muestras de LCR y PAAF para citometría sólo podía realizarse de lunes a viernes, en horario de trabajo y ello con altas posibilidades de obtener resultados no representativos de la situación clínica real del paciente. Algunos studios (J Clin Oncol.2009;27:1462-1469. Curr Protoc Cytom. 2008; Chapter 6: Unit 6.25) demuestran que el empleo de soluciones estabilizantes previenen la pérdida celular debida a la apoptosis y a la citolisis en muestras para inmunofenotipaje por periodos superiores a las 48 horas, lo que permite ofertar un análisis fiable y de calidad independientemente del horario de extracción. Por todo ello, se constituyó un grupo de mejora de la calidad y se solicitó la inclusión del proyecto: "IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTÍPICOS" en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD. Este programa fue seleccionado en la convocatoria de 2013. En 2015 se amplió el proyecto para ofertarlo a todos los Servicios de Hematología y Neurología de la Comunidad Autónoma. Hasta la fecha los resultados obtenidos han sido muy favorables, por lo que se solicita el mantenimiento del grupo en el año 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0859

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE EXTRACCION, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO Y PAAF PARA ESTUDIOS INMUNOFENOTIPICOS

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo sigue siendo la optimización de recursos:
1º Eliminar el deterioro de muestras de LCR y PAAF debidas a la citolisis y/o apoptosis evitando la repetición de procedimientos invasivos. Extensión del proyecto a todos los hospitales de la Comunidad Autónoma.
2º La obtención de la muestra se efectúa en el momento que el paciente lo necesita, independientemente del horario.

MÉTODO
Revisión del protocolo en el que se detalle la técnica de obtención, estabilización, transporte y almacenamiento de las muestras de hasta su procesamiento.
Envío de cartas y realización de reuniones formativas si fuese necesario para la explicación y difusión del protocolo entre el personal técnico y facultativo implicado.

INDICADORES
Formación del personal facultativo:
(Facultativos formados/ Facultativos de los Servicios implicados)*100.
Envío de cartas con instrucciones de procedimiento de conservación y almacenaje de las muestras al personal técnico encargado de la recepción de la muestra: (Personas formadas/TEL adscritas al área de citometría)*100. A conseguir un mínimo del 80 %
Correcta cumplimentación del volante de solicitud: (Peticiones correctamente cumplimentadas / Nº total de peticiones recibidas)*100. A conseguir un 100 %. En caso de la recepción de un volante no correctamente cumplimentado se contactará con el responsable de la extracción de la muestra.
Correcta estabilización de la muestra: a lograr el 100 %

DURACIÓN
Revisión del protocolo: permanente.
Envío de cartas al personal técnico y facultativo: primera quincena tras la aceptación del proyecto.
Formación del personal adscrito: primer mes tras la aceptación del proyecto.
Valoración de resultados: al año de aceptado el proyecto 2016.
Duración del proyecto: indefinida. Se solicitará renovación del proyecto en 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1002

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... INGRID PARRA SALINAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE RUEDA CILLER BEATRIZ
COSTILLA BARRIGA LISSETTE
AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR
DELGADO BELTRAN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Formación de un mes por parte de la responsable del grupo de mejora en la Unidad de Trasplante hematopoyético del Hospital Clinico de Barcelona.
2.Se han desarrollado una plantilla con el servicio de archivos para la realización de una informe de valoración pretrasplante del paciente antes del ingreso.
3.Se han creado plantillas de seguimiento postrasplante en las cuales se incluirán datos clinicos importantes, que ayudarán a tomar decisiones terapeuticas o de monitorización.
4.Se han re-distribuido las tareas inicialmente asignadas, dado que 3 miembros del grupo ya no trabajan en este centro.
5.Se han realizado dos reuniones del grupo de mejora para comentar los avances en las tareas asignadas.
6.Se han programado varias charlas en el servicio por parte del grupo de mejora para para difundir los objetivos y resultados del programa para poder contar con la colaboración de más personal.
7.La data manager de nuestro servicio ha recibido formación para el uso de la plataforma del registro de trasplantes EBMT (European Bone Marrorw Trasplantation)
8.Se ha obtenido un ejemplar de la guia del GETH (Grupo Español de Trasplante Hematopoyético), para pacientes afectos de EICH crónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Se ha creado un consentimiento informado para los pacientes y en relación con el registro de datos relacionados con el trasplante.
2. Se ha iniciado el registro de los trasplantes realizados en nuestro centro, en el registro EBMT.
3. Se han realizado informes de valoración pre-trasplante en todos los pacientes que han ingresado para trasplante alogénico.
4. Se ha distribuido la guia del GETH a todos los pacientes con EICH crónico.
5. Se han cumplimentado las plantillas de seguimiento postrasplante en todos los pacientes con trasplante alogénico y que reciben tratamiento activo en nuestro centro.
6.Se han actualizado los protocolos de valoración de donante y receptor del trasplante hematopoyético.
7. Se ha creado un email destinado al manejo de la información relacionada con los pacientes trasplantados.
8. Se ha creado un grupo de trabajo con el servicio de Digestivo con el fin de intentar agilizar la realización de pruebas endoscópicas en pacientes trasplantados.
9. Se ha creado un grupo de trabajo con el servicio de Anatomia-Patológica con el fin de poder agilizar los resultados de estos pacientes.
10. Esta pendiente una reunión con el jefe de servicio de Neumología para la creación de un grupo de trabajo con este servicio.
11. Esta pendiente una reunión con el jefe de servicio de Radiología para la creación de un grupo de trabajo con este servicio.
12. Se ha creado el protocolo de Diagnostico y tratamiento de la Enfermedad de injerto contra receptor en pacientes con trasplante hematopoyético y se ha enviado a la Unidad de calidad para su valoración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Está pendiente la actualización del protocolo de seguimiento postrasplante hematopoyético.
Se encuentran en elaboración los protolocos de Prevención y Tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped aguda y Prevención y tratamiento de complicaciones a largo plazo.
La creación de los grupos de trabajo con los servicios de Digestivo y Anatomía-Patológica han sido fundamentales para la atención de los pacientes.
Insistiremos en la creación de los demás grupos de trabajo en los próximos meses.
No hemos alcanzado todos los objetivos iniciales, pero hemos desarrollado más actividades a las propuestas que tienen igual o mayor importancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1002

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1002

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

========== ***

Nº de registro: 1002

Título
MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
PARRA SALINAS INGRID, DE RUEDA CILLER BEATRIZ, CABALLERO NAVARRO GONZALO, MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, COSTILLA BARRIGA LISSETTE, DELGADO BELTRAN MARIA PILAR, RUBIO ESCUIN REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es un procedimiento complejo, que conlleva en la mayoría de los pacientes complicaciones variadas y frecuentes, que en su mayoría precisan un diagnóstico precoz y un tratamiento multidisciplinar. En el proyecto de mejora de 2015 (optimización de la valoración previa y posterior al trasplante de progenitores hematopoyéticos) logramos mejorar el proceso de evaluación de los pacientes candidatos a TPH y homogeneizar el proceso de selección. De igual manera se logró un consenso sobre el seguimiento y estudios que deben hacerse en el periodo postrasplante. No obstante, queda pendiente avanzar en otros aspectos de gran importancia, tales como la elaboración de protocolos de manejo de las principales complicaciones, la creación de equipos multidisciplinares que no solo valoren al paciente con celeridad en el periodo pretrasplante (proyecto de mejora del año 2015) sino que lo hagan también en el momento de desarrollar complicaciones relacionadas con el mismo. Y la creación de un email institucional dedicado únicamente al manejo de la información relacionada con este tipo de pacientes que permita una comunicación directa y más rápida con el resto de centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
• Creación de un grupo multidisciplinar para el manejo de las complicaciones más frecuentes (metabólicas, digestivas, oftalmológicas, cutáneas, respiratorias, urológicas, ginecológicas y reumatológicas) de los pacientes trasplantados.
• Elaboración de protocolos de prevención, diagnóstico y manejo de Enfermedad de Injerto contra Huésped agudo y crónico (EICH) y de otras complicaciones específicas del trasplante.
• Centralización de toda la información relacionada con los pacientes trasplantados mediante la creación de un email institucional con el fin de no perder ni duplicar información y que facilite la comunicación con otros centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

MÉTODO
Metodología: Se asignarán tareas específicas a cada miembro del grupo de mejora con el fin de asegurar la consecución de los objetivos.

• Reuniones con las distintas especialidades con el fin de concertar el tipo de controles que precisan estos pacientes en sus consultas, intentar asegurar que reciban atención a tiempo y, consensuar pruebas diagnósticas y manejo terapéutico.

• Creación de protocolos de manejo clínico de las complicaciones más prevalentes en este tipo de pacientes.

• Reunión con el equipo de informática de nuestro centro para crear el email institucional dedicado únicamente al manejo de la información relacionada con los pacientes trasplantados.

Actividades:

• Creación de varios grupos multidisciplinares conformados por uno o dos hematólogos y uno o dos especialistas de otros servicios (Endocrinología, Digestivo, Oftalmología, Dermatología, Neumología, Urología, Ginecología y Reumatología).
• Creación de email institucional y difusión de su existencia a los demás centros hospitalarios donde sean atendidos estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1002

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE UNA OPTIMA VALORACION DURANTE Y POSTERIOR AL TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- Elaboración de protocolos:
  - Prevención de la Enfermedad de Injerto contra Huésped.
  - Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped aguda.
  - Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Injerto contra Huésped crónica.
  - Prevención y tratamiento de complicaciones a largo plazo.

INDICADORES
1. Porcentaje de protocolos elaborados / protocolos planeados: Objetivo 80%.
2. Creación de al menos tres grupos multidisciplinares de atención al paciente trasplantado de médula ósea: Objetivo: Constituidos.
3. Creación del email institucional dedicado a temas del trasplante. Objetivo: establecimiento.
4. Tiempo de espera para la valoración de pacientes trasplantados por dichos servicios*: Objetivo: dentro de los plazos acordados previamente con dichos servicios*.
5. Porcentaje de seguimiento de los protocolos de manejo de EICH y complicaciones tardías**: Objetivo 80%.

*La medición de este indicador se hará durante un mes al año, una vez constituido el grupo multidisciplinar.
** La medición de este indicador se hará durante una semana aleatoria dos veces al año, una vez elaborados y difundidos los protocolos, incluyendo todos los pacientes ingresados para trasplante y/o valorados en consulta tras el mismo durante la semana elegida.

DURACIÓN
Enero a Diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL PILAR DELGADO BELTRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO MARTINEZ ARACELI
CABALLERO NAVARRO GONZALO
GODOY MOLIAS ANA
RECASENS FLORES VALLE
MONTAÑES GARCIA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se obtuvo información de los motivos de derivación desde Atención Primaria a nuestras consultas externas, y, seleccionando aquellos que por su frecuencia y escasa complejidad tendrían mayor impacto en la gestión de la demanda. Los motivos de derivación más frecuentes son hiperferritinemia, linfocitosis, diferentes citopenias (especialmente anemia y trombocitopenia) y sospecha de gammapatía monoclonal.
2. Se partía de un grupo de trabajo multidisciplinar constituido previamente a la instauración de la interconsulta online, que incluía profesionales del Servicio de Hematología y Atención Primaria con el conocimiento de la Dirección de AP y del Hospital Universitario Miguel Servet, en el cual se había trabajado en los borradores de varios protocolos para gestionar la demanda de consultas externas de Hematología, utilizando correo ordinario.
3. Se seleccionaron, por su prevalencia y características de la patología, seis patologías para la elaboración de protocolos: hiperferritinemia, linfocitosis, poliglobulia, leucocitosis, trombocitopenia y ferropenia.
4. Se realiza una reunión semanal de los facultativos responsables de las consultas externas de Hematología (lunes, 8,15-8,45h) en la que se realizan, consensuan y evalúan dichos protocolos
5. Se han finalizado los protocolos de tres patologías, hiperferritinemia, linfocitosis y gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI).
6. Se han consensuado con AP dos de estos protocolos, hiperferritinemia y linfocitosis, estando pendientes de consensuar el protocolo de manejo de GMSI, que reviste mayor complejidad.
7. Los protocolos ya consensuados se han implementado a la plataforma de consulta online.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Realización y puesta en práctica de protocolos consensuados entre AP y AE.
a. Hiperferritinemia
b. Linfocitosis
2. Protocolos finalizados pendiente de consenso con AP
a. Gammapatía monoclonal de significado incierto
3. Protocolos en fase de elaboración:
a. Poliglobulia
b. Leucocitosis
c. Trombocitopenia
d. Ferropenia
El sistema informático no permite la extracción de datos para evaluar de forma directa el impacto de dichas actuaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Se tiene constancia de que el grado de satisfacción de los facultativos de AP es elevado. No se han recibido quejas por parte de estos, ni de los pacientes.
2. Dada la presión asistencial en el área de consultas externas de Hematología, requiere mucho esfuerzo por parte de los facultativos, a pesar de ser conscientes de que estas acciones redundan en una mejor gestión de la demanda.
3. La complejidad de los circuitos analíticos complica en ocasiones la implementación de este tipo de protocolos, dado que desde AP no se permite solicitar determinadas exploraciones (en este caso, pruebas analíticas)
4. Sería muy útil consensuar con AP un circuito en el que se proporcionar desde el Servicio de Hematología se les proporcionara la solicitud analítica pertinente (pej, frotis de sangre periférica, proteinograma e IFE, electroforesis de hemoglobinas, estudio del metabolismo férrico completo….), y una vez realizada, se realizara mediante consulta virtual la valoración por parte de Hematología, con las recomendaciones pertinentes. Esto permitiría trasladar a Atención Primaria el seguimiento y control de numerosos pacientes con diagnósticos que únicamente requieren un seguimiento analítico (p. ej. GMSI, leucemia linfoide crónica estable, linfocitosis clonales estables, hemopatías en remisión completa estable…)

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1295 ========== ***

Nº de registro: 1295

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ON LINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

Autores:
DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR, RUBIO MARTINEZ ARACELI, CABALLERO NAVARRO GONZALO, GODOY MOLIAS ANA, RECASENS FLORES VALLE, MONTAÑES GARCIA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio aragonés de salud ha puesto en marcha recientemente una via de derivación de los pacientes desde Atención Primaria a Atención especializada con el objetivo de aumentar la eficacia y calidad de la asistencia, a través de una interconsulta online. Con objeto de disminuir la variabilidad en las respuestas a los facultativos de Atención Primaria, se propone la elaboración de protocolos de patologías relevantes: hiperferritinemia, linfocitosis, leucocitosis, poliglobulia, trombocitopenia, ferropenia.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de hiperferritinemia
2. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de linfocitosis
3. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de leucocitosis
4. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de poliglobulia
5 Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo de trombocitopenia
6. Aportar a los facultativos de Atención Primaria información uniforme desde nuestro Servicio sobre el manejo ferropenia.

MÉTODO
Constitución de un grupo de trabajo interdisciplinar con Atención Primaria.
Elaboración los correspondientes documentos para el manejo de dichos pacientes, que incluya información precisa sobre indicaciones de canalización a consultas de Hematología, exploraciones complementarias a realizar en Atención Primaria, y pautas de seguimiento recomendado en Atención Primaria.
Implantar dichos protocolos en la plataforma de interconsulta online.

INDICADORES
Realización de protocolos consensuados entre AP y Hematología. : elaborar y poner en práctica al menos 2 protocolos anuales.

DURACIÓN
De junio de 2018 a diciembre de 2018.
Elaboración del documento sobre hiperferritinemia consensuado: julio/agosto 2018. Responsable: Dra Delgado
Elaboración del documento sobre linfocitosis consensuado: julio/agosto 2018. REsponsable Dr. Caballero
Elaboración del protocolo sobre poliglobulia: septiembre/octubre 2018. Responsable: Dra. Recasens
Elaboración del protocolo sobre leucocitosis: septiembre/octubre 2018. Responsable Dra. Rubio
Elaboración del protocolo sobre trombocitopenia. septiembre/octubre 2018 Responsable: Dra. Godoy
Elaboración del protocolo sobre ferropenia. septiembre/octubre 2018. Responsable: Dra. Montañes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1295

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CONSULTA ONLINE DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL H. MIGUEL SERVET: DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD MEDIANTE EL DESARROLLO DE PROTOCOLOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CALVO VILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR
MARTIN-CONSUEGRA RAMOS SOFIA
GOMEZ MARTINEZ ANA
HERNANDEZ MATA CARLOS
ZORZANO VALERO ANUNCIATA
PIÑERO PIMPINELA ELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades del proyecto de mejora de la accesibilidad de los pacientes al control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en el sector Zaragoza II, fueron planteadas con la idea de establecer un modelo mixto de gestión de la anticoagulación. En el modelo descrito el seguimiento de los pacientes anticoagulados más complejos se realiza en el servicio de Hematología hospitalario, mientras que los profesionales de AP controlan a los pacientes con TAO estables (aproximadamente el 70-80%).

El objetivo de este modelo de seguimiento del TAO es proporcionar una mayor accesibilidad, adherencia al tratamiento y aceptación del paciente mediante un sistema de gestión del TAO mixto entre el servicio de Hematología y Atención Primaria (AP).
Para cumplir los objetivos del proyecto realizamos las siguientes actividades:
1. Se constituyó el grupo de trabajo multidisciplinar del TAO entre el servicio de Hematología (AE) del HUMS y AP del sector sanitario Zaragoza II en el que se incluyeron profesionales del servicio de Hematología y de los diferentes equipos de Atención Primaria con el conocimiento de la Dirección de AP y de la Gerencia del Hospital Universitario Miguel Servet.
2. Se ha promovido la formación del personal sanitario mediante cursos y sesiones interactivas entre el servicio de Hematología y los diferentes equipos de AP (EAP), así como la propuesta de protocolos asistenciales para el manejo de situaciones clínicas relacionadas con la anticoagulación como por ejemplo “el manejo perioperatorio del paciente anticoagulado”.
Asimismo el servicio de Hematología ha impartido el curso organizado por el sector sanitario Zaragoza II “Anticoagulación oral. Manejo del tratamiento anticoagulante oral para médicos de atención primaria" en Mayo del 2018.
También los facultativos de la Unidad de Hemostasia y Trombosis han participado en la actividad formativa “Optimización de la anticoagulación oral en atención primaria” coordinada por la Dra. García Roy e incluida en la oferta de Formación Continuada del Servicio Aragonés de Salud”.
La sección de Hemostasia ha validado la “Guía de manejo rápido de AVK en AP”. Elaborada por la Dra. García-Roy.
3. Para fomentar la descentralización en favor de una atención integral y manejo coordinado del paciente anticoagulado se han implantado las siguientes medidas:
Se ha establecido por parte del servicio de Hematología de la figura del “consultor en anticoagulación oral” asumido por los facultativos de la sección de Hemostasia al que los profesionales de AP acceden o bien por interconsulta virtual al servicio de Hematología o por llamada telefónica directa desde los profesionales de AP al servicio de Hematología para la consulta de situaciones complejas o cualquier tema relacionado con la asistencia o la gestión de la anticoagulación oral.
Se ha promovido la extracción del INR digital mediante coagulómetros portátiles para el control del TAO, reservando la extracción venosa de la muestra para la determinación del INR para casos “especiales” o situaciones donde la extracción digital de la muestra para TAO no está indicada.
Se han realizado varias reuniones de seguimiento de la descentralización entre la Dirección de AP y el servicio de Hematología valorando el ritmo de la descentralización y las posibles ineficiencias del protocolo con el objetivo de implementar medidas correctoras adicionales a este plan de mejora.
El servicio de Hematología ha mantenido reuniones para valorar el desarrollo del proceso de descentralización con los profesionales de los EAP de los Centros de Salud de Parque Norte, San José Norte/Centro y Canal Imperial entre otros.
4. Se ha desarrollado el protocolo de recuperación de pacientes con INR estable en seguimiento por el servicio de Hematología por Atención Primaria propuesto por Atención Primaria que permite la derivación de los pacientes con TRT estable tras el control inicial en el servicio de Hematología. Este protocolo también permite la derivación del paciente a AE a criterio por el facultativo de AP que atiende al paciente.
Se han elaborado diferentes protocolos de manejo de situaciones clínicas relacionados con la anticoagulación oral en AP que se detallarán en el apartado de resultados junto con el estado de su proceso de aprobación.
5. Se ha establecido un programa de autotratamiento de los fármacos aVKs en el Hospital Universitario Miguel Servet en el que participan activamente personal de enfermería y facultativos de la sección de Hemostasia del servicio de Hematología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este apartado procederemos a analizar los resultados según la evaluación de los indicadores reseñados en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

el proyecto:
1. Realización de protocolos consensuados entre AP y AE.
a. Protocolo de manejo odontológico de pacientes anticoagulados. Elaborado y vigente en la actualidad en el sector II.
b. Protocolo de recuperación de pacientes con INR estable en seguimiento por el servicio de Hematología por Atención Primaria. Elaborado y vigente en la actualidad en el sector II.
c. Protocolo de manejo perioperatorio del paciente anticoagulado. Elaborado y pendiente de revisión para su implantación.
d. Protocolo de manejo de ACODs. Elaborado y pendiente de revisión para su implantación.
2. Número de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en TAO derivados a Atención Primaria desde el Hospital.
En este apartado nuestro gestor informático de anticoagulación no nos permite valorar este parámetro por lo que hemos optado por incluir para el análisis los pacientes que durante el periodo no se han controlado en el servicio de Hematología y que asumimos que pasan a control descentralizado en AP.
Desde que comenzamos el proceso de descentralización se han remitido a AP para control 1832 pacientes con FA en control estable distribuidos en 1049 pacientes en 2017 y 815 en 2018.
3. Descentralización de la extracción y seguimiento en AP. Número de visitas TAO en pacientes con extracción y seguimiento en AP (pero la pauta de dosificación la realiza el hematólogo). El número de visitas de estos pacientes descendieron desde 35.692 visitas en 2017 a 28.172 visitas en 2018.
4. Extracción de la muestra para control del TAO mediante punción digital. Este indicador es superior al 95% en la actualidad, siendo la extracción venosa para control del TAO residual para pacientes con necesidades “especiales” por cualquier motivo.
5. Programa de autocontrol de TAO en la Unidad de Hemostasia del HUMS. Está vigente un programa de autocontrol de TAO que incluye formación para los pacientes, control del TAO y seguimiento. Desde Enero de 2018 han recibido formación en el programa de autocontrol de TAO más de 60 pacientes en control ambulatorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. A pesar de las dificultades en la obtención de datos se ha reducido el número de pacientes anticoagulados en control por parte del servicio de Hematología del Hospital. Esta reducción será progresivamente menor al haber ya descentralizado la mayor parte de los pacientes con FA y control estable de INR.
2. Se han reducido sensiblemente (aproximadamente un 20%) las visitas de los pacientes a control hospitalario de TAO lo que es sugerente de un mejor control del TAO de estos pacientes con la instauración del proceso de descentralización.
3. A pesar de haber implantado protocolos asistenciales conjuntos AE y AP el proceso de aprobación del protocolo de “manejo perioperatorio del paciente anticoagulado” ha retrasado su implantación. Esperamos que una mejor comunicación entre los diferentes niveles asistenciales permita la agilización de la puesta en práctica de los futuros protocolos, algoritmos y vías clínicas que se elaboren.
4. Aunque se ha constituido grupo de trabajo multidisciplinar del TAO entre el servicio de Hematología (AE) del HUMS y AP del sector sanitario Zaragoza II su actividad debe ser implementada intentando reorganizarlo y dotarlo de herramientas que le permitan mejorar su funcionalidad.
5. En este sentido creemos que la aprobación del Grupo Multidisciplinar de Trombosis y Anticoagulación Hospitalaria pueda ser fundamental en lo que se refiere a estos temas incluyendo su implicación en AP.
6. La extracción de la muestra para control del TAO es capilar en todos los pacientes con excepciones asumibles por lo que se puede concluir que este objetivo está plenamente cumplido.
7. El programa de autocontrol implantado desde el año 2008 por el servicio de Hematología ha resultado eficiente asumiendo la lista de espera existente y estando en la actualidad disponibles para realizar las sesiones de formación necesarias para que el tiempo de espera no supere el mes desde su ingreso en la lista de pacientes candidatos a autotratamiento TAO.

7. OBSERVACIONES.
Ninguna

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1378 ========== ***

Nº de registro: 1378

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
CALVO VILLAS JOSE MANUEL, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, DELGADO BELTRAN MARIA DEL PILAR, MARTIN-CONSUEGRA RAMOS SOFIA, GOMEZ MARTINEZ ANA, HERNANDEZ MATA CARLOS, ZORZANO VALERO ANUNCIATA, PIÑERO PIMPINELA ELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes en tratamiento anticoagulante con fármacos antivitaminas K (AVK) incluidos en el sector sanitario Zaragoza II.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Hasta hace unos años el seguimiento de pacientes en TAO se realizaba exclusivamente en los hospitales, sin embargo, el cambio en el contexto sociosanitario, junto con el aumento de indicaciones de la anticoagulación, la capacitación y desarrollo de la atención primaria (AP), los avances tecnológicos (coagulómetros portátiles, entre otros) y la necesidad de mejorar la accesibilidad, justifica el progresivo descentralización del control y seguimiento del TAO en pacientes estables desde los servicios hospitalarios a AP.
La tendencia actual se dirige a un modelo mixto donde el seguimiento de los pacientes anticoagulados más complejos lo realicen los servicios de hematología hospitalarios, mientras que los profesionales de AP realizan el control de los pacientes en TAO estables (aproximadamente el 70-80%). El mejor modelo de seguimiento del TAO es el que proporcione mayor accesibilidad, adherencia al tratamiento y aceptación del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Descentralizar el control y seguimiento de los pacientesen TAO y facilitar el acceso a sus controles periódicos.
2. Facilitar la continuidad asistencial del TAO por los profesionales de AP.
3. Consensuar el proceso de control analítico y clínico entre AP y Atención Especializada (AE).

MÉTODO
1. Constituir el grupo de trabajo multidisciplinar del TAO entre el servicio de Hematología (AE) del HUMS y AP del sector sanitario Zaragoza II..
2. Implantar el circuito de descentralización del control del TAO y establecer tareas y responsabilidades a cada miembro del grupo.
3. Evaluación de los resultados.

INDICADORES
1. Realización de protocolos consensuados entre AP y AE, bajo la coordinación del Servicio de Hematología, con el objetivo de establecer pautas normalizadas de manejo de la anticoagulación en procesos diagnósticos/terapéuticos (cirugía menor, salud bucodental, endoscopia,….).
Indicador: Elaborar y poner en práctica al menos dos PROTOCOLOS anuales.
2. Número de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular en TAO derivados a Atención Primaria desde el Hospital. Número de pacientes por año derivados desde el servicio de Hematología a los centros de Salud para control del TAO.
Indicador: Porcentaje de visitas de control del TAO realizadas en el servicio de Hematología en pacientes con diagnóstico de ACxFAc y tiempo en rango terapéutico (TRT) estabilizado (>60%) (número de visitas con indicación de descentralización a AP en pacientes con ACxFAc y TRT >60% / Número de visitas totales en pacientes con ACxFAc y TRT >60% en control por el servicio de Hematología). Reducción del 5% anual.
Indicador: Porcentaje de visitas de TAO en el servicio de Hematología en pacientes con el diagnóstico de ACxFAc con TRT estabilizado (>60%) remitido por el servicio de Hematología a AP para el control del TAO (Número de visitas con indicación de descentralización a AP en pacientes con ACxFAc Y TRT >60% / Número de visitas totales en pacientes con ACxFAc y TRT >60% en control de TAO por el servicio de Hematología). Superior al 80%.
3. Descentralización de la extracción y seguimiento en AP. Número de visitas TAO en pacientes con extracción y seguimiento en AP (pero la pauta de dosificación la realiza el hematólogo).
Indicador: Reducción anual del número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT estabilizado (>60%) (número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT estabilizado del año 2018 / número de visitas de control del TAO por el servicio de Hematología en pacientes con patologías susceptibles a descentralización y TRT del año 2017). Superior a un 5%.
4. Extracción de la muestra para control del TAO mediante punción digital.
Indicador: Porcentaje de visitas en TAO con extracción de la muestra mediante punción digital (Numero de visitas en punción digital/ Numero de visitas total): > 90% de extracciones por punción digital.
5. Programa de autocontrol de TAO en la Unidad de Hemostasia del HUMS.
Indicador: Existencia de un programa de autocontrol de TAO que incluya formación para los pacientes, control del TAO y seguimiento.

DURACIÓN
1. Consolidación del grupo de trabajo TAO (Responsable: Dirección Asistencial AP y AE). Junio-Julio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1378

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES AL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN EL SECTOR ZARAGOZA II

2. Distribución de tareas y responsables de trabajo. Junio-Julio 2018
3. Elaboración NUEVOS PROTOCOLOS relacionados con el TAO. Grupo AP/servicio de Hematología. 2º Semestre 2018
4. Difusión a equipos de AP y especialidades de AE implicadas. 2º Semestre 2018.
5. Seguimiento de indicadores. Junio /Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0060

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PEREZ SALILLAS
· Profesión ..... VETERINARIO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HOSTELERIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA CEAMANOS MIGUEL
SEGURA AZNAR MARIA JESUS
MONCLUS ARRIETA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Gestión de equipos: identificar todos los equipos. 2017
Gestión de equipos: se han calibrado/verificado todos los equipos que lo requerían.Diciembre 2017
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Diciembre 2017
Auditoria interna 15/03/2017
Revisión por la Dirección 4/04/2017
Auditoria Externa Abril 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Cualificar al personal en materia de higiene alimentaria (Estándar 85%). Resultados: 1ºsemestre:88,29%; 2º semestre: 88,83%
-Mejorar los resultados microbiológicos en comidas no sometidas a tratamiento térmico (AMT y Enterobacterias).(Estándar 80%). Resultados. 2ºtrimestre 66,27%AMT y Enterobacterias; 3ºtrimestre 84,21% AMT y 52,63% Enterobacterias.
-Estandarizar el proceso de porcionado (Estándar 80%). Resultados 1ºsemestre 93,55%, 2ºsemestre 85,71%.
-Limpieza y desinfección.Resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en superficies tras realización de L+D (Estándar 90%). Resultados. 1ºsemestre 85,96%, 2ºsemestre 89,26%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que mejorar en el sistema de trazabilidad empleado.
Hay que hacer extensiva la formación a la mayoria de los trabajadores de cocina
Hay que mejorar en la comunicación de los objetivos y los resultados del seguimiento de los objetivos al personal de cocina. Se hace a través del grupo de mejora.
Hay que seguir mejorando en resultados microbiológicos de comidas con algún ingrediente no sometido a tratamiento térmico. Para ello se supervisarán los ingredientes/materias primas que componen dichos platos.
Hay que seguir mejorando en L+D de equipos y superficies supervisando el procedimiento aplicado.

7. OBSERVACIONES.
Aunque la mayor parte de la plantilla esta formada en materia de higiene alimentaria, habría que formarla también en materia de gestión de alérgenos (aproximadamente la mitad del personal esta formada en esta materia). Capacitación/Cualificación de todo el personal que trabaja en cocina.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/60 ========== ***

Nº de registro: 0060

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL SERVICIO DE HOSTELERIA-COCINA Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

Autores:
PEREZ SALILLAS MARIA, VERA CEAMANOS MIGUEL, SEGURA AZNAR MARIA JESUS, MONCLUS ARRIETA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0060

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Hosteleria-Cocina del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2014.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Hosteleria- Cocina para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es mantener la certificación ISO 9001 y emprender las recomendaciones de mejora y decisiones contempladas en la revisión por la dirección del sistema 2016

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener la certificación ISO 9001. Mayor rentabilidad, mejor productividad, motivación y compromiso por parte del personal.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoria, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Formación extensiva a la mayoría de los trabajadores de cocina. MVC, MPS.

Comunicación de los objetivos y los resultados del seguimiento de los objetivos al personal de cocina. MVC
Mejorar el sistema de trazabilidad: Incorporar etiquetas con código y pistolas de lectura para facilitar el proceso de trazabilidad de los alimentos, reduciendo la posibilidad de errores y facilitando la rapidez del proceso. MVC
Gestión de equipos: identificar todos los equipos (todavía queda algún equipo sin identificar). MJSA

INDICADORES
Cualificar al personal de cocina en materia de higiene alimentaria. 85% de personal que ha recibido formación en materia de higiene alimentaria en periodo inferior a 4 años. Periodicidad semestral

Mejorar los resultados microbiológicos en comidas no sometidas a tratamiento térmico. 80% de resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en comidas no sometidas a tratamiento térmico. Periodicidad trimestral.

Estandarizar el proceso de porcionado. 80% de piezas que cumplen el gramaje estipulado (+/- 15%) por la receta del total de piezas preparadas. Periodicidad semestral

Limpieza y desinfección. 90% de resultados por debajo de los límites establecidos (aerobios y enterobacterias) en superficies tras realización de L+D. Periodicidad semestral

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Mayo-Septiembre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Junio 2016
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0060

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001 Y EMPRENDER LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA Y DECISIONES CONTEMPLADAS EN LA REVISION POR LA DIRECCION DEL SISTEMA 2016

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0002

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LOPEZ MERCADER
· Profesión ..... INGENIERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERON ARBELOA CARLOS
GIMENEZ GIL RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se he desarrollado un complejo software que se conecta al sistema de laboratorio y solicita para una paciente dado los valores de analíticas que necesita, siempre que los resultados esten validados.
Los resultados se integran en el programa de nutricion evitando trabajo a los facultativos y minimizando los errores de transcripción (antes lo realizaban a mano).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han obtenido las ventajas asociadas al uso de programas informáticos, descritas en la literatura, como son el ahorro de tiempo, la disminución de errores debidos al cálculo de requerimientos, volúmenes, velocidades de infusión, transcripción de órdenes, etc.
Se ha conseguido validar la aplicación para su utilización en la clínica, demostrando que:
el calculo de requerimientos calóricos se ajusta a las recomendaciones más habituales de la literatura y constituye alrededor del 90% de la medición calorimétrica en pacientes críticos.
el cálculo y la recomendación de nitrógeno a aportar son adecuados, discretamente positiva en grados de estrés bajos, equilibrada en grados medios y negativa en altos
el cálculo de los requerimientos calóricos y de nitrógeno es muy cercano a las recomendaciones de expertos en soporte nutricional
la recomendación nutricional final en forma de productos comerciales, se acerca al cálculo de los requerimientos y

los resultados nutricionales obtenidos con el uso de la aplicación informática en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, son adecuados, demostrando además que un mayor aporte de nitrógeno no consigue mejorarlos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido diseñar un programa de uso sencillo, mediante el cual se ha realizado la nutrición de todos los pacientes que la precisaban, siendo utilizada por la practica totalidad de los médicos que han trabajado en nuestra Unidad de Medicina Intensiva, durante el periodo de estudio.
Mediante el uso del programa se ha conseguido individualizar de una forma protocolizada y dinámica, las recomendaciones nutricionales, en dependencia fundamentalmente, del grado de estrés del paciente.
La aplicación sigue las recomendaciones de la literatura en cuanto al proceso necesario para establecer una terapéutica nutricional: valoración y diagnóstico del estado nutricional, cálculo de los requerimientos calóricos y nitrogenados, elección de la vía de administración, elección del producto enteral o mezcla a administrar en parenteral, calculo de la velocidad de administración del producto enteral o de la infusión parenteral y escribir claramente las instrucciones a enfermería en cuanto a la forma de administración y progresión de las mezclas o productos, los controles a realizar y las medidas a tomar en caso de complicaciones

7. OBSERVACIONES.
El equipo de nutrición de la UCI ha quedado muy contento con la mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/2 ========== ***

Nº de registro: 0002

Título
INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Autores:
LOPEZ MERCADER ANTONIO, SERON ARBELOA CARLOS, GIMENEZ GIL RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0002

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente se introducen a mano los datos de las analíticas en el programa de nutrición artificial. Tarea laboriosa que requiere tiempo y es propensa a errores. Esos datos son usados posteriormente para formulas, indicadores y recomendaciones por lo que es muy importante que sean correctos.

RESULTADOS ESPERADOS
Se trata de modificar el programa para que puede leer de la base de datos de laboratorio los datos de las últimas análiticas y poder incoporarlas con un solo ckick de ratón.

MÉTODO
Hay que desarrollar software para poder leer de laboratorio e integrarlo en el programa de nutrición.

INDICADORES
1 - Número de pacientes tratados.
2 - Número de analíticas capturadas e incorporadas.

Se leeran todos de la base de datos y se les hará un seguimiento.

DURACIÓN
Se prevé una duración de dos meses, desde inicio de Septiembre hasta fin de Octubre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1457

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN EL SERVICIO DE MICRO BIOLOGIA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SANDRA DUEÑAS JOLLARD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERREN MARCO NOELIA
FUERTES GARCES PAULA
EZPELETA ASCASO IGNACIO
CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE
IGUACEL ACIN MARIA TERESA
LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de reconocimientos médicos de marzo a mayo 2017 mediante exploración física haciendo inca pie en el protocolo de exploración osteomuscular por riesgos osteomusculares y aparato respiratorio, neurológico, ocular y dermatológico por riesgos químicos.
Control tensión arterial, ECG, Espirometrías, audiometrías y analíticas.
Vacunaciones y pruebas de mantoux (TBC)
Derivación a especialistas en caso de patología si precisa así como radiologías y resonancia magníticas.
Formación uso de EPIs y actuación ante un accidente laboral

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Participación de más de 90 % de la plantillas.

Hallazgos patológicos: IMC 12 % padece obesidad,2 alteraciones ECG, 2 hipoacusias, 3 alteraciones en las espirometrías (leves obtrucciones respiratotias), 23 alteraciones dermatológicas, 13 alteraciones analíticas, 69 % presenta patología osteomuscular, 15 % ocular y 8% faríngea.

Personal no imnunizado que requiere vacunación: 2 hepatitis B, 1 Difteria -tétanos, 1 triple vírica y 19 vacunas Meningococo (bexsero)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
conclusión:

25 reconcimientos eran iniciales frente a 46 periódicos
69 eran APTOS y 1 apto con limitación y otro pendiente de estudio.

Recomendaciones:
Seguimiento de las patologías detectadas.
Completar la vacunación iniciada del Meningococo
Adoptar las medidas ergonómicas propuestas y medios para mejorar con el apoyo de una evaluación de riesgos del técnico de prevención.
Seguir realizando reconocimientos tanto periódicos como iniciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1457 ========== ***

Nº de registro: 1457

Título
VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN SERVICIO DE MICROBIOLOGIA

Autores:
DUEÑAS JOLLARD SANDRA, TERREN MARCO NOELIA, FUERTES GARCES PAULA, EZPELETA ASCASO IGNACIO, CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE, IGUACEL ACIN TERESA, LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN, GIL NAVARRO SABRINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1457

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LA SALUD COLECTIVA EN EL SERVICIO DE MICRO BIOLOGIA

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología: osteomuscular
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Cumplir con el art 22 de la LPRL realizando los controles de salud de los trabajadores en el Servicio de Microbiología al detectarse la inexistencia de realización de una vigilancia de la salud periódica.
La vigilancia de la salud nos va a permitir detectar los problemas de salud tanto a nivel colectivo como individual y planificar acciones preventivas estableciendo prioridades de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana de estudio es todo el servicio de microbiología en las diferentes categorías profesionales que se componen: Jefe de servicio, Jefe se sección, FEA microbiología, FEA farmacéutico, Farmacéutico interno residente, MIR, investigador, becaria, supervisora de enfermería, enfermeas, TSDL,TCAE y auxiliares administrativos.
El objetivo es actuar en los 3 niveles de prevención con el fin de analizar el estado de salud y poder establecer prioridades en la actuación en materia de prevención de riesgos laborales.

MÉTODO
Realización de exámenes de salud
Actuaciones urgentes: Difusión de la actuación ante un accidente laboral biológico
Promoción de la salud: vacunación
Asesoramiento sanitario
Consejos sanitarios

INDICADORES
Participación superior al 70% de la plantilla
Exámenes de salud específicos donde se registra y analiza los resultados de las diferentes la exploraciones y pruebas complementarias realizadas

DURACIÓN
cronograma:
Inicio de reconocimientos médicos desde marzo 2017 a mayo 2017.
Explotación de los datos a los largo de junio, julio y agosto.
Finalización en septiembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1442

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES.DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO EZPELETA ASCASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES FUERTES PAULA
TERREN MARCO NOELIA
AISA ALASTUEY CONCEPCION
IGUACEL ACIN MAITE
CAMPO SANZ MATILDE
LATORRE MOSTEO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A finales de junio de 2018, se realizó una presentación de diapositivas sobre el proyecto de Deshabituación Tabáquica a todos los profesionales de la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales.

Durante la anamnesis de la consulta de vigilancia de la salud individual, y en base a los objetivos del proyecto, se han llevado a cabo las siguientes actividades:
1º. Preguntar verbalmente al trabajador si fuma, no fuma o es exfumador.
2º. Entregar al trabajador fumador el tríptico informativo “¡Decídete a respirar!”, dar un consejo mínimo sobre dejar de fumar e indicar los riesgos y beneficios del tabaco.
2º. En fumadores, realizar el test de Richmond aportado por el Comisión de Hospital Sin Humos del Hospital, donde las puntuaciones son “0 a 5: motivación débil”, “6 a 8: motivación media” y “9 a 10 motivación fuerte” (modificación de puntuaciones reflejadas en el proyecto inicial).
3º. Adjuntar el test a la historia laboral y registrar la puntuación obtenida en la evolución clínica y en una columna creada en la base de datos excel de reconocimientos médicos.
3º. Se comunica verbalmente al trabajador el resultado obtenido, cuál es su significado y la posibilidad de derivar a consulta de deshabituación tabáquica cuando tenga un alto grado de motivación actual o futuro y precise ayuda para dejar de fumar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En base a los reconocimientos realizados de julio a diciembre del 2018 y la valoración del hábito tabáquico en los trabajadores, mediante el test de Richmond, se han observado los siguientes resultados:

El total de reconocimientos médicos realizados ha sido de 581. Sobre este total, se ha observado que el 11,7% (68) de los trabajadores son fumadores, el 48,5% (282) no fumadores, el 6,2% (36) exfumadores y en un 33,6% (195) se desconoce. Por tanto, la proporción de trabajador fumador / no fumador y exfumador es de 21,38% (indicador).

Se realizó el test de Richmond a un 60,3% (41) de los trabajadores fumadores y no se completó en un 39,7% (27) tras indicar que no tenían ninguna motivación para dejar de fumar, ni se lo planteaban. La mayor parte de los resultados del test indicaron una motivación débil (41,5% n:17), seguido de motivación media (36,6% n:15) y fuerte (22% n:9). Si se tuviera en cuenta a los 27 trabajadores, donde no se objetivó puntuación por negativa expresa a dejar de fumar, se podría estimar un porcentaje de motivación débil superior.

Según la pauta indicada por el Comisión de Hospital sin Humos del HUMS, siempre que se obtuvo una puntuación mayor a 9 o motivación fuerte se ofrecía derivar a consulta de deshabituación tabáquica, consiguiendo la aceptación de 7 trabajadores (77,8%) y el rechazo de 2 (22,2%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras determinar que la relación entre trabajador fumador y no fumador o exfumador es de 21,68%, y observar que un alto porcentaje fumadores presentan una motivación débil para el abandono del hábito (41,5%), nos hace pensar que a pesar de que la mayoría de trabajadores del ámbito hospitalario es consciente de los efectos nocivos del humo del tabaco, continúan manteniendo el hábito.

En cuanto a la derivación de siete de trabajadores a la consulta de deshabituación tabáquica, cabe decir que se desconoce si los trabajadores han llegado a citarse en dicha consulta e, incluso, si han comenzado las fases de planteamiento y acción del abandono del hábito, así como su posterior mantenimiento.

Dentro del porcentaje de datos desconocidos, es importante señalar que en el período de julio de 2018 se realizaron alrededor de cien reconocimientos médicos con la colaboración de una mutua colaboradora. En estos casos el hábito tabáquico fue valorado en dicha entidad, pero no el test de Richmond. Por tanto, se ha valorado incorporar en una consulta breve de revisión de resultados la realización del test de Richmond en fumadores y registrarlo en la base de datos destinada al efecto.

La integración de este proyecto ha sido favorecedora para conocer la situación actual del hábito tabáquico en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1442

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES.DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

trabajadores y que, desde esta Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales, sigamos aunando los esfuerzos en concienciar a los profesionales sobre el impacto negativo que ejerce tanto sobre su salud, como la de fumadores pasivos. Para ello, se mantendrá el consejo breve y la oferta de ayuda durante las consultas de vigilancia de salud.

7. OBSERVACIONES.
Si bien en el proyecto apartado 7 INDICADORES Y EVALUACIÓN la valoración del test de Richmond de describía = a 3: nulo o bajo; $ a 5: dudoso; 6 a 7: moderado, y 8 a 10.alto; ala hora d epñoner en marzha el proyecto hemos seguido la nomenclatura utilizada por la COmisión de Hospital sin Humo: “0 a 5: motivación débil”, “6 a 8: motivación media” y “9 a 10 motivación fuerte”

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1442 ========== ***

Nº de registro: 1442

Título
HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES. DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

Autores:
EZPELETA ASCASO IGNACIO, GARCES FUERTES PAULA, TERREN MARCO NOELIA, SIMON CLEMENTE SALOME, IGUACEL ACIN MARIA TERESA, CAMPO SANZ MATILDE, GIL NAVARRO SABRINA, LATORRE MOSTEO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TABAQUISMO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Hospital Universitario Miguel Servet pertenece a la red europea de Hospitales sin Humo. Entre sus l objetivos está que todos los trabajadores y usuarios del centro no fumen en las instalaciones sanitarias y su perímetro, tal y como obliga la ley.
La Diputación General de Aragón ha suscrito la Declaración de Luxemburgo de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST), la cual consiste en aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo.
La unidad básica de prevención de riesgos laborales del sector Zaragoza II es un activo para la promoción de la salud en el trabajo fomentando la salud y los hábitos saludables en el entorno laboral

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer la prevalencia de tabaquismo en los trabajadores que acuden a vigilancia de la salud individual
- Clasificar a los trabajadores fumadores según su motivación para dejar el hábito tabáquico
- Oferta derivación de forma eficiente a la consulta de deshabituación
- Introducir el consejo mínimo en los consejos a dar en trabajadores fumadores con motivo de vigilancia de la salud

MÉTODO
- Registro dehábito tabáquico: fumador, no fumador exfumador
- Determinación del nivel de motivación con laaplicacióndel test de Richmond. Registro
- Oferta de derivación a deshabituación aquellos trabajadores con test de Richmond mayor o igual a 9. Registro
- Reunión de equipos sanitario Medicina-Enfermería, parapresentación del proyecto, definición de líneas de trabajo.
- Registro delConsejo mínimo en historia clínica

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1442

1. TÍTULO

HOSPITAL SIN HUMO PARA TRABAJADORES.DETECCION, MOTIVACION Y OFERTA DE DESHABITUACION

Globalmente buscamos un clarificar qué situación tenemos, para ello:
- proporción detrabajadores fumadores/ no fumadores y exfumadores
Clasificación deacuerdo con el test de Richmond:
0 a 3: nulo o bajo
4 a 5: dudoso
6 a 7: moderado
8 a 10: Alto.
-
- Derivaciones a consulta de deshabituación
- Muestro aleatorio para verificar en historia clínico-labora se ha aplicado metodología del consejo mínimo.

DURACIÓN
Inicio 01.07.201815/0672017 hasta 31.12.2018
Evaluación a fecha 31.12 2018 de desarrollo del proyecto. En función de los resultados continuidad en su aplicación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL OSTABAL ARTIGAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ HERRERO MARIA PILAR
ARANDA MOLINOS OLGA MARIA
ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL
YARZA ALONSO MARIA ANTONIA
ESCUSA VICENE ANA MARIA
ANDRES CASTEL NOELIA
DE TORRES AURED MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
2015 se detectó el problema, cuantificandose que el 75% de las personas desconocía como alimentar a una persona con una ostomía. El 89% no sabía realmente como hacer y que era una dieta baja en residuos. Y de la personas encuestadas ninguna sabia los alimentos que producen olores desagradables y cuales los amortiguan, ni como tratar los problemas nutricionales de la ostomía.
Desde Enero del 2016 se recogieron y siguieron aquellos pacientes ostomizados de forma urgente y que ingresaron en UCi, y antes de ser egresados d ela Unidad se les realizó una charla informal al cuidador principal para informarle y darle recomendaciones nutricionales para la fase más aguda del proceso, las primeras 6-8 semanas.
Durante 2016 ingresaron en la Uci polivalente 405 pacientes, de los cuales 87 tenían algún tipo de ostomía. De estos 87 pacientes a 62 se le realizó la ostomía por proceso agudo que motivo su ingreso en Uci, el resto ya eran portadores de la misma a su ingreso en Uci.
Nuestro cometido era dar recomendaciones e información nutricional a todos aquellos pacientes que se enfrentaban de forma aguda al proceso, para lo cual se identificó a la persona que convivía con ellos y que lo cuidarían en el postoperatorio inmediato. De los 62 pacientes se seleccionaron solo 38 a los que se les dio la información nutricional. En el resto de los casos no se hizo porque eran pacientes que APACHEII>15, intubados, con nutrición enteral artificial o parenteral y con larga estancia en UCI, con lo cual en aquellos casos en que se consiguió egresarlo a planta ya habían pasado las 6-8 semanas en las que los cuidados nutricionales son más necesarios.
De los 38 pacientes seleccionados la edad media era de 75,2 años+/-12 con un rango entre 48 y 84 años. A 12 de estos enfermos se les hizo ileostomía y al resto colostomía. De forma inicial se le preguntó al propio enfermo y/o a su cuidador principal, si sabían lo que era una dieta baja en residuos y si se sentían capacitados para el manejo nutricional adecuado en la situación actual a la que se tenían que enfrentar al llegar a casa. De las 38 personas 35 se manifestaron muy ansiosas y con gran desconocimiento ante la nueva situación y dijeron que no se sentían capacitados sino se les informaba para manejar la situación, el resto habían tenido experiencias familiares previas y en 1 caso la hija estaba estudiando dietética y nutrición.
Se realizó una charla informal en el despacho de información a 21 de las 38 personas seleccionadas. Esta charla se hacía 2 ó 3 días antes de que se previera el alta. En el resto de los casos, no se hizo por motivos logísticos que lo imposibilitaron, en 7 casos no acudió ningún familiar y el paciente no tenía suficiente capacidad como para asimilar la información y en el resto de los casos el egreso se hizo en fin de semana y sin previo aviso.
En dicha charla se les dejo patente que si bien transcurridas 6-8 semanas, podrían realizar una dieta prácticamente normal aunque deberían ir reintroduciendo poco a poco los alimentos, en las primeras 6-8 semanas deberían hacer una dieta pobre en grasas y pobre en fibra insoluble, así como hacer muchas comidas y de poca cantidad (se les informó sobre la necesidad de hacer unas 5 comidas al día como mínimo). Se hizo hincapié sobre la importancia de no mezclar los líquidos con los sólidos, tomando los líquidos por lo menos 30 minutos después de los sólidos sobre todo en aquellos pacientes que portaban ileostomía. Se les avisó que un 10% por los pacientes pueden tener graves problemas por la dieta debido a su estoma incluso obstruirse éste, en caso de no alimentarse de forma adecuada.
Los objetivos de las recomendaciones dietéticas que nos propusimos fue:
- Evitar la obstrucción del ostoma.
- Contribuir a la cicatrización de la herida del mismo.
- Disminuir la producción de gases, evitando alimentos que producen flatulencias.
- Como evitar los olores desagradables
- Como evitar el estreñimiento
- Como evitar diarreas, deshidrataciones y alteraciones iónicas.
- Como identificar el cuidador y el paciente problemas derivados de su nueva condición y solucionables modificando la dieta.
- Aprender a elaborar de forma individualizada en sus domicilios un menú del gusto del enfermo y que se adaptase a sus condiciones y que cubriese sus requerimientos calóricos y proteicos. Se les informó sobre maneras de enriquecer los alimentos, para su densidad calórica y valor proteico fueran altos con poco volumen.
- Se les informó sobre la importancia de una buena ingesta proteica y ante inapetencia optar por la toma del segundo plato.
- Se incidió sobre la necesidad de la deambulación para un buen movimiento de las asas intestinales.
- También se les hizo especial hincapié sobre la forma de comer: despacio, masticando bien, sentado y recto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

en silla, con la boca cerrada para no deglutir excesivo aire.

Se les avisó aquellos pacientes que portaban ileostomía que deberían ingerir de 500-700cc de líquidos más, para evitar la deshidratación y a evitar bebidas hipotónicas o reducirlas a menos de 200cc al día para evitar una excesiva perdida de iones por las heces (té, café). También se les avisó que deberían realizarse controles analíticos para asegurarse que sus niveles de hierro, acido fólico y electrolitos entre otros estaban en rangos normales.
Se les dio información sobre alimentos bajos en residuos y aquellos que deberían evitar en la fase aguda de su proceso (primeras 6-8 semanas). Se les instruyó sobre formas de cocción, volumen y enriquecimiento de los alimentos en aquellos casos en que el paciente estaba en riesgo de desnutrición. Se les aconsejó en aquellos pacientes en que la leche no sentaba bien por alteración de la lactasa intestinal, suspender su consumo u optar por una leche sin lactosa, yogurth natural o queso de burgos, el queso curado además de ser rico en calcio, les podría ayudar en caso de heces demasiado líquidas.
Se les informó sobre la incorporación de alimentos como la pasta, el arroz, el pan blanco, ricos en almidón para aumentar la consistencia de las heces.
Se les alertó de evitar en la fase aguda los pescados azules por ser más ricos en grasas poliinsaturadas y tomar pescados blancos como la merluza y carnes blancas de pollo, pavo o conejo, fundamentalmente.
Se le dio la lista de alimentos que si los tomaban tuvieran en cuenta que en cantidades importantes podrían producir mal olor o flatulencia y como conseguir reducir los malos olores con otros alimentos (se les dio información escrita con la lista de productos y cada caso).

También se les alertó que en aquellos casos en que una vez en su casa tuvieran diarreas, que las identificarían con contenido por la ostomía >1000-2000cc al día, deberían hacer una dieta astringente, hidratarse con soluciones isotónicas y acudir a su centro de salud en caso que el problema se prolongase durante más de 2 días. En caso de estreñimiento se aumentará el aporte de líquidos y fibra soluble, recurriendo a medicamentos en caso de que su médico así lo aconsejara.
Una vez terminada la charla informal y con toda la información que le habíamos aportado se le pidió al cuidador, que teniendo en cuenta los gustos del paciente, nos relatase un menú diario completo que le haría una estuvieran en casa. Sobre este menú se les informó la manera en que podían enriquecerlo en aquellos casos de riesgo de desnutrición. Finalizada la charla se les preguntó si la información aportada les había sido de utilidad y si su nivel de ansiedad y preocupación ante la nueva situación había disminuido, afirmando todos ellos que sí a ambas preguntas.
Se les advirtió que la información que se les daba era individualizada y que servía para su caso concreto, pero que el aporte nutricio de un paciente que es ostomizado se hará de acuerdo a su condición clínica, conociendo el segmento que le han resecado y que tanto se ha adaptado al estoma en el momento de la valoración clínica, con lo cual no pueden utilizar esa información para otra persona que conozcan y que haya sido también sometida a un tipo de intervención quirúrgica similar.
En aquellos casos, en que el paciente estaba desnutrido o con un IMC<20,5 al ser egresados de Uci o estaba sarcopénico, se hizo hoja de colaboración para que fuera revisado y seguido por la Unidad de Nutrición, esto fue necesario en 3 casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De todos los pacientes que podrían formar parte de nuestro proyecto (38 personas), conseguinos cumplir con las charlas y la educación nutricional de la forma que nos habíamos propuesto en 21 pacientes.
Detectamos que el ser portador de una ostomía de forma inesperada produce ansiedad y confesaron no tener ningún conocimiento de como manejar nutricionalmente la situación en 35 de las 38 personas, las personas que fueron educadas e informadas (21) manifiestaron que una vez han recibido información se sienten más seguros para afrontar la situación. Y confiesan que previamente desconocían la información que se les ha dado.
El identificar a los pacientes con ostomía nos permitió detectar a 3 con riesgo de desnutrición al alta de UCi y se solicitó colaboración de la Undiad de Nutrición

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos hemos dado cuenta que damos por sabidas cosas que realmente las personas de la calle desconocen y que conllevan luego graves problemas sanitarios. Por ejemplo los pacientes son dados de alta del hospital con un informe que pone" seguirá dieta pobre en residuos", pero cuando se interrroga a las personas, la mayoría desconocen que alimentos deben evitar y cuales consumir. Tampoco saben que alimentos pueden producir diarrea, estreñimiento, flatulencias, olores desagradables o amortiguar estos. Y todas estas cosas son importantes para la calidad de vida y seguridad del paciente ostomizado una vez es egresado del hospital.
Por otra parte muchos pacientes por no saber como alimentarse ni como enriquecer los alimentos que toman, caen en riesgo de desnutrición o sufren desnutrición, factor todavía más agravante cuando son personas que en un alto porcentaje van a ser sometidas a tratamientos posteriores de quimioterapia y/o radioterapia.
Se deberían hacer charlas grupales de forma periodica por personal instruido para mejorar la calidad de vida y el estado nutricional de este tipo de enfermos.
Sería también interesante contar con material didáctico, de buena calidad, como panfletos de fácil lectura o interpretación para ayudar a estas personas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/20 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

***

Nº de registro: 0020

Título
EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

Autores:
OSTABAL ARTIGAS MARIA ISABEL, LOPEZ HERRERO MARIA PILAR, ARANDA MOLINOS OLGA MARIA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO MANUEL, YARZA ALONSO MARIA ANTONIA, ESCUSA VICENTE ANA MARIA, ANDRES CASTELL NOELIA, LA TORRE AURED MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Muchos de los pacientes que ingresan en la UCi polivalente salen con una ostomía (ileostomía, colostomía o urostomía), sin estar preparados para ello y suponiendo tras el alta hospitalaria una merma de su autoestima, de su caliad de vida, de sus relaciones sociales, e incluso de su salud física, si no son debidamente preparados para enfrentarse a su nueva situación. Muchos de estos pacientes salen del hospital con un informe de alta en el que pone simplemente Seguir Dieta Pobre en Residuos, pero hemos detectado que estas personas desconocen que es una dieta pobre en residuos y que alimentos les pueden ayudar a mejorar su calidad de vida: Cuales producen gases, olores, aumentan las deposiciones, obstruyen el estoma, cambian el color de las heces, ayudan a controlar el olor de las mismas, alivan el estreñimiento o controlan la diarrea. Ello se traduce en déficit nutricionales y pérdidas de masa grasa y magra, que los puede convertir en personas frágiles, que no van a poder sobrellevar futuros y probables tratamientos quimioterapicos sin problemas. Pensamos que durante el paso en la UCi, el paciente y/o cuidador esta más asertivo a recibir y procesar la información

RESULTADOS ESPERADOS
-Esperamos que todos nuestros enfermos salgan de su paso por la UCi, conociendo ellos y/o sus cuidadores qué es una dieta pobre en residuos, cómo tienen que ir introduciendo los alimentos y qué alimentos pueden ayudarles a solventar o sobrellevar su nueva situación.
- Todos los pacientes saldrán con una charla informal sobre el tema así como una tabla sencilla en la que se reflejen los efectos que cada alimento puede tener sobre su nueva situación.

MÉTODO
Cuando un paciente al que se le haya realizado una ostomía, vaya a ser dado de alta de UCi, se le explicará por un miembro del grupo de mejora de forma informal, como tiene qué comer, qué comer, y que hacer cuando surjan diarras o esté estreñido. También se le dará una tabla de referencia de alimentos para ostomizados. En la que se reflejen: Los alimentos que producen gas, los alimentos que producen olor, los alimentos que aumentan las evacuaciones, los que pueden obstruir el estoma, los que producen cambios de colro de las heces, los que ayudan a controlar el olor, los que alivian el estreñimiento y los que ayudan a controlar la diarrea.
Los pacientes que salgan ya con un IMC bajo o que se prevea una gran pérdida de peso, por su situación o mal control de la situación. Al alta de UCI saldrán con una hoja en la que se solicitará colaboración y seguimiento de los mismos a la Unidad de Nutrición

INDICADORES
- nº de pacientes con colostomías que reciben información nutricional durante su paso por la UCI / nº total de pacientes con colostomía

-% de pacientes que salen con un IMC <20%, gran sarcopenia o inapetencia tras una ostomía / % de pacientes ostomizados.

DURACIÓN
Se lleva trabajando con el tema durante 5 meses y se espera perfilar durante el primer año la situación y el beneficio de estas medidas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0020

1. TÍTULO

EDUCACION NUTRICIONAL A PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA (COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA)

```
--------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONINA KLIMENKO KLIMENKO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL BERNAL MARIA DOLORES
MARTINEZ SORIANO CARMEN
JOVEN CASAUCAU ELVIRA
ORIHUELA MARIN ANA BELEN
VILLABONA RESANO MARIA JULIA
GARCIA LABORDA CRISTINA
OLMOS PEREZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Proyecto de Mejora fue ideado con el propósito de facilitar al personal de nueva incorporación una formación básica sobre el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio cardiaco, características y necesidades del paciente en el postoperatorio, así como el material y técnicas usados durante el proceso de cuidados.

El Proyecto de Mejora inicialmente se componía de 3 actividades
1. Impartición de Jornada de acogida del personal de nueva incorporación a la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardiaco
2. Elaboración de Guía de consulta rápida de material para las técnicas en UCI
3. Elaboración de Guía de consulta rápida de cuidados de Enfermería en UCI.

Durante la elaboración de las Guías se planteó la conveniencia de sustituir la Guía de Cuidados de Enfermería por la Guía de Medicación en UCI, pues en aquel momento suponía más urgencia y relevancia para la Unidad la presencia de un documento que recoja la información necesaria sobre la medicación utilizada en UCI para ofrecer la mayor seguridad posible durante su administración al paciente; y los cuidados de Enfermería se explicarían igualmente en la Jornada de Acogida y Formación. De esta manera, se realizaron siguientes actividades:
1. Elaboración de Guía de consulta rápida del material en UCI de Postoperatorio Cardiaco
2. Elaboración de Guía de consulta rápida de medicación en UCI de Postoperatorio Cardiaco
3. Impartición de Jornada de Acogida y Formación del personal de enfermería y auxiliar de enfermería a la UCI de Postoperatorio Cardiaco.

Cada una de las actividades se planteó con unos objetivos específicos y se llevó a cabo cumpliendo con cada uno de ellos. A continuación se describen las tres.

1. JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACIÓN.
Se realizó con el objetivo de reducir el estrés del personal, inherente a la incorporación a un nuevo puesto de trabajo, dando a conocer la estructura funcional de UCI, necesidades del paciente y formando al personal en los cuidados de paciente en UCI para facilitar la continuidad de cuidados.
Para la realización de esta Jornada se tuvo que modificar el calendario previsto en cuanto a las fechas, pues dependían de las fechas de contratación del personal; sin embargo se mantuvo la cantidad prevista de sesiones.

En las sesiones de la Jornada se impartieron siguientes temas:
• Organización y estructura de una Unidad de Cuidados Intensivos. Competencias y tareas del personal de Enfermería y Auxiliar de Enfermería
• Fisiopatología cardiaca. Cirugía Cardiaca.
• Postoperatorio Cardiaco inmediato: concepto y Cuidados de Enfermería
• Medicación específica en Unidad de Cuidados Intensivos. Drogas vasoactivas. Preparación y uso. Efectos secundarios
• Material y técnicas específicas de Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardiaco.
• Preparación del box. Limpieza del material
• Monitorización de constantes vitales del paciente
• Higiene y movilización del paciente
• Oxigenoterapia. Ventilación mecánica invasiva y no invasiva
• Manejo del material utilizado en Unidad de Cuidados Intensivos

En la impartición de la Jornada se utilizaron como apoyo las Guías de Material para las técnicas en UCI y la Guía de Medicación, descritas en siguientes apartados.

Esta parte de proyecto, al ser de carácter formativo, se evaluó mediante un cuestionario tipo test. Se realizaron la evaluación inicial y la evaluación final (los alumnos respondieron a las mismas preguntas al principio de la jornada y al final de la jornada). De esta forma se pudo comprobar los conocimientos adquiridos durante la misma. El cuestionario consta de preguntas sobre los cuidados del paciente tras la cirugía cardiaca; en la evaluación inicial se obtuvo un 50% de aciertos y en la final un 98%. El cuestionario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

se adjunta en el ANEXO I

Personal implicado en la impartición de la Jornada
- Jefe de Unidad Dr. Francisco Olmos Pérez
- Supervisora de Unidad Julia Villabona Resano
- Enfermeras: Antonina Klimenko
Elvira Joven
- Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE):
Mª Dolores Gil Bernal
Carmen Martínez Soriano
Ana Belén Orihuela Marín

Materiales:
- Guía de consulta rápida de material (elaboración propia). Se describe a continuación
- Guía de consulta rápida de medicación (elaboración propia). Se describe a continuación.
- Material de muestra específico de UCI
- Presentación de diapositivas

2. Elaboración de GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA DE MATERIAL PARA LAS TÉCNICAS EN UCI.
El propósito de la guía fue reunir en un documento impreso el material necesario para realizar todas las técnicas específicas en UCI. Para la realización de estas técnicas normalmente se necesita colaboración de varios profesionales y la mayoría de ellas se realizan con cierta urgencia, por lo tanto consideramos muy necesario tener disponible en la Unidad un manual de este formato para poder consultarlo con rapidez y que pueda estar disponible para cualquiera de los profesionales implicados.
La guía consta de 41 páginas. Cada página se compone de la fotografía del material necesario para cada técnica que se realiza en la UCI de Postoperatorio Cardiaco y de descripción del material para cada una de ellas.

La Guía reúne siguientes características:
- Completa. Reúne todas las técnicas específicas realizadas en Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardiaco y todo el material necesario para su realización.
- Útil para todos los profesionales de UCI, si bien es cierto que la preparación del material es competencia de TCAE, en momentos de urgencia o emergencia, cualquier profesional puede consultarla y reunir el material necesario para la técnica correspondiente.
- Organización lógica. Consta de 2 partes: técnicas relacionadas con el soporte respiratorio y técnicas relacionadas con el soporte circulatorio. Cada página de la guía corresponde a una técnica.
- Visual. Todas las páginas de la guía, y por consiguiente, todas las técnicas, constan de las fotografías del material necesario, para así facilitar su reconocimiento. También se incluye su descripción.
- Fácil mantenimiento. Todas sus páginas están plastificadas, permitiendo desplazar la guía a distintos lugares de la Unidad para reunir el material necesario sin que se manchen las hojas o se deterioren.
- Fácil actualización. La guía consta de páginas “sueltas” plastificadas, unidas mediante anillas. De esta manera se puede actualizar las páginas por separado, aplicando las modificaciones pertinentes y ajustando el contenido de acuerdo con las actualizaciones.

Se inició su elaboración en diciembre de 2016 y se finalizó en junio de 2017, cumpliendo con el plazo previsto. A partir de esta fecha la guía está disponible en el control de Enfermería de la Unidad para su uso y se informa a todo el personal nuevo de su existencia y uso.

Participaron en su elaboración:
Mª Dolores Gil Bernal, TCAE
Carmen Martínez Soriano, TCAE
Antonina Klimenko, enfermera
Dra. Cristina García Laborda, médico Intensivista.

Recursos materiales:
- Fotografías del material y su descripción
- Impresión en color de la Guía (41 páginas)
- Plastificado de las páginas

Se adjuntan las imágenes de la Guía en el ANEXO II

3. Elaboración de GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA DE MEDICACIÓN EN UCI DE POSTOPERATORIO CARDIACO.
Esta guía se elaboró para el personal de Enfermería de nueva incorporación con el propósito de facilitar el manejo de la medicación más utilizada en la UCI. La disponibilidad de un documento de este formato facilita al personal de enfermería la preparación, manejo y administración de perfusiones continuas de drogas vasoactivas, sedantes, analgésicos, antiarítmicos, etc., así como la vigilancia de aparición de efectos secundarios después de su administración al paciente tras la cirugía cardiaca.

La guía consta de 6 hojas; su contenido (los 40 fármacos más utilizados en UCI) se presenta en forma de tabla e incluye:
- Nombre genérico y comercial del medicamento
- Grupo al que pertenece
- Acción y uso
- Preparación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

- Vía y modo de administración (bolo, perfusión continua, etc.)
- Efectos secundarios frecuentes y relevantes.

Igual que la Guía de Material, la Guía de Medicación es visual, de fácil uso, mantenimiento y actualización. Se encuentra disponible en el control de Enfermería y se informa de su existencia a todo el personal nuevo de la Unidad. Se elaboró entre diciembre de 2016 y junio de 2017, cumpliendo con los plazos previstos. Ambas guías también se usaron como material de apoyo en la impartición de Jornada de Acogida y Formación, descrita en el punto 1 de presente apartado.

En su elaboración participaron:
Elvira Joven Casaucau, enfermera
Antonina Klimenko, enfermera
Cristina García Laborda, médico intensivista.

Recursos materiales:
- Fotocopias en color
- Plastificado de las páginas.

Se adjuntan las imágenes de la guía en el ANEXO III

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para la realización de este Proyecto se marcó el indicador Nº 120 Formación continuada con estándar =75%; y el indicador nº 112 Plan de acogida y formación, estándar 100%, según los Indicadores de Calidad en el enfermo crítico, disponibles en SEMICYUC.
El control del cumplimiento de los estándares se realizó mediante la hoja de firmas de los participantes en la Jornada de Acogida y Formación.
Ambos estándares se alcanzaron en su totalidad. Se dispone de la documentación pertinente en la Unidad de Cuidados Intensivos de Postoperatorio Cardiaco

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la evaluación interna del Proyecto de Mejora, el equipo formuló siguientes conclusiones:

El contenido formativo, así como la duración de la actividad (4 horas) fueron suficientes para la actualización de conocimientos para el personal que estuvo trabajando previamente en alguna Unidad de Cuidados Intensivos o tuvo algún contacto con la Unidad durante las estancias clínicas (en los casos de personal contratado para la sustitución en periodo vacacional tras terminar la formación de Enfermería). Sin embargo, para el personal que nunca estuvo trabajando y no tuvo ningún contacto con UCI, la Jornada sirvió para un primer contacto y una visión global sobre la UCI, características del paciente crítico durante el postoperatorio cardiaco, pero no fue suficiente para que un profesional sin ninguna experiencia previa pudiera desarrollar su labor de manera autónoma, sin depender de otros profesionales para la realización de los cuidados de paciente en UCI. Para tal fin es necesaria una formación más amplia, tanto teórica como práctica .Tanto los profesionales implicados en la organización de la Jornada, como los participantes, destacamos la conveniencia de seguir organizando jornadas formativas relacionadas con la atención al paciente en UCI de Postoperatorio Cardiaco, adaptándolas a las necesidades del personal. Estas conclusiones se obtuvieron tras el análisis de la encuesta elaborada para los participantes de dicho evento, disponible en la UCI para su comprobación.

En cuanto a las Guías, su elaboración fue y sigue siendo de gran utilidad para el personal de UCI, además sirvieron como punto de partida para otras iniciativas y elaboración de otros documentos.

7. OBSERVACIONES.
Sin observaciones de interés.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/446 ========== ***

Nº de registro: 0446

Título
JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

Autores:
KLIMENKO KLIMENKO ANTONINA, JOVEN CASAUCAU ELVIRA, ORIHUELA MARIN ANA BELEN, GIL BERNAL MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente crítico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La creación de este proyecto parte de la necesidad de formación del personal de enfermería y de auxiliares de enfermería de nueva incorporación a la Unidad de Cuidados Intensivos. Según las encuestas realizadas al personal de la unidad, el 80% del personal no ha tenido la formación previa relacionada con las técnicas específicas realizadas en una Unidad de Cuidados Intensivos, cuidados de enfermería al paciente crítico, material utilizado y técnicas realizadas en la Unidad, así como cuidados de enfermería al paciente en tratamiento con diversas drogas específicas de UCI.
En primer lugar, la incorporación al nuevo puesto de trabajo, crea a todo el personal un estrés que en muchas ocasiones impide desarrollar la labor profesional en unas condiciones emocionales óptimas. Cabe mencionar que en las Unidades de Cuidados Intensivos los pacientes se encuentran en un estado crítico, precisando ser atendido por el personal emocionalmente competente, así que este Proyecto de Formación pretende reducir el estrés de los profesionales de nueva incorporación.
En segundo lugar, en la Unidad de Cuidados Intensivos se realizan diferentes técnicas y procedimientos específicos que requieren el conocimiento correcto del material utilizado y conocimientos sobre el manejo de drogas utilizadas para atender las necesidades del paciente de una manera óptima y colaborar con el equipo médico eficientemente.
En una Unidad de Cuidados Intensivos la labor profesional se desarrolla en equipo, precisando ofrecer a los enfermos una asistencia sanitaria de calidad y de una manera segura. En la UCI de postoperatorio cardiaco se realizó un estudio sobre los eventos adversos, poniéndose de manifiesto que un 40% de ellos se podrían evitar con una mayor formación del personal sanitario.
De esta manera, en la guía de calidad de SEMICYUC, el indicador de calidad nº 112 refiere al Plan de Acogida al profesional del servicio de Medicina Intensiva, justificando que los “profesionales que se integran en un Servicio de Medicina Intensiva, bien sea de manera fija o bien sea de manera eventual, con cualquier tipo de contrato sentirían un mayor reconocimiento si conocieran el Servicio como organización desde el primer día de pertenencia. Además, pueden mejorar la seguridad al informar sobre ciertos aspectos específicos de este ámbito”.
Este Proyecto pretende establecer una Jornada de Acogida al personal de nueva incorporación para ofrecer la información sobre los siguientes aspectos:
1. Misión, visión y valores de la Unidad de Cuidados Intensivos
2. Miembros de la Unidad, responsabilidades y atributos
3. Características del paciente de Unidad de Cuidados Intensivos
4. Técnicas y procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos
5. Material específico de la Unidad de Cuidados Intensivos
6. Cuidados de Enfermería al paciente crítico

Además, la elaboración del Plan de Acogida puede repercutir en la disminución de eventos adversos relacionados con una importante mortalidad, morbilidad, incremento de las estancias y consumo de recursos y repercute en la satisfacción de enfermos y familiares.
Otro propósito del Proyecto es potenciar la formación continuada, ya que es un elemento esencial para el desempeño correcto y efectivo de un ejercicio profesional de calidad. Constituye una herramienta para la mejora de satisfacción profesional.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Reducir el estrés del personal de enfermería y auxiliar de enfermería relacionado con la incorporación a un nuevo puesto de trabajo en una UCI.
2. Proporcionar la información y formación necesaria sobre el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos.
3. Proporcionar la información y formación sobre los cuidados de enfermería al paciente crítico
4. Proporcionar la continuidad de cuidados al paciente crítico mediante la formación específica sobre el material y técnicas de enfermería en una UCI.

MÉTODO
1. Organización de Jornada de Bienvenida al personal de nueva incorporación para explicar el funcionamiento de la Unidad y características específicas de los pacientes. Responsable Antonina Klimenko, colabora Supervisora de la Unidad y el Jefe del Servicio.
2. Elaboración y presentación de la guía práctica de cuidados de enfermería de la UCI. Responsable Elvira Joven Casaucau
3. Elaboración y presentación de la guía práctica del material específico de UCI.Responsables María Dolores Gil Bernal y Carmen Martinez

INDICADORES
Guía de indicadores de calidad de Semicyuc

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0446

1. TÍTULO

JORNADA DE ACOGIDA Y FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y AUXILIAR DE ENFERMERIA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE POSTOPERATORIO CARDIACO

Indicador nº 112 PLAN DE ACOGIDA (PA) AL PROFESIONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)
Indicador nº 120 FORMACIÓN CONTINUADA

DURACIÓN
Inicio del proyecto: Noviembre 2016
Finalización del Proyecto Diciembre 2016
Actividades:
Jornada de Acogida y formación:
Noviembre del 2016
Diciembre del 2016
Junio del 2017
Julio del 2017
Noviembre del 2017
Diciembre del 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0985

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 07/05/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO TEJADA ARTIGAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE DE VERA BELLOSTAS BELEN
LAVIÑA LARDIES BEATRIZ
GOMEZ MAYOR BLANCA DELIA
MILLAN LOPEZ ANA
LOREN MARTINEZ JUAN CARLOS
MARTINEZ ARROYO INES
REQUENA TABAR MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Durante este año se ha procedido a:
o Corrección de No conformidades relacionadas con la auditoria Interna y Externa . Desarrollo de la No conformidad (20 9 2017 Informe_no_conformidad IMPLANTACION DEL SISTEMA ISO 2017 DOCUMENTACION)
o Elaboración y desarrollo de IT sobre Traslado Intrahospitalario así como de los formularios relacionados. Se crea el F63 Z2(E)M UT CHESK LIST TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO, IT67 Z2(E)M UT- TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO y el f F70 Z2(E)M UT REGISTRO EFECTOS ADVERSOS EN TRASLADOS dirigido a controlar y mejorar y cuantificar el traslado intrahospitalario. Hasta la fecha se han registrado 33 eventos de 292 traslados (abril 2017-mayo 2018)
o Cumplimentación y desarrollo de los registros necesarios. Documento: 1R15 UT LISTADO DE REGISTROS
o Elaboración hasta un total de 31 no conformidades (abiertas y cerradas): R10 UT LISTADO DE INCIDENCIAS ISO UCI CRTQ
o Elaboración y desarrollo de las IT relacionadas con el control de los dispositivos estratégicos de la Unidad (carros de parada, desfibriladores, maletín de traslados…) así como de los formularios necesarios. F60 Z2(E)M UT Control de MALETIN DE TRASLADO RCP; F71 Z2(E)M UT CONTROL CADUCIDADES CARRO DE PARADAS; F72 Z2(E)M UT CHECK-LIST CONTENIDO DE CADA CARRO DE PARADAS; F73 Z2(E)M UT REVISION MENSUAL DE CARRO DE PARADAS; IT65 Z2(E)M UT CONTROL MANTENIMIENTO MALETIN TRASLADO; IT68 Z2(E)M UT CONTROL ESTADO DE LA SALA 8H; IT69 Z2(E)M UT CONTROL DE CARRO DE PARADAS CRTQ. Pendiente de aprobación y aplicación en reunión del Grupo de Mejora el próximo día 3/5/2018.
o Implicación en la prevención de infecciones y colonización/infección por bacterias resistentes Durante este año se ha trabajado además con un registro propio F61 Z2(E)M UT INFECCIONES UCI TRAUMA además del formulario de las actas de reuniones con Microbiologia- Medicina Preventiva F58 Z2(E)M UT ACTA DE SESION OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO MEDICINA PREVENTIVA FARMACIA MICROBIOLOGIA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante este año se ha procedido a reanfianzar el modelo ISo, como modelo de gestión y de Calidad en la Unidad. Este modelo ha servido de estrucura para avanzar en el campo de la seguridad y en la prevención y control de infecciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente afianzar los pasos conseguidos en los años anteriores,
Queda por afianzar el sistema de Incidencias/No conformidades de la Unidad

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/985 ========== ***

Nº de registro: 0985

Título
MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
TEJADA ARTIGAS ANTONIO, VICENTE DE VERA BELLOSTAS BELEN, LAVIÑA LARDIES BEATRIZ, GOMEZ MAYOR BLANCA DELIA, MILLAN LOPEZ ANA, LOREN MARTINEZ JUAN CARLOS, MARTINEZ ARROYO INES, REQUENA TABAR MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0985

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001. UCI TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRITICOS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La UCI de Traumatología del HUMS se encuentra certificada con la norma ISO 9001 desde este año 2016. Es una de las pocas UCIs certificadas en España, y quizás la de mayor envergadura.
A pesar de su trayectoria en Calidad, y de los requisitos cumplidos para su certificación, queda por adaptar su sistemática de trabajo y de mejora continua a la realidad diaria de la Unidad. Readaptando la documentación existente a la evolución de la asistencia y de sus problemáticas de calidad-seguridad.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del sistema, manteniendo abiertos todos los formularios y adaptando la documentación a la práctica clínica y de calidad en especial en lo referente al sistema de Incidencias/NO-conformidades

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la información del sistema de Gestión de Calidad para establecer la mejora continua a través del sistema ISO.
- Mantener vigentes y adaptados los documentos (documentación interna) realizando los cambios necesarios y registrando éstos. Salvaguardar las versiones antiguas de éstos.
- Desarrollar un sistema de formación continuada para todo el personal de la Unidad basado en las Instrucciones Técnicas y Procesos elaborados, en los resultados de los registros y de las líneas de calidad-seguridad que se elaboren
- Mantener activos todos los formularios existentes, registrando las variables de calidad y actividad más relevantes
- Mantener abierto y activo el sistema de registros de Incidencias- No conformidades
- Dar respuesta, en procedimiento, de las No-conformidades señaladas
- Cumplir con los objetivos de calidad propuestos para el año 2016-17, registrados en el formulario correspondiente

INDICADORES
- % de registros activos: nº registros actualizados / total de registros establecidos x 100 (estándar >80%)
- % de no-conformidades en trámite: nº no-conformidades en trámite / nº conformidades x 100 (estándar 90%)
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría Interna – Revisión por la Dirección – Auditoría externa.
Por otra parte el cumplimiento de esta línea está incluida en el Contrato de Gestión establecido por la Unidad con la Dirección del centro.

DURACIÓN
Auditoria Interna: Febrero / Abril 2017
Revisión por la Dirección: Abril del 2017
Auditoria Externa: Mayo / Junio del 2017
Seguimiento y evaluación de los objtivos planteados: cada 6 meses (diciembre 2016, junio 2017…)
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre del 2017 / Enero del 2018

OBSERVACIONES
Queda pendiente para los próximos años la adaptación de nuestro sistema a la norma ISO 9001:2015

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0997

1. TÍTULO

NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LUIS RUIZ AGUILAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO TRENADO ELISA
CABELLO VERA MARIA CARMEN
GONZALEZ ALMARCEGUI IGNACIO
UTANDE VAZQUEZ MARIA ARANZAZU
LIPE CLARES BEGOÑA
CASALDUERO VIU JACOBO
BARCELO CASTELLO MIREIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha promocionado en la unidad/servicio la realización del curso básico de seguridad del paciente y manejo del programa SiNASP en la propia plataforma online del sistema de notificación.
2. En varias ocasiones, en difrentes turnos de trabajo, se ha explicado el acceso y la fórmula de notificación a los trabajadores. Se ha favorecido esto creando accesos directos en los ordenadores de la unidad.
3. Se han ido realizando notificaciones por parte del personal. Durante el proceso, aunque se permitía/favorecía el anonimato del notificante, se ha solicitado ayuda por parte de algunos de ellos para realizar correctamente la notificación.
4. Por parte del grupo de seguridad/calidad del servicio se han hecho análisis de los eventos de forma agrupada, en particular los consistentes en caídas y autoextubaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.El curso no ha sido realizado por la totalidad de los trabajadores pero ha tenido un mejor seguimiento por parte de enfermería que por médicos y auxiliares.
2. En general la adhesión al sistema de notificación es baja. Comparado con el sistema escrito resulta claramente inferior el número de notificaciones. La principal y más clara causa de esto es que el acceso a los ordenadores es algo más restringido y que la notificación requiere dedicar más tiempo porque son varios los campos a cumplimentar.
3. Desde enero 2016 a enero de 2018 se han notificado 153 incidentes/eventos. El 90% han sido notificados por enfermería. El mayor porcentaje de eventos han sido de baja gravedad.
4. No se ha alcanzado un número mayor de notificaciones con el sistema informatizado respecto al sistema tradicional en papel, siendo este unos de los objetivos/indicadores planteados en la línea de mejora.
5. Se han realizado 3 sesiones a lo largo del año para el análisis de los eventos, siendo dos de ellas sesiones para plantear el número y las diferentes categorías de los eventos notificados, y una de ellas para el estudio de las causas de la extubaciones no programadas y las caídas.
6. No se han llevado a cabo sesiones generales de servicio/unidad con acceso para la totalidad del personal. Tampoco se han emitido informes al personal sobre los resultados de la notificaciones durante el año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Será conveniente promocionar de forma más insistente la notificación así como la realización del curso de seguridad SiNASP. Aunque no se consiga mayor participación en la notificación, al menos quedará en los trabajadores del servicio una mayor concienciación sobre la seguridad del paciente.
2. Se debería promocionar la seguridad del paciente en el servicio/unidad permitiendo una mayor dedicación al tema de los responsables, liberandoles de las actividades asistenciales habituales de forma ocasional.
3. Es conveniente el cierre del ciclo de mejora llevando a cabo la difusión de los resultados de la notificación, los análisis y las propuestas de mejora.
4. Promocionar la elaboración de programas de mejora de seguridad del paciente y grupos de trabajo sobre aspectos fundamentales de la seguridad entre los miembros del servicio (p.ej. control del delirium,...)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/997 ========== ***

Nº de registro: 0997

Título
NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0997

1. TÍTULO

NOTIFICACION DE EFECTOS ADVERSOS Y APRENDIZAJE POSTERIOR PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SINASP) EN UCI DE TRAUMATOLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RUIZ AGUILAR ANTONIO, GUERRERO TRENADO ELISA, CABELLO VERA MARIA CARMEN, GONZALEZ ARMACEGUI IGNACIO, UTANDE VAZQUEZ MARIA ARANZAZU, LIPE CLARES BEGOÑA, CASALDUERO VIU JACOBO, BARCELO CASTELLO MIREIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRITICOS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: SEGURIDAD

PROBLEMA
La UCI de Traumatología del HUMS había diseñado desde hace años un sistema propio de recogida y control de efectos adversos, que posteriormente se evaluaban dentro del Grupo de Mejora-Seguridad de la Unidad. Este sistema en muchos casos podía carecer del anonimato necesario, además de ofrecer cálculos muchas veces farragosos y siempre con resultados difíciles de sistematizar.

RESULTADOS ESPERADOS
Conversión del sistema tradicional de registro al sistema SiNASP, permitiendo un registro efectivo de eventos, el aprendizaje en seguridad y la aplicación de medidas correctoras.

MÉTODO
Se planifican las siguientes actividades:
- Realización del curso Seguridad del Paciente y Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). https://www.sinasp.es/formacion/
- Aprendizaje del sistema registro de incidentes
- Registro de estos.
- Evaluación por parte del responsable del sistema de los eventos ocurridos
- Propuesta de la líneas de mejora y aplicación de medidas correctivas a través del Grupo de Mejora-Seguridad, y de los responsables de la Unidad

INDICADORES
- Nº notificaciones por el Sistema caciones SiNASP/ nº notificaciones registradas por el sistema de encuestas tradicional >1
- Sesiones en grupo de Mejora-Seguridad de la unidad con discusión, análisis y documentación de un efecto adverso o incidente notificado > 3/año.

DURACIÓN
Seguimiento y evaluación de los objtivos planteados: cada 6 meses (diciembre 2016, junio 2017…)
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre del 2017 / Enero del 2018

OBSERVACIONES
Quedan implicadas igualmente todos los componentes del Grupo de Mejora - Seguridad del Paciente asi como los responsables de la Unidad.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1305

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 21/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO TOMAS MARSILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN
GURPEGUI PUENTE MARTA
JIMENEZ RIOS MARIA
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
SARASA OLANO MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente durante el primer trimestre de 2017 se realizó una revisión y difusión de las últimas guías publicadas acerca del manejo de la vía aérea difícil (VAD), definiendo cuáles habrían de ser las recomendaciones que guiaran el abordaje de los puntos definidos en el proyecto. Tras ello se remitió al jefe de Servicio un documento con soporte bibliográfico en el que reflejamos las recomendaciones al respecto en relación a las necesidades de equipamiento de la UCI. En él se incluían, de forma resumida: la monitorización contínua de capnografía, la optimización del carro de vía aérea difícil con disponibilidad de un videolaringoscopio y fibrobroncoscopio así como material de entrenamiento regular para crico y traqueostomia de urgencia.
Paralelamente a lo largo del ejercicio se llevó a cabo registro de eventos adversos relacionados con la vía aérea difícil y se fomentó la notificación en el sistema SINASP mediante la incitación a la realización del curso de formación de forma inicial dada la reciente implantación, como medida prioritaria para crear una cultura de seguridad apropiada.
Nos pusimos en contacto con los facultativos encargados de docencia de residentes para la organización de cursos y disponibilidad de material al respecto.
Se elabora un plan de mantenimiento del equipamiento de atención urgente a la VAD tanto dentro como fuera de la UCI
Se solicitó valorar la inclusión en el sistema de historia electrónica de una zona de registro de factores relacionados con la predicción de VAD de forma similar al registro en las gráficas de valoración anestésica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pese a las dificultades para establecer criterios e indicadores en base a recomendaciones internacionales con los que poderse comparar así como la escasa notificación en el SINASP de eventos ocurridos, hemos podido analizar mediante registros individuales y revisiones de casos que: el número de autoextubaciones ocurridos ha ocurrido < 0’5 /100 días de ventilación mecánica (tasa similar a la observada en otros centros, que ocasionaron un daño entre menor y moderado según la escala de daño atribuible al evento); los incidentes relacionados con una deficiente monitorización respiratoria así como, y generalmente relacionados con, desconexiones de las tubuladuras del respirador al paciente son relativamente frecuentes, de gravedad entre menor y moderada y con una detectabilidad alta, que es la que se intenta abordar con la monitorización referida. La disponibilidad de monitorización de capnografía conectada al sistema de monitorización central se habló con los técnicos del Hospital así como con el responsable de la UCI, estando pendiente de evaluación. Otros eventos adversos recogidos como relacionados con la realización de traqueostomia percutanea reglada son inexistentes por correcta técnica y selección de casos; y los relacionados con el abordaje convencional tanto en relación con el procedimiento como con la medicación utilizada no llegaron a ocasionar más allá de daño menor pero en su mayoría serían evitables con el registro en la historia electrónica previo al abordaje de la vía aérea de la identificación de pacientes con VAD prevista, dejando sólo la imprevista como incertidumbre.
La planificación de competencias acerca del equipamiento se ha podido resolver sólo parcialmente por la disponibilidad de tanto videolaringoscopio como fibrobroncoscopio todavía no efectiva en la Unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se precisa continuar con la recogida y análisis correspondiente de eventos adversos para hacer una evaluación adecuada y mejorar el nivel asistencial, fomentando la cultura de seguridad, notificación de eventos en SINASP por parte del personal así como optimizar los factores de equipamiento, una vez ya tenemos abordados factores de tarea y formación, quedando pendientes, una vez dispongamos del material referido así como más datos, que continuaremos en su recogida, hacer sucesivas evaluaciones en colaboración con el grupo de seguridad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1305 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1305

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

Nº de registro: 1305

Título
PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

Autores:
TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO, LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, JIMENEZ RIOS MARIA, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, SARASA OLANO MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El control de la vía aérea es frecuentemente complicado en los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. El manejo inadecuado de la vía aérea difícil, VAD, se asocia a un incremento del riesgo de daño neurológico irreversible, eventos cardíacos adversos, lesiones traumáticas de la VA, aumento de la estancia en la UCI y muerte. El grado de daño que ocasionan al paciente los incidentes relacionados con la vía aérea en una Unidad de Cuidados Intensivos es mayor que los que se presentan durante la anestesia o en Urgencias, como refleja el NAP4 (4th National Audit Project of The Royal College of Anaesthetists).

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar los correspondientes protocolos y recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente destaca el manejo de la vía aérea difícil. En ella destacan unos requisitos para el desarrollo de una estrategia de seguridad en el manejo de la vía aérea, entre otros:

• Establecimiento de un protocolo o algoritmo de actuación ante una VAD,
• Definición de un plan de formación continuada en el manejo de la VAD,
• Disponibilidad de los recursos materiales necesarios (carro de VAD)

Proponemos realizar un análisis de eventos adversos graves durante el año 2017 relacionados con la vía aérea y adecuar las recomendaciones referidas evaluando resultados tras su implantación.

MÉTODO
1. Analizar los eventos adversos graves relacionados con la vía aérea registrados durante el año 2017 y evaluar conjuntamente sus resultados para consensuar un conjunto de recomendaciones en relación al Manejo Integral de la Vía Aérea.
2. Desarrollar un proyecto de seguridad en relación a la vía aérea en pacientes críticos. Se propone implantar un proyecto de seguridad de la vía aérea con los objetivos que representamos en cuatro apartados: a) Formación en Seguridad, b) Notificación, c) Abordaje de la VAD y d) Manejo integral y Cuidados sobre la vía aérea.

INDICADORES
El desarrollo de cada una las actividades referidas en el apartado anterior se considerará como indicador para posterior evaluación :

-1.FORMACION EN SEGURIDAD. Colaboración con la Comisión de Seguridad del Hospital para promover la formación en seguridad y notificación de eventos adversos

-2. NOTIFICACIÓN y ANALISIS de incidentes relacionados con la vía aérea en paciente crítico.

a. Se propone desarrollar un sistema de registro de incidentes relacionados especificamente con la vía aérea. Tras implantar el SINASP el grupo de trabajo extraería los incidentes relacionados con la vía aérea para una valoración más exhaustiva.

b. De forma semestral, y extraordinaria cuando suceda un evento con daño crítico y/o catastrófico (valorar análisis causa raíz), se propone realizar sesiones de control

-3.ABORDAJE DE LA VAD. Planificación y desarrollo de protocolos para el manejo de la vía aérea en paciente crítico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1305

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA SEGURIDAD DE LA VIA AEREA EN PACIENTE CRITICO

a. Conformar un grupo de trabajo multidisciplinar adecuadamente formado para el manejo de la VAD con el objetivo desarrollar y adoptar protocolos para el manejo adecuado de la VAD en todos los ámbitos del Hospital

b. La identificación de sujetos con riesgo o sospecha de VAD ayudará a diseñar un plan estratégico de actuación y a preparar los medios materiales y humanos necesarios para garantizar la seguridad de los pacientes. Se propone incluir registro de los test predictivos en la historia electronica de la UCI

c.Propuesta de disponibilidad con completo equipamiento del Carro de VAD, incluyendo videolaringoscopios y fibrobroncoscopio. Disponibilidad de ecógrafo.

d. Realizar un actividades de formación donde se expondrán aspectos teóricos y prácticos acerca del manejo integral de la vía aérea difícil y la realización de las técnicas quirúrgicas sobre la vía aérea tanto programada como emergente.

e. Promover colaboración con el Equipo de respuesta rápida en el hospital. Definir competencias equipamiento del maletín atención urgente.

-4. MANEJO INTEGRAL Y CUIDADOS sobre la vía aérea; monitorización y manipulación de la vía aérea en paciente crítico El desplazamiento del tubo orotraqueal o cánula de traqueostomía puede ocurrir en cualquier momento tanto dentro de la Unidad, como en los traslados. Se propone desarrollar un protocolo con competencias claramente definidas para las actuaciones que impliquen manejo de la VA, en especial VAD prevista

DURACIÓN
A lo largo del año 2017 se prevée la recogida de datos y colaboración con los servicios implicados para conseguir los objetivos referidos. Se analizarán a lo largo del año para hacer una reevaluación tras la implantación de las medidas en continuidad durante el próximo ejercicio 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1307

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

Fecha de entrada: 21/01/2018

2. RESPONSABLE ..... EVELYN LOMBARTE ESPINOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GURPEGUI PUENTE MARTA
JIMENEZ RIOS MARIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
SARASA OLANO MARINA
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Promover el uso seguro de medicamentos es una de las recomendaciones de practicas clínicas seguras. Los errores de medicación se producen en cualquier fase del proceso de utilización de los medicamentos, tanto en la prescripción, la transcripción, la dispensación o la administración. La rotación de personal de enfermería y médicos residentes hace todavía más necesario esta estandarización de procedimientos.
Durante el primer trimestre de 2017 realizamos sesiones en la UCI para elaborar un listado consensuado de los medicamentos administrados en infusión intravenosa considerados de alto riesgo sobre los que central el proyecto. A continuación revisamos las presentaciones de dichos fármacos existentes en el hospital así como las preparaciones previamente incluidas en el sistema de prescripción electrónica. Dada la variabilidad existente encontrada no sólo de preparaciones entre diferentes unidades clínicas sino también entre diferentes secciones dentro de la UCI, se revisan individualmente las consideradas más apropiadas por consenso y práctica habitual para intentar plasmar en un documento una única guía de prescripción aplicable a nuestro ámbito.
Elaboramos una tabla estructurada con una serie de pasos ordenados: nombre del medicamento (principio activo y nombre comercial), dosis y unidad de dosis del fármaco, forma farmacéutica, diluyente y unidades de diluyente, unidades de dosificación, límites inferior y superior recomendados para el fármaco y recomendación por peso de la velocidad de infusión con la dilución establecida. Posteriormente se realiza durante el segundo trimestre la preparación del material con colocación del poster correspondiente en zona de preparación de infusiones en la UCI para mejor acceso tanto por enfermería como personal facultativo para consultas y aclaraciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dada la reciente implantación del sistema de notificación SINASP, se continuó con el fomento de la cultura de seguridad con la implicación del personal en la realización del curso correspondiente de formación y motivación hacia la notificación. Quizás no ha transcurrido tiempo suficiente como para reflejarse en el número de notificaciones pero pese a la dificultad para expresar en criterios e indicadores explícitos, podríamos concluir por registros adicionales y continuidad asistencial que las medidas adoptadas han conseguido disminuir los errores de medicación de manera significativa, no habiendo ocurrido ningún evento de gravedad moderada.
En relación a la configuración de las bombas de infusión en diferentes unidades de dosificación utilizadas por los servicios que atendemos a pacientes críticos para fármacos considerados de alto riesgo, nos reunimos con anestesia para unificar dichos parámetros habiéndose evitado con ello errores anteriormente frecuentemente observados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han conseguido mejorar dentro de los factores contribuyentes según NPSA: factores de tarea (guías y ayudas a la toma de decisiones y diseño de procedimientos), factores de comunicación, sociales y de equipo, de formación y finalmente de abordaje de factores de equipamiento.
Indudablemente se ha de continuar transmitiendo al personal nuevo de la Unidad las actuaciones implementadas para la práctica habitual así como fomentar las notificaciones de eventos adversos para un adecuado registro y estudio de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1307 ========== ***

Nº de registro: 1307

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1307

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

Título
UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

Autores:
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, JIMENEZ RIOS MARIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, SARASA OLANO MARINA, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, TOMAS MARSILLA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EFECTOS ADVERSOS/REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se demuestran numerosos eventos adversos relacionados con la prescripción y administración de fármacos intravenosos en la Unidad de Cuidados Intensivos. Previo a la implantación del sistema de notificación SINASP se registran incidentes de gravedad que no han sido bien registrados anteriormente. Analizamos con una aproximación inicial los factores contribuyentes relacionados tanto con el paciente, por la complejidad de la situación clínica del paciente crítico; relacionados con personal por situación de estrés, realización de multitud de tareas simultáneamente; de tarea por falta de unificación de perfusiones de fármacos intravenosos, no actualizadas con los últimos fármacos introducidos en nuestras guías terapéuticas en los últimos años; de comunicación con órdenes en ocasiones imprecisas por parte del intensivista; de formación/entrenamiento, donde el personal con más experiencia tiene menos probabilidades de cometer errores en relación a estos a estos aspectos; así como de equipamiento por falta de estandarización de las configuraciones de las bombas de infusión.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende realizar un protocolo del servicio de Medicina Intensiva unificando tanto las concentraciones de las perfusiones como las unidades en las que trabajar. Se intentará unificar protocolos con otras Unidades Clínicas del Hospital que atiendan paciente crítico, principalmente urgencias y anestesia.
Comprobar al ingreso de los pacientes a UCI la concentración y configuración de las bombas de infusión pues varios eventos graves se han visto relacionadas con diferentes programaciones en las configuraciones de dichas bombas por protocolos de manejo diferentes entre los servicios de anestesia y UCI.
Difundir dichos protocolos entre médicos y enfermeras. Realización de carteles con la información unificada de los protocolos en cuanto a concentraciones y dosis habituales de una lista concreta de fármacos habituales utilizados en infusión para pacientes críticos actualizada.
Evaluar mediante el SINASP la disminución de incidentes relacionados con la medicación a lo largo del año 2017, compararnos con estándares externos agrupados según gravedad y realizar propuestas de mejora .

MÉTODO
1. Evaluar sistemas prescripción en servicios relacionados con paciente crítico. Se proponen acciones conjuntas con los servicios implicados
Elaboración protocolos y de tabla de infusión de perfusiones de fármacos intravenosos actualizada

2. Difusión de guías y realización carteles para ayuda prescripción. Incluir las consiguientes modificaciones según consenso en el sistema de prescripción electrónica del Servicio.

3. Análisis de resultados registro SINASP de forma continuada durante el período de análisis

INDICADORES
1. Elaboración de protocolos y guías correspondientes.

2. Evaluación de eventos adversos relacionados con la medicación mediante el sistema de notificación electrónica. Análisis individualizado para definir los estándares según gravedad de los incidentes observados no cuantificables de forma prospectiva. Valor a alcanzar de 0 en incidentes graves. Se procederá a análisis causa raíz de los eventos así considerados a lo largo del período de análisis.

3. Propuestas de mejora Diciembre 2017

DURACIÓN
Elaboración de guías y difusión en el primer trimestre de 2017
Análisis continuado durante el año en curso del registro SINASP con reuniones semestrales con grupo de seguridad para evaluación y convocatoria extraordinaria si procede por evento grave

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1307

1. TÍTULO

UNIFICACION PROTOCOLOS DE PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS INTRAVENOSOS EN UCI

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA GURPEGUI PUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN
SANTED ANDRES MARIA JESUS
MORON GIMENEZ ALEJANDRA
ALVAREZ OTAZU ROBERTO
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades y oferta de servicios que se incluyeron en el proyecto fueron:
- Elaboración de un protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de la sonda uretral en las UCIs
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral

En estos meses se ha realizado un protocolo de inserción y de mantenimiento de sonda uretral por parte de enfermería, que actualmente está todavía pendiente de aprobación.
Se elaboró una tabla estructurada de verificación de inserción y de mantenimiento diario. Así mismo se decidió en qué lugar del sistema informático debían aparecer los campos a rellenar para posteriormente poder valorar los datos obtenidos. También se tuvo una reunión con los encargados de incluir en el sistema informático las pestañas necesarias. Actualmente estamos a la espera de que se incluyan estos ítems para comenzar a introducir datos.
Se ha elaborado una tabla con las indicaciones de los casos en los que es necesaria la colocación de sonda uretral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente estamos a la espera de que se introduzcan los ítems necesarios en el programa informático para comenzar a analizar los resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han realizado los objetivos del año en cuanto a elaboración de un protocolo de inserción y mantenimiento de sonda uretral, realizar un listado de verificación de la inserción y de mantenimiento diario, y sobre todo de valoración diaria de su necesidad.
Indudablemente se ha de continuar trabajando en este sentido para intentar reducir la ratio de utilización, y llegar a reducir la densidad de incidencia de infección y el uso de antimicrobianos utilizados en su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/458 ========== ***

Nº de registro: 0458

Título
PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Autores:
GURPEGUI PUENTE MARTA, LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, SANTED ANDRES MARIA JESUS, MORON GIMENEZ ALEJANDRA, ALVAREZ OTAZU ROBERTO, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ITU relacionada con sondaje uretral es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos. Su impacto sobre la mortalidad es menor que otras infecciones nosocomiales pero produce un importante incremento de estancias hospitalarias y de costes.

La infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU) representa el 20% de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).
Los factores de riesgo relacionados son:
- Sondaje vesical
- Calidad de los cuidados del personal sanitario en la inserción y manipulación de la sonda uretral

Epidemiología:
- Las ITU-SU ocurren en 2’6% de los pacientes que permanecen ingresados en UCI > 2 días.
- El 98’4% de los episodios de ITU se asocian al uso de catéter urinario.

Como el resto de las infecciones nosocomiales, es una infección con oportunidad de ser prevenida.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar los correspondientes protocolos y recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Hasta el 65-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

Según el último Estudio Nacional de Vigilancia de Infección nosocomial en servicios de Medicina Intensiva (ENVIN HELICS), el 31’87% de las infecciones nosocomiales correspondieron a ITU-SU.
La tasa de incidencia de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral es del 11%, sin embargo continúa siendo mayor respecto a las tasas publicadas en otros países (3’8% de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral).

Los objetivos son:
- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la densidad de incidencia (DI) de la infección del ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
- Reducir la ratio de utilización (RU) de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto el total de estancias.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI.

MÉTODO
- Elaboración de protocolo para el procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI
- Valorar la indicación de sonda uretral en cada caso
- Garantizar la calidad de los cuidados. Listado de verificación de inserción de sonda uretral.

INDICADORES
- Reducir la media del sistema nacional de Salud de la DI de la ITU-SU por 1000 días de dispositivo a < 4 episodios.
o DI de ITU-SU por 1000 días de dispositivo

(Nº de episodios de ITU-SU/Nº total de días de sondase) x 1000 días de sondaje uretral

- Ratio de utilización de sonda uretral

Días de sonda uretral / Total de estancias

DURACIÓN
Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.
Realización de listado de verificación de inserción de sonda uretral en el primer trimestre de 2018.
Valoración diaria de la indicación de sonda uretral individualizado, retirándole en caso de no ser necesaria.
Garantizar la calidad de los cuidados diariamente, rellenando el listado de verificación de inserción de sonda uretral.

Analisis continuado durante el año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0458

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA REDUCCION DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO RELACIONADA CON SONDA URETRAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EVELYN LOMBARTE ESPINOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GURPEGUI PUENTE MARTA
SANTED ANDRES MARIA JESUS
CLARACO VEGA LUIS MANUEL
TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA
MARTIN YUS CRISTINA
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES
YARZA ALONSO MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año se han realizado dos sesiones del servicio en relación con la sobresedación, orientada tanto para médicos como para enfermería, en las que se ha incidido especialmente en la escala RASS*. Con respecto a ésta escala se ha explicado su significado, el cómo se mide, y la necesidad de su uso para mantener monitorizado el grado de sedación de los pacientes ingresados en nuestra unidad.
Se decidió en qué lugar del sistema informático debían aparecer los campos a rellenar para posteriormente poder valorar los datos obtenidos. También se tuvo una reunión con los encargados de incluir en el sistema informático las pestañas necesarias. Actualmente estamos a la espera de incluir estos campos para comenzar la recogida de datos.

*Escala RASS: Escala de la agitación y sedación de Richmond ("Richmond Agitation-Sedation Scale"), es una escala utilizada para evaluar el grado de sedación y agitación en el paciente crítico. Su puntuación oscila de +4 (combativo) a -5 (sin respuesta a la llamada o al estímulo físico).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente estamos a la espera de que se introduzcan los ítems necesarios en el programa informático para comenzar a analizar los resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han realizado los objetivos del año en cuanto a la realización de sesiones formativas, tanto para médicos como para enfermería. Se ha incidido en la escala RASS. Actualmente se realizan diariamente ventanas de sedación para mantener a los pacientes con la menor cantidad de sedación posible.
Indudablemente se ha de continuar trabajando en este sentido para intentar diagnosticar precozmente los episodios de Delirium en los pacientes críticos, y reducir los días de ventilación mecánica e intubación orotraqueal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/459 ========== ***

Nº de registro: 0459

Título
PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Autores:
LOMBARTE ESPINOSA EVELYN, GURPEGUI PUENTE MARTA, SANTED ANDRES MARIA JESUS, CLARACO VEGA LUIS MANUEL, TOMEY MONREAL MARIA EUGENIA, MARTIN YUS CRISTINA, MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES, YARZA ALONSO MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con ventilación mecánica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sedación es necesaria para garantizar el confort y la seguridad de los enfermos con ventilación mecánica (VM).

Sin embargo su uso no está exento de eventos adversos, derivados en su mayoría de su infradosificación y sobredosificación, que pueden prolongar los tiempos de VM, complicar la evolución y el pronóstico del paciente crítico e incrementar el coste sanitario.

La correcta sedación precisa del conocimiento de las distintas opciones terapéuticas, sus indicaciones, sus efectos secundarios y una adecuada monitorización. Las guías de práctica clínica de la mayoría de las Sociedades Médicas de Cuidados Intensivos recomiendan establecer claros objetivos de sedación, variables en función de la evolución del paciente, con estrecha y periódica monitorización.

Existen numerosos métodos para la evaluación del nivel de sedación, sin que se disponga todavía de uno que sirva como referencia y validación para el resto.

Aunque la práctica clínica diaria de la UCI se caracteriza por una estricta vigilancia de un gran número de variables fisiológicas y parámetros del paciente, en el caso de la monitorización del grado de sedación, ésta no siempre se realiza, o a veces resulta insuficiente, de cara a identificar y corregir situaciones de infra o sobresedación, reduciendo así la morbi-mortalidad y el consumo de recursos.

Desconocemos la situación actual de nuestro Servicio al no haberse hecho un registro específico que nos permita valorar cuáles son nuestras cifras y evaluar la mejora en las mismas tras implantar el uso de escalas de sedación validadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Según algunos estudios entre un 42-72% de los pacientes van a requerir sedación en algún momento de su estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Los objetivos son:

- Monitorizar el grado de sedación en períodos de 8h, a todos los pacientes con VM de más de 12h de evolución y sedación continua (quedan excluídos los pacientes con bloqueo neuromuscular).
- También se monitorizará el grado de sedación en cualquier momento en el que varíe la situación clínica.
- Escalas validadas: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

MÉTODO
- Difusión, conocimiento y aplicación de la escala validada RASS en la Unidad.
- Valoración diaria del nivel de sedación (quedando registrado en la aplicación informática).
- Valorar cada 8h si el paciente presenta sobre o infradosificación, aplicando la escala validada RASS.
- Mantener al paciente con la mínima dosis de sedación que precise en cada momento.

INDICADORES
- Monitorización del grado de sedación:

(nº períodos de 8 horas con sedación monitorizada / nº períodos de 8h con VM y sedación continua *) x 100

*(o días de VM y sedación continua x 3)

DURACIÓN
Durante el primer semestre se realizarán:
- Sesiones teorico-practicas con enfermería para dar a conocer la escala validada RASS.
- Implementación en la aplicación informática de sistema de registro.

Valoración diaria del nivel de sedación en pacientes con VM >12h y sedación continua, valorando a su vez la sobre o infradosificación.
Tras la fase de formación e implantación se realizará una monitorización y evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0459

1. TÍTULO

PROYECTO PARA MONITORIZAR LA SEDACION EN PACIENTES CON VENTILACION MECANICA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 18/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA MARTINEZ ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
PALACIO RUIZ PILAR
LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL
GIL PEREZ DESIRE
PASCUAL CATALAN ASCENSION
HUARTE LACUNZA RAFAEL
ABIO LUPON MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración y puesta a disposición en la intranet de documentos sobre las bacteriemias de mayor morbi/mortalidad y difícil manejo.
Definición: documento básico de manejo de bacteriemias nivel 1 disponible en la intranet en la pestaña PROA.
Objetivo: realización y disponibilidad en la intranet.
Realizado en el primer trimestre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo: valoración del 80% de las bacteriemias de nivel 1 fuera de UCI, conseguir hemocultivos de control en más del 80% y conocer la mortalidad a los 14 días.
Otros: conocer si son nosocomiales y la relación con el catéter.
Hemocultivos de control:
Hemocultivos de control en S aureus (BAS) y Candida sp.
Objetivo 80%

Hemocultivos de seguimiento por S aureus:

	1 er T	2 T	3 T	4 T	TOTAL
% seguimiento	92,30	100,00	100,00	100,00	98,36
Pacientes HC seguimiento	12	10	20	18	60
Total pacientes	14	14	22	27	77
Éxitus + trasladaso	1	2+2	2	5+4	16

Hemocultivos de seguimiento por Cándida

	1 T	2 T	3 T	4 T	TOTAL
% seguimiento	83,33	100,00	100,00	100	94,73
Pacientes con HC seg	4	3	9	2	18
Total pacientes	6	3	11	2	22
Exitus+Traslados	1		2		

Bacteriemias de nivel 1:

S. Aureus	93 (37,8)
Enterococcus	109 (44,3)
Pseudomonas	9 (3,7)
Candida	35 (14,2)
Total	246

Valoración por la UEI:

Valoracion UEI	174 (68)
No valoracion	82 (32)
UCI	23 (9)
Exitus	15 (5,9)
Traslado	19 (7,4)
Vacaciones	13 (5,1)
Alta	3 (1,2)
Otros	8 (3,1)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

De los 82 no valorados, 57 eran NO valorables según el proyecto (UCI, éxitus, traslado,) se valorado el 87% de los posibles.

Tipo de infección:
Infeccion nosocomial 135 (52,7)
Bacteriemia cateter 42 (16,4)
Estancia en UCI 50 (19,5)

Más de la mitad de las bacteriemia de nivel 1 son de origen nosocomial y algo más de un 16% son asociadas a catéter.

Mortalidad:
Mortalidad / Exitus N=256
Global 86 (33,6%)
A las 72 horas 19 (7,6%)
14 días 47 (18,7%)
30 días 62 (24,7%)

La mortalidad atribuible sería la que aparece en los primeros 14 días.

Mortalidad y estancia media:
Global

	Número	Estancia media	Estancia media bacteriemia	Mortalidad
		Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y RIC	Media y DS	
Total	256 (100)	18 ± 38 (0-374)	33,5 ± 41	12 ± 18 (0-370)	20,2 ± 29	86 (33,6)
S. Aureus	93 (36,3)	17 ± 19 (0-77)	20,4 ± 17	13 ± 14 (0-77)	15,7 ± 14,3	35 (37,6)
Enterococcus	109 (42,6)	18 ± 44 (0-195)	34,6 ± 37,8	11 ± 20 (0-96)	18,7 ± 18,4	27 (24,8)
Pseudomonas	9 (3,5)	41 ± 53 (4-374)	75,2 ± 114	21 ± 25 (3-370)	61,5 ± 116	2 (22,2)
Candida	35 (13,7)	59 ± 56 (0-205)	62,3 ± 49,7	25 ± 39 (0-123)	30,6 ± 28,3	16 (45,7)

Valorados por PROA

	Número	Estancia media	Estancia media bacteriemia	Mortalidad
		Mediana y RIC	Media y DS	Mediana y RIC	Media y DS	
Total	174 (100)	20,5 ± 37 (0-374)	36,7 ± 43,6	23,5 ± 20 (0-370)	23,5 ± 32,6	47 (27)
S. Aureus	71 (40,8)	19 ± 19 (3-77)	23 ± 17	14 ± 13 (3-77)	18,8 ± 203	22 (31)
Enterococcus	74 (42,5)	21 ± 43 (0-195)	37 ± 37	12 ± 24 (0-96)	20,4 ± 18	18 (24,3)
Pseudomonas	6 (3,4)	37 ± 144 (4-374)	92,6 ± 140	25 ± 120 (3-370)	80,5 ± 142	5 (83,3)
Candida	21 (12,1)	64 ± 62 (10-205)	67,1 ± 51,8	37 ± 38 (2-123)	37,7 ± 28,8	5 (23,8)

Otros datos relevantes:

	Infeccion nosocomial	Bacteriemia por cateter	Ingreso en UCI
Total	135 (52,7)	42 (16,4)	50 (19,5)
S. Aureus	33 (35,5)	20 (21,5)	11 (11,8)
Enterococcus	61 (56)	4 (3,7)	18 (16,5)
Pseudomonas	8 (89)	2 (22,2)	3 (33,3)
Candida	33 (94,3)	6 (45,7)	17 (48,6)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LECCIONES APRENDIDAS:
El proyecto ha permitido poder conocer la magnitud del problema de la bacteriemia en el hospital, su relación con la asistencia sanitaria y su mortalidad. Nos ha permitido mejorar su manejo según las recomendaciones de las guías vigentes y realizar una labor formativa por pares en la asesoría de su manejo.

El desarrollo de esta labor con continuidad nos permitirá conocer la evolución de los resultados en el tiempo como marcador de calidad y seguridad del paciente.

Debería poder ampliarse la actividad a las bacteriemias por las cinco principales causas como marcan las directrices de los Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA), con el objetivo de mejorar el manejo de antibióticos en una entidad de alta morbimortalidad y evaluar su evolución como consecuencia de campañas más globales de optimización de antimicrobioanos y prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).

DIFICULTADES A SUPERAR:
1. No se desarrolla hoja de tratamiento estandarizado de bacteriemia por Pseudomonas MDR ó XDR por no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

disponer de guías de consenso que lo permitan y ser recomendaciones individualizadas por foco, antibiograma y enfermedad de base.
2. No disponer de asesoría que permita la elaboración de una base de datos compartida para realizar una recogida de datos a tiempo real, en lugar de estar volcando datos de forma retrospectiva y casos por caso a un Excel.
3. Pocos datos extraíbles directamente de la HCE (baja informatización de la prescripción) y nula de la información de enfermería.
4. No disponer de un gestor de datos para la recogida de la actividad y explotación estadística.
5. Cambio de destino de la auxiliar administrativo que pertenecía al proyecto en septiembre.
6. Los datos extraídos de siglo necesitan una explotación posterior para poder obtener los indicadores seleccionados que requiere un tiempo extra.
7. No disponer de datos oficiales de mortalidad y estancia media de los casos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/976 ========== ***

Nº de registro: 0976

Título
IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIN RUIZ PILAR, LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL, GIL PEREZ DESIRE, PASCUAL CATALAN ASCENSION, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ABIO LUPON MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Proyectos del Programa de Optimización de Antimicrobianos

PROBLEMA
Las bacteriemias constituyen una infección frecuente y con una mortalidad elevada.
Existen factores potencialmente modificables que han demostrado reducir la mortalidad de las bacteriemias, como el tiempo hasta el tratamiento antibiótico, o la administración de tratamiento antibiótico correcto, tanto a guías como a gérmenes.
La actuación por parte de facultativos especialistas en enfermedades infecciosas ha demostrado ser eficaz en la mejoría de los resultados.

Los PROA (Programas de optimización de antibióticos) son programas hospitalarios cuyo fin es contribuir a mejorar la utilización de los antibióticos. Su filosofía es la de servir de apoyo a los clínicos en su proceso de toma de decisiones en el tratamiento antibiótico de las enfermedades infecciosas con los objetivos de obtener los mejores resultados clínicos en el tratamiento hospitalario de infecciones, minimizar la frecuencia de eventos adversos relacionados con la utilización de antimicrobianos como la emergencia de resistencia y fomentar la utilización eficiente de los antibióticos.

PROA Bacteriemia es una actividad integrada en el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) del Hospital Universitario Miguel Servet en fase de implantación, cuyo objetivo es lograr mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia.

RESULTADOS ESPERADOS
• Conocer en nuestro medio la mortalidad y estancia hospitalaria relacionada con las ?bacteriemias.
• Valorar el impacto de las intervenciones que se implementen (las intervenciones se detallan en el punto siguiente). Comparar estos datos con un período anterior sin intervención.?
• Identificar oportunidades de mejora para implementar.

MÉTODO
• Diseño de una hoja excel para recoger datos microbiólógicos, de tratamiento empírico, definitivo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

secuencia, duración, estancia media y mortalidad a 14 y 30 días.

• Elaboración y actualización de recomendaciones básicas disponibles en la intranet (PROA)

• Llamada telefónica estructurada desde el laboratorio con el resultado del cultivo positivo para transmitir resultados y recabar información clínica al médico o la enfermera responsable.

• Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de microbiología para conocer y comentar los resultados y planificar las actuaciones.

• La atención por el clínico del grupo PROA estará enfocada a la valoración clínica tras identificación de germen en jornada ordinaria, aplicando las recomendaciones básicas y mostrando al médico responsable la documentación de la intranet al respecto para realizar docencia por pares:
? Bacteriemias por Staphylococcus aureus sensible o resistente (SAMS/SAMR)
? Bacteriemias por Candida sp
? Bacteriemias por Enterococcus sp
? Bacteriemias por Pseudomonas aeruginosa MDR ó XDR
? Casos derivados de la valoración por necesidad de modificar el tratamiento empírico no adecuado, o de valoración y actuación sobre foco.

INDICADORES
Indicadores de transmisión de la información:
-Tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario
-Tiempo desde la positivización y llamada al especialista en Infecciosas

Indicadores de aplicación clínica de la información:
-Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)
-Tiempo hasta el inicio de tratamiento apropiado
-Porcentaje de bacteriemias con intervención del especialista en Infecciosas

Indicadores de resultados clínicos:
-Mortalidad cruda a los 14 días
-Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso

DURACIÓN
Estudio de la situación, elaboración del proyecto y difusión en los Servicios de Microbiología y Unidad de Enfermedades Infecciosas: Octubre-Noviembre 2016

Diseño y puesta en marcha del registro Excel de recogida de datos: Inicio en Diciembre 2016-Todo el período

Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de Microbiología: Inicio en Noviembre 2016-Todo el período

Evaluación de los indicadores: Abril 2017 (6 meses tras inicio proyecto)-Septiembre 2017

Identificación oportunidades mejora: Todo el período

OBSERVACIONES
Proyecto en la línea del Plan Nacional de Resistencia, a través de proyectos PROA (Programas de Optimización de Antimicrobianos) para mejorar los resultados en salud y disminuir la aparición de resistencias.

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA MARTINEZ ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL
MARTINEZ JIMENEZ MARIA CARMEN
SUSO ESTIBALEZ CATALINA
MORENO GARCIA ESTELA
HUARTE LACUNZA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Participación en la elaboración de los documento del PROA-Autonómico en relación al tema: “Documento de trabajo PROA hospitales. Estrategia IRASPROA-Aragón” y “Actividad PROA para la optimización del manejo de pacientes con bacteriemia”.
Sesiones semanales los miércoles a las 12 h con una hora de duración, en la que se comentan los casos clínicos más destacados, los problemas detectados y se plantean soluciones. Todo ello ha llevado a la elaboración de las siguientes mejoras:
Elaboración de un informe preliminar fijo que permanece siempre visible para el clínico a través de la intranet. Este informe consta de:
Resultado de visión de Gram e identificación por MALDI-TOF en el día de la positivización del hemocultivo.
Resultado de la sensibilidad antibiótica preliminar por método disco-placa de los antibiióticos consensuados dentro del grupo PROA-Bacteriemia (día 2 tras la positivización) para facilitiar el ajuste del tratamiento antibiótico empírico o desescalado. Este informe se sustituye por el informe definitivo cuando se dispone de los resultados de sensibilidad antibiótica por CMI.
Elaboración de mensajes predeterminados en los gérmenes que tienen mayor dificultad de tratamiento. Desde Microbiología se han creado y añadido a los informes de resultados los siguientes comentarios en relación a resistencias intrínsecas:
P. AERUGINOSA: P. aeruginosa presenta resistencia intrínseca a los siguientes antibióticos de uso frecuente: amoxicilina-clavulánico, cefotaxima/ceftriaxona (y cefalosporinas de 1º y 2ª generación), ertapenem, tigeciclina, trimetoprim-sulfametoxazol. NO USAR
ENTEROCOCCUS SPP : Enterococcus spp. presenta resistencia intrínseca a los siguientes antibióticos de uso frecuente: cefalosporinas, macrólidos, aminoglucósidos en monoterapia, trimetoprim-sulfametoxazol. NO USAR
L. MONOCYTOGENES: Listeria monocytogenes presenta resistencia intrínseca a cefalosporinas. NO USAR
S. MALTOPHILIA: Stenotrophomonas maltophilia presenta resistencia intrínseca a los siguientes antibióticos de uso frecuente: amoxicilina-clavulánico, cefotaxima/ceftriaxona (y cefalosporinas de 1º y 2ª generación), carbapenems, aminoglucósidos. NO USAR. Suele ser sensible a trimetoprim-sulfametoxazol y levofloxacino.
SARM: Tomar medidas higiénicas que eviten su diseminación.
La resistencia a meticilina implica resistencia a todos los beta-lactámicos incluidos carbapenems (con excepción de ceftarolina).

Presentación de los resultados del año 2017 comunicación en el Congreso de SEIMC (Sociedad Epañola de Enfermedades Infeciosas y Microbiología clínia)
M. Povar Echeverria, R. Martinez Alvarez, M.C. Martinez Jimenez, P. Palacian Ruiz, M.C. Villuendas, A. Lopez Calleja. “BACTERIEMIAS DE PRIMER NIVEL EN EL AÑO 2017: ANALISIS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROA ”. XXII Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Bilbao, del 24 al 26 de mayo de 2018.
Durante unos meses se realizó una intervención sobre el nivel II y III con la contratación por parte de la fundación de enfermedades infecciosas de un facultativo durante 2 h al día, los resultados se presentaron en el congreso de la SEMI 2018:
E. Moreno García(1), R. Martínez Álvarez(1), P. Arazo Garcés(1), M. Villuendas Usón(2), P. Palacián Ruiz(2), M. Martínez Jiménez(3), G. Tirado Anglés(4), C. Clemente Sarasa(5). INICIO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) PARA BACTERIEMIAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA). XXXIX Congreso SEMI / VI Congreso Ibérico / XXXVI Congreso SOCALMI I. Burgos, 21-23 Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores de transmisión de la información: ?
-Registro del tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario.
Fuente de datos: sistema de información de microbiología: SIGLO (Horus). Valor a alcanzar:?>90%
Se ha realizado la llamada telefónica en la totalidad de los episodios. El tiempo medio de la llamada telefónica de Microbiología desde la positivización del hemocultivo ha sido de 0,08 días durante los 365 días del año. El tiempo medio de positivización de los cultivos fue de 0,84 días. La mediana de tiempo ha sido de 3 días para el informe definitivo. Estos datos se han extraído de la base de recogida de datos de bacteriemia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

que se resumen en la tabla.
- Unidades de enfermería con formación recibida sobre extracción de hemocultivos. Fuente de datos: actas de las sesiones impartidas. Valor a alcanzar:>90% de las unidades del hospital a lo largo de un año
Entre 2017 y 2018 se han realizado sesiones formativas en:
• Medicina interna (planta 10, 11 y 2) segundo semestre 2017
• Digestivo segundo semestre 2017
• UCIs H General segundo semestre 2017
• UCI infantil segundo semestre de 2018
• Urgencias segundo semestre del 2017 y primer semestre de 2018
• Neurología primer semestre 2018
• Cirugías (ubicadas en el edificio de traumatología: c vascular, c general, c plástica) primer semetre del 2108
• Pediatría y Maternidad se inicia a finales de 2018 y se continúa en 2019
En 2018 se consiguió la acreditación del taller que se imparte a enfermería. En estas sesiones se aporta desde la Sección de Hemocultivos la tasa de contaminación de cada Servicio para valorar de forma individualizada su evolución, estado actual y medidas de mejora. Estos datos se obtienen del indicador de calidad (tasa de contaminaciones) que trimestralmente se obtiene de los distintos Servicios del Hospital.
Indicadores de aplicación clínica de la información: ?
-Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)
Fuente de datos: programa de microbiología. Valor a alcanzar: > 90% de los pacientes que permanecen ingresados (excluyendo traslados/altas/defunciones)
Bacteriemia por S aureus
- 89 pacientes con bacteriemia por SASM/SARM. (23 SARM: 25.84%). Hemocultivos de seguimiento: 100% pacientes hospitalizados en HUMS.

- No hemocultivos de control: 7 traslados: 4 Hospital de la Defensa, 2 Hospital San Juan de Dios y 1 Hospital Clínico Universitario.
- 1 paciente de alta
- 9 pacientes fallecidos

Candidemia
43 pacientes con candidemia.
- Hemocultivos de seguimiento en 97.68% (42 pacientes)
- 6 pacientes fallecidos.

-Valoración del tratamiento empírico y actuación clínica realizada por el grupo PROA y su aceptación. ?
Fuente de datos: Excel diseñado para el trabajo. Valor a alcanzar: > 90% de los pacientes que permanecen ingresados (excluyendo traslados/altas/defunciones)
En el año 2018 se produjeron 979 episodios de bacteriemia en adultos, en todos ellos se realizó la llamada telefónica desde microbiología y se realizó una evaluación clínica por el PROA en 595 casos 60,77%. Excluyendo traslados, altas, defunciones y UCI (305) se valoraron 88%
- Porcentaje de bacteriemias con intervención del especialista en Infecciosas.
Fuente de datos: Excel diseñado para el trabajo, compartido por microbiología y enfermedades infecciosas. Valor a alcanzar: > 80% de los casos objeto del estudio (S.aureus, Candida sp, Enterococcus sp, Pseudomonas MDR/XDR, dadas de alta).

NIVEL CALCULADO NIVEL I

Etiquetas de fila	Cuenta de VALORADO PROA	Cuenta de VALORADO PROA2
NO	58	20,94%
SI	219	79,06%
Total general	277	100,00%

Nivel II (Gérmenes MDR)
NIVEL CALCULADO NIVEL II

Etiquetas de fila	Cuenta de VALORADO PROA	Cuenta de VALORADO PROA2
NO	16	42,11%
SI	22	57,89%
(en blanco)		0,00%
Total general	38	100,00%

Nivel III
NIVEL CALCULADO NIVEL III

Etiquetas de fila	Cuenta de VALORADO PROA	Cuenta de VALORADO PROA2
NO	331	48,39%
SI	353	51,61%
(en blanco)		0,00%
Total general	684	100,00%

Actuaciones realizadas
SOBRE UN TOTAL DE PACIENTES VALORADOS DE 594

ACTUACIONES	Nº	%
DESESCALAR	43	7,24%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

TRATAMIENTO SECUENCIAL 91 15,32%
CAMBIO DE DOSIS 9 1,52%
TTO DIRIGIDO 222 37,37%
SUSPENSION 4 0,67%
ORIENTACION DEL TTO EMPIRICO 3 0,51%
HEMOCULTIVOS CONTROL 75 12,63%
SOLICITUD ECOCARDIO 53 8,92%
SOLICITUD FONDO DE OJO 5 0,84%
CONTACTO CON MAP 35 5,89%
MUESTRAS CLINICAS MICRO 12 2,02%
RETIRADA DE CATETER 38 6,40%
CONTACTO CON DOMICILIO 4 0,67%
REEVALUACION CON INGRESO 1 0,17%
MUESTRAS EPIDEMIO MICRO 0 0,00%
FIN DE TRATAMIENTO 2 0,34%
RECOMENDACIÓN TIEMPO AB 101 17,00%
ORIENTACION DEL TTO SECUENCIAL 8 1,35%
CULTIVO DE FOCO 2 0,34%
INICIO TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 0 0,00%
REEVALUACIÓN EN CONSULTA 2 0,34%
CONTACTO CON MED RESPONSABLE 347 58,42%

REFERENTE A ACTUACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO TOTAL 81,31%

Teniendo en cuenta que el documento PROA Hospitales marca unos objetivos de cara a obtener el nivel básico, avanzado o excelente recogidos más arriba, en el momento actual no cumpliríamos los requisitos del nivel básico (80% de los de nivel 1 y 2).

Intervención sobre el nivel II y III
OBJETIVOS
Las bacteriemias por bacilos gram negativos (BGN) suponen la primera causa de bacteriemia con mortalidad del 12-38%. En los últimos años, debido en parte al uso excesivo y mal uso de los antibióticos, se ha incrementado la aparición de resistencias antimicrobianas, conllevando mayor dificultad de tratamiento, aumento de hospitalización y peor pronóstico. Se ha demostrado que la administración precoz del antibiótico adecuado disminuye la mortalidad y que el ajuste posterior según resultados microbiológicos y una duración adecuada mejora el resultado clínico y disminuye la aparición de resistencias e infecciones por Clostridium difficile. Por ello, el equipo PROA del hospital propuso incluir en el mismo las bacteriemias por BGN.
MATERIAL Y MÉTODOS
Entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2018, se dispuso de un médico de Medicina Interna con formación en Enfermedades Infecciosas durante 2 horas diarias para refuerzo del PROA que permitió el inicio del PROA-Bacteriemia BGN. Se elaboró una guía de tratamiento y se evaluaron todas las bacteriemias por BGN (excepto las de UCI) del Hospital Universitario Miguel Servet. Microbiología realizó la notificación inicial al médico responsable y en las 72 horas siguientes, el médico de Infecciosas contactó para asesoría sobre tratamiento dirigido, desescalada, secuenciación y duración.
De las 204 bacteriemias, el 59,8% fueron por BGN. Se excluyeron las de UCI, fallecimientos y traslados a otros centros quedando 88, de las cuales 49 fueron evaluados por el PROA habitual y 39 por el médico de intensificación del PROA. A continuación, se detalla el análisis que la intensificación supuso.
El 64,1% eran varones, con una media de edad de 75 años e índice de Charlson de 2,36. Atendiendo al microorganismo, se debieron a: Escherichia coli 19 (48,72%, 6 (31,57%) eran BLEE), Pseudomonas aeruginosa 3 (7,69%), Klebsiella pneumoniae 3 (7,69%), Proteus mirabilis 2 (5,13%), Serratia marcescens 2 (5,13%), Morganella morganii 1 (2,56%), Enterobacter cloacae 1 (2,56%), Salmonella enteritidis 1 (2,56%) y Peptoniphilus arei 1 (2,56%). Seis (15,38%) fueron polimicrobianas. Se encontraban ingresados en: Digestivo 10 (25,64%), Urología 7 (17,95%), Medicina Interna 6 (15,38%), Nefrología 3 (7,69%), Cirugía Cardiaca 2 (5,13%), Cardiología 2 (5,13%), Ginecología 2 (5,13%), y otros 7 (17,95%). Los focos fueron: urinario 20 (51,28%), abdominal 12 (30,77%), relacionado con catéter 3 (7,69%), vascular 1 (2,56%) y otros 3 (7,69%). El origen fue comunitario en 20 (51,28%), nosocomial en 15 (38,46%) y asociado a cuidados sanitarios en 4 (10,26%).
Se realizaron 95 actuaciones PROA, 2,44 de media por paciente, que consistieron en: contacto con el médico responsable 28 (29,47%), recomendación tratamiento dirigido 22 (23,16%), duración 20 (21,05%), secuenciación 10 (10,52%), desescalada 9 (9,47%), finalización de tratamiento 1 (1,05%) y otros 5 (5,26%). La aceptación de la asesoría fue muy buena 37 (94,87%).
DISCUSIÓN
El tiempo de intensificación fue breve para obtener indicadores de impacto del programa PROA-BGN, no obstante permitió optimizar el tratamiento en el 67,36% de los pacientes.
CONCLUSIONES
La intervención de los equipos PROA en las bacteriemias por BGN ayuda a la optimización del tratamiento antibiótico pudiendo disminuir las resistencias antibióticas y mejorar el pronóstico de los pacientes.

Indicadores de resultados clínicos: ?
-Mortalidad cruda a los 30 días.
Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica y programa administrativo HIS. Valor a alcanzar: disponer de los datos en las primeras cinco causas de bacteriemia.
Las cinco etiologías más frecuentes son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

- 1.- E coli 35,68% (NO BLEE 303+ 31 BLEE)
- 2.- Klebsiella spp 11,11% (78 pneumoniae, 10 Klebsiella pneumoniae BLEE, 16 Klebsiella oxytoca, 4 Klebsiella varicola)
- 3.- S. aureus 10,69% (71SAMS+29 SARM)
- 4.- Enterococcus faecalis 5,56 % (52)
- 5.- Pseudomonas aeruginosa 4,59% (63, de las cuales 19 eran MDR-XDR 30%)
- 6.- Enterococcus faecium: 3.10 (29)

Ver tabla conjunta mortalidad, estancia.
-Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso.
Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica y HIS. Valor a alcanzar: disponer de los datos en > 80% de primer nivel.

Germen Mortalidad 14 días Mortalidad 30 días EM de ingreso (días) EM postbacteriemia
E coli
E coli BLEE 8,25 % (28/339)
6,06% (2/33) 12, 38 % (42/339)
15,55% (5/33) 12,5 15,7 10
11,3
Klebsiella
K pneumoniae 8,33% (9/108)
7,95% (7/88) 13,88%(15/108)
13,63%(12/88) 18,7
19,2 11,7
11,9
S aureus
SAMS
SAMR 24,99% (24/99)
15,71% (11/70)
44,82% (13/29) 27,27% (27/99)
20% (14/70)
44,82% (13/29)
27
27,1
20
16,7
Enterococcus
E faecalis
E faecium 12,34% (10/81)
13,72% (7/51)
10% (3/30) 19,75% (16/81)
17,64% (9/51)
23% (7/30)
31,5
33,4
17,6
15,1
Ps aeruginosa 15,87% (10/63) 19,05% (12/63) 32,5 17,7
Candida
C albicans 21,95% (9/41)
15,62% (5/32) 36,59% (15/41)
31,25% (10/32) 44,6
53,4 22,5
25

En el año 2018 se contabilizaron en el HUMS 280274 estancias y 46713 ingresos

OTROS DATOS DE INTERÉS
Foco clinico

FOCO PROBABLE	Nº	%
URINARIO	351	36,91
ABDOMINAL	184	19,35
CATETER	132	13,88
RESPIRATORIO	99	10,41
DESCONOCIDO	64	6,73
PIEL Y PARTES BLANDAS	51	5,36
OSTEOARTICULAR	10	1,05
SNC	5	0,53
RESPIRATORIO+URINARIO	4	0,42
ABDOMINAL+URINARIO	4	0,42
OTROS	47	4,94
OSTEOARTICULAR	10	1,05

El foco urinario es el más frecuente, seguido del abdominal y el catéter en segunda y tercera posición. Llama

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

la atención que el foco por catéter sea el tercero con un 13, 88% de los casos por ser potencialmente evitable.
Origen de la infección

ORIGEN	Nº	%
COMUNITARIO	425	43,41164
NOSOCOMIAL	294	30,03064
ASOCIADO A CUIDADOS SANITARIOS	260	26,55771
TOTAL	979	

Más del 50% de las bacteriemias son nosocomiales o asociadas a cuidados sanitarios.
Distribución por servicios de origen

SERVICIOS	Nº	%
M. INTERNA	171	17,54
URGENCIAS	119	12,21
ONCOLOGIA	105	10,77
DIGESTIVO	88	9,03
UCI	85	8,72
UROLOGIA	75	7,69
CIR. GENERAL	50	5,13
CIR. GENERAL	50	5,13
HEMATOLOGIA	44	4,51
NEFROLOGIA	36	3,69
INFECCIOSOS	28	2,87
CARDIOLOGIA	25	2,56
TRAUMATOLOGIA	23	2,36
GERIATRIA	18	1,85
NEUMOLOGIA	16	1,64
NEUROLOGIA	13	1,33
GINECOLOGIA	11	1,13
CIR. CARDIACA	10	1,03
CIR. MAXILOFACIAL	10	1,03
NEUROCIRUGIA	6	0,62
REHABILITACION	6	0,62
CIR. VASCULAR	5	0,51
ENDOCRINOLOGIA	5	0,51
ORL	3	0,31
PSQUIATRIA	1	0,10
OTROS	22	2,26
TOTAL	975	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conclusiones
La actividad realizada el año 2018 ha consolidado la comunicación rápida desde microbiología de la comunicación de resultados, se ha conseguido un alto cumplimiento de indicadores de proceso que tienen implicación sobres los resultados como son la realización de hemocultilvos de control en las bacteriemias por S aureus y Cándida. El trabajo multidisciplinar y las sesiones del grupo ha permitido detectar problemas comunes y diseñar respuestas como la creación del informe preliminar de microbiología y los mensajes de ayuda al prescriptor.
Se ha iniciado la formación a enfermería sobre la adecuada toma de hemocultivos e identificación de sepsis de forma acreditada y con buena aceptación, que se espera consolidar a lo largo del próximo año, y adaptar los talleres a los problemas detectados. El objetivo será poder ver a lo largo del año, como influye esta actividad en mejorar las cifras de contaminación para llegar a los estándares y mejorar la formación en actividades básicas de enfermería en relación con la infección y la administración adecuada de antimicrobianos.
Se constata una buena aceptación de la asesoría clínica y su utilidad en la mejora de aspectos como el desescalado, el tratamiento secuencial y la duración del tratamiento, que consideramos, de acuerdo con la literatura que influyen en la formación por pares de los facultativos en el uso adecuado de los antibióticos con la repercusión que implica en la adecuación de los consumos y la aparición de las resistencias, que se miden anualmente dentro de la estrategia PROA-hospital.
La actividad nos ha permitido tener datos de mortalidad y estancia media de los principales agentes etiológicos. Estamos en el estándar de mortalidad por las principales causas, lo que es un buen dato de seguridad clínica, y podremos ver la evolución en el tiempo detectando mejoras o desviaciones que impliquen modificación de actuaciones.
El disponer de la información por servicios permitirá hacer un feed-back con ellos en la próxima etapa que mejore el manejo autónomo de las mismas. Habrá que elaborar un calendario de difusión de la información con los principales servicios.
Queda pendiente conseguir aumentar la valoración clínica en los niveles II y III para conseguir los niveles básico, avanzado y excelente establecidos en el documento PROA-Hospitales, para lo que se requeriría una mayor informatización del Hospital que permita la valoración telemática y facilite seleccionar los casos sobre los que actuar y un mayor tiempo de dedicación de horas de jornada clínica a este cometido. Una actuación estructurada al tercer día permitirá ahondar en la mejora del desescalado, el tratamiento secuencial y la duración. El proyecto piloto llevado a cabo con un clínico 2h al día mostró esa posibilidad, por lo que sería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

adecuado poder incrementar las horas de actividad clínica de asesoría y poner en marcha el proyecto.
Creemos que la actividad es útil desde el punto de vista de mejora de resultados clínicos y uso racional del antibiótico. Es muy probable que esto implique mejoras en el consumo de recursos como estancias y antibióticos.
El proyecto es reproductible en otros hospitales de nuestro entorno por lo que se podrá trabajar en proyectos de cooperación para facilitar su implantación.
A lo largo del próximo año es necesario también hacer las adaptaciones necesarias para ajustarnos al documento PROA-bacteriemia de la estrategia IRAS-PROA Aragón.

Problemas detectados en su desarrollo
Pocos datos extraíbles directamente de la HCE (baja informatización de la prescripción 26% en 2017 según excell de recogida de datos de bacteriemia, 60% de las camas de hospitalización en 2018 según farmacia) y nula de la información de enfermería en el año 2018. Todo ello dificulta la valoración inicial de los casos sin el desplazamiento hasta la ubicación del paciente.
No disponer de un gestor de datos para la recogida de la actividad y explotación estadística.
Los datos extraídos de siglo necesitan una explotación posterior para poder obtener los indicadores seleccionados que requiere un tiempo extra.
No disponer de datos oficiales de mortalidad y estancia media de los casos, o un sistema de volcado directo desde gestión de datos.
El tiempo de dedicación clínica al proyecto está limitado a la plantilla actual de la unidad de enfermedades infecciosas que requeriría una cuantificación de las necesidades y un planteamiento de recursos.

7. OBSERVACIONES.
Al pasar del formato de procesador de texto a la plataforma no consigo mantener el formato de tabla.
Pueden ponerse en contacto conmigo para solucionar el problema, podría enviarles el documento en formato word por ejemplo

*** ========== Resumen del proyecto 2016/976 ========== ***

Nº de registro: 0976

Título
IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, PALACIN RUIZ PILAR, LOPEZ-CALLEJA ANA ISABEL, GIL PEREZ DESIRE, PASCUAL CATALAN ASCENSION, HUARTE LACUNZA RAFAEL, ABIO LUPON MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Proyectos del Programa de Optimización de Antimicrobianos

PROBLEMA
Las bacteriemias constituyen una infección frecuente y con una mortalidad elevada.
Existen factores potencialmente modificables que han demostrado reducir la mortalidad de las bacteriemias, como el tiempo hasta el tratamiento antibiótico, o la administración de tratamiento antibiótico correcto, tanto a guías como a gérmenes.
La actuación por parte de facultativos especialistas en enfermedades infecciosas ha demostrado ser eficaz en la mejoría de los resultados.

Los PROA (Programas de optimización de antibióticos) son programas hospitalarios cuyo fin es contribuir a mejorar la utilización de los antibióticos. Su filosofía es la de servir de apoyo a los clínicos en su proceso de toma de decisiones en el tratamiento antibiótico de las enfermedades infecciosas con los objetivos de obtener los mejores resultados clínicos en el tratamiento hospitalario de infecciones, minimizar la frecuencia de eventos adversos relacionados con la utilización de antimicrobianos como la emergencia de resistencia y fomentar la utilización eficiente de los antibióticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0976

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

PROA Bacteriemia es una actividad integrada en el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) del Hospital Universitario Miguel Servet en fase de implantación, cuyo objetivo es lograr mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia.

RESULTADOS ESPERADOS
• Conocer en nuestro medio la mortalidad y estancia hospitalaria relacionada con las ?bacteriemias.
• Valorar el impacto de las intervenciones que se implementen (las intervenciones se detallan en el punto siguiente). Comparar estos datos con un período anterior sin intervención.?
• Identificar oportunidades de mejora para implementar.

MÉTODO
• Diseño de una hoja excel para recoger datos microbiológicos, de tratamiento empírico, definitivo, secuencia, duración, estancia media y mortalidad a 14 y 30 días.

• Elaboración y actualización de recomendaciones básicas disponibles en la intranet (PROA)

• Llamada telefónica estructurada desde el laboratorio con el resultado del cultivo positivo para transmitir resultados y recabar información clínica al médico o la enfermera responsable.

• Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de microbiología para conocer y comentar los resultados y planificar las actuaciones.

• La atención por el clínico del grupo PROA estará enfocada a la valoración clínica tras identificación de germen en jornada ordinaria, aplicando las recomendaciones básicas y mostrando al médico responsable la documentación de la intranet al respecto para realizar docencia por pares:
? Bacteriemias por Staphylococcus aureus sensible o resistente (SAMS/SAMR)
? Bacteriemias por Candida sp
? Bacteriemias por Enterococcus sp
? Bacteriemias por Pseudomonas aeruginosa MDR ó XDR
? Casos derivados de la valoración por necesidad de modificar el tratamiento empírico no adecuado, o de valoración y actuación sobre foco.

INDICADORES
Indicadores de transmisión de la información:
-Tiempo desde la positivización del hemocultivo hasta informe provisional de bacteriemia en intranet y llamada telefónica al facultativo peticionario
-Tiempo desde la positivización y llamada al especialista en Infecciosas

Indicadores de aplicación clínica de la información:
-Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)
-Tiempo hasta el inicio de tratamiento apropiado
-Porcentaje de bacteriemias con intervención del especialista en Infecciosas

Indicadores de resultados clínicos:
-Mortalidad cruda a los 14 días
-Estancia hospitalaria en los pacientes que sobrevivan al ingreso

DURACIÓN
Estudio de la situación, elaboración del proyecto y difusión en los Servicios de Microbiología y Unidad de Enfermedades Infecciosas: Octubre-Noviembre 2016

Diseño y puesta en marcha del registro Excel de recogida de datos: Inicio en Diciembre 2016-Todo el período

Reunión diaria del grupo de bacteriemia en el laboratorio de Microbiología: Inicio en Noviembre 2016-Todo el período

Evaluación de los indicadores: Abril 2017 (6 meses tras inicio proyecto)-Septiembre 2017

Identificación oportunidades mejora: Todo el período

OBSERVACIONES
Proyecto en la línea del Plan Nacional de Resistencia, a través de proyectos PROA (Programas de Optimización de Antimicrobianos) para mejorar los resultados en salud y disminuir la aparición de resistencias.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1006

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 16/04/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA BIELSA MASDEU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR
ASSO ABADIA ANTONIO
TEJADA MEZA HERBERT
MARTINEZ DELGADO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado el protocolo de actuacción, se han hecho reuniones de difusión del mismo en conjunto con Urgencias, Medicina Interna y Cardiología. El protocolo esta expuesto en la intranet.
Se han adapatado las agendas de arritmias de Cardiología y de Medicina Interna para que sean vistos los pacientes en al misma semana.
Ha habido problemas con bajas laborales prolongadas y de traslados a otros hospitales de los profesionales señalados por lo que el calendario se ha ido adaptando según las circunstancias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la reincorporación laboral de la Jefa de Sección de Urgencias se está pendiente de comparar los datos de los ingresos hospitalarios por síncope en 6 meses tras la incorporación del protocolo en la intranet respecto del mismo perido anterior y del número de paciente derivados a CCEE de Cardiologia (arritmias) y Medicina Interna (diagnóstico rápido) y a domicilio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El calendario propuesto no se ha podido llevar a cabo por causas ajenas al equipo. No obstante, la labor realizada para finalizar el protocolo, su validación y la coordinación de los diferentes servicios implicados ha supuesto un gran esfuerzo, por lo que se está, y se va a seguir trabajando con el objetivo propuesto en el proyecto de mejora de la calida.

7. OBSERVACIONES.
ESTOS SON LOS NOMBRES DE LOS COMPONENTES DEL EQUIPO INICIAL PERO SE HAN PRODUCIDO TRASLADOS EN ESTE PERIODO:

ANA MARCEN MIRAVETE
SUSANA MARTINEZ DELGADO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1006 ========== ***

Nº de registro: 1006

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
BIELSA MASDEU ANA MARIA, FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR, ASSO ABADIA ANTONIO, MARCEN MIRAVETE ANA, TEJADA MEZA HERBERT, MORENO DIAZ JAVIER, MARTINEZ DELGADO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El correcto manejo del paciente con síncope es una importante área de mejora en el HUMS. Supone un 0.9% de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1006

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

consultas urgentes. En el primer semestre del 2016 se atendieron en Urgencias 588 pacientes, de los cuales 396 (67.3%) fueron dados de alta a domicilio, 2(0.3%) se remitieron a consultas externas (CCEE), 158 (27%) ingresaron para estudio, 23 (4%) se trasladaron a otros Hospitales, y 9 (1.5%) se fueron de alta voluntaria. En total, en 167 pacientes (28.5%) fueron hospitalizados. De los ingresados en el HUMS, 62 lo hicieron en Cardiología, 88 en Medicina Interna (M.I.) y 4 en Neurología.
Hemos analizados los datos de los ingresados en M.I. en el segundo semestre del 2010. Hubo 86 pacientes con una media de edad de 73 años, siendo independientes el 84% (72). Solo 2 volvieron a tener un síncope en el ingreso. La estancia media fue de 8.85+/- 4.2 días, con un retraso en la realización de las pruebas complementarias (PC) de 5.27+/-1.18 días. Revisando la historia clínica, consideramos que sólo en 15 casos (12.9%) era necesario el ingreso para el ajuste de tratamiento en los pacientes independientes.
El ingreso de pacientes con síncope sin criterios de gravedad para estudio es un tema controvertido por el alto gasto que supone en cuanto a uso de camas y gasto en personal. En el Servicio de M.I. suponen un 4% del total de ingresos. Teniendo en cuenta los datos de nuestro estudio, si se hubiera llevado a cabo de forma ambulatoria, podríamos haber generado un ahorro de: 59 pacientes x 8,85 días x 900 euros/cama/día= 470000 euros durante los 6 meses de estudio.
Nos planteamos la siguiente línea de mejora:
Creación de un protocolo de actuación ante el síncope aplicando las guías europeas e identificando los pacientes de riesgo.
Protocolización de los criterios de alta, ingreso o estudio ambulatorio.
Disminuir el número de pacientes de estudio hospitalizados.

RESULTADOS ESPERADOS
Que todos los pacientes que acudan a Urgencias por síncope tengan una anamnesis con recogida de datos, exploración física, algoritmo de actuación y PC iniciales homogéneas.
Que una vez concluida la sospecha diagnóstica y gravedad del riesgo sean evaluados por el especialista pertinente si se requiere el mismo día.
Disminuir el retraso en las PC necesarias (ecocardiograma, Holter, EDTSA).
Optimizar la indicación de PC.
Disminuir el tiempo de espera para la valoración ambulatoria (máximo 72 horas).
Disminuir el número de ingresos hospitalarios para estudio.

MÉTODO
Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar con facultativos de los Servicios de Urgencias, Cardiología, M.I. y Neurología.
Elaboración de un algoritmo de actuación detallado y distribución entre todos los facultativos de Urgencias.
Adaptación de las agendas de las CCEE de la Unidad de Arritmias de Cardiología, Diagnóstico Rápido de M.I. y Ecodopler de Neurología para asegurar la posibilidad de citación en un máximo de 72 horas, tanto para la realización de las PC como para la valoración clínica.

INDICADORES
Tras la primera reunión del grupo de trabajo multidisciplinar se hará un análisis de los siguientes indicadores; posteriormente de forma trimestral durante el primer año:
Porcentaje de pacientes con aplicación del algoritmo diagnóstico del total de los pacientes con síncope.
Número y porcentaje de pacientes valorados por Cardiología, Neurología y M.I. en la Urgencia.
Número y porcentaje de pacientes derivados a las CCEE de la Unidad de Arritmias de Cardiología, Neurología y M.I. desde la Urgencia.
Tiempo medio transcurrido desde la llegada a Urgencias hasta ser atendidos en las CCEE de dichos Servicios.
Pruebas realizadas en total: número de ecocardiogramas, Holters, EDTSA, mesa basculante por el total de pacientes estudiados.
Comparación del total de pruebas realizadas con las realizadas el mismo periodo del año anterior.
Comparación del total de pacientes ingresados en cada servicio respecto del mismo periodo del año anterior.
Valoración de los diagnósticos ambulatorios.
Valoración de la evolución de todos los pacientes atendidos de forma ambulatoria: repetición del síncope o no en el tiempo de espera de estudio, y consecuencias clínicas si las hubiera.
Cálculo del ahorro generado: estancias hospitalarias, PC.

DURACIÓN
Reunión del grupo de trabajo en Noviembre.
Elaboración de protocolos y algoritmos de Noviembre 2016 a Enero de 2017.
Adecuación de las agendas de las CCEE de Arritmias de Cardiología, Neurología y M.I. en Enero.
Recogida, análisis y puesta en común de los datos a evaluar al final de cada trimestre del 2017.
Difusión del método y resultados en reuniones conjuntas de los 4 servicios en Diciembre del 2017 y en Congresos correspondientes de cada especialidad por medio de comunicaciones cuando se celebren.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1006

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL SINCOPE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1172

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR FIGUERAS VILLALBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASIN SAMPER UXUA
ARENAS MIQUELEZ ARANTZAZU
REQUENA CALLEJA MARIA ANGELES
GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL
GEREZ CARDIEL PILAR
VIÑUELAS LABURTA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Observación y registro de los pacientes portadores de sondaje vesical en el Servicio de Medicina Interna.
- Recogida de datos a través de la historia clínica, previa solicitud de consentimiento informado --> Datos epidemiológicos y los relacionados con el sondaje vesical de forma prospectiva (complicaciones asociadas, urocultivo, hemocultivo).
- Análisis de frecuencia de complicaciones y media de duración de sondaje vesical en días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES:
- Número de pacientes sondados (nº pacientes sondados x 100/nº ingresados)
- Duración del sondaje vesical (días).
- Porcentaje de pacientes sondados que presentan ITU (nº pacientes sondados con
- ITU x 100/nº pacientes sondados). Comparar datos del primer año con respecto al segundo.
- Porcentaje de indicación adecuada de sondaje (Número de sondajes que cumplen criterios x100/Número de sondajes totales).
- Porcentaje de indicación adecuada de urocultivos (Número de urocultivos con clínica de ITU x 100/Número de urocultivos totales)
- Porcentaje de pacientes en los que se reevalúa la indicación de sondaje vesical: (Pacientes revisados x 100/ pacientes sondados).
- Antibiótico empírico adecuado: SI/NO.
- Duración adecuada: SI/NO.
- Porcentaje de antibioterapia indicada en pacientes sondados: nº de pacientes con antibiótico indicado x 100/ nº pacientes con antibioterapia.
- Estancia media pacientes sondados/no sondados.
- Recuento de bacteriemias en pacientes portadores de sondaje vesical con urocultivo positivo
- Complicaciones en relación con sondaje vesical (CAITU, hematuria traumática, síndrome confusional, incontinencia urinaria posterior): presencia/ausencia.

RESULTADOS
Todavia estamos en el proceso de recogida de datos previo a la intervencion por tanto no estamos en la pòsicion para poder establecer conclusiones en cuanto a la disminucion de complicaciones asociadas al sondaje vesical.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:
- El sondaje vesical debería realizarse únicamente cuando esté indicado y ser retirado cuando ya no sea necesario para minimizar el riesgo de colonización e infección urinaria.
- El uso inapropiado de antibioterapia en pacientes portadores de sondaje vesical está extendido. El diagnóstico de infección del tracto urinario asociada a catéter requiere una correlación clínica y microbiológica. Evitando así la utilización de antibioterapia en bacteriuria asintomática

RECOMENDACIONES:
- Implementar la comunicación con el médico responsable de la asistencia y valorar signos de infección urinaria.
- Realizar sesiones multidisciplinares enfermería, facultativos de Medicina Interna y Microbiología para adecuar la colocación de sondaje vesical a las indicaciones aprobadas, realizar la colocación de sondaje vesical en condiciones de asepsia, extracción adecuada de muestras y correlacionar muestras microbiológicas y antibioterapia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1172

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1172 ========== ***

Nº de registro: 1172

Título
OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Autores:
FIGUERAS VILLALBA MARIA PILAR, ASIN SAMPER UXUA, ARENAS MIQUELEZ ARANTZAZU INMACULADA, REQUENA CALLEJA MARIA ANGELES, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL, GEREZ CARDIEL PILAR, VIÑUELAS LABURTA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección urinaria asociada a sondaje vesical es una de las infecciones mas prevalentes en el medio hospitalario. En torno al 18% de pacientes hospitalizados son portadores de sondaje vesical, de los cuales el 25% presentará una infección de tracto urinario asociada a catéter (CAITU).
Un porcentaje importante de pacientes portador de sondaje vesical no presenta indicación para ello.
Hay un número limitado de indicaciones aprobadas para el uso de sondaje vesical:
-Retención aguda de orina.
-Cuantificar diuresis en enfermos críticos
- Úlceras en sacro y región perineal en pacientes seleccionados con incontinencia
-Perioperatorio (Cirugía urológica, cirugía sobre estructuras contiguas, monitorización intraoperatoria de diuresis, infusión de volumen y diuréticos durante la cirugía)
-Inmovilización prolongada: (fractura de pelvis, lesionados medulares…)
-Confort en los últimos momentos de la vida.
El sondaje vesical debería realizarse únicamente cuando esté indicado y ser retirado cuando ya no sea necesario para minimizar el riesgo de colonización e infección urinaria.
El uso inapropiado de antibioterapia en pacientes portadores de sondaje vesical está extendido. El diagnóstico de infección del tracto urinario asociada a catéter requiere una correlación clínica y microbiológica. Evitando así la utilización de antibioterapia en bacteriuria asintomática.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir el número de pacientes portadores de sondaje vesical:Primer año: reducción del 5%. Segundo año: reducción del 10%
-Disminuir la duración del sondaje vesical. Actualmente no disponemos de datos. Reducción de 2 días en el segundo año
respecto al primero.
-Reducir el número de CAITU: tasa de infección urinaria asociada a catéter no disponible. Disminución del número de infecciones en el segundo año respecto al primero.
-Adecuar la utilización de sondaje vesical.
-Adecuar la solicitud de urocultivo a la presencia de signos/síntomas de infección del tracto urinario.
-Reevaluar de forma diaria la necesidad de sondaje vesical
-Disminuir el uso inapropiado de antibióticos: Antibiótico empírico inadecuado; Duración inadecuada; Antibiótico pautado y no indicado
-Disminuir la estancia media hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna.
-Valorar el riesgo de bacteriemia secundaria a CAITU
- Disminuir el riesgo de complicaciones en pacientes portadores de sondaje vesical (hematuria traumática, CAITU, síndrome confusional, incontinencia posterior a la colocación de sondaje vesical y consumo de recursos asociado a la misma…).

MÉTODO
La duración del proyecto se estima en dos años con reuniones cada 3 meses para alcanzar los objetivos anteriormente descritos a través de la formación de facultativos y personal de enfermería.
-Formación de facultativos en relación a las indicaciones estrictas para colocar una sonda vesical.
-Formación del personal de enfermería en la colocación y mantenimiento de sondaje vesical

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1172

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL SONDAJE VESICAL Y DISMINUCION DE LA TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATETER EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

-Formación del personal de enfermería en la obtención adecuada de muestras para cultivo microbiológico.
-Protocolizar las indicaciones de tratamiento antibiótico en pacientes sondados con sospecha de infección: Valoración clínica (signos/síntomas de infección de tracto urinario (ITU) en pacientes sondados) y criterios microbiológicos.
-Formación de facultativos en situaciones en las que no está indicado el tratamiento antimicrobiano: la existencia de Piuria sin clínica sugestiva de ITU no es indicación de antibioterapia.

INDICADORES
-Número de pacientes sondados (nº pacientes sondados x 100/nº ingresados)
-Duración del sondaje vesical (días).
-Porcentaje de pacientes sondados que presentan ITU (nº pacientes sondados con
- ITU x 100/nº pacientes sondados). Comparar datos del primer año con respecto al segundo.
-Porcentaje de indicación adecuada de sondaje (Número de sondajes que cumplen criterios x100/Número de sondajes totales).
-Porcentaje de indicación adecuada de urocultivos (Número de urocultivos con clínica de ITU x 100/Número de urocultivos totales)
-Porcentaje de pacientes en los que se reevalúa la indicación de sondaje vesical: (Pacientes revisados x 100/ pacientes sondados).
-Antibiótico empírico adecuado: SI/NO.
-Duración adecuada: SI/NO.
-Porcentaje de antibioterapia indicada en pacientes sondados: nº de pacientes con antibiótico indicado x 100/ nº pacientes con antibioterapia.
-Estancia media pacientes sondados/no sondados.
-Recuento de bacteriemias en pacientes portadores de sondaje vesical con urocultivo positivo
-Complicaciones en relación con sondaje vesical (CAITU, hematuria traumática, síndrome confusional, incontinencia urinaria posterior): presencia/ausencia.

DURACIÓN
El proyecto precisara dos años de duración para su realización: de Mayo 2018 a Abril 2020. Reuniones trimestrales para implementar la formación de facultativos y personal de enfermería.Valoración semanal conjunta (facultativa-enfermería) de los pacientes portadores de sondaje vesical y complicaciones asociadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PIEDAD ARAZO GARCES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROC ALFARO MARIA LOURDES
MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA
BARBERA GRACIA PILAR
MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA
GIL PEREZ DESIRE
GOMEZ AURIA MARIA ANGELES
MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Realización por parte del servicio de microbiología del diagnóstico serológico de VIH en todos los pacientes que se ha solicitado y comunicación personal, vía telefónica, con el facultativo solicitante en caso de positividad.
• Por indicación del facultativo de microbiología el paciente será enviado por su MF directamente a la consulta de Enfermedades Infecciosas y contactará con la Enfermera de la Consulta.
• La Enfermera de la Consulta ese mismo día solicitará confirmación de la infección VIH y estudio básico de primera visita, realizará asesoramiento básico sobre la infección (siguiendo las recomendaciones de GESIDA) y además le dará día y hora en la consulta de alta resolución, aproximadamente en tres 3 días.
• En la primera visita el facultativo realizará la historia clínica, como ya se dispone del estudio básico, indicará TAR, completará el asesoramiento iniciado en enfermería, resolverá dudas y completará el estudio de primera visita. Además se ampliará el estudio a los contactos sexuales si están “localizables”.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estudio retrospectivo descriptivo realizado para valorar el estado inmunológico y virológico de los pacientes diagnosticados de VIH en el año 2018 en nuestro hospital (tercer nivel, referencia de Aragón). Además, y como objetivo secundario pretendía objetivar el tiempo desde el diagnóstico a la indicación del TAR en una consulta estándar (CE) vs consulta de alta resolución (CAR). Para ello, desde el servicio de Farmacia se han recogido todos los pacientes (n=110) que por primera vez se les dispensa TAR en el 2018. De los 50 pacientes naive se valoraron los siguientes parámetros: Características epidemiológicas, Motivo de diagnóstico, Quién diagnostica la infección, CD4 y CV: basal, a las 4-8 semanas, 12-14 semanas y/o última visita. En el ítem “tiempo desde el diagnóstico hasta la indicación del TAR” se valoran dos grupos: Pacientes
atendidos en CE (15 pacientes) vs CAR (25 pacientes), siendo excluidos aquellos que recibieron TAR durante el ingreso.
Como resultados más significativos, destaca que el 76% de los pacientes naive fueron hombres, con una edad media de 39,8 años. El principal motivo de diagnóstico fue una relación de riesgo, seguido por síntomas clínicos, ser un paciente inmigrante y presentar un proceso oportunista. Por otra parte, la mayoría de los pacientes son diagnosticados por Atención Primaria o por OMSIDA (ONG de nuestra ciudad que realiza el test rápido), siendo estas entidades las responsables de más del 75% de los diagnósticos (38% respectivamente), siendo el 24% durante la hospitalización,.
Además, cabe destacar los datos obtenidos por la consulta de Alta Resolución, permitiendo un acceso precoz al TAR (14 días respecto a 36 días en CE). Otro dato significativo es que el 64% de los pacientes presentaron CD4<350 al diagnóstico (30% <200 CD4), debutando ocho de ellos con una infección oportunista. Hubo dos fallecimientos.
Un dato a destacar son los valores basales de carga viral, con cifras muy altas (>1,000,000 c/ml). Sin embargo, a las 12-14 semanas del inicio del TAR, el descenso es muy significativo. Por último, la evolución de los linfocitos CD4 presenta una evolución favorable desde el inicio del TAR, con una cifra media final de 1370.
A lo largo del año 2018 se han realizado en el laboratorio 26.562 estudios serológicos de VIH (no todos son del sector II) con resultado positivo de 137 casos, lo que da una incidencia de 5.1/1000 habitantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. La incidencia encontrada justificaría realizar estudio serológico universal
2. en nuestro sector el perfil del paciente con VIH diagnosticado en el año 2018 es: Varón, de edad media, solicita el estudio Atención Primaria, una ONG o se realiza en hospitalización por una infección oportunista, presenta una elevada carga viral, y hay dos terceras partes con muy diagnóstico tardío. Además, la creación de una consulta de Alta Resolución permite acceder de forma más precoz al TAR con beneficio individual y de salud pública.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1261 ========== ***

Nº de registro: 1261

Título
CONSULTA DE ALTA RESOLCION. OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Autores:
ARAZO GARCES PIEDAD, ROC ALFARO LOURDES, MARTINEZ ALVAREZ ROSA MARIA, BARBERA GRACIA PILAR, MARTINEZ SAPIÑA ANA, GIL PEREZ DESIRE, GOMEZ AURIA MARIA ANGELES, MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se estima que en nuestro país hay en este momento entre 145000/160000 personas con VIH, de las cuales al menos un 18% desconoce el diagnóstico. Este retraso implica no sólo un problema para la salud del paciente ya que se estima que un 46,5% de los diagnósticos son tardíos, sino también un problema de salud pública por la persistencia de la transmisión, en la actualidad más del 76% es por vía sexual.
Ya desde el año 2016 según todas las guías de consenso la terapia antirretroviral (TAR) se debe indicar a todos los pacientes infectados por el VIH y lo más precoz posible. Está ampliamente demostrado que el TAR no sólo tiene un claro beneficio para el paciente, sino también para la comunidad pues con el control de la viremia plasmática del VIH disminuye de forma significativa la transmisión de este virus en los contactos sexuales de ahí la importancia de un diagnóstico y acceso al tratamiento precoz.
Se pretende con esta línea de mejora acortar los tiempos desde el diagnóstico del VIH hasta el acceso al tratamiento. Habitualmente el circuito se desarrollaba de la forma siguiente
•El Médico de Familia solicitaba el estudio serológico
•Si VIH positivo en el impreso se informaba que solicitara nueva analítica para confirmar dicho resultado
•Tras la confirmación el Médico de Familia remitía al paciente como primera visita para ser visto en la consulta de E. Infecciosas.
•En la primera visita se solicitaba el estudio analítico correspondiente al diagnóstico y se citaba de nuevo al paciente en una segunda visita para recoger resultados.
•En la segunda visita ya se indicaba el TAR
Por tanto el tiempo desde el diagnóstico hasta el acceso al TAR estaba entre 45-65 días

RESULTADOS ESPERADOS
Minimizar los tiempos desde el diagnóstico del VIH hasta el acceso del TAR
Atención médica inmediata para disminuir la ansiedad del paciente recién diagnosticado y realizar asesoramiento al paciente.
Mejora de la derivación desde APS a la consulta de Enfermedades Infecciosas en la atención a los pacientes con VIH.

MÉTODO
•Programar una reunión, desde la dirección de Atención Primaria, una reunión con los coordinadores de los CS para información de esta actividad la mejora.
•Realización por parte del servicio de microbiología del diagnóstico serológico de VIH en todos los pacientes que se ha solicitado y comunicación personal, vía telefónica, con el facultativo solicitante en caso de positividad.
•Por indicación del facultativo de microbiología el paciente será enviado por su MF directamente a la consulta de Enfermedades Infecciosas y contactará con la Enfermera de la Consulta.
•La Enfermera de la Consulta ese mismo día solicitará confirmación de la infección VIH y estudio básico de primera visita, realizará asesoramiento básico sobre la infección (siguiendo las recomendaciones de GESIDA) y además le dará día y hora en la consulta de alta resolución, aproximadamente en tres 3 días.
•En la primera visita el facultativo realizará la historia clínica, como ya se dispone del estudio básico, indicará TAR, completará el asesoramiento iniciado en enfermería, resolverá dudas y completará el estudio de primera visita. Además se ampliará el estudio a los contactos sexuales si están “localizables”.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1261

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DIAGNOSTICOS EN VIH Y ACCESO PRECOZ AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

INDICADORES
Proporción de pacientes diagnosticados con anticuerpos VIH positivos, en función a las determinaciones realizadas.

Ratio entre el número de contactos telefónicos con los facultativos responsables del paciente/pacientes que acuden a la consulta.

Tiempo medio desde el diagnóstico serológico y la de recepción de estos pacientes en la consulta de enfermedades infecciosas.

Tiempo medio desde que el paciente acude a la consulta de enfermería y el acceso al TAR

DURACIÓN
Inicio y desarrollo: A lo largo de todo el 2018, en función de los nuevos diagnósticos.
Cumplimiento de los registros : La base de datos y registro en el sistema se irá realizando de forma paulatina y en paralelo al diagnostico de nuevos casos.
Control a los pacientes: Durante todo el período en función de los criterios técnicos que marcan los protocolos.
Evaluación semestral de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LETICIA DE LA CUEVA BARRAO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABOS OLIVARES DOLORES
ARRABAL MARTINEZ YOLANDA
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
BAILO MASTRAL PABLO
BERMUDO GARCIA EVA
VICENTE REDONDO SONIA
DIAZ DORMIDO ARTURO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ENERO Reunión grupo de trabajo (acta) + Aplicaciones Siemens .(en consulta teléfonica).
Análisis con el Servicio de Física y Protección Radiológica de los valores de referencia de exposición disponibles para los estudios de Medicina Nuclear.
-Se acuerda llevar al formulario del HpDoctor el valor de exposición para gammagrafías calculado para adultos y para grupos de edad previamente calculados con las excel de la Soc de Física Médica (SEFM).
-Leticia Lola y Almudena prepararán los valores a partir del listado de exploraciones del HpDoctor que enviará Pablo. Las exposiciones pediátricas se calcularan para media peso/edad que se consultarán con el Servicio de Pediatría.
•Análisis con Siemens y los Técnicos de Medicina Nuclear las herramientas de exportación de valores de dosis de TC de baja dosis.
- Siemens: el equipo Symbia T puede enviar a PACS registro de dosis generada por CT
- Los Técnicos Eva, Sonia y Arturo, configurarán los protocolos de Symbia para que la información del valor de DLP vaya a PACS (“protocolo de paciente”).
- No es posible comunicar PACS y HpDoctor, por lo que por el momento no parece posible llevar de forma automática el valor de exposición del TC al informe médico: Pablo creerá en el formulario un campo para seleccionar uno, dos o tres TC (cabeza/tórax/abdomen), de forma que el FEA escriba la DLP, se calcule la exposición y se sume a la de MN.
- Almudena facilitara los valores (coeficientes) y fórmula para el cálculo de estas dosis, que se calculan en función del KV, edad y órgano.
•Dosis en el informe médico
- Se incluirá en el informe médico la dosis de la exploración y la dosis acumulada, indicando la fecha en que se haya recibido
- Lola se encargará de comunicar al Jefe de Archivos/Historias los cambios que es necesario hacer en historia electrónica.
FEBRERO
omunicación electrónica al grupo de trabajo del avance del objetivo: Servicio de Pediatría: Estándares longitudinales de los niños españoles normales. M. Pombo. Tratado de endocrinología pediátrica España: McGraw-Hill Interamericana 2010
MARZO
Se trabaja con
-Física la fuente a utilizar para el cálculo dosimétrico y la estimación de dosimetría
-Informática: el formulario de HpDoctor. En junio se probará formulario.
-Siemens: coeficientes para el cálculo de dosis TC
JUNIO
-Se expone el desarrollo del proyecto en Sesión en MN (Dra De la Cueva)
-Se informa a DR. Moreno, Jefe de la Unidad de Documentación Clínica y archivos de la necesidad de modificar el formulario e informe clínico de MN.
-Informática da acceso al formulario en pruebas del HpDotor a los FEA y MIR de MN
-Sin incidencias en el funcionamiento del formulario
JULIO
-Se elabora para Citación tabla completa de dosis pediátricas por peso y hoja de cálculo que se ubica en red (Anexo 9 del PGC_MN) y carpeta del Proceso de citación.
-Se elabora formulario Excel para secretaría con herramienta de consulta de dosis pediátrica.
SEPTIEMBRE
-Se elabora carta para difusión del proyecto, que se envía por mail a Jefes de Servicio
-Reunión informativa con DUE y Técnicos de MN
-Mail a FEAs y MIRes MN recordando sistemática formulario nuevo
OCTUBRE
-Entra en funcionamiento el formulario con informe dosimétrico
DICIEMBRE
-Actualización de la documentación ISO con las modificaciones en el PO-01_Z2(E)_MN_Proceso de citación y PO-02_Z2(E)_MN_Proceso diagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PROBLEMAS DETECTADOS EN SU DESARROLLO
No es posible comunicar PACS y HpDoctor, por lo que por el momento no parece posible llevar de forma automática el valor de exposición del TC al informe médico: Pablo creerá en el formulario un campo para seleccionar uno, dos o tres TC (cabeza/tórax/abdomen), de forma que el FEA escriba la DLP, se calcule la exposición y se sume a la de MN.

Octubre: Se detecta error en la generación de dosis histórica; se corrige
Diciembre: Se detecta error en exploraciones pediátricas de G ósea en pacientes con bajo peso; se corrige
Diciembre. El informático responsable del proyecto -Pablo Bailo- es desplazado de su puesto de trabajo. El equipo de trabajo desconoce la viabilidad de las mejoras necesarias para actualizar el Proceso; a corto plazo incorporación de un equipo SPECT-TC con TC de 6 cortes y a medio de un PET-TC con TC de 32 cortes, que requerirán modificaciones en el formulario de HpDoctor.

RESULTADOS
Cumplimentación de calendario
Indicador: 100%
Muestreo de conveniencia de informes
Indicador: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Elevado nivel de satisfacción en el grupo de trabajo por haber conseguido el objetivo, a pesar de las adversidades:
1. Dificultades técnicas: los sistemas informaticos de SALUD, PACS/HIS/RIS/HpDoctor tienen incompatibilidades difícies de sortear
2. Vacío institucional
2.1 Nadie desde SALUD ha parecido preocupado o ha contactado con MN para facilitar el obligado cumplimiento de una norma europea, objetivo de esta acción de mejora que, a más a más, forma o formaba parte de un compromiso con los usuarios: llevar el historial dosimétrico a la "Carpeta de Salud"
2.2 Silencio y ausencia de iniciativa desde la Sociedad Española de Medicina Nuclear para desarrollar herramientas comunes de estimación dosimétrica para el cumplimiento legal

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/552 ========== ***

Nº de registro: 0552

Título
INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

Autores:
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA, ABOS OLIVARES MARIA DOLORES, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, BAILO MASTRAL PABLO, BERMUDO GARCIA EVA MARIA, DIAZ DORMIDO ARTURO, VICENTE REDONDO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con el objetivo de conseguir la satisfacción de sus clientes -pacientes y profesionales- y con la mejora continua con herramienta fundamental y base de su política de calidad, el Servicio de Medicina Nuclear del HUMS mantiene desde 2011 la acreditación de su SGC bajo la norma ISO 9001:2008
Para el año 2017 y como objetivo de los Procesos clave Diagnóstico y Terapéutico, en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes, el Servicio se plantea gestionar el cumplimiento de la Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo que regula las normas de seguridad básicas para la protección frente al riesgo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes en los Estados miembros y que establece que, las disposiciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

legales, reglamentarias y administrativas necesarias para dar cumplimiento a sus directrices han de estar en vigor "a más tardar el 6 de febrero de 2018". Entre ellas, se incluye la obligatoriedad de justificar la exposición a dosis médicas, informar a los pacientes y registrar y notificar las dosis de exposición de los procedimientos.
El Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Miguel Servet recoge en la historia electrónica de cada paciente la dosis de radiofármaco (mCi) administrada en cada procedimiento desde el año 2008, en el que se implementó la realización de informes clínicos en HpDoctor. Sin embargo, en su artículo 58, la Directiva 2013/59/Euratom establece la obligación de incluir en el informe del procedimiento la información relativa a la exposición (dosis equivalente efectiva –mSv-) como valor para el historial dosimétrico que permita al prescriptor disponer de información a la hora de tomar decisiones sobre pruebas complementarias, al Médico Nuclear cumplir los principios de justificación, optimización y control de dosis y que asegure al paciente su derecho a la información.
Servicios de salud de algunas comunidades autónomas ya trabajan hace unos años no solo el registro de exposiciones sino el acceso individual de los pacientes a esta información. En nuestro caso, partiendo del proyecto de acceso a la historia individual "Carpeta de Salud" en el que SALUD ya está trabajado, un primer paso puede ser la incorporación del valor de exposición de cada procedimiento en la historia electrónica a través del informe de la exploración en HpDoctor.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo de procesos ISO 9001:2008, en el marco de la estrategia de seguridad de pacientes: implementación del historial dosimétrico para procedimientos de Medicina Nuclear, en cumplimiento de la Directiva 2013/59/Euratom para la protección de la exposición a radiaciones ionizantes, incorporando el valor de exposición de cada procedimiento en la historia electrónica a través del informe de la exploración de Medicina Nuclear.

MÉTODO
1. Análisis con el Servicio de Física y Protección Radiológica de los valores de referencia de exposición disponibles para los estudios de Medicina Nuclear.
2. Análisis con Siemens y con los Técnicos de Medicina Nuclear de las herramientas de exportación de valores de dosis de TC de baja dosis.
3. Análisis con el Servicio de Informática del HUMS de la posibilidad de incorporar el valor de exposición, vinculado a un campo en HpDoctor, con cálculo automático a partir de la edad y dosis.
4. Implementación
5. Puesta en marcha en pruebas
6. Comunicación al personal del Servicio: Jefatura de Servicio
7. Puesta en marcha y difusión del proyecto
8. Evaluación: responsable de calidad

INDICADORES
1. Cumplimentación de calendario con registro en acta de las iniciativas y avances de las reuniones del grupo de trabajo: enero y mayo 2017
Indicador: (Reuniones realizadas/reuniones previstas)*100
Estándar: 100%
Objetivo: 100%

2. Muestreo de conveniencia para evaluación de calidad seleccionando al azar 40 informes de procedimientos en historia electrónica realizados durante el mes de diciembre de 2017 (10 informes de cada semana).
Indicador: (Nº informes con registro de dosimetría en HpDoctor/total informes)*100
Estándar: 100%
Objetivo: 95%

DURACIÓN
1. Enero 2017: Reunión del grupo de trabajo
a. Análisis de la situación y necesidades
b. Valoración apoyo técnico aplicaciones Siemens
c. Asignación de tareas y calendario
2. Enero-mayo 2017:
a. Desarrollo
b. Reunión del grupo de trabajo
3. Junio 2017: pruebas en HpDoctor
4. Septiembre 2017
a. Reunión informativa a los profesionales de MN
b. Puesta en marcha
c. Difusión
5. Diciembre 2017
a. Evaluación
b. Reunió de cierre o acciones de mejora en caso necesario

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0552

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL HISTORIAL DOSIMETRICO INDIVIDUAL DERIVADO DE PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR A LA HISTORIA ELECTRONICA DEL PACIENTE

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES ABOS OLIVARES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES GRACIA ALEJANDRO
ALVAREZ RUIZ SOLEDAD
FALGAS LACUEVA MARINA
DELGADO CASTRO MONSERRAT
TARDIN CARDOSO LETICIA
SANGROS SAHUN MARIA JOSE
RAZOLA ALBA PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), disponía en 2018 de 58 protocolos /procedimientos con el 100% de sus actividades protocolizadas. (ISO 9001:2008 obtenida inicialmente en junio de 2011 (Certificado inicial ES057263-1). La creación de la UCMHMN de Aragón en noviembre de 2017 implicaba como es lógico la existencia de protocolos comunes por lo que se inició este Proyecto de Gestión.

Protocolos existentes en el HUMs con vigencia en 2018:

Terapia 5
Diagnósticos :53

Número total de Protocolos sobre los que se actúa: 58

No se consideran para este análisis y objetivos los Protocolos pendientes de redactar de los que no se disponía en el HUMS, bien por pertenecer a técnicas nuevas o por ser de uso exclusivo en pacientes ingresados que solo se tratan en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB). En total son 4 protocolos (1 Diagnóstico: Gammagrafía en amiloidosis cardíaca) y (3 Terapéuticos: Tratamiento del cáncer de tiroides con 131I, Tratamiento de los tumores de la cresta neural con 131I-MIBG y Tratamiento de los tumores neuroendocrinos con 77Lu) cuya elaboración está en curso .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Antes de adaptarlos el modelo de protocolo fue remitido a la Unidad de Calidad del HCULB quien dio su conformidad. Además, se consideraron algunos aspectos del diseño de los protocolos en dicho Hospital y se incorporaron al modelo al entender que lo mejoraba (por ejemplo, el esquema inicial del procedimiento/protocolo, figura al inicio en el modelo adaptado)

1.- Seleccionados. Se tuvo en cuenta para esta selección el criterio de los más usados y aquellos que tenían que revisarse por criterios de fecha en el HUMS.

2.- Los revisores iniciales se seleccionaron en general del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” puesto que no habían participado en su elaboración inicial. Se les recomendó que no hiciesen revisiones exhaustivas, sino que tuviesen en cuenta fundamentalmente la revisión de las indicaciones, y de la metodología de realización de los diferentes procedimientos. Los sistemas de procesado que diferían en los distintos equipos se acordó suprimirlos y elaborar instrucciones técnicas para cada equipo cuando se considerara necesario.

3.- Los protocolos que se revisaron en profundidad fueron aquellos en los que las Guías clínicas habían sufrido modificaciones significativas desde su redacción (Tratamiento con 223 Ra, rastreo con 131I/123I,)
4.- El revisor inicial figura en cada uno de los protocolos en su última versión junto con las Dras de la Cueva y Abós que los han adaptado a la UCMHMN de Aragón.

5.-En enero de 2018, al comienzo de este proceso en el HUMS existían 5 protocolos en el proceso terapéutico y 53 en el diagnóstico lo que hacía un total de 58. En la tabla 1.- se indican por apartados estos procedimientos. El compromiso de este programa de gestión es de normalizar el 50% en el 2018 lo que se ha conseguido.

6.- Adjuntamos el listado de los protocolos normalizados y remitimos un pdf con cada uno de ellos a las Unidades de calidad de los dos hospitales para que procedan a su difusión . Se han incluido dos hojas informativas iguales en su formato para dirigir al paciente a un hospital concreto. Las dos hojas deberán manejarlas las secretarías de ambos centros pues, aunque de momento se mantienen los criterios de sectorización previos a la constitución de la Unidad, puede que estos se alteren con el inicio de la actividad del PET-TC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

TABLA 1

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS ENERO 2018
CIRCULATORIO 4
DIGESTIVO 11
RENAL 9
CÉLULAS MARCADAS 3
GANGLIO CENTINELA 6
ENDOCRINOLOGÍA 4
INFECCIÓN 2
ONCOLOGÍA 2
PULMÓN 3
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL 6
OSTEOARTICULAR 3
TOTAL 53
PROTOCOLOS TERAPEÚTICOS 5
TOTAL 58

Listado de procedimientos normalizados a la UCMHMN de Aragón:

Diagnósticos:
1.- Aclaramiento mucociliar
2.- BSGC pene
3.- Cisternogammagrafía
4.- Cistografía directa
5.- Cistografía indirecta
6.- DATSCAN
7.- Filtrado glomerular
8.- Receptores de somatostatina
9.- Aspiración-deglución
10.- Glándulas salivares
11.- Hemangioma
12.- Hepatobiliar
13.- Hepatoesplénica
14.- Inervación cardíaca
15.- Paratiroidea
16.- Perfusión y ventilación
17.- Renal
18.- Suprarrenal cortical
19.- Suprarrenal medular
20.-Osea
21.-Peritoneal
22.- Tiroidea
23.- Muerte encefálica
24.- Prótesis articulares
25.- Rastreo 131I/123I
26.- Renograma basal
27.- Renograma diurético
28.- Renograma postcaptopril
29.- Renograma trasplante
30.- SPECT de perfusión cerebral

Terapéuticos:

1.- Tratamiento con 223-Ra

El compromiso del proyecto para 2018 era como ya se ha mencionado tener normalizados al menos el 50% de los Protocolos /procedimientos (29). Se han normalizado 31 lo que representa el 53,44% del total de los existentes al inicio de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La uniformidad en el diagnóstico y la terapia de los pacientes debería ser un objetivo global de la sanidad en nuestro pais. La UCMHMN de Aragón al integrar en una sola Unidad a los Médicos Nuclears de Aragón lo está intentando y la uniformidad de protocolos consensuados es uno de los primeros pasos.la segunda fase del proyecto que alcanzará al 100% de los protocolos la esperamos conseguir en el 2019

7. OBSERVACIONES.
**POR MOTIVOS DE DISEÑO DE LOS PROYECTOS SOLO PODÍA FIGURAR 1 RESPONSABLE. EN ESTE CASO LA REALIDAD OBLIGA A MENCIONAR QUE LOS RESPONSABLES HAN SIDO 2 DRA ABÓS Y DRA DE LA CUEVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1027 ========== ***

Nº de registro: 1027

Título
NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

Autores:
ABOS OLIVARES DOLORES, ANDRES GRACIA ALEJANDRO, ALVAREZ RUIZ SOLEDAD, FALGAS LACUEVA MARINA, DELGADO CASTRO MONTSERRAT, TARDIN CARDOSO LETICIA, SANGROS SAHAUN MARIA JOSE, RAZOLA ALBA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología a valorar en un Servicio de Medicina Nuclear
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La creación de la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón representa una oportunidad de mejora en la provisión de servicios altamente especializados, unificando los procedimientos técnicos y homogeneizando la atención al conjunto de la población aragonesa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Revisar y actualizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Medicina Nuclear
- Homogeneizar los procedimientos diagnósticos en la Unidad Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón

MÉTODO
- Selección de los procedimientos que se van a revisar y de los documentos vigentes
- Selección revisor
- Normalización y revisión de los procedimientos
- Puesta en común entre los profesionales de la Unidad
- Incluir sugerencias
- Normalización a la Unidad y envío a las Unidades de Calidad

INDICADORES
-Número de procedimientos revisados/ Número total de procedimientos
2018: 50%
2019: 100%
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.

La evaluación de indicadores se hará en diciembre de los años 18 y 19

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
La responsable de su implantación será la responsable del programa.
Se evaluarán los distintos protocolos dioagnósticos y terapéuticos de la Unidad, comunicándose modificaciones, si las hubiera, a los miembros del equipo.

OBSERVACIONES
Proyecto de la nueva Unidad Clínica Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón, por lo que implica los dos hospitales universitarios de Zaragoza: HCULB y HUMS y a todas los Sectores sanitarios que abarcan.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1027

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS HERNANDEZ NAVARRETE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL
GIMENEZ JULVEZ TERESA
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA
MARCO MARTINEZ MARIA PILAR
GARCIA NAVALON PILAR
TABUENCA ARCE MARIA LUISA
VAZQUEZ HEREDIA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el apartado Mejorar de la gestión de citación:
1. Se ha definido una agenda según tiempo disponible, derivaciones de pacientes y tipo de consulta
2. Se ha escrito el procedimiento de citación
3. No se ha incluido la agenda del servicio de admisión del hospital.
En el apartado Mejorar la continuidad de cuidados
1. Se ha elaborado un modelo de informe de atención de la consulta de pacientes de riesgo, con la información completa y ordenada de la atención al paciente.
2. NO Implementar el informe en HP Doctor, ya que para que eso se implemente tiene que haber agenda abierta en el servicio de admisión del hospital.
3. Se ha tenido que incorporar un informe de respuesta de desestimación de vacunación frente a neumococo a consecuencia de la Instrucción del Gerente del Servicio Aragonés de Salud del 6 de octubre de 2016

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El formato de informe se ha implementado en un total de 501 informes de vacunación (254 en el primer semestre y 247 en el segundo), mejorando la calidad de la información dirigida a especialista y médico de familia. El estándar sobre lo previsto ha sido del 100%.
26 informes de desestimación de vacuna neumococo sobre 58 solicitudes.
Los resultados han sido 0% en la inclusión de agenda dentro del sistema y que el informe se visualice en HP doctor en la Intranet del sector.
El resultado global es de 50%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Del grupo de trabajo de 7 personas, 5 personas no se encuentran dentro del grupo por razones temporales (2) o permanentes (3). El desarrollo de cualquier proyecto con la politica de RRHH de la organización, dificulta el desarrollo.
Durante el periodo de 2017, 6 profesionales han entrado y salido de la estructura organizativa de la consulta.
Aún con todo la calidad de la información ha mejorado significativamente, y resta mejorar la cobertura, que se abordará el próximo año con la introducción en la intranet del sector

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/891 ========== ***

Nº de registro: 0891

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Autores:
HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, GIMENEZ JULVEZ TERESA, VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, GARCIA NAVALON PILAR, TABUENCA ARCE MARIA LUISA, VAZQUEZ HEREDIA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Vacunación en grupos de riesgo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la auditoría interna del SGC, se identificó como área de mejora la gestión de la consulta de vacunación a grupos de riesgos, incluyendo la informatización del informe de consulta en el HP Doctor y la inclusión de la agenda de citas en papel en la agenda del hospital. Valorado por el grupo de calidad, se considera un área prioritaria por el impacto para mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes y la gestión de la consulta.
Actualmente, la citación a la consulta se realiza en una agenda en papel y una base de datos en Access. La agenda de la consulta de Medicina Preventiva no figura en el sistema informático del hospital, con lo que no se puede realizar una buena explotación de la información de la agenda, otros Servicios no pueden ver las citas pendientes y es difícil identificar los pacientes derivados de compañías, seguros privados, etc, para realizar la facturación a terceros y se duplica el trabajo al citar en papel y tener que meter manualmente la información a la BD en Access.
El otro aspecto fundamental es mejorar la continuidad de cuidados de los pacientes atendidos. La historia clínica es propia de Medicina Preventiva y no es accesible para los especialistas ni para los médicos de Atención Primaria. La comunicación con los especialistas y médicos de Atención Primaria se realiza a través de un informe fotocopiado en papel que el propio paciente lleva a su especialista. El informe se da una vez realizado el estudio para valorar infección tuberculosa latente y programado el calendario vacunal. Esto lleva a que la comunicación con los especialistas no siempre sea completa, puesto que no sabe qué vacunas se han administrado en un momento concreto o cuál es su estado serológico tras la vacunación, ni es suficientemente rápida ni accesible. Este es un primer paso para la inclusión de toda esta información en la historia clínica electrónica que sería el objetivo final.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la continuidad de cuidados del paciente de riesgo, facilitando la comunicación y la transmisión de la información desde Medicina Preventiva a los especialistas y a Atención Primaria y viceversa en aras de la mejora de la atención del paciente.
Disminuir errores y reducir eventos adversos derivados de revacunaciones innecesarias y errores de administración de vacunas motivados por un mal registro.
Mejorar la gestión de la citación de consulta de vacunación de grupos de riesgo.

MÉTODO
Mejorar la gestión de la citación de consulta de vacunación de grupos de riesgo.
? Definir la agenda para la citación informatizada en el sistema del hospital, según tiempo disponible, derivaciones de pacientes y tipo de consulta para una mayor efectividad y eficiencia. Responsable: Jefa de Sección.
? Escribir el procedimiento de citación, incluyendo tipos de consultas distintas (primeras/sucesivas), posibilidades de derivación… Responsables: Facultativos, enfermeras y TCAE.
? Crear una agenda en el sistema de citaciones del hospital. Responsable: Citaciones.
? Implementar la agenda. Responsable: TCAE consulta.
Mejorar la continuidad de cuidados:
? Elaborar un informe de atención de la consulta de pacientes de riesgo, con la información completa y ordenada de la atención al paciente, en HP Doctor que incluya los resultados de las pruebas realizadas para descartar o diagnosticar infección tuberculosa latente (cuando proceda), la información sobre vacunas administradas o pendientes de administrar y el seguimiento serológico del estado inmunitario del paciente.
? Implementar el informe en HP Doctor.
? Responsables: Jefa Sección y Facultativos del Servicio de Medicina Preventiva

INDICADORES
Indicador 1: Se ha elaborado e implantado una agenda de citación incluida en el sistema de citación informatizada del Hospital para la consulta de Medicina Preventiva que está disponible en la citación del hospital.

Indicador 2: % de pacientes nuevos para los que se ha elaborado un informe de alta en HP Doctor de acuerdo con los criterios definidos

DURACIÓN
Informatización informe de consulta de vacunación de grupos de riesgo: noviembre 2016-marzo 2017
Implementación del informe de evaluación y vacunación en pacientes nuevos: marzo-diciembre 2017
Inclusión agenda hospitalaria de la citación de la Consulta de Medicina Preventiva: primer trimestre 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0891

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA DE VACUNACION Y DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL CELORRIO PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS
GIMENEZ JULVEZ TERESA
CORTES RAMAS ANA MARIA
GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA
TABUENCA ARCE MARIA LUISA
PEREZ FIGUERA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño del estudio: Primer trimestre 2017.
Análisis casuística y determinar alcance para proyecto. Realizado julio 2017.
Se han definido los controles a realizar en función de los microorganismos MR (Consensuado por Servicios de Medicina Preventiva y Microbiología). Julio 2017
Se ha revisado el protocolo de GMR, aprobado por el grupo de calidad de Medicina Preventiva y Microbiología y enviado a UCA ya la Comisión de Infecciones para su aprobación. Aprobado por Comisión de infecciones diciembre de 2017.
Se han revisado las precauciones de contacto en habitación compartida (elaborado documento). Se ha elaborado el material formativo para las Unidades en precauciones e higiene de manos. Diciembre 2017
Recogida de datos: octubre 2017- abril 2018.
•Se han definido las variables a recoger y se ha diseñado una hoja de seguimiento (F-130_Z2(E)M_MP)
•Se ha diseñado una lista de verificación de las precauciones de contacto (F-126_Z2(E)M_MP)
•Se ha iniciado la recogida de datos de contactos.
Formación Servicios y Unidades: Medicina interna, especialidades Médicas, ULME:
•Se ha elaborado el cronograma de formación para 2018
•Se han iniciado las actividades formativas en precauciones e higiene de manos.
•30/1/2018: 5 TCAE y 4 DUEs planta 9 y 5 TCAE y 8 DUE planta 10 Medicina Interna
•6/1/2018: Formación en higiene de manos a 20 enfermeras y auxiliares de plantas 9 y 10 del HG, Medicina interna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se está desplegando el proyecto, realizando las actividades previstas en el mismo y recogiendo los datos para calcular los indicadores (ver apartado anterior)
En el momento actual no es posible calcular todavía los indicadores de resultado previstos en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto se está implantando según lo previsto, si bien ha habido algún retraso en fechas respecto al calendario inicialmente previsto. Se ha ampliado un año su realización y se ha ampliado el alcance a otras Unidades del Hospital no incluidas inicialmente.
La acogida por parte de los Servicios y Unidades ha sido muy buena y entendemos que tiene mejoras en otros aspectos relacionados con la prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (Seguridad de Pacientes) y la mejora de la eficiencia en la utilización de recursos por encima de lo específico del proyecto.
Queda pendiente completar la formación a todas las Unidades incluidas, finalizar la recogida de información, análisis de las oportunidades de mejora y elaboración de propuestas a partir de los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/904 ========== ***

Nº de registro: 0904

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Autores:
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, GIMENEZ JULVEZ TERESA, GUERRERO FERNANDEZ DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

ALBA INMACULADA, LEBRERO ORS PURIFICACION, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, LARRODE PEREZ MARTA, ALCANTARA FERNANDEZ ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención infecciones relacionadas con asistencia sanitaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las resistencias a los antibióticos y el aumento de gérmenes multirresistentes (GMR) se han convertido en un problema de primera magnitud en todo el mundo, motivados por la mayor presión antibiótica y el peor control de la transmisión. En HUMS, al aumento de resistencias se ha unido la incorporación de estrategias de búsqueda activa de GMR mediante los cultivos de vigilancia (pej. en reingresos de pacientes con GMR previos, resistencia Zero en UCIs…) para identificar precozmente a estos pacientes y minimizar la transmisión cruzada; y el uso de criterios microbiológicos más sensibles para considerar un microorganismo como multirresistente. El resultado es un incremento considerable de pacientes con gérmenes multirresistentes a los que es necesario aplicar precauciones para evitar la transmisión.
Las principales Guías internacionales (CDC 2006) recomiendan establecer precauciones de contacto, incluyendo habitación individual o aislamiento de cohortes de forma rutinaria para prevenir y controlar la transmisión de cualquier germen multirresistente. Es conocido que el aislamiento de los pacientes en habitación individual incrementa los costes, aumenta las cargas de trabajo y puede derivar en efectos negativos para el paciente (depresión y ansiedad, angustia, menor tiempo de dedicación del personal sanitario, retrasos y reducción de la calidad de los cuidados, aumento de eventos adversos (sin tener en cuenta infecciones) o menor satisfacción con la asistencia. De forma adicional, la aplicación generalizada de esta medida en hospitales con muy pocas habitaciones individuales implica bloquear camas limitando el ingreso de otros pacientes desde urgencias, ingresando a otros fuera de las Unidades indicadas por falta de disponibilidad de camas, cancelar intervenciones quirúrgicas o dar altas desde Unidades de Cuidados Intensivos a plantas de hospitalización.
Organizaciones de reconocido prestigio de Irlanda y Nueva Zelanda (2012) establecieron criterios para asignar o no habitación individual para pacientes con GMR. Con esta base y con la evidencia de que la aplicación rigurosa de las precauciones estándar y la limpieza y desinfección del medioambiente hospitalario y limpieza, desinfección/ esterilización del instrumental clínico son la base para prevenir la transmisión, en 2014 se establecieron en el HUMS unos criterios basados en el tipo de microorganismo y resistencias, presencia de factores del paciente que favorecen la transmisión o riesgo para posibles contactos según el tipo de Unidad, para decidir en qué casos establecer precauciones de contacto compartiendo habitación.
Tras dos años de aplicación de estos criterios, si bien tenemos la percepción de que no han aumentado las infecciones cruzadas en estos casos, no tenemos información precisa sobre tasas de infección o colonización cruzada, qué factores son los que tienen más influencia en la transmisión o cuáles son las dificultades que encuentran en las Unidades para aplicar estas medidas.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Mejorar la gestión de los aislamientos de pacientes hospitalizados en los que se aíslan gérmenes multirresistentes
Objetivos secundarios
Evaluar los resultados de la aplicación del protocolo de aislamiento de contacto en habitación compartida en pacientes con gérmenes multirresistentes:
- Cuantificar los riesgos para los pacientes con los que comparten habitación de establecer precauciones de contacto en habitación compartida.
- Identificar los factores de riesgo asociados a la transmisión.
- Identificar los principales problemas que generan este tipo de aislamientos en las Unidades.

Revisar el protocolo en función de las áreas de mejora detectadas para mejorar la eficiencia en la utilización de recursos (reducir camas bloqueadas..), mejorar la seguridad del paciente adecuando las medidas en función de los riesgos (para reducir la transmisión cruzada) y evitar los efectos negativos para el paciente derivados de aislamientos innecesarios.

MÉTODO
Diseñar estudio de evaluación: FEAs
Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: FEAs
Recogida de datos: DUEs, TCAEs
Evaluar los resultados: FEAs
Rediseñar el protocolo: FEAs

INDICADORES
Indicador 1: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han colonizado por ese GMR
Indicador 2: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han infectado por ese GMR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Indicador 3: Se han identificado los factores con mayor peso en el riesgo de transmisión
Obtención datos para cálculo: ficha recogida datos

DURACIÓN
- Diseño del estudio: 1er trimestre 2016
- Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: abril 2016
- Recogida de datos: mayo-diciembre 2016
- Informatización y análisis de los resultados: 1er trimestre 2017
- Revisión del protocolo: 2º trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL CELORRIO PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS
DEL CURA BILBAO ALICIA
LAPRESTA MOROS CARLOS
CORTES RAMAS ANA MARIA
MARTINEZ GONZALEZ DE UBIETA CAROLINA
GUERRA PILAR
GIMENEZ JULVEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño del estudio: Primer trimestre 2017.
Revisión y actualización protocolo de GMR y presentación para su aprobación a la Comisión de Infecciones: junio-diciembre 2017.
Formación personal de Unidades: enero-noviembre 2018.
Observación cumplimiento higiene de manos en los 5 momentos de la OMS: noviembre 2017-diciembre 2018.
Evaluación de la implantación de las precauciones para prevenir la transmisión: enero-diciembre 2018.
Evaluación estructural cumplimiento de las precauciones (listado de comprobación): noviembre 2017-diciembre 2018.
Selección de casos, identificación de contactos, programación de frotis: agosto a diciembre 2018.
Realización de frotis epidemiológicos para evaluar la transmisión: agosto a noviembre 2018.
Recogida y mecanización de datos: agosto-diciembre 2018.
Realización de informes de resultados: noviembre-diciembre de 2018.
Análisis de barreras durante la implantación del proyecto y para su continuidad, realización de informe con barreras identificadas y plan de mejora: diciembre 2018.
Presentación resultados a responsables a las supervisoras de las Unidades: 17 de enero 2019.
Revisión y mejora del protocolo y funcionamiento del proceso: diciembre-enero 2019.

Material elaborado:
Se ha actualizado la cartelería de precauciones de contacto en habitación compartida.
Material formativo en precauciones para prevenir la trasmisión, higiene de manos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Indicador 1: % de Unidades en las que se ha realizado formación
o Definición: Nº de Unidades en las que se ha realizado formación en Higiene de manos y precauciones para prevenir la trasmisión/total de Unidades incluidas en el proyecto
? Fuente: registro específico formación
? Meta: >90%
? Resultado: 16/16: 100%
? Nº de sesiones formativas realizadas: 30
? Nº de profesionales formados: 364

• Indicador 2: % de pacientes con GMR a los que se aplican precauciones de contacto en habitación compartida
o Definición: Nº de pacientes con GMR que han compartido habitación/total de pacientes que cumplen criterios para poder compartir habitación
? Fuente: registro específico
? Meta: >90%
? Resultado:
• Nº de pacientes con GMR que han compartido habitación: 18
• Total de pacientes que cumplen criterios para poder compartir habitación: 40
• % de pacientes que han compartido habitación: 45%.
• Indicador 3: % de estancias en la segunda cama utilizadas
o Definición: Nº de estancias en la segunda cama utilizadas /total de estancias posibles en la segunda cama si siempre se hubieran aplicado las precauciones en habitación compartida
? Fuente: registro específico
? Meta: >70%
? Resultado:
• Nº de estancias utilizadas en el periodo:150
• Nº de estancias posibles: 753
• % de estancias aprovechadas: 20%
• Indicador 4: Porcentaje de contactos que se han colonizado por el GMR
o Definición: Nº de pacientes colonizados/total de contactos a riesgo.
? Fuente: registro propio. Informes microbiología.
? Meta: <10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

? Resultado:
• Nº de contactos colonizados: 0
• Total de contactos a riesgo: 26
• % de contactos colonizados por GMR: 0%
• Indicador 5: Porcentaje de contactos que se han infectado por el GMR
o Definición: Nº de pacientes infectados/total de contactos a riesgo.
? Fuente: registro específico
? Meta: <5%
? Resultado:
• Nº de contactos infectados: 0
• Total de contactos a riesgo: 26
• % de contactos infectados por GMR: 0%

Valoración de resultados
Desde el punto de vista de la eficiencia, la aplicación de la estrategia de aplicar precauciones de contacto en habitación compartida mediante un sistema de selección de pacientes en función del riesgo de trasmisión, nos hubiera permitido ganar un máximo 753 estancias en el periodo de agosto a diciembre de 2018. La utilización de las camas generadas ha supuesto una ganancia real de 150 estancias en el periodo seguido, si bien el porcentaje de aprovechamiento de las estancias generadas ha sido sólo del 20%, por debajo de las metas inicialmente marcadas.
El otro aspecto fundamental a evaluar, el de la seguridad del paciente, nos ha permitido constatar que ningún paciente se ha colonizado ni infectado por el mismo GMR del caso en el periodo seguido, lo que es un importante resultado para confirmar la seguridad de la estrategia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades formativas se han valorado positivamente tanto por los Servicios/Unidades como por parte de Medicina Preventiva, puesto que se consideran fundamentales tanto para la mejora el cumplimiento de las precauciones para prevenir la trasmisión cruzada de gérmenes multirresistentes, como para el feed-back de información entre Servicios y Unidades. En este sentido, se van a continuar en 2019 como parte de la estrategia de mejora establecida.
El análisis de barreras, realizado con informadores clave, nos ha permitido identificar los aspectos que generan más dificultades y resistencias para aplicar esta estrategia y se han definido medidas para mejorar el cumplimiento de las precauciones y la utilización de las estancias en 2019.
La formación y la difusión de los resultados a los Servicios/Unidades ha generado tranquilidad en los profesionales en cuanto a los riesgos percibidos para los contactos, reforzando la idea de que es una estrategia segura con los criterios y precauciones indicadas.
Aunque el seguimiento del proyecto supone un aumento de cargas de trabajo en el Servicio de Medicina Preventiva, dado el interés del mismo y con objeto de evaluar las acciones de mejora implantadas, se van a continuar monitorizando los resultados en 2019.
Como aspectos pendientes, creemos que sería interesante establecer una estrategia informativa a pacientes y cuidadores, que despeje dudas sobre las medidas tomadas y los riesgos para los contactos.
Desde el punto de vista de la replicación, creemos que puede ser perfectamente aplicable a otros hospitales, previo el oportuno análisis de las circunstancias particulares de cada Centro y con la estrategia de despliegue adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/904 ========== ***

Nº de registro: 0904

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

Autores:
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL, HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS, GIMENEZ JULVEZ TERESA, GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA, LEBRERO ORS PURIFICACION, MARCO MARTINEZ MARIA PILAR, LARRODE PEREZ MARTA, ALCANTARA FERNANDEZ ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

Otro Tipo Patología: Prevención infecciones relacionadas con asistencia sanitaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las resistencias a los antibióticos y el aumento de gérmenes multirresistentes (GMR) se han convertido en un problema de primera magnitud en todo el mundo, motivados por la mayor presión antibiótica y el peor control de la transmisión. En HUMS, al aumento de resistencias se ha unido la incorporación de estrategias de búsqueda activa de GMR mediante los cultivos de vigilancia (pej. en reingresos de pacientes con GMR previos, resistencia Zero en UCIs…) para identificar precozmente a estos pacientes y minimizar la transmisión cruzada; y el uso de criterios microbiológicos más sensibles para considerar un microorganismo como multirresistente. El resultado es un incremento considerable de pacientes con gérmenes multirresistentes a los que es necesario aplicar precauciones para evitar la transmisión.
Las principales Guías internacionales (CDC 2006) recomiendan establecer precauciones de contacto, incluyendo habitación individual o aislamiento de cohortes de forma rutinaria para prevenir y controlar la transmisión de cualquier germen multirresistente. Es conocido que el aislamiento de los pacientes en habitación individual incrementa los costes, aumenta las cargas de trabajo y puede derivar en efectos negativos para el paciente (depresión y ansiedad, angustia, menor tiempo de dedicación del personal sanitario, retrasos y reducción de la calidad de los cuidados, aumento de eventos adversos (sin tener en cuenta infecciones) o menor satisfacción con la asistencia. De forma adicional, la aplicación generalizada de esta medida en hospitales con muy pocas habitaciones individuales implica bloquear camas limitando el ingreso de otros pacientes desde urgencias, ingresando a otros fuera de las Unidades indicadas por falta de disponibilidad de camas, cancelar intervenciones quirúrgicas o dar altas desde Unidades de Cuidados Intensivos a plantas de hospitalización.
Organizaciones de reconocido prestigio de Irlanda y Nueva Zelanda (2012) establecieron criterios para asignar o no habitación individual para pacientes con GMR. Con esta base y con la evidencia de que la aplicación rigurosa de las precauciones estándar y la limpieza y desinfección del medioambiente hospitalario y limpieza, desinfección/ esterilización del instrumental clínico son la base para prevenir la transmisión, en 2014 se establecieron en el HUMS unos criterios basados en el tipo de microorganismo y resistencias, presencia de factores del paciente que favorecen la transmisión o riesgo para posibles contactos según el tipo de Unidad, para decidir en qué casos establecer precauciones de contacto compartiendo habitación.
Tras dos años de aplicación de estos criterios, si bien tenemos la percepción de que no han aumentado las infecciones cruzadas en estos casos, no tenemos información precisa sobre tasas de infección o colonización cruzada, qué factores son los que tienen más influencia en la transmisión o cuáles son las dificultades que encuentran en las Unidades para aplicar estas medidas.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Mejorar la gestión de los aislamientos de pacientes hospitalizados en los que se aíslan gérmenes multirresistentes
Objetivos secundarios
Evaluar los resultados de la aplicación del protocolo de aislamiento de contacto en habitación compartida en pacientes con gérmenes multirresistentes:
- Cuantificar los riesgos para los pacientes con los que comparten habitación de establecer precauciones de contacto en habitación compartida.
- Identificar los factores de riesgo asociados a la transmisión.
- Identificar los principales problemas que generan este tipo de aislamientos en las Unidades.

Revisar el protocolo en función de las áreas de mejora detectadas para mejorar la eficiencia en la utilización de recursos (reducir camas bloqueadas..), mejorar la seguridad del paciente adecuando las medidas en función de los riesgos (para reducir la transmisión cruzada) y evitar los efectos negativos para el paciente derivados de aislamientos innecesarios.

MÉTODO
Diseñar estudio de evaluación: FEAs
Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: FEAs
Recogida de datos: DUEs, TCAEs
Evaluar los resultados: FEAs
Rediseñar el protocolo: FEAs

INDICADORES
Indicador 1: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han colonizado por ese GMR
Indicador 2: Porcentaje de compañeros de habitación de pacientes con GMR que se han infectado por ese GMR
Indicador 3: Se han identificado los factores con mayor peso en el riesgo de transmisión
Obtención datos para cálculo: ficha recogida datos

DURACIÓN
- Diseño del estudio: 1er trimestre 2016
- Solicitar autorización al comité de ética del hospital y presentarlo a la Comisión de infecciones: abril 2016
- Recogida de datos: mayo-diciembre 2016
- Informatización y análisis de los resultados: 1er trimestre 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0904

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA GESTION DE AISLAMIENTOS DE PACIENTES CON GERMENES MULTIRRESISTENTES

- Revisión del protocolo: 2º trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0283

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL LOPEZ CALLEJA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NUÑEZ MEDINA ROSSI
GOMARA LOMERO MARTA
FERRER CERON ISABEL
VICENTE VILLANUEVA MERCEDES
CAPAPE CLEMENTE MARIA JOSE
MARCEN SERRANO ALICIA
SANZ BAGUENA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas
Se han cumplido las acciones según el calendario propuesto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han actualizado los procedimientos necesarios, se han implantado los controles de calidad necesarios, y con fecha noviembre de 2017 la Sección de Antibióticos fue auditada por ENAC de forma satisfactoria, sin ninguna observación ni no conformidad, por lo que el mantenimiento del alcance de acreditación y su ampliación han sido conseguidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las tareas de calidad son duras de implantar y suponen un sobreesfuerzo añadido, pero que permiten la mejora de la calidad y el reconocimiento de la competencia técnica en cuanto a los resulados emitidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/283 ========== ***

Nº de registro: 0283

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL, NUÑEZ MEDINA ROSSI, GOMARA LOMERO MARTA, FERRER CERON ISABEL, VICENTE VILLANUEVA MERCEDES, CAPAPE CLEMENTE MARIA JOSE, MARCEN SERRANO ALICIA, SANZ BAGUENA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0283

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Antibióticos, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance acreditado:

- PTA-50_Z2(E)M_L-MB Identificación de microorganismos mediante espectrometría de masas (Maldi-tof, proteómica)
- PTA-51_Z2(E)M_L-MB Identificación y sensibilidad antibiótica por método automatizado Microscan Walkaway
- PTA-52_Z2(E)M_L-MB Sensibilidad antibiótica: método de difusion con discos y test de epsilon (e-test)

Ampliación del alcance de acreditación para:

- Detección fenotípica de mecanismos de resistencia en Gram negativos

MÉTODO
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:
- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: Septiembre 2016
Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: sep 16-enero 17
- Formación y Cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: sep 16-enero 17
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0283

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE ANTIBIOTICOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0322

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITALUNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN SAHAGUN PAREJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREIRA BOAN JAVIER
MORILLA MORALES ELENA
ELU ESCALANTE MARGARITA
FERNANDEZ SIMON REBECA
ABADIA CARCAS INES
FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
-Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
-Formación y Cualificación del personal implicado
-Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
-Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
-Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividaded acreditadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mantenimiento de la Acreditación ISO 15189 para el alcnce:
- DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ASPIRADO
TRAQUEAL Y MUESTRAS OBTENIDAS POR IBROBRONCOSCOPIA

Nueva acreditación para los siguientes alcances:

- DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ESPUTO (CULTIVO).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proceso de acreditación mejora la calidad de los resultados ofrecidos a los clínicos desde los laboratorios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/322 ========== ***

Nº de registro: 0322

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
SAHAGUN PAREJA JUAN, PEREIRA BOAN JAVIER, MORILLA MORALES ELENA, ELU ESCALANTE MARGARITA, FERNANDEZ SIMON REBECA, ABADIA CARCAS INES, FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0322

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189EN LA SECCION DE RESPIRATORIO, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITALUNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Respiratorio, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance acreditado; DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ASPIRADO TRAQUEAL Y MUESTRAS OBTENIDAS POR FIBROBRONCOSCOPIA y ampliación del alcance de acreditación para DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA EN ESPUTO.

MÉTODO
-Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
-Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
-Formación y Cualificación del personal implicado
-Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
-Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
-Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividaded acreditadas

Tareas asignadas:
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
• Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
• Residentes: colaboración con Facultativos
• Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES
1er indicador: Mantener actualizados los registros técnicos y de calidad. Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

-Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis:01/09/2016-31/10/2016
-Formación y Cualificación del personal implicado: 01/11/2016-31/12/2016
-Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 01/11/2016
-Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: 01/11/2016
-Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 01/09/2016
-Evaluación y seguimiento de indicadores: 01/11/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0351

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES ROC ALFARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR
OMEÑACA TERES MANUEL
MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN
GARCIA GALLO MATILDE
RODRIGUEZ CASTEL ANA MARIA
GOMEZ AURIA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha seguido trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en la Sección de Serología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.
Se han seguido actualizando todos los protocolos de trabajo, en función de los cambios que hayan podido surgir.
Actualizado los registros que hayan sido necesarios y hemos continuado la realización de los controles internos y externos tanto nacionales como internacionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizó una auditoria externa por ENAC en Noviembre de 2017, se mantuvo la acreditación con respecto a todos los objetivos propuestos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esto implica una garantía para los pacientes en cuanto a los resultado obtenidos en esas tecnicas.
Se ha implicado al personal tecnico en la realización y consecución de los objetivos de calidad, consiguiendo una mejor formación y cohesión del trabajo en equipo.
Se ha conseguido una informatización total en las diferentes pasos del trabajo rutinario que minimizan lo errores y problemas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/351 ========== ***

Nº de registro: 0351

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
ROC ALFARO MARIA LOURDES, VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR, OMEÑACA TERES MANUEL, MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN, GARCIA GALLO MATILDE, RODRIGUEZ CASTEL ANA MARIA, GOMEZ AURIA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0351

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACREDITACION ISO 15189
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Serología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance acreditado:

• PTA-40_Z2(E)M_L-MB Determinacion de marcadores serológicos frente al virus de la Hepatitis B (VHB) Hepatitis C (VHC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por electroquimioluminiscencia en el autoanalizador Cobas e 411

• PTA-41_Z2(E)M_L-MB Determinacion de marcadores serológicos frente al virus de la Hepatitis A (VHA), Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por quimioluminiscencia en el analizador Advia Centauro

• PTA-42_Z2(E)M_L-MB Determinacion de anticuerpos frente a Toxoplasma, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes Simple, por quimioluminiscencia en el autoanalizador Immulite.

MÉTODO
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
• Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
• Residentes: colaboración con Facultativos
• Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES
1º indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3º indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: Octubre 2016
Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero 2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0351

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SEROLOGIA

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0384

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION LOPEZ GOMEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
FERNANDEZ ESGUEVA MARTA
ESPAÑA HERNANDEZ MARIA LUISA
AGUDO MORALES CELIA
MENDEZ GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mantenido las actividades acreditadas previamente.
Se han acreditado las nuevas actividades propuestas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la validación de la nueva acreditadción se ha comprobado el correcto funcionamiento de los medios selectivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/384 ========== ***

Nº de registro: 0384

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, FERNANDEZ ESGUEVA MARTA, VALENZUELA MENA JULIA, ESPAÑA HERNANDEZ MARIA LUISA, AGUDO MORALES CELIA, MENDEZ GARCÍA CRISTINA, RUIZ ANDRES MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Norma ISO 15189
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0384

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EPIDEMIOLOGIA, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de EPIDEMIOLOGÍA, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance acreditado Detección de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina por cultivo en muestras de vigilancia epidemiológica.
Ampliación del alcance de acreditación para: CRIBADO DE BACTERIAS MULTIRESISTENTES EN MUESTRAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

MÉTODO
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance.
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas.

Tareas asignadas:
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
• Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
• Residentes: colaboración con Facultativos.
• Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores.

INDICADORES
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: Octubre 2016
Fecha de finalización: Diciembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada.
- Evaluación y seguimiento de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0468

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FERRER CERON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA
CALVO MARTIN SONIA
PINILLA MAINAR CLARA
MANDARU ELENATEL
MARCEN SERRANO ALICIA
OTAL SAURAS ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: PTA-60_Z2(E)M_L-MB y PTA-61_Z2(E)M_L-MB
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividaded acreditadas
Tareas asignadas:
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
• Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
• Residentes: colaboración con Facultativos
• Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad. Se ha realizado y se ha pasado la acreditación de calidad por ENACsegún la norma ISO 15189.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo alcanzado 97% de reegistros actualizados
2º indicador: Se ha realizado formación al 100% del personal adscrito al proyecto y a la sección tanto facultativos, residentes y personal TEL.
3er indicador: Se han mantenido actualizados los procedimientos técnicos de análisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HEMOS ACTUALIZADO EL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS Y EL PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES INCLUYENDO LAS PROTESIS ORTOPEDICAS.
tenemos que seguir trabajando junto a los Médicos de Atención Primaria y el personal de Enfermería para mejorar la indicación y toma de muestras de las úlceras de decúbito y ulceras crónicas.
La sección mantendrá la actividad en el diagnóstico de las infecciones de piel y partes blandas, mejora del diagnóstico de la infección de prótesis con el uso de la sonicación y mejora de los criterios de interpretación de la infección de heridas y úlceras.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/468 ========== ***

Nº de registro: 0468

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
FERRER CERON ISABEL, FERNANDEZ ESGUEVA MARTA, MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA, CALVO MARTIN SONIA, PINILLA MAINAR CLARA, MANDARU ELENA, MARCEN SERRANO ALICIA, OTAL SAURAS ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0468

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Exudados, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance acreditado:

o PTA-60_Z2(E)M_L-MB “Diagnóstico microbiológico de infección osteoarticular e intraabdominal”
o PTA-61_Z2(E)M_L-MB “Diagnóstico de infección de tejidos superficiales”

MÉTODO
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividaded acreditadas

Tareas asignadas:
• Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
• Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
• Residentes: colaboración con Facultativos
• Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: Octubre-2016
Fecha de finalización: Octubre-2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: Octubre 2016- Febrero 2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: Todo el período
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: Todo el período
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: Todo el período
- Evaluación y seguimiento de indicadores: Septiembre-Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0468

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0507

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCIONBRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). SERVICIO MICROBIOLOGIA. HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BLANCA FORTUÑO CEBAMANOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑUELAS BAYON JESUS
FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ
ALARCON DABAD CLARA
MONTES LASHERAS JARA
PEREIRA BOAN JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ampliación del alcance de acreditación para diagnóstico microbiológico de la colonización-infección broncopulmonar en el paciente con fibrosis quística (Norma ISO 15189).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Redacción e implementación del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance PTA-69_Z2_E_M_L-MB, disponible en la documentación en vigor del Sistema de Calidad de los Laboratorios Clínicos del Salud en la Plataforma para la Calidad Asistencial.
Formación y cualificación del personal implicado
Cumplimentación de los registros técnicos y de Calidad
Implantación del control de calidad interno y externo para la actividad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha acreditado la actividad en el laboratorio que proporciona el diagnóstico Microbiológico en muestras respiratorias (esputo y frotis faringeo) de los pacientes afectados de fibrosis quística atendidos en el HUMS y su área de influencia. Dicha actividad proporciona información para orientar el diagnóstico etiólogico de la colonización/infección broncopulmonar, el tratamiento antibiótico y el control de dicho tratamiento.
Se realizará seguimiento de dicha actividad mediante las correspondientes auditorias internas y externas y el análisis de los indicadores de calidad establecidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/507 ========== ***

Nº de registro: 0507

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCION BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). Sº MICROBIOLOGIA. HUMS

Autores:
FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA, VIÑUELAS BAYON JESUS, FERNANDEZ LARIOS BEATRIZ, ALARCON DABAD CLARA, MONTES LASHERAS JARA, PEREIRA BOAN JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha llevado a cabo en la Sección de Respiratorio del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0507

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION PARA DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO DE LA COLONIZACION-INFECCIONBRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUISTICA (NORMA ISO 15189). SERVICIO MICROBIOLOGIA. HUMS

"Miguel Servet" de Zaragoza.

El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Secciones de Respiratorio y de Micobacterias, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora contínua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliación del alcance de acreditación para DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE LA COLONIZACIÓN-INFECCIÓN BRONCOPULMONAR EN EL PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA

MÉTODO
- Redacción del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada

INDICADORES
1er Ampliación del alcance de acreditación. Realizado SI/NO

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3 er indicador: Diseño de control interno SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

- Realización del Procedimiento Técnico de Análisis: 04/2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: 04/2017
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 06/2017
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada: 06/2017
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 06/2017
- Evaluación y seguimiento de indicadores: 12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0509

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS VIÑUELAS BAYON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAHAGUN PAREJA JUAN
FERNANDEZ SIMON REBECA
ABADIA CARCAS INES
ELU ESCALANTE MARGARITA
ALARCON DABAD CLARA
MONTES LASHERAS JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REVISARON Y ACTUALIZARON TODOS LOS PTAs DE LA SECCIÓN (6) AUMENTÁNDOSE UN ALCANCE (PTA-36_Z2(E)M_L-MB) QUE POSTERIORMENTE TAMBIÉN FUE REVISADO (15/03/2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN LA AUDITORÍA EXTERNA DE ENAC, EN JUNIO DE 2016, TODAS LAS ACREDITACIONES PREVIAS FUERON CONFIRMADAS Y SE CONSIGUIÓ LA AMPLIACIÓN DE ALCANCE DEL PTA-36_Z2(E)M_L-MB.
EN LA AUDITORÍA DE ENAC DE NOVIEMBRE DE 2017 TODAS LAS ACREDITACIONES FUERON CONFIRMADAS SIN NINGUNA NO CONFORMIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL MANTENIMIENTO DE LAS ACREDITACIONES Y LA AMPLIACIÓN DE ALCANCES EXIGE UN CONTÍNUO ESFUEZO POR PARTE DE TODO EL EQUIPO DE TRABAJO IMPLICADO EN LA SECCIÓN. EL MANTENER CONSTANTEMENTE EL OBJETIVO DE MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD DEL TRABAJO DIARIO, HACE QUE TODO EL PERSONAL SE ENCUENTRE IMPLICADO Y SEA CONSCIENTE DE LA IMPORTANCIA DE CUIDAR LOS DETALLES AL MÁXIMO. ESTE ESFUERZO SE VE RECOMPENSADO CUANDO SE PASA LA AUDITORÍA CON LA SUFICIENCIA QUE SE HA LOGRADO Y EL RECONOCIMIENTO DEL AUDITOR.
ESTE ES UN TRABAJO QUE, POR SU PROPIA NATURALEZA, DEBE SEGUIR ACTIVO PERMANENTEMENTE

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/509 ========== ***

Nº de registro: 0509

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
VIÑUELAS BAYON JESUS, SAHAGUN PAREJA JUAN, FERNANDEZ SIMON REBECA, ABADIA CARCAS INES, ELU ESCALANTE MARGARITA, ALARCON DABAD CLARA, MONTES LASHERAS JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0509

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE MICOBACTERIAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance acreditado: TINCIÓN DE ZIEHL NEELSEN Y DE KINYOUN, SIEMBRA Y CULTIVO EN MEDIO LÍQUIDO Y HEMOCULTIVOS DE MICOBACTERIAS, IDENTIFICACIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR INMUNOANÁLISIS CROMATOGRÁFICO, IDENTIFICACIÓN DE MICOBACTERIAS MEDIANTE ESPECTROMETRÍA DE MASAS (MALDI-TOF) Y MEDIANTE ANÁLISIS GENÉTICO, DETECCIÓN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX MEDIANTE REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR), y ampliación del alcance de acreditación para ANTIBIOGRAMA DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN MEDIO LÍQUIDO.

MÉTODO
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para la nueva actividad acreditada.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

INDICADORES
1er Indicador: Ampliación del alcance de acreditación. Realizado SI/NO

2º indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

3 er indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

4º indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: 12/2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: 12/2016
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: 12/2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: 04/2017
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 12/2017
- Evaluación y seguimiento de indicadores: 12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0563

1. TÍTULO

ASESORAMIENTO MICROBIOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... GLORIA MARTIN SACO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL
NUÑEZ MEDINA ROSSI
ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR
JIMENO CARREY SONIA
PEIRO MURILLO BEATRIZ
MAZA INVERNON ANA CRISTINA
JERICO CLAVERIA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Contactar con los centros de Atención Primaria de los sectores I y II.
Reunión con coordinadores previa a la puesta en marcha del proyecto y reuniones parciales para el seguimiento.

- Formación en los centros de Atención Primaria (seminarios formato corto sobre la toma de las principales muestras
de interés en Atención Primaria, revisión del mapa de resistencias bacterianas, información sobre pruebas rápidas, informes preliminares…)

- Ofrecer canal de comunicación a través de una línea de teléfono de atención continuada con horario por definir y correo electrónico directo entre los centros de salud y Microbiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º Indicador: Llamadas registradas y consultas en el correo electrónico.
Hemos tenido 75 llamadas entrantes y hemos hecho 14 llamadas desde el Servicio de Microbiología a la línea habilitada para el proyecto (142178), desde el día 3 de marzo, que se puso en funcionamiento, hasta el 11 de octubre de 2017.
Aunque se han seguido utilizando las líneas telefónicas habituales del Servicio de Microbiología, que no se han podido contabilizar.
No se han recibido consultas al correo electrónico.

2º Indicador: Incidencias anteriores y posteriores al proyecto.
En el periodo 2015-2016 hubo 1.085 incidencias de Atención primaria, y en el periodo 2016-2017 fueron 1.223.
Pensamos que el aumento es debido a la incorporación de una nueva adjunta a la sección de Preanalítica y al aumento de nº de muestras.

3ª Indicador: Mantener actualizados los procedimientos descritos en manual: SI
El manual de toma de muestras se actualizó el 2 de febrero de 2017.

4º Indicador: Encuesta de satisfacción a los médicos participantes por centro sobre el funcionamiento del canal y la idoneidad de las sesiones.
Se envió encuesta a los médicos de Atención primaria para valorar de 1 a 10:
1. La comunicación con los profesionales del Servicio de Microbiología Clínica.
2. El correo electrónico como método de comunicación con el Servicio de Microbiología
3. El teléfono como método de comunicación con el Servicio de Microbiología
4. Las alertas y notificaciones como método de comunicación con el Servicio de Microbiología
5. La satisfacción general con el Servicio de Microbiología

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El correo no es un buen medio de comunicación con Primaria.
Tenemos que extender el proyecto en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/563 ========== ***

Nº de registro: 0563

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0563

1. TÍTULO

ASESORAMIENTO MICROBIOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA

Título
ASESORAMIENTO MICROBIOLOGICO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTIN SACO GLORIA, GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL, NUÑEZ MEDINA ROSSI, ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR, JIMENO CARREY SONIA, PEIRO MURILLO BEATRIZ, MAZA INVERNON ANA CRISTINA, JERICO CLAVERIA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: infección urinaria (ITU), infecciones tracto respiratorio superior (ITRS), infecciones de transmisión sexual (ITS), infecciones de heridas y úlceras…
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......: Asesoramiento en la toma de muestras e interpretación de los resultados en Bacteriología.

PROBLEMA
Dentro del programa de uso racional de antimicrobianos, creemos que intensificar esta estrategia en Atención Primaria es fundamental. Este proyecto pretende ayudar al médico de Atención Primaria, en las decisiones de recogida de muestras y la interpretación de resultados para un adecuado manejo posterior del paciente. Para ello pretendemos establecer un canal de comunicación más directo con el servicio de Microbiología, poniendo a disposición del clínico un canal bidireccional de teléfono y correo electrónico.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Comunicación más directa entre Atención primaria y el Servicio de Microbiología
2. Difundir el Manual de Toma de Muestras
3. Mejorar el conocimiento de las infecciones en Atención Primaria y su diagnóstico
4. Mejorar el uso de antibióticos

MÉTODO
- Contactar con los centros de Atención Primaria de los sectores I y II. Reunión con coordinadores previa a la puesta en marcha del proyecto y reuniones parciales para el seguimiento.
- Formación en los centros de Atención Primaria (seminarios formato corto sobre la toma de las principales muestras de interés en Atención Primaria, revisión del mapa de resistencias bacterianas, información sobre pruebas rápidas, informes preliminares…)
- Ofrecer canal de comunicación a través de una línea de teléfono de atención continuada con horario por definir y correo electrónico directo entre los centros de salud y Microbiología.

INDICADORES
1er indicador: llamadas registradas y consultas en correo electrónico
2º indicador: incidencias anteriores y posteriores al proyecto
3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos descritos en manual SI/NO
4º indicador: Encuesta de satisfacción a los médicos participantes por centro sobre el funcionamiento del canal y la idoneidad de las sesiones.

DURACIÓN
Fecha de inicio: octubre 2016
Fecha de finalización: octubre 2017
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero2017
- Formación y Cualificación del personal implicado: Todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: Todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: septiembre-octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0572

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PALACIAN RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GONZALEZ ERIC
ORTEGA LARREA DIEGO
MOLINA ALEJANDRE ISABEL
GARCIA LEDESMA RICARDO
APARICIO IVAN CARMEN
LUCEA PAREJO YOLANDA
ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización procedimientos técnicos de análisis:

PTA-70_Z2(E)M_L-MB Diagnóstico microbiológico (Cultivo) de líquido cefalorraquídeo.

PTA-57_Z2(E)M_L-MB Ampliación del procedimiento mediante una nueva revisión (versión E)

Formación y cualificación del personal adscrito: Realizado

Implantación registros técnicos y control interno: Realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Auditoría externa de ENAC en Noviembre de 2017 para mantenimiento y ampliación de los alcances en la sección de Hemocultivos.

Consecución de la acreditación segun norma UNE EN ISO 15189 en el mes de Noviembre de 2017 de los procesos ya mencionados:
- Hemocultivos
- Diagnóstico microbiológico (Cultivo) de líquido cefalorraquídeo

Y otro que no estaba incluido dentro del proyecto, igualmente desde la Sección:

- Determinación de antígeno de neumococo y legionella en orina

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se ha conseguido la acreditación mediante un trabajo realizado por todas las personas que componen la sección de Hemocultivos.

- Sería deseable mantener la acreditación de todo lo conseguido hasta ahora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/572 ========== ***

Nº de registro: 0572

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

Autores:
PALACIAN RUIZ MARIA PILAR, LOPEZ GONZALEZ ERIC, ORTEGA LARREA DIEGO, MOLINA ALEJANDRE ISABEL, GARCIA LEDESMA RICARDO, APARICIO IVAN CARMEN, LUCEA PAREJO YOLANDA, ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0572

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION HEMOCULTIVOS

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas asistenciales desde el año 2009.
La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorias internas y externas.

La experiencia de estos últimos años en la acreditación ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que se ha ido ampliando a diferentes áreas asistenciales del laboratorio, que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Hemocultivos y LCR, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliación del alcance de acreditación en la sección de Hemocultivos para:

- Diagnóstico de meningitis bacteriana
- Infecciones asociadas a dispositivos

MÉTODO
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividaddes acreditadas

Tareas asignadas:
- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Diseño del control interno. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES
1º indicador: Realizar procedimientos técnicos de análisis (100%)

2º indicador: Formación del personal adscrito Nª personas formadas/nº personas adscritas > 95%

3º indicador: Realización y Cumplimentación de registros técnicos y de calidad
Nª registros cumplimentados/Nª Registros totales x 100 Objetivo a alcanzar > 95%

DURACIÓN
Fecha de inicio: Octubre 2016

Cronograma:
Realización procedimientos técnicos de análisis: Octubre-Diciembre 2016
Formación y cualificación del personal adscrito: Enero-Febrero 2017
Implantación registros técnicos y control interno: Marzo-Abril 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0603

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO REZUSTA LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ESGUEVA MARTA
VALENZUELA MENA JULIA
ESPAÑA HERNANDEZ MARIA LUISA
AGUDO MORALES CELIA
MENDEZ GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Conseguidos los indicadores siguiente
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%
2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.
3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejorar el control de dispensación en la microplaca
Aumento dl personas capacitadas en la realización de la técnica

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/603 ========== ***

Nº de registro: 0603

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
REZUSTA LOPEZ ANTONIO, VALENZUELA MENA JULIA, ESPAÑA HERNANDEZ JULIA, CUBILLO GARCIA CRISTINA, AGUDO MORALES CELIA, CUBILLO CRUZ FABIOLA MACARENA, SOTERAS COLON RAQUEL, OTAL SAURAS ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0603

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE SENSIBILIDAD ANTIFUNGICA DE LEVADURAS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micología, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliación del alcance de acreditación: sensibilidad antifúngica de levaduras

MÉTODO
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis:
- Formación y Cualificación del personal implicado:
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad:
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas.
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad por acreditar
- Evaluación y seguimiento de indicadores

INDICADORES
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: Octubre 2016
Fecha de finalización: Diciembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0685

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE REVILLO PINILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EGIDO LIZAN PILAR
MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA
CALVO MARTIN SONIA
MANDARU ELENATEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
El contenido del PTA indica que el diagnóstico microbiológico se basa en la tinción de Gram y cultivo cualitativo de exudados faríngeo, ótico y conjuntival
Interpretación de los patógenos aislados, permitiendo distinguir entre muestras contaminadas y aquellas recogidas adecuadamente.
El tipo de muestras que se determinan son exudados faríngeos (frotis), faríngeo-amigdalinos, óticos, lesiones orales.
Formación y Cualificación del personal implicado (Adjunto responsable de Area, Jefe Servicio)
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad (TEL y facultativo responsable)
- Es responsabilidad del equipo del área de Preanalítica la recepción de la muestra y del volante correspondiente y su identificación así como el rechazo de las muestras remitidas en condiciones defectuosas y la adopción de las correspondientes medidas correctoras.
Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (responsable de Calidad ISO 15189 y Adjunto responsable)
Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se alcanza la acreditación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejora la actitud del personal, se normaliza la forma de trabajo.

7. OBSERVACIONES.
Hay cambio de responsable por la jubilación de la IP.
El responsable técnico que pasó la auditoría fué Juan Sahagun

*** ========== Resumen del proyecto 2016/685 ========== ***

Nº de registro: 0685

Título
AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
REVILLO PINILLA MARIA JOSE, EGIDO LIZAN PILAR, MARTINEZ ZAURIN MARIA EUGENIA, CALVO MARTIN SONIA, MANDARU ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Patología infecciosa de la esfera ORL (faringoamigdalitis, abscesos cavidad oral, glositis, sinusitis, conjuntivitis, queratitis, otitis aguda y crónica) producida por agentes bacterianos y parasitos.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0685

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....: Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la Bacteriología. Exudados ORL.

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Exudados ORL, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio. La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
• Las infecciones de la esfera ORL incluyen a todas las que afectan a la cavidad oral y rinosinusal, orofaringe, faringe, laringe y sus espacios, así como el aparato auditivo y las estructuras que conforman la visión (el ojo y sus estructuras anejas) y son, junto con las infecciones de las vías respiratorias bajas, las infecciones más frecuentes en clínica humana.
• La faringoamigdalitis aguda es uno de los motivos más frecuentes de consulta y prescripción de antibióticos en Atención Primaria. Las manifestaciones clínicas de la infección pueden no ser suficientes para realizar el diagnóstico etiológico y diferenciar si la infección es vírica o bacteriana, por lo que, en muchos casos, es importante realizar el diagnóstico microbiológico.
• El cultivo del exudado faringoamigdalar es el procedimiento de referencia para realizar el diagnóstico microbiológico. La sensibilidad de estas pruebas varía con la calidad del reactivo utilizado y la experiencia de los profesionales que la realizan y validan.
• La interpretación de los cultivos tomados de las cavidades orofaríngea, nasal, ótica u ocular es difícil debido a que estas zonas están frecuentemente colonizadas y los cultivos sólo deben estar indicados si existen claros signos de infección o si no hay respuesta al tratamiento instaurado.
• La mejora en la identificación y diagnóstico de estos procesos es el objetivo principal de este proyecto en línea con la acreditación de la sección.

MÉTODO
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance
o El contenido del PTA indica que el diagnóstico microbiológico se basa en la tinción de Gram y cultivo cualitativo y cuantitativo de exudados faríngeo, ótico y conjuntival en los medios de cultivo agar sangre, agar chocolate, agar MacConkey, agar Schaedler, agar Sabouraud, y medio líquido de tioglicolato.
o La tinción de Gram de muestras óticas, conjuntivales y sinusales es fundamental para hacer una correcta interpretación de los patógenos aislados, permitiendo distinguir entre muestras contaminadas y aquellas recogidas adecuadamente.
o El tipo de muestras que se determinan son exudados faríngeos (frotis), faríngeo-amigdalinos, óticos, conjuntivales, lesiones orales y con menor frecuencia raspados corneales y otras muestras oculares (humor vítreo, acuoso, abscesos) y aspirados sinusales y nasosinusales.

- Formación y Cualificación del personal implicado (Adjunto responsable de Area, Jefe Servicio)
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad (TEL y facultativo responsable)
- Es responsabilidad del equipo del área de Preanalítica la recepción de la muestra y del volante correspondiente y su identificación así como el rechazo de las muestras remitidas en condiciones defectuosas y la adopción de las correspondientes medidas correctoras.
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (responsable de Calidad ISO 15189 y Adjunto responsable)
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

INDICADORES
1er indicador: mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Conseguir la acreditación ISO 15189 de calidad de la sección.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: diciembre 2016
Fecha de finalización: abril-mayo 2017

- Actualización y perfeccionamiento del PTA: septiembre 2016
- Formación y Cualificación del personal implicado: octubre 2016
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: noviembre 2016
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: diciembre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0685

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE EXUDADOS ORL, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2016
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: 2017 anual
- Evaluación y seguimiento de indicadores: semestral.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0751

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRUZ VILLUENDAS USON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR
ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA
ROMEO MORENO SERGIO
GUERRERO DIAZ CARMEN
MARTIN GRACIA ROCIO
PALACIOS MIGUEL YOLANDA
REVILLO PINILLA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha mantenido y actualizado el procedimiento de hemocultivos contenido en PTA-57_Z2(E)M_L-MB

-Se ha realizado el PTA-72_Z2(E)M_L-MB para normalizar el cultivo de catéteres y conseguir la correspondiente acreditación

-Durante 2017 se han programado 9 sesiones de formación sobre extracción correcta de hemocultivos en distintos Servicios del hospital

-Se han obtenido los datos de tasa trimestral de hemocultivos contaminados y verdaderos positivos por Servicios

-Todas las bacteriemias por Staphylococcus aureus han sido evaluadas en el grupo de bacteriemia . La participación conjunta de microbiología e infecciosas ha mejorado los datos de hemocultivos de seguimiento.

-Se ha incorporado la técnica de rajado de los catéteres silásticos de neonatología que permite el cultivo de la vía endoluminar. En adultos,para este mismo fin, se ha incorporado la sonicación de catéteres .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En la reciente auditoría ENAC (noviembre 2017) se ha llevado a cabo la ampliación del alcance : Cultivo de catéteres vasculares .cultivos superficiales de piel y conexiones PTA-72_Z2(E)M_L-MB

-Se ha logrado una considerable mejora en la tasa de contaminación global en relación a años anteriores: 2013(9,8%); 2015(8,2%); 2017(6,8%)

- En 2017, se ha conseguido el 100% de hemocultivos de seguimiento en los pacientes con bacteriemia por S.aureus

- En el diagnóstico de bacteriemia por catéter,se ha obtenido un correcto envío de muestras. El catéter se envía de rutina junto con el hemocultivo en el 96,4%

-En los casos de envío incorrecto se ha realizado llamada informativa desde microbiología en el 69% de los casos

-Se ha encontrado más dificultad para conseguir, en la petición, la identificación de los distintos tipos de catéteres para adaptar el tipo de siembra .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto ha contribuido al mantenimiento y ampliación del alcance de acreditación en la sección de hemocultivos.
Una vez valorados los indicadores de seguimiento,los resultados obtenidos han sido buenos, demostrado una importante mejora
tanto en el manejo de hemocultivos como en el procesamiento de catéteres.
Destacamos la disminución en la tasa de contaminaciones y el elevado número de catéteres enviados de forma correcta en relación a los años anteriores.
Ha quedado pendiente la medición del volumen de muestra inoculada en los frascos de hemocultivo, factor clave para la rentabilidad. Un módulo de medición automática ha sido recientemente incorporado y se encuentra pendiente de evaluación.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0751

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/751 ========== ***

Nº de registro: 0751

Título
MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
VILLUENDAS USON MARIA CRUZ, VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR, ARNAL ALQUEZAR MARIA VICTORIA, ROMEO MORENO SERGIO, GUERRERO DIAZ CARMEN, MARTÍN GRACIA ROCIO, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, REVILLO PINILLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Hemocultivos, hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

El uso de catéteres es una práctica muy utilizada en los hospitales, siendo la bacteriemia por catéter y sus complicaciones una causa importante de morbi-mortalidad. Para el diagnóstico microbiológico de dichas bacteriemias es necesario el cultivo del catéter así como la extracción de Hemocultivos, estos últimos ya acreditados.
En este proyecto se ha seleccionado, como oportunidad de mejora, la estandarización del cultivo de los distintos tipos de catéter incluyendo los requisitos preanalíticos necesarios para una correcta interpretación de los resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance acreditado:

- Mantenimiento y actualización del procedimiento contenido en PTA-57_Z2(E)M_L-MB
- Mantenimiento de los indicadores ya establecidos para su seguimiento

Ampliación del alcance de acreditación: Mejorar el diagnóstico de la bacteriemia relacionada con el uso de catéteres:

?Fase preanalítica

Conseguir un correcto envío de las muestras. El envío de un catéter debe acompañarse de una extracción de hemocultivos, en caso contrario no debe realizarse la siembra de dicho catéter.
Obtener, en la petición, la identificación de los distintos tipos de catéteres para adaptar el tipo de siembra.

?Fase analítica

Siembra del exterior e interior del catéter que permita detectar vías de infección extraluminal e

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0751

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y AMPLIACION DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE HEMOCULTIVOS, SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HUMS

intraluminal.

?Fase postanalítica

Mejora en la interpretación de los resultados como consecuencia de los puntos anteriores.

MÉTODO
- Redacción del nuevo Procedimiento Técnico de Análisis para la ampliación del alcance
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad
- Implantación del control de calidad relacionado con la ampliación de alcance
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas

Tareas asignadas:
- Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
- Facultativos: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
- Residentes: colaboración con Facultativos
- Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisión de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES
Mantenimiento de los indicadores incorporados para el hemocultivo:

- Tasa global de hemocultivos verdaderos positivos
- Tasa global de contaminados
- Tasa de verdaderos positivos en adultos
- Tasa de contaminación en adultos
- Tasa de hemocultivos con volumen no adecuado en adultos
- Pacientes adultos con un solo hemocultivo
- Hemocultivos de seguimiento en bacteriemia por S. aureus
- Informes urgentes en las primeras 24 horas

Incorporación de indicadores para la siembra de catéter (Nuevo alcance):

Nº catéteres con hemocultivo / Nº catéteres recibidos. Objetivo 90%
Nº catéteres sin hemocultivo sembrados / Nº catéteres sin hemocultivo recibidos. Objetivo 0%
Nº llamadas de solicitud de hemocultivos / Nº catéteres sin hemocultivo recibidos. Objetivo 100%
Nº catéteres identificados / Nº catéteres recibidos. Objetivo 75%

DURACIÓN
Fecha de inicio: Octubre 2016
Fecha de finalización: Noviembre 2017

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: octubre 2016-febrero 2017
- Formación y cualificación del personal implicado: todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0761

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLOGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO YMEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA LLAMA CELIS NATALIA
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA
GOMARA LOMANA MARTA
ARAZO GARCES PIEDAD
SIERRA GARCIA DIVINA
GASSO SANCHEZ AMALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han registrado 137 llamadas a Servicio de Farmacia:
72 de pacientes VIH en TAR para valorar la adherencia al tto
29 de pacientes VHC para confirmar inicio de tto
36 de pacientes VHB para confirmar su adherencia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los pacientes en TAR solo se constato un autentico fallo de tratamiento y como tal se envio a estudio de resistencias, los demas se notificarón como no fallos verdaderos, y se insistió en su adherencia mediante contacto con enfermería y farmacia de infecciosos
De los pacientes VHC no se realizarón las cargas de aquellos pacientes que no habian iniciado tto.
De los pacientes VHB no se encontro ningún fallo verdadero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para el manejo de los fallos de tratamiento es fundamental conocer los tratamientos y las fechas de comienzo, al ser un proyecto multidisciplinar nos permitio interactuar entre las unidades relacionadas conociendo mucho mejor la realidad del paciente y sus resultados, pudiendo discriminar de forma mucho mas eficaz entre fallo virológico verdadero y falta de adherencia

7. OBSERVACIONES.
A los pacientes tratados de VHC, se ha creado un espacio en la historia electronica del paciente que nos permite ver en todo momento el tto y la fecha de inicio de forma que siempre conocemos a que control pertenece la determinación solicitada, los datos los introduce el servicio de farmacia

*** ========== Resumen del proyecto 2016/761 ========== ***

Nº de registro: 0761

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLOGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y MEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

Autores:
MARTINEZ-SAPIÑA PEREZ ANA MARIA, DE LA LLAMA CELIS NATALIA, NAVARRO AZNAREZ HERMINIA, GOMARA LOMERO MARTA, ARAZO GARCES PIEDAD, SIERRA GARCIA DIVINA, GASSO SANCHEZ AMALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atención multidisciplinar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0761

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLOGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO YMEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

PROBLEMA
En el control del tratamiento de los pacientes con infecciones virales se precisan determinaciones de cargas virales para valorar su eficacia y estudios de resistencias en los casos en los que se detecten fallos virológicos (FVV), de forma indirecta también se valora la adherencia al tratamiento, dato fundamental para diferenciar un fallo de tratamiento verdadero de un incumplimiento terapéutico.
Los pacientes con infecciones virales crónicas representan un colectivo muy amplio y con un alto impacto económico y, desde el año 2015 se ha visto notablemente incrementado desde que se aprobó el uso de los nuevos antivirales orales de acción directa contra el VHC.
La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Según la OMS, se define adherencia como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente y la persistencia del paciente al tratamiento como la duración entre el inicio de un tratamiento y su interrupción por parte del paciente de forma unilateral (concepto de terapia continua)
La adherencia y la persistencia son dos conceptos complementarios que miden el comportamiento de un paciente con las recomendaciones del proveedor de salud.
En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios. El tratamiento de los pacientes con hepatitis crónica C está experimentando numerosos cambios como consecuencia de la autorización sucesiva en un corto periodo de tiempo de nuevos antivirales orales de acción directa contra el VHC. Aunque la tasa de efectos adversos ha disminuido drásticamente respecto a terapias previas, persisten interacciones medicamentosas y efectos indeseables, que obligan a un abordaje multidisciplinar, y una constante actualización para la toma de decisiones.
En los pacientes con VIH y hepatitis B (VHB) crónica una buena adherencia es un factor crítico para conseguir la supresión virológica. Detectar el incumplimiento terapéutico y establecer intervenciones encaminadas a mejorarlo es un objetivo prioritaro.
Estos fármacos se dispensan en el servicio de farmacia en el área de pacientes externos donde se registran los datos de inicio, pauta y tiempo de tratamiento, en los casos de tratamiento finito (VHC)
La información compartida entre el Servicio de Farmacia y el laboratorio de Microbiología es fundamental para conocer el grado de efectividad del tratamiento. La carga viral y el registro de dispensaciones aportan un valor añadido al manejo del paciente por parte del equipo sanitario y así poder implementar intervenciones que mejoren los resultados en salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la calidad y continuidad asistencial
Implementación de un protocolo multidisciplinar en el correcto manejo del paciente con una infección viral crónica, junto al servicio de Microbiología, Farmacia, Infecciosas y Digestivo.
Favorecer adherencia: paciente VIH, hepatitis B y hepatitis C.
Incrementar la seguridad en el manejo de fármacos antivirales.
Optimizar los resultados en salud.

MÉTODO
1. Establecer un circuito de información que permita:
- diferenciar entre auténtico fallo virológico y abandono de tratamiento.
- semana del tratamiento al que pertenece la determinación.
- Favorecer el grado de cumplimiento al tratamiento.
- Detectar interacciones clínicamente relevantes y comunicarlas al clínico responsable.

2. Mejorar el grado de adherencia de los pacientes con fallo virológico
3. Disminuir el número de determinaciones redundantes que no aporten ningún dato clínico relevante ni toma de decisiones.
4. Disminuir el número de estudios de resistencias.
5. Revisar y valorar posibles interacciones (VIH, VHC, VHB).
6. Detección precoz de la no adherencia/falta de persistencia en los tratamientos VHC.
7. Reflejar en el informe de microbiología el grado de cumplimiento

INDICADORES
Definición de circuito de información multidisciplinar (Si/No)
Número de pacientes con carga viral detectable de VIH y hepatitis B y valoración de la adherencia. (>80%).
Número de pacientes que inician tratamiento de hepatitis C con valoración de la adherencia y de las interacciones. (>90%)
Número de estudios de resistencias y diferenciar entre el FVV y el abandono de tratamiento.
Número de peticiones redundantes
Inclusión de una alerta del porcentaje de adherencia según registro de dispensación de Farmacia en el informe de Microbiología. (Si/No)

DURACIÓN
Definición de circuito de información: Oct-Dic 2016.
Cálculo de adherencia: Oct 2016-Dic 2017.
Revisión y valoración de interacciones: Oct 2016-Dic 2017.
Concordancia entre FVV y falta de adherencia e inclusión en el informe dirigido al clínico: Oct 2016-Dic 2017.
Número de estudios de resistencias y peticiones redundantes: Oct 2016-Dic 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0761

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTE CON INFECCIONES VIRALES CRONICAS (VIH, VHB Y VHC): GESTION DE DETERMINACIONES MICROBIOLOGICAS, CONTROL DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO YMEJORAS DE RESULTADOS EN SALUD

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0889

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN MANUEL GARCIA-LECHUZ MOYA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR
PEREZ CAAMAÑO NOEMI
LOPEZ GONZALEZ ERIC
ORTEGA LARREA DIEGO
ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
Facultativos y Residentes: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.
Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Formación y Cualificación del personal implicado
Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de la actividad acreditada.
Actualización permanente de las técnicas con una evaluación del rendimiento de los medios automatizados y los medios de cultivo así como del desempeño del personal técnico y facultativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos cambiado la rutina del procesamiento de la muestra de orina para cultivo, concediendo más control del cultivo cuantitativosobre el sistema automático de screening que producía contaminaciones.
Hemos abierto varios proyectos de mejora d ela petición de urocultivo, en el contexto de la mujer embarazada, de la mujer joven con infección urinari ano complicada y de las peticiones de urocultivo no justificadas.Se ha reducido en 1 año cerca de 3.000 peticiones injustificadas.
Queda pendiente la actualización de criterios según las últimas guías y la implementación de un sistema de mejor información clínica acompañante a la petición de urocultivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/889 ========== ***

Nº de registro: 0889

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

Autores:
GARCIA LECHUZ MOYA JUAN MANUEL, ALIAGA IGLESIAS MARIA PILAR, PEREZ CAAMAÑO NOEMI, LOPEZ GONZALEZ ERIC, ORTEGA LARREA DIEGO, ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0889

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 EN LA SECCION DE UROCULTIVOS, HUMS

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

En la actualidad el Urocultivo (PTA-59_Z2(E)MB_L-MB) está acreditado desde 2014.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mantenimiento del alcance acreditado Urocultivo (PTA-59_Z2(E)MB_L-MB)

MÉTODO
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de la actividad acreditada.

Tareas asignadas:
? Personal técnico (TEL): realización de las actividades asociadas, cualificación del personal
? Facultativos y Residentes: realización/actualización de PTA, supervisión de actividades y registros, cualificación del personal. Evaluación de los resultados de control interno/externo.

? Responsable de Calidad/Responsable de ISO 15189: apoyo y supervisón de las actividades, monitorización de indicadores

INDICADORES
1er indicador del mantenimiento de la acreditación:
mantener actualizados los registros técnicos y de calidad.
Indicador: Nº de registros actualizados/ Nº de registros totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito >95%.

3er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: 01/09/2016
Fecha de finalización: 01/12/2017

• Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: sep 16-nov 17
• Formación y Cualificación del personal implicado: sep 16-nov 17
• Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: sep 16-nov 17
• Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. sep 16-nov 17
• Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada sep 16-nov 17
• Evaluación y seguimiento de indicadores: sep 16-nov 17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1045

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMAISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL LOPEZ CALLEJA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido:
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis y formatos relacionados.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas
- Mantenimiento y seguimiento del Listado de Equipos por secciones. Cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos.
- Comunicación periódica en sesión del Servicio de los temas/problemas relacionados con calidad.
- Preparación de las auditorías interna en febrero de 2019 y externa en mayo 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han actualizado un total de 33 procedimientos, se han mantenido al día los registros de calidad y técnicos. Se han realizado satisfactoriamente los controles internos y externos. Se ha restablecido la normalidad en la realización de los controles externos. Está pendiente de recibir el informe de auditoria interna (aunque no se detectaron hallazgos que cuestionen la competencia técnica) y pendiente de realizarse la auditoria externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El mantenimiento del alcance de acreditación en un laboratorio es costoso y requiere un sobresfuerzo en el trabajo diario, pero es de gran utilidad para asegurar la correcta realización de técnicas, disponibilidad de procedimientos actualizados, control periódico de los procesos gracias a controles internos y externos, lo que en resumen asegura la competencia técnica de los resultados y por ello la seguridad del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1045 ========== ***

Nº de registro: 1045

Título
MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL, FERRER CERON ISABEL, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, GARCIA LECHUZ JUAN MANUEL, MARTIN SACO GLORIA, VIÑUELAS BAYON JESUS, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, FERNANDEZ ESGUEVA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías infecciosas-Dx de laboratorio
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 por la Entidad Nacional de Acreditación en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación obliga al trabajo según buenas prácticas de laboratorio (norma ISO 15189) reconoce la competencia técnica del laboratorio y garantiza los resultados microbiológicos, a través del establecimiento de una cultura de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1045

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMAISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como la realización periódica de auditorías internas y externas.

El mantenimiento del alcance de acreditación es fundamental para garantizar esa competencia técnica y la mejora continua, y repercute directamente en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del alcance de acreditación del Servicio de Microbiología, iniciado en el año 2009 y mantenido hasta la fecha con la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio de Microbiología. Se detalla a continuación parte del alcance a mantener (el resto del alcance acreditado del Servicio de Microbiología viene indicado en el Proyecto de ampliación y mantenimiento):

1- Hemocultivos
2- Cultivo de cateter
3- Cultivo de LCR
4- Determinación de antígeno de neumococo y legionella en orina
5- Determinación de la sensibilidad antibiótica en aerobios, anaerobios facultativos
6- Identificación microbiana por EM-MALDI TOF
7- Detección fenotípica de mecanismos de resistencia
8- Detección de S. aureus meticilin resistente por cultivo
9- Detección del estado de portador de bacterias multirresistentes por cultivo
10- Urocultivo
11- Diagnóstico microbiológico de colonización vaginorrectal por Streptococcus agalactiae en embarazadas por cultivo.
12- Cultivo Exudados vaginal, vulvar, endocervical, uretral, rectal, faríngeo, otras muestras genitales
13- Cultivo Leche Materna
14- Cultivo Líquido articular, ascítico, abscesos, tejidos, biopsias, prótesis
15- Cultivo Úlceras, heridas, quemaduras

MÉTODO
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis y formatos relacionados.
- Formación y Cualificación del personal implicado
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades acreditadas
- Mantenimiento y seguimiento del Listado de Equipos por secciones. Cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos.
- Comunicación periódica en sesión del Servicio de los temas/problemas relacionados con calidad.
- Auditorías interna y externa previstas octubre 2018 y junio 2019.

INDICADORES
1er indicador: Mantener actualizados los procedimientos técnicos de análisis y formatos relacionados
Nº de documentos actualizados/ Nº de documentos totales *100
Objetivo a alcanzar > 90%

2º indicador: Formación del Personal adscrito a la sección y cumplimentación ficha cualificación Si/NO

3er indicador: Mantener actualizado listado de equipos y cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos SI/NO

4º indicador: Cumplimiento del programa de control interno y externo y evaluación de resultados SI/NO

DURACIÓN
Fecha de inicio: abril 2018
Fecha de finalización: junio 2019

- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: todo el periodo

- Formación y Cualificación del personal implicado: ante nuevo personal, durante todo el periodo

- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo

- Mantenimiento y seguimiento del control interno y externo de la actividad acreditada: todo el periodo

- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1045

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMAISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORTUÑO CEBAMOS BLANCA
SAHAGUN PAREJA JUAN
ARIAS ALONSO ANTONINA
EGIDO LIZAN PILAR
MARTINEZ SAPIÑA ANA
ROC ALFARO MARIA LOURDES
REZUSTA LOPEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado los dos PTA, (PTA-37 Sensibilidad antibiótica de Micobacterias en medio líquido BACTEC, y PTA 12 Identificación de especie de Plasmodium app por PRC a tiempo real) relativos a las técnicas de la ampliación del alcance, se encuentran difundidos en intranet y han pasado la auditoria interna con fecha del 20 al 22 de febrero
En relación a las técnicas de mantenimiento de alcance, los procediemtnos se han actualizado y han pasado la auditoria interna con fecha del 20 al 22 de febrero
En ambos casos estamos a la espera del informe de auditoria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todos los resultados propuestos han sido alcanzados.
Se han realizado los PTA nuevos y se han difundido enontranet
Se han revisado los PTA de mantenimiento de acreditación y se han actualizado los PTA lo necesitaran
Se ha cumplimentado y realizado los controles externos y la cualificación y formación del personal
Se ha pasado al auditoría interna a la espera del informe final

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La acreditación garantiza el resultado Microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua y el aseguramiento de la calidad de los ensayos. La motivación del personal del Servicio de Microbiología hace posible la ampliación y el mantenimiento del alcance de acreditación, ya que implica un esfuerzo en el trabajo diario, muchas veces fuera del horario de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1160 ========== ***

Nº de registro: 1160

Título
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, FORTUÑO CEBAMOS BLANCA, SAHAGUN PAREJA JUAN, ARIAS ALONSO ANTONINA, EGIDO LIZAN PILAR, MARTINEZ SAPIÑA ANA, ROC ALFARO LOURDES, REZUSTA LOPEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: acreditación y mantenimiento de procedimientos
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.
En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias y Biología Molecular hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

RESULTADOS ESPERADOS
El Servicio de Microbiología inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009. Desde entonces y gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, ha ampliado alcances y mantenido las técnicas ya acreditadas
Se detalla a continuación el alcance a ampliar y a mantener
Ampliación
- Sensibilidad antibiótica de Micobacterias en medio líquido BACTEC
- Tipado molecular de Pasmodium spp (prueba en la que HUMS es Hospital de referencia para Aragón)

Mantenimiento
- Detección de Papilomavirus de alto riesgo en el cribado oncológico
- Carga Viral
- Detección de Virus Gastrointestinales (Adenovirus, Astrovirus, Norovirus, Rotavirus) por Inmunocromatografía.
- Detección de Antígenos de Plasmodium spp. en sangre por Inmunografía
- Detección de Antígenos de Plasmodium spp. en sangre por PCR tiempo real
- Detección e identificación de Hongos Dermatofitos en piel, pelo o uñas
- Tinción De Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de Micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas
- Tinción de auramina
- Siembra y cultivo de Micobacterias en medio líquido Bactec MGITT 960 (BD) y pruebas bioquímicas de identificación
- Identificación de Mycobacterium tuberculosis Complex por Inmunoanálisis Cromatográfico
- Análisis genético molecular para identificación de especies micobacterias aisladas en cultivo (Maldi-Tof,Genotype® Mycobacterium AS/ CM/ MTBC)
- Detección molecular de Mycobacterium tuberculosis Complex Mediante técnica Fluorotype®MTB Reacc. en cadena de Polimerasa tiempo real (PCR)
- Tinción de Kinyoun
- Determinación de marcadores serológicos frente a VHB (autonalizador cobas e411)
- Determinación de marcadores serológicos virus VHA, VHB, VHC y VIH por Quimioluminiscencia en analizador Advia Centauro
- Determinación de anticuerpos: a Toxoplasma, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes simple, por quimioluminiscencia en autoanalizador Immulite
- Diagnóstico de infección respiratoria en aspirado traqueal y muestras obtenidas por fibrobroncoscopia
- Coprocultivo
- Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto respiratorio superior
- Diagnóstico microbiológico de infección respiratoria en esputo (cultivo)
- Diagnostico microbiológico de infección-colonización respiratoria en pacientes con Fibrosis Quística (cultivo)
- Recepción de muestras en el laboratorio

MÉTODO
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance (R. técnico de micobacterias y R. técnico de PCR)
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis ya acreditados. (R. Técnicos)
- Formación y Cualificación del personal implicado. (R. Técnicos y TEL)
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.(R. Técnicos y Supervisora)
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (R. de Calidad)
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades ya acreditadas. (R. Técnicos)

INDICADORES
1. Realización y difusión en intranet de los procedimientos de las técnicas ampliadas si/no
2. Mantener actualizados los procedimientos relativos a las técnicas ya acreditadas y los registros relacionados. SI/NO
3. Formación del Personal adscrito a las secciones correspondientes Cumplimentación ficha cualificación >95%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. Cumplimiento del programa de control interno y externo >90%

DURACIÓN
inicio: mayo 2018
finalización: mayo 2019
- Realización y difusión en intranet de los procedimientos relativos a los nuevos alcances: junio 2018
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: durante todo el periodo
- Formación y Cualificación del personal implicado: durante todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: durante todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: durante todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN ELSERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MILAGRO BEAMONTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FORTUÑO CEBAMOS BLANCA
SAHAGUN PAREJA JUAN
ARIAS ALONSO ANTONINA
EGIDO LIZAN PILAR
MARTINEZ SAPIÑA ANA
ROC ALFARO MARIA LOURDES
REZUSTA LOPEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado los nuevos PTA relativos a la ampliación del alcance acreditado "PTA 12 Identificación de especies de Plasmodium por PCR a tiempo Real" y "PTA 37: PRUEBA DE SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE MICO BACTERIAS EN MEDIO LÍQUIDO BACTEC MGIT 960"
En relación a los procedimientos ya acreditados se han revisado y actualizado si fuera necesario.
Se han realizado los controles externos relativos a los alcances especificados
Con fecha 20-21 y 22 de febrero de 2019 se ha realizado la auditoria interna, y estamos en espera del informe final

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han difundido los procedimientos en la intranet
Se han actualizado o mantenido los relativos a las técnicas ya acreditadas
Se ha formado al personal de las secciones correspondientes cumplimentando los formatos relativos a formación
Se ha cumplido el programa de controles internos y externos >90%
Se ha conseguido acreditar los nuevos alcances y se han mantenido los ya acreditados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1160 ========== ***

Nº de registro: 1160

Título
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA, FORTUÑO CEBAMOS BLANCA, SAHAGUN PAREJA JUAN, ARIAS ALONSO ANTONINA, EGIDO LIZAN PILAR, MARTINEZ SAPIÑA ANA, ROC ALFARO LOURDES, REZUSTA LOPEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN ELSERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Otro tipo Objetivos: acreditación y mantenimiento de procedimientos

---

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en diferentes áreas desde el año 2009. La acreditación garantiza el resultado microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.
En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias y Biología Molecular hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio.
La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

RESULTADOS ESPERADOS
El Servicio de Microbiología inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009. Desde entonces y gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, ha ampliado alcances y mantenido las técnicas ya acreditadas
Se detalla a continuación el alcance a ampliar y a mantener
Ampliación
- Sensibilidad antibiótica de Micobacterias en medio líquido BACTEC
- Tipado molecular de Pasmodium spp (prueba en la que HUMS es Hospital de referencia para Aragón)

Mantenimiento
- Detección de Papilomavirus de alto riesgo en el cribado oncológico
- Carga Viral
- Detección de Virus Gastrointestinales (Adenovirus, Astrovirus, Norovirus, Rotavirus) por Inmunocromatografía.
- Detección de Antígenos de Plasmodium spp. en sangre por Inmunografía
- Detección de Antígenos de Plasmodium spp. en sangre por PCR tiempo real
- Detección e identificación de Hongos Dermatofitos en piel, pelo o uñas
- Tinción De Ziehl-Neelsen a partir de muestra directa para la detección de Micobacterias en muestras respiratorias de vías bajas y orinas
- Tinción de auramina
- Siembra y cultivo de Micobacterias en medio líquido Bactec MGITT 960 (BD) y pruebas bioquímicas de identificación
- Identificación de Mycobacterium tuberculosis Complex por Inmunoanálisis Cromatográfico
- Análisis genético molecular para identificación de especies micobacterias aisladas en cultivo (Maldi-Tof,Genotype® Mycobacterium AS/ CM/ MTBC)
- Detección molecular de Mycobacterium tuberculosis Complex Mediante técnica Fluorotype®MTB Reacc. en cadena de Polimerasa tiempo real (PCR)
- Tinción de Kinyoun
- Determinación de marcadores serológicos frente a VHB (autonalizador cobas e411)
- Determinación de marcadores serológicos virus VHA, VHB, VHC y VIH por Quimioluminiscencia en analizador Advia Centauro
- Determinación de anticuerpos: a Toxoplasma, Rubeola, Lúes, Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes simple, por quimioluminiscencia en autoanalizador Immulite
- Diagnóstico de infección respiratoria en aspirado traqueal y muestras obtenidas por fibrobroncoscopia
- Coprocultivo
- Diagnóstico microbiológico de la infección del tracto respiratorio superior
- Diagnóstico microbiológico de infección respiratoria en esputo (cultivo)
- Diagnostico microbiológico de infección-colonización respiratoria en pacientes con Fibrosis Quística (cultivo)
- Recepción de muestras en el laboratorio

MÉTODO
- Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance (R. técnico de micobacterias y R. técnico de PCR)
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis ya acreditados. (R. Técnicos)
- Formación y Cualificación del personal implicado. (R. Técnicos y TEL)
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.(R. Técnicos y Supervisora)
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas. (R. de Calidad)
- Mantenimiento y seguimiento del control de calidad interno y externo de las actividades ya acreditadas. (R. Técnicos)

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1160

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA ISO 15189 EN ELSERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

1. Realización y difusión en intranet de los procedimientos de las técnicas ampliadas si/no
2. Mantener actualizados los procedimientos relativos a las técnicas ya acreditadas y los registros relacionados. SI/NO
3. Formación del Personal adscrito a las secciones correspondientes Cumplimentación ficha cualificación >95%.
4. Cumplimiento del programa de control interno y externo >90%

DURACIÓN
inicio: mayo 2018
finalización: mayo 2019
- Realización y difusión en intranet de los procedimientos relativos a los nuevos alcances: junio 2018
- Actualización y perfeccionamiento de los Procedimientos Técnicos de Análisis: durante todo el periodo
- Formación y Cualificación del personal implicado: durante todo el periodo
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad: todo el periodo
- Implantación del control de calidad interno y externo para las nuevas actividades acreditadas: durante todo el periodo
- Mantenimiento y seguimiento del control interno de la actividad acreditada: durante todo el periodo
- Evaluación y seguimiento de indicadores: trimestral durante todo el periodo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0540

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ JULIA FRONTIÑAN PARDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER LOPEZ EMILIA
MODREGO IRANZO DIANA
SASAL PEREZ SARA
DEL BARRIO ARANDA NATALIA
LAZARO GONZALEZ CARMEN
ANTON RAMAS SONIA PILAR
ABRIL MARQUES GLORIA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
AL INGRESO EN LA PLANTA, SE INDICAN A LOS ACOMPAÑANTES Y AL PACIENTE, LAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS A ADOPTAR DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA.
ELABORACION Y ENTREGA DE UN DOCUMENTO, VISUAL Y SENCILLO, CON LAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS, COMO REFUERZO A LA EDUCACION QUE SE REALIZA A LOS ACOMPAÑANTES DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO INVERSO.
ADEMAS DE UN REFUERZO CONTINUADO DE LA EDUCACION PARA LA SALUD, CUANDO SE HAN OBSERVADO CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ACOMPAÑANTES QUE PUDIERAN AFECTAR A LA SALUD DE DICHOS PACIENTES.

CALENDARIO:
OCTUBRE - NOVIEMBRE 2016 : ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LOS ACOMPAÑANTES SOBRE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE AISLAMIENTO INVERSO. DICIEMBRE 2016: INICIO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, EN PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO, A ACOMPAÑANTES. ENERO- SEPTIEMBRE DE 2017: CONTINUACIÓN DE LA FASE ANTERIOR. OCTUBRE 2017: REVISIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA, Y COMPROBACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DEL PORCENTAJE DE INFECCIONES PRESENTADAS EN LOS PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO. NOVIEMBRE- DICIEMBRE 2017: PUESTA EN COMÚN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA SERVICIO EN LOS QUE TRABAJEN LOS INTEGRANTES DEL GRUPO.

.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
REFUERZO DE LAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS DE LOS ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO PARA REDUCIR EL PORCENTAJE DE INFECCIONES NOSOCOMIALES DE DICHOS PACIENTES DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO.
SEGÚN LOS DATOS OBTENIDOS DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL H.U.MIGUEL SERVET, LAS TASAS DE PACIENTES CON INFECCION NOSOCOMIAL (IN) ADQUIRIDA EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS SON:
- EN EL AÑO 2016: 14,29%
- EN EL AÑO 2017: 11,76%
COMO SE OBSERVA SEGÚN LOS DATOS OBTENIDOS, LAS VARIACIONES SON MUY SIGNIFICATIVAS, REDUCIENDO UN 2.53% EL RIESGO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
QUE GRACIAS A LA UTILIZACION DE CORRECTAS MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS EN PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO, SE REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE EL RIESGO A ADQUIRIR UNA INFECCION NOSOCOMIAL.

ES MUY IMPORTANTE NO SOLO LA CORRECTA FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO EN LA UTILIZACION DE MEDIDAS HIGIENICO-PREVENTIVAS EN PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO SINO DE LOS ACOMPAÑANTES DE DICHOS PACIENTES PARA PODER REDUCIR AL MAXIMO POSIBLE, EL RIESGO DE INFECCION.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/540 ========== ***

Nº de registro: 0540

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO

Autores:
FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA, FERRER LOPEZ EMILIA, MODREGO IRANZO DIANA, SASAL PEREZ SARA, DEL BARRIO ARANDA NATALIA, LAZARO GONZALEZ CARMEN, ANTON RAMAS SONIA PILAR, ABRIL MARQUES GLORIA MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0540

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD A ACOMPAÑANTES DE PACIENTES CON AISLAMIENTO INVERSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La incidencia de infecciones nosocomiales en pacientes que precisan aislamiento inverso por un elevado riesgo de tener infecciones bacterianas, víricas, fúngicas y parasitarias debido a la no correcta realización de estas medidas preventivas por los acompañantes.
Consideramos imprescindible el refuerzo de la educación de la salud por parte del personal de enfermería para evitar en mayor medida el riesgo de infecciones por este motivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Reforzar las medidas de higiene preventivas, a los acompañantes para evitar en el mayor grado posible los riesgos potenciales de infección.

MÉTODO
Se elaborará un documento informativo, tipo tríptico, visual y sencillo, como refuerzo a la educación que se dé a los acompañantes del paciente, antes de entrar en la habitación. Si se observan conductas de riesgo en los visitantes que puedan afectar a los pacientes con aislamiento inverso, se reforzará la educación para la salud.

INDICADORES
Se obtendrán datos objetivos mediante los resultados solicitados por su médico especialista, a través de las muestras recogidas, y el seguimiento realizado por medicina preventiva.

DURACIÓN
Octubre - Noviembre 2016 : Elaboración del documento informativo (tríptico) para entregar a los acompañantes sobre las medidas preventivas de aislamiento inverso.
Diciembre 2016: Inicio de educación para la Salud,en pacientes con aislamiento inverso, a acompañantes.
Enero- Septiembre de 2017: Continuación de la fase anterior.
Octubre 2017: Revisión de los datos obtenidos por el servicio de medicina preventiva, y comprobación de la disminución del porcentaje de infecciones presentadas en los pacientes con aislamiento inverso.
Noviembre- Diciembre 2017: Puesta en común de los resultados obtenidos en cada servicio en los que trabajen los integrantes del grupo.

OBSERVACIONES
Los integrantes del proyecto desarrollan su labor asistencial, en diferentes servicios, lo que dará una visión en conjunto de los resultados obtenidos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0560

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EMILIA FERRER LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA
DEL BARRIO ARANDA NATALIA
SASAL PEREZ SARA
LAZARO GONZALEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha preparado un documento informativo (díptico) en el cual se explican los factores de riesgo relacionados con las caídas en el ámbito hospitalario.
Pendiente de pasar a otro tamaño, para colocar fijo en las habitaciones, en lugar de entregar a todos los pacientes.

Reunión de los integrantes del grupo donde se puso en común la necesidad de reforzar la educación al ingreso de los pacientes sobre el riesgo de caídas durante la hospitalización

Se puso en conocimiento de los integrantes del grupo la existencia de un documento de eventos adversos en el hospital, y en caso de registrarse una caída en sus respectivas unidades su cumplimentación para registrarlo.

Se han pedido a las unidades de hospitalización los eventos registrados, durante el año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultado están pendientes de poderse evaluar, ya que no disponemos aún de datos recopilados.

En la semana del 26 de febrero 2018, se avanzará en este asunto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tareas pendientes de realizar:

- Comprobación del número eventos adversos relacionados con las caídas ocurridos en el 2017.
- Comparación con los eventos registrados en los años anteriores.

- Existe un protocolo en el HUMS del año 2015, pendiente de actualizar en la segunda fase del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/560 ========== ***

Nº de registro: 0560

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Autores:
FERRER LOPEZ EMILIA, FRONTIÑAN PARDO BEATRIZ JULIA, DEL BARRIO ARANDA NATALIA, SASAL PEREZ SARA, LAZARO GONZALEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Signos y síntomas de diversa índole, relacionada con el estado basal del paciente y el motivo de ingreso
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0560

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN PREVENCION DE CAIDAS DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los pacientes hospitalizados existe un riesgo potencial de caídas relacionado entre otros, con la edad, los antecedentes personales, la enfermedad actual y, el desconocimiento del medio hospitalario.
Debido a que es un riesgo que puede conllevar el empeoramiento en el estado de salud del paciente, consideramos necesario reforzar la educación para la salud, con el fin de minimizar este tipo de incidentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir la incidencia de caídas en los pacientes hospitalizados en cada unidad a través de la educación para la salud.

MÉTODO
El programa se iniciará con una reunión para todo el personal sanitario donde prestan sus servicios los integrantes del equipo, en el que se concienciará de las consecuencias de este riesgo.
El equipo encargado de este proyecto, preparará un documento informativo para incluir la educación para la salud en la primera toma de contacto, realizada durante la valoración al ingreso del paciente.
Se reforzará la educación entregada al ingreso en el turno de la noche, antes del descanso nocturno.

INDICADORES
Existe un protocolo específico en el que se registra las caídas ocurridas durante los ingresos hospitalarios. En cada servicio se insistirá en la necesidad de cumplimentar este protocolo en caso de que suceda una caída.
Analizaremos los registros recogidos pre y post educación.

DURACIÓN
Durante los meses de Octubre a Diciembre de 2016 se llevará a cabo, la realización del documento informativo que se adjuntará en la valoración de enfermería, y la reunión motivadora al personal.
? De Enero a Mayo 2017, se realizará la ejecución del programa educativo.
Se comprobará el adecuado registro de los protocolos en caso de caída, y en su defecto se reforzará, al personal para su cumplimentación. (En los centros que exista el registro de caídas).
? Junio a Julio 2017, analizar los protocolos cumplimentados y, compararlos con los protocolos registrados, durante el mismo periodo del año anterior en cada servicio. (En los centros que exista el registro de caídas).
? Agosto – Septiembre 2017, puesta en común de los resultados de cada servicio.

OBSERVACIONES
Al ser personal sanitario que trabaja en diferentes servicios hospitalarios, se podrán realizar las actividades en cada unidad pudiendo obtener información de las diferentes unidades, donde se encuentran pacientes con distintas causas y motivo de ingreso.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1211

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALEX GUTIERREZ DALMAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAUL RAMOS FRANCISCO JAVIER
ALADREN REGIDOR MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mantenimiento de la actividad
Solicitud (y concesión) de la ampliación de cartera de servicios para la incorporación de la técnica de recambio plasmático (plamaféresis) al servicio
Inicio de trámites para su incorporación efectiva al Servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el presente 2017 se han realizado un total de 74 trasplantes renales de donante fallecido y 11 de donante vivo lo que supone un 12,9% del total superando el objetivo planteado del 10%

Destacar el seguimiento "de por vida" que se lleva a cabo a los donantes (que de alguna manera reciben esta compensación por su gesto; útil para su receptor e indirectamente al reducir la lista de espera para todos losque en ella se encuentran que ven aumentadas sus oportunidades de trasplantarse

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario apoyo institucional para difundir las bondades del TxR de donante vivo (preferentemente anticipado al inicio de tratamiento dialítico)como modalidad de sustitución de la función renal con los mejore resultados en términos de supervivencia de los pacientes y calidad de vida
Nuestro servicio debe mantener contacto estrecho y difundir los resultados del programa de trasplante (global y de vivo en particular)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1211 ========== ***

Nº de registro: 1211

Título
PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Autores:
GUTIERREZ DALMAU ALEX, PAUL RAMOS FRANCISCO JAVIER, ALADREN REGIDOR MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El trasplanmte renal de donante vivo (TRDV) es la mejor modalidad de tratamiento renal sustitutivo en términos de supervivencia del paciente y calidad de vida del mismo. Es a la vez, por ello mismo, la modalidad de mayor eficiencia y menor morbilidad. Nuestro programa de TRDV es único para toda la Comunidad Autónoma

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener/incrementar el porcentaje de pacientes que recibe un TRDV

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1211

1. TÍTULO

PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Mantener la estructura que ya es altamente eficiente
Potenciar el tratamiento con recambio plasmático (ampliación cartera de servicios) de las formas humorales de rechazo
Utilizar el recambio plasmático para posible desensibilización de receptores y para facilitar el TXRDV con grupo ABO incompatible

INDICADORES
El 10% de los pacientes que se trasplantan lo hrá de donate vivo (TRDV)

Nº pacientes TRDV
Indicador = -- x 100
Nº total de pacientes trasplantados

Indicador = ó > 10%

DURACIÓN
Mantenimiento permanente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1416

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU ARNAL LUIS MIGUEL
CAMPOS GUTIERREZ BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mantenimiento de consulta ERCA (médico y enfermería)
Programa de apoyo a las decisiones del paciente
Centro seleccionado para proyecto NEFRALIA
Actividades de "mentoring" de pacientes
Inicio de informatización de actividades de la Unidad de Dialisis Domiciliaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el finalizado año 2017 un 38% de los incidentes en tratamiento renal sustitutivo lo han hecho mediante técnicas domicilairias. Las referencias eran alcanzar un 10-15%. Los resultados del presente 2017 reflejados y obtenidos de la actividad del Servicio se encuentran muy por encima del objetivo fijado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que es fundamental potenciar la consulta ERCA como herramienta de soporte y cauce del programa de diálisis domiciliaria. Sin ella es casi imposible la orientación adecuada a los pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1416 ========== ***

Nº de registro: 1416

Título
PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA

Autores:
SANJUAN HERNANDEZ-FRANCH ALBERTO, LOU ARNAL LUIS MIGUEL, CAMPOS GUTIERREZ BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Programa de diálisis domiciliaria activo con 28 -30 pacientes en diálisis peritoneal y 2 en hemodiálisis domiciliaria. Las técnicas domiciliarías de diálisis (diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria) son las idóneas en términos de implicación del paciente en autocuidado, responsabilidad en la bondad del tratamiento y son altamente coste eficientes.

Su implantación supone un modelo de decisión compartida entre los profesionales y el paciente y su familia que se lleva a cabo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) siendo un excelente indicador de la bondad de la gestión de la enfermedad renal avanzada y de su tratamiento sustitutivo

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener / incrementar la diálisis domiciliaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1416

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DIALISIS DOMICILIARIA

MÉTODO
Incrementar con un FEA la dedicación a estas técnicas
Dar formación al resto de plantilla y MIR de la especialidad
Mantener el Curso anual de Diálisis Peritoneal para personal de enfermería

INDICADORES
(Nº de pacientes incidentes en técnicas domiciliarias de tratamiento renal sustitutivo / Nº total de pacientes que inician tratmiento renal sustitutivo) x 100

Estandar: 15%

DURACIÓN
Mantenimiento durante todo el año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0221

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

Fecha de entrada: 02/03/2018

2. RESPONSABLE ..... ELISABET VERA SOLSONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMARA DE LA CAL SARA
LEON SUBIAS ERICA
SORIANO ANGULO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Identificar el grado de control del asma mediante el cuestionario Test de Control del Asma (ACT) en pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control.
- Recogida de otras variables necesarias para determinar el grado de control en el paciente asmático como son dosis de B-2 de rescate, necesidad de corticoides orales, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.
- Aplicación de un programa de educación sanitaria, especialmente en terapia inhalada, en la visita basal. Intervención conductual mediante una entrevista personalizada con el paciente persiguiendo un fin motivador para reforzar su adherencia.
- Identificar el grado de adherencia al tratamiento cumplimentando el cuestionario TAI al inicio y a los 6 meses y si influye en el mejor control del asma determinado a través del cuestionario de control de síntomas de asma (ACT).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se inicia un programa de educación sanitaria y adherencia a inhaladores desde diciembre del 2016 hasta junio del 2017 en todos nuestros pacientes procedentes de la Unidad de Asma grave.
Se analiza en 40 pacientes los modificaciones producidas tanto en el TAI como en el grado de control de síntomas medidos por ACT tras el programa de educación.

Los indicadores utilizados fueron:
-Cuantificación de los cambios producidos tanto en el Control del Asma como en la Adherencia al Tratamiento.
- Correlación entre el grado de mejoría del paciente asmático y su adherencia al tratamiento.

Atendiendo a la cuantificación de los cambios producidos en el TAI, se consigue una mejoría en la adherencia a inhaladores pasando de una adherencia parcial (media de 48.81) a una adherencia completa (media de 51). Sin embargo, no se observa este cambio en el control de síntomas existiendo incluso un empeoramiento clínico pasando de un ACT de 17.5 a un ACT 16.9.

Tras realizar un modelo de regresión lineal entre ACT y TAI, no existe correlación entre las 2 variables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En general, la falta de adherencia al tratamiento suele ser la primera causa de mal control del asma, sin embargo, en pacientes con asma grave es preciso determinar también otras potenciales causas y/o mecanismos fisiopatológicos de un mal control de la enfermedad entre los que se incluyen las infecciones respiratorias asi como las comorbilidades asociadas a asma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/221 ========== ***

Nº de registro: 0221

Título
OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

Autores:
VERA SOLSONA ELISABET, CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL, GOMARA DE LA CAL SARA, LEON SUBIAS ERICA, SORIANO ANGULO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0221

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se estima que el grado de adherencia terapéutica a los inhaladores prescritos para asma no supera el 50%. Existen diversos factores relacionados, como la complejidad de los dispositivos, tipo de fármaco inhalado y algunos aspectos tanto socioculturales como psicológicos.
Disponer de herramientas de medida de adherencia a los tratamientos pueden ayudar en la práctica clínica.
El cuestionario TAI,test de adherencia a inhaladores, permite identificar el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes, cuantifica la adherencia (buena, intermedia, mala) e informa del patrón del incumplimiento (errático, voluntario o involuntario)

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el grado de control de Asma de pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes con asma moderado-severo por medio del Cuestionario TAI, desarrollado y validado tras investigaciones clínicas en Asma Bronquial.
- Implementar un programa de educación sanitaria a los pacientes controlados en la Consulta.
- Mejorar el grado de adherencia, objetivado por el cuestionario TAI, la sintomatología y la calidad de vida.

MÉTODO
Identificar el grado de control del asma mediante el cuestionario Test de Control del Asma (ACT) en pacientes tratados en una Consulta de Asma de Difícil Control. Recogida de otras variables necesarias para determinar el grado de control en el paciente asmático como son dosis de B-2 de rescate, necesidad de corticoides orales, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.
- Aplicación de un programa de educación sanitaria, especialmente en terapia inhalada, en la visita basal. Intervención conductual mediante una entrevista personalizada con el paciente persiguiendo un fin motivador para reforzar su adherencia.
- Identificar el grado de adherencia al tratamiento cumplimentando el cuestionario TAI al inicio y a los 2,4 y 6 meses.
- Cuantificar los cambios producidos por medio de creación de Hojas de Cálculo y de Análisis Estadísticos.

INDICADORES
- Razón entre pacientes a los que se aplica Test ACT y el total de pacientes estudiados en la Consulta.
- Razón entre pacientes integrados en un programa de educación sanitaria/ pacientes estudiados en Consultas.
- Razón entre la aplicación del cuestionario TAI en consulta basal y sucesivas/ total de consultas.
- Cuantificación de los cambios producidos tanto en el Control del Asma como en la Adherencia al Tratamiento.
- Correlación entre el grado de mejoría del paciente asmático y su adherencia al tratamiento.

DURACIÓN
- Octubre de 2016: Creación de la Hoja de Cálculo Excel para recogida de datos.
- Octubre de 2016- Junio de 2017, aplicación del Proyecto.
- Junio de 2017: Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES
BIBLIOGRAFÍA
1.Bozek A, and Jarzab J: Adherence to asthma therapy in elderly patients. J Asthma. 2010;47:162–165.
2.Boulet LP, Vervloet D, Magar Y, and Foster JM: Adherence: The goal to control asthma. Clin ChestMed. 2012;33:405–417.
3. Klok T, Kaptein AA, Duiverman EJ, and Brand PL: It’s the adherence, stupid (that determines asthma control in preschool children)! Eur Respir J. 2014;43:783–791.
4. Cohen JL, Mann DM, Wisnivesky JP, Home R, Leventhal H, Musumeci-Szabo´ TJ, and Halm EA: Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: The Medication Adherence Report Scale for Asthma. Ann Allergy Asthma Immunol. 2009;103:325–331.
5. Rand CS: Adherence to asthma therapy in the preschool child. Allergy. 2002;57:48–57.
6. Rand CS, and Wise RA: Measuring adherence to asthma medication regimens. Am J Respir Crit Care Med 1994;149: S69–S78.
7. Dalkey NC: The Delphi Method: An Experimental Study of Group Opinion. Santa Monica, CA: Rand Corporation, 1969.
8. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2014: Available from: http://www.ginasthma.org/. Last access: 10/3/14.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0221

1. TÍTULO

OPTIMIZAR LA ADHERENCIA A INHALADORES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE SEVERO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0262

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA MARTIN CARPI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE PABLO CILLERO FRANCISCO
GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL
LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER
MARIN TRIGO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes con patologías respiratorias presentan agravamiento de las mismas durante el periodo de sueño. Además, presentan episodios de exacerbación con disfunción de musculatura respiratoria y acidosis respiratoria por la que precisan tratamiento con Ventilación Mecánica no Invasiva. Los parámetros del dispositivo se ajustan durante el ingreso hospitalario. Sin embargo, una vez estabilizado el cuadro, requieren control clínico y valoración de corrección durante el sueño. Para ello, se les realiza un estudio en la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño, una vez estabilizados. La solicitud se cursa con carácter preferente de forma que en un corto periodo sean reevaluados. Los pacientes, además, comienzan la titulación con el dispositivo utilizado en domicilio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2017 se han realizado 18 estudios por medio de PCR vigilada a pacientes con ingreso previo por Acidosis Respiratoria y en tratamiento con VMNI. Las enfermedades de base que requirieron esta atención fueron Síndrome Obesidad-Hipoventilación y SAHS, EPOC, Cifoescoliosis acompañada de Hipoventilación e Insuficiencia Cardiaca.
Por las especiales características de los pacientes, reingresos frecuentes, la solicitud se gestionó con trato preferente, citación de forma precoz pero con tiempo para estabilidad clínica y adaptación al dispositivo. En estos casos fue de 45 días. Los pacientes trajeron los BIPAP de su domicilio y se procedió al registro con ellos. En casos de patología no totalmente corregida, se modificaron presiones y se emitió informe con indicaciones. Posteriormente fueron controlados en Consultas Externas y/o Hosptial de Día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gravedad de la patología tratada, los numerosos reingresos hospitalarios y numerosos recursos utilizados motivan la continuidad asistencial tal como se encuentra establecida.
Las innovaciones tecnológicas en cuestión de ventilación deben también se introducidas en la actividad diagnóstico-terapéutica de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/262 ========== ***

Nº de registro: 0262

Título
POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

Autores:
MARTIN CARPI MARIA TERESA, DE PABLO CILLERO FRANCISCO, GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL, LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER, MARIN TRIGO JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0262

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las alteraciones ventilatorias de las patologías respiratorias se agravan durante el periodo de sueño con la subsiguiente disfunción de los músculos respiratorios, acidosis respiratoria e hipercapnia que no responden al tratamiento con Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD). Además, presentan frecuentes episodios de exacerbación y descompensación que requieren Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI). En estos casos, se considera el empleo de VMNI domiciliaria (VMNID).
Además, frecuentemente, en pacientes con EPOC, coexiste el Síndrome de apnea del sueño (SAHS) denominándose Síndrome de Overlap, con desaturaciones de oxígeno desproporcionadas y prolongadas e hipercapnia. La Sociedad Torácica Americana y la Sociedad Respiratoria Europea en sus guías recomiendan la realización de un estudio de sueño en estos casos.
RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Durante el año 2015 se realizaron 12 Poligrafías Respiratorias Vigiladas (PCRV) a pacientes que requirieron ingreso hospitalario por Acidosis respiratoria con tratamiento en la Unidad de Ventilación Mecánica no Invasiva. La enfermedad de base que, al descompensarse, provocó esta situación aguda fue, en el 75% de los casos, un Síndrome de Obesidad Hipoventilación (SOH) no diagnosticado previamente. Concurrieron otras patologías, tales como Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS), EPOC y/o Insuficiencia Cardiaca. Tras el ingreso, todos los pacientes recibieron tratamiento domiciliario con BIPAP (presiones que corrigieron la patología aguda) y O2. A los 28 días de media se realizó PCR vigilada y titulación.

RESULTADOS ESPERADOS
5.1. Mantener y consolidar las actividades desarrolladas durante el año 2015. El incremento de la práctica asistencial de estos pacientes prevé el aumento de nuevos estudios.
5.2. Establecer un circuito asistencial tras el ingreso en Unidad de Ventilación Mecánica no Invasiva y prescripción de la misma en domicilio.
5.3. Priorización en la citación de estos pacientes con la realización de Poligrafía Respiratoria Vigilada, diagnóstica y de titulación, en situación estable por parte de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS).
5.4. Diagnóstico de enfermedad respiratoria subyacente agravada durante el sueño.
5.5. Titulación de presión inspiratoria y espiratoria para mejorar la ventilación alveolar, ajuste de las mismas.
5.6. Emisión de informe diagnóstico.
5.7. Prescripción de terapia adecuada.
5.8. Seguimiento y controles clínicos en Consultas.

MÉTODO
Una vez estabilizados de su patología aguda que ha requerido ingreso hospitalario (primero o sucesivos) con VMNI por acidosis respiratoria e insuficiencia respiratoria hipercápnica, los pacientes son tributarios de comenzar VMNID nocturna, con los parámetros de presión con los que se alcanzó la estabilidad. El seguimiento de este tipo de pacientes se realiza con un estudio nocturno vigilado, PCRV, en la que se detectan eventos respiratorios y problemas de adaptación. Además, se titulan las presiones necesarias de BIPAP, se comprueba el efecto de las pautadas tras el ingreso o se modifican para mejorar el intercambio gaseoso. Tras ello, en consultas monográficas de Neumología, se controlará al paciente de una manera más estrecha al comienzo del tratamiento para ir distanciando cada vez más las visitas una vez estén adaptados. La evaluación de la eficacia se hará en función de criterios clínico-gasométricos y la lectura de las curvas de flujo y presión almacenadas en la tarjeta de memoria del dispositivo.

INDICADORES
7.1 Priorización y realización de PCRV dentro de los tres primeros meses del alta hospitalaria. Cálculo de la razón entre las PCRV precoces y las realizadas del total de solicitudes en estas circunstancias.
7.2. Comprobación de resolución de la patología con las presiones pautadas, modificación y titulación de nuevas presiones hasta corrección de la patología.
7.3. Emisión de informe diagnóstico.
7.4. Prescripción de VMNI según parámetros indicados.
7.5. Citación y seguimiento en Consultas.

DURACIÓN
Octubre 2016-Septiembre 2017.
Septiembre 2017: Evaluación de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES
. BIBLIOGRAFÍA
1. Tratamientos domiciliarios de la EPOC: oxigenoterapia, soporte ventilatorio domiciliario, nebulización de fármacos. José Luis López-Campos en Manual de Atención domiciliaria en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Ed. SEPAR, 2011; 41-55.

2. Otras indicaciones de los equipos de presión positiva. Teresa Gómez García, Nicolás González Mangado,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0262

1. TÍTULO

POLIGRAFIA RESPIRATORIA (PCR) VIGILADA DURANTE EL SUEÑO Y TITULACION TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VMNI)

María Fernanda Troncoso Acevedo en Manual SEPAR de procedimientos: CPAP y otros sistemas de tratamiento en el SAHS. Volumen II. Ed. SEPAR, 2014: 177-96.

3. Chandra D, Stamm JA, Taylor B, Ramos RM, Satterwhite L, Krishnan JA. Outcomes of noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease in the United States 1998-2008. Am J Respir Crit Care Med 2012; 185:152–9.

4. Celli BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients withCOPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J. 2004; 23:932-46.195
5. Sanders MH, Newman AB, Haggerty CL, Redline S, Lebowitz M, Samet J. Sleep and sleep-disordered breathing in adults with predominantly mild obstructiveairway disease. Am J Respir Crit Care Med. 2003; 167:7-14.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0298

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICOINFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA YNEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SARA GOMARA DE LA CAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENEDICTO PUYUELO LAURA
AGUILAR PAESA CRISTINA
GARCIA FAU MARIA PILAR
ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se realizó una encuesta, mediante un cuestionario validado, denominado SERVQHOS en la Unidad de Endoscopia y Neumología Intervencionista.
2. Se procedió al análisis inicial de los resultados obtenidos en dicho cuestionario.
3. Una vez conocidos los resultados, se modificaron los aspectos en los que se había obtenido una menor puntuación. También se repartió un tríptico informativo de los procedimientos realizados en la unidad.
4. Se volvió a realizar la misma encuesta y su posterior análisis para poder comparar ambos resultados.

Para la segunda parte se elaboró y se distribuyó entre los pacientes que iban a ser sometidos a una prueba en nuestra unidad un tríptico informativo sobre los procedimientos a realizar y las pautas que los pacientes debían seguir previamente y tras la realización de la prueba. En él disponían también de un teléfono de contacto directo con la unidad y las recomendaciones para las pruebas, así como un mapa con la localización de la unidad en el hospital y como acceder a ella.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera parte del registro se realizaron 42 encuestas (24 hombres y 18 mujeres con una edad media de 58.76±13.85 años). Se observó que en líneas generales, la calidad percibida por los pacientes era muy elevada, obteniéndose valores medios superiores a 4 puntos (máximo de 5) en la mayoría de los ítems. Los mejores resultados se obtuvieron en aquellos aspectos que valoraban el interés, la amabilidad, el trato y la seguridad con la que se atendía a los pacientes. La información acerca de la realización de la prueba era valorada positivamente, pero presentando unos valores medios de entre todos los analizados. Los aspectos más negativos fueron aquellos relacionados con la puntualidad y el conocimiento de la ubicación de la unidad, así como la rapidez en la realización de las pruebas.

Una vez analizada la primera parte, y entregado el tríptico, se volvió a realizar el mismo cuestionario.
Se analizaron 47 encuestas (28 hombres y 19 mujeres con una edad media de 61.78±14.55 años). Los resultados obtenidos fueron muy similares a los de la primera evaluación, aunque ahora sí se obtuvieron en todos los ítems un valor superior a 4 puntos. Nuevamente, los valores más altos fueron los relacionados con la atención al paciente. Se observó una mejoría clara en el conocimiento de la ubicación y el acceso a la unidad. Sin embargo, nuevamente, el valor obtenido más bajo fue el relacionado con la puntualidad a la hora de realizar la prueba.

Uno de los objetivos era haber realizado la encuesta a más del 70% de los pacientes que se iban a someter al procedimiento, pero no se pudo cumplir totalmente puesto que en muchos casos los pacientes requerían un tiempo de recuperación tras la prueba y no tenían un sitio cómodo donde realizar dicha encuesta. Se produjo un sesgo ya que en la mayoría de las ocasioes se seleccionaron pacientes jóvenes que no precisaban ayuda ni gafas para la realización de la encuesta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En general, los resultados obtenidos del proyecto han sido buenos.
Se ha dejado como una práctica habitual el proporcionar el tríptico informativo a los pacientes.
Consideramos que podría ser interesante realizar encuestas de forma eventual para comprobar con la práctica habitual sigue correspondiendo con unos valores adecuados de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/298 ========== ***

Nº de registro: 0298

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0298

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICOINFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA YNEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Título
EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Autores:
GOMARA DE LA CAL SARA, BENEDICTO PUYUELO LAURA, AGUILAR PAESA CRISTINA, GARCIA FAU MARIA PILAR, ALBERICIO GIMENO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La broncoscopia, flexible y rígida, junto con las técnicas de diagnóstico de enfermedades pleurales, son procedimientos invasivos que requieren de la colaboración por parte del paciente así como de su consentimiento expreso. La sospecha de una patología subyacente junto a los posibles riesgos derivados de la prueba generan incertidumbre y ansiedad.
Las explicaciones y atenciones por parte del personal implicado en el proceso diagnóstico mejoran la calidad percibida por los pacientes. Queremos conocer ésta por medio de un cuestionario y si la entrega de información escrita puede aumentar la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Entrega de tríptico informativo sobre los procedimientos a realizar.
2. Evaluación y mejora de la calidad percibida por los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos en la Unidad de Endoscopia y Neumología intervencionista.
3. Conocimiento de los aspectos de cada procedimiento que generan más incertidumbre. Detección de posibilidades de mejora.
4. Evaluación de las modificaciones obtenidas en la calidad percibida tras una información previa exhaustiva.

MÉTODO
1. Evaluación de la calidad percibida por el paciente, cuestionario validado, SERVQHOS
2. Entrega de tríptico informativo.
3. Resolución de dudas y recomendaciones.
4. Detección de posibilidades de mejora
5.-Evaluación de la calidad percibida por el paciente tras la entrega de información previa al procedimiento.

INDICADORES
1. Cumplimentación de encuesta de calidad previa a lectura de tríptico informativo/ total de pacientes sometidos a procedimientos. >70%
2. Evaluación de resultados obtenidos en dicho cuestionario
3. Entrega de tríptico informativo/total de pacientes sometidos a procedimientos >80%
4. Cumplimentación de encuesta de calidad tras lectura de tríptico informativo/ total de pacientes sometidos a procedimientos. >70%
5. Evaluación de resultados obtenidos en dicho cuestionario.
6. Análisis comparativo de los resultados antes y tras la entrega de cuestionario.
7. Detección de oportunidades de mejora.

DURACIÓN
1. Realización de encuestas: Octubre y Noviembre de 2016.
2. Análisis de resultados: Diciembre de 2016.
3. Entrega de tríptico informativo: Enero y Febrero de 2017.
4. Realización de encuestas: Enero y Febrero de 2017.
5. Análisis de resultados: Marzo de 2017.
6. Análisis comparativo entre encuestas: Marzo y Abril de 2017.
7. Detección de aspectos mejorados y mejorables.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0298

1. TÍTULO

EVALUACION DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES, PREVIO Y TRAS ELABORACION DE TRIPTICOINFORMATIVO SOBRE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO A REALIZAR EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA YNEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0333

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA VIÑADO MAÑES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA SOLSONA ELISABET
MINCHOLE LAPUENTE ELISA
GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL
LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER
LAHOZ BERNAL MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La Empresa adjudicataria del suministro de Terapias Respiratorias, Gasmedi, por medio de concurso público, a través del Contrato firmado con el Servicio Aragonés de Salud, colaboró para el aumento de la actividad asistencial y disminución de las listas de espera para el diagnóstico de la patología respiratoria del sueño (Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño, SAHS). Para ello, a través de la Fundación Hospital Miguel Servet, realizó una aportación económica permitiendo la contratación de Becarios Neumólogos,
una vez cumplimentados todos los requisitos fiscales y legales.
Se revisaron las solicitudes provenientes de las diferentes consultas y se procedió a priorizar según datos clínicos y sociodemográficos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante un año de duración, de octubre de 2016 a octubre de 2017, se realizaron 351 estudios de sueño por medio de Poligrafía Respiratoria Domiciliaria. La media de edad de los pacientes fue de 61 años. 220 hombres y 131 mujeres. La demora entre la solicitud por parte de los Facultativos de Neumología y la realización del procedimiento diagnóstico fue de 90 días. Los diagnósticos fueron: 90 SAHS severo, 101 SAHS moderado, 91 SAHS leve y 64 normales. Se procedió a realizar titulación y tratamiento a aquéllos que lo precisaron 90 severos y 101 moderados. Sólamente se precisó repetir estudios, por desconexiones del Polígrafo utilizado durante este proyecto, en 8 casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La alta prevalencia de la patología del sueño, SAHS, hace necesario invertir recursos humanos, materiales y económicos para alcanzar el diagnóstico y tratamiento con prontitud.
La experiencia se ha demostrado satisfactoria y es preciso demandar iversión e iimplementar nuevos proyectos de estas características.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/333 ========== ***

Nº de registro: 0333

Título
EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

Autores:
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA, VERA SOLSONA ELISABET, MINCHOLE LAPUENTE ELISA, GUERRERO CORCOLES MARIA ISABEL, LANDA MARCEN FRANCISCO JAVIER, LAHOZ BERNAL MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0333

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

PROBLEMA
4.1. El mayor conocimiento de las patologías asociadas al periodo de sueño y las evidencias científicas de su trascendencia para la salud, han creado una demanda de estudios ascendente en los últimos años.
Específicamente, el Síndrome de Apnea- Hipopnea del Sueño (SAHS) afecta al 20% de la población adulta. Por otra parte, la coexistencia del mismo con otras enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, neuromusculares y sistémicas altera la historia natural de las mismas y su estrategia terapéutica. Por lo tanto, el AUMENTO DE SOLICITUDES para su estudio surge de las Consultas de Neumología pero también, cada vez más, de otras Especialidades y, por tanto, la DEMANDA y LISTAS DE ESPERA CONCOMITANTES.
La Empresa Adjudicataria de las Terapias Respiratorias por medio de Concurso Público, GASMEDI, a través del Contrato firmado con el Servicio Aragonés de Salud, se comprometió a colaborar en la reducción de listas de espera y priorización de solicitudes a través de la cesión de Polígrafos Respiratorios (Alice PDx, Philips Respironics) y dotación de una beca Asistencial y de Investigación.
4.2. Se concedió una beca por la empresa GASMEDI para la realización de un total de 320 poligrafías domiciliarias nocturnas.
4.2. Conocer las características demográficas, índice de severidad y otros parámetros que se obtienen a través de esta prueba.
4.3. Seguimiento de estos pacientes tras la prueba inicial (PCRD) y de aquellos que se les pauta tratamiento conocer su cumplimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
5.1 Complementar la cartera de servicios de Poligrafía Respiratoria Domiciliaria Nocturna (PCRD), por medio de concesión de Beca Asistencial y de Investigación patrocinada por la Empresa suministradora de Terapias Respiratorias a través de la Fundación Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Para ello, se contrata, en calidad de becados, a médicos Neumólogos, que realizan el número de PCRD determinados en el momento de la concesión de la beca.
5.2. Aplicación de nuevo dispositivo de PCRD e instalación de software para la descarga de resultados y emisión de informe.
5.3. Priorización de pacientes en lista de espera para la realización de PCRD, atendiendo a características clínicas y socio-laborales.
5.4. Disminución de lista de espera para esta pruebas.
5.5. Con el objetivo de completar el proceso diagnóstico-terapéutico de las pruebas patológicas un dispositivo adicional de Presión Continua en la Vía Aérea (CPAP) es cedida por la Empresa de Terapias.
5.6. Evaluación de resultados.

MÉTODO
6.1. Cesión por parte de la Empresa de Terapias Respiratorias. Calibración y puesta en marcha del nuevo Polígrafo, instalación del software en los ordenadores de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño.
6.2. Gestión por parte de la Fundación Hospital Miguel Servet de la cuenta creada para esta actividad. Cumplimentación de todos los requisitos fiscales y legales para la contratación de médicos neumólogos.
6.3. Revisión y priorización de los pacientes en lista de espera. Citación en la nueva agenda creada.
6.4. Atención a los pacientes siguiendo las directrices de la Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño. Historia clínica, enseñanza de manejo del dispositivo nocturno, descarga de datos al día siguiente y emisión de informes.
6.5. Evaluación de resultados.

INDICADORES
7.1. Pacientes integrados en el proyecto /total de pacientes pactado al comienzo del estudio >90%
7.2. Registro de datos completo, válidos para emisión de informes >80%
7.3. Grado de severidad de la patología.
7.4. Procesos diagnósticos que se complementan con titulación.
7.5. Procesos diagnósticos que requieren repetición.
7.6. Indicaciones de tratamiento atendiendo a resultados de las pruebas.
7.7. Reducción de lista de espera.

DURACIÓN
Continuación de la actividad ya comenzada.
Recogida de datos para valoración de actividad asistencial e investigadora a partir de Octubre de 2016.
Finalización una vez realizados los estudios contratados.
Evaluación y emisión de resultados en Octubre de 2017.

OBSERVACIONES
RESULTADOS OBTENIDOS HASTA AHORA:
Hasta el momento, se han realizado un total de 54 pruebas de las cuales hemos obtenido los siguientes resultados:
- Edad media de los pacientes: 52.9 años.
- Clasificación de severidad según índice de apnea-hipopnea (IAH):
o Compatible con la normalidad: 11 pacientes.
o Leve: 13 pacientes.
o Moderada: 11 pacientes.
o Severo: 19 pacientes.
- Derivación de pacientes tras el resultado de la PCRD:
o Derivación a su MAP: 15 pacientes.
o Repetición de la prueba/reevaluación: 10 pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0333

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA UNA POLIGRAFIA DOMICILIARIA NOCTURNA

```
o       Titulación con autoCPAP (ACPAP): 15 pacientes.
o       Estudio vigilado en el hospital: 10 pacientes.
o       Decisión por su neumólogo de inicio de terapia según la clínica del paciente: 2 pacientes.

Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0347

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUSTA FONDEVILA MONGE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ LOPEZ CARMEN
PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA
LORENTE GENZOR MARIA JESUS
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR
HERRERO LABARGA MARIA INES
PRADO MONGE CARLOS
NUEZ SEBASTIAN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de un procedimiento .

En la consulta de fibrosos quística se entrega el consentimiento informado, prescripción médica del tratamiento y las indicaciones correspondientes.

Elaboración del díptico.

Adiestrar y educar al paciente para el manejo de la vía y correcta administración del tratamiento.

Sustitución de la vía por el personal de enfermería de la planta si fuese necesario.

Información al personal del servicio de la elaboración del procedimiento (rellenar diptico,cambio de vía…).

Registro de las complicaciones.

Encuesta telefónica a los pacientes incluidos en el estudio para valorar la eficacia del díptico entregado y el grado de satisfacción .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cumplimiento del circuito asistencial: (Neumólogo-Enfermería-Farmacia-Paciente).

Conocimiento por parte del personal implicado del procedimiento.

Adiestramiento y educación del paciente en el cuidado de la vía y la administración del tratamiento.

Disminución de la ansiedad del paciente y/o familiares.
.
Solventar las posibles complicaciones.

Evaluación de resultados.

Atención al paciente que requiere cuidados o cambio de vía.

INDICADORES UTILIZADOS:

1-Episodios de exacerbaciones infecciosas de FQ atendidas en el Hospital de día que disponen de toda la documentación/total de episodios de exacerbación infecciosas de FQ atendidas>80%

2- Cumplimentación del formulario en referencia a la colocación de la vía y administración del fármaco/total de tratamientos administrados >80%

3-Complicaciones de la vía o en la administración del tratamiento <40%

4-Nº de pacientes satisfechos / Nº de pacientes encuestados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0347

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1-Tras valorar la encuesta de opinión realizada a los pacientes del estudio se llegan a las siguientes conclusiones:

. 1-1 El 60% de los pacientes encuestados tiene un grado de satisfacción de 4 sobre 5

El 40% de los pacientes encuestados tiene un grado de satisfacción de 5 sobre 5

1-2 El 80% de los pacientes encuestados no cambiaria nada

El 20% restante cambiaria lo siguiente: Usar alargaderas mas largas y poner en el díptico un apartado de observaciones del paciente. También se comenta usar un papel más resistente para la fabricación del díptico
.
2- Hemos observado que se ha disminuido la ansiedad en dichos los pacientes

3-Dado el éxito y la acogida entre los pacientes se plantea trasladar el proyecto a pacientes con otras patologías

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/347 ========== ***

Nº de registro: 0347

Título
PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº INTRAVENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Autores:
FONDEVILA MONGE JUSTA, GONZALEZ LOPEZ CARMEN, PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA, LORENTE GENZOR MARIA JESUS, HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR, HERRERO LABARGA MARIA INES, PRADO MONGE CARLOS, NUEZ SEBASTIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención a pacientes con Fibrosis Quística que presentan una exacerbación infecciosa respiratoria y precisan tratamiento intravenoso se viene realizando desde hace años en el Servicio de Neumología de forma domiciliaria en casos seleccionados.
Con este proyecto se pretende unificar criterios en el procedimiento de enfermería del tratamiento domiciliario así como detectar y prevenir posibles complicaciones.La atención a pacientes con Fibrosis Quística que presentan una exacerbación y necesitan un tratamiento intravenoso domiciliario (TAIVD) se realiza desde hace años en el Servicio de Neumología. Con ocasión de la creación de Hospital de Día, perteneciente a dicho Servicio, confeccionamos el presente Proyecto de Mejora de Calidad

RESULTADOS ESPERADOS
5.1. Creación de un circuito asistencial dinámico y comprensible.
5.2. Elaboración de un Procedimiento Común de Enfermería para la administración de este tipo de tratamiento: canalización y manejo especial de la vía periférica. Conexión al sistema de dispensación del antibiótico, preparado con este fin por el Servicio de Farmacia Hospitalaria.
5.3. Adiestramiento y educación del paciente en los cuidados de la vía y la administración de sucesivas dosis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0347

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN TTº I-VENOSO DOMICILIARIO DE EXACERBACIONES INFECCIOSAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA (FQ). EDUCACION AL PACIENTE. DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

en su domicilio. Disminución de la ansiedad en pacientes y familiares.
5.4. Solventar las posibles complicaciones y necesidades de cambio de vía que surjan durante el periodo de tratamiento.
5.5. Evaluación de resultados, complicaciones y propuesta de actividades para mejorar la calidad.

MÉTODO
6.1. El paciente, una vez valorado en Consulta de Neumología, Unidad de Fibrosis Quística, que sufre una exacerbación infecciosa respiratoria y cumple criterios de tratamiento intravenoso domiciliario, recibe toda la información y documentación precisa. Entre ella, el Consentimiento Informado, la prescripción médica del tratamiento y las indicaciones correspondientes.
6.2. Elaboración de un díptico que también se entrega al paciente en el que figure: datos de identificación del paciente, alergias farmacológicas, orden de prescripción farmacológica (concordante con la prescripción habilitada para la preparación del antibiótico por parte del Servicio de Farmacia). Vía periférica utilizada para la colocación del catéter. Día de la realización. Tratamiento administrado. Dificultades en la aplicación de la primera dosis.
6.3. Adiestramiento y educación del paciente para el manejo de la vía y los fármacos en su domicilio. Entrega de la medicación y material necesario.
6.4. Atención al paciente que requiere nuevos cuidados de la vía o su sustitución de la misma durante el periodo de tratamiento.
6.5. Registro de las complicaciones ocurridas durante la administración del tratamiento en relación con la perfusión y efectos secundarios.

INDICADORES
7.1. Cumplimentación del formulario en referencia a la colocación de la vía y administración del fármaco/total de tratamientos administrados.
7.2. Adiestramiento del paciente/episodios con tratamiento intravenoso (TAIVD).
7.3. Atención al paciente que requiera de forma no programada cuidados o cambio de vía en menos de 24h/atención no programada.
7.4. Complicaciones de la vía o en la administración del tratamiento.

DURACIÓN
Presentación del Procedimiento de Actuación de Enfermería en Noviembre de 2016.
Elaboración del Díptico informativo y con datos a rellenar por el personal: Diciembre 2016.
Recogida de Datos: Enero 2017- Junio 2017.
Evaluación de Datos: Junio de 2017.

OBSERVACIONES
1. Conferencia de Consenso Tratamiento Antibiótico Domiciliario en Fibrosis Quística Archivos de Bronconeumología 2003-39(10)469-475.
2. Arias S. Inserción de catéteres venosos periféricos. En: Parra ML, Arias S, Esteban A, editores. Procedimientos y técnicas del paciente crítico.1ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p 303-8.
3. Carballo M. Elección de un catéter de acceso periférico. Rev ROL Enf 2004; 27: 423-30.
4. Centres for Disease Control and Prevention. APIC guidelines for infection practice. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. Am J Infect Control 1995; 23: 251-69.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0501

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA INES HERRERO LABARGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
VICENTE ITURBE CRISTINA
HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR
PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA
LORENTE GENZOR MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La atención a los pacientes en la Unidad de Adultos de FQ se basa en un protocolo derivado de los elaborados por las Sociedades Científicas. Los 30 pacientes controlados presentaron, en total, 90 exacerbaciones tratadas con antibióticos orales en el último año. Diez de estos pacientes precisaron 17 ciclos iv en este periodo de tiempo por exacerbación infecciosa por Pseudomona aeruginosa resistente a quinolonas orales o mala respuesta al tratamiento oral.
Los pacientes tratados presentaban deterioro funcional respiratorio de grado moderado o grave.
A todos ellos se les entregó un Documento de Consentimiento Informado, aprobado por la Unidad de Calidad Asistencial para el inicio del tratamiento intravenoso domiciliario (TAIVD) junto con un manual de procedimientos y registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2017 se instauraron 17 ciclos de tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario en los pacientes de la unidad de Fibrosis Quística (FQ) de este hospital.
Todos los pacientes firmaron el Consentimiento Informado previamente al inicio del tratamiento.
Todos los pacientes finalizaron correctamente el tratamiento.
La duración de los ciclos fue de 14 ó 21 días según las características y estado del paciente.
No se ha producido ninguna reacción alérgica ni complicaciones médicas durante el mismo.
Las complicaciones locales de la vía periférica han sido flebitis en número de 3.
Ningún paciente precisó ingreso hospitalario por exacerbación de su patología en los tres meses siguientes al tratamiento domiciliario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados satisfactorios, en cuanto a la evolución clínica y resolución de los procesos agudos evidenciados en este proyecto, así como en el llevado a cabo por el personal de enfermería nos animan a continuar en esta línea asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/501 ========== ***

Nº de registro: 0501

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Autores:
HERRERO LABARGA MARIA INES, VIÑADO MAÑES CLARA MARIA, VICENTE ITURBE CRISTINA, HERNANDEZ SANCHEZ MARIA PILAR, PALACIOS TORRELLAS GLORIA VICTORIA, LORENTE GENZOR MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0501

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fibrosis Quística es la enfermedad genética letal mas frecuencia en nuestro medio, con una incidencia en nuestro país de uno de cada 4500/5000 nacidos vivos siendo la supervivencia actual de unos 41 años.
Es una enfermedad multisistémica grave por alteración funcional de una proteína,CFTR, que actúa como canal de cloro. Se trasmite por herencia autosómica recesiva.
Afecta a las glándulas exocrinas dando lugar a un alteración de las características del moco Y provocando la aparición de bronquiectasias frecuentemente infectadas de forma crónica por patógenos agresivos, como la Pseudomona aeruginosa que deterioran de forma progresiva la función pulmonar.
El tratamiento Intravenoso domiciliario TAIVD es utilizado de forma habitual en las 2 últimas décadas a nivel internacional en el tratamiento de las exacerbaciones infecciosas respiratorias (especialmente por Pseudomona aeruginosa) en las Unidades de pacientes con Fibrosis Quística.
Su eficacia ha sido demostrada como similar a la del tratamiento en el ámbito hospitalario así como su seguridad en los pacientes seleccionados (una vez excluidos de exacerbación grave, insuficiencia respiratoria, cuadro séptico, hemoptisis moderada-grave, problemática psicosocial y mala cumplimentación terapéutica habitual.)
El TAIVD ahorra costes evitando ingresos hospitalarios y mejorando la utilización de recursos.

Desde enero del 2000 a diciembre del 2015se han realizado en nuestra unidad de Fibrosis Quística 165 ciclos de TAIVD en 34 pacientes adultos que presentaban exacerbación infecciosa respiratoria por Pseudomona aeruginosa. Dichos tratamientos han sido eficaces (eficacia similar a los realizados en el ámbito hospitalario), seguros sin ningún efecto adverso grave. Han supuesto un importante ahorro de costes evitando días de hospitalización junto con una mejora significativa de la calidad de vida de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
5.1. Creación e implementación de un Protocolo de Actuación para el tratamiento intravenoso domiciliario en Fibrosis Quística.
5.2 Creación e implementación de un documento de Consentimiento Informado para ser firmado por el paciente al que se va a aplicar dicha terapia.
5.3. Aprobación por parte de la Unidad de Calidad Asistencial y la Dirección del Hospital
5.4. Registro de las características de las exacerbaciones tributarias de este tratamiento, evolución y posibles complicaciones.
5.5. Mejora del grado de satisfacción y seguridad clínica de los pacientes.

MÉTODO
6.1. Firma del Consentimiento Informado por parte del paciente o representante legal.
6.2. Aplicación del protocolo médico (según recomendaciones de las diferentes Sociedades Científicas).
6.3. Preparación, por parte del Servicio de Farmacología, de los antibióticos para uso intravenoso domiciliario.
6.4. Aplicación, por parte del personal de Enfermería del Servicio de Neumología, de la terapia en Hospital de Día.
6.5. Creación de base de datos y su evaluación posterior: sociodemográficos, clínicos, microbiológicos, tratamiento administrado, complicaciones y evolución.

INDICADORES
7.1. Episodio de exacerbación con firma del Consentimiento Informado/total de exacerbaciones
7.2 Determinación de episodios de exacerbación que, cumpliendo criterios, comienzan el tratamiento en Hospital de Día de Neumología/total de exacerbaciones.
7.3. Determinación de episodios de exacerbación que, cumpliendo criterios, finalizan correctamente el tratamiento/total de tratamientos domiciliarios i.v.
7.4. Complicaciones durante el periodo de tratamiento (médicas y/o vía periférica)/ total de . intravenoso/total de tratamientos domiciliarios i.v .

DURACIÓN
Presentación de Consentimiento Informado y Protocolo a la Unidad de Calidad Asistencial en Octubre-Noviembre de 2016.
El tratamiento domiciliario se realiza actualmente, con alto grado de satisfacción, en Hospital de Día de Neumología. No obstante, la recogida de datos comenzará en Noviembre de 2016.
Evaluación de datos en Octubre de 2017.

OBSERVACIONES
BIBLIOGRAFÍA
1 Conferencia de Consenso Tratamiento Antibiotico Domiciliario en Fibrosis Quística Archivos de Bronconeumología 2003-39(10)469-475
2. R.Giron (S.Neumologia. Hospital de la Princesa Madrid). Eficiencia del Tratamiento intravenoso domiciliario en FQ .Med.Clin .2006,127(15)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0501

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE ACTUACION PARA EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TAIVD) EN FIBROSIS QUISTICA (FQ)

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0576

1. TÍTULO

PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE DE HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANDION GARCIA BARRECHEGUREN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILAR GIMENO RITA
MUÑOZ JACOBO EVA MARIA
GRACIA MARCO PILAR
PEREZ MARCO ISABEL
CALVO SANZ VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
formación de grupo de mejora,con reuniones
diseño,realizacion e impresion de un plano del hospital de dia a color con cada zona importante señalada y colocion en diversos puntos de HD
Realizacion,impresion y distribucion a los pacientes de 1º dia de un tríptico con diagramas de flujo de los diferentes itinerarioa a seguir por los pacientes con la informacion basica y a color (los mismos que el plano)
distribucion de dipticos a trabajdores de nueva incorporacion
realizacion de encuestas pre y post entrega material
recoleccion de resultados,graficos y conclusion

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado la encuesta a 32 pacientes que venían al servicio de Hospital de Día por primera vez, de los cuales 18 eran mujeres y 14 hombres; 5 de ellos estaban comprendidos en una franja de edad entre 30-49, 15 tenían una edad comprendida entre 50-60 años y el resto eran mayores de 60 años.
Queríamos evaluar como es de efectiva la información recibida en las diferentes consultas y ver si les ha servido de ayuda los trípticos elaborados por nosotras destinados a ubicarlos en el espacio y saber cómo moverse por el servicio con el fin de mejorar las carencias detectadas.
Se ha recogido informacion de un grupo de 32 pacientes de entre 18-80 años, el 46,8% entre 50-60años, 37,5% mayores de 60 años y un 15,7% entre 30-50 años.Con un porcentaje de mujeres 40% y 60% de hombres.Los pacientes dan una valoracion media de 9,55 sonbre 10(max satisfaccion) a la información recibida, tanto en la consulta médica como en la de enfermería, piensan que es suficiente y se da de forma clara, solo un pequeño porcentaje se va con alguna duda.
Respecto a los trípticos, reciben una valoración media de 9 sobre 10 por todos los pacientes, les ayudan a orientarse y refuerzan la información que reciben de forma verbal; expresan que sin ellos no serían capaces de moverse con fluidez por nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro proyecto de mejora ha sido muy bien recibido por nuestros pacientes y compañeros del servicio, el hecho de proporcionar en papel la información mas importante y ver la distribución por colores de donde están ubicadas las salas, consultas, etc les facilita saber cual será el siguiente paso a seguir y donde tendrá que dirigirse.El tener un plano a color tambien ayuda mucho a orientarse cuando no saben muy bien donde ir y puede ser consultado en cualqueir momento.
Anteriormente el paciente recibía mucha información verbal importante y no toda se le proporcionaba en papel, teniendo en cuenta la ansiedad con la que vienen estos pacientes debido al impacto que supone el diagnóstico de esta enfermedad, olvidaban los datos recibidos o hacía que los malentendieran, así que cada vez que venían al Hospital de Día andaban perdidos sin saber bien donde ir o que hacer.
Queda pendiente hacer enfasis en la entrega de los trípticos por el personal y en la entrega y explicación de la unidad al profesional sanitario de nueva uncorporación,para que ellos tambien sean capaz de informar a los pacientes si lo necesitan y por otro lado tengan una adaptación más rápida al puesto de trabajo.

7. OBSERVACIONES.
Tenemos los gráficos hechos con el estudio por si necesitan que los adjuntemos en algún sitio.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/576 ========== ***

Nº de registro: 0576

Título
PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0576

1. TÍTULO

PASOS A SEGUIR POR EL PACIENTE DE HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Autores:
GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION, AGUILAR GIMENO RITA, MUÑOZ JACOBO EVA MARIA, GRACIA MARCO PILAR, PEREZ MARCO ISABEL, CALVO SANZ VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A menudo observamos que los pacientes que llegan por primera vez a nuestro servicio tras recibir la noticia de su enfermedad y ante la complejidad del funcionamiento de Hospital de día, andan perdidos y sin haber asimilado la información recibida.
De la misma manera los trabajadores que acaban de incorporarse en nuestra unidad desconocen el circuito que pacientes, ordenes facultativas y medicaciones deben seguir hasta la correcta administración de los tratamientos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Elaboración de una guía práctica que informe y oriente al paciente durante su estancia en el Hospital de Día .
-Disminuir la ansiedad del paciente y familiares.
-Aportar los conocimientos básicos para que los profesionales de nueva incorporación conozcan la rutina del trabajo de nuestro servicio.

MÉTODO
-Diseño de un plano en el que queden bien señalizados los puntos de interés.
-Diagramas de flujo con los diferentes itinerarios que pacientes y acompañantes tendrán que recorrer para resolver las distintas situaciones que se les irán planteando. (consultas médicas,analíticas,tratamientos,colocación de reservorios...)
-Realización y colocación de posters en puntos estrategicos de la unidad.
-Distribución de dípticos informativos a pacientes .
-Distribución de dípticos a trabajadores de nueva incorporación.

INDICADORES
-Encuesta a pacientes de primer dia en la consulta de enfermería.
-Repetición de encuesta aproximadamente al mes de su primera consulta con enfermería.
-Encuesta a los profesionales en su primer día en la unidad.
-Repetición de la encuesta a los profesionales después de una semana de trabajo.

DURACIÓN
• De noviembre 2016 a enero 2017: diseño de plano y diagramas de flujo varios.
-Realización de poster y dìpticos.
• Febrero y Marzo 2017: Preparación de las encuestas e impresión del material realizado
• Abril a Agosto 2017 : -Entrega de información a pacientes y personal
-Realización de encuestas.
- Colocación de posters por el servicio
• Septiembre a Octubre 2017 : evaluación de los resultados y conclusiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0618

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO

Fecha de entrada: 22/03/2018

2. RESPONSABLE ..... DINORA POLANCO ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CARPI MARIA TERESA
AGUILAR PAESA CRISTINA
CARRIZO SIERRA SANTIAGO
MARTINEZ PINILLA ELVIRA
SANCHEZ BARON ANDRES
AZNAR MANCEBO NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El síndrome de Apnea-Hipopnea de Sueño (SAHS) es un problema sanitario de primer orden, para evitar el infradiagnóstico, se crearon cuestionarios sencillos, de fácil aplicación, como STOP-Bang. Son 8 preguntas con respuestas dicotómicas sí/no, engloban aspectos clínicos, antropométricos, edad y género. A mayor puntuación, más probabilidad de presentar SAHS, y más severidad y necesidad de tratamiento. Presenta gran sensibilidad, puntuación =3 alta probabilidad de SAHS moderado-severo.La gran demanda asistencial en nuestro medio para realización de un procedimiento diagnóstico como la Poligrafía Cardiorrespiratoria domiciliaria nos obliga a establecer estrategias de priorización de la misma. Proponemos, como Línea de Mejora, la aplicación en las Consultas de Neumología del cuestionario así como su categorización. Según la puntuación establecemos diferentes prioridades: entre 5-8, alta, con un plazo para el diagnóstico de menos de 6 meses; entre 3-4, intermedia, plazo de 9 meses; 0-2 baja, plazo de 12 meses.
En la solicitud de realización de estudio de sueño se adjunta, además de la clínica, patologías asociadas y situación socio-laboral, el cuestionario SB. El ámbito de realización son las consultas de Neumología de los Centros Médicos de Especialidades. Estas solicitudes llegan a la Unidad de Trastornos del Sueño y se categorizan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados durante el año 2017 son los siguientes: De las 906 solicitudes de PCRD de todas las consultas de Neumología, 604 provenientes de los centros reseñados presentaban el Cuestionario. Se ordenan según puntuación:
- Puntos 8: 95 (15,7%)
- Puntos 7: 135 (22,3%)
- Puntos 6: 130 (21,5%)
- Puntos 5: 134 (22%)
- Puntos 4: 65 (10,74%)
- Puntos 3: 45 (7,43%)
- Puntos 0-2: no se han remitido

Se han ido seleccionando, en primer lugar las solicitudes con 7-8 puntos, realizándose 184 (80%), con una demora de 165 días de media (5,5 meses). 5-6 puntos, 86 pacientes (32%) con demora de 326 días (10,8 meses) y 3-4 23 pacientes (21%) con demora de 385 días (13 meses).
Respecto a los 184 pacientes con puntuaciones 7-8, SAHS severo son 164(89%). 5-6 son 42 pacientes SAHS severo (42%). De los puntos 3-4, 3 pacientes SAHS severo (13,6%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados demuestran el esfuerzo para categorizar la severidad de SAHS y la necesidad de diagnóstico y tratamiento. Para los pacientes con alto valor predictivo de severidad (7-8) se han cumplido los plazos. La ingente cantidad de solicitudes hace más difícil la selección para el resto de puntuaciones. Es necesario, pero a la vez complicado, dada la gran demanda asistencial. Una vez establecido el protocolo, se continuará con el sistema en la práctica diaria asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/618 ========== ***

Nº de registro: 0618

Título
PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO “STOP BANG” DE SCREENING DE APNEA DEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0618

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO

SUEÑO

Autores:
POLANCO ALONSO DINORA, MARTIN CARPI MARIA TERESA, AGUILAR PAESA CRISTINA, CARRIZO SIERRA SANTIAGO, MARTINEZ PINILLA ELVIRA, SANCHEZ BARON ANDRES, AZNAR MANCEBO NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una entidad muy frecuente, con una prevalencia que oscila entre el 2-26% en la población general adulta . Los signos, síntomas y consecuencias que se producen en la apnea obstructiva del sueño son el resultado de las alteraciones que se producen por el colapso repetitivo de la vía aérea superior durante el sueño. Clínicamente la AOS se caracteriza por excesiva somnolencia diurna, roncopatía, apneas visualizadas, despertares nocturnos con sensación de ahogo, acompañados de al menos 5 episodios respiratorios obstructivos por hora durante el sueño. La presencia de más de 15 episodios obstructivos por hora, aún en ausencia de clínica sugestiva, se considera diagnostico de AOS . Además, debido a diferentes mecanismos intermedios la AOS se ha relacionado con hipertensión arterial secundaria, que puede producir afectación de órganos diana, por lo que estos pacientes tendrán un mayor riesgo cardiovascular . A pesar de todo ello, el grado de infradiagnóstico de esta patología es elevado, lo cual es un problema sanitario importante. Uno de los ámbitos en los que este infradiagnóstico es decisivo es en la evaluación preanestésica de pacientes que van a ser sometidos a una cirugía programada, ya que se observó que los pacientes con AOS presentaban más complicaciones postoperatorias, sobre todo cardiorrespiratorias, y precisaban un manejo más complejo de vía aérea y sedación; por ello es conveniente identificarlos de forma rápida preoperatoriamente, para preveer estos eventos. En este contexto surgen herramientas de screening de AOS, como el cuestionario STOP- Bang, un cuestionario de screening de AOS empleado inicialmente en el ámbito preoperatorio en consultas anestésicas, pero que posteriormente ha sido validado en otras poblaciones, como pacientes remitidos a unidades de sueño. Consiste en un cuestionarios de 8 preguntas con respuesta dicotómica (sí/no), que engloba aspectos tanto clínicos como antropométricos, edad y género. Las puntuaciones van de 0 a 8: se ha observado que 3 puntos es un buen punto de corte, con una elevada sensibilidad para detectar AOS, por lo que se trata de una buena herramienta de screening. Así, pacientes con puntuaciones entre 0- 2 puntos, tienen pocas probabilidades de tener AOS; asimismo, pacientes con entre 5-8 puntos se ha observado que tienen una elevada especificidad para detectar AOS moderado-severo. Actualmente en nuestro centro, la prueba diagnóstica de elección para la confirmación de una sospecha de AOS es la polígrafía cardiorrespiratoria. Debido a la elevada demanda de esta exploración, es habitual una demora de varios meses antes de llegar al diagnóstico final o a la exclusión del mismo. Por ello proponemos como línea de mejora la aplicación del cuestionario STOP-Bang en nuestra población de pacientes remitidos a la unidad de sueño, previo a la realización del estudio de sueño, como herramienta para priorización de los estudios.

RESULTADOS ESPERADOS
Priorización y ordenación de los pacientes en lista de espera para estudios de sueño.
Diagnóstico precoz de aquellos con más probabilidades de AOS moderada-severa.
Inicio precoz de tratamiento en pacientes con AOS moderada-severa.

MÉTODO
Incorporación del cuestionario STOP- Bang en el formulario de petición de estudios de sueño, a cumplimentar por el médico peticionario de la prueba.
A la recepción de las peticiones se asignaran 3 tipos de prioridades según la puntuación obtenida:
- Entre 5-8 puntos: prioridad alta.
- Entre 3-4 puntos: prioridad intermedia.
- Entre 0-2 puntos: prioridad baja.

Se deberán cumplir unos “plazos aconsejados” para la realización de los estudios según dichas prioridades:
- Prioridad alta: en 6 meses.
- Prioridad intermedia: en 9 meses.
- Prioridad baja: en 12 meses.

INDICADORES
Registro del resultado de la poligrafía cardiorrespiratoria y correlación con la puntuación en el cuestionario STOP- Bang y el grado de priorización asignado.
Estudio comparativo del “tiempo de espera” para estudios de sueño respecto a antes del protocolo de priorización:
- En pacientes con AOS severa y con AOS moderada sintomática.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0618

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA PRIORIZACION DE ESTUDIOS DE SUEÑO SEGUN EL CUESTIONARIO STOP-BANG DE SCREENING DE APNEA DE SUEÑO

Registro de las peticiones de estudios de sueño recibidas y su categorización según la priorización con el cuestionario STOP- Bang.
Correlación entre las categorías de priorización según el cuestionario y el resultado final de la poligrafía cardiorrespiratoria.
Estudio comparativo del "tiempo de espera" para estudios de poligrafía cardiorrespiratoria respecto a la práctica habitual previa al presente protocolo:
- En pacientes con AOS severo y AOS moderada sintomática.
Detección de posibilidades de mejora según los resultados obtenidos

DURACIÓN
Fecha final: 01/03/2017
Cronograma:
Creación de base de datos para registro: 01/10/2016
Recogida de datos: 01/10/2016- 01/03/2017
Evaluación final: 2017

OBSERVACIONES
Bibliografía
1. F. Chung, R. Subramanyam, P. Liao, E. Sasaki, C. Shapiro and Y. Sun, " High STOP-Bang score indicates a high probability of obstructive sleep apnoea", British Journal of Anaesthesia 108 (5): 768- 75 (2012).
2, 2009. 3. W.T. McNicholas, M.R. Bonsignore, "European Respiratory Society monograph: Sleep Apnea",Clinical handbooks for the Respiratory proffesional, No. 50, 2010.
3. T.S. Vasu et al, "Obstructive sleep apnea syndrome and postoperative complications", Arch Otolaryngol Head Neck Surg/Vol. 136 (No.10), Oct 2010.
4. F. Chung, H. Abdullah, P. Liao, " STOP-Bang Questionnaire, A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea", CHEST 2016; 149(3):631-638.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1233

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA MINCHOLE LAPUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLO DRONDA SALVADOR
MARQUEZ MEDINA DIEGO
ARTAL CORTES ANGEL
VENGOECHEA ARAGONCILLO JOSE JAVIER
GARCIA FAU PILAR
ALBERICIO GIMENO ASUNCION
HERRERO VILLALON ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el año 2018 se ha iniciado la colocación del catéter pleural tunelizado (CPT) en pacientes oncológicos con derrame pleural maligno sintomático.

Se ha elaborado un protocolo junto con el servicio de Oncología para la derivación y seguimiento de estos pacientes. Actualmente este protocolo se encuentra en fase de revisión.

Se ha realizado un informe del procedimiento y otro de seguimiento en los casos que fuera preciso en todos los pacientes.

Se ha enseñado a los familiares/cuidadores de los pacientes cómo realizar el drenaje en domicilio y limpiar zona de herida. Se ha entregado información escrita en relación al drenaje y limpieza de herida.

Se ha informado del horario de consulta ante las posibles complicaciones y/o dudas sobre el drenaje.

Se ha entregado semanalmente el número de botellas que precisaban para drenar el líquido pleural recogiéndose las utilizadas en la semana previa.

Se ha registrado en una base de datos excel las siguientes características: edad, sexo, neoplasia, localización del derrame, grado de disnea antes y después de la colocación del CPT, tiempo de espera desde solicitud hasta colocación CPT, cambio en la disnea, autonomía de los cuidadores, supervivencia media, retirada del CPT si fuera necesario, complicaciones (número y tipo).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2018 se han colocado un total de 7 CPT, todos en pacientes oncológicos con derrame pleural maligno sintomático por disnea, en situación de enfermedad oncológica avanzada. La edad media fue de 71 años. Seis padecían cáncer de pulmón y uno adenocarcinoma de páncreas.

El tiempo de espera hasta la colocación del CPT se adaptó a la sintomatología limitante del paciente dandole prioridad en la programación. Todos ellos se colocaron en menos de 7 días.

Se ha realizado un protocolo sobre el manejo del CPT junto a Oncología estando en fase de revisión por parte de la Unidad de Calidad del HUMS. Asimismo, se ha realizado un nuevo consentimiento informado que también está en fase de revisión.

Todos los pacientes han mejorado de la disnea tras la colocación del drenaje pleural (100%).

El 100% de los familiares/ cuidadores han manejado de manera autónoma y correcta el CPT.

Complicaciones (número y tipo): No hubo complicaciones en ninguno de los 7 pacientes.

No precisó retirarse el drenaje en ningún caso.

La supervivencia media fue de 1,5 meses. La supervivencia más prolongada hasta ahora es de un paciente que lleva con el CPT dos meses y medio y se está valorando su retirada por disminución progresiva del drenaje, en el contexto de una buena respuesta al tratamiento con quimioterapia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido necesario el trabajo en equipo entre las especialidades de oncología, cirugía torácica y neumología. Neumología en coordinación con oncología y cirugía torácica ha elaborado un protocolo de actuación pendiente de revisión por la unidad de calidad.

Dentro de neumología ha sido importante el trabajo en equipo entre médicos y enfermería para la citación,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1233

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

colocación del CPT, educación a familiares/ cuidadores, información sobre síntomas de reconsulta, entrega de botellas necesarias para el drenaje.
El resultado de esta coordinación ha sido muy positivo pudiendose llevar a cabo el proyecto.

El proyecto es sostenible y la tendencia actual es a aumentar el número de procedimientos ya que es un tratamiento necesario en pacientes oncológicos sintomáticos a causa del derrame pleural.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1233 ========== ***

Nº de registro: 1233

Título
IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

Autores:
MINCHOLE LAPUENTE ELISA, BELLO DRONDA SALVADOR, MARQUEZ MEDINA DIEGO, ARTAL CORTES ANGEL, VENGOECHEA ARAGONCILLO JOSE JAVIER, GARCIA FAU PILAR, ALBERICIO GIMENO ASUNCION, HERRERO VILLALON ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los derrames pleurales malignos (DPM) son una complicación común en la enfermedad maligna avanzada. Se ha estimado que hasta un 15% de los pacientes con cáncer de pulmón presentará inicialmente un DPM y hasta el 46% desarrollará un derrame pleural en algún momento de su enfermedad. Lamentablemente, la presencia de un DPM augura un mal pronóstico. La supervivencia media se encuentra entre 3-12meses.
El síntoma más importante asociado con el DPM es la disnea. Esta generalmente es subaguda, progresa durante días y semanas y puede asociarse con molestias en el pecho o tos.

Cuando el tratamiento no es curativo, el objetivo principal es proporcionar a nuestros pacientes el mejor de los cuidados para mantener una calidad de vida aceptable, centrando el tratamiento en la paliación de los síntomas.

Se deben favorecer, si es posible, los procedimientos mínimamente invasivos, con pocos efectos secundarios y ambulatorios, reduciendo al mínimo el tiempo de hospitalización para estos pacientes.

La toracocentesis terapéutica es el tratamiento inicial que consigue el alivio rápido de los síntomas. La recurrencia es muy probable a corto plazo por lo que se recomienda un plan de tratamiento. Recientemente, se ha desarrollado el uso de catéteres pleurales permanentes para el drenaje continuo del derrame pleural. Después de su colocación, se logra mejorar la disnea manteniendo la expansión pulmonar mediante el drenaje repetido en el domicilio a través del catéter y el uso de frascos de plástico desechables (550 ml a 1 L). Los catéteres se pueden insertar de forma ambulatoria bajo anestesia local. El cuidado del catéter se enseña a los pacientes y familiares aprendiendo el procedimiento de drenaje según síntomas en su domicilio. Enfermería participa en el cuidado y enseñanza del drenaje, y el especialista participa en la colocación, evaluación inicial y el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar una nueva técnica enfocada a pacientes sintomáticos con derrame pleural maligno recidivante
- Disminuir los síntomas de estos pacientes mejorando su calidad de vida
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y cuidadores
- Disminuir el número de reconsultas por este motivo
- Fomentar la investigación clínica y terapéutica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1233

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CATETER PLEURAL PERMANENTE EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS Y NEUMOLOGIA INTERVENCIONISTA

MÉTODO
- Colocación del catéter pleural permanente en pacientes sintomáticos con derrame pleural maligno recidivante
- Enseñar el manejo del drenaje con catéter pleural permanente a los pacientes y sus familiares.
- Realización de un informe del procedimiento y seguimiento por parte del Servicio de Neumología dirigido a otros servicios médicos que atiendan a estos pacientes.
- Realizar una encuesta de satisfacción, incluyendo escala de síntomas del paciente y familiares
- Realizar un protocolo junto con el Servicio de Oncología para la derivación y seguimiento de estos pacientes

INDICADORES
- Total de pacientes atendidos
- Modificación de la escala de medición de síntomas antes/después del procedimiento
- % de pacientes que manejan de manera autónoma el catéter pleural permanente
- Número y tipo de complicaciones
- Tiempo (mediana) de supervivencia
- Desarrollo de un protocolo para atención y seguimiento de estos pacientes

DURACIÓN
Fecha de inicio: Junio de 2018
Fecha para la primera evaluación: 6 meses desde el inicio del proceso
Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1265

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISABET VERA SOLSONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CARPI TERESA
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Mayo del 2018 se incorporó en el ámbito sanitario una herramienta informática, la Interconsulta Virtual (ITV), la cuál pretende mejorar la actuación ante el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades crónicas entre Atención Primaria y Especializada .
Se realiza un análisis de las pacientes remitidos a consultas de Neumología entre Mayo del 2018 hasta Febrero del 2019, describiendo el motivo de interconsulta más frecuentemente preguntado y se detectan las posibles mejorar que se realizaran en proyectos futuros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se analizan un total de 1927 interconsultas virtuales (ITV) siendo un 78% con prioridad normal.
932 son remitidas a CME Ramón y Cajal y 816 a CME San José, el resto de interconsultas son dirigidas a Neumología Infantil, Neumologia de Hospital Miguel Servet ó incluso a otros sectores que no son el sector II.
Los motivos más frecuentes de derivación fueron Revisiónes tras ingresos hospitalarios, indicación de oxigenoterapia, infecciónes respiratorias no resueltas y sospechas diagnósticas de EPOC, Asma y SAHS.
El 18 % de las ITV fueron en relación con la patología respiratoria de Asma bronquial., siendo el motivo de consulta más frecuenta la duda sobre el diagnóstico (53.31%), seguido de la falta de control de la enfermedad (43.51%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El asma bronquial es una enfermedad prevalente sin embargo su diagnóstico y control todavía no están bien definidos en otros ámbitos fuera de la atención especializada. Es por ello que se precisa de herramientas útiles como cuestionarios de control de síntomas (ACT), test de adherencia a inhaladores (TAI) y medición de función pulmonar como la espirometría que permitan tanto a Atención Primaria como a Atención Especializada realizar un abordaje conjunto y universal de dicha patología

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1265 ========== ***

Nº de registro: 1265

Título
PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA . SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II

Autores:
VERA SOLSONA ELISABET, MARTIN CARPI MARIA TERESA, GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, SANCHEZ BARON ANDRES, ARRIBAS BARCELONA JESUS, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1265

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Asma es una enfermedad crónica prevalente, afecta a 3 millones de personas en España (5% en adultos y 10% en niños).
En España, los costes se cifran en el 2% del gasto sanitario (1480 millones) de los cuales, el 70% se atribuyen a un mal control. En estudios en vida real, los asmáticos que alcanzan un buen control no llegan al 30%, y además, un 30% de pacientes diagnosticados de asma, no lo son. Es necesario realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados, sobre todo los que presentan un Asma Grave (AG) y de Control Difícil (ACD), sobre los que recae el mayor consumo de recursos sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y desde la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), se ha potenciado la creación y acreditación de Unidades Monográficas para la atención integral de pacientes con Asma (UMA), sobre todo con AG y ACD cuyos objetivos son: 1) mejorar el nivel de cuidado de los pacientes, asegurando un marco de calidad asistencial, 2) establecer los recursos y facilitar la gestión de los mismos, 3) Impulsar el desarrollo de planes formativos en asma y avanzar en el concepto de acreditación del conocimiento, 4) favorecer la colaboración con profesionales de otras disciplinas clínicas y 5) promover la investigación en asma.
En España, la creación de UMA ha resultado ser costo- efectiva. Parece razonable pensar que su puesta en marcha en el Hospital Miguel Servet (HMS), puede contribuir a mejorar el control de los pacientes con Asma, evitar diagnósticos erróneos, mejorar la satisfacción del paciente y disminuir el consumo de recursos sanitarios. Es fundamental que desde Atención Primaria se realice un diagnóstico adecuado y en caso de que no exista un buen control del paciente asmático, y siguiendo los criterios consensuados, se derive a las UMA.

MÉTODO
Durante 2014 y 2015 se elaboró un protocolo para Aragón de Derivación de pacientes asmáticos desde AP a AE en el que participaron Neumólogos, Alergólogos, Médicos de Atención Primaria (AP) y personal de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud. A través de la implantación de la Interconsulta Virtual (ITV) en el sector II se quiere desarrollar el Proyecto IMPRODA definido por el conjunto de actuaciones por las que se le presta atencio´n a personas que consultan por si´ntomas sugestivos de asma, se establecen mecanismos para la deteccio´n precoz, diagno´stico, clasificacio´n de gravedad, tratamiento ajustado, actividades educativas en prevencio´n y estrategias de automanejo y seguimiento. Todo ello encaminado a asegurar una calidad de vida o´ptima, garantizar la continuidad asistencial, la coordinacio´n entre los diferentes profesionales y la corresponsabilidad de los éstos y el paciente.
a) Entrada al proceso a través de ITV. Criterios de derivación: diagnósticos, terapeúticos, circunstancias especiales, relacionados con el tratamiento actual.
b)Li´mite final: Exclusio´n del diagno´stico de asma; Asma controlado, paciente asintoma´tico y con funcio´n pulmonar normal, sin tratamiento, al menos 2 an~os.
HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTE ASMÁTICO DESDE AP A AE
Datos de filiación:
Motivo de derivación
1.Problema diagnósticos
-No confirmación con medios disponibles
-Posible componente alérgico
-Sospecha de asma ocupacional
-Sospecha de pseudoasma
-Sospecha de enfermedad agravante
2.Problemas terapéuticos
-Mal control sintomático
-Exacerbaciones frecuentes (= 2 tandas de corticoides/año, visita a urgencias o ingreso hospitalario)
-Riesgo futuro incrementado (FEV1 < 80%)
-Necesidad de tratamientos especiales (biológicos, termoplastia, antibioterapia prolongada)
-Efectos secundarios graves del tratamiento
-Rinosinusitis y poliposis nasal graves
3.Circunstancias especiales
-Sindrome de solapamiento (ACO)
-Asmática embarazada
-Antecedentes de asma de riesgo vital
-EREA
-Asma corticodependiente y corticoresistente
-Alergia alimentaria
-Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)
4.Tratamiento actualizado

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1265

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON ASMA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA. SECTOR SANITARIA ZARAGOZA II

La utilidad de este protocolo va a ser evaluada mediante indicadores de calidad y así determinar el número y características de los pacientes que, estando en tratamiento por Asma, no son realmente asmáticos y, por otro la mejoría en el grado de control del Asma.
Cabe remarcar la necesidad de difundir este protocolo de Asma bronquial a los médicos de AP, mediante la realización de un programa formativo y así desarrollar el proyecto con garantías y dentro de los criterios de calidad expresados anteriormente.

DURACIÓN
Reuniones Atención Especializada-Atención Primaria: tercer trimestre de 2018.
Difusión del protocolo a los Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2018.
Implementación del protocolo: Año 2019.
Evaluación de resultados: cuarto trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1270

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA MARTIN CARPI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA SOLSONA ELISABET
GOTOR LAZARO MARIA ANGELES
GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN
SANCHEZ BARON ANDRES
ARRIBAS BARCELONA JESUS
CARRIZO SIERRA SANTIAGO
BELLO DRONDA SALVADOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: es una enfermedad altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida.
En relación al diagnóstico hay que hacer frente tanto al problema del infradiagnóstico como al derivado de las listas de espera para realización de las pruebas pertinentes. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial a la hora de identificar los casos sospechosos. Por otra parte, es imprescindible la priorización previa identificación de los pacientes con clínica de SAHS más severo.
Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de la Interconsulta Virtual (ITV), como herramienta de gestión de procesos entre Atención Primaria y Especializada, nace este proyecto para aumentar la eficiencia y calidad de diagnóstico y tratamiento de SAHS entre ambos niveles asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El primer paso para desarrollar el proceso es el conocimiento de la situación de estas consultas. Desde Mayo de 2018 hasta la presente fecha, Febrero de 2019, se han realizado 1927 consultas intervirtuales al Servicio de Neumología, 78% con carácter normal y con una media de respuesta a las mismas de 2 días.
Respecto a SAHS, se han solicitado 464 consultas, el 24% del total. 166 pacientes han sido derivados al CME S.J. y 249 a CME RyC. El resto a HUMS. La distribución por sexos es de 134 (29%) mujeres y 330 hombres (71%).
Los motivos de derivación de estos pacientes los agrupamos en tres categorías.
1. Control de pacientes ya diagnosticados: 106 (23%): 69 pacientes para control clínico y renovación de CPAP en caso de utilizarla, 13 pacientes por intolerancia a CPAP, 6 por empeoramiento clínico a pesar de CPAP y 14 también por empeoramiento sin tratamiento. A destacar también la Renovación del Permiso de Conducción, 4 pacientes.
2. Para el diagnóstico de SAHS: 322 (69%). En todos ellos figura la descripción de síntomas: ronquido y/o somnolencia/cefalea matutina y/o pausas de apnea. Sin embargo, solamente 19 presentan datos antropométricos y/o IMC y/o cuestionario de Somnolencia Epworth o STOP-Bang y/o exploración de vía aérea: Mallampati. 9 se remiten por actividad laboral de riesgo, fundamentalmente conducción y 2 por no figurar la solicitud previa en lista o buzones. 9 son remitidos por recomendación desde Cardiología y 4 por HTA de difícil control.
3. Para iniciar tratamiento: 36 (8%) pacientes. Son aquellos a los que se han realizado las pruebas diagnósticas en otro centro, privado generalmente, o que se trasladan de área.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La demanda para estudio, tratamiento y control de SAHS es creciente desde Atención Primaria. Corresponde a la cuarta parte de las solicitudes. Existe alta sospecha diagnóstica en relación a la sintomatología. Sin embargo, las peticiones no están sistematizadas por lo que la priorización en la atención se dificulta. El proceso de mejora asistencial se debe implementar de forma progresiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1270 ========== ***

Nº de registro: 1270

Título
PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

Autores:
MARTIN CARPI MARIA TERESA, GOTOR LAZARO MARIA ANGELES, VERA SOLSONA ELISABET, SANCHEZ BARON ANDRES, ARRIBAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1270

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

BARCELONA JESUS, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, CARRIZO SIERRA SANTIAGO, BELLO DRONDA SALVADOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un problema de salud pública: enfermedad altamente prevalente con repercusión en la calidad de vida. En relación al diagnóstico hay que hacer frente tanto al problema del infradiagnóstico como al derivado de las listas de espera para realización de pruebas. El papel del médico de atención primaria (MAP) es primordial para identificar casos sospechosos. Por otra parte, es imprescindible la priorización previa identificación de los pacientes con clínica de SAHS severo. Los cuestionarios son una herramienta eficaz para ello, ya utilizados en nuestras consultas de Neumología con excelentes resultados. Además de la clínica de ronquidos y apneas objetivadas incluyen una serie de factores predictivos, la edad y la obesidad, medida por Índice de Masa Corporal (IMC) y/o perímetro del cuello (STOP-Bang) y/o perímetro de la cintura (OSA50).

RESULTADOS ESPERADOS
Con ocasión de la implementación en el Sector II de Zaragoza de las Consultas Virtuales, como herramienta de gestión de procesos entre Atención Primaria (AP) y Especializada (AE), nace este proyecto de diagnóstico y tratamiento de SAHS. Actualmente, a través de esta plataforma, entre 20-25% de las consultas procedentes de AP solicitan estudio de los trastornos respiratorios del sueño. Por lo tanto, nuestro objetivo es, a la vez que se mantiene la calidad de la asistencia, agilizar la toma de decisiones y evitar cierto número de consultas presenciales que menoscaban la actividad laboral del paciente e incrementan las listas de espera.

MÉTODO
Desde el ámbito de AP se debería seleccionar previamente a los pacientes para el estudio domiciliario de la patología:
1. Edad <55 años
2. Ausencia de comorbilidades: EPOC, Insuficiencia Respiratoria, Enfermedades Neurológicas o Cardiopatía (isquémica, valvulopatía, MCD, arritmias).
3. Estaría indicado cumplimentar el cuestionario STOP-Bang . En caso de mujeres, recomiendo valorar el perímetro de la cintura (si >88 cm añadir un punto en el ítem de cuello N).Informando del valor de cada ítem.
4. Solicitud de estudio de patología del sueño por parte de AP a través de la Plataforma. En el momento de que llegue esta solicitud a la Consulta Virtual se debería haber realizado y revisado ECG, Espirometría (historia de tabaquismo) y Rx de tórax (ésta debería estar realizada e informada en el momento de contestar a esta consulta porque, al existir demora en la realización del estudio, existe el riesgo de que ningún facultativo la valore).
5. Validación de la recepción y aceptación por parte del Servicio de Neumología (Poligrafía Respiratoria).
6. Creación de un repositorio con las peticiones, buzón, al que se puede acceder para conocer el estado de la solicitud. Priorización según el cuestionario.
7. Realización del estudio. Informe del mismo en Historia Electrónica.
8. Remisión al paciente al Centro de Salud o Centro Médico de Especialidades según resultados a través de la Consulta Virtual.
CUESTIONARIO STOP-BANG
Este cuestionario presenta diferentes ítems, se añade 1 punto por cada respuesta positiva.
STOP:
-Snore: hace referencia al ronquido. ¿Ronca alto (más que el tono de voz o suficiente para ser oído a través de puertas cerradas?
-Tiredness: hace referencia al cansancio o somnolencia.
-Apneas Observadas. ¿Ha observado alguien que deje de respirar durante la noche?
-P: Tensión arterial. Tiene HTA o está siendo tratado de HTA
Se completa con otra serie de ítems que son sociodemográficos: se añade 1 punto por cada criterio cumplido.
Bang:
-B: BMI. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) >35 Kg/m2
-Age: edad >50 años
-N: Neck, circunferencia del cuello >40 cm.
-G: gender, masculino.
Se considera un punto de corte de =3 como valor predictivo de la existencia de SAHS moderado o severo. A mayor puntuación, más probabilidad de SAHS.
CUESTIONARIO OSA 50
Utiliza como puntos de corte de perímetro de cintura los utilizados para definir el síndrome metabólico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1270

1. TÍTULO

PROYECTO DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) A TRAVES DE LA PLATAFORMA DE CONSULTA VIRTUAL

(cintura >102 cm en hombres y >88 cm en mujeres).
También presenta alta sensibilidad en el caso de puntuación mayor o igual a 5. En caso de respuesta positiva a cada cuestión se añade la puntuación siguiente:
-Obesidad: perímetro de cintura >102 en hombres y >88 cm en mujeres -- 3
-Snore (ronquido) -- 3
-A: apneas visualizadas-- 2
-50: edad =50 años-- 2
-TOTAL --/10

INDICADORES
RESULTADOS ESPERADOS
-Mejora continua de la comunicación
-Derivación con el menor número de consultas presenciales
-Priorización atendiendo a grado de severidad de los síntomas
-Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes
-Conocer el grado de satisfacción de los facultativos.
No disponemos de experiencia en las Consultas Virtuales ni en la implementación de las mismas en la patología del sueño. Tras un año de implantación se valorarían los resultados.

DURACIÓN
-Reunión AP-AE: tercer trimestre de 2018.
-Reunión con Médicos de Atención Primaria: cuarto trimestre de 2018
-Implementación del proyecto: año 2019
-Evaluación de resultados: cuarto trimestre de 2019

OBSERVACIONES
Las consultas en Centro Médico de Especialidades para el diagnóstico de SAHS constituyen 1 /3 de las primeras visitas. Existe un número considerable de pacientes para atender. Debido a ello, las listas de espera son importantes y con largas demoras. Hay que añadir que el abandono del formato de papel en beneficio de plataformas digitales nos obliga a una vigilancia extrema y cuidadosa. Es por ello, que la implantación de este proyecto debe realizarse con cautela y progresivamente. Para ello proponemos comenzar a implementarlo progresivamente.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CASADO PELLEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO CELADA DAVID
MARTA MORENO MARIA EUGENIA
ALARCIA ALEJOS RAQUEL
VELA MARIN ANA CARMEN
GONZALEZ GARCIA LAURA
NOVO GONZALEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha instaurado el protocolo de hidrocefalia crónica del adulto idiopática, se llevaron a cabo varias charlas acerca del mismo tanto en nuestro sector como en sector I y en sector de Huesca, todo ello cumpliendo el calendario marcado incialmente. Se elaboró un documento para cada paciente y una base de datos conjunta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido llevar a cabo de momento una medición de los parámetros indicados, dado que el escaso número de pacientes no permitiría llevar a cabo conclusiones por el momento. Sí se observa una mejoría importante en los tiempos de espera desde el diagnóstico de sospecha inicial hasta la realización de los tests diagnósticos y la intervención quirúrgica, en casos necesarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Considero que el equipo de mejora ha conseguido unos resultados muy positivos, ya que se ha conseguido instaurar y poner en marcha un protocolo que se está demostrando muy útil en varios aspectos. En primer lugar, se han reducido los tiempos de espera de forma considerable, así como el número de ingresos para la realización de estudios. Por otra parte en la actualidad se realiza una mejor selección de pacientes que lleva a mejores resultados postquirúrgicos. Se ha conseguido una mayor colaboración entre servicios implicados, lo que conlleva en unas mejores condiciones de trabajo y en una información más homogénea a los pacientes. Queda pendiente una nueva reunión cuando el número de casos sea relevante, de cara a revisar los resultados. En la última reunión del grupo de mejora se valoró la posibilidad de ampliar el protocolo a hidrocefalias crónicas triventriculares.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/164 ========== ***

Nº de registro: 0164

Título
DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Autores:
CASADO PELLEJERO JUAN, RIVERO CELADA DAVID, MARTA MORENO MARIA EUGENIA, ALARCIA ALEJOS RAQUEL, VELA MARIN ANA CARMEN, COZAR BARTOS MAGDALENA, GONZALEZ GARCIA LAURA, NOVO GONZALEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

PROBLEMA
La Hidrocefalia Crónica del Adulto idiopática es una entidad creciente cuyo proceso diagnóstico es complejo y multidisciplinar: el paciente debe someterse a pruebas de imagen, tests neuropsicológicos y de la marcha y una batería de técnicas invasivas (punción lumbar evacuadora, test de infusión, monitorización de la presión intracraneal, etc) para ser considerado candidato a cirugía de derivación de líquido cefalorraquídeo.

Múltiples estudios demuestran que una cirugía temprana repercute de forma positiva en la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los años de discapacidad de forma significativa. En el momento actual, la realización de los diferentes tests diagnósticos no se encuentra protocolizada y la atención de estos pacientes es altamente heterogénea. Por lo general, el paciente debe esperar a la realización ambulatoria de RM cerebral y, tras valoración por Neurología, esperar a ser citado con Neurocirugía. Posteriormente entra en lista de espera quirúrgica para realización de técnicas diagnósticas invasivas y, de resultar positivas, de nuevo entra en lista de espera para colocación de la derivación ventrículo-peritoneal.

Con la implementación de este nuevo protocolo pretendemos mejorar la atención sobre nuestros pacientes, ofreciendo una reducción importante en los tiempos de espera del proceso diagnóstico y terapéutico, así como la renovación y homogeneización de criterios según la más reciente evidencia científica.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Facilitar el diagnóstico de sospecha de la enfermedad a neurólogos y radiólogos de atención secundaria.

2) Homogeneizar las diferentes pruebas a realizar en todos los pacientes, así como los resultados considerados patológicos.

3) Reducir el tiempo de espera desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención quirúrgica.

4) Mejorar el conocimiento sobre la patología del propio paciente y familiares.

5) Reducir la morbi-mortalidad y la variabilidad en el tratamiento de estos pacientes.

6) Facilitar al profesional el acceso a los datos relacionados con la enfermedad.

7) Posibilitar la creación de una base de datos que nos permita un mejor conocimiento de la patología que tratamos y la realización de publicaciones.

MÉTODO
Coincidiendo con los puntos del apartado previo:

1) Creación de un protocolo para radiólogos y neurólogos de centros de especialidades que les permita llevar a cabo de forma sistematizada un diagnóstico de sospecha de Hidrocefalia Crónica del Adulto y la derivación temprana a nuestro centro.

2) Creación de un árbol de decisión basado en la evidencia científica que sistematice y homogeneice la atención de nuestros pacientes.

3) Ingreso hospitalario de todo paciente con sospecha clínica y radiológica de HCAi para diagnóstico rápido de la enfermedad mediante la realización de a) RM cerebral por parte del servicio de Radiodiagnóstico, b) punción lumbar evacuadora y tests de la marcha por parte del servicio de Neurología y c) técnicas quirúrgicas de diagnóstico invasivo por parte del servicio de Neurocirugía.

4) Realización de nuevos consentimientos informados quirúrgicos específicos para cada una de las diferentes pruebas a las que el paciente se va a someter.

5) Creación de una unidad de patología licuoral en el servicio de Neurocirugía.

6) Creación de una "ficha" de cada paciente en la que se detalle de forma clara y ordenada cada uno de los resultados de las pruebas realizadas, así como tipo de tratamiento, etc.

7) Creación de una base de datos de los pacientes con sospecha de HCAi que nos permita reevaluar nuestra actividad y mejorarla en el futuro.

INDICADORES
1) Número de ingresos hospitalarios de pacientes con sospecha de HCA.

2) Tiempo (semanas) transcurrido desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención o hasta el fin del proceso diagnóstico (en caso de resultados negativos).

3) Mejoría clínica del paciente a los tres y seis meses y al año y dos años de la intervención mediante el test de Kiefer.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

DURACIÓN
- Enero de 2017: finalización del protocolo (reuniones multidisciplinares) y presentación en el HUMS y centros de especialidades asociados.

- Febrero de 2017: puesta en marcha del protocolo hospitalario.

- Diciembre de 2017: primera evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos.

- Enero de 2018: presentación del protocolo y primeros resultados a otros servicios aragoneses derivadores de patología al servicio de Neurocirugía.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN CASADO PELLEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO CELADA DAVID
MARTA MORENO MARIA EUGENIA
ALARCIA ALEJOS RAQUEL
VELA MARIN ANA CARMEN
GONZALEZ GARCIA LAURA
NOVO GONZALEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este tiempo, hemos iniciado el protocolo de manejo de la hidrocefalia crónica del adulto idiopática, en el que colaboramos las especialidades de Neurocirugía, Neurología y Radiodiagnóstico.

Se impartió una charla para los especialistas de nuestro sector para dar a conocer los cambios en el manejo de esta patología, tanto a nivel de diagnóstico y tratamiento, como en lo que respecta al intento de disminuir los tiempos de espera. Se impartieron charlas con el mismo objetivo en otros centros de la comunidad.

Todos los nuevos casos de HCAi han entrado a formar parte del protocolo y quedan reflejados en su correspondiente "ficha del paciente". Se inició una base de datos multidisciplinar para recoger todos los pacientes estudiados. Se ha disminuido la lista de espera en estos pacientes tanto para la realización de pruebas diagnósticas como para la implantación de la derivación ventrículo-peritoneal en los casos indicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dada la reciente implantación del protocolo, queda pendiente todavía la revisión de los estándares planteados. Por el momento todos los pacientes con sospecha diagnóstica de HCAi han iniciado el protocolo, cumpliéndose los indicadores previstos y disminuyendo por ello la lista de espera para el diagnóstico y tratamiento de una patología benigna pero altamente incapacitante para el paciente y cuidadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo multidisciplinar que firma este proyecto de mejora se encuentra muy satisfecho con el trabajo realizado. Quedando pendiente todavía la valoración fiable de los datos cuando contemos con más meses de experiencia, somos conscientes de que nos encontramos en el buen camino. Para empezar, hemos creado un grupo de expertos multidisciplinar para el manejo de una patología compleja. Con ello y el protocolo creado, mejoramos la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas y con ello somos capaces de obtener mejores resultados (también objetables) en los pacientes en los que se coloca una DVP. Por otra parte, hemos disminuido de forma muy considerable el tiempo de espera de acceso a las diferentes pruebas, invasivas o no, así como el tiempo de espera quirúrgico en los casos en los que la intervención es necesaria. Todo ello conlleva una mejoría en la calidad de vida del paciente y cuidadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/164 ========== ***

Nº de registro: 0164

Título
DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Autores:
CASADO PELLEJERO JUAN, RIVERO CELADA DAVID, MARTA MORENO MARIA EUGENIA, ALARCIA ALEJOS RAQUEL, VELA MARIN ANA CARMEN, COZAR BARTOS MAGDALENA, GONZALEZ GARCIA LAURA, NOVO GONZALEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Hidrocefalia Crónica del Adulto idiopática es una entidad creciente cuyo proceso diagnóstico es complejo y multidisciplinar: el paciente debe someterse a pruebas de imagen, tests neuropsicológicos y de la marcha y una batería de técnicas invasivas (punción lumbar evacuadora, test de infusión, monitorización de la presión intracraneal, etc) para ser considerado candidato a cirugía de derivación de líquido cefalorraquídeo.

Múltiples estudios demuestran que una cirugía temprana repercute de forma positiva en la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los años de discapacidad de forma significativa. En el momento actual, la realización de los diferentes tests diagnósticos no se encuentra protocolizada y la atención de estos pacientes es altamente heterogénea. Por lo general, el paciente debe esperar a la realización ambulatoria de RM cerebral y, tras valoración por Neurología, esperar a ser citado con Neurocirugía. Posteriormente entra en lista de espera quirúrgica para realización de técnicas diagnósticas invasivas y, de resultar positivas, de nuevo entra en lista de espera para colocación de la derivación ventrículo-peritoneal.

Con la implementación de este nuevo protocolo pretendemos mejorar la atención sobre nuestros pacientes, ofreciendo una reducción importante en los tiempos de espera del proceso diagnóstico y terapéutico, así como la renovación y homogeneización de criterios según la más reciente evidencia científica.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Facilitar el diagnóstico de sospecha de la enfermedad a neurólogos y radiólogos de atención secundaria.

2) Homogeneizar las diferentes pruebas a realizar en todos los pacientes, así como los resultados considerados patológicos.

3) Reducir el tiempo de espera desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención quirúrgica.

4) Mejorar el conocimiento sobre la patología del propio paciente y familiares.

5) Reducir la morbi-mortalidad y la variabilidad en el tratamiento de estos pacientes.

6) Facilitar al profesional el acceso a los datos relacionados con la enfermedad.

7) Posibilitar la creación de una base de datos que nos permita un mejor conocimiento de la patología que tratamos y la realización de publicaciones.

MÉTODO
Coincidiendo con los puntos del apartado previo:

1) Creación de un protocolo para radiólogos y neurólogos de centros de especialidades que les permita llevar a cabo de forma sistematizada un diagnóstico de sospecha de Hidrocefalia Crónica del Adulto y la derivación temprana a nuestro centro.

2) Creación de un árbol de decisión basado en la evidencia científica que sistematice y homogeneice la atención de nuestros pacientes.

3) Ingreso hospitalario de todo paciente con sospecha clínica y radiológica de HCAi para diagnóstico rápido de la enfermedad mediante la realización de a) RM cerebral por parte del servicio de Radiodiagnóstico, b) punción lumbar evacuadora y tests de la marcha por parte del servicio de Neurología y c) técnicas quirúrgicas de diagnóstico invasivo por parte del servicio de Neurocirugía.

4) Realización de nuevos consentimientos informados quirúrgicos específicos para cada una de las diferentes pruebas a las que el paciente se va a someter.

5) Creación de una unidad de patología licuoral en el servicio de Neurocirugía.

6) Creación de una "ficha" de cada paciente en la que se detalle de forma clara y ordenada cada uno de los resultados de las pruebas realizadas, así como tipo de tratamiento, etc.

7) Creación de una base de datos de los pacientes con sospecha de HCAi que nos permita reevaluar nuestra actividad y mejorarla en el futuro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0164

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL TIEMPO DE ESPERA ENTRE EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA Y EL TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA CRONICA DEL ADULTO IDIOPATICA (HCAI) A TRAVES DE LA REALIZACION DE UN PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR

INDICADORES
1) Número de ingresos hospitalarios de pacientes con sospecha de HCA.

2) Tiempo (semanas) transcurrido desde el diagnóstico de sospecha de la enfermedad hasta la realización de la intervención o hasta el fin del proceso diagnóstico (en caso de resultados negativos).

3) Mejoría clínica del paciente a los tres y seis meses y al año y dos años de la intervención mediante el test de Kiefer.

DURACIÓN
- Enero de 2017: finalización del protocolo (reuniones multidisciplinares) y presentación en el HUMS y centros de especialidades asociados.

- Febrero de 2017: puesta en marcha del protocolo hospitalario.

- Diciembre de 2017: primera evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos.

- Enero de 2018: presentación del protocolo y primeros resultados a otros servicios aragoneses derivadores de patología al servicio de Neurocirugía.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0583

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NOVO GONZALEZ BEATRIZ
CASADO PELLEJERO JUAN
RIVERO CELADA DAVID
ELENWOKE NNAMDI
AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA
ALBERDI VIÑAS JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron las reuniones que se establecieron para identificar los pacientes susceptibles del uso del dispositivo de telemetría, con el objetivo de optimizar los recursos asistenciales.
Se seleccionaron dos pacientes en 2017 susceptibles de ser intervenidos para el implante del dispositivo.
Se realizaron los informes de solicitud de material quirúrgico como corresponde, siendo aceptado su uso por parte de la Dirección del Hospital.
Se procedió al implante del dispositivo en dos pacientes: diciembre de 2016 y mayo de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes portadores del dispositivo se han seguido de forma trimestral en Consultas Externas de Neurocirugía.

En el paciente 1 se logró disminuir de forma evidente la necesidad de repetición de estudios de imagen de forma radical, dado que la medición de presiones intracraneales normales ha evitado de forma drástica la realización de innumerables pruebas que habrían sido motivadas por la ansiedad del paciente con respecto a su patología de base. También ha permitido que no nunca haya sido necesario modificar las presiones del sistema de derivación ventrículoperitoneal que porta. Así mismo se ha realizado todo el seguimiento a través de las consultas externas, evitando sobrecargar los servicios de urgencias, cosa que habitualmente ocurre en este tipo de pacientes. El dispositivo se ha dejado implantado durante un año sin producir problemas, con la satisfacción de la paciente.

En el paciente 2 se identificó una patología que motiva una segunda intervención quirúrgica que, a nuestro juicio, puede ser definitiva mediante procedimiento endoscópico. El dispositivo ha sido retirado con este objetivo.

En los dos pacientes en los que se ha implantado el dispositivo se ha reducido hasta cero el número de ingresos hospitalarios para reevaluación de la presión intracraneal; ha disminuido de forma drástica el número de estudios de imagen tanto en urgencias (TAC) como aquellos solicitados en consultas (RMN) para control de la talla ventricular, no precisándose ningún estudio urgente en ambos, y únicamente un estudio de imagen a cada uno en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos de forma positiva los siguientes aspectos:
1.Cuidados “excelentes”. Con la telemetría es posible mejorar los resultados de la atención mediante el control continuado y ambulatorio de la presión intracraneal del paciente en cualquier momento.
2.Mejorar la autonomía y responsabilidad de los pacientes sobre su salud: a través de un sistema que lleva implantado de forma permanente, que tendrá que proteger para que no sufra daños externos, y que no precisará de mantenimiento hospitalario salvo rotura o fallo técnico.
3.Mejora de la seguridad de los pacientes mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuirán los riesgos derivados de los ingresos hospitalarios así como la posibilidad de sufrir infecciones nosocomiales.
4.Mejorar la utilización de recursos. El sistema pretende ser más costo-efectivo en relación al número de cirugías requeridas, el número de sensores implantados por paciente, así como en cuanto al número de estudios de imagen realizados en cada visita a Urgencias, ya que el sistema permite el registro de presiones en el acto mediante una antena y monitor que estarán disponibles en el hospital.
5.Atender las expectativas de los profesionales. Facilitando el seguimiento de los pacientes que se traslada del área hospitalaria al área de consultas ambulatorias.

Como limitaciones encontramos que, al tratarse de un sistema novedoso que solo se ha aplicado en dos pacientes, no es posible realizar estudio estadístico. La comparación de las diferentes ventajas del sistema se realizará entre las variables correspondientes y mediante los datos retrospectivos de pacientes con las mismas patologías tratados en nuestro centro hasta la actualidad.

Queda pendiente la realización de un informe de coste-efectividad del sistema a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0583

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

El proyecto seguirá adelante por nuestro máximo interés en patologías complejas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/583 ========== ***

Nº de registro: 0583

Título
OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

Autores:
GONZALEZ GARCIA LAURA, NOVO GONZALEZ BEATRIZ, CASADO PELLEJERO JUAN, RIVERO CELADA DAVID, MOLES HERBERA JESUS ADRIAN, ELENWOKE NNAMDI, AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA, ALBERDI VIÑAS JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Patología licuoral
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.......: Aplicación de otras étnicas llevadas a cabo con éxito. Investigación

PROBLEMA
La monitorización de la presión intracraneal (PIC) requiere un transductor invasivo que permita el registro de la presión media junto con la morfología de las ondas de presión intracraneales. Existe actualmente a disposición de nuestro servicio un dispositivo estándar que permite la monitorización de la PIC mientras el paciente se encuentra ingresado y conectado a un sistema de registro.
El sistema de medición telemétrica Raumedic Neurovent®-P-tel puede ser de utilidad como elemento diagnóstico y de seguimiento en pacientes con enfermedades crónicas y dependientes dentro de la patología licuoral compleja. El sistema permite el registro de la PIC de manera continuada y ambulatoria a lo largo de meses o años sin precisar de nuevas intervenciones quirúrgicas, nuevos implantes o nuevos ingresos hospitalarios cada vez que deba medirse la presión intracraneal.
Esta herramienta permitirá mejorar la calidad en nuestro servicio de salud en cuanto a la morbilidad del procedimiento, la estancia hospitalaria, los costes sanitarios, y aumenta la ganancia en calidad de vida y satisfacción del usuario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejora en los cuidados del paciente. Con la telemetría será posible mejorar los resultados de la atención mediante el control continuado y ambulatorio de la presión intracraneal del paciente en cualquier momento.
2. Mejorar la autonomía y responsabilidad de los pacientes sobre su salud: a través de un sistema que llevará implantado de forma permanente, que tendrá que proteger para que no sufra daños externos, y que no precisará de mantenimiento hospitalario salvo rotura o fallo técnico.
3. Mejora de la seguridad de los pacientes mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuirán los riesgos derivados de los ingresos hospitalarios así como la posibilidad de sufrir infecciones nosocomiales.
4. Mejorar la utilización de recursos. El sistema pretende ser más costo-efectivo en relación al número de cirugías requeridas, el número de sensores implantados por paciente, así como en cuanto al número de estudios de imagen realizados en cada visita a Urgencias, ya que el sistema permite el registro de presiones en el acto mediante una antena y monitor que estarán disponibles en el hospital.
5. Atender las expectativas de los profesionales. Facilitando el seguimiento de los pacientes que se traslada del área hospitalaria al área de consultas ambulatorias.

MÉTODO
- Reunión mensual del equipo de mejora para establecer planes de tratamiento y necesidades al alta para el seguimiento del dispositivo y optimizar la utilización de recursos asistenciales.
- Seguimiento trimestral en Consultas Externas de Neurocirugía de los pacientes portadores del dispositivo.
- Encuesta de satisfacción al paciente en relación con el diagnóstico y seguimiento de su enfermedad (disminución de cirugías y estudios de imagen).
- La comparación de las diferentes ventajas del sistema se realizará entre las variables correspondientes y mediante los datos retrospectivos de pacientes con las mismas patologías tratados en nuestro centro hasta la actualidad.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0583

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL SISTEMA DE MONITORIZACION DE LA PRESION INTRACRANEAL EN PACIENTES NEUROQUIRURGICOS. LA TELEMETRIA

- Registro en hoja de cálculo EXCEL de los datos de estos pacientes en los que se incluirán las variables: edad, sexo, diagnóstico principal, complicaciones en relación a la implantación del sistema telemétrico, si es intervenido quirúrgicamente o no, valoración postoperatoria y seguimiento trimestral.
- Reuniones mensuales del equipo de mejora para consensuar la lectura de los registros procedentes de los sensores implantados y el tratamiento óptimo para estos pacientes.
- Reuniones mensuales del equipo de mejora para revisar los resultados obtenidos en los pacientes portadores del sistema, que hayan requerido una o múltiples intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de su patología neuroquirúrgica.
- Porcentaje de pacientes en los que se ha reducido el número de estudios de imagen.
- Porcentaje de pacientes que hayan requerido un menor número de ingresos hospitalarios para reevaluación de la presión intracraneal.
- Porcentaje de informes de alta en HP doctor que incluyan estos pacientes y a derivación al alta a consulta especializada de Patología Licuoral compleja.

DURACIÓN
-Enero de 2017: Aceptación del sistema de telemetría y selección de pacientes para la indicación quirúrgica mencionada.
-Febrero de 2017: Primeros pacientes intervenidos para la implantación del sistema de telemetría.
-Diciembre de 2017: Evaluación de cumplimiento del protocolo y análisis de datos obtenidos hasta la fecha.
-Enero de 2018: Presentación de resultados.

OBSERVACIONES
El uso de la telemetría se ha llevado a cabo con éxito en otros centros o unidades en otras Comunidades Autónoma y en el extranjero.
Los centros españoles que por volumen y cartera de servicios son de categoría similar a la nuestra, en los que se está utilizando el sistema Raumedic Neurovent®-P-tel para la monitorización ambulatoria de la PIC son el Hospital Universitario-Politécnico La Fe de Valencia y el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.
Otros servicios Neuroquirúrgicos Internacionales en los que también se ha utilizado: Saarland University Medical Center and Saarland University Faculty of Medicine, Homburg/Saar, Alemania. Uppsala University Hospital, 751 85, Uppsala, Suecia. Charité - Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Alemania.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Fecha de entrada: 02/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUZ NAVARRO INUÑEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO PELLEJERO JUAN
FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES
MARTINEZ MATILLA CARMEN
NOVO GONZALEZ BEATRIZ
MOLES HERBERA JESUS
ORDUNA MARTINEZ JAVIER
HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- FORMACION DE GRUPO DE TRABAJO INTERDISCIPLINAR: cumplido, formado por:

* CASADO PELLEJERO JUAN. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET NEUROCIRUGIA
*FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET GERIATRIA
*MARTINEZ MATILLA CARMEN. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* NOVO GONZALEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* MOLES HERBERA JESUS. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* ORDUNA MARTINEZ JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA
* HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. H MIGUEL SERVET. NEUROCIRUGIA

2.- ELABORAR UNA MATRIZ DAFO (ANALISI INTERNO, FORTALEZAS Y DEBILIDADES, Y ANALISIS EXTERNO OPORTUNIDADES Y AMENAZAS) CON LOS PROBLEMAS CLINICOS DETECTADOS EN LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN NEUROCIRUGÍA.
Cumplido.

FORTALEZAS:
Ya se trabaja conjuntamente en equipo interdisciplinar con Geriatría (Geriatra de apoyo a sº Neurocirugía) en los mayores de 76 años así que solo sería aplicarlo al resto de pacientes de la planta.
Este trabajo ha permitido constatar que ha disminuido la estancia media, el reingreso al mes por el mismo motivo y la mortalidad al año en los mayores de 76 años.
Entendemos que si los problemas son similares e inherentes a la inmovilidad, en mayor o menor grado, deberían disminuir las complicaciones asociadas al mismo (ileos paraliticos, upp, infecciones de tracto urinario ligadas a catéter, bronco aspiraciones...)
No supone un sobrecosto de personal.

DEBILIDADES:
Variabilidad del personal en planta, que no recibe formación directamente.
Por esta variabilidad, puede existir menor compromiso con estos cuidados, al poder suponer una mayor carga de trabajo.

OPORTUNIDADES:
Debemos adaptarnos a las necesidades del paciente inmovilizado y saber detectar y tratar precozmente las complicaciones asociadas al síndrome de inmovilidad
Permite formar a todo el personal de tal manera que a su vez sean capaces de hacer partícipe al familiar de medidas a su alcance de cara al alta del paciente (a domicilio o recurso sociosanitario correspondiente) que eviten complicaciones a nivel de movilización, alimentación, medidas no farmacológicas para tratar el síndrome confusional agudo o el empleo de dispositivos que favorecen el cambio de posición.
Incorporar a esta formación al estudiante de enfermería al ser varios de los profesionales que conforman el equipo interdisciplinar, profesores asociados de la facultad de ciencias de la salud
Unificar la sistemática de trabajo.

AMENAZAS:
La inmovilidad de este paciente en concreto a veces no se puede evitar (drenajes, necesidad de contención física por síndrome confusional severo...)
Colaboración del personal implicado en los cuidados.

3.- ELABORAR ESTRATEGIAS CAME:

CORREGIR DEBILIDADES:
La variabilidad en el personal no es algo que dependa del servicio pero se seguirá haciendo hincapié en la conveniencia de que sea personal lo más formado posible y que controle las técnicas y las complicaciones inherentes a estos pacientes.
Intentar estimular a todo el personal, facilitando la información al unificar criterios y dejarlos por escrito, en ordenador accesible para todos en el control de enfermería
Manual de acogida que se entregue a todo el personal que comience trabajo en el servicio y contenga los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

puntos definidos
Charlas formativas para el personal de la planta (disfagia, manejo del estreñimiento, manejo no farmacológico del síndrome confusional agudo, ulceras por presión…)

AFRONTAR AMENAZAS:
A pesar de que mucha inmovilidad no se pueda evitar (drenajes, contención mecánica) intentar retirada y movilización lo más precoz posible de catéteres y contenciones
Tratamiento precoz del síndrome confusional (interconsulta precoz con psicosomática) y toma de medidas no farmacológicas que lo eviten.
Hacer uso de las medidas oportunas para prevenir heridas por presión y otras complicaciones en inmovilizados (valorar colchón antiescaras, medias neumáticas cuando estén indicadas, movilizaciones en cama…)
Estandarizar estos cuidados y la detección precoz de complicaciones (test disfagia al ingreso, levantar si hay autorización medica a las 24h del ingreso..)

MANTENER FORTALEZAS
Mantener el trabajo en equipo interdisciplinar.
Registro de deposiciones para detección precoz de estreñimiento.
Registro de movilización de cada paciente.

EXPLOTAR OPORTUNIDADES
Poder elaborar manuales de acogida.
Poder elaborar manuales de actuación en el paciente inmovilizado unificado y estandarizado.

4.- ELABORACION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION: si, se han elaborado dos encuestas.
Una para evaluar la satisfacción del personal y otra para evaluar la satisfacción del paciente/familia.
Las tengo disponibles en formato pdf.

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE NEUROCIRUGIA

La utilización del cuestionario será absolutamente confidencial.

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión y en caso de desacuerdo indique él porque

Puesto de trabajo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El trabajo en mi unidad está bien organizado					
Mis funciones y responsabilidades están definidos					
Las cargas de trabajo están bien repartidas.					
Creo que hay suficiente personal para tratar al paciente inmovilizado					
Creo que se moviliza de forma correcta y según las necesidades de cada paciente					
Creo que mi trabajo es excesivo					

¿Por qué?
_____
_____
_____

Dirección de la unidad	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La supervisora demuestra conocimiento de sus funciones.					
La supervisora soluciona los problemas de manera eficaz.					
La supervisora toma decisiones con la participación del personal de la unidad.					

¿Por qué?
_____
_____
_____

Ambiente de trabajo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La relación con los compañeros de trabajo es buena.					
Es habitual la colaboración para sacar adelante las tareas.					
Me siento parte de un equipo de trabajo.					
Me resulta fácil expresar mis opiniones en mi lugar de trabajo.					
El ambiente de trabajo me produce estrés.					

¿Por qué?
_____
_____

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Comunicación y coordinación Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo
Me resulta fácil la comunicación con mi responsable.
Recibo la información necesaria para desarrollar correctamente mi trabajo.
Tenemos una adecuada coordinación con otras Unidades del Hospital

¿Por qué?
_____
_____
_____

Formación Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo
Recibo la formación necesaria para desempeñar correctamente mi trabajo.
El plan de formación continuada me es útil.
El Hospital te ofrece la formación necesaria para tu desarrollo profesional.

¿Por qué?
_____
_____
_____

Implicación en la mejora Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Totalmente de acuerdo
Entre los objetivos de mi Unidad, es prioritaria la mejora de la calidad de los servicios que préstamos.
El responsable de mi Unidad pone en marcha iniciativas de mejora.
Identifico en mi actividad diaria aspectos susceptibles de mejora.
Colaboraría en iniciativas de mejora
En el último año he percibido una tendencia a mejorar en mi unidad.
Consideras que las sugerencias y aportaciones que realizas para la mejora del Servicio son adecuadamente escuchadas y consideradas.

¿Por qué?
_____
_____
_____

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS
Gracias por su interés y colaboración. Si cree preciso incluir alguna consideración o comentario puede hacerlo a continuación:

ENCUESTA DE SATISFACCION SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN LA UNIDAD DE NEUROCIRUGIA

Estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de los servicios ofrecidos durante su paso por la unidad.
Le agradeceríamos que rellenara voluntariamente esta encuesta que será absolutamente anónima y puede entregarla al personal de la planta.
Le agradecemos su interés para que mejoremos nuestro trabajo, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

- En general ¿Cómo calificaría usted la atención sanitaria recibida en este servicio?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Qué le parecen las condiciones de la unidad (limpieza, iluminación, temperatura, material, etc.?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo calificaría usted los servicios prestados por el personal de Enfermería?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo calificaría usted los servicios prestados por el personal Auxiliar de Enfermería?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo considera la atención proporcionada por su médico?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

- ¿Cómo fue la explicación que recibió de su médico en relación a su padecimiento y tratamiento?

Excelente Bueno Satisfactorio Insatisfactorio

-¿Cómo considera que fueron atendidas sus necesidades de higiene (aseo personal)?

Muy buena Bueno Regular Mala

- El Personal de la unidad, ¿ha preservado su intimidad durante el aseo personal u otras asistencias (sondajes, enemas, curas...)

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

- ¿El Personal se ha preocupado por facilitar su descanso?

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

- En caso de que su familiar haya estado desorientado, inquieto o agitado ¿ha recibido información o atención por parte del personal?

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

-¿Considera que se ha facilitado la movilización de su familiar por parte del personal?

Siempre Alguna vez Rara vez Nunca

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión NS=NO SE

- ¿A su llegada a nuestro servicio, cree usted haber recibido la información necesaria sobre su funcionamiento?
- El Personal, ¿se ha preocupado por explicarle las modificaciones de la dieta si las ha existido (Espesantes, agua gelificada…)?
- ¿Si presentó dolor, cree usted que se le trató adecuadamente?

¿Hay algo en particular que no le haya gustado?

¿Qué podemos mejorar?

Por favor rellene las siguientes casillas con datos del paciente

Edad……. años.

Indique si es: Hombre Mujer

Indique por favor quién rellena el cuestionario

Paciente Familiar/Allegado/Representante

5.- PUESTA EN MARCHA Y REGISTRO EN EXCELL: nos encontramos en la fase de elaborar y decidir las variables que conformaran el Excell.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se objetiva un mejor ambiente de trabajo y una estandarización de los cuidados, con mayor implicación del personal responsable de cada disciplina. Para nosotros esto ya es un gran logro.
Queremos realizar el registro en Excell para poder tener claros los condicionantes de complicaciones en otros pacientes y poder prevenirlos, por ello queremos elaborar un Excell correctamente orientado.
Se ha actualizado el manual de acogida y se entrega a todo el personal.
Se ha instalado en el ordenador del control con claves accesibles al personal el manual de acogida y las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

funciones que deben realizar en cada turno de trabajo las TCAES y Enfermera/os asi como la forma de realizar el Test de Disfagia. Encontramos en él los diferentes registros (Tipo de dietas, deposición, levantamiento, RHB, cambios posturales..)
Se han podido valorar las necesidades del Servicio a nivel de material para poder hacer las oportunas solicitudes como colchones anti-escaras, medias de compresión, complementos nutricionales para pacientes con disfagia (Suplementos espesados, agua gelificada, espesantes...).
Se han realizado formaciones al personal, para poder estandarizar el test de Disfagias en estos pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo interdisciplinar permite un feedback de conocimientos entre las distintas disciplinas que redunda en calidad de atención al paciente.
La estandarización de los cuidados en el paciente inmovilizado, la prevención de las complicaciones y su detección precoz permitirán presumiblemente mejorar la calidad de atención al paciente neuroquirúrgico, mejorar la satisfacción del paciente y sus cuidadores/familiares y mejorar los resultados en salud del mismo.
Continuaremos trabajando en esta línea de trabajo, para mejorar los ítems previos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1070 ========== ***

Nº de registro: 1070

Título
DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Autores:
NAVARRO INUÑEZ MARIA LUZ, CASADO PELLEJERO JUAN, FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES, MARTINEZ MATILLA CARMEN, NOVO GONZALEZ BEATRIZ, MOLES HERBERA JESUS, ORDUNA MARTINEZ JAVIER, HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la puesta en marcha de la colaboración entre Neurocirugia y Geriatria en el años 2015, se ha establecido una dinámica de trabajo global, basada en el trabajo en equipo interdisciplinar, que ha redundado en una mejora de la atención de estos pacientes, con disminución de las estancias medias y mayor preocupación general por el control de complicaciones y la recuperación funcional y cognitiva de este perfil de pacientes.
Sin embargo, esta filosofía de trabajo todavía no se ha hecho extensiva a todo el grupo de profesionales que intervienen en el cuidado del paciente Neuroquirúrgico en especial entre DUEs y TCAEs. Entre las posibles causas puede estar la variabilidad de profesionales no adscritos de manera habitual al Servicio, que pueden intervenir en el cuidado de un paciente con necesidades tan especificas.
Este modelo propuesto permitirá globalizar un enfoque unificado desde el momento del ingreso para identificar y cuantificar problemas, evaluar aspectos funcionales y psicosociales, proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de los recursos asistenciales, además de analizar el grado de satisfacción tanto del paciente/familiar como de los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Formar grupo de trabajo interdisciplinar: médicos, DUEs y TCAEs

Elaborar una matriz DAFO (análisis interno: fortalezas y habilidades; y un análisis externos: oportunidades y amenazas) con los problemas clínico detectados en los pacientes inmovilizados ingresados en el Sº de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1070

1. TÍTULO

DETECCION ACTIVA DE NECESIDADES DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS INGRESADOS EN LA PLANTA DE NEUROCIRUGIA

Neurocirugia

Establecer las estrategias a desarrollar mediante análisis CAME: Corregir las debilidades, Afrontar las amenazas, Mantener las fortalezas y Explotar las oportunidades.

Elaboración de una encuesta de satisfacción del paciente y otra para los profesionales implicados que albergue las variables sobre las que vamos a trabajar

Puesta en practica y registro electrónico mediante base de datos excell de las variables determinadas para conocer la incidencia real de dichas complicaciones médicas en estos pacientes y la satisfacción de los mismos/sus familiares y el personal

Análisis de la incidencia de las variables detectadas y de las encuestas de satisfacción del paciente y profesionales

MÉTODO
1.- Formación de un grupo de trabajo interdisciplinar: Neurocirujanos, Supervisora enfermería de Neurocirugía, DUE, TCAE y Geriatra de la U.de Geriatria- Unidad de Valoración Sociosanitaria HUMS. Responsable: Supervisora de Neurocirugia
2.- Reuniones semanales para elaborar una matriz DAFO, estrategias CAME y elaborar base de datos excell con las variables elegidas asi como las encuestas de satisfacción. Responsables: FEAs Neurocirugia-Geriatra- Supervisora-DUEs de Neurocirugía
3.- Puesta en marcha del proyecto con registro excell
(a partir de Noviembre de 2018), sesiones formativas al personal de la planta sobre las variables detectadas y pase de encuestas de satisfacción. Responsable: Geriatra- Supervisora-DUEs
4.- Análisis de los datos y de las encuestas de Satisfacción (Mayo 2019) y propuesta de mejora. Responsable: Supervisora Neurocirugia.- FEAs Neurocirugia- FEA Geriatría

INDICADORES
Formacion de un Grupo de trabajo interdisciplinar: SI/NO
Elaboración de Matriz DAFO: SI/NO
Elaboración de análisis CAME: SI/NO
Elaboración de encuestas de satisfacción: SI/NO
Puesta en marcha y registro en excell: SI/NO
Análisis: SI/NO

DURACIÓN
FORMACION DEL GRUPO, DETECCION DE VARIABLES A REGISTRAR: JUNIO 2018 A OCTUBRE 2018
INICIO DE CHARLAS DE FORMACION, REGISTRO Y PASE DE ENCUENTAS: NOVIEMBRE 2018
MAYO 2019: ANALISIS DE RESULTADOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1206

1. TÍTULO

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ NOVO GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO CELADA DAVID
AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR
OLIDEN GUTIERREZ LETICIA
SANEZ DE CABEZON ALVAREZ ALICIA
SIERRA MARTINEZ ESTER
GARCIA RUBIO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Indicadores:
1. Formación del grupo de trabajo multidisciplinar SÍ.
El grupo está compuesto por miembros del Sº de Neurocirugía: David Rivero Celada, Amanda Avedillos Ruidíaz, Beatriz Novo González; miembros del Sº de Anestesiología: Pilar Herranz Andrés, Marcos Polo, Leticia Oliden Gutierrez, Roberto Gómez; miembros del Sº de Neurofisiología: Alicia Saenz de Cabezón Álvarez; miembros del Sº de Psicología médica: Ester Sierra Martínez, María José Garcia Rubio.
El grupo ya se ha reunido en dos ocasiones, el 23 de enero y 8 de febrero de 2019
El grupo de trabajo está en proceso de hacerse oficial a través de la unidad de Calidad de Hospital Universitario Miguel Servet.

2. Elaboración de las guías específicas de cada Sº. NO.
Están en proceso de redacción y de consenso por parte del grupo

3. Revisión bibliográfica. SÍ . Se entregaría si fuera necesario

4. Inicio de registro de casos mediante hoja de cálculo excel. SÍ. Se han recogido pacientes intervenidos desde enero de 2016

5. Formación del protocolo de actuación en cirugía awake. NO
Estamos pendientes de finalizar las guías especificas de cada Sº

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento, hemos cumplido el calendario marcado inicialmente excepto en la realización de las guías específicas de cada Servicio, debido a la complejidad que supone y a la implicación de varios Servicios.
El impacto del proyecto es alto. La creación de un protocolo de actuación mejorará la eficiencia y calidad asistencial y disminuirá la aparición de efectos adversos en este tipo de cirugías, además de, en un futuro, poder extrapolarlo a otras cirugías con paciente despierto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de no haber cumplido un indicador en el tiempo pactado, la valoración en general es buena. Hay buen ambiente de trabajo y los miembros están siendo colaboradores. La creación de un protocolo de actuación mejorará la eficiencia y calidad asistencial y disminuirá la aparición de efectos adversos en este tipo de cirugías, además de, en un futuro, poder extrapolarlo a otras cirugías con paciente despierto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1206 ========== ***

Nº de registro: 1206

Título
PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

Autores:
NOVO GONZALEZ BEATRIZ, RIVERO CELADA DAVID, AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA, HERRANZ ANDRES PILAR, OLIDEN GUTIERREZ LETICIA, SAENZ DE CABEZON ALVAREZ ALICIA, SIERRA MARTINEZ ESTER, GARCIA RUBIO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1206

1. TÍTULO

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA LA CIRUGIA DE TUMORES CEREBRALES CON PACIENTE DESPIERTO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía “awake” es un procedimiento quirúrgico en el cual el paciente permanece despierto, y que permite el mapeo neurofisiológico y control clínico durante la resección. El mapeo intraoperatorio de las funciones cerebrales utilizando estimulación eléctrica en pacientes despiertos permite, no solo la extirpación del tumor a la vez que se preserva el estado funcional de los pacientes, sino que abre una ventana a la neurociencia cognitiva. Lo que se observa durante estas intervenciones y su correlación con los exámenes neuropsicológicos pre y postoperatorios conducen a nuevos conocimientos sobre la compleja anatomía funcional del cerebro humano. Además, amplía nuestro conocimiento sobre la reorganización de la red cerebral en presencia de enfermedades, con implicaciones para todas las disciplinas de la neurología.
El Servicio de Neurocirugía lleva haciendo cirugías con paciente despierto desde hace tiempo, en los últimos años se ha mejorado el manejo de estos pacientes con la ayuda de otros Servicios, que como un puzzle, se complementan para que la cirugía sea un éxito. Consideramos por todo ello, que la creación de un protocolo de actuación mejorará aún más dicho manejo, además de mejorar la eficiencia y la calidad asistencial y disminuir los elementos adversos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Formar grupo de trabajo multidisciplinar
-Creación de un protocolo de actuación multidisciplinar para mejorar el manejo médico y quirúrgico
-Revisión bibliográfica del manejo de estos pacientes.
-Registro electrónico mediante base de datos excel de los casos seleccionados
-Definir guías específicas para cada Servicio implicado: Anestesia, Neuropsicología, Neurofisiología y Neurocirugía.

MÉTODO
1. Formar grupo de trabajo multidisciplinar: Neuropsicólogos, neurofisiólogos, antestesistas y neurocirujanos.
2. Creación de un protocolo multidisciplinar para la detección, manejo y seguimiento del paciente candidato a cirugía “awake”, que contenga guías específicas de actuación por parte de cada Servicio implicado.
3. Revisión bibliográfica y creación de registro excel.

INDICADORES
-Formación del grupo de trabajo multidisciplinar (si/no)
-Elaboración de las guías específicas de cada servicio (si/no)
-Revisión bibliográfica (si/no)
-Inicio del registro de casos mediante hoja de cálculo excel (si/no)
-Formación de protocolo de actuación en cirugía “awake” (si/no)

DURACIÓN
-Formación del grupo, revisión bibliográfica y creación de registro: Junio-Julio 2018
-Creación de guías específicas: Julio-Diciembre 2018
-Realización de protocolo en cirugía awake: Enero-Marzo 2019
-Presentación del protocolo: Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL DOLZ ZAERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HADDAD GARAY MARIA
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN
SERRANO TRILLO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha sistematizado la utilización de la información del sistema de calidad.
Se ha insistido en la importancia del registro de incidencias.
Se ha hecho un aresvisión periódoca de las incidencias y se han abierto las no conformidades oportunas.
Se han realizado reuniones con el personal del servicio para poner en común los acciones realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Implicación de todo el personal del servicio.
Superación safactoria de las auditorías tanto interna como externa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia del trabajo continuado para el mantenimiento del sistema de calidad ISO 9001tras la implantación del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/876 ========== ***

Nº de registro: 0876

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA, BARA MACHIN GLORIA, SIMON COSTEY AMPARO, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Neurofisiología Clínica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es: Mantener la certificación ISO 9001 obtenida en el año 2015.

RESULTADOS ESPERADOS
Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

servicio con el fin de lograr una mejora contínua.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).

INDICADORES
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio.Octubre 2016/Octubre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Octubre 2016/Octubre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA HADDAD GARAY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLZ ZAERA MARIA ISABEL
VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA
BARA MACHIN GLORIA
SIMON COSTEY AMPARO
PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.
Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).
Auditoria interna: 16 marzo 2017
Revision por la Direccion: 6 abril 2017
Auditoria Externa: 21 abril 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Obtención de la certificación ISO 9001 en el año 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro servicio con el fin de lograr una mejora contínua.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/876 ========== ***

Nº de registro: 0876

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA, BARA MACHIN GLORIA, SIMON COSTEY AMPARO, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0876

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001

según norma ISO 9001 desde el año 2015.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del servicio de Neurofisiología Clínica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es: Mantener la certificación ISO 9001 obtenida en el año 2015.

RESULTADOS ESPERADOS
Una vez obtenida la certificación ISO 9001 el objetivo es conseguir mantener dicho sistema en nuestro servicio con el fin de lograr una mejora contínua.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Insistir en la importancia del registro de incidencias. (R. Calidad, Grupo de mejora)
Revisión periódica de las incidencias y apertura de las no conformidades que se consideren oportunas.(R. Calidad).
Motivación de todo el personal del servicio en su implicación en el Sistema ISO. (R. Calidad, Grupo de mejora).

INDICADORES
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio.Octubre 2016/Octubre 2017
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Octubre 2016/Octubre 2017
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0921

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL DOLZ ZAERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HADDAD GARAY MARIA
VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA
BARA MACHIN GLORIA
PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL
SIMON COSTEY AMPARO
CONDE OLIVAN GLORIA
MONTAÑES GOMEZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con ayuda del Servicio de citaciones y de la UCA se ha difundido de manera adecuada la nueva hoja de estudio neurofisiológico a los distintos profesionales que soliciten nuestras pruebas.
Se ha puesto a disposición de los solicitantes de nuestras pruebas, en la intranet, un formulario de solicitud de estudio neurofisiológico para poder rellenarlo on-line y otro para poder imprimirlo en formato papel . El facultativo solicitante podrá disponer de ambas formas para su adecuada cumplimentación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han empezado a recibir en el Servicio solicitudes de estudios neurofisiológicos con la nueva hoja unificada que se ajusta mucho
mejor a las necesidades actuales del servicio.
La evaluación se llevará a cabo verificando las hojas de estudio neurofisiológico recibidas en nuestro servicio.
Primera comprobación de las solicitudes: Enero de 2017.
Fecha estimada de unificación de las mismas: Junio 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pese a haber difundido el nuevo formulario entre nuestros principales peticionarios siguen recibiéndose algunas solicitudes con los antiguos formatos. Se insisitirá con aquellos servicios de los que haya más solicitudes antiguas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/921 ========== ***

Nº de registro: 0921

Título
UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO

Autores:
DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, HADDAD GARAY MARIA, VERGARA UGARRIZA JOSE MARIA, BARA MACHIN GLORIA, PEÑALVER VAILLO ANTONIO MANUEL, SIMON COSTEY AMPARO, CONDE OLIVAN GLORIA, MONTAÑES GOMEZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0921

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LA HOJA DE SOLICITUD DE ESTUDIO NEUROFISIOLOGICO

El Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet tiene varios modelos de hojas de solicitud de estudios neurofisiológicos, que actualmente se quedan obsoletos.
En algunos casos se producen duplicidades innecesarias de peticiones con los modelos antiguos, ya que algunos Items no están lo suficientemente claros.

Nuestro plantenamiento es:Unificar todos los modelos en uno solo.

RESULTADOS ESPERADOS
Recibir en el Servicio solicitudes de estudios neurofisiológicos con una nueva hoja unificada que se ajusta mucho mejor a las necesidades actuales del servicio.

MÉTODO
Con ayuda del Servicio de citaciones y de la UCA poder difundir de manera adecuada la nueva hoja de estudio neurofisiológico a los distintos profesionales que soliciten nuestras pruebas.
Se pondrá a disposición de los solicitantes de nuestras pruebas,en la intranet, un formulario de solicitud de estudio neurofisiológico para poder rellenarlo on-line y otro para poder imprimirlo en formato papel . El facultativo solicitante podrá disponer de ambas formas para su adecuada cumplimentación.

INDICADORES
La evaluación se llevará a cabo verificando las hojas de estudio neurofisiológico recibidas en nuestro servicio.

DURACIÓN
-Primera comprobación de las solicitudes: Enero de 2017.
-Fecha estimada de unificación de las mismas: Junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0487

1. TÍTULO

CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA HADDAD GARAY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLZ ZAERA MARIA ISABEL
ALMARCEGUI LAFITA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Consulta monográfica de patología del túnel del carpo.
Todas las solicitudes con sospecha de esta patología se han citado en esta consulta.
Estandarización en la exploración neurofisiológica: Se ha utilizado el mismo protocolo de exploración con la intención de estandarizar la técnica y disminuir la variabilidad interexplorador.
Fue Consensuado el test más sensinle de exploración entre los facultativos.
En los informes neurofisiológicos se utilizaron los mismos criterios diagnósticos de lesión recomendados por la Asociación Americana de Electrodiagnóstico y Patología Neuromuscular AANEM.
En la conclusión del informe queda establecido el grado de lesión para facilitar en Atención Primaria la continuidad del proceso.
Todo lo anterior ha permitido dejar más tiempo en el resto de consultas de EMG que requieran exploraciones de mayor complejidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En más del 90% de los pacientes con Diagnóstico neurofisiológico de STC ha sido clasificado el grado de lesión: leve, moderado o intenso.
El diagnóstico neurofisiológico, especificando el grado de lesión, aporta datos objetivos que permiten la continuidad del proceso entre Atención Primaria y especializada.
El tiempo entre el diagnóstico y el posible tratamiento ha sido disminuido.
La variabilidad en la indicación del ENG ha sido disminuida ya que deben cumplir determinados criterios clínicos cuando son solicitados desde Atención Primaria.
También se ha disminuido la variabilidad a la hora de indicación del tipo de tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios en el proceso asistencial disminuyen el número de visitas a Especializada. Anteriormente de Atención Primaria los pacientes con sospecha del túnel del carpo eran derivados a Rehabilitación o Traumatología y desde especializada solicitaban el ENG; y posteriormente se citaban en especializada para el tratamiento. En la actualidad desde Atención Primaria son derivados a Neurofisiología y en función del informe neurofisiológico son derivados a Especializada.
Este proyecto ha quedado implantado en el servicio dados sus buenos resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/487 ========== ***

Nº de registro: 0487

Título
CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS

Autores:
HADDAD GARAY MARIA, DOLZ ZAERA MARIA ISABEL, ALMARCEGUI LAFITA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0487

1. TÍTULO

CONSENSO PARA LA TIPIFICACION EN LA GRAVEDAD DEL STC PARA SU POSTERIOR DERIVACION A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Al analizar la gran prevalencia del STC con la consiguiente repercusión sobre los recursos sanitarios y las diferentes vías de procedencia se intenta concretar la derivación de los pacientes a los distintos especialistas: Atención primaria, rehabilitación, traumatología.
Con ello se pretende que cada paciente reciba el tratamiento adecuado según su grado de afectación con el menor número de visitas especializadas.
Tras una reunión con los diferentes especialistas involucrados en el proceso del túnel carpiano se llegó al acuerdo de clasificar según el grado de afectación neurofisiológica en el STC.
En función de los distintos grados se derivarán los pacientes a distintos especialistas
Para ello es necesario la unificación de criterios de los especialistas de neurofisiología clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Los pacientes con síndrome de túnel carpiano serán clasificados en tres niveles de gravedad: leve, moderado y severo.
Con ello el paciente será derivado por el médico que solicitó la prueba a los diferentes especialistas.

MÉTODO
Se ha consensuado con todos los facultativos el protocolo de exploración del síndrome del túnel carpiano. Al final de la exploración se emitirá un informe en el cual se especificará el grado de afectación: leve, moderado, grave.

INDICADORES
Número de pacientes con diagnóstico neurofisiológico de STC clasificado en : leve, moderado o grave.

DURACIÓN
Fecha de inicio de las actuaciones Abril 2018.
Duración indeterminada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0144

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

Fecha de entrada: 02/05/2018

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARTAL ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTA MORENO JAVIER
TEJADA MEZA HERBERT
LATORRE JIMENEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 3 reuniones entre el equipo de mejora y la coordinación del 061 para concretar programa del curso adaptado a las necesidades surgidas por ambos estamentos (061 y Plan de atención al ictus Aragón).
Una vez realizado el programa este tuvo que ser suspendido por 2 hechos fundamentales:
1.- Se programó que a partir de octubre de 2017 se crearían guardias específicas de patología neurológica vascular . Éstas serían guardias semipresenciales y focalizadas en el Hospital Universitario Miguel Servet como centro de referencia de Aragón con lo que el modo de derivación de pacientes cambia completamente.
2.- En 2017 apareció un nuevo estudio dónde se amplió el "periodo ventana" para la realización de tratamiento de reperfusión en la fase aguda del ictus por lo que también ha cambiado el tiempo que tenemos para realizar el tratamiento lo ha repercutido en el diseño de derivación de pacientes que teníamos.
El curso fue aplazado por estos motivos hasta hacer la reingeniería del proceso de derivación con estas novedades surgidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Una vez realizado el nuevo diseño de derivación de pacientes y tras varías reuniones del equipo de mejora y el 061, se acordó realizar el curso el 13 de Junio de 2018 (fecha aprobada, curso acreditado y abierto el plazo de matrícula).
Se mantiene el formato del curso pero dado que actualmente recibimos pacientes de todo Aragón, se ha incluido en el programa a Neurólogos de otras áreas de Salud y las coordinadoras del 061 de todo Aragón.
Por lo tanto no podemos sacar conclusiones con respectoa los estándares fijados por la demora en la realización del curso. Lo enviaremos si fuera necesario una vez concluido el curso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Adjuntamos programa del curso con los ponentes:
Fecha de impartición: 13/06/2018 Horario: 9 h a 14 h (con descanso de media hora) 15:30 a 21 h (Los alumnos se dividirán en tres grupos que rotarán de forma consecutiva por los distintos talleres para facilitar la participación) 1 hora de trabajo en casa para evaluación. Contenido:
- 9 - 9:15 h : Presentación del curso. Organización y coordinación de la asistencia para la trombectomía en Aragón . Guardia de Neurovascular (Dr Javier Marta Moreno)
- 9:15- 10 h: Identificación de los síntomas de alarma del ictus . Exploración Neurológica. Principales síndromes clínicos en el ictus (Dra O.Alberti González)
-10:00- 10:30h: Activación de Código Ictus. Registro (Dra.Elena Garay)
-10:30-11:15 h: Guía de actuación y protocolo a seguir por parte de los servicios de emergencias ante Código Ictus (Dra.Ana Recaj)
-11:15-11:30h: Discusión y preguntas
-11:30- 12:00h: DESCANSO
-12:00-12:30 h: Neuroimagen multimodal para la selección de pacientes con ictus agudo (Dra: Maria José Gimeno Peribáñez. Servicio de Radiología. HCUZ)
-12:30-13:00h: Tratamiento de reperfusión en la fase aguda del ictus : Fibrinólisis intravenosa (Dra. Cristina Perez Lazaro)
-13:00-13:30h : Tratamiento de reperfusión en la fase aguda del ictus: Trombectomía. (Dr. Jorge Artal Roy)
-13:30-14:00h: Discusión y preguntas (FIN DE LA PRIMERA PARTE)
-15:30-16:45h: Taller de escalas neurológicas en la valoración del paciente con ictus y su utilidad para la selección de pacientes subsidiarios de terapias de reperfusión. (Dr. Herbert Tejada Meza)
-17:00-18:15h: Taller de casos clínicos reales (Dra. Marta Palacín)
-18:30-20:00 : Visita tutorizada por las distintas fases del código ictus (Dr. Jorge Artal Roy/ Dra. Cristina Pérez Lázaro)
-20:00-21:00h: Discusión y preguntas. (CLAUSURA DEL CURSO)

7. OBSERVACIONES.
He considerado está memoria como final, pero más debería ser de seguimiento ya que el curso se va a realizar posteriormente y no obtendré resultados hasta que este se realice.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0144

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/144 ========== ***

Nº de registro: 0144

Título
PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS. NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

Autores:
ARTAL ROY JORGE, MARTA MORENO JAVIER, TEJADA MEZA HERBERT, RODRIGUEZ GASCON DIEGO, RECAJ IBAÑEZ ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad cerebro vascular es una de las principales causas de mortalidad en nuestra sociedad y la principal causa de discapacidad en el adulto. En los últimos años se ha producido un avance en los tratamientos de la fase aguda del ictus. Estos tratamientos (fibrinolisis intravenosa, fibrinolisis intrarterial y trombectomía mecánica) junto con la asistencia al paciente en unidades de ictus han demostrado mejorar mortalidad y pronóstico funcional de dichos pacientes, con tasas que superan el 60% de pacientes independientes a los 3 meses.
Estos tratamientos están muy influenciados por el tiempo que pasa desde el inicio de los síntomas hasta su aplicación, por lo que las tasas de recuperación disminuyen de forma exponencial cuanto más retrasamos su inicio. Los tratamientos actuales están aprobados solo para el tratamiento de casos en las 4,5 (fibrinolisis intravenosa) y 6 (intervencionismo) primeras horas del ictus. Con una organización óptima el 30% de los pacientes son candidatos al tratamiento, pero en nuestro medio sólo se consigue aplicar en un 10% de los pacientes, fundamentalmente por los retrasos que se producen .
Existen una serie de criterios clínicos de inclusión y exclusión que son revisados periódicamente introduciendo variaciones que requieren campañas de difusión entre los profesionales implicados en la cadena asistencial.
Desde el Plan de atención al Ictus Aragón se han identificado algunos problemas en la fase del Código ictus extrahospitalario como son la falta de reconocimiento de los síntomas, falta de conocimiento de criterios de traslado urgente y activación del código ictus, falta de conocimiento de tratamientos alternativos que también requieren traslado urgente, escaso nº de activaciones del 061 desde los pacientes y médicos de AP, problemas en el reconocimiento del ictus como una urgencia, no activación de la llamada de preaviso, desconocer como se han jerarquizado las referencias de pacientes, desconocimiento del algoritmo al llegar,desconocimiento de los tratamientos que se ofrecen y como sus resultados dependen enormemente del tiempo
Este plan de mejora nace de la necesidad de solventar estos problemas y dar difusión entre los profesionales de las nuevas terapias de revascularización de las que actualmente se disponen para proporcionar una mejora de oportunidades a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Identificar pacientes subsidiarios de traslado urgente a centro de referencia para tratamientos de revascularización en la fase aguda del ictus. Conocer los criterios clínicos de activación de código ictus extrahospitalario y modo de actuar para optimizar tiempos. Conocer cómo proceder en el traslado urgente y actuar frente complicaciones. Conocer las distintas técnicas de revascularización (fibrinolisis intravenosa, fibrinolisis intrarterial y trombectomía mecánica) y que pacientes se podrían beneficiar de unas u otras técnicas. Conocimiento básico del manejo del paciente en Unidades de Ictus y seguimiento del paciente.

MÉTODO
Se realizará un curso dirigido a todos aquellos que participan en la asistencia extrahospitalaria al ictus. El curso constará de dos días con los siguientes contenidos y responsables de los mismos:
DÍA 1 (teórico) (Dres. Marta, Recaj, Artal): ACV epidemiología en Aragón y magnitud delproblema9:00-9:30h.Código Ictus extrahospitalario. Algoritmo para la optimización de tiempos9:30-10:00 h.Código ictus intrahospitalario 10:00-10:30 h Métodos diagnósticos en la fase aguda del ictusTerapias de revascularización 10:30-11:00Criterios de activación del código ictus extrahospitalario. Identificación de pacientes candidatos 11:30-12:00h Derivación y Cuidados de traslado. 12:00-12:30h. Prevención y tratamiento de las complicaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0144

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA AL ICTUS NUEVAS TECNICAS DE REVASCULARIZACION Y CRITERIOS PARA SELECCION DE CASOS Y DERIVACION AL HOSPITAL DE REFERENCIA

12:30-13:00h. Unidades de ictus 13:00-13:30
DIA 2 (Práctico) Taller práctico de identificación de casos, ananmesis básica y tiempo de inicio. Escalas. 9:00-10:30 Criterios de calidad y optimización de tiempos en el Código Ictus. 10:30-11:00 Traslados secundarios entre hospitales, errores diagnósticos. 11:30-12:00 h Visita tutorizada por las distintas fases del proceso ictus a nivel intrahospitalario12:00-13:00 h. Visita a la Unidad de Ictus del Hospital U. Miguel Servet de Zaragoza. 13:30-14:00 h.

INDICADORES
El primer día se realizará una prueba tipo test sobre el código ictus extrahospitalario y la asistencia al ictus en su fase aguda . Este mismo test se volverá a realizar una vez terminado el curso. Se considerará una valoración positiva del curso si responden a más del 80% de las preguntas de forma correcta en el segundo test. .Se realizará una encuesta de satisfacción sobre los ponentes e idoneidad del curso una vez concluido . Se registrará la asistencia al curso mediante firma diaria

DURACIÓN
Los participantes serán distribuidos en dos grupos de 8 personas cada uno. El curso tendrá lugar el martes (jornada teórica) y el miércoles (jornada práctica) en dos semanas consecutivas. El primer grupo 8 y 9 de Noviembre,el segundo grupo 15 y 16 de Noviembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN EXPOSITO SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FONDEVILA LOPEZ JOSEFINA
VILLAR TURON RAQUEL
VALENZUELA MENA JULIA
LAPRESTA MOROS CARLOS
PALACIOS MIGUEL YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En diversos estudios ha quedado demostrada la importancia de la desinfección de los fonendoscopios, ya que pueden ser transmisores de gérmenes patógenos. El presente trabajo se inició con una primera fase con el objetivo de evaluar los hábitos de desinfección de los fonendoscopios en nuestro hospital, identificar la presencia de gérmenes potencialmente patógenos en ellos y a partir de los datos obtenidos poder influir en el personal sanitario para mejorar los hábitos de limpieza.

Inicialmente se recogieron 87 muestras de la campana de los fonendoscopios, antes y después de limpiarlos y se analizaron en el laboratorio de Microbiología. Se usaron dos productos diferentes de limpieza con el fin de poder compararlos, alcohol 70º y toallitas comerciales destinadas a ese uso. También se recogieron datos sobre los hábitos y métodos de limpieza del fonendoscopio del personal sanitario a través de un formulario anónimo. Después del tratamiento estadístico de los datos se concluyó que el 90.8% de fonendoscopios del personal sanitario de hospitalización estaban contaminados por gérmenes, con un 4.8% de gérmenes potencialmente patógenos. En cuanto a las prácticas de desinfección, obtenidas a través de un cuestionario anónimo realizado por parte del personal sanitario, se concluyó que cerca del 65% limpiaba el fonendoscopio menos de una vez por semana.

Partiendo de estos datos obtenidos se inició la segunda y tercera fase del presente proyecto de mejora de la calidad, que han consistido en la realización de una campaña de concienciación para mejorar las prácticas de limpieza del fonendoscopio, seguida de una re-evaluación de la situación, de forma que se pudo determinar el grado de éxito de las medidas adoptadas en los hábitos de desinfección del fonendoscopio por parte del personal sanitario. Para ello realizamos:

-Un vídeo donde se reflejaba la importancia de seguir unos hábitos correctos de limpieza de los fonendoscopios. Este video fue presentado en el certamen de Cine y Salud en Aragón, así como en las jornadas de calidad, y fue premiado en ambos casos (www.youtube.com/watch?v=MhzDbflsAdU)
Se realizó una divulgación a través de la intranet del hospital y en el blog de la biblioteca médica del Hospital Miguel Servet (htpps://biblioservet.blogspot.com.es),
-Participación en sesiones clínicas de los servicios implicados en el estudio, informando al personal sanitario de los resultados obtenidos en la primera fase.
-Información a las supervisoras de las unidades para que divulguen los resultados entre el personal de enfermería.

En cuanto a la re-evaluación de la situación después de la campaña, el procedimiento es análogo al empleado en la primera fase:

- Se contactó con los servicios implicados en el estudio.

Al personal se le entregó un formulario anónimo que recoge edad, sexo, categoría profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, frecuencia de limpieza del fonendoscopio, método de limpieza usada y lugar donde se guarda el fonendoscopio durante y después del trabajo, a la vez que se recoge una muestra de su fonendoscopio.
- Se analizaron los resultados de los cultivos obtenidos en el laboratorio de Microbiología.
- Se realizó una estadística con los resultados alcanzados tanto en cuestionarios anónimos como en cultivos comparando resultados pre y post intervención. El número de muestras, al igual que en la primera fase, ha sido de 87.

Desde el mes de septiembre a diciembre de 2016 se realizaron nuevas tomas de muestras de fonendoscopios. Posteriormente se elaboró un estudio estadístico, de donde se obtuvieron los resultados finales del proyecto. Se finalizó el estudio en febrero, marzo de 2017 ajustándose al calendario establecido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados iniciales:

- Inicialmente se aislaron bacterias en el 91% de las muestras y en cuatro de éstas. Se encontraron bacterias patógenas (2 SARM, 1 Pseudomona aeruginosa y 1 Acinetobacter)
- Tanto las toallitas comerciales como el alcohol de 70º demostraron una efectividad superior al 90% en la desinfección.
- La probabilidad de contaminación bacteriana de los fonendoscopios propios se mostró un 25,7% mayor que la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

de los fonendoscopios compartidos.
• En cuanto al lavado de manos, los resultados implican que la probabilidad de contaminación bacteriana de los fonendoscopios es inferior cuando se lavan las manos que cuando no. (RR 0,747 IC 95% 0,619-0,901)
• Y con respecto al hecho de guardar el fonendoscopio en un cajón tras el trabajo, los datos evidencian que cuando se guarda en un cajón la probabilidad de contaminación bacteriana de los fonendoscopios es inferior. (RR 0,826 con IC 95% 0,691-0,987)

Tras la fase de concienciación se realizó el análisis de los resultados obtenidos en lo que se hace referencia a la modificación de conocimientos y comportamientos a raíz de la intervención y en lo referente a la contaminación bacteriana de los fonendoscopios.

Resultados post intervención:

• Tras la intervención hay crecimiento bacteriano en el 59,77% de las muestras y en ninguna se hallaron bacterias patógenas. (RR de 0,650 y un IC 95% entre 0,541-0,781)
• El lavado de manos es mejor en el periodo pos intervención pasando de un 34,48% a un 52,33%
• La frecuencia de limpieza mensual está significativamente incrementada tras la intervención, y el número de encuestados que hacen una limpieza al menos semanal del fonendoscopio es mayor en esta segunda fase (con un RR de 1,733 y un IC entre 1,237 y 2,428). Los datos de RR se interpretan como que la limpieza semanal se ha incrementado en un 73,3% (IC 95% entre 23,7% y 142,8%). En contra no hay tan apenas diferencias en la proporción de encuestados que realizan limpieza del fonendoscopio después de cada contacto con el paciente.
• El tiempo transcurrido desde la última limpieza del fonendoscopio es significativamente inferior en los encuestados después de la campaña de concienciación contestando. Así los que contestan que han limpiado su fonendoscopio esa semana pasan a ser del 22,99% de los encuestados al 48,28% y los que contestan que lo limpian raramente han disminuido del 34,48% al 14,94%.

Se han recalculado los indicadores evaluando si después de la campaña se ha producido una mejora en los hábitos de limpieza del fonendoscopio por parte del personal sanitario y en todos los indicadores post intervención ha habido una mejora superior a la que inicialmente fijamos del 25% respecto a los resultados obtenidos en la primera fase.

1. Porcentaje de fonendoscopios con crecimiento bacteriano.
[Número de fonendoscopios con contaminación bacteriana / Número total de fonendoscopios analizados] x 100

Pre intervención: 91,95%
Post intervención: 59,77%

2.Porcentaje de fonendoscopios contaminados con agentes patógenos.
[Número de fonendoscopios contaminados con gérmenes patógenos /Número total de fonendoscopios analizados] x 100

Pre intervención: 4,60%
Post intervención: 0%

3. Porcentaje de personal sanitario que responde en la encuesta que limpia el fonendoscopio semanalmente.
[Número de sanitarios que responden en la encuesta que limpian el fonendoscopio al menos semanalmente / Número total de sanitarios encuestados] x 100

Pre intervención: 34,48%
Post intervención: 59,77%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Es necesario concienciar al personal sanitario de la importancia de la limpieza del fonendoscopio para prevenir infecciones nosocomiales.
-Los estudios ambientales y la educación basada en datos objetivos mejoran la seguridad del paciente.
-Los resultados post intervención son significativos, ha disminuido el crecimiento bacteriano en los fonendoscopios y ha mejorado la limpieza de los mismos.
-Campañas informativas periódicas y un fácil acceso a los productos de limpieza serían necesarias para mantener y reforzar en el tiempo estos hábitos adquiridos.
-A valorar también en cuanto al método o producto de elección para limpiar los fonendoscopios que en la primera fase de nuestro proyecto tanto las toallitas comerciales como el alcohol de 70º demostraron una efectividad superior al 90% en la desinfección.

VALORACION DEL PROYECTO EN RELACION A:
1. Mejorar resultados de la atención.....3 Bastante
2. Disminuir riesgos derivados de la atención.....4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos.....4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción)...3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales.....3 Bastante

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/340 ========== ***

Nº de registro: 0340

Título
EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

Autores:
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, FONDEVILA LOPEZ JOSEFINA, VILLAR TURON RAQUEL, RUIZ ANDRES MARIA ANGELES, VALENZUELA MENA JULIA, LAPRESTA MOROS CARLOS, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, MILLAN LOU MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En diversos estudios previos, incluyendo la primera fase de este proyecto, se ha demostrado la importancia de la desinfección de los fonendoscopios por parte del personal sanitario, ya que pueden ser transmisores de gérmenes patógenos. Concretamente en la primera parte de este proyecto se concluyó que el 90.8% de fonendoscopios del personal sanitario de hospitalización estaban contaminados por gérmenes, con un 4.8% potencialmente patógenos. En cuanto a las prácticas de desinfección, obtenidas a través de un cuestionario anónimo realizado por parte del personal sanitario, se concluyó que cerca del 65% limpiaba el fonendoscopio menos de una vez por semana.

Tras esta primera fase de evaluación de la situación, se pasa a la segunda parte del proyecto, consistente en la realización de una campaña de concienciación para mejorar las prácticas de limpieza del fonendoscopio, seguida de una re-evaluación de la situación, de forma que se pueda determinar el grado de éxito de las medidas adoptadas en los hábitos de desinfección del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo del proyecto es determinar si se ha producido una mejora en cuanto a las prácticas de desinfección del fonendoscopio tras la campaña de concienciación realizada.
Otros objetivos específicos son:
- Identificar la presencia de gérmenes patógenos en los fonendoscopios.
- Evaluar por medio de un cuestionario estructurado las prácticas de desinfección de los fonendoscopios del personal sanitario.

MÉTODO
El método a seguir en esta fase comprende tanto la campaña de concienciación del personal sanitario (en la cual se emplearán los resultados obtenidos en la primera fase), como la re-evaluación de la situación, con la toma de nuevos datos que se compararán con aquellos de antes de la campaña.
El procedimiento seguido a la hora de realizar una campaña divulgativa y de concienciación para cambiar prácticas de limpieza consiste en:
• Realización de un video por parte de los componentes del equipo, donde reflejábamos las prácticas inadecuadas y la importancia de seguir unos hábitos correctos. Su reducida duración facilita su visionado en las redes sociales, fomentando su difusión entre el personal sanitario del HMS y de otros centros hospitalarios
• Participación en las sesiones clínicas de los servicios con mayor implicación en el estudio (Medicina Interna, Neurología…), informando tanto al personal médico como de enfermería de los resultados obtenidos en el proyecto.
• Realización de una presentación a las supervisoras de dichas unidades, para que éstas sean las encargada de divulgar los resultados del estudio al personal de enfermería.

En cuanto a la re-evaluación de la situación después de la campaña, el procedimiento es análogo al empleado en la primera fase:
• Contactar con los servicios implicados en el estudio: Medicina Interna, Neumología, Digestivo, Cardiología, Neurología y Traumatología.
• Al personal que consienta participar en el estudio se le entregará un formulario anónimo que recoge edad,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0340

1. TÍTULO

EVALUACION Y MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE LOS FONENDOSCOPIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

sexo, categoría profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, frecuencia de limpieza del fonendoscopio, método de limpieza usado y lugar donde se guarda el fonendoscopio durante y después del trabajo, a la vez que se recoge una muestra de su fonendoscopio.
- Se analizarán los resultados de los cultivos obtenidos en el laboratorio de Microbiología.
- Se realizará una estadística con los resultados alcanzados tanto en cuestionarios anónimos como en cultivos. El número de muestras, al igual que en la primera fase, se ha fijado en 87.

INDICADORES
- Porcentaje de fonendoscopios contaminados con agentes patógenos.

[Número de fonendoscopios contaminados con gérmenes patógenos / Número total de fonendoscopios analizados] x 100.
- Porcentaje de personal sanitario que responde en la encuesta que limpia el fonendoscopio semanalmente o tras cada uso.

[Número de sanitarios que responden en la encuesta que limpian el fonendoscopio semanalmente o tras cada uso / Número total de sanitarios encuestados] x 100.
Se recalcularán los indicadores enumerados anteriormente, evaluando si después de la campaña se ha producido una mejora en los hábitos de limpieza del fonendoscopio por parte del personal sanitario.
Una mejora del 25% respecto a los resultados obtenidos en la primera fase se consideraría satisfactoria.

DURACIÓN
Desde el mes de septiembre a diciembre de 2016 se realizarán nuevas tomas de muestras de fonendoscopios. Posteriormente se elaborará un estudio estadístico, de donde se obtendrán los resultados finales del proyecto. Se prevé la finalización del estudio en febrero de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0391

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIADEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
MARTIN MARTINEZ JESUS
LADRON ORTEGA ASTRID
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA
ARTAL ROY JORGE
ALADREN SANGROS JESUS
RODRIGUEZ GASCON DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha planificado, desarrollado y evaluado un plan de formación a través de sesiones clínicas, acreditado, con participación conjunta de facultativos y enfermeros (Responsables: Supervisora y Jefe de Servicio)
- Se ha unificado la notificación, análisis y resolución de las incidencias y No conformidades. Todas ellas se recogen en una base de datos y se analizan con las partes implicadas conjuntamente (Responsables: Supervisora de Enfermería, Responsable de Calidad y Jefe de Servicio).
- Los resultados han sido trasladados al conjunto del Servicio en sesión conjunta (Enfermería y Facultativos)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En relación con lo planificado:
- Existencia del plan de formación anual: Sí, acreditado.
- Número de reuniones formativas conjuntas/año (Estándar >3/año): 4
- Notificación de incidencias (26) y análisis conjunto de aquellas que implican a enfermeros y médicos.
- Reuniones informativas periódicas del Servicio sobre las incidencias y no conformidades (Estándar >3/año): realizadas a través de las sesiones del servico y de las reuniones del Grupo Impulsor de la ISO (formado por 4 médicos y 4 enfermeras): >6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la comunicación y la integración profesional entre enfermería y facultativos en el Servicio, a través principalmente de la notificación de incidencias, de su discusión y de las actuaciones de mejora derivadas.
El diseño de un programa docente con algunas sesiones conjuntas ha permitido abordar temas en los que hay una participación integrada de ambas profesiones.
Además, fruto de esta mejora de comunicación y de integración de intereses se ha iniciado la planificación de actividades de investigación colaborativas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/391 ========== ***

Nº de registro: 0391

Título
MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS, MARTIN MARTINEZ JESUS, LADRON ORTEGA ASTRID, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA, ARTAL ROY JORGE, ALADREN SANGROS JESUS, RODRIGUEZ GASCON DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0391

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIADEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurología del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2015.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua. Una de las principales causas detectadas en el análisis de las no conformidades puestas de manifiesto en la Auditoría interna y en la revisión por la Dirección es la separación existente en el desempeño profesional de médicos y enfermeros. Su origen se remonta a los diferentes inicios y desarrollos laborales y curriculares de ambas profesiones de forma que a lo largo de la historia la enfermería ha tenido un papel subsidiario dentro del conocimiento y práctica de la medicina. En la actualidad, sin embargo, también en enfermería se ha ido constituyendo una creciente base teórica que sustenta y justifica su práctica autónoma por lo que estamos en un momento propicio para mejorar la integración asistencial, docente e investigadora entre medicina y enfermería, desde posiciones conceptuales más igualitarias y respetuosas.

Nuestro planteamiento es mejorar la integración enfermería-medicina a través de 2 actividades principales que permitan la mejora de procesos clave:
- Poner en marcha un plan general de formación con actividades específicas y compartidas entre médicos y enfermeros.
- Unificar la notificación y tratamiento conjunto de incidencias y no conformidades.

RESULTADOS ESPERADOS
El plan de formación permitirá elegir, desarrollar, acordar e implementar cuestiones que se consideren prioritarias en los ámbitos de la práctica profesional: asistencia, docencia, investigación y calidad.
La unificación y tratamiento conjunto de incidencias y no conformidades nos permitirá abordar la mejora contínua de una forma integrada y eficaz.

MÉTODO
1 - Plan de formación conjunto (responsables MJ Chopo y JR Ara)
- Formación del Grupo de trabajo (responsables MJ Chopo y JR Ara)
- Elección de fechas (periodicidad al menos bimensual) y forma de difusión de la información
- Selección de temas y ponentes, vgr:
- Gestión del riesgo: cuestionario de valoración de riesgos del paciente al ingreso, información, procedimientos de limitación de tratamientos, RCP y desfibrilador, etc.
- Protocolos clínicos: Ictus, Epilepsia, vídeo EEG, etc.
- Evaluación de los objetivos del Servicio
- Control de asistencia y evaluación (responsables: enfermería y neurólogo)

2- Incidencias y no conformidades (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de Calidad, J Martín)
- Formación del Grupo de trabajo (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de Calidad, J Martín)
- Notificación de incidencias y traslado a base de datos (responsables: MIR 2 y enfermeras 2)
- Discusión con el Responsable de Calidad y acciones correctivas y preventivas.
- Revisión mensual con Jefe de Servicio y Supervisora de enfermería
- Información al Servicio (trimestral)

INDICADORES
- Existencia del plan de formación anual (Sí/No)
- Número de reuniones formativas conjuntas/año. Estándar >3/año.
- Reuniones informativas periódicas del Servicio sobre las incidencias y no conformidades. Estándar >3/año.

DURACIÓN
1- Plan de formación conjunto (responsables Supervisora, MJ Chopo y Jefe de Servicio, JR Ara)
1a- Formación del Grupo de trabajo: enero 2017
1b- Elección de fechas (periodicidad al menos bimensual) y forma de difusión de la información: enero 2017
1c- Selección de temas y ponentes: enero-febrero 2017
vgr:
- Gestión del riesgo: cuestionario de valoración de riesgos del paciente al ingreso, información, procedimientos de limitación de tratamientos, RCP y desfibrilador...
- Protocolos clínicos: Ictus, Epilepsia, etc.
- Evaluación de los objetivos del Servicio
1d- Control de asistencia y evaluación (responsables: enfermería y neurólogo): control de asistencia trimestral y evaluación final en diciembre 2017.

2- Incidencias y no conformidades (responsables: Supervisora, MJ Chopo y Responsable de calidad, J Martín)
2a- Formación del Grupo de Trabajo: enero 2017.
2b- Revisión de notificación de incidencias: mensual.
2c- Información al Servicio: trimestral

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0391

1. TÍTULO

MEJORAR LA INTERRELACION PROFESIONAL EN LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIADEL HUMS CERTIFICADO POR LA ISO 9001

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON ARA CALLIZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN MARTINEZ JESUS MANUEL
CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
SERRANO PONZ MARTA
LAMBEA GIL ALVARO
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN
VILLAR TURON RAQUEL
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se establecieron Objetivos e indicadores del Servicio para 2018.
Se planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
Se han revisado periódicamente logros y problemas y se han introducido cambios en la planificación y consecución de los objetivos de acuerdo a las incidencias surgidas: en los objetivos de calidad docente se han producido cambios de tutores y hemos tenido acceso al borrador del nuevo programa de la especialidad de Neurología, lo que ha conducido a la adaptación de las fichas de evaluación al programa lo que ha supuesto cambios en la planificación de actividades. De la misma forma, la implantación e la HC electrónica ha supuesto la paralización momentánea en la implantación de la hoja de evaluación de riesgos del paciente hospitalizado ya que estaba en papel. Se ha solicitado su inclusión en la HCE y se ha facilitado el modelo, pero todavía no ha sido incorporada. Además,
Se ha continuado con las reuniones periódicas programadas del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (ver actas), y se ha realizado un análisis periódico de incidencias y no conformidades en las reuniones de este grupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha completado el plan de evaluación y gestión de riesgos del Servicio.
Se ha analizado el grado de cumplimentación de los objetivos así como las dificultades que hemos tenido que afrontar en su desarroollo.
Se ha realizado la auditoría externa de la ISO 9001:2015 con ausencia de NO Conformidades.
Se ha preparado la documentación para la auditoría de la ISO 9001:2015 correspondiente a 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El modelo de la Certificación ISO supone un recurso metodológico que nos ayuda en la mejora contínua del servicio que prestamos a los ciudadanos. Ayuda a mantener la "tensión" profesional necesaria para intentar ofrecer en lo posible la mejor práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1431 ========== ***

Nº de registro: 1431

Título
SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS, MARTIN MARTINEZ JESUS, SERRANO PONZ MARTA, LAMBEA GIL ALVARO, EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, VILLAR TURON RAQUEL, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2015

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Calidad

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Neurología del HUMS se encuentra certificado según norma ISO 9001:2008 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua, basada pricipalmente en el cumplimiento de los objetivos del Servicio así como en el análisis de los indicadores y de las incidencias y no conformidades que se detectan junto con la introducción de las mejoras que se consideren pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten
.

MÉTODO
- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2008

GENERALES
1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
3- Revisión trimestral de logros y problemas
4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS
1. Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (que absorverá también las funciones del anterior Grupo de Calidad)

INDICADORES
Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la ISO del Servicio

DURACIÓN
Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA SERRANO PONZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS
MARTIN MARTINEZ JESUS
LAMBEA GIL ALVARO
EXPOSITO SANCHEZ CARMEN
VILLAR TURON RAQUEL
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA
ARA CALLIZO JOSE RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
3- Revisión trimestral de logros y problemas
4- Control de incidencias y No conformidades
5- Introducción de los cambios necesarios
6- Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Objetivos de 2017 monitorizados, evaluados y planificadas las correcciones y mejoras para 2018.
- Incidencias y No conformidades analizadas y establecidos los cambios oportunos
- Creación del Grupo Impulsor de la ISO en sustitución del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio el 8/8/2017
- Realización, análisis y establecimiento de cambios tras las encuestas realizadas a clientes externos en consultas y hospitalización y a clientes internos.
- Revisión de los indicadores de 2017 ye introducción de cambios para 2018 una vez se disponga de la información completa.
- Programa de sesiones docentes acreditado realizado y evaluado.
- El 13 de febrero de 2018 hemos pasado la Auditoría interna sin apreciarse nuevas NO confomidades (queda pendiente de cierre una previa NC que recoge la necesidad de una enfermera en las consultas de capacitación específica)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo Impulsor de la ISO se revela como una estructura muy útil para el correcto seguimiento de los objetivos de Calidad del Servicio así como para el análisis de incidencias y no conformidades antes de su traslado al resto del Servicio. Facilita además la integración de acciones conjuntas entre enfermería y facultativos.
La monitorización de los objetivos, de las incidencias, No conformidades y de los resultados de las encuestas de los clientes permite establecer los cambios necesarios para mejorar la práctica asistencial, así como la docencia e investigación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1431 ========== ***

Nº de registro: 1431

Título
SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Autores:
ARA CALLIZO JOSE RAMON, CHOPO ALCUBILLA MARIA JESUS, MARTIN MARTINEZ JESUS, SERRANO PONZ MARTA, LAMBEA GIL ALVARO, EXPOSITO SANCHEZ CARMEN, VILLAR TURON RAQUEL, ROMEO LAGUARTA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1431

1. TÍTULO

SEGUIR MEJORANDO LA GESTION DE CALIDAD DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HUMS A TRAVES DEL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION ISO 9001:2008

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: Calidad

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Neurología del HUMS se encuentra certificado según norma ISO 9001:2008 desde el año 2015. La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejora continua, basada pricipalmente en el cumplimiento de los objetivos del Servicio así como en el análisis de los indicadores y de las incidencias y no conformidades que se detectan junto con la introducción de las mejoras que se consideren pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Alcanzar el cumplimiento de los objetivos anuales
2. Mantenerse dentro de los estándares establecidos en el conjunto de indicadores del Servicio
3. Introducir las acciones correctivas y preventivas derivadas de las incidencias y NC que se detecten
.

MÉTODO
- Mantenimiento de la Certificación ISO 9001:2008

GENERALES
1- Establecimiento de Objetivos e indicadores para 2017.
2- Planificación de las actividades necesarias para su cumplimentación
3- Revisión trimestral de logros y problemas
4- Introducción de los cambios necesarios

ESPECÍFICAS
1. Creación del Grupo impulsor de la ISO del Servicio (que absorverá también las funciones del anterior Grupo de Calidad)

INDICADORES
Los objetivos e indicadores están especificados en la documentación de la ISO del Servicio

DURACIÓN
Planificación y evaluación de objetivos e indicadores establecidos en la documentación ISO del Servicio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1242

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARTAL ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERBERT MEZA HERBERT DANIEL
SERRANO PONZ MARTA
MARTA MORENO JAVIER
PUERTO BARNETO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó el curso presencial de formación en neurosonología para neurólogos y neurólogos en formación en nuestra comunidad autónoma. Fue impartido en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza en las fechas 3-4, 10 y 11 de Mayo de 2018. El día 3 y 10 se impartieron clases teóricas en horario de 17:00 a 21:00 horas. Los días 4 y 11 se realizaron las sesiones prácticas dividiendo a los alumnos por parejas de tal forma que rotaban de forma consecutiva por 5 "estaciones". En cada estación un profesor enseñaba una determinada técnica y posteriormente los alumnos realizaban dichas pruebas a pacientes ingresados en nuestro servidcio previo consentimiento de los mismos y sus familiares.
Como docentes participaron profesionales del Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y hospital San Jorge de Huesca.
El curso fue dotado con 4 créditos de formación continuada y quedó registrado dentro de la oferta de formación de calidad por parte del P.A.I.A.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El curso fue realizado de forma satisfactoria participando 12 adjuntos y 8 residentes en formación. Hubo una muy buena participación como en otros años en los que ha sido realizado el curso.
Se realizaron encuestas de satisfacción y se pasaron las hojas de asistencia . Todos los alumnos cumplieron con los requisitos de asistencia y con el nivel de conocimientos requeridos al final del curso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De nuevo la realización del curso tuvo una muy buena aceptación lo que refleja la necesidad por parte de los Neurólogos de nuestra comunidad de mantenerse actualizados en esta técnica.
Este curso ayuda de forma muy importante a estandarizar las exploraciones, resolver problemas técnicos y mantener comunicación entre los distintos profesionales que de forma habitual realizan esta prueba en su práctica clínica diaria.
Desde el plan de atención al ictus Aragón se promueve la realización de este curso cada 2 años como complemento en formación y actualización de los neurólogos de nuestra comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1242 ========== ***

Nº de registro: 1242

Título
OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

Autores:
ARTAL ROY JORGE, TEJADA MEZA HERBERT DANIEL, SERRANO PONZ MARTA, MARTA MORENO JAVIER, PUERTO BARNETO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: enfermedad cerebrovascular
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1242

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

PROBLEMA
La utilización del ecodoppler carotideo en el diagnóstico de las enfermedades cerebrovasculares se realiza desde principios de los años 90. La neurosonología ha demostrado ser una herramienta eficaz para la detección de patología cerebrovascular convirtiéndose en un recurso básico en la práctica clínica diaria evitando la utilización de otras técnicas diagnósticas como la arteriografía, angioTAC o angioRNM cerebral y de troncos supra-aórticos que son de mayor complejidad, requieren más medios técnicos, tiempo, suelen requerir la utilización de contrastes y en ocasiones resultan cruentas (como es el caso de la arteriografía) . Dicha técnica ha ido desarrollándose en los últimos años apareciendo gran cantidad de aplicaciones que requieren una formación adecuada del profesional para su correcta interpretación. Desde el comité del Programa de Atención al Ictus de Aragón (PAIA), promovido por el SALUD y en el que participan neurólogos de todos los sectores sanitarios, se están promoviendo acciones encaminadas a mejorar su utilización por parte de los Neurólogos de nuestra comunidad que, por otra parte,encuentran dificultades para obtener formación en este campo.
Desde nuestro Servicio de Neurología y en concreto desde la Unidad de Patología Vascular Cerebral y en colaboración con el resto de hospitales de Aragón hemos elaborado un proyecto de mejora para la utilización de dicho recurso basado en una oferta de formación de calidad y homogeneización de procedimientos y criterios diagnósticos. Está sería la tercera edición, con éxito de asistencia y resultados en las dos anteriores. se propone promover este curso cada 2 años desde el PAIA.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es mejorar la formación en esta área de los Neurólogos de Aragón, unificar criterios diagnósticos entre los distintos hospitales de nuestra región,consensuar los protocolos de actuación en las distintas patologías y ampliar las aplicaciones de la neurosonología a otras patologías en las que actualmente no se utiliza a pesar de su indicación

MÉTODO
Los neurólogos del equipo de Ictus del Hospital Universitario Miguel Servet hemos realizado un programa formativo sobre neurosonología en el que participarán profesionales del Hospital de San Jorge de Huesca y del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. El curso irá dirigido a Neurólogos que desarrollen su ejercicio profesional en Aragón. Se contará con 10-12 plazas para el curso que se desarrollará en dos semanas consecutivas. Los jueves se realizarán charlas teóricas de formación y los viernes se realizarán las jornadas prácticas . Para las prácticas, los alumnos serán divididos en grupos de 2 que se distribuirán entre el hospital Clínico Universitario y Hospital Universitario Miguel Servet. Además de la disponibilidad de los ecógrafos de los dos servicios de Neurología, se ha conseguido la cesión de tres ecógrafos para que los alumnos puedan realizar las prácticas de manera más eficiente.
Por otro lado se aportará un libro que recoge los protocolos para una correcta exploración en función de la patología estudiada. El libro ha sido editado por el HUMS con participación de neurólogos de otras áreas.

INDICADORES
Con respecto al curso se realizará una encuesta de satisfacción por parte de los alumnos y un examen para ver los conocimientos adquiridos. En la encuesta de satisfacción se considerará un resultado favorable la obtención de un 90% o más de valoraciones positivas de los distintos items.
La formación se considerará realizada si el alumno supera el 80% del tiempo de asistencia y el examen teórico .

DURACIÓN
El curso de realizará en dos fases que tendrán lugar en dos semanas consecutivos, las jornadas de formación teórica serán los jueves y las jornadas prácticas los viernes. El examen y la encuesta de satisfacción se realizarán el último día del curso.
Se aportará libro de neurosonología editado por nuestro hospital y manual de procedimientos de nuestra Unidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1242

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RECURSO NEUROSONOGRAFICO PARA EL DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA NEUROVASCULAR

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1257

1. TÍTULO

PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... HERBERT TEJADA MEZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTA MORENO JAVIER
SERRANO PONZ MARTA
ARTAL ROY JORGE
SERAL MORAL PILAR
GROS BAÑERES BELEN
BARRENA CABALLO MARIA ROSARIO
AURE VILLALBA ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones con el equipo de atención al código ictus en julio y noviembre 2018.
- Hicimos dos cursos de capacitación en octubre y noviembre del 2018 para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo.
- NO pudimos terminar de implementar el sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención por problemas técnicos de los dispositivos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo: Mejorar los tiempos puerta-aguja a una mediana de 45 minutos o menos (ALCANZADO).
Indicadores:
Tiempo puerta-aguja (< o = 45 minutos) = ALCANZAMOS el objetivo con una mediana de 43 minutos.
Tiempo puerta-ingle (< o = 120 minutos) = ALCANZAMOS el objetivo con una mediana de 84 minutos.
Tiempo puerta-TC = NO ALCANZAMOS el objetivo de mediana < o = 25 minutos, pero conseguimos unos 28 minutos (en comparación con 31 minutos del 2017)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que la reingeniería de proceso realizada para mejorar los tiempos de atención ha sido eficiente, hemos conseguido resultados óptimos en los indicadores tiempo puerta-aguja (objetivo principal) y puerta-ingle. Además hemos detectado una medida de mejora para conseguir alcanzar los resultados planteados para el tiempo puerta-TC, medida que creemos factible de implementar dado que disponemos de las herramientas necesarias y consideramos un tema importante de abordar este año, en el marco de un nuevo proyecto de calidad para la optimización de la atención del ictus isquémico agudo.
Respecto a la implementación del sistema de sensores y balizas por problemas técnicos de los dispositivos, no ha podido completarse, siendo este problema, desgraciadamente, ajeno a nuestras competencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1257 ========== ***

Nº de registro: 1257

Título
PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO

Autores:
TEJADA MEZA HERBERT DANIEL, MARTA MORENO JAVIER, SERRANO PONZ MARTA, ARTAL ROY JORGE, SERAL MORAL PILAR, GROS BAÑERES BELEN, BARRENA CABALLO MARIA ROSARIO, AURE VILLALBA ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1257

1. TÍTULO

PLAN DE OPTIMIZACION EN LOS TIEMPOS DE ASISTENCIA AL ICTUS HIPERAGUDO

PROBLEMA
El tiempo es un componente fundamental en la atención al ictus isquémico hiperagudo, a nivel hospitalario, esto implica demorarse no más de 60 minutos (45 minutos de forma optima) entre que el paciente llega a Urgencias y se le administra la fibrinolisis intravenosa (tiempo puerta-aguja) como tratamiento reperfusor y menos de 120 minutos hasta que se inicia el tratamiento endovascular. Para lo cuál es importante una adecuada planificación y monitorización de todos los pasos que se realizan en dicha atención.

RESULTADOS ESPERADOS
Instaurar un sistema optimo de monitorización automática de los tiempos de atención al ictus isquémico hiperagudo (todo código ictus) en el HUMS
Mejorar los tiempos puerta-aguja a una mediana de 45 minutos o menos.

MÉTODO
- Reuniones con el equipo de atención al códgio ictus (061, enfermería, urgencias, radiología, neurología...) para exponer resultados, reforzar conceptos y proponer mejoras.
- Cursos de capacitación a lo largo del año para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo.
- Implementación de sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención en las distintas instalaciones del hospital por las que pasa un paciente durante la atencion al ictus hiperagudo.

INDICADORES
Tiempo puerta-TC (< o =25 minutos)
Tiempo puerta-aguja (< o = 45 minutos)
Tiempo puerta-ingle (< o = 120 minutos)
Número de códigos ictus reperfundidos registrados por sensores y balizas (= o >80)

DURACIÓN
Reuniones semestrales con el equipo de atención al códgio ictus (061, enfermería, urgencias, radiología, neurología...) para exponer resultados, reforzar conceptos y proponer mejoras --> (SEMESTRALMENTE)
Cursos de capacitación a lo largo del año para el personal que interviene en la atención del ictus hiperagudo--> inicios de JUNIO 2018, mediados de JUNIO 2018, NOVIEMBRE 2018)
Implementación de sistema de sensores y balizas para la detección automática de los tiempos de atención en las distintas instalaciones del hospital por las que pasa un paciente durante la atencion al ictus hiperagudo --> (JUNIO 2018).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0228

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR BRUN VALVERDE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAVIÑA CASTAN ANA BELEN
BERGES PEREZ RUTH
MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ
SEBASTIAN GURRIA MARIA ISABEL
ORTEGA LACAMBRA ELENA
COMET BERNAD MACARENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Junio-Octubre 2016: Actualización de póster, revisando últimos protocolos de la unidad
Noviembre 2016: Presentación a personal implicado
Diciembre 2016: Elaboración de encuestas de utilidad
Enero- Marzo 2017: Realización de encuestas sobre utilidad del póster al personal susceptible de utilizarlo
La encuesta realizada constaba de 6 preguntas en las que se valoraba utilidad, claridad explicativa, adecuación de contenido, grado de actualización de la información y accesibilidad/visibilidad del póster. La escala utilizada en las respuestas fue tipo Likert de 5 items.
Tras la encuesta se realizaron mejoras pertinentes (modificación tamaño letra, resalte pauta administración...) atendiendo a las observaciones de las encuestas realizadas.

Material utilizado:
- Fotocopias encuestas
- Impresión de poster para cada uno de los Servicios (Paritorio, Plantas 5º,6º y 7º HMI). Pendiente de impresión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La encuesta realizada constaba de 6 preguntas en las que se valoraba utilidad, claridad explicativa, adecuación de contenido, grado de actualización de la información y accesibilidad/visibilidad del póster. La escala utilizada en las respuestas fue tipo Likert de 5 items.
El resultado de las encuestas fue satisfactorio en relación a la valoración de la utilidad, claridad explicativa, contenido adecuado y actualizado, siendo considerado por la mayoría del personal una herramienta útil en su trabajo diario. Precisaría de una mayor difusión y de una ubicación adecuadas en la 5º planta del Hospital Materno Infantil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que el póster sobre administración segura de fármacos en obstetricia es una herramienta útil en nuestro trabajo diario, que precisa de una revisión y actualización continua.
Es preciso encontrar una ubicación adecuada de este recurso para que su consulta sea fácil y accesible.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/228 ========== ***

Nº de registro: 0228

Título
ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTERTRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

Autores:
BRUN VALVERDE ANA PILAR, LAVIÑA CASTAN ANA BELEN, BERGES PEREZ RUTH, MARCHADOR PINILLOS BEATRIZ, SEBASTIAN GURRIA ISABEL, ORTEGA LACAMBRA ELENA, COMET BERNAD MACARENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0228

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE POSTER SOBRE ADMINISTRACION SEGURA DE FARMACOS EN OBSTETRICIA PARA USO DEL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El cambio en los protocolos de administración de algunos farmacos utilizados en nuestro medio hace imperativa la revision y actualización del " poster sobre administración segura de fármacos en obstetricia".
Como se señalo en proyectos anteriores se pretende disminuir la variabilidad en las formas de administración segura de los fármacos, lo que implica una mejora de la calidad asistencial.
Asi mismo se pretende conocer la utilidad de dicho poster como herramienta para el personal habitual del servicio como aquel que trabaja en el de forma más eventual.

RESULTADOS ESPERADOS
-Aumentar la seguridad de la gestante/ paciente
-Disminuir la variabilidad en la administración
-Disminución incidentes/ accidentes
-Aumento de la detección de reacciones adversas
-Conocer los nuevos protocolos de administración de farmacos en obstetricia

MÉTODO
- Revisión y actualización de póster por los miembros que forman parte del proyecto
- Presentación del mismo en las diferentes unidades de Obstetricia del Hospital Miguel Servet.
- Realización de encuesta sobre utilidad del mismo a los/as profesionales implicados en la administración de estos fármacos
- Reunión para valoración global del proyecto

INDICADORES
- Conocimiento de la actualización del póster entre enfermeras y matronas de las Unidades de Obstetricia
-Enfermeras que conocen su actualización /nº total de enfermeras
-Enfermerasen formación que conocen su actualización /nº total de enfermeras
-Matronas que conocen su actualización/nº total de matronas
-Residentes de Matrona que conocen su actualización/nº total de matronas
-Enfermeras que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de enfermeras
--Enfermeras en formación que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de enfermeras en formación
--Matronas que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de matronas
-Residentes de matrona que consideran útil tener un formato de fácil acceso sobre preparación y administración de fármacos/nº total de residentes de matrona

DURACIÓN
Junio-Octubre 2016: Revisión y actualización de poster
Octubre: Presentación a personal implicado
Noviembre2016-Enero 2017: Uso del mismo y realización de encuestas
Febrero 2017: Evalución de indicadores

OBSERVACIONES
Recursos económicos necesarios: Los derivados de la impresión de los poster para los servicios implicados en los cuidados de la gestante

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0254

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JAVIER HERNANDEZ PEREZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA
GALE EDERRA IDOYA
ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES TRIMESTRALES (OCTUBRE 2016, ENERO 2017, ABRIL 2017, JULIO 2017, OCTUBRE 2017, ENERO 2018). EN CADA REUNIÓN SE ELABORÓ UN BORRADOR SOBRE UN TEMA DEL FOLLETO EDUCATIVO Y SE PLANTEÓ EL TEMA A TRATAR EN LA SIGUIENTE REUNIÓN.
HEMOS ELABORADO LOS SIGUIENTES TEMAS PARA EL FOLLETO: CUIDADOS PERINEALES, LACTANCIA MATERNA, LACTANCIA MIXTA, LACTANCIA ARTIFICIAL, USO DEL SACALECHES, CONSERVACIÓN DE LA LECHE EXTRAIDA, CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, Y RECOMENDACIONES AL ALTA.
SE HA ELABORADO UN BORRADOR DEL FOLLETO QUE ESTÁ PENDIENTE DE SU REVISIÓN FINAL Y MAQUETACIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HA ELABORADO UN BORRADOR DEL FOLLETO BASÁNDONOS EN REVISIONES SISTEMATICAS DE CADA UNO DE LOS TEMAS TRATADOS.
EL BORRADOR ESTA PENDIENTE DE SU REVISIÓN Y MAQUETACIÓN.
UNA VEZ FINALIZADO SE LLEVARÁ A CABO SU TRADUCCIÓN AL INGLÉS, FRANCES, ÁRABE, RUMANO Y CHINO.
SE PREVEE QUE LA ENTREGA DE LOS FOLLETOS EDUCATIVOS A LAS PUERPERAS COMIENCE EN JUNIO DE 2018. SE VALORARÁ SU ENTREGA EN FORMATO PDF PARA EVITAR GASTOS DE IMPRESIÓN.
SE INTENTARÁ EVITA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO HA REQUERIDO MAS TIEMPO PARA SU ELABORACIÓN DEL QUE ESTABA PREVISTO EN EL CALENDARIO INICIAL. A PESAR DE ELLO, EL PROYECTO HA SIDO MUY ENRIQUECEDOR PARA EL EQUIPO A NIVEL PERSONAL Y FORMATIVO.
QUEDA PENDIENTE LA TRADUCCIÓN DEL TEXTO, CON LA DIFICULTAD DE LA TRADUCCIÓN A LENGUAS MENOS COMUNES COMO EL CHINO Y EL ÁRABE.
EL PROYECTO SERÁ MUY POSITIVO A NIVEL DE LA PACIENTE YA QUE AYUDARÁ A FIJAR LA INFORMACIÓN VERBAL QUE SE LE DA DURANTE EL INGRESO. Y SERÁ POSITIVO PARA EL PERSONAL DE LAS PLANTAS DE TOCOLOGÍA YA QUE SUPONDRÁ UNA HERRAMIENTA EDUCATIVA PARA EL PERSONAL NUEVO EN EL SERVICIO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/254 ========== ***

Nº de registro: 0254

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA

Autores:
HERNANDEZ PEREZ JAVIER, LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA, GALE EDERRA IDOYA, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0254

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS PUERPERAS EN LAS PLANTAS DE TOCOLOGIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las mujeres que dan a luz en nuestro hospital reciben educación para el cuidado de su salud y el de su bebé durante los 2-4 días de su ingreso hospitalario. Esta información es proporcionada diariamente por una matrona de forma oral e individualizada.
Las pacientes y sus familiares nos han comunicado en varias ocasiones la posibilidad de dar esta información por escrito porque muchas veces están cansadas tras el parto y no se sienten con capacidad de asimilar toda la información dada.
Además, la carga asistencial de la matrona es muy alta, ya que da educación a las puérperas de tres plantas hospitalarias, por lo que el tiempo destinado a cada mujer es limitado.
Por ello, hemos decidido que dicha información sea plasmada en un folleto informativo, que aunque no sustituya a la educación oral diaria, sirva para que la paciente y su familia pueda recordar todo lo que se le ha explicado y fije dichos conocimientos.
Además, dicha información servirá para que el personal de la planta se forme en cuidados puerperales, consiguiendo que todos los profesionales sanitarios que trabajan en dichas plantas aporten la misma información.

RESULTADOS ESPERADOS
Reforzar la Educación puerperal de las plantas de Puerperios del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

MÉTODO
Elaboraremos un folleto informativo con las indicaciones para el cuidado tras el parto y puerperio, así como de los cuidados generales del recién nacido.
Dicha información será traducida al inglés, francés, rumano, árabe y chino, para conseguir abarcar a la mayor población no castellano parlante.

INDICADORES
A las puérperas se les realizará una encuesta en el momento del alta hospitalaria para conocer su valoración del folleto. Esta encuesta será llevada a cabo por la matrona del puerperio el primer lunes de cada mes durante el tiempo que dure el proyecto de calidad. Además, dicha encuesta recogerá sugerencias sobre nuevos temas a incorporar en el folleto informativo que serán evaluadas al finalizar el proyecto.

DURACIÓN
- Noviembre de 2016: Elaboración del folleto y su traducción a los diferentes idiomas, así como elaboración de la encuesta de evaluación.

- Desde 1 Diciembre de 2016 hasta 31 de Septiembre de 2017: Inicio del reparto de folletos informativos

- Reunión evaluadora del proyecto: Segunda quincena de Septiembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0272

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LACOMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA OLIVAN LAMBEA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMAYAS LORAO REBECA
VIÑERTA SERRANO ESTHER
LAVIÑA CASTAN ANA BELEN
SERRANO IBAÑEZ MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio con pacientes con dificultades idiomáticas y encuesta.

- Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Definición de los cuatro equipos.

- Reparto de tareas entre los miembros del equipo.

- Puesta en común posterior y presentación al resto de equipos.

- Consenso de las actividades hechas de cada miembro de cada equipo.

- Consenso de las actividades entre equipos. Con reuniones seriadas y programadas.

- Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio de 2016 en formato comunicación.

- Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería,Gerencia y Dirección de Gestión.

- Edición de los cuadernos.

- Presentación a los profesionales y la prensa (27 de Noviembre de 2017)

- Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.

- Reparto de los Cuadernos a los distintos servicios.

- Comienzo en el uso de los Cuadernos de comunicación.

- Elaboración,compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Todavía es pronto para evaluar los resultados.

- Los cuadernos se están utilizando en estos momentos y empezando a ver si realmente son útiles tal y como se han elaborado

- Hasta la fecha actual se han utilizado al 100%de las situaciones detectadas

- Las personas a las que se les ha aplicado la comunicación con Pictogramas se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral

- Existe un uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es; en noviembre hubo 453 visitas, en diciembre 1254 y en enero 475, hasta fecha actual

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La valoración de todos los miembros del equipo es que está siendo una experiencia muy gratificante.

- Pensamos que este proyecto está siendo útil en la medida en que vaya siendo utilizado con una mayor frecuencia; así mismo, iremos diseñando mejoras en los cuadernos y modificándolos a medida que sea necesario, teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que los están usando.

- En la implementación del proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.

- Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales de nuestra Comunidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0272

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LACOMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/272 ========== ***

Nº de registro: 0272

Título
REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

Autores:
OLIVAN LAMBEA CRISTINA, SERRANO IBAÑEZ CARMEN, VIÑERTA SERRANO ESTHER, LAVIÑA CASTAN ANA BELEN, AMAYAS LORAO REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la sección de Puerperio del HUMS atendemos un alto número de madres extranjeras (21’33%).
Nos dimos cuenta de que muchas de las señoras que vienen a parir a nuestro hospital no pueden comunicarse con nosotros.
Algunas entienden poco castellano, y hablan menos aún.
En algunos casos vienen con sus maridos haciendo de “traductores espontáneos”, aunque a nosotras nos queda la duda de si realmente les transmiten la información que les damos o la que ellos entienden o la que quieren darles (sobre todo con el tema de lactancia materna o cuidados puerperales).
El puerperio es un momento tan importante en la vida de esa mujer y de esa familia que exige de nosotros el mayor cuidado.
Y la comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona, tocólogo y enfermera) es una parte ESENCIAL en el cuidado.
No sólo queremos que entiendan lo que nosotros les decimos.
Queremos entender lo que ellas puedan necesitar, lo que nos quieran decir, sus miedos, su dolor físico o de otro tipo.
Tenemos situaciones muy duras (la muerte fetal es la más grave) en las que nuestro acompañamiento aún debe ser más cercano.
¿Cómo podemos explicar lo que está pasando, cómo podemos decirle a esa mujer qué va a pasar, qué vamos a hacer, … si no tenemos instrumentos para hablar?

Por eso nos planteamos crear un cuaderno de Pictogramas.
Conocíamos los materiales que se usan en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León…) y vimos otros que se pueden encontrar en internet.
Pero nos resultaba muy escaso, no cubría todas las necesidades que veíamos.

Así que decidimos hacer un cuaderno para la Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la comunicación con las puérperas no-castellano parlantes que llegan a nuestro hospital.
-Mejorar la comunicación con las señoras que presenten limitaciones en la compresión o expresión oral.
-Elaborar un Cuaderno de Pictogramas que explique de forma gráfica cada uno de los pasos que vamos a ir desarrollando en Plantas de Hospitalización de Puerperio).
-Recabar la información necesaria para elaborar la Historia Clínica.
-Que las pacientes puedan transmitirnos sus necesidades y sentimientos.
-Que formulen preguntas libremente.
-Mejorar la atención que les damos y disminuir su miedo.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de puerperio.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0272

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS PARA MEJORAR LACOMUNICACION CON LAS PUERPERAS DE NUESTRO SERVICIO

-Trabajo en equipo, presencial y online.
-Trabajo de campo fotografiando lugares y material, y situaciones que queremos definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de un Cuaderno de Comunicación

INDICADORES
-Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

DURACIÓN
Inicio: Febrero del 2016 y tenemos previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de este año.

14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.
Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.
Septiembre: Reunión con Arasaac para ver la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.
Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.
Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.
Diciembre: Impresión de los cuadernos.
Enero 2017: Presentación a los compañeros de nuestro Servicio y a la Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.

Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETALCON LIMITACIONESIDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIONDE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Fecha de entrada: 23/04/2018

2. RESPONSABLE ..... OLIVIA NOELIA BUIL CARRERA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERDUN PUEYO JULIA
CAMPOS TROL IRENE
IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO
LAENCINA LAZARO ROSARIO
MONTSERRAT CANTERA ESTHER
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Trabajo en equipo,presencial y on-line.
-Fotografías del material y espacios de los servicicos,incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de los cuatro cuadernos de comunicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Ha facilitado la comunicación y comprensión de las pacientes castellano-parlantes con el personal sanitario.
-Se ha mejorado la comunicación y comprensión del personal sanitario con la población diana.
-Se ha mejorado la atención proporcionada.
-Han disminuido los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
-Ha aportado una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Actualmente en la unidad de medicina materno-fetal el porcentaje de gestantes extranjeras atendidas supone el 21,33%
En muchos de estos casos presentan dificultades idiomáticas, interfiriendo en una adecuada relación asistencial.Puesto que la gestación es un proceso esencial en la vida de la mujer y el núcleo familiar, requiriendo del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada en cada momento del proceso.
La comunicación entre gestante y el equipo profesional (TCAE,Matronas, Enfermerasy Tocólogos) es una parte esencial en el cuidado.
No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiere comunicar al equipo sanitario.
Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de pictogramas.
Seguimos evaluando y poniendo en marcha este proyecto día a día en nuestro trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/282 ========== ***

Nº de registro: 0282

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONESIDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Autores:
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA, MONTSERRAT CANTERA MARIA ESTHER, CAMPOS TROL IRENE, IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO, BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA, BERDUN PUEYO JULIA, LAENCINA LAZARO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETALCON LIMITACIONESIDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIONDE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se atienden a alrededor de un 20% de gestantes cada año con las que en algunas ocasiones existen graves problemas de comunicación.
Las mujeres que están ingresadas en esta Unidad necesitan entender los signos de alarma que les explicamos al ingreso y ante cuya presencia deben avisar al personal de enfermería de la planta. Estos signos están individualizados en función de la causa por la cual está ingresada la mujer. Es importante que nos avisen de cualquier cambio que experimenten a lo largo del ingreso para poder asegurarles unos correctos cuidados de enfermería. En algunos casos la información que nos aporte la mujer será de vital importancia para el buen pronóstico de la salud tanto de la madre como del bebé.

Creemos que el diseño de unos cuadernos de pictogramas puede ayudarnos a profesionales y a pacientes a mejorar la comunicación con este tipo de pacientes garantizando unos adecuados cuidados. Dichos cuadernos englobarán diferentes fotografías y dibujos de los signos y síntomas que más a menudo presentan las mujeres ingresadas en esta unidad, cuidados que deben de llevar a cabo y actuaciones de enfermería. Dichos pictogramas estarán agrupados según los diagnósticos más frecuentes que encontramos en la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la comunicación con las gestantes en las que la barrera idiomática supone limitaciones asistenciales.
Facilitar la comunicación con aquellas usuarias que presentan limitaciones en la comprensión o expresión oral.
Elaborar un cuaderno de pictogramas que permita recopilar la información necesaria para una correcta cumplimentación de la historia clínica y que recoja de forma gráfica los procedimientos que se van a realizar.
Promover la expresión de necesidades y sentimientos por parte de las usuarias, disminuyendo sus temores y ansiedad.
Aportar una mayor calidad en la prestación de cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO
Trabajo en equipo del personal implicado, tanto de modo presencial como online.
Trabajo de campo: fotografías de material, entorno y situaciones a definir.
Reuniones colaborativas con personal de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa)
Diseño de pictogramas.
Elaboración del cuaderno de comunicación.
Evaluación del procedimiento y resultados.

INDICADORES
Debido al problema de comunicación con las gestantes que no hablan nuestro idioma, existe una gran dificultad en que podamos objetivar su grado de satisfacción respecto a la comunicación con el personal sanitario.

Por este motivo, se elaborará un cuestionario dirigido al personal de la Planta de Medicina Materno-fetal. Se utilizará como indicador el grado de satisfacción que los profesionales de la planta tienen sobre la comunicación con pacientes que no hablan español. Monitorizaremos otros aspectos como la percepción del profesional sobre la actitud del paciente (temor, colaboración…), la influencia que puede tener los problemas de comunicación con el cumplimiento del tratamiento prescrito, la facilidad en la elaboración de la historia clínica…
Este cuestionario se compondrá de preguntas cerradas, que se responderán mediante una escala Likert de 5 valores.
La misma encuesta se pasará en dos ocasiones, antes de empezar a utilizar los pictogramas y transcurrido un tiempo de su implantación en la planta. Revaluación anual de la pertinencia de los pictogramas existentes y valorar la inclusión de nuevos pictogramas que respondan a las posibles necesidades detectadas.

DURACIÓN
La distribución temporal del anteproyecto propuesto de mejora de la calidad, basada en la elaboración de pictogramas, se ha desarrollado a partir del calendario que se expondrá a continuación.
El trabajo ha sido temporalizado piramidalmente a partir de tres niveles: un primer nivel de coordinación de grupos para implantar la organización y pautas de trabajo a seguir; un segundo nivel centrado en el trabajo por plantas-cuaderno específico, y; un tercer nivel de trabajo personal y/o pequeño grupo conforme a la tarea asignada.

CRONOGRAMA:
Febrero 2016: Inicio proyecto.(Reunión 1-2):jueves 11/ jueves 25
Marzo 2016: R-3: jueves 10
Abril 2016: R-4: jueves 14

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETALCON LIMITACIONESIDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACIONDE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Mayo 2016:R-5:miércoles 11
Junio 2016:R-6:miércoles 8
Septiembre 2016: Reuniones por cuadernos: martes 6
Reuniones con ARASAAC: martes 20/martes 27
Octubre 2016: Presentación del proyecto.
Noviembre 2016: Maquetación.
Diciembre 2016: Impresión.
Enero 2017: Presentación al Personal del Servicio, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero a junio 2017:Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2018:Revisión y evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CONLIMITACIONES IDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DEPICTOGRAMAS

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... NELIA VILLUENDAS FERNANDEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTSERRAT CANTERA ESTHER
CAMPOS TROL IRENE
IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO
BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA
BERDUN PUEYO JULIA
LAENCINA LAZARO ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas en el proyecto han sido:

- Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio con pacientes con dificultades idiomáticas y encuesta.
-Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Definición de los 4 equipos.
-Realización de los Cuadernos por parte de cada equipo.
-Consenso de las actividades intra equipos y entre equipos. Con reuniones seriadas y programadas.
-Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio 2016 en formato Comunicación.
-Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
-Edición de los Cuadernos.
-Presentación a los profesionales y Prensa. (27 de Noviembre 2017)
-Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
-Reparto de los Cuadernos a los distintos Servicios.
-Comienzo en el uso de los Cuadernos de comunicación.
-Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

No se han cumplido los plazos previstos, los cuadernos se finalizaron en Noviembre del 2017. Debido al breve periodo de tiempo transucurrido, aun no se han repartido las encuestas de satisfacción a los profesionales.

Está pendiente hacer llegar los cuadernos al resto de los Hospitales de Aragón.

Recursos empleados: Sala de reuniones del Hospital Materno-Infantil, material informático de los miembros de cada equipo, Sala de informática de Docencia, material elaborado por arasaac. Y básicamente el tiempo y la dedicación de las personas que integran el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a que la finalización de los cuadernos fue en Noviembre del 2017 no se han podido evaluar resultados por el breve periodo de tiempo en el que se han utilizado en el Servicio.

Desde el primer día que se finalizaron los cuadernos,se están utilizando y se está empezando a valorar si realmente son útiles o precisan algúna mejora. Hasta la fecha actual se han utilizado al 100% de las situaciones detectadas.

Las mujeres con las que nos hemos ayudado con los pictogramas para favorecer la comunicación se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral.

En cuanto al uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es: en Noviembre hubo 453 visitas, en Diciembre 1254 y en Enero hasta la fecha actual, 475.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de todos los miembros del equipo es que está siendo una experiencia muy gratificante.
Pensamos que este proyecto está siendo útil y conforme se vayan utilizando con mayor frecuencia, iremos diseñando mejor los cuadernos y modificándolos en la medida que sea necesario,teniendo en cuenta la opinión de todos los profesionales que los están usando.
En la implementación del Proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.
Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales de nuestra Comunidad.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CONLIMITACIONES IDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DEPICTOGRAMAS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/282 ========== ***

Nº de registro: 0282

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CON LIMITACIONESIDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DE PICTOGRAMAS

Autores:
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA, MONTSERRAT CANTERA MARIA ESTHER, CAMPOS TROL IRENE, IZQUIERDO VILLARROYA JUAN FRANCISCO, BUIL CARRERA OLIVIA NOELIA, BERDUN PUEYO JULIA, LAENCINA LAZARO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se atienden a alrededor de un 20% de gestantes cada año con las que en algunas ocasiones existen graves problemas de comunicación.
Las mujeres que están ingresadas en esta Unidad necesitan entender los signos de alarma que les explicamos al ingreso y ante cuya presencia deben avisar al personal de enfermería de la planta. Estos signos están individualizados en función de la causa por la cual está ingresada la mujer. Es importante que nos avisen de cualquier cambio que experimenten a lo largo del ingreso para poder asegurarles unos correctos cuidados de enfermería. En algunos casos la información que nos aporte la mujer será de vital importancia para el buen pronóstico de la salud tanto de la madre como del bebé.

Creemos que el diseño de unos cuadernos de pictogramas puede ayudarnos a profesionales y a pacientes a mejorar la comunicación con este tipo de pacientes garantizando unos adecuados cuidados. Dichos cuadernos englobarán diferentes fotografías y dibujos de los signos y síntomas que más a menudo presentan las mujeres ingresadas en esta unidad, cuidados que deben de llevar a cabo y actuaciones de enfermería. Dichos pictogramas estarán agrupados según los diagnósticos más frecuentes que encontramos en la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la comunicación con las gestantes en las que la barrera idiomática supone limitaciones asistenciales.
Facilitar la comunicación con aquellas usuarias que presentan limitaciones en la comprensión o expresión oral.
Elaborar un cuaderno de pictogramas que permita recopilar la información necesaria para una correcta cumplimentación de la historia clínica y que recoja de forma gráfica los procedimientos que se van a realizar.
Promover la expresión de necesidades y sentimientos por parte de las usuarias, disminuyendo sus temores y ansiedad.
Aportar una mayor calidad en la prestación de cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO
Trabajo en equipo del personal implicado, tanto de modo presencial como online.
Trabajo de campo: fotografías de material, entorno y situaciones a definir.
Reuniones colaborativas con personal de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa)
Diseño de pictogramas.
Elaboración del cuaderno de comunicación.
Evaluación del procedimiento y resultados.

INDICADORES
Debido al problema de comunicación con las gestantes que no hablan nuestro idioma, existe una gran dificultad en que podamos objetivar su grado de satisfacción respecto a la comunicación con el personal sanitario.

Por este motivo, se elaborará un cuestionario dirigido al personal de la Planta de Medicina Materno-fetal. Se utilizará como indicador el grado de satisfacción que los profesionales de la planta tienen sobre la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0282

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO-FETAL CONLIMITACIONES IDIOMATICAS Y/O COMUNICATIVAS, POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN CUADERNO DEPICTOGRAMAS

comunicación con pacientes que no hablan español. Monitorizaremos otros aspectos como la percepción del profesional sobre la actitud del paciente (temor, colaboración…), la influencia que puede tener los problemas de comunicación con el cumplimiento del tratamiento prescrito, la facilidad en la elaboración de la historia clínica… Este cuestionario se compondrá de preguntas cerradas, que se responderán mediante una escala Likert de 5 valores. La misma encuesta se pasará en dos ocasiones, antes de empezar a utilizar los pictogramas y transcurrido un tiempo de su implantación en la planta. Revaluación anual de la pertinencia de los pictogramas existentes y valorar la inclusión de nuevos pictogramas que respondan a las posibles necesidades detectadas.

DURACIÓN
La distribución temporal del anteproyecto propuesto de mejora de la calidad, basada en la elaboración de pictogramas, se ha desarrollado a partir del calendario que se expondrá a continuación.
El trabajo ha sido temporalizado piramidalmente a partir de tres niveles: un primer nivel de coordinación de grupos para implantar la organización y pautas de trabajo a seguir; un segundo nivel centrado en el trabajo por plantas-cuaderno específico, y; un tercer nivel de trabajo personal y/o pequeño grupo conforme a la tarea asignada.

CRONOGRAMA:
Febrero 2016: Inicio proyecto.(Reunión 1-2):jueves 11/ jueves 25
Marzo 2016: R-3: jueves 10
Abril 2016: R-4: jueves 14
Mayo 2016:R-5:miércoles 11
Junio 2016:R-6:miércoles 8
Septiembre 2016: Reuniones por cuadernos: martes 6
Reuniones con ARASAAC: martes 20/martes 27
Octubre 2016: Presentación del proyecto.
Noviembre 2016: Maquetación.
Diciembre 2016: Impresión.
Enero 2017: Presentación al Personal del Servicio, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero a junio 2017:Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2018:Revisión y evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR MAÑAS MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SANZ MARIA PILAR
BUIL MARTINEZ MIREIA
HERNANDEZ MORA MARIA CRISTINA
BAQUERO MUÑOZ ANA ISABEL
PERAL AROCA CONCEPCION
COSTA PEREZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Contexto
El proyecto se llevó a cabo en la planta de Ginecología que se corresponde con la segunda planta de hospitalización del Hospital Materno Infantil Miguel Servet de Zaragoza. La hipótesis de trabajo, se planteó en julio de 2016 y a partir de ese momento se comenzaron a elaborar las bases del mismo. El proyecto se presentó para su admisión en la convocatoria de proyectos de mejora del año 2017, y se implantó en la unidad tras su aprobación en febrero de 2017.

Los datos del proyecto se obtuvieron durante el periodo comprendido entre febrero y diciembre de 2017, inclusive los meses citados. Las pacientes fueron informadas de la finalidad del proyecto, y para participar en él, se solicitó la adecuada cumplimentación del consentimiento informado específico. Se trataron de manera codificada los datos recogidos, para mantener la confidencialidad y el anonimato de la participante. Tanto su recogida como procesado se realizó en la misma unidad.

Población a estudio
La población a estudio comprendió las pacientes de sexo femenino ingresadas en la planta segunda de Ginecología del Hospital Materno Infantil Miguel Servet de Zaragoza, programadas para cirugía de patología o tumor vulvar, durante el año 2017. Se reclutaron un total de veintiuna pacientes, de las cuales, tres no quisieron participar en el estudio y una se excluyó debido a su traslado a otra unidad del hospital. La muestra final obtenida fue de dieciocho participantes.

Criterios de inclusión:
- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología pendiente de cirugía programada de patología/tumor de origen vulvar.
- Obtención del consentimiento de la paciente para la participación en el estudio, cumplimentación del documento.

Criterios de exclusión:
- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología sometida a cirugía programada de patología vulvar, para exéresis de pequeña lesión (herida quirúrgica menor o igual a 2 centímetros)
- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología sometida a cirugía programada de patología/ tumor de origen vulvar, para la obtención de biopsias.
- Mujer ingresada en hospitalización de Ginecología pendiente de cirugía ginecológica programada que no aborda patología vulvar.
- Deterioro cognitivo grave diagnosticado.
- Paciente trasladada a otra unidad durante el postoperatorio.
- No deseo de la paciente a participar en el estudio.

Actividades desarrolladas
- Actualización de cuidados de enfermería durante el postoperatorio de cirugía vulvar, consensuados con el equipo de la unidad de Ginecología.
- Implantación de cuidados estandarizados de enfermería durante el postoperatorio de cirugía vulvar.
- Estudio observacional prospectivo, con la finalidad de valorar los aspectos clave presentes en el postoperatorio de este tipo de cirugía.
- Valoración del impacto sobre la calidad de vida ante esta nueva situación de salud, mediante la administración del cuestionario FACT V.
- Valoración del nivel de satisfacción de las pacientes intervenidas de cirugía vulvar durante la hospitalización, mediante la administración a la paciente de la encuesta de satisfacción del Sector II.
- Fomento de la autonomía de la paciente y la movilización precoz en el postoperatorio. Educación sanitaria.

Cronograma
- Hipótesis…. Julio 2016
- Búsqueda bibliográfica … Julio- Octubre 2016
- Revisión de cuidados. Septiembre- Octubre 2016
- Presentación de Proyecto de Mejora… Octubre 2016
- Preparación de documentación (HI, CI, FACT V…) ... Noviembre- Diciembre 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

- Revisión de documentación. Enero- Febrero 2017
- Aprobación Proyecto de Mejora…. Febrero 2017
- Recogida de datos… Febrero - Diciembre 2017
- Procesado de datos… Enero 2018
- Análisis de resultados … Febrero- Marzo 2018
- Redacción de informe de resultados tras análisis estadístico … Abril- Mayo 2018

Recursos empleados
El desarrollo del proyecto se llevó a cabo gracias a la adecuada coordinación del propio equipo de mejora, y gracias a la colaboración del equipo de la planta de Ginecología, que tras conocer el proyecto de mejora se implicó en aplicar los cuidados consensuados.
Para llevar a cabo el desarrollo del proyecto en sí, se realizó un reparto de tareas entre las componentes del equipo, y se realizó un seguimiento de las actividades de forma continua, tanto de manera presencial mediante reuniones o mediante uso de TIC (Tecnologías de la información y la comunicación). También se obtuvo el apoyo y un seguimiento del proyecto por parte de la Unidad de Calidad de enfermería del HUMS.
La recogida de datos se realizó de manera secuencial y de manera estructurada mediante la cumplimentación de una ficha realizada para la ocasión. De manera semanal se comprobó el parte quirúrgico para valorar las pacientes candidatas a formar parte del proyecto, y se comunicó a los integrantes del equipo de mejora.

Como recursos materiales, se solicitó al servicio de recursos materiales del hospital la dispensación de Polihexamida acuosa (Prontosan solución®) para su uso como antiséptico local de la herida quirúrgica, y alginato en crema (Askina calgitrol paste®) en caso de dehiscencia de la misma. Debido a la situación anatómica de la herida quirúrgica, no se utilizaron apósitos de tejido para proteger la herida, y como alternativa se utilizó polímero de silicona en spray (Cutimed®). En casos de dehiscencia, se utilizaron gasas o compresas estériles sujetas con ropa interior de malla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos registrados se obtuvieron durante el año 2017. Se reclutaron a las pacientes candidatas a participar en el proyecto, y tras informarles de la finalidad del mismo y obtener su consentimiento, se obtuvieron los datos estudiados a través de una entrevista con la paciente, datos clínicos de la HªCª, y dos cuestionarios autoadministrados (FACT V y Encuesta de satisfacción del sector). Todos los datos se trataron de manera codificada, manteniendo la confidencialidad y el anonimato.

En un primer análisis, hemos obtenido una valoración positiva de los resultados, no obstante, no se ha terminado de concluir el análisis estadístico, el cual se está llevando a cabo con la colaboración de la Unidad de Enfermería en Innovación e Investigación del Hospital Miguel Servet.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desarrollar cuidados estandarizados consensuados por el equipo que integra la unidad ha facilitado la atención a la paciente intervenida de patología vulvar y el desarrollo de la actividad asistencial. La unificación de cuidados ha permitido realizar un seguimiento más estrecho y continuado de este tipo de postoperatorio.
Como limitaciones, por un lado hemos encontrado la inestabilidad de plantilla. Para mitigar este aspecto, se ha puesto a disposición del personal de la unidad, el mapa de cuidados correspondiente al proyecto y se ha fomentado la comunicación y el trabajo en equipo. No obstante, consideramos que los cambios de personal que integra la unidad ha dificultado el desarrollo del proyecto y la continuidad del mismo. La falta de conocimientos y familiaridad con el proceso, y la variabilidad de la práctica clínica ha dificultado en ocasiones el desarrollo del mismo.
Por otro lado, la sobrecarga asistencial y la atención a pacientes pluripatológicos de diferentes especialidades también han dificultado el desarrollo del programa.
Otro aspecto a mejorar que consideramos importante, es optimizar la coordinación con equipos de colaboración. Resultaría interesante en un futuro mejorar la comunicación con profesionales que colaboran en el proceso quirúrgico de vulva, para continuar con la unificación y consenso de cuidados. De esta manera, se podría reducir la variabilidad de la práctica clínica y trabajar en equipo en la búsqueda de la mejora asistencial del paciente.

Recomendaciones
Consideramos fundamental para desarrollar un proyecto la estabilidad de plantilla para favorecer el sentido de pertenencia a un grupo y obtener un alto grado de implicación de los profesionales a proyectos de mejora asistencial. Un equipo familiarizado con el proyecto presenta un mayor grado de motivación y está más receptivo en la búsqueda de medidas para mejorar la atención asistencial del paciente.

7. OBSERVACIONES.
El PROYECTO DE MEJORA se ha llevado a cabo en el SECTOR II, en el HOSPITAL MIGUEL SERVET.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/345 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

Nº de registro: 0345

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

Autores:
MAÑAS MARTINEZ MARIA DEL MAR, RODRIGUEZ SANZ PILAR, BUIL MARTINEZ MIREIA, HERNANDEZ MORA MARIA CRISTINA, LORENTE MARTIN SILVIA, BAQUERO MUÑOZ ANA ISABEL, PERAL AROCA CONCEPCION, COSTA PEREZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tumor de vulva es en la actualidad la cuarta causa de neoplasia del tracto genital femenino, tras endometrio, cérvix y ovario. En España es la causante de 500 muertes anuales por esta patología.
Habitualmente se asocia a la mujer de edad avanzada. Sin embargo, en estudios recientes se observa un segundo pico, aunque más pequeño, en mujeres de 40 - 50 años. Este aumento está en relación con el aumento de la incidencia de la lesión neoplásica vulvar intraepitelial (VIN) y a la mayor prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en estas pacientes.

El tratamiento de elección en el cáncer de vulva es quirúrgico. El tipo de intervención quirúrgica viene determinado por el estadio tumoral marcado por el Comité Oncológico de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO). Se realiza vulvectomía simple o radical a partir de estadio II.
En los últimos tiempos se han modificado las técnicas quirúrgicas en un intento de disminuir las complicaciones en el postoperatorio. No obstante, a corto plazo la infección y la dehiscencia de la herida quirúrgica siguen apareciendo en un 40% de los casos y a largo plazo, el linfedema y la disfunción sexual.

El objetivo de nuestra Unidad es desarrollar un protocolo de actuación para la paciente intervenida de patología vulvar con o sin linfadenectomia inguinal, con el objetivo de reducir el número de complicaciones postoperatorias, centrándonos en la dehiscencia de la herida, que es la más frecuente, y de esta manera disminuir los días de estancia hospitalaria y costes asociados, mejorando de este modo la calidad y bienestar de las pacientes afectadas por este tipo de cáncer.

RESULTADOS ESPERADOS
1 - Estandarización los cuidados de enfermería durante la hospitalización de una paciente intervenida de patología vulvar para disminuir las complicaciones del postoperatorio.
2 - Estimulación de la autonomía de la paciente de forma precoz.
3 – Disminución de la estancia hospitalaria de una paciente intervenida de patología vulvar.
4 – Estudio de las pacientes intervenidas de patología vulvar para determinar cuales son los factores que más inciden en la aparición de complicaciones y por lo tanto en la demora del alta hospitalaria.

MÉTODO
Se ha realizado un mapa de cuidados a seguir durante el postoperatorio de patología vulvar. Previa a su implantación se realizará una sesión informativa con el personal de enfermería y auxiliar de enfermería de la planta para dar a conocer el proyecto y realizar un intercambio de impresiones.
- El personal de enfermería será el encargado de realizar un seguimiento del estado de la herida quirúrgica y aplicar unos cuidados estandarizados.
- También valorará de manera global el estado de la paciente, para determinar cualquier necesidad que pueda aparecer a lo largo del proceso.
- Mantendrá informado de todo el proceso al ginecólogo responsable.
- El personal de auxiliar de enfermería junto con enfermería facilitará la educación sanitaria durante todo el proceso. Ayudará a la paciente a recuperar su autonomía de la forma más adecuada y facilitará un adecuado confort.
- El ginecólogo responsable realizará el seguimiento de todo el proceso, determinará el tratamiento médico más adecuado para una correcta evolución y será el encargado de solicitar colaboración con otros especialistas.

INDICADORES
- Se revisará cada 15 días el número de pacientes intervenidas de patología vulvar a las que se les ha aplicado el mapa de cuidados para registrar su evolución.

- Se realizará una sesión mensual con enfermería y auxiliares de enfermería para monitorizar la aplicación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0345

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE LA PACIENTE INTERVENIDA DE PATOLOGIA VULVAR

del mapa de cuidados y ver problemas en la implementación.

- Al año de su puesta en marcha con los datos obtenidos de la entrevista con la paciente y los datos registrados en la historia clínica, se valorarán los siguientes factores:
- nº pacientes a las que se aplica el mapa de cuidados/nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- Días de estancia hospitalaria.
- nº pacientes que presentan dehiscencia de la herida quirúrgica / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes intervenidas tras recidiva de tumor de vulva / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentan infección de la herida quirúrgica / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentaron infección de orina / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- nº pacientes que presentan linfedema precoz / nº pacientes intervenidas de linfadenectomía inguinal.
- nº pacientes que presentan estrés por su nueva situación de salud / nº pacientes intervenidas de patología vulvar.
- Satisfacción de la paciente durante la hospitalización.

DURACIÓN
El programa se aplicará en todas las pacientes intervenidas de patología vulvar durante su estancia hospitalaria, a partir del 1 de noviembre de 2016 hasta el 1 de noviembre de 2017.

OBSERVACIONES
Se realizará un seguimiento de la paciente y se recogerán datos sobre factores que pueden repercutir sobre el proceso de cicatrización. Se entregará una encuesta de satisfacción y un cuestionario que valore el nivel de estrés frente a su nuevo estado de salud.
Las curas tópicas realizadas por enfermería han sido consensuadas por el equipo médico y se aplicarán bajo su prescripción. Se utilizarán los productos: Prontosan solución y Algina Calgitrol plata.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0376

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA SAZ SIMON
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRAZ MIGUEL ALICIA
PASCUAL COLLADOS EVA
SANCHEZ CASTAÑO CARMEN
SOLANAS SANCHO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio de pacientes con dificultades idiomáticas y realización de encuesta.
-Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Se constituyen cuatro equipos de matronas y TCAEs divididos por servicios: Dilatación-paritorio, Puerperio (Plantas 5ª y 7ª), Fisiopalogía fetal (Planta 6ª) y Urgencias (el nuestro).
-Realización de los cuadernos de pictogramas; selección de términos, diseño y definición de imágenes, organización y distribución final de los pictos por parte de cada equipo en cada servicio.
-Consenso de las actividades a llevar a cabo intra equipos y entre equipos, mediante reuniones seriadas y programadas.
-Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio 2016 en formato Comunicación.
-Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
-Edición de los Cuadernos.
-Presentación a los profesionales y Prensa (27 de Noviembre 2017)
-Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
-Reparto de los Cuadernos a los distintos Servicios.
-Comienzo del uso de los Cuadernos de comunicación.
-Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

No se han cumplido los plazos previstos, puesto que se finalizó en Noviembre de 2017. Las encuestas a los profesionales no se han podido pasar por el breve periodo de tiempo transcurrido.

Está pendiente hacer llegar los cuadernos al resto de los Hospitales de Aragón.

RECURSOS EMPLEADOS: Sala de reuniones del Hospital Materno-Infantil, material informático de los miembros de cada equipo, Sala de informática de Docencia, material elaborado por @arasaac. Y, básicamente, el tiempo y la dedicación de las personas que integran el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es pronto todavía para evaluar los resultados, ya que el proyecto se ha puesto en marcha hace muy poco tiempo.

Los cuadernos se están utilizando y, al mismo tiempo, observando y evaluando para ver si realmente son útiles tal y como se han elaborado. Hasta la fecha actual se han empleado en el 100% de las situaciones detectadas susceptibles para su uso.
Las personas a las que se les ha aplicado la comunicación con Pictogramas se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral.

Asimismo, se ha facilitado el uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es con una buena acogida, ya que en Noviembre hubo 453 visitas, en Diciembre 1254 y en Enero, hasta la fecha actual, 475.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de todos los miembros del equipo es unánime en que está siendo una experiencia muy gratificante.

Consideramos que este proyecto está siendo realmente útil y conforme se vaya utilizando con mayor frecuencia, iremos diseñando mejor los cuadernos y modificándolos en la medida que sea necesario, siempre teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que los están usando y las aportaciones que nos puedan llegar a través de pacientes o compañeros de otros servicios y centros.

En cuanto a la implementación del Proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.

Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales y centros de nuestra Comunidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0376

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/376 ========== ***

Nº de registro: 0376

Título
PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Autores:
SAZ SIMON LAURA, LARRAZ MIGUEL ALICIA, PASCUAL COLLADOS EVA, SANCHEZ CASTAÑO CARMEN, SOLANAS SANCHO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de Urgencias de maternidad del HUMS atendemos un alto número de mujeres extranjeras no castellano-parlantes, lo que conlleva serios problemas de comunicación y pérdida de información, dificultando en numerosas ocasiones la atención prestada.
La gran barrera idiomática observada junto con las traducciones "espontáneas" de sus acompañantes, que a veces no son del todo correctas, nos hicieron plantear la necesidad de elaborar una herramienta que mejorase la calidad asistencial de estas mujeres en nuestro servicio.
La primera atención prestada en urgencias es fundamental, puesto que de ahí pueden derivar numerosos miedos, dudas, ansiedad, etc. relacionados con el embarazo, parto, puerperio y procesos ginecológicos.
Por ello consideramos que la comunicación entre todos los profesionales implicados en la asistencia y las mujeres atendidas es una pieza esencial de nuestro trabajo diario.
No sólo queremos que entiendan lo que nosotros les decimos, sino que también queremos entender lo que ellas puedan necesitar, lo que nos quieran decir o transmitir; sus miedos, sus necesidades, su dolor físico o de otro tipo...
Tenemos situaciones muy duras (la muerte fetal es la más grave) en las que nuestro acompañamiento aún debe ser más cercano.
¿Cómo podemos explicar lo que está pasando, cómo podemos decirle a esa mujer qué va a pasar, qué vamos a hacer, si su hijo está en riesgo y necesitamos instrumentar el parto… si no tenemos herramientas para hablar?
Todas estas razones hicieron plantearnos la creación de un cuaderno con ilustraciones que definieran los diferentes signos y síntomas, técnicas y procedimientos, así como los signos de alarma por los que acudir al servicio de urgencias.
Para ello constituyó un equipo multidisciplinar de trabajo en el que se incluyen, entre otros, auxiliares de enfermería (TCAEs), residentes de matrona y matronas.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la comunicación con las mujeres no-castellano parlantes o con limitaciones en la comprensión o expresión oral que llegan al servicio de Urgencias de Maternidad.
-Elaborar un Cuaderno de Pictogramas que explique de forma gráfica cada uno de los pasos que vamos a ir desarrollando en nuestro servicio.
-Recabar la información necesaria para elaborar la Historia Clínica.
-Facilitar a las pacientes la transmisión de sus necesidades y sentimientos.
-Mejorar la atención prestada y disminuir su miedo.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante la primera atención hospitalaria prestada.

MÉTODO
-Elaboración de un cuaderno de Pictogramas (ilustraciones, iconos, símbolos y gráficos que representan de forma más o menos realista, un objeto real o significado). En dicho cuaderno se definirán las situaciones que con más frecuencia se presentan en nuestro servicio. Los apartados incluidos en el cuaderno harán referencia a datos de anamnesis, técnicas, resultados y alternativas, recomendaciones, signos de alarma y síntomas ginecológicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0376

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS. SERVICIO DE URGENCIAS DE MATERNIDAD DEL HUMS

-El equipo multidisciplinar constituido por la responsable y sus colaboradoras se reunirá periódicamente para desarrollar cada uno de los apartados mencionados.
-Para la elaboración del cuaderno se ha contado con la colaboración de ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa).

INDICADORES
-Encuesta a los profesionales implicados en la asistencia
INDICADOR: el 80% de ellos considerará útil el cuaderno de Pictogramas
-Encuesta de satisfacción de las usuarias (Escala de las caras)
INDICADOR: el 80% estarán satisfechas o muy satisfechas

DURACIÓN
Febrero 2016: Inicio del proyecto común de Pictogramas y reuniones del equipo específico de Pictogramas de Urgencias
Marzo-Junio 2016: Elaboración de los distintos apartados del Cuaderno de Pictogramas y envío a ARASAAC de fotografías, dibujos, bocetos, esquemas, explicaciones e ideas para la elaboración posterior de sus dibujos.
Septiembre 2016: Reunión con ARASAAC para ver la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando, con el fin de comprobar si los dibujos realmente expresan lo que queremos transmitir.
Octubre 2016: Presentación del Proyecto de Mejora.
Octubre-Noviembre-Diciembre 2016: maquetación del Cuaderno de Pictogramas en urgencias de Ginecología y Obstetricia.
Diciembre 2016: Impresión del cuaderno.
Enero 2017: Presentación a los compañeros de todo el Servicio de Obstetricia y Ginecología, así como a la Supervisión, Dirección y Gerencia del Hospital.
Febrero 2016: Puesta en marcha del cuaderno.
Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales y usuarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ROYO VIÑADO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNAL GARCIA MARTA
GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Análisis de las necesidades comunicativas en el Servicio con pacientes con dificultades idiomáticas y encuesta.
-Diseño del proyecto y reparto de tareas por equipos. Definición de los 4 equipos.
-Realización de los Cuadernos por parte de cada equipo.
-Consenso de las actividades intra equipos y entre equipos. Con reuniones seriadas y programadas.
-Presentación del Proyecto en las Jornadas de Calidad de Junio 2016 en formato Comunicación.
-Aprobación de su impresión por parte de la Dirección de Enfermería, Gerencia y Dirección de Gestión.
-Edición de los Cuadernos.
-Presentación a los profesionales y Prensa. (27 de Noviembre 2017)
-Entrevistas en Medios de Comunicación en días posteriores.
-Reparto de los Cuadernos a los distintos Servicios.
-Comienzo en el uso de los Cuadernos de comunicación.
-Elaboración, compra del dominio y puesta en marcha de la página pictopartos.es

No se han cumplido los plazos previstos, se finalizó en Noviembre del 2017. Las encuestas a los profesionales no se han podido pasar por el breve periodo de tiempo transcurrido.
Está pendiente hacer llegar los cuadernos al resto de los Hospitales de Aragón.

Recursos empleados: Sala de reuniones del Hospital Materno-Infantil, material informático de los miembros de cada equipo, Sala de informática de Docencia, material elaborado por arasaac. Y básicamente el tiempo y la dedicación de las personas que integran el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es pronto todavía para evaluar los resultados.
Los cuadernos se están utilizando y empezando a ver si realmente son útiles tal y como se han elaborado. Hasta la fecha actual se han utilizado al 100% de las situaciones detectadas.
Las personas a las que se les ha aplicado la comunicación con Pictogramas se han sentido informadas de sus procesos facilitándoles una asistencia integral.

-Uso libre de los cuadernos en la página pictopartos.es. En Noviembre hubo 453 visitas, en Diciembre 1254 y en Enero hasta la fecha actual, 475.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de todos los miembros del equipo es que está siendo una experiencia muy gratificante.
Pensamos que este proyecto está siendo útil y en la medida en que se vaya utilizando con mayor frecuencia, iremos diseñando mejor los cuadernos y modificándolos en la medida que sea necesario,teniendo en cuenta la opinión de los profesionales que los están usando.
En la implementación del Proyecto, dependemos de la cantidad de mujeres que acudan a nuestro servicio y no hablen nuestro idioma.
Recomendamos una mayor divulgación de los cuadernos para que puedan ser utilizados tanto en Atención Primaria como en otros hospitales de nuestra Comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/419 ========== ***

Nº de registro: 0419

Título
PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

Autores:
ROYO VIÑADO MARIA JESUS, SEBASTIAN GURRIA ISABEL, ARNAL GARCIA MARTA, GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

MARTINEZ CARBALLO SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS) ATIENDE A UNA POBLACIÓN CADA VEZ MÁS DIVERSA EN CUANTO A CULTURA, NECESIDADES, IDIOMA, RELIGIÓN,… UNA CORRECTA COMUNICACIÓN CON CADA PACIENTE ES IMPRESCINDIBLE PARA PODER REALIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN CADA MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN.ESTE FUE UNO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS QUE IMPULSÓ A NUESTRO GRUPO DE TRABAJO A REALIZAR UN MÉTODO DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE IMÁGENES PARA SIMPLIFICAR ESTOS PROBLEMAS DE DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (DE FORMA BIDIRECCIONAL: PACIENTES-PROFESIONALES; PROFESIONALES-PACIENTES) QUE SE CONVERTÍAN EN UN OBSTÁCULO EN EL DÍA A DÍA DE LA JORNADA LABORAL..

En el servicio de paritorios del HUMS se atiende a un alto número de madres extranjeras (21’33%).
Muchas de las gestantes que acuden a parir al hospital tienen graves problemas de comunicación con el personal del servicio. Algunas de ellas entienden poco castellano o tienen dificultad para poder expresarse.
En ocasiones están acompañadas por sus maridos o algún familiar que se ven obligados a hacer de “traductores espontáneos”, quedando la duda de si realmente se les transmite la información correcta, la que la persona acompañante entiende o la que quieren darles (sobre todo con el tema de la Anestesia Epidural).
El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y de una familia que exige del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada para cada momento del proceso. La comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona y tocólogo) es una parte ESENCIAL en el cuidado.
No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiera comunicar al equipo sanitario.
En el servicio de Obstetricia de un hospital de tercer nivel como es el HUMS existen momentos asistenciales muy complejos (la muerte fetal es la más grave) en las que el acompañamiento del personal que se encuentra de guardia aún debe ser más cercano.
Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de Pictogramas.
Enseguida se interesó por este proyecto un gran número de compañeros, auxiliares, residentes de matrona y matronas.
En primer lugar, se revisaron materiales que utilizan “colegas” en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León…) y otros que se pueden encontrar en internet.
Pero el resultado fue muy escaso y no cubría todas las necesidades que se objetivaron cuando se planteo el trabajo.
Así, se decidió que era más práctico dividir el proyecto en cuatro cuadernos diferentes: Urgencias, Planta de Medicina Materno-fetal (6ª), Dilatación-Partos y Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

RESULTADOS ESPERADOS
-Elaborar los Cuadernos de Pictogramas que expliquen de forma gráfica cada uno de los procesos que se desarrollan a lo largo del parto. (Urgencias, Plantas de Hospitalización y Paritorio).
-Facilitar la comunicación y comprensión de las pacientes no castellano parlantes con el personal sanitario.
-Mejorar la comunicación y comprensión del personal sanitario con las pacientes no castellano parlantes.
-Mejorar la atención que se proporciona.
-Disminuir los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO
-Trabajo en equipo, presencial y on-line.
-Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de los cuatro cuadernos de Comunicación.

INDICADORES
-Elaboración de las preguntas que formarán la encuesta dirigida a los profesionales.
-Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

DURACIÓN
-Inicio: Febrero del 2016 y está previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de 2016.
-14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

-Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.
-Septiembre: Reunión con Arasaac para estudiar la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.
-Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.
-Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.
-Diciembre: Impresión de los cuadernos.
-Enero 2017: Presentación de los cuadernos a los profesionales del servicio de urgencias, paritorios y plantas de hospitalización así como a la Dirección y Gerencia del Hospital.
-Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.
-Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

Fecha de entrada: 19/04/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA ARNAL GARCIA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEBASTIAN GURRIA MARIA ISABEL
GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES
MARTINEZ CARBALLO MARIA SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Trabajo en equipo, presencial y on-line.
-Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de los cuatro cuadernos de Comunicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Facilitar la comunicación y comprensión de las pacientes no castellano parlantes con el personal sanitario.
-Mejorar la comunicación y comprensión del personal sanitario con las pacientes no castellano parlantes.
-Mejorar la atención que se proporciona.
-Disminuir los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el servicio de paritorios del HUMS se atiende a un alto número de madres extranjeras (21’33%).
Muchas de las gestantes que acuden a parir al hospital tienen graves problemas de comunicación con el personal del servicio. Algunas de ellas entienden poco castellano o tienen dificultad para poder expresarse.
En ocasiones están acompañadas por sus maridos o algún familiar que se ven obligados a hacer de “traductores espontáneos”, quedando la duda de si realmente se les transmite la información correcta, la que la persona acompañante entiende o la que quieren darles (sobre todo con el tema de la Anestesia Epidural).
El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y de una familia que exige del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada para cada momento del proceso. La comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona y tocólogo) es una parte ESENCIAL en el cuidado.
No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiera comunicar al equipo sanitario.
Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de Pictogramas.
Seguimos evaluando y poniendo en marcha este poryecto día a día en nuestro trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/419 ========== ***

Nº de registro: 0419

Título
PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

Autores:
ROYO VIÑADO MARIA JESUS, SEBASTIAN GURRIA ISABEL, ARNAL GARCIA MARTA, GARCIA-LISBONA IRIARTE LOURDES, MARTINEZ CARBALLO SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (HUMS) ATIENDE A UNA POBLACIÓN CADA VEZ MÁS DIVERSA EN CUANTO A CULTURA, NECESIDADES, IDIOMA, RELIGIÓN,… UNA CORRECTA COMUNICACIÓN CON CADA PACIENTE ES IMPRESCINDIBLE PARA PODER REALIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN CADA MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN.ESTE FUE UNO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS QUE IMPULSÓ A NUESTRO GRUPO DE TRABAJO A REALIZAR UN MÉTODO DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE IMÁGENES PARA SIMPLIFICAR ESTOS PROBLEMAS DE DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (DE FORMA BIDIRECCIONAL: PACIENTES-PROFESIONALES; PROFESIONALES-PACIENTES) QUE SE CONVERTÍAN EN UN OBSTÁCULO EN EL DÍA A DÍA DE LA JORNADA LABORAL..

En el servicio de paritorios del HUMS se atiende a un alto número de madres extranjeras (21’33%).
Muchas de las gestantes que acuden a parir al hospital tienen graves problemas de comunicación con el personal del servicio. Algunas de ellas entienden poco castellano o tienen dificultad para poder expresarse.
En ocasiones están acompañadas por sus maridos o algún familiar que se ven obligados a hacer de “traductores espontáneos”, quedando la duda de si realmente se les transmite la información correcta, la que la persona acompañante entiende o la que quieren darles (sobre todo con el tema de la Anestesia Epidural).
El parto es un momento muy importante en la vida de una mujer y de una familia que exige del personal sanitario el compromiso de ofrecer la información pertinente y adecuada para cada momento del proceso. La comunicación entre la madre y el equipo que la atiende (auxiliar, matrona y tocólogo) es una parte ESENCIAL en el cuidado.
No sólo se pretende que entiendan lo que el personal quiere transmitir. Es indispensable que los profesionales comprendan lo que la paciente puede necesitar y lo que quiera comunicar al equipo sanitario.
En el servicio de Obstetricia de un hospital de tercer nivel como es el HUMS existen momentos asistenciales muy complejos (la muerte fetal es la más grave) en las que el acompañamiento del personal que se encuentra de guardia aún debe ser más cercano.
Resolver estas dificultades de comunicación hizo plantear el diseño de un cuaderno de Pictogramas.
Enseguida se interesó por este proyecto un gran número de compañeros, auxiliares, residentes de matrona y matronas.
En primer lugar, se revisaron materiales que utilizan “colegas” en otras CCAA (Andalucía, Galicia, Castilla-León…) y otros que se pueden encontrar en internet.
Pero el resultado fue muy escaso y no cubría todas las necesidades que se objetivaron cuando se planteo el trabajo.
Así, se decidió que era más práctico dividir el proyecto en cuatro cuadernos diferentes: Urgencias, Planta de Medicina Materno-fetal (6ª), Dilatación-Partos y Planta de Puerperio (5ª y 7ª).

RESULTADOS ESPERADOS
-Elaborar los Cuadernos de Pictogramas que expliquen de forma gráfica cada uno de los procesos que se desarrollan a lo largo del parto. (Urgencias, Plantas de Hospitalización y Paritorio).
-Facilitar la comunicación y comprensión de las pacientes no castellano parlantes con el personal sanitario.
-Mejorar la comunicación y comprensión del personal sanitario con las pacientes no castellano parlantes.
-Mejorar la atención que se proporciona.
-Disminuir los posibles fallos derivados de un mal intercambio de información.
-Aportar una mayor calidad en los cuidados durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

MÉTODO
-Trabajo en equipo, presencial y on-line.
-Fotografías del material y espacios de los servicios, incluyendo simulaciones de las situaciones que se quieren definir.
-Reuniones con Arasaac.
-Elaboración de dibujos.
-Elaboración de los cuatro cuadernos de Comunicación.

INDICADORES
-Elaboración de las preguntas que formarán la encuesta dirigida a los profesionales.
-Encuesta a los profesionales. (El 80% de ellos considerará útil esta herramienta).

DURACIÓN
-Inicio: Febrero del 2016 y está previsto publicar el cuaderno en Otoño-Invierno de 2016.
-14 de Septiembre 2016: Reunión de todos los miembros del equipo de Pictogramas.
-Septiembre 2016: Reuniones por Cuadernos.
-Septiembre: Reunión con Arasaac para estudiar la situación de los nuevos pictogramas que están elaborando.
-Octubre: Presentación de los Proyectos de Mejora.
-Octubre-Noviembre-Diciembre: maquetación de los Cuadernos.
-Diciembre: Impresión de los cuadernos.
-Enero 2017: Presentación de los cuadernos a los profesionales del servicio de urgencias, paritorios y plantas de hospitalización así como a la Dirección y Gerencia del Hospital.
-Febrero: Puesta en marcha de los cuadernos.
-Junio 2017: Revisión de la utilidad por parte de los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0419

1. TÍTULO

PICTOGRAMAS (COMUNICACION AUMENTATIVA): HERRAMIENTA PARA ENTENDERNOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0433

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DEALTORIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS DE BONROSTRO TORRALBA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES
TAJADA DUASO MAURICIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2017, se ha intentado realizar una coordinación efectiva en el seno del Grupo de Trabajo en Medicina Materno-Fetal para conseguir una mejor coordinación de los procesos de canalización de pacientes procedentes de otros centros hospitalarios a través de comentarios de casos clínicos y puesta en común de las propuestas de manejo. A través de estas reuniones, se ha creado un documento básico de canalización de pacientes obstétricas entre las diferentes secciones/servicios integrantes del grupo de trabajo facilitando extensiones de contacto y personas de referencia para el proceso de derivación de pacientes entre los distintos entornos clínicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El diálogo realizado entre los integrantes del grupo, se ha materializado en una mejor relación profesional entre los distintos Servicios vinculados a la Perinatología, que finalmente redunda en una mejor asistencia sanitaria a las pacientes con patología obstétrica. Para ello, la puesta en común de los casos clínicos de interés se ha mantenido de forma quincenal salvo periodo vacacional, manteniendo por tanto un número superior a 15 sesiones durante el año 2017 (como marcaba el estándar inicialmente planificado).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La comunicación fluída entre profesionales que comparten campo de actividad clínica, redunda en una mejora asistencia sanitaria.
- El planteamiento de unos criterios adecuados de canalización de pacientes simplifica la asistencia y optimiza los resultados.
- A pesar de ser un objetivo inicial, no se ha podido realizar por motivos organizativos una integración completa de los Servicios de Hospitales diferentes al Hospital Miguel Servet, que quedará pendiente como proyecto a corto-medio plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/433 ========== ***

Nº de registro: 0433

Título
PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DE ALTO RIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

Autores:
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, RITE GRACIA SEGUNDO, TAJADA DUASO MAURICIO, RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MERCEDES, PEREZ PEREZ MARIA PILAR, GARRIDO FERNANDEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0433

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DEALTORIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

PROBLEMA
La Medicina Materno-Fetal es un área de la Obstetricia encargada de la detección, tratamiento y abordaje de las complicaciones aparecidas durante la gestación y que puedan comprometer al bienestar de la madre o el feto. El mejor escenario posible de asistencia al neonato de riesgo está basado en una estrecha y fluida colaboración entre los distintos especialistas implicados en el proceso (fundamentalmente obstetras, pediatras y cirujanos pediátricos), estableciendo normas comunes de actuación para
optimizar los resultados.
Debido a la necesidad de crear un entorno de diálogo entre las distintas partes implicadas en la atención perinatal de gestaciones de alto riesgo, desde la Unidad de Medicina Materno Fetal de nuestro centro, se impulsó un proyecto que recibió una excelente acogida por parte por los distintos profesionales médicos a los que se invitó a participar.
En Febrero de 2014, se iniciaron una serie de sesiones clínicas quincenales integradas por representantes del Servicio de Obstetricia, Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica. Posteriormente, estas reuniones periódicas fueron reconocidas como “Grupo de Trabajo en Medicina Perinatal” por la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Miguel Servet.
Este foro ha supuesto un gran avance en la comunicación y colaboración entre los Servicios implicados desde su puesta en marcha. Por ello, desde el Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, se ha creído conveniente ampliar la cobertura de las sesiones clínicas integrando al resto de los centros hospitalarios de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar y estandarizar los trámites de canalización de pacientes
obstétricas desde los centros hospitalarios integrantes de la red del SALUD de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Mejorar el flujo de información clínica entre los distintos centros implicados en la asistencia obstétrica,creando un cauce de comunicación que permita realizar un seguimiento periódico de la gestante y el neonato.
- Ofrecer a las gestantes una óptima asistencia obstétrica independientemente del Sector Sanitario al que pertenezcan.

MÉTODO
- Creación de un protocolo estructurado de canalización de gestantes de riesgo al Hospital Universitario Miguel Servet desde otros centros de asistencia obstétrica de la Comunidad Autónoma (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Difusión a los centros emisores de los criterios y cauces de remisión de gestantes de alto riesgo obstétrico (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Integración de todos los hospitales con asistencia obstétrica en un foro de intercambio de información clínica vehiculizado a través de la experiencia del “Grupo de Trabajo en Medicina Perinatal” (Responsables: Todos los integrantes del grupo).
- Designación de profesionales de referencia en cada centro hospitalario como interlocutores habituales en los intercambios de información, de cara a facilitar el seguimiento de las actuaciones (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).
- Creación de unos cauces de comunicación eficaz entre centros receptores y emisores de pacientes (teléfonos e e-mails de contacto, sistemas de videoconferencia, etc…) (Responsables: Carlos De Bonrostro Torralba y Jose Manuel Campillos Maza).

INDICADORES
- Porcentaje de gestantes con situaciones de riesgo obstétrico
contempladas en el documento que son remitidas al Hospital Miguel Servet siguiendo el cauce previsto en el presente proyecto sobre el total de remisiones (Objetivo > 80%)
- Número de sesiones al año del Grupo Interdisciplinar de Medicina Perinatal integrando al resto de centros de la Comunidad Autónoma que son efectuadas (Objetivo > 15)

DURACIÓN
- Creación de un protocolo de canalización de gestantes de riesgo al Hospital Universitario Miguel Servet (Octubre – Diciembre 2016)
- Creación de cauces de comunicación entre centros receptores y emisores de pacientes (Octubre – Diciembre 2016)
- Difusión a los centros remitentes de pacientes de criterios y cauce de remisión de gestantes de alto riesgo obstétrico (Enero 2017)
- Designación de profesionales de referencia de cada centro hospitalario como interlocutores habituales (Enero 2017)
- Aplicación del proyecto y evaluación de resultados (Febrero–Junio 2017)

OBSERVACIONES
Modificación de proyecto nº 297 por exceso de caracteres.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0433

1. TÍTULO

PROYECTO DE ESTANDARIZACION EN EL SEGUIMIENTO Y CANALIZACION DE PACIENTES OBSTETRICAS DEALTORIESGO POR LOS HOSPITALES CON ASISTENCIA OBSTETRICA DEL SALUD EN ARAGON

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0445

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ANDRES OROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN
CASTAN MATEO SERGIO
GONZALEZ BALLANO ISABEL
LAPRESTA MOROS MARIA
ACERO CACHO ROBERTO
SANCHEZ PEREZ NOELIA
CABRERO PEREZ DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha diseñado una hoja de ingreso específica para Obstetricia, en el entorno la Historia Clínica Unificada del SALUD Aragón, que de forma automática permite la descarga de los datos más relevantes sobre el control gestacional de la paciente. Se han realizado charlas informativas para los usuarios de esta herramienta en el Hospital Miguel Servet – Servicio de Obstetricia.
Como actividades secundarias, en primer lugar, se ha extendido el uso de la cartilla electrónica a los centros del Sector Uno y una vez que se ha comprobado el buen funcionamiento de la misma se ha extendido a otros sectores de la Comunidad Autónoma de Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de ingresos de obstetricia realizados en la plataforma HCE/ total de ingresos obstétricos x 100 = 25%

Número de primeras visitas de embarazo en las que se realiza cartilla electrónica /total de primeras visitas x 100 = 100%
Datos aportados por el CGIPC y revisión de los datos asistenciales del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La hoja de ingreso está comenzando a despuntar como un elemento útil, ágil y que aporta seguridad en la transmisión de la información.
La implementación de la hoja de ingreso sufrió retraso con respecto al organigrama inicial en parte debido al mal funcionamiento de los antiguos equipos informáticos de la urgencia de maternidad. Este problema ha sido recientemente resuelto gracias el cambio de los mismos.
La principal dificultad de uso encontrada ha sido la coexistencia de dos plataformas diferentes para su uso en urgencias: PCH y HCE y la ínterconexión entre ambos. Se están diseñando, junto a los miembros del CGIPC, mejoras en este aspecto. Se están definiendo e indicando los casos en los que es clara su utilidad.
Con respecto a la extensión de la cartilla de embarazo a otros sectores su éxito ha sido claro y está ampliándose su uso en otros sectores de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Para completar esta herramienta se está trabajando en aumentar la información recogida de forma que todo lo relativo al proceso del embarazo y el parto de la gestante quede reflejado en el entorno de HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/445 ========== ***

Nº de registro: 0445

Título
IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

Autores:
ANDRES OROS MARIA PILAR, RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, CASTAN MATEO SERGIO, GONZALEZ BALLANO ISABEL, LAPRESTA MOROS MARIA, ACERO CACHO ROBERTO, SANCHEZ PEREZ NOELIA, CABRERO PEREZ DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0445

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras el desarrollo de una cartilla de embarazo informatizada para Aragón, asociada a la plataforma de la Historia Clínica Electrónica (HCE) del SALUD y su pilotaje en el Sector II, se plantea su extensión a todos los centros de Especialidades del Sector II y del Sector I. De esta forma se mejorará la calidad de la atención a todas las gestantes cuyo control dependa del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
En el tiempo que llevamos de utilización de la cartilla electrónica se han observado las mejoras esperadas, tanto en el control como en la seguridad de la paciente, pero también un inconveniente derivado de la falta de medios técnicos para su correcto funcionamiento. Este problema ha sido especialmente acusado cuando las gestantes debían ser ingresadas desde urgencias ya que con los sistemas actuales resulta laborioso ver la cartilla en el entorno de HCE y realizar el ingreso en el PCH.
Asociado a la cartilla de embarazo electrónica y utilizando el entorno que proporciona la plataforma de intranet del SALUD, se propone desarrollar una hoja de ingreso estructurada que recoja, de forma automática, los datos de más relevantes de la gestación.

RESULTADOS ESPERADOS
- Diseño de una hoja de ingreso unificada para el Servicio de Obstetricia utilizando las herramientas de la Historia Clínica Informatizada, de forma que permita la descarga automática de los datos ya recogidos en la Cartilla Electrónica.
- Extensión de la cartilla de embarazo informatizada en los centros de Especialidades que dependen del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet, incluyendo el Sector I.
- Acceso a los datos, desde todo Aragón, del ingreso de la gestante y de los datos de la Cartilla de embarazo. Disponibilidad de la información de forma automática desde cualquier ordenador del SALUD, sin precisar que la paciente lo lleve en formato papel.
- Unificar la información dada, en los diferentes sectores, sobre hábitos higiénico-dietéticos y recomendaciones de prevención de infecciones durante el embarazo.
- Mejora en la seguridad del paciente. Se evitan errores de transcripción al descargar de forma automática el resumen del control gestacional y al tener en la plataforma digital todo el seguimiento realizado del embarazo.
- Optimización del trabajo del personal implicado tanto en el área de Urgencias de Obstetricia del Hospital Miguel Servet como en los centros de especialidades.
- Disminución de costos y contribución a la preservación medioambiental
- Conocer los datos referentes a los ingresos de obstetricia para poder mejorar en la calidad del servicio.

MÉTODO
- Diseño de la hoja de ingreso adaptada al ingreso de obstetricia en al que se descarguen automáticamente los datos relevantes de la gestación. – Rodriguez Solanilla, Belén; Andrés Orós Mª Pilar; Acero Cacho, Roberto; Cabrerizo Pérez, David; Sánchez Pérez, Noelia
- Revisión de las medidas higiénico dietéticas que se le indican a la gestante. Castán Mateo, Sergio; Lapresta Moros, María
- Sesiones informativas a los facultativos del Hospital. Formación práctica a los profesionales implicados en su utilización tanto de la Cartilla de Embarazo informatizada como de la hoja de ingreso de obstetricia. Andrés Orós, Mª Pilar; González Ballano, Isabel; Cabrerizo Pérez, David.
- Sesiones en los centros de especialidades. Formación y tutelaje en el uso de la Cartilla de embarazo electrónica. Rodriguez Solanilla Belén; Sánchez Pérez, Noelia; Andrés Oros, Mª Pilar

INDICADORES
- Indicador 1: Número de ingresos de obstetricia realizados en la plataforma HCE / Total de ingresos obstétricos x 100.
Se obtendrá mediante los datos aportados por el CGIPC
- Indicador 2: Nº de primeras visitas de gestación en las que se realiza cartilla electrónica en los centros de especialidades / Total de primeras visitas en centros de especialidades x 100
Se obtendrá mediantes los datos aportados por el CGIPC y los datos de asistencia del Servicio de Obstetricia.

DURACIÓN
-Octubre - Noviembre 2016: Diseño de la hoja de ingreso y pilotaje de la misma. Formación de los profesionales en la utilización de la cartilla de embarazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0445

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE HOJA DE INGRESO OBSTETRICA INFORMATIZADA ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA CARTILLA DE EMBARAZO EN LA PLATAFORMA DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE ARAGON

-Diciembre 2016: Uso de la cartilla de embarazo en todas las gestantes de primer día en el Sector I. Corrección de errores de la hoja de ingreso y formación de los profesionales en su utilización
-Mayo-Junio 2017: Desaparición de la cartilla de embarazo en formato papel en todos los centros de especialidades que dependen del servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0493

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GONZALEZ BALLANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la puesta en marcha de este proyecto de mejora se ha conseguido el objetivo de mejorar la calidad asistencial de las pacientes que acuden a Urgencias de Maternidad con la sospecha de gripe.

Se siguió el plan de trabajo establecido con la formación de un equipo de trabajo multidisciplinar con facultativos de los servicios de Obstetricia, Neumología, Microbiología y Farmacología.

Tras evaluar la evidencia científica se elaboró el Protocolo de actuación ante sospecha clínica de gripe en gestante en urgencias de Maternidad del HUMS en febrero de 2017.

Se estableció el circuito correcto a través de la colaboración con el Servicio de Farmacia para la dispensación de Oseltamivir a las pacientes con criterios de tratamiento ambulatorio.

Según el calendario previsto, tras la elaboración del protocolo se impartió una sesión a los miembros del Servicio incluyendo, los médicos internos residentes y todo el personal que realiza guardias en la Maternidad con el fin de que conocieran el protocolo realizado y el circuito correcto de actuación, así como, para establecer las acciones de salud necesarias para actuar en todos los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En relación a los resultados alcanzados, se ha logrado que de las pacientes que acuden a Urgencias de Maternidad con sintomatología gripal se les aplique correctamente el protocolo al 95,2 % de los casos. Con esto, se ha logrado que la tasa de complicaciones respiratorias graves en gestantes haya disminuido considerablemente.

Se realizó un frotis de gripe al 98,7% de las gestantes que acudieron a urgencias con criterios clínicos de sospecha de gripe.

En cuanto a las pacientes ingresadas en la planta de Medicina Materno-Fetal, se aplicó correctamente el protocolo al 97% de las gestantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este proyecto ha supuesto una mejora en la satisfacción de los facultativos implicados, fomentando el trabajo en equipo y consiguiendo un protocolo con un enfoque multidisciplinar.

Este proyecto, ha tenido una gran acogida entre los facultativos del servicio de Obstetricia ya que mejora y facilita el correcto manejo diagnóstico-terapéutico de una enfermedad tan prevalente en nuestro medio durante los meses de invierno

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/493 ========== ***

Nº de registro: 0493

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN GESTANTES CON SOSPECHA DE GRIPE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Autores:
GONZALEZ BALLANO ISABEL, FIGUEREDO CACACHO ANA LUCIA, MARTINEZ SAPIÑA PEREZ ANA, CRESPO ESTERAS RAQUEL, HERRERO SERRANO REBECA, LABORDA GOTOR RAMIRO, TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, GOTOR COLAS MARIA LUZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0493

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el año 2012 la OMS recomienda que se priorice la vacunación frene a la gripe en gestantes, ya que está aumentada tanto la morbilidad como la mortalidad en comparación con las no gestantes, especialmente en segundo y tercer trimestre.
Los síntomas son, generalmente, los mismos que en mujeres no embarazadas. Las principales caracteri´sticas cli´nicas de la gripe son: fiebre > 38ºC, dificultad respiratoria, tos y malestar general. Puede coexistir una linfopenia significativa y alteraciones de las enzimas hepa´ticos.
La mayori´a de si´ndromes gripales en las mujeres embarazadas son de carácter leve y cursan sin complicaciones. Sin embargo, en algunos casos la enfermedad puede progresar a una insuficiencia respiratoria grave, neumoni´a y/o aparecer complicaciones secundarias como las sobreinfecciones bacterianas.
Los tratamientos antivirales, pueden frenar la enfermedad, ya que disminuyen la replicacio´n viral, moderan la agresividad de los si´ntomas y reducen las complicaciones de la gripe. En el momento actual, la OMS recomienda el oseltamivir (inhibidor de la neuraminidasa) como fa´rmaco de eleccio´n.
Dada la importancia y alta prevalencia de la gripe en nuestro medio en determinadas épocas del año se considera importante la realización de un protocolo conjunto con los Servicios de Neumología, Microbiología y Farmacia, para establecer el correcto circuito asistencial y procesamiento rápido de las muestras biológicas.
Nuestro objetivo principal es evitar la variabilidad interobservador, ya que hasta ahora no existe ningún protocolo al respecto, con lo que queda a criterio de cada facultativo el modo de actuación y tratamiento. También es importante establecer la continuidad asistencial del proceso en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la calidad y continuidad asistencial:
-Implementación de un protocolo multidisciplinar, junto al Servicio de Neumología, Microbiología y Farmacología, de manejo de la gestante con sintomatología de gripe en Urgencias de Maternidad.
-Sistematización en el diagnóstico y tratamiento ante la sospecha de gripe en la embarazada que acude al Servicio de Urgencias.
-Establecimiento del correcto circuito asistencial y enlace con Atención Primaria

Mejora de la seguridad clínica:
- Disminución de la variabilidad en la práctica clínica al protocolizar la conducta a seguir ante gestante que llega a Urgencias con sintomatología gripal.
- Estandarización de los criterios de ingreso en planta de Medicina Maternofetal.
- Estandarización de los criterios de seguimiento domiciliario.

Establecer las acciones de salud necesarias para actuar en todos los niveles de prevención:
- Prevención primaria: informar a la paciente de las medidas para evitar el contagio en su entorno próximo y a otras gestantes. En control hospitalario: medidas de aislamiento en planta de Medicina Maternofetal.
- Prevención secundaria: Diagnóstico precoz para evitar la progresión de enfermedad.
- Prevención terciaria: Evitar complicaciones graves con el correcto diagnóstico y tratamiento.

Mejora de la satisfacción del personal implicado en el proceso:
- Elaboración de un protocolo multidisciplinar con otros Servicios (Neumología, Microbiología y Farmacología) y mejora de capacitación del personal

Mejora de la satisfacción de las usuarias:
- Aumento de la confianza de la paciente
- Mejora de la calidad de la información transmitida a la gestante.

MÉTODO
- Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de todos los servicios implicados en la elaboración del protocolo. (Dra. González Ballano)

- Revisión de la evidencia científica existente. (Dra. Rodríguez Solanilla)

- Diseño de un protocolo de actuación para el diagnóstico y tratamiento de la paciente con sospecha de gripe en Urgencias de Maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet (Dra. Andrés, Dra. Crespo, Dra. Lapresta, Dra. González Ballano, Dra. Rodríguez Solanilla, Dr. Castán)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0493

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SOSPECHA CLINICA DE GRIPE EN GESTANTE EN URGENCIAS DE MATERNIDAD HUMS

- Realización de una sesión para presentar el protocolo a los facultativos de los Servicios implicados (Dra. Crespo)

- Realización de una sesión para presentar el protocolo a los médicos internos residentes que realizan guardias en la Maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet. (Dra. Andrés)

- Revisión y presentación periódica de resultados. (Dra. Lapresta)

INDICADORES
Tasa de pacientes que acuden a Urgencias de Maternidad con sintomatología gripal y correcta aplicación del protocolo.

Tasa de pacientes ingresadas en planta de MMF con sintomatología gripal y correcta aplicación del protocolo.

DURACIÓN
Octubre 2016: formación del equipo de trabajo y revisión de la evidencia científica
Noviembre- Diciembre 2016: diseño de protocolo de actuación
Enero 2017: sesión para presentación del protocolo
Mayo 2017: Presentación de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0580

1. TÍTULO

ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA LUCIA TEJERO CABREJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS
ENVID LAZARO BLANCA
FRANCO ROYO MARIA JESUS
ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT
BENITO VIELBA MARTA
HERRERO SERRANO REBECA
PALLARES ARNAL VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tal y como se expuso en el proyecto, en los últimos años se había objetivado entre los profesionales implicados una falta de consenso en cuanto al inicio de esta técnica (monitorización cardiotocográfica) y su indicación. Así que las actividades que se han realizado han sido principalmente la decisión en común y consensuada en cuanto a cuáles son los criterios que marcan el inicio de esta técnica y su frecuencia. Se ha realizado a través de reuniones periódicas y conjuntas de todos los facultativos participantes en el proyecto, a través de las cuales se han puesto en común dichos criterios, se han tenido en cuenta de forma individual cada posible factor de riesgo, y en función de los mismos se ha consensuado inicio y frecuencia de esta técnica. Para facilitar el cumplimiento del mismo se ha elaborado una "descripción detallada" y esquemática por escrito de todo esto para que esté presente en ambas consultas de Medicina Materno Fetal a modo de consulta por parte del profesional en todo momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con respecto a los objetivos marcados se ha conseguido llegar a un consenso en cuanto al ajuste de la indicación y frecuencia de la realización de esta técnica. Todos los facultativos implicados actúan de una misma manera. De tal manera que se ha registrado un total de 78% de indicaciones de registros cardiotocográficos con respecto al total de partos en el año 2017. Mientras que en años anteriores el porcentaje de indicaciones ha llegado hasta un 88%, por ejemplo en el año 2015 (indicador: disminución del 10% de peticiones de registros cardiotocográficos realizados en consultas de Medicina Maternofetal)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades para la consecución de los objetivos se han cumplido fielmente. Han existido reuniones periódicas (>10). Todos los facultativos nos reunimos asiduamente por diferentes motivos, por lo que una de las cuestiones a debatir y a consensuar ha sido ésta. Quizá sería mejorable el inicio de puesta en marcha del proyecto en la práctica diaria en consulta, así se hubiera llegado a unos resultados más consistentes. Ya que por diferentes motivos asistenciales, se ha demorado en el tiempo.... y la puesta en marcha real con cumplimiento estricto del mismo fue en Agosto 2017, por lo que los resultados corresponden a un periodo de tiempo de 5 meses, menor al estimado en el proyecto inicial (calendario previsto: 9 meses). Así que aunque a priori hemos objetivado un descenso subjetivo y real en el número de indicaciones, creemos que sería conveniente alargar el tiempo de evaluación para poder sacar conclusiones más significativas.
De la misma manera, convendría también la revisión del cumplimiento de las peticiones ajustadas a estos criterios establecidos en el proyecto (indicador de evaluación).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/580 ========== ***

Nº de registro: 0580

Título
ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL

Autores:
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, ENVID LAZARO BLANCA MAR, FRANCO ROYO MARIA JESUS, ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT, BENITO VIELBA MARTA, HERRERO SERRANO REBECA, PALLARES ARNAL VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0580

1. TÍTULO

ADECUACION Y CONSENSO EN LA SOLICITUD DE MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA FETAL EN LA CONSULTA DE MEDICINA MATERNO FETAL

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: GESTIÓN DE RECURSOS

PROBLEMA
La monitorización cardiotocográfica fetal es un método que ha demostrado utilidad para evaluar el bienestar fetal en gestaciones de riesgo. En las consultas de Medicina Materno Fetal es una práctica habitual por las características de su población. El momento de comienzo del control en la consulta, está en función de la patología concomitante o factores de riesgo asociados y se encuentra perfectamente delimitado en los criterios de remisión.
En función de cuáles sean estos factores de riesgo y la edad gestacional, se iniciará la monitorización cardiotocográfica fetal y se establecerá la frecuencia de repetición.
En la mayoría de los casos existe consenso respecto a cuándo iniciar esta técnica y en qué patologías específicas. Pero en los últimos años, se ha detectado un aumento progresivo del número de monitorizaciones realizadas. Estimamos que aproximadamente el 10% de las monitorizaciones se realizan con una falta de consenso entre los profesionales implicados, lo que supone una sobreutilización del recurso.
Sería útil por tanto ajustar y consensuar la indicación de esta técnica para las gestantes controladas en las consultas de Medicina Materno Fetal, entre los miembros de la Sección. El resultado previsible es un funcionamiento más ágil de las consultas, evitando la sobrecitación y aumentando la satisfacción de las usuarias.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos del proyecto son:
- El ajuste de la indicación y frecuencia en la realización de monitorización cardiotocográfica fetal a las gestantes controladas en las consultas de Medicina Materno Fetal.
- La estandarización del inicio de esta técnica en función de la edad gestacional y los factores de riesgo.
Los resultados previsibles serían una disminución en la utilización innecesaria de recursos hospitalarios, fundamentalmente humanos, y una mejora en la percepción de la paciente sobre la asistencia recibida.

MÉTODO
- Realización de reuniones conjuntas entre los facultativos integrantes del proyecto, encargados de la consulta de Medicina Materno Fetal, para acordar las pautas de actuación.
- Establecimiento del circuito con los facultativos de centros de especialidades para delimitar las peticiones.

INDICADORES
- Disminución del 10 % de peticiones de registros cardiotocográficos realizados en las consultas de Medicina Materno Fetal
- Cumplimiento del 90 % de las peticiones ajustadas a los criterios establecidos.
- Reuniones-sesiones conjuntas entre los integrantes del proyecto para ajustar y evaluar objetivos. (>10)

DURACIÓN
La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 9 meses.
Una vez desarrollado el proyecto se analizarán los resultados obtenidos para valorar posibles fallos en su implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0664

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA RODRIGUEZ LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se llevaron a cabo dos reuniones con facultativos encargados del seguimiento de la gestación. La posibilidad de reunir a todos fue complicada por trabajar en diferentes centros de asistencia. (Noviembre-Diciembre 2016).

Se elaboró un documento explicativo acerca del screening de cromosomopatías y de las ecografías realizadas a lo largo del embarazo. Asimismo se realizó una encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las pacientes (Enero-Marzo de 2017).

Se llevó a cabo la distribución por los centros de especialidades (Abril 2017).

Evaluación del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Mayo- Diciembre 2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El grado de satisfacción de las gestantes no pudo ser evaluado correctamente, debido a que tan solo al 50% de las mismas se les entregó el documento destinado para ello. No obstante, la puntuación obtenida estuvo por encima de 6 puntos.

El 80% de las gestantes acudieron a las consultas con el documento leído.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las reuniones con los facultativos que trabajaban en distintos centros fueron dificultosas. Este podría ser el motivo por el cual las encuestas de satisfacción no fueron entregadas correctamente a todas las gestantes.

El documento resulta útil como soporte informativo en la primera visita de gestación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/664 ========== ***

Nº de registro: 0664

Título
ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

Autores:
RODRIGUEZ LAZARO LAURA, MARTI GAMBOA SABINA, MARTINEZ SUÑER SILVIA, PEREZ GONZALEZ JESUS, REDRADO GIMENEZ OLGA, RUIZ SADA JULIA, CHOLIZ EZQUERRO MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0664

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

PROBLEMA
El control gestacional de bajo riesgo es llevado a cabo en los Centros Médicos de Especialidades (CME) adscritos al Hospital Universitario Miguel Servet (CME Ramón y Cajal, CME San José, CME Grande Covián).

En la primera visita del control gestacional, la paciente recibe información acerca de:

Visitas y seguimiento de la gestación en el Centro de Especialidades.
Exploraciones ecográficas y Diagnóstico Prenatal.
Infecciones TORCH.
Alimentación y estilos de vida saludables.
Medicación y suplementos necesarios.
Control gestacional concomitante con la Matrona de Área.
Cribado oportunista de patología cervical.

La ecografía obstétrica y el screening de cromosomopatías son una parte fundamental del control gestacional de bajo y alto riesgo. En nuestro centro se realizan actualmente tres exploraciones ecográficas en la gestante de bajo riesgo, cada una de ellas con finalidad y tiempos de exploración diferentes.

La primera ecografía se realiza en el primer trimestre de la gestación, en torno a la semana 12. En esta misma visita se realiza también el screening de cromosomopatías y se informa a la paciente en ese mismo momento del resultado obtenido. La segunda ecografía se realiza en la semana 20 de gestación y en ella se estudia detalladamente la morfología fetal. Y la tercera, en torno a la semana 35, cuyo objetivo principal es la valoración del estado y del crecimiento fetal, la situación y presentación, las características de la placenta y el volumen del líquido amniótico.

La gran cantidad de información que se expone en la primera visita de la gestación, hace necesaria la elaboración de documentos que la paciente pueda llevarse a su domicilio a fin de releerlos, comprenderlos y consultarlos cuando lo necesite a lo largo del embarazo.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocimiento del documento informativo por parte de los facultativos que trabajan en los Centros de Especialidades.

Facilitar información a las gestantes antes de acudir a las exploraciones ecográficas.

MÉTODO
Consensuar el documento con los facultativos encargados del seguimiento de la gestación en los CME. (Dr. Pérez, Dra. Martínez)

Elaboración del documento informativo de ecografia obstétrica y diagnóstico prenatal. (Dra. Rodríguez, Dra. Chóliz)

Elaboración de una encuesta para poder evaluar el grado de satisfacción de la paciente. La nota de los apartados irá de 1 a 10 donde 10 será “completamente satisfecho” y 1 “nada satisfecho”. (Dra. Redrado)

Distribución y difusión del documento en los Centros de Especialidades adscritos. (Dra. Ruiz)

Evaluación del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Dra. Martí)

INDICADORES
Porcentaje de gestantes que acuden a la ecografia obstétrica con el documento leído. En la encuesta de satisfacción se preguntará a la paciente si recibió el documento informativo antes de acudir a las ecografias. Se considerará aceptable una cobertura inicial del 80%, esperando llegar al 100% en el plazo de un año.

Grado de satisfacción de las pacientes. Se considerará aceptable una puntuación por encima de 6.

DURACIÓN
Reunión de la Sección de Diagnóstico prenatal y lluvia de ideas para la elaboración del documento. (Octubre 2016)

Reunión con los facultativos especialistas de los diferentes Centros de Especialidades para poner en común el documento y valorar modificaciones. (Noviembre 2016)

Elaboración final del documento informativo. (Diciembre- Enero 2016-2017)

Distribución por los diferentes Centros de Especialidades. (Febrero 2017)
Evaluación de la difusión del documento y grado de satisfacción de las gestantes. (Marzo 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0664

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ECOGRAFIAS EN EL EMBARAZO Y ESTRATEGIA DE CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATIAS

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0703

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Fecha de entrada: 04/05/2017

2. RESPONSABLE ..... ESTHER VIÑERTA SERRANO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CARBALLO MARIA SOFIA
GOTOR COLAS MARIA LUZ
GALLEGO CARNICER JAVIER
MARTINEZ SANTISTEBAN PILAR
ROYO VIÑADO MARIA JESUS
ORTEGA LACAMBRA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Recogidas de datos de todas las mujeres inmigrantes procedentes de los países de riesgo según manpa donde se practica la MGF.
Aviso de su estancia hospitalaria en este centro a la organización Médicos del Mundo a través de telefonía fija y/o móvil.
Facilitación del acceso de las mediadoras culturales adjuntándoles documentación sobre talleres de educación para la salud para población inmigrante, encuesta de satisfacción, y documento informado sobre consentimiento para realizar revisiones a recién nacidas en nuestro país.
Realización de un análisis estadístico con los datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han identificado a todas las mujers procedentes del África Subsahariana de países de riesgo de prácticas de MGF que se les ha realizado en el libro de registro del parto como en la historia clínica.
Se ha proporcionado documentación informativa para la asistencia a talleres y cursos para un correcto uso del sistema sanitario, adecuado control prenatal, planificación familiar y salud materno-infantil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se sigue observando que la captación de mujers se realiza al 100 %, pero que su transmisión a la asociación Médicos del mundo, sigue fallando en los meses estivales, debido al período vacacional de las participantes, siendo hasta el 50 % en algunos meses.
Mejora de la comunicación con las mediadoras por vía telefónica con móvil a través del envío de mensajes los fines de semana. Se captan más mujeres que por teléfono ordinario que los fines de semana está cerrada la sede.

7. OBSERVACIONES.
Se va a hacer una sesión clínica en Junio a través de las residentes de matrona, exponiendo el proyecto y la problemática de las mujeres con MGF.
Se ha hecho algún curso formativo con Médicos del Mundo al que han asistido alguna matrona del hospital así como residentes.
Se va a solicitar a través de la Unidad Docente una formacion anual para las residentes.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/703 ========== ***

Nº de registro: 0703

Título
MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Autores:
VIÑERTA SERRANO ESTHER, MARTINEZ CARBALLO SOFIA, GOTOR COLAS MARIA LUZ, GALLEGO CARNICER JAVIER, MARTINEZ SANTISTEBAN PILAR, SOLA CORROZA PILAR, ROYO VIÑADO MARIA JESUS, ORTEGA LACAMBRA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0703

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Mutilación Genital Femenina incluye todas las prácticas que
implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los órganos genitales
femeninos, ya sea por motivos culturales, religiosos,o por cualquier otra razón terapeútica.
Las sociedades occidentales actuales se caracterizan por la integración y convivencia de diferentes culturas. Fruto
de los flujos migratorios, la riqueza multicultural es una de las señas de identidad de sociedades avanzadas.
En España, esta práctica se considera una violación de los derechos de las mujeres y en ninguna circunstancia se puede justificar basándose en el respeto de las tradiciones culturales.
Desde el H.U. Miguel Servet, tratamos de identificar a aquella población incluida como factores de riesgo, es decir,
ser mujer y pertenecer a una etnia y/o país en los que es admitida la práctica de la MGF, o bien ser una mujer adulta con MGF practicada. La detección se realiza en los servicios de Obstetricia, en concreto en Paritorio. Las fuentes de información para recabar datos serán a través de la propia inspección en el momento del parto, y a través
de la encuesta que se les formula para reconocer el país de origen de la población inmigrante.

RESULTADOS ESPERADOS
Hasta el momento, forma parte de la continuidad de un proyecto de calidad
de mejora que se inició en el año 2008.
- Identificación de aquellas mujeres inmigrantes incluidas como factores de riesgo.
- Inclusión de documentación con datos personales de la mujer, fecha de parto, sexo del recién nacido, país de origen, nº de habitación, así como folleto informativo sobre prácticas saludables, encuesta de opinión de la MGF,compromiso de Prevención de la MGF e información sobre Talleres de Promoción de la Salud y derechos humanos, y Prevención de la MGF.
- Colaboración en la difusión de actuaciones orientadas a la formación en las comunidades a través de los talleres realizados en la sede de Médicos del Mundo.
- Incorporación de las residentes de matrona en la formación continuada y en la difusión del programa de calidad fomentando su participación.
-Identificación de mujeres que dan a luz en el H.U. Miguel Servet a las que
se les ha practicado alguna MGF en su infancia y/o pertenecen a algún país de riesgo.
- Sensibilizar al colectivo masculino del núcleo familiar para que no se produzca dicha práctica en su entorno.
- Ofrecer herramientas a través de talleres y cursos para un acceso correcto al sistema sanitario, adecuado control
prenatal, planificación familiar y salud materno-infantil, aprovechando ésto para el abordaje de la MGF.
- Sensibilizar a las residentes de matrona, ginecología y pediatría sobre la MGF mediante la incorporación de seminarios en su formación.

MÉTODO
Identificación y registro a través del libro de partos de aquellas mujeres
con algún país de riesgo o con alguna MGF
- Comunicar a Médicos del Mundo de los datos registrados y del ingreso de alguna mujer de riesgo.
- Preparar material informativo para proporcionar a las Mediadoras Culturales y éstas a su vez a las pacientes Ingresadas
- Organizar o cooperar en la realización de cursos de formación continuada para personal sanitario

INDICADORES
- Nº de mujeres identificadas pertenecientes a algún país de riesgo y/o
con alguna MGF practicada.
- Nº de mujeres captadas.
- Nº de mujeres que asisten a los talleres impartidos por Médicos del Mundo.
- Nº de cursos de formación continuada realizados para personal sanitario.
- Nº de asistentes a los cursos de formación continuada.
- Nº de casos nuevos detectados de MGF practicadas.

DURACIÓN
Como es una continuidad del proyecto actual, no existe fecha de inicio porque se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0703

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACION INMIGRANTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA: INVESTIGACION Y PREVENCION DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

está realizando en la actualidad. Lo mismo ocurre con la finalización.

OBSERVACIONES
EL MATERIAL DIVULGATIVO ES PROPORCIONADO POR MÉDICOS DEL MUNDO : INFORMACIÓN DE TALLERES, INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS SALUDABLES, CONSENTIMIENTO ESCRITO Y ENCUESTA SOBRE MGF.
LOS CARNETS IDENTIFICATIVOS DE LAS MEDIADORAS SERÁN PROPORCIONADOS POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0715

1. TÍTULO

AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANDREA AGUSTIN OLIVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PADIN FABEIRO MARTA
EZQUERRA GIMENEZ ANA
TABUENCA VICIEN CRISTINA
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
PARDO JORDAN MARIA JOSE
ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS LUZ
LAHOZ FUERTE JOAQUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este periodo los diferentes profesionales se han coordinado para conseguir el objetivo del proyecto. Las pacientes seleccionadas por su bajo riesgo han sido dadas de alta antes de las 12 horas de la mañana, facilitando la disponibilidad de camas en las plantas de puerperio y permitiendo que no se acumulen los ingresos a última hora de la mañana. No han sido necesarios recursos económicos, ya que toda la infraestructura y personal necesario estaba disponible previamente, únicamente se han optimizado su utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dentro del grupo seleccionado para el alta precoz, hasta un 55% de ellas han podido ser dadas de alta antes de las 12 h.
Inicialmente se propuso un standard del 50%, por lo que se ha cumplido y superado el objetivo propuesto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todos los integrantes del equipo que atiende a las pacientes puerperas han colaborado para la consecución de este proyecto.
Este proyecto puede mantenerse dada la elevada satisfacción de las pacientes y la predisposición de los profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/715 ========== ***

Nº de registro: 0715

Título
AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO

Autores:
AGUSTIN OLIVA ANDREA, PADIN FABEIRO MARTA, EZQUERRA GIMENEZ ANA, TABUENCA VICIEN CRISTINA, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, PARDO JORDAN MARIA JOSE, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ, LAHOZ FUERTE JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: AGILIZACIÓN DEL SISTEMA DE ALTAS

PROBLEMA
En el Hospital Universitario Miguel Servet tienen lugar más de 4000 partos anualmente, lo cual supone un elevado número de ingresos y de altas hospitalarias, la mayor parte de ellas de forma precoz (a partir de las 48 horas tras un parto vaginal y a los 4 días tras una cesárea si no existen complicaciones). En este proceso se encuentran involucrados varios profesionales: auxiliares, enfermeras, personal de limpieza, secretarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0715

1. TÍTULO

AGILIZACION DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PUERPERIO

administrativas, ginecólogos, pediatras y matronas. Por ello el proceso debe realizarse de forma conjunta y organizada para optimizar los recursos.
Hasta la implantación del plan de mejora de agilización de las altas hospitalarias en el puerperio en 2016 todas las altas se producían entre las 12 y las 15 horas. A partir de la implantación de este proyecto, aquellas pacientes que cumplían los criterios de inclusión posteriormente explicados fueron dadas de alta antes de las 12 h del mediodía.
El objetivo de este proyecto es continuar secuenciando las altas hospitalarias en dos bloques horarios: uno antes de las 12 horarias y otro entre las 13 y 14 horas, facilitando la disponibilidad de camas a primera hora de la mañana para nuevos ingresos, evitando la sobrecarga de altas a última hora de la mañana y mejorando la satisfacción de las pacientes al poder irse a casa más precozmente.

RESULTADOS ESPERADOS
Alta de las pacientes en dos franjas horarias:
-1º antes de las 12 horarias
-2º entre las 13-14 horarias.

MÉTODO
Inicialmente hay que seleccionar aquellas pacientes que puedan ser dadas de alta en la primera franja horaria, considerando los siguientes criterios de inclusión:
- Transcurso de 48 horas tras un parto vaginal o 4 días tras una cesárea antes de las 8h de la mañana
- Pacientes sin patología de base
- Recién nacidos a término con peso adecuado para su edad gestacional

El ginecólogo seleccionará las pacientes candidatas en el pase de visita el día anterior y le consultará a la paciente si desea irse a casa al día siguiente antes de las 12 horarias. Si la paciente acepta, el ginecólogo, el pediatra y la matrona el día del alta del pasarán visita a estas pacientes a primera hora de la mañana y la enfermera les entregará la documentación para que pueda abandonar el hospital antes de las 12 horarias.

INDICADORES
Se considerará que se han cumplido los objetivos si al menos el 50% de las pacientes seleccionadas para el alta precoz abandonan el hospital antes de las 12h. La evaluación se realizará de forma anual.

DURACIÓN
Aplicación durante un año a partir de la fecha de aprobación del proyecto y valoración de los resultados de forma anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0725

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UNPROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ADIEGO CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE GOMEZ ISABEL
COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
RUBIO CUESTA PATRICIA
MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN
FRANCO JIMENEZ LORENA
PASTOR CABALLERO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se llevó a cabo la elaboración del triptico informativo, motivo de esta linea de mejora, en el que se informa de los procesos a los que va a ser sometida la paciente durante su ingreso hospitalario: forma de ingreso, hospitalización, pruebas complementarias accesorias a su proceso quirúrgico y que profesionales van a atender su postoperatorio.
Se elaboró además una encuesta de satisfacción, de cara a evaluar el impacto en la paciente de este triptico, asi como a las actividades de monitorización de su entrega.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha incorporado a nuestra practica habitual la entrega del triptico informativo a la paciente en la visita preoperatorio. Dado que esta se realiza entre 7 y 14 dias de la cirugía, ha sido entregada en la totalidad de los casos. Por lo tanto, la cobertura ha sido cercana al 100% y la acogida por parte de todo el personal de Consultas Externas, encargados de su impresión y entrega ha sido excelente. Este dato se vió ya en la monitorización a los 6 meses.[OBJETIVO: 85% a los 6 meses, 100% al año] Solo una paciente manifestó no haber recibido el triptico durante este tiempo.

La encuesta de satisfacción recibió una acogida menor en sus inicios. Entregada en la Planta de Hospitalización, con el fin de ser entregada y recogida durante el mismo proceso.
Al primer mes se entregaron los cuestionarios al 58% de las pacientes, cifra que subió hasta el 74% a los 3 meses, alcanzando el 93% a los 6 meses. El porcentaje de cumplimentación es ligeramente menor, del 90% de las pacientes a las que se les entrega el cuestionario.

En concepto de:
- satisfacción con la informacion recibida, la nota media fue de 8,63.
- Utilidad para su ingreso hospitalario: mayor de 8.
- Disminución la ansiedad previa al ingreso: mayor de 8.
- Concordancia con la experiencia vivida: mayor de 9.
[Objetivo > 6]
Destaca que una paciente manifesó haberlo perdido y otra haberlo olvidado sin leerlo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La información a las pacientes es un hecho fundamental en la asistencia sanitaria. En muchos casos, al tratarse de nuestra actividad laboral habitual es que probablemente ese ingreso hospitalario sea una de las situaciones vitales más estresantes que van a vivir, tanto por la propia cirugía como por la naturaleza de su diagnostico.

Un "pequeño" triptico es suficiente para disminuir la ansiedad de la paciente para afrontar su intervención, ademas de aportar beneficios para nuestra practica diaria habitual. Han disminuído, hasta practicamente desaparecer las dudas/conflictos para realizar el ingreso hospitalario. Además, las pacientes conocen de antemano que profesionales les van a atender durante el ingreso y conociendo de antemano la antención integral que ya se venía dando sin la "publicidad" adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/725 ========== ***

Nº de registro: 0725

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0725

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UNPROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

Título
ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UN PROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

Autores:
ADIEGO CALVO IGNACIO, VICENTE GOMEZ ISABEL, COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, RUBIO CUESTA PATRICIA, MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN, FRANCO JIMENEZ LORENA, PASTOR CABALLERO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El diagnóstico de una neoplasia mamaria coloca a la mujer en una situación francamente vulnerable. Con el inicio ya hace muchos años del Proceso Asistencial de Patología Mamaria se ha conseguido encauzar muchas de las actuaciones favoreciendo la situación personal tanto del paciente como de sus familiares al sentirse "acompañados" en ese proceso.
A pesar de ello, hemos detectado a lo largo de los años, que uno de los puntos que más ansiedad genera, por su desconocimiento, es qué les espera en su ingreso hospitalario.
Es el miedo a lo desconocido lo que hace que afronten de esa manera esta circunstancia y creemos que al verse convenientemente subsanada, ayudaría a estas pacientes (y sus familias) a superar de mejor manera este paso en el tratamiento del cáncer de mama.

Además, la situación de estrés que acompaña al diagnostico, impide en muchas ocasiones afrontar el proceso como sería conveniente e impide fijar información comentada verbalmente en la consulta. La repetición de preguntas similares por parte de las mismas pacientes así como la identificación de preguntas repetitivas por parte de prácticamente la totalidad de las pacientes que se enfrentan a este problema nos han llevado a proponer este proyecto de mejora, con el fin de resolver las dudas/desconocimientos más frecuentes con la intención de mejorar su atención y facilitar el proceso.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es conseguir aportar la información necesaria a la paciente que se va a someter a una cirugía por proceso oncológico de mama para que conozca aquello que debe conocer para conseguir evitar la ansiedad. Es la información lo que nos va a permitir que los pacientes se enfrenten a esta situación libres del miedo a lo desconocido, con los beneficios que ello aporta

De manera secundaria:
Facilitar el trabajo del personal de la Unidad (admisión, recepción en planta por Enfermería, celadores, ...) al hacer conocedores de los procesos a los pacientes y familiares.

Cuantificar el beneficio aportado por esa información en las pacientes.

MÉTODO
Se elaborará un tríptico informativo (coordinado por Ignacio Adiego y Francisco Villalobos) con la información necesaria para las pacientes en materia de: cómo realizar el ingreso, qué procedimientos van a ser realizados dentro del ingreso, dónde va a llevarse a cabo la intervención, qué profesionales van a visitarle durante el ingreso, ... Este será entregado a la paciente en la visita preoperatoria, con el fin de servir de apoyo a la resolución de dudas que no haya podido o recordado preguntar en la consulta.

Información al resto de profesionales que pudieran verse involucrados en la instauración de este tríptico (Lorena Franco en Consultas Externas y Patricia Rubio en Hospitalización).

Elaboración (Luis Fernando Colmenarejo) de encuesta de satisfacción para poder cualificar el impacto en la paciente y familia de la información que ha recibido. La nota de los apartados irá codificada entre 1 a 10 donde 10 es "completamente satisfecho" y 0 "nada satisfecho".

Recogida de encuesta de satisfacción (Paula Pastor).

Procesamiento de datos procedentes de las encuestas de satisfacción (Isabel Vicente)

Monitorización del nivel de Cobertura (Ana Carmen Marcuello y Francisco Villalobos)

Elaboración de propuestas de mejora (Ana Carmen Marcuello)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0725

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO (TRIPTICO) PARA LAS PACIENTES QUE SE INTERVINENE POR UNPROCESO ONCOLOGICO DE MAMA EN LA UNIDAD DE MAMA - GINECOLOGIA

INDICADORES
Grado de satisfacción: En una escala de satisfacción de 1 a 10, numerica, consideramos aceptable una puntuación mayor de 6 como punto de partida para nuestro proyecto.

Cobertura: en la encuesta de satisfacción, se le preguntará a la paciente si recibió antes del ingreso el triptico informativo, contestable con SI/NO/NO LO RECUERDO. En un inicio, consideramos aceptable la cobertura inicial del 85%, con la intención de alcanzar el 100% en el plazo de un año.

DURACIÓN
Octubre 2016: reunión de los profesionales para evaluar los puntos fundamentales que aparecerán en el tríptico informativo.
Finales de Octubre: Maquetación y elaboración del documento.
2 de Noviembre: Inicio de la entrega del documento informativo en consulta preoperatoria de Unidad de Mama.
A los 6 meses, reevaluación de los parámetros de satisfacción y cobertura.
A los 6 meses, tras esa reevaluación, reunión para propuestas de mejora.
Al año, si el grado de satisfacción y cobertura son buenos, planificar instaurar tripticos adecuados a cada modalidad de intervención (Mastectomía, Cirugía conservadora, Radioterapia intraoperatoria, ...)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0750

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... YASMINA JOSE GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAQUEDANO MAINAR LAURA
MOROLLON LORIZ ISABEL
BORQUE IBAÑEZ AMPARO
DE PABLO SORIANO DANIEL
RODRIGO CONDE CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la puesta en marcha del proyecto, se han unificado las pautas de actuación de los facultativos del Servicio que pasan la consulta de Oncología Ginecológica a la hora de realizar el seguimiento de las pacientes tratadas por cáncer de endometrio, ovario, cérvix, vulva y vagina. Se ha protocolizado, en función de las recomendaciones de las principales sociedades científicas, los intervalos de seguimiento durante los primeros años post-tratamiento, de forma individualizada para cada tipo de tumor, consensuando el tipo de exploraciones y pruebas complementarias se deben realizar en cada tipo de tumor, evitando en muchos casos maniobras innecesarias y molestas para las pacientes, con el coste económico asociado que suponen pero sin minimizar la capacidad de detección de posibles recidivas.

Hemos cumplido el calendario de actividades previsto.

Material desarollado:
Se han creado unos algoritmos de seguimineto para cada tipo de tumor en función de las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en ellos consta la periodicidad de seguimiento y pruebas y exploraciones a realizar en cada tipo de tumor. Estos algoritmos están disponibles en las 2 consultas de Ginecología Oncológica. (Onco A y B).
Existen bases de datos de los tumores ginecológicos para registrar las posibles recidivas detectadas y la supervivencia libre de enfermedad y global de las pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados del proyecto han sido muy positvos ya que hemos conseguido unificar pautas de actuación entre todos los miembros del servicio, logrando disminuir visitas y pruebas complementarias innecesarias.
Revisando al azar 100 historias de pacientes oncológicas atendidas en consulta tras la instauración del protocolo, el 90% cumplía las nuevas recomendadciones establecidas.
El número de recidivas de enfermedad fue similar a los años previos, con lo que confirmamos que la optimización de exploraciones y recursos no va en detrimento de la salud de las pacientes y si supone un ahorro ecomómico considerable.
Las pacientes mediante encuestas anónimas se encuentran más satisfechas por la asitencia recibida, estando el 95 % satisfechas o muy satisfechas con la atención prestada por los facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora es muy positiva, ya que únicamente unificando criterios de actuación hemos logrado mejorar nuestra labor asistencial diaria. Se trata de un proyecto completamente sostenible por utilizar los recursos disponibles en las consultas no necesitando de ningún material nuevo.
Todos los facultativos implicados se han mostrado muy colaboradores con la iniciativa y han aportado ideas con la finalidad de mejorarla.

Quedaría pendiente, mejorar la coordinación con los otros Servicios implicados en el seguimiento de estas pacientes como Oncología médica y Radioterapia, para intentar ver a las pacientes el mismo día y ahorrar visitas hospitalarias y desplazamientos a las pacientes. Esto ya se ha empezado ha realizar con buenos resultados por el momento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/750 ========== ***

Nº de registro: 0750

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0750

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

Autores:
JOSE GUTIERREZ YASMINA, BAQUEDANO MAINAR LAURA, MOROLLON LORIZ ISABEL, PUIG FERRER FERNANDO, HORNO OCTAVIO MARIANO, BORQUE IBAÑEZ AMPARO, DE PABLO SORIANO DANIEL, RODRIGO CONDE CESAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Cánceres ginecológicos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Ginecología del Hospital Miguel Servet es centro de referencia en el diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico de la Comunidad Autónoma de Aragón, incluyendo en su Cartera de Servicios todos los procesos malignos del tracto genital.

Una vez realizado el tratamiento primario de cada tipo de tumor: endometrio, cérvix, ovario, vulva y otros menos frecuentes es preciso realizar un correcto seguimiento, más intenso durante los primeros años, que se podrá ir espaciando si las pacientes continúan libres de enfermedad.

El seguimiento deberá ser distinto en cada tipo de tumor por las características de los mismos, ya que difieren en el lugar y periodo más frecuente de recidiva.

En la actualidad no disponemos de un protocolo de seguimiento instaurado. Por ello con la finalidad de corregir y mejorar esta situación, proponemos esta línea de mejora que pretende facilitar el trabajo a los integrantes de nuestro Servicio para obtener un resultado final óptimo tanto para nosotros como para nuestras pacientes.

Se protocolizará, en función de las recomendaciones de las principales sociedades científicas, los intervalos de seguimiento durante los primeros años post-tratamiento, de forma individualizada para cada tipo de tumor y estableceremos el momento en el que se considera prudente dar el alta de las consultas hospitalarias para continuar las revisiones en las consultas de los CME. También consensuaremos que tipo de exploraciones y pruebas complementarias se deben realizar en cada tipo de tumor, evitando en muchos casos maniobras innecesarias y molestas para las pacientes, con el coste económico asociado que suponen pero sin minimizar la capacidad de detección de posibles recidivas.

RESULTADOS ESPERADOS
Por todo lo anteriormente expuesto pretendemos actualizar y unificar las pautas de actuación en relación al seguimiento de las pacientes oncológicas en nuestras consultas externas especializadas (Ginecología Oncológica Ay B).

Pretendemos utilizar estrategias validadas desde la evidencia científica, con la finalidad de obtener el máximo rendimiento, con criterios de coste-eficacia aceptables y teniendo en cuenta los recursos existentes.

Comenzaremos en una 1º fase del proyecto con la implementación de este protocolo en las consultas hospitalarias de nuestro centro para de forma progresiva extenderlo a los CME. De esta forma tras los años determinados para cada tipo de tumor, las pacientes podrán realizar sus revisiones de forma ambulatoria, sin tener que acudir al centro Hospitalario de referencia.

MÉTODO
1.Diseño de un protocolo de actuación para el seguimiento de las pacientes oncológicas en el Servicio de Ginecología, basado en los protocolo de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia).
2.Presentación del protocolo a los miembros del Servicio implicados en estas consultas especificas.
3.Instauración del protocolo de forma inicial en las consultas externas hospitalarias de ginecología.
4.Extensión del protocolo en los siguientes años a los CME dependientes de nuestra área.
5.Control de calidad del protocolo, con registro del número de recidivas detectadas.
6.Control de la eficiencia del nuevo protocolo.

INDICADORES
INDICADORES:
1. % de aplicación del nuevo protocolo de seguimiento en las consultas externas hospitalarias, deseable por encima del 80%.
2. Número de recidivas detectadas mediante el nuevo protocolo de seguimiento.
3. Ahorro económico asociado, al disminuir el número de procedimientos, análisis y pruebas innecesarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0750

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES ONCOLOGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE GINECOLOGIA DEL HUMS

4. Evaluación del grado de satisfacción de las pacientes.

Para la evaluación y seguimiento:
•Creación de reuniones y sesiones de trabajo trimestrales para detectar posibles problemas en el desarrollo del proyecto.

•Elaboración de base de datos informatizada para conocer la incidencia de recidivas en cada tipo de cáncer ginecológico detectadas.

•Realización de un proceso de auditoría interna para la valoración de los resultados obtenidos tras la aplicación del nuevo protocolo.

•Detección de posibles debilidades del protocolo y aspectos que puedan ser mejorados.

•Elaboración de una memoria anual con la actividad asistencial realizada en relación al procedimiento.

•Elaboración y distribución de encuestas anónimas para conocer el grado de satisfacción de las usuarias.

DURACIÓN
1. Elaboración del protocolo de actuación: octubre 2016.
2. Presentación a los miembros del Servicio: octubre 2016.
3. Inicio de aplicación del protocolo en las consultas externas hospitalarias: octubre 2016.
4. Creación de base de datos informatizada: octubre 2016.
5. Actualización periódica de la base de datos, de forma continuada desde octubre del 2016.
6. Elaboración de reuniones periódicas: trimestralmente.
7.Elaboración de memoria anual del proyecto: noviembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0822

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JARA PASCUAL MANCHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TAJADA DUASO MAURICIO
ABENIA USON PILAR
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO
VILLACAMPA ALONSO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
•Se han realizado reuniones multidisciplinares mensuales salvo verano. Con creación de actas.
•Se han realizado reuniones de carácter extraordinario en casos especiales de caracter urgente por los plazos de interrupción gestacional y por ser pacientes procedentes de otras provincias y comunidades autonomas para optimizar las consultas en un solo viaje.
•Hemos creado un circuito de comunicación oficial y escrito entre los distintos especialistas y mejorado la información transmitida a los pacientes.
•Hemos creado una base de datos para el seguimiento de los indicadores del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
•Se han creado figuras interlocutoras de cada subespecialidad que facilitan la colaboración interdisciplinar.
•Nº de reuniones realizadas: 8 (mensuales salvo periodo estival que se suplieron por extraordinarias en función de los casos diagnosticados).
Reuniones: 1º. Patología urológica fetal (17/01/2017) 2º.. Psicología clínica (03/02/2017) 3º.Cromosomopatías sexuales (15/02/2017) 4º Neuropediatría y patologia fetal (29/03/2017) 5º Interrupción Legal del Embarazo (19/06/2017) 6º Cardiología fetal (29/09/2017) 7º Genética clínica (04/10/2017) 8º Retraso crecimiento intrauterino (20/12/2017).
Se disponen de actas de las reuniones pero dado el espacio en este formulario no se adjuntan.
•Se ha creado una base de datos operativa que permitará un control de calidad.
•De las 195 malformaciones ecográficas diagnosticadas durante el 2017, el 21% realizaron ILE. 76 fueron atendidas por miembros del comite multidisciplinar (39%). 11 pacientes por el nuevo circuito de Psicología Clínica (el 100% de estas pacientes realizaron ILE).
El 88% de las pacientes eran del Sector II, 12% de otras áreas de referencia (Teruel, Huesca, La Rioja, Barbastro, Área III)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración sobre las actividades realizadas por parte del equipo de mejora es muy positiva.
Ha permitido mejorar la comunicación de la sección de Diagnóstico Prenatal con otras especialidades.
Ha permitido mejorar la información proporcionada a las pacientes con fetos malformados previo a la ILE o al parto.

Aspectos pendientes: Estimar la valoración de las pacientes sobre este nuevo circuito a través de una encuesta de satisfacción y/o percepción del proceso. Proponemos realizarlo en la contiuación del proyecto.

Este proyecto ha tenido muy buena acogida por los profesionales pero es de dificil replicación en otros centros de la comunidad que no cuenten con la cartera de especialistas necesarios.
Esperamos en años sucesivos aumentar el porcentaje de pacientes externos a nuestra área susceptibles de beneficiarse de este circuito a través de la difusión de este programa.

7. OBSERVACIONES.
Se realizó una sobreestimación del porcentaje de pacientes con fetos malformados que se beneficiarían del proyecto (85 sobre 38%). Esto es debido a que los fetos con malformaciones mayores (acráneos, encefaloceles...) no entran en este circuito porque tienen un pronostico ominoso y se prolonga la decisión de la ILE.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/822 ========== ***

Nº de registro: 0822

Título
COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0822

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
PASCUAL MANCHO JARA, TAJADA DUASO MAURICIO, GARRIDO FERNANDEZ MARIA PILAR, GARCIA ASENSIO LAURA, ABENIA USON PILAR, LASARTE LOPEZ ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
•El cribado de las malformaciones fetales se realiza por parte de los obstetras ecografistas. Salvo en patología cardíaca, el resto de las malformaciones son comunicadas a los futuros padres por los propios obstetras.
•No hay establecido un circuito ágil y rápido de derivación de estos pacientes a los propios especialistas implicados en el seguimiento postnatal, siendo que estas situaciones requieren una atención temprana antes de las 22 semanas de gestación.
•Se ha visto aumentada la necesidad de traslados de gestantes a centros extracomunitarios para tratamiento intraútero y postnatal que son subsidiarios de soporte y seguimiento por parte de la trabajadora social.
•También se ha visto aumentado el número de parejas que deciden continuar la gestación con diagnósticos neonatológicos desfavorables e incompatibles con la vida. Dichas gestaciones son candidatas a tratamientos paliativos perinatales que requieren una planificación prenatal, mayor seguimiento y mayor soporte tanto médico como psicológico y social. Estos casos también se beneficiarían de un circuito establecido para la evaluación de los recursos sociales y familiares de forma prenatal.
Por todo ello, el establecimiento de un circuito ágil de derivación de dichos pacientes, que a demás sirva como canal de comunicación prenatal entre los distintos especialistas involucrados, será una oportunidad de mejora en la atención clínica de estos casos. Dicho marco favorece la puesta en común de los hallazgos, la mejora y unificación de la información suministrada a los padres para una toma de decisiones autónoma, el seguimiento evolutivo de los casos por parte de los especialistas y las pautas posibles de control y tratamiento tanto prenatal como postnatal.

RESULTADOS ESPERADOS
• Elaborar un circuito asistencial multidisciplinar ágil para los pacientes diagnosticados de malformaciones fetales.
• Consensuar y unificar la información suministrada a los padres para una toma de decisiones autónoma y plena.
• Consensuar y unificar la planificación y pauta de controles prenatales.
•Mejorar el soporte tanto psicológico, informativo, como social de los futuros padres tanto si deciden continuar la gestación como interrumpirla.
•Elaborar una base de datos que integre los casos en curso, accesible para conocimiento de todos los especialistas implicados y permita el control de calidad.
•El análisis de la evolución de los casos a medio y largo plazo.

MÉTODO
•Selección y nombramiento de los representantes de las diferentes subespecialidades implicadas en el equipo de mejora.
•Creación del circuito de derivación.
•Instauración de reunión multidisciplinar (inicialmente su periodicidad pretende ser mensual o bimensual).
•Se contemplan reuniones de carácter extraordinario con la parte interesada del equipo multidisciplinar según la urgencia que requiera cada caso particular (dado los plazos de la ley de Interrupción Legal del Embarazo), optimizando así la coordinación y el manejo de casos que requieren controles y tratamientos especiales.
•Un objetivo adicional es mejorar la comunicación entre los distintos especialistas de los casos para una derivación fluida, mejora en la información transmitida a los pacientes y por ende su satisfacción percibida.

INDICADORES
•Equipo constituido con nominación de representante y suplente para cada subespecialidad.
•Nº de reuniones realizadas, su periodicidad y participación de los miembros o suplentes del comité prenatal
•Nº de pacientes atendidas mediante dicho circuito sobre el total de pacientes diagnosticadas de malformaciones fetales (>85%)
•Base de datos operativa común que permita un control de calidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0822

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR DE MALFORMACIONES FETALES COMO CANAL DE COMUNICACION PRENATAL PARA LOS ESPECIALISTAS QUE TRATAN MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

DURACIÓN
•Diciembre 2016: Elaboración del circuito oficial de derivación y presentación de éste a los integrantes y colaboradores del proyecto de mejora.
•Diciembre 2016: Planificación y coordinación de las reuniones con los distintos especialistas.
•Diciembre 2016: Elaboración de un soporte informático hospitalario común de libre acceso por los distintos especialistas involucrados para su consulta.
•Enero 2017: Instauración de las reuniones y circuito.
•Junio 2017: Evaluación de los resultados mediante el análisis de los indicadores.

OBSERVACIONES
•Este plan de mejora abarca como ámbito más novedoso la incorporación del apoyo social y de recursos que estos pacientes pueden necesitar mediante el trabajador social y enfermería especializada (matrona), así como especialistas en psiquiatría.
•El establecimiento de dicho circuito asistencial se pondrá en conocimiento de los distintos responsables de los hospitales aragoneses cuyo centro de referencia en Diagnóstico Prenatal es el Hospital Materno Infantil para facilitar una derivación mucho más rápida y fluida de los casos por parte de los especialistas que los han iniciado.
•Finalmente, la comunicación y el trabajo en equipo con facultativos de distintas especialidades médicas, es en sí mismo una oportunidad de mejora que permite el trato a estos pacientes de una forma integral.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0828

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAUL BOLEA TOBAJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NEGREDO QUINTANA ISABEL
COTAINA GRACIA LAURA
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
DIAZ RABASA BEATRIZ
PUYUELO SAMITIER ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En un principio el grupo mediante varias reuniones diseñó y planificó las variables que debían de ser introducidas en el libro. También se discutió quién o quienes debían ser los encargados y como debería ser el acceso de los profesionales al libro quirúrgico.
Se estudiaron posibles herramientas informáticas ya en el mercado que pudieran satisfacer nuestras necesidades y que pudieran estar disponibles en nuestro centro.
El libro inicial era una réplica del usado en la actualidad usando una agenda básica de Excel. La información debía ser introducida manualmente (no se podía descargar de la Intranet del hospital) y aunque se mejoró la legibilidad y claridad de los datos y permitía ciertas búsquedas rápidas para no duplicar pacientes, por ejemplo, no cumplía con las expectativas del proyecto.
El proceso quirúrgico se inicia en el momento en el que el facultativo detecta la necesidad de aplicar un procedimiento quirúrgico a la paciente y se produce la inclusión en la lista de espera.
En los últimos meses del 2017 el servicio de Ginecología ha comenzado a realizar la inclusión de las pacientes que precisan una intervención quirúrgica en el HP Doctor. Esta tarea es fundamental para la programación de los diferentes quirófanos ya que se trata de la puerta de entrada o primer paso del proceso y ya estaría informatizada.
Gracias a los datos registrados y sobre la base de la información parametrizada de los tiempos predefinidos por procedimiento quirúrgico, así como la disponibilidad y reparto de quirófanos por día (agendas de quirófano) se facilitaría la planificación/programación de las intervenciones en el día y quirófano que mejor se ajuste a las necesidades del servicio-paciente.
En todos los procesos se ha de registrar la información clave, que incluiría además de los diagnósticos y procedimientos, los cirujanos, la información relacionada con la anestesia (tipo y anestesista responsable), los recursos de radiología necesarios, biopsias asociadas y tipos, recursos de Banco de Sangre necesarios, recursos de técnicas especiales, materiales y prótesis necesarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El desarrollo de informatizar la gestión de la programación quirúrgica del servicio se ha iniciado con la inclusión de nuestras pacientes en la red hospitalaria.
Actualmente existe un registro de todas las pacientes que precisan una intervención con los datos sobre diagnóstico y procedimiento así como la prioridad.
Para el siguiente proceso de planificación de las agendas quirúrgicas, el diseño y definición de las variables ya está estudiado y definido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de que el proyecto está en una fase muy inicial, en estos momentos, es imperativo disponer de herramientas informáticas que nos ayuden en nuestra actividad diaria y especialmente en la gestión de la información.
El siguiente paso es continuar trabajando en el diseño de las agendas y buscar algún software que permita el desarrollo del proceso quirúrgico a partir de las necesidades del servicio ya desarrolladas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/828 ========== ***

Nº de registro: 0828

Título
DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

Autores:
BOLEA TOBAJAS RAUL, NEGREDO QUINTANA ISABEL, COTAINA GRACIA LAURA, TOBIAS GONZALEZ PABLO, RUIZ CONDE MIGUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0828

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

ANGEL, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, PUYUELO SAMITIER ELENA, DIAZ RABASA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las intervenciones quirúrgicas forman parte importante de nuestra labor asistencial diaria. El servicio de Ginecología del HUMS cuenta con 2 quirófanos diarios con una media de 3 intervenciones quirúrgicas en cada uno de ellos, así como un quirófano a la semana en la UCSI y una Sala Blanca en área de consultas donde se realizan 4-5 histeroscopias al día. Por ello cualquier cambio en la organización de esta práctica sería de gran relevancia en nuestra práctica diaria.
La informatización del área quirúrgica permitiría gestionar de forma más adecuada y más eficiente todos los procesos clínicos y administrativos incluidos en esta área, tales como la programación de las intervenciones quirúrgicas, la gestión de materiales necesarios, la coordinación con antelación de las necesidades en materia de banco de sangre, anatomía patológica, recursos radiológicos, la colaboración con otros servicios quirúrgicos, la realización de programas formativos (FOCUSS) y la organización del destino posterior de la paciente (hospitalización, REA, UCI)
Actualmente se usa una agenda en papel para la programación quirúrgica con todos los inconvenientes que este hecho conlleva. Al completar de forma manual existe dificultad para la interpretación de registros manuscritos, problemas para la localización de pacientes o intervenciones, duplicación de fechas, etc, así como la posibilidad de pérdida de datos.
La informatización de los datos del libro de Quirófano tiene un efecto altamente beneficioso. Además, la importancia en la informatización de un proceso sanitario ya quedó reflejada por el Ministerio de Ciencia e Innovación al ser una prioridad y objeto de ayuda incluyéndose en los “Proyectos de Ayudas de la Acción Estratégica en Salud”.

RESULTADOS ESPERADOS
? Organización y programación de la actividad quirúrgica del servicio, facilitando la distribución de las cirugías, en función de su complejidad y tiempo estimado.
? Visualización simultanea de la programación por varios miembros del servicio en diferentes ubicaciones.
? Codificación de los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos.
? Fiabilidad de los datos recogidos informáticamente por una mejoría en la legibilidad, orden y claridad de los datos.
? Facilidad de acceso a los datos y posibilidad de elaborar estudios de forma rápida y práctica.
? Agilización en la recogida de datos para estadística sanitaria hospitalaria, disminuyendo la dificultad en la interpretación de los datos.
? Conocimiento de la demora actual para realizar un proceso.

MÉTODO
? Reunión del grupo de trabajo para diseño del libro de programación quirúrgica.
? Definición de variables y plataforma informática para el desarrollo del programa.
? Puesta en marcha del libro informático.
? Evaluación y control del funcionamiento del mismo y solución de los problemas surgidos.
? Implantación definitiva de la programación quirúrgica del servicio a través del soporte informático.

INDICADORES
? Porcentaje de pacientes incluidas en el programa informático.
? Listado de errores detectados en el manejo y su incidencia.

DURACIÓN
? Reunión y diseño del libro antes de Diciembre de 2016.
? Inicio de la programación quirúrgica en Enero 2017.
? Tras 3 meses de prueba se realizará una primera evaluación para detectar errores y buscar soluciones.
? A los 6 meses se volverá a reevaluar y se comprobarán los indicadores establecidos.
? Al año informe final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0828

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DEL LIBRO DE PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0836

1. TÍTULO

ATENCION AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA RODRIGUEZ LEON
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ ALONSO BEATRIZ
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL
CARRASCO GARCIA MARIA ANGELES
LORDA ABADIAS ESTHER
MANGLANO ALONSO FLAVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han elaborado los siguientes documentos dentro del calendario previsto
Recomendaciones y consejos para profesionales
Algoritmo
Distintivo Cabecera
Distintivo para documentación
Check List
Díptico
Encuesta a profesionales

Se han utilizado recursos com fotocopias en blanco y negro y a color, así como en papel autoadhesivo para identificación de documentos.

Se han celebrado 2 reuniones de difusión de información a profesionales y paralelamente otra a padres y asociaciones (a petición de estos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Difusión entre profesionales: Standard 100%
Se han celebrado dos reuniones para difusión de información a profesionales.

Conocimiento del protocolo:Standard 30%
Posteriormente el personal de plantilla (61) y las residentes de matrona (11) han cumplimentado una encuesta de valoración (51 encuestas cumplimentadas, lo que supone un 70,83%)

Utilidad percibida por profesionales: Standard 30%
Tan solo dos de las 72 encuestas valoran con utilidad <5 o sea, 97,22% lo valoran útil >5

Registro de casos: Standard 35%
Se comenzó a registrar datos en un cuadro para tal fin en Julio de 2015. SE registraron 21 casos desde esa fecha.
En 2016 hubo 33 casos registrados en el cuaderno
En 2017 hubo 35 casos registrados en el cuaderno

Cumplimentación Hoja de Registros: Standard 35%
En 2017, ya instaurado el protocolo, tan solo se han cumplimentado 6 Hojas de Registro, lo que supone sólo un 17,14%. Sin embargo, se puede suponer que algunas de estas han sido adjuntadas en la HC indebidamente y serán tomados como casos perdidos. Podrían recuperarse con la complicación que ello conlleva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tanto desde el equipo de mejora como desde el grueso de la plantilla se concluye que el protocolo es útil para el desempeño profesional. No se puede medir objetivamente el grado de satisfacción de las familias afectadas, sin embargo la retroalimentación verbal por su parte es positiva.

Se debe insistir en la cumplementación y adecuado archivo de las Hojas de Registro para valorar datos de manera más controlada con posterioridad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/836 ========== ***

Nº de registro: 0836

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0836

1. TÍTULO

ATENCION AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

Título
PROTOCOLO ASISTENCIAL EN GESTANTES CON OBITO FETAL MAYOR DE 22 SEMANAS DE GESTACION EN DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

Autores:
RODRIGUEZ LEON MARTA, ANDRES OROS MARIA PILAR, FUENTES ULIAQUE CARMEN PILAR, FUSTERO ORTIZ CRISTINA, LORDA ABADIAS MARIA ESTHER, SANCHEZ GIL MARTA, TEBAN PONCE MARIA VANESSA, VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El concepto de muerte intrauterina en la gestación es amplio, engloba pérdidas de muy diferente número de semanas gestacionales.
* Muerte fetal temprana (aborto): comprende fetos de menos de 22 semanas de gestación o menos de 500 g. de peso. Se refiere, por tanto, a los abortos.
* Muerte fetal intermedia: comprende a los fetos de entre 22 y 28 semanas de gestación o entre 500 y 999 g. de peso.
* Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales de más de 1000 g de peso o de más de 28 semanas de gestación completas.
* Muerte neonatal precoz: la muerte ocurre antes de los 7 días postnatales (menos de 168 horas).
AL sufrir una pérdida (ni el peso del niño ni la edad gestacional van a tener implicación en la intensidad del dolor que van a sufrir esos padres) se ponen en marcha una serie de mecanismos que conforman el proceso de elaboración del duelo. Este duelo no constituye una enfermedad en sí misma, sin embargo, su evolución puede derivar en un curso patológico.
La experiencia de los padres y la evidencia científica, afirman que el trato y atención que reciben los padres por el equipo obstétrico es determinante en la evolución posterior del duelo y que cuando se ha actuado adecuadamente, el recuerdo de la experiencia por los padres puede ser tan reconfortante que da luz a sus vidas.
Si bien es cierto que en el caso de aborto precoz (antes de la semana 12) el proceso asistencial está bien sujeto a protocolos hospitalarios actualizados,la muerte fetal temprana, intermedia y la muerte fetal tardía (a partir de la semana 28), así como la neonatal precoz, sufren una atención con notable variabilidad asistencial, unido esto a la baja incidencia del problema resulta una esporádica atención que dificulta la coordinación entre profesionales.

Estas dificultades repercuten en la paciente y su familia, ya que pueden recibir informaciones contradictorias, recibir actuaciones de forma repetida que les resultan dolorosas o, incluso, dejar de recibir alguna que pudiera ser pertinente.
También afecta a los profesionales, siendo su reacción el factor modificable que más pueda afectar al proceso. Nos solemos centrar en la esfera física, evitando la implicación psicológica, pues, por nuestra escasa formación sobre el tema, nos puede llevar a experimentar fracaso, resentimiento o sensación de culpa. Así intentamos controlar nuestra ansiedad evitando la situación. Los profesionales sanitarios demandan más formación.
En 2014 se registraron 22 casos en nuestro hospital, 30 casos en 2015 y alrededor de 16 casos a fecha 30/09/2016. Se podría decir que nos enfrentamos a la posibilidad de más de dos casos al mes, frecuencia que debe ser tomada en cuenta y, por tanto, impulsar la puesta en marcha de este programa.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: Elaborar un protocolo asistencial dirigido a gestantes con muerte fetal intrauterina para desarrollar en Dilatación, Paritorios y Despertar.
OBJETIVOS SECUNDARIOS:
* Crear una herramienta de trabajo útil que normalice la atención y cuidados de los profesionales.
* Maximizar la información prestada a pacientes y familiares.
* Incrementar la satisfacción de los profesionales implicados en el proceso.

MÉTODO
Elaboración de un algoritmo visual y de sencilla interpretación, acompañado de una serie de anexos en los que se detallarían:
* El concepto obstétrico, psicológico y asistencial de muerte fetal.
* Una relación detallada de los diferentes supuestos, según la edad de gestación a la que se produce la muerte fetal, y lo que implican a nivel obstétrico, psicológico y asistencial.
* Las posibles variantes que pueden surgir de la generalidad, según la voluntad de la familia respecto a las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0836

1. TÍTULO

ATENCION AL DUELO PERINATAL EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

diferentes opciones ofrecidas por el sistema sanitario.
* Los momentos adecuados, para cada parte del proceso.
Participación en el proyecto de profesionales que mayoritariamente prestan sus servicios en Dilatación, Paritorios y Despertar.
Presentación del documento en el Servicio citado.
Realización de encuestas a los diversos profesionales sobre la comprensión, utilidad y satisfacción respecto al protocolo.
Reunión para valoración global y actualización posterior.

INDICADORES
Existencia del protocolo en el Servicio
Difusión entre los profesionales implicados
Utilidad percibida por los profesionales

DURACIÓN
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO: noviembre 2016 a febrero 2017
ELABORACIÓN DEL ALGORITMO: marzo 2017
DISTRIBUCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO EN EL SERVICIO: abril 2017
ENCUESTA SOBRE UTILIDAD A PROFESIONALES: mayo 2017
RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS: junio 2017
MEDIDAS CORRECTORAS DE PROBLEMAS DETECTADOS: septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0864

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SILVIA MARTINEZ SUÑER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LAZARO LAURA
JASCUAL MACHO JARA
AGUSTIN OLIVA ANDREA
LABORDA GOTOR RAMIRO
PUENTE LUJAN MARIA JESUS
RODRIGUEZ VALLE ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las gestantes acuden a la Unidad de Ecografías para realizar la primera eco entre la semana 11 y 13+6. Previamente se han realizado una analitica en la semana 10 para cribado bioquímico.
Tras realizar la eco, se calcula el riesgo individual de crosomopatía 21 y 18 gracias al programa. "LyfeCicle" de Perkin Elmer que tiene en cuenta determinados factores maternos, los niveles sanguíneos de PAPP-A y B-HCG y la medida de la translucencia nucal y la
longitud craneocaudal fetal.
Los resultados que podemos obtener son: (según el protocolo regional de Aragón):
. Riesgo menor o igual de 1 en 1000: BAJO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se cita para ecografía de segundo trimestre.

. Riesgo mayor o igual de 1 en 50: ALTO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se envía a la Consulta de Diagnóstico Prenatal

para realizar una prueba invasiva.
. Riesgo entre 1 en 50 y 1 en 1000: RIESGO INTERMEDIO DE TRISOMÍA 21 y 18. Se indica NIPT.
Actualmente, se les informa verbalmente del resultado y del procedimiento a seguir. Además, se les entrega una hoja informativa explicativa para aclarar dudas. En esta misma consulta, se les dice día exacto, hora y lugar en el que se tienen que realizar el ADN fetal, consiguiendo reducir el número de consultas explicativas adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2017, en nuestra maternidad se han registrado un total de 3906 recién nacidos. Se han realizado un total de 3810 cribados de crosomopatías; de los cuales; 3362 son de primer trimestre (86%) y 446 (11,4%) son de segundo trimestre.
De todos ellos, riesgo intermedio 410 (12,1%) de primer trimestre y 44 (9,8%) de segundo trimestre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para mejorar la calidad asistencial y disminuir la ansiedad de la paciente, nuestro proyecto se ha centrado en realizar en una única consulta la ecografía del primer trimestre, el cálculo de riesgo
del cribado combinado del primer trimestre y la solicitud del NIPT y evitar consultas sucesivas innecesarias.
Con todo ello, hemos conseguido llegar a nuestros objetivos de realización de cribado en las gestantes de nuestra área.
Además, hemos conseguido una consulta integrada en una única consulta mejorando los tiempos y la atención a las pacientes. Esto, nos ha permitido, disminuir el número de consultas en diagnóstico Prenatal pudiendo realizar dos ecografías más diarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/864 ========== ***

Nº de registro: 0864

Título
IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

Autores:
MARTINEZ SUÑER SILVIA, RODRIGUEZ LAZARO LAURA, PASCUAL MANCHO JARA, AGUSTIN OLIVA ANDREA, LABORDA GOTOR RAMIRO, PUENTE LUJAN MARIA JESUS, RODRIGUEZ VALLE ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0864

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El test prenatal no invasivo (NIPT) es una prueba de cribado prenatal realizada en sangre materna que analiza el ADN libre del feto y detecta las trisomías más frecuentes: T21, T18 y T13.No es una prueba diagnóstica y ante un resultado positivo se debe confirmar con una prueba invasiva.
El grado de fiabilidad es del 99,9% para T21 con menos del 0,1% de falsos positivos. La especificidad y sensibilidad es superior al 99% para la detección de las trisomías citadas anteriormente.
Actualmente, las gestantes acuden a la Unidad de Ecografías sobre la semana 12 para realizar la primera eco y un cálculo individualizado del riesgo de cromosomopatía. Al finalizar la ecografía, se calcula el riesgo de trisomía 21 y 18 para esa gestación mediante el programa informático “LyfeCicle” de Perkin Elmer que tiene en cuenta determinados factores maternos, los niveles sanguíneos de PAPP-A y B-HCG y la medida de la translucencia nucal y la longitud craneocaudal fetal.
Los resultados que podemos obtener son: (según el protocolo regional de Aragón)
. Riesgo menor o igual de 1 en 1000: BAJO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se cita para ecografía de segundo trimestre.
. Riesgo mayor o igual de 1 en 50: ALTO RIESGO de trisomía 21 y 18. Se envía a la Consulta de Diagnóstico Prenatal para realizar una prueba invasiva. Igualmente se envía a esta consulta si existe una anomalía ecográfica o antecedentes que forman parte de las indicaciones de prueba invasiva.
. Riesgo entre 1 en 50 y 1 en 1000: RIESGO INTERMEDIO DE TRISOMÍA 21 y 18. Se indica NIPT. Actualmente, se les envía a la consulta de Diagnóstico Prenatal para la solicitud del mismo. Crea ansiedad y preocupación y debemos citarla en días sucesivos en otra nueva consulta para añadir información, lo que aumenta la incertidumbre creada en la paciente y las explicaciones confusas.
.

RESULTADOS ESPERADOS
Para mejorar la calidad asistencial y disminuir la ansiedad de la paciente, nuestro proyecto se centra en realizar en una única consulta la ecografía del primer trimestre, el cálculo de riesgo del cribado combinado del primer trimestre y la solicitud del NIPT y evitar consultas sucesivas innecesarias.
Al solicitar el NIPT, debemos proporcionar una información sobre: Significado, cromosomas que estudia, enfermedades que producen sus alteraciones, interpretación y tiempo de obtención del resultado. Para simplificar la información verbal se elaborará una hoja informativa.

MÉTODO
Este proyecto requiere la colaboración de todos los facultativos de la Unidad de Ecografías y del Servicio de Genética.

Tras solicitar en NIPT la paciente acude al Servicio de Genética donde son asesoradas y se les entrega un consentimiento informado sobre la prueba. Este Servicio comunica el resultado. En los casos de alto riesgo de crosomopatía, son ellos mismos los que remiten a la paciente a la consulta de Diagnóstico Prenatal.
Actualmente, el tiempo estimado para realizar la ecografía, el cálculo de riesgo y crear el informe es de 20 minutos. Al introducir la solicitud del NIPT, debemos ajustar el número de pacientes para disminuir tiempos de espera y así reorganizar las agendas liberando carga asistencial de Diagnóstico Prenatal.
Para monitorizar los resultados obtenidos, se creará una base de datos que recoja todas las solicitudes de NIPT.
Se asume que habrá circunstancias en las que, por antecedentes maternos o reproductivos o por marcadores ecográficos patológicos, la paciente se seguirá enviando a Diagnóstico Prenatal.

INDICADORES
Indicador principal: Número total de gestantes a las que se le solicita la realización de NIPT directamente desde la sala de ecografías (actualmente la solicitud del NIPT supone aproximadamente el 8% de la población gestante de nuestro área)
Indicadores secundarios: Base de datos creada con información sobre: porcentaje de solicitudes de NIPT y resultados normales y patológicos, confirmación y falsos positivos del NIPT (T21, T18 y alteraciones de los cromosomas sexuales), falsos negativos si los hubiera.
Nuestro objetivo es lograr un 90% de las solicitudes y, teniendo en cuenta un 8% de realización actualmente de NIPT, la consecuente disminución del número de pacientes citadas por este motivo en la Consulta de Diagnóstico Prenatal.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0864

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR LA SOLICITUD DEL TEST PRENATAL NO INVASIVO JUNTO CON LA ECOGRAFIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y EL CALCULO DEL RIESGO DE CROSOMOPATIAS

Inicio 1 de Noviembre del 2016
Finalización 31 de noviembre de 2017.
CRONOGRAMA
. Reunión informativa con los facultativos de la Unidad de Ecografías para explicar el proyecto y con el Servicio de Génetica por ser parte implicada en el NIPT.
. Enseñar a solicitar el NIPT a todo el personal facultativo que realiza ecografía del primer trimestre
. Crear hoja informativa para las pacientes
. Reajustar la agenda de ecografías aumentando el tiempo de realización de la ecografía del primer trimestre.
. Creación base de datos para monitorizar las solicitudes
. Contabilizar la disminución de pacientes vistas de primer día por este motivo en Diagnóstico Prenatal

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0935

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO
HÖRNDLER ARGARATE CARLOS
MARTIN SACO GLORIA
ROC ALFARO MARIA LOURDES
DELGADO BELTRAN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de protocolo: en fase avanzada de redacción
Consensuado con los distintos Servicios/Unidades
Entrega de protocolo y consentimiento informado para estudio a la UCA
Presentación en sesión clínica al Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Comienzo de aplicación del protocolo de forma sistemática: septiembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que las peticiones de estudio se ajustan al protocolo: 50%

Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que se llega a determinar la causa que provocó la muerte feta. Por el retraso en la puesta en marcha del protocolo, de momento no hay resultados. Esperables para el segundo semestre de 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una de las fases más complejas previas a la implementación del protocolo fue el establecimiento de los circuitos para que las muestras recogidas tras el parto, llegaran íntegras y en las condiciones de temperatura y almacenaje óptimas para su posterior tratamiento.
Una vez que los circuitos estaban establecidos y el personal formado para ello, la pérdida o deterioro de muestras ha sido mínimo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/935 ========== ***

Nº de registro: 0935

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Autores:
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, GONZALEZ HEVIA JOSE IGNACIO, HÖRNDLER ARGARATE CARLOS, MARTIN SACO GLORIA, ROC ALFARO MARIA LOURDES, DELGADO BELTRAN MARIA PILAR, ENVID LAZARO BLANCA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El óbito fetal del segundo y tercer trimestre de la gestación, es un suceso que aunque infrecuente, tiene consecuencias dramáticas para la embarazada y todo su entorno. La descoordinación y gran variabilidad en su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0935

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL OBITO FETAL DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

manejo y estudio posterior, así como la falta de empatía con el profesional encargado de su asistencia hace que sobre el duelo inherente al proceso, se sobreañada una insatisfacción hacia la asistencia recibida y hacia los resultados poco o nada concluyentes de los estudios para conocer la causa del problema. En estos momentos, no más de un 20% de los estudios, acaban en resultados aceptables en la identificación del motivo de la muerte fetal. La ausencia de un soporte informático para la recogida y almacenamiento de datos, que actualmente se recoge de forma manual, hace que sea complicado la elaboración de estadísticas sobre las actuaciones y resultados posteriores

RESULTADOS ESPERADOS
Mediante el manejo coordinado de todos los profesionales implicados en su asistencia, la sistematización del estudio y la empatía con el duelo familiar por el suceso, se pretende un aumento en la satisfacción de la usuaria y en la identificación de las posibles causas del óbito
La elaboración de una base de datos acorde al protocolo, permitirá la recogida y tratamiento eficaz de los datos relacionados con el proceso

MÉTODO
Elaboración de un protocolo coordinado con los distintos Servicios/Unidades implicados en la asistencia de este tipo de pacientes.
Elaboración de protocolo y coordinación: José Manuel Campillos Maza
Revisión y adecuación de apartados correspondientes a su especialidad:
José Puzo Foncillas, Mª Pilar Delgado Beltrán, Lourdes Roc Alfaro, Gloria Martín Saco, José Ignacio González Hevia, Carlos Hörndler Aragate
Modificación y adecuación de la información transmitida a la paciente y sus familiares directos: José Manuel Campillos Mazaç
Elaboración de base de datos correspondiente: José Manuel Campillos Maza y Blanca Envid Lázaro
Recogida de datos y análisis posterior: Blanca Envid Lázaro

INDICADORES
Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que las peticiones de estudio se ajustan al protocolo. Se obtendrán de las historias clínicas mediante hojas de control elaboradas para estos fines y de la base de datos
Porcentaje de pacientes con óbito fetal en segundo y tercer trimestre del embarazo en las que se llega a determinar la causa que provocó la muerte fetal. Se determinará y revisará en las comisiones de mortalidad periódicas realizadas en el centro, introduciendo resultados en la base de datos

DURACIÓN
Elaboración de protocolo: en fase avanzada de redacción
Consensuado con los distintos Servicios/Unidades: octubre de 2016
Entrega de protocolo y consentimiento informado para estudio a la UCA: noviembre de 2016
Presentación en sesión clínica al Servicio de Obstetricia y Ginecología: en dependencia de aprobación del protocolo. Previsión en noviembre de 2016.
Elaboración de base de datos: noviembre de 2016
Comienzo de aplicación del protocolo de forma sistemática: noviembre-diciembre de 2016
Comienzo de utilización de base de datos: diciembre 2016
Evaluación del proyecto: primera comisión de mortalidad perinatal de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0973

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA ROY RAMOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORQUE IBAÑEZ AMPARO
YAGÜE MORENO HORTENSIA
DEL TIEMPO MARQUES PILAR
MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER
MORENO URUEÑA ISABEL
REDRADO GIMENEZ OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras presentar el proyecto de mejora, a solicitud del director del hospital, Dr. Portillo del Olmo, mantuvimos una reunión el día 10 de Mayo de 2017 en la que se aceptó que es competencia de Atención Primaria el consejo contraceptivo y la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), de manera que se decidió finalmente que, con el objetivo de dar consejo y tratamiento contraceptivo precozmente a las mujeres que solicitan una IVE en gestación menor de 14 semanas gestionadas desde el Servicio de Información y Atención al Usuario, se incluiría en el sobre informativo, un P-10 realizado por el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet dirigido a la Matrona del Centro de Salud, con los datos médicos de “Consejo Contraceptivo Preferente”, facilitando de esta manera el acceso a esta asistencia sanitaria.
A la información dada por el servicio de Atención al Paciente, se le añade la posibilidad de poder acudir, si ella lo decide, a la consulta de la matrona de su Centro de Salud solicitando cita preferente con dicho P-10.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el Servicio de Información y Atención al Usuario en este año se han gestionado 465 IVEs y desde la reunión llevada a cabo en Mayo de 2017 en la que se acordó facilitar el P-10 para solicitar cita con la matrona se han adjuntado 283 P-10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que con este servicio se ha mejorado el acceso de las mujeres tras una IVE a un método anticonceptivo eficaz de forma más rápida.
La pertinencia de esta actuación está fuera de duda ya que además, estamos esperando la confirmación del nuevo acuerdo marco entre el SALUD y la clínica donde se realizan las IVEs para que desde allí mismo se instaure ya el método anticonceptivo.

7. OBSERVACIONES.
La matrona, es el profesional responsable de dar esta información, derivar al Médico de Atención Primaria o al Centro de Especialidades de forma preferente a la usuaria, realizando aquellas intervenciones de su competencia profesional.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/973 ========== ***

Nº de registro: 0973

Título
CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Autores:
ROY RAMOS VIRGINIA, BORQUE IBAÑEZ AMPARO, YAGÜE MORENO HORTENSIA, DEL TIEMPO MARQUES PILAR, JOSE GUTIERREZ YASMINA, MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER, MORENO URUEÑA ISABEL, REDRADO GIMENEZ OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA EMBARAZO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0973

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A pesar de todos los métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, el número de IVES en nuestro país sigue siendo elevado, en el año 2014 se han registrado 94.769 intervenciones según los datos facilitados por los centros donde se llevan a cabo. En el 90% de los abortos voluntarios realizados, el motivo es la decisión de no ser madre en ese momento.
Para prevenir las interrupciones voluntarias de embarazo de repetición es preciso realizar un buen consejo contraceptivo que contemple tanto el ámbito familiar, socio-económico y cultural como la educación sexual y reproductiva de la mujer.
Desde la consulta especializada de Planificación Familiar, ubicada en el CME Ramón y Cajal, que atiende a las pacientes del los Sectores I y II, ofrecemos información de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, buscando el más adecuado en cada caso y en función de las necesidades concretas de cada paciente.
Consideramos que la gestión para poder acceder a esta consulta de forma rápida y fácil es fundamental, especialmente para las pacientes con antecedente de uno o mas IVES, porque a pesar de los esfuerzos realizados en los últimos meses reorganizando la consulta y aplicando distintos métodos para reducir la lista de espera, continua existiendo una demora para poder lograr cita en consulta superior a 6 meses.
Por todo lo anteriormente expuesto, hemos decidido realizar este proyecto para facilitar el acceso de a las pacientes que realizan IVE a la consulta de Planificación Familiar.

RESULTADOS ESPERADOS
Proporcionar consejo contraceptivo PRECOZMENTE, a las mujeres con IVE, en una situación especial de vulnerabilidad.
Ofrecer la posibilidad de acceso a un método anticonceptivo de largo plazo (LARC) financiado como los dispositivos intrauterinos, implante o gestágeno inyectable, de forma inmediata una vez realizada la IVE.
Realizar una prevención primaria de los embarazos no deseados para tratar de disminuir las IVES de repetición.

MÉTODO
Facilitar el acceso de las pacientes a las que se ha realizado una IVE a la consulta especializada,COF Planificación Familiar.
Para agilizar el acceso a la consulta se ha diseñado un sistema de citación preferente en la consulta para aquellas pacientes que lo deseen tras la IVE.
Diseño de un modelo de cita preferente (se adjunta el modelo elaborado).
Las pacientes que solicitan IVE son remitidas a atención al paciente donde se les da toda la información del procedimiento.
Para coordinar la citación posterior en la consulta de Planificación Familiar, desde atención al paciente, como parte de la documentación entregada a las pacientes se incluirá el modelo-solicitud de citación preferente elaborado en este proyecto, para poder ser atendidas en un periodo máximo de 15-30 días.
"SOLICITUD DE CITACIÓN: Doña Nombre y Apellidos deberá solicitar citación para ser visitada en la Consulta de Planificación Familiar del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de manera preferente en el plazo de 15-30 días desde la fecha actual.
El Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal se encuentra en la dirección Paseo María Agustín, 12-14 y el teléfono es 976 69 62 01 de 8:30 11:00 y de 14:00 a 18:00 horas.
Este documento debe llevarlo a la consulta médica.
Servicio de Ginecología"

SOLICITUD DE CITACIÓN

Doña Nombre y Apellidos deberá solicitar citación para ser visitada en la Consulta de Planificación Familiar del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal de manera preferente en el plazo de 15-30 días desde la fecha actual.

El Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal se encuentra en la dirección Paseo María Agustín, 12-14 y el teléfono es 976 69 62 01 de 8:30 11:00 y de 14:00 a 18:00 horas.

Este documento debe llevarlo a la consulta médica.

Servicio de Ginecología

INDICADORES
Para tener más información de las pacientes con IVE se elaborará una base de datos informatizada donde recoger los datos de llegada y evolución posterior de las mismas, así como el método anticonceptivo escogido tras la interrupción:
Nº de pacientes canalizadas mediante el nuevo sistema de citación preferente.
Tiempo transcurrido desde la solicitud de citación hasta llegada a consulta.
Nº de métodos LARC solicitados y aceptados por las pacientes con IVE previo.
Nº de pacientes que realizan más de un IVE.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0973

1. TÍTULO

CANALIZACION DE PACIENTES A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR TRAS INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

DURACIÓN
Dar comienzo al proyecto desde el 01/11/2016, llevando a cabo un seguimiento del mismo y reevaluación de los datos según las fechas señaladas a los 6 y 12 meses respectivamente.

OBSERVACIONES
En general e independientemente de si el manejo del IVE es médico o quirúrgico, puede iniciarse inmediatamente casi cualquier método anticonceptivo, teniendo en cuenta el perfil de la usuaria o sus limitaciones por la categoría en su indicación.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0974

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... HORTENSIA YAGÜE MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARSA MANRESA MARIA DOLORES
ALCAÑIZ SANCHO JUAN JOSE
BAQUEDANO MAINAR LAURA
COTAINA GRACIA LAURA
MORENO URUEÑA ISABEL
ROY RAMOS VIRGINIA
RUIZ SADA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cambio de agenda
Aumentamos el número de primeras visitas en la agenda de 30 a 50 cada semana

Depuración telefónica de la lista de espera. Para determinar las necesidades de las mujeres incluídas en buzón, para su correcta citación en atención primaria o especializada y para detectar aquellas que no piensan acudir a la cita:

Se contactó con 1972 mujeres que habían solicitado cita desde Noviembre/2015 a Noviembre/2016. Mantuvieron la cita en consulta un 74,55% y salieron un 25,45%. La enfermera de la consulta valoró la demanda y de acuerdo con la usuaria derivó a A.P. a un 18,81% y concluyó que no precisaba consulta de P.F un 6,64% (ya tenían instaurado método anticonceptivo, buscaban gestación, traslado a otra comunidad etc..)

Coordinación con A.P. Con la puesta en marcha del Programa de Anticoncepción de Aragón se delimitaron las competencias de cada uno en materia de salud Sexual y Reproductiva. Desde la consulta se han estrechado los lazos de comunicación con los Centros de Salud (Médicos de A.P y matronas) de varias formas:
Elaboración de informes para derivar las revisiones de AH, DIUs e Implantes de mujeres sin riesgo de manera que disminuya el número de revisiones innecesarias informando correctamente a su médico o matrona de Atención Primaria
Teléfono de contacto de la consulta para la resolución de dudas y derivación preferente de algunos casos

Además se tomaron otras medidas que al inicio no estaban contempladas y que han colaborado en la eliminación de la lista de espera:
Docencia en la consulta a las matronas que lo solicitaron para la inserción o extracción de implantes a las pacientes que ellas habían indicado
Compra de un ecógrafo en Marzo de 2017que ha permitido convertir a la consulta en una de alta resolución eliminando la carga en el servicio de Radiología y la posterior demora en nuestra consulta para resultados.
Actualización de los protocolos (SEC, SEGO y Programa de Anticoncepción de Aragón) eliminando las revisiones innecesarias

Desde Marzo a Diciembre de 2017 se implementa una consulta de tarde realizando 130 jornadas

En Junio se produce la separación definitiva de los dos sectores cada uno con su población asignada para atender la P.F.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Partíamos de una lista de espera para primera visita de 2200 mujeres en buzón y 500 días de demora. Además habíamos detectado un fallo de asistencia a consulta en primera visita de un 32%

Con la implementación progresiva de las medidas antes mencionadas:
Aumentamos el número de primeras visitas en la agenda. 50 por semana
Tras el cribado telefónico sacamos de la lista de espera un 25,45%
Con las 130 jornadas de tarde se dieron 2895 citas

Con la reordenación de competencias, docencia y comunicación con A.P: Un 25% de las mujeres ya atendidas en consulta son derivadas a A.P. para su posterior control porque no precisan más seguimiento en nuestra consulta
Con la correcta asignación de la población a cada sector un 22% de lo que era la anterior demanda se atiende desde Junio de 2017 en el sector I.

El objetivo principal era la reducción de la lista de espera de Primera Visita en la Consulta de P.F. al menos en un 25% de la que presenta al iniciarse el Proyecto de mejora y la disminución del número de mujeres que no acuden a su cita de "Primera visita".

A día de hoy se ha conseguido eliminar la Lista de Espera. No tenemos mujeres en buzón a la espera de ser

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0974

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

citadas.
Se cita una primera preferente en 7 días y una primera visita normal en 20 días.
Hemos reducido el fallo de asistencia a consulta de un 32 a un 22%.
Las solicitudes desde los médicos y matronas de A.P. una vez han hecho la formación o la han recibido en su Centro de Salud por sus propios compañeros ha disminuído significativamente. La media de solicitudes ha pasado de 25 a 6 diarias.
Remitimos a consulta de matrona para control a un 25% de las mujeres atendidas tras la inserción del DIU, implante o consejo contraceptivo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención a la Salud Sexual y Reproductiva de la población debe ser un pilar básico tanto en Atención Primaria como especializada cumpliendo criterios de equidad y calidad.
Tiene una repercusión directa e inmediata sobre la calidad de vida de las mujeres y sus parejas y a medio y largo plazo debe reflejarse en otros parámetros que se podrán analizar más adelante (disminución de embarazos no deseados, embarazos en adolescentes, interrupciones voluntarias del embarazo)

El desmantelamiento de esta atención básica resultó fácil y rápido, pero su recuperación ha sido laboriosa porque ha requerido el esfuerzo de numerosos profesionales: Subdirección, jefatura de servicio, FEAs y enfermera de atención especializada, médicos y matronas de A.P.

El funcionamiento de la consulta en estos momentos está consolidado, los cauces de comunicación con los profesionales de A. P. bien establecidos y parece adecuada la asistencia con la demanda requerida. Aunque damos por finalizado el proyecto de mejora, si vuelve a producirse aumento de la lista de espera se implementarán medidas que lo solucionen de forma precoz.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/974 ========== ***

Nº de registro: 0974

Título
REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

Autores:
YAGÜE MORENO HORTENSIA, SARSA MANRESA MARIA DOLORES, ALCAÑIZ SANCHO JUAN JOSE, BAQUEDANO MAINAR LAURA, COTAINA GRACIA LAURA, MORENO URUEÑA ISABEL, ROY RAMOS VIRGINIA, RUIZ SADA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Salud Sexual y Reproductiva
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Al hacerse cargo el Servicio de Ginecología de la Consulta de Planificación Familiar en Noviembre de 2015 se estudiaron los datos de demora en Primera Visita y Revisiones resultando inaceptables para una atención de calidad al constatar > 1 año de demora para primera consulta. (2200 mujeres y más de 500 días de lista de espera). La causa fundamental había sido la reducción del número de consultas de Planificación Familiar en los años previos, pasando de tener cuatro consultas en diversos centros del Sector II a una única consulta en el CME Ramón y Cajal. La importancia de dicha consulta es crucial porque se hace cargo de la Planificación Familiar de todo el Sector II y además del Sector I de Zaragoza. La utilidad del Proyecto reside en dar una adecuada atención en materia de Salud Sexual y Reproductiva a la población que la demanda, comenzando por reducir la lista de espera en la Primera Visita.
Se observa además una alta tasa de mujeres que no acuden a su cita (olvido tras un año de la solicitud, anticoncepción ya solucionada, cambio de domicilio etc..), problema al que también se necesita dar solución para un adecuado rendimiento de la consulta.
Con la implantación del Programa de Atención a la Anticoncepción en Aragón, se pretende además, tener una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0974

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA LISTA DE ESPERA DE LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HUMS

adecuada comunicación y distribución de las competencias con A. Primaria para una mejor atención a estas usuarias

RESULTADOS ESPERADOS
Reducción de la lista de espera de Primera Visita en la Consulta de P.F. al menos en un 25% de la que presenta al iniciarse el Proyecto de mejora.
Disminución del número de mujeres que no acuden a su cita de "Primera visita"

MÉTODO
Cambio en la citación de la agenda: Aumento del número de primeras visitas

Depuración de la lista de espera a través de llamada telefónica:
Determinar las necesidades de las mujeres en la lista para su correcta citación en atención primaria o especializada.
Detección de las mujeres que no piensan acudir a la cita para sacarlas de la lista de espera.

Elaboración de informes para derivar a Atención Primaria las revisiones de AH, DIUs e Implantes de mujeres sin riesgo de manera que disminuya el número de revisiones innecesarias informando correctamente a su médico o matrona.

INDICADORES
Reducción de la Lista de Espera de primera visita
Reducción del número de fallos en acudir a primera visita en consulta
Número de mujeres derivadas a consulta de Atención Primaria

DURACIÓN
Inicio Noviembre de 2016
Cribado telefónico de la lista de espera
Elaboración de modelo de informes para derivación-información a Atención Primaria
Elaboración de estadística de la consulta para evaluar los datos de:
        Evolución de la lista de espera
        Evolución de las ausencias en la asistencia a primera visita
        Derivación a A.Primaria

Fin Noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0992

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR

Fecha de entrada: 12/04/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL RUIZ CONDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOLEA TOBAJAS RAUL
LANZON LAGA ALBERTO
GONZALEZ RAMOS PEDRO
MOROLLON LORIZ ISABEL
JOSE GUTIERREZ YASMINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la puesta en marcha del proyecto se han creado grupos de trabajo tutorizados por el personal del Servicio con más experiencia en cirugía laparoscópica a los que han tenido acceso todo el personal del Servicio que realiza este tipo de cirugía.
Se han creado una serie de ejercicios con complejidad progresiva que se llevan a cabo con el pelvitrainer del Servicio para realizar las prácticas sin el posible perjuicio de las pacientes.
También se han realizado sesiones teóricas para refrescar la información en relación con las fuentes de energía en cirugía laparoscópica, las principales complicaciones que pueden surgir y como actuar si se presenta alguna de ellas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido que todo el personal implicado acuda a estas sesiones realizando los ejercicios programados y asistiendo a las sesiones teóricas.
Durante los ejercicios hemos podido mejorar la técnica quirúrgica de los facultativos y las habilidades en el simulador, mejorando la destreza de los mismos para cuando tengan que realizar cirugías laparoscópicas en las pacientes reales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La práctica regular en el simulador ha demostrado ser eficaz para mejorar las habilidades del personal del Servicio en laparoscopia. Mejorando la destreza quirúrgica de los facultativos y su seguridad a la hora de realizar estas cirugías.
Durante la puesta en marcha del proyecto hemos detectado una disminución de las complicaciones quirúrgicas, que ya venían siendo muy bajas, así como también de los tiempos quirúrgicos con la disminución del riesgo de infección que esto conlleva.
Todos los facultativos implicados se han mostrado muy colaboradores con la iniciativa y han aportado ideas con la finalidad de mejorarla.

Creemos que todo especialista debe realizar de forma periódica formación continuada para estar al día de los avances en las técnicas quirúrgicas laparoscópicas y no perder destreza ni habilidades en las mismas.
Todo ello contribuye a poder ofertar una mejor atención a nuestras pacientes y mejorar nuestra calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.
Inicialmente el Coordinador del Proyecto era Pablo Tobías González, que ha sido sustituido por Miguel Ángel Ruiz Conde por no trabajar ya en este centro el primer facultativo.

Previamente a la realización de este cambio se ha consultado a UCA y recibido la aprobación del cambio por parte de Servicios Centrales.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/992 ========== ***

Nº de registro: 0992

Título
FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR

Autores:
TOBIAS GONZALEZ PABLO, BARRAS BERMEJO SILVIA, BOLEA TOBAJAS RAUL, LANZON LAGA ALBERTO, GONZALEZ RAMOS PEDRO, MOROLLON LORIZ ISABEL, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0992

1. TÍTULO

FORMACION CONTINUADA EN HABILIDADES EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN SIMULADOR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
No existe actualmente una formación reglada en el servicio de Ginecología y Obstetricia en cirugía laparoscópica. Asociaciones internacionales recomiendan la capacitación progresiva y mantenimiento de habilidades mediante ejercicios en simulador.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las habilidades del personal del servicio (facultativos y residentes) que no realiza de forma habitual cirugía laparoscópica.
Disminuir con ello los tiempos quirúrgicos y la incidencia de complicaciones.

MÉTODO
Creación de grupos de trabajo tutorizados por personal del servicio con experiencia acreditada en cirugía laparoscópica.
Permitir la realización de los ejercicios de forma periódica a todo el personal del servicio.
Realización de ejercicios siguiendo las recomendaciones de sociedades internacionales (ESGE…) de forma progresiva por niveles.

INDICADORES
Medición y comparación de los siguientes indicadores:
- Cumplimiento de los ejercicios por parte del personal del servicio.
- Tiempo y errores a lo largo del tiempo en la realización de los ejercicios por parte del personal.
- Tiempos quirúrgicos de las cirugías laparoscópicas no oncológicas (quistectomías, anexectomías…)
- Tasa de lesiones y complicaciones intraoperatorias (lesiones vasculares, ureterales e intestinales) e las cirugías laparoscópicas no oncológicas.

DURACIÓN
Iniciación antes de fin de año de los ejercicios, a ser posible 1 de noviembre.
Programación de manera que todo miembro del servicio pueda acudir una vez por mes.
Continuidad indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1021

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CESAR RODRIGO CONDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
.Preparación de los formularios necesarios para llevar a cabo la actividad: encuesta de satisfacción sexuela PISQ-12.
.Identificación de las pacientes candidatas a cirugía pélvica a las que planteamos la realziación de la encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las pacientes se han mostrado reacias a la realización de la encuesta planteada.
Solo en un 5 % de los casos hemos conseguido una respuesta aceptable y positiva. En cualquier caso insuficientes para establecer ninguna conslusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La lección es clara: en los casos en los que queramos recabar información que conlleva una exploración de lo que podemos considerar como área de intimidad de la paciente necesitamos más tiempo para plantear el estudio/actividad a la paciente a fin de hacerles ver la pertinencia y la rentabilidad del estudio.
Igualmente se necesitaría otro medio distinto al de consulta donde apremia el tiempo de atención, y puede cohibir a la paciente la presencia de especialista, enfermera, auxiliar, residente, estudiante,... a la hora de responder a temas de una naturaleza tan íntima y personal.
No obstante la experiencia ha sido positiva de cara a plantear este estudio en un futuro, conociendo las expectativas actuales de las pacientes, mediante otro planteamiento.
El tema es de una actualidad incontestable, la CALIDAD DE VIDA QUE INVARIABLEMENTE SE PUEDE VER AFECTADA POR LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL, CADA VEZ MÁS ESTÁ EN EL OBJETIVO DE LAS PACIENTES, POR LO QUE DEBE ESTAR TAMBIÉN PRESENTE EN NUESTROS OBJETIVOS DE ASISTENCIA.
Se trata de un tema que incluso ha formado parte de tesis doctorales en otros ámbitos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1021 ========== ***

Nº de registro: 1021

Título
IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

Autores:
RODRIGO CONDE CESAR, PUIG FERRER FERNANDO, HORNO OCTAVIO MARIANO, DE PABLO SORIANO DANIEL, DEL TIEMPO MARQUES PILAR, ALCAÑIZ SANCHO JUAN JOSE, MARIN JIMENEZ NURIA ESTHER, BARRAS BERMEJO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1021

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES CON PROLAPSO GENITAL Y/O INCONTINENCIA URINARIA. CONSULTA DE SUELO PELVICO. SERVICIO DE GINECOLOGIA

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA PATOLOGIA DEL SUELO PÉLVICO, INCLUYENDO PROLAPSO E INCONTINENCIA URINARIA ES UNA PATOLOGÍA MUY PREVALENTE EN NUESTRO MEDIO, PUDIENDO LLEGAR A FECTAR A UN TERCIO DE LAS MUJERES EN ALGÚN MOMENTO DETERMINADO DE SU VIDA.
ESTA PATOLOGIA SUPONE UNA IMPORTANTE MERMA EN LA CALIDAD DE VIDA, PUDIENDO CAUSAR ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS, ASI COMO INTERFERIR CON LA ACTIVIDAD DIARIA INCLUYENDO LA CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO FISICO, SOCIAL Y SEXUAL.
EN LA EVALUACION CLINICA DE LAS PACIENTES REMITIDAS A LA CONSULTA DE SUELO PELVICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA SI SON SEXUALMENTE ACTIVAS, SINO LO SON DEBEREMOS INVESTIGAR SI LA INACTIVIDAD SEXUAL PUEDE ESTAR RELACIONADA CON SU PROBLEMA DE SUELO PELVICO.
ASI MISMO CUANDO VALOREMOS LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS, DEBEMOS TENER EN CUENTA Y DEBEMOS EVALUAR EL PUNTO DE VISTA DE LA PACIENTE EN CUANTO AL IMPACTO EN SU CALIDAD DE VIDA DEBIDO AL TRATAMIENTO APLICADO Y SU RELACION CON LOS CAMBIOS EN LOS SINTOMAS URINARIOS, ANORECTALES Y SEXUALES.
POR ESTE MOTIVO ES NECESARIO PODER DISPONER Y PODER APLICAR CUESTIONARIOS ADECAUDAMENTE VALIDADOS SIGUIENDO UNA TECNICA ESTANDARIZADA.

RESULTADOS ESPERADOS
NUESTRO OBJETIVO ES APLICAR UN CUESTIONARIO VALIDADO TANTO EN LA EVALUACION INICAL DE LAS PACIENTES QUE VAN A PRECISAR UN TRATAMIENTO QUIRURGICO POR PROLAPSO GENITAL O POR INCONTINENCIA URINARIA, COMO EN LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ESTAS PACIENTES, UNA VEZ INTERVENIDAS.
NUESTRO PRINCIPAL OBJETIVO ES CONOCER (SIEMPRE QUE LA PACIENTE ASÍ LO DESEE), LA FUNCION SEXUAL ANTES Y DESPUES DE LA REPARACION QUIRURGICA DEL PROLAPSO GENITAL Y/O DE LA RAPARACION QUIRURGICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE BANDA SUBURETRAL TRASNSOBTURADORA

MÉTODO
EL METODO VA A CONSISTIR EN LA APLICACION DE UNA ENCUESTA VALIDADA PARA EL ESTUDIO DE LA FUNCION SEXUAL: EL PISQ-12.

OFRECEREMOS LA APLICACION DE DICHA ENCUESTA A LAS PACIENTES EN LA CONSULTA EN LA QUE DECIDIMOS QUE DICHA PACIENTE REQUIERE UN TRATAMIENTO QUIRURGICO, BIEN POR PROLAPSO GENTIAL (DEL COMPARTIMENTO QUE SEA), BIEN POR INCONTINENCIA URINARIA.
ESTA CONSULTA ES LA CONSULTA NUMERO 8 DE LOS MIERCOLES, DONDE SON CITADAS LAS PACIENTES CON PATOLOGIA DE SUELO PELVICO.

INDICADORES
INDICADOR PRINCIPAL: NUMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS / NUMERO DE PACIENTES INTERVENIDAS POR LA PATOLOGIA REFERIDA DE SUELO PELVICO. NOS VA A INDICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDA. DE LAS PACIENTES INTERVENDIDAS EXCLUIREMOS A AQUELLAS QUE NO QUIEREN REALIZAR LA ENCUESTA.
INDICADOR SECUNDARIO: NÚMERO DE PACIENTES QUE RECHAZAN LA REALIZACION DE LA ENCUESTA/ NUMERO DE PACIENTES A LAS QUE SE LA OFRECE: NOS PUEDE INDICAR LA PERTINENCIA Y LA ACEPTABILIDAD DE LA PRUEBA POR PARTE DE NUESTRO GRUPO DE PACIENTES

DURACIÓN
INCIO EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2016.
PRIMERA EVALUACION: A LOS 6 MESES DEL INCIO: DONDE VALORAREMOS LA PERTINENCIA DE LA ENCUESTA, LA ACEPTACIÓN POR PARTE DE LAS PACIENTES Y LA INFORMACIÓN DESPRENDIDA DE LA MISMA.
SI LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION SON SATISFACTORIOS CONTINUARIAMOS CON LA RECOGIDA DE DATOS DE LA ENCUESTA MINIMO UN AÑO CON EL FIN DE PODER PUBLICAR RESULTADOS

OBSERVACIONES
SERIA MUY INTERESANTE PODER DISPONER DE APOYO INFORMATICO (ORDENADOR PERSONAL O NOTEBOOK) CON EL FIN DE AGILIZAR LA RECOGIDA DE LOS DATOS EN LA CONSULTA. A FECHA ACTUAL NO HAY NINGUN DISPOSITIVO DE ESTAS CARACTERISTICAS EN NUESTRO SERVICIO DE GINECOLOGIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1022

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VICENTE GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADIEGO CALVO IGNACIO
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO
RUBIO CUESTA PATRICIA
MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN
ARTAL TEJEDOR ELENA
FERRANDO VIÑOLA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se contactó con la Asociación AMAC-GEMA con el fin de elaborar un documento informativo, consensuado, para introducir en el consentimiento informado y que así las pacientes conocieran la naturaleza de la visita y la asociación.
- Se realizó, tras esto, documento informado para visita de las voluntarias de la Asociación AMAC-GEMA.
- Se consensuó con el personal de Enfermería la entrega y recogida, así como la cuantificación de esas labores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Ninguna paciente es actualmente visitada por las voluntarias de AMAC-GEMA sin el consentimiento previo, informado y por escrito.
- El numero de consentimientos entregados es cercano al 100%. Se ha conseguido con un doble recordatorio, el del personal de enfermería hacia la paciente y el recuerdo de las voluntarias hacia las enfermeras de si habían entregado el consentimiento.
- El nº de visitas autorizadas se sitúa en alrededor del 74%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debemos de tener en cuenta que aunque en nuestra opinión o creencia pueden ser claramente beneficiosas para la paciente, están deben ser aceptadas por la paciente, aunque estén llevadas a cabo con la mejor intención y con la vocación altruista de las voluntarias.

Además, dando a conocer la asociación con más calma, hemos favorecido que para aquella paciente interesada será un espacio francamente provechoso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1022 ========== ***

Nº de registro: 1022

Título
ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DE SALUD DE ARAGON – ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autores:
VICENTE GOMEZ ISABEL, ADIEGO CALVO IGNACIO, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, COLMENAREJO GONZALEZ LUIS FERNANDO, RUBIO CUESTA PATRICIA, MARCUELLO FRANCO ANA CARMEN, ARTAL TEJEDOR ELENA, FERRANDO VIÑOLA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1022

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Confidencialidad, intimidad
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Asociación de Mujeres Aragonesas de Cáncer Genital y de Mama
(AMACGEMA) nace en 1994 con el objetivo de ofrecer espacio de apoyo y una atención biopsicosocial a la mujer afectada por dicha patología.

VOLUNTARIADO HOSPITAL “AMACGEMA”

Dirigido a mujeres recién intervenidas de cáncer de mama en Zaragoza. La función que se desarrolla es la de crear un espacio de identificación de la mujer intervenida con otra que ya ha
superado la enfermedad. En dicha visita, la voluntaria hace entrega un sujetador adaptado y una “Almohada de corazón” que sirve de apoyo para descansar el brazo tras haber sufrido una extirpación ganglionar.
Por otro lado, en la Ley 6/2002 de Salud de Aragón, en su capitulo II (Del derecho a la intimidad y a la confidencialidad), se recoge lo siguiente:
- Articulo 11.
1. Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud. Igualmente tiene derecho a que nadie que no se encuentre autorizado pueda acceder a ellos si no es al amparo de la legislación
vigente.
3. Toda persona tiene derecho a preservar la intimidad del cuerpo con respecto a otras personas ajenas a los profesionales sanitarios.
4. Los centros asistenciales deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos a los que se refierenlos apartados anteriores (...)

En el capitulo III

- Articulo 12.
1. Cualquier intervención que se produzca en el ámbito de la salud requiere el consentimiento específico y libre de
la persona afectada (...)
2. Se efectuará un consentimiento informado para cada supuesto (...)

Por lo tanto, siendo conscientes de la labor inestimable de la asociación, creemos que esta visita hospitalaria debe
estar regulada dentro de la legislación vigente y creemos necesaria la instauración de un consentimiento informado específico, por escrito, para la visita de estas voluntarias.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto es adecuar las visitas de las
voluntarias de AMAC-GEMA a la legalidad vigente con la elaboración de consentimiento informado.
Mejorar la información aportada a las pacientes con respecto a la asociación AMACGEMA.
Cuantificación del efecto/beneficio de la visita en la paciente.
Cuantificación de las pacientes que aceptan la visita

MÉTODO
Elaboración de documento de consentimiento informado (Vicente-
Adiego).
Elaboración (Villalobos-Adiego) de encuesta de satisfacción para poder cuantificar el impacto en la paciente y familia de la información recibida y de la intervención (visita realizada). La nota de los apartados irá
codificada entre 1 a 10 donde 10 es "completamente satisfecho" y 0 "nada satisfecho".
Recogida de Consentimientos informados y encuestas(Elena Artal y Silvia Ferrando)
Monitorización de cumplimiento de visitas tras firma de consentimiento informado (Artal-Ferrando).
Indicador de cobertura/aceptación (Rubio)
Procesado de datos (Colmenarejo)
Contacto con la Asociación AMAC-GEMA (Marcuello)

INDICADORES
Antes de la visita de la voluntaria, el personal se cerciorará
de que la paciente haya firmado el consentimiento informado. Se cuantificará a cuantas pacientes se les había entregado el documento.
Tasa de aceptación: no consentimientos favorable a la visita / total de consentimientos entregados.
Tasa de consentimiento informados dados previos al ingreso hospitalario: no de consentimientos en consulta preoperatoria/no total de consentimientos
Grado de satisfacción: En una escala de satisfacción de 1 a 10, numérica, consideramos aceptable una puntuación mayor de 6 como punto de partida para nuestro proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1022

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS VISITAS DE VOLUNTARIAS DE LA ASOCIACION AMACGEMA A LA LEY 06/2002 DESALUD DE ARAGON - ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DURACIÓN
Octubre de 2016. Reunión para valorar los puntos a tener en cuenta al elaborar el consentimiento y ealización del documento.
2 de Noviembre: Inicio de entrega.
1 Diciembre: primera evaluación de resultados: evaluación del no de consentimientos entregados y pacientes que aceptan la visita..
A los 6 meses, reevaluación de los parámetros de satisfacción y cobertura.
Al año, promover la puesta en marcha de estudio/publicación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1025

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VANESSA TEBAN PONCE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUQUE CARRO RAQUEL
CHECA DIEZ MARIA ANGELES
SUBIRON VALERA ANA BELEN
FERRER ALCON PATRICIA
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA
PEREZ SORBE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con este proyecto nos planteamos mejorar la información que tienen las gestantes que desean un plan de parto para que puedan tomar una decisión bien informada de las distintas opciones
posibles, fomentar su empoderamiento respecto a su propio proceso de parto y acercarlas a la realidad del hospital para así ajustar sus expectativas, así como crear un vínculo con el hospital
para que aumente su confianza. Todo esto contribuye a un mejor resultado en el proceso asistencial en un momento tan importante como es el nacimiento de un hijo.
Comenzamos realizando un circuito de nexo de unión entre las matronas de los centros de salud de nuestro sector y las matronas del hospital para que informaran a las gestantes de las reuniones que se realizan, y éstas se pusieran en contacto con nosotras a través de un correo electrónico.
Por otro lado, informamos a las matronas y otros profesionales de nuestro hospital de la realización periódica de las reuniones.
Creamos también una encuesta inicial para las gestantes que acuden a las reuniones, así como dos evaluaciones, una postcharla, para evaluar la satisfacción de las gestantes, y otra postparto para valorar la satisfacción durante el proceso de parto, y poder hacer un feedback para realizar mejoras en la continuación del proyecto, tal y como hemos hecho hasta ahora.
Hemos realizado charlas periódicas en grupos reducidos de gestantes y sus parejas, con periodicidad mensual, para las que hemos elaborado una presentación con información y fotos
que ayuda en la exposición de la información.
Por otro lado, valoramos la búsqueda de alternativas para facilitar un entorno amigable para los partos de bajo riesgo en los que las mujeres acuden con un plan de parto para facilitar el cumplimiento de las expectativas de su proceso de parto, tal y como se refleja en la “Estrategia de atención al parto normal” del Ministerio de Sanidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un indicador para evaluar la puesta en marcha del proyecto y su impacto han sido las sesiones realizadas, la duración, y la media de mujeres y acompañantes que han acudido.

Hemos realizado 8 sesiones (objetivo cumplido) con una media de 2 horas y cuarto de duración.
Han acudido en total 110 mujeres, un tercio de ellas con acompañante, con una media de 13-14 gestantes por sesión.

Como indicadores para evaluar la satisfacción de las gestantes hemos realizado una encuesta postcharla y otra postparto.
Las encuestas postcharla han sido contestadas por el 100 % de las gestantes, y nos han reflejado muy buenos resultados, y por tanto el cumplimiento de los indicadores propuestos en el proyecto.

Todavia estamos en proceso de analizar los datos de las encuestas postparto, para valorar la satisfacción en su proceso de parto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Respecto a las reuniones periódicas, estamos satisfechas con el nuevo funcionamiento, ya que en grupos se genera más intercambio de información entre las gestantes, más aportaciones de gestantes que ya han pasado por un proceso de parto y más debate, lo que genera más riqueza para las gestantes y para las matronas.
También estamos satisfechas con la participación de las gestantes y sus parejas, aunque debido al aumento de demanda respecto a los planes de parto, ha habido una gran asistencia a las reuniones respecto a nuestra propuesta inicial de grupos de 4-5 parejas.
El circuito de derivación desde primaria también ha funcionado bien, ya que una matrona de primaria del sector I ha participado en el proyecto, y ha sido el nexo de unión para información al resto de compañeras del sector, lo que facilita que la información llegue a las gestantes.
De todas formas, todavía nos falta tener más vínculo con matronas del sector II y mejorar el nexo de unión entre primaria y hospital para una comunicación más fluida.
La evaluación nos sirve como devolución de las gestantes para evaluar su satisfacción y nos permite realizar mejoras, y también exponer su satisfacción al resto de profesionales.
Respecto a la búsqueda de un espacio más amigable, que es una solicitud que hemos detectado en evaluaciones anteriores de este proyecto, es un objetivo que no hemos podido alcanzar en la actualidad, dado que la infraestructura, el funcionamiento y los protocolos del servicio impiden avances en este tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1025

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1025 ========== ***

Nº de registro: 1025

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

Autores:
TEBAN PONCE MARIA VANESSA, LUQUE CARRO RAQUEL, CHECA DIEZ MARIA ANGELES, SUBIRON VALERA ANA BELEN, FERRER ALCON PATRICIA, CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA, PEREZ SORBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En las recomendaciones de la “estrategia para la salud sexual y reproductiva” se aconseja a las mujeres que elaboren un plan de parto para poder reflexionar acerca de sus deseos y expectativas del parto, aumentar su información acerca de las diferentes
opciones y asi conseguir el empoderamiento de la mujer y su satisfacción con el parto.
La estrategia también aconseja que sea realizado conjuntamente con su matrona de atención primaria. Sin embargo, en nuestra practica diaria nos encontramos con mujeres que acuden con expectativas irreales en su plan de parto, aconsejadas por personal no sanitario, y con un sentimiento de hostilidad hacia el personal hospitalario.En proyectos anteriores, citábamos a las parejas individualmente, sin embargo nos parecía que se podrían beneficiar de la interacción entre otras parejas similiares, informando a las parejas de la realidad del servicio de paritorios del hospital Miguel Servet, creando un vinculo previo al dia del parto con el hospital, aumentando la confianza y la información, mejorando la calidad
asistencial y un mejor resultado de un proceso asistencial tan importante. En años anteriores hemos comprobado un aumento de la demanda, atendiendose de 2013 al 2015 134 familias.
En las evaluaciones realizadas en años anteriores las parejas nos reflejaban la ausencia de una estructura o espacio especifico donde disfrutar su parto de bajo riesgo y poder adoptar medidas antialgicas en intimidad, como darse una ducha caliente o disponer de un entorno amigable para poder adoptar distintas posiciones como se refleja en la arquitectura integral de maternidades editada por el ministerio de Sanidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la sensación de seguridad de la gestante ante su parto.
Mejorar la satisfacción global de la gestante y su familia durante su estancia en nuestra unidad.
Fomentar el empoderamiento de la mujer en su propio proceso de parto.
Ajustar las expectativas de la gestante a la realidad del servicio de paritorios.
Aumentar la información de la gestante acerca de las distintas opciones para que puedan tomar decisiones adecuadamente.

MÉTODO
Informar a las matronas de atención primaria de las reuniones y del circuito de acogida.M Angeles Checa
Creación de un circuito de derivación, donde las mujeres se puedan poner en contacto con nosotras y les informemos de las reuniones Raquel Luque, Ana Subirón y Vanesan Tebán
Creació.n de una hoja de evaluación Patricia Ferrer y Javier Gallego
Busqueda de una espacio donde llevar a cabo las reuniones: Cristina Perez y Patricia Cebrián.
Busqueda Alternativas para facilitar un entorno amigable con el parto de bajo riesgo Todos
Realización de una reunión de periodicidad variable con un grupo de parejas 4 o 5, para resolver dudas conjuntas del plan de parto, revisar planes de parto particulares, explicar protocolos y estructura del centro.Todas.

INDICADORES
Realización de al menos 8 reuniones anuales.
Creación de una encuesta que se pasará al finalizar las reuniones para valorar la satisfacción de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1025

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE ACOGIDA A LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO

usuarias.

DURACIÓN
Creación del circuito de derivación de las usuarias octubre 2016.
Encontrar un espacio donde realizar los encuentros, octubre 2016
Creación de una hoja de evaluación de las reuniones noviembre 2016
Información de las matronas de atención primaria en la reunión noviembre 2016
Inicio de las reuniones diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0015

1. TÍTULO

INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DEGINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS YRECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO YSEGUIMIENTO EN CONSULTA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA BAQUEDANO MAINAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACION DE MATERIAL INFORMATIVO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACION PARCIAL DE DICHOS FOLLETOS INFORMATIVOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DISPERSION DEL GRUPO. BAJO SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/15 ========== ***

Nº de registro: 0015

Título
INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DE GINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS Y RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN CONSULTA

Autores:
BAQUEDANO MAINAR LAURA, JOSE GUTIERREZ YASMINA, NEGREDO QUINTANA ISABEL, ALCASAN JUAN JOSE, LANZON LAGA ALBERTO, BOLEA TOBAJAS RAUL, ADIEGO CALVO IGNACIO, YAGÜE MORENO HORTENSIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La información médica a las pacientes es esencial en cualquier proceso, máxime cuando se trata de una patología grave, como lo es un cáncer ginecológico. Las pacientes buscan muchas veces por internet y se apoyan en informaciones no del todo contrastadas tomadas de fuentes no siempre médicas ni con rigor científico.
Cuando se diagnostica un proceso oncológico ginecológico el shock al recibir la noticia hace que la explicación del mismo y muchas de las recomendaciones que damos a pacientes y familiares pasen desapercibidas.
Es preciso mejorar la información que se da a las pacientes y sus familias y hacerlo por escrito contribuirá a asentar las indicaciones y consejos que el médico expresa verbalmente.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes oncológicas del Servicio de Ginecología.
Intervenciones a realizar: ofrecer un folleto informativo editado por el Servicio de Ginecología acerca de cada uno de los procesos oncológicos ginecológicos: Vulva, cervix, carcinoma de endometrio, sarcoma uterino, ovario.
En dicho folleto constará: epidemiología, clínica, diagnóstico, opciones terapéuticas, cuidados tras los mismos y posibles reacciones adversas, planificación del seguimiento así como normas de estilo de vida saludable para las pacientes supervivientes. Todo ello basado en las guías nacionales e internacionales más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0015

1. TÍTULO

INFORMACION ESCRITA PARA PACIENTES ONCOLOGICAS DEL SERVº DEGINECOLOGIA: PATOLOGIA ONCOLOGICA DIAGNOSTICADA, CUIDADOS YRECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNOSTICO YSEGUIMIENTO EN CONSULTA

importantes de cáncer ginecológico. Asímismo se expondrán las normas y funcionamiento de la Oncología Ginecológica del HUMS con respecto a la consulta, hospitalización, comité de tumores y seguimiento ambulatorio. También se facilitará la manera de ponerse en contacto con los profesionales en caso de que existan dudas o surja un problema médico promoviendo así un mejor acceso de la paciente hacia los servicios sanitarios y optimización de los mismos. Se espera promover el conocimiento de las pacientes y sus familias de la patología oncológica diagnosticada para así poder afrontarla de forma más positiva evitando el miedo a lo desconocido e involucrar a unos y otros en los cuidadso postoperatorios y de salud en general de dichas pacientes. Asímismo se pretende mejorar la relación médico paciente en aras a favorecer la asistencia médico quirúrgica.

MÉTODO
Reunión de los integrantes del grupo de trabajo y reparto de tareas.
Busqueda bibliográfica en las principales guías Nacionales e Internacionales de cáncer ginecológico: SEGO; EORTC, SEOM, GEICO, IGCS, NCCN,ESGO, ASCO, ESGO, GCIC.
Elaboración de folletos informativos.
Edición de la información.
Impresión de los folletos.
Reparto de los folletos en consulta y/o planta de Ginecología.

INDICADORES
Ofrecer información por escrito al 95-100% de las pacientes oncológicas diagnosticadas y/o tratadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Miguel Servet y sus familiares.

DURACIÓN
Abril- Mayo 2018: Reunión de los integrantes del grupo de trabajo y reparto de tareas.
Junio 2018: Elaboración, edición e impresión de los folletos informativos.
Julio-Agosto de 2018: reparto de la información en Consultas externas y hospitalización de la planta 2ª de Ginecología del HMI HUMS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0223

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS
ENVID LAZARO BLANCA
FRANCO ROYO MARIA JESUS
ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar, se identificó el problema. Seguidamente se realizó el proyecto completo. Se procedió al acuerdo con todos los estamentos y unidades implicadas. Se consensuó dentro del Servicio con todos los facultativos implicados en su realización. Se consensuó con Enfermería en todos los Centros de Especialidades donde se pensaba implementar (San José, Grande Covián y Ramón y Cajal), y en las Consultas de Obstetricia del Hospital Miguel Servet. Se instruyó a todo el personal en la toma de la Presión Arterial Media y se elaboró un documento de cribado por Historia Clínica, que debía ser completado por los facultativos implicados. También se consensuó con la Unidad de Ecografía y Diagnóstico Prenatal, el control de los cribados en la semana 20 de la gestación y la realización de un Doppler de arterias uterinas.
Se determinó cual era el mejor tratamiento preventivo de la preeclampsia en las pacientes con resultado de cribado positivo y se puso en marcha el proyecto. En el mes de junio de 2018, comenzó el cribado de preeclampsia, y su implementación fue progresiva durante el segundo semestre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente, la tasa de pacientes cribadas para preeclampsia supera el 90% durante el primer trimestre de la gestación. Estos resultados, para el tiempo de proyecto, podrían considerarse como satisfactorios y superiores al estándar marcado
Las pacientes con un cribado positivo, inician tratamiento adecuado en el 100% de los casos por lo que su labor de prevención de la preeclampsia, sobre todo precoz, la seguiremos viendo en los próximos meses.
La fuente de datos, se encuentra en las pacientes remitidas para realizaciónd del dopper de uterinas coincidente con la Ecografía morfológica fetal y en los datos de la cartilla electrónica del embarazo. También en los casos de preeclampsia severa ingresados en la planta de Medicina Materno Fetal del Servicio de Obstetricia del Hospital Miguel Servet

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración sobre el desarrollo del proyecto es muy satisfactoria. La colaboración de todo el personal implicado ha sido muy amplia, entendiendo en todo momento que se trataba de un proyecto de mejora orientado principalmente a la paciente. Si el proyecto salía adelante, los casos de preeclampsia precoz y severa, que son causa de muy malos resultados obstétricos, podían ser prevenidos en el 50% de la población tributaria.
Como pendiente, quedaría el cribado del 50% de la población que necesita otros métodos diferentes para poder ser seleccionadas. Incluiríamos el dopper de la arteria uterina en el primer trimestre del embarazo y la determinación del PlGF (Factor de Crecimiento Placentario) en la primera analítica de la gestación del primer trimestre. Esto requeriría de nuevos proyectos en los que los requerimientos económicos (en el caso de la determinación bioquímica) o los de tiempo de exploración (en el caso del doppler de arterias uterinas), podrían condicionar su presentación o su aprobación

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/223 ========== ***

Nº de registro: 0223

Título
CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Autores:
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL, DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS, ENVID LAZARO BLANCA, FRANCO ROYO MARIA JESUS, ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT, TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0223

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La preeclampsia es una de las enfermedades más graves y de mayor repercusión para la madre y el feto, del embarazo.
El tratamiento es complejo y paliativo. Cuanto más precoz sea su aparición, sus efectos son más demoledores, centrados fundamentalmente en las alteraciones del crecimiento y bienestar intraútero por parte del feto, y del riesgo de morbilidad severa y mortalidad por parte de la madre. Esta última se fundamenta en la severa alteración cardiovascular, con repercusión a nivel renal, cardiaco, hepático y cerebral.
Aunque existen medidas de prevención basadas en la toma diaria de ácido acetil salicílico a dosis bajas, ésta debe iniciarse antes de la semana 15 de la gestación, según demostró el estudio ASPRE.
La posibilidad de encontrar a la población tributaria de este tratamiento preventivo, haría que las cifras de preeclampsia, sobre todo la precoz, disminuyeran en un futuro, con todo lo que esto supone en la morbimortalidad tanto fetal como materna

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es seleccionar una población diana por sus antecedentes clínicos y familiares, y por su presión arterial media, que fuera tributaria de inicio del tratamiento preventivo antes de la semana 15 de gestación

MÉTODO
Las acciones previstas son:
* Elaboración de documento que recoja los factores de riesgo que deben ser investigados en la historia de primer día y que clasificados como mayores o menores, con su puntuación seleccionen al grupo de riesgo
* Establecimiento de límite superior de la presión arterial media, por encima del cual la paciente es encuadrada en grupo de riesgo
* Elaboración de documento informativo sobre las condiciones en que se debe encontrar la paciente para que la toma de la presión arterial media sea totalmente fiable
* Reunión con los responsables de las consultas de Obstetricia para la exposición del proyecto, recogiendo propuestas
* Reunión con supervisoras de Enfermería de consultas para valorar la toma correcta de la paresión arterial media
* Establecimiento de fecha de inicio del proyecto

INDICADORES
Pacientes con preeclampsia que cumpliendo criterios no hayan sido cribadas en en primer trimestre
Pacientes con preeclampsia que cumpliendo criterios hayan sido cribadas y no hayan sido tratadas profilácticamente antes de la semana 15
El valor a alcanzar, siempre que las pacientes hayan sido vistas durante el primer trimestre, debería acercarse al 0%
Durante el primer año, el límite inferior de calidad no debería ser inferior al 20%

DURACIÓN
MARZO-ABRIL 2018: elaboración de documentos
ABRIL-MAYO: reuniones con el Servicio y con los especialistas que pasan de forma habitual la consulta. Resolución de dudas, recogida de propuestas.
reuniones con las supervisoras de consultas para coordinar actuaciones en la medición de la presión arterial media y disponibilidad de documentación en las consultas
MAYO: inicio del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0497

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMPARO BORQUE IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOLEA TOBAJAS RAUL
LAMARCA BALLESTEROS MARTA
MOROLLON LORIZ ISABEL
RODRIGO CONDE CESAR
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL
ROY RAMOS VIRGINIA
YAGÜE MORENO HORTENSIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Elaboracion de un protocolo de manejo terapeutico conservador y pautas de seguimiento de las pacientes afectas de Vain tratadas con imiquimod, asicomo de la sistematica de aplicacion del tratamiento tópico. Pendiente de aprobacion por la Unidad de Calidad.
2-Recogida de datos de las pacientes sometidas a dicho seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1-Unificacion de los criterios por parte del servicio de las pautas de tratamiento topico con imiquimod en acientes afectas de Vain.
2-Difusión de los mismos al resto del los miembros del servicio de Ginecología.
3-Eliminación de la infección persistente por VPH en vagina en 2/ 3 de las pacientes sometidas a dicho protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A poesar de la baja prevlencia de dicha patología, los resultados obtenidos son muy optimistas en cuanto a la reducción en el número de casos que necesitarán tratamiento quirurgico de dicha patología, reducciendo así de forma indirecta la morbi-mortalidad asociada a la cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/497 ========== ***

Nº de registro: 0497

Título
PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN LAS PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

Autores:
BORQUE IBAÑEZ AMPARO, BOLEA TOBAJAS RAUL, LAMARCA BALLESTEROS MARTA, MOROLLON LORIZ ISABEL, RODRIGO CONDE CESAR, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL, ROY RAMOS VIRGINIA, YAGÜE MORENO HORTENSIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Entre las lesiones precursoras de cancer del tracto genital inferior figura la neoplasia intraepitelial de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0497

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL MANEJO TERAPEUTICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE VAGINA (VAIN) SOMETIDAS A TRATAMIENTO TOPICO CON IMIQUIMOD

vagina. Dicha patología aparece en las pacientes que padecen o han padecido una infección por el virus del papiloma humano VPH, con persistencia y ausencia de aclaramiento de la misma, y especialmente en aquellas que han sido sometidas a cirugía ginecológica, histerectomía con o sin anexectomía bilateral por una lesión precursora de cancer de cervix uterino. En dichas pacientes la persistencia viral, especialmente de los tipos 16 y 18 tras la cirugía, condiciona la eventual aparición de lesiones precursoras e incluso de carcinoma invasor de vagina.

Hasta la fecha, el establecimiento de dicho diagnóstico: VaIN 3, suponía la reintervención quirurgica mediante colpectomía parcial o total, siendo esta en algunas ocasiones técnicamente dificultosa y con pobres resultados funcionales en pacientes jóvenes o de edad intermedia con actividad sexual regular en las que el acortamiento de la vagina podría mermar notablemente su bienestar físico y psicológico en materia de salud sexual. Si bien la prevalencia de dicha patología no es muy alta en nuestro medio los estudios recientes aportan resultados exitosos en el tratamiento tópico intravaginal con inmunomoduladores como el imiquimod, incluso con regresión de la lesión y aclaramiento de la infección por VPH.

En la actualidad en nuestra area se viene aplicando dicho tratamiento en regimen ambulatorio a un grupo previamente seleccionado de pacientes con lesiones vaginales intraepiteliales diagnosticadas a lo largo del seguimiento clínico o a aquellas con afectación de márgenes quirurgicos tras exéresis de la lesión en las que se ha descartado la existencia de invasión oculta, y que pueden beneficiarse de un tratamiento medico.

RESULTADOS ESPERADOS
Protocolizar el manejo terapeutico de las pacientes con VaIN 3-H-SIL sometidas a tratamiento tópico: pautas de dosificacion y seguimiento en consultas externas de Ginecologia.

Establecer un registro informatizado de las mismas al objeto de confirmar la eficacia del mismo, y mejorar el control de posibles efectos adversos asociados al uso de un inmunomodulador.

Lugar de intervención: Combinación de administración del fármaco en consultas externas por un facultativo y autoaplicacion en domicilio por la propia paciente según pautas indicadas en la fase de adiestramiento.

MÉTODO
1-Difusión del programa de manejo terapeutico y de seguimento de las pacientes con VaIN susceptibles de tratamiento tópico a todos los miembros del Sevicio de Ginecología en Sesión Clínica.
2-Elaboración de un breve resumen de información e instrucciones para la paciente en materia de autoaplicación.
3- Registro de las pacientes y resultados de las pruebas diagnósticas de control y seguimiento.
4- Elaboración de un documento de Consentimiento Informado para la administración de dicha opción terapeutica.
5- Elaboración de una encuesta de valoración- evaluación de la satisfacción, a responder por parte de las pacientes una vez finalizado el proceso de seguimiento inicial y tras el ciclo de tratamiento.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes con VaIN3-H-SIL sometidas a tratamiento tópico inmunomodulador en la que se consigue el aclaramiento de la infección viral o regresión de la lesión.

DURACIÓN
1-Elaboración del protocolo de manejo terapeutico conservador con imiquimod tópico del VaIN 3: Mayo2018.
2-Difusión del mismo en el Servicio: Mayo 2018.
3-Aplicación y recogida de datos: Mayo- Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA RUBIO CUESTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE GOMEZ ISABEL
VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER
ORTEGA MARCILLA SILVIA
BAQUEDANO MAINAR LAURA
FRANCO JIMENEZ LORENA
LABORDA GOTOR RAMIRO
BENITO VIELBA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 se puso en marcha el proyecto referente a la valoración axilar tras neoadyuvancia en cáncer de mama.
El objetivo final forma parte de un ambicioso estudio multicéntrico en el que se apuesta por la descalada en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama localmente avanzado que responde a la neoadyuvancia de forma completa o parcial mayor. En estos casos, se propone un manejo conservador mediante la preservación del paquete linfograso axilar, afectado por carcinoma en el momento del diagnóstico, pero que responde convenientemente al tratamiento sistémico primario (TSP).
En el intento de generalizar a la práctica clínica esta actitud, resulta imprescindible concretar la estrategia que permita una adecuada valoración axilar postneoadyuvancia, identificando a las pacientes candidatas a este tratamiento minimamente invasivo.
Nuestra propuesta va encaminada a determinar la conveniencia de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) tras terapia neoadyuvante, sirviéndonos del marcaje del ganglio positivo (demostrado por BAG) previo al inicio de TSP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el estudio fueron incluidas 27 pacientes, de características demográficas y descripción tumoral homogénea.
Fueron excluidas 6 por metástasis a distancia (3), 2 éxitus y 1 rechazo final.
De las 21 pacientes restantes, se objetivó correcta migración del radiotrazador en 17 de ellas y detección en 15.
Con una tasa de éxito de la técnica del 68,18%.
La media de ganglios centinela extraídos es de 1,7.
En el 61,9% de los casos, el ganglio centinela coincidía con el marcado, lo que significa que la valoración a TSP se realiza correctamente, ya que se analiza un ganglio afecto en el momento del diagnostico.
La tasa de falsos negativos del GC resultó del 26,6%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-El objetivo perseguido en el estudio resulta un avance en la práctica clínica con repercusiones francamente positivas sobre la función y calidad de vida de nuestras pacientes y con impacto directo sobre el gasto sanitario al reducir considerablemente secuelas e invalidez secundarias al linfedema y lesión nerviosa propias de la linfadenectomía axilar.
-El índice de detección del ganglio marcado resulta insuficiente, y la tasa de falsos negativos del GC inasumible.
-Debemos continuar el estudio incluyendo una técnica de doble marcaje que favorezca un incremento en la tasa de detección y permita reducir la TFN<10% reconocido en la validación de la técnica del ganglio centinela.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/526 ========== ***

Nº de registro: 0526

Título
EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

Autores:
RUBIO CUESTA PATRICIA, VICENTE GOMEZ ISABEL, VILLALOBOS SALGUERO FRANCISCO JAVIER, ORTEGA MARCILLA SILVIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

BAQUEDANO MAINAR LAURA, FRANCO JIMENEZ LORENA, LABORDA GOTOR RAMIRO, BENITO VIELBA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es la técnica universalmente aceptada para el estadiaje axilar en el contexto de un cáncer de mama sin afectación ganglionar establecida mediante exploración clínica y radiológica.
Este procedimiento se ha ido depurando hasta hacerse asequible a todos los centros que dispongan de un servicio de medicina nuclear. Así mismo, desde su implementación, se han ido ampliando las indicaciones y reduciendo las contraindicaciones, limitadas en la actualidad al carcinoma inflamatorio y la axila positiva al diagnóstico. Otro de los grandes avances ha sido el momento de realización del estudio axilar, reconociéndose como válida la aplicación del la BSGC antes y después de la administración de terapia sistémica primaria (TSP), con la misma tasa de detección y mismo grado de correlación histopatológico.
La neoadyuvancia en el cáncer de mama localmente avanzado es una estrategia terapéutica ampliamente establecida. Consiste en la administración de un tratamiento sistémico con quimioterapia (QT), asociando o no inmunoterapia, o con hormonoterapia (HT) antes de completar la cirugía locorregional. El objetivo es doble; por una parte permite valorar la quimiosensibilidad real del tumor, factor predictivo de suma importancia, y por otro, hace asequibles a cirugía conservadora un porcentaje de tumores que de otro modo exigirían un tratamiento mutilante.
El reto de nuestros días pasa por actualizar el manejo de la axila con afectación tumoral confirmada mediante biopsia con aguja gruesa (BAG). Cabe plantear que, al igual que la mama respondedora, la axila con regresión completa de enfermedad tras la TSP también sería susceptible de una actitud conservadora. Para ello, resulta perentorio establecer la estrategia que permita valorar la respuesta axilar a la neoadyuvancia, lo cual haría posible evitar la realización de una linfadenectomía a aquellas pacientes con respuesta axilar completa a terapia primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL:
-Valorar la conveniencia de la técnica de BSGC para la identificación de pacientes susceptibles de un manejo conservador de la axila por respuesta patológica completa tras neoadyuvancia.
OBJETIVOS SECUNDARIOS
-Determinar tasa de identificación del ganglio centinela tras administración de TSP en pacientes con afectación axilar en el momento del diagnóstico.
-Determinar tasa de correlación entre ganglio biopsiado y ganglio identificado como centinela

MÉTODO
Las pacientes candidatas a la inclusión en el estudio son convenientemente informadas del procedimiento y de los objetivos que persigue, aceptando mediante la firma de un consentimiento elaborado con este fin.
Como parte de la rutina habitual, en el servicio de radiología mamaria se marca mediante un clip metálico la adenopatía biopsiada con resultado positivo en el momento del diagnóstico.
Al finalizar el tratamiento primario se programa la cirugía locorregional que, según los protocolos vigentes, debe incluir la linfadenectomía axilar completa. Previamente, se lleva a cabo la identificación y disección del ganglio centinela, el cual se remite para la realización de una radiografía intraoperatoria buscando el clip metálico. De este modo, es posible establecer el índice de correlación entre el ganglio inicialmente positivo y el ganglio identificado como centinela.
En el estudio anatomopatológico, que en nuestro caso se realiza en diferido, podremos extraer conclusiones respecto a la tasa de respuesta axilar a TSP bien en el ganglio centinela, en caso de coincidir con el inicialmente afectado por carcinoma, o en su defecto, en la pieza de linfadenectomía reglada.

INDICADORES
Para la consecución de los objetivos emplearemos las placas intraoperatorias y los informes definitivos de la anatomía patológica del ganglio independiente y de la disección axilar completa.

DURACIÓN
La evaluación inicial será realizada al completar un año de cirugía en cáncer de mama en la Unidad de Patología Mamaria del HUMS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0526

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESPUESTA AXILAR A TERAPIA SISTEMICA PRIMARIA MEDIANTE LA BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0762

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR DARIA TAJADA CEPERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE GUTIERREZ YASMINA
NEGREDO QUINTANA ISABEL
BORQUE IBAÑEZ AMPARO
RODRIGO CONDE CESAR
LANZON LAGA ALBERTO
BOLEA TOBAJAS RAUL
RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Hemos establecido el protocolo de actuación, diagnóstico y seguimiento en consulta.
-Presentación del mismo a los integrantes del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Implantación del protocolo.Actualmente seguimos en fase de experimentación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Hemos conseguido Homogeneizar criterios entre todos los miembros del equipo evitando solicitar determinaciones innecesarias.
-Respetar intervalos de tiempo similares y adecuados para el seguimiento y control, evitando consultas innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/762 ========== ***

Nº de registro: 0762

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

Autores:
TAJADA CEPERO PILAR, JOSE GUTIERREZ YASMINA, NEGREDO QUINTANA ISABEL, BORQUE IBAÑEZ AMPARO, RODRIGO CONDE CESAR, LANZON LAGA ALBERTO, BOLEA TOBAJAS RAUL, RUIZ CONDE MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las masas?anexiales?constituyen un problema frecuente en la consulta ginecológica.?Dada la gran variedad histológica y su aparición en cualquier edad,?en muchas ocasiones?es difícil hacer un pronóstico preoperatorio de benignidad o?malignidad.Otra?de las dificultades?diagnósticas?que entraña una masa?anexial, es la clínica tardía con la que se presentan, importante en los tumores malignos.?
Estas dificultades llevan en muchos casos, a solicitar pruebas de estudio adicionales, que un alto porcentaje, no modifican la conducta clínica ni el pronóstico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0762

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE MARCADORES TUMORALES EN LA EVALUACION DIAGNOSTICA Y SEGUIMIENTO DE LAS MASAS ANEXIALES

Los tumores benignos de ovario representan el 75% del total de tumoraciones ováricas.La correcta caracterización de estas tumoraciones?es de gran importancia, ya que tiene como objetivo evitar intervenciones innecesarias en los quistes?funcionales o?benignos,así como?ofrecer a la paciente la mejor opción terapéutica?en aquellos casos que lo precisen,con la mínima morbilidad.?
La ecografía?transvaginal?es la técnica de primera línea diagnóstica.Actualmente se recomienda la utilización de los criterios de riesgo IOTA,estandarizando la descripción de los hallazgos morfológicos para el diagnóstico y clasificación de las masas?anexiales.?
?Aplicando estas?reglas,se?pueden clasificar el 76% de tumoraciones bajo la realización de la ecografía en manos expertas.A pesar de ella e independientemente del método utilizado, existen alrededor de un 25% de masas?anexiales?de difícil caracterización.?
En estos casos, en los que se considera que existe un riesgo de malignidad intermedio (5-25%)?asi?como en las masas clasificadas como masas?de? riesgo?de malignidad alto,?deben considerarse una serie de pruebas adicionales entre las que se encuentran los MT y otras pruebas de imagen(RNM o TAC)?que permitan orientar de una manera más precisa la?conducta clínica más adecuada,en el menor tiempo posible.Del mismo modo cuando una masa es ecográficamente clasificada como masa de aspecto claramente benigno (endometrioma, teratoma,quiste?simple,quiste?hemorrágico…) no precisa ningún otro test diagnóstico?adicional y?deberemos decidir cuál es la conducta más adecuada a seguir en función de los datos?clínicos, optando?por una actitud?expectante versus quirúrgica.?

RESULTADOS ESPERADOS
Identificar y diferenciar aquellas masas?anexiales?que requieren un estudio y seguimiento??con marcadores tumorales.Un adecuado protocolo de actuación en este sentido permitiría:? -Evitar determinaciones analíticas innecesarias.-Evitar ?consultas? de?revisión y consultas de resultados.-Agilizar el diagnóstico de aquellas masas?anexiales?de riesgo intermedio y alto de malignidad y derivarlas con carácter?preferente? a?la consulta de referencia para poner en marcha el proceso diagnóstico-terapeútico?apropiado.-Disminuir?la morbilidad, al reducir el nº de analíticas y?la?preocupación que supone al paciente estar pendiente de un resultado,especialmente cuándo?los mismos no van?a modificar la actitud a seguir.

MÉTODO
1-Establecer un protocolo de diagnóstico y seguimiento de las masas?anexiales?que permita a toda la unidad actuar de manera homogénea y llevar a cabo una?conducta? con intervalos de tiempo similares y adecuados. 2-Solicitar el estudio adicional de las masas anexiales que lo precisen con Marcadores tumorales, según protocolo.3-Definir el intervalo de tiempo de control justo en el manejo de las masas anexiales,4-Presentación a los integrantes de dicho servicio. 5-Implantación del protocolo.6-Evaluación de los resultados,modificación de aquellos apartados que se consideren mejorables,y seguimiento.

INDICADORES
Mediante una revisión de las historias clínicas,podremos?valorar, si?desde la implantación del proyecto,se consigue una reducción de estudios analíticos, y de las consultas necesarias de revisión y resultados, sin que esto modifique el pronóstico clínico,así como un menor intervalo de tiempo para iniciar el estudio complementario y derivar las masas de riesgo intermedio y alto, a la consulta de referencia del Hospital. Indicadores:1-Comparar nº analíticas con MT,realizadas previa y posteriormente a la implantación del protocolo en cada paciente. 2-Comparar nº de consultas necesarias en el seguimiento y manejo de las masas anexiales.3-Comparar el intervalo de tiempo transcurrido entre dichas consultas de revisión y resultados.4-?Comparar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de sospecha de una masa anexial de riesgo intermedio y alto de malignidad hasta su estudio en la consulta de referencia. ?

DURACIÓN
Fecha prevista de?inicio:Julio 2018.Elaboración del protocolo:Mayo 2018. Presentación a los integrantes del servicio:Junio 2018.Aplicación del protocolo:Junio 2018.Evaluación:Septiembre/18,Diciembre/18,Marzo/19.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1011

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA DE LA PEÑA DIESTE PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TAJADA DUASO MAURICIO
MARTI GAMBOA SABINA
PARIS BOJ VIRGINIA
PASCUAL MANCHO JARA
PEREZ PEREZ PILAR
PALACIOS LAZARO MARTA
GARRIDO FERNANDEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De las actividades propuestas en nuestro proyecto, se han realizado:

- Consenso con el resto de los servicios implicados en la actualización del protocolo de diagnóstico y manejo del feto con retraso de crecimiento intrauterino: información y aprobación del nuevo protocolo DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL FETO CON RETRASO DE CRECIMIENTO por el Jefe de Servicio de Obstetricia y las distintas secciones y servicios implicados (Ecografía Obstétrica y Diagnóstico Prenatal, Medicina Materno fetal, Urgencias y Paritorio, Pediatría, Genética y Microbiología) con el código Z2-580-19.

- Reuniones con Tocólogos de ambulatorios de área para informar del nuevo protocolo: Acta del 24 de octubre de 2018: Presentación del nuevo protocolo de diagnóstico y manejo del retraso de crecimiento intrauterino: Estrategias para mejorar nuestra tasa de detección y el manejo del feto PEG-CIR.

- Reevaluación ecográfica de fetos con peso fetal estimado entre percentil 10-15 detectados en ECO de semana 35 de gestación. (Biometría y valoración Doppler): con ello hemos controlado a aquellos fetos que según percentil de peso en Eco de semana 35 podrían estar en riesgo de convertirse en fetos pequeños para la edad gestacional, únicamente suponiendo menos de un 3% de la repetición de dicha ecografía como veremos más adelante en los resultados obtenidos.

- Oferta de diagnóstico genético e infeccioso a través de técnicas invasivas en fetos con CIR precoz y severo: se ha ofertado a todos los fetos diagnosticados durante el 2018 de retraso de crecimiento, dependiendo de la paciente la aceptación o no de dicho estudio.

De las actividades propuestas en nuestro proyecto no se han realizado todavía:

- Ampliación de rango de EG para citación de ECO de III Trimestre hasta semana 36+6: pendiente de implementarse a partir del mes de Abril de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Protocolo diagnóstico y manejo fetos CIR aceptado por UCA: realizado y aprobado a fecha de 7 de febrero de 2019: Código Z2-580-19

- Tasa de detección fetos PEG superior a 31%: tasa de detección del 37%. Información conseguida a través de la base de datos obtenida mediante el programa hp doctor. Cálculo de datos en el mes de Julio de 2018 y extrapolación de los mismos a todo el año 2018.

- Tasa de detección fetos CIR por encima del 68%: tasa detección del 62%. Información conseguida a través de la base de datos obtenida mediante el programa hp doctor. Cálculo de datos en el mes de Julio de 2018 y extrapolación de los mismos a todo el año 2018.

- Ofrecimiento de técnica de diagnóstico invasiva al 100% de fetos CIR precoz y severo: se ha ofertado a todos los fetos diagnosticados durante el 2018 de retraso de crecimiento, dependiendo de la paciente la aceptación o no de dicho estudio. Datos obtenidos de los informes de la consulta de Diagnóstico Prenatal.

- Tasa de repetición de ECO de III Trimestre menor del 7%: tasa de repetición observada del 2.7%. Datos conseguidos mediante el programa hp doctor, a través de los informes de Ecografía obstétrica realizada en III trimestre de gestación de todo el año 2018. Cálculo del número de pacientes a las cuales se les ha repetido ecografía 15 días más tarde por motivo de percentil de peso entre 10-15.

- Tasa de ECO contingente menor del 5%: tasa de ecografías solicitadas sobre el total de realizadas estimada en torno al 1%. Datos estimados sin posible confirmación debido a la ausencia de codificación de causa de solicitud en el programa hp doctor (pendiente de realizar con el servicio de informática).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1011

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

A pesar de que la implantación del nuevo protocolo ha hecho que nuestras tasas de detección hayan aumentado, éstas siguen estando por debajo del standard establecido por lo que hay que seguir trabajando en la mejora de la estimación de estos fetos PEG y CIR.

Por otra parte la ampliación de rango de edad gestacional para citación de ECO de III Trimestre hasta semana 36+6 sigue siendo un apartado pendiente de realizar, el cual esperamos implantar a partir del mes de Abril y con el cual esperamos poder diagnosticar aquellos fetos PEG o CIR de aparición más tardía, aumentado por lo tanto nuestra tasa de detección.

Con todo esto, seguiremos recogiendo datos a lo largo del año 2019 hasta conseguir alcanzar nuestros objetivos iniciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1011 ========== ***

Nº de registro: 1011

Título
ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

Autores:
DIESTE PEREZ ANA MARIA DE LA PEÑA, TAJADA DUASO MAURICIO, MARTI GAMBOA SABINA, PARIS BOJ VIRGINIA, PASCUAL MANCHO JARA, PEREZ PEREZ PILAR, PALACIOS LAZARO MARTA, GARRIDO FERNANDEZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Pese a ser una de las condiciones más relevantes en términos de morbilidad y mortalidad perinatal, no existe consenso internacional en relación con el diagnóstico y manejo del retraso de crecimiento intrauterino (RCIU). Actualmente el único tratamiento eficaz demostrado consiste en la elección del momento más oportuno para finalizar la gestación, considerando los riesgos de la prematuridad y la propia inducción del parto frente a la morbimortalidad a corto y largo plazo de la insuficiencia placentaria. Por ello es sumamente importante poder diagnosticarlos correctamente. La detección de los fetos PEG independientemente del protocolo de conducta produce una disminución relevante en la mortalidad fetal (del 20 %0 al 10 %0) asociada a una edad gestacional 10 días menor al nacimiento. La tasa de detección PEG estándar es mayor del 35%, alcanzando en algunos centros más del 50%. Y con respecto al CIR, una tasa estándar de detección en torno al 75%. Nuestras tasas de detección se sitúan por debajo, siendo del 30% y 68% respectivamente. Por otro lado, se han publicado peores resultados perinatales, mayor riesgo de mal resultado neurológico a largo plazo y desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (hipertensión, diabetes o dislipemia) en los nacidos por debajo del percentil 10 con o sin alteraciones en el flujo vascular uterino y fetoplacentario. Con respecto al PEG, se considera que la muerte fetal está multiplicada por 3.9, detectándose en nuestro hospital, dentro de las muertes fetales, un 38% de PEG.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados que se esperan conseguir:
- Implantar nuevo protocolo de diagnóstico y manejo de fetos CIR.
- Aumento de las tasas de detección de fetos PEG y CIR.
Población diana:
- Gestantes que acuden para control de su embarazo a las consultas de Ecografía Obstétrica de nuestro centro. (HUMS), de la cuales estimamos serán diagnosticadas un 7-8% de PEG/CIR y aplicadas el presente proyecto.
Servicios a los que se dirige el proyecto:
- Servicios implicados en el diagnóstico y manejo de fetos PEG/CIR (Obstetricia, Pediatría, Genética, Microbiología).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1011

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ADECUACION EN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL CIR

MÉTODO
- Consenso con el resto de los servicios implicados en el nuevo protocolo.
- Reuniones con Tocólogos de ambulatorios de área para informar de nuevo protocolo.
- Reevaluación ecográfica de fetos con peso fetal estimado entre percentil 10-15 detectados en ECO de semana 35 de gestación. (Biometría y valoración Doppler).
- Ampliación de rango de EG para citación de ECO de III Trimestre hasta semana 36+6.
- Oferta de diagnóstico genético e infeccioso a través de técnicas invasivas en fetos con CIR precoz y severo.

INDICADORES
- Protocolo diagnóstico y manejo fetos CIR aceptado por UCA.
- Tasa de detección fetos PEG superior a 31%.
- Tasa de detección fetos CIR por encima del 68%.
- Ofrecimiento de técnica de diagnóstico invasiva al 100% de fetos CIR precoz y severo.
- Tasa de repetición de ECO de III Trimestre menor del 7%.
- Tasa de ECO contingente menor del 5%.

DURACIÓN
- Implantación protocolo CIR en Mayo 2018.
- Reunión informativa con Tocólogos de ambulatorio de área en Junio 2018.
- Puesta en marcha protocolo de Calidad en Julio 2018.
- Estimación provisional indicadores de calidad del proyecto en Enero 2019.
- Finalización protocolo de calidad en Julio 2019.

OBSERVACIONES
No existe disponibilidad de ecógrafo en las consultas de Tocología de los ambulatorios del Área II y V de Zaragoza. Se trata de un recurso de gran utilidad para el obstetra de área con funciones específicas muy relevantes en la mejora de la calidad asistencial como son la datación de la edad gestacional previa a la ecografía de la semana 12, la detección de latido cardiaco fetal sin posibilidad de confusión con pulsos maternos, el diagnóstico de la posición fetal, la valoración de líquido amniótico y placenta y, sobre todo, la detección de fetos con retraso de crecimiento (con una sensibilidad y especificidad mucho mayor que la medición de la altura del fondo uterino). No solo en nuestra comunidad se dispone de ecógrafo en la mayoría de las consultas de control prenatal de bajo riesgo, si no lo es en todas, (Área III dependiente del Hospital Clínico, Hospitales Comarcales de Barbastro, Huesca, Calatayud, Alcañiz y Teruel) así como en prácticamente todo el territorio de salud pública nacional. Se da incluso la circunstancia paradójica de centros de salud con disponibilidad de ecógrafo por el médico de primaria y la matrona que solicitan consulta al especialista en obstetricia del ambulatorio por una duda diagnóstica ecográfica que éste no puede resolver sino derivando al hospital de referencia, en este caso el Hospital Miguel Servet. Dicho todo esto, la dotación de ecógrafos en las consultas de Tocología del Área II y V no es un recurso que se solicita a través de este proyecto de mejora de calidad pero que actualizaría e implementaría notablemente la calidad asistencial e indudablemente contribuiría a una mayor tasa de detección de fetos con retraso de crecimiento intrauterino.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1083

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BELEN RODRIGUEZ SOLANILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ BALLANO ISABEL
ANDRES OROS PILAR
MARTINEZ SUÑER SILVIA
RODRIGUEZ LAZARO LAURA
LASIERRA BEAMONTE ANA
CRESPO ESTERAS RAQUEL
CASTAN MATEO SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Constitución de Grupo de Trabajo de Puerperio hospitalario multidisciplinar, formado por representantes de enfermería de planta de puerperio hospitalario, matronas, pediatras y obstetras. En ocasiones se ha contado con la colaboración de representantes de servicio de Anestesia de HMI, personal de enfermería de quirófano de Urgencias HMI y enfermería de Neonatal.

- Revisión de la evidencia del tema y de protocolos y vías clínicas de otros centros hospitalarios de similar volumen y complejidad obstétrica.

- Diseño y redacción de un protocolo multidisciplinar de asistencia al puerperio hospitalario.

- Elaboración de documento para Historia Clínica para sistematizar recogida de datos de la paciente mediante sistema “checklist”. Preparación de hoja de Evolución clínica para parto vaginal y cesárea. Documento para recogida de datos en Historia Clínica de lactancia.

- Sesiones para presentación del documento al personal sanitario implicado:
- Sesión para facultativos del servicio de Obstetricia y médicos internos residentes (Dra. González Ballano).
- Sesión para matronas y personal de enfermería implicados.

- Implementación del protocolo en junio de 2018, antes de lo previsto en el cronograma.

- Primera evaluación de cumplimiento y satisfacción del personal implicado en el protocolo en el citado Grupo de puerperio.
Evaluación de 40 historias clínicas para monitorización de cumplimiento del protocolo en enero 2018 (dra, Rodríguez Solanilla).
En el cronograma se estableció una revisión en abril de 2019.

- Inicio de protocolos en relación con el puerperio hospitalario que mejorarán la calidad de nuestra asistencia e implican a otros servicios:
- Protocolo de atonía vesical postparto: en colaboración con servicio de Urología.
- Protocolo de anemia postparto: en colaboración con el servicio de Hematología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Disminución de variabilidad en la práctica clínica en las pacientes ingresadas en planta de puerperio hospitalario tras parto vaginal/ cesárea.

- Mejora de seguridad del paciente al definir actuaciones y funciones del personal.

- Evitar solapamiento de funciones y duplicación de actuaciones del personal sanitario implicado en la asistencia de estas pacientes (personal de enfermería de planta, matronas y obstetras).
Se han coordinado y definido las actividades a realizar por cada uno de ellos en relación a la asistencia de la mujer.

- Mejora en la eficiencia y efectividad de las actuaciones de este proceso.

- Satisfacción por elaboración de hoja de Evolución clínica predefinida modo checklist que simplifica y da homogeneidad a la recogida de datos de la paciente.

- Aumentar sentimiento de trabajo en equipo. Por la apuesta de trabajo desde grupo multidisciplinar e inclusión en el texto del protocolo de las funciones de todos los profesionales implicados.

- Mejorar sentimiento de pertenencia y satisfacción del personal al ver reconocido y definido su trabajo en el protocolo.

- Avance en diseño de consulta para control de pacientes ambulatorias con puerperio patológico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1083

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Los indicadores definidos para monitorizar el proyecto son:
- Seguimiento protocolo puerperio tras parto vaginal = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal con seguimiento de protocolo/ puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal. Objetivo > 90 %
- Seguimiento protocolo puerperio tras cesárea = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea con seguimiento de protocolo / puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea. Objetivo > 90 %

La primera monitorización se ha realizado en enero de 2018. Se han revisado 40 historias clínicas, 20 de puerperio tras parto vaginal y 30 de puerperio tras cesárea. El cumplimiento en ambos grupos ha sido del 100%. Realizaremos una segunda valoración en abril de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Necesidad de trabajar protocolos hospitalarios desde grupos multidisciplinares. Es fundamental para:
  - Facilitar realización.
  - Riqueza por integración de todos los puntos de vista.
  - Posibilitar implementación al evitar reticencias y sentimientos de “imposición”.

- Necesidad de sistematizar procesos hospitalarios:
  - Disminuir variabilidad de práctica clínica y mejorar seguridad del paciente.
  - Evitar solapamientos y duplicidad de actuaciones.

- En la actualidad se está dando forma a un protocolo con formato “Protocolo clínico en Sector Zaragoza II” para facilitar el acceso al mismo al profesional.

El proyecto es sostenible ya que no ha precisado cambios en la dotación del personal ni ningún recurso que suponga gasto económico alguno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1083 ========== ***

Nº de registro: 1083

Título
ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Autores:
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN, GONZALEZ BALLANO ISABEL, ANDRES OROS PILAR, MARTINEZ SUÑER SILVIA, RODRIGUEZ LAZARO LAURA, LASIERRA BEAMONTE ANA, CRESPO ESTERAS RAQUEL, CASTAN MATEO SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El parto es el proceso asistencial más frecuente de los que suceden en un hospital. Los dos GRD más frecuentes en el Hospital Miguel Servet son “Parto vaginal sin complicaciones” y “Parto vaginal con complicaciones”. Por lo tanto, es imprescindible una correcta planificación y adecuada gestión de recursos.
Tras el parto, la mujer ingresa en la planta de puerperio, donde recibirá los cuidados del personal de enfermería y será valorada por la matrona y el facultativo especialista responsable.
La ausencia de un protocolo de asistencia o una vía clínica para este periodo justifica una cierta variabilidad en la práctica clínica y un “solapamiento” de funciones del personal sanitario.
Es fundamental coordinar las actividades a realizar entre los diferentes profesionales (enfermería, matronas, obstetras) y definir cuáles son las que debe realizar cada uno en relación a la asistencia de la mujer.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1083

1. TÍTULO

ESTRUCTURACION EFICIENTE DEL PUERPERIO HOSPITALARIO

Un protocolo de atención mejoraría la eficiencia de nuestra actuación y posibilitaría al personal destinar parte de su tiempo a otro tipo de funciones: charlas de información a las pacientes, revisión ambulatoria de puérperas…

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: todas las mujeres ingresadas en las plantas de puerperio del Hospital Universitario Miguel Servet tras parto vaginal o cesárea.
El objetivo del proyecto es sistematizar las actividades del proceso de puerperio en el marco de un grupo de trabajo multidisciplinar (enfermera/matrona/ obstetra). De esta forma se apuesta por el trabajo en equipo, evitando acciones innecesarias y duplicidad de procedimientos, buscando una mejora en la eficiencia y efectividad de las actuaciones de este proceso.
Al sistematizar las actuaciones trabajaremos en la mejora de seguridad de la paciente y el aumento de su satisfacción.

MÉTODO
* Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de enfermería, matronas, pediatras y obstetras.

* Revisión de la evidencia científica disponible.

* Diseño de un protocolo multidisciplinar de asistencia al puerperio hospitalario.

* Establecer colaboración con otros servicios: urología, hematología…

* Sesiones informativas para presentar el documento al personal sanitario implicado.

* Implementación de protocolo.

INDICADORES
- Seguimiento protocolo puerperio tras parto vaginal = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal con seguimiento de protocolo/ puérperas ingresadas en planta de puerperio tras parto vaginal.
Objetivo > 90 %
- Seguimiento protocolo puerperio tras cesárea = puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea con seguimiento de protocolo / puérperas ingresadas en planta de puerperio tras cesárea.
Objetivo > 90 %

DURACIÓN
Responsables del proyecto: Dra. Rodríguez Solanilla/ Dra. González Ballano.
- Abril 2018: formación del equipo multidisciplinar de trabajo.
- Abril-Junio 2018: revisión de la evidencia científica.
- Junio-Octubre 2018: diseño del protocolo de asistencia de puerperio.
- Octubre-Noviembre 2018: sesión para presentación del protocolo al personal implicado.
- Noviembre 2018: implementación del protocolo.
- Abril 2019: evaluación del protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1406

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO SANCHEZ PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IDOIPE CORTA MIRIAN
SATUE PALACIAN MARIA
MATEO OROBIA ANTONIO
LOPEZ VALVERDE GLORIA
PABLO JULVEZ LUIS EMILIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Entre profesionales e instituciones impicadas (Servicio de Oftalmología, Coordinador de trasplantes del Hospital Miguel Servet, Coordinador de trasplantes de la Comunidad Autónoma de Aragón, Dirección del Banco de Sangre y Tejidos de Aragon. Establecen las necesidades, objetivos y plan de trabajo.
-Aplicación en nuestro hospital de las directrices establecidas en el Plan Nacional de Córneas 2016.
-Establecimiento de un sistema de detección de donante de cornea en unidades de hospitalización.
-Acciones de comunicación: sesiones clínicas de información y sensibilización a los profesionales implicados. Curso de la ONT: el Papel de los Bancos de Ojos; en el Programa de Autosuficiencia de Córneas en España. Zaragoza, 8-9 de Marzo de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Un incremento en el año 2017 del 30% en el número de donantes de córnea con respecto a los realizados en el año anterior.
-Un incremento en el año 2017 del 25% en el número de pacientes sometidos a trasplante de córnea en relación a los realizados en el año anterior. Datos que pueden comprobarse en la memoria de tejidos de la Organización Nacional de Trasplantes.
-En fecha final del 2017 con respecto al año anterior se observa una reducción de las lista de espera de queratoplastia. Previamente durante los últimos cinco años la tendencia ha sido al incremento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos muy satisfechos con los resultados obtenidos, tanto por el incremento de actividad en la donación de corneas, en la actividad quirúrgica, como la reducción de las listas de espera.
-Es fundamental la implicación entre los profesionales implicados y mantener comunicación permanente.
-El margen de mejora es todavía importante, la donación y actividad quirúrgica aun debe ser mayor porque el tiempo de espera y numero de pacientes en lista de espera aún debe disminuir más.
-El margen de mejora también es importante en relación a elaboración de protocolos de actuación conjunta entre el hospital y el banco de tejidos..
-La sostenibilidad del proceso debe garantizarse porque la demanda sanitaria de este tipo de procedimientos es cada día mayor.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1406 ========== ***

Nº de registro: 1406

Título
PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

Autores:
SANCHEZ PEREZ ANTONIO, IDOIPE CORTA MIRIAN, SATUE PALACIAN MARIA, MATEO OROBIA ANTONIO, LOPEZ VALVERDE GLORIA, PABLO JULVEZ LUIS EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1406

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-Necesidades detectadas:
El número de pacientes que se someten a un trasplante de córnea en nuestra Comunidad Autónoma ha ido en aumento. A pesar del esfuerzo realizado en formación, actualización de procedimientos y asistencia clínica, este incremento en el número de queratoplastias no ha ido acompañado de una disminución en las listas de espera quirúrgica, sino de todo lo contrario. Un alargamiento de los tiempos de espera que a principios de este año 2017, era de más de 12 meses. Plazos que no consideramos aceptables.
-Causas:
La incorporación en la cartera de servicios de las nuevas técnicas de queratoplastia lamelar (endotelial y lamelar anterior) con resultados anatómicos y funcionales superiores. Se ha producido un aumento de las indicaciones de los médicos oftalmólogos y de la demanda de la población. La disposición asistencial por parte del Servicio es máxima. Pero existe un claro factor limitante, la falta de disponibilidad de tejido corneal.

RESULTADOS ESPERADOS
-La finalidad del plan no es alcanzar un número determinado de donaciones de córneas o de implantes, sino conseguir la autosuficiencia de córneas.
-Homogeneización de los procedimientos.
-La autosuficiencia, conlleva una disminución del tiempo de listas de espera, mediante la programación sistemática de queratoplastias cada semana.
-La homogeneización conlleva un mantenimiento y mejora de la calidad del proceso.

MÉTODO
Acciones previstas para lograr los objetivos.
1. Promoción de la donación de córneas, tanto a nivel de la población general y de los profesionales sanitarios. ?
2. Promoción donación de córneas a nivel interno del Hospital.
La detección de posibles donantes procedentes de las plantas de hospitalización.
Determinar la Planta o Unidad Hospitalaria más adecuada para la detección del donante cadáver (Muerte cerebral / Asistolia)
Formación para detectar causas de exclusión generales o específicas del tejido corneal ?
3. Formación y sensibilización de los equipos extractores.
La extracción será llevada a cabo por personal entrenado para ello (Residente de Oftalmología)
4. Elaboración de protocolos conjuntos.
5. Mejoras en el circuito de comunicación Hospital-Banco de tejidos de referencia.
6. Optimización de listas de espera: según prioridad y técnica.

INDICADORES
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados:
% pacientes intervenenidos en menos 6 meses LE
% pacientes intervenidos en menos de 4 meses LE
% paciente documentos completos
% pacientes cornea utilizada sin defectos
(nºinjertos donantes/ nº queratoplastias realizadas sin complicaciones propias del injerto)

DURACIÓN
Duración proyecto: 2 años.
Inicio proyecto: Mayo 2017.
Reuniones coordinación trasplantes + elaboración de protocolos y documentos: 3 meses.
Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián,
Formación personal: 3 meses.
Gloria López Valverde. Antonio Sánchez Pérez.
Inicio del programa continuado de cirugía de queratoplastias:
2 queratoplastias x semana x 18 meses = 144 procesos.
Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián, Antonio Mateo Orobia, Gloria López Valverde. Antonio Sánchez Pérez.
Evaluación proyecto: 4-6 meses.
Mirian Idoipe Corta, Maria Satué Palacián. Antonio Sánchez Pérez.
Fin proyecto: Mayo 2019

OBSERVACIONES
Destacar el alto valor intrínseco que dentro de la organización tiene el trasplante de córnea. Supone para muchos pacientes la ultima opción terapéutica en su posible recuperación visual. Incluye como en todos los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1406

1. TÍTULO

PLAN DE AUTOSUFICIENCIA DE TEJIDO CORNEAL Y HOMOGENEIZACION DE PROCESOS

trasplantes un acto generoso de donación desinteresada que no se puede cuantificar. Es un proceso de alto coste y que necesita equipos con experiencia para obtener buenos resultados. Finalmente recordar que involucra numerosos profesionales y de diferentes instituciones (Banco de Tejidos, Coordinadores Hospitalarios de Trasplantes y Servicio de Oftalmología).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1407

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTIAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DECATARATA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ABADIA ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ PEREZ ANTONIO
LARROSA POVES JOSE MANUEL
IDOIPE CORTA MIRIAN
SATUE PALACIAN MARIA
MATEO OROBIA ANTONIO
PABLO JULVEZ LUIS EMILIO
LOPEZ VALVERDE GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION CON ANESTESIA PARA PROTOCOLIZAR EL MANEJO DE ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES EN EL PERIOPERATORIO DE CIRUGIA DE CATARATA
REDACCION DEL PROTOCOLO DE CONSENSO PARA EL MANEJO DE ESTOS FARMACOS
INSTAURACION DEL PROTOCOLO EN CIRUGIA SIN INGRESO
EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO
RECOGIDA DE DATOS DE COMPLICACIONES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE PROCEDIO A ACEPTAR LA NO RETIRADA DE LA ANTIAGREGACION NI ANTICOAGULACION EN NINGUN PACIENTE PREVIO A LA CIRUGIA DE CATARATA BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA ACTUAL
NO HA APARECIDO NINGUNA HEMORRAGIA EXPULSIVA NI COROIDEA DURANTE MAS DE 2000 CIRUGIAS
EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO HA SIDO DEL 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBIDO AL BAJO RIESGO DE SANGRADO Y SIGUIENDO LA EVIDENCIA CIENTIFICA ACTUAL, NO SE RECOMIENDA LA RETIRADA DE LOS FARMACOS ANTIAGREGANTES NI ANTICOAGULANTES PREVIOS A LA CIRUGIA DE CATARATA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1407 ========== ***

Nº de registro: 1407

Título
PROTOCOLO DE ANTOAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
ABADIA ALVAREZ BEATRIZ, SANCHEZ PEREZ ANTONIO, LARROSA POVES JOSE MANUEL, IDOIPE CORTA MIRIAN, SATUE PALACIAN MARIA, MATEO OROBIA ANTONIO, PABLO JULVEZ LUIS EMILIO, LOPEZ VALVERDE GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Muchos enfermos sometidos a cirugía ocular usan anticoagulantes y/o antiagregantes para disminuir el riesgo de sucesos aterotrombóticos tromboembólicos especialmente aquellos con FA, IAM y el ACV.
- 28% AAS, 2% clopidogrel y >5% anticoagulantes.
- Cuando se retiran no hay que pensar sólo en que no existe el efecto del fármaco sino que además existe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1407

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANTIAGREGACION Y ANTICOAGULACION EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA DECATARATA

mayor reactivación plaquetaria y trombótica (efecto rebote), además de efectos proinflamatorios y protrombóticos de la cirugía.
• El impacto económico de la sustitución del tratamiento también ha de ser tenido en cuenta

RESULTADOS ESPERADOS
Racionalizar y estandarizar el protocolo de antiagregación y anticoagulación en cirugía oftalmológica

MÉTODO
Cambio en el protocolo de manejo de antiagregantes / anticoagulantes en el perioperatorio de cirugía oftalmológica

Organización comité intersección / reunión con anestesia / redacción protocolo / puesta en marcha

INDICADORES
Porcentaje de pacientes con terapia sustitutoria
Porcentaje de cumplimiento.
Porcentaje de pacientes sin complicaciones hemorrágicas oculares.
Porcentaje de pacientes sin complicaciones sistémicas hemorrágicas asociadas.

DURACIÓN
Inicio junio 2017 comité Servicio
Fin Diciembre 2017

Plan comunicación página web / mailing Servicios de oftalmología y anestesia

OBSERVACIONES
Recordar que el proceso quirúrgico más frecuente en nuestro entorno y con excelentes resultados funcionales es la cirugía de catarata.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0736

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GLORIA LOPEZ VALVERDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DEL PRADO SANZ EDUARDO
MATEO OROBIA ANTONIO
IDIOPE CORTA MIRIAM
ALMENARA MICHELENA CRISTINA
HERNANDEZ VIAN RUBEN
SORIANO PINA DIANA
SANCHEZ PEREZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo de estudio hemos seleccionado a un grupo de 30 pacientes que presentaba cifras de astigmatismo entre -0,50 y -1,00 dioptrías y hemos aprovechado el acto quirúrgico de la catarata para realizar la incisión principal en el eje corneal más curvo para conseguir su aplanamiento y así reducir el estado refractivo final. Así mismo, a los pacientes que presentaban cifras de astigmatismo entre -1,00 y -1,50 dioptrías a parte de la medida anterior se les ha realizado una incisión enfrentada para conseguir un mayor efecto relajante en la curvatura corneal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado refractivo, aunque impredecible, ha mejorado significativamente en la mayoría de los pacientes. No se han observado ningún aumento de las complicaciones tras la cirugía de cataratas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusiones podemos afirmar que esta técnica, aunque poco predecible, es una buena oportunidad para mejorar el resultado refractivo final de la cirugía de catarata, sin añadir costes extras al acto quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/736 ========== ***

Nº de registro: 0736

Título
PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELAJANTES CORNEALES EN CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
LOPEZ VALVERDE GLORIA, DEL PRADO SANZ EDUARDO, MATEO OROBIA ANTONIO, IDOIPE CORTA MIRIAM, ALMENARA MICHELENA CRISTINA, HERNANDEZ VIAN RUBEN, SORIANO PINA DIANA, SANCHEZ PEREZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La catarata consiste en una pérdida progresiva de la transparencia del cristalino. Con la facoemulsificación se ha conseguido solucionar este problema, y mediante las mejoras en la implantación y desarrollo de las lentes intraoculares (IOLs), el objetivo es alcanzar la emetropía. Con la implantación de las IOLs monofocales, se consigue que el defecto esférico residual para visión lejana fuese el mínimo, sin embargo no corrigen los defectos refractivos cilíndricos ni la presbicia.
El astigmatismo es una ametropía por la que el sistema óptico de un ojo es incapaz de formar imágenes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0736

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA

puntuales de un punto objeto. En un sistema astigmático, la potencia es diferente según el meridiano que se considere, siendo los principales los de máxima y mínima curvatura. Puede clasificarse de diversas formas; atendiendo a su regularidad podemos diferenciar el astigmatismo regular e irregular. El astigmatismo regular es aquel en el que los distintos puntos de un mismo meridiano del sistema astigmático tienen el mismo poder refractivo. En el irregular los distintos puntos de un meridiano tienen diferente poder refractivo y los rayos refractados no presentan planos de simetría.
En pacientes que presentan astigmatismos corneales de escasa cuantía la realización de incisiones, simples o enfrentadas en el meridiano más curvo ha sido muy extendida por su facilidad, complicaciones escasas y no requerir instrumentación añadida a la cirugía de facoemulsificación convencional. En el caso de astigmatismos de mayor número de dioptrías, su corrección mediante el implante de lentes intraoculares tóricas resulta más predecible y menos traumática para la estructura ocular que los anteriormente citados.

RESULTADOS ESPERADOS
Comprobar la eficacia de la realización de incisiones relajantes corneales en la corrección del astigmatismo durante la cirugía de cataratas en el programa ARCCA del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
Acercarnos lo más posible a la emetropía post-quirúrgica sin añadir costes adicionales.
Mejorar la agudeza visual sin corrección de los pacientes al disminuir su defecto refractivo.

MÉTODO
A partir de un estudio de cohortes prospectivo evaluaremos la eficacia de las incisiones relajantes corneales durante la cirugía de catarata para alcanzar la emetropía. La realización de las incisiones dependerá del criterio del cirujano durante la cirugía de catarata y su seguimiento se realizará en las consultas post-operatorias de la unidad ARCCA del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
-Criterios de Inclusión
- Pacientes adultos entre 18 y 90 años
- Catarata de más 2 grados en LOCS
- Agudeza Visual (AV) = 0.4
- Astigmatismo Corneal entre 0.50 y 1.5 dioptrías

-Criterios de exclusión
- Alteración corneal (Leucomas, guttas, cirugía refractiva previa, pterigium, ojo seco, queratitis…)
- Ejes curvos cuya situación resulte incómoda para el cirujano.
- Ojos con pronósticos visuales reservados como membranas epi-retinianas (MER), retinopatía diabética (RD), atrofias maculares o glaucomas severos en los que sutiles cambios refractivos no van a ser tan acusados por parte del paciente.

Se incluirán en el estudio, de manera secuencial, los pacientes que cumplan los criterios anteriormente nombrados.
El tamaño muestral será el suficiente para el estudio de la evolución de la enfermedad, siendo no inferior a 100 sujetos.
En astigmatismos inferiores a 0.50 dioptrías, se realizará la incisión principal en el eje 0-180 º.
En astigmatismos entre 0,50 y 1,00 dioptrías la incisión principal se realizará en el eje corneal más curvo.
En aquellos astigmatismos entre 1,00 y 1,50 no sólo se realizará la incisión principal en el eje corneal más curvo sino que se añadirá una incisión enfrentada a la principal.
En casos de astigmatismos de más 1,50 dioptrías se procederá a la implantación de LIOs tóricas.

INDICADORES
a. Variación de las dioptrías cilíndricas en el Auto-refractómetro respecto al previo a la cirugía medida por el Auto querato-refractómetro KR8900 de Topcon.

b. Variación de las dioptrías cilíndricas en la refracción subjetiva respecto a la previa a la cirugía comprobadas en las consultas pre y post-operatoria.

c. Máxima agudeza visual (AV) sin corrección y con corrección pre y post-cirugía. La AV se toma mediante optotipos Snellen a 6 metros de distancia. Se relacionará si las mejores AV sin corrección se asocian a menor refracción cilíndrica residual.

d. Variaciones en la queratometría y ejes astigmáticos de las topografías de los pacientes a estudio realizadas con Pentacam pre y post quirúrgicas.
Se analizarán mediante pruebas t-Student a través del programa estadístico SPSS 21 considerándose estadísticamente

DURACIÓN
Octubre de 2018 hasta Junio de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0736

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA REALIZACION DE INCISIONES RELEVANTES CORNEASES EN CIRUGIA DE CATARATA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0878

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO BLASCO MARTINEZ
· Profesión ..... OPTICO-OPTOMETRISTA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA BOROBIA JUAN
SORIANO PINA DIANA
FUERTES BERNAL JUAN LUIS
DEL PRADO SANZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se instalaron un total de 5 televisiones independientes en el servicio de oftalmología del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza y 3 televisiones en oftalmología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
Se conectaron a dichas televisiones todo el aparataje de exploración especializado duplicando y/o extendiendo la pantalla del software de cada aparato, haciendo posible que se reproduzca en la televisión lo mismo que el operador ve al realizar la prueba.
Se elaboró una presentación de diapositivas con instrucciones pre y post operatorias para la cirugía de cataratas en la televisión de la sala de espera del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
Se instaló la plataforma Spontania y el software libre Blizz (TeamViewer) en los ordenadores de las salas de reuniones de ambos centros y en ordenadores independientes de consultas o salas de reuniones de los centros Hospital Royo Villanova, Hospital Infantil, CME Ramón y Cajal y CME Grande Covián de Zaragoza.
Se hicieron pruebas y mejoras de errores para compartir pantalla, envío de vídeo, audio, chat y compartición de aplicaciones como PowerPoint.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La mayoría de los aparatos especializados en la exploración oftalmológica del paciente pudieron ser conectados a su televisión correspondiente, por lo que mejoró notablemente la información al paciente y la docencia a los estudiantes de la Universidad de Zaragoza.

La presentación ofrecida en la sala de espera mejoró notablemente la satisfacción e información previa de los pacientes en el resultado final de su cirugía de cataratas.

Salvo incidencias muy puntuales, la conectividad de todos los aparatos fue un éxito en nuestra práctica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conectividad telemática hace posible la visualización y participación de personal sanitario que no puede estar físicamente en el centro donde se imparte la reunión, incluso desde su teléfono móvil, haciéndola indudablemente útil para la comunicación entre diferentes centros.

La conexión del aparataje a televisiones independientes cercanas a los pacientes y alumnos es un buen método para mejorar la satisfacción e información de ambos grupos.

Recomendable designar a un encargado en el centro capaz de poner operativos los aparatos y sus conexiones, además de contactar con el responsable de este proyecto en caso de incidencias.

Este método es extrapolable a cualquier centro que disponga de un PC.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/878 ========== ***

Nº de registro: 0878

Título
CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Autores:
BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO, PINILLA BOROBIA JUAN, SORIANO PINA DIANA, FUENTES BERNAL JUAN LUIS, DEL PRADO SANZ EDUARDO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0878

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Centro de Trabajo del Coordinador: H NTRA SRA DE GRACIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: asistencia, docencia e investigación

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La unidad de Alta Resolución en Cirugía de Cataratas Ambulatoria (ARCCA), del H NTRA SRA Gracia, integra asistencia clínica pre y postoperatoria, docencia universitaria de los grados en medicina y optometría e investigación.
Para llevar a cabo todas estas actividades, se dispone de material de exploración especializado como el Keratograph 5M, OQAS II, Aberrómetro, topógrafo, biomicroscopios, OCT y biómetro.
Sin embargo, todos estos aparatos son de uso de un solo operador, por lo que para el ejercicio de la docencia, investigación y educación/información al paciente es difícil transmitir información con buena calidad. Otros aparatos exploratorios, como la OCT, sólo pueden ser seguidos por el operador, impidiendo una adecuada explicación, ya sea docente para los grupos de alumnos o inteligible para el paciente.
Es necesario un sistema de divulgación del conocimiento que se obtiene en la realización de las pruebas a tiempo real e in situ, tanto para informar al paciente de los resultados de sus pruebas como para mejorar la calidad docente de los alumnos de medicina y óptica

RESULTADOS ESPERADOS
La mayoría de los equipos anteriormente descritos disponen de una conexión a ordenador y/o HDMI para otras pantallas. El objetivo es conectar todos los aparatos a pantallas de visualización, (monitores, televisiones, etc.). También instalar y conectar una cámara acoplada al biomicroscopio.
El fin de estos nuevos materiales y conexiones es visualizar para toda la sala lo mismo que ve el operador al realizar la prueba y el resultado final, mejorando la asistencia, la docencia e investigación, por lo que la población diana sería tanto los alumnos como los pacientes a la hora de informarles.
Para ello, es necesaria la formación de nuestro personal del servicio para la utilización de estas nuevas tecnologías

MÉTODO
Se dispondrá de televisiones independientes colocadas en las consultas.
Se conectarán los aparatos a dichas televisiones mediante cables HDMI. Las conexiones que se quieren realizar se detallan a continuación:
Sala de reuniones: el ordenador irá conectado mediante un cable HDMI de 1m a la roseta de la pared, la cual lleva la señal a las dos televisiones de pared. Puesto muy útil para la realización de conferencias, reuniones, docencia e investigación.
Sala de iluminación 2: se instalará una cámara acoplada al biomicroscopio y se conectará a un ordenador. Éste ordenador se conectará a su vez a la televisión de su consulta a través de la conexión en la pared, mediante un cable HDMI de 4m. Puesto muy útil para docencia, investigación e información al paciente.
Sala de tecnologías: el ordenador necesario para guardar los datos del aberrómetro se conectará mediante un cable HDMI de 2m a la roseta de la pared y ésta a la televisión de esta consulta.
Sala de exploraciones: el ordenador necesario para manejar el OCT irá conectado a la roseta de la pared mediante un cable HDMI de 5m y ésta a la televisión de la pared.
Sala de espera: se elaborará una presentación en diapositivas con información útil para el paciente en cuanto a instrucciones preoperatorias y postoperatorias en la cirugía de cataratas, números y lugares de interés, etc. Dichas diapositivas se presentarán mediante un dispositivo USB conectado a la televisión.
Se formará al personal de oftalmología (médicos, enfermería, auxiliares y optometristas) para la utilización de estas conexiones y garantizar su funcionamiento correcto a diario

INDICADORES
La conectividad exitosa de cada aparato u ordenador a su televisión o monitor correspondiente será un indicativo de éxito. Se realizarán pruebas a diario con los aparatos comprobando que se puede visualizar a tiempo real lo mismo que el operador ve.
Todas las mañanas un miembro del personal se encargará de enchufar todos los aparatos. En el último turno de tarde, otro miembro del personal se encargará de apagarlos todos.
Si hay alguna incidencia se encargarán de ponerse en contacto con el responsable del proyecto para que valore, qué profesional puede resolver el problema

DURACIÓN
Fecha inicio: enero del 2019, Fecha finalización: abril del 2019
Instalación de televisiones y evaluación de su funcionamiento: enero 2019. Responsable: Juan Luis Fuentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0878

1. TÍTULO

CONECTIVIDAD DE LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS EN EXPLORACION OFTALMOLOGICA A PANTALLAS DE VISUALIZACION INDEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA

Instalación de cámara acoplada a biomicroscopio: enero 2019. Responsable: Diana Soriano
Conexión de aparataje a su televisión correspondiente: febrero 2019. Responsable: Juan Pinilla
Mejora de la estética de los cables utilizados mediante el uso de embellecedores anclados al rodapié: marzo 2019. Responsable: Eduardo Del Prado
Elaboración de diapositivas informativas para sala de espera: marzo 2019. Responsable: Alejandro Blasco
Prueba y solución de errores. Formación del personal: abril 2019. Responsables: Juan Pinilla y Alejandro Blasco
La formación se impartirá de 8:15h a 8:45h y de 15:15h a 15:45h durante todo el mes de abril

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0054

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 03/04/2018

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ARTAL CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se presentó para solicitar una ayuda económica para contratar un sistema de dictado de informes clínicos. Entre las características de este sistema destacan que es "on-line" y que puede ser personalizable para cada servicio e incluso para cada usuario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al no disponer de financiación el proyecto no se ha realizado. No obstante y de forma personal he contratado el servicio y he comenzado a utilizarlo como prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La tarea de dictar informes requiere cada vez más tiempo:realización de informes clínicos, solicitud por parte de los pacientes de informes múltiples y reiterados -incapacidad, minusvalía, segundas opiniones, seguros,...-, incorporación progresiva de la historia clínica electrónica) y el personal médico carece de apoyo (personal administrativo) para realizarlo.
Por esto los sistemas informatizados de dictado suponen un un avance importante, son muy eficientes en lo que se refiere a la utilización de recursos y su uso se está generalizando. Ya es habitual en servicios centrales como Anatomía patológica o Radiodiagnóstico.
El sistema ensayado no es perfecto, tiene deficiencias en el reconocimiento de algunas palabras y algunas de las características que describe no funcionan adecuaamente.
A pesar de ello considero que es necesario seguir trabajando en ese campo para optimizar el tiempo de los médicos, en este caso del Servicio de Oncología Médica y perseverar en la solicitud de financiación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/54 ========== ***

Nº de registro: 0054

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
ARTAL CORTES ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad de la práctica médica asistencial requiere cada vez más la cumplimentación de informes y de formularios electrónicos. Ello redunda en una mayor calidad de la atención por el registro más fidedigno de la información y por su mayor accesibilidad a través de la intranet.
Ambas actividades de requieren mucho tiempo y precisan un manejo ágil del teclado del ordenador. Derecho en nuestro servicio la demora en la realización de informes no impere no urgentes (por ejemplo informes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0054

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE DICTADO DE INFORMES PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

éxitus o solicitudes de informes de incapacidad) tiene un retraso considerable.

RESULTADOS ESPERADOS
La posibilidad de utilizar un sistema de reconocimiento de voz para agilizar este proceso permitiría reducir el tiempo que se le dedica y utilizarlo la atención directa de los pacientes.

El proyecto incluiría la implementación de uno de estos sistemas dentro del servicio. Debería ser utilizado tanto en los pacientes hospitalizados como en los atendidos en la consulta de hospital de día y en la consulta externa.

MÉTODO
Es posible, al igual que existe en otros servicios centrales, que poner en marcha un sistema de reconocimiento de vos basado en la web de forma que permita el dictado de informes.
Todos los médicos del servicio tanto de plantilla como residentes podrían utilizar el sistema. Su participación sería voluntaria.
La implementación del programa puede ser global o paulatina de forma que se cree inicialmente un grupo de trabajo formado por médicos que evalúe la utilidad del sistema y sus limitaciones.

INDICADORES
Los indicadores a utilizar para controlar la implementación del programa sería analizar el número de informes realizados, el número de visitas en las que se realicen informes y la demora en su realización (por ejemplo la cumplimentación de informes de exitus).

DURACIÓN
El proyecto comenzaría en el primer trimestre el año 2017 y se prevé un periodo de 6 meses de edad de adaptación y puesta en marcha definitiva.

OBSERVACIONES
la descripción del proyectos muy somera y no he incluido otros miembros el servicio por limitaciones de tiempo. No obstante, Todos estamos de acuerdo en que en un sistema de estas características es muy necesario para agilizar y mejorar la atención a los pacientes.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0256

1. TÍTULO

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS JORDAN BENAVENT
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANADON LAZARO EULALIA
MARTINEZ ALFONSO FATIMA
AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE
GRACIA MARCO PILAR
AGUILAR GIMENO RITA
PALACIN MARTIN PILAR
PALOMAR VALERO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formacion de un grupo interdisciplinar
Revision bibliográfica sobre el manejo de seguro de fármacos citostáticos
Elaboracion de una guía para el manejo de fármacos citostaticos dirigida al personal de enfermería de hospital de dia oncología.
Realizacion de sesiones formativas para el personal de nueva incorporación a la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Existencia de una guía para el manejo de fármacos en el hospital de dia oncología.
5 Sesiones formativas realizadas en hospital de dia.
20 profesionales de enfermeria de hospital de dia de nueva incorporación formados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto ha permitido dar solución a una demanda del personal de enfermería que trabaja en hospital de dia oncología. Ha servido para acercar posiciones entre enfermería y farmacia y conocer las necesidades y dificultades con las que nos encontramos ambos colectivos en el trabajo diario.
Ha permitido la creación de una guía, que para mantener su utilidad es necesario actualizar de forma periódica.
Las sesiones informativas al personal de nueva incorporación también son necesarias para la formación del personal que llega nuevo a la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/256 ========== ***

Nº de registro: 0256

Título
“SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS, EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA “HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA.”

Autores:
JORDAN BENAVENT MARIA JESUS, ANADON LAZARO EULALIA, MARTINEZ ALFONSO FATIMA, AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE, GRACIA MARCO PILAR, AGUILAR GIMENO RITA, PALACIN MARTIN PILAR, PALOMAR VALERO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0256

1. TÍTULO

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Formación de profesionales

PROBLEMA
Los errores de medicación y sus consecuencias, constituyen un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones, no sólo desde un punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque generan desconfianza de pacientes en el sistema y dañan a los profesionales.
Los fármacos antineoplásicos se incluyen dentro del grupo de “medicamentos de alto riesgo” ya que pueden causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización.
Esto hace que todo el personal de enfermería involucrado en el manejo de pacientes en tratamiento con quimioterapia debe ser extremadamente competente en el manejo seguro de estos fármacos.
En la actualidad se están implantando sistemas que ayudan a los profesionales durante su práctica diaria a minimizar el riesgo de cometer errores.
Una manera de mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos de alto riesgo es disponer de protocolos detallados y explícitos específicos de la unidad de enfermería donde se van a aplicar. Los protocolos son especialmente útiles en quimioterapia, ya que los esquemas de tratamiento con estos medicamentos son complejos y cambiantes, lo que facilita la aparición de errores.
El uso de protocolos, logra disminuir la dependencia de la memoria y permite que el personal recién incorporado a la plantilla, pueda realizar de manera segura un proceso que no le resulte familiar.
La falta de protocolos estandarizados en la administración de fármacos quimioterápicos en nuestra unidad justifica la necesidad de creación de una guía actualizada y de fácil manejo que haga realidad un proceso de enfermería seguro y eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
General:
• Desarrollar acciones que promuevan el uso seguro de los fármacos antineoplásicos con el fin de prevenir errores en el proceso de conservación, preparación y administración.

Específicos:

• Unificar criterios de actuación en el manejo seguro de fármacos.
• Diseñar, consensuar e implantar una guía para el manejo de fármacos antineoplásicos por parte del personal de Enfermería que se utilizan habitualmente en el hospital de día de oncología.
• Proporcionar formación al personal de enfermería de nueva incorporación.
• Mejorar las expectativas y satisfacción de los profesionales de Enfermería que se incorporan a la unidad.

MÉTODO
- Formación de un grupo interdisciplinar (Enfermería y Farmacia).
- Revisión bibliográfica sobre la seguridad en el manejo de fármacos antineoplásicos.
- Consenso y elaboración de la guía para el manejo de fármacos en el hospital de día de oncología para el personal de Enfermería.
- Realización de sesiones formativas para el personal de Enfermería de nueva incorporación:
Entre los conocimientos y habilidades a adquirir:
• Los principios básicos de la quimioterapia, incluyendo los mecanismos de acción, métodos de dosificación, planificación y administración.
• Los efectos adversos y toxicidad asociada a la quimioterapia, incluyendo la identificación temprana, la monitorización continua y los principios de la prevención y del manejo de los mismos.
• Los principios del manejo seguro de la quimioterapia.
• La preparación y almacenamiento de la medicación quimioterápica así como las vías de administración.

INDICADORES
- Existencia de una guía para el manejo de fármacos en el Hospital de Día de Oncología para enfermería.
- nº profesionales de enfermería de Hospital de Día que conocen el protocolo/ total de profesionales de enfermería de Hospital de Día.
- nº se sesiones de formación realizadas en el Hospital de Día.
- nº de profesionales de enfermería del Hospital de Día de nueva incorporación formados.

DURACIÓN
- Definición de un grupo interdisciplinar- Octubre 2016
- Revisión bibliográfica – Noviembre-Diciembre 2016
- Elaboración guía – Enero 2017 – Marzo 2017
- Sesiones formativas – Coincidiendo con la nueva incorporación de profesionales (Julio y Diciembre)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0256

1. TÍTULO

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS QUIMIOTERAPICOS EN LA PRACTICA DIARIA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA " HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA "

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1429

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Fecha de entrada: 29/04/2018

2. RESPONSABLE ..... IÑAKI ALVAREZ BUSTO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTAL CORTES ANGEL
ORTEGA IZQUIERDO MARIA EUGENIA
MARQUEZ MEDINA DIEGO
POLO MARQUES EDUARDO
COMIN ORCE ANA
NUÑO ALVES ANA
ANTON TORRES ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión base de datos programa prescripción tratamientos oncológicos endovenosos (HOSPIWIN) año 2017.
Análisis cumplimiento tratamiento previsto: incidencias, toxicidad y reducciones de dosis. (en curso)
Revisión bibliográfica y establecimiento relaciones con el Servicio de Geriatria de nuestro Hospital (recientemente implementado), para valorar la selección de test de valoración oncológica más apropiado y establecer las vías de derivación para una valoración por Geriatria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cuantificación del número de pacientes asistidos en Hospital de día oncológico según franjas de edad:
>70 años: 669 pacientes
>75 años: 377 pacientes
>80 años: 159 pacientes.
Revisión bibliografia y test valoración geriátrica.
Análisis necesidades recursos humanos y estructurales para poder desarrollar esta nueva acción con garantías.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha seleccionado la edad >75 años como corte para incluir en valoración geriátrica y atención en consulta de Oncogeriatría.
El número de pacientes > 75 años es de 377 durante 2017. Considerando que al menos debería realizarse una consuta cada 3-4 semanas, y que el tiempo necesario de una primera visita sería 60 minutos y una revisión 25 minutos, implicaría disponer de 4 consultas semanales dedicadas a estos pacientes.
La implicación de enfermería es crucial para sacar adelante el proyecto.
Dada la gran presión asistencial y la falta de despachos en Hospital de Dia, es imprescindible dotar de personal de enfermería (1 enfermera y una auxiliar de enfermería) y espacios adecuados (2 despachos contiguos) antes de comenzar la actividad. Como alternativa a la falta de espacio, proponemos habilitar consultas en jornada de tardes hasta que se solucione el problema.
La revisión bibliográfica y selección test de valoración geriátrica ya esta realizada y refuerza la necesidad de implementar cuanto antes esta nueva actividad.
Se valorará en su momento la necesidad de contratar (1/2 jornada) un oncólogo que de apoyo a todas las actividades previstas.

7. OBSERVACIONES.
Guallart Calvo Reyes que era supervisora de enfermería del Hospital de Dia de Oncología ha sido trasladada en el último concurso y ha abandonado el proyecto. No ha sido nombrada su sustituta hasta hace unos días, por lo que se ha retrasado la formación geriátrica a enfermería.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1429 ========== ***

Nº de registro: 1429

Título
IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Autores:
ANTON TORRES ANTONIO, ARTAL CORTES ANGEL, ALVAREZ IÑAKI, ORTEGA IZQUIERDO EUGENIA, MARQUEZ MEDINA DIEGO, COMIN ORCE ANA, NUÑO ALVES ANA, GUALLART CALVO MARIA REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1429

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION VALORACION GERIATRICA MINIMA EN PACIENTES ONCOLOGICOS >75 AÑOS

Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Adaptar los tratamientos oncológicos a la vulnerabilidad de los pacientes según la edad
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes oncológicos cada vez son más añosos. Una de las principales causas del incremento de la incidencia del cáncer es el envejecimiento. Aragón tiene una de las mayores esperanzas de vida al nacer del Estado Español. Los tratamientos oncológicos, sobre todo la quimioterapia, aumento sus efectos adversos conforme se incrementa la edad. Muchas funciones vitales, están deterioradas por el propio envejecimiento, como es el caso de la función renal, donde la edad es un componente crítico a la hora de calcular el aclaramiento renal. Esta situación, hace que tengamos que ser muy cuidadosos a la hora de seleccionar que pacientes se pueden beneficiar de recibir un tratamiento con quimioterapia.
Actualmente hay publicaciones en las que se demuestra la utilidad de realizar una valoración geriátrica mínima, para seleccionar estos pacientes y poder prever los posibles beneficios / riesgos de los diferentes tratamientos oncológicos

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar de forma retrospectiva el impacto de la edad en el beneficio / riesgo de los tratamientos oncológicos, haciendo hincapié en la quimioterapia. Revisaremos el número de tratamientos realizados según diferentes edades: > 70 años; >75 años y >80 años, con la intención de analizar la importancia del tema. Para ello, usaremos la base de datos del programa de prescripción de quimioterapia intravenosa (Hospiwin) y revisaremos los datos de prescripción de fármacos orales (Pacientes externos) del Servicio de Farmacia.
Revisar la literatura mas reciente al respecto y seleccionar los test más adecuados para detectar los niveles de riesgo.
Por último, implementar dichos test en la población anciana seleccionada, para determinar prospectivamente el riesgo de complicaciones y tomar decisiones respecto a la utilidad de los tratamientos oncológicos.

MÉTODO
Valoración geriátrica mínima en todos los pacientes mayores de 75 años que sean vistos por el Servicio de Oncología y vayan a recibir tratamiento con quimioterapia.
Revisión bases de datos prescripción quimioterapia del Servicio de Oncología Médica, de los 2-3 últimos años (2014-2016) para valorar el impacto de la edad en oncología.
Revisar la bibliografía más reciente para seleccionar los test más adecuados para ayudarnos en la proyección del riesgo / beneficio del tratamiento oncológico en estos pacientes.
Establecer una consulta específica de Oncogeriatria, en la que se atenderían los pacientes oncológicos >75 años y en la que se realizaría la evaluación geriátrica minima, para la toma de decisiones. Esta consulta necesitaría el apoyo de personal de enfermería entrenado para realizar los test.

INDICADORES
Numero de pacientes >75 años vistos en la consulta de Oncogeriatría / Nº pacientes >75 años totales vistos en Oncología. El primer año, estableceríamos el 50% como objetivo, que debería ser del 75% en el 2º año.

DURACIÓN
Análisis retrospectivo (3 meses): Irene Torres, Ana Comín, Pilar Felices y Ana Nuño, liderados por Ángel Artal y Antonio Antón.
Revisión bibliográfica y selección test (3 meses): Iñaki Álvarez, Diego Márquez, Eugenia Ortega, Eduardo Polo, Ángel Artal y Antonio Antón.
Formación enfermería en geriatría (1 mes)
Fase prospectiva: Ultimo trimestre 2017. Incorporación enfermera con formación en geriatría y puesta en marcha consulta Oncogeriatria: Dres. Iñaki Álvarez y Eugenia Ortega

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1430

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 29/04/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO ANTON TORRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ TRUFERO JAVIER
ORTEGA IZQUIERDO MARIA EUGENIA
LANZUELA VALERO MANUELA
TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión conjunta con el Servicio de Oncología Radioterapica para analizar la situación actual en nuestro centro y valorar oportunidades de mejora.
Visita conjunta (Oncología Medica y Radioterápica) al ICO Bellvitge (Barcelona) para conocer el funcionamiento y experiencia de la Unidad Funcional de tumores de cabeza y cuello de ese centro.
Redacción propuesta funcionamiento "Consulta conjunta primeros días" de los Servicios de Oncología Médica y Oncología Radioterapica.
Redacción propuesta "seguimiento pacientes con tumores de cabeza y cuello", para revisar de forma secuencial a los pacientes que han finalizado el tratamiento y evitar duplicidades y excesivo número de visitas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Visita a la Unidad Funcional de tumores de cabeza y cuello del ICO Bellvitge.
Redacción proyecto.
Análisis para desarrollar los cambios pertinentes para poder unificar la consulta de primeros días y seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora a realizado el análisis y propuesta de la Unidad de tumores de cabeza y cuello conjunta interservicios (Oncología Médica y Radioterápica)
La Dra. Manuela Lanzuela ha abandonado el proyecto, al ser nombrada Subdirectora Médica de nuestro Hospital.
Los ajustes internos del Servicio de Oncología Radioterapica han provocado retrasos y desajustes en la ejecución de la propuesta.
Dudas y dificultades para modificar las agendas actuales de los dos servicios implicados y encontrar un día a la semana donde poder coincidir las consultas y continuar con el desarrollo del proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Esperamos poder superar todos estos inconvenientes e intentar la puesta en marcha de la consulta única de primeros días a lo largo de estos próximos meses.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1430 ========== ***

Nº de registro: 1430

Título
UNIDAD FUNCIONAL TUMORES CABEZA Y CUELLO

Autores:
ANTON TORRES ANTONIO, TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN, MARTINEZ TRUFERO JAVIER, ORTEGA IZQUIERDO EUGENIA, LANZUELA VALERO MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Pacientes con tumores de cabeza y cuello
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1430

1. TÍTULO

UNIDAD FUNCIONAL TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

PROBLEMA
Los pacientes diagnosticados de tumores de cabeza y cuello, representan un número importante en la actividad asistencial de ambos Servicios (Oncología Médica y Radioterápica). Un numero cada vez mayor, requieren ser tratados con quimioterapia y radioterapia de forma concomitante o secuencial.
Cuando estos pacientes son derivados desde los Servicios quirúrgicos: ORL y Cirugía Maxilofacial, tras ser comentados en el Comité de Tumores, conlleva realizar 2 citaciones de primer día, una en Oncología Médica y otra en Oncología Radioterápica.
En muchas ocasiones, cuando es visto en un servicio, todavía no ha sido visto en el otro, lo que conlleva grandes dificultades organizativas y de coordinación, pudiendo incluso llegar a “extraviarse” algún paciente.
Igualmente, una vez finalizados los diferentes tratamientos, el seguimiento de estos pacientes es realizado en los dos Servicios, además de en los Servicios quirúrgicos correspondientes. Esta situación, en ocasiones duplica exploraciones y visitas.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer una Unidad Funcional Oncológica de Tumores de Cabeza y Cuello, en la que estos pacientes serían vistos de primer día de forma conjunta por las dos especialidades, evitando discrepancias y descoordinación en el planteamiento terapéutico. Se evitaría duplicar las visitas a estos pacientes (solo un primer día y no dos) y se intentaría coordinar el inicio del tratamiento. Así mismo, y en dependencia de las dificultades para comenzar el tratamiento RT (listas de espera), indicaríamos la posibilidad de comenzar con quimioterapia de inducción, previa a la RT, dependiendo de la situación y urgencia de cada una de las situaciones.
Posteriormente, plantearemos continuar con un seguimiento (revisiones) coordinado (alternante) para evitar duplicaciones de visitas y exploraciones y si se diera la oportunidad, que fuese en un área común y con agendas unificadas.

MÉTODO
Creación agenda única para visitar a este tipo de pacientes, en el que habría espacio para 1as visitas y para seguimiento.
Uso de 2 despachos contiguos en consultas externas: uno de ellos perteneciente a oncología médica y el otro a oncología radioterápica.
Designar “responsable” cuya función será citar las 1as visitas, revisar el correcto funcionamiento de la Unidad, realizar la memoria anual y reunirse con los responsables de los Servicios de Oncología Médica y Radioterápica para mantenerles informados de la actividad y posibles necesidades.
Creación Unidad Funcional de Oncología Médica y Oncología Radioterápica para atender a este tipo de pacientes (Pacientes oncológicos diagnosticados de tumores de cabeza y cuello) de forma unificada y coordinada, tanto para los primeros días, como para el seguimiento.

INDICADORES
Numero 1as visitas de tumores de cabeza y cuello en la Unidad Funcional / Numero de 1as visitas de cabeza y cuello vistos en cada servicio.

DURACIÓN
Planteamiento consulta conjunta previa visita al ICO para valorar su programa de Unidades Funcionales (Tumores de Cabeza y Cuello – TCC) a finales del mes de junio 2017.
Selección ubicación ambos despachos, donde se llevará a cabo las visitas.
Formación personal auxiliar en la dinámica de la consulta.
Creación agenda única unidad funcional TCC (septiembre 2017)
Carta informativa a los diferentes Servicios del Hospital, informándoles de la creación de esta Unidad Funcional y del inicio de su actividad a partir del 1 de octubre 2017.

OBSERVACIONES
Los despachos y auxiliares de enfermería ya existen en cada Servicio. Hay que realizar los ajustes necesarios para que coincidan en el tiempo ambas consultas.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0296

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AGUSTINA MENDEZ VILLAMON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GIMENO BLANCA
PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR
PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL
BORDONADA MARTINEZ CRISTIAN
VAZQUEZ FERNANDEZ JAGOBA
MUÑOZ SAENZ ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
* Acutualizacion de procedimientos operativos.
* incorporación de nuevas instrucciones adaptadas a las necesidades de trabajo
* Inició del análisis de riesgos en el Sº de Oncología Radioterápica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cumplimiento de objetivos: Aplicación de tratamientos con boost integrado en tratamientos de cabeza y cuello .
Certificación UNE en ISO 9001 en 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente seguir desarrollando análisis de riesgos creando un grupo de trabajo para poder desarrollarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/296 ========== ***

Nº de registro: 0296

Título
MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Autores:
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR, MIRANDA BURGOS ANABELA, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, MUÑOZ SAENZ ENCARNA, ARRABAL MARTINEZ YOLANDA, GIL MARTINEZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma UNE-EN ISO 9001 desde el año 2012
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del Servicio de Oncología Radioterápica para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0296

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y CONSOLIDACION DEL SISTEMA DE GESTION UNE-EN ISO 9001 EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Nuestro plantenamiento es: Desarrollar las áreas de mejora detectadas en la Auditoria interna de 17/03/2016 y Rev por la Dirección (28-04-2016).

RESULTADOS ESPERADOS
Inclusión en todos los consentimientos informados, la autorización del paciente para ser filmado o fotografiado.
Desarrollar un checK-List de seguridad (firmado por el profesional que lo cumplimenta) a los procedimientos de braquiterapia y RIO
Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor para la cumplimentación por parte de los servicios peticionarios, desarrollandola incialmente con el Sº de Urología

MÉTODO
•Se revisaran los consentimientos informados y se añadira en todos ellos: la autorización del paciente para ser filmado o fotografiado. Así como en los de nueva creación. Responsable: Dra. Puertas
•CheckK-List de seguridad para RIO. Responsable: Cristina Vazquez
•CheckK-List de seguridad para Braquiterapia Ginecológica Responsable: Dra. Miranda.
•CheckK-List de seguridad para Braquiterapia prostática LDR Responsable:Yolanda Arrabal
•Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor para la cumplimentación por parte de los servicios peticionarios, desarrollandola incialmente con la colaboración del el Sº de Urología. Responsable Dra. Méndez

INDICADORES
•Consentimientos informados el indicador será que el 100% de los consentimientos informados esten actualizados en un periodo de 6 meses.
•CheckK-List de seguridad para RIO.El indicador sera la realización del mismo y puesta en marcha.
•CheckK-List de seguridad para Braquiterapia prostática LDR sera la realización del mismo y puesta en marcha
•CheckK-List de seguridad para Braquiterapia ginecologica sera la realización del mismo y puesta en marcha.
•Elaboración de una hoja de solicitud de tratamiento RT informatizada a través de HP-Doctor el indicador será la creación y puesta en marcha en colaboración con el Sº de Urología
La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Segumiento semestral
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PUERTAS VALIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA
JIMENEZ ALBERICIO JAVIER
GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA
BORDONADA MARTINEZ CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de protocolo de utilización del sistema Body-FIX
Sesiones de formación al personal de su utilización.
Aplicación del sistema a otras localizaciones corporales (SBRT próstata).
Enero 2016: Puesta en marcha de la técnica, con formación del personal. La formación afecta a todas las etapas del ttº radioterápico. En la etapa de localización el estudio de TAC debe realizarse con unos parámetros específicos que garanticen la reproducibilidad de la posición del paciente y minimicen la incertidumbre en los cálculos dosimétricos. Se trata de un estudio de TC 4D que, mediante varias adquisiciones de imagen durante el ciclo respiratorio recoge las variaciones de la posición de los volúmenes a tratar producidas por la respiración del paciente. En la planificación médica se introducen nuevos fraccionamientos de dosis que implican nuevos límites de dosis y nuevos tejidos a tener en cuenta en el contorneo de órganos de riesgo. Además las estructuras involucradas en la inmovilización del paciente han de incorporarse igualmente en la planificación del tratamiento. La dosimetría clínica resulta más compleja debido a que las altas dosis por fracción impartidas conllevarían con técnicas convencionales altas dosis periféricas que superarían los límites de dosis impuestos por los órganos de riesgo. Se hacen necesarias más incidencias del haz de radiación y un uso más frecuente del giro de mesa. En la etapa de puesta en marcha y en la de administración del tratamiento las variantes del ttº con respecto a los ttºs convencionales deben ser atendidas con especial cuidado. Así la correcta posición del paciente se comprueba mediante comparación de imágenes de cone beam CT adquiridas en el instante previo al ttº con las imágenes de planificación. Las correcciones en la posición del paciente se llevan a cabo según un protocolo de IGRT on line. Los giros de mesa requieren la intervención del personal técnico durante el ttº. Además la envergadura los inmovilizadores utilizados supone una limitación en la realización de cierto movimientos del acelerador lineal de electrones, lo que requiere de especial pericia por parte del personal técnico involucrado.
Realización en nuestro Centro de la técnica de SBRT: radioterapia extereotáctica extracraneal, aplicada a tumores y metástasis pulmonares.
Se ha realizado una base de datos en relación con ésta técnica, dónde además de datos relacionados con el paciente y antecedentes, se recogen datos en relación con la planificación realizada, número de campos, volúmenes tumorales irradiados, dosis medias, máximas y mínimas, así como datos de puesta en marcha en el acelerador. Todo ello nos permite registrar las variabilidades diarias en la colocación del paciente, calcularlas y corregirlas antes del tratamiento en cada sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Diciembre 2016: Durante el tiempo del proyecto previsto, se ha llevado a cabo la realización de la técnica SBRT pulmonar en 15 pacientes, a lo largo del 2016.

Los tiempos de ejecución del ttº son más largos que un ttº estándar, requiriendo aproximadamente 30-45 min por paciente, variable según el fraccionamiento utilizado y número de sesiones.

La implantación de esta técnica nos ha permitido tratar a los pacientes en nuestro centro, evitando la derivación a otras Comunidades Autónomas, lo cual satisface enormemente a los pacientes oncológicos, y evidentemente, supone un ahorro en cuanto a derivaciones.
Tras la revisión de incidencias se realiza un protocolo para guardar los cojines personalizados de vacío BlueBAG Bodyfix

OBJETIVO 1	Elaboración de un protocolo de utilización		
INDICADOR 1	SÍ / NO		
Periodicidad	Única	Responsable	Dra. Puertas Valiño
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento		
Enero 2016	Sí		
OBJETIVO 2	Sesiones de formación		
INDICADOR 2	SÍ / NO		
Periodicidad	Única	Responsable	
Fecha Seguimiento	Resultado Seguimiento		
Enero 2016	Sí		
OBJETIVO 3	Empleo del sistema SYMMETRY		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

INDICADOR 3 % Pacientes de SBRT PULMONAR con SYMMETRY
Periodicidad Semestral Responsable
Fecha Seguimiento Resultado Seguimiento
Julio 2016 100 %
Enero 2017 100 %
OBJETIVO 4 Precisión y seguridad en el tratamiento de SBRT PULMONAR
Periodicidad Anual Responsable
Fecha Seguimiento Resultado Seguimiento
Enero 2017 100 %
INDICADOR 4.2 % Dosimetrías clínicas cuyos valores de interés han sido registrados en la base de datos
Periodicidad Anual Responsable
Fecha Seguimiento Resultado Seguimiento
Enero 2017 100 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La técnica está, actualmente, establecida en nuestro centro y se ha convertido en un ttº estándar de amplio uso e indicación para los tumores pulmonares T1-T2N0 y metástasis pulmonares, en casos dónde se contraindica o rechaza cirugía.

Existe conocimiento de su utilidad e indicaciones en el Comité de Tumores Torácicos, por lo que es una técnica indicada y ofrecida a los pacientes por cualquiera de los especialistas que asisten a estos pacientes, así como desde otros hospitales de la Comunidad (HCU, Hospital de Alcañiz).

Este proyecto de puesta en marcha de la técnica y su implementación nos ha permitido participar en estudios con el Grupo Español de SBRT pulmonar, con resultados muy similares al resto de hospitales.

Conjuntamente, se ha desarrollado unos protocolos de utilización del sistema y de la técnica de SBRT, de amplio uso en nuestro sevicio en la actualidad.

PROBLEMAS DETECTADOS EN SU DESARROLLO
1. Dificultades asociadas a la modificación en la forma habitual de actuación, con requerimiento de mayor preparación del personal, todo ello llevado además de la realización del trabajo diario, con iguales medios físicos y humanos.

2. Este tipo de técnicas precisa para su realización de una formación del profesional y de mayor tiempo empleado en la preparación, planificación y administración del ttº por tratarse de técnicas de mayor complejidad, aunque el nº de sesiones a recibir por el paciente sea inferior al 20%, con lo cual los tiempos totales de acelerador se reduzcan entre un 50% y un 70% según casos. Por ejemplo, un ttº estándar de una lesión T1 de un CA de pulmón supondría entorno a 33-35 sesiones de radioterapia estándar. Con la técnica de SBRT, en función del tamaño y localización, se reduce a 5-8 sesiones. La buena comunicación y la sinergia entre los miembros del equipo multidisciplinar ha sido fundamental para superar las dificultades encontradas.

3. Necesidad de materiales no incluidos en los suministros usados de modo habitual en el Sº de O. Radioterápica, con lo que los pedidos de materiales específicos para llevar a cabo la técnica retrasan su empleo en los pacientes y limitan el nº de pacientes a tratar por falta de material (colchones de vacío, plásticos envolventes).

PROCEDIMIENTO DE SBRT PULMONAR

Norma UNE-EN-ISO-9001

Elaborado: Mª Mar Puertas Valiño

1.INTRODUCCION: SBRT PULMONAR

La SBRT es una modalidad de ttº radiante novedosa de alta precisión, en la cual se utilizan dosis ablativas de radiación con hipofraccionamiento, por lo general, con 1-5 fracciones, empleando técnicas estereotácticas, con radioterapia conformada con planificación 3D (RTC-3D) o radioterapia de intensidad modulada (RTIM), siendo imprescindible el empleo de radioterapia guiada por imágenes (RTGI) antes de cada fracción de ttº.

La SBRT se desarrolló inicialmente en el Instituto Karolinska en Estocolmo, con los trabajos pioneros de Lax y Blomgren en1994, en base a los principios de la Radiocirugía o radioterapia estereotáctica craneal. Estos investigadores diseñaron un equipo de inmovilización corporal con marcadores fiduciarios combinado con compresión abdominal, para el ttº de diversas lesiones en hígado y pulmón. Posteriormente se realizan los estudios en Japón de Uematsu y col. (1998) combinando un equipo de TC y un Acelerador Lineal FOCAL unit, Fusión de TC y AL, aplicando este sistema en el ttº de tumores primarios de pulmón y metástasis pulmonares. Luego en la Universidad de Indiana, Timmerman y cols (2003), realizan un estudio fase I en carcinoma de pulmón inoperable por razones médicas.
La mayoría de investigadores limita el uso de SBRT a tumores bien circunscritos con un diámetro máximo de 5 cm, aunque algunos centros tienen recogidos datos en lesiones de hasta 7 cm. 32–34,45–47

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

En la irradiación pulmonar han de tenerse en cuenta la función pulmonar y el volumen de hígado normal. Los tumores próximos a bronquio principal, árbol traqueobronquial, esófago, pared gástrica, intestino, grandes vasos, o médula espinal tienen que ser tratados con especial cautela y precaución, con la finalidad de separar estas zonas de las regiones de gran gradiente de dosis para evitar efectos potencialmente devastadores.

2. INDICACIONES CLINICAS DE SBRT PULMONAR
En principio, se restringirá salvo caso puntuales, a pacientes con FEV1 = 1l.

1ª opción: - NSCLC estadio cT1N0M0 (mala función pulmonar o rechazo- contraindicación quirúrgica)
- Metástasis pulmonares solitarias o <4 (con enfermedad extrapulmonar controlada).
2ªopción: - Recurrencia local de tumores previamente irradiados.
- Como boost para tumores torácicos primarios.

Tras una valoración inicial en el Comite de Tumores de Pulmón, se estudia detenidamente el caso en la Consulta de Primera Visita.

3. INMOVILIZACION- IMAGEN TC

La 1ª etapa para la realización de la SBRT es la inmovilización adecuada del paciente. Utilizamos soporte de pulmón +/-saco de vacío. A veces, presión abdominal (cinta de presión). Oxigenoterapia 2l x min.
Una vez adaptado el inmovilizador al paciente se debe realizan las TACs.

IMAGENES DE SIMULACION
Recomendaciones: el estudio de simulación debe cubrir el volumen torácico a tratar y los órganos de riesgo, para obtener información dosimétrica y geométrica.
Para SBRT, el grosor de los cortes de TC estarán entre 1-3 mm.

Protocolo de imágen:
- 3 TC, cada 3 mm:
  1 TC respiración libre
  1 TC inspiración mantenida
  1 TC espiración mantenida

  Según la tolerancia del paciente son válidos 3 TC lentos de respiración libre.
- Imágenes de PET-TC asociadas

Con esta técnica se obtienen una serie de imágenes de TC-3D obtenidas en un nº diverso de fases respiratorias. Las tres series de imágenes se exportarán al planificador Xio-Focal.

4. PLANIFICACION SBRT

Las proyecciones axiales de los TACs se seleccionan haciendo una reconstrucción en imágenes de TC-3D en varias fases del ciclo respiratorio.

- Imágenes transferidas al planificador.
- Registro y fusión de imágenes.
- Verificación de la lesión.
- Evaluación del movimiento interno de la lesión (ITV): GTV delimitado en cada set de imágenes.
- Determinación de CTV-PTV.
- Cálculo plan de tratamiento:
  - Dosis de prescripción.
    - Prescripción según punto de referencia ICRU o según dosis/volumen
    - Número de fracciones del ttº
    - Periodo total de ttº
    - Cobertura del target
    - Plan de conformidad

Criterios de dosificación del PTV:
- D95%= 100% dosis prescrita
- D99% > 90% dosis prescrita
- 110% < Dmax PTV < 140%

- No se permitirá dosis > o = al 105% fuera de PTV
- Isodosis del 50% no sobrepasa > 2 cm del PTV
- Indice de conformabilidad (relación del volumen de la isodosis prescrita al volumen del PTV)=1.3
- Relación del volumen de la isodosis del 50% al del PTV debe ser =4 (máximo 6)

Siguiendo las recomendaciones de la NCCN – 2010:

Dosis	Criterios Clínicos		
	Pared	Tamaño de la lesión	Arbol bronquial principal
A. 34 Gy fracción única	>1cm	< 2cm	>2cm
B. 54 Gy (18 Gy/fx x 3 fx)	>1cm	>2 cm i >5cm	>2cm

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

C. 50 Gy (12.5 x 4 fx) <1cm <5cm >2cm
D. 60 Gy (7.5 Gy x 8 fx) >2cm <5cm >1cm i < 2cm

Las restricciones a órganos críticos varían según el esquema adoptado:

Òrgano de Riesgo	1 Fracción	3 Fracciones	4 Fracciones	8Fracciones
Medula	14 Gy	18 Gy (6 Gy/fx)	26 Gy (6.5 Gy/7fx)	30 Gy (6 Gy/fx)
Esófago	15.4 Gy	30 Gy(10 Gy/fx)	30 Gy(7.5 Gy/fx)	32.5 Gy (6.5 Gy/fx)
Plexo Braquial	17.5 Gy	21 Gy (7 Gy/fx)	27.2 Gy (6.8 Gy/fx)	30 Gy (6 Gy/fx)
Corazón / Pericardio	22 Gy	30 Gy(10 Gy/fx)	34 Gy (8.5 Gy/fx)	35 Gy (7 Gy/fx)
Grandes Vasos	37 Gy	39 Gy (13 Gy/fx)	49 Gy (12.25 Gy/fx)	55 Gy (11 GY/fx)
Tráquea/Bronquios Principales	20.2 Gy	30 Gy (10 Gy/fx)	34.8 Gy (8.7 Gy/fx)	40 Gy (8 Gy/fx)
Costilla	30 Gy	30 Gy (10 Gy/fx)	32 Gy(7.8 GY/fx)	32.5 Gy (6.5 Gy/fx)
Piel	26 Gy	30 Gy (10 Gy/fx)	36 Gy (9 Gy/fx)	40 Gy (8 Gy/fx)
Estómago	12.4 Gy	27 Gy(9 Gy/fx)	30 Gy(7.5 Gy/fx)	35 Gy (7 Gy/fx)

Recomendaciones basadas en Estudios multicèntricos (RTOG 0618, RTOG 0915).

5. VERIFICACION Y TTº DEL PACIENTE

- Reproducción de la posición del TC
- IGRT mediante Cone-beam
- Oncólogo radioterapeuta realiza el 3D-3D match : Ajusta ITV del CT referencia sobre la lesión visualizada en el CBCT
- Administración del ttº

6. SEGUMIENTO en consultas externas

7. OBSERVACIONES.

BIBLIOGRAFIA

1.- Wulf J, Haedinger U, Oppitz U, et al. Stereotactic radiotherapy for primary lung cancer and pulmonary metastases: a noninvasive treatment approach in medically inoperable patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 60:186-196, 2004.

2.- Wulf J, Baier K, Mueller G, et al. Dose-response in stereotactic irradiation of lung tumors. Radiother Oncol. 77:83-87, 2005.

3.- Hof H, Muenter M, Oetzel D, et al. Stereotactic single-dose radiotherapy (radiosurgery) of early stage nonsmall-cell lung cancer (NSCLC). Cancer. 110:148-155, 2007.

4.- Fritz P, Kraus HJ, Mühlnickel W, et al. Stereotactic, single-dose irradiation of stage I non-small cell lung cancer and lung metastases. Radiat Oncol. 1:30-38, 2006.

5.- Whyte RI, Crownover R, Murphy MJ, et al. Stereotactic radiosurgery for lung tumors: preliminary report of a phase I trial. Ann Thorac Surg. 75:1097-1101, 2003.

6.- Hara R, Itami J, Kondo T, et al. Clinical outcomes of single-fraction stereotactic radiation therapy of lung tumors. Cancer. 106:1347-1352, 2006.

7.- Lax I, et al. Stereotactic radiotherapy of malignancies in the abdomen: Methodological aspects. Acta Oncol. 33: 677-683, 1994.

8.- Blomgren H, et al. Stereotactic high dose fraction radiation therapy of extracranial tumors using an accelerator. Acta Oncol. 34: 861-870, 1995.

9.- Blomgren H, et al. Radiosurgery for tumors in the body: Clinical experience using a new method. J Radiosurg. Vol. 1, No. 1: 63-74, 1998.

10.- Timmerman R, Papiez L, McGarry R, et al. Extracranial stereotactic radioablation: Results of a phase I study in medically inoperable stage I non-small cell lung cancer patients. Chest. 124(5): 1946-55, 2003.

11.- Timmerman et al. 49th ASTRO meeting, November-2007. Los Angeles.(USA)

12.- Wulf J, Hadinger U, Oppitz U, et al. Stereotactic radiotherapy of extracranial targets: CT-simulation and accuracy of treatment in the stereotactic body frame. Radiother Oncol. 57(2): 225-36, 2000.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

13.- Negoro, Y, Nagata, Y, Aoki, T, et al. The effectiveness of an immobilization device in conformal radiotherapy for lung tumor: Reduction of respiratory tumor movement and evaluation of the daily setup accuracy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 50: 889-98, 2001.

14.- Cardenes H, Timmerman R, Papiez L. Extracranial stereotactic radioablation: Review of biological basis, technique and preliminary clinical experience. Oncologia. 23(4):193-199, 2002.

15.- Timmerman RD, Papiez L, McGarry R, Likes L, DesRosiers C, Frost S, Williams M. Extracranial stereotactic radioablation: Results of a phase I study in stage I non-small cell lung cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 57(2 Suppl): S280-1, 2003.

16.- Taremi M, Hope A, Dahele M, Pearson S, et al. Stereotactic body radiotherapy for medically inoperable lung cancer: Prospective, single-center sutdy of 108 consecutive patients. IJFOBP, In press.

RADIOTERAPIA ESTEREOATÁXICA EXTRACRANEAL (SBRT)

Esta modalidad terapéutica permite administrar, en pocas sesiones y con una gran precisión, dosis muy altas de irradiación sobre el tumor de forma eficaz y con una mínima toxicidad sobre los tejidos sanos circundantes. Sus efectos secundarios son pocos.

La SBRT es una técnica mínimamente invasiva que permite al paciente recibir el tratamiento de forma ambulatoria, sin necesidad de ingreso.

En la mayoría de los estudios, la radioterapia estereotáxica extracraneal (SBRT) obtiene tasas de control local de más del 80% de las lesiones tratadas, y con mínima toxicidad.
De hecho, está ya establecida como tratamiento de elección en pacientes no operables, con cáncer de pulmón en estadios precoces, y se perfila como alternativa a otros tratamientos locales en cáncer de próstata, tumores hepáticos, metástasis hepáticas, óseas, ganglionares, suprarrenales o pulmonares.
Así, hoy en día es claro su uso, como alternativa a cirugía en pacientes con enfermedad localizada u oligometastásicos, en:
- Carcinoma de pulmón T1-T2,
- Metástasis pulmonares
- Carcinoma hepatocelular y metástasis hepáticas
- Carcinoma de próstata
- Lesiones vertebrales
- Otros: tumores renales, páncreas.

Esta técnica permite administrar altas dosis en una o pocas sesiones, con finalidad radical, curativa.
Una de las grandes dificultades de esta técnica es administrar dosis ablativas a volúmenes de modo preciso, por el límite de tolerancia de los tejidos sanos y el fraccionamiento.
En cuanto a los requerimientos tecnológicos para implementar la SBRT, podrían agruparse en tres bloques:
a) Incluye una adecuada identificación del tumor o volumen a irradiar, para lo que hay que emplear estudios de imagen con TAC, TAC 4D, y en muchos casos resonancia o PET.
b) Son necesarios sistemas de planificación que permitan realizar una dosimetría del alto gradiente y alta conformación como la radioterapia conformada 3D o la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) para poder administrar dosis altas al tumor y dosis bajas a los tejidos sanos de alrededor".
c) Necesidad de disponer de aceleradores de última generación que incorporen sistemas de imagen guiada que verifiquen y aseguren la precisión del tratamiento, incluso controlando el posible movimiento del tumor durante la irradiación".
Todos estos requisitos se consideran imprescindibles de la SBRT.
El movimiento es una causa importante de artefactos en la imagen y errores en la terapia de alta precisión. Para llevar a cabo una adecuada planificación del tratamiento y su reproducción exacta en el acelerador, es preciso contar con unos sistemas de inmovilización del paciente, que permitan reducir los márgenes a aplicar al tumor a la hora de tratar.
Son múltiples los sistemas de inmovilización existentes en el mercado.
A nuestro servicio de Oncología Radioterápica nos ha llegado un sistema adquirido con el acelerador ELEKTA, denominado Body-FIX.
BodyFIX permite un exacto y preciso posicionamiento del paciente y su inmovilización, proporcionando las bases para la imagen y el tratamiento en radioterapia.

La tecnología de Bodyfix permite realizar un doble vacío al paciente, reduciendo la movilidad tanto involuntaria y voluntaria. Bodyfix ofrece claridad de imagen sin artefactos con la atenuación del haz mínima. La lámina de cubierta única está ubicada alrededor del paciente y produce una presión uniforme, de forma segura para inmovilizar partes del cuerpo del paciente.

Los cojines de vacío BlueBAG Bodyfix crean un molde cómodo, estable y preciso de la posición del paciente durante un máximo de seis semanas. Pueden ser utilizados para diferentes configuraciones y las indicaciones clínicas tales como el tórax, cadera o total del cuerpo. Asocia un sistema de control del movimiento diafragmático, mediante la aplicación de presión sobre el tórax.

El colchón de vacío BlueBAG ™ BodyFIX® se debe fijar sobre la mesa del TAC de planificación, del mismo modo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

se realizará en la mesa del acelerador mediante unas barras de indexación.

Se coloca el colchón de vacío Bodyfix BlueBAG sobre la mesa utilizando las barras de indexación (requisito previo es el sistema de indexación Bodyfix).

El sistema de presión abdominal, igualmente ha de ser indexado en la mesa del TAC de planificación para determinar con precisión los volúmenes a tratar.

Hoy en día esta técnica está perfectamente validada y utilizada en los servicios de Radioterapia, para tratar a un subgrupo de pacientes oncológicos de modo seguro, con una técnica no invasiva, de rápida realización, mayoritariamente en pocas sesiones, evitando en muchos casos una cirugía cruenta y costosa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

*** ==================================== Resumen del proyecto 2016/327 ==================================== ***

Nº de registro: 0327

Título
IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Autores:
PUERTAS VALIÑO MARIA DEL MAR, MENDEZ VILLAMON AGUSTINA, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA, BORDONABA MARTINEZ CRISTIAN, GASCON FERRER MARINA, PUEYO PODEROS ANA, VIÑAS BERNAL EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.......: MEJORA DE LOS TRATAMIENTOS APLICADOS CON REDUCCION DE TOXICIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

PROBLEMA
La irradiación de los tumores de pulmón requiere una adecuada delimitación del volumen tumoral a tratar, teniendo en cuenta la necesidad de irradiar la lesión con un margen de seguridad tanto por enfermedad microscópica como por el movimiento respiratorio, entre otros factores, que hace que los volúmenes a tratar sean amplios y los riesgos de efectos secundarios importantes, dado que en un alto porcentaje de casos estos pacientes tienen problemas respiratorios (EPOC). Incluso, este problema en ocasiones, conlleva la necesidad de administrar tratamiento quimioterápico de inducción, con la finalidad de reducir el tamaño tumoral e incluso rechazar el tratamiento de radioterapia.
Para llevar a cabo una adecuada planificación del tratamiento, más exacta, minimizando la dosis en el pulmón sano y organos de riesgo así como su reproducción exacta en el acelerador, es preciso contar con:
- unos sistemas de inmovilización del paciente, que permitan reducir los márgenes a aplicar al tumor a la hora de tratar
- el empleo de técnicas que permitan una irradiación (IMRT) más conformada y
- sistema de comprobación de imagen (IGRT) en el propio acelerador
A nuestro servicio de Oncología Radioterápica nos ha llegado un sistema de inmovilización, denominado Body-FIX. En inicio, para el conocimiento de este sistema y su empleo en la práctica, es necesario una formación adecuada del personal técnico, conocer su utilidad, realización específica de la preparación así como su colocación en el acelerador y la interpretación de los datos objetivados con el sistema IGRT SYMMETRY.

Hemos considerado como proyecto de mejora la elaboración de un protocolo de utilización del sistema Body-FIX, claro y sencillo, así como el establecimiento de una serie de sesiones de formación al personal correspondiente de su utilización, haciendo especial hincapié en el razonamiento de su uso y de las ventajas que aporta, que sumado al empleo del sistema SYMMETRY, esperamos se traduzcan en la aplicación de tratamientos cada día más precisos y seguros, minimizando los efectos secundarios. Todo ello supondría tratar un mayor número de pacientes con mayor seguridad y precisisón, y menor toxicidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el empleo del sistema de inmovilización Body-FIX en el acelerador Elekta, con capacidad para hacer IGRT 4D gracias al dispositivo Symmetry, diseñado especialmente para tumores de tórax, logramos la adquisición de imágenes 4D correlacionadas anatómicamente en el momento del tratamiento, pudiendo visualizar el movimiento respiratorio y hacer las correcciones necesarias online.
Así se comprueba que el tumor está en la posición prevista o, si no es así, el equipo informa de los movimientos necesarios que se deben realizar al paciente para que el tumor quede en el lugar exacto respecto a lo planificado previamente .

MÉTODO
Esta llamativa mejora en la calidad de los tratamientos de radioterapia administrados al paciente supone un incremento en el tiempo de preparación y colocación del paciente, así como en las comprobaciones que a diario son necesarias, con evidentes ventajas en precisión y calidad así como en seguridad.
En principio, una vez llevado a cabo la formación, pretendemos hacer extensivo a un subgrupo de pacientes con cáncer de pulmón, el uso de este sistema, estableciendo una comparativa de :
- reducción del movimiento respiratorio con la inmovilización
- tiempos de preparación frente al tratamiento estándar .
- tiempos requerido para el tratamiento en el acelerador.

Lo que el proyecto pretende es establecer un método de trabajo y planificación de la actividad que permita emplear esta técnica evidentemente en todos los casos de cáncer de pulmón y si es factible, en el resto de pacientes sometidos a irradiación torácica con fraccionamientos estandar, garantizando una mayor precisión y seguridad durante la administración del tratamiento, con visualización directa del tumor durante toda la irradiación, con disminución evidente de las toxicidades secundarias, al controlar un factor importante en la necesidad de emplear campos amplios: el movimiento del tumor durante el ciclo respiratorio.
En la puesta en marcha y desarrollo de este proyecto están implicados y es precisa la colaboración y trabajo de distintos estamentos (médicos, físicos, técnicos de radioterapia), todos los cuales pretender encontrar con este proyecto una mejora sustancial tanto en la calidad del tratamiento como en los resultados obtenidos.

INDICADORES
1) Tiempo de preparación del sistema para planificar el tratamiento.
2) Tiempo de colocación del paciente y tratamiento en el acelerador.
3) Toxicidad aguda del paciente durante el tratamiento.

DURACIÓN
El proyecto se realizará en inicio a lo largo de un año, estableciendo el tiempo necesario para el tratamiento de los pacientes, la necesidad de reposicionar, los efectos secundarios agudos y crónicos en relación con radioterapia, así como y el grado de satisfacción y comodidad del paciente,

OBSERVACIONES
Este mismo sistema nos permite comprobar en el momento del tratamiento que el volumen tumoral a tratar es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0327

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA RADIOTERAPIA TORACICA CON EL SISTEMA DE INMOVILIZACION BODY-FIX EN CANCER DE PULMON, Y SISTEMA SYMMETRY (4D) : APORTACION A LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

equivalente a lo planificado. En caso contrario, nos permite llevar a cabo las modificaciones necesarias.

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 3 Bastante

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0593

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA GIMENO HERNANDEZ
· Profesión ..... TECNICO DE RADIOTERAPIA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLA GAZULLA DAVID
BORDONADA MARTINEZ CRISTIAN
GARGALLO HERRERO MARIA JESUS
VIÑAS BERNAL EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el posicionamiento del paciente, tanto en la simulación como en el tratamiento diario, los técnicos en radioterapia hemos hecho uso de las barras de indexación, fijando así los sistemas de inmovilización (colchones de vacío, belly board, plano pulmón, plano mama, base soporte de cabeza y cuello, base del marco estereotáxico…) a la mesa del tac y de tratamiento, contribuyendo así a obtener una mayor precisión en el posicionamiento e inmovilización del paciente.
Todas estas actividades se han realizado cumpliendo el calendario fijado inicialmente.
Para realizar este estudio se ha elaborado un registro de los datos obtenidos (indicadores), para su posterior análisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alacanzado gracias a las actividades realizadas ha sido óptimo, ya que se ha conseguido minimizar los errores intrafracción e interfracción que se producen en el posicionamiento, maximizando la exactitud del reposicionamiento y las estabilidad del paciente durante la sesión de tratamiento,logrando así mayor rigurosidad y fidelidad con respecto a la simulación y/ó TAC y al estudio dosimétrico de cada paciente, obteniendo el grado de excelencia y nivel técnico, permitendo administrar dósis de radiación más eficaces y seguras a los tumores y con menos efectos secundarios y contribuyendo a un mejor control de la enfermedad y una mayor calidad de vida para los pacientes.

Los resultados se han obtenido gracias al registro de estos 3 indicadores utilizados:
Indicador 1: Valores desplazamiento mesa día simulación(origen Tac)
Indicador 2: Valores desplazamiento mesa tras posicionamiento diario (Ofset mesa: origen Tac -Isocentro)
Indicador 3: Valores desplazamiento mesa tras la verificación de imágenes diaria (CBCT: coincidencia Isocentro de Planificación con el de Radiación).
Para cada paciente y tras cada sesión se ha a realizado una comparativa entre los indicadores mencionados (1-2 y 2-3) y un registro de los datos obtenidos, para su posterior análisis.
Así mismo, los resultados obtenidos se han comparado con los indicadores de otros pacientes en los que no se ha utilizado el sistema de indexación, lo que nos ha permitido llegar a esta conclusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos gracias a la implementación de esta mejora han sido tan satisfactorios que tras la finalización del proyecto forman parte del protocolo diario en posicionamiento de los pacientes de nuestro Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/593 ========== ***

Nº de registro: 0593

Título
MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

Autores:
GIMENO HERNANDEZ MARIA VICTORIA, VILLA GAZULLA DAVID, BORDONABA MARTINEZ CRISTIAN, GARGALLO HERRERO MARIA JESUS, VIÑAS BERNAL EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0593

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cáncer
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Proyecto de mejora en la calidad asistencial

PROBLEMA
Los últimos progresos experimentados en la Oncología Radioterápica han contribuido a desarrollar la Radioterapia Estereotáxica, que constituye en la actualidad un campo muy atractivo, ya que es una forma de radiación muy precisa, permitiendo la aplicación de dósis elevadas de radiación en una ó pocas sesiones al tumor y mínimas a los tejidos sanos circundantes, mediante sistemas de coordenadas y condiciones de gran exactitud espacial, de modo que es posible tratar lesiones en poco tiempo y con un perfil de efectos secundarios tolerables.

El uso de estos esquemas de fraccionamiento hoy en día son una realidad dado el desarrollo de los equipos de diagnóstico por imágen, de los Aceleradores Lineales modernos, los avanzados sistemas de planificación de tratamiento radiante y los sistemas de inmovilización.

Por tanto, es una condición indispensable irradiar volúmenes blanco limitados con una gran precisión, evitando al máximo la exposición de los tejidos y órganos normales para obtener resultados terapéuticos favorables con un mínimo de complicaciones.
Para ello es imprescindible un adecuado sistema de posicionamiento e inmovilización del paciente para la optimización del tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Contribuir con nuestra intervención a:
-Minimizar los errores intrafracción e interfracción, tanto aleatorios como sistemáticos que se producen en el posicionamiento.
- Maximizar la exactitud del reposicionamiento y las estabilidad del paciente durante la sesión de tratamiento, logrando que sea lo más riguroso y fiel a lo que anteriormente se ha proyectado en la simulación y/ó TAC y en el estudio dosimétrico de cada paciente.
-Obtener el grado de excelencia y nivel técnico, los cuales permiten administrar dósis de radiación más eficaces y seguras a los tumores y con menos efectos secundarios, lo cual contribuirá en gran medida a un mejor control de la enfermedad y una mayor calidad de vida para los pacientes.

MÉTODO
A la hora de posicionar al paciente, tanto en la simulación como en el tratamiento diario, los técnicos en radioterapia vamos a hacer uso, previa indicación del facultativo especialista en oncología radioterápica, de unos dispositivos de fijación: las barras de indexación, que permiten fijar los sistemas de inmovilización usados hasta el momento (colchones de vacío, belly board, plano pulmón, plano mama, base soporte de cabeza y cuello, base del marco estereotáxico…) a la mesa del tac y de tratamiento, contribuyendo así a obtener una mayor precisión en el posicionamiento e inmovilización del paciente.

INDICADORES
Indicador 1: Valores desplazamiento mesa día simulación(origen Tac)
Indicador 2: Valores desplazamiento mesa tras posicionamiento diario (Ofset mesa: origen Tac -Isocentro)
Indicador 3: Valores desplazamiento mesa tras la verificación de imágenes diaria (CBCT: coincidencia Isocentro de Planificación con el de Radiación)
Para cada paciente y tras cada sesión se va a realizar una comparativa entre los indicadores mencionados (1-2 y 2-3) y un registro de los datos obtenidos, para su posterior análisis.
Así mismo, los resultados obtenidos podrán compararse con los indicadores de otros pacientes en los que no se haya utilizado el sistema de indexación.

DURACIÓN
El estudio comenzará en Octubre del 2016 (a partir de la presentación de este proyecto de mejora) y finalizará en Diciembre del 2016.

CRONOGRAMA:
Diariamente los técnicos procederán a:
-La indexación de los sistemas de inmovilización durante el posicionamiento de los pacientes con tratamiento estereotáxico.
-Verificación de imágenes tras el posicionamiento y antes de la administración de tratamiento.
-Registro de los datos obtenidos en cada sesión (XVI).

Al finalizar el tratamiento, facultativo y físico procederán a:
-Analizar de los resultados obtenidos por paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0593

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INMOVILIZACION Y POSICIONAMIENTO EN LOS PACIENTES DE RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA MEDIANTE EL SISTEMA DE INDEXACION: "POSICION CON PRECISION"

-Realizar una comparativa con los indicadores de pacientes en los que no se utiliza el sistema de indexación.
-Evaluación final y elaboración de un informe de resultados.

OBSERVACIONES
El sistema de indexación también puede ser aplicable a los tratamientos radioterápicos convencionales (no estereotáxicos) en los que se utilicen sistemas de inmovilización indexables, pero hemos elegido la estereotaxia por ser la modalidad terapéutica en la que se admimistran dosis elevadas de radiación y requiere máxima precisión.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0633

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BLANCA GARCIA GIMENO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA RADIOTERAPICA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ SANCHO CRISTINA
CUARTERO CONEJERO ESTHER
MUÑOZ SAENZ ENCARNA
MOLINA OSORIO GUADALUPE
IBAÑEZ CARRERAS REYES
MIRANDA BURGOS ANABELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez realizada la consulta médica de 1º día, las pacientes candidatas a RIO, pasan por la consulta de enfermería, en donde se les hace una valoración física; que incluye la realización de una foto de la paciente en bipedestación con ambas extremidades superiores en jarra, para una valoración estética previa y posterior del tratamiento quirúrgico y radioterápico.

Se explican detalladamente cuales son los cuidados a realizar previos y posteriores a la cirugía y en cual de ellos deben incidir más. Para ello se les entrega un tríptico informativo en el que explica en que consiste la Radioterapia Intraoperatoria y cuales son los cuidados a realizar pre y post cirugía. Explicamos también la posibilidad de qué tras la RIO puedan ser sometidas a Radioterapia Externa en caso de que algún factor estimado para la RIO pueda variar tras su análisis; explicando así cuales son los cuidados a realizar a partir del momento en que se les comunique que van a ser sometidas a Radioterapia Externa. Damos recomendaciones sobre que tipo de cremas hidratantes son más adecuadas según el tipo de piel de la paciente (dando unas pequeñas muestras) y según la etapa de tratamiento en la que se encuentra la paciente.

Damos la oportunidad a la paciente y familiares de expresar sus dudas y cómo se sienten ante la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Inclusión de las pacientes nuevas en la consulta de enfermería desde su implantación (grado de cumplimiento 100%): En el período desde el 01/11/2016 hasta 30/11/2017 se han incluido un total de 111 pacientes.

- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la cirugía (98%). Del total de 111 pacientes el 98% ha realizado correctamente los cuidados previos y posteriores a la cirugía.

De las 111 pacientes, 38 han recibidido Radioterapia Externa (34,234%) en el que observamos como efecto secundario:

Radiodermitis Grado 2 (RTOG2) (Descamación Húmeda) solamente en un 10,52% de las pacientes.

Radiodermitis Grado 1 (RTOG1) (Eritema): 34,21%

No presencia de radiodermitis (RTG0) (Sin cambios): 55,26%

con el cumplimiento de los cuidados durante el tratamiento de Radioterapia Externa en el 100% de las pacientes sometidas a terapia

- % pacientes que disminuyen sus dudas tras el paso por la consulta de enfermería (se esperaba un 80% de las pacientes, pero tras la verbalización de sus dudas creemos que se trata de un % más elevado)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras los % obtenidos desde la implantación de la consulta el equipo de mejora creemos de vital importancia el seguimiento de esta consulta dentro de todo el proceso de la RIO.

Como aspecto pendiente faltaría crear una herramienta que nos ayudase a la valoración posterior de las pacientes, para asegurar que las dudas y ansiedad han disminuido tras el paso por la consulta.

7. OBSERVACIONES.
La fecha de inclusión de pacientes en la presentación del Proyecto es de Diciembre-2016, pero al ser algo que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0633

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

creíamos muy importante para las pacientes, se decidió ponerla en marcha en Noviembre-2016

*** ========== Resumen del proyecto 2016/633 ========== ***

Nº de registro: 0633

Título
IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

Autores:
GARCIA GIMENO BLANCA, VAZQUEZ SANCHO CRISTINA, CUARTERO CONEJERO ESTHER, MUÑOZ SAENZ ENCARNA, LANZUELA VALERO MANUELA, MOLINA OSORIO GUADALUPE, IBAÑEZ CARRERAS REYES, MIRANDA BURGOS ANABELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una técnica que permite la administración durante la cirugía de una única dosis de radiación ionizante directamente sobre la cavidad quirúrgica con el objetivo de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad por menor irradiación de tejidos sanos. Su uso se ha descrito como sobreimpresión del lecho tumoral (boost) del tratamiento convencional de radiación externa, logrando un aumento de la dosis de radiación en el volumen tumoral, o como única modalidad de radioterapia en estadios limitados del cáncer de mama.

En la actualidad en el Servicio de Oncología Radioterápica se realiza la historia médica de 1º día de las pacientes candidatas a RIO, sin tener paso por la consulta de enfermería del propio servicio. Esto presenta varios problemas:

Ausencia de participación de enfermería en la valoración inicial de las pacientes que se someterán a este tipo de técnica, lo que disminuye el reforzamiento de conocimientos de la paciente acerca de la posible toxicidad secundaria y cuidados necesarios a realizar pre y postquirúrgicos sobre el área de tratamiento.

Con la implantación de la consulta se pretende solucionar estos problemas, estableciendo una valoración por parte del personal de enfermería, ya que como integrantes del proceso pueden contribuir a explicaciones más detalladas de todos los cuidados, así como a una valoración del estado de la paciente, no solo físico sino también emocional

RESULTADOS ESPERADOS
Mayor conocimiento por parte de la paciente de todo el personal implicado en el proceso, así como dar la oportunidad a aclarar dudas y una valoración mucho más completa que abarque el aspecto no solo físico sino también emocional.
En el caso de que la indicación de RIO sea como boost conlleva una mejor preparación de la piel previo al inicio de la radioterapia adyuvante

MÉTODO
Una vez realizada la consulta médica de 1º día, las pacientes candidatas a RIO, pasaran por la consulta de enfermería, en donde se les hará una valoración física; que incluye la realización de una foto de la paciente en bipedestación con ambas extremidades superiores en jarra, para una valoración estética previa y posterior del tratamiento quirúrgico y radioterápico. Se explicaran detalladamente cuales son los cuidados a realizar previos y posteriores a la cirugía, en cual de ello deben incidir más, y dar la oportunidad a la paciente de expresar sus dudas y cómo se siente ante la intervención.

INDICADORES
- Inclusión de las pacientes nuevas en la consulta de enfermería desde su implantación (grado de cumplimiento 95%)
- % pacientes que llevan a cabo los cuidados previos y posteriores a la cirugía (Actual 0% - Esperado 90%)
- % pacientes que disminuyen sus dudas tras el paso por la consulta de enfermería (Actual 0% - Esperado 80%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0633

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA PREVIA A LA REALIZACION DE RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE LA MAMA (RIO)

DURACIÓN
Desarrollo del contenido de los puntos a tratar en la consulta: Noviembre 2016
Implantación de la consulta de Enfermería: Noviembre 2016
Inclusión de las pacientes en la consulta de Enfermería: Diciembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0824

1. TÍTULO

PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAMON TERRE FALCON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DELGADO LAURA
GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA
RIVARES ESTEBAN JAVIER
ARTAL SANCHEZ RAQUEL
URGEGUI GARCIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Busqueda bibliografica para documentacion cientifica Ramon Terre Falcon
Sesiones clinicas de puesta al dia en la problemática. Javier Rivares Esteban, Raquiel Artal
Reuniones intradepartamentales de consenso terapeutico. Laura Perez Delgado
Elaboracion de documentos preliminares. Rafael Fernandez Liesa, Angel Urpegui
Redacción definitiva del protocolo Carmen Orte Aldea

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El protocolo se ha realizado mediante los pasos de elaboración anteriormente citados y actualmente se encuentra en disposición de presentación al resto del equipo ORL, mediante una sesión clínica, que se difundirá por todos los servicios implicados en el mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es conveniente conocer metodología de realización de consensos entre facultativos.
El seguimiento a largo plazo de los pacientes se hace difícil porque al tratarse de una patología banal y con buenos resultados postquirúrgicos, el numero de pacientes perdidos en las revisiones al encontrarse bien es elevado. Por lo que confirmar la mejora de los resultados después de su aplicación presenta cierta problemática que podría resolverse fácilmente con la constitución de una consulta especifica de seguimiento dada la cuantía de pacientes intervenidos en nuestros centros de dicha patología

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/824 ========== ***

Nº de registro: 0824

Título
PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

Autores:
TERRE FALCON RAMON, PEREZ DELGADO LAURA, GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, RIVARES ESTEBAN JAVIER, ARTAL SANCHEZ RAQUEL, SANCHEZ FERNANDEZ LUCIA SORAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0824

1. TÍTULO

PROTOCOLO TERAPEUTICO DE LA HIPERTROFIA DE CORNETES BILATERAL COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA NASAL BASADO EN SU ETIOLOGIA, EFICACIA Y COSTE-EFECTIVIDAD TERAPEUTICA EN EL Sº DE ORL DEL HUMS

La hipertrofia de cornetes inferiores (HCI) se define como el aumento del tamaño de los cornetes inferiores que provoca obstrucción de las fosas nasales. Es una de las causas más comunes de obstrucción nasal y constituye la octava causa de cirugía en ORL. Las principal causa de hipertrofia de cornetes inferiores bilateral es la rinitis crónica en sus diversas formas: Rinitis alérgica crónica (es la causa más frecuente, existen más de 600 millones de alérgicos). Rinitis crónica No alérgica o Vasomotora. Rinitis medicamentosa. Rinitis durante el embarazo u hormonal (menstruación). Hipertrofia turbinal relativa en una nariz estrecha. En la mayoría de las ocasiones la hipertrofia de cornetes es controlada con tratamiento farmacológico.
El tratamiento médico más efectivo es la administración de corticoides tópicos (Ct) y antihistamínicos (Anh1). En el consenso de 2003 se determina que la única indicación de cirugía es el fallo del tratamiento médico. Pero existen una serie de ítems a tener en cuenta que son: 1. Que No existe consenso en la literatura de cuánto tiempo debemos mantener el tratamiento médico. 2. El proceso quirúrgico ideal debe de reducir el tamaño de los cornetes conservando su forma responsable de la dirección y formación del flujo nasal, puesto, preservar sus funciones fisiológicas al mismo tiempo que disminuya al máximo las posibles complicaciones. 3. Que No existe consenso en una técnica especifica

RESULTADOS ESPERADOS
Por todo ello consideramos esencial la elaboración de un protocolo terapéutico. Los objetivos de este son: Estandarizar el tratamiento médico y quirúrgico de la HCI. Disminuir la arbitrariedad ineterfacultativa de la indicación. Estandarizar los resultados en el tratamiento quirúrgico. Mejorar la eficiencia de las actuales técnicas quirúrgicas. Disminuir el número de reintervenciones. Disminuir el gasto sanitario en esta patología aplicando aquellas medidas terapéuticas que tengan mejor índice coste – beneficio.

MÉTODO
Este protocolo tiene en cuenta la etiología subyacente a la HCI y el coste-efectividad del proceso quirúrgico. Es el siguiente:
En casos de rinitis aislada con criterios de CSI:
- HCI en rinitis alérgica: Tratamiento medicamentoso: 1. Ct durante tres meses. 2. Si no mejora iniciar tratamiento concomitante con Ct + Anh1 orales durante tres meses más. 3. Tratamiento quirúrgico con AL o sedación en CSI: Radiofrecuencia. 4. Tratamiento quirúrgico con AG en CSI: - Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica. - Turbinectomía total o sección del nervio vidiano, si no mejora con turbinectomia parcial endoscópica
- HCI en rinitis medicamentosa / hormonal: Dejar el fármaco y utilizar spray con corticoides durante 3 meses. Si no mejoría o incapaz de dejar el fármaco planteamos cirugía con AL o sedación (radiofrecuencia)
- HCI en rinitis no alérgica / vasomotora: Evitación de desencadenantes (frio /calor/picante/ fármacos) + Ct durante tres meses.
- HCI por concha bullosa: Tratamiento quirúrgico con AG en CSI (turbinectomia parcial endoscópica).

En casos de rinitis asociada a otra patología que no cumplen criterios de CSI:
HCI en rinitis alérgica + IVN por dismorfia septal: Tratamiento medicamentoso: 1. Ct durante tres meses. 2. Si no mejora iniciar tratamiento concomitante con Ct + Anh1 orales durante tres meses más. Tratamiento quirúrgico con AG e ingreso de ambas patologías: Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica + septoplastia.
HCI en rinitis alérgica + IVN por Poliposis nasosinusal: 1. Protocolo de cirugía en poliposis nasosinusal del HUMS. 2. En caso de que el paciente requiera de Tratamiento quirúrgico según nuestro protocolo: CENS para polipectomia a demanda y/o radical + Turbinectomía parcial o submucosa endoscópica.

INDICADORES
Obtendremos una base de datos de cada uno de los pacientes con dicha patología, para ulteriores estudios de eficacia y eficiencia de los procedimientos terapéuticos realizados. En caso de hacer estudios posteriores se aplicaran los indicadores de coste efectividad y eficiencia más convenientes a las características del estudio aplicado. La monitorización de los resultados se realizara mediante: La realización de la encuesta NOSE, antes y después de la cirugía, que nos informara sobre el grado de mejoría subjetiva que el paciente percibe después de la aplicación del procedimiento terapéutico. La realización de rinomanometría antes y después de la cirugía, para comprobar de una manera objetiva la mejoría en la patología.

DURACIÓN
Desde inicio de proyecto en noviembre de 2016 hasta noviembre de 2017.
11/2016: elaboración de la base de datos y remodelación del protocolo.

OBSERVACIONES
Este proyecto no incluye E. estadísticos iniciales pero si está proyectado realizarlos una vez obtenida la muestra de pacientes.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1268

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA PEREZ DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
DE MIGUEL GARCIA FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Elaboración de un protocolo de tratamiento de la papilomatosis laríngea recurrente y difusión del mismo:
Se realizó una revisión bibliográfica recogiendo los artículos más relevantes sobre el tema hasta la fecha, se consultó con algunos expertos y se elaboró un protocolo que se presentó en sesión clínica al Servicio de ORL.
DRA.LAURA PEREZ DELGADO
Noviembre 2016
2. Introducción de los pacientes incluidos en el protocolo en una base de datos para su estudio y seguimiento:
En diciembre de 2016 se creó una base de datos para los pacientes de la consulta de voz donde se incluyen a los pacientes de PLR.
DRA.LAURA PEREZ DELGADO / DR. FERNANDEZ LIESA
Diciembre 2016
3. Revisión periódica de los pacientes y análisis de su evolución a largo plazo:
Todos los pacientes que entran en el protocolo de PLR son controlados en consulta de voz antes y después de cada una de las intervenciones realizando un estudio de su calidad vocal que incluye videolaringoestroboscopia con grabación de la voz. Una vez que finalizan el tratamiento y están libres de enfermedad son controlados de forma anual durante 3-5 años. DRA.LAURA PEREZ DELGADO / DR. FERNANDEZ LIESA
Diciembre 2016

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A) INDICADORES:
1.- Nº de pacientes diagnosticados de papilomatosis laríngea recurrente (PLR)en la consulta de voz del HUMS: La PLR es una enfermedad poco frecuente y su tratamiento puede llegar a ser complejo y desesperante. El objetivo final es ofrecer un tratamiento centralizado y unificado a los pacientes con papilomatosis laríngea recurrente, que mejore la eficacia en cuanto a la curación de la enfermedad y reduzca en la medida de lo posible sus complicaciones y secuelas.

2.- Nº de pacientes diagnosticados de PLR severa incluidos en el protocolo de tratamiento: El diagnóstico de papilomatosis laríngea recurrente no es suficiente para ser incluido en el protocolo de tratamiento que incluye terapia adyuvante con cidofovir. Cada paciente debe ser estudiado de forma individual y deben cumplirse una serie de indicaciones. Si el paciente es candidato a dicho protocolo, se le debe informar debidamente de los riesgos y características del tratamiento. Si éste da su consentimiento por escrito, se solicita el fármaco a farmacia y dicha solicitud será revisada y aceptada por el comité de ética del Hospital. El número de pacientes diagnosticados de PLR debe ser superior al número de pacientes diagnosticados de PLR que entran en el protocolo de tratamiento descrito.
3.- Nº de pacientes libres de enfermedad: tras el protocolo de tratamiento, los pacientes son controlados en la consulta de voz y se consideran libres de enfermedad cuando no se observan papilomas en la mucosa de la laringe durante los 12 meses posteriores a la última intervención de exéresis de los papilomas.
4.- Nº de pacientes incluidos en el protocolo de PLR severa con estudio completo de la calidad de voz antes y después del tratamiento: debido a que la enfermedad es recidivante, las múltiples intervenciones que son necesarias para su erradicación pueden dejar como secuela una mala calidad vocal o incluso insuficiencia respiratoria severa por estenosis laríngeas. El objetivo es que todos los pacientes (100%) tengan un estudio vocal, antes de iniciar el tratamiento y tras finalizar el mismo.
5.- Grado de cumplimiento del protocolo: Nº de pacientes diagnosticados de PRL severa e incluidos en el protocolo de tratamiento con cumplimiento del protocolo descrito. El objetivo es llegar a un estándar de cumplimiento del protocolo de 90%.

B) SEGUIMIENTO DE INDICADORES:
fecha de evaluación 20-12-2017
1. 6 pacientes han sido diagnosticados de papilomatosis laríngea recurrente en la consulta de voz del HUMS durante este periodo.
2. 4 pacientes fueron incluidos en el protocolo de papilomatosis laríngea recurrente del HUMS, ya que solo estos cumplían las indicaciones establecidas en el protocolo.
3. Los cuatro pacientes (100%) se encuentran en el momento actual libres de enfermedad.
4. Todos los pacientes incluidos en el protocolo (100%) tienen un estudio completo de su calidad vocal antes y después del tratamiento,
5. En los cuatro pacientes ha habido un cumplimiento de protocolo correcto (100%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta el momento los objetivos planteados al diseñar el proyecto se han alcanzado. Debido a la baja

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1268

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS

frecuencia de la enfermedad el número de pacientes diagnosticados e incluidos en el protocolo de tratamiento es pequeño.
El objetivo a largo plazo es consolidar un centro de referencia de pacientes con papilomatosis laríngea recurrente en nuestra comunidad autónoma para un tratamiento adecuado, que aumente la seguridad, mejore los resultados en cuanto a calidad vocal y reduzca las complicaciones y secuelas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1268 ========== ***

Nº de registro: 1268

Título
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE EN EL HUMS

Autores:
PEREZ DELGADO LAURA, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, DE MIGUEL GARCIA FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La papilomatosis respiratoria recurrente es una enfermedad relacionada con la infección del virus del papiloma humano (VPH) caracterizada por la aparición de lesiones de aspecto vegetante en el epitelio respiratorio que pueden afectar a una o ambas cuerdas vocales así como a cualquier otra localización de la vía respiratoria.
Se trata de una enfermedad crónica infrecuente (4,3 por cada 100.000 niños y 1,8 por cada 100.000 adultos), pero su coste económico es alto y puede ocasionar alteraciones emocionales en los pacientes y sus familiares. Muchos de los pacientes que la padecen deben someterse a múltiples intervenciones quirúrgicas por su gran tendencia a la recidiva y las secuelas en la calidad de la voz pueden ser importantes. Existe un patrón bimodal de distribución por edades con 2 picos de edad: de 2 a 5 años y de 20 a 30 años. Existe un riesgo de malignización de las lesiones descrito en el 4% de los pacientes. A pesar de que las formas más agresivas de papilomatosis laríngea recurrente se dan en adultos, el diagnóstico antes de los 3 años de vida triplica el riesgo de necesitar más de cuatro procedimientos quirúrgicos por año y duplica el riesgo de afectación de dos o más lugares anatómicos.
El tratamiento estándar actual es exéresis quirúrgica completa de los papilomas y la preservación de estructuras normales. En pacientes con afectación de la comisura anterior o posterior con papilomas de alta agresividad, el objetivo debe ser asegurar la vía aérea preservando el tejido sano para evitar complicaciones como estenosis glóticas o subglóticas, o la formación de sinequias que reduzcan el espacio glótico. Aunque la cirugía de las lesiones es el pilar del tratamiento en la papilomatosis, algunas formas de tratamiento adyuvante son necesarias en al menos el 20% de los casos. Las indicaciones más ampliamente aceptadas para la aplicación de un tratamiento adyuvante son la necesidad de más de 4 procedimientos quirúrgicos por año, el rápido crecimiento de la papilomatosis con compromiso de la vía aérea o la extensión distal multicéntrica de la enfermedad.
En la actualidad el tratamiento adyuvante más utilizado a nivel mundial es el cidofovir intralesional, aunque existe controversia en cuanto a la forma de administración y sus indicaciones.

En nuestro Hospital, el cidofovir como tratamiento adyuvante en la papilomatosis laríngea recidivante fue solicitado y aprobado en el año 2013 con resultados satisfactorios.
Con este proyecto trataremos de protocolizar el tratamiento de esta enfermedad basándonos en una revisión bibliográfica actualizada y nuestra experiencia en los últimos años. Se realizarán además revisiones periódicas de los pacientes incluidos en el protocolo y se revisarán los resultados a largo plazo.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo final es ofrecer un tratamiento centralizado y unificado a los pacientes con papilomatosis laríngea recurrente, que mejore la eficacia en cuanto a la curación de la enfermedad y reduzca en la medida de lo posible sus complicaciones y secuelas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1268

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECIDIVANTE SEVERA EN EL HUMS

MÉTODO
a) Elaboración de un protocolo de tratamiento de la papilomatosis laríngea recurrente y difusión del mismo.

b) Introducción de los pacientes incluidos en el protocolo en una base de datos para su estudio y seguimiento.

c) Revisión periódica de los pacientes y análisis de su evolución a largo plazo.

INDICADORES
Nº de pacientes diagnosticados de papilomatosis laríngea recurrente (PLR)

Nº de pacientes diagnosticados de PLR incluidos en el protocolo de tratamiento.

Nº de pacientes libres de enfermedad

Nº de estudios completos de la calidad de voz de los pacientes incluidos en el protocolo antes y después del tratamiento.

DURACIÓN
Elaboración de protocolo y disfusión: noviembre y diciembre de 2016

Base de datos y seguimiento de los pacientes: Se realizará una revisión bianual de los pacientes incluidos en el protocolo a partir del año 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1390

1. TÍTULO

INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ LIESA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EL UALI ABEIDA MAHFOUD
FRAILE RODRIGO JESUS JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Planificación y diseño del circuito del paciente para su ingreso en el día de la cirugía entre el Servicio de ORL coordinando la actuación entre Facultativos del Servicio, Personal de enfermería de la planta cuarta y el Servicio de Admisión (marzo 2017).
Se informó a todo el personal que participa en el proceso (abril 2017)
Puesta en marcha del nuevo sistema de ingreso en mayo de 2017
Se registraron incidencias y se realizaron ligeras modificaciones en el proceso.
Acutalmente se sigue realizando el proceso de ingreso del paciente en el día de la cirugía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha reducido la estancia media que en el 2016 era de 3,57 días a la media de final de 2017 de 2,81 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La creación de nuevos procedimientos o la modificación de parte de algunos procesos, como es el caso de este proyecto, aporta una mejora en la calidad de atención al usuario y un uso mas eficiente de los recursos disponibles.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1390 ========== ***

Nº de registro: 1390

Título
INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Autores:
FERNANDEZ LIESA RAFAEL, DE MIGUEL GARCIA FELIX, FRAILE RODRIGO JESUS, GOMEZ DIAZ MARIA COVADONGA, PEREZ DELGADO LAURA, ELUALI MAHFOUD, TERRE FALCON RAMON, GUALLAR LARPA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del oido
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La reducción de la estancia hospitalaria aporta calidad en la atención al paciente y es mas eficente.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir la estancia media de los pacientes programados para cirugía bajo anestesia general

MÉTODO
Servicio: Ingreso en el día de la cirugía.
Actividades:
Planificar y coordinar el circuito del paciente para su ingreso en el día de la cirugía entre el Servicio de ORL y Admisión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1390

1. TÍTULO

INGRESO DEL PACIENTE EN EL DIA DE LA CIRUGIA PROGRAMADA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Informar a todo el personal que participa en el proceso del ingreso del paciente de las modificaciones respecto del sistema actual de ingreso. Se informa al personal de planta, personal de consultas, personal de admisión y facultativos.
Puesta en marcha del nuevo sistema de ingreso.
Registro de incidencias
Evaluación de la puesta en marcha y propuesta de modificaciones tras un mes de funcionamiento

INDICADORES
Estancia media
Número de pacientes que ingresan el día de la cirugía programada

DURACIÓN
Se ha realizado la propuesta de circuito.
Se ha comenzado su implantación en este mes.
Evaluación de la implementación inicial en mayo 2017
Modificaciones del circuito de ingreso de los pacientes Mayo 2017
Aplicación definitiva.
Evaluación de resultados: diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1392

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS JOSE FRAILE RODRIGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LEACHE PUEYO JAIME
GIL PARAISO PEDRO
LLORENTE ARENAS EVA
GUALLAR LARPA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Acción/es Desarrollo de la ficha con datos clínicos de petición de Videonistagmografía, Jesús Fraile, Febrero- Marzo 2017
2. Divulgación e implantación de la ficha, Jesús Fraile, Jaime Leache, Pedro Gil, Eva Llorente, Abril – Mayo 2017
3. Evaluación de la implementación de la Ficha Jesús Fraile, Jaime Leache, Pedro Gil, Eva Llorente, Mayo 2017
4. Modificaciones a la ficha Jesús Fraile, María Guallar Junio 2017
5. Evaluación de resultados Jesús Fraile, Jaime Leache, Pedro Gil, Eva Llorente, María Guallar, Diciembre 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Febrero 2017: Desarrollo de la ficha de petición de Videonistagmografía
2. Situación inicial:
-Diciembre 2016: Número de pacientes en lista de espera de realización de Videonistagmografía: 211 pacientes
-Diciembre de 2016 Demora en la realización de Videonistagmografía: 8 meses
3. Marzo 2017: Divulgación e implantación de la ficha de petición de Videonistagmografía: incluyendo charlas presenciales y envío de una carta explicativa a cada ambulatorio y a cada Hospital del área de referencia
4. Abril 2017 Puesta en marcha y obligatoriedad de relleno de la ficha
5. Mayo 2017 Evaluación de la implementación de la ficha: 98% sin grandes problemas
6. Mayo 2017 No se hacen modificaciones sobre la ficha
Junio de 2017
7. Se realiza por parte del Hospital la compra de un aparato de Video Test de Impulso Cefálico (vHIT. Video Head Impulse TEST) que facilita, completa y hace más rápida la realización de las pruebas vestibulares.
8. Septiembre 2017 Primera evaluación de la situación:
-Número de pacientes en lista de espera de realización de Videonistagmografía: 79 pacientes
-Demora en la realización de Videonistagmografía: 4,5 meses
9. Diciembre 2017 Ultima Evaluación de la situación final:
-Número de pacientes en lista de espera de realización de Videonistagmografía: 38 pacientes
- Demora en la realización de Videonistagmografía: 1,5 a 2 meses

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos muy satisfechos con lo conseguido por lo que supone de mejora para los pacientes con problemas de equilibrio.
Ha sido definitivo aparte del desarrollo de la ficha de datos clínicos, la compra por parte del Hospital del aparato de Video Test de Impulso Cefálico (Video Head Impulse Test, vHIT) que hace las exploraciones más rápidas y proporciona más datos clínicos.
Además del evidente acortamiento de los plazos de espera, creemos que hemos mejorado los informes de la situación vestibular al contar con mejores datos clínicos y con el vHIT que aporta más datos para la valoración vestibular.

7. OBSERVACIONES.
La continuación natural del proyecto de mejora es definir mucho mejor las indicaciones solo de Videonistagmografía y prueba calórica (que existen todavía) y de vHIT, para realizar en días diferenciados Videonistagmografías y vHIT y mejorar todavía más la información obtenida.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1392 ========== ***

Nº de registro: 1392

Título
PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DE TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1392

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

Autores:
FRAILE RODRIGO JESUS, LEACHE PUEYO JAIME, GIL PARAISO PEDRO, LLORENTE ARENAS EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace tiempo la Videonistagmografía ha constituido la prueba fundamental para el diagnóstico etiológico de los problemas que provocan Vértigo Periférico. Hace un tiempo se describieron y se comercializaron otro tipo de pruebas que vienen a reemplazar en muchos casos la realización de una videonistagmografía, como se trata del Video Test de Impulso Cefálico (Video Head Impulse Test -vHIT) que son más rápidas y menos agresivas, pero de las que no disponemos en el Hospital Miguel Servet.
Se ha producido un incremento progresivo de las solicitudes en los últimos años que este último año ha sido exponencial.
A todo ello debemos añadir que actualmente las pruebas diagnósticas para esta patología existentes en el HUMS son las únicas funcionantes y disponibles en toda la comunidad autónoma aragonesa.
Pretendemos con este proyecto mejorar el diagnóstico de los pacientes con síndrome vertiginoso, racionalizando la petición de las pruebas incluyendo un cuestionario clínico que mejora la orientación y permite aportar más en el informe del resultado de la prueba

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GLOBAL: Mejorar la atención en pacientes con síndrome vertiginoso
Objetivos específicos:
Diseño de un cuestionario de solicitud de VNG
Reducción del tiempo de demora para realizar VNG

MÉTODO
Procedimiento para la selección de las indicaciones, aumentando la calidad de la información necesaria para la interpretación de los resultados.
Realización de la nueva solicitud de videonistamografía
Difusión por los Servicios de ORL de los Centros y Hospitales de la comunidad explicando los cambios y el protocolo diagnóstico de estos pacientes en la nueva situación

INDICADORES
Realización de la nueva solicitud de videonistamografía
Tiempo de demora en realizar una prueba vestibular:

DURACIÓN
Se ha realizado la propuesta de diseño de impreso de solicitud.
Divulgación e implantación: abril y mayo 2017
Evaluación de la implementación en mayo 2017
Modificaciones junio 2017
Aplicación definitiva.
Evaluación de resultados: diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1392

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA, ACTUALIZACION Y DISMINUCION DEL TIEMPO DE DEMORA EN LA REALIZACION DE PRUEBAS VESTIBULARES (VIDEONISTAGMOGRAFIA) EN LOS PACIENTES CON SINDROME VERTIGINOSO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1395

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS REALIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... EUGENIO ANDRES VICENTE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN SAMPERIZ LUIS
GUALLAR LARPA MARIA
LLORENTE ARENAS EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dar a conocer a los diferentes miembros del servicio y, sobre todo, a los otorrinolaringólogos del resto de Aragón nuestro proyecto (septiembre 2.017).
Crear un nuevo modelo de registro con muchas imágenes y muy poco texto, que permite una interpretación rápida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
40 pacientes con informe adecuado / 41 pacientes explorados en el espacio "audionautas": 97´5% cumplimiento el primer año (26-XII-17).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desarrollo incompleto del espacio audionautas por falta de acondicionamiento del despacho (lleva casi 2 años esperando). Esto puede dificultar el cumplimiento definitivo del proyecto, ya que precisamos un amueblamiento del que ahora carecemos (mesa, sillas, teléfono, ordenador, impresora, etc).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1395 ========== ***

Nº de registro: 1395

Título
CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS RELIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"

Autores:
VICENTE GONZALEZ EUGENIO, CARMEN SAMPERIZ LUIS, GUALLAR LARPA MARIA, LLORENTE ARENAS EVA, LLANO ESPINOSA MARIA, VIVES ROCOMA EMILIO, REBOLLEDO BERNAD LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con la creación del espacio "audionautas" y la dotación con diverso material del mismo, podemos efectuar diversas pruebas de audición con diferentes grados de complejidad, que antes era imposible realizar en el HUMS. Es necesario documentar adecuadamente la realización de las pruebas de audiología infantil

RESULTADOS ESPERADOS
La creación de un nuevo modelo de registro, nos permitirá recoger en una sola hoja toda la información de las diferentes pruebas audiológicas practicadas.

MÉTODO
Antes no disponíamos del equipamiento necesario, en consecuencia, no podíamos hacer pruebas audiológicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1395

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO PARA LAS PRUEBAS AUDIOLOGICAS REALIZADAS A NIÑOS EN EL ESPACIO "AUDIONAUTAS"

completas; este modelo de documentación de pruebas audiológicas será de nueva implantación en el HUMS.
Se va a diseñar de una manera muy sencilla, con muchas imágenes y muy poco texto. Así podrá ser rápidamente valorado por los especialistas que nos remiten a los pacientes, que al ser centro regional, son de múltiples centros hospitalarios (si bien, la mayoría de los niños se controlan en el Hospital Infantil).
Dar a conocer a los diferentes miembros del servicio y, sobre todo, a los otorrinolaringólogos del resto de Aragón nuesto proyecto. Intentaremos consensuarlo con ellos.

INDICADORES
Número de pacientes que salen del espacio "audionauta" con el informe adecuado/ número de pacientes a los que realizamos las pruebas: >70% desde su puesta en marcha.

DURACIÓN
Tener su diseño entre 1-VII-17 y el 30-IX-17 y comenzar su uso continuado tras ello.
Evaluación de resultados: diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1396

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FELIX DE MIGUEL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADIEGO LEZA ISABEL
EL UALI ABEIDA MAHFOUD
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO
SEVIL NAVARRO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Divulgación entre los profesionales de los protocolos actualizados de tratamiento del carcinoma de cabeza y cuello.
-Todos los jueves laborables del año se reúne el Comité de tumores de Cabeza y Cuello a las 8 horas.
-Se presentan todos los pacientes con cáncer de laringe y faringe diagnosticados durante la semana, con su historia clínica, el diagnóstico patológico (AP), Diagnóstico de extensión (Exploración y TC).
-A cada paciente se le indica el tratamiento adecuado, según el nuevo protocolo y de acuerdo a su localización, clasificación TNM y características personales del paciente. Se consigna en la historia.
- A continuación se registran todos los pacientes presentados en la base de datos incluida en HP-Doctor por el Servicio de Informática. Deben quedar registrados los siguientes tratamientos que puedan precisar los pacientes, según la evolución que presenten a lo largo del seguimiento, durante 5 años
- Al cerrar la base de datos se genera un informe que queda colgado en la historia de intranet del paciente, en “otros informes”, donde conste la filiación del paciente, las características del tumor (localización, extensión, TNM, AP) y el tratamiento que se ha decidido en el comité de tumores de C y C, de acuerdo a los nuevos protocolos
- El seguimiento de los pacientes se realizará al menos durante 5 años, o más tiempo si los pacientes presentan recidiva durante el seguimiento; o hasta el fallecimiento del paciente.
-La acción se repetirá en cada paciente cuando exista algún cambio en su evolución y precise nuevo tratamiento, durante los 5 años siguientes al último tratamiento realizado (tiempo de seguimiento).
- Trascurridos los 5 años de seguimiento, si no ha habido recidivas, el paciente se registrará como vivo y libre de enfermedad generando el consiguiente informe.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante los meses de 1 de abril a 27 de noviembre de 2017 se han presentado en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, para decidir su tratamiento y/o la solicitud de pruebas complementarias diagnósticas de acuerdo a los protocolos establecidos, los siguientes casos Clínicos:

LOCALIZACIÓN	Nº DE CASOS CLINICOS	% PRESENTADOS CTCC
Ca DE LARINGE	85	100%
Ca DE OROFARINGE	24	100%
Ca DE HIPOFARINGE	13	100%
Ca DE CAVUM	5	100%
METASTASIS CLES	10	100%
OTROS	9	100%

TODOS LOS CASO CLINICOS DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO VISTOS EN LA SECCIÓN FUERON PRESENTADOS Y DEBATIDOS EN EL COMITÉ DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO.

EN LOS ÚLTIMOS MESES TODOS LOS CASO CLÍNICOS PRESNTADOS SON INCLUIDOS EN LA BASE DE DATOS DEL SERVICIO, EN EL PROGRAMA hpdoctor, GENERANDO UN PEQUEÑO INFORME EN INTRANET EN LA PESTAÑA “otros informes”

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Colaboración y aceptación (excelente) del proceso asistencial por parte de los FEAs de los Servicios participantes en el Comité.
-La revisión de los casos clínicos aporta una mayor calidad asistencial en el manejo de estos pacientes oncológicos.
-Los objetivos se han alcanzado al 100%
-Ha costado un poco más el conseguir la introducción de los pacientes en la base de datos de programa "hpdoctor".
-Se ha conseguido implementar que estas actividades sean habituales y obligadas con lo que se garantiza su continuidad.

7. OBSERVACIONES.
En Diciembre de 20016 se actualizaron los protocolos de diagnóstico y tratamiento de los tumores de Cabeza y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1396

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

Cuello. Participaron todos los Servicios que forman parte del Comité de Tumores de Cabeza y Cuello. Dichos protocolos se han colgado en la página de calidad de intranet/ subcomité de tumores de cabeza y cuello. Estos protocolos se deben revisar a los 3 años.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1396 ========== ***

Nº de registro: 1396

Título
APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

Autores:
DE MIGUEL GARCIA FELIX, ADIEGO LEZA ISABEL, EL UALI ABENIA MAHFOUD, MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, SEVIL NAVARRO JORGE, LLANO ESPINOSA MARIA, VIVES ROCOMA EMILIO, REBOLLEDO BERNAD LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante el último trimestre del año 2016, a través del Comité de tumores de cabeza y cuello, se realizó la revisión y actualización de los protocolos de tratamiento del cáncer de laringe y faringe.

Procede, por tanto, garantizar la aplicación de los protocolos más actualizados en el tratamiento de los carcinomas faringolaríngeos.

RESULTADOS ESPERADOS
-El 100% de los pacientes con cáncer de faringe y laringe deben ser presentados en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello.
-Más del 95% de los pacientes presentados deben de ser registrados en la base de datos de HP Doctor.
- Más del 95% de los casos deben haber generado un informe en intranet, en la ventana otros informes, donde se recoja cada tratmiento aplicado y las carcterísticas de cada caso.

MÉTODO
Aplicar los protocolos revisados.
Tener un registro de los mismos.
- Divulgación entre los profesionales de los protocolos actualizados de tratamiento del carcinoma de cabeza y cuello.
-Todos los jueves laborables del año se reunirá el Comité de tumores de Cabeza y Cuello a las 8 horas.
-Se presentarán todos los pacientes con cáncer de laringe y faringe diagnosticados durante la semana, con su historia clínica, el diagnóstco patológico (AP), Diagnóstico de extensión (Exploración y TC).
-A cada paciente se le indicará el tratamiento adecuado, según el nuevo protocolo y de acuerdo a su localización, clasificación TNM y carcterísticas personales del paciente. Se consignará en la historia.
- A continuación se registrarán todos los pacientes presentados en la base de datos incluida en HP-Doctor por el Servicio de Informática. Deben quedar registrados los siguientes tratamientos que puedan recibir los pacientes, según la evolución que presenten a lo largo del seguimiento, durante 5 años
- Al cerrar la base de datos se generará un informe que quedará colgado en la historia de intranet del paciente, en “otros informes”, donde conste la filiación del paciente, las carcterísticas del tumor (localización, extensión, TNM, AP) y el tratamiento que se ha decidido en el comité de tumores de Cy C, de acuerdo a los nuevos protocolos
- El seguimiento de los pacientes se realizará al menos durante 5 años, o más tiempo si los pacientes presentan recidiva durante el seguimiento; o hasta el fallecimiento del paciente.
-La acción se repetirá en cada paciente cuando exista algún cambio en su evolución y precise nuevo tratamiento, durante los 5 años siguientes al último tratamiento realizado (tiempo de seguimiento).
- Trascurridos los 5 años de seguimiento, si no ha habido recidivas, el paciente se registrará como vivo y libre de enfermedad generando el consiguiente informe.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1396

1. TÍTULO

APLICACION DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CANCER DE LARINGE Y FARINGE

INDICADORES
% de los pacientes con cáncer de faringe y laringe deben ser presentados en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello.
% de los pacientes presentados deben de ser registrados en la base de datos
% de los casos deben haber generado un informe en intranet

DURACIÓN
Divulgación entre los profesionales de los protocolos en el mes de mayo.
Inicio de las actividades descritas en junio de 2017.
Evaluación al final del año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0796

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONESPOSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER RIVARES ESTEBAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ LIESA RAFAEL
PEREZ DELGADO LAURA
TERRE FALCON RAMON
URPEGUI GARCIA ANGEL
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este período y tras realizar varias reuniones entre todos los componentes del proyecto, hemos actualizado todos los informes de alta que corresponden a nuestra sección. La actualización ha supuesto la elaboración de nuevos informes no existentes hasta este momento. Así mismo hemos añadido a dichos informes una serie de recomendaciones postoperatorias específicas en cada proceso quirúrgico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como consecuencia de este trabajo, de tener 4 informes de alta sobre la patología de nuestra sección, hemos pasado a disponer de 13, 9 de ellos completamente nuevos. Esto nos permite elegir más apropiadamente el informe, centrándonos con mayor precisión en la descripción quirúrgica y en el tratamiento a seguir. Como decía anteriormente, hemos incluído al final del mismo una serie de recomendaciones postoperatorias que no constaban en los antiguos informes de alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a este trabajo tenemos mejor cubiertas las necesidades en cuanto a disponer de unos informes de alta más específicos y concretos, que se adaptan perfectamente a lo realizado en la cirugía. Los informes anteriores eran muy genéricos y quedaban cortos en cuanto a la clarificación de la patología y del tratamiento elegido, elemento esencial sobre todo si es leído por algún profesional ajeno a nuestro grupo de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/796 ========== ***

Nº de registro: 0796

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER, FERNANDEZ LIESA RAFAEL, PEREZ DELGADO LAURA, TERRE FALCON RAMON, URPEGUI GARCIA ANGEL, LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología relacionada con fosas nasales, senos paranasales, rinofaringe, hipófisis y base de cráneo.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo por la incorporación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0796

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONESPOSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE RINOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET

nuevas técnicas quirúrgicas en nuestra cartera de servicios y dado que tienen más de diez años de antigüedad.
Así mismo se pretende redactar nuevas pautas de recomendaciones al alta, enfocadas al bienestar y a la pronta recuperación de los pacientes operados.
Con el avance en las técnicas endoscópicas y rinoplásticas se requiere la descripción de nuevos procedimientos, dato importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener disponibles unos nuevos informes de alta del paciente ingresado o intervenido.
Disponer de unas pautas postquirúrgicas a seguir acordes con la realidad quirúrgica actual de nuestra sección de Rinología, que ha incorporado algunas técnicas quirúrgicas.
El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de Rinología de nuestro hospital.

MÉTODO
En breve convocaremos una reunión para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta y recomendaciones entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

INDICADORES
Los indicadores que queremos valorar serán:
Número de informes de alta modificados.
Número de nuevos informes de alta diseñados.
Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presntados.
Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados.

Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periodo de tiempo un 50% de actualizaciones.

DURACIÓN
Primera reunión de los componentes de la sección: 31 de Mayo: Presentación de objetivos y reparto del trabajo entre los componentes de la sección.
Segunda reunión: últimos días de Junio, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados.
Tercera reunión: últimos días de Octubre, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados
Última reunión: últimos días de Noviembre, pendiente de fijar fecha: Discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los documentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

OBSERVACIONES
Se solicitará la colaboración del Servicio de Informática para la implementación de los documentos

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0811

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL HUMS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE SEVIL NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE MIGUEL GARCIA FELIX
EL UAILI ABEIDA MAHFOUD
ADIEGO LEZA ISABEL
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO
CORTIZO VAZQUEZ ELOY
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión inicial para determinar tareas personales, el calendario a seguir, busqueda bibliográfica.
Reuniones de evaluación y control con exposición del trabajo realizado por cada miembro.
Reunión final para determinar resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han revisado todas las plantillas de informes de alta correspondientes a procesos relacionados con la Sección.(100%)
Se han actualizado todas.
Se han creado tres nuevas plantillas:
-Protesis fonatoria
-Cierre de traqueostoma
-Cirugia del faringostoma
Se han revisado las hojas de información de cuidados per y postoperatorios que se dan a los pacientes. (100%). No ha sido precisa su actualización

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades realizadas han ido dirigidas a mejorar la información al paciente de forma que se creen protocolos de tratamiento que eviten la variabilidad mejorando la Seguridad del paciente y la Calidad Asistencial del Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/811 ========== ***

Nº de registro: 0811

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DEL H.U. MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

Autores:
SEVIL NAVARRO JORGE, DE MIGUEL GARCIA FELIX, EL UALI ABEIDA MAHFOUD, ADIEGO LEZA ISABEL, MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología congénita, infecciosa, funcional o tumoral que afecte a Vías Aerodigestivas superiores
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0811

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE INFORMES DE ALTA Y RECOMENDACIONES AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS EN LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO DEL HUMS

La introducción de nuevas técnicas diagnósticas y quirúrgicas en nuestro medio, hacen necesario la revisión de las plantillas de alta existentes en nuestra sección, asi como de las hojas informativas de cuidados postoperatorios del paciente intervenido.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la Calidad Asistencial.
Mejora de la Información del paciente.
Mejora en la Creación de Protocolos de Tratamiento
Mejora en la Seguridad del Paciente.
Disminución de la Variabilidad en el Seguimiento postquirúrgico.

MÉTODO
1- Reunión de la Sección para determinar el trabajo a realizar, distribuir a cada miembro los procesos a evaluar, busqueda de bibliografía y determinar reuniones a realizar.
2- Reuniones mensuales de evaluación del trabajo.
3- Reunión final para valorar resultados.
4- Puesta en contacto con el Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente.

INDICADORES
Número de informe de alta actualizados y rediseñados
Número de documentos de información al paciente creados.
Porcentaje de altas actualizadas de la Sección de Cabeza y Cuello

Se considerará alcanzao el objetivo si:
Plantillas de Alta evaluadas (Valor a alcanzar: > 50%)
Hojas de Información evaluadas (Valor a alcanzar: > 50%)

DURACIÓN
1- Reunión de la Sección para determinar el trabajo a realizar, distribuir a cada miembro los procesos a evaluar, busqueda de bibliografía y determinar reuniones a realizar. (junio 2018)
2- Reuniones quincenales/mensuales de evaluación del trabajo.
3- Reunión final para valorar resultados. (octubre 2018)
4- Puesta en contacto con el Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente. (octubre-noviembre 2018)

OBSERVACIONES
Nos pondremos en contacto con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático del Hospital de los nuevos informes de alta y documentos de recomendaciones para el paciente.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0887

1. TÍTULO

REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FELIX DE MIGUEL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADIEGO LEZA ISABEL
EL UAILI ABEIDA MAHFOUD
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO
SEVIL NAVARRO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Realización de una ficha de recogida de datos. donde consta la ha de los pacientes, el tipo de tumor, el tratamiento indicado por el Comité de tumores y los tiempos referidos.
-Revisión de las historias clínicas de los pacientes y recogida de datos

-Revisión de los datos recogidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tiempos del circuito de los pacientes
Hemos analizado 30 pacientes, del Servicio de ORL, con cáncer de cabeza y cuello que se han presentado en el Comité te Tumores de Cabeza y cuello (CTCC). Examinamos el tiempo que transcurre para el diagnóstico y el inicio del tratamiento (o tratamientos) de estos pacientes. Definimos, a continuación, los diferentes periodos del circuito de los pacientes desde que son enviados a nuestro servicio y los días de cada periodo.

Tiempo prediagnóstico. (TPD)
Desde que el paciente es enviado del C.M.E, u otro centro, hasta la primera consulta en el hospital.
Rango de 1 a 24 días
Media de 6.5 días

Tiempo de realización de la micro- biopsia (TºMicro-B)
Desde la primera consulta al día que se toma la bopsia
Rango de 0 a 33 días
Media de 14.4 días

Tiempo de Diagnóstico (T Dtco.)
Desde La 1ª Visita ORL hasta tener el Informe A-P y las pruebas complementarias
Rango de 3 a 48 días
Media 19.4 días

Tiempo de TC. (TTC).
Desde que se solicita el TC (1ª Visita) hasta que se realiza.
Rango de 0 a 29 días
Rango 5,5 días

Tiempo del estudio AP (TºAP)
Desde la toma de biopsia hasta el día que se informa por el patólogo.
Rango de 2 a 28 días
Media de 7,7 días

Tiempo de presentación en el CTCC (Tº.CTCC)
Desde el día que se informa la AP al que se presenta en el CTCC.
Rango de 3 a 28 días
Media 7.5 días

Tiempo de consulta de anestesia (TA).
Rango de 2 a 25 días
Media 13.4 días

Tiempo de Tratamiento

Tiempo de Cirugía.
Desde que se presenta en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello y se indica la cirugía, hasta que se realiza la cirugía.
Rango de 5 a 30 días
Media 16 días

Tiempo del comienzo de la quimioterapia (Tº TQT)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0887

1. TÍTULO

REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Desde que se presenta en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello y se indica la quimioterapia, hasta que inicia el tratamiento con quimioterapia.
Rango de 6 a 30.
Media 14.2 días

Tiempo Radioterapia (T RTX).

El tiempo para la simulación, desde que el paciente se presenta en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, varía en un rango de 6 a 120 días y una media de 30.8 días. Pero el tiempo real para iniciar el tratamiento con radioterapia postoperatoria desde el día de la intervención quirúrgica varía en un rango de 62 a 110 días y una media de 82.6 días
Es necesario descomponer el tiempo de radioterapia en otros tiempos para entender el retraso en el tratamiento en los pacientes que se ha indicado:

Hemos examinado los pacientes que precisan radioterapia tras la cirugía. Para ello hemos valorado una muestra, de estos dos últimos meses de 2018, de 5 pacientes elegidos al azar.

Hay que tener en cuenta el tiempo transcurrido desde el día de la intervención, el tiempo de estudio de Anatomía patológica que, a su vez, justifica el tiempo que transcurre hasta el día día de la presentación en el Comité de tumores de Cabeza y Cuello (Tº de CTCC: CON UN RANGO DE 26 A 60 Y UNA MEDIA DE 35.2 DIAS) que es el día que se indica la Radioterapia. El Paciente es citado varios días después en la consulta de radioterapia (Tº de Consulta. RANGO DE 5-22 Y UNA MEDIA DE 9,6 DIAS) y se indica una TC para la simulación que se realiza unos día más tarde(Tº Simulación: RANGO DE 1 -7 Y UNA MEDIA DE 5 DIAS), El Servicio de Física emplea unos días en definir los campos a radiar y las dosis en los mismos (Tº Física: RANGO DE 16-27 Y UNA MEDIA 22 DIAS). Por último, transcurren unos días hasta el inicio real del tratamiento (Tº inicio: RANGO DE 4-35 Y MEDIA DE 20.6 DIAS).
Sumados todos estos tiempos obtenemos el tiempo real de para recibir radioterapia postquirúrgica, que la mayoría de las guías recomiendan que sea de aproximadamente un mes. En nuestro caso, en la muestra realizada, la media de este tiempo es de 82.6 días con un rango de 62 a 110 días

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Los tiempos utilizados para el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico o con quimioterapia de los pacientes son aceptables.
- Son mejorables los tiempos que tarda el Servicio de Anestesia para valorar el preoperatorio y el estudio antomopatológico de las piezas quirúrgicas o de las biopsias. Esto hace que se retrase el tratamiento quirúrgico.
- Es necesario acordar un sistenma de prioridad con los Servicios de Anestesia y Anatomía Patológica para intentar acortar estos tiempos en los pacientes oncológicos
- El tiempo que tardan los pacientes para recibir radioterapia, una vez indicada, excede de lo que recomiendan las ´guías clínicas.
- A través del Comité de Tumores de Cabeza y Cuello y en colaboración con el Servicio de Oncología Radioterapia, estamos implantando nuevas formas de envío y citación de los pacientes para disminuir el tiempo real de inicio de la Radioterapia.
-Pero es la presión asistencial, en relación a los medios de los que dispone el Servicio de Oncología Radioterapia, lo que justifica el tiempo de espera para recibir radioterapia

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/887 ========== ***

Nº de registro: 0887

Título
REVISION DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Autores:
DE MIGUEL GARCIA FELIX, ADIEGO LEZA ISABEL, EL UALI ABEIDA MAHFUD, MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO, SEVIL NAVARRO JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cancer de Cabeza y cuello
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0887

1. TÍTULO

REVISIO DE LOS TIEMPOS DEL CIRCUITO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer de Cabeza y Cuello requiere un tratamiento en el estado más precoz posible. Los pacientes diagnosticados y tratados en estadios tempranos en estadios tempranos tienen una supervivencia libre de enfermedad, a los 5 años, de un 90-95%, frente a un 40-50 % de los tumores más avanzados

Procede, por tanto, garantizar unos tiempos de:
- primeras consultas,
- diagnostico patológico,
- diagnóstico de extensión,
- tratamiento inicial y
- tratamiento complementario,
que no contribuyan a un avance de la enfermedad y empeoramiento del pronóstico de estos pacientes

RESULTADOS ESPERADOS
- Revisar el tiempo de primeras consultas: desde que el paciente es enviado por el ORL del CME, o consulta de MAP hasta que es visto en la consulta del Hospital. Este tiempo debe de ser inferior a 7 días
-Revisar el tiempo diagnóstico: desde que el paciente es visto el primer día, en la consulta del Hospital, hasta tener el diagnostico patológico de la biopsia y las pruebas de imagen (TC, PET-TAC, RM) que se hayan solicitado y se incluye el paciente en la lista de espera quirúrgica o se indica el tratamiento de Radioterapia y/o Quimioterapia en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello. Este tiempo debe ser inferior a 20 días
- Revisar el tiempo de tratamiento: Desde el día que se entra el paciente en el Comité de tumores indicando el tratamiento hasta el día que comienza el tratamiento. Este tiempo debe ser inferior a un mes.

MÉTODO
-Realización de una ficha de recogida de datos. donde conste la ha de los pacientes, el tipo de tumor, el tratamiento indicado por el Comité de tumores y los tiempos referidos.
-Revisión de las historias clínicas de los pacientes y recogida de datos

-Revisión de los datos recogidos
-Valorar en que parte del circuito no se cumplen los tiempos y analizar sus causas, y proponer medidas orientadas a subsanar el retraso.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes con cáncer de faringe y laringe que cumplen los tiempos del circuito.
-Valorar en que parte del circuito no se cumplen los tiempos

DURACIÓN
Divulgación entre los profesionales de la sección el plan asistencial durante el mes mayo 2018
Realización de la ficha de recogida de datos durante el mes de mayo de 2018.
Evaluación al final del año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0920

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JESUS JOSE FRAILE RODRIGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENTE ARENAS EVA MARIA
LEACHE PUEYO JAIME
GIL PARAISO PEDRO
GUALLAR LARPA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 3 reuniones de la sección de ORL OTOLOGIA: en Mayo para presentar el proyecto y repartir los informes de Alta entre los miembros de la sección, la siguiente en Octubre para discutir los informes realizados y añadir los informes de Alta y la última en Noviembre para repasar los informes definitivos.
Los infomes de Alta se han realizado a partir de los ya existentes, actualizándolos a las patologías más frecuentes en nuestro medio (LA OTITIS MEDIA CRÓNICA) y completándolos con los detalles de las técnicas quirúrgicas y los cuidados postoperatorios. Además, se han añadido 4 informes nuevos para al Alta tras la TUBOPLASTIA para canalización de la trompa de Eustaquio, para el Alta tras la colocación de pie de implante osteointegrado, para el alta por CRISIS DE VERTIGO y para el alta tras cirugía del vértigo en general.
También hemos añadido a cada informe de Alta posquirúrgico una hoja de recomendaciones para los pacientes (específica para cada intervención) con los cuidados domiciliarios y cómo actuar ante posibles complicaciones después de la intervención quirúrgica. Esta hoja de recomendaciones no existía previamente y se ha realizado específicamente para este proyecto.
Nos encontramos pendientes de contactar con el Servicio de Informática para incluir los informes en el programa HP Doctor, pero se debe a que desde el Servicio de ORL se van a remitir todos los informes de las distintas secciones actualizados para añadirlos a la vez. A pesar de eso, los hemos implementado en nuestra práctica clínica manualmente, editando los informes y añadiendo las recomendaciones domiciliarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado los informes de Alta de balón tubárico, miringoplastia, timpanoplastia, Crisis vertiginosa, cirugía del vértigo, drenajes transtimpánicos, estapedectomía, implante osteointegrado e inespecífico de otología.
Los indicadores que se señalaron en el proyecto son:
- Número de informes de alta modificados: 8.
- Número de nuevos informes de alta diseñados: 4.
- Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados: 8.
- Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados: 9.

Se han actualizado el 100% de los informes de Alta. Esto va a facilitar la comunicación con lospacientes a la hora de explicar el Alta y, gracias a las recomendaciones al Alta, disminuir su ansiedad sobre el cuidado en casa. En muchas ocasiones les da miedo no recordar todos los detalles de los que se les explica con el informe de Alta y de esta manera están más claros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido un proyecto sencillo y muy útil para la práctica clínica diaria ya que se utilizan todas las semanas. Ha quedado pendiente, como ya se ha mencionado, modificar los informes de Alta que salen en el HP Doctor con el servicio de Informática. Es un proyecto que sería interesante repetir en aprox 5 años para actualizar las técnicas quirúrgicas, la patología más frecuente y las recomendaciones al Alta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/920 ========== ***

Nº de registro: 0920

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0920

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

FRAILE RODRIGO JESUS, LLORENTE ARENAS EVA MARIA, LEACHE PUEYO JAIME, GIL PARAISO PEDRO, GUALLAR LARPA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo con la incorporación de nuevas técnicas quirúrgicas en nuestra cartera de servicios ya que tienen más de una decada de antigüedad.
Así mismo se pretende redactar pautas de recomendaciones al alta por escrito, enfocadas al bienestar y a la pronta recuperación de los pacientes operados.
Con el avance de las técnicas quirúrgicas e incoporación de nuevas cirugías otológicas, se requiere la descripción de estos nuevos procedimientos, dato que es importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener disponibles unos nuevos informes y actualizar los existentes del paciente ingresado o intervenido.
Disponer de unas pautas postquirúrgicas a seguir acordes con la realidad quirúrgica actual de nuestra sección de Otología, que ha incorporado algunas técnicas quirúrgicas.
El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de Otología de nuestro hospital.

MÉTODO
En breve convocaremos una reunión de todos los miembros de la sección para presentar los objetivos a conseguir con este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta y recomendaciones entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con el Servicio de Informática del hospital para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

INDICADORES
Los indicadores que queremos valorar serán:
- número de infomes de alta modificados
- número de nuevos informes de alta diseñados
- número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados
- porcentaje de informes de altas del Sección revisados y actualizados.
Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periódo de tiempo un 50% de actualizaciones.

DURACIÓN
Primera reunión de los componentes de la Sección: 7 de junio: presentación de objetivos y reparto del trabajo entre los miembros de la Sección.
Segunda reunión: últimos días de junio, pendiente de fijar fecha: consenso de las propuestas y discusión de resultados
Tercera reunión: mediados de octubre, pendiente de fijar fecha: discusión de resultados.
última reunión: últimos días de noviembre, pendiente de fijar fechas: discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los docmentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0920

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA Y DE LOS DOCUMENTOS DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS TRAS LA CIRUGIA EN LA SECCION DE OTOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0947

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EUGENIO VICENTE GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUALLAR LARPA MARIA
CARMEN SAMPERIZ LUIS
LLORENTE ARENAS EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 3 reuniones de la sección de ORL infantil: en Mayo para presentar el proyecto y repartir los informes de Alta entre los miembros de la sección, la siguiente en Octubre para discutir los informes realizados y añadir los informes de Alta de la URPA (Unidad de Reanimación Post Anestésica) y la última en Noviembre para repasar los informes definitivos.
Los infomes de Alta se han realizado a partir de los ya existentes, actualizándolos a las patologías más frecuentes en nuestro medio (el síndrome de apnea del sueño) y completándolos con los detalles de las técnicas quirúrgicas y los cuidados postoperatorios. Además, se han añadido 2 informes nuevos para al Alta tras la realización de pruebas funcionales en la URPA como son la fibrolaringoscopia con sedación y los potenciales evocados tronculares con sedación. Estos pacientes no precisan ingreso y son Alta el mismo día de la realización de la prueba.
También hemos añadido a cada informe de Alta posquirúrgico una hoja de recomendaciones para los padres (específica para cada intervención) con los cuidados domiciliarios y cómo actuar ante posibles complicaciones después de la intervención quirúrgica. Esta hoja de recomendaciones no existía previamente y se ha realizado, al igual que los informes de la URPA, específicamente para este proyecto.
Nos encontramos pendientes de contactar con el Servicio de Informática para incluir los informes en el programa HP Doctor, pero se debe a que desde el Servicio de ORL se van a remitir todos los informes de las distintas secciones actualizados para añadirlos a la vez. A pesar de eso, los hemos implementado en nuestra práctica clínica manualmente, editando los informes y añadiendo las recomendaciones domiciliarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado los informes de Alta de adenoidectomía, adenoamigdalectomía con drenajes transtimpánicos, adenoamigdalectomía, adenoidectomía con drenajes transtimpánicos, amigdalectomía, drenajes transtimpánicos, extracción de drenajes transtimpánicos y los informes de URPA de fibroscopia infantil y de hipoacusia infantil (Potenciales Evocados de Troncoencéfalo).
Los indicadores que se señalaron en el proyecto son:
- Número de informes de alta modificados: 7.
- Número de nuevos informes de alta diseñados: 2.
- Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presentados: 7.
- Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados: 9.

Se han actualizado el 100% de los informes de Alta.
Esto va a facilitar la comunicación con los padres a la hora de explicar el Alta del paciente y, gracias a las recomendaciones al Alta, disminuir su ansiedad sobre el cuidado de los niños en casa. En muchas ocasiones a los padres les da miedo no recordar todos los detalles de los que se les explica con el informe de Alta y de esta manera están más claros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido un proyecto sencillo y muy útil para la práctica clínica diaria ya que se utilizan todas las semanas. Ha quedado pendiente, como ya se ha mencionado, modificar los informes de Alta que salen en el HP Doctor con el servicio de Informática. Es un proyecto que sería interesante repetir en aprox 5 años para actualizar las técnicas quirúrgicas, la patología más frecuente y las recomendaciones al Alta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/947 ========== ***

Nº de registro: 0947

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0947

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE ALTA EN LA SECCION DE ORL INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

VICENTE GONZALEZ EUGENIO, GUALLAR LARPA MARIA, CARMEN SAMPERIZ LUIS, LLORENTE ARENAS EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología del oído, nariz, faringe y laringe en pacientes pediátricos.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos detectado que los informes actuales de alta están un poco obsoletos, sobre todo por el cambio en las indicaciones quirúrgicas de adenoamigdalectomía. Actualmente la principal indicación de la misma es la apnea obstructiva del sueño en niños.

Además, con el avance en las técnicas quirúrgicas y sobretodo en el manejo postoperatorio de estos pacientes, se requiere la descripción detallada de la situación preoperatoria del paciente, dato importante para las revisiones posteriores y por otros facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener disponibles unos nuevos informes de alta del paciente ingresado o intervenido.

El proyecto va dirigido a todos los pacientes operados por parte de la sección de ORL infantil de nuestro hospital.

MÉTODO
En breve convocaremos una reunión para presentar los objetivos a conseguir en este proyecto.
Repartir las actualizaciones de alta entre los componentes de la sección.
Reuniones con discusión de los resultados y consenso definitivo de los documentos finales.
Contactar con Servicio de Informática para la incorporación al sistema informático disponible en ORL.
Implementación en la práctica cotidiana.
Análisis de las dificultades u observaciones surgidas tras su implementación.
Aplicación definitiva.

INDICADORES
Los indicadores que queremos valorar serán:
Número de informes de alta modificados.
Número de nuevos informes de alta diseñados.
Número de documentos de recomendaciones para pacientes al alta presntados.
Porcentaje de informes de altas de la Sección revisados y actualizados.
Pretendemos conseguir, como mínimo, en este periodo de tiempo un 50% de actualizaciones.

DURACIÓN
Primera reunión de los componentes de la sección: 31 de Mayo: Presentación de objetivos y reparto del trabajo entre
los componentes de la sección.
Segunda reunión: últimos días de Junio, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados.
Tercera reunión: últimos días de Octubre, pendiente de fijar fecha: Discusión de resultados
Última reunión: últimos días de Noviembre, pendiente de fijar fecha: Discusión y consenso definitivo de los documentos finales.
Una vez terminada esta fase, se contactará con el Servicio de Informática para añadir los documentos a nuestra carpeta de informes de alta y recomendaciones.

OBSERVACIONES
Se solicitará la colaboración del Servicio de Informática para la implementación de los documentos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0016

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... DANIEL PALANCA ARIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADURGA REVILLA PAULA
GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO
DOMINGUEZ CAJAL MERCEDES
GIL HERNANDEZ IRENE
CORELLA AZNAR ELENA
GASTON MOLINA MARIA ISABEL
GUTIERREZ LIZARRAGA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha promovido el uso y la importancia de la ecografía en las UCIPs con exposiciones y material docente al personal de la Unidad mediante la realización de talleres prácticos de simulación con gelatinas/globos con ecógrafo de la Unidad.

Se realizó docencia mediante una presentación en formato PWP
previo al taller en modelo artificial que se comprobó asistencia mediante firmas.

Se ha promovido la participación de Enfermería/Médicos/Residentes mediante la asistencia a Cursos y Congresos sobre Ecografía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Enero de 2017 se ha conseguido que el personal habitual (auxiliares y enfermería) que trabaja en la Unidad localice las estructuras vasculares y usen el ecógrafo conociendo la “nobology” (botones) que son de utilidad de cara al equipo médico cuando precise apoyo.
Se ha fomentado mediante talleres en horario laboral el conocimiento y práctica por parte del personal de Enfermería de UCIP y EIR en canalización ecoguiada de PICC en modelo artificial tras haber recibido taller teórico-práctico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha creado cultura en conocimiento y uso del ecógrafo para animar a los trabajadores a incorporarlo a la práctica diaria así como en ayudar al médico durante la preparación y técnica de accesos vasculares centrales.

No ha sido posible demostrar una habilidad y destreza suficiente durante este tiempo como para poder realizar en algún paciente y bajo supervisión de un médico de la Unidad, canalizar un dispositivo PICC. En parte por la falta de material de estos dispositivos (tamaños según edad pediátrica y escasos casos)

La encuesta de valoración se hizo de forma verbal tras el taller práctico comentando los pros y contras de la nueva tácnica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/16 ========== ***

Nº de registro: 0016

Título
TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

Autores:
PALANCA ARIAS DANIEL, MADURGA REVILLA PAULA, GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO, DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES, GIL HERNANDEZ IRENE, CORELLA AZNAR ELENA, GASTON MOLINA MARIA ISABEL, GUTIERREZ LIZARRAGA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0016

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El acceso venoso es de suma importancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. En especial para pacientes que vayan a precisar catéteres venosos centrales (CVC) de larga duración como: pacientes oncólogicos, que precisen NPT, dispongan de un capital venoso limitado o bien tengan riesgo de insertar un CVC. En otras ocasiones los fármacos utilizados son irritantes, con gran osmolaridad, producen dolor, hipersensibilidad, hiperpigmentación, que puede llevar a una lesión de la vena y/o de la extremidad. Por todo ello, cada vez es más frecuente la la canalización de Catèter Central Inserció Perifèrica también conocidos como (PICC). Dicha técnica consiste en la implantación de un catéter central, partiendo de un acceso periférico, hasta llegar a la vena cava superior, con medidas estrictas de esterilidad. En Mayo 2016 se solicita desde la Enfermería de UCIP material, para disponer de este tipo de catéteres y se contacta con diversas casas comerciales debido a la falta de material. Los dispositivos a emplear (PICC) pueden ser de diversos materiales en función del tiempo de duración de los mismos. Su complejidad es menor a la hora de instaurarlos, siendo más duraderos y con un menor riesgo de infección. A nivel terapéutico, además, se puede aplicar cualquier tipo de medicamento. La canalización de procedimientos ecoguiados tiene un interés creciente no sólo en el ámbito médico sino en enfermería. Tras la reciente experiencia en nuestra Unidad en canalizar CVC mediante ecografía y la difusión cada vez más extensa en las diferentes UCIPs nacionales, se observa la necesidad de instaurar este procedimiento en enfermería por sus beneficios sobre la técnica clásica “a ciegas” y sobre los catéteres centrales en algunos pacientes. Como toda técnica nueva es necesaria una experiencia previa mediante talleres y docencia. Debemos poner todas las posibilidades y novedades tecnológicas que dispongamos en nuestro medio para atender al paciente lo mejor posible con el mínimo sufrimiento. Evitar errores y minimizar el dolor son los beneficios de la ecografía para localizar y acceder con exactitud a las venas, en especial en los pacientes de ingreso de larga duración, oncológicos y en aquellos con dificultades en técnica venosa periférica. Mediante ecografía podemos ver el diámetro, profundidad y dirección de los vasos, obtener una mayor precisión y seguridad. Por otra parte, el uso del ecógrafo por enfermería puede ser de utilidad para otros procedimientos comunes (sondaje vesical, apoyo al aquipo médico, etc)

RESULTADOS ESPERADOS
Proporcionar los conocimientos y habilidades prácticas que permitan a los profesionales que trabajan en la Unidad para llevar a cabo un examen ecográfico básico en la evaluación diagnóstica del paciente crítico pediátrico, que asista su toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Comprender los usos y limitaciones de la ecografía. Implementar la ecografía como herramienta clínica en el manejo del paciente crítico pediátrico. Realizar un estudio anatómico y funcional hemodinámico. Realizar exploración vascular ecográfica y canalización ecoguiada de venas centrales y periféricas centralizadas. Conocimiento y práctica por parte del personal de Enfermería de UCIP y EIR en canalización ecoguiada de PICC en modelo artificial tras haber recibido taller teórico-práctico. Crear cultura en conocimiento y uso del ecógrafo para animar a los trabajadores a incorporarlo a la práctica diaria.

MÉTODO
Promover uso y la importancia de la ecografía en las UCIPs con exposiciones y material docente al personal de la Unidad. Realización de talleres prácticos de simulación con gelatinas/globos con ecógrafo de la Unidad. Promover la participación de Enfermería/Médicos/Residentes mediante la asistencia a Cursos y Congresos sobre Ecografía. El equipo médico y una residente de 4º año se encargarán de fomentar la docencia y talleres coordinados por el responsable del proyecto. Una auxiliar se encargará de la preparación del taller de simulación.

INDICADORES
Evaluación de la actividad docente: a través de encuesta anónima realizada por los alumnos.
Evaluación del alumno: control de asistencia mediante firmas.

DURACIÓN
Promover y desarrollar el uso del ecógrafo durante el año 2016-2017 en nuestra Unidad con sesiones teórico-prácticas trimestrales durante el horario de trabajo si lo permite la carga de trabajo y sino fuera del horario laboral. Taller teórico “Utilidades de la ecografía e introducción a los ultrasonidos. Ecocardio funcional. Ecografía vascular”.
Talleres prácticos: “Exploración vascular. Canalización ecoguiada” (2-4h) y práctico (4-6h): modelo de pavo con clips y gelatina con globos”.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0016

1. TÍTULO

TALLER DE PUNCION VASCULAR Y CANALIZACION DE PICC GUIADA CON ECOGRAFIA EN PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0017

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ARIADNA AYERZA CASAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ RAMON MARTA
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Identificación de población susceptible de mejora (pacientes pediátricos remitidos para estudio cardiológico desde Atencion Primaria y diagnosticados de soplo inocente).
- Elaboración de hoja de recomendaciones estandarizada realizada con la colaboración y el consenso de todo el equipo de mejora.
- Difusión de este nuevo proyecto de mejora de calidad entre todo el personal que atiende a los pacientes seleccionados para reforzar en lo posible la información a estos pacientes.
- Difusión de hoja de recomendaciones entre las personas implicadas en su entrega.
- Creación de carpeta de documentos en los dispositivos informáticos que se utilizan habitualmente (ordenadores de las diferentes consultas) para tener disponible el documento y ser entregado con facilidad por el personal.
- Impresión de hojas de recomendaciones.
- Entrega de la nueva hoja de recomendaciones elaborada a todos los niños diagnosticados de soplo inocente desde Enero 2017, tras explicar de forma verbal toda la información acerca del diagnóstico y pasos a seguir.
- Seguimiento de los pacientes para ver los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Enero de 2017 se ha comenzado a entregar la nueva hoja de recomendaciones que se ha elaborado y que incluye información general para pacientes pediátricos remitidos para estudio cardiológico y diagnosticados de soplo inocente. Se han atendido 1961 primeras visitas de Atención Primaria, con diagnóstico de soplo inocente en aproximadamente el 60% (unos 1176 pacientes candidatos a la entrega de la hoja)

Se ha entregado la información a prácticamente todos los pacientes atendidos que han cumplido dichas características.

En ningún caso, los padres han precisado contactar o ser de nuevo evaluados por dudas acerca del diagnóstico de los pacientes.

INDICADORES

- Entrega de hoja de recomendaciones a padres/tutores de pacientes pediátricos enviados para valoración cardiológica y diagnosticados de soplo inocente, aproximadamente 1058 (90%)
- Comprobar si se han producido consultas por dudas acerca del diagnostico de estos pacientes tras entrega de la hoja de recomendaciones (0 casos) (100%)
- Detección de problemas o dudas que han surgido en el ámbito extrahospitalario tras la visita (0 casos) 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo valora de forma muy positiva la inclusión de una hoja de recomendaciones en una patología banal de alta prevalencia en la consulta de Cardiología Pediátrica como es el soplo inocente. Este diagnóstico genera una elevada preocupación inicial en los padres del paciente, por lo que es preciso dejar clara la información acerca de este proceso, ya que es benigno y no precisa nuevas reevaluaciones.
El hecho de entregar la información por escrito tras darla verbalmente, hace que se unifique la información entre los diferentes facultativos y genera una mayor tranquilidad al alta en los familiares.
Se trata de un proyecto sostenible que se puede seguir llevando a cabo en la consulta sin implicar un mayor tiempo de atención ni un coste adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/17 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0017

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Nº de registro: 0017

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Autores:
AYERZA CASAS ARIADNA, LOPEZ RAMON MARTA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO, PALANCA ARIAS DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los soplos cardiacos suponen un importante elemento diagnóstico para detectar la presencia de un defecto del corazón. Los soplos llamados inocentes o no patológicos se encuentran en un gran porcentaje de niños a lo largo de la edad pediátrica (50-96%). El diagnóstico erróneo de un soplo normal como patológico puede provocar efectos adversos psicológicos tanto en la familia como en el niño, con gran ansiedad familiar que aumenta el número de reconsultas. Por el contrario, no identificar el soplo patológico puede retrasar una intervención o tratamiento que sea vital para el paciente.
Dado que el soplo es fácil de auscultar con el fonendoscopio en la consultas de Atención Primaria y que la ecocardiografía es una técnica con elevada inocuidad, disponibilidad y resultados inmediatos, el soplo cardiaco constituye el primer motivo de derivación a la consulta de Cardiología Pediátrica.
Actualmente en nuestro hospital se atienden unas 1500-2000 primeras visitas anuales en la consulta de Cardiología Pediátrica, en la gran mayoría, el motivo de derivación es la auscultación de un soplo cardiaco. En los últimos años se ha creado una consulta de Alta Resolución que incluye: anamnesis, exploración física, realización de electrocardiograma y ecocardiograma, así como un informe al paciente y/o sus familiares con el resultado de las pruebas realizadas y el diagnóstico final, por lo que los pacientes que son derivados por soplo y se diagnostican de Soplo inocente son dados de alta con todas las pruebas complementarias realizadas en la primera y teóricamente única visita. Aunque se informa verbalmente a todos los padres y pacientes del carácter benigno del soplo cardiaco, sigue siendo un diagnóstico que genera gran ansiedad familiar. Además, dada la amplia cantidad de información que se aporta puede hacer que surjan dudas que hace que aumenten las reconsultas tanto en Atención Primaria como en la consulta de Cardiología Pediátrica. Por otra parte, el hecho de que los pacientes que llegan a consulta sean atendidos por diferentes profesionales, hace que la información aportada no siempre sea completamente homogénea.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aportar información suficiente para que los pacientes y/o sus familiares entiendan en qué consiste un soplo inocente.
- Proporcionar una información que sea excelente y uniforme acerca de la evolución del soplo inocente y de todas aquellas modificaciones que puedan aparecer en el transcurso del tiempo.
-Incrementar la seguridad en estos pacientes y/o sus familiares para poder dar el alta definitiva tras el estudio cardiológico.
- Con todo lo anterior se pretende disminuir el número de reconsultas que surgen por dudas y ansiedad familiar ante el diagnóstico de soplo inocente.

MÉTODO
Elaborar una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes pediátricos derivados para estudio por soplo, que son atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica y que son diagnosticados de soplo inocente, que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya una explicación fácil de entender, modificaciones que pueden aparecer en el transcurso del tiempo y resolución de dudas habituales.
Se realizará con la colaboración y el consenso de todos los miembros del Equipo de Mejora para garantizar una información detallada y uniforme al paciente y/o representante legal y se entregará junto con el informe de alta de consultas externas y siempre tras la información verbal y la resolución de dudas que pudiesen surgir. Se difundirá esta hoja informativa a los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0017

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O SUS FAMILIARES, DIAGNOSTICADOS DE SOPLO INOCENTE EN LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:?
- Revisión de las historias clínicas de los niños atendidos por soplo cardiaco en la consulta de cardiología pediátrica y diagnosticados de soplo inocente desde la implantación de este proyecto para comprobar que consta que se entrega la hoja de recomendaciones tras el alta de la misma.
- ?Comprobar que no se han producido consultas para resolución de dudas ante el diagnóstico de soplo inocente y que no se han reenviado pacientes por el mismo motivo desde las consultas de Atención Primaria tras la implantación del proyecto.

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración de un año para realizar en primer lugar la elaboración de los nuevos documentos de recomendaciones y en segundo lugar su difusión a la población susceptible.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0067

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA LOPEZ RAMON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYERZA CASAS ARIADNA
PALANCA ARIAS,DANIEL
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las siguientes actividades:
- Identificación de población susceptible de mejora: pacientes pediátricos valorados en la consulta de Cardiología Pediátrica a los que se les solicita una prueba de esfuerzo.
- Elaboración de una hoja de recomendaciones estandarizada realizada con la colaboración y el consenso de todo el equipo de mejora.
- Difusión de este nuevo proyecto de mejora de calidad entre todo el personal que atiende a los pacientes seleccionados para reforzar en lo posible la información a estos pacientes.
- Difusión de hoja de recomendaciones entre las personas implicadas en su entrega.
- Creación de carpeta de documentos en los dispositivos informáticos que se utilizan habitualmente (ordenadores de las diferentes consultas) para tener disponible el documento y ser entregado con facilidad por el personal.
- Impresión de hojas de recomendaciones.
- Entrega de la nueva hoja de recomendaciones elaborada a todos los pacientes a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo desde Enero 2017, tras explicar de forma verbal toda la información acerca de la prueba, dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría
- Seguimiento de los pacientes para ver los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Enero de 2017 se ha comenzado a entregar la nueva hoja de recomendaciones que se ha elaborado que aporta la información necesaria para que los pacientes y familiares entiendan en qué consiste la prueba a la que van a ser sometidos y acudan en condiciones apropiadas para la realización de la misma.
Se ha entregado la información a todos los pacientes a los que se les ha realizado una prueba de esfuerzo durante el año 2017, que han sido 31 pacientes.

En ningún caso, los padres han precisado contactar por dudas acerca de la realización de la prueba ni se han producido demoras debidas a la no localización de la sala de ergometría por parte de pacientes y familiares

EVALUACION DE INDICADORES

- Entrega de hoja de recomendaciones a padres/tutores de pacientes pediátricos a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo: 100%
- Comprobar que no se han producido faltas de asistencia secundarias a una información deficitaria desde el inicio del proyecto (0 casos) (100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo valora de forma muy positiva la inclusión de una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo o ergometría que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya información del procedimiento, dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría. El hecho de entregar la información por escrito tras darla verbalmente, hace que se unifique la información entre los diferentes facultativos y no dé lugar a dudas a los familiares, también evita la demoras debidas a la no localización de la sala de ergometría
Se trata de un proyecto sostenible que se puede seguir llevando a cabo en la consulta sin implicar un mayor tiempo de atención ni un coste adicional.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0067

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/67 ================================== ***

Nº de registro: 0067

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

Autores:
LOPEZ RAMON MARTA, AYERZA CASAS ARIADNA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO, PLANCA ARIAS DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La ergometría, también conocida como prueba de esfuerzo, es una prueba diagnóstica muy utilizada en Cardiología. Consiste en la realización de ejercicio físico en tapiz rodante mientras se monitoriza el ritmo del corazón y la presión arterial. En Cardiología Pediátrica esta prueba aporta información de la capacidad funcional, evalúa signos o síntomas inducidos por el esfuerzo y la aparición de arritmias o de isquemia.
Es una prueba donde la colaboración del paciente es fundamental por lo que es muy importante explicar al niño y familiares en qué consiste la prueba (monitorización necesaria, tipo de ejercicio, duración aproximada…). Además, previo a la realización de la prueba es importante dar la información necesaria al paciente y/o familiares relativa a la dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría. Esta información que se realiza actualmente de forma oral y por distintos profesionales debería de ser completa y uniforme.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aportar la información necesaria para que los pacientes y familiares entiendan en qué consiste la prueba a la que van a ser sometidos y acudan en condiciones apropiadas para la realización de la misma.
- Proporcionar una información clara y uniforme.
- Reducir la ansiedad del paciente y familiares ante la realización de una prueba desconocida que requiere colaboración por parte del paciente.
- Evitar demoras debidas a la no localización de la sala de ergometría por parte de pacientes y familiares.

MÉTODO
Elaborar una hoja de recomendaciones estandarizada para pacientes atendidos en la consulta de Cardiología Pediátrica a los que se les va a realizar una prueba de esfuerzo o ergometría que refuerce la información oral facilitada en la consulta, y que incluya información del procedimiento, dieta, ropa necesaria y localización de la sala de ergometría.
Se realizará con la colaboración y el consenso de todos los miembros del Equipo de Mejora para garantizar una información detallada y uniforme al paciente y/o representante legal y siempre tras la información verbal y la resolución de dudas que pudiesen surgir. Se difundirá esta hoja informativa a los profesionales implicados en el cuidado de estos pacientes.

INDICADORES
- Revisión de las historias clínicas de los pacientes a los que se les ha solicitado una ergometría desde el inicio del proyecto y comprobar que consta la entrega de la hoja informativa.
- Comprobar que no se han producido faltas de asistencia secundarias a una información deficitaria desde el inicio del proyecto.

DURACIÓN
El proyecto tendrá una duración de un año para realizar en primer lugar la elaboración de los nuevos documentos de información y recomendaciones y en segundo lugar su difusión a la población susceptible.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0067

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA ERGOMETRIA O PRUEBA DE ESFUERZO EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE HOJA INFORMATIVA Y DE RECOMENDACIONES

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0167

1. TÍTULO

CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA FERRER LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO
LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En marzo de 2016 se puso en marcha la consulta para pacientes oncológicos con secuelas endocrinológicas, un miércoles de cada mes en horario de 10 a 13 hs.
Previamente se realizaron los protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas más frecuentes en estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entre marzo de 2016 y Enero de 2017 se han realizado 190 consultas, 21 nuevas
169 sucesivas
Indice sucesivas/primeras. 8

Las patologías más frecuentes han sido tumores del SNC con déficits hormonales (generalmente panhipopituitarismos) seguidos de leucemias/linfomas.

Disminución del número de consultas al hospital de estos pacientes ya que se hace coincidir el día de la visita con la cita de oncopediatría.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de la unidad respecto a la puesta en marcha de esta consulta es muy positiva. Se atiende a pacientes con patologías complejas que requieren alto grado de especialización y mayor tiempo de consulta.
La satisfacción de los pacientes es mayor (pendiente encuesta) pues se hace coincidir la visita con una de las citas programadas en oncopediatría de manera que disminuyen las visitas al hospital.
Mejora de la comunicación con la unidad de oncopediatría al estar citados el mismo día.

7. OBSERVACIONES.
Pendiente de evaluar la actividad de la consulta por patologías

*** ========== Resumen del proyecto 2016/167 ========== ***

Nº de registro: 0167

Título
CONSULTA ESPECIALIDADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

Autores:
FERRER LOZANO MARTA, DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, MUÑOZ MELLADO ASCENSION, RODRIGUEZ VIGIL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes oncológicos presentan un elevado índice de secuelas endocrinológicas a corto, medio y largo plazo. Estas secuelas afectan tanto al crecimiento como al desarrollo puberal y al funcionamiento de otros ejes hormonales. Especialmente, los niños afectos de tumores cerebrales y sometidos a Cirugía y/o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0167

1. TÍTULO

CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PARA PACIENTES ONCOLOGICOS CON SECUELAS ENDOCRINAS

radioterapia son los que presentan las secuelas más importantes. Debido al aumento de incidencia de estos tumores en Pediatría y a que la unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet es centro de referencia para Aragón, La Rioja y Soria, en los últimos años, ha aumentado el número de pacientes remitidos a consulta de Endocrinología Pediátrica por este motivo. Estos pacientes presentan una patología hormonal múltiple y compleja, que requiere mayor tiempo de atención y un seguimiento más exhaustivo. Por otra parte, es deseable coordinar las visitas de las consultas de Endocrinología y Oncología pediátricas para disminuir la frecuenciación de visitas hospitalarias y evitar desplazamientos a los pacientes que viven en otras ciudades o comunidades autónomas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar una consulta monográfica de pacientes con secuelas endocrinológicas secundaria a patología tumoral.
- Realizar protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas que afectan a estos pacientes.
- Aumentar el tiempo de visita dedicado por paciente.
- Realizar visitas conjuntas entre los especialistas de Endocrinología y Oncología Pediátrica.
- Disminuir el número de desplazamientos de los pacientes al hospital.
- Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y sus familiares.

MÉTODO
- Programar la consulta monográfica de pacientes con secuelas endocrinológicas secundaria a patología tumoral, junto con la Unidad de citaciones. Se realizará un miércoles de cada mes, siendo codificada como IENDONC en horario de 10:00 a 13:00 con 2 primeras visitas y 7 revisiones.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

- Realizar protocolos de seguimiento de las patologías endocrinológicas que afectan a estos pacientes. (Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta, Ascensión Muñoz, Carmen Rodríguez)

- Evaluar la actividad de la consulta durante el primer año de funcionamiento de la misma.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes.
(Marta Ferrer, Antonio de Arriba, José Ignacio Labarta)

INDICADORES
- Analizar la actividad de la consulta al año de su implantación: revisión de número de pacientes atendidos, índice de primeras/sucesivas y tiempo de demora.
- Revisar en la base de datos de la consulta de Endocrinología Pediátrica la patología atendida: motivo de consulta, diagnóstico y tratamientos recibidos.
- Evaluar el grado de satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares mediante realización de encuestas.

DURACIÓN
- Apertura de agendas en el mes de septiembre de 2016, con realización de consulta monográfica mensual.
- Evaluación de la actividad realizada en septiembre de 2017.
- Realización de encuestas de satisfacción de forma sucesiva (según acudan los pacientes) desde junio a diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO9001 DE LA UCI NEONATAL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SEGUNDO RITE GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUERTES ARAGÜES ELENA
CURTO SIMON ELENA
PINILLOS PISON RAQUEL
TORRES CLAVERAS SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En 2018 se ha llevado a cabo la adaptación de la UCI de Neonatología a la norma ISO9001 de 2015. Para ello hemos puesto en marcha:
- La gestión del riesgo en la Unidad, con la elaboración de un documento de Gestión del Riesgo, la matriz de riesgos y la elaboración en el mismo de planes de prevención y contingencia.
- Se ha puesto en marcha en relación con la gestión del riesgo el sistema de Notificación de errores adversos con la elaboración de una ficha adaptada a las peculiaridades del paciente neonatal. Gran acogida del proyecto con asistencia importante en la sesión de apertura y hasta 30 notificaciones en los 3 últimos meses del año 2018 cuando arrancó el proyecto. Se han programa reuniones cada 3 meses para evaluación de las notificaciones y establecer soluciones de mejora.

Se ha realizado, además:
- Actualización documental.
- Cierre no conformidades de auditorias interna / externa 2018
- Cumplimentación del cuadro de indicadores 2018, detectándose dos desviaciones, una de ellas especialmente significativa en relación con la temperatura de ingreso del paciente prematuro que nos obliga a plantear un objetivo en 2019 para su corrección.
- Revisión de Objetivos 2018, teniendo que incidir nuevamente en una revisión más a fondo de la prevención de la infección nosocomial, por lo que dicho objetivo se replanteará en 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Adaptación a la norma ISO9001:2015 realizada, documentación actualizada.
Puesta en marcha del sistema de notificación de eventos adversos.
Auditoria 2018 satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aplicación de la norma ISO9001 nos ha permitido detectar de una forma más objetiva nuestras desviaciones y adoptar medidas para solventarlas. Buen cumplimiento de indicadores y objetivos de 2018, si bien debemos reincidir en el objetivo de reducir la infección nosocomial en la Unidad.

7. OBSERVACIONES.
No.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/230 ========== ***

Nº de registro: 0230

Título
CONSOLIDACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN LA UCI DE NEONATOLOGIA Y EJECUCION DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL 2016-2017 EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD

Autores:
RITE GRACIA SEGUNDO, FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA, PINILLOS PISON RAQUEL, TORRES CLAVERAS SONIA, CURTO SIMON BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO9001 DE LA UCI NEONATAL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La UCI de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet ha recibido en el presente año la certificación ISO9001.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la UCI de Neonatología para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro planteamiento es la revisión continua de los procesos de la Unidad, los indicadores (con revisión semestral / anual), cumplimiento de los objetivos pactados para el año 2016, así como resolución de las no conformidades surgidas.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la consolidación de la certificación ISO 9001 se pretende mejorar el sistema de gestión de calidad de la UCI de Neonatología, en especial en el cumplimiento de los objetivos pactados y resolución de las no conformidades así como en el análisis de los indicadores para tratar de mejorar las desviaciones.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoría, resultado de seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

- Cumplimiento de los Objetivos 2016: Supervisión Segundo Rite Gracia.
- Recogida semestral / anual Indicadores: Supervisión Raquel Pinillos Pisón.
- Revisión Incidencias / No conformidades: María Elena Aragüés Fuertes.
- Actualización de procedimientos operativos / protocolos asistenciales / instrucciones técnicas: Sonia Torres Claveras y Beatriz Curto Simón.

INDICADORES
1) Consecución del Objetivo: Consolidación de la certificación ISO 9001 en la UCI de Neonatología (actualización de procesos, resolución incidencias / no conformidades, revisión objetivos anuales, cumplimentación cuadro indicadores y análisis de desviaciones).
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.
2) Dentro de los objetivos concretos en 2016 y extensible a 2017 se encuentra el de Reducción de las tasas de Infección nosocomial en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos al nacimiento. Indicador: Número de episodios de infección nosocomial en recién nacidos con peso al nacimiento inferior a 1500 gramos / Número total de recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados.
ESTÁNDAR: <15%.
3) Cuadro de Indicadores del sistema de Gestión ISO 9001 de la UCI de Neonatología (13 indicadores, con estándar, responsable y periodicidad de su evaluación establecida).

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero / Abril 2017.
Revisión por la Dirección: Abril 2017.
Auditoria Externa: Mayo / Junio 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoria interna: Abril - Diciembre 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoria externa: Junio - Diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones de servicio: Febrero 2017.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Julio 2017 y Enero 2018.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017 / Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SEGUNDO RITE GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUERTES ARAGÜES ELENA
PINILLOS PISON RAQUEL
CURTO SIMON BEATRIZ
TORRES CLAVERAS SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Adaptación a la nueva norma ISO9001:2015 con la elaboración de los documentos de Gestión del Riesgo en la UCI de Neonatología, Matriz de Ánalisis del Entorno, Matriz de Riesgos con planes de prevención / contingencia y documento de Gestión de la Comunicación en la UCI de Neonatología.
- Actualización documental.
- Cierre y revisión de las No conformidades 2017.
- Cuadro de Indicadores 2017.
- Revisión Objetivos 2017.
- Programa Formación ISO UCI Neonatal año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Adaptación a la norma 2015 con audioria interna satisfactoria en este aspecto (30 enero 2018, auditor jefe: Carlos Lapresta), pendiente auditoria interna (previsible en abril 2018, pendiente definir fecha).
- Certificación 2017 y en camino la certificación 2018 tras la adaptación a la norma.
- Cuadro de indicadores óptimo, plateando nuevas no conformidades / objetivos para 2018 en aquellos con desviación significativa.
- Revisión Objetivos 2018:
1) Altas UCIN neonatal antes de las 14 horas: Cumplimiento adecuado.
2) Infección nosocomial: Abierta no conformidad para replantear el objetivo y establecer nuevas estrategias para mejorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración muy positiva de la implementación de la norma ISO9001 en la UCI de Neonatología, permitiendo detectar de una forma más objetiva nuestras desviaciones y adoptar medidas para solventarlas.
Cumplimiento significativo de indicadores / objetivos, aunque como se ha señalado la revisión de estos últimos nos ha permitido establecer la necesidad de avanzar en relación a la prevención de la infección nosocomial.

7. OBSERVACIONES.
En estos momentos está pendiente la revisión por la Dirección / Auditoria externa.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/230 ========== ***

Nº de registro: 0230

Título
CONSOLIDACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN LA UCI DE NEONATOLOGIA Y EJECUCION DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL 2016-2017 EN EL SISTEMA DE CALIDAD DE LA UNIDAD

Autores:
RITE GRACIA SEGUNDO, FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA, PINILLOS PISON RAQUEL, TORRES CLAVERAS SONIA, CURTO SIMON BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0230

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO 9001 DE LA UCI NEONATAL

PROBLEMA
La UCI de Neonatología del Hospital Universitario Miguel Servet ha recibido en el presente año la certificación ISO9001.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la UCI de Neonatología para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro planteamiento es la revisión continua de los procesos de la Unidad, los indicadores (con revisión semestral / anual), cumplimiento de los objetivos pactados para el año 2016, así como resolución de las no conformidades surgidas.

RESULTADOS ESPERADOS
Con la consolidación de la certificación ISO 9001 se pretende mejorar el sistema de gestión de calidad de la UCI de Neonatología, en especial en el cumplimiento de los objetivos pactados y resolución de las no conformidades así como en el análisis de los indicadores para tratar de mejorar las desviaciones.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (informes de auditoría, resultado de seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades...) para la mejora continua.

- Cumplimiento de los Objetivos 2016: Supervisión Segundo Rite Gracia.
- Recogida semestral / anual Indicadores: Supervisión Raquel Pinillos Pisón.
- Revisión Incidencias / No conformidades: María Elena Aragüés Fuertes.
- Actualización de procedimientos operativos / protocolos asistenciales / instrucciones técnicas: Sonia Torres Claveras y Beatriz Curto Simón.

INDICADORES
1) Consecución del Objetivo: Consolidación de la certificación ISO 9001 en la UCI de Neonatología (actualización de procesos, resolución incidencias / no conformidades, revisión objetivos anuales, cumplimentación cuadro indicadores y análisis de desviaciones).
La evaluación se llevará a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoría interna, revisión por la dirección y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en el acuerdo de gestión del Servicio.
2) Dentro de los objetivos concretos en 2016 y extensible a 2017 se encuentra el de Reducción de las tasas de Infección nosocomial en recién nacidos con peso menor de 1500 gramos al nacimiento. Indicador: Número de episodios de infección nosocomial en recién nacidos con peso al nacimiento inferior a 1500 gramos / Número total de recién nacidos con peso inferior a 1500 gramos ingresados.
ESTÁNDAR: <15%.
3) Cuadro de Indicadores del sistema de Gestión ISO 9001 de la UCI de Neonatología (13 indicadores, con estándar, responsable y periodicidad de su evaluación establecida).

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero / Abril 2017.
Revisión por la Dirección: Abril 2017.
Auditoria Externa: Mayo / Junio 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoria interna: Abril - Diciembre 2017.
Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditoria externa: Junio - Diciembre 2017.
Formación de los profesionales y sesiones de servicio: Febrero 2017.
Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Julio 2017 y Enero 2018.
Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017 / Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0301

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO:INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DEENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RICHARD BERENGUEL LOVACO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
UNZUETA SALVADOR BEGOÑA
GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA DE LOS ANGELES
GORRIZ BARBERO ROSA MARIA
JARNE NIVELA CRISTINA
BARRIOS GUALLAR ANA CRISTINA
MONGE FERRER MARIA ESTHER
MUÑOZ MELLADO ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Impresión de cartilla de seguimiento.
Información al personal del procedimiento a seguir con la cartilla, entragándose, en el momento de implantación del reservorio, a los padres, e informando de la necesidad de portar el documento, en cada intervención sobre el dispositivo que realice enfermería.
Registro de los pacientes a los que se entrega el documento.
Cumpliendo el calendario presentado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de profesionales que consideran útil la herramienta: 19
Nº de padres que consideran útil la herramienta: 12

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se debe incidir en la importancia de presentar el documento en cada intervención, en ocasiones hay olvidos del documento, dificultando el seguimiento del mismo.
La conclusión es que es una herramienta útil, de fácil manejo, que ayuda tanto a padres como profesionales en el control de los reservorios subcutáneos y su buen funcionamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/301 ========== ***

Nº de registro: 0301

Título
CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO: INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

Autores:
BERENGUEL LOVACO RICHARD, UNZUETA SALVADOR BEGOÑA, GIMENEZ DE AZCARATE LEON MARIA ANGELES, GORRIZ BARBERO ROSA MARIA, JARNE NIVELA CRISTINA, BARRIOS GUALLAR ANA CRISTINA, MONGE FERRER MARIA ESTHER, MUÑOZ MELLADO ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento actual del paciente pediátrico, con patología onco-hematológica, exige la utilización de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0301

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO:INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DEENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

pautas terapéuticas agresivas prolongadas en el tiempo, para las cuales el acceso venoso de vías periféricas va a producir un deterioro importante de la red venosa del paciente. Ante esta situación, es imprescindible someter a dichos pacientes a la implantación de catéteres venosos centrales de larga duración, como los catéteres tunelizados tipo Hickman y los catéteres totalmente implantados,tipo reservorio subcutáneos, catéteres que requieren ser insertados y retirados quirúrgicamente
Estos últimos constan de un reservorio que se coloca a nivel subcutáneo y que se sujeta a un catéter silástico colocado en una vena central. Existen diferentes clases de dispositivos, el más comúnmente utilizado es el sistema Port-a-cath ®, que está formado por un catéter de silicona o poliuretano pegado a un reservorio o puerto de titanio, acero inoxidable o polisulfona, con un septum de silicona con autocierre, que en su base posee orificios para su fijación en tejido celular subcutáneo.
El empleo del reservorio subcutáneo conlleva una serie de ventajas para el paciente que lo porta. Dichas ventajas son:
- Posible uso fuera del ámbito hospitalario permitiendo en muchas ocasiones recibir tratamientos en el propio domicilio del paciente sin necesidad de desplazamiento mejorando así su calidad de vida
- Menor riesgo de infecciones
- Utilización sencilla, segura y duradera proporcionando un acceso venoso rápido de mejor calidad.

A pesar de su eficacia como dispositivo, resulta esencial tanto para los profesionales como para los propios pacientes y familias mantener un preciso conocimiento sobre los cuidados de este tipo de catéteres, así como las posibles complicaciones que pueden derivar de su uso continuado y prolongado en el tiempo.
Dentro de este marco conceptual es imprescindible poder contar con una herramienta única para poder registrar los cuidados realizados en dicho catéter, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario, lo que nos permitirá mejorar la continuidad y la seguridad en los cuidados en este tipo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
General:

? Garantizar la continuidad y la seguridad en los cuidados de los catéteres de larga duración, tipo reservorio, implantados en los niños con patología onco-hematológica

Específicos:

• Concienciar acerca de la necesidad de que se mejoren y mantengan las prácticas del mantenimiento y cuidados del catéter en el momento oportuno y de la forma apropiada.
• Mejorar el conocimiento y las prácticas sobre el cuidado del catéter reservorio subcutáneo.
• Orientar a padres, pacientes y profesionales de otro nivel asistencial sobre el manejo en la heparinización del catéter
• Contar con un único registro, que recoja todas las intervenciones realizadas, tanto a nivel hospitalario como a nivel domiciliario para mejorar la continuidad de cuidados.
• Evitar posibles situaciones adversas por mal control del catéter.

MÉTODO
- Definición del grupo de trabajo.

Responsable: Richard Berenguel Lovaco (Supervisor Oncopediatría)
Begoña Unzueta Salvador
Mª Angeles Gimenez de Azcárate León
Rosa María Gorriz Barbero
Cristina Jarne Nivela
Mª Esther Monge Ferrer
Ascensión Muñoz Mellado
Ana Cristina Barrios Guallar

- Revisión bibliográfica sobre los cuidados específicos del reservorio (mantenimiento, heparinización…).

Protocolo reservorio venoso, uso y mantenimiento “port a cath”.Comision de calidad de enfermeria.Distrito metropolitano de Granada.Servicio andaluz de salud. Julio 2008.
Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Cuidados y Mantenimiento de Accesos Venosos de larga duración (Reservorios). Hospital universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Junio 2012. (Consultado en Abril 2014). http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf.
Moreno T, del JL, Zurera L, Escalante E, González R, et al. Guía de cuidados de enfermería. [Guía de Internet] Donosti; Marzo 2012. [Disponible en: http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas]
Guía de control de reservorios, Hospital San Jorge Huesca.

- Consenso y elaboración de una cartilla para el paciente que sirva como registro único de los cuidados realizados en el catéter.
- Evaluación de la utilidad de este registro para profesionales y padres de este

INDICADORES
- Existencia de una cartilla para el control de la heparinización de los catéteres de larga duración, tipo reservorio,para el paciente oncopediátrico.
- Nº de profesionales que consideran útil la herramienta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0301

1. TÍTULO

CARTILLA REGISTRO, PARA EL CONTROL DE LOS CUIDADOS DEL RESERVORIO SUBCUTANEO:INSTRUMENTO QUE GARANTIZA LA CONTINUIDAD Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DEENFERMERIA ONCOPEDIATRICOS

- Nº de padres que consideran útil la herramienta

DURACIÓN
- Definición del grupo de trabajo - Octubre 2016 – Noviembre 2026
- Revisón bibliográfica –Diciembre 2016 – Febrero 2017
- Elaboración de la cartilla – Marzo 2017- Mayo 201
- Evaluación de la utilidad para padres y profesionales de oncopediatría- Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0571

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADADEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO DE ARRIBA MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER LOZANO MARTA
OLIVAN OTAL MARIA PILAR
ARANA NAVARRO TERESA
CENARRO GUERRERO MARIA TERESA
GARCIA VERA CESAR
LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Establecer una vía de comunicación directa entre el Pediatra de AP y el Especialista para la derivación de los pacientes.

Se ha establecido una vía de comunicación directa entre Antonio de Arriba y la pediatra Pilar Oliván del Centro de Salud Canal Imperial. Además he mantenido contacto directo con al menos 1 Pediatra de cada uno de los centros participantes.

2. Evitar derivaciones innecesarias a las consultas hospitalarias.

Se analizará posteriormente.

3. Disminuir el tiempo de demora en las primeras visitas.

El tiempo medio de contestación de las interconsultas ha sido de 5,6 días. Posteriormente el tiempo de cita ha sido el de la lista de espera de la consulta, en función de si la cita era normal o preferente.

4. Mejorar la formación continuada del Pediatra de AP.

Se han realizado hojas de recomendaciones de diferentes patologías que ayuden al Pediatra de AP a conocer algunas de las patologías más frecuentes de la Endocrinología Pediátrica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Los meses de Febrero y Marzo de 2017 empezamos el proyecto con 2 Centros de Salud, Sagasta y Canal Imperial, incorporándose el 1 de abril otros 3, Fernando el Católico, Las Fuentes Norte y Torrero la Paz.
- Hasta el 1 de octubre de 2017 se han recibido 101 interconsultas habiéndose citado de forma presencial 57, mientras que en 44 ocasiones se han mandado recomendaciones para el seguimiento en el Centro de Salud.
- La satisfacción de los Facultativos responsables del área hospitalaria ha sido muy buena.
- La satisfacción de los Peditras de AP ha sido muy buena, incluso nos han llegado peticiones para ampliarlo a más Centros de Salud.

INDICADORES DE CALIDAD

- Número de interconsultas citadas presenciales /Número de interconsultas totales= 56.4%.(Estándar <80%).

- Número interconsultas respondidas en <7días/Total interconsultas= 98%. (Estándar 95%).

- Número de reconsultas de un mismo paciente/Total interconsultas= 2%. (Estándar <20%) Aclarar en este punto que realmente no han sido reconsultas, si no que en 2 casos una Pediatra ha duplicado la consulta de 2 pacientes al remitirla, siendo exactamente la misma y no una reconsulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha mejorado la comunicación entre Primaria-Especializada.
Se han evitado derivaciones que se consideraban no necesarias.
El proyecto se ha acompañado de un alto grado de satisfacción por parte de todos los profesionales implicados en el mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/571 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0571

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADADEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

***

Nº de registro: 0571

Título
MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

Autores:
DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO, FERRER LOZANO MARTA, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, GRACIA ROMERO JESUS, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, ARANA NAVARRO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades Endocrinas, alergológicas y quirúrgicas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A día de hoy la telemedicina es una realidad que debe ser implantada paulatinamente en los hospitales. En el hospital Miguel Servet se ha puesto en funcionamiento un proyecto piloto de realización de interconsultas desde Atención Primaria a Especializada. En los últimos años se ha objetivado un aumento en las derivaciones a las consultas, lo que ha aumentado la demora en la atención a los pacientes en su primera visita. Por otra parte, se ha detectado que una parte de ellas podrían ser evitadas sin la necesidad de realización de una consulta presencial. Un estudio observacional retrospectivo de cohortes, revisando 2430 historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en Cirugía Pediátrica en el Hospital Virgen del Rocío en Sevilla desde septiembre de 2010 a enero de 2012, encontró una derivación evitable en el 44,28% de los niños (Cir Pediatr 2012; 25: 177-181).
En el hospital Miguel Servet el Servicio de Aparato Digestivo ha puesto en funcionamiento con éxito un proyecto piloto de realización de interconsultas desde Atención Primaria a Especializada por vía telemática. En el Hospital Infantil deseamos realizar y mejorar esta experiencia: se trata de que el Pediatra de Atención primaria exponga el caso y el especialista de Alergología, Endocrinología o Cirugía responda a la misma, dando recomendaciones sobre el seguimiento apropiado y estableciendo si es necesaria la realización de la consulta presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer una vía de comunicación directa entre el Pediatra de AP y el Especialista para la derivación de los pacientes.
- Evitar derivaciones innecesarias a las consultas hospitalarias.
- Disminuir el tiempo de demora en las primeras visitas.

MÉTODO
- Creación de una agenda de telemedicina-interconsultas, con periodicidad semanal, para las consultas de Endocrinología Pediátrica, Cirugía Pediátrica y Alergología Pediátrica. Cada interconsulta tendrá un tiempo estimado de 20 minutos y será contestada en un plazo máximo de 7 días (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo).
- El proyecto piloto contará con la colaboración de 3 centros de Salud: C.S Sagasta, C.S. Amparo Poch y C.S San José. Para ello, se realizará formación específica en el manejo de la herramienta informática a los profesionales implicados en cada centro. Desde su implantación, dichos C.S. únicamente podrán derivar pacientes mediante este sistema (Teresa Arana Navarro. Isabel Lostal Gracia. María Pilar Oliván Otal).
- Las interconsultas recibidas serán contestadas de forma razonada, incluyendo diagnósticos diferenciales apropiados a cada caso y pautas de recomendaciones y/o seguimiento en las diferentes patologías (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo).
- Realización de encuesta de satisfacción tanto a los profesionales de AP, como a los hospitalarios. (Antonio de Arriba, Marta Ferrer, José Ignacio Labarta, Jesús Gracia, José Antonio Castillo, Teresa Arana Navarro. Isabel Lostal Gracia. María Pilar Oliván Otal).

INDICADORES
- Se analizará el número de interconsultas recibidas por cada Centro de Salud y Pediatra, tiempo medio de respuesta, motivos de consulta y diagnósticos.
- Número de pacientes atendidos de forma presencial/Número de interconsultas recibidas.
- Valoración del tiempo de demora en la primera visita, respecto a los datos del año previo.
- Evaluación del grado de satisfacción de los profesionales mediante encuesta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0571

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADADEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTIL MIGUEL SERVET: PROYECTO PILOTO

DURACIÓN
- Octubre-diciembre 2016: creación de agenda de telemedicina-interconsultas y elaboración de las recomendaciones por patologías.
- Noviembre-diciembre 2016: formación de los pediatras de AP en el uso de la herramienta.
- Enero 2017: inicio de la consulta de telemedicina.
- Junio 2017: evaluación de la actividad realizada y de la satisfacción de los profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0598

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LORENA MONGE GALINDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDO MARTINEZ RUTH
FUERTES RODRIGO CRISTINA
LOPEZ PISON JAVIER
PEÑA SEGURA JOSE LUIS
GARCIA JIMENEZ MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Según previsto en el Proyecto, se ha realizado un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en Pediatría revisando la evidencia científica disponible hasta el momento y con consenso de todos los profesionales implicados (Pediatría, Oftalmología, Neurorradiología).
También se ha desarrollado una hoja de información como complemento de este protocolo, que se entrega a los padres y donde se explica con lenguaje claro qué es lo que le ocurre, su pronóstico y las pruebas que deben realizarse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El protocolo de manejo de Neuritis óptica en Pediatría se ha puesto en marcha en el Hospital Infantil tras su presentación en sesión clínica hospitalaria el 26 de junio de 2017.
Como consecuencia de ello, esperamos disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los profesionales implicados, mejorando la asistencia y optimizando los exámenes complementarios y tratamientos disponibles. No obstante, la valoración de la utilidad y seguimiento de este protocolo se realizará en la segunda parte del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La neuritis óptica en Pediatría se trata de una entidad poco frecuente pero con posibles repercusiones importantes, del que hemos conseguido disponer de un protocolo actualizado de manejo desde junio de 2017.
Es necesario un gran esfuerzo para poder recoger y reflejar el consenso de todos los profesionales implicados, pero es lo que realmente enriquece el protocolo y nuestra experiencia.
Esperamos demostrar utilidad en la mejora de la calidad asistencial a nuestros pacientes como lo hemos podido hacer en otras experiencias de Protocolización y del ciclo PDCA previas.

7. OBSERVACIONES.
Hasta el momento se ha desarrollado la primera parte del proyecto según cronograma previsto. La segunda parte es la recogida de los datos de los pacientes valorados por esta patología en nuestro centro hasta finales de diciembre-2018, para ver la utilidad del protocolo y el seguimiento del mismo por parte de los profesionales implicados. También se encuestará a padres y profesionales sobre sus impresiones sobre la hoja de información entregada. Tras el estudio de los datos recogidos, se expondrán los resultados y propuestas de mejora en el primer trimestre de 2019.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/598 ========== ***

Nº de registro: 0598

Título
LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Autores:
MONGE GALINDO LORENA, FERNANDO MARTINEZ RUTH, FUERTES RODRIGO CRISTINA, LOPEZ PISON JAVIER, PEÑA SEGURA JOSE LUIS, GARCIA JIMENEZ MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0598

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la Unidad de Neuropediatría y Metabolismo del Hospital Infantil Universitario Miguel Servet de Zaragoza disponemos de tres herramientas de enorme utilidad en las funciones asistenciales, docentes y de investigación: las bases de datos (BD) de Neuropediatría y Metabolismo, los protocolos y las hojas de información.
La BD de Neuropediatría incluye todos los niños valorados en consulta ambulatoria y/o durante los ingresos hospitalarios por Neuropediatría desde mayo de 1990. Su permanente actualización permite tener un estrecho control de nuestro trabajo. Contempla motivos de consulta, diagnósticos, datos epidemiológicos y muchas otras variables. A fecha de 1-10-16 hay introducidos 19.912 niños.
La Unidad está muy implicada en la protocolización de nuestra actividad asistencial, minimizando la variabilidad, bajo la perspectiva de que todos (Atención Especializada, Urgencias Pediátricas y Atención Primaria) trabajan en el mismo Equipo cuyo objetivo es la mejor asistencia de los niños y la mejor formación de los residentes, y de que la comunicación es fundamental para obtener dichos objetivos. Los protocolos consensuados facilitan el continuum asistencial. La protocolización se encuentra en la dinámica de trabajo del ciclo PDCA: “plan, do, check, act”; Disponemos de 37 protocolos de patología neurológica y metabólica.
Como complemento y mejora de la protocolización, desde 2012 comenzamos a redactar hojas de información para padres y profesionales sobre diferentes patologías neuropediátricas y metabólicas. Actualmente disponemos de 35 hojas de información, hemos entregado 6.723.
El proyecto que presentamos, quiere ser un ejemplo de nuestra línea de trabajo asistencial. Recientemente, a raíz de los casos clínicos valorados, hemos detectado la necesidad de disponer de un protocolo escalonado de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en pediatría. Se trata de una entidad poco frecuente pero con posibles repercusiones importantes. En este proyecto proponemos su desarrollo, consenso del mismo con todos los profesionales implicados, revisiones y actualizaciones periódicas en base a las nuevas evidencias científicas, autoevaluación y monitorización de su aceptación y seguimiento por parte de los médicos asistenciales, de sus posibles deficiencias y la posterior subsanación de las mismas. La dinámica de trabajo PDCA nos ha introducido en un ciclo de aprendizaje y mejora que no tiene punto final.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es establecer un protocolo específico de diagnóstico y tratamiento de los niños con sospecha de neuritis óptica valorados en nuestro Hospital y desarrollar una hoja de información para el paciente y la familia donde explique con lenguaje claro qué es lo que le ocurre, su pronóstico y las pruebas que deben realizarse.
Como consecuencia de ello, esperamos disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los profesionales implicados, mejorando la asistencia y optimizando los exámenes complementarios y tratamientos disponibles.

MÉTODO
Los firmantes del trabajo serán los responsables de:
1º. Realizar el protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Neuritis óptica en Pediatría revisando la evidencia científica disponible hasta el momento y también se desarrollará una hoja de información como complemento de este protocolo.
2º. Se pondrá en marcha el protocolo en el Hospital Infantil y a los 2 años se hará un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que hayan sido atendidos por esta patología en nuestro centro para ver la utilidad del protocolo y el seguimiento del mismo por parte de los profesionales implicados. Se revisarán los datos de estos pacientes disponibles en nuestra BD y se revisarán sus historias clínicas para observar que se ha seguido el protocolo y sus indicadores de calidad.
También se encuestará a padres y profesionales sobre sus impresiones sobre la hoja de información entregada.
3º. Se estudiaran los resultados obtenidos de esta revisión del protocolo y hoja de información y se propondrán las medidas de mejora que fueran precisas.
En definitiva, seguiremos la dinámica de trabajo del ciclo PDCA.

INDICADORES
- Indicadores de calidad del protocolo:
Constancia de toma de constantes.
Constancia de valoración por oftalmología
Constancia de RM cerebral y de nervios ópticos con gadolinio y estudio completo incluyendo LCR y antiNMO
Constancia de tratamiento e indicación del mismo
- Encuesta de satisfacción abierta para padres y profesionales, que se realizará vía telefónica al mes del alta hospitalaria.

DURACIÓN
El proyecto se realizará a lo largo de 2 años. El cronograma previsto:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0598

1. TÍTULO

LINEA DE TRABAJO ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA Y METABOLISMO: BASE DE DATOS, PROTOCOLIZACION Y HOJAS DE INFORMACION. NEURITIS OPTICA EN PEDIATRIA COMO EJEMPLO DEL CICLO PLAN-DO-CHECK-ACT

Revisión de la literatura científica y redacción el protocolo y de la hoja de información de manera que esté listo para su puesta en marcha en nuestro centro en enero-2017.
Recogida retrospectiva de los datos de los pacientes valorados por esta patología y hojas de en nuestro centro hasta finales de diciembre-2018
Tras el estudio de los datos recogidos, se expondrán los resultados y propuestas de mejora en el primer trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA FERNANDEZ ESPUELAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO PEREZ DELIA
IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL
FERRER DUCE MARIA PILAR
MARTINEZ FORCEN SUSANA
LARENA FERNANDEZ ISRAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras y matronas de la Unidad de Neonatología y Obstetricia, que voluntariamente han querido participar en el proyecto.
Se han realizado reuniones para distribución y organización de funciones.
Se ha realizado vía clínica para la captación de madres donantes desde el hospital.
Desde la Unidad de Neonatología se ha facilitado el proceso de selección y contacto con el Banco de Leche a las madres de niños ingresados en la Unidad que debido a su alta producción de leche materna deseaban hacerse donantes.
Se informa a las madres de niños ingresados con alta producción de leche de la posibilidad de hacerse donantes, y se les facilita el proceso, realizándoles en la misma Unidad la entrevista, firma del consentimiento y extracción de analíticas. Posteriormente se envían las muestras y documentos al banco de sangre del Hospital desde donde lo envían al Banco de Leche de Aragón.
Para que resulte más sencillo todo el proceso, tanto en la UCI Neonatal como en la planta de Neonatal, se han nombrado a determinadas personas (médicos y enfermeros) encargadas de realizar este proceso. Se dispone de “Kits” compuestos por folleto informativo, documentos con el consentimiento informado, la entrevista a rellenar, pegatinas para identificar las muestras y tubos de analíticas para la extracción de sangre, simplificando el proceso de esta manera.
En las plantas de Maternidad, se ha mejorado la información sobre la donación de leche a las madres que acaban de dar a luz mediante entrega de folletos informativos y de información verbal cuando así lo solicitan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido aumentar el número de madres donantes procedentes del Hospital.
Se ha conseguido facilitar el proceso para la donación de leche a las madres de niños ingresados en la Unidad de Neonatal, no perdiendo madres donantes por dificultad en completar los pasos iniciales del proceso de donación (información, entrevista, extracción de analíticas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido mejorar la atención a las madres y los Recién Nacidos ingresados en la Unidad.
La formación de un equipo de trabajo y la organización de funciones, permite alcanzar la meta del proyecto, facilitando el trabajo y mejorando la calidad asistencial.
Queda pendiente evaluar los indicadores numéricos propuestos en el proyecto.
Quedan pendiente reuniones evaluativas del proyecto con los miembros del grupo y con el Banco de Leche para encontrar y diseñar puntos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/857 ========== ***

Nº de registro: 0857

Título
MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores:
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, ROYO PEREZ NIEVES DELIA, TORRES CLAVERAS SONIA, IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL, FERRER DUCE MARIA PILAR, MARTINEZ FORCEN SUSANA, LARENA FERNANDEZ ISRAEL, ESPINOSA DE LOS MONTEROS BANEGAS MARIA LUZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muchos estudios avalan los efectos beneficiosos de la lactancia materna para la alimentación de los recién nacidos (RN) prematuros y enfermos cuando se la compara con fórmulas artificiales. La leche materna contiene factores inmunoprotectores importantes contra la sepsis nosocomial y otras infecciones, protege contra la enterocolitis necrotizante y mejora el desarrollo neurocognitivo. A largo plazo, existen evidencias científicas de un mejor desarrollo psicomotor y menor riesgo cardiovascular. Así, la leche de la propia madre es el alimento de elección para los RN prematuros o enfermos ingresados en las Unidades Neonatales. Pero no siempre sus madres tienen suficiente leche para alimentarles o precisan de algunos días hasta que empiezan a producirla, retrasando el inicio de la alimentación. Entonces la leche humana pasteurizada de madres donantes seleccionadas es la mejor opción para la alimentación de estos niños prematuros, enfermos o de alto riesgo.
La aparición de los Bancos de Leche Humana es reciente y ha ido paralela al interés creciente por la lactancia materna como un elemento de promoción de la salud entre los neonatos enfermos y prematuros. Los Bancos de Leche Humana son centros especializados responsables de la promoción y apoyo a la lactancia materna, y de la recolección, procesamiento, control de calidad y dispensación de la leche de madre donada a los niños que la precisen. En España existen actualmente ocho bancos en activo agrupados en la Asociación Española de Bancos de Leche Humana. El Banco de Zaragoza se creó en 2011 y se encuentra integrado en el Banco Sangre y Tejidos de Aragón.
Uno de los puntos imprescindibles para el buen funcionamiento del Banco de Leche es la captación de mujeres donantes y para ello son muchos los esfuerzos realizados dirigidos a la promoción y divulgación de la información a la población general. Las mujeres candidatas para ser donantes son aquellas que estando amamantando a sus bebés, tengan leche suficiente, gocen de buena salud y tengan hábitos saludables. La captación actual de las madres donantes se realiza a través de propaganda en forma de carteles y folletos informativos en hospitales y centros de salud, y de la información oral que transmiten los profesionales sanitarios. También se realizan campañas de información para la población general en los medios de comunicación. Actualmente, la madre que quiere ser donante debe acudir a su Centro de Salud de Atención Primaria donde los profesionales sanitarios encargados le informan, le pasan un cuestionario y si la mujer es apta y está conforme, firma un consentimiento y se le realiza una extracción de sangre para serologías. Pero hay temporadas en las que la cantidad de leche donada es insuficiente para satisfacer las necesidades de las Unidades Neonatales de nuestra Comunidad por disminución en el número de donantes en ese momento.
Desde la Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Miguel Servet, y de acuerdo con el Banco de Leche de Aragón, detectamos la necesidad de contribuir en la mejora del proceso de captación de mujeres donantes desde el propio hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aumentar el número de madres donantes de Leche Humana.
2. Aumentar el volumen de Leche Humana Donada en el Banco de Leche de Aragón.
3. Disponer de Leche Humana como alimento de elección para los RN prematuros y enfermos que la necesiten.

MÉTODO
Formar grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por médicos, enfermeras y matronas de la Unidad de Neonatología y de Obstetricia que voluntariamente deseen participar en el proyecto, consistente en:
1. Unidad de Neonatología: Facilitar el proceso de selección y contacto con el Banco de Leche a las madres de RN prematuros o enfermos ingresados que teniendo alta producción de leche desean ser donantes, realizándoles la entrevista, firma del consentimiento y extracción de analíticas en la propia Unidad. Enviar las muestras y documentos al Banco de Leche.
2. Maternidad: Mejorar la información administrada sobre la donación de leche a las madres que acaban de dar a luz, poniéndoles en conocimiento de la existencia del Banco de Leche, de su finalidad y de qué pasos deben seguir si en un futuro desearan ser donantes.

INDICADORES
1. Nº de madres de la Unidad de Neonatología que se hacen donantes cada mes.
2. Nº de madres donantes de la Unidad de Neonatología del total de madres donantes en Aragón.
3. Nº total de madres donantes de Leche Humana al mes (en Aragón).

DURACIÓN
• Octubre – noviembre 2016:
o Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0857

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE CAPTACION DE MUJERES DONANTES DE LECHE MATERNA AL BANCO DE LECHE HUMANA DE ARAGON DESDE LA MATERNIDAD Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

o Realizar vía clínica para la captación de madres donantes desde el Hospital.
o Reunión con responsables del Banco de Sangre del Hospital Miguel Servet y del Banco de Leche de Aragón para consensuar la vía clínica.
• A partir de diciembre 2016: puesta en marcha del proyecto.
• Septiembre-octubre 2017: evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ROS ARNAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA
GARCIA ROMERO RUTH
UBALDE SAIZ EDUARDO
FUENTES OLMO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha establecido una comunicación entre el servicio de Gastroenterología Pediátrica y el de Digestivo de adultos, estableciendo un plan para llevar a cabo la consulta de transición de los pacientes pediátricos afectos de hepatopatía crónica, que van a pasar a ser controlados en el servicio de Digestivo de adultos
.
Se ha elaborado un protocolo en el que se explica de manera detallada los criterios de selección de pacientes, la forma en la que llevar a cabo esta consulta de transición, así como los detalles a tener en cuenta cuando se trata de pacientes en edad adolescente.

Se ha establecido el plan para la realización de la consulta de transición a partir de abril de 2018, programando las consultas de los pacientes susceptibles de participar en este proyecto.
Para ello, se ha realizado un informe detallado de cada paciente, para facilitar el conocimiento del historial médico de cada uno de ellos al profesional que lo controle a partir de ahora, evitando la pérdida de información o el desconocimiento de ciertas situaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha elaborado el "Protocolo de transferencia de pacientes con enfermedad hepática crónica de la unidad de gatroenterología pediátrica a servicio de digestivo de adultos", que ha facilitado la creación de la consulta de transición para estos pacientes.

Se ha comunicado a los pacientes controlados en Gastroenterología pediátrica, y susceptibles de ser transferidos a adultos, la existencia próxima de esta consulta de transición que facilitará el paso al servicio de adultos, tanto para el paciente como para su familia.

La propuesta ha sido muy bien acogida por parte de las familias y los niños, pues para ellos habitualmente supone un cambio importante el paso al servicio de adultos, por lo que las visitas conjuntas facilitan este paso, y mejoran la confianza de los pacientes.

Está programado que empiecen a tener lugar las consultas de transición a partir de abril 2018, siendo el objetivo que al menos el 90% de los pacientes con hepatopatía crónica que sean dados de alta de la unidad de Gastroenterología Pediátrica sean valorados conjuntamente en la consulta de transición con Digestivo de adultos.

Se adjunta el protocolo elaborado:

PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DE U. GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA A SERVICIO DE DIGESTIVO ADULTOS

1. INTRODUCCIÓN

Las hepatopatías crónicas son poco frecuentes en la población pediátrica, e incluyen un amplio abanico de patologías. Los pacientes afectos siguen controles estrechos durante la edad pediátrica, pues por un lado es importante evaluar la progresión de su enfermedad y la eficacia de los tratamientos, que en ocasiones deben llevar de forma crónica, y por otro es fundamental la detección precoz de las complicaciones para establecer el tratamiento oportuno.

Las hepatitis crónicas por virus de hepatitis B (VHB) o C (VHC) son las más frecuentes, y en la población pediátrica la infección suele producirse por transmisión vertical. Actualmente, gracias a los programas de vacunación universal frente Hepatitis B, ésta ha disminuido notablemente, por lo que la Hepatitis C se ha convertido en la causa principal de hepatitis crónica en niños. La Hepatitis C crónica afecta al 5.8% de los recién nacidos de madres infectadas por VHC. En los niños que se infectan por transmisión vertical puede producirse el aclaramiento del virus en los primeros 3 años, no obstante, el 80% de ellos desarrollan infección crónica. Hasta hace poco tiempo, el tratamiento se limitaba a ribavirina e interferón, con el cual se obtenían tasas de curación que oscilaban entre el 50% y el 100% según el genotipo, y asociaba numerosos efectos adversos. Sin embargo, actualmente se han desarrollado antivirales de acción directa, con lo que se están obteniendo tasas de curación de más del 95% en adultos, por lo que en estos momentos se recomienda esperara a que estos tratamientos estén disponibles para su uso en la edad pediátrica. La Hepatitis B crónica puede causar complicaciones severas a lo largo de la vida en al menos el 15% de los pacientes afectos. Su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

tratamiento, basado en Interferón alfa y antivirales (tenofovir y entecavir) no cura la infección salvo excepcionalmente, pero su objetivo es acortar la fase de inmunoeliminación, disminuir la replicación viral, normalizar la función hepática y conseguir la regresión del daño histológico.

Otra causa de hepatopatía crónica en pediatría es la Hepatitis Autoinmune, que es una enfermedad de origen desconocido que cursa con destrucción progresiva del parénquima hepático. Se caracteriza por elevación de transaminasas y de IgG, presencia de autoanticuerpos circulantes no órgano específicos, y en la biopsia se objetiva hepatitis de interfase. El tratamiento consiste en prednisona, habitualmente asociado a azatioprina. Por otro lado, la Enfermedad de Wilson es una enfermedad autosómica recesiva, provocada por una mutación en el gen ATP7B que favorece el acúmulo anormal de cobre fundamentalmente en hígado, cerebro y riñones, lo cual ocasiona toxicidad. La afectación hepática puede variar desde una disfunción asintomática, hasta hepatitis crónica, cirrosis, e insuficiencia hepática grave. El diagnóstico se realiza mediante determinación de ceruloplasmina y cobre en plasma, y excreción urinaria de cobre, así como estudio genético. El tratamiento se basa en quelantes como D-penicilamina o trientine, y otros que impiden la absorción intestinal como el zinc.
Por último, destacan ciertas patologías que se incluyen dentro de las causas de colestasis en el lactante, como son la Atresia de vías biliares, el Síndrome de Alagille, o la Colestasis Intrahepática Familiar Progresiva, las cuales ocasionan disfunción hepática progresiva, y precisan habitualmente trasplante hepático
La transferencia de una unidad pediátrica a una unidad de adultos, debe de ser un paso reglado y progresivo, y no un cambio brusco de una unidad a otra, pues este periodo de transición es especialmente crítico para la evolución de la enfermedad.

2. POBLACIÓN DIANA
Pacientes afectos de enfermedad hepática crónica que son controlados en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica del Hospital Infantil Miguel Servet, que van a pasar a ser controlados por una Unidad de Digestivo de adultos.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS QUE DETERMINAN EL MOMENTO IDEAL PARA LA TRANSICIÓN:

Factor determinante	Ideal
Edad cronológica	Entre 16 y 25 años
Independencia en el cuidado de salud	No dependiente de los padres
Autonomía de decisión	Habilidad de tomar decisiones informadas
Preparación	Conocimiento de la enfermedad
Disposición	Se siente cómodo con el equipo de adultos
Disponibilidad de un especialista de adulto	Facultativo con especial interés en la enfermedad hepática crónica en el adolescente
Adhesión al tratamiento	Buena adhesión al tratamiento en los casos en que esté indicado

4. CARACTERISTICAS ESPECIALES DEL ADOLESCENTE
En los primeros años de la adolescencia (10-12 años), el individuo debe poder describir su enfermedad, conocer el tratamiento y la dosis, y valorar el impacto de su enfermedad en la asistencia al colegio y en sus aspiraciones académicas.
Al final de la adolescencia (16-18 años), el individuo debería ser capaz de tomar decisiones terapéuticas informadas, de solicitar citas y asistir a las mismas, de conocer aquellos hábitos que le resultan nocivos y los que no, y aprender a usar los servicios sanitarios de una manera flexible.
Es importante preguntar a los pacientes y sus familias acerca de sus expectativas y temores de transición.
Los pacientes adolescentes y sus familias deben ser educados en las diferencias entre la atención médica pediátrica y de adultos.
Se recomienda que la transición se realice en situación de estabilidad clínica de la enfermedad y en ausencia de cambios terapéuticos importantes.

5. PASOS PREVIOS A LA TRANSICIÓN
5.1 Consulta del gastroenterólogo pediátrico.
- El gastroenterólogo pediátrico debería empezar a visitar al enfermo sin sus padres, de cara a establecer una relación que promueva la independencia y la confianza en uno mismo, y que asemeje la futura relación que establecerá con el facultativo de adultos.
- Es importante introducir el concepto de la transición al paciente y a su familia con anticipación, enfatizando sus beneficios, como son la normalización del desarrollo, la promoción de la independencia, de la confianza en uno mismo y la mejora de la cumplimentación del tratamiento.
- Debe transmitirse la necesidad de un seguimiento por un facultativo experto en enfermedad hepática crónica, que conozca las alternativas terapéuticas para estas patologías, así como las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad o de sus tratamientos.

5.2 Conocimiento y habilidades que el adolescente debería haber adquirido en el momento de ser incluido en el programa de transición.
- Diagnóstico y características básicas de su enfermedad hepática crónica.
- Año de diagnóstico y nombre del centro y de los profesionales que han estado implicados en su seguimiento.
- Fechas de los eventos importantes relacionados con su enfermedad como inicio de tratamientos, realización de biopsia hepática, etc.
- Conoce los tratamientos farmacológicos que ha seguido durante la evolución de su enfermedad (nombre y dosis de las medicaciones).
- Es capaz de ponerse en contacto con su médico responsable en caso de dudas o empeoramiento de su situación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

- Es capaz de ponerse en contacto con el personal sanitario para solicitar recetas.
- Puede solicitar y gestionar sus citaciones en consulta y recuerda acudir en la fecha fijada

5.3 Tras plantear la transición.
- Se debe identificar un gastroenterólogo habituado al manejo del adulto joven con enfermedad hepática crónica, en este caso el proyecto se realiza con el Dr. Fuentes, adjunto del servicio de Digestivo del Hospital Miguel Servet.
- Desde la unidad de gastroenterología pediátrica se facilitarán los informes médicos necesarios al nuevo facultativo de referencia, así como al paciente y a su familia.

6. TRANSICIÓN

Se establecerán dos días al año para realizar una consulta conjunta de ambos servicios. (Primera consulta en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica en el Hospital Infantil y la segunda consulta en el Servicio de Digestivo del Hospital General Miguel Servet).
Tras la preparación al paciente y su familia para el proceso de transición y una vez comprobada la capacidad para llevarla a cabo se citará a la paciente con fecha y hora en la consulta conjunta.

6.1 Consulta conjunta en la unidad de gastroenterología y nutrición pediátrica. (Dr. Ros Arnal, Dra. García Romero y Dr. Fuentes Olmo)
- Se procederá a presentar el paciente y a su familia al médico gastroenterólogo de adultos.
- Se tomará una decisión conjunta de tratamiento entre pediatra y médico de adultos gastroenterólogo en base al futuro planteamiento en Digestivo de adultos.
- Se explicará el lugar y el orden de sucesivas consultas en Servicio de Digestivo de adultos.

6.2 Consulta conjunta en el servicio de digestivo de adultos (Dr. Fuentes Olmo, Dr. Ros Arnal y Dra. García Romero)
- Se mantendrá el vínculo de confianza entre el paciente, la familia y el médico pediatra y de adultos.
- Se comentarán las situaciones personales y familiares del paciente.
- Se discutirán las características clínicas y de tratamiento del paciente en base a las experiencias previas.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Hierro Llanillo L, Lledín Barbancho MD. Hepatitis crónica por el virus de hepatitis B. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 415-426.
- Jara Vega P. Hepatitis crónica C. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 427-439.
- Urruzuno Tellería P, Camarena Grande C. Hepatopatías autoinmunes. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 441-457.
- Peña Quintana L, de la Vega Bueno A. Enfermedad de Wilson. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 485-498.
- Frauca Remacha E, Fernández Caamaño B. Colestasis del lactante. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2016; 571-588.
- Navas López V, Blasco Alonso J, Sierra Salinas C. Manejo del niño con hepatopatía crónica. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Madrid: Ergon:2010; 239-252.

ANEXO I. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

CRITERIO	INDICADOR	EXCEPCIONES	ESTÁNDAR
Porcentaje de pacientes con enfermedad hepática crónica dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica valorados conjuntamente	Nº HC revisadas con criterio/NºHC totales revisadas	Ninguna	>90%
Porcentaje de pacientes con enfermedad hepática crónica nuevos valorados conjuntamente en el Servicio de Digestivo de adultos, controlados previamente en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica vistos en la consulta	Nº HC revisadas con criterio/Nº HC totales revisadas	Ninguna	>90%

ANEXO II. DOCUMENTO DE CONSENSO (1)

El protocolo con el título "PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DE U. GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA A SERVICIO DE DIGESTIVO ADULTOS" ha sido consensuado por los siguientes servicios/unidades que participan en su aplicación:

SERVICIO / UNIDAD	NOMBRE Y APELLIDOS
Gastroenterologia Pediatrica. HMI Miguel Servet	María Luisa Baranguán Castro, Ignacio Ros Arnal, Ruth García Romero, Eduardo Ubalde Sainz.
Servicio de Digestivo de adultos. H. Miguel Servet	Javier Fuentes Olmo

Responsable del protocolo: Ignacio Ros Arnal.

Fecha: 2 de noviembre de 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que con este proyecto se ha conseguido mejorar la atención a los pacientes pediátricos afectos de hepatopatía crónica, y susceptibles de ser dados de alta al servicio de adultos, aumentando considerablemente la satisfacción de las familias, pues de este modo el paso al servicio de adultos es más progresivo, y de la mano de los profesionales que han llevado a sus hijos durante toda su infancia.

Por otro lado, consideramos que la realización de consultas de transición disminuye el riesgo derivado del cambio de profesional sanitario que controla a un paciente, y la posible pérdida de información que esto puede suponer, pues al realizar visitas conjuntas inicialmente el traspaso de información es mucho más fluido y seguro.

Este proyecto ha satisfecho las expectativas de los profesionales implicados, especialmente por la buena acogida observada entre los pacientes.

Por último, queda pendiente comenzar a llevar a cabo estas consultas conjuntas, que pese a estar programadas, no han podido iniciarse todavía por motivos personales de los profesionales implicados.
Sin embargo, el inicio de estas consultas está ya previsto para abril de 2018, y los pacientes están informados sobre ello.

7. OBSERVACIONES.
Se adjunta por mail a la dirección indicada (calidadensalud@aragon.es) el protocolo elaborado para poder llevar a cabo este proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/931 ========== ***

Nº de registro: 0931

Título
PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

Autores:
ROS ARNAL IGNACIO, BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA, GARCIA ROMERO RUTH, UBALDE SAINZ EDUARDO, FUENTES OLMO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Hepatitis C
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las hepatopatÍas crónicas son poco frecuentes en la población pediátrica, e incluyen un amplio abanico de patologías. Los pacientes afectos siguen controles estrechos durante la edad pediátrica, pues por un lado es importante evaluar la progresión de su enfermedad y la eficacia de los tratamientos, que en ocasiones deben llevar de forma crónica, y por otro es fundamental la detección precoz de las complicaciones para establecer el tratamiento oportuno.

Las hepatitis crónicas por virus de hepatitis B (VHB) o C (VHC) son las más frecuentes, y en la población pediátrica la infección suele producirse por transmisión vertical. Hoy, gracias a los programas de vacunación universal frente Hepatitis B, ésta ha disminuido notablemente, por lo que la Hepatitis C se ha convertido en la causa principal de hepatitis crónica en niños. La Hepatitis C crónica afecta al 5.8% de los recién nacidos de madres infectadas por VHC. En los niños que se infectan por transmisión vertical puede producirse el aclaramiento del virus en los primeros 3 años, no obstante, el 80% de ellos desarrollan infección crónica. Hasta hace poco tiempo, el tratamiento se limitaba a ribavirina e interferón, con el cual se obtenían tasas de curación que oscilaban entre el 50% y el 100% según el genotipo, y asociaba numerosos efectos adversos. Sin embargo, actualmente se han desarrollado antivirales de acción directa, con lo que se están obteniendo tasas de curación de más del 95% en adultos, por lo que en estos momentos se recomienda esperara a que estos tratamientos estén disponibles para su uso en la edad pediátrica. La Hepatitis B crónica puede causar complicaciones severas a lo largo de la vida en al menos el 15% de los pacientes afectos. Su tratamiento, basado en Interferón alfa y antivirales (tenofovir y entecavir) no cura la infección salvo excepcionalmente, pero su objetivo es acortar la fase de inmunoeliminación, disminuir la replicación viral, normalizar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0931

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE TRANSICION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA DE UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS

función hepática y conseguir la regresión del daño histológico.

Otra causa de hepatopatía crónica en pediatría es la Hepatitis Autoinmune, que es una enfermedad de origen desconocido que cursa con destrucción progresiva del parénquima hepático. Se caracteriza por elevación de transaminasas y de IgG, presencia de autoanticuerpos circulantes no órgano específicos, y en la biopsia se objetiva hepatitis de interfase. El tratamiento consiste en prednisona, habitualmente asociado a azatioprina. Por otro lado, la Enfermedad de Wilson es una enfermedad autosómica recesiva, provocada por una mutación en el gen ATP7B que favorece el acúmulo anormal de cobre fundamentalmente en hígado, cerebro y riñones, lo cual ocasiona toxicidad. La afectación hepática puede variar desde una disfunción asintomática, hasta hepatitis crónica, cirrosis, e insuficiencia hepática grave. El diagnóstico se realiza mediante determinación de ceruloplasmina y cobre en plasma, y excreción urinaria de cobre, así como estudio genético. El tratamiento se basa en quelantes como D-penicilamina o trientine, y otros que impiden la absorción intestinal como el zinc.

Por último, destacan ciertas patologías que se incluyen dentro de las causas de colestasis en el lactante, como son la Atresia de vías biliares, el Síndrome de Alagille, o la Colestasis Intrahepática Familiar Progresiva, las cuales ocasionan disfunción hepática progresiva, y precisan habitualmente trasplante hepático.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestra intención es facilitar la transición de pacientes afectos de hepatopatías crónicas desde la unidad de Gastroenterología y Nutrición pediátrica al servicio de Digestivo de adultos.

MÉTODO
-Adecuada detección de los pacientes susceptibles de ser dados de alta de la unidad de gastroenterología pediátrica (Dr.Ros): Selección de pacientes susceptibles en función de su situación clínica, personal, familiar y de tratamientos

-Establecimiento de un protocolo de actuación de derivación en los pacientes seleccionados (Dra Baranguán): Realizar el protocolo

-Consulta conjunta de los casos entre la unidad de gastroenterología y nutrición pediátrica y servicio de digestivo de adultos (Dr. Ros, Dra. García Romero y Dr. Fuentes).

INDICADORES
-REDACCIÓN DE PROTOCOLO TRANSICIÓN DESDE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA AL SERVICIO DE DIGESTIVO DE ADULTOS EN LOS PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA.
Evaluación: se considerará cumplido el objetivo cuando esté redactado y aprobado por la Comisión Hospitalaria correspondiente (Unidad de Calidad-Servicio Aragonés de Salud).

-REALIZACIÓN DE CONSULTA CONJUNTA (En Hospital Infantil o en Hospital General).
Evaluador: Dr. Ros Arnal (cada 6 meses).
Indicadores: Porcentaje de pacientes con enfermedad hepática crónica dados de alta de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica valorados conjuntamente. Objetivo: > 90%.

DURACIÓN
PROYECTO DE CALIDAD 2016-2017.
Inicio: Noviembre 2016. Finalización: Noviembre 2017
Consulta conjunta en Unidad de Gastroenterología Pediátrica: Febrero 2017.
Consulta conjunta en Servicio de Digestivo : Junio 2017.
Evaluación: Marzo y Julio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0984

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PINILLOS PISON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO PEREZ DELIA
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
VILLANUEVA ORBAIZ TERESA
FUERTES ARAGÜES ELENA
IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL
LUQUE CARRO RAQUEL
ORTIZ JUAREZ KARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Creación de un circuito de almacenaje y conservación del calostro: Todos
-Formación y difusión del personal de enfermería y matronas acerca de la importancia del calostro: Raquel Luque, Karina, Teresa Villanueva, Ana Izquierdo
-Creación de una vía clínica/protocolo de administración de calostro: Cristina Fernández, Raquel Pinillos, Delia Royo
-Elaboración de una pauta de extracción de calostro con hoja informativa: Karina, Raquel, Teresa, Ana
-Elaboración de un folleto informativo a mujeres con riesgo de parto prematuro sobre el funcionamiento de la unidad y cómo colaborar con la extracción de calostro: Delia
-Difusión en el servicio de Dietética la importancia del calostro y las nuevas indicaciones que se indicarán en la planilla de alimentación. Luisa Ros
-Creación de una ficha de dificultades/consulta de lactancia por cada madre y recién nacido. Raquel Pinillos, Cristina Fernández, Delia Royo.
Calendario previsto
Se prevee una duración de dos años:
-Octubre-Noviembre: difusión y puesta en común del proyecto en cada una de las unidades afectadas con implicación/formación básica del personal.
-Diciembre-Enero: elaboración de documentos. Díptico informativo para las madres, documentos informativos que indiquen pasos a realizar para el personal de todas las unidades implicadas, la ficha de evolución de lactancia y fichero de recogida de indicadores de evaluación/seguimiento.
-Febrero-indefinido: puesta en marcha del proyecto, iniciar la recogida y administración del calostro así como la cumplimentación de la hoja de lactancia y del fichero de indicadores de evaluación/seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la actualidad y desde hace meses se ha conseguido implantar el proyecto:
-Se propone, impusa y apoya la extracción de calostro precoz de ka madre desdelas primeras horas tras el parto. Se propone al ingreso en la UCI neonatal y se lleva a cabo en la planta 6ª de maternidad (donde permanece la madre inmediatamente tras el parto) en las primeras horas de vida.
-En la unidad de dietética se encargan de fraccionarlo.
-En la UCI-Neonatal se está administrando en todos los casos donde está indicado salvo que haya contraindicación y tengamos el calostro disponible.
Tratándose de un proyecto que se llevará a cabo en dos años de momento considetamos un éxito que ya se haya conseguido implantar pero es muy pronto para obtener resultados, todavía no se han recogido estos datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación ha sido posible gracias a la colaboración de todo el equipo de UCI-NN, con participación fundamental de supervisora, enfermería y auxiliares, así como de todo el equipo médico. La unidad de dietética ha sido fundamental, con la que hemos mantenido una estrecha colaboración y que se ha encargado de fraccionar el calostro y posteriormente administrarlo.
La evidencia ha demostrado que ésta es una práctica beneficiosa para el prematuro y sólo el hecho de haberlo implantado ya es todo un éxito, independientemente de los resultados de los indicadores que obtengamos el próximo año cuando evaluemos resultados. Desde luego hemos aprendido que con el trabajo en equipo se pueden conseguir grandes cosas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0984

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/984 ========== ***

Nº de registro: 0984

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

Autores:
PINILLOS PISON RAQUEL, ROYO PEREZ NIEVES DELIA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, VILLANUEVA ORBAIZ MARIA TERESA, LUQUE CARRO RAQUEL, IZQUIERDO DIEZ ANA ISABEL, ORTIZ JUAREZ KARINA, ROS TEGEL MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El calostro es la leche de los primeros días de vida tras el parto, cuyas características son más similares al líquido amniótico que a la leche madura. Posee propiedades inmunológicas, antiinflamatorias, epigenéticas y de protección de mucosas debido a que contiene alta cantidad de lactoferrina, inmunoglobulina A secretora, factores de crecimiento que actúan de forma sinérgica, citoquinas y antioxidantes.
Se han realizado distintos ensayos sobre la administración precoz del calostro por vía oral para estimular el sistema linfoide de la mucosa digestiva, desarrollando inmunidad de barrera y convirtiéndose en una inmunoterapia oral, administración que se ha demostrado segura. Se ha objetivado que los pacientes a los que se administra precozmente calostro de forma oral llegan antes a la alimentación enteral completa, con reducción de los días de nutrición parenteral y de vía central, conllevando una disminución de infección nosocomial, tan elevada en nuestra unidad y afectando sobre todo a los prematuros de más bajo peso. Son necesarios todavía más estudios para demostrar su asociación con la reducción de enterocolitis necrotizante y de neumonía asociada al respirador.
La estimulación del pecho en las primeras 6 horas tras el parto da lugar a que las madres aumenten la producción de leche, disminuyendo el consumo de leche donada, que se incremente la cantidad de grasa de la leche, lo que puede mejorar el estado nutricional de los prematuros y se produzca un aumento de la tasa de lactancia al alta estadísticamente significativa, prioritario en una población susceptible al fracaso de la lactancia materna.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto es obtención de calostro materno en las primeras 24-48 horas de vida seguido de su administración oral al prematuro desde su nacimiento hasta las 32 semanas de edad posmenstrual.
Las consecuencias de esto serán:
- Nutrición enteral completa en menos tiempo, retirada precoz de la nutrición parenteral y vía central, con reducción de la tasa de infección nosocomial. Intentar reducir la incidencia de enterocolitis necrotizante.
- Conseguir, mediante explicaciones constantes a las madres, apoyo y soporte continuo durante el ingreso del recién nacido, un aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva al alta

MÉTODO
- Creación de un circuito de almacenaje y conservación del calostro: Todos
- Formación y difusión del personal de enfermería y matronas acerca de la importancia del calostro: Raquel Luque, Karina Ortiz, Teresa Villanueva, Ana Izquierdo.
- Creación de un protocolo de administración de calostro: Todos.
- Elaboración de una pauta de extracción de calostro con hoja informativa: Todos.
- Elaboración de un folleto informativo a mujeres con riesgo de parto prematuro sobre el funcionamiento de la unidad y cómo colaborar con la extracción de calostro: Delia Royo.
- Difusión en el servicio de Dietética de las nuevas indicaciones que se indicarán en la planilla. Luisa Ros.
- Creación de una ficha de dificultades/consulta de lactancia por cada madre y recién nacido. Raquel Pinillos, Cristina Fernández, Delia Royo.

INDICADORES
- Nº madres que realizan estimulación del pecho en primeras 6 horas tras el parto/ total de madres de recién

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0984

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD PARA LA EXTRACCION Y ADMINISTRACION PRECOCES DE CALOSTRO EN EL PREMATURO EXTREMO (< O IGUAL A 32 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL Y/O < O IGUAL A 1500 GRAMOS DE PESO AL NACIMIENTO)

nacidos = a 32 semanas y/o =a 1500 gramos: 70-80%
- Nº de recién nacidos con edad gestacional = a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos que reciben calostro materno en las primeras 48 horas de vida/ total de recién nacidos con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.
- Estancia media, días de nutrición parenteral y vía central de los recién nacidos con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.
- Tasa de sepsis clínica y/o analítica: niños ingresados con edad gestacional =a 32 semanas y/o peso al nacimiento = a 1500 gramos que presentan a lo largo del ingreso sepsis clínica y/o analítica/ con edad gestacional = a 32 semanas y/o peso al nacimiento =a 1500 gramos.

DURACIÓN
Se prevé una duración de dos años:
- Octubre-Noviembre: difusión y puesta en común del proyecto en cada una de las unidades afectadas con implicación/formación básica del personal.
- Diciembre-Enero: elaboración de documentos. Díptico informativo para las madres, documentos informativos que indiquen pasos a realizar para el personal de todas las unidades implicadas, la ficha de evolución de lactancia y fichero de recogida de indicadores de evaluación/seguimiento.
- Febrero-indefinido: iniciar la recogida y administración del calostro, la cumplimentación de la hoja de lactancia y del fichero de indicadores de evaluación/seguimiento.

OBSERVACIONES
Nuestra unidad es la de un hospital de referencia, las madres de muchos pacientes viven fuera de Zaragoza y en muchas ocasiones pernoctan en sitios donde no disponen de congelador, siendo limitado el espacio del congelador de dietética, siendo preciso disponer de un nuevo congelador para la congelación del calostro

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1020

1. TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CAMPOS CALLEJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE GRACIA CARMEN
FORCADA MARTIN TERESA
IRIARTE VICENTE MARIA JOSE
YUBE SANCHEZ MARISA
GARCES GOMEZ RAQUEL
MARTINEZ REDONDO INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones periódicas del equipo y designación de tareas.
- Búsqueda bibliográfica y en páginas web de diferentes centros hospitalarios de la información que reciben las familias a su llegada a Urgencias de Pediatría.
- Diseño de Poster informativo de Triaje Pediátrico.
- Elaboración de encuesta de satisfacción a familias sobre la información recibida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- En la propuesta de apostar por la humanización de los diferentes espacios en urgencias de pediatría se ha conseguido la decoración de la Sala de Procedimientos, decoración infantil con dibujos y pinturas.
- Consenso en reunión de equipo para solicitar señalización horizontal en las siguientes áreas asistenciales de la Unidad (Sala de espera, Triaje, BOXES, Sala de procedimientos, Traumatología, Zona de atención ambulante, Unidad de Observación y Radiodiagnóstico……)
- Valoración por el equipo de mejora del poster informativo a familias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La decoración de los espacios en urgencias de pediatría tiene efectos muy beneficiosos en los niños y sus familias y debe ser una prioridad en la atención en urgencias de pediatría.
La valoración global del equipo es que son lentos los avances en las propuestas planteadas y que se ha retrasado el poner en marcha la señalización horizontal con el fin de facilitar el acceso a las diferentes estancias.
Continuamos trabajando para conseguir un ambiente más acogedor y estimulante.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1020 ========== ***

Nº de registro: 1020

Título
MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
CAMPOS CALLEJA CARMEN, BOSQUE GRACIA CARMEN, FORCADA MARTIN TERESA, IRIARTE VICENTE MARIA JOSE, YUBE SANCHEZ MARISA, GARCES GOMEZ RAQUEL, MARTINEZ REDONDO INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1020

1. TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACION EN LA RECEPCION AL PACIENTE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

PROBLEMA
En los últimos años ha cobrado importancia los cambios en el entorno físico hospitalario como mejora de la calidad percibida por los pacientes y familiares.
Las salas de espera en urgencias de pediatría son el primer contacto de los niños y familiares en su llegada a urgencias. El dotar de información clara y útil ofrece una mejora en la recepción de los niños y sus familias.

RESULTADOS ESPERADOS
-Humanización del espacio físico de la sala de espera de la Unidad de Urgencias de Pediatría mediante cartel informativo de bienvenida de todo el equipo multidisciplinar de urgencias (admisión, celadores, auxiliares, enfermeras y médicos).
-Informar del proceso de clasificación al paciente a su llegada a urgencias, “triaje”, por medio de poster en sala espera.
-Disminuir retrasos en la atención al paciente por medio de colocación de señalizaciones claras y específicas a los accesos a las diferentes áreas: sala de espera, servicio de radiodiagnóstico, consultas de atención ambulantes y a boxes.
-Mejorar la satisfacción de familiares y pacientes de los cambios implantados

MÉTODO
1.- Reunión del equipo calidad, designar funciones de los miembros del grupo de trabajo con 3 enfermeras, 2 facultativos, 1 residente y 1 auxiliar.
2.- Recogida de información de otros centros de urgencias pediátricas (búsqueda web, presentaciones a reuniones científicas…).
3.- Diseño de poster de triaje y de bienvenida.
4.- Solicitud a subdirección del centro la instalación de señalización de salas
5.- Presentación en Sesión Clínica del Servicio
6.- Diseño de encuesta de valoración de información al usuario
7.- Evaluación de encuesta y otros indicadores a los 6 meses
8.- Reunión del grupo de mejora para análisis de los resultados

INDICADORES
Obtención de indicadores a los 6 meses :

- Disponer en Sala de espera de posters informativos y de las señalizaciones
- Realizar encuesta de satisfacción al usuario de la información recibida

DURACIÓN
Septiembre-Noviembre 2016:
-Reunión de equipo calidad y distribuir funciones
-Recogida de información de otros centros de urgencias pediátricas (búsqueda web, presentaciones a reuniones cientificas…)
-Diseño de poster y señalizaciones

Diciembre 2016-Enero 2017:
-Presentación en Sesión Clínica del Servicio
-Implantación propuestas
-Diseño de modelo de encuesta de opinión al usuario

Marzo-Abril 2017:
-Evaluación de encuesta, análisis de resultados
-Reunión del grupo y evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1035

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA GOMEZ BARRENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO MARCOS EVA
GAZOL ALTAFAJ MONICA
BARBED FERRANDEZ SARA
ARRUDI MORENO MARTA
TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE LEIRE
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN
GARCES GOMEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado reunión de equipo de calidad en la que se detectaron los problemas percibidos por el personal, fundamentalmente problemas ambientales (frío excesivo por las noches), poca iluminación.
Se propone realizar una encuesta entre los padres de los pacientes atendidos en la sala para valorar su percepción sobre el espacio y la atención recibida.
Se realiza la encuesta durante 2 meses (septiembre-noviembre 16) valorando de forma anónima la satisfacción con el espacio y el personal (información recibida, respuesta a preguntas, conocimiento del niño...). Responden un 23% de los pacientes ingresados en la sala en este periodo.
Se valoran los resultados de la encuesta y se difunden entre el personal de la unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS de la encuesta a familiares:
Se encuestaron 226 pacientes (23% de ingresados), 58% hombres y 28,8% menores de 2 años. Los motivos de estancia más frecuentes fueron: gastroenteritis(15%), bronquitis(14.2%), traumatismo craneal(12.4%) y dolor abdominal(11%). El tiempo medio fue de 6.2h con un rango entre 1 y 30h, sin observarse diferencias entre satisfacción global y mayor estancia. El destino final fue alta hospitalaria en 68% de los encuestados. En cuanto a la infraestructura lo peor valorado fue espacio, intimidad y temperatura ambiental. Un 13’7% valoró negativamente algún aspecto sobre la información recibida y/o identificación del personal sanitario. La satisfacción global media fue de 8.8/10. Existen diferencias en la satisfacción global e intimidad según la edad siendo mejor la valoración en mayores de 2 años. No se observan diferencias según turno, acompañante que cumplimenta la encuesta, espacio o motivo de estancia.
CONCLUSIONES:
La satisfacción global media es buena.
Debemos mejorar tanto la información como la forma en que la damos, protegiendo la intimidad e incidiendo en la identificación del personal.
Detectamos como posible factor de confusión una menor recogida de encuestas en pacientes que ingresan.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debemos identificarnos correctamente y presentarnos para que los pacientes /padres conozcan al personal médico y de enfermería que les está atendiendo en cada turno.
Intentamos mejorar la satisfacción con los aspectos ambientales ofreciendo mantas y llamando a servicios técnicos para intentar corregir los problemas puntualmente porque el problema de acondicionamiento del aire es dificil de solucionar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1035 ========== ***

Nº de registro: 1035

Título
MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN LA SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
GOMEZ BARRENA VIRGINIA, ALONSO MARCOS EVA, GAZEL ALTAFAJ MONICA, BARBED FERRANDEZ SARA, ARRUDI MORENO MARTA, TROYAS FERNANDEZ DE GARAYALDE LEIRE, RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1035

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología aguda que precisa atención urgente
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La sala observación de urgencias de pediatría es un recurso que permite evaluar y tratar a pacientes en un tiempo recortado (menos de 24 horas) consiguiéndose adecuar las indicaciones de ingresos.
Durante este tiempo el niño y sus familiares comparten espacio y tiempo con otros pacientes y los diferentes miembros del equipo de profesionales sanitarios que los atienden (auxiliares, enfermeras y médicos).
Las condiciones físicas de la sala, la disponibilidad de personal y el grado de ocupación pueden hacer más o menos cómoda su estancia, facilitar o no el proceso asistencial y agilizar el tratamiento que precisa su situación clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
• Detectar aspectos mejorables en la atención a los pacientes por los diferentes profesionales en la sala de observación .

• Desarrollar estrategias de modificación de conductas/actitudes por el equipo.

• Agilizar el proceso de ingreso en planta en lo casos necesarios

• Mejorar la satisfacción de familiares y pacientes de los cambios implantados

MÉTODO
1.- Reunión del equipo calidad, designar funciones de los miembros del grupo de trabajo con 3 enfermeras, 2 facultativos, 2 residentes y una auxiliar.

2.- Análisis de opiniones detectadas en el equipo y diseño de encuesta de opinión especificando las diferentes aspectos a evaluar: identificación del personal, accesibilidad y trato recibido (residentes de pediatría).

3.- Presentación y consenso de la encuesta con los miembros de la unidad.

4.- Recogida de encuesta y análisis de resultados.

5.- Propuesta de trabajo para resolver propuestas de mejora.

6- Reunión del grupo de mejora. Presentación en sesión clínica del Servicio de Pediatría.

INDICADORES
Reuniones periódicas de equipo de trabajo
- Diseño de encuesta
- Cumplimentación de la encuesta por parte de los familiares acompañantes
- Análisis de resultados y listado de acciones de cambios/mejora

DURACIÓN
Septiembre 2016

• Reunión de equipo calidad y distribuir funciones.
• Análisis de opiniones detectadas en el equipo.
• Diseño de encuesta de opinión.

Octubre- Diciembre 2016

• Recogida de encuesta.

Enero- febrero 2017

• Evaluación de encuesta.
• Reunión de equipo de trabajo con análisis de resultados y propuestas de mejora.
• Presentación en Sesión Clínica del Servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1035

1. TÍTULO

MEJORAR LA SATISFACCION EN LA ATENCION AL PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 2 Poco

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RUTH GARCIA ROMERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES NILSSON ANA KARIN
BARANGUAN CASTRO MARIA LUISA
CASTAN LARRAZ BEATRIZ
CAUDEVILLA LAFUENTE PILAR
FERNANDO MARTINEZ RUTH
LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los componentes del equipo han realizado:
- Encuesta previa al inicio del proyecto, para valorar su conocimiento y opinión sobre uso de probióticos (se adjunta) (Octubre 2017)

1. Utiliza probióticos en su práctica pediátrica habitual?
a- siempre que la patología atendida lo requiere b- solo en determinadas patologías c- no suelo recomendar.
Si ha contestado “no suelo recomendar”, señalar el motivo y ha terminado la encuesta
? no evidencia cientifica suficiente
? no necesario como prevencion
? son muy caros
? no tengo tiempo en la consulta
? otros
2. En qué patologías suele emplear probióticos? Señalar todas en las que emplee
-GEA-Prevención de diarrea por antibióticos- Dolor abdominal funcional- Cólicos del lactante- Estreñimiento- Dermatitis atópica
3 A la hora de recomendar un probiótico, ordenar del 1 al 5 por orden de importancia (1 lo menos importante y 5 lo de mayor importancia)
- Recomendación de Guias de práctica clínica- Información del visitador médico- Precio- Sabor- Disponibilidad gotas.

- Puesta en común del proyecto de mejora y actualización de sus conocimientos en relación al objetivo del proyecto. Información online, vía mail y presencial (Octubre 2017)

- Encuesta de satisfacción al finalizar el proyecto (se adjunta) (Diciembre 2017)

Tras la participación en el Proyecto de Calidad sobre recomendación de probióticos en urgencias de Pediatria, le agradeceríamos contestara a las siguientes preguntas:
1. El conocimiento que tiene sobre el uso de los probióticos en la práctica pediátrica:
a. ha mejorado el conocimiento de su uso en todas las patologías en que hay evidencia b. Sólo ha mejorado en las patologías incluidas en el proyectoc. no ha cambiado
2. En qué patologías ha mejorado su conocimiento
a. GEA b. Prevención de diarrea asociada a antibióticos c. Otras (especificar)
3.¿ Ha cambiado el uso de probióticos en GEA ? a. Sí, ahora lo utilizo siempre b. Lo utilizo más frecuentemente pero no de forma habitual. c. No ha cambiado
4 .¿Ha cambiado el uso de probióticos en la prevención de diarrea asociada a antibióticos?
a. Sí, ahora lo utilizo siempre b. Lo utilizo más frecuentemente pero no de forma habitual c. No ha cambiado
5.¿ Ha cambiado el uso de probióticos en otras patologías?
a. Si (especificar)b. No, sólo en las incluidas en el proyecto
6.A la hora de recomendar un probiótico, ha cambiado el criterio de uso?
a. Sí, me baso más en la evidencia científica b. No, prefiero recomendar según precio o forma galénica c. Depende del nivel socioeconomico y la edad del niño
7. ¿Se ha encontrado con alguna dificultad en la cumplimentación del proyecto?a. requiere tiempo para la información y la presión asistencial lo dificulta b. Las familias no aceptan bien la recomendación de un producto no financiado c. Si no se dispone de recetarios del producto, se enlentece la asistencia al tener que realizar recetas no financiada
8. El nivel de satisfacción a la participación en el proyecto lo calificaría
a. Alto por mejora de conocimiento y calidad asistencial b. Medio, ha mejorado parcialmente alguno de los aspectos c. Deficiente, no he observado ninguna mejoría

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2017, los componentes del proyecto de calidad, cuyo trabajo asistencial se desarrolla en urgencias pediátricas del Hospital Royo Villanova, realizan recomendación de probióticos a todos los niños atendidos que cumplan criterios de inclusión:
Poblacion de 0 -14 años que consulte por cuadro clinico de GEA
Población de 0-14 años a la que se le prescriba antibioterapia oral por patología infecciosa que lo precise.
Al ser productos no financiados, se realiza receta blanca. Se incluye por escrito en las recomendaciones de tratamiento del informe de alta.
Asimismo para comprobar adherencia a la recomendación, cada pediatra ha realizado un registro de 30 pacientes, elegidos de forma aleatoria, a los que se les solicitó previamente permiso para contactar telefónicamente con ellos, realizando encuesta sobre adquisición del producto y cumplimentación.

RESULTADOS EN CUANTO A MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
Encuesta previa:
1. Uso probióticos: 83% en determinadas patologías 17% Siempre
2. Patologias en las que emplea: 65% en GEA, 50% cólicos del lactante, 33% prevención de diarrea asociada a antibióticos
Encuesta final:
1. El conocimiento sobre probióticos ha mejorado 100%: En todas las patologías 66%, en las patologías incluidas en el proyecto 33%.
2. Las patologías en las que se ha mejorado el conocimiento 83% en la prevención de diarrea asociada a antibióticos, 50% GEA
3. Ha mejorado el uso de probióticos en GEA en el 100%, los utiliza siempre 83%, más frecuentemente 17%.
4. Ha mejorado el uso de probioticos en prevención de diarrea asociada a antibióticos 100%: 50% siempre, 50% más frecuentemente
5. Ha mejorado el uso en otras patologías: Dolor abdominal funcional 33%, dermatitis 33%, cólicos 17%
6. A la hora de recomendar un probiótico el 83% se basa más en la evidencia científica, 17% prefiere tener en cuenta el nivel económico de la familia.
7. Dificultades a la hora de recomendar el probiótico en el servicio de urgencias:
50% refieren que la presión asistencial dificulta la recomendación al requerir tiempo para ello, 17% la receta blanca requiere tiempo.
8. El nivel de satisfacción en el 100% ha sido alto por mejora de conocimiento y calidad asistencial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe amplia evidencia científica (Nivel 1 grado de recomendación A) sobre la utilidad del uso de probióticos en GEA y prevención de diarrea asociada a antibióticos. Sin embargo al ser productos no financiados, cuya adquisición depende del consejo del pediatra, es muy importante la formación adecuada del profesional y su implicación en la información a las familias.
La participación en este proyecto de calidad ha permitido mejorar la formación de los profesionales que hemos participado en el mismo, lo que se ha traducido en una mejor calidad asistencial de los niños atendidos durante su implementación. Asimismo, detecta posibles puntos de mejora, la presión asistencial dificulta el dedicar un tiempo suficiente para una adecuada información.
Queda pendiente como objetivo secundario, el comprobar la adherencia de las familias a la recomendación realizada y, si la cumplimentación posológica es adecuada. Para ello se analizarán las 180 encuestas realizadas a las familias.
Asimismo, consideramos que una vez iniciado este proyecto, debe incluirse dentro de la práctica habitual del servicio de urgencias pediátricas, por lo que se realizará continuidad del mismo en el año 2018, evaluando mediante revisión de informes de urgencias, si la recomendación de probióticos en las patologías que así lo indican, se mantiene en niveles de calidad.

7. OBSERVACIONES.
Ha habido un cambio en las personas componentes del equipo de mejora. La Dra Carmen Puig García no ha participado finalmente en este proyecto y ha sido sustituida por la Dra María Luisa Baranguan Castro.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1343 ========== ***

Nº de registro: 1343

Título
MEJORA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENT. AGUDAS Y PATOLOGIAS QUE REQUIEREN ANTIBIOTERAPIA ORAL, VISTAS EN URG. PEDIATRICAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
GARCIA ROMERO RUTH, CASTAN LARRAZ BEATRIZ, CAUDEVILLA LAFUENTE PILAR, FERNANDO MARTINEZ RUTH, GARCES GOMEZ RAQUEL, LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL, PUIG GARCIA MARIA CARMEN, ANDRES NILSSON ANA KARIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecciosas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El último informe sobre uso de antibióticos en España (ESAC-Net 2011), muestra un incremento del consumo, hasta 20,9 DHD(dosis/habitante/dia) y mayor prescripción de penicilinas con inhibidores de betalactamasas, que producen más impacto en el ecosistema gastrointestinal, sobre todo en edad pediátrica.
Las patologías más prevalentes en niños, para uso de antibióticos, son la faringoamigdalitis aguda (50%) y la otitis media aguda (25%). Van a presentar diarrea asociada a antibióticos el 2-5% de los casos, sobre todo con amoxicilina-clavulánico (hasta 25%) o cefalosporinas (hasta 20%).
La recomendación del uso de probióticos supone un avance en el campo de la prevención de la diarrea asociada a antibiótico, pues aumentan la resistencia a la colonización por bacterias patógenas, interfieren con las toxinas patógenas y mejoran la inmunidad.

Otro motivo frecuente de utilización de los servicios de urgencias son las gastroenteritis agudas en niños, la mayoría, 80%, de etiología vírica, no existiendo tratamiento específico, sólo de sostén.
Existe evidencia suficiente, sobre la eficacia de los probióticos en la diarrea aguda infecciosa, mediante la estimulación del sistema inmunitario, la competencia por los sitios de adherencia a la células intestinales y la elaboración de sustancias neutralizantes de microorganismos patógenos. Los efectos son más notables cuanto más precozmente se administran. Nivel de evidencia I,grado de recomendación A. (Guía multidisciplinar SEGNHP-SEIP 2010).
La situación actual muestra, que a pesar de lo comentado, en los servicios de urgencias, no se realiza recomendación sistemática de probióticos. Puede influir la presión asistencial, pero, también, que el profesional considere que la recomendación de probióticos debe de realizarse en consultas de primaria. Sin embargo, con frecuencia estos niños, no son vistos por su pediatra en las siguientes 24 horas, con lo que se retrasa o, no se llega a iniciar el tratamiento.
Las consecuencias son peores resultados en salud, aumento del uso de recursos humanos y gasto sanitario.
Al tratarse de productos no financiados, su recomendación no supone un coste económico al sistema público, pero su adquisición sí que depende del consejo del pediatra. Estudios previos, entre los que se incluyen un proyecto de calidad del Salud, realizado en Atención Primaria del Sector Zaragoza 1, año 2013, muestra una alta adherencia al consejo del pediatra, 70%.

RESULTADOS ESPERADOS
Población incluida: Todos los pacientes pediátricos, que en el período del estudio, sean atendidos en urgencias de Pediatría del Hospital Royo Villanova, por cuadros de gastroenteritis aguda o por patología infecciosa que requiera antibioterapia oral.

Nuestra propuesta podría servir para:
Mejora del proceso asistencial en patología infecciosa infantil.
Mejora de la continuidad asistencial con Atención Primaria.
Mejora de la seguridad del paciente, al disminuir los riesgos asociados al uso de antibióticos, y la duración de la enfermedad
Aplicación de la experiencia llevada a cabo, en Atención Primaria del Sector Zaragoza 1.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Mejorar el conocimiento de los pediatras que atienden urgencias infantiles del uso de probióticos y de la importancia de su administración precoz.
- Recomendación sistemática en urgencias de probióticos, cuando la patología lo precise.
- Mejora del proceso asistencial y de la seguridad del niño.

MÉTODO
Encuesta inicial dirigida a los miembros del Equipo, para valorar el conocimiento y opinión sobre uso de probióticos.
Sesión Formativa impartida por la coordinadora del estudio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1343

1. TÍTULO

MEJORA LA CALIDAD, CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE POR LA RECOMENDACION DE PROBIOTICOS, EN GASTROENTERITIS AGUDAS Y PATOLOGIAS CON ANTIBIOTERAPIA ORAL VISTAS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Reunión inicial y, al final del proyecto,de los miembros del equipo.
Encuesta de satisfacción a los miembros del Equipo al finalizar el proyecto.

Población incluida: Niños de 0 - 14 años, atendidos en urgencias de Pediatría del Hospital Royo Villanova, por cuadros de gastroenteritis aguda o patología infecciosa que requiera antibioterapia oral, en el informe de alta, constará por escrito, la recomendación de probióticos y posología.

Valoración de la adherencia a la recomendación del probiótico: Encuesta telefónica.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes en los que se cumple criterio de calidad de recomendación de probióticos.
Número de HCE, en las que conste en informe de alta recomendación de probióticos/total de HCE seleccionadas.
Se analizará el indicador en el grupo de GEA y antibioterapia oral.
- Adherencia a la recomendación: Nº pacientes que han comprado el probiótico / Nº a los que se ha recomendado.
No hay referencias previas de calidad. Limite superior 80%, inferior 50%

DURACIÓN
- Julio 2017: Encuesta inicial, sesión formativa, puesta en común.
-Septiembre 2017: Inicio del proyecto de calidad. Se pretende que una vez iniciado, se aplique de forma sistemática y continudad, formando parte de la práctica habitual
Marzo 2018: Evaluación de indicadores seleccionados.
Junio 2018: Informe final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GARCIA ESCUDERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Definición de las patologías del periodo neonatal tributarias de seguimiento.
- Definir aquellas patologías "menores" cuyo seguimiento puede ser llevado por el Pediatría de Atención Primaria
- Definir patologías en las que se generan duplicidades entre la consulta de seguimiento neonatal y otras subespecialidades pediátricas y concretar con sus responsables el seguimiento exclusivo por su unidad.
- Dividir la patología neonatal que requiere seguimiento en nuestra consulta en 3 subgrupos: Consulta de Seguimiento Neurológico / Consulto de Segumiento del Recién nacido <1500 gr y/o <32 semanas de gestación / Consulta de Neonatología general
- Definir los criterios de derivación de maternidad a la Consulta de Neonatología de Alta resolución

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Organización de la consulta por patologías.
- Evitar duplicidades.
- Disminuir el número de pacientes citados a la consulta lo que permite que se disponga de más tiempo para pacientes dentro de un programa de seguimiento complejo (recién nacidos de <1500 gr y/o <32 semanas de gestación)
- Haber podido asumir la pérdida de una consulta de Neoantología de tardes.
Los indicadores propuestos una vez puesto en marcha el proyecto se analizarán al año de su inicio (año natural 2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Necesidad de facilitar al paciente y sus familias los controles ambulatorios evitando duplicidades.
Una mayor organización de la consulta permite disponer de un mayor tiempo para aquellos pacientes que así lo requieren.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1768 ========== ***

Nº de registro: 1768

Título
REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Autores:
GARCIA ESCUDERO CRISTINA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, RITE GRACIA SEGUNDO, ABENIA USON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacidos que requieren seguimiento
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años ha habido un aumento significativo del número de recién nacidos de muy bajo peso (<1500 gramos) que sobreviven. Estos recién nacidos requieren un seguimiento planificado de acuerdo con las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

recomendaciones actuales de la Sociedad Española de Neonatología. Sin embargo, estos no son los únicos recién nacidos que requieren un seguimiento, destacando igualmente aquellos con patologías que suponen riesgo para el neurodesarrollo.
La Unidad de Neonatología dispone actualmente de tres consultas tras la jubilación de una facultativa que pasaba una consulta de tardes. El gran volumen de seguimiento que genera una unidad de nivel III como la del Hospital Miguel Servet requiere una reorganización de la actividad de consultas externas tanto para adaptarnos al número de consultas que se dispone así como organizar las mismas en función de las características y necesidades de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Reorganización del área de consulta externa de seguimiento de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet haciendola sostenible a pesar del incremento del pacientes que precisan seguimiento y la menor disponibilidad actual de número de consultas.
Población diana: Recién nacidos que precisan seguimiento.
Servicios a los que se dirige la intervención: la propia Unidad de Neonatología así como otras subespecialidades pediátricas con las que se tratará de evitar duplicidades en la consulta y atención primaria.

MÉTODO
- Realizar un análisis de los distintos grupos de patología tributarias de seguimiento neonatal.
- Clasificación de dichos grupos de patología en 3 consultas:
- Consulta de Seguimiento neurológico (Neurología Neonatal)
- Consulta de Seguimiento del recién nacido <1500 gr / < 32 semanas de gestación al nacimiento
- Consulta de Neonatología General
- En función del volumen de cada grupo realizar un reparto proporcional de las consultas disponibles.
- Analizar patologías donde existe duplicidad con otras consultas en corto - medio plazo: Valorar con dichas especialidades la posibilidad de que el seguimiento se realice desde el alta por las mismas.
- Analizar grupos de patología cuyo seguimiento se podría realizar en Atención Primaria y fueran derivados a nuestra consulta sólo en el caso de detectar desviaciones en el seguimiento.

INDICADORES
Octubre 2017: Puesta en marcha de la nueva distribución del área de consulta externa de Neonatología atendiendo a los aspectos incluidos en el punto anterior.
En 2018 analizar la viabilidad de los cambios establecidos con los siguientes indicadores:
- Consulta de Seguimiento del <1500 gramos: Número de pacientes citados por consulta igual o menor a 20 (Estándar: 80% del total de días analizado).
- Disminución del número de recién nacidos en consulta de seguimiento respecto al año 2016 (Estándar: Reducción igual o mayor al 20%).

DURACIÓN
Octubre 2017: Puesta en marcha del programa.
Previamente se habrán establecido las reuniones pertinentes de la Unidad para analizar los aspectos comentados en el punto 6 así como con otras subespecialidades pediátricas.
Diciembre 2018: Análisis de los indicadores incluidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GARCIA ESCUDERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
RITE GRACIA SEGUNDO
ABENIA USON PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el segundo semestre de 2017 y primer trimestre de 2018 se llevó a cabo la siguientes medidas para hacer sostenible una consulta en la que se ha incrementado el número de recién nacidos de muy bajo peso que precisan seguimiento y se ha perdido una consulta de tardes (exención de guardias) por jubilación de una facultativa:
- Definición de las patologías del periodo neonatal tributarias de seguimiento.
- Definir aquellas patologías "menores" cuyo seguimiento puede ser llevado por el Pediatría de Atención Primaria
- Definir patologías en las que se generan duplicidades entre la consulta de seguimiento neonatal y otras subespecialidades pediátricas y concretar con sus responsables el seguimiento exclusivo por su unidad.
- Dividir la patología neonatal que requiere seguimiento en nuestra consulta en 3 subgrupos: Consulta de Seguimiento Neurológico (iNeoNR) / Consulto de Segumiento del Recién nacido <1500 gr y/o <32 semanas de gestación (iNeo15) / Consulta de Neonatología general (iNeoNA).
- Definir los criterios de derivación de maternidad a la Consulta de Neonatología de Alta resolución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con estas medidas se ha conseguido:
- Organización de la consulta por patologías.
- Evitar duplicidades.
- Haber podido asumir la pérdida de una consulta de Neonatología de tardes.
- Indicadores definidos:
  a) Disminución del número de recién nacidos en seguimiento: +4.1% (no alcanzada una reducción efectiva, por el incremento de número de recién nacidos prematuros <1500 gr que requirieron seguimiento).
  b) Número de días de consulta (iNeo15) con 20 pacientes o menos citados: 79,66% (La reorganización de las consultas ha permitido centrar los recursos en la población de recién nacidos con peso <1500 gr. que han aumentado de forma muy notable en los últimos años, consiguiéndose que en el 80% de las consultas no se sobrepase el límite de 20 pacientes, estándar: igual o mayor al 80%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de la pérdida de una consulta de tardes y el incremento de recién nacidos prematuros que sobreviven y requieren seguimiento a largo plazo, se ha logrado hacer viable la consulta actual gracias a la reestructuración llevada a cabo, sin embargo, no se ha logrado una reducción significativa del número de pacientes vistos, por lo que por un lado habrá que incidir en los criterios de derivación desde el área de hospitalización y probablemente en la necesidad de una consulta adicional de Neonatología.

7. OBSERVACIONES.
No.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1768 ========== ***

Nº de registro: 1768

Título
REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO NEONATAL

Autores:
GARCIA ESCUDERO CRISTINA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, RITE GRACIA SEGUNDO, ABENIA USON PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1768

1. TÍTULO

REORGANIZACION DEL AREA DE CONSULTAS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA

Otro Tipo Patología: Recién nacidos que requieren seguimiento
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En los últimos años ha habido un aumento significativo del número de recién nacidos de muy bajo peso (<1500 gramos) que sobreviven. Estos recién nacidos requieren un seguimiento planificado de acuerdo con las recomendaciones actuales de la Sociedad Española de Neonatología. Sin embargo, estos no son los únicos recién nacidos que requieren un seguimiento, destacando igualmente aquellos con patologías que suponen riesgo para el neurodesarrollo.
La Unidad de Neonatología dispone actualmente de tres consultas tras la jubilación de una facultativa que pasaba una consulta de tardes. El gran volumen de seguimiento que genera una unidad de nivel III como la del Hospital Miguel Servet requiere una reorganización de la actividad de consultas externas tanto para adaptarnos al número de consultas que se dispone así como organizar las mismas en función de las características y necesidades de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Reorganización del área de consulta externa de seguimiento de la Unidad de Neonatología del Hospital Miguel Servet haciendola sostenible a pesar del incremento del pacientes que precisan seguimiento y la menor disponibilidad actual de número de consultas.
Población diana: Recién nacidos que precisan seguimiento.
Servicios a los que se dirige la intervención: la propia Unidad de Neonatología así como otras subespecialidades pediátricas con las que se tratará de evitar duplicidades en la consulta y atención primaria.

MÉTODO
- Realizar un análisis de los distintos grupos de patología tributarias de seguimiento neonatal.
- Clasificación de dichos grupos de patología en 3 consultas:
- Consulta de Seguimiento neurológico (Neurología Neonatal)
- Consulta de Seguimiento del recién nacido <1500 gr / < 32 semanas de gestación al nacimiento
- Consulta de Neonatología General
- En función del volumen de cada grupo realizar un reparto proporcional de las consultas disponibles.
- Analizar patologías donde existe duplicidad con otras consultas en corto - medio plazo: Valorar con dichas especialidades la posibilidad de que el seguimiento se realice desde el alta por las mismas.
- Analizar grupos de patología cuyo seguimiento se podría realizar en Atención Primaria y fueran derivados a nuestra consulta sólo en el caso de detectar desviaciones en el seguimiento.

INDICADORES
Octubre 2017: Puesta en marcha de la nueva distribución del área de consulta externa de Neonatología atendiendo a los aspectos incluidos en el punto anterior.
En 2018 analizar la viabilidad de los cambios establecidos con los siguientes indicadores:
- Consulta de Seguimiento del <1500 gramos: Número de pacientes citados por consulta igual o menor a 20 (Estándar: 80% del total de días analizado).
- Disminución del número de recién nacidos en consulta de seguimiento respecto al año 2016 (Estándar: Reducción igual o mayor al 20%).

DURACIÓN
Octubre 2017: Puesta en marcha del programa.
Previamente se habrán establecido las reuniones pertinentes de la Unidad para analizar los aspectos comentados en el punto 6 así como con otras subespecialidades pediátricas.
Diciembre 2018: Análisis de los indicadores incluidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR ABENIA USON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVE PRADEL ZENAIDA
MARTINEZ MORAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Participación del Dr. Segundo Rite (Jefe de Sección de Nenoatología H. Miguel Servet) como responsable del Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Neonatología sobre "Criterios de Alta del Recién nacido".
- Elaboración de un protocolo interno de la Unidad de Neonatología sobre Criterios de Alta del recién nacido incluyendo lo relativo a criterios de idoneidad para realizar un alta precoz (<48 horas).
- Elaboración de Check list.
- Consenso con otras partes implicadas: Obstetricia, Supervisores enfermería área de hospitalización obstétrica, Bioquímica (cribado endocrino-metabólico).
- Puesta en marcha del programa alta precoz (febrero 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de documentos (Protocolo - Check list)
Acuerdo con otros servicios implicados
Puesta en marcha del programa en febrero 2018.
En la siguiente memoria de seguimiento se recogerán los indicadores referentes al primer año de puesta en marcha (2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El alta neonatal precoz es factible pero dependiente de un importante grado de coordinación con otras partes implicadas (obstetricia, enfermería de hospitalizaicón obstétrica y bioquímica) de cara a que se puedan llevar a cabo con las máximas garantías de seguridad.

7. OBSERVACIONES.
Ninguna.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1769 ========== ***

Nº de registro: 1769

Título
PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48 HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Autores:
ABENIA USON PILAR, GALVE PRADEL ZENAIDA, MARTINEZ MORAL MARIA, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacido sano
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La duración de la estancia del binomio madre – recién nacido tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; en nuestro medio, en la actualidad, lo habitual es una estancia hospitalaria del RN sano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDADESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

de al menos 48 horas cuando el parto ha sido vaginal, o de al menos 72-96 horas cuando el nacimiento ha sido mediante cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, es durante dicho periodo cuando algunas enfermedades pueden manifestarse, y además, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal, y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio. Sin embargo, en la actualidad una demanda cada vez mayor es el alta antes de las 48 horas (alta neonatal precoz) siempre en recién nacidos a término, frutos de embarazos y partos no complicados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Establecer un programa de alta precoz del recién nacido sano a petición de la madre y siempre que se cumplan unos criterios definidos por el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (An Pediatr (Barc);86(5): 289.e1-289.e6).
Población diana: Recién nacidos término sanos de <48 horas (siempre más de 24 horas) fruto de embarazos y partos no complicados.
Servicios a los que se dirige: Neonatología / Obstetricia (la petición de alta precoz parte de la solicitud de alta materna) / Matronas.

MÉTODO
Elaboración del protocolo "CRITERIOS DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO EN MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET" que incluye las condicinones para facilitar un alta precoz neonatal.
Documento a consensuar con Obstetricia / Matronas / Enfermería de áreas de hospitalización obstétrica / Bioquímica (Cribado endocrinometabólico).
Dar a conocer el protocolo a las partes interesadas, especialmente los criterios de alta precoz / check list.

INDICADORES
2017: Elaboración de documentos.
2018: Puesta en marcha del programa. En relación al mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Hisotrias clínicas):
- Indicador 1: Nº de historias en las que consta el Check list de alta prcoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 2: Nº de historias en las que consta determinación de bilirrubina en recién nacidos con alta precoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 90%.
- Indicador 3: Nº de historias en las que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado en recién nacidos con alta precoz/ Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 4: Nº de historias en las que consta citación a la consulta de Alta resolución a las 24 – 48 horas del alta precoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

DURACIÓN
- Elaboración del protocolo (fecha fin: Septiembre 2017)
- Elaboración del listado de verificación (check list) de alta precoz neonatal.
- Consenso con otras especialidades implicadas (Obstetricia - Bioquímica).
- Coordinación con las consultas de Alta resolución neonatal para visita del recién nacido dado de alta en un plazo inferior a 48 horas.
- Puesta en marcha del Programa (Enero-febrero 2018).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR ABENIA USON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RITE GRACIA SEGUNDO
GALVE PRADEL ZENAIDA
MARTINEZ MORAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración de un protocolo nacional con la participación del Dr. Segundo Rite sobre Criterios de alta del recién nacido sano.
- Se ha adaptado dicho documento en nuestra unidad elaborando un documento sobre Criterios de Alta del recién nacido incluyendo lo relativo a criterios de idoneidad para realizar un alta precoz (<48 horas). Dentro del mismo se elaboró un check-list consensuada con Obstetricia y Enfermería de Hospitalización Obstétrica, así como Bioquímica (cribado endocrino-metabólico).
- El protocolo entra en marcha tras su presentación en el Servicio de Pediatría en julio de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cierre del documento – protocolo de consenso.
Presentación en sesión del Servicio de Pediatría
Inicio en Julio de 2018
Indicadores:
- Número de historias en las que consta check-list de alta precoz: 100%
- Número de historias en la que consta bilirrubina en RN con alta precoz: 100%
- Número de historias en la que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado endocrino-metabólico: 100% (sin embargo, en 1 caso a posteriori la madre se negó a acudir para su realización).
- Número de historias en la que consta la citación a la consulta de Alta resolución a las 24-48 horas: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El alta neonatal precoz es factible pero dependiente de un importante grado de coordinación con otras partes implicadas (obstetricia, enfermería de hospitalización obstétrica y bioquímica) de cara a que se puedan llevar a cabo con las máximas garantías de seguridad.
En el año de su inicio, ha sido solicitado por un pequeño porcentaje de madres, siendo satisfactorio su desarrollo en todos los casos salvo en 1 caso donde a posteriori la madre se negó a acudir a la realización del cribado / consulta de alta resolución. Este caso nos obliga a analizar más detenidamente no sólo aspectos clínicos para la valoración de idoneidad del alta precoz, sino igualmente aspectos sociales.

7. OBSERVACIONES.
Ninguna. Dado que el programa sólo lleva desarrollándose de forma efectiva 6 meses, esta memoria es de seguimiento, y por lo tanto será evaluado nuevamente el próximo año, siendo incluido por lo tanto en el Acuerdo de Gestión de 2019.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1769 ========== ***

Nº de registro: 1769

Título
PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES (<48 HORAS) CUMPLIENDO CRITERIOS DE IDONEIDAD DEL COMITE DE ESTANDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA

Autores:
ABENIA USON PILAR, GALVE PRADEL ZENAIDA, MARTINEZ MORAL MARIA, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacido sano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN AREA DE MATERNIDAD TRAS PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La duración de la estancia del binomio madre – recién nacido tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; en nuestro medio, en la actualidad, lo habitual es una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48 horas cuando el parto ha sido vaginal, o de al menos 72-96 horas cuando el nacimiento ha sido mediante cesárea. Esta práctica es recomendable ya que, en general, es durante dicho periodo cuando algunas enfermedades pueden manifestarse, y además, se puede conocer con mayor exactitud la capacidad de inicio de la alimentación, el tránsito intestinal, y pueden realizarse los cuidados y las recomendaciones necesarias para el RN en su domicilio. Sin embargo, en la actualidad una demanda cada vez mayor es el alta antes de las 48 horas (alta neonatal precoz) siempre en recién nacidos a término, frutos de embarazos y partos no complicados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo: Establecer un programa de alta precoz del recién nacido sano a petición de la madre y siempre que se cumplan unos criterios definidos por el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (An Pediatr (Barc);86(5): 289.e1-289.e6).
Población diana: Recién nacidos término sanos de <48 horas (siempre más de 24 horas) fruto de embarazos y partos no complicados.
Servicios a los que se dirige: Neonatología / Obstetricia (la petición de alta precoz parte de la solicitud de alta materna) / Matronas.

MÉTODO
Elaboración del protocolo "CRITERIOS DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO EN MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET" que incluye las condicinones para facilitar un alta precoz neonatal.
Documento a consensuar con Obstetricia / Matronas / Enfermería de áreas de hospitalización obstétrica / Bioquímica (Cribado endocrinometabólico).
Dar a conocer el protocolo a las partes interesadas, especialmente los criterios de alta precoz / check list.

INDICADORES
2017: Elaboración de documentos.
2018: Puesta en marcha del programa. En relación al mismo los siguientes indicadores (fuente de datos: Hisotrias clínicas):
- Indicador 1: Nº de historias en las que consta el Check list de alta prcoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 2: Nº de historias en las que consta determinación de bilirrubina en recién nacidos con alta precoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 90%.
- Indicador 3: Nº de historias en las que consta el compromiso firmado de acudir a la realización del cribado en recién nacidos con alta precoz/ Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.
- Indicador 4: Nº de historias en las que consta citación a la consulta de Alta resolución a las 24 – 48 horas del alta precoz / Nº total historias revisadas de recién nacidos con alta precoz. Estándar: 100%.

DURACIÓN
- Elaboración del protocolo (fecha fin: Septiembre 2017)
- Elaboración del listado de verificación (check list) de alta precoz neonatal.
- Consenso con otras especialidades implicadas (Obstetricia - Bioquímica).
- Coordinación con las consultas de Alta resolución neonatal para visita del recién nacido dado de alta en un plazo inferior a 48 horas.
- Puesta en marcha del Programa (Enero-febrero 2018).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SONIA TORRES CLAVERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
CURTO SIMON BEATRIZ
RITE GRACIA SEGUNDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del mapa del proceso RCP neonatal
Elaboración del Proceso RCP Neonatal teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
- Clientes (Internos y Externos)
- Preparación (Recurso: material y personas)
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal y evaluación global).
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Proyecto iniciado con documentación elaborada.
Mejora de la coordinación de las distintas partes implicadas en la Reanimación neonatal: Obstetrica - Matronas - Enfermeras Neonatales - Neonatólogos - Residentes de Neonatología.
Conocimiento del material disponible en cada área de actualción.
Inicio rápido y coordinado de la RCP neonatal.
Los estándares para el seguimiento se valorararán tras un año de aplicación (Final 2018).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gestión del trabajo en equipo con implicación y formación de todos sus integrantes condiciona la mejora de los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1770 ========== ***

Nº de registro: 1770

Título
IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Autores:
TORRES CLAVERAS SONIA, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, CURTO SIMON BEATRIZ, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Aproximadamente un 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de reanimiación. Tanto en el recién nacido a término como en el recién nacido prematuro la evolución posterior está muy ligada a una correcta estabilización inicial. En un hospital terciario son múltiples los agentes implicados en la reanimación neonatal así como las áreas donde puede tener lugar dicha reanimación. Por ello la reanimación neonatal constituye un claro ejemplo de una actividad asistencial tributaria de la gestión por procesos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Recién nacidos que precisan reanimación / estabilización al nacimiento (estimación 10%).
Servicios a los que se dirige el proyecto: Neonatología - Obstetrica - Matronas.
Resultado: Elaboración proceso asistencial. Limitar las incidencias en la reanimación neonatal. Formación del personal.

MÉTODO
En un primer tiempo (2017) establecer:
- Mapa del proceso RCP neonatal
- Elaboración del proceso
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal)
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación
Consensuar con otras partes implicadas: Servicio Obstetrica - Matronas - Enfermería neonatal y de hospitalización obstétrica.
En 2018 con el proceso elaborado:
- Cursos de formación del personal implicado
- Analizar incidencias que se presentan en el proceso de RCP neonatal.

INDICADORES
- En 2017: Elaboración del proyecto (Estándar: Si).
- En 2018: Cursos de formación del personal (Estándar: 2 cursos / año).
Determinación de incidencias en la RCP neonatal (Estándar <10% del total de RCP neonatal).

DURACIÓN
2017: Elaboración del proceso RCP neonatal.
2018: Inicio de los cursos de formación (2 / año) y análisis de incidencias en la RCP neonatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA TORRES CLAVERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RITE GRACIA SEGUNDO
SERRANO VIÑUALES ITZIAR
CURTO SIMON BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante 2017 se iniciaron los trabajos de preparación del proceso RCP neonatal, de manera que en 2018 durante el primer semestre se cerró:
Elaboración del mapa del proceso RCP neonatal
Elaboración del Proceso RCP Neonatal teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
- Clientes (Internos y Externos)
- Preparación (Recurso: material y personas)
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal y evaluación global).
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación.
Una vez elaborados los documentos se pone en marcha el proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En un primer año el proceso ha permitido:
. Mejora de la coordinación de las distintas partes implicadas en la Reanimación neonatal: Obstetricia - Matronas
- Enfermeras Neonatales - Neonatólogos - Residentes de Neonatología.
. Conocimiento del material disponible en cada área de actualción.
. Inicio rápido y coordinado de la RCP neonatal.
En relación con los indicadores, tras una primera revisión:
. Anticipación: Check-list del material (estándar: 100%): 100%.
. Tiempo entre la detección de la situación de riesgo y el inicio de la activación (estándar: <10 minutos): 4 minutos
. Correcta cumplimentación del apartado reanimación en la hoja de partos: (estándar: 100%): 93%
. Toma de temperatura, SaO2, frecuencia cardiaca y glucemia post-reanimación (100%): 85%
. Elaboración de cursos de RCP (mínimo 2 anuales): 3 cursos acreditados en el Sector Zaragoza II.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La gestión del trabajo en equipo con implicación y formación de todos sus integrantes condiciona la mejora de los resultados.
En una primera evaluación tras los primeros meses de puesta en marcha detectamos que el proceso permite una más rápida coordinación del equipo con conocimiento de los roles de cada miembro del equipo.
En la evaluación de indicadores resulta muy positivo, el enorme interés que ha suscitado el tema, dada la gran afluencia de los 3 cursos acreditados organizados (códigos:), cumplimiento de los tiempos y del check-list, con discretas desviaciones en cuanto a la cumplimentación del apartado de reanimación en la hoja de parto (probablemente por plantear un estándar excesivamente ambicioso, ya que el cumplimiento fue razonable, 93%) y en la misma la constancia en el citado documento de las variables glucemia, frecuencia cardiaca y saturación, que si se recogen en el 100% de los casos, pero en un pequeño porcentaje aunque consten en la historia, no lo hace en la hoja de parto donde deben igualmente constar.

7. OBSERVACIONES.
Se ha decidido disminuir el estándar al 90% en los apartados con desviación, ya que el hecho de que no consten esos datos se debe a que se han incluido en la historia y no en la hoja de parto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1770 ========== ***

Nº de registro: 1770

Título
IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

Autores:
TORRES CLAVERAS SONIA, SERRANO VIÑUALES ITZIAR, CURTO SIMON BEATRIZ, RITE GRACIA SEGUNDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1770

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL REANIMACION CARDIOPULMONAR NEONATAL

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Aproximadamente un 10% de los recién nacidos requieren algún tipo de reanimiación. Tanto en el recién nacido a término como en el recién nacido prematuro la evolución posterior está muy ligada a una correcta estabilización inicial. En un hospital terciario son múltiples los agentes implicados en la reanimación neonatal así como las áreas donde puede tener lugar dicha reanimación. Por ello la reanimación neonatal constituye un claro ejemplo de una actividad asistencial tributaria de la gestión por procesos.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Recién nacidos que precisan reanimación / estabilización al nacimiento (estimación 10%).
Servicios a los que se dirige el proyecto: Neonatología - Obstetrica - Matronas.
Resultado: Elaboración proceso asistencial. Limitar las incidencias en la reanimación neonatal. Formación del personal.

MÉTODO
En un primer tiempo (2017) establecer:
- Mapa del proceso RCP neonatal
- Elaboración del proceso
- Gestión de situaciones críticas (asignación de roles, comunicación, apoyo del personal)
- Particularidades de la RCP neonatal en las distintas áreas físicas de actuación
Consensuar con otras partes implicadas: Servicio Obstetrica - Matronas - Enfermería neonatal y de hospitalización obstétrica.
En 2018 con el proceso elaborado:
- Cursos de formación del personal implicado
- Analizar incidencias que se presentan en el proceso de RCP neonatal.

INDICADORES
- En 2017: Elaboración del proyecto (Estándar: Si).
- En 2018: Cursos de formación del personal (Estándar: 2 cursos / año).
Determinación de incidencias en la RCP neonatal (Estándar <10% del total de RCP neonatal).

DURACIÓN
2017: Elaboración del proceso RCP neonatal.
2018: Inicio de los cursos de formación (2 / año) y análisis de incidencias en la RCP neonatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA MADURGA REVILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPRESTA MOROS CARLOS
REZUSTA LOPEZ ANTONIO
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
PALACIOS MIGUEL YOLANDA
RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN
GIL HERNANDEZ IRENE
FUERTES ARAGÜES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde mayo de 2018, momento en que se inició el proyecto, se han comenzado las actividades de formación DE ENFERMERÍA para la adecuada recogida y transporte de hemocultivos por parte de enfermería de Microbiología, impartiéndose 5 sesiones (2 en noviembre de 2018 y 3 en febrero de 2019).
Durante este periodo, se insiste además en la IMPORTANCIA DE LA ADECUADA RECOGIDA DE HEMOCULTIVO de sangre periférica y de catéter venoso central, de forma simultánea, y adecuadamente rotulado en TODA sospecha de BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER, para optimizar dicha actividad entre el personal médico. Se colocan carteles recordatorios en la pared del control de la unidad. En este momento, durante los meses de febrero y marzo, se está analizando el cumplimiento de dicho indicador (dato que podrá ser presentado completo en la próxima memoria). De igual modo, se potencia la comunicación entre el servicio de UCIP y Microbiología, iniciándose dicha actividad telefónicamente cada día que hay algún caso a comentar, y mensualmente en las reuniones multidisciplinares. Dicha comunicación con el servicio de Microbiología incluye la información clínica transmitida en los volantes de solicitud de estudio microbiológico.
Se recuerda periódicamente la posibilidad y utilidad de estudio microbiológico rápido en orina ante sospecha de infección de dicho origen.
Así mismo, se difunde la importancia de los FROTIS EPIDEMIOLÓGICOS (nasal, faríngeo y rectal), y se comienza su recogida. Tras el análisis retrospectivo de dicha actividad en el año 2018, se constata un déficit en su cumplimento por lo que se insiste de nuevo en la importancia de su recogida y se colocan carteles recordatorios en la unidad con las indicaciones específicas para su recogida.
Los frotis epidemiológicos se han de recoger SIEMPRE en:
- TODOS los pacientes al INGRESO:
• procedentes de domicilio-urgencias: FROTIS RECTAL
• procedentes de otro hospital (>48 h): TRIPLE FROTIS: RECTAL, FARÍNGEO Y NASAL
- TODOS LOS MARTES: FROTIS RECTAL a todos los ingresados

En la reunión multidisciplinar celebrada en enero de 2019, se evalúan las actividades realizadas en los meses previos, y se elabora un documento para recordar y conseguir el cumplimiento de los objetivos del proyecto. De este modo se insiste en las actividades ya comentadas, y en las siguientes:
- Comunicación entre los servicios de UCIP y Microbiología para optimizar la antibioterapia, dejando constancia en la historia clínica de dicha comunicación.
- Adecuada cumplimentación de los volantes de solicitud de estudio microbiológico,
- Disponibilidad de estudio de gram en orina y antibiograma urgente, con el objetivo de ADELANTAR EN EL TIEMPO EL AJUSTE ÓPTIMO DE LA ANTIBIOTERAPIA:
• asegurar cobertura antibiótica de gérmenes resistentes
• precocidad en el desescalado de la antibioterapia

Indicaciones:
• sospecha de infección nosocomial sin foco/de origen urinario
• sepsis urinaria nosocomial/ comunitaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Formación de enfermería para la adecuada recogida y transporte de hemocultivos:
Al total de 5 sesiones de formación en la recogida de hemocultivos, asistieron 3 diplomadas en enfermería del servicio de UCI Pediátrica, del total de 12 que constituyen la plantilla.
Para valorar la utilidad de dicha actividad, se han valorado los hemocultivos contaminados pre y post-intervención:
- preintervención: 10 hemocultivos contaminados (5 pacientes) /83 hemocultivos recogidos en 2018.
- postintervención: se valorará durante los meses de febrero y marzo

2. Recogida de frotis epidemiológicos:
Del total de pacientes ingresado en UCI Pediátrica, sólo en un 37% se realizó al menos un frotis rectal (FR), incluyendo también los triples frotis. En total, se realizaron 3 triples frotis, cifra baja que hay que mejorar.
Se ha realizado 1 FR por cada 22 días de ingreso en UCI Pediátrica. Teniendo en cuenta la estancia media de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

5,51 días y que probablemente la mediana sea inferior a esta cifra, el fijar un día de la semana para hacer los FR hace que se pierdan muchos pacientes. Por ello, lo ideal sería realizar FR al ingreso de todos los pacientes y semanalmente repetir frotis a todos los ingresados en un día concreto (martes).
Un 40% de los frotis rectales realizados tuvieron un resultado positivo, un 11% de los frotis rectales realizados encontraron un germen que requirió instauración de precauciones de contacto y de los FR positivos un 20% encontraron un germen de adquisición nosocomial.

3. Durante los meses de febrero y marzo, se está valorando la adecuada recogida de hemocultivos de sangre central y periférica en TODAS las historias de pacientes con sospecha de BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER: en los 2 casos de sospecha de bacteriemia relacionada con catéter, se recogieron ambos hemocultivos de forma adecuada.

4. Los datos referidos a la comunicación con el Servicio de Microbiología, a la cumplimentación de los volantes, y al estudio microbiológico rápido de orina, se presentarán en conjunto en la próxima memoria, tras el análisis que se está realizando en febrero y marzo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La asistencia del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos a las sesiones formativas en la recogida de hemocultivos es fundamental para optimizar sus resultados y que éstos puedan ayudar al ajuste de la antibioterapia. Se valora cambiar el horario de próximas sesiones así como la posibilidad de ser impartidas dentro de la propia unidad, en intento de aumentar la asistencia.
Los frotis epidemiológicos al ingreso y su repetición semanalmente están plenamente justificados, pero es necesario mejorar su cumplimiento.
La recogida de hemocultivo central y periférico ante sospecha de bacteriemia relacionada con catéter es fundamental para su diagnóstico, es fundamental mantener su adecuado cumplimiento.
Para concienciar de la importancia de los indicadores establecidos en el proyecto, se han elaborado carteles de concienciación que se han colocado en las paredes de la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1068 ========== ***

Nº de registro: 1068

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

Autores:
MADURGA REVILLA PAULA, GIL HERNANDEZ IRENE, FUERTES ARAGÜES ELENA, RODRIGUEZ-VIGIL ITURRATE CARMEN, REZUSTA LOPEZ ANTONIO, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, PALACIOS MIGUEL YOLANDA, LAPRESTA MOROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología infecciosa constituye tanto un importante motivo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) como una de las causas más frecuente de complicación durante el ingreso en UCIP (infecciones nosocomiales). La cobertura antibiótica adecuada y su inicio precoz (en la primera “hora de oro” en la sepsis) es fundamental para conseguir un ttº efectivo y la curación del paciente. Por ello es fundamental la elección de antibioterapia de amplio espectro en el momento inicial, que asegure la cobertura de la flora habitualmente implicada en cada foco y en cada paciente.
Uno de los problemas más importante al que nos enfrentamos hoy por hoy en las UCIP es el de las resistencias a antibióticos principalmente a Gram(-) que genera un aumento de mortalidad. El trabajo en equipo entre las unidades de UCIP, Preventiva y Microbiología es fundamental para minimizar ambos problemas: la optimización de la recogida y análisis de muestras microbiológicas permite, por un lado, confirmar de forma precoz que el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

germen causante de la infección está adecuadamente cubierto por la ABterapia elegida de forma empírica; y por otro lado, permite desescalar la cobertura antibiótica, restringiendo espectro de forma adecuada, evitando así la generación de resistencias.

RESULTADOS ESPERADOS
- Principal:
• Optimizar la elección del tratamiento antibiótico empírico en el paciente pediátrico crítico, desescalando y recortando el espectro antibiótico y ajustando la duración de la antibioterapia en UCIP.
- Secundarios:
• Mejorar la recogida, transporte y cumplimentación de volantes de las muestras para estudio microbiológico.
• Implementar el Gram en orinas cuando se considere importante, realizando antibiograma directo de orina cuando esté indicado.
• < la transmisión entre pacientes de gérmenes multirresistentes.

MÉTODO
- Multidisciplinar: elaboración de protocolos de diagnóstico y ttº de infecciones en la UCIP

- Sº Microbiología:
• Formación, por parte de enfermería de Microbiología a la enfermería de UCIP, para optimizar la recogida, conservación y transporte de muestras microbiológicas
• estudio de Gram de LCR siempre, y de orina en casos seleccionados (sólo en turno de mañana)
• antibiograma directo a las 24 horas del envío de la muestra (sangre, LCR, que servirá como información preliminar
• Antibiograma directo orina y aspirado bronquial (cuando esté indicado), que servirá como información preliminar
• Vigilancia de multiresistentes y otras bacterias de interés epidemiológico. Cultivo de Frotis de control semanales para su detección y para la orientación del tratamiento empírico de las infecciones.

- Servicio UCIP:
• Solicitud de las muestras adecuadas en cada momento, por parte del personal médico de UCIP, en busca de la mayor eficiencia:
• Ajuste de la antibioterapia en función de los resultados microbiológicos (estudio preliminar de antibiograma directo, y estudio definitivo posterior): completar la cobertura antimicrobiana o reducción del espectro, en función de la situación. Minimizar la duración de la antibioterapia.

- Servicio Medicina Preventiva:
• Formación en medidas básicas de Prevención y Control de las infecciones nosocomiales.

INDICADORES
1. Nº historias en las que conste la comunicación con Microbiología para recortar espectro y duración de la ABterapia/total historias de pacientes con ttº antibiótico empírico de amplio espectro
2. Nº enfermeras de UCI Pediátrica que han sido formadas para la adecuada recogida de hemocultivo por parte de enfermería de Microbiología/total de enfermeras que forman parte de la UCI Pediátrica
3. Nº historias en las que consta la adecuada recogida de hemocultivo de sangre periférica y de catéter venoso central/total historias de pacientes con sospecha de bacteriemia relacionada con catéter en UCIP
4. Nº hemocultivos contaminados/total de hemocultivos extraídos
5. Nº volantes con adecuada cumplimentación de datos clínicos/Total de volantes microbiológicos recibidos en Microbiología por parte de UCIP
6. Nº muestras de orina en las que se hace estudio Gram y antibiograma directo/Total de pacientes en los que se considera indicado el estudio microbiológico urgente de orina
7. Nº muestras de frotis epidemiológico/ Total de pacientes-semana en los que se considera indicado

DURACIÓN
- Todo el año: formación:
o En la recogida y transporte de muestras por parte de enfermería de microbiología a enfermería de UCIP. 1 taller cada 3 meses o a demanda o si se detectan incidencias (cada taller se repetirá en varias ocasiones para que sea asequible a la mayor parte de personal de enfermería y TCAEs), que se impartirán de forma práctica en UCIP.
o En higiene de manos y precauciones basadas en la transmisión. 1 taller anual que se podrá repetir a demanda si se detectan carencias en la formación en este ámbito.
- Mayo-Julio: elaboración de protocolos.
- Julio- Diciembre 2018: Instauración de protocolos y resto de actividades del proyecto.
- Enero-Marzo 2019: Primera evaluación del cumplimiento.
- Marzo 2019: Establecer conclusiones y propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1068

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE LA RECOGIDA Y ANALISIS DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN PEDIATRIA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA GOMEZ BARRENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1ª FASE (julio, agosto y septiembre de 2018): Presentación del proyecto a los supervisores de enfermería responsables de cada planta junto con powerpoint elaborado por miembros de la Comisión Clínica de Seguridad del paciente, en el que se explican una serie de conceptos básicos de seguridad clínica. Este sistema, que incide en la generación de una cultura de seguridad del paciente, se ha utilizado para informar al personal sanitario de las plantas de hospitalización de la necesidad y beneficios de registrar los errores que tienen lugar en el proceso de solicitud-prescripción-administración de fármacos a los pacientes ingresados. En la presentación se insiste que esto debe hacerse tanto si los “errores” han producido daño al paciente como si no lo han hecho.
2ªFASE (A partir de octubre de 2018): Implantación de una hoja de registro similar a la que se utiliza en urgencias de pediatría que se encuentra accesible tanto en formato papel como electrónico en la intranet del sector (localizada en una pestaña en la página de inicio) que no exige la identificación del personal y por tanto mantiene el anonimato del declarante.
Se recomienda a las/los supervisores de cada planta la utilidad de colocar un buzón en la zona de estar de enfermería donde recoger las hojas cumplimentadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Los supervisores de las 3 plantas han difundido la información al personal de enfermería durante los meses de verano (incluyendo octubre) pero la intensa rotación de este personal sanitario durante el periodo indicado y las recientes incorporaciones de personal fijo a las diferentes plantillas ha hecho que dicha información no ha llegado todavía al 100% del personal implicado.
- Se han instalado buzones en las plantas de Pediatría B e Infecciosos. En Pediatría A se decidió recogerlas en el despacho de supervisión que siempre permanece abierto.
- Se ha comentado entre miembros del equipo asistencial los problemas a la hora de prescribir/administrar algunos fármacos habituales que han llevado a error en la dosificación; concretamente Augmentine IV
- Se han enviado notificaciones a través del sistema electrónico instalado en la intranet: Intentaremos recopilar los datos.
- Se han recogido las siguientes notificaciones en papel:

0	Pediatría A
13	Pediatría B
6	Infecciosos Infantil
4	Sala de Observación Urgencias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe diferencia de percepción de los problemas relacionados con la medicación en las diferentes plantas probablemente relacionada con la falta de cultura de seguridad que hace precisa la formación del personal sanitario en general y específicamente de enfermería de la planta de Pediatría A. Precisamente en dicha planta se realizó al inicio una encuesta de cultura de seguridad que ratificó los resultados obtenidos posteriormente: la mayoría del personal piensa que la notificación no sirve. Tal y como transmite el supervisor existe una conciencia de culpa que aumenta con la notificación y por ese motivo se rechaza. Sin embargo se comentan de palabra los errores y se busca un culpable en otro colectivo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1176 ========== ***

Nº de registro: 1176

Título
DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL

Autores:
GOMEZ BARRENA VIRGINIA, CASTEJON PONCE ESPERANZA, PEREZ DELGADO RAQUEL, MIRALBES TERRAZA SHEILA, MONGE GALINDO LORENA, BUSTILLO ALONSO MATILDE, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, CAMPOS CALLEJA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología infantil que implique ingreso hospitalario
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la instauración de un sistema de registro de eventos adversos en la unidad de Urgencias de pediatría en 2015, y observar que la mayoría de los eventos notificados tienen relación con errores en la medicación, hemos decidido difundir este sistema de registro a las unidades de hospitalización pediátrica anteriormente mencionadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir aumentar la cultura de seguridad en el personal de las plantas de hospitalización pediátrica
Promover el cambio en la actuación del personal ante situaciones de riesgo.
Los objetivos finales son:
- Fomentar la implicación de todos los profesionales que trabajan en la atención sanitaria al paciente pediátrico hospitalizado mediante la implantación de un sistema de notificación anónimo de los eventos detectados.
- Promover la cultura de seguridad dentro del equipo ofreciendo información y promoción de nuevas actividades.

MÉTODO
1ª FASE: Presentación del proyecto junto con una serie de conceptos básicos de seguridad del paciente que informen al personal sanitario de las plantas de hospitalización de la necesidad y beneficios de registrar los errores que tienen lugar en el proceso de solicitud-prescripción-administración de fármacos a los pacientes ingresados tanto si han producido como si no daños a los mismos.

2ªFASE: Implantación de una hoja de registro similar a la que se utiliza en urgencias de pediatría que se encuentra accesible tanto en formato papel como electrónico en la intranet del sector (localizada en una pestaña en la página de inicio) que no exige la identificación del personal y por tanto mantiene el anonimato del declarante. Para utilizar el formato papel será necesario situar un buzón donde recoger las hojas cumplimentadas.

3ª FASE: Análisis de los resultados obtenidos a los 6 meses y un año de implantación

4ªFASE: Aplicación de medidas correctoras que pudieran ser útiles en diferentes plantas de hospitalización y en la sala de Observación de Urgencias

INDICADORES
% de personal sanitario de la planta que ha recibido la información básica durante el primer mes: estándar 80%
% de registros de eventos adversos relacionados con la medicación sobre el total de pacientes ingresados en la planta: estándar 1%

DURACIÓN
1ª FASE: Sesión clínica en la unidad: conceptos básicos y sistemas de registro. Duración 15 minutos, repetida varias veces durante un mes (distintos turnos de enfermería) Junio 2018
Responsable: un pediatra de cada planta junto con la supervisora
2ª FASE: Colocación de buzón para recogida de datos en cada planta e inicio de recogida de registros Julio-agosto 2018.
Responsable: supervisora de enfermería
3ª FASE: 1ª valoración de datos obtenidos Diciembre 2018-enero 2019.
Responsable: Coordinador del proyecto
4ª FASE: A partir de febrero 2019, aplicación de medidas correctoras sugeridas tras el análisis de datos y el feed back al personal de la planta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1176

1. TÍTULO

DIFUSION DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS IMPLANTADO EN 2015 EN URGENCIAS DE PEDIATRIA A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION PEDIATRICA: PEDIATRIA A, PEDIATRIA B E INFECCIOSOS INFANTIL

Responsable: Pediatra responsable de cada planta

OBSERVACIONES
Sería recomendable que un porcentaje de al menos 10% del personal participante en el proyecto tuviera facilidades para realizar talleres de formación en seguridad del paciente ofrecidos por el sector sanitario

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LASUNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PEÑA SEGURA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARTA AIZPUN IGNACIO
LOU FRANCES GRACIELA
ROS ARNAL IGNACIO
MARTIN DE VICENTE CARLOS
GARCIA ROMERO RUTH
ROMERO SALAS YOLANDA
JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Generales a nivel de todo el Servicio

1. Información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y
de cómo se va a realizar.

2. Establecer un rango de edad en el cuál se debe realizar el proceso de transición.

3. Realización de informe de alta que figure en la Intranet.

Específicos para cada Unidad de Pediatría

1. Definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)

2. Elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.

3. Programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Definición por cada Unidad de las EC complejas que deben seguir un protocolo específico de transición

2. Pacientes con EC complejas con constancia en la historia clínica de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos

3. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para EC complejas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reuniones de coordinación entre especialistas de adultos y pediátricos.
Aumento de la implicación de todos los componentes del Servicio de Pediatría.
Aumento del conocimiento del funcionamiento de las distintas especialidades pediátricas entre sí.
Aumento del conocimiento del funcionamiento de las especialidades de adultos.
Mayor coordinación entre especialistas pediátricos y de adultos.
Aumento de la satisfacción de las familias con la transición de sus hijos a adultos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1356 ========== ***

Nº de registro: 1356

Título
DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LAS UNIDADES DE PEDIATRIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LASUNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

Autores:
PEÑA SEGURA JOSE LUIS, LABARTA AIZPUN JOSE IGNACIO, LOU FRANCES GRACIELA, ROS ARNAL IGNACIO, MARTIN DE VICENTE CARLOS LUIS, GARCIA ROMERO RUTH, ROMERO SALAS YOLANDA, JIMENEZ MONTAÑES LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES CRONICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las enfermedades crónicas requieren un enfoque multidisciplinar para su correcto manejo sobre sus implicaciones psicológicas, físicas y sociales y suponen un desafío para los servicios de salud. La adolescencia es una fase compleja que dificulta el control de las enfermedades crónicas. Los adolescentes con enfermedades crónicas (EC) y sus padres pueden percibir la transferencia desde las Unidades de Pediatría a los servicios de adultos como una brusca interrupción en su régimen de tratamiento. Está constatado que este proceso supone un riesgo de empeoramiento del control de la enfermedad, abandono de seguimiento, incremento de la morbilidad, peor control de la enfermedad y deterioro de la salud. Frente al concepto de transferencia como proceso administrativo, las sociedades científicas defienden el concepto de transición como un proceso planificado y consensuado entre el paciente, la familia y los equipos asistenciales pediátricos y de adultos, que permitan minimizar el impacto negativo. La transferencia se suele realizar de manera variable entre los 15 – 18 años y cuando no se hace de manera planificada impacta negativamente en la salud, menor adherencia al tratamiento y menor índice de asistencia a las consultas programadas.
En la actualidad no todos los pacientes con enfermedades crónicas siguen un protocolo definido de actuación y existe una variabilidad importante. Es frecuente que el adolescente con EC deje de asistir a las visitas programadas (automedicación y autocotrol). Muchos pacientes son remitidos con un informe de alta pero sin establecer un consenso previo con el servicio de adultos. Es necesario establecer protocolos de actuación en cada Unidad de Pediatría para definir las patologías que son subsidiarias de entrar en un protocolo específico de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal
1. Optimizar la transición de pacientes con enfermedades crónicas complejas desde las Unidades de Pediatría del HUMS a los servicios de adultos.
Objetivos secundarios
1. Promover la comunicación y colaboración entre los equipos asistenciales pediátricos y de adultos.
2. Minimizar el riesgo de impacto negativo que la adolescencia supone sobre la salud en pacientes pediátricos con enfermedades crónicas.
3. Evaluar los resultados y conocer la satisfacción de los pacientes y los profesionales tras su implantación.

MÉTODO
Generales a nivel de todo el Servicio
1. Información detallada y progresiva a lo largo de 1-2 años al paciente y a la familia sobre la futura transición y de cómo se va a realizar.
2. Establecer un rango de edad en el cuál se debe realizar el proceso de transición.
3. Realización de informe de alta que figure en la Intranet.
4. Presentación en sesiones del Servicio las actividades que se realizan.
Específicos para cada Unidad de Pediatría
1. Definir qué enfermedades crónicas requieren un protocolo específico de transición (en base a gravedad, impacto sobre la salud del paciente y sobre la familia, complejidad)
2. Elaboración de protocolos específicos de transición en cada Unidad en función de la patología.
3. Elaboración de un registro de pacientes transferidos.
4. Programación de consultas de transición con la participación conjunta del pediatra y del médico del servicio de adultos.

INDICADORES
1. Presentación en el Servicio del proyecto en el calendario de sesiones clínicas (si / no)
2. Definición por cada Unidad de las EC complejas que deben seguir un protocolo específico de transición (si / no)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1356

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE TRANSICION PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS DESDE LASUNIDADES DE PEDIATRIA DEL HUMS A LOS SERVICIOS DE ADULTOS

3. Pacientes con EC complejas con constancia en la historia clínica de la realización de informe de alta y presentación del caso al servicio de adultos (>80%)
4. Elaboración de un listado de consultas conjuntas de transición para EC complejas (si / no)

DURACIÓN
2 años de duración (Mayo 2018 a Mayo 2020)
Año 1
Mayo 2018 a Diciembre 2018.
Presentación en Sesión del servicio del proyecto.
Consensuar objetivos y criterios mínimos a nivel del servicio para cualquier paciente con EC antes de ser transferido.
Enero 2019 a Junio 2019.
Definición por parte de cada Unidad de qué EC deben seguir un protocolo específico de transición.
Elaboración de protocolos específicos
Año 2
Junio 2019 a Diciembre 2019
Implantación de las consultas de transición conjuntas
Elaboración de un registro de pacientes transferidos a nivel de cada Unidad
Enero 2020 a Mayo 2020.
Evaluación de encuestas de resultados de satisfacción a nivel de profesionales y pacientes transferidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1445

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISRAEL LARENA FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RITE GRACIA SEGUNDO
GARCIA ESCUDERO CRISTINA
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA
PEÑALVA BORONAT ELISA
NAVARRO TORRES MARIA
MARTINEZ HERNANDO LORETO
SUSIN GALAN FERNANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por pediatras y enfermeras especialistas en pediatría de la Unidad de Neonatología, que voluntariamente han querido participar en el proyecto.
Se han realizado reuniones para distribución y organización de funciones.
Se ha realizado un protocolo para la posterior realización del proyecto de Alta Precoz del recién nacido prematuro en el área de Neonatología. Dentro de este protocolo se contempla la creación de un registro para la recogida de datos antes, durante y después de la visita domiciliaria, la creación de una encuesta de satisfacción, un tríptico para padres y la creación de un circuito en caso de urgencia, entre otros.
Se ha estado trabajando con la Subdirección de Enfermería del HMI en la posibilidad de disponer de una enfermera para la realización del proyecto.
Una enfermera en formación EIR de pediatría ha hecho una rotación externa en el Hospital de Cruces de Vizcaya, en la sección de alta precoz neonatal y hospitalización domiciliaria pediátrica, para formarse en este tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los indicadores propuestos para la realización del proyecto de implantación marcado para este 2018-2019 los resultados son los siguientes:
- Se ha elaborado un protocolo con criterios de derivación a atención domiciliaria.
- Se ha elaborado un protocolo de actividades de enfermería al alta de la Unidad, en la visita domiciliaria y alta del programa.
- Se ha formado a una enfermera.

Por tanto, los indicadores marcados se han conseguido cumplir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación de un equipo de trabajo y la organización de funciones, permite alcanzar la meta del proyecto, facilitando el trabajo y mejorando la calidad asistencial. El objetivo inicial del proyecto para realizar un protocolo de actuación se ha conseguido y por tanto, el programa se ha realizado por completo. No se ha podido implantar este modelo de atención por falta del recurso especificado (al menos una enfermera especialista en pediatría) En el momento que se pueda implantar este modelo de cuidados, se podrá medir el impacto real que tiene el proyecto en la unidad, en nuestros niños y en sus cuidadores principales, sobre aquellos beneficios que se le presuponen como son normalizar la situación familiar y promocionar el vínculo paterno-filial, disminuir los efectos derivados de la hospitalización neonatal prolongada, favorecer la lactancia materna prolongada, mejorar la continuidad asistencial e integración entre los distintos niveles asistenciales (paso de la asistencia especializada a atención primaria) y disminuir los costes hospitalarios al disminuir la estancia hospitalaria, optimizando recursos materiales y humanos.

7. OBSERVACIONES.
La implantación real del programa estará sujeta a la concesión de una enfermera especialista en pediatría para este proyecto

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1445 ========== ***

Nº de registro: 1445

Título
ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

Autores:
LARENA FERNANDEZ ISRAEL, RITE GRACIA SEGUNDO, GARCIA ESCUDERO CRISTINA, FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA, PEÑALVA BORONAT ELISA, NAVARRO TORRES MARIA, MARTINEZ HERNANDO LORETO, SUSIN GALAN FERNANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1445

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Recién nacidos pretérmino y/o bajo peso
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La evidencia científica muestra que los recién nacidos prematuros y de bajo peso presentan una evolución más favorable si sus padres se integran en sus cuidados. La hospitalización es un factor de desajuste, repercutiendo negativamente en las cargas de trabajo de los equipos neonatales y en sus costes, el estado afectivo-emocional de la familia y en la instauración y prolongación de la lactancia materna. Es necesaria una actuación del equipo de salud para facilitar el vínculo y desarrollar las competencias necesarias para el cuidado de sus hijos. El alta precoz de las Unidades Neonatales se ha postulado como una buena estrategia, en pacientes seleccionados, para reducir los efectos adversos de una estancia hospitalaria prolongada, reforzar las capacidades de los padres en las competencias de cuidados de sus hijos, contribuyendo de este modo al mejor pronóstico de estos pacientes y reducir el coste en sus cuidados. La asistencia domiciliaria forma parte de las nuevas tendencias en la atención neonatal en países desarrollados. Realizando un breve análisis de costes en nuestro medio para justificar el proyecto, hemos analizado los precios públicos por GRD ofrecidos por la Comunidad de Madrid y publicados en su Boletín Oficial ORDEN 727/2017, de 7 de agosto. Se seleccionan los siguientes GRD:
602: “RN peso al nacer <750 g, alta con vida”, coste: 91031 €.
604: “RN peso al nacer 750-999 g, alta con vida”, coste: 68301 €.
607: “RN peso al nacer 1000-1499 g, sin procedimiento quirúrgico”, coste: 29770 €.
Calculamos la estancia media en nuestra Unidad durante el año 2017 de cada uno de estos 3 GRD, obteniendo un coste de estancia por día aproximado y estimamos la minoración del coste, basándonos en una reducción de la estancia media en 7 días respecto a la estancia media del año anterior.
GRD: 602 “RN peso al nacer <750 gr, alta con vida”: Altas 2017: 5; Estancia media 101.4 días; Minoración 7 días; Coste estancia 897,74 €; Objetivo minoración coste/estancia 31420,9 €.
GRD: 604 “RN peso al nacer 750-999 gr, alta con vida”: Altas 2017: 17; Estancia media 70,4 días; Minoración 7 días; Coste estancia 970,18 €; Objetivo minoración coste/estancia 115451,24 €.
GRD: 607 “RN peso al nacer 1000-1499 gr, sin procedimiento quirúrgico”: Altas 2017: 48; Estancia media: 44 días; Minoración 7 días; Coste estancia 676,59 €; Objetivo minoración coste/estancia 227334,24 €.

RESULTADOS ESPERADOS
PRINCIPAL
Instaurar un programa de alta precoz en prematuros de bajo peso y seguimiento a través de la unidad de hospitalización domiciliaria.
ESPECÍFICOS
•Normalizar la situación familiar y promocionar el vínculo paterno-filial
•Disminuir los efectos derivados de la hospitalización neonatal prolongada
•Favorecer la lactancia materna prolongada
•Mejorar la continuidad asistencial e integración entre los distintos niveles asistenciales (paso de la asistencia especializada a atención primaria)
•Disminuir los costes hospitalarios al disminuir la estancia hospitalaria, optimizando recursos materiales y humanos

MÉTODO
- Elaboración de protocolo multidisciplinar, desarrollando todas las funciones de cada profesional
- Creación de registros necesarios para la recogida de datos antes, durante y después de la visita domiciliaria
- Creación de una encuesta de satisfacción y un tríptico para padres
- Organización de actividad de enfermería. Solicitar la posibilidad de disponer de una enfermera especialista en pediatría para desarrollar el programa
- Cómo funcionaría: Tras una valoración del pediatra se plantearía a los padres la posibilidad de incluir en el programa a aquellos niños que cumplan los criterios de inclusión. Posteriormente la trabajadora social y la psicóloga tendrían una reunión con los padres para confirmar la inclusión en el programa. La enfermera responsable realizaría la formación de los padres mediante la escuela de padres, confirmando su capacitación. Posteriormente se encargaría de realizar el seguimiento domiciliario de estos niños, basándose en los registros de datos de visita domiciliaria, concretando las citas que sean necesarias.
Antes del alta hospitalaria, la enfermera contactará con el equipo del centro de salud para informar sobre la situación del neonato, asegurando una continuidad de cuidados adecuada.
- Creación de un circuito en caso de urgencia

INDICADORES
Elaboración de protocolo con criterios de derivación a atención domiciliaria: SI
Elaboración del protocolo de actividades de enfermería al alta de la Unidad, en la visita domiciliaria y alta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1445

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ DEL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL AREA DE NEONATOLOGIA. PROYECTO DE IMPLANTACION

del programa: SI
Formación al personal de la Unidad: SI

DURACIÓN
Creación del grupo de trabajo- Sept/Oct 18
Elaboración de documentos- Nov/Dic 18
Formación del personal de enfermería implicado- Enero/ Marzo 19

OBSERVACIONES
La implantación del programa estará sujeta a la concesión de una enfermera especialista en pediatría

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0915

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTEDETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS MARTIN PEREZ
· Profesión ..... PERSONAL SUBALTERNO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PERSONAL SUBALTERNO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUNTADAS PEIRO ENRIQUE
HEREDERO MARTA BELEN
CHAPARRO CHAPARRO MARIA JOSEFA
QUILEZ LIZARRALDE ASUNCION
MILLAN EMBARBA NOEMI
VELASCO FREJA JOAQUIN AURELIO
GRACIA ZARAZAGA MARIA DEL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El periodo de esta actuación fué de 14 meses, desde octubre de 2016 a diciembre de 2017.

Se remitieron 470 encuestas de detección de necesidades formativas a todos los celadores de HUMS, de las cuales se recibieron 353.

Durante el mes de diciembre de 2016, se mecanizaron los datos para su posterior análisis y busqueda de resultados.

Una vez obtenidos estos resultados se realizó un documento con propuesta de acciones formativas solicitadas por los celadores y detectadas mendiante el procedimiento de encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sobre las propuestas realizadas en materia de formación, se desarrolla formación con nuestros porpios medios en los siguientes materias:

Movilización de pacientes.
Resolución de conflictos.
Comunicación con profesionales.
Comunicación con usuarios y colectivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que a pesar del esfuerzo realizado en materia de formación específica y destinada a celadores quedan un gran camino por recorrer.

De las materias detectadas y que puede interesar al colectivo de celadores, tan solo algunas de ellas se han podido realizar, siendo mayor el número de acciones que no se han realizado.

7. OBSERVACIONES.
Proponemos que se realice una mayor oferta formativa destinada al colectivo de celadores y que esta se realice de manera que se tenga en cuenta la opinión y necesidades manifestadas por el colectivo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/915 ========== ***

Nº de registro: 0915

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTE DETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

Autores:
MARTIN PEREZ JESUS ALBERTO, MUNTADAS PEIRO ENRIQUETA, HEREDERO MARTA BELEN, CHAPARRO CHAPARRO MARIA JOSEFA, QUILEZ LIZARRALDE ASUNCION, MILLAN EMBARBA NOEMI, VELASCO FREJA JOAQUIN AURELIO, GRACIA ZARAZAGA MARIA DEL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0915

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ACTUACION FORMATIVA DEL COLECTIVO DE CELADORES MEDIANTEDETECCION DE NECESIDADES FORMATIVAS Y DESARROLLO DE PROYECTO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha observado que la formación destinada al colectivo de celadores se centra básicamente en proyectos formativos destinados a mejorar la movilización de pacientes y evitar lesiones en los componentes de este colectivo profesional. Sin embargo, últimamente estamos detectando que va en aumento la demanda de otro tipo de acciones formativas que complementen a las anteriormente citadas. Cabe destacar entre otras, trato con el paciente, calidad en la atención, confidencialidad, idiomas, informática entre otros.

RESULTADOS ESPERADOS
Complementar la formación que los celadores están recibiendo hasta la fecha con nuevos proyectos formativos adecuados a las demandas y necesidades actuales.

MÉTODO
En primer lugar se pasará una encuesta de necesidades de acciones formativas a todo el colectivo de celadores del HUMS con el objetivo de conocer realmente que acciones formativas y con qué formato son más demandadas. Una vez conocidas estas, se preparará un proyecto de desarrollo de acciones formativas para presentar a los responsables de formación del área II con el objeto de llevar a la práctica dicha formación.

INDICADORES
En primer lugar, encuesta de detección de necesidades formativas del colectivo de celadores del HUMS.
Posteriormente y en base a los datos revelados por la encuesta, preparar un proyecto con propuesta de acciones formativas destinadas a este colectivo.
En caso de ser aprobado, seguimiento de las acciones comprobando que se ajustan a lo solicitado.
En último lugar, encuesta de satisfacción e informe de los resultados obtenidos.

Porcentaje de respuesta a la encuesta de necesidades.
Número de acciones formativas desarrolladas a lo largo del año.
Porcentaje de acciones formativas que se corresponden con las principales necesidades detectadas (5).
Porcentaje de profesionales que participan en las acciones formativas.
Porcentaje de celadores satisfechos con el programa desarrollado y realizado.
Las acciones se desarrollarán en dos cortes durante un periodo de doce meses.

DURACIÓN
El periodo estimado de duración es aproximadamente de 14 meses, desde octubre de 2016 a diciembre de 2017

Noviembre 2016:
Encuesta de detección de necesidades formativas a todos los celadores de HUMS.

Noviembre y diciembre de 2016:
Evaluación de los resultados obtenidos y elaboración del informe con las propuestas de acciones formativas detectadas.

Febrero de 2017 a diciembre de 2017:
Se impartirán aquellas acciones aprobadas y desarrolladas a tal efecto.

Junio de 2017:
Evaluación parcial del proyecto con el objetivo de detectar áreas de mejora.

Diciembre de 2017:
Evaluación final del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0948

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ADORACION MOÑITA BLANCO
· Profesión ..... TECNICO/A SUPERIOR PREVENCION RIESGOS LABORALES
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBA CUADRADO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Exposición del plan de actuación.
2. Revisión de los Equipos de protección individual (EPI's) frente a Radiaciones ionizantes disponibles en la Sección de Hemodinámica: estado (inspección visual), número, nominales y no nominales.
3. Detección de incidencias.
4. Propuesta de revisión del estado de los mismos por escopia: pendiente (Svº Física y Protección radiológica).
5. Establecimiento de los requisitos para la adquisición de nuevos EPI's.
6. Criterios de adjudicación al usuario. Entrega "responsable".
NOTA: el cumplimiento de los plazos indicados no ha sido posible en su totalidad (por cuestiones ya expuestas en la memoria).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Conocimiento del número de EPI's existentes en la Sección. (Indicador 1) y de su estado por inspección visual.
2. Puesta en marcha de la tramitación para la inspección por escopia de los EPI's existentes. Pendiente de la aprobación por la Dirección correspondiente.
3. Puesta en marcha para la optimización de la gestión de los EPI's tras la adquisición.
3. Implicación del personal de la Sección.

NOTA: los indicadores 2 y 3 están pendientes de obtener tras la revisión por escopia (punto 2 anterior).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La propuesta de este Proyecto de Mejora de la Calidad Deriva del "Protocolo de Adquisición y Gestión de Equipos de Protección Individual para Rayos-X en Hemodinámica (ID. PROTOCOLO Z2-486-16)".

Dicho proyecto ha sido muy bien recibido por todos los componentes de la Sección quienes se han implicado en la consecución de los objetivos.
Todos ellos están muy interesados en conocer el estado actual de los EPI's que utilizan (Indicador nº 1).

Es muy importante, una vez que se conozca el estado real de los mismos (por escopia), determinar cuáles ycuántos se van a adquirir en su caso (Indicador nº 2), cumpliendo los requisitos recogidos en el Protocolo citado.
También lo es, responsabilizar a los usuarios de los EPI's asignados del uso de sus EPI's por medio de la cumplimentación de una ficha de entrega con las características de los mismos e instrucciones de conservación y limpieza ("Entrega responsable"). Ésto revertirá en asegurar la protección radiológica del trabajador (además de la protección colectiva del riesgo por radiaciones) ya que cada uno es responsable de sus EPI's (uso, limpieza y conservación) así como a prolongar la vida media de uso de los equipos lo que incidirá, secundariamente, en una reducción del gasto.

Por tanto, y como se indica en la primera página del Proyecto, requiere continuidad para ver la trazabilidad y si hay que introducir nuevos criterios o cambiar alguno existente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/948 ========== ***

Nº de registro: 0948

Título
EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H. U. MIGUEL SERVET

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0948

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

MOÑITA BLANCO MARIA ADORACION, SANTOLARIA AISA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteraciones de la salud del trabajador por radiaciones ionizantes
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Gestión de la protección de radiaciones ionizantes para la seguridad y salud del trabajador

PROBLEMA
La Sección de Hemodinámica (Hemodinámica diagnóstica terapéutica) pertenece al Svº de Cardiología. En ella se llevan a cabo intervenciones destinadas a establecer o concretar un diagnóstico de patología cardiovascular y también a su intervención curativa o paliativa percutánea mediante técnicas basadas casi exclusivamente en catéteres.
Las técnicas que llevan a cabo precisan el uso de rayos X. Ésto supone que el profesional debe estar protegido contra las radiaciones ionizantes para lo que utilizan equipos de protección individual que deben cumplir la normativa y que son variados según la zona a proteger y también siguen un control dosimétrico.
Por ello, se establece un sistema de adquisición y gestión de estos equipos de forma sepa en todo momento los requisitos de uso y mantenimiento por parte de los profesionales, así como los pasos a seguir si es de nueva incoporación o una vez incorporado pasa a estar en situaciones especiales.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general es disponer en todo momento de unas normas, conforme a la legislación en vigor, que permitan al profesional de Hemodinámica conocer en todo momento los equipos de protección que deben de utilizar en las técnicas con rayos X, así como qué hacer ante situaciones especiales.
Objetivos específicos son los requisitos deben tener para su adquisición y uso, el mantenimiento de los mismos y su retirada si procede para su sustitución, el control de la entrega de los equipos, la información para el trabajador tanto de los equipos de protección radiológica como de la dosimetría .
Todo ello, a través de un registro documental que permitirá conocer en todo momento el estado y detectar posibles problemas o fallos.

MÉTODO
Las medidas previstas son:
- Disponer de un documento, revisable (anualmente o si se produce un cambio en la normativa) en el que:
. Figuren los requisitos de adquisición de equipos de protección contra rayos X.
. Figuren las fichas de control de los equipos: entrega e instrucciones de uso.
. Figure cómo debe portar el/los dosímetros.
- El trabajador:
. Esté informado de los pasos a seguir cuando entre en la Sección de Hemodinámica, tanto si es la primera vez, como si está en situaciones especiales (embarazo, lactancia, pérdida de dosímetros, etc.).
. Sepa en todo momento qué equipos debe usar y cómo, igual que los dosímetros.
. Sea responsable de los equipos (de protección y dosímetros) que se le entregan para su seguridad y salud.

INDICADORES
Adquisición de EPI’s de protección radiológica (RX). (% de EPI’s adquiridos).
Facilitador de uso de EPI’s de protección radiológica (RX) (% de Registro de entrega de EPI’s/nº de usuarios).
Renovación de EPI’s de protección radiológica (RX) (Listado de evaluación del estado de los EPI’s: integridad, higiene.Razonamiento motivado).

DURACIÓN
En el último trimestre de 2016 el grupo de trabajo analiza la situación, revisando los equipos de protección existentes y planteando la renovación en su caso y la adquisición de nuevos equipos.
En el primer trimestre de 2017 se revisan los indicadores y se actúa en consecuencia.
En el segundo y tercer trimestre se comprueba el funcionamiento de este sistema de gestión y se evalúa.
En Octubre de 2.017 se llevará a cabo la revisión correspondiente.

OBSERVACIONES
Se procederá a una revisión anterior a la fecha prevista si se produce algún cambio en la normativa legal o bien hay circunstancias que la conllevan.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 1 Nada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0948

1. TÍTULO

EVALUACION DESDE LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES: GESTION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL EN LA EXPOSICION A RADIACIONES IONIZANTES EN LA SECCION DE HEMODINAMICA DEL H.U. MIGUEL SERVET

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1433

1. TÍTULO

RIESGO CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO EZPELETA ASCASO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES FUERTES PAULA
DUEÑAS JOLLARD SANDRA
TERREN MARCO NOELIA
IGUACEL ACIN MARIA TERESA
CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE
GIL NAVARRO SABRINA
LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- REUNIÓN DEL ÁREA SANITARIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO, RECURSOS A UTILIZAR Y MATERIAL DE SOPORTE. JUNIO 2017.
- ELABORACIÓN DE UNA PRESENTACIÓN POWER POINT CON LOS OBJETIVOS, INSTRUCIONES DEL PROYECTO. DICHA PRESENTACIÓN SE PONE A DISPOSICIÓN PARA CONSULTA EN DISCO INFORMATICO COMÚN DE LA UNIDAD, PARA EL ACCESO EN CUALQUIER MOMENTO DE TODOS LOS COMPONENTES DEL GRUPO.
- CON FECHA 01/06/2017 INICIO D EL PROGRAMA, REGISTRO DEL VALOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE ACUERDO CON LA ECUACIÓN DE REGICOR, ENTREGA DE INFORME PERSONALIZADO CON MOTIVO DELA VIGILANCIA INDIVIDUAL DE LA SALUD. ESTA ACTIVIDAD CONTINUA EN LA ACTUALIDAD
- DENTRO D EL PROGRAMA DE SESIONES CLÍNICAS DE LA UNIDAD BASICA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL SECTOR ZARAGOZA 2, SESIÓN CLÍNICA DE ACTUALIZACIÓN SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR CON EL CONTENIDO: INTRODUCCIÓN, RIESGO CARDIOVASCULAR/CORONARIO, FACTORES DE RIESGO ECUACIONES /TABLAS DE RIESGO, UMBRAL DE RIESGO, PROYECTO DE CALIDAD. 17/0172018.

-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN CAPTADO 124 CASOS. POR GENERO LA DISTRIBUCIÓN ES 96 MUJERES Y 28 HOMBRES. POR CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO D E ACUERDO CON LA ECUACIÓN REGICOR LOS RESULTADOS SON: RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO <5% 104 CASOS, RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIO (5-10%) 18 CASOS, RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO8>10%) 2 CASOS.LAS PUNTUACIONES MÁS ALTAS SE CONCENTRAN EN PERSONAS QU ESTÁN EN AL SEXTA Y SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SI BIEN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES HAN DISMINUDIO SU PESO COMO CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBALCIÓN ADULTA, EN EL ÁMBITO LABORAL SON LA SEGUNDA CAUSA DE MORTALIDAD DE ACUERDO CON LAS ESTADISTICAS DEL ISSLA(INSTITUTO ARAGONES DE SALUD LABORAL.
PROCEDE CONTINUAR CON EL PROYECTO CPMP MEDIDAD DE PROMOCIÓN D EL SALUD EN EL ÁMBITO DE VIGILANCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL Y REEVALUAR AL AÑO DEL INICIO DEL PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1433 ========== ***

Nº de registro: 1433

Título
RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:
EZPELETA ASCASO IGNACIO, FUERTES GARCES PAULA, DUEÑAS JOLLARD SANDRA, TERREN MARCO NOELIA, CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE, IGUACEL ACIN TERESA, LATORRE MOSTEO MARIA CARMEN, CATALAN SANCHEZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1433

1. TÍTULO

RIESGO CARDIOVASCULAR

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En Aragón en el año 2016, de acuerdo con las estadísticas del ISSLA (Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral), los accidentes de trabajo por infartos, derrames cerebrales y otras causas no traumáticas son la primera causa de accidente grave (23,75%) y la primera causa de accidente mortal (43,48%).

En el ámbito de actuación poblacional de la unidad básica de prevención de riesgos laborales, en el marco de la vigilancia individual de la salud, tenemos la oportunidad de detectar las personas con riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. La accesibilidad de la unidad básica facilita las tareas de promoción de la salud y educación para la salud.
Surge la necesidad de establecer de forma sistemática directrices y/o consejo breve orientados al trabajador para que conozca su riesgo cardiovascular.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el riesgo cardiovascular de los trabajadores del Sector Zaragoza II durante el segundo semestre del año 2017.
- Adecuar el consejo preventivo de forma individualizada en los informes de vigilancia de la salud.
Población diana:Trabajadores del ámbito de actuación de la unidad mayores de 35 años del Sector Zaragoza II que acudan a vigilancia de la salud individual.

MÉTODO
Promoción de salud: Incorporación del cálculo de riesgo cardiovascular con la tablas validada REGICOR en la vigilancia de salud individual.
ACTIVIDADES
- Establecer pautas de actuación comunes en las cuatro unidades básicas sanitarias.
- Crear una hoja de cálculo excel para la recogida de variables que influyen en el riesgo cardiovascular.
- Sesión de actualización de riesgo cardiovascular.
- De forma continua, con motivo de vigilancia de la salud individual registro de variables.
- Entrega de informe individual de riesgo cardiovascular al trabajador (REGICOR).

INDICADORES
- Cálculo de las categorías de riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto, muy alto) definidas por la tablas REGICOR.
- Cumplimentación y registro en la historia clínica del trabajador.

DURACIÓN
- Sesión par astablecer pautas de actuación comunes en las cuatro unidades básicas sanitarias, actualización de riesgo cardiovascular 2017.
- Crear una hoja de cálculo excel para la recogida de variables que influyen en el riesgo cardiovascular…Junio 2017.
- Sesión de presentación d eresultados del proyecto enero 2018.
- De forma continua, con motivo de vigilancia de la salud individual registro de variables…Segundo semestre 2017.
- Entrega de informe individual de riesgo cardiovascular al trabajador (REGICOR)…segundo semestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1410

1. TÍTULO

PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MATILDE CAMPO SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IGUACEL ACIN MAITE
GARCES FUERTES PAULA
TERREN MARCO NOELIA
GIL NAVARRO SABRINA
EZPELETA ASCASO IGNACIO
LATORRE MOSTEO CARMEN
SIMON CLEMENTE SALOME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza el programa de reuniones formativas de los componentes del grupo de trabajo el 20.06.2018.Consensuar las actuaciones para ofrecer la realización del test a todos los trabajadores que acudan a La Unidad Basica de Prevencion de Riesgos Laborales.
Se Realizar los impresos de los test de Cage.

El personal de enfermería explica al trabajador la realización del test, según las pautas de resultado se pasaran al medico para darle la información y determinar el consumo.

Establecer y acordar la pauta de actuación Individualizada con el Servicio de drogodependencia para el seguimiento del tratamiento y apoyo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado en los primeros 6 meses del proyecto 114 test de Cage, con resultados de Cage 0, 109 trabajadores.No consumo de alcohol.
Cage 1, cuatro trabajadores.
Cage 2 un trabajador.
Cage 3 ningun trabajador.
Cage 4 ningun trabajador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El consumo de alcohol es un riesgo para el trabajador y para terceras personas, por ello es imprescindible detectar este consumo antes que aparezcan repercusiones adversas.
La mayor parte de los problemas relacionados con el consumo de alcohol se centra en bebedores ligeros o moderados.
Creemos que se esta ocultando informacion acerca de la ingesta real de alcohol
El cribado del consumo de alcohol debe realizarse como minimo cada dos años en toda persona de mas de 14 años, a pesar que la prevalencia del consumo de alcohol en la población trabajadora supera la propia población general, nos planteamos que no es adecuado el test de cage en esta UBPRL, para detectar bebedores ligeros o moderados por la creencia del trabajador en la repercusion de su trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1410 ========== ***

Nº de registro: 1410

Título
PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

Autores:
CAMPO SANZ MATILDE, IGUACEL ACIN MARIA TERESA, GARCES FUERTES PAULA, TERREN MARCO NOELIA, GIL NAVARRO SABRINA, EZPELETA ASCASO IGNACIO, LATORRE MOSTEO CARMEN, SIMON CLEMENTE SALOME

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1410

1. TÍTULO

PROCESO PARA LA DETECCION DE TRABAJADORES CON CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: drogodependencia
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El objetivo de la UBPRL es velar por la seguridad y la salud individual y colectiva de los trabajadores.

El consumo de alcohol es un riesgo para el trabajador y para terceras personas, por ello es imprescindible detectar este consumo antes que aparezcan repercusiones adversas.
La mayor parte de los problemas relacionados con el consumo de alcohol se centra en bebedores ligeros o moderados.
Según las ultimas encuestas nacionales de salud la prevalencia del consumo de alcohol en la población trbajadora supera la propia población general.

Según la recomendación de la PAPPS (2016) (programa de actividades preventivas y promocion de la salud.
El cribado del consumo de alcohol debe realizarse como minimo cada dos años en toda persona de mas de 14 años sin limite superior de edad.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Detectar trabajadores con consumo abusivo del alcohol.
2- Consensuar implicaciones practicas,tanto preventivas como terapéuticas para reducir el consumo abusivo de alcohol en los trabajadores del Sector sanitario Zaragoza II.

MÉTODO
Ofrecer la realización del test a todos los trabajadores que acudan a La Unidad Basica de Prevencion de riesgos Laborales.
Establecer un programa de reuniones formativas de los componentes del grupo de trabajo.(20.06.2018)

Consensuar las actuaciones

Realizar los impresos de los test de Cage.

El personal de enfermería explica al trabajador la realización del test, según las pautas de resultado se pasaran al medico para darle la información y determinar el consumo.

Establecer y acordar la pauta de actuación Individualizada con el Servicio de drogodependencia para el seguimiento del tratamiento y apoyo.

INDICADORES
Nº de screening en el abuso de alcohol realizados / numero de reconocimientos realizados .

Nº de screening positivos / nª de screening realizados.

DURACIÓN
Se realizara una evaluación y un nuevo reajuste del proyecto ante cualquier deficiencia detectada.

Se Planificara una pre evaluación a los 6 meses del inicio.y al final del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0285

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA DE JUAN LADRON
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ POZA ALFONSO
SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA
SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES
RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE
SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización del documento propuesto (PIT).
- Realización del protocolo de actuación que incluya el momento de aplicación, posterior revisión, referentes de caso y posible revisión si procede en relación a la consecución de objetivos terapéuticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Hemos implementado ya la realización de dicho protocolo (documento mejorado), mediante la elaboración de un plan individual de tratamiento (PIT) en reuniones multidisplinares de equipo por cada paciente que ingresa en nuestro recurso (Hospital de Día de Psiquiatría), posterior revisión de la misma a mitad de proceso terapéutico y revisión de consecución de objetivos terapéuticos en la semana del alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Si que hemos realizado el documento propuesto (PIT)
- Si que hemos realizado el protocolo de actuación que incluya momento de aplicación, revisión, referente del caso…etc
- Más del 90% de los pacientes que ingresan en nuestro recurso tienen el PIT realizado durante su primera semana de ingreso.
- Más del 85% de los pacientes tienen su PIT revisado en la semana previa a ser dados de alta.
Nuestro proyecto requiere la programación de espacios temporales específicos semanales para la adecuada cumplimentación del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/285 ========== ***

Nº de registro: 0285

Título
MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)

Autores:
DE JUAN LADRON YOLANDA, PEREZ POZA ALFONSO, SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES, RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE, SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....: Nos basamos en la metodología de trabajo en equipo con un enfoque multidisciplinar que favorezca el abordaje integral del paciente desde los distintos campos profesionales (Psiquiatría, Psicología Clínica, Terapia Ocupacional, Enfermería y Trabajo social).

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0285

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DEL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO (PIT)

El programa individual de tratamiento es el proyecto elemental en el que trabajar de manera individualizada según las necesidades de cada paciente por lo que es imprescindible que el equipo se plantee cuales son las necesidades, capacidades y habilidades de la persona para poder plantear un plan propio para cada individuo.
De él tiene que salir los objetivos a conseguir, las técnicas a emplear y la metodología que utilizar.
La elaboración del PIT da eficacia y eficiencia al tratamiento Psicosocial. Los recursos de los que se disponen se pueden optimizar de mejor manera y favorecer la calidad de vida de la persona implicada.

RESULTADOS ESPERADOS
Se realizara un PIT en que quede reflejado datos como:
1.- Responsable del caso.
2.- Reflejar las necesidades detectadas y, en función de las mismas, las intervenciones que el equipo multidisciplinar tendrá que implementar.
3.- Quedara reflejado cuando se realizara la reunión para elaborar el PIT.
4.- Se elaborara un documento claro que refleje las necesidades, problemas del usuario y los objetivos de tratamiento.

MÉTODO
Para llevar a cabo el programa propuesto nos planteamos dedicar un tiempo semanal (aproximadamente 1 hora) durante las reuniones de equipo que dedicaremos a la elaboración conjunta del documento (PIT), protocolización y posterior implementación del mismo.

INDICADORES
- Realización del documento propuesto (PIT)
- Realización del protocolo de actuación que incluya el momento de aplicación y posterior revisión si procede.
- Nos proponemos una tasa del 95% de pacientes atendidos en nuestro recurso con el PIT realizado.
- Nos proponemos que el 90% de los pacientes atendidos en nuestro recurso tengan su PIT cumplimentado durante su primera semana de ingreso en Hospital de Día.
- Nos proponemos que el 85% de los pacientes atendidos en nuestro recurso tengan su PIT revisado en la semana previa a ser dados de alta de Hospital de Día.

DURACIÓN
- Elaboración del documento de trabajo (PIT) en reuniones de equipo (noviembre-diciembre 2016)
- Posteriormente protocolizaremos aspectos como el momento idóneo de cumplimentar el documento, personas encargadas de intervenir (referentes de caso) y posibles revisiones si procede en relación a la consecución de objetivos terapéuticos marcados para cada caso individual (enero-marzo 2017)
- Implementación del plan propuesto (abril-septiembre 2017)
- Valoración de la aplicación del PIT, extraer datos de los indicadores planteados (octubre 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0497

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BARBARA MORER BAMBA
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUBIO MARIA JOSE
FERRANDEZ CORTES JAIME
PASCUAL GARCIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una psicoterapia grupal llevada a cabo por dos psicólogas especialistas en psicología clínica, una en el rol de terapeuta y otra como co-terapeuta. Otros profesionales participaron como observadores del grupo. El grupo estuvo compuesto por personas adultas diagnosticadas de cáncer y fue heterogéneo en cuanto a edad, tipo y estadio de cáncer. En la selección de los participantes primaron las variables psicológicas.
Los criterios de exclusión fueron la psicopatología aguda, trastornos graves de personalidad, poca capacidad de insight, trastorno mental orgánico, mecanismo de negación acusado o fase terminal de la enfermedad.

El proyecto se ha podido implementar cumpliendo con el calendario previsto.

La psicoterapia grupal se inició con 13 participantes, de las cuales 9 se implicaron activamente en el grupo y respondieron a los cuestionarios pre y post tratamiento. Los miembros del grupo eran mujeres diagnosticadas de cáncer de entre 29 y 68 años, con una media de edad de 46 años.

El 78% de las pacientes tiene estudios universitarios, y el 22% restante estudios medios. El 56% está casada y el 44% soltera. El 78% tiene un diagnóstico de cáncer de mama, mientras que el 22% tiene un diagnóstico de cáncer de colon.

Hubo una tasa de abandono del 33%, en la que se incluyen motivos médicos.
Las participantes fueron derivadas al grupo desde el programa de Psico-oncología de la Unidad de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace del Hospital Universitario Miguel Servet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizó un estudio cuasiexperimental para evaluar los resultados. Se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión (HADS), así como el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Las escalas se administraron antes de iniciar la intervención grupal y al finalizarla.

Los datos han sido analizados con SPSS 20. Se ha utilizado la prueba no paramétrica Wilcoxon debido al reducido tamaño de la muestra.
Respecto a la clínica de ansiedad, antes de empezar el grupo el 100% de las pacientes presentaba sintomatología ansiosa, después del tratamiento se reduce la sintomatología ansiosa en el grupo al 55%, de los cuales un 33% son casos de ansiedad y un 22% de probable ansiedad.

Respecto a la depresión, al inicio del grupo el 22% era valorado como caso de depresión, otro 22% como probable depresión y el 44% sin depresión.

Al final de la psicoterapia grupal el 56% está libre de depresión, el 11% se considera caso de depresión, y otro 11% como probable depresión.

Estos resultados nos indican que la sintomatología depresiva y ansiosa se reduce tras la psicoterapia grupal, aunque esta mejoría no resulta estadísticamente significativa. A pesa de que no podemos atribuir la mejoría clínica de forma exclusiva a la terapia grupal, resulta un tratamiento a tener en cuenta en el abordaje psicológico de estos pacientes.

Asimismo, la percepción de calidad de vida mejora tras la intervención. Un dato que resulta interesante es que el dolor correlaciona negativamente (Pearson= -1) de forma significativa (p=0,01) con el apoyo percibido, es decir, que a mayor apoyo, menor dolor, y viceversa. El apoyo percibido al final del tratamiento correlaciona positivamente de forma significativa con la calidad de vida y el sentido vital.

Otro de los objetivos de la intervención era mejorar la aceptación de la enfermedad, este aspecto se ha trabajado durante las sesiones grupales, con buenos resultados. Asimismo, la psicoterapia grupal ha sido un espacio donde las pacientes pudieron compartir su sufrimiento, sus experiencias, dar y recibir apoyo y obtener nuevos recursos de afrontamiento. Se abordaron temas tan amplios como la vivencia de la enfermedad, el miedo a la muerte, los síntomas depresivos incluidos el deseo de morir, las relaciones familiares, los modos de afrontamiento, la repercusión de la enfermedad en las relaciones sexuales, la imagen corporal, su capacidad laboral, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0497

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la intervención psicológica grupal se produjo una mejoría clínica significativa, con disminución de la clínica ansioso-depresiva así como una mejoría a nivel funcional. Sin embargo, no se hallan cambios estadísticamente significativos en las variables medidas. Las participantes manifestaron una amplia satisfacción con la terapia grupal e incluso algunas integrantes del grupo refirieron deseos de continuar la terapia y han constituido un grupo informal de apoyo.
Consideramos que la psicoterapia grupal con pacientes oncológicos que presentan clínica ansioso-depresiva es una opción de tratamiento valiosa para reducir la sintomatología y el sufrimiento, así como mejorar su bienestar y calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/497 ========== ***

Nº de registro: 0497

Título
ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

Autores:
MORER BAMBA BARBARA, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, FERRANDEZ CORTES JAIME, PASCUAL GARCIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El diagnóstico de cáncer tiene una serie de efectos a nivel físico, psicológico, familiar y social en las personas que lo padecen. El sufrimiento psíquico de los pacientes oncológicos se traduce en ocasiones en clínica ansiosa y depresiva, principalmente, que requiere un abordaje especializado. La literatura científica y la experiencia clínica muestran que los pacientes con cáncer comparten características a nivel de reacciones emocionales, afrontamiento psicológico, personalidad y afectación en la calidad de vida. Si bien estos pacientes disponen de un tratamiento psicológico individual, pueden beneficiarse de un abordaje grupal. La psicoterapia de grupo es una modalidad de intervención cada vez más utilizada en pacientes oncológicos. El grupo por si mismo favorece la aparición de factores terapéuticos adicionales no presentes en la terapia individual, a la vez que supone una mayor eficiencia debido al número de pacientes que se benefician de la intervención.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es promover la salud integral de paciente oncológico a través del abordaje psicológico grupal. Se pretende mejorar la aceptación de la enfermedad, disminuir la sintomatología ansioso-depresiva, disminuir la percepción de dolor, mejorar la utilización de recursos y mejorar la calidad de vida.

MÉTODO
Se realizará una psicoterapia grupal llevada a cabo por dos psicólogas especialistas en psicología clínica, una en el rol de terapeuta y otra como co-terapeuta. Otros profesionales podrán participar como observadores del grupo o colaboradores. El grupo estará compuesto por personas adultas diagnosticadas de cáncer y será heterogéneo en cuanto a sexo, edad, tipo y estadio de cáncer. En la selección de los participantes primarán las variables psicológicas. Los criterios de exclusión serán la psicopatología aguda, trastornos graves de personalidad, poca capacidad de insight, trastorno mental orgánico, mecanismo de negación acusado o fase terminal de la enfermedad.

INDICADORES
Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores de mejora:
- Mejoría de calidad de vida percibida medida con el cuestionario WHOQOL-BREF
- Disminución de la variable ansiedad medida con el cuestionario HADS
- Disminución de la variable depresión medida con cuestionario HADS
- Disminución de la toma de analgésicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0497

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL PACIENTE ONCOLOGICO A TRAVES DE PSICOTERAPIA GRUPAL

DURACIÓN
El proyecto contempla una duración de 6 meses y se divide en tres fases. La primera fase es el reclutamiento y selección de participantes en el grupo y tendrá una duración de dos meses. La segunda fase es la intervención psicoterapéutica grupal propiamente dicha, que tendrá una duración de 8 sesiones con frecuencia semanal durante un total de dos meses. La tercera fase es la de evaluación de los resultados de la intervención, con una duración de dos meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 1 Nada

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0732

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA RIPOL MUÑOZ
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE REDONDO MARIA DE LOS ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Recopilación de de actividades para cada nivel de trabajo.

2.- Unificar en Word cada nivel de una manera para verse la diferencia visualmente y modificar las actividades a las necesidades del nivel y del paciente al que va a ir dirigida.

3.- Su realización ha sido de manera conjunta por las dos terapeutas que trabajan en los Hospitales de Día de Psiquiatría de Zaragoza.

4.- Las reuniones durante el horario de trabajo han sido imposibles debido a la carga profesional y a la responsabilidad que se tiene con los pacientes y con el resto de profesionales del equipo ya que era cargar con grupos, durante el tiempo de la reunión a otro profesional, así que se realizaron 4 reuniones fuera del horario laboral.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Dos cuadernos cada uno con diferente nivel de dificultad para el taller de Estimulación Cognitiva de Hospital de día de Psiquiatría conociendo las características y necesidades de los pacientes que vienen a el.
Se ha realizado los dos cuadernos, con actividades suficientes para su realización durante la estancia media que permanecen los pacientes en Hospital de día.

2.- Se ha realizado un breve protocolo de actuación para que cualquier terapeuta ocupacional que pueda acudir al servicio a trabajar sepa como pueda realizar el programa.

3.- Se ha implementado los dos niveles en los grupos de trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se han realizado los dos niveles planteados.
- Se ha protocolizado la actividad y se ha implementado ya la manera de realización con las modificaciones realizadas.
-El 95% de los pacientes han sido evaluados con la prueba incorporada en el anexo I, el 5% restante no esta en el momento del taller en el aula.
- El 95 % de los pacientes desde la implementación de los cuadernos de nivel han podido desarrollarlos, el 5% restante he tenido que realizar actividades de nivel III, más avanzado y mas acordes con sus necesidades.
- El 95% ha participado en el programa .Cuando no participaban no ha sido por falta de interés sino por estar en tratamiento individual con algún otro profesional de la unidad.

7. OBSERVACIONES.
El no tener la escala de valoración LOTCA imposibilita el poder realizar toda la evaluación necesaria. La prueba de “Frontales “ nos ayuda a hacernos idea de como se encuentran pero no es tan especifica, ni valora tantos aspectos como en el LOTCA.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/732 ========== ***

Nº de registro: 0732

Título
MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE SPIQUIATRIA

Autores:
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, VICENTE REDONDO MARIA DE LOS ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0732

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION COGNITIVA EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el programa de Hospital de Día de Psiquiatría intervienen una gran variedad de pacientes con diferentes necesidades.
A la hora de mantener o mejorar su capacidad cognitiva se necesita poder trabajar a diferentes niveles a la vez ya que todo el grupo trabaja junto.

RESULTADOS ESPERADOS
Queremos conseguir la elaboración de dos cuadernos de diferentes niveles de trabajo para conseguir estimular la mente dependiendo de las necesidades de cada paciente.
Con ello queremos conseguir con el paciente en salud mental poder:
- Mantener las capacidades cognitivas
- Evitar el aislamiento del entorno
- Potenciar las relaciones sociales
- Aumentar la independencia y autonomía personal
- Incrementar la habilidad funcional y el desempeño en las tareas cotidianas
- Mejorar el sentimiento de bienestar emocional, psicológico y de salud general
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

MÉTODO
- Para llevar a cabo el programa propuesto nos planteamos dedicar un tiempo durante nuestra jornada laboral de manera independiente para recopilar y/o elaborar actividades de cada nivel de trabajo.
- Una vez cada dos meses nos reuniremos en nuestro horario de trabajo para elaborar los cuadernos de trabajo y redactar el protocolo de actuación desarrollando estrategias para las necesidades de cada nivel de pacientes.
- Se intentara realizar el programa de tal manera que al principio el paciente necesitará más explicaciones y claves para realizar la actividad, y según
progrese y avancen las sesiones, el terapeuta proporcionará
menos claves y aumentará la complejidad de la tarea.

INDICADORES
- Realización de cuadernos de trabajo para dos niveles.
- Realización del protocolo de actuación que incluya como evaluar al paciente para obtener su perfil cognitivo.
- Nos proponemos una tasa del 80% de pacientes atendidos en nuestro recurso se pueda realizar la evaluación inicial
- Nos proponemos que el 80% de los pacientes puedan realizar el nivel de trabajo asignado a su capacidad cognitiva.
- Nos proponemos que el 85% de los pacientes participen en el programa.

DURACIÓN
- Elaboración de los cuadernos de trabajo:
1 nivel: noviembre 2016 / diciembre2016
2 nivel: enero 20117 / febrero 2017
- A la vez protocolizaremos aspectos del programa como: la manera de evaluación para incorporar a cada paciente en el nivel apropiado, número de sesiones en el programa, sesiones supletorias para aquellos pacientes que pueda alargarse la estancia en Hospital de día, manera de realizar las sesiones… (Noviembre /16 a febrero/17)
- Implementación del plan propuesto (marzo-septiembre 2017)
- Valoración de la implementación, extraer datos de los indicadores planteados (octubre 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1436

1. TÍTULO

ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

Fecha de entrada: 01/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ASUNCION PASCUAL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUBIO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado en éste tiempo en primer lugar un soporte de papel, consistente en la creación de carpetas que permitan individualizar la asistencia diaria al paciente, así como los datos extraídos en las reuniones semanales que se llevan a cabo con el equipo multidisciplinar . Estos datos nos facilita la realización de los informes planteados al alta del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La recogida de datos para la elaboración de los informes se encuentra realizada totalmente, al 100 % de los pacientes valorados.
En cuanto a la informatización de los informes se lleva a cabo de forma gradual siguiendo el cronograma planteado con objetivos cumplidos a junio del 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se considera una valoración positiva, ya que permite una recocida de datos más minuciosa, con lo cual la información es más fidedigna y consideramos que cuando la realización del proyecto se consiga al 100 % será un avance en nuestra actividad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1436 ========== ***

Nº de registro: 1436

Título
ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA UDAD LESIONADOS MEDULARES (ULME) PARA INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE LA UDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE EN ULME

Autores:
PASCUAL GARCIA ASUNCION, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, PEREZ PEMAN CAMINO, ROHNER DEL SORDO DAVID, CORATU ANA MARIA, MORER BAMBA BARBARA, BOULLON GOMEZ ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los programas de la Unidad de Psicosomatica y Psiquiatria de Enlace del HUMS es la atención en la Unidad de Lesionados Medulares (ULME), se trata del servicio de referencia de Aragon en la atención a pacientes que padecen mielopatias de diversa intensidad. Esta grave patología requiere de ingreso hospitalario prolongado (entre 2 y 8 meses) en el que lo habitual son las complicaciones que subyacen a su proceso de rehabilitación(RHB).
En este periodo de RHB el paciente tiene que adquirir una serie de habilidades encaminadas a mejorar su independencia y autonomía tras la perdida de movilidad, aprender el manejo de control de esfínteres y recuperar su actividad sexual. Durante el ingreso tiene que hacer frente a diversos procesos entre los que se incluye un trabajo dirigido a asumir las perdidas derivadas de la patología medica y de manera fundamental a mantener una actitud de afrontamiento que les permita implementar una serie de habilidades, para lo cual se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1436

1. TÍTULO

ELABORACION DE LINEA DE CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA ATENCION EN LA ULME, INFORMATIZANDO LOS INFORMES CLINICOS POR PARTE DE LA UNIDAD DE PSICOSOMATICA Y PSIQUIATRIA DE ENLACE

requiere una actitud colaboradora y activa por parte del paciente y de la familia.
En este proceso complejo es necesaria en la mayoría de los paciente la intervención del área de psicología/ psiquiatria para ayudar a elaborar el duelo por la perdida sufrida.
Esta actividad la llevamos a cabo una profesional de psiquiatría y una profesional de psicología clínica, invirtiendo la mayor parte de nuestra actividad en entrevistas tanto de valoración como de seguimiento no solo del paciente sino de su familia, todo ello encaminado a favorecer la asunción de la perdida, así como a mejorar su capacidad de afrontamiento.
Como nuestra actividad siempre se contextualiza en un modelo de colaboración con los médicos rehabilitadores, no queda constancia de nuestras intervenciones, salvo los apuntes registrados en la historia clínica.
Es por ello que consideramos necesario operativizar una tarea que nos permita el seguimiento más sistematizado del pacientes y la elaboración de un informe al alta hospitalaria donde se recojan intervenciones realizadas, evolución, diagnostico y tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Sistematizar la recogida de datos de los pacientes para optimizar su atención.
2) Hacer más visibles nuestras intervenciones en ésta área medica.
3) Mejorar la información sobre la evolución del paciente dirigida tanto a nivel hospitalario como a los especialistas que posteriormente le realicen el seguimiento.

MÉTODO
Consideramos necesario crear algún tipo de soporte que facilite la organización de nuestra actividad planteando hacer los siguientes tipos de mejora.

1) Carpeta o portafolios donde queden recogidos la hoja de consulta de cada paciente y un añadido donde anotemos todas nuestras intervenciones.
2) En este mismo soporte de papel se referenciara todas las intervenciones realizadas a cada paciente, tanto por parte de psicología como de psiquiatría, así como las llevadas a cabo en el medio familiar del citado paciente.
3) Se recogerán igualmente los datos extraídos de las reuniones de equipo que de forma multidisciplinar se llevan a cabo con una periodicidad semanal .
4) Esta hoja cuando el paciente se vaya de alta se adjuntara en su historia clínica y a además nos permitirá realizar el informe clínico de cada paciente documento posteriormente al alta quedaría guardado en la historia y además nos permitiría la elaboración de un informe en el hp doctor.
5) Informe informatizado en el hp doctor donde se recoja el resumen de nuestra actividad clínica y quede adscrito a la historia informatizada del paciente.

INDICADORES
1) Desarrollo e implantación del soporte de papel (Presente o ausente).
2) Numero de pacientes que están siendo recogidos sus datos para la elaboración de la carpeta de seguimiento.
3) Numero de informes clínicos realizados en hp doctor.

DURACIÓN
El tiempo dedicado al proyecto completo será el que se detalla a continuación:

1) 1)Elaboración del proyecto escrito y presentado hasta el 30 de Junio del 2016
2) Informatización de informes del 20% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de Diciembre del 2016.
3) Informatización de informes del 40% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 30 de Junio del 2017.
4) Informatización de informes del 60% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de diciembre del 2017.
5) Informatización de informes del 80 % de los pacientes derivados de la ULME hasta el 30 de Junio del 2018.
6) Informatización de informes del 100% de los pacientes derivados de la ULME hasta el 31 de Diciembre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1449

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA GRACIA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER GONZALEZ CRISTINA
BERDUN PE RUTH
IDINI ESTER
CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA
ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO
SERRA CASAUS MIQUEL
PASCUAL OLIVER MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Análisis de “puntos débiles” en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes: 1) formulario de registro; 2) consenso criterios; 3) observación y registro de incidentes; 4) análisis de puntos débiles y propuestas (mayo-septiembre 2017).

5) Presentación a los miembros del Servicio de Psiquiatría en sesión clínica de los “puntos débiles” observados y del decálogo de protección de confidencialidad del SALUD: 18/10/2017.

6) Encuesta anónima para evaluar el impacto del programa (diciembre 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han completado 80% de las actividades propuestas a lo largo del proyecto, cumpliendo con el standard marcado.

- Se han registrado un total de 22 incidencias en el curso de 4 meses; aproximadamente 50% de nuestra estimación inicial.

-Presentación en sesión clínica de la “guía de buenas prácticas en confidencialidad”: SI.

- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio: 0 (omitimos esta actividad por la aparente falta de impacto en programas previos similares)

-IMPACTO DEL PROGRAMA: Respondieron a la encuesta de evaluación del impacto del programa 15 personas del Servicio (de un total de 23 personas que participaron en el programa y/o asistieron a la sesión informativa y recibieron la encuesta); superando el estándar esperado (50%): 86,7-93,3% admitieron prestar mayor atención hacia conductas de riesgo para la confidencialidad como consecuencia del programa; 20-40% admitieron no conocer previamente algunos de los riesgos señalados; 60-80 % admitieron cambios en su práctica diaria para garantizar el cuidado de la confidencialidad de la información de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de que la mayoría conocemos la mayor parte de las normas para garantizar la confidencialidad de la información; son necesarios proyectos como el que presentamos para aumentar la concienciación de los profesionales frente a un aspecto tan importante, ética y legalmente.

Por la experiencia a lo largo del proyecto, recomendaríamos una mayor difusión de las normas de seguridad elaboradas por el SALUD; haciendo el enlace claramente visible en todos los portales de intranet. Nuestro proyecto refleja un alto impacto con medidas sencillas y sin coste económico; a través de encuestas anónimas los profesionales se ven obligados a reflexionar respecto a situaciones reales de la práctica diaria que suponen un riesgo para la confidencialidad, tomando mayor conciencia de su propia conducta.

Sería recomendable generalizar actividades similares en los diferentes servicios y unidades del SALUD, dirigidas a todos los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1449 ========== ***

Nº de registro: 1449

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1449

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Título
PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Autores:
GRACIA GARCIA PATRICIA, SOLER GONZALEZ CRISTINA, BERDUN PE RUTH, IDINI ESTER, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO, SERRA CASAUS MIQUEL, PASCUAL OLIVER MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Preservar la confidencialidad en el trato de datos del paciente es uno de los factores más importantes en la relación terapeútica. Pero además, la confidencialidad es un deber legal y ético de los profesionales. El marco legal en que se ampara la confidencialidad clínica incluye: la Constitución Española, que define la intimidad personal y familiar como uno de los derechos fundamentales (art.18); la Ley Orgánica 1/1982 de Protección civil al honor, la intimidad y la propia imagen; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 10); la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (especialmente los art.5, 16.3, 16.6, 17.6). El Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de 1999, concibe al secreto profesional como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros y que obliga al profesional incluso tras la muerte de aquel (art. 14) y aborda el problema de la medicina en equipo y la obligación de todos de guardar la totalidad del secreto (art. 15).

A pesar de que un conocimiento general del marco ético y legal que rige nuestro desempeño profesional, existen en nuestra actividad cotidiana situaciones concretas en las que se puede vulnerar con mayor riesgo el respeto de la confidencialidad. Por ejemplo, el almacenamiento y uso ilimitado de datos informáticos, incluyendo el uso compartido y el tráfico de los mismos a través de la red, entraña importantes riesgos en materia de confidencialidad que tienden a infravalorarse.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario, detectando situaciones concretas en las que existe mayor riesgo de vulnerar la confidencialidad (ó “puntos débiles”), facilitando la toma de conciencia de las mismas por parte del equipo, y elaborando propuestas de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
I. Analizar “puntos débiles” en la práctica clínica en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes.
II. Elaborar una “guía de buenas prácticas en confidencialidad” en base a los resultados anteriores.
III. Presentación y divulgación de la información a todo el personal del Servicio de Psiquiatría.
IV. Análisis del impacto del programa.

MÉTODO
I. Analizar “puntos débiles” en la práctica clínica en relación a la confidencialidad de la información de los pacientes. 1. Elaboración de formulario de registro de incidencias en materia de confidencialidad (Responsable) 2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo) 3. “Observatorio de confidencialidad”: Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo. 4. Análisis de “puntos débiles” y propuestas (reunión de grupo)

II. Elaboración y presentación de guía de buenas prácticas en confidencialidad: 5.Elaboración de guía de buenas prácticas en confidencialidad, con definición de propuestas concretas de mejora (Responsable) 6.Presentación a los miembros del servicio en sesión clínica (Responsable)

III. Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS 7. Divulgación de la información y señalización de prácticas y lugares más vulnerables mediante documentos gráficos (grupo)

IV. Análisis del impacto del programa 8.Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRes y PIRes del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria

INDICADORES
- De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1449

1. TÍTULO

PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Indicadores parciales (por objetivo):
- Número de incidencias registradas en el “Observatorio de confidencialidad” en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de 40 incidencias.
- Presentación en sesión clínica de la “guía de buenas prácticas en confidencialidad” (si/no)
- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN
- JUNIO 2017: Elaboración de formulario de registro de incidencias y primera reunión del grupo de trabajo.
- JULIO-OCTUBRE 2017: Observatorio de confidencialidad y reunión de grupo para analizar “puntos débiles”
- NOVIEMBRE 2017: Elaboración de un plan de mejora en materia de confidencialidad y presentación en sesión clínica; divulgación de la información.
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 19/04/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SOLER GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GARCIA PATRICIA
PEREZ PEMAN CAMINO
SANCHEZ MENA MARTA
CAUDEVILLA SOLER CLARA
BOULLON GOMEZ ALEJANDRA
CORATU ANA MARIA
ROHNER DEL SORDO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Mejorar la forma de notificación, creando un modelo más dinámico y actualizado a las necesidades del servicio.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría.
Presentar en grupo de calidad el análisis de los datos de los EA recogidos y realizar feedback al resto de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejorar la formación de los profesionales en la identificación y notificación de los efectos adversos.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría.
Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital.
Análisis de “puntos débiles” y propuestas (reunión de grupo)
Elaboración de estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados en el grupo de calidad.
Realizar feedback al personal implicado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De las actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%.
Mejora en los sistemas de registro en el curso de 4 meses;
Registro de incidencias y búsqueda estrategias de prevención (si/no)
Realizacion de sesiones periodícas (si/no)
Establecer acciones de mejora para 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1462 ========== ***

Nº de registro: 1462

Título
SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Autores:
SOLER GONZALEZ CRISTINA, GRACIA GRACIA PATRICIA, BERDUN PE RUTH, PEREZ PEMAN CAMINO, FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, GARCIA RAPUN MARINA, CAUDEVILLA SOLER CLARA, SANCHEZ MENA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria.
La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional, entre otras cosas, justifica todos los esfuerzos para disminuir el impacto en la salud pública de la llamada epidemia oculta de errores médicos.
La seguridad del paciente es la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia Pero los pacientes, en particular los hospitalizados, son especialmente vulnerables, de tal modo que no siempre va a ser fácil distinguir entre los EA que van ligados a los cuidados de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco, que no son exactamente los mismos que los condicionados por la enfermedad (complicaciones esperables en una determinada proporción).
La incidencia de EA en pacientes hospitalizados se ha estimado entre el 4 y el 17%.

La asistencia sanitaria implica, necesariamente, riesgos. El profesional que trabaja en un «entorno imperfecto» debe, por tanto, conocer cuál es el riesgo asistencial asociado a su trabajo.
PERTINENCIA DEL PROYECTO
Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario. El impacto sanitario, social y económico de los efectos adversos, convierte su estudio en una prioridad de Salud Pública. Entre todos hemos de cambiar la cultura de la culpa por la cultura del conocimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en la UCE de Psiquiatría.
Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.
Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS
Análisis del impacto del programa.

MÉTODO
I. Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría: 1. Divulgación del formulario de registro de efectos adversos (Responsable) 2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo) 3. Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital. 4. Análisis de “puntos débiles” y propuestas (reunión de grupo)
II.- . Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.: 5.Elaboración de guía con estrategias para la prevención de los incidentes, errores y efectos adversos detectados (Responsable)

III.- Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS: 6. Establecer reuniones de información y formación para prevenir incidentes

IV.- Análisis del impacto del programa: 7.Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRes, PIRes y enfermería del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria: 8- Establecer acciones de mejora para 2018.

INDICADORES
- De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

Indicadores parciales (por objetivo):
- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de incidencias.
- Presentación en sesión clínica el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)
- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

- JUNIO-OCTUBRE 2017: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo de trabajo. Reuniones de grupo para analizar “puntos débiles”
- NOVIEMBRE 2017: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOSADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 02/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SOLER GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GARCIA PATRICIA
PEREZ PEMAN CAMINO
SANCHEZ MENA MARTA
CAUDEVILLA SOLER CLARA
BOULLON GOMEZ ALEJANDRA
CORATU ANA MARIA
ROHNER DEL SORDO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha informado e incentivado en la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Se ha mejorado la forma de notificación, creando un modelo más dinámico y actualizado a las necesidades del servicio que se puede consultar desde los ordenadores de las UCEs (actualmente solo una UCE).
Se ha recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría.
Se ha realizado una sesión clínica en el Servicio de Psiquiatría del HUMS presentado información sobre los efectos adversos el análisis de los datos de los EA recogidos. Además, se ha realizado feedback al resto de equipo y se han planteado sugerencias para mejora de la calidad asistencial en materia de efectos adversos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado la formación de los profesionales en la identificación y notificación de los efectos adversos con sesiones periódicas.
Se han recopilado los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría, siendo los más frecuentes los farmacológicos.
Se han analizado los “puntos débiles” y se han ampliado propuestas en reunión de equipo.
Se mantienen las estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados en el grupo de calidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han desarrollado y concluido más del 80% de las actividades propuestas.
Se ha mejorado el sistema de registro adaptándolo a las necesidades y a las nuevas tecnologías.
Se han registrado las incidencias y la búsqueda estrategias de prevención y se ha realizado una sesión clínica informativa a todo el equipo y otras específicas en las UCEs.
Se establecen acciones de mejora para 2019, con un sistema de notificación de EA más ágil y dinámico, enlazado a las nuevas tecnologías. Se proponen más reuniones informativas para incentivar la notificación de EA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1462 ========== ***

Nº de registro: 1462

Título
SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Autores:
SOLER GONZALEZ CRISTINA, GRACIA GRACIA PATRICIA, BERDUN PE RUTH, PEREZ PEMAN CAMINO, FORCEN VICENTE DE VERA ANGELA, GARCIA RAPUN MARINA, CAUDEVILLA SOLER CLARA, SANCHEZ MENA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOSADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los sistemas sanitarios cada vez más complejos, junto con pacientes más vulnerables y a la vez más informados y demandantes, conforman un entorno clínico en el que aparecen los efectos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria.
La necesidad de incrementar la seguridad del paciente, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar un sereno ejercicio profesional, entre otras cosas, justifica todos los esfuerzos para disminuir el impacto en la salud pública de la llamada epidemia oculta de errores médicos.
La seguridad del paciente es la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia Pero los pacientes, en particular los hospitalizados, son especialmente vulnerables, de tal modo que no siempre va a ser fácil distinguir entre los EA que van ligados a los cuidados de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco, que no son exactamente los mismos que los condicionados por la enfermedad (complicaciones esperables en una determinada proporción).
La incidencia de EA en pacientes hospitalizados se ha estimado entre el 4 y el 17%.

La asistencia sanitaria implica, necesariamente, riesgos. El profesional que trabaja en un «entorno imperfecto» debe, por tanto, conocer cuál es el riesgo asistencial asociado a su trabajo.
PERTINENCIA DEL PROYECTO
Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos necesario realizar programas de sensibilización de los profesionales que trabajamos en el ámbito sanitario. El impacto sanitario, social y económico de los efectos adversos, convierte su estudio en una prioridad de Salud Pública. Entre todos hemos de cambiar la cultura de la culpa por la cultura del conocimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.
Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en la UCE de Psiquiatría.
Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.
Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS
Análisis del impacto del programa.

MÉTODO
I. Informar e incentivar la detección y notificación de incidentes, errores y efectos adversos.Recopilar los incidentes, errores y eventos adversos recurrentes acaecidos en las UCEs de Psiquiatría: 1. Divulgación del formulario de registro de efectos adversos (Responsable) 2. Información y consenso en los criterios de registro (reunión de grupo) 3. Registro de incidencias por cada uno de los miembros del grupo y por el personal de las UCEs Hospital. 4. Análisis de “puntos débiles” y propuestas (reunión de grupo)
II.- . Identificar las áreas vulnerables de nuestro sistema.
Elaboración y presentación de guía con estrategias de prevención para los incidentes, errores y efectos adversos detectados.: 5.Elaboración de guía con estrategias para la prevención de los incidentes, errores y efectos adversos detectados (Responsable)

III.- Divulgación de la información a todo el personal que trabaja en las diferentes secciones y USM adscritas al Servicio de Psiquiatría del HUMS: 6. Establecer reuniones de información y formación para prevenir incidentes

IV.- Análisis del impacto del programa: 7.Realización de una encuesta anónima a los facultativos, MIRes, PIRes y enfermería del servicio, valorando satisfacción y utilidad del programa para el desarrollo de su actividad diaria: 8- Establecer acciones de mejora para 2018.

INDICADORES
- De las 8 actividades propuestas a lo largo del proyecto, evaluaremos como indicador global para medir su estado de desarrollo el porcentaje de las actividades concluidas, con un estándar >80%

Indicadores parciales (por objetivo):
- Registro de incidencias en el curso de 4 meses; estimamos un registro aproximado de incidencias.
- Presentación en sesión clínica el análisis de los datos de los EA recogidos (si/no)
- Número de documentos gráficos colocados en lugares visibles y repartidos entre miembros del personal adscrito al servicio.
- Tasa de respuesta de la encuesta de satisfacción; con un estándar >50%

DURACIÓN
- JUNIO-OCTUBRE 2017: Divulgación del formulario de registro de efectos adversos y primera reunión del grupo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1462

1. TÍTULO

SISTEMA DE DETECCION, NOTIFICACION Y MEJORA DE INCIDENTES Y EFECTOSADVERSOS EN PACIENTESDE LA U.C.E. DE PSIQUIATRIA

de trabajo. Reuniones de grupo para analizar “puntos débiles”
- NOVIEMBRE 2017: Reevaluar datos y establecer alertas. Implicar y motivar al personal de las notificaciones de efectos adversos
- DICIEMBRE 2017: Análisis del impacto del programa y elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1472

1. TÍTULO

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO PEREZ POZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
DE JUAN LADRON YOLANDA
SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES
SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA
ROMANCE ALADREN MARINA
GONZALEZ MAISO ANGELA
RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se han hecho reuniones semanales para trabajar sobre los programas de mejora de calidad. En este en concreto cada miembro del equipo trabajó con cada uno de los sucesos que ocurren en el proceso asistencial de la derivación e ingreso en hospital de día.
2.- Mensualmente tiene lugar una reunión de calidad del equipo de psiquiatría donde se transmite lo elaborado por el equipo de hospital de día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado los dos diagramas de flujo propuestos y tras valoración en reuniones del equipo multidisciplinar de nuestro recurso (Hospital de día de psiquiatría), se decide unificarlos en un documento único que integre ambos procesos y facilite la implementación del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- Realización de dos diagramas de flujo. Ante la necesidad de interrelación entre los mismos, se ha decidido unificarlos para favorecer la integración de ambos procesos.
2.- Dicho diagrama ha sido valorado por evaluador externo.
3.- Tras valoración favorable por parte de dicho evaluador y por la Comisión de calidad de Psiquiatría procedemos a la implementación del mismo en nuestro recurso.

Consensuar criterios del equipo para la realización de dicho diagrama ha resultado tarea ardua .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1472 ========== ***

Nº de registro: 1472

Título
DIAGRAMAS DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA I. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA DEL PACIENTE

Autores:
PEREZ POZA ALFONSO, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, DE JUAN LADRON YOLANDA, SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES, SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA, ROMANCE ALADREN MARINA, GONZALEZ MAISO ANGELA, RODRIGUEZ GUINLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: ACCESIBILIDAD

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1472

1. TÍTULO

DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ATENCION EN HOSPITAL DE DIA. PROCESO DE DERIVACION Y ACOGIDA

PARA LA GESTIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA ES MUY IMPORTANTE ANALIZAR LOS PROCESOS QUE SUCEDEN. INICIAREMOS EL ANÁLISIS CON LA VALORACIÓN DE COMO SE PRODUCE LA DEMANDA DE INGRESO EN LA UNIDAD Y EL PROCESO DE ACOGIDA DE LOS USUARIOS/PACIENTES, PARA VALORAR TODOS Y CADA UNO DE LOS ACTOS ASISTENCIALES QUE SUCEDEN EN NUESTRO DISPOSITIVO Y PARA ESO UTILIZAREMOS LA TECNOLOGÍA DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO. ASÍ VEREMOS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA ACTUACIÓN MÉDICA

RESULTADOS ESPERADOS
ESPERAMOS OBTENER UN ADECUADO Y PORMENORIZADO ESTUDIO DE CADA PROCESO ASISTENCIAL DE NUESTRA UNIDAD PARA CONTRIBUIR DE ESTA FORMA A MEJORAR LA CALIDAD DE PARTIDA DE LA UNIDAD.
lOS DOS PROCESOS ESCOGIDOS INICIALMENTESON:
1. PROCESO DE DERIVACIÓN. QUIEN Y CÓMO SE PRODUCE ESE PRIMER ACTO.
2. PROCESO DE ACOGIDA. VER TODO LO QUE SE REALIZA EN ESE PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA.

MÉTODO
lOS DIAGRAMAS DE FLUJO DE LA UNIDAD PRETENDEN CONVERTIRSE EN EL MECANISMO DE ANALISIS DE LA GESTIÓN DE ESTA UNIDAD. EL EQUIPO DEBE PLANTEARSE CARDA UNO DE LOS SUCESOS QUE OCURREN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE UN INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL. DE ESTOS TIENEN QUE SALIR LAS PROPUESTAS DE MEJORA DE LOS TRATAMIENTOS Y CONSEGUIR UNA MEJOR EFICACIA Y EFICIENCIA. EL DIAGRAMA DE FLUJOS DE LOS PROCESOS SE CONVIERTE EN UN PROGRAMA DE CALIDAD, DE MEJORA. SIN UN CONVENIENTE ANÁLISIS NO SE OBTIENE MEJORIA. DEDICAMOS UNA REUNIÓN SEMANAL A LOS PROGRAMAS DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN EN PSIQUIAT´RÍA EN HOSPITAL DE DÍA, ADEMÁS REUNIONES MENSUALES DEL GRUPO DE CALIDAD. SE HAN REALIZADO CURSOS POR PARTE DE MIEMBROS DEL EQUIPO EN FORMACIÓN Y SE HA REALIZADO UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EXHAUSTIVA. DE AQUÍ TIENEN QUE SALIR LOS OBJETIVOS, LAS TÉCNICAS A EMPLEAR Y LA METODOLOGÍA A USAR POR PARTE DEL EQUIPO EN CADA PROCESO EVALUADO Y CONSEGUIR UNA MEJORA CONSTANTE

INDICADORES
1.REALIZACIÓN ESTE AÑO DE LOS DOS FLUJOS EN LOS PROCESOS PROPUESTOS ESTE AÑO.
2. CONTRASTAR ESTOS DIAGRAMAS CON EVALUADORES EXTERNOS AL PROCESO.
3. NUEVO EVALUACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO.
4. INCLUIR CORRECCIONES SUGERIDAS.
5. VALORACIÓN FINAL POR EL GRUPO DE CALIDAD DE PSIQUIATRIA.
6.¿ SE DEBE INTRODUCIR ALGÚN CAMBIO ?
7. SE CONTRASTARA CON ALGUNO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA. YA QUE SON LOS QUE RECIBEN LOS RESULTADOS Y VIVEN LAS DIFICULTADES
7. VALORART OPORTUNIDAD DE MEJORAS.
8. RESULTADO FINAL.

DURACIÓN
1 REALIZACIÓN DE FLUJOS EN NOVIEMBRE- DICIEMBRE.
2.EVALUACIÓN EXTERNA Y POR EQUIPO EN ENERO-MARZO.
3. CORRECCIONES Y VALORACIÓN GRUPO CALIDAD EN ABRIL
4.INTRODUCIR CAMBIOS DE MEJORA EN MAYO- JUNIO
5 VER RESULTADOS HASTA FINALIZACIÓN AÑO

OBSERVACIONES
SE CONVERTIRA EN NUESTRO MECANISMO DE MEJORA Y CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1483

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PEREZ ECHEVERRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IDINI ESTER
SANCHEZ MENA MARTA
CORATU ANA MARIA
ROHNER DEL SORDO DAVID
ROMANCE ALADREN MARINA
GONZALEZ MAISO ANGELA
CORBERA ALMAJANO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la fase previa a la apertura de la UCE-II se remitieron a la Dirección Médica correspondiente los escritos necesarios para establecer los medios materiales y de personal mínimos para el correcto funcionamiento de la Unidad. Posteriormente a la puesta en funcionamiento del dispositivo, se han remitido asimismo 6 nuevos escritos periódicos en los que se actualizaban las necesidades observadas en el día a día de la práctica clínica y se reafirmaban o modificaban las necesidades previamente solicitadas y aún no resueltas.
Se han recopilado, actualizado y/o elaborado, y en algunos casos aplicado, aquellos protocolos clínicos necesarios para una atención homogénea y de calidad en base a la evidencia científica actual. Dichos protocolos han sido: Protocolo de Atención a Pacientes con Riesgo de Agitación y Heteroagresividad; Tríptico de Información para Familiares y Pacientes ingresados en UCE Servet I y II; Protocolo de TEC en Agudos y TEC de Mantenimiento; Cuidados de Enfermería en la Terapia Electro-Convulsiva (TEC); Protocolo de Consentimiento Informado (TEC); Tríptico de Información sobre la Clínica del Litio; Sistema de detección, notificación y mejora de incidentes y efectos adversos en pacientes de la U.C.E. de Psiquiatría; Protección de la confidencialidad del paciente; Protocolo de Evaluación e Intervención en Pacientes con Riesgo de Suicidio y Autolesiones; Protocolo de Actuación ante Pacientes con Riesgo de Fuga; Protocolo de Aplicación de Medidas Restrictivas (Aislamiento y Contención); Plan de Acogida al Personal UCE para Enfermería; Consejos de Enfermería al Alta de UCE Servet I y II. Nos planteamos la continuidad en la reevaluación y actualización de protocolos.
Se ha elaborado y cumplimentado una tabla en formato Excel donde se recogen las características y datos cuantificables sobre todos los pacientes y la asistencia prestada, con fines estadísticos y de investigación clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han elaborado, comunicado y actualizado las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.). Indicador cumplido al 100%.
Se han mantenido reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada. Indicador cumplido al 100%.
Se han mantenido reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales. Indicador cumplido al 100%.
• Se ha venido revisando y actualizando la base de datos sobre los pacientes y las características de su asistencia. Indicador cumplido al 100%.
Elaboración/actualización/recopilación y aplicación de protocolos específicos realizada. Indicador cumplido al 100%.
Elaboración de estadística de actividad del año en curso (8 meses y 20 días de apertura del recurso entre el 10/04/17 y el 31/12/17) sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc. Realizada, indicador cumplido al 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En base a lo experimentado a lo largo del proyecto, la puesta en marcha de un dispositivo de nueva creación requiere el aprovechamiento de la experiencia previa de todos los profesionales implicados y la adaptación y reevaluación diarias a las novedades e incidencias que inevitablemente se producen. Hemos observado que resulta imposible prever absolutamente todos los imponderables que pueden surgir.
Una vez hecha la inversión inicial (del espacio y del personal), las restantes medidas conllevan un relativamente escaso impacto económico (excepción hecha de las carencias de material básico iniciales que quedan por completar).
El desarrollo, modificación y estandarización del resto de medidas (protocolos, reuniones, estadísticas) se ha llevado a cabo de forma fluida sobre la experiencia diaria y las nuevas necesidades y mejorías observadas.
El equipo de mejora valora positivamente la actitud del personal por la fluidez en la colaboración, aporte de ideas y soluciones, e implementación de las medidas recogidas en el proyecto.
Por ello, este proyecto mantiene su continuidad y pertinencia en la práctica diaria por la necesidad de adaptación a la atención evolutiva de nuestros pacientes y de la dinámica de todo grupo humano. Consideramos que las tareas realizadas son fácilmente generalizables y replicables en dispositivos similares, con muy escaso gasto económico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1483

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1483 ========== ***

Nº de registro: 1483

Título
PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

Autores:
PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS, IDINI ESTER, SANCHEZ MENA MARTA, CORATU ANA MARIA, ROHNER DEL SORDO DAVID, ROMANCE ALADREN MARINA, GONZALEZ MAISO ANGELA, CORBERA ALMAJANO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidades de Corta Estancia (UCE) psiquiátricas son dispositivos de hospitalización para atención continuada 24 horas/día, para la evaluación, diagnóstico y tratamiento pluridimensional e intensivo a enfermos. La Ley 14/1986 General de Sanidad situó la hospitalización psiquiátrica en unidades psiquiátricas de hospitales generales que formarían parte de la red de recursos asistenciales del área de Salud Mental.
La UCE del Hospital Universitario Miguel Servet dispone de 19 camas, cantidad insuficiente para cumplir los ratios mínimos de 12 camas/100.000 habitantes (12-15 recomendadas por la OMS). En los últimos 5 años este déficit ha derivado en la saturación de las UCE y en medidas como el ingreso provisional en salas de observación de Urgencias o el traslado de pacientes a otras UCE de la Comunidad Autónoma alejadas del domicilio habitual del paciente, con la consiguiente pérdida de calidad en la atención. Como respuesta, se decidió la ampliación de camas del HUMS estableciendo 12-15 camas en un espacio de hospitalización psiquiátrica ya preparado pero no usado en el Hospital Militar de Zaragoza, dotándolo del personal médico, DUE, TCAE y celadores necesario para el correcto funcionamiento del dispositivo.
El presente proyecto se justifica por la necesidad de establecer correctamente desde el comienzo las necesidades materiales y las líneas y protocolos de funcionamiento que permitan una asistencia completa, multidisciplinar, segura y de calidad para el paciente psiquiátrico.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes =18 años, de ambos sexos, que precisen una intervención por patología psiquiátrica que exceda las posibilidades de asistencia en el ámbito extrahospitalario, con una estancia media menor de 30 días.
• Establecer los mínimos medios materiales y de personal para el correcto funcionamiento de la Unidad.
• Recopilar, actualizar y/o elaborar protocolos clínicos dirigidos a una atención homogénea de calidad en base a la evidencia científica actual.
• Puesta en marcha de funciones asistenciales, docentes y de investigación propias e integradas con la UCE originaria (HUMS).
• Reevaluación continuada del plan de necesidades y de protocolos.
• Recogida de datos cuantificables sobre las características de la asistencia a los pacientes con fines estadísticos y de mejora continuada.

MÉTODO
- Elaborar y comunicar las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las UCE.
- Reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada (1 reunión/día).
- Reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales (mínimo 1 reunión/día laborable).
- Revisión y actualización diaria de la base de datos sobre las características de la asistencia (Sí/No).
- Elaboración de estadística de actividad anual sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1483

1. TÍTULO

PLAN DE FUNCIONAMIENTO Y PROTOCOLOS PARA LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION EN EL H. MILITAR

- Aplicación de protocolos específicos (Sí/No).
- Entrega y recogida de encuestas de satisfacción a pacientes.

INDICADORES
- Elaborar y comunicar las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.). INDICADOR: Proyecto elaborado y comunicado a la Dirección médica, Sí/No.
- Reuniones diarias de cambio de guardia para el intercambio de información sobre incidencias durante la atención continuada. INDICADOR: =1 reunión/día.
- Reuniones diarias con el personal de Enfermería para lectura de incidencias clínicas y/o de funcionamiento producidas en los turnos asistenciales. INDICADOR: =1 reunión/día laborable.
- Revisión y actualización diaria de la base de datos sobre las características de la asistencia. INDICADOR: =50% de los días.
- Elaboración de estadística de actividad anual sobre Nº de ingresos; Nº total de estancias y por diagnóstico; Nº y tipo de altas por diagnóstico; Tasas de ocupación; Estancia media, promedio y por diagnóstico; Tasa de reingresos/nuevos; Porcentaje de reingresos tempranos (>1 mes); Porcentaje de ingresos involuntarios; Porcentaje de ingresos programados, etc. INDICADOR: Realizada/No realizada.
- Aplicación de protocolos específicos. INDICADOR: Realizada/No realizada.
- Entrega y recogida de encuestas de satisfacción a pacientes. INDICADOR: Entregada =50%, recogida =25%.

DURACIÓN
Marzo-abril de 2017: Elaboración y comunicación de las recomendaciones técnicas básicas estructurales para el diseño y adecuación de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.C.E.).
Abril-mayo de 2017: Puesta en marcha del dispositivo.
Abril-diciembre de 2017: Recogida de datos.
Enero-Febrero de 2018: Análisis de los datos y elaboración y comunicación de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1513

1. TÍTULO

CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ASENSIO MANERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ RODRIGUEZ CONCEPCION
CEREZO SERRANO FRANCISCA
SANCHEZ-MATEOS MORENO JAIME
NOVELLA NEBREDA SUSANA
RIPALDA ROVIRA DOLORES
CUADRADO MARTIN ANA ISABEL
ALAYETO ADIEGO PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de una hoja de recogida de información, que se lleva a cabo en el momento del ingreso del paciente en la UCE. Con dicho documento, es posible una información detallada, y con ella, el seguimiento posterior con control de cuidados y aumento de la mejora asistencial al paciente ingresado en la UCE.
Se han realizado reuniones informativas para cumplimentar adecuadamente la hoja de control de cuidados y se ha concretado ya la fecha de implementación en la unidad, que será la segunda quincena del mes de febrero del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Siguiendo el cronograma previsto, se finalizó el documento escrito en el mes de diciembre del 2017.
Durante el mes de enero y mitad de febrero se ha presentado el documento, a todo el personal en las unidades de UCE de Psiquiatría y se han realizado dos sesiones informativas, en cada unidad, para el personal implicado en su cumplimentación.
Durante la segunda quincena del mes de febrero se ha repartido el documento para comenzar a su implementación por el personal implicado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al ingreso en la unidad, la TCAE realiza la implementación del documento para el control de cuidados, quedando así reflejado sus necesidades y llevar un estricto control de sus cuidados con los recursos existentes.
Tras la presentación al personal implicado de éste documento, se ha llevado una adecuada estructuración en la recogida de información con la consiguiente mejora en la calidad de cuidados.
Se considera que se ha cumplido el objetivo con la consiguiente mejora en la atención y funcionamiento, con los recursos asistenciales disponibles, al paciente y sus familias durante su ingreso hospitalario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1513 ========== ***

Nº de registro: 1513

Título
CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO

Autores:
ASENSIO MANERO CARMEN, RUIZ RODRIGUEZ CONCEPCION, CEREZO SERRANO FRANCISCA, SANCHEZ MATEOS MORENO JAIME, NOVELLA NEBREDA SUSANA, RIPALDA ROVIRA DOLORES, CUADRADO MARTIN ANA ISABEL, ALAYETO ADIEGO PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1513

1. TÍTULO

CONTROL Y CUIDADOS POR TCAES AL INGRESO EN UCE DE UN PACIENTE PSIQUIATRICO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La UCE del HUMS (sector II) se abrió en el año 1992 con 17 camas. Posteriormente se amplió hasta 19 camas,siendo aún insuficiente para cumplir los ratios recomendados por la OMS de 12 camas por 100.000 habitantes, siendo nuestro sector de población aproximadamente de 450.000 habitantes.
En las unidades de hospitalización psiquiátrica existe saturación de demanda sobre los recursos existentes que lleva a un empobrecimiento de recursos existentes así como un estres laboral que puede poner en riesgo la calidad asistencial
Este proyecto, se justifica por la necesidad de establecer correctamente un control de los cuidados, recursos materiales y asistenciales, con un enfoque para la correcta asistencia al enfermo psiquiatrico cuando ingresa en la UCE del HUMS.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos: la poblacion diana son todos los paciente ingresados en UCE, de ambos sexos, que precisen cuidados multidisciplinares.
Recogida de todos los datos cuantificables al ingreso, sobre las necesidades para el control del paciente, con la finalidad de una mejora asistencial
Aportar recursos materiales y asistenciales para el paciente y también sus familias para conseguir un correcto control y funcionamiento de la asistencia durante su ingreso hospitalario

MÉTODO
Elaboración de un documento escrito, una plantilla con una serie de items pertinentes, con toda la información referida a el control necesario del paciente cuando ingresa en la UCE de Psiquiatria
Presentación del documento a los profesionales de la plantilla que trabajan en esta unidad para su implementación posterior.
Realizaran, la cumplimentación de dicha plantilla, las TCAES de la UCE, al ingreso del paciente en la unidad de psiquiatria, rellenando los items para control y cuidados del paciente durante su estancia en la UCE

INDICADORES
Desarrollo e implementación del documento escrito (presente/ausente)
Impartición de un taller de implementación del documento dirigido a TCAES SI/NO
Distribución del documento en la UCE

DURACIÓN
Elaboración del documento : hasta diciembre del 2017
Impartición del taller para su correcta cumplimentación: Enero 2018
Implementación en la unidad para su cumplimentación por TCAES : enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0136

1. TÍTULO

PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA DE JUAN LADRON
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ POZA ALFONSO
SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION
SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ
NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO
ALADREN RODRIGO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión Bibliográfica para valorar, en cada uno de los miembros del Equipo, si la metodología empleada es la necesaria y las técnicas suficientes para el proceso evaluado para conseguir una mejoría constante.

- Realización del diagrama de flujos propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Hemos realizado el diagrama de flujo del proceso de acogida del paciente en un equipo multidisciplinar en un Hospital de Días mediante reuniones multidisciplinares de equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
el 95% de los pacientes que se les da el alta en nuestro recurso se ha realizado el diagrama de flujo del proceso.
Nuestro proyecto requiere la programación de espacios temporales específicos semanales para la realización del alta de cada uno de los pacientes que acaban el programa en Hospital de Día.
El equipo multiprofesional que atiende a los pacientes que realizan el Programa en Hospital de Día de Psiquiatría considera que esta medida es sostenible a lo largo del tiempo y extrapolable a cualquier recurso de condiciones similares al nuestro (recursos intermedios de intervención) y supone una mejora en el cierre del proceso asistencial permitiendo al equipo llevar a cabo una valoración integral de la evolución clínica de cada caso atendido.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/136 ========== ***

Nº de registro: 0136

Título
PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U. MIGUEL SERVET)

Autores:
DE JUAN LADRON YOLANDA, PEREZ POZA ALFONSO, SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCIÓN, SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ, SIGUENZA ARNEDO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0136

1. TÍTULO

PROCESO DE ALTA DEL PACIENTE DESE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA

Desde la apertura del recurso (Hospital de Día de Psiquiatría del HUMS) en el año 2014 hemos sido conscientes en el equipo de la importancia de poder trabajar el proceso de alta de cara a favorecer la continuidad de cuidados psicoterapéuticos y asistenciales en la red de Salud.
Siendo conocedores de la relevancia de este aspecto y de la idoneidad de poder hacer un buen cierre de los casos atendidos, velando por la óptima continuidad del trabajo realizado en un dispositivo de hospitalización parcial nos planteamos en 2017 la necesidad de realizar un diagrama de flujo para abordar el proceso de alta del paciente que finaliza el programa teerapéutico en Hospital de Día desde una perspectiva multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar estudio del proceso de alta desde un enfoque multidisciplinar para elaborar un diagrama de flujo de dicho proceso en Hospital de Día para contribuir de esta forma a mejorar la calidad en la continuidad de cuidados.

MÉTODO
Los diagramas de flujo preteneden convertirse en el mecanismo de análisis de la gestión de esta Unidad.
El equipo debe plantearse cada uno de los sucesos que ocurren en el proceso de alta de los pacientes que concluyen su programa terapéutico en Hospial de Día. Con este queremos conseguir una mayor eficacia y eficiencia.
Dedicaremos una reunión semanal en Hospital de Día para:
- Plasmar el trabajo que realiza cada profesional en el proceso de alta.
- Realizar una revisión bibliográfica exhaustiva para valorar, en cada uno de los miembros del equipo, si la metodología empleada es la necesaria y si las técnicas son suficientes para el proceso evaluado y para conseguir una mejora en la continuidad asistencial.
- Realizar el diagrama de flujo consensuado entre todos.

INDICADORES
1.-Realizar este año el diagrama de flujos en el proceso propuesto este año.
2. Contrastar estos diagramas con evaluadores externos al proceso.
3. Nueva evaluación por parte del equipo.
4. Incluir correcciones sugeridas.
5. Valoración final por el grupo de calidad de Psiquiatría.
6. ¿Se debe introducir algún cambio?
7. Se contrastará con alguno de los usuarios del Programa, ya que son los que reciben los resultados y viven las dificultades.

DURACIÓN
1. Búsqueda bibliográfica en febrero-marzo
2. Realización de flujos en abril-junio
3. Evaluación externa por equipo en julio-septiembre
4. Correcciones y valoración grupo de calidad en octubre
5. Introducir cambios de mejora en noviembre
6. Ver resultados final de año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0153

1. TÍTULO

ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO PEREZ POZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE JUAN LADRON YOLANDA
SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA
RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA
DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION
SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ
CORBERA ALMAJANO MANUEL
NOTIVOL HERNANDEZ ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Estudio del proceso asistencial de todo el Equipo Multidisciplinar para elaborar un diagrama de flujo de la acogida del paciente en Hospital de día.

- Revisión Bibliográfica para valorar, en cada uno de los miembros del Equipo, si la metodología empleada es la necesaria y las técnicas suficientes para el proceso evaluado para conseguir una mejoría constante.

- Realización del diagrama de flujo propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Hemos realizado el diagrama de flujo del proceso de acogida del paciente en un equipo multidisciplinar en un Hospital de Días mediante reuniones multidisciplinares de equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Más del 95% de los pacientes que ingresan en nuestro recurso han podido realizar una acogida completa por cada uno de los profesionales del equipo.
- El equipo multiprofesional que atiende a los pacientes que realizan el Programa en Hospital de Día de Psiquiatría considera que esta medida es sostenible a lo largo del tiempo y extrapolable a cualquier recurso de condiciones similares al nuestro (recursos intermedios de intervención) y supone una mejora en la incorporación al proceso asistencial permitiendo al equipo llevar a cabo una acogida integral de cada paciente facilitandole la incorporación al programa.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/153 ========== ***

Nº de registro: 0153

Título
ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA (H.U.MIGUEL SERVET)

Autores:
PEREZ POZA ALFONSO, DE JUAN LADRON YOLANDA, SANTA EULALIA GONZALVO VICTORIA, RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA, DIONIS ESTOPAÑAN MARIA ASUNCION, SANCHEZ CLEMENTE MARIA CRUZ, CORBERA ALMAJANO MANUEL, SIGÜENZA ARNEDO MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0153

1. TÍTULO

ACOGIDA DEL PACIENTE DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

PARA LA GESTIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DESDE 2016 SE VIO LA NECESIDAD DE ANALIZAR LOS PROCESOS QUE SUCEDEN. INICIAMOS EL ANÁLISIS CON LA VALORACIÓN DE COMO SE PRODUCIA LA DEMANDA DE INGRESO EN LA UNIDAD Y EL PROCESO DE ACOGIDA DE LOS USUARIOS/PACIENTES, DE MANERA GENERAL PARA VALORAR TODOS Y CADA UNO DE LOS ACTOS ASISTENCIALES QUE SUCEDEN EN NUESTRO DISPOSITIVO Y PARA ESO UTILIZAMOS LA TECNOLOGÍA DE LOS DIAGRAMAS DE FLUJO.
SIGUIENDO ESA VIA DE TRABAJO VEMOS LA NECESIDAD DE SEGUIR REALIZANDO UN UNICO DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ACOGIDA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA PERO ANALIZANDO UNA VALORACION NO UNICAMENTE MEDICA SINO MULTIDISCIPLINAR.

RESULTADOS ESPERADOS
REALIZAR ESTUDIO DEL PROCESO ASISTENCIAL DE TODO EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA ELEBORAR UN DIAGRAMA DE FLUJO DE LA ACOGIDA DEL PACIENTE EN HOSPITAL DE DIA Y EN LOS GRUPOS TERAPEUTICOS PARA CONTRIBUIR DE ESTA FORMA A MEJORAR LA CALIDAD EN LA UNIDAD.

MÉTODO
LOS DIAGRAMAS DE FLUJO PRETENDEN CONVERTIRSE EN EL MECANISMO DE ANALISIS DE LA GESTIÓN DE ESTA UNIDAD.
EL EQUIPO DEBE PLANTEARSE CADA UNO DE LOS SUCESOS QUE OCURREN EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA ACOGIDA DE UN PACIENTE EN SU INGRESO EN HOSPITAL DE DIA. CON ESTO QUEREMOS CONSEGUIR UNA MEJOR EFICACIA Y EFICIENCIA.
DEDICAREMOS UNA REUNIÓN SEMANAL EN HOSPITAL DE DÍA PARA:
. PLASMAR EL TRABAJO QUE REALIZA CADA PROFESIONAL EN EL PROCESO DE ACOGIDA.
. REALIZAR UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EXHAUSTIVA PARA VALORAR, EN CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO, SI LA METODOLOGIA EMPLEADA ES LA NECESARIA Y SI LAS TECNICAS SON SUFICIENTES PARA EL PROCESO EVALUADO Y PARA CONSEGUIR UNA MEJORA COSNTANTE.
. REALIZAR EL DIAGRAMA DE FLUJO CONSENSUADO ENTRE TODOS.

INDICADORES
1. REALIZAR ESTE AÑO EL DIAGRAMA DE FLUJOS EN EL PROCESO PROPUESTO ESTE AÑO.
2. CONTRASTAR ESTOS DIAGRAMAS CON EVALUADORES EXTERNOS AL PROCESO.
3. NUEVO EVALUACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO.
4. INCLUIR CORRECCIONES SUGERIDAS.
5. VALORACIÓN FINAL POR EL GRUPO DE CALIDAD DE PSIQUIATRIA.
6. ¿ SE DEBE INTRODUCIR ALGÚN CAMBIO ?
7. SE CONTRASTARA CON ALGUNO DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA. YA QUE SON LOS QUE RECIBEN LOS RESULTADOS Y VIVEN LAS DIFICULTADES

DURACIÓN
1. BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA FEBRERO- Marzo
2. REALIZACIÓN DE FLUJOS EN ABRIL- JUNIO.
2. EVALUACIÓN EXTERNA Y POR EQUIPO EN JULIO-SEPTIEMBRE.
3. CORRECCIONES Y VALORACIÓN GRUPO CALIDAD OCTUBRE.
4. INTRODUCIR CAMBIOS DE MEJORA EN NOVIEMBRE
5. VER RESULTADOS FINAL DE AÑO

OBSERVACIONES
SE CONVERTIRA EN NUESTRO MECANISMO DE MEJORA Y CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0189

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA GRACIA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA
DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO
SOLER GONZALEZ CRISTINA
LISO BANDRES ANA MARIA
AIBAR LUIS MARIA JOSE
PASCUAL OLIVER MIGUEL
SALVADOR COSCUJUELA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación a la asistencia del paciente psicogeriátrico, a través de formulario de google.
2. Presentación del proyecto y envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP, para su distribución entre los facultativos, a través de correo electrónico. Presentación (marzo/18) y 2 recordatorios (junio y septiembre/18).
3. Elaboración de registro de asistencia y necesidades específicas de pacientes mayores de 65 años atendidos en la USM. Se recogieron las siguientes variables: estado cognitivo, comorbilidad física, polifarmacia, problemática social, e institucionalización.
4. Periodo de evaluación/registro (mayo-octubre/18); por parte de todos los miembros del equipo de mejora.

5. Análisis de resultados (noviembre/18) y evaluación de los mismos en reunión de equipo (7/12/18).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Número y porcentaje de pacientes mayores de 65 años atendidos en USM durante un periodo de 6 meses:
- CSM REBOLERIA= 407 (8.7%) en total; una media de 105 pacientes por cada FEA Psiquiatria (10.7% respecto al total de pacientes atendidos), 8 pacientes por FEA Psicología (3.8%), y 84 pacientes por Enfermería (5.6%). ¿Poner primero enfermería por ordenar porcentaje de mayor a menor?
- CSM SAN JOSE= 118 (16,5%), por parte de un FEA Psiquiatria.

• Porcentaje de pacientes mayores de 65 años atendidos en USM subsidiarios de asistencia en programa específico de psicogeriatría: 47.2%. Problemática específica: Demencia 15.6%; Comorbilidad 44.1-67.9%; Polifarmacia 61%; Problemática social 12.7- 25.6%; Institucionalización 10.9%. ¿Poner porcentaje por orden?

• Respuestas al cuestionario por parte de los MAP: 26 (78.8% del total de Facultativos).
- 17 (65.4%) consideran complejo el abordaje del paciente psicogeriátrico.
- 23 (88.5%) consideran que su abordaje de estos pacientes podría mejorar bastante o mucho mediante sesiones formativas; específicamente en el abordaje de las alteraciones de conducta en el paciente con demencia y el uso de antipsicóticos en el anciano.
- 16 (61.5%) considerarían bastante o muy beneficiosa la interconsulta con Psiquiatría para el abordaje de estos pacientes.
- Se señalan asimismo limitaciones en la asistencia actual al paciente psicogeriátrico en USM, tal como la demora en las citas (73%), la dificultad de traslado del paciente (46%) y el uso excesivo de medicación (38.5%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.
Se han cumplido el 100% de los objetivos propuestos en el Programa. Nos ha permitido una mejor definición de las necesidades específicas de los pacientes mayores de 65 años derivados a USM por síntomas psiquiátricos y de las dificultades de abordaje de estos pacientes en el ámbito de Atención Primaria. Son necesarios futuros programas de mejora que respondan a estas necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/189 ========== ***

Nº de registro: 0189

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0189

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

Título
EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

Autores:
GRACIA GARCIA PATRICIA, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO, SOLER GONZALEZ CRISTINA, LISO BANDRES ANA MARIA, AIBAR LUIS MARIA JOSE, PASCUAL OLIVER MIGUEL, SALVADOR COSCUJUELA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El colectivo de personas mayores (en general, a partir de los 65 años) es considerado como población vulnerable en materia de Salud Mental (Ley General de Salud Mental, 1986). Sin embargo, hasta la fecha, y salvo programas concretos que parten de la iniciativa de algunos profesionales, la red de salud mental no cuenta con dispositivos específicos para la atención de esta población más allá de las unidades psicogeriátricas de larga estancia; de accesibilidad limitada y que no cubren la demanda asistencial para determinados perfiles de pacientes psicogeriátricos.

El borrador del Plan de Salud Mental 2017-2021 incluye como línea estratégica la PSICOGERIATRIA. La asistencia psicogeriátrica va dirigida a la atención a las personas mayores que presentan enfermedades mentales activas, así como a su entorno. Se caracteriza por ser comunitaria, global, interdisciplinar, integral, atendiendo también a las actividades preventivas, la formación y la investigación.

El Plan de Salud Mental reconoce como dispositivos asistenciales básicos para la atención al paciente psicogeriátrico los Centros de Atención Primaria (AP) y las Unidades de Salud Mental (USM); y plantea como primeras actividades a desarrollar: 1) un programa de atención a mayores de 65 años con enfermedad Mental y 2) un protocolo de actuación coordinado (AP y USM) para residencias y centros de día de mayores.

Según los datos de población por sectores sanitarios y zonas de salud (www.aragon.es), correspondientes al año 2016, la Unidad de Salud Mental (USM) de Rebolería tiene una población de referencia de 73631 habitantes, correspondientes a las Zonas Básicas de Salud: Almozara, San Pablo, Independencia y Reboleria. De los cuales, 16133 habitantes (21,9 %) son mayores de 65 años. La carga de sujetos mayores de 65 años en el ámbito de influencia de otras USM en nuestro sector (II) es incluso mayor, alcanzando un 27,9% en la USM de San José.

El análisis de la demanda y necesidades de los pacientes psicogeriátricos atendidos en las USM, y de las necesidades de los médicos de AP en la atención a estos pacientes, puede facilitar posteriormente el desarrollo de acciones estratégicas para optimizar su atención, adaptadas a las necesidades reales.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Evaluar la carga asistencial correspondiente a pacientes mayores de 65 años en la USM Rebolería y el porcentaje de estos pacientes con necesidades específicas.
2) Comparar los parámetros anteriores con la actividad en otras USM de nuestro sector, concretamente en la USM San Jose, con mayor porcentaje de población mayor de 65 años en su ámbito de influencia.
3) Evaluar las necesidades percibidas de los Médicos de AP que derivan pacientes a ambas USM respecto a la asistencia del paciente psicogeriátrico.

MÉTODO
1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación a la asistencia del paciente psicogeriátrico.
2. Presentación del proyecto y envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP, para su distribución entre los facultativos.
3. Elaboración de registro de asistencia y necesidades específicas de pacientes mayores de 65 años atendidos en la USM.
4. Periodo de evaluación/ registro.
5. Análisis de resultados y evaluación de los mismos en reunión de equipo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0189

1. TÍTULO

EVALUACION DE NECESIDADES EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE PSICOGERIATRICO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM) Y ATENCION PRIMARIA (AP)

- Número de pacientes mayores de 65 años atendidos en USM durante un periodo de 6 meses.
- Porcentaje de pacientes mayores de 65 años respecto al total de pacientes atendidos en USM.
- Número y porcentaje (respecto al numero de pacientes mayores de 65 años y al total de pacientes atendidos) de pacientes que cumplen criterios de población diana para asistencia en programa específico de psicogeriatría (según se describen en el borrador del Plan de Salud Mental 2017-2021).
-Porcentaje de respuestas a la encuesta de evaluación de necesidades en AP en relación con la asistencia al paciente psicogeriátrico. (Número de respuestas/ Total de Facultativos de AP que derivan pacientes a las USM Reboleria y San Jose) (Estándar> 50%)

DURACIÓN
1. Elaboración de encuesta de evaluación de necesidades en AP (Responsable, con aprobación miembros del equipo; marzo 2018)
2. Envío del enlace a la encuesta de evaluación a los coordinadores de los diferentes centros de AP (Responsable; abril 2018)
3. Elaboración de registro de asistencia a pacientes mayores de 65 años en la USM (Responsable, con aprobación miembros del equipo; marzo 2018)
4. Periodo de evaluación/ registro (cada uno de los miembros del equipo; abril-septiembre 2018)
5. Análisis de resultados (responsable; octubre 2018)
6. Evaluación de resultados en reunión de equipo USM (todos los miembros del equipo; noviembre 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0382

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ASENSIO MANERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEREZO SERRANO FRANCISCA
PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA
NOVELLA NEBREDA SUSANA
RIPALDA ROVIRA DOLORES
AZNAR ANADON ANA
CUADRADO MARTIN ANA ISABEL
ALAYETO ADIEGO GLORIA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el último trimestre del año 2018 enmarcado en el proyecto de calidad de la unidad de enfermería del servicio de psiquiatría, se ha realizado un estudio descriptivo respecto a los talleres de enfermería impartidos por las enfermeras especialistas en salud mental de dicha unidad.
Los talleres de enfermería se encuadran como funciones independientes, asistenciales y psicoeducativas de estas profesionales. Mediante este estudio se ha pretendido evaluar, por un lado, el grado de participación de los usuarios y por otra parte la satisfacción de los usuarios ingresados en dicha unidad con los talleres de enfermería ofertados.
El estudio consistía en una encuesta dividida en dos partes, la primera saber si habían participado o no, en ellos, y la segunda, a aquellos usuarios que sí habían participado se les preguntaba por su grado de satisfacción con ellos. La segunda pregunta era una escala tipo Likert de 5 items para determinar el grado de satisfacción:
- Muy satisfecho (5)
- Satisfecho (4)
- Aceptable (3)
- Insatisfecho (2)
- Muy insatisfecho (1).

Durante este trimestre el número de altas en la unidad ha sido de 87 y el número de encuestas realizadas 75. Esta diferencia se explica por la dificultad para realizarlas a algunos pacientes. Estas dificultades han sido principalmente: la barrera idiomática, dificultades cognitivas y la falta de colaboración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De las 75 encuestas realizadas los resultados son los siguientes:
*NO HAN PARTICIPADO :14 usuarios (18,7%)
*SÍ HAN PARTICIPADO :61 usuarios (81,3%)
De los pacientes que contestaron afirmativamente haber participado se han mostrado:
*MUY SATISFECHOS :36 usuarios (59,01%)
*SATISFECHOS: 16 usuarios (26,22%)
*ACEPTABLEMENTE SATISFECHOS: 8 usuarios (13,11%)
*INSATISFECHOS: 1 usuario (1,63%)
*MUY INSATISFECHOS: NINGÚN USUARIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los talleres y grupos terapéuticos realizados en la UCE de psiquiatría, según las encuestas, han mejorado la estancia del paciente y la evolución de su patología.
El personal de enfermería de la UCE,que ha realizado estos talleres, se ha sentido más satisfecho y ha mejorado y aumentado la relación con el paciente, fomentado su parte sana para manejar mejor las situaciones de crisis, estrés, ansiedad y manejo de las emociones.
Se ha demostrado que trabajar activamente con el paciente y a su psicoeducación, mejora la satisfacción de ambas partes, el ambiente de trabajo y las capacidades de factores protectores para su desarrollo personal y su reinserción social.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/382 ========== ***

Nº de registro: 0382

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0382

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Título
PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Autores:
ASENSIO MANERO CARMEN, CEREZO SERRANO FRANCISCA, PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA, NOVELLA NEBREDA SUSANA, AZNAR ANADON ANA, CUADRADO MARTIN ANA ISABEL, RIPALDA ROVIRA DOLORES, ALAYETO ADIEGO GLORIA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Cuando ingresa el paciente en la UCE del Hospital que da desvinculado de su medio y debe adaptarse a un espacio nuevo y desconocido. Es una evidencia que el colectivo de personas que padecen patologías psiquiátricas graves no solo precisa de una atención sanitaria, sino de otras actuaciones como la educativa, rehabilitadora y potenciadora de su reinserción social.
Estas personas constituyen un colectivo muy vulnerable con escasos recursos, con alto riesgo de marginación y muchas veces bajo un estigma social que dificulta su integración social y la de sus familias. La enfermería de salud mental, conocedora de esta situación, realiza actuaciones encaminadas a cubrir las necesidades básicas y además de procurar un soporte y acompañamiento a retomar o cambiar hábitos potenciando los recursos personales y la capacidad ante las dificultades.
El taller es la herramienta de transmisión de información y adquisición de capacidades de La persona. El integrar talleres educacionales en el periodo de convalecencia en el hospital es un recurso asistencial-terapéutico que pretende ser una herramienta facilitadora de la recuperación del paciente. Así mismo estos talleres aumentan el grado de motivación, satisfacción y de enriquecimiento individual.
Desde el taller se trabaja activa y específicamente para asegurar la adecuada adherencia del paciente, desarrollando actividades que resulten más beneficiosas, buscando siempre la progresiva implicación y participación activa en el proceso del desarrollo personal y de rehabilitación social.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover la salud mental en los pacientes a través del aprendizaje de técnicas de autocuidado y habilidades sociales que permitan mejorar su bienestar y calidad de vida.
- Promover factores protectores que se integren a los ya existentes, principalmente orientados al manejo de emociones y situaciones difíciles, ansiedad, integración de los estados físicos, psicológicos y espirituales, a través del aprendizaje y practica de técnicas simples de relajación y/o contención mental
- Fomentar la comunicación, cooperación y armonía, aumentando el nivel de conciencia sobre su enfermedad y las consecuencias que desencadenen en sus hábitos cotidianos.
- Ofrecer un espacio de contención y estructura, y a la vez de acogida y acompañamiento durante su ingreso en la UCE.
- Permitir la expresión personal de cada paciente y fomentar la parte sana y sus recursos personales de cada paciente.
- Facilitar el establecimiento y el desarrollo de relaciones nutricias y estructurantes entre los miembros del grupo.

La población diana: serán los enfermos ingresados en la UCE del HUMS, y que deseen acudir de forma voluntaria y cuando su situación física y mental lo permitan.

MÉTODO
Metodología del trabajo:
- Formación del equipo de trabajo
- Los talleres serán diarios, en horario de mañana y tarde, basados en los Patrones de cuidados de M. Gordon
- Número de participantes en cada taller
- Información a los pacientes, de forma individualizada, de la existencia de estos talleres y de los requisitos que deben cumplir para asistir a ellos.
- Las actividades serán participativas y dinámicas.

Se priorizan y jerarquizan los talleres de EPS (Educación para la Salud) y Psicoeducación.
Reunión de los pacientes en el aula taller:
- Establecimiento de un ambiente terapéutico, así como de confianza entre paciente y equipo
- Informar de forma sencilla, clara y precisa de cómo se va a realizar el taller.
- Se realizarán exposiciones concretas, cercanas y fácilmente identificables utilizando ejemplos de la vida diaria, que les permitan adquirir conocimientos para desarrollarlos de forma eficaz en las tareas cotidianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0382

1. TÍTULO

PLANIFICACION DE TALLERES Y GRUPOS TERAPEUTICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

INDICADORES
1- Porcentaje de pacientes que acuden a los talleres organizados al menos de un 50%. La medición se realizara mediante registro de asistentes tras cada taller.
2- Porcentaje de pacientes que participan de forma activa en el taller, de al menos el 50%.
3- Porcentaje de pacientes satisfechos o muy satisfechos con los talleres organizados de al menos el 70%. Se medirá al alta del paciente, mediante la Escala de Lickert, con estos 5 ítems:
*Muy satisfecho.5
*Satisfecho.4
*Aceptable.3
*Insatisfecho.2
*Muy insatisfecho.1

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto……Mayo 2018
Elaboración y desarrollo de talleres……..Mayo, Junio, Julio, Agosto del 2018
Dar a conocer los talleres a los miembros de la UCE……..….Septiembre 2018
Implementación de los talleres en UCE……Octubre, Noviembre, Diciembre 2018
Recogida y análisis de datos……Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1111

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JAIME DOMPER TORNIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GARCIA PATRICIA
LACAMBRA CORTINA M
DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración y difusión de una encuesta de opinión respecto a las ventajas y limitaciones del registro entre los Facultativos del Servicio. Abril 2018
2. Definición de las dificultades concretas planteadas por los facultativos y consulta a los organismos oportunos para tratar de minimizarlas. Mayo 2018
3. Reunión del equipo de trabajo para consensuar qué casos podrían beneficiarse de forma inmediata de su registro en el programa. Mayo 2018
4. Reunión de los facultativos del servicio para facilitar la máxima participación; aclarar dudas respecto alproceso de registro; informar de los criterios de TMG que van a ser incluidos en el registro de forma prioritaria y de los indicadores de actividad. Junio 2018.
5. Reuniones con los profesionales de los CS del Sector II para realizar formación respecto al concepto de TMG y facilitar un buen uso de la información incluida en el registro, que permita mejorar la asistencia del paciente en el ámbito de primaria y la coordinación USM-CS. Pendiente.
6. Reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM para facilitar la coordinación en la asistencia del paciente. Mensualmente (A través de la Comisión de ingresos) y trimestralmente en las USM.
7. Registro gradual de casos TMG, comenzando por los casos acordados “prioritarios”, y de la carga asistencial referente a TMG en la actividad diaria de las USM. En curso desde septiembre 2018.
8. Registro de todos los pacientes con TMG que se presentan en las Comisiones técnicas de ingresos (subcomisión del sector y comisión central), para facilitar la toma de decisiones por parte de sus miembros. En curso desde septiembre 2018.
9. Análisis de resultados y evaluación del estado de registro. Pendiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Tasa de respuesta entre los FEA del Servicio a la encuesta. (>50%) 17 respuestas
2. Consulta de dudas ético-legales de los FEA respecto al registro TMG. (si)
3. Reunión con los FEA del Servicio. (si)
4. Reuniones con los CS. Pendiente
5. Número (Nº) de reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM. (1por semestre); mensual/ trimestral
6. Nº de pacientes con TMG registrados respecto a la población de referencia mayor de 18 años. (0,5 ‰) pendiente
7. Nº y % de pacientes con TMG subsidiarios ó usuarios de recursos de rehabilitación psicosocial registrados.(150-200/ año y 100%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es difícil implantar medidas que potencialmente puedan perjudicar a los supuestos beneficiarios. Las garantías de los procesos y los planes de informatización para la mejora de la atención son el motor que lo posibilita, si bien la complejidad asistencial a los beneficiarios con diferentes departamentos intervinientes (no sólo sanitarios) y supuestas plataformas de interacción entre ellos que no han llegado a ponerse en funcionamiento no permiten todavía la consolidación del proyecto, por otra parte necesario, por lo que lo continuamos en la presente anualidad.

7. OBSERVACIONES.
Sirva de memoria de seguimiento de la primera anualidad del proyecto y de solicitud de continuidad del mismo. La posible reordenación de los recursos y comisiones de salud mental a nivel de área exigiría la revisión de algunas actividades vinculadas a éstos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1111 ========== ***

Nº de registro: 1111

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1111

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION. INTERVENCIONES ESPECIFICAS

Autores:
DOMPER TORNIL JAIME, MARTINEZ GONZALEZ EDUARDO, CORTINA LACAMBRA MARIA TERESA, DEL AGUA MARTINEZ EDUARDO, GONZALEZ MAISO ANGELA, ROMANCE ALADREN MARINA, SALVADOR COSCUJUELA SONIA, PEREZ ECHEVERRIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En Aragón no se dispone de un Sistema de Información de Salud Mental, aunque se haya contemplado como necesidad en los diversos Planes de Salud Mental, incluido el actual 2017-21 (Proyecto 18, Línea Estratégica 4).
La “complejidad” terapéutica y asistencial (seguimiento cli´nico-terape´utico-rehabilitador) de los pacientes con un Trastorno Mental Grave (TMG), aconseja poder disponer de información personalizada adecuada y actualizada.
Con esta intención se ha elaborado el registro de personas con TMG, incluido en la Historia Clínica Electrónica (HCE) y supeditado a las normas de accesibilidad y trazabilidad de la misma.
El registro de TMG tiene como objetivos principales: (1) disponer de un Conjunto Mínimo de Datos de los pacientes con TMG atendidos en los dispositivos asistenciales y rehabilitadores de Aragón; (2) permitir una planificación y gestión de recursos adecuada a la demanda; (3) facilitar la coordinación entre los profesionales de los diferentes recursos asistenciales; (4) facilitar la continuidad asistencial de los pacientes, minimizando el riesgo de desvinculación terapéutica.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aclarar dudas ético-legales para facilitar la participación de todos los profesionales y elaborar el registro con las máximas garantías para nuestros pacientes.
2. Consensuar con los profesionales del Servicio los casos de TMG que pueden beneficiarse de forma más inmediata y clara de su inclusión en el registro.
3. Familiarizar a los profesionales del Servicio con el uso de esta herramienta de registro.
4. Facilitar la continuidad asistencial y un abordaje integral en la asistencia del paciente con TMG: Mediante la coordinación entre las Unidades de Salud Mental (USM) con los recursos de rehabilitación psicosocial, así como con las comisiones técnicas de acceso a los mismos; y con los profesionales de Atención Primaria en los Centros de Salud (CS).
5. Documentar la carga asistencial de TMG en cada Unidad del Servicio de Psiquiatría.

MÉTODO
1. Elaboración y difusión de una encuesta de opinión respecto a las ventajas y limitaciones del registro entre los Facultativos del Servicio.
2. Definición de las dificultades concretas planteadas por los facultativos y consulta a los organismos oportunos para tratar de minimizarlas.
3. Reunión del equipo de trabajo para consensuar qué casos podrían beneficiarse de forma inmediata de su registro en el programa.
4. Reunión de los facultativos del servicio para facilitar la máxima participación; aclarar dudas respecto al proceso de registro; informar de los criterios de TMG que van a ser incluidos en el registro de forma prioritaria y de los indicadores de actividad.
5. Reuniones con los profesionales de los CS del Sector II para realizar formación respecto al concepto de TMG y facilitar un buen uso de la información incluida en el registro, que permita mejorar la asistencia del paciente en el ámbito de primaria y la coordinación USM-CS.
6. Reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM para facilitar la coordinación en la asistencia del paciente.
7. Registro gradual de casos TMG, comenzando por los casos acordados “prioritarios”, y de la carga asistencial referente a TMG en la actividad diaria de las USM.
8. Registro de todos los pacientes con TMG que se presentan en las Comisiones técnicas de ingresos (subcomisión del sector y comisión central), para facilitar la toma de decisiones por parte de sus miembros.
9. Análisis de resultados y evaluación del estado de registro.

INDICADORES
1. Tasa de respuesta entre los FEA del Servicio a la encuesta. (>50%)
2. Consulta de dudas ético-legales de los FEA respecto al registro TMG. (si)
3. Reunión con los FEA del Servicio. (si)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1111

1. TÍTULO

SISTEMA DE REGISTRO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE). RECORRIDO ASISTENCIAL Y ENLACE CON LOS RECURSOS DE REHABILITACION

4. Reuniones con los CS. (>25% CS del Sector II)
5. Número (Nº) de reuniones con los dispositivos de rehabilitación psicosocial de referencia de cada USM. (1 por semestre)
6. Nº de pacientes con TMG registrados respecto a la población de referencia mayor de 18 años. (0,5 ‰)
7. Nº y % de pacientes con TMG subsidiarios ó usuarios de recursos de rehabilitación psicosocial registrados. (150-200/ año y 100%).

DURACIÓN
Actividades (1) y (3): abril 2018
Actividades (2) y (4): abril- mayo 2018
Actividades (5) y (6): septiembre-noviembre 2018
Actividades (7) y (8): junio-noviembre 2018
Actividad (9): diciembre 2018

OBSERVACIONES
Como se refiere en el formato original adjunto, cocoordina el proyecto la Dra Patricia Gracia García, para implantarlo en las seis Unidades de Salud Mental del sector (Sº Psiquiatría del HUMS).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0142

1. TÍTULO

EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ESTEBAN MAYAYO SINUES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ RODRIGUEZ CHRISTIAN
PERPIÑAN SANCHEZ PEDRO
BELTRAN GALLEGO ALBA
GONZALVO GOMEZ ADRIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Por este orden:
-Inyección intraarticular por guía fluroscópica del medio de contraste,
- Tracción manual de cadera en la sala RM
- Colocación de tracción blanda en la sala RM
- Informe radiológico teniendo en cuenta la existencia o no de lesión condral u osteocondral acetabular o de la cabeza femoral así como su extensión y localización.
- En la fase final de realización de la memoria del proyecto, se recogen datos y se valora la efectividad de la técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Agosto de 2016 hasta Diciembre de 2017 se han realizado 17 artroRM de cadera, de las cuales en 16 se colocó tracción blanda en la sala RM (conectados a peso de 10 o 15Kg según tipología del paciente).La duración del procedimiento de colocación de la tracción fué inferior a los 5 minutos. En ningún caso los pacientes manifestaron intolerancia clínica.
Para analizar los resultados se excluyó un caso en el que no se realizó tracción y otro con osteoartritis avanzada.
De los 15 casos analizados, en 7 casos no se logró opacificar con el medio de contraste la interlínea articular, lo que supone que la tracción no fue efectiva en el 46,6% de los casos. Esto puede deberse a factores técnicos, como las especiales características de diseño de la sala RM, el propio diseño del sistema de polea, una insuficiente tracción manual previa o incluso un escaso peso de la polea en pacientes corpulentos.
Se demostró en RM lesión condral u osteocondral acetabular en 7 casos (46,6%). De éstos, 2 casos presentaban afectación quistica subcondral sin defecto condral demostrable. Solo se observó un caso con lesión condral femoral, el cual asociaba lesión acetabular.
Hubo dos casos de rotura de ligamento redondo, en uno de los cuales la tracción no fué efectiva.
No puede valorarse el papel de la tracción en la mejora de la detección de lesiones intraarticulares con artroRM basándonos en el patrón oro artroscópico (en el momento de la revisión se había intervenido uno de los pacientes, en el que se confirmó lesión condral).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La artroRM es la principal técnica de imagen previo a cirugía artroscópica de cadera.
La utilización de tracción blanda es costoefectiva y bien tolerada, mejorando la calidad de la técnica de artroRM.

En nuestra serie la efectividad de la tracción ha sido algo limitada e inferior a la esperada, lo que podria deberse a factores técnicos de diseño del sistema de tracción.
La artroTC combinada con artroRM, preferiblemente con limitación de dosis de radiación, podría solventar los problemas técnicos observados de cara a valorar optimamente lesiones condrales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/142 ========== ***

Nº de registro: 0142

Título
EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA

Autores:
MAYAYO SINUES ESTEBAN, BELTRAN GALLEGO ALBA, GONZALVO GOMEZ ADRIAN, HERNANDEZ RODRIGUEZ CHRISTIAN, PERPIÑAN SANCHEZ PEDRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0142

1. TÍTULO

EMPLEO DE SISTEMA DE TRACCION EN ARTROGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA DE CADERA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La artrografia por RM directa (ARM) es la modalidad de elección radiológica en la valoración preoperatoria de la patologia intraarticular de la cadera y cada vez se demanda más, paralelamente al desarrollo de la cirugía y artroscopia de cadera.
Diversos trabajos han demostrado que el empleo de tracción permite mejorar la visualización de las estructuras intraarticulares del compartimento central de la cadera, como el labrum acetabular, la unión condrolabral, el cartílago articular y el ligamento redondo.
De todas estas estructuras la que más se beneficia de la tracción es el cartílago articular, estructura que supone un reto para el radiólogo en esta articulación. Típicamente, en el pinzamiento femoroacetabular de tipo cam, pueden existir extensas lesiones delaminantes en el techo acetabular que pueden pasar desapercibidas en ARM sin tracción. Las lesiones condrales pueden modificar el abordaje terapeutico, dado que si son extensas desaconsejan la cirugía conservadora y en ocasiones pueden requerir técnicas de reparación condral adicionales.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la sensibilidad en la detección de lesiones intraarticulares de la cadera respecto de la ARM sin tracción: lesiones del labrum acetabular, unión condrolabral, cartílago articular y ligamento redondo.
-En algunas de estas estructuras, como el caso del ligamento redondo, el aumento de sensibilidad se puede acompañar de un aumento de los falsos positivos de rotura, por lo que puede combinarse el estudio con tracción y sin tracción.

MÉTODO
-Los estudios de ARM se realizarán especificamente en el aparato RM 1,5T del edificio multifuncional, dotado de una antena multicanal cardíaca (8 canales), óptima para el estudio de cadera.
-Realización de tracción manual para vencer la presión negativa de la cadera
-Colocación a continuación del sistema de tracción blanda que se conectará a un peso variable según las características constitucionales del paciente (se dispondrá de tres garrafas de agua, de 10, 15 y 20 Kg).
-El procedimiento de tracción manual y colocación del sistema de tracción blanda dura alrededor de 5 minutos.
-Se emplearán sistemas de clasificación y estadificación específicos de las lesiones del cartílago.

INDICADORES
-Recogida de datos descriptivos y análisis observacional de las lesiones.
-En caso de disponer en algún caso de los resultados de la artroscopia, se compararán éstos con los datos del informe radiológico.
-Se valorará la eficacia del procedimiento (objetivo: 80%) valorando si se introduce el fluido articular en la interlínea articular superior, de forma que el contraste delimite el cartílago articular del acetábulo y de la cabeza femoral.

DURACIÓN
-Inicio: Agosto de 2016.
-Revisión inicial a los 6 meses (Enero de 2017)
-Revisión final a los 10 meses (Mayo de 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CRUZ CIRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MUR CARMEN
GARCIA BARRADO ANA ISABEL
DUESO AZNAR ABEL
IBAÑEZ MORUGA CONSUELO
MORENO DE MIGUEL LOURDES
GOMEZ GIL ANA
ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Ha continuado la transisión del sistema de gestión de calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001 2015
• Se han ejecutado los objetivos anuales.
• Todo el personal de la sección participa en la recogida de incidencias y no conformidades.
• Se han realizado reuniones periódicas del grupo de calidad.
• Ha continuado la colaboración con otras secciones del Servicio (Sección Neurorradiología y Pediatría) para el mantenimiento e implantación de la certificación respectivamente.
• Se ha actulizado el procedimento de formación en colaboración con la UCA.
• Se ha actualizado el protocolo Z2-484-18 de RM mamaria tal y como estaba previsto en la fecha de su elaboración.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016. Tras estos años el personal se ha concienciado paulatinamente sobre la política de calidad de la Sección y colabora activamente.

El grupo de mejora de la Sección funciona activamente con reuniones periódicas, colaborando en el seguimiento de indicadores, que desde 2017 se realiza de forma semestral.

La comunicación con los responsables de la implantación ISO de las Secciones de Neurorradiología y Pediatría ha sido dinámica y se han unificado procedimientos

Los cambios tecnológicos de la Sección han conllevado mejoras en la infraestructura física y la ditribución de las salas de exploración.

La adquisición de nuevos equipos tecnológicos (tomosíntesis y mesa prono estereotáxica) nos ha permitido nuevas líneas de trabajo con la participación de la Sección en un estudio multicéntrico nacional sobre exéresis de lesiones mamarias de alto riesgo mediante biopsia asistida por vacío (BAV).

El análisis de incidencias y no conformidades ha conllevado una comunicación directa con los servicios peticionarios para consensuar la periodicidad de las exploraciones realizadas en la sección.

La actualización del procedimiento de formación ha permitido un análisis más exhaustivo de las necesidades formativas del personal y un transcurso más adecuado de las actividades previstas.

La satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la Sección continúa muy alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios tecnológicos de la Sección han conllevado mejoras en la infraestructura y nuevas líneas de trabajo.

La existencia del grupo de mejora de calidad de la Sección facilita el correcto transcurso de los objetivos anuales y el análisis de incidencias y no conformidades.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

*** ========== Resumen del proyecto 2016/146 ========== ***

Nº de registro: 0146

Título
CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Autores:
CRUZ CIRIA SILVIA, MUEL GUERRERO CAROLINA, GARCIA MUR CARMEN, DUESO AZNAR ABEL, IBAÑEZ MORUGA CONSUELO, DUARTE SANCHO LAURA, REDONDO BLANCO ROSA, ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la Sección para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es que una vez implantado el sistema de gestión de Calidad ISO 9001, y obtenida la certificación, consolidar todos sus componentes, concienciar al personal y dar un impuso a la seguridad del paciente mediante la elaboración e implantación de un adecuado procedimiento de gestion para el control de riesgos y contingencias sobre la seguridad del paciente en la seccion de Radiologia Mamaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del Sistema de Calidad ISO
Concienciación del personal de la Sección con la sistemática de trabajo dentro de un marco de calidad.
Transmitir información sobre el sistema ISO (formatos, procedimientos, etc..) a los responsables de la implantación de la ISO en la Sección de Neurorradiología.
Elaborar e implantar procedimiento de gestion de riesgos.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

A continuacion poner las actividades mas importantes de los objetivos que se quieren alcanzar con los responsables:

Establecer una dinámica de reuniones periódicas (semestrales) del grupo de mejora de calidad de la Sección de Radiología.

Incidir en la importancia del registro de incidencias para la mejora continua de la dinámica de trabajo de la Sección.

Informar sobre documentación y sistemática de trabajo al responsable ISO de la Sección de Neurorradiología.

INDICADORES
La evaluación se llevara a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.
Implantado registro de gestion de riesgos y diseñando los indicadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 Y TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero/abril 2017.
Revision por la Direccion: Abril 2017.
Auditoria Externa: mayo/junio 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Poner fecha.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Poner fecha
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CRUZ CIRIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUEL GUERRERO CAROLINA
GARCIA MUR CARMEN
DUESO AZNAR ABEL
IBAÑEZ MORUGA CONSUELO
DUARTE SANCHO LAURA
REDONDO BLANCO ROSA
ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha mantenido la certificación ISO 9001.
Se han ejecutado los objetivos anuales.
Se ha colaborado con otras secciones del Servicio (Sección Neurorradiología) para la implantación de la certificación.
Se ha adaptado el sistema de gestión de calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001:2015, incluyendo nuevos procedimientos sobre riesgos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016. Tras estos años el personal se ha concienciado paulatinamente sobre la política de calidad de la Sección y colabora activamente.

El grupo de mejora de la Sección funciona activamente con reuniones periódicas, colaborando en el seguimiento de indicadores, que desde 2017 se realiza de forma semestral.

La comunicación con los responsables de la implantación ISO en la Sección de Neurorradiología ha sido óptima y tras su certificación, la tendencia es a la unificación de procedimientos.

Tras los cambios tecnológicos de la Sección ha mejorado la comunicación con el Servicio de Electromedicina, que mantiene un registro de mantenimientos de los equipos de forma rigurosa.

Asimismo, la adquisición de nuevos equipos tecnológicos nos ha permitido nuevas líneas de mejora que han conllevado una reorganización física de la Sección.

El sistema de encuestas funciona correctamente y la satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la Sección continúa muy alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La existencia del grupo de mejora ha facilitado una sistemática de trabajo de la Sección dentro de un marco de calidad.

Los cambios en el Sistema por los requisitos de la nueva norma ISO nos abren un nuevo horizonte para abordar la calidad desde el punto de vista de los riesgos, amenazas, debilidades y las oportunidades que de ello se deriva.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/146 ========== ***

Nº de registro: 0146

Título
CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Autores:
CRUZ CIRIA SILVIA, MUEL GUERRERO CAROLINA, GARCIA MUR CARMEN, DUESO AZNAR ABEL, IBAÑEZ MORUGA CONSUELO,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

DUARTE SANCHO LAURA, REDONDO BLANCO ROSA, ROS MENDOZA LUIS HUMBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Sección de Radiología Mamaria del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2016.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de la Sección para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es que una vez implantado el sistema de gestión de Calidad ISO 9001, y obtenida la certificación, consolidar todos sus componentes, concienciar al personal y dar un impuso a la seguridad del paciente mediante la elaboración e implantación de un adecuado procedimiento de gestion para el control de riesgos y contingencias sobre la seguridad del paciente en la seccion de Radiologia Mamaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantenimiento del Sistema de Calidad ISO
Concienciación del personal de la Sección con la sistemática de trabajo dentro de un marco de calidad.
Transmitir información sobre el sistema ISO (formatos, procedimientos, etc..) a los responsables de la implantación de la ISO en la Sección de Neurorradiología.
Elaborar e implantar procedimiento de gestion de riesgos.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

A continuacion poner las actividades mas importantes de los objetivos que se quieren alcanzar con los responsables:

Establecer una dinámica de reuniones periódicas (semestrales) del grupo de mejora de calidad de la Sección de Radiología.

Incidir en la importancia del registro de incidencias para la mejora continua de la dinámica de trabajo de la Sección.

Informar sobre documentación y sistemática de trabajo al responsable ISO de la Sección de Neurorradiología.

INDICADORES
La evaluación se llevara a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revision por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.
Implantado registro de gestion de riesgos y diseñando los indicadores.

DURACIÓN
Auditoria interna: Febrero/abril 2017.
Revision por la Direccion: Abril 2017.
Auditoria Externa: mayo/junio 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Poner fecha.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados. Poner fecha
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0146

1. TÍTULO

CONSOLIDACION SISTEMA DE CALIDAD EN SECCION RADIOLOGIA MAMARIA: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA NORMA ISO 9001 2015

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0463

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CELIA BERNAL LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERAL MORAL PILAR
MARTINEZ GARCIA ROBERTO
LEACHE PUEYO JAIME
OLORIZ SANJUAN TERESA
BARRERA ROJAS MIGUEL
ECED MARTINEZ ANA
MAESTRO PEÑA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones periódicas con el grupo de trabajo trimestralmente, y comunicación continua a través del correo electrónico.
- Hemos establecido métodos de contacto entre el servicio de Radiodiagnóstico y los Servicios que habitualmente implantan los dispositivos para citar las exploraciones en el momento más adecuado y con supervisión de los mismos, evitando pérdida de citas de RM
- Elaboración de documentos y fichas por parte de los diferentes miembros del equipo con las características de los dispositivos colocados en nuestro centro, especificando si son RM condicional o no, si se puede realizar la exploración y en que condiciones debe realizarse el manejo de los diferentes dispositivos implantables y su seguridad frente a RM, todo ello siguiendo el calendario marcado.
- Recogida de todos los documentos y elaboración de un dossier conjunto donde el radiólogo puede acceder para valorar la seguridad del dispositivo, o la realización del estudio
- Recopilación de una selección de bibliografía con información de interés y documentación facilitada por las casa comerciales de cada dispositivo.
- Puesta a la disposición del servicio de toda esta documentación en la carpeta de Calidad del Servicio.(Unidad U)
- Sesión del servicio para dar a conocer las recomendaciones, propuestas para el manejo de estos pacientes, y la utilidad del proyecto realizado.
- Contamos con una base de datos de exploraciones solicitadas y citadas valorando las posibles incidencias para poder aplicar medidas correctoras si fuese necesario

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Comunicación fluida entre los diferentes integrantes del programa de calidad: Radiólogos, enfermería, y servicios peticionarios: Anestesia, Cardiología, Neurocirugia y Otorrinolaringología, para un correcto manejo de los pacientes con dispositivos implantable y su seguridad frente a RM.
-Los documentos elaborados por el proyecto de mejora están a disposición de los radiólogos pudiendo acceder a toda la documentación en la carpeta de de Calidad de Radiodiagnóstico, accesible en todos los ordenadores del sercicio, (subcarpeta RM dispositivos implantables, unidad T) donde se puede acceder a los documentos elaborados por cada especialidad (Anestesia, Cardiología, neurocirugía, Otorrinolaringología), la bibliografía y la información de las casas comerciales.
- Disponer de los correos o télefonos de los médicos especialistas correspondientes para contactar con ellos y programar los estudios de forma adecuada en pacientes portadores de dispositivos implantables, en caso necesario. Esta información también se encuentra en la carpeta de Calidad de Radiodiagnóstico, (subcarpeta RM dispositivos implantables, unidad T).
- Unificación en la toma de decisiones
- Garantizar la seguridad del paciente, e integridad tanto del dispositivo, como de su salud.
- Permitir la adecuada selección de pacientes candidatos a la realización de RM de forma segura.
- Evitar la pérdida de exploraciones en los equipos RM.
- Optimización del tiempo de trabajo en los equipos de RM evitando citas fallidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Es imprescindible la comunicación, colaboración y coordinación con otros servicios para el manejo de estos pacientes.
-Es muy importante valorar la indicación real de las pruebas teniendo en cuenta la relación riesgo / beneficio de la exploración para el paciente.
-Es necesario dar a conocer esta información al médico peticionario para que en un futuro sea él quien valore la compatibilidad o no del dispositivo.
- Queda pendiente una sesión multidisciplinaria en el hospital para dar a conocer este proyecto de mejora, y concienciar al médico peticionario, de lo importante que es la correcta selección de estos pacientes para el esudio RM así como las recomendaciones elaboradas en este proyecto, que tenemos intención de realizar el año que viene contando con la colaboración de los miembros del proyecto de mejora.
.- Se publicarán tras la sesión multidisciplinar en intranet las recomendaciones y la seguridad de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0463

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM

dispositivos ya que esta información tiene que ser distribuida entre los médicos solicitantes de las exploraciones que podrán consultar la documentación y realizar la interconsulta necesaria previamente a la solicitud de las exploraciones.
- Hay que concienciar a los médicos peticionarios de la importancia de la seguridad de sus pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/463 ========== ***

Nº de registro: 0463

Título
SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES (IMPLANTES COCLEARES, MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, ETC) FRENTE A RESONANCIA MAGNETICA

Autores:
BERNAL LAFUENTE CELIA, SERAL MORAL PILAR, MARTINEZ GARCIA ROBERTO, LEACHE PUEYO JAIME, OLORIZ SANJUAN TERESA, BARRERA ROJAS MIGUEL, MAESTRO PEÑA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo paciente que va a realizarse estudio de Resonancia Magnética
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Eficiencia de recursos y seguridad del paciente

PROBLEMA
Uno de los problemas que nos encontramos con relativa frecuencia en los servicios de radiodiagnóstico, es la necesidad de realizar estudios de Resonancia Magnética (RM) en pacientes portadores de dispositivos implantables, hecho cada vez más frecuente, por el desarrollo tecnológico, el avance de la medicina y la necesidad creciente de realizar seguimiento y pruebas de imagen a pacientes cada vez más complejos. Es por tanto de gran importancia valorar la seguridad de los dispositivos implantables en los estudios RM.
Ante la gran cantidad de dispositivos implantables y casas comerciales, es difícil en algunas circunstancias conocer la seguridad del dispositivo frente al estudio RM, por diferentes circunstancias.
Ante estas situaciones en algunas ocasiones se desestima la realización de una prueba de RM por falta de información acerca de la seguridad y posterior control del dispositvo.
Todos conocemos las listas de espera para la realización de una prueba de imagen, y si un estudio no puede realizarse por falta de seguridad, además de la espera y molestias generadas en el paciente, estamos perdiendo una exploración en la sala de RM que podría haberse empleado para valorar a otro paciente.
Con el fín de que no se repitan estas situaciones en pacientes con dispositivos implantables, surge la idea de este proyecto de mejora con una doble finalidad:
Garantizar la seguridad del paciente y realizar estudios RM en pacientes portadores de dispositivos implantables compatibles con RM, creando un grupo multidisciplinar donde el radiológo, el enfermero de la RM, y el médico responsable del dispositivo (neurocirujano, cardiólogo, anestesista, otorrinolaringólo), establezcamos una estrecha relación para el manejo de estos pacientes, tanto antes como después de someter al paciente a la prueba.
Controlar la gestión de las exploraciones de RM, evitando así la pérdida de exploraciones, o la duplicación de peticiones por la falta de información acerca de la compatibilidad del dispositivo con la técnica a realizar.

RESULTADOS ESPERADOS
Comunicación fluida entre Radiólogos, enfermería, y servicios peticionarios, para un correcto manejo de los pacientes con dispositivos implantables y su seguridad frente a RM
Garantizar la seguridad del paciente, e integridad tanto del dispositivo, como de su salud.
Permitir la realización de exploraciones RM en pacientes portadores de dispositivos implantables seguros.
Evitar la pérdida de exploraciones en los equipos RM

MÉTODO
Reuniones con los miembros del grupo de mejora y las casas comerciales responsables de los dispositivos implantables acerca de la seguridad.
Realizar reuniones con los miembros del grupo de mejora obteniendo información de los dispositivos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0463

1. TÍTULO

SEGURIDAD DE LOS DISPOSITIVOS IMPLANTABLES ACTUALES: MARCAPASOS, NEUROESTIMULADORES, IMPLANTES COCLEARES FRENTE A RM

implantables, y la necesidad de realizar estudios RM en dichos pacientes valorando beneficio/riesgo de la prueba.
Conseguir que los pacientes acudan a la cita de la RM con la tarjeta de los parámetros técnicos de su dispositivo (en el caso de los de nueva generación).
Diseñar fichas para la recogida de datos por parte del médico con información necesaria acerca del dispositivo implantable y su seguridad frente a RM.
Aportar información a nuestros colegas por medio de circulares/mails, páginas como MRI safety y documentación facilitada por las casa comerciales.
Publicar en intranet las recomendaciones y seguridad de los dispositivos

INDICADORES
Contabilizar la pérdida de huecos debida a estas situaciones.
Poder realizar pruebas de RM en pacientes con dispositivos implantables de forma segura.
Confirmar la seguridad de dichos dispositivos frente a RM, y registrarlos en un documento.
Publicar en intranet las recomendaciones y la seguridad de los dispositivos.
Valorar satisfacción del paciente y los servicios peticionares mediante encuestas de satisfacción.
Renovación y reevaluación posteriormente nuevos dispositivos que hayan sido comercializados.Reunión semestral por ejemplo

DURACIÓN
Realizar una primera reunión en octubre/noviembre con todos los miembros del grupo para poder establecer reuniones con las casas comerciales y reuniones según necesidades con cada especialista para determinar la pauta a seguir de consulta-estudio RM-control posterior.
Calendario de citas según posibilidades de las casas comerciales: una al mes por ejemplo para conocer las características de dichos dispositivos.
Reunirnos con cada servicio peticionario para establecer los criterios de control (antes y después de la RM para garantizar su correcto funcionamiento) y definir el proceso a seguir.
Sesiones de servicio para dar a conocer el procedimiento a seguir.
Una vez sentadas las bases del proyecto con una reunión cada seis meses se actualizarán los nuevos dispositivos que hayan salido al mercado y valorar posibles incidencias

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0539

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GRIMA GRIMA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIEDRAFITA NADAL ZULEMA
VENEGAS SANTIESTEVE CARMEN
PEREZ DIAZ JOSE JAVIER
VELA VELA SONIA
EJEA VILLANUEVA MARIA PILAR
MUÑOZ ESTERAS MARIA ESTER
BLAS BLASCO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
HABLAR CON LOS RADIOLOGOS DE LOS PROTOCOLOS A REALIZAR Y DE LA NOMENGLATURA A UTILIZAR.
DISEÑO DE FICHAS TECNICAS DONDE SE PONDRAN LOS PARAMENTROS DE LOS PROTOCOLOS Y LAS ACTUACIONES DE ENFERMERIA
REPARTO DE LOS PROTOCOLOS A REALIZAR ENTRE LOS DISTINTOS MIEMBROS DEL EQUIPO DIFERENCIANDO ENTRE LA PARTE A REALIZAR POR TER U POR D.U.E

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN REALIZADO EL 70 POR CIENTO DE LAS FICHAS CON LOS PROTOCOLOS DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON PROTOCOLOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA EXPLORACION Y LA PROTECCION RADILOGICA, ASI COMO PARA FAILITAR EL APRENDIZAJE DELPERSONAL NUEVO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/539 ========== ***

Nº de registro: 0539

Título
ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Autores:
GRIMA GRIMA MARIA JOSE, VENTURA MILLAN ANA ISABEL, PIEDRAFITA NADAL ZULEMA, VENEGAS SANTIESTEVE CARMEN, PEREZ DIAZ JOSE JAVIER, VELA VELA SONIA, EGEA VILLANUEVA MARIA PILAR, MUÑOZ ESTERAS MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES QUE REQUIERAN UN ESTUDIO CON TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El problema se detecto cuando nos dimos cuenta que en los aparatos de tomografía axial computarizada existían varios protocolos con nombres iguales pero diferentes datos técnicos, creando confusión con respecto a que protocolo era adecuado para la exploración indicada.
En la actualidad existen cinco aparatos de tomografía axial computarizada (TAC) con gran variedad de protocolos, casi ninguno por escrito, algunos se encuentran en desuso, pero no se han desinstalado.
Seria útil una actualización de estos protocolos, clarificando y validando los correctos y actualizados,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0539

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

desarrollando por escrito dichos protocolos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es que en cada aparato de TAC se encuentren los protocolos actualizados por la Sección de Neurorradióloga y Sección Cara Cuello, poniendo en marcha un sistema de continua revisión, actualización y registro.

MÉTODO
Utilizaremos la siguiente metodología para actualizar protocolos en el TAC, consistirá en:
.El personal técnico junto con el responsable de protocolos de las secciones de neurorradióloga y cara cuello se reunirán en el aparato TAC correspondiente a la actualización.
.La nomenclatura para los nuevos protocolos de TAC que se utilizará será la siguiente:
En primer lugar se colocara en mayúsculas la inicial de cada sección seguido de un guión y a continuación el nombre del protocolo y los últimos dígitos del año de la actualización.
Ejemplo: N-CRANEO ESTANDAR 16.
.Se crearan unas fichas donde quedaran reflejados por escrito todos los protocolos que se encuentran en ese momento en ese aparato de TAC.

Todos estos aspectos, así como otros, han quedado plasmados en la metodología consensuada y desarrollada en una Instrucción Técnica,
IT 01-Z2-(E)M_RXNYCC

INDICADORES
Utilizaremos los siguientes marcadores para nuestro proyecto de mejora:
.Registro de aquellos protocolos en los que se ha implementado el nuevo sistema de nomenclatura.
.Creación de un dossier de los protocolos ya actualizados.
.Registro de incidencias
.Número de incidencias registradas

DURACIÓN
La fecha de inicio de este proyecto será noviembre 2016 hasta diciembre del 2018.
El cronograma que vamos a utilizar es:

1º Actualización de la lista de protocolos en los aparatos de TAC, actualizando la nomenclatura
2º Creación de fichas técnicas, donde quedaran reflejados cada uno de los protocolos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0541

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE JESUS ARTAJONA BLANCO
· Profesión ..... TER
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORRIA AGUADO MARIA ESPERANZA
LLORO LANCHO MERCEDES
PALACIOS MOYA JOSE ANTONIO
MARTINEZ CORTES MARIA JESUS
MAÑAS CRIADO JESICA
LEZCANO GAYAN MARIA FLOR
VILLALBA ABRIL FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DISTRIBUCION ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE LOS PROTOCLOS QUE SE DEBEN ACTUALIZAR, DISTINGUIENDO DENTRO ELLOS LA PARTE CORRESPONDIENTE A LOS TER Y LA CORRESPONDIENTE A ENFERMERIA.

ELIMANAR LOS PROTCOLOS OBSOLETOS.

MODIFICACION DE LA NOMENCLATURA DE LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE NEURORRADIOLOGIA,
ACORDANDO LOS NOMBRES QUE RECIBIRAN LOS PROTOCLOS CON LOS FALCULTATIVOS CORRESPOPNDIENTES.

ACTUALIZACION DE PARAMETROS TECNICOS EN PROTOCOLOS.

CAPTURA DE IMAGENES QUE SE ADJUNTARAN EN LOS PROTOCOLOS PARA FACILITAR SU COMPRENSIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HA ACTUALIZADO LA NOMENCLATURA DEL 100% DE LOS PROTOCOLOS DE NEURORRADIOLOGIA.

SE HAN ELIMINADO TODOS LOS PROTOCOLOS OBSOLETOS.

SE HAN COMPLETADO EL 75% DE LOS PROTOCOLOS DE NEURORRADIOLOGIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL EQUIPO SE HA DADO CUENTA DE LO IMPORTANTE QUE ES LA COLABORACION ENTRE TODOS LAS CATEGORIAS PROFESIONALES PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DE LOS PROTOCOLOS, PORQUE ASI SE CONSIGUE UNA VISION GLOBAL Y NO SESGADA DE LAS TAREAS A REALIZAR, LO QUE FACILITA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/541 ========== ***

Nº de registro: 0541

Título
ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Autores:
ARTAJONA BLANCO JOSE JESUS, GORRIA AGUADO MARIA ESPERANZA, LLORO LANCHO MERCEDES, PALACIOS MOYA JOSE ANTONIO, MARTINEZ CORTES MARIA JESUS, MAÑAS CRIADO JESICA, MAESTRO PEÑA PILAR, VILLALBA ABRIL FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES QUE REQUIERAN UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0541

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS EN RESONANCIA MAGNETICA EN LAS SECCIONES DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El problema se detecto cuando nos dimos cuenta que en los aparatos de resonancia magnetica existían varios protocolos con nombres iguales pero diferentes datos técnicos, creando confusión con respecto a que protocolo era adecuado para la exploración indicada.
En la actualidad existen tres aparatos de resonancia magnética (RM) con gran variedad de protocolos, casi ninguno por escrito, algunos se encuentran en desuso, pero no se han desinstalado.
Seria útil una actualización de estos protocolos, clarificando y validando los correctos y actualizados, desarrollando por escrito dichos protocolos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es que en cada aparato de RM se encuentren los protocolos actualizados por la Sección de Neurorradióloga y Sección Cara Cuello, poniendo en marcha un sistema de continua revisión, actualización y registro

MÉTODO
Utilizaremos la siguiente metodología para actualizar protocolos en la RM,consistirá en:
.El personal técnico junto con el responsable de protocolos de las secciones de neurorradióloga y cara cuello se reunirán en el aparato RM correspondiente a la actualización.
.La nomenclatura para los nuevos protocolos de RM que se utilizará será la siguiente:
En primer lugar se colocara en mayúsculas la inicial de cada sección seguido de un guión y a continuación el nombre del protocolo y los últimos dígitos del año de la actualización.
Ejemplo: N-CRANEO ESTANDAR 16.
.Se crearan unas fichas donde quedaran reflejados por escrito todos los protocolos que se encuentran en ese momento en ese aparato de RM.

Todos estos aspectos, así como otros, han quedado plasmados en la metodología consensuada y desarrollada en una Instrucción Técnica
IT 01-Z2-(E)M_RXNYCC

INDICADORES
. Utilizaremos los siguientes marcadores para nuestro proyecto de mejora:
.Registro de aquellos protocolos en los que se ha implementado el nuevo sistema de nomenclatura.
.Creación de un dossier de los protocolos ya actualizados.
.Registro de incidencias
.Número de incidencias registradas

DURACIÓN
La fecha de inicio de este proyecto será noviembre 2016 hasta diciembre del 2018.
. El cronograma que vamos a utilizar es:

1º Actualización de la lista de protocolos en los aparatos de RM, actualizando la nomenclatura
2º Creación de fichas técnicas, donde quedaran reflejados cada uno de los protocolos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR SERAL MORAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO TOMAS MARIA ESTHER
GOMEZ GIL ANGEL
SANCHO SERRANO YOLANDA
SANCHEZ RUBIO JOSE JAVIER
PEREZ DIAZ CELIA
BERNAL LAFUENTE CELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Ha continuado la transisión del sistema de gestión de calidad a los requisitos de la nueva norma ISO 9001 2015
• Se han ejecutado los objetivos anuales.
• Todo el personal de la Sección participa en la recogida de incidencias y no conformidades.
• Se han realizado reuniones periódicas del grupo de calidad.
• Ha continuado la colaboración con otras secciones del Servicio (Sección de Radiología Mamaria y Pediatría) para el mantenimiento e implantación de la certificación respectivamente.
• Se ha actualizado el procedimiento de acogida en el formato PG-03_Z2(E)M_RX, en marzo de 2018.
• Se añadió en el procedimiento general de seguridad el PG-08_Z2(E)M_RX_NYCC de dispositivos implantables, en Febrero de 2018.
• Se presentó en el Congreso Nacional de la SERAM nuestro manejo de los pacientes con dispositivos implantables, para la realización de estudios RM de forma segura, en colaboración con un equipo multidisciplinar.
• Se han actualizado los pactos de citación y se recoge en el procedimiento IT-03_Z2(E)M_RX_NYCC
• Se ha implantado la ecografia de Troncos Supraórticos en la sección de Neurorradiología y Cara Cuello, realizadose los jueves por parte del personal facultativo de nuestra sección.
• Se ha realizado una encuesta de satisfacción para los clientes externos con buenos resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Sección de Neurorradiología y Cara Cuello del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificada según norma ISO 9001 desde el año 2017. Tras estos años el personal se ha concienciado paulatinamente sobre la política de calidad de la Sección y colabora activamente.

El grupo de mejora de la Sección funciona activamente con reuniones periódicas, colaborando en el seguimiento de indicadores, que desde 2017 se realiza de forma semestral.

La comunicación con los responsables de la implantación ISO de las Secciones de Radiología Mamaria y Pediatría ha sido dinámica y se han unificado procedimientos

Los cambios tecnológicos de la Sección, con la nueva actualización de la RM GE del edificio MF, han supuesto un cambio en el empleo de alguno de los protocolos empleados hasta el momento, y actualmente estamos en periódo de validación y consolidación de las nuevas secuencias.
Esto ha hecho que el grupo de mejora de los PTTs haya tenido que retomar los protocolos de RM que habían empezado a revisar hace un año.
Además la actualización tecnológica nos ha permitido nuevas líneas de trabajo con la participación de la Sección a nivel hospitalario en el estudio de RM fetal.

El análisis de incidencias y no conformidades ha conllevado una comunicación directa con los servicios peticionarios para consensuar la periodicidad de las exploraciones realizadas en la sección, que requieren control RM.

La actualización del procedimiento de formación ha permitido un análisis más exhaustivo de las necesidades formativas del personal y un transcurso más adecuado de las actividades previstas.

El proyecto de mejora del manejo de los pacientes con dispositivos RM está siendo de gran utilidad, permitiendo realizar un gran número de exploraciones que antes eran desestimadas.

La satisfacción de los pacientes con la atención recibida en la Sección continúa muy alta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios tecnológicos de la Sección han conllevado mejoras en la infraestructura y nuevas líneas de trabajo.

La mejora continua hace que abramos nuevas puertas de trabajo y actuación con elaboración de nuevos protocolos y estudios RM, y ecográficos.

La existencia del grupo de mejora de calidad de la Sección facilita el correcto transcurso de los objetivos anuales y el análisis de incidencias y no conformidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/591 ========== ***

Nº de registro: 0591

Título
IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
SERAL MORAL PILAR, BERNAL LAFUENTE CELIA, BENITO TOMAS MARIA ESTHER, SANCHO SERRANO ANGEL ENRIQUE, GOMEZ GIL TERESA, IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Certificación ISO-9001
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Sector Zaragoza II, al que pertenece el Hospital Universitario Miguel Servet, y por tanto la Sección de Neurorradiología y Cara-Cuello de Radiodiagnóstico, tiene aprobado un plan estratégico 2014-2016, publicado en la Intranet, en el que se recogen la misión, visión y valores del sector. En la línea estratégica 2 se recoge el objetivo de extender la certificación ISO 9001.
El Servicio de Radiodiagnóstico está comprometido con este plan, y en el 2016 ha conseguido la certificación ISO 9001 en la Sección de la Mama y el objetivo es conseguir la certificación de cada una de las secciones que componen el Servicio de manera paulatina.

La certificación ISO 9001 es una herramienta que proporciona una garantía de la calidad interna y externa. De forma que, conseguir su implantación en la sección de Neurorradiología y Cara-Cuello del Servicio de Radiodiagnóstico, es una oportunidad para:
- Mejorar la calidad de la Sección, así como su imagen y credibilidad
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos peticionarios
- Generar una cultura de mejora continua y aumentar el compromiso de los empleados en relación con la mejora de procesos

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es obtener la certificación ISO 9001.
Conseguir la certificación ISO 9001, lleva implícito la mejora de los puntos del apartado anterior y además:
- Mejorar la gestión de los procesos, actividades y funciones, así como integrar mejor dichos procesos
- Implantar un registro de incidencias, para posteriormente analizarlas y corregirlas, y además nos permite proponer nuevos puntos de mejora, con el fin último de mejorar la atención y garantizar la seguridad de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DE SISTEMA DE CALIDAD EN NEURORRADIOLOGIA Y CARA CUELLO: MANTENER CERTIFICACION ISO 9001 E INICIAR TRANSICION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD A LOS REQUISITOS DE LA NUEVA ISO 9001 2015

MÉTODO
El proyecto de implementación de la normativa ISO 9001, se divide en tres etapas:
Fase de documentación
o Comienza con la formación del grupo de calidad. Una vez formado, establecer un diagnóstico previo, describir los procesos, redactar el manual de calidad y procedimientos y sensibilizar a todo el personal que presta sus servicios en la Sección.
o Para ello, se realizan reuniones semanales del grupo de calidad, y con menor periodicidad con el resto del personal de la sección
Fase de implantación
o Implantar el sistema
o Realizar la auditoría interna
o Revisión por la Dirección
Fase de consolidación
o Solicitar la Certificación a empresa acreditada
o Auditoria externa
o Plan de acciones correctoras
o Certificación

INDICADORES
Realizar la auditoría interna
Realizar la revisión por la Dirección
Realizar la auditoría externa
Implantación de las propuestas abordadas en la revisión por la Dirección, así como en las auditorias interna y externa

DURACIÓN
Fase de documentación: Enero 2017
Fase de implantación:
- Auditoría interna: Febrero-Marzo 2017
- Revisión por la Dirección: Abril-Mayo 2017
Fase de consolidación:
- Auditoría externa: Mayo-Junio 2017
Realización del plan de medidas correctoras, si procede.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR SERAL MORAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL LAFUENTE CELIA
BENITO TOMAS MARIA ESTHER
SANCHO SERRANO ANGEL ENRIQUE
GOMEZ GIL TERESA
IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FASE DE DOCUMENTACIÓN
- El 26 de mayo de 2016 se configura el grupo Normativa ISO de la Sección de Neurorradiología y Cara-Cuello. Estableciendo reuniones periódicas los jueves a las 14:00 junto con Marisa Vela (UCA)
- Desde mayo 2016 hasta noviembre 2016 se describen los procesos y procedimientos y se redacta el manual de calidad. Se da a conocer al resto del personal de la sección y se favorece su accesibilidad en todos los ordenadores a través de un dominio.

FASE DE IMPLANTACIÓN

- En Enero-Febrero de 2016 se lleva a cabo la implantación del nuevo sistema de calidad en la Sección
- El 27 de marzo 2017 se lleva a cabo la Auditoría Interna con resultado de 2 No conformidades y una observación. Se establecen las acciones correctivas con el objeto de corregir las deficiencias, incluyendo ambas en un único informe.
- En abril 2017 se realiza la Revisión del sistema por la Dirección. Como conclusión se establece un listado de necesidades tanto de mejora como de emprendimiento de acciones correctivas.

FASE DE CONSOLIDACIÓN
- En abril de 2017 se realiza la Auditoria Externa sin No conformidades. Se obtiene el certificado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Los indicadores del proyecto:
o Pasar con éxito la auditoría interna: Si
o Pasar con revisión por la dirección: Si
o Pasar finalmente la revisión externa: Si
o Obtención de la certificación ISO: En abril 2017
- La comunicación con los responsables de la certificación ISO de la sección de radiología mamaria ha sido óptima y la tendencia es a la unificación de procedimientos.
- La aceptación por parte del personal ha sido buena, con una concienciación paulatina del sistema.
o Entradas o registros abundantes en el libro de incidencias
o Asistencias muy concurridas a las sesiones de temas de gestión
o Formación de grupos de trabajo multidisciplinar para la revión de procedimientos técnicos de trabajo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La obtención del certificado ISO 9001 supone una mejora en la calidad de la Sección, pudiendo detectar fallos del sistema a través del registro de incidencias, estableciendo las medidas correctivas oportunas, de forma que se mejora en la efectividad y seguridad de los usuarios y pacientes.
- La existencia del grupo de mejora ha facilitado una sistemática de trabajo de la sección dentro de un marco de calidad.
- Propagación a otras Secciones de la necesidad de alcanzar la certificación ISO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/591 ========== ***

Nº de registro: 0591

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Título
IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Autores:
SERAL MORAL PILAR, BERNAL LAFUENTE CELIA, BENITO TOMAS MARIA ESTHER, SANCHO SERRANO ANGEL ENRIQUE, GOMEZ GIL TERESA, IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Certificación ISO-9001
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Sector Zaragoza II, al que pertenece el Hospital Universitario Miguel Servet, y por tanto la Sección de Neurorradiología y Cara-Cuello de Radiodiagnóstico, tiene aprobado un plan estratégico 2014-2016, publicado en la Intranet, en el que se recogen la misión, visión y valores del sector. En la línea estratégica 2 se recoge el objetivo de extender la certificación ISO 9001.
El Servicio de Radiodiagnóstico está comprometido con este plan, y en el 2016 ha conseguido la certificación ISO 9001 en la Sección de la Mama y el objetivo es conseguir la certificación de cada una de las secciones que componen el Servicio de manera paulatina.

La certificación ISO 9001 es una herramienta que proporciona una garantía de la calidad interna y externa. De forma que, conseguir su implantación en la sección de Neurorradiología y Cara-Cuello del Servicio de Radiodiagnóstico, es una oportunidad para:
- Mejorar la calidad de la Sección, así como su imagen y credibilidad
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos peticionarios
- Generar una cultura de mejora continua y aumentar el compromiso de los empleados en relación con la mejora de procesos

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es obtener la certificación ISO 9001.
Conseguir la certificación ISO 9001, lleva implícito la mejora de los puntos del apartado anterior y además:
- Mejorar la gestión de los procesos, actividades y funciones, así como integrar mejor dichos procesos
- Implantar un registro de incidencias, para posteriormente analizarlas y corregirlas, y además nos permite proponer nuevos puntos de mejora, con el fin último de mejorar la atención y garantizar la seguridad de los pacientes.

MÉTODO
El proyecto de implementación de la normativa ISO 9001, se divide en tres etapas:
Fase de documentación
o Comienza con la formación del grupo de calidad. Una vez formado, establecer un diagnóstico previo, describir los procesos, redactar el manual de calidad y procedimientos y sensibilizar a todo el personal que presta sus servicios en la Sección.
o Para ello, se realizan reuniones semanales del grupo de calidad, y con menor periodicidad con el resto del personal de la sección
Fase de implantación
o Implantar el sistema
o Realizar la auditoría interna
o Revisión por la Dirección
Fase de consolidación
o Solicitar la Certificación a empresa acreditada
o Auditoria externa
o Plan de acciones correctoras
o Certificación

INDICADORES
Realizar la auditoría interna
Realizar la revisión por la Dirección
Realizar la auditoría externa
Implantación de las propuestas abordadas en la revisión por la Dirección, así como en las auditorias interna y externa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0591

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE NEURORRADIOLOGIA Y CARA-CUELLO DEL SEVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

DURACIÓN
Fase de documentación: Enero 2017
Fase de implantación:
- Auditoría interna: Febrero-Marzo 2017
- Revisión por la Dirección: Abril-Mayo 2017
Fase de consolidación:
- Auditoría externa: Mayo-Junio 2017
Realización del plan de medidas correctoras, si procede.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0917

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN MARTIN CUARTERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA
MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL
VILLA VIÑAS DIASOL
GOMEZ GIL TERESA
LUCIENTES RAMIRO BEATRIZ
MELLADO SANTOS JOSE MARIA
BADESA PEÑA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado la herramienta informática basada en un documento Access para la notificación de las incidencias que ocurren en el Servicio de Radiodiagnóstico en el edificio Multifuncional del Hospital Universitario Miguel Servet.
La herramienta está ubicada en un disco duro virtual, con acceso desde los ordenadores del servicio.
Las fechas previstas se han cumplido de forma bastante aproximada, cumpliendo el objetivo de tener una versión inicial para su uso antes de finalizar el año 2017. A principios de noviembre se presentó a los miembros del servicio y se han estado recogiendo datos durante los últimos meses del año.
Durante las primeras semanas de uso se identificaron algunas deficiencias que se fueron subsanando conforme se detectaron.
Así mismo se ha realizado una encuesta durante el mes de diciembre para comprobar si el personal conocía la herramienta, conocer opiniones sobre la misma y recoger ideas y propuestas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este momento tenemos la herramienta en fase de prueba, en uso por el personal del servicio. Queda seguir comprobando su funcionamiento, detectar posibles errores o carencias que se puedan subsanar.
El standard que se persigue es tener una forma de notificar y recoger las incidencias, acorde a la legislación y al Programa de Garantía de Calidad del Servicio, normas ISO (implantadas en algunas secciones del Servicio) y las recomendaciones y tendencia de otros servicios y departamentos del Hospital que cuentan con herramientas similares.
Creemos que el impacto será beneficioso ya que permitirá conocer y recoger incidencias que hasta ahora no quedaban reflejadas de manera alguna.
Los indicadores usados son el número de registros clasificados por tipo de incidente, personal que lo notifica y lugar de la incidencia. Se recogerán periódicamente para su valoración y posterior realización de una evaluación-memoria global.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han realizado todas las actividades para la creación de la herramienta, que ha sido finalizado, al menos en una fase inicial, con posibilidad de modificación futura.
Queda pendiente su uso más general, ya que se ha detectado aún un uso limitado.
La sostenibilidad se basa en mantener operativa la herramienta (valorar posibles fallos, comprobar accesibilidad, etc) y tener persona o personas responsables de la revisión de incidencias, y posterior labor de buscar las soluciones a las mismas.
En caso de que se use el programa y se encuentre utilidad, se podría generalizar su uso a todo el Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/917 ========== ***

Nº de registro: 0917

Título
ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

Autores:
MARTIN CUARTERO JOAQUIN, ARTIGAS MARTIN JOSE MARIA, MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL, VILLA VIÑAS DIASOL, GOMEZ GIL TERESA, LUCIENTES RAMIRO BEATRIZ, BUIL SANZ SELINA, BADESA PEÑA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0917

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes de urgencias y traumatología
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad no existe un único registro en el servicio de Radiodiagnóstico, en el que queden recogidos los incidentes que ocurren durante el trabajo. Actualmente existen varios registros en formato papel para incidentes de tipo técnico, alergias al contraste y caída de pacientes. No existen ningún tipo de registro de otro tipo de incidentes como error al identificar a un paciente, al identificar la lateralidad de la exploración (por ejemplo rodilla derecha o izquierda), problemas con la calidad de las imágenes obtenidas (por mala técnica o por deficiencia de los aparatos), incidencias con otros medicaciones, catéteres, etc.
Se pretende pues registrar todos esos incidentes, y si es posible en un único registro.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener un registro informático de todo tipo de incidentes que ocurran en el servicio de Radiodiagnóstico en relación a las exploraciones que en él se realizan.
Detectar los problemas e incidencias que ocurren durante la realización de los estudios, en cualquier fase del proceso radiológico con el fin de realizar el seguimiento de todos los efectos adversos que permitan realizar las correspondientes líneas de mejora.
Permitir un acceso sencillo al registro informátioco desde los ordenadores del servicio, así como su consulta por los responsables (Jefes de Servicio o Sección, Supervisoras), clasificación de incidentes, etc.

MÉTODO
El ámbito de implantación inicial sería el Servicio de Radiodiagnóstico del edificio multifuncional, en el contexto de la implantación del recientemente desarrollado Programa de Garantía de Calidad de dicho edificio.
La metodología será:
- Reunión del grupo de mejora para abordar cuales deben ser las características de le herramienta, apartados a recoger, opciones, etc.
- Diseño de la herramienta informática (tipo excel o access)
- Implantación de la herramienta en un periodo de prueba
- Reuniones con el personal para explicar la herramienta, manejo…
- Evaluación tras ese periodo de prueba de número de registros, accesibilidad, deficiencias, utilidad, etc.
- Reunión y/o encuestas con el personal para valorar su opinión, posibilidad de mejora, etc.
- Realizar posibles modificaciones ante los problemas o sugerencias aportadas
- Instauración definitiva de la herramienta
- Valorar el nivel de implantación.

INDICADORES
Tras la instauración inicial en periodo de prueba de la herramienta informática, se evaluará el número de registros, accesibilidad, deficiencias, utilidad, etc.
Se estudiará el número de registros, correcta cumplimentación de los campos, etc.
Se valorará mediante reuniones y/o encuestas con el personal su opinión, posibilidad de mejora, sugerencias, etc.
Todo ello previo a la instauración definitiva de la herramienta.

DURACIÓN
La fecha de inicio de este proyecto será noviembre de 2016 hasta noviembre de 2018.
El cronograma previsto es:
- Formación del grupo de trabajo y definición de competencias: 1 mes
- Diseño de la herramienta informática: 3 meses
- Implantación de la herramienta en periodo de prueba: 6 meses
- Evaluación del periodo de prueba e introducción de mejoras: 5 meses
- Validación de la herramienta e implantación definitiva: 8 meses
- Evaluación global de resultados: 1 mes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0917

1. TÍTULO

ELABORACION DE HERRAMIENTA INFORMATICA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENCIAS EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL EDIFICIO MULTIFUNCIONAL

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0913

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA GANDIA MARTINEZ
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades:
*Febrero 2017
1.- Recopilación de los procedimientos diagnósticos del Servicio de MN con la descripción de radiofármacos y dosis empleados
2.- Establecimiento de la sistemática para la determinación de las dosis efectivas: parámetros de entrada necesarios para el cálculo
*Marzo 2017
1.- Cómo abordar los pacientes pediátricos: cálculo por grupos de peso más que por grupo de edad
2.- Correspondencia entre peso y dosis efectiva. Interpolación para todos los pesos hasta 57 kg
*Mayo 2017
1.- pacientes con TAC: parámetros de entrada para cálculo de dosis efectiva. Necesidad de registrar manualmente el DLP que da el equipo para cada exploración
*Junio 2017
1.- completada la tabal de dosis efectivas en TAC para adultos y niños
2.- Se entrega todo a Pablo Bailo del Servicio de Informática para su inclusión en HPDoctor
3.- Se instala en un HPDoctor de prueba y se difunde al resto de facultativos del SMN para que inicien su uso
*Julio, Agosto y Septiembre
1.- En prueba
*Finales de Septiembre
1.- Circular informativa de jefa del SMN al resto de Jefes de Servicio sobre la incusión en los informes clínicos del SMN de las dosis efectivas de los pacientes atendidos en el SMN
2.- Instalación por parte de informática del cálculo en HPDoctor
*Octubre
1.- Los informes emitidos por los facultativos del SMN incluyen datos de dosis efecitva recibida por los pacientes atendidos en dicho Servicio
*Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se da cumplimiento a la Directiva europea 2013/59/EURATOM, en la que se establece la necesidad de que lo paises miembros registren y notifiquen las dosis efectivas recibidas por los pacientes, en lo que respecta a aquellos que han sido atendidos en el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Miguel Servet.
La información se realiza de manera automatizada y se incluye en el Informe Médico emitido desde este Servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En alguna de las exploraciones pediátricas, ha sido necesario completar la tabla de pesos ampliándola por abajo y por arriba.
La llegada de nuevo equipamiento para 2018 hace que tengamos que estar pendientes de revisar los cálculos.
Con la unificación de los Servicios de Medicina Nuclear de los grandes hospitales de Aragón se sugiere la implantación de esta metodología también para los pacientes atendidos en el Hospital Clínico.

7. OBSERVACIONES.
Siendo un requisito legal el hecho de que haya que informar de dosis efectivas recibidas por los pacientes a los que se les aplican radiaciones ionizantes, hemos echado de menos el apoyo institucional para llevar a cabo dicho objetivo.
Queda pendiente el cálculo de dosis efectivas en pacientes de los Servicios de Radiodiagnóstico. Sabemos que se han mantenido contactos con algunos proveedores de programas informáticos que son capaces de extraer esta infomación de forma automatizada, pero hasta la fecha, no hay ninguna decisión tomada.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/913 ========== ***

Nº de registro: 0913

Título
SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0913

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

Autores:
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, DE LA CUEVA BARRAO LETICIA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Física y Protección Radiológica del Hospital Universitario Miguel Servet cuenta con la Acreditación ISO 9001:2008 para el área de la dosimetría clínica desde el año 2012. Distinguimos procedimientos para los tres servicios implicados directamente con el uso de radiaciones ionizantes: Radioterapia, Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear.

En concreto, la estimación de dosis impartida a pacientes del Servicio de Medicina Nuclear se viene realizando bajo demanda, en aquellos casos en que el Médico Especialista considera de especial interés disponer de dicha información.

La Directiva 2013/59/EURATOM del Consejo Europeo, que regula las normas de seguridad básicas para la protección frente al riesgo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes, establece en su artículo 58 que la información relativa a la exposición del paciente sea parte del informe del procedimiento médico-radiológico. Esto implica que la información de la dosis absorbida ha de estar disponible para cualquiera de los procedimientos que se realizan en el Servicio de Medicina Nuclear.

En este sentido, el Servicio de Física y Protección Radiológica se va a encargar de buscar las herramientas para el cálculo de la dosis efectiva a partir de la información del radiofármaco y actividad administrada, para las exploraciones diagnósticas habituales. Estos valores los pone a disposición del Servicio de Medicina Nuclear para su gestión posterior.

RESULTADOS ESPERADOS
Seguridad de pacientes. Cumplimiento de los objetivos de la Directiva Europea EURATOM 2013/59 relativos a la información de la dosis efectiva en los procedimientos de medicina nuclear que sirva de orientación a los médicos prescriptores y mejorar los niveles de seguridad clínica facilitando al paciente su derecho a la información.

MÉTODO
- Recopilación de los procedimientos diagnósticos del Servicio de Medicina Nuclear con la descripción de radiofármacos y dosis empleados
- Revisión bibliográfica de los métodos de cálculo de dosis efectiva en exploraciones de MN
- Establecer junto con el Servicio de Medicina Nuclear la sistemática para la determinación de las dosis efectivas: parámetros de entrada necesarios para el cálculo
- Analizar con Siemens las herramientas de exportación de valores de dosis de TC
- Facilitar la implementación

INDICADORES
- Porcentaje de procedimientos diagnósticos identificados – Nivel 100%
- Establecimiento con MN de la sistemática más conveniente – Nivel SI
- Incorporación de las dosis debidas a las exploraciones con TC Siemens – Nivel SI
- Porcentaje de pacientes atendidos en MN que disponen de registro de dosis en el mes de diciembre – Nivel 75%

DURACIÓN
El calendario viene marcado por el proyecto que en este mismo sentido desarrolla el Servicio de Medicina Nuclear. Para poder iniciar las pruebas de introducir valores de dosis en HpDoctor en junio de 2017, es necesario que el Servicio de Física tenga disponibles dichos valores. El calendario será:

Tabla de procedimientos y parámetros de entrada – febrero 17
Decisión de método de cálculo y desarrollo – abril 17
Tabla de dosis absorbidas a disposición del Servicio de Medicina Nuclear – junio 17

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0913

1. TÍTULO

SISTEMATIZACION Y COMUNICACION DEL CALCULO DE DOSIS EFECTIVA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1271

1. TÍTULO

MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIAFISICA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO FONT GOMEZ
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES REDONDO MERCEDES
LOZARES CORDERO SERGIO
JIMENEZ ALBERICIO JAVIER
VILLA GAZULLA DAVID
YANGUAS GARRIDO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DE VARIOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN EN DISTINTOS ASPECTOS DE LA CALIDAD
ASISTENCIA A FORMACIÓN EMITIDA POIR EL MINISTERIO DE SANIDAD CON RELACIÓN A LA REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE MATRICES DE RISGO EN RADIOTERAPIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE REVISAN Y ACTUALIZAN LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO RELATIVOS A LA DOSIMETRÍA CLÍNICA EN RT EXTERNA, QUE FUERON ELABORADOS EN 2012.
SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS NUEVOS DE PLANIFICACIÓN EN TÉCNICAS NUEVAS: PLANIFICACIONES CON SPT MONACO, PLANIFICACIONES EN XiO PARA ONCOR, PLANIFICACIÓN EN BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA CON NUEVO PROVEEDOR Y SPT BRACHYVISION, PLANIFICACIÓN EN BRAQUITERAPIA ELECTRÓNICA.
SE INCLUYEN VARIOS PROCEDIMIENTOS DE DOSIMETRÍA FÍSICA EN EL SISTEMA ISO DÁNDOLES LA PRESENTACIÓN ADECUADA, LA CODIFICACIÓN Y CREANDO FORMATOS DE RECOGIDA DE DATOS CON ENCABEZAMIENTOS SEGÚN ISO. SE INCLUYEN: GAMMACÁMARAS, SONDAS RADIOQUIRÚRGICAS, ACTIVÍMETRO Y CONTADOR DE POZO DE MEDICINA NUCLEAR, DOSIMETRÍA FÍSICA EN BRAQUITERAPIA (eBx Y SEMILLAS), Y SISTEMAS DE PLANIFICACIÓN ONCENTRA ASÍ COMO EQUIPAMIENTO AUXILIAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN ISO CONLLEVA UN GRAN ESFUERZO DE REVISIÓN Y ELABORACION DE DOCUMENTACIÓN, MÁS EN SERVICIOS COMO EL DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA QUE SE ENCUENTRA EN ACTUALIZACIÓN CASI PERMANENTEMENTE.
PARA PODER TENER ACTUALIZADOS Y ELABORADOS LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO ES NECESARIO SIEMPRE HAYA ALGUIEN TRABAJANDO A ESTE RESPECTO. LA CARGA DE TRABAJO ASISTENCIAL HACE QUE ESTO NO SIEMPRE SEA POSIBLE.
HEMOS OBSERVADO QUE ES CONVENIENTE ESCRIBIR LOS PROCEDIMIENTOS RELATIVOS A NUEVAS TÉCNICAS O ACCIONES UNA VEZ ESTÉN EN MARCHA Y SE HAYA DETERMINADO LA MEJOR FORMA DE TRABAJAR, YA QUE SE HA COMPROBADO QUE AL INICIAR UN PROCEDIMIENTO DE TRABAJO NUEVO, ES NECESARIO QUE PASE UN TIEMPOANTES DE DAR POR DEFINITIVA LA MEJOR FORMA DE PROCEDER.

7. OBSERVACIONES.
A LOS LARGO DEL 2017 SE HA IMPUESTO LA NECESIDAD DE ADAPTAR LAS ACREDITACIONES ISO A LA NORMA ISO 2015.
SE HA ELABORADO EL PROCEDIMIENTO CORRESPONDIENTE (PG-07_Z2(E)M_FPR Gestión del riesgo SFPR). DICHA ACTIVIDAD NO SE CONTEMPLABA EN EL MOMENTO DE INICIAR ESTE PROYECTO. SE TRATARIA DE UN RESULTADO ALCANZADO SIN QUE SE HUBIERA PREVISTO INICIALMENTE
ESTE PROYECTO DEBE CONTINUAR EN EL PRÓXIMO AÑO, PUES ESTÁ PREVISTO INICIAR TAREAS NUEVAS QUE REQUERIRÁN LA ELABORACIÓN DE MAS PROCEDIMIENTOS. SE TENDRÁ QUE CONTINUAR CON LA AMPLIACIÓN A DOSIMETRIA FÍSICA, Y LA ADAPTACIÓN A LA ISO 2015

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1271 ========== ***

Nº de registro: 1271

Título
MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIA FISICA

Autores:
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, ANDRES REDONDO MERCEDES, LOZARES CORDERO SERGIO, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, VILLA GAZULLA DAVID, YANGUAS GARRIDO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1271

1. TÍTULO

MANTENER CERTIFICACION ISO EN EL PROCESO DE DOSIMETRIA CLINICA. AMPLIACION A PROCESO DE DOSIMETRIAFISICA

Otro Tipo Patología: TODAS
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
NECESIDAD DE SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN ISO REFLEJADA EN EL CONTRATO DE GESTIÓN DE NUESTRO SERVICIO

RESULTADOS ESPERADOS
MANTENIMIENTO DE CERTIFICACIÓN EN EL PROCESO DE DOSIMETRÍA CLÍNICA. AMPLIACIÓN DEL ALCANCE A DOSIMETRÍA FÍSICA

MÉTODO
REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS EXISTENTES EN DOSIMETRÍA CLÍNICA.
DAR FORMATO ISO A LOS PROCEDIMIENTOS EN USO RELATIVOS A DOSIMETRÍA FÍSICA Y FORMATOS A LAS HOJAS DE RECOGIDA DE RESULTADOS
CREACIÓN DE NUEVOS PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS QUE PUEDAN FALTAR RELATIVOS A DOSIMETRÍA FÍSICA

INDICADORES
TENER LA DOCUMENTACIÓN NIVEL: SI/NO
IMPLEMENTAR EN DOSIMETRÍA FÍSICA NIVEL: SI/NO

DURACIÓN
AÑO 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VERONICA ALBA ESCORIHUELA
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
LOZARES CORDERO SERGIO
VILLA GAZULLA DAVID
JIMENEZ PUERTAS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se realizó una revisión bibliográfica sobre los diferentes aspectos a tener en cuenta en el estudio.
2. Llegamos a la conclusión, mediante la revisión bibliográfica y el muestreo tumoral de las imágenes TAC de 10 pacientes, que la densidad electrónica promedio más óptima para sobrescribir los ITV era la de valor 1ED.
3. Se han replanificado 10 pacientes cambiando la densidad electrónica del ITV por el valor establecido de 1ED.
4. Se han analizado los indicadores establecidos para estos diez pacientes comparando el tratamiento que se realizó con el calculado cambiando la densidad:
- Cobertura del ITV igual o mejor
- Reducción de dosis en OR
- Reducción de tiempos de tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha establecido el valor de 1ED como valor promedio a modificar en la densidad del ITV.
- Con los 10 pacientes analizados, se observa una tendencia favorable hacia el cambio de densidad del ITV propuesto. En la mayoría de casos, los indicadores obtienen resultados favorables, pero hemos visto que necesitamos más estadística para sacar conclusiones fiables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora ha valorado favorablemente el ritmo seguido en la consecución de tareas programadas en este proyecto, además de comprobar la utilidad de esta propuesta a la hora de reducir las Unidades Monitor de los tratamientos, hecho que conduce a una reducción del tiempo de tratamiento.
No obstante, pese a la tendencia favorable de los resultados obtenidos hacia nuestra hipótesis, hemos comprobado que no tenemos suficiente estadística como para extraer una conclusión fiable. Esto nos lleva a la petición de prorrogar el estudio, como mínimo este próximo año, para poder recabar más pacientes.
No se necesitan recursos extra.

7. OBSERVACIONES.
La muestra de pacientes obtenida no es significativa hasta el momento. Dado que el tratamiento de SBRT pulmonar puede suponer en global, un 3% de los tratamientos del servicio en un año, nos vemos limitados en la muestra de pacientes a analizar, por lo que necesitamos aumentar el tiempo del estudio.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/219 ========== ***

Nº de registro: 0219

Título
VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Autores:
ALBA ESCORIHUELA VERONICA, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO, VILLA GAZULLA DAVID, JIMENEZ PUERTAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tumores pulmonares
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dada mi reciente incorporación en el servicio de Física y PR del HUMS, cuando observé el modo en que se realizaba la técnica de SBRT pulmonar, advertí que en otros centros en los que había trabajado, ya habían implantado una mejora para el tratamiento de esta técnica que consistía en el cambio de la densidad del ITV obtenido como promedio de los tres estudios CT realizados al paciente en fases de inspiración máxima, máxima expiración y respiración libre. Esta modificación es un avance dado que así se consigue reducir la cantidad de radiación que se le emite al paciente sin comprometer su tratamiento en absoluto.
Este cambio no implica ningún consumo extra de recursos, es una mera modificación en el software de planificación del tratamiento que conlleva una reducción de dosis emitida al paciente y por consiguiente una reducción del tiempo de irradiación y por tanto, de energía consumida por el acelerador.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este estudio es comprobar la veracidad de las ventajas de este cambio de densidad del ITV, para así poder introducirlo en nuestra rutina clínica de tratamientos de SBRT pulmonar. Los pacientes diana serán todos aquellos a los que se les tenga que realizar un tratamiento de SBRT pulmonar.

MÉTODO
Las acciones a realizar consisten en una revisión retrospectiva de un número significativo de planificaciones ya realizadas, introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV, y la posterior comparación con el tratamiento realizado con la finalidad de obtener conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Pretendemos analizar un mínimo de 10 pacientes ya tratados. Una vez realizado el estudio, si el resultado es favorable, se pretende colaborar con el servicio de Radioterapia, realizando una puesta en común de los resultados obtenidos y abriendo el debate para la posible implantación de este cambio. Si la implantación es favorable, se procederá a la formación del los físicos que vayan a tener que realizar este proceso de cambio de densidad del ITV en las correspondientes planificaciones que realicen en un futuro.

INDICADORES
1. Igualar o mejorar la cobertura del ITV:
ITV: D98% > Dp
PTV: D99% > 90% Dp
Comparar máximos, siempre <125% Dp IC < (1,2 – 1,5)

2. Reducir dosis en OR: Dmax, Dmin y Dmed son iguales o inferiores al tratamiento realizado. Los valores siempre dentro de los límites específicos para cada OAR.

3. Reducir tiempos de tratamiento: Las UM son menores tras el cambio de densidad elctrónica.

DURACIÓN
Total: 1 año
1. Definir el valor de la densidad electrónica más apropiada para ajustar a la situación real el comportamiento de la radiación en el ITV. Revisión bibliográfica: (2 meses)
2. Revisión de 10 planificaciones ya realizadas introduciendo esta modificación de densidad electrónica del ITV. (6 meses)
3. Comparar las planificaciones tras la modificación (2 meses):
Cobertura del ITV igual o mejor
Reducción de dosis en OR
Reducción de tiempos de tratamiento
4. Obtención de conclusiones a favor o en contra de la implantación de éste cambio de densidad del ITV como rutina de todos los tratamientos de SBRT pulmonar. Octubre 2018. (2 meses)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0219

1. TÍTULO

VERIFICACION DE LA VIABILIDAD DEL CAMBIO DE DENSIDAD ELECTRONICA DEL ITV EN SBRT PULMONAR

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0249

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DAVID VILLA GAZULLA
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA
LOZARES CORDERO SERGIO
ALBA ESCORIHUELA VERONICA
JIMENEZ PUERTAS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Obtención del CT de un maniquí CATPHAN que se suele utilizar en el control de calidad de los tomógrafos 3D convencionales. Contorneo de volúmenes de tratamiento con el sistema de planificación MONACO 5.11. Los volúmenes constan de dos cilindros concéntricos que simulan un volumen a tratar y una zona interior que debe recibir una sobre-dosificación. Esta tarea se realizó en el período previsto de 1 mes.

-Creación de diferentes planes con variación de parámetros: Sobre el paciente simulado mediante el maniquí, se crean 20 planes de tratamiento de intensidad modulada dinámica con una primera fase idéntica denominada BASE de 6000 cGy en 30 sesiones y una segunda fase denominada BIAS. Las fases BIAS tienen diferentes prescripciones de dosis: De 600 cGy en 3 sesiones a 1400 cGy en 7 sesiones.
Todos los planes de tratamiento están calculados utilizando los mismos parámetros en el planificador MONACO 5.11 para estudiar de una forma aislada cómo funciona el plan BIAS implementado en este trabajo.

-Definición de 10 puntos de interés en la estructura contorneada de menor volumen en cada uno de los planes con sus 3 coordenadas espaciales sobre el CT de planificación teniendo en cuenta dosimetría de plan BASE: 5 puntos de sobre-dosificación y 5 puntos de infra-dosificación sobre dosis de prescripción de 6000 cGy. La dosimetría del plan BASE es la misma para todos los planes y el la estructura de mayor volumen recibe una dosis mínima de 5637 cGy una dosis máxima de 6217 cGy. El cálculo de los 20 planes de tratamiento y la recolección de las dosis de los 10 puntos definidos sobre cada uno de ellos llevó un tiempo de 5 meses, cumpliendo holgadamente con el objetivo previamente marcado.

-Informe e implementación en el servicio: 2 meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los planes de tratamiento BIAS sobre-dosifican correctamente los puntos infra-dosificados e infra-dosifican correctamente los puntos sobre-dosificados para llegar a la dosis prescrita en su plan correspondiente, sin importar la proximidad de la dosis administrada en el plan BIAS respecto de la dosis de prescripción con el plan BASE. A modo de ejemplo, puntos de CT que recibieron 5737 cGy de media en el plan BASE, reciben en el plan BIAS una media de 312 cGy más que aquellos puntos que no sufren infra-dosificaciones. Paralelamente, puntos de CT que recibieron 6154 cGy de media en el plan BASE, reciben en el plan BIAS una media de 181 cGy menos que aquellos puntos que no sufren sobre-dosificaciones.

El factor de modulación relaciona la cantidad de las unidades de monitor (UM) administradas por los aceleradores en los planes de tratamiento con la dosis que reciben los volúmenes de tratamiento y el área de los segmentos dinámicos que el colimador de las máquinas conforma para modular la intensidad.
Se ha comprobado que el factor de modulación de los planes BIAS tiene un factor de modulación medio de 2.7 en comparación con el del plan BASE, que es de 1.3.

La dosis por fracción en los planes BIAS no respeta el fraccionamiento de la prescripción de tratamiento fijada en 200 cGy por sesión. La media de la dosis por sesión es de 212 cGy por sesión.

Para obtener los resultados se ha utilizado un libro de Office Excel 2003, donde se han calculado las medias tanto del factor de modulación como de las dosis indicadas en los párrafos previos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Los planes BIAS son capaces de compensar correctamente las sobre-dosificaciones e infra-dosificaciones de un plan de tratamiento previo. Esta compensación la realiza sin importar la proximidad entre la dosis prescrita del plan BASE previo con la dosis prescrita del plan BIAS posterior.

-La diferencia en el factor de modulación del plan BASE respecto del plan BIAS se debe a que los planes BIAS deben modular mucho más la intensidad para compensar las sobre-dosificaciones e infra-dosificaciones observadas en el plan BASE respecto de la dosis de prescripción. Las segmentaciones que propone el planificador MONACO 5.11 son compatibles con los modos de administración de la máquina de tratamiento, de modo que todos los planes de tratamiento podrían etiquetarse como "administrables" en condiciones reales.

-Los planes BIAS no respetan la dosis por fracción debido a la compensación que debe realizar en los puntos infra-dosificados. Este hecho es el único factor en contra para la utilización de este tipo de planes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0249

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

-Se desaconseja utilizar los planes BIAS cuando es importante mantener constante la dosis por sesión de los tratamientos de radioterapia.

-Sin embargo, cuando un paciente no completa un tratamiento previo por motivos de averías, choques en la unidad de tratamiento o cualquier otra causa que obligue a realizar una re-planificación, habiendo ya recibido una dosis previa, implementar un plan BIAS en su re-planificación es la opción más adecuada.

-Actualmente el servicio utiliza planes BIAS únicamente en re-planificaciones y no en tratamientos ya finalizados que necesitan un BOOST posterior. Esta forma de proceder se extrae directamente de este trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/249 ========== ***

Nº de registro: 0249

Título
ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

Autores:
VILLA GAZULLA DAVID, FONT GOMEZ JOSE ANTONIO, GANDIA MARTINEZ ALMUDENA, LOZARES CORDERO SERGIO, ALBA ESCORIHUELA VERONICA, JIMENEZ PUERTAS SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existen pacientes en nuestro servicio cuyo plan de tratamiento radioterápico implica la existencia de dos fases de irradiación: Una primera fase inicial que denominamos "plan base" en la que a todos los volúmenes de tratamiento se les administra la misma dosis absorbida y una segunda fase que denominamos "plan boost" que sirve para aumentar la dosis en una región determinada (que suele ser el lecho quirúrgico de un tumor maligno) y que se administra posteriormente a la primera y que involucra a los volúmenes que ya han sido irradiados en la primera fase.

Aunque la intencionalidad de la primera fase es administrar la dosis de prescripción de la manera más homogénea posible, siempre hay que admitir una cierta heterogeneidad en la dosimetría clínica asociada, de modo que existirán zonas sobredosificadas e infradosificadas en los volúmenes de tratamiento.

Dicha heterogeneidad debe ser tenida en cuenta por la segunda fase de tratamiento y compensar de alguna manera los excesos y defectos de dosis que provienen de la primer parte. Se realiza por tanto un plan de intensidad modulada que intenta realzar y homogeneizar la dosis en un determinado volumen de tratamiento.

Estos planes de tratamiento de dos fases son denominados "BIAS" en el sistema de planificación MONACO v. 5.11 que estamos utilizando para el cálculo de las dosimetrías clínicas.

Previamente a este estudio, se han detectado anomalías en la forma de las segmentaciones de los planes de intensidad modulada (IMRT) propuestos por el planificador. Incluso en algunos casos, el cálculo no es capaz de llegar a una solución apropiada para los requerimientos de dosis de prescripción establecidos.

La finalidad de este proyecto es realizar un estudio de los parámetros de cálculo de los planes "BIAS" de Monaco para identificar qué variables están afectando tanto positiva como negativamente a la administración de los mismos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0249

1. TÍTULO

ESTUDIO DE PARAMETROS DE DOSIMETRIA CLINICA EN LA SEGUNDA FASE DE IRRADIACION DE PLANES DE INTENSIDAD MODULADA DINAMICA

RESULTADOS ESPERADOS
Todos los pacientes del Servicio de Radioterapia cuyo esquema de tratamiento implique la administración de dos fases (localizaciones de cabeza y cuello, cadenas ganglionares pélvicas, etc...) se verían beneficiados por los resultados de este estudio, debido a que el proyecto persigue identificar cuáles son los parámetros más relevantes que permiten obtener una mayor calidad en la dosimetría clínica en estos casos.

MÉTODO
Como se trata de evaluar los parámetros del sistema de planificación de tratamientos Monaco v. 5.11 para obtener una dosimetría clínica en planes con dos fases, vamos a aislar la variable paciente-dependiente simulando un único paciente a través de un estudio de imagen CT del maniquí CATPHAN que se suele utilizar en el control de calidad de los tomógrafos 3D convencionales. Sobre estas mismas condiciones iniciales se irán creando diferentes planes de tratamiento sobre dos volúmenes cilíndricos contorneados en el CT, con unos valores determinados de los parámetros que conforman el plan así como la dosis de prescripción y su fraccionamiento, de forma que en el análisis comparativo de los diferentes planes se puedan obtener conclusiones acerca de los parámetros estudiados y cómo afectan esos cambios sobre la calidad del plan.

Los resultados y conclusiones del estudio se pondrán en conocimiento de todos los facultativos del Servicio de Física y Protección Radiológica mediante sesiones informativas, para estandarizar la forma de proceder en la realización de dosimetrías clínicas en pacientes con dos fases de tratamiento.

INDICADORES
-Prescripción y fraccionamiento de la primera fase: Plan base.
-Prescripción y fraccionamiento de la segunda fase: Plan Boost.
-Definición de 10 puntos de interés con sus 3 coordenadas espaciales sobre el CT de planificación teniendo en cuenta dosimetría de plan base: 5 puntos de sobredosificación y 5 puntos de infradosificación sobre dosis de prescricpión.
-Evaluación de diferencias de dosis entre las dosis de los 10 puntos de interés de cada plan y las dosis de prescripción establecidas.
-Número de Unidades Monitor (UM) totales de plan.
-Factor de modulación del plan.
-Índice de homogeneidad del plan.
-Índice de conformación del plan.

Resultados en función de la dosis de prescrpción, fraccionamiento, parámetros de modulación de la intensidad del plan.

DURACIÓN
Duración total: 1 año.

-Obtención del CT y contorneo de volúmenes de tratamiento: 1 mes.
-Creación de diferentes planes con variación de parámetros: 6 meses.
-Análisis de resultados: 3 meses.
-Informe e implementación en el servicio: 2 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0169

1. TÍTULO

IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

Fecha de entrada: 23/04/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR RUEDA GORMEDINO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA
PINILLA VELA ANA
VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación del personal de enfermería de la planta de Neurorehabilitacion, del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, mediante taller teórico-práctico, en la evaluación y screening de la disfagia orofaríngea en el paciente con daño cerebral adquirido mediante la prueba instrumental del método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V).

Dicha formación del personal sanitario se ha retrasado con respecto al calendario inicial por cambios en la plantilla que aconsejaban esperar a personal más estable en la planta.

Se realizó una parte teórica con la descripción del método y una práctica en la que los sanitarios pudieron realizar el test con las diferentes texturas de alimentos que se utilizan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido la formación del personal sanitario de la planta de Neurorehabilitación en el método de evaluación clínica de la disfagia volumen-viscosidad (MECV-V) que es un test que ha demostrado su utilidad en la identificación precoz de los pacientes con riesgo de padecer disfagia orofaríngea.

Se pone en marcha su realización de forma rutinaria a todo paciente en el que se detecte la posibilidad de presentar un trastorno e deglución. Y que permite la adopción de las medidas dietéticas y rehabilitadoras necesarias en función de los resultados y evolución del paciente.

Como indicadores:
% de personal sanitario formado en el método 90%
La reciente implantación no permite evaluar adecuadamente otros indicadores como porcentaje de MECV-V practicados según el registro y porcentaje de medidas dieteticas/ rehabilitadoras derivadas de su implementación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto se ha conseguido que el personal sanitario de la planta de Neurorehabilitación realice el MEVC-C a los pacientes con sospecha de trastorno e deglución.

Se lleva a cabo un registro impreso en cada prueba, incluyéndolo en la historia clínica del paciente, junto con las recomendaciones dietéticas que de ello se deriven. Este papel impreso permite llevar un seguimiento exahustivo del programa de mejora.

La evaluación se puede hacer en la cabecera de la cama, ambulatorio y cuantas veces sea necesario.

Sirve también como criterio de selección para aquellos pacientes que deben ser estudiados con otros métodos más invasivos como la videofluoroscopia(VDF).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/169 ========== ***

Nº de registro: 0169

Título
IMPLANTACION DEL METODO DE EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.FORMACION DEL PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0169

1. TÍTULO

IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

Autores:
RUEDA GORMEDINO PILAR, JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA, PINILLA VELA ANA, VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se define como trastornos deglutorios o disfagia orofaríngea a la incapacidad para poder deglutir alimentos sólidos o líquidos. Está presente entre el 30 % al 50% de pacientes con daño cerebral adquirido, ya sea por diferentes causas (vasculares, traumáticas, tumorales..). Las consecuencias pueden llegar a afectar gravemente la salud del paciente ocasionándole: desnutrición, deshidratación y problemas respiratorios de repetición o enfermedades pulmonares crónicas, debido a aspiraciones por atragantamiento con las comidas o los líquidos, llegando incluso a la muerte del paciente. Por otro lado la recuperación del paciente puede ser más lenta lo que repercute a su vez en estancias hospitalarias largas y costosas debido a los cuidados que requieren las complicaciones médicas que pueden manifestarse.
La detección precoz es fundamental.

RESULTADOS ESPERADOS
- Formar al personal de enfermería en la evaluación y screening de la disfagia orofaríngea en el paciente con daño cerebral adquirido mediante la prueba instrumental del método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V).
- Detección precoz de las alteraciones de la deglución en estos pacientes.
- Adopción de las medidas dietéticas y rehabilitadoras necesarias en función de los resultados y evolución del paciente.

MÉTODO
-El método de evaluación clínica de la disfagia volumen-viscosidad (MECV-V)es un test que ha demostrado su utilidad en la identificación precoz de los pacientes con riesgo de padecer disfagia orofaríngea.

Consiste en la administración de tres bolos de viscosidades y volúmenes diferentes y detecta, de una manera segura, los principales signos clínicos que indican la existencia de un trastorno de la deglución.
Se puede hacer en la cabecera de la cama, ambulatorio y cuantas veces sea necesario. Sirve también como criterio de selección para aquellos pacientes que deben ser estudiados con otros métodos más invasivos como la videofluoroscopia(VDF).

- Se espera que tras la correspondiente formación del personal de enfermería sobre la evaluación y screening de la disfagia éste se realice de forma rutinaria a todo paciente en el que se detecte la posibilidad de padecer un trastorno de deglución.
-Ante cualquier duda se consultara con la Unidad de Disfagia del Servicio.

INDICADORES
Para la evaluación se rellenara un registro impreso en cada prueba que se realice, incluyéndolo en la historia clínica del paciente, junto con las recomendaciones dietéticas que de ello se deriven. Este papel impreso permite llevar un seguimiento exahustivo del programa de mejora.
Como indicadores se puede evaluar:
% de personal sanitario formado en el método
% de MECV-V practicados según el registro
% de medidas dieteticas/ rehabilitadoras derivadas de ello.

DURACIÓN
El periodo de formación del personal sanitario se realizará mediante talleres entre los meses de enero-marzo de 2017 y a partir de esa fecha se llevará a cabo en todos aquellos pacientes que puedan presentar patología en el mecanismo de la deglución.

OBSERVACIONES
Se hará una correlación entre los resultados obtenidos en el MECV-V y la evaluación instrumental de la disfagia por medio de la videofluoroscopia de la deglución, en aquellos pacientes que lo precisen.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0169

1. TÍTULO

IMPLANTACION METODO EVALUACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) PARA DESPISTAJE DE LA DISFAGIA OROFARINGEA EN PACIENTE PLANTA NEUROREHABILITACION. FORMACION PERSONAL SANITARIO ADSCRITO A ESA UNIDAD

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0337

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

Fecha de entrada: 12/03/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIA PILAR SORIANO GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Aplicación de la técnica intervencionista ecoguiada, lavado aspiración percutánea, en tendinopatías calcificantes de hombro que han cumplido criterios de inclusión: dolor, limitación funcional y visualización de la calcificación mediante Rx simple.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
n=8.
87,5% mujeres y 12,5% hombres.
100% TC en lado dominante (derecho).
85,7% en situación laboral activo.
Edad (M±2DS): 44,63 ± 16,34 años.
Tipo de calcificación (Gärtner): III (50%), II (37,5%) y I (12,5%)

Se logró realizar la evacuación en el 100 por 100 de los casos, se mejoró en cuanto a dolor y funcionalidad con un nivel estadísticamente significativo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pretendemos ampliar la muestra.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/337 ========== ***

Nº de registro: 0337

Título
IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

Autores:
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR, MAYAYO SINUES ESTEBAN, GARCIA GALAN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad por depósitos de cristales de hidroxiapatita es una enfermedad sistémica, de etiología desconocida, causada por depósitos de hidroxiapatita periarticulares y/o intraarticulares. La enfermedad se manifiesta clínicamente por dolor localizado, hinchazón y sensibilidad de la articulación afectada, junto con la limitación de la movilidad articular. Existe controversia sobre su tratamiento, existiendo distintos abordajes terapéuticos con resultados variables (1). Este trastorno es frecuente en personas entre 30 y 60 años de edad, en mujeres y en trabajadores que realizan labores sedentarias. Radiológicamente, en adultos asintomáticos, la calcificación se encuentra entre un 7,5 - 20%, y en pacientes con dolor de hombro en el 6,8%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0337

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

En el momento del diagnóstico, los pacientes pueden estar asintomáticos (un tercio de los casos), y se descubre casualmente por una radiografía. Debido a que la tendinopatía calcificada es una enfermedad autolimitada, el tratamiento de elección debe ser eficaz, libre de complicaciones, y mínimamente invasivo. Si la enfermedad es asintomática no precisa tratamiento, si bien la mayoría de los pacientes sí lo requieren debido al dolor severo que padecen. En estos casos, el tratamiento es conservador, e implica el uso de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, terapia física, iontoforesis con ácido acético, tratamiento con ultrasonidos, e incluso las inyecciones de cortisona subacromial. Estos tratamientos sólo proporcionan un alivio temporal y no están libres de complicaciones (2).
La aspiración percutánea guiada por ultrasonidos es eficaz a corto y a largo plazo, con resultados similares o mejores que los conseguidos con otras técnicas. Con esta técnica el 91% de los hombros habían mejorado sustancialmente o completamente, el 64% tenían un movimiento perfecto y las calcificaciones se habían resuelto o casi resuelto en el 89%(3). Resultados similares al de la cirugía artroscópica (4).
Bibliografía:
1. Hamada J, Ono W, Tamai K, Saotome K, Hoshino T. Analysis of calcium deposits in calcific periarthritis. J Rheumatol. 2001 Apr;28(4):809-13
2. Leduc BE, Caya J, Tremblay S, Bureau NJ, Dumont M. Treatment of calcifying tendinitis of the shoulder by acetic acid iontophoresis: a double-blind randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2003 Oct;84(10):1523-7.
3. Serafini G, Sconfienza LM, Lacelli F, Silvestri E, Aliprandi A, Sardanelli F. Rotator cuff calcific tendonitis: short-term and 10-year outcomes after twoneedle us-guided percutaneous treatment--nonrandomized controlled trial. Radiology. 2009 Jul;252(1):157-64.
4. Barrera Cadenas JL, Campa Rodríguez A, Vallina García-Prendes V.Resultados del tratamiento artroscópico de las tendinitis calcificantes del manguito de los rotadores del hombro. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2010;54(2):100-5

RESULTADOS ESPERADOS
- Evaluar la efectividad y la respuesta al tratamiento a corto plazo (3 meses), en pacientes sintomáticos
- Comparar la efectividad y la respuesta al tratamiento, entre pacientes que se logró aspirar la calcificación, y los pacientes que se fragmentó la calcificación

MÉTODO
Para ello se realizarán las siguientes acciones:

- A los pacientes incluidos en el estudio, se les hace una historia clínica, en la que se hace constar los datos de filiación, anamnesis, exploración física del hombro y pruebas complementarias

- El deterioro del hombro se valorará con el cuestionario de Oxford y la puntuación de Constant

- La forma del acromion, según la clasificación de Bigliani y Morrison, se valorará con radiografía del desfiladero subacromial

- Se identificarán las calcificaciones, y se registrarán su número, tamaño, ubicación, disposición y densidad, tanto en el estudio radiológico y ecográfico

- Se procederá a realizar la técnica previa información al paciente y firma del consentimiento informado

INDICADORES
En la primera revisión, al mes del tratamiento, se realizó el cuestionario de Constant y de Oxford, y un control ecográfico y radiológico para valorar el estado de las calcificaciones. Si en este control, algún paciente presentara alguna calcificación densa, se realiza un segundo tratamiento. A los 3 meses del tratamiento inicial, se cita a los pacientes para una evaluación final. Se cumplimenta un test de Constant y un cuestionario de Oxfod, y se realiza un estudio ecográfico y radiológico, para comprobar el estado de las calcificaciones, registrando si había algún cambio en la ecogenicidad, en el tamaño, en su número y si éstas persisten.

- Número de pacientes a los que se les ha realizado la técnica

- Número de Rx y Ecografías que muestran la desaparición y/o cambio en la imagen tras la aplicación de la técnica en el primer y tercer mes

- Valoración funcional del hombro mediante la escala Constant y Oxford

DURACIÓN
Septiembre 2016-junio 2017: selección de pacientes
Octubre 2016-junio 2017: aplicación de la técnica
Noviembre 2016-Mayo 2017: recogida de datos
Enero-Febrero 2017: sesión clínica

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0337

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA TECNICA ECOGUIADA DE LAVADO-ASPIRACION COMO TRATAMIENTO DE LA TENDINITIS CALCIFICANTE DE HOMBRO

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... RICARDO JARIOD GAUDES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO MARGELI MERCEDES
HIDALGO MENDIA BEGOÑA
MARTITEGUI JIMENEZ ELENA
DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO
TERRER PEREZ ISABEL
CERCADILLO ISLA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales). Los objetivos se enmarcan en función de los indicadores de los procedimientos operativos. El mantenimiento del sistema ISO se ha incluido en años anteriores en el acuerdo de gestión clínica del Servicio de Rehabilitación con el Hospital. Las actividades realizadas fueron:
1.-Ordenar y completar la documentación en (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsables: Ricardo Jariod. Elena Martitegui. Begoña Hidalgo.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora y objetivos. Responsables: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
3.- Creación de procedimientos de gestión de riesgo y comunicación. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer. Mercedes Ferrando.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo. Elena Cercadillo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores	estandar	objetivo	1º TR	2ºTR	3ºTR	4º TR
1.- Satisfacción Global RHB – NEUROLÓGICA-		>8	>8	x9,38	x	9,58
2.- HOSP. Ocupación camas >60%		>60%	45,46	61,38	52,18	60,67
3.- RHB-CEX Indice de sucesivas/primeras <14<14			10,45	8,41	5,35	6,28
4.- TERAPIAS. Tiempo diario de terapias		>3	>2	x	x	x	x
5.- RHB POSTGRADO: entrevista formalizada>90		>90	100	100	100	100
6,- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de planSi			Si	si	si	no	SI
7.- PREGRADO: encuesta de satisfacción >8 >8 x			8,7	x	9,225		
8,- RHB Neur. HOSPITALIZACION. Resultado: >0,75>0,5 1,03 1,07 0,99 0,94							

para la obtención del indicador 1se utilizó la encuesta de satisfacción propia. El resto de indicadores manan del cuadro de mandos y de archivos de datos excel propias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
objetivo 1. Mejorar el NPR del fallo: contagio agentes patógenos/Aislamiento. Resultados: Se realizaron acciones formativas a planta/área terapias por el servicio de medicina preventiva –control con firmas-
No se han elaborado los trípticos. Pendiente para 2019.
Objetivo 2. Conseguir correcta adhesión del paciente al tratamiento rehabilitador pautado, empoderando al mismo, haciéndole coparticipe de su evolución a través de objetivos AVD semanales pactados con terapeutas y enfermería/TCAE.
Resultados: Media inferior a objetivo de 90%. Interferencia de los periodos vacacionales con nuevo personal. También puede ser que se registrara información antes de la primera entrega en jueves. O pacientes que por error se les pidiera la hoja semanal y no fueran pacientes de RHB nerurológica. Algunas semanas no se realizaron reuniones semanales TO/ENF por lo que no hubo documentación a entregar a pacientes de nuevo ingreso. Sólo la disponían pacientes de ingreso antiguo y no estaba actualizada. Reconsiderar la sistemática de captura del dato para 2019, al no llegar al objetivo del 90.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/343 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Nº de registro: 0343

Título
CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA –ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
JARIOD GAUDES RICARDO, HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL, MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO, FERRANDO MARGELI MERCEDES, TERRER PEREZ ISABEL, CERCADILLO ISLA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Lesionados Medulares –ULME- y la Unidad de Daño Cerebral Adquirido –UDCA- forman parte de la Sección de Rehabilitación neurológica del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Miguel Servet y llevan en funcionamiento más de 40 años. Durante estos años se ha venido colaborando con otros Servicios (Neurología, Neurocirugía,…) y con Atención Primaria, mediante protocolos o coordinando procesos. Todos estos años ha funcionado un grupo de mejora de Calidad en el Servicio de Rehabilitación que ha trabajado en diferentes líneas (revisando procedimientos, consentimientos, protocolos,etc…) entre ellos los que afectan a lesión medular y a daño cerebral adquirido –ictus-. En Noviembre de 2014 se crea un grupo impulsor de la certificación ISO:9001 en ULME, previsto conseguirla en diciembre de 2016. A su vez, en Septiembre de 2016 se acuerda incluir en dicho equipo a profesionales sanitarios que trabajan en daño cerebral para ampliar en 2017 dicha certificación a otras áreas de la Rehabilitación Neurológica.

RESULTADOS ESPERADOS
La certificación ISO supone un gran esfuerzo de documentación y sistematización de las actividades diarias en ambas unidades ULME y UDCA, y obliga a reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores de funcionamiento, permitiendo así trasformarlos en oportunidades de mejora

MÉTODO
. El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales) y unos objetivos marcados en función de los indicadores de los procedimientos operativos. Se ha incluido dentro del contrato programa del hospital con el Servicio de Rehabilitación, el mantenimiento del sistema ISO. De las tres fases (documentación, implantación, acreditación-certificación) queda pendiente sólo la última en ULME y se está en la primera –documentación- en UDCA-. Las actividades a desarrollar serán:
1.-Ordenar y completar la documentación en UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.

INDICADORES
Cada una de las siete fases antes descritas se puede evaluar respondiendo a la pregunta conseguido si/no en ULME y en UDCA

DURACIÓN
Según el calendario propuesto la certificación en ULME se espera antes de Diciembre de 2016 y en UDCA antes de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES
Certificación ISO 9001.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LA CERTIFICACION ISO:9001 A LA VERSION 2015 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... RICARDO JARIOD GAUDES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HIDALGO MENDIA BEGOÑA
MARTITEGUI JIMENEZ ELENA
DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO
FERRANDO MARGELI MERCEDES
TERRER PEREZ ISABEL
CERCADILLO ISLA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Ordenar y completar la documentación en ULME y UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod. Marzo 2017. Recursos propios.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando. trimestrales en reuniones de equipo. Acta trimestral
3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel. Marzo 2017. Recursos propios.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME y UDCA: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo. Diciembre de 2016 Recursos propios.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer. trimestral. recursos propios.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
Al final de todo ello se consiguió la certificación ISo:9001/2008 año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL PROYECTO permite secuenciar mediante indicadores los procedimientos operativos clave de Neurorehabilitación.
INDICADORES 2017:

estandar/ objetivo/	1º TR/	2ºTR/	3ºTR/	4º TR
1.- Satisfacción Global en Neurorehabilitación/ULME				
>8	>8	x	9,2	X	8,9
2.- RHB– NEUR. HOSPITALIZACION. Ocupación de camas				>60%
>60%	77,02	48,5	53,8	47,905
3.- RHB-CEX RHB NEUR. Indice de sucesivas/primeras				
<14	<14	10,6	11,3	6,16	20,38
4.- RHB– NEUR- TERAPIAS. Tiempo diario de terapia				
>3	>2	0,76	0,835	0,835	0,817
5.- RHB POSTGRADO: entrevista trimestral formalizada				
>90	>90	100	100	100	100
6,- RHB FORMACION CONTINUADA: Existencia de plan				
Si	Si	si	SI	SI	si
7.- RHB PREGRADO: encuesta de satisfacción estudiantes				
>8 sobre 10	>8 sobre 10	9,4	9,5	9,6	9,3
8,- RHB Neur. HOSPITALIZACION. Resultado:				
>0,75 >0,5 0,89	0,76	0,98	1,085		

OBJETIVOS 2017
1. ESCUELA DE FAMILIARES EN PACIENTES CON ICTUS
Pacientes y Familiares o cuidadores formados: n>22. (>15% sobre altas de 2017). Muestreo n=6.
RESULTADOS SOBRE 10
Duración: 7.66
Condiciones ambientales: 9.33
Orientación a sus problemas: 9
Confianza del personal: 9.33
Amabilidad del personal: 9.66
Satisfacción por realización EF: 9
Utilidad para: solucionar problemas posibles en casa, aprender movimientos y poder practicarlos más tiempo en el día a día, poder ver la realidad a la que enfrentarse
Dificultades al llegar a casa: enfrentarse a las tareas diarias y cotidianas
2. ELIMINACION DE FICHA DE PAPEL E INICIO DE PLAN DE REHABILITACION ELECTRONICO
Nº pacientes en Registros RHB en historia clínica electrónica a 31/12/2017:
-pendientes de terapia: 1051
-pacientes en tratamiento: 872
-pendientes de revisión médica: 37

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

INCIDENCIAS: En el ejercicio 2016 se declararon 54 incidencias relacionadas con ULME. El total de no conformidades en 2016 fue de 8, habiéndose cerrado 4 de ellas, permaneciendo abiertas otras cuatro. A estas hay que añadir las nuevas 3 No conformidades abiertas a raíz de la auditoría interna de marzo de 2017.
NO CONFORMIDADES. En el análisis de no conformidades 2016 y 2017 destacan:
- las asociadas a farmacoterapia (problemas de control de temperatura de nevera y de control de estupefacientes).
- las asociadas a los problemas de coordinación terapias/planta y del uso de la sala de terapias en el turno de tarde.
- las relacionadas con el personal: plan formativo y capacitación.
Indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La progresiva convergencia en documentación y procedimientos de la ULME y UDCA con el resto del Servicio de Rehabilitación intenta disminuir los fallos de coordinación interna declarados como primera causa de incidencias. La rigidez del sistema en recursos humanos y materiales limita la implantación de cambios en los procesos operativos ULME y UDCA. Toda la información está registrada en las consiguientes REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN de los años 2016 y 2017.

7. OBSERVACIONES.
RECOMENDACIONES Y ACCIONES DE MEJORA NECESARIOS PARA LA MEJORA DEL PRODUCTO (NECESIDADES DE RECURSOS EN RHB NEUROLÓGICA ULME Y UDCA):
1. Creación de un procedimiento operativo “HOSPITAL DE DÍA” para realizar allí acciones ahora realizadas en CEX-ULME, que se ajustarían más al perfil de enfermería de hospitalización que al de CEX. Implica modificaciones arquitectónicas de poco calado –suprimir un tabique- asumible con recursos propios actuales del hospital, flexibilización en recursos humanos y dotación de equipamiento –plan inversiones 2017.-
2. Creación de un PLAN DE TELE-REHABILITACIÓN asociado a la apertura de HOSPITAL DE DÍA, para el seguimiento por parte de enfermería del plan de cuidados de pacientes en colaboración con atención primaria (ejemplo: foto de ulceras por presión en evolución, etc) Objetivo: seguridad del paciente, mejorar accesibilidad -desplazamientos de pacientes etc.…-
3. Creación de DESPACHO MÉDICO RHB NEUROLÓGICA: Ampliación de la actual sala de trabajo despacho ULME –avanzar un tabique- para integrar allí a los médicos del actual despacho UDCA. Objetivo: facilitar intercambio de información en pacientes de rehabilitación neurológica.
4. Reubicación actual SALA DE CEX ULME a actual despacho UDCA. Sólo precisa reinstalación de grúa de techo y tomas de oxigeno/aspiración desde habitación contigua y traslado de armarios y equipos informáticos. Objetivo: evitar la espera en pasillo de pacientes para CEXULME.
5. Reutilizar la actual sala CEX ULME como despacho de información a pacientes y familiares. Objetivo: Seguridad/confidencialidad del paciente.
6. AMPLIACIÓN DEL ÁREA DE TERAPIAS en la planta RHB NEUROLÓGICA –segunda fase: área de al menos 150 metros cuadrados dotada con los recursos humanos y materiales necesarios. Implica reforma arquitectónica mediante cerramiento de la actual terraza u otro área en planta 0. Objetivo: disminuir las incidencias derivadas de mala coordinación interna, incrementar el nº de horas de terapia al día y mejora de resultados (eficacia terapéutica) con medios tecnológicos más avanzados.
7. Integración de NEUROPSICOLOGO CLINICO en equipo de trabajo de UDCA. Objetivo: mejoría los resultados –lo peor valorado en encuesta de satisfacción por segundo año consecutivo-, de la atención al déficit cognitivo en pacientes con daño cerebral y mejoría del afrontamiento en lesión medular. Uso de despachos de área de Psicomática para dicho trabajo.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/343 ========== ***

Nº de registro: 0343

Título
CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA –ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
JARIOD GAUDES RICARDO, HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL, MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO, FERRANDO MARGELI MERCEDES, TERRER PEREZ ISABEL, CERCADILLO ISLA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0343

1. TÍTULO

CERTIFICACION ISO:9001 EN REHABILITACION NEUROLOGICA-ULME Y UDCA-DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Unidad de Lesionados Medulares –ULME- y la Unidad de Daño Cerebral Adquirido –UDCA- forman parte de la Sección de Rehabilitación neurológica del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Miguel Servet y llevan en funcionamiento más de 40 años. Durante estos años se ha venido colaborando con otros Servicios (Neurología, Neurocirugía,…) y con Atención Primaria, mediante protocolos o coordinando procesos. Todos estos años ha funcionado un grupo de mejora de Calidad en el Servicio de Rehabilitación que ha trabajado en diferentes líneas (revisando procedimientos, consentimientos, protocolos,etc…) entre ellos los que afectan a lesión medular y a daño cerebral adquirido –ictus-. En Noviembre de 2014 se crea un grupo impulsor de la certificación ISO:9001 en ULME, previsto conseguirla en diciembre de 2016. A su vez, en Septiembre de 2016 se acuerda incluir en dicho equipo a profesionales sanitarios que trabajan en daño cerebral para ampliar en 2017 dicha certificación a otras áreas de la Rehabilitación Neurológica.

RESULTADOS ESPERADOS
La certificación ISO supone un gran esfuerzo de documentación y sistematización de las actividades diarias en ambas unidades ULME y UDCA, y obliga a reevaluar nuestros procedimientos, responsabilidades e indicadores de funcionamiento, permitiendo así trasformarlos en oportunidades de mejora

MÉTODO
. El equipo ISO está formado por ocho personas (médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales) y unos objetivos marcados en función de los indicadores de los procedimientos operativos. Se ha incluido dentro del contrato programa del hospital con el Servicio de Rehabilitación, el mantenimiento del sistema ISO. De las tres fases (documentación, implantación, acreditación-certificación) queda pendiente sólo la última en ULME y se está en la primera –documentación- en UDCA-. Las actividades a desarrollar serán:
1.-Ordenar y completar la documentación en UDCA (protocolos, procesos, procedimientos, formularios y registros). Responsable Elena Martitegui y Ricardo Jariod.
2.- Analizar incidencias en reunión de equipo y plantear acciones de mejora. Responsable: Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.
3.- Especificar las áreas de interés creando un procedimiento operativo por área en UDCA. Responsable Ricardo Jariod. José Ignacio de Miguel.
4.- Actualizar instrucciones técnicas y formatos en ULME: nuevas revisiones. Responsable Ricardo Jariod. Begoña Hidalgo.
5.- Creación de un indicador y objetivo por procedimiento operativo. Responsable Ricardo Jariod. Elena Cercadillo.
6.- Seguimiento de indicadores. Tabla de mando. Responsable Ricardo Jariod. Isabel Terrer.
7.- Auditoría interna, Revisión por la dirección y auditoría externa. Responsable Ricardo Jariod. Mercedes Ferrando.

INDICADORES
Cada una de las siete fases antes descritas se puede evaluar respondiendo a la pregunta conseguido si/no en ULME y en UDCA

DURACIÓN
Según el calendario propuesto la certificación en ULME se espera antes de Diciembre de 2016 y en UDCA antes de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES
Certificación ISO 9001.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0394

1. TÍTULO

ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARTITEGUI JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA VELA ANA
MARTINEZ VILLUENDAS PALOMA
ABAD BABIER MARIA ROSARIO
RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA
CANTERO LATORRE ANA
DE LA FUENTE BAYO DAVID
BLASCO GARCIA TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado un grupo de trabajo con los profesionales implicados para definir y unificar la información transmitida a pacientes y cuidadores.
El primer día de ingreso en nuestra unidad se programan las fechas para las sesiones de la escuela dejando constancia en el plan de tratamiento.
Creación encuesta satisfacción para valorar la información y ejecución de escuela a pacientes y cuidadores.
Revisión y seguimiento de la correcta aplicación de las medidas aprendidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pacientes y Familiares o cuidadores formados: n>22. (>15% sobre altas de 2017). Muestreo n=6.
RESULTADOS SOBRE 10
Duración: 7.66
Condiciones ambientales: 9.33
Orientación a sus problemas: 9
Confianza del personal: 9.33
Amabilidad del personal: 9.66
Satisfacción por realización EF: 9
Utilidad para: solucionar problemas posibles en casa, aprender movimientos y poder practicarlos más tiempo en el día a día, poder ver la realidad a la que enfrentarse
Dificultades al llegar a casa: enfrentarse a las tareas diarias y cotidianas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración global ha sido positiva por el grado de implicación de profesionales y familiares entendiendo que es una herramienta útil para enfrentarse a la realidad de la nueva situación de discapacidad.
Siendo que no hemos precisado nuevos recursos para la implantación de la escuela continuaremos con su aplicación.
Quedan pendientes de realizar sesiones comunes informativas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/394 ========== ***

Nº de registro: 0394

Título
ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Autores:
MARTITEGUI JIMENEZ ELENA, MARTINEZ VILLUENDAS PALOMA, PINILLA VELA ANA, RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA, CANTERO LATORRE ANA, DE LA FUENTE BAYO DAVID, BLASCO GARCIA TANIA, ABAD BABIER MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0394

1. TÍTULO

ESCUELA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ICTUS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El ictus es una patología aguda que cambia de forma brusca la vida no solo del paciente sino también de los familiares que lo rodean. Es importante iniciar el proceso de rehabilitación cuanto antes para minimizar las secuelas y conseguir la más alta funcionalidad, pero éste es un proceso largo que debe continuar también tras el alta hospitalaria. Por eso, es fundamental que el familiar o cuidador principal del paciente sepa cómo manejarlo, cómo comportarse ante determinadas situaciones y saber qué hacer para colaborar en la recuperación del paciente precisando pues la educación y adiestramiento que recibirá con este nuevo proyecto. También es fundamental que la información recibida por parte de cada profesional sea homogénea por lo que la elaboración de un equipo de trabajo multidisciplinar ayudará a consensuar en cada caso la información a ofrecer.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer las líneas de trabajo entre los distintos profesionales implicados en la atención al paciente agudo con ictus.
- Elaboración y difusión de una guía sobre los cuidados al paciente agudo con ictus.
- Fomentar la formación, información e implicación de los familiares directos del paciente agudo con ictus durante el ingreso hospitalario y tras el mismo.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores.

MÉTODO
- Crear un grupo de trabajo con los profesionales implicados.
- Definir y unificar la información transmitida a pacientes y cuidadores.
- Sesiones informativas, formativas y de apoyo a los familiares de los pacientes ingresados en nuestra unidad.
- Revisión y seguimiento de la correcta aplicación de las medidas aprendidas.
- Puntos sobre los que podría informar Enfermería:

INDICADORES
- Nº de familiares formados/ nº de familiares susceptibles de ser formados.
- Grado de satisfacción medido con encuesta específica
- Grado de utilidad recogido en primera revisión tras el alta.

DURACIÓN

ACTIVIDADES	09/16	10/16	11/16	12/16	01/17	02/17	03/17	04/17	05/17
Elaboración	x	x	x	x					
Implantación				x	x	x	x	x	
Valoración					x	x	x	x	

Desde Septiembre 2016 hasta Diciembre 2016, elaborar el programa y establecer las líneas de trabajo.
Desde Enero hasta Junio de 2017, implantar la escuela en la unidad.
De febrero a Junio valorar el proyecto.

OBSERVACIONES
Las sesiones se realizarán de forma individualizada

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0573

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA HIDALGO MENDIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARIOD GAUDES RICARDO
POCIÑA NIEVES AURORA
SARTAGUDA ALABART MIREYA
ROYO JORDAN REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha constituido un grupo de trabajo formado por dos médicos y tres fisioterapeutas (Dr Jariod, Dra Hidalgo, Fisioterapeutas Mireya Sartaguda, Aroa Pociña, Rebeca Royo).
Se han establecido los viernes a las 14h las reuniones pertinentes para la discusión y valoración de pacientes complejos a tratar y en seguimiento.
Se ha elaborado un protocolo interno de tratamiento a seguir de los pacientes afectos de incontinencia fecal. Se ha llevado a cabo su implantación.
Se han registrado los indicadores de evaluación y seguimiento planificados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de pacientes tratados ha sido 17 pacientes durante el periodo de Septiembre 2016 a Septiembre 2017.
El tiempo medio de lista de espera para tratamiento en IF graves (4 pacientes) según el indice wexner grave ha sido menor de 1 mes.
Del resto de pacientes con leve-moderada han sido 14 pacientes cuya media de espera a tratamiento ha sido de 3-5 meses, estando en tratamiento pendiente 11 pacientes. Solo se han tratado 3 pacientes con incontinencia fecal leve-moderada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Entre las conclusiones que podemos sacar de este trabajo son:
1. La patologia de incontinencia fecal es poco frecuente de momento en nuestro servicio, y esperábamos mayor número de pacientes para obtener concluisiones más relevantes.
2. Hemos conseguido protocolizar los tratamientos, y uniformizar de esta manera las distintas terapias existentes, actuando con las de mayor evidencia científica disponible.
3. No hemos podido disminuir el tiempo de espera de las patologías leves y moderadas, puesto que no se han priorizado y el número de recursos personales en el servicio es limitado.

7. OBSERVACIONES.
Es preciso ampliar el seguimiento del proyecto de mejora, para poder evaluar mayor número de pacientes puesto que la patología no es muy frecuente, y la lista de espera de tratamientos leves-moderados no nos es posible disminuirla, por los recursos disponibles.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/573 ========== ***

Nº de registro: 0573

Título
ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

Autores:
HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL, JARIOD GAUDES RICARDO, POCIÑA NIEVES AURORA, SARTAGUDA ALABART MIREYA, ROYO JORDAN REBECA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0573

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

PROBLEMA
La incontinencia fecal es una de las afecciones más frecuentes en gastroenterología. Constituye una afección muy incapacitante, además del coste económico, se añade la afectación de las relaciones sociales, sexuales y laborales del individuo, que llegan incluso al aislamiento del individuo. Se considera que hasta un 1,5%de la población puede presentar escape de gases y/o sólidos. Puede llegar al 17% en poblaciones mayores de 70 años. La incidencia se aumenta con la edad y otras afecciones del suelo pélvico. Como factores causales están la cirugía anorectal, neoplasias, radioterapia, enfermedades neurológicas y traumatismos. Estos van a alterar en cierta manera los mecanismos de continencia anal como son la distensibilidad, la función esfinteriana, o la sensibilidad rectal. Los tres pilares básicos en el tratamiento de la IF son las medidas higiénico-dietéticas, la rehabilitación del suelo pélvico y la cirugía.
La rehabilitación del suelo pélvico ha demostrado beneficios importantes en cuanto a mejoría funcional y de calidad de vida de los pacientes. Los estudios muestran mejorías significativas del 50 al 80% de los pacientes. Incluye diferentes técnicas terapéuticas con el objetivo de fortalecer la musculatura del suelo pélvico y del esfínter anal, el tono, la resistencia y coordinación, además de mejorar la sensibilidad rectal y la proctalgia. Estas técnicas incluyen: entrenamiento bajo control electromiográfico y visual o Biofeedback, electroestimulación de superficie, electroestimulación selectiva del nervio tibial posterior así como trabajo manual desfibrosante y de flexibilización de la musculatura pelvi-perirectal.
La existencia de numerosas terapias hace que exista gran variabilidad en los tratamientos realizados, que deben ser indicados en función de los factores causales para lograr una mejoría funcional y de calidad de vida. La creciente demanda de tratamiento para disfunciones de suelo pélvico es cada vez mayor con la consiguiente lista de espera para realizarlos, por lo que creemos necesario la creación de un protocolo de actuación y coordinación entre los profesionales implicados.
Bibliografía:
1. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. JAMA995;274:559.
2. Schiller L. Treatment of fecal incontinence. Current Options in gastroenterology. 2003;6:319-27.
3. Benages A, Minguez M. Utilidad de las técnicas manométricas en el tratamiento de la incontinencia anal del adulto. Programa de biofeedback: Protocolos metodológicos. Grupo español para el estudio de la motilidad digestiva.
4. Whitehead WE, Wald A, Norton NJ. Treatment options for fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2001;44:131-42.
5..Jorge JN.N, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993;36:77-97.
6.Cook TA, Mortensen NJMcC. Management of faecal incontinence following obstetric injury. Br J Surg. 1998;85:293-9.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación e implementación de un protocolo de actuación para médicos y fisioterapeutas para el tratamiento de pacientes derivados de los Servicios de Cirugía General, Digestivo y Ginecología del Hospital Miguel Servet. Con este protocolo se pretende:
1- Una evaluación diagnóstica completa del paciente con IF
2- Optimización de los recursos terapéuticos en cuanto a técnicas de fisioterapia adecuando los tratamientos a los factores causales de la IF
3- Minimizar los tiempos de espera para los tratamientos
4- Mejora de calidad de vida y satisfacción del paciente

MÉTODO
1-Constituir un grupo de trabajo entre médicos rehabilitadores y fisioterapeutas especializados en patología de suelo pélvico (Dra Hidalgo, Dr Jariod, Fisoterapeutas Mireya Sartaguda, Rebeca y Aroa Pociña)
2-Reuniones semanales para priorizar tratamiento de pacientes graves y de técnicas a seguir. Analizar pacientes que requieran nueva valoración por médico rehabilitador o suspensión del tratamiento.
3-Elaboración de un protocolo de actuación basado en la evidencia científica disponible sobre las distintas terapias físicas. (Dra Hidalgo)
4-Implantación del protocolo para actuar los profesionales implicados de manera conjunta y coordinada. Fisioterapeutas, médicos rehabilitadores.
5-Evaluación anual para comprobar resultados. (Grupo de trabajo suelo pélvico)

INDICADORES
-Número de pacientes tratados con mejoría en escalas de valoración de calidad de vida: 80%
-Número de pacientes tratados con mejoría en escala de gravedad (Wexner): >80%
-Tiempo de lista de espera en IF grave hasta tratamiento desde la 1ª vista con el médico rehabilitador: <1 mes
-Tiempo de espera hasta tratamiento desde la 1ª vista en IF leve-moderada: <3meses

DURACIÓN
Elaboración del protocolo: Septiembre 2016
Presentación en el Servicio: Octubre 2016
Implementación y puesta en marcha: Noviembre 2016
Análisis de resultados. Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0573

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION EN LA INCONTINENCIA FECAL

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0741

1. TÍTULO

REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE TRIS ARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑA GIMENEZ ANA
MEDINA SANCHEZ MARIA JOSEFA
RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA
NUEZ BASARTE NURIA
MUELAS MUELAS FELIPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones del equipo rehabilitación: médicos de Rehabilitación Infantil y Terapeutas Ocupacionales revisando los protocolos de tratamiento sobre rehabilitación psicomotriz de los trastornos del aprendizaje en población infantil que se realizan desde hace años en Servicio de Rehabilitación.
Se han realizado varias evaluaciones de niños antes del diseño definitivo.
Se ha diseñado un cuestionario de valoración funcional de funciones superiores y neurológico evolutivo integrado de los realizados previamente, encontrandonos pendientes de terminar su tratamiento informático definitivo así como el informe de alta e inclusión en Hp-Doctor o HCA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Utilización del cuestionario por las Terapeutas Ocupacionales en al menos en más del 80% de los niños en tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa se encuentra en la actualidad sin finalizar.
El equipo de rehabilitación consideramos que las actividades realizadas resultan en una mejora en la atención de de población infantil con problemas psicomotrices y del aprendizaje.
El cuetionario esta finalizado y utilizado en niños quedando pendientes de de la revisión de la tabulación de resultados para su tratamiento informático y elaboración del informe de alta

7. OBSERVACIONES.
No hemos podido cumplir el calendario previsto por lo que incluido esta memoria como de seguimiento.
¿Existe algún plazo para la finalización de este proyecto?

*** ========== Resumen del proyecto 2016/741 ========== ***

Nº de registro: 0741

Título
REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Autores:
TRIS ARA MARIA JOSE, PEÑA GIMENEZ ANA, MEDINA SANCHEZ MARIA JOSEFA, RUIZ CHOCARRO MARIA ESPERANZA, NUEZ BASARTE NURIA, MUELAS MUELAS FELIPE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: nIÑOS CON TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE Y RETRASO PSICOMOTRIZ
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0741

1. TÍTULO

REHABILITACION PSICOMOTRIZ DE LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

El tratamiento rehabilitador de los trastornos del aprendizaje basado en una metodología de exploración y tratamiento desarrollada sobre las bases neurofisiológicas de los mecanismos básicos del aprendizaje y la evolución neurológica, se viene realizando desde tiempo ha, en la Unidad de Rehabilitación Infantil de nuestro Servicio de Rehabilitación. Esta metodología se ha mostrado eficaz en nuestra práctica clínica, aun cuando hemos protocolizado todos los procesos que llevamos a cabo. Sin embargo no hemos gestionado informáticamente los procesos realizados.
Consideramos de gran trascendencia poder tabular informáticamente los datos recopilados, al tiempo que elaborar un informe de seguimiento y alta en el HPDoctor.
La consecución de lo anteriormente expuesto haría factible la evaluación fidedigna de los resultados, además de mejorar la comunicación con otras especialidades médicas, así como con terapeutas de nuestra especialidad y con los centros educativos

RESULTADOS ESPERADOS
En las consultas de Rehabilitación Infantil del Hospital Universitario Miguel Server se realiza el diagnostico, evaluación clínica, indicación de tratamiento y seguimiento de los niños con trastornos del aprendizaje y problemas de psicomotricidad. Estos niños realizan el tratamiento indicado en la Unidad de Terapia Ocupacional del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
Durante el tratamiento, la terapeuta ocupacional rellena un impreso de evaluación que, en los trastornos del aprendizaje de funciones superiores, incluye:
1.- Control frontal (automatización, inhibición expectancia, estados-acciones-).
2.- Adaptación temporal.
3.- Adaptación espacial.
4.- Somatognosia.
5.- Praxis gestual.
6.- Automatización de la coordinación óculo-manual.
7.- Pinza funcional para la escritura.
8.- Sincinesia.
9.- Impersistencias motrices.
10.- Marchas.
11.- Persistencia de reflejos arcaicos.
12.- Elevación alternativa de extremidades.
En cada apartado se escribe manualmente el nivel en que se halla y los déficits que presenta en la realización de las actividades. Estas hojas de evaluación se utilizan tanto para el seguimiento en terapia ocupacional como en la consulta clínica del médico rehabilitador.
El objetivo sería realizar un cuestionario de valoración funcional de funciones superiores y neurológico-evolutivo con respuestas estandarizadas sobre el nivel que alcanza el niño que serviría como cuestionario de evolución y resultados, así como de informe de alta en las consultas externas de rehabilitación, incluyéndose en el HP-Doctor.

MÉTODO
Las actividades que planteamos para mejorar nuestra actuación incluirían reuniones del equipo rehabilitación: médicos de Rehabilitación Infantil y Terapeutas Ocupacionales que realizan el tratamiento con el objetivo de revisar los protocolos actuales y diseñar un cuestionario con variables que puedan ser tratadas informativamente, que mejoren la comunicación entre los diferentes profesionales que tratamos a estos niños y que resulta útil para evaluación de resultados y realización de informe médico.
Se realizaran varias evaluaciones de niños antes de su diseño definitivo.
Una vez realizado el cuestionario final de comunicara al equipo de informática y al Servicio de Admisión y Documentación Clínica para su inclusión en el HP-Doctor.

INDICADORES
Utilización del cuestionario por las Terapeutas Ocupacionales en al menos en el 80% de los niños en tratamiento
Realización de informe en HP-Doctor en al menos el 80 % de los niños en tratamiento.

DURACIÓN
1º mes: Reuniones del Equipo Rehabilitador (Médico rehabilitador y Terapeuta Ocupacional)
2º y 3º mes: Realización del cuestionario
4º y 5º mes: Informatización del cuestionario
6º, 7º y 8º mes: Aplicación práctica en Terapia Ocupacional
9º y 10º mes: Aplicación práctica por Médico Rehabilitador
11º y 12º mes: evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0869

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HUMS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES FERRANDO MARGELI
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIRES PARDO MINERVA
DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA
DEL PIES DIESTRE NURIA MARIA
LARA MORENO NURIA
MIGUEL ROMEO ANTONIO
SERRANO DEL RIO MARIA PILAR
PERALES MARTINEZ ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentado en tiempo y forma, se nos notifica con fecha 30/01/2017, desde la Unidad de Calidad Asistencial, la aprobación del proyecto. Se notifica a los componentes del grupo quedando oficialmente constituido en esa fecha.
Desde la constitución oficial del grupo de mejora hasta abril, se realizaron las siguientes actividades:
• Decisión sobre el título del curso, para que expresase el objetivo del mismo, quedando finalmente: Transferencias activas en el paciente hospitalizado.
• Revisión de la metodología utilizada hasta ahora en los cursos de movilización de pacientes, con asistencia de todos los miembros del grupo a una formación real de movilización de pacientes, cuya docente era la responsable del grupo.
• Actualización permanente, con consenso de todos los miembros del grupo, sobre la metodología y el material docente.
• Recogida de las solicitudes de las unidades: UCI post cardíaca, unidad de caderas, neurorrehabilitación.
• Valoración de otras unidades en las que creemos que sería útil la formación: neurología, neurocirugía, vascular, post cirugía cardíaca.
En mayo se solicita desde Subdirección la formación de todo el personal de la Unidad de Geriatría del Hospital de la Defensa. Se realizaron cuatro formaciones a TCAE, enfermeras, celadores.
En julio se solicita desde la UCI post-cardíaca la formación del personal, realizando dos formaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:
Constitución del grupo: SI
Diseño,actualización y revisión de protocolos: SI
Trabajadores implicados en la movilización (TCAE, celadores) 80% del servicio: en la unidad de geriatría del Hospital de la Defensa se formó a TCAE, enfermeras, celadores, facultativos y supervisora, el 100% de la plantilla.
Método de obtención: los listados de alumnos de las formaciones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo considera que es muy importante la continuidad de este tipo de formación para optimizar las técnicas de movilización y fomentar el trabajo en equipo.
La elección de la movilización correcta según el estado físico del paciente ingresado promueve la autonomía y facilita la recuperación temprana con menor discapacidad.

7. OBSERVACIONES.
En la actualidad algunos miembros del grupo han sido desplazados por las nuevas incorporaciones de personal, con lo que habría que incorporar a otros fisioterapeutas para poder realizar las formaciones sin desatender a los pacientes en tratamiento en la propia Unidad de Fisioterapia

*** ========== Resumen del proyecto 2016/869 ========== ***

Nº de registro: 0869

Título
CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0869

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, FORMADORES EN TECNICAS DE MOVILIZACION ERGONOMICA DE PACIENTES, EN EL HUMS

Autores:
FERRANDO MARGELI MERCEDES, CIRES PARDO MINERVA, DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA, DEL PIE DIESTRE NURIA MARIA, LARA MORENO NURIA, MIGUEL ROMEO ANTONIO, SERRANO DEL RIO MARIA PILAR, PERALES MARTINEZ ALMUDENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que limitan la independencia del paciente
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.......: Potenciar la autonomía del paciente.

PROBLEMA
La movilización ergonómica de pacientes es necesaria para evitar riesgos para el paciente y el trabajador y debe ser utilizado como herramienta en el proceso de autonomía del paciente. Este objetivo solo es posible cumplirlo cuando la formación va dirigida hacia los profesionales de un mismo equipo (servicio, unidad, planta), todos son formados con las mismas técnicas y practican juntos en el mismo curso.

Desde hace unos años son los propios profesionales los que demandan y son conscientes de esta necesidad. En estos momentos se realizan algunas acciones formativas que resultan insuficientes y únicamente una fisioterapeuta es la se ocupa de llevarla a cabo, por lo que no es posible aumentarlas. Por ello, posibilitar que exista un grupo de formadores hará posible llevar a cabo un proyecto de trabajo en servicios (UCI, Neurología) donde las características de los pacientes son especiales.

Por otro lado, llevarlas a cabo trabajando con todos los componentes de los equipos hace que sea realmente eficaz y posibilite la implicación de la supervisora, imprescindible para que perdure en el tiempo. La homogeneización de la formación recibida posibilitará que, a pesar de las continuas rotaciones de las plantillas, siga siendo eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS
La creación de un grupo de ocho fisioterapeutas, motivados, capacitados y conscientes de la necesidad de poner en marcha este proyecto, que tienen los mismos objetivos, y pueden poner en común avances, problemas y nuevos retos, sin duda impulsará una adecuada movilización ergonómica de los pacientes.
En estos momentos son varias las unidades que están a la espera de recibir esta formación (las UCI, Neurología) y en función de la organización de las unidades se planificara el cronograma formativo

MÉTODO
Constitución de un grupo de trabajo, diseño y puesta en común de protocolos de trabajo para homogeneizar todos los criterios y la formación a realizar. Es necesario personalizar la formación a las características de los pacientes ingresados en cada unidad (un paciente de UCI postcardiaca precisa una movilización diferente a un paciente neurológico/traumatológico, etc.)
Cronograma y priorización de unidades donde realizar estos talleres y reparto de actividades entre componentes del grupo

INDICADORES
Constitución del Grupo: SI
Protocolos diseñados, revisados y actualización: 100% de los servicios o unidades que se formen.
Trabajadores implicados en la movilización (principalmente TCAE y Celadores) 80% del servicio, con implicación de supervisores de unidad.

DURACIÓN
El grupo tiene vocación de perdurar en el tiempo, sería deseable proporcionar esta formación a todos los profesionales implicados en la movilización de pacientes.
No obstante el plan de trabajo se realizará, inicialmente, para los años 2017/2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0880

1. TÍTULO

DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO VICENTE CARNICER
· Profesión ..... LOGOPEDA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre el año 2014 y el año 2015, creamos en la unidad de disfagia del servicio de rehabilitación del hospital Miguel Servet una página web: DISFAPP.
Esta página cuenta con una serie de ejercicios bucolinguofaciales y maniobras posturales y compensatorias dirigidos a pacientes diagnosticados de disfagia orofaríngea, familiares o cuidadores, y profesionales de la salud relacionados con ella.

Para acceder a dicha página web, se hará mediante el link www.disfapp.es, allí, antes de empezar la realización de los ejercicios, se deberá aceptar los términos especificados, en los que se declara que su uso sin la adecuada supervisión puede suponer un riesgo para la integridad física del paciente.
Incluye también un decálogo con recomendaciones generales para esta patología.
La presentación de cada ejercicio y cada maniobra es de forma individual, contando cada uno de ellos con su video correspondiente, mostrando de forma visual su ejecución, y una explicación oral y escrita de como realizarlo.

La finalidad de esta págiba web es complementar unas indicaciones previamente diseñadas por un profesional especializado en la disfagia orofaríngea y garantizar la correcta ejecución de los ejercios y/o maniobras durante el tratamiento y una vez que el paciente era dado de alta en la consulta de logopedia, pero debía continuar realizando los ejercicios en su domicilio y dotarles de recursos suficientes para su realización.

También creamos una hoja de registro en la que poder asignar a cada paciente los ejercicos y/o maniobras específicas para su patología.

Todos los profesionales pertenecientes a la unidad de disfagia: una médico rehabilitadora y dos logopedas, formamos parte de la realización de la página web y en el desarrollo de este proyecto de mejora de calidad, otorgando a cada paciente una encuesta de satisfacción, primero al alta de la rehabilitación (logopedia) y posteriormente, en revisión en la consulta de disfagia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para comprobar si el objetivo inicial se había conseguido, desde noviembre de 2016 y hasta finales de 2017, a los pacientes que habían realizado tratamiento de rehabilitación en la consulta de logopedia y eran dados de alta, se les proporcionó una encuesta de satisfacción con estos cuatro parámetros:
1. ¿Ha realizado los ejercicios a través de la DISFAPP?
2. ¿Le ha resultado sencillo su manejo?
3. ¿Le ha resultado útil?
4. ¿Ha necesitado ayuda para acceder a ella?

Esta encuesta (elaborada a una veintena de pacientes) la realizamos al terminar las sesiones asignadas en logopedia y posteriormente cuando eran revisados en la consulta de disfagia con la Dra Jarne Esparcia.

Desde que empezamos con la utilización de la página web y con la realización de la encuesta de satisfacción, observamos en las encuestas que:

1. Un 80% de los pacientes había realizado los ejercicios a través de la página web.
2. A un 100% le ha resultado fácil su manejo.
3. A un 90% le ha resultado útil.
4. Un 20% necesitó ayuda para acceder a ella.

Todos los pacientes coincidían en la claridad de la página web y en lo intuitivo que resultaba su manejo. También destacaban la seguridad que les proporcionaba el realizar los ejercicios de forma tutorizada sin tener que despalzarse a la consulta para realizar los ejercicios.

Por otro lado, nosotras comprobamos que los pacientes, en la revisión, realizaban todos los ejercicios de forma adecuada. Esto nos resulta tranquilizador a la hora de decidir dar de alta a un paciente en la consulta de rehabilitación, sabiendo que necesita continuar con la realización de los mismos en su domicilio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0880

1. TÍTULO

DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido a que los resultados obtenidos han resultado muy satisfactorios para nosotras, vamos a continuar con la utilización de la página web y con la realización de la encuesta de satisfacción a los pacientes que son diagnosticados de disfagia orofaríngea.

7. OBSERVACIONES.
Desde que realizamos la página web y hasta que empezamos este proyecto de mejora de calidad, el 9 de mayo de 2016, esta página web DISFAPP fue otorgada con el Accésit del VI Premio a la Innovación en TIC en el sector II al proyecto: Disfapp:una aplicación para mejorar la deglución en personas que padecen disfagia orofaríngea.

El haber recibido este premio, y, por supuesto, la satisfacción en los resultados de las encuestas a los pacientes, nos ha llenado de satisfacción y nos sirve de empuje para seguir con su utilización y su recomendación.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/880 ========== ***

Nº de registro: 0880

Título
DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO, JARNE ESPARCIA MARIA AUXILIADORA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISFAGIA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la rehabilitación de pacientes con disfagia orofaríngea, nos encontrábamos con el problema de la tutorización de los ejercicios cuando el paciente era dado de alta.
Desde la unidad de disfagia y el servicio de logopedia, se creó una página web en la que aparecen de forma explícita (con un video explicativo de los ejercicios) en la que aparecen los ejercicios recomendados para cada paciente. Estos ejercicios se pueden ver tanto en formato escrito, como el video de cada uno de ellos, facilitando su realización en el domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto, es facilitar al paciente la continuidad en su rehabilitación, sin tener que desplazarse al centro correspondiente y asegurarnos una correcta realización de los ejercicios.

MÉTODO
El paciente acude al servicio de rehabilitación del hospital para terapia de logopedia. Durante el tratamiento estipulado por el facultativo, el paciente realiza los ejercicios correspondientes tutorizados por el logopeda. Una vez que el paciente los realiza correctamente, se le indica la continuidad en su domicilio mostrándole la página web donde puede ver los ejercicios asignados y continuar realizándolos.
Después de un periodo de tiempo que puede variar entre dos o tres meses, el paciente es revisado en consulta para comprobar su evolución.

INDICADORES
Se le pasará una encuesta de satisfacción cuando el paciente es revisado en la consulta de disfagia.
Se realizará la misma encuesta al alta en el servicio de rehabilitación.

DURACIÓN
La fecha de inicio será en noviembre de 2016 y la finalización será cuando se obtenga una muestra significativa de pacientes encuestados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0880

1. TÍTULO

DISFAPP: UNA APLICACION PARA MEJORAR LA DEGLUCION EN PERSONAS QUE PADECEN DISFAGIA OROFARINGEA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0975

1. TÍTULO

RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARINA GIMENO GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORATA CRESPO ANA BELEN
SUPERVIA POLA MARTA
LAITA MONREAL SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto esta iniciado pero no se ha podido cumplir el calendario previsto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento no disponemos de resultados debido a que el trabajo se encuentra todavía en su fase inicial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se dispone de conclusiones debido a que el proyecto no se ha llevado a cabo en los plazos pendientes, se encuentra iniciado pero los pocos casos estudiados todavía no permiten presentar resultados ni conclusiones .

7. OBSERVACIONES.
Debido a la gran presión asistencial acontecida durante el pasado año, la falta de medios auxiliares para el desarrollo previsto del proyecto, los cambios en el personal auxiliar y el desplazamiento a otros centros de algunos de los componentes iniciales del equipo de trabajo, este no se ha podido desarrollar en los plazos previstos y se encuentra todavía en su fase inicial . Era nuestra intención llevarlo a cabo durante el presente año si esto fuese posible.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/975 ========== ***

Nº de registro: 0975

Título
RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

Autores:
GIMENO GONZALEZ MARINA, MORATA CRESPO ANA BELEN, SUPERVIA POLA MARTA, LAITA MONREAL SANTIAGO, MATAMALA ADELL MARTA, CORTES RAMOS JUAN MANUEL, SANCHEZ GRACIA JACOBO, LARA MORENO NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Situación actual.
- Existen pocos trabajos en la literatura que valoren los resultados de los programas de RHB cardiaca en pacientes quirúrgicos a largo plazo
- Necesidad de medida objetiva de resultados/eficacia del programa
- Oportunidad de creación de línea de mejora en el diseño del programa de RHBC en base a los resultados a largo plazo obtenidos.
- Detección de principales problemas que encuentran los pacientes al finalizar el programa para conseguir la adherencia al cambio en el estilo de vida

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0975

1. TÍTULO

RESULTADOS FUNCIONALES Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE PARTICIPACION EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POST CIRUGIA CARDIACA

Se pretende realizar una valoración de los resultados de un programa de rhb cardiaca sobre la capacidad funcional y la calidad de vida al año .
1.- Valorar el mantenimiento de la mejora en la capacidad funcional y en el control de los factores de riesgo cardiovasculares y calidad de vida obtenidos al final del programa, un año después de finalizarlo

MÉTODO
Revisión al año de los pacientes que realizaron un programa de RHBC en el hospital tras ser sometidos a cirugía cardiaca. Estudio observacional de un mínimo de 30 pacientes que tras ser sometidos a Cirugía Cardíaca son remitidos a RHBC.
Se determinan los criterios de inclusión y variables a estudio. Se seleccionan cuestionarios válidos y fiables para medición de: Adherencia a la dieta mediterránea (Cuestionario predimed), abstinencia tabáquica (historia clínica, cooximetría), calidad de vida (euroquol, SF36), ejercicio físico (cuestionario IPAQ) junto con estudio antropométrico, y nuevo test de esfuerzo.

INDICADORES
1.-Comparación de resultados de los pacientes al finalizar programa y al año.(CV)
2.- Número de ingresos hospitalarios y complicaciones médicas.
3.- Adherencia a los cambios(comparación de encuestas al finalizar programa y al año: dieta mediterránea, actividad física, abstinencia tabáquica)
Se obtienen a través de entrevista clínica, exploración física y cuestionarios. Posteriormente se realiza análisis de los resultados

DURACIÓN
Inicio en Noviembre 2016 se realizará a lo largo de 1 año.
1.- Elaboración de protocolo de valoración (noviembre -diciembre16)
2.- Remisión al comité de ética para su aprobación (diciembre16)
3.- Selección e inclusión de los pacientes(diciembre16-mayo17)
3.- Seguimiento de los pacientes(diciembre16-mayo17)
4.- Análisis de los resultados (junio)
5.- Presentación de resultados y conclusiones ·(junio -noviembre17)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1033

1. TÍTULO

FASE 3 DE A REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MORATA CRESPO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO GONZALEZ MARINA
CHABBAR MARUAN CARLOS
GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado sesiones informativas en 3 centros de salud durante el año 2017, el objetivo inicial era desplazarnos a 7 centros de salud, pero debido a problemas asistenciales en nuestra Unidad y la concurrencia de dos bajas laborales de larga duración, no cubiertas no ha sido posi

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Puntuación media obtenida en la encuesta de calidad pasada los asitentes a las sesiones 7,8/10
- Porcentaje de personal asistente a la sesión respecto al total del personal del centro: enfermeria 65%, facultativos 80%.
- En el centro de salud Torrero Este se ha puesto en marcha un proyecto piloto de derivación de pacientes para continuidad de los cuidados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario continuar con el proyecto iniciado, intentado alcanzar a la totalidad de los centros de salud del sector 2

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1033 ========== ***

Nº de registro: 1033

Título
FASE 3 DE REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Autores:
MORATA CRESPO ANA BELEN, GIMENO GONZALEZ MARINA, LAITA MONREAL SANTIAGO, GARCIA RUBIO MARIA JOSE, MORENO FRAILE RAQUEL, FORES CATALA MARIA DE LOS DESAMPARADOS, DE LA FUENTE BAYO DAVID, RUIZ SERRANO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La rehabilitación cardiaca se divide en 3 fases:
- FASE 1: ingreso hospitalario del paciente.
- FASE 2: subaguda, en la cual el paciente realiza el programa de forma ambulatoria.
- FASE 3: desde que el paciente finaliza la fase 2 hasta el resto de su vida.

No existen dudas sobre la evidencia científica de los programas de rehabilitación cardiaca, son costo-efectivos, disminuyen los costes sanitarios y mejoran la capacidad funcional, supervivencia y calidad de vida de las personas que los realizan.
El año pasado, dentro de los programas de apoyo para mejorar la calidad en el Servicio Aragonés de Salud, fue aceptado un programa que solicitó la Unidad de Rehabilitación Cardiaca con el fin de desarrollar la fase 3 a nivel extrahospitalario.
El objetivo inicial era informar y establecer vías de contacto con los profesionales de Atención Primaria de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1033

1. TÍTULO

FASE 3 DE A REHABILITACION CARDIACA, LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

algunos centros de salud del Sector 2. Hasta el momento hemos entrado en contacto con 4 centros de salud, en el de Fuentes Norte se va a desarrollar un proyecto piloto en el que están implicados personal médico y de enfermería, a través de una enfermera de enlace se va a realizar seguimiento y control de factores de riesgo cardiovascular de forma individualizada a aquellos pacientes que han finalizado la fase 2.
Una de las causas para la baja implementación de los programas de Rehabilitación Cardiaca en nuestro medio, a pesar de la demostrada efectividad de los mismos, es el desconocimiento tanto por parte de las autoridades sanitarias, como los de los profesionales de atención primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar el conocimiento de los profesionales de atención primaria de los programas de Rehabilitación Cardiaca.
2. Desarrollar iniciativas por parte de los profesionales de atención primaria para el desarrollo de la fase3.
3. Establecer una vía de contacto a internivelar, correo electrónico de la Unidad activo.

MÉTODO
1. Desarrollo de sesiones informativas y de intercambio de ideas entre los profesionales de los dos niveles asistenciales: Atención primaria y Unidad de Rehabilitación Cardiaca.
2. Conseguir 1 o 2 profesionales interesados en el riesgo cardiovascular en cada uno de los centros de salud.
3. Desarrollo de la menos un proyecto de fase 3

INDICADORES
1. Análisis de una encuesta de satisfacción y otra de conocimientos de los profesionales de atención primaria tras la realización de las sesiones en los diferentes centros de salud.
2. Desarrollo de al menos una nueva línea de trabajo en alguno de los centros de salud a los que nos desplazaremos.
3. Análisis de la asistencia del personal de atención primaria a las sesiones conjuntas.

DURACIÓN
Fase inicial: desarrollo de 7 sesiones de trabajo centros de salud del sector 2.
Fase secundaria: elaboración de un proyecto para el desarrollo de fase 3 en alguno de los centros de salud en los que se desarrollen las sesiones informativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0209

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GARCES CARDOS
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA
DEL PIE DIESTRE NURIA
SANCHO GARCIA MARIA MAR
VALER PELARDA ANA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la constitución oficial del grupo de mejora hasta Febrero de 2019, se realizaron las siguientes actividades:
- Elaboración de los protocolos siguientes que han sido presentados a la Comisión de Cuidados de Enfermería estando actualmente en proceso de evaluación:
o Protocolo de confección de asiento de yeso para niños
o Protocolo de confección de bipedestadores de yeso para niños

- Adquisición de los materiales necesarios para la confección de los dispositivos de posicionamiento de yeso.
- Realización de los diferentes dispositivos de posicionamiento: asientos, standings (bipedestadores) y ministandings
- Valoración del grado de satisfacción de los padres a través de una escala Likert adaptada para dicho propósito con 5 niveles que van desde “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:
- Nº de dispositivos realizados:
o Asientos pélvicos: 15
o Standings (bipedestadores): 22
o Mini-standings: 4
- Escala de satisfacción de la familia: del número total de encuestas de satisfacción entregadas a los padres, se ha obtenido un 95.45% de resultados positivos [36.36 % con puntuación media = 3 (aceptable) y un 59.09 % = 4, (satisfecho y muy satisfecho)]

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo considera que es muy importante continuar este proyecto en el futuro ya que a los pacientes les proporciona un importante beneficio terapéutico, que supone una mejora en la calidad asistencial prestada.

Además de los beneficios terapéuticos, los sistemas de posicionamiento con yeso tienen la ventaja de su bajo coste económico, teniendo en cuenta, que por la edad de estos pacientes y su rápido crecimiento deben ser sustituidos cada seis meses aproximadamente.

7. OBSERVACIONES.
Además de los resultados positivos obtenidos en las encuestas de satisfacción cumplimentadas por los padres, como fisioterapeutas afirmamos que la incorporación de estos dispositivos a nuestro trabajo diario y al ámbito domiciliario del niño, permite alcanzar de forma más temprana los objetivos de tratamiento, lo que se traduce en un menor número de sesiones en el hospital, y en una mayor autonomía y bienestar del niño.
La evidencia científica actual ha demostrado que el uso de estos dispositivos de forma continuada contribuye a mantener o aumentar la densidad ósea y favorecer el desarrollo acetabular promoviendo un desarrollo musculoesquelético adecuado.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/209 ========== ***

Nº de registro: 0209

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0209

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Título
CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

Autores:
GARCES CARDOS MARIA TERESA, DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA, SANCHO GARCIA MARIA MAR, VALER PELARDA ANA CARMEN, DEL PIE DIESTRE NURIA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: AUMENTO DE LA EFICACIA A BAJO COSTE PARA EL SISTEMA SANITARIO Y PARA LAS FAMILIAS

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En nuestra práctica diaria, nos encontramos con niños que por su diversa patología (parálisis cerebral infantil, hipotonías inespecíficas, enfermedades neuromusculares…), no tienen un buen control postural, lo que les impide el desarrollo de otras habilidades tales como la manipulación, alimentación y/o desplazamiento.
Del mismo modo, el mantenimiento de posturas incorrectas provoca deformidades, acortamientos músculo-esqueléticos, y que se produzcan cargas asimétricas y posturas compensatorias.
Además, la ausencia de bipedestación en niños a partir de 12-15 meses, conlleva el incorrecto modelaje de la articulación de cadera, provocando un gran riesgo de displasia de cadera y subluxación.
Los sistemas de posicionamiento elaborados con yeso, nos permiten mantener al niño en una posición adecuada, que facilita funciones básicas como la alimentación y la respiración, así como otras habilidades funcionales como la manipulación, juego… También ayuda a prevenir la aparición de patrones posturales incorrectos incrementando la libertad de movimiento y el bienestar.

La incorporación de estos dispositivos al trabajo fisioterapéutico diario y al ámbito domiciliario del niño, permite alcanzar de forma más temprana los objetivos de tratamiento, lo que se traduce en un menor número de sesiones de tratamiento en el hospital, además de favorecer la autonomía del niño y aumentar su bienestar y el de su familia.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la eficacia del tratamiento fisioterápico en este perfil de pacientes y dotarles de la máxima autonomía posible.

La población diana sería:
- EDAD: niños hasta tres años de edad o hasta escolarización en colegios de educación especial o de integración motora.
- SEXO: ambos sexos.
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: Cualquier patología que provoque alteraciones en la postura de sedestación, o implique la necesidad de colocar en bipedestación a un niño que no es capaz de mantener esta posición, o al menos, no de una forma correcta.

Patologías en las que se haga necesario trabajar ajustes posturales en cadera y tobillo para mejorar el equilibrio.

MÉTODO
- Identificación precoz de los niños a los cuales un sistema de posicionamiento les facilitaría la consecución de sus funciones básicas y habilidades funcionales.
- Realización de una valoración individualizada para decidir cuál es el sistema de posicionamiento más adecuado para su caso.
- Elaboración del dispositivo con vendas de yeso, moldeándolas sobre el cuerpo del niño, para poder personalizarlo y ajustarlo a las necesidades particulares de cada uno.

INDICADORES
Indicadores:
- Nº de dispositivos realizados:
  - Asientos pélvicos
  - Standings

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0209

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UN GRUPO DE MEJORA, DE FISIOTERAPEUTAS, PARA ELABORAR SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO CON YESO (ASIENTOS, STANDINGS, MINI-STANDINGS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD MOTRIZ

o Mini-standings
• Escala de satisfacción de la familia: se utiliza una escala Likert con 5 niveles que van desde “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”.

La evaluación se realizará anualmente.

DURACIÓN
Se realizará una formación en la realización de estos dispositivos de posicionamiento a todos los fisioterapeutas que trabajan en la Unidad de Fisioterapia Infantil.
La actividad no será programada, sino que se llevará a cabo cuando se detecte la necesidad de realizar algún tipo de sistema de posicionamiento en los pacientes.
El grupo tiene vocación de perdurar en el tiempo puesto que se trata de una mejora en la calidad asistencial de estos pacientes.

OBSERVACIONES
Además de los beneficios terapéuticos, los sistemas de posicionamiento con yeso tienen la ventaja de su bajo coste económico, teniendo en cuenta, que por la edad de estos pacientes y su rápido crecimiento deben ser sustituidos cada seis meses aproximadamente.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELVIRA PEZONADA UTRILLA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU MORENO CRISTINA
DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO
FERNANDEZ SIMON FATIMA
RAMO CERVERA MARIA PILAR
LAFUENTE SERRANO VIRGINIA
FERRANDO MARGELI MERCEDES
JARIOD GAUDES RICARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la creación del grupo de trabajo se han registrado los datos de los pacientes tanto de Daño Cerebral Adquirido (DCA) como de Lesionados Medulares (LM) de la planta de Neurorehabilitación (NRHB), cumplimentando el 87,5% de los pacientes de DCA y el 84% de los pacientes de LM según los formatos diseñados en el grupo de mejora.
Se han realizado las correspondientes reuniones del equipo multidisciplinar, convocadas los jueves a las 14:00 horas, formando parte de ellas una Terapeuta Ocupacional, una Fisioterapeuta, una Enfermera de la planta, una TCAE de la planta, y un Celador. En dicha reunión se ponen en común los logros de los pacientes en sus objetivos, así como las incidencias de la semana, la colaboración con las familias y la comunicación del equipo entre sí.
La terapeuta ocupacional se encarga de la recogida de los nuevos objetivos que tiene que alcanzar el paciente, y cumplimenta las hojas de registro de control y de objetivos de los avances del paciente en su proceso de rehabilitación. Las hojas de objetivos se reparten cada una a su correspondiente paciente para que ellos y sus familias trabajen todo el día las habilidades conseguidas durante las terapias. Otra copia se entrega al equipo de enfermería para estar informadas de dichos avances, y otra copia queda recogida en una carpeta para que el resto de profesionales puedan informarse de los objetivos conseguidos. La hoja de control queda en la carpeta para uso exclusivo de los diferentes profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES
• Nº de pacientes de DCA:
Año 2017……..44 pctes.
Año 2018……..50 pctes.
• Nº de pacientes de L.M.
Año 2017……..48pctes.
Año 2018……..42pctes.

Media de semanas de tratamiento de Pacientes DCA
En el año 2017 las medias fueron:
• TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE……...2,4 SEMANAS/PCTE
2 TRIMESTRE……..5,3 SEMANAS/PCTE
3 TRIMESTRE……..5,1 SEMANAS/PCTE
4 TRIMESTRE……..4,4 SEMANAS/PCTE

• ANUAL……7,8 Semanas de tratamiento por paciente.

En el año 2018 las medias fueron:
• TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE……...2,3 SEMANAS/PCTE
2 TRIMESTRE……..3,5 SEMANAS/PCTE
3 TRIMESTRE……..6,8 SEMANAS/PCTE
4 TRIMESTRE……..3,4 SEMANAS/PCTE

• ANUAL……4,3 Semanas de tratamiento por paciente.

Media de semanas de tratamiento de Pacientes L.M.
En el año 2017 las medias fueron:
• TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE……...2,3 SEMANAS/PCTE.
2 TRIMESTRE……..4,8 SEMANAS/PCTE.
3 TRIMESTRE……13,3 SEMANAS/PCTE.
4 TRIMESTRE……12,1 SEMANAS/PCTE.

• ANUAL……9,5 Semanas de tratamiento por paciente.

En el año 2018 las medias fueron:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

- TRIMESTRALES.-1TRIMESTRE.....2,7 SEMANAS/PCTE.
2 TRIMESTRE.....5,7 SEMANAS/PCTE.
3 TRIMESTRE.....5,1 SEMANAS/PCTE.
4 TRIMESTRE.....8 SEMANAS/PCTE.

- ANUAL.....5,8 Semanas de tratamiento por paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda demostrado que la implicación por parte de pacientes y familiares en su tratamiento, así como la comunicación semanal entre el equipo multidisciplinar es importante para el la consolidación de los objetivos marcados por parte de las diferentes terapias.
El tiempo de tratamiento se ve reducido considerablemente, por lo que se reduce el número de semanas del paciente ingresado en la planta de Neurorehabilitación.

7. OBSERVACIONES.
La tendencia actual a considerar al paciente como un agente activo en su proceso de salud es la base de este proyecto de mejora, de tal forma que la implicación de las personas con problemas de DCA y LM y sus familiares en el proceso de rehabilitación tiene resultados positivos tanto en la reducción del tiempo de tratamiento como en la calidad y cantidad de los avances.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/955 ========== ***

Nº de registro: 0955

Título
EQUIPO MULTIDISCIPLICAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEURORREHABILITACION

Autores:
PEZONADA UTRILLA ELVIRA, LOU MORENO CRISTINA, DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO, FERNANDEZ SIMON FATIMA, RAMO CERVERA MARIA PILAR, LAFUENTE SERRANO VIRGINIA, FERRANDO MARGELI MERCEDES, JARIOD GAUDES RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con Daño Cerebral Adquirido (DCA) y Lesión Medular (LM) ingresados en la planta de neurorrehabilitación (PNR) del H M. Servet de Zaragoza (HUMS), no incorporan habilidades conseguidas durante las sesiones de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional durante el resto de la jornada.
Los pacientes con DCA y LM, ingresados en la PNR del HUMS, que reciben tratamiento de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, consiguen durante las sesiones aumentar su nivel de autonomía. Cuando vuelven a la habitación, retoman el rol de paciente pasivo que precisa mucha ayuda del personal de la planta y de sus familiares.

PROFESIONALES/PACIENTES AFECTADOS

? Pacientes LM ingresados en la PNR del HUMS.
? Pacientes con DCA ingresados en la PNR del HUMS.
? Familiares y cuidadores de los pacientes con DCA y LM ingresados en la planta de neurorrehabilitación del HUMS
? Enfermeras, TCAE y celadores de la planta de neurorrehabilitación del HUMS.
? Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas.

CAUSAS
Por parte de personal de planta, hay un desconocimiento de las habilidades del paciente, por la falta de comunicación entre profesionales.
Por parte del paciente tiene una actitud pasiva en la mayoría de los casos, debido a la creencia de que esta en el hospital para estar atendido en todas sus necesidades, así no pone en marcha sus aprendizajes y porque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

la familia suele ser sobre protectora.

CONSECUENCIAS
? El proceso de autonomía del paciente se alarga.
? Aumenta el tiempo de ingreso.
? Dificultad de los familiares y cuidadores para manejar la situación de discapacidad del paciente.
? Sobrecarga del personal de la planta.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar y mejorar el grado de conocimiento del personal de la planta de las habilidades del paciente.

Conseguir que el paciente ingresado en la planta de neurorrehabilitación, integre las habilidades adquiridas con el tratamiento en las unidades de Terapia ocupacional, Fisioterapia, Logopedia y Enfermería, para su aplicación durante su estancia en el hospital durante toda la jornada.

MÉTODO
? Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar de los profesionales implicados, una terapeuta ocupacional, una fisioterapeuta, una TCAE, un enfermero y un logopeda. Este grupo estará liderado por la terapeuta ocupacional que será asignada según necesidades del servicio.
? Diseño de un formato "Hoja control habilidades adquiridas por pacientes con DCA" basado en una modificación de la escala Barthel, para recoger y trasmitir la información sobre las habilidades del paciente con DCA a todo el personal de las diferentes unidades.
? Diseño de un formato "Formato Hoja control habilidades adquiridas por pacientes con LM" basado en una modificación de la escala SCIM, para recoger y trasmitir la información sobre las habilidades del paciente con LM a todo el personal de las diferentes unidades.
? Diseño de un formato de objetivos semanales a conseguir por el paciente, para transmitir la información a estos y a sus familiares.
? La terapeuta ocupacional asignada, recoge información de logopedas, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas sobre las habilidades adquiridas por los pacientes durante la semana en las sesiones de tratamiento y las anota en los formatos anteriormente citados que quedan a disposición de todos los profesionales para su consulta y modificación. Será la responsable de custodiar los formatos y transcribir los datos al formato digital. Se le asignarán 2,5 horas semanales dentro de su jornada laboral para actualizar la información y solventar las incidencias.
? Todos los profesionales anotarán los cambios u observaciones sobre los avances de los pacientes en estos formatos.
? El grupo multidisciplinar se reunirá una vez a la semana. Se pone en común en qué punto del tratamiento está y cómo evoluciona el paciente, si ha conseguido los objetivos semanales, así como los objetivos específicos a conseguir marcados para la siguiente semana. Se revisan también las incidencias que surgen entre el equipo de enfermería (TCAE y enfermeras) y los pacientes al aplicar la recuperación integral continuada.
? Todos los integrantes del equipo son los encargados de trasmitir la información relevante a sus compañeros, así mismo, los diferentes profesionales se encargarán de informar a los pacientes/familiares de los objetivos a conseguir en sus respectivas áreas.

INDICADORES
? % de pacientes ingresados en la planta de neurorrehabilitación de los que se cumplimentan los formatos correspondientes.

Numerador: nº de pacientes con los formatos cumplimentados
Denominador: nº de pacientes totales ingresados en la planta de neurorrehabilitación.
Estándar: 95%

• Número de semanas que tarda el paciente en utilizar en la planta los objetivos propuesto por el equipo.
Nº de semanas: 2

DURACIÓN
Actualmente al grupo de trabajo está constituido y se han diseñado los formatos. Se recogerán los datos del segundo semestre de 2018, para evaluar la eficacia de la medida adoptada. Si se demostrara su eficacia se instaurará en el servicio como práctica habitual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0955

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ORIENTADO AL PACIENTE DE NEUROREHABILITACION

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1496

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GARCIA GALAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA
CALVO VILLAS JOSE MANUEL
ARAGÜES BRAVO CARLOS
PEÑA GIMENEZ ANA
SIGÜENZA ARNEDO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha presentado el proyecto en sesión clínica en los servicios de Rehabilitación y Hematología.
Por motivos ajenos y no poder disponer de una consulta compartida, las consultas se comenzaron en enero. Por ello no se han realizado todavía los indicadores. En cuanto al documento informativo estamos en fase de redacción, estando en breve disponible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha creado un grupo de trabajo con facultativos de los servicios de Rehabilitación y Hematología así como enfermería de Hematología.
Se ha puesto ya en marcha una consulta conjunta, con periodicidad mensual, en la que se valoran pacientes hemofílicos. Por el momento solo aquellos que tienen afectación osteoarticular manifiesta ya conocida. Se irá haciendo extensible, progresivamente, a los recientemente diagnosticados para incidir en la prevención.
La consulta ha tenido una muy buena acogida por parte de los pacientes. Está pendiente realizar la encuesta de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se organizó un curso de formación dirigido a ambos servicios, impartido por hematólogos y rehabilitadores de la Unidad multidisciplinar de Hemofilia del Hospital La Paz.
En la actualidad se trata de un proyecto sostenible, dado que las necesidades materiales no son costosas : podoscopio, ecógrafo (ya disponible)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1496 ========== ***

Nº de registro: 1496

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

Autores:
GARCIA GALAN MARIA JOSE, FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA, CALVO VILLAS JOSE MANUEL, ARAGÜES BRAVO CARLOS, PEÑA GIMENEZ ANA, SIGÜENZA ARNEDO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Hemofilia A y B
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1496

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR ESPECIFICA DE LA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EN EL PACIENTE CON HEMOFILIA

La afectación osteoarticular en los pacientes con hemofilia puede ocasionar un deterioro de la calidad de vida de los mismos. En las formas graves un 90% de los episodios hemorrágicos afectan al sistema musculo-esquelético, estando afectadas diferentes articulaciones en el 80%. Los episodios iniciales de hemartros se producen en la infancia al iniciar la deambulación y se pueden reiterar a lo largo de toda la vida del paciente. Un factor crítico para evitar la artropatía hemofílica es la detección y el tratamiento precoz de la afectación del sistema musculo-esquelético en los pacientes con hemofilia.

El objetivo primordial en estos pacientes es mantener las articulaciones con el rango articular libre, mejorar el tono muscular, así como prevenir secuelas y deformidades que puedan causa incapacidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecer una asistencia multidisciplinar y colaborativa al paciente hemofílico entre el servicio de Rehabilitación y el de Hematología del HUMS.
2. Prevenir la afectación articular en los pacientes hemofílicos atendidos en el Hospital Miguel Servet.
3. Detección precoz de los signos de afectación articular hemofílica (inflamación, sinovitis y/o artropatía establecida). Identificar los pacientes con artropatía establecida que puedan beneficiarse de terapia rehabilitadora.
4. Establecer un tratamiento precoz en los pacientes con criterios de terapia rehabilitadora.

MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo entre los servicios de Hematología y Rehabilitación.
2. Establecer una consulta conjunta mensual entre los servicios de Hematología y Rehabilitación del HUMS para la atención del paciente con hemofilia.
3. Confeccionar un documento informativo para prevenir o mejorar las manifestaciones osteoarticulares de la hemofilia.
4. Presentación del proyecto de mejora en sesión clínica a los servicios implicados.
5. Encuesta de satisfacción a los pacientes.

INDICADORES

- Número de pacientes con hemofilia A y B graves atendidos en consulta de Rehabilitación /Número total de pacientes con hemofilia grave.
Objetivo: 50% pacientes el primer año
- Número de pacientes hemofílicos que inician el tratamiento rehabilitador en menos de 28 días / Número de pacientes hemofílicos a los que se pauta tratamiento rehabilitador.
Objetivo: 80% de los pacientes que inician rehabilitación en < 28 días
- Realización de un documento informativo consensuado entre los servicios de Hematología y Rehabilitación.
Objetivo: documento realizado y difundido.

DURACIÓN

- Consolidar el grupo de trabajo multidisciplinar: Septiembre 2018.
- Crear consulta multidisciplinar: Octubre 2018.
- Elaborar documento informativo: Diciembre 2018.
- Valoración de indicadores: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0667

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL Sº DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)

Fecha de entrada: 20/03/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS VAZQUEZ GALEANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MARZO GRACIA JESUS
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto de calidad como tal no se llegó a iniciar porque fue transformado en otro, en concreto en el que esta registrado con el número 2016_1432

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ninguno

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ninguna

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/667 ========== ***

Nº de registro: 0667

Título
IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)

Autores:
VAZQUEZ GALEANO CARLOS, CASORRAN BERGES MARTA, LESTA ARNAL ALVARO, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MARZO GRACIA JESUS, BELTRAN AUDERA CHESUS, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología Autoinmune, debuta con sintomatología tanto articular, en un alto porcentaje de los casos, como extraarticular, siendo preciso un alto índice de sospecha para saber reconocer los signos y síntomas de debut. Siendo la Atención Primaria la primera línea de atención de nuestro Sistema Sanitario, parece coherente habilitar un canal de captación activa de pacientes con sospecha de Enfermedad Autoinmune Sistémica (EAS) por parte de los profesionales de este sector

RESULTADOS ESPERADOS
Reconocimiento y Detección precoz de la EAS desde el ámbito de la AP.
Derivación rápida y accesible a las Consultas especializadas en EAS del Sº de Reumatología (EAS-Reum) para implementar un estudio rápido, eficiente e integral del paciente target y coordinar tanto la solicitud de pruebas diagnósticas como la interconsulta con otros servicios potencialmente implicados en su tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0667

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CANAL DE DERIVACION RAPIDA DE PATOLOGIA AUTOINMUNE DESDE ATENCION PRIMARIA A LA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS DEL Sº DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM)

MÉTODO
Presentaciones inicialmente en 5 Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector, con proyección a otros ulteriormente, en función de los resultados; se pretende enfoque práctico focalizado en el reconocimiento de signos clínicos habituales en las EAS . Asimismo, dar a conocer la EAS-Reum en el ámbito de la AP, poniéndonos a su disposición para la recepción ágil y eficaz de los casos de sospecha de EAS .
Las presentaciones serán realizadas por miembros de la EAS- Reum desplazados a los propios centros de salud .

INDICADORES
- Indice de primeras visitas bajo epígrafe EAS –Reum/Total de primeras visitas
- Número de casos de sospecha EAS remitidos desde cada centro de Salud implicado en el proyecto.

DURACIÓN
Comenzará a implementarse a primeros de 2017, inicialmente con idea de mantenerse a lo largo de este año .
- Se comenzaría en Enero con las charlas informativas por parte de los reumatólogos en los centros de salud correspondientes.
- A partir de febrero se iniciaría período de implementación de derivaciones, de forma progresiva .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1432

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PECONDON ESPAÑOL ANGELA
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
LESTA ARNAL ALVARO
HIGES HIGES ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos creado una vía de derivación/atención específica desde AP para pacientes con sospecha de enfermedades autoinmunes a través del sistema On Line de citaciones que empezó a funcionar a finales de diciembre 2017.
La agenda/consulta a la que son remitidos para su estudio, es la denominada TREUM6, que tiene una frecuencia, de momento, de 1 día por semana.
Estamos dando a conocer dicha agenda a través de un documento informativo que se anexa en los contactos on line con los facultativos de AP.
Hemos creado una pequeña base de datos para poder evaluar los indicadores.
Y estamos ahora en el proceso de confección de protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que se trata de un proyecto que acaba de arrancar, solo podemos dar de forma preliminar los siguientes resultados:
1-Desde la apertura de la agenda a finales de diciembre del 2017 hasta el momento presente, han sido remitidos por esta vía un total de 32 pacientes.
El tiempo de demora ha sido de <7 dias para los pacientes preferentes y de < 15 dias para las derivaciones normales.
El porcentaje de pacientes que ya han sido diagnosticados de alguna conectivopatía es del 16% (2 LES, 1 ESP, 1 Sind CREST, 1 sindr antisintetasa).
Así mismo otro 16% de pacientes han sido alta (con informe en HP-Doctor) al descartarse proceso autoinmune.
Están en proceso de estudio el resto, entre ellos un 29% que tenían como síntoma guía un sind de Raynaud, precisando también capilaroscopia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pensamos que esta nueva forma (on line) de agendar a estos pacientes ha abierto una gran oportunidad para ordenar y mejorar la atención especifica de estos pacientes en nuestro servicio.

Queda aun bastante trabajo por realizar y conclusiones a las que llegar porque estamos en una fase muy incipiente del proyecto. Entre otras cosas, están en fase de realización los protocolos de actuación y han quedado pendientes la evaluación de satisfacción de pacientes y facultativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1432 ========== ***

Nº de registro: 1432

Título
ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS (EAS-REUM). CANAL DE DERIVACION RAPIDA DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS, MERIÑO IBARRA ERARDO, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, HIGES HIGES ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1432

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología Autoinmune, debuta con sintomatología tanto articular en un elevado porcentaje de los casos, como extraarticular, siendo preciso un alto índice de sospecha para saber reconocer los signos y síntomas de debut. Siendo la AP la primera línea de atención en nuestro Sistema Sanitario, parece coherente habilitar un canal de captación activa de pacientes con sospecha de Enfermedad Autoinmune Sistémica (EAS) por parte de nuestro servicio de Reumatología.

RESULTADOS ESPERADOS
1. La consecución de una mejora continua de la comunicación y colaboración con Atención Primaria que ayude a reconocer y detectar precozmente las EAS en dicho ámbito. .
2. Derivación rápida y accesible a nuestras Consultas monográficas de (EAS-Reum), con el empeño inicial de hacerlo en menos de 10 dias.
3. Realización eficiente de diagnóstico e inicio precoz del tratamiento de estas enfermedades, coordinando, si fuera preciso desde nuestra unidad, la asistencia con otras especialidades potencialmente implicadas en el manejo clínico-terapéutico de las manifestaciones clínicas de estos pacientes.
4. Aumentar de satisfacción de los pacientes
5. Conocer el grado de satisfacción con esta via de los facultativos de AP

MÉTODO
OFERTA:Queremos mejorar la calidad de atención al pacientes con sospecha de EAS,

1. Creando una vía de derivación especifica
2. Abriendo a AP la agenda de Capilaroscopia de Reumatología
3. Centralizando la atención en una consulta monográfica .
4. Coordinando la atención multidisciplinar del paciente.

ACTIVIDADES:
1. Llevar a cabo presentaciones, inicialmente en 5 Centros de Salud pertenecientes a nuestro Sector, con proyección a otros ulteriormente en función de los resultados. Se pretende un enfoque práctico focalizado en el reconocimiento de signos clínicos habituales en las EAS . Las presentaciones serán realizadas por miembros de la EAS- Reum desplazados a los propios centros de salud .
2. Asimismo, dar a conocer la EAS-Reum en el ámbito de la AP, poniéndonos a su disposición para la recepción ágil y eficaz de los casos de sospecha de EAS .
3. Apertura a AP de agenda de Capilaroscopia
4. Colgar en intranet de AP la documentación apropiada
5. Apertura de la agenda para AP de citación para esta vía de canalización
6. Creación de una base de datos para estos pacientes
7. Confeccionar/modificar/mejorar protocolos de actuación para el manejo diagnostico y terapéutico de estos pacientes en la consulta monográfica basados en guías y consensos.
8. Confección cuestionarios de satisfacción pacientes y facultativos AP
9. Realizar encuestas de satisfacción en médicos de AP
10. Realizar encuestas de satisfacción en pacientes

INDICADORES
Para este primer año realizaremos evaluaciones preliminares centradas en el funcionamiento del canal de derivación

1. Tiempo de demora en la asistencia desde la fecha en que es derivado el paciente (nº días demora: Fecha de remisión desde AP - Fecha de atención en EAS-Reum).
2. Conocer el porcentaje de los pacientes remitidos a esta consulta que presentan una enfermedad autoinmune (nº pacientes con EAS/nº total de pacientes derivados)
3. Frecuencia de las diferentes EAS
a. LES (nº LES/nº total EAS)
b. Esclerodermia-ESP (nº ESP/nº total EAS)
c. Miopatías inflamatorias (nº MI/nº total EAS)
d. Sjögren 1ª (nº Sjögren 1º/nº total EAS)
e. Vasculitis (nº vasculitis/nº total EAS).
4. Grado de satisfacción del paciente (% de pacientes satisfechos o muy satisfechos)
5. Grado de satisfacción del facultativo de AP con el proyecto (% de facultativos de AP satisfechos o muy

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1432

1. TÍTULO

ASISTENCIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HUMS. CANAL DE DERIVACION

satisfechos)

DURACIÓN
1- Presentacion canal de derivación/charlas inicialmente en 5 centros de AP en septiembre- octubre del 2017. Responsables: jefe de servicio (Dr Manero); Dres.Pecondón, Vazquez, Meriño, Medrano, Beltran,Lesta.
2- Colgar en Intranet de AP documentación en octubre 2017. Responsables: Dr Manero, Dra Pecondón.
3- Apertura de agenda capilaroscopias a AP en octubre 2017. Responsables: Dr Manero.
4- Apertura de nuestra agenda para la derivación de pacientes: en noviembre 2017. Responsable: Dr Manero.
5- Creación de base de datos diagnóstica : septiembre-octubre 2017. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
6- Confección de encuestas de satisfacción, en octubre-noviembre 2017. Responsables: Dres. Pecondon, Vazquez y Meriño.
7- Revisar/confeccionar protocolos clinicos durante todo el periodo de duración del proyecto. Responsables: Dr Manero, Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
8- Evaluación preliminar Tiempo de demora en febrero 2018. Responsables: Dra Pecondon, Dr Vazquez y Dr Meriño.
9- Evaluación preliminar porcentaje de pacientes correctamente remitidos en febrero 2018. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño
10- Evaluación preliminar % Dcos por patologías en febrero 2018. Responsables: Dres. Pecondón, Vazquez y Meriño
11- Evaluación grado de satisfacción del paciente en febrero-marzo 2018. Responsables: Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.
12- Evaluación grado de satisfacción de los facultativos de AP en abril-mayo 2018. Responsables Dra Pecondón, Dr Vazquez y Dr Meriño.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1435

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLOGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANGELA PECONDON ESPAÑOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
MERIÑO IBARRA ERARDO
PEREZ BORAU MARIA ANTONIA
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Después de realizada una revisión bibliográfica hemos confeccionado protocolo donde hemos incluido datos metrológicos clínicos y las áreas articulares a explorar ecográficamente más representativas para valorar actividad.
También disponemos de registro donde los miembros del servicio incluyen datos básicos de los pacientes y que posteriormente serán citados por nuestra secretaria para hacerles la ecografía en fecha próxima a la revisión en la consulta de reumatología
El numero de días para hacer las ecografías ha sido reducido a un día a la semana, en vez de dos por asuntos organizativos internos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La selección de pacientes comenzó una vez terminado el grueso del periodo vacacional, ósea en septiembre del 2017, con los siguientes resultados :
1- En este periodo han sido seleccionados para la optimización de fármacos biológicos un total de 22 pacientes con AR establecida sin o con baja actividad clinica, mantenida durante al menos 6 meses.
2- El porcentaje de pacientes en remisión clinica que presentaban señal vascular ecográfica y que por lo tanto no se han sido susceptibles de optimizar dosis ha sido de 65%
3- El porcentaje de pacientes en remisión clinica y ecográfica en los que ha podido optimizase la dosis del fármaco biológico ha sido del 45%.
El impacto económico no ha sido aún establecido, porque nuestras expectativas son incluir un mayor numero de pacientes (alrededor de 50)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pensamos que no hemos alcanzado el número de pacientes adecuado, por lo que vamos a continuar con esta línea de calidad al menos durante 6 meses más

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1435 ========== ***

Nº de registro: 1435

Título
APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLOGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

Autores:
PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, PEREZ BORAU MARIA ANTONIA, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1435

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLOGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La optimización realizada actualmente en la artritis reumatoide tratada con terapia biológica, se basa exclusivamente en datos clínico-biológicos. Estos resultan insuficientes para la optimización de dichas terapias . Hay frecuentes recidivas que pueden ser favorecidas por la falta de remisión o baja actividad de la enfermedad. Un objetivo estratégico del servicio son las terapias biológicas, su optimización adecuada evita la intensificación de los tratamientos, disminuye efectos secundarios y consigue un menor gasto y una mayor satisfacción del paciente.
Como addendum, el proyecto NATUC, pendiente de aprobar como cartera de servicios, para realizar anticuerpos antiTNF, permitirá una forma más lógica de optimizar.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera detectar pacientes que estén en remisión/no remisión ecográfica para mejor ajuste de dosis y valorar conseguir mayor eficiencia

MÉTODO
OFERTA DE SERVICIOS:
1- Mejora de la eficiencia en pacientes con artritis reumatoide (AR) en remision o baja actividad clinica en el area de terapias biologicas, a traves de estudio ecografico
2- Creación agenda de ecografia especifica para pacientes con AR.

ACTIVIDADES :
1- Presentación del proyecto en el servicio
2- Confeccionar protocolo de exploración ecografica y de seguimiento del paciente
3- Crear agenda especifica donde los miembros del servicio puedan citar a los pacientes
4- Realización de la ecografias por 2 de nuestros facultativos con ecografo del servicio
5- Recogida de datos
6- Reuniones trimestrales del servicio para valorar desarrollo del proyecto
6- Si es pertinente, prepara trabajos para reuniones o congresos.

INDICADORES
Definición de los indicadores:
1. Porcentaje de pacientes con AR en remisión clinica que no están en remisión ecográfica (nº pacientes con actividad ecográfica/ nº total pacientes remision clinica)x100 y que por lo tanto no se puede disminuir dosis.
2. Porcentaje de pacientes en remisión clinica que están en remisión ecográfica (nº pacientes sin actividad ecográfica/ nº total pacientes remision clinica)x100 y que por lo tanto requieren mayor optimización.

DURACIÓN
1- Presentación del proyecto al servicio en junio 2017. Responsable Dr Manero (jefe de Servicio).
2- Crear agenda especifica y confeccionar protocolos de exploracion ecografica y de seguimiento clinico: junio-julio 2017. Responsables: Dra Pecondón y Dr Vazquez .
3- Realización de ecografias durante junio, julio, septiembre, octubre, noviembre 2017. Responsables Dra Pecondon y Dr Vazquez
4- Recogida de datos en noviembre-diciembre 2017. Responsables: Dra Pecondon y el resto de los facultativos del servicio.
5- Analisis de impacto economico en diciembre 2017. Responsa- bles Dr Manero, Dra Pecondón.
6- Comunicación de resultados a los miembros del servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1435

1. TÍTULO

APORTACION DE LA ECOGRAFIA A LA OPTIMIZACION DE LAS TERAPIAS BIOLOGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE TIENEN BAJA ACTIVIDAD O REMISION DE LA ENFERMEDAD

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0216

1. TÍTULO

ANALISIS CAUNTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGELA PECONDON ESPAÑOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
NIETO VICENCE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La responsable de calidad del servicio confeccionó una plantilla, donde los facultativos que realizaban las consultas on line anotaban diariamente los datos correspondientes a los indicadores del proyecto y que posteriormente era pasada a una hoja de Excel por nuestra administrativa para poder hacer los análisis pertinentes.
Igualmente la Dra. Pecondón ha presentado los resultados parciales de forma cuatrimestral en sesión clínica, donde se comentaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El nº total de consultas on line realizadas en nuestro servicio de reumatología han sido de 1.650 en el periodo de tiempo de 1 enero 2018 a 31 de diciembre 2018
2. De estas, los pacientes que han sido derivados o citados para visita presencial en alguna de nuestras consultas de reumatología general han sido un total de 855 pacientes, lo que supone el 51,8% con respecto al todas las consultas realizadas on line.
3. Así mismo han sido derivados para visita presencial a alguna de nuestras consultas monográficas un total de 164 pacientes, lo que representa el 10% de todas las consultas realizadas on line.
4. Han sido devueltos a MAP un total de 631 pacientes, que es el 38,2% del total de las consultas on line realizadas
5. De ellas han sido devueltas por no ser adecuadas un total de 314 pacientes (49,8% de los pacientes devueltos). Los resultados parciales de las causas han sido los siguientes:
a. Pacientes remitidos con información clínica insuficiente han sido un total de 84, lo que representa el 26,8% de los pacientes devueltos por no ser adecuada dicha información para resolverla on line.
b. Pacientes remitidos por esta vía para consultas de revisiones, han sido un total de 71 pacientes, lo que representa 22,6% de los pacientes devueltos por no ser adecuada esta via on line, ya que estos pacientes se citan en los centros de las consultas.
c. Pacientes cuyas características no se ceñían a los protocolos previamente establecidos UME (unidad musculoesqueletica) han sido un total de 159, lo que representa el 50,6% de las derivaciones inadecuadas.
6. El número de consultas resueltas correctamente solo por via on line, sin precisar citación presencial, han sido 178, lo que representa el 10,8% con respecto al número total de consultas on line.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El sistema on line y la información que se deriva nos parece muy interesante

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/216 ========== ***

Nº de registro: 0216

Título
ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE LOS PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Autores:
PECONDON ESPAÑOL ANGELA, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, NIETO VICENTE MARIA JESUS, VAZQUEZ GALEANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0216

1. TÍTULO

ANALISIS CAUNTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de salud aragonés ha puesto en marcha recientemente una vía de derivación de los pacientes desde atención primaria a especializada con el objetivo de aumentar la eficiencia y la calidad de la asistencia, a través de una interconsulta on line de los dos niveles.
Para nosotros es una oportunidad de mejora en la organización funcional del servicio que nos va a permitir entre otras cosas dirigir de forma más específica determinadas patologías hacia consultas monográficas. Es por eso que queremos recabar información de distintos aspectos, algunos relativos a la actividad y otros para detectar deficiencias de funcionamiento y así poder subsanarlas en el futuro.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conocer el nº de consultas online recibidas durante el año 2018
2. De ellas hacer un análisis para:
a. Saber qué proporción de pacientes han sido remitidos a las consultas de reumatología general
b. Conocer qué cantidad hacia las unidades monográficas (EAS, OP, artritis precoz...).
3. Detectar el porcentaje de pacientes cuya derivación no ha sido adecuada y por lo tanto devueltos a AP
a. Por falta de información clínica (no se le ha solicitado mínimas pruebas complementarias…)
b. Por uso inadecuado de la canalización como es el caso de solicitar revisiones.
c. Porque la derivación no se ciñe a los protocolos UME (desconocimiento)
4. Qué cantidad de consultas han sido resueltas completamente por esta vía, sin precisar cita presencial.

MÉTODO
1. Recogida diaria de los datos a través de una hoja de Excel por cada uno de los facultativos que realicen la tarea on line con ayuda de personal administrativo (secretaria), que será la persona encargada de trasladarlos a la hoja de cálculo.
2. Análisis de resultados cuatrimestralmente.
3. Información de los resultados a todos los miembros del servicio en sesión clínica cuatrimestralmente.
4. En relación a los resultados obtenidos, realización de propuestas de mejora por los miembros del servicio y del grupo de mejora.

INDICADORES
1. Nº total de consultas on line realizadas en el año 2018
2. % de pacientes remitidos a las consultas de reumatología general (nº pacientes remitidos a consultas de RG/nº total de consultas on line)
3. % de pacientes derivados a las consultas monográficas (nº pacientes remitidos a unidades monográficas/nº total de consultas on line).
4. Número total de derivaciones no pertinentes, devueltos a AP
5. % de pacientes cuya derivación no ha sido adecuada (nº pacientes devueltos a AP) /nº total de consultas on line)
a. % de pacientes remitidos sin información clínica relevante (pacientes remitidos sin información clínica relevante/ número total de derivaciones no adecuadas)
b. % uso de canal derivación para revisiones (nº pacientes remitidos por revisiones/ número total de derivaciones no adecuadas)
c. % derivaciones que no se ciñen a los protocolos UME (unidad musculo-esquelética) (nº de derivaciones que no se ciñen a los protocolos UME / número total de derivaciones no adecuadas)
6. Nº total de consultas on line resueltas completamente sin precisar citación presencial.
a. % de consultas resueltas completamente (nº de consultas resueltas on line /nº total de consultas on line)

DURACIÓN
1. La duración será de un año (2018)
2. Recogida diaria de la información. Responsables Srta. Mª Jesús Nieto Vicente (administrativa) y los facultativos encargados de la recepción de las consultas on line (Dres: Lesta Arnal, Medrano San Ildefonso, Meriño Ibarra, Vázquez Galeano, Pecondón Español)
3. Análisis de los resultados: abril, agosto y diciembre. Responsable Dra. A. Pecondón
4. Información de los resultados a los miembros del servicio cuatrimestralmente en horario de sesión clínica, donde se harán las propuestas de mejora (Responsable Jefe de servicio Dr. Manero).

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0216

1. TÍTULO

ANALISIS CAUNTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA VIA DE DERIVACION ON LINE DE PACIENTES AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0217

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN AUDERA CHESUS
LESTA ARNAL ALVARO
MEDRANO SANILDEFONSO MARTA
MERIÑO IBARRA ERARDO
PECONDON ESPAÑOL ANGELA
VAZQUEZ GALEANO CARLOS
NIETO VICENTE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. El Dr Beltrán, como experto en la materia realizó un documento sobre osteoporosis, que luego fue discutido en distintas reuniones en sesión clínica por el resto del equipo de facultativos y finalmente consensuado en julio del 2018.
Dicho documento se realizó en base a las recomendaciones más recientes de diferentes sociedades científicas. En él se responde a las siguientes cuestiones:
- Población de riesgo. Screening DXA (densitometrica)
- ¿A quién tratar?. FRAX. Niveles de riesgo de fractura.
- Opciones terapéuticas
- Cuando remitir a especializada
- ¿Con qué frecuencia y cómo se recomienda hacer el seguimiento? DXA y utilidad de los marcadores de remodelado.

Este documento sirve de soporte de forma interna a nuestros facultativos para responder de forma uniforme a estas cuestiones cuando se realizan por via on line.
2. Igualmente los Dres J Marzo (como especialista en la materia) y la Dra A. Pecondón realizaron un documento para el manejo de los pacientes con Fibromialgia en Atención Primaria, que fue finalmente consensuado por el resto de los facultativos en julo del 2018.
Dicho documento es el que estamos enviando a los médicos de atención primaria cuando nos solicitan interconsulta on line y que posteriormente en octubre 2018 se remitió a la consejería del Salud, donde están realizando un protocolo multidisciplinar sobre el tema.
3. Por último, la responsable de calidad del servicio confeccionó una plantilla, donde los facultativos que realizaban las consultas on line anotaban diariamente los datos correspondientes a los indicadores del proyecto y que posteriormente era pasada a una hoja de Excel por nuestra administrativa para poder hacer los análisis pertinentes. Los resultados parciales han sido presentados por la responsable de calidad de forma cuatrimestral en sesión clínica, donde se comentaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El número total de consultas on line recibidas desde abril (momento en que empezamos a recoger información) a diciembre 2018 sobre cuestiones de osteoporosis a partir de abril del 2018 han sido un total de 18.
2. De las cuales se han resuelto sin citación presencial el 67% (un número total de 12).
3. El número total de consultas recibidas on line sobre Fibromialgia (momento en que empezamos a recoger información) desde abril a diciembre del 2018 han sido un total de 83
4. De las cuales se han resuelto sin citación presencial el 100% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora valora muy positivamente el tener documentos que uniformizan respuesta sobre los temas de fibromialgia y osteoporosis

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/217 ========== ***

Nº de registro: 0217

Título
DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZALIZACION ON LINE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0217

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE

Autores:
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER, BELTRAN AUDERA CHESUS, LESTA ARNAL ALVARO, MEDRANO SANILDEFONSO MARTA, MERIÑO IBARRA ERARDO, NIETO VICENTE MARIA JESUS, PECONDON ESPAÑOL ANGELA, VAZQUEZ GALEANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de salud aragonés ha puesto en marcha recientemente una vía de derivación de los pacientes desde atención primaria a especializada con el objetivo de aumentar la eficiencia y la calidad de la asistencia, a través de una interconsulta on line de los dos niveles.
Para nosotros es una oportunidad de mejora para disminuir la variabilidad en las respuestas a los facultativos de AP en cuanto al manejo de determinadas patologías muy prevalentes: Osteoporosis, Fibromialgia.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aportar a los facultativos de AP información uniforme desde nuestro servicio sobre el manejo de los pacientes con OP y cuando derivarlos a Reumatología
2. Proporcionar a los facultativos de AP información uniforme desde nuestro servicio sobre el manejo de los pacientes ya diagnosticados de fibromialgia.

MÉTODO
1. Elaboración de documento para el manejo de pacientes con OP, que incluya: información precisa sobre:
a. Población de riesgo: Screening densitometría ósea (DXA).
b. ¿A quién tratar? FRAX. Niveles de riesgo de fractura
c. Opciones terapéuticas.
d. ¿Cuándo remitir a especializada?
e. ¿Con qué frecuencia y como se recomienda hacer el seguimiento? DXA, utilidad de los marcadores remodelado.
2. Realización de documento sobre el manejo en AP de los pacientes ya diagnosticados de fibromialgia
3. Evaluación del porcentaje de consultas on line que se resuelven correctamente con este formato de respuesta

INDICADORES
1. Nº total de consultas on line sobre osteoporosis realizadas a partir de abril del 2018 (antes no disponemos de información)
2. % de consultas on line sobre OP que se resuelven correctamente (nº consultas on line que se resuelven/nº total de consultas on line sobre OP)
3. Nº total de consultas on line sobre Fibromialgia realizadas a partir de abril del 2018 (antes no disponemos de información)
4. % de consultas on line sobre fibromialgia que se resuelven correctamente (nº consultas on line que se resuelven/nº total de consultas on line sobre fibromialgia)

DURACIÓN
1. La duración prevista será de marzo 2018 a diciembre 2018.
2. Elaboración del documento sobre manejo de la Osteoporosis que será consensuado después por el resto de los facultativos y el jefe de servicio. Marzo/abril 2018. Responsable de la elaboración Dr. Beltrán Audera.
3. Elaboración del documento sobre manejo de la Fibromialgia, que será consensuado después por el resto de los facultativos y el jefe de servicio. Marzo/abril 2018. Responsable de la elaboración Dr. Marzo Gracia.
4. Análisis de los resultados: junio y diciembre del 2018. Responsable Dra. A. Pecondón
5. Información de los resultados a los miembros del servicio en horario de sesión clínica, donde se harán propuestas de mejora si es caso. (Responsable Jefe de servicio Dr. Manero).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0217

1. TÍTULO

DISMINUYENDO VARIABILIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL H MIGUEL SERVET EN EL DESARROLLO DE SU LABOR EN LA VIA DE CANALIZACION ON LINE

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0702

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA BOROBIO LAZARO
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABAD BABIER MARIA ROSARIO
AYARZA IZAGUERRI CARMEN
BABIANO CASTELLANO BELEN
ECHEVARRIA BURILLO MARIA JOSE
NOTIVOL HERNANDEZ MARIA DEL ROSARIO
RUIZ VECINO TERESA
BURRO DAL ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades programadas:
1-Formación del grupo para el desarrollo del proyecto.
2-Elaboración del calendario de reuniones.
3-Diseño del programa de sesiones.
4-Realización de las sesiones (según calendario previsto).

Todas las actividades se han llevado a cabo según el calendario previsto:
1-Se constituye grupo de trabajo en reunión especializada –primaria (11 de noviembre de 2016)
2-Se elaboró programa de sesiones (reunión 11 de noviembre de 2016)
3-Se han realizado las diferentes sesiones programadas:
        10 de febrero de 2017 “Actualización en materia de dependencia”
        12 de mayo de 2017 “Violencia en el ámbito familiar”
        15 de septiembre de 2017 “Detección de delitos de odio”
        17 de noviembre de 2017 “Dispositivos de atención a TMG”

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según los indicadores establecidos:
Nº Reuniones: 5 de las 6 programadas.
Nº Sesiones: 4. Una más de las programadas.
Asistencia >70% en todas las sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración trasmitida por todo el equipo es positiva, ya que el proyecto, ha permitido crear un espacio de formación; comunicación y coordinación profesional entre dos niveles de atención, espacio previamente inexistente.

Los temas abordados han sido de gran interés para la actividad profesional. El horario y lugar eran adecuados

Como aspectos pendientes, valoran que sería necesario afianzar el espacio con la implicación, en la asistencia y participación, de un mayor número de miembros de los dos niveles. Y aumentar algo la frecuencia de las sesiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/702 ========== ***

Nº de registro: 0702

Título
GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II

Autores:
BOROBIO LAZARO ALMUDENA, ABAD BABIER MARIA ROSARIO, AYARZA IZAGUERRI CARMEN, BABIANO CASTELLANO BELEN, BURRO DAL ADORACION, ECHEVERRIA BURILLO MARIA JOSE, NOTIVOL HERNANDEZ MARIA DEL ROSARIO, RUIZ VECINO TERESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0702

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO PARA LA COORDINACION Y EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SESIONES DE FORMACION CONTINUADA ENTRE TRABAJADORES SOCIALES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN EL SECTOR II

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sin especificar
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La coordinación entre la atención primaria y la especializada es de especial importancia en la atención al paciente en general, y en lo referente al ámbito social es fundamental. El crear mecanismos de coordinación, y trabajar de manera conjunta y en pos de un objetivo común es necesario para mejorar la calidad en la asistencia al paciente.

Al mismo tiempo, la creación del grupo de trabajo entre primaria y especializada, nos permitirá compartir conocimientos, y de esta manera ampliar nuestra formación, diseñando un programa de sesiones formativas en el ámbito del trabajo social.

RESULTADOS ESPERADOS
-Optimizar la intervención social en la atención al paciente.
-Mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada en el ámbito social.
-Favorecer la continuidad asistencial en la atención al paciente.
-Adquirir conocimientos, ampliando la formación de los trabajadores sociales del sector II, así como de los estudiantes en prácticas en el sector.

MÉTODO
Crear grupo de trabajo entre trabajadores sociales de atención primaria y atención especializada.
Elaborar calendario de reuniones.
Diseño de un programa de sesiones formativas dentro del ámbito del trabajo social.

INDICADORES
Nº Trabajadores sociales que se impliquen en el proyecto = 70%
Nº de Reuniones que se lleven a cabo = 6 anuales
Nº de sesiones que se incluyen en el programa = 3 anuales (1 por trimestre).

DURACIÓN
4º Trimestre 2016: 1ª Reunión: creación grupo de trabajo.
1º Trimestre 2017: Elaboración del calendario de sesiones con los temas seleccionados
2º 3º y 4º Trimestre de 2017: 3 sesiones formativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROY JIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN
SANCHEZ CHUECA PILAR
ZAPATERO DE CASTILLA MAYA
LAPRESTA MOROS CARLOS
VILLABONA RESANO JULIA
OLMOS PEREZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El sistema informático, base fundamental del estudio para la recogida de datos, se ha estado actualizando y modificando de forma continúa durante este pasado año 2018, para mejorar todos los parámetros medibles referentes a los pacientes ingresados. Por este motivo, ha sido imposible realizar la exportación de datos tal y como estaba previsto y no se ha podido realizar el proyecto.
El grupo de trabajo creado para el proyecto, decidió intensificar la formación continuada al personal de forma dinámica, adaptándose a las modificaciones dentro del programa informático, con el objetivo de identificar las debilidades y fortalezas del proyecto.
Durante el periodo vacacional, debido a la alta rotación de personal, se impartió de forma programada un curso de actualización para todo el personal de la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a que no se ha podido concluir el proyecto, los resultados del mismo se mostrarán en la memoria 2.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La dificultad de crear una base de datos adecuada y específica para las necesidades de nuestro estudio, así como la dificultad en la homogeneización de criterios en la recogida de las variables demandadas para el estudio, por parte de todo el personal. Todo ello es debido, a que va a ser la primera vez que se realiza una exportación de datos de estas características.

7. OBSERVACIONES.
En el momento que se dé por finalizado la reestructuración del programa informático se iniciará la recogida de datos de acuerdo al proyecto presentado.
Independientemente de la imposibilidad de la recogida de datos se ha seguido trabajando en la formación del personal y en los cuidados de los pacientes según el protocolo UPPZERO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/43 ========== ***

Nº de registro: 0043

Título
UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

Autores:
ROY JIMENEZ MARIA, RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN, ROYO MARTINEZ MARIA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CASANOVA CARTIE NATALIA, VILLABONA RESANO MARIA JULIA, SERON ARBELOA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que lleve a un paciente a ingresar en UCI
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Prevención/disminución del evento adverso: Úlceras por presión en UCI-PC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

PROBLEMA
Pese a que la aparición de las úlceras por presión (UPP) se puede prevenir, no es infrecuente la aparición de este tipo de heridas en los pacientes ingresados, especialmente si éstos se encuentran en estado crítico o si su enfermedad supone un alto grado de inmovilidad.
Este es el caso de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca, donde los que se complican, con Norton menor o igual a 14, permanecen en unas circunstancias en las que el riesgo se ve aumentado ya
que han sufrido una intervención quirúrgica grave y están tratados, generalmente, con medicamentos vasoactivos, que
disminuyen la perfusión periférica.
Por otro lado, no es posible la aplicación de los protocolos de prevención utilizados en otras unidades del hospital, puesto que la mayoría de nuestros pacientes, que presentan una esternotomía reciente, tienen contraindicados los cambios posturales en decúbito lateral y, por el contrario, indicada la posición de semi-Fowler
a 35º, lo que dificulta el alivio de la presión en las zonas de mayor riesgo de padecer úlceras por presión.
Sin embargo, la confianza en que es posible adecuar los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes y sus condiciones reales, nos lleva a analizar la situación de estos pacientes y a aplicar todas las medidas posibles de prevención, personalizadas de una manera sistemática y organizada.
Esta sistemática de trabajo incluye:
- La formación y motivación del personal de enfermería implicado.
- La elaboración de un protocolo de prevención exclusivo para pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca que incluya:
o La valoración continua del riesgo de los pacientes ingresados.
o La adecuación de las medidas de prevención disponibles al riesgo real de cada paciente.
o El registro estandarizado de las acciones llevadas a cabo

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar al personal de enfermería en relación a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Mejorar el diagnóstico diferencial de las úlceras por presión con otro tipo de lesiones asociadas a la dependencia.
- Disminuir la variabilidad en la aplicación de medidas preventivas frente a las úlceras por presión.
- Disminuir la incidencia de úlceras por presión originadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Vigilar el estado nutricional de los pacientes con riesgo, como factor clave en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

MÉTODO
- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Grupo de trabajo.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Grupo de trabajo.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: Grupo de trabajo.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algotirmo de prevención: Grupo de trabajo.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Grupo de trabajo

INDICADORES
- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión.
- Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Porcentaje de pacientes de riesgo a los que se ha realizado un control nutricional semanal.
- Existen un registro informático adecuado para el seguimiento de las medidas preventivas y del tratamiento las lesiones

DURACIÓN
- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Septiembre-Octubre 2016.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Octubre 2016.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: A partir de Noviembre de 2016.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algotirmo de prevención: Noviembre 2016.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Último trimestre de 2016 y primer trimestre de 2017.
- Evaluación del proyecto: Mayo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE EXPORTACION DE DATOS PARA UCI, PARTIENDO DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACION UPPZERO

```
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROY JIMENEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN
ROYO MARTINEZ MARIA
FERNANDEZ ABAD NURIA
CASANOVA CARTIE NATALIA
VILLABONA RESANO MARIA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización de 3 cursos-talleres sobre prevención, identificación, valoración y tratamiento de Úlceras por presión y Lesiones por humedad, para el personal de enfermería, en el aula de docencia de la Unidad. El total de asistentes fue de 46 profesionales.

- Información y sensibilización, al personal médico de la unidad, de la necesidad de valorar el estado nutricional de nuestros pacientes para prevenir y/o mejorar la evolución de las lesiones por presión.

- Creación de un Algoritmo de prevención de Úlceras por presión, que está presente en la unidad, para consulta de todo el equipo, en forma de póster.
- Realización de un póster en DINA-4 de la Escala Norton Modificada, que se ha colocado en cada uno de los boxes de los pacientes, para que el personal de enfermería lo pueda consultar cuando realiza la valoración con dicha escala.

- Modificación del documento de Registro de UPP en el que se incluye la escala PUSH para evaluar la evolución de las lesiones.

- Modificación del documento de Prevención de UPP.
Todas las actividades se han realizado dentro del calendario previsto.

* Los documentos que mencionamos, se han enviado al correo facilitado: javierquintin@gmail.com

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión en 2016.
FECHA DE REALIZACIÓN: Marzo 2016 Tarde / Nº ASISTENTES: 19
FECHA DE REALIZACIÓN: Noviembre 2016 Mañana / Nº ASISTENTES: 17
FECHA DE REALIZACIÓN: Noviembre 2016 Tarde / Nº ASISTENTES: 10

-Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
Sí. Se adjuntará al correo (*).

- Se realizan controles nutricionales, semanales, a los pacientes con riesgo
Del total de pacientes con un Norton < 14 (82) se realiza el estudio nutricional para aplicar la escala CONUT a 49 pacientes. Por lo tanto se le ha realizado al 60% de los pacientes.

- Existen documentos de registro que estandarizan las medidas preventivas y el seguimiento de las lesiones.
Sí. Se adjuntará al correo (*).

Los resultados obtenidos se han ajustado todos a los estándares marcados; se han realizado los cursos de formación planeados, se ha creado un algoritmo preventivo y se han modificado todos los registros informáticos del CARE relacionados con UPP. Los estudios nutricionales, a pesar de no estar en nuestras manos la petición analítica, se han realizado en un 60% de los pacientes.
La fuente de la que se han obtenido todos los datos, es el programa informático que se utiliza en la UCI llamado CARE.

* Los documentos que mencionamos, se han enviado al correo facilitado: javierquintin@gmail.com

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Destaca el alto porcentaje de profesionales que han mostrado interés recibiendo la formación realizada con tal fin.

Esa formación ha incidido muy positivamente en su motivación e involucración en la consecución de los objetivos del proyecto.

Pese a no disponer de un registro numérico, la percepción sobre el número total de lesiones ha disminuido. Así mismo, cabe destacar que la severidad de las lesiones ha descendido de tal forma que únicamente han aparecido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

lesiones de grado I y II, desapareciendo las más severas, de grado III y IV.

Dado que el personal de enfermería de la UCI varía frecuentemente, consideramos que sería necesario repetir la formación de forma periódica, sobre todo en los periodos en los que abunda el personal de nueva incorporación, como son los periodos vacacionales. En este sentido, existe el compromiso por parte de las autoras de este proyecto de continuar impartiendo la formación.

7. OBSERVACIONES.
* Los documentos que mencionamos, se han enviado al correo facilitado: javierquintin@gmail.com

*** ========== Resumen del proyecto 2016/43 ========== ***

Nº de registro: 0043

Título
UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

Autores:
ROY JIMENEZ MARIA, RODRIGUEZ LONGARES MARIA DEL CARMEN, ROYO MARTINEZ MARIA, FERNANDEZ ABAD NURIA, CASANOVA CARTIE NATALIA, VILLABONA RESANO MARIA JULIA, SERON ARBELOA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que lleve a un paciente a ingresar en UCI
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Prevención/disminución del evento adverso: Úlceras por presión en UCI-PC.

PROBLEMA
Pese a que la aparición de las úlceras por presión (UPP) se puede prevenir, no es infrecuente la aparición de este tipo de heridas en los pacientes ingresados, especialmente si éstos se encuentran en estado crítico o si su enfermedad supone un alto grado de inmovilidad.
Este es el caso de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca, donde los que se complican, con Norton menor o igual a 14, permanecen en unas circunstancias en las que el riesgo se ve aumentado ya
que han sufrido una intervención quirúrgica grave y están tratados, generalmente, con medicamentos vasoactivos, que
disminuyen la perfusión periférica.
Por otro lado, no es posible la aplicación de los protocolos de prevención utilizados en otras unidades del hospital, puesto que la mayoría de nuestros pacientes, que presentan una esternotomía reciente, tienen contraindicados los cambios posturales en decúbito lateral y, por el contrario, indicada la posición de semi-Fowler
a 35º, lo que dificulta el alivio de la presión en las zonas de mayor riesgo de padecer úlceras por presión.
Sin embargo, la confianza en que es posible adecuar los cuidados de enfermería a este tipo de pacientes y sus condiciones reales, nos lleva a analizar la situación de estos pacientes y a aplicar todas las medidas posibles de prevención, personalizadas de una manera sistemática y organizada.
Esta sistemática de trabajo incluye:
- La formación y motivación del personal de enfermería implicado.
- La elaboración de un protocolo de prevención exclusivo para pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca que incluya:
o La valoración continua del riesgo de los pacientes ingresados.
o La adecuación de las medidas de prevención disponibles al riesgo real de cada paciente.
o El registro estandarizado de las acciones llevadas a cabo

RESULTADOS ESPERADOS
- Sensibilizar al personal de enfermería en relación a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Mejorar el diagnóstico diferencial de las úlceras por presión con otro tipo de lesiones asociadas a la dependencia.
- Disminuir la variabilidad en la aplicación de medidas preventivas frente a las úlceras por presión.
- Disminuir la incidencia de úlceras por presión originadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Vigilar el estado nutricional de los pacientes con riesgo, como factor clave en la prevención y tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0043

1. TÍTULO

UPP ZERO: POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN ULCERAS POR PRESION

de las úlceras por presión.

MÉTODO
- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Grupo de trabajo.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Grupo de trabajo.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: Grupo de trabajo.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algotirmo de prevención: Grupo de trabajo.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Grupo de trabajo

INDICADORES
- Número de Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería formadas en úlceras por presión.
- Existe un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca.
- Porcentaje de pacientes de riesgo a los que se ha realizado un control nutricional semanal.
- Existen un registro informático adecuado para el seguimiento de las medidas preventivas y del tratamiento las lesiones

DURACIÓN
- Creación de un algoritmo de prevención de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos Post Cardíaca: Septiembre-Octubre 2016.
- Modificación del documento de Registro de UPP: Octubre 2016.
- Realización de controles nutricionales a los pacientes con riesgo: A partir de Noviembre de 2016.
- Adaptación del programa informático de Historia clínica, adecuando el registro de Prevención de UPP al algotirmo de prevención: Noviembre 2016.
- Realización de talleres de formación sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Último trimestre de 2016 y primer trimestre de 2017.
- Evaluación del proyecto: Mayo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0148

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL OSTABAL ARTIGAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANDA MOLINOS OLGA
LOPEZ HERRERO PILAR
ANDRES CASTILLO EVA
ANDRES CASTEL NOELIA
SANCHO BAYONA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó un registro de la situación nutricional del enfermo al ingreso, durante el ingreso y al alta en UCI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido cribar un porcentaje de pacientes ingresados en UCI superior al 50%. Haciéndose una valoración nutricional adecuada y un seguimiento de las complicaciones asociadas al soporte nutricional de estos enfermos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se debe realizar cribaje nutricional al ingreso. El soporte nutricional se asocia a muchas complicaciones por lo cual se debe hacer un seguimiento analítico reglado. Un alto porcentaje de los pacientes que ingresan en UCI tienen riesgo elevado de sufrir desnutrición relacionada con la enfermedad. Y a consecuencia de ello un porcentaje elevado salen con severa debilidad asociada a UCI, conocer estos hechos motiva a potenciar un adecuado manejo y seguimiento del soporte nutricional

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/148 ========== ***

Nº de registro: 0148

Título
REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD

Autores:
OSTABAL ARTIGAS ISABEL, SANCHO BAYONA ISABEL, VILLANUEVA FALO CASIMIRO, LINARES CASTRO ANA, BERNI RUIZ CRISTINA, BERNI RUIZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) constituye un problema de alta prevalencia y elevados costes económicos para la sanidad española. Países más concienciados que el nuestro en este tema como es Holanda llevan décadas estableciendo estrategias en todos los niveles sanitarios para detectar los casos y tratarlos. Se calcula que entre el 25 y el 35% de los pacientes la padecen en el momento del ingreso hospitalario, hecho no asumible si pensamos que estos enfermos ingresan en el hospital ya desnutridos y se les va a someter a terapias intervencionistas o cirugías que producen una reacción inflamatoria sistémica severa, mermando todavía más su situación inicial. También se sabe que un 9,6% del total de pacientes que son egresados del hospital, sufren desnutrición moderada o severa, que previamente no tenían y que merma su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0148

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD AL INGRESO EN UCI, DURANTE EL MISMO Y AL ALTA DE LA UNIDAD

recuperación y su calidad de vida.
La desnutrición puede ser la causa y consecuencia de la enfermedad y lleva peores resultados en salud en todos los niveles asistenciales. El riesgo nutricional tiene consecuencias:
- Para el paciente que pierde calidad de vida, y aumenta su morbilidad y mortalidad por complicaciones como las dehiscencias de suturas, las úlceras de decúbito, las infecciones, la insuficiencia respiratoria y la sarcopenia.
- Para el profesional, que se tiene que enfrentar a un paciente más frágil, complicado y con menos garantías de éxito.
- Para la institución, el tratamiento de un paciente desnutrido puede costar hasta un 50% y la estancia media prolongarse.

Actualmente, la Unión Europea junto con todos sus países miembros incluidos España, han liderado el proyecto alianza más nutridos, cuya misión es concienciar a todos de este grave problema, de sus consecuencias, establecer métodos de cribado en todos los niveles asistenciales, valorar al paciente desnutrido y tratarlo, para mejorar resultados y reducir gastos.Un paciente para el cual conservar un buen estado nutricional es fundamental es el paciente crítico, dado que durante su estancia en Uci se somete a riesgos de desnutrición que terminan en muchos casos depauperando al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
REALIZAR UN REGISTRO DE LA DRE AL INGRESO, DURANTE EL INGRESO Y AL ALTA, PARA PODER DISPONER DE UNA BASE DE DATOS QUE NOS DE INFORMACIÓN DEL PROBLEMA

MÉTODO
-APLICACION DE DISTINTAS ESCALAS Y CONTROL DE PARAMETROS NUTRICIONALES

INDICADORES
Nº DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA EL REGISTRO DE DRE/Nº DE PACIENTES INGRESADOS

DURACIÓN
DESDE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0261

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN PABLO GARCIA IÑIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES
MADURGA REVILLA PAULA
FUERTES ARAGÜES ELENA
LIPE CLARES MARIA MAR
ROYO LUCIA ANA JESUS
MARTIN RUIZ ANA ISABEL
GIL HERNANDEZ IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- En diciembre de 2016 se finalizó con éxito la realización de toda la documentación de los procesos que se realizan en la Unidad: Disponemos de un Procedimiento General Complemenatrio, 8 Procedimientos Operativos, 49 Instrucciones Técnicas, 50 Formatos y 6 Procedimientos Generales de Soporte.
- El 20 de marzo de 2017 se superó la auditoría interna.
- El 29 de marzo se realizó la Revisión por la Dirección.
- El 21 de abril de 2017 se superó la auditoría externa realizada por la empresa Bureau Veritas.
- Con fecha de 17 de junio de 2017 se obtuvo satisfactoriamente la ACREDITACIÓN DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001.
- En la actualidad estamos en proceso de reacreditación habiendo superado la auditoría interna con fecha de 7 de febrero de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 17 de junio de 2017, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza está oficialmente acreditada en la NORMA UNE-EN ISO 9001.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La plantilla de la Unidad, tanto médicos, DUEs y TCAEs están plenamente convencidos de la conveniencia de trabajar en un sistema de gestión por procesos y basado en la Calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/261 ========== ***

Nº de registro: 0261

Título
IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Autores:
GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO, DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES, MADURGA REVILLA PAULA, FUERTES ARAGÜES MARIA ELENA, LIPE CLARES MARIA MAR, ROYO LUCIA ANA JESUS, MARTIN RUIZ ANA ISABEL, GIL HERNANDEZ IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Las que requieran ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el año 2007, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Infantil Miguel Servet de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0261

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA NORMA UNE-EN ISO 9001 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

Zaragoza dispone de un grupo de mejora de Calidad Asistencial. Desde entonces, el grupo se ha mantenido vigente celebrando reuniones trimestrales, solucionando problemas según su aparición y realizando, todos los años, 2 líneas de mejora de calidad.
Creemos que éste es el momento de dar un paso más en la apuesta de esta Unidad por la Calidad Asistencial. Por ello, gracias al apoyo y visto bueno de la Unidad de Calidad Asistencial, al del Jefe de Servicio de Pediatría y a la Dirección del Centro, queremos comenzar este año el proceso para que nuestra Unidad reciba la certificación en Calidad UNE-EN ISO 9001.

RESULTADOS ESPERADOS
El resultado que se espera obtener al finalizar el proceso es que la Unidad reciba la certificación UNE-EN ISO 9001 en junio de 2017.

MÉTODO
Guiados por la Unidad de Calidad del Centro (UCA) compuesta por Juan Ramón García Mata, Víctor Manuel Solano Bernad y Marisa Vela Marquina, disponemos de un equipo humano ilusionado y estable en el que están representados diferentes estamentos de la Unidad.
Los principales responsables del grupo de trabajo son Juan Pablo García Iñiguez (Responsable de Calidad de UCIP), María Mercedes Domínguez Cajal (FEA), Paula Madurga Revilla (FEA), María Elena Fuertes Aragüés (Supervisora de Enfermería) y María Mar Lipe CLarés (Supervisora de Enfermería).
El proceso estará dirigido por la UCA con reuniones semanales/quincenales con los principales responsables del grupo de trabajo. En estas reuniones, la UCA expondrá líneas de trabajo y tareas a realizar que se realizarán por el equipo de la Unidad y serán corregidos en las siguientes reuniones.

INDICADORES
El principal Indicador será la obtención de la certificación UNE-EN ISO 9001 por parte de la Unidad.
Como otros Indicadores se establecen:
- Documentación de los procesos finalizada.
- Superación de Auditoría interna.
- Visto bueno de la Dirección.
- Superación de Auditoría externa por empresa especializada.

El seguimiento será realizado directamente por la UCA y por los responsables principales del proyecto en las citadas reuniones.

DURACIÓN
El objetivo final es recibir la certificación UNE-EN ISO 9001 en junio de 2017. Evidentemente, una vez recibida la acreditación, el grupo de trabajo seguirá activo con el objetivo de mantener y mejorar dicha acreditación año a año.
El calendario establece los siguientes puntos intermedio antes de la obtención de la acreditación:
- Diciembre de 2016. Fecha límite para tener escrita toda la documentación de los procesos.
- Febrero/Marzo de 2017. Auditoría interna.
- Abril/Mayo 2017. Visto bueno de la Dirección.
- Junio 2017. Auditoría externa por empresa especializada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0052

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICTOR SOLANO BERNAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARCELONA TRIVEZ ANA
JUSTA ROLDAN MARIA LUISA
ROYO CRESPO IGNACIO
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO
LANZUELA VALERO MANUELA
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Septiembre 2016: Se entrega memoria unificada pediatria (año 2015)
Octubre 2016: Se entrega itinerario-guía 2016 unificado
Las EIR asisten a la sesión diaria
Se ha planificado y realizado sesión docente conjunta
Las EIR participan en los casos clínicos semanales
Las tutoras EIR forman parte de subcomisiones de trabajo
Enero 2017: Existencia calendario de sesiones hospitalarias para 2017=SI

Enero 2017: Sesiones hospitalarias realizadas en 2016=6

Marzo 2017: Auditoria interna realizada el 15 de Marzo de 2017
Revisión por la dirección realizada el 30 de Marzo de 2017
Junio 2017: Sesiones hospitalarias realizadas en 2017=5

Junio 2017: Programa de auditorías internas aprobado = SI
Septiembre-Diciembre 2017: En todas las comisiones de docencia se realiza el seguimiento de la documentación necesaria para el desarrollo del proceso formativo de posgrado.
Septiembre 2017: Se entrega itinerario-guía 2017 unificado
Noviembre 2017: Se entrega memoria unificada pediatria (año 2016)
Diciembre 2017: Revision No Conformidades SGC
Diciembre 2017: Registro actividades formativas tutores
Diciembre 2017: Sesiones hospitalarias realizadas en 2017=8
Diciembre 2017: Número de auditorias internas realizadas = 0

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Objetivos año 2017 establecidos en Enero de 2017
- Auditoria interna y revisión por la dirección realizadas de acuerdo con lo previsto
- La certificacion ISO 9001 se mantiene tras la auditoría externa de Mayo de 2017. No se detectan desviaciones menores ni mayores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Los objetivos, con sus actividades asociadas para lograrlos, se han conseguido con la implicación de todos los miembros que participan en el proceso formativo. No obstante, existen dos aspectos pendientes:

a) Escasa participación de los tutores en la oferta formativa, salvo en las Jornadas de tutores, que tienen el inconveniente de no ser anuales.

b) No se ha desarrollado el programa de auditorías internas, al estar suspendido el programa de auditorías externas docentes del ministerio. No ha afectado al resultado de la certificación, pero debería retomarse en caso de constatar la previsión de una auditoria docente.

- La certificación ISO 9001 constituye un instrumento de mejora imprescindible para mantener la excelencia en el proceso formativo de posgrado hospitalario.

- Esta certificación puede mantenerse en el tiempo e incluso replicarse en otras comisiones de docencia de la Comunidad Autónoma.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0052

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/52 ========== ***

Nº de registro: 0052

Título
MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

Autores:
SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL, BARCELONA TRIVEZ ANA, JUSTA ROLDAN MARIA LUISA, JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES, ROYO CRESPO IGNACIO, DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO, LANZUELA VALERO MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: N/A
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El proceso de docencia de posgrado (Comisión de Docencia) del Hospital Universitario Miguel Servet se encuentra certificado según norma ISO 9001 desde el año 2011.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso de mantener la certificación UNE-EN ISO 9001 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente descritos y documentados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores de calidad que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la deteccion de errores y riesgos reales y potenciales.
Nuestro planteamiento es mantener la certificación, abordando las oportunidades y deficiencias detectadas en las auditorias (interna y externa) y la revisión por la dirección

RESULTADOS ESPERADOS
Tras el análisis de los objetivos de calidad del año 2015, el cuadro de mandos y los resultados de las auditorias (docentes y del sistema de calidad), así como la revisión por la dirección de 2016, se plantean las siguientes objetivos de mejora:

- Implantar sesiones clinicas generales.
- Garantizar el cumplimiento de los requisitos para el desarrollo del proceso formativo de postgrado
- Desarrollar adecuadamente las acciones correctivas definidas en las NC abiertas
- Fomentar la existencia de más tutores acreditados, asi como el nombramiento de tutores de apoyo en unidades docentes con tutor único
- Incluir trimestralmente en el programa formativo los cursos propuestos a los tutores, registrando como evidencia el correo con la propuesta.
- Registrar semestralmente los tutores asistentes a los mismos, asi como la evaluación del curso.
- Elaborar el itinerario-guía del 2016 y 2017 de la UDM Pediatría unificando actividades de médicos y enfermeras. Se elaborará la memoria de 2015 recogiendo las actividades docentes de ambos colectivos.

MÉTODO
- Se utilizará toda la información del Sistema de Gestión de Calidad (pej. informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua, revisada mensualmente a través de la Comisión de Docencia.
- Se establecerán como objetivos para el año 2017 las areas de mejora detectadas a través de las auditorias y los resultados de los indicadores del cuadro de mandos

INDICADORES
1. Existencia calendario de sesiones hospitalarias para 2017 (S/N)
a. Fecha prevista: Octubre 2016
b. Responsable: JA Domingo, MA Javierre
2. Sesiones hospitalarias realizadas en 2016 (N=6)
a. Fecha prevista: Marzo-Diciembre 2016
b. Responsable: JA Domingo, MA Javierre
3. Programa de auditorías internas aprobado (S/N)
a. Fecha prevista: Septiembre 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0052

1. TÍTULO

MANTENER LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 EN EL PROCESO DE DOCENCIA DE POSGRADO HOSPITALARIO

b. Responsable: V Solano, I Royo, AP Soriano
4. Número de auditorias internas realizadas (N=3)
a. Fecha prevista: Octubre-Noviembre 2016
b. Responsable: V Solano, ML Justa, M Lanzuela.
5. Registro correcto de actividades formativas realizadas por tutores en el F12_CD (S/N)
a. Fecha prevista: Diciembre 2016
b. Responsable: A Barcelona
6. Documentación única de la UDM Pediatría, integrando las actividades de médicos y enfermera (S/N)
a. Fecha prevista: Diciembre 2016
b. Responsable: ML Justa

DURACIÓN
Evaluacion objetivos SGC 2016: Diciembre 2016
Establecimiento objetivos SGC 2017: Enero 2017
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: mayo/junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1387

1. TÍTULO

REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA TRILLO MARTINEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO ESCRIBANO MERCEDES
BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL
GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA
SOLANO BERNAD VICTOR
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
NOYA CASTRO CARMEN
MONREAL HIJAR ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos el cronograma y varias reuniones para establecer las líneas y el diagrama de solicitud de certificados. Los impresos de solicitud e informe se han colgado y se pueden descargar de la intranet. Se han realizado las instrucciones que ya son aplicadas por la unidad, han sido aprobadas por Dirección y van a ser colgadas próximamente en la intranet. El formulario para realizar la solicitud online está realizado y se ha enviado a colgar en la web recientemente, aún no ha sido utilizado. Se dará publicidad enviando correos a personas clave e informando en el banner de la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En relación al calendario previsto no ha sido cumplido en su último trimestre por la situación de la unidad, con cambio de personal y nueva distribución de funciones.
El indicador número de reuniones se ha cumplido.
El indicador certificados realizados cumpliendo estándares se ha cumplido con un seguimiento de las instrucciones por parte del personal que los realiza muy comprometido.
Dentro del indicador solicitudes realizadas online, contabilizamos las solicitudes por correo electrónico ya que todavía no es posible realizar la solicitud propiamente online, ha tenido mucha aceptación y se ha llegado a cumplir el objetivo del 30% propuesto para el primer año, por lo que esperamos que se alcance la solicitud mayoritaria sin papel en el próximo año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos terminando la implantación del proyecto ya que todavía falta poder realizar la solicitud online y darle publicidad, la elaboración de las instrucciones ha servido para establecer el cauce y requisitos claros, dando transparencia y evitando discriminaciones.
Proyecto sostenible ya que marca el principio de actuación de la unidad para emitir certificados, siendo replicable en otros ámbitos en los que también se realizan como ej. personal.
El siguiente paso será incorporar la firma electrónica que dará un punto de inflexión siendo entonces cuando se descarte el papel al ser todo el procedimiento electrónico y mucho más eficiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1387 ========== ***

Nº de registro: 1387

Título
REALIZACION DE INSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

Autores:
TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA, MORENO ESCRIBANO MERCEDES, BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL, GUERRERO FERNANDEZ DE ALBA INMACULADA, SOLANO BERNAD VICTOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, SANCHEZ GARCIA DOLORES MERCEDES, NOYA CASTRO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1387

1. TÍTULO

REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procesos de selección y provisión de puestos de trabajo en la C.A. han multiplicado los requerimientos de certificados. Al no existir unas instrucciones previas, se han detectado problemas para tener evidencias que permitan realizar una valoración objetiva, por tanto, es necesario realizarlas, estableciendo un protocolo con criterios explícitos y objetivos que eviten discriminaciones y facilitando la labor al personal que debe realizarlos. La Resolución 11/4/18 de la D.G. de asistencia sanitaria del Dpto. de Sanidad del Gob. de Aragón regula las comisiones clínicas y grupos de trabajo en los centros sanitarios y aporta criterios que deberán incorporarse, además la tramitación electrónica según la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de procedimiento, debe constituir la actuación habitual de las AAPP,sirve mejor a los principios de eficacia y eficiencia, y refuerza las garantías de los interesados. La constancia de documentos y actuaciones en un archivo electrónico facilita el cumplimiento de las obligaciones de transparencia, y permite ofrecer información puntual, ágil y actualizada.Por ello se van a informatizar los modelos de solicitud de la UCA, dando así a los solicitantes mayor facilidad para su obtención.

RESULTADOS ESPERADOS
Realización de instrucciones consensuadas con la Dirección para su conocimiento por todo el personal para realizar certificados con seguridad, objetividad y transparencia.Facilitar al personal de la Unidad la confección de certificados, consiguiendo un mejor aprovechamiento del tiempo y una mayor calidad de la actividad.
Mejorar el cauce de solicitud con la eliminación progresiva del papel y el consiguiente ahorro que conlleva: espacio para almacenar documentación, en trabajos de administración, tiempo y dinero. Acercar a los solicitantes la Unidad facilitando los impresos, la descarga del documento, cumplimentación y envío que se podrá realizar durante las 24 h.Conseguir mayor eficacia en la realización de los certificados al tener toda la información digital.

MÉTODO
Reuniones periódicas del equipo para establecer las líneas y el diagrama de solicitud de certificados. Despliegue de los requisitos a solicitar para la justificación de la emisión de los certificados. Archivo de documentación en Base de datos. Creación de instrucciones disponibles en la web detallando el proceso de solicitud y las formas de contacto con la UCA. Incorporación a la web de los informes y solicitudes en formato Word y un acceso de solicitud electrónico. Reestructuración del contenido web del Sector II en el apartado de Calidad. Acuerdo con Dirección. Publicidad en intranet y correos a personas clave para su difusión.

INDICADORES
A partir de la realización será necesario su cumplimiento para todos los certificados. Se utilizarán como indicadores:Número de reuniones del grupo de trabajo en los 12 meses. Estándar: 6. Certificados realizados cumpliendo los requisitos necesarios / total de certificados. Grado de cumplimiento 100%.Solicitudes realizadas “on line” / total de solicitudes. El estándar a alcanzar sería obtener un porcentaje superior al papel con su desarrollo (60%), aunque al ser el primer año se establece un porcentaje del 30% como éxito de la implantación.Seguimiento diario con las recepciones de solicitudes (100%).Encuesta de satisfacción en último trimestre. Satisfacción global de los solicitantes >80%.

DURACIÓN
Junio 2018: inicio de las reuniones periódicas del grupo de trabajo
Julio-Septiembre 2018: realización de borrador de instrucciones y de los modelos normalizados y reestructuración contenido web.
Octubre 2018: evaluación del trabajo y consenso del equipo de trabajo.
Noviembre 2018: difusión de las instrucciones en Intranet y por correo, e implantación de las mismas así como de los catálogos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1387

1. TÍTULO

REALIZACION D EINSTRUCCIONES PARA CERTIFICADOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LA UCA E INFORMATIZACION DE MODELOS DE SOLICITUDES Y COMUNICACIONES DIRIGIDAS A LA UNIDAD

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0858

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DELSECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA GALVEZ ALVAREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FORMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONREAL HIJAR ANTONIO
ASCASO MARTORELL MARIA
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
BALFAGON ROMEO MARIA
BARCELONA TRIVEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Formación en la versión 2015 de la norma ISO 9001: En diciembre de 2016 participamos en el curso sobre la nueva versión de la norma la reponsable de calidad y una administrativo de la Unidad: Explicamos al equipo en qué va a consistir la adaptación a la nueva versión en Comisión de Formación continuada.

- Revisión de la documentación y adaptaciones pertinentes a la versión 2015 progresivamente, y hasta tenerlo preparado en 2018, como exige la norma, pero el contexto actual de creación de una nueva unidad que incluirá las áreas de Innovación, Calidad y Formación supone una reestructuración total que no soporta el mantenimiento de nuestro SGC .

- Preparación para la auditoría interna de 2017. Auditoría interna superada

- Preparación para la auditoría externa de 2017. Auditoría externa superada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Superada Auditoría Externa en 2017

Por indicación de la Gerencia del Sector II, se conforma una nueva unidad de Innovación, Calidad y Formación, en la que aún desconocemos si se va a poder mantener algo de la anterior estructura.
Por tanto, en 2018 consideramos que no tiene sentido mantener el SGC en una unidad que, o bien desaparece, o se modifica su estructura notablemente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La Unidad de Formación y Desarrollo Profesional ha obtenido la certificación ISO 9001:2008 durante los años 2015, 2016 y 2017, apreciando una franca mejora en la gestión de calidad de la Formación.
Sentimos enormemente no poder continuar con la misma en la ya antigua Unidad de Formación y Desarrollo Profesional del Sector Zaragoza II

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/858 ========== ***

Nº de registro: 0858

Título
CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DEL SECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

Autores:
GALVEZ ALVAREZ EVA, MONREAL HIJAR ANTONIO, ASCASO MARTORELL MARIA, ABRIL ZAERA MARIA PILAR, PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, BALFAGON ROMEO MARIA, BARCELONA TRIVEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: formación en diferentes estrategias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0858

1. TÍTULO

CONSOLIDACION DEL MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD ISO 9001 EN LA UNIDAD DE FORMACION DELSECTOR ZARAGOZA II Y ADAPTACION A LA VERSION 2015

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Formación y Desarrollo profesional del Sector Zaragoza II se halla certificada según la norma ISO 9001:2008 desde mayo de 2015.

La nueva versión ISO 9001:2015 se publicó el 23 de septiembre de 2015. Ahora es necesario comenzar con los trabajos de transición.

La nueva ISO 9001 2015 trae cambios muy importantes, aunque el más destacado es la incorporación de la gestión del riesgo o el enfoque basado en riesgos en los Sistemas de Gestión de la Calidad. Aunque es una técnica normalmente aplicada en las organizaciones hasta ahora no estaba alineada con el SGC.

La norma ISO 9001 versión 2015 ya puede ser implantada en una organización, aunque existe un periodo de transición de 3 años.

Es muy importante no dejar todo el trabajo para el final del citado periodo, pues puede ponerse en riesgo el certificado de calidad de la organización.

En septiembre de 2018 los certificados de ISO 9001:2008 ya no serán válidos

RESULTADOS ESPERADOS
? Adaptación del actual sistema de gestión de la calidad a la nueva versión ISO 9001:2015, fundamentalmente en los aspectos: 4. Contexto de la organización 6. Planificación y 9. Evaluación del desempeño

? Recertificación en 2017.

MÉTODO
Fase I: Formación en la versión 2015 de la norma ISO 9001
Fase II: Revisión de la documentación y adaptaciones pertinentes:
Acciones para abordar los riesgos y las oportunidades.
El objetivo que se persigue es asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad funciona de forma correcta y que se obtienen todos los resultados que se esperan, además se tiene que realizar una planificación de las acciones que harán frente a todos los riesgos y las oportunidades.
La gestión del riesgo planteada sustituye a la que se han conocido hasta ahora cómo acciones preventivas. La norma ISO 9001:2015 no establece la metodología que se debe utilizar para identificar, analizar y evaluar todos los riesgos ligados a procesos. Para reducir o eliminar todos los fallos que derivan de los riesgos se gestionarán de una manera proactiva.
Fase III: Preparación para la auditoría interna de 2017
Fase IV: Preparación para la auditoría externa de 2017

INDICADORES
Recertificación: Si/No

Indicadores CG 2016

DURACIÓN
Fase I: noviembre - diciembre de 2016
Fase II: diciembre de 2016 - febrero de 2017
Fase III: abril de 2017
Fase IV: mayo - junio de 2017

OBSERVACIONES
Certificación ISO 9001:2008 de la Unidad de Formación del Sector Zaragoza II desde mayo de 2015.
Superadas sendas auditorías internas: 2015 y 2016
Cumplimiento de Contratos de Gestión anuales (>95%)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... HECTOR SANMARTIN ALLUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRER CASTEJON ANA
GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS
GARCIA SERRANO CONCEPCION
BOSQUE MORENO ANA ISABEL
PLANA FERNANDEZ BLANCA
MARRON TUNDIDOR RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto de implantación de reevaluación protocolizada, de pacientes triados a la espera del inicio de la asistencia, en el SUH del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, se realizó a propuesta del Grupo de Mejora de Triaje del mismo.
Ésta implantación, se encontraba entre los objetivos iniciales del Grupo, tras su recuperación y puesta de nuevo en marcha, en el año 2015.
Para poder llevar a cabo la reevaluación, ya hemos comentado la necesidad de que esté dotada de personal. Así pues, se aprovechó la consolidación en el servicio como estructural, de una plantilla eventual, para asignar a ese puesto de enfermería la reevaluación, lo cual nos permitiría, por una parte, tener asegurado su desarrollo durante 24/7/365 y por otra evitar que esa nueva plantilla estructural, al carecer de funciones definidas y ser considerada sólo de apoyo, en periodos con menor carga asistencial, fuese movilizada para realizar otras funciones por el resto del hospital.
Una vez asegurada la dotación de personal, el siguiente paso fue definir a qué pacientes, cuándo, cómo y dónde se iba a reevaluar.
Nuestro SUH, está distribuido en cuatro áreas de asistencia principales, más otras cuatro de derivación a especialistas.
Las áreas principales con los niveles de triaje admitidos y sus porcentajes de derivación (en 2015) son:
- VITALES (VT): niveles I y II, de compromiso vital y asistencia inmediata
- BOXES GENERAL (BG): niveles II, III y IV de medicina interna y cirugía general
- BOXES TRAUMA (BT): niveles II, III, IV y V de patología traumática, neuroquirúrgica y cirugía plástica
- CONSULTA AMBULATORIA (CA): III, IV, y V de patología leve

n= 123139	~%	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV	NIVEL V
VT	3	12,76	84,13	2,91		
BG	39		34,74	57,58	7,17	0,49
BT	27		12,92	64,44	21,90	0,73
CA	20			48,74	47,04	3,92

Tras analizar la demora habitual de la asistencia de nuestros pacientes, se decidió reevaluar sólo a aquellos derivados a BG y a los que se asignase un nivel III de la CA, al considerar que la enfermera de triaje, ya había descartado la posibilidad de complicación durante la espera de los niveles IV y V derivados a esa área. Los pacientes derivados a VT son asistidos inmediatamente a la llegada y en los derivados a BT con complicaciones potenciales (fracturas desplazadas, luxaciones o quemaduras graves), no se evidenció demora en su asistencia.
Como los tiempos de reevaluación aconsejados por el SET son:
- Nivel I: Han de recibir cuidados de enfermería continuamente.
- Nivel II: Reevaluación cada 15 minutos.
- Nivel III: Reevaluación cada 30 minutos.
- Nivel IV: Reevaluación cada 60 minutos.
- Nivel V: Reevaluación cada 120 minutos.

Con nuestra huella digital y la demora en la asistencia de ese momento, siguiendo la recomendación del SET, habría supuesto realizar una primera reevaluación en las áreas seleccionadas a los siguientes porcentajes de pacientes derivados:

1ª REEVALUACIÓN	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
BG	45,90	52,40	33,45
CA	44,90		

Y a una segunda reevaluación a:

2ª REEVALUACIÓN	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
BG	18,18	30,48	13,97
CA	24,88		

Como se puede observar, haber seguido literalmente la recomendación de reevaluación del SET, habría supuesto una carga de trabajo para la enfermera de reevaluación imposible de asumir, que, por ejemplo, en el nivel III de BG, sumando la primera y segunda reevaluación, alcanzaría más del 80% de pacientes de esa área.
Por ello, se decidió comenzar la reevaluación, con una adaptación de la recomendación propuesta por el SET, con el compromiso de, una vez conseguido el objetivo simultáneo de adecuar nuestra huella digital al grado de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

urgencia real de los pacientes que nos visitan, intentar acercarnos a la recomendación original del SET.
Por último, se definió donde realizar la reevaluación, dependiendo esto de la movilidad de los pacientes; si podían desplazarse ellos, se reevaluaría en el cuarto box de triaje (con, generalmente, menor ocupación) y si estaban en camilla o silla, se haría a pie de camilla/silla en la propia sala de espera.
Todos los SUH de la red SALUD, trabajamos con un programa de historia clínica electrónica, denominado Puesto Clínico Hospitalario (PCH), cuyo mantenimiento se realiza por un departamento específico, dentro de Gestión de Proyectos Integrados, a través de la empresa EVERIS.
Debido a la cantidad de pacientes esperados a reevaluar, se solicitó una modificación del programa, consistente en una ayuda que cambiaría de color la grafía de los pacientes en el panel general, cuando hubiese llegado el tiempo subsidiario de realizar la reevaluación para cada nivel, consistente en:

- Cambiar el color de la fila del paciente a revaluar por enfermería a MAGENTA, que se activaría en aquellos pacientes en los que, una vez transcurrido el tiempo designado para cada nivel, no hubiese comenzado la asistencia ningún facultativo. Se aplicó para los niveles de gravedad II, III y IV.
- Cambiar el color de la fila del paciente a revaluar por segunda vez por enfermería y/o facultativo responsable a AZUL, que se activaría en aquellos pacientes en los que, una vez transcurrido el tiempo designado para cada nivel, no hubiese comenzado la asistencia ningún facultativo. Se aplicaría para los niveles de gravedad II, III y IV.
- Ejecutar el sobretriaje automático, consistente en subir automáticamente al nivel IV a los pacientes con nivel V que, transcurrido el tiempo designado, no hubiese comenzado la asistencia médica, cambiando además el color de la fila a AZUL.

También se incluyó una nueva pantalla para registrar la reevaluación de los pacientes, que incluía constantes vitales un acceso al web e-PAT y un cuadro de texto libre.
Por último, se creó dentro del módulo estadístico de PCH, un apartado de triaje/reevaluación para facilitar la explotación de los datos.
Los tiempos de reevaluación finalmente adoptados y los responsables de su realización fueron:
1ª REEVALUACIÓN (ENFERMERA DE REEVALUACIÓN Y CA): magenta
- Nivel II: Reevaluación a los 30 minutos de finalizado el triaje inicial (SÓLO EN EL ÁREA DE BOXES; EN EL AREA AMBULATORIA NO HAY II)
- Nivel III: Reevaluación a los 90 minutos de finalizado el triaje inicial
- Nivel IV: Reevaluación a los 150 minutos de finalizado el triaje inicial (SÓLO EN BG)
- Nivel V: Aviso de demora a los 210 minutos de finalizado el triaje inicial (no se realiza reevaluación sistemática)

Una vez registrada la reevaluación, los pacientes vuelven al color original que tienen en el panel general que es el negro.
2ª REEVALUACIÓN (ADJUNTO Y ENFERMERA RESPONSABLES DEL EQUIPO): azul
- Nivel II: Reevaluación a los 60 minutos de finalizado el triaje inicial
- Nivel III: Reevaluación a los 180 minutos de finalizado el triaje inicial.
- Niveles IV: Aviso de demora a los 210 minutos de finalizado el triaje inicial (no se realiza reevaluación de manera sistemática)

Los pacientes que cambian a color azul, permanecen con él, aunque se registre la reevaluación, como alerta de haber excedido todos los tiempos recomendados, debiendo entender todo el personal, que la atención a ese paciente debe priorizarse, por delante incluso de pacientes del nivel inmediatamente superior.
El proyecto se ha implementado en dos fases, la primera en Octubre de 2015, sin la ayuda informática en la que sólo se reevaluaban los niveles II de BG y la segunda en Mayo de 2016, ya con la adaptación de PCH, en la que se comenzaron a reevaluar el resto de pacientes propuestos.
Previa a la puesta en marcha, se realizó la difusión del proyecto, entre el personal de la unidad, dentro de las sesiones de formación continuada en triaje.
Asimismo, se incluyo el nuevo procedimiento en la actualización del “Manual de PCH para usuario enfermero”, que se facilita al personal de nueva incorporación al servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la fase de evaluación del proyecto, se incluían como pacientes reevaluados a aquellos en los que, a pesar de no estar registrada la reevaluación, se había iniciado la asistencia en un breve espacio de tiempo (10 minutos para los niveles II y 15 minutos para los niveles II) tras activarse la ayuda a la reevaluación. Ya que se observó que, en una cantidad considerable de pacientes, la alerta se activaba mientras estaba esperando el inicio de la asistencia médica, una vez el paciente ya había sido llamado al box. Considerándose qué en estos pacientes al llamarse al box, ya se había reevaluado su estado físico, a pesar de no haberse registrado la reevaluación, por no ser subsidiarios todavía de realizarse.
Posteriormente se decidió suprimir la excepción realizada en el criterio de reevaluación de los niveles III, disminuyendo consiguientemente el estándar al 50 %, por considerarse más adecuado, para una primera fase de implantación de un proyecto y que carecía de interés realizar esta excepción para este tipo de episodios.
La evaluación se realizó mediante el estudio de la huella digital proporcionada por la propia aplicación y no se pudo iniciar hasta no estar implementada la estadística de reevaluación, en el módulo de gestión de datos de PCH. Por lo tanto, ésta comienza en Junio de 2016, continuando en la actualidad.
La reevaluación de los pacientes de nivel II en Boxes de HG ha alcanzado unos buenos niveles, superando en la mitad de los meses evaluados el estándar marcado, si bien hay que decir que en su mayor parte es debido a la excepción fijada en el propio indicador.
No obstante, y aun a pesar de este hecho, consideramos como positivos los niveles alcanzados, siendo deseable, eso si, invertir la dinámica y aumentar las reevaluaciones efectivamente realizadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

Es en la reevaluaciónde de los niveles III de boxes en la parte del proyecto donde más satisfechos podemos encontrarnos, porque a pesar de no cumplir en todos los meses con el estándar propuesto en el indicador, cuando esto no se produce es por un pequeño porcentaje de pacientes, superando siempre la realización de la reevaluación el 40% de los episodios en los que era necesaria.
Podemos afirmar que en esta área el proyecto de implantación de la reevaluación en la consulta ambulatoria, ha fracasado totalmente. La reevaluación de los pacientes de nivel III, apenas se realiza, hasta llegar a ser prácticamente anecdótica su cumplimentación.
Hay que hacer constar las especiales características con las que cuenta la consulta ambulatoria, qué, sin lugar a duda, han influido en este fracaso.
En primer lugar, la reevaluación de pacientes, tal como se planteo en el proyecto, debe de ser realizada por enfermeras que realizan triaje de manera habitual, y por lo tanto con experiencia en el servicio. Ocurre que, al tratarse la consulta ambulatoria de un área asistencial de previsible menor complejidad, en no pocas ocasiones, se destina a ese puesto a enfermeras con menor experiencia en urgencias y que, por lo tanto, no realizan triaje, así que tampoco reevalúan a los pacientes y quedan sin ser reevaluados.
Por otra parte en la consulta ambulatoria, consideramos que existe un claro problema de sobretriaje de pacientes, motivado por muchas causas, entre las que se están, que se trata de un área en la que comparten su actividad asistencial facultativos de atención primaria (en un “punto de atención continuada”) y facultativos del propio servicio de urgencias y no existe una clara directriz de que tipo de pacientes debe de atender cada uno (o en la mayoría de los casos no se cumple), lo que influye negativamente en la enfermera de triaje, que con buena voluntad para no colapsar al facultativo de atención primaria, pero de manera claramente errónea, acaba sobretriando a un alto número de pacientes, que serán subsidiarios finalmente de ser reevaluados cuando por su estado clínico no lo precisarían.
Por otra parte, se produce un efecto rebote, motivado por el obvio bajo ritmo de asistencia a pacientes de ciertos facultativos destinados a esa área, que eleva la necesidad de reevaluación y hacen que la enfermera se niegue a tener que reevaluar a un paciente, por el claro hecho de que el facultativo, que indiscutiblemente pudo iniciar la asistencia, antes de ser necesaria la reevaluación, no lo ha realizado.
Esta posición de la enfermera, aunque no sea defendible, pues su obligación es cumplir con el protocolo de la unidad, independientemente del resto del personal y además su realización, es una medida de seguridad para su propio trabajo, es en cierto modo entendible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El número de pacientes susceptibles de ser reevaluados depende, tanto de los picos de demanda asistencial de éstos, como del nivel asignado, puesto que cuanto mayor es el nivel de triaje, antes es necesario ser reevaluado.
Por lo tanto, en los servicios en la que la huella digital muestra un sobretriaje (como es nuestro caso), aun cuando existe personal asignado a la reevaluación, resulta insuficiente para cumplir con los estándares calidad establecidos por los ST estandarizados, por su elevada exigencia, al estar desarrollados, de nuestro punto de vista, para una realidad diferente, a la del día a día de estos SUH con sobretriaje.
Consideramos muy importante a la hora de implementar una nueva actividad en la cartera de servicios de cualquier unidad, plantear objetivos los cuales sea posible lograr dentro de la actividad normal del servicio, de poco sirve marcarse altas metas, si antes de finalizar el diseño del proyecto de mejora, sabemos con certeza que no será posible alcanzarlas.
Así pues, siendo nuestro servicio, uno de estos SUH antes mencionados con un marcado sobretriaje, para el cual ya se habían diseñado medidas destinadas a disminuirlo (recuperación de comisión triaje, programa de formación continuada, establecimiento y cumplimiento de los requisitos previos de la enfermera de triaje,….) y a la espera de reducir el mismo, se optó por adaptar los tiempos de reevaluación para definir objetivos asumibles, teniendo siempre presente que en un futuro, habría que ir aproximándolos a los exigidos por el SET, que es el ST implantado en la red SALUD.
Creemos necesario mejorar la estrategia de comunicación de resultados, hacia el conjunto del equipo asistencial respecto a la reevaluación, en especial hacia las enfermeras, para concienciar de la importancia de registrar la reevaluación una vez realizada y lograr invertir los valores apreciados en reevaluación registrada y “no registrada” (aquellos con inicio de asistencia próximo a la activación de la alerta de reevaluación).
En el área de CA, parece claro que existe un déficit en la reevaluación y se deben evaluar las causas por lo que está ocurriendo.
Pensamos que hay destacar dos aspectos que nos parecen muy importantes de cara a mejorar la dinámica de nuestro SUH, y no sólo en cuanto a la reevaluación.
El primero es que, cuanto mayor fue la huella digital en el nivel II, porcentualmente menos se reevaluó, a pesar de haber aumentado la necesidad. Con lo cual, nuestros pacientes estuvieron menos seguros, en contraposición con el objetivo que debería pretender, la enfermera de triaje, al asignar un nivel alto del ST. Ello debe hacernos reforzar la formación continua en triaje y probablemente la estrategia para llevarla a cabo, para intentar disminuir el elevado sobretriaje que presenta el servicio.
El segundo es la consolidación en nuestro SUH, de la función de la enfermera reevaluadora, lo que apreciamos en los niveles III en BG, en los que a pesar de haber cuadruplicado la necesidad de reevaluación, el registro de la misma se ha elevado al mismo ritmo, a pesar de en no pocas ocasiones haber destinado, por parte de la gestión del centro, a esa enfermera de reevaluación a atender, además o en exclusiva, la saturación presente en el SU, sobre todo en los últimos meses del año.
Por ello y aun a pesar de que queda mucho camino por recorrer y no pocas mejoras que realizar en nuestro SUH (y no sólo en cuanto a la reevaluación), pensamos que podemos mostrarnos parcialmente satisfechos con la implantación de este nuevo (aunque para nada novedoso) procedimiento en nuestro SUH, que mejora y esperemos lo haga aun más en un futuro, la seguridad de los pacientes que diariamente requieren de nuestros cuidados.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/255 ========== ***

Nº de registro: 0255

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

Autores:
SANMARTIN ALLUE HECTOR, HERRER CASTEJON ANA, GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS, BOSQUE MORENO ANA, GARCIA SERRANO MARIA CONCEPCION, PLANA FERNÁNDEZ BLANCA, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, PES LAGUNA MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología (exceptuando la pediátrica y obstétrico-ginecológica, traumatología)
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Atención a tiempo

PROBLEMA
La saturación de los servicios de urgencias, conlleva en muchas ocasiones, que los tiempos recomendados para el inicio de la asistencia de los pacientes, no puedan cumplirse. En estas situaciones, para poder garantizar su seguridad y que las necesidades básicas de los pacientes se vean cubiertas, es precisa la implantación de un sistema de reevaluación protocolizado.
En nuestro servicio desde la implantación del Sistema Español de Triaje (S.E.T.) en el año 2004, a pesar de la recomendación que hace el propio sistema, ésta reevaluación no se había implementado, cuando se hacía era de manera no formal y en la mayoría de los casos para satisfacer la queja de algún paciente, que no necesariamente era el que mayor riesgo entrañaba.
Para poder implementar este sistema de reevaluación, eran necesarios unos recursos tanto humanos como materiales, que tras la consolidación de plantilla de enfermería en el servicio, que se produjo en el año 2015, creímos suficientes para comenzar con su desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS
La implantación del proceso de reevaluación de los pacientes ya triados pretende mejorar el control del riesgo de los pacientes a la espera del inicio de la asistencia, aumentado así su seguridad dentro esta fase de la asistencia en urgencias.
Esperamos reducir, en consecuencia, la presencia de incidentes y de efectos adversos en relación a este periodo asistencial, así como de las reclamaciones de pacientes ligadas a la demora en urgencias

MÉTODO
Para poder desarrollar el procedimiento de reevaluación de manera eficiente, consideramos necesario actuar en varios aspectos:
- Creación de los circuitos de reevaluación por áreas de asistencia, cuya responsable es la Dra. Ana Herrer.
- Implementación en el programa de historia clínica electrónica PCH de unas alertas, que reflejen que pacientes son subsidiarios de ser reevaluados una vez pase el tiempo recomendado sin haberse iniciado la asistencia. Ésta modificación se solicitó a Soporte PCH y el responsable de su desarrollo es el Dr., Rafael Marrón.
- Formación al personal de la unidad en el procedimiento de reevaluación.
- Evaluación de la implantación del procedimiento. El responsable de estas dos últimas áreas será Héctor Sanmartín

INDICADORES
Mediante la revisión de los registros de PCH obtendremos los indicadores propuestos:
Reevaluación de pacientes de nivel II en el área de Boxes HG. Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >30 ´/Total de pacientes con inicio de asistencia > 30´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia = 40´, aunque no esté registrada la reevaluación) considerando un estándar del 80%
Reevaluación de pacientes de nivel III en el área de Boxes HG.
Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >90 ´/Total de pacientes con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0255

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REEVALUACION DE PACIENTES TRIADOS A LA ESPERA DEL INICIO DE ASISTENCIA EN URGENCIAS

inicio de asistencia > 90´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia = 105´, aunque no esté registrada la reevaluación) considerando un estandar del 80%
Reevaluación de pacientes de nivel III en el área de Consulta Ambulatoria
Valoración de la 1ª reevaluación realizada en pacientes con inicio de asistencia >90 ´/Total de pacientes con inicio de asistencia > 90´ (Se incluirán los pacientes con inicio de asistencia =105´, aunque no esté registrada la reevaluación), considerando un estandar del 80%

DURACIÓN
ENERO 2016
Análisis de la situación actual
FEBRERO 2016
Diseño del procedimiento de reevaluación
Presentación a la Comisión de Calidad del servicio
MARZO-MAYO 2016
Solicitud a Soporte PCH de los cambios informáticos necesarios para implantar el procedimiento de reevaluación en PCH e implantación
ABRIL-JUNIO 2016
Comunicación al personal de la unidad de la implantación de la primera fase del proyecto e inicio de la misma sin soporte informático y formación del mismo
JUNIO 2016
Implantación de segunda fase de reevaluación de pacientes
SEPTIEMBRE 2016
Evaluación y seguimiento de la implantación del proyecto
Propuesta de mejoras y/o cambios en el proyecto
OCTUBRE 2016
Comunicación de las mejoras propuestas al personal
DICIEMBRE 2016
Evaluación de las mejoras propuestas y valoración de los resultados obtenidos hasta la fecha

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0303

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MEILING DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIETE BLANCO MARIA PILAR
ALCALDE LOPEZ SILVIA
FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA
NAVARRO PARDO IRENE
SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la integración de PCH-Farmatools, que incorpora de manera automática la introducción del valor de creatinina sérica, calculando mediante la fórmula de Crockcroft-Gault el aclaramiento renal.
Farmatools dispone de herramientas que avisan cuando se prescriben fármacos que requieren ajuste posológico por insuficiencia renal.
Se ha programado la realización de una sesión formativa a todo el persona de Urgencias que utiliza Farmatools sobre la importancia valoración de aclaramiento renal.
Por último, la inclusión de las recomendaciones de ajuste posológico en los medicamentos más relevantes y/o frecuentes en Farmatools se encuentra en proceso, realizándose por consenso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes en los que se ha cumplimentado el aclaramiento renal. (Nº de pacientes con valoración/Nº de pacientes revisados) x 100: Objetivo: >50%: 100% de los pacientes, se realiza de forma automática desde 21 de Noviembre de 2017 (integración PCH-Farmatools)

INDICADOR 2: Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado cuyo ajuste posológico del tratamiento fue correcto. Nº de pacientes con valoración efectuada y ajuste del tratamiento correcto/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: >50%: Dado que no han transcurrido los 6 meses desde la implantación de la mejora, se aplaza el cálculo de este indicador.

INDICADOR 3: Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado en tratamiento con fármacos nefrotóxicos con
alternativa terapéutica. Nº de pacientes con fármacos nefrotóxicos/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: <20%: Dado que no han transcurrido los 6 meses desde la implantación de la mejora, se aplaza el cálculo de este indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido a la integración de PCH con Farmatools, se modificó el proyecto, dado que era preferible que la información de alcaramiento renal apareciera en la misma ventana que el tratamiento (Farmatools).
Debido a esta integración se han producico retrasos en la ejecución del proyecto, pero el impacto se estimó que sería superior que realizando las modificaciones en PCH.
El consenso de los ajustes posológicos por insuficiencia renal y su posterior introducción en el programa Farmatools, está requiriendo más tiempo del esperado y por tanto aún no se puede calcular el impacto real del proyecto, si bien, a medida que la alerta de aclaramiento de creatinia aparece en Farmatools, se observan intervenciones farmacéuticas de este tipo en los registros de farmatools.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto se encuentra en estado avanzado, pero aún quedan acciones por finalizar y calcular impacto.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/303 ========== ***

Nº de registro: 0303

Título
IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

Autores:
DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING, OLIETE BLANCO MARIA PILAR, ALCALDE LOPEZ SILVIA, FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA, NAVARRO PARDO IRENE, GRACIA MATILLA ROSA, SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0303

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad del paciente es un objetivo fundamental en el entorno sanitario. El riesgo de cometer errores en los servicios de Urgencias aumenta todavía más debido a las características del trabajo en estas unidades. Los eventos adversos que más frecuentemente se producen en estos servicios son aquellos derivados de la medicación, siendo una de las principales causas de daño prevenible. Es preciso desarrollar herramientas de trabajo que permitan a los médicos, independientemente de su experiencia, actuar de manera segura.

Valorar la función renal es crucial en pacientes atendidos en Urgencias, dado que por su situación aguda o crónica reagudizada, pueden presentar insuficiencia renal, que condiciona un cambio en el enfoque diagnóstico así como terapéutico.

La creatinina en sangre suele utilizarse para verificar el estado de la función renal, pero se ha puesto de relieve que no es buen indicador del grado de insuficiencia renal, particularmente en el anciano. No estima con fiabilidad la función renal, sobretodo en pacientes de edad avanzada o en los estadios iniciales de la insuficiencia renal. Por ello, para valorar la función renal se aconseja medir o estimar el aclaramiento de creatinina.

El aclaramiento de creatinina (Ccr) se utiliza básicamente para ajustar a dosis de fármacos que se excretan por vía renal, y debe de calcularse en orina de 24 horas. Sin embargo, al no disponer de este dato en Urgencias, se aplican una serie de ecuaciones que estiman la tasa de de filtrado glomerular. De ellas, una de las más utilizadas y validadas es la de Cockcroft-Gault: Ccr (ml/min)= (140 - años de edad) x kg de peso/Creatinina plasmática x 72. En mujeres, se multiplica este cociente por 0.85. Valor normal 85-120 ml/min.
La implementación de dicha fórmula auto calculada en la Historia Clínica Electrónica de Urgencias (PCH-Urgencias) ayudaría a estimar el filtrado glomerular con mayor precisión de forma rápida, sencilla y objetiva, lo que condicionaría la selección de tratamientos para evitar la nefrotoxicidad, así como ajustar con mayor precisión la dosis diaria de fármacos (mediante reducción de dosis por toma, aumento del intervalo de administración o ambos procedimientos).
Por ello proponemos incorporar a la Historia Clínica Electrónica de Urgencias, el cálculo del aclaramiento de creatinina, estimado por la fórmula de Cockcroft-Gault, para ayudar a los profesionales de Urgencias en su práctica clínica habitual.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con elevación de creatinina sérica, sobretodo en ancianos, al estimar el aclaramiento de creatinina.
- Evitar complicaciones derivadas de los fármacos, al ajustar dichos tratamientos, así como evitar fármacos nefrotóxicos.
- Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la prevención y minimización de los efectos adversos.

MÉTODO
- Implantación en la Historia Clínica Electrónica de Urgencias (PCH-Urgencias) de la fórmula de Cockcroft-Gault para facilitar a los profesionales la estimación del filtrado glomerular de los pacientes atendidos en Urgencias y así poder evitar efectos adversos derivados de los fármacos.
- Sesión formativa a los facultativos de Urgencias y residentes sobre importancia de valoración de aclaramiento renal.
- Incluir recomendaciones de ajuste posológico en los medicamentos más relevantes y/o frecuentes.
- Revisión de efectividad de la medida implantada y difusión resultados.

INDICADORES
- Se revisarán historias clínicas de pacientes ingresados en Urgencias que en el diagnóstico tengan un código de insuficiencia renal, para valorar la efectividad de la actuación durante un período de 6 meses.
- Porcentaje de pacientes en los que se ha cumplimentado el aclaramiento renal. (Nº de pacientes con valoración/Nº de pacientes revisados) x 100. Objetivo: >50%
- Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado cuyo ajuste posológico del tratamiento fue correcto. Nº de pacientes con valoración efectuada y ajuste del tratamiento correcto/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: >50%
- Porcentaje de pacientes con valor de aclaramiento renal cumplimentado en tratamiento con fármacos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0303

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CALCULO DEL ACLARAMIENTO DE CREATININA EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN URGENCIAS PARA LA PREVENCION DE EFECTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FARMACOS

nefrotóxicos con alternativa terapéutica. Nº de pacientes con fármacos nefrotóxicos/ Nº de pacientes atendidos con valoración efectuada) x 100. Objetivo: <20%

DURACIÓN
Octubre – Diciembre de 2016: Planteamiento teórico del proyecto.
Enero- Marzo de 2017: Implantación en el PCH de fórmula de Cockcroft-Gault.
Abril – Septiembre de 2017: Valoración de la efectividad de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0362

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA ESTABEN BOLDOVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LITAGO CORTES ANA ISABEL
MORENO DIAZ JAVIER
OLIETE BLANCO MARIA PILAR
CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA
LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL
PARRILLA HERRANZ PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
COMO ACTIVIDAD PRINCIPAL DE ESTE PROYECTO SE INCLUYE EL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ECOGRÁFICA QUE SE REALIZA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, PARA ELLO, SE AÑADIRÁ EN EL PCH (PROGRAMA INFORMÁTICO DEL SERVICIO) UNA NUEVA PANTALLA DONDE REGISTRAREMOS LOS DATOS OBTENIDOS.
(DATOS RECOGIDOS HASTA EL MOMENTO EN PAPEL).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
QUEDA PENDIENTE LA INCLUSIÓN DE DICHA PANTALLA EN PCH (YA COMENTADO CON LA PERSONA RESPONSABLE DE REALIZAR LA MODIFICACIÓN EN EL PROGRAMA).
EN EL MOMENTO DE LA INCLUSIÓN EN PCH DE LA PANTALLA, SE AÑADIRÁN A LOS NUEVOS DATOS LOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
AL PRECISAR MODIFICACIONES INFORMÁTICAS EN EL PROGRAMA QUE ESTAN FUERA DE NUESTRO ALCANCE, NO HA SIDO POSIBLE FINALIZARLO EN EL PLAZO PREVISTO, A PESAR DEL REGISTRO MANUAL DE LOS MISMOS.

7. OBSERVACIONES.
A SER POSIBLE, AGRADECERÍA QUE MANDARAN EL CERFIFICADO ANTES DEL 25 DE FEBRERO. GRACIAS. UN SALUDO.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/362 ========== ***

Nº de registro: 0362

Título
PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS

Autores:
ESTABEN BOLDOVA MARIA VICTORIA, LITAGO CORTES ANA ISABEL, MORENO DIAZ JAVIER, OLIETE BLANCO MARIA PILAR, CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA, LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL, PARRILLA HERRANZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA URGENTE
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS COMO HERRAMIENTA CLÍNICA ES UNA PRÁCTICA YA ESTABLECIDA EN ESTADOS UNIDOS Y CADA VEZ EN MÁS PAÍSES EUROPEOS.TIENE UNA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA MUY ELEVADA AL TRATARSE DE UNA TÉCNICA BARATA, REPRODUCIBLE Y REALIZADA EN LA CABECERA DEL PACIENTE. REALIZADA POR EL MÉDICO DE URGENCIAS SE TRATA DE UN TÉCNICA COMPLEMENTARIA AL PROCESO DIAGNÓSTICO «ESTÁNDAR» Y NO SE UTILIZA CON UNA INTENCIÓN DIAGNÓSTICA PRECISA, SINO COMO APROXIMACIÓN, AL IGUAL QUE LA PALPACIÓN O LA AUSCULTACIÓN.
SE USA EN SITUACIONES DEFINIDAS DONDE LA RENTABILIDAD ES MAYOR, Y SE ASOCIA A UN CLARO BENEFICIO (MENOR TIEMPO HASTA RECIBIR EL TRATAMIENTO, DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD, ETC.).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0362

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL USO DE LA ECOGRAFIA Y REGISTRO INFORMATICO EN URGENCIAS

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS Y DESDE LA DISPONIBILIDAD DE UN ECÓGRAFO PORTÁTIL EN URGENCIAS, EL USO DEL MISMO HA SIDO PROGRESIVO COMO AYUDA AL DIAGNÓSTICO O PARA LA UTILIZACIÓN DE DIFERENTES TÉCNICAS URGENTES. DICHA UTILIZACIÓN NO TIENE UN FORMA DE REGISTRO EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO PUESTO CLÍNICO HOSPITALARIO (PCH) EMPLEADO EN URGENCIAS. CREEMOS QUE ES IMPORTANTE EL REGISTRO DE LA UTILIZACIÓN DE DICHA TÉCNICA PARA PODER ANALIZAR SU EMPLEO PROGRESIVO, Y PARA QUE QUEDE REFLEJADO EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DEL PACIENTE.

RESULTADOS ESPERADOS
PRETENDEMOS AÑADIR LA OPCIÓN DE PODER REGISTRAR EN LA HISTORIA INFORMÁTIZADA DE URGENCIAS DEL PACIENTE LA UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA, INDICANDO LA MODALIDAD, EL OBJETIVO Y LO OBSERVADO CON LA MISMA. EL OBJETIVO ES DOBLE: EL REGISTRO DE DICHA TÉCNICA EN LA HISTORIA Y PODER ANALIZAR SU UTILIZACIÓN EN NUESTRO SERVICIO.

MÉTODO
AÑADIREMOS LA OPCIÓN EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO DE URGENCIAS, CON UNA NUEVA PANTALLA DONDE REGISTRAREMOS QUÉ TIPO DE EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA REALIZAMOS, SOSPECHA DIAGNÓSTICA DEL PACIENTE, SONDA UTILIZADA, Y RESULTADO OBTENIDO.

INDICADORES
UNA VEZ INCORPORADA LA OPCIÓN DE REGISTRO EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO, REALIZAREMOS UNA SESIÓN INFORMATIVA EN EL SERVICIO PARA EXPLICARLA E INSISTIR EN LA IMPORTANCIA DE SU REGISTRO, Y SUS VENTAJAS. A SU VEZ SE IMPARTIRÁN SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS. POSTERIORMENTE Y DESPUÉS DE UN TIEMPO ANALIZAREMOS EL REGISTRO EFECTUADO.
LOS INDICADORES UTILIZADOS SERÁN:
-NÚMERO DE PACIENTE EN LOS QUE SE HA UTILIZADO LA ECOGRAFÍA
-PORCENTAJE DE PACIENTES EN LOS QUE LA ECOGRAFÍA HA AYUDADO EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO DEL PACIENTE.

DURACIÓN
-DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2016 REALIZAREMOS LA FICHA DE REGISTRO PARA INCORPORARLA EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO DE URGENCIAS
-A PRIMEROS DEL AÑO 2017 REALIZAREMOS UNA SESIÓN INFORMATIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
-EN OCTUBRE DE 2017 ANALIZAREMOS LOS REGISTROS OBTENIDOS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0368

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA FERNANDEZ LETAMENDI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO FORMENTO ENRIQUE
ENVID LAZARO BLANCA
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA
ALCALDE LOPEZ SILVIA
LOPEZ LOPEZ FERNANDO
LITAGO CORTES ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el ultimo registro en 2016 se han registrado 85 pacientes en que se ha aplicado la ventilación mecánica no invasiva. En estos la edad media fue de 79 años (desviación típica 11, 4) con un mínimo de 41,5 años y un máximo de 99,7 años. De todos ellos un 50,6% fueron varones y 49,4% mujeres. El tiempo de estancia medio fue de 14,3 horas y el tiempo con VMNI administrada fue de 13,4 horas. El motivo de consulta más frecuente fue la disnea en paciente con enfermedad pulmonar previa (49,4%).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El patrón del paciente en un 23,5% era obstructivo, en un 17,6% cardiaco, en un 14,1% mixto y en un 9,4% restrictivo. En un 45,9% de los casos eran insuficiencias respiratorias hipercápnicas, y en un 20% hipoxémicas.
De todos ellos un 83,5% fueron ingresados, un 10,6% trasladados a otro hospital, un 4,7% fallecieron y 1,2% (un paciente) dado de alta.
Sobre el servicio de destino un 35,3% fueron a Medicina interna, un 32,9% a neumologia, un 9,4% a cardiología y menos frecuente con 1,2% a oncología, digestivo o hematologia.
El tipo de ventilador el más frecuente fue la Carina con un 67,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos incorporado recientemente un aparato de ventilación nuevo, que esperamos reduzca el tiempo de administración al tener más opciones que los previos.
Se han realizado varias sesiones en el servicio sobre el procedimiento y sobre el correcto uso del nuevo ventilador.
Destaca que hay un mayor registro que años anteriores habiendo en el último año casi tantos casos como los dos años anteriores: 98 pacientes.

7. OBSERVACIONES.
- Seguir insistiendo en la formación en este campo dentro del servicio y de la importancia del registro para valorar muestra propia actitud.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/368 ========== ***

Nº de registro: 0368

Título
MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
FERNANDEZ LETAMENDI MARIA TERESA, ALONSO FORMENTO ENRIQUE, ESTABEN BOLDOVA MARIA VICTORIA, ALCALDE LOPEZ SILVIA, LITAGO CORTES ANA ISABEL, OMISTE MARTINEZ JOSE LUIS, LOPEZ LOPEZ FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0368

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Otro Enfoque.....: Procedimiento basado en la evidencia

PROBLEMA
La utilizacion de la ventilación mecánica no invasiva en los servicios de urgencias ha ido aumentando en los últimos años, aplicándose a múltiples patologías que cursan con hipoxemia, hipercapnia, importante trabajo respiratorio o como ayuda a diferentes técnicas que requieren sedación profunda. En nuestro hospital desde junio del 2014 se tiene la opción de registrar los pacientes en los que se utiliza la ventilación mecánica no invasiva en el servicio de urgencias, dentro del programa informático Puesto Clínico Hospitalario (PCH). Se ha analizado dicho registro de los últimos dos años, encontrando sólo 98 pacientes, cuando el número de pacientes en que se ha aplicado la ventilación mecánica no invasiva es muy superior. Creemos que entre las razones del mal cumplimiento de dicha técnica es el poco tiempo disponible en urgencias por la alta demanda asistencial, y por ser la hoja de registro demasiado amplia y compleja. Pretendemos conciencia de la importancia de dicho registro y simplificar el modo de registro de dicha técnica, lo que nos permitirá analizar este grupo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Mediante la concienciación del personal del servicio de la importancia de este correcto registro, y la simplificacion de la forma de registro. Pretendemos realizar alguna sesión informativa en el servicio en la que insistiremos de la importancia de la correcta recogida de los datos, expondremos los datos recogidos previamente, y la nueva forma de registro más sencilla y más rápida. Esperamos aumentar el porcentaje de pacientes registrados en los que se ha aplicado ventilación mecánica no invasiva en urgencias.

MÉTODO
Primero realizaremos una simplificación de la hoja de registro de la ventilación mecánica no invasiva, así como la incorporación de ordenes de tratamiento específicas y predeterminadas para estos pacientes. Posteriormente realizaremos una sesión en el servicio para exponer los datos de estos dos últimos años, informando de las modificaciones realizadas.
En un año realizaremos de nuevo el análisis de los paciente registrados con esta técnica, esperando haber aumentado el número de registros

INDICADORES
- El porcentaje de pacientes registrados en los que se ha aplicado esta técnica, analizando los pacientes en los que tienen indicado VMNI en la hoja de tratamiento.
-El grado de correcta cumplimentacion de la hoja de registro, analizando el porcentaje de registros con una indicación detallada, el aparato de ventilación mecánica no invasiva y el modo de ventilación mecánica empleado.

DURACIÓN
De octubre a diciembre de 2016 elaboraremos la hoja de registro simplificada.
A primeros del año 2017 se realizará la sesión informativa en el servicio de urgencias.
En octubre de 2017 se analizarán los datos obtenidos con los indicadores de calidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0436

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR CUADRA GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING
GROS BAÑERES BELEN
USIETO LOPEZ LAURA
CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se encuentra en fase de implementación por parte del personal encargado del sistema informático "PCH" (Puesto Clínico Hospitalario), programa utilizado en los servicios de Urgencias de Aragón para la historia clínica electrónica.
El primer paso del proyecto de mejora es incluir en dicho programa la escala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) para la identificación de pacientes con pancreatitis aguda grave de forma precoz. Según se nos ha informado, no se ha podido realizar la inclusión de la escala en el programa informático debido a saturación de trabajo, pero pronto, en una de la próximas actualizaciones del programa PCH, se espera poder incluir la escala. Ello nos permitirá utilizarla y valorar su utilización por los profesionales sanitarios del servicio, así como valorar de forma objetiva la mejora o no en la atención del enfermo con pancreatitis aguda grave.
Durante los primeros meses del proyecto se impartieron charlas en el servicio sobre pancreatitis aguda grave, su detección precoz y el manejo en la atención urgente, así como información sobre la puesta en marcha de este proyecto de mejora, con el objetivo de incluir en PCH la escala SOFA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados se ven limitados en su valoración objetiva por el hecho de no disponer de la escala SOFA en la historia clínica electrónica, que nos permitiría valorar de forma objetiva, mediante la revisión de historias clínicas electrónicas, dichos resultados.
Por objetivos:
- "Identificar en el Servicio de Urgencias de forma objetiva aquellos pacientes con pancreatitis aguda que presentan disfunción orgánica medida mediante la escala SOFA": no podemos valorar de forma objetiva este ítem, ya que no disponemos de la escala SOFA informatizada.
Se han impartido charlas formativas en el servicio sobre la pancreatitis aguda grave y la importancia de la detección precoz mediante la escala SOFA, lo que pensamos (subjetivamente) que ha contribuido positivamente en el resto de objetivos:
- "Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con pancreatitis aguda".
- "Mejorar la calidad en la atención recibida por el paciente en el ámbito de las Urgencias previniendo una mala evolución".
- "Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios", tanto dentro del servicio como con el resto (fundamentalmente Digestivo, UCI, Radiología y Laboratorio).
- "Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la identificación de pancreatitis aguda grave".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de no haber logrado la herramienta fundamental para el proyecto, que es la informatización de la escala SOFA en PCH, se han realizado actividades formativas en el servicio mediante charlas sobre esta patología, la pancreatitis aguda grave, la importancia de la detección precoz de estos enfermos mediante la escala SOFA y su facilidad de aplicación y actualización en el manejo urgente de dichos pacientes. Todo esto nos permitirá obtener unos mejores resultados cuando se informatice la escala, ya que de manera teórica (no medida en papel ni en soporte informático), ya se empieza a utilizar esta escala al diagnosticar a un enfermo de pancreatitis aguda.
Queda pendiente, en cuanto esté la escala SOFA en el PCH, cumplir con el apartado de "Indicadores, evaluación y seguimiento:
- Evaluación de la utilización de la escala SOFA en la pancreatitis aguda mediante una revisión de historias clínicas en la historia clínica electrónica.
- Porcentaje de pacientes con vigilancia y tratamiento intensivo diagnosticados de pancreatitis aguda según la valoración de gravedad desde el área de Urgencias (Nº de pacientes con PA y valoración efectuada / Nº de pacientes con PA atendidos) x 100.
Objetivo:>50%."
Pensamos que el proyecto sigue siendo sostenible, económicamente viable y de gran importancia en nuestra actividad asistencial, ya que se trata de una patología frecuente y potencialmente muy grave. El hecho de que no se haya podido cumplir con el calendario previsto se debe a causas ajenas a los componentes del equipo, y todo apunta a que se va a solucionar próximamente, con lo que esperamos obtener los resultados esperados.

7. OBSERVACIONES.
Solicitamos la continuidad del proyecto, ya que es importante desde el punto de vista clínico, y factible, desde el punto de vista económico y de recursos humanos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0436

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Necesitaremos, una vez realizada la implantación en la historia clínica electrónica de la escala SOFA y la difusión de la misma a los profesionales sanitarios del servicio, un periodo de 3 meses para su utilización.
Y un segundo periodo de 6 meses para valorar la efectividad de la intervención, mediante la revisión de historias clínicas electrónicas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/436 ========== ***

Nº de registro: 0436

Título
IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
CUADRA GIMENEZ PILAR, DIAZ DE TUESTA CHOW-QUAN ANA MEILING, GROS BAÑERES BELEN, USIETO LOPEZ LAURA, CABISTANY ESQUE ANA CRISTINA, PUEYO MORER MARIA JESUS, PALAZON SAURA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La pancreatitis aguda es una enfermedad de curso clínico variable con una mortalidad entre el 15-20% de las formas graves. La mortalidad precoz está a menudo asociada con la disfunción orgánica, que suele iniciarse en las primeras 12-72 horas del ingreso; mientras que la morbilidad y mortalidad tardía está asociada con necrosis pancreática infectada y sepsis.
La identificación temprana de los pacientes que desarrollan una pancreatitis aguda grave, así como de aquellos con elevado riesgo para desarrollarla es crucial en el servicio de Urgencias ya que de esto se derivará una estrecha vigilancia de su evolución y una posible intervención terapéutica.
La disfunción orgánica puede medirse mediante la escala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) y establece la presencia de fracaso orgánico, una puntuación mayor o igual a 2 de cualquiera de los sistemas. Esta escala tiene la posibilidad de estratificar la enfermedad facilmente y de forma objetiva, siendo recomendada por la clasificación de gravedad de Atlanta de 2012.
Por ello proponemos incorporar a la historia clínica electrónica, la escala SOFA, para su aplicación en pacientes con pancreatitis aguda en las primeras 24 horas de la llegada a Urgencias. Ello permitiría ayudar a identificar de manera objetiva aquellos que presentan una pancreatitis aguda grave precoz.

RESULTADOS ESPERADOS
• Identificar en el Servicio de Urgencias de forma objetiva aquellos pacientes con pancreatitis aguda que presentan disfunción orgánica medida mediante la escala SOFA.
• Mejorar el proceso de evaluación de pacientes con pancreatitis aguda.
• Mejorar la calidad en la atención recibida por el paciente en el ámbito de las Urgencias previniendo una mala evolución.
• Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios.
• Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la identificación de pancreatitis aguda grave.

MÉTODO
Implantación en la Historia Clínica Electrónica de la escala SOFA, para facilitar a los médicos del servicio de Urgencias la identificación precoz de aquellos pacientes con pancreatitis aguda que desarrollan disfunción orgánica, lo que implica gravedad. De tal forma que se establecería una estrecha vigilancia previniendo una mala evolución.

INDICADORES
• Evaluación de la utilización de la escala SOFA en la pancreatitis aguda mediante una revisión de historias clínicas en la historia clínica electrónica.

• Porcentaje de pacientes con vigilancia y tratamiento intensivo diagnosticados de pancreatitis aguda según la valoración de gravedad desde el área de Urgencias (Nº de pacientes con PA y valoración efectuada / Nº de pacientes con PA atendidos) x 100.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0436

1. TÍTULO

IDENTIFICACION PRECOZ DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Objetivo:>50%

DURACIÓN
• Octubre – Diciembre de 2016: Planteamiento teórico del proyecto.
• Enero- Marzo de 2017: Implantación en la historia clínica electrónica de la escala SOFA.
• Abril – Septiembre de 2017: Valoración de la efectividad de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Fecha de entrada: 28/06/2018

2. RESPONSABLE ..... DANIEL LAHOZ RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ HERRAEZ MARIA ROSARIO
MUNUERA BARAHONA MARIA CONSUELO
SORRIBAS RUBIO PEDRO LUIS
GIMENEZ VALVERDE ANTONIO
FRAGUAS OLIVA JOSE LUIS
AZNAR BUENO CRISTINA
BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2017, los miembros colaboradores con el proyecto se han encargado de las siguientes tareas:

1. Monitorización de los indicadores de los protocolos asistenciales en el Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet. Se trata en concreto de la monitorización de los protocolos formalmente aprobados por la comisión de tecnología una vez consensuado con los servicios intervinientes y colgados en Intranet para su uso. Todos ellos aprobados a partir del año 2007.
Estos protocolos son:

1) Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-407-14).
2) AIT Guía de manejo (ID. PROTOCOLO Z2-357-15).
3) Dedo en martillo (Lesión del Aparato Extensor Distal) en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-275-11).
4) Dolor torácico no traumático en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-217-13).
5) Estratificación de Gravedad Pancreatitis Aguda en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-250-11).
6) Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16).
7) Hemorragia grave y masiva (ID. PROTOCOLO Z2-375-13).
8) Infección del Tracto Urinario en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-237-11).
9) Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16).
10) Neumonía adquirida en la comunidad (ID. PROTOCOLO Z2-109-12).
11) Neumotórax espontáneo primario (ID. PROTOCOLO Z2-261-11).
12) Neumotórax espontáneo secundario (ID. PROTOCOLO Z2-347-14).
13) Neuropatías ópticas Isquémicas anteriores (ID. PROTOCOLO Z2-368-13).
14) Profilaxis tromboembolismo venoso tras traumatismo miembros inferiores (ID. PROTOCOLO Z2-299-12).
15) Síndrome Coronario Agudo sin Elevación Persistente del Segmento ST (ID. PROTOCOLO Z2-396-14).
16) Toxicología: muestras para análisis toxicológico (procedimiento general) (ID. PROTOCOLO Z2-380-14).
17) Toxicología: muestras para análisis toxicológico con fines legales (extracción y custodia) (ID. PROTOCOLO Z2-381-14).
18) Tratamiento de neumonía Comunitaria (ID. PROTOCOLO Z2-048-12).
19) Traumatismo craneoencefálico en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-119-13).
20) Traumatismos nasales agudos (ID. PROTOCOLO Z2-060-11).
21) Triaje avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).

2. Elaboración de nuevos protocolos:
a) Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16).
b) Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16).
c) Triaje avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-407-14).Última revisión 1-3-16, próxima revisión 1-3 -2018. Cumplimiento indicadores 100%.
2. AIT Guía de manejo (ID. PROTOCOLO Z2-357-15). Última revisión 1-8-2015, próxima revisión 1-11-2017. Cumplimiento indicadores 100%
3. Dedo en martillo (Lesión del Aparato Extensor Distal) en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-275-11). Última revisión 1-12-2012, pendiente de actualización. Cumplimiento indicadores 50%.
4. Dolor torácico no traumático en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-217-13). Ultima revisión 1-2-2015, pendiente de actualiación. Cumplimiento de indicadores 100%.
5. Estratificación de Gravedad Pancreatitis Aguda en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-250-11). Última revisión 1-3-2012, pendiente de actualización.
6. Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16). Realización 1-4-16, próxima revisión 1-4-2018.
7. Hemorragia grave y masiva (ID. PROTOCOLO Z2-375-13). Realización 25-6-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
8. Infección del Tracto Urinario en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-237-11). Ultima revisión 1-5-2013, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75 %
9. Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16). Realización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

1-5-16, revisión 1-5-18. Cumplimiento de indicadores 75%
10. Neumonía adquirida en la comunidad (ID. PROTOCOLO Z2-109-12). Ultima revisión 1-5-14, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 25%.
11. Neumotórax espontáneo primario (ID. PROTOCOLO Z2-261-11). Ultima revisión 1-3-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75 %
12. Neumotórax espontáneo secundario (ID. PROTOCOLO Z2-347-14). Ultima revision 1-4-14, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75 %.
13. Neuropatías ópticas Isquémicas anteriores (ID. PROTOCOLO Z2-368-13). Ultima revisión 1-5-15, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 25 %
14. Profilaxis tromboembolismo venoso tras traumatismo miembros inferiores (ID. PROTOCOLO Z2-299-12). Ultima revisión 1-2-13, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
15. Síndrome Coronario Agudo sin Elevación Persistente del Segmento ST (ID. PROTOCOLO Z2-396-14).Ultima revisión 1-1-6, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
16. Toxicología: muestras para análisis toxicológico (procedimiento general) (ID. PROTOCOLO Z2-380-14). Ultima revision 1-2-16, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100 %.
17. Toxicología: muestras para análisis toxicológico con fines legales (extracción y custodia) (ID. PROTOCOLO Z2-381-14). . Ultima revisión 1-2-16, pendiente de actualización Cumplimiento de indicadores 100 %.
18. Tratamiento de neumonía Comunitaria (ID. PROTOCOLO Z2-048-12). Ultima revison 1-5-14, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 75%.
19. Traumatismo craneoencefálico en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-119-13). Ultima revisión 1-11-15, pendiente de actualización. Cumplimiento de indicadores 100%.
20. Traumatismos nasales agudos (ID. PROTOCOLO Z2-060-11). Ultima revisión 1-5-13, pendiente de actualización. Cumplimento de indicadores 50 %.
21. Triaje avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16). Realización 1-5-16. Cumplimiento de indicadores 75 %.

- Los indicadores que se plantearon en el proyecto de mejora fueron:
-Protocolos elaborados o actualizados durante 2016: Diferencia entre el número de protocolos del Servicio de Urgencias aprobados por la Comisión de Tecnología y disponibles través de la intranet del Sector II en 31 de Diciembre de 2015 y 2016.
-Protocolos evaluados en 2016: protocolos del Servicio de Urgencias evaluados / protocolos del Servicio de Urgencias aprobados x 100.
Resultados:
- Se han realizado 3 nuevos protocolos durante el año 2016: a) Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16). b) Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16). c) Traje avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).
- Se ha actualizado 1 protocolo durante el año 2016: Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias
- Protocolos del Servicio de Urgencias evaluados (21) / protocolos del Servicio de Urgencias aprobados (21) x 100: 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Existe una codificación diagnóstica, escasamente homogénea para problemas similares, que hace que sea compleja la determinación de la n total de sujetos sobre los que seleccionar los casos a monitorizar.
- Los estándares objetivo de los indicadores de evaluación de algunos protocolos son demasiado exigentes en determinadas ocasiones, teniendo que plantear su modificación en futuras revisiones para ajustarse en mayor medida a la realidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/517 ========== ***

Nº de registro: 0517

Título
MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Autores:
LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL, MARTINEZ HERRAEZ MARIA ROSARIO, MUNUERA BARAHONA MARIA CONSUELO, SORRIBAS RUBIO PEDRO LUIS, GIMENEZ VALVERDE ANTONIO, FRAGUAS OLIVA JOSE LUIS, AZNAR BUENO CRISTINA, BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diversas patologías atendidas en el Servicio de Urgencias
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La disminución de la variabilidad de la práctica clinica y la incorporación de la mejor evidencia científica en el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes y/o trascendentes por su impacto clínico o social es uno de los objetivos del plan de calidad del Servicio de Urgencias.
Identificada esta necesidad, se vienen priorizando las situaciones clínicas sobre las que actuar en base a las recomendaciones de protocolización establecidas en el Manual de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Urgencias elaborado por el Departamento de Salud en 2006.
La elaboración de protocolos asistenciales del Servicio de Urgencias son consensuados con los Servicios implicados en cada caso y adaptados a nuestro medio y realidad asistencial.
En la actualidad, el Servicio de Urgencias dispone de distintos protocolos, adaptados al reglamento de protocolos del Sector II:
1. Accidentes laborales con material biológico. Actuación en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-407-16).
2. AIT Guía de manejo (ID. PROTOCOLO Z2-357-15).
3. Dedo en martillo (Lesión del Aparato Extensor Distal) en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-275-11).
4. Dolor torácico no traumático en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-217-13).
5. Estratificación de Gravedad Pancreatitis Aguda en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-250-11).
6. Fractura de cadera en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-451-16).
7. Hemorragia grave y masiva (ID. PROTOCOLO Z2-375-13).
8. Infección del Tracto Urinario en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-237-11).
9. Monitorización en salas observación - Indicadores y procedimientos (ID. PROTOCOLO Z2-458-16).
10. Neumonía adquirida en la comunidad (ID. PROTOCOLO Z2-109-12).
11. Neumotórax espontáneo primario (ID. PROTOCOLO Z2-261-11).
12. Neumotórax espontáneo secundario (ID. PROTOCOLO Z2-347-14).
13. Neuropatías Ópticas Isquémicas anteriores (ID. PROTOCOLO Z2-368-13).
14. Profilaxis tromboembolismo venoso tras traumatismo miembros inferiores (ID. PROTOCOLO Z2-299-12).
15. Síndrome Coronario Agudo sin Elevación Persistente del Segmento ST (ID. PROTOCOLO Z2-396-14).
16- Toxicología: muestras para análisis toxicológico (procedimiento general) (ID. PROTOCOLO Z2-380-14).
17. Toxicología: muestras para análisis toxicológico con fines legales (extracción y custodia) (ID. PROTOCOLO Z2-381-14).
18. tratamiento de neumonía Comunitaria (ID. PROTOCOLO Z2-048-12).
19. Traumatismo craneoencefálico en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-119-13).
20. Traumatismos nasales agudos (ID. PROTOCOLO Z2-060-11).
21. Traje avanzado de retención aguda de orina en Urgencias (ID. PROTOCOLO Z2-471-16).

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Planificar e iniciar la elaboración de nuevos Protocolos asistenciales, en consenso con el resto de Servicios, y en base a las necesidades y realidad asistencial del Servio de Urgencias, así como, revisar los protocolos existentes según fecha prevista.
2.-Actualizar los protocolos existentes en el Servicio y adaptarlos a los requisitos del Reglamento de protocolos del Sector II.
3.-Revisar los indicadores de seguimiento de los protocolos del Servicio de Urgencias.
4.-Establecer un sistema periódico de revisión de dichos indicadores como un elemento básico del plan de calidad del Servicio de Urgencias.

MÉTODO
1.-Revisión de los protocolos existentes para adaptarlos al reglamento de procesos del sector II.
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
2.-Revisión y definición de los indicadores de seguimiento de los protocolos Responsable: Todos los miembros del equipo.
3.-Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores.
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
4.-Para cada protocolo evaluado, se realizará un análisis de los resultados y se discutirán las medidas necesarias para mejorar su seguimiento, cuando sea necesario.
Responsable: Todos los miembros del grupo de mejora

INDICADORES
El proyecto se evaluará comprobando el grado de ejecución de los objetivos mediante los siguientes indicadores:
1.-Protocolos elaborados o actualizados durante 2016: Diferencia entre el número de protocolos del Servicio de Urgencias aprobados por la Comisión de Tecnología y disponibles a través de la Intranet del Sector II en 31 de Diciembre de 2015 y 2016.
2.-Protocolos evaluados en 2016: protocolos del Servicio de Urgencias evaluados / protocolos del Servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0517

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DEURGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ)

Urgencias aprobados x 100.

DURACIÓN
1.-Revisión de los protocolos existentes y proyecto de los nuevos:
Marzo-Junio 2017.
2.-Revisión de los indicadores de seguimiento: Marzo-Junio 2017.
3.-Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores de aquellos protocolos en periodo de revisión: Septiembre-Noviembre 2017.
4.-Análisis de los resultados y diseñoo de las medidas necesarias para mejorar su seguimiento: Octubre-Noviembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho
```

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0643

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRER CASTEJON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRINCADO AZNAR PABLO
USIETO LOPEZ LAURA
OLIETA BLANCO MARIA PILAR
COMET BERNAD MACARENA
BIELSA MASDEU ANA MARIA
BOSQUE MORENO ANA ISABEL
GARRIDO NAVARRO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reunión del equipo y reparto de tareas
- Información en reunión del servicio de las tareas a realizar,.
- Reeditar tríptico existente con la incorporación de nuevas insulinas (aún sin divulgar)
- Elaboración de tabla completa de insulinas existentes y sus equivalencias. Pendiente de impresión y divulgación por el servicio.
- Elaboración de tabla completa de antidiabéticos orales y su clasificación, así como la incorporación de antidiabéticos nuevos. Pendiente de impresión y divulgación.
- Revisión aleatoria de tratamientos antidiabético prescrito en el momento actual, previo a la realización de las actividades formativas previstas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se está realizando una base de datos de los pacientes diabéticos que acudieron a urgencias durante los 15 primeros días de diciembre y que ingresaron en nuestro hospital en relación al tratamiento antidiabético prescrito, así como de los pacientes que acudieron al hospital con cifras de glucosa mayor de 180mg/dl.
En el momento actual, por diversos motivos aun no disponemos de análisis estadístico de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido a ser un equipo multidisciplinar donde intervienen varias especialidades hospitalarias, farmacia, endocrinología y urgencias, hemos tenido graves dificultades para reunirnos y avanzar en el proyecto, incluidas algunas de salud.
Aunque se han cumplido alguno de los objetivos, como la elaboración de los posters, nos han quedado pendientes el análisis estadístico de la situación actual y estamos en fase de terminar el nuevo tríptico, imprimir los carteles e impartir las charlas informativas a facultativos, enfermería y MIR.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/643 ========== ***

Nº de registro: 0643

Título
ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

Autores:
HERRER CASTEJON ANA, TRINCADO AZNAR PABLO, USIETO LOPEZ LAURA, OLIETE BLANCO MARIA PILAR, COMET BERNAD MACARENA, BIELSA MASDEU ANA MARIA, BOSQUE MORENO ANA, GARRIDO NAVARRO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0643

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

PROBLEMA
El correcto manejo del paciente diabético en urgencias es una importante área de mejora en nuestro servicio. Cerca del 40% de los pacientes atendidos en urgencias es diabético. La importancia en la atención de estos pacientes deriva de varios factores:
Se ha detectado que hasta un 50% de los pacientes que acuden a urgencias desconocen que son diabéticos a su llegada
Un alto porcentaje presenta un mal control de las cifras de glucemia
Existe descompensación asociada a la patología subyacente y a los tratamiento necesarios
La hiperglucemia además de ser un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico implican mayor riesgo de infección, mayor mortalidad hospitalaria en pacientes con ACV y mayor mortalidad y estancia hospitalaria en EPOC. Además de afectar a la función inmune y a los mediadores inflamatorias.
La hiperglucemia afecta a un 7% de los pacientes ingresados, Implica un mayor coste y estancia hospitalaria y un mayor índice de mortalidad, lo que conlleva mayor necesidad de recursos al alta del paciente (atención especializada, residencia, cuidador)
Por todo ello es necesario que en urgencias se detecten estos problemas y se traten de una forma homogeneizada y segura para el paciente.
También hay que tener en cuenta la complejidad de tratamientos que han surgido en los últimos años; antidiabéticos orales (ADO) nuevos y nuevas insulinas.
En muchos casos es difícil conocer el tratamiento real que lleva el paciente y el médico está más centrado en la patología que motiva el ingreso, lo cual supone un riesgo de seguridad clínica para el paciente. Se debe intentar evitar el uso de pautas móviles como único tratamiento ya que han demostrado un peor control, no cubren las necesidades basales y favorecen híper e hipoglucemias.
El uso de ADO en los pacientes ingresados por patología aguda no están recomendados; ya que tiene inicio de acción lento, poca flexibilidad y efectos adversos potenciales mayores en pacientes con patología aguda

Nos planteamos en la siguiente línea de mejora:
Actualizar la guía de insulinización en los diabéticos que ingresan
a través del Servicio de Urgencias con la incorporación de nuevas insulinas
Protocolización de los criterios de insulinoterapia
Protocolización de necesidades de insulina ante situaciones especiales: cirugía,
toma de corticoides, cetoacidosis diabética, procedimientos diagnósticos…
Disminuir el uso de ADO en pacientes ingresados y sustituirlo por las dosis
equivalentes correctas de insulina.

RESULTADOS ESPERADOS
-Todos los pacientes diabéticos que ingresen a través de urgencias tengan una pauta correcta de insulinización.
-Los pacientes no diabéticos, que ingresen con cifras superiores a 180 mg/dl de glucemia deben iniciar tto con insulina durante su estancia hospitalaria
-Disminuir el número de pautas móviles como único tratamiento
-Disminuir el uso de los ADO al ingreso del paciente
-Mejor conocimiento de facultativos y enfermería de las insulinas existentes en el mercado y sus equivalencias
-Mejorar el tratamiento en situaciones especiales: cetoacidosis, coma hiperosmolar, tratamiento corticoideo, cirugía, procedimientos terapéuticos

MÉTODO
-Creación del grupo de trabajo
-Elaboración de una tabla completa de insulinas existentes y sus equivalencias y distribución por puntos estratégicos del Servicio de urgencias
-Actualización del tríptico de uso de insulinización del paciente que ingresa en urgencias y difusión del mismo.
-Creación de algoritmos de actuación ante situaciones especiales, cetoacidosis, coma hiperosmolar, tratamiento corticoideo, cirugía, procedimientos terapéuticos.
-Difusión mediante sesiones clínicas de los protocolos consensuados para facultativos, enfermería y MIR.

INDICADORES
Al inicio del protocolo se hará un muestreo con los siguientes indicadores y otro al año de su instauración y difusión

1. Porcentaje de pacientes ingresados en urgencias con tratamiento insulínico según protocolo del total de pacientes diabéticos
2. Porcentaje de pacientes diabéticos con ADO en el tratamiento del total de pacientes diabéticos.
3. Porcentaje de inicio de tratamiento insulínico en pacientes que acuden a urgencias con glucemia >180 mg/dl y que no eran diabéticos conocidos del total de pacientes.
4. Uso de pautas móviles como único tratamiento en pacientes diabéticos
5. Pauta correcta de insulina según el protocolo en pacientes con tratamiento corticoideo.

DURACIÓN
Reunión del grupo de trabajo en Noviembre .
Elaboración de protocolos y algoritmos de Noviembre 2016 a Febrero 2017.
Recogida de datos preliminar de indicadores en Noviembre
Difusión de los mismos en Marzo, Abril .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0643

1. TÍTULO

ACTUALIZACION USO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS

Reevaluación de datos durante Noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0695

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... OSCAR ORTIGOSA AGUSTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO FORMENTO ENRIQUE
SANMARTIN ALLUE HECTOR
PABLO CEREZUELA FRANCISCO
GARCES HORNA SILVIA
MURO CULEBRAS MARIA
TOMEO MUÑOZ RUTH
GARGALLO GASCA NAIARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ya se han realizado las etapas marcadas en la anterior memoria que son:
- Se ha elaborado la herramienta informática que permite la realización del curso online
-Ya se han elaborado los calendarios de talleres
-Preparación del material RCP, simuladores, examenes,...
-Se ha iniciado parcialmente la difusión de la actividad por algunos Servicios/Unidades/ centros de Salud
-Bases de datos de cobertura de formación en los distintos servicios creadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todo el Proyecto se ha realizado, en cuanto a material y soporte tecnico.En estos momentos la oferta del curso se encuentra presencialmente en la Intranet del Sector II de Zaragoza con un número importante de inscripciones previas pero se encuentra pendiente de integrarse la herramienta online creada, en el Sistema Informático del Sector, por lo que todavía no se ha podido iniciar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha trabajado mucho en la realización del soporte informático para que sea ágil, intuitivo y sencillo, así como en las últimas actualizaciones de RCP con un material que se adapte a los profesionales que lo realicen así como herramientas de autoevaluación.
Por problemas técnicos de integración del soporte digital y de plazos con la acreditación del curso, no se ha podido iniciar; pero una vez que se solucionen se comenzará de inmediato dado el número de preinscripciones que ya se tienen.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/695 ========== ***

Nº de registro: 0695

Título
ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

Autores:
ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR, ALONSO FORMENTO ENRIQUE, SANMARTIN ALLUE HECTOR, PABLO CEREZUELA FRANCISCO, GARCES HORNA SILVIA, MURO CULEBRAS MARIA, TOMEO MUÑOZ RUTH, GARGALLO GASCA NAIARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0695

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE FORMACION SEMIPRESENCIAL EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) BASICA EN EL SECTOR ZARAGOZA II

PROBLEMA
En el Sector Zaragoza II trabajan en la actualidad más de 6.000 profesionales. Como institución de Servicios Sanitarios muchos de sus trabajadores pueden verse en una situación de asistencia de una parada cardiorespiratoria.
Los consensos internacionales al respecto realizan recomendaciOnes sobre la necesidad de que todos sus empleados y no solo en personal sanitario exclusivamente, posean conocimientos sobre RCP-Básica.
EN la actualidad, la oferta formativa del Sector supone la formación anual de unos 250 profesionales en esta habilidad clínica.
En estas condiciones, se hace imprescindible la puesta en marcha de una herramienta que ofrezca una mayor cobertura formativa pudiendo alcanzar a la totalidad de la población diana (todos los trabajadores).
Este proyecto, que es continuidad del ya desarrollado en el ejercicio anterior, pretende poner en marcha un programa semipresencial de formación en RCP, principalmente destinado a aquellos grupos poblacionales difícilmente abarcables por la oferta formativa institucional.

RESULTADOS ESPERADOS
La propuesta para este proyecto es finalizar de desarrollar e implantar un modelo de formación semipresencial de RCP en el Sector Zaragoza II, pudiendo elaborar una base de datos que incluya a todo el personal adiestrado por servicios con el objetivo de garantizar la máxima cobertura de profesionales capacitados.

MÉTODO
El proyecto consiste en la elaboración de un entorno virtual ligado a la WEB del Sector en el que cualquier trabajador del mismo pueda acceder mediante sus claves personales a un desarrollo de material virtual con textos, imágenes y videos que despues de visualizar le pongan en situación de contestar un test teórico que una vez superado le ofrezca un calendario en el que se inscribirá el interesado para recibir en un taller de dos horas de duración un repaso de los aprendido y la realización de la parte práctica de la RCP.
El desarrollo del proyecto previo incluyó el pasado año, la busqueda bibliográfica, la elaboración de materiales teóricos, grabación de videos con MIR que actuaron de actores, elaboración de banco de preguntas para el test teórico que se incluye en el material. Además se ha realizado la selección de MIR que desarrollarán los talleres.
La presenta solicitud se realiza para la consecución de las siguientes etapas del proyecto:
- La elaboración de la herramienta informática,
- Elaboración de calendarios de talleres,
- Preparación de material RCP,
- Difusión de la actividad por los Servicios/Unidades/Centros de Salud.
- Diseño y elaboración de certificados a los alumnos asistentes que superen la actividad.
- Base de datos de cobertura de formación en los diferentes servicios.
- Evaluación del proyecto.

INDICADORES
El proyecto se monitorizará bajo dos indicadores de "exito":

1.- Número de profesionales que han realizado la actividad/ capacidad máxima de formación según el diseño de talleres.
(a los seis meses de puesta en marcha de la actividad).

2.- Encuesta de opinión de los profesionales que realicen la actividad

DURACIÓN
Como se ha descrito, este proyecto es continuidad del ya comenzado en el pasado ejercicio.Esta circunstacia conlleva que en la actualidad se sigue trabajando en su desarrollo.
Una vez definido por el grupo de trabajo el material definitivo y los simuladores, se definirán los calendarios de talleres.
Una vez finalizado este proceso se trabajará en la creación de la herramienta informática y las pruebas pertinentes durante el primer trimestre del año 2017.
A partir de abril de 2017 se pretende realizar la difusión y presentación del programa.
Se proponen los meses de mayo-junio 2017 como fechas para su puesta en marcha y oferta a los trabajadores del Sector.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0774

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BELEN GROS BAÑERES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARRILLA HERRANZ PEDRO
MARTINEZ DELGADO SUSANA
GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS
MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado:
6 sesiones formativas al personal médico del servicio, en cuanto a nuevos criterios, formación en escala NIH, concienciación de administración del tratamiento en TAC, etc...
Se han realizado varias sesiones de presentación de resultados a lo largo del año como feedback hacia los profesionales
Varias reuniones con los responsables de enfermería para aclarar dudas, criterios y dosis de administración del tratamiento fibrinolítico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Han aumentado de forma considerable el número de pacientes que han recibido tratamiento fibrinolítico y la mayoría de ellos han recibido el inicio del mismo en la sala de TAC.
Ha disminuido de forma considerable el tiempo hasta el inicio del tratamiento habiéndose logrado conseguir el objetivo de su administración con una mediana de 50'.
(No dispongo en este momento de cifras concretas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha logrado concienciar al personal del servicio de la importancia de la celeridad del procedimiento del código Ictus, considerando que las reuniones de presentación de resultados tienen un buen impacto en ese sentido.
Se ha trabajado en formación tanto en médicos como enfermería, realizando algoritmos sencillos de los puntos clave de decisión y tratamiento.
Falta realizar más sesiones formativas y de feedback al personal de enfermería, así como la elaboración del Chek-list.
Falta incluir como pieza clave del proceso al personal subalterno (celadores) tanto en las sesiones formativas como de feedback para que tengan mayor implicación en el procedimiento
Falta tiempo durante la jornada laboral para la realización de las sesiones con enfermeria y celadores y para la recogida de los datos.
Falta la completa automatización de la recogida de los datos, aunque se ha trabajado en ello.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/774 ========== ***

Nº de registro: 0774

Título
ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

Autores:
GROS BAÑERES BELEN, PARRILLA HERRANZ PEDRO, MARTINEZ DELGADO SUSANA, GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS, MARCOS IÑIGUEZ ALMUDENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ictus (neurointervencionismo)
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0774

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y FORMACION EN LA ATENCION A PACIENTES CON ICTUS EN URGENCIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro del programa de Atención al Ictus en Aragón y la implantación de la Terapia Endovascular y las modificaciones constantes de los criterios de manejo de estos pacientes, creemos oportuno realizar un proyecto de formación en la atención al Ictus para el personal de nuestro servicio.
En el seguimiento de la atención que venimos realizando desde 2004, hemos detectado diversos puntos débiles en dicha asistencia:
- Elevado consumo de tiempo en la realización de filiación y triaje
- Escaso porcentaje de pacientes con claro registro de hora de inicio del Ictus
- Elevado tiempo Puerta-Aguja inferior a 60 min (Solo un 45% < 60')
- Importantes discordancias en la puntuación de NIHSS de los diferentes profesionales
- Elevado tiempo TAC-Aguja

Por lo tanto nos planteamos aprovechar la difusión de las novedades en la fibrinolisis del Ictus y de las terapias endovasculares para realizar una formación intensiva al personal de nuestro servicio.
Personal de Enfermería:
- Formación en nuevos criterios y tiempos de código Ictus
- Formación en minimizar el tiempo de triaje en estos pacientes
- protocolo de actuaciones automatizado en sala de vitales con reparto de tareas y con Check list del mismo
- Formación en preparación y administración del tratamiento fibrinolítico

Personal Médico del servicio:
- Formación en nuevos criterios de fibrinolisis y terapia endovascular
- Formación en valoración de escala NIH
- Concienciación de administración del tratamiento fibrinolítico en sala de TAC

RESULTADOS ESPERADOS
- Minimizar tiempo de triaje de estos pacientes
- Minimizar el porcentaje de pacientes en código Ictus que no son identificados en triaje Minimizar el tiempo de asistencia en vitales minimizando el tiempo puerta-TAC
- Minimizar la discordancia inter-observador en la valoración de la NIH
- Minimizar el tiempo TAC-Aguja logrando la administración del tratamiento en sala de TAC
- Aumentar el porcentaje de pacientes susceptibles de tratamiento endovascular que lo reciben

MÉTODO
Creación de grupo de trabajo de Ictus
Realización de sesiones formativas de novedades del tratamiento fibrinolítico
Automatización en PCH y formación de las mismas del manejo de Ictus
Realización de sesiones formativas para enfermería
Realización de sesiones formativas valoración NIHSS
Difusión y formación del anagrama del manejo del código Ictus
Realización de Check-list de actividades de enfermería / médico

INDICADORES
Se analizarán los siguientes indicadores:

- Indicadores de código Ictus que venimos revisando anualmente
- Porcentaje de pacientes que reciben terapia endovascular
- Porcentaje de pacientes en los que figura hora de inicio de los síntomas
- Porcentaje de pacientes que se administra fibrinolisis en sala de TAC

DURACIÓN
- Reunión del grupo de trabajo en Noviembre
- Elaboración check list y algoritmos sencillos
- Sesiones formativas Noviembre-Diciembre
- Recogida de datos preliminar de indicadores en Noviembre-Diciembre
- Reevaluación de datos durante Noviembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0808

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO GIMENEZ VALVERDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR
GRACIA MATILLA ROSA
GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ
VELILLA MOLINER JOAQUIN
BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO
CASADO RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras revisar la bibliografía vigente se realizó un documento que clarificó y aportó datos suficientes para utilizar de forma correcta la procalcitonina.
Se programaron 4 sesiones clínicas en marzo, para adjuntos del Sº de urgencias, en el servicio de bioquímica y otras dos para residentes de Familia y especialidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se cuantificaron las peticiones solicitadas en el 2 semestre de 2017 frente a las que se solicitaron en el 2 semestre de 2016.??En 2016 se solicitaron por parte del Sº, de Urgencias 6739 determinaciones de procalcitonina que supusieron un 39.1% del total, En 2017 tras la intervención descrita el número de peticiones solicitadas fueron de 713 que fue 7,3%?del total de peticiones. El número de pruebas positivas en 2016 fue del 16.3% frente a un 41,6 en el periodo evaluado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una actitud vigilante sobre diversos aspectos de la práctica sanitaria nos debe llevar a implementar distintas intervenciones que nos ayude a mejorar la calidad asistencial, por una parte adecuando o racionalizando nuestras demandas con el consiguiente beneficio global, por una parte en este caso descongestionando el Laboratorio y por otras ahorrando una importante cantidad de dinero que se cifra entorno a los 50000 euros en el 2 semestre de 2017.
El éxito de la actividad realizada por este equipo de mejora invita a plantearse nuevos objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/808 ========== ***

Nº de registro: 0808

Título
RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GIMENEZ VALVERDE ANTONIO, ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR, GRACIA MATILLA ROSA, GARCIA RODRIGUEZ BEATRIZ, VELILLA MOLINER JOAQUIN, BUSTAMANTE RODRIGUEZ EDUARDO, CASADO RAMON BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología infecciosa es una causa importante de asistencia en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH), alrededor del 10% de las mismas. La gravedad de estos procesos varía desde banales, la mayoría, hasta procesos de sepsis y shock séptico, procesos tiempo-dependientes en los que la administración precoz del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0808

1. TÍTULO

RACIONALIZACION DEL USO DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

tratamiento antibiótico y las decisiones diagnóstico-terapeúticas que conllevan, repercuten directamente en la supervivencia de los pacientes.
Los procalcitonina es un biomarcador de respuesta inflamatoria e infección que se ha posicionado como una herramienta de gran ayuda al clínico a la hora de mejorar el diagnóstico y tratamiento de la infección, permitiéndole discernir si un proceso es normal o patológico así como de monitorizar la respuesta al tratamiento. Las expectativas generadas por dicho biomarcador, la falta de conocimiento de sus características, de su cinética y de los mecanismos que hacen que se eleve, así como su facilidad de uso puede hacer incurrir al facultativo en una suprautilización, a veces desproporcionada, indicando su análisis fuera de los márgenes de utilidad establecidos. Del global de determinaciones realizadas en el hospital en 1 mes más del 50% de ellas parten del Sº de Urgencias (unas 900 determinaciones) siendo positivas un porcentaje entorno al 13-15%. Dado su coste directo así como la repercusión que tiene tan elevado número a nivel de laboratorio sería conveniente poner en marcha los mecanismos necesarios para racionalizar su uso.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación del uso de procalcitonina en pacientes con patología aguda. Ajustando su utilización a aquellos pacientes que se beneficien de la información que aporta este biomarcador.

MÉTODO
Este proyecto de mejora se realizará de forma conjunta entre los Servicios de Urgencia y de Bioquímica.
a.- Una vez identificado el problema se valorará durante un mes la situación actual en cuanto al número de determinaciones solicitadas por el servicio de urgencias, el ratio en relación al volumen total de peticiones realizadas en el hospital, la patología para la que se pide, así como las veces que se ha monitorizado el tratamiento mediante la procalcitonina. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
b.- Para ello se elaborará tras revisar la bibliografía vigente con la finalidad de realizar un documento que clarifique y aporte los datos suficiente para su correcta utilización, desglosando las patologías que se benefician de su uso. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
c.-Se difundirá posteriormente mediante sesiones clínicas y material escrito a todos los facultativos que trabajan en urgencias, incluidos residentes. Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
d.-Tras el periodo de difusión se valorará de nuevo la respuesta obtenida tras la intervención descrita.

INDICADORES
Para monitorizar el resultado del proyecto se utilizarán los siguientes marcadores:

a.-Variación del número de peticiones realizadas en el servicio de urgencias (peticiones de procalcitonina en urgencias en la evaluación inicial – peticiones evaluación final)
b.-Variación del ratio entre las peticiones totales hospitalarias y las peticiones de urgencias entre la evaluación inicial y la final
c.-Variación del número de determinaciones positivas entre la evaluación inicial y final
d.-Variación de las veces que se ha monitorizado el tratamiento entre la evaluación inicial y final
c.-Variación del ajuste de indicación a las patologías que se benefician de su uso entre la evaluación inicial y final

DURACIÓN
a.-Evaluación inicial. Diciembre 2016
b.-Revisión bibliografía y elaboración guía. Diciembre 2016
c.-Difusión de la guía mediante sesión clínica. Enero-Febrero 2017
d.-Evaluación final. Realización indicadores. Marzo 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0818

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 21/03/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO LOPEZ LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRENC ESPAÑOL PATRICIA
ABADIA GALLEGO VICTOR
GALVE GALVE JOSE ANTONIO
ASPAS LARTIGA CARLOS
MORENO DIAZ JAVIER
ALTISENT TROTA ROGELIO
LAHOZ RODRIGUEZ DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se procedió a pasar encuestas, de forma anónima, en un periodo de 7 días, entre el personal facultativo del Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet, que incluían ítems sobre el tiempo dedicado a la información a pacientes y familiares de estos, grado de satisfacción del facultativo y grados e satisfacción percibida y/o expresada por pacientes y familiares, así como un apartado libre para sugerencias. Las encuestas eran rellenadas por los facultativos al final de su jornada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En general, los facultativos se mostraban satisfechos con la información aportada, si bien muchos de ellos expresaban tener poco tiempo dedicado para la información (menos de 5 minutos), en aproximadamente un 20% de los casos se percibía ligera o poca satisfacción en los pacientes y familiares, y en el texto libre había varias sugerencias acerca de la falta de espacio en según que áreas del servicio y falta de tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De los resultados recogidos en las encuestas se deduce que hay cierta discordancia entre la satisfacción del facultativo y la de los pacientes y familiares, así como falta de tiempo y en ocasiones de espacio para llevar a cabo el proceso de la información. Se debería llevar a cabo un estudio a más largo plazo, incluyendo a los especialistas que realizan interconsultas en el Servicio de Urgencias, y también encuestas específicas a los paciente no solo de satisfacción general, si no también de hasta que punto habían entendido lo que se les había explicado, si se habían resuelto sus dudas, si el facultativo se había mostrado empático (comprensivo), y si se habían sentido escuchados.
En cualquier caso, las conclusiones de este proyecto de mejora tan solo pueden aplicarse al Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet, y para las fechas en que se rellenaron las encuestas. Sería interesante ampliar a otros Servicios de urgencias de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/818 ========== ***

Nº de registro: 0818

Título
ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Autores:
LOPEZ LOPEZ FERNANDO, TRENC ESPAÑOL PATRICIA, ABADIA GALLEGO VICTOR, GALVE GALVE JOSE ANTONIO, ASPAS LARTIGA CARLOS JAVIER, MACIPE COSTA MARIA PILAR, ALTISENT TROTA ROGELIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sin distinción de patologías.
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0818

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE MEDICOS Y PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La comunicación es parte importante de nuestra vida, ya que establece como interactuamos con los demás, y, en profesiones en las que se trata con personas, aún más. Cuando se trata de medicina, es imprescindible establecer una buena relación médico-paciente,
Si a lo largo de la práctica médica es fácil encontrase con dificultades para una buena comunicación, en la atención en los servicios de urgencias es una constante, por diversos motivos: falta de tiempo, presión asistencial, decisiones vitales en pocos minutos, ausencia de confidencialidad….
Es necesario conocer como es la comunicación del médico con paciente y familiares/acompañantes en las Urgencias Hospitalarias, con el objeto de identificar los problemas/carencias que se presentan
Nuestro objetivo es, una vez identificados estos problemas, establecer una serie de medidas destinadas a mejorar la relación médico-paciente/familiares.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la satisfacción final de pacientes y familiares tras la atención en las Urgencias hospitalarias, mejorando así los resultados terapeúticos.
- Disminuir o atenuar el estrés que supone para los profesionales relacionarse con los pacientes.
- Establecer medidas para garantizar un mínimo grado de confidencialidad.

MÉTODO
Para conseguir estos objetivos se van a consensuar una guía con pautas básicas de actuación durante la comunicación con el paciente, con la colaboración de todos los miembros del Equipo de Mejora, basadas en la bibliografía disponible sobre la materia en el momento actual.
Revisaremos las publicaciones de Sociedades Científicas de entidad: Sociedad española de medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), así como de La Universidad de Zaragoza, para aplicarlas a nuestro medio.
Se tratará de un documento en tamaño DIN A4, encuadernado, que se distribuirá a todos los Servicios previamente mencionados

INDICADORES
El proyecto se evaluará mediante una serie de ítems que deberán ser cumplimentados por los médicos que trabajen en la Urgencia Hospitalaria, tanto pertenecientes a los Servicios de Urgencias como a otras Especialidades que realicen alguna parte de su trabajo en la Urgencia tras completarse la atención a cada paciente.
Con vistas a poder valorar la utilidad del proyecto se van a realizar dos acciones fundamentales:
1. Se pasará una encuesta paciente y familiares con varios ítems para valorar la atención recibida.
2. Tras la publicación de la guía básica de comunicación, comprobar que la difusión ha sido adecuada, de modo que cada uno de los Servicios implicados dispongan de las copias necesarias para su uso.

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración de 6-8 meses para revisar y redactar la guía básica de comunicación con el paciente y familiares en los Servicios de Urgencias Hospitalarios con la presentación de resultados al finalizar el mismo.
2º trimestre 2017: Constitución del grupo de mejora y reparto de responsabilidades
Diseño del proyecto
3º trimestre 2017: Recogida y Análisis de datos
Elaboración del protocolo
4º trimestre 2017: Difusión de protocolo y distribución a los Servicios previamente mencionados, relacionados con la comunicación con los pacientes y familiares en los Servicios de Urgencias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1017

1. TÍTULO

TRIAJE PEDIATRICO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JAVIER VAZQUEZ ARIZA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPOS CALLEJA CARMEN
GOMEZ BARRENA VIRGINIA
BARRIO PALOMAR NIEVES
IRIARTE VICENTE MARIA JOSE
FORCADA MARTIN TERESA
MARIN GOMEZ MARIA ANGELES
MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEMINARIO TEÓRICO DE 4 HORAS (SOPORTE POWER POINT: ACERCAMIENTO HISTÓRICO DEL TRIAJE, CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRIAJE, SISTEMAS INFORMÁTICOS DE TRIAJE, VALORACIÓN PEDIÁTRICA DEL TRIAJE.)
SIMULACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA (CASOS PRÁTICOS CON PCH)
PRÁCTICAS PRESENCIALES EN EL PUESTO DE TRIAJE DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE 8 HORAS DE DURACIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LA FINALIDAD DEL PROYECTO ES LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL TRIAJE PEDIÁTRICO PARA CONSEGUIR UNA MEJORA EN LA VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ES NECESARIA LA REALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN EN TRIAJE PEDIÁTRICO PREVIA A LA CONTRATACIÓN ESTIVAL, COINCIDIENDO CON LA LLEGADA DE LOS EIR EN PEDIATRÍA.
DE ESTA MANERA SE MEJORARÁ EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD Y SE DARÁ MÁS RELIEVE A LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL CON PERFILES DEFINIDOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1017 ========== ***

Nº de registro: 1017

Título
MEJORA DE LA FORMACION EN TRIAJE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Autores:
VAZQUEZ ARIZA JAVIER, IBAÑEZ NUEZ SONIA, PADILLA ARAGÜES GUSTAVO, MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE, GOMEZ BARRERA VIRGINIA, CAMPOS CALLEJA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Todos los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) de Aragón disponen de área de triaje donde el personal de enfermería es el responsable de realizar la valoración preliminar del paciente a su llegada al servicio para estratificarlo según su nivel de urgencia y ubicar al paciente en el área más idónea para su atención y/o tratamiento.

Para realizar esta labor de manera eficiente, útil y segura se aplican los algoritmos establecidos por el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1017

1. TÍTULO

TRIAJE PEDIATRICO HOSPITALARIO

Sistema Español de Triaje (SET) a través de los protocolos que ofrece el Programa de Ayuda al Triaje (web_e-PAT). Aunque existen ya programas formativos acreditados sobre triaje estructurado, se considera que dadas las peculiaridades del paciente pediátrico es necesario desarrollar y adquirir las habilidades específicas para optimizar la valoración de estos pacientes y profundizar en los aspectos donde los programa de aprendizaje en triaje genérico no puede detenerse.
Las necesidades de formación en triaje pediátrico han sido detectadas en la propia unidad de urgencias y también a la demanda del personal de nueva incorporación.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disponer de formación específica en “Triaje Pediátrico mediante Curso Teórico-Practico acreditado por el SALUD.
-Disminuir la variabilidad mediante formación específica en triaje pediátrico del personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Urgencias
-Mejorar satisfacción de los profesionales de enfermería de la formación recibida

MÉTODO
1.- Reunión de equipo calidad, establecer cronograma de trabajo.
2.- Revisión y búsqueda bibliográfica del estado actual del tema (manuales, cursos pediátricos en otras comunidades.
3.- Reunión con Grupo de Trabajo de Calidad de Urgencias de H.General.
4.- Diseño curso con Responsable de Formación de PCH Aragón.
5.- Consenso en reuniones del equipo calidad.
6.- Envío de acreditación al SALUD y oferta de curso a través de F Continuada.
7.- Oferta de curso a través del portal del empleado.
8.- Reunión del grupo de mejora para análisis de los resultados.

INDICADORES
- Diseño de curso y obtención de acreditación por Formación Continuada del SALUD.
- Nº de profesionales formados/ nº total de profesionales en activo en la Unidad >80%.
- Nº de profesionales satisfechos de la formación/ nº total de profesionales formados en el curso >90%.

DURACIÓN
Mayo-Junio 2016:
-Reunión de equipo calidad, establecer cronograma de trabajo.
-Revisión y búsqueda bibliográfica del estado actual del tema
-Diseño y oferta del curso

Julio- Noviembre 2016:
-Evaluación de resultados y encuesta del curso.
-Reunión de equipo y planificar nuevas ediciones del curso

Diciembre- marzo 2017:
-Reunión de equipo y planificar nuevas ediciones del curso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1303

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA HERRER CASTEJON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES HORNA SILVIA
VERA GARCIA JOSE RAMON
VICTORIA LIARTE FRANCISCO
LORDA OLIETE TERESA
VAZQUEZ MENDOZA SONIA
ABELLAN ANTOLIN JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018 hemos mantenido varias reuniones presenciales de los componentes del grupo (15/05/2018 y 20/09/2018) y otras conjuntas con el Jefe de Seguridad del Hospital (8/05/2018 y 17/01/2019). Hubo una última reunión a la que también asistió el responsable de custodia penitenciaria de la Guardia Civil de Zuera, el día 2/01/2019.

Posteriormente hemos seguido trabajando de forma online hasta la elaboración de un procedimiento de actuación con los pacientes procedentes de instituciones penitenciarias, que cumple los requisitos presentados en nuestro proyecto:- Crear circuito asistencial, coordinar la llegada de los mismos y consensuar la actuación de los distintos profesionales implicados en la asistencia.
Dicho procedimiento ha sido consensuado por el Servicio de Urgencias y equipo de Seguridad del Hospital, así como con el responsable de traslados de la Guardia Civil de presos desde la cárcel de Zuera en el mes de Enero.

El procedimiento ha sido enviado a Dirección de gestión, Enfermería y Médica, y Guardia Civil para su difusión y conocimiento.
Así mismo ha sido difundido a todo el personal del Servicio de Urgencias a través de correo electrónico, así como a todos los componentes del cuerpo de vigilantes de Seguridad del Hospital y a la Guardia Civil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La buena acogida del procedimiento ha sido absoluta tanto por parte de la Guardia Civil que custodia a los presos, como por el personal de Seguridad y del Servicio de Urgencias.

En el mes de noviembre se puso en marcha el procedimiento de forma piloto, para observar las posibles incidencias y correcciones a realizar, que llevaron a la modificación de algunos puntos del procedimiento, presentando el documento definitivo a finales de diciembre.

Dado el poco tiempo de desarrollo de este, todavía no hemos realizado la valoración de los indicadores; pero la percepción general es que el número de presos derivados, incluidos en el procedimiento alcanza el 95% de los mismos, ya que los más interesados en que esto sea así son los cuerpos de Seguridad del Estado que trasladan a estos pacientes desde los Centros penitenciarios.

En cuanto al nª de presos que han pasado a Sala de Observación del total de presos, hasta el momento ha sido de O pacientes
Realizaremos la primera evaluación de los mismos pasados 4 meses del inicio del procedimiento, en abril de 2019 aproximadamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto realizado ha sido gratificante debido a la implicación de personal de diferentes estamentos, que hemos trabajado con un objetivo claro y con una necesidad objetiva: la mejora en la atención y gestión en urgencias de este tipo de pacientes que presentan unas características concretas, debido a su procedencia.
Hasta ahora no estaba resuelto, provocando esperas innecesarias y aumento de las estancias en urgencias en salas de observación.

Con la puesta en marcha del protocolo se ha conseguido el objetivo de dar a este tipo de pacientes mayor confidencialidad y privacidad, así como evitar, en lo posible, el contacto con el resto de los pacientes minimizando situaciones de riesgo potencial.

La aceptación del procedimiento ha sido muy elevada entre el personal una vez corregidos algunos problemas de activación del mismo que aún se están subsanando.

Estamos pendientes de mejorar la comunicación más directa entre el personal sanitario de los Centros Penitenciarios y el Servicio de urgencias, objetivo en el que trabajaremos durante este año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1303

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Creemos que es un procedimiento válido, revisable anualmente y que es sostenible para los próximos años, renovando lo puntos débiles y añadiendo las mejoras necesarias.

Estamos pendientes de la conformidad oficial por parte de la Dirección Médica y de Enfermería, aunque contamos con respaldo institucional.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1303 ========== ***

Nº de registro: 1303

Título
PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Autores:
HERRER CASTEJON ANA, GARCES HORNA SILVIA, VERA GARCIA JOSE RAMON, VICTORIA LIARTE FRANCISCO, LORDA OLIETE TERESA, VAZQUEZ MENDOZA SONIA, ABELLAN ANTOLIN JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA URGENTE
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El HUMS es el centro de referencia para pacientes procedentes de Centros penitenciarios. Dichos pacientes requieren una atención especial, debido a sus características personales y al motivo de su reclusión.
Se debe garantizar la seguridad y confidencialidad de estos pacientes dentro del centro hospitalario, así como la del resto de los pacientes, familiares y profesionales de nuestro servicio.
Todo ello, nos lleva a plantearnos el procedimiento de actuación ante la llegada de un paciente de estas características. Describiendo el circuito en el servicio de urgencias y de los profesionales implicados

RESULTADOS ESPERADOS
Coordinar y organizar la atención de los pacientes trasladados por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, clasificados como F.I.E.S (Instrucción 8/2009 Secretaría de Estado de Seguridad), para su atención en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet.
Velar por la custodia del interno, y que su atención en el servicio de urgencias no suponga un ningún riesgo para el resto de pacientes, familiares y personal del Hospital.
Mejorar la confidencialidad de estos pacientes

MÉTODO
Fase 1.- DE DESARROLLO DEL PROYECTO.
Desarrollo del " PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS."
Subdividido en varias fases;
- Diseñar un circuito asistencial diferenciado para este tipo de pacientes, teniendo en cuenta la estructura física y funcional de nuestro Servicio, para una mejor gestión de la confidencialidad y custodia.
- Consensuar la actuación de los diferentes profesionales implicados en la atención de estos paciente desde su llegada al Servicio y con los responsables de Seguridad de Hospital y de la Custodia del paciente.
- Plasmar el circuito asistencial previsto desde la salida del paciente del Centro penitenciario.
- Coordinar la llegada de los pacientes procedentes de Centros penitenciarios, cuando lo considere necesario el responsable del Servicio de custodia y traslado del cuerpo de Seguridad Correspondiente.
Fase 2.- DE DIFUSIÓN
- Sesiones formativas toda la plantilla del servicio.
- Difusión vía digital del procedimiento.
Fase 3.- FASE DE IMPLANTACIÓN
- Inicio de la utilización del circuito asistencial tras consenso de los profesionales implicados y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1303

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN URGENCIAS PARA PACIENTES INTERNO SEN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

definición de las estructuras del Servicio a utilizar
Fase 4.- consolidación y evaluación.
- Evaluar la implantación del protocolo y su viabilidad
- Modificar el circuito si se considera necesario
- Iniciar la medida de los indicadores de implantación

INDICADORES
Se evaluarán los siguientes indicadores:
• Activación del protocolo: Porcentaje de pacientes procedentes de Centros penitenciarios en los que se activa el traslado desde el centro penitenciario / total de presos atendidos en urgencias según el circuito diseñado x100
Sin estándar el primer año
• Tasa de fallos del circuito: Número de pacientes procedentes de Centros penitenciarios que pasan a sala de observación/ total de presos atendidos x100
Se establece un estándar inferior al 20%.

DURACIÓN
Fase 1.- Mayo a septiembre 2018
Fase 2.- Octubre 2018
Fase 3.- Noviembre 2018
Fase 4.- Diciembre a Febrero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1314

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO PARRILLA HERRANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ ESCOBEDO SONIA
PEREZ CALVO ANA
BERNAL SEBASTIAN PILAR
LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA
LAIN MERCADAL JUAN
MARRON TUNDIDOR RAFAEL
POVAR MARCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FASE 1: Resolución de los aspectos técnicos:
• Comprobar el correcto funcionamiento de la red wifi en todas las áreas asistenciales del Servicio de Urgencias
Se trabajo junto con el Servicio de informática del HUM. Servet la resolución de los problemas de conexión wi-fi comprobando su funcionamiento en todas la áreas del servicio e instalando los equipos receptores necesarios para dar cobertura técnica a los equipos de electros. Se analizaron zonas de sombra de wi-fi. Se comprobó así mismo la conexión por cable para la transmisión directa de los equipos desde los diferentes puntos de red en toda el área asistencial.
• Revisión de los equipos ECG y solución de incidencias técnicas
1.-Conexión inalámbrica:
En una primera fase se comprobó la conexión inalámbrica de los equipos a la red observándose que el dispositivo wi-fi que llevaban (usb emisor) generaba problemas de conexión (interrupción, zonas de pérdida de señal, riesgo de rotura o pérdida del mismo por su ubicación física en el mismo,…). Este emisor ha sido sustituido en todos los equipos por otro más potente, ubicado físicamente en el equipo de forma segura y comprobándose su correcto funcionamiento en cada uno de los equipos lo que permitió continuar con el proyecto.
2.- Identificación del paciente:
2.1.- La identificación correcta del paciente, (que debe hacerse antes de realizar el ECG y que éste se pueda asignar correctamente a la historia clínica electrónica), se podía hacer manualmente del total del listado de pacientes dentro de un campo desplegable que proporcionaba el equipo. Dado que el número de pacientes activos en urgencias es muy alto en diversas franjas horarias esto estaba sujeto a riesgo de error y muy tedioso.
La solución adoptada fue identificación mediante pulsera del paciente con código de barras, lo que obligó a:
• Incluir en los equipos pistolas de lectura de código de barras
• Adaptar las pulseras de identificación del paciente para lectura de código de barras
• Adaptar las pulseras de identificación para situación de catástrofe con múltiples víctimas para que lleven código de barras por si fuesen necesarias
3.- Riesgo en la asignación del ECG:
Premisa: un equipo de ECG en urgencias debe permitir realizar un ECG de forma urgente a un paciente que no tenga identificación.
Los equipos que se adquirieron no tienen habilitado mediante software de forma automática la eliminación de los datos del último paciente al que se ha realizado un ECG, por lo que si la persona que realiza el ECG no elimina los datos del paciente anterior se puede asignar por error un ECG a otro paciente lo que obligó:
• Diseño y distribución de material de formación y apoyo, boletín informativo a todo el personal del servicio
• Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio e Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos
• Colocación en cada equipo de alertas en cuanto al método de realizar ECG
• Deshabilitación de transmisión automática del ECG de cada equipo como otro paso más de comprobación de que los datos del paciente son correctos y envío posterior de forma manual.
• Sistema de comunicación (correo electrónico) de posibles errores de asignación de ECG, directamente con servicio de informática para su solución.
• Configuración correcta de los equipos ECG
• Se identificó de forma individual cada equipo (discriminar por carro ECG y ubicación)

Inicio de prueba de digitalización comenzando de forma progresiva por áreas asistenciales de urgencias, e incorpoando nuevos equipos conforme se comprobaba el correcto funcionamiento de cada área.
Detección de errores y problemas y planteamiento de soluciones que permitieron una implementación progresiva de la totalidad de equipos en todas las áreas.
Ampliación de sesiones formativas
Analisis de los ECG realizados, enviados,... por áreas
Retirada paulatina del papel de impresión automático, dejando esta opción en forma manual según criterio del personal asistencial.
Retirada de la transmisión automática del ECG a la HC electrónica, dejando esta opción manual para asegurar la correcta identificación y transmisión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1314

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consiguen identificar una media 81% de los ECG
Se transmiten a la HC electrónica alrededor de un 69%
** Esto son los datos que se han podido conseguir en las primeras fases de implantación. No disponemos datos actualizados dado que se han solicitado reiteradas veces y dado que tiene que ser a través de General Electric no hemos podido conseguir más información actualizada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación del ECG digital supone un gran avance desde el punto de vista asistencial para posteriores consultas desde todo el ámbito sanitario al estar integrado en la HC electrónica: información, calidad, seguridad.

Hubiese sido deseable contar con los profesionales antes de la adquisición de los equipos ya que algunos de los fallos deberían haberse solucionado previamente y ha obligado a adoptar ideas imaginativas que suplieran las carencias de software de los equipos (sobre todo en aspectos de seguridad clínica).
El proyecto es absolutamente sostenible y es imprescindible que así sea por la mejora asistencial a los pacientes dada la información que aporta.
El proyecto es replicable buscando equipamiento adecuado y adaptándolo en cada lugar a los circuitos asistenciales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1314 ========== ***

Nº de registro: 1314

Título
DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL E.C.G. EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
PARRILLA HERRANZ PEDRO, SANCHEZ ESCOBEDO SONIA, PEREZ CALVO ANA, BERNAL SEBASTIAN PILAR, LOPEZ MARTINEZ MANUEL MARIA, LAIN MERCADAL JUAN, MARRON TUNDIDOR RAFAEL, POVAR MARCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Urgencias del H.U.M.S. dispone de un elevado nivel de informatización del proceso asistencial y de integración de la documentación clínica digitalizada en la H.C.E. a través del programa P.C.H. Uno de los aspectos todavía no incluidos en la historia clínica digital de los pacientes atendidos en urgencias es la imagen del trazado electrocardiográfico, ya que cuando se inició la informatización del Servicio de Urgencias carecíamos de los medios materiales y los recursos técnicos imprescindibles para la digitalización del E.C.G.
La digitalización del E.C.G. es un objetivo prioritario desde el punto de vista asistencial por su importancia para la toma de decisiones clínicas urgentes y para la continuidad de la asistencia tras el ingreso o el alta del paciente, y desde el punto de vista estratégico para conseguir el objetivo de la organización en avanzar en el desarrollo de la H.C.E.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es conseguir que la imagen de los E.C.G. realizados durante el proceso de atención en el Servicio de Urgencias del H.U.M.S. queden almacenados en un soporte informático (imagen digitalizada) en la Intranet del Sector II y en la H.C.E. de Aragón.

MÉTODO
Las acciones previstas para el desarrollo del proyecto son:
FASE 1: Resolución de los aspectos técnicos:
• Comprobar el correcto funcionamiento de la red wifi en todas las áreas asistenciales del Servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1314

1. TÍTULO

DIGITALIZACION E INTEGRACION DEL ECG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Urgencias
- Revisión de los equipos ECG y solución de incidencias técnicas
- Configuración correcta de los equipos ECG

FASE 2: Sensibilización y formación:
- Diseñar y distribuir un boletín informativo a todo el personal del servicio
- Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio
- Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos

FASE 3: Implantación: inicio de la digitalización del E.C.G.

FASE 4: Consolidación y evaluación
- Evaluar implantación
- Ampliar las sesiones de formación si fuera necesario
- Iniciar la medición de los indicadores de implantación

INDICADORES
Se evaluarán los resultados del proyecto mediante la monitorización del porcentaje de E.C.G. digitalizados utilizando como fuente de datos el software de gestión de General Electric (M.U.S.E.).
Definición del indicador: número de E.C.G. digitalizados / número de E.C.G. realizados x 100
Se establece un estándar del 80% para el primer año de implantación del proyecto.

DURACIÓN
El proyecto se ha iniciado en Abril de 2018 y está prevista su finalización en Diciembre de 2018. El cronograma estimado es el siguiente:
FASE 1: Abril – Mayo 2018
Fase 2: Junio 2018 (primera quincena)
Fase 3: Junio 2018 (segunda quincena)
Fase 4: Julio – Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Fecha de entrada: 11/04/2019

2. RESPONSABLE ..... HECTOR SANMARTIN ALLUE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA GARCIA INES
GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS
MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ
PLANA FERNANDEZ BLANCA
PES LAGUNA MARIA DEL MAR
ASCASO MARTORELL CONCEPCION
FERNANDEZ LETAMENDI TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades desarrolladas hasta la fecha son las siguientes:
FASE 1: Redacción y aprobación del protocolo de triaje avanzado:
• Se ha elaborado el protocolo por el grupo de mejora de triaje del servicio, tras un trabajo de revisión bibliográfica, y ha sido revisado por los responsables asistenciales (médicos y de enfermería) del servicio.
• Se han mantenido reuniones con el Servicio de Radiodiagnóstico (tanto con el Jefe de Sección de radiología de urgencias como con el Jefe de Servicio) para consensuar el protocolo.
• Se han mantenido reuniones con las subdirecciones médica y de enfermería, con el objetivo de solventar las dificultades encontradas en la adjudicación de permisos informáticos para solicitar la radiografía por parte del personal de enfermería de triaje.
• El protocolo está pendiente de tramitar para su aprobación definitiva por la Dirección y la Comisión de Tecnología, una vez se resuelvan las referidas dificultades.
FASE 2: Diseño e integración del protocolo en la aplicación informática de historia electrónica de urgencias (P.C.H):
• Se ha realizado el diseño del formulario electrónico, definiendo las funcionalidades que debe cumplir para el uso por el personal de enfermería de triaje. Su integración efectiva en la historia electrónica no se ha realizado porque previamente es preciso resolver el problema de los permisos informáticos para solicitar la radiografía por parte del personal de enfermería de triaje.
Quedan pendientes de desarrollar las fases de difusión, formación, implantación y evaluación del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha completado la redacción del protocolo y ha sido valorado con la dirección del centro y el servicio de radiología.
El protocolo no se ha implantado en la fecha prevista, quedando pendiente de resolver la asignación de permisos informáticos para ello. Por este motivo no hay resultados de los indicadores propuestos en el proyecto.
También se han definido las funcionalidades que debe cumplir el formulario electrónico para el uso por el personal de enfermería de triaje.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras reflexionar sobre las dificultades encontradas, el equipo ha considerado que la asignación de permisos informáticos al personal de enfermería para la solicitud de la radiografía en base a un protocolo definido y validado (‘Reglas de Ottawa’) debería ser posible para optimizar los tiempos de asistencia y mejorar la eficiencia del triaje. Las dificultades encontradas pueden ser similares a las que se presentan en otros escenarios asistenciales como la solicitud de radiografías u otras pruebas complementarias por parte de enfermería, bajo protocolo, en consultas externas. En caso de que la organización no considere factible esta opción, se deberá buscar una solución funcional alternativa para continuar el proyecto.
Por otra parte, el equipo ha contrastado la factibilidad de la aplicación del protocolo mediante consulta con centros hospitalarios de similares características al nuestro, en el que el procedimiento se ha implementado con éxito.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1570 ========== ***

Nº de registro: 1570

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

Autores:
SANMARTIN ALLUE HECTOR, LABORDA GARCIA INES, GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS, MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ, PLANA FERNANDEZ BLANCA, PES LAGUNA MARIA DEL MAR, ASCASO MARTORELL CONCEPCION, FERNANDEZ LETAMENDI TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Urgencias del H.U.M.S atendió en el año 2017 más de 30.000 pacientes en el área de boxes de traumatología. Los esguinces y traumatismos menores del miembro inferior suponen el 25 % de estos pacientes y durante su proceso asistencial se solicita una radiología simple en el 87% de los casos. Según las recomendaciones de “No hacer” de la SERAM, el esguince de tobillo es una de las lesiones articulares más frecuentes; sólo el 15% presentarán fractura ósea, mientras la solicitud de radiología simple supera el 85% en la práctica rutinaria. Las ‘Reglas de Ottawa’ proceden de un análisis grupal desarrollado por el Dr. Ian Stiell (Ottawa Hospital, Canadá) y ofrecen evidencia y un algoritmo de decisión que permite identificar con alta fiabilidad los pacientes con probable de fractura en los que es necesario realizar la radiografía. Existen experiencias publicadas en las que la aplicación de un protocolo de triaje avanzado para el esguince de tobillo ha permitido reducir los tiempos asistenciales en estos pacientes y adecuar las indicaciones de la radiología, y consideramos que su implantación en nuestro servicio permitiría obtener los mismos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este protocolo es identificar en el área de triaje a los pacientes con esguinces o traumatismos menores del miembro inferior que precisan de la realización de una radiografía simple del tobillo, rodilla o pie y establecer un circuito diferenciado para acortar el tiempo total de estancia en el servicio, al disminuir el tiempo de decisión clínica. Como objetivo secundario, se pretende adecuar las indicaciones de solicitud de estudio radiológico en estos pacientes.

MÉTODO
Las acciones previstas para el desarrollo del proyecto son:
FASE 1: Redacción y aprobación del protocolo de triaje avanzado:
- Elaborar del borrador del protocolo por el grupo de mejora de triaje del servicio
- Consensuar el protocolo con el servicio de radiología y traumatología
- Aprobación del protocolo por la Dirección y la Comisión de Tecnología

FASE 2: Diseño e integración del protocolo en la aplicación informática de historia electrónica de urgencias (P.C.H):
- Diseñar el formulario electrónico
- Integrarlo con los protocolos de triaje avanzado ya disponibles en el servicio

FASE 3: Difusión y formación:
- Distribuir el protocolo a todo el personal del servicio
- Impartir formación específica en sesiones de mañana y tarde al personal de enfermería del servicio
- Informar a los médicos residentes y facultativos de otros servicios médicos y quirúrgicos implicados

FASE 4: Implantación del protocolo
FASE 5: Consolidación y evaluación
- Evaluar implantación
- Ampliar las sesiones de formación si fuera necesario
- Iniciar la medición de los indicadores de implantación

INDICADORES
Se evaluarán los resultados del proyecto mediante la monitorización de los siguientes indicadores:
- Cumplimentación del protocolo: pacientes con el protocolo activado y check-list cumplimentado / total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión x 100

Se establece un estándar del 70% para el primer año de implantación del proyecto.

- Reducción del tiempo asistencial: diferencia entre la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes elegibles no incluidos en el protocolo y la mediana del tiempo total de asistencia en pacientes incluidos en el protocolo

Estándar: > 30 minutos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1570

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE AVANZADO EN TRAUMATISMOS MENORES DE MIEMBROS INFERIORES

• Tasa de estudios radiológicos: pacientes con criterios de inclusión en los que se realiza radiografía / total de pacientes con criterios de inclusión x 100
Estándar < 87%
Los datos se obtendrán de la aplicación informática P.C.H.

DURACIÓN
El proyecto se ha iniciado en Marzo de 2018 y está prevista su finalización en Diciembre de 2018. El cronograma estimado es el siguiente:
FASE 1: Marzo – Julio 2018
Fase 2: Junio - Septiembre 2018
Fases 3 y 4: Octubre 2018
Fase 5: Octubre – Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FABRA JESUS
MALLEN MATEO EVA
CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE
ESCARTIN MARTINEZ IRENE
RIAZUELO FANTOVA GEMA
ALFARO TORRES JORGE
MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1 día mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 2 consultas específicas/mes, protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLÉN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal. RESPONSABLES:
JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Actualización de protocolo de VA en CaP: diseño del protocolo.
- Habilitación de consulta mensual de VA en Urología: agenda (GUROVA) 2º y 4º miércoles de cada mes.
- Agenda para la citación de RM de próstata.
- Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0): diseño e implementación informática, por el momento textual.
- Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA: diseño e implementación de plantilla, por el momento textual
- Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA: diseño e implementación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Urología: activación de la consulta específica. Los pacientes candidatos a este esquema terapéutico son seleccionados desde la recepción del resultado de la Bx y atendidos en dicha consulta específica de un modo individualizado y especializado por profesionales especialmente formados en VA, ello ha permitido dar una mayor calidad asistencial y confianza a nuestros pacientes.
- Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología). PENDIENTE adquisición de monitores con cargo a otros proyectos económicos del Servicio todavía no finalizados y de ubicar espacio físico para el visionado de los pacientes.
- Las plantilla de interpretación de Bx transperineal a implementar en los informes de radiología y anatomía patológica todavía no se han implementado en formato gráfico, pero sí en formato de texto que permite una mejor interpretación y simbiosis entre los informes de resonancia, la realización de la biopsia transperineal y la identificación de las áreas tumorales en la anatomía patológica. Tanto los criterios PIRADS 2.0 de interpretación radiológica como ISUP-2015 de interpretación histológica están consolidados.

7. OBSERVACIONES.
En la evolución de este proyecto hemos desarrollado un importante esfuerzo de investigación asociado. Lideramos junto con el Servicio de Urología del Instituto Valenciano de Oncología (Dr. J. Rubio) un proyecto multicéntrico nacional sobre pacientes en Vigilancia Activa con más de 50 centros participando y cerca de 1800 pacientes en seguimiento y evaluación. A su vez hemos hecho nuestro propio análisis de los 115 pacientes actualmente en este manejo en nuestro centro. Y hemos hecho un esfuerzo de exportación de nuestra organización asistencial al respecto, y resultados impartiendo un programa Focuss sobre Vigilancia Activa a lo largo del pasado año.
Como ya se apuntó en la memoria inicial: es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, Mª Jesús (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA), ROS MENDOZA, Luis (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/675 ========== ***

Nº de registro: 0675

Título
MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, GIL FABRA JESUS, MALLEN MATEO EVA, CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE, ESCARTIN MARTINEZ IRENE, RIAZUELO FANTOVA GEMA, ALFARO TORRES JORGE, MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunístico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretratamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.
Ajustar los plazos de realización de pruebas de seguimiento evitando demoras de bajo riesgo oncológico pero alta ansiedad en pacientes.
Optimizar la interpretación de las BxP en VA por parte del Servicio de Anatomía Patológica

MÉTODO
- Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1-2 días/mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 1-2 veces/mes (según necesidades), protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLÉN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal. RESPONSABLES: JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

INDICADORES
- INDICADOR (I): Actualización de protocolo de VA en CaP. MONITORIZACIÓN (M): diseño del protocolo.
- (I): Habilitación de consulta mensual de VA en Urología. (M): agenda y frecuentación de citas.
- (I): Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV). (M): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).
- (I): Agenda para la citación de RM de próstata. (M): citas realizadas.
- (I): Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0). (M): diseño e implementación informática
- (I): Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): diseño e implementación de plantilla

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

- (I): Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA. (M): diseño e implementación

DURACIÓN
Cronograma: 2 años:
- Mes 1 a 6: Análisis de las necesidades de apertura de consultas urológicas de VA, 1 ó 2/mes. (los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos) + Análisis de necesidades de apertura de citas de RM. + Diseño de plantilla de interpretación de RM prostática, e integración informática + Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática. + Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática.
- Mes 6 a 18: Activación y seguimiento de la consulta de VA. + Activación y seguimiento de las citaciones de RM. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.
- Mes 18 a 24: análisis de indicadores y reajuste

OBSERVACIONES
El presente proyecto integra en el Equipo de Mejora para su desarrollo y de un modo imprescindible a la Dra. HAKIM ALONSO, Sofía (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/shakim@salud.aragon.es).
Su colaboración es absolutamente necesaria para este Proyecto de Mejora de carácter multidisciplinar que integra 3 profesionales por Servicio implicado.
Del mismo modo que es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, Mª Jesús (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA/mjgilsa@salud.aragon.es), ROS MENDOZA, Luis (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA/lhrosmendoza@gmail.com) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/ralvareza@salud.aragon.es)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FABRA JESUS
MALLEN MATEO EVA
CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE
ESCARTIN MARTINEZ IRENE
RIAZUELO FANTOVA GEMA
ALFARO TORRES JORGE
MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Activación y seguimiento de la consulta de Vigilancia activa (VA) (Urología).
- Activación y seguimiento de las citaciones de Resonancia magnètica (RM) (Radiodiagnóstico).
- Activación y seguimiento de la plantilla de Biopsia de Próstata (BxP) identificativa de candidatos a VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica).
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Activación y seguimiento de la consulta de VA (Urología): se han estandarizado las 2 consultas al mes para la visita urológica de este tipo de pacientes habiéndose realizado 290 citas a lo largo de 2018.
- Activación y seguimiento de las citaciones de RM (Radiodiagnóstico): el protagonismo creciente de la RM en la sospecha diagnóstica de cáncer de próstata, ha limitado su disponibilidad para la Vigilancia Activa.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): se han mantenido los criterios de selección de los pacientes candidatos a VA en 2017.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): se han mantenido los criterios de selección de los pacientes candidatos a VA en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Activación y seguimiento de la consulta de VA (Urología): el flujo de pacientes candidatos a VA ha sido acorde al diseño planteado en su momento así como los pacientes que a lo largo del tiempo pasan a tratamiento activo, lo cual ha permitido que el diseño inicial permita la asunción asistencial de todos los pacientes en VA con 2 consultas urológicas destinadas a ello al mes.
- Activación y seguimiento de las citaciones de RM (Radiodiagnóstico): la RM cada vez adelanta más su momento de indicación ante la sospecha de cáncer de próstata, no sólo durante el seguimiento; ello ha saturado la disponibilidad de la misma por parte del Servicio de Radiodiagnóstico, con lo que sus plazos de realización empiezan a acercarse al límite de lo deseable. Esta realidad hace previsible a muy corto plazo la necesidad de incrementar la disponibilidad de recursos en citas, para satisfacer esta demanda asistencial.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): la plantilla implementada en 2017 ha resultado ser de la suficiente actualidad y fortaleza científica como para que en 2018 sigue manteniéndose absolutamente vigente, sin conveniencia alguna de reajuste; y siendo referente para otros centros de la Comunidad Autónoma a los que se ha difundido mediante un programa Focuss desarrollado de nuevo en 2018, así como a otras Comunidades Autónomas y centros de nuestro país.
- Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA (Urología-Radiología-Anatomía Patológica): nuevamente nuestra plantilla se seguimiento se ha confirmado como actualizada y de fortaleza científica con extensa difusión a otros centros como en el epígrafe anterior. Se ha consolidado un informe específico por sectores en el Servicio de Anatomía Patológica, y del mismo modo el Servicio de Radiodiagnóstico informa con la codificación de la plantilla por sectores de las zonas de sospecha para una mejor BxP para su realización por fusión cognitiva. La integración de la plantilla gráfica en los informes anatomo-patológicos y de RM no ha sido factible, pero se ha desestimado en favor de la información contextual codificada sobre la plantilla sectorial pre-definida y consensuada (Ápex=A, Base=B, Zona Media=M / Izquierda=I, Derecha=D / Sectores 1 a 5, en cada combinación: AI 1 a 5, AD 1 a 5, ..., BI 1 a 5). Sobre esta base se han informado las 38 RM sometidas a BxP por VA en 2018.

7. OBSERVACIONES.
El material, televisor, y decodificador para visionado del vídeo titulado "Vivir con cáncer", realizado y previamente autorizado por AragónTV; no se ha podido adquirir por ausencia de fondos. Pero ambos elementos han sido cedidos gratuitamente por parte del Investigador Principal en aras del beneficio a los pacientes siendo ubicados ya en las consultas externas de Urología, para visionado de los pacientes.
A pesar de tratarse de un proyecto multidisciplinar, con 3 servicios implicados, la convocatoria no se reajusta a esa posibilidad y la limitación de participantes se circunscribe a 8 profesionales. En este sentido quedarían injustamente excluidas del reconocimiento a su compromiso y esfuerzo las doctoras HAKIM ALONSO, Sofía (Anatomía Patológica) y SOLANAS ÁLAVA, Susana (Radiodiagnóstico). Ruego les sea tenido en cuenta el presente mérito curricular en algún modo en reconocimiento y agradecimiento a su implicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Como ya se apuntó en la memoria inicial y en la memoria de seguimiento: es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, Mª Jesús (UROLOGÍA), ROS MENDOZA, Luis (RADIOLOGÍA) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (ANATOMÍA PATOLÓGICA).

*** ========== Resumen del proyecto 2016/675 ========== ***

Nº de registro: 0675

Título
MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, GIL FABRA JESUS, MALLEN MATEO EVA, CASTILLO ESCUDERO JUAN JOSE, ESCARTIN MARTINEZ IRENE, RIAZUELO FANTOVA GEMA, ALFARO TORRES JORGE, MARQUINA IBAÑEZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunístico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretratamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.
Ajustar los plazos de realización de pruebas de seguimiento evitando demoras de bajo riesgo oncológico pero alta ansiedad en pacientes.
Optimizar la interpretación de las BxP en VA por parte del Servicio de Anatomía Patológica

MÉTODO
- Gestión global: coordinación de especialidades, análisis de resultados, actualización científica, implementación del proyecto multicéntrico nacional a nuestro medio. RESPONSABLE: Á. BORQUE (Jefe Sección, Unidad Próstata, Urología). Liberación asistencial: 1-2 días/mes
- Optimización de visita urológica: agrupamiento en visita específica, 1-2 veces/mes (según necesidades), protocolización de la misma, visionado del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo (AragonTV): documental realizado a todos nosotros y pacientes, y para cuyo visionado nos ha autorizado AragonTV. RESPONSABLES: J. GIL, E. MALLÉN, Á. BORQUE, y MJ. GIL (Jefa Servicio, Urología)
- Optimización de la RM de próstata: disponibilidad de citas, estandarización de interpretación (PIRADS 2.0), y creación de plantilla específica en los informes para una mejor concordancia con la BxP transperineal. RESPONSABLES: JJ. CASTILLO, I. ESCARTÍN, G. RIAZUELO, y L. ROS (Jefe Servicio, Radiología)
- Estandarización de la interpretación de BxP: creación de un protocolo que permita la fácil identificación de los pacientes candidatos a VA, y creación de un protocolo para las BxP de seguimiento en VA. RESPONSABLES: J. ALFARO (Jefe Sección, Anatomía Patológica), I. MARQUINA, S. HAKIM, y R. ÁLVAREZ (Jefe Servicio, Anatomía Patológica)

INDICADORES
- INDICADOR (I): Actualización de protocolo de VA en CaP. MONITORIZACIÓN (M): diseño del protocolo.
- (I): Habilitación de consulta mensual de VA en Urología. (M): agenda y frecuentación de citas.
- (I): Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, AragonTV). (M): adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).
- (I): Agenda para la citación de RM de próstata. (M): citas realizadas.
- (I): Plantilla de interpretación prostática (PIRADS 2.0). (M): diseño e implementación informática

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0675

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

- (I): Actualización de plantilla de interpretación de BxP para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): diseño e implementación de plantilla
- (I): Plantilla de interpretación de la BxP transperineal en VA. (M): diseño e implementación

DURACIÓN
Cronograma: 2 años:
- Mes 1 a 6: Análisis de las necesidades de apertura de consultas urológicas de VA, 1 ó 2/mes. (los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos) + Análisis de necesidades de apertura de citas de RM. + Diseño de plantilla de interpretación de RM prostática, e integración informática + Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática. + Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática.
- Mes 6 a 18: Activación y seguimiento de la consulta de VA. + Activación y seguimiento de las citaciones de RM. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA. + Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.
- Mes 18 a 24: análisis de indicadores y reajuste

OBSERVACIONES
El presente proyecto integra en el Equipo de Mejora para su desarrollo y de un modo imprescindible a la Dra. HAKIM ALONSO, Sofía (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/shakim@salud.aragon.es).
Su colaboración es absolutamente necesaria para este Proyecto de Mejora de carácter multidisciplinar que integra 3 profesionales por Servicio implicado.
Del mismo modo que es ineludible incluir en el Equipo de Mejora a los correspondientes Jefes de Servicio de cada uno de los Servicios afectados, tanto por su implicación directa con el proyecto como más aún por integrarse esta convocatoria en el Contrato de Gestión de sus Servicios con las consecuencias que ello conlleva y su asunción de responsabilidades directas con ello para el buen fin del proyecto. Así han de formar parte del Equipo de Mejora igualmente: GIL SANZ, Mª Jesús (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/UROLOGÍA/mjgilsa@salud.aragon.es), ROS MENDOZA, Luis (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/RADIOLOGÍA/lhrosmendoza@gmail.com) y ÁLVAREZ ALEGRET, Ramiro (MEDÍCO/HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET"/ANATOMÍA PATOLÓGICA/ralvareza@salud.aragon.es)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARELA ESPIN JOAQUIN
GARETA ALQUEZAR CLARA
MALLEN MATEO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Varias reuniones con At primaria para centrar la problemática de los pacientes remitidos a At especializadada urológica.

-Cuantificación de las consultas remitidas: 30-40 pacientes/día.

-Actualización y/o eloaboración de algoritmos de manejo de las distintas pàtologías urológicas que se devolverán apar manejo teórico en At primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entre 1/6/2017 y 31/12/2018 se han realizado globalmente 1097 consultas virtuales de Urología, 27,1% resueltas sin cita.

-Diciembre 2017: 369 interconsultas solicitadas desde At Primaria y valoradas por Urología. 10,3% resueltas sin cita.
-Noviembre 2017: 512 interconsultas.19,5% resueltas sin cita.
-Octubre 2017: 541 interconsultas. 26,7% resueltas sin cita.
-Septiembre 2017: 91 interconsultas. 56% resueltas sin cita.
-Agosto 2017: 18 interconsultas. 77,7% resueltas sin cita.
-Julio 2017:21 interconsultas. 42,8% resueltas sin cita.
-Junio 2017: 14 interconsultas. 42,8% resueltas sin cita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Existe variabilidad entre urólogos en el porcentaje de consultas virtuales resueltas sin cita.

-Existe amplia variabilidad en los distintos Centros de Salud respecto a la patología remitida para valoración a At especializada, así como en la voluntad de mantener en primaria a los pacientes valorados sin cita.

7. OBSERVACIONES.
Se requieren reuniones sucesivas con los distintos Centros de Salud, así como reflexiones internas por parte del Sº de Urología.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1243 ========== ***

Nº de registro: 1243

Título
CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Autores:
GIL MARTINEZ PEDRO, CARELA ESPIN JOAQUIN, MALLEN MATEO EVA, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, RONCALES BADAL ANGEL, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación entre varios niveles asistenciales
---
Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

MÉTODO
-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

INDICADORES
-Disminución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-Nº de interconsultas telemáticas efectuadas.

DURACIÓN
Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO GIL MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARELA ESPIN JOAQUIN
GARETA ALQUEZAR CLARA
MALLEN MATEO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración conjuntamente con todo el Sº de Urología de HUMS de los siguientes nuevos algoritmos de manejo conjunto (Urología/At. Primaria): BPH, eyaculación precoz, hemospermia, microhematuria. Puesta al día de los restantes algoritmos de patologías urológicas para manejo conjunto con At. primaria
-Cuantificación de las consultas remitidas: 30-40 pacientes/día.
-Creación de base de datos donde se reflejan todas las interconsultas virtuales realizadas.
-Análisis individualizado de las distintas patologías urológicas de las cuales se solicita interconsulta virtual por Centro de Salud y análisis preliminar de los problemas detectados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Entre principios de 1/9/2017 y 31/8/2018 se han realizado globalmente 5026 consultas virtuales de At. primaria a Urología, 17% (870) resueltas sin
cita.
-Sept 2017: 91 interconsultas solicitadas desde At Primaria y valoradas por Urología. 56% resueltas sin cita.
-Octubre 2017: 370 interconsultas. 22% resueltas sin cita.
-Noviembre 2017: 511 interconsultas. 19% resueltas sin cita.
-Diciembre 2017: 366 interconsultas. 10% resueltas sin cita.
-Enero 2018: 475 interconsultas. 19% resueltas sin cita.
-Febrero 2018: 472 interconsultas. 13% resueltas sin cita.
-Marzo 2018: 482 interconsultas. 14% resueltas sin cita.
-Abril 2018: 467 interconsultas. 19% resueltas sin cita.
-Mayo 2018: 512 interconsultas. 12% resueltas sin cita.
-Junio 2018: 441 interconsultas. 17% resueltas sin cita.
-Julio 2018: 407 interconsultas. 15% resueltas sin cita.
-Agosto 2018: 358 interconsultas. 15% resueltas sin cita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Existe correlación evidente entre los recursos de Urología destinados a la interconsulta virtual (puesto de urólogo/semana) y la calidad de nuestra respuesta.
-Existe necesidad de realizar reuniones con los equipos de Mª Familia para evaluar las patologías urológicas cuya remisión al nivel asistencial de primaria causa dificultades en el manejo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1243 ========== ***

Nº de registro: 1243

Título
CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Autores:
GIL MARTINEZ PEDRO, CARELA ESPIN JOAQUIN, MALLEN MATEO EVA, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, RONCALES BADAL ANGEL, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1243

1. TÍTULO

CONSULTA NO PRESENCIAL TELEMATICA ENTRE UROLOGIA Y ATENCION PRIMARIA. PUESTA EN MARCHA

Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación entre varios niveles asistenciales

---

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La relación entre Atención Primaria y Atención especializada es una de las bases fundamentales para el buen funcionamiento del sistema público de Salud.

Por otra parte, las nuevas tecnologías nos ofrecen la oportunidad de establecer interconsultas virtuales que agilicen todo el proceso de intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar el manejo de las patologías urológicas sencillas más prevalentes en Atención Primaria, para disminuir el número de derivaciones a atención especializada urológica.

De esta se podrá evitar las molestias al paciente derivadas de acudir a otro nivel asistencial, y cuando sea necesaria dicha derivación que sea más precoz.

MÉTODO
-Elaboración de protocolos clínicos de manejo en Atención primaria así como de derivación a especializada de las patologías urológicas más prevalentes.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo.

INDICADORES
-Disminución del Nº de derivaciones desde Atención Primaria a Urología jerarquizada.

-Nº de interconsultas telemáticas efectuadas.

DURACIÓN
Cronograma previsto:

-Elaboración de protocolos clínicos: abril a mayo 2017.

-Presentación y discusión de dichos protocolos a nivel interno en urología HUMS: abril 2017.

-Inicio de la consulta telemática desde HUMS, con posibilidad de comunicación telefónica o mediante email corporativo: abril 2017.

-Coordinación de sesiones clínicas entre ambos niveles asistenciales: junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1260

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTION)

Fecha de entrada: 18/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGEL BORQUE FERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FABRA JESUS
MALLEN MATEO EVA
GIL SANZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Instaurar 2 consultas/mes destinadas a Vigilancia Activa, con periodicidad quincenal, atendidas alternativamente por los Dres. Gil Fabra y Mallén, y en su ausencia por el Dr. Borque

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualización de protocolo de VA en CaP.

Habilitación de 2 consultas mensuales de VA en Urología: Agenda (GUROVA) y frecuentación de citas: 30 minutos para primeros días, y 15 minutos para visitas de seguimiento. 2º y 4º miércoles de cada mes.

Actualización de plantilla de interpretación de Biopsia de Próstata para identificación de pacientes candidatos a VA. Diseño e implementación de plantilla

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Visionado por los pacientes en la sala de espera del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo Aragon TV): documental realizado a todos nosotros y pacientes. Este aspecto queda pendiente de la adquisición de los monitores con cargo a un proyecto de investigación del Servicio que culmina a finales de este próximo mes de febreo y tras ello la adquisición de dichos monitores y habilitación del espacio físico para su visionado.

La adquisición de un nuevo aparato de ecografía con fusionado de imágenes resonancia-ecografía y guiado de la práctica de la biopsia sería altamente recomendable para optimizar su realización. Nos encontramos pendientes de su evaluación y solicitud de adquisición.

7. OBSERVACIONES.
Hemos realizado un programa Focuss al respecto el pasado año al objeto de favorecer la aplicación de esta estrategia terapéutica al resto de hospitales de la Comunidad Autónoma. Programa que se ha vuelto a ofertar en la presente convocatoria. Todo ello gracias a nuestra experiencia favorable en esta práctica asistencial.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1260 ========== ***

Nº de registro: 1260

Título
MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA

Autores:
BORQUE FERNANDO ANGEL, GIL FABRA JESUS, MALLEN MATEO EVA, GIL SANZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Cancer de prostata
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1260

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTION)

PROBLEMA
La sensibilización en cáncer de próstata (CaP), el cribado poblacional encubierto, y en su defecto el cribado oportunístico del CaP, han mostrado su impacto en mortalidad, pero también un sobrediagnóstico de CaP's "latentes", "indolentes" o "insignificantes" que difícilmente afectarán a corto, medio o largo plazo en mortalidad ni calidad de vida de sus portadores; pero que tras su diagnóstico se siguen de un "sobretratamiento", mediante cirugía o radioterapia, que sin olvidar el coste económico, llevan consigo potenciales efectos secundarios limitantes en calidad de vida como incontinencia urinaria e impotencia.

La VA es una estrategia terapéutica consolidada en el HUMS, con una fecha de inicio realista situada en 2013, es decir 4 años de vigencia .El flujo de entrada de pacientes ha sufrido un incremento progresivo hasta un total de 88 pacientes incluidos en VA en nuestro centro hasta la fecha

RESULTADOS ESPERADOS
Maximizar la VA como enfoque terapéutico de CaP de Bajo/Muy Bajo Riesgo.

Creación de la Consulta especifica de Vigilancia Activa

MÉTODO
De los 88 pacientes incluidos hasta la fecha 4 acaban de realizar la primera visita. De los 84 restantes, 3 pacientes han fallecido por otra causa y 18 han pasado a tratamiento activo (20,5%)).
La mediana de tiempo en VA se cifra en 52 meses), permaneciendo a 2 años un 79% de pacientes en VA, a 3 años un 66% y un 43% a 5 años.
Si la situación se estabiliza, cabe esperar un incremento anual (nuevos casos – abandonos) de unos 30 casos/año.
No cabe esperar que el crecimiento exponencial percibido en estos años de consolidación de la VA persista, sino que se estabilice en esos 30 casos/año.
De este modo el número de visitas para pacientes en VA esperables para 2017, por protocolo y sin visitas por evento que cabría esperar serían:
30 nuevos casos x 4 visitas/caso-1º año: 120 visitas.
67 casos en seguimiento x 2 visitas/caso-año: 134 visitas.
TOTAL: 254 visitas/año.
+ 260 visitas/año / 12 meses = 21,6 + 22 visitas/mes (de ellas 2-3 visitas/mes son la primera visita que requiere un mínimo de 30 minutos por paciente para explicar debidamente la VA).

Instaurar 2 consultas/mes destinadas a Vigilancia Activa, con periodicidad quincenal, atendidas alternativamente por los Dres. Gil Fabra y Mallén, y en su ausencia por el Dr. Borque.

Visionado por los pacientes en la sala de espera del reportaje "Vivir con cáncer" (Programa Objetivo Aragon TV): documental realizado a todos nosotros y pacientes.

INDICADORES
Indicador: Actualización de protocolo de VA en CaP. Monitorización: diseño del protocolo.

Indicador: Habilitación de 2 consultas mensuales de VA en Urología: (M): Agenda y frecuentación de citas.

Indicador: Visionado del documental "Vivir con Cáncer" (Objetivo, Aragon TV). (M): Adquisición de monitores y habilitación de espacio físico, (con cargo a Urología).

Indicador: Actualización de plantilla de interpretación de Biopsia de Próstata para identificación de pacientes candidatos a VA. (M): Diseño e implementación de plantilla

Indicador: Plantilla de interpretación de la Biopsia Próstata transperineal en VA. (M): Diseño e implementación.

DURACIÓN
Cronograma: 1 año: 2017
Mes 1: Actualización del protocolo de Vigilancia Activa.
Mes 1-3 Diseño de plantilla de interpretación de BxP basal para identificación de candidatos a VA, e integración informática.
Mes 1-3 Diseño de la plantilla de interpretación de BxP de seguimiento en VA, e integración informática
Mes 1 a 6: Programar las citas sucesivas de los pacientes ya incluidos y de los nuevos en la Consulta de Vigilancia Activa. Los pacientes se visitan semestralmente en la consulta de Proceso de próstata, entremezclados con el resto, en 6 meses se identificarían todos ellos.
Mes 6 a 12: Activación y seguimiento de la consulta de Vigilancia Activa.
Activación y seguimiento de la plantilla de BxP identificativa de candidatos a VA.
Activación y seguimiento de la plantilla de BxP de seguimiento en VA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1260

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DEL CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO: VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PROSTATA (ACUERDO DE GESTION)

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

Fecha de entrada: 20/03/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ESPILEZ ORTIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ ZALABARDO MANUEL
SERRANO FRAGO PATRICIA
ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO
VIAMONTE VIAMONTE PATRICIA
GIL MARTINEZ PEDRO
CABAÑUZ PLO TERESA
MUÑOZ RIVERO MARTA VIRIDIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En una única consulta de alta resolución (CARHE) se ha realizado el diagnostico y la planificación del tratamiento del paciente con hematuria monosintomatica.
Fases de Implantación:
1. Fase Preliminar (primeros 3 meses)
· Localización: CARHE (11:30-14:00h) ¬+ Sala Blanca (12:00-14:00h)
· Usuarios: pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
· Número de pacientes: 4
2. Fase de implantación definitiva (durante 1 año)
· Localización: CARHE (9:30-14:00h)
· Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
· Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
· Número de pacientes: 10-12
3.Fase de extensión a Atención Primaria (tras la fase anterior)
· Localización: CARHE (9:30-14:00h)
· Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
· Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
· Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
· Número de pacientes: 10-12

Protocolo de actuación estándar en CARHE:
1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el servicio de urgencias a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis, exploración física, ecografía y, si procede, cistoscopia.
3. Si el paciente es diagnosticado de patología tumoral, se incluirá en lista de espera quirúrgica en ese mismo momento con petición de las citologías urinarias.

Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Revisión en CE de Urología
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Realización de prueba diagnostica
- Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un 45% de los pacientes valorados en la consulta CARHE han sido diagnosticados de patología tumoral. El 90% de tumor vesical, el 5% de tumor renal y el 5% de tumor del tracto urinario superior. El 25% de los diagnósticos fue mediante ecografía, el 65% por cistoscopia y el 10% por TAC.
Procedencia de las consultas a CARHE: 72 S.urgencias, 40 CME, 15 Consulta Vrtual, 6 otros.

Se alcanza el objetivo principal con una mejora muy importante del tiempo diagnostico, asi como reducción de tiepo desde el sintoma hasta el tratamiento. Mediana de tiempo en nuestra serie desde que el paciente consulta por hasta que es diagnosticado de 7 días y desde que consulta hasta que se opera de 62 días.
El intervalo consulta por HM-diagnósico causa hematuria en la época previa a la instauración de la CARHE era de 45 a 85 días.

Se alcanzaron todos los objetivos secundarios:
Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera prueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
· Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

tanto de forma urgente como de forma programada.
· Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas de locales.
· Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.
· Disminuir las visitas reiteradas al Servicio de Urgencias
· Disminuir la ansiedad del paciente por la espera.
· Aplicar el tratamiento apropiado más precozmente.
· Mejorar el pronóstico en los pacientes con patología tumoral al disponer de un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de la CARHE acorta de manera importante el tiempo de diagnóstico de tumor vesical y otros tumores urológicos y con ello su posterior tratamiento. Disminuye la realización de pruebas complementarias por otros servicios, reduce las visitas a urgencias y disminuye la ansiedad del paciente con hematuria macroscópica.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos que se producirá el incremento progresivo de los pacientes derivados a la CARHE, por una mejor filtración de paceintes y creación de consulta virtua.
Por esto, nos planteamos una ampliación de los dias de consulta.
Deberiamos considerar mejorar nuestros recursos(mejoria del ecografo)

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1269 ========== ***

Nº de registro: 1269

Título
CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

Autores:
ESPILEZ ORTIZ RAQUEL, SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, SERRANO FRAGO PATRICIA, GIL MARTINEZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hematuria es una causa frecuente de consulta urológica en el Servicio de Urgencias(S.U),representando más del 30 % de las urgencias urológicas en nuestro medio.
En la población mayor de 50 años el 35% de las hematurias son de causa tumoral(tumor vesical).
Al diagnóstico 20-25% de los casos son tumores infiltrantes. Un diagnóstico y tratamiento precoz es primordial en su pronóstico.
Los pacientes con un episodio de hematuria presentan gran ansiedad y suelen acudir reiteradamente al S.U, acrecentando la presión asistencial de un servicio de por sí muy saturado.
Actualmente en el manejo de las hematurias monosintomaticas(HM) atendidas en el S.U, no existe protocolo de actuación especifico, ni se efectúa control de derivación a la Consulta Externa de Urología, en plazo o pruebas solicitadas.
Creemos que se dan las circunstancias para mejorar el manejo de las HM que acuden al Servicio de Urgencias,a través del análisis de la gestión del proceso actual, y a la realización de propuestas,en nuestro caso la creación de una consulta de alta resolución(CARHE)
Además y después de analizados los resultados, extrapolar esta consulta de alta resolución a HM de CCEE de Especialidades y Atencion Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal
Crear una consulta de alta resolución del paciente HM, con el fin de permitir un diagnóstico precoz en la patología tumoral urológica.
Objetivos secundarios
• Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera prueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
• Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico tanto de forma urgente como de forma programada.
• Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas blancas.
• Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.
• Disminuir las visitas reiteradas al S.U.
• Disminuir la ansiedad del paciente por la espera.
• Aplicar el tratamiento apropiado más precozmente.
• Mejorar el pronóstico tumoral realizando diagnóstico y tratamiento más precoz.

MÉTODO
En una única consulta de alta resolución(CARHE) se realizará el diagnostico y la planificación del tratamiento del paciente con HM.
Población diana:Pacientes con HM atendidos en urgencias(fase preliminar), en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS (fase de implantación) y Atención Primaria(fase definitiva).
Establecer una agenda específica de Consulta de Alta resolución de Hematuria.
Protocolo de actuación estándar en CARHE:
1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el SU a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis,exploración física,ecografía y, si procede,cistoscopia.

INDICADORES
Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:
• Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Revisión en CE de Urología
• Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Realización de prueba diagnostica
• Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera
Los objetivos a lograr durante este año son:
• Disminuir el número de revisiones por HM en las consultas de urología en un 50%- 75%.
• Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta el diagnostico en más del 50% del tiempo actual.
• Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta la inclusión en lista de espera quirúrgica en más del 50%.
• Acortar el tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento quirúrgico en más de un 60%.
Respecto al stándar actual

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio:18/04/2017
Fecha de finalización:CARHE será una consulta definitiva en nuestro centro.
Fases de Implantación:
1. Fase Preliminar(primeros 3 meses)
• Localización:CARHE (11:30-14:00h) ¬+ Sala Blanca (12:00-14:00h)
• Usuarios: pacientes con HM atendidos en el S.U.
• Número de pacientes:4
2. Fase de implantación definitiva(1 año)
• Localización:CARHE (9:30-14:00h)
• Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
• Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
• Número de pacientes:10-12
3.Fase de extensión a Atención Primaria
• Localización:CARHE (9:30-14:00h)
• Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
• Pacientes con HM atendidos en CCEE Centro de Especialidades y HUMS
• Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
• Número de pacientes:10-12

OBSERVACIONES
Los responsables de CARHE son:
Raquel Espilez Ortiz
Jose Manuel Sanchez Zalabardo

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ESPILEZ ORTIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H MIGUEL SERVET
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 2

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ ZALABARDO MANUEL
REDONDO REDONDO CRISTINA
SANZ DEL POZO MONICA
ORLANDI WALTER
GIL MARTINEZ PEDRO
GIL SANZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En una única consulta de alta resolución (CARHE) se ha realizado el diagnostico y la planificación del tratamiento del paciente con hematuria monosintomatica.
Fases de Implantación:

1. Fase Preliminar (primeros 3 meses)
· Localización: CARHE (11:30-14:00h) ¬+ Sala Blanca (12:00-14:00h)
· Usuarios: pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
· Número de pacientes: 4

2. Fase de implantación definitiva (durante 1 año)
· Localización: CARHE (9:30-14:00h)
· Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
· Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
· Número de pacientes: 10-12

3.Fase de extensión a Atención Primaria (tras la fase anterior)
· Localización: CARHE (9:30-14:00h)
· Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el Servicio de Urgencias
· Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
· Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
· Número de pacientes: 10-12

Protocolo de actuación estándar en CARHE:
1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el servicio de urgencias a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis, exploración física, ecografía y, si procede, cistoscopia.
3. Si el paciente es diagnosticado de patología tumoral, se incluirá en lista de espera quirúrgica en ese mismo momento con petición de las citologías urinarias.

Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:
• Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Revisión en CE de Urología
• Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Realización de prueba diagnostica
• Intervalo de tiempo: Visita en S. de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un 35.6% de los pacientes valorados en la consulta CARHE han sido diagnosticados de patología tumoral, en una primera y única consulta.

En el 95,3% se realizó ecografía. En el 19,5% hubo diagnóstico de patología tumoral vesical (N=48), el 2,4% de masa renal (N=6), el 4,8% de litiasis (N=12) y el 1,2% de hidronefrosis (N=3). En el 72,1% no se pudo llegar a un diagnóstico mediante ecografía.
Se hizo cistoscopia en el 78,7% (N=203) de los pacientes. El 40,9% (N=83) de los pacientes a los que se realizó cistoscopia se diagnosticaron de tumor vesical. En 6,4% (N=13) se encontró sangrado prostático, en 1,5% se evidenció litiasis vesical. En el 51,7% (N=105) no hubo hallazgos.

En 23 pacientes con ecografía y cistoscopia negativa se realizó diagnóstico por TAC de causa de la hematuria (14 litiasis, 4 TM de vías,4 TM vesical, 1 TM renal).

Se alcanza el objetivo principal, con una mejora muy importante del tiempo diagnostico, asi como reducción de tiempo desde el sintoma hasta el tratamiento.
Mediana de tiempo en nuestra serie desde que el paciente consulta por hasta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

que es diagnosticado de 9 días.
El intervalo consulta por HM-diagnósico causa hematuria en la época previa a la instauración de la CARHE era de 45 a 85 días.

Se alcanzaron todos los objetivos secundarios:
. Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primeraprueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
· Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico tanto de forma urgente como de forma programada.
· Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas de locales.
· Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de la CARHE acorta de manera importante el tiempo de
diagnóstico de tumor vesical y otros tumores urológicos y con ello su posterior tratamiento.
Disminuye la realización de pruebas complementarias por otros servicios, reduce las visitas a urgencias y disminuye la ansiedad
del paciente con hematuria macroscópica.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos que se producirá el incremento progresivo de los pacientes derivados a la CARHE,por una mejor filtración de paceintes y creación de consulta virtual.
Por esto, nos planteamos una ampliación de los dias de consulta.
Deberiamos considerar mejorar nuestros recursos(mejoria del ecografo).
Esta disminución en los tiempos de diagnóstico se debe acompañar de una mejora en el periodo de permanencia en lista de espera quirúrgica, con un esfuerzo por parte de todos los servicios implicados en la atención integral al paciente.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1269 ========== ***

Nº de registro: 1269

Título
CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). PUESTA EN MARCHA

Autores:
ESPILEZ ORTIZ RAQUEL, SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL, ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO, SERRANO FRAGO PATRICIA, GIL MARTINEZ PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H MIGUEL SERVET

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hematuria es una causa frecuente de consulta urológica en el Servicio de Urgencias(S.U),representando más del 30 % de las urgencias urológicas en nuestro medio.
En la población mayor de 50 años el 35% de las hematurias son de causa tumoral(tumor vesical).
Al diagnóstico 20-25% de los casos son tumores infiltrantes. Un diagnóstico y tratamiento precoz es primordial en su pronóstico.
Los pacientes con un episodio de hematuria presentan gran ansiedad y suelen acudir reiteradamente al S.U, acrecentando la presión asistencial de un servicio de por sí muy saturado.
Actualmente en el manejo de las hematurias monosintomaticas(HM) atendidas en el S.U, no existe protocolo de actuación especifico, ni se efectúa control de derivación a la Consulta Externa de Urología, en plazo o pruebas solicitadas.
Creemos que se dan las circunstancias para mejorar el manejo de las HM que acuden al Servicio de Urgencias,a través del análisis de la gestión del proceso actual, y a la realización de propuestas,en nuestro caso la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

creación de una consulta de alta resolución(CARHE)
Además y después de analizados los resultados, extrapolar esta consulta de alta resolución a HM de CCEE de Especialidades y Atencion Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal
Crear una consulta de alta resolución del paciente HM, con el fin de permitir un diagnóstico precoz en la patología tumoral urológica.
Objetivos secundarios
• Acortar el tiempo diagnóstico de la patología causante de la HM (disminuyendo el tiempo de espera hasta la primera prueba de imagen y posteriores pruebas a realizar).
• Evitar la realización de pruebas de imagen (ecografía y/o TC) por parte del Servicio de Radiodiagnóstico tanto de forma urgente como de forma programada.
• Disminuir las pruebas instrumentales (cistoscopias programadas) en salas blancas.
• Disminuir el tiempo de espera hasta la primera consulta urológica.
• Disminuir las visitas reiteradas al S.U.
• Disminuir la ansiedad del paciente por la espera.
• Aplicar el tratamiento apropiado más precozmente.
• Mejorar el pronóstico tumoral realizando diagnóstico y tratamiento más precoz.

MÉTODO
En una única consulta de alta resolución(CARHE) se realizará el diagnostico y la planificación del tratamiento del paciente con HM.
Población diana:Pacientes con HM atendidos en urgencias(fase preliminar), en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS (fase de implantación) y Atención Primaria(fase definitiva).
Establecer una agenda específica de Consulta de Alta resolución de Hematuria.
Protocolo de actuación estándar en CARHE:
1. El paciente diagnosticado de HM será derivado desde el SU a la CARHE en un plazo inferior a una semana.
2. En esa primera y única visita se realizará anamnesis,exploración física,ecografía y, si procede,cistoscopia.

INDICADORES
Se definen como indicadores para monitorizar el proyecto y sus resultados:
• Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Revisión en CE de Urología
• Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Realización de prueba diagnostica
• Intervalo de tiempo: Visita en S.de Urgencias? Inclusión en Lista de Espera
Los objetivos a lograr durante este año son:
• Disminuir el número de revisiones por HM en las consultas de urología en un 50%- 75%.
• Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta el diagnostico en más del 50% del tiempo actual.
• Disminuir el tiempo desde el primer síntoma hasta la inclusión en lista de espera quirúrgica en más del 50%.
• Acortar el tiempo desde el síntoma hasta el tratamiento quirúrgico en más de un 60%.
Respecto al stándar actual

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio:18/04/2017
Fecha de finalización:CARHE será una consulta definitiva en nuestro centro.
Fases de Implantación:
1. Fase Preliminar(primeros 3 meses)
• Localización:CARHE (11:30-14:00h) ¬+ Sala Blanca (12:00-14:00h)
• Usuarios: pacientes con HM atendidos en el S.U.
• Número de pacientes:4
2. Fase de implantación definitiva(1 año)
• Localización:CARHE (9:30-14:00h)
• Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
• Pacientes con HM atendidos en CCEE de Centro de Especialidades y HUMS
• Número de pacientes:10-12
3.Fase de extensión a Atención Primaria
• Localización:CARHE (9:30-14:00h)
• Usuarios: Pacientes con HM atendidos en el S.U.
• Pacientes con HM atendidos en CCEE Centro de Especialidades y HUMS
• Pacientes con HM atendidos en Atención Primaria
• Número de pacientes:10-12

OBSERVACIONES
Los responsables de CARHE son:
Raquel Espilez Ortiz
Jose Manuel Sanchez Zalabardo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1269

1. TÍTULO

CONSULTA ALTA RESOLUCION EN HEMATURIA (CARHE). RESULTADOS TRAS IMPLANTACION

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1148

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL FERREIRA AGUAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMONA AYNAT AMALIO
LORIZ ALIERTA ANA ISABEL
REVILLA MARTI PABLO
GIMENO GARZA JAIME
MONZON LOMAS FRANCISCO
GASCON BRUMOS CARMEN
VALLE PUJOL MYRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación de un equipo multidisciplinar. Elaboración de protocolo de manejo del paciente con SCA tras el alta. Finalizado el protocolo y remitido a la comisión de calidad y comisión de dirección. Pendiente divulgación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Lograr crear un grupo de trabajo entre Cardiología y Atención primaria, para elaborar protocolos de manejo consensuados y rutas asistenciales. Se ha iniciado con el proceso CARDIOPATIA ISQUÉMICA. Finalizado tanto el protocolo como la ruta asistencial. Queda pendiente, tras aprobación del mismo por la comisión de calidad su divulgación en los centros de atención primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La organización de la asistencia de los pacientes con patología crónica es un reto que involucra a distintos ámbitos asistenciales. La gestión por procesos conlleva la creación de grupos de trabajo multidisciplinar y creación de protocolos y vías clínicas consensuadas, según la mejor evidencia científica y con adaptación a la realidad local (Sector III). Este protocolo demuestra que es posible, y que el esfuerzo inicial redundará a medio y largo plazo en una asistencia de los pacientes con cardiopatía isquémica mejor, al considerar a cada paciente en función de su riesgo, con objetivos de tratamiento claros y definidos por la mejor evidencia científica, con menor variabilidad clínica y optimizando los recursos que disponemos. Recomendamos continuar esta línea de trabajo, completar el proceso de cardiopatía isquémica crónica y seguir con otros procesos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1148 ========== ***

Nº de registro: 1148

Título
DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRE CARDIOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA I. SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA) TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

Autores:
FERREIRA AGUAR ANA ISABEL, MONZON LOMAS FRANCISCO, GIMENO GARZA JAIME, REVILLA MARTI PABLO, GASCON BRUMOS CARMEN, SANZ MARTINEZ DIANA, OLLERO ARTIGAS ANDRES, LUÑO GARCIA BENITO

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad coronaria es la más importante de las enfermedades cardiovasculares como causa de muerte en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1148

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

población española de más de 30 años. Tambien es cierto que la mortalidad ajustada por edad ha ido disminuyendo en las últimas décadas. Si añadimos el envejecimiento de la población y por tanto el aumento de casos con SCA el resultado es una progresiva saturación de las consultas.
Estos pacientes generan un elevado consumo de recursos, que con frecuencia son injustificados y parte de la causa es una inexistente protocolización del segumiento por parte de Cardiologia y atención primaria (AP)
Por otra parte, se trata de un tipo de pacientes en que el proceso (CI) un recorrido relativamente "predecible" con objetivos claros de tratamiento y por tanto se trata de un proceso subsidiario de protocolizar.

El MAP tiene un papel esencial en el manejo y la identificación de los pacientes con CI y tras padecer un SCA es un momento crucial para incidir en los factores de riesgo y conseguir una adecuada concienciación del paciente sobre los tratamientos y sobre las modificaciones en los estilos de vida, para reducir el riesgo de nuevos eventos.
Es importante el adecuado seguimiento y definir los objetivos de tratamiento en aras a la supervivencia.
La clave para asegurar la continuidad tras una hospitalización por un evento coronario es la comunicación entre Cardiologia y AP. El instrumento fundamental es el informe de alta. El informe debe contener los aspectos relevantes para comprender la extensión gravedad y pronóstico de la enfermedad en cada paciente que permita clasificar a los pacientes en función de su riesgo y planificar el seguimiento. La existencia de protocolos conjuntos y una ruta asistencial es básico para mejorar el manejo, disminuir la variabilidad clínica y determinar quien, donde y cómo debe atender al paciente en cada momento de su seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del paciente que sale de alta del Hospital con diagnóstico de Sindrome Coronario Agudo (SAC) a lo largo del primer año en su tránsito entre AP –Cardiologia.
Secundarios
- Fomentar el trabajo en equipo entre Cardiologia y Atención primaria
- Integrar la atención del paciente con SCA tendiendo a que sea más domiciliaria/ambulatoria que hospitalaria
- Elaborar y asumir objetivos comunes tranversales entre Cardiologia y AP
- Consensuar un protocolo común de manejo basado en la mejor evidencia científica
- Impulsar la relación (telemática, telefónica y presencial) entre cardiología y AP
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica
- Aumentar la capacidad de resolución de las consultas

MÉTODO
• ELABORACIÓN DE LA RUTA ASISTENCIAL PARA SCA
o Criterios de inclusión en el proceso
o Definición de los flujos asistenciales dentro del proceso
o Calendario de seguimiento del paciente en función del riesgo
o Objetivos del tratamiento médico y cómo alcanzarlos.
o Vigilancia de efectos secundarios
o Valoración de adherecia al tratamiento
o Protocolo de actuacion ante aparición de nueva sintomatología

• ACTIVIDADES FORMACION:
• Difusion de la ruta asistencial en los CAP.
• Elaboración de un díptico-triptico para manejo práctico en la consulta
• Programa de formación continuada en relación con el proceso
o El dolor torácico. Angina. Formas de presentación
o Tratamiento hospitalario
o Prevención secundaria ambulatoria

INDICADORES
• De estructura:
o Ruta asistencial del SCA. Documento escrito, revisable periódicamente (1/ año)
o Responsable del proceso en la ámbito de Cardiologia
o Constitución de un equipo multidisciplinar

• Indicadores:
o Porcentaje de pacientes en que consta la FEVI en el informe de alta
o Porcentaje de pacientes en que se indica la duración de la doble antiagregación
o Porcentaje de pacientes dados de alta con estatinas
o Porcentaje de pacientes con nivel de colesterol LDL < 70 a los 6 meses del alta
o Porcentaje de pacientes con recaida en habito tabáquico a los 6 meses/ total pacientes fumadores previos

DURACIÓN
• 1º semestre de 2018:
o Elaboración del Informe de alta estandarizado para el SCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1148

1. TÍTULO

DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES COMPARTIDOS ENTRA CARDIOLOGIA Y AP I. EL SINDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

o Presentación del proyecto en dirección medica de HCU y dirección de atención primaria
o Presentación del proyecto de integración en los centros de atención primaria
o Creación de los grupos de trabajo mixtos

• 2º. semestre de 2018:
o Desarrollo de la ruta asistencial :Elaboración del documento escrito
o Inicio de las actividades docentes en relación al proceso en los Centros de Salud
• 1º semestre de 2019:
o Difusión de la ruta asistencial y puesta en marcha de la misma
o Continuación de las actividades docentes

• 1º semestre de 2020
o Medición de resultados con los indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1188

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LAZARO ASPAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MIGUEL ELENA
BLAS LAUSIN JOSE MANUEL
ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO
ARROYO VILLARINO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el comienzo de este proyecto hasta la actualidad, se han mantenido las actividades proyectadas. Durante la consulta se le informa al paciente de este servicio su funcionamiento, y sus limitaciones.
El personal de enfermería revisa la bandeja de entrada del correo corporativo (enfermedigestivo.ij@salud.aragon.es) en dos ocasiones durante el turno de mañana, dando respuesta a las cuestiones planteadas por los pacientes.
A final de la jornada se hace un registro en una tabla excel sobre el número de correo recibidos, número de historia del paciente, sexo, edad, motivo de consulta y tiempo de respuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La primera semana del mes de enero se remitió a traves del correo electrónico una encuesta a todos los pacientes que hicieron uso de este servicio desde que empezó (20/05/2018), hasta la realizacion de esta memoria (31/12/2018).
Se recibieron un total de 81 correos en el tiempo de la recogida de datos.
Los resultados de la encuesta enviada a los usuarios y el registro realizado durante el año son los siguientes:
La media de edad de los usuarios es de 40,69 años, el 35% son hombres y el 65% mujeres. Los dos motivos principales de consulta son motivos médicos (41.66%) e información acerca de resultado de las pruebas (43.33%), por temas de burocracia y citaciones consultaron el 3.33%.
Con respecto a la encuesta de satisfacción, el 72.50% está muy de acuerdo en que este servicio mejor la accesibilidad a nuestra consulta, el 27.50% esta de acuerdo con la misma cuestión.
Un 54.54% manifiestan estar muy satisfechos con la resuloción de sus dudas y cuestiones y el 36.36% está satisfecho. Sobre el tiempo de respuesta, al 81.80% de usuarios les parece muy adecuado, al 18,2% adecuado.
En general 63.60% esta muy satisfecho con el servicio, el 18.20% está satisfecho y el 18.20% restante les parece indiferente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante estos meses de uso del correo electrónico, la valoración tanto de los profesionales como de los pacientes, es muy satisfactoria.
Hemos vista que esta herramienta nos permite una vía de comunicación muy rápida con los pacientes, optimizando tanto los tiempos de consulta como los de los pacientes, permitiendo gestionar trámites burocráticos y médicos evitando desplazamientos y esperas a los pacientes.
Para el equipo la incorporación del correo electrónico nos ha sido de gran utilidad, usándolo de manera adecuada,cuidando siempre la confidencialidad debe considerarse como una herramienta más a implantar en la atención sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1188 ========== ***

Nº de registro: 1188

Título
IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
LAZARO ASPAS MARIA, SANCHEZ MIGUEL ELENA, BLAS LAUSIN JOSE MANUEL, ARAMENDIZ ARAUJO ROBERTO, ARROYO VILLARINO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1188

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el inicio de la consulta general de digestivo en el ambulatorio Inocencio Jiménez el paciente es el centro de todas nuestras actividades y se diseñó una dinámica diferente en la resolución de las segundas visitas, con el objetivo de mejorar la resolución del caso en el menor tiempo posible y si era pertinente sin necesidad de desplazamientos de los pacientes. La dinámica que se sigue es que una vez que se ha realizado la primera visita, la enfermera encargada de la consulta, revisa las pruebas parcticadas y se comunica con el paciente por vía telefónica o correo ordinario para indicar plan a seguir. En muchas ocasiones no se consigue contactar con el enfermo y esto les genera dudas de cómo volver a contactar con nosotros. De hecho, a pesar de las explicaciones dadas en consulta, insistiendo en que si no conseguimos contactar recibirán citación, hemos observado que se reciben nuemrosas llamadas y visitas a atención al paciente o a citaciones para solicitar información acerca del estado de su proceso asistencial. Con esta dinámica estamos obteniendo una resolución mediante informe sin visita presencial en cerca de 35% de las citas, lo que supone un índice de sucesivas/primeras inferior a 1.
Detectado el problema de contacto con el paciente pensamos que en este escenario, el correo electrónico es la herrramienta ideal para mejorar el contacto, la accesibilidad a la consulta y reforzar la atención del paciente con el servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es dar una herramienta a los pacientes con la que asegurar la accesibilidad a nuestra consulta, permitiéndoles así dar solución a diferentes cuestiones en un periodo reducido de tiempo, disminuyendo la necesidad de consultas presenciales y quizás una disminución de la ansiedad que esta situación puede generar en los pacientes.
El correo electrónico permite además hacer un mejor seguimiento al paciente, con mayor calidad y continuidad en su atención, dándole a usuario un papel más activo.
La población diana de nuestro proyecto son todos los pacientes remitidos a la consulta general de Digestivo y que son atendidos en el ambulatorio Inocencio Jiménez del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

MÉTODO
1. Para la implantación del proyecto se habilitará una cuenta de correo institucional, que diariamente controlará la enfermera de la consulta. Para cualquier duda que pueda surgir con dichos correos, el médico responsable de la consulta al finalizar la atención presencial revisará los casos con la enfermera.

2. Se está elabporando una hoja de información dónde se explica la dinámica de la consulta y se informe de cómo contactar con nosotros a través del correo electrónico. También indicaremos el telefóno de contacto, para aquellos pacientes que no utilicen habitualmente este medio.

INDICADORES
Se registrarán todos los correos y llamadas recibidas, anotando el motivo de consulta diferencianda si es :
- Consulta medica
- Consulta referente a resultados e informes
- Consulta sobre asuntos burocráticos

Además de la monitorización del número de pacientes atendidos, se calculará:
- Número de emails recibidos en la cuenta de correo oficial.
- Ratio de emails enviados por paciente anualmente
- Tiempo medio de respuesta desde recepción del email hasta su contestación
- Ratio de consultas resueltas mediante telemedicina (email o teléfono) sin precisar consulta presencial.

Además se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes sobre el servicio de telemedicina prestado al año de su implantación.

DURACIÓN
La elaboración de la hoja informativa se está llevando a cabo para poder empezar con el proyecto en cuanto se nos conceda la dirección electrónica. Si los resultados son positivos, tanto para los pacientes como para los profesionales del equipo, se mantendrá esta actividad de forma indefinida.
El registro de la actividad se realizará diariamente con revisión mensual. La monitorización de la actividad generada se evaluará a los 6 y 12 meses de comenzar la misma, y de forma paralela se realizará la encuesta de satisfacción a los pacientes que la hayan utilizado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1188

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE CORREO ELECTRONICO DE ENFERMERIA EN CONSULTA GENERAL DE DIGESTIVO DE INOCENCIO JIMENEZ

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1064

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA TARRAGO GIL
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER TABERNER ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo de diciembre 2016 hasta noviembre del 2017, hemos estado llevando a cabo un registro de todos los niños que presentaron lesiones de Hipomineralización Incisivo Molar (MIH, siglas en inglés) atendidos en el marco del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) del Servicio Aragonés de Salud y de los tratamientos aplicados. En la presente memoria se adjunta datos de un año de diciembre 2016 a noviembre 2017.

Como ni en OMI ni en la aplicación web del PABIJ (http://atencionbucodental.salud.aragon.es/pabij2/), no hay casilla para cuantificar la MIH hemos registrado los datos en una ficha diseñada por nosotras, la cual se podría incluir en OMI y nos gustaría que se añadiera en la aplicación PABIJ una casilla para cuantificar MIH . Asimismo, además de anotar los datos y tratamientos realizados en la ficha papel, hemos anotado los datos en cada una de las historias clínicas de los niños con esta patología dentro del programa “OMI-AP”.
Para cada uno de los niños/as atendidos en nuestra Unidad de Salud Bucodental, los datos que hemos registrado han sido:

1. Dientes afectados por MIH y grado de severidad en los mismos.
2. Evaluación de el índice CAOD y cod de niños con MIH. Hemos tenido problemas para calcular los datos finales del índice CAOD y cod ya que en la aplicación Pabij al trasportar los datos finales solo sale en la tablas el numero de obturaciones realizadas, selladores, exodoncias visitas, y reposición de selladores y obturaciones no el CAOD. Además al anotar el CAOD y cod y no tener en la aplicación una pestaña para registrar la MIH no podemos destinguir el CAOD y cod de los niños/as con MIH y de los niños/as sin MIH
3. Cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH: aplicaciones de barniz de flúor.
4. Se ha Registro del nº de Selladores de fosas y fisuras en MIH grado leve y se ha hecho un seguimiento citándole a los tres meses para la evaluación de los selladores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En primer lugar, adjuntamos los datos globales del PABIJ de nuestra unidad:
- Hemos realizado un total de 1.334 asistencias dentro del PABIJ, que engloba a una población de niños/as de 6 a 13 años. De esas 1.334 asistencias, 824 corresponden a primeras visitas y 510 a visitas sucesivas.
- Además, en cuanto a tratamientos, hemos realizado más de 1.334 fluorizaciones y 955 selladores (incluyendo las 143 reposiciones de selladores ausentes).
- En relación a tratamientos conservadores, hemos obturado 71 dientes (incluyendo 2 reposiciones de obturaciones).
- Por último, hemos exodonciado un total de 2 dientes.

Hemos registrado un total de 140 niños/as que están afectados de MIH. Se reporto 307 molares de casos leves, 102 molares que tenían al menos un diente con MIH moderada y 34 molares eran severos.
Teniendo en cuenta que de las 824 primeras visitas registramos un total de 137 niños sin dientes permanentes –donde no se pude valorar esta patología–, la prevalencia de MIH en nuestra población atendida es del 20,37%.
Respecto al grado de afectación, observamos que la mayoría de los niños que presentan MIH lo hacen en un grado leve (69,3%), mientras que un (23,02%) de los casos presentaban formas moderadas de esta enfermedad, quedando la afectación severa limitada a un número más reducido de niños (7,67%).
En cuanto a los tratamientos llevados a cabo en los pacientes afectados por MIH, se han seguido unos protocolos de aplicaciones de barniz de flúor al 5% (Enamelast®). El 100% de los niños/as con MIH han recibido tratamiento tópico con flúor, al menos cada 3 meses, y han venido a la consulta a aplicar flúor al 5% tres veces consecutivas el primer mes que se ha detectado la patología dejando espacio de una semana y se les ha citado a los tres meses para una 4ª aplicación si tienen molares afectados con MIH moderada y severa, y cada 6 meses si tienen afectación leve. Además, en estos niños/as con MIH hemos realizado y 307 selladores en molares con afectación leve.

El proyecto nos ha servido para constatar que la MIH es un problema muy importante ya que los niños con MIH tiene mas caries y sensibilidad en las piezas afectadas. Con una prevalencia, en nuestra USB parecida a las cifra encontrada en Barcelona o Valencia. En cuanto a los grados de severidad, nuestros datos son parecidos a los publicados en estos otros estudios. En cuanto a los tratamientos son muy elevados, lo que también coincide.

Gracias a este proyecto hemos diseñado un folleto explicativo con recomendaciones dirigido a los padres y cuidadores de lo niños/as afectados por MIH.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1064

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El síndrome de hipomineralización incisivo molar es una patología que cursa con defectos cualitativos del esmalte en los primeros molares permanentes (pudiendo afectar a uno, dos, tres o a los cuatro molares) y se encuentra asociada a opacidades de distinto grado en los incisivos definitivos. El término de MIH siglas en Ingles, fue descrito como tal en el año 2001 por Weerheijm y Cols para definir una patología de etiología desconocida. El síndrome de hipomineralización incisivo-molar es una alteración del esmalte cuya etiología, de origen sistémico, todavía es desconocida, parece que es multifactorial. Los factores actúan de un modo sumatorio y ocurren en una etapa susceptible en el desarrollo de dientes específicos. Entre estos factores se han citado las infecciones del aparato respiratorio en el período postnatal, el consumo de antibióticos o la lactancia materna más de 6 meses (Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la MIH, 2010). Un mejor conocimiento de estos factores podría permitir la prevención de la aparición del síndrome y un diagnóstico precoz favorecería la posibilidad de enfoques terapéuticos más conservadores. La prevalencia del síndrome esta aumentando, alcanza valores que oscilan en España: 23,4% en Madrid, 21,8 en Valencia y 17,8% en niños de Barcelona. En Aragón no se tienen datos. Es una patología y problema de salud bucodental importante dentro del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ).

La MIH puede llegar a afectar a otros dientes, aparte de incisivos y molares. Así, segundos molares permanentes, premolares y caninos permanentes también pueden verse afectados por MIH. Particularmente, cuando las hipomineralizaciones se observan en segundos molares temporales se denominan HSPM, por sus siglas en inglés.

Además, es fundamental hacer un diagnóstico lo más temprano posible para poder abordar el mejor tratamiento según severidad . En dentición temporal, es muy importante recomendar las visitas periódicas al odontopediatra a partir del primer año de vida. Si los segundos molares temporales erupcionen con signos de HSPM es un indicador de riesgo para MIH en la dentición definitiva (factor predictivo positivo).
La MIH y la HSPM es un patología con repercusiones muy importantes ya que los dientes con hipomineralización pueden afectarse mas fácilmente por caries, incluso acabar con la pérdida de los dientes en los casos más graves. En nuestra unidad los tratamientos realizados tanto de prevención como restauración se basán en los “Protocolos preventivos y terapéuticos de la Hipomineralización Incisivo-Molar” publicados por la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. Además hemos diseñado un tríptico dirigido a los padres y cuidadores de niños/as afectados por MIH con recomendaciones de cepillado, dentífricos remineralizantes, cepillos especiales para eliminar el biofilm de los dientes afectados, geles con caseína y flúor y recomendaciones de alimentación no cariogénica para prevenir la caries en estos molares afectados por hipomineralización incisivo molar.

La recomendación más importante de este proyecto es que hay que prevenir y tratar lo antes posible la patología MIH. Que los pacientes con esta patología deben ser tratatados lo antes posibles con agentes remineralizantes ya que el esmalte afectado por MIH es de baja calidad. Además es importante de sellar las fosas y fisuras del esmalte afectado por MIH en grado leve y moderada. Por otro lado es muy importante que los servicios de informática del Servicio Aragonés de Salud modifiquen si es posible la aplicación web del PABIJ de manera que se pueda registrar, en la ficha de cada individuo, si presenta MIH, o no, y, en caso afirmativo, si es de grado leve, moderada o severa, Asi poder contabilizar esta patología en Aragón. Al igual que en el programa OMI- Ap.

7. OBSERVACIONES.
LOS PADRE Y MADRES DE LOS NIÑOS/AS ATENDIDOS SE HAN IMPLICADO MUCHO Y HAN SEGUIDO MUY BIEN LAS RECOMENDADIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1064 ========== ***

Nº de registro: 1064

Título
PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

Autores:
TARRAGO GIL ROSA, SOLER TABERNER ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HIPOMINERALIZACIÓN INCISIVO MOLAR
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1064

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El síndrome de hipomineralización incisivo molar es una patología que cursa con defectos cualitativos del esmalte en los primeros molares permanentes (pudiendo afectar a uno, dos, tres o a los cuatro molares) y se encuentra asociada a opacidades de distinto grado en los incisivos definitivos. El término de MIH siglas en Ingles, fue descrito como tal en el año 2001 por Weerheijm y Cols para definir una patología de etiología desconocida. El síndrome de hipomineralización incisivo-molar es una alteración del esmalte cuya etiología, de origen sistémico, todavía es desconocida, parece que es multifactorial. Los factores actúan de un modo sumatorio y ocurren en una etapa susceptible en el desarrollo de dientes específicos. Entre estos factores se han citado las infecciones del aparato respiratorio en el período postnatal, el consumo de antibióticos o la lactancia materna más de 6 meses (Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la MIH, 2010). Un mejor conocimiento de estos factores podría permitir la prevención de la aparición del síndrome y un diagnóstico precoz favorecería la posibilidad de enfoques terapéuticos más conservadores. La prevalencia del síndrome esta aumentando, alcanza valores que oscilan en España: 23,4% en Madrid, 21,8 en Valencia y 17,8% en niños de Barcelona. En Aragón no se tienen datos. Es una patología y problema de salud bucodental importante dentro del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ). En primer lugar creemos que sería fundamental conocer la prevalencia de niños afectados por MIH en nuestra unidad. En segundo lugar registrar las posibles causas de esta patología multifactorial. Por último creemos que es muy importante establecer un programa de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH con la aplicación de remineralizantes y así mejorar la calidad de vida de estos pacientes disminuyendo la caries y la sensibilidad dental

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer la prevalencia del nº de niños atendidos en nuestra unidad afectados por MIH y su clasificación según la clasificación Mathu-Muju 2006.- Detectar las posibles causas de HIM de los niños de nuestra unidad.- Registrar el índice CAOD y cod de estos niños con HIM. - Contabilizar las aplicaciones tópicas de remineralizantes (flúor, fosfato de calcio) llevadas a cabo en los niños con MIH y de barnices de clorhexidina para bajar la carga bacteriana de los pacientes con HIM. – Cuantificar el número de selladores de fosas y fisuras aplicados a los niños con HIM de grado leve. - Establecer un programa especial de medidas de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH basándonos en los protocolos de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral.

MÉTODO
- Registrando la patología MIH detectada en niños del programa PABIJ atendidos en nuestra unidad, ya que no hay ningún sistema para registrar el número de niños con HIM. Ni en el programa OMI-AP ni con la aplicación web del registro de la atención bucodental del PABIJ. Por lo que nos gustaría contar con ella para mejorar el registro de esta patología mediante un Índice MIH y su grado: leve, moderado, severa. - Aplicando barnices tópicos “remineralizantes” para fortalecer el esmalte afectado por MIH previniendo y revirtiendo los procesos iniciales de caries dental como son la mancha blanca. Además estos barnices ayudan a disminuir la sensibilidad. Los dientes con MIH suelen doler mucho incluso con el cepillado, lo cual supone un problema para el niño, muchas veces evitarán cepillarse en estas zonas de la boca. La placa se acumulará e irá actuando, contribuyendo a un proceso de aparición de la caries. Estas aplicaciones de barniz tópico estarán basadas en los protocolos preventivos y terapéuticos de la MIH publicados por la SESPO. Implantando medidas de promoción de salud oral, medidas preventivas dirigidas a niños con MIH y a sus padres y/o cuidadores dando especial hincapié a instrucciones exhaustivas sobre higiene oral que incluyan estrategias motivacionales.

INDICADORES
1. Número de niños con MIH atendidos y el grado de severidad. Para ello, registraremos toda la actividad generada dentro del PABIJ en relación con estos niños. 2. Evaluación de el índice CAOD y cod de niños con MIH. 3. Cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH: aplicaciones de barniz de flúor, de fosfato de calcio y clorhexidina realizadas. 4. Registro del nº de Selladores de fosas y fisuras en MIH grado leve y se hará un seguimiento y evaluación de ellos durante todo el año.

DURACIÓN
La duración de este proyecto será de un año, y si es posible implantarlo definitivamente en nuestra unidad. La fecha de comienzo del proyecto sería tan pronto como nos comuniquen la concesión del mismo. Diariamente dedicamos al PABIJ la mitad de nuestra actividad asistencial incluidos los casos de niños con MIH. Llevaremos a cabo y registraremos toda la actividad asistencial pertinente.

OBSERVACIONES
Bibliografía: -Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, 2013. - Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar hypomineralization. Compend 2006.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1064

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ)

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0567

1. TÍTULO

ATENCION GRUPAL EN PACIENTES CON TMG EN EL CSM DELICIAS

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA NIEVES GIL HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM DELICIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAMPLONA FONDEVILLA SUSANA
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTIN MARTINEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Salidas durante el primer jueves de mes, toma de cafe, charla, recomendación y comentarios de peliculas vistas durante ese mes, comentario y debate de las noticias de actualidad en cada jueves en concreto, puesta en común de los momentos vitales de cada uno de los participantes del grupo, viviencias importante, intervenciones en salud, muerte de algún miembro familiar cercano etc.
Celebración de los cumpleaños de los miembros del grupo, y otros acontecimientos festivos, pilar, navidad con salida al centro para visitar el Belen de la plaza el Pilar, toma de chocolate con churros.
Empoderar las iniciativas de los miembros del grupo para la realización de las actividades propuestas por ellos.
no se ha desarrollado material concreto para desarrollar el proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejorar resultados de atención 2,5
disminuir riesgos derivados de la atención.....2,7
mejorar utilizacion de recursos.....2
garantizar derechos de los usuarios (y satisfacción).....3,7
atender expectativas de los profesionales.....1,9
el proyecto ha sido satisfactorio, los indicadores utilizados para la evaluación es la opinión de los propios usuarios del proyecto, la asistencia al grupo, la fuente son los propios usuarios y eL método de obtención la pregunta directa a cada uno de ellos, más la observación y el control de la asistencia a las sesiones grupales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad grupal va a continuarse considera benefeciosa para el grupo, se pueden incluir mejoras en las actividades a realizar, ampliando y potenciando la variedad, asi como que sean los propios miembros del grupo quienes propongan nuevas actividades, quedaría pendiente una mayor variedad de actividades a realizar, y una mayor implicación de sus miembros para proponerlas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/567 ========== ***

Nº de registro: 0567

Título
ATENCION GRUPAL EN PACIENTES CON TMG EN EL CSM DELICIAS

Autores:
GIL HERNANDEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: USM DELICIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0567

1. TÍTULO

ATENCION GRUPAL EN PACIENTES CON TMG EN EL CSM DELICIAS

El problema detectado es la existencia de pacientes con TMG, atendidos en el CSM DELICIAS, con difícil adherencia a otros dispositivos de atención en salud mental (CENTROS DE DIA, TALLERES, etc), y aislados socialmente.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar la socialización para este grupo de pacientes con TMG, favoreciendo la relación interpersonal.

MÉTODO
Realizar salidas, de forma continuada, de los pacientes acompañados por T.S. Y ENFERMERIA, para conseguir una mejor integración en su entorno

INDICADORES
1-Realización de salidas grupales programadas durante los 1º jueves de mes.
2-Al menos en el 80% de las salidas los pacientes irán acompañados de los dos profesionales implicados en el proyecto de mejora

DURACIÓN
Inicio: febrero 2017
Finalización: Diciembre 2017.
El miércoles previo a la salida del día siguiente, se hará contacto telefónico para recordar la actividad.
Salida 1º jueves de cada mes.

OBSERVACIONES
Se excluyen los meses de enero, julio y agosto por periodos vacacionales.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0569

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN REGISTRO DE LA SITUCION LEGAL Y SOCIOLABORAL DE LOS PACIENTES CON TMG EN CSM DELICIAS

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MORALES ROZAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... USM DELICIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL HERNANDEZ MARIA NIEVES
PAMPLONA FONDEVILLA SUSANA
MARTINEZ VERA MARIA TERESA
AZNAR LAPUENTE MIRIAM
SEVA FERNANDEZ ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elabora y rellena un documento para colocar en el reverso de la portada de la historia clínica con los siguientes ítems:
Situción legal/ fecha (curatela,incapacitado, tutela...)
Grado de discapacidad/ fecha
Situación laboral/ fecha (activo, paro, incapacidad laboral...)
Pensión (contributiva, no contributiva)
Dispositivos a los que acude (talleres, centro de día, centro especial de empleo, inserción laboral)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejorar resultados de atención 2.9
Disminuir riesgos derivados de la atención 2.9
Mejorar utilización de recursos 3.9
Garantizar derechos de los usuarios (y satisfacción) 2.9
Atender expectitavas de los profesionales 1.9
La fuente de información es la entrevista a los pacientes y la revisión de la historia clínica.
El proyecto ha sido satisfactorio y nos permite de un vistazo acceder de forma sencilla, rápida y actualizada a la situación legal y sociolaboral de los pacientes con TMG evitando pérdida de tiempo al buscar esos datos en la voluminosa historia de nuestros pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto va a continuarse hasta extenderse a la totalidad de las historias por los beneficios que obtenemos los profesionales y los pacientes de forma directa e indirecta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/569 ========== ***

Nº de registro: 0569

Título
ELABORACION DE UN REGISTRO DE LA SITUACION LEGAL Y SOCIO-LABORAL DE LOS PACIENTES CON TMG EN CSM DELICIAS

Autores:
MORALES ROZAS ANA BELEN, GIL HERNANDEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: USM DELICIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las historias de los pacientes atendidos en consulta de enfermería del CSM Delicias son muy voluminosas, ya

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0569

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN REGISTRO DE LA SITUCION LEGAL Y SOCIOLABORAL DE LOS PACIENTES CON TMG EN CSM DELICIAS

que son pacientes con TMG en seguimiento por varios profesionales dónde es difícil encontrar la información relacionada con su situación legal.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende que el equipo multidisciplinar pueda acceder de forma sencilla y rápida a la información actualizada de su situación legal, socio - laboral de los pacientes con TMG en seguimiento en la consulta de enfermería del CSM Delicias.

MÉTODO
Elaborar un documento en un folio de color colocado en el reverso de la portada de la historia clínica con los siguientes ítems:
1- Situación legal/fecha(incapacitado,curatela, tutela..)
2- Grado de discapacidad/ fecha
3- Situación laboral /fecha (activo, paro, incapacidad laboral..)
4- Pensión (contributiva, no contributiva, importe..)
5- Dispositivos a los que acude (talleres, C de Día, CE Empleo,Taller inserción laboral…)

INDICADORES
Revisión de 10 historias clínicas semanales y rellenar el nuevo documento dejando registrada la fecha en la que se lleva a cabo.
En enero de 2018 el 80% de las historias con TMG en seguimiento en la consulta de enfermería dispongan del nuevo documento.

DURACIÓN
Inicio : Enero 2017
Finalización : Diciembre 2017
Se realizarán reuniones semanales de ½ hora de duración de enfermería y trabajo social.
Durante los meses de enero y febrero se elaborará el nuevo documento y será a partir de febrero cuando se comenzará la revisión de las historias para la recogida de datos y se rellenará el nuevo documento.

OBSERVACIONES
Se excluye el periodo vacacional

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1677

1. TÍTULO

DEMANDA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO SANAGUSTIN RIAZUELO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ ALCAIDE GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
MODIFICACION DE LAS AGENDAS DE LOS PROFESIONALES IMPLEMENTANDO LOS HUECOS DE (=DEMANDA NO PRESENCIAL) EN SUS AGENDAS
19 AGENDAS = 36HUECOS DE DEMANDA NO PRESENCIAL DIARIOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1/ AGENDAS = 19
2/ DIAS HABILES DESDE EL 01/10/2017 = 52 DIAS
3/ 36 HUECOS DIARIOS DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN
19 AGENDAS

4/ CONSULTAS DE DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL PERIODO 1/10/17 AL 31/12/17 = TOTAL= 1.872 CONSULTAS NO PRESENCIALES EN EL PERIODO INDICADO EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALAGON

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HEMOS DERIVADO A CONSULTA NO PRESENCIAL 1872 CONSULTAS EN EL PERIODO INDICADOEN TODA LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALAGON COMPUESTA POR 11 CUPOS MEDICOS Y 19 AGENDAS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1677 ========== ***

Nº de registro: 1677

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
SANAGUSTIN RIAZUELO ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1677

1. TÍTULO

DEMANDA NO PRESENCIAL

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1070

1. TÍTULO

OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL REGISTRO OMI. CIERRE DE ORDENES MEDICAS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MAINAR LATORRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ FRAILE PILAR
AGUILAR CORTES JESUS
HERRERO GIL MARIA ANGELES
GARISA ROCHA GEMMA
CERRADA PURI INMACULADA
ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS
OLLERO ORTIGAS ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado un muestreo aleatorio estratificado por cada cupo asignado a los diferentes profesionales del centro. Se han elegido un numero de pacientes, proporcional al tamaño con un mínimo de 10 y un máximo de 20 por cupo.
Se ha procedido a la revisión de la historia en OMI de dichos pacientes, en concreto de las ordenes médicas de analíticas realizadas a lo largo de 2016. En el caso de no tener dichas ordenes el paciente elegido, se desestima su inclusión en el estudio procediendo a la elección de otro al azar hasta conseguir que todos los pacientes del muestreo tengan ordenes medicas de laboratorio.
Se cuantifican las ordenes cerradas y las que permanecen abiertas de cada paciente. Se construyen los indicadores :
1) nº de ordenes cerradas / total de órdenes evaluadas x100
2)nº de ordenes con datos ya introducidos / total de órdenes evaluadas x 100

Como variación a la planificación prevista inicialmente, se ha realizado el muestreo al final del año y no trimestralmente como estaba previsto, debido a lo trabajoso de la tarea y la falta de tiempo dada la carga asistencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En términos generales el cumplimiento es aceptable, habiendo mejorado significativamente el cierre de las ordenes de tratamiento tras el inicio del presente proyecto.
Se han incluido una muestra de 170 pacientes del Área de Salud de Alagón. El porcentaje de ordenes cerradas era del 83,5%. En un 89% de los casos los datos estaban volcados en la historia del paciente, bien por cierre de la orden, bien por su introducción manual.
En general representan porcentajes elevados, pero aun subóptimos, dada la importancia que el cierre de ordenes representa para la asistencia diaria de nuestros pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se confirma la impresión general del Equipo sobre la necesidad de actuaciones en este ámbito.
La evaluación de nuestra actividad y las propuestas de ciclos de mejora continua, aparece como una parte esencial para garantizar una asistencia de calidad.
En lo negativo, destacar el escaso tiempo que deja la actividad asistencial para estas actividades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1070 ========== ***

Nº de registro: 1070

Título
OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL REGISTRO OMI. CIERRE DE ORDENES MEDICAS

Autores:
MAINAR LATORRE PILAR, MARTINEZ FRAILE PILAR, AGUILAR CORTES JESUS, HERRERO GIL MARIA ANGELES, GARISA ROCHA GEMA, CERRADA PURI INMACULADA, ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS, OLLERO ORTIGAS ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1070

1. TÍTULO

OPORTUNIDAD DE MEJORA EN EL REGISTRO OMI. CIERRE DE ORDENES MEDICAS

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CONTROLES
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se detecta por los profesionales del EAP que en la historias clinicas permanecen abiertas ordenes medicas antiguas. Algunas de estas órdenes contienen datos e informacion que todavía no se ha volcado a la historia del paciente,
En reunión de Equipo con el objetivo de proponer tres indicadores para el Contrato Programa 2016, se decide corregir esta deficiencia. Seleccionamos volcado y cierre de Resultados de Analisis clinicos.
El buen registro de los parametros permite la explotacion estadistica de los mismos,elaboración de gráficas y un mejor seguimiento de la evolución de paciente a lo largo del tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro punto de partida es desde un porcentaje de cumplimiento bajo hasta 2015. Ante la expectativa de mejora propuesta, se establece un objetivo de alto cumplimiento, de hasta 90 % de las órdenes registradas,

MÉTODO
En la primera sesión de trabajo, se propone que de forma sistemática se haga volcado de los datos de análisis y a continuación se cierre la orden médica.
Se desestiman las órdenes correspondientes a 2015 y años anteriores.

INDICADORES
Acordamos una autoevaluacion trimestral, por la que cada profesional selecciona de forma aleatoria un número representativo de cada cupo, al menos diez pacientes, a los que se les ha realizado análisis de sangre durante el año 2016. Indicadores:

nº de ordenes cerradas / total de órdenes evaluadas x100

nº de ordenes con datos ya introducidos / total de órdenes evaluadas x 100

Los datos recogidos trimestralmente por cada profesional se registran en una plantilla impresa.

DURACIÓN
- marzo 2016.- se detecta oportunidad de mejora y se propone para ser incluida en Contrato Programa.
- mayo 2016.- en reunion de EAP se decide proponer el proyecto a la convocatoria 2016 y se programa calendario de autoevaluación.
- septiembre 2016.- primera autoevaluación de historias clinicas.
- diciembre 2016.- segunda evaluación
- marzo 2016 puesta en comun de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1340

1. TÍTULO

CONSEJO DE SALUD.-PROMOCION DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BENITO LUÑO GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTES MARINA ROSA
MAINAR LATORRE MARIA PILAR
OLLERO ARTIGAS ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-ELABORACIÓN DE UNA PROPUESTA DE REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO.
-NOMBRAMIENTO DE LOS MIEMBROS ENTRE LOS PROFESIONALES DEL EAP
-CELEBRACION DE SESIONES ORDINARIAS, CARÁCTER TRIMESTRAL.
-CALENDARIO DE SESIONES PREVISTAS PARA EL AÑO
-ELABORACION DE ACTAS DE CADA SESION
-CREACION DE COMISION DE TRABAJO PARA ELABORACION DE MEMORIAS Y COMISION DE TRABAJO PARA DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA ZONA.
-ELABORACION DE MEMORIA ANUAL
-DISPOSICION DE BUZON DE SUGERENCIAS AL CONSEJO DE SALUD.
-EXPOSICION DE TEMAS DE INTERÉS EN EL TABLÓN DE ANUNCIOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES CUALITATIVOS:
EXISTENCIA DE REGLAMENTO INTERNO SI / NO (SI)
REUNIONES TRIMESTRALES SI / NO (SI)
ACTA DE CADA SESION SI / NO (SI)
CITACION EN TIEMPO Y FORMA SI / NO (SI)
EXISTEN VIAS DE COMUNICACIÓN SI / NO (SI)
DISPONE DE BUZON DE SUGERENCIAS SI / NO (SI)
DISPONE DE TABLON DE ANUNCIOS SI / NO (SI)
ELABORACION DE MEMORIA ANUAL SI / NO ( )

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN LA ZONA DE SALUD DE ALAGON YA SE HABÍA CONSTITUIDO EL CONSEJO DE SALUD, QUE FUNCIONABA SIGUIENDO EL COMPROMISO DEL ACUERDO DE GESTION CON LA GERENCIA DEL AREA. NOS PROPONEMOS MEJORAR SU FUNCIONAMIENTO SIGUIENDO EL MARCO LEGAL. ESTE PROYECTO DE MEJORA SE ELABORA POR LOS COMPONENTES CITADOS, SE EXPONE AL RESTO DEL EQUIPO MEDIANTE REUNIÓN ORDINARIA DE CALIDAD.
TRAS LA ELABORACIÓN DEL BORRADOR DEL REGLAMENTO DEL CONSEJO DE SALUD, SE VOLVIÓ A PRESENTAR AL EQUIPO Y SE CREAN LAS COMISIONES DE TRABAJO.
PARA MEDIR LOS RESULTADOS ALCANZADOS, HEMOS ACEPTADO COMO INDICADORES QUE SE CITAN

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1340 ========== ***

Nº de registro: 1340

Título
CONSEJO SALUD

Autores:
LUÑO GARCIA BENITO, OLLERO ARTIGA ANDRES, CORTES MARINA ROSA BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1340

1. TÍTULO

CONSEJO DE SALUD.-PROMOCION DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el año 2014 en el Centro de Salud de Alagón se crea el Consejo de Salud.
Se establece una comunicación con la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Informar a la comunidad de las actividades que se realizan en el centro.

MÉTODO
En el año 2017 se pretende convocar dos reuniones de Consejo de Salud.
Se informa al equipo del contenido de las sesiones en el Consejo de salud.

INDICADORES
Cumplimiento del mínimo de reuniones.
Registro de actas de reunión.

DURACIÓN
Desde el 2 de enero 2017 hasta el día 31 de diciembre del 2017 se convocan reuniones del los miembros del consejo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1386

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA ADULTOS

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PIEDAD ABELLO BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ
PUYELO GALLAN MONTSERRAT
EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA
RUIZ FERRANDEZ ELISA
GARCIA GARCIA ARTURO
MIRANDA ARTO PILAR
TRINCHAN FERNANDEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesiones clínicas realizadas durante el año del proyecto:
Se realizan 5 sesiones clínicas en horario de 8-9 horas, una hora de duración, durante el año.
Manejo de inhaladores (dos sesiones una teorica y otra práctica, con todos los dispositivos).Durante los tres primeros meses, solicitamos a los laboratorios los diferentes inhaladores con placebo, para poder disponer de ellos los prefesionales del centro de salud de Alagón.
Sesión clínica manejo de peak-flow, COPD-6, Inspirometro,Incentivador respiratorio. (Durante los tres primeros meses, conseguimos este material).
Sesión clínica:realización e interpretación de espirometrías.
Sesión clínica: EPOC
Pendiente de realizar sesión Asma.
Se planifica actividad comunitaria. Se presenta trabajo en curso de actividades comunitarias.
Trabajo fín de grado de fisioterapia por una de las profesionales de nuestro centro: actividad comunitaria, rehabilitación respiratoria con pacientes de nuestro centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora en el manejo de los inhaladores de los profesionales, y sensibilización para enseñar a los pacientes(siendo una de las causas más frecuentes de fallo del tratamiento)
Mejora la realización e interpretación de espirometrías.
En la actividad comunitaria, trabajo fín de grado, se hace un estudio y seguimiento de los pacientes tras la rehabilitación respiratoria en nuestro centro de salud, presentan una mayor tolerancia al ejercicio.Se realizan diferentes encuestas sobre calidad de vida, conocimientos de la enfermedad a los pacientes que participan en el estudio...).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las sesiones clínicas realizadas en el centro de salud nos sirven para compartir opiniones y comentar casos.
Tenemos que explicar a los pacientes la tecnica con los inhaladores, porque hasta los propios profesionales tenemos que revisar esta técnica.
La espirometría es una prueba muy accesible en nuestro centro, tenemos que informar a los pacientes antes de realizarla de como deben acudir (sin fumar, sin haber tomado la última dosis de inhaladores...) que a veces no lo hacemos.
Mejorar la realización de la técnica de la espirometría y la interpretación, fundamental para el diagnostico de EPOC y Asma.
La EPOC es la cuarta causa de enfermedad y está en aumento, produce una importante limitación en la actividad diaria del paciente por ello consideramos importante seguir formandonos los profesionales y también la educación a los pacientes, para mejorar el control, disminuir las agudizaciones y tambien el coste económico y social.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1386 ========== ***

Nº de registro: 1386

Título
MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA ADULTOS

Autores:
ABELLO BLASCO PIEDAD, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT, EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA, RUIZ FERRANDEZ ELISA, GARCIA GARCIA ARTURO, MIRANDA ARTO PILAR, TRINCHAN FERNANDEZ PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1386

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON EPOC Y ASMA ADULTOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROYECTO DE MEJORA
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la zona de salud atendemos a numerosos pacientes diagnosticados de EPOC y ASMA.
El seguimiento de estos pacientes esta dentro de la cartera de servicios.
La formación de los profesionales es un tema importante por la prevalencia de esta patología.
En la educación para la salud es un grupo donde creemos que podemos intervenir para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la formación de los profesionales a la hora de tratar y diagnosticar al EPOC y Asmático.
Mejorar la interpretación de las espirometrías y el registro de los datos.
Mejorar el conocimiento en el manejo de los inhaladores.
Crear una actividad comunitaria.
El proyecto está dirigido a los profesionales sanitarios del centro de salud de Alagón.

MÉTODO
*Los responsables de formación del centro de salud organizan cuatro sesiones a tratar:1-Caso clínico de EPOC.2-Caso clínico de ASMA.3. Interpretación de espirometría.4.Manejo de inhaladores.
Manejo de In-check dial. y COPD 6.-
*Rotación para ver la realización de la prueba de espirometría por todos los miembros del equipo.
*Valorar por los profesionales el registro de los datos de la espirometría.
*Realizar una actividad comunitaria con los pacientes. Talleres de una hora de duración en los diferentes municipios. Donde de forma activa participan los pacientes aclarando sus dudas. Buscando la mejora de los tratamientos con inhaladores, el manejo del peak-flow, reconocer los síntomas de las reagudizaciones y los autocuidados.

INDICADORES
Encuesta de satisfacción a los profesionales.
Valorar de 1 a 5 puntos. Si los profesionales consideran la puntuación en 4 y 5 puntos creeremos que lo consideran una mejora de calidad.
-¿Te ha parecido útil para tu trabajo?
-¿Ha cumplido tus expectativas?
-¿Te ha parecido interesantante este proyecto?
-¿Crees que después de este proyecto podrás dar una mejor atención a estos pacientes?

DURACIÓN
Desde el 1-enero 2017 al 31 de mayo del 2017 planificación del proyecto.
En mayo y junio del año 2017 sesiones formativas y rotación por la sala de espirometías.
Desde julio hasta 31-12-2017 planificar y realizar proyecto comunitario.
Desde julio hasta 31-12-2017 valorar registro de la interpretación de las espirometrías

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1542

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR MARTINEZ FRAILE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUÑO GARCIA BENITO
CORTES MARINA ROSA
OLLERO ARTIGAS ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaborar un listado de pacientes en tratamiento con estatinas y con opiaceos y se hace puesta en común. Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
-Reunión con Farmaceúticas Área III
-Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión. Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
-Monitorizar a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
-Registrar las actividades realizadas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
estatinas: estatinas eficaces / total de estatinas prescritas x 100=
25.22% (Estándar: 19,6%-9,5%)

-faringoamigdalitis: prescripción de penicilina V, amoxicilina o fenonoximetilpenicilina./ Total de antibióticos prescritos
-opiáceos: pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata “revisados”/ Total de pacientes en tratamiento
-Elaboración de Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos. (si / No)
-Elaboración de Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejora en la selección eficiente de estatinas en 0,18%

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1542 ========== ***

Nº de registro: 1542

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA GOO.GL/XKBJ9J

Autores:
MARTINEZ FRAILE PILAR, OLLERO ORTIGAS ANDRES, AGUILAR CORTES JESUS, PELEGRIN INGLES FELIX, HERRERO GIL MARIA ANGELES, ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS, CORTES MARINA ROSA BLANCA, MAINAR LATORRE PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISLIPEMIAS/ TRATAMIENTO DEL DOLOR/ PATOLOGIA PEDIATRICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1542

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-opiáceos de liberación inmediata,
-utilización de antibióticos apropiados ante faringoamigdalitis en pediatría: penicilina V, amoxicilina o fenonoximetilpenicilina.

MÉTODO
A petición de la responsable del Proyecto, se reúne el grupo de trabajo en Calidad para nombrar responsables de cada actividad. Acciones Previstas:
-Elaborar un listado de pacientes en tratamiento con estatinas y con opiaceos y se hace puesta en común. Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
-Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión. Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
-Monitorizar a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
-Registrar las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia:

-estatinas: estatinas eficaces / total de estatinas prescritas x 100

-faringoamigdalitis: prescripción de penicilina V, amoxicilina o fenonoximetilpenicilina.
Total de antibióticos prescritos
-opiáceos: pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata “revisados”
Total de pacientes en tratamiento
-Elaboración de Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos. (si / No)
-Elaboración de Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP .Definición de responsables.
Junio-Octubre:
-Nombramiento de responsables de Actividades.
-Elaboración de Listados de pacientes en tratamiento.
-Puesta en común de datos.
-Sesiones clínicas formativas: tres sesiones
-Registro de las Actividades.
Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0606

1. TÍTULO

SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES HERRERO GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO GRACIA ANA CRISTINA
GARISA ROCHE GEMA
MAINAR LATORRE MARIA PILAR
PELEGRIN INGLES FELIX
POYUELO SALLAN MONSERRAT
OLLERO ORTIGAS ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZO CHARLA A LOS NIÑOS DEL COLEGIO FIGUERUELAS Y GRISEN EN ABRIL POR SANITARIO.
SE HIZO CHARLA A PROFESIONALES DE RIESGOS DEL TABACO EN NIÑOS Y JÓVENES Y EXPOSICIÓN DEL PROYECTO EN ABRIL.
INFORMARON LOS PROFESORES A NIÑOS Y JÓVENES EL PROBLEMA DEL TABACO EN ABRIL .
PRIMERA SEMANA DE MAYO SE HICIERON MURALES, DIBUJOS POR NIÑOS Y JÓVENES .
COLOCACIÓN DE MURALES EN CENTRO SALUD DE ALAGON Y EN CONSULTORIOS DEL RESTO DE PUEBLOS Y SE MANTENDRÁN TODO ESTE AÑO SE DIO UNA GRATIFICACIÓN A LOS PARTICIPANTES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HA SERVIDO PARA CONCIENCIAR A PROFESIONALES SANITARIOS,PROFESORES, NIÑOS, JÓVENES Y EL RESTO DE POBLACIÓN DE LOS DAÑOS DEL TABACO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HAN REALIZADO TODAS ACTIVIDADES SALVO EN PEDROLA QUE HUBO PROBLEMAS CON PROFESORADO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/606 ========== ***

Nº de registro: 0606

Título
SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON

Autores:
HERRERO GIL MARIA ANGELES, CASTILLO GRACIA ANA CRISTINA, GARISA ROCHE GEMA, MAINAR LATORRE MARIA PILAR, PELEGRIN INGLES FELIX, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT, OLLERO ARTIGAS ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: multiples enf cardiovasculares ,pulmonares, neoplasias, osteoporosis ,enfermedades fetales
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según el instituto Nacional de Estadística el 24% de la población de 15 o más años afirma que fuma a diario.
Mueren cada año en España 56.000 personas debido al tabaquismo.
Una de cada tres personas de éstas muertes se producen en edad laboral.
El tabaco es el factor de riesgo asociado a seis de las ocho principales causas de muerte.
El 43% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida,el 35%en el último año y el 12% lo fuma a diario(ESTUDES 2012-2013)
Ocasiona contaminación del medio ambiente : en España se consume alrededor de 89.000.000 cigarros al día y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0606

1. TÍTULO

SEMANA SIN HUMO EN CENTROS ESCOLARES Y CONSULTAS DE ZONA BASICA DE ALAGON

una colilla provoca la contaminación de 8 litros.

RESULTADOS ESPERADOS
-Concienciar a los niños y jóvenes del beneficio de no iniciarse en el consumo del tabaco .
-Reforzar su autoestima por no dejarse influenciar por la publicidad y por grupo de amigos.
-Dar a conocer a población de zona básica de Alagón los riesgos del tabaco.

MÉTODO
-Charla entreprofesores y sanitarios para decidir el tema de actividades : murales, dibujos, fotografías.
-información de profesores a los niños y jóvenes sobre el tabaco.
-realización de murales, dibujos o fotografías por niños y jóvenes.
-charla de profesional sanitario en colegio de Figueruelas y Grisen.
-colocación de murales,en salas de espera de consultorios. En Alagón se colocan murales fotos,en respectivos colegios e institutos.
- Dar una gratificación a todos los participante.
-Exponer durante todo el años en consultorios y centro de salud los más votados.
-Dar una gratificación

INDICADORES
-numero de niños participantes en Figueruelas y Grisen / número de niños de 4º a 6º de EP de esos colegios x 100
-nº de niños participantes / nº total de niños de 6 a 16 años de zona básica de salud x 100

DURACIÓN
EN FIGUERUELAS Y GRISEN:
20 de marzo reunión entre profesorado y sanitario decidir tema.
21 marzo reunión sanitario con alcaldes de ayuntamientos para informar de actividad y proponerles su participación en financiación de la gratificación a los participantes.
El 10 de abril en colegio Figueruelas y el 18 de abril en colegio de Grisen charla del sanitario a los niños " el tabaco contamina".
Del 23 al 27 de abril realización de murales por niños.
Del 2 al 24 colocación de todos murales en consultorios.
Desde el 25 de mayo se colocan los tres más votados durante un año en el consultorio.
EN RESTO DE ZONA BÁSICA DE ALAGÓN :
Del 2 de abril al 20 de abril sanitarios se reunen con directores de colegios e institutos y con alcades para comentar la realización de esta actividad realizada durante 3 años ya por consultorio de figueruelas para extenderlo al resto de colegios de zona básica de Algón :el tema en Remolinos " para disfrutar a saco no necesitas tabaco" y en el resto de colegios e institutos " menos cajetillas y más zapatillas"
Del 12 al 25 de mayo realizacion de : educación primaria dibujo con sus padres rn DINA4,, los de educación secundaria murales en grupos . y los de bachiller realizar fotografias.
-Del 25 al 31 de mayo del 2018se celebrara la SEMANA SIN HUMO en colegios y consultorios colocando carteles .
El jurado realizara la valoración de los trabajos presentados durante la semana del 25 al 30 de mayo.
Los tres mas votados se expondras durante un año en consultas respectivas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0792

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA CORTES MARINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ FRAILE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
a)3/04/2018 se elige responsable del EAP: Dra Cortés Marina

b) Asistencia de la responsable a la Jornada de presentación IRASPROA .13/04/2018

c) Difusión de la información de la jornada a los miembros del EAP. 28/06/2018. Trece asistentes

d) Sesión IRASPROA, generalidades, presentación y colocación de carteles informativos " Antibióticos, solo cuando sea necesario " para profesionales y pacientes, firmas de compromiso por parte de los miembros del equipo y encuesta on-line. 13/12/2018. Doce asistentes.

e)Realización por parte del referente del curso on-line de optimización del uso de antibióticos del salud.

f) Acudir a las diferentes reuniones presenciales del grupo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hay un responsable/referente del programa en el centro
-Reuniones periódicas del equipo: uso racional del antibiograma, resistencias en el sector, uso de pruebas para aproximación diagnóstica, prescripción diferida
-Compromiso del equipo con el programa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido implicar al equipo, acordándose la programación periódica de sesiones PROA durante 2019, con una frecuencia aproximada de una sesión mensual . Durante 2019 ya se ha realizado una el 24/01/2019 de ITU y hay otra programada el día 14/02/2019 sobre test rápido estreptocócico

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/792 ========== ***

Nº de registro: 0792

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE AP

Autores:
CORTES MARINA ROSA BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes que acudan al centro de salud con una infección.
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0792

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GEMA GARISA ROCHA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRINCHAN FERNANDEZ PILAR
SANGROS GRACIA JESUS
EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA
GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ
ABELLO BLASCO PIEDAD
HERRERO GIL MARIA ANGELES
PUYUELO SALLAN MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los meses de enero a mayo se establece relación con los responsables de todos los centros educativos que corresponden a nuestro centro de salud: Alagón:
-Colegio Ntra. Sra del Castillo
-Colegio Público de Alagón
-IES Conde de Aranda
Pedrola:
Colegio Público Cervantes
Grisen
-Colegio Público Grisen
Figueruelas
-Colegio público Insula Barataria
Remolinos
-Colegio público Alfredo Muiños
Colegio Rural agrupado de Lumpiaque
Entablamos relación con todos los ayuntamientos que corresponden con nuestro centro de salud..
Contactamos con las Comarcas Alta del Río Ebro y Valdejalon.(Presidente y responsables de deportes).
Se convocan dos Consejos de Salud.
Organizamos concurso de dibujo y de murales para niños de Primaria y ESO en el día Mundial contra el tabaco, donde participaron más de 500 escolares. los ayuntamientos colaboraron para entregar como premios balones y material de ddeporte a los niños de los coloegios que colaboraron.
Se ralizó trabajo fín de grado: Beneficios de la fisioterapia respiratoria en pacientes con EPOC, a proposito de un programa comunitario.
Charla diabéticos (ADE Zaragoza).
Paseos saludables organiza Comarca Alta del Río Ebro y derivamos desde consultas de Atención primaria.
Primeros auxilios, prevención de accidentes (5º y 6º primaria Colegio Alagón).
Educación al parto. Matrona.
Educación sanitaria y preparación a la maternidad. grupo de apoyo a la lactancia.
Salud mental. Grupos de dolor-depresión.
Sesiones clínicas:
-Actividades comunitarias 3-5-2018.
-Paseos saludables: 25-10-2018
-21-11-2018 valoración intermedia de proyectos de calidad
20-12-2018 Beneficio de la terapia respiratoria en pacientes EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de participantes de los Proyectos de Actividades Comunitarias superó los 500 participantes que nos habíamos propuesto.Objetivo conseguido.
La relación se estableció con el 100% de los Centros escolares de nuestra zona de salud y participaron todos menos uno.Objetivo conseguido.
La relación con los ayuntamientos fué del 100%. Objetivo conseguido.
Dos Consejos de salud (27-3-2018 y 25-10-2018). Objetivo conseguido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras los contactos con colegios, ayuntamientos y Comarcas nos han propuesto nuevas actividades que estamos planificando (RCP profesores y primeros auxilios en niños), prevención drogas (hablamos con MAPA Zaragoza).
Nos falta realizar Agenda Comunitaria, redactarla y darla a conocer(SARES...).
Mejorar el funcionamiento del Consejo de Salud para dar a conocer las actividades comunitarias que realizamos en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

*** ========== Resumen del proyecto 2018/862 ========== ***

Nº de registro: 0862

Título
ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Autores:
GARISA ROCHA GEMA, TRINCHAN FERNANDEZ PILAR, SANGROS GRACIA JESUS, EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, ABELLO BLASCO PIEDAD, HERRERO GIL MARIA ANGELES, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividad Comunitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el Centro de Salud de Alagón hay profesionales que realizan actividades comunitarias desde hace años, pero a veces ni el propio equipo las conocemos.
El Consejo de salud comenzó a reunirse desde hace unos años, pero todavía hay miembros del consejo, como farmaceuticos...que no están presentes.
Tenemos una relación puntual con centros educativos, centro sociales...

RESULTADOS ESPERADOS
Crear una Agenda comunitaria.
Conocer todos los profesionales del equipo las actividades comunitarias que se realizan el en centro.
Comenzar con los centros escolares, sociales, ayuntamientos, comarca que corresponden a nuestra zona de salud a colaborar.
Ampliar y dar a conocer las actividades comunitarias que ya estamos realizando:Tabaquismo, EPOC, Lactancia, Paseos saludables, Charlas Figueruelas, Seguimiento embarazo, Dolor crónico (salud mental)
Proponemos nuevas actividades: Paseos saludables (Colaboración Comarca Alta Río ebro), Fisioterapia Casetas (Cadena de favores, escuela espalda), Educación salud para Diabeticos.

MÉTODO
-Actividades Comunitarias que ya se realizan en el centro de salud: Tabaquismo, Educación salud EPOC, Lactancia, Seguimiento embarazo (matrona), Salud Mental (Dolor crónico). Charlas en Figueruelas. Paseos (Bardallur, Urrea y Plasencia de Jalón)en colaboración con Comarca Valdejalon.
-Consejo de salud.
-Entablamos relación con Centros educativos: Colegios Alagón (Colegio Ntra Sra del castillo, Colegio Publico Aragón, IES Conde aranda. Colegios Pedrola (Colegio publico Cervantes e IES siglo XXI, Colegios Grisen y Público Insula Barataña (Figueruelas); Colegio Público Remolinos, Barboles, Bardallur, Urrea, Cabañas de Ebro ; Alcalá, Plasencia de Jalón.
-Solicitamos la participación de los Ayuntamientos de nuestra zona de salud.
-Hablamos con representantes de las Comarcas Ribera del Ebro y Valdejalon (deportes) y Mesa Violencia de Genero.
-Dar a conocer a gerencia proyectos que se realizan.
-Reuniones del equipo salud (Actividades Comunitarias)

INDICADORES
Número de participantes en los proyectos de actividades comunitarias, sea mayor a 500.
100% relación con Centros escolares de nuestra zona de salud.
100% relación con Ayuntamientos de nuestra zona de salud.
Reunión consejo de salud (dos al año)

DURACIÓN
Desde Enero a mayo del 2018 solicitar colaboración con Centros educativos, ayuntamientos y Comarca.
Desde Mayo a diciembre dar a conocer las actividades comunitarias que realizamos.
Sesiones clínicas:Tabaquismo, EPOC, Diabetes...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0862

1. TÍTULO

ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

OBSERVACIONES
Pendientes de programar:
Paseos saludables en zona de Ribera del Ría Ebro (Solicita colaboración responsable de deporte de la Comarca).
Diabetes- educación para la salud.
Solicita colaboración Fisioterapeuta de Casetas (escuela de salud, cadena de favores, le comentamos EPOC...)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0872

1. TÍTULO

EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CONSUELO BLASCO CASTELLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRINCHAN FERNANDEZ PILAR
PUYUELO SALLAN MONSERRAT
GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ
MARIN IZAGUERRI PILAR
MIRANDA ARTO PILAR
GARCIA GARCIA ARTURO
BADIA BENITO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las siguientes sesiones clínicas durante el año 2018:
6-3-2018 Sesión informativa sobre el programa soporte T_coach para diabéticos.Realizado por Sara Macarron
19-4-2018 Sesión clinica sobre ulceras y curas y tratamientos en pacientes diabéticos. Realizado por Manuel Gordillo
10-5-2018 Sesón clinica sobre neuropatía diabética y cuidado del pie diabético. Exploración etc.realizado por sara Macarron.
25-10-2018 Sesión informativa sobre paseos saludables, incluímos pacientes diabéticos
4-12-2018 Enfoque diabétes, situaciones clinicas en diabétes,y casos clínicos. realizado por Andrés Ollero y Beatriz Garayoa.
Se han realizado diferentes presentaciones por ordenador asi como casos prácticos para la utilización del aparato I.T.B. y kit pie diabético

Los profesionales han sido informados mediante las reuniones de Calidad realizadas por el Dr. Benito Luño el 22-5-2018, y 21-11-2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha utilizado el comando de diabetes del programa OMI para la obtención de datos, utilizando la comparativa de indicadores en la HBA1c y la revisión del pie diabético con el Sector Zaragoza III y Aragón, obteniendo a fecha de enero 2019 los siguientes datos:
-HBA1C indidador global
C.S. Alagón =29%
por debajo del Area Zaragoza III =32%
y de Aragon =39%
-En cuanto a la revisión del pie diabético
C. S. Alagón=15%
por debajo del Area Zaragoza III=23%.
y de Aragon = 35%
Nuestro objetivo que era mejorar estos valores, no se ha conseguido tal y como esperabamos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El no disponer de un kit para la revisión del pie diabetico en todas las consultas de enfermería así como tener solamente un aparato para la medición del I.T.B. ha dificultado la realización de dichas mediciones, no obstante este año en los consultorios anejos la C.S. Alagon se ha solicitado a los Ayuntamientos en la dotación de consultas varios kits para la medición del I.T.B.
Seguiremos insistiendo en la realización de estas actuaciones para mejorar el control del paciente diabético

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/872 ========== ***

Nº de registro: 0872

Título
EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

Autores:
BLASCO CASTELLO CONSUELO, TRINCHAN FERNANDEZ PILAR, PUYUELO SALLAN MONTSERRAT, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, MARIN IZAGUERRI PILAR, MIRANDA ARTO PILAR, GARCIA GARCIA ARTURO, BADIA BENITO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0872

1. TÍTULO

EDUCACION SALUD EN EL DIABETICO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En nuestro centro de salud, tenemos una población envejecida y en ella un número elevado de diabéticos
En la cartera de servicios, en el servio de atención a pacientes crónicos diabéticos, se nos recomienda el control de la Hb glicada, además del control analítico con micoralbuminuria, ECG, Fondo de ojo y valoración de neuropatía, nefropatía, retinopatía, cardiopatía isquemica, arteriopatía periférica, TA, ausculatación cardiaca, examen de los pies, pulsos periféricos, sensibilidad y reflejos...

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Personas diabéticas o más años, que cumplan criterios diagnósticos de diabetes.
Mejorar el porcentaje de personas diagnosticadas de diabetes mellitus que tienen solicitada analítica con Hb A1c.
Aumentar el porcentaje de pacientes a los que se les ha revisado el riesgo del pie diabético.
Mejorar la educación para la salud de los pacientes.

MÉTODO
Formación en el equipo:Sesion clinica pie diabético, educación para los diabéticos.
Pendiente de valorar actividad comunitaria para grupo diabético, incluirlo en paseos saludables.
Recursos:kit de revisión del pie diabético, ITB. Recursos externos coach.

INDICADORES
Aumentar el porcentaje de pacientes a los que hemos solicitado Hb glicada.
Aumentar el porcentaje de pacientes revisado del pie diabético.

DURACIÓN
Desde enero a mayo del 2018, organización y formación con sesiones clínicas.
Desde junio a diciembre del 2018 promover en los profesionales la revisión del pie diabético, Hb glicada. (además del resto de actuaciones correspondientes en dicho programa):

OBSERVACIONES
Pendiente de valorar el realziar actividad comunitaria para los pacientes diabéticos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0928

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA RUIZ FERRANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABELLO BLASCO PIEDAD
EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA
MIRANDA ARTO PILAR
MARIN IZAGUERRI PILAR
RASCON VELAZQUEZ SONIA
GARISA ROCHA GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de encuesta a los profesionales para conocer su sensibilidad y conocimientos del tema al principio de nuestro proyecto en 2018
Formación. Dos sesiones clínicas con medicos del mundo de una hora de duración cada una de 8-9 horas.
1-Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina.
2-La trata de personas con fines de explotación sexual, una forma de violencia de género.
Sesión clínica con Asuncion Cisneros, se planifica en dos ocasiones pero no puede acudir, nos envía la documentación al centro de salud, y esta pendiente la sesión clínica en marzo 2019.
Asistencia de profesionales al curso de violencia de género(SALUD).
Semana de sensibilización de los profesionales, con "busqueda activa de mujeres"coinidiendo con el día mundial 25 de noviembre contra la violencia de género.
Profesionales del centro acuden a la mesa de la Comarca del Río Ebro: Violencia de género.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sensibilización de los profesionales con el tema violencia de género.
Mejora de los conocimientos de los profesionales, se realiza nueva encuesta al final del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Diferentes opiniones entre los profesionales sanitarios de como abordar a estas pacientes, no todo el mundo cree conveniente preguntar en una consulta "¿que tal estás con tu pareja?.
Lo importante de la coordinación de los servicios sanitarios con otros servicios, como cuerpos de seguridad, servicios sociales,servicios de igualdad y educación.
Tenemos que seguir formandonos y buscando soluciones, para conseguir la atención global de las víctimas de género.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/928 ========== ***

Nº de registro: 0928

Título
VIOLENCIA DE GENERO CENTRO DE SALUD ALAGON

Autores:
RUIZ FERRANDEZ ELISA, ABELLO BLASCO PIEDAD, EZQUERRA IZAGUERRI GLORIA, MIRANDA ARTO PILAR, MARIN IZAGUERRI PILAR, GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ, RASCON VELAZQUEZ SONIA, GARISA ROCHA GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0928

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO

PROBLEMA
Este proyecto estaría enmarcado en la estrategia nacional para la erradicación de la violencia.
Contra la mujer y protocolo de actuación contra la violencia de género en ´la población correspondiente al centro de salud de Alagón.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar actividades de prevención y atención a la VG en colaboración con centros educativos y sociales (actividades de la comunidad).
Conocer la sensibilidad de los profesionales en relación con la violencia de género.
Concienciar a los profesionales sobre la violencia de género.
Desarrollar herrramientoas que favorezcan la detección de la violencia de género.
Detectar a lo largo del periodo a las víctimas de la violencia de genero

MÉTODO
Realización de encuesta a los profesionales para conocer su sensibilidad y conocimientos en relación al tema.
Formación y recuerdo a los profesionales del uso del Servicio al maltrato a la mujer. OMI.
Informar a los profesionales del equipo de atención primaria de la causística del maltrato de su zona de salud.
Formación a todos los profesionales del centro endetección y manejo del problema atraves de una sesión impartida por Asunción cisneros.
Desarrollo de una semana de detección en la que los profesionales realizan una busqueda activa de mujeres.
Evaluación del impacto de estas actividades y exposición al equipo de atención primaria.
Formar parte de la mesa de la comarca en relación con Violencia de género.
Conocer protocolos: Mutilación genital femenina, trata de mujeres.

INDICADORES
Indicadores provenientes de las encuestas.
descripción de los casos detectados

DURACIÓN
De enero a mayo sesiones formativas: mutilación genital femenina, trata de mujeres.
Hablar con Asución cisneros para sesión clinica (25-10-2018).
De mayo a diciembre planificar encuestas, y panificar la semana de detección de violencia de género.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MAINAR LATORRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LUÑO GARCIA BENITO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Establecimiento de pautas de actuación ante situaciones de descompensación de IC: se han establecido unas recomendaciones de atención para pacientes de Insuficiencia Cardíaca (en adelante, ICC). Dichas pautas se han expuesto a los miembros del equipo en una sesión clínica dedicada a ello.

Diseño de protocolo de atención al paciente con IC tras el alta hospitalaria/atención en Urgencias: Ha sido diseñado un protocolo de atención básica tras el alta hospitalaria. Dicho protocolo ha sído redactado por los tres miembros de este proyecto. Queda pendiente su comunicación y recogida de sugerencias del resto de miembros del equipo. Estas última fase se realizará en las próximas semanas en una reunión monográfica.

Protocolos de actuación en el manejo de alteraciones analíticas secundarias a tratamiento farmacológico o propias de IC (Hiperpotasemia, hiponatremia, agudización de insuficiencia renal, anemia, ferropenia): Se ha realizado este apartado dentro del protocolo, anteriormente referido.

Creación de grupo de trabajo en IC, con reuniones periódicas para discusión de casos, rediseño de procedimientos, etc.: Los miembros de este proyecto lideran reuniones periódicas de revisión de casos y actividades a las que están invitados el resto de los miembros.

Creación de documentos con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores: Están en elaboración, dipticos con consejos de cuidados para estos paciente. La información se ha basado en los consejos proporcionados en las sesiones de educación al paciente con insuficiencia cardíaca, por parte de enfermería en la U. de Insuficiencia Cardíaca del H. Miguel Servet.

Diseñar Indicadores de seguimiento: Se ha recogido los indicadores referidos en el siguiente párrafo.

Registrar las actividades realizadas: Las actividades realizadas constan el el sistema informático de historia clínica de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Mantener de manera periódica actividades comunitarias en relación con los FRCV (antitabaco, actividad física: Se han realizado charlas informativas en colegios e institutos de la zona sobre tabaquismo. Paseos saludables, organizados desde la Comarca Ribera Alta del Ebro.
-Porcentaje de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica: Antigripal en el 85,7%, Neumococo 35,1%)
-Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de variables relevantes sobre cuidados en IC: Peso,T.A., Actividad física diaria: 92,3%
-Porcentaje de pacientes con IC polimedicados a los que se les ha revisado el tratamiento: 86,2%
-Porcentaje de pacientes IC en tratamiento con IECA/ARA II/Sacubitril-valsartan: 83, 2%
-Porcentaje de pacientes vistos por su MAP, en el mes siguiente a un ingreso hospitalario por IC: 98%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de trabajo ha tenido grandes dificultades para la realización de las reuniones, dada la presión asistencial, y la imposibilidad material de reunir a todos los integrantes en todas las reuniones por las diferentes agendas y actividades que realizan en el día a día.
Existe una gran dificultad en el acceso a los datos concretos en la información de cada paciente. Ha sido preciso revisar manualmente, paciente por paciente, los registros de la HCE. En este aspecto los sistemas informáticos disponibles presentan grandes ineficiencias.
Desde el punto de vista asistencial, hay un margen de mejora en la cobertura de vacunación frente al Neumococo.
A destacar el alto cumplimiento de las visitas tras el alta de un ingreso hospitalario.

7. OBSERVACIONES.
Los resultados son referidos a la población total de la Zona Básica de Salud de Alagón, en pacientes con diagnóstico de ICC.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1128 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

Nº de registro: 1128

Título
GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

Autores:
MAINAR LATORRE MARIA PILAR, LUÑO GARCIA BENITO, PELEGRIN INGLES FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia cardíaca es una patología muy prevalente en la consulta de Atención Primaria. Las actividades desarrolladas en el cuidado de estos paciente, en el ámbito de la Atención Primaria, resultan determinantes para su evolución.
El manejo terapéutico farmacológico, así como, las medidas higiénico dietéticas y de autocuidado representan actividades fundamentales para evitar hospitalizaciones y agudizaciones de dichos pacientes.
La continuidad asistencial en la atención de estos pacientes, es imprescindible para prestar una atención de calidad y ajustadas a las guiás de practica clínica vigentes.
La comunicación entre los diferentes niveles asistenciales facilita la atención y evita duplicidades, consultas innecesarias o de poca utilidad, sobrecarga de los servicios de urgencia y hospitalizaciones. Así mismo, evita errores terapéuticos redundando en la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
• Mejorar la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).
• Puesta en marcha de actividades de prevención y detección precoz de descompensaciones en el contexto de IC.
• Diseño de mecanismos de atención rápida en A. Primaria y derivación preferente al cardiólogo de episodios de descompensación.
• Diseño de protocolo de derivación al Cardiólogo.
• Revisión de los pacientes con IC, tras una hospitalización o tras atenciones en Urgencias.
• Aumentar el grado de adhesión a la vacunación antigripal y antineumocócica entre los pacientes con IC
• Potenciar los autocuidados de los pacientes con IC
• Adecuar el tratamiento farmacológico a las Guias de Práctica Clínica Vigentes.
• Reciclaje del personal del EAP, en el manejo de los fármacos más habituales en estos pacientes.

MÉTODO
? Establecimiento de pautas de actuación ante situaciones de descompensación de IC.
? Diseño de protocolo de atención al paciente con IC tras el alta hospitalaria/atención en Urgencias.
? Protocolos de actuación en el manejo de alteraciones analíticas secundarias a tratamiento farmacológico o propias de IC (Hiperpotasemia, hiponatremia, agudización de insuficiencia renal, anemia, ferropenia).
? Creación de grupo de trabajo en IC, con reuniones periódicas para discusión de casos, rediseño de procedimientos, etc...
? Creación de documentos con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores.
? Diseñar Indicadores de seguimiento.
? Registrar las actividades realizadas

INDICADORES
• Mantener de manera periódica actividades comunitarias en relación con los FRCV (antitabaco, actividad física).
• Porcentaje de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica.
• Porcentaje de pacientes con IC en los que consta registro de variables relevantes sobre cuidados en IC: Peso, T.A., Actividad física diaria.
• Porcentaje de pacientes con IC polimedicados a los que se les ha revisado el tratamiento.
• Porcentaje de pacientes IC en tratamiento con IECA/ARA II/Sacubitril-valsartan.
• Porcentaje de pacientes vistos por su MAP, en el mes siguiente a un ingreso hospitalario por IC.

DURACIÓN
Abril – Diciembre 2018:
- Sesión clínica sobre uso de terapia farmacológica en IC.
- Diseño de protocolo en manejo de alteraciones analíticas en ICC.
- Inicio de reuniones para revisión de casos/grupo de trabajo IC del Centro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1128

1. TÍTULO

GRUPO DE MEJORA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C. DE SALUD DE ALAGON

- Formalización de un consenso sobre derivación de pacientes a Cardiología.
- Plantillas de información y Autocuidados para pacientes y cuidadores.

Noviembre-Diciembre 2018:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1199

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR FRANCO DE LA IGLESIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALAGON
· Localidad ..... ALAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BADIA BENITO MARIA JESUS
BLASCO CASTELLO CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han realizado las siguientes sesiones clinicas formativas y autoformacion en urgencias y RCP:
el 5/4/2018 sesion calidad carro: paradas por Benito Luño y Pilar Franco
el 7/6/2018 sesion de RCP, eminentemente practica realizada por Alejandro Bierge y Susana Ochoa
- Se han elaborado protocolos para la revision y reposicion de maletines de urgencias con listas rotativas de todos los profesionales para, aparte de tenerlos completos, todo el personal se familiarice con todos sus componentes
Tambien hay un protocolo de revision semanal del carro de paradas realizado por Maria Pilar Franco
- elaboracion de documentos de registro y control para designar el procedimiento de asignacion profesional ante una situacion urgente y situaciones excepcionales por ausencia de profesional por causa no previsible (5/6/2018)
- el 7/8/2018 colocacion en lugares estrategicos de algoritmos sobre patologia urgente

En cuanto a los recursos empleados se ha solicitado al 061 los muñecos para la RCP, asi como se ha utilizado diferentes apoyos informaticos para la realizacion de las sesiones informativas
Los profesionales han sido informados de este proyecto mediante las reuniones de calidad realizadas por el dr Benito Luño el 22/5/2018 y el 21/11/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han utilizado como fuente las actas elaboradas en el centro de salud de Alagon, asi como la existencia o no de documentos elaborados para este programa “plantilla de reparto de urgencias” y los porcentajes de los profesionales que han participado en las sesiones formativas de patologia urgente y RCP.
Se ha realizado la sesion clinica de patologia urgente y RCP con un total de 25 asistentes, lo que supera el 80%.....OBJETIVO CONSEGUIDO (89%)
Se ha elaborado el documento-plantilla de reparto de urgencias por el servicio de admision....OBJETIVO CONSEGUIDO
El porcentaje de personal que conoce el documento tras la reunion de calidad es de 46% según consta en acta del 22/5/2018.....OBJETIVO NO CONSEGUIDO
Se ha elaborado documento de contenido y revision de carro de paradas y maletines de urgencias que esta colocado en el tablon de la sala de urgencias, especificando los componentes y el turno de revision

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
IMPORTANCIA DE LA REVISION PERIODICA DE MALETINES Y CARRO DE PARADAS PARA REPONER Y FAMILIARIZARSE CON SUS CONTENIDOS
IMPOTENCIA PORQUE AUNQUE EL EQUIPO HAGAMOS LO PROYECTADO DEPENDEMOS DE MANTENIMIENTO PARA EN CASO DE DETECTAR ANOMALIAS SE SUBSANE Y LLEVAMOS MAS DE 2 MESES HACIENDO VARIOS PARTES...ETC SIN ASPIRADOR DE SECRECCIONES....POR MUCHO CARRO DE PARADAS QUE HAYA SI NO SE PUEDE ASPIRAR IGUAL NO VALDRIA PARA NADA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1199 ========== ***

Nº de registro: 1199

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Autores:
FRANCO DE LA IGLESIA MARIA PILAR, BADIA BENITO MARIA JESUS, BLASCO CASTELLO CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1199

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALAGON

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patologia urgente en el C.S. y a domicilio
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El equipamiento en la sala de urgencias y en los maletines de urgencias debe reunir unos mínimos de contenidos, basados en la recomendaciones de expertos. Es fundamental disponer de un carro de paradas bien equipado y organizado. En situaciones urgentes pueden derivarse errores debidos a la falta de organización. La comprobación del buen funcionamiento, reposición de materiales y medicamentos exige del EAP un compromiso de participación activa y constante formación .

RESULTADOS ESPERADOS
- Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y una organización operativa estandarizada.
- Conseguir una estandarización en el contenido de los carros de parada.
- Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletin y carro de paradas.
- Establecer un criterio de designación de la urgencia al profesional, en documento explícito y conocido por todos, para evitar demoras.
- Mantener habilidades técnicas profesionales en atención urgente y RCP
- Mejorar la eficiencia del uso del sistema, mediante el uso racional de la atención por parte de la población.

MÉTODO
- Sesiones clínicas formativas y autoformación en urgencias y RCP
- Colocación en lugares estratégicos Algoritmos sobre atención de patología urgente.
- Consensuar un Protocolo de contenido y mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias.
- Elaborar una matriz / plantilla para designar el procedimiento de asignación profesional ante una situación urgente y situaciones excepcionales por ausencia de profesional por causa no previsible.
- Diseñar material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de Atencion Continuada / Urgencia extrahospitalarias

INDICADORES
- Sesiones clínicas formativas: Actas de sesiones clínicas
- Existencia de documento / plantilla de reparto de urgencias (emergencias) en el Centro de Salud o domicilio. (SI / NO)
- Porcentaje de profesionales que conocen el documento (80%)
- Porcentaje de profesionales que ha participado en formacion de patologia urgente y RCP (80%)
- Número de profesionales del Centro que han asistido a una sesión relativa a urgencias / numero total de profesionales del Sector.
- Documento de contenido y revisión de mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias .

DURACIÓN
Mayo - Diciembre:
- Sesiones clínicas formativas
- Elaboración de documentos de registro y control
- Elaboración de documentos de divulgación de uso adecuado del Servicio
- Registro de las Actividades.

Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos.

OBSERVACIONES
Los recursos materiales ya están disponibles

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1678

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA OÑA RAMOS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RENALES SOLER ISABEL
LOGROÑO GONZALEZ DEL CASTILLO LUIS
ARGÜELLO GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones del grupo de trabajo para elaborar el plan de actuación que se presentó al resto del equipo, con el fin de elaborar la estrategia a seguir para incluir la consulta no presencial en las agendas de medicina y enfermería del Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han incluido en las agendas de OMI al menos dos huecos de consulta no presencial de medicina y enfermería.

En estos huecos son citados aquellos pacientes que solicitan contactar con su médico/enfermera sin necesidad de acudir presencialmente a su Centro de Salud.

Su médico y enfermera contacta con ellos telefonicamente para resolver el problema planteado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos observado una buena aceptación tanto por parte de los pacientes como del personal sanitario, permitiendo una comunicación más fluida con los pacientes y mejorando por tanto la calidad de la asistencia.

7. OBSERVACIONES.
En el caso de que no se hubieran utilizado los huecos de demanda no presencial, podrán utilizarse cómo demanda ordinaria con el fin de no disminuir el número de pacientes que deben ser atendidos en el día.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1678 ========== ***

Nº de registro: 1678

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
OÑA RAMOS ANA, LANZ AGUIRRE JESUS, SANZ ANDRES CONCEPCION, RENALES SOLER ISABEL, LOGROÑO GONZALEZ DEL CASTILLO LUIS, ARGUELLO GARCIA JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1678

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1625

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS. MATERIAL SANITARIO SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL RENALES SOLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DUO BUENDIA MARIA PILAR
PLANA PUIG JOSE MANUEL
SORA USON OLGA
NAUDIN BERDUQUE JESUS ANGEL
VAL VILLAVERDE MARIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado varias reuniones del grupo de trabajo para establecer el calendario de actividades y seguimiento del proyecto. Revisiones de la sala, material y personal responsable de la sala de urgencias.
Sesiones informativas al resto del equipo (tres a lo largo del año) y elaboración de los modelos de planillas para anotar las incidencias y uso de los maletines de urgencias, carro de paradas y vitrina de material de urgencia.
Listado de responsables de las revisiones periodicas
Se han reubicado los recursos materiales disponibles con vistas a optimizar al máximo el reducido espacio de la sala, en espera de que se apruebe la ampliación solicitada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha creado un espacio dedicado exclusivamente a la atención de urgencia y se ha creado un circuito de atención urgente, conocido por todo el personal del centro.
Se ha moificado y optimizado el contenido de los maletines de urgencia de médico y Enfermera (uno con material y otro con medicación)
Se ha redistribuido el material y medicación del carro de paradas, de manera que en él solo existe lo necesario para esa situación especifica, dejando el resto de medicación y material para situaciones de urgencia, no de parada, en una vitrina dentro de la misma sala. Rotulada de forma clara y con el material organizado alfabeticamente y a la vista.
Se ha simplificado el sistema de revisiones periodicas al separar los contenidos del Carro de paradas y Vitrina de urgencias.
El carro de paradas está precintado de manera que con precinto integro se tiene la garantia de que su interior esta completo y en orden.
Existe un listado en el atrchivo compartido del ordenador de Bombarda con los contenidos y caducidades.
Cada dos meses se revisaran los contenidos de la Sala de urgencias por parte de dos miembros del equipo siguiendo un listado previo (Un médico y un enfermero/a).
Para dicha revisión utilizaran como punto de partida el listado de material mencionado y las hojas de incidencias descritas.
Carro de paradas: si el precinto esta intacto y segun el listado no hay caducidades, no será necesario abrirlo.
Vitrina y maletines: revisar segun el listado mencionado y las hojas de incidencias si las hubiera.
El resultado de la revisión se comunicara a la persona que se ha establecido como responsable de la sala y que tiene acceso a la modificación del listado en el ordenador para que proceda a actualizarlo.
Se establece la existencia de un responsable de la sala de urgencias que podra ser nombrado con una periodicidad anual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha valorado muy positivamente la nueva distribución y contenidos de la sala de urgencia por considerarla más operativa por accesibilidad y manejo.
El carro de paradas y su contenido resultan más accesibles.
Existe una mayor conienciación y compromiso por parte de todo el equipo sobre la necesidad de utilizar adecuadamente el material de la sala y de reponer de forma inmediata todo lo que se utilice.

7. OBSERVACIONES.
Sigue siendo necesario ampliar la sala derribando la pared que separa la zona principal de la zona de lavabo.
Se necesita disponer de un ordenador para una correcta asistencia y ello requiere que sea posible tener abiertos a la vez dos ordenadores con la misma clave. El personal que atiende la urgencia en un momento determinado esta trabajando en su consulta y no es operativo tener que apagar primero uno y encender el de ugencias cada vez que se necesite.
De forma unanime, el equipo considera conveniente realizar simulacros y/o sesiones de RCP en el Centro al menos una vez al año.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1625 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1625

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS. MATERIAL SANITARIO SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1625

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS. C.S. BOMBARDA

Autores:
RENALES SOLER ISABEL, PLANA PUIG JOSE MANUEL, VAL VILLAVERDE MARIA ANGELES, SORA USON OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1625

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS. MATERIAL SANITARIO SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1633

1. TÍTULO

APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LOBERA NAVAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES REDONDO MARIA CARMEN
CAPELLA ESCARIHUELA MONTSERRAT
MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado semanalmente una reunión con el grupo de madres lactantes y otra de masaje infantil. En ambas reuniones ha participado la matrona y en el grupo de lactancia también han participado la enfermera de pediatría y la pediatra.
La captación de los pacientes y la difusión de las reuniones se ha llevado a cabo en las consultas de las profesionales que dirigen las actividades.
Se entrega a las madres información por escrito de estos proyectos durante el seguimiento del embarazo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha observado mejora en la solución de problemas de lactancia y manejo de disconfort del lactante entre las madres que acuden a estas reuniones.
La forma de obtención de esta información es la observación de los motivos de demanda en las consultas
No se han propuesto indicadores concretos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se pretende continuar con esta cadencia de reuniones mientras sea posible y la carga asistencial lo permita.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1633 ========== ***

Nº de registro: 1633

Título
APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL

Autores:
LOBERA NAVAZ PILAR, ANDRES REDONDO MARIA CARMEN, CAPELLA ESCARIHUELA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: toda la poblacion
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La zona de salud de Zaragoza capital Bombarda tiene una población de 16.082 (tis). Esta zona forma parte, junto con el resto de zonas de salud de Zaragoza capital, de la entidad de Zaragoza del municipio del mismo nombre. El Equipo de Atención Primaria está constituido y en funcionamiento desde el 1 de noviembre de 1991
Índice de Dispersión Geográfica del EAP: G1.
Recursos humanos:
En el Centro de Salud trabajan 9 médicos de Familia, 2 pediatras, 1médicos de Atención continuada, 10 enfermeras, 1 enfermera de atención continuada, 1 matrona, 1 auxiliar de clínica, 5 personal de admisión.
Existen varias asociaciones de vecinos, tres colegios y dos institutos.
Ademas en la zona existen varias guarderías, una residencia de ancianos y Centros de día de mayores.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1633

1. TÍTULO

APOYO A LA LACTANCIA Y MASAJE INFANTIL

Mantener y mejorar en lo posible el conocimiento de la población sobre los beneficios de la lactancia materna.

MÉTODO
A traves de sesiones prácticas, a modo de talleres de periodicidad semanal acompañadas de charlas para aumentar los conocimientos, y eliminar tabues, el el que se adiestra a las madres en la técnica más apropiada de lactancia y masaje infantil.

INDICADORES
Encuestas de conocimiento previo y posterior así como encuesta de satisfacción

DURACIÓN
El año del actual Acuerdo de Gestión con el objetivo de su continuidad permanente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1645

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FELIX GUTIERREZ MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRECILLA CONDE JESUS
SANZ ANDRES CONCEPCION
FERNANDEZ FALCON CAMINO
DE LA ROSA LUCAS DOLORES
ORTA CASAS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y del uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.
En primer lugar se presentó en el Centro de Salud Bombarda el acuerdo de gestión de 2017. Así mismo, se crearon los grupos de trabajo entre los componentes del equipo de los diferentes proyectos de mejora.

Se decidieron dos actuaciones en la adecuación de la prescripción sanitaria:
• Adecuación del tratamiento con estatinas, cuya población diana era todos los pacientes sin distinción de sexo y edad que estaban tomando estatinas.
• Medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años, cuya población diana era todos los pacientes sin distinción de sexo mayores de 75 años.
• Mejora de la indicación de uso de tiras reactivas para medir la glucemia capilar, cuya población diana eran todos los pacientes diabéticos que recibían tiras reactivas
Posteriormente se celebró una reunión de responsables de URM la Dirección de Atención Primaría del Sector III, con el propósito de revisar los indicadores del cuadro de mandos de farmacia y el proyecto de adecuación de la prescripción en la asistencia sanitaria.
• En cuanto a la adecuación del tratamiento eficiente con estatinas, se realizó una sesión clínica, donde primeramente, los miembros del equipo contestaron un pretest, previo a la sesión para valorar los conocimientos previos de las nuevas indicaciones del uso de estatinas y posteriormente a la sesión un postest. Para la sesión de utilizó como base la nueva “Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular” perteneciente a las Guías de Práctica Clínica del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, editada en este mismo año 2017.

• Se presentó una sesión sobre medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años. En la sesión se presentaron la escala ACB/2102 (Anticholinergic Cognitive Burden Scale) que clasifica a los fármacos según su efecto colinérgico y los criterios STOPP-START. Estos criterios describen los errores más comunes de tratamiento y de omisión en la prescripción.

• En cuanto a mejora de la indicación de uso de tiras reactivas para medir la glucemia capilar,se creó un grupo formado por un médico, una enfermera y la auxiliar de clínica. Este grupo elaboró un plan de acción y unas recomendaciones de buen uso que fueron trasmitidos al equipo junto con la instrucción del Salud donde especificaba el uso o no de tiras reactivas según el tratamiento prescrito. El plan consistía en recoger el número de pacientes que utilizaban tiras reactivas y distribuirlos por cupos para la revisión y devolución de nuevo a la auxiliar de clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Adecuación del tratamiento con estatinas.
o Selección ineficiente de estatinas: el rango de objetivos de prescripción farmacológica para este año estaba entre 19,6 %y 9,5 %. Nuestro centro partía de un 15,43 el 1 de enero de 2017 y a 31 de diciembre de 2017 era de 14,88%.

o Estatinas en prevención secundaria: el rango de objetivos de prescripción farmacológica para este año estaba entre 59,5 %y 73,1 %. Nuestro centro partía de un 77 % el 1 de enero de 2017 y a 31 de diciembre de 2017 era de 78,13%.
o Uso inadecuado de hipolipemiantes combinados: el rango de objetivos de prescripción farmacológica para este año estaba entre 10,1 %y 4,7 %. Nuestro centro partía de un 7,46 % el 1 de enero de 2017 y a 31 de diciembre de 2017 era de 8,04%.

• Medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años. El rango de objetivos de prescripción farmacológica para este año estaba entre 14,4% y 8,7 %. Nuestro centro partía de un 14,84 % el 1 de enero de 2017 y a 31 de diciembre de 2017 era de 12,18%.

• Mejora de la indicación de uso de tiras reactivas para medir la glucemia capilar.
La evaluación de los resultados se realizará comparando el consumo de tiras el primer semestre de 2017 y el primer trimestre de 2018 y posteriormente comparando todo el año 2017 con todo 2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1645

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el uso de estatinas partíamos en cifras de rango. En todos los apartados han mejorado los porcentajes, excepto en el de fármacos hipolipemiantes combinados, pero manteniéndose en cifras de objetivo de este año. En este último caso podría estar relacionado el estudio IMPROVE-IT, cuyo objetivo principal del estudio, compuesto por muerte cardiovascular, infarto de miocardio, angina inestable, revascularización coronaria, AVC se redujo un 2,0% absoluto, lo que pudo originar un aumento de prescripción de la asociación simvastatina y ezetimibe.
En el caso de los medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años, debemos familiarizarnos con las escalas y criterios que nos pueden ayudar a decidir el tratamiento, sobre todo en aquellos que llevan múltiples fármacos. Muy problemáticas son las prescripciones de especializada en las diferentes patologías en las que se usan estos fármacos, que se hacen sin tener en cuenta los fármacos que toman e incluso si toman algún otro fármaco con efecto colinérgico prescrito por otro problema de salud.
En el uso de tiras reactivas hubo un importante cambio con la instrucción del Salud que provocó en algún caso la no aceptación por parte del paciente del cambio de directriz, así como, la no información a la auxiliar de clínica de los tratamientos del paciente, por lo que su colaboración no podía ser completa. Con este trabajo de depuración quedará plenamente establecido quien puede recibir tiras y el número de ellas. Si hubiera un problema con algún paciente, cualquier personal sanitario será capaz de aclarar el caso.
Creemos que los resultados pueden mejorar con el paso del tiempo (este año al ser el primero no se ha tenido mucho tiempo de implementar toda la información recibida). La información periódica de actualizaciones y guías junto con la herramienta del Cuadro de Mandos de Farmacia, que nos ofrece datos mes a mes, pueden resultar muy útiles para nuestra prescripción.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1645 ========== ***

Nº de registro: 1645

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA

Autores:
GUTIERREZ MORENO FELIX, FERNANDEZ FALCON CAMINO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años,

MÉTODO
Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1645

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION SANITARIA EN ADULTOS. EAP BOMBARDA

gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años.
Revisión de pacientes en tratamiento con medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1647

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL MARTINEZ ALGORA
· Profesión ..... PEDIATRA
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOBERA NAVAZ MARIA PILAR
ANDRES REDONDO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones con la Compañera Pediatra del Centro de Salud Bombarda,Zaragoza,y con la Coordinadora del Centro de Salud referido,comunicando los resultados que hemos ido presentando a lo largo del año,datos que obtenia de un sistema de informacion (DATA Farmacia),basado en las prescripciones realizadas en receta electronica.Ello permite la monitorizacion de nuevos indicadores en los que se relaciona la prescripcion con el diagnostico.Cada profesional de Pediatria dispone de los medios informaticos en OMI para proceder a valorar a traves del Centro Mando-Farmacia(CMFARMACIA),de los indicadores de Farmacia,"Porcentaje de Uso de antibioticos en faringoamigdalitis estreptococica" y "porcentaje de uso de antibioticos en otitis media aguda.En el cuadro de mando de Farmacia(CMFARMACIA),se dispone de la informacion relacionada a los indicadores referidos con anterioridad por meses.Valorados los indicadores,se comentaban los valores de los mismos, ayudado de los graficos,de los que se disponia,obtenidos de la manera referida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la faringoamigdalitis estreptococica en edad pediatrica,siendo el uso de antibioticos de primera eleccion en faringoamigdalitis estreptococica superior al 83,78% y fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media agua en pacientes pediatricos,intentando que el uso de antibioticos de primera eleccion (amoxicilina y amoxicilina-clavulanico),en otitis media debera ser superior al 86,13%.Dentro del capitulo 6(Proyectos y Objetivos de la unidad),contrato programa Centro Salud Bombarda 2017,y dentro del apartado Indicadores y Valor a alcanzar,(En Adecuacion de la prescripcion de medicamentos),se establece,pacientes pediatricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de otitis media aguda:86,13-95,83%,y pacientes pediatricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de faringoamigdalitis estreptococica aguda:83,78%-95,24%.En la actualidad,revisados los Indicadores en OMI-apartado Cuadro Mando de Farmacia-Pediatria-consta mayo 2017,"Uso de antibioticos en faringoamigdalitis estreptococica",para la Pediatra Pilar Lobera 96,43%,y "Uso de antibioticos en otitis media aguda",mayo 2017,97,78,y para junio 2017,respectivamente,96,36% y 97,67%.Estos indicadores para el Pediatra,M.Angel Martinez,respectivamente, mayo 2017,94,74%,92,86%, y para junio 2017,96,15% y 93,02%.
Revisados los indicadores correspondientes a enero del 2018,para el pediatra M.Angel Martinez,presenta porcentaje del 87,23% en Otitis Media Aguda y del 96,77% en Faringoamigdalitis estreptococica,y para la Pediatra Pilar Lobera,presenta un porcentaje del 98,44% en Faringoamigdalitis aguda y del 98,08% en Otitis Media Aguda.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seria muy importante para el seguimiento,poder seguir accediendo al Sistema Informatico,OMI,acceso al cuadro de Mando de Farmacia(CMFARMACIA).La prescripcion razonada de medicamentos-antibioticos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud,para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos-antibioticos,garantizar la eficiencia en la utilización de recursos y en relacion mas concretamente con los antibioticos,fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la faringoamgidalitis aguda en edad pediatrica y tambien fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media aguda en pacientes pediatricos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1647 ========== ***

Nº de registro: 1647

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA.ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA. CS BOMBARDA

Autores:
MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL, LOBERA NAVAZ PILAR, ANDRES REDONDO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1647

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Infecciones tracto respiratorios superior, faringoamigdalitis, otitis.
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos del acuerdo de gestion del centro de Salud Bombarda,2017,donde dentro del capitulo 3 (Objetivos estrategicos),y dentro del URM, que el uso de antibioticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina-clavulanico)en Otitis media debera ser superior al 86,13% y el uso de antibioticos de primera eleccion en faringoamigdalitis estreptococica debera ser superior al 83,78%.La prescripcion razonada de medicamentos-antibioticos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud,para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos-antibioticos,garantizar la eficiencia en la utilización de recursos y en relacion mas concretamente con los antibioticos,fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la faringoamgidalitis aguda en edad pediatrica y tambien fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media aguda en pacientes pediatricos.En el capitulo 3 del contratro programa del centro de salud Bombarda,2017,tambien se establece,punto 3,"No dar antibioticos de forma rutinaria a niños y niñas con gastroenteritis".Todo encaminado a evitar el uso excesivo de antibioticos y sus consecuencias en el aumento de las resistencias bacterianas.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la faringoamigdalitis estreptococica en edad pediatrica,siendo el uso de antibioticos de primera eleccion en faringoamigdalitis estreptococica superior al 83,78% y fomentar la utilización de antibioticos de primera eleccion en el tratamiento de la otitis media agua en pacientes pediatricos,intentando que el uso de antibioticos de primera eleccion (amoxicilina y amoxicilina-clavulanico),en otitis media debera ser superior al 86,13%.Dentro del capitulo 6(Proyectos y Objetivos de la unidad),contrato programa Centro Salud Bombarda 2017,y dentro del apartado Indicadores y Valor a alcanzar,(En Adecuacion de la prescripcion de medicamentos),se establece,pacientes pediatricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de otitis media aguda:86,13-95,83%,y pacientes pediatricos con prescripciones de cualquier antibiotico y diagnostico de faringoamigdalitis estreptococica aguda:83,78%-95,24%.En la actualidad,revisados los Indicadores en OMI-apartado Cuadro Mando de Farmacia-Pediatria-consta mayo 2017,"Uso de antibioticos en faringoamigdalitis estreptococica",para la Pediatra Pilar Lobera 96,43%,y "Uso de antibioticos en otitis media aguda",mayo 2017,97,78,y para junio 2017,respectivamente,96,36% y 97,67%.Estos indicadores para el Pediatra,M.Angel Martinez,respectivamente, mayo 2017,94,74%,92,86%, y para junio 2017,96,15% y 93,02%.

MÉTODO
1º) Información sobre el Proyecto

2º) En el Cuarto trimestre,información de la evolucion de los indicadores.

INDICADORES
Cada profesional de Pediatria dispone de los medios informaticos en OMI para proceder a valorar a traves del Centro Mando –Farmacia(CMFARMACIA),de los indicadores de Farmacia,referidos con anterioridad, "Porcentaje de Uso de antibioticos en faringoamigdalitis estreptococica ",(porcentaje,% EAP,% sector,% Aragon,Min,Max) y "Porcentaje de Uso de antibioticos en otitis media aguda"(%,% EAP,% sector,% Aragon,Min-Max).

En el cuadro de Mando de Farmacia(CMFARMACIA),se dispone de la información relacionada a los indicadores referidos con anterioridad,por meses,indicadores que se denominan "cualitativos",pudiendose tambien hacer balance de varios meses, y se puede valorar porcentajes de cada profesional,y porcentajes del EAP,porcentajes del sector III,y porcentajes de Aragon,pudiendose valorar y comparar los porcentajes y ver las evolución.

Evaluacion inicial al comienzo del proyecto y evaluacion final a su termino en diciembre .

DURACIÓN
- Mayo: analisis de situación en la prescripción de antibióticos.
- Diciembre 2017. Evaluación de indicadores.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1647

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1654

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: RCP BASICA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUIS MIGUEL ALUTIZ PEÑA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO CAVERO CRISTINA
NAUDIN BERDUQUE JESUS
TENIAS GUALLAR JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
. EXPLICACION TEÒRICA MEDIANTE PRESENTACIÒN PPW.
. DEMOSTRACIÒN PRÀCTICA MEDIANTE VOLUNTARIO.
. EXPLICACIONES VERBALES A CUALQUIER PREGUNTA O INTERVENCIÒN POR PARTE DE LOS PRESENTES.
. CASOS PRACTICOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-MAYOR CONOCIMIENTO DE LA CADENA DE RCP BASICA Y SU PUESTA EN MARCHA. PARA ELLO SE PASO UN PRE-TEST Y POSTERIORMENTE UN POST-TEST
- LOS PARTICIPANTES TUVIERON CLARO QUE HACER EN UNA SITUACION LIMITE QUE PUDIERA PRESENTARSE. SE REALIZARON PREGUNTAS ABIERTAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-MEJORAR LA MOTIVACION A LA POBLACION PARA REALIZAR LA RCP BASICA EN SITUACIONES NECESARIAS.
- AMPLIAR LA CAMPAÑA E INFORMACION PARA LA REALIZACION DEL TALLER.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1654 ========== ***

Nº de registro: 1654

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: RCP BASICA

Autores:
ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL, CASTRO CAVERO CRISTINA, NAUDIN BERDUQUE JESUS, TENIAS JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODA LA POBLACION
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
. ANTE LAS DEMANDAS PROVOCADAS POR SITUACIONES DE URGENCIA EN LA VIDA DIARIA, EXISTE UNA NECESIDAD VITAL DE RESPONDER CON PRONTITUD Y PREPARACIÒN EN LA RESOLUCIÒN DE UN SUCESO QUE PONE EN PELIGRO LA VIDA O QUE ÈSTE YA SE HAYA INICIADO.
. IMPARTIDO POR PROFESIONALES SANITARIOS DEL C.S.

RESULTADOS ESPERADOS
DOTAR A LA POBLACIÒN ADULTA DE LOS CONTENIDOS TEÒRICOS DE LA RCP BÀSICA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1654

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD: RCP BASICA

. PONER EN PRACTICA LA CADENA DE RCP BÀSICA.

MÉTODO
. EXPLICACION TEÒRICA MEDIANTE PRESENTACIÒN PPW.
. DEMOSTRACIÒN PRÀCTICA MEDIANTE VOLUNTARIO.
. EXPLICACIONES VERBALES A CUALQUIER PREGUNTA O INTERVENCIÒN POR PARTE DE LOS PRESENTES.
. CASOS PRACTICOS.

INDICADORES
. MEDIANTE UNA ENCUESTA PRE-TALLER Y OTRA POST-TALLER.

DURACIÓN
2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0758

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FELIX GUTIERREZ MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ FALCON CAMINO
MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL
SANCHEZ BUEY MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se eligió a Félix Gutiérrez Moreno como responsable del uso de antibióticos en el equipo en una reunión celebrada el día 19/4/2018.
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018.
Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP, el día 24/5/2018.
Reunión de trabajo "Consumo de antibióticos y mapa de resistencias bacterianas en el sector Zaragoza III", el día 5/7/2018.
Reunión de trabajo "Programa de optimización de uso de antibióticos de atención primaria para Aragón", el día 16/10/2018.
Curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en atención primaria", el día 29/11/2018.
Sesión de antibióticos en el EAP (Difusión de los principios generales en Atención primaria u otras) con fechas 25/10/2018 y 13/12/2018. Un 90% de profesionales asistieron el primer día y un 85% el segundo día.
Se colocación de los posters sobre "Antibióticos, solo cuando sea necesario" en las paredes de centro tanto en la zona de acceso al público como en las zonas de uso exclusivo del personal sanitario.
Se firmó el compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos, que se remitió por correo a la Dirección de Atención Primaria del sector III.
Presencia de salva pantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP, Félix Gutiérrez Moreno.
2 Reuniones de trabajo de los responsables de antibióticos de los Equipos de Salud.
3 reuniones en el Equipo: en la 1ª jornada presentación de IRASPROA y las dos restantes sobre la difusión de principios generales en Atención Primaria sobre el buen uso de antibióticos.
Participaron entre un 85 y un 90% de profesionales en la formación PROA-AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Concienciarnos de la importancia de las resistencias a los antimicrobianos ya que suponen un importante problema de salud pública a nivel mundial. No sólo en salud humana, sino también en salud animal y alimentaria.
La necesidad de establecer una prescripción adecuada, no sólo de la pertinencia del antibiótico sino que tipo de antibiótico a utilizar.
Tener presente el problema de las resistencias en nuestro medio y utilizar así el antibiótico más pertinente.
Establecer la necesidad de un reciclado permanente e informar de las herramientas que ya están a nuestra disposición en el programa OMI.
Mantenimiento del programa, mediante reuniones de los responsables para la trasmisión de la información actualizada de resistencias, así como de las novedades que pudieran aparecer.
Aumentar la coordinación con servicios de urgencias, especializada, medicina privada (sobre todo dentistas) y farmacias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/758 ========== ***

Nº de registro: 0758

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
GUTIERREZ MORENO FELIX, FERNANDEZ FALCON CAMINO, MARTINEZ ALGORA MIGUEL ANGEL, SANCHEZ BUEY MILAGROS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0758

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asitencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
Los datos se extraerán del informe del centro de las actas firmadas de asistencia a sesiones

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0758

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0836

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JESUS TORRECILLA CONDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENCISO CIRIANO LOURDES
ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL
MARTINEZ MORENO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las sesiones clínicas previstas con el equipo de atención primaria, con revisión de las guías de enfermedad renal crónica, los criterios de seguimiento y control y derivación a nefrología. Cuatro en total.
Se ha realizado una sesión formativa con el equipo de enfermería sobre la función renal y sus implicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como indicamos en la elaboración del proyecto, el resto de indicadores sobre registro de la enfermedad renal crónica y porcentajes de pacientes con registro de filtrado glomerular, microalbuminuria, presión arterial, hemoglobina glicada, y terapia triple Whammy deben explotarse desde el programa OMI-Ap.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades propuestas se han realizado satisfactoriamente.
Nos gustaria conocer el grado de consecución de los objetivos propuestos, para lo que necesitamos la colaboración de la dirección de atención primaria para explorar los datos del registro en OMI-Ap.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/836 ========== ***

Nº de registro: 0836

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD

Autores:
TORRECILLA CONDE JESUS, ENCISO CIRIANO LOURDES, ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL, MARTINEZ MORENO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Paciente renal y cardiovascular
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La función renal en condiciones normales decrece progresivamente a partir delos 40 años, de modo que a los 80 el filtrado glomerular es prácticamente el 50 % del máximo alcanzado.
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que afecta a gran parte de nuestros pacientes, por el envejecimiento progresivo de la población y por la merma de la función renal asociada a patologías cada vez más prevalentes en nuestro medio: HTA, DM2, aterosclerosis y enfermedad cardiovascular. Es una patología infra diagnosticada, de evolución progresiva y poco registrada.
Conocer el estado de la función renal de nuestros pacientes es importante además para:
- Valorar su riesgo cardiovascular
- Ajustar las dosis de los fármacos al grado de función renal
- Evitar nefrotoxicidad, iatrogenia, en los que ya tienen comprometida su función renal
Los fármacos más comúnmente implicados en la nefrotoxicidad desde atención primaria son los antibióticos y los AINEs. Especial mención merece la prescripción concomitante de un IECA o un ARA II junto con un diurético y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0836

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP BOMBARDA-MONSALUD

un AINE (incluído los inhibidores de la COX2), se conoce como “triple whammy”. Esta asociación incrementa el riesgo de fallo renal un 30%.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Aumentar el grado de detección precoz y de registro de la ERC en la historia clínica
2. Mejorar el control de los pacientes con ERC, abordar sus factores de riesgo
3. Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
4. Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
5. Establecer criterios de derivación a nefrología

MÉTODO
ACCIONES
1.- Revisión en el EAP del Consenso para el manejo de la ERC de la SEN y otras sociedades por el EAP
2.- Establecer planes de detección de ERC en la población de riesgo
3.- En los pacientes con ERC control periódico de PA, filtrado glomerular y albuminuria, además de glicada en los diabéticos.
4.- Revisión de pacientes con terapia triple Whammy.
FORMACION:
- Sesiones clínicas de las GPC de ERC basadas en la evidencia
- Sensibilizar a nuestros compañeros de las consecuencias del uso generalizado de los AINEs y la polifarmacia
- Adecuación de la dosis de fármacos en ERC
- Advertir la importancia del estilo de vida en la ERC, actividad física, dieta, tabaco y control de peso.
CAMBIOS PREVISTOS:
- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo.
- Mejora del registro en OMI del episodio ERC
- Mejora del control y del registro de los factores de riesgo en los pacientes con ERC

INDICADORES
1.- Número de sesiones clínicas realizadas por el EAP durante 2018 sobre el proyecto
2.- Porcentaje de diagnóstico registrado en OMI de ERC, sobre la población total. Estimando un registro escaso, proponemos incrementarlo en el 50 % durante 2018
3.- Porcentaje de pacientes con factores de riesgo de ERC: HTA, DM y ECV, a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG)y la MAU en el periodo de evaluación, 75%
4.- Porcentaje de pacientes con ERC, o con riesgo de ERC que tienen registrada la PA, 75%
5.- Porcentaje de pacientes con ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses, 75%
7.- Número de pacientes con triple terapia Whammy . Proponemos un descenso del 50 % durante el 2018.

DURACIÓN
I TRIMESTRE
- Formación del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso
II TRIMESTRE
- Sesiones formativas:
Revisión de Guía, delos criterios de seguimiento y control y de los criterios de derivación a nefrología
III TRIMESTRE
- Sesiones formativas. Recogida de sugerencias y problemas
IV TRIMESTRE:
- Sesiones formativas. Recogida de sugerencias y problemas
I TRIMESTRE 2019
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0901

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL RENALES SOLER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAUDIN BERDUQUE JESUS ANGEL
ALEGRE LOPERENA ANTONIO
SANCHWEZ BUEY MILAGROS
RUBIO PASCUAL MARIA CARMEN
OÑA RAMOS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado diferentes sesiónes clinicas (seis en total) para presentación del proyecto, puesta en marcha, seguimiento, talleres de RCP y finalmente se ha llevado a cabo un simulacro de atención urgente en el centro de salud, con la presentacion de varios supuestos (urgencia en domicilio, asistencia urgente en la via publica, urgencia en el centro de salud y supuesto de asistencia de parada en el centro de Salud).
Se han colocado en lugares estrategicos tanto el esquema del circuito de asistencia urgente, como los protocolos de asistencia urgente con las recomendaciones del European Resucitation Council

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado el circuito de asistencia urgente y el conocimiento del mismo por parte de todo el personal del centro, tanto sanitario como no sanitario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha puesto de manifiesto la existencia de algunas debilidades en el protocolo establecido, en el conocimiento del circuito de urgencias por parte del personal, asi como en la distribución de los turnos de guardia.
Se recomienda ajustar las agendas a los turnos de urgencia con el fin de evitar que se solape consulta ordinaria y turno de urgencias, lo que mejora la rapidez de respuesta en caso de urgencia.

7. OBSERVACIONES.
El equipo propone la realización periodica y sistemática de simulacros de atención urgente.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/901 ========== ***

Nº de registro: 0901

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE ESTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

Autores:
RENALES SOLER ISABEL, NAUDIN BERDUQUE JESUS ANGEL, ALEGRE LOPERENA ANTONIO, SANCHEZ BUEY MILAGROS, RUBIO PASCUAL MARIA CARMEN, OÑA RAMOS ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: asistencia urgente extrahospitalaria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La asistencia urgente, en especial aquella que conlleva un riesgo vital, siempre genera algun tipo de controversia sobre el tiempo requerido para llevarla a cabo, los medios materiales y el personal que en cada momento debe prestarla.
En momentos de urgencia las probabilidades de errores por, a veces, ir demasiado deprisa son elevadas. Ello demuestra que se hace necesaria la existencia de circuitos de asistencia claros, accesibles y conocidos por todo el personal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0901

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

Por otro lado, es en la asistencia urgente donde el margen de error se minimiza, donde se hace más necesaria la adecuada capacitación y entrenamiento de los profesionales que deben atenderla.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el tiempo y la calidad de respuesta ante la demanda de una atención urgente.
Establecer y conocer protocolos de asistencia urgente en el Centro de Salud para todos los supuestos de demanda de dicha atención que se reciben. Es decir:
Comunicación telefónica o presencial para una atención domiciliaria.
Demanda de asistencia en la vÍa publica
Situación de urgencia en el Centro de Salud (en consultas o en la sala de espera).
Establecer y conocer el circuito de demanda asistencial urgente en el centro de Salud para todos los supuestos:
Personal de urgencia
Supuestos de personal no localizado de forma inmediata
Supuestos de personal asignadoausente por licencia, baja, etc no sustituida

MÉTODO
Reuniones de trabajo del equipo que forma parte de este proyecto para diseñar el circuito de atencion urgente y definir los protocolos a seguir para cada situación, de acuerdo con las guías publicadas y aceptadas internacionalmente.
Establecer los controles adecuados para comprobar que se realizan de manera correcta las revisiones programadas de la vitrina de medicación el material y el carro de paradas de la sala de urgencias.
Sesiones clínicas en las que se abordaran las cuestiones que se consideren más importantes en cuanto a las pautas de actuación para cada situación de urgencia.
Sesiones específicas de RCP con material simulador para el entrenamiento de todo el personal.
Realización de Simulacros de asistencia urgente.
Ambas actividades deberan tener una continuidad en el tiempo más alla de la duración de este proyecto.
Transmitir a la población por medio de carteles / Posters y a través del Consejo de salud de los circuitos de asistencia urgente con el fin de mejorar y optimizar su utilización.

INDICADORES
Comprobación de las planillas de revisión periódica de la sala de urgencias.
Monitorización del tiempo de respuesta entre la comunicación de una situación de urgencia y su prestación.
Seguimiento numerado de las incidencias que se observen en cada atención urgente realizada.
Asistencia a las sesiones teóricas y prácticas

DURACIÓN
El Proyecto comienza en Abril de 2018 y finaliza en Enero de 2019
Reuniones de trabajo en abril y mayo 2018
Sesión clínica sobre protocolos de asistencia urgente Junio de 2018
Sesiones de RCP teóricas y Prácticas en septiembre de 2018
Simulacro de atención urgente en Noviembre de 2018

Sesión clinica para evaluar el grado de eficacia del Proyecto Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0901

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD URBANO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS MIGUEL ALUTIZ PEÑA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PRADES VILLANUEVA ELENA
GUTIERREZ MORENO FELIX
MARTINEZ DOMINGO MARIA PILAR
FERNANDEZ FALCON CAMINO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- SE ACUDE A LA ASOCIACIÒN DE VECINOS DEL BARRIO, PREVIO ANUNCIO DEL PROYECTO. FEBRERO’ 19.
- A: BREVE PRESENTACIÒN TEÒRICA POR PARTE DE UN MÈDICO Y UN ENFERMERO/A DE LOS SIGUIENTES CONTENIDOS:
1.- IMPORTANCIA DE MANTENER UNA ACTIVIDAD FÌSICA REGULAR, PARA MANTENER UNA SALUD OSTEO-MUSCULAR EN FORMA
2.- ALIMENTACIÒN SALUDABLE BASADA EN UNA DIETA BAJA EN AZÙCARES REFINADOS: CONOCER EL ELEVADO CONTENIDO EN AZÙCAR DE LOS ALIMENTOS DE LA VIDA COTIDIANA.
3.- CONCEPTOS BÀSICOS DE LA RCP.
- B:
1.- EJERCICIOS EN GRUPO PARA MEJORAR LA SALUD DE:
- NUESTRA COLUMNA CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR
- NUESTROS BRAZOS
- NUESTRAS PIERNAS.
2.- PRESENTACIÒN DE ALIMENTOS Y LECTURA DE ETIQUETAS PARA CONOCER EL CONTENIDO EN AZÙCAR.
EXPOSICIÒN DE LÀMINAS CON BEBIDAS Y ALIMENTOS PARA VER SU CONTENIDO EN AZÙCAR.
3.- PRÀCTICA CON UN VOLUNTARIO DE RCP BÀSICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- SE REALIZÒ UN TEST DE PREGUNTAS CERRADAS, ANTES DE LA PRESENTACIÒN TEÒRICA DE LOS CONTENIDOS, PARA VALORAR LOS CONOCIMIENTOS DE LOS PRESENTES (PRE-TEST). 5 PREGUNTAS X TEMA.
- SE REALIZÒ UN TEST DE PREGUNTAS ABIERTAS AL FINALIZAR LA JORNADA, PARA VALORAR LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS, DESTREZA DE LOS PARTICIPANTES Y LO EXPUESTO POR LOS PONENTES (POS-TEST

- LOS PARTICIPANTES SE HAN SENSIBILIZADO CON TODOS LOS TEMAS TRATADOS, Y HAN SEÑALADO EN EL COLOQUIO FINAL DE LA IMPORTANCIA DE INTEGRARLOS EN SUS VIDAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- LOS PARTICIPANTES VALORAN MUY POSITIVAMENTE LOS CONTENIDOS Y LAS PRÀCTICAS DE LOS 3 TEMAS EXPUESTOS. EL GRUPO ESTÀ MUY SATISFECHO.
- LOS PARTICIPANTES HAN ENCONTRADO MUY UTIL PARA SU VIDA EL TALLER. HA HABIDO MAYOR AFLUENCIA DE POBLACION FEMENINA; PARECE MAS SENSIBILIZADA CON LOS TEMAS.
- LA DURACION DEL TALLER HA PARECIDO ESCASA.
- SE COMENTA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR UN MONOGRÀFICO DE CADA TEMA DE FORMA INDIVIDUALIZADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1130 ========== ***

Nº de registro: 1130

Título
AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Autores:
ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL, PRADES ELENA, MARTINEZ CEREZO MARIA PILAR, GUTIERREZ MORENO FELIX, FERNANDEZ FALCON CAMINO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
EN EL C.S. SE DETECTO UN INTERES POR REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÒN DE LA SALUD FUERA DE LAS CONSULTAS.
CONSULTADO CON EL CONSEJO DE SALUD.
DADA LA PREVALENCIA DE DOLORES OSTEOMUSCULARES EN UNA POBLACIÒN ENVEJECIDA, ASÌ COMO LA IMPORTANCIA DE COMBATIR EL SEDENTARISMO Y MEJORAR LA ALIMENTACIÒN NOS PLANTEAMOS REALIZAR ACTIVIDADES EN PEQUEÑOS GRUPOS.
PARA ELLO SE SELECCIONARON VARIOS TEMAS:
1.- EJERCICIOS CERVICO- DORSALES PARA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO Y LA DISMINUCIÒN DEL USO DE ANALGÈSICOS PARA PROCESOS BANALES.
2.- PROMOCIÒN DE HÀBITOS SALUDABLES COMO EJERCICIO DE BAJO IMPACTO LESIVO, ADECUACCIÒN DE LA DIETA CON RECETAS CARDIOSALUDABLES, AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO.
3.- ALIMENTACION SALUDABLE BAJA EN AZUCARES: CONOCIMIENTO DEL CONTENIDO EN AZUCAR DE LOS ALIMENTOS DE CONSUMO HABITUAL.
4.- CONOCIMIENTO DE LA RCP BASICA.

RESULTADOS ESPERADOS
PROMOVER LA INTERACCIÒN DE LOS SANITARIOS CON LA POBLACIÒN HACIENDO MÀS CERCANA LA FIGURA DEL PROFESIONAL.
- DAR HERRAMIENTAS NO FARMACOLÒGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DOLORES OSTEOMUSCULARES, MEDIANTE LA REALIZACION DE EJERCICIOS Y ESTIRAMIENTOS, ASÌ COMO EL CORRECTO ENFOQUE ERGONÒMICO DE LAS DIVERSAS ACTIVIDADES COTIDIANAS CON EL FIN DE QUE SEAN CAPACES DE APLICARLOS EN SU EXPERIENCIA VITAL.
- PROMOVER HÀBITOS SALUDABLES COMO EJERCICIO DE BAJO IMPACTO LESIVO, ADECUACIÒN DE LA DIETA CON RECETAS CARDIOSALUDABLES, CONTROL DEL PESO Y DEL INDICE CINTURA CADERA.

MÉTODO
- SELECCIÓN DE TEMAS
- ELABORACION DE LA PARTE TEÒRICA Y SELECCIÒN DE LOS EJERCICIOS.
- ELABORACIÒN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÒN.
- INFORMAR A LA POBLACIÒN Y DISTRIBUCIÒN DE CARTELES INFORMATIVOS.
- PREPARACION DE ALIMENTOS CON GRAN CONTENIDO EN AZUCAR PARA SU FACIL VISUALIZACION.
- DEMOSTRACION CON MUÑECO DE RCP BASICA.
- RECOGIDA DE DATOS Y EVALUACION.
-…..

INDICADORES
- Nº DE TALLERES PROGRAMADOS / Nº TALLERES REALIZADOS > 80 %
- Nº ASISTENTES SATISFECHOS CON LA UTILIDAD DEL TALLER / Nº ASISTENTES > 80 %

DURACIÓN
I TRIMESTRE:
-FORMACION DEL GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO.
- DISEÑO DEL PROCESO.
II TRIMESTRE:
-REALIZACION DE LOS TALLERES
III TRIMESTRE:
- EVALUACION PARCIAL DE LO REALIZADO
- CONTINUACIÒN DE LOS TALLERES.
IV TRIMESTRE:
- EVALUACION FINAL: MARZO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1130

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL C.S EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0912

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD BOMBARDA-MONSALUD

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSEFA PUEYO USON
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS BOMBARDA
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA ROSA LUCAS DOLORES
FERNANDEZ MOLTO CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 3 reuniones de equipo. Ademas de un cribado sobre VG durante una semana.
1ª reunión de equipo: para formación en VG e información del proyecto a realizar Realización de cuestionario inicial. (19/04/2018)
2ª reunión de equipo: previa a la realización de la semana del cribado y acordar la ficha de recogida de datos y registro en historia clínica (10/10/2018).
3ª reunión de equipo: comunicación de resultados de la semana del cribado y realización del 2º cuestionario. (7 Marzo 2019)
Semana del cribado: 12 a 18 de Noviembre.
Se han elaborado los siguientes materiales: Cuestionario inicial y final. Ficha de recogida de cribado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La participación del equipo tanto en las reuniones como en la semana del cribado sobre VG ha sido al 100%.
Se realizaron un total de 150 cuestionarios en la semana de cribado (mujeres mayores de 14 años que acuden solas a consulta).
El cribado consiste en una pregunta que si es positiva se amplia con otra, si es positiva se realiza cita en consulta de trabajo social y se aplica el protocolo VG.
Se han captado 7 nuevos casos donde hay VG y se realiza protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sensibilización del equipo de atención primaria sobre VG es necesaria para una captación mas activa de pacientes con está problemática.
La realización de un cribado anual también aumenta la captación de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/912 ========== ***

Nº de registro: 0912

Título
DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE BOMBARDA-MONSALUD

Autores:
PUEYO USON MARIA JOSEFA, DE LA ROSA LUCAS DOLORES, FERNANDEZ MOLTO CONSUELO, RENALES SOLER ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BOMBARDA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto se enmarca en la Estrategia Nacional para la errradicación de la Violencia contra la Mujer y los Procedimientos de actuación contra la Violencia de Género en la Ciudad de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la sensibilidad de los y las profesionales del Centro de Salud en relación a la Violencia de Género.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0912

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD BOMBARDA-MONSALUD

Concienciar a los y las profesionales sobre la Violencia de Género.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la VdG
Detectar a lo largo del periodo a las mujeres que padezcan VdG.
.

MÉTODO
Realización de un cuestionario a profesionales para conocer la sensibilidad y conocimientos sobre VdG. (1)
Sesión formativa (al menos 1) sobre uso del protocolo sobre VdG y su registro en OMI.
Informar al equipo sobre la casuistica de maltrato en la ZBS
Desarrollo de una "Semana de Detección" en la que los profesionales realizarán una búsqueda activa de casos.
Evaluación del impacto de las actividades y exposición de resultados a EAP.
Realización de un cuestionario a profesionales para conocer la sensibilidad y conocimientos sobre VdG. (2)

INDICADORES
Comparación de cuestionario 1 y 2.
Realización de la sesión formativa
Realización de la semana de detección y análisis del resultado. Descripción de los casos detectados.

DURACIÓN
Cuestionario 1: Junio
Formación: Junio o Septiembre
Semana de Detección : a determinar (sep-octubre)
Descripción de los casos : Octubre - Noviembre
Cuestionario 2: Noviembre.

OBSERVACIONES
Siempre: atender los casos detectados, registrar en OMI, informar a la paciente de sus derechos y recursos disponibles y derivar al profesional /recurso adecuado a las circunstancias que presente. Apoyar siempre

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1638

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS:MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAIMUNDA GAYARRE JORGE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BORJA
· Localidad ..... BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADELL RUIZ MARIA BEGOÑA
ADELL RUIZ MARIA ANGELES
SANCHEZ MAGALLON NATALIA
ALVAREZ ZUAZO MARIA JESUS
GRASA ROYO MARIA PILAR
BERNA MAYOR NICOLAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión mensual de maletines de urgencias y del material de urgencias.
Reposición de medicación, material de curas y vendajes; revisión de fecha de caducidad del material; mantenimiento del orden de ampularios, sistemas venosos, material de RCP.
Presentación del procedimiento a los compañeros del centro de salud.
Registro mensual de material cambiado en los formularios estandarizados.
Registro mensual de las actividades realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_z3 y también al PO-02_z3.
Mantener el hábito de reposición y vigilancia constante y mensual del material de urgencias tanto en maletines como en el botiquín de la sala de urgencias.
Mantenimiento de dicho material garantizando la actividad urgente si se precisa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es preciso mantener el hábito de seguimiento mensual dado que garantiza que ante una situación urgente el material está en el sitio adecuado y en fecha adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1638 ========== ***

Nº de registro: 1638

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
GAYARRE JORGE RAIMUNDA, ADELL RUIZ MARIA BEGOÑA, ADELL RUIZ MARIA ANGELES, GRACIA MALO CRISTINA, SANCHEZ MAGALLON NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1638

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS:MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo. Si/no

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1646

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP BORJA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE FRANCISCO GARAFULLA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BORJA
· Localidad ..... BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COBOS HERNANDEZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reunión el 19 de octubre de los coordinadores del proyecto de cada CS del Área III, con las responsables de Farmacia del Sector.

-Reunión con el equipo del CS Borja en noviembre-17 exponiendo la situación y evolución de los indicadores del cuadro de mandos, con turno de preguntas, planteando posibilidades de mejora para los indicadores que no están en rango. En la sesión se utilizaron medios audiovisuales, con powerpoint, gráficos, tablas...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores del cuadro de mandos:
1) Uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
2) Selección eficiente de estatinas, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
3)Tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
4) Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
5) Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años,en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
6) Selección eficiente de IBP, en rango tanto en el año 2016 como en el año 2017.
7) Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica, fuera de rango tanto en el año 2016 como 2017.
8) Uso de antibióticos en OMA, fuera de rango tanto en el año 2016 como 2017.
Adecuación de la prescripción:
1) Utilización de apósitos, fuera de rango tanto el año 2016 como 2017.
La fuente de datos ha sido el cuadro de mandos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las acciones proyectadas son:
- Reunión de equipo cada 3-4 meses para valorar la evolución de los indicadores, y comentar los avances y dificultades encontradas para adaptar nuestra prescripción.
- Realizar sesiones para recordar los protocolos terapéuticos de los indicadores (estatinas, IBP, fármacos anticolinérgicos...).
- Realizar una sesión para mejorar e incentivar el uso del cuadro de mandos.
Se ha comentado con enfermería la situación de la utilización de los apósitos. Refieren como causas que a veces el almacén está desprovisto (no llega a tiempo el pedido), y otras veces en úlceras muy exudativas o complejas hay que cambiarlos con más frecuencia.

7. OBSERVACIONES.
Dado que la reunión con el equipo fue en noviembre de 2017 (con vacaciones de Navidad por el medio), no se han podido llevar a cabo todas las acciones proyectadas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1646 ========== ***

Nº de registro: 1646

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP BORJA

Autores:
GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO, HERNANDEZ BONO ANABEL SANDRA, GRACIA SALVADOR MARIA JOSE, ADELL RUIZ MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1646

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP BORJA

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-medicamentos con riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años,
-uso de apósitos,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-utilización de antibióticos en otitis en pediatría,

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con estatinas y medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en pacientes mayores de 75 años
Adecuar la utilización de apósitos al catálogo del almacén del HCU
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años, antibióticos en faringoamigdalitis y otitis en Pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con medicamentos de alto riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años (sí/no).
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1664

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GARIJO BARSELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BORJA
· Localidad ..... BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA SALVADOR MARIA JOSE
RODRIGO ALVAREZ MARIA DEL MAR
COBOS HERNANDEZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Actividad formativa 1. Descripción de qué es la farmacovigilancia. Obligatoriedad de notificar cualquier sospecha de RAMs. ¿Qué se obtiene con la notificación de RAMs?. Septiembre 2017.

-Actividad formativa 2. Pasos y medios para notificar. Ejemplos prácticos. Octubre 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A fecha de hoy se tenían que haber realizado dos actividades formativas (1 y 2) y ambas se han cumplido.
El primer resultado del nº de notificaciones se obtendrá en febrero 2018 y entonces se expondrá al equipo los avances realizados durante los primeros 6 meses de trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consta la implicación en la notificación de RAMs por parte de los miembros del equipo y se espera una importante mejoría de los datos.
Pendiente: dos reuniones, la primera a los 6 meses de iniciado el trabajo para evaluar los avances a mitad de periodo, y una segunda reunión para exposición de los datos finales.
Sostenibilidad en este tipo de trabajo es la concienciación del personal de que es un claro campo de mejora del conocimiento de los fármacos de uso diário y una obligación legal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1664 ========== ***

Nº de registro: 1664

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

Autores:
ESTEBAN JIMENEZ OSCAR, GARIJO BARSELO MERCEDES, GRACIA SALVADOR MARIA JOSE, RODRIGO ALVAREZ MARIA DEL MAR, COBOS HERNANDEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Este trabajo es transversal a todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente una de las funciones fundamentales del equipo de salud es velar por la seguridad de la terapéutica farmacológica, así como buscar su mayor efectividad, tomando en cuenta el hecho real de que determinadas reacciones adversas a medicamentos de uso humano (RAM) no pueden detectarse ni en los estudios preclínicos en animales, ni en los ensayos clínicos de fase II y III.
Es esencial tener en cuenta que durante las fases de investigación clínica (fases II y III) sólo un número pequeño y exclusivo de pacientes son expuestos al tratamiento (2.000-5.000), por lo que no es extraño pensar que aquellas RAM de incidencia intermedia o baja, las que tienen un largo período de latencia, las que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1664

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

ocurren tras tratamientos crónicos o aquéllas que aparecen en grupos específicos de pacientes, no sean detectadas durante el desarrollo de estos estudios. La comercialización de un medicamento sólo significa que, en el momento de concederse su licencia, no se han identificado riesgos inaceptables en su uso.
La identificación y notificación de las RAM es una de las actividades asistenciales que en los últimos años se ha incorporado a los indicadores de la calidad del Sistema Sanitario.
Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos y los cuidados recibidos por los pacientes no les supongan daños, lesiones o complicaciones adicionales a la enfermedad que padezcan, más allá de los necesarios y justificados para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso de enfermedad.
La prescripción de medicamentos forma parte inseparable del acto médico siendo su importancia y frecuencia de tal magnitud que la facturación de farmacia en el año 2016, según datos del Ministerio de Sanidad, era de más de 900 millones de recetas en el Sistema Nacional de Salud. Parece obvio que la exposición de la población a los medicamentos es masiva.
En este contexto, las RAM se han convertido en un nuevo problema de Salud Pública, en cifras que podrían denominarse de pandemia, obligándonos a continuar la investigación de las consecuencias del uso de los medicamentos tras su comercialización a través de la Farmacovigilancia.
La magnitud del problema que se expone es tal que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las RAM son una de las 10 causas principales de defunción en todo el mundo. Y Lazarou, quizás en uno de los estudios con más repercusión hasta la fecha, estimó que las RAM suponían entre la cuarta y sexta causa de mortalidad en Estados Unidos.
A pesar de la importancia de las RAM existe un problema, la infranotificación de las mismas. Los datos de infranotificación varían pero aproximadamente rondan unos porcentajes en torno al 94%, según la revisión que realizó Hazell en el 2006.
Los datos demuestran que la mayor parte de las prescripciones de fármacos se producen desde la Atención Primaria (alrededor del 80-90%) y que hasta el 2,5% de las consultas pueden estar motivadas por una RAM.
Situación actual del CS Borja: Tras la solicitud del número de RAMs notificadas al Sistema de Farmacovigilancia de Aragón por parte del CS Borja, se evidenció que desde el año 2010 al 2016 no se ha notificado ninguna RAM, mientras que la tasa por cada 100000 habitantes/año en 2016 en Aragón fue de 89,68.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana serán todos los pacientes que sean atendidos en el centro de salud de Borja y en todos sus consultorios. El grupo etario comprende desde los 0-100 años de ambos sexos.
El objetivo es aproximarse a la tasa media de notificaciones de RAMs en Aragón.
Fomentar la notificación en medicina y enfermería.
La intervención conllevará una mejora en la calidad de la prescripción en los pacientes y en un mejor conocimiento de los medicamentos que se manejan en Atención Primaria.

MÉTODO
Actividad formativa 1. Descripción de qué es la farmacovigilancia. Obligatoriedad de notificar cualquier sospecha de RAMs. ¿Qué se obtiene con la notificación de RAMs?.
Actividad formativa 2. Pasos y medios para notificar. Ejemplos prácticos.
Reunión de equipo 1. Estado del nº de notificaciones a mitad de periodo de estudio.
Reunión de equipo 2. Resultados del proyecto realizado y valoración de los objetivos alcanzados.

INDICADORES
Indicador principal: número de notificaciones desde Julio 2017 a Julio 2018.
Actualmente y en los últimos años ha sido una tasa de 0 RAMs por 100000hab/año, por lo que el obejtivo sería llegar a la tasa media de Aragón, 89,68.
Fuente de los datos: Solicitud del nº de notificaciones al Sistema de Farmacovigilancia de Aragón en julio 2018.

DURACIÓN
Septiembre 2017. Actividad formativa 1. Responsable Ó. Esteban.
Octubre 2017. Actividad formativa 2. Responsable Ó. Esteban.
Febrero 2018. Reunión de equipo 1. Responsable Ó. Esteban y Mª Mar Rodrigo.
Julio-Agosto 2018. Reunión de equipo 2. Responsable Ó. Esteban y Mª Mar Rodrigo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1664

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

Fecha de entrada: 11/05/2018

2. RESPONSABLE ..... OSCAR ESTEBAN JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BORJA
· Localidad ..... BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARIJO BARSELO MERCEDES
GRACIA SALVADOR MARIA JOSE
RODRIGO ALVAREZ MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han notificado las RAM advertidas desde el inicio del proyecto en cada consulta médica y de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Datos del primer cuatrimestre de 2018 BORJA tasa por 100.000 habitantes/TIS 82,86), Sector Zaragoza III (primaria) tasa 28,29, Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total aquí no TIS-, tasa 17,53.
Datos de 2017 (EMPEZARON LAS NOTIFICACIONES EN JULIO, HASTA JULIO 0) BORJA tasa por 100.000 habitantes/ TIS 138,10, Sector Zaragoza III (primaria) tasa 78,92, Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total, aquí no TIS- 215, tasa 47,63.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La notificación con personal motivado es fácilmente mejorable y vistos los resultados, hemos mejorado la media del sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1664 ========== ***

Nº de registro: 1664

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

Autores:
ESTEBAN JIMENEZ OSCAR, GARIJO BARSELO MERCEDES, GRACIA SALVADOR MARIA JOSE, RODRIGO ALVAREZ MARIA DEL MAR, COBOS HERNANDEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Este trabajo es transversal a todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente una de las funciones fundamentales del equipo de salud es velar por la seguridad de la terapéutica farmacológica, así como buscar su mayor efectividad, tomando en cuenta el hecho real de que determinadas reacciones adversas a medicamentos de uso humano (RAM) no pueden detectarse ni en los estudios preclínicos en animales, ni en los ensayos clínicos de fase II y III.
Es esencial tener en cuenta que durante las fases de investigación clínica (fases II y III) sólo un número pequeño y exclusivo de pacientes son expuestos al tratamiento (2.000-5.000), por lo que no es extraño pensar que aquellas RAM de incidencia intermedia o baja, las que tienen un largo período de latencia, las que ocurren tras tratamientos crónicos o aquéllas que aparecen en grupos específicos de pacientes, no sean detectadas durante el desarrollo de estos estudios. La comercialización de un medicamento sólo significa que, en el momento de concederse su licencia, no se han identificado riesgos inaceptables en su uso.
La identificación y notificación de las RAM es una de las actividades asistenciales que en los últimos años

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1664

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL CS BORJA

se ha incorporado a los indicadores de la calidad del Sistema Sanitario.
Uno de los ejes de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos y los cuidados recibidos por los pacientes no les supongan daños, lesiones o complicaciones adicionales a la enfermedad que padezcan, más allá de los necesarios y justificados para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo del proceso de enfermedad.
La prescripción de medicamentos forma parte inseparable del acto médico siendo su importancia y frecuencia de tal magnitud que la facturación de farmacia en el año 2016, según datos del Ministerio de Sanidad, era de más de 900 millones de recetas en el Sistema Nacional de Salud. Parece obvio que la exposición de la población a los medicamentos es masiva.
En este contexto, las RAM se han convertido en un nuevo problema de Salud Pública, en cifras que podrían denominarse de pandemia, obligándonos a continuar la investigación de las consecuencias del uso de los medicamentos tras su comercialización a través de la Farmacovigilancia.
La magnitud del problema que se expone es tal que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las RAM son una de las 10 causas principales de defunción en todo el mundo. Y Lazarou, quizás en uno de los estudios con más repercusión hasta la fecha, estimó que las RAM suponían entre la cuarta y sexta causa de mortalidad en Estados Unidos.
A pesar de la importancia de las RAM existe un problema, la infranotificación de las mismas. Los datos de infranotificación varían pero aproximadamente rondan unos porcentajes en torno al 94%, según la revisión que realizó Hazell en el 2006.
Los datos demuestran que la mayor parte de las prescripciones de fármacos se producen desde la Atención Primaria (alrededor del 80-90%) y que hasta el 2,5% de las consultas pueden estar motivadas por una RAM.
Situación actual del CS Borja: Tras la solicitud del número de RAMs notificadas al Sistema de Farmacovigilancia de Aragón por parte del CS Borja, se evidenció que desde el año 2010 al 2016 no se ha notificado ninguna RAM, mientras que la tasa por cada 100000 habitantes/año en 2016 en Aragón fue de 89,68.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana serán todos los pacientes que sean atendidos en el centro de salud de Borja y en todos sus consultorios. El grupo etario comprende desde los 0-100 años de ambos sexos.
El objetivo es aproximarse a la tasa media de notificaciones de RAMs en Aragón.
Fomentar la notificación en medicina y enfermería.
La intervención conllevará una mejora en la calidad de la prescripción en los pacientes y en un mejor conocimiento de los medicamentos que se manejan en Atención Primaria.

MÉTODO
Actividad formativa 1. Descripción de qué es la farmacovigilancia. Obligatoriedad de notificar cualquier sospecha de RAMs. ¿Qué se obtiene con la notificación de RAMs?.
Actividad formativa 2. Pasos y medios para notificar. Ejemplos prácticos.
Reunión de equipo 1. Estado del nº de notificaciones a mitad de periodo de estudio.
Reunión de equipo 2. Resultados del proyecto realizado y valoración de los objetivos alcanzados.

INDICADORES
Indicador principal: número de notificaciones desde Julio 2017 a Julio 2018.
Actualmente y en los últimos años ha sido una tasa de 0 RAMs por 100000hab/año, por lo que el obejtivo sería llegar a la tasa media de Aragón, 89,68.
Fuente de los datos: Solicitud del nº de notificaciones al Sistema de Farmacovigilancia de Aragón en julio 2018.

DURACIÓN
Septiembre 2017. Actividad formativa 1. Responsable Ó. Esteban.
Octubre 2017. Actividad formativa 2. Responsable Ó. Esteban.
Febrero 2018. Reunión de equipo 1. Responsable Ó. Esteban y Mª Mar Rodrigo.
Julio-Agosto 2018. Reunión de equipo 2. Responsable Ó. Esteban y Mª Mar Rodrigo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1680

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUIS DANIEL PABLO OCON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BORJA
· Localidad ..... BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARIJO BARCELO MERCEDES
HERNANDEZ BONO ANABEL SANDRA
GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO
ESTEBAN JIMENEZ OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Implementada la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
Presentación del proyecto al EAP en reunión a fecha 26/9/17.
Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión generó las agendas oportunas con huecos a tal fin para cada profesional.
Información al usuario: Cada profesional informa a su cupo que disponen de la posibilidad de unos huecos de demanda no presencial destinados a renovar recetas, informes médicos (dependencia) o consulta telefónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los profesionales han notado una disminución de la demanda diária salvo en situaciones críticas como en la epidemia actual de la gripe.
Los pacientes también agradecen al profesional la disminución de los tiempos de espera para gestiones burocráticas y una mayor accesibilidad a la sanidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La desburocratización de la consulta es una clara mejoría tanto para profesionales y pacientes.

7. OBSERVACIONES.
Continuaremos con el programa dado que nos ha dado buenos resultados.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1680 ========== ***

Nº de registro: 1680

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
PABLO OCON LUIS DANIEL, COBOS HERNANDEZ ANA MARIA, GARIJO BARCELO MERCEDES, HERNANDEZ BONO ANABEL SANDRA, GRACIA SALVADOR MARIA JOSE, GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1680

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1252

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP DE BORJA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE FRANCISCO GARAFULLA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BORJA
· Localidad ..... BORJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COBOS HERNANDEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 2 de de 2018 se elige responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP de Borja.
Asistencia del responsable a la jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018.
Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP en una sesión de 1 hora de duración el día 28 de junio de 2018.
Sesión de antibióticos en el EAP (difusión de los principios generales en Atención Primaria) con fecha 24 de octubre de 2018 y de 1 hora de duración.
Colocación de posters sobre "antibióticos, solo cuando sea necesario" en las consultas y sala de espera de urgencias del CS de Borja.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los antibióticos.

Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP de Borja.
Se han realizado 2 sesiones sobre el buen uso de antibióticos en EAP: la 1ª tuvo lugar el día 28/6/18 con el título Principios Generales de IRASPROA en Atención Primaria y una 2ª el día 24/10/18 sobre el impacto ecológico del uso de antibióticos, problemática de la utilización, resistencias bacterianas y presentación de la guía antimicrobiana, participando en ambas sesiones el 100% del equipo. Al finalizar esta 2ª sesión se firmó el compromiso con los principios de PROA-AP de IRASPROA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena acogida e interés por parte del EAP de Borja por el PROA-AP y por la guía antimicrobiana, que es frecuentemente consultada por los profesionales del equipo.
Concienciación de los profesionales del buen uso de los antibióticos y la necesidad de desarrollar los principios de PROA-AP en nuestro trabajo diario.
Realizaremos sesiones periódicas para mantener el interés de los profesionales sobre el buen uso de los antibióticos, comunicar resultados y logros del equipo.
Mejorar la accesibilidad a la guía antimicrobiana (poder consultarla desde OMI) y poder consultar índices/tablas de uso de antibióticos por parte de cada profesional y del equipo en conjunto.

7. OBSERVACIONES.
Hemos hecho 2 sesiones y no 3 por que por el medio estaba el periodo vacacional y se trataba de que estuviera todo el equipo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1252 ========== ***

Nº de registro: 1252

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN APEN EL EQUIPO

Autores:
GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO, PABLO OCON LUIS DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BORJA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1252

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP DE BORJA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Consideramos que debemos realizar este proyecto dada la importancia de la resistencia a los antimicrobianos, lo cual es y será en un futuro próximo un problema de salud pública.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antibióticos en nuestras consulta.
Adherirnos al IRASPROA.
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a jornada apresentación IRASPROA.
Dar a conocer al EAP, los pricipios de PROA,
dar sesiones formativas de resistencias Antibacterianos, infecciones más frecuenbtes y su tto en nuestro medio.

INDICADORES
Responsable del EAP.
Difusión de principios generales PROA.
3 sesiones año.
Porcentaje de profesionales asistentes,>80%.

DURACIÓN
DE abril a diciembre 2018, consideramos que se debe insistir en años posteriores, dada la importancis de tema.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0370

1. TÍTULO

ATENCION EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISION DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISION DEL BOTIQUIN DOMICILIARIO

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL MARTINEZ CUÑADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEZQUITA ADAN CRISTINA
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES
MAS SANCHEZ ADORACION
ROYO OCHOA ARANZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Debido a la dificultad y poca probabilidad de realizar educación sanitaria a domicilio al respecto de las curas (apenas ha habido avisos de heridas en domicilios,), se ha realizado en las urgencias que acuden al centro y se les ha abierto en Episodio “Herida” . Durante la Atención Continuada, básicamente de los fines de semana para tomar como muestra, todas las urgencias por herida (con o sin sutura), se les ha realizado una pequeña educación de como curar en su casa “lavar, secar, desinfectar y tapar” para que de una manera sencilla tuvieran conocimientos básicos.
En el último cuatrimestre este proyecto ha sido más efectivo porque en periodo vacacional era difícil por el cambio constante de personal. Los recursos empleados han sido, la ayuda de la técnico de calidad e informáticos para el registro.
Aunque se ha cumplido el calendario, cabe extender el proyecto a este año para que sea completo y añadir la parte del botiquín ya que realmente a la hora de poner en práctica se ha comprobado que eran 2 tareas distintas.
Se realizará una sesión informativa al equipo del centro de salud para mostrar los primeros resultados y aumentar el alcance del proyecto. Se ha realizado un power point para resumir este proyecto, presentarlo y evaluarlo. Se ha realizado una hoja de registro de pacientes a los que se ha realizado el proyecto
- Revisar el material de primera cura que tienen en el botiquín domiciliario.--> ESTE OBJETIVO QUEDA PENDIENTE
- Comprobar la caducidad de los medicamentos del botiquín domiciliario.
- Aumentar los conocimientos básicos de la población de Cariñena sobre los pasos básicos ante una herida (lavar, secar, desinfectar y tapar) así como primera actuación ante quemaduras (frio, silvederma…NADA MÁS…NO OTRAS LEYENDAS O MITOS)
Algunos pacientes atendidos por EPISODIO HERIDA QUEMADURA, tenían una errónea formación al respecto. En un caso se habían puesto clara de huevo y en otro pasta de dientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha solicitado un registro de todos los pacientes atendidos durante las guardias a los que se ha abierto EPISODIO DE HERIDA (HERIDA INCISA, HERIDA CONTUSA O CORTE HERIDA), para comparar con el listado que yo como responsable voy creando cada vez que se aplica este proyecto.
Debido a que mi trabajo son los fines de semana y deseaba realizar una muestra piloto, se ha ajustado los resultados a la población atendida durante los fines de semana.
El total de pacientes con el episodio indicado es de 474
La aproximación de los que han sido en fin de semana es de 135

El primer indicador (pacientes a los que se ha aplicado el proyecto/ total de pacientes que acuden con el episodio indicado) nos da un resultado de 3% de cobertura del proyecto.
El ajuste nos hace aumentar el alcance de este proyecto al 10% de la población.

INDICADOR NUEVO MÁS SENSIBLE

Pacientes a los que ha llegado el proyecto “Educación Cura herida” AC fin de semana
---
Total de pacientes atendidos con Episodio Herida AC fin de semana

- nº Domicilios donde se aplica el proyecto x 100/ Total población del C.S. Cariñena =
En el último trimestre de este año se realizará una encuesta en la consulta de primaria (muestra al azar) para conocer el grado de satisfacción de la población.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debe llegar a más pacientes, realizar otra sesión con equipo para comunicar los logros de este año con la muestra fines de semana y se debe desdoblar a la atención a domicilio la revisión del botiquín.
El proyecto es sostenible y continua en este año 2018.
El trabajo en equipo Medico-Enfermera ha sido muy positivo.
Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0370

1. TÍTULO

ATENCION EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISION DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISION DEL BOTIQUIN DOMICILIARIO

Se espera aumentar al doble durante el año 2018, y aplicar el objetivo de REVISION DE BOTIQUÍN DOMICILIARIO, a cualquier domicilio en el primer domingo de cada mes para crear la primera muestra al equipo y ampliar cobertura, solucionando los problemas de registro que vayan surgiendo y así ser más sencillo para el resto de mis compañeros.

7. OBSERVACIONES.
La mayor dificultad encontrada es poder registrar el alcance en OMI,
¿Cómo trascribir una actividad?

*** ========== Resumen del proyecto 2016/370 ========== ***

Nº de registro: 0370

Título
ATENCION EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISION DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISION DEL BOTIQUIN DOMICILIARIO

Autores:
MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL, MEZQUITA ADAN CRISTINA, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, CASTILLO NAVARRO ANTONIO, SANMIGUEL ARBUES MARIA DOLORES, MAS SANCHEZ ADORACION, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, ROYO OCHOA ARANZAZU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente
Otro Tipo Patología: Pacientes que precisen atención domiciliaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
De la experiencia diaria de los pacientes que acuden a las urgencias, o ponen un aviso domiciliario, se detecta la falta de conocimientos de la población de Cariñena de realizar los primeros cuidados de una cura básica en cualquier accidente domiciliario y los materiales necesarios que se deben tener en el botiquín del domicilio, así como la No Revisión de las caducidades de los medicamentos que guardan.
También se detectan falsos mitos populares respecto a la primera actuación ante una quemadura (pasta dientes, etc.).
Este proyecto aporta una herramienta a la población que aumenta su seguridad e introduce acciones que mejoran la autonomía de los ciudadanos sobre su salud y cuidados.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la autonomia de la población.
Aumentar los conocimientos sobre autocuidados.
Mejorar la seguridad de los pacientes evitando el uso de medicamentos caducados

MÉTODO
- El procedimiento consistirá en aprovechar las urgencias que realizamos en los domicilios para pedir al paciente que por favor nos deje revisar su botiquín que tiene en casa.
Revisaremos el material, comprobando ADEMÁS la caducidad de los medicamentos y realizaremos una breve educación sanitaria de los 4 pasos básicos de una cura: 1.- lavar (agua y jabón) 2.- Secar (gasas o toalla limpia) 3.- Desinfectar (revisar si tiene algún desinfectante NO CADUCADO) Y 4.- TAPAR (tirita).
También aprovecharemos para aumentar sus conocimientos de primeros auxilios ante una quemadura (agua fría, silvederma…).
Se propone pegar una pegatina en el botiquín ya revisado.

INDICADORES
- nº Domicilios donde se aplica el proyecto x 100/ Total población del C.S. Cariñena =
Registrándolo en el OMI.

DURACIÓN
Tras la aprobación: reunión de EAP para unificar criterios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0370

1. TÍTULO

ATENCION EN DOMICILIO: LAVAR, SECAR, DESINFECTAR Y TAPAR; REVISION DE CADUCIDADES DE FARMACOS; REVISION DEL BOTIQUIN DOMICILIARIO

A los 2 meses reunión de seguimiento.
A loso 6, 8, 10 meses reunión de seguimiento y valoración de indicadores hasta el momento.
A los 12 meses: encuesta en la consulta de atención primaria para conocer a cuantas personas le ha llegado esa revisión, si son conocedoras del proyecto y su grado de satisfacción.

OBSERVACIONES
Es un proyecto que amplia nuestra labor de equipo y en el mismo momento se pueden revisar los dos componentes del botiquín (medicación y material de curas),
El coste económico solo incluye las pegatinas de implantación del proyecto en el botiquín revisado.

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0659

1. TÍTULO

ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE,CUMPLIMIENTO LEY DE PROTECCION DE DATOS,MEJORA EN PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS BAUTISTA LOPEZ MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUES POLO MARIA JESUS
AGUDO GARCIA ROSA
SARASA PIEDRAFITA DELFIN
ASENSIO AZNAR MARIA CARMEN
SANMIGUEL ARBUES DOLORES
CASBAS VELA DOMINGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE INICIÓ EL TRABAJO DE ORDENAMIENTO DE HISTORIALES CON LOS CUPOS DE CARIÑENA EN SEGUNDO SEMESTRE DE 2016, QUEDANDO TAMBIÉN LOS DE CONSULTORIOS PERIFÉRICOS QUE SON DE MENOR TAMAÑO PARA REALIZAR DURANTE 2017 Y 2018. LAS CAJAS SE HAN COMPILADO POR AÑOS DE FALLECIMIENTO, SE HA COLGADO EN CARIÑENA U: ARCHIVO EXCEL VIRTUAL DE TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS. SE HA COMPUESTO Y FINALIZADO UN PRIMER LOTE DE ENVÍO DE 10 CAJAS.(SE PUEDE ENSEÑAR Y VER).DURANTE PRIMER SEMESTRE DE 2017 SE RECOPILARON HISTORIALES Y MATERIAL RX DE LOS CONSULTORIOS LOCALES, ACERCÁNDOLOS AL ALMACÉN DEL CENTRO DE SALUD CABECERA,PARA EN ESTE SEGUNDA MITAD DE 2017 CRISTALIZAR EL PROYECTO. SE HAN REALIZADO REUNIONES DE CALIDAD MENSUALMENTE Y SE EVALUÓ EL PROYECTO EN SESIÓN ESPECÍFICA AL INICIO, A LOS 3 MESES, A LOS 6 MESES Y EN REUNIÓN FINAL EL 09/11/2017.HAY QUE RESALTAR EL BUEN AMBIENTE DE TRABAJO Y EL ALTO GRADO DE IMPLICACIÓN DE TODOS LOS PROFESIONALES DEL CENTRO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CREACIÓN DE ARCHIVO ADECUADO EN EL PROPIO C.S. CARIÑENA.:

6.1. DECISIÓN MOTIVADA DE CREACIÓN DE UN ARCHIVO TEMPORAL ADECUADO, DEBIDO A QUE ESTE ES UN PROYECTO VIVO QUE VA A TENER CONTINUIDAD EN EL TIEMPO SE DECIDE,TRAS DISTINTAS CONTROVERSIAS, QUE DADA LA MAGNITUD DEL PROYECTO, YA QUE SE ESTÁN RECOGIENDO HISTORIALES DEL CENTRO DE CABECERA Y DE LOS CONSULTORIOS PERIFÉRICOS, SE ESTÁN PROCESANDO RADIOGRAFÍAS, DIVERSOS ENSERES, MOBILIARIOS Y OTROS RESIDUOS, DEBEMOS ESPERAR A TENER UN VOLUMEN DE ENVÍO MAYOR DE CAJAS CON HISTORIALES PREPARADOS PARA REALIZAR ESE PRIMER ENVÍO, TENEMOS PREPARADO UN PRIMER LOTE Y LISTADO DE 10 CAJAS. SIN OBVIAR LO ANTERIOR, SE ESTABLECE EL ENVÍO CUANDO SE ALCANCEN LAS 50 CAJAS, TODO LO CUAL ES CORROBORADO POR LOS INTEGRANTES DEL PROYECTO, Y SURGE LA NECESIDAD DE CREACIÓN DE ARCHIVO TEMPORAL PARA LA TRANSFERENCIA DE FONDOS QUE SE LOCALIZARÁ EN EL CUARTO ANEXO A SALA DE JUNTAS DEL C.S. CARIÑENA, EN ESTANTERIAS HABILITADAS A TAL EFECTO Y CERRADO CON LLAVE CUMPLIENDO ASÍ CON TODOS LOS REQUISITOS DE LAS LEYES VIGENTES. L.O.P.D.15/99.
6.2. ADEMÁS DEL ANTERIOR SE CREA TAMBIÉN: ARCHIVO DEFINITIVO PARA BAJAS B.D.U. ANTERIOR A LA FECHA DE TRANSFERENCIA (01-01-2002),EN EL C.S. CARIÑENA. AL SER UN VOLUMEN DE HISTORIALES SERÁ ALMACENADO EN HABITACIÓN CERRADA CON LLAVE ANEXA A SALÓN DE ACTOS DEL CENTRO.

6.3. REPASO NORMATIVA BÁSICA. FORMATO ELECTRÓNICO. ARCHIVO EXCEL. ENVÍO DE HISTORIALES. NORMAS HACIENDA: ARCHIVO D.G.A. TODAS HISTORIAS DEBEN SER POSTERIORES A 01/01/2002.(FECHA TRANSFERENCIAS).LLEVAR AL MENOS 3 AÑOS BAJA B.D.U. FORMATO ARCHIVO DEFINITIVO. (HOJA DE TRANFERENCIA DE FONDOS POR TRIPLICADO: ORDEN: AR, APELLIDOS NOMBRE, FECHA BAJA B.D.U., REFERENCIA CUPO-CONSULTORIO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
7.- CONCLUSIONES DEL PROYECTO: BASADAS EN RESULTADOS Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES:
7.1. TODOS LOS PROFESIONALES HAN COINCIDIDO EN QUE HA SIDO UN ESFUERZO CONSIDERABLE, PERO HA MERECIDO LA PENA, PRIMERO PORQUE AHORA SE PUEDEN METER LOS DEDOS EN LOS ARCHIVADORES PARA BUSCAR HISTORIALES (MEJORA LA CALIDAD EN EL TRABAJO A LOS PROFESIONALES), YA QUE ANTES ESTABAN TOTALMENTE ABIGARRADOS Y ERA UN PROBLEMA SIN SOLUCIÓN, LLEGANDO A ACUMULAR CAJAS LLENAS CON HISTORIALES GENERANDO EL PROBLEMA QUE MOTIVO ESTE PROYECTO.
7.2. LA MAYORÍA COINCIDEN EN QUE HA SIDO UNA LABOR QUE HA AUMENTADO EL ORDEN Y LIMPIEZA EN LAS DEPENDENCIAS MEJORANDO LA IMAGEN DEL CENTRO LO QUE MEJORA LA CALIDAD EN EL TRABAJO, PARA EL USUARIO Y PARA EL TRABAJADOR:(ARMARIOS LLENOS DE HISTORIAS Y RX ENCIMA DEL MISMO. LLEGA UN MOMENTO EN EL QUE EL PROFESIONAL COMO LO VE TODOS LOS DÍAS LE PUEDE PARECER ALGO HASTA NORMAL, PERO QUE AL USUARIO DEL SALUD QUE ENTRA EN LA CONSULTA, VE MESAS Y ARMARIOS A REBOSAR Y SON RECEPTORES DE UNA MALA IMAGEN DEL CENTRO DE SALUD O CONSULTORIO).
7.3. SE CIERRA LA CADENA DEL TRATAMIENTO DE RESIDUOS AL PROCESAR DE MANERA ADECUADO EL MATERIAL RADIOGRÁFICO(180) KG DE RADIOGRAFÍAS A LAS CUALES SE LES RECORTARON LOS DATOS PERSONALES PARA MANDARLAS A PROCESAMIENTO DE RESIDUOS DE FORMA RESPETUOSA CON EL MEDIOAMBIENTE.
7.4. MEJORA INFORMÁTICA Y ADMINISTRATIVA: LA CREACIÓN DE ESTE ARCHIVO EN SUS DOS PARTES ANTERIOR Y POSTERIOR A 01/01/2002, EN ARCHIVOS EXCEL, PERMITIRÁN TENER PERFECTAMENTE CUSTODIADA Y LOCALIZADA LOS HISTORIALES EN ELLOS ASENTADOS.
7.5. CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO Nº3: DEL A.G.C. C.S. CARIÑENA 2017. A FECHA 07/11/2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0659

1. TÍTULO

ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE,CUMPLIMIENTO LEY DE PROTECCION DE DATOS,MEJORA EN PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION

7.6. SE HA ELIMINADO FOCO DE BASURA, INFECCIÓN HUMEDADES... DE LA ZONA DEL GARAJE DONDE SE ALMACENABAN, PUES ESTABAN EN EL SUELO,... YA NO HAY NINGÚN HISTORIAL EN EL SUELO Y SE HA ABORDADO EL PROCESADO DE 8 CAJAS Y DOS ARCHIVADORES VIEJOS LLENOS DE RADIOGRAFIAS, SE LES HA RECORTADO EL NOMBRE Y SE HA PREPARADO EN CAJAS PARA SU ADECUADO PROCESADO A TRAVES DEL HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA Y SU CENTRO DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS Y QUE NO ACABEN EN LA BASURA, DAÑANDO EL MEDIOAMBIENTE.(NITRATO DE PLATA).SE HAN PONDERADO RESULTANDO A DÍA DE HOY P = 180 KG DE RADIOGRAFÍAS.REALIZAMOS NUEVO LLAMAMIENTO A TODOS LOS PROFESIONALES PARA QUE SI TIENEN MÁS RADIOGRAFÍAS ANTIGUAS EN LOS PERIFÉRICOS QUE LAS BAJEN, RECORTEN EL NOMBRE Y LAS PROCESEMOS TODAS A LA VEZ.

7.7. TAMBIÉN SE HA DETECTADO LA EXISTENCIA DE DOS CUARTOS LLENOS DE MOBILIARIO OBSOLETO DESINVENTARIADO PARA DESHECHAR: 1) (AL LADO DEL GIMNASIO) LLENO DE PARTES SUELTAS DE MESAS DE MADERA, SILLAS ROTAS, CARRO DE LIMPIEZA ROTO, COCHE BEBÉ ANTIQUÍSIMO, SE HAN RECIBIDO DOS ESTANTERÍAS Y SE HA LIMPIADO Y ORDENADO DICHO CUARTO. 2) CUARTO AL LADO DEL SALÓN DE ACTOS: ARCHIVOS DE SOLICITUD DE CITACIONES DESDE AÑOS 90, LISTADO DE EXTRACCIONES DESDE AÑOS 90, SOLICITUDES DE COLABORACIONES A ESPECIALISTAS DESDE AÑOS 90, TODO LO CUAL ESTAMOS EN ESTUDIO DE CÓMO PROCESARLO. SE HACE PATENTE LA NECESIDAD DE QUE HUBIERA UN CENTRO DE REFERENCIA AUTORIZADO PARA DESTRUIR ESTE TIPO DE DOCUMENTOS QUE NO SON HISTORIALES SINO SOLICITUDES DE COLABORACIONES, CITACIONES,... PAPELES BUROCRÁTICOS ADMINISTRATIVOS, POR EJEMPLO UNA DESTRUCTORA DE PAPELES INDUSTRIAL EN EL SECTOR DE REFERENCIA.

7. OBSERVACIONES.
SI ES PRECISO TENEMOS FOTOS QUE DOCUMENTAN EL INICIO DEL PROYECTO, EL DESARROLLO DEL MISMO Y DE COMO HA QUEDADO TODO AL FINAL. ASIMISMO EXISTE DENTRO DE LA UNIDAD U: DE CALIDAD ARCHIVO EXCEL VIRTUAL DE TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS.(SE PUEDE CONSULTAR,VER: CON LOS LISTADOS DE PACIENTES FALLECIDOS Y SU ORDENAMIENTO EN CAJAS).

*** ========== Resumen del proyecto 2016/659 ========== ***

Nº de registro: 0659

Título
ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE, CUMPLIMIENTO LEY PROTECCION DE DATOS, MEJORA EN EL PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION

Autores:
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, MARQUES POLO MARIA JESUS, SARASA PIEDRAFITA DELFIN, ASENSIO AZNAR MARIA CARMEN, SANMIGUEL ARBUES MARIA DOLORES, CASBAS VELA DOMINGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INTIMIDAD Y CUSTODIA DE DATOS, AFECTA A TODAS EDADES Y TODAS PATOLOGÍAS.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....: LEY PROTECCION DATOS 15/99

PROBLEMA
EL PROYECTO SE ORIGINA ANTE LA OBSERVACIÓN DE ACÚMULO DE DESPERDICIOS EN LA ZONA DEL GARAJE DEL C.S. DETECTÁNDOSE QUE ADEMÁS DE LO ANTERIOR SE AMONTONAN UNAS 15 CAJAS LLENAS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES DE CONSULTORIOS PERIFÉRICOS Y DE CABECERA, CREEMOS IMPORTANTE DAR UNA SALIDA CIVILIZADA Y ORGANIZADA A DICHA SITUACIÓN, YA QUE ADEMÁS PODRÍA SER DE UTILIDAD SEGUIR CONSERVANDO DICHOS HISTORIALES DE PACIENTES TRABAJO BIEN HECHO, YA REALIZADO: ANALÍTICAS, INFORMES, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS...
CREEMOS QUE HISTORIA FÍSICA DE PAPEL EXISTIRÁ SIEMPRE COMO SISTEMA DE ALMACENAJE DE INFORMES MANUALES, PRUEBAS EXTERNAS...CON LO CUAL EL VOLUMEN DE LOS ARCHIVOS EN LAS CONSULTAS SIGUE AUMENTANDO HASTA EL PUNTO DE QUE NO SE PUEDEN ABRIR LOS CAJONES. LA UTILIDAD FUTURA RADICARÁ EN ESTUDIOS FAMILIARES POSTERIORES, ESTADÍSTICOS, POSIBLES LEGALES...

RESULTADOS ESPERADOS
1.- ESTABLECER UN MECANISMO ADECUADO PARA EL TRATAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES FALLECIDOS QUE NO SEA EL ALMACENAMIENTO EN LOS LUGARES MÁS RECÓNDITOS DEL CENTRO, SIN ORDEN, NI CONCIERTO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0659

1. TÍTULO

ARCHIVO DEFINITIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS. SALVAGUARDA Y CUSTODIA DE DATOS DEL PACIENTE,CUMPLIMIENTO LEY DE PROTECCION DE DATOS,MEJORA EN PROCESO ORGANIZATIVO DE DOCUMENTACION

2.- ORDEN Y LIMPIEZA EN TODAS LAS DEPENDENCIAS DEL CENTRO: CERO CAJAS DE HISTORIAS CLINICAS POR EL SUELO, CON EL CONSIGUIENTE PELIGRO DE PÉRDIDA DE DATOS POR HUMEDADES, INSECTOS, ROEDORES...(ESTAMOS EN EL CAMPO).

3.- SALVAGUARDA Y CUSTODIA: DE DATOS DE PACIENTES QUE PUEDEN SER REQUERIDOS POSTERIORMENTE PARA FINES LEGALES, INVESTIGACIONES GENÉTICAS DE DETERMINADAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN TRANSMITIRSE A TRAVÉS DE GENERACIONES...

MÉTODO
1.- CREACIÓN DE ARCHIVO TEMPORAL CON HISTORIAS DE TODOS CUPOS AFECTAS Y LIBRO DE REGISTRO DE TRANFERENCIA CON DOCUMENTACIÓN Y HOJAS DE REMISIÓN: HOJAS DE TRANFERENCIA DE FONDOS DONDE CONSTE: Nº CAJA, Nº EXPEDIENTE(AR), FECHA FINAL DE CIERRE DE HISTORIA, CONTENIDO: NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE Y FECHA DE NACIMIENTO. TRASLADO DE DICHO MATERIAL AL ARCHIVO DE LA COMUNIDAD AL FINAL DEL PROYECTO Y ESTABLECER PERIODICIDAD ADECUADA DE REMISIÓN DE ESTE TIPO DE MATERIAL AL ARCHIVO.

2.- CREACIÓN DE ARCHIVO EN C.S. PARA HISTORIAS CLINICAS DE FALLECIDOS ANTERIORES A LAS TRANSFERENCIAS(1-1-2002) LAS CUALES NO SE HACE CARGO EL ARCHIVO LA CC.AA.

INDICADORES
1.- CORTES DE EVALUACIÓN DE COMO SE VA DESARROLLANDO EL PROYECTO A LOS 3M (RECOGIDA DE HISTORIAS DE LOS CONSULTORIOS Y PREPARACIÓN),
6M (PREPARACIÓN EN CAJAS NUMERADAS Y LISTADOS DE CADA CAJA...)
Y FINAL DEL PROYECTO, DESPUÉS DEL TRASLADO DE LOS HISTORIALES.
2.- ENCUESTA DE SATISFACCION DE PROFESIONALES, SI CREEN QUE SIRVE PARA ALIGERAR LOS ARCHIVOS DEL CENTRO, LES HA SUPUESTO UNA MEJORA...

DURACIÓN
1 AÑO. 2 FASES: FASE 1: ACERCAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES FALLECIDOS HACE MAS DE 5 AÑOS. DESDE CONSULTORIOS LOCALES A CENTRO DE SALUD.(3 MESES).
FASE 2: ORDENACIÓN DE HISTORIALES EN CAJAS SEGÚN SISTEMA DE ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA C.C.A.A. Y ELABORACIÓN LIBRO DE REGISTRO Y DE LISTADOS: HOJAS DE TRANSFERENCIA DE FONDOS. REMISIÓN DE CAJAS NUMERADAS Y LISTADOS: SEPTIEMBRE 2017.
FECHA INICIO: 19/10/2016.FECHA FIN:20/10/2017.

OBSERVACIONES
SE TRATA DE UN PROYECTO QUE NO AFECTA A UNA PATOLOGÍA DETERMINADA, NI A UNA EDAD DETERMINADA, YA QUE UN FALLECIMIENTO PUEDE OCURRIR POR MULTIPLES CAUSAS Y A CUALQUIER EDAD, LO REALMENTE INTERESANTE ES LA CONSERVACIÓN A LARGO PLAZO DE LOS HISTORIALES, PARA ESTUDIOS Ó INVESTIGACIONES CONCRETAS POSTERIORES.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1133

1. TÍTULO

MEJORA INTEGRAL EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MINGUEZ MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAS SANCHEZ ADORACION
ROYO OCHOA ARANZAZU
REDONDO COLLADO MARIA
MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL
LANGARITA LANGARITA DIONISIO
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
MEZQUITA ADAN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado dos sesiones teóricas grupales en el último cuatrimestre del año, explicando objetivos y resultados . Dentro de una de estas sesiones se incluyó un formulario a realizar por los miembros del equipo, con el fin de conocer y comparar conocimientos antes y después del desarrollo del proyecto así como una sesión práctica sobre el mismo.
Hemos elaborado un archivo de papel, en el que dejaremos registrados los pacientes vistos en atención continuada que requieran un seguimiento más estrecho por parte de su médico de familia, salvaguardando en todo momento la protección de datos de la persona asistida . Asimismo, creamos unas libretas de recogida básica de datos del paciente para no perder información cuando se efectúan avisos a domicilio. Y por último, elaboramos una sesión y práctica con el fin de adiestrar a todos los miembros del equipo en el uso y recambio de balas de oxígeno y de los distintos sistemas de oxigenoterapia en caso de ser necesaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En nuestro caso, hemos conseguido una mayor comunicación entre el médico con población asignada y el médico que en ese momento estaba realizando la atención continuada, sobre los pacientes que así lo requerían y eran subsidiarios de un mayor seguimiento. Igualmente hemos agilizado la recogida de datos de los avisos a domicilio, acortando el tiempo de salida del centro y por lo tanto una asistencia más rápida . Y por último, hemos conseguido que el 80% del equipo haya mejorado los conocimientos sobre oxigenoterapia así como su adiestramiento en el uso del material referido a la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha sido recibido satisfactoriamente por parte del personal de medicina y enfermería del centro, si bien, no se ha conseguido alcanzar una adhesión al mismo del 100%. Dada la sencillez del mismo y los recursos utilizados, al alcance de todos, es totalmente factible su sostenibilidad aunque para ello, sea conveniente realizar prácticas recordatorias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1133 ========== ***

Nº de registro: 1133

Título
MEJORA INTEGRAL EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA

Autores:
MINGUEZ MARTIN CRISTINA, MAS SANCHEZ ADORACION, ROYO OCHOA ARANZAZU, REDONDO COLLADO MARIA, MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL, LANGARITA LANGARITA DIONISIO, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, MEZQUITA ADAN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1133

1. TÍTULO

MEJORA INTEGRAL EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dado que el servicio de atención continuada es una parte fundamental dentro de los equipos de primaria y muy utilizada por gran parte de la población, consideramos que hay aspectos mejorables que requieren de poca inversión y supondrían una mejora en la atención a los pacientes . Las oportunidades de mejora serían las siguientes.
- correcta recogida de datos en la demanda de la asistencia domiciliaria
-conocimiento y adiestramiento por parte de los integrantes del equipo en el uso de sistemas de oxigenoterapia y recambio de balas
-información sobre usuarios que precisan especial vigilancia entre los profesionales del equipo

RESULTADOS ESPERADOS
Los resultados que esperamos obtener con este proyecto integrarían una correcta identificación del domicilio demandado (paciente, domicilio, pueblo, teléfono, patología que demanda, fecha y hora), un conocimiento óptimo por parte del personal que trabaje tanto en la urgencia del centro como en la domiciliaria,de la utilización correcta de sistemas de oxigenoterapia y recambio de balas y sus componentes y una rápida y fluida comunicación entre los profesionales implicados, de los paciente subsidiarios de un seguimiento más exhaustivo.

MÉTODO
Para todo ello depositaremos al lado de cada teléfono una tabla de recogida de datos básicos del paciente, instruiremos al resto del equipo en el conocimiento de los sistemas de oxigenoterapia (hudson, ventimask, nebulizaciones..) y recambio de bala en el caso que lleguen a un bajo nivel de oxígeno, y colocaremos una pizarra con fecha, hora de atención y pueblo al que pertenece el paciente obviando nombre y apellidos para mantener la confidencialidad necesaria,de tal manera que el médico de familia correspondiente pueda entrar a la agenda de atención continuada a hora citada y vea el seguimiento y anotaciones que hemos hecho sobre el paciente.

INDICADORES
Revisión mensual de la recogida de datos, sondeo del nivel de conocimientos iniciales de sistemas de oxigenoterapia y sus componentes mediante práctica presencia y repetición de dicha práctica con carácter trimestral y uso y satisfacción percibida por parte de los profesionales sanitarios del centro de salud sobre la pizarra de seguimiento de pacientes al mes de implantación y evaluación a los 3,6,9 y 12 meses

DURACIÓN
La duración sería de 1 año con fecha de inicio aproximada el 1 de abril de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1627

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA REDONDO COLLADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOÑI ALFONSO
MINGUEZ MARTIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo de este proyecto es conocer nuestra práctica clínica mediante la selección de los siguientes indicadores: Gestión de botiquín y sala de urgencias; Adecuación de la prescripción de estatinas y uso de antibióticos en faringoamigdalitis aguda estreptocócica.
Para evaluar los resultados del primer indicador disponemos de un “formulario de revisión de la sala y maletín de urgencias,” donde se revisan las caducidades de los medicamentos, que es cumplimentado cada mes por un responsable del equipo, debiendo de quedar reflejada la fecha, nombre y firma del responsable. Disponemos de un stock revisado de los medicamentos de la sala y maletín de urgencias, y un listado mínimo de medicamentos disponibles en el maletín de urgencias del centro.
Para la evaluación de la prescripción de estatinas utilizamos como indicadores: 1) uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria; 2) selección eficiente de estatinas; 3) tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primara.
Y evaluamos otro indicador : uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica.
Los datos de estos indicadores los obtenemos del cuadro de mandos de farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los responsables de la cumplimentación del formulario realizan esta tarea mensualmente, con lo que se alcanza una buena gestión de botiquín y sala de urgencias que permite agilizar el trabajo y ofrecer una correcta atención al usuario.
Con respecto a los indicadores de prescripción de estatinas, el uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria es del 61,80%, (59,50% - 73,10%), en la selección eficiente de estatinas el porcentaje alcanzado es del 20,64% (9,50% - 19,60 %) ; Tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria 7,27% (4,70% - 10,10%);

Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica, para ello utilizamos escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana y en pediatría se practica la técnica de detección rápida de antígneo estrptocócico, alcanzando un porcentaje del 88,90% (83,80% - 95,30%)
Estos porcentajes se mantinen dentro del rango marcado. Los resultados alcanzados se sucenden paralelamente a los obtenidos en el sector y en la comunidad Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se está realizando un buen trabajo por parte de los responsables de revisiones de la sala y maletín de urgencias.
Los resultados del plan de mejora de los indicadores de farmacia (estatinas, antibióticos en FAA estreptocócia) en el área sanitaria de atención primaria de Cariñena son aplicables al sector y a la comunidad de Aragón. Aún siendo satisfactorios estos datos, hay todavía cierto margen de mejora.
Aspectos que han quedado pendientes y que serían subsidiarios de evaluar: el uso de estatinas en acianos >75 años (actualmente no existen evidencias claras en prevención primaria que permitan recomendar el uso de estatinas en esta población). Y en cuanto a la prescripción de los antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica, es conocido que en general se tiende al sobrediagnóstico de FAA estreptocócica con la consiguiente prescripción innecesaria de antibióticos. Sería de de gran ayuda, tras utilizar escalas de valoración clínica, seleccionar a qué pacientes se deben practicar las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico para la prescripción correcta de antibióticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1627 ========== ***

Nº de registro: 1627

Título
GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Autores:
SAN MIGUEL ARBUES DOLORES EMILIA, GARCIA GOÑI ALFONSO, COLAS BELTRAN FERNANDO ISIDORO, CASBAS VELA DOMINGO, ORENSANZ ALAVA AFRICA, SARASA PIEDRAFITA DELFIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1627

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de botiquín: Establecer un adecuado sistema de control y gestión respecto a la petición, conservación y revisión de medicamentos y productos sanitarios en el botiquín del centro de salud.
2. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente
3. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
- estatinas de menor eficiencia,
- opiáceos de liberación inmediata,
- utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
- no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,
- la frecuencia en la utilización de tiras de glucemia en función del tipo de paciente, del tratamiento antidiabético, y el grado de control de la enfermedad

MÉTODO
Gestión de botiquín y sala de Urgencias
Revisión del botiquín del centro y del consumo de medicamentos del año 2016.
Revisar el cumplimiento de las pautas de stocajes, conservación y revisión de medicamentos y productos sanitarios en el almacén, la sala de urgencias y el maletín de urgencias
Mejorar la seguridad evitando la existencia de medicamentos y material caducado.
Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar información farmacoterapéutica en los grupos de fármacos seleccionados.
Sesión de formación sobre adecuación de prescripción de estatinas, antibióticos y adecuación de opioides.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia.
Revisión de los pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata.
Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Difundir la instrucción
Disponer de un listado que relacione cada antidiabético con el número de tiras indicado en la instrucción
Adecuar el número de tiras a cada antidiabético disponible.
Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras.

INDICADORES
Gestión de botiquín y sala de Urgencias
Dispone de stock revisado
Cumplimentación del formulario de revisión de la sala y maletín de urgencias
Adecuación de la prescripción de medicamentos
Indicadores de cuadro de mandos de farmacia
Revisión de pacientes
Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Registro del número de tiras de glucemia

DURACIÓN
Abril 2017: Difusión del proyecto y envio de información actualizada.
Junio 2017: Revisión botiquín.
Formación sobre adecuación de farmacoterapia
Reunión para diseño AMFE receta electrónica.
Septiembre:Actualización del stock de medicamentos en botiquín.
Monitorización de indicadores de cuadro de mandos de farmacia.

Noviembre: Monitorización de indicadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1627

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1667

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA SANCHO ARIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES
LANGARITA LANGARITA DIONISIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reunión de equipo para decidir mejor horario de la consulta y ponerlo en conocimiento de los administrativos.
- Crear nuevas agendas de enfermería, médicos y pediatra de atención primaria incluyendo horario para la consulta no presencial.
- Informar a los pacientes de que tienen la posibilidad de ponerse en contacto con los profesionales sanitarios por vía telefónica para información de resultados de pruebas complementarias, dudas sobre medicación, enfermedad, puricultura… sin que tengan que acudir personalmente al centro sanitario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se solicitan resultados a Servicios Centrales, nos los envían vía correo los resultados obtenidos desde Enero 2017 hasta Agosto 2017.
- El objetivo de CNP en Enfermería era del 10% de la agenda: se ha obtenido una media de 0,125%
- El objetivo de CNP para medicina de familia era de un 5% del total de la agenda: se ha obtenido una media de 1%
- El objetivo de CNP para pediatría era de un 5% del total de agenda: se ha obtenido una media de 0,5%.
No se han cumplido los objetivos previstos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se ha dado el potencial que podría tener esta consulta por el desconocimiento sobre todo de los pacientes. Es una herramienta muy útil para poder comunicarse en una hora reservada para ello con el personal sanitario, evitando de esa manera interrumpir otras consultas presenciales en el centro o no teniéndose que ausentar de su puesto de trabajo para informarse de resultados de pruebas complementarias o dudas sanitarias que puedan surgir. Creemos que queda por trabajar para conseguir mejorar e implantar este nuevo tipo de consulta en nuestro día a día.

7. OBSERVACIONES.
El equipo considera que la consulta no presencial en enfermería difícilmente puede ser del 10% debido a que el gran porcentaje de su consulta es presencia programada.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1667 ========== ***

Nº de registro: 1667

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
SAN MIGUEL ARBUES DOLORES EMILIA, LANGARITA LANGARITA DIONISIO, MARQUES POLO MARIA JESUS, AGUDO GARCIA ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1667

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0784

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AFRICA ORENSANZ ALAVA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
ALIAGA GONZALEZ CARMELO
PALLARES SISAMON FELIPE
BALLESTEROS ABAD ANA
SANCHO ARIÑO VIRGINIA
SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El EAP informo a la población sobre la posibilidad de realizar un taller para detectar una parada cardiorespiratoria y realizar adecuadamente los primeros eslabones de la cadena de supervivencia ante una RCP hasta que llegue el soporte sanitario,
Las enfermeras de referencia detectaron que la población creía conveniente que el EAP debía ir a la comunidad para salir de la consulta y de su zona de confort para ser una figura mas cercana y proporcionar estos conocimientos en la población adolescente.

Ante esta demanda, el EAP se puso en contacto con el Instituto Joaquín Costa de Cariñena para ofertar un taller sobre RCP, promoción de hábitos saludables (alimentación y actividad física), prevención de consumo de drogas.
El taller tuvo lugar para el alumnado y profesorado de bachillerato con una duración de una hora y media con cada curso. Primero tuvo lugar la parte teorica sobre hábitos saludables, consumo de drogas y RCP, para posteriormente realizar la parte práctica.
Los alumnos se dividieron en 3 grupos: RCP adulto y uso del DEA, PLS y maniobra de heimlich, RCP y heimlich en lactantes donde tanto el alumnado como el profesorado pusieron en práctica los conocimientos adquiridos mediante la simulación de casos.

El calendario sufrió alguna modificación a causa de la demanda de la población:
El contenido se preparo entre Junio y Agosto: una presentación en power point tras realizar una revisión sistemática sobre los temas descritos anteriormente
El taller tuvo lugar a final del último trimestre del año

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La encuesta de satisfacción que rellenaron los participantes al finalizar el taller demuestra que el taller cumplió con sus expectativas en el 100%. De hecho, todos lo consideraron como una actividad comunitaria muy importante e imprescindible para evitar muertes súbitas. Dada la buena acogida que tuvo entre el alumnado y profesorado, desde el instituto nos propusieron realizar este taller anualmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A causa del movimiento interno del equipo por traslados, no se pudo realizar adecuadamente un cuestionario previo y post para valorar los conocimientos presentes y adquiridos.
El EAP se siente muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada gracias a la buena acogida que ha tenido entre los participantes, y sobre todo por enseñar unos conocimientos básicos que salvan vidas.

7. OBSERVACIONES.
Como consecuencia del movimiento interno del equipo, algunos componentes del proyecto no son los mismos que cuando se envió el proyecto inicial.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/784 ========== ***

Nº de registro: 0784

Título
AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Autores:
ORENSANZ ALAVA AFRICA, SANCHO ARIÑO VIRGINIA, BALLESTEROS ABAD ANA, ALVAREZ LAGARES MERCEDES, CASTELLANO IRALDE SUSANA, SAN MIGUEL ARBUES MARIA DOLORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0784

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Indiferente
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde el EAP se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas.

Como consecuencia de los casos de muerte súbita extrahospitalaria detectada en la Comarca de Cariñena y el impacto provocado en la sociedad, el equipo se plantea realizar actividades en pequeños grupos de diversas edades ante la posibilidad de que se produzcan nuevamente y la población esté bien formada para poder actuar hasta que lleguen los recursos sanitarios.

Para ello se seleccionaron dos temas:
1. Las maniobras de RCP básica en población adolescente y adulta.
2. Concienciación sobre hábitos saludables.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover la interacción de los sanitarios con la población haciendo más cercana la figura del profesional.

- Propocionar los conocimientos y habilidades necesarios para detectar una parada cardiosrespiratoria y realizar adecuadamente los primeros eslabones de la cadena de supervivencia, porque una intervención rápida ante una PCR hace viable que los equipos de emergencia puedan actuar y salvar a la persona una vez que se presenten.

- Promoción de hábitos saludables como aliemntación saludable, ejercicio y prevención de consumo de drogas.

MÉTODO
El EAP pondrá carteles en el CS de referencia y en los consultorios locales informando de la actividad que se propone con la fecha y lugar.
La población > de 14 años podrá apuntarse a este actividad formativa comunicandoselo a su enfermera de referencia.

Además el EAP se pondrá en contacto con el Instituto de la zona para ofertar una charla sobre promoción de hábitos saludables (alimentacion y ejercicio) y prevención del consumo de drogas.
Una vez se tenga el numero de interesados para la actividad formativa se procederá a la organización de talleres según número.
Los componentes del EAP realizarán una presentación en formato power point sobre RCP, otra sobre hábitos saludables y prevención del consumo de drogas. Después, se pondrá en práctica la teoría expuesta.
Se pasará a los asistentes un cuestionario previo y post taller para valorar los conocimientos presentes y adquiridos. También una encuesta de satisfacción y se procederá a la recogida de datos y su posterior evaluación.

INDICADORES
-Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes > 80%

DURACIÓN
Planificación del proyecto: Mayo 2018
Preparación del contenido de los talleres entre Junio y Julio
Realización de los talleres teorico-práctico entre Septiembre y Octubre 2018 con dos horas de duración; 30 minutos de teoría y una hora y media de práctica orientativamente.
Se concertará con el Instituto para impartir una charla sobre hábitos saludables y prevención de consumo de drogas en Octubre al inicio del nuevo curso lectivo.
Evaluación Final: Noviembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0784

1. TÍTULO

AUMENTAR LA PARTICIPACION DEL CENTRO DE SALUD EN LA COMUNIDAD, FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1174

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA REDONDO COLLADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUEZ MARTIN CRISTINA
MAS SANCHEZ ADORACION
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU
SANCHO ARIÑO VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elección de un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo (María Redondo Collado).
-Asistencia a la jornada de presentación de IRASPROA el 13 abril 2018.
-Difusión de la información de la jornada a los miembros del EAP (sesión realizada el 10 mayo 2018, con una participación mayor al 80% de los componentes del equipo). Se han realizado dos sesiones más en donde se mostró el acceso a la guía de tratamiento antimicrobiano/PROA en intranet, para su aplicación en la práctica habitual en la consulta. Y otra sesión formativa relacionada con el uso adecuado de antibióticos y sobre el perfil de resistencias, infecciones más frecuentes y su tratamiento en AP.
-Colocación de pósters sobre "antibióticos sólo cuando sea necesario".
-Firma del compromiso de los profesionales sobre uso adecuado de antibióticos.
-Análisis de los episodios de faringoamigdalitis estreptocócica durante los meses de septiembre a diciembre 2018 para conocer el manejo diagnóstico y prescripción en dichos episodios por parte de los profesionales del equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La participación en la campaña sanitaria promovida grupo Irasproa y la asistencia a las sesiones ha sido alta (>80%)
Se utilizan los criterios de Centor y el test de detección rápida de antígeno estreptocócico para predecir la posible etiología bacteriana en los 82 episodios diagnosticados en dicho periodo:
En un 32% de los episodios aparece reflejado un criterio de Centor; en el 32% 2 criterios de Centor; en el 8% 3 criterios de Centor y un 10% 4 criterios. El strepA se realiza en el 32,5% de los episodios pediátricos y el 6% en adultos. En un 84% de los episodios se prescribió antibiótico de espectro reducido (amoxicilina/ penicilina), en el 12% se prescribió amoxicilina/clavulánico, el el 4% otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El buen uso de los antibióticos es una responsabilidad compartida, siendo especialmente importante el papel de los profesionales de atención primaria.
El equipo conoce los principios generales PROA y guía antimicrobiana como propuesta de ayuda a la prescripción de antibióticos, esto debe ayudar a lograr que en la práctica clínica, la prescripción de los antibióticos sea un proceso de razonamiento clínico con un objetivo, su uso óptimo.
Debe utilizarse más la técnica de detección rápida de antígeno estreptocócico por ser una prueba fácil y rápida de realizar.
La prescripción de antibióticos de espectro reducido resulta un dato satisfactorio. Hay todavía cierto margen de mejora.

7. OBSERVACIONES.
La colocación de pòsters, salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos es una buena iniciativa para concienciar a profesionales y pacientes. En los consultorios médicos no se dispone de test (StrepA) pero se facilitará la prueba.
Ha habido cambios en el equipo y se tendrá que volver a incidir mediante sesiones en los principios generales PROA.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1174 ========== ***

Nº de registro: 1174

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
REDONDO COLLADO MARIA, COLAS BELTRAN FERNANDO, MAS SANCHEZ ADORACION, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, SANCHO ARIÑO VIRGINIA, SARASA PIEDRAFITA DELFIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1174

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La resistencia a los antibióticos es uno de los principales problemas de salud pública a nivel global.
Los profesionales y las instituciones sanitarias tienen un papel fuendamental en su solución.
La faringoamigdalitis aguda en el adulto, es una de las enfermedades infecciosas más comunes en la consulta del médico de familia. La etiología más frecuente es viral. Dentro de las etiología bacteriana, el principal agente responsable es el EBHGA. En el manejo diagnóstico, las escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana, son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se deben practicar las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico. Sin estas técnicas se tiende al sobrediagnóstico de FAA estreptocócia, con la consigiente prescripción innecesaria de antibióticos, muchas veces de amplio espectro.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimización del uso de antibióticos en atención primaria y pediatría.
- Uso de guía de tratamiento antimicrobiano/PROA como herramienta de ayuda a la optimización del tratamiento antimicrobiano.
- Conocer y aplicar criterios de Centor en la FAA para aproximación a la probabilidad de causa bacteriana.
- Incorporar pruebas de diagnóstico rápido (STEP A) en atención primaria a la práctica habitual.
-Adecuar tanto el diagnóstico de FAA bacteriana y la prescripción de antibióticos a la evidencia científica disponible (antibiótico de elección amoxicilina y penicilina. La asociación de amox-clavulánico no está indicada en el tratamiento inicial en la infección aguda. Los mácrólidos tampoco son un tratamiento de elección, su uso debe reservarse para pacientes con alergia a penicilina)

MÉTODO
Un profesional del equipo (responsable del proyecto y referente del uso de antibióticos en el equipo), asistió el 13 de abril 2018 a la presentación del IRASPROA.
Se realizó una sesión el 10 de mayo 2018 en donde se dio a conocer los principios generales PROA (participaron >80% de los componentes del equipo)
Se van a realizar más sesiones, en donde se mostrará el acceso a la Guía de tratamiento antimicrobiano/PROA en INTRANET para su aplicación en la práctica habitual en la consulta. Y otras sesiones formativas, relacionadas con el uso adecuado de antibióticos y sobre el perfil de resistencias.
Con el manejo de las escalas y la técnica de diagnóstico rápido, elaboramos un algoritmo de manejo de FAA (score de Centor 3 ó 4, se realizará Strep A y tratar con antibiótico si es positivo)

INDICADORES
- Existe un responsable/refenente del uso de antibióticos en el equipo
- Nº sesiones realizadas sobre formación en uso adecuado de antibióticos (3 sesiones/año)
- % profesionales médicos del EAP que realizan cálculo score de Centor y test de diagnóstico rápido (STREP A) en episodio de FAA
-Episodios de FAA con score de Centor y test de diagnóstico rápido (STREP A)
- Episodios de FAA con an antibiótico de espectro reducido.

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1363

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ADORACION MAS SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORENSANZ ALAVA AFRICA
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU
ALVAREZ LAGARES MERCEDES
CASTILLO NAVARRO ANTONIO
RODRIGUEZ DIAS VICTORIA
REDONDO COLLADO MARIA
MINGUEZ MARTIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para alcanzar los objetivos planteados se han realizado varias reuniones entre medicina y enfermería valorando diferentes guías de tratamiento en insuficiencia cardíaca y documentos de recomendaciones escritas que se entregan a los pacientes por parte de diferentes profesionales (documento ligado a OMI; guías práctica de la SemFyC, información desde el servicio de Medicina Interna, recomendaciones del Servicio Andaluz de Salud,etc.). Con todo ello se llegó a un consenso sobre qué información es más relevante en nuestro medio, quien debe entregarla y explicarla al paciente y en qué puntos insistir con mayor intensidad. Siempre buscando la coherencia y puntos de coincidencia entre toda la información que puede llegarles desde varias vías para evitar confusión. Se realizó una sesión por parte de medicina (Adoración Mas) y otra por parte de enfermería (África Orensanz) para informar al resto de compañeros del EAP. Después se dejó a la disposición de todos la información y las conclusiones extraídas de las reuniones, se propuso la organización del seguimiento conjunto del paciente con insuficiencia cardíaca, se resolvieron dudas y se aprobó la implementación de la propuesta.
El calendario inicialmente planteado no ha sido posible cumplirlo debido a los cambios en el personal del centro que han afectado a más de un tercio de la plantilla sanitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los indicadores de evaluación propuestos se ha conseguido realizar las sesiones informativas, el consenso de funciones en relación a la insuficiencia cardíaca entre medicina y enfermería, concretar al información a trasmitir a los pacientes y vacunar de la gripe y el neumococo. Sin embargo, no ha dado tiempo a valorar si ha mejorado el número de pacientes correctamente vacunados (que no aprecía ser un problema para el EAP), o los que tenían al medicación correctamente prescrita o la disminución de apcientes que acuden a urgencias hospitalarias o los que quedan ingresados por insuficiencia cardíaca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Plantear un proyecto contando con la colaboración del todo el equipo, aunque es lo ideal, es muy complicado cuando la estabilidad de los que lo forman está en riesgo. El equipo se ha mostrado agradecido del trabajo y la exposición sobre el tema porque el concepto y tratamiento de la insuficiencia cardíaca está en constante investigación y cambio. Queda pendiente valorar los resultados antes y después de la sesión clínica, pero no parece tener demasiado sentido hacerlo, puesto que estaríamos comparando a diferentes facultativos, ya qeu son 5 de 9 los MAP que han cambiado en el CS de Cariñena en las consultas ordinarias de mañana.

7. OBSERVACIONES.
a lo largo del último añi han cambiado varios compañeros MAP y MAC, además de algunos en enfermería, que ha condicionado la priorización de trasmisión de información en el centro y el retraso de la sesión inicial del proyecto. Además, uno de los integrantes iniciales (Dionisio Langarita) ha sido sustituido por Cristina Mínguez Martin.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1363 ========== ***

Nº de registro: 1363

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MAS SANCHEZ ADORACION, ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, ORENZAZ ALVA AFRICA, LAVAREZ LAGARES MERCEDES, CASTILLO NAVARRO ANTONIO, RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA, REDONDO COLLADO MARIA, LANGARITA LANGARITA DIONISIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1363

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevalencia de insuficiencia cardíaca oscila actualmente en los países desarrollados entre el 1-3% de la población, aumentando hasta el 10-20% en mayores de 70 años. Se posiciona como la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años y representa algo más del 2% del gasto sanitario nacional. A pesar de ello con frecuencia se encuentra infradiagnosticado e incorrectamente tratada.
El diagnóstico de la insuficiencia cardíaca (IC) debe contemplar factores precipitantes, factores pronósticos y clase funcional. Uno de los factores pronósticos, predictor de mortalidad,es el bajo nivel de educación sanitaria. Su implementación ha demostrado una disminución de hasta un 30% de reingresos hospitalarios. La falta de adherencia al tratamiento supone la primera causa de descompensación cardíaca.
Dentro del tratamiento además de las recomendaciones generales, se incluye tratamiento farmacológico y no farmacológico. Este último excede las funciones de un centro de salud. Hay tres grupos farmacológicos imprescindibles que han evidenciado reducción de mortalidad e ingresos hospitalarios: IECAs, betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona. Todos fármacos manejables de los EAP.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar el nivel de educación sanitaria respecto a la IC en pacientes y familiares que la presenten y potenciar sus cuidados.
2. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
3. Optimizar el uso de servicios de urgencias y hospitalización.
4. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.

MÉTODO
1. Realización de al menos 2 sesiones de formación sobre IC. Una desde medicina enfatizando diagnóstico, derivación (urgencias o cardiología) y tratamiento farmacológico y otra desde enfermería profundizando en prevención (incluidas vacunas), recomendaciones generales y precipitantes.
2. Definición de funciones y criterios de derivación bidireccional entre medicina y enfermería de pacientes con IC.
3. Entrega de información escrita sobre IC y derivación a enfermería tras el diagnóstico o sospecha de IC en consulta médica.
4. Adecuación de la prescripción farmacológica

INDICADORES
1. Realización de 1 sesión de medicina y 1 sesión de enfermería sobre IC.
2. Existencia de consenso en el centro de salud sobre el reparto de funciones y derivación entre medicina y enfermería respecto a la atención de paciente con IC.
3. Pacientes con IC de inicio a los que se les ha entregado información por escrito.
4. Acuerdo,y diseño si es necesario, sobre la información escrita que debe entregarse al paciente con IC de inicio.
5. Pacientes con IC (K77) que tengan prescrito, o lo hayan tenido, IECas y betabloqueantes.
6. Pacientes con IC correctamente vacunados contra la gripe y el neumococo.
7. Número de pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario por su IC.
8. Número de pacientes que son ingresados por IC.

DURACIÓN
1. Realización de al menos 2 sesiones de formación sobre IC. Junio-Julio 2018.
2. Definición de funciones y criterios de derivación bidireccional entre medicina y enfermería de pacientes con IC. Junio-Julio 2018
3. Entrega de información escrita sobre IC y derivación a enfermería tras el diagnóstico o sospecha de IC en consulta médica. julio-diciembre 2018
4. Adecuación de la prescripción farmacológica julio-diciem¡embre 2018.

OBSERVACIONES
El periodo vacacional próximo puede interferir en el desarrollo del proyecto

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1363

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1379

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ARANZAZU ROYO OCHOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CARIÑENA
· Localidad ..... CARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAS SANCHEZ ADORACION
REDONDO COLLADO MARIA
MINGUEZ MARTIN CRISTINA
RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA
MEZQUITA ADAN CRISTINA
CASTELLANO IRALDE SUSANA
ORENSANZ ALAVA AFRICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como ya comentamos al inicio del proyecto, la atencion urgente extrahospitalaria, es una actividad no poco frecuente en nuestra actividad asistencial, que precisa de una respuesta rápida y eficaz,para lo cual es de vital importancia el adecuado conocimiento y habilidades por parte de todo el personal del centro en atencion urgente y RCP, y y un mantenimiento y organizacion de sala de urgencia, carro de paradas, y maletin de vitales.
Con este objetivo y aprovechando, las sesiones formativas del centro, se realizó un curso dirigido por el servicio aragonés de salud, " TALLER DE SOPORTE VITAL BÁSICO INSTRUMENTAL" al cual asistimos un número elevado de personal del centro, y sobretodo casi todos los componenetes de este equipo de mejora, a los cuales se les paso una encuesta previa y posterior al curso para apoyar nuestro proyecto de calidad, y destacar importancia de la formacion urgente extrahospitalaria.
Se ha realizado nueva tabla de inventario de material del urgencia y maletines con stockage y control de caducidad y firma mensual del personal encargado de dicha actividad, que esta colocado de forma visible en la sala de urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Responsables de organización sala de urgencias.
Hoja de inventario actualizado, con stockage y control de caducidad.
Formación anual sobre actuacion urgencias extrahospitalarias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejora en el conocimiento y formacion de la atencion extrahospitalaria por parte del personal del centro, compromiso por parte de los mismos para la organizacion y mantenimiento continuo de la sala de urgencia y su material.

7. OBSERVACIONES.
Aunque el proyecto finaliza esta año a nivel de proyecto de gestion, continuara como actividad en la organización del centro.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1379 ========== ***

Nº de registro: 1379

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Autores:
ROYO OCHOA MARIA ARANZAZU, MAS SANCHEZ ADORACION, REDONDO COLLADO MARIA, MINGUEZ MARTIN CRISTINA, RODRIGUEZ DIAZ VICTORIA, MEZQUITA ADAN CRISTINA, CASTELLANO IRALDE SUSANA, ORENSANZ ALAVA AFRICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologia urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1379

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Atención Urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP, debido a que al ser una situación no demasiado frecuente, que precisa una inmediata respuesta, que puede desarrollarse en medios desconocidos(domicilios, carreteras...) para el personal sanitario, en no pocas ocasiones con pocos datos clínicos conocidos de la persona que precisa nuestra atención, y en muchas ocasiones se le unen el estrés, nervios, ansiedad por parte de lospacientes y sus famiares que indirectamentedificultan la resolución de la situación.
Por eso creemos que es imprescindible que por parte del personal sanitario exista un adecuado conocimiento y habilidades en la atención urgente y en la RCP, un seguimiento y control en el mantenimiento de todo el material necesario para una adecuada actuación tanto en en el centro de salud(sala de urgencias, carro de paradas) como en la atención fuera del centro (maletines urgencias, DESA).

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y maletines de urgencias. Organigrama para todo el personal sanitario que puede atender una urgencia en un momento determinado, para la revisión periódica del carroparadas, maletines. Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP para con ello mejorar la asistencia de toda la poblacion de nuestro centro.

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias.
Promover la formación en atención urgente de nuestro personal mediante sesiones formativas de RCP y otros cuadros de patología
urgente.

INDICADORES
Porcentaje de profesionales del EAP que han participado en la formación en patología urgente y atención a una RCP, mediante la recogida de firma en las actas de sesiones clínicas.
Hoja de control de la revisión de material de carro de paradas y maletines.

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta total desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1686

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA PENON GIMENO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDRANO ALCAY LIDIA
ESPARZA GARCIA CARMEN
FERRE GONZALEZ ANTONIA
MARTIN RICO MARIA ANGELES
LOPEZ GREGORIO ALICIA
PEREZ HERNANDEZ LOYOLA
GALLEGO RODRIGO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con fecha 28/04/17 se hace reunión de equipo explicando los objetivos de cartera deservicios del año 2017.

Entre ellos se explica el proyecto del sector de la Gestión de la demanda de consulta no presencial. En las agendas de enfermeria habrá 4 actos de demanda no presencial y en las agendas de medicina habrá 2 actos de demanda no presencial.

Se les explica a los profesionales que cuando un paciente genere una consulta susceptible de ser atendida teléfonicamente serán citados en estos actos facilitando la accesibilidad al paciente y racionalizando la demanda presencial. Solicitando al paciente breve descripción de la demanda y un teléfono de contacto.

Se reunen los profesionales de admisión para organizar las agendas con los actos de la demanda no presencial con sus horarios, y se empieza a citar en Mayo. A mediados de Agosto ya se genera agenda con los actos incluidos.

En la última reunión de equipo celebrada el 17/10/17 se informa que también se citarán en estos actos los resultados de la consulta virtual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Muy avanzado pero sin resultados o con resultados parciales.
Pendiente resultados definitivos de cartera de servicios.
Ultimos datos dados en Dirección:
Enfermería un 1%
Medicina de familia un 1´5%
Pediatría un 2%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un proyecto todavía en desarrollo, que esta pendiente de realizar modificaciones según se vaya viendo la evoloción y las opiniones de los profecionles.

Puede ser una buena herramienta en la consulta sanitaria, pero creemos que de momento no optimiza el tiempo asistencial de las agendas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1686 ========== ***

Nº de registro: 1686

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
PENON GIMENO ANA, MEDRANO ALCAY LIDIA, ESPARZA GARCIA CARMEN, FERRE GONZALEZ ANTONIA, MARTIN RICO MARIA ANGELES, LOPEZ GREGORIO ALICIA, PEREZ HERNANDEZ LOYOLA, GALLEGO RODRIGO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1686

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1331

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN CAMATS FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA
BROTO CIVERA MARIA ELENA
TAPIA VILLALBA MARIA MERCEDES
FLE PINILLA ISIDRO
NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES
RUIZ GARCES JORGE
MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CON FECHA 28 DE ABRIL SE REALIZA REUNIÓN DE EQUIPO CON PRESENTACIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS DE 2017. SE EXPLICA LOS DIVERSOS PROYECTOS COMO PARTE PRIMORDIAL DE CARTERA COMO NOVEDAD ESTE AÑO.
SE NOMBRAN RESPONSABLES DE LOS DIVERSOS PROYECTOS EN LAS REUNIONES REALIZADAS.
DESDE QUE EL EQUIPO DE CASETAS ESTA IMPLICADO EN ISO 9001, SE REALIZA CONTROL DE CADUCIDADES DE FARMACIA, DE BOTIQUIN DE URGENCIAS Y MALETINES CON UN RESPONSABLE EN CADA UNO DE LOS APARTADOS. NORMA PO-01_Z3(P)E
LA PETICIÓN DE MEDICAMENTOS CORRESPONDE A LA COORDINADORA DE ENFERMERÍA.
DISPONEMOS DE UN STOCK MÍNIMO Y UN STOCK MAXIMO Y LISTADO DE INCIDENCIAS EN CADA UNO DE LOS PUNTOS DONDE SE ALMACENA MEDICACIÓN.
EN LAS REUNIONES DE EQUIPO SE RECUERDA A LOS PROFESIONALES QUE NO SE ADMITA MEDICACIÓN DE PACIENTES QUE UTILIZAN EL CENTRO DE SALUD COMO PUNTO SIGRE DADO QUE DICHA MEDICACIÓN NO HA PODIDO SER CONTROLADA.
LAS CADUCIDADES ANUALES SE REGISTRAN EN FORMATO PO-01-4_Z3(P)E A PRINCIPIO DE AÑO, REGISTRANDO LOS MEDICAMENTOS QUE CADUCAN CADA MÉS Y REALIZANZO UNA REVISON MENSUAL QUE ES FIRMADA EN EL FORMATO PO-02-2_Z3(P)E POR CADA UNO DE LOS RESPONSABLES. LOS MEDICAMENTOS CADUCADOS SE RETIRAN AL PUNTO SIGRE DEL ALMACEN DE FARMACIA Y QUE ES VACIADO MENSUALMENTE AL REALIZAR LA REVISION.
SE REALIZAN REUNIONES EN LAS QUE SE RECUERDA UTILIZACIÓN DE ESTATINAS, UTILIZACION DE OPIACEOS, UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA Y CONTROL DE TIRAS DE GLUCEMIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NOMBRAR RESPONSABLES DEL CONTROL DE CADUCIDADES DE BOTIQUIN.
NOMBRAR RESPONSABLES DE CONTROL DE CADUCIDAES DE ALMACEN DE MATERIAL FUNGIBLE.
NOMBRAR UN REPONSABLE DE TIRAS DE GLUCEMIA QUE EN NUESTRO EAP ES LA TCAE
NOBRAR RESPONSABLE DE URM DEL EAP.
NOMBRAR RESPONSABLE DE AMFE DE RECETA ELECTRÓNICA.
SE HAN INICIADO OBRAS EN EL CENTRO DE SALUD QUE NOS VA A PERMITIR MANTENER UN ESPACIO DEDICADO A URGENCIAS EXCLUSIVAMENTE CON UN MEJOR CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS QUE HASTA AHORA ESTABAN DISTRIBUIDOS POR DIVERSAS CONSULTAS.
BUENOS RESULTADOS EN LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN PEDIATÍA Y MEJORÍA EN LA UTILIZACIÓN DE ESTATINAS.
NOS HA LLEGADO DE MANERA INDIVIDUALIZADA A TRAVES DE CORREO DE OMI TODAS LAS MODIFICACIONES DE E-RECETA

EN REUNIÓN REALIZADA CON FARMACIA SOBRE EL USO DE OPIACEOS NO SE ESTA DE ACUERDO CONLOS CRITERIOS PUES PENSAMOS QUE PARTE DEL PROBLEMA ESTA EN LA TARDANZA DE LAS VISITAS CON LOS ESPECIALISTAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DURANTE LA AUDITORIA ISO REALIZADA A NUESTRO EAP SE ENCONTRARON MEDICAMENTOS CADUCADOS EN NUESTROS BOTIQUINES. SE REALIZA REUNION DE MEJORA SOBRE ESTE PUNTO
DURANTE LA AUDITORIA ISO REALIZADA A NUESTRO EAP SE ENCONTRARON MATERIAL FUNGIBLE CADUCADOS EN NUESTRO ALMACEN. SE REALIZA REUNIÓN DE MEJORA Y SE DECIDE REFLEJAR LAS CADUCIDADES COMO SE HACE CON LOS MEDICAMENTOS.
CONSULTAR CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA POR CADA MIEMBRO DEL EQUIPO.
SE ESTUDIA EL PROTOCOLO DE TIRAS DE GLUCEMIA Y SE DECIDE REALIZAR UNA ACTUALIZACION DE DIABETICOS Y TRATAMIENTOS.
ELMEDICO DEBERÁ INFORMAR MEDIANTE FLASH A TCAE EL TIPO DE TRATAMIENTO Y DIABETES DE CADA PACIENTE PARA ADECUAR LAS TIRAS SEGÚN CRITERIO MÉDICO Y NO DE CADA PACIENTE.
SE HA ENCONTRADO UN ERROR DE REGISTRO EN EL QUE POSIBLEMENTE HAYA UN DESFASE ENTRE LAS TIRAS REGISTRADAS Y LAS TIRAS ENTREGADAS, POSIBLEMENTE POR DESCONOCIMIENTO DE LA SUSTITUTA DE LA AUXILIAR TITULAR.
DEBEMOS ACTUALIZAR NUESTRO MANUAL DE ACOGIDA E INCLUIR DE MANERA INDIVIDUALIZADA CADA UNO DE LOS ESTAMENTOS DEL EAP PARA EVITAR ESTE TIPO DE INCIDENCIAS Y QUE CADA SUSTITUTO TENGA UN DOCUMENTO DE REFERENCIA DONDE CONSULTAR.

7. OBSERVACIONES.
LA NOVEDAD ESTE AÑO CON LOS PROYECTOS NOS LLEVA A UNA FORMA DISTINTA DE TRABAJAR. NOS HA COSTADO ESTE CAMBIO, EN ESPECIAL LA NUEVA DINÁMICA DE RESPONSABLES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1331

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1331 ========== ***

Nº de registro: 1331

Título
GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

Autores:
CAMATS FRANCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente
4. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
   -estatinas de menor eficiencia,
   -opiáceos de liberación inmediata,
   -utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
   -no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,
   -la frecuencia en la utilización de tiras de glucemia en función del tipo de paciente, del tratamiento antidiabético, y el grado de control de la enfermedad
4. Participar en el diseño del AMFE de receta electrónica

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación al documento relativo a Gestión de las urgencias elaborado por la Dirección del sector
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1331

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

farmacia.
Registro de las actividades realizadas

Educación sanitaria en la utilización de tiras de glucemia
Comunicación a los miembros del EAP de la instrucción del Salud de fecha 21 de mayo de 2013
Utilización del listado que relaciona cada antidiabético con el nº de tiras indicado en la instrucción
Adecuar el número de tiras
Mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos en este aspecto
Registro en OMI-AP
Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras.
Registro de las actividades realizadas

AMFE de receta electrónica
Participación en las reuniones para revisión de un AMFE de receta electrónica.

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios.
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Adecuación de la prescripción de medicamentos
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Registro del número de tiras de glucemia en OMI-AP.
% pacientes con diagnóstico de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes

AMFE de receta electrónica
Colaboración en la elaboración de un AMFE de receta electrónica.
Asistencia al 80% de las reuniones convocadas.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín y sala de urgencias y de la adecuación de la prescripción

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1641

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 04/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES NAVARRO PEIRO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ GARCES JORGE
TAPIA VILLALBA MARIA MERCEDES
JULVE VILLUENDAS ISABEL MARIA
RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA
PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO
LAHOZ GARCIA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seún normas ISO se procede a control de caducidades de medicamentos
En el més de Enero de 2017 se procedió al registro anual de las caducidades mes a mes de botiquin general del Centro de Salud así como de la sala de urgencias y maletines.
Cada mes se realiza revision de la caducidad de los tres lugares donde se almacena la medicación.
Los medicamentos caducados se retiran a la zona SIGRE del Centro de Salud, siendo transportados posteriormente a punto SIGRE de Farmacia.
No se admiten medicametos de pacientes dado que se desconoce la conservación de dicho material.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Disponemos de de medicamentos y material sanitario: SI
2.- Disponemos de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del EAP: SI
3.-Esta definido el Stock minimo: SI
4.-Se cumpimenta la revisión de las caducidades: SI
5.- Se registran las actividades: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la Auditoria realizada en el C.S en Septiembre, se encontó la existencia de un medicamento caducado en la sala de urgencias.
Analizando la situación, concluimos que ese medicamento salio del botiquin general antes de la realización de la revision mensual, que se hace en la primera semana del mes que se inicia, retirando los medicamentos del mes anterior y así optimizar al maximo el ahorro.
Como solución, el registro de caducidades del botiquin general tambien se adjuntará al de la sala de urgencias y al de los botiquines y se realizará la revisión de las caducidades la ultima semana del més para minimizar el riesgo.
Así mismo, no se realizaba un control de caducidad de material fungible pero que desde la auditoría de Septiembre se tiene en cuenta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1641 ========== ***

Nº de registro: 1641

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES, RUIZ GARCES JORGE, TAPIA VILLALBA MARIA MERCEDES, JULVE VILLUENDAS ISABEL MARIA, RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA, PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO, LAHOZ GARCIA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1641

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1648

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA MARTINEZ SANCHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BROTO CIVERA MARIA ELENA
MARCOS CALVO MARIA PILAR
JIMENO MONZON ANA ISABEL
ALIAGA GONZALEZ CARMELO ETITER
GALLEGO RODRIGO CARMEN
FERRE GONZALEZ ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SESIONES CLÍNICAS:
28-4-17 Presentación de cartera al EAP
2-6-17 Recuerdo de cartera de servicios.
16-6-17 Reunión con responsables de Farmacia del Sector
15-12-17. Reunión de EAP URM.
AUDITORÍA ISO
REVISIONES CONTINUADAS por cada facultativo de prescripciones realizadas tal y como se recuerda en reuniones de EAP.
CUMPLIMETO DE CALENDARIO:Reunión con resultados URM Diciembre 2017
RECURSOS EMPLEADOS: Recursos Humanos (médicos y DUE) que se han implicado para tratar de mejorar los resultados del cartera en URM. Información a los pacientes. Información de cuadro de mandos de farmacia.
ACCIONES REALIZADAS PARA COMUNICACIÓN A PROFESIONALES Y PACIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- USO DE ESTATINAS (PREVENCIÓN SECUNDARIA). Se trata de un importante indicador de adecuación a la prescripción a un diagnóstico. Al final de 2017 (67,31%) hemos mejorado respecto al inicio (64%) resultado muy próximo al del Sector 3 y de Aragón y dentro del rango marcado para 2017.
El impacto del proyecto es la disminución de la mortalidad cardiovascular en pacientes con enfermedad cardiovascular.
2.-SELECCION EFICIENTE DE ESTATINAS. Hemos alcanzado un 23,78% muy por encima de los objetivos de Cartera (19,6%-9,5%) y que tienden a 0%. Como objetivo nos proponemos mejorar prescripción (rosuvastatina y pitavastatina)
3.- TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE COMBINADO EN PREVENCION 1º. Hemos alcazado 9,26% (10,1%-4,7%), superior al resultado del Sector 3 y Aragón. El impacto trata de disminuir la utilización de tratamientos combinados de hipolipemiantes en prevención primaria.
4.-USO DE MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN MAYORES DE 75 AÑOS. Hemos alcanzado un valor de 13,03 (16,2%-9,6%)mejorando a lo largo de este año y cuyo valor deseable es ir en disminución.. El impacto es evitar el uso de medicación inapropiada a estas edades con alternativas terapéuticas más seguras.
5.- USO DE FÁRMACOS CON RIESGO ANTICOLINERGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS. Hemos alcanzado un resultado demasiado alto 20,37% (14,4%-8,7%). El impacto son los efectos nocivos de estos medicamentos sobre la función cognitiva.
6.- EN PEDIATRIA se han alcanzado objetivos dentro de los rangos solicitados para el sector

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Revisando individualmente cada facultativo se detecta un problema de registro en la consecución de objetivos por parte del EAP.
Proponemos al Equipo realización de sesiones continuadas como mejora de resultados.
Se detecta un problema de prescripción inducida por lo que se propone sesiones conjuntas con especialistas.
Hay que trabajar la inercia terapéutica mediante sesiones que nos ayuden a incrementar nuestro arsenal terapéutico adecuado a los nuevos avances manteniendo una prescripción eficiente.
Se propone una reunión quincenal de los responsables del URM del Equipo, Reunión mensual del EAP y trimestral con responsables de farmacia del Sector

7. OBSERVACIONES.
Informar sobre las herramientas útiles: PROA, BOT-SALUD,Fármacos y lactancia materna y Guía de dosificación de fármacos en pediatría

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1648 ========== ***

Nº de registro: 1648

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1648

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

Autores:
CAMATS FRANCO CARMEN, BROTO CIVERA MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-opiáceos de liberación inmediata,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestOS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1648

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP CASETAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0861

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA MARTINEZ SANCHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMATS FRANCO CARMEN
BROTO CIVERA ELENA
TAPIA RUIZ MARIA
PEREZ HERNANDEZ MARIA LOYOLA
MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elegir un responsable del uso de antibióticos en el equipo (6/04/2018)
Asistencia a la jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/2018
Difusión de la información de la jornada a los miembros del EAP
Sesión de antibióticos en el EAP (Difusión de los principios generales en AP) el 18/12/2018 con asistencia del 80% de los profesionales
Colocación de los posters sobre "Antibióticos, sólo cuando sea necesario" en las consultas
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de antibióticos
Se informa del Proyecto al Consejo de Salud de la zona

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP
Nº reuniones sobre el buen uso de antibióticos en el EAP: 2 reuniones, una informativa sobre el grupo IRAS-PROA y el uso racional de antibióticos en AP y otra sobre protocolos de antibioterapia en ITU e infecciones respiratorias
30% de los profesionales hemos participado en formación PROA-AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración positiva y satisfactoria de las actividades realizadas con el fin de optimizar el uso de antibióticos en el EAP. Creemos que existe un gran potencial de mejora en la prescripción de antibióticos en el EAP con respecto a los consumos de años previos en el mismo. Hemos generalizado el uso del Streptotest en las consultas de Medicina de Familia. Quedaría pendiente el contactar con el servicio de odontología con el fin de establecer un protocolo de uso adecuado de antibióticos ante intervenciones odontológicas como extracción de piezas (tomando como referente la Guía antimicrobiana de Aljarafe). Consideramos que este Proyecto debe tener una continuidad para lograr alcanzar los objetivos propuestos. Se trata de un proceso de mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/861 ========== ***

Nº de registro: 0861

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA, BROTO CIVERA ELENA, CAMATS FRANCO CARMEN, TAPIA RUIZ MARIA, RUBIO HERNANDEZ JESUS, VILLANUEVA BAEZ ERNESTO, PEREZ HERNANDEZ MARIA LOYOLA, MARTINEZ FERNANDEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Infecciones urinarias
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: .

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0861

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública, ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la comunidad autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
- Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
- Realizar formación en el uso adecuado de los antibióticos.

MÉTODO
- Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril 2018.
- Dar a conocer los principios generales PROA.
- Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
- Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
- Tener un responsable/ referente del uso de antibióticos en el equipo. (abril 2018)
- Difusión de los principios generales PROA en Atención Primaria. (mayo 2018)
- Indicador: Difusión del informe de consumo/ resistencias a los antimicrobianos en nuestro sector a todos los miembros del EAP. (septiembre 2018)
- Objetivo: Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
- Indicador: Nº de sesiones realizadas sobre PROA
- Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
- Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que hanparticipado en formación en PROA. Objetivo: 80 %
- FI: informe del centro de actas firmadas.

DURACIÓN
De abril de 2018 a diciembre de 2018. Es previsible su continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0906

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASETAS

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH RUBIO CAVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCOS CALVO MARIA PILAR
ALIAGA GONZALEZ CARMELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- FORMACION DE PERSONAL DEL CENTRO(UN MAP Y UN MAC, DADO QUE NUESTRO CENTRO ES DE COBERTURA 24HORAS, POR LO QUE NOS PARECIO MUY INTERESANTE FORMAR A MEDICOS QUE RELIZARAN SU LABOR EN HORARIO DE 8 A 15H, PERO TAMBIEN PODER DARLE UTILIDAD A LA ECOGRAFIA EN HORARIO DE CONTINUADA Y URGENCIA) EN LA DESTREZA DE LA ECOGRAFIA MEDIANTE UN CURSO TEORICO - PRACTICO EXPEDIENTE 020007 05 1352-A ACREDITADO CON 6.3 CREDITOS.
2.- REALIZAR CURSO PRACTICO CON PACIENTES VOLUNTARIOS DEL CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE A LOS QUE SE LES COMUNICO LA INICIATIVA QUE ESTABAN LLEVANDO LOS MEDICOS DE FAMILIA EN DETERMINADOS CENTROS DE SALUD, LA FINALIDAD DEL MISMO Y LOS OBJETIVOS QUE DESEABAMOS ALCANZAR.
3.- EL PLAN DE FORMACION SE LLEVO A CABO EN EL TIEMPO PREVISTO A LA ESPERA DE RECIBIR EN NUESTRO CENTRO EL APARATAJE NECESARIO PARA REALIZAR LAS ECOGRAFIAS YA QUE EN TEORIA EL SALUD SE COMPROMETIO A DOTAR A AQUELLOS CENTROS QUE FORMARAN A SU PERSONAL Y ESTUVIERAN DISPUESTOS A HACER CONSULTA DE ECOGRAFIA EN PRIAMRIA.
4.- AL PERSONAL DE NUESTRO CENTRO SE LE COMUNICO QUIENES IBAN A SER LAS PERSONAS FORMADAS SE EXPLICO EN SESION MATUTINA NUESTRAS IMPRESIONES DEL CURSO, OBJETIVOS, DESCRIPCION DE LOS CONCEPTOS TRABAJADOS Y DESEO DE FORMAR A MAS DE NUESTROS COMPAÑEROS.
5.- SE ELABORO UNA AGENDA ESPECIFICA PARA LA CONSULTA DE ECOGRAFIA, Y SE CONTRATO A PERSONAL DE AUTOGESTION PARA PODER SUPLIR AL MEDICO EN LA CONSULTA DIARIA SIN QUE LA REALIIZACION DE LA CONSULTA ECOGRAFICA FUERA EN DETRIMENTO DE LA PERDIDA DE CALIDAD DE SU CONSULTA HABITUAL Y POR TANTO NO REPERCUTIERA EN SUS PACIENTES.
6.- SE BUSCO UBICACION PARA EL TEORICO APARATO DE ECOGRAFIA EN LA SALA DE PREPARACION AL PARTO DONDE HABIA DISPONIBILIDAD HORARIA SEMANAL Y DONDE SE TENIA LAS CONEXIONES TELEFONICAS PRECISAS PARA PODER ACCEDER VIA INTRANET A LAS CONSULTAS MONOGRAFICAS DE OTOS CENTROS Y DISPONER DE UN ESPACIO VIRTUAL PARA COMPARTIR DUDAS DE IMAGENES Y PODER DEBATIR IMPRESIONES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- TRAS EL CURSO SE HA CONSEGUIDO INICIAR A DOS PROFESIONALES EN LA DESTREZA Y MANEJO DEL ECOGRAFO, DADO QUE NO SOLO ES IMPORTANTE LA IDENTIFICACION DE ESTRUCTURAS SINO EL MANEJO DE LA BOTONERIA DE LA CONSOLA ECOGRAFICA PARA CONSEGUIR SUS MAXIMOS RESULTADOS Y MEJOR PARTIDO DE LAS IMAGENES OBTENIDAS.
2.- IDENTIFICACION DE IMAGENES ECOGRAFICAS CAUSANTES DE LAS PATOLOGIAS DE CONSULTA MAS FRECUENTES EN PRIMARIA.
3.- EL IMPACTO DEL PROYECTO SE PREVEIA IMPORTANTE YA QUE DADA LA LISTA DE ESPERA PARA ECOGRAFIA, DESDE PRIMARIA SE QUERIA DISMINUIR DICHA LISTA Y DISMNUIR EL TIEMPO DE ESPERA DE LA INQUIETUD QUE SU PATOLOGIA PODIA CAUSAR AL AFECTADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- LA VALORACION POR PARTE DEL EQUIPO ES MUY POSITIVA YA QUE LA FORMACION QUE SE NOS HA IMPARTIDO HA SIDO REALMENTE BUENA MUY BIEN ENFOCADA POR LOS MEDICOS DE FAMILIA Y HACIA LOS MEDICOS DE FAMILIA SIN ASUMIR FACETAS QUE SON UNICAS Y ESCLUSIVMAENTE DE LOS RADIOLOGOS QUE SON LA FIGURA DE REFERENCIA.
2.- POR CONTRA EL PROYECTO HA QUEDADO SUSPENDIDO POR EL MOMENTO DADO QUE NO SE DOTO AL CENTRO DE LA CONSOLA ECOGRAFICA NECESARIA PARA PODER LLEVAR A CABO DIHA ACTIVIDAD.
AL CENTRO DE SALUD DE CSETAS SE LE DEJO, ANTE LA INSISTENCIA DE LA COORDINADORA Y PERSONAL DEL EQUIPO DE FORMACION, UN ECOGRAFO DEFICITARIO QUE NO TIENE EL MINIMO NECESARIO PARA PODER REALIZAR UN DIAGNOSTICO PRECISO YA QUE LA BOTONERIA NO FUNCIONA Y LA PANTALLA NO SIEMPRE CONSIGUE IMAGEN.
3.- EL PROYECTO SERIA PERFECTAMENTE SOSTENIBLE SI SE DOTARA AL CENTRO DEL APARATO QUE EN UN PRINCIPIO SE TENIA PREVISTO COMO ASI HAN SIDO DOTADOS OTROS MUCHOS CENTROS QUE FORMARON A SU PERSONAL.

7. OBSERVACIONES.
EL CENTRO SOLICITA AL SALUD DOTAR AL CENTRO DE SALUD DE CASETAS CON EL APARATO ECOGRAFICO QUE EN UN PRINCIPIO SE PROMETIO PARA PODER PROSEGUIR CON EL PROYECTO YA QUE TODO EL ESTA SUPEDITADO A LA CONSECUCION DEL MISMO.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/906 ========== ***

Nº de registro: 0906

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD CASETAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0906

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASETAS

Autores:
RUBIO CAVERO RUTH, ALIAGA GONZALEZ CARMELO, MARCOS CALVO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Habilidades clínicas y diagnósticas
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el año 2018 se ha dotado al CS Casetas de un Ecógrafo. Se plantea una inquietud del equipo de facultativos de formarse en Ecografía, valorando esta técnica como un apoyo muy valioso a la exploración física y a la valoración y diagnóstico global del paciente en Atención Primaria.
Pensamos que adquirir esta habilidad mejorará nuestra práctica clínica y redundará en un beneficio para el manejo de nuestros pacientes.
Tenemos claro que nuestra labor en ningún momento sustituye la de los especialistas en Radiodiagnóstico que son nuestros profesionales de referencia para la derivación y solicitud de pruebas de imagen de nuestros pacientes, pero queremos que nuestra labor sea complementaria y más que sustituir la de éstos, amplíe nuestro juicio clínico en nuestro nivel asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
-Iniciar una consulta monográfica de Ecografía en Atención Primaria e incrementar la accesibilidad a la ecografía en atención primaria.

-Formar a algunos profesionales en habilidades para el manejo de la Ecografía en AP.

MÉTODO
-Se seleccionó a dos médicos del equipo para desarrollar la consulta monográfica
-Estos profesionales asistieron a un curso de habilidades en Ecografía tanto teórico como práctico, impartido por radiólogos y por otros profesionales de AP con dilatada experiencia en este campo.
-Una vez recibido el aparato de ecografía destinado al centro, los profesionales del grupo se formarán para el manejo de este aparato.
-Se va a poner en marcha una consulta monográfica de ecografía de periodicidad quincenal, de inicio se valorarán pacientes con un estudio ecográfico reciente hecho y se compararán los hallazgos en las dos pruebas para así reforzar la habilidad exploratoria de los profesionales del equipo de mejora.
-Cuando se llegue a la destreza necesaria se podrá abrir la consulta monográfica a las derivaciones de pruebas del equipo. -Por la complejidad de esto, no se valora un cronograma concreto.
-Se realizará una sesión clínica para transmitir al centro el contenido de este proyecto de mejora, de la consulta monográfica y cuál va a ser su desarrollo.
-Se comunicará la puesta en marcha de este proyecto a la comunidad en un consejo de salud.

INDICADORES
-Agenda de Consulta Monográfica de Ecografía de periodicidad quincenal.
-En los primeros meses se realizará un estudio de concordancia interobservador repitiendo la ecografía hecha previamente por parte de un radiólogo experimentado. Se evaluará la concordancia entre radiólogo y médico de AP.
-Realización de sesión informativa al EAP.

DURACIÓN
-Selección de los profesionales interesados: febrero-marzo 2018
-Formación de los profesionales: abril 2018
-Establecimiento de agenda de Consulta Monográfica: desde verano de 2018
-Evaluación del proyecto diciembre 2018- Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0906

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASETAS

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0979

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA KARIN ANDRES NILSSON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMATS FRANCO CARMEN
BROTO CIVERA ELENA
MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA
FLE PINILLA ISIDRO
LASHERAS LAZARO ANA
GALLEGO RODRIGO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- REUNIÓN DE EQUIPO CON PROYECTOS PRIORITARIOS DEL SECTOR 3 ZARAGOZA (ABRIL 2018)
- SOLICITUD DE PERSONAL DE APOYO DE MEDICINA Y ENFERMERÍA PARA LLEVAR A CABO LOS PROYECTOS DE CARTERA (ABRIL 2018) Y AUTO-GESTIÓN.
- SOLICITUD DE EXTRACCIÓN DE DATOS INICIALES (MAYO 2018 Y FEBRERO 2019), SIN TENER TODAVÍA RESPUESTA A DICHA SOLICITUD.
- AUTORIZACIÓN DE DICHO PERSONAL DE APOYO EN MEDICINA POR PARTE DE GERENCIA (JUNIO 2018) Y AUTO-GESTIÓN.
- PRESENTACIÓN DE PROYECTOS (JUNIO 2018)
- SESIÓN CLÍNICA del PROYECTO AL EQUIPO (JUNIO 2018) POR PARTE DE LA DRA FERRÉ EXPLICANDO DINÁMICA Y OBJETIVOS.
Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana. Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad. Disminuir la yatrogenia 2º al uso de fármacos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO PODEMOS HABLAR DE RESULTADOS ALCANZADOS PUES EL RETRASO EN LA INCORPORACIÓN DEL MEDICO DE APOYO, LA CARGA ASISTENCIAL, AUTO-GESTIÓN, BAJAS NO PREVISTAS, TRASLADOS DE GRAN PARTE DE LOS COMPONENTES DEL EAP, ASÍ COMO LA FALTA DE DATOS SOLICITADOS NOS HA DIFICULTADO EL SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE FORMA ADECUADA.
ESTE PROYECTO SE SEGUIRÁ EN EL SIGUIENTE EJERCICIO 2019 Y LOS RESULTADOS SERÁN PRESENTADOS EN LA MEMORIA FINAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En Aragón 8% de hombres y 5% de mujeres > 64 años sufren ERC, siendo un importante problema de salud publica por su elevada morb-imortalidad y un consumo de recursos. Éstos pacientes además suelen presentar pluripatología y polifarmacia lo que incrementa el riesgo de fallo renal a consecuencia de la asociación de fármacos nefrotóxicos.
SIRVA ESTA MEMORIA PARA REIVINDICAR LA SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE AP. Las consultas están sobrecargadas SIN disponer de tiempo suficiente para poder atender a los pacientes complejos y tener un registro en OMI adecuado que facilite la gestión y la motivación por parte de los profesionales sanitarios .

7. OBSERVACIONES.
LA RESPONSABLE INICIAL DE ESTE PROYECTO ES LA DRA ANTONIA FERRÉ PARA QUE UNA VEZ SE ELABORE LA MEMORIA FINAL SEA INCLUIDA.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/979 ========== ***

Nº de registro: 0979

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS

Autores:
FERRE GONZALEZ ANTONIA, CAMATS FRANCO CARMEN, BROTO CIVERA ELENA, MARTINEZ SANCHEZ ANA CRISTINA, FLE PINILLA ISIDRO, LAHOZ LAZARO ANA, GALLEGO RODRIGO CARMEN, ALIAGA GONZALEZ CARMELO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: NEFROUROLOGICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0979

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EAP CASETAS

Otro tipo Objetivos: ACTUALIZACION

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ERC es un importante problema de salud publica que afecta en sus diferentes estadios aproximadamente a un 10% (9,24%) de la población y este porcentaje aumenta hasta el 20% (20,6%) en mayores de 64 años
En Aragón 8% de hombres y 5% de mujeres > 64 años sufren ERC
La ERC supone una elevada morbimortalidad y un consumo de recursos elevado por si mismo. Éstos pacientes además suelen presentar pluripatologias y polifarmacia lo que incrementa el riesgo de fallo renal a consecuencia de la asociación de farmacos nefroto´xicos

RESULTADOS ESPERADOS
? Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana
? Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
? Disminuir la iatrogenia 2º al uso de farmacos
Población diana seria en nuestro caso
? HTA,
? DM tipo 2 o ECV establecida / DM tipo 1 con ma´s de 5 años de evolución.
? Mayores de 60 años.
? Obesos [IMC] > 35 kg/m2.
? Pacientes en tratamiento prolongado con fa´rmacos nefroto´xicos (incluidos AINE).
? Sujetos con otros FRCV (hiperlipidemia, si´ndrome metabo´lico, fumadores).

MÉTODO
• Evaluación y seguimiento de los pacientes con ERC (control de TA, eFG, valorar albuminuria, HbA1c)
• Valorar la progresión de la ERC
• Adecuación del tratamiento farmacológico (evitar terapia triple Whammy) y sensibilizar a la población y los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
• Formación al equipo para aumentar el conocimiento de la ERC (factores de riesgo y morbimortalidad) así como las actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.
Se llevaran a cabo sesiones clínicas para dar a conocer el documento de consenso para la detección de la. ERC.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes con Factores de Riesgo de ERC con revisión de FG en el periodo de evaluación (50%)
Porcentaje de pacientes con Factores de Riesgo de ERC con revisión de albuminuria en el periodo de evaluación (30%)
Porcentaje de pacientes con diagnostico de ERC con 3 registros de TA en el periodo de evaluación (50%)
Porcentaje de pacientes con ERC + D. Mellitus con registro de HbA1c en los últimos 6 meses (50%)
Nº de pacientes con ERC y triple terapia Whammy

Periodo de evaluación de mayo 2018 -mayo 2019 ¿???
Los datos se obtendrán de los registros de OMI

DURACIÓN
1º Trimestre formación del grupo de trabajo y diseño del proceso
2º Trimestre, despliegue del proceso y sesiones formativas
3º trimestre, monitorización y cortes de indicadores
4º Trimestre evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0987

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE IBAÑEZ ALGORA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES NILSSON ANA KARIN
PENON GIMENO ANA
ESPARZA GARCIA CARMEN
ESCRICHE NAVAS MARTA
NAVARRO ASENSIO ELENA
GARVI SOLER PAULA
TAPIA VILLALBA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto es Inter-sectorial y Comunitario.
En enero de 2018 surge la idea de realizar un blogg del EAP de Casetas a manera de información y proyecto para la comunidad en colaboración con Sector Zaragoza 1(EAP Villamayor- Dirección Sector 1)
En abril de 2018 se contacta con la responsable de dicho blogg para poner en común las ideas e iniciar el proyecto realizando un boceto inicial.
A lo largo de julio, agosto y septiembre se esboza dicho proyecto, con alguna dificultad técnica.
Se incorpora la herramienta de traductor para que la información pueda ser asimilada por personas de distinta lengua y hacer más fácil su entendimiento.
En los meses de Noviembre Diciembre y Enero se han ido aportando entradas de interés Sanitario y Social.
En Septiembre iniciamos realización de vídeo de presentación y que será colgado en fechas próximas al 28 de febrero.
Se informa de dicho blogg en construcción en el consejo de Salud de la Zona para dar información a los Ayuntamientos y en el proyecto de Salud en Red Comunitaria en el que el EAP Casetas forma parte como proyecto del Sector Zaragoza 3.
Dejamos el enlace para que se pueda consultar https://centrodesaludcasetas.blogspot.com/

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento el número de visitantes ha sido de 433.
Dado que no está completo el blogg no se ha dado opción en la actualidad a los comentarios externos.
Cuando el proyecto esté en fase más avanzada se informará de la pagina a colegios y entidades comunitarias de la zona.
Se dará por concluido el proyecto cuando consideremos la fluidez de la información apta por parte del EAP y sus colaboradores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La información en red es parte importante de comunicación a la sociedad.
Puede ser una gran herramienta para los profesionales sanitarios y los usuarios del Sistema público de Salud.
Es importante la información fiable y la posibilidad de que se entienda en diversos idiomas.
Este proyecto está en construcción y esperamos que sea una herramienta que forme parte de el buen uso del sistema sanitario y de nuestro EAP.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto esta sin concluir, a lo largo del año 2019 se ira perfeccionando y se dará concluido como proyecto, aunque el blogg siga funcionando como una herramienta mas de información de nuestro EAP Casetas.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/987 ========== ***

Nº de registro: 0987

Título
BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

Autores:
ANDRES NILSSON ANA KARIN, IBAÑEZ ALGORA MARIA JOSE, PENON GIMENO ANA, ESPARZA GARCIA CARMEN, ESCRICHE MARTA, NAVARRO ELENA, GARVI SOLER PAULA, TAPIA VILLALBA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0987

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: comunitarias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: comunitarios

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El uso de las nuevas tecnologías se ha convertido hoy en día en herramienta fundamental para la información.
Desde el EAP de Casetas vemos la oportunidad de poner al servicio de la comunidad estas herramientas para transmitir información sanitaria fiable y de interés para los usuarios de nuestra Zona Básica de Salud (Casetas, La Joyosa, Pinseque, Sobradiel, Torres de Berrellen y Villarrapa).
En el momento en que la actividad Comunitaria es clave para el buen funcionamiento del sistema Sanitario, nuestro Equipo apuesta por crear un Blog para colaborar en esta actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
Transmitir a nuestros pacientes información básica y útil sobre servicios sanitarios, administrativos, optimización de recursos, cuidados de la salud, promoviendo la autonomía del paciente y su responsabilidad e incorporando las novedades de nuestro sistema sanitario (Salud Informa, alertas Sanitarias, actividades comunitarias)
Esperamos conseguir que nuestros usuarios utilicen esta herramienta comunitaria como complemento a la consulta sanitaria o administrativa.
Mejorar la colaboración y la confianza de la comunidad para la que trabajamos
Está dirigida a todos los usuarios, incluidos los pacientes pediátricos bajo supervisión familiar, incorporando la herramienta de traductor para que puedan acceder usuarios de distinta lengua facilitando su uso.
Este medio permite además recibir sugerencias del usuario y facilitando la posibilidad de interactuar con otros servicios al cuidado de las personas.

MÉTODO
Describir las acciones previstas para lograr los objetivos, el plan de comunicación, actividades de formación, de participación comunitaria, investigación, ... Describir los recursos previstos para cada acción (número de reuniones, trabajo de campo .... recursos materiales....). Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios.
Contactar con compañeras de otros sectores sanitarios con experiencia en este tipo de actividades.
Contactar con Servicios Informáticos del Sector 3 y con CAU para apoyo sobre el proyecto.
Contamos con la colaboración de profesionales del EAP para llevar a cabo este objetivo.
Promocionarlo a través de carteles en las consultas y a través del Consejo de Salud. I
información a los ayuntamientos
El Blog está en construcción.

INDICADORES
- Recuento de visitantes del blog.
- Número de consultas y sugerencias recibidas.
- Participación de los profesionales en la información publicada y consultas atendidas.
- Consulta a los ayuntamientos sobre su interés y el de su población en la información que se pone a su disposición y recepción de sus propuestas.
- Consulta directa a los pacientes/usuarios.
- Registro de reclamaciones.
- Encuestas de satisfacción.

DURACIÓN
ENERO DE 2018: CONSTRUCCION DEL BLOG. CONTAMOS CON PROFESIONALES DEL SECTOR 1 PARA SU INICIO.
MARZO DE 2018: FORMACIÓN DE USO Y MANTENIMIENTO.
MAYO 2018: SE ENVÍA PROYECTO.
JUNIO 2018: SE INICIA DESARROLLO CON PRESENTACIÓN AL EAP. REALIZACION DE AUDIOVISUAL.
JULIO A DICIEMBRE 2018 SE REALIZARAN LAS ACTUALIZACIONES
POSTERIORMENTE PERMANENCIA DEL BLOG EN LA RED DE MANERA CONTINUADA

OBSERVACIONES
ES UN PROYECTO INTER-SECTORIAL EN EL QUE COLABORA Mª JOSE IBAÑEZ ALGORA ADMINISTRATIVA DE DIRECCION SECTOR 1

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0987

1. TÍTULO

BLOG CENTRO DE SALUD CASETAS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0988

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MARCOS CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL SOLDEVILA SUSANA
JIMENO MONZON ANA
JULVE VILLUENDAS ISABEL
NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES
PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO
RUIZ GARCES JORGE
RUBIO CAVERO RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A finales de 2017 se realizó una obra para adecuar el ala izquierda del centro de salud para reunir allí las consultas destinadas a la atención urgente y continuada. Tras la obra queda una consulta para urgencia vital, donde está el carro de paradas y el material necesario para la atención a la urgencia centralizado. En esa sala se sitúa el enfermero de guardia en horario de urgencias. Dos consultas similares para ambos médicos de guardia, con el material necesario para el pase de consulta. Todas las salas están comunicadas entre sí. Hay un pequeño cuarto que se destina a aerosolterapia (adjunto al cuarto de vitales y de enfermería). Se habilitó un aseo para el público. Se habilitó la sala de espera con asientos suficientes. Con esta nueva distribución se limitaba el flujo de pacientes a esta área durante el horario de urgencias y se cierra el acceso al resto del centro de salud, que antes quedaba abierto y sin vigilancia durante todo el horario de atención continuada.
A la vez que se hizo el cambio del área de urgencias se aprovechó para revisar los listados de ISO de carro de paradas y de maletines de coche. En el Salud Aragón no hay disponible un listado unificado de carro de paradas ni de maletín, aunque hay en marcha grupos de trabajo en esta línea. Antes de revisar esto, vimos protocolos de otras comunidades autónomas y también los listados que hay disponibles en la ISO de otros centros de salud, de este proceso conseguimos valorar la parte de los materiales que nos parecía adecuada y detectar alguna carencia en la que no habíamos reparado.
Se trabajó en equipo médicos y enfermería del centro de salud para mejorar la distribución y material necesarios en cada una de las consultas, con el objetivo de que el área de urgencias tuviera el material necesario para el trabajo en las guardias y la necesidad de ir al almacen central (en la otra parte del centro de salud) fuera sólo ocasional. Se retiraron materiales y fármacos duplicados así como los que no eran de uso en la consulta de urgencias. Se pidió material extra que no estaba disponible previamente. Se han instalado gavetas y puesto 2 mesas a modo de bancada en la sala principal de urgencias para permitir el trabajo más cómodo y rápido del personal. En las gavetas se ha tipificado cada fármaco tanto con el principio activo como con el nombre comercial y con el nº de unidades recomendadas(stock).
Hasta este año, 2-3 personas se encargaban de la revisión del contenido y caducidades del carro maletín y sala de urgencias. En los últimos meses se ha puesto en marcha una rueda donde se implica por parejas a todos los médicos y enfermeros del centro. Se insiste mucho al personal del centro que cuando algo se use, especialmente del maletín de urgencias y del carro de paradas se reponga y que no se coja de esta sala material para reponer el maletín personal, así como no se dejen coas cercanas a caducar, porque se rompe el control de caducidades.
Se han realizado sesiones de actualización en RCP para todos los profesionales. En la sala de urgencias si han puesto algoritmos de RCP, RCP pediátrica y SCACEST.
En contexto de cambio de coche por el problema de haber sufrido un accidente de tráfico con el anterior, se revisó material que había en el coche fuera del maletín, para optimizar este contenido.
De manera informal varias enfermeras del servicio de urgencias realizan un triaje a la llegada de los pacientes, especialmente cuando la demora para la atención médica es elevada por ser momentos de mucha demanda (invierno, festivos, final de mañanas y tardes), este triaje informal, (preguntan motivo de consulta y datos claves para valorar gravedad) permite que enfermería informe al médico si algun paciente debe ser valorado antes o bien debe ser de atención inmediata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Cambio de área de urgencias, con actividad desde otoño 2018.
-Organización del área de urgencias, optimización de almacenaje y orden del material en gavetas.
-Revisión de listados ISO de carro de paradas y de maletín de urgencias.
-Formación del personal en rcp mediante sesión clínica.
-Implicación de todo el equipo en la revisión de contenido y caducidades del carro de paradas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A partir de la oportunidad que supuso la posibilidad de hacer obras en el centro de salud, se ha revisado el proceso de atención a la urgencia, que es uno de los principales del centro, que al ser rural está abierto 24 horas todos los días del año. Al implicar en el mismo a gran parte del pesonal y en los procesos de revisión a todos, se ha mejorado el conocimiento del material y se ha tomado parte activa en el proceso de toma de decisiones, lo que contribuye a la implicación y responsabilidad de todos en la atención a la urgencia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0988

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Hubo retrasos en la puesta en marcha del nuevo área de urgencias por falta de material.

*** ==================================== Resumen del proyecto 2018/988 ==================================== ***

Nº de registro: 0988

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Autores:
MARCOS CALVO MARIA PILAR, GIL SOLDEVILA SUSANA, JIMENO MONZON ANA, JULVE VILLUENDAS ISABEL, NAVARRO PEIRO MARIA ANGELES, PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO, RUIZ GARCES JORGE, RUBIO CAVERO RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención a la urgencia es un punto sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones: Variabilidad en los criterios de atención urgente, diferencias profesionales en formación e implicación, inadecuada organización y mantenimiento de la sala de urgencias y maletines, inadecuado uso por parte de la población del CS en horario de AC.

RESULTADOS ESPERADOS
Recientemente se ha realizado una obra para adecuar el área de urgencias para la atención a los pacientes en urgencias. Por esta situación se plantea en el CS la necesidad de revisar y optimizar el proceso de atención al paciente urgente que ya se venía realizando en unas condiciones muy adecuadas por el trabajo de años anteriores. Este proceso es uno de los principales del centro, ya que al ser rural el horario de atención continuada es de 15 horas los lectivos y las 24 horas los festivos. El CS es referente de resolución de la atención urgente para la población, que confía en el equipo, y esto se refleja en la alta frecuentación y uso del horario de atención continuada. Somos conscientes de que se debe trabajar en la educación sanitaria de la población para no sobrecargar el servicio y optimizar la atención a los casos más críticos, urgentes o a los pacientes más frágiles.Objetivos:Revisar el procedimiento ya existente (Documento ISO) con los contenidos básicos del carro de paradas y maletines y material del coche de avisos y su revisión.Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada con el resto de los centros de Salud.Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del Centro, como en un aviso domiciliario. Conseguir mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención.

MÉTODO
Revisar el protocolo ya consensuado y establecido de contenido y revisiones del carro de parada y maletín de urgencias y coche de urgencias(documento ISO).Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente..Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente.Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.Revisar protocolos de atención a la patología más prevalente en urgencias, tanto en población adulta como pediátrica.Revisar información escrita para entregar al paciente.Realizar sesión clínica para comunicar evolución del plan de mejora al EAP.Reducir demanda urgente inadecuada, para ello: Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.Establecer un sistema de triaje para determinar el grado de urgencia y contribuir a resolver la demanda.Revisión uso correcto de test rápidos de diagnóstico: estreptotest, combur test.Revisar estadísticas de uso de urgencias: número de pacientes, fechas, horarios, pacientes críticos y/o difíciles, para valorar adecuación del personal en cada guardia.Revisión mediante gestión de incidencias ISO de situaciones de violencia o riesgo para el sanitario como indicador crítico.Redactar un apartado dentro del Manual de Acogida ISO del Centro de Salud, para que con su lectura pueda conocerse la actividad en el área de urgencias.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0988

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD CASETAS

Creación de un documento en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente. (fuente de información (FI) existencia del documento)Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no Objetivo: Existencia de dicho documento.Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo.Objetivo: Superior al 80%.FI: informe del centro y/o visita al EAP.Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP.Objetivo 80%FI: informe del centro actas firmadas.Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector.Objetivo 80% .FI: informe del centro actas firmadas-Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (documentos ISO) Objetivo 80% FI: informe del centro y/o visita al EAP.Realización de material informativo par la población con las indicaciones de uso adecuado de la atención continuada/urgente. FI: Memoria actividades Centro de Salud.Detección de Incidentes críticos en la atención continuada y urgente. FI: Documento Registro Incidencias ISO.Realización apartado Manual de Acogida, atención continuada/urgente.FI: Manual de Acogida ISO.

DURACIÓN
De mayo a diciembre de 2018. Se prevé continuar hasta el total desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MYRNA CELESTE VEREAU MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCOS CALVO MARIA PILAR
GARVI SOLER PAULA
MARTIN RICO MARIA ANGELES
NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA
GARCIA SACRAMENTO CRISTINA
GONZALO TOLA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EN ABRIL DE 2018 SE REALIZA REUNIÓN DE EQUIPO CON PROYECTOS DE CARTERA DE SERVICIOS.
SE DECIDE APROBACIÓN DE PROYECTOS DADA LA POSIBILIDAD DE PERSONAL DE APOYO PARA CUMPLIR OBJETIVO DE CARTERA, EL CUAL NO SE INCORPORA HASTA MEDIADOS DE SEPTIEMBRE.
EN ENFERMERÍA, PARTE IMPORTANTE PARA LA CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS, DICHO PERSONAL ES DENEGADO.
A LO LAGO DEL VERANO, ÉPOCA DE MENOR CARGA ASISTENCIAL EN TEORÍA, NOS VEMOS OBLIGADOS A REALIZAR SUSTITUCIONES POR FALTA DE PERSONAL SANITARIO.
SE INFORMA EN CONSEJO DE SALUD DE DICHO PROYECTO
SE INICIA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL CON INCLUSIÓN DE PERSONAS DE RIESGO
RECIBIMOS LISTADO DE ENFERMOS CON IC QUE ES ENTREGADO A LOS MAP.
HASTA MEDIADOS DE SEPTIEMBRE NO CONSEGUIMOS DICHO PERSONAL DE APOYO EN MEDICINA Y DADA LA FALTA DE PERSONAL DE SUSTITUCIÓN, DEBE REALIZAR UN PAPEL DE SUSTITUCIÓN MÁS QUE DE APOYO A CARTERA.
EN ENERO DE 2019 PODEMOS COMENZAR CON DICHO PROYECTO POR PARTE DE LOS MÉDICOS DEL EQUIPO.
EN FEBRERO DE 2019 SE REALIZA REUNIÓN DE EAP PARA EXPLICAR PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ACTUACIÓN PARA POTENCIAR LOS CUIDADOS Y ADECUAR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
A LO LARGO DEL MES DE FEBRERO SE PUEDE EMPEZAR A DESCARGAR A LOS MAP DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL PARA PONER CONTINUIDAD AL PROYECTO SECTORIAL DE I.C.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
IMPLEMENTACIÓN DE GUIAS CLÍNICAS: SESIÓN DE EQUIPO
FORMACIÓN: SESION DE EQUIPO
VACUNACION A PERSONAS DE RIESGO
PENDIENTES DE DATOS ESTADÍSTICOS SACADOS DE OMI AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO SE CONSIDERA EN DESARROLLO
LA GRAN CARGA ASISTENCIAL DEL MAP NECESITA DE TIEMPO PARA DAR UNA ASISTENCIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO Y POLIMEDICADO QUE NO SE CONSIGUE EN LA CONSULTA DÍA A DÍA.
SE NECESITAN MAS RECURSOS HUMANOS Y ACCESIBILIDAD A FORMACIÓN E INTERRELACIÓN CON ESPECIALISTAS.

7. OBSERVACIONES.
NO HEMOS CONSEGUIDO CONTACTAR CON CARDIOLOGO DE REFERENCIA.
DADO EL CAMBIO DE PROFESIONALES EN NUESTRO EAP QUIEN ENVÍA EL RESUMEN DEL PROYECTO, NO ES LA PROFESIONAL INICIALMENTE ENCARGADA. POR LO QUE MÁS ADELANTE MANDAREMOS OTRO PROFESIONAL RESPONSABLE SIN EXCLUIR AL RESTO DE LOS PARTICIPANTES

*** ========== Resumen del proyecto 2018/990 ========== ***

Nº de registro: 0990

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS CASETAS

Autores:
VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE, ANDRES NILSSON ANA KARIN, MARCOS CALVO MARIA PILAR, GARVI SOLER PAULA, MARTIN RICO MARIA ANGELES, NAVARRO SUBSIERRA MARIA LUISA, GARCIA SACRAMENTO CRISTINA, GONZALO TOLA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC. Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
3. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
4. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

INDICADORES
1. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
2. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
4. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
5. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados /Comunitaria: mayo-noviembre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0990

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN EAP CASETAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1630

1. TÍTULO

TALLER PARA CUIDADORES "CUIDAR Y CUIDARSE"

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... OLGA SANCHEZ MATEO
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ BUEY MILAGROS
LOPEZ LAPEÑA ELENA
PENON GIMENO ANA MARIA
ANDRES NILSSON ANA KARIN
JIMENO MONZON ANA ISABEL
RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este taller lo que pretende es a través de la información y de la formación de las cuidadoras éstas tengan una mejor calidad de vida y puedan afrontar cón más recursos su realidad diaria.
Año 2017 Actividades realizadas:
- Febrero : Realización Taller Cuidadoras
- Junio : Realización Taller Cuidadoras
- Novienbre : Realización Taller Cuidadoras.

Material empleado : Carteles,dipticos,vídeos,power point, camilla, folios..

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Objetivo Principal es promover el autocuidado por parte de los asistentes al taller, tanto a nivel físico cómo a nivel psicologico.
Cómo objetivos especificos se han alcanzado:
- Reforzar y potenciar los conocimientos de cuidados básicos
- Dotar a las cuidadoras de la información,conocimientos y habilidades necesarias que le ayuden a desarrollar eficazmente su papel de cuidadoras.
- Mejorar el nivel de información sobre recursos sociales enfocados hacia personas dependientes y sus cuidadores. Incorporar técnicas de higiene postural.
- Mejorar la percepción de la autoestima así cómo aprender a gestionar la esfera emocional.

En nuestro objetivo cómo equipo se encuentra la continuidad del proyecto incluyendo más sesiones, lo idoneo seria una sesión cada dos meses

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La experiencia ha resultado ser muy positiva y enriquecedora tanto para las cuidadoras cómo para los profesonales.
Se han conseguido los objetivos propuestos por el equipo.
Nos motiva seguir realizandolo,parte de los responsables del proyecto no se encuentran en la actualidad en el Centro de Salud, pero se han comprometido para continuar con el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1630 ========== ***

Nº de registro: 1630

Título
TALLER CUIDADORES. CUIDAR Y CUIDARSE

Autores:
SANCHEZ MATEO OLGA, SANCHEZ BUEY MILAGROS, LOPEZ LAPEÑA ELENA, ANDRES NILSSON ANA KARIN, PENON GIMENO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1630

1. TÍTULO

TALLER PARA CUIDADORES "CUIDAR Y CUIDARSE"

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL AÑO PASADO SE INICIO PROYECTO COMUNITARIO COMO APOYO AL CUIDADOR DE PACIENTES DEPENDIENTES.
SE REALIZARON 2 SESIONES CON AMPLIA PARTICIPACIÓN.
NUESTRA PROPUESTA ES LA CONTINUIDAD DE EL PROYECTO

RESULTADOS ESPERADOS
CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO POR PARTE DE LOS ASITENTES AL TALLER A NIVEL FISICO COMO PSICOLOGICO

MÉTODO
TALLERES PRESENCIALES SEGÚN DEMANDA DE LA POBLACIÓN DANDO COMO NUMERO IDONEO LA PRESENCIA DE 5 - 6 PARTICIPANTES
REALIZACION DE TALLERES DE ESPALDA SANA.
EN NUESTRO OBJETIVO ESTA LA REALIZACION DE UN CORTO CON LOS PARTICIPANTES COMO FORMA DE CONSEGUIR UNA MAYOR INVOLUCRACIÓN EN EL PROYECTO
POSIBILIDAD DE SERVICIO DE GUARDERIA PREVIO AVISO

INDICADORES
NUMERO DE SESIONES REALIZADAS CUATRIMESTRALMENTE
NUMERO DE PARTICIPANTES
NUMERO DE TALLERES DE ESPALDA SANA.
ENCUESTA DE SATISFACCION Y EVALUACION
TEST DE CARGA DE CUIDADOR

DURACIÓN
INICIO DE SESIONES EN SEPTIEMBRE SEGUN DEMANDA COMUNITARIA

OBSERVACIONES
chezm@salud.aragon.es

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0678

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA SANCHEZ MATEO
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS CASETAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDRANO ALCAY LIDIA
MARZAL CALVO DOLORES
LOPEZ GREGORIO ALICIA
TAPIA PEREZ ANA
TAPIA VILLALBA MERCEDES
GALLEGO RODRIGO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo de éste taller es mejorar la calidad de vida de las cuidadoras, proporcionandoles estrategias y recursos para desarrollar eficazmente su papel de cuidadoras.
Año 2018 Actividades Realizadas:
Mayo - Junio.- Realización del taller de cuidadoras (ocho sesiones)
octubre - Noviembre.- Realización del taller de cuidadoras (ocho sesiones)
Material empleado: Carteles, dípticos, videos, power point, camilla, esterillas, folios...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal es promover el autocuidado por parte de laos asistentes al taller, tanto a nivel físico cómo a nivel psicológico
Cómo objetivos especificos se han alcanzado:
- Dotar a las cuidadoras de la información,conocimientos y habilidades necesarias que le ayuden a desarrollar eficazmente su papel de cuidadoras.
- Reforzar y potenciar los conocimientos de cuidados básicos
- Mejorar el nivel de información sobre recursos sociales enfocados hacia personas dependientes y sus cuidadores, incorporando técnicas de higiene postural .
- Mejorar la percepción de autoestima así cómo aprender a gestionar la esfera emocional
A través de los resultados de las encuestas proporcionadas sabemos que es un taller muy bien valorado por las cuidadoras, considerándolo cómo un recurso necesario en la comunidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En nuestro objetivo se encuentra la continuidad del proyecto
Haciendo dos convocatorias al año en función del número de cuidadoras.
La experiencia es muy positiva y enriquecedora tanto para las cuidadoras cómo para los profesionales ésto nos motiva para seguir realizandolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/678 ========== ***

Nº de registro: 0678

Título
"CUIDARTE"

Autores:
SANCHEZ MATEO OLGA, MEDRANO ALCAY LIDIA, MARZAL CALVO DOLORES, LOPEZ GREGORIO ALICIA, TAPIA PEREZ ANA, TAPIA VILLALBA MERCEDES, GALLEGO RODRIGO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASETAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobrecarga del cuidador/ Atención psicológica
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0678

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Gran parte de las personas dependientes reciben el cuidado que precisan por parte de la cuidadora principal, sobre la que recae la mayor parte de responsabilidad y cuidados,esto hace que se cree una fuerte dependencia de la persona dependiente hacia su cuidadora,esta dependencia repercute en varias áreas de la vida de la cuidadora,provocando el "sindrome del cuidador". Este taller lo que pretende es que a través de la información y de la formación de las cuidadoras éstas tengan una mejor calidad de vida y puedan afrontar con mas recursos su realidad diaria.

RESULTADOS ESPERADOS
La población a la que va dirigida es a cuidadoras de personas dependientes.
El objetivo principal es promover el autocuidado por parte de los asistentes al taller tanto a nivel emocional y psicologico cómo a nivel físico.
Los objetivos especificos son:
- Encontrar un espacio donde se sientan comprendidas y escuchadas.
- Mejorar la percepción de la autoestima así como aprender a gestionar la esfera emocional aplicando los conocimientos aprendidos en el taller.
- Manejo positivo de la soledad y gestionar adecuadamente las emociones.
- Reforzar y potenciar los conocimientos de cuidados básicos
- Incorporar tecnicas de higiene postural y movilizaciones.

MÉTODO
Al detectar desde la consulta la necesidad por parte de las cuidadoras de una atención más enfocada en aspectos emocionales y de autocuidados,se consideró esencial impartir un taller especifico para ésta necesidad.
Se realizarón test de carga del cuidador para saber el nivel de carga en cada uno de los asistentes,y comprobar la necesidad de cada uno de ellos.
Febrero 2018:
Propuesta del proyecto al EAP, aceptación del proyecto por parte del EAP.
Marzo 2018:
Creación del equipo responsable del proyecto
Obtención del material y divulgación del mismo (dipticos, carteles)
- Reunión informativa al EAP
- Información al Consejo de Salud de Casetas, difusión a la población.
Abril 2018 :
Información del proyecto a la población.
Mayo - Junio 2018 :
Creación del primer grupo de cuidadores y realización de las sesiones
Noviembre-Diciembre 2018:
Creación del segundo grupo de cuidadores y realización de las sesiones.

INDICADORES
nº de cuidadores que acuden
---------- x 100
nº de cuidadores captados en talleres anteriores

nº de cuidadores captados
---------- X 100
nº de pacientes dependientes en la zona basica de salud

Número de sesiones dadas.

DURACIÓN
Son dos talleres a realizar:
El prrimero en Mayo-Junio y el segundo en Noviembre-.Diciembre
En cada taller se impartirán ocho sesiones de una hora y media de duración en cada una de ellas.
Se realizarán ocho sesiones presenciales de una hora y media de duración en cada una de ellas.
Los participantes en principio el número idoneo es diez
Sesiones:
1.- Ques es el grupo? cómo cuidarnos a nosotras mismas.
2.- Necesidades Humanas y Habitos saludables.
3.- Aprendiendo a sentirnos bien.
4.-La soledad,tipos,carácteristicas y estrategias para la prevención y el manejo positivo de la soledad
5.- Autoestima
6.-Comunicación con el entorno y Gestón del tiempo libre.
7.-Cuidados esenciales ante el paciente (higiene,alimentación,aseo,cámbios posturales ..)
8.- Espalda sana..

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0678

1. TÍTULO

"CUIDARTE"

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1631

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ABELARDO DEL CAMPO PASTOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALEGRE LOPERENA ANTONIO
GONZALEZ BARRIO ISIDORO
BOLDOVA AGUAR CARMEN
PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE
TORRES ORTEGA ALBA
TERRAZAS IMAZ BEATRIZ
DUARTE CARCAS ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Reunión para presentar el proyecto de calidad a los nuevos componentes del equipo y asignación de tareas.
2. Reuniones sucesivas: octubre y diciembre de 2017 y enero de 2018.
3. Revisión del maletín de urgencias, carro de paradas y organización del material sanitario de la sala de urgencias.
4. Elaboración de un maletín específico para las urgencias pediátricas.
5. Realización del Curso de Parada Cardiorrespiratoria (organizado por el SALUD en el mes de junio de 2017). Al mismo asistieron el 95% del personal del centro y el 100% del personal sanitario.
6. Control mensual de reposición y caducidades del material sanitario mediante registro escrito.
7. Propuesta de revisión periódica (mensual) del maletín y sala de urgencias por todo el equipo del centro (médico y enfermera).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mejora en el conocimiento y manejo del material sanitario y sala de urgencias por parte de todo el equipo.
2. Disminución en el riesgo de errores en relación con material caducado.
3. Actualización de la medicación según necesidades observadas.
4. Aumento de la participación e implicación de los profesionales en la gestión.
5. Indicadores utilizados: “Procedimiento Operativo de Control y Gestión de los Botiquines de Medicamentos en los Centros de Salud, PO-01_Z3(P)E”

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas
-Valoración muy positiva por la importancia de mantener las condiciones adecuadas para la atención urgente en el centro.

2. Aspectos pendientes:
-Organización y puesta en marcha de la revisión periódica (mensual) del maletín y sala de urgencias por todo el equipo del centro (médico y enfermera).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1631 ========== ***

Nº de registro: 1631

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
ALEGRE LOPERENA ANTONIO, DEL CAMPO PASTOR ABELARDO, GONZALEZ BARRIO ISIDORO, PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE, TORRES ORTEGA ALBA, TERRAZAS IMAZ BEATRIZ, DUARTE CARCAS ALICIA, CASTILLO BAQUEDANO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1631

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo. Si/no

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1665

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA CONCHELLO GIMENEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRANZ ALFARO ALFREDO
GIL CORTES MARIA TERESA
NAVARRO DIAZ ISABEL
UCEDO APARICIO ANA
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIDOS 20 D NOVIEMBRE ESTA COMISION, SE COMUNICA EL RESULTADO AL EQUIPO DEL CS. DELICIAS NORTE. EL RESULTADO LO APRUEBA TODO EL EQUIPO Y SE COMIENZA A LA GENERACION DE AGENDAS PARA LA DEMANDA NO PRESENCIAL. SE ACUERDA PRÓXIMA REUNI EL 10 D DICIEMB. CON LOS TRABAJOS YA REALIZADOS PARA COMUNICAR AL PACIENTE LAS VENTAJAS QUE SE VAN A LLEVAR A CABO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE GENERAN 8 HUECOS EN LAS AGENDAS DE MEDICINA, ENFERMERIA, MATRONA Y ASISTENTE SOCIAL PARA MEDIR LA DEMANDA NO PRESENCIAL.
SE COMUNICA AL PACIENTE QUE PODRA CONSULTA RESULTADO DE PRUEBAS, RECETA ELECTRONICA, ETC... DE MANERA TELEFÓNICA SIN TENER QUE PASAR POR CONSULTA. LA ACOGIDA ES SATISFACTORIA POR EL PACIENTE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL OBJETIVO DE ESTE PROYECTO ES ALCANZADO DE MANERA POSITIVA CREANDO UNA DISMINUCION DE PACIENTES EN LAS CONSULTAS PARA MOTIVOS BUROCRÁTICOS, QUEDANDO UNOS ESPACIOS DE TIEMPO MUY IMPORTANTES PARA OTRAS PATOLOGIAS CON EL PACIENTE PRESENCIAL.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1665 ========== ***

Nº de registro: 1665

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA, HERRANZ ALFARO ALFREDO, URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1665

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1302

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA FE GONZALEZ MIR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPOS ABELARDO
BASELGA MARTIN MARIA LUISA
SERRANO ANDRES PILAR
UCEDO APARICIO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todos los lunes de 17 a 18 horas he realizado ejercicio fisico con ancianos fragiles. He relizado ejercicios aerobicos, de resistencia y en menor numero de fuerza

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La adherencia a la actividad se ha mantenido en un 80% la mayoria de los dias
Han mantenido los resultados de los test realizados
Desde septiembre he aumentado el numero de ancianos a 20
Hemos perdido a un anciano por haber presentado un ictus y tener muchas dificultades para desplazarse
Ninguno de los participantes ha sufrido caida en el año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es muy importante pautar desde atencion primaria ejercicio fisico monitorizado como algo habitual desde porque mejora la salud psico-fisica, disminuye la toma de analgesicos, mejora la autoestima de los ancianos

7. OBSERVACIONES.
DEBERIA INCLUIRSE EN CARTERA DE SERVICIOS COMO UNA ACTIVIDAD MAS, CON MONITORES ESPECIALIZADOS, UTILIZANDO LOS SERVICIOS DE AYUNTAMIENTO.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1302 ========== ***

Nº de registro: 1302

Título
EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

Autores:
PINILLA LAFUENTE MARINA, BASELGA MARTIN MARIA LUISA, MARTIN ABAD LUCIA, CASTILLO MALABIA SAGRARIO, GONZALEZ MIR MARIA FE, UCEDO APARICIO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Disminuir la incidencia de fracturs de cadra
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro centro de salud hay 13% mayores de 75 años, en mi cupo llegan al 18.5. De estos hasta un 35% son dependientes para las actividades de la vida diaria. El ejercicio se ha demostrado eficaz para disminuir la fragilidad, disminuir la incidencia de fracturas y aumentar la autoestima

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar de forma oportunista en las consultas de atención primaria ancianos frágiles, mayores de 75 años con barthel por encima de 90 y alta fragilidad

MÉTODO
Todos los lunes en el centro cívico Delicias de 17 a 18 horas ejercio, movilizando todas las articulaciones,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1302

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN EL ANCIANO FRAGIL

ejercicios de equilibrio, coordinación y pesas

INDICADORES
Comenzamos en septiembre de 2016 con 16 ancianos, ninguno de los cuales podia realizar, los tes de equilibrio, de la marcha y levantarse de la silla. Alos 5 meses el 90% realizabal los ejercicios correctamente. Se mantienen a los 8 meses

DURACIÓN
A pesar de que la actividad la realizo fuera del hrario laboral, mi intención es continuar haciéndola porque son los ancianos lo que me lo piden

OBSERVACIONES
Este año me ha ayudado un alumno de la universidad de San Jorge que ha presentado el proyecto como TFG.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1617

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EAP DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARINA PINILLA LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de junio reparti personalmente a cada medico la hoja con los paciente de su cupo que tenian prescrito parches de lidocaina, indicandoles que su uso solo esta indicado en neuralgia posherpetca y por periodo corto
En Octubre hice una reunion a la que asistieron menos de la mitad de los medicos para presentar los resultados hasta septiembre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estatinas en prevencion secundaria: hemos bajado 0.6%
Seleccion eficiente de estatinas . bajamos un o.2%
Hipolipemiantes en prevencion primaria: bajamos:0.1%
Medicamentos inapropiados en ancianos:bajamos0.1%
Medicamentos con riesgo anticolinergico : bajamos 0.3%
Inhibidores de la bomba de protones: bajamos 0.3%
Uso de antibioticos en pediatria se cumplen los objetivos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la importancia de la adecuada prescripcion seria necesario realizar formacion a los profesionales de mi equipo dado el poco intetes que suscita

7. OBSERVACIONES.
Creo que tambien deberia controlarse el buen uso de los antibioticos en medicina de familia por las implicaciones que tiene el abuso y las resistencias.
El uso de estatinas en prevencion secundaria hasta que edad???

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1617 ========== ***

Nº de registro: 1617

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS NORTE

Autores:
PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISLIPEMIAS, TRATAMIENTO DEL DOLOR, ANTIBIÓTICOS EN PEDIATRÍA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1617

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EAP DELICIAS NORTE

-estatinas de menor eficiencia,
-parches de lidocaína,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1631

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ABELARDO DEL CAMPO PASTOR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALEGRE LOPERENA ANTONIO
GONZALEZ BARRIO ISIDORO
BOLDOVA AGUAR CARMEN
PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE
TORRES ORTEGA ALBA
TERRAZAS IMAZ BEATRIZ
DUARTE CARCAS ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Reunión para presentar el proyecto de calidad a los nuevos componentes del equipo y asignación de tareas.

2. Reuniones sucesivas: octubre y diciembre de 2017; enero de 2018 y junio 2018

3. Revisión del maletín de urgencias, carro de paradas y organización del material sanitario de la sala de urgencias.

4. Elaboración de un maletín específico para las urgencias pediátricas.

5. Realización del Curso de Parada Cardiorrespiratoria (organizado por el SALUD en el mes de junio de 2017). Al mismo asistieron el 95% del personal del centro y el 100% del personal sanitario.

6. Realización de control quincenal de reposición y caducidades del material sanitario del maletín,carro de paradas y sala de urgencias por todo el equipo del centro (médico y enfermera) mediante registro escrito.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mejora en el conocimiento y manejo del material sanitario y sala de urgencias por parte de todo el equipo.

2. Disminución en el riesgo de errores en relación con material caducado.

3. Actualización de la medicación según necesidades observadas.

4. Aumento de la participación e implicación de los profesionales en la gestión.

5. Indicadores utilizados: “Procedimiento Operativo de Control y Gestión de los Botiquines de Medicamentos en los Centros de Salud, PO-01_Z3(P)E”

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración muy positiva por la importancia de mantener las condiciones adecuadas para la atención urgente en el centro y domicilio.
Todo el personal sanitario sabe donde está el material que se ha de emplear.
Realización de un registro de revisiones de material sanitario y medicación empleado en urgencias

2. Aspectos pendientes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1631 ========== ***

Nº de registro: 1631

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1631

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

ALEGRE LOPERENA ANTONIO, DEL CAMPO PASTOR ABELARDO, GONZALEZ BARRIO ISIDORO, PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE, TORRES ORTEGA ALBA, TERRAZAS IMAZ BEATRIZ, DUARTE CARCAS ALICIA, CASTILLO BAQUEDANO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo. Si/no

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1631

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1640

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALBA TORRES ORTEGA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones semanales de 2 horas de duración en el que acuden las madres con sus bebés y se ponen en común dudas relacionadas con la lactancia-crianza

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Poco éxito, el número de participantes varía entre 2-5 cada semana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Habría que potenciar la participación de las futuras mamas en la consulta de la matrona y de las mamas recientes en la consulta de pediatría.
Quizá que la población a la que va dirigida la actividad sea mayoritariamente inmigrante de distintos países con sus caracterísiticas culturales diferentes hace que no se animen a participar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1640 ========== ***

Nº de registro: 1640

Título
GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA

Autores:
JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA NIEVES, BARRANCO MORENO PILAR, CONTE GALVEZ MARTA, GARCIA ARANDA CONCEPCION, PINA ARANCHA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Primero haríamos un estudio de prevalencia de lacatancia materna en nuestra zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida del lactante y complementaria hasta los 2 años.

MÉTODO
Realizar sesiones grupales con las madres y uno o más colaboradores del proyecto (matrona y enfermera ó pediatra o MAC) en la sala de la matrona con periodicidad semanal o quincenal dependiendo de la demanda de dos horas de duración

INDICADORES
Prevalencia de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años al inicio, durante y al final del proyecto, así como la satisfacción de las madres y de los profesionales.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1640

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA

Un año renovable de forma indefinida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0733

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL LAVEDAN SANTAMARIA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA LAFUENTE MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Todos los lunes, de 17 horas a 18 horas, en el centro cívico Delicias: ejercicio físico monitorizado:
- Movilización articular
- Ejercicios de equilibrio
- Tonificación muscular
- Elasticidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un 15,78% de los pacientes mejoran su equilibrio, el 73,68% mejoran la velocidad de la marcha y el 36,84% mejoran en el test de levantarse de la silla. De forma global, el 78,94% han mejorado y consiguen un 44,24% de la mejoría posible. Además, destaca una disminución de las caidas, en los 3 meses previos un 15,78% ha´bían sufrido al menos 1 caida y durante los 6 meses analizados un 0% de caidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dados los buenos resultados de este proyecto, la realización de ejercicio físico monitorizado y adaptado debería ser un pilar fundamental en el manejo de pacientes frágiles de nuestra comunidad, considerandose este una actividad necesaria para un envejecimiento saludable.

7. OBSERVACIONES.
Desde las instituciones sanitarias debería promoverse el ejercicio e instaurarse la figura de un monitor de ejercicio físico en todos los centros de salud.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/733 ========== ***

Nº de registro: 0733

Título
PREVENCION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO MEDIANTE EJERCICIO FISICO MONITORIZADO

Autores:
LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL, PINILLA LAFUENTE MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anciano frágil
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población de referencia es anciana, detectando gran fragilidad, polifarmacia, poca actividad física, sin disponer en la actualidad de otros programas de actividad física monitorizada; que se ha demostrado que previene la fragilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
* La población diana son mayores de 70 años con un Barthel mayor de 90.
Obejtivos:
- Adherencia a la actividad física.
- Disminuir las caidas que precisen asistencia sanitaria.
- Disminuir la polifarmacia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0733

1. TÍTULO

EJERCICIO FISICO MONITORIZADO EN ANCIANO FRAGIL

MÉTODO
Todos los lunes, de 17horas a 18horas, en el centro cívico Delicias: ejercicio físico monitorizado:

- Movilización articular
- Ejercicios de equilibrio
- Tonificación muscular
- Elasticidad

INDICADORES
% de usuarios que han acudido de forma regular a realizar la actividad.

% de caidas que han precisado asistencia sanitaria durante el perioro de actividad.

% reducción de fármacos.

DURACIÓN
1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARINA PINILLA LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ARANDA CONCEPCION
LOPEZ MAS ROSA MARIA
LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Asistencia a la jornada de IRASPROA el 13 de Abril de 2018, difusion de esta jornada en el centro de salud, sesion de antibioticos en el equipo con la difusion de los principios generales del PROA el 16 de Octubre con asistencia del 70% de los profesionales. Colocacion de los posters en el centro : Antibioticos solo cuando sean necesarios. Firma del compromiso de los profesionales sobre el buen uso de los medicamentos. Presencia de salvapantallas en todos los ordenadores de los profesionales del equipo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estoy como responsable en el centro de salud del buen uso de los antibioticos
13 de Diciembre 2018 sesion sobre infecciones de vias respiratoias altas. Asistencia de 50% de los profesionles
20 de Diciembre de 2018 sesion sobre infecciones respiratorias de vias bajas. Asistencia 50% de los profesionales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
He observado que los profesionales tienen interes en el tema, les parece muy importante que los antibioticos se usen solo cuando son necesarios.
Ha quedado pendiente que no he logrado que asistan a ninguna sesion los medicos de atencion continuada aunque estaban convocados. Este años,tengo prevista otras 2 sesiones sobre infeccones urinarias y de transmision sexual

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/769 ========== ***

Nº de registro: 0769

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Autores:
PINILLA LAFUENTE MARINA, GARCIA ARANDA CONCEPCION, SANZ MARTINEZ DIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: IRAS
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
España es el segundo pais de Europa despues de Grecia, en el que mas ha aumentado el consumo de antibioticos en el año 2016, Aragon se encuentra por debajo de las cifras a nivel nacional, aunque la variabilidad entre unos centros y otros es significativa

RESULTADOS ESPERADOS
-Optimizar el uso de los antibioticos en Atencion Primaria.
-Disminuir las resistencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0769

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

-Formacion en el uso adecuado de los antibioticos

MÉTODO
-Presentracion del programa PROA.
-Sesiones clinicas a lo largo del año, de las patologias infecciosas mas prevalentes en Atencion Primaria.

INDICADORES
-DHDde antibioticos que en nuestro centro fue de 15,25% en 2017.en Medicina de Familia y en Pediatria del 11,63%.
-Consumo de Macrolidos y Penicilinas (72.27% en medicina de Familia y en Peditria en 90.97%).
_disminuir el consumo de cefalosporinas de 3ª generacion

DURACIÓN
Enero de 2018 a Diciembre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0922

1. TÍTULO

COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DNP Y OTROS FACTORES

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GIL CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRANZ ALFARO ALFREDO
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO
NAVARRO DIAZ ISABEL MARIA
ALAVA CAUSAPE AMOR
UCEDO APARICIO ANA
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIDOS 22 DE MAYO:
REVISAMOS OBJETIVOS E INDICADORES DEL PROYECTO
SE PROPONEN CORTES EN LOS MESES DE JUNIO Y OCTUBRE.
SE PROGRAMA REUNIÓN PARA EL DIA 23 DE OCTUBRE.
SE INFORMA AL GRUPO DE TRABAJO EL RESULTADO DE LOS CORTES, EN LOS CUALES SE DECTECTA QUE SOLO HAY 3 PROFES. QUE NO TIENEN DEMORA, UN PROF. CON 2 DIAS DE DEMORA, Y EL RESTO DE 5 A 8 DIAS DE DEMORA
TODOS PROFESIONALES TIENEN EN LA AGENDA DEMANDA NO PRESENCIAL.
SE DECTECTA DISTINTA FORMA DE REGISTRO EN LOS HUECOS DE DNP: DUPLICACION DE CITAS, ESCASEZ DE REGISTRO EN LA MAYORIA DE LOS PROFESIONALES, NO UTILIZACION DE LOS HUECOS DE DNP EN ALGUN PROFESONAL.
NO CONSEGUIMOS DISMINUIR LA DEMANDA PRESENCIAL.
-PROPONEMOS UNA NOTA INTERIOR PARA UNIFICAR CRITERIOS DE REGISTRO.
SE PROPONE SOLICITAR INFORMACION A OTROS EAP PARA SABER COMO HAN ABORDADO EL PROBLEMA DE DEMORA EN LAS CITAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE DETECTA QUE SOLO HAY 3 PROFES. QUE NO TIENEN DEMORA, UN PROF. CON 2 DIAS DE DEMORA, Y EL RESTO DE 5 A 8 DIAS DE DEMORA
TODOS PROFESIONALES TIENEN EN LA AGENDA DEMANDA NO PRESENCIAL.
SE DETECTA DISTINTA FORMA DE REGISTRO EN LOS HUECOS DE DNP: DUPLICACION DE CITAS, ESCASEZ DE REGISTRO EN LA MAYORIA DE LOS PROFESIONALES, NO UTILIZACION DE LOS HUECOS DE DNP EN ALGUN PROFESONAL.
NO CONSEGUIMOS DISMINUIR LA DEMANDA PRESENCIAL.
-PROPONEMOS UNA NOTA INTERIOR PARA UNIFICAR CRITERIOS DE REGISTRO.
SE PROPONE SOLICITAR INFORMACION A OTROS EAP PARA SABER COMO HAN ABORDADO EL PROBLEMA DE DEMORA EN LAS CITAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NO CONSEGUIMOS DISMINUIR LA DEMANDA PRESENCIAL.
-PROPONEMOS UNA NOTA INTERIOR PARA UNIFICAR CRITERIOS DE REGISTRO.
SE PROPONE SOLICITAR INFORMACION A OTROS EAP PARA SABER COMO HAN ABORDADO EL PROBLEMA DE DEMORA EN LAS CITAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/922 ========== ***

Nº de registro: 0922

Título
COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DEMANDA NO PRESENCIAL Y OTROS FACTORES

Autores:
GIL CORTES MARIA TERESA, HERRANZ ALFARO ALFREDO, URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO, NAVARRO DIAZ ISABEL, ALAVA CAUSAPE AMOR, UCEDO APARICIO ANA, CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0922

1. TÍTULO

COMO DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA MEJORANDO LA DNP Y OTROS FACTORES

Otro Tipo Patología: DEMORA EN CITAS
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
EN ESTE C.S HEMOS COMPROBADO QUE UNOS CUPOS MÁS QUE OTROS TIENEN LISTA DE ESPERA DE MÁS DE 3 DIAS Y CONSULTAS MUY SATURADAS EN GENERAL. LA DIRECCIÓN NOS PROPONE BUSCAR PUNTOS DE MEJORA.
ESPERAMOS TAMBIEN HACER RECOMENDACIONES QUE SEAN VALORADAS POR LA DIRECCIÓN.

RESULTADOS ESPERADOS
ESPERAMOS DISMINUIR LA CITA PRESENCIAL, MEJORAR LA NO PRESENCIAL Y HACER RECOMENDACIONES QUE MEJOREN LA SALUD DE NUESTRA POBLACION.

MÉTODO
HAREMOS REUNIONES PARA SELECCIONAR OBJETIVOS.
COMUNICAREMOS CON EXPERTOS PARA OBTENER LÍNEAS DE MEJORA.
EVALUAREMOS LAS RESPUESTAS Y TRAS CRIBADO DE LAS MÁS ÓPTIMAS, HAREMOS NUEVA CONSULTA CON EXPERTOS, INCLUYENDO A LA DIRECCIÓN PARA AQUILATAR LOS OBJETIVOS.

INDICADORES
VALORAREMOS CADA ACTIVIDAD CADA 3 MESES.
VALORAREMOS LAS AGENDAS DE CITACIÓN CADA 3 MESES, TODO ELLO UNA VEZ PUESTAS EN MARCHA LAS ACTIVIDADES.

DURACIÓN
COMENZAMOS PRIMERA REUNIÓN 22 DE MAYO 2018
FINALIZANDO 31 DE DICIEMBRE 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0929

1. TÍTULO

ELABORACION DE LA AGENDA COMUNITARIA DEL C.S. DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SERRANO ANDRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA FERNANDEZ CONCEPCION
GARIJO GALLEGO CELIA
PINA SANZ ARANCHA
SANCHO RUBIO CRISTINA
SANZ MARTINEZ DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración presentación power point para explicar al EAP lo que es una agenda comunitaria. (junio 2018)
-Reunión con equipo. (septiembre 2018)
-Recopilación de todas las actividades realizadas p el EAP fuera de la consulta (diciembre 2018)
-Reunión con Carmen LLorente (Centro de Convivencia para mayores "Delicias"). Recopilar actividades que se realizan en dicho centro orientadas a la prevención y el mantenimiento de las capacidades físicas, cognitivas y sociales de las personas mayores.
-Elaboración de la agenda y presentación al EAP (febrero 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Que todos los profesionales del C.S Delicias Norte conocen las actividades tanto grupales como comunitarias que en dicho centro se realizan.
2. Una mayor asisistencia y uso de dichas actividades.
3. El EAP se ha implicado mas en participar en actividades comunitarias.
4. Mayor difusión de dichas actividades.
5. Mayor comunicación y colaboración con centros del entorno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia de una buena comunicación y colaboración con el EAP en cuanto a la visibilización de actividades realizadas para conseguir mayor cobertura y equidad.
La motivación del equipo aumenta en la medida que participa y colabora en dichas actividades.
La necesidad de seguir trabajando en la atención comunitaria, tanto en consulta recomendando activos; como a nivel grupal. Siempre priorizando las necesidades de la población, haciéndoles partícipe de todo el proyecto y conseguir así un mayor empoderamiento.
La importanciá de la agenda para el EAP, el seguir actualizándola y ampliando.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/929 ========== ***

Nº de registro: 0929

Título
ELABORACION DE LA AGENCIA COMUNITARIA DEL C.S.DELICIAS NORTE

Autores:
SERRANO ANDRES MARIA PILAR, GARCIA FERNANDEZ CONCEPCION, GARIJO GALLEGO CELIA, PINA SANZ ARANCHA, SANCHO RUBIO CRISTINA, SANZ MARTINEZ DIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la poblacion
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0929

1. TÍTULO

ELABORACION DE LA AGENDA COMUNITARIA DEL C.S. DELICIAS NORTE

PROBLEMA
Hemos detectado que se realizan diferentes actividades comunitarias por diferentes miembros del EAP pero no todo el mundo conoce lo que hace el compañero. Por lo que sentimos la necesidad de hacer visibles todas las acciones grupales y comunitarias que ya se estan realizando en el EAP y de esta forma conseguir mejorar la equidad de estos servicios.

RESULTADOS ESPERADOS
Visibilizar y organizar las acciones grupales y comunitarias que ya se estan realizando en el C.S. Delicias Norte.
Que un mayor número de usuarios puedan beneficiarse de estas actividades.
Conseguir una mayor implicación del EAP en el trabajo comunitario

MÉTODO
Preparar una sesión clínica para el EAP para explicar lo q es una agenda comunitaria.
Q cada miembro del equipo de a conocer todas las actividades comunitarias y grupales que realizan a parte de consulta individual.
Elaboración de la agenda comunitaria

INDICADORES
Encuesta de participación de la población en las actividades antes y despues de realizar la agenda

DURACIÓN
1. elaborar presentación sesión del EAP. Antes del 31 de junio
2. Sesión al EAP: septiembre 2018.
3. Elaboración de la Agenda Comunitaria. De septiembre a diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1071

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO TORRENTE GARRIDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ SANCHO ROSABEL
HERRANZ ALFARO ALFREDO
CARREARAS MESTRE BIENVENIDO
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO
GIL CORTES MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado dos sesiones de formación al equipo:
1- junio 2018: Abordaje de la IRC en el EAP (A cargo de la DUE Rosabel Muñoz y el Dr. Jose I Torrente)
2- Diciembre 2018: Revisión de la HTA (A cargo del Dr. Jose I Torrente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El propósito de este trabajo es conocer en nuestro centro de salud, los pacientes diagnosticados de IRC para monitorizar su evolución, prevenir complicaciones y tener un mejor manejo de su enfermedad.
Se ha monotorizado durante el periodo 1 junio a 31 diciembre 2018 una muestra de pacientes con el diagnostico de IRC (FG<60%) pertenecientes a dos cupos del Centro de Salud, con los siguientes resultados:
Total de pacientes con insuficiencia renal crónica: 75
El 78,6 % tenían determinación de tensión arterial
El 76% tenían datos antropométricos
El 68% determinación de glucemia
El 38,6% determinación de albuminuria
El 38,6% determinación de HbA1C

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la alta prevalencia de la IRC en la población general y siendo sus principales causas la diabetes mellitus y la HTA, los pacientes diagnosticados de IRC, deben de tener todo un control de parámetros bioquímicos para su adecuado manejo.
El resultado de nuestros datos debe ser mejorado.
Se debe incidir en actividades formativas sobre esta patología en el equipo de atención primaria para la detección y educación de los pacientes.
Un diagnóstico precoz de la IRC y de sus causas permite controlar la enfermedad, retrasando la entrada del paciente en tratamiento de diálisis.

7. OBSERVACIONES.
Al no existir protocolo en programa OMI sobre IRC para el adulto, hay problemas para obtener listados de pacientes con esta patología, que hagan más eficaz su búsqueda.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1071 ========== ***

Nº de registro: 1071

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
TORRENTE GARRIDO JOSE IGNACIO, MUÑOZ SANCHO ROSABEL, HERRANZ ALFARO ALFREDO, CARRERAS MESTRE BIENVENIDO, URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO, GIL CORTES MARIA TERESA, REJAS MORRAS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal Crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1071

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- La Enfermedad Renal Crónica es un importante problema de salud pública que afecta al 10% de la población (Estudio EPIRCE).
- La ERC es a menudo ignorada y existe infradiganostico.
- La ERC produce elevada morbimortalidad cardiovascular y consumo importante de recursos del Sistema de Salud.
- El tratamiento adecuado previene o retrasa la progresión de la enfermedad y disminuye el riesgo de Enf Cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumentar la deteccion precoz.
- Disminuir la progresión de la Enfermedad.
- Evaluar el RCV.
- Evitar farmacos nefrotóxios.
- Derivación selectiva a nefrologia.
- Adecuar el tratamiento conservador en estadios avanzados.

MÉTODO
- Determinar Filtrado Glomerular y albuminuria a todas personas con algún Factor de riesgo CV (DM, HTA, obesidad), Enf. CV establecida, familiares con I Renal o > 60 años..
- Seguimiento y monitorización de TA, Peso, Glucemia, Albuminuria, HbA1C,
- Adecuaíon de la dosis de fármacos al grado de I Renal.
- Sesiones clínicas en el CS con revisión de las patologias y factores que pueden influir en la ERC.
- Sensibilizar a los profesinales sobre esta patologia.
- Adquirir conocimientos y aptitudes para mejorar la atención de estos pacientes.

INDICADORES
- % pacientes con algún FRCV que tienen solicitado el FG.
- % pacientes con algún FRCV que tienen solicitado albuminuria.
- % pacientes con ERC que tienen medida la TA.
- % pacientes con ERC y DM que tienen pedida la HbA1C.
- % pacientes con FG<60 que tienen registrado el diagnostico de Insuficiencia Renal Crónica.

DURACIÓN
- 2º trimestre 2018: Formación del grupo de trabajo, diseño del proyecto, sesión de presentación al EAP.
- 3º trimestre: monotoriación y sugerencias y problemas planteados.
- 4º trimestre: monitorización y Evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1086

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALICIA DUARTE CARCAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRANCO MORENO MARIA PILAR
BOLDOVA AGUAR MARIA CARMEN
GONZALEZ BARRIO ISIDORO
JIMENEZ PARDO ANGELES
PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE
PEREZ ROSEL JOSEFINA
RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Reunión para presentar el proyecto de calidad a los nuevos componentes del equipo y asignación de tareas.
2. Reuniones sucesivas: mayo 2018, junio 2018 y diciembre de 2018.
3. Revisión del maletín de urgencias, carro de paradas y organización del material sanitario de la sala de urgencias.
4. Elaboración de un maletín específico para las urgencias pediátricas.
5. Control quincenal de reposición y caducidades del material sanitario mediante registro escrito.
6. Propuesta de revisión periódica (quincenal) del maletín y sala de urgencias por todo el equipo del centro (médico y enfermera).
7. Colocación de documentos gráficos (algoritmos) en el cuarto de urgencias sobre la atención de la patología urgente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mejora en el conocimiento y manejo del material sanitario y sala de urgencias por parte de todo el equipo.
2. Puesta en marcha de un protocolo específico de participación e implicación de los profesionales en la gestión del carro de parada y el cuarto de urgencias.
3. Mejora del protocolo para la organización de la atención urgente en el centro y en los avisos domiciliarios.
4. Indicadores utilizados:
-Crear y difundir un documento que indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del centro como en un aviso domiciliario:
-indicador/objetivo: existencia de dicho documento)
-indicador: % de profesionales conocedores del mismo (objetivo: superior al 80%).
-Que exista constancia por escrito de los contenidos y la revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (objetivo: 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas:
-Valoración muy positiva por la importancia de mantener las condiciones adecuadas para la atención urgente en el centro.
-Alta adhesión del equipo a las actividades propuestas (>80%)

2. Recomendaciones:
-Realización de Curso de RCP básica periódico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1086 ========== ***

Nº de registro: 1086

Título
ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

Autores:
DUARTE CARCAS ALICIA, BARRANCO MORENO MARIA PILAR, BOLDOVA AGUAR MARIA CARMEN, GONZALEZ BARRIO ISIDORO, JIMENEZ PARDO ANGELES, PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE, PEREZ ROSEL JOSEFINA, RODRIGUEZ OLLERO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1086

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias de cualquier tipo
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP por:

-La necesidad de que los profesionales estén formados y actualizados en el manejo de la urgencia.
-La necesidad de una buena organización y mantenimiento del material y sala de urgencias.
-La necesidad de contar con un procedimiento explícito de designación de los profesionales responsables de la atención urgente.

RESULTADOS ESPERADOS
-Definir un procedimiento con los contenidos básicos y de la organización del carro de paradas y emergencias.
-Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional responsable de la misma, tanto en el centro con en la atención domiciliaria.
-Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.

MÉTODO
-Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
-Proporcionar a los profesionales del EAP una matríz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente, incluyendo las situaciones excepcionales.
-Promover la formación en atención urgente distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados tanto por la Dirección de AP como por el propio centro.
-Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

INDICADORES
INDICADORES
1-Crear y difundir un documento que indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente tanto dentro del centro como en un aviso domiciliario:
-indicador/objetivo: existencia de dicho documento)
-indicador: % de profesionales conocedores del mismo (objetivo: superior al 80%).
2-Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP (objetivo: 80%).
3-Que exista constancia por escrito de los contenidos y la revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines (objetivo: 80%)

EVALUACIÓN
-Mediante informe del propio centro.
-Mediante visita al EAP.
-Mediante actas firmadas.

DURACIÓN
Fecha de inicio: junio de 2018
Fecha de finalización: marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1362

1. TÍTULO

EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BLANCA JIMENEZ DOMINGUEZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS DELICIAS NORTE
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
8 clases de dos horas de duración con explicaciones teóricas, coloquio, vídeos informativos, gimnasia enfocada a la embarazada y relajación.
Se realiza los martes de 10 a 12 horas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acuden menos mujeres que a las que se oferta.
El número de asistentes es de 2 a 5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las mujeres no están motivadas para acudir a las clases. Población multicultural y multiracial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1362 ========== ***

Nº de registro: 1362

Título
EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

Autores:
JIMENEZ DOMINGUEZ BLANCA NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS NORTE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante la variedad de culturas, razas, veo necesario éste proyecto para educar aconsejar acompañar e instruir en valores y consejos necesarios para un buen desarrollo del embarazo, parto, postparto, cuidados del Recien Nacido, Planificacción familiar y cultura sanitaria como Prevención del CA de cervix. Autoexploracción mamaria

RESULTADOS ESPERADOS
Proyecto de educación maternal para gestantes de 28 semanas con el objetivo de mejorar el proceso del embarazo, parto, postparto, lactancia materna, cuidados del recién nacido, educación sanitaria y anticoncepción, prevención CA cervix, autoexploración mamaria y vacuna HPV.
Conseguir un embarazo satisfactorio, un parto saludable y prevenir riesgos

MÉTODO
Clases todas las semanas 2 horas/semana con vídeos instructivos y clases teórico-prácticas, gimnasia de embarazadas y relajación dinámica adaptada a la gestante.
Como recursos, contamos con vídeos instructivos, música relajante, maquetas para mostrar el proceso del parto, elementos anticonceptivos, elementos de identificación del recién nacido, utensilios que se utilizan en el proceso del parto.
Este servicio cuenta con consentimientos informados para la donación de leche, cordón umbilical y plan de parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1362

1. TÍTULO

EDUCACION MATERNA PRE-PARTO

INDICADORES
El programa que llevará a cabo (proyecto ya iniciado) la monitorización del proyecto es: AppOMI. En éste, incluído en el apartado de embarazo confirmado, se registrarán (ya en proceso) las clases a las cuales asistan las pacientes con los resultados correspondientes.
La fuente de datos utilizada:
1. Cabero L, Sánchez MA. Protocolos de Meidicina Materno Fetal, peripatología. 3º de. Barcelona: Ergon 2008
2.Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Declaración conjunta. Prevención y tratamiento de hemorraia post parto: Nuevos avances para un entorno de bajos recursos. 2006.
3. Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Departamento Técnico. Catálogo de Medicamentos. Colección Consejo Plus. Madrid: Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2009.
4. Ministerio de Sanidad y Consujo. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Fichas Técnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.aemps.es/
5. Fernández, R., Prats, R., Cabero, LI, Carreras, JM. Y Costa, D. (2005). Protocol de seguiment de l'embarás a Catalunya. 2º de. Barcelona. Generalitat de Catalunya.
6. Medicina, MT., González,A., Podadera, A., Villatoro, V., Martín, E. y Lavado, C. (2000). ¿Cómo es la atención al embarazo según nuestras gestantes? Medicina de Familia (AND): 1: 37-40
7. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.
8. Gupta PJ. (2007). Effectos of warm sitz batz on symnptoms in post-anal sphinterotomy in chronic anal fissure. A randomized and controlled study. World J Surg. Jul 31 (7), 1480-4.
9. OMS (2007). planificación familiar para proveedores. Ginebra: pp25-266.
10. Fernández R. y Prats R. (2003) Protocol d'assistencia al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Dirección General de Salud Pública.
11. Gutman, L. (2004). Puerperios y otras exploraciones del alma femenina. Buenos aires: RBA libros, SA.

DURACIÓN
Actividad semanal de duración continuada todo el año.
Responsable de implantación: Matrona Blanca Jiménez Domínguez.
Actividades relacionadas con la evaluación del proyecto y plan de comunicación.
Fecha prevista de inicio: ya en funcionamiento.
Fecha finalización de proyecto: indefinido
Como actividad relacionada con la evaluación del proyecto: nuestro objetivo es realizar un estudio anual de las gestantes que han sido partícipes de las clases en relación con la población a la que le han sido ofertadas. Con este estudio se pretende observar la aceptación del proyecto y estudiar nuevas técnicas para llegar a un máximo de población.

OBSERVACIONES
Es una actividad que realizo semanalmente durante todo el año para aquellas personas que necesitan educación en esta fase de su vida. Es un programa voluntario infravalorado, al que asiste un porcentaje de embarazadas inferior al deseado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1662

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN CALLEN POLO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO PARICIO CONCEPCION
SERRANO RODRIGUEZ MACARENA
BORRAJO GONZALEZ BELEN
LAMARCA PEREZ MARIA PILAR
VILLANOVA LANUZA AURORA
VECILLA OLIVERA FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Presentación del proyecto en reunión de EAP, tras la firma del AG
2. Reunión con el Servicio de Admisión, para explicar la DEMNP y los criterios que deben seguir.
3. Se crea el acto DEMNP en las agendas de OMI, para el registro de dicha actividad.
4. Se ajustan las matrices horarias reservando huecos diarios en las agendas de todos los profesionales.
5. Se informa al usuario desde el Servicio de Admisión y en las consultas de cada profesional.
6. En reuniones de EAP se comenta el seguimiento de los proyectos revisando la información de actividad recibida. Hay un periodo a partir del cual ya no se obtienen datos y nos informan desde la DAP que hay un problema a nivel técnico en SSCC
7. En Consejo de Salud de zona se habla del proyecto y la opción de la existencia de DEMNP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Datos recibido de octubre 2017

% DEMNP medicina 3%
% DEMNP enfermería 4%
% DEMNP pediatría 1%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades realizadas consideramos han sido pertinentes pero la DEMNP cuesta sistematizarla en un amplio grupo poblacional sobre todo personas mayores.
Es de esperar que poco a poco se vaya extendiendo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1662 ========== ***

Nº de registro: 1662

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL, RUBIO PARICIO CONCEPCION, BORRAJO GONZALEZ BELEN, LAMARCA PEREZ PILAR, CALLE POLO JOAQUIN, SERRANO RODRIGUEZ MACARENA, AGUIRRE ABADIA NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1662

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0403

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MANUEL ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO REMIRO OLGA
GRACIA MORTE CONCEPCION
ALASTRUE PINILLA MAR
LACLETA LORENTE ROSA MARIA
GABAS BALLARIN PILAR
VILLANOVA LANUVA AURORA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Mantenimiento del sistema de mejora de calidad:
Se consolidó el grupo de mejora multidisciplinar con actividad permanente, realizándose las auditorías internas en 2016 y 2017 según la Norma ISO. Se mantuvo el sistema de comunicación de incidencias con usuarios y la actividad del Consejo de Salud
2. Intervención en tabaquismo: se han mantenido las consultas específicas de deshabituación llevadas a cabo por un médico y una enfermera para pacientes del centro de salud
3. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): se ha mantenido la unidad específica de MAPA por 4 enfermeras para el diagnóstico de hipertensión arterial de bata blanca y para el seguimiento de pacientes hipertensos con mal control
4. Seguridad clínica: se realizaron sesiones clínicas sobre efectos adversos de medicamentos y se mantuvo la tasa de declaración de reacciones adversas
5. EPOC se ha mantenido la unidad específica de espirometrías que realizan 3 enfermeras para asegurar la calidad de la prueba dirigida a pacientes EPOC del centro de salud
6. Vacunaciones en el adulto: se ha mantenido el sistema de citación activa mediante carta a los pacientes mayores de 65 años y a los menores de 65 con factores de riesgo y la vacunación activa frente a neumococo en pacientes en residencias
7. Proyecto de prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: se ha realizado un seminario dirigido a alumnos/as de 6º curso de los centros de educación primaria Emilio Moreno Calvete y Andrés Manjón coordinado con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y llevado a cabo por los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de 3º año.
8. Seminario de Prevención Cardiovascular: se ha llevado a cabo un seminario en la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias dirigido a pacientes con riesgo cardiovascular detectados desde las consultas del centro de salud en la que han participado un médico y 3 enferemeras.
9. Taller de RCP en el IES Jerónimo Zurita dirigido a alumnos/as de 4º de ESO y llevado a cabo por médicos residentes de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria
10. Proyecto de prevención del consumo de tabaco en alumnos de 1º de ESO del IES Jerónimo Zurita: se ha mantenido este proyecto que ya cuenta con cinco ediciones dirigido a prevenir el consumo de tabaco en coordinación con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y llevado a cabo por médicos residentes de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria
11. Detección e intervención sobre consumo de alcohol en colaboración con la Dirección General de Salud Pública: se realizaron sesiones formativas para presentar las herramientas de detección del consumo de alcohol en las consultas de medicina y enfermería del centro de salud. Se pasaron los test durante 2 meses para validar la eficacia de los mismos. Se realizaron intervenciones en los pacientes con consumo excesivo de alcohol
12. Proyecto de prevención de la violencia de género en adolescentes en Delicias en colaboración con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y el IES Jerónimo Zurita llevado a cabo por un equipo multidisciplinar compuesto por pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, educadores, sociólogos, médicos residentes y estudiantes de medicina Después de la fase análisis del problema se llevó a cabo una intervención en el aula presentando los resultados de la encuesta realizada.
13. Proyecto IHAN Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y a la Lactancia se realizó sesión de equipo en la que se presentó el proyecto por pediatría. Como principal actividad se cuenta con el Grupo de Crianza llevado a cabo por la matrona del centro de salud cuyo objetivo fundamental es el fomento de la lactancia materna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mantenimiento del sistema de mejora de calidad:
Se realizó una sesión semanal todos los viernes a las 8,15 horas por el grupo de mejora de calidad formado por médicos de familia pediatras, enfermeras y jefa de admisión. Se trataron las incidencias ocurridas así como las reclamaciones y sugerencias de usuarios. Se analizaron 34 reclamaciones que hacen referencia a discrepancias sobre la atención prestada por los profesionales del equipo, demoras para atención especializada, calidad de agujas para control de diabéticos y necesidad de vestuarios en fisioterapia. Las sugerencias fueron sobre demoras para entrar en consulta, mejora en la organización de extracciones de sangre y posibilidad de cambiar de médico pero no de enfermera.
Se prepararon y se llevaron a cabo con éxito las auditorías para el mantenimiento del sistema de gestión de calidad norma ISO.
Se planificaron las sesiones formativas dentro del equipo con una nueva organización en la que se han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0403

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

llevado a cabo sesiones clínicas semanales de medicina y enfermería, sesiones mensuales de todo el equipo para temas comunes y sesiones docentes quincenales dirigidas a médicos residentes y estudiantes de medicina

2 .Intervención en tabaquismo: se han llevado a cabo 252 consultas de deshabituación a pacientes que deseaban dejar de fumar. por un médico y una enfermera del centro
3. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): se han realizado 128 MAPAS durante 2017
4. Seguridad clínica: se realizaron 4 sesiones clínicas sobre efectos adversos de medicamentos y se mantuvo la tasa de declaración de reacciones adversas
5. EPOC se han realizado 179 espirometrías durante el período de 2017
6. Vacunaciones en el adulto: durante 2017 se han vacunado un total de 4035 pacientes de los cuales 1763 fueron en pacientes de 65 a 79 años, 797 en menores de 65 años, 1408 en mayores de 79 años y 67 en menores de 65 años sin factores de riesgo. Observamos un decremento progresivo en el número total de vacunados en los últimos años, a pesar de realizar una captación activa mediante carta. Se vacunaron 36 pacientes frente a neumococo en residencias.
7. Proyecto de prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: se ha realizado un seminario que ha constado de 2 sesiones en el aula dirigido a alumnos/as de 6º curso de los centros de educación primaria Emilio Moreno Calvete y Andrés Manjón coordinado con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y llevado a cabo por los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de 3º año.
8. Seminario de Prevención Cardiovascular: se ha llevado a cabo un seminario en la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias que ha constado de 4 sesiones sobre factores de riesgo cardiovascular, dieta, consumo de sal y ejercicio, el grupo fue de 20 personas y participaron un médico y 3 enfermeras del centro de salud.
9. Taller de RCP en el IES Jerónimo Zurita dirigido a alumnos/as de 4º de ESO: se llevó a cabo el taller que constó de 2 sesiones sobre RCP básica teórico y práctico
10. Proyecto de prevención del consumo de tabaco en alumnos de 1º de ESO del IES Jerónimo Zurita: se realizaron 4 sesiones en el aula con contenidos teóricos y prácticos: información sobre el tabaco, máquina de fumar, rol playing participativo y sesión con la participación de un paciente laringuectomizado. Realizado por médicos residentes de 1º año de Medicina familiar y Comunitaria.
11. Detección e intervención sobre consumo de alcohol en colaboración con la Dirección General de Salud Pública: se realizaron 2 sesiones formativas para presentar las herramientas de detección del consumo de alcohol en las consultas de medicina y enfermería del centro de salud. Se pasaron 400 test de Audit C, Audit 10 y Craft durante 2 meses Se detectaron mediante Audit 10, 44 pacientes con consumo excesivo de alcohol, se realizaron 140 intervenciones a pacientes con consumo de riesgo y de ellas 11 fueron en pacientes menores de 25 años.
12. Proyecto de prevención de la violencia de género en adolescentes en Delicias en colaboración con la Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias y el IES Jerónimo Zurita . Se realizaron 8 sesiones en el aula dirigidas a alumnos de 3º de ESO para devolver los resultados de la encuesta realizada el año anterior
13. Proyecto IHAN Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y a la Lactancia se realizó sesión de equipo y se iniciaron los trámites para la acreditación del proyecto en el centro que se consiguió en 2017 en fase I.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. En cuanto a la equipo de mejora: consideramos que su existencia y mantenimiento es lo mas importante para la organización y el buen funcionamiento del equipo. La continuidad del equipo de mejora formado por diferentes profesiones y profesionales permite abordar las incidencias internas, la planificación de nuevas actividades y la coordinación de las mismas. Aunque supone un esfuerzo para sus miembros pues se realiza todos los viernes de 8,15 a 9,30 hay alta satisfacción pues se considerara muy útil para el equipo. Es básico también para la planificación de las actividades formativas dentro del equipo.
2. En cuanto a la Norma ISO consideramos que su mantenimiento es fundamental para la mejora de la calidad pues nos obliga a estar al tanto de incidencias y no conformidades tanto internas como desde la perspectiva del usuario; tambiés es una herramienta de calidad imprescindible para diversar areas estratégicas como almacen, botiquín, mantenimiento de cuarto de urgencias etc. Debería aclararse por los niveles de gestión correspondientes el apoyo a este sistema de calidad con Norma ISO pues recibimos mensajes contradictorios.
3. En cuanto a las líneas y proyectos
Los que se llevan a cabo por unidades específicas dentro el equipo como intervención en tabaquismo, MAPA, espirometrías consideramos que deberían mantenerse porque o bien no constan en cartera de servicios (tabaco y MAPA) o bién se realizan de forma específica para mejor la calidad como en el caso de espirometrías.
También consideramos importante mantener a dos enfermeras responsables del programa de vacunaciones y a una médico de familia como responsable de seguridad clínica.
En cuanto a proyectos comunitarios hemos sacado de este proyecto de calidad general el proyecto de prevención de violencia de género en adolescentes por constituir un proyecto comunitario con una entidad importante
Para el futuro podríamos unificar los proyectos comunitarios que realizamos en el medio escolar sobre prevención de adiciones y RCP como un proyecto separado
También podríamos presentar por separado el proyecto de prevención de enfermedades cardiovasculares y el proyecto IHAN del cual ya consta como proyecto comunitario independiente el Grupo de Crianza que lleva a cabo la matrona.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/403 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0403

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

Nº de registro: 0403

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

Autores:
ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL, PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS, OCHOA MONEO PURIFICACION, JAVIERRE MIRANDA ELENA, AGUIRRE ABADIA NOELIA, GRACIA MORTE CONCEPCION, ALASTRUE PINILLA MAR, OLIVEROS GONZALVO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCION / PROMOCION /CONROL ENFERMEDADES CRONICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD / CONTROL CRONICIDAD/ GESTION CALIDAD ISO / SEGURIDAD PACIENTE/ PARTICIPACION CIUDADANA /

PROBLEMA
Nuevo proyecto de mejora con las actividades consolidadas hasta ahora y nuevos proyectos: detecciόe e intervención consumo de alcohol, proyecto IHAN para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia, y proyecto de prevención de la violencia de genero.

Los puntos fuertes son:
1. mantenimiento ISO-9001-2008

2. La continuidad del grupo estable de mejora

3.La existencia del sistema de detección de oportunidades de mejora: Consejo de Salud, Reclamaciones y Buzón sugerencias

RESULTADOS ESPERADOS
1. Consolidación equipo de mejora renovado
2. Líneas de mejora
1. Intervención tabaquismo
Mantener actividades de Intervención Intensiva en las consultas de deshabituación ya existentes
2. Enfermedades cardiovasculares: monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): mantener la realización prueba diagnóstica
3. Seguridad clínica:
Mantener el registro RAM
4. EPOC: -Continuar con el Servicio de espirometría
5. Vacunaciones en el adulto:
Vacunación Antigripal mejorar la cobertura
Vacunación Antineumocócica Aumentar cobertura
6. Proyecto prevención del consumo de alcohol en el medio escolar: . mantener seminario
7. Seminario de prevención cardiovascular, Mantenimiento actividad
8. RCP en Centro de Educación Secundaria Jerónimo Zurita mantener actividad
9. Proyecto de prevención del consumo de tabaco en el alumnos de 1º de Educación mantener proyecto
10. Detección e intervención sobre el consumo de alcohol en atención primaria: en colaboración con la Dirección de Salud Pública detectar consumo de alcohol
11Prevención de la violencia de género en adolescentes en Delicias en coordinación con la Asociación de Vecinos Manuel Viola, y el Instituto de Enseñanza Secundaria Jerónimo Zurita
12 Proyecto IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia: iniciar este proyecto de promoción lactancia materna

MÉTODO
1.Mantenimiento Norma ISO 9001-2008
2. Líneas de mejora:
1. Intervención en tabaquismo:
Mantener 2 consultas deshabituación .Actualización guía paciente fumador

.2. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA):
Actualización en el equipo de la guías HTA

3. Seguridad clínica: mantener notificación de RAM, continuar realizando formación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0403

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. 2016-2017

4. . EPOC actualización guía EPOC
5. Vacunaciones en el adulto:
. Vacunación Antigripal.- carta a mayores de 65 años y menores de 65 años patología de riesgo, . Vacunación Antineumocócica.- en residencia
6 Proyecto de prevención del consumo de alcohol en medio escolar: se realizarán 2 sesiones en el aula 2 colegios de la zona
7.Seminario de prevención cardiovascular: cuatro sesiones FRCV Asociación de Vecinos
8: RCP en Centro de Educación Secundaria,en el IES Jerónimo Zurita en dos sesiones
9. Proyecto de prevención del consumo de tabaco en alumnos de secundaria cuatro sesiones en el aula alumnos de 1º de ESO
10.Detección e intervención sobre el consumo de alcohol en atención primaria: 2 sesiones formativas. Utilización de Audit C, Audit 10 y CRAFT en consultas durante 2 meses
11 Prevención violencia de género en adolescentes creación grupo de trabajo: pediatras y enfermeras centro de salud Delicias Sur, trabajadoras sociales A.V. Manuel Viola, Departamento de Sociología Universidad Zaragoza, Unidad Prevención Policía Nacional, IES Jerónimo Zurita, MIR y estudiantes medicina

12.Proyecto IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia: inicio de acreditación proyecto, disponer de normativa escrita relativa al lactancia y comenzar la capacitación

INDICADORES
1.Mantenimiento del sistema de gestión de calidad mediante la Norma ISO 9001-2008:
- Consolidación GRUPO DE MEJORA DE CALIDAD RENOVADO
- Certificación ISO
- Auditoria interna realizada
-Mantenimiento sistema incidencias cliente:
Reuniones consejo salud y Valoración de sugerencias y reclamaciones
2Líneas de mejora
1Intervención en tabaquismo: Nº consultas deshabituacion / Nº pacientes atendidos
2 MAPA Numero de MAPA y Registro en curso clínico OMI
3 Seguridad clínica:Tasa de RAM y sesiones realizadas
4 EPOC: Número de espirometrías realizadas
5Vacunaciones adulto: Cobertura Vacuna Antigripal.y Antineumocócica
6. Realización sesiones prevención de consumo de alcohol colegios de Primaria
7Realización 4 sesiones del seminario de prevención cardiovascular
8 Realización de los grupos de RCP a alumnos de secundaria
9 Realización sesiones prevención del consumo de tabaco en educación secundaria.
10. Detección e intervención consumo de alcohol en atención primaria: Número de test de Audit C, Audit 10 y CRAFT
11, Prevención de la violencia de género en adolescentes en Delicias: constitución grupo de trabajo, elaboración del cuestionario, y evaluación resultados.
12Proyecto IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia: comunicación del proyecto al equipo e inicio de la acreditación.

DURACIÓN
Fecha de inicio: JUNIO DE 2016
Calendario: Todas las líneas de mejora con sus objetivos, actividades y medición de indicadores se realizaran a lo largo del año

OBSERVACIONES
Resto equipo de mejora:
MENGUAL GIL José María. PEDIATRA. C.S DELICIAS SUR jmmengual@salud.aragon.es
GABAS BALLARIN Pilar MAC .C.S DELICIAS SURmpgabas@salud.aragon.es
VILLANOVA LANUZA Aurora AUX. ADM. C.S DELICIAS SUR avillanova@salud.aragon.es
LACLETA LORENTE Rosa AUX CLINICA . C.S. DELICIAS SUR rmlacleta@salud.aragon.es

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0430

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... GEMA GALINDO MORALES
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOIDI PLA MARIA ANGELES
AZNAR VIDALLER CARMEN
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA
SIMON ALAMAN LAURA
VALER PELARDA ANA CARMEN
ARTIGAS GARCIA ANA
LOPEZ LAPEÑA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Difusión del proyecto a nuestra Dirección de Enfermería del Sector AP Zaragoza III.

2. Difusión del proyecto a los EAPs de todos los centros adscritos a las Unidades de Fisioterapia mediante una sesión clínica en cada EAP, apoyada por la elaboración de una presentación (Power Point) donde se explicaba la necesidad y justificación del proyecto y cómo se iba a desarrollar.

3. Elaboración de una Presentación en formato digital (PowerPoint) consensuada por todos los fisioterapeutas implicados en el proyecto, para dar soporte a la sesión teórica que se imparte a los pacientes sobre Anatomía e Higiene Postural vertebral. DICIEMBRE/2016

4. Puesta en marcha del Proyecto de la Escuela de Espalda MARZO/2017. Cada paciente recibe una sesión de Escuela de Espalda que consta de:
• UN CONTENIDO TEÓRICO: 1 SESIÓN FORMATIVA apoyada por una presentación digital (común en todas las UF del Sector III),para explicar la anatomía, función e higiene postural de la columna vertebral.
• UN CONTENIDO PRÁCTICO: 4 SESIONES GRUPALES de enseñanza de ejercicios, elaborado y consensuado por todos los profesionales implicados, de aproximadamente media hora de duración y distribuídos con una frecuencia de dos sesiones semanales.
5. Evaluación de resultados. DICIEMBRE/17.
6. Comunicación de los resultados del proyecto a Dirección de Enfermería Sector III y a los coordinadores de los EAPs. DICIEMBRE 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido el objetivo principal marcado de PONER EN MARCHA UNA ESCUELA DE ESPALDA EN TODAS LAS UF DE AP SECTOR ZARAGOZA III.
El impacto del proyecto es favorable puesto que con anterioridad al proyecto solo existía Escuela de Espalda en una Unidad de Fisioterapia del Sector III y actualmente está funcionando en todas.
Los indicadores planteados al inicio del proyecto, se han obtenido mediante recogida de datos.
• DEMORA EN DÍAS AL INICIO DEL PROYECTO Y A LOS 3-6-9 MESES DE SU PUESTA EN MARCHA: extraído de OMIap. En 7 de los 10 profesionales implicados (70%) la demora ha aumentado (hay que tener en cuenta otras posibles causas de aumento de demora, principalmente aumento de las derivaciones).
• ADHESIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS: NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA/NÚMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES PROPONE PARTICIPAR. El 84% de los pacientes a los que se les propone participar en el proyecto aceptó asistir a la Escuela de Espalda.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Se ha cumplido el objetivo marcado al inicio del proyecto: PONER EN MARCHA UNA ESCUELA DE ESPALDA EN TODAS LAS UF DE AP SECTOR ZARAGOZA III.
2. Valoración del equipo de mejora: El conjunto de profesionales valora como positiva esta nueva herramienta de trabajo, ya que aporta continuidad al tratamiento y fomenta el trabajo activo por parte del paciente para continuar en su domicilio.
3. A pesar de que la demora en las UF no ha disminuído con la creación de la Escuela de Espalda, los pacientes que rechazaron participar en la misma (por motivos como dificultad de asistencia, ya realización de otras actividades físicas o similares) suponen un 16% frente al 84% restante que aceptaron participar. Ésto nos indica que los pacientes están satisfechos con este nuevo servicio. Por tanto, puesto que ya nos planteábamos su continuidad al inicio del proyecto, quedará instaurado en todas las U. Fisioterapia del Sector III.

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto fue realizado en todas las Unidades de Fisioterapia (8 en total) del Sector AP Zaragoza III,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0430

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

implicando a 10 profesionales.
A lo largo del desarrollo del proyecto, con los traslados de personal, hubo variación en 2 de los participantes, por lo que la totalidad de los profesionales que participan finalmente en el proyecto son 12.

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/430 ================================== ***

Nº de registro: 0430

Título
PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
GALINDO MORALES GEMA, LOIDI PLA MARIA ANGELES, LOPEZ LAPEÑA ELENA, ARTIGAS GARCIA ANA, SIMON ALAMAN LAURA, AZNAR VIDALLER CARMEN, RUIZ CLAVERO SANDRA, VALER PELARDA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
ACTUALMENTE UN ELEVADO PORCENTAJE DE LAS DERIVACIONES RECIBIDAS EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA (UF) DE AP DEL SECTOR III SON DEBIDAS A ALGIAS VERTEBRALES.
DADA LA GRAN DEMANDA DE TRATAMIENTO Y LA ESCASEZ DE PROFESIONALES, LA DEMORA EN LAS UF AUMENTA CONSIDERABLEMENTE DEBIDO A ESTE PROBLEMA.
LA PRINCIPAL CAUSA QUE GENERA ESTA CONSULTA ES EL SEDENTARISMO Y LA FALTA DE CONOCIMIENTO DEL PROPIO PACIENTE DE SU COLUMNA VERTEBRAL Y DE LA HIGIENE POSTURAL QUE DEBE SEGUIR.
ES POR ELLO, QUE LA CREACIÓN DE UNA ESCUELA DE ESPALDA A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA, DONDE LOS USUARIOS PUEDAN REALIZAR TRATAMIENTO GRUPAL Y APRENDER NOCIONES BÁSICAS SOBRE ANATOMÍA Y CUIDADO DE SU COLUMNA VERTEBRAL NOS PARECE INTERESANTE PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y AGILIZAR LAS LISTAS DE ESPERA EN LAS UF.

RESULTADOS ESPERADOS
PONER EN MARCHA UNA ESCUELA DE ESPALDA EN TODAS LAS UF DE AP SECTOR ZARAGOZA III

MÉTODO
LAS MEDIDAS PREVISTAS SON DISEÑAR E IMPLEMENTAR UNA ESCUELA DE ESPALDA EN AP CONSISTENTE EN:
UN CONTENIDO TEÓRICO (FORMATO DIGITAL, COMÚN EN TODAS LAS UF DEL SECTOR III, ELABORADO Y CONSENSUADO POR TODOS LOS PROFESIONALES IMPLICADOS) Y UNA PARTE PRÁCTICA CONSISTENTE EN UN TRATAMIENTO GRUPAL BASADO EN EJERCICIOS VERTEBRALES (TAMBIÉN ELABORADO Y CONSENSUADO POR TODOS LOS PROFESIONALES IMPLICADOS).

INDICADORES
1- DEMORA EN DÍAS ANTES DE INICIAR LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO FRENTE A DEMORA EN DÍAS A LOS 3-6-12 MESES DE SU FUCIONAMIENTO.
2- ADHESIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS: NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA/NÚMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES PROPONE PARTICIPAR.

DURACIÓN
LA FECHA DE INICIO DEL PROYECTO SERÍA INMEDIATA UNA VEZ DISEÑADO Y, UNA VEZ LLEVADO A CABO, NO TENDRÍA FECHA DE FINALIZACIÓN SINO QUE CONTINUARÍA COMO SERVICIO CONTINUO EN LAS UF.
CRONOGRAMA:
NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2016: ELABORACIÓN DEL SOPORTE TEÓRICO.
ENERO- FEBRERO 2017: PUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO.

OBSERVACIONES
ACTUALMENTE SE CUENTA CON 10 FISIOTERAPEUTAS EN LAS UF DE AP SECTOR ZARAGOZA III. ESTE DOCUMENTO SOLO ADMITE 8 PARTICIPANTES, PERO EN REALIDAD, LOS 10 PROFESIONALES PARTICIPAMOS EN EL PROYECTO, POR LO QUE SOLICITAMOS NOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0430

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UNA ESCUELA DE ESPALDA CON CONTENIDO TEORICO-PRACTICO EN TODAS LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

SEA RECONOCIDO A TODOS LOS EFECTOS.

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .............: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..........: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1399

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA Y CRIANZA EN DELICIAS-SUR

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BELEN VAL LECHUZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Charlas, Talleres, Videos, de apoyo a lactancia y crianza respetuosa .

Todos los martes de 12 a 13,30.
Apoyo en lactancia materna, extraccion de leche, como hacer donacion de leche, solucion de problemas mas frecuentes
Alimentacion complemnetaria a partir de los 6 meses.
Desarrollo psicomtriz en el bebe (apoyo con fisioterapeuta pediatrico externo).
Prevencion de accidentes en el niño
Sesion musicoterapia.(Banda de musica Musethica)
Taller primeros auxilios(apoyo con pediatra del centro de salud)
Taller de masaje infantil.
Taller sobre sexualidad y metodos antionceptivos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Aumento de tasas de lactancia en general y de exclusiva hasta los 6 meses en particular. con lo que ello implica.
-Disminucion de visitas en consultas de pediatria por temas relacionados con lactancia y crianza.
-Concienciacion sobre desarrollo psicomotriz saludable en los bebes.
-Aumento del nivel de satisfaccion en las mujeres con bebes adquision de habilidades y destreza en el manejo de sus hijos.
-Concienciacion de dietas saludables en la familia como educacion

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Satisfaccion a nivel de equipo ya que es una actividad demandada por las mujeres y que mejora su salud afectiva y familiar .

Es una actividad realizada en el centro desde hace 13 años y que ha aumentado tanto en catividades como en demanda por las usuarias

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1399 ========== ***

Nº de registro: 1399

Título
GRUPO DE LACTANCIA-CRIANZA EN DELICIAS-SUR

Autores:
VAL LECHUZ BELEN, SORLI LATORRE DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: comunitario

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1399

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA Y CRIANZA EN DELICIAS-SUR

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y la Asociacion Española de Pediatria (AEP) señalan asimismo que la lactancia «es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños».

En nuestro medio se ha observado un incremento de lactancias artificiales y una demanda de asesoramiento y apoyo/acompañamiento en el inicio y continuación de la lactancia materna como herramienta no solo de alimentar al bebe, sino tambien de los beneficios que produce tanto para el bebe/niño como para la mujer y sus familias.

Ademas de todo esto surge la necesidad de las familias de compaginar la lactancia con una crianza saludable y respetuosa

RESULTADOS ESPERADOS
-Asesoramiento y fomento de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada con alimentos hasta mas de los dos años segun OMS y Asociacion Española de Pediatria.

-Fomento de crianza respetuosa.

- Implementacion de habitos saludables en bebes, niños y familias

MÉTODO
Se realizan charlas para grupos abiertos presenciales. Todos los martes a las 12 de septiembre a julio en las que se ofertan acciones formativas y actividades tanto a poblacion adscrita al propio centro como a todas aquellas familias que tengan la necesidad de acudir dentro del Servicio Aragones de Salud

-Fisiologia de la lactancia materna en las diferentes etapas.
-Conocimiento de la extraccion manual de leche/conservacion/almacenamiento.
-Amamantamiento y trabajo.
-Alimentacion complementaria a partir de los 6 meses
-Masaje infantil,
-Desarrollo psicomotriz (2 sesiones) apoyado por fisioterapeuta infantil de fuera del centro.
-Prevencion de accidentes .
-Primeros auxilios (apoyado por pediatra del centro)/ 2 veces /año
-Incidencia de musica clasica en bebes (apoyado por musicoterapeutas
- Sexualidad y Maternidad.
- Suelo Pelvico Postparto.
-Dudas de padres, aportaciones
La charlas se iran ampliando o cambiando segun necesidad del grupo
El grupo lo integran aproximadamente 400 familias de Zaragoza y la red de conexion es a traves de crianzadeliciasur@googlegroups.

Material necesario: colchonetas, ordenador, cañon

INDICADORES
-Aumento del nivel de tasas de lactancia materna.

-Aumento del nivel de satisfaccion de las familias

-Disminucion de las visitas en consultas de pediatra.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1399

1. TÍTULO

GRUPO DE LACTANCIA Y CRIANZA EN DELICIAS-SUR

-Disminucion de la frecuentacion de visitas a Urgencias.

-Disminuacion del gasto farmaceutico (eficiencia) por consumo de leches hidrolizadas y tratamientos por procesos

DURACIÓN
Reuniones todos los martes a las 12h en el centro de salud Delicias-sur.

De septiembre a julio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1415

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... NOELIA MARIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENGUAL GIL JOSE MARIA
SANISIDRO FONTECHA CARMEN
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1_ Difusión al EAP del proyecto el día 24 de enero en una sesión conjunta a la que tambi´en se invitó al Equipo Directivo del Area III
2- Varias reuniones de trabajo conjunto e interdisciplinar de todos los miembros del equipo
3-Reunión con la Directora del Instituto Jerónimo Zurita el dia 26 de abril para buscar fecha para hacer un volcado de resultados del test que realizaron los alumnos y así hacer una primera intervención
4-Presentación del volcado de reultado del test a los alumnos en dos sesiones, los dias 7 y 14 de julio
5-Reuniones con un equipo de Asesores especializados en Violencia de Género los días 4 y 6 de julio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han conseguido los objetivos marcados con anterioridad
1- Se ha seguido manteniendo el grupo de trabajo con reuniones periódicas
2- Se ha elaborado el test, se han trabajado los resultados de éste
3- se ha hecho una primera intervención para el volvado de dichos resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la realización del test hemos hecho una primera valoración de la situación real en jóvenes de entre 13 y 15 años sobre igualdad, respeto, relaciones entre iguales, conductas violentas y violencia de género, lo que nos ha servido para encaminar las intervenciones previstas para este próximo año

7. OBSERVACIONES.
Se ha causado baja de algún miembro del equipo debido a traslados de su puesto de trabajo .
Muchas de las reuniones y trabajo se han tenido que realizar fuera del horario laboral debido a la incompatibilidad de agendas y de la falta de recursos para cubrir ausencias

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1415 ========== ***

Nº de registro: 1415

Título
PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. ZARAGOZA

Autores:
AGUIRRE ABADIA NOELIA, MENGUAL GIL JOSE, RUBIO REMIRO OLGA, CRESPO MAINAR MARIA CLEOFE, NAVARRO RERO SILVIA, SANISIDRO FONTECHA CARMEN, ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención violencia genero
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nuestro proyecto es una iniciativa del Centro de Salud Delicias Sur y la Asociación de Vecinos de Delicias “Manuel Viola” que surge de la preocupación compartida por el agravamiento de las situaciones de desigualdad y violencia de género en adolescentes, cuya finalidad es la intervención interdisciplinar para promover la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1415

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA

igualdad y prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.
En una primera fase planteamos detectar situaciones de desigualdad y violencia de género y su percepción en población adolescente.
Posteriormente, plantear un plan de intervención interdisciplinar para la prevención y promoción de salud en el ámbito
escolar, sanitario y social.
El proyecto esta incluido en el Acuerdo de Gestión del centro de salud

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.
- Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

MÉTODO
Creación de un equipo de trabajo integrado por 11 profesionales de diversos ámbitos (Trabajo Social:3; Pediatría:2;
Enfermería:1; MIR Medicina Familiar y Comunitaria:1; Estudiantes de Medicina:4) que mediante reuniones periódicas desde Noviembre 2015 hasta Junio 2017 hemos desarrollado un trabajo grupal en varias fases:
1: Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
2: Puesta en común con profesorado de Educación Secundaria, Policía Nacional (Servicio de Atención a la Familia); Doctora en Sociología.
3: Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de
desigualdad en adolescentes de Delicias.
4: Realización del cuestionario en dos grupos control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y
las cuestiones planteadas.
5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
6: Recogida de datos y análisis de resultados.
7: Planificación de la intervención.

INDICADORES
Para la primera fase los indicadores son:
1. Constitución y mantenimiento del grupo de trabajo multidisciplinar
2. Tener elaborado el cuestionario para el análisis de la intervención
3- Tener elaborado el informe con los resultados del análisis
3. Nùmero de sesiones en las aulas del IES Jerónimo Zurita realizadas en la fase de difusión de los resultados

DURACIÓN
Cursos: 2016-2017 y 2017-2018
Se realizará a lo largo del curso el informe de resultados para presentarlo en las aulas a final del curso
Para el curso siguiente se planificara la intervención en el aula

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1415

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NOELIA MARIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO MORALES GEMA
SOLA ANTON JOSE
MENGUAL GIL JOSE MARIA
ANTOÑANZAS SERRANO ALMA
COBOS MANCHON DAVID
RUBIO REMIRO OLGA
SANCHEZ PRIETO YASMINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Análisis y Valoración del cuestionario realizado en junio del 2018 por alumnos del IES Jerónimo Zurita, de 2º de la ESO, cuyos resultados serán devueltos a los alumnos que los realizaron en junio del 2019.
Se realizaron los días 11, 18,y 25 de mayo, asi como el 1 de junio unas sesiones sobre prevención de Violencia de Género en el IES Jerónimo Zurita .
Reuniones con el equipo de trabajo para preparación de las sesiones que van a impartirse tanto en el IES Jerónimo Zurita como en los colegios de primaria de CEIP Moreno calvete y Andrés Manjón. Los recursos empleados han sido mínimos, ya que el trabajo se ha realizado en horas fuera de la jornada laboral . El material empleado es audiovisual, con presentaciones Power point y vídeos realizados por el equipo de trabajo.
Reuniones con los equipos educativos del IES Jerónimo Zurita como en los colegios de primaria de CEIP Moreno calvete y Andrés Manjón.
El día 12 de marzo se va a realizar una sesión formativa para todo el EAP de Delicias Sur para la presentación del nuevo protocolo de Violencia de Género y cómo adaptarlo a nuestro trabajo diario.Los recursos empleados han sido mínimos, ya que el trabajo se ha realizado en horas fuera de la jornada laboral . El material empleado es audiovisual, con presentaciones Power point .
Se realizaron 2dos sesiones formativas a laumnos de sexto de primaria, una en el CEIP Moreno Calvete y otra en el CEIP Andrés Manjón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía no pueden valorarse puesto que el proyecto sigue en marcha

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todavía no pueden valorarse puesto que el proyecto sigue en marcha

7. OBSERVACIONES.
La respuesta tanto de profesores como de aliumnos ha sido muy positiva, animándonos a seguir con el proyecto y a seguir colaborando con ellos

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1415 ========== ***

Nº de registro: 1415

Título
PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA. CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR. ZARAGOZA

Autores:
AGUIRRE ABADIA NOELIA, MENGUAL GIL JOSE, RUBIO REMIRO OLGA, CRESPO MAINAR MARIA CLEOFE, NAVARRO RERO SILVIA, SANISIDRO FONTECHA CARMEN, ANTOÑANZAS LOMBARTE ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención violencia genero
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1415

1. TÍTULO

PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES Y JOVENES EN UN AMBITO COMUNITARIO DELICIAS ZARAGOZA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nuestro proyecto es una iniciativa del Centro de Salud Delicias Sur y la Asociación de Vecinos de Delicias “Manuel Viola” que surge de la preocupación compartida por el agravamiento de las situaciones de desigualdad y violencia de género en adolescentes, cuya finalidad es la intervención interdisciplinar para promover la igualdad y prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.
En una primera fase planteamos detectar situaciones de desigualdad y violencia de género y su percepción en población adolescente.
Posteriormente, plantear un plan de intervención interdisciplinar para la prevención y promoción de salud en el ámbito
escolar, sanitario y social.
El proyecto esta incluido en el Acuerdo de Gestión del centro de salud

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.
- Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

MÉTODO
Creación de un equipo de trabajo integrado por 11 profesionales de diversos ámbitos (Trabajo Social:3; Pediatría:2;
Enfermería:1; MIR Medicina Familiar y Comunitaria:1; Estudiantes de Medicina:4) que mediante reuniones periódicas desde Noviembre 2015 hasta Junio 2017 hemos desarrollado un trabajo grupal en varias fases:
1: Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
2: Puesta en común con profesorado de Educación Secundaria, Policía Nacional (Servicio de Atención a la Familia); Doctora en Sociología.
3: Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de
desigualdad en adolescentes de Delicias.
4: Realización del cuestionario en dos grupos control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y
las cuestiones planteadas.
5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
6: Recogida de datos y análisis de resultados.
7: Planificación de la intervención.

INDICADORES
Para la primera fase los indicadores son:
1. Constitución y mantenimiento del grupo de trabajo multidisciplinar
2. Tener elaborado el cuestionario para el análisis de la intervención
3- Tener elaborado el informe con los resultados del análisis
3. Nùmero de sesiones en las aulas del IES Jerónimo Zurita realizadas en la fase de difusión de los resultados

DURACIÓN
Cursos: 2016-2017 y 2017-2018
Se realizará a lo largo del curso el informe de resultados para presentarlo en las aulas a final del curso
Para el curso siguiente se planificara la intervención en el aula

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1636

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA LACLETA LORENTE
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUIRRE ABADIA NOELIA MARIA
CASAMAYOR SANTOS MERCEDES
ALASTRUE PINILLA MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín maletines y sala de urgencias periódicamente
2- Revisión periódica de caducidades
3- Reorganización de la Sala de urgencias conforme a nuevas necesidades
4- Nombramiento de responsables de cada actividad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Al realizar la revisión periódica de caducidades, no se han encontrado ninguna medicación ni producto sanitario caducado por lo que se han minimizado los riesgos y aumentado la seguridad
2- Se nos ha dotado de un carro de paradas, con lo que hemos ganado espacio en la sala de urgencias y se han centralizado todos los materiales sanitarios y medicación que se utilizan en una parada en dicho carro .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha quedado pendiente una reunión del EAP para mostrar el carro de paradas así como la nueva distribución, que está prevista para el próximo 17 de enero . Se aprovechará dicha reunión para hacer un repaso de los protocolos actuales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1636 ========== ***

Nº de registro: 1636

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
AGUIRRE ABADIA NOELIA, LACLETA LORENTE ROSA MARIA, CASAMAYOR SANTOS MERCEDES, GALDEANO BIEL ANA MARIA, COBOS MANCHON DAVID, FERNANDEZ FORTUN TOMAS HIGINIO, PUY ROC SARA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1636

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo. Si/no

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1650

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SAINTARIA EAP DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA GONZALEZ RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ VILLARROYA JOSE CARLOS
CORDOBA GARCIA RODRIGO
GARCIA SANCHEZ NURIA
ASENSIO ASENSIO LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde hace años el equipo de medicos y pediatras del C.S. Delicias Sur viene desarrollando una línea de mejora de la calidad de uso racional del medicamento en diversas áreas: formación continuada mediane sesiones clínicas sobre efectos adversos e indicaciones de fármacos, impulso continuado al registro de efectos adversos a medicamentos y estrategias concretas sobre buen uso de medicamenteos de mayor riesgo potencial por su frecuente uso como es el caso de la estatinas o los IBP o por su incidencia en poblaciones con mayor susceptibilidad como población infantil o en pacientes ancianos. Por otra lado formamos parte de la comisión de uso racional del medicamento del Sector y se participa activamente en el Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA) del Sector.
Como objetivos específicos para 2017 se han propuesto la disminución en el uso de estatinas de menor eficiencia, la adecuación de las indicaciones del uso de parches de lidocaina y la adecuación del uso de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría. También se propuso un objetivo de mejora en el uso de opiáceos para el dolor crónico no oncológico
Para llegar a estos objetivos se han realizado actividades formativas consistentes en sesiones clínicas basadase en el análisis de la prescripción de los fármacos seleccionados y el aporte de las evidencias científicas para mejorar las indicaciones de los mismos
Se han relaizado sesiones sobre uso de estatinas, IBP, antimicrobianos u opiáceos. Tambien se han realizado sesionese clínicas docentes a residentes y estudiantes sober uso racional de medicamentos, síntomas guía para detectar reacciones adversas y la importancia del registro de las mismas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron al menos 6 sesiones clínicas sobre los medicamentos objeto de análisis para este año 2017.
En relación con la adecuación del uso de parches de lidocaina se distribuyeron entre los médicos de familia los listados de pacientes que los utilizaban y se realizó una evaluación de los mismos,retirando el fármaco en indicaciones no adecuadas.
En cuanto a los indicadores obtenidos:
Selección eficiente de estatinas:
Año 2016 12,93%. Año 2017 13,56%. Aunque el indicador ha aumentado un poco estamos dentro del rango, con unos niveles muy buenos respecto al sector (media sector 20,2 y media Aragón 16,6%)

En el caso de uso de antibióticos en faringoamigdalitis, nuestros datos están en el nivel superior.
Año 2016 95,02. Año 2017 96,1%. Datos del sector 91% y media de Aragón 88,4%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo es seguir marcando indicadores en coordinación con farmacia del Sector para mejorar indicaciones de fármacos. El equipo esta fuertemente posicionado sobre la disminución en el uso de farmacos no costo-efectivos y en la deteccion de efectos adversos a medicamentos.
La formación es la mejor estrategia para el cumplimiento de los objetivos en esta importante area de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1650 ========== ***

Nº de registro: 1650

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP DELICIAS SUR

Autores:
GONZALEZ RUBIO FRANCISCA, GARCIA SANCHEZ NURIA, RUBIO REMIRO OLGA, ASENSIO ASENSIO LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1650

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SAINTARIA EAP DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-parches de lidocaína
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0646

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMPARO FUERTES DOMINGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENGUAL GIL JOSE MARIA
DE LA FIGUERA VON WICHMAN ENRIQUE
JIMENEZ MARIN EMILIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DOS SESIONES CLÍNICAS DE FORMACIÓN EN EL PROPIO CENTRO Y OTRA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO IMPARTIDA ESTA ÚLTIMA POR DERMATÓLOGO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO HEMOS INICIADO EL PROCEDIMEINTO PORQUE NO DISPONEMOS DE DERMATOSCOPIOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ESTAMOS A LA ESPERA DE CONTINUAR LA FORMACIÓN Y EMPEZAR CON LA TÉCNICA TAN PRONTO COMO NOS FACILITEN LOS DERMATOSCOPIOS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/646 ========== ***

Nº de registro: 0646

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Autores:
FUERTES DOMINGUEZ AMPARO, MENGUAL GIL JOSE MARIA, DE LA FIGUERA VON WICHMAN ENRIQUE, JIMENEZ MARIN EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0646

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopIa, de forma que los Médicos de Familia y Pediatras, adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutaneas susceptibles de cáncer cutaneo o atipia.

MÉTODO
ormación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).
Formación a los médico de A. p. en patologías que deban ser evaluadas a nivel de especialista (nevus atípcicos, lesiones precancerosas....)

INDICADORES
Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%)
Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%).
Porcentaje de pacientes en los que se ha relaizado dermatoscopia y no se ha derivado a centro hospitalariop, dermatologia
Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN
Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2018
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2018
Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018
Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0670

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA TORRE MAÑAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABAS BALLARIN MARIA PILAR
LLORENTE FAURO MARIA PILAR
CANET FAJAS CARLOTA
VAL ESCO LAURA
NAVARRO RERO SILVIA
FELIPE RUBIO ALFONSO
MARTIN TERRADO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PROYECTO PRESENTADO EN SESION CLINICA A TODOS LOS COMPONENTES DEL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.
NOTIFICADO POR EMAIL A TODO EL EQUIPO EL POWERPOINT DE LA SESION CLINICA.
SE HA ELABORADO UN TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE LA ATENCION URGENTE REFERENTE A CENTROS Y HORARIOS, DEL QUE SE HAN REALIZADO COPIAS.
SE HAN HECHO COPIAS DE DICHO TRIPTICO, PARA SU REPARTO EN CADA UNA DE LAS CONSULTAS DE LOS PROFESIONALES, Y SU POSTERIOR DISTRIBUCION A LOS PACIENTES.
EL PLAN DE ATENCION A LA DEMANDA URGENTE HA SIDO COLOCADO EN ZONAS VISIBLES: EN EL TABLON DE ANUNCIOS Y EN LAS AREAS DE ADMISION DE PLANTA BAJA Y PLANTA PRIMERA DEL CENTRO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACION DE DOCUMENTO EXPLICITO INDICANDO EL PROFESIONAL RESPONSABLE DE ATENCION URGENTE Y SU APROBACION Y PUESTA EN MARCHA. FUENTE DE INFORMACION: INFORME DEL CENTRO DE ACTAS FIRMADAS.
PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONOCEDORES DEL MISMO 100%.
PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN PATOLOGIA URGENTE, SUPERIOR AL 80%. FUENTE DE INFORMACION: INFORME DEL CENTRO DE ACTAS FIRMADAS.
PROFESIONALES DEL CENTRO QUE HAN PARTICIPADO EN AL MENOS UNA SESION RELATIVA A URGENCIAS, SUPERIOR AL 80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
APROBACION Y ACEPTACION DEL EQUIPO, CONSIGUIENDO ASI UN CONSENSO EN LA ACTUACION URGENTE TANTO EN CENTRO DE SALUD COMO EN EL DOMICILIO DEL USUARIO.
OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS EVITANDO DEMORAS EN LA ACTUACION URGENTE.
QUEDA PENDIENTE: LA PRESENTACION EN DOS SESIONES CLINICAS DE CONTENIDOS Y REVISIONES DEL CARRO, MALETIN Y SALA DE UGENCIAS, MANEJO DE MEDICACION URGENTE Y COLOCACIÓN DE ALGORITMOS DE ACTUACIÓN URGENTE EN ZONAS VISIBLES (QUE YA ESTAN ELABORADOS)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/670 ========== ***

Nº de registro: 0670

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

Autores:
TORRE MAÑAS MARIA LUISA, GABAS BALLARIN MARIA PILAR, LLORENTE FAURO MARIA PILAR, CANET FAJAS CARLOTA, VAL ESCO LAURA, NAVARRO RERO SILVIA, FELIPE RUBIO ALFONSO, MARTIN TERRADO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA URGENTE
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0670

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
SITUACION ACTUAL: FALTA DE CONSENSO EN ATENCION URGENTE TANTO EN CENTRO DE SALUD COMO DOMICILIARIA
NECESIDAD DE UNA GESTION ADECUADA DE LA ATENCION URGENTE QUE POTENCIE LOS RECURSOS EXISTENTES EN EL CENTRO DE SALUD (PROFESIONALES Y MATERIALES) Y MINIMICE EL IMPACTO DE UN MAL USO POR PARTE DEL EAP.
MEJORA DEL REDIMIENTO DE LOS PROFESIONALES Y AUMENTO DEL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO.

RESULTADOS ESPERADOS
EVITAR DEMORAS EN ATENCION URGENTE MEDIANTE UN DOCUMENTO QUE RECOJA EL CRITERIO PARA DESIGNAR EN CADA MOMENTO AL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ATENCION URGENTE TANTO EN EL CENTRO DE SALUD COMO EN EL AVISO DOMICILIARIO.
ORGANIZACION ESTANDARIZADA DE LA SALA DE URGENCIAS, DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIAS/EMERGENCIAS.
CONCIENZAR Y FORMAR A LA POBLACION PARA UN USO RACIONAL DE LA ATENCION URGENTE.
FORMACION CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES EN ATENCION URGENTE Y EN RCP
CREAR DOCUMENTO INFORMATIVO QUE RECOJA HORARIOS Y CENTROS DE ATENCION URGENTE EXTRAHOSPITALARIA PARA CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS.

MÉTODO
CONSENSUAR UN PROTOCOLO DE CONTENIDO Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADA Y MALETIN DE URGENCIAS.
PROPORCIONAR A LOS PROFESIONALES DEL EAP UNA MATRIZ DE ASIGNACION DE CASOS EN ATENCION URGENTE, CONTEMPLANDO LA AUSENCIA DEL PROFESIONAL POR CAUSAS NIO PREVISIBLES.
PROMOVER LA FORMACION EN ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD, MEDIANTE CURSOS Y TALLERES, ORGANIZADOS TANTO POR LA DIRECCION COMO POR EL PROPIO CENTRO.
SITUAR EN LUGARES ESTRATÉGICOS DOCUMENTOS GRAFICOS CON EVIDENCIA CIENTIFICA SOBRE LA ATENCION URGENTE.
DISEÑAR Y DISTRIBUIR MATERIAL INFORMATIVO DIRIGIDO A LA POBLACION PARA UN USO ADECUADO DE LA ATENCION CONTINUADA/URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.

INDICADORES
--INDICADOR: : EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO SI/NO.
OBJETIVO: EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO.
--INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES
CONOCEDORES DEL MISMO.
OBJETIVO: SUPERIOR AL 80%
--INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL EAP
QUE HA PARTICIPADO EN FORMACION EN PATOLOGIA
URGENTE.
--OBJETIVO 80%
--INDICADOR: NUMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL
CENTRO QUE HAN ASISTIDO/PARTICIPADO EN AL MENOS
UNA SESION RELATIVA A URGENCIAS/NUMERO TOTAL DE
PROFESIONALES DEL SECTOR.
OBJETIVO 80%
--INDICADOR: QUE EXISTA CONSTANCIA POR ESCRITO DE
LOS CONTENIDOS Y LAS REVISIONES DE MANTENIMIENTO
DEL CARRO, SALA DE URGENCIAS Y MALETINES.
OBJETIVO 80%

DURACIÓN
DE MAYO DE 2018 A MAYO DE 2019. SE PREVE LA CONTINUACION HASTA EL TOTAL DESARROLLO DEL PROYECTO.
--DE MAYO A AGOSTO 2018: CREACION DEL DOCUMENTO DEL CIRCUITO DE ATENCION EN CASO DE URGENCIA, DE LUNES A VIERNES Y DE 8 A 17H, QUE SE ENVIARA POR CORREO CORPORATIVO, PARA QUE TODO PROFESIONAL DISPONGA DE EL.
--SE ORGANIZARA CARRO, MALETIN Y SALA DE URGENCIAS, SEGUN ESTANDARES.
--DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2018: SESION CLINICA CON EL EQUIPO PARA PRESENTAR Y DIFUNDIR LA DOCUMENTACION Y TRIPTICO INFORMATIVO DE LOS LUGARES DE ATENCION SANITARIA, A TODOS LOS PROFESIONALES.
--DE ENERO A MARZO 2019: TRES SESIONES TEÓRICO PRACTICAS DE MANEJO DE MEDICACION URGENTE Y REVISION DE SVB Y SVA.
--ABRIL 2019: EVALUACIÓN DEL PROYECTO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0670

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD Y EN DOMICILIO DEL USUARIO

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0697

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCIONPRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GABAS BALLARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASENSIO ASENSIO LOURDES
GARCIA SANCHEZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el inicio de este proyecto nuestro objetivo, como miembros del Grupo PROA- AP fue trasladar a nuestro equipo la preocupación y las herramientas de trabajo necesarias para mejorar el uso adecuado de antimicrobianos en nuestro medio.
- El 13 de Abril de 2018, acudimos a la Jornada de programa IRASPROA : Programa integral de vigilancia, prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria / Programa de optimización del uso de antibióticos. De la teoría a la acción: un paso adelante, donde se explicaron los pasos para implementarlo tanto en AP como en hospitales.
Como primer paso se nombró persona responsable del uso racional de antibióticos en nuestro equipo a Mª Pilar Gabás Ballarín (MAC del CS Delicias Sur).
- Hemos acudido a las sesiones mensuales del Grupo PROA -AP que se han llevado a cabo los días: 1 de marzo, 19 de abril, 31 de mayo, 26 de septiembre, 22 de noviembre, 20 de diciembre y 7 de febrero.
- El 5 de julio se realizó sesión con los responsables de antibióticos con el objetivo de conocer el informe de consumo de antibióticos del año 2017 en el Sector Zaragoza III y debido a la coincidencia con el periodo vacacional, se presentó al equipo Delicias Sur en octubre junto al mapa de resistencias del sector.
- Durante los meses de verano preparamos una encuesta on-line sobre el conocimiento y necesidades formativas de los Médicos de Atención Continuada (MAC) y los resultados se presentaron en el curso de formación sobre antibióticos celebrado el 29 de Noviembre. A dicho curso acudimos como docentes Nuria García y Pilar Gabás y como dicenteLourdes Asensio.
- El día 18 de Noviembre celebramos el Día Europeo para el Uso Prudente de los Antibióticos y realizamos una pegada de carteles en el centro de Salud con el decálogo del buen uso de los antimicrobianos.
- El día 31 de enero presentamos la estrategia IRASPROA en nuestro centro, decálogo para el buen uso del medicamento y encuestas /casos clínicos para medicina, pediatría y enfermería. Se firmó el compromiso de adhesión de nuestro centro Delicias Sur y se envió a Mª Jesús Lallana y Mercedes Aza .
Aprovechamos la ocasión para entregar a cada médico/ATS carteles para poner en las consultas y recordar el acceso a IRASPROA y PROA-AP desde nuestra Intranet y como acceder a las guías terapéuticas tanto la de Aljarafe como a las secciones revisadas en nuestra comunidad.
-Nuria García y Lourdes Asensio, han participado en la revisión de la Guía de prescripción, en el apartado de infecciones respiratoria.
En varias ocasiones hemos enviado correos internos de OMI para insistir en la importancia de la optimización en el uso de antimicrobianos, a modo de recordatorio y poniéndonos a disposición de nuestros compañeros ante dudas que puedan surgir sobre el tema.
-Queda pendiente para el mes de marzo, sesión sobre Antibióticos en patología respiratoria, que es la parte de la guiá terapéutica que ha sido revisada por nuestras compañeras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Difusión del informe de consumo /resistencias de antimicrobianos del sector a todos los miembros del equipo : 90 % de los profesionales. Se envío copia por correo del Salud a cada profesional.
-Se han realizado una sesión clínica siguiendo las pautas de IRASPROA para este año, ya que se llegó al acuerdo de unificar criterios entre los centros. Se recogió acta de firmas de asistentes y se envió al servicio de Farmacia. La asistencia fue del 80% de los profesionales.
-Queda pendiente una segunda sesión para el mes de marzo.
-Los objetivos que teníamos en el proyecto eran 3 sesiones, pero nos hemos adaptado a la estrategia IRASPROA.
-Además de las sesiones, hemos sido un grupo activo tanto en nuestro centro motivando a los profesionales de medicina, pediatría y enfermería como en el grupo PROA-AP al que pertenecemos. Hemos transmitido los acuerdos a nuestro centro, hemos animado a continuar trabajando, ya que los datos de consumo han mejorado bastante en nuestro sector y todavía podemos hacer mejor las cosas.
Hemos fomentado la formación, la implicación de los miembros del equipo y la sensación general es de satisfacción y trabajo bien hecho.
Los objetivos generales ; asistencia a sesiones PROA -AP, difusión consumo y resistencias antibióticos en el sector, dar a conocer IRSPROA, PROA -AP, aplicaciones en intranet del Salud, se han cumplido.
Únicamente tenemos pendiente una sesión en el mes de marzo sobre infecciones respiratorias que por cuestiones de agenda de sesiones clínicas en Delicias Sur no ha podido hacerse antes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dado que en 2050, la primera causa de muerte por delante de cáncer, van a ser las infecciones por gérmenes resistentes a los antibióticos, creemos que es importante recabar información, transmitirla y buscar aquellas herramientas que nos ayuden a controlar esta pandemia.
Las infecciones es una de las causas más frecuentes en Atención Primaria y somos los primeros prescriptores de antibióticos, por tanto somos responsables de hacer las cosas bien, diagnosticar y tratar adecuadamente y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0697

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCIONPRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

usar los antibióticos solamente cuando sea necesario.
Debemos continuar, nuestros compañeros están respondiendo y las cifras de mejora de consumo están ahí, pero hay que seguir motivando y aprendiendo juntos.
Este proyecto debe continuar, sirviendo de enlace con PROA y siguiendo la estrategia de IRASPROA, haciendo educación sanitaria a nuestros pacientes para que vayan comprendiendo el problema y cambiando hábitos; formando a los residentes y a los MAC que por las características especiales de nuestro puesto de trabajo, tenemos más dificultades para optimizar los tratamientos; y sirviendo de apoyo siempre a nuestros compañeros solucionando dudas, opiniones, casos, etc...
Propondremos pues para 2019 que este proyecto continué con nuevos objetivos que serán comunes a los centros adscritos a la estrategia Iraspoa, con actividades comunes, sesiones clínicas en el EAP cuatrimestrales, presentación de nuevos datos de consumo y mapa de resistencias, revisión del uso de antibióticos según aparatos (respiratorio, urinario y piel) y asistencia a Jornadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/697 ========== ***

Nº de registro: 0697

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

Autores:
GABAS BALLARIN MARIA PILAR, GARCIA SANCHEZ NURIA, ASENSIO ASENSIO LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a antibióticos, supone un importante problema de salud pública ya que no solo permiten tratar infecciones comunitarias que previamente tenían una importante morbimortalidad, sino que son un recurso para la prevención y tratamiento de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria como complicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y por tanto su abordaje es un asunto prioritatio e incluye la optimización del uso de antibióticos .
Desde la Agencia Española del Medicacmento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de las Resistencias a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización del uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a mejorar el uso de antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto pretendemos optimizar el uso de antimicrobianos en el CS Delicias Sur, para evitar la aparición de resistencias a antibióticos.
Como miembros del equipo PROA-AP del Area III, nos adherimos a los principios generales PROA (Decálogo sobre el uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de AP de IRASPROA) y lo llevaremos al conocimiento del resto del equipo.
Fomentar el uso adecuado de antibióticos a traves de sesiones formativas.

MÉTODO
Para lograr los objetivos, acudiremos a las reuniones PROA-AP mensualmente y serviremos de enlace con los miembros del equipo.
Participaremos en actividades desarrolladas por el grupo IRASPROA (jornadas, campañas sanitarias...)
Realizaremos tres sesiones formativas en el centro de salud sobre consumo de antimicrobianos y mapa de resistencias de nuestro sector, grupo PROA y aplicaciones en la intranet del Salud y enfermedades infecciosas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0697

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCIONPRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CS DELICIAS SUR

más frecuentes en atención primaria y su tratamiento según las guías actualizadas.

INDICADORES
- Difusión del informe de consumo /resistencias de antimicrobianos en el sector a todos los profesionales del EAP del CS Delicias Sur .
Objetivo: 80% de los profesionales.
- Número de sesiones realizadas sobre PROA.
Objetivo: 3 sesiones anuales y 80% de los profesionales participarán en la formación PROA. Sesiones clínicas con acta firmada por los asistentes.

DURACIÓN
- Asistencia a jornada IRASPROA. Zaragoza. Abril 2018.
- Nombrar un responsable del uso racional de antibióticos en el equipo. Mayo-Junio 2018.
- Dar a conocer los principios generales PROA: se realizará sesión informativa al resto del equipo para presentar el grupo PROA-AP y localizarlo en la intranet del Salud. Septiembre 2018.
- Sesión formativa sobre consumo de antimicrobianos y perfil de resistencias. Mapa de resistencias a antibióticos en nuestro sector. Octubre 2018.
- Sesión formativa sobre infecciones más frecuentes en AP y su tratamiento. Guias de prescripción de antibióticos. Diciembre 2018.
- Participar y dar a conocer las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.
- Evaluación del proyecto. Abril 2019.
- Presentación de los resultados al resto del equipo. Mayo- Junio 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0700

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO EN INSTITUTO Y COMIENZO EN PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NOELIA AGUIRRE ABADIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLA ANTON JOSE FERNANDO
ANTOÑANZAS SERRANO ALMA
RUBIO REMIRO OLGA
SANCHEZ PRIETO YASMINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Análisis y Valoración del cuestionario realizado en junio del 2018 por alumnos del IES Jerónimo Zurita, de 2º de la ESO, cuyos resultados serán devueltos a los alumnos que los realizaron en junio del 2019.
Se realizaron los días 11, 18,y 25 de mayo, asi como el 1 de junio unas sesiones sobre prevención de Violencia de Género en el IES Jerónimo Zurita .
Reuniones con el equipo de trabajo para preparación de las sesiones que van a impartirse tanto en el IES Jerónimo Zurita como en los colegios de primaria de CEIP Moreno calvete y Andrés Manjón. Los recursos empleados han sido mínimos, ya que el trabajo se ha realizado en horas fuera de la jornada laboral . El material empleado es audiovisual, con presentaciones Power point y vídeos realizados por el equipo de trabajo.
Reuniones con los equipos educativos del IES Jerónimo Zurita como en los colegios de primaria de CEIP Moreno calvete y Andrés Manjón.
El día 12 de marzo se va a realizar una sesión formativa para todo el EAP de Delicias Sur para la presentación del

nuevo protocolo de Violencia de Género y cómo adaptarlo a nuestro trabajo diario.Los recursos empleados han sido mínimos, ya que el trabajo se ha realizado en horas fuera de la jornada laboral . El material empleado es audiovisual, con presentaciones Power point .
Se realizaron 2dos sesiones formativas a laumnos de sexto de primaria, una en el CEIP Moreno Calvete y otra en el CEIP Andrés Manjón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía no pueden valorarse puesto que el proyecto sigue en marcha

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todavía no pueden valorarse puesto que el proyecto sigue en marcha

7. OBSERVACIONES.
La respuesta tanto de profesores como de aliumnos ha sido muy positiva, animándonos a seguir con el proyecto y a seguir colaborando con ellos

*** ========== Resumen del proyecto 2018/700 ========== ***

Nº de registro: 0700

Título
VIOLENCIA DE GENERO EN EL INSTITUTO Y COMENZANDO EN PRIMARIA

Autores:
AGUIRRE ABADIA NOELIA, MENGUAL GIL JOSE MARIA, SANISIDRO FONTECHA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0700

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO EN INSTITUTO Y COMIENZO EN PRIMARIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto estaría enmarcado en la Estrategia nacional para la erradicación de la violencia
Contra la mujer y Protocolo de actuación contra la Violencia de Género Ciudad de Zaragoza

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la sensibilidad de ls adolescentes en relación con la violencia de genero.(VdG)
Concienciar a los adolescentes sobre la VdG.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la VdG.
Detectar a lo largo del periodo a los adolescentes victimas de VdG

MÉTODO
Realización de encuesta a adolescentes para conocer su sensibilidad y conocimientos en relación al tema elegido.
Reniones con educadores para preparar las distintas intervenciones.
Distintas intervenciones realizadas en colegios e institutos de nuestra zona básica de salud
Evaluación del impacto de estas actividades .

INDICADORES
(pendientes de definir)Indicadores provenientes de la comparación de la encuesta 1 y 2

DURACIÓN
En los institutos se harán intervenciones a los alunmnos de tercero de la ESO de una hora de tiempo, en la que se proyectará un vídeo y un power point y se abrirá un debate sobre las conclusiones que han llegado tras la proyección.
A los alumnos de Segundo de ESO se les pasará el test propio elaborado hace dos años
A los alumnos de sexto de primaria se les pasará una encuesta para poder evaluar sus conocimientos sobre el tema .
Tras esa encuesta se realizará una intervención en el aula donde a través de juegos, talleres se les hablará sobre género, igualdad, respeto y Violencia de género adaptada a su edad
A los días de la intervención se volverá a pasar la encuesta propia elaborada este año.
Todas las intervenciones se realizarán durante el curso escolar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RODRIGO CORDOBA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALASTRUE PINILLA MAR
COBOS MANCHON DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado dos sesiones clinicas en el Equipo de Atencion Primaria.
La primera para médicos realizada por Dr. Daniel Barbera y su tutor Jose Carlos Perez-Villarroya sobre aspectos clinicos de diagnóstico y tratamiento y la segunda por los responsables del Proyecto y dirigida a profesionales sanitarios de medicina y enfermeria que incluia aspectos de diagnóstico,tratamiento, seguimiento, cuidados y educacion sanitaria.
Hay un modelo de sesión clinica para promover formación en IC a disposición para una eventual formación de formadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han revisado tambien pacientes con insuficencia cardiaca y patologia compleja segun listado remitido por la Dirección del sector.
La evaluación de las sesiones clinicas fueron positivas y deberian hacerse con una regularidad no menor a los 6 meses para mantener su impacto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración positiva de las actividades que han permitido un mejor diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la IC.
Queda pendiente impacto en número de hospitalizaciones para lo cual no ha transcurrido el tiempo suficiente.
El proyecto debe tener continuidad con una mejor coordinación con servicios hospitalarios facilitada y mediada por la dirección del sector que a dia de hoy queda pendiente de realizar.

7. OBSERVACIONES.
Se mantienen actividades comunitarias orientadas a prevención de factores de riesgo cardiovascular

*** ========== Resumen del proyecto 2018/805 ========== ***

Nº de registro: 0805

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE DELICIAS SUR

Autores:
CORDOBA GARCIA RODRIGO, ALASTRUE PINILLA MAR, COBOS MANCHON DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS SUR

proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.
El C.S. Delicias sur ya hizo un estudio sobre prevalencia de la IC en el anciano en 1994. El resultado entonces fue que en pacientes mayores de 65 años la prevalencia de IC fue del 6.3%. Actualmente segun el resgistro de OMI la prevalencia de IC y patologia crónica compleja en mayores de 65 años seria del 4,8%. Dada esta prevalencia y que el 21.7% % de nuestra poblacion esta por encima de esta edad se refuerza la pertinencia de nuestra participacion en el proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC
2. Cambios en la oferta de servicios: Implementacion de autocuidados en IC por parte del personal de enfermeria
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones clinicas para revision de las GPC en Insuficiencia Cardiaca
4. Adecuación de recursos: referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Ver Indicadores y Evaluacion
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.
7. Actividades Comunitaria. Continuidad de la linea iniciada hace años de Prevencion Cardiovascular en colaboracion con asociaciones ciudadanas con la incorporacion de la Prevencion primaria de la Insuficiencia Cardiaca mediante los factores de riesgo mas importantes: HTA, tabaquismo, dislipemias, etc

INDICADORES
INDICADORES Y EVALUACIÓN.
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Actuacion comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Plantilla autocuidados /Comunitaria: Octubre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. Octubre - diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo Octubre-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. Junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES
10. ENFOQUE PRINCIPAL: Mejorar calidad asistencial en pacientes con IC.
11. POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Pacientes mayores de 65 años
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Enfermedades del sistema circulatorio
·PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN. Mejora de la linea de decisiones compartidas
12. LÍNEA ESTRATÉGICA. Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0805

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DELICIAS SUR

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LLORENTE FAURO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL
GRACIA MORTE CONCEPCION
GALDEANO BIEL ANA MARIA
OCHOA MONEO PURIFICACION
LABORDA BAZAN GREGORIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el comienzo del proyecto hasta ahora hemos realizado 5 reuniones en la Asociación de Vecinos de Delicias "Manuel Viola" . En ellas hemos estado representantes de varias entidades: Cáritas, centros de convivencia de Delicias, Centro Municipal de Servicios Sociales, asociación de vecinos y de los centros de salud Delicias Norte y Delicias Sur. Asi, todos juntos y desde una visión mas amplia, podemos conocer de este modo la situación de la poblacion de la zona de Delicias y plantear estrategias de acción desde varios ámbitos: el comunitario, social y sanitario.

Hemos configurado una serie de objetivos generales y especificos del grupo que formamos este proyecto y se ha definido la edad de las personas incluidas en el estudio en mayores de 70 años que viven en soledad no deseada. Nuestros objetivos generales iran enfocados a mejorar la calidad de vida y prevenir situaciones de riesgo en este colectivo.

En las primeras reuniones se creó una ficha de recursos para que cada organismo la rellenara con las actividades que realizan y así en las reuniones, compartirlas con el resto de los miembros y ponerlas todas en común. Con ello todos los que formamos parte del grupo estamos siendo conocedores de las actividades que se hacen en nuestro entorno, y asi podemos transmitirlas al resto de nuestros compañeros de trabajo. Muchas veces, las personas del barrio no saben todos los recursos que tienen a mano.

Los 2 Centros de Salud hemos recopilado unos listados con las personas mayores de 70 años que viven solas en cada zona. Asi de manera objetiva y con cifras, entre todos estableceremos las directrices a seguir para conseguir mejorar la situación de estas personas.

En dichas reuniones, se ha informado también de la existencia de un grupo de investigación de soledad formado por personas de la comunidad de delicias que analiza las caracteristicas de la población utilizando como metodología la investigación de acción participativa.

Se recopilan datos relacionados con nuestro proyecto de soledad de otras CCAA u otros barrios a traves de prensa, internet u otros medios de comunicación y se pone en común toda la información, se analiza en nuestro grupo y en el de investigación nombrado anteriormente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido mantener unas reuniones periodicas entre todos los grupos que formamos el proyecto, algo dificil de conseguir dadas las caracteristicas de nuestros trabajos. Teniendo una serie de objetivos claros, se tienen aún que definir en las siguientes reuniones hacia donde queremos ir con toda la información que cada entidad está dando al resto del grupo.

Se han mandado varios correos a todo el personal del Centro de Salud para poder reunir de cada cupo, las personas mayores de 70 años que viven solas y así juntarlos a los datos que proporcionen los compañeros del centro de salud Delicias Norte.

Queda pendiente realizar una sesión clínica con todas las actividades y recursos de la zona para darlas a conocer a todo el personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La organizacion compleja de las administraciones hace que no todas las personas de la misma ciudad dispongan de los mismos periodos de espera para las ayudas en cuidados. Dado el problema de envejecimiento de nuestra población, pensamos que es un grave problema.

Deberian adaptarse los recursos de los que disponemos a las necesidades de la poblacion ya que en nuestro barrio de Delicias hay mucha población en riesgo.

Este proyecto debe continuar en 2019 para afianzar lo conseguido y avanzar en las mejoras para la población de riesgo del barrio de Delicias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/921 ========== ***

Nº de registro: 0921

Título
LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

Autores:
LLORENTE FAURO MARIA PILAR, GALDEANO BIEL ANA MARIA, ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL, GRACIA MORTE CONCEPCION, OCHOA MONEO PURIFICACION, LABORDA BAZAN GREGORIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCION AL ANCIANO SOLO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se trata de un proyecto intersectorial en el que participan el Centro Municipal de Servicios Sociales, Cáritas, Asociación de Vecinos Manuel Viola de Delicias, Centro de Salud Delicias Norte y Centro de Salud Delicias Sur. Se ha detectado un incremento de las situaciones de soledad no deseada en personas mayores en Delicias, con una tasa de envejecimiento de 230,28%, tasa de sobre-envejecimiento de 17,79% y una tasa de dependencia de 56,4%. A todo esto le sumamos escasas redes de apoyo (tanto familiar, de vecindario y servicios públicos) y con un modelo urbanístico que favorece el aislamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
*Conocer la problemática y necesidades actuales de soledad no deseada en la población mayor, de dos polígonos de Delicias, coincidiendo con las zonas de salud Delicias Sur y Delicias Norte.
*Proporcionar a este grupo de población una asistencia sanitaria integral, acorde con sus necesidades y expectativas de salud manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.

MÉTODO
Mediante la metodología de la Investigación-Acción-Participativa que es una combinación de investigación, educación-aprendizaje y acción, se va a crear un Grupo de Investigación formada por personas de la comunidad de Delicias que será coordinado y asesorado por un Equipo Multidisciplinar formado por representantes de los agentes que promueven el Proyecto. Se aplicarán instrumentos de investigación cualitativos y cuantitativos para conocer la situación de este grupo de la población y sus necesidades. Se elaborará un informe para dar a conocer los resultados y se plantearán estrategias de acción para los diferentes ámbitos implicados: comunitario, social, sanitario.

INDICADORES
1. Equipo multidisciplinar constituido con los diferentes agentes
2. Grupo de investigación constituido
3. Aplicación de los instrumentos de investigación
4. Elaboración del informe de situación
5. Planteamiento de estrategias de acción

DURACIÓN
El Proyecto tiene una duración prevista de 2 años
DE MAYO DE 2018 A MAYO DE 2020

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0921

1. TÍTULO

LA SOLEDAD NO DESEADA EN DELICIAS

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0720

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!“

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GEMA GALINDO MORALES
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS DELICIAS SUR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUIRRE ABADIA NOELIA
CERON MACHADO PILAR
SOLA ANTON JOSE FERNANDO
COBOS MANCHON DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se está cumpliendo el calendario de actividades programado en la memoria inicial.
De Enero a Septiembre/18, Gema Galindo, Noelia Aguirre y José Sola Antón han llevado a cabo las siguientes actividades:
Elaboración del vídeo de presentación del centro de Salud.
Elaboración del Power Point para la exposición teórica a los niños durante la intervención en el centro de salud.
Elaboración de las encuestas para la evaluación.

Desde Septiembre/18 Gema Galindo y Noelia Aguirre se han comunicado con los centros educativos de la zona de Delicias, ofreciendo la actividad a todos los centros durante este curso escolar.
Además, han realizado la difusión del Proyecto a la Dirección AP Sector III y al EAP CS Delicias Sur.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Intervención en los centros de salud de los centros educativos de la zona básica de Delicias Sur se llevará a cabo por Pilar Cerón, David Cobos, Noelia Aguirre y Gema Galindo durante los meses de febrero a mayo de 2019 puesto que han sido las fechas convenidas con los centros educativos en base a su programación escolar.
Por tanto no disponemos de indicadores para evaluar resultados por el momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No podemos obtener conclusiones puesto que no tenemos resultados todavía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/720 ========== ***

Nº de registro: 0720

Título
PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!

Autores:
GALINDO MORALES GEMA, AGUIRRE ABADIA NOELIA, CERON MACHADO PILAR, SOLA ANTON JOSE FERNANDO, COBOS MANCHON DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DELICIAS SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niños sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación comunitaria

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta mediante una necesidad sentida de los profesionales de salud posibles situaciones de desigualdad de género y problemas de espalda en niños asociados a malos hábitos de salud que es necesario controlar desde la infancia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0720

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!“

Desde los centros educativos el profesorado corrobora esta necesidad y manifiesta un desconocimiento de los alumnos del Primer Ciclo de Educación Primaria sobre determinados hábitos saludables básicos así como del centro de salud, sus profesionales y las diferentes labores que realizan, lo que les provoca descofianza y miedo a la hora de recibir asistencia sanitaria.
La edad escolar, y en concreto los 7-8 años, es un momento idóneo para aprender hábitos saludables de una forma integral desde el comienzo. Por este motivo, este proyecto va dirigido a la población infantil de Segundo Curso de Educación Primaria de los Centros Educativos de la Zona Básica de Delicias Sur y en él participan profesionales de : Higiene bucodental, Enfermería y Fisioterapia.

RESULTADOS ESPERADOS
Promover hábitos saludables en la población infantil desde un punto de vista de salud integral.
Sensibilizar a familias (a través del alumnado y personal del centro educativo) y profesores sobre la importancia de la educación para la salud desde la infancia.
Dar a conocer el Centro de Salud a la población infantil, presentándolo como un organismo “cercano, amigo y que presta ayuda”.

MÉTODO
1. Actividades de organización:
1.1. Reunión en el centro educativo con el Jefe de Estudios y a través del correo electrónico con los tutores del curso implicado para recoger sus necesidades de salud concretas.
1.2. Reunión con los tutores en el centro educativo para explicarles qué aspectos tendrían que trabajarse en el aula antes de realizar la intervención con los niños. Visionado de un vídeo de presentación del Centro de Salud.
2. Preparación: Elaboración del vídeo de presentación del Centro de Salud por los profesionales implicados.
Elaboración de una presentación tipo Power-Point para apoyar la explicación teórica de la intervención.
Elaboración de una encuesta para los alumnos que realizarán antes y después de la intervención sobre conceptos sencillos sobre los profesionales y los conceptos aprendidos.
Preparación de los talleres.
3. Actividades de intervención:
3.1. Intervención comunitaria, que se desarrollará a través de una visita de los niños al Centro de Salud, que constará de dos partes:
3.1.1.Visita conociendo el centro de Salud y sus diferentes consultas y unidades.
3.1.2. Exposición teórica sobre temas relacionados con la salud, según necesidades del Centro Educativo.
Realización de talleres relacionados. Encuestas a los niños antes y después de la intervención.
3.2. Visita de los profesionales sanitarios al Centro Educativo para realizar una segunda intervención a través de dibujos, carteles… .
4. Actividades de comunicación:
4.1. Difusión a Dirección de Enfermería del Sector AP Zaragoza III.
4.2. Difusión a los miembros del EAP del CS Delicias Sur.

INDICADORES
1. Eficacia de la intervención:
Nº de encuestas realizadas con resultados favorables (3 o más de 5 preguntas contestadas correctamente) después de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019 - Nº de encuestas con resultados favorables (3 o más de 5 preguntas contestadas correctamente) antes de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019 / Nº de encuestas realizas de la intervención a los niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019x100

2. Indicador Cualitativo: Sensación/Opinión de los profesores del centro educativo y de los propios alumnos a través de la elaboración de dibujos y carteles sobre su visita.
3. Grado de participación: Nº de niños que participan en el proyecto desde septiembre 2018 a junio 2019.

DURACIÓN
Enero a Septiembre/18: Gema Galindo, Noelia Aguirre, José Sola Antón.
Elaboración del vídeo de presentación del centro de Salud.
Elaboración del Power Point para la exposición teórica.
Elaboración de las encuestas para la evaluación.

Septiembre/18 a Junio/19:
Reunión en los centros educativos: Gema Galindo y Noelia Aguirre.
Difusión a la Dirección AP Sector III y EAP CS Delicias Sur: Gema Galindo y Noelia Aguirre.
Intervención en los centros de salud de los centros educativos de la zona básica de Delicias Sur: Pilar Cerón, David Cobos, Noelia Aguirre y Gema Galindo.
Segunda intervención en los centros educativos: Gema Galindo y Noelia Aguirre.

Junio/19: Fin de proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0720

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO ¡CONOCE TU CENTRO DE SALUD Y APRENDE A CUIDARTE!“

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1688

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GARCIA YESTE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAUDEVILLA SALAFRANCA ANA MARIA
VAL JIMENEZ NURIA
AZNAREZ MARCO CARLOS
CONCHITA MARCO MARCO
SORO JAQUES CONCHA
CABELLO BOROBIA ERNESTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este año ya se han incorporado en las agendas de los dirferentes profesionales los huecos de demanda no presencial que se prevee ampliar según se apruebe por los profesionales. Hasta ahora se están utilizando para:
Consultas telefónicas, evitando así la molestia al profesional en su consulta, decidiendo el mismo cuando llamar.
Renovar medicación receta electrónica.
Interconsulta virtual.
Propuestas altas de mutua.
IT, bajas / altas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Considerable disminución de pacientes en consulta en lo referente a la renovación de las cartillas de largo tratamiento.
Optimicación del tiempo, en las llamadas telefonicas es el profesional sanitario el que llama cuando tiene tiempo necesario, no se le molesta en el transcurso de su trabajo.
Interconsulta virtual, altas de mutuas ya implantado con el consiguiente ahorro de tiempo.
Partes de alta/baja, con el consiguiente ahorro de tiempo tanto para el profesional sanitario como para el paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DEMANDA NO PRESENCIAL (DEMNP)
CONSULTA TELEFONICA

Atendiendo a la literalidad de la palabra, podemos entender como la consulta que se realiza por mediación del teléfono. Nosotros la vamos a entender en toda la amplitud de la palabra consulta, no únicamente como la consulta que se realiza para el diagnostico y solución de una determinada patología, sino como todo trabajo relacionado con nuestro Centro de Salud que ayude a minimizar el tiempo de trabajo presencial sin mermar en lo más mínimo su calidad.

Esta iniciativa favorece la accesibilidad de los ciudadanos a la consulta de un proceso nuevo (problema de salud, gestión de recetas, informes...); disminuye los tiempos de espera; evita desplazamientos innecesarios; y favorece la conciliación familiar y laboral. Además, permite agilizar las consultas de atención primaria, conservando la misma capacidad de respuesta en la asistencia.

Así pues, y desde un principio vamos a estudiar la consulta telefonica como la respuesta del profesional a una consulta del paciente.

La cada día mayor necesidad de asistencia sanitaria por parte de la población, la implantación de la industria cárnica que ha aumentado exponencialmente las bajas laborales encubiertas unido a la nula posibilidad de cubrir las bajas de los profesionales han derivado en el retraso en las citas de demanda y en un aumento de las de urgencia forzadas en el mismo día. Si a esto le unimos los 6 minutos que se concede por la administración por paciente se consigue la saturación de las consultas, retrasos inasumibles para los pacientes y jornadas de trabajo exaustivas por parte de los trabajadores del Centro de Salud. Profesionales que renuncian a conciliación de vida laboral, formación, moscosos etc. ya que ausentarse un día supone retrasar su agenda.

A la hora de tratar la consulta télefonica hemos intentado adecuarla a las necesidades de nuestro Centro de Salud y su zona. Zona rural que se encuentra muy dispersa en cuanto a población, lo que supone también la “dispersión” de los profesionales que la atienden y la dificultad de cubrir todo el trabajo en condiciones.

Estudiamos previamente determinados conceptos que pasamos a ampliar.

TIEMPO.
El tiempo en oro. Es lo que realmente intentamos optimizar con la consulta telefonica. Ahorrar tiempo tanto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1688

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

del profesional como de usuarios del sistema de salud. El profesional, ya que no existe recepción del paciente en consulta y del ususario, que no tiene necesidad de llamar, desplazarse, esperar, etc. lo que supone que el no tener que ausentarse de trabajos, colegios, etc. Necesidad que cada día más nos exigen los usuarios.

TELEFONO
Analizando el proceso asistencial en primaria, en la mayoría de los casos, dicho proceso comienza con la llamada telefonica solicitanto cita. Llamada que se resume en una día y una hora indicada al usuario o bien sobre alguna pregunta o duda que tenga. Así pues la respuesta a dicha petición o consulta debe de ser breve, concisa y sobre todo dar una solución. Aplicar lo mismo a la llamada telefonica realizada en este caso por el profesional sanitario.

Hoy en día la mayoría de la población tiene un teléfono móvil y al cual cada vez se le da mas importancia. Situación que podemos utilizar ya que la mayoría de la población esta localizable gran parte del tiempo.

El algoritmo actual del proceso de petición de cita y consulta es el siguiente.

LLAMADA TELEFONICA (paciente pide cita, duda)---- CONSULTA PRESENCIAL (el paciente se desplaza, espera, consulta)

Lo que pretendemos

LLAMADA TELEFONICA (paciente pide cita, duda) --- LLAMADA TELEFONICA (profesional soluciona)

CALIDAD
Lo indicado anteriormente no debe ser sinonimo de un empeoramiento de la calidad asistencial del usuario, más bien lo contrario por lo explicado anteriormente, también optimiza su tiempo. Además siempre va a poder tener la posibilidad de preguntar sus dudas en la misma llamada realizada por el profesional y si lo necesita también podrá manisfestar sus deseos de ir a consulta.

La no presencia del paciente en consulta no tiene que significar la “deshumanización” del servicio.

FLEXIBILIDAD
También en los dos sentidos. El profesional puede utilizar la herramienta según crea conveniente y necesite, lo indicado no es de obligado cumplimiento.

Tanto el paciente como el profesional podrán solicitar cita presencial si lo consideran conveniente.

AGILIDAD
Dependiendo de la necesidad del paciente la respuesta a su solicitud puede darse en el día, cosa que de otra forma con una demanda presencial podría demorarse como hemos indicado anteriormente hasta mas alla de una semana.

La disminución de pacientes en las salas de espera da una menor sensación de saturación del sistema de Salud.

Con la consulta telefónica se pretende poner una herramienta más en manos de la ciudadanía que favorezca la accesibilidad a la consulta con su médico.

QUE SE PUEDE PRESENTAR COMO CONSULTA NO PRESENCIAL
Consulta telefónicas.
Resultados analíticas.
A determinar por el facultativo si procede o no la posterior C.T.
Resultados de especialistas.
Presentación de informes de especialistas, con la medicación indicada por el especialista para incorporarla en la receta electrónica para posterior revisión del profesional sanitario.
Resultados radiografías, espirometrias, electros, cultivos, tes del aliento ….....
IT, bajas / altas
Dentro de la legalidad vigente y depediendo de la período de baja a determinar por el profesional sanitario.
Entrega en admisión.
Renovar medicación.
Si el facultativo lo considera idóneo, podrá realizar la correspondiente prescripción a través de la receta electrónica, permitiendole al paciente acudir directamente a la farmacia a recoger los medicamentos.
Interconsulta virtual.
Respuesta del especialista a las consultas virtuales generadas
Propuestas altas de mutua.
Ambulancias programadas para consultas de especialista.
Informes médicos.
Informes de salud a petición del paciente indicando que son necesarios. Trabajador social, dependencia, etc

Todas la consultas no presenciales tendrán un tiempo asignado en la agenda y un nùmero máximo cada día.
Por ejemplo. 10 x 3 minutos = 30 minutos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1688

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

Tiempo que sera respetado en la agenda para poder trabajar en la misma.

Las consultas no presenciales podrán derivar en una consulta presencial si el profesional así lo considera oportuno y será citada por el mismo o por admisión.

Todas las consultas no presenciales tendrán adjunto un teléfono actualizado y comprobado con el paciente. Así como se le indicará al paciente que se le llamará en ese tiempo.

Si el paciente no responde se dejara un mensaje de contactar con el centro, siempre que sea posible, dejando la responsabilidad desde ese momento en el paciente. Si no es posible contactar de ninguna manera se mencionara en un flash del OMI.

PROCEDIMIENTO

Inicio: Solicitud de consulta no presencial.
Fin: Resolucion de la consulta no presencial.

En caso de que se generen documentos, informes o similares se dejarán en un sobre cerrado en el mostrador de Admisión del Centro de Salud

Se citará al paciente en hueco disponible de DEMNP. Se deberá anotar en Observaciones de la cita el número de teléfono al que hay que localizarle, y advertir al paciente del horario aproximado al que se le contactará.

Tampoco se podrán poner DEMNP “urgentes”, debiendo llevar todo tipo de consulta “urgente” su procedimiento habitual.

La cita será para que posteriormente sea el profesional el que contacte con el paciente, en ningún caso para que le sea pasada la llamada inmediatamente interrumpiendo la consulta.

Las citas podrán ser programadas por el propio profesional obviándose el proceso previo

COMO DEBE DE SER
Breve.
Efectiva.
Resolutiva
De calidad,
Humana, sociable.

7. OBSERVACIONES.
Imclusión memoria de seguimiento ya que lleva un proceso de realimentación continua para la mejora asistencial necesarea tanto para pacientes como para profesionales sanitarios

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1688 ========== ***

Nº de registro: 1688

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
AZNAREZ MARCO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1688

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1547

1. TÍTULO

PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... LUCIA CONSUELO BLASCO CASTELLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO SERRANO ISABEL
SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO
RUBIO PICO MARIA JOSE
ERICE LOPEZ JOSE ANTONIO
AZNAREZ MARCO CARLOS
CLEMENTE REY PATRICIA
REMON AISA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DADA LA IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y LA INACTIVIDAD DEL CONSEJO DE SALUD EN LA ZONA BASICA DE EJEA DE LOS CABALLEROS DESDE HACE UNOS AÑOS, EL PROYECTO CONSISTÍA EN ACTIVAR DE NUEVO EL CONSEJO DE SALUD, ASI COMO LA APROBACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO Y DAR A CONOCER A LA POBLACIÓN LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS QUE SE ESTABAN REALIZANDO EN LA ZONA.
PARA ELLO SE HAN IDO REALIZANDO LAS REUNIONES TAL Y COMO ESTABAN PREVISTAS EN EL CRONOGRAMA.

-SE COMUNICÓ EL PROYECTO EN UNA REUNIÓN DE EQUIPO EN MAYO 2017.

-SE HAN REALIZADO REUNIONES CON EL CONCEJAL DEL AYUNTAMIENTO DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN VARIAS OCASIONES FECHAS:23-JUNIO-2017,20-SEPTIEMBRE 2017, ASI COMO CONTACTOS VÍA TELÉFONO Y CORREO ORDINARIO 20-JUNIO-2017, 15-SEPTIEMBRE-2017

-REUNIÓN CON LA PRESIDENTA DEL CONSEJO FECHA:12-JULIO-2017

-REUNIÓN PARA FIJAR LA PRIMERA CONVOCATORIA Y CONFECCIONAR EL ORDEN DEL DÍA: FECHA:20-SEPTIEMBRE-2017

-REUNIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL CONSEJO DE SALUD 11-SEPTIEMBRE-2017

-1ª REUNIÓN DE ACTIVACIÓN DEL CONSEJO DE SALUD:FECHA:4-OCTUBRE-2017 EN LA QUE SE INFORMÓ DE LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AÑO 2017, ASÍ COMO DEL NÚCLEO DE ATENCIÓN COMUNITARÍA QUE SE HABÍA FORMADO Y EL TRABAJO REALIZADO HASTA EL MOMENTO CON LA INFORMACIÓN RECOGIDA DE LAS DIFERENTES ASOCIACIONES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD. ASÍ COMO LA HOJA ELABORADA HASTA EL MOMENTO CON LOS ACTIVOS EN SALUD DE LA ZONA.

-2 ªREUNIÓN DEL CONSEJO DE SALUD FECHA:22-NOVIEMBRE-2017 SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL CONSEJO DE SALUD.

-APROBACIÓN DE ACTAS Y ENVÍO A DIRECCIÓN ;SE HAN APROBADO LAS ACTAS Y EL ENVIO DE ESTAS HA DIRECCIÓN, LA PRIMERA EN EL PLAZO ESTABLECIDO, LA SEGUNDA SE HA ENVIADO CON FECHA 13-DICIEMBRE-2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO SI. OBJETIVO CONSEGUIDO. FUENTE ACTA DEL CONSEJO DE SALUD

% DE REUNIONES REALIZADAS. OBJETIVO MINIMO 3 SE HAN REALIZADO CINCO REUNIONES. OBJETIVO CONSEGUIDO. FUENTE AGENDA COMUNITARIA

%DE ACTAS REALIZADAS. OBJETIVO MINIMO 2 SE HAN REALIZADO 2 ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD Y HAN SIDO ENVIADAS A DIRECCIÓN. OBJETIVO CONSEGUIDO. FUENTE ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD

% QUE ACUDEN A LA CITACIÓN DEL CONSEJO DE SALUD. OBJETIVO 60 PORCIENTO DE LOS CONVOCADOS, SE CONSIGUE EL OBJETIVO EN LA PRIMERA REUNIÓN CON UN 78 %DE LOS CONVOCADOS Y NO EN LA SEGUNDA REUNIÓN CON UN
52 % DE LOS CONVOCADOS.FUENTE ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD

METODOLOGIA :FUENTE DE DATOS: ACTAS DE LAS REUNIONES Y AGENDA COMUNITARIA,ENTREVISTAS Y TRABAJO EN EQUIPO Y OBESERVACIÓN ESCUCHA ACTIVA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LAS PERSONAS QUE ASISTEN A LA PRIMERA REUNIÓN DEL CONSEJO DE SALUD VERBALIZAN EL ESTAR SATISFECHOS DE LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVO DEL CONSEJO DE SALUD.

-EL CONTACTAR CON LOS MIEMBROS A RESULTADO DIFÍCIL AL NO TENER SUS DIRECCIONES Y AL HABERSE JUBILADO ALGUNO DE ELLOS, SE ESTABLECE EL CONTACTO POR CORREO ELECTRONICO EN LA PRIMERA REUNIÓN, PERO TRAS EL RESULTADO EN LA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1547

1. TÍTULO

PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

SEGUNDA REUNIÓN DE LOS ASISTENTES CONSIDERAMOS QUE SERÍA MEJOR ESTABLECER DOS TIPOS DE CONVOCATORIA NO SOLO POR CORREO ELECTRONICO SINO POR VIA TELEFÓNICA U OTRA.
QUEDA PENDIENTE LA REUNIÓN DE EQUIPO DONDE SE INFORME DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROYECTO Y LAS RECOMENDACIONES

-EL CAMBIO DE PERSONAL SANITARIO POR TRASLADOS, HA OCASIONADO QUE NO ESTEMOS TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS ALGUNOS COMPONENTES DE ESTE PROYECTO, LO HEMOS SOLUCIONADO CREANDO UN GRUPO DE WHATSAPP PARA REVISAR LA MEMORIA, CONTACTO TELEFÓNICO Y REUNIÓN FUERA DEL LUGAR DE TRABAJO.

7. OBSERVACIONES.
ESTE ES UN PROYECTO DEL C.S.EJEA DE LOS CABALLEROS, AUNQUE ACTUALMENTE LA RESPONSABLE DEL PROYECTO, ESTA TRABAJANDO EN EL C.S.DE ALAGON.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1547 ========== ***

Nº de registro: 1547

Título
PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S.DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
BLASCO CASTELLO CONSUELO, CASTILLO SERRANO ISABEL, SAN JUAN CORTES MARIA ROSARIO, RUBIO PICO MARIA JOSE, ERICE LOPEZ JOSE ANTONIO, AZNAREZ MARCO CARLOS, CLEMENTE REY PATRICIA, REMON JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS LLEVA MAS DE 5 AÑOS SIN CONVOCAR EL CONSEJO DE SALUD Y COMO CONSECUENCIA UNA DISMINUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD EN LA Z.B.S. LAS CAUSAS HAN SIDO MUY VARIADAS ENTRE LAS QUE DESTACAN EL CAMBIO DE PROFESIONALES, FALTA DE TIEMPO, MOTIVACIÓN E INFORMACIÓN.
ACTUALMENTE EN EL ACUERDO DE GESTION CLINICA 2017 NOS HAN PROPUESTO INSTAURAR EL CONSEJO DE SALUD EN Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS DENTRO DE LOS PROYECTOS Y OBJETIVOS DE LA UNIDAD.SEGUN ESTE
LOS CONSEJOS DE SALUD SON ORGANOS DE PARTICIPACIÓN FORMALES DONDE LOS CIUDADANOS PUEDEN EJERCER EL DERECHO A PARTICIPAR SIGNIFICANDO UNA EXPRESIÓN DEL RECONOCIMIENTO DE QUE LAS PERSONAS, TANTO INDIVIDUAL COMO COLECTIVAMENTE, DEBEN TENER UNA MAYOR AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD EN LA GESTION DE LOS ASUNTOS PÚBLICOS Y EN LOS ASPECTOS QUE AFECTAN A SU SALUD.
EN ARAGON ES EL ORGANO DE PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA ZONA, ES UN ÓRGANO CERCANO Y PRÓXIMO A LOS CIUDA DANOS DONDE SE TRATAN CUESTIONES DE SALUD INDIVIDUAL Y COMUNITARIAS.
SUS FUNCIONES Y COMPOSICIÓN ESTÁN DEFINIDAS EN EL DECRETO LEGISLATIVO 2/2004 DE 30 DE DICIEMBRE, DEL GOBIERNO DE ARAGON, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS
1 .-REACTIVAR ELCONSEJO DE SALUD EN LA Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS.
2.-REVISION DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE REGIMEN INTERNO.
3.-PROMOVER LA PARTICIPACIÓN CON LA COMUNIDAD ATRAVÉS DEL CONSEJO DE SALUD.

MÉTODO
ACTIVIDADES

VAMOS A SEGUIR CRITERIOS NORMATIVOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA “CAJA DE HERRAMIENTAS” DE LA PAGINA SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1547

1. TÍTULO

PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE LA Z.B.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS EN 2017. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

INFORMA, DONDE ENCONTRAREMOS LOS DOCUMENTOS PARA LA CONVOCATORIA, MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL CONSEJO Y MEJORAR LA PARTICIPACION CIUDADANA CON LA COMPOSICIÓN DEL CONSEJO.

ENTRE ELLAS: AL MENOS TRES REUNIONES:
-REUNION CON EL CONCEJAL DEL AYUNTAMIENTO DE EJEA, PARA LA REACTIVACIÓN DEL CONSEJO.
-REUNIÓN CON LA PRESIDENTA DEL CONSEJO
- REUNION PARA FIJAR LA PRIMERA CONVOCATORIA Y MANDAR LA CARTA DE CONVOCATORIA.
ADEMAS:
- 1ªREUNION DE ACTIVACIÓN DEL DEL CONSEJO DE SALUD. - 2ª REUNION DEL CONSEJO DE SALUD PARA LA APROBACION DEL REGLAMENTO INTERN0 Y RENOVACIÓN DE CARGOS

-APROBACION DE ACTAS Y ENVIO DE ESTAS A DIRECCION.

INDICADORES
-MODIFICACIÓN DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO...SI/NO
-% DE REUNIONES REALIZADAS . OBJETIVO MINIMO TRES
-% DE ACTAS REALIZADAS Y ENVIADAS A DIRECCIÓN.OBJETIVO MINIMO DOS.
-% DE PERSONAS QUE ACUDEN A LA CITACION DEL CONSEJO DE SALUD.OBJETIVO MINIMO EL 60% DE LOS CONVOCADOS.

FUENTE DE DATOS. ACTAS DE LAS REUNIONES

DURACIÓN
DURACION Y CALENDARIOS PREVISTOS FECHA DE INICIO MARZO 2017Y FECHA DE FINALIIZACIÓN DICIEMBRE DE 2017

-CONTACTAR CON EL AYUNTAMIENTO DE EJEA DE LOS CABALLEROS Y RESTO DE COMPONENTES DEL CONSEJO DE SALUD..MES DE JUNIO Y JULIO.RESPONSABLE: JOSE ANTONIO ERICE.CONSUELO BLASCO Y JOSE ANTONIO REMON
-REUNION PARA CREAR EL DOCUMENTO DE ACOGIDA CON EL ORDEN DEL DÍA PARA LA PRIMERA REUNION DEL CONSEJO DE SALUD. MES DE JULIO Y SEPTIEMBRE RESPONSABLE CARLOS AZNAREZ,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO
-CONVOCATORIA DE LA PRIMERA REUNION DE REACTIVACIÓN DEL CONSEJO . MES DE SEPTIEMBRE RESPONSABLE.CARLOS AZNAREZ,CONSUELO BLASCO,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO
-SEGUNDA REUNION DEL CONSEJO . MES DE NOVIEMBRE .RESPONSABLE :CARLOS AZNAREZ,CONSUELO BLASCO,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO.
-ENVIO DE ACTAS A LOS 15 DIAS DE LA REUNION DEL CONSEJO.RESPONSABLE. CARLOS AZNAREZ,JOSE ANTONIO ERICE
-NOVIEMBRE EVALUACION DE LOS INDICADORES: CARLOS AZNAREZ, JOSE ANTONIO ERICE, PATRICIA CLEMENTE
- -REALIZAR Y ENVIAR LA MEMORIA.MES DICIEMBRE 2017.:CARLOS AZNAREZ,CONSUELO BLASCO,PEPA RUBIO, CHARO SAN JUAN, ISABEL CASTILLO, JOSE ANTONIO ERICE
PATRICIA CLEMENTE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1622

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NOELIA SORINAS DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO
GASCON DEL PRIM ELENA
LABORDA EZQUERRA KATHARINA
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR
VAL JIMENEZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido:
• Presentación del Proyecto al EAP en una reunión donde se presentó el acuerdo de gestión para 2017 que se realizó en abril del 2017.
• Monitorización a través del cuadro de mandos. Sesión de presentación de los resultados recibidos a fecha 1-9-2016 a los miembros del EAP (noviembre/2016).

Para los indicadores no incluidos en el cuadro de mandos que son el uso de Lidocaína tópica y el uso de Fentanilo de acción inmediata en pacientes no oncológicos, se ha realizado la revisión de los pacientes en tratamiento, que fueron remitidos desde el Servicio de Farmacia del Sector III, en julio de 2017.
Las sesiones específicas realizadas con indicadores de este proyecto son las siguientes:
1.- Adecuación de la prescripción de medicamentos: faringoamigdalitis aguda y su tratamiento, realizado el 28-11-2017.
2.- Cuadro de mandos de farmacia (estatinas) y últimas modificaciones de guías clínicas de dislipemia de la Sociedad Europea de Cardiología y E.A.S, realizado el 18-1-2018.
3.- Revisión de las indicaciones para la prescripción de fentanilo de acción inmediata, realizada el 25-1-2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para los indicadores incluídos en el cuadro de mandos, se entiende que el objetivo del indicador se ha alcanzado cuando está incluido dentro del rango establecido por la Comunidad Autónoma:
• Selección eficiente de estatinas
. El resultado a 31-12-2017 ha sido del 22.03% .
. La variación respecto al año 2016 ha sido del -0.55%, mejorando el indicador respecto al del año anterior.
. Se realizó la revisión de los pacientes en tratamiento con estatinas, por parte de los facultativos del EAP.
• Utilización de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica
. El resultado a 31-12-2017 ha sido del 93.45%
. La variación del indicador respecto al año 2016 ha sido del 2.05% con mejoría del indicador.
. Se realizó la revisión de los pacientes que habían sido tratados para esta patología con antibioterapia por parte de los pediatras del EAP.
Para los indicadores no incluídos en el cuadro de mando (fentanilo de acción inmediata y lidocaína tópica) se distribuyeron los listados de pacientes de cada facultativo para su correspondiente revisión .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Una parte importante de las prescripciones realizadas por el EAP en algunos grupos terapéuticos corresponden a prescripción inducida (indicaciones realizadas por atención especializada), lo que supone una dificultad para plantear un cambio de tratamiento en determinados pacientes.
• Sería necesario unificar criterios de prescripción de estatinas con los especialistas de referencia.
• Es muy importante que tras la revisión o cambio de tratamiento, los especialistas emitan un informe con los ajustes o cambios necesarios, que mejorarían la atención y seguridad de los pacientes respecto a su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1622 ========== ***

Nº de registro: 1622

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1622

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Título
GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR, CASTILLO SERRANO ISABEL, BLASCO CASTELLO CONSUELO, NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA, CLEMENTE REY PATRICIA, MUNARRIZ ASENSIO ANA CARMEN, LABORDA EZQUERRA KATHARINA, GASCON DEL PRIM ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Es fundamental que en el botiquín del centro de salud, en la sala de urgencias y en el maletín de urgencias estén siempre disponibles los medicamentos y el material sanitario que se puedan precisar para la atención ordinaria y urgente, y que se revisen periódicamente las caducidades de los medicamentos y el buen estado del material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es necesaria porque conlleva mejores resultados en la salud de los pacientes, disminuye los riesgos y garantiza la eficiencia en el empleo de los recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los EAP. 2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los EAP. 3. Gestión de maletines y de sala de urgencias: Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente. 4. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en la salud de los pacientes, disminuir los riesgos y garantizar la eficiencia en el empleo de los recursos.

MÉTODO
1.Gestión de medicamentos del botiquín: Responsables: Katharina, Elena y Ana Carmen. Análisis de la situación respecto al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E. Realización de las actividades de adaptación a dicho procedimiento. Sesión de presentación del procedimiento y de la nueva gestión a los miembros del EAP. Registro de las actividades realizadas. 2. Gestión de material sanitario del botiquín: Responsable: Ana Carmen. Análisis de la situación respecto al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E. Realización de las actividades de adaptación a dicho procedimiento. Sesión de presentación del procedimiento y de la nueva gestión a los miembros del EAP. Registro de las actividades realizadas.
3. Gestión de maletines y de sala de urgencias: Responsables: Isabel, Patricia y Estefanía. Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Realización de las actividades de adaptación al documento relativo a Gestión de las Urgencias elaborado por la Dirección del Sector Zaragoza 3. Sesión de presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP. Registro de las actividades realizadas.
4. Adecuación de la prescripción de medicamentos: Responsables: Katharina, Elena y Pilar. Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el Acuerdo de Gestión 2017. Revisar los pacientes que reciben tratamiento crónico con dichos medicamentos. Sesión de formación a los miembros del EAP. Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el Sº de Farmacia. Registro de las actividades realizadas. 5. Adecuación de la utilización de tiras de glucemia: Responsable: Consuelo. Comunicación a los miembros del EAP de la instrucción del Salud de fecha 21 de mayo de 2013. Utilización del listado que relaciona cada antidiabético con el número de tiras según la instrucción. Mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos en este aspecto. Registro en OMI-AP. Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras. Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, sala de urgencias y maletín de urgencias: Listado de medicamentos y material sanitario revisado y adecuado a las necesidades del equipo. Están definidos el stock recomendado y el stock mínimo. Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E. Cumplimentación del informe de revisión de botiquines.
Adecuación de la prescripción de medicamentos: Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: Estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría. Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata o con parches de lidocaína. Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia: Registro del número de tiras de glucemia en OMI-AP. % pacientes con diagnóstico de DM con intervención específica sobre conocimientos en diabetes.

DURACIÓN
Mayo-Junio: Presentación del acuerdo de gestión al EAP. Definición de los responsables de cada área.Análisis de la situación del botiquín y sala y maletín de urgencias y de la adecuación de la prescripción. Junio-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1622

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Octubre: Realización y registro de las actividades del punto 6. Noviembre-Diciembre: Evaluación de las actividades realizadas mediante los indicadores del punto 7.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1705

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VICENTE GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA
CLEMENTE REY PATRICIA
MUNARRIZ ASENSIO ANA CARMEN
GASCON DEL PRIM ELENA
LABORDA EZQUERRA KATHARINA
CASTILLO SERRANO ISABEL
BLASCO CASTELLO LUCIA CONSUELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la SALA DE EXTRACCIONES, se ha revisado la forma de almacenar el material sanitario (tubos, botes...) y de vigilar el stock y las caducidades. Ana Carmen Munarriz (auxiliar de clínica) se encarga de los pedidos mensuales de material de laboratorio y cumplimenta una hoja donde se refleja: Nombre del material/Cantidad existente en el centro/Fecha de caducidad/Cantidad máxima pedida (de acuerdo al pacto mensual). Esta hoja se expone en la pared de la sala de extracciones. Los tubos se ordenan dentro de los cajones y armarios según su fecha de caducidad, colocando más accesibles los que tienen una fecha de caducidad más próxima.
Por otro lado, se han colocado carteles bien visibles en las paredes para indicar qué bombonas de oxígeno están llenas y cuales están vacías, pendientes de ser sustituidas.

POOLES es una sala donde, en horario de mañana, una enfermera realiza la asistencia urgente: Curas de quemaduras o heridas, administración de inyectables pautados por el médico del paciente por una urgencia, técnicas como un ECG urgente, domicilios urgentes..En esta sala hay una vitrina de medicación y un maletín para llevar a los domicilios. La enfermera que está cada viernes en Pooles (Pilar Campos), revisa todos los viernes toda la medicación de la vitrina (stock y caducidades). La enfermera que está cada jueves en Pooles (Merche Romeo), revisa cada jueves la medicación y material del maletín de domicilios. Se han colocado en la pared, dentro de funda de plástico transparente, hojas para que quede reflejada esta tarea de revisión con frecuencia semanal.

De URGENCIAS se han encargado las enfermeras Estefanía Ndjou'ou y Patricia Clemente y la médico de atención continuada Isabel Castillo. Se ha colocado una hoja con toda la medicación que se emplea en Urgencias, dentro de funda de plástico transparente, en las 2 consultas de Urgencias y en el espacio central. En este espacio central están los armarios con medicación y material sanitario, la vitrina en la que ahora se guarda el material para suturas, una camilla, el carro de paros, los maletines para domicilios, las bombonas de oxígeno... También hay medicación en las consultas de urgencias, donde se visita, pero se ha guardado en los armarios para que no esté a la vista. El material de suturas estaba sobre el carro de curas y se ha guardado dentro de una vitrina para protegerlo del polvo. El desfibrilador estaba en una de las consultas, pero para que esté más accesible se ha colocado en el carro de paros bajo el maletin, con un cartel que lo señala. Se ha insistido en la necesidad de repasar al final de la guardia qué medicamentos de los maletines se han empleado y reponerlos antes de irse. Se han colocado carteles para recordar este punto a todos los profesionales. Se ha solicitado a Farmacia de Atención Primaria fentanilo intranasal, para poder analgesiar a pacientes con dolor sin acceso a vía endovenosa (recientemente se ha atendido a pacientes atrapados en accidentes de tráfico). Se hizo pedido hace algunos meses de materiales que estaban caducados (p ej tubos de Guedel pediátricos).

Para estas 3 salas y todo el centro de salud, se dispone de pegatinas con los rótulos "Medicación próxima a caducar", "Medicación que debe conservarse en nevera" y "Medicación abierta en fecha ..."

SESIONES REALIZADAS:
16-05-17: Reunión del EAP en que se exponen los 3 proyectos del Acuerdo de Gestión Clínica 2017 que se van a poner en marcha, y se eligen el responsable y los participantes del proyecto de "Gestión de riesgos y adecuación de la prescripción".
13-06-2017: Reunión con la responsable de calidad (Diana Serrano), la farmaceútica de AP (M. Jesus Lallana) y la subdirectora de enfermería de AP (Gemma Zueco) para valorar in situ los cambios a realizar en el marco de este proyecto.
28-11-17: Sesión sobre amigdalitis y adecuación de la prescripción de antibióticos en amigdalitis en pediatría (Dra M Pilar Vicente)
19-12-17: Sesión sobre actividades realizadas en el proyecto "Gestión de riesgos y adecuación de la prescripción". Ponentes: M Pilar Vicente, Ana Carmen Munarriz, Estefanía Ndjou'ou
18-01-18: Sesión sobre riesgo cardiovascular y adecuación de prescripción de estatinas (Dra Elena Gascón)
25-01-18: Sesión sobre adecuación de la prescripción de opiáceos de liberación inmediata y parches de lidocaína (Dra. Katharina Laborda)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El centro de salud dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo: Sí.
Está definido el stock mínimo: Sí.
Cumplimentación de la revisión de caducidades en hoja según modelo en 2017: Sí.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1705

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Cumplimentación de la revisión de botiquines y maletines en 2017: Sí.
Revisión de los pacientes en tratamiento con opiáceos de liberación inmediata y con parches de lidocaína: Sí
Sesiones de formación al EAP sobre adecuación en la prescripción de medicamentos : Sí (28-11-17, 18-01-18, 25-01-18)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han realizado numerosos cambios que repercuten ya positivamente en la atención a los pacientes. Queda pendiente realizar una sesión sobre no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría y otra sobre adecuación de la utilización de las tiras de glucemia en el paciente diabético. La enfermera que se encargaba de este último aspecto se ha trasladado en noviembre de 2017, y desde 2018 se va a ocupar de la adecuación de la prescripción de tiras de glucemia Merche Romeo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1705 ========== ***

Nº de registro: 1705

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1705

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0124

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL EN POBLACION INFANTIL DE 6 A 8 AÑOS DEL C.P MAMES ESPERABE DE EJEA DE LOS CABALLEROS,BASADA EN HABITOS DIETETICOS BUCOSALUDABLES

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER AGUADO CASADO
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION
NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA
DOMINGUEZ FENOLLE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se dió charla a los seis grupos de niños de 6-8 años,se proyectaron dos videos informativos sobre técnica de cepillado y la importancia de no abusar de los dulces para tener boca sana en forma de cuento.Se hizo encuesta a mano alzada sobre 8 items relacionados con salud bucal.
Se impartió charla a los padres de los alumnos sobre dieta bucosaludable,se les proporcionó encuesta sobre dieta cariogénica para rellenar en casa y devolver en consulta del centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como indicadores se usaron los ICF(índice de cariogenicidad por frecuencia),ICC(índice de cariogenicidad por consumo) y la suma de ambos índices anteriores de lo que resulta el Valor Potencial Cariogénico.
Se ha detectado algunos errores de concepto sobre alimentos cariogénicos,azúcares añadidos en alimentos procesados,bebidas azucaradas gaseosas y mayor o menor perjuicio del momento de ingesta de dulces.
La encuesta es la de Lípari y Andrade sobre cariogenicidad de la dieta de la que se desprenden unos resultados sospechosamente buenos que contrastan con lo que conocemos en la consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se minusvalora por los padres el perjuicio de ciertos alimentos muy consumidos,como los zumos procesados(ácidos y muy azucarados),no se controla el consumo de ciertos alimentos como cereales azucarados,batidos y yogures procesados,se evitan alimentos que exijan masticación,siendo la dieta en exceso blanda,que aumenta la placa dental y disminuye la autoclisis. Además,intuimos que la encuesta no se ha respondido con la veracidad y exactitud requeridas y que hubo muchas ausencias de padres en la charla y demasiadas encuestas sin contestar,indicativo de baja implicación familiar en estas cuestiones,no queriéndose imponer con los niños por no contrariarlos y no ver el perjuicio por ser sus consecuencias a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/124 ========== ***

Nº de registro: 0124

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL EN POBLACION INFANTIL DE 6 A 8 AÑOS DEL C.P. "MAMES ESPERABE" DE EJEA DE LOS CABALLEROS, BASADA EN HABITOS DIETETICOS BUCOSALUDABLES

Autores:
AGUADO CASADO JAVIER, MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION, NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA, FENOLLE DOMINGUEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SALUD BUCODENTAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
SE CONSTATA LA ALTA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL QUE NO DISMINUYE COMO DESEARIAMOS PESE A LA PRÁCTICA DE MEDIDAS PREVENTIVAS (USO DE COLUTORIOS FLUORADOS, FLUORIZACIONES TÓPICAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0124

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL EN POBLACION INFANTIL DE 6 A 8 AÑOS DEL C.P MAMES ESPERABE DE EJEA DE LOS CABALLEROS,BASADA EN HABITOS DIETETICOS BUCOSALUDABLES

EN CONSULTA Y EDUCACIÓN EN HIGINE BUCODENTAL). DICHAS PRÁCTICAS APARECEN REFLEJADAS DETALLADAMNETE EN LA HISTORIA CLÍNICA.
EN LO REFERENTE A LOS HÁBITOS DIETÉTICOS ESTE CONTROL QUEDA A CARGO DE LA UNIDAD FAMILIAR, CARECIENDO EN CONSULTA DE REGISTRO SOBRE ESTOS.POR ELLO SE CONSIDERA OPORTUNO QUE EXISTA UN REGISTRO DE CONTROL DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS, FOLLETOS INFORMATIVOS SOBRE EL TEMA CITADO Y MAYOR IMPLICACIÓN EN DOCENCIA SOBRE EL TEMA REALIZANDO CHARLAS EDUCATIVAS DIRIGIDAS A PADRES, PROFESORES Y NIÑOS.

RESULTADOS ESPERADOS
-SE ESPERA OBTENER UN AUMENTO EN EL CONOCIMIENTO SOBRE HÁBITOS DIETÉTICOS BUCOSALUDABLES EN NIÑOS, PADRES Y PROFESORES.
-POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE 6 A 8 AÑOS DEL COLEGIO MAMES ESPARABÉ DE EJEA DE LOS CABALLEROS(INCLUIDOS EN PROGRAMA PABIJ),PADRES DE DICHO ALUMNADO Y SUS PROFESORES.
-COMO INTERVENCIÓN SE REALIZARÁN CHARLAS CUYO CONTENIDO VERSARÁ SOBRE ALIMENTOS Y BEBIDAS CARIOGÉNICAS, PIRAMIDE ALIMENTICIA, SE PASARÁ TEST DE CONOCIMIENTOS PREVIOS Y POSTERIORES A LA CHARLA Y ASI MÍSMO SE INFORMARÁ A LOS PADRES SOBRE EL PROGRAMA PABIJ Y UNA TABLA QUE DEBERÁN TRAER A LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SOBRE LA DIETA DEL NIÑO DURANTE SIETE DÍAS.

MÉTODO
-CHARLAS EDUCATIVAS A PROFESORES Y NIÑOS CON EMPLEO DE MEDIOS AUDIO VISUALES.(POWER POINT, VIDEOS Y POSTERES: UNA CHARLA ANUAL POR RANGO DE EDAD: TOTAL. 3 CHARLAS
-CHARLA INFORMATIVA PARA PADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS DEL CITADO COLEGIO. TOTAL: 1 CHARLA.
- REALIZACIÓN DE TRÍPTICO INFORMATIVO QUE SE UBICARÁ EN LA PROPIA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL.
-CREACIÓN DE LA TABLA DE AUTO REGISTRO DE DIETA Y EXPLICACIÓN A LOS PADRES DE LA MISMA.
-CREACIÓN DE HOJA DE TEST DE CONOCIMIENTOS .

INDICADORES
-VALORACIÓN CON LA TABLA DE AUTO REGISTRO DE DIETA DEL DESCENSO EN EL CONSUMO DE ALIMENTOS NO BUCOSALUDABLES.
-PORCENTAJE DE ASISTENCIA A LAS CHARLAS PARA PADRES.

DURACIÓN
- MAYO.CONTACTO TELEFÓNICO CON DIRECCIÓN DEL COLEGIO Y REALIZACIÓN DE PROYECTO DE CALIDAD.
-SEPTIEMBRE. REUNIÓN PERSONAL CON DIRECCIÓN PARA INFORMARLES DEL PROYECTO Y CONCRETAR FECHAS PARA CHARLAS DE PADRES Y ALUMNOS
-NOVIEMBRE. IMPARTICIÓN DE CHARLAS.
- EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS EN CONSULTA .
-DURACIÓN: SEPTIEMBRE A JUNIO DE L CURSO ESCOLAR.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0819

1. TÍTULO

PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO CHAMORRO LASALA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOÑI ELORRI YOLANDA
MONLEON SANZ YOLANDA
GARCIA YESTE MIGUEL
EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
IMPLANTACIÓN DE CONSULTA MONOGRÁFICA ANTITABACO
IMPLANTACIÓN CALENDARIO VACUNAL ADULTO
IMPLANTACIÓN PACIENTE CRONICO COMPLEJO E INICIO DE SEGUIMIENTO
COORDINACIÓN CON CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA PARA SEGUIMIENTO Y MANEJO, PROTOCOLOS, CRISTERIOS DERIVACIÓN...
REALIZACIÓN SESIONES CLINICA DE INSUFICENCIA CARDIACA Y FARMACOLOGÍA ASOCIADA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NO DISPONEMOS DE INDICADORES YA QUE NO SE NOS HA FACILITADO EL ACCESO A LOS MISMOS
INCREMENTO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS CONJUNTAS CON RESPECTO CAMPAÑAS ANTERIORES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:
-TABACO: ACEPTACIÓN DE LA CONSULTA MONOGRAFICA POR PARTE DE LA POBLACIÓN Y DEL EQUIPO COMO MEJORA IMPORTANTE
-EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS EL ITEM PERÍMETRO CINTURA SE HA IMPLEMENTADO
-ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA POBLACIÓN DE CALENDARIO VACUNAL
- LA MEJORA EN EL CONOCIMIENTO DE LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE Y LOS PROFESIONALES DISMINUYE LAS REAGUDIZACIONES Y LA GRAVEDAD DE ESTAS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/819 ========== ***

Nº de registro: 0819

Título
PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN C.S. DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
GASCON DEL PRIM ELENA, LLERA GUERRA RAQUEL, CHAMORRO LASALA JOSE ANTONIO, GOÑI ELORRI YOLANDA, MONLEON SANZ YOLANDA, GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL, GARCIA YESTE MIGUEL, EZQUERRA CAUDEVILLA MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso. Uso racional de recursos. Mejora en el grado de adhesion al tratamiento, integracion de AP-AE, GPC y aumento de la resolutividad de AP en la atencion de la IC

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0819

1. TÍTULO

PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS

-Mejorar actividades preventivas en la ICC de los pacientes con IC
-Reducir el uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios
-Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumococica en pacientes con IC
-Potenciar los cuidados a todos los pacientes del programa
-Adecuar el tratamiento farmacológico en IC

MÉTODO
Implementación de GPC
Formación: plan de formacion IC mediante sesiones clínicas del EAP, sesiones de gestión de casos
Cambios en la oferta de servicios. definición de una consulta monográfica, modificación de agendas, incorporación de plantilla autocuidados
Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo grupo IC, indicadores de seguimiento

INDICADORES
Mejora de las actividades preventivas en ICC: actividad comunitaria dirigida a realización de actividad física, ayuda en el abandono del tabaco
Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC
Potenciación de los cuidados en IC: Nº de pacientes con diag de IC en los que conste vacunación antigripal.
Objetivo aumento del 10% en vacunacion antigripal, respecto al año anterior
Porcentaje de paciente con diagnóstico de IC en los que consta registro del plan de cuidados: control de peso, perímretro cintura, TA. Objetivo medicion de la situación de partida . Fuente de datos OMI AP

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo mayor de un año.
-Cambios en práctica clínica: Consensuar GPC e implementación
-Cambios en la oferta de servicios:Definición de consulta monográfica, incorporación de plantilla de autocuidados. Mayo-noviembre 2018
-Formación: sesiones de EAP y gestión de casos cada 60 dias
-Evaluación: Diseño de plantilla/trabajo grupo. Junio-octubre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0820

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EAP

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NOELIA SORINAS DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO
DOMINGUEZ FENOLLE PILAR
VARO MORIANA MARIA GERTRUDIS
OTIN BENEDI DAVID
GARCIA YESTE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Asistencia a la jornada de presentación del PROA 13/04/2018
-Se nombró un referente o responsable en el uso de antibióticos, y como fue afectado por el concurso de traslados, su función se mantuvo en el EAP, nombrando a otro profesional
-Se difundió la información de de consumo/resistencia a los antimicrobianos en el sector y EAP a todos los profesionales
- El 81,% de los profesionales participaron en la formación en PROA
-En cuanto a DHD de antibióticos, el Servicio de Farmacia de Atención Primaria nos ha facilitado información de utilización de antibióticos
DHD de antibióticos totales 2017: 21,48
Los datos de consumo de 2017 y 2018 no son comparables porque la OMS ha cambiado la DDD de amoxicilina y amoxicilina –clavulánico, por ello se obtienen los datos del último trimestre 2018 del CS Ejea y del sector Zaragoza III, y se observa que el consumo de antibióticos es menor en Ejea que en el sector en este periodo
DHD de antibióticos totales de Ejea: 20,5
DHD de antibióticos totales Sector Zaragoza III: 20,6

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los profesionales están más concienciados de la importancia de una adecuada utilización de antibióticos para mejorar la sensibilidad de los microorganismos a los antimicrobianos
Es necesario disponer de información para poder conocer la evolución y mejorar la utilización de antibióticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La participación en proyectos concretos aumenta la sensibilidad y conocimiento de los profesionales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/820 ========== ***

Nº de registro: 0820

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EAP

Autores:
SORINAS DELGADO NOELIA, SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO, DOMINGUEZ FENOLLE PILAR, VARO MORIANA MARIA GERTRUDIS, OTIN BENEDI DAVID, GARCIA YESTE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Adecuación en Farmacia
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0820

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EAP

PROBLEMA
La resistencia a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública y consideramos que su abordaje es un asunto prioritario para lo optimización de su uso. Colaborar con el programa IRASPROA para intentar mejorar el uso de antibióticos en AP

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar las resistencias a los antibióticos
Adherirse a los principios generales PROA
Realizar formación en el uso adecuado de antibióticos

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentacion de IRASPROA
Dar a conocer los principios generales PROA
Dar sesiones formativas relaccionadas con PROA, perfil de resistencias a antimicrobianos,infecciones más frecuentes y su tratamiento en AP
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón

INDICADORES
-Tener un referente o responsable en el uso de antibióticos
-Difundir los principios genrales PROA en AP
-Difusión del informe de consumo/resistencia a los antimicrobianos en el sector y EAP
-Realización de al menos 3 sesiones anuales
- Establecer un objetivo de porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA
- Disminuir DHD de antibióticos respecto a años anteriores

DURACIÓN
De Abril a Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0894

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VICENTE GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL
MURILLO CONTIN MARIA JESUS
ROMEO LAMBAN MERCEDES
SOBREVIELA PEREZ ANA
BUIL TEJERO BEATRIZ
VAL JIMENEZ NURIA
CASTILLO SERRANO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al inicio del programa se ha pasado la encuesta para conocer la sensibilidad y conocimientos acerca de la VG a todos los profesionales sanitarios del EAP.
Se han realizado 2 acciones de formación a todo el EAP por parte de Médicos del Mundo:
-Prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) el 8/5/2018.
-Detección de víctimas de trata y explotación de seres humanos el 23/10/2018.
Se han colocado posters en varios idiomas:
-Para concienciar a las familias en contra de la MGF
-Para que las posibles víctimas de trata se reconozcan y sepan dónde pueden pedir ayuda.
Se ha contactado con Informática del Sector Zaragoza III, para plantear incluir en OMI una pregunta de cribado (Como "¿Qué tal con tu pareja?" como aconseja Asun Cisneros, o "¿Qué tal en casa?" quizá menos invasiva) pero nos han respondido que no se puede hacer sólo para el ABS Ejea, sino que se tendría que hacer para todo el SALUD, y que es preferible registrarlo en "Condicionantes y problemas"
Las componentes de este proyecto nos hemos reunido con la trabajadora social de la comarca Cinco Villas, Elisa Causín, los días 24/9/18, 16/10/18 y 26/11/18. El objetivo de estas reuniones ha sido conocer la casuística en la zona de Ejea y pueblos del municipio, ver cómo funcionan las derivaciones y la comunicación entre el centro de salud, las trabajadoras sociales, los cuerpos de seguridad (Guardia Civil y Policía Local) y la justicia, e intentar adaptar el protocolo de actuación que se redactó en la comarca de Cinco Villas en 2008 (fue el primero que se hizo en Aragón) al procedimiento actual de Aragón. Para ello a la reunión del 26/11/18 acudió Ana Asensio, la persona del Instituto Aragonés de la Mujer (IAM) que se encarga de los procedimientos comarcales.
El 18/12/2018 se convocó a todo el EAP para que conocieran las actividades que se estaban llevando a cabo, y para recordar cómo deben registrarse en OMI los casos de VG (con el código de diagnóstico Z12) y las posibilidades que hay en OMI para hacer evaluación y seguimiento de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados de la encuesta sobre violencia de género pasada a los profesionales del EAP en junio: Se dejaron 30 encuestas en los casilleros de médicos, enfermeras, matronas y médicos de atención continuada, y a fecha 20 de junio habían respondido de forma anónima 23 personas.
Resumen de las respuestas:
-El 96% consideraba la VG un problema de salud.
-El 91% conocía alguna institución o número de teléfono al que se puede acudir en caso de VG
-El 100% consideraba que atender pacientes víctimas de VG estaba entre las funciones de los profesionales de atención primaria.
-Al 74% no le generaba ninguna incomodidad atender pacientes víctimas de VG
-El 61% habían realizado algún curso o recibido formación acerca de VG
-El 61% sabía de la existencia en OMI de herramientas útiles en la valoración e intervención en casos de VG
-El 56% desconocía el protocolo de actuación en el ámbito sanitario ante VG

Solicitamos el listado de pacientes del Centro de Salud de Ejea con diagnóstico de violencia de género a lo largo de 2018: Se ha registrado el código Z12 en 5 pacientes, con las siguientes características de edad, origen y circunstancias del diagnóstico:

A: 24. España. Urgencias. Agresión. Parte al juzgado
B: 36. Otro país. Consulta de atención primaria.
C: 27. España. Urgencias. Agresión. Parte al juzgado.
D: 49. España. Consulta de atención primaria. Refiere agresión semanas antes.
E: 44. España. Urgencias. Agresión. Parte al juzgado.

Se ha establecido comunicación fluida con Trabajo Social de la Comarca Cinco Villas, donde se atienden y remiten todas las personas que sufren violencia de género, y se está actualizando el protocolo de actuación que se redactó en 2008.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pensamos que conviene, cuando se programan cursos acerca de violencia de género, que acuda el mayor número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0894

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA

posible de profesionales del centro de salud, para que mejore la formación del EAP.
Han sido muy interesantes las sesiones impartidas por Médicos del Mundo, a las que acudió la mayoría de los trabajadores. Especialmente la de detección de víctimas de trata de seres humanos, muchos profesionales comentaron que les había sorprendido (desgraciadamente) la magnitud del problema. Mantendremos contacto con Médicos del Mundo y otras organizaciones para fomentar que se haga más formación al EAP.
Nos parece que ha habido un infradiagnóstico de la violencia de género. No se detectan todos los casos porque no se pregunta activamente a todos los usuarios del centro de salud, o porque al preguntar la víctima no lo reconoce. Y algunos casos de violencia psicológica o de otro tipo que no incluya la física, seguramente no se registran en OMI. Puede haber influido en este infradiagnóstico que la mitad de los médicos y de las matronas del EAP han cambiado a lo largo de 2018 por traslados: Conviene recordar a todo el EAP la importancia de registrar todos los casos de VG con el código Z12 y utilizar las herramientas que hay a nuestra disposición en OMI.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/894 ========== ***

Nº de registro: 0894

Título
DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA

Autores:
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR, GIMENO SANCHEZ ANA ISABEL, MURILLO CONTIN MARIA JESUS, ROMEO LAMBAN MERCEDES, SOBREVIELA PEREZ ANA, BUIL TEJERO BEATRIZ, VAL JIMENEZ NURIA, CASTILLO SERRANO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: VIOLENCIA DE GENERO
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto está enmarcado en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y en el área de Violencia contra la Mujer del Instituto Aragonés de la Mujer.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la sensibilidad y los conocimientos de los profesionales del EAP en relación con la VG.
Concienciar a los profesionales del EAP sobre la VG.
Desarrollar herramientas que favorezcan la detección de la VG.
Detectar a lo largo del año 2018 mujeres víctimas de VG.

MÉTODO
Encuesta a profesionales del EAP al inicio del proyecto para conocer su sensibilidad y conocimientos en relación a la VG.
Sesión de formación/recuerdo a los profesionales del uso del Servicio de Atención al Maltrato a la Mujer disponible en OMI.
Informar a los profesionales de la casuística del maltrato en la zona de salud de Ejea.
Sesión de formación en detección y manejo de la VG impartida por Dra Asun Cisneros, o en caso de no poder acudir ella, por profesionales que han realizado cursos de formación en VG.
Sesión acerca de Mutilación Genital Femenina impartida por Médicos del Mundo de Zaragoza a todo el EAP.
Sesión de formación-sensibilización acerca de prostitución y trata de personas con fines de explotación sexual impartida por Médicos del Mundo de Zaragoza a todo el EAP.
Impulsar la creación de alguna herramienta de screening/registro en OMI, como p ej introducir la pregunta de cribado "¿Qué tal con tu pareja?", útil para la detección de casos en Atención Primaria.
Encuesta a profesionales del EAP al final del proyecto, para valorar si han cambiado su sensibilidad y conocimientos en relación a la VG.

INDICADORES
Valoración de los resultados de la encuesta al inicio y al final del proyecto, y comparación entre ambas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0894

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EJEA

Descripción de los casos detectados.

DURACIÓN
Se pasará la encuesta a los profesionales al inicio (junio) y al final (diciembre) del proyecto.
Se harán las correspondientes sesiones durante los 6 meses entre ambas fechas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0985

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTEFANIA NDJOU'OU MURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO VICEN ELENA
LLERA GUERRA RAQUEL
CLEMENTE REY PATRICIA
RUIZ GIMENO MARIA JOSE
GONZALEZ DIAZ MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DESIGNACIÓN DE TAREAS POR EQUIPOS
REALIZACIÓN DE UN ALGORITMO DE ATENCIÓN EN CASOS DE ATENCIÓN URGENTE.
REALIZACIÓN DE UN ALGORITMO EN CASOS DE AUSENCIA DE PROFESIONALES, EN CASOS NO PREVISIBLES.
REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CONTENIDO Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS.
REALIZACIÓN DE SESIONES CLÍNICAS SOBRE SITUACIONES Y PATOLOGIAS DE CARÁCTER URGENTE.
DESIGNACIÓN DE RESPONSABLE DEL DESFRIBILADOR SEMIAUTOMÁTICO Y LOCALIZACIÓN DE LOS REPUESTOS.
REALIZACIÓN DEL LISTADO DE MATERIAL DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, JUNTO CON LOS DOCUMENTOS DE REGISTRO DE STOCK Y CADUCIDADES MENSUALMENTE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MEJORA EN LA LOCALIZACIÓN Y USO POR PARTE DEL PERSONAL DEL EQUIPO SANITARIO DE LOS MALETINES DE URGENCIAS.
ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN DE LOS MALETINES, SEGÚN NECESIDADES.
OBTENCIÓN DE LOCALIZACIÓN VISIBLE Y A LA MANO PARA EL DESFIBRILADOR Y SUS REPUESTOS.
VISIBILIZACION MEDIANTE COLOCACIÓN DE ALGOIRITMOS EN SITUACIONES DE CARACTER URGENTE EN LA SALA DE URGENCIAS Y EN ADMISIÓN.
OBTENCIÓN DE UN LISTADO MENSUAL DEL MANTENIMIENTO DE LOS MALETINES Y MEDICACIÓN DE LA SALA DE URGENCIAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACIÓN DEL EQUIPO DE MEJORA ES SATISFACTORIA.
SALVO PEQUEÑOS PROBLEMAS DE MENOR IMPORTANCIA QUE SE HAN IDO RESOLVIENDO, COMO LA CONSECUCIÓN DE CIERTO MATERIAL CADUCADO, QUE YA HA SIDO REPUESTO, UNA VEZ SOLICITADO POR LA VÍA Y AL PERSONAL ADECUADO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/985 ========== ***

Nº de registro: 0985

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Autores:
NDJOU'OU MURILLO ESTEFANIA, SANCHO VICIEN ELENA, LLERA GUERRA RAQUEL, CLEMENTE REY PATRICIA, RUIZ GIMENO MARIA JOSE, GONZALEZ DIAZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES DEL SERVICIO DE URG DEL CS DE EJEA DE LOS CABALLEROS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención Urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0985

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

- Variabilidad en los criterios de atención urgente.
- Excesivas diferencias profesionales de formación e implicación.
- Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acumulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc...
- Dificultad en el seguimiento de procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la Atención Urgente (ej. desfibrilador).

Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.

Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.

Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/ profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.

Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el usos de la misma.

Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.

Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro.

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.

Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.

Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.

Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/ urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES
Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable en la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)

Indicador: Existencia de dicho documento si/No.

Objetivo: Existencia de dicho documento.

Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo.

Objetivo: Superior al 80%

FI: informe del centro y/o visita EAP

Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP...

Objetivo: 80%

FI:informe del centro actas firmadas.

Número total de profesionales del centro que han asistido/ participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector

Objetivo: 80%

FI informe del centro actas firmadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0985

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EJEA DE LOS CABALLEROS

Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines.
Objetivo: 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1237

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO SANJUAN CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAL JIMENEZ NURIA
SORINAS DELGADO NOELIA
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR
ROMEO LAMBAN MERCEDES
MURILLO CONTIN MARIA JESUS
GALLEGO ROYO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la presentación del proyecto al equipo de atención primaria en sesión clínica de equipo, al iniciar el proyecto.
Se realizó nueva sesión informativa, exponiendo la nueva herramienta de uso a los profesionales. “Búsqueda de activos”.
Se ha iniciado la recomendación de activos en toda la zona básica de salud, incluidas zonas rurales, que antes no eran influencia activa de la asociación.
PROTOCOLO: Sistema de registro primero incluyendo la palabra Duelo (P02) en OMI y haciendo la recomendación de activos. Enlace directo con la persona de enlace de la asociación.
Actualmente no existe Trabajadora social de SALUD dentro del centro de salud de Ejea de los Caballeros. Esto ha supuesto una barrera de acceso a los servicios sociales para incluirlos dentro del protocolo de acción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha dado a conocer por todo el nuevo equipo de atención primaria. El inicio sufrió una demora por los cambios estructurales del equipo y de la puesta en marcha del “Buscador de activos” por parte de la estrategia de atención comunitaria del Gobierno de Aragón.
Previo a la inclusión del buscador de activos, fueron incluidas 4 personas. En el mes que lleva activo, se han incluido dos de población rural (antes esto no ocurría) y una de otra zona básica de salud.
Tres cuartas partes de los profesionales del equipo han acudido a las reuniones
Se han realizado 3 reuniones del equipo de atención comunitaria en los últimos 3 meses, en dos de ellas ha estado presente la coordinadora por parte de la asociación. El equipo de comunitaria del centro ha sido transmisor de la recomendación de la actividad y a ofrecido ayuda para la informatización e inclusión de la misma.
Protocolo de actuación: tras la llegada de un familiar en proceso de duelo, se realiza una visita de abordaje donde se incluye el diagnóstico en OMI y se da la recomendación en papel del activo. Si el caso es importante, desde el grupo de atención comunitaria del centro se informa de la derivación a la coordinadora de la asociación para que conozcan el caso. Se ha intentado realizar el test de duelo, pero no se ha visto de utilidad práctica para los pacientes (test itrd), siendo de características muy invasivas en el momento agudo del duelo.
INDICADORES
? El proyecto se inició en Septiembre de 2018, recomendando a los profesionales que incluyeran el diagnóstico reacción de duelo (CIAP P02). En total han sido 29 pacientes. Hay que destacar que el CIAP P02 también incluye el proceso trastorno adaptativo, que puede o no ser parte de una reacción de duelo.
? No podemos contabilizar el número de personas a los que se les recomendó el activo hasta Enero de 2019 en el que se incluyço el activo en el protocolo de “recomendación de activos” de OMI.
? De los 29 pacientes, a partir de Enero de 2019 fueron diagnosticados 14 personas. 7 estaban incluidos en un trastorno adaptativo no por fallecimiento. Del total relacionados con duelo, 5 tienen la recomendación de activos mediante protocolo OMI. De ellos asisten 3 personas a las sesiones. Más de un 50% de las personas a las que se les recomendó el activo han acudido a las sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los conocimientos de los recursos de la zona son de gran importancia en nuestra práctica diaria. Muchas veces los cambios de equipo de atención primaria tienen como consecuencia un iniciar de 0 el proyecto comunitario de la zona básica de salud. Para esto, se está desarrollando la agenda comunitaria en nuestro equipo.
Asociaciones con larga evolución en la población, deben ser difundidas por los profesionales. Están ya asentadas y nuestro trabajo debe dirigirse al apoyo de la misma, darles valor y estar abiertos a solventar dudas o cualquier cosa que se pueda aportar desde el ámbito sanitario.
La difusión en el centro sanitario amplía la zona de referencia del recurso a toda la zona básica de salud. Esto ha sido beneficioso para los núcleos rurales, que no conocían las actividades que se realizan fuera de su municipio.
La informatización puede ser un handicap en diferentes zonas, y el apoyo puede dirigirse más al ámbito técnico en algunas ocasiones. Debemos tener en cuenta la accesibilidad a internet y otros recursos informáticos poco accesibles en zonas rurales.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1237

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1237 ========== ***

Nº de registro: 1237

Título
AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

Autores:
SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO, VAL JIMENEZ NURIA, SORINAS DELGADO NOELIA, VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR, ROMEO LAMBAN MERCEDES, MURILLO CONTIN MARIA JESUS, GOÑI ELORRI YOLANDA, MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: RECOMENDACIÓN COMUNITARIA DE ACTIVOS

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El duelo no es una enfermedad pero si un acontecimiento vital estresante. La reacción de duelo genera una demanda asistencial que debe ser atendida desde una perspectiva tanto social como sanitaria. Es un motivo de consulta habitual en Atención 1ª y existe un alto riesgo de medicalización. Ejea de los Caballeros cuenta con recursos sociales para su abordaje, además de los recursos sanitarios, pero es frecuente que los profesionales sanitarios desconozcan dichos recursos. La colaboración con asociaciones locales redundará en una mejor atención a la población.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la atención socio-sanitaria de la población en situación de duelo en colaboración con servicios sociales y la asociación de la zona de apoyo al duelo (Osiris).
- Dar a conocer a los profesionales del EAP (equipo de atención primaria) la existencia y servicios que oferta dicha asociación estableciendo vínculos estables de colaboración.
-Ofrecer a la población cuidados complementarios para el duelo mediante la recomendación de activos por parte del EAP.
- Mejorar la prestación de servicios de la asociación mediante la oferta de asesoramiento y formación desde el Centro de Salud.
- Lograr a medio plazo mejorar la percepción de bienestar de los pacientes derivados a Osiris.

MÉTODO
-Presentación del proyecto, que se llevará a cabo en colaboración con la asociación de ayuda al duelo (Osiris), al EAP.
-Charla informativa impartida por la asociación al EAP, explicando su finalidad y las actividades que realiza.
-Ofertar asesoramiento y formación a la asociación para coordinar los criterios de atención al duelo.
-Definir los criterios de inclusión de los pacientes, sistema de registro, protocolo del servicio y criterios de derivación desde el EAP a la asociación.
-Colaboración con servicios sociales de la comarca con el objetivo de difundir y estimular la participación de otras entidades vinculadas al duelo.

INDICADORES
-Número de profesionales del EAP que asisten a las reuniones informativas.
-Número de reuniones entre el grupo de Atención Comunitaria, servicios sociales y la asociación de ayuda al duelo, cuantificando su participación.
-Protocolo de actuación médica para pacientes susceptibles de inclusión en el proyecto.
-Número de pacientes con episodio de duelo en OMI registrado en 6 meses y de ellos cuantificar a los que se ha realizado la recomendación de activos.
-Número de pacientes, remitidos desde el Centro de Salud mediante hoja de derivación, que acuden a Osiris.
-Evaluación del grado de mejora de los pacientes mediante el uso de test específicos al inicio y a los 6 meses (test ITRD)
- Evaluación del grado de mejora percibida por los colaboradores de la asociación tras el asesoramiento y formación impartida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1237

1. TÍTULO

AYUDA AL DUELO EN ATENCION COMUNITARIA

DURACIÓN
-Presentación del proyecto al equipo, impartido por el responsable del proyecto. Sesión de 1 h de duración en la primera semana de junio de 2018.
-Charla informativa impartida por Osiris al EAP. Sesión de 1 h de duración la última semana de mayo de 2018.
-Formación a la asociación impartido por los componentes del proyecto en 2 sesiones de 1 h de duración entre los meses de julio y agosto de 2018.
- El proyecto tendrá una duración de 6 meses con inicio en junio de 2018 y finalización en diciembre de 2018.
-La evaluación de los objetivos planteados se realizará en la primera quincena de enero de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1522

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CAMELIA VALENTINA MARES X
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO VICEN ELENA
AURIA SORO LORENA
CLEMENTE REY PATRICIA
MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA
RIVERA FUERTES ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reunión informativa con el equipo de admisión realizada en septiembre 2018.
-Creación de agenda indemorable en septiembre 2018.
-Dada la situación del equipo de atención primaria durante los meses de octubre y noviembre (proceso de traslado de EAP), los profesionales asignados a realizar la consulta de indemorables se vieron obligados a cubrir las necesidades del servicio, retrasando el proceso de obtención de datos a enero de 2019.
-Enero 2019 :obtención de datos .
-Febrero 2019: evaluación de los datos e información al EAP .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la reunión informativa del equipo de admisión se vieron necesidades diferentes a los pensados en el momento de la creación de la consulta.El retraso en la demanda de varios cupos de pacientes, consecuencia de los cambios en el equipo, nos ha obligado a utilizar la consulta de indemorables para descongestionar la lista de espera que llegaba en algún caso a más de una semana.Considerando esto,en el servicio de admisión no se ha podido hacer un cribado adecuado, atendiendo a muchos pacientes que valoramos como NO indemorables. En la mayoria de los casos el motivo de la consulta se ha podido solucionar in situ por el médico. Se han atendido entre 18 y 44 pacientes cada día.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el caso de nuestro centro se ha utilizado la agenda de indemorables para una gestión avanzada de la demanda .Tras valorar número de pacientes atendidos por profesional, se ha creado un plan de mejora de la citación junto con los profesionales que más tiempo de espera tenían . Al centrarnos en reducir lista de espera, queda pendiente realizar y valorar la intervención en la educación sanitaria de la población que es otro de los objetivos del proyecto.
Consideramos que el número de pacientes atendidos, las caracteristicas de la población y la carga asistencial apoyan la existencia de esta consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1522 ========== ***

Nº de registro: 1522

Título
ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARES CAMELIA VALENTINA, MARTIN NASARRE DE LETOSA MARIA TERESA, GALLEGO ROYO ALBA, SANCHO VICIEN ELENA, AURIA SORO LORENA, CLEMENTE REY PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA QUE NECESITA ATENCIÓN DE URGENCIA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1522

1. TÍTULO

ANALISIS DE LA GESTION DE LAS CONSULTAS INDEMORABLES EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA
La gestión de las consultas que deben ser vistas en el día, ya sean urgentes como indemorables, supone un problema común en todos los centros de salud y que implica tanto a personal sanitario como no sanitario. En la mayoría de ocasiones, es el propio paciente el que decide la necesidad de la urgencia, desorganizando la agenda del facultativo y aumentando la demanda asistencial.
Este problema común en toda la comunidad, supone una gran carga asistencial en nuestro centro de salud en especial, por lo que se ha decidido implantar un proyecto, en acuerdo con la dirección de atención primaria del sector, para la mejorar la atención sanitaria, con la contratación de 5 nuevos profesionales de enfermería y medicina que serán un apoyo dentro del equipo de atención primaria realizando diversas laborales asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
Valorar la mejora de la gestión de las consultas urgentes e indemorables dentro de la asistencia diaria. El objetivo es conocer:
- El número de pacientes que solicitan consulta indemorable urgente.
- Cuantas de estas consultas necesitaban atención inmediata y cuantas de ellas podrían gestionarse por el propio médico o enfermera de familia en días posteriores.
- Conocer si la solución del problema ha sido llevada a cabo por el profesional de medicina o enfermería.

MÉTODO
- Realizar una reunión informativa al equipo de admisión del centro de salud para presentar el proyecto.
- Obtener durante dos meses (Noviembre/Diciembre) los pacientes citados en la consulta especifica de medicina y enfermería.
- Tras la consulta valorar una serie de ítems: Consulta indemorable real (SI/NO), (Solución insitu/ Solución a posteriori por su MEAP), Quien ha solucionado la asistencia (Medicina/Enfermeria).
- Evaluación tras los dos meses de las consultas realizadas y crear un plan de mejora de la citación y de la educación sanitaria de la población en dependencia de los resultados.
- Información al equipo de atención primaria sobre los resultados.

INDICADORES
Durante 2 meses: (Noviembre/Diciembre)
- Número de pacientes citados en la consulta
- Consulta indemorable real (SI/NO),
- Solución del problema (In situ/ derivación a MAP / Derivación a urgencias)
- Quien ha solucionado la asistencia (Medicina/Enfermeria).

DURACIÓN
Octubre: Reunión con el equipo de admisión para gestión de las consultas.
Noviembre/Diciembre: Obtención de datos
Enero/Febrero: Evaluación de los datos
Marzo /Abril: Propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1515

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NOELIA CONCEPCION MARCO RUIZ
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS EJEA DE LOS CABALLEROS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUIL TEJERO BEATRIZ
MILLAN FERNANDEZ YOLANDA
OBON NOGUES JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EDUCACIÓN EN TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL ADECUADA Y EMPLEO DE MEDIOS ADICIONALES QUE PUEDEN AYUDAR A PREVENIR LA ENFERMEDAD (IRRIGADORES, USO DE COLUTORIOS, CEPILLOS INTERPROXIMALES..).

EDUCACIÓN DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SOBRE LOS FACTORES MODIFICABLES EN ESTÍLO DE VIDA Y ALIMENTACIÓN QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA.

ELABORACIÓN DE DIPTICO INFORMATIVO PARA ENTREGAR A LOS PACIENTES SOBRE LA PATOLOGÍA QUE NOS OCUPA, SUS SÍNTOMAS, CAUSAS, COMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES A SEGUIR PARA PREVENIRLA.

ELABORACIÓN DE POSTER UBICADO EN CONSULTA SOBRE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN REALIZADO.

LAS ACTIVIDADES REALIZADAS SE HAN AJUSTADO AL CALENDARIO MARCADO:
PUESTA EN MARCHA EN MAYO DE 2018, COMENZANDO CON EDUCACIÓN EN CONSULTA (DESDE COMIENZO Y DE FORMA PERMANENTE).
ELABORACIÓN DE DIPTICO EN JUNIO DE 2018 Y ELABORACIÓN DE POSTER EN SEPTIEMBRE DE 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE UTILIZARON COMO INDICADORES: INDICE GINGIVAL (VALORACIÓN DE ESTADIO DE GINGIVITIS) E INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO
(MEDICIÓN DE SUPERFICIE DEL DIENTE CUBIERTA POR PLACA Y SARRO).
EL RESULTADO PROPUESTO SE HA ALCANZADO CON LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE GINGIVITIS APLICABLE EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PROPORCIONAR AL PACIENTE INSTRUCCIONES SOBRE COMO REALIZAR UNA HIGIENE ORAL CORRECTA DESDE CONSULTA, CONTRIBUYE A PREVENIR LA GINGIVITIS, SIENDO UNA PATOLOGÍA DE CONSULTA HABITUAL EN LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL. LA AUSENCIA DE UN PROTOCOLO HASTA EL MOMENTO HACÍA PERTINENTE SU ELABORACIÓN.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1515 ========== ***

Nº de registro: 1515

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL

Autores:
MARCO RUIZ NOELIA CONCEPCION, BUIL TEJERO BEATRIZ, MILLAN FERNANDEZ YOLANDA, OBON NOGUES JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EJEA DE LOS CABALLEROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA ODONTOLOGÍCA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1515

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PARA PREVENCION DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL

PROBLEMA
LA GINGIVITIS ES LA ALTERACIÓN INFLAMATORIA DE LA ENCÍA CARACTERIZADA POR NO EXISTIR MIGRACIÓN DEL EPITELIO DE INSERCIÓN, NI PERDIDA DEL SOPORTE OSEO QUE LA MANTIENEN FIRME EN LA CRESTA ALVEOLAR MAXILAR. MAYORITARIAMENTE SON ASINTOMÁTICAS, APRECIANDO EL PACIENTE UN SANGRADO GINGIVAL ESPONTÁNEO O CON EL CEPILLADO DENTAL Y UNA COLORACIÓN ROJIZA DE LAS ENCÍAS. LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCÍA Y OSTEOINTEGRACIÓN REFIERE QUE MÁS DE LA MITAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR DE 35 AÑOS PADECE GINGIVITIS. ATENDIENDO A LA ALTA PREVALENCIA DE LA CITADA PATOLOGÍA EN LA POBLACIÓN, AUSENCÍA DE PROTOCOLO PARA SU PREVENCIÓN Y TRATANDOSE DE UNA CONSULTA MUY FRECUENTE EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL SE CONSIDERÁ PERTINENTE REALIZAR ESTE PROYECTO.

RESULTADOS ESPERADOS
- ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO INFORMATIVO SOBRE PREVENCIÓN DE GINGIVITIS EN UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL.
- PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO EN LAS UNIDADES DE SALUD BUCODENTAL DEL C.S DE EJEA DE LOS CABALLEROS Y C.S UNIVERSITAS..
- EDUCACIÓN DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SOBRE LOS FACTORES MODIFICABLES EN EL ESTÍLO DE VIDA Y ALIMENTACIÓN QUE PUEDEN INFLUIR EN EL DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA.
- INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.
- PROPORCIONAR AL PACIENTE INSTRUCCIONES SOBRE TÉCNICA ADECUADA DE HIGIENE ORAL Y EMPLEO DE MEDIOS ADICIONALES QUE PUEDEN PREVENIR LA ENFERMEDAD(IRRIGADORES, USO DE COLUTORIOS, CEPILLOS INTERPROXIMALES..).

MÉTODO
- ELABORACIÓN DE DIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES.
- ELABORACIÓN DE POSTER QUE SE COLOCARÁ EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL.
- PREVENCIÓN EN CONSULTA MEDIANTE EDUCACIÓN EN TÉCNICAS ADECUADAS DE HIGIENE.

INDICADORES
- REVELADOR DE PLACA.
- INDICE DE SANGRADO GINGIVAL.

DURACIÓN
- PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO (MAYO 2018)
- ELABORACIÓN DE DÍPTICO(ENTRE JUNIO- SEPTIEMBRE 2108)
- ELABORACIÓN DE POSTER (ENTRE SEPTIEMBRE 2018- NOVIEMBRE 2018)
- EDUCACIÓN EN CONSULTA DE FORMA PERMANENTE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1691

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GRACIA ANDRES
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras reunión mantenida con los distintos departamentos de dirección médica del sector III, se presenta el proyecto de demanda no presencial al equipo de atención primaria.
A través del servicio de admisión del centro de salud, cada profesional médico y de enfermería irá adecuando sus agendas para incluir la demanda no presencial (DEMNP).
Dado que tras la primera reunión parece no quedar clara la utilidad de dicho proyecto, se aprovechan las sucesivas reuniones de equipo para clasificar motivos de dichas consultas de DEMNP:
- Comunicar resultados de analíticas o de otras pruebas complementarias, y según los mismos, considerar citarlos en consulta.
- Comunicar respuestas de las interconsultas virtuales con otras especialidades.
- Valorar situación de pacientes inmovilizados dentro de nuestros programas de salud.
- Valorar seguimiento terapéutico en pacientes crónicos y aclarar dudas sobre el mismo.
Desde el servicio de Admisión, así como por los propios profesionales sanitarios (enfermería y medicina), se informa a los pacientes de esta nueva posibilidad de consulta no presencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha nos parece prematuro dar resultados de un proyecto de escaso recorrido y que se establece como proyecto de seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Vemos que el proyecto nace con varios fines, tanto para el profesional (ahorrar tiempo en el trabajo asistencial), como para el paciente (ahorrar tiempo y desplazamientos), el cual va a encontrar un acceso más fácil a los servicios de salud para gestionar sus demandas administrativas y resolver sus dudas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1691 ========== ***

Nº de registro: 1691

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
SANZA PILAS JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1691

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1420

1. TÍTULO

INSTRUCCION DEL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS SANZA PILAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
ROYO CHOPO YOLANDA
BRAVO ANDRES RAQUEL
GALAN BURILLO NURIA
VILLARROYA VILLAGRASA RICARDO
GRACIA CERVERO ETHEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con motivo de la adquisición de 4 desfibriladores semiautomáticos (DESAs) por parte del ayuntamiento de Épila, se decide realizar talleres de formación en RCP en aquellos lugares donde se ubicarán dichos DESAs: Institutos de Educación Secundaria (IES), Ayuntamientos y Centros de Educación Infantil y Primaria (CEIP).
Los objetivos de dichos talleres son:
- Capacitar a la población general para activar la cadena de emergencia y efectuar una primera atención de la parada cardiorrespiratoria, previa a la llegada de ayuda sanitaria.
- Contribuir a mejorar la supervivencia de nuestros pacientes en caso de muerte súbita, así como concienciar a la población en la importancia de la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Se realizó una reunión con el Consejo de Salud para presentar la idea del proyecto a todos los asistentes y establecer contacto con los alcaldes y directores de los centros educativos, de las diferentes localidades de nuestra zona de salud.

Vía telefónica y por correo electrónico se contactó con los responsables de los IES, CEIP y consejerías municipales, para que realizaran la difusión de los talleres entre los trabajadores de sus centros, y concretar fechas y disponibilidad de horarios.
Se realizaron varias reuniones con el equipo de atención primaria para informar sobre el proyecto, seleccionar la forma más adecuada de llevarlo a cabo, realizar la distribución de funciones y tareas, así como la formación de los grupos de trabajo.
Solicitamos los materiales a la gerencia de nuestro sector para poder realizar la parte práctica.
Consideramos una duración de los talleres de dos horas, con una periodicidad semestral.
Dado el previsible nº elevado de participantes en los talleres, se optó por realizar la actividad en 4 días comprendidos entre la última semana de octubre y la primera de noviembre.
El taller consistió en una primera parte audiovisual con la proyección de un vídeo sobre actuación ante un caso de parada cardiorrespiratoria (escogiendo para cada grupo un video que guardara relación con el puesto de trabajo que desempeñaba, con el fin de que fuera más cercano a su situación) y nociones teóricas de la RCP y uso del DESA, con posterior distribución en grupos, para realizar la parte práctica con los maniquíes (2 torsos adultos + 1 maniquí adulto + 1 maniquí infantil), los propios participantes y el DESA. Los grupos prácticos fueron dirigidos por médicos y/o enfermeros.
La ubicación de los talleres tuvo lugar, en salas adecuadas en tamaño y recursos audiovisuales, facilitadas por las dependencias colegiales y municipales que participaron en los mismos.
Al finalizar, se entregaron encuestas de satisfacción anónimas a todos los asistentes, para evaluar su índice de satisfacción, solicitándoles de forma voluntaria que hicieran constar la profesión a la que se dedicaban en ese momento.
Aspectos evaluados: utilidad del taller a la hora de afrontar una RCP con uso o no del DESA, duración de la actividad, claridad de entendimiento en los supuestos comentados y grado de capacitación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El grado de participación ha sido elevado habiendo asistido un total de 77 personas con la siguiente distribución profesional:
Aux.Admin.(3); Admin.(3); Profesores (36); Directores (2); Conserjes (2);Limpieza (4); Monitor deportivo (3); en blanco (24)
En cuanto a los cuestionarios de evaluación se han contestado un 100 %, con el siguiente resultado:
¿Le ha parecido útil este taller? :
Muy útil: 80,5% Bastante útil: 19,5% Poco útil: Nada útil:
¿La duración del taller la considera apropiada? :
Si: 65% No, me pareció corto: 35% No, me pareció largo:
¿Cree que le ha quedado claro cómo actuar en los supuestos comentados? :
Si: 95% No: 2,5% NC: 2,5
¿Con lo aprendido en el taller, cree que sabría actuar ante un caso real? :
Si: 88,5% No: 2,5% NC: 9%
¿Repetiría el taller dentro de unos meses? :
Si: 86% No: 14%
¿Se lo recomendaría a la gente? :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1420

1. TÍTULO

INSTRUCCION DEL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA

Si: 100% No:
¿Que es lo que más le ha gustado del taller? :
La parte práctica: 76,5% Las observaciones médicas: 18% NC: 5,5%
Los asistentes valoran muy positivamente la parte práctica de la actividad.
Expresan el deseo de continuar el reciclaje periódico en estos cursos y demandan una continuidad de los talleres.
Solicitan nuevos talleres formativos en temas como: Alimentación. Actuación frente a atragantamientos, convulsiones y accidentes.
Se ha conseguido familiarizar a los asistentes con el uso del DESA, recalcando la importancia de la desfibrilación precoz y capacitándolos para realizar una reanimación cardiopulmonar básica.
Se han establecido una serie de redes y contactos, facilitando la relación entre personal sanitario y resto de profesionales no sanitarios y generando nuevas demandas para futuros proyectos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Evaluar de forma continuada y desde el inicio del proyecto.
- Mantener reuniones periódicas con el Consejo de Salud para explorar las necesidades de nuestra comunidad y nuestro entorno.
- Trabajar en equipo y hacer un esfuerzo para poder compaginar los talleres con la actividad asistencial diaria, para dar continuidad a este proyecto en los próximos años.
- Realizar un cuestionario de conocimientos antes y después de los talleres para evaluar el grado de capacitación de los asistentes.

7. OBSERVACIONES.
La introducción de la actividad en estos colectivos, tendrá una importancia significativa dada la heterogeneidad del grupo que la ha recibido.
El taller les servirá, no sólo para adquirir conocimientos y resolver dudas, sino sobre todo para afianzar la seguridad en sí mismos a la hora de tener que enfrentarse a estas vicisitudes.
Dificultades observadas:
- La imposibilidad de acceso de todo el personal de los centros educativos a la realización de los talleres, al tener que darse estos dentro del horario matinal.
- Tener que compaginar los talleres con la actividad en consulta en función de la demanda asistencial.
- A pesar de ello, y vista la buena acogida de estos talleres, consideramos que se debería dar continuidad a los mismos, ampliando si fuera posible, por las características de las consultas diarias, al resto de población (proyecto muy ambicioso).

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1420 ========== ***

Nº de registro: 1420

Título
INSTRUCCION EN EL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA

Autores:
SANZA PILAS JESUS, GRACIA CERVERO ETHEL, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, VILLAROYA VILLAGRASA RICARDO, BELOPE HENAR ESPERANZA, AZNAR PEREZ MARIA INMACULADA, ROYO CHOPO YOLANDA, MARTINEZ IGUAZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Aprovechando la dotación a la población de Épila, de 4 nuevos DESAs (desfibriladores externos semiautomáticos) en 4 puntos clave (Polideportivo-Piscinas, Instituto, Ayuntamiento y Centro de Salud), Y de los tres existentes en La Muela, se van a realizar cursos para poder efectuar una primera atención de la parada cardíaca hasta la llegada de los Servicios de Emergencias.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende conseguir aumentar las tasas de supervivencia en los pacientes con muerte súbita cardíaca,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1420

1. TÍTULO

INSTRUCCION DEL MANEJO DEL DESA Y SOPORTE VITAL BASICO EN LA POBLACION DE EPILA Y LA MUELA

consiguiendo un acceso rápido a la desfibrilación precoz, así como concienciar a la población de la importancia de ésta.
El proyecto está dirigido a los trabajadores de los Ayuntamientos, Polideportivos e Institutos.

MÉTODO
Plan de comunicación: Se realizará una primera reunión informativa a través del Consejo de Salud y reuniones sucesivas con los componentes del proyecto en el centro de Salud.
Actividades de formación: Se realizarán varios cursos con una parte teórica y otra práctica con maniquíes.

INDICADORES
Se van a realizar varios cursos con carácter semestral. Se realizará a los asistentes una encuesta de evaluación antes y después de impartir los cursos, así como una evaluación de la parte práctica con casos clínicos.

DURACIÓN
Duración prevista: Desde septiembre de 2017 hasta septiembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1421

1. TÍTULO

INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ETHEL GRACIA CERVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER
EZQUERRA LOU MARIO
SERRABLO REQUEJO SERGIO
BELOPE HENAR ESPERANZA
AZNAR PEREZ MARIA INMACULADA
IZQUIERDO RIOS CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Justificación:
Atendiendo a las demandas de varias madres en la consulta de pediatría relacionadas con el miedo a alimentar a sus bebés con alimentos no triturados, algunas de ellas trabajadoras del centro de educación infantil, se decidió poner en marcha el proyecto de capacitación en el manejo de una OVACE, dirigido a la población adulta en contacto con menores de 3 años.

Objetivos:
- Instruir a la población adulta no sanitaria en contacto con niños menores de 3 años en el manejo de la obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño.
- Disminuir el miedo al atragantamiento que sienten las madres, padres y profesores de los centros de educación infantil de nuestra zona de salud, cuando inician la alimentación complementaria en los lactantes.
- Fomentar relaciones con el resto de la comunidad, explorar sus necesidades y demandas e impulsar nuevos proyectos de atención comunitaria.

Metodología:
Se realizó una primera reunión informativa con todos los miembros del centro de salud con el objetivo de crear el grupo de Atención Comunitaria. Posteriormente hubo varias reuniones con los componentes de dicho grupo para concretar los proyectos más factibles, el modo de realizarlos y difundirlos, sus objetivos y organización.

Se contactó vía telefónica con las directoras de los centros de Educación Infantil de Épila, La Muela y Lumpiaque para concretar las fechas y horarios de los talleres. Se estableció que la duración del taller fuera de 2 horas y con una periodicidad semestral, iniciándose en los meses de octubre y noviembre de 2017. Ellas fueron las encargadas de la difusión al resto de trabajadoras del centro (en Épila) y a las madres y padres de los niños y lactantes, al existir sólo una trabajadora en dicho centro (en Lumpiaque). Los talleres fueron impartidos por la pediatra y el enfermero de pediatría del centro de salud de Épila.

Se elaboró una presentación power point con el protocolo de actuación ante una OVACE y las medidas para su prevención, y se prepararon varios casos clínicos de diferente gravedad para realizar la parte práctica.
Los cursos tuvieron lugar en los propios centros de educación infantil para facilitar la asistencia.

Se solicitaron los recursos necesarios a la gerencia del sector 3 (maniquíes de RCP).

Se elaboraron cuestionarios de evaluación para valorar el grado de satisfacción de los asistentes a las actividades y explorar sus inquietudes y necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha dado una respuesta a una de las necesidades sentidas y detectadas en las revisiones del niño sano de los 6 y 9 meses de vida, sobre el temor al atragantamiento y a la obstrucción de vía aérea, cuando se inicia la alimentación complementaria en el lactante.

Se ha alcanzado un elevado grado de sensibilización y participación, habiendo asistido el 100% de trabajadoras del centro de educación infantil en Épila, y el 100% de las madres de los niños que asisten al centro de Lumpiaque, no así de los padres. Quedan pendientes los talleres dirigidos a las madres y padres del CEI de Épila y de La Muela.
El 100% de los asistentes ha contestado el cuestionario de evaluación.
El grado de capacitación de las personas a las que se dirigían dichos talleres ha sido elevado, habiendo resuelto todas ellas los diferentes casos clínicos planteados de forma correcta. Además a las cuestiones sobre si les había quedado claro la forma de actuación y si sabrían actuar ante un caso real con lo practicado en el taller, el 100% de los asistentes ha respondido afirmativamente.
Respecto al resto de aspectos evaluados: el 100% opina que el taller les ha parecido muy útil (puntuación máxima), el 83,3% considera que la duración es adecuada mientras que un 16,6% opina que le hubiera gustado tener más tiempo para practicar. El 100% repetirían el taller y lo recomendarían a otras personas. En cuanto a los comentarios, valoran de forma muy positiva poder practicar con los maniquíes y demandan otros talleres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1421

1. TÍTULO

INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS

relacionados con la salud, entre ellos: actuación ante crisis convulsivas, enfermedades infecciosas, vacunas, nutrición, accidentes domésticos (caídas, quemaduras…) y enfermedades comunes de la infancia.

Se han establecido una serie de redes y contactos, facilitando la relación entre sanitarios y resto de población y generando nuevas demandas para futuros proyectos de atención comunitaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Empoderar a la población en lo concerniente a su propia salud produce en ellos un elevado grado de satisfacción.
- Es de gran importancia registrar todo el proceso por escrito (cronograma, agenda, dificultades alcanzadas…), así como evaluar desde el principio y mantener una cultura de equipo.
- Establecer redes con la población no sanitaria de nuestra zona de salud genera un acercamiento y la posibilidad de nuevos proyectos en atención a sus demandas.

7. OBSERVACIONES.
Incluir dentro de nuestro horario y agenda de trabajo este tipo de proyectos, favorecerá su continuidad en el tiempo, ya que actualmente se realiza gran parte de ellos fuera de éste.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1421 ========== ***

Nº de registro: 1421

Título
INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS

Autores:
GRACIA CERVERO ETHEL, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, SANZA PILAS JESUS, IZQUIERDO RIOS CRISTINA, SERRABLO REQUEJO SERGIO, BAILO GAY ANA, GALAN BURILLO NURIA, BRAVO ANDRES RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando detectamos una OVACE tenemos que actuar rápidamente, ya que se trata de una emergencia que amenaza la vida del paciente y puede producir una parada cardíaca en pocos segundos.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es que los profesionales que tienen contacto con lactantes y niños pequeños, así como las madres y padres de éstos, adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para
actuar en caso de una OVACE.
La población diana a la que va dirigido son los trabajadores de las
escuelas de educación infantil y padres de niños y lactantes de Épila y de La Muela.

MÉTODO
Se realizarán varios cursos teóricos y prácticos, con carácter semestral.
Se establecerá contacto telefónico con las escuelas de educación
infantil para concretar fechas y horarios de dichos cursos. Previamente se realizarán varias reuniones de equipo para preparar los recursos audiovisuales y el material necesario para impartirlos.

INDICADORES
Se realizarán encuestas de evaluación antes y después de los cursos, así como encuestas de satisfacción al finalizarlos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1421

1. TÍTULO

INSTRUCCION EN EL MANEJO DE UNA OVACE (OBSTRUCCION VIA AEREA POR CUERPO EXTRAÑO) EN LACTANTES Y NIÑOS

DURACIÓN
Los cursos tendrán una duración de 2 horas, y serán de carácter semestral.
Duración: De septiembre de 2017 a septiembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1682

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SERGIO SERRABLO REQUEJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZA PILAS JESUS
LOPEZ ALONSO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan 2 reuniones de equipo con las siguientes fechas y contenidos:
- Presentación del contrato de gestión. Abril de 2017.
- Adecuación en la prescripción de medicamentos. Posibilidad de mejora en el EAP Épila. Octubre 2017.
Se procede a la revisión de los indicadores de prescripción del equipo de atención primaria a través del cuadro de mandos de farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se valoran los resultados obtenidos en enero y diciembre de 2017, encontrando los siguientes resultados:
- Uso de antibióticos en FAA estreptocócica: 86,3% a 94,15%.
- Uso de antibióticos en otitis media aguda: 85,94% a 93,6%.
- Uso de estatinas en prevención secundaria: 68,52% a 68,57%.
- Tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria: 8,27% a 8,38%.
- Elección eficiente de estatinas: 29,69% a 27,13%.
- Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en pacientes > 75 años: 15,21% a 15,09%.

Se han cumplido los objetivos esperados en todos los indicadores excepto en los dos últimos. Sin embargo, en el resto superamos los valores recogidos en nuestra Comunidad Autónoma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Trabajar la inercia terapéutica, con mayor dedicación a la renovación de las recetas no presenciales.
- Realizar en los pacientes polimedicados una revisión global de su patología para adecuar su tratamiento.
- Actualizar los conocimientos de los profesionales mediante sesiones clínicas.
- Revisión sistemática mensual del cuadro de mandos de farmacia.
- Realizar un protocolo común sobre el uso de estatinas como prevención primaria en pacientes ancianos.
- Implicar a los especialistas hospitalarios en la responsabilidad de sus prescripciones, tanto en sus principios activos como en la duración de los tratamientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1682 ========== ***

Nº de registro: 1682

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP EPILA

Autores:
SERRABLO REQUEJO SERGIO, SANZA PILAS JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1682

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-adecuación del uso de apósitos,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con estatinas y medicamentos con alto riesgo anticolinérgico en pacientes mayores de 75 años
Adecuar la utilización de apósitos al catálogo del almacén del HCU
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en Pediatría.
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1685

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SANCHEZ NUÑEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARNICERO NOGUERAS AURORA
BELOPE HENAR ESPERANZA
ROYO CHOPO YOLANDA
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
GALAN BURILLO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se programan una serie de actividades:
Revisión anual del almacén, en el que se realiza un control de caducidades de los medicamentos, así como una revisión mensual, en la que apoyados por los documentos PO-01-4_Z3(P)E (control de caducidades almacén) y PO-02-3_Z(P)E (rotura de stock mínimo) y por PO-02-2_Z3(P)E, y de esta forma poder adecuar los pedidos de farmacia a las necesidades reales de consumo de fármacos y evitar el uso de fármacos caducados en el centro.
A la hora de la recepción del pedido mensual, se comprueban caducidades (no es raro recibir medicación cuya fecha de caducidad es anterior a la almacenada) para evitar almacenar medicación cuya fecha de caducidad es próxima.
En cuanto a la sala de urgencias, y teniendo en cuenta las desviaciones marcadas en la auditoría interna, disponemos de un control de caducidades modelo PO-01-4_Z3(P)E tanto para carro de paradas, maletines y sala de urgencias.
Existe un listado con la medicación que ha de existir en los maletines de urgencias, tanto en el de circulatorio como en el de vía respiratoria, con una persona encargada de su mantenimiento y de realizar los controles de caducidades periódicas apoyada por el modelo PO-01-2_Z3(P) y por el modelo PO-01-4_Z3(P)E.
Se recuerda la necesidad de rotular los envases multidosis con la fecha de apertura.
Existe un formulario modelo de incidencias en la sala de urgencias.
Existe un registro de uso de mórficos, en el que se anota paciente fecha y motivo de asistencia junto a carro de paradas. También disponemos de un registro de actividades de mantenimiento preventivos modelo PO_03-2_Z3 y un registro de control de estados de equipo, para desfibriladores y aparato de electros de cumplimentación mensual y semanal respectivamente.
En el último mes de 2017 se recibe el segundo desfibrilador, se reparan los oftalmoscopios y otoscopios de pared, así como un nuevo carro de paradas adecuado a las necesidades del centro.
A principios de 2018 se programa el control anual de caducidades, así como una reunión de calidad con la designación de nuevos responsables de la cumplimentación de los diferentes documentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento PO-01_z3(P)E (Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria).
- Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento PO-02-2_z3 (control de caducidades).
- Acondicionar la sala de urgencias, los maletines y el carro de paradas, para la atención urgente tanto domiciliaria como en el centro.
- Cumplimentar los procedimientos de mantenimiento preventivo de equipos, carro electrocardiograma y desfibriladores.
- Realizar un control de caducidades de los medicamentos y material de la sala de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que el el trabajo realizado en el almacén es bastante positivo, se encuentra más organizado y accesible, y en general se ha encontrado colaboración por parte del equipo.
El carro de paradas está mejor equipado y accesible para la atención urgente.
La sala de urgencias se encuentra mejor dotada de material y dispositivos, permitiéndonos dar una atención de mejor calidad. Los envases multidosis están etiquetados con fecha de apertura y los equipos de sutura con fecha de proceso de esterilización.
Estamos consiguiendo una mayor concienciación y colaboración en reponer el material y medicación de la sala de urgencias que se reforzará en siguientes reuniones.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos necesario la renovación de los 2 ordenadores de la sala de urgencias, ya que funcionan con lentitud y son muy antiguos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1685 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1685

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1685

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, CARNICERO NOGUERAS MARIA AURORA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1685

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0640

1. TÍTULO

PROA. PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ LOPEZ ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERA LINARES FERNANDO
IRIGOYEN VON SIERAKOWSKI ALVARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA 13 abril

Dar a conocer los principios generales PROa mediante sesión clinica realizada el

Dar sesiones formativas relacionadas con PROa, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones mas frecuentes
y su tto en A.P.

Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo ISASPROA en AragónFijar un responsable/referente del uso de antibioticos en el equipo (abril)

Difusion de los principios generales PROA en AP (octubre)

Indicador: Difusion del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP (febrero)

Objetivoformacion sobre uso adecuado de antimicrobianos

Indicador: Nº sesiones realizadas sobre PROA:3

presentacion del programa, principios generales, consumo de antimicrobianos/perfil resistencias. Porcentaje de profesionales asistentes, 3 sesiones anuales, en las sesiones de octubre 85% del personal de enfermería y 100% titulares de mañana, en la sesión de febrero 85% del personal de enfermeria, 88% de los titulares de mañana

siendo el objetivo un porcentaje de profesionales asistentes del 80%

FI: informe del centro de actas firmadas

Envio del documento de adhesión a los principios del PROA firmado por el 100% del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
concienciación sobre el uso racional de antibioticos en AP,
conocimiento sobre el plan estrategico del PROA, sus actividades y sus indicadores
adhesión del 100%equipo al decalogo del uso racional de antibioticos
campañas de concienciación a la población tanto con los carteles colocados en las consultas y salas de espera, como individualmente en la consulta
conocimiento y uso tanto de la guía da Aljarafe como de la guía PROA como referente en nuestra consulta clínica
uso del streptotest en los casos de amigdalitis con 3 o más criterios de Centor
concienciación sobre el uso de antibioticos de bajo espectro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reflexión individual sobre la praxis clinica realizada en la consulta, autocritica de los puntos donde podemos mejora en nuestras prescripciones, de cara a optimizar el uso de los antibioticos,
Aumento del uso del streptotest y otros procedimientos diagnosticos que tenemos a nuestro alcance. Aunque seguimos insistiendo en que no tenemos suficientes streptotest porque no nos llegan al hacer el pedido, ni tenemos frascos de recogida de parasitos en heces con conservante
Mejorar con más sesiones clinicas el conocimiento sobre las resistencias y el tratamiento de las infecciones
Uso de la guía PROA para el tratamiento de las infecciones en el 100% de los casos que tratemos
Enviar por correo electronico las sesiones sobre el PROA al equipo de MACS que por razones fisicas en muchas ocasiones no pueden acudir a las sesiones formativas realizadas en el CS
Mejorar el cronograma del proyecto, intentando ajustarlo en el tiempo

7. OBSERVACIONES.
Agradecimiento por la implementación de este programa y su difusión mediante el acuerdo de gestión. A titulo personal me parece muy necesario y la guía PROA una herramienta muy útil para la consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0640

1. TÍTULO

PROA. PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/640 ================================== ***

Nº de registro: 0640

Título
PROA. PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
LOPEZ ALONSO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibioticos y a nivel de la comunidad Araón, con la resolucion del 5 de febrero de 2018 se aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas para un mejor uso de los antibióticos

RESULTADOS ESPERADOS
optimizar el uso de antimicrobianos para evitar resistencias.
Adherirse a los principios generals PROA
Realizar formacion en uso adecuado de antibióticos

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA 13 abril
Dar a conocer los principios generales PROa
Dar sesiones formativas relacionadas con PROa, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones mas frecuentes y su tto en A.P.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo ISASPROA en Aragón.

INDICADORES
Fijar un responsable/referente del uso de antibioticos en el equipo (abril)
Difusion de los principios generales PROA en AP (mayo)
Indicador: Difusion del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP (septiembre)
Objetivoformacion sobre uso adecuado de antimicrobianos
Indicador: Nº sesiones realizadas sobre PROA:
presentacion del programa, principios generales, consumo de antimicrobianos/perfil resistencias. Porcentaje de profesionales asistentes, 3 sesiones anuales
siendo el objetivo un porcentaje de profesionales asistentes del 80%
FI: informe del centro de actas firmadas

DURACIÓN
Abril a diciembre 2018. Con previsión de prolongar los proximos años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** == ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0917

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACION INFANTIL DE EPILA, LA MUELA Y LUMPIAQUE

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ETHEL GRACIA CERVERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA ANDRES MERCEDES
FUERTES PUEYO SERGIO
SANZA PILAS JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo del proyecto consiste en realizar una formación en primeros auxilios pediátricos en los centros de educación infantil y primaria de la zona de salud de Épila. Está dirigido a la población adulta en contacto con niños.
En junio de 2018 se informa del proyecto al resto de profesionales implicados, así como a las directoras de los centros de educación, para planificar posibles fechas y temas a tratar.
En octubre de 2018 se presenta la idea en el Consejo de Salud, junto al resto de actividades de atención comunitaria.
Durante los meses de septiembre a diciembre de 2018 se elabora el contenido del taller y se revisan los temas a tratar: anafilaxia, convulsiones, síncope, hipoglucemia en niño diabético, heridas, quemaduras, TCE, crisis de asma, RCP básica y atragantamiento. Se preparan casos clínicos simulando situaciones reales para realizar un taller dinámico y participativo. Se utilizan simuladores de adrenalina autoinyectable y midazolam bucal, glucagón, microenemas de diazepam, que permitan familiarizarse con los diferentes fármacos. Se solicitan los maniquíes para poder realizar la parte práctica de RCP. Se realizan hojas para valorar el grado de satisfacción.
En diciembre de 2018 la dirección del colegio de Épila solicita nuestra participación para colaborar en la escuela de padres, realizando un taller sobre hábitos y alimentación saludables y de trastornos alimenticios, además de primeros auxilios, por lo que se decide incluir también en el proyecto, llevándose a cabo en febrero de 2019.
Por problemas de disponibilidad de maniquíes, se modifica el calendario inicial, postponiendo los talleres de los centros de educación infantil de Lumpiaque y Épila a la primera semana de abril de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han proporcionado los conocimientos básicos en primeros auxilios pediátricos que permiten realizar una primera asistencia antes de recibir atención médica.
Se ha conseguido un elevado grado de satisfacción de los asistentes a los talleres ya realizados, que manifiestan estar más preparados para actuar con mayor seguridad ante situaciones de emergencia.
Se han resuelto y aclarado todas las dudas planteadas.
El proyecto no está concluido ya que queda pendiente la realización del taller en los centros de educación infantil de Épila y Lumpiaque los días 2 y 3 de abril de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que sería importante extrapolar este tipo de formación, principalmente las maniobras de RCP, a los alumnos del colegio. Los niños pueden salvar vidas, y una rápida intervención en caso de parada cardíaca aumenta las posibilidades de supervivencia.
Es muy gratificante trabajar y promover la educación para la salud fuera de las paredes de nuestra consulta. Esto permite crear un vínculo especial con la población de nuestra zona de salud y favorece el acercamiento.
Se propone crear la Agenda Comunitaria de nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/917 ========== ***

Nº de registro: 0917

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACION INFANTIL DE EPILA, LA MUELA Y LUMPIAQUE

Autores:
GRACIA CERVERO ETHEL, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, SANZA PILAS JESUS, IZQUIERDO RIOS CRISTINA, LOPEZ ALONSO BEATRIZ, GRACIA ANDRES MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0917

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS PEDIATRICOS EN LOS CENTROS DE EDUCACION INFANTIL DE EPILA, LA MUELA Y LUMPIAQUE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
- El proyecto surge como respuesta a la petición de los centros de educación infantil de nuestra zona de salud, de recibir formación en primeros auxilios.
- Tener una formación básica en primeros auxilios es fundamental para poder hacerse cargo de la primera atención en situaciones de urgencia, en las que es necesario actuar antes de recibir la asistencia sanitaria especializada.

- Una rápida intervención es esencial para prevenir secuelas importantes que puedan derivarse del retraso en la atención a dichas situaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
- Dotar al personal docente de los centros de educación infantil, así como a los padres y madres, de las habilidades y conocimientos necesarios para una eficaz respuesta ante situaciones de emergencia hasta la llegada de los efectivos sanitarios.
- Capacitar a la población adulta en contacto con niños para prestar la asistencia inmediata ante una emergencia pediátrica, que pueda acontecer en el centro escolar o en el domicilio.
- Facilitar la relación entre personal sanitario y resto de la población, fomentando la participación comunitaria.

- Explicar el modo correcto de actuación en situaciones que requieran maniobras de primeros auxilios tales como: Convulsiones, anafilaxia, hipoglucemia, traumatismos, hemorragias, atragantamiento, síncope, crisis de asma.
- Disminuir el temor ante situaciones complicadas y resolver las dudas.

MÉTODO
- Presentación del proyecto al equipo de atención primaria.
- Contacto telefónico con las directoras de los centros de educación infantil de Épila, La Muela y Lumpiaque para elaborar un calendario conjunto.
- Reuniones de equipo para diseñar la actividad y preparar los recursos audiovisuales y el material necesario.
- Difusión a través del equipo docente y del centro de salud a padres y madres.
- Explorar las necesidades e inquietudes de la población mediante la solicitud previa de dudas y temas que susciten mayor interés.
- Realización de talleres teórico- prácticos, simulacros con casos clínicos y prácticas con maniquíes.
- Evaluación del proyecto y presentación de resultados.

INDICADORES
- Participación: Nº asistentes en cada sesión impartida/Nº asistentes previsto.
- Dudas planteadas/dudas resueltas.
- Encuestas de satisfacción: > 90% satisfechos o muy satisfechos.
- Evaluación de conocimientos y destrezas alcanzados a través de casos prácticos.

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará a lo largo del curso escolar 2018-19.
Las sesiones teórico-prácticas tendrán una duración de 2 horas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0924

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP DE EPILA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JESUS SANZA PILAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA CERVERO ETHEL
LOPEZ ALONSO BEATRIZ
BARRERA LINARES FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .

Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.

Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)

Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).
Taller de Dermatoscopia clinica y uso de dermatoscópio con la asistencia del 100% del EAP de Epila.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realizada la 1ª sesion en el propio C.S. Epila
Realizada 2ª sesión en el HCU para consulta virtual de dermatologia con imagenes.
Ambas en Diciembre de 2018
Pendiente resto de actividades a la recepción del dermatoscopio incluido en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Realización de 2 talleres practicos, pero sin dermatoscopio que permita continuar con la implementación del proyecto

7. OBSERVACIONES.
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad
diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.
Esto unido a la interconsulta virtual con Dermatologiua, permitira agilizar las patologia urgentes y reducir las derivaciones.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/924 ========== ***

Nº de registro: 0924

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP DE EPILA

Autores:
SANZA PILAS JESUS, GRACIA CERVERO ETHEL, LOPEZ ALONSO BEATRIZ, BARRERA LINARES FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0924

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP DE EPILA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopIa, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutaneas susceptibles de cáncer cutaneo o atipia.

MÉTODO
Formación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

INDICADORES
Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN
Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2018
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2018
Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018
Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1023

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER SANCHEZ NUÑEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO CHOPO YOLANDA
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
AZNAR PEREZ INMACULADA
GALAN BURILLO NURIA
GRACIA CERVERO ETHEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Adecuación y mantenimiento de carro de paradas, maletines y material de sala de urgencias .Control y revisión de caducidades mensuales cumplimentando los debidos documentos de carro paradas, maletines y vitrinas sala de urgencias. Control de mórficos. Control de batería y mantenimiento preventivo de desfibriladores y aparato electrocardiografo. Realización de sesiones de formación sobre RCP para trabajadores del centro. Talleres con la población de RCP y OVACE. Colocación de algoritmos en sala de urgencias acerca de atención de diversas patologías urgentes, así como guías de atención urgente
y de dosificación, así como protocolos de pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cumplimentación y registro por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines. Asistencia de un elevado porcentaje de los profesionales a las sesiones de RCP basica y avanzada impartidas en el centro de salud. Existencia de un método de asignación para atención urgente dentro del centro de salud como en un aviso domicilario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización del mantenimiento de la sala de urgencias es básico en un centro de salud, y ha de mantenerse en el tiempo para garantizar la calidad en la atención de la población de la zona basica de salud de Épila.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1023 ========== ***

Nº de registro: 1023

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA

Autores:
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER, ROYO CHOPO YOLANDA, MARTINEZ IGUAZ SUSANA, AZNAR PEREZ INMACULADA, GALAN BURILLO NURIA, SANZA PILAS JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion urgente
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención urgente es un punto sensible en un equipo de EAP por:
variabilidad en criterios de atención urgente
excisivas diferencias profesionales en implicación y formación
Inadecuada organización y mantenimiento de las salas de urgencias y maletines, asi como de medios terapéuticos como el desfibrilador.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1023

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE EPILA

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos basicos del carro de paradas y de e,ergencias con la propuesta organizativa estandarizada
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
evitar las demoras en atencion urgente mediante un domumento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se le indique cual es el criterio para designar al porfesional responsable de la atenciópn urgente tanto en el centro de salud como domiciliaria.
Mejorar la eficiencia del sistema mediante un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atencion para racionalizar la misma.
mantener las habilidades profesionales en atencion urgente y rcp
Mejorar la gestion de la sala de urgencias, del carro y maletines

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de paradas y maletin de urgencias.
Proporcionar a los profeionales del EAP una matriz que definan el procedimiento para la asignación de casos de atención urgente.Asi mismo se contemplaran las situaciones excepcionales
Promover la autoformaciñon en atención urgente en los centros de salud
Situar en lugares estrategicos documentos graficos con evidencia cientifica(algoritmos) sobre la atencion urgente
Diseñar material formativo para la población con las indicaciones de uso de la atención continuada.

INDICADORES
Creacion de un documento explicito y conocido por todos los prfesionales en el que se indique cual es el creiterio para designar a los responsables de la atención urgente tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro(fuente de información (fi)) existencia de dicho documento
Indicador: existencia de dicho documento.
opbejtivo: existencia de dicho docmuento
indicador: porcfentaje de profesionales conocedores del mismo
objetivo: superior al 80%
FI: informe del centro y/o vista al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han `participado en formacion en patología urgente y en RCP.
obejtivo: superior al 80%
FI: informe del centro con actas firmadas.
Numero total de profesionales del centro de salud que han asistido/participado en una sesion relativa a urgencias/numero total de profesionales del sector
Objetivo: 80%
fi: informe del centro con actas firmadas.
Que exista constancia por escrtio de los contenidos y revisiones de mantenimiento de carro de paradas, sala de urgencias y maletines
objetivo80%
FI: informe del cenrto o visita al EAP

DURACIÓN
De mayo a diciembre 2018. se preve la continuacion hasta el total desarrollo del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1565

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA GALAN BURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS EPILA
· Localidad ..... EPILA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ IGUAZ SUSANA
FAJARDO SOUTULLO SONIA
HERRERO MARTIN ELENA PILAR
SANCHEZ NUÑEZ JAVIER
FRANCO GARCIA SARAY
AZNAR PEREZ INMACULADA
ROYO CHOPO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un listado de material necesario en la sala de curas.
Se ha realizado una hoja de registro de revisiones donde se ha ido anotando la falta o no de material.
Se comprobó periódicamente la exisrencia de instrumental esterilizado,su fecha de esterilización y el correcto sellado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron todas las revisiones programadas.
Al comienzo del proyecto se reponía material en el 80% de las revisiones objetivandose que durante el transcurso de éste iban disminuyendo los dias en los que faltaba material,de manera que al final del proyecto no ha sido necesario reponer material.
Se han cumplido las normas de correcto sellado de material instrumental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los profesionales del centro se han responsabilizado de reponer material en cada guardia de forma que siempre hay material necesario para prestar una adecuada atención sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1565 ========== ***

Nº de registro: 1565

Título
GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GALAN BURILLO NURIA, MARTINEZ IGUAZ SUSANA, AZNAR PEREZ INMACULADA, ROYO CHOPO YOLANDA, SANCHEZ NUÑEZ JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS EPILA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NINGUNA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En mucha ocasiones, en el Servicio de urgencias nos encontramos que tenemos que realizar una cura o una sutura y no disponemos de material necesario o instrumental esterilizado, por lo que debemos realizar la cura o sutura con material inadecuado o ausentarnos de la sala para buscar el material necesario. Vemos necesario la puesta en marcha de este proyecto para mejorar la atención sanitaria y que ésta sea de mayor calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1565

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE CURA Y MATERIAL INSTRUMENTAL DE LA SALA DE CURAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Disponer en todo momento de material de curas y material instrumental correctamente esterilizado para poder prestar una atención sanitaria de calidad.

MÉTODO
- Elaboración de una hoja de registro de revisiones y falta de material.
- Establecer un listado de material necesario en la sala.
- Comprobar al inicio y fin de cada guardia la existencia de material de cura y material instrumental esterilizado reponiendo lo que falte.
- Verificar mensualmente la fecha de caducidad de la esterilización.
- Establecer unas normas de correcta esterilización (sellado del paquete, poner fecha de esterilización, procedencia del material)

INDICADORES
- Disponibilidad permanente de material de cura e instrumental para prestar la atención sanitaria.
- No de incidencias por falta de material.
- No de revisiones de material realizadas / No de revisiones programadas

DURACIÓN
Julio 2018: Elaboración de registros y puesta en marcha.
Enero 2019: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

Fecha de entrada: 20/07/2016

2. RESPONSABLE ..... OSCAR ESTEBAN JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ PEIRONA BARBARA
TARONGI SALINAS BEGOÑA
OTO NEGRE ANTONIO
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO
ZABALA GARCIA ANA ISABEL
BAILO GAY ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El método constaba de tres fases, una denominada datos de partida, otra de formación sanitaria y la última de intervención.
-Datos de partida: Los miembros del grupo de trabajo ya han realizado la búsqueda de pacientes diabéticos de sus cupos y que estén actualmente con triple terapia de ADOs. Se utilizó un mes para esta fase.
-El apartado de formación sanitaria consistente en presentar el proyecto, formar al personal en la adecuada individualización de los objetivos de HbA1C y presentación de las actualizaciones de las guías ADA/EASD 2015, redGDPS y guía del SALUD ya ha sido realizado. Se reservó un mes para buscar una fecha que pudiera ser aceptá por todos los miembros del grupo para realizar la formación adecuada y establecer unas directrices comunes basadas en las guías actuales.
-Se han establecido los objetivos de HbA1c, invirtiéndose 2 meses para establecer el objetivo individual de cada paciente y adecuación del nuevo tratamiento de cada paciente.
-Durante 6 meses se han citado a las pacientes y llevar a cabo las actividades pertinentes para cada caso, obteniéndose el valor de RCV y realizado las intervenciones necesarias para lograr los objetivos establecidos en las guías. De igual forma se han completado los datos y protocolos pendientes de cada paciente.
-Se han utilizado otros 2 meses para evaluar los resultados obtenidos y presentarlos a los equipos participantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hubo 41 pacientes que cumplían el criterio de DM tipo 2 con triple terapia antidiabética oral, 17 mujeres y 24 hombres. La edad media de la muestra era de 66,25 años (68,65 años en mujeres y 64,48 en hombres).
Presentaban una media de años de evolución de la DM de 9,925 años (11,18 mujeres y 9 en hombres).
El objetivo principal del estudio era valorar la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) a las 24 semanas.
Se encontró que había 31 pacientes cuyo objetivo de glicada era <7%, 12 mujeres y 19 hombres:
• De ellos ya estaban en rango 14 (7 mujeres y 7 hombres) pero al final del estudio sólo permanecían bien controlados 6 (3 mujeres y 3 hombres). Los que salieron del rango objetivo, que inicialmente estaban bien controlados, fueron 5 (2 mujeres y 3 hombres). Los 3 pacientes de los que no disponemos datos eran porque 2 no quisieron más intervención en su patología y el tercero era controlado por endocrino y no se había realizado el control analítico en el momento de finalizar el estudio.
• Había 17 pacientes con glicada superior a 7%, 5 mujeres y 12 hombres. De ellos 5, 1 mujer y 4 hombres logran las cifras objetivo y 7 no son controlados, 3 mujeres y 4 hombres. De los 7 no controlados, hay 4 que no quieren o no acuden a las citas de intervención y 1 es controlado por endocrino y no aporta datos.
En el grupo de pacientes con objetivo de glicada >7% se encontraron 10 pacientes. Una paciente se consiguió una mejora de su control e incluso se bajo de 7% y 7 pacientes, 4 mujeres y 3 hombres, se mantuvieron en valores >7%. 2 pacientes no aceptaron participar en el estudio.
Objetivos secundarios:
De los 41 pacientes que cumplían los criterios de inclusión se pudo intervenir sobre 37. Sobre los 17 pacientes que debían tener una glicada <7% y no la tenían sólo se obtuvo el objetivo de reducción en 7 de ellos, lo cual supone que sólo un 41 % de los pacientes mejoraron su control glucémico. Otro dato es que de los 14 pacientes bien controlados con glicada <7% al inicio del estudio empeoraron su control 7 pacientes, un 50%.
En cuanto a la mejora en la recogida de datos y cumplimentación de protocolos asociados a la DM en los 41 pacientes:
• Electrocardiograma: Realizado en 31 pacientes, 75,61% (12 mujeres y 19 hombres). 3 de ellos eran patológicos y se derivaron al cardiólogo.
• Retinografías: Realizadas en 32 pacientes, 78,05% (13 mujeres y 19 hombres) y pendientes de resultado otras 3 más. 8 de ellas fueron derivadas al oftalmólogo por ser patológicas.
• Datos de IMC: Se obtuvieron datos de 35 pacientes, 85,37%. La media fue de 31,28; en las 15 mujeres fue de 33,295 y en los 20 hombres de 29,76.
• Perímetro abdominal: Se realizó en 32 pacientes, 78,05%, siendo la media de 106,36; en las 13 mujeres de 105,33 y en los 19 hombres de 107,14.
• El riesgo cardiovascular: Fue calculado en 39 pacientes, 95,12%, 16 mujeres y 23 hombres.

Tratamientos.
-Metformina: 38 pacientes.
-SGLT-2: 13 pacientes (11 dapagliglozina y 2 empagliflozina).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

-Gliptinas: 39 pacientes (sitagliptina 26, vildagliptina 10 y linagliptina 3).
-Sulfonilureas: 10 pacientes.
-Glinidas (repaglinida): 16 pacientes.
-Glitazona (pioglitazona): 2 pacientes.
-GLP-1: 1 paciente (exenatida).
La combinación más habitual era metformina+sitagliptina+repaglinida.
Sólo se insulinizó en 3 pacientes con glargina pero no se obtuvo en ellos el objetivo de glicada establecido previamente.
En 6 pacientes se sustituyó la sulfonilurea por un SGLT-2 pero tampoco se logró el objetivo deseado.
1 paciente fue derivado a endocrino dada la complejidad de sus patologías y la mala respuesta terapéutica.
Durante los 6 meses de intervención no se notificó ninguna hipoglucemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Los pacientes con triple terapia antidiabética son aquéllos que presentan o más años de evolución o un peor control metabólico y a la vista de este trabajo no se realiza la adecuada intervención para el control óptimo de sus valores de glicada.
-Existe un evidente retraso en el inicio de la insulinización, datos que confirman lo que ya está publicado en diversos artículos internacionales.
-Nuestra muestra poblacional presenta unos índices de IMC medio compatibles con el criterio de obesidad y un perímetro abdominal muy elevado, principales factores de riesgo para desarrollar diabetes y para su peor control metabólico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/242 ========== ***

Nº de Registro: 0242

Título
PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

Autores:
ESTEBAN JIMENEZ OSCAR, ZABALA GARCIA ANA ISABEL, BAILO GAY ANA MARIA, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, TARONGI SALINAS BEGOÑA, LOPEZ PEIRONA BARBARA, MAINER SANMARTIN PAZ, MALLOR BERNAD PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

PROBLEMA
•La prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en España se estima entorno al 13,8%. Siendo la principal enfermedad crónica y representando un 7% del coste sanitario total del SNS.
•Un paciente con diabetes consume entre 2 y 6 veces más recursos sanitarios directos que los pacientes con otras enfermedades crónicas. Además genera importantes costes indirectos como consecuencia de la morbimortalidad generada.
•Un control adecuado de la enfermedad es clave para reducir la mortalidad y el riesgo de sufrir complicaciones. Por tanto, el mejor control glucémico representa también una utilización mejor y menor de recursos económicos y en todos los niveles asistenciales.
Según muchos estudios, si se manejan con efectividad los niveles de glucemia, HbA1c, lípidos, tensión arterial y se propugnan cambios de estilo de vida, se consigue una mejora de la calidad de vida del paciente y una disminución del costo sanitario que suponen las complicaciones de la enfermedad.
Aun conociendo lo anterior, en un reciente estudio multicéntrico promovido por SEMERGEN, un alto porcentaje de pacientes diabéticos (16%) no tienen ningún dato de HbA1c en el último año, y el control glucémico es muy deficitario. En aquellos pacientes tratados con doble o triple solo el 39% y el 23% respectivamente están con HbA1c = ó < 7%. Aún es más llamativo que de los pacientes tratados con insulina (31% del total tratados), solo el 21% alcanzan los niveles recomendados por los consensos nacionales e internacionales, debido en su mayor parte a un mal ajuste de las dosis.
Existen experiencias en AP, en las que la implantación de un programa de revisión y seguimiento a cargo del Médico y Enfermero consigue una mejora en todos los parámetros y una mayor adherencia al tratamiento.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
•Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) a las 24 semanas.
Objetivos secundarios:
•Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo general de HbA1c <7,0 % y la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c <7 % o <8-8,5 % conforme al nivel de riesgo.
•Describir la proporción de pacientes que logran una mejoría en la HbA1c de al menos el 0,5 % y 1,0 % con respecto al momento basal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0242

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRICO DE MEJORA DEL CONTROL DE LOS DIABETICOS TIPO 2

•Evaluar el impacto de la hipoglucemia sintomática conforme a su frecuencia y severidad sobre el logro del objetivo de HbA1c a las 24 semanas.
•Describir la proporción de pacientes que logran el objetivo de HbA1c (objetivo individual o general <7,0 % si no se definió el objetivo individual) sin hipoglucemia sintomática.
•Identificar factores basales asociados al fracaso del tratamiento.

MÉTODO
A) DATOS DE PARTIDA (Cada profesional).
1.-Búsqueda activa de los pacientes diabéticos con triple terapia oral en nuestra área de salud.
2.-Revisión mediante corte transversal de su estado actual de control glucémico de HbA1c y análisis de su riesgo cardiovascular.
3.-Establecer el objetivo de HbA1c de forma individualizada según los criterios de la redGDPS.
4.-Seleccionar del anterior grupo de pacientes, los que tienen un mal control glucémico.
B) INTERVENCIÓN SANITARIA.
B1) Intervención formativa-Óscar Esteban y Begoña Tarongi..
•Transmitir al equipo médico y enfermería la situación actual con los resultados obtenidos en “Datos de Partida”.
•Presentar el proyecto de intervención.
•Formar al personal sanitario para la correcta individualización de los objetivos de HbA1c, así como en las guías terapéuticas siguiendo las guías internacionales de la ADA/EASD 2015, redGDPS y guía de tratamiento DM2 de SALUD.
B2) Intervención terapéutica.
Dentro de la práctica clínica diaria y respetando las fechas de control habituales.
•Como grupo control el de los pacientes con triple terapia y control glucémico adecuado, según los criterios de individualización.
•Como grupo de intervención aquellos pacientes en triple terapia y mal control glucémico individualizado.
En ambos grupos se incluirán paulatinamente en la historia datos de edad, duración de la DM, IMC, perímetro de cintura, signos/síntomas de complicaciones diabéticas, hipoglucemias previas o post-intervención, realización o no de ECG y retinografías

INDICADORES
Se evaluará el adecuado control de nuestros pacientes según los criterios ADA/EASD 2015 y redGDPS estableciendo comparación entre los valores obtenidos al inicio del estudio y a los 6 meses del inicio de la intervención.
Indicadores: Hb1Ac y mejora del registro de datos en OMI-AP.

DURACIÓN
•1 mes para solicitar y recibir el corte poblacional.
•1 mes para realizar reuniones con el personal de cada centro de salud para informar sobre los actuales criterios ADA/EASD 2015 y redGDPS.
•2 meses para establecer el objetivo individual de cada paciente y adecuación del nuevo tratamiento de cada paciente.
•6 meses para citar a las pacientes y llevar a cabo las actividades pertinentes para cada caso.
•2 meses para evaluar los resultados obtenidos y presentarlos a los equipos participantes.

OBSERVACIONES
LOPEZ PEIRONA, BÁRBARA actuará como coordinadora del equipo de enfermería.
Otros cupos participarán aunque no exista espacio físico para incluirlos (médico+enfermera):
Dr.Manuel Botaya + ATS Pilar Mallor-->C.S.Torrero Este.
ATS María Jesús Gil-->C.S. Torre Ramona.
Dr.Javier Sangros González + ATS Ana Diez-->C.S. Torrero Este
Dr. José Manuel Millaruelo Trillo + ATS Teresa Gómez Royo-->CSTorrero Este.
Dr.Fco Aganzo+ATS Belen Corao RuiZ-->CS La Almunia De Doña Godina.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0204

1. TÍTULO

REVISION DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALICIA BERNAL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORENZO RAMIREZ DACIL
BARREDO ALLOZA ARSENIA
LOPEZ ECHEVERRIA MERCEDES
ICART GOMEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-ABRIL 2017 ENTREGA DE LOS LISTADOS DE PACIENTE POLIMEDICADOS DE CADA CUPO MAYORES DE 75.
-EL PACIENTE POLIMEDICDO SE TRABAJA DESDE OMI
-DENTRO DEL PROGRAMA DE PREVENCION DEL ANCIANO (ANAMNESIS, Y BARBER)
- ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (TEST DE MORISKY)
- VALORAR LA CONCORDANCIA
ESTAS TAREAS PUEDEN REALIZARSE POR MEDICO O ENFERMERO.
-EL MEDICO REVISARÁ LA INDICACION DEL FARMACO SI SE RETIRA O NO ALGUNO SI SE INICIA ALGUNO NUEVO ASI COMO SI HAY PROBLEMAS CON ALGUNO.
PARA QUE CDA PROFESIONAL PUEDA IR VIENDO SU EVOLUCION SE ENSEÑA EL CUADRO DE MANDOS DE LOS TRATAMIENTOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HEMOS ANALIZADO 2 INDICADORES
- EL USO DE MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN MAYPORES DE 75 AÑOS
-EL USO DE ANTICOLINERGICOS
EL STANDAR MARCADO ES EL PORCENTAJE EN ARAGON CON MEDICIÓN EN MARZO ANTES DE LA PUESTA EN MRCHA DEL PROYECTO Y EN DICIEMBRE. DE CADA UNO DE LOS DOS INDICADORES
ARAGON MARZO INAPROPIADOS 16% DICIEMBRE 14%
ARAGON MARZO ANTICOLINERGICOS 14% DICIEMBRE 14 %.
LOS INDICADORES LOS MEDIMOS EN C. SALUD DE GALLUR EN MARZO Y DICIEMBRE
GALLUR MARZO INAPROPIADOS 20% DICIEMBRE 20%
GALLUR MARZO ANTICOLINERGICOS 17% DICIEMBRE 17%.
LA FUENTE Y EL METODO DE OBTENCION LO OBTENEMOS DEL CUADRO DE MANDOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
lOS RESULTADOS COMO SE PUEDE VER NO HAN MEJORADO.NI EN C. SALUD DE GALLUR NI EN LA COMUNIDAD EN GENERAL.
COMO VLORACION POR PARTE DEL EQUIPO ES HABER APRENDIDO A VALORAR Y USAR EL CUADRO DE MANDOS ASIC OMO LAS GRAFICAS Y PORCENTAJES

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/204 ========== ***

Nº de registro: 0204

Título
REVISION DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 75 AÑOS

Autores:
BERNAL GARCIA ALICIA, ICART GOMEZ JOAQUIN, LORENZO RAMIREZ DACIL, GRACIA MAYNAR MARIA PILAR, LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES, BARREDO ALLOZA ARSENIA, LOPEZ CUARTERO ELENA, ESPINACH LOSADA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatológicos
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0204

1. TÍTULO

REVISION DEL PACIENTE POLIMEDICADO MAYOR DE 75 AÑOS

Otro Enfoque.....: Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la calidad de vida de los pacientes

PROBLEMA
_ Se detecta el problema cuando, nos llega el ultimo corte a fecha junio de 2016. Y en el que hay una diferencia importante en comparación con el año pasado.
-La situación actual es que ha habido una disminución de pacientes polimedicados revisados.
-Como posibles causas esta el que la revisión debe de ser anual. diferenciación de la labor de enfermeria y de medicina.
- La importancia es adecuar la medicación a la patología en pacientes polimedicados mayores de 75 años.
- Disminución de efectos secundarios de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aumento del porcentaje de pacientes polimedicados revisados.
- Disminución de efectos secundarios de tratamientos inadecuados.

MÉTODO
- Sesión de información para todos los profesionales determinando cual es la labor de enfermeria y cual la de los facultativos sobre desde el mismo programa en OMI.
- Asegurarnos de que todos los profesionales tienen el listado de todos sus mayores de 75 años con más de 5 fármacos.

INDICADORES
-Porcentaje de pacientes ancianos polimedicados mayores de 75 años a los que se ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por enfermeria, dentro del plan personal de revisión estructurada de medicación.

-Porcentaje de pacientes polimedicados mayores de 75 a los que se ha efectuado la revisión clínica de la medicación por medicina

DURACIÓN
-Septiembre de 2016 hasta 31 de diciembre de 2016.
- Reunión ya realizada para proponer el programa de mejora.
- 26 de septiembre reunión sobre OMI. para todos los profesionales para aclarar dudas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1419

1. TÍTULO

DIABETES Y COLEGIO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA CHICOTE ABADIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-REUNIONES CON DIRECCION Y EQUIPO DOCENTE EN 2 SEMANA DE MARZO,DONDE SE ENSEÑA A LOS PROFESORES RESPONSABLES DEL PROYECTO.
-CLASE CON LOS CHVALES DE 5 Y 6 DE PRIMARIA EL 22 DE MARZO DE 2017.COINCIDIENDO CON LA SEMANA CULTURAL DEL COLEGIO.
-VISONADO DE UN CD DE FUNDACION PARA LA DIABETES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-ACERCAMIENTO DE LA ENFERMERÍA AL COLEGIO
-LA DIABETES NO ES UNA DESCONOCIDA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-LOS NIÑOS Y PROFESORES HAN CONOCIDO LA DIABETES Y COMO ACTUAR EN CASO DE SIGNOS DE HIPOGLUCEMIA.
- SABEN QUE UNA NIÑA DE SU MISMA EDAD ES AUTÓNOMA EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD.
- SE SEGUIRAN HACIENDO ESTE TIPO DE ACTIVIDADES EN 5 Y 6

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1419 ========== ***

Nº de registro: 1419

Título
DIABETES Y COLEGIO

Autores:
CHICOTE ABADIA MARIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante el debut diabético de una niña que habita en Gallur y acude a CEIP Maria Dominguez de esta localidad, surge demanda por parte de dirección y profesores del colegio para conocer algo más de la enfermedad y los cuidados/atención que se debería de prestar a esta niña.
La demanda me la hace llegar de forma expresa la directora del colegio en mi consulta. La directora me conoce por ser yo la enfermera que atiende a sus hijas y al resto de niños del pueblo en pediatría y por haber colaborado con el colegio en determinadas ocasiones (semana cultural, profesiones, alimentación sana….) a las que se me invitó a participar como enfermera.

Al estudiar la petición de la directora me doy cuenta que la que es una demanda individual la puedo transformar en un proyecto de actuación para la comunidad, si además del colectivo de profesores incluyo a todos los chavales/compañeros de la niña diabética.
Comentando con la directora parece que la idea puede ser bien aceptada por los docentes.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1419

1. TÍTULO

DIABETES Y COLEGIO

PRINCIPAL:
- ACERCAR LA ENFERMERIA AL COLEGIO
- QUE LA DIABETES NO SEA UNA DESCONOCIDA

SECUNDARIOS:
- DEFINIR CON PALABRAS ADECUADAS A LA EDAD DE LOS -NIÑOS LA DIABETES
- RECONOCER SIGNOS // SINTOMAS DE -
- HIPO-HIPERGLUCEMIA
- COMO SE HACEN AUTOCONTROLES GLUCEMICOS

Perder el miedo a los pinchazos
Conocer y reconocer aparatos de autocontrol // nuevas tecnologías
- CONOCER PLUMAS DE INSULINA
- CONOCER GLUCAGON.
- HACER VER COMO UNA NIÑA ;de su misma edad; ES AUTONOMA EN CONTROL DE SU ENFERMEDAD.

MÉTODO
A partir del visionado de CD de dibujos animados de Fundación para diabetes en colaboración con sociedad españolad de endocrinología pediátrica “CAROL TIENE DIABETES”, acercar a los niños la vida de una niña diabética, su relación en el cole con compañeros y profesores.
- Vemos el vídeo de tirón (8 minutos)
- Con preguntas dirigidas se hace ver a los niños los aspectos mas importantes que queremos remarcar del CD.
- Vamos parando el CD en momentos determinados:
- Carol se hace un autocontrol ------ enseñamos a los niños el material de autocontrol
- Carol se inyecta insulina ------- enseñamos a los niños una pluma de insulina
- Carol sufre una hipoglucemia ------enseñamos a los niños glucagón // comentamos hipoglucemia.

Etc
A lo largo de las diferentes paradas del CD será necesario reconducir a los chavales para ir consiguiendo los objetivos perseguidos.
Tener siempre presente que pueden aparecer dudas, preguntas, comentarios de los chavales que debemos de tener siempre en cuenta, RESPETAR SIEMPRE LAS RETROALIMENTACIONES.

INDICADORES
Al finalizar la sesión los chavales serán capaces de:
- definir términos clave: glucemia, hipo-hiperglucemia, insulina, glucagon…
- reconocer material que deberá llevar siempre encima una persona con diabetes: se les enseñará instrumental médico: pinzas, fonen, intercalándolo con medidores de glucemia, plumas de insulina…..para que hagan grupos de si y no.
- Decir números al azar y saber si están dentro de parámetros “normales” de glucemia.
- Redactar en los días siguientes “contrato” junto con su profesor para celebrar los cumpleaños de una forma más sana:

Como en el colegio existe la costumbre de llevar alguna golosina para repartir el día de cumpleaños, nos comprometemos que a partir de ahora nos pondremos de acuerdo entre todos para que al que le apetezca celebrar su cumple lleve:
Una bolsa pequeña de ganchitos
Un chicle sin azúcar
Unas pinturas o algún otro pequeño detalle
Nada
Además de ayudar al compañero con diabetes tiene otras muchas ventajas:
Evitar competir por ver quien lleva más
Comer más sano……..

DURACIÓN
- REUNIONES CON DIRECCION Y EQUIPO DOCENTE DEL COLEGIO: EN 2º SEMANA DE MARZO donde se enseñará a los profesores responsables el proyecto
- CONTACTOS TELEFONICOS PARA CONCRETAR DETALLES
- “CLASE” CON LOS CHAVALES 22//03/2017 COINCIDIENDO CON SEMANA CULTURAL DEL COLEGIO.

OBSERVACIONES
Todo el proyecto parte del visionado de un CD por eso es muy importante que el día en que se va a llevar a cabo la “clase” con los chavales nos aseguremos que todo el tema informático (cañón, cables….) esté probado y seguros de que funciona. No obstante yo llevo mi ordenador personal que en un caso extremo me “salvaría” la sesión, ya que en él puedo visionar el CD.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1661

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CARCAS ESCALERA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDIVIL NAVARRO ELENA
LOPEZ CUARTERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones informativas para concretar huecos en agenda de demanda no presencial.
-Información a los pacientes de la posibilidad de dicha opción, tanto por parte de los profesionales sanitarios como administrativos.
-Realización de agendas tal y como se acordó con los profesionales.
-Solicitud de estadísticas a Dirección de Atención Primaria.(solo recibidas de enero a julio de 2017).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Teniendo los porcentajes de la actividad solamente hasta el mes de julio (que nos han sido remitidos desde nuestra Dirección de Atención Primaria), se ha alcanzado un porcentaje del 2 % en enfermeria y medicina general e inferior al 1 % en pediatria. Aun así en un Centro pequeño las 715 demandas no presenciales realizadas entre enero y julio han supuesto una mejora tanto en demora de consulta como en calidad hacia los usuarios que en esas tantas ocasiones no se han tenido que desplazar hasta el Centro.
Hemos comprobado la tendencia al alza en estos meses, por tanto queremos creer que se estara cerca de el porcentaje de los Indicadores del Proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido una propuesta con buena aceptación por parte de los usuarios sobretodo personas con dificultad para acudir al Centro de Salud, bien sea por estar trabajando o por imposibilidad física.
Teniendo encuenta que la mitad de la población no puede pasar por el filtro de Admisón porque la mayoria de las llamadas las realizan a sus respectivoas Consultorios sin administrativo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1661 ========== ***

Nº de registro: 1661

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
CARCAS ESCALERA PILAR, MENDIVIL NAVARRO ELENA, BERNAL GARCIA ALICIA, BLASCO VALENTI PILAR, LOPEZ CUARTERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1661

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1670

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP GALLUR

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA LOPEZ-FRANCO JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARREDO ALLOZA ARSENIA
ISASA CHUECA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se hace una reunión con el equipo donde se explica el contrato de gestión y los objetivos.
Se informa de la existencia de cuadro de mandos de farmacia donde cada proefesional puede sacar sus propios listados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1 Uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria
2 Selección eficiente de estatinas
3 Tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria.

La evalucaión se ha hecho de los datos del cuadro de mandos de farmacia. Se hacen dos cortes uno en enero de 2107 y otro en diciembre de 2017 comparando los datos con los del sector III.

1. uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria
Sector III diciembre 66,24%, enero 67,98 %
Gallur 64,65%, enero 67,71 %
conclusión: Ha mejorado en centro de salud de Gallur el uso de estatinas en pacientes en prevención secundaria despues de revisar los mismos
2. Seleccion eficiente de estatinas
Sector III diciembre 79,30%, enero 79,90%
Gallur 76,89%, enero 78,05%
conclusión: se ha mejorado de dieciembre a enero en la selección de estatinas eficientes, pero sin conseguir bajar la selección ineficiente de estatinas a menos del 19,63%
3. Tratamiento hipolimemiante combinado en prevención primaria
sector IIIdiciembre 92,35%, enero 92,80%
Gallur diciembre 92,70%,enero 93,30%
conclusión: No hay cambios significativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoracion del equipo de mejora es que debemos disponer de más tiempo para poder modificar revisar y actualizar las medicaciones.
Es sostenible y se puede mantener en el tiempo siempre y cuando sigamos contando con el cuadro de mandos de farmacia

7. OBSERVACIONES.
Desde primaria encntramos un verdadero problema porque mucha medicación viene pautada desde especializada y para nosotros es complicadísimo poder cambiarla.
Insistimos en que especializada debería poder acceder a r.electrónica para que conste quien prescribe y quien no.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1670 ========== ***

Nº de registro: 1670

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP GALLUR

Autores:
BERNAL GARCIA ALICIA, BARREDO ALLOZA ARSENIA, LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA, ISASA CHUECA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1670

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP GALLUR

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-opiáceos de liberación inmediata,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1687

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALICIA ESPINACH LOSADA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHICOTE ABADIA BEGOÑA
GARCIA MAINAR MARIA PILAR
LORENZO RAMIREZ DACIL
LASHERAS GARCIA JULIA
LOPEZ CUARTERO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto de mejora lo hemos desglosado en dos partes:
1. Seguimiento del proyecto previo en el que se creó el carro de paradas por parte de MACs/EAC.
2. Mejoras organizativas de distintos materiales utilizados en urgencias: cambio de ubicación de almacén de productos farmaceúticos y conseguir fechado de material quirúrgico esterilizado en el 100% de los paquetes.

El seguimiento del control de fármacos, material, y aparateje del carro de paradas lo realiza el EAC. Pero todo el personal componente del EAP debe reponer todo lo utilizado inmediatamente después de resuelta la urgencia que motivó el uso del carro, como se recoge en el protocolo que se realizó a tal efecto.
A menudo hay que recordar através de correos internos y/o reuniones d EAP el buen uso del carro de paradas.

Por otro lado también nos pareció importante cambiar la ubicación del almacén de productos farmaceúticos y sacar los fámacos del almacén general (planta -1). Este desdoble lo permitió el poco uso que se iba haciendo del pequeño almacén de papelería (planta 0).
La proximidad de los fármaco a sala de urgencias hace que el acceso a los fármaco en caso de urgencia mejore.
Desde el sector 3 nos proporcionaron a personal auxiliar algunos días en 2017 que nos ayudó en el etiquetado de estanterias.
De momento el ordenamiento del material es alfabético, y separadas las vias de administración de los fármacos, parenteral, oral, etc .

Hemos también incluido, para mejorar la calidad de la atención en la sala de urgencias una actividad que aunque parecía obvia se realizaba sólo en parte : el fechado de los paquetes de material quirúrgico después de ser esterilizados .
Todo el personal que esterilice material deberá fechar el paquete después .Queremos conseguir el 100% de paquetes fechados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto al carro de paradas, lo que se pretendía era contar con material sanitario, farmacoógico y aparataje revisado y en perfecto estado para su uso en caso de Urgencia. Que el personal del EAP se responsabilizara de reposiciones y avisara en caso de deficiencias . El EAC del EAP es el que supervisa el carro una vez al mes y recuerda si se está haciendo buen uso del carro o no.
Através de correos internos y reuniones de EAp se sigue recordando el objetivo.
Aunque no hemos aplicado indicadores de uso del carro, en líneas generales el objetivo propuesto se ha cumplido.

Por otro lado, con el traslado de los productos de farmacia, al ubicarlos en este nuevo espacio también se ha conseguido, mejorar el acceso de la sala de Urgencias y del resto de las consultas a los medicamentos. Y poder llevar a cabo mejor control del libro de caducidades así como mejorar la localización de los productos de la Farmacia de Centro de Salud .

En cuanto a el fechado del material esterilizado se ha conseguido llegar casi al 100% de paquetes fechados, aunque hay que seguir insistiendo sobre el tema

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora valoramos como muy importantes la implantación de estas actividades para conseguir que la atención del paciente en urgencias sea adecuada y segura. Nuestra intención es que se sigan realizando todas estas actividades .

Actividades pendientes de realizar:

1. Uso de gavetas para el ordenamiento del material sanitario y farmacológico de la sala de urgencias.
2. Cambio del maletín del coche de urgencias,debido a su mal estado (en la actualidad ha cumplido 22 años) y está solicitado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1687

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

7. OBSERVACIONES.
El centro de Salud de Gallur aún no se ha pintado desde su inaguración en 1996. El aspecto de muchas estancias, entre ellas la sala de Ugencias (que es una de las más utilizadas) es antihigiénico.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1687 ========== ***

Nº de registro: 1687

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
ESPINACH LOSADA ALICIA, LOPEZ CUARTERO ELENA, CHICOTE ABADIA MARIA BEGOÑA, GARCIA MAYNAR MARIA PILAR, LORENZO RAMIREZ DACIL, LASHERAS GARCIA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1687

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0642

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DANIEL ENRIQUE HORENSTEIN DRUCAROFF
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO MARTINEZ ANA CRISTINA
LOPEZ CUARTERO ELENA
ESPINACH LOSADA ALICIA
BERNAL GARCIA ALICIA
CANTIN BARRERA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas: Elaboracion de planilla de control de Sala de Urgencias que incluye control de caducidades de medicación, control de estado de DEA, control de material fungible, Maletines de Urgencia de Respiratorio, Urológico, Pediatrico y Maletin del Coche de Urgencias. El control se establece diario y rotatario cada día de manera que durante la semana se repasa todo el material antes señalado. El control se realiza por medico y Enfermeria de Urgencias al entrar a la guardia y se firma en la planilla reseñando todas las incidencias.
Se ha realizado por Medicos del Servicio de Urgencias renovación y actualizacion del Protocolo de RCP y utilización de medicación Urgente (usos, diluciones etc)
Se ha elaborado y colgado en Urgencias (en tablón al efecto) los algoritmos de RCP, Anafilaxia, Tratamiento de Quemaduras, Intoxicaciones frecuentes, Utilización de medicación en Enfermo Terminal.
Se ha reunido material bibliográfico de utilización en Urgencias para consulta durante las guardias actualizado.
Se ha realizado una sesion clinica de utilización de antibiótico en Amigdalitis.
Se ha incluído en Urgencias la utilización de set de diagnóstico rápido de Estreptococo en Amigdalitis para optimizar el consumo de antibióticos en la edad Pediátrica.
Se ha establecido con Medicos de Atencion Continuada y dos de los Médicos de Atencion Primaria que realizan guardias una rotación semanal para cubrir situaciones excepcionales de ausencia forzosa del profesional designado.
Se han colgado en sala de espera de Urgencias carteles informativos sobre uso adecuado del Servicio de Urgencias como así también información sobre la agresión a personal sanitario.
Se ha programado para el 12/4/2019 curso de RCP en el centro de Salud de Gallur donde han comprometido su presencia todos los componentes de Medicina y Enfermeria del Equipo. No se ha realizado durante el 2018 por problemas de Agenda de quienes impartirán el Curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha logrado completar en un 98,5% las planillas de control de Sala de Urgencias, DEA, aparatos de utilización en Urgencias y maletines quedando constancia escrita y firmada de su realización y archivada en el Centro de Salud.
Conocimiento de rotación para cobertura de situaciones excepcionales de personal de Urgencias 85%
Cumplimiento de actualización de Protocolos de Urgencias, Algoritmos de Urgencia y presencia accesible de material bibliográfico 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos valorado positivamente las condiciones de actualización de la sala de Urgencias no habiéndose registrado incidencias en la utilización de todo el material de Urgencias.
Deberíamos trabajar más la utilización por parte de la población de los servicios de Urgencias. En especial la demanda de visitas domiciliarias que generan que el servicio de Urgencias quede descubierto sin presencia de Médico y Enfermería durante la atención domiciliaria, a veces por períodos superiores a 90 minutos.
Valoración muy positiva de la cartelería informativa aportada por el equipo para mantener actualizados los protocolos de atención urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/642 ========== ***

Nº de registro: 0642

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALRIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR

Autores:
HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL, BLASCO MARTINEZ ANA CRISTINA, LOPEZ CUARTERO ELENA, ESPINACH LOSADA ALICIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0642

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN CENTRO DE SALUD DE GALLUR

BERNAL GARCIA ALICIA, CANTIN BARRERA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologia urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
-Ante las diversas deficiencias en cuanto a la organizacion y mantenimiento de la sala de urgencias y coche. se hace necesario protocolizar la gestion de la sala de urgencias maletin y carro.
-Inadecuado uso de la poblacion en horario de atencion continuada.
-Diferencias de criterios de uso de antibioticos entre profesionales.
-Falta de procedimiento para la asignacion de los casos en la atencion urgente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Definir un procedimeinto standarizado de revisiones de sala de urgencias, maletines y coche.
- Mantenimiento y continuidad del protocolo del carro de paradas realizado el año anterior.(actualizado en 2018)
- Establecer criterios en cada momento para designar a los profesionales ante una atencion urgente tanto a domicilio como en centro.
- Racionalizar uso de atencion continuada por parte de la población.
- Mantener habilidades profesionales en atencior urgente y RCP.
- Unificar criterios de uso de antibioticos entre profesionales

MÉTODO
- Realizar curso de RCP promovido por la direccion de A primaria en el propio centro.
- Proporcionar a los profesionales una matriz donde se defina el procedimiento para asigancion de casos en atencion urgente,asi mismo se contemplran las situaciones excepcionles de ausencia del profesional designdao por causas no previsibles. Situar en lugar visible a los profesionales, la matriz.
- Exponer en la sala de urgencias documentos graficos sobre la atencion en patologia urgente (algoritmos).
- Establecer una plantilla de revison semanal de todo el material de sala de urgencias y coche

INDICADORES
- Existencia del documento en el que se indique el criterio para designar al profesional responsable de la atencion urgente (difusion y conocimeinto del equipo): INDICADOR: EXISTENCIA DE DICHO DOCUEMNTO s/n.
INDICADOR. PORCENTAJE DE PROFESIONALES CONOCEDORES DEL MISMO. OBJETIVO: MAYOR DE 80%
INDICADOR: NUMERO DE PROFESIONALES QUE HAN ASISITIDO A FORMACION DE RCP. OBJETIVO 80%(FI ACTAS FIRMADAS)

INDICADOR: COSTANCIA DE LOAS REVISONES DE MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS COCHE Y MALETINES. OBJETIVO 80% (FI PLANTILLAS DE REGISTRO)

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018.Se prevee la continuación hasta el total desarrollo del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0874

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE IC EN C.S GALLUR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALICIA BERNAL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CUARTERO ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para mejorar las actividades preventivas en pacientes con Insuficiencia cardiaca se pone en marcha una actividad comunitaria de paseos saludables en las localidades de Boquiñeni y Mallen, que se presenta como nuevo proyecto.
Tanto en consulta programada de enfermeria como medicina se insite sobre el reconocimiento de signos de descompensacion cardiaca.
Se incide en la recomendacion de vacunacion antigripal y antineumocica.
Se hace llegar a los profesionales listado de los pacientes con I. cardiaca para que se revise en los pacientes polimedicados la adecuacion de los mismos y la adherencia al tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados estan todos en OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha puesto en marcha el programa pero este programa debe de continuarse, este año se intentara hacer alguna sesion clinica.
El problema mas importante ha sido la complicacion que ha supuesto la vacunacion del neumococo, por problemas para que llegasen al centro

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/874 ========== ***

Nº de registro: 0874

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE GALLUR

Autores:
BERNAL GARCIA ALICIA, LOPEZ CUARTERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA CARDÍACA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0874

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE IC EN C.S GALLUR

3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2.Modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.Actividad Comunitaria: "Paseos Saludables".
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria (Paseos saludables) con repercusión en el riesgo cardiovascular en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
De Mayo a Diciembre 2108

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1022

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARINA SARASA OLANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAL GARCIA ALICIA
LOPEZ CUARTERO ELENA
BARREDO ALLOZA ARSENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La actividad realizada consiste en tres paseos semanales de 45 m. de duración, adaptando la marcha a las posibilidades de cada individuo. Se realiza un calentamiento previo y un estiramiento posterior a la actividad con el fin de evitar lesiones. Uno de estos tres paseos se realiza con el acompañamiento de los profesionales sanitarios.
Dicha actividad se realizó de forma simultánea en las localidades de Boquiñeni y Mallén durante los mese de junio a octubre de 2018.
Esta actividad se comunicó a los profesionales mediante reunión con el equipo, mientras que la comunicación a la población diana se realizó a través de la colocación de carteles informativos en los diferentes edificios públicos, así como la captación directa en el centro de salud durante la consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha utilizado como indicador el nº de personas que comienzan la actividad frente al nº de personas que la mantienen como rutina, siendo los resultados obtenidos más satisfactorios en Boquiñeni que en Mallén.
En la primera localidad comenzaron la actividad un total de 30 personas, de las cuales finalizaron la actividad todas, mientras que en Mallén, tan sólo se sumaron a esta iniciativa 20 personas, de las cuales la finalizaron 14, si bien es cierto, que el total de participantes, mantienen este hábito, sea en el horario y días propuestos al principio de la actividad, o bien en otros días y horarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La principal conclusión es que los hábitos saludables como los paseos semanales propuestos son una actividad con suficiente aceptación por parte de la población, que consigue convertir la realización de la actividad física en un hábito.
Además, al realizar la actividad en grupo, fomenta las relaciones interpersonales y es más fácil evitar los abandonos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1022 ========== ***

Nº de registro: 1022

Título
PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI

Autores:
SARASA OLANO MARINA, BERNAL GARCIA ALICIA, BARREDO ALLOZA ARSENIA, LOPEZ CUARTERO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1022

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES POR MALLEN Y BOQUIÑENI

Detectamos en la población general falta de hábito de ejercicio físico. Pensamos que desde nuestra posición de sanitarios podemos influir en la actitud de determinado grupo de pacientes, para empezar a pasear.
Nos parece muy oportuno iniciar a la población de la ZBS al hábito del paseo (caminar 45 min.).
El recurso va a ser los tiempos de los sanitarios comprometidos con el proyecto.
Los beneficios hacia los individuos y hacia la comunidad creemos que van a ser muy importantes.

RESULTADOS ESPERADOS
Con esta actividad se pretende habituar a la poblacón de mediana edad a realizar 3 paseos semanales de 45 minutos.

Así pensamos conseguir mejorar y/o prevenir a nivel individual:
-Problemas cardio-respiratorios.
-Circulatorios.
-Músculo-esqueléticos.(artrosis, osteoporosis...)
-Mejora salud mental (reducción del stress, mejorar el insomnio...)
-Ayuda a perder peso o a mantenerlo .
A nivel comunitario:
-Ayuda a socializar y dinamiza grupos activos en la comunidad.

MÉTODO
Realizar 3 paseos semanales de 45 minutos con calentamiento previo y estiramiento adecuado después de la actividad, evitando lesiones y adaptando la marcha a las posibilidades de cada individuo.Los paseos acomapañados por los sanitarios seran semanales. Pero el grupo se reunirá 2 veces más por semana.
Se convocará a una reunión previa al arranque de la activadad para proponer horarios. Los paseos se realizarán por las zonas aptas para paseos de cada municipio y se utilizarán para inicio y final de paseo las zonas verdes minicipales.

INDICADORES
Número de personas que terminan la actividad / número de personas que comienzan.
Pensamos que un grupo óptimo serían 20 personas.

DURACIÓN
De junio a octubre 2018. Apartir de en octubre a convenir con los grupos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1291

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA LOPEZ-FRANCO JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GALLUR
· Localidad ..... GALLUR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES
HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL ENRIQUE
BLASCO VALENTI PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELEGIR UN RESPONSABLE/REFERENTE DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EQUIPO (MARZO 2018).
ASISTENCIA A LA JORNADA DE PRESENTACIÓN DE IRASPROA (13/04/2018).
DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA JORNADA A LOS MIEMBROS DEL EAP (8/05/2018). ASISTENCIA 100%
ASISTENCIA A LA JORNADA PRINCIPIOS DEL PROGRAMA PROA-AP DE IRASPROA.MAPA DE RESISTENCIAS ANTIBIOTICAS DEL SECTOR III DE ZARAGOZA (5/07/2018).
SESION DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP. DIFUSION DE PRINCIPIOS GENERALES. (18/07/2018).ASISTENCIA 89%
TEST DE DETECCIÓN RÁPIDA DE STREPTOCOCO A EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDA. TÉCNICA Y APLICACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA (20/09/2018).ASISTENCIA 100%
ASISTENCIA JORNADA IRASPROA-AP (16/10/2018).
COLOCACIÓN DE LOS POSTERS SOBRE "ANTIBIÓTICOS, SÓLO CUANDO SEA NECESARIO" EN LAS CONSULTAS DEL CENTRO DE SALUD.
PRESENCIA DE SALVAPANTALLAS SOBRE USO ADECUADO DE ANTIBIÓTICOS EN LOS ORDENADORES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL EAP.
REALIZACIÓN POR PARTE DEL REPRESENTATE DE ANTIBIÓTICOS DEL EQUIPO DEL CURSO FORMACIÓN DE FORMADORES EN OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN AP (NOVIEMBRE 2018-ABRIL 2019).
PRESENTACIÓN Y ENTREGA A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE COPIA DEL DECÁLOGO DE PRINCIPIOS DEL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS (12/12/2018).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
HAY UN REPRESENTANTE/REFERENTE DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL EAP DE GALLUR.
SE HAN REALIZADO 3 SESIONES RELACIONADAS CON PROA-AP EN EL CENTRO PARA EL EAP (EXPUESTAS EN ACTIVIDADES REALIZADAS).
PUESTA EN MARCHA DEL USO DEL TEST RÁPIDO PARA DETECCIÓN DE STREPTOCOCO A EN FARINGOAMIGDAFALITIS AGUDA EN CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA, PEDIATRÍA Y ATENCIÓN CONTINUADA.
RECOGIDA Y ENVÍO DE FIRMAS DEL COMPROMISO DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DE GALLUR CON EL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS (27/02/2019).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE NUESTRO PAÍS Y EN CONCRETO DE ARAGÓN EN EL TEMA DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS.
SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO CON EL PROBLEMA DEL USO INADECUADO DE LOS ANTIBIÓTICOS.
CONOCIMIENTO DE LOS MAPAS DE RESISTENCIA ANTIBIÓTICA LOCALES Y DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS QUE SE ESTÁN ELABORANDO PARA ARAGÓN.
IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DEL TEST RÁPIDO DE DETECCIÓN DE STREPTOCOCO A PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS EN LAS FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS.
EN CONCLUSIÓN: LA RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS ES UN PROBLEMA COMPLEJO QUE PRECISA DEL COMPROMISO DE TODOS LOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL USO Y LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA.
ES PRECISO FORMACIÓN Y ES IMPORTANTE DISPONER DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA QUE NOS PERMITA CONSERSUAR EL BUEN USO DE LOS ANTIBIÓTICOS EN LAS DISTINTAS PATOLOGÍAS CLÍNICAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1291 ========== ***

Nº de registro: 1291

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA, LOPEZ ECHEVERRIA MERCEDES, HORENSTEIN DRUCAROFF DANIEL, BLASCO VALENTI PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GALLUR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1291

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología infecciosa
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: Formación

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1357

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. HIGIENE UNA SANA COSTUMBRE EN EL DIA A DIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA BELLOSO ABAD
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORGOJO ITOIZ MARIA PUY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha ido recopilando distinto tipo de material para apoyo de la actividad:
-Vídeos de distintas redes de iniciativas de promoción de la salud:
SARES, Red de Salud, La guía PACAP (Salud bucodental, higiene manos).
-Guías ilustrativas con imágenes y consejos de buena práctica higiénica.
-Reuniones con el colegio para concretar fechas y material necesario con el que tienen que venir provistos los alumnos para el desarrollo de la actividad.
-Se contacta con clínica ortodoncista que nos proporcione material adecuado para la buena práctica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Esta actividad comunitaria está en vías de desarrollo,pendiente de concretar fechas con la dirección del colegio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos comprobando la pertinencia del proyecto debido a que apreciamos una deficiencia en el hábito de la higiene y cuidado bucal y lo que pretendemos conseguir mediante esta actividad en la que vamos a actuar todos (escolares/sanitarios)es mejorar e integrar en el día a día los hábitos higiénicos diarios.

7. OBSERVACIONES.
En contacto con el colegio estamos concretando fechas para la actividad comunitaria.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1357 ========== ***

Nº de registro: 1357

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HIGIENE UNA SANA COSTUMBRE EN EL DIA A DIA

Autores:
BELLOSO ABAD ANA MARIA, GORGOJO ITOIZ PUY, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro entorno actual la salubridad y esterilidad parcial de los objetos es algo asumido, pero debemos seguir enfatizando en que la higiene personal es la base sobre la cual se puede construir una vida saludable. Los niños de hoy en día tienen inculcados desde su nacimiento, y de forma progresiva, muchos hábitos saludables e higiénicos que van incorporando a su día a día. No obstante, en muchas ocasiones no son conscientes de la importancia que estos procesos pueden tener para su salud actual y futura y por eso es importante seguir recalcándoles la importancia de éstos. La consecución de estos hábitos saludables servirán como profilaxis de enfermedades y afecciones futuras, y si se logra inculcar estas máximas desde la infancia los pacientes las realizarán en el futuro como parte inconsciente de su día a día y lo asumirán como la normalidad, potenciando así una correcta adherencia y adhesión a los procedimientos.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1357

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. HIGIENE UNA SANA COSTUMBRE EN EL DIA A DIA

Mediante la realización de este proyecto se quiere enfatizar en la importancia de una buena técnica en el lavado de manos y de una correcta higiene dental en los niños, para conseguir así que los hábitos correctos se perpetúen desde una temprana edad y quede marcado como una impronta en sus vidas futuras.

MÉTODO
Se debe enseñar a los niños hábitos correctos de higiene dental y como prevenir la caries dental. Se le debe animar a reducir el número de veces que consumen alimentos y bebidas que contienen azúcar y, si es posible, a ingerirlas durante las comidas. También se debería potenciar el cepillado con regularidad de un dentífrico que contenga flúor.
Además se deberá insistir en la importancia de un correcto lavado de manos como prevención de enfermedades infecciosas transmisibles por vía feco-oral u otras vías en las que pudiera estar involucrada la contaminación mano-boca.
Para ello se realizarán talleres demostrativos en los que se concienciará verbalmente con explicaciones y de forma práctica, mediante ejemplificaciones, en como llevar a cabo estos procedimientos. Posteriormente se pedirá a los asistentes que realicen los procedimientos por si mismos para poder analizar el aprendizaje realizado y si su metodología es la correcta.

INDICADORES
Los indicadores a analizar en esta ocasión serán a largo plazo, puesto que las acciones son profilácticas, y por tanto no se dispondrá de los resultados de forma inmediata. Los 2 indicadores más importantes a tener en cuenta será la disminución de enfermedades infecciosas gastrointestinales y la disminución de aparición de caries, pero ambas solo podrán ser evaluadas de forma longitudinal varios años después de la realización de los talleres.
Como indicadores indirectos se valorará la mejora de las técnicas enseñadas mediante la evaluación en la consulta.

DURACIÓN
Noviembre-Marzo: Inicio y realización de los distintos talleres, tanto de instrucción como de comprobación de mejoría en las técnicas evaluadas.

Marzo-Abril: Recogida y análisis de datos y exposición de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1358

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PUY GORGOJO ITOIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se pone en conocimiento del consejo de salud la pertinencia de esta actividad y se concreta en qué puntos de la zona de salud se van a llevar a cabo.
El taller comienza desde el momento de la adquisición del inhalador: ¿Por qué lo usamos?, ¿para qué?, ¿cómo lo guardamos?...higiene y mantenimiento de las cámaras e inhaladores.
Aprendemos la higiene de las fosas nasales con lavado de las mismas (es muy importante respirar bien) asi como el uso correcto de inhaladores nasales cuando sean necesarios.
Hemos recopilado para el taller prácticamente todos los inhaladores que hay en el mercado algunos de ellos placebos y con sonido, de gran ayuda para conocer el manejo de los mismos.
Nos hemos apoyado con el uso de vídeos, dípticos y consejos ilustrativos para los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido mayor conocimiento de la enfermedad y un mejor manejo y conservación de los inhaladores resaltando la importancia de los mismos como tratamiento de su enfermedad.
Aprender medidas higiénicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esta actividad nos pareció interesante por el mal uso en general que se hace de los inhaladores y la importancia de estos en el control de las distintas enfermedades respiratorias.
Este proyecto está inacabado, pues estaba pensado, dadas las características del centro de salud, realizarlas en tres puntos de la zona,de los cuales sólo se ha llevado a cabo en uno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1358 ========== ***

Nº de registro: 1358

Título
OPTMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

Autores:
GORGOJO ITOIZ PUY, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto actual se centra en el análisis y explicación de la técnica de realización de inhaladores en pacientes con patologías respiratorias. La causa más relevante de un mal control en la patología respiratoria es la adherencia y mala realización de la técnica inhalatoria. Para poder salvar esta situación es necesaria la correcta educación de los pacientes en este ámbito. Para ello es necesario poder repasar la técnica de realización de estos dispositivos, analizar los errores al realizarla y llevar a cabo una correcta educación de los pacientes a este respecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1358

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE INHALADORES PARA UN CORRECTO CONTROL DE LAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

Los pacientes que no realizan correctamente el uso de los dispositivos, a efectos prácticos, no están reciebiendo el fármaco, o, en el mejor de los casos, la dosis efectiva de éste que llega a la diana terapéutica es muy inferior a la necesaria. Por tanto la inhalación defectuosa del medicamente hace que el tratamiento pautado sea estéril.
Es necesario, por tanto, la implementación de un proyecto que asegure la correcta realización de la técnica, para estar seguros de que el paciente recibe la dosis adecuada y no permanece infratratado durante todo el proceso. La pauta de estas medicaciones sin su correcta utilización es como si no se hubieran pautado.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo que se pretende alcanzar con este proyecto es el de optimizar el tratamiento de las patologías respiratorias. En la medicación inhalatoria, utilizada en estos cuadros, es esencial realizar una buena técnica, puesto que sino los pacientes no recibirán una dosis correcta en la diana terapéutica y por tanto no será efectiva. Si no se consigue hacer llegar el fármaco en la cantidad necesaria a su punto de acción el tratamiento será completamente, o parcialmente, inefectivo, por lo que no se podrá alcanzar un control adecuado del cuadro.
Con la confirmación de una buena técnica inhalatoria se consigue un mayor porcentaje de pacientes controlados, y además en caso de no obtener un buen control del cuadro se podrá pensar en la necesidad de otra dosis o fármaco, pudiendo descartar que el mal control sea secundario a la adherencia y adhesión al tratamiento.

MÉTODO
Para la realización de este proyecto se van a llevar una sesión para adultos y otra para niño, pero debido a la estructura y distribución del área de salud bajo la influencia del Centro de Salud de Herrera de los Navarros es necesaria la realización de varias acciones distribuidas en las diferentes poblaciones, para cumplir así con el principio de equidad y poder hacer llegar el programa a todos los miembros de la comunidad. Las características de la zona y su población hacen que si no la mayor parte de los pacientes no pudieran tener acceso a ellas.

INDICADORES
Para poder evaluar la eficacia de este programa se evaluarán diferentes indicadores que valoren la utilidad de éste. El primer, y más importante, ítem que se deberá tener en cuenta es que tras haber realizado una primera instrucción los pacientes no realicen los errores cometidos antes de la acción, y para ello se les indicará que realicen la técnica como en su domicilio para analizarla, poder conseguir cualquier nuevo fallo aparecido y constatar que ha implementado las correcciones y técnicas enseñadas en la primera visita.
Como parámetros secundarios al objetivo primario se observará si el paciente refiere un mejor control de su patología, describe mejoría en la autopercepción de síntomas y si ha mejorado su calidad de vida, especialmente rebajándose la disnea que presenta en su vida diaria. Todos estos parámetros muestran un mejora control de las patologías pulmonares, y por tanto reflejan que la mejoría en la técnica tiene un reflejo en la optimización del tratamiento.

DURACIÓN
Septiembre-Marzo: Se realizará la instrucción de los pacientes en las técnicas a realizar y se comprobará la correcta utilización de los dispositivos por parte de los pacientes.
Posteriormente en las visitas de seguimiento los pacientes deberán realizar la técnica tal y como lo hacen en su vida diaria, y ahí se comprobará si se realiza de forma óptima o se siguen requiriendo correcciones, que se llevarían a cabo en ese momento. También se realizará una entrevista clínica para comprobar si estas mejoras en la técnica han reportado mejoría al estado del paciente.

Abril-Mayo: Se recogerán, analizarán y expondrán los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES
En todas las reuniones que se lleven a cabo los pacientes deberán escenificar como realizan la técnica. En la primera con el objetivo de asegurar la correcta comprensión de la técnica explicada y en las demás para poder analizar si la utilización del dispositivo que el paciente realiza, de forma diaria, es la adecuada. Así todos los presentes podrán beneficiarse con la escenificación, de los errores y las correcciones sugeridas a todos los componentes de la sesión.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1359

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y NUTRICION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ALCAINE ALEGRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORGOJO ITOIZ MARIA PUY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto está programado para el próximo mes de abril.
Se expuso en el consejo de salud que aunque la actividad se desarrolle en la escuela, la participación se hará extensiva a todos los que quieran asistir.
Se ha formado un grupo de trabajo que llevará a cabo esta actividad con el apoyo de guias didácticas como SARES, que nos ha proporcionado videos sobre alimentación, actividad física,... PACAP que contiene interesantes artículos sobre alimentación sana...
Con todo ello hemos elaborado un material didáctico que nos va a servir de guía para el desarrollo de la ctividad.
Se va a hacer hincapié en la importancia de vivir en el mundo rural y aprovecharse de lo que nos da nuestro pueblo, nuestras huertas, nuestro entorno para realizar paseos y actividades saludables.
Vamos a realizar talleres prácticos sobre alimentación, ¿Qué compramos?, ¿cómo lo conservamos?, ¿cómo lo cocinamos?, ¿qué comemos?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Queremos con esta actividad fomentar estilos de vida saludables en nuestro entorno con nuestros vecinos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esta actividad está programada para el mes de abril

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1359 ========== ***

Nº de registro: 1359

Título
EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y NUTRICION PARA LA PREVENCION DE LA SALUD

Autores:
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, GORGOJO ITOIZ PUY, BELLOSO ABAD ANA MARIA, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto actual se centra en intentar que los niños sean capaces de valorar cómo la alimentación y los hábitos de vida saludable,son el factor extrínseco más importante que determina el crecimiento y desarrollo del individuo durante la infancia.
Niños y adolescentes son un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional pero también especialmente receptivo a cualquier modificación y educación nutricional y de adquisición de hábitos saludables.
Observamos, desde nuestras consultas, como va aumentando el sobrepeso en los niños y cómo están cambiando,tanto los patrones alimentarios como el aumento de la inactividad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1359

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA: HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y NUTRICION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
Cada vez nos damos cuenta que acuden a nuestras consultas niños con sobrepeso, por lo que con este proyecto, en el que vamos a interactuar sanitarios, docentes,padres y por supuesto los propios niños,pretendemos que seamos capaces de dar la debida importancia a la malnutrición (por exceso o por defecto) y a los hábitos de vida saludables, y que nos quedemos con la idea de las importantes repercusiones que puede tener en el desarrollo y el estado de salud a corto y largo plazo

MÉTODO
Para la realización de este proyecto vamos a realizar una serie de talleres en las aulas de la propia escuela,en las que proyectaremos algún video sobre hábitos de vida saludables
Charlas iniciales para dar a conocer qué debe contener una dieta variada
Dispondremos de una serie de alimentos representativos de cada grupo y cada participante comenzará por hacer una hipotética compra en la que tendrá que explicar al resto por qué ha elegido ese alimento y no otro,enseñándoles la importancia que tiene la composición de los mismos y cómo debemos fijarnos en ella antes de adquirirlos
Talleres de cocina para dar importancia a la forma de cocinar los alimentos

INDICADORES
Uno de los indicadores más importante sería la disminución del sobrepeso en la población infantil de nuestro centro de salud.
Un indicador indirecto de la efectividad del proyecto sería la comprobación, mediante una consulta oportunista, de si el paciente adquiere un modo de vida más saludable, con actividades que mantengan unas costumbres higiénico-dietécticas correctas.

DURACIÓN
Septiembre-diciembre:Se comenzarán con las actividades descritas.
En un principio constará de varios talleres, los responsables de los mismos serán los sanitarios y los profesores. Posteriormente podrían intervenir padres.

Enero-Febrero: Finalización del proyecto y presentación de resultados.

OBSERVACIONES
En el colegio de Herrera de los Navarros no hay comedor escolar, por lo que los niños acuden a comer a su domicilio y será necesaria, por tanto, la colaboración y participación de los padres y entorno familiar.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1360

1. TÍTULO

RCP PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ESTEBAN MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORGOJO ITOIZ MARIA PUY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se llevó a cabo una reunión del EAP para concretar las actividades comunitarias que se podrían llevar a cabo, relacionadas con la actuación en situaciones de riesgo y urgencia, como son los primeros auxilios.
Se puso en conocimiento de la comunidad en una reunión del Consejo de salud de la zona de salud; en la que se comentó el desarrollo de una actividad semejante por parte de la Comarca de Daroca el 21 de octubre de 2017, y que contaban con material difícil de conseguir por nuestra parte, como son los maniquíes para RCP. Se publicitó y se desarrolló la actividad en Herrera de los Navarros, acudiendo los vecinos que estaban interesados, interviniendo todos con en las diferentes actuaciones y simulacros, desde la RCP hasta la actuación ante un atragantamiento.
Se colgaron fotografías de la actividad en la web.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Priorización y abordaje de situaciones en situaciones de urgencia: Todos los vecinos allí presentes aprendieron, de alguna forma, a detectar una situación de riesgo y a cómo comportarse de forma inmediata, tanto pidiendo ayuda como actuando en la situación; los mitos, leyendas y realidades a la hora de aplicar remedios en quemaduras, picotazos y heridas, ahogamientos, atragantamientos ...
En Aguilón se ha realizado una actividad semejante, sin maniquíes, coincidiendo con la petición por parte de dicho Ayuntamiento a la Comarca de Cariñena de un desfibrilador automático.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido una actividad con la que la comunidad en general ha mostrado mucho interés.
Estaba organizada para desarrollarla en Herrera y pueblos periféricos.
En estos últimos no se ha podido llevar a cabo en todos, pero esperamos poder realizarla en los próximos meses, antes del verano.

7. OBSERVACIONES.
Estaba organizada para desarrollarla en Herrera y pueblos periféricos.
En estos últimos no se ha podido llevar a cabo en todos, pero esperamos poder realizarla en los próximos meses, antes del verano.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1360 ========== ***

Nº de registro: 1360

Título
RCP/PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, GORGOJO ITOIZ PUY, BELLOSO ABAD ANA MARIA, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Herrera de los Navarros es un centro de salud con una dispersión geográfica importante, por lo que es de vital importancia que los habitantes de su zona de influencia tengan nociones de primeros auxilios y RCP, para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1360

1. TÍTULO

RCP PRIMEROS AUXILIOS

poder analizar y actuar frente a una situación que pudiera suceder hasta que el equipo médico pueda llegar al lugar.
Debido a esto se valoró en el último consejo de salud le necesidad de realizar unos talleres en distintos puntos del área para instruir a los habitantes a este respecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Instruir al mayor número posible de habitantes del área de influencia en RCP y primeros auxilios para poder responder a una situación de urgencia. Los sucesos más relevantes a tener en cuenta en la zona y que podrían ser atendidos en una primera instancia por personal no sanitario serían atragantamientos y ahogamientos.

MÉTODO
Se impartirán clases teóricas y prácticas por el personal sanitario, para que posteriormente los asistentes puedan desarrollar los conocimientos adquiridos. En todo momento bajo la supervisión del personal instructor.

INDICADORES
Que los asistentes realicen las maniobras aprendidas de forma adecuada al finalizar el taller.

DURACIÓN
Enero- Junio: Realización de los talleres.

OBSERVACIONES
Los talleres se realizarán en distintos puntos del centro de salud, debido a su gran dispersión, para que sea accesible al mayor número de personas posible.
Se están valorando las diferentes opciones y vías para la posible obtención del muñeco de prácticas.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1529

1. TÍTULO

TRABAJAR EL CUADRO DE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PUY GORGOJO ITOIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO
DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Para la realización de ésta actividad se ha implicado al equipo de AP realizándose dos reuniones sobre cómo abordar al paciente diabético y cómo acceder al cuadro de mando de diabetes, para un mejor control de dichos pacientes por cada profesional.
-Mediante citas programadas, visitas domiciliarias y talleres para diabéticos, se han realizado distintas actividades, tanto clínicas como informativas para un mayor conocimiento y manejo de su enfermedad por medio de la información en consulta, materiales didácticos, quedando pendiente taller de cocina.
-Acceso periódico al cuadro de mando de diabetes por parte de los profesionales para cumplimentación de protocolos de los planes personales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos captado a un mayor número de diabéticos en los que, valiéndonos del cuadro de mando de diabetes estamos realizando mejor control y seguimiento.
Mayor implicación de los profesionales en los planes personales con mejor registro de dichos datos.
Hemos mejorado en los distintos indicadores del cuadro de mando de diabetes en relación con años anteriores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mayor satisfacción de los profesionales al mejorar los indicadores.
Seguiremos trabajando el cuadro de mando de diabetes para control y seguimiento de los distintos objetivos.
Queda pendiente la realización de talleres de cocina en colaboración con los pacientes.

7. OBSERVACIONES.
-Al utilizar el cuadro de mando de diabetes, hemos tenido que recurrir en bastantes ocasiones al S. de la CAU por no registrarse los datos de las pruebas realizadas desde OMI:TA,ITB...en pacientes que nos consta como realizados.
-Otro inconveniente importante para nosotros es la imposibilidad de volcar los resultados analíticos de especializada en OMI, dando lugar a duplicidades analíticas.
-Hemos obsevado que hay discrepancia entre los listados de pacientes incluidos en cartera de servicios de cada profesional y los que aparecen en el cuadro de mandos de diabetes.(incluyendo éxitus).

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1529 ========== ***

Nº de registro: 1529

Título
TRABAJAR EL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRRERA DE LOS NAVARROS

Autores:
GORGOJO ITOIZ PUY, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1529

1. TÍTULO

TRABAJAR EL CUADRO DE DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

PROBLEMA
Debido a la falta de recogida de datos en pacientes diabéticos en el C.S Herrera de los Navarros intentamos con enste proyecto reflejar las distintas actividades así como pruebas diagnósticas que venimos realizando en dichos pacientes para mejorar el cuadro de mando de diabetes.

RESULTADOS ESPERADOS
Intentar que cada uno de los pacientes diabéticos del centro de salud tengan recogido en su historia todos los parámetros y actividades realizadas en relación con su enfermedad para mejorar de esta manera el riesgo cardiovascular.

MÉTODO
*Revisión de historias clínicas.
*Utilización del cuadro de mando de diabetes para valorar los puntos de mejora según necesidad de cada paciente.
*Realización de todas las actividades según protocolo de diabetes.

INDICADORES
*Población diabética del C.S. con cuadro de diabetes mejorado / nº total de diabéticos en el centro.

DURACIÓN
Septiembre-mayo 2017-2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1533

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ALCAINE ALEGRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORGOJO ITOIZ MARIA PUY
BELLOSO ABAD ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se lleva a cabo la inspección, del pie, la expl. neurológica por medio del monofilamento,sensación térmica,reflejos osteotendinosos con martillo de reflejos y expl. vascular mediante la realización del ITB con Eco-Doppler y tensiómetro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realiza medición del ITB en 46 pacientes diabéticos en una población diana de 78 diabéticos.
Obteniéndose:
-5 pacientes indicativos de arteriopatía periférica en EEII.
-6 pacientes indicativos de calcificación arterial en EEII.
De los cuales tres de ellos están en seguimiento por especializada y dos de ellos no aceptaron derivación al S. de vascular.
El indicador utilizado:
Pacientes con DM a los que hemos realizado ITB (46) / nº total de diabéticos del centro de salud de Herrera (78) = 58,9% de ITB realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo se ha encontrado con dificultades a la hora de la realización de la ITB para la captación de pacientes en situación laboral, quedando pendiente una acción de mejora para concienciar y motivar a este perfil de pacientes.Por otro lado ha sido necesario desplazarse a los domicilios de ciertos pacientes con dificultad para la deambulación o movilidad disminuida.
Este proyecto ha sido muy válido a la hora de detectar y valorar el pie diabético.

7. OBSERVACIONES.
Hemos detectado mayor colaboración y cumplimiento en personas mayores de 65 años en adelante.
Nos han surgido dudas sobre si el tensiómetro utilizado está validado o tiene que ser uno específico para la realización de la prueba.
Hemos comprobado por medio del cuadro de mando de diabetes que a varios pacientes a los que se les ha realizado el ITB, no sale reflejado en dicho cuadro, disminuyendo el indicador correspondiente.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1533 ========== ***

Nº de registro: 1533

Título
REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Autores:
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, GORGOJO ITOIZ PUY, BELLOSO ABAD ANA MARIA, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1533

1. TÍTULO

REALIZACION INDICE TOBILLO-BRAZO Y VALORACION DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a que el año pasado era un proyecto de mejora que no se pudo llevar a cabo por falta de ECO-DOPPLER y siendo que la empresa este año nos lo ha proporcionado nos parece necesario tanto el control vascular asi como revisión general del pie diabético en todo paciente afecto de dicha patología.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar ECO-DOPPLER a todo paciente diabético con más de diez años de evolución de la misma.
Revisión del pie diabético a todo paciente diabético.
Ambas cosas para control, diagnóstico y tratamiento de cualquier alteración descubierta por estos procedimientos.

MÉTODO
Realización de ECO-DOPPLER.
Realización de monofilamento.
Revisión del pie en general (pulsos, trofismos, uñas, reflejos...)

INDICADORES
*Valoración de todos los pacientes diabéticos de más de diez años de evolución a los que se les ha realizado eco-doppler/ total díabeticos del C.S. Herrera.
*Diabéticos con ITB alterado/ nº total de ITB realizados.
*Número de pacientes a los que se les ha revisado el pie diabético/ total díabeticos del C.S. Herrera.

DURACIÓN
Junio 2017 - abril 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1560

1. TÍTULO

REVISION Y MANTENIMIENTO APARATOS DE SALA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MANUELA POLO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORDO BLANCO MARIA ISABEL
LAFUENTE HIJAR LORENZO
ORTIGA ZARAZAGA NADIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el desarrollo de este proyecto, se implicó a los MAC y EAC, del Centro de Salud, y se estableció un turno mensual para la revisión y retirada de material caducado en su caso (Pilas,baterías,palas...) compuesto por dos personas (MAC y EAC) que estén cubriendo la guardia.
Se convocó una reunión para elaborar un listado con todo el aparataje disponible en la sala de urgencias y revisión del mantenimiento de los mismos.
Se elaboró una hoja de registro en la que se anota cada una de las revisiones mensuales que se realizan (Fecha,personas e incidencias que van apareciendo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se está consiguiendo tener los aparatos con un perfecto funcionamiento y en buen estado, avisando cuando requiere un mantenimiento externo a quien corresponda.
Mayor satisfacción por todo el EAP, por tener todo disponible en buen uso.
Hemos conseguido el 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras el trabajo realizado se ha conseguido una revisión permanente del estado de los aparatos, así como un seguimiento en la subsanación de las incidencias detectadas, lo que implica una mayor seguridad para el profesional y el paciente que hacen uso de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1560 ========== ***

Nº de registro: 1560

Título
REVISION Y MANTENIMIENTO APARATOS DE SALA DE URGENCIAS

Autores:
POLO PASCUAL MANUELA, ORTIGA ZARAZAGA NADIA, GORDO BLANCO MARIA ISABEL, LAFUENTE HIJAR LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a que en ocasiones se encuentran en la sala de urgencias aparatos sin pilas, sin baterias, en mal estado hemos visto la necesidad de mejorar sala.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el estado de los aparatos para que en el momento de ser utilizados esten en buenas condiciones para ser utilizados.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1560

1. TÍTULO

REVISION Y MANTENIMIENTO APARATOS DE SALA DE URGENCIAS

Reunion de profesionales de A.C.para :
crear un listado de los distintos aparatos a revisar
ECG sala y pórtatil
desfibrilador
otoscopio/oftalmoscopio
laringoscopio
lupa
bala de oxigeno y caudalimetro
autoclave
aspirador
glucómetro urgecias
tensiómetro.
Creacion de hojas de registro en las que se recoja fecha de revisión y personal que lo ha realizado.
Creacion de hojas de incidencias.

INDICADORES
Valor a alcanzar 100%
Valor inferior 80%
Valor superior 100%

DURACIÓN
Anual : Iniciacion Julio 2017

OBSERVACIONES
Intentar contar con el apoyo de revisiones de mantenimiento/electromedicina para calibraracion de aparatos,reparaciones...

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1694

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO DUEÑAS AGULLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una reunión con el EAP para explicar el proyecto de la gestión de la demanda de consulta no presencial y elaborar un plan a seguir para la realización de dichas consultas.
Posteriormente se hace otra conjunta con la administrativa para concretar qué tipo de consultas se pueden desarrollar de modo no presencial: Resultados de análisis, de pruebas complementarias, dudas que se puedan resolver telefónicamente, control-renovación-valoración de la medicación, informes administartivos ... Así como los huecos de las agendas, tanto para medicina como para enfermería, que se destinan para tal cometido.
Se está informando a los pacientes la posibilidad de ponerse en contacto con los profesionales sanitarios, en horario determinado para este tipo de consultas, sin necesidad de acudir de manera presencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El período recogido ha sido entre septiembre de 2017 y enero de 2018.
Siendo en valores absolutos un total de 117 consultas no presenciales; de éstas, corresponden a la cabecera de la zona de salud el 81%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dadas las características del centro de salud, el proyecto está desarrollándose mayoritariamente en la cabecera.
En los consultorios periféricos hemos constatado falta de registro, pues se han realiado más consultas no presenciales que las reflejadas. Quizás debido a que somos los mismos profesionales los que realizamos las labores de citación y en estos meses la conexión y el funcionamiento de OMI han fallado constantemente.
Enfermería considera más difícil desarrollar las consultas no presenciales, pues la mayor parte de sus consultas son programadas y precisan ser presenciales.
Falta quizás una mayor información a los pacientes, y mentalizarlos que no es necesario acudir físicamente al centro de salud y consultorios.
Dado que nos parece una buena herramienta, vamos a seguir desarrollando el proyecto para mejorar los resultados.

7. OBSERVACIONES.
Dado que nos parece una buena herramienta, vamos a seguir desarrollando el proyecto para mejorar los resultados.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1694 ========== ***

Nº de registro: 1694

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1694

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1694

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS TOVAR CORREA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GORGOJO ITOIZ MARIA PUY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Presentación del proyecto en el EAP tras la firma del AG.
2. Explicación de criterios de DEMNP al Servicio de Admisión, que forma parte del grupo de trabajo.
3. Información desde la Dirección de la creación del acto DEMNP para el registro en Agenda de dicha demanda.
4. Infromación al ususario desde el propio servicio de Admisión, así como desde las consultas de los rpofesionales.
5. Generación de matriz de agenda con espacios reservados para DEMNP
6. Recepción de datos de actividad, si bien la infromación se paralizó en el verano por problemas informáticos en SSCC.
7. En reunión de EAP se habla sistemáticamente de seguimiento de los proyectos del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados a fecha de octubre 2017:
%DEMNP medicina 8%
% DEMNP enfermería 0

Pendiente de recibir datos final de 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la zona rural a veces es difícil estructurar la demanada no presencial debido a la facilidad de acceso que hay al servicio médico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1694 ========== ***

Nº de registro: 1694

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
DUEÑAS AGULLO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1694

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ELIAS VILLANUEVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DUEÑAS ANGULO FRANCISCO JESUS
ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO
BELLOSO ABAD ANA MARIA
BOIRA CUEVAS MARINA
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ
MARTIN GOMEZ SUSANA
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de junio se iniciaron las actividades del proyecto realizando un primer taller teórico con objetivos formativos, en el que se explicaron los principales factores de riesgo para la salud de la espalda, las normas de higiene postural y ergonómicas, así como las buenas prácticas posturales en la realización de las actividades tanto en el ámbito laboral como en la vida diaria.
Comenzamos el taller con una encuesta de autoevalucación (de 22 ítem repartidos en 10 grupos de información) para conocer la situación de partida de las personas asistentes. Para que la actividad resultara más amena, se utilizó un vídeo de consejos y recomendaciones, se realizó una presentación con diapositivas y uno de los asistentes actuó de monitor para reproducir las posturas y movimientos correctos.
En la segunda parte del proyecto, que se llevó a cabo en los meses de noviembre y diciembre, se desarrollaron 3 talleres prácticos en los que se enseñaron una selección de ejercicios con la ayuda de un vídeo, intentando aprenderlos todos los asistentes mientras los realizaban según las posibilidades de cada uno y sin forzar las limitaciones individuales. Finalmente se realizó otra encuesta de valoración global del proyecto.
El material audiovisual utilizado en los talleres se ha puesto a disposición de la población en el Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras realizar un análisis de la información recogida en las encuestas, se obtuvieron los siguientes resultados:
Nivel de participación: El nivel de participación fue del 3,3 % de la población objetivo. Si consideramos únicamente la población de las localidades en las que se realizaron los talleres el nivel de participación sube al 5,69%.
Características de los/as asistentes: El 55% de los asistentes fueron mujeres con una edad media de 42 años; y el 45 % fueron varones con una edad media de 45 años. El 90% había sufrido algún episodio de dolor de espalda, con mayor frecuencia (78%) en la zona lumbar; seguido de la columna cervical con un 66,6 % y en todas las zonas de la columna un 33,3 %. El 50% necesitó tratamiento farmacológico y solamente el 20% estuvo de baja laboral o incapacitado/a temporalmente para realizar sus tareas habituales.

Factores de riesgo identificados (diferenciados en 10 grupos de información)
AL DORMIR
Adoptar posturas incorrectas ..... 29,40 %
Colchón que no se adapta a la curvatura natural de la columna..... 58,82 %
EN POSICIÓN DE PIE
Mantener la postura largo tiempo sin apoyar un pie en algún objeto elevado
intercambiando el pie de apoyo..... 64,90 %
Mantenerse largo tiempo de pie sin variar la postura o sin bascular el peso
del cuerpo de una pierna a otra..... 17,65 %
Realizar giros con el tronco en vez de girar los pies..... 42,60 %
AL ESTAR SENTADO
No apoyar la zona lumbar en el respaldo o brazos en el reposabrazos... 32,60 %
Mantener la misma postura durante una hora o más tiempo..... 47,06 %
EN EL ASEO PERSONAL
Doblar la espalda sin apoyo en el lavabo ..... 53,43 %
AL RECOGER OBJETOS DEL SUELO
Agacharse doblando la espalda sin flexionar las rodillas..... 68,30 %
AL REALIZAR LABORES DE LIMPIEZA
No mantener la espalda recta al pasar la fregona o el cepillo, así como
para limpiar zonas
bajas..... 64,71 %
MANEJO DE CARGAS
Doblar la espalda sin flexionar las rodillas al levantar cargas del suelo... 70,58%
No manipular la carga cerca del cuerpo..... 29,40%
No utilizar altillos para coger objetos objetos o cargas situadas a una altura

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

por encima de los hombros..... 23,52 %
AL CONDUCIR VEHÍCULOS
No regular la altura del asiento, el respaldo o el volante antes de iniciar la marcha
.....
28,60 %
En viajes largos no descansar cada 2 horas para estirar las piernas..... 64,70 %
EJERCICIO FÍSICO
No realizar ejercicio físico moderado de forma habitual …..... 58,82 %
No realizar ejercicios de estiramiento antes y después del ejercicio..... 100 %
SOBREPESO
Considerar que se tiene algo de sobrepeso..... 78,50%

Valoración de las actividades realizas en el Proyecto
Todos los participantes valoraron la información recibida como muy útil. La gran mayoría (73%) pudo realizar todos los ejercicios y el 27 % sólo algunos.
También valoraron positivamente todos/as los/as asistentes las siguientes cuestiones:
1.- Tener a su disposición el material audiovisual utilizado para profundizar en los consejos y recomendaciones de higiene postural, así como para facilitar el aprendizaje y la práctica de ejercicios en su domicilio.
2.- Estar más concienciados para implicarse en el cuidado de la salud de su espalda.
3.- Poder realizar alguna actividad física (pilates, yoga, etc) o terapéutica para la salud de la espalda, impartida periódicamente por un profesional.
Del mismo modo el 100% de asistentes coincidieron en tener un alto grado de satisfacción tras participar en las actividades de este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las persona que han participado en este proyecto han mostrado gran interés por los contenidos y desarrollo de las actividades realizadas. Al mismo tiempo, han manifestado quedar más comprometidas con el cuidado y salud de su espalda, así como la utilidad del material que se ha puesto a su disposición para poder reafirmar los conocimientos teóricos y la práctica de ejercicios en su domicilio. Podemos considerar, por tanto, que se han alcanzado los objetivos planteados en este proyecto.
No obstante, la dispersión geográfica de las localidades adscritas al Centro de Salud Herrera de los Navarros, así como la escasa población de muchas de estas localidades, ha influido negativamente en el nivel de participación que ha sido inferior al esperado. Esta circunstancia se comentó en una reunión del Consejo de Salud, planteándose la conveniencia de que se repita este proyecto en el próximo ejercicio para consolidar sus objetivos y poder llegar a todas las localidades y todas las personas interesadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/589 ========== ***

Nº de registro: 0589

Título
PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

Autores:
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR, DUEÑAS AGULLO FRANCISCO JESUS, ESTEBAN MARTINEZ IGNACIO, BELLOSO ABAD ANA MARIA, BOIRA CUEVAS MARINA, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, MARTIN GOMEZ SUSANA, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

En el C. S. de Herrera de los Navarros, se detectó un interés por realizar actividades de promoción de la salud fuera de las consultas. Teniendo en cuenta que el dolor de espalda es un motivo muy frecuente de consulta médica, dado que según determinados estudios cerca del 80% de la población sufrirá dolor de espalda o de cuello a lo largo de su vida, siendo además un motivo frecuente de baja laboral; creemos interesante plantearnos realizar actividades en pequeños grupos para fomentar hábitos de vida saludables, promoviendo pautas de higiene postural, así como ejercicios de estiramiento y potenciación muscular, con el objetivo de prevenir sobrecargas, mejorar la forma física y conseguir la disminución de prescripción de analgésicos en procesos banales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Incrementar la interacción de los profesionales sanitarios con su población objetivo fuera de las consultas, favoreciendo su proximidad y mejorando así su nivel de confianza.

- Dotar a nuestros pacientes de herramientas y conocimientos teórico-prácticos adecuados, desarrollando un programa educacional de la salud de la espalda para evitar trastornos musculo-esqueléticos y lesiones cervicales y dorso-lumbares generadas, en muchas ocasiones, por malas posturas y hábitos de vida insanos.

- Facilitar la identificación de las situaciones de riesgo musculo-esquelético tanto en la vida diaria como en el entorno laboral.

- Proporcionar estrategias y consejos útiles para la realización de actividades de la vida diaria, economizando esfuerzos y evitando tensiones innecesarias.

- Concienciar a la población sobre la importancia de tener hábitos saludables y de practicar, de forma regular en su domicilio, los ejercicios de estiramiento, fortalecimiento y corrección muscular aprendidos y adaptados a sus características individuales, para prevenir la aparición de episodios dolorosos o acelerar su recuperación.

MÉTODO
1.- Selección de temas
- Factores de riesgo para la columna vertebral.
- Normas de higiene postural y ergonomía. Buenas prácticas posturales en las actividades de la vida diaria.
- Ejercicios prácticos: Posturas básicas. Columna cervical. Columna dorso-lumbar.
- Salud integral de la espalda: Actividad física y deporte. Alimentación y sobrepeso. Tabaquismo. Estrés y sueño.

2.- Elaboración de la parte teórica y elección de los ejercicios.

Programa Educacional de la salud de la espalda: Utilizaremos material audiovisual, (PowerPoint y videos) para amenizar tanto la parte teórica como la práctica. En cuanto a los ejercicios físicos se realizarán estiramientos y fortalecimiento muscular utilizando la regla del " no dolor", evitando todos aquellos movimientos que produzcan dolor a cada paciente para adaptarlos de forma individual.

3.- Elaboración de las encuestas de satisfacción.

Se elaborará una encuesta de autoevaluación al inicio del programa, con el objeto de poder detectar los posibles hábitos perjudiciales y otra al finalizar el programa para valorar los conocimientos adquiridos, así como la satisfacción con la realización del programa educativo.

4.- Información a la población y carteles informativos.

Informaremos a la población de la realización del taller educativo en las consultas, tanto médicas como de enfermería. Además, se elaborarán carteles informativos que se colocarán en la zona de admisión del Centro de Salud de Herrera de los Navarros y en los consultorios.

5.- Recogida de datos y evaluación.

Los datos se reflejarán en una Tabla diseñada para este fin.
En las evaluaciones se medirán diferentes parámetros tales como: mejoría del dolor, práctica de ejercicios, adhesión y/o mantenimiento de hábitos saludables, etc..
Se realizará una evaluación parcial al término del primer ciclo y una evaluación final en diciembre. Una vez transcurridos seis meses se realizará otra evaluación de control para conocer el impacto del programa y mantenimiento del aprendizaje.

INDICADORES
Nº talleres programados / nº talleres realizados >80%
Los talleres se realizarán mensualmente. Durante el mes de mayo se hará difusión del programa y se captará a los pacientes interesados. Se desarrollará un primer ciclo con 2 talleres durante los meses de junio-julio y un segundo ciclo durante los meses de octubre-noviembre con otros 2 talleres.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0589

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION ADSCRITA AL CS DE HERRERA DE LOS NAVARROS, EN LA PREVENCION DE LA PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR DE LA ESPALDA Y LA PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES

Nº asistentes satisfechos con la utilidad del taller/nº asistentes >80%
Se evaluará el porcentaje de pacientes satisfechos respecto al número de asistentes con una encuesta de 10 items y una escala de valoración que irá del 1 al 10

DURACIÓN
Planificación del proyecto: Mayo 2018

La duración estimada de cada sesión será de unos 60 minutos, pero se podrá adaptar a las circunstancias que se produzcan.

Realización de los talleres: primer ciclo: junio-julio; segundo ciclo: octubre-noviembre

Evaluación parcial: septiembre 2018

Evaluación final: diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1358

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARINA BOIRA CUEVAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HERRERA DE LOS NAVARROS
· Localidad ..... HERRERA DE LOS NAVARROS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO PASCUAL MANUELA
GORDO BLANCO ISABEL
GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA
MARTIN GOMEZ SUSANA
ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR
ALCAINE ALEGRE BEATRIZ
BELLOSO ABAD ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos puesto en marcha el protocolo de contenido y mantenimiento de :
Carro de Paradas
Sala de Urgencias
Maletines de Urgencias
Calendario: la duración de la puesta en marcha fué de junio/2018 a diciembre/2018.
Se fueron comunicando el reparto de taréas y la evolución de su cumplimiento, en diferentes sesiones a lo largo del año.
RECURSOS:
Materiales: Carro de Paradas recibido en 2018, medicación y material de urgencias.
Realizamos Hojas de Registro: a) Mantenimiento y caducidades del material del carro, maletines y sala.
b) Rotación de responsables.
ACCIONES REALIZADAS: Primera sesión: exposición del Proyecto y reparto de taréas.
Sesiones posteriores de seguimiento del Proyecto.
Montaje del Carro de Paradas.
Actualización de los Maletines de Urgencias.
Actualización del Cajetín de Urgencias.
Actualización de la Sala de Urgencias.
ELABORACION:
Hoja de Registro de las actividades propuestas anteriormente.
Listado de caducidades del material y de sus revisiones.
Documento indicando el criterio para designar a los profesionales responsables de la atención urgente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: Existencia de un documento de designación de profesionales responsables de la atención urgente.
Objetivo: Existencia de dicho documento. Cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los Equipos de Atención Primaria y Atención Continuada se han implicado en el desarrollo de todas las actividades propuestas para llevar a cabo el proyecto.
Se ha consensuado la periodicidad de las actividades propuestas, para seguir realizándose de forma indefinida.
Aspectos pendientes: valorar la posibilidad de incluir protocolos de urgencia actualizados, de forma clara.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1358 ========== ***

Nº de registro: 1358

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD HERRERA DE LOS NAVARROS

Autores:
BOIRA CUEVAS MARINA, POLO PASCUAL MANUELA, GORDO BLANCO ISABEL, GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA, MARTIN GOMEZ SUSANA, ELIAS VILLANUEVA MARIA PILAR, ALCAINE ALEGRE BEATRIZ, BELLOSO ABAD ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1358

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención Urgente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las situaciones de urgencias vitales requieren rapidez de acción, entrenamiento previo y conocimiento de la localización del material y medicación de urgencias.
La variabilidad en los criterios de atención urgente y las excesivas diferencias profesionales, formación e implicación, junto a la indecuada organización y mantenimiento de la sala de urgencias y maletines, y la dificultad en el seguimiento de los procesos de mantenimiento explícito y controlado de gestión de los recursos técnicos, hacen necesario este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Evitar las demoras en la Atención Urgente, mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales, en el que se indique cuál es el criterio en cada momento para designar al profesional/profesionales responsables de la atención urgente (emergencia), tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
2-Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
3-Organización del Carro de Paradas y Emergencias.
4-Actualización de los Cajetines de Medicación y Maletines de Urgencias, y organización del control de los mismos.

5-Reorganización de la Sala de Urgencias y organización del control de las caducidades y esterilización del material.

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en Atención Urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en Atención Urgente en el Centro de Salud entre RCP y otros cuadros de Patología Urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de Atención Primaria como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos), sobre la Atención de la Patología Urgente.

INDICADORES
1.Creación y difusión de un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro (fuente de información (FI) existencia del documento).
-Indicador: Existencia de dicho documento Sí/No
Objetivo: Existencia de dicho documento Sí/No
-Indicador: porcentaje de profesionales conocedores del mismo.
Objetivo: superior al 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.
2. Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y en RCP.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro: actas firmadas o certificados de cursos realizados.
3. Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines.
Objetivo: 80%
FI: Informe del Centro y/o visita al Equipo de Atención Primaria.

DURACIÓN
De junio 2018 a diciembre 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarroyo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1358

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0474

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BELEN ABENGOCHEA COTAINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA
SIERRA SANMARTIN PILAR
FRAC LOSANTOS LAURA
GONZALEZ SANZ ROSA
PUERTAS ERAUSO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza un estudio multicéntrico en La Almunia de Doña Godina, Ricla y Calatorao pasando un cuestionario que aborda hábitos saludables y encuesta de alimentación en la infancia, agrupando los niños en tramos, de 4 a 6 años de 8 a 10 años y de 12 a 14 años .
En la encuesta se registra edad, nacionalidad,sexo,normas de higiene:lavado de manos,cepillado de dientes,si toman desayuno y almuerzo,si ven la television u el ordenador mientras comen, actividades deportivas que realizan, si son fumadores pasivos,si toman alcohol o drogas los adolescentes,grupo de alimentos que toman y frecuencia de los mismos semanalmente y si toman sal yodada .
Todo ello se realiza en las revisiones del niño sano,durante 6 meses,utilizamos tabla de pirámide de alimentos,encuestas de papel y reevaluamos en 3 meses y registramos en OMI AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Estudio descriptivo de nuestra población
Intervalo de 4 a 6 años:Total de niños 8
Buena higiene dental :7/8. Deporte adecuado de 5 a 7 dias : 6/8
Tabaco pasivo 1/8.Adecuado desayuno 8/8.y almuerzo 6/8
Ven televisor o movil comiendo,6/8. Utilizan sal yodada 6/8
Aporte adecuado de hidratos : 8/8.de frutas,verduras.4/8.de lacteos 4/8.de pescado 5/8, de huevos 6/8, de legumbre 7/8.Exceso de bolleria 2/8,comida prefabricada 3/8,zumoso batidos artificiales 0/8
Intervalo de 8 a 10 años: Total 31 niños
Buena higiene dental:28/31, Deporte adecuado:19/31. Tabaco pasivo 6/31.Adecuado desayuno 30/31y almuerzo 30/31. Ven televisor o movil comiendo18/31. usan sal yodada 20/31. Aporte adecuado de hidratos 31/31,de fruta y verdura 18/31, de lacteos 16/31,de pescado 19/31, de huevos 22/31,de legumbre 18/31. Exceso de bolleria 10/31,de batidos y zumos 5/31y comida prefarbicada 14/31
Intervalo de 12 a 14 años : 67 niños
Buena higiene dental 35/67,deporte adecuado 24/67, tabaco pasivo16/67,ingesta de alcohol 8/ 67, adecuado desayuno 57/67y almuerzo 61/67. Ven televisor o movil comiendo 67/67. uso de sal yodada 30/67Aporte adecuado de hidratos 67/67,de fruta y verdura 25/67, de lacteos,de pescado 27/67,de huevos 29/67, legumbre 45/67. Exceso bolleria 20/67, batidos o zumos 30/67, comida prefabricada 29/67

Indicadores en el total de niños al menos mejoraron un habito : 15/del total y al menos dos habitos 12/ del total

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Resaltar la importancia de adquirir buenos hábitos en la infancia, recuperar los buenos habitos de higiene, evitar el sedentarismo, fomentar el deporte,mejorar la ingesta de frutas, verduras, lacteos, y pescado y evitar bolleria y comida prefabricada .
En el proximo estudio los controles se realizaran con cita previa .
Se constata que es mas facil mejorar un habito ya instaurado .
El hábito que mas mejora se obtuvo fue el aumento de actividad deportiva

7. OBSERVACIONES.
Se deberia fomentar más el deporte en el colegio
Se deberia educar mejor en habitos alimenticios
Se deberia intentar mejorar los anuncios televisivos que fomentan la bolleria industrial o los zumos y batidos

*** ========== Resumen del proyecto 2016/474 ========== ***

Nº de registro: 0474

Título
LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0474

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA

ABENGOCHEA COTAINA BELEN, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA, SIERRA SANMARTIN PILAR, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, FRAC LOSANTOS LAURA, GONZALEZ SANZ ROSA, PUERTAS ERAUSO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: Exceso sedentarismo ,Caries ,
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde nuestra experiencia en la Consulta Programada observamos un gran número de niños con una dieta inadecuada y unos hábitos no saludables, que condiciona diversos problemas de salud : sobrepeso,alteración en el metabolismo de los lípidos, hipertensión arterial,niños con bajo peso,caries,niños con hábitos sedentarios .

Todos ellos mejorables desde la infancia

RESULTADOS ESPERADOS
-Conocer de primera mano hábitos alimentarios en nuestros escolares.
-Conocer hábitos saludables con respecto a su salud bucodental en nuestros niños .
-Conocer tendencia al sedentarismo en nuestros escolares
-Conocer si viven en ambientes libres de humo .
-Conocer si han tenido contacto los adolescentes con alcohol o tabaco .

MÉTODO
- Participaran los Pediatras, Enfermeras de pediatria de AP,MAC y Médicos de Familia.
- Actividades previstas :
1-_ Paso de encuestas y Educación en Salud y Promoción de hábitos saludables, por intervalos de edad realizadas durante la Consulta Programada durante 6 meses de recogida de datos, en estudio multicéntrico : Ricla . Calatorao, Almonacid y La Almunia de Doña Godina .
a) Niños de 4 a 6 años . Encuesta sobre Pirámide de alimentos individual, cepillado de dientes, hábitos sedentarios .
b) Niños de 8 a 10 años Encuesta sobre Pirámide de alimentos, cepillado de dientes y hábitos sedentarios .
c) Niños de 12 a 14 años : Encuesta sobre Piramide de alimentos, cepillado de dientes, hábitos sedentarios, consumo de tabaco y alcohol.-
2- Calendario :
a) Conocer cualitatívamente nuestra Pirámide de alimentación en los niños entrevistados durante 6 meses .
b)Revisión de la encuesta en aquellos niños que sea deficitaria a los 3 meses de seguimiento y valorar si ha sido efectivo.
c)Posteriormente análisis de datos y conclusiones sobre posibles oportunidades de mejora
.

INDICADORES
- Estudio descriptivo de la alimentación de nuestros niños y conocer en qué son principalmente deficitarios o en qué sufren exceso .
-Estudio descriptivo de hábitos saludables instaurados en nuestros escolares
-Porcentaje de niños que al menos en un hábito han mejorado por intervalos de edad
-Porcentaje de niños que al menos en dos hábitos han mejorado por intervalos de edad

DURACIÓN
- Reunión de todo el equipo para clarificar encuesta y recogida de datos -
- Recogida de datos por intervalos de edad donde constará nombre del niño, edad y fecha de realización de encuesta, durante un intervalo de 6 meses: De Noviembre del 2016 a Abril del 2017
-Reevaluar en 3 meses a aquellos niños que inicialmente hubiera que mejorar algún aspecto valorado previa cita. hasta Julio del 2017
-Posteriormente resumen de datos y conclusiones hasta Noviembre del 2017

OBSERVACIONES
-
Excluir en los porcentaje a niños con alergia alimentaria .

Excluir en los porcentajes a niños con patologia traumatológica puntual .

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0474

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE ADQUIRIR UNOS BUENOS HABITOS DURANTE LA INFANCIA

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................: 3 Bastante

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0681

1. TÍTULO

ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DEREVISON Y MANTENIMIENTO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SILVESTRE GARCIA LISON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRAC LOSANTOS LAURA
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
ESCRIBANO PARDO DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-El grupo de mejora que participa en este proyecto revisó inicialmente los Documentos ya elaborados, en el ámbito de Servicio Aragones de Salud, en relación con el contenido de los maletines de urgencia de atención domiciliaria. Varios Equipos de AP, y en especial el Sector de Calatayud, han trabajado desde hace años en esta linea de mejora. Se amplió la revisión con publicaciones de los últimos 5 años con objeto de adecuar lel contenido de fármacos y material a los nuevos protocolos de atención a las patologías urgentes más prevalentes.
2.- Se ha elaborado un listado con el contenido de los maletines de urgencias de cada uno de los consultorios locales de la ZB de Salud de La Almunia.
3.- Se ha creado una plantilla de revisión del material de los maletines de urgencias que incluye: fecha de revisión,
personal que la realiza, existencias, caducidades, reposición y funcionamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Revisión del contenido de los maletines de urgencias de los consultorios locales de la ZBS de La Almunia: REALIZADO
2.-Elaborción de un listado de fármacos y material: REALIZADO
3.-Plantilla de revisión del material que incluye fecha de revisión, personal que la realiza, existencias, caducidades, reposición y funcionamiento: REALIZADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que este proyecto de mejora puede tener continuidad un año más, periodo que dedicaríamos a establecer el procedimiento de revisión y evaluación de los resultados.
En este segundo año del proyecto nos plantearíamos las siguientes actividades:
1.- El grupo de trabajo realizaría evaluaciones "externas", auditando el contenido y estado de los maletines de urgencias de cada uno de los consultorios de forma aleatoria, verificando su adecuación al contenido y revisiones acordadas.
2.- Crear hoja de registro de incidencias que periódicamente analizará el grupo de mejora y originará nuevas acciones correctoras.
3.- Presentar al EAP toda la información para analizar de forma conjunta los aspectos de mejora.
4.- Integrar dentro de las actividades diarias la revisión de los maletines de urgencias de los consultorios locales de nuestra zona de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/681 ========== ***

Nº de registro: 0681

Título
ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DE REVISON Y MANTENIMIENTO

Autores:
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO, ABENGOCHEA COTAINA BELEN, GARCIA LISON SILVESTRE, FRAC LOSANTOS LAURA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, ESCRIBANO PARDO DANIEL, TIRADO AZNAR MARTA, LACAMBRA DEITO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0681

1. TÍTULO

ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DEREVISON Y MANTENIMIENTO

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología que requiere atención domiciliaria urgente
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención domiciliaria urgente en el domicilio del paciente o en la vía pública en un ámbito rural, como es el Centro de Salud de La Almunia, tiene unas especiales connotaciones si lo comparamos con el ámbito urbano en el que otros dispositivos asistenciales comparten la asistencia de estos pacientes en pocos minutos desde el momento de la demanda.
La calidad de la atención que el médico y la enfermera podrán ofrecer al paciente dependerá, sin duda, de sus habilidades clínicas, del tiempo de respuesta que sean capaces de dar desde que se presente la situación de urgencia y de que dispongan de un equipamiento clínico y terapéutico completo y manejable.
Un estudio reciente realizado en Baleares revisó los maletines de urgencias de los centros de salud y concluyó que ningún maletín llevaba todos los elementos recomendados por consenso y,de forma general, no existía un plan de revisión de mantenimiento que incluyera existencias y caducidades,
El EAP de La Almunia quiere en este proyecto revisar las recomendaciones más actuales de equipamiento clínico y terapéutico de los maletines de atención domiciliaria urgente y establecer un plan de mantenimiento y reposición tanto para La Almunia, como para los consultorios locales de la zona de salud (Almonacid, Alpartir, Ricla y Calatorao).

RESULTADOS ESPERADOS
En la actualidad, tanto en el área de urgencias del centro de salud, como en cada uno de los consultorios locales existe un maletín de atención domiciliaria urgente, de características físicas diferentes y con un equipamiento clínico y terapéutico variable decidido por el personal sanitario de cada consultorio. No existe un procedimiento común de revisión y mantenimiento de estos maletines, generalmente se sigue la práctica de reposición tras la utilización.

El objetivo general es intentar mejorar la calidad de la atención domiciliaria urgente fuera del centro de salud de La Almunia y en todas las localidades de la zona de salud.
El Objetivo específico:
- Consensuar y homogeneizar, siguiendo las últimas recomendaciones, el equipamiento clínico y terapéutico de los maletines de atención domiciliaria urgente de La Almunia y de cada uno de los consultorios locales.
- Establecer un modelo de revisión periódica de los maletines con una plantilla de revisión en la que conste fecha, acciones e identificación del sanitario que ha llevado a cabo la revisión.
-Presentación y difusión de este consenso a todos los profesionales del EAP, incluyendo a médicos y enfermeras que realizan habitualmente sustituciones en el EAP.

MÉTODO
1.-El grupo de mejora que participa en este proyecto junto con el resto de miembros del Equipo que quieran incorporarse revisará la bibliografía existente y las recomendaciones de las diferentes Sociedades Científicas y Grupos de trabajo
2.- Actualizar el listado de equipamiento clínico y terapéutico del maletín de atención urgente domiciliaria.
3.- Elaborar plantilla de revisión del material de los maletines de urgencias que incluya: fecha de revisión, personal que la realiza, existencias, caducidades, reposición y funcionamiento.
5.- Presentar al EAP toda la información y establecer los turnos y procedimientos de revisión
4.- Crear hoja de registro de incidencias que periódicamente analizará el grupo de mejora y originará nuevas acciones correctoras.

INDICADORES
- Existencia del documento de consenso elaborado por el grupo de trabajo que recoja el listado de equipamiento clínico y terapéutico del maletín de atención urgente domiciliaria antes del 31 de diciembre de 2016.

- Acta de la sesión en la que se presente el proyecto elaborado al EAP y el procedimiento de revisiones antes de esa misma fecha.

- Pilotaje del proyecto en desde el 1 de enero al 28 de febrero de 2017 para detectar posibles acciones correctoras a implementar antes de la aprobación definitiva.
- A partir de 1 de marzo de 2017 monitorización de los siguientes indicadores con una periodicidad semestral:

Nº de revisiones realizadas en la hoja de registro del maletín de urgencias x 100/ nº total de revisiones programadas, en el centro de salud de La Almunia y en cada uno de los consultorios de la zona básica de salud.

DURACIÓN
Ya reseñadas en el apartado de Evaluación y Seguimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0681

1. TÍTULO

ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA URGENTE DEL C. DE SALUD DE LA ALMUNIA Y DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DE LA ZONA DE SALUD. PLAN UNIFICADO DEREVISON Y MANTENIMIENTO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0757

1. TÍTULO

TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL (SEGUNDA PARTE)

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANGEL MELUS GUTIERREZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAYONESTA BRUSELL MARIA JOSE
SIERRA SANMARTIN PILAR
BUENO VALERO ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se ha seguido impulsando la idea, en las reuniones de equipo del tablon virtual, para todos los tramites administrativos, dejando colgados : calendarios, turnos de guardias, de pooles, de extracciones...
Se han hecho sesiones sobre protocolos de urgencia en pediatria y se han colgado en el tablon (100%)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
mantenimiento de aparatos y manual de funcionamiento ...50%
tecnicas y procedimientos 50%
revisiones carro de paradas 35%
dietatario 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
no se han cumplido las expectativas y objetivos, porque tras el ciberataque en la red en junio/julio, se ha quedado sin acceso al tablon, por seguridad, todos los usuarios de los consultorios rurales, lo que ha impedido mantenimiento y continuar con el proyecto
Si se salvar este impedimento, es un programa ampliable, muy bien reconocido entre los profesionales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/757 ========== ***

Nº de registro: 0757

Título
TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL (SEGUNDA PARTE)

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, MELUS GUTIERREZ ANGEL, BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE, SIERRA SANMARTIN PILAR, BUENO VALERO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: la poblacion diana , son los profesionales del centro de salud,
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detectamos un problema de trasmision de la informacion en el centro de salud. (centro de salud y 4 consultorios)
La informacion llegaba a los profesionales por 3 vias : correo corporativo, correo interno y la que se colgaba en el tablon de anuncios.Se desarrollo un tablon virtual en 2015. En la actualidad, este instrumento sirve para informacion administrativa, guardias, vacaciones, protocolos..
Falta por desarrollar, urgencias y un dietario

RESULTADOS ESPERADOS
desarrollar en el tablon virtual el area de urgencias (protocolos, tecnicas en atencion urgente, mantenimiento y funcionamiento de aparatos, revisiones de carro de paradas y mantenimiento de maletines)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0757

1. TÍTULO

TABLON VIRTUAL EN UN CENTRO RURAL (SEGUNDA PARTE)

almacenados en formato electronico, facilmente accesible desde cualquier punto de la red local,e
iniciacion al desarrollo y mantenimiento de un dietario
ambos objetivos suponen directamente una mejora en nuestra actividad asistencial e indirectamente un paso adelante en la organizacion y funcionamiento del centro

MÉTODO
se ha creado un gupo de urgencias, y se va a desarrollar un programa de calidad que nos informara: que es lo basico y como se hacen las revisiones y mantenimiento de maletines y carro de paradas
La pediatra se necargara de urgencias habituales en pediatria seleccionar protocolos o tecnicas que interesen al equipo para la atencion urgente en pediatria
se buscaran los manuales de los diferentes aparatos de urgencias y su mantenimiento
se contactara con el grupo de informatica para la creacion de un dietario dentro del tablon

INDICADORES
% de protocolos colgados en urgencias en diciembre y mayo
% de mantenimiento y funcionamiento de aparatos en diciembre y mayo
% de tecnicas en dicembre y mayo
% de revisiones de carro de paradas y maletines

DURACIÓN
octubre de 2016 a mayo de 2017
se iran colgando la informacion simultaneamente en cuanto la obtengamos y mantendremos al dia la informacion ya existente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1531

1. TÍTULO

ATENCION AL TEMPORERO EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DÑA GODINA EN COLABORACION CON LAS ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA TIRADO AZNAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE
BLESA RAMIREZ MARIA
LABORDA CEBRIAN CARMEN
SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
AGANZO LOPEZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones informativas en Consejos de Salud, con el fin de unificar criterios de información y valorar ámbitos de comunicación del proyecto para alcanzar al mayor número de población. Reuniones de Consejo de Salud: 1/12/2016, 1/3/2017, 23/2/2017,
1/3/2017 y 14/6/2017
-Reuniones informativas con empresarios de la Comarca y representantes de Centro de Salud con el fin de presentar la Hoja de Recogida de datos del Trabajador, 27/3/2017 a las 14 h y 29/6/17 a las 19h.
-Reuniones previas y de cierre de Campaña agrícola de Comarca de valdejalón del 2016 y 2017, donde están representadas entidades como sindicatos, trabajadores sociales, mediadores, alcaldes, Guardia Civil, Cruz Roja, Policía local, Sanitarios, etc
-Reunión con Pilar Garay de BDU con el fin de consensuar ficha de recogida de datos del Temporero y su familia. Recogida de cortes de TIS desde BDU.
-Registro de Altas dadas desde Admisión de CS de La Almunia
-Presentacion al EAP en reunión de Equipo 11/5/2017 (Proyectos Comunitarios del CS La Almunia) y 30/11/2017 (Programa Comunitario de Atención al Temporero)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Comparativa de Resultados de Campaña 2016 con la del 2017, estando ya implantado el proyecto Comunitario.
Comparativa de la muestra desde mayo a septiembre, se detecta un aumento de la gestión de TIS desde Admisión de 700 tarjetas más.
Los Resultados alcanzados se presentaron al EAP en sesión del 30/11/2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Equipo de La Almunia es consciente de la dificultad de implantación del Proyecto, ya que la llegada de los Temporeros y el alcance de la información es complicada y poco uniforme.
Nuestra información alcanzó un porcentaje importante de conocimiento por parte de Entidades Sociales, ya que su apoyo fue incondicional, contando con el Consejo de Salud como principal motor y apoyo. No obstante la difusión en los trabajadores es un punto que puede mejorar, este año hemos contado con el importante apoyo de Trabajadoras Sociales de La Comarca y de los Mediadores de la Campaña.
La estrategia a seguir es la de informar a través de Ayuntamientos y Gestoras de contratación, e invertir tiempo en reuniones con Empresarios de la Comarca, con el fin de insistir en los beneficios para todos, sanitarios, Trabajadores y Empresarios.
La labor informativa desde el Centro debe continuar y nos planteamos la posibilidad de reforzar con Cartelería en varios idiomas.

7. OBSERVACIONES.
Nos gustaría poder aportar documentos entregados aEmpresarios y ficha de recogida de datos del Trabajador, pero en este formato es imposible adjuntar.
Quedo a su disposición si la precisan.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1531 ========== ***

Nº de registro: 1531

Título
ATENCION AL TEMPORERO EN EL E.A.P. DE LA ALMUNIA EN COLABORACION CON ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1531

1. TÍTULO

ATENCION AL TEMPORERO EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DÑA GODINA EN COLABORACION CON LAS ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA

Autores:
TIRADO AZNAR MARTA, LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE, BUENO VALERO ALICIA, BLESA RAMIREZ MARIA, LABORDA CEBRIAN CARMEN, SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO, AGANZO LOPEZ FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atencion Social
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos, Otros
Otro tipo Objetivos: continuidad asistencial, seguridad clinica, adaptacion de recursos a las necesidades estacionales
---
Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La ZBS de La Almunia es una de las zonas con mayor poblacion inmigrante, 31.7% en La Almunia y 44.6 % en Ricla, con tarjeta sanitaria. Durante la temporada de recolección de frutas, de mayo a septiembre, acuden además unos 5000 temporeros estimados por la Comarca de Valdejalon. Las entidades sociales preparan la acogida desde hace años, pero hemos detectado que la presencia de los profesionales Sanitarios es escasa o nula en ese despliegue. Desde el Centro de Salud nos vemos obligados a tender a todos esos pacientes que acuden, preferentemente en horario de Atención Continuada, sin Tarjeta Sanitaria y sin estar dados de alta en nuestro sistema sanitario, todo ello entorpece la asistencia y genera un aumento importante de pobalción que no tiene Historia ni registro.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es atender dignamente a esos pacientes, disponer de unas condiciones adecuadas también para los profesionales, tener un alta en nuestro Sistema Sanitario de Aragón y poder preparar de forma anticipada los recursos necesarios en la ZBS a su llegada. Siempre en colaboración con Ayntamientos, Entidades sociales, Trabajadores Sociales de la Comarca, empresarios, etc
Estructurar y adecuar la Atención Sanitaria al horario laboral del Temporero, ya que su jornada y la ubicación de los campos de frutales, les obliga a acaudir fuera del Horario de admisión y de la Consulta médica Ordinaria, es decir a partir de las 17h.

MÉTODO
Nuestro principal recurso es los Consejos de salud, que tienen una trayectoria importante en La Almunia. Desde allí se convocan reuniones informativas con Entidades Sociales y con La Mesa del Temporero, con el fin de difundir con la colaboración de todos ellos nuestro Proyecto.
Reuniones con ellos previa a la llegada de Temporeros y posterior para evaluar resultados.
Difusión de cartas a tarvés de páginas web de Ayuntamientos, Periódicos locales, etc
Reunión informativa a Dirección de AP del Sector III
Reunión con responsable de Tarjeta Sanitaria con el fin de unificar criterios de recogida de datos para tramitar de forma sencilla tarjetas sanitarias de trabajadores con contarto laboral.
Reunión con Empresarios como aliados para dicha tramitación.

INDICADORES
Indicadores solicitados a BDU.
Número de TIS en enero - junio de años previos al Proyecto 2015 y 2016, y en 2017.
La idea es comparar meses de baja afluencia de temporeros con meses de alta afluencia.
Contabilizar Altas dadas en Admisión de CS La almunia en meses de mayo a octubre, y comparar con las dadas en años previos.

DURACIÓN
-Informacion primera en Reunión Consejo de Salud 1 marzo 2017, responsables Dra. Marta Tirado y Coordinadora CS La Almunia Mª José Lapuente
-Reunion mediadores sociales 23 marzo 2017
-Reunión con Empresarios antes de la Campaña
-Reunión Mesa del Temporero
-Comienzo campaña de mayo a octubre
-Reevaluar en junio problemas y mejoras
-Reunion Consejo de Salud 14 junio 2017
-Reunión mea del Temporero fin Campaña en octubre 2017
-Reunion con empresarios 29 junio 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1531

1. TÍTULO

ATENCION AL TEMPORERO EN EL EAP DE LA ALMUNIA DE DÑA GODINA EN COLABORACION CON LAS ENTIDADES SOCIALES DE LA COMARCA DE VALDEJALON. TRAMITACION Y GESTION DE TARJETA SANITARIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1540

1. TÍTULO

PASEOS PARA UN CORAZON SANO

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LAPUENTE ARRUEBO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TIRADO AZNAR MARTA
AGANZO LOPEZ FRANCISCO
RIVERO SANZ OLGA
PASCUAL RUBIO OLGA
SORIA ROSELL PIEDAD LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado:Reuniones de consejo sald: fechas 14 junio 2017, 22 sept 2017. Reuniones organizativas del euipo: fecha 2 febrero 2017. Se hacen cateles informativos que se reparten por el centro de salud, consultorios locales, y lugares publicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: Formacion de gruposy salida La Almunia (100%) Al partir (100%) Almonacid (100%) Calatorao (100%)Ricla (0%)
Indicador: Segundo dia si se forma el grupo: La Almunia (100%) Al partir (100%) Almonacid (100%) Calatorao (100%)Ricla (0%)
indicador: hay alguien quien dirija?: La Almunia (0%) Al partir (100%) Almonacid (0%) Calatorao (100%)Ricla (0%)
Indicador: tercer mes si se forma el grupo: La Almunia (0%) Al partir (100%) Almonacid (0%) Calatorao (100%)Ricla (0%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
la evolucion, es que algunos grupos con personal sanitario olideradas por personas relacionadas con actiivddes deportivas se mantienen estables, otros grupos por la temperatura demasiado alta o baja, o por ir sin guia apareen y desaparecen,
Un nuevo grupo que se ha formado en ricla, ya se forma de antemano con algun sanitario que les acompañe y mantienen la continuidad

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1540 ========== ***

Nº de registro: 1540

Título
PASEOS PARA UN CORAZON SANO

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, TIRADO AZNAR MARTA, AGANZO LOPEZ FRANCISCO, RIVERO SANZ OLGA, PASCUAL RUBIO OLGA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, SORIA ROSEL PIEDAD LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1540

1. TÍTULO

PASEOS PARA UN CORAZON SANO

En el consejo de salud, se plantea la necesidad de formar un grupo, para realizar ejercicio básico cardiosaludable, dado que se objetiva un grupo de población que no realiza ningún tipo de ejercicio, y tiene factores de riesgo cardiovascular

RESULTADOS ESPERADOS
poblacion diana: pacientes con factores de riesgo cardiovascular, con vida sedentaria
objetivos: disminuir el riesgo cardiovascular, mediante modificación del estilo de vida, a través del ejercicio físico

MÉTODO
Se plantea desde el consejo de salud la necesidad de ejercicio cardiosaludable para un grupo de población Se acuerda, en reuniones de equipo,y en reunión en consejo de salud que cada medico, proponga 3 a 4 pacientes de su consulta y les ofrezca ese servicio, se registrarán en admisión.
Además se deja información en todos los consultorios y admisión del centro de salud, para que voluntariamente se puedan apuntar .Se abren listas especificas
Se publicita con carteles en los diferentes consultorios y en el centro de salud.
Se fija dia inicial, punto de reunión, recorrido, material necesario y personal sanitario acompañante .
Se busca personas en las que delegar estos grupos para asegurar continuidad.
Se fijan días posteriores para asegurar la cointinuidad del proyecto.
Se valoraran los resultados en el consejo de salud

INDICADORES
dia de salida,: si se forma el grupo, (seria un 100%)
si hay personal sanitario acompañante
si se realiza el recorrido,
segundo dia: si se forma el grupo (numero de personas) (igual
que el primer dia (100%)
Hay acompañante que dirija? (100%)
a los tres meses : si se forma el grupo (numero de personas) (igual
que el primer dia (100%)
Hay acompañante que dirija? (100%)
a los 6 meses: si se forma el grupo (numero de personas) (igual
que el primer dia (100%)
Hay acompañante que dirija? (100%)

al año: si se forma el grupo (numero de personas) (igual
que el primer dia (100%)
Hay acompañante que dirija? (100%)

DURACIÓN
duración mas de un año
los paseos tendrán una perioricidad semanal (un dia por semana)y una hora de duración
reevaluar al segundo dia tres y seis meses, y al año en el consejo de salud.
Constara en acta y se publicara en la web del ayuntamiento, asi como las valoraciónes,y si hay alguna modificación

inicio : 29 de marzo
duración: una hora
perioricidad: semanal
duración indefinida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1651

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL EAP LA ALMUNIA

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA BLESA RAMIREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA SAEZ-BENITO MARIA CRISTINA
ABENGOCHEA COTAINA BELEN
ESCRIBANO PARDO DANIEL
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se actualizaron los conocimientos relativos a la utilizacion de los farmacos seleccionados en el acuerdo de gestion, mediante una sesion sobre uso de estatinas,(D.Escribano) otra sesion sobre tratamientos en pediatria,(C Vera) y otra sesion sobre el uso de fentanilo y sus riesgos focalizando en el de accion rapida (ESAD)
A traves de los cuadros de farmacia y de la informacion remitida, se analizo la prescripcion en reunion de equipo (28 de julio)
Se realizo tambien una sesion por parte de servicio de farmacia de antencion primaria (3 de octubre)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Seleccion eficiente de estatinas: 19,05% (rango 19,6%-9,5%)
Antibioticos en faringoemagidalitis estreptococica: 84,43% (rango 83,8%-95,3%)
Antibioticos en otitis media aguda: 93,51% (rango 86,1% - 95,9%)
Fentanilo de accion rapida: Gasto en fentanilo total ha bajado de 133.464 euros en 2016 a 89.372 en 2017, a pesar de que el numero de pacientes tratados ha aumentado de 44 a 55 en 2016 y 2017 respectivamente, est se traduce en reduccion de numero de envases de 584 en 2016 a 397 en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seria conveniente que cuando se elijan los objetivo, esten recojidos en el cuadro de mandos de farmacia, ya que si no son muy dificiles de monitorizar los datos, como en el caso del fantanilo, ya que los datos que poseemos son fentanilo total, y los datos de los pacientes no sabemos si son oncologicos o no

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1651 ========== ***

Nº de registro: 1651

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP LA ALMUNIA

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, BLESA RAMIREZ MARIA, VERA SAEZ-BENITO MARIA CRISTINA, ABENGOCHEA COTAINA BELEN, ESCRIBANO PARDO DANIEL, LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO, TIRADO AZNAR MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1651

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL EAP LA ALMUNIA

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación de prescripción de medicamentos: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-opiáceos de liberación inmediata,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad
Responsable centro URM: maria jose lapuente
Actividades formación: Maria Blesa
Actualizacion conocimientos:
estatinas : Daniel escribano
urgencias y maletín: Antonio Lafuente, Maria Jose Lapuente, Maria jose Enguita, Silvestre Garcia
opiaceos: Maria Blesa, marta tirado
Pediatria: Belen abengoechea, Cristina vera

Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Adecuación de la prescripción de medicamentos
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1684

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BAYONESTA BRUSELL
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO VALERO ALICIA
DEZA ANDREA CRISTINA
ALONSO TOMAS FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se presentaron el proyecto en reunion de equipo del 14 de septiembre, y las instrucciones para utilizarlas, se crearon agendas (3 para medicina y 5 para enfermeria, se creo el circuito de demanda no presencial

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
se han creado las agendas (100%)y se estan utilizando
No tenemos datos de utilizacion de este tipo de citas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
son citas que permiten un acceso directo con el profesional, bien via "que me llame" o "que me haga" Hará falta saber gestionar bien estas citas para que tampoco supongan una sobrecarga para el profesional

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1684 ========== ***

Nº de registro: 1684

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE, BUENO VALERO ALICIA, DEZA ANDREU CRISTINA, ALONSO TOMAS FELIX, LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1684

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1700

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUARON CRESPO MARIA ANGELES
GARCIA LISON SILVESTRE
LACAMBRA DEITO PILAR
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el desarrollo de este proyecto de mejora, el equipo de trabajo:
- Ha revisado y actualizado la relación de material sanitario y medicamentos necesarios en el área de urgencias, específicamente en el carro de paro.
. Ha diseñado una plantilla propia para el EAP de La Almunia (que no podemos adjuntar a la presente memoria al no poder incluir tablas ni gráficos), con el contenido de material y fármacos, plantilla que sirve para la revisión mensual de existencias y caducidades.
. En ausencia de un carro de paro para organizar todo el material y fármacos, se ha adecuó un carro con el material y se ha aislado con los recursos disponibles a modo de precinto para que sólo sea utilizado en situaciones indicadas, garantizando así la dotación completa en el momento de necesidad urgente.
. Se ha presentado al Equipo el contenido de carro y el procedimiento de revisión.
-Se solicitó a la Dirección de AP del Sector III que, en la medida de sus posibilidades, dotara al EAP de La Almunia de un carro de paro, adquisición que sí ha sido posible y agradecemos. Ha sido suministrada por el proveedor en enero/18 y permitirá una mejor disposición y acceso de todo el material preciso en la sala de urgencias vitales del Centro de Salud de La Almunia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.º Revisión y actualización del contenido del carro de paro de sala urgencias: CUMPLIDO. El grupo de trabajo revisó la bibliografía publicada en los últimos 5 años en relación con el proyecto y adecuó las recomendaciones al medio del EAP La Almunia. Se solicitó el material no disponible o deteriorado y se deshecho aquel que por caducidad o inadecuación se decidió no debía estar inlcuido en el área de urgencias.
2º- Se editó una plantilla propia del EAP La Almunia para revisión de existencias y caducidades: CUMPLIDO
3º- Instalación del carro de parada con los medios disponibles en la sala de urgencias: CUMPLIDO. Actualizado en enero/18 con la llegada del nuevo carro de paro a urgencias del Centro de Salud.
4º- Presentación al EAP del contenido del carro, ubicación y plan de revisión. Provisional MAYO/16 y definitivo SEPTIEMBRE 16. Desde esa fecha revisión mensual del carro.
5º- Durante todo el 2017 auditoría de los registros de revisión mesual del carro de paro con un cumplimiento del 100% de las revisiones con registro de cada una de ellas.
INDICADORES Y EVALUACION:
- Plantilla de revisión del carro de paradas con listado de fármacos y materiales, stock acordado, existencias y fecha de caducidad: SI
- Difusión de la información al EAP: SI
- Cumplimentación mensual de la plantilla de stock y caducidades durante el año 2017: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención a pacientes urgentes en un centro de salud requiere que todos los procesos y profesionales funcionen perectamente coordinados.
La atención a un paciente que presenta una urgencia vital supone la mayor exigencia de orden y adecuación de recursos y materiales y coordinación profesional, de cuantas actividades se llevan a cabo en un centro de salud.
Los errores o deficiencias en este proceso pueden tener consecuencias nefastas para el resultado de la atención.
Dedicar tiempo a organizar las necesidades de material y fármacos del carro de paro, difundirlo entre los profesionales y establecer el modelo de revisión permanente ha supuesto una gran satisfación para el grupo de trabajo y confianza para todos los profesionales que desempeñan su trabajo en urgencias del centro de salud, al tener la certeza de que en todo momento disponen del material necesario, ordenado y correctamente colocado para esta asistencia urgente.
Se considera finalizado el proyecto, una vez que ya se ha integrado en las actividades ordianarias del Centro de Salud. No obstante el Equipo directivo del Centro y responsable de este proyecto continuarán garantizando las revisiones mensuales del carro de paro y presentarán de forma anual en sesión al Equipo los resultados de estas revisiones para garantizar la revisión y mejora continua de este proceso.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1700

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1700 ========== ***

Nº de registro: 1700

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1700

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0813

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA TIRADO AZNAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE
BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE
BUENO VALERO ALICIA
BLESA RAMIREZ MARIA
LABORDA CEBRIAN CARMEN
SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
AGANZO LOPEZ FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Previamente al inicio de la Campaña del temporero se realizaron reuniones informativas en Centro de Salud dónde se Consensuaron Carteles informativos a la vista en la Zona de Urgencias, que es dónde acude principalmente el Temporero, así como en Admisión.
Dichos carteles informativos se realizaron en idiomas como inglés, árabe y rumano, a parte de castellano, con el fin de facilitar la comunicación con los pacientes.
Así mismo se hicieron fotocopias de las fichas de registro quedando a disposición de los sanitarios de Atención Continuada en cada consulta de urgencias, en unas carpetas específicas, con el fin de facilitarla al paciente si era atendido en horario de Atención Continuada. Así el paciente salía de la consulta con la información correspondiente que debería aportar al Servicio de Admisión, facilitando la conciliación con su jornada laboral.
Reuniones con Consejo de Salud de Zona Básica 14/2/2018, 2/5/2018 y 14/9/2018, dónde se expone a sus alcaldes la estrategia a seguir así como a trabajadores sociales correspondientes.
Se expone en la Mesa de Campaña 22/6/2018, valorando positivamente los resultados del año anterior.

Se expone el Proyecto en la Dirección General de Igualdad y familia, en la Comisión de Educación, formación y Empleo del Foro de la Inmigración con Dolores Bernal, y se nos concede mención especial como Programa de Buena Práctica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se aprecia un número de altas ascendente desde inicio de la primera fase del Proyecto en 2017 (2.415 TiS) en comparación con años, contabilizando de marzo a septiembre.
Pero en año 2018 el número de altas descendió ligeramente a 1.366, evaluamos diferentes causas:
- llegada de menor número de temporeros
- algunos de ellos ya tenían su tarjeta solicitada de la temporada anterior
Sí que observamos que el conocimiento del protocolo era mayor, y que acudían a urgencias con su documentación correctamente cumplimentada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es muy positiva desde entidades sociales y usuarios, y los profesionales sanitarios también consideramos que este Proyecto a supuesto una mejora de calidad en las jornadas de atención Continuada.
Hemos conseguido una Enfermera/o de Refuerzo durante la Campaña 2018.
Pero seguimos solicitando un apoyo Administrativo para tarmitar todas esas Tarjetas Sanitarias durante la Campaña.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/813 ========== ***

Nº de registro: 0813

Título
CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON.GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

Autores:
TIRADO AZNAR MARTA, LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, BUENO VALERO ALICIA, BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA, BLESA RAMIREZ MARIA, AGUARON CRESPO MARIA ANGELES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0813

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención comunitaria, acceso sanitario al inmigrante
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Para entender esta iniciativa es obligado explicar que la llegada de 5.000 a 8.000 temporeros a nuestra Comarca, se hace de forma masiva a lo largo de cuatro o cinco meses, y que, desde hace años, las condiciones laborales y sociales no son siempre las adecuadas.
“La Mesa de Campaña” se reúne previamente y también al finalizar la campaña, para mejorar la coordinación entre los distintos sectores que participan en el desarrollo de la misma: servicios sociales, educación, salud, seguridad ciudadana, sindicatos, organizaciones empresariales, entidades sociales y representantes municipales e institucionales. aspectos variados de la organización sanitaria, policial, salarial, de mediación, de alojamiento, etc.
Desde el Centro de Salud objetivamos este aumento masivo de la población y nos dimos cuenta de que raramente acuden a las consultas a demanda, y no tienen médico de cabecera asignado, por lo que principalmente se les atiende de urgencia por cualquier motivo, sea urgente o no.
En ocasiones el entorno habitacional de estas personas no es el mas adecuado, y sus jornadas laborales les impiden acudir por la mañana a una consulta médica, pues su objetivo es trabajar y no ausentarse; es por ello que acuden al Servicio de Urgencias al finalizar la jornada para solicitar asistencia sanitaria.
El no haber regularizado su Tarjeta Sanitaria previamente conlleva problemas de registro y sanitarios importantes.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos de dicho Proyecto son los siguientes:
-Informar a la población que acude a trabajar de su derecho a asistencia sanitaria, pero solicitando su Tarjeta Sanitaria correspondiente de forma reglada y con sus documentos identificativos correspondientes.
-Solicitar la ayuda para la difusión de dicha información al Consejo de Salud, Entidades Sociales y Mesa de Campaña.
-Difundir información y solicitar colaboración a las organizaciones empresariales, asociaciones de empresarios y a empresas agrícolas que gestionan contratos laborales.
-Diseñar en colaboración con la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios un Documento de Recogida de datos básicos y accesibles para el temporero, con el fin de que pueda darse de alta como “Desplazado Temporal” en nuestro Sistema Sanitario.
-Facilitar dicha gestión desde Unidad de Admisión del Centro de Salud de La Almunia.
-Atención Sanitaria de calidad con pacientes activos en el sistema informático del SALUD.
-Registro adecuado de las atenciones sanitarias con el objetivo de solicitar apoyo Médico, Enfermero y Administrativo a la Dirección de Atención Primara, justificado por la sobrecarga de demanda asistencial.

MÉTODO
Reuniones del Consejo de Salud Trimestrales.
Reunión informativa inicial con Empresarios y Entidades colaboradoras el 14 de mayo 2018.
Reunión de "Mesa de Campaña" al comienzo de campaña y al final.
Reunión con Mediadores y Personal de Duchas y Trabajadoras Sociales.
Cartelería Informativa en español, inglés, rumano y árabe.
Comunicación desde el FORO DE LA INMIGRACIÓN.

INDICADORES
Indicadores a medir:
Tramitación de tarjeta sanitaria desde Servicio de Admisión del C.S. de La Almunia durante los meses de Campaña (mayo a octubre).

DURACIÓN
Fecha de inicio en Mayo 2018 hasta Octubre de 2018.
Reuniones previas informativas en Consejo de salud.
Reuniones con Entidades Sociales durante estos meses.
Reuniones de "Mesa de Campaña"
Reuniones evaluadoras del Proyecto tras finalizar Campaña durante los meses de octubre y noviembre

OBSERVACIONES
Somos conscientes de que el proceso es largo, y de la necesidad de la colaboración desde todos los ámbitos, ya que es un Proyecto Transversal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0813

1. TÍTULO

CAMPAÑA 2018 DEL TEMPORERO EN LA COMARCA DEL VALDEJALON. GESTION DE TARJETA SANITARIA Y ATENCION SANITARIA AL TEMPORERO, COMO PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA BLESA RAMIREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRAVO ANDRES RAQUEL
COMPES LORENTE ALBERTO
ESCRIBANO PARDO DANIEL
BADESA MONREAL MARIA JOSE
GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Presentación al EAP del Proyecto de Mejora en la Atención y Seguimiento del paciente con Insuficiencia Cardiaca.

2.- Reparto de los listados con los pacientes identificados con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca a cada CIAS.

3.- Sesión Clínica : Insuficiencia Cardiaca. Abordaje en Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido al procedimiento de movilidad voluntaria de médicos de Atención Primaria no se ha llegado a cuantificar el impacto del proyecto, en cuanto a:

1.- Mejorar las actividades preventivas en la Insuficiencia Cardiaca.

2.- Reducción del uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios y de los ingresos en pacientes con Insuficiencia Cardiaca descompensada.

3.- Aumentar la cobertura de Vacunación antigripal y antineumocócica, como 1ª medida de prevención primaria.

4.- Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa.

5.- Adecuar el tratamiento farmacológico en Insuficiencia Cardiaca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Proyecto de Mejora en su primera fase ha promovido una actualización en el diagnóstico y manejo de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca, tanto por parte de los profesionales médicos, como de enfermería, para lograr una mejora en nuestra práctica clínica.

Se ha informado al equipo de los indicadores de seguimiento, por los que será evaluado su trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/899 ========== ***

Nº de registro: 0899

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Autores:
BLESA RAMIREZ MARIA, BRAVO ANDRES RAQUEL, COMPES LORENTE ALBERTO, ESCRIBANO PARDO DANIEL, BADESA MONREAL MARIA JOSE, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Insuficiencia Cardiaca (IC) es una patología crónica con una incidencia y prevalencia crecientes, que constituye un problema de salud pública, debido a:
- La IC es la 4º causa de muerte cardiovascular en España. Ocasiona el 10% de los fallecimientos por causa circulatoria en varones y el 16% en mujeres. En España mueren más de 17.000 personas al año por IC.
- Prevalencia global en España: 4,7 – 6,8%, que aumenta exponencialmente a partir de los 75 años, llegando a afectar al 16% de la población (estudio PRICE)
- Representa el 3 -5% de los ingresos hospitalarios y es la 1ª causa de hospitalización en mayores de 65 años. Aproximadamente un 2 – 3 % del total del gasto sanitario se destina a la IC, y el 75% del gasto sanitario que genera esta enfermedad, se debe a los ingresos hospitalarios.
- La IC es una enfermedad de mal pronóstico, con una tasa de supervivencia inferior a la de algunos cánceres (mama, próstata).
- Ocasiona una baja calidad de vida debido a la sintomatología, los frecuentes reingresos y los efectos secundarios de los fármacos.

La dificultad en el diagnóstico en fases muy iniciales de IC, cuando el paciente tiene síntomas muy poco específicos es un reto para Atención Primaria, y esto provoca que habitualmente se controle y trate sólo a los pacientes sintomáticos, para los que el pronóstico es malo.
El abordaje actual de esta enfermedad se centra en la prevención y el diagnóstico precoz, ya que sólo en fases preclínicas o iniciales podemos llegar a modificar la historia natural de la enfermedad.
La estrategia inicial se basa en : incidir en los factores de riesgo de la IC (HTA, Hipertrofia ventrículo izdo., Diabetes Mellitus, Cardiopatía isquémica), e identificar individuos que sufren la enfermedad en fases iniciales.
El tratamiento debe individualizarse y requiere una revisión periódica donde se ajusten los objetivos específicos, así como asesoramiento sobre el modo de vida (educación sanitaria)

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Mejorar las actividades preventivas en la IC.
2.- Reducción del uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios y de los ingresos en pacientes con IC descompensada.
3.- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como 1ª medida de prevención primaria.
4.- Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa.
5.- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.

MÉTODO
1.- Cambios en la práctica clínica: implementación de Guias de Prática Clínica (GPC), vía clínica.
2.- Plan de formación en IC: sesiones EAP, sesiones de gestión de casos.
3.- Evaluación: diseño de plantilla cuidados IC, trabajo grupo IC: listados, indicadores de seguimiento.
4.- Comunicación del desarrollo del Proyecto: reunión EAP.

INDICADORES
1.- Mejora actividades preventivas en IC: Actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en contexto de IC.
2.- Reducción uso urgente servicios sanitarios del hospital:
Nº ingresos urgentes por descompensación de IC / Nº ingresos urgentes por descompensación de IC en el año anterior. (objetivo: ?2%)
3.- Potenciación cuidados en IC:
Nº de pacientes con IC en los que consta vacunación antigripal y antineumocócica. (objetivo: ?10% en vacunación antigripal y ?5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior).
4.- % de pacientes con IC enlos que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, TA) (objetivo: medición situación de partida)
5.- Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con IC a los que se ha hecho revisión del tratamiento. (objetivo > 50%)
6.- % pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)
7.- % de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. (objetivo: medición situación de partida)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0899

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1.- Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/ vía clínica.
2.- Elaboración plantilla autocuidados (mayo-noviembre 2.018)
3.- Formación: Sesiones EAP/ Sesiones Gestión de casos (mayo- diciembre 2.018)
4.- Evaluación: desarrollo del diseño plantilla, sesiones de trabajo, listados, indicadores (junio-diciembre2.018)
5.- Comunicación: reuniones de Equipo en todo el período del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0911

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO LAFUENTE LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LISON SILVESTRE
GALLEL URGEL MARIA MERCEDES
PUERTAS ERAUSO PAULA
CONTE GALVEZ MARIA MARTA
SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
MAGAÑA JULIAN ELENA
BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1.- Durante el año 2018 se ha consensuado un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y existe el registro documental de las revisiones mensuales realizadas, indicando las existencias y la fecha de caducidad de cada producto. Existe una plantilla de elaboración propia por el grupo de mejora para el registro.
5.2.- Existe un procedimiento para la asignación de casos
en atención urgente en el centro de salud de La Almunia contenplando las soluciones que garanticen las asistencia en caso de que el paciente no esté asignado a nuestra zona básica de salud o que esté ausente su profesional asignado.
5.3.- Durante el año 2018 se han impulsado las actividades de autoformación, en forma de sesiones clínicas y talleres, en el EAP La Almunia en el área de la atención urgente estrahospitalaria.
5.4.- Hemos situado en lugares estratégicos del área de urgencias, documentos gráficos, algoritmos, sobre la atención de la patología urgente.
5.5.- Se han impulsado medidas organizativas del área de urgencias del Centro de Salud, orientadas a mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1.- En relación con la actividad 5.1.- Existe registro documental de las revisiones mensuales realizadas, con indicación expresa de las existencias y fecha de caducidad de cada producto, durante los 12 meses del año. Se ha alcanzado el 100% del objetivo del indicador propuesto.
Los registros no se adjuntan en esta memoria pero están disponibles en el centro de salud para ulteriores auditorias.

6.2.- Existe un documento explícito en el área de Admisión del centro de salud con las indicaciones organizativas orientadas a garantizar la asistencia urgente a cualquier paciente que lo requiera en todas la condiciones ordinarias o extraordinarias contempladas. Igualmente el procedimiento de localización al profesional indicado en el caso de que la demanda urgente se solicite en cualquier población de la zona básica de salud, diferente de la localidad de La Almunia. Objetivo cumplido: Sí

6.3.- Actividades de autoformación en el área de la atención urgente extrahospitalaria, desarrolladas durante el año 2018. De todas estas actividades existe acta firmada por los asistentes y la mayor parte de las sesiones se encuentran a disposición de todos los profesionales en una plataforma on-line utilizada por los profesionales del EAP de La Almunia. Más del 90% % de los miembros del EAP ha participado en alguna de las sesiones y el 80% lo ha hecho de forma regular en todas ellas. Se enumeran a continuación
1.-13-02-2018:_ Control de síntomas en la agonía. Facilitar la continuidad asistencial. Mª Pilar Ruiz Bueno y Mª Luisa Aznar. (ESAD sector Zaragoza III)
2.- 03-04-2018:_ Mutilación genital femenina. Protocolo de prevención y actuación. (Trabajadora social de Medicos del Mundo de Aragón)
3.- 12-04-2018:_ Salud Mental: Agitación / Delirium en paciente anciano. Alberto Compes Lorente.
4.- 17-04-2018:_ Tratamiento del dolor neuropático: Qutenza. Daniel Escribano Pardo.
5.- 10-05-2018:_ Violencia de género. Belen Abengochea Cotaina y Gema López Monteagudo.
6.- 20-09-18:_ Ictus agudo/ AIT. Diagnóstico y manejo en Atención Primaria. María Blesa Ramírez.
7.- 27-09-18: Insuficiencia cardiaca. Abordaje en Atención Primaria. María Blesa Ramírez.
8.- 18-10-18:_ Electrocardiografía práctica en Atención Primaria. Belen Abengochea Cotaina.
9.- 15-11-18: _ Aspectos legales de la atención al paciente detenido. Maria José Lapuente.
10.- 29-11-18:_ Atención al Detenido, Parte de Lesiones. Alfredo Cañizo. (Sargento Guardia Civil de La Almunia de Doña Godina.)
11.- 7-2-19: Manejo del Sock anafiláctico en urgencias.
12.- 7-2-19: Presentación Memoria del Programa de Mejora “Atención integral urgente extrahospitalaria en el Centro de Salud de La Almunia de Dña Godina”, incluido en el Acuerdo de Gestión 2018.
Se considera objetivo cumplido al 100%

6.4.- Hemos situado en lugares estratégicos del área de urgencias, documentos gráficos, algoritmos, sobre la atención de la patología urgente:
- Algoritmo de SVA adulto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0911

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

- Instrucciones de Desfibrilación Externa Automática
- Algoritmo SVB y SVA pediátrico
- Código Ictus
- Código Infarto

Objetivo cumplido 100%
La presencia de estos documentos se puede constatar presencialmente en la sala de urgencias o en la memoria con el resto de documentación, actas e imágenes que se ha elaborado y se conserva en el centro de salud para evaluaciones externas por parte de la Direccion de AP del Sector.

6.5.- Se han impulsado medidas organizativas del área de urgencias del Centro de Salud, orientadas a mejorar la gestión de la sala de urgencias. A lo largo del año 2018 la Dirección de Atención Primaria del Sector III ha podido atender la petición de años anteriores del EAP de La Almunia de disponer un carro de paro en el área de urgencias, circunstancia que ha permitido una óptima organización de todo el material y fármacos necesarios para la atención urgente vital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora considera satisfactorios los resultados obtenidos en este proyecto, destacando el impacto que la adecuada organización de la atencion urgente puede tener en la salud de la población atendida. Retrasos en la asistencia, ausencia de disponibilidad del material necesario o inadecuada capacitación de los profesionales podrían ser nefastos en el resultado de la atención prestada.
Desde el equipo de mejora se ha trasladado al resto del EAP la importancia de mantener estas lineas de trabajo aunque no exista un proyecto específico de mejora, la necesidad de incluir las prácticas de este proyecto en la actividad habitual del Equipo y así se ha consensuado en todos sus aspectos. Es voluntad del Equipo continuar con la revisiòn periódica documentada del carro de paro y con las actividades de autoformación. Con objeto de facilitar la identificación de las necesidades que puedan ir surgiendo, se ha ubicado en el área de urgencias un espacio físico para que todos los profesionales puedan registrar cualquier incidencia que detecten y/o sugerencia de mejora. Los miembros de este proyecto que continuan en el EAP, junto con los responsables del EAP, continuarán trabajando en el mantenimiento de los logros obtenidos aunque no se incluyera en futuros ACGC, convencidos de la importancia que la atención urgente extrahospitalaria tiene en nuestro entorno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/911 ========== ***

Nº de registro: 0911

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

Autores:
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO, GARCIA LISON SILVESTRE, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES, PUERTAS ERAUSO PAULA, CONTE GALVEZ MARIA MARTA, SAN MIGUEL HERNANDEZ MARIA CONSUELO, MAGAÑA JULIAN ELENA, BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologia Urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.
Razones:
- Variabilidad en los criterios de atención urgente
- Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
- Dificultad para una adecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0911

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

- Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
- Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS
- Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
- Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
- Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
- Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
- Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
- Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
- Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
- Promover la autoformación en atención urgente en el centro de salud de La Almunia mediante sesiones clínicas de aspectos clínicos y organizativos de la atención urgente.
- Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
- Promover actividades dirigidas a la población para un uso adecuado del servicio de urgencias del Centro de Salud de La Almunia, informando a Consejo de Salud y Asociaciones de vecinos.

INDICADORES
- Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro.
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%

- Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del EAP La Almunia
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
- Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
Desde la presentación del presente proyecto, 27de mayo, hasta diciembre de 2018, no obstante por las características de este proyecto esta prevista su continuidad hasta el desarrollo total, requiriendo una actualización constante para ir adoptando las medidas que den respuesta a las necesidades que vayan surgiendo en el futuro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0960

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LAPUENTE ARRUEBO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MELUS GUTIERREZ ANGEL
SANMIGUEL HERNANDEZ CONSUELO
BADESA MONREAL MARIA JOSE
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA
RIVERO SANZ OLGA
GARCIA MALLA FRANCISCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se ha mantenido y reforzado grupos establecidos con apoyo sanitario
se ha buscado apoyo en tecnicos deportivos en algunas localidades
se ha cambiado horario dependiendo de la climatologia
en grupos donde no habia apoyo sanitario, se ha incluido
se ha motivado por parte del personal sanitario en las consultas a la poblacion

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
hay grupos de paseo establecidos en als 5 localidades
el numero de aprticipantes medio oscilo en 10 aproximadamente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
la irregularidad de algun grupo se basa en problemas tan sensillos como el cambio de hora o dia
el apoyo sanitario es importante a la hora de iniciar la actividad, y mantenerla
el consejo sanitario en las consultas es fundamental

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/960 ========== ***

Nº de registro: 0960

Título
ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

Autores:
LAPUENTE ARRUEBO MARIA JOSE, TIRADO AZNAR MARTA, MELUS GUTIERREZ ANGEL, SANMIGUEL HERNANDEZ CONSUELO, BADESA MONREAL MARIA JOSE, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, RIVERO SANZ OLGA, GARCIA MALLO FRANCISCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes con factores de riesgo cardiovascular y sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: modificacion del estilo de vida

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La inactividad física es uno de los mayores condicionantes para la salud El sedentarismo se asocia con diversidad de indicadores negativos de salud: el aumento de la mortalidad y mayor riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares
El ejercicio cardiosaludable mas accesible y facil para todos es caminar.Caminar al menos 30 minutos diarios reduce el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares hasta en un 27% Lo más importante con la actividad física es la constancia, que perdure en el tiempo, así podremos visualizar a través del paso de los días el resultado de nuestro esfuerzo, y obtener a parte de un físico y peso deseado, una salud en estado óptimo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0960

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CON EJERCICIO CARDIOSALUDABLE

RESULTADOS ESPERADOS
iniciar y o continuar una rutina en la poblacion sedentaria del centro de salud de la almunia, para que realice una actividad fisica de intensidad acorde con cada persona y con su edad que se realice diariamente, o casi todos los días, con una duración mínima de 30 minutos.

MÉTODO
se han iniciado paseos en la almunia, alpartir, almonacid y ricla, con un dia y horario concretosemanales En esta etapa se trata de
- fortalecer los grupos existentes y animarlos en su continuidad
- analizar la irregularidad de algunos grupos ver causas y soluciones
- buscar apoyos externos para mantener continuidad (consejo salud, tecnicos deporte de la comarca...)
participacion activa del personal sanitario para motivar a los pacientes

INDICADORES
- existencia de paseos en los 5 lugares previstos con perioricidad semanal
- numero de poarticipantes-

DURACIÓN
duracion anual, teniendo en cuenta que puede haber una pausa en el periodo estival, y comienzo en los lugares donde no existen dePerioricidad de septiembre a junio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0999

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y /O EMERGENCIA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA LORENTE HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABENGOCHEA COTAINA BELEN
COMPES LORENTE ALBERTO
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA
MANJON LLORENTE GEMA
BRAVO ANDRES RAQUEL
RUIZ GUTIERREZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Charla taller con practicas de Primeros Auxilios

Se realizo en Octubre (al comienzo del curso con intención de abarcar al mayor numero de profesores)
Lugar Colegio Publico Nertobriga de La Almunia de Doña Godina
Dirigida a profesorado
Ponentes: Cristina Vera (pediatra)
M José Lapuente (Medico de familia)
Se contó con la colaboración de un bombero

2 -Charla sesión " Reanimación Cardio Pulmonar"

Fecha 28/03/2018
Lugar Instituto Cabañas de La Almunia de Doña Godina
Dirigido a profesorado
Ponentes : Daniel Escribano (Medico de Familia)
Belen Abengoechea (Pediatra)

3- Charla /Taller con practicas de " Urgencias :Des obstrucción vía aérea, posición lateral de seguridad RCP y 112"

Fecha 21/03/2018
Lugar Colegio Publico Arzobispo Domenech de Almonacid de la Sierra
Dirigido :Alumnos de primaria divididos en dos grupos
de 6 a 8 años
de 9 a 11 años

Ponentes : Alberto Compes (Medico de Familia)
Ana Lorente (Enfermera de Atención Primaria)

El proyecto surge de la demanda de un taller de urgencias en el ámbito escolar por parte de una unidad educativa de la zona Se decidió intentar abarcar más unidades de diferentes poblaciones
poniéndonos en contacto con los directores/as de los colegios/ institutos de las poblaciones abarcadas por los profesionales que van a impartir las sesiones (posteriormente se vera la posibilidad de llegar a otros centros)

En cuanto a los materiales utilizados en las diferentes sesiones fueron:
En las dirigidas a profesorado se utilizaron power point
En las dirigidas a población escolar se utilizaron muñecos de peluche en menores de 9 años
y muñeco de rcp en mayores de 9 años

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a los resultados, se pasaron encuestas cualitativas en las sesiones dirigidas a profesorado siendo su valoración bastante positiva
En las dirigidas a alumnos las valoro a los profesores que estuvieron presentes siendo también muy positiva
En ambos casos demandaron mas sesiones para posteriores cursos

Se mostraron interesados en formación/ información sobre :
Actuación ante ataques epilépticos
Mejora del uso de botiquín disponible
Manejo de herida y quemaduras
Picaduras
Actuación ante un sincope

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0999

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y /O EMERGENCIA

Manejo de diabetes glucometros e hipoglucemias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo considera muy positiva mente la implantación de estos talleres a los que se va a dar continuidad durante este curso
Teniendo previstos diferentes talleres durante los meses de abril y mayo en distintos colegios de la zona basica de salud y dirigidos tanto a profesorado como alumnos
Alguno de estos talleres van a ir dirigidos:
Higiene en edad escolar, salud buco dental y alimentación saludable
Primeros auxilios RCP posicion lateral de seguridad, convulsiones etc

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/999 ========== ***

Nº de registro: 0999

Título
TALLERES EN EL INSTITUTO Y / O ESCUELA : ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA

Autores:
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, ABENGOCHEA COTAINA BELEN, ESCRIBANO PARDO DANIEL, COMPES LORENTE ALBERTO, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA, MANJON LLORENTE GEMA, BRAVO ANDRES RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejorar conocimiento de la poblacion

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La iniciativa surge ante la inquietud manifestada por medio de los Consejos de Salud y del profesorado de algunos centros educativos de la ZBS, en los que se nos solicita la posibilidad de dar algún tipo de formación o de pautas de actuación ante situaciones de emergencia o de urgencia que puedan surgir en los mismos centros
Consideramos que es factible y necesario que se adquiera ese conocimiento se decide que se darán charlas/talleres prácticos diferenciando Educadores y Alumnos (estos últimos también en grupos dependiendo de la edad)

RESULTADOS ESPERADOS
-Los educadores saldrán de la charla/taller/ sesión Conociendo :
* Teléfono de emergencias 112
* Posición lateral de seguridad
* RCP básica
* Como actuar ante un atraganta miento Maniobra de Heimlich
-Los alumnos dependiendo de la edad el taller se impartirá de forma distinta(no es lo mismo 5 años que 11) pero todos saldrán conociendo:
*Teléfono de Emergencias 112 y la dirección de su domicilio (cuando se esta nervioso se olvidan cosas)Usaremos en caso de niños dibujo o triptico que colocaran en un lugar visible (puerta de casa, al lado del teléfono o nevera)
*Que hacer y que no hacer ante un atraganta miento
* Posición Lateral de Seguridad

MÉTODO
- Charlas y talleres en la escuela / instituto dirigidos a educadores (precisaremos muñeco para realizar practica de RCP, Hemlich y PLS
-Charlas y talleres en la escuela para alumnos diferenciando por edades en los mayores sera muy similar a los adultos En niños pequeños :
* harán un dibujo con plantilla para recortar y colorear en el que pondrán su dirección y teléfono de emergencias y lo colocaran en un lugar accesible y visible (teléfono, nevera, puerta de casa)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0999

1. TÍTULO

TALLERES EN EL INSTITUTO Y/O ESCUELA: ACTUACION ANTE SITUACIONES DE URGENCIA Y /O EMERGENCIA

INDICADORES
-Encuesta cualitativa al finalizar la sesión a los educadores y alumnos mayores la encuesta tendrá un apartado para que nos escriban otros posibles temas de su interés
- En los niños valoraremos después del taller su actitud y respuesta ante los temas tratados

DURACIÓN
Durante el curso escolar,que se podra repetir ciclicamente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1444

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BELEN ABENGOCHEA COTAINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Localidad ..... LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MONTEAGUDO GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS
La comunidad de Aragón ha acogido a 709 refugiados desde el 2015 hasta el 31 de diciembre del 2017
En las instalaciones de Accem en la Almunia de Doña Godina se atiende a un grupo de 35 refugiados que llegaron en diciembre del 2017 y proceden de Siria, el Salvador, Ucrania y Venezuela .
Desde la consulta de Pediatría surge la necesidad de unificar las acciones sanitarias llevadas a cabo con estos niños refugiados, siguiendo el protocolo de Atención a los niños y niñas inmigrantes . PANNI . Revisión del 2016 . Realizado por el Grupo de Inmigración y Adopción de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria .
Descripción de nuestros niños refugiados .
Agrupados por familias : dos Venezolanos,dos de Salvador y once Sirios agrupados en 4 familias .
A todos ellos se les realizó una entrevista con interprete donde se les acoge, se realiza una anamnesis detallada y se escucha de forma activa sus inquietudes o problemas familiares .
Posteriormente se realiza una exploración fisica completa siguiendo el Programa de OMI de APdel niño sano .
Se realiza el protocolo y se solicita analítica complementaria .que incluye un hemograma, metabolismo del hierro, Vit D 3, Ac Fólico, Vit B 12,estudio tiroideo, serologias si fueran precisas para conocer su estado vacunal que incluye Hepatitits B, Sarampion, Rubeola ,Parotiditis, Varicela Zoster, estas se han ampliado a Hepatitis A, Hepatitis C, Lues, VIH y Hepatitis C . También se ha realizado P de Tuberculina .
Coprocultivo de parasitos y sedimento de orina .
Se realizan actividades Preventivas : actualización de sus calendarios vacunales, profilaxis de ferropenia, profilaxis de raquitismo por déficit de vit D 3, profilaxis de déficits nutricionales, profilaxis de mutilación genital femenina según país de origen
Si es necesario se deriva a especialistas
Se supervisa posteriormente su integración en la comunidad de acogida .
Recursos empleados humanos :interpretes, trabajadores sociales, personal sanitario
Recursos materiales para realizar analiticas,P de tuberculina, vacunas,tallímetro, peso, aparato de T arterial, optotipos, podoscopio,audiometria, radiodiagnostico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS ALCANZADOS

Necesidad de interpretes en 74%
Aclaración ;los Sudamericanos no necesitaban interpretes

,Indicador %de niños que han necesitado calendario acelerado de vacunas :66 %

Indicador % de niños con algún deficit analitico tratado, : 66,66%, a los cuales se les puso tratamiento .Se buscaba mas de un 50 % como indicador de calidad
Dé ficits encontrados :Anemia microcítica 1,
Déficit de Vit B 12 con factor intrínseco normal, :7
Déficit de Vit D 3; 9
Indicador % de niños con P Tuberculínica Positiva y tratamiento adecuado : 100%

No se realizo la PP D a los niños Sudamericanos : 4
El resto de niños se realizo la PPD :11 niños
Uno tuvo PPD positivo con RX torax ; informado de tuberculosis pulmonar con afectación adenopática. .Se instauró tratamiento administrado desde el C de Salud para mayor seguimiento del mismo y fue dado de alta . El seguimiento posterior localizo a sujeto indice su padre al cual también se pudo tratar de Tuberculosis Pulmonar . Creemos importante realizar PPD en la acogida de niños refugiados .
% de niños donde se realiza una inteconsulta médica y se dió respuesta a esta interconsulta : 88%.
De los 15 niños en 4 de ellos no se realizó ninguna interconsulta
Del resto,el total de interconsultas realizadas fueron 18 y se respondieron a16 es decir un 88 %.
Se buscaba un 40 % como indicador de calidad .
De ellas por subespecialidades se realizaron:

Ic a Oftalmología :5, se detectaron estrabismo, miopía, hipermetropía y astigmatismo
Ic a Dentista :3 se realizó sellado de molares y obturación caries

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1444

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Ic a Endocrino : 2 por Hipertrofia de clítoris y Pubertad adelantada
Ic a Trauma : 1 Escoliosis y dismetría de EEII
Ic a Infecciosos: 1 Sospecha y tratamiento de Tuberculosis pulmonar
Ic a Digestivo :1 por bajo peso
Ic a Dermatologia :1 Verrugas y dermatitis
Ic a Psiquiatra, Neuropediatra, A . Temprana y Otorrinolaringologo : por sospecha de espectro autista

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos ha gustado mucho trabajar con los niños refugiados en colaboración con los interpretes cuando ha sido necesario y con el resto de compañeros de medicina de familia . El cronograma lo tuvimos que modificar para ordenar a los niños, se realizaba un estudio inicial, si se precisaba se solicitaba entonces la analitica, posteriormente se ponia el tratamiento y posteriormente pasados 3-4 meses nueva analitica de control si fuera preciso .
las familias se han sentido acogidas y cuidadas .Los cuatro niños sudamericanos se marcharon a vivir a otra zona donde encontraron trabajo

7. OBSERVACIONES.
Es mucho mas ordenado realizar esto desde la consulta de pediatria, si se detecta algun problema se comenta con sus padres y con sus respectivos Médicos de Familia .Los resultados han sido realmente buenos gracias a la colaboración de todos incluyendo a los diferentes especialistas hospitalarios .

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1444 ========== ***

Nº de registro: 1444

Título
PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Autores:
ABENGOCHEA COTAINA BELEN, LOPEZ MONTEAGUDO GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Aragón ha acogido a 709 refugiados desde el 2015 hasta 31 de diciembre del 2017 .
El Gobierno de Aragón coordina este programa puesto en marcha por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, gestionado por diferentes entidades colaboradoras subvencionadas por el Gobierno Central : Cruz Roja, Cepaim, Accem, Apip, Acam y Diaconia .
En las instalaciones que Accem tiene en la Almunia de Doña Godina se atiende a un grupo de 35 refugiados que llegaron en Diciembre 2017 y proceden de Siria, El Salvador, Ucrania y Venezuela .
Se trata de un primer grupo recién llegado,que ha sido acogido en el medio rural .
El Gobierno de Aragón pone a su disposición todos los servicios que requieran ya sean educativos, sociales, sanitarios …
Desde la consulta de Pediatría, hemos visto la necesidad de unificar las acciones sanitarias llevadas a cabo en estos niños refugiados siguiendo el Protocolo de Actualización de la Atención de niños y niñas inmigrantes . PANNI, realizado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria .Revisión 2016
Esto nos ayudará a conocer mejor a nuestros niños refugiados, saber cuales son sus necesidades reales y qué puntos de mejora pueden tener dentro de nuestro Sistema Sanitario

RESULTADOS ESPERADOS
Población de niños refugiados atendidos en nuestro Centro de Salud de la Almunia desde 1 Enero del 2018 a 31 de Diciembre del 2018 .

- Acogida y anamnesis individual .
- Aplicación del Protocolo PANNI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1444

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ACOGIDA DE NIÑOS REFUGIADOS EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

- Actualización del Calendario Vacunal.
- Mejora de su situación actual

MÉTODO
- Actualización teórica del Programa PANNI.
- Realización de una anamnesis con ayuda de interpretación telefónica o un acompañante intérprete de la propia ONG.
- Exploración física completa .
- Registro de vacunas
- Solicitud de analíticas precisas .
- Realización de P de Mantoux si fuera necesario
- Interpretación de resultados .
- Mejora de su estado de salud

INDICADORES
% de niños a los cuales se les ha realizado una anamnesis completa siendo necesaria un mediador o una interpretación telefónica del total de niños refugiados .Buscar el 95%
% de niños que han necesitado un calendario vacunal acelerado sobre el total de niños refugiados atendidos .
% de niños con algún deficit analítico tratado del total de niños refugiados .Buscar mas de un 50%como indicador de calidad
% de niños con P Tuberculinica positiva y tratamiento adecuado.
% de niños que hemos realizado una interconsulta médica y se ha dado respuesta a esta interconsulta Buscar un 40 % como indicador de calidad

DURACIÓN
De enero del 2018 a diciembre del 2018 se recogera el listado de todos los niños refugiados en C S de la Almunia y se realizara:
1- Anamnesis, Protocolo Panni, actualizacion de Calendario vacunal .
2- Control a los 6 meses, evaluacion de indicadores
3- Control a los 12 m, resultados finales

OBSERVACIONES
-En función de país de origen del niño refugiado el estudio inicial podría variar .
-Dispondriamos de un mapa de necesidades de estos niños refugiados según su pais de origen, intentando solventarlas adaptandolos progresivamente a nuestro sistema sanitario .
-Algun niño podria perder algún control si es derivado a otra zona de acogimiento .

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0105

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA YOLANDA CARA GRANADOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROSEL MOYANO VERONICA
HIGUERAS SANJUAN PAULA
MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
SANTAMARIA PEREZ DEL BURGO MARIA EUGENIA
VIDAL CIRAC ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Comunicación de los resultados obtenidos en junio de 2016 a todos los implicados en el proyecto.

2.- Sesión en Octubre de 2016 del proyecto con los cambios introducidos en el mismo respecto del año 2015, tanto el objetivo a alcanzar como los datos fallidos, así como la no implicación del servicio de admisión.

3.- Contacto con los miembros del equipo en Noviembre 2016, refuerzo de la actividad de enfermería. Con papel destacado y primordial en la captación de los datos no registrados. Implicación más activa de los pediatras.

4.- Enero de 2017. Comunicación del nuevo calendario vacunal a todos los implicados en le proyecto.

5.- Marzo 2017. Cambio de miembros del proyecto a causa de los nuevos traslados.
Desaparecen del proyecto Paula Higueras Sanjuan y Eva M Jimenez Perez.
Se incorporan Luis Carlos Elviro Mayoral y Mónica Marco Olloqui . Comunicación a los nuevos miembros del proyecto de los registros a considerar y evaluar .

6.- Análisis de los datos en Mayo 2017.

7.- Comunicación de resultados Junio 2017.
Junio 2017. Comunicación de resultados a los implicados en el proyecto y felicitacion a cada uno de los componentes .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos obtenidos por cupos, analizados en mayo de 2017. Son lo siguientes :

CIAS 1004200201F:
TIS a abril de 2017= 1476. Muestra analizada n=42.
De los cuales población de dos años o menos 17 pacientes con un registro correcto del 100% frente al 78,57% del año precedente . 0% de registros incorrectos.
En este cupo se observa una mejora de los registro gracias a un registro intensamente activo.
De los niños mayores de dos años con 25 niños, el registro del 88 % correcto frenta al 50% del año pasado y el 12% mal registrado. Estos datos ponen de manifiesto el registro activo realizado desde hace tres años que se evidencia en la mejora de los datos en este grupo etario al cumplir años.

CIAS 1004200202P:
TIS a abril de 2017 = 1.267 Muestra analizada n=40.
De los cuales población de dos años o menos 20 pacientes con un registro correcto del 95% frente al 63,63 e incorrecto 5%. Los datos obtenidos son muy buenos respecto a los del año pasado con una mejoría espectacular.
En niños mayores con 20 pacientes registrados tenemos un registro correcto en el 85% frente a un 44,44% del año pasado y mal registrado este año un 15%. Mejoría espectacular a los datos del año pasado.

CIAS 1004200203D:
TIS a abril de 2017= 1037. Muestra analizada n= 42 pacientes . De los cuales población de dos años o menos 15 pacientes con un registro correcto del 93% frente al 53% del año precedente el 7% mal registrado frente el 47% del año anterior. La causa del mal registro es que el paciente mal registrado se habia cambiado de zona recientemente .
En cuanto a los mayores, la muestra que tenemos es del 27. De los cuales 74% bien vacunados frente al 28% que lo estaban el año pasado. Encontramos un 26% mal registrados.

CIAS 1004200204X
TIS a abril de 2017 = 1172
Muestra analizada n= 43 pacientes . De los cuales población de dos años o menos 22 pacientes con un registro correcto del 90,9% frente al 63,15% le falta el registro de la hepatitis neonatal .Mal registrados el 9.1%
En cuanto a los mayores, la muestra que tenemos es de 21. De los cuales el 71% están correctamente registrados frente al 23,8% del año pasado. Mal registrados el 29%La mayoría de ellos sin clicado y sin registro de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0105

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Hepatitis neonatal.
Entre las causas de la mejoras extraordinarias en los registros. Hay que agradecer el extraordinario esfuerzo del registro por parte de enfermería. Con una captación activa importante. En los datos de este año también vemos la importante mejoría en el registro de los pacientes mayores de dos años, evidenciando el trabajo de dos años realizados en los pacientes pequeños y que han cambiado de grupo etario de los registros .
El estudio global de todos los cupos expresa los siguientes resultados.:
Muestra analizada en Mayo 2017.
Grupo menores de dos años. N= 74. Con un registro correcto en 70 pacientes, lo que supone un porcentaje de registro adecuado en el 94,5% de los pacientes. Mal registrados 4 pacientes lo que supone un 5,5%. Estos datos nos llevan a conseguir el objetivo propuesto en nuestro proyecto.
En cuanto a los mayores de dos años N= 93. En este grupo el registro correcto es de 74 pacientes, lo que supone un 79,5% de pacientes, los mal registrado son 19 pacientes lo que supone un 20,4%. las causas detectadas en este grupo mayoritariamente son, la fata de registro de la HB neonatal, algunos no tienen datos por no pasar las revisiones en nuestras consultas ni las vacunas y en los mas mayores, básicamente tiene los registros a partir de los 6 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como objetivo del presente proyecto nos propusimos alcanzar un registro óptimo en vacunas.
Decidimos fusionar los dos indicadores en uno solo (Correcto registro+ clicado).
Y hemos propuesto objetivos mas accesibles
1.- Llegar a un 90% en pacientes menores de dos años .
2.- Objetivo 75% del registro adecuado en los mayores de dos años.
Los resultados globales nos indican que hemos alcanzado los objetivos propuestos en ambos indicadores.
En el grupo de menos de dos años hemos alcanzado el 94.5% de los registros correctos frente al objetivo del 90%.
Por otra parte, en el grupo de los niños mayores, hemos alcanzado el 79.5 %, superando tambien con creces el objetivo del 75%.
Con estos resultados damos por concluido el proyecto y nos damos por satisfechos dada la labor titánica realizada por nuestro personal de enfermería y también por haber creado el hábito en nuestro personal de la revisión fehaciente del calendario vacual. Esto redunda en el beneficio personal del paciente y la satisfacción del personal sanitario que en todo momento cuenta con la historia vacunal del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/105 ========== ***

Nº de registro: 0105

Título
MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Autores:
CARA GRANADOS MARIA YOLANDA, HIGUERAS SANJUAN PAULA, JIMENEZ PEREZ EVA MARIA, ROSEL MOYANO VERONICA, SANTAMIRIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA, MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER, VIDAL CIRAC ISABEL, SANCHEZ LOPEZ MODESTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......: ACTIVIDADES PREVENTIVAS /VACUNAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0105

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

PROBLEMA
El registro vacunal adecuado en OMI, debe ser considerado como un parámetro estándar en la calidad asistencial. Sin embargo hemos detectado un deficitario nivel de registro en nuestros pacientes.
El problema surgió a raíz del análisis de los indicadores de calidad asignados en los distintos equipos de a A.P hace dos años. Este asunto creó malestar en todos los profesionales, implicados o no en la asistencia pediátrica, puesto que nuestros pacientes pasan irremediablemente a las consultas de los médicos de familia.
Tras un año activo de registros, ha mejorado en la franja de edad de más de dos años, pero no ha sido así en los menores de 2 años. En el análisis de datos de este año hemos encontrado los siguientes resultados globales.
Muestra de nuestra ZBS, n= 156 pacientes
Tenemos 70 pacientes de dos años o menos, de los cuales están correctamente 64,28% frente a un 74% de niños pequeños registrados el año anterior. Estamos con un descenso de casi 10 puntos porcentuales. Achacable este descenso por un lado a la exigencia del indicador, ya que hemos englobado para considerar correcto el registro por un lado el adecuado paso de vacunas y por otro lado el correcto clicado. La convergencia de los dos datos hace más exigente al indicador . Además, el aumento del tamaño muestral 21% mas respecto al año pasado hace que los datos sean más fiables.
Por otra parte contamos con 86 pacientes mayores de 2 años. De los cuales tenemos correctamente registrados el 36,046%, frente a 23,91% correctamente registrados en 2015. Lo que supone una mejoría de casi 13 puntos porcentuales.
Las causas atribuidas al deficiente registro son varias:
1.-La “grandeza” de nuestros cupos, ha mejorado respecto del año 2015 con la creación de un nuevo cupo y la asignación de una enfermería de pediatría exclusiva para el cupo de María de Huerva
2.- Seguimos con un importante volumen de pacientes trasladados, esto nos genera fallos en los registros y nos supone una gran sobrecarga de trabajo .
3.- Muchos de nuestros pacientes reciben atención sanitaria por dos vías (la S.S y seguros privados). Estos últimos prefieren ser vacunados en el sistema sanitario privado, lo que hace que carezcamos de dichos registros.
4.- La informatización de las historias clínicas se implantó en nuestro Centro de Salud, con el uso del OMI, en el 2008, aunque existen algunos puntuales en 2007. Generalizándose en el año 2008. Los nacidos antes de esas fecha no presentan los registros vacunales previos, situación que se está corrigiendo . Pero que precisa de mucho tiempo para poder recuperarlos .
5.- El carácter no estable del personal que trabaja en pediatría, cambios frecuentes por bajas, contratos, etc
6.- El desconocimiento de cómo se deben de llevar a cabo los registros de forma adecuada. No basta con registrar las que se ponen en un momento determinado, sino que es preciso verificar la cartilla vacunal y registrar las vacunas que no consten para mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes y además clicar en la revisión completa de las vacunas, siendo ésto acorde y veraz con el registro.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es alcanzar un registro óptimo en vacunas.
Con objetivos más realistas, hemos fusionado los dos indicadores en uno solo considerando correctamente registrado al paciente que tiene las vacunas bien transcritas y que está clicado como revisado.(Correcto registro+ clicado).
Hemos bajado las expectativas y propuesto objetivos mas accesibles
1.- Llegar a un 90% en pacientes menores de dos años .
2.- Objetivo 75% del registro adecuado en los mayores de dos años.

MÉTODO
Exposición en sesión clínica de los datos a vigilar en OMI en Octubre de 2016.
Motivación del personal y contactos periódicos con los miembros del proyecto, cada 3 meses, para seguir detectando en la historia de cada paciente los fallos, poner flashes, solicitud de cartillas a la familias para el paso manual de las vacunas, borrar erróneos y verificar los calendarios. Proceso llevado a cabo fundamentalmente por enfermería y por pediatría.

INDICADORES
Los indicadores utilizados son los porcentajes en los dos grupos etarios de población pediátrica:
1.- % de registro adecuado en menores de 2 años
2.- % de registro adecuado en mayores de 2 años .
La actividad se evaluará mediante muestreo aleatorio anual, en el mes de mayo del año 2017. El estudio descriptivo y el análisis se llevará a cabo tanto de forma diferencial en los cuatro cupos actuales como de forma global. Se comunicarán los resultados de la evaluación en junio de 2017 y se propondrán las mejoras que se estimen.

DURACIÓN
Muestreo y análisis de datos anual el mes de mayo de 2017.
Información puntual a los implicados en el proyecto por parte de la responsable en junio 2017.
Contacto cada tres meses con los miembros para reforzar los datos a vigilar y los errores detectados.
Exposición en sesión clínica de los datos a vigilar en OMI en Octubre de 2016.
La finalización la mantenemos a 1 de mayo de 2020. Si bien se verá acortada si se consiguen los objetivos antes .

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0105

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO VACUNAL DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0673

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA FUSTERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRANCO PORTERO MARINO
GARCIA MALLA FRANCISCA
MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER
AMAL AMANE ABDELOUAHED
FUNES SABIRON ANA PILAR
PASCUAL BRUMOS ISABEL
GORDO YAGÜE PIEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Solicitud de listados de pacientes en tratamiento con Antivitamina K y ACOD, al servicio de Farmacia de AP del Sector(Datos de Receta electrónica)

2.- Realización de Sesión Clínica exponiendo el proyecto a todo el equipo y entrega de listados de los pacientes a cada profesional 15-07-2017

3.-Valoracion del control de la coagulación de cada paciente según los criterios del IPT por cada profesional de los asignados a su cupo desde mayo hasta diciembre
- Extracción de datos de OMI AP
- Modificaciones de tratamiento si se ha considerado oportuno

4.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACOD

5.- Evaluación de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de sesiones clínicas de Anticoagulantes orales realizadas en el Centro de salud 1
% de personas del EAP que han asistido a las sesiones 90%
% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango en febrero 2016 36%
% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango en diciembre de 2017 31%
% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, mal controlados con situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD 39%
%de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales en febrero de 2016 32%
%de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales en diciembre de 2017 46%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha mejorado el número de pacientes en tratamiento anticoagulante con Antivitamina K bien controlados en la zona de salud en un 5%.
En la actualidad hay un 14% más de pacientes anticoagulados con ACOD, que al inicio del proyecto.
Al menos ese 19 % de pacientes ha disminuido su riesgo de padecer eventos trombóticos o hemorrágicos.
Todavía persiste un grupo de pacientes, que pese a cumplir criterios de IPT para beneficiarse de un cambio de tratamiento, dicho cambio no se les ha realizado, aunque es ostensiblemente menor que al inicio del proyecto; cuando estos resultados sean presentados en sesión clínica al EAP, se decidirá de forma conjunta si seguiremos el próximo año con su seguimiento o se da por finalizado el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/673 ========== ***

Nº de registro: 0673

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL C.S. MARIA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0673

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA

HUERVA 2016

Autores:
FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, FRANCO PORTERO MARINO, GARCIA MALLA FRANCISCA, MARTINEZ LAFUENTE FRANCISCO JAVIER, AMAL AMANE ABDELOUAHED, FUNES SABIRON ANA PILAR, PASCUAL BRUMOS ISABEL, GORDO YAGUE PIEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: SEGURIDAD CLINICA

PROBLEMA
Durante los últimos años, se han incorporado al campo de los anticoagulantes orales nuevos fármacos con un valor añadido, en determinadas circunstancias, recogidas en un Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del Ministerio de Sanidad UT/V4/23122013, que mejoran la seguridad, los circuitos asistenciales, la calidad de vida de los pacientes y en definitiva los resultados en salud.
Este cambio de paradigma en la anticoagulación necesita un abordaje centrado en el paciente, que identifique a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan los ACOD (Anticoagulantes orales de acción directa), aunque no precisan monitorización, no se relaje su seguimiento, que debe seguir siendo estrecho y realizarse de forma coordinada con las Unidades de Coagulación y el personal de enfermería de los centros; Contando en todo momento con la participación activa del paciente y estrategias de optimización de la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la seguridad clínica y la Calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

MÉTODO
1.-Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K, que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD.- Extracción de datos de OMI AP (Responsable: Grupo de mejora)- Modificaciones de tratamiento si se precisan (Responsable: el médico del paciente)2.-Identificación de pacientes en tratamiento en el momento de iniciar el proyecto con ACOD - Datos de receta electrónica proporcionados por el Servicio de Farmacia AP del Sector 3.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO-Responsable: El grupo de mejora 4.- Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros. (Responsable: Mª Victoria Fustero)5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad. (Responsable: Mª Victoria Fustero)

INDICADORES
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ADOD
-%de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
-Existencia de protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD
- Nº de sesiones clínicas de Anticiagulantes orales realizadas en el Centro de salud
- % de personas que han asistido a las sesiones-Nº de pacientes/cuidadores que asisten a la reunión formativa.

DURACIÓN
1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K. Nov. y Dic. 2016
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD Nov. y Dic.
2016
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO. Enero y febre. 2017
4. Trabajo de campo con los pacientes. de febrero a junio 2017
5. Sesiones clínicas en el EAP. Febreo y abril de 2017.
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores. Mayo
2017
6.-Evaluación de resultados. Sep. Octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0673

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1572

1. TÍTULO

ATENCION PLENA: MINDFULNESS Y RELAJACION EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GONZALEZ SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONFORTE CAMPILLO MARINA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El equipo se ha reunido en múltiples ocasiones para concretar el método de evaluación del proyecto, así como establecer las sesiones.
Las tres personas involucradas en este proyecto hemos participado en el curso "Herramientas Básicas para el manejo del malestar emocional en la consulta" donde hemos recibido información y habilidades para el manejo de estas técnicas de Atención Plena en la consulta, de manera individual y colectiva.
Se realizaron tres sesiones grupales, con personal del centro, donde se trabajó la Atención Plena y la relajación. Con buen resultado en cuanto a su acogida por parte de los participantes. Subjetivamente los participantes manifestaron bienestar, aunque no fue evaluado cuantitativamente. Se evaluó cualitativamente mediante entrevista verbal, donde se puso de manifiesto que el proyecto merecía continuar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El programa ha sido bien acogido y los participantes experimentaron cambios positivos respecto a la reducción del nivel de estrés y de pensamientos recurrentes. Subjetivamente nos relataron sensación de bienestar físico y psíquico, incluso días después de la práctica grupal.
Valoraron muy positivamente realizar la sesión a última hora de la jornada laboral, ya que eliminaron las tensiones derivadas del trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En un principio, el programa se pensó para realizar sesiones semanales pero no hemos encontrado con algunas dificultades.
La demanda asistencial, falta de espacio, cambios personales y reorganización del equipo, con incorporación de nuevos de nuevos miembros ha retrasado la puesta en marcha del programa en su totalidad.
Sin embargo, las experiencias previas de años anteriores con sesiones quincenales fueron muy positivas, aunque no se evaluaran como proyecto de calidad. Es por ello que se presentó este proyecto, aumenando las sesiones hasta hacerlas semanales a petición del personal del centro, dado el beneficio que se percibió con ellas.
En este mes se van a retomar las sesiones de manera quincenal, con nuevas ilusiones tras los conocimientos adquiridos este último año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1572 ========== ***

Nº de registro: 1572

Título
ATENCION PLENA: MILDFUTNES, RELAJACION

Autores:
GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES, MONFORTE CAMPILLO MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: .
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1572

1. TÍTULO

ATENCION PLENA: MINDFULNESS Y RELAJACION EN ATENCION PRIMARIA

Promoción de la salud en ambiente laboral
El esfuerzo, la sobrecarga y la monotonia en trabajo, genera tensiones,e induce stres que condiciona y dificulta las relaciones entre los miembros del Equipo y repercute de forma negativa en la asistencia prestada .
El problema se detecta en conversaciones con los caompañeros durante la jornada laboral y en las reuniones

RESULTADOS ESPERADOS
Va dirigido a personal sanitario yno sanitario del C.S. de Maria de Huerva
-Dotar de herramientas para aprender a relajarse, respirar bien y -Focalizar la atención al momento presente
-Disminuir ansiedades.
-Fomentar relaciones saludables y nutricias.

MÉTODO
Reunion informativa al Equipo
Sesión quincenal los martes de 14 a 15h

INDICADORES
Satisfación de los participantes : Mediante encuesta
standar: 80%de satisfación
Medir BCSQ-36 al inicio y finalización .
Medir Compasión al inicio y finalización mediante el FFMQ o similar

DURACIÓN
Informacion al Equipo : Mayo de 2017
Duraación del proyecto de junio a dicembre de 2017
Evaluación mediante encuestas estandarizadas en dicembre .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1671

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GONZALO CASAÑAL QUINTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS
LAMPLE LACASA LUIS
TORCAL POTENTE ANA MARIA
MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las acciones realizadas han sido:
-Presentación del proyecto al EAP en una reunión donde se presentó el acuerdo de gestión para 2017
Monitorización a través del cuadro de mandos de los siguientes indicadores: estatinas de menor eficiencia,
-inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia, utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
El listado de pacientes a revisar se obtiene del cuadro de mandos
Presentación de los resultados recibidos a fecha 1 de septiembre de 2016 a los miembros del EAP y los resultados del año 2017.

Para los indicadores no incluidos en el cuadro de mandos,.como la no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría, se presentó la importancia del mismo en la reunión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha objetivado un 6,64% de mejora en el indicador de selección eficiente de estatinas
Se revisaron los pacientes en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia
Se observó una mejora en la utilización de los antibióticos de elección en faringoamigdalitis en Pediatría de un 5%, alcanzando un 91,06% de adecuación
Se revisaron los pacientes menores de 14 años para no utilizar antibióticos en gastroenteritis en pediatría

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos parecería mejorar la formación en el uso de antibióticos en Atención Primaria, incluyendo tanto a los médicos titulares como a los médicos de Atención Continuada, ahora que se ha constituido el grupo PROA de Atención Primaria

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1671 ========== ***

Nº de registro: 1671

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA

Autores:
CASAÑAL QUINTANA GONZALO, MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS, LAMPLE LACASA LUIS, TORCAL POTENTE ANA MARIA, MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1671

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MARIA DE HUERVA

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO
Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia y antibióticos en faringoamigdalitis en Pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1317

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL MINGUEZA MOZAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL DOMINGO ANDRESA
PEREZ VICENTE REBECA
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dar a conocer al equipo la existencia y los principios generales de PROA.
Compromiso del equipo en trabajar para mejorar la utilizacion de los antibioticos en atencion primaria.
Sesiones clinicas para dar a conocer el antibiotico mas adecuado dependiendo de la clinica del paciente y las resistencias de nuestro medio, priorizando siempre el de espectro mas reducido.
Colocacion de carteles en el centro de salud y consultorios locales para concienciar e implicar a la poblacion.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados generales que esperabamos se han alcanzado, quedando pendiente la valoracion mediante indicadores cuantivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha estado muy receptivo quedando pendiente el trabajo de campo y la formacion continua para seguir mejorando progresivamente en la consecución de nuestro objetivo de contribuir a la disminucion de las resistencias a los antibioticos mediante el buen uso de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1317 ========== ***

Nº de registro: 1317

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

Autores:
CASAÑAL QUINTANA GONZALO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1317

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE MARIA DE HUERVA

febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.

Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).

Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.

Dar a conocer los principios generales PROA.

Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.

Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. Si/no
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. Si/no
Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. Si/no
Nº Sesiones realizadas sobre PROA-AP: 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 75%

DURACIÓN
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Mayo)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Sesiones realizadas sobre PROA Junio-Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1324

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA MARCO OLLOQUI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIDAL CIRAC ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebes.
• Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia, sus posibles problemas y la prevención de dichos problemas los primeros días de vida
• Pautas clínicas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días
• Información práctica sobre técnica de amamantamiento
• Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
• Educación para la salud materno-infantil
• Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,…) y de niños sanos
• Captación de madres donantes de leche
• Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
• Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria y consejos para el destete gradual
• Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Satisfacción percibida en las madres que participan en la actividad.
Captación de una forma precoz al recién nacido por parte de la enfermera de pediatría.
Crear un espacio donde las madres se sienten protagonistas con confianza para mostrar sus dudas, inquietudes compartiendo información y apoyo emocional y profesional para conseguir una lactancia materna feliz y exitosa.
Participación y apoyo entre las distintas madres para afianzar su confianza.
Con la información recibida por parte de las madres, reducir en cierta manera las visitas al pediatra.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Intentar captar a todas la madres primerizas desde la consulta de la matrona y/o primera visita del recien nacido.
Reflejar en el OMI del niño, la asistencia de la madre al grupo de lactancia

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1324 ========== ***

Nº de registro: 1324

Título
PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

Autores:
MARCO OLLOQUI MONICA, VIDAL CIRAC ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejoría y satisfacción en la lactancia y crianza
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La lactancia materna es considerada el método óptimo de alimentación infantil por sus ventajas nutricionales,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1324

1. TÍTULO

PROMOCION Y APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA Y CRIANZA

emocionales e inmunológicas, además de ser la forma natural de alimentar a los bebes. Por lo que, trabajar para aumentar las tasas de lactancia contribuirá a mejorar la salud materno-infantil.
Por todo esto, es por lo que desde hace 4 años nos reunimos semanalmente los miércoles, una hora y media, un grupo de lactancia y crianza.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el número de niños alimentados con lactancia materna y prolongar la duración de la misma, mejorando la satisfacción de las madres
Ayudar a madres y familias a tomar una decisión, correctamente informada, de la mejor forma de alimentar a sus hijos
Estimular el apego entre padres y niños haciendo que la crianza los primeros meses de vida sea más gratificante
Realizar precozmente por parte de enfermería la primera visita del recién nacido
Revisiones del programa de salud infantil del niño menor a 2 años
Captación de madres donantes de leche

MÉTODO
Información teórica que permita a las familias elegir como alimentar a los bebes.
Información actualizada, personalizada y anticipatoria sobre lactancia, sus posibles problemas y la prevención de dichos problemas los primeros días de vida
Pautas clínicas para el manejo de los problemas de lactancia materna los primeros días
Información práctica sobre técnica de amamantamiento
Información sobre técnica de extracción, almacenamiento y conservación de leche materna
Educación para la salud materno-infantil
Control del estado nutricional de los lactantes de alto riesgo (prematuros, gemelares,…) y de niños sanos
Captación de madres donantes de leche
Ofrecer pautas de manejo para continuar con la lactancia tras la incorporación materna al mundo laboral
Información sobre crecimiento y desarrollo del lactante y niño pequeño, sobre la alimentación complementaria y consejos para el destete gradual
Recomendaciones a la madres con respecto a su dieta y hábitos saludables

INDICADORES
Satisfacción materna de las asistentes al grupo

DURACIÓN
Reuniones semanales todos los miércoles de 16 a 17:30h de enero a diciembre
Evaluación de resultados en diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MODREGO JIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORCAL POTENTE ANA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
ALIAGA MARTIN MARTA
CARA GRANADOS MARIA YOLANDA
CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN
MAGALLON TORRES PILAR
RUIZ FELIPE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se citó a los pacientes incluidos en la lista remitida por Dirección, desde el servicio de admisión en consulta no presencial de medicina o enfermería, para valorar situación de partida y confirmar que cumplían criterios de IC
En consulta presencial desarrollada a lo largo de todo el proceso :
Se planteo registrar en plantilla de OMI, peso, perimetro abdominal, presión arterial, grado de disnea y FE en situación estable.
Plan de autocuidados :recomendaciones de dieta, ejercicio e informar de síntomas de alarma (aumento de peso, disnea o presencia de edemas)
Vacunación antigripal y antineumococica .
Revisión de medicación
Formación :Sesión de formación en I C realizada el 1309 2018
Sesión impartida por MI sobre diagnostico de IC 26 09 2018
Sesión informativa al Equipo sobre el contenido del proyecto 13 09 2018
Se informo al Consejo de Salud de Zona en noviembre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado las actividades programadas,
Se ha mejorado el diagnostico de IC
Ha aumentado el nº de personas que han recibido vacuna antineumococica y antigripal
En cuanto a los indicadores, estamos pendientes del corte del contrato de gestión en este momento no disponemos de los resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades realizadas, se ha visto entorpecidas por el cambio de profesionales, y la ampliación de consultorios de Cuarte y Cadrete .
El diagnostico de IC,no siempre estaba confirmado
El no disponer de una plantilla especifica en OMI para IC, dificulta el seguimiento de estos pacientes y no permite diferenciar entre IC con FE disminuida y FE conservada con sus implicaciones en la indicación o no de antagonistas del calcio

En cuanto a la vacunación antineumococica, tuvimos problemas por no entrar en cartera de servicios, excepto para pacientes institucionalizados .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1435 ========== ***

Nº de registro: 1435

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS DE MARIA DE HUERVA

Autores:
MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS, TORCAL POTENTE ANA, SANCHEZ LOPEZ MODESTA, ALIAGA MARTIN MARTA, CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN, CARA GRANADOS MARIA YOLANDA, MAGALLON TORRES PILAR, RUIZ FELIPE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Insuficiencia cardiaca
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA PREVALENCIA DE IC SE SITUA APROXIMADAMENTE EN 2% DE LA POBLACIÓN GENERAL Y EN EL 10% EN MAYORES DE 70AÑOS
.según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP. CON UN alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de lo profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente.
Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.
En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en IC en la totalidad de los pacientes

2. Reducción del uso urgente de servicios sanitarios:

.3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa mediante
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
Actividades preventiva
Autocuidados . Recomendaciones de dieta,ejercicio, informar de síntomas de alarma (aumento de peso, disnea, presencia de edemas)
Registro en plantilla de OMI a todos los pacientes con IC:peso, perímetro de cintura,presión arterial., grado de disnea y f,e en situación estable
Adherencia al tratamiento
Control de comorbilidad
Control de factores desencadenantes
2. Cambios en la oferta de servicios:
Modificación de agendas de OMI
desde servicio de admisión se citaran a los pacientes incluidos en los listados
remitidos desde dirección de atención primaria, en consulta de médico o
enfermera,no presencial para valorar situación de partida y priorizar actuaciones
Incorporación plantilla autocuidados.

3. Formación: Plan de formación IC: Se realizara una sesión clínica de I C y en reuniones con MI se plantearan casos de pacientes con IC

4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.

5. Comunicación del desarrollo del proyecto: se Comunicara el contenido del proyecto al EAP a Medicina Interna como colaborador y se informara al consejo de salud de zona.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria o consulta monográfica con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1435

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. DE MARIA DE HUERVA

que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.
2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados /Comunitaria: mayo-noviembre 2018
3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018
5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018
6. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA FUSTERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA
DIAZ LOBERA NIEVES
PEREZ VICENTE REBECA
SANTAMARIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA
RUIZ FELIPE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (acenocumarol y warfarina), mal controlados (que tienen menos del 60% de determinaciones en rango los útimos seis meses)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (acenocumarol y warfarina), mal controlados que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD
3. Modifonicacies de tratamiento si se precisan por el médico del paciente
4. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (dabigatran, rivaroxaba, apixaban o edoxaban)
5. Implementación del protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO por médicos y enfermeros con visitas de seguimiento y entrega de la tarjeta de seguimiento, así como el registro en Tao net cuando se implante.
6. Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se diseñó por el grupo de trabajo un registro informático consistente en una hoja de cálculo de Open Office para capturar y analizar los datos, que fue enviada a los miembros del EAP por correo electrónico y devuelta por ellos una vez cumplimentada.
Nº total de pacientes en tratamiento anticoagulante oral en 2018 : 211; en 2019 276
% de pacientes en tratamiento con Anti vitamina K del total de los tratados con anticoagulantes orales:
- 2015…… 74%
- 2016…… 68%
- 2017…… 54%
- 2018……. 44%

% de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales:
- 2015……26%
- 2016……32%
- 2017……46%
- 2018……56%

% de pacientes con AVK, mal controlados con situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ACOD
- 2015……56%
- 2016……48%
- 2017……39%
- 2018……..79%

% de pacientes tratados con ACOD, en los que se ha realizado por médicos y enfermeros visitas de seguimiento y entrega de la tarjeta diseñada a tal efecto en 2018 : 43%.
En cuanto a los eventos registrados se notifican 3 hemorragias mayores lo que representa un 1.08% (2 por acenocumarol y 1 por apixaban) y 3 trombosis, también un 1.08% (2 con apixaban y 1 con edoxaban).
Se han realizado dos sesiones clínicas (26-04-2018 y 12-07-2018) y se presentó y debatió con el EAP el Protocolo de seguimiento de los ACOD, estableciendo que:
- En la primera visita (prescripción) se entrega la tarjeta de seguimiento y registra en la historia del paciente (en el episodio de anticoagulación o en el de ACXFA
- Derivación a la consulta de enfermería para seguimiento al mes del inicio y posteriormente cada tres meses.
- Seguimiento analítico con la frecuencia indicada en la tarjeta en función del filtrado renal y la situación clínica del paciente
- Registro de los resultados en la tarjeta siempre que se realice analitica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha aumentado el número total de pacientes con tratamientos anticoagulantes en nuestro Centro de Salud.
Continua aumentando el número de pacientes con ACOD versus AVK, situándonos en la media europea de prescripción de estos fármacos.
El número de eventos adversos registrados ha sido discretamente inferior a los resultados descritos en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

bibliografía.
Todavía hay pacientes mal controlados que pese a cumplir criterios de IPT para beneficiarse de un cambio de tratamiento, este no se ha realizado, aunque su número ha disminuido ostensiblemente desde el inicio de este proyecto en 2014.
Hemos comenzado a hacer un seguimiento protocolizado de los pacientes con ACOD, encontrándose ya dicho registro en casi el 50% de los pacientes
En conjunto hemos mejorado la seguridad de los pacientes anticoagulados y resultados obtenidos nos animan a seguir trabajando en esta línea.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1453 ========== ***

Nº de registro: 1453

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

Autores:
FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA, LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, DIAZ LOBERA NIEVES, PEREZ VICENTE REBECA, SANTAMARIA PEREZ DE BURGOS MARIA EUGENIA, RUIZ FELIPE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: ANTICOAGULACION.
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS, SE HAN INCORPORADO AL CAMPO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES NUEVOS FARMACOS CON UN VALOR AÑADIDO, EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS, RECOGIDAS EN UN INFORME DE POSICIONAMIENTO TERAPEUTICO (IPT) DEL MINISTERIO DE SANIDAD UT/V4/23122013, QUE MEJORAN LA SEGURIDAD, LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES, LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y EN DEFINITIVA LOS RESULTADOS DE SALUD. ESTE CAMBIO DE PARADIGMA EN LA ANTICOAGULACIÓN NECESITA UN ABORDAJE CENTRADO EN EL PACIENTE, QUE IDENTIFIQUE A AQUELLOS QUE PODRIAN BENEFICIARSE DE LOS NUEVOS FARMACOS Y ASEGURE, QUE CUANDO SE UTILIZAN LOS ACOD: (ANTICOAGULANTE ORAL DE ACCION DIRECTA), AUNQUE NO PRECISAN MONITORIZACION, NO SE RELAJE SU SEGUIMIENTO, QUE DEBE SEGUIR SIENDO ESTRECHO Y REALIZARSE DE FORMA COORDINADA CON LAS UNIDADES DE COAGULACION Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS CENTROS; CONTANDO EN TODO MOMENTO CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
2.- CONOCER COMO HA MEJORADO LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES.

MÉTODO
1.- IDENTIFICACION DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS (QUE TIENEN < 60% DE DETERMINACIONES EN RANGO LOS ULTIMOS 6MESES).
2.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIVITAMINA K (ACENOCUMAROL Y WARFARINA), MAL CONTROLADOS QUE CUMPLEN CRITERIOS SEGUN EL IPT PARA CAMBIAR A ACOD.
3.- MODIFICACIONES DE TRATAMIENTO SI SE PRECISAN POR EL MEDICO DEL PACIENTE.
4.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD (DABIGATRAN, RIVAROXABAN, APIXABAN Ó EDOXABAN).
5.- IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO CONJUNTO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACO POR MEDICOS Y ENFERMEROS CON VISITAS DE SEGUIMIENTO Y ENTREGA DE LA TARJETA DE SEGUIMIENTO, ASI COMO REGISTRO EN TAO-NET CUANDO SE IMPLANTE.
6.- SESIONES CLINICAS EN E.A.P. DE FORMACION EN EL MANEJO DE ANTICOAGULANTES, SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ACOD, ACTITUD EN SITUACIONES ESPECIALES...PRESENTACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO A MEDICOS Y ENFERMEROS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1453

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL C.S. MARIA DE HUERVA 2018

7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS Y/O CUIDADORES, INTEGRADO EN LAS ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD.
8.- ENCUESTA SOBRE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA PRODUCIDA POR ACOD Y GRADO DE SATISFACCION DE USUARIOS.
9.- DISEÑO DE UN REGISTRO INFORMATIZADO PARA LA RECOGIDA DE RESULTADOS.

INDICADORES
1.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K, QUE EN LOS ULTIMOS 6 MESES TIENEN <60% DE DETERMINACIONES INR EN RANGO.
2.- % PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ANTIVITAMINA K Y SITUACIONES CLINICAS EN LAS QUE EL IPT, RECOMIENDA SU PASO A ACOD.
3.-% PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD DEL TOTAL DE TRATADOS CON ANTICOAGULANTES ORALES.
4.- Nº DE SESIONES CLINICAS DE ACO REALIZADAS EN C.S.
5.- % DE PERSONAS QUE ASISTIERON A SESIONES.
6.- Nº PACIENTES/CUIDADORES QUE ASISTEN A REUNIÓN FORMATIVA.
7.-Nº DE TROMBOSIS REGISTRADAS EN PACIENTES TRATADOS.
8.- Nº SANGRADOS MAYORES:(QUE HAN REQUERIDO INGRESO HOSPITALARIO).
9.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD, A QUE SE HA ENTREGADO TARJETA DE SEGUIMIENTO.
10.- % PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ACOD INCLUIDOS EN TAO-NET (SI SE IMPLANTA).
11.- VALORACIÓN RESULTADOS ENCUESTA MEJORA CALIDAD DE VIDA ACOS Y GRADO DE SATISFACCIÓN PACIENTES.

DURACIÓN
1.- CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO Y DISEÑO DEL PROYECTO.(JUNIO).
2.- ENVÍO DEL PROYECTO.(22/06/2018).
3.- PRESENTACIÓN AL EAP DEL DISEÑO Y REGISTRO INFORMATIZADO.(JULIO).
4.- ENTREGA DE LISTADOS DE PACIENTES CON TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES.(A CADA PROFESIONAL LOS DE SU CUPO).(JULIO).
5.- TRABAJO DE CAMPO CON PACIENTES: VALORACIÓN DEL CONTROL ACTUAL, CAMBIOS DE TRATAMIENTO SI PROCEDE, SEGUIMIENTO SEGUN PROTOCOLO ESTABLECIDO Y VOLCADO DE DATOS EN EL REGISTRO CREADO. (JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, Y NOVIEMBRE).
6.- SESION CLINICA DE ACTUALIZACION EN ANTICOAGULACION Y RESOLUCION DE DUDAS EN LA RECOGIDA DE DATOS.(OCTUBRE).
7.- ACTIVIDAD FORMATIVA CON LOS PACIENTES Y/O CUIDADORES. (NOVIEMBRE).
8.- REALIZACIÓN ENCUESTAS DE MEJORA CALIDAD DE VIDA Y GRADO DE SATISFACCIÓN A PACIENTES.(NOVIEMBRE, DICIEMBRE).
9.- PROCESADO DE DATOS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.(DICIEMBRE).
10.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS A EQUIPO Y A DIRECCION.(DICIEMBRE).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1488

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR FUNES SABIRON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASCUAL BRUMOS ISABEL
CORONAS MATEO SONIA
CARA GRANADOS MARIA YOLANDA
GORDO YAGÜE PIEDAD
MAGALLON TORRES PILAR
CASTAÑO ROA LUIS JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha actualizado y unificado el contenidos de los carros de paradas y maletín de URG en el C,S. y en los consultorios de Cuarte Y Cadrete
Se ha establecido un protocolo de revisión y mantenimiento de las salas de URG de y maletín de URG de Maria de Huerva y Cuarte
--El servicio de admisión dispone de plantilla para adjudicar la atención URG por turnos rotatorios en aquellos consultorios que cuentan con 2 o más profesionales .
Se ha elaborado un documento donde se contemplan las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles. asi com el contenido del carro y maletín de URG Y distribuido entre los profesionales del C.S y se incluido en la Instrucción de Trabajo
Se ha realizado un curso de RCP
Se han actualizado los (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente y colocado en la salas de URG
Se ha informado al Equipo de la participación en este proyecto en distintas reuniones a lo largo del año .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI)(Existencia de Instrucción de Trabajo)
Existencia del documento Si
Indicador: Existencia de dicho documento Sí
Objetivo : Existencia de dicho documento Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80% -si (se ha remitido por correo electrónico a los profesionales)

- Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80% -se cumple -
FI existencia de actas firmadas en C.S. y en dirección

Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80% Si
Los documentos han sido auditados de forma periódica, y se refleja en el resultado de la auditoria

Al tratarse de un centro ISO es auditado periódicamente, en 2018 se realizó la auditoria interna en noviembre, en 2019 todavía no se ha fijado fecha

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al tratarse de un centro con gran dispersión y mucha población, que continua en crecimiento, la atención de URG durante la jornada ordinaria supone un gran esfuerzo, sobretodo si exige desplazarse para cubrir a un compañero .
Consensuar el documento era importante para que pudiese funcionar .
Debido al aumento de profesionales, tendremos que continuar mejorandolo y adaptandolo durante los próximos meses a las nuevas circunstancias

El Centro de Salud de María, forma parte de los centros ISO desde 2015,
Presta atención Urgente las 24 h. del día,durante todo el año, y trabajan profesionales del equipo reforzados con personal sustituto,
El mantenimiento de la sala de URG y el maletín del coche a sido una prioridad desde 2015 destacando la colaboración de todo el Equipo en su mantenimiento.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1488

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1488 ========== ***

Nº de registro: 1488

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

Autores:
FUNES SABIRON ANA PILAR, PASCUAL BRUMOS ISABEL, CORONAS MATEO SONIA, MODREGO JIMENEZ MARIA JESUS, CARA GRANADOS MARIA YOLANDA, GORDO YAGÜE PIEDAD, MAGALLON TORRES PILAR, CASTAÑO ROA LUIS JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
-El C.S.de María de Huerva presta atención urgente las 24 h, todos los días del año. Desde 2015 se ha adscrito a las normas ISO por tanto mantiene la organización de la Sala de Urgencias, carro de paradas y malentin de Urg de acuerdo a dichas normas, precisando revisión y adecuación permanente para garantizar la atención adecuada, y la seguridad clínica de pacientes y profesionales
-Variabilidad en los criterios de atención urgente
-Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
-Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
-Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS
--Actualización de la Instrucción de Trabajo de las actividades del Servicio de Urgencias del C.S. de Maria de Huerva, (actualización de procedimientos, definir contenidos básicos del carro de paradas, sala de urgencias y maletín de urgencias en C. S y consultorios)
--Definir la propuesta organizativa estandarizada.
--Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
-Mejorar la eficiencia del sistema a través de un apropiado conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
--Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
--Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
--Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
--Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
--Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
--Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

INDICADORES
--Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1488

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD DE MARIA DE HUERVA

--FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
--FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
--FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
--FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1564

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GONZALEZ SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MARIA DE HUERVA
· Localidad ..... MARIA DE HUERVA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCALA BORDONADA MARIA
SANCHEZ LOPEZ MODESTA
ELVIRO MAYORAL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entrevista con los docentes
Charla informativa a los padres
Charlas interactivas con los alumnos
Actividades diversas, audiovisuales, recreación de un mercado...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aprendizaje de alimetación sana y prevención d ella obesidad. Fomento del ejercicio físico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como hacer comprensible la importancia de la alimentación a los niños, y los que puede pasar si no se come de forma adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1564 ========== ***

Nº de registro: 1564

Título
HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

Autores:
GONZALEZ SANCHEZ MERCEDES, CABRERO CABORNERO MARIA CARMEN, ALCALA BORDONADA MARIA, SANCHEZ LOPEZ MODESTA, ELVIRO MAYORAL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MARIA DE HUERVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NINGUNA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El colegio demandó actividades para promover hábitos saludables psicoemocional

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir obesidad
- Conocer los alimentos nutricionales más saludables
- Promover conductas y actividades positivas durante las comidas
- Promover el trabajo en equipo

MÉTODO
- Entrevista con los docentes
- Charla informativa a los padres
- Charlas interactivas con los alumnos
- Actividades diversas: audiovisuales, recreación de un mercado...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1564

1. TÍTULO

HABITOS SALUDABLES EN LA ESCUELA Y PIRAMIDE NUTRICIONAL MODIFICADA

INDICADORES
- Encuesta a los alumnos antes y después de la charla
- Valoración de los resultados

DURACIÓN
- Febrero: Muel, 4 sesiones / semanales
- Octubre: Cadrete, 2 sesiones
- Noviembre: Cuarte, 2 sesiones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1336

1. TÍTULO

R.C.P. EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO - GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SARAY FRANCO GARCIA
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GIL RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se cumplimenta un test previo para valorar los conocimientos previos de los alumnos de 1º de bachiller.
Breve introducción teórica, de 20 minutos sobre los signos de parada cardiorrespiratoria.
Priorizar las actividades urgentes a realizar.
Instrucciones de uso y manejo del desfibrilador semiautomático.
Desarrollo práctico de las mismas mediante uso de maniquíes y desfibrilador semiautomático, formando grupos de 4 alumnos, que rotaban por los diferentes maniquíes, con una duración de 1 hora

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se contacta con los colegios del barrio de Miralbueno.
De consigue que dos colegios aceptan participar en el proyecto con la autorización de la dirección del colegio y con el A.M.P.A.

Se comparó la diferencia en el resultado del test de conocimientos previo con el posterior. No se planteó ningún resultado a priori, ni del primer ni del segundo test, pero la mejoría entre el primer y el segundo test fue del 70%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia de la implicación de los residentes de medicina familiar y comunitaria en participar en actividades comunitarias,
Favorecer la integración del centro de salud en la comunidad.
Potenciar la implicación de los residentes en actividades comunitarias dentro de su proyecto formativo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1336 ========== ***

Nº de registro: 1336

Título
RCP EN ESTUDIANTES DE 1º BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
GRIMA MOLINER JOSE LUIS, FRANCO GARCIA SARAY, MARTINEZ GIL RAQUEL, GIL MOSTEO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESCONOCIMIENTO POR PARTE DE LA POBLACION ESCOLAR DE LAS MEDIDAS BASICAS A REALIZAR FRENTE A UNA SITUACION URGENTE COMO ES LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA BASICA Y USO DESFIBRILADOR AUTOMATICO

RESULTADOS ESPERADOS
AUMENTAR LAS HABILIDADES INDIVIDUALES Y LA COORDINACION ENTRE LAS PERSONAS QUE ATENDERIAN ESTA SITUACION ANTE DE LA LLEGADA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1336

1. TÍTULO

R.C.P. EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE BACHILLER EN LA ZBS MIRALBUENO - GARRAPINILLOS

MÉTODO
BREVE INTRODUCCION TEORICA INDICANDO LOS SIGNOS DE PARADA
PRIORIZAR LAS ACTIVIDADES URGENTES A REALIZAR
DESARROLLO PRACTICO DE LAS MISMAS MEDIANTE USO DE MANIQUIES Y DESFIBRILADOR AUTOMATICO

INDICADORES
SE LES SUMINISTRARA UN TEST PARA CONOCER SUS CONOCIMIENTOS PREVIOS A LA ACTIVIDAD Y OTRO POSTERIOR AL MISMO
EVALUANDO LA GANANCIA DE CONOCIMIENTOS

DURACIÓN
LA ACTIVIDAD TEORICA SE DIRIGIRA A TODO EL GRUPO CON UNA DURACION DE 20 MINUTOS
POSTERIORMENTE Y EN GRUPOS DE 4 PERSONAS ROTARAN POR LAS DIFERENTES ESTACIONES CON MANIQUIES Y DESFIBRILADOR CON UNA DURACION DE 1 HORA
DURACION TOTAL:1H30MIN

OBSERVACIONES
LA ACTIVIDAD SE DESARROLLA CONTANDO CON LA APROBACION DE LA DIRECCION DEL COLEGIO Y DEL AMPA
EN LOS ESTUDIANTES DE 1º DE BACHILLER

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1672

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA,E.A.P. MIRALBUENO

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS ISANTA POMAR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLORDELIS MARCO FERNANDO
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE
NAVARRO ZAPATA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Valoración de los indicadores de prescripción del E.A.P., en el cuadro de mandos de cartera de servicios. Abril 2017.

- Valoración de los indicadores individuales de prescripción, en el cuadro de mandos de cartera de servicios. Abril 2017.

- Se prioriza ante el buen resultado de los indicadores de pediatría, el uso de estatinas y la analgesia en paciente terminal. Abril 2017

- Se anima al equipo de pediatría en seguir trabajando en la misma línea y profundizar en la mejora de sus indicadores. Abril 2017.

- Plantear una sesión sobre condicionantes en la prescripción de estos fármacos y las posibilidades de actuación.Mayo

Se decide hacer 2 sesiones clínicas una dirigida al uso de estatinas y otra hacia la analgesia del paciente terminal, en mes de mayo y junio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sesión de condicionantes de prescripción de estatinas y mórficos. Mayo 2017
Sesión clínica sobre uso de indicadores en mayo 2017.
Sesión clínica sobre analgesia en paciente terminal en junio de 2017.
Se plantea como objetivo la mejora en un 10% de los indicadores de uso de estatinas y 30 % en mórficos de acción rápida, usando para ello los resultados de evaluación de cartera de servicios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia del control de la prescripción realizada en atención especializada y en medicina privada de estatinas y de mórficos por unidades de soporte como en atención especializada
La importancia de perseverar en la educación para la salud en los pacientes frente a los mensajes recibidos en atención especializada y de medicina privada. Implicando para ello al personal de enfermería
La necesidad de continuar perseverando en la formación continuada en Atención primaria.

7. OBSERVACIONES.
Es importante contar con el apoyo del personal de enfermería en valorar los conocimientos sobre su enfermedad del paciente, así como el compromiso del personal médico de adecuar la prescripción priorizando las necesidades del paciente y los criterios de eficiencia en su tratamiento

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1672 ========== ***

Nº de registro: 1672

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP MIRALBUENO

Autores:
ISANTA POMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1672

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA,E.A.P. MIRALBUENO

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-opiáceos de liberación inmediata,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1695

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS GRIMA MOLINER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON VAL MARIA ISABEL
GIL MOSTEO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• 1ª Reunión de E.A.P.
Presentación del proyecto al E.A.P.: José Luis Grima y Maribel Gascón Val
Se presenta al E.A.P. el proyecto de la demanda no presencial, en sesión de gestión. Se explica en primer lugar la reunión con los miembros de la dirección médica del sector III, junto con otro equipo del sector, en la dirección del sector.
Tras la presentación se plantea nueva reunión posterior

• 2ª Reunión E.A.P.: 10 días después se convoca nueva reunión de E.A.P., replanteando los conceptos y los objetivos del proyecto. Se plantean sus beneficios para el paciente y para los propios profesionales.
Se considera oportuno, emplear esta derivación para diversos motivos de consulta como:
- Renovación de prescripción de largo tratamiento, exclusivamente si sólo es renovación de lo ya prescrito
- Valorar telefónica ya por enfermería o por medicina de la situación de pacientes inmovilizados.
- Comunicar en ciertas ocasiones resultados de analíticas a los pacientes.

En último lugar se planteó la gestión de la agenda.
- Agenda por profesional, médico y enfermero/a
- Se dedican 5 minutos por cada consulta no presencial, dentro de nuestro horario de consulta
- número máximo de 4 diarios.
- Cada profesional elige el mejor momento para realizarlo, según su horario de consulta.
- Responsable de organizar las agendas: Maribel Gascón Val.

• Se decide iniciar la consulta la última semana de octubre.
• 3ª. Se comunica al consejo de salud la implementación de la nueva consulta, su motivación y que actividades va a desarrollar.
• Indicador: el 5% de las consultas del centro sean no presenciales, según los datos que nos remita la evaluación del sector. Según los resultados plantearemos el proyecto de calidad finalizado, o consideraremos necesario prolongarlo, planteando nuevas actividades.
• Tras la comunicación de los resultados de la evaluación por parte del sector III, coincidiendo con la evaluación de los pactos de gestión. Se convocará una reunión para valorar resultados y que mejoras se pueden plantear

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los primeros resultados de la implementación de la nueva consulta nos los indicó el sector III, con fecha de 13 de noviembre, con un resultado del 3%.
En reunión de E.A.P. consideramos que es un resultado poco convincente, dado el escaso tiempo de implementación de la consulta, y se decide esperar el resultado final de la evaluación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La pertinencia en seguir avanzando en la gestión de la consulta de Atención Primaria, ya que esto aumenta el valor del trabajo de los profesionales y la satisfacción de los usuarios del centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1695 ========== ***

Nº de registro: 1695

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1695

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
GRIMA MOLINER JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1701

1. TÍTULO

GESTION DE RISEGOS MATERIAL SANITARIO, SALA, Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GIL MOSTEO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAQUERO CALLEJA NATALIA
BEAUMONT ROMEA NURIA
CAVERO PEREZ INMACULADA
ORIA FLORIA MARGARITA
GRIMA MOLINER JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se estableció un equipo de responsables para esta actividad

Se valoró la situación actual de la mediación y material del cuarto de urgencias y del maletín de urgencias.

Se desarrolló un protocolo dirigido a definir que material y fármacos consideramos pertinentes tener en nuestro cuarto de urgencias, conocimiento y aprobación del mismo por parte del E.A.P.
Definió materiales y fármacos que debe contener el maletín de urgencias, así como presentarlo al resto del E.A.P. para su conocimiento y aprobación.
Contenido del protocolo:

Definir en este protocolo, que material, que fármacos, como ordenarlo, necesidad de revisar y controlar las caducidades de los mismos, periodos de revisión y metodología de revisión de los fármacos.
Definir responsabilidades y persona responsable de su revisión.
Se estableció el registro para cumplimentar y firmar por parte del responsable así como la fecha de realización de la revisión

Establecer indicadores de idoneidad, considerando pertinente admitir como tal la evaluación externa del modelo ISO, que se debería realizar este año, en el centro de salud.
Definir en este protocolo el mecanismo para introducir o quitar material en el mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se nombró al equipo responsable formado por los responsables de este proyecto, en 2016
Se desarrolló el protocolo de urgencias y maletín de urgencias. Se aprovechó para incluir otras necesidades de protocolizar como la cirugía menor, se aprobó por parte del E.A.P. y se colgó en el directorio “U”. En 2016
Se nombró a la persona responsable de la revisión y mantenimiento de urgencias.
Se pospuso para mas adelante, por diferencias de criterio que precisan mas consenso en el E.A.P. el “carro de paradas”. Priorizarlo como próximo proyecto de calidad
El centro de salud pasó la evaluación de normas ISO, que se consideró como la evaluación del proyecto de calidad.
La evaluación del cuarto de urgencias supuso una no conformidad, ya que en el momento de la evaluación se encontraron fármacoscaducados en mal estado e incluso fármacos no incluidos en el listado de fármacos consensuados, asi como que hacia varios meses que la persona responsable de la revisión de los fármacos y materiales no cumplimentaba las hojas de cumplimentación de actividad, ni las firmaba
El maletín de urgencias paso la evaluación, aunque se aconsejo valorar el contenido por haber una gran cantidad de material.
El carro de paradas, supuso una valoración negativa, pero no una no conformidad, pese a no estar valorado en este proyecto para este año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En primer lugar lo consideramos un proyecto inacabado por lo que el próximo año continuaremos insistiendo en los punto negativos, así como en la finalización del proyecto.
Insistir en la formación y en la motivación de la persona responsable de la revisión y supervisión de urgencias o según decida el E.A.P. cambiar de persona responsable.
Establecer un programa de formación continuo e incluso de simulaciones del E.A.P. para valorar el cuarto de urgencias.

7. OBSERVACIONES.
Lo importante que resulta en estos proyectos en los que participa todo el E.A.P. la motivación, la formación del personal responsable y por supuesto la supervisión, aunque consideramos la supervisión en este caso un fallo en la cumplimentación de calidad

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1701 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1701

1. TÍTULO

GESTION DE RISEGOS MATERIAL SANITARIO, SALA, Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1701

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
GIL MOSTEO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1701

1. TÍTULO

GESTION DE RISEGOS MATERIAL SANITARIO, SALA, Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0631

1. TÍTULO

ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA RODRIGUEZ ESCUREDO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRIMA MOLINER JOSE LUIS
POBES LACRUZ MARIA JESUS
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- En primer lugar se decide el grupo de trabajo
- Se priorizan los temas a desarrollar en las sesiones del centro de salud.
- Se considera la posibilidad de incluir estas actividades en el proyecto de calidad de lactancia materna.
- PLantear al E.A.P. que puntos desarrollar en el próximo año

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- Establecer calendario de sesiones de patologia de espalda en el centro de salud:
- Sndr Pudendo - 18/04/2018
- Tendinitis calcificantes .- 17/09/2018
- Sndr del Piramidal - 26/09/2018.
- Protocolo de derivación primaria - especializada en tratamiento de fisioterapia

2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud.
- Asociar estas actividades en el proyecto de mejora de lactancia materna. Siendo responsables la Matrona Mª Jesús Pobes Lacruz Y Cristina Rodriguez Escudero . Sesion clinica de 02/05/2018.

3.- Se decide implementar una serie de sesiones de escuerla de espalda prácticas desarrolladas por las fisioterapeutas del centro de salud y dirigidas a los profesionales del centro de salud a desarrollar antes de Juno de 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Han sido satisfactorias para el E.A.P., con alto grado de participación
Es eficaz asociarse con otros proyectos de calidad ya que ello aumenta la implicación de los profesionales
Se considera necesario seguir con el proyecto ante la solicitud de los miembros del E.A.P. de seguir con actividades de espalda saludable

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/631 ========== ***

Nº de registro: 0631

Título
ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

Autores:
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA, GRIMA MOLINER JOSE LUIS, POBES LACRUZ MARIA JESUS, MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0631

1. TÍTULO

ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

PROBLEMA
La patología de espalda es uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. No sólo en número de pacientes sino también en la frecuentación e intensidad de uso.
Así mismo es uno de los motivos mas frecuentes de baja laboral.
Se ha dotado al centro de salud de una Fisioterapeuta, esta circunstancia hace que podamos enfrentar este problema como una oportunidad de mejora en la asistencia de los pacientes y en usar este recurso de la manera mas efectiva posible

RESULTADOS ESPERADOS
Dotar a los profesionales de medicina y enfermería de la formación adecuada para poder atender a los pacientes con mayor calidad, implementando medidas de educación para la salud en la patología dolorosa de columna, en la consulta diaria

MÉTODO
- Establecer calendario de sesiones de patologia de espalda en el centro de salud

2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud

3.- Dotar a los profesionales de material del material didáctico correspondiente

4.- Sesión clínica de medicina y enfermería donde se detallen propuestas de Implementación en la consulta diaria

5.- Establecer un calendario de sesiones clínicas del E.A.P. Con la fisioterapeuta para consultar patologías y establecer posibles pautas de actuación

6.-Establecer periodicidad de sesiones teórico practicas del E.A.P. Sobre escuela de espalda

INDICADORES
Calendario de sesiones teórico practicas del E.A.P.hasta 2019 --- mas de tres sesiones

DURACIÓN
- Establecer calendario de sesiones de patologia de espalda en el centro de salud---------- enero 2018

2.- Desarrollar sesiones de tipo práctico para los `profesionales del centro de salud ----------febrero 2018

3.- Dotar a los profesionales de material del material didáctico correspondiente ----------febrero 2018

4.- Sesión clínica de medicina y enfermería donde se detallen propuestas de Implementación en la consulta diaria ---------- marzo 2018 a febrero de 2019

5.- Establecer un calendario de sesiones clínicas del E.A.P. Con la fisioterapeuta para consultar patologías y establecer posibles pautas de actuación -------- Junio 2018

6.-Establecer periodicidad de sesiones teórico practicas del E.A.P. Sobre escuela de espalda
----de Octubre 2018 a junio 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0631

1. TÍTULO

ATENCION A LA PATOLOGIA DE ESPALDA

```
Valoración de otros apartados
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0635

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS GRIMA MOLINER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHABAR BOUDET ALICIA YUMEN
LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL
MATEO OLMO RAQUEL
LOPEZ HERVAS CRISTINA
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Establecer grupo de profesionales que vayan a hacer ecografías:
Lo forman:
- Dra. Lombar
- Dra. Chabbart
- Dr. Montiu
-Dr. Grima
Integramos en el grupo a los médicos internos residentes.

2.- Todos han recibido el curso de formación de ecografía realizado por el Sector.
3.- Establecer la secuencia y orden de procesos

- 1. Conocimiento del ecógrafo, sesiones conjuntas de los profesionales, iniciándonos en el conocimiento y uso de la botonería del aparato.
Se habil ita un espacio de tiempo en nuestra agenda, decidiendo que será los miércoles a primera hora. Se desarrollará de manera conjunta por todos los médicos del proyecto. Teniendo en cuenta que esto no exime de la actividad asistencial
El tiempo habilitado para ello será de dos meses
- 2.- Realizaremos las primeras ecografías, usándonos a nosotros mismos de modelos o a estudiantes o residentes.
No se establece un tiempo especifico para esto ya que depende de multiples factores algunos de ellos individuales que hacen dificl valorar este periodo
- 3.- Establecer una agenda de ecografías.
Las primeras ecografías indicadas a los pacientes las realizaremos conjuntamente .Se dedicarán 1,5 h horas semanales, los miércoles, en horario de 8,30 a 10 horas.
4.- Posteriormente se desarrollará una agenda definitiva.
Objetivos de la agenda:
- Optimizar los tiempos de asistencia
- Evitar colisiones entre las agendas de los Profesionales
- Estandarizar el proceso de citación:
5.- Estandarizar el proceso de citación:
- Realizar la citación desde las órdenes clínicas de la historia clínica electrónica.
- Citar en la agenda de ecografía, denominada Pool ecografías A.P.
- Establecer sistema de citaciones desde admisión. Indicándoles a los pacientes las condiciones en las que tiene que venir, recordándoles la toma de medicación si esta está indicada en la citación y la hora de realización de la ecografía.
- Gravar la ecografía en la H.C.E. Cuando esto sea posible

- Informar la ecografía, en la historia clínica OMI, en el espacio de la petición de la ecografía y así mismo se informará si el profesional lo considera en la H.C.E.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este momento se han alcanzado todos los objetivos, excepto el poder gravar la ecografia y el informe en la historia clinica electronica, ya que esta posibilidad no depende de nosotros sino de informática que pese anuestras solicitudes no ha conectado el ecografo con el servidore del clinico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La buena respuesta de los profesionales de atención primaria en participar en el aumento de capacidad resolutiva de las demandas de los pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/635 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0635

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD

***

Nº de registro: 0635

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
GRIMA MOLINER JOSE LUIS, CHABART BOUDET ALICIA YUMEN, LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA, MATEO OLMOS RAQUEL, LOPEZ HERVAS CRISTINA, LOMBAR GIMENO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades diagnosticas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En febrero de 2018 se dotó al E.A.P. De un ecógrafo.
Esto implica una nueva actividad asistencial en el centro de salud. Esto hace necesario, en un primer momento promocionar y estimular a los profesionales para desarrollar un proceso asistencial nuevo e implementar esta actividad en el centro de salud

RESULTADOS ESPERADOS
Incluir la ecografia dentro de los procedimientos diagnósticos del centro de salud, con una calidad suficientemente alta, para desarrollarla con unas garantías adecuadas a toda la población

MÉTODO
1.-Seleccionar el grupo de profesionales interesados en el proceso

2.- Acudir a las sesiones de formación organizadas por la gerencia

3.-Estimular el aprendizaje y el uso del ecógrafo en el centro de salud

4.- Valorar horarios de realización de ecografias

5.- Establecer una agenda para citaciones de ecografías

6.- Valorar entre los profesionales la cauistica atendida y situaciones especiales y ordinarias en el desarrollo de las ecografías

7.- Valorar las nuevas necesidades de formación

8.- Revalorar la implantación del nuevo servicio y la agenda

INDICADORES
Establecer agenda de citaciones, para ecografia si/ no

Establecer agenda de días ecografias de formación si/ NO

DURACIÓN
1.-Seleccionar el grupo de profesionales interesados en el proceso
----- enero y febrero 2018

2.- Acudir a las sesiones de formación organizadas por la gerencia
----- febrero 2018

3.-Estimular el aprendizaje y el uso del ecógrafo en el centro de salud
--- de marzo a noviembre de 2018

4.- Valorar horarios de realización de ecografias
----- de marzo a junio 2018

5.- Establecer una agenda para citaciones de ecografías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0635

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIAS EN EL CENTRO DE SALUD

--------de marzo a noviembre 2018

6.- Valorar entre los profesionales la cauistica atendida y situaciones especiales y ordinarias en el desarrollo de las ecografías
-------- nov 2018

7.- Valorar las nuevas necesidades de formación
------- abril 2018

8.- Revalorar la implantación del nuevo servicio y la agenda
------- noviembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0636

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN NAVARRO ZAPATA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ ESPLIGARES LAURA
FERRER MUÑOZ PILAR
GARCIA ENTRENA MERCEDES
LOPEZ HERVAS CRISTINA
HERAS GIRONELLA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elección de un grupo de trabajo:
-MARTINEZ ESPLIGARES LAURA.
· FERRER MUÑOZ PÎLAR.
· GARCIA ENTRENA MERCEDES.
· LOPEZ HERVAS CRISTINA.
· HERAS GIRONELLA MERCEDES

Posteriormente se unieron médicoas residentes, que no estan incluidos en el grupo de trabajo

2.- Motivación de los profesionales del centro de salud

Se realizó una sesion clinica informando del Proyecto de salud. Con fecha 21 /02/2018
Posteriormente se desarrolló en el centro de salud la misma sesión práctica que se desarrolaría en los colegios. Con fecha 21/03/2018

5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad.
Se contacto con los colegios y las AMPAs, que organizaron la actividad en sus respectivos colegios

6.-Desarrollo de las actividades en los colegios ..
En el mes de mayo se desarrolló la actividad en 2 colegios, en horario de mañana . lo que dificultó la actividad asistencial

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos palnteados en este proyecto, eran establecer un grupo de trabajo, plantaera una sesion informativa ene l centro y motivacional desarrollando la actividad para los profesionales y desarrollar la actividad en el colegio
Los ptres indicadores se cumpñlieron de manera que consideramos el proyecto cumplido

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La promoción de la salud es una de las actividades prioritarias de un E.A.P. Actuar en este sentido sobre población infantil, sus padres y sus profesores, en el entorno escolar es una actividad que puede tener alto grado de ganancia
de estándares de salud.
Consideramos recomendable continuar esta actividad incluyendo las modificaciones que se vayan planteando

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/636 ========== ***

Nº de registro: 0636

Título
PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

Autores:
NAVARRO ZAPATA CARMEN, MARTINEZ ESPLIGARES LAURA, FERRER MUÑOZ PILAR, GARCIA ENTRENA MERCEDES, LOPEZ HERVAS CRISTINA, HERAS GIRONELLA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0636

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patologia cardiovascular actualmente continúia siendo una de las mayores causas de mortalidad y de patologia crónica.
La promoción de la salud es una de las actividades prioritarias de un E.A.P. Actuar en este sentido sobre población infantil, sus padres y sus profesores, en el entorno escolar es una actividad que puede tener alto grado de ganancia de estándares de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar en ambiente escolar un actividad educativa dirigida a saber interpretar las etiquetas de los productos alimentarios que se encuentran en el comercio

MÉTODO
1. Elección de un grupo de trabajo

2.- Motivación de los profesionales del centro de salud

3.- Sesión clínica en el C. Salud dirigida a los profesionales y estudiantes del centro desarrollando el proyecto

4.-Sesion clínica desarrollando la actividad a desarrollar en los colegios

5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad

6.-Desarrollo de las actividades en los colegios .

INDICADORES
Establecer grupo de trabajo
Si/no
I
Sesión clínica en C.S. a los profesionales
SI/NO

Actividad comunitaria
Si/NO

DURACIÓN
1. Elección de un grupo de trabajo---------- febreo 2018

2.- Motivación de los profesionales del centro de salud -- febreo - marzo 2018

3.- Sesión clínica en el C. Salud dirigida a los profesionales y estudiantes del centro desarrollando el proyecto ------ marzo 2018

4.-Sesion clínica desarrollando la actividad a desarrollar en los colegios
----------abril 2018

5.- Contactar con los colegios de la Zona Básica, proponiéndoles la actividad y establecer las fechas de la actividad ------ abril 2018

6.-Desarrollo de las actividades en los colegios .------ mayo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0636

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA ALIMENTACION CARDIOSALUDABLE EN LA COMUNIDAD

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0648

1. TÍTULO

ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LOMBAR GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ HERVAS CRISTINA
SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL
SANCHEZ GARCIA ALICIA
LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-1. Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería
abril 2018 ----Maria José Lombar
-2. Diseñar el proyecto y Check list
Mayo a junio 2018 ---- Cristina SArasa Larrodé
----- José Gabriel Sebastian Belanche
-3. Establecer indicadores
mayo a junio 2018 -- Cristina Sarasa Larrode
-- Mª José Lombar Gimeno

-4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales
junio 2018 ---- Sesion clinica Cristina Lopez Hervas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
indicadores:

- Diseñar check list de asitencia: Se diseñó un Check list de asistencia al dolor torácico
- Tiempo entre solicitud de asistencia hasta ealizar E.C.G. > de 10 minutos
Se detectaron 8 dolores torácicos, de los cuales 6 entraron en el protocolo de actuación y 2 no fueron incluidos.
En ninguno de los casos atendidos el tiempo de espera hasta realizar el ECG fue superior a los 10 minutos
El motivo de no inclusir a estos 2 dolores torácicos, se considero que fue el hecho de ser atendidso por profesionales sustitutos que no conocían la existencia del circuito asistencial

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención a la patología urgente en el centro de salud requiere motivación y participación de todos los profesionales del centro de salud.
Para establecer una correcta atención a la patología urgente consideramos queno solo es preciso establecer un protocolo de actuación sino que este sea conocido por todos los profesionales y que haya un responsable de recordarlo al personal no habitual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/648 ========== ***

Nº de registro: 0648

Título
ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA, LOPEZ HERVAS CRISTINA, SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL, SANCHEZ GARCIA ALICIA, LABARA SANJUAN MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0648

1. TÍTULO

ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención a la patología urgente en el centro de salud requiere motivación y participación de todos los profesionales del centro de salud.
Para establecer una correcta atención a la patología urgente consideramos que es preciso establecer un protocolo de actuación.
La cardiopatía isquémica es una de las mayores causas de mortalidad en nuestro medio, por lo que hemos priorizado en primer lugar el dolor torácico con la intención de mejorar la calidad asistencial de dicha patolo

RESULTADOS ESPERADOS
- Motivar al personal del centro de salud en la atención de la patología urgente
Establecer procesos de actuación óptimos en la valoración precoz de esta patología.
Establecer indicadores fácilmente medibles y que nos permitan evaluar el proceso asistencial

MÉTODO
1.- Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería

2.- Diseñar el proyecto

3.- Establecer indicadores

4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales

5.- Determinar los procesos asistenciales

6.-Comunicar al equipo de atención primaria

7.- Evaluar los resultado obtenidos

INDICADORES
Valorar tiempo de actuación --

De solicitud de asistencia hasta ealizar E.C.G. > de 10 minutos

Diseñar check list de asitencia
Si/No

DURACIÓN
1.- Nombrar equipo de trabajo formado por medicina y enfermería
- abril y mayo 2018 ----Maria José Lombar

2.- Diseñar el proyecto

- Mayo a junio 2018----Sara Laínez Martínez
José Gabriel Sebastian Belanche

3.- Establecer indicadores

- mayo a junio 2018 -- Michelle Soler pérez
-Sara Laínez Martínez

4.- Valorar las necesidades de formación y motivación de los profesionales

-- junio a agosto 2018 ----Maria José Lombar Gimeno
Miguel Ángel Labara SanJuan

5.- Determinar los procesos asistenciales

-- agosto a octubre 2018 --Cristina López Hervás
José Gabriel Sebastian Belanche

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0648

1. TÍTULO

ATENCION AL DOLOR TORACICO EN EL CENTRO DE SALUD

6.-Comunicar al equipo de atención primaria

- Octubre 2018 -- José Gabriel Sebastian Belanche
Miguel Ángel Labara SanJuan

7.- Evaluar los resultado obtenidos

- abril 2019--- José Gabriel Sebastian Belanche
Miguel Ángel Labara SanJuan

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0653

1. TÍTULO

AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS POBES LACRUZ
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAQUERO CALLEJA NATALIA
GARCIA ENTRENA MERCEDES
MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO
MARTINEZ ESPLIGARES LAURA
RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
14/2/18. Sesión al equipo de salud sobre MITOS DE LA LACTANCIA MATERNA. Ponente: Natalia Vaquero. Presentación.
2/5/2018. Sesión al equipo de salud sobre el INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA. Ponente: Maria Jesus Pobes.
30/5/2018. Sesión al equipo de salud sobre IMPORTANCIA DE LA POSICIÓN DEL NIÑO AL MAMAR. Ponente: Maria Jesus Pobes.
29/6/2018. Sesión al equipo de salud sobre PATOLOGIA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA. Ponente: Jose Antonio Montiu.
24/10/18. Sesión al equipo de salud sobreTRATAMIENTO DE MASTITIS. Ponente: Maria Jesus Pobes.
28/11/2018. Sesión al equipo de salud sobre BANCOS DE LECHE MATERNA. Ponente: Mercedes Garcia y Ana Barea.
16/1/2019. Sesión al equipo de salud sobre HIGIENE POSTURAL DURANTE LA LACTANCIA MATERNA Y PORTEO. Ponente: Cristina Rodriguez.
Todas las sesiones han sido con presentación, vídeos y material de educación maternal (pezoneras, muñecos...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos realizado 7 sesiones al equipo y el standard marcado era de 6 sesiones anuales.
Encuestas de valoración a los asistentes de las sesiones. Gran interés y valoración de todos los componentes del equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora positivamente el aprendizaje sobre los temas de lactancia incluidos en las sesiones. Quedan pendientes varios temas por tratar: lactancia en situaciones difíciles, en embarazos múltiples, con determinadas patologias...

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/653 ========== ***

Nº de registro: 0653

Título
AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUDMIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Autores:
POBES LACRUZ MARIA JESUS, VAQUERO CALLEJA NATALIA, GARCIA ENTRENA MERCEDES, MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO, MARTINEZ ESPLIGARES LAURA, RODRIGUEZ ESCUREDO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0653

1. TÍTULO

AUMENTAR LA CAPACITACION Y LA IMPLICACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS, EN LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

PROBLEMA
La incertidumbre y falta de conocimientos e información respecto a la lactancia materna en embarazadas y madres que dan el pecho, lo cual genera ansiedad y frustación.

Dada la importancia de la lactancia materna como herramienta de salud pública, es importante que todos los profesionales del centro de salud estén bien formados en todo lo relativo a la lactancia materna (inicio, duración, falsos mitos, promoción, compatibilidad con medicamentos, etc...)

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar a todos los trabajadores del centro de salud en habilidades y conocimientos para que puedan fomentar y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y complementaria hasta los dos años o mas. Continuar en la formación sobre lactancia materna.

Población diana: todos los trabajadores del centro de salud.

MÉTODO
Continuación con el grupo de trabajo multidisciplinar en apoyo y promoción de la lactancia materna.

Reuniones del grupo de trabajo: al menos 6 al año.

Talleres de formación y capacitación en lactancia materna para los diferentes estamentos de trabajadores del centro de salud. Ofertar al menos 6 sesiones formativas al equipo.

INDICADORES
Encuesta antes y despues de cada taller para valorar los conocimientos y destrezas adquiridas en los mismos.

Actas de todas las reuniones y de los talleres formativos.

DURACIÓN
Duración : De abril 2018, hasta abril 2019.

Anualmente: valorar la continuación del grupo de trabajo.

Responsable de implantación: Maria Jesus Pobes Lacruz, matrona del centro de salud.

Talleres formativos por estamentos (personal admisión, auxiliar y celador, enfermeria y médicos):

1.- En abril, mayo y junio 2018--SI/NO.

2. En octubre, noviembre 2018 y febrero, marzo 2019--SI/NO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0676

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALICIA YUMEN CHABBAR BOUDET
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABARA SAJUAN MIGUEL ANGEL
LOPEZ HERVAS CRISTINA
SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Detección del punto de partida. Se partió de los resultados de Pacto de gestión de enero de 2017

2.- Establecimiento de objetivos,
Nª de pacientes crónicos entre 35 y 74 años con detección de RCV/Nºde paciente crónico---- de -66,83% a --68%
RCV en fumadores:
Nº de personas fumadoras entre 35 y 74 años atendidas en AP con RCV calculado/Nº personas fumadoras entre 35 y 74 años de -- 53,16% a -- 56,00%

3.-Elaboración del plan de mejora de mejora e informativa del proyecto de calidad. Se desarrolla el27/06/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Indicador de riesgo cardiovascular, en paciente cronico mejoró 3,59 % con respecto al año anterior. El proyecto se presentó en junio y la evaluacion del mismo es en Enero por lo que sería conveniente revalorarlo en junio
LA valoración del riesgo cardiovascular en fumador no ha sido posible ya que la explotación de datos informáticos esta fuera de nuestras posibilidades, al carecer del programa PROSA, de explotacion de daros de OMI ya que depende de informatica del sector, pero seguiremos insistiendo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
la mejora por parte de los profesionales del centro de la
detección de RCV y del control de los principales factores de riesgo modificables para poder poner en marcha las adecuadas actuaciones de prevención primaria o secundaria según el caso

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/676 ========== ***

Nº de registro: 0676

Título
DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

Autores:
CHABBAR BOUDET ALICIA YUMEN, LABARA SAJUAN MIGUEL ANGEL, LOPEZ HERVAS CRISTINA, SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares sanitaria y en especial la la cardiopatía isquémica (CI) y la enfermedad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0676

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

cerebrovascular, constituyen la primera causa de
muerte a nivel de la población española, tienen una elevada incidencia
, son fuente importante de discapacidad y poseen gran repercusión
en los costes de la asistencia

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal de este proyecto se basa en la mejora por parte de los profesionales del centro de la detección de RCV y del control de los principales factores de riesgo modificables para poder poner en marcha las adecuadas actuaciones de prevención primaria o secundaria según el caso.

MÉTODO
1.- Detección del punto de partida

2.- Establecimiento de objetivos

3.-Elaboración del plan de mejora
de mejora
4.- Sesión clínica informativa del plan

5.- Captación del paciente crónico y detección de RCV

6.-Seguimiento según RCV del paciente

INDICADORES
RCV en pacientes cronicos:

Nª de pacientes crónicos entre 35 y 74 años con detección de RCV/Nºde paciente crónico---- de -66,83% a --68%

RCV en fumadores:

Nº de personas fumadoras entre 35 y 74 años atendidas en AP con RCV calculado/Nº personas fumadoras entre 35 y 74 años
de -- 53,16% a -- 56,00%

DURACIÓN
1.- Detección del punto de partida.
-- DE FEBRERO A MAYO 2018 --1. Dra. Chabbar

2.- Establecimiento de objetivos
-- DE MAYO A JUNIO 2018 -- Dra. Chabbar

3.-Elaboración del plan de mejora
de mejora

-- DE JUNIO A SEP DE 2018 -- 4. Gabriel Sebastian

4.- Sesión clínica informativa del plan.

- SEP 2018 - MIGUEL ÁNGEL LABARA

5.- Captación del paciente crónico y detección de RCV

- DE OCT DEL 2018 A OCT DEL 2019 -- Dra. Chabbar

6.- VAloracion del proyecto

-- DIC 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0676

1. TÍTULO

DETECCION RCV EN PACIENTE CRONICO Y EN FUMADOR

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0683

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION YMANTENIMIENTO

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GIL UÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACIN LACASA MARTA
VENTURA LABORDA BEATRIZ
ORTEGA LARRODE CRISTINA
ALVAREZ MODREGO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud. El grupo de trabajo lo formaron los responsables del proyecto

2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico. Revisión anual del inventario.

3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfingomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.

4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.

5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.

6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.

7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.

8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.

9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.

10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se inventarió el material que en ese momento habia y se incrementó con el que se consideŕço importante incluir, que se cerró en mayo de 2018
- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje, y revisar balas de oxígeno con periodicidad mensualconseguido en mayo 2018
- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.en mayo de 2018
- Sesión informativa a todo el personal de centro. Se desarrolló el 6/03/2018 - -Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses. Se desarrollará en marzo de 2019
- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso. Se planteó para marzo 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La demanda asistencial urgente, no es en absoluto extraña en un centro de salud. Ello implica que el centro de salud tiene que proveerse de unas instalaciones adecuadas a tal efecto, con los recursos en calidad, forma y cantidad adecuadas para facilitar la asistencia sanitaria en situación de urgencia y emergencia.
Siendo unas de las actividades preferentes y que tienen que tener un responsable designado
Establecer la valoracion de las caducidades de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual. junio 2018

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0683

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION YMANTENIMIENTO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/683 ========== ***

Nº de registro: 0683

Título
SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION Y MANTENIMIENTO

Autores:
GIL UÑEZ CARMEN, ACIN LACASA MARTA, LOPEZ HERVAS CRISTINA, VENTURA LABORDA BEATRIZ, ORTEGA LARRODE CRISTINA, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La demanda asistencial urgente, no es en absoluto extraña en un centro de salud. Ello implica que el centro de salud tiene que proveerse de unas instalaciones adecuadas a tal efecto, con los recursos en calidad, forma y cantidad adecuadas para facilitar la asistencia sanitaria en situación de urgencia y emergencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Implicar a los profesionales sanitarios para establecer los mecanismos oportunos para conseguir un adecuado mantenimiento y reposición de los recursos necesarios para la atención sanitaria de urgencia y emergencia tanto en el centro de salud como en los avisos a domicilio.

MÉTODO
1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud.

2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico. Revisión anual del inventario.

3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfingomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.

4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.

5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.

6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.

7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.

8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.

9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.

10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso.

INDICADORES
Nº de revisiones realizadas/Nº de revisiones propuestas : 12/año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0683

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO SE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS: DOTACION YMANTENIMIENTO

Existencia de un sistema de recogida de incidencias en el correcto funcionamiento: si/ NO

DURACIÓN
1.- Formar un grupo de trabajo con un responsable y miembros de los diferentes estamentos del centro de salud.
marzo 2018 ------------------Cristina López

2.- Crear un inventario con el contenido de la sala de urgencias: material farmacológico y no farmacológico.
Revisión anual del inventario.

De marzo amayo 2018 ---------------Cristina Ortega
Cristina López

3.- Crear un calendario mensual con los responsables de la revisión y el registro de funcionamiento del aparataje: ECG, esfingomanómetro, pulsioxímetro, nebulizador.

mayo 2018 --------------------------------Marta Acín
Beatriz Ventura

4.- Establecer contenido del carro de curas. Ordenar el carro de curas y reponer el material que falte, con periodicidad semanal.

De marzo a mayo 2018------------Marta Acín
Beatriz Ventura

5.- Revisar fechas de caducidad de medicación en la sala y en el maletín de urgencias con una periodicidad mensual.

junio 2018 ------------------------ Margarita Floria

6.- Dejar la sala limpia y preparada para el siguiente uso.

junio 2018 -------------------------Beatriz Ventura

7.- Revisar balas de oxígeno con periodicidad mensual.

junio 2018 -------------------------Beatriz Ventura

8.- Sesión informativa a todo el personal de centro.

junio 2018 ------------------------Marta Acín

9.- Reevaluación del funcionamiento de la sala de urgencias y su contenido en 8 meses.

marzo 201 9 -------------------Cristina Ortega
Cristina López

10.- Establecer un sistema de recogida de incidencias para registrar los fallos detectados en el cumplimiento del proceso.

marzo 2019 ---------------------Cristina Ortega
Cristina López

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0695

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA ACIN LACASA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA
GIL UÑEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales
2.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro
3-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función
4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas
5- Evaluación del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- sesion clínica proyecto de calidad carro de paradas
06/03/2018 . Cristina lopez
2.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro
mayo 2018 ---------- Carmen Gil uñez
---------- Cristina López Hervás
----------Cristina Ortega Larrode
2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.
mayo 2018 ----------Marta Acin Lacasa
---------- Carmen Gil Uñez
4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas
junio ---Natalia Fidalgo Pinillla
Este era un criterio de evaluacion ISO, siendo evaluado sin presentar ninguna incidencia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención sanitaria a la emergencia médica ha de tener los mayores indicadores de efectividad y eficiencia y mas si es en situaciones que pueden llegar a ser críticas para el paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/695 ========== ***

Nº de registro: 0695

Título
CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
ACIN LACASA MARTA, PEDRUZO GARCIA LUZ MARIA, LAINEZ MARTINEZ SARA, SOLER PEREZ MICHELLE ALEXANDRA, FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR, GIL UÑEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención sanitaria a la emergencia médica ha de tener los mayores indicadores de efectividad y eficiencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0695

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

y mas si es en situaciones que pueden llegar a ser críticas para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Proporcionar una atención adecuada a un paciente en situación de urgencia vital.
- Asegurar un correcto equipamiento del carro de paradas
- Adecuar el carro de paradas para las necesidades del centro de salud.
- Establecer criterios para el correcto mantenimiento y uso adecuado del mismo.
- Adecuar las necesidades con la formación y reciclaje del personal sanitario.
- Concienciar al personal sanitario de la necesidad de un correcto uso y mantenimiento del carro de paradas
- Organizar una supervisión periódica del carro de paradas.

MÉTODO
1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales

2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.

3.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro

4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas

5- Evaluación del proyecto

INDICADORES
Realizar check list --- SI/NO

Revisión de checklist 1 CADA MES --- 12 VECES AÑO

DURACIÓN
1.-Calendario de sesiones clínicas de urgencias vitales

----------------- de marzo a abril 2018 ---Carmen Gil Uñez
Sara Laínez Martínez

2-Establecer el contenido y dotar al carro de paradas de material y medicación para cumplir su función.

---------------- abril a mayo 2018 -----------Marta Acin Lacasa
Carmen Gil Uñez

3.- Nombrar un grupo de trabajo para determinar el contenido y uso del carro

--------------- mayo a junio 2018 ----------Michelle Soler Perez
Cristina López Hervás

4.-Organizar y distribuir el material del carro de paradas

------------- de junio a noviembre 2018 ---Natalia Fidalgo Pinillla
Carmen Gil Uñez

5- Evaluación del proyecto

------------ enero a febrero 2018 ---------Marta Acin Lacasa
Carmen Gil Uñez

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0695

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0732

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA PILAR FIDALGO PINILLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAVERO PEREZ INMACULADA
MORATO GARCIA ANA
VENTURA LABORDA BEATRIZ
ORIA FLORIA MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales d enfermería y medicina del centro
de salud
Se desarrollaron las siguienbtes sesiones:
- Actualizaciones en Diabetes. sesión Clinica - 16/05/2018
- Definicion del proyecto de calidad sobre el pie diabético. Sesión Clinica - 13/06/2018
- Pié diabetico: Protocolo de asistencia y proceso de atención. Sesión Clinica- 03/10/2018

3.- Repasar la metódica del registro OM.I del pié diabético
- Pié diabético: registro en OMI-AP. Sesión Clinica 04/10/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se plantearon dos sesiones este año para cumplirlo y se han dado 4 sesiones.
Se planteó conseguir una mejora en el indicador de 10 puntos y se han conseguido 7, si bien el proyecto se planteó en junio y la mejora obtenida ha sido en 6 meses. Será necesario replantear el ojetivo al cumplir el año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la baja implementación de este servico era necesario desarrollar actividades y proyectos para mejorar su cumplimentación y por lo tanto majorar la asistencia al pacietne crónico

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/732 ========== ***

Nº de registro: 0732

Título
MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

Autores:
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR, CAVERO PEREZ INMACULADA, MORATO GARCIA ANA, VENTURA LABORDA BEATRIZ, ORIA FLORIA MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0732

1. TÍTULO

MEJORAR LA IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE PIE DIABETICO

El Control de la patologia crónica es una actividad compartida entre medicina y enfermería.
La diabetes es una enfermedad con elevada prevalencia en la población y sobre todo en poblacion anciana
El control del diabético y fundamentalmente el pie diabético es implementado en la mayoría de las ocasiones por enfermería.
Los resultados de la evaluación de cartera de servicos del E.A.P., han sido deficitarios en los últimos años. Esto hace que sea necesario desarrollar actividades y proyectos para mejorar su cumplimentación y por lo tanto majorar la asistencia al pacietne crónico

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Mejorar la asistencia a los pacientes diabéticos
2.- Aumentar la motivación de los profesionales en la Implementación del servicio del pie diabético
3.- Aumentar la calidad en el registro OMI del paciente diabético.
4.- Prevenir las ulceras en extremidades inferiores en estos pacientes.

MÉTODO
1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales d enfermería y medicina del centro de salud

3.- Repasar la metódica del registro OM.I del pié diabético

4.- Mejorar la sistemática de atención al paciente diabético insistiendo en el aumento de habilidades del paciente en el cuidado de los pies

INDICADORES
Calendario de sesiones clínicas teórico practicas sobre el pie diabético

------------------3 sesiones clinicas / año

Mejorar el indicador de cartera de servicios de pie diábetico

---------------Mejorar el indicador de cartera de servicios de pie diábetico Indicador individual de cumplimiento del servicio superior al 10

DURACIÓN
1.-Mejorar el circuito asistencial en enfermería de los pacientes diabéticos

---- de enero a marzo de 2018 ---Margarita oria Floria

2.- Aumentar la formación Continuada sobre el pie diabético de los profesionales d enfermería y medicina del centro de salud

------ de marzo a Octubre 2018 ---I nmaculada Cavero Perez
Natalia Fidalgo Pinilla

3.- Repasar la metódica del registro OM.I del pié diabético

------ septiembre 2018 -------- Ana Morato Garcia

Pilar Rodriguez Maza

4.- Mejorar la sistemática de atención al paciente diabético insistiendo en el aumento de habilidades del paciente en el cuidado de los pies.

--------mayo2018 a febrero de 2019 ---Beatriz Ventura Laborda
Inmaculada cavero Perez

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1325

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO MONTIU PEMAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISANTA POMAR CARLOS
ORTEGA LARRODE CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo 5/5/2018
- Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018
- Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP
Sesiónes sobre tema de antibióticos en el EAP

18/02/2018
“Antibioterapia, dosis y cuando?”
Carlos Isanta.
90 % de asistencia

5/5/2018
“ IRASPROA. Macrólidos uso en Atención Primaria”
Carlos Isanta y José A Montiu.
88% de asistencia.

30/01/2019
“ IRASPROA AP Principios generales y reunión de Equipo para la adhesión a los objetivos AP”
José A Montiu
95%de asistencia.

Exposición de los posters sobre “Antibióticos, solo cuando sea necesario” en las consultas del Centro de Salud
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos 30/01/2019
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos 30/01/2019
Hemos realizado 3 reuniones sobre el buen uso de antibióticos en Ap con un elevado porcentaje de participación de personal de enfermería, medicina general y pediatría..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Inicialmente se aprecia una buena colaboración del personal del Centro de salud y se ha propuesto el inicio de una nueva linea de mejora relacionada con la prescripción adecuada de antibióticos en Atención Primaria.
Se creará un grupo de trabajo sobre este tema como proyecto de Calidad que incluirá reuniones periódicas y actividades formativas y medición de objetivos propuestos en uno y dos años.
Procederemos a la implicación de los Residentes de nuestro Centro en la correcta utilización de los antibióticos facilitando la explotación de los datos obtenidos para crear diferentes objetivos de Investigación en AP:
Trataremos de mantener la concienciación y colaboración en la política de prescripción de antibióticos a través de reuniones y sesiones formativas frecuentes(al menos trimestrales) y la comunicación de los resultados parciales de manera frecuente para implementar la motivación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1325 ========== ***

Nº de registro: 1325

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1325

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Autores:
ISANTA POMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
-Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
-Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
-Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
-Dar a conocer los principios generales PROA.
-Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
-Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón

INDICADORES
-Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. Si/no
-Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. Si/no
-Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. Si/no
-Nº Sesiones realizadas sobre PROA-AP: 3 sesiones al año.
-Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 75%

DURACIÓN
Mayo. Designar un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo.
Mayo- Junio. Difusión de los principios generales PROA en atención primaria.
Junio- Septiembre 2018. Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP.
Junio-Diciembre . Sesiones realizadas sobre PROA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1325

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EAP MIRALBUENO GARRAPINILLOS

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA OLIVEROS BRIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAROD BENEDICO ETHEL
CEBOLLA GARCIA MARIA DOLORES
GASCON BRUMOS CARMEN
GUILLEN BALLARD TERESA
LOPEZ GRANADA MANUEL
MARTINEZ BURGOS BEATRIZ
MIRANDA ANAYA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones Consejo de salud realizada el 15 de junio y 13 de diciembre 2017 de 15,30-17,30h.
en lasque se abre a todos los agentes del barrio y se explica la estrategia atención comunitaria y la repercusión en el consejo de salud, se anima a hacer alegaciones ; el ir construyendo consejo entre tod@s; el estado del proyecto de promoción de la salud de adicciones; la inclusión del proyecto recursos para tu salud y la creación de la red de salud en el PIBO. no olvidar la necesidad de intersectorialidad y contar con el centro de salud y consejo de salud en la planificación . Recordar la necesidad de orientarlo según la estrategia de atención primaria que se está trabajando. Se ha realizado un mapeo de activos ayuntamiento y asociación de vecinos. Explicar las jornadas del parque en las que ha participado el proyecto del centro paseos y salud contando la experiencia de los paseantes y técnicos (atades, coordinadora del parque, proyecto de animación deportiva y centro de salud) que llevan esta actividad realizada en el parque; pares sueltos presenta su programa de danza inclusiva. También el ir construyendo y aprendiendo juntos el consejo de salud para que sea efectivo. Las jornadas de salud en el centro de mayores. La necesidad de crear un grupo activo promotor dentro del mismo consejo. El planificar reunirnos tres veces al año en 2018.
Se envía este año información a todos los miembros del consejo de la estrategia de atención comunitaria así como enlace para realizar alegaciones al mismo.
Se envía información diversa (reglamento de funcionamiento, ordenes y material de la caja de herramientas de salud informa) para leer e ir trabajando el consejo.
asistentes este año al consejo: asociación de vecinos Oliver, sindicato u.g.t., servicios sociales, colegio Fernando el Católico, colegio Ramiro Soláns, veterinario de salud pública y farmacéutica de zona, Zaragoza vivienda, centro de mayores, CMAPA- (centro municipal de atención y prevención de adicciones)asociación pares sueltos, cáritas, coordinadora del parque Oliver, fundación adunare, cooperativa "la bezindalla", técnico del plan integral del barrio Oliver, zaragoza vivienda, centro de salud.
Reuniones Mesa de agentes mensuales el 24 de enero, el 28defebrero, 28 de marzo,25 de abril,30 de mayo,12 de septiembre, 31 de octubre, 28 de noviembre de 10 a 14h.en las que se ha trabajado programa de promoción de la salud de adicciones los objetivos y hace poco a comenzar a diseñar actividades y en el que el centro de salud ha aportado ser un escaparate del barrio con frases e imágenes positivas en las paredes con diálogos abiertos para interaccionar con los usuarios del centro, invitación a seguir pautas de cuidado del cuerpo, la mente, lo social además de aprovechar el test de hábitos tóxicos de omi para hacer educación individual en consulta y detectar consumos de riesgo para derivarlos a recursos oacciones que se planteen en el proyecto. Fomento de alternativas al alcohol y tabaco como hacer ejercicio, recursos como paseos, el uso de la biblioteca
En estas reuniones se exponen lo que van trabajando los diferentes recursos con el plan integral del barrio Oliver de forma coordinada. hay una web en la que se puede colgar información, noticias, etc para todo el barrio, se plantea trabajar la convivencia en el barrio y como abordarla. se reunen: asociación de vecinos, centro comunitario, zaragoza vivienda, cáritas, centro de mayores, colegio Ramiro solans, colegio Fernando el católico, servicios sociales ayuntamiento, mesa de infancia, asociación dDialoga, fundación Down, Centro de tiempo libre, centro de prevención de adicciones, cooperativa "La Bezindalla"
Taller de técnicas de relajación y autocontrol semanales de una hora de duración los martes a las 14h. en el primer semestre y en octubre, noviembre. A través del yoga con una profesional del centro de salud experta que trabaja toma de consciencia con el cuerpo, centrar la atención y favorecer relaciones en las sesiones de forma tranquila en grupo con una especializada en el tema. Han participado 18 personas en diferentes momentos y con un grupo estable de 10.
Grupos de educación para la salud
Taller de mindfulness a un grupo de mujeres que toman ansiolíticos.se hicieron 5 sesiones, una semanal de 9 a 10,30h.con participación activa e intercambio de experiencias en agosto-septiembre
con una profesional del centro de salud experta en el tema y una observadora.se dieron carpetas con documentación (practicas, autoregistros y teoría sobre mindfulness : beneficios y aplicación para la salud) participa residente de medicina de familia.
Taller de maternaje, preparación al parto y lactancia materna una profesional del centro de salud enseñando diferentes etapas, síntomas y recursos para llegar a un parto e inicio de lactancia materna eficaz. Comienza la semana 28del embarazo y son 8 sesiones en total aunque suelen acudir hasta el parto.
Se realiza los jueves de 10 a 12h.todo el año salvo vacaciones.
Taller de eps "visita virtual al centro de salud y doctor guau "con un Mapeo de activos alumnos de 3º infantil y 1º primaria en el colegio Ramiro Solans y alumnos de 3º infantil en el colegio Fernando el Católico acompañados de los profesores el 3 de marzo y el 25 de mayo
se pasa un video presentando al personal del centro y las actividades que se hacen, hablando de hábitos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

positivos trabajando de forma interactiva para disminuir ansiedad y empoderar.nos apoyamos en el juego entre todos con material que llevamos (guantes, fonendoscopio, mascarillas, otoscopio, depresores)
y otro video del doctor guau para formar en buena utilización de los recursos sanitarios y la importancia de cuidarse.
en el mapeo de recursos con la palabra salud en un mural (que se queda expuesto en el centro educativo).nos sentamos y con rotuladores y apoyo de imágenes que sugieren activos vamos animando, pintando y escribiendo con lluvia de ideas todo lo que se les ocurre.se ha hecho un video de la actividad y fotos. participan centro de salud, profesores y alumnas de enfermería

sesiones de equipo para presentación de la estrategia de atención comunitaria, agenda y proyecto de gestión8 de junio a las14h., 2,3,4 de agosto a la totalidad del equipo.
El desarrollo del proyecto de mejora y del proyecto de la rapps recursos para tu salud el 7 de noviembrealas14h.
Sesión de introducción al mindfulness el 28 de noviembre a las14h
comunicación con el equipo fluida a través del correo de omi y electrónico del salud para anunciar actividades, pedir colaboración u opinión, transmitir resultados. aconsejar recursos del barrio como herramienta de prescripción social.
sesiones a alumn@s de 2ºy 4º de enfermería de prácticas explicando el proyecto y conceptos de salutogénesis y activos.
Reuniones del grupo de salud comunitaria: 4 de abril,19, 27 de abril,18 de agosto,23, 27de octubre de 8a9h.para plantear dinámica, conceptos de salutogénesis y activos, trabajar proyecto-contrato de gestión y otras actividades o demandas que van surgiendo.
Formación: sesión formativa de referentes en c.s.seminario de la estrategia de atención comunitaria-4 de mayo.
Taller de formación ¿cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria el 12 de junio
Taller de metodología en educación para la salud y educación para la salud grupal 17 y 18 de octubre
Taller cómo evaluar actividades comunitarias 21 de noviembre
Participación en las Jornadas de la RAPPS el 16 de noviembre presentando el proyecto en forma de poster
Jornadas de enfermería comunitaria en Teruel 21 y 22 de septiembre Reuniones intersectoriales: Pibo (plan integral del barrio Oliver)-red de salud y proyecto recursos para tu salud presentación 10 de mayo por la junta de distrito de 18h-20h
Reunión grupo de trabajo Pibo 5 de julio. trabajamos el 5de julio de 18h-20h,en la junta de distrito. trabajamos en el grupo 1.derechos sociales-temas socioeducativos con el tema actuaciones de formación empleo inclusión en barrio Oliver y el 27 de septiembre de 16,20-18h.en la junta de distrito en el grupo 3 Administración y ciudadanía. Actuaciones de mejora de la intervención de las administraciones públicas y en la gestión conjunta de servicios a través de actuaciones compartidas.
donde se va a trabajar también creación de red de salud y proyecto recursos para tu salud,acuden diferentes colectivos y agentes que actúan en el barrio y ayuntamiento.
Otras actividades Se ha participado en actividades que han ido surgiendo como colaboración con la asociación amediar dentro del curso que han realizado de octubre a diciembre(con vecinos y vecinas de Oliver) de "formación en mediación y sensibilización comunitaria" dentro del plan integral de Oliver
actividad medioambiental sobre como tomar consciencia del ruido de manera lúdica con juegos a la puerta del centro de salud con la participación de todo el que entra o sale el 10 de noviembre acompañando y apoyando a los alumnos de mediación.
Y el 13 de diciembre también con Amediar se realizó una actividad en relación al objetivo de salud comunitaria para la intervención en el barrio.
de mapeo de activos individuales,familiares y comunitarios en el barrio para ayudarles a descubrir activos en salud y empoderarles dentro del curso de mediadores y posibilita aumentar sus conocimientos y la percepción de control sobre la realidad que los rodea y los factores que influyen en la calidad de vida a la vez que mejora la cohesión social de la comunidad.
Cuando sean mediadores podrán identificar con los vecinos estos u otros potenciales generadores de salud, cambiar a pensar en positivo y generar posibles cambios. a través de una cartulina con un mapa vacio con el perímetro del barrio,rotuladores, posits, pinturas y apoyándonos en dos preguntas ¿qué lugares en el barrio tienen un significado especial para ti?¿qué cosas hay en el barrio que te ayudan a tener mejor salud? y a nivel individual ¿qué te gusta más de ti mismo ?,¿qué es lo que se te da bien?, ¿qué haces para estar mejor?
Actividad de lectura con la biblioteca del barrio Oliver. Con la biblioteca del barrio en la que se ha hecho una actividad de recomendación de libros por tu matrona y recomendación de libros por tu pediatra. Con la finalidad de visibilizar a la biblioteca del barrio y fomentar la lectura y el intercambio para mejorar activos hacia conductas saludables además de seguir la línea de crear red en "Oliver un barrio que lee".Han creado unos carteles las bibliotecarias con los títulos que se han aportado por el centro de salud y que tienen en la biblioteca, animando al uso de la biblioteca y al intercambio y recomendación de libros a otros vecinos .los carteles se han puesto en la biblioteca y el centro de salud.Se ha difundido entre los compañeros por correo electrónico y correo omi y animado a prescribirlos en la consulta.También hemos hecho sesión con la bibliotecaria para explicar lo que son activos en salud y pasado documentación.
Participación en el proyecto cuéntame Oliver a través de una encuesta para visibilizar los logros alcanzados en el barrio y foto de profesionales del centro como recurso del barrio
con dos sesiones que impartieron al equipo-participación del 80% del equipo del centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos dado continuidad al proyecto de promoción de la salud, seguimos trabajando y surgiendo propuestas y actividades nuevas como la de amediar o la colaboración con la biblioteca o el proyecto "cuentame oliver"
hemos conseguido aumentar la participación comunitaria intersectorial mejorando la comunicación y el lenguaje común, además del reconocimiento del proyecto al incluirlo en el plan integral de Oliver por conversaciones y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

observación-también incluye el consejo de salud.
hemos consolidado la comisión de salud comunitaria con un grupo estable de trabajo aunque también se van varios componentes y otra vez habrá que reconstituir.
Hemos participado en la mesa de agentes con el proyecto de promoción de la salud y adicciones. Hemos acudido a las 8 reuniones convocadas .
convocado el consejo de salud e introducido iniciar la estrategia de atención comunitaria y trabajar con metodología el consejo de salud, creado buen ambiente en el consejo. Acudiendo 22 personas diferentes y 19 en cada convocatoria. herramientas utilizadas: observación y conversaciones. Se hace acta de cada reunión, comunicación por correo electrónico,se han cumplido objetivos realizando las dos reuniones previstas.
En el taller de mindfulness participaron 8 personas y se ha observado que han disminuido el consumo de ansiolíticos en tres y empoderamiento en el total del grupo de mindfulness .técnica empleada: observación(había una persona como observadora),entrevistas y revisión del consumo de medicación mirado en receta electrónica del paciente.
Taller de eps "visita virtual al centro de salud y doctor guau "con un Mapeo de activos
han participado 30 niños entre los dos colegios, profesoras, una voluntaria de prácticas. Se ha observado que toman conciencia de cuáles son los hábitos saludables y algunos recursos que tienen en los coles a través de entrevistas y trabajo en el aula con los profesores a lo largo del curso.
grupo maternaje, preparación al parto y lactancia materna: el 90%de las mujeres que han sido madres expresan que les ha ayudado a cuidarse en el embarazo, afrontar más eficazmente el parto e inicio de lactancia de forma eficaz .técnica: a través de la entrevista con matrona en la primera visita postparto .
han acudido 200 personas.
grupo de relajación y control de estréss: l@s compañeros del centro que manifiestan que les ayuda y han fortalecido las relaciones entre ellos. técnica: entrevista y observación.
Han participado 18 personas en total y un grupo estable de 10 en cada sesión.
actividades con amediar :la actividad sobre el ruido a las puertas del centro de salud participaron 50 personas y la gente le sirvió para plantearse que el ruido puede ser un problema de salud y el tomar conciencia individual de necesidad de respeto y convivencia en el barrio.la técnica es por observación y entrevista.
el mapeo de activos individuales, familiares y comunitarios participaron las 8 personas en formación como mediadores y sirvió para tomar conciencia de que recursos tenemos cada persona para potenciar la salud, además de los de la familia y comunidad.técnica:1 persona observadora, y un mapa de activos que describe el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que se han cumplido objetivos al haber realizado todas las actividades propuestas y más que han ido surgiendo. Es una continuidad del proyecto iniciado en el 2013. También hemos mejorado la intersectorialidad y unirlo a la estrategia de atención comunitaria. No sabemos trabajar con metodología correcta. Tenemos que mejorar el diseño de todo el proceso,objetivos, metodología, indicadores, evaluación, impacto, coordinación y metodología de trabajo en grupo dentro y fuera, etc. para eso estamos comenzando a formar en los cursos de la estrategia de atención comunitaria, RAPPS (red aragonesa de proyectos de promoción de la salud) - salud pública, que se necesitan más y no solo introductorios al tema para ir construyendo. No sabemos ser prudentes en las demandas de la población, de otros recursos y nos agotamos y a veces con sensación de frustración por no llegar a todas las demandas. La participación en las mesas de desarrollo del plan integral del barrio nos parece demasiado costoso aunque aprecian y nos animan a participar pero han sacado conclusiones y líneas de acción sin contar con nosotros que nos dá una sensación de no entender y no tener herramientas suficientes para valorar y saber dónde estamos y que tenemos que hacer. Hay conflicto de intereses y resulta frustrante. El grupo de salud comunitaria está en fase de recomposición por abandono de varios componentes por diferentes causas. En el proyecto señala que nos reuniremos dos veces en el 2017 con el consejo de salud y hemos oído que se piden cuatro como marca la instrucción aunque nadie nos lo ha comunicado. Teniendo en cuenta que también nos reunimos con la mesa de agentes mensualmente y hemos asistido a reuniones entorno al PIBO (plan integral del barrio Oliver)¿no es excesivo tanta reunión? No hemos podido crear agenda con espacio en omi para reuniones y actividades. Algunas se han hecho en horario laboral pero con mucho coste y la mayoría fuera sin compensación alguna. No se pueden contabilizar las horas dedicadas, esta evaluación ya está costando tiempo de realizarla. Echamos en falta recursos materiales como cartulinas, rotuladores, fotocopias a color, un panel con ruedas para anunciar e interactuar con la población a la entrada del centro y alguna otra cosa que podíamos negociar para que nos lo financiaran. Hasta la fecha lo hemos pagado nosotras. Poco apoyo por el resto del equipo y por la dirección. Suponemos que por desconocimiento y poca valoración de la salud comunitaria. No es suficiente hablar con el coordinador del centro, creemos que es más eficaz hablar y coordinarse con los responsables de los proyectos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1306 ========== ***

Nº de registro: 1306

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

Autores:
OLIVEROS BRIZ TERESA, LOPEZ GRANADA MANUEL, GASCON BRUMOS CARMEN, CAROD BENEDICO ETHEL, MARTINEZ BURGOS BEATRIZ, GUILLEN BALLARD TERESA, MIRANDA ANAYA ANA, CEBOLLADA GARCIA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: promocion de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Surge de un proyecto existente desde 2013 de la rapps y partió de un análisis de la situación del barrio Oliver Realización de un dco de barrio en 2010 en el que participaron muchos agentes y se materializó en un plan estratégico y formó una mesa de agentes para desarrollarlo que superaba los modelos de participación biomédicos. En todo este proceso participa el CS en el que se sumaba marginalidad y conflictividad en unos núcleos concretos del barrio, uso incorrecto de recursos sanitarios, que son limitados, excesiva medicalización de la vida cotidiana, dependencia de lo sanitario, poca valoración de los propios recursos personales,familiares y comunitarios así como de hábitos saludables. Inequidad.Con lo que se formó una comisión de salud comunitaria del CS para crear un proyecto de promoción de la salud para toda la población de oliver,apostando por la reorientación comunitaria de nuestro sistema priorizando la correcta utilización de los servicios públicos de salud desde la corresponsabilidad y promoviendo un estilo de vida sano que prevenga enfermedades y aumente la calidad de vida de la población. Y seguir trabajando intersectorialmente con todos los agentes del barrio.Sabemos que la evidencia de los determinantes sociales que convierten la salud en un asunto colectivo. Los servicios médicos pueden mejorar la salud pero no es el único ni el más importante,sino del conjunto de los determinantes.
Necesidad de cohesionar al EAP y sin dejar recaer en la voluntariedad de las acciones por parte de algunos profesionales.
En resumen el trabajo interdisciplinar e intersectorial,la lucha contra la medicalización de la vida y el enfoque de la atención primaria debe fundamentarse en el modelo sicosocial y salutogénico,incorporando la orientación comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido a toda la población.
Dar continuidad a un proyecto de promoción de la salud.
Mejorar y mantener calidad de vida de la población.
Empoderar a la población sobre la toma de conciencia de sus capacidades para mejorar y mantener la salud.
Orientar nuestras actuaciones hacia la promoción de la salud.
Potenciar hábitos positivos.Consolidar comisión de salud comunitaria.Participar en mesa de agentes del barrio.Potenciar el consejo de salud.Continuar planificando el proyecto de adicciones en mesa de agentes y consejo de salud.Mejorar relaciones y abordaje de estrés y conflictividad para todo el EAP.

MÉTODO
Consejo de salud : órgano de participación cercano a la población en el que se tratan asuntos de salud individual y comunitaria.
Es una de las actividades de las que se pretende desarrollar el proyecto de salud comunitaria fomentando y favoreciendo la participación de la comunidad incluyendo y siendo un espacio abierto coordinado con la mesa de agentes y que se reune en el centro de salud oliver con una periodicidad minima de 2 veces/año
Mesa de agentes : órgano de participación comunitaria en el que están representados todos los agentes del barrio y en el que se reunen para trabajar el plan comunitario de desarrollo del barrio que se desarrolla en el centro comunitario con una periodicidad mensual.Proyecto de promoción de salud en adicciones a través de la mesa de agentes y consejo de salud.Seguir planificando acciones posibles a nivel comunitario a través de trabajo por sectores y coordinados en la mesa de agentes por cemapa.taller de técnicas de relajación y autocontrol: taller semanal de sesiones de yoga y relajación para todo el equipo, en el espacio de la biblioteca del centro de salud.comisión de salud comunitaria profesionales que actúan como motor y lideran el proyecto a través de 4 reuniones/año, una sesión clinica/año y según detectemos necesidades visita virtual al centro de salud y doctor. guau a los coles del barriodesarrollo proyecto de adicciones-mesa de agentes: grupo maternaje preparto

INDICADORES
1) consejo de salud -indicadores: número y fechas de reuniones y actas 2) mesa de agentes-indicador: númeroy fechas de reuniones y actas 3) ENCUESTAS/escalas A LA POBLACION Y PROFESIONALES ANTES Y DESPUES DEL PROYECTO= EADG. EVAs.Escala calidad de vida.Escala de burn out.En niños: cualitativa, escala adaptada con dibujos. 4) Entrevista a los asistentes. Metodologia cualitativa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1306

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD: PROYECTO SALUD COMUNITARIA EN OLIVER

DURACIÓN
ENERO-DIC 2017 excepto verano: - 1 reunion mensual mesa agentes, - 2 reuniones/año del consejo de salud - Reuniones Comisión de Salud Comunitaria (CSC): 1/trimestre.- 1 sesion semanal yoga y relajación para el equipo centro de salud.- Se realizan entrevistas previas al comienzo de las actividades en enero-feb 2017.
MARZO-ABRIL 2017: - Reunion CSC.
- Visita a los colegios de Ramiro Solans y Fernando el Catolico, 3º infantil. MAYO-2017: - Redaccion del proyecto de salud comunitaria en la plataforma de proyectos de acuerdo de gestion clinica y contratos programa en el servicio aragones de salud. - Visita colegio Ramiro Solans 1º de Primaria. JUNIO-OCT 2017: - Sesion clinica. NOV-DIC 2017:- Entrevistas y encuestas de control de actividades realizadas.- Recogida de datos y puesta en comun.- Elaboracion memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS Y SALUD EN OLIVER

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MANUEL LOPEZ GRANADA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARIÑO GADEA GLORIA
CAROD BENEDICO ETEL
GASCON BRUMOS CARMEN
GUILLEN BALLARD TERESA
MARTINEZ BURGOS BEATRIZ
OLIVEROS BRIZ TERESA
TAPIA RUIZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividad de Pasear: Se realiza con vecin@s del barrio Oliver y con usuarios del centro ocupacional de Sto. Ángel de atades los martes de 15,30 a 16,30 desde el 10 de enero al 23 de mayo y del 19 de septiembre al 12 de diciembre de 2017.Y del 30 de mayo al 27 de junio de 9,30 a 10,30.en el parque Oliver. han asistido en total a lo largo del año 55personas distintas.aproximadamente de 15 a 20 paseantes semanalmente.
Hemos realizado ejercicios de movilización de articulaciones y estiramientos antes y después de pasear por el parque, por grupos según capacidad de resistencia acompañados del monitor del StoAngel, enfermería del centro de salud y monitor del proyecto de animación deportiva del barrio(ayuntamiento-pad) Tenemos un listado de asistentes para ayudar a evaluar y de contactos para poder comunicarnos como grupo.
Actividad utilización de podómetros. En marzo y septiembre se han dejado por parte del pad podómetros. Se ha explicado cómo utilizarlos y conocimientos sobre actividad física, gasto de energía,frecuencia cardiaca y pasos aconsejados
El 24 de octubre se visita el espacio de aparatos de gimnasia del parque y los monitores de Sto. Ángel y animación deportiva explican su uso correcto para evitar lesiones,se realizan ejercicios y se anima a emplearlos. por parte del centro de salud se habla de los beneficios para la salud
Participación en el festival de trayectos,dentro de danza comunitaria con el proyecto "No hay coreografía mas importante que la de un abrazo"
Haciendo una coreografía en el parque compartiendo abrazos entre todos. el 30 de mayo después de pasear a las 10,30 hicimos pequeño video y el festival elaboró otro video recogiendo todas las experiencias de Zaragoza y lo presentó en el teatro principal el 25de junio
http://www.danzatrayectos.com/portfolio/no-hay-coreografia-mas-importante-que-la-de-un-abrazo-2/
taller de expresión corporal baile en el centro de Sto. Ángel .Los compañeros de paseos de Sto. Ángel nos invitan un día a visitar el centro y a realizar una actividad de baile juntos dirigida por el monitor del centro,en el que estuvimos 15 personas el 18 de abril de 9,30 a 11horas
Café mensual los últimos martes del mes para hablar de lo que nos preocupa de la salud en su sentido más amplio,aclarar conceptos y compartir saberes en los que todos somos iguales. participan. 10 personas de 16,30-17,15
Participación en las 3º jornadas del parque Oliver con el tema de espacio de participación vecinal el16 de noviembre de 2017 de 16,30a 20,30
Exponiendo la experiencia de paseos a todo el barrio en el salón de actos del centro cívico de Oliver.
Actividades de difusión
Prescripción de la actividad a través de las consultas del centro y otros recursos que acuden a la mesa de agentes y consejo de salud. hay un tríptico elaborado de cómo ha surgido la actividad,quién participa, consejos para pasear y lugar y hora de la actividad con la que se trabaja en consulta. y se ofrece a los usuarios
Cartelería por todo el centro y establecimientos del barrio en la que participan paseantes.
La biblioteca vientos del pueblo dedicó un mes a exposición de libros y cartelera sobre actividad y ejercicio físico
Reuniones
Reunión con paseantes para fijar objetivos para el 2017 el 30de enero después del paseo,en el café de paseantes y en el que se planteó como animar a más gente del barrio a venir con nosotros. Valoran mucho la actividad y se ven promotores de la misma.
También planteamos objetivos de salud individuales de cada uno,los metimos en un frasco y quedamos que al final de año lo abriríamos y valoraríamos resultados alcanzados.
Comenzamos a recoger remedios caseros que tenemos constancia de ser útiles para empoderarnos y poner en valor la sabiduría alcanzada en cuidados a lo largo del tiempo .quedamos en ir pensando a lo largo del año y anotarlo en una libreta. Al final de año difundirlo al barrio.
Reuniones con técnicos- pad, coordinadora del parque, Sto. Ángel, centro de salud el126 de enero y 15de febrero de 14,30 a 17h para organizar tareas de 2017Quedamos en respetar el tiempo de la actividad de paseos para ello y si se quiere hacer alguna otra actividad que se haga a partir de 16,30 o en otro momento.
Tareas de contactar con parques con corazón, mapa de grupos de paseos en el centro, proyecto trayectos, uso de aparatos de gimnasia parque, café saludable,,y actividades en otro momento como iniciación a la marcha nórdica por el pad y,conocimiento del parque con visitas guiadas por la coordinadora del parque
El café saludable se realiza a partir de 16,30
Seguiremos acudiendo centro de salud,
Reunión de evaluación el 19 de diciembre con paseantes, técnicos y se invitaron a usuarios del centro del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS Y SALUD EN OLIVER

santo angel se hizo la reunión de evaluación en el salón de actos del centro del Sto. Angel.se invitó a todos los usuarios del centro.de 15,30 a 17h.acudieron 50 personas.
se proyectó el vídeo de No hay coreografia mas importante que la de un abrazo del festival de trayectos, se habló de lo importante que es moverse y relacionarse.de nuestra experiencia en el parque y se animó a los asistentes a sumarse.
Se abrió el frasco de objetivos de salud que metimos en enero y valoramos objetivos conseguidos aprovechando al resto de los asistentes preguntamos cómo les había ido el año y con la intención de mejorar al siguiente.
Al finalizar nos despedimos hasta el año que viene con abrazos.
Reunión de evaluación de técnicos 19 de diciembre de 17h a 18h.también se hizo evaluación pad, Sto. Ángel y centro de salud .ha habido cambios de profesionales en los tres ámbitos. De momento se vuelve el 16 de enero a la misma hora pero habrá que volver a valorar en enero viabilidad.
En el consejo de salud de junio y diciembre se habló de la actividad y de la participación en las jornadas del parque
Formación
Taller de formación: ¿cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria el 12de junio
Taller de metodología en educación para la salud y educación para la salud grupal 17 y 18 de octubre
Taller: Como evaluar actividades comunitarias 21 de noviembre
Participación en las 16 jornada de la rapps 2017
el 16 de noviembre jornada de formación y de exposición de la evolución del proyecto .
Sesión en el centro de salud explicando el proyecto paseos y salud el 22de diciembre a las 14h.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mantenido el grupo de paseos Han paseado en total 55 personas de las cuales hay un grupo estable de 44 que se reparten semanalmente en 22.
el indicador es a través del listado de asistentes que pasamos
19 de diciembre de 17h a 18h.también se hizo evaluación por parte de técnicos: pad, Sto. Ángel y centro de salud .entrevista, técnica de conversación y dafo.
Y se ha visto lo siguiente:
Han aumentado el grado de encontrarse mejor y aumentado el grado de ejercicio por todos los que acuden. Lo positivo y enriquecedor de establecer relaciones.
Venla necesidad de respetar y promover el cuidado del parque como la conciencia de tener un recurso valioso en el barrio y la necesidad de difundirlo para que otros lo disfruten.
Hemos valorado objetivos que metimos en un frasco de mejorar la salud y al abrirlos hemos comprobado que se han alcanzado en general.
El café mensual ha sido valorado muy positivo, han dicho que compartimos saberes entorno a temas de salud, convivencia y necesidades del barrio de forma colaborativa y no directiva.es un espacio que los vecinos se han sentido empoderados y les ha servido para ser agentes activos del grupo formando grupo promotor recibiendo a los paseantes nuevos, difundiendo la actividad, la necesidad de movilidad y saberes compartidos al resto del barrio.
Se ha cumplido el realizar las sesiones de organización y evaluación como estaban programadas. Dos con paseantes, en enero y diciembre y tres con técnicos enero-febrero y diciembre.
Se ha cumplido el objetivo de dar a conocer el proyecto al equipo del centro en la sesión realizada el 22 de diciembre y al consejo de salud el 15 de junio sobre el proyecto y el13 de diciembre contando además la participación en las jornadas de la coordinadora del parque.
Otros logros conseguidos:
Participar en el festival de trayectos dentro de danza comunitaria con el proyecto "No hay coreografía más importante que la de un abrazo"
Participar en otras actividades promovidas por el centro comunitario(espalda sana,gimnasia de mantenimiento u otras actividades), el proyecto de animación deportiva, la coordinadora del parque (participación en la fiesta de otoño) el centro ocupacional del sto ángel (taller de expresión corporal)
La población en general nos hace llegar por comentarios que están contentos de que haya una actividad así en el barrio y aunque no vayan de alguna manera se interioriza el valor que tiene el pasear,que sea en el barrio y utilizando el parque.
Es una forma también de visibilizar el parque como recurso positivo y salud del barrio.
Se ha logrado prescribirlo como recurso en las consultas y otros lugares del barrio como el centro comunitario, la asociación de vecinos, la biblioteca, etc..
Se obtienen los datos por conversaciones, observación en la calle, en consulta, en la mesa de agentes y consejo de salud y con el grupo de paseos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La experiencia de caminar juntos personas con discapacidad intelectual y vecinos del barrio ha servido para integrar, normalizar, enriquecer relaciones. Es decir, se ha conseguido establecer lazos de afecto, buenas relaciones y que surjan otras actividades como la de baile todos juntos en el centro del Sto. Ángel o en la coreografía de los abrazos del festival de trayectos.
La importancia de moverse, estar activos y la importancia de las relaciones se ha interiorizado y sirve de escaparate y ejemplo en el barrio. A veces la gente te comunica que tiene grupo o que camina solo y que conoce la actividad de paseos.
Desde que el barrio se ha extendido cerca del parque, existe el corredor verde y se observan que ha aumentado el número de vecinos que caminan por Oliver.
Se ha mantenido la actividad con mucho esfuerzo ya que ha habido cambios de profesionales en los tres ámbitos. De momento se vuelve el 16 de enero a la misma hora pero habrá que volver a valorar en enero viabilidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS Y SALUD EN OLIVER

Este año hay pocas personas que se suman y permanecen poco tiempo. Hay gente que camina sola o acompañada pero trayectos más largos .El que venga el grupo del Sto. Ángel sirve como experiencia de inclusión pero también hay otras personas que es un motivo para no venir y el que venga gente con edad avanzada o trayectos cortos o largos,etc. con lo que hay que repensar a quién va dirigido y como.
Queda pendiente la creación de un mapa del barrio en las puertas del centro y en el blog del pibo con grupos de personas que caminan por el parque, y que admitan incluir en su grupo a otros.de tal manera que se reflejaría punto de encuentro, hora y persona o personas de referencia. Así a lo mejor hay más gente que se anima a participar.
Se elaboraron unos mapas de itinerarios por el parque participando profesionales y paseantes del barrio hace dos años con metros y grado de dificultad y queríamos que el ayuntamiento,el pibo o alguna entidad lo tuviera en cuenta dado al ser una actividad comunitaria con participación de la comunidad
Tema pendiente coordinarnos con centro de mayores del ayuntamiento para difusión y actividades conjuntas.
También está pendiente reunión con proyecto parques con corazón y posible viabilidad en el barrio y así sumar una actividad más.
También está pendiente el curso de marcha nórdica.
No se terminó lo del proyecto de remedios caseros por cansancio
Hay muchas ideas y proyectos que no tenemos tiempo ni recursos.
El 90-95% de las actividades se realizan fuera del horario laboral y la dirección no ha respondido a la necesidad de hablarlo con ellos.
Es difícil implicar a los compañeros y más en las condiciones precarias en las que trabajamos.
Se va una de las enfermeras participantes y habrá que recomponer equipo.
Llevamos 4 años de andadura y de esta forma no es viable a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1320 ========== ***

Nº de registro: 1320

Título
PASEOS Y SALUD EN OLIVER

Autores:
LOPEZ GRANADA MANUEL, OLIVEROS BRIZ TERESA, MARTINEZ BURGOS BEATRIZ, GASCON BRUMOS CARMEN, CAROD BENEDICO ETHEL, TAPIA RUIZ MARIA, GUILLEN BALLARD TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: promocion de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La estrategia 2011-2016 pasear de promoción de alimentación y actividad física saludable en Aragón se origina en el plan estratégico de salud pública de Aragón 2006 .Uno de sus ámbitos de actuación es el comunitario y dentro de este unos de los objetivos es promover entornos físicos que faciliten a los ciudadanos la práctica cotidiana de actividad física.El parque Oliver es un espacio idóneo para facilitar la práctica de la actividad física. Varios de los objetivos del proyecto del centro de salud "Recursos para tu salud" son: Fomentar la salud física mental y social desde el punto de vista holístico. Abordar la salud medioambiental y la importancia que tienen los entornos saludables en nuestras vidas.En el mapeo de activos en salud de la fiesta de otoño de 2013, los vecinos del barrio Oliver señalaron en mayoría al parque del oeste de Oliver como recurso importante y saludable del barrio.La coordinadora del parque también promueve que el parque se utilice por los vecinos.Hay un recurso del barrio que es el proyecto de animación deportiva.Con lo que en marzo de 2014 comenzamos a utilizar el parque como recurso saludable del barrio para realizar el proyecto paseos y salud.Centro de salud, coordinadora del parque y proyecto de animación deportiva del barrio.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el nivel de salud y calidad de vida de la población de la zona de salud de Oliver a través del ejercicio físico.Aumentar el número de personas que caminan en la zona de salud de Oliver.Establecer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1320

1. TÍTULO

PASEOS Y SALUD EN OLIVER

relaciones con otros vecin@s del barrio.Promover caminar por el parque como un activo de salud del barrio, la limpieza y el respeto por el parquer, la igualdad de género señalando la importancia de que todas las personas necesitan realizar ejercicio y relacionarse.Empoderar a l@svecin@s en sus capacidades y su autocuidado

MÉTODO
Breve saludo y evaluación de cómo nos encontramos. Se comenta alguna novedad, noticia, actividad o algún concepto de salud.5-10'.movilización y estiramientos10'.caminar-50'.estiramientos-5-7'preparación para el ejercicio y recuperación a través de ejercicios de movilización y estiramientos.caminar por el parque por diferentes itinerarios según capacidad y condición física,aumentando intensidad y resistencia.se establece diálogo y relaciones durante todo el proceso con apoyo de los monitores y vecinos activos.Se aprovecha después de los estiramientos de hablar de hábitos saludables y compartiendo experiencias y conocimientos.De forma transversal en todas las actividades se dialoga en diferentes formas de organizarse para que todos los miembros de la familia o unidad de convivencia, puedan acudir a la actividad de paseos y salud y a cualquier otra actividad.Mapeo de grupos estables que caminan por el parque para ofertar en las consultas y en otros proyectos.Actividades de conocimiento de los diferentes rincones del parque, Utilización e historia del mismo.En algunas sesiones se utilizan podómetros para tomar conciencia de los pasos que se dan y lo que se recomienda.Se utilizan los aparatos de gimnasia del parque se han hecho sesiones de enseñar ejercicios de tonicidad y elasticidad.De la técnica correcta de caminar, respiración y relajación:la importancia de conectar con nuestro cuerpo, con la naturaleza y nuestro entorno en un momento de silencio, teniendo en cuenta todos los ruidos y prisas que nos acompañan diariamente.Diez minutos de hablar y comentar beneficios de la actividad física y situaciones de salud. Café- tertulia (30-45')hablando de diferentes situaciones de salud,se enseñara a tomar pulso radial, intercambiando consejos .A principios de año se ha metido en un bote de cristal un objetivo de salud a conseguir este año.Al finalizarlo en la evaluación abriremos el bote para recordar objetivos y evaluaremos conjuntamente en que medida se han alcanzado,porque y futuro.En una libreta vamos anotando remedios sencillos de salud que nos resultan útiles para difundirlo este año o el que viene entre los vecinos

INDICADORES
Encuesta de satisfacción,dafo,actividades realizadas,actas al finalizar el proyecto.Metodologia accion-participacion.y cualitativa.Sesion clinica en junio al equipo y presentacion al consejo de salud en junio..Evaluación:numero,fechas de reuniones y actas.Memoria anual

DURACIÓN
DE ENERO A JUNIO Y DE OCTUBRE A DICIEMBRE 2017 paseo y ejercicios: martes de 15,30 a 16, 30.café u otra actividad de16,30-17h.en junio martes 9,30-10,30 paseo y ejercicios. Café u otra actividad de10,30-11h.Reuniones de evaluacion con agentes dos veces /año-enero y junio o septiembre.Evaluacion con agentes y paseantes una vez año-diciembre-enero .Una sesión clinica al equipo en junio.Presentaciónen consejo de salud.Memoria en diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1660

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... BELEN VALIENTE LLORENTE
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RUIZ PILAR
HERREROS ARILLA OSCAR
HERRERO DUARTE AGUSTIN
ROMEO VALIENTE JOSE MIGUEL
HERRERO ALONSO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el servicio de admisión, a todo aquel paciente que llama para requerir hablar con la consulta médica o de enfemería, se le registra con nombre y apellidos en el hueco de demanda no presencial y acto seguido se pasa la llamada a la consulta. Si en ese momento no se le puede atender, admisión toma nota del recado y número de teléfono. Cada médico y enfermera tiene dos huecos al día en la agenda reservados para la Demanda no presencial. Medicina General y Enfemería están conformes con el uso dado a los huecos de
demanda no presencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como responsable del proyecto, hago un estudio de una semana normal de trabajo, para saber que porcentaje de ocupación ha tenido la demanda no presencial. Los resultados obtenidos son los siguientes:
Medicina General y Pediatria 39.16%
Enfemería 17.27%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Siendo aparentemente bajo el porcentaje de ocupacióny dado el poco tiempo transcurrido, consideramos que la situación es relativamente aceptable.
Dentro de unos meses, volveremos a valorar la situación, momento que será más adecuado para adoptar las medidas que fueran necesarias para la mejora del servicio.
Planteamos nueva reunión de seguimiento para abril 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1660 ========== ***

Nº de registro: 1660

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
VALIENTE LLORENTE BELEN, GARCIA RUIZ PILAR, HERREROS ARILLA OSCAR, HERRERO DUARTE AGUSTIN, MAGEN SERGIO, ROMEO VALIENTE JOSE MIGUEL, HERRERO ALONSO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1660

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1673

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAFAEL RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROY PEREZ CARMEN
MINGOTE TIZNE TERESA
BELTRAN LACORT FEDERICO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION DE NOMBRAMIENTO DEL EQUIPO
REPARTO DE DOCUMENTACION
REUNION EN JUNIO DE 2017: PREPARATORIA DE LA REUNION DE SECTOR III
REUNION DE EVALUACION DE LA MEMORIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) QUE CADA MEDICO REEVALUE SUS PACIENTES CON RESPECTO A ESTOS FARMACOS Y MEJORE LAS PRESCRIPCIONES. CON LA CONSIGUIENTE MEJORA EN LOS INDICADORES REFERIDOS AL USO DE HIPOLIPEMIANTES, ANTIBIOTICOS Y PARCHES DE LIDOCAINA.
2) SENSIBILZAR AL PROFESIONAL PRESCRIPTOR
3) REEVALUACION DE LAS PRESCRIPCIONES`POR PARTE DE ATENCION ESPECIALIZADA, SEGUN FICHA TECNICA Y PATOLOGIAS.
4) CORRECION DE TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS FUERA DE LAS INDICACIONES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
MEJORANDO LA POLITICA DE USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS, SE OBSERVA UNA MENOR INCIDENCIA DE RESISTENCIAS Y MENOR USO DE ANTIBIOTICOS DE 2ª LINEA.

SE HAN SUSPENDIDO UN NUMERO IMPORTANTE PRESCRIPCIONES DE PARCHES DE LIDOCAINA.

7. OBSERVACIONES.
ESTOS DATOS SON PRELIMINARES Y ES PRECISO MAS SEGUIMIENTO PARA CORROBORAR LA INCIDENCIA DEL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS.
COMO SUGERENCIA PROPONEMOS QUE EL GASTO FARMACEUTICO SE HAGA A CARGO DE CADA PRESCRIPTOR, PARA ASI RACIONALIZAR MEJOR EL USO DEL MEDICAMENTO.

*** ==================================== Resumen del proyecto 2016/1673 ==================================== ***

Nº de registro: 1673

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP OLIVER

Autores:
RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL, ROY PEREZ MARIA CARMEN, MINGOTE TIZNE MARIA TERESA, BELTRAN LACORT FEDERICO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1673

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-parches de lidocaína,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría,

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0815

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ROY PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELTRAN LACORT FEDERICO
RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Análisis de la situación de los antibióticos de espectro reducido, que son los que interesa utilizar en infecciones concretas para evitar el uso de los de espectro ampliado, con el fin de disminuir las resistencias bacterianas

Se incluyen como antibióticos de espectro reducido: bencilpenicilina y fenoximetilpenicilina, Penicilinas de espectro ampliado: amoxicilina, penicilinas resistentes a betalactamasas: cloxacilina, cefalosporinas de 1ª generación: cefadroxilo, cefalexina, cefazolina y fosfomicina

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo en estos indicadores es aumentar y los datos facilitados por el Servicio de Farmacia del año 2018 son:
Consumo relativo de antibióticos de espectro reducido respecto al total (%):
EAP: 38,5%, Sector Zaragoza III: 35,6%
Porcentaje del consumo de amoxicilina sin clavulánico (%)
EAP 59%, Sector Zaragoza III: 54,4%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante conocer los datos de utilización de antibióticos para poder mejorar

7. OBSERVACIONES.
La participación en proyectos concretos aumenta la sensibilidad y conocimiento de los profesionales

*** ========== Resumen del proyecto 2018/815 ========== ***

Nº de registro: 0815

Título
USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BELTRAN LACORT FEDERICO, ROY PEREZ CARMEN, RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uso de antibióticos en patologías en los que no están indicados.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el el número de prescripciónes de antibiótico no adecuadas.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0815

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

1-Analizar la situación actual a partir de los datos proporcionados por el servicio de farmacia de referencia.
2-Proposición de medidas correctoras, si es preciso.
3-Aplicación de estas medidas durante 1-2 años.
4-Evaluación de resultados tras este período de tiempo, contando siempre con el apoyo del servicio de farmacia de referencia y de la dirección del sectorr III

INDICADORES
A concretar en reuniones posteriores.

DURACIÓN
A concretar en reuniones posteriores.

OBSERVACIONES
Deseamos contar con el apoyo de la dirección del sector III de Zaragoza y del servicio de farmacia de referencia, a fin de que nos faciliten los datos necesarios y si es necesario, nos liberen de la presión asistencial que pueda interferir en la dedicación a este proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0963

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN UN CVENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 16/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MIRANDA ANAYA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENTE PRESOL TAMARA
GASCON BRUMOS CARMEN
VALIENTE LLORENTE BELEN
CASADO VELILLA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza reunión inicial en junio de componentes del proyecto para intentar resolver el problema para mejorar la atención prestada a las mujeres que sufren VG (violencia de género) mediante:
-La detección precoz de malos tratos.
-El registro exhaustivo en OMI
-Remitir casos a trabajadora social para exploración social, notificación su, monitorización y vigilancia epidemiológica.

Segunda reunión, tras consulta bibliográfica y formación de violencia de género; con finalidad de detectar los posibles casos de violencia cuando la paciente acude a consulta por problema de salud o revisión de crónicos. Realizando unas directrices para:
- Reglas para la entrevista clínica
- Preguntas facilitadoras para entrevista clínica
- Los antecedentes, signos, actitudes y comportamientos de la paciente que pueden significar una situación de maltrato.
- Detección y valoración de la mujer víctima de la violencia de género

Reunión en septiembre para informar y poner en común con el resto de personal del centro de salud de las directrices anteriormente trabajadas. Obteniendo acuerdo para iniciar el proyecto en las consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La participación del equipo de trabajo,tanto en las reuniones como todo el resto del equipo del centro de Salud Oliver en la reunión patra iniciar el proyecto ha sido del 100%, iniciandose las entrevistas y derivando 6 casos a trabajadora social hasta diciembre de 2018.
Su valoración final se realizará tras un año de puedta en marcha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La sensibilización del equipo de atención primaria sobre VG es necesaria para una captación mas activa de pacientes con está problemática.
Es necesaria más formación sobre violencia de género y su detección temprana.

7. OBSERVACIONES.
La posible realización masiva de un cribado anual, consistente en 1/2 preguntas podría aumentar la captación de pacientes.
Encontramos dificultades para abordar las entrevistas sin que las pacientes se sientan "interrrogadas"

*** ========== Resumen del proyecto 2018/963 ========== ***

Nº de registro: 0963

Título
DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN UN CENTRO DE SALUD

Autores:
MIRANDA ANAYA ANA BELEN, LLORENTE PRESOL TAMARA, GASCON BRUMOS CARMEN, LORENTE VALIENTE BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: maltrato

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0963

1. TÍTULO

DETECCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN UN CVENTRO DE SALUD

Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Enmarcado en la estrategia nacional para la violencia contra la mujer y el protocolo de actuación contra la violencia de género de Zaragoza

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la sensibilidad de los profesionales en relación con la violencia de género en nuestro centro

MÉTODO
encuesta para conocer sensibilidad y conocimientos
formación y recuerdo del uso del servicio de atención al maltrato a la mujer de omi
informar sa los profesionales sobre la casuística del maltrato en nuestra zona de salud
formación para detectar y manejar el problema
desarrollo de semana de detección
evaluación del impacto de estas actividades
expoxición al equipo
encuesta posterior

INDICADORES
resultado encuesta previa y posterior
descripción de los casos detectados

DURACIÓN
formación, encuesta inicial, información 2 días
semana de : 1 semana
1 día evalUación del impacto y exposición

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0966

1. TÍTULO

PROYECTO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... FEDERICO BELTRAN LACORT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL
ROY PEREZ CARMEN
SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Asistencia a la jornada de presentación del PROA 13/04/2018
Difusión a los profesionales del contenido de la Jornada, incidiendo en la utilización de antibióticos y la evolución de las resistencias bacteriana

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los profesionales están más concienciados de la importancia de una adecuada utilización de antibióticos para mejorar la sensibilidad de los microorganismos a los antimicrobianos. Han conocido la importancia de la estrategia IRASPROA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La participación en proyectos concretos aumenta la sensibilidad y conocimiento de los profesionales

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/966 ========== ***

Nº de registro: 0966

Título
PROYECTO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS

Autores:
BELTRAN LACORT FEDERICO, RODRIGUEZ SANCHEZ-BRETAÑO JOSE RAFAEL, ROY PEREZ CARMEN, SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: ENFERMO CRÓNICO
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento de resistencias a antibioticos y sus consecuencias importantes se considera un problema de salud pública, se requiere una optimizacióndel uso de antibióticos.
La agencia española del medicamento pone en marcha el plan nacional para el control de antibióticos y en Aragón se aprueba el IRASPROA para avanzar de forma coordinada en eiiniciativas que conduzcan a la mejora del uso de antibióticos

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antibióticos para evitar la emergencia de resistencias
Adherirse a los principios generales PROA
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0966

1. TÍTULO

PROYECTO DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación del PROA
Dar a conocer los principios del PROA

INDICADORES
REUNIÓN INFORMATIVA
indicadores de prescripción adapatados al entorno

DURACIÓN
jornada de presentación
información
seguimiento

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1090

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASCENSION HERNANDEZ RAMOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO
ALONSO LEJ ELENA
MINGOTE TIZNE MARIA TERESA
VIVANCO SANZ DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SESIONES CLÍNICAS SOBRE MEDICACIÓN: ANTIDIABÉTICOS, ANTIINFLAMATORIOS
TRATAMIENTO EPOC
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
RECOMENDACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, DIETA Y ESTILOS DE VIDA
SESION SOBRE PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
REVISIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA TRAS HOSPITALIZACIÓN O ATENCIÓNEN URGENCIAS
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DE DESCOMPENSACIÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO EN LAS SESIONES CLÍNICAS
PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN "PASEOS SALUDABLES"
DISMINUCIÓN INGRESOS HOSPITALARIOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
AUMENTAR ADHERENCIA DEL PERSONAL Y LA POBLACIÓN EN LA PARTICIPACIÓN DEL CUIDADO Y EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO
MEJORAR EDUCACIÓN SANITARIA
FORMACIÓN

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1090 ========== ***

Nº de registro: 1090

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INUSFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER

Autores:
SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO, SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL, ALONSO LEJ ELENA, HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION, MINGOTE TIZNE TERESA, GARCIA LANZUELA MARIA FERNANDA, VIVANCO SANZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
HAY VARIABILIDAD, BAJA COBERTURA Y DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN A LA INSUFICIENCIA CARDÍACA, ESCASA INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y PREVENTIVAS EN EL PROCESO Y UN DESPLIEGUE DE MEDIOS EN DIAGNÓSTICO,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1090

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CS OLIVER

TERAPIAS Y CUIDADOS QUE NO REPERCUTEN LO ESPERADO

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA IC
REDUCCIÓN DEL USO URGENTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS
AUMENTAR LA COBERTURA DE LA VACUNACÓN ANTIGRIPAL Y ANTINEUMOCÓCICA
POTENCIAR CUIDADOS
ADECUAR EL TTO FARMACOLÓGICO

MÉTODO
FORMACIÓN
VÍA /GUÍA CLÍNICA: CARDIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, A PRIMARIA
REFERENTES RÁPIDOS
COMUNICACIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO CON MEDICINA INTERNA, CONSEJO DE SALUD

INDICADORES
MEJORA DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS
DISMINUCIÓN DE INGRESOS POR REAGUDIZACIÓN DE LA IC
CUIDADOS EN IC % IC CON VACUNACIÓNANTIGRIPAL/ANTINEUMOCÓCICA
%PACIENTES CON PLAN DE CUIDADOS
ADECUADOS TTOS, REVISION

DURACIÓN
1 AÑO
CAMBIOS, TRAS CONSENSUAR VÍA CLÍNICA
FORMACIÓN: sesiones / gestión de casos / referentes rápidos
EVALUACIÓN
COMOOUNICACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1095

1. TÍTULO

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUEL LOPEZ GRANADA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASADO VELILLA ISABEL
LLORENTE PRESOL TAMARA
BERGA CELMA MONTSERRAT
CAROD BENEDICO ETEL
MIRANDA ANAYA ANA BELEN
GARCIA RUIZ MARIA PILAR
HERRERO ALONSO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones Consejo de salud realizada el 12 de junio y 11 de diciembre 2018 de 15,30-17,30h.en las cuales se invita a todos los agentes del barrio y se explica la estrategia Atención Comunitaria y la repercusión en el Consejo de Salud, para seguir desarrollando el proyecto comunitario; el estado del proyecto de promoción de la salud de adicciones; la inclusión del proyecto en recursos para tu.
Recordar la necesidad de orientarlo según la estrategia de atención primaria que se está trabajando.
Se ha realizado un mapeo de activos ayuntamiento y asociación de vecinos. Explicación las jornadas del parque en las que ha participado el proyecto del centro paseos y salud contando la experiencia de los paseantes y técnicos (atades, coordinadora del parque, proyecto de animación deportiva y centro de salud) que llevan esta actividad realizada en el parque. Seguimos aprendiendo juntos dentro del consejo de salud para que sea efectivo, junto con el Grupò activo. Las jornadas de salud en el centro de mayores.
Tres reuniones en el año en 2018, de las cuales se envía información a todos los miembros del consejo de la estrategia de atención comunitaria .Seguimos enviando información diversa (reglamento de funcionamiento, órdenes y material de la caja de herramientas de saludinforma) para leer e ir trabajando el consejo.
Reuniones Mesa de agentes mensuales el 23 de enero, el 27 defebrero,,24 de abril,29 de mayo,25 de septiembre, 30 de octubre y 27 de noviembre de 10 a 14h.,en las que se ha continuado trabajado programa de promoción de la salud, de adicciones, los objetivos y realizar actividades, y en el que el centro de salud ha de ser un escaparate del barrio con frases e imágenes positivas en las paredes, invitación a seguir pautas de cuidado del cuerpo, la mente, y de aprovechar el test de hábitos tóxicos de omi para hacer educación individual en consulta y detectar consumos de riesgo para derivarlos a recursos planteados en el proyecto. En estas reuniones se exponen lo que van trabajando los diferentes recursos con el plan integral del barrio Oliver de forma coordinada.
Continuación de web en la que se puede colgar información, noticias, etc para todo el barrio, trabajando la convivencia en el barrio y como abordarla.
Reuniuones: asociación de vecinos, centro comunitario, zaragoza vivienda, cáritas, centro de mayores, colegio Ramiro Solans, colegio Fernando el Católico, servicios sociales ayuntamiento, mesa de infancia, asociación dDialoga, fundación Down, Centro de tiempo libre, centro de prevención de adicciones, cooperativa "La Bezindalla",
Taller de técnicas de relajación y autocontrol semanales de una hora de duración los martes a las 14h. durante el primer semestre y en octubre, noviembre.
A través del yoga con una profesional del centro de salud experta que trabaja toma de consciencia con el cuerpo, centrar la atención y favorecer relaciones en las sesiones de forma tranquila en grupo con una especializada en el tema. Han participado 18 personas en diferentes momentos y con un grupo estable de 10.
Grupos de educación para la salud: Taller de mindfulness a un grupo de mujeres que toman ansiolíticos.se hicieron 4 sesiones, una semanal de 9 a10,30h.con participación activa e intercambio de experiencias en agosto-septiembre coordinadas con una profesional del centro de salud experta en el tema y una observadora.
Taller de maternaje, preparación al parto y lactancia materna una profesional del centro de salud (matrona) enseñando diferentes etapas, síntomas y recursos para llegar a un parto e inicio de lactancia materna eficaz. Comienza la semana 28 del embarazo y son 8 sesiones en total aunque suelen acudir hasta el parto. Se realiza los jueves de 10 a 12h.todo el año salvo vacaciones.
Sesión de introducción al mindfulness el 26 de noviembre a las 14h comunicación con el equipo fluida a través del correo de omi y electrónico del salud para anunciar actividades, pedir colaboración u opinión, transmitir resultados. Aconsejar recursos del barrio como herramienta de prescripción social.
Sesiones a alumn@s de 2ºy 4º de enfermería de prácticas explicando el proyecto y conceptos de salutogénesis y activos.
Reuniones del grupo de salud comunitaria: 3 de abril,19, 26 de abril, 22 octubre de 8a9h. Planteando dinámicas, y trabajar proyecto-contrato de gestión y otras actividades o demandas que van surgiendo.
Trabajamos en el grupo de derechos sociales-temas socioeducativos con el tema actuaciones de formación empleo inclusión en barrio Oliver. Actuaciones de mejora de la intervención de las administraciones públicas y en la gestión conjunta a través de actuaciones compartidas, donde se trabaja también fortificación de la red de salud y proyecto recursos para tu salud, acuden diferentes colectivos y agentes que actúan en el barrio y ayuntamiento.
Otras actividades Se ha participado en actividades que han ido surgiendo como "formación en mediación y sensibilización comunitaria" dentro del plan integral de Oliver.
El 12 de diciembre con Amediar se realizó una actividad en relación al objetivo de salud comunitariapara la intervención en el barrio y de mapeo de activos individuales, familiares y comunitarios en el barrio para ayudarles a descubrir activos en salud y empoderarles dentro del curso de mediadores y posibilita aumentar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1095

1. TÍTULO

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

sus conocimientos y la percepción de control sobre la realidad que los rodea y los factores que influyen en la calidad de vida a la vez que mejora la cohesión social de la comunidad.
Con la biblioteca del barrio en la que se ha hecho una actividad de recomendación de libros por tu matrona y recomendación de libros por tu pediatra. Con la finalidad de visibilizar a la biblioteca del barrio y fomentar la lectura y el intercambio para mejorar activos hacia conductas saludables, los carteles se han puesto en la biblioteca y el centro de salud. Se ha difundido entre los compañeros por correo electrónico y correo omi y animado a prescribirlos en la consulta. También hemos hecho sesión con la bibliotecaria para explicar lo que son activos en salud y pasado documentación.
Participación en el proyecto cuéntame Oliver a través de una encuesta para visibilizar los logros alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos dado continuidad al proyecto de promoción de la salud, seguimos trabajando y surgiendo propuestas y actividades nuevas como la de amediar o la colaboración con la biblioteca o el proyecto "cuentame oliver"., hemos conseguido aumentar la participación comunitaria intersectorial mejorando la comunicación y el lenguaje común, además del reconocimiento del proyecto al incluirlo en el plan integral de Oliver por conversaciones y observación-también incluye el consejo de salud. Hemos consolidado la comisión de salud comunitaria con un grupo estable de trabajo.
Hemos participado en la mesa de agentes con el proyecto de promoción de la salud y adicciones. Hemos acudido a las reuniones convocadas por el consejo de salud e introducido iniciar la estrategia de atención comunitaria. Se hace acta de cada reunión, comunicación por correo electrónico, se han cumplido objetivos realizando las dos reuniones previstas.
La continuidad del taller de mindfulness participaron 6 personas y se ha observado que han disminuido el consumo de ansiolíticos en tres y empoderamiento en el total del grupo de mindfulness .técnica empleada: observación, entrevistas y revisión del consumo de medicación mirado en receta electrónica del paciente.
Grupo maternaje, preparación al parto y lactancia materna: el 90%de las mujeres que han sido madres expresan que les ha ayudado a cuidarse en el embarazo, afrontar más eficazmente el parto e inicio de lactancia de forma eficaz. Evaluación: a través de la entrevista con matrona en la primera visita postparto .han acudido 80 personas.
Grupo de relajación y control de estréss: l@s compañeros del centro que manifiestan que les ayuda y han fortalecido las relaciones entre ellos. Técnica: entrevista y observación. Han participado 16 personas en total y un grupo estable de 9 en cada sesión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que se han cumplido objetivos al haber realizado todas las actividades propuestas y más que han ido surgiendo. Es una continuidad del proyecto iniciado en el 2013. También hemos mejorado la intersectorialidad y unirlo a la estrategia de atención comunitaria. Nos cuesta trabajar con objetivos, metodología, indicadores, evaluación, impacto, coordinación y metodología de trabajo en grupo dentro y fuera, etc. para eso estamos comenzando a formar en los cursos de la estrategia de atención comunitaria, RAPPS (red aragonesa de proyectos de promoción de la salud) - salud pública, que se necesitan más y no solo introductorios al tema para ir construyendo. El grupo de salud comunitaria está más consolidado.. Teniendo en cuenta que también nos reunimos con la mesa de agentes mensualmente y hemos asistido a reuniones entorno al PIBO (plan integral del barrio Oliver) No hemos podido crear agenda con espacio en omi para reuniones y actividades. Algunas se han hecho en horario laboral pero con mucho coste y la mayoría fuera de horario, sin compensación alguna.Debería haber alguna formula para compensar las horas invertidas fuera del horario de trabajo.
Echamos en falta recursos materiales como cartulinas, poster,rotuladores, fotocopias a color en A2, un panel con ruedas para anunciar e interactuar con la población a la entrada del centro.

7. OBSERVACIONES.
PROBLEMA Surge de un proyecto existente desde 2013 de la rapps y partió de un análisis de la situación del barrio Oliver Realización de un dco de barrio en 2010 en el que participaron muchos agentes y se materializó en un plan estratégico y formó una mesa de agentes para desarrollarlo que superaba los modelos de participación biomédicos. En todo este proceso participa el CS en el que se sumaba marginalidad, conflictividad, población pluripatológica y abundantes y diversos países de orige,n con muy diferentes costumbres, en unos núcleos concretos del barrio, uso incorrecto de recursos sanitarios y sociales, que son limitados, excesiva medicalización de la vida cotidiana, dependencia de lo sanitario, poca valoración de los propios recursos personales, familiares y comunitarios así como de hábitos saludables.Sabemos que la evidencia delos determinantes sociales que convierten la salud en un asunto colectivo. Los servicios médicos pueden mejorar la salud pero no es el único, ni el más importante, sino del conjunto de los determinantes .Necesidad de cohesionar al EAP y sin dejar recaer en la voluntariedad de las acciones por parte de algunos profesionales. En resumen el trabajo interdisciplinar e intersectorial, la lucha contra la medicalización de la vida y el enfoque de la atención primaria debe fundamentarse en el modelo psicosocial y salutogénico, incorporando la orientación comunitaria.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1095 ========== ***

Nº de registro: 1095

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1095

1. TÍTULO

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y HABITOS DE VIDDA SALUDABLES

Autores:
LOPEZ GRANADA MANUEL, CAROD BENEDICO ETEL, BERGA CELMA MONTSERRAT, HERRERO ALONSO SUSANA, LLORENTE PRESOL TAMARA, CASADO VELILLA ISABEL, MIRANDA ANAYA ANA BELEN, GARCIA RUIZ MARIA PIAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
INTERÉS POR REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD FUERA DEL CENTRO
PREVALENCIA DE DOLORES OSTEOMUSCULARES SEDENTARISMO, ALTERACIÓN DEL ÁNIMO, TABAQUISMO

RESULTADOS ESPERADOS
PROMOVER INTERACCIÓN CON LA POBLACIÓN
DAR HERRAMIENTAS PARA TTO DE DOLORES MEDIANTE EJ FÍSICO Y ESTIRAMIENTOS
PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES, ADECUACIÓN DEL PESO
DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, CONTROL DEL ESTRES Y LA ANSIEDAD
APOYO EN EL EMBARAZO

MÉTODO
PASEOS
PREPARACIÓN PARTO, GIMNASIA PREMATERNAL
CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA
CONSULTA MONOGRÁFICA DE SALLUD MENTAL
GRUPO DE YOGA PARA LOS PROFESIONALES

INDICADORES
ASISTENTES Y GRADO DE SATISFACCIÓN, ENCUESTA
INTERVENCIÓN E INTERRRELACIÓN DE DIFERENTES ASOCIACIONES COMO FORMA DE INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS DEL BARRIO

DURACIÓN
EL AÑO EN CURSO
PASEOS Y CALENTAMIENTO1 VEZ POR SEMANA
MATERNAL: CADA 15 DÍAS EN EL CENTRO CÍVICO
PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS MONOGRÁFICAS Y DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, A DETERMINAR

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1153

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. OLIVER

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO SANCHEZ IBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL
TRASMONTE LIENAS PURIFICACION
BARBERA MONTESINOS CARMEN
GUILLEN BALLARD TERESA
BENEDICO SANCHEZ CRISTINA
VILLANOVA MUNIESA MARIA JOSE
VIVANCO SANZ MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
INSTALACION DE CARRO DE PARADAS CON 5 BANDEJAS: FARMACOS, VIA VENOSA, SUEROS+MATERIAL, VIA AEREA (2).
INSTALACION DE MALETIN DE URGENCIAS DOMICILIARIAS.
INSTALACION GAVETAS DE PLASTICO TRANSPARENTE EN LA PARED DE LA SALA DE URGENCIAS CON LOS DIFERENTES FARMACOS A UTILIZAR EN URGENCIAS (VIA ORAL Y PARENTERAL).
DAR A CONOCER A LOS MIEMBROS DEL EAP LOS RECURSOS PREVIOS (UBICACION, COMPOSICION Y ORGANIZACION).
DAR A CONOCER A LOS MIEMBROS DEL EAP LOS ALGORITMOS BASICOS DE RCP SEGUN EL ERC (SOPORTE VITAL BASICO, SOPORTE VITAL AVANZADO, BRADICARDIA, TAQUICARDIA, SINDROME CORONARIO AGUDO, SHOCK ANAFILACTICO Y OVACE). EN BREVE PLAZO ESPERAMOS CONTAR CON POSTERS EN COLOR DE ESTOS ALGORITMOS PARA COLOCOLARLO EN LUGAR VISIBLE DE LA CONSULTA DE URGENCIAS.
REVISION MENSUAL HOJA CADUCIDADES DE FARMACOS (PERSONA RESPONSABLE Y STOCK MINIMO).
ESTABLECER CIRCUITOS Y TURNOS PARA LA ATENCION URGENTE TANTO EN EL CENTRO COMO EN DOMCILIOS, DE FORMA CLARA Y EXPLICITA (ESTAN EXPUESTOS EN ADMISION).
ACTIVIDADES DE FORMACION PRACTICA EN RCP (TALLER DE RCP)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
MAS DEL 80% DEL CENTRO CONOCE LA ORGANIZACION DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO: ESTRUCTURA Y UBICACION DE LOS RECURSOS, CIRCUITO ASISTENCIA A LA URGENCIA.
LA CADUCIDAD DE LOS FARMACOS ESTA ACTUALIZADA. HAY RESPONSABLES.
CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES DE FORMACION: MAS DEL 80% MIEMBROS DEL EAP CONOCE LAS RECOMENDACIONES DEL ERC(eruropean resucitation council) SOBRE RCP Y TAMBIEN ASISTIO AL TALLER PRACTICO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA CONSECUCI0N DE LOS RECURSOS NECESARIOS (CARRO, MALETIN, GAVETAS, ET..) HA SIDO FUNDAMENTAL PARA LA ORGANIZACION DE LAS URGENCIAS EN EL CENTRO.
ESTAMOS A LA ESPERA DE CONSEGUIR POSTERS EN COLOR CON LOS PRINCIPALES ALGORITMOS DE URGENCIAS. NOS PARECE IMPORTANTE TENERLOS EXPUESTOS EN LA SALA DE URGENCIAS.
SIN LUGAR A DUDAS EL ASPECTO FUNDAMENTAL ES LA FORMACION PRACTICA. LA REALIZACION DE UN TALLER SOBRE RCP ES TOTALMENTE INSUFICIENTE: SON SITUACIONES QUE REQUIEREN HABILIDADES Y DESTREZAS, QUE NO SOLEMOS TENER (este tipo de patologias no son frecuentes). COMO MINIMO UN TALLER SEMESTRAL.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1153 ========== ***

Nº de registro: 1153

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIACENTRO DE SALUD OLIVER

Autores:
SANCHEZ IBAÑEZ ANTONIO, SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL, TRASMONTE LIENAS PURIFICACION, BARBERA MONTESINOS CARMEN, GUILLEN BALLARD TERESA, BENEDICO SANCHEZ CRISTINA, VILLANOVA MUNIESA MARIA JOSE, VIVANCO SANZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1153

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. OLIVER

Otro Tipo Patología: URGENCIAAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: EDUCATIVOS

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
LA ATENCIÓN URGENTE ES UN PUNTO ESPECIALMENTE SENSIBLE EN NUESTRA CARTERA DE SERVICIOS, EL AÑO PASADO INICIAMOS EL PROYECTO Y SE LE QUIERE DAR CONTINUIDAD.
INADECUADO USO POR PARTE DE LA POBLACIÓN EN HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

RESULTADOS ESPERADOS
MANTENER EL CONTENIDO DEL CARRO DE PARADAS Y EMERGENCIAS ORGANIZADO Y ESTANDARIZADO
MANTENER LA GESTIÓN DE LA SALA DE URGENCIAS, MALETIN Y CARRO
MANTENER LAS HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES EN ATENCIÓN URGENTE Y EN RCP
EVITAR DEMORAS EN LA ATENCIÓN URGENTE
EDUCAR A LA POBLACIÓN DEL EL USO ADECUADO DE LAS URGENCIAS.

MÉTODO
CONSENSUAR PROTOCOLO DE CONTENIDO Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADA Y MALETÍN DE URGENCIAS
PROMOVER LA AUTOFORMACIÓN EN ATENCIÓN URGENTE
TURNO DE ASIGNACIÓN DE LOS CASOS DE ATENCIÓN URGENTE
SITUAR EN LUGARES ESTRATÉGICOS LOS ALGORITMOS SOBRE LA ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA URGENTE
DISEÑAR Y DISTRIBUIR MATERIAL INFORMATIVO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN CON LAS INDICACIONES DEL USO ADECUADO DE LA ATENCIÓN CONTINUADA

INDICADORES
DOCUMENTO DE ASIGNACIÓN DE LAS URGENCIAS, EN EL CENTRO, EN EL DOMICILIO Y EN LA CALLE:
EXISTE EL DOCUMENTO? LO CONOCEN LOS PROFESIONALES?
%PROFESIONALES QUE HA PARTICIPADO EN FORMACIÓN EN PATOLOGÍA URGENTE Y RCP
REVISIONES DEL CARRO Y MALETINES

DURACIÓN
INICIADO EN 2017, SE PREVE LA CONTINUACIÓN HASTA EL TOTAL DESARROLLO DEL PROYECTO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD (PROYECTO DE CONTINUIDAD)

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ETEL CAROD BENEDICO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS OLIVER
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENTE FRESOL TAMARA
GARCIA RUIZ MARIA PILAR
CEBOLLA GRACIA DOLORES
LOZANO JOSA SUSANA
BERGA CELMA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CONSEJO DE SALUD 1 POR TRIMESTRE
MAPEO DE ACTIVOS/RECURSOS, EN COLABORACIÓN CON ASOCIACIONES VECINALES: FORTALEZAS DE OLIVER, EMBAJADA ESCUCHA ACTIVA
PROMOCIÓN DE SALUD EN POSITIVO, DESMEDICALIZACIÓN: RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS, CENTRO DE MAYORES OLIVER

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACION DEL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO DE SALUD OLIVER
SE REALIZARON LAS REUNIONES CON PARTICIPACIÓNDE LOS DIFERENTES COLECTIVOS CONVOCADOS
SE PARTICIPA EN JORNADAS Y CURSOS DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN COMUNITARIA
SE MANTIENEN REUNIONES CON LA MESA DE AGENTES, PLAN INTEGRAL DEL BARRIO OLIVER
SE REALIZAN ACCIONES Y SE PARTICIPA EN JORNADAS DE VISIBILIZACIÓN DE FORTALEZAS DE OLIVER
SE TRABAJA EN LA RECOMENDACIÓN DE ACTIVOS: INFORMACIÓN AL EQUIPO Y DERIVACIÓN

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBEMOS SEGUIR TRABAJANDO, APRENDIENDO Y ABRIENDO EL CENTRO A LOS DIFERENTES COLECTIVOS
FORMARNOS EN ATENCIÓN COMUNITARIA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1156 ========== ***

Nº de registro: 1156

Título
RECUSOS PARA TU SALUD. PROYECTO DE CONTINUIDAD EN ATENCION COMUNITARIA. CS OLIVER

Autores:
GASCON BRUMOS CARMEN, LLORENTE PRESOL TAMARA, CASADO VELILLA ISABEL, GARCIA RUIZ PILAR, CEBOLLA GRACIA MARIA DOLORES, LOZANO SUSANA, BERGA CELMA MONTSERRAT, CAROD BENEDICO ETEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS OLIVER

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CONTINUACIÓN DEL PROYECTO DE ATENCIÓN COMUNITARIA, YA CONSOLIDADO

RESULTADOS ESPERADOS
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DEL PROYECTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1156

1. TÍTULO

RECURSOS PARA TU SALUD (PROYECTO DE CONTINUIDAD)

MÉTODO
CONSEJO DE SALUD
MAPEO DE ACTIVOS/RECURSOS
ACTIVIDADES Y REUNIONES CON DISTINTOS COLECTIVOS
PROMOCIÓN DE SALUD EN POSITIVO
DESMEDICALIZACIÓN

INDICADORES
REUNIONES CONSEJO DE SALUD

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES ORGANIZADAS EN EL BARRIO

PARTICIPACI´N EN FORMACIÓN

DURACIÓN
2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1372

1. TÍTULO

CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA HTTPS://CONSEJOSALUDSADABA.WORDPRESS.COM

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN PEREZ-CABALLERO BONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAITA EZQUERRA ROSARIO
PEREZ GUZMAN MARIA TERESA
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA
LABORDA EZQUERRA ROSARIO
MARIN MURILLO MARIA PILAR
ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ORGANIZACIÓN:
Sesión de constitución del grupo de trabajo
Reunión de EAP para distribución de tareas
COMUNICACIÓN:
Presentación del proyecto al Consejo de Salud, para su aprobación y posteriormente presentación de la página web (14 Junio 2017 y 22 Noviembre 2017)
Presentación del proyecto y página web al EAP
Elaboración de tríptico para difusión general de la página web entre los usuarios del Centro de Salud.
INTERVENCION:
Diseño de la página web: Esta tarea no se pudo realizar según el cronograma establecido, ya que ningún ordenador de Centro de Salud tiene los programas necesarios para realizar una página web; por lo que a través del Consejo de Salud, se consiguió uno con el software necesario. La página web se abrió a la red el 23 de Noviembre.
Actualización de sus contenidos: Con una periodicidad mensual se quieren incluir artículos de divulgación, que promuevan estilos de vida saludable, consejos de autocuidado… Hasta la fecha se han incluido dos post
Se planteó también como medida de intervención la contestación a todas las sugerencias/quejas recibidas a través del correo electrónico habilitado. Hasta hoy no ha habido ningún correo, por lo que no se ha podido realizar esta actividad
Actividad pendiente de realizar: Diseño de una encuesta de satisfacción; con el blog y con sus contenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se plantearon como indicadores para la evaluación:
1. Número de entradas al blog:
2. Evaluación anual de satisfacción a través del consejo de salud:
3. Resultados de la encuesta
4. Numero de sugerencias recibidas

RESULTADOS ALCANZADOS
CONSECUCION DE OBJETIVOS:
1. ENTRADAS AL BLOG: Noviembre: 162; Diciembre: 0; Enero 4

OBJETIVOS NO ALCANZADOS:
No se ha podido realizar la encuesta de satisfacción al Consejo de Salud, dado que la página web solo lleva abierta menos de dos meses, tiempo a nuestro parecer insuficiente para valorarla.
Tampoco se ha podido realizar un análisis de necesidades a través del buzón de sugerencias, dado que no se ha recibido ninguna.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha habido una escasa difusión de la existencia de esta página web, por lo que nos planteamos como actividad pendiente incluir su manejo en posibles cursos de informática que se pudieran dar desde los ayuntamientos. También plantear un contacto con las escuelas de la zona y hacer una charla a los niños de primaria sobre la existencia del consejo de salud, funciones…. etc; y plantear un concurso de dibujos, en el que el ganador seria la portada de la página web

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1372 ========== ***

Nº de registro: 1372

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1372

1. TÍTULO

CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA HTTPS://CONSEJOSALUDSADABA.WORDPRESS.COM

Título
CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

Autores:
PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN, LAITA EZQUERRA ROSARIO, PEREZ GUZMAN MARIA TERESA, ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, LABORDA EZQUERRA ROSARIO, MARIN MURILLO MARIA PILAR, ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES, ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: poblacion sana
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El C.S. tiene un consejo de salud constituido desde el año 1996 a lo largo de estos años, se han renovado los componentes que no así las asociaciones que lo integran, apareciendo asociaciones nuevas que no se han incorporado. En los últimos años se observa una inercia, con baja participación a pesar de tener una alta motivación.
Este proyecto se adscribe en los objetivos del acuerdo de gestión del centro de salud de Sadaba, dentro de las estrategias del Salud en promoción comunitaria de salud
Con este proyecto se pretende dinamizar el consejo de salud

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana será toda la población adscrita a la ZBS (con la limitación de aquellas personas que no tengan acceso informático, bien por carecer de ordenador, o no tener conocimientos de usuario)
Como objetivos se plantean:
1. Dar visibilidad al consejo de salud y dar a conocer sus funciones y contenidos
2. Utilizar el blog como buzón de sugerencias. Conocer las necesidades sentidas por la población tanto en salud, como formativas
3. Facilitar la comunicación con la comunidad
4. Servir de plataforma para impulsar nuevos proyectos comunitarios

MÉTODO
Acciones previstas:

1. Informar al consejo de salud del proyecto y de sus progresos en todas las reuniones
2. Diseño de la página web; para ello se solicitara el apoyo técnico a los Ayuntamientos o bien a usuarios del C.S.
3. Difusión de su existencia: diseñar unas hojas informativas que se dejaran en admisión
Incluir su manejo en los cursos de informática que se ofrece a la población a través de los ayuntamientos
4. Incluir artículos de divulgación, que promuevan estilos de vida saludable
5. Diseño de una encuesta de satisfacción; con el blog y con sus contenidos
6. Incluir un buzón de sugerencias relativas a la salud y servicios sanitarios. Todas ellas se analizaran en el consejo de Salud, y por los componentes del proyecto

INDICADORES
1. Número de entradas al blog
2. Evaluación anual de satisfacción a través del consejo de salud
3. Resultados de la encuesta
4. Numero de sugerencias recibidas

DURACIÓN
Mayo-Junio: Dar a conocer el proyecto en el consejo de Salud por parte del responsable.
Sesión en EAP de presentación del proyecto
Reparto de tareas entre los componentes del proyecto
Mayo- Julio: creación de la página web
Diseño de la encuesta de satisfacción del blog y del consejo de salud
Diseño de las hojas informativas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1372

1. TÍTULO

CREACION DE UN BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA HTTPS://CONSEJOSALUDSADABA.WORDPRESS.COM

Julio: Apertura de la página web y difusión

Julio- Noviembre: Incluir de forma mensual un artículo divulgativo
Noviembre-Diciembre: Realizar la evaluación de los indicadores propuestos
Presentar los resultados en EAP y Consejo de Salud

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1659

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MARIN MURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES
PEREZ GUZMAN MARIA TERESA
LABORDA EZQUERRA ROSARIO
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA
LAITA EZQUERRA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se presentó el proyecto al EAP durante una reunión de equipo

2. Se decidió el desarrollo de circuito de consulta no presencial con todo el equipo durante dicha reunión.

3. Se modificaron las agendas agenda:para incluir citas no presenciales a todos los profesionales del equipo

4. Se acordó el tipo de viistas no presenciales que realizariamos: renovar tratamiento crónico en receta electronica, informar de resultados de analiticas u otras pruebas complementarias, demanda telefonica de los usuarios que anteriormente no registramos, seguimiento de pacientes crónicos, revisar resultado de interconsultas virtuales, revisar entrega de tiras glicemia.

5. El Servicio de Admisión informó a los usuarios de la existencia de esta nueva modalidad de visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desconocemos si hemos alcanzado el 5 % de consultas no presenciales en médicos y el 10% en enfermeria dado que no disponemos de los resultados finales alcanzados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que debemos aumentar el registro de todas las actividades que realizamos sin los pacientes ya que en algunas ocasiones no lo registramos como tal.
Debemos aumentar la revisón de la prescripción de tiras de glicemia y creemos que las visitas no presenciales son una ayuda para poder programar recogida de tiras en servicio de admisión y registrar posteriormente en OMI lel material entregado al paciente diabetico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1659 ========== ***

Nº de registro: 1659

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, MARIN MURILLO MARIA PILAR, ROMEO LAMBAN MARIA MERCEDES, PEREZ GUZMAN MARIA TERESA, LABORDA EZQUERRA ROSARIO, PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN, ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA, LAITA EZQUERRA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1659

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1674

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCIRPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EAP SADABA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA ALCOLADO ARANDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN
LAZARO AYETE MARIA TERESA
SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL
GALAN ALAYETO BERTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se presentó al equipo el proyecto de mejora de la prescripción de hipolipemiantes tras la firma del acuerdo de gestión.
Realizamos una sesión clinica para actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los hipolipemiantes tanto en prevención primaria como secundaria y formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Se ha recordado a los médicos a lo largo del año, la necesidad de revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos y la posibilidad de monitorizar nuestra prescripción a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Se realizo acta de la sesión clinica realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Pacientes en prevención secundaria con tratamiento hipolipemiante: 71, 82% (un 1,29 % más que año anterior)
2. Selección eficiente de estatinas: 85,35% (un 3,47 % más que año anterior)
3. Hipolipemiantes combinados en prevención primaria: 5,20 % (un 0,34 menos que año anterior)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos conseguido, tras el proyecto de calidad llevado a cabo por nuestro equipo en el año 2016 que nos permitió revisar y mejorar la prescripción de hipolimemiantes, volver a mejorar nuestra prescipción a pesar de los cambios de profesionales dentro del equipo.
Creemos que con la estabilización de los componentes del equipo esta mejora se mantendrá en el tiempo.
Seguimos teniendo dificultades para modificar la prescripción de hipolipemiantes inducida desde Atención Especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1674 ========== ***

Nº de registro: 1674

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP SADABA

Autores:
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, PEREZ-CABALLERO BONA MARIA CARMEN, LAZARO AYETE MARIA TERESA, SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL, GALAN ALAYETO BERTA, ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1674

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCIRPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA EAP SADABA

prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6
Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0838

1. TÍTULO

DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR MARIN MURILLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAITA EZQUERRA ROSARIO
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se diseñaron carteles de
divulgación del blog que se colgaron en lugares visibles del Centro de Salud y Consultorios locales.
Se solicitó a los Ayuntamientos de la ZBS, CRA Los Bañales, Comarca de las Cinco Villas, Prensa Comarcal la inclusión del enlace de blog en sus páginas web, blog o redes sociales.
La actividad planificada en el proyecto con la escuela no se ha llevado a cabo por falta de planificación con calendario escolar unida a la situación de inestabilidad vivida en el EAP por la falta de hasta el 50% de los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2018 el blog ha tenido 2632 visitas con 1317 visitantes

2 redes sociales de entidades de la ZBS incluyen enlace del blog / 7 entidades a las que se les solicito.

El buzón de sugerencias del blog no ha recibido ninguna entrada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque la divulgación del blog ha sido menor de la esperada, el nº de publicaciones realizadas por los profesionales del CS ha sido constante,con temática variada e interesante.

7. OBSERVACIONES.
A lo largo del 2019 se completará el proyecto con la actividad conjunta con la escuela organizando concurso de dibujo.
Se volverá a solicitar a las entidades que incluyan el enlace del blog en sus redes sociales.
Se pensará en alguna actividad para activar el buzón de sugerencias.
Se instará a los miembros del Consejo de Salud a que realicen alguna publicación

*** ========== Resumen del proyecto 2018/838 ========== ***

Nº de registro: 0838

Título
DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUDO DE LA ZBS DE SADABA

Autores:
MARIN MURILLO PILAR, LAITA EZQUERRA ROSARIO, ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población sana y con patología
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos Comunitarios

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Consejo de Salud cuente con un blog desde Nov 2017. Por distintos motivos la divulgación del mismo ha sido escasa por lo que el nº de entradas es bajo.
El blog se creó con objeto de dar a conocer el funcionamiento del Consejo de Salud y como estrategia del Salud en promoción comunitaria de salud.
El buzón de sugerencias disponible en blog no ha tenido ninguna entrada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0838

1. TÍTULO

DIFUSION DEL BLOG DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZBS DE SADABA

A lo largo de la corta existencia se han publicado de manera periódica artículos de promoción de hábitos saludables, información al usuario de pj : campaña VAG, campaña PCCR....

RESULTADOS ESPERADOS
1- La población adscrita a la ZBS conocerá la existencia del blog
2- La población visitará el blog
3- El blog servirá de plataforma para nuevos proyectos comunitarios.
4-El blog servirá de comunicación entre la comunidad y el Consejo de Salud

MÉTODO
1- Diseñar carteles para dar a conocer el blog en la población
2-Solicitar a ayuntamientos, asociaciones y entidades de la ZBS que incluyan en sus web, blog o redes sociales el enlace al blog del Consejo de Salud.
3- Plantear un actividad de modalidad concurso en la escuela con temática de hábitos saludables que será publicada en blog, de esta manera dar a conocer el blog y el Consejo de Salud entre la población infantil

INDICADORES
-Incremento nº de entradas en blog

- nº web/blog/redes sociales que incluyen enlace a blog / nº web/blog/redes sociales a las que se ha solicitado inclusión

- Incremento nº sugerencias recibidas en buzón.

DURACIÓN
MAYO 2018: Diseñar carteles.
JUNIO 2018 Contactar con entidades para solicitar inclusión de enlace a blog en sus redes sociales.
JUNIO 2018 Contacta con escuela para plantear actividad.
OCT-NOV 2018:Realizar actividad en escuela.
DIC 2018: Medir indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0843

1. TÍTULO

CONTROLAR RIESGO D EINFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA PEREZ GUZMAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO GUSTRAN CARMEN
TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS
MENA GALLIZO ELENA
MARIN MURILLO PILAR
POLA COBA REBECA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE TRANSMITE A TODOS LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA IMPLICADOS (EAP,PAC,EVENTUALES) CONTENIDO DEL PROYECTO, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES.
SE ENTREGA TABLA CON LISTADO DE PRODUCTOS Y PERIODO DE SEGURIDAD MIENTRAS PERMANEZCAN ABIERTOS. TAMBIEN SE COLOCA EN PARED ENCIMA D EL CARRO DICHO LISTADO Y UN RECORDATORIO DE LA IMPORTANCIA DE ROTULAR LOS ENVASES AL ABRIRLOS. ADEMAS SE DEJA UN ROTULADOR INDELEBLE PARA PODER HACERLO.
LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA ADEMAS DE ROTULAR LOS ENVASES MULTIDOSIS CON LA FECHA DE APERTURA,DESECHARAN LOS ENVASES ROTULADOS QUE SE ENCUENTREN FUERA DEL PERIODO DE SEGURIDAD.
USARAN ENVASE MONOSODIS CUANDO SEA POSIBLE Y LOS DESECHARAN SI ESTAN FUERA DE PERIODO DE SEGURIDAD.
LA RESPONSABLE DEL PROGRAMA REALIZARA REVISIONES MENSUALES Y RELLENARA LA TABLA DE REGISTRO DE REVISIONES YA CONFECCIONADA PARA ELLO. EN DICHAS REVISONES, DESECHARA LOS ENVASES NO ROTULADOS QUE ESTEN FUERA DEL PERIODOD DE SEGURIDAD, Y TAMBIEN LOS APOSITOS QUE ESTEN ABIERTOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
VAN DISMINUYENDO NUMERO DE ENVASES SIN ROTULAR EN EL CARRO, INCLUSO SE HAN DADO 2 REVISONES MENSUALES EN LAS QUE NO HABIA NINGUN ENVASE ABIERTO SIN ROTULAR, CERO.
TAMBIEN HA HABIDO 2 REVISONES CON CERO ENVASES FUERA DE FECHA.
PERO OCASIONALMENTE HAY ALGUN APOSITO ABIERTO Y SIN ROTULAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
AL PRINCIPIO CUESTA UN POCO DE TIEMPO COGER EL HABITO DE ROTULAR Y REVISAR ENVASES,PERO INSISTIENDO Y REALIZANDO ALGUN RECORDATORIO, EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA VA MEJORANDO SU ACTITUD Y POR LO TANTO VA REPERCUTIENDO EN LA MEJORA DE ATENCION AL USUARIO.

7. OBSERVACIONES.
ESTE PROYECTO LOGRA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL USUARIO MEJORANDO EL HABITO LABORAL DE ENFREMERIA, CON MENOR ESFUERZO DEL QUE CUESTAN OTRAS MEJORAS.
MERECE LA PENA INTENTARLO Y SEGUIR INSISTIENDO.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/843 ========== ***

Nº de registro: 0843

Título
CONTROLAR EL RIESGO DE INFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CS SADABA

Autores:
PEREZ GUZMAN TERESA, MORENO GUSTRAN CARMEN, TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS, MENA GALLIZO ELENA, MARIN MURILLO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0843

1. TÍTULO

CONTROLAR RIESGO D EINFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA

PROBLEMA
El carro de curas de la sala de urgencias del CS es un carro de uso común para todo el personal de enfermería del centro. El material que contiene el carro se usa para realizar curas urgentes o programadas durante el horario de Atención Continuada (A. C.)
El material de curas multidosis del carro (antisépticos, pomadas, colirios, suero fisiológico…) no es debidamente rotulado con la fecha de apertura, así mismo es habitual encontrar apósitos abiertos y almacenados en carro, suponiendo ambas circunstancias un alto riesgo de contaminación del material y consecuentemente un riesgo de infección de las heridas sobres las que se realiza las curas.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Todos los envases multidosis estarán debidamente rotulados con la fecha de apertura.
2- Todos los profesionales de enfermería conocerán los periodos de tiempo de seguridad que pueden permanecer los envases abiertos.
3- Ningún envase rotulado con fecha de apertura sobrepasará el periodo de tiempo de seguridad aconsejado según las indicaciones de la Farmacia de HCU.
4- No se almacenará ningún apósito abierto en carro de curas.
5- En el caso de existir presentación mono dosis este será el formato de envase disponible para uso en carro.
6- El carro será revisado periódicamente por responsable designado

MÉTODO
- Informar a todos los profesionales de enfermería implicados (EAP, EAC, personal eventual) sobre el proyecto, objetivos y actividades
- Facilitar tabla con listados de productos y periodo de seguridad en el que pueden permanecer abiertos. La tabla es confeccionada por el servicio de Farmacia del HCU.
- Los profesionales de enfermería rotularán los envases multidosis con fecha de apertura
- Los profesionales de enfermería desecharan los envases rotulados que se encuentre fuera de periodo de seguridad.
- Los profesionales de enfermería no almacenarán los apósitos abiertos.
- Los profesionales de enfermería usarán los envases mono dosis disponibles.
- Colocar en carro de curas un rotulador indeleble para facilitar la rotulación.
- Nombrar como responsable de revisiones del carro al responsable del proyecto que realizará revisiones mensuales
- Las revisiones se realizarán mensualmente coincidiendo con el día de solicitud de material al almacén de farmacia del HCU
- Confeccionar tabla de registro de revisiones.
- En la revisión se desecharán los envases no rotulados, los envases rotulados fuera de periodo de apertura seguro, los apósitos que se encuentran abiertos.

INDICADORES
Indicador 1:
nº envases debidamente rotulados / nº de envases existentes en carro.
Estandar:100%
Indicador 2:
nº de envases rotulados en periodo óptimo de seguridad /
nº envases rotulados.
Estandar: 75%
Indicador 3 :
0 apósitos abiertos en carro de curas

DURACIÓN
El periodo de evaluación será de Mayo del 2018 a Diciembre de 2018 realizándose un total de 8 revisiones.
Mayo 2018.
Presentación proyecto de Mejora a los profesionales de enfermería implicados.
Reparto de tabla con periodos de seguridad de apertura de productos confeccionada por Farmacia del HCU
Designación del responsable de revisiones y confección de tabla de registro de revisiones.
Diciembre 2018.
Presentación de resultados de indicadores del Proyecto de Mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0843

1. TÍTULO

CONTROLAR RIESGO D EINFECCION DE HERIDAS POR USO DE MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO EN CENTRO SALUD DE SADABA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0852

1. TÍTULO

UNCASTILLO SE MUEVE

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MORENO GUSTRAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALAN ALAYETO BERTA ELISABET

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se presenta actividad en Consejo de Salud Sádaba
Se realiza cartel anunciador para difusión del Proyecto y se publica en el blog del Consejo de Salud
Con fecha 21 Septiembre se inician los paseos
Se han realizado 20 rutas semanalmente.
El Ayuntamiento de la localidad facilitó chalecos de seguridad con el logotipo del proyecto.
Se ha creado grupo de whatsapp con los integrantes fijos del grupo
Se han tratado distintos temas sobre hábitos saludables en las charlas impartidas durante los paseos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de personas que han mostrado interés por la actividad:45 personas
Nº de participantes en cada sesión fluctuante entre 5 y 25 personas, con una media de 18 parcipantes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad ha tenido buena acogida en la población de Uncastillo.
Se ha interaccionado socialmente entre población de distintas edades, siendo el sexo feme
nino el más participativo, y entre población sana y población con RCV ya establecido.

7. OBSERVACIONES.
Durante el desarrollo del proyecto tanto la persona responsable como la otra componente del equipo de mejora han sufrido ILT siendo asumida la consecución del proyecto por sus sustitutos.
La actividad programada de encuesta de satisfacción no se ha realizado por encontrarse la responsable de baja laboral y se pospone al mes de junio en el que se dará por termindado el proyecto de mejora.
Asi mismo se valora realizar alguna actividad conjunta con el colegio para dar continuidad al proyecto durante el 2019.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/852 ========== ***

Nº de registro: 0852

Título
UNCASTILLO SE MUEVE

Autores:
MORENO GUSTRAN CARMEN, GALAN ALAYETO BERTA ELISABET

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Caminar a paso ligero cinco veces a la semana, durante al menos 30 minutos puede alargar la esperanza de vida hasta tres años y reducir el riesgo cardiovascular hasta un 11%. Caminar beneficia, de muchas formas, a nuestro sistema cardiovascular. Ayuda a reducir sus principales factores de riesgo, como son la obesidad, la hipertensión, y la diabetes, además, se ha demostrado que también contribuye a un aumento del tono muscular y nos ayuda a controlar el estrés emocional.
También se ha relacionado con la mejora de la interacción social y reafirmación personal
Resulta de suma importancia el fomento de la actividad física, como factor para mejorar la calidad de vida de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0852

1. TÍTULO

UNCASTILLO SE MUEVE

las personas

RESULTADOS ESPERADOS
PRINCIPAL:
Mejorar la salud cardiovascular de la población
Fomentar el ejercicio físico en los adultos de Uncastillo

SECUNDARIOS:
Aumentar el conocimiento sobre hábitos saludables
Fortalecer la red social en la comunidad
Mejorar la calidad de vida en la población diana

MÉTODO
Los paseos tendrán una duración de unos 50 minutos de forma semanal
10 minutos de estiramientos y calentamiento
30 minutos de paseo
10 minutos de estiramientos
Durante el paseo y estiramientos se realizaran charlas sobre hábitos saludables, que habrán seleccionado los participantes durante el paseo anterior. De forma lúdica y en ambiente distendido
Se hará un resumen/ puesta en común del tema tratado ese día al final del paseo

INDICADORES
Grado de aceptación de la actividad: Población diana total / personas que han mostrado interés, aunque no hayan participado en ningún paseo
Número de participantes en cada sesión
Resultados de la encuesta de satisfacción

DURACIÓN
Mayo: Desarrollo del proyecto
Junio: Difusión de la actividad: En el Ayuntamiento de Uncastillo, EAP
Consejo de Salud, Redes sociales
Junio-Septiembre: Captación de personas interesadas
Septiembre: inicio de la actividad (De forma semanal en horario de 9:30- 10:30)
Diciembre: Evaluación y Encuesta de Satisfacción
Junio/19: Final de la actividad.
Evaluación y Encuesta de satisfacción final

OBSERVACIONES
Según el número de participantes y edades, se podrían plantear dos grupos de paseo

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS SADABA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA MARIA ALVAREZ SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA
LABORDA EZQUERRA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se solicitó a Dirección el listado de pacientes con IC de nuestro centro.
- Se implementará el uso de GPC entre los profesionales del centro.
- Aumento de oferta servicios: incorporación plantilla autocuidados, visitas programadas en agenda OMI para pacientes con IC
- Se realizó un plan de formación específico: Sesiones Clínicas sobre IC.
- Se nombrará un referente de IC en el centro (responsable del proyecto).
- Creación de documentos con información para autocuidado del paciente e información a cuidadores
- Se comunicará el desarrollo del proyecto al Equipo, Servicio de Medicina Interna de referencia (Hospital de Ejea) y al Consejo de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha reducido los ingresos urgentes por reagudización de IC por la coordinación con el servicio de MI del Hospital de Ejea y la educación dada a los pacientes y sus cuidadores.
Hemos conseguido que todos los profesionales usen las Guias de práctica Clínica sobre IC según la Sociedad de Cadiología.
No ha sido posible acabar la revisión de todos los tratamientos de estos pacientes dado que no se han cubierto bajas laboles largas del personal y se han incorpordo nuevos profesionales tras el traslado que no conocen a los pacientes crónicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos aprendido que es importante el seguimiento de GPC para el buen control de los pacientes crónicos (IC en este caso), asi como la importancia de explicar a estos pacientes como debe ser su autocuidado e implicarlos en le seguimiento de su tratamiento.

7. OBSERVACIONES.
No existe una ruta asistencial para pacientes crónicos en Hospital Lozano Blesa ni en Hospital de Ejea.
La consecución de los proyectos de mejora se dificulta por los cambios en los equipos de AP.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/903 ========== ***

Nº de registro: 0903

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICEINCIA CARDIACA EN AP EN EL CS SADABA

Autores:
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA, ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, LABORDA EZQUERRA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se han observado los siguientes problemas en la atención a nuestos paciente con Insuficiencia Cardiaca:
- Baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP
- Diferencias en la formación de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0903

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN AP EN CS SADABA

- Falta de implementación GPC.
- Falta de implicación en el proceso de IC
- Las actividades preventivas comunitarias para IC no se integran en el proceso.
- No se implementan completamente los medios diagnósticos, terapéuticos, cuidados y recomendaciones.
- No existe una ruta asistencial definida para IC.: planes de cuidados, planes estandarizados.

Por lo tanto consideramos que debemos iniciar un proyecto de mejora para conseguir un seguimiento óptimo de los pacientes con IC y mejorar la atención que reciben por nuestra parte, Así evitaremos descompensaciones en pacientes con IC e ingresos de repetición.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar las actividades preventivas en IC.
- Reducir los ingresos en descompensaciones agudas.
- Aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica.
- Potenciar los cuidados a los pacientes del programa.
- Adecuar el tratamiento farmacológico en IC.
- Mejorar los conocimientos delas GPC de IC de los profesionales del centro.

MÉTODO
- Se solicitará a Dirección el listado de pacientes con IC de nuestro centro.
- Se implementará el uso de GPC entre los profesionales del centro.
- Aumento de oferta servicios: incorporación plantilla autocuidados, visitas programadas en agenda OMI para pacientes con IC
- Se realizará un plan de formación específico: Sesiones Clínicas sobre IC.
- Se nombrará un referente de IC en el centro (responsable del proyecto).
- Se comunicará el desarrollo del proyecto al Equipo, Servicio de Medicina Interna de referencia y al Consejo de Salud

INDICADORES
- Número de ingresos urgentes por reagudización/ Número de pacientes con ICC (Reducción del 2% respecto al año anterior)
- Número de pacientes con IC con vacunación antigripal/ Número de pacientes con IC (Aumento del 10%)
- Número de pacientes vacunados antineumococica/ Número de pacientes con IC (Aumento del 5%)
- Número de paciente con ICC en los que consta exploración básica (peso, TA, Perímetro abdominal)/ Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Número de pacientes polimedicados con ICC a los que se ha revisado prescripción / Número de pacientes con IC (Estándar 50%)
- Pacientes con IC en tratamiento con calcioantagonistas / Número de pacientes con IC
- Pacientes con IC en tratamiento con betabloqueantes/ Número de pacientes con IC

DURACIÓN
- Aumento de oferta servicios: agendas OMI, plantilla autocuidados : mayo-diciembre 2018
- Sesiones clínicas: mayo-diciembre 2018
- Comunicación a EAP, Consejo de Salud: mayo- diciembre 2018
- Revisión prescripción: enero-diciembre 2018

OBSERVACIONES
No existe una ruta asistencial de pacientes con IC consensuada con el Hospital Ejea ni con el Hospital Clinico Universitario Lozano Blesa, que son nuestros hospitales de referancia, lo que dificultará llevar a cabo este proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1041

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO LABORDA EZQUERRA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo – junio 2018 : comunicación al Ampa “Via Romana “ y al Equipo directivo del instituto .
Julio – Agosto 2018 : Recopilación material didáctico, y análisis del mismo..
Septiembre 2018 : Reunión con Equipo directivo del centro .
Septiembre- Octubre 2018: elaboración y estructuración del taller y encuestas .
Primeros de Noviembre entrga de encuestas previas a los alumnos y análisis de las mismas .
26 de Noviembre 2018 Realización del taller con alumnos y encueta final .
Diciembre 2018 : Analisis resultados encuesta y elaboración conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El analisis de las encuestas indica mejoría en conocimientos para detección de violencia de genero en fases iniciales hasta en un 30%, mayor sensibilización con este tema 15% y un 100% satisfacción con el taller realizado .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las encuestas demuestran un alto grado de satisfacción de la totalidad de los alumnos, así como de la participación de los mismos, y aumento de conocimientos y sensibilización con el tema.

Considero que debería hacerse un taller similar al menos una vez al año con alumnos de 3º y 4º de la ESO o incluso preparar otro más adecuado para alumnos de 1º y 2º (que son los otros cursos que hay en nuestra sección).También podría organizarse algún taller para el AMPA .

7. OBSERVACIONES.
Me gustaría saber que otros indicadores podría utilizar para un taller posterior.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1041 ========== ***

Nº de registro: 1041

Título
VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO

Autores:
LABORDA EZQUERRA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion a la comunidad
Línea Estratégica .: Violencia de Género
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Diversos
estudios y encuestas nos hacen pensar que los adolescentes precisan
conocimientos y habilidades para detección de la violencia de genero

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1041

1. TÍTULO

VIOLENCIA DE GENERO : EDUCACION EN DETECCION Y PREVENCION PARA ALUMNOS DE 3º Y 4º DE LA ESO

en todas sus modalidades y en sus primeras manifestaciones .

La violencia de genero es un problema de nuestra sociedad que afecta a
la salud en todos sus aspectos. Está demostrado que la educación basada
en la igualdad de sexos y oportunidades es la base para erradicar
este tipo de violencia .
La adolescencia es una edad adecuada para adquirir conciencia y
actitudes.

RESULTADOS ESPERADOS
Educar, instruir y concienciar a los adolescentes .
Prevenir y detectar tipos de relaciones dañinas, así como de abusos en otros ámbitos.

MÉTODO
Reunión con equipo directivo del IES Reyes católicos Sección Sadaba para proponer esta actividad.
Reunión o comunicación al AMPA
Reunión con trabajadora social comarca para informar y solicitar material.
Análisis del material didáctico disponible .
Elaboración guión para charla a alumnos de 3º y 4º ESO.
Dar charla a alumnos de 3º y 4º de la ESO,
Elaborar encuesta satisfacción .

INDICADORES
Se
pasará una encuesta previa a esta intervención a los alumnos para ver
sus habilidades y conocimientos y posteriormente se pasará otra donde
además de preguntar sobre contenidos sepregubntará sobre grado de
satisfacción y si consideran de utilidad la sesión.

DURACIÓN
Mayo 2018 . Contacto con AMPA y Equipo directivo IES

Junio 2018 . Contacto con servicios sociales de la comarca,Instituto Aragonés de la mujer,

Julio 2018 : Recopilación material formativo y análisis del mismo .
Agosto -Septiembre 2018 elaboración guión, y estructuración charla y de las encuestas .

Primeros Octubre 2018 Reunión con equipo directivo y puesta en común.

Noviembre 2018, charla a alumnos de 3º y 4º de la ESO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1122

1. TÍTULO

RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN PEREZ-CABALLERO BONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GUZMAN TERESA
LAITA EZQUERRA ROSARIO
VIDAL CANCER CONCHA
ESPES BIESCAS MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
16 Mayo/18: Reunión con responsables de CRA Bañales para presentación preliminar del proyecto
25 Mayo/18: Nuevo contacto con CRA Bañales para presentación definitiva del proyecto, concretar cronograma del mismo y personas responsables del proyecto dentro del Centro Educativo
16 Junio/18: Comunicación del proyecto en el Consejo de Salud de Sadaba. Se realizó una presentación en power point.
18 Junio/18: Presentación del proyecto al resto del EAP
Por cuestiones de calendario escolar se pospuso la elaboración del contenido y actividades a realizar con el Equipo del CRA, a partir de Septiembre, con el nuevo curso escolar.
Tras varios intentos de contactar con responsables de CRA entre Septiembre y Octubre/18, no se logro fijar fechas de trabajo. Por motivos de traslado del responsable del proyecto, no se pudo continuar con el cronograma establecido. desistiéndose del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al no poder completarse el proyecto, no se ha obtenido ningún resultado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha quedado pendiente todo el desarrollo del proyecto.
Al ser un proyecto presentado desde el C.S, quizá los profesores no se implicaron en su consecución y falto motivación. Ya que en las reuniones las necesidades sentidas y manifestadas eran diferentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1122 ========== ***

Nº de registro: 1122

Título
RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

Autores:
PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN, PEREZ GUZMAN TERESA, LAITA EZQUERRA ROSARIO, VIDAL CANCER CONCHA, ESPES BIESCAS MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una dieta inadecuada y la falta de actividad física son dos factores de riesgo de las principales causas de enfermedades evitables, como los trastornos cardiovasculares, la obesidad, algunos tipos de cáncer y la diabetes mellitus tipo 2. Frente a esto, caminar se considera a menudo como la forma de actividad física que mayores beneficios aporta para la salud. Además, es una práctica económica, que no requiere de un equipamiento complejo ni de instalaciones específicas, se adapta a multitud de horarios y se puede modular dependiendo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1122

1. TÍTULO

RUTAS AMABLES POR MI TIERRA, RUTAS SALUDABLES

las características personales, como la edad o el estado de salud
La actividad física es uno de los activos que de modo más redundante identifican los niños y jóvenes
El proyecto pretende diseñar una ruta saludable en cada municipio de la ZBS de Sadaba, contando para su diseño con la participación de todos los niños escolarizados en el Colegio Rural Agrupado Bañales; que es un único centro público compuesto por seis localidades (Alera, Biota, Castiliscar, Luesia, Sádaba, Uncastillo). Todos ellos pertenecientes a nuestra ZBS excepto Luesia.
Pretendemos que estas rutas unan distintos puntos identificados como saludables por los niños, medir distancias y dificultad, y en un futuro que cuente con señalización estable

RESULTADOS ESPERADOS
Implicar y sensibilizar a la población escolar en la generación/ promoción de salud.
Fomentar el ejercicio físico de toda la comunidad
Mejorar la salud cardiovascular de la población
Disminuir el grado de obesidad en la población de la ZBS de Sádaba

MÉTODO
1. Contacto con el Centro Educativo CRA Bañales, de la zona rural de Sadaba para presentar el proyecto y establecer una colaboración mutua.
2. Presentar el proyecto en el Consejo de Salud de la zona
3. Sesión en el C.S. para dar a conocer el proyecto a todos los integrantes del equipo
4. Charla a todos los niños del CRA sobre salud
5. Que los niños identifiquen zona saludables en su entorno
6. Realizar una ruta saludable que pase por todos los puntos identificados como saludables en su pueblo

Requisitos:
a) Tener un recorrido de unos 3 km, que es la distancia aproximada para cumplir las recomendaciones de la OMS.
b) Que la ruta sea adecuada para las personas que potencialmente pueden hacer más uso de ella, normalmente personas mayores sin ningún factor invalidante que les impida cumplir las recomendaciones de realizar media hora diaria de actividad física por un trazado accesible y de dificultad baja.
7. Presentar estas rutas en Consejo de Salud, para su inclusión en las páginas Web de los ayuntamientos y su posible señalización estable.
8. Fomentar los paseos saludables utilizando estas rutas desde las consultas de Atención Primaria.

INDICADORES
1. Numero de reuniones con el CRA Bañales
2. Número de niños que han participado en el trabajo/ total de niños escolarizados en el CRA entre 6-12 años.
3. Número de rutas diseñadas sobre el total de las escuelas del CRA.
4. Numero de reuniones con el Consejo de Salud, en las que se ha participado y trabajado el proyecto en el año.
5. Miembros del equipo participantes/ total de miembros del equipo.

DURACIÓN
1. Mayo 2018: Presentación del proyecto a comunidad Educativa y Miembros del EAP
2. Mayo/ Junio 2018: Elaboración y desarrollo teórico del programa. Contenidos y actividades consensuadas con el CRA Bañales
3. Septiembre 2018: Charla de unos 45 min de duración sobre salud a todos los niños escolarizados en el CRA Bañales de Sadaba
4. Septiembre / Octubre 2018: Trabajo grupal de los niños para la identificación de zonas saludables en cada municipio
5. Octubre 2018: Diseño de la ruta saludable que incluya los puntos identificados, con medición de la distancia entre cada uno de ellos y la distancia total.
6. Noviembre 2018: Presentación de las rutas al Consejo de Salud y difusión entre la población.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1154

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA MENA GALLIZO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL
TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS
LIEVANO SEGUNDO MARIA PAOLA
POLA COBA REBECA
BUENACASA LAFUENTE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza en el centro de salud un taller teórico práctico de RCP y DEA destinado a médicos y enfermeras del centro. Desde dirección se nos proporciona un maniquí y un DEA para poder realizar la parte práctica. La Dra. María Paola Liévano es quien prepara el taller tras asistir a un curso de urgencias del 061. Dicho taller se lleva a cabo el 26 de Junio de 2018 con la asistencia de 10 participantes.

Preparamos una guía con las instrucciones para la correcta prueba test del desfibrilador que tenemos en la sala de urgencias. Dicha guía queda colocada en la pared junto al desfibrilador.

Se instaura un calendario de revisiones de maletines, vitrina de urgencias y desfibrilador y una planilla en donde se debe anotar la fecha y las personas que realizan las revisiones así como una hoja en donde se anotan las incidencias encontradas. Éstos documentos se colocan en nuestra sala de estar.

Se consensua entre el equipo de urgencias un listado de fármacos y material fungible que debe contener la vitrina y el stock mínimo de cada uno de ellos. Dicho listado se coloca en la propia vitrina.

Se realiza un algoritmo que define el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Dicho documento se entrega vía mail a todos los trabajadores del centro, también se coloca una copia en la pared de admisión, a la vista de los administrativos.

El personal del centro es informado de todas éstas actividades y de dónde se colocan los documentos preparados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1:
Nº revisiones del maletín realizadas/ nº revisiones que se han de realizar según calendario
11/12 x 100= 91.6 % (Se supera el objetivo propuesto)
Objetivo 90 %
Se obtienen los datos de la planilla donde el personal anota las revisiones realizadas.

Indicador 2:
Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y RCP/nº total de profesionales del centro
10/11 x 100= 90,9 % (Se supera el objetivo propuesto)
Objetivo 80%
Los datos se extraen de la realización del taller teórico práctico de RCP y DEA incluído en el progama de sesiones clínicas del C. S. Sádaba.
Los profesionales quedaron muy satisfechos con la realización de éste taller ya que pudieron actualizar muchos conocimientos sobre atención urgente, además la parte práctica fue de gran utilidad.

Indicador 3:
Existencia de un documento que defina la asignación de casos de atención urgente.
Se elabora dicho documento en función del consenso alcanzado entre los propios trabajadores del centro.
Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador 4:
Porcentaje de los profesionales conocedores del documento de asignación de casos de atención urgente/ nº total de profesionales del centro
12/12 x 100= 100 %
Objetivo: 100 %
Se envía una copia a cada uno de los profesionales que trabaja en el centro y se coloca otra en admisión en un lugar estratégico a la vista de todos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de cualquier proyecto que requiere el consenso entre los profesionales siempre viene bien para establecer comunicación, solucionar problemas y opinar sobre diferentes puntos de vista del personal, así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1154

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

conseguimos unificar criterios.
En nuestro caso, el C. S. Sádaba es un centro pequeño y el personal es escaso, el equipo de urgencias lo formamos 4 personas, 2 médicos y 2 enfermeros, trabajando en equipos de 2, nunca llegas a trabajar con tu igual por lo que en ocasiones surgen dudas que se tienen que solucionar casi sin ayuda. La elaboración de protocolos, hojas informativas, etc, ayudan cuando nos encontramos ante una situación poco habitual y no tenemos muy claro cómo actuar.
Estamos contentos con la elaboración de éste proyecto ya que además de que se han cumplido todos los objetivos previstos hemos facilitado el trabajo de los profesionales del centro, no sólo para los habituales, sino también al personal de nueva incorporación, sustitutos…mediante la existencia de varios documentos colocados estratégicamente y que facilitan nuestro trabajo.
Además gracias al taller realizado hemos actualizado conocimientos en RCP y DEA, ya que al trabajar en el medio rural no siempre tenemos acceso o facilidad para acceder a éste tipo de cursos.
Nos queda pendiente conseguir un 100% en cuanto a las revisiones de los maletines, ya que es una función muy importante para que el material esté siempre preparado en óptimas condiciones.
Además estaría bien poder seguir formándonos en atención urgente, bien sea en cursos organizados o preparar nuestros propios talleres de formación.

7. OBSERVACIONES.
Cabe destacar que el número habitual de profesionales es de 12 pero durante la realización del taller había una persona de baja sin sustituto por lo que a la hora de evaluar el indicador 2 se hace sobre 11 profesionales.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1154 ========== ***

Nº de registro: 1154

Título
ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

Autores:
MENA GALLIZO ELENA, TORRECILLA PASCUAL JOSE LUIS, SANCHEZ PEREZ JOSE MIGUEL, LIEVANO SEGUNDO MARIA PAOLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgente
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención urgente precisa de un equipamiento clínico, diagnóstico y terapéutico completo y al mismo tiempo fácilmente transportable y manejable de tal modo que todo debe estar dispuesto para facilitar la labor al personal.

Se han detectado los siguientes problemas en nuestro centro:
Variabilidad en los criterios de atención urgente.
Excesivas diferencias profesionales en formación e implicación.
Variabilidad del personal (vacaciones,bajas...)
Dificultad en el seguimiento de procesos de mantenimiento de maletín, vitrina.
Inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador.
Presencia de material y medicamentos caducados.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar criterios.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias y maletines definiendo sus contenidos básicos y facilitando una organización estandarizada en la que se implique a todos los profesionales.
Establecer un mínimo de medicación y material en la vitrina de urgencias.
Garantizar la disponibilidad inmediata de medicación, material y productos sanitarios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1154

1. TÍTULO

ATENCION URGENTE EN EL C. S. SADABA

Facilitar un documento conocido por todos los profesionales en el que se indique cuál es el criterio en cada momento para designar al profesional /profesionales responsables de la atención urgente tanto en el Centro de Salud como fuera de él.
Facilitar la labor al personal eventual.
Evitar demoras en la atención urgente.

MÉTODO
Promover la autoformación en atención urgente mediante la realización o participación en cursos y talleres.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos sobre la atención en la patología urgente y el mantenimiento del desfibrilador.
Mantenimiento de los maletines después de su uso y periódicamente mediante un calendario de revisiones.
Consensuar entre el equipo de atención continuada un listado de fármacos y material fungible que debe contener la vitrina y el stock mínimo de cada uno de ellos.
Registro de incidencias.
Realizar un algoritmo que defina el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente.

INDICADORES
Indicador 1:

nº revisiones del maletín realizadas/ nº revisiones que se han de realizar según el calendario

Objetivo: 90%

Indicador 2:

Porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente y en RCP/nº total de profesionales del centro

Objetivo: 70%

Indicador 3:

Existencia de un documento que defina la asignación de casos de atención urgente.

Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador 4:

Porcentaje de profesionales conocedores del mismo/ nº total de profesionales del centro

Objetivo: 100%

DURACIÓN
Periodo de evaluación de Enero de 2018 a Enero de 2019.

En Enero de 2019 presentación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1226

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BERTA ELISABET GALAN ALAYETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SADABA
· Localidad ..... SADABA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCOLADO ARANDA ANA MARIA
PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- El 13/04/2018 la responsable del proyecto asistió a la jornada de presentación de la estrategia IRASPROA realizada por el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) en Zaragoza.

- El 24/05/2018 se imparte la primera sesión para dar a conocer aspectos y principios generales del Programa de Optimización del Uso de Antibioticos (PROA) a todo el equipo de Atención Primaria (EAP) del Centro de Salud (CS) de Sádaba.

- El 18/06/2018 se presentó el proyecto de mejora en el Consejo de Salud de la zona basica de salud (ZBS) de Sádaba.

- El 05/07/2018 la responsable del proyecto dio a conocer los detalles y los objetivos que se pretendían alcanzar con el proyecto de mejora a todo el EAP del CS de Sádaba.

- Inmediatamente a la presentación del proyecto, el EAP de nuestro CS se adhiere a los principios generales del PROA.

- El 04/10/2018 se realiza una sesión formativa del PROA: uso racional de antibióticos, resistencias bacterianas, infecciones más frecuentes y el tratamiento empírico más adecuada en Atención Primaria (AP).

- El día 16/10/2018 la responsable del proyecto asistió a reunión de trabajo del PROA en Zaragoza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El EAP de Sádaba nombra a una responsable del uso racional de antibióticos.

- Se han difundido los principios generales del PROA en AP tanto en el EAP como en el Consejo de Salud de ZBS de Sádaba.

-Se han difundido en EAP los informes de consumo y resistencias facilitados por la Dirección del Sector Zaragoza III.

- Se colocaron carteles y posters que facilitaron de la estragia IRASPROA en las salas de espera del CS y consultorios.

- Se han realizado 3 sesiones formativas sobre el PROA en EAP en las sesiones de reunión de equipo con la asistencia del 100% de los profesionales del CS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A los nuevos médicos que se incorporaron al CS posteriomente al llamamiento de interinidades, se les comentó el proyecto para que se sumaran a las rutinas diarias adoptadas por el EAP.

7. OBSERVACIONES.
- Pese a que el año 2018 fue un año de peculiaridades en el EAP que podrián haber afectado la continuidad del proyecto (traslados de profesionales, bajas laborales y optimización de consultas por falta de sustitutos) se han realizado todas las actividades programadas.

- Por el traslado del profesional responsable de antibioticos del equipo, se nombró a un nuevo responsable.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1226 ========== ***

Nº de registro: 1226

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1226

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
GALAN ALAYETO BERTA ELISABET, ALCOLADO ARANDA ANA MARIA, PEREZ-CABALLERO BONA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SADABA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1226

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1658

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUCIA HERNANDEZ ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ PORTAL VIRGINIA
BUIL COMPANY ESTHER
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ
GARCIA LAFUENTE NATALIA
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.
– Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
Actividades y oferta de servicios
1- Presentación del proyecto al EAP: HERNANDEZ ABADIAS LUCIA
2- Desarrollo del circuito de consulta no presencial: PEREZ PORTAL VIRGINIA, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, BUIL COMPANY ESTHER, VIELBA DUEÑAS BEATRIZ, GARCIA LAFUENTE NATALIA, HERNANDEZ ABADIA LUCIA.
3- Creación de agenda para cada profesional : PEREZ PORTAL VIRGINIA, BUIL COMPANY ESTHER, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL.
4- Información al usuario: PEREZ PORTAL VIRGINIA, BUIL COMPANY ESTHER.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores y evaluación:
a) 10%de consultas no presenciales en medicina : CONSEGUIDO 10%
b) 5% de consultas no presenciales en enfermeria: CONSEGUIDO 5,5%
Hemos adecuado los indicadores al revés de medicina y enfermería porque al no tener una presión asistencial alta, se pasa directamente al médico la consulta no presencial la mayoría de las ocasiones .No obstante hemos detectado originalmente una menor demanda no presencial en enfermería lo que nos lleva a adecuar el indicador al 5% .
Duración y calendarios previstos
a) Difusión e información del proyecto al EAP: 29- Junio - 2017
b) Creación del circuito de demanda no presencial: 27 – Julio – 2017
c) Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: Enero 2018. Conseguidos ambos porcentajes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este tipo de consultas no presenciales las venimos haciendo en la zona de salud de Sos del Rey Católico desde la implantación de las herramientas informáticas y el acceso telefónico. En la actualidad, con la implantación del módulo de receta electrónica, muchas de las consultas no presenciales se refieren a la prescripción (adecuación de posología, renovación de recetas....no sólo directamente del usuario sino también de las farmacias, también de las incluidas en el Proyecto de Interoperabilidad); además de las consultas telefónicas de los usuarios, cabe destacar las interconsultas con otros especialistas referidas a usuarios y otros procedimientos administrativos(informes médicos, partes de confirmación de baja laboral, solicitud de transporte sanitario programado.....).

7. OBSERVACIONES.
Nota final:

Aunque este proyecto se presentó incialmente con una médico del EAP como responsable, la Dra. Polanco Tapia Mª Dolores, esta compañera está de baja laboral (desde agosto de 2017) por enfermedad larga y es sustituída por la que figura al comienzo de esta Memoria.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1658 ========== ***

Nº de registro: 1658

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1658

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
POLANCO TAPIA MARIA DOLORES, PEREZ PORTAL VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1703

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL AGUIRRE DE SANTIAGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUIL COMPANY ESTHER
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA
PEREZ PORTAL VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. PRESENTACION AL EAP: ABRIL 2016 1 SESION .
2.Gestion de Medicamentos del botiquín: Responsable Miguel Angel Aguirre de Santiago.
3. Gestion de material sanitario del botiquin: Responsable Miguel Angel Aguirre de Santiago.
4. Gestion de maletines y sala de urgencias: Responsable Esther Buil Company.
5. Seguimiento proyecto y registro de actividades Noviembre 2016
Mayo 2017 y Noviembre 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se dispone de Listado de medicamentos revisado y adecuado : SI
Está definido el stok mínimo : SI
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja ad hoc en 2017 : SI
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en 2017 : SI

La revisión de caducidades de botiquines, materiales, maletin de urgencias y carro de paradas se hace semanalmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el personal que atiendo urgencias conoce la localización del material, botiquin, maletin...en la sal de urgencias y colabora en la reposición del material empleado y cada semana los responsable revisan y registran que todo esté en perfecto estado de uso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1703 ========== ***

Nº de registro: 1703

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1703

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0364

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA GARCIA LAFUENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ
BUIL COMPANY ESTHER
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas se resumieron en 6:
1) Listado consensuado (en calidad y cantidad) de material y fármacos en CP/MU.
2) Creación de un sistema de registro de control periódico y reposición de material y fármacos (formato papel).
3) Creación y mantenimiento “sets” de fármacos+material para determinadas patologías por lo frecuente de su aparición y lo protocolizado de su manejo.
4) Realización de sesiones clínicas para actualización conocimientos en área de urgencias.
5) Visibilización en zonas estratégicas del área de urgencias de determinados algoritmos útiles sobre la atención de la patología urgente.
6) Visibilización y publicitación de documento explícito para designación del “profesional encargado de la atención urgente”.

En cuanto al cumplimiento respecto al calendario marcado, éstas han sido las actividades realizadas:
1) Abril 2018: Se cumplió el plazo previsto para la presentación del Proyecto de Mejora y la primera sesión (a través del Grupo de Formación del CS) de presentación de distribución CP/MU.
2) Octubre 2018: Se cumplió el plazo previsto de valoración de los ítem estipulados.

En cuanto a los recursos empleados: Los materiales: cuaderno que refleja revisiones periódicas CP/MU y suministros periódicos por parte de Farmacia del Sector Z3. Inmateriales: dedicación por parte de los profesionales encargados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos fijados a priori en el diseño inicial se organizaron bajo 4 ítem diferentes. A continuación se detallan con la consiguiente valoración de su consecución:
1) Definición de un procedimiento con contenidos básicos del CP/MU según la propuesta organizativa: consecución positiva.
2) Optimizar recursos disponibles en el área de Urgencias: priorizando su fácil localización y su estado óptimo: a día de hoy, seguimos valorando pequeños cambios en la localización.
3) Constante observación del Listado de Incidencias del CS : Gracias a la estrecha colaboración con el Grupo de Calidad del CS, periódicamente se revisa el listado de cara a introducir futuras mejoras.
4) Explicitar y publicitar documento de designación del “profesional encargado de la atención urgente” a todos los miembros del EAP: exhibido en tablón de anuncios.

Su relación con el standard marcado y la ulterior relación con el impacto del proyecto se pueden valorar con esta presentación de Indicadores :
1) Valoración a los 6 y 8 meses del inicio del proyecto del porcentaje de revisiones de CP/MU completadas respecto de las previstas: 100% y 100%
2) Valoración a los 6 y 8 meses del inicio del proyecto del nº total de incidencias relacionadas con el área de urgencias: 3 y 1, respectivamente.
3) Indicadores en relación con el documento del profesional responsable de la atención urgente: 3.1) Indicador 1: existencia o no de dicho documento: Positivo
3.2) Indicador 2: porcentaje de profesionales del EAP conocedores del mismo: 100%
3.3) Indicador 3: porcentaje de profesionales que han participado en formación en patología urgente: Indicador pendiente de evaluar por parte de nuestro Grupo de Formación: se estima que del 80-90% de los miembros del EAP han sido ponentes en al menos una sesión formativa en patología urgente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusión fundamental es la operatividad de este enfoque sistematizado de la atención urgente en nuestro CS. Siempre teniendo en cuenta que las mejoras a introducir deben ser un proceso constante.
Nuestra recomendación es su realización en todas las áreas de urgencias de Centros de Salud u otros organismos. Su sostenibilidad y posibilidad de replicación parecen ser esperables, aunque quedamos atentos a su evolución en el tiempo, así como la valoración de los miembros del EAP de la posibilidad de su replicación en un futuro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0364

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

a medio plazo.

7. OBSERVACIONES.
Abreviaturas: CP: carro de paradas, MU: maletín de urgencias, CS: centro de salud

*** ========== Resumen del proyecto 2018/364 ========== ***

Nº de registro: 0364

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

Autores:
GARCIA LAFUENTE NATALIA, HERNANDEZ ABADIAS LUCIA, VIELBA DUEÑAS BEATRIZ, BUIL COMPANY ESTHER, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología urgente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP..
El carro de paradas y el maletín de urgecias son dos puntos clave en la atención de la urgencia, tanto en el propio Centro de Salud (Carro de Paradas), como extra-centro (Maletín de Urgencias): aunque se viene realizando el mantenimiento de ambos desde hace tiempo, proponemos una sistemática para reposición y control periódico según protocolo intracentro.

Asímismo, creemos útil el mantenimiento de “sets” de urgencias (como el de SCA) y la creación de nuevos (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones y politrauma/sangrante).

RESULTADOS ESPERADOS
-Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y maletín de urgencias con la propuesta organizativa estandarizada.

-optimización de recursos disponibles en el área de urgencias del Centro de Salud: fármacos y materiales, priorizando su fácil localización y garantizando su estado óptimo.

-determinación de las diferentes responsabilidades del personal, en cuanto a revisión y mantenimiento material, fármacos, así como revisión de sus indicaciones.

-mantener actualizados los conocimientos del personal sanitario del centro respecto a la actuación en situaciones de urgencia (colaboración estrecha con el Grupo de Mejora de Formación del Centro de Salud de Sos).

-mantener en constante observación las posibles mejoras a realizar en el área (colaboración estrecha con el Grupo de Mejora de Calidad del Centro de Salud de Sos) a través del Listado de Incidencias del Centro.

-evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indica cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente.

MÉTODO
-listado de material y fármacos disponibles tanto en carro como en maletín, consensuado en calidad y cantidad con los miembros del EAP.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0364

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA: CARRO DE PARADAS Y MALETIN DE URGENCIAS: ENFOQUE SISTEMATIZADO DE SU IMPLEMENTACION Y REVISION

-creación de un sistema de registro de control periódico y reposición de material y fármacos disponible en formato papel.

-creación y mantenimiento “sets” de fármacos+material para determinadas patologías por lo frecuente de su aparición y lo protocolizado de su manejo.

-realización de sesiones clínicas para actualizar conocimientos en área de urgencias.

-situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

-proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo, se contemplan las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.

INDICADORES
-Abril 2018: presentación del proyecto de mejora en el centro e inicio de la primera sesión presentadora de carro de paradas y nueva distribución del maletín de urgencias.

-Valoración a los 6 meses de inicio del proyecto de : porcentaje de revisiones de carro/maletín completadas respecto a las totales previstas.

-Valoración a los 6 meses de inicio del proyecto de : número total de incidencias relacionadas con el área de urgencias .

-3 indicadores sobre el documento del profesional responsable de la atención urgente:
- -Indicador nº 1: existencia o no de dicho documento.
- -Indicador nº 2: porcentaje de profesionales conocedores del mismo.
- -Indicador nº 3: porcentaje de profesionales que han participado en formación patología urgente.

DURACIÓN
de Abril a Diciembre 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0465

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VIELBA DUEÑAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LAFUENTE NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elige como responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP el 1 de Abril de 2018 a la Dra: BEATRIZ VIELBA DUEÑAS.
La responsable acude a la jornada de presentación de IRASPROA el 13 de Abril de 2018.
La responsable difunde la información de la Jornada a los miembros del EAP en Mayo del 2018.
Sesiones clínicas (infecciones, uso de antibióticos) impartidas por el EAP. 1) 9 Octubre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "IRASPROA" revisión, actualización; 4.44% de asistencia. 2) 16 Octubre 2018 MIGUEL ÁNGEL AGUIRRE DE SANTIAGO "Infecciones prevalentes en adultos en AP"; 4,44% de asistencia. 3) 12 Diciembre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "Faringoamigdalitis agudas, test rápido de estreptococo"; 4,44% de asistencia.
Colocación de pósters con el lema "Antibióticos, sólo cuando sea necesario" en el Centro de Salud y en los consultorios locales.
Los profesionales del EAP firman el compromiso sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los antibióticos.
Revisión de alertas sobre Fluorquinolonas el 30 Octubre 2018.
La responsable acude a la convocatoria con Farmacia de la GAP Zaragoza 3 el 6 Noviembre 2018. Luego difunde la información recibida al resto del EAP.
La responsable acude al curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en AP" en Zaragoza el 29 Noviembre 2018. Luego difunde la información recibida al resto del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP.
La responsable ha acudido a las convocatorias de la GAP. 1) Jornada del 13 Abril 2018. 2) Convocatoria con Farmacia 6 Noviembre 2018. 3) Asistencia al curso 29 Noviembre 2018.
Se han realizado varias reuniones en el EAP sobre buen uso de antibióticos. 1) Mayo 2018 difusión de información de la Jornada del 13 Abril; 5,55% de asistencia. 2) 9 Octubre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "IRASPROA" revisión, actualización; 5,55% de asistencia. 3) 16 Octubre 2018 MIGUEL ÁNGEL AGUIRRE DE SANTIAGO "Infecciones prevalentes en adultos en AP"; 5,55% de asistencia. 4) 12 Diciembre 2018 BEATRIZ VIELBA DUEÑAS "Faringoamigdalitis agudas, test rápido de estreptococo"; 5,55% de asistencia. 5) 30 Octubre 2018 debate sobre fluorequinolonas; 2,22% de asistencia.
Se consigue el compromiso de los miembros del EAP de optimizar el uso de los antibióticos.
Se emplea el test rápido del estreptococo, si procede, tanto en consulta como en atención continuada (previamente no se había empledo).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La conclusión fundamental es que de nuestra mano está el hacer un uso adecuado de los antibióticos para minimizar el evidente aumento de resistencias a los mismos.
Además tenemos que educar a los pacientes para que usen de forma adecuada los antibióticos cuando proceda.
El EAP de Sos del Rey Católico ha acogido con interés este proyecto y se espera que se sigan haciendo actividades para mantener nuestros conocimientos actualizados para tratar adecuadamente las infecciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/465 ========== ***

Nº de registro: 0465

Título
OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
VIELBA DUEÑAS BEATRIZ, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, MARTINEZ GIL RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0465

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE ANTIBIOTICOS EN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL ALARMANTE INCREMENTO DE LAS RESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS ES UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.
LAS INSTITUCIONES SANITARIAS CONSIDERAN LA RESISTENCIA A ANTIBIOTICOS UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA Y SU ABORDAJE UN ASUNTO PRIORITARIO QUE INCLUYE OPTIMIZAR EL USO DE ANTIBIOTICOS.
LA A.E.M. HA PUESTO EN MARCHA EN PLAN NACIONAL PARA CONTROL DE LA RESISTENCIA A ANTIBIOTICOS Y A NIVEL DE ARAGON EL PROGRAMA IRASPROA.

RESULTADOS ESPERADOS
OPTIMIZAR EL USO DE ANTIMICROBIANOS PARA EVITAR LA RESISTENCIA A LOS MISMOS
ADHERIRSE A LOS PRINCIPIOS GENERALES PROA (DECALOGO ELABORADO POR EL GRUPO IRASPROA)
REALIZAR FORMACION DEL USO ADECUADO DE ANTIBIOTICOS

MÉTODO
ASISTENCIA A LA JORNADA IRASPROA 13 ABRIL
DAR A CONOCER LOS PRINCIPIOS GENERALES PROA
DAR SESIONES FORMATIVAS RELACIONADAS CON PROA, PERFIL DE RESISTENCIAS A ANTIBIOTICOS, INFECCIONES MAS FRECUENTES Y SU TRATAMIENTO.
PARTICIPAR EN CAMPAÑAS SANITARIAS QUE PROMUEVA IRASPROA EN ARAGON

INDICADORES
TENER RESPONSABLE EN EL EQUIPO (ABRIL)
DIFUSION D ELOS PRINCIPIOS GENERALES PROA EN ATENCION PRIMARIA (MAYO)
INDICADOR: DIFUSION DE INFORME DE CONSUMO/RESISTENCIAS A LOS ANTIMICROBIANOS EN EL SECTOR DE TODOS LOS EAP (SEPTIEMBRE 2018)
OBJETIVO: FORMACION EN USO ADCUADO DE ANTIBIOTICOS
INDICADOR: Nº SESIONES REALIZADAS SOBRE PROA
3 SESIONES AL AÑO
POORCENTAJE DE PROFESIONALES SANITARIOS DEL EAP QUE HAN PATICIPADO EN FORMACION PROA, OBJETIVO 80%.
INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS

DURACIÓN
DE ABRIL A DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0658

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL AGUIRRE DE SANTIAGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ PORTAL VIRGINIA
BUIL COMPANY ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TRAS RECIBIR POR PARTE DE FARMACIA -AP SECTOR Z-III EL LISTADO DE PACIENTES (23) CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA SE CONSENSÚA ENTRE EL EQUIPO DE AP Y FARMACIA, EXTRAYENDO DE LA LISTA LOS FALLECIDOS (2), TRASLADADOS (1), ANULADOS POR REEVALUACIÓN (3), SIENDO EN TOTAL LOS VÁLIDOS PARA EL PROGRAMA 17 PACIENTES. (dos reuniones de equipo,varias comunicaciones con Farmacia). DE LOS 17,TODOS HAN SIDO VACUNADOS DE LA GRIPE, 16 DE LA PNEUMOCÓCICA (1 SE NIEGA). EN LOS 17 CONSTA REGISTROS DEL PLAN DE CUIDADOS (E. básica, peso, T.A., perímetro abdominal.) y a todos se les ha revisado su plan de tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Vacunación Antigripal : 100%
“ Antipneumocócica: 94%
Registro plan de cuidados : 100%
Adecuación Tratamiento: 100%
Fuente: Hª clínica – OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora valora muy positivamente las actividades realizadas y la consecución de los objetivos, no obstante queda pendiente hasta el momento la comunicación al Consejo de Salud.
Le educación para la salud, como habitualmente hacemos, la hemos dejado para los momentos en que tenemos al paciente en consulta o en su domicilio con consejos dietéticos, hábitos de vida saludables y repaso del tratamiento dado que reunirlos a todos en sesiones es inoperante.

7. OBSERVACIONES.
Nos parece que sería muy beneficioso para los pacientes y facilitador para los profesionales que les atienden,que se implementara un Protocolo en OMI de Insuficiencia cardiaca con diversos desplegables a fin de registrar de forma pormenorizada la anamnésis, exploración y plan de actuación en cada consulta programada al menos cada 3 meses a fin de hacer un seguimiento estrecho del paciente para adelantarnos a las complicaciones que con tanta frecuencia se dan en esta patología. A tal fin, me comunico con el Dr. Fernando Bielsa para consultar la posibilidad de programar un nuevo protocolo en nueva interfaz en OMI y me dice que los Dres. José Codes de Calatayud y Jose Mª Turón de Alcañiz están elaborándolo. Me pongo en contacto con ellos y resuelvo colaborar en la elaboración final de tal protocolo a fin de implementarlo para todo el Salud. Lo comunico a la Direccion de Atención Primaria y les parece muy bien.
A tal fin no damos por finalizado este programa hasta que se consiga el objetivo.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/658 ========== ***

Nº de registro: 0658

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Autores:
AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, VELA JUAREZ RAUL, SANZ JIMENEZ MARIA JOSE, PEREZ PORTAL VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0658

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Pertenece a los proyector estrella del Sector Zaragoza III para 2018.
La Insuficiencia cardíaca es una patología frecuente en cuestra zona, con población envejecida y alta frecuencia de comorbilidades como la Fibrilación Auricular y la Hipertensión Arterial. Es importante por su alta prevalencia y mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas de la Insuficiencia Cardiaca entre ellas aumentar la cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica como prevención primaria: Dirigido a todos los pacientes con Insuficiencia Cardiaca.
2. Reducción de uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios evitando ingresos por descompensación.
3. Potenciar los autocuidados de los propios pacientes consigo mismo y de los cuidadores hacia los pacientes. Dirigido a todos los pacientes con esta patología.
4. Adecuar el tratamiento farmacológico en la Insuficiencia Cardiaca: Dirigido a todos los pacientes con esta patología.

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación Guía Práctica Clínica según la Sociedad Española de Cardiología (www.secardiologia.es)
2. Formación: Sesiones EAP.
3. Listado abierto de pacientes con Insuficiencia Cardiaca en la Zona de Salud.
4. Comunicación del desarrollo del proyecto: Reunión del EAP, Consejo de Salud.

INDICADORES
1. Potenciación de los cuidados en Insuficiencia Cardiaca. Nº de pacientes con este diagnóstico en los que consta la vacunación antigripal (aumentar 10%) y antineumocócica (aumentar 5%).
2. % de pacientes con Insuficiencia Cardiaca en los que const registros del plan de cuidados: Exploración básica, control de peso, perímetro de cintura, Tensión Arterial.
3. Adecuación del tratamiento farmacológico en Insuficiencia Cardiaca: Nº de pacientes polimedicados con esta patología a los que se les ha hecho revisión de tratamiento.

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica:Implementación GPC/Vía Clínica
2. Oferta de Servicios: Plantilla autocuidados / Comunitaria: Mayo - Noviembre 2018
3. Formación : Sesiones EAP : Mayo - Diciembre 2018
4. Listados, comunitaria, indicadores: Marzo - Junio 2018
5. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud: En todo el periodo del Proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0827

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCIA HERNANDEZ ABADIAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SOS DEL REY CATOLICO
· Localidad ..... SOS DEL REY CATOLICO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAUDEVILLA ESEVERRI ELENA
CASALES SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
+A partir de nuestros listados de inmovilizados y dependientes (disminuídos psíquicos, físicos, población infantil con limitaciones que necesitan atenciones especializadas, personas con problemas sensoriales, mayores con deterioros cognitivos,físicos, demencias,etc) hemos ido realizando una valoración completa de los mismos que ha incluído : la capacidad para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas (barthel), un examen físico y del estado actual de salud prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP (movilidad reducida, deficiencia nutricional, incapacidad de cambiar de postura por sí misma,alteraciones cognitivas importantes, alteraciones circulatorias que sean pacientes con historia de UPP ó una UPP actual, trastornos inmunológicos como infecciones y neoplasias) y al tto farmacológico (sedantes, corticoides, citostáticos), una evaluación nutricional con un instrumento validado (mini nutritional assessment -MNA-), una evaluación de los aspectos psico-sociales identificando a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales, así como una evaluación del riesgo de padecer UPP con una escala validada.
+Posteriormente tras la valoración, hemos realizado actividades de formación a los profesionales en una sesión clínica en materia de prevención de UPP que incluya identificación de los pacientes de riesgo y signos de alarma, prevención de nuevas UPP, cambios posturales y educación sanitaria destinada a pacientes y cuidadores.
+Actividades de educación sanitaria destinada a pacientes y cuidadores que ha incluído qué son las UPP, cuáles son sus causas y signos de aparición, cómo hay que prevenirlas, repercusiones de tener una UPP, y técnicas y materiales para la prevención.
+Actividades de elaboración de un plan de cuidados para todos los pacientes que han sido evalúados como pacientes de riesgo. Ese plan incluirá aspectos como factores de riesgo, estado de la piel, capacidad de movilidad del paciente, preferencias del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la finalización de proyecto no puedo presentar resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de reflejar en la memoria final.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/827 ========== ***

Nº de registro: 0827

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

Autores:
HERNANDEZ ABADIAS LUCIA, CAUDEVILLA ESEVERRI ELENA, CASALES LABORDA SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SOS DEL REY CATOLICO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODA PATOLOGÍA QUE OCASIONE UNA DEPENDENCIA A NIVEL FUNCIONAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE LA PRÁCTICA CLÍNICA-EDUCACIÓN SANITARIA-PREVENCIÓN

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0827

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SOS DEL REY CATOLICO

PROBLEMA
Las UPP(úlceras por presión) representan un importante problema de salud en todos los niveles asistenciales y un problema socio-económico(por el aumento de estancias hospitalarias y el mayor consumo de recursos)
El papel de enfermería es muy decisivo en su abordaje, ya que es aceptado por la comunidad científica que el 95% de las UPP son prevenibles con los cuidados y recursos adecuados.
Por eso desde Atención Primaria, queremos informar y concienciar a la población de riesgo para mantener unas pautas de prevención adecuadas y así poder fomentar su autocuidado

RESULTADOS ESPERADOS
.GENERAL: mejorar la salud y calidad de vida de la población de riesgo mediante la implicación del EAP (equipo de Atención Primaria), de los pacientes y/ó cuidadores en la prevención y manejo de las UPP.
.ESPECÍFICOS:
-Incrementar el conocimiento sobre medidas de prevención de UPP en población de riesgo en nuestra zona de salud en un 20%
-Disminuir la incidencia de aparición de úlceras en la población de riesgo mediante el desarrollo y fortalecimiento del conocimiento técnico de UPP y habilidades para la aplicación de prácticas seguras por parte del equipo responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes

MÉTODO
-CAPTACIÓN: a través de consulta de enfermería (programada, a demanda, visita domiciliaria),
-DESARROLLO DE LA CONSULTA:
.Valoración COGNITIVA (Test PFEIFFER), social y del entorno del paciente, si fuera preciso citar algún familiar a cargo
.Valoración FUNCIONAL AVD (BARTHEL)
.Cómo escala de valoración de riesgo de úlceras se implementará la ESCALA BRADEM
-Se proporcionará INFORMACIÓN ESCRITA a los pacientes y/ó cuidadores sobre: causas UPP, medidas de prevención.método del reloj-cambios posturales
-INTERVENCIÓN MEDIANTE EDUCACION:
.Resolver dudas y corregir errores detectados
.Programar una fecha de revisión periódica
.Sesión clínica en nuestro centro para actualizar conocimientos

INDICADORES
.COBERTURA: Nº pacientes incluídos en el programa/nº de pacientes totales en riesgo en el mismo período de intervención
.ACTIVIDAD: nº de pacientes incluídos en el programa a los que se ha realizado la consulta/valoración y entregado la hoja informativa a los 6 meses de iniciada la intervención/nº de pacientes totales incluídos en el programa
.Grado de cumplimiento segú la escala de BRADEM a los 6m de inicio del programa/tasa de cumplimiento inicial
.Grado de conocimiento que tiene el paciente sobre cuidados preventivos a los 6m del seguimiento del programa/grado de conocimiento inicial
.SATISFACCIÓN: Grado de satisfacción de los usuarios y de los profesionales con el programa de atención sanitaria sobre prevención de UPP
.SEGUIMIENTO: revisión como mínimo cada 6m que podrá variar en función de las necesidades detectadas
EVALUACIÓN: son necesarios para la evaluación el "REGISTRO DE LOS PACIENTES" incluídos en el programa y la copia de la última escala BRADEM realizada para comparar con la anterior

DURACIÓN
-Comienzo del proyecto de mejora el 1 de Septiembre 2018 si es aprobado
-A lo largo de todo el año (todos los trimestres) se podrán ir realizando consultas/valoraciónes con los pacientes que se van captando

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1624

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... EMILIA GARCIA HUERTA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL LIGOS MARIA FELISA
CACHO VAL AURORA
RIOS DOMINGUEZ FRANCISCA
ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO
MANRIQUE BONA JOSE ANTONIO
MODREGO MOROS AMPARO
COSCOLIN MORENO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En numerosas ocasiones durante nuestro trabajo, el personal de admisión, nos encontramos con la obligación de forzar citas y sobrecargar las consultas de medicina de atención primaria por pacientes que precisan la asistencia sanitaria en el mismo día y se encuentran totalmente ocupadas. Se realizó una reunión de equipo para intentar solucionar el problema de manera que ni pacientes ni profesionales se vieran afectados.

Se comprobó que muchos de los huecos estaban ocupados por pacientes que únicamente deseaban activar la receta electrónica o recoger partes de confirmación en bajas de larga duración.

Se decidió abrir huecos en cada consulta con el acto de "demanda no presencial", concretamente el 5% en medicina y pediatría y el 10% en enfermería para poder citar a estos pacientes sin que tuvieran la necesidad de pasar por consulta y ocupar un hueco innecesariamente. En el caso de enfermería para pacientes que precisaran consulta telefónica.

Habilitamos unos buzones en el hall de admisión cada uno con el nombre de un médico para que los pacientes introdujeran ahí la receta electrónica caducada y se establecieron unas normas de recogida.

Los celadores son los encargados de recoger las recetas depositadas en cada buzón todos los días a las 8 h. de la mañana, las pasan al personal de admisión que son los encargados de citar en los huecos habilitados para ello y seguidamente las llevan a cada consulta para que sean realizadas a lo largo de la mañana para posteriormente entregar a los pacientes a partir de ese día a las 14 h.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras un seguimiento de 3 meses de duración, nos volvimos a reunir para estudiar el proyecto y observamos que en medicina, algunos días, era poco el 5% así que se decidió ampliar dichos actos tanto en medicina como en pediatría al 10%, manteniendo el de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la última reunión realizada a finales de noviembre de 2017 y tras haber realizado un seguimiento, llegamos a la conclusión de que con la implantación de la consulta no presencial en atención primaria se ha conseguido racionalizar la demanda presencial y facilitar la accesibilidad al paciente con otro método alternativo, objetivo de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.
Hay actas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1624 ========== ***

Nº de registro: 1624

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
GARCIA HUERTA EMILIA, GIL LIGOS MARIA FELISA, CACHO VAL AURORA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO, MANRIQUE BONA JOSE ANTONIO, MODREGO MOROS AMPARO, COSCOLIN MORENO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1624

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA NO PRESENCIAL

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial.

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional .

4. Información al usuario: Servicio de Admisión.

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: abril-mayo 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0857

1. TÍTULO

DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... EMILIA GARCIA HUERTA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADELL RUIZ RAFAEL
ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO
CACHO VAL AURORA
GIL LIGOS MARIA FELISA
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA
TAUS GREGORIO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento era la documentación de todas las historias de pacientes fallecidos para dejar espacio en el archivo del centro de salud de Tarazona y documentarlas para su "Archivo definitivo" en el archivo D.G.A.
Lo primero que hicimos fue ponernos en contacto con Pedro Gutiérrez para que nos explicara el procedimiento a seguir para archivar correctamente estas historias y cómo debíamos proceder a su traslado.
Se nos informó de que la documentación debía de ser a partir del 01/01/2002 y que en el momento del archivo debían haber transcurrido un mínimo de tres años desde el cierre de la historia clínica, teniendo que ser el formato de "archivo definitivo". Había que identificar cada uno de ellos de forma unívoca de manera que fuera fácilmente legible una vez depositado en las estanterías del almacén. Así que ordenamos todas las historias de exitus desde el año 2002 hasta el 2015 y relacionamos el contenido de cada una de las cajas en la "Hoja de Transferencia de fondos" del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón".
En la hoja de remisión rellenamos los siguientes epígrafes:
número de caja, número de expediente (el AR de cada paciente), fecha final (fecha de fallecimiento) y contenido (nombre y apellidos).
Las relaciones las remitimos por triplicado debidamente firmadas y selladas. Una vez comprobada e inventariada la documentación, el Archivo de la Administración nos ha devuelto una copia de la misma que hemos guardado en nuestro centro como justificante del envío.
No obstante, conservamos este documento en formato electrónico en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido archivar y relacionar todas las historias desde el año 2002 hasta el 2015. Hasta el día de hoy hemos enviado a Pedro Gutiérrez y a su vez él a Magdalena Gómez (Responsable del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón) del año 2002 al 2009, quedando el resto de los años archivados y preparados para su envío cuando así nos lo comuniquen por tener que habilitar espacio en dicho almacén para ellas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido un trabajo costoso porque han sido muchas historias las que hemos tenido que preparar en poco tiempo pero gracias a la colaboración de todo el equipo del proyecto lo hemos conseguido a tiempo. Habiendo quedado espacio en nuestro archivo, objetivo principal del proyecto, seguiremos archivando los exitus de los años siguiente para proceder a su envío cuando corresponda y tener todas las historias en el mismo sitio por si alguna vez son requeridas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/857 ========== ***

Nº de registro: 0857

Título
DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

Autores:
GARCIA HUERTA EMILIA, ADELL RUIZ RAFAEL, ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO, CACHO VAL MARIA AURORA, GIL LIGOS MARIA FELISA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, TAUS GREGORIO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0857

1. TÍTULO

DOCUMENTACION HISTORIAS DE EXITUS

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EXITUS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: ALMACENAMIENTO HISTORIAS

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la documentación de todas las historias de pacientes fallecidos.

RESULTADOS ESPERADOS
Dejar espacio en el archivo del centro de salud de Tarazona y documentarlas para su "Archivo Definitivo" en el archivo DGA.

MÉTODO
1.-Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP
2.-Contactar con Dirección de AP para llevar a cabo el proyecto
3.-Documentar historia de exitus a partir de 1-1-2002 hasta 31-12-2014

INDICADORES
Almacenamiento de historias clínicas siendo toda la documentación a partir del 1-1-2012 debiendo haber transcurrido un mínimo de 3 años desde el cierrre de la historia.
El formato será el de "Archivo Definitivo".
Documentarlas en cajas relacionando en la "Hoja de transferencia de fonfos" del Archivo de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
Conservar este documento en formato electrónico.

DURACIÓN
1.- Difusión e información del proyecto de EAP tras la firma del AC.
2.- Creación del circuito: mayo-junio.
3.- Finalización del proyecto primeros de Diciembre de 2018.
4.- Valoración de la actividad realizada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1424

1. TÍTULO

REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE COLEGIO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PALOMA LATORRE ORTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO ELIZONDO MARIEN
TURRION GONZALEZ JESUS MARIA
SANZ BURGOS LARA
SORIA JIMENEZ MARIA
LATORRE VELILLA MARIA CARMEN
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIDOS CON LOS DIRECTIVOS DE LOS EQUIPOS DOCENTES DE LA CIUDAD, SE ACUERDA AMPLIAR LA FORMACIÓN A TODA LA PRIMARIA, Y PONER EN MARCHA EL TALLER EN EL TERCER TRIMESTRE DE CURSO ESCOLAR, SALVO EN COLEGIO SAGRADA FAMILIA, QUE SE ABORDARA LA ACTIVIDAD EN MARZO DE 2017, COINCIDIENDO CON SU SEMANA SALUDABLE.
PARA ELLO SE HA RECOPILADO DURANTE DISTINTAS SESIONES REALIZADAS ENTRE LOS PROFESIONALES DEL GRUPO, MATERIAL Y SE HA LLEGADO A UN CONSENSO EN CUANTO A LA DINÁMICA DEL TALLER PARA ADQUIRIR HABILIDADES. HEMOS ELABORADO GUIÓN Y MATERIAL DE APOYO EN EL AULA. INCLUYENDO CANCIÓN DE REANIMACIÓN, PARA LOS ESCOLARES HASTA SEGUNDO CICLO DE PRIMARIA.
EL RESTO DE MATERIAL NECESARIO ES CEDIDO POR CRUZ ROJA TARAZONA, PARA REALIZAR SIMULACIÓN CON MUÑECOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL PROYECTO ESTA EN CURSO POR LO QUE AUN NO PODEMOS VALORAR LOS RESULTADOS ALCANZADOS. LA PUESTA EN MARCHA HA SIDO MUY BIEN RECIBIDA POR LOS COLEGIOS.
PARA SU POSTERIOR VALORACIÓN ESTA PREVISTO UN PRE Y POSTEST EN RELACIÓN AL TALLER, ASÍ COMO VALORACIÓN OBSERVACIONAL DURANTE EL TALLER EN EL QUE SE LES PONDRÁ A PRUEBA CON UN CASO REAL (SIMULADO).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ESTE PROYECTO ES UN PROYECTO DE CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, DOTAR DE INFORMACIÓN Y CREAR HABILIDADES INMEDIATAS Y FUTURAS EN LA POBLACIÓN ES FUNDAMENTAL PARA RECONOCER SITUACIONES DE URGENCIA, ASÍ COMO AUMENTAR SUPERVIVENCIA EN LA PARADA CARDIORESPIRATORIA FUERA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO.
CREEMOS NECESARIO, QUE ESTAS HABILIDADES SEAN INCLUIDAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR PARA QUE EN SITUACIÓN DE URGENCIA, EL MIEDO Y DESCONOCIMIENTO NO PARALICE A LA POBLACIÓN LEGO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1424 ========== ***

Nº de registro: 1424

Título
REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE EL COLEGIO

Autores:
LATORRE ORTE PALOMA, VILLANUA BONET MARIA TERESA, NAVARRO ELIZONDO MARIEN, TURRION GONZALEZ JESUS MARIA, SANZ BURGOS LARA, SORIA JIMENEZ MARIA, LATORRE VELILLA MARIA CARMEN, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1424

1. TÍTULO

REANIMACION CARDIOPULMONAR DESDE COLEGIO

PROBLEMA
La iniciatica surge de la solicitud de formación por parte del Colegio Sagrada Familia de Tarazona .
Justificación :
-Una actuación temprana y eficaz en situación de emergencia es vital en la supervivencia.
-La formación en estas edades crea habilidades inmediatas y futuras para actuar de forma adecuada en la urgencia vital, que paraliza a la población lego.
-El niño se convierte en primera agente de la Cadena de supervivencia.
-El presente proyecto queda incluido dentro del Proyecto Comunitario del Acuerdo de Gestión Clinica del Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es que desde edades tempranas la población sepa reconocer la situación de emergencia, y desarrollar habilidades prácticas hasta la llegada del servicio sanitario.
La población diana son todos los alumnos de educación Primaria (6-12 años) de la zona básica de salud de Tarazona.
Como primera fase de actuación en el curso 2017 se realiza taller a los alumnos de tercer ciclo de Primaria (10-12 años)

MÉTODO
Con el fin de transmitir habilidades en la urgencia vital el equipo multidisciplinar que conformamos, médicos, enfermeras, celador:
-Nos reunimos dos semanas consecutivas (una sesión semanal) en el que valoramos los conceptos básicos que deben adquirir los niños y los recursos con los que debemos contar.
-Se realiza un taller simulado entre los compañeros para establecer roles.
-Entre los cambios previstos conforme a lo inicial se decide abordar a toda la educación primaria (6-12 años) se establecen dos grupos de trabajo para trabajar con distinta metodología por grupos de edad.
-Se comunica a los centros por escrito el proyecto.
-Se realiza reunión para coordinar las fechas de los talleres con cada uno de los centros. Se adquiere material de préstamo necesario.

INDICADORES
Indicadores:
Se establece 4-5 grupos trabajo por aula que permiten preevaluar conocimientos y valorar la calidad de conocimientos adquiridos al finalizar.
Previo :
-Observacional a la respuesta ante una situación de urgencia vital. ¿ Como reaccionamos ? ¿ Que sabemos hacer?
- Se realiza un Pretest acorde con el grupo de edad.(lo realiza el colegio previamente) y un postest.

DURACIÓN
Inicio del Proyecto: Marzo de 2017: Responsables: Paloma Latorre y Maria Soria.
-Taller RCP. 6º Primaria. Colegio Sagrada Familia. (27-03-17).
-Taller RCP. 5º Primaria. Colegio Sagrada Familia (27-03-17).
-Taller RCP. 4º Primaria. Colegio Sagrada Familia (28-03-17).
-Taller RCP. 3 º Primaria. Colegio Sagrada Familia (30-03-17).

- Junio 2017: 3 Talleres dirigidos a los niños de 6 Primaria de los colegios restantes de Tarazona. Responsables: Todo el equipo del grupo de mejora.

Tras el inicio escolar 2017/2018 se realizará la implantación progresiva a los grupos de primer y segundo ciclo de Primaria. Pendiente de establecer nuevo calendario con los tutores docentes que estan pendientes de incorporarse al nuevo curso escolar.

Cada taller tiene una duración de una hora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1434

1. TÍTULO

UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA RIOS DOMINGUEZ
· Profesión ..... CELADOR/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO
MARCO MARCO MARIA CONCEPCION
GARCIA HUERTA EMILIA
VILLANUA BONET MARIA TERESA
COSCOLIN GARCIA PILAR
ADELL RUIZ RAFAEL
TAUS GREGORIO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El objetivo de éste proyecto es acercar el Centro Sanitario a la población escolar de los colegios e institutos de la Zona Básica de Salud, además de fomentar hábitos saludables entre los más pequeños y motivarlos en los cuidados de su salud.

Las visitas han sido de una de una hora de duración, se recibieron a los escolares y a sus profesores de:

- 3º de la ESO del Colegio Nuestra Señora del Pilar (Junio 2017).

- 3º de Educación Infantil: Colegio Comarcal Moncayo (Junio 2017).

- 2 y 3º de Educación Infantil: Colegio Joaquín Costa (Enero 2018).

- Niños de Educación Especial del Colegio Comarcal Moncayo (Febrero 2018).

La visita empieza desde la entrada del Centro de Salud, donde se les da la bienvenida a los escolares y profesores por parte de los coordinadores del C. Salud (Pilar Coscolín y Rafael Adell) y por la persona responsable de guiar a los escolares por las distintas dependencias del C. Salud (Francisca Ríos, celadora de C. Salud).

Durante la visita les mostramos los diferentes profesionales que trabajan en Equipo en el Centro de Salud y alguna de sus funciones. Se hace hincapié en las actividades preventivas además de la asistencia sanitaria, además de recordar algunos hábitos saludables importantes, como el aseo personal, lavado de manos, la práctica de ejercicio físico.

En EDUCACION INFANTIL Se visitan las consultas de pediatría donde tanto la pediatra como la enfermera mostraron a los niños alguna de las técnicas que habitualmente realizan en su trabajo, haciendo partícipes a los niños, como auscultar, pesar, demostración de alimentos saludables. Desde allí pasan a la consulta de Odontología donde el odontólogo les enseña a realizar una correcta Higiene Buco-Dental con el adecuado cepillado dental, les ofrece un obsequio de cepillo y dentífrico a cada niño.
También visitaron, el Gimnasio dónde trabajan los fisioterapeutas, el Servicio de Rayos X, donde se realiza simulacro con algún voluntario, la sala de extracciones y para finalizar el Servicio de Urgencias

En EDUCACION SECUNDARIA además de mostrar todo lo anterior, se realiza una visita por una consulta de Atención Primaria de Medicina General y Enfermería y se les explica cómo funciona el Servicio de Admisión. (Horarios, citas, consultas.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para la evaluación de esta actividad se ha planificado analizar las impresiones de los participantes, donde se evalúa la organización, el trato recibido, la duración de la visita, y si les parece interesante la actividad realizada a través de un cuestionario de calidad / evaluación del visitante que se les ha dado a los niños de secundaria.

La valoración de estos cuestionarios ha sido muy positiva por parte de los escolares y de los profesores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es un proyecto que se lleva realizando en el C.de Salud de Tarazona desde el 2015 surgió ante la petición de 2 Colegios de Tarazona (Nuestra Señora Del Pilar y La Sagrada Familia), durante éste año han querido colaborar en ésta iniciativa nuevos Colegios (Colegio Comarcal de Moncayo, Colegio Joaquín Costa) previa invitación por parte del Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1434

1. TÍTULO

UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

Creemos que la escuela es un ámbito apropiado para la educación sanitaria y vemos la necesidad de continuar con éste proyecto.

Nos han quedado pendientes algunas actividades para mejorar los objetivos de éste proyecto:
-Realizar una presentación adaptada para la edad de los distintos escolares con temas de Educación para la Salud.
-Que los niños de infantil elaborasen un dibujo tras la visita donde reflejen sus impresiones, estos dibujos quedarían expuestos en la entrada del Centro de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1434 ========== ***

Nº de registro: 1434

Título
UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

Autores:
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, ARRONDO FERNANDEZ FRANCISCO, MARCO MARCO MARIA CONCEPCION, GARCIA HUERTA EMILIA, VILLANUA BONET MARIA TERESA, COSCOLIN GARCIA PILAR, ADELL RUIZ RAFAEL, TAUS GREGORIO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El proyecto surge ante la sugerencia y petición de los Colegios Sagrada Familia y Nuestra Señora del Pilar de Tarazona de mostrar las instalaciones y los servicios del Centro de Salud.

Se inició hace 3 años, las visitas se realizan 2 veces al año.

El presente proyecto queda incluido dentro del Proyecto Comunitario del Acuerdo de Gestión Clinica del Salud.

Tiene como objetivo, el que los estudiantes conozcan el Centro de Salud, los profesionales que en él trabajan y las funciones que en él desempeñan.

RESULTADOS ESPERADOS
POBLACION DIANA:

-Niños de Tercero de Infantil: 5-6 años
-Niños de Segundo ciclo de la ESO: 15-16 años.
-Profesor tutor de los niños de infantil.
-Profesor de Biología de E . Secundaria.
En ambos casos, residentes en la zona básica de salud, correspondientes a los colegios de Tarazona.

OBJETIVOS:

-Mejorar el conocimiento que los escolares tienen del centro de Salud, dándoles una visión de nuestras funciones y actividades, así como de los profesionales sanitarios y no sanitarios que en él trabajamos, además de fomentar una buena educación saanitaria.

-Realizar una visita por las distinas dependencias del Centro.

-La visita se realiza como complemento de educación sanitaria que se imparte en el colegio:
-tras unas jornadas sobre Salud y Alimentación (en el caso de Educación Infantil)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1434

1. TÍTULO

UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

-Para completar las clases de Biología propias de 2 ciclo de la ESO

MÉTODO
La actividad se difunde a todos los colegios de Tarazona previa invitación personal por parte de la coordinadora del C.Salud . (El Colegio Sagrada Familia y Nuestra Señora del Pilar llevan 3 años realizándola) ahora ampliamos con el resto colegios:
CEIP Comarcal Moncayo, IES Tubalcain y CEIP Joaquín Costa).

ACTIVIDADES

-La actividad se realiza en el C. Salud

- En EDUCACION INFANTIL :

-Presentación: charla en salón de Actos a continuación se realiza un recorrido por el c.salud enseñando las instalaciones:

-Consultas de pediatría,se enseña los instrumentos que utiliza la pediatra para la exploración física en la consulta.

-Odontología, se aprovecha para realizar educación en la higiene bucal . Se les ofrece obsequio de cepillo y dentrifico.

-Sala del matrón.

-Servicio de Rayos X. Se realiza simulacro con algún voluntario, se enseñan los aparatos de Rayos

-Laboratorio

-Gimnasio de Fisioterapia: Se enseñan las actividades que se realizan en el Gimansio.

-Consultas de Atención Primaria

-Servicio de Urgencias.

Al finalizar se realiza una charla en Salón de Actos de educación para la Salud.

En EDUCACION SECUNDARIA : se incluyen los mismos servicios y recorridos, haciendo hincapié en Atención primaria, completan lo impartido en clases de biología propias de ese ciclo relacionando lo estudiado con la práctica sanitaria.

-En la sala del Matron, reciben explicación sobre el uso de anticonceptivos .

-Se les enseña el servicio de Administración: horarios de citas,consultas ordinarias, de urgencias para que hagan un buen uso .

INDICADORES
Para la evaluación de este proyecto :

En Educación infantil: tienen que realizar un dibujo de lo que les ha parecido la visita.
En Educación Secundaria:se les pasa un cuestionario para recoger las impresiones de los participantes.

DURACIÓN
Es un proyecto que se inició en el 2015. y desde entonces se realiza dos veces al año por colegio.
Colegio:Sagrada Familia y Nuestra Señora del Pilar.

Este año estamos pendientes que nos confirmen los días de visita por parte de dichos colegios.

Se han realizado invitaciones al resto de colegios de Tarazona para que conozcan la iniciativa del proyecto y puedan participar en él si lo desean.

La coordinadora del C.Salud: Pilar Coscolin les da la bienvenida a alumnos y profesorado
Francisca Ríos: es la responsable de guiar a los alumnos por el C.Salud y en su ausencia Francisco Arrondo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1434

1. TÍTULO

UN PASEO POR EL CENTRO DE SALUD PARA NIÑOS DE INFANTIL Y SECUNDARIA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1618

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR COSCOLIN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ FERNANDEZ MARIA PAZ
CASTILLO PARRA MARIA CARMEN
NAVARRO ELIZONDO MARIEN
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
SANZ BURGOS LARA
MARQUINA PEREZ ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto se adscribe a los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento y material sanitario y surge ante la necesidad de que tanto la prescripción de medicamentos como de material sanitario sea realizada de forma razonada para disminuir los problemas relacionados con el uso de medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.
Las actividades realizadas han sido:
- Presentación del proyecto al EAP en sesión clínica, donde se presentó el acuerdo de gestión para 2017 y donde se presentaron y explicaron los indicadores a utilizar para desarrollar el proyecto. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
o Estatinas de menor eficiencia. Se monitoriza a través del cuadro de mandos de farmacia.
o Utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría. Se monitoriza a través del cuadro de mandos de farmacia.
o Adecuación del uso de apósitos en enfermería. Se explica en sesión clínica la necesidad de reducir el gasto en apósitos para lo cual se entrega catálogo de apósitos que pueden dispensarse a través del almacen, a todo el personal sanitario y así evitar la prescripción a través de receta. Se crea un registro de pacientes que necesitan apósitos para hacer un seguimiento mensual, en base a este registro se solicitarán los apósitos que se van a necesitar al almacén general de HCU.
o Utilización de parches de lidocaína. En sesión clínica se insiste en las indicaciones aprobadas para este producto para mejorar la adecuación en su prescripción.
o No utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría. En sesión clínica se realiza revisión sobre guías de actuación clínica y tratamiento en gastroenteritis aguda para reducir la utilización de antibióticos en gastroenteritis aguda.
Fecha 4/5/2017. Se registra en acta.

- Sesión de presentación de los resultados recibidos a fecha 1 de septiembre de 2017.
o Revisión de resultados obtenidos a través del cuadro de mandos de farmacia para el uso eficiente de estatinas y el uso de antibióticos de elección en faringoamigdalitis aguda.
o Revisión de listado de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína.
o Revisión de pacientes con diagnostico de gastroenteritis y tratamiento utilizado.
o Seguimiento de pacientes que precisan apósitos y que están en registro, de esta forma los apósitos que precisan estos pacientes son repartidos de forma mensual a través de los celadores a los profesionales de enfermería que realizan la cura. De esta forma se intenta reducir la prescripción de apósitos en receta.
Fecha de la sesión 10/10/2017. Se registra en acta.
- Sesión de presentación de resultados alcanzados en el proyecto, al Equipo de Atención Primaria. Fecha de la sesión 8/2/2018. Se registra en acta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- SELECCIÓN EFICIENTE DE ESTATINAS. Hemos conseguido disminuir en un 4,62 % el uso ineficiente de estatinas con respecto al resultado obtenido en 2016 y hemos entrado en el rango indicado.
- UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS EN PEDIATRÍA. En el uso de antibióticos de elección para faringoamigdalitis aguda hemos bajado ligeramente en porcentaje con respecto al obtenido en 2016, esta variación probablemente se deba a cambios de personal en las consultas de pediatría del CS de Tarazona en 2016, durante 6 meses una de las consultas de pediatría ha sido cubierta por MAC, lo cual consideramos que ha tenido impacto para el cumplimiento del standard marcado.
- ADECUACIÓN DEL USO DE APÓSITOS. Tras la creación de un registro de pacientes que precisan apósitos para curas y realizando seguimiento mensual de los mismos, hemos conseguido adecuar el uso de apósitos, solicitando la cantidad de apósitos a utilizar directamente al almacen del HCU y así reducir el gasto en receta.
- ADECUACIÓN DEL USO DE PARCHES DE LIDOCAÍNA. Hemos intentado reducir la utilización de parches de lidocaína de forma generalizada, tras sesión formativa indicando indicaciones aprobadas. Tras revisión de listado de pacientes con prescripción de parches de lidocaína hemos comprobado que se ha reducido el número de pacientes en tratamiento, aunque el principal problema que encontramos es la prescripción inducida por especialistas, sobre todo Traumatología y Rehabilitación.
- NO UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN GASTROENTERITIS EN PEDIATRIA. Tras revisar listado de pacientes menores de 14 años con diagnóstico de gastroenteritis hemos comprobado un mínimo porcentaje de uso de antibióticos para tratamiento del proceso. Este indicador junto con el de uso de antibióticos en faringoamigdalitis ha tenido un gran impacto para el EAP, ya que no solo los pediatras atienden niños por debajo de 14 años, sino

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1618

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA

que el resto de médicos de familia vemos niños en horario de Atención Continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora ha tenido una valoración muy positiva del proyecto. Los indicadores utilizados nos han servido para actualizar conocimientos y hacer sesiones formativas con todo el Equipo de Atención Primaria que han sido muy participativas y enriquecedoras para todos.
Como acciones de futuro nos parece importante la realización de sesiones formativas sobre el uso de antibióticos en Atención Primaria, incluyendo tanto a los médicos titulares como a los médicos de Atención Continuada, para lo cual nos hemos puesto en contacto con el Servicio de Farmacia de Atención Primaria de Atención Primaria de nuestro sector. También nos parece de interés continuar con sesiones clínicas para seguimiento de los indicadores del cuadro de mandos de farmacia para una mejora en el uso de medicamentos y material sanitario y así conseguir mayor seguridad y eficiencia de uso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1618 ========== ***

Nº de registro: 1618

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA

Autores:
COSCOLIN GARCIA PILAR, GONZALEZ FERNANDEZ MARIA PAZ, CASTILLO PARRA MARIA CARMEN, NAVARRO ELIZONDO MARIEN, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, SANZ BURGOS LARA, MARQUINA PEREZ ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISLIPEMIAS, TRATAMIENTO DEL DOLOR, ANTIBIÓTICOS EN PEDIATRÍA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento y material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-parches de lidocaína,
-adecuación del uso de apósitos,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1618

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TARAZONA

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica.
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1626

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... IRENE PEÑA LEON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRON ESTRADA VANESSA
INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE
VILLANUA BONET MARIA TERESA
TURRION GONZALEZ JESUS MARIA
CUENCA PEÑA ISABEL
MORALES ALCAZAR CAYO
MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el verano se produjo la presentación de los proyectos, poniéndonos trabajar a partir de se momento.
Se realizan reunines por parte los miembros participantes, recogiendo un acta en cada una de los mismas. Se procede a:
- MALETINES: dado el gran tamaño y peso del existente en urgencias hasta este momento se decide separarlo en 2 maletines. Se crea un listado de lo que debe contener cada maletín, con un listado mínimo de las cosas que debe contener, así como hoja revisión caducidades (hoja P0-01_4-Z3) y creamos hoja revisión del contenido del propio maletín. La revisión será lunes en el pool y viernes en la guardia, para involucrar a todas las personas que trabajan en la zona de urgencias (médicos y enfermeros de A. Primaria y EAC/MAC/SUAP) y las caducidades 1º lunes de mes. SEllado con el sistema de esparadrapo con fecha de un lado a otro del maletín.
- CARRO PARADA: se procede a revisar el carro previo y se acttualiza el mismo creando un listado con lo que debe contener y una hoja de revisión (de carro y de caducidades). La revisión el 1º viernes ce cada me, junto con caducidades. SEllado con el sistema de esparadrapo con fecha.
- SALAS: reorganización y reposición diaria por auxiliar. Pendiete de completar la organización
- ALMACÉN: reposición semanal por parte de la auxiliar.

Se solicitaron los maletines a Dirección en noviembre 2017 y no se reciben hasta finales de enero 2018 por lo que la presentación práctica de las revisiones de maletines y carro no se puede realizar hasta primeros febrero 2018, llevándose a cabo en la misma sala de urgencias con los maletines y pudiendo ver todo el mundo el proceso de revisión y sellado y practicándolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la emisión de esta memoria, la reposición de salas está siendo la correcta, así como la del almacén. Gran colaboración y buen hacer de la auxiliar, merece un reconocimiento por su implicación.

La revisión de los maletines/carro por ahora se ha hecho sin problemas. Hay que ver su evolución a largo plazo, cuando el tema no esté tan fresco y las Urgencias estén colapsadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de tener los maletines en orden y listos para su uso. Nos encontramos con múltiples reticencias para su uso, pues gran parte del personal se siente seguro con lo que lleva en el suyo propio. Se hace hincapié de que por muy completo que lo tengamos siempre faltará algo, sobre todo hablando de la urgencia vital. Se insiste en la recomendación de su uso, pero no se puede obligar a nadie.

Queda pendiente finalizar el tema de las salas

7. OBSERVACIONES.
Retrasos en las fechas previstas, pues ya se empezó tarde con la presentación de los proyectos y posteriormente retraso en la recepción de maletines pedidos

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1626 ========== ***

Nº de registro: 1626

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
PEÑA LEON IRENE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1626

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines. Detección de áreas de mejora
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo. Si/no

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1626

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0637

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IRENE PEÑA LEON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
GIRON ESTRADA VANESSA
INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE
LATORRE BARRERA SARA
MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES
TURRION GONZALEZ JESUS
AGUDO ABAD JARA CARLOTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Una de las primeras cosas que hicimos fue revisar el contenido de maletines de urgencias y carro de paradas. Como estaban creados del proyecto del año anterior, y no recibimos propuestas nuevas sobre ellos, acordamos mantenerlos como estaban así como las revisiones semanales de maletines (lunes y viernes) y mensual del carro.

2. Redactamos un documento sobre la organización de la atención urgente en Atención continuada ante una emergencia tanto en el C. Salud como en exterior/domicilio. En el fondo fue plasmar por escrito la manera en la que estaba organizado el trabajo, que nos pareció correcto tras su análisis y evaluación.

3. Se ha informado de los cursos que han ido surgiendo en materia de urgencias desde el Salud, intentando promover la autoformación. Es verdad, también, que nos han comentado compañeros que han realizado formación en este sentido fuera del Salud.

4. Se han dejado en las salas de urgencias hojas informativas con el protocolo de actuación a seguir ante una RCP y la información relativa al Código Ictus (criterios activación). Además, desde le proyecto PROA se nos ha facilitado a los profesionales del centro las pautas de actuación ante infección urinaria y, dada la utilidad de los mismos y con el fin de unificar la prescripción ante estas patologías, también en Urgencias hemos dejado copia de los mismos en las salas.

5. Se ha intentado, a la par que se atendía el motivo de consulta, educar a la población en el uso de los servicios de Urgencias/A: Continuada.

6.Se procedió a organizar las salas médicas y de enfermería, acotando y marcando el material que tiene que haber en cada una de ellas para facilitar el trabajo y la rápida localización de los materiales en el momento de su uso. La auxiliar es la encargada de la reposición de lunes a viernes, intentando dejar material suficiente para el fin de semana. Si es preciso reponer durante festivos/ fin de semana se encarga el equipo de profesionales trabajando en ese momento.

7. Todas las actuaciones que se llevaron a cabo fueron notificadas en cama momento a través del correo OMI y una vez concretadas y establecidas todas se hizo una sesión de presentación en el centro por parte de la responsable del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El documento que se crea para la atención urgente (emergencia) tanto en C. salud como exterior, además de ser presentado en sesión, se entregó con acuse de recibo para cerciorarnos de que todo el mundo lo recibiera.

2. El 100% de los facultativos y cerca del 90% del profesional de enfermería confirmó haber participado alguna vez en formación patología urgente / RCP.

3. En la sesión relativa a urgencias (y a notificar los cambios realizados en las salas) se recogieron firmas de asistencia con más de un 80% de asistencia de entre los trabajadores

4. Cada mes, desde que en febrero 2018 se creó un documento para revisión de maletines y carro, la responsable del proyecto y de la comisión de urgencias (este año la misma persona) han verificado la realización de dichas revisiones. Siendo de un 90% a día de la emisión de esta memoria para maletines y 85% para carro. Una vez se realiza la revisión mensual se va retirando la hoja de firmas ubicada junto maletines y carro por problemas de espacio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una buena organización del espacio de urgencias, así como documentos por escrito relativos a protocolos/algoritmos/recomendaciones prescripción y actuación ante situaciones de emergencia facilitan el trabajo y ayudan en la Atención Continuada unificando la manera de trabajar entre los diversos profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0637

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

que las atienden y teniendo clara a quién compete la actuación urgente en cada momento.

Estamos muy satisfechos en la manera que los diferentes profesionales que trabajan en nuestras Urgencias han acogido las propuestas y las reorganizaciones realizadas. Al principio muchos eran muy reticentes a los cambios, pero una vez visto cómo se trabaja y las facilidades encontradas con la organización de las salas nos han reconocido que era necesario hacerlo y nos han expresado su satisfacción. ¡Conseguido! Trabajamos por, para y en equipo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/637 ========== ***

Nº de registro: 0637

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

Autores:
PEÑA LEON IRENE, GIRON ESTRADA VANESSA, INSA BALLESTER FRANCISCO JOSE, TURRION GONZALEZ JESUS, MARTINEZ LAPEÑA MARIA ANGELES, AGUDO ABAD JARA CARLOTA, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, LATORRE BARRERA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCIÓN URGENTE
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0637

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA CENTRO DE SALUD TARAZONA

Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES
Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento
del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0639

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR COSCOLIN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL
GARGALLO GOMEZ PILAR
CASTILLO PARRA CARMEN
LUJAMBIO CHUECA MIREN ITZIAR
SANZ BURGOS LARA
VILLANUA BONET MARIA TERESA
ADELL RUIZ RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Formación de un grupo de trabajo con profesionales médicos del CS de Tarazona. Constitución del equipo de mejora para la realización del proyecto.
2. 2ª Reunión en Mayo-18. Reunión informativa sobre el proyecto de dermatología en AP, exponiendo la necesidad de formación específica en dermatología para profesionales del equipo con la finalidad de mejorar el diagnóstico de las lesiones dermatológicas que atendemos cada día en la consulta de AP. Se plantean los principales objetivos del proyecto: diagnóstico de lesiones malignas dermatológicas y mejora de habilidades para diagnóstico clínico y dermatoscópico, utilización de la dermatoscopia como gran ayuda para reducir la incertidumbre diagnóstica.
Exposición de un listado de patologías benignas subsidiarias de inicio de tratamiento en AP: verrugas víricas, acné leve- moderado, queratosis seborreicas, molluscum, se realiza una actualización en estas patologías.
3. 3ª Reunión. Septiembre-18. Se realiza sesión clínica sobre actualización en tumores cutáneos con el objeto de mejorar el diagnóstico clínico.
4. 4ª Reunión. Noviembre-18. Sesión de formación en dermatoscopia. Se hace una introducción y aproximación inicial al uso del dermatoscopio en AP con sesión formativa para el personal médico del Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Tras la realización de las sesiones se ha conseguido una puesta al día y actualización sobre conocimientos clínicos y dermatoscópicos en lesiones dermatológicas para los médicos del Centro de Salud de Tarazona.
- El porcentaje de médicos que han acudido al menos a 3 de las 4 sesiones realizadas ha sido del 80%.
- No nos ha sido posible medir como indicador el porcentaje de pacientes derivados al Servicio de Dermatología con exploración dermatoscópica al no disponer del dermatoscopio a lo largo del proyecto (el CS está a la espera le sea enviado uno desde la dirección de AP).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El programa de actualización de dermatología para los profesionales del Centro de Salud de Tarazona ha resultado muy enriquecedor, nos ha permitido mejorar las habilidades clínicas para el diagnóstico de lesiones dermatológicas y optimizar las derivaciones a la consulta de dermatología.
- No nos ha sido posible adjuntar en la Historia Clínica del paciente datos de exploración dermatoscópica de las lesiones por no disponer del dermatocopica a lo largo del proyecto.
- Una vez se disponga de dermatoscopio en el Centro de Salud, se organizrán de nuevo sesiones clínicas para un correcto aprendizaje del manejo del dermatoscopio y poner en práctica los conocimientos obtenidos a lo largo de la realización del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/639 ========== ***

Nº de registro: 0639

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP

Autores:
COSCOLIN GARCIA PILAR, BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, GARGALLO GOMEZ PILAR, CASTILLO PARRA CARMEN, LUJAMBIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0639

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN LA CONSULTA

CHUECA MIREN ITZIAR, SANZ BURGOS LARA, VILLANUA BONET MARIA TERESA, AGUADO ABAD JARA CARLOTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopIa, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipía.

MÉTODO
Formación de al menos tres profesionales del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Se consensuará un listado de patologías banales, no susceptibles a priori de remisión a Dermatologia (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones.....)
Formación a los Médicos de Atención Primaria en patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en Consulta de Atención Primaria (Verrugas víricas, acné leve-moderado, dermatitis seborreicas, moluscum.....).

INDICADORES
Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 4). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de médicos que han acudido a al menos tres sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 5%). Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN
Formación de los profesionales responsables: Mayo, Junio 2018
Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Junio 2018
Elaboración de sesión consenso patologías banales: tercer trimestre 2018
Sesión formativa tratamientos en AP: cuarto trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0665

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL BELLOSO RODANES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
NAVARRO ELIZONDO MARIEN
CASTILLO PARRA CARMEN
PEÑA LEON IRENE
LOPEZ CORONADO JOSE LUIS
COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA
MIRALLAS ROMANILLOS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Elección de persona responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP: Mª Isabel Belloso Rodanés.
2.- Adhesión de los miembros del EAP al proyecto PROA: hoja de firmas realizada a tal efecto.
3.- Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA a nivel autonómico (13/04/2018).
4.- Realización de actividades de formación sobre uso adecuado de antibióticos realizadas por la responsable del EAP:
-Reunión 05/07/2018- Principios generales PROA, informe de consumo de antimicrobianos en 2017, mapa de resistencias bacterianas, actualización de nuestra Intranet.
-Reunión 16/10/2018- Compromiso con el buen uso de antibióticos.
-Curso "Principios de uso de antibióticos. Puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria" (29/11/2018).
5.- Realización de las sesiones clínicas en el Centro de Salud:
—Presentación de la estrategia IRASPROA y del Proyecto PROA (07/06/2018): principios generales, objetivos, importancia del proyecto, indicadores, recomendación de utilización de la Guía Terapéutica de Aljarafe.
—Informe sobre uso de antibióticos en nuestro sector y mapa de resistencias (15/11/2018).
—Reunión de médicos y pediatras para difundir la revisión de las guías de tratamiento de infecciones urinarias y de ITS realizada en el Sector II (13/12/2018).
6.- Asistencia de la responsable de farmacia y PROA a las reuniones del grupo PROA-AP: 31/05/2018, 26/09/2018, 22/11/2018, 20/12/2018.
7.- Colocación de carteles informativos sobre el uso adecuado de los antibióticos en las puertas de las consultas y uno de mayor tamaño en la entrada del Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Se cumplen los indicadores de adscripción del EAP al PROA-AP: existencia de persona responsable/referente, suscripción de los principios de PROA por el 100% del equipo (mediante hoja de firmas), realización de tres sesiones/reuniones con amplia asistencia del equipo (>80%).
2.- Concienciación de los profesionales sobre la importancia de realizar una prescripción responsable de antibióticos para evitar el crecimiento de resistencias que constituye un problema sanitario de primer orden. Algunos profesionales manifiestan cambios en su forma de prescribir utilizando la Guía Terapéutica de Aljarafe y el mapa de resistencias del Sector.
3.- Se plantea impulsar la utilización de la prescripción diferida de los antibióticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- El proyecto PROA es bien valorado por el equipo, ha tenido muy buena aceptación y se han conseguido algunos objetivos: cambios en la prescripción, utilización de guías terapéuticas y mapa de resistencias.
2.- Quedan pendientes aspectos importantes como conocer informes de consumo (ya en marcha) y datos de adecuación de prescripción de antibióticos. Partiendo de esta información, se van a poner en marcha actuaciones dirigidas a la mejora de la prescripción (nuevos proyectos).
3.- Es importante impulsar la utilización de test diagnósticos y la prescripción diferida.
4.- En conclusión, se trata de un proyecto con una continuidad y sostenibilidad indiscutibles por la magnitud del problema, por las actividades puestas en marcha y por el respaldo que tiene desde el Salud.

7. OBSERVACIONES.
Además de continuar con el trabajo iniciado en los equipos de Atención Primaria y los hospitales, es importante intensificar la formación de los profesionales, por ejemplo, permitiendo el acceso al curso on line ya iniciado a un mayor número de profesionales.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/665 ========== ***

Nº de registro: 0665

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0665

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
BELLOSO RODANES MARIA ISABEL, ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, LOPEZ CORONADO JOSE LUIS, PEÑA LEON IRENE, NAVARRO ELIZONDO MARIEN, CASTILLO PARRA CARMEN, MIRALLES ROMANILLOS ISABEL, COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asitencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0665

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0935

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JULIA LASHERAS GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA
MODREGO MOROS MARIA AMPARO
TIRADO VALLEJO MARIA ANGELES
LUJAMBIO CHUECA MIREN ITZIAR
SANZ BURGOS LARA
COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una de las finalidades de este objetivo es acercar al Cerntro Sanitario a la población escolar de los colegios e institutos de la Zona Básica de Salud y educarlos en la prevención, salud y en los primeros auxilios.
Nos reunimos el equipo para concretar las fechas de las visitas, exponer el material tanto teórico como práctico y la orgamización de los educadores

Las visitas fueron de 1 hora y media recibiendo a los escolares y profesorado :
- 2º y 3º Infantil Educación Especial Comarcal Moncayo (Diciembre 2018)
- 2º y 3º Infantil Comarcal Moncayo (Diciembre 2018)
- 2º ESO Colegio Nuestra Señora del Pilar (Mayo 2018)
- 2ª ESO Colegio Sagrada Familia (Mayo 2018)
- 2º y 3º Infantil Colegio Joaquín Costa (Marzo y Abril 2018)

Las visitas empiezan dando la bienvenida a los escolares y profesorado y se divide a los niños en grupos máximos de 25;
- En Educación Secundaria: mientras un grupo guía y muestra las distintas dependencias del centro de salud, el otro pasa a la clase teórica y a través de un Power Point se les enseña las prácticas de RCP, desfibrilador, maniobras de Heimlich, 112, posición lateral de seguridad y prevenciones
Seguidamente el equipo sanitario dividido en 2 secciones pasa a la práctica, siendo uno de ellos PLS y Heimlich y otro RCP básica (muñeco para masaje y desfibrilador); tres sanitarios para cada sección
Antes y después hacen un test de 5 preguntas eligiendo 1 de las 3 posibilidades y finalmente un cuestionario de calidad
- En Educación Infantil y Educacón Especial: la enfermera de Pediatría muestra técnicas y aparatología que habitualmente se usa para las revisiones haciendo hincapié de la alimentación y consejos higiénicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para la evaluar esta actividad se ha sumado los aciertos de antes y después de las preguntas test que cumplimentaron los niños siendo de un 50 % de fallos antes de las clases teórico/prácticas y un 2% de fallos después de las clases siendo un resultado muy positivo en el aprendizaje de dichas clases

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que la escuela/colegio es un ámbito apropiado para la educación sanitaria y vemos la necesidad de continuar con este proyecto.
El cuestionario de calidad demuestra la implicación de los niños para el aprendizaje y la impresión en general ha sido muy buena

7. OBSERVACIONES.
En cuanto a los niños de Educación Infantil, quedaría pendiente para próximas visitar el elaborar un dibujo que refleje sus impresiones y dichos dibujos quedarían expuestos en la entrada del Centro de Salud

*** ========== Resumen del proyecto 2018/935 ========== ***

Nº de registro: 0935

Título
EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LASHERAS GARCIA JULIA, RIOS DOMINGUEZ MARIA FRANCISCA, MODREGRO MOROS MARIA AMPARO, TIRADO VALLEJO MARIA ANGELES, LUJAMBIO CHUECA MIREN ITZIAR, SANZ BURGOS LARA, COSCOLIN MORENO MARIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0935

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EDUCACIÓN PARA LA SALUD
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde hace 4 años, varios colegios e institutos de Tarazona acuden a visitar el C.Salud para conocer sus instalaciones y servicios.
Los profesionales hemos querido aprovechar estas visitas ya consolidadas para realizar talleres para la Educación en hábitos Saludables, Prevención de Accidentes y Adiestramiento en primeros auxilios. Creemos que el C.Salud es es el espacio idóneo para ello.
El presente proyecto queda incluido dentro del proyecto comunitario del acuerdo de Gestión Clinica del Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana:

-niños de Educación Infantil y Primaria (Colegio Comarcal Moncayo y Joaquín Costa, Colegio Ntra Sra Del Pilar y Colegio Sagrada Familia).
-niños de la ESO (Nuestra Señora del Pilar, colegio Sagrada Familia e Instituto Jesús Rubio).
-niños de Educación Especia (Colegio Comarcal Moncayo)

Los objetivos serán distintos según las edades de los niños, en general queremos que todos sepan reconocer las situaciones de riesgo vital, enseñar a activar el sistema de emergencias .

En niños de la ESO: Les entrenaremos a aplicar precozmente la RCP básica y primeros Auxilios.

En niños de infantil y Primaria siendo un grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, les enseñaremos a prevenirlos y cómo actuar ante ellos.

Intentaremos concienciar y educar sobre los beneficios de distintos hábitos saludables a través de unos conocimientos básicos sobre la influencia de la alimentación y el ejercicio físico en la salud y en su defecto de los graves problemas que se derivan del abuso de determinados alimentos,del sedentarismo y el consumo de sustancias tóxicas .

MÉTODO
Mayo 2018: reunión semanal
REUNION del grupo de mejora para determinar :

-Responsable de realizar recorrido en el c- salud.
-Responsables del Taller de RCP.
-Responsables del Taller para niños de infantil y Primaria.
-Responsables del Taller de Educación en hábitos saludables.

Realizar invitación a los distintos Colegios e Institutos de Tarazona

INDICADORES
Niños de infantil: se les da un cuestionario con tres iconos: positivo, neutro y negativo.

Niños de Primaria: se les pasa un cuestionario para recoger las impresiones de los participantes.

Niños de la ESO. Se les da un pretest y un postest adecuado para los niños y para valorar los conocimientos adquiridos.

DURACIÓN
Es un proyecto que viene determinado por el calendario escolar .
En Mayo : visita prevista de alumnos de la ESO (2º de la ESO del Colegio Ntra Sra Del Pilar el 25/05/2018)
Estamos pendientes que nos confirmen los días de visita por parte de dichos colegios.

Fecha inicio del proyecto: Mayo 2018
Finalización del proyecto: Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0935

1. TÍTULO

EDUCANDO A LOS NIÑOS EN SALUD, PREVENCION Y PRIMEROS AUXILIOS

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1080

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR GARGALLO GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCOLIN GARCIA PILAR
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN
LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS
NAVARRO ELIZONDO MARIEN
BERGES ZUECO CONSUELO
ADELL RUIZ RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han realizado dos sesiones clínicas, la primera con reunión del grupo de trabajo en el que se alcanzaron acuerdos sobre las actividades e indicadores a llevar cabo y una segunda sesión impartida por el cardiólogo de zona con exposición de las últimas guías y con protocolo para manejo y seguimiento del paciente con IC en AP, criterios de derivación a cardiología.

- Se distribuye listado de pacientes con IC por cupo.

- Desde el C.S Tarazona se han realizado paseos semanales, acompañados por profesionales del C.S.

- A todos los pacientes incluidos en el programa se les ofertó la vacunación antigripal (la vacuna antineumocócica quedaba pendiente de la resolución adoptada desde gerencia).

- Se ha realizado un díptico con información para los pacientes, tanto con recomendaciones sobre hábitos cardiosaludables como con síntomas y signos que pueden indicar un inicio de descompensación de la IC. Se irá entregando a los pacientes o a sus cuidadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Alto grado de satisfacción en los pacientes incluidos en el programa que han participado en los paseos cardiosaludables organizados desde el C.S.

- Porcentaje de pacientes con registro de vacunación antigripal es del 78% y antineumocócica del 19.4%

- Porcentaje de pacientes con registro de constantes relevantes en IC es 63.17%

- Porcentaje de pacientes en tratamiento con Calcioantagonistas es de un 16%

- Porcentaje de pacientes en tratamiento con Beta-bloqueantes es del 41.75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este proyecto se ha realizado una revisión global de la IC, para contribuir a actualizar conocimientos y a mejorar las prestaciones de los profesionales del equipo, abordando desde una perspectiva integral el manejo en consulta y domicilio.

Se han incentivado aspectos educacionales para el autocuidado del paciente mediante el reconocimiento precoz de síntomas, enseñando una serie de habilidades necesarias para mejor control de la enfermedad.
Debe preocuparnos en AP el bajo registro de exploraciones complementarias básicas.

En el análisis de los datos cabe destacar la comorbilidad de estos pacientes que limitan el uso de algunos fármacos (EPOC; IRC)

Quedaría pendiente establecer un plan de acción estructurado para el seguimiento precoz tras el alta hospitalaria

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1080

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1080

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA

========== ***

Nº de registro: 1080

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA

Autores:
GARGALLO GOMEZ PILAR, COSCOLIN GARCIA PILAR, ESTEBAN GIMENO ANA BELEN, LOPEZ-CORONADO PEREZ JOSE LUIS, NAVARRO ELIZONDO MARIEN, BERGES ZUECO CONSUELO, ADELL RUIZ RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: ¿Somos capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1.- Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
2. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
3. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Consejo de salud de zona.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria (Paseos saludables desde el C.S Tarazona) .
2. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica (Si se acuerda desde dirección) Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP.
3. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP .
4. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia.
5. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia.

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo: Mayo 2018-Enero2019. Se intentará la continuidad del proyecto.
1.- Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
2.-Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1080

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL C.S. DE TARAZONA

3.-Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1205

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S. DE TARAZONA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA AMPARO MODREGO MOROS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLANUA BONET MARIA TERESA
LATORRE BARRERA SARA
CIORDIA GARCIA MARIA LUISA
LASHERAS GARCIA JULIA
PASCUAL ZALDIVAR JULIA
GIL LAHOZ MARIA PILAR
SANCHEZ DIAZ RAFAELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 11/05/18 elaboramos y distribuimos folletos informativos por el Centro de Salud.
El 31/05/18 las componentes del grupo andamos el trayecto elegido valorando el piso, tránsito de vehículos y longitud. Elaboramos calendario de turnos de paseos.
El 06/06/18 hacemos una charla informativa con los interesados explicando en qué consiste,objetivos, ropa adecuada, día de comienzo y lugar de encuentro.
Julia Pascual, enfermera de Malón, lo hace en su consultorio de Malón.
El 14/06/18 iniciamos los paseos en Tarazona con 18 participantes. Hacemos calentamientos, paseo y estiramientos.
Se realizan los paseos todos los jueves,según calendario, hasta el 08/11/18, excepto festividades locales (semana del Pilar y semana del 27/08/18).
El 19/06/18 inician los paseos en Malón con 10 participantes. Pasean todos los martes acompañados de Julia Pascual, excepto en su periodo vacacional que lo hace el grupo sin acompañante.
Los paseos terminan el 16/10/18 con 6 participantes en Malón porque éstos prefieren pasear a horas mas cálidas.
En Tarazona, finalizan el 08/11/18 con 10 participantes.
Pasamos encuesta de satisfacción el último día.
En Enero 2019 contactamos vía telefónica con los participantes para computar cuantos continúan paseando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al final del proyecto continúan paseando en Tarazona 10 de los participantes iniciales (55,55%) y en Malón, 6 (el 60%), alcanzo así el objetivo marcado.
A los 7 meses continúan paseando sin responsable el 75% de los participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todos los participantes han aprendido los ejercicios de calentamiento y de estiramiento.
El 100% de los participantes se han sentido cómodos con el grupo y les ha gustado la actividad.
La información del proyecto sólo llego a personas que acudían al centro de salud, en caso de continuar con el proyecto, publicitaríamos a nivel de redes sociales y de radio local para mayor difusión y captacion.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1205 ========== ***

Nº de registro: 1205

Título
PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S DE TARAZONA

Autores:
MODREGO MOROS MARIA AMPARO, VILLANUA BONET MARIA TERESA, LATORRE BARRERA SARA, CIORDIA GARCIA MARIA LUISA, LASHERAS GARCIA JULIA, PASCUAL ZALDIVAR JULIA, GIL LAHOZ MARIA PILAR, SANCHEZ DIAZ RAFAELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la Salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1205

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES DESDE EL C.S. DE TARAZONA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La nueva conducta de sedentarismo o inactividad física se han relacionado de manera constante, con un aumento de la mortalidad general y por diferentes causas (incluida la cardiovascular). Por tanto, cada vez es más evidente la necesidad de combatir la conducta de sedentarismo o inactividad física para reducir la incidencia de todos los problemas de salud con los que está relacionada.
Para ello se cuenta con dos intervenciones: el consejo sanitario para aumentar los niveles de actividad física y la prescripción de ejercicio

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental de realizar paseos cardiosaludables desde el centro de Salud servirá como apoyo a todos los profesionales del EAP a la hora de prescribir ejercicio físico entre los pacientes en las consultas de enfermería y medicina.
La prescripción de ejercicio es ayudar a las personas a incrementar su · nivel de actividad física habitual. Los objetivos específicos de la prescripción de ejercicio varían en función de los intereses de la persona, sus necesidades, entorno y estado de salud. En la mayoría de los casos se prescribe ejercicio para: 1) mejorar la condición física, 2) mejorar la salud reduciendo el riesgo futuro de desarrollar o volver a padecer ciertas enfermedades, y 3) mejorar la seguridad al hacer ejercicio.
Con los paseos saludables se favorece la socialización de las personas .
La población a la que irá dirigido el proyecto es toda la población adulta que pertenezca a la zona básica de Salud de Tarazona.
Los paseos se realizarán en Tarazona y en Malón.

MÉTODO
-Reunión para realizar equipos para realizar los paseos . Mayo 2018
- Captar a los pacientes desde las consultas de EAP . Mayo 2018
-Se realizan carteles informativos, que se distribuyen por el C.Salud. Mayo 2018
-Recoger desde Admisión la lista de las personas que quieren participar en la actividad para poder revisar las enfermedades crónicas de dichos pacientes
-Charla informativa previa a la puesta en marcha de la actividad, explicando recorrido, la ropa que hay que llevar. Junio 2018
-Iniciar los paseos en Junio.

INDICADORES
-Encuesta de satisfacción al finalizar los paseos.
-Primer mes: Registrar el número de pacientes que salen a pasear desde el C.Salud.
- A los 5 meses: Registrar el número de pacientes que se mantienen al finalizar el proyecto. (Qué el 50% de los pacientes que iniciaron los paseos sigan paseando con los responsables).
-A los 7 meses: ver la continuidad del grupo sin salir a pasear con los responsables.

DURACIÓN
Establecer un día a la semana con un horario concreto . Punto de encuentro: El centro de Salud de Tarazona y Consultorio de Malón.
Cada día irán 2 responsables del grupo de mejora para organizar los paseos, (en Malón sólo irá un responsable)
Duración: Inicio junio 2018- Noviembre 2018
En principio nos gustaría que fuese un proyecto de continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0543

1. TÍTULO

LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL

Fecha de entrada: 03/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARTINEZ SANZ
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ODONTOESTOMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARCO ESTRELLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En cumplimiento con el proyecto que presentamos, hemos llevado a cabo un registro de todos los niños que presentaron lesiones de Hipomineralización Incisivo Molar (HIM o MIH, por sus siglas en inglés) atendidos en el marco del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) del Servicio Aragonés de Salud.
Con la finalidad de que los datos queden grabados en la aplicación web del PABIJ (http://atencionbucodental.salud.aragon.es/pabij2/), hemos registrado los datos en el apartado de “Observaciones” de la ficha de atención al usuario. Asimismo, hemos anotado los datos en cada una de las historias clínicas dentro del programa “OMI-AP”.
Para cada uno de los niños/as atendidos en nuestra Unidad de Salud Bucodental, los datos que hemos registrado han sido:
1. Dientes afectados por MIH y grado de severidad en los mismos.
2. Atención prestada y tratamientos llevados a cabo en los niños afectados por MIH.
El registro de datos se ha llevado a cabo durante todo el año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En primer lugar, expondremos los datos globales del PABIJ:
- Hemos realizado un total de 1.086 asistencias dentro del PABIJ, que engloba a una población de niños/as de 6 a 13 años. De esas 1.086 asistencias, 773 corresponden a primeras visitas y 313 a visitas sucesivas.
- Además, en cuanto a tratamientos, hemos realizado más de 1.000 fluorizaciones y 282 selladores (incluyendo las 20 reposiciones de selladores ausentes).
- En relación a tratamientos conservadores, hemos obturado 63 dientes (incluyendo 4 reposiciones de obturaciones).
- Por último, hemos exodonciado un total de 5 dientes.

En cuanto a la MIH, hemos registrado un total de 75 niños/as que presentan esta patología. De ellos, 52 eran casos leves, 20 tenían al menos un diente con MIH moderada y, en último lugar, 3 casos eran severos.
Teniendo en cuenta que de las 773 primeras visitas registramos un total de 120 niños sin dientes permanentes –donde no se pude valorar esta patología–, la prevalencia de MIH en nuestra población atendida es del 11,5%.
Respecto al grado de afectación, observamos que la mayoría de los niños que presentan MIH lo hacen en un grado leve (69,3%), mientras que un 26,7% de los casos presentaban formas moderadas de esta enfermedad, quedando la afectación severa limitada a un número más reducido de niños (4%).
En cuanto a los tratamientos llevados a cabo en los pacientes afectados por MIH, éstos han consistido mayoritariamente en fluorizaciones con aplicación tópica de barniz de flúor al 5% (Enamelast®). Concretamente, el 100% de los niños/as con MIH han recibido tratamiento tópico con flúor, al menos cada 6 meses, y en los casos más graves cada 3-4 meses. Además, en estos niños/as con MIH hemos realizado 10 obturaciones y 27 selladores.
En resumen, este proyecto nos ha servido para constatar que la MIH es un problema real en nuestra Unidad de Salud Bucodental. En cuanto a prevalencia, en nuestra USB hemos observado una cifra inferior a la encontrada en Barcelona o Valencia. Sin embargo, en cuanto a los grados de severidad, nuestros datos concuerdan con los publicados en estos otros estudios. Además, los requerimientos de estos niños/as en cuanto a tratamientos son muy elevados, lo que también coincide con los datos publicados en la literatura científica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La Hipomineralización Incisivo Molar (HIM o MIH, por sus siglas en inglés) se define como un cuadro clínico en el que está afectada, cualitativamente, la mineralización los primeros molares permanentes –en número variable, de uno a cuatro–, con asociación o no de los incisivos. Clínicamente, los dientes con MIH presentan opacidades demarcadas de color variable, que oscilan del blanco-amarillento al amarillo-marrón. Asimismo, la extensión y la severidad también pueden ser muy variables, con bordes delimitados, y en ocasiones acarrean a la desintegración progresiva del esmalte. La EAPD (European Academy of Paediatric Dentistry), en el año 2003, definió la MIH como una entidad clínica propia y estableción los criterios para su diagnóstico. La MIH puede llegar a afectar a otros dientes, aparte de incisivos y molares. Así, segundos molares permanentes, premolares y caninos permanentes también pueden verse afectados por MIH. Particularmente, cuando las hipomineralizaciones se observan en segundos molares temporales se denominan HSPM, por sus siglas en inglés.
La prevalencia de las hipomineralizaciones oscila mucho según los diferentes autores y países. Para la MIH los datos van del 3-40% y cuando hablamos sólo de HSPM los rangos van del 4-20%.
En la exploración clínica, resulta muy importante hacer un buen diagnóstico diferencial con patologías como la amelogénesis imperfecta o las hipoplasias de esmalte, donde el esmalte no se ha formado, o con casos de fluorosis dental, donde las opacidades no son tan demarcadas sino más bien difusas. Además, es importantísimo hacer un diagnóstico lo más temprano posible para poder abordar el mejor tratamiento en cada caso. En dentición temporal, es muy importante recomendar las visitas periódicas al odontopediatra a partir del primer año de vida del bebé. En caso de que los segundos molares temporales erupcionen con signos de HSPM, hay que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0543

1. TÍTULO

LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL

recordar que esta presencia de HSPM es un indicador de riesgo para MIH en la futura dentición permanente (factor predictivo positivo).
La MIH y la HSPM son ya un problema de salud pública por las repercusiones que conlleva, especialmente porque los dientes hipomineralizados pueden afectarse muy fácilmente por caries, pudiendo requerir de numerosos tratamientos de restauración a lo largo de la vida, e incluso acabar con la pérdida de los dientes en los casos más graves. En nuestra USB realizamos los tratamientos en estos casos siguiendo los “Protocolos preventivos y terapéuticos de la Hipomineralización Incisivo-Molar” publicados por la SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral), que están disponibles on-line en la web
http://sespo.es/wp-content/uploads/2013/03/Protocolo-SESPO.-Hipomineralizacion-incisivo-molar.pdf
La recomendación más importante que se deriva de este proyecto es que resulta imprescindible que todos los miembros de las USB del Servicio Aragonés de Salud se formen adecuadamente para poder identificar y registrar adecuadamente este tipo de defectos del esmalte. Además, sería muy recomendable que desde la Dirección se pueda solicitar a los servicios de informática del Servicio Aragonés de Salud que modifiquen la aplicación web del PABIJ de manera que se pueda registrar, en la ficha de cada individuo, si presenta MIH, o no, y, en caso afirmativo, si es de grado leve, moderada o severa, para no tener que anotar estos datos en el apartado de “Observaciones”.

Bibliografía:

- Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, 2013. Disponible on-line en
http://sespo.es/wp-content/uploads/2013/03/Protocolo-SESPO.-Hipomineralizacion-incisivo-molar.pdf
- Hernandez M, Boj JR, Espasa E. Do We Really Know the Prevalence of MIH? J Clin Pediatr Dent. 2016; 40(4): 259-63.
- Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar hypomineralization. Compend Contin Educ Dent 2006; 27(11):604-610.
- Weerheijm KL, Duggal M, Mejáre I, Papagiannoulis L, Koch G et al. Judgement criteria for molar incisor hypomineralization in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Atens, 2003. Eur J Paediatr Dent 2003; 3:110-3.

7. OBSERVACIONES.
ESTAMOS MUY SATISFECHAS CON ESTE TRABAJO. MUCHAS GRACIAS A TODOS LOS QUE LO HAN HECHO POSIBLE.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/543 ========== ***

Nº de registro: 0543

Título
LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL

Autores:
MARTINEZ SANZ ELENA, MARTINEZ MARCO ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Hipomineralización incisivo-molar
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, la gran mayoría de los defectos del esmalte no asociados a la exposición de flúor sistémico pueden identificarse como hipomineralización incisivo molar (MIH, por sus siglas en inglés: Molar-Incisor Hypomineralisation). Este término fue introducido en 2001 para describir defectos de desarrollo cualitativos en el esmalte dental, con diferentes grados de afectación y extensión variable. Estos defectos afectan sobre todo a los primeros molares permanentes (que erupcionan alrededor de los 6 años) y también pueden afectar o no a los incisivos permanentes (Weerheijm y cols., 2001). Actualmente, los factores etiológicos siguen siendo desconocidos aunque se han propuesto numerosas hipótesis y multitud de factores predisponentes como infecciones del aparato respiratorio en el período postnatal, el empleo de antibióticos, la lactancia materna más de 6 meses o la predisposición genética, entre otros.
A nivel clínico, la MIH supone un gran reto para dentistas e higienistas porque los niños afectados tienen un alto riesgo de desarrollar caries y, en los casos más graves, pueden llegan a sufrir fracturas de esmalte

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0543

1. TÍTULO

LA HIPOMINERALIZACION INCISIVO-MOLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCION BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL

post-erupción de difícil manejo. Para mayor abundamiento, los sistemas de restauración por adhesión funcionan peor en los dientes hipomineralizados como resultado de su esmalte defectuoso.
Teniendo en cuenta que a nivel mundial los datos de prevalencia de la MIH han llegado hasta el 44% en Australia (Hernández y cols., 2016) y que parece que en los últimos años han ido aumentando, podemos considerar este fenómeno como un problema de salud oral importante dentro del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ). Particularmente, en España se han publicado datos de prevalencia del 17,85% (en Barcelona) y actualmente no hay estudios específicos en Aragón.
Por todo esto, creemos que resulta extremadamente importante conocer el número de de niños afectados por MIH en nuestra unidad, así como saber su grado de severidad. Igualmente, pensamos que es fundamental establecer un programa especial de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH.

RESULTADOS ESPERADOS
- Conocer exactamente el número de de niños afectados por MIH atendidos anualmente en nuestra unidad, así como su grado de severidad, de acuerdo con la clasificación propuesta por Mathu-Muju y Wright en 2006 que los diferencia en leves, moderados y severos.
- Establecer un programa especial de prevención y tratamiento temprano en los niños afectados por MIH de acuerdo con las directrices de la SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral).
- Registrar y cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH, especialmente las aplicaciones tópicas de flúor.

MÉTODO
Pretendemos llevar a cabo un registro especial de los niños atendidos en el marco del PABIJ y que presenten MIH. Actualmente, no disponemos ningún sistema para registrar el número de niños atendidos con esta patología ni su grado de severidad, ni a través del programa OMI-AP ni con la aplicación web del registro de la atención bucodental del PABIJ. Es por eso que una de las actividades que pretendemos mejorar es diseñar un sistema para registrar toda la actividad asistencial llevada a cabo en este sentido con todos los niños que presenten MIH. El sistema puede ser a través del diseño de una hoja de cálculo EXCEL o, mejor aún, consiguiendo que los servicios de informática del Servicio Aragonés de Salud modifiquen la aplicación web del PABIJ de manera que se pueda registrar, por cada individuo, si presenta o no MIH y, en caso afirmativo, si es de grado leve, moderada o severa. Asimismo, pretendemos poner en práctica los protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar publicados por la SESPO.

INDICADORES
1. Número de niños con MIH atendidos por nuestra Unidad y el grado de severidad en los mismos. Para ello, registraremos toda la actividad generada dentro del PABIJ en relación con estos niños.
2. Cuantificación de los tratamientos llevados a cabo en los niños con MIH. Entre ellos destacan las aplicaciones tópicas de flúor realizadas como tratamiento preventivo de la caries dental.

DURACIÓN
La duración de este proyecto será de un año, aunque si funciona bien nuestra intención es mantenerlo de forma indefinida de forma que en las revisiones del PABIJ registremos siempre si los niños presentan MIH y su grado de afectación. Asimismo, durante ese tiempo aplicaremos los protocolos recomendados por la SESPO. La fecha de inicio del proyecto sería tan pronto como nos comuniquen la concesión del mismo. Diariamente dedicamos al PABIJ la mitad de nuestra actividad asistencial. Por tanto, desde su concesión el proyecto se llevaría a cabo día a día, discriminado en cada una de las revisiones infantiles si el niño presenta o no MIH. En los casos de niños con MIH llevaremos a cabo y registraremos toda la actividad asistencial pertinente.

OBSERVACIONES
Bibliografía utilizada:

- Gómez Santos G. Protocolos preventivos y terapéuticos de la hipomineralización incisivo-molar. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, 2013. Disponible en www.sespo.es
- Hernandez M, Boj JR, Espasa E. Do We Really Know the Prevalence of MIH? J Clin Pediatr Dent. 2016; 40(4): 259-63.
- Mathu-Muju K, Wright JT. Diagnosis and treatment of molar hypomineralization. Compend Contin Educ Dent 2006;27(11):604-610.
- Weerheijm KL, Duggal M, Mejáre I, Papagiannoulis L, Koch G et al. Judgement criteria for molar incisor hypomineralization in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Atens, 2003. Eur J Paediatr Dent 2003; 3:110-3.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1061

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA

Fecha de entrada: 02/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ESTRELLA MARTINEZ MARCO
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS TARAZONA
· Localidad ..... TARAZONA
· Servicio/Unidad .. ODONTOESTOMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ SANZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En cumplimiento con el proyecto que presentamos, hemos puesto en marcha un sencillo sistema para registrar diariamente los datos relevantes en cuanto al uso de buches de clorhexidina y su relación con las exodoncias (simples y de terceros molares inferiores) realizadas en nuestra Unidad de Salud Bucodental de Tarazona. Estos datos numéricos son sumados una vez al mes para hacer un seguimiento correcto del producto, y corresponden a:
- Número total de exodoncias
- Número total de exodoncias quirúrgicas de terceros molares inferiores
- Número total de casos de alveolitis
- Número total de buches de clorhexidina (10 mL aprox. por buche)

Empezamos a hacer los registros desde el mes de junio de 2017, dado que fue cuando empezamos a recibir los botes de clorhexidina (Oraldine Perio, 400 mL).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos recogidos, que corresponden a los meses de junio a diciembre de 2017, son los siguientes (Tabla 1):

MES	EXTRACCIONES	CORDALES INF.	ALVEOLITIS	BUCHES
junio	96	6	0	93
julio	82	7	1	76
agosto	112	11	1	92
septiembre	118	9	1	101
octubre	110	10	3	98
noviembre	97	10	3	103
diciembre	59	7	0	53
Total	674	60	9	616

En resumen, hemos realizado un total 734 exodoncias, de las cuales 60 han sido exodoncias quirúrgicas de cordales inferiores. Y el número total de casos de alveolitis ha sido de 9. Por lo tanto, la incidencia global registrada de alveolitis en nuestra USB ha sido inferior al 1,5%. Casi todos los casos de alveolitis registradas tuvieron lugar en exodoncias quirúrgicas de terceros molares inferiores. Teniendo en cuenta que casi un 9% de nuestra actividad está dedicada a exodoncias quirúrgicas de dichos terceros molares inferiores, la incidencia de alveolitis en estos casos ha sido de un 15% aproximadamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La alveolitis seca es una de las complicaciones más frecuentes tras una extracción dentaria[1] y una de las más estudiadas en Odontología[2]. Según datos publicados en la literatura científica, se estima que su incidencia es de aproximadamente un 3% en las exodoncias convencionales, y puede llegar hasta un 30% en las extracciones de terceros molares incluidos[3], siendo la dificultad de la extracción, pacientes de género femenino, el consumo de tabaco, el uso de anticonceptivos orales o la inmunosupresión, entre otros, distintos factores de riesgo que se han relacionado como predisponentes para a su aparición[4].

Aunque se trata de un fenómeno autolimitado que se resuelve en un período de 5-10 días, un 45% de los casos requieren hasta 4 visitas post-operatorias[5], suponiendo un incremento en el tiempo y coste de la asistencia sanitaria, además de ocasionar un daño psicológico tanto en el paciente como en el profesional[6].

La identificación de los factores de riesgo de la alveolitis seca junto con las medidas preventivas resulta en una disminución significativa en su incidencia tras una exodoncia, y se sabe que la prevención es siempre más efectiva que las distintas medidas terapéuticas que se utilizan una vez ya ha aparecido la complicación[7]. Aunque se han realizado numerosos estudios sobre las distintas opciones terapéuticas para el tratamiento de la alveolitis seca, no se ha llegado a establecer un protocolo de consenso debido a que la etiopatogenia de esta complicación es muy compleja[8]. A criterio del facultativo, el tratamiento puede incluir la farmacoterapia con antibióticos y analgésicos, con todos los riesgos asociados que ello puede suponer. Así pues, la mayoría de los autores afirman que su prevención es más efectiva que cualquier tratamiento y, en consecuencia, la identificación de los factores de riesgo es crucial para identificar esos pacientes con un elevado riesgo de desarrollar alveolitis[9]. Según Daly y cols.
(2012), la incidencia de alveolitis –también denominada osteítis alveolar– puede ser reducida de forma estadísticamente significativa utilizando enjuagues bucales con clorhexidina de uso odontológico previamente a ejecutar cualquier maniobra de exodoncia ya que reduce la carga bacteriana de la cavidad bucal[10].
Habida cuenta de los datos hallados después de haber llevado a cabo este proyecto, nuestra recomendación es continuar con este protocolo de uso de clorhexidina. Es decir, que los pacientes se enjuaguen con un pequeño buche de esta solución antiséptica antes de iniciar cualquier procedimiento de exodoncia, tal y como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1061

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA

establece el Consejo de Dentistas de España para prevenir la alveolitis, y particularmente antes de las exodoncias de terceros molares inferiores[11].

Gracias a este proyecto, enmarcado dentro de los "Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud" del Servicio Aragonés de Salud, en la Unidad de Salud Bucodental de Tarazona por fin disponemos de clorhexidina de uso odontológico de forma regular y hemos comprobado que tenemos una baja incidencia de alveolitis comparada con los datos globales publicados en la literatura científica.

Bibliografía:
[1]. Burgoyne CC, Giglio JA, Reese SE, Sima AP, Laskin DM. The efficacy of a topical anesthetic gel in the relief of pain associated with localized alveolar osteitis. J Oral Maxillofac Surg. 2010;68:144-8.
[2]. Cardoso CL, Rodrigues MTV, Ferreira Júnior O, Garlet GP, de Carvalho PSP. Clinical concepts of dry socket. J Oral Maxillofac Surg. 2010;68:1922-32.
[3]. Bowe DC, Rogers S, Stassen LFA. The management of dry socket/alveolar osteitis. J Ir Dent Assoc. 2011;57:305-10.
[4]. Nusair YM, Goussous ZM. Quantifying the healing of dry socket using a clinical volumetric method. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006;101:e89-95.
[5]. Eshghpour M, Rezaei NM, Nejat A. Effect of menstrual cycle on frequency of alveolar osteitis in women undergoing surgical removal of mandibular third molar: A single-blind randomized clinical trial. J Oral Maxillofac Surg. 2013; 71:1484-9.
[6]. Hita-Iglesias P, Torres-Lagares D, Flores-Ruiz R, Magallanes-Abad N, Basallote-Gonzalez M, Gutierrez-Perez JL. Effectiveness of clorhexidine gel versus clorhexidine rinse in reducing alveolar osteitis in mandibular third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg. 2008;66:441-5.
[7]. Eshghpour M, Nejat AH. Dry socket following surgical removal of impacted third molar in an Iranian population: Incidence and risk factors. Niger J Clin Pract. 2013;16:496-500.
[8]. Taberner-Vallverdú M, Nazir M, Sánchez-Garcés MA, Gay-Escoda C. Efficacy of different methods used for dry socket management: A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015; 20:633-9.
[9]. Halabí D, Escobar J, Muñoz C, Uribe S. Logistic regression analysis of risk factors for the development of alveolar osteítis. J Oral Maxillofac Surg. 2012; 70:1040-4.
[10]. Daly B, Sharif MO, Newton T, Jones K, Worthington HV. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket). Cochrane Database Syst Rev. 2012, Dec 12;12:CD006968.
[11]. PROTOCOLO CLÍNICO DE INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR MANDIBULAR. Consejo General de Dentistas. Organización Colegial de Dentistas de España.

7. OBSERVACIONES.
Gracias a este proyecto, enmarcado dentro de los "Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud" del Servicio Aragonés de Salud, en la Unidad de Salud Bucodental de Tarazona por fin disponemos de clorhexidina de uso odontológico de forma regular y hemos comprobado que tenemos una baja incidencia de alveolitis comparada con los datos globales publicados en la literatura científica. ESTAMOS MUY SATISFECHAS CON ESTE TRABAJO. MUCHAS GRACIAS A TODOS LOS QUE LO HAN HECHO POSIBLE.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1061 ========== ***

Nº de registro: 1061

Título
ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA

Autores:
MARTINEZ MARCO ESTRELLA, MARTINEZ SANZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TARAZONA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA DEL TERCER MOLAR INFERIOR (EXODONCIAS QUIRÚRGICAS)
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Registro de la actividad asistencial de la Unidad

PROBLEMA
La clorhexidina de uso odontológico a concentraciones entre 0,12 y 0,2%, es el antiséptico más seguro y eficaz para disminuir la carga bacteriana en la cavidad bucal [1]. La presentación más habitual es en forma de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1061

1. TÍTULO

ESTUDIO SOBRE LAS EXODONCIAS QUIRURGICAS DE TERCEROS MOLARES EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE TARAZONA

enjuague o colutorio y resulta indispensable en cualquier clínica dental, especialmente en las unidades de salud bucodental de atención primaria [2]. Además, en 2012 la Colaboración Cochrane (una de las instituciones más prestigiosas de medicina basada en la evidencia) redactó un extenso documento de 82 páginas donde se muestra la evidencia científica del papel de la clorhexidina en la prevención de la alveolitis seca (también denominada osteítis alveolar) a partir de una revisión sistemática y un meta-análisis minucioso [3]. La alveolitis seca es la complicación postoperatoria más frecuente después de una extracción dental y se define como una inflamación del alveolo cuyo síntoma más característico es el dolor. A criterio del facultativo, el tratamiento puede incluir la farmacoterapia con antibióticos y analgésicos [4]. La prevalencia de la alveolitis seca varía entre el 1 y el 5 % de todas las extracciones dentales y puede llegar al 30 % cuando se trata de terceros molares inferiores [3]. Según Daly y cols. (2012), la osteítis alveolar puede ser reducida de forma estadísticamente significativa al utilizar enjuagues bucales con clorhexidina antes ejecutar la exodoncia [3], ya que reduce la carga bacteriana de la cavidad bucal. Por ello, el consejo de dentistas de España establece como fundamental para prevenir la alveolitis, después de las exodoncias de terceros molares inferiores, que los pacientes se enjuaguen antes de iniciar la intervención quirúrgica con una solución de clorhexidina [5].
En la Unidad de Salud Bucodental de Tarazona no disponemos de clorhexidina de uso odontológico. Hasta ahora hemos estado utilizando las “muestras” que nos regalan los visitadores médicos de los laboratorios de productos odontológicos. Sin embargo, actualmente hemos agotado todas las muestras y de momento no conseguimos clorhexidina por ningún lado.
BIBLIOGRAFÍA:
[1] Varoni E, Tarce M, Lodi G, Carrassi A. Chlorhexidine (CHX) in dentistry: state of the art. Minerva Stomatol. 2012;61(9):399-419.
[2] Blanco González JM, Herrero Grandgirard E, García Barrero ME, López-Arranz Monje E. Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2010.
[3] Daly B, Sharif MO, Newton T, Jones K, Worthington HV. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket). Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD006968.
[4] Martín Reyes O, Lima Álvarez M, Zulueta Izquierdo MM. Alveolitis: Revisión de la literatura y actualización. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2001; 38(3): 176-180.
[5] PROTOCOLO CLÍNICO DE INCLUSIÓN DEL TERCER MOLAR MANDIBULAR. Consejo General de Dentistas. Organización Colegial de Dentistas de España.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto se pide para solicitar clorhexidina de uso odontológico y así poder continuar realizando rutinariamente exodoncias quirúrgicas de terceros molares inferiores en el CS de Tarazona, como venimos haciendo hasta ahora. Una vez que consigamos la ansiada clorhexidina el objetivo del proyecto será hacer un seguimiento y un informe anual sobre los procedimientos de exodoncias quirúrgicas de terceros molares inferiores llevados a cabo en la Unidad. Mientras no tengamos el producto tendremos que tratar de evitar este tipo de intervenciones. El objetivo final es, ante todo, mejorar el conocimiento de la actividad quirúrgica llevada a cabo en la Unidad.

MÉTODO
Se pretende crear una base de datos donde se puedan registrar todos los aspectos relativos a las intervenciones quirúrgicas de terceros molares llevadas a cabo en la Unidad de Salud Bucodental de Tarazona. En la base de datos se recogerán datos como la fecha de la intervención, la edad y sexo del paciente, datos relevantes de la historia clínica, la anestesia empleada, la técnica quirúrgica realizada, las prescripciones del facultativo y las posibles complicaciones que puedan haber ocurrido en el peroperatorio o en el postoperatorio. También se considerará un apartado de observaciones para cada registro.

INDICADORES
1. Mediremos el número de intervenciones quirúrgicas de terceros molares mensuales.
2. Mediremos también la aparición de alveolitis seca como complicación postoperatoria para cada caso.
Evaluaremos el nº de intervenciones y el nº de casos que desarrollen alveolitis seca mensualmente y haremos un informe final anual.

DURACIÓN
Este proyecto tendrá una duración de un año. Comenzaremos tan pronto como conozcamos si nos han aprobado el proyecto. Además, para llevarlo a cabo necesitamos haber recibido clorhexidina de uso odontológico. Se necesitarían 15 mL por paciente. Los envases clínicos son de 5.000 mL y tienen un coste de 23,5 € (IVA incluido). Con un sólo envase podemos tratar a más de 300 pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0789

1. TÍTULO

FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE

Fecha de entrada: 24/04/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL BUÑUEL GRANADOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN GALVE MARIA
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE
LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de este año se han realizado 4 reuniones, una por trimestre, con varios temas tratados:
- Se contactó con el equipo de Salud Mental de Ejea para solucionar el control de acceso a la consulta de psiquiatría en horario de tarde, en el Centro de Salud de Tauste.
- Puesta en marcha de charlas con mujeres de cultura árabe, en relación a la maternidad y cuidados del niño.
- Propuesta de soluciones para mejorar la lista de espera del Consorcio de Ejea de los Caballeros
- Solicitud de servicio de psicología en el Centro de Salud de Tauste para evitar desplazamientos de pacientes
-Se contactó con Cruz Roja para valorar la posibilidad de traslado de pacientes a consultas hospitalaria y al Centro de Salud para extracciones de sangre.
-Se solicitó al Ayuntamiento que contactara con el Ayuntamiento de Ejea para solicitar una parada de autobús próxima al hospital para facilitar el acceso de la población
- Se realizó la presentación de taller de terapia ocupacional a domicilio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se han mantenido los contactos con el equipo de Salud Mental de Ejea y se están buscando soluciones al problema planteado.
- Se realizaron talleres con mujeres de cultura árabe con temas de maternidad y cuidado de hijos.
- Se ha puesto en marcha un proyecto de transporte de pacientes desde Cruz Roja Española.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El haber conseguido reunir a varias asociaciones de la localidad supone el tener información directa de las mimas y el poder tener una colaboración mutua para la mejora de situaciones relacionadas con la salud de la población que, de otra forma, no seríamos conscientes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/789 ========== ***

Nº de registro: 0789

Título
FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE

Autores:
GUILLEN GALVE MARIA, LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, BANDRES OLIVAN MARIA TERESA, LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA, ASTIER PEÑA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: participación comunitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0789

1. TÍTULO

FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE

Enfoque .....: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En numerosas instituciones públicas el ciudadano, usuario, contribuyente, paciente, comienza a tener un papel activo y a que su voz sea escuchada y tenida en cuenta tanto en la planificación de servicios como en la mejora o rediseño de los mismos.Ejemplos de a participación ciudadana en instituciones locales, regionales e internacionales son:1.PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ZARAGOZA:
http://www.zaragoza.es/ciudadania/gobierno-abierto/participar/2.ARAGÓN PARTICIPA:
http://aragonparticipa.aragon.es/3.PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EUROPEA:
http://ec.europa.eu/citizens-initiative/public/welcome?lg=es En el servicio nacional de salud está descrita la participación de la ciudadanía a través de los consejos de salud de zona como nivel básico y más próximo al ciudadano. Posteriormente, las diferentes comunidades autónomas se han desarrollado otros consejos de participación de ciudadana a nivel de área de salud y a nivel autonómico. En Aragón, se han considerado tres niveles de participación: Regional, de Area y de Zona Básica. Este modelo está recogido en un documento que enmarca y desarrolla la participación en el ámbito de la salud en la Comunidad Autónoma fundamentalmente a través de los Consejos de Salud de Zona, Consejos de Salud de Sector y Consejo de Salud de Aragón, que son órganos de participación ya consolidados y con una dilatada experiencia en nuestro Sistema de Salud. El Consejo de Salud de Zona se configura en el modelo de participación como el órgano colegiado de participación comunitaria en salud para el asesoramiento y el seguimiento en la toma de decisiones de salud en la Zona, para mejorar la gestión de servicios, garantizar los derechos de los usuarios y fomentar la promoción de la Salud. Por ello, el equipo de atención primaria de la Zona Básica de Tauste se plantea la creación y consolidación del consejo de salud de Tauste como elemento facilitador de la participación ciudadana en el sistema de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Constituir el consejo de salud de la ZBS de Tauste.
2.Mejorar la participación de los ciudadanos de la ZBS de Tauste en la mejora de la salud de la comunidad a través del consejo de salud

MÉTODO
La metodología para la creación y dinamización del CSZ que vamos a seguir son las pautas marcadas en la Caja de herramientas de la página web Salud Informa: 1. La "Caja de Herramientas" contiene una serie de documentos que pueden utilizarse, si se necesitan, en los Consejos de Salud de Zona. Son materiales sencillos que pueden facilitar el inicio y la dinámica cotidiana de los Consejos de Salud de Zona.2. Están agrupados en "Constitución" donde aparecen unos documentos que pueden servir de ayuda en los primeros pasos de un nuevo Consejo de Salud de Zona que se constituye y en "Funcionamiento", cuando ya está en marcha desarrollando su cometido.El consejo es el órgano de participación de la población de la zona. Es un órgano de participación cercano y próximo a los ciudadanos donde se tratan cuestiones de salud individual y comunitaria.

INDICADORES
1. Configuración de la composición del consejo de salud:
Contactar con los alcaldes de la zona básica de salud
Contactar con las autoridades de salud pública
Contactar con los representantes sindicales y de consejo escolar de zona.
Motivar a dos profesionales del equipo para participar en el consejo
2.Reunión de constitución del consejo de salud de zona con el nombramiento del presidente, la decisión de la periodicidad.
3.Realizar una encuesta a los miembros del consejo para identificar los temas de salud que interesaría tratar en las reuniones del mismo.
4. Plan de reuniones anual con temas aprobados.

DURACIÓN
Constitución de equipo de trabajo: nov-dic 2016
Contacto con las autoridades y profesionales candidatos al consejo: enero-febrero 2017
Creación del listado de personas y cartas: marzo-abril 2017
Reunión de constitución del consejo y nombramiento del presidente: mayo 2017
Diseño y pase de encuesta de temas de interés: abril-mayo 2017
Nueva reunión para establecimiento de actividades para el primer año de funcionamiento: junio 2017
Redacción del informe final del proyecto: noviembre 2017

OBSERVACIONES
El equipo de trabajo distribuirá responsabilidades a los 8 participantes de tal forma que los componentes lideren un área de las siguientes:
1)Constitución de equipo de trabajo
2)Contacto con las autoridades y profesionales candidatos al consejo
3)Creación del listado de personas y cartas4)Reunión de constitución del consejo5)Nombramiento del presidente6)Encuesta de temas de interés7)Convocar segunda reunión con orden del día y redacción del informe final del proyecto8)Monitorización por etapas

Bibliografía:Caja de herramientas de los Consejos de Salud de Zona del Servicio Aragonés de Salud.
https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/participacion/participacion-en-salud/consejos-de-salud-de-zona/herramientas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0789

1. TÍTULO

FACILITANDO LA PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD: CREACION Y DINAMIZACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE TAUSTE

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0793

1. TÍTULO

BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ASTIER PEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA
CARRERAS GIRALDA ANTONIO
MOLINES FUERTES HORTENSIA
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1) Desarrollo de 3 sesiones de formación en metodología AMFE (analisis modal de fallos y efectos) dentro de la estrategia de seguridad del paciente del centro.
2) Desarrollo de 8 sesiones de elaboración de flujograma de atención urgente, identificación de posibles fallos y sus efectos y de las causas latentes. Priorización de los fallos según NPR (número de priorización de riesgos). Selección de 3 acciones para desplegar en 2017
3) 3 acciones seleccionadas: 1) Elaboración de listado de contenido de maletín de guardia y de checklist de revisión de maletin de urgencias para facilitar el reponer material y promover el marcado con precinto de esparadrapo sellado cada vez que este bien revisado 2) revisión mensual de caducidades de fármacos y material de maletín a partir de checklist (documento excel) con contenido de maletin y caducidades actualizadas disponible en escritorio del ordenador de urgencias.3) Disponer en el coche de urgencias de las llaves de los consultorios perifericos de Novillas, Santa Engracia, Sancho Abarca y Pradilla por si fuera necesario recoger material para atención urgente fuera de horario laboral en dichas poblaciones.
4) Desarrollo de 2 sesiones formativas sobre la necesidad de una respuesta adecuada ante la ocurrencia de un evento adverso grave en el centro de salud de Tauste. Revisión de la guía de recomendaciones para elaborar un plan de respuesta ante evento adverso grave con atención a los pacientes, profesionales implicados y a la institución.
5) Elaboración de un plan de respuesta ante eventos adversos graves en el centro de salud de Tauste con revisión del mismo en sesión clínica y remisión a la dirección de atención primaria para su validación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) Flujograma y AMFE del proceso de atención urgente en el centro de salud de Tauste (Se presentó una comunicación con la descripcion del proceso en las XV Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud, Huesca,14-15 Junio 2017. El trabajo recibió el tercer premio a la mejor comunicación oral.
2) Se ha elaborado la lista de material del maletín en formato excel (checklist por compartimentos). Esta disponible en el ordenador de urgencias. Los profesionales revisan el contenido del maletin en cada guardia y las caducidades una vez al mes.
3) Las llaves de los consultorios estan disponibles en la guantera del coche de urgencias del centro de salud.
4) Se ha elaborado y remitido a la dirección de atención primaria del sector III el documento: Plan de respuesta ante un evento adverso grave con atención al paciente y familia afectados, a los profesionales involucrados y a la institucion. Pendiente de aprobación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. El análisis estructurado del proceso de atención urgente en el EAP de Tauste ha permitido unificar criterios de mantenimiento de los materiales y equipos comunes de la atención urgente para reducir la probabilidad de que se produzca un evento adverso por falta de material o fármacos en las atenciiibes urgentes fuera del centro.
2. La elaboración del plan de respuesta ante eventos adversos graves en el EAP ha permitido compartir en el equipo situaciones de eventos adversos graves no bien resueltas y que podían haberse gestionado mejor. Por ello, se ha confeccionado un plan con el consenso del equipo que está pendiente de aprobación por la dirección de atención primaria del sector III.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/793 ========== ***

Nº de registro: 0793

Título
BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0793

1. TÍTULO

BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Autores:
ASTIER PEÑA MARIA PILAR, LOPEZ FRANCES ANTONIO, MOLINES FUERTES HORTENSIA, ZUECO OLIVAN GEMMA, BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, BANDRES OLIVAN MARIA TERESA, CARRERAS GIRALDA ANTONIO, AREVALO AMATRIAIN INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Seguridad del Paciente

PROBLEMA
La práctica sanitaria conlleva riesgos y la identificación y disminución de los eventos adversos (EA) relacionados con la misma es una prioridad de los sistemas sanitarios. En atención primaria (AP) los EA no aparecen por azar, sino que su frecuencia y distribución están relacionadas con una serie de factores causales . La realidad del sistema sanitario es muy
dinámica ya que cada poco tiempo se incorporan nuevas evidencias científicas, nuevas tecnologías que ayudan a reducir unos riesgos pero que condicionan la aparición de otros nuevos, en lo que se denomina la curva de aprendizaje de las innovaciones en las organizaciones sanitarias. El conocimiento de la incidencia e impacto de los EA es sólo un
primer paso en la gestión del riesgo clínico en el primer nivel asistencial y su prevención se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los EA son evitables Además, es necesaria la extensión de la utilización de instrumentos como el análisis modal de fallos y efectos (AMFE), el estudio de incidentes o el análisis de causas raíz (ACR) para tratar de evitar lo fácilmente evitable, reducir aquello que es más difícil de prevenir y mitigar las consecuencias de los mismos. La Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud 2015-2020 en el despliegue de la línea estratégica 2 de Buenas Prácticas, propone el desarrollo en cada organización sanitaria de planes de seguridad que permitan en su diseño una toma de conciencia de los principales riesgos y una respuesta inicial planificada que permita realizar una progresiva gestión de riesgos al equipo. El objetivo de este proyecto de mejora es el de diseñar y poner en marcha un programa de seguridad clínica para la atención urgente en el equipo de atención primaria de Tauste. El programa consiste en detectar aquellos procesos que suponen un riesgo para el paciente y si es posible eliminarlos, reducirlos o, al menos, mitigar sus consecuencias. Considerar también un plan de respuesta ante un evento adverso que facilite una atención adecuada al paciente y familia y a los profesionales del equipo implicados. Este abordaje tiene especial dificultad en la AP, donde la atención se realiza de manera longitudinal y con cierto grado de incertidumbre.

RESULTADOS ESPERADOS
1) Mejorar la atención urgente por parte del EAP de Tauste, reduciendo el riesgo de incidentes o eventos adversos.
2) Garantizar una respuesta adecuada ante la ocurrencia de un evento adverso para el paciente y familia y para los profesionales implicados (plan de crisis).

MÉTODO
1) Desarrollo de un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) del proceso de atención urgente del EAP de Tauste que permita identificar los puntos críticos y generar áreas de mejora para la atención en el propio centro y para la atención fuera del centro (domicilios o vía pública).

2) Elaborar un plan de crisis consensuado y adaptado al equipo para dar una respuesta adecuada ante la ocurrencia de un evento adverso para el paciente y familia y para los profesionales implicados realizando una adaptación de los algoritmos de la Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas.

INDICADORES
1) Desarrollo de un AMFE: a)Existencia de los flujogramas de atención urgente tanto de asistencia en el propio centro como de atención a domicilio o vía publica.b)Listado de puntos críticos de ambos flujogramas.c)Existencia de matriz de priorización de actividades de mejora para priorizar las mejoras de ambos flujogramas en función de NPR.d)Seleccionar 3 acciones para desplegar a lo largo del año 2017.e)Evaluación de las 3 acciones desplegadas.

2) Existencia de un plan de crisis escrito y pactado del equipo de atención primaria de Tauste de respuesta tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas.

DURACIÓN
Un año

Cronograma de actividades:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0793

1. TÍTULO

BUENAS PRACTICAS EN LA ATENCION URGENTE EN LA ZONA BASICA DE TAUSTE PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1) Constitución de equipo de trabajo y diseño de los flujogramas de atención urgente con los puntos críticos: nov-dic 2016
2) Creación de registro de incidencias y priorización de las acciones de mejora: enero 2017
3) Despliegue de las 3 acciones con mayor prioridad y factibilidad según NPR: febrero septiembre 2017
4) Elaboración de un plan de respuesta para situaciones de crisis asistencial con evento adverso: febrero-septiembr 2017
5) Evaluación del proyecto y redacción del informe final: octubre-diciembre 2017

OBSERVACIONES
El equipo de trabajo distribuirá responsabilidades a los 8 participantes de tal forma que los componentes lideren una actividad del proyecto.

Bibliografía:
1) Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (España), 2008.
2) Torijano Casalengua, ML;Astier Peña, MP;Mira Solves JJ El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones Aten Primaria, 2016; 48(3). Marzo 2016.Doi:10.1016/j.aprim.2016.01.002
3) Astier Peña, MP;Torijano Casalengua,ML;Olivera Cañadas G Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria, 2016. ; 48(1). Enero 2016. Doi:10.1016/j.aprim.2015.08.001.
4) Vincents Ch, Amalberti R. Safer Healthcare. Springer: 2015, London. First edition..5). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Sanidad: 2015.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1328

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE LAUDO TESAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASTIER PEÑA MARIA PILAR
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento y material sanitario.
Inicialmente tuvo lugar la presentación del proyecto al EAP de Tauste en una reunión celebrada el día 11/4/17 donde se explicó el acuerdo de gestión firmado para el 2017 y en la que se repartieron los diferentes proyectos entre los integrantes del equipo.
La población diana era toda la correspondiente a la Zona Básica de Salud de Tauste y la participación de la población en el proyecto era pasiva.

La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

1.- Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín: analizamos la situación con respecto al procedimiento de medicamentos, nº PO-01_Z3 (P) E y el de material sanitario, nº PO-02_Z3 (P) E, para poder realizar nuestras actividades adaptándonos al mismo.
En sesión clínica celebrada en el Centro de Salud en fecha 15/5/17 se expuso a los miembros del EAP la necesidad de realizar un buen uso y control de los medicamentos y material del botiquín. Para lograr un adecuado uso y reducir errores, debía implicarse todo el EAP.
Asimismo se nombró a un miembro del EAP responsable de la supervisión del botiquín al cual debía acudirse en caso de alguna incidencia.

2.- Gestión de maletines y sala de urgencias: basándonos en un proyecto realizado el año pasado por varios miembros del EAP que trabajaron en este apartado, hemos seguido con la misma dinámica de evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines para atención de urgencias fuera del centro de salud. Teniendo como guía el documento elaborado por la dirección del sector en lo relativo a la Gestión de las urgencias, hemos llevado a cabo acciones de mejora.
Se celebró sesión en el centro de salud al respecto en fecha 15/5/17 para aportar ideas nuevas y revisar el protocolo ya existente.

3.- Adecuación de la prescripción de medicamentos: hemos revisado los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión así como los listados de pacientes tratados con los mismos, monitorizando a través del cuadro de mandos la información remitida desde el servicio de farmacia.
En concreto lo referente a pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata, selección ineficiente de estatinas y racionalización de la asociación de estatinas a cualquier otro fármaco hipolipemiante en prevención primaria.
Dentro de las actividades realizadas se incluye una sesión clínica expuesta en fecha 10/7/17 en la cual se repasaban las indicaciones de las estatinas así como su eficacia y su eficiencia. Asimismo el día 12/6/17 se expuso en el centro de salud una sesión relativa a los pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata distribuídos por cupos para analizar la pertinencia de su indicación.

4.- Educación sanitaria en la utilización de tiras de glucemia: en sesión clínica celebrada el día 25/10/17 se comunicó a los miembros del equipo la instrucción del Salud del 21/5/13 al respecto donde aparece el listado que relaciona cada antidiabético con el número de tiras indicado para cada uno de ellos.
Se propuso mejorar los conocimientos de los pacientes en este aspecto para el mejor uso de este recurso. Asimismo se insistió en el correcto registro en OMI-AP para llevar una contabilidad lo más real posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a la gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, se ha revisado y adecuado el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1328

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

listado de medicamentos a las necesidades del equipo, realizando distintas aportaciones en cuanto a solicitar algunos fármacos que hasta ahora no se encontraban en el petitorio del botiquín . Asimismo se ha definido el stock mínimo que debe haber en el centro de salud. También se ha cumplimentado la revisión de caducidades a través de la hoja PO-01_4-Z3 (P) E del año 2017.

Relativo a la adecuación de la prescripción de medicamentos, paso a detallar los datos aportados desde el cuadro de mandos de farmacia relativos al EAP Tauste, son los siguientes:

- Selección ineficiente de estatinas: el objetivo a alcanzar era estar por debajo del 19,63%. Partíamos en el año 2016 de un 29,24%y en los últimos indicadores de farmacia a fecha 1/12/17 estamos en un 28,65%. Se aprecia una leve mejoría en las cifras que esperemos termine de afianzarse a lo largo del próximo año.
- Racionalización de la asociación de estatinas con otros hipolipemiantes en prevención primaria: el objetivo marcado era estar por debajo del 10,05%. En el año 2016 era del 7,05%, y en los datos de diciembre de 2017 es del 7,09%. Debemos seguir trabajando en este aspecto para mejorar .

- Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica en pacientes pediátricos: la recomendación es que deben ser tratados con antibióticos de primera elección como penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina. El objetivo marcado era estar en un rango del 83,8% al 95,3%, siendo a fecha 1/12/17 del 95,48%. Por tanto este indicador se cumple en el EAP de Tauste
- Siguiendo con los indicadores de Pediatría, se analizaba la pertinencia de no dar antibióticos de forma rutinaria a niños con gastroenteritis . Las Pediatra del centro de salud, presentó en una sesión clínica el día 6/11/17 un repaso de estos aspectos.
- Para el resto de indicadores del cuadro de farmacia hemos revisado la medicación en el anciano relativo a fármacos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años así como fármacos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años a través de una sesión clínica en el centro de salud el 29/11/2017, repasando aquellos aspectos que influyen en la prescripción de estos grupos de fármacos en la población mayor y la importancia de la revisión periódica del listado de medicamentos para sensibilizarnos con la desprescripción de aquellos que realmente no aportan ningún beneficio al paciente y en cambio presentan efectos secundarios e interacciones varias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A continuación voy a pasar a comentar las conclusiones y otros aspectos derivados de la elaboración de este proyecto:

- Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín: sensibilizar a los miembros de equipo de la idoneidad de tener bien clasificados todos los medicamentos y material sanitario de que se dispone a través de la correcta cumplimentación de las hojas de caducidades y de tener actualizado el stock de fármacos a la hora de hacer el petitorio del almacén.
- Gestión de maletines y sala de urgencias: al cumplimentar el documento de verificación de equipos y material de urgencias y del maletín de urgencias (listado y distribución) hemos entrado en una dinámica positiva a la hora de iniciar el turno de Atención Continuada diario, ya que es una parte muy importante del servicio que se presta a la población y en el que conviene seguir una rutina pactada porque participan distintos miembros del equipo por lo que es importante la uniformidad de actuaciones.
- Adecuación de la prescripción de medicamentos: es importante alinearse en el Uso Racional del Medicamento para hacer un uso más eficiente de la farmacopea disponible a nuestro alcance. Para ello tenemos una herramienta muy útil como es el Cuadro de Mandos de Farmacia.

Reseñar que en la Zona Básica de Tauste están ubicadas dos Residencias de Ancianos por lo que la prescripción de fármacos potencialmente inapropiados o con riesgo anticolinérgico asumimos que es elevada. No obstante estamos sensibilizados en la revisión de los listados de medicamentos y en la desprescripción de aquellos que sea viable.

- Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia: el estamento de enfermería del centro de salud ha puesto en marcha actuaciones relativas a la educación de la población diabética en este aspecto, realizando intervenciones breves coincidiendo con las visitas programadas de este grupo de pacientes.
- En cuanto a Pediatría, estar sensibilizados en el no uso de antibióticos en niños con gastroenteritis excepto en casos de sospecha de sobreinfección bacteriana, asi como en usar antibióticos adecuados en niños con faringoamigdalitis estreptocócica para evitar las resistencias de los microorganismos a los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1328 ========== ***

Nº de registro: 1328

Título
GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP TAUSTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1328

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Autores:
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente
4. Adecuación de prescripción de medicamentos y material sanitario: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados

MÉTODO
Nombrar responsable y componenetes de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación al documento relativo a Gestión de las urgencias elaborado por la Dirección del sector
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Adecuación de la prescripción de medicamentos
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

Educación sanitaria en la utilización de tiras de glucemia
Comunicación a los miembros del EAP de la instrucción del Salud de fecha 21 de mayo de 2013
Utilización del listado que relaciona cada antidiabético con el nº de tiras indicado en la instrucción
Adecuar el número de tiras
Mejorar los conocimientos de los pacientes diabéticos en este aspecto
Registro en OMI-AP
Detección de áreas de mejora y puesta en marcha de acciones correctoras.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas y sala de urgencias
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Adecuación de la prescripción de medicamentos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1328

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS Y ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, estatinas en combinación en prevención primaria, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Revisión de pacientes en tratamiento con estatinas en combinación en prevención primaria (sí/no).

Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Adecuación de la prescripción de tiras de glucemia
Registro del número de tiras de glucemia en OMI-AP.
% pacientes con diagnóstico de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín y sala de urgencias y de la adecuación de la prescripción

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1334

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA GUILLEN GALVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
TENA DOMINGO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES DE ORGANIZACIÓN

REUNIONES

ENERO 2017
- Reunión Pediatra y Enfermera de Pediatría con Matrona para establecer fechas de Reuniones con Embarazadas a lo largo de 2017
- Planteamiento del Proyecto del Taller de encuentro con familias árabes por Pediatra y Enfermera de Pediatría (Se realiza una revisión de historias clínicas seleccionando el nº de niños de origen árabe del cupo de Pediatría)
FEBRERO 2017
- Reunión en el Ayuntamiento de Tauste de Pediatra y Enfermera, con Servicio Social de Base de Tauste (Pilar Serrano y Marina Florián) a las que se comunica el Proyecto de los Talleres, se llevan datos del nº de niños árabes para confrontar con archivos de base social para hacer una selección de familias.
MARZO 2017
- Reunión de Servicio de Pediatría y Servicio Social en el Centro de Salud para decidir como llevar a cabo la Metodología del Taller
Se han seleccionado las familias, se proyecta la realización de un Folleto Informativo en árabe y español, se plantea la vía de llegar dicho folleto a las familias y se plantea el personal a participar en los talleres
ABRIL 2017
Reunión en la Ludoteca de Tauste, lugar donde se ha decidido llevar a cabo los talleres
Personas convocadas : Pediatra, Enfermera de Pediatría, Trabajadora Social de Base Tauste, Trabajadora Social del Colegio Publico Alfonso I Tauste, Coordinadora del Taller y Voluntaria de Cruz Roja
Se explica: Motivación de la realización del Taller, personas e instituciones intervinientes, nº de sesiones, metodología del Taller, lugar de realización,presentación del folleto informativo y forma de contacto con las familias (finalmente son 22 familias con distinto número de hijos, un total de 60 - 70 menores de 14 años y sobre todo mayor numero de niños menores de 6 años)
2 DE MAYO 2017
Reunión de Servicio Social y Pediatría con las familias seleccionadas, en Ludoteca, para explicarles en que van a consistir los talleres y fechas de realización.

FORMACIÓN
María Guillén Galve asiste el 4 de Mayo de 2017 a la Jornada de Trabajo en C S Seminario,
sobre la Estrategia en Atención Comunitaria.
El 12 de Junio al curso ZS-0331/2017 Como iniciar un proceso de Atención Comunitaria desde un Centro de Salud y 21 de Noviembre ZS-0641/2017 Como evaluar juntos Proyectos Comunitarios.

DOTACIÓN DE RECURSOS
Utilización de Folletos informativos de los Talleres y lugar de realización, ambas cosas proporcionadas por Ayuntamiento de Tauste que financia los Folletos y cede el lugar.
Asuntos Sociales busca Voluntarias : Persona que coordina el taller, 2 traductoras y personal de Cruz Roja que atienda a los niños menores que acompañen a las madres durante el horario del taller
El lugar de realización de charlas a embarazadas se hace en la sala de Matrona del Centro de Salud
Para proyección de información se utiliza el cañón del Centro de Salud.
ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN DEL PROYECTO

Difusión Interna al Equipo de Atención Primaria, en Reunión de EAP, se explica por parte de la responsable el Proyecto y su inclusión en el contexto del Acuerdo de Gestión de 2017
Difusión Externa de dicho proyecto al Consejo de Salud celebrado el 2 de Mayo. Por otra parte S Sociales se encarga de la difusión y entrega de folletos a las familias y Reunión Informativa que se realiza así mismo el 2 de Mayo.

INTERVENCION - ACCIONES REALIZADAS
Reuniones, el 8 de Febrero y el 18 de Octubre, en la Sala de Matrona del Centro de Salud, Pediatra, Enfermera de Pediatría y Matrona con Embarazadas, aportando información sobre temas burocráticos referentes al modo de inclusión al sistema de seguridad social del futuro recién nacido, pasos a seguir (registro general, solicitud de cita para solicitud en SS en Ejea, entrega de documentación en S Admisión del Centro de Salud Tauste para asignación de pediatra) y a continuación resolviendo dudas de salud que van a surgir cuando nazca el bebe, realizando Educación para la Salud desde el embarazo, haciendo la reunión participativa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1334

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Talleres de encuentro con mujeres árabes "ENCUENTROS CON TÉ", se realizan en 3 días distintos:
3 de Mayo (Matrona), se tratan fundamentalmente temas de Anticoncepción,distintos métodos existentes, explicándolos de forma grafica mediante proyección con cañón y llevándose material in situ al respecto, explicación de prevención de enfermedades de trasmisión sexual y protocolo de utilización de píldora postcoital, resolución de dudas al respecto (Se pone en evidencia la diferencia cultural por ejemplo ante la explicación de métodos de barrera femeninos respondiendo las mujeres con gran interés y manifestando su desconocimiento en general de estos temas)

16 de Mayo (A Social del Colegio Publico Alfonso I perteneciente al Equipo de Orientación de Ejea de los Caballeros) se habla de la importancia de la relación del Colegio con las familias y el contacto permanente que debe existir para trabajar conjuntamente en bien del niño, se explica por ejemplo lo que es una "Tutoría" y su utilidad, quien forma parte de un Equipo de Orientación y como funciona y temas similares para que tengan conocimiento y puedan sentirse apoyadas por el colegio si lo necesitan

23 de Mayo (Pediatra y Enfermera)
Se expone información importante para las familias y el cuidado de sus hijos respecto a que es y como funciona un Centro de Salud, porque personal esta compuesto, quien es la Pediatra y Enfermera de Pediatría, como se accede a sus consultas (forma de cita), distintos tipos de consulta Programada (para controles del niño sano y vacunaciones, resaltándose la importancia de este tema) Demanda y posible Asistencia telefónica llamada Demanda no presencial
Se habla de Salud respecto a lactancia, alimentación sana, higiene, salud Bucodental, desarrollo psicomotor, primeros síntomas de enfermedades, causas por las que acudir a consulta o a Atención Continuada según mayor o menor urgencia, actitud de primeros auxilios ante caídas, heridas ...
Todo esto se realiza mediante proyección por cañón de con dibujos sencillos y de forma lo mas participativa posible para hacer mas entretenido y didáctico el taller, dado además que se va traduciendo a la par y que de otro modo se enlentecería mucho el desarrollo del taller

Finalizada cada sesión se toma te y alimentos de ambas culturas para mejorar la comunicación y relación en un ambiente distendido y durante cada sesión los menores que han venido con las mujeres han contado con servicio de guardería por parte de voluntarias de Cruz Roja para que las madres pudieran participar de forma optima

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han obtenido unos resultados de impacto, ha habido una sensibilización en los grupos destinatarios tanto en embarazadas como en las mujeres participantes en los talleres, estas últimas han mejorado las capacidades y habilidades a la hora de conocer y trabajar con la salud de sus hijos. Apreciamos una mejora en la autonomía en la consulta de Pediatría, una mejor utilización del sistema sanitario, una mayor satisfacción y bienestar y un cambio de relación con el entorno y organización, manifestándolo incluso verbalmente en la consulta, a posteriori de la realización de los talleres.
Los indicadores utilizados son :
Cuantitativos, numero de reuniones realizadas a embarazadas (2), numero de sesiones impartidas en talleres (3),

numero de profesionales participantes (los descritos en la elaboración de la memoria)
Cualitativos, encuestas de satisfacción por escrito a embarazadas mediante cuestionarios donde se valora a profesionales, información recibida, aportaciones etc. y para los Talleres se utilizó una encuesta verbal grupal y observacional.

En cuanto a aspectos no alcanzados hubiéramos querido desarrollar un Grupo de Crianza y hubiéramos realizado una ultima sesión de Talleres como recordatorio de temas y resolución de nuevas dudas quedando ambas cosas pendientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se detecta una falta de implicación de la población a la que van dirigidos los talleres en cuanto a la participación en el diseño del proyecto, que quizá habría que tener en cuenta.
Se detecta como dificultad para realizar el proyecto una falta de cohesión del equipo de Atención Primaria, quizá por falta de conocimiento de la Atención Comunitaria en sí, mejorando poco a poco a lo largo del año el apoyo para la consecución de los objetivos del proyecto, sería buena la realización de una agenda comunitaria para una mejor organización de estos temas.
El proyecto nos parece sostenible y además extensible a otros grupos de población vulnerable de la zona, por ejemplo a familias búlgaras dado que hay un numero elevado de ellas en la población de Tauste, de hecho se ha llevado el tema a Consejo de Salud donde participa S Sociales de Base y Ayuntamiento para iniciar el proceso al igual que se hizo en los talleres para familias árabes y contamos con su respaldo.

7. OBSERVACIONES.
Resaltar que durante este año hubo cambio de Matrona en el Centro y un Asunto Personal de importancia relevante de un Profesional participante en los talleres por lo que sugiero que se tenga en cuenta que surgen dificultades que limitan o retrasan la consecución de los proyectos.
Es importante que haya formación de temas de Atención Comunitaria y realización de proyectos en general con apoyo organizativo por parte de las Gerencias para el mejor desarrollo de estos temas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1334 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1334

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Nº de registro: 1334

Título
PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Autores:
GUILLEN GALVE MARIA, LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN, TENA DOMINGO INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Es una accion comunitaria de promoción y educación de la Salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos del Acuerdo de Gestión del centro de salud de Tauste de 2017, es una continuación y ampliación del Proyecto Asistencial con el mismo titulo que se realizó en 2016.
Se basa en un trabajo grupal realizado por una parte entre Servicio de Pediatría y Matrona del equipo, realizándose unas charlas para embarazadas y en segundo lugar entre Servicio de Pediatría y distintas entidades de la zona, fundamentalmente S Educación (Guardería, Colegio, IES), S Sociales de Base del Ayuntamiento Tauste, S de Atención Temprana Ejea...
A lo largo del año pasado el Servicio de Pediatría detecta primero una aceptación y buenos resultados de las charlas dadas a embarazadas, por lo que propone mantenerlas y crear por parte de la matrona un grupo de “crianza”.
Por otra parte se detecta un incremento en el nacimiento de menores de nacionalidad marroquí y una llegada de familias marroquíes con menores, cuyas madres no hablan prácticamente castellano por lo que es difícil la comunicación. Además presentan unas diferencias culturales importantes en el cuidado y atención a los menores.
Todo esto se enmarca dentro de las líneas estratégicas de promoción de las Actividades Comunitarias lo que nos parece útil, práctico y con posibilidad buenos resultados. Se pretende así mantener y ampliar los objetivos del proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Se valora como positiva la realización de unos talleres con mujeres árabes con el fin de acercarnos y mejorar relaciones, de manera que mejore la salud de esta población infantil que nos parece especialmente vulnerable.
Los talleres tienen como objetivo un aprendizaje desde preparto, postparto, planificación familiar, temas pediátricos asistenciales, cuándo hay que ir al pediatra, servicio de urgencias o que se puede hacer en casa ante una situación que requiera de asistencia medica, importancia de la higiene alimentación afectos etc., acercar la institución del colegio actividades extraescolares y participación en la vida social.
La actividad va dirigida a: niños de 0 a 14 años, embarazadas y madres en crianza, grupo de niños “vulnerables“ a través de talleres a madres de las características descritas.
Resultados Promoción y Educación para mejorar la Salud Infantil.

MÉTODO
Comunicación de ampliación de proyecto al EAP.
Reuniones con Embarazadas cuando la Matrona considere oportuno según número de ellas y posteriormente reuniones "grupo de crianza".
Reuniones con Educación, Servicios Sociales, Ayuntamiento y posibles personas implicadas para llevar a cabo la realización de los talleres con mujeres árabes (con la participación de Pediatra y Enfermera de Pediatría, Matrona, Trabajadora Social, TS Colegio Tauste, TS y Educadora Social de Ayuntamiento, voluntarias Cruz Roja y mediadoras árabes para cuidados de menores y traducción).
Se contacta con dichas mujeres tras la realización de un folleto informativo con la colaboración del Ayuntamiento de Tauste.

INDICADORES
Número de reuniones realizadas y número de asistentes
Número de talleres realizados y número de sesiones
Número de profesionales participantes.
Encuesta de satisfacción a participantes

DURACIÓN
Mayo: Realización de Taller
Junio-Octubre: Reunión embarazadas Inicio grupo Crianza
Noviembre-Diciembre: Reunión de Embarazadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1334

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Posibilidad de plantear nuevo taller con otros grupos de familias.

OBSERVACIONES
El proyecto de los Talleres está puesto en conocimiento del Consejo de Salud de la zona y cuenta con su aprobación.
El Taller de encuentro con familias árabes tiene puesto el título en los folletos de ENCUENTROS CON TÉ.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1697

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS JACA PINZOLAS
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS
MARTINEZ RUIZ VICTORIA
ALGARABEL LAFUENTE PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Implementación del procedimiento de consulta no presencial
• Reunión en EAP para presentar el proyecto. Responsable coordinador medico
• Reunión con el Sº Admisión para informar del proyecto. Responsable JC Jaca
• Se recibe información por parte de la DAP, avisando de la ceración del acto DEMNP.
• Se informa al EAP y a Admisión del nuevo acto DEMNP y se normalizan nuevas matrices de agendas sistematizando huecos para dichos actos. Responsable JC Jaca
• Seguimiento de la actividad realizada de forma mensual si bien la periodicidad de vio alterada por problemas técnicos en SSCC por lo que a partir julio no se recibió información. Responsable coordinador medico y enfermeria
• Se recoge en acta de EAP el seguimiento de los proyectos. Responsable coordinador medico
• En el EAP y contando con el Servicio de Admisión se ha desplegado una estrategia de información al usuario con la nueva opción de consulta telefónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
%DEMNP enfermería 6%
% DEMNP medicos 8%
% DEMNP pediatras 6%

Falta recibir información datos actividad final proyecto. No se han enviado de SSCC

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es útil pero está costando implementar. En muchas ocasiones se detecta el registro en actos de agenda que no es el creado adhoc.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1697 ========== ***

Nº de registro: 1697

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS, MARTINEZ RUIZ VICTORIA, ALGARABEL LAFUENTE PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1697

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0671

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL BUÑUEL GRANADOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FRANCES ANTONIO
MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA
MOLINES FUERTES HORTENSIA
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS
ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
29/11/18: Formación sobre dermatoscopia en el Centro de Salud de Tauste
20/12/18: Reunión en Hospital Clínico para formación en dermatoscopia del coordinador del proyecto y presentación del proyecto de teledermatología
21/12/18: Reunión de equipo para explicar el proyecto de teledermatología y nociones básicas en dermatoscopia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han adquirido conocimientos básicos en dermatoscopia por parte del equipo, para poder diferenciar la patología maligna que precisa valoración urgente de la patología que se puede demorar su valoración
- El equipo ha tenido acceso durante un tiempo limitado al uso de un dermatoscopio y el interés de los profesionales por valorar las lesiones con el mismo, ha aumentado tras las formaciones realizadas
- Se ha comenzado a adquirir destreza en el manejo de dermatoscopio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El interés de los profesionales por valorar las lesiones hiperpigmentadas con el dermatoscopio, ha aumentado tras las sesiones de formación.
- Queda pendiente la dotación de dermatoscopio al equipo y la puesta en marcha del proyecto de teledermatología.
- Una vez que se disponga de este elemento, es de esperar que mejore la derivación de las lesiones al servicio de dermatología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/671 ========== ***

Nº de registro: 0671

Título
HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

Autores:
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, LOPEZ FRANCES ANTONIO, ZUECO OLIVAN GEMMA, MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA, MOLINES FUERTES HORTENSIA, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El examen clínico de las lesiones cutáneas permite distinguir un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0671

1. TÍTULO

HABILIDADES EN DERMATOLOGIA Y ADIESTRAMIENTO Y MANEJO DE LA DERMATOSCOPIA EN CONSULTA EN EL EAP TAUSTE

seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico reduce el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. En los últimos años se ha avanzado en su conocimiento y se usa no solo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas
Objetivos secundarios:
Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.

MÉTODO
Formación de al menos 1 profesional del Centro de Atención Primaria en el manejo del Dermatoscopio .
Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP.
Valoración de las lesiones mediante dermatoscopio, previo a su envío a Dermatología, si procede.

INDICADORES
-Número de sesiones clínicas / talleres prácticos dermatología al año (Igual o superior a 3). Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
-Porcentaje de médicos que han acudido a al menos 2 sesiones dermatológicas al año (igual o superior al 50%) Fuente de información: Actas con firma de asistentes.
-Porcentaje de pacientes derivados a dermatología con realización de dermatoscopia reflejada en curso clínico (igual o mayor al 1%, en el cupo del profesional que ha recibido formación por parte del sector). Fuente de información: audit historias.

DURACIÓN
-Formación de los profesionales responsables: Fechas que establezca la Dirección del Sector
-Adquisición del dermatoscopio por parte de la Dirección de AP: Solicitado en el Plan de Necesidades de 2018. Pendiente de adjudicación de presupuestos.
-Sesiones formativas del Equipo: Se realizarán con posterioridad a la recepción del Dermatoscopio y a la formación recibida por el responsable del proyecto.

OBSERVACIONES
En principio se va a incluir uno de los cupos de medicina, que será el evaluado, aunque la práctica se extenderá al resto de profesionales, con la peculiaridad de los consultorios periféricos, dado que la ubicación del Dermatoscopio va a ser la cabecera del centro de salud.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE LAUDO TESAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS
MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA
MOLINES FUERTES HORTENSIA
LURI PASTOR ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Actividades: este proyecto tiene como objetivo mejorar el manejo de la Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria en la Zona Básica de Salud de Tauste. Es el proyecto estratégico estrella del sector III para 2018. Según la casuística existe una baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención a la IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en la formación de los profesionales y una baja implicación en el proceso de control y seguimiento de la IC. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE, implementación de Guías de Práctica Clínica, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
La Insuficiencia Cardíaca tiene una prevalencia del 1-2 % en la edad adulta y aumenta a más del 10 % en personas mayores de 70 años. La mortalidad al año del diagnóstico es del 7 % en los pacientes estables y del 17 % en los que han estado ingresados. Con estos datos tomamos conciencia de la importancia de esta patología y de la pertinencia de su adecuado manejo desde AP.
Inicialmente, el día 9/4/2018, tuvo lugar la presentación del proyecto al EAP de Tauste en una reunión entre los integrantes del equipo donde se explicó el acuerdo de gestión firmado para el año 2018 y en la que se expusieron los diferentes proyectos.
En una posterior reunión celebrada el día 26/4/2018 se adjudicaron los proyectos a las personas más interesadas en cada uno de ellos. En el Proyecto de Insuficiencia Cardíaca,la población diana era toda aquella que estaba en los listados facilitados desde el Servicio de Farmacia del sector III del Salud correspondiente a la zona básica de salud de Tauste que estuvieran codificados en OMI con el código K77.
Una de las claves del buen funcionamiento del Proyecto en cuestión, es la adecuada codificación a través de OMI del diagnóstico de IC, ya que si no los listados facilitados, incluirían diagnósticos variados y se desvirtuaría el resultado final. Para ello en la sesión del 26/4/2018 se hizo un repaso completo sobre la forma correcta de codificar la IC en OMI para evitar errores que conllevaran resultados finales erróneos.
Se solicitó colaboración al Servicio de Cardiología de referencia para nuestro CS, y se desplazó a Tauste el Dr. Monzón, Cardiólogo del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza para impartir una charla sobre los aspectos más prácticos de la Insuficiencia Cardíaca el día 9/5/2018 .
Se convocó a una sesión al estamento de Enfermería de la zona básica para elaborar un plan de medición de variables intermedias de proceso relativo a insuficiencia cardíaca consistente en planes de cuidados, planes estandarizados e implicación del paciente en el manejo y control de los síntomas de la IC . Todo ello se pudo articular a través de las diferentes herramientas del programa OMI .
Asimismo el día 3/12/2018 tuvo lugar una sesión clínica por mi parte para repasar los aspectos más dudosos acerca del abordaje de la Insuficiencia Cardíaca desde que se inició el Proyecto en Mayo 2018. Al inicio del proyecto se expusieron distintas Guías de Práctica Clínica para intentar consensuar los apartados más interesantes de cada una de ellas y adaptarlos a la forma de trabajar en Atención Primaria. Para ello se consultaron las siguientes publicaciones:
* Consenso 2017 de la ACC (American College of Cardiology) sobre el manejo de la Insuficiencia Cardíaca.
* Guía de Práctica Clínica sobre tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca crónica elaborada por el Ministerio de Sanidad en 2016.
* Guía ESC (Sociedad Europea de Cardiología) 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca aguda y crónica. * Manual práctico del manejo integral del paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica, 4º edición; del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.
El desarrollo de todo este proyecto se le comunicó al Consejo de Salud de la zona en Septiembre 2018 dando su conformidad y satisfacción por su implementación y el beneficio que iba a aportar a la población de referencia.

2.- Calendario: Se estableció un calendario a desarrollar desde Mayo 2018 hasta Diciembre 2018 incluyendo reuniones de EAP para seguimiento de las actividades, preparación de las sesiones, aportación de ideas a desarrollar, reunión del Consejo de Salud, etc…

3.- Recursos empleados: Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, adecuada comunicación AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la IC por parte de la AP.

4.- Acciones realizadas: Como mejora de las actividades preventivas se propuso como actividad comunitaria, Grupos de Ejercicio Físico durante el verano 2018 consistente en paseos saludables de familiares y pacientes con IC acompañados de 2 enfermeras del centro de salud cambiando el itinerario cada día y siempre por terreno

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

lo más llano posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Estándar marcado:
* Reducción de las visitas al Servicio de Urgencias Hospitalarias en el centro de referencia de nuestra zona básica de salud, en este caso, el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza., dirigidos a la población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables. Para ello se propone la medición del siguiente indicador:
Nº Ingresos potenciales / Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%.
* Potenciación de los cuidados en IC: se recomienda el siguiente indicador, Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal . Objetivo: aumento 10 % en vacunación antigripal con respecto al año anterior.
* Pendiente establecer circuito para la vacunación del neumococo que actualmente depende exclusivamente de A.Especializada. El objetivo es un aumento del 5% en vacunación antineumocócica respecto al año anterior. Recientemente se ha elaborado el nuevo Calendario de Vacunación del Adulto en donde se recomienda la vacuna antineumocócica polisacarídica de 23 serotipos a todas las personas que cumplan los 65 años de edad durante el año en curso y no hayan recibido una dosis en los últimos 5 años. Por parte de Enfermería se ha elaborado un protocolo para vacunar a todos estos pacientes ya que se ha facilitado el envío de las vacunas del Neumococo a los Centros de Salud.
* Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida.
* Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%.
* Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida.
* Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida.

2.- Impacto: A falta del pertinente análisis estadístico de los datos durante el año 2018, nuestra percepción subjetiva es que ha mejorado la identificación y el control de los síntomas de descompensación de la IC por parte de pacientes y familiares, así como el manejo de las dosis de diuréticos para control de edemas / disnea.

3.- Indicadores: a la espera de que el trabajo desarrollado en el Proyecto de IC del Centro de Salud, se refleje en los indicadores señalados como objetivos; para ello solicitaremos se nos envíen estos resultados una vez se procesen los datos por parte del Servicio de Farmacia del Sector III.
En cuanto a los listados de pacientes en tratamiento con Calcio-antagonistas y con Beta-bloqueantes, han sido requeridos en 2 ocasiones al Servicio de Farmacia del Sector III, sin conseguir que los enviaran para poder revisarlos y adecuar a cada paciente su tratamiento de forma más personalizada y de acuerdo a las GPC que hemos manejado en el Proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La IC es una patología que se puede abordar desde AP dada su alta prevalencia entre la población mayor de 65 años, ya que disponemos de los conocimientos suficientes tanto para su diagnóstico como para su tratamiento y seguimiento de posibles complicaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/763 ========== ***

Nº de registro: 0763

Título
MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, MARTINEZ RUIZ MARIA VICTORIA, MOLINES FUERTES HORTENSIA, LURI PASTOR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación de los profesionales e implicación en el proceso de IC.
La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se integran en el proceso.
Uso racional de recursos: Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, adecuada comunicación AP-AE, implementación de GPC, y aumento de la capacidad de resolución en la atención de la IC por parte de A.P.
Actividad: Intentar identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido. Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso. En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC. Pendiente establecer circuito para la vacunación del neumococo que actualmente depende exclusivamente de A.Especializada.
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
Cambios en la práctica clínica: Implementar el conocimiento y uso de la GPC-
Formación: Plan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos con Medicina Interna.
Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAP, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: algún tipo de actividad comunitaria con repercusión en el riesgo cardiovascular (actividad física, tabaquismo…) en el contexto de IC.
2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal . Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia
7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.
1. Cambios práctica clínica: una vez consensuada, implementación GPC/Vía clínica.

2. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. mayo-diciembre 2018
3. Comunicación: Reunión EAP, Consejo de Salud Zona. En todo el periodo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0763

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA D EOPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ASTIER PEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FRANCES ANTONIO
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL
LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA
GUILLEN GALVE MARIA
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año se realizaron varias sesiones en relación con el proyecto para facilitar la concienciación del buen uso de antibióticos en las diferentes patologías.
1. Sesión de presentación del programa PROA-AP.: 16/04/18
2. Sesión de revisión de tratamientos antibioticos en las infecciones respiratorias altas y bajas.: 22/05/18
3. Sesión de revision de tratamientos antibioticos en las infecciones urinarias.: 04/06/18
4. Revisión de tratamientos antibióticos en niños (otitis, faringoamigdalitis...) : 10/09/18
5. Decálogo del programa IRASPROA. Compromiso d los profesionales con los principios de buen uso de antibióticos.: 05/11/18

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los profesionales reconocen el uso de guías de uso de antibióticos presentadas a lo largo del año, con lo que se reduce la utilización de antibióticos. Aunque no tenemos datos objetivos, si es la sensación subjetiva de todo el equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El haber entrado en el proyecto ha servido para concienciar al personal del equipo del buen uso de los antibióticos en las diferentes patologías infecciosas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/781 ========== ***

Nº de registro: 0781

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
ASTIER PEÑA MARIA PILAR, LOPEZ FRANCES ANTONIO, BELLO GIL JOSE LUIS, LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE, BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL, LABORDA SANAGUSTIN AGUSTINA, GUILLEN GALVE MARIA, BANDRES OLIVAN TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Control de resistencias antibioticas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA D EOPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EAP TAUSTE

diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asitencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 60%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA GUILLEN GALVE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
CARRERAS GIRALDA ANTONIO
BELLO GIL JOSE LUIS
TENA DOMINGO INMACULADA
ASTIER PEÑA MARIA PILAR
ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL
LURI PASTOR ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES DE ORGANIZACION

OCTUBRE 2017
Reunión en Consulta de Pediatría del Centro de Salud, de Pediatra y Enfermera de Pediatría con la Directora de la Escuela Infantil de Tauste, esta ultima plantea si desde el Servicio de Pediatría podemos colaborar y asesorarles respecto al tema de alimentación infantil, para que ellos a su vez expliquen a los padres que alimentos deberían llevar los niños para realizar unas " Meriendas Saludables ".

NOVIEMBRE 2017
El Servicio de Pediatría del Centro de Salud solicita por teléfono una reunión con el Equipo Directivo del Colegio Publico Alfonso I de Tauste para solicitar su colaboración y explicar en que consiste este proyecto, se fija fecha.
Este proyecto podría hacerse extensivo a los Colegios de Novillas y Pradilla, pueblos que pertenecen al EAP de Tauste.

Reunión en el Colegio de Equipo Directivo, Pediatra y Enfermera de Pediatría de Tauste, donde se firma el "Modelo de Acuerdo entre el Centro de Salud y Centros Educativos para la Promoción de la Salud", estableciéndose la justificación, objetivos, actuaciones, interlocutores y evaluación para llevar a cabo este proyecto.

A LO LARGO DE LOS CURSOS ESCOLARES 2017- 2018 y 2018-2019
Se realizan distintos contactos telefónicos quedando establecidas las fechas de realización de las acciones o intervenciones realizadas.

FORMACIÓN
La Responsable del proyecto asistió en 2017 a los cursos de Atención Comunitaria del Sector 3 Zaragoza y de ellos aporta información por escrito al Colegio de una Guía de un Proyecto de Salud Comunitaria, colaboración con Centros Educativos, integración en la Agenda Comunitaria del Centro de Salud, así mismo se da Información de la Convocatoria de Acreditación de Centros Escolares como Escuela Promotora de Salud (BOA) y funcionamiento de SARES

DOTACIÓN DE RECURSOS
Lugares de realización de Actividades:
CP Alfonso I (Clases y Biblioteca)
Centro de Salud de Tauste
Materiales:
Material sanitario, laminas y dibujos, fichas escolares, reactivos para realización de Taller Lavado de Manos, proyectores, ordenadores, peluches, ambulancia de la zona.
Recursos Humanos.
Profesorado del Colegio, profesionales del Centro de Salud y Técnicos de Ambulancia que colaboraron en un taller.

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN DEL PROYECTO
Difusión Interna al EAP en Reuniones de Equipo, explicando la inclusión del Proyecto en Acuerdo de Gestión de 2018 y evolución del proyecto así como envío de fotografías y videos de los talleres realizados en un grupo de WhatsApp interno de los trabajadores del EAP Tauste.
Difusión Externa al Consejo de Salud de la Zona dado que en las distintas sesiones se aporta información de todo lo referente a Atención Comunitaria del Centro de Salud.

INTERVENCIÓN ACCIONES REALIZADAS
OCTUBRE 2017
Contactos telefónicos y reuniones en Consulta de Pediatría del Centro de Salud, de Pediatra, Enfermera de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Pediatría y Directora de Escuela Infantil Tauste, quedando establecido un Modelo de " Meriendas Saludables" que la Directora de la Escuela trasmite a los padres al respecto.
Se hace extensiva la colaboración en otros temas por parte del Servicio de Pediatría mediante la Guía de Ayuda para Centros Docentes.

NOVIEMBRE 2017
Pediatra y Enfermera de Pediatría acuden al Colegio Alfonso I de Tauste a impartir un Taller sobre " El Resfriado y Hábitos Saludables "
Se hace en horario escolar a las 3 clases de 1º de Educación Infantil por separado
Colabora el profesorado de las 3 clases, proyectando un breve vídeo en relación al tema. Se aporta por parte de Pediatría laminas de dibujos explicativos, material sanitario y peluches para practicar con los niños haciéndoles partícipes en el taller.

MARZO 2018
En el CP San Nicasio de Novillas la Medico de Familia y Enfermera acuden a colaborar con la Maestra de Educación Infantil en el Proyecto que se está llevando a cabo en el aula " El Cuerpo Humano y mi Pediatra"

JUNIO 2018
Se imparte el Taller de "Lavado de Manos" por Pediatra, Enfermera de pediatría y un Medico de Familia del EAP.
Se lleva a cabo en la Biblioteca del Centro Escolar de Tauste impartiéndose a 2 grupos por separado uno de 2º y otro de 3º de Educación Infantil.
Se proyecta una sesión didáctica y se lleva material necesario con reactivos practicando con los niños.

ENERO 2019
2 grupos de unos 15 niños cada uno de 3º de Educación Infantil del CP Tauste visitan el Centro de Salud acompañados por sus profesoras
Se hace un paseo explicativo para que conozcan a los profesionales que trabajan en el centro y las funciones que desempeñan.
La Pediatra y Enfermera de Pediatría los guían por Admisión, zona de Medicina General, Matrona, Fisioterapia, Urgencias y Consulta de Pediatría donde realizan un simulacro de consulta haciendo ellos el papel de pediatra enfermera y paciente.
Así mismo se les enseña por adentro y por fuera la ambulancia del 061 del Centro Base.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se obtenido unos resultados de impacto, la cooperación entre el centro de salud y educativo para la promoción de la salud de la comunidad escolar facilita la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables, aumentando las competencias en salud de los escolares y permitiendo que haya un acercamiento entre el ámbito escolar y sanitario.

El colegio público Alfonso I de Tauste ha pasado a ser Escuela Promotora de Salud lo cual nos parece muy importante para la sostenibilidad del proyecto.

Los Indicadores utilizados han sido:
Nº de Reuniones (6)
Nº de Talleres Realizados (4)
Nº de Profesionales, los descritos en esta memoria.
Fichas escolares y dibujos donde se plasma lo aprendido antes y después de la realización del taller.
Encuesta de satisfacción y resultados del proyecto a profesores y profesionales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sería buena la realización de una Agenda Comunitaria del Centro de Salud para una mejor organización de estos proyectos, sigue faltando conocimiento de la Atención Comunitaria en si.
El proyecto nos parece sostenible y útil, sobre todo ahora que el Colegio ha pasado a ser Escuela Promotora de Salud.

7. OBSERVACIONES.
Es importante que haya apoyo por parte de las Gerencias y EAP para el mejor desarrollo de estos temas comunitarios ya que a veces requiere mucho esfuerzo a nivel personal de los participantes

*** ========== Resumen del proyecto 2018/788 ========== ***

Nº de registro: 0788

Título
SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS, CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

Autores:
GUILLEN GALVE MARIA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BELLO GIL JOSE LUIS, TENA DOMINGO INMACULADA, ASTIER PEÑA MARIA PILAR, ARANDA DEL MORAL ANA ISABEL, LURI PASTOR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto se adscribe en los objetivos del Acuerdo de Gestión del Centro de Salud de Tauste de 2018, se enmarca dentro de las líneas estratégicas de promoción de las actividades comunitarias, nos parece útil, con posibilidad de buenos resultados y capacidad de continuación en el tiempo.
El proyecto surge de manera bidireccional:
Por una parte al inicio del curso escolar 2017 – 2018 la Escuela Infantil de Tauste solicita la colaboración del equipo de Pediatría para fomentar hábitos de salud saludables en cuanto a la alimentación ofrecida en dicha escuela.
Por otra parte el equipo de Pediatría, se plantea la realización de un proyecto de colaboración con los centros educativos de la zona, participando conjuntamente con el profesorado y actuando sobre el alumnado, fomentando medidas y comportamientos saludables que mejoren la salud y bienestar de los escolares y apoyando su participación en el cuidado de la salud y prevención de enfermedades dirigidas a promover la salud de la comunidad educativa.
Se justifica el proyecto, dado que la cooperación entre el centro de salud y educativo para la promoción de la salud de la comunidad escolar, hace posible realizar un abordaje global facilitando la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables aumentando las competencias en salud de los escolares, permitiendo además que haya un acercamiento entre ámbito escolar y sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un marco de acercamiento y colaboración coordinada entre el EAP y centro educativo que permita asegurar la sostenibilidad de estas actuaciones, fomente un entorno saludable y aumente las competencias en salud de los escolares y profesorado.
Se plantea que el proyecto sea el paso previo a que el CEIP Alfonso I se convierta en Escuela Promotora de Salud.
La actividad va dirigida a la población de la Escuela Infantil, niños de 3 meses a 3 años, a través de su profesorado
A nivel escolar en los CEIP Alfonso I de Tauste y San Nicasio de Novillas se trabaja con niños de Educación Infantil.
Según el tipo de actividad se trabajará con clases individualizadas o en grupos.

MÉTODO
Reuniones y contactos telefónicos Escuela Infantil de Tauste y Pediatría para establecer pautas de alimentación saludable, haciéndose extensiva la colaboración en otros temas mediante la Guía de Ayuda para Centros Docentes.
Reunión Pediatría con equipo directivo del CEIP Alfonso I de Tauste, estableciendo el Modelo de Acuerdo entre Centro de Salud y Educativo para la promoción de la Salud, identificando los objetivos e intervenciones educativas que se realizarán a lo largo de los cursos 2017-2018 y 2018-2019, trabajando
con metodologías participativas, aplicando técnicas en grupos pequeños.
Pediatra y enfermera acudirán a las clases de 1ªEducación Infantil (3 clases de unos 15 alumnos) para impartir unos talleres y trabajar con los escolares y profesores de dichas clases, sobre “El resfriado y hábitos saludables“. Se lleva material sanitario, láminas de dibujos y peluches para practicar con los niños.
Pediatra, Enfermera y Médico de Familia impartirán otro taller sobre “higiene de Manos” en la Biblioteca del Centro Escolar con material necesario para su desarrollo, 2 grupos, uno con niños de 2º y otro de 3º de infantil.
Visitas de escolares al Centro de Salud para conocer las instalaciones, servicios, profesionales que trabajan en él y funciones que desempeñan, se enseñarán espacios y materiales de Admisión, Pediatría, Medicina, Matrona, Fisioterapia y Urgencias.
Médico y Enfermera de Novillas (Consultorio de la ZBS de Tauste) imparten un taller con la profesora de Infantil dentro de un proyecto del colegio “El cuerpo humano y mi pediatra”. Se intentará que alumnos puedan ir al consultorio a conocerlo.
Comunicación del Proyecto y sus fases evolutivas periódicamente al EAP de Tauste y Consejo de Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0788

1. TÍTULO

SANIDAD Y CENTROS EDUCATIVOS,CAMINAMOS DE LA MANO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTIL

INDICADORES
Nº de reuniones realizadas con Centros Educativos que participan en el Proyecto
Nº de Talleres impartidos
Nº de Participantes
Fichas escolares y dibujos donde se plasma la realización de lo aprendido comparativamente antes y después del taller realizado o visitas escolares- sanitarias
Encuesta a profesores y profesionales participantes de satisfacción y resultados obtenidos con el proyecto

DURACIÓN
Oct Nov 2017 Reuniones Escuela Infantil Tauste y Pediatría
Oct Nov 2017 Reunión CEIP Tauste y Pediatría -
Realización 1er taller
Mar 2018 Taller en CEIP Novillas
Jun 2018 2ºTaller en Colegio Tauste
Oct Nov 2018 Visitas de escolares a centro de Salud

OBSERVACIONES
Colaboración del EAP para cubrir las ausencias de profesionales intervinientes

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 29/12/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO CARRERAS GIRALDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
TENA DOMINGO INMACULADA
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Se ha confeccionado un protocolo interno para la gestión de la Atención Urgente de nuestro centro, donde constan los criterios para la activación de los profesionales, contemplando también situaciones excepcionales como la ausencia del profesional correspondiente por causas no previsibles o que el sujeto sea un desplazado ajeno a nuestra zona de salud.
2- Se ha creado igualmente un documento interno para la gestión de incidencias del personal de guardia.
3- Se ha diseñado también un protocolo interno sobre el carro de parada y el maletín de urgencias, donde consta el contenido, la distribución y la cantidad de cada fármaco, material instrumental o material desechable.
4- Se ha creado una tabla para la asignación de los profesionales del EAP para la supervisión y mantenimiento de los diferentes items de la sala de urgencias.
5- En relación al proyecto, en 2018 hemos realizado en el centro las siguientes sesiones y talleres:
SESIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE ECG EN URGENCIAS
TALLER DE RCP EN ADULTO Y NIÑO (2 DIAS)
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN EL NIÑO (DIRIGIDO A GRUPO DE CRIANZA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la creación de un documento explícito, se han clarificado los criterios de asignación de profesionales para la Atención Urgente, tanto dentro como fuera del centro de salud, incluyendo situaciones excepcionales.
También se redactó un documento donde se explicaban los pasos a seguir ante una posible indisposición del personal de guardia.
Asociadas al protocolo del carro de parada, se han realizado unas fotos que se han colocado en la pared anexa, para identificar con rapidez la distribución del material en cada uno de los cajones.
Igualmente se ha colocado junto a la camilla de urgencias la última actualización del manejo de la PCR (AHA 2018).
Se obtuvo una asistencia masiva de profesionales del EAP (> 80%) a las sesiones de actualización de ECG y RCP.
Como actividad social se realizó un taller de primeros auxilios en el niño, dirigido a padres y cuidadores, con una gran acogida y asistencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la Atención Urgente es preciso tener los conceptos claros, tanto en la activación de recursos como en la asistencia médica. Con el documento interno que hemos creado, se ha pretendido simplificar el primer aspecto y con las sesiones y talleres, una actualización teórico-práctica adecuada.
Con el mantenimiento y supervisión de los items de la sala de urgencias por todos los profesionales, hemos pretendido conseguir un contacto directo periódico que genere una familiaridad que después agilice las actuaciones que pueda precisar una Atención Médica Urgente.
Finalmente reseñar que tuvimos una gran acogida por parte de padres y cuidadores habituales en la sesión sobre primeros auxilios en el niño, dicha sesión fué impartida por la pediatra y la matrona. En dicho taller se dieron también pautas básicas ante situaciones frecuentes en el niño, tales como fiebre, tos, diarrea,... dirigido sobretodo a hacer un uso adecuado del servicio médico de atención continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/896 ========== ***

Nº de registro: 0896

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA. CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BANDRES OLIVAN TERESA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, TENA DOMINGO INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.
Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador,.. etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES
Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo
Objetivo: Superior al 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento
del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 02/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO CARRERAS GIRALDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS TAUSTE
· Localidad ..... TAUSTE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AREVALO AMATRIAIN INMACULADA
BANDRES OLIVAN MARIA TERESA
LORENTE SERRANO MARIA DEL CARMEN
TENA DOMINGO INMACULADA
FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION
JIMENEZ IBAÑEZ MILAGROS
JACA PINZOLAS JUAN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Se ha confeccionado un protocolo interno para la gestión de la Atención Urgente de nuestro centro, donde constan los criterios para la activación de los profesionales, contemplando también situaciones excepcionales como la ausencia del profesional correspondiente por causas no previsibles o que el paciente sea un desplazado ajeno a nuestra zona de salud.
2- Se ha creado igualmente un documento interno para la gestión de incidencias del personal de guardia (tanto en días laborales como en festivos). En él se hace hincapié, en que el profesional indispuesto no podrá abandonar el puesto de guardia (salvo situaciones de causa mayor y previa comunicación al centro regulador del 061) hasta que llegue otro compañero.
3- Se ha diseñado también un protocolo interno sobre el carro de parada y el maletín de urgencias, donde consta el contenido, la distribución y la cantidad de cada fármaco, material instrumental o material desechable. Después de cada uso hay que reponer todo el material utilizado y proceder a precintar de nuevo el carro.
4- Se ha creado una tabla para la asignación de los profesionales del EAP para la supervisión, mantenimiento y revisión de caducidades de los diferentes items de la sala de urgencias (maletín, carro de curas, medicación oral, medicación inyectable, carro de parada, material de suturas,...) en la que en cada mes un miembro del EAP se encargará de la revisión de los apartados que le hallan sido asignados.
5- Durante 2018 se han realizado en el centro las siguientes sesiones y talleres:
SESIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE ECG
TALLER DE RCP EN ADULTO Y NIÑO (2 DIAS)
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN EL NIÑO (DIRIGIDO A GRUPO DE CRIANZA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la creación de un documento explícito, se han simplificado los criterios de asignación de profesionales para la Atención Urgente, tanto dentro como fuera del centro de salud, incluyendo situaciones excepcionales.
También se redactó un documento donde se explicaban los pasos a seguir ante una posible indisposición del personal de guardia.
Anexo al protocolo del carro de parada, se han realizado unas fotos que se han colocado en la pared junto a él, para identificar con rapidez el contenido y la distribución del material en los diferentes cajones.
Igualmente se ha colocado junto a la camilla de urgencias, un póster con la última actualización del algoritmo de RCP (AHA 2018).
Se obtuvo una asistencia masiva de profesionales del EAP (> 80%) a las sesiones y talleres de actualización de ECG y RCP.
Como actividad social se realizó un taller de primeros auxilios en el niño, dirigido a padres y cuidadores, con una gran acogida y asistencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la Atención Urgente es preciso tener los conceptos claros, tanto en la activación de recursos como en la asistencia médica. Con el documento interno que hemos creado para la activación de profesionales se ha pretendido simplificar el primer aspecto y con las sesiones y talleres, una actualización teórico-práctica adecuada.
Con el mantenimiento y supervisión de los items de la sala de urgencias por todos los profesionales, hemos pretendido conseguir un contacto directo periódico que genere una familiaridad que después agilice las actuaciones que pueda precisar una Atención Urgente.
Finalmente reseñar que tuvimos una gran acogida por parte de padres y cuidadores habituales en la sesión sobre primeros auxilios en el niño, en la que también colaboraron la pediatra y la matrona de nuestro EAP. En dicho taller se dieron también pautas básicas ante situaciones frecuentes en el niño, tales como fiebre, tos, diarrea,... dirigido sobretodo a hacer un uso adecuado del servicio médico de atención continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/896 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Nº de registro: 0896

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA. CENTRO DE SALUD DE TAUSTE

Autores:
CARRERAS GIRALDA ANTONIO, BANDRES OLIVAN TERESA, LORENTE SERRANO MARIA CARMEN, FERRANDEZ JIMENEZ ASCENSION, JIMENEZ IBAÑEZ MARIA MILAGROS, AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA, JACA PINZOLAS JUAN CARLOS, TENA DOMINGO INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAUSTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP.
Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador,.. etc.
Dificultad en seguimiento de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión de los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional / profesionales responsables de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del Centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.
Proporcionar a los profesionales del EAP una matriz para que definan el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente. Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles.
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente, mediante la participación en cursos y talleres organizados a tal efecto, tanto por parte de la Dirección de AP como por el propio Centro.
Situar en lugares estratégicos documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada/urgencias extrahospitalarias.

INDICADORES
Creación y difusión de un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Existencia de dicho documento Sí/no
Objetivo : Existencia de dicho documento
Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0896

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA

Objetivo: Superior al 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del centro que han asistido / participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevé la continuación hasta el total desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0670

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CS UNIVERSITAS

Fecha de entrada: 28/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LUCIA DIESTE AISA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OJEDA VERDE MARIA ISABEL
LIZANDRA FRON PEDRO
BONED JIMENO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Información y sesión de Formación a todo el equipo.
Adecuar la sala y los recursos materiales para la consulta de CM.
Crear agenda específica.
Se creó un material de apoyo de información sobre las lesiones a tratar y el seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El programa esta implantado en el CS.
Se completa el protocolo de OMI del Cs por lo que el indicador de pacientes atendidos se puede extraer del OMI.
Los pacientes atendidos están satisfechos. Observación en al consulta de seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La limitación de tiempo marcada por la demanda asistencial hace que el programa no se difunda y se amplíe en cobertura.
La dificil coordinación en horarios con Enfermería impide el mayor desarrollo del programa.
El proyecto debe ir reforzándose con motivación por parte de los profesionales.
Área a mejorar: El circuito con Anatomía Patológica y crear un circuito de consulta con Especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/670 ========== ***

Nº de registro: 0670

Título
CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CENTRO DE SALUD DE UNIVERSITAS

Autores:
DIESTE AISA LUCIA, LOPEZ DIEZ MARIA DEL CAMINO, PEÑA DE MIGUEL SANTIAGO, SEDILES CABELLO ANA ISABEL, JORDAN PEREZ MARIA MAR, LIEVANO SEGUNDO PAOLA, PERALTA GINES MARIA, MUNIESA GRACIA PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....: Satisfacer una demanda

PROBLEMA
La Cirugía Menor es una actividad desarrollada tradicionalmente en AP.
Realizarla de forma programada, protocolizada y con procesos definidos y evaluables mejora la calidad, aumenta la seguridad y satisfacción del paciente al atender a sus necesidades, aumenta la motivación y satisfacción de los profesionales al mejorar conocimientos y habilidades y obtiene un resultado en el servicio sanitario con un coste razonable.

La detección como oportunidad de mejora se establece en la Autoevaluación del Contrato de Gestión (CG) y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0670

1. TÍTULO

CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CS UNIVERSITAS

método de Priorización que se utiliza es la valoración de la factibilidad del proyecto por parte del grupo de mejora al concurrir una serie de circunstancias favorables en su desarrollo:
Motivación de los profesionales, experiencia y formación,
Estructura y material necesario,
Demanda en las consultas.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar el programa de CM programada en el CS Universitas:

Atender la demanda: diagnosticar y tratar lesiones cutáneas incluidas en el protocolo de CM en AP.
Mejorar las habilidades y la colaboración de los profesionales sanitarios.
Aumentar la seguridad clínica de los pacientes al aplicar un protocolo consensuado y revisado.
Disminuir la derivación a Especializada.

MÉTODO
El coordinador y grupo de mejora elaboran el Programa. Para ello comparten los conocimientos y experiencias anteriores, revisan los protocolos de CM en AP y adaptan el programa a las necesidades y posibilidades del CS.

Todas las actividades las realizará siempre un equipo formado como mínimo por una persona de Medicina y una de Enfermería. El equipo de mejora se reunirá una vez al mes para controlar el desarrollo de las actividades y del programa.

Se analizan y definen las necesidades:
Estructura: Consulta y material necesario:
        Mobiliario: camilla, mesas auxiliares, luz, contenedores.
        Equipo básico de reanimación.
        Material quirúrgico: bisturí eléctrico, equipo y material de curas.
Colaboración con Anatomía Patológica.
Organización (Estrategia): se establece un modelo de equipos quirúrgicos que se componen de un profesional de Medicina y uno de Enfermería que realizan las intervenciones siguiendo el protocolo y asumiendo la demanda que se vaya generando en el CS.

Se definen los Procesos de los que se compone el Programa:
Diagnóstico y Captación: Demanda en consulta de Medicina y Enfermería
Protocolo de Intervención.
Lesiones: las definidas en el protocolo de CM.
Tratamiento: con las distintas técnicas de CM.
Seguimiento: en consulta de Enfermería ó Medicina
Control y registro de complicaciones y resultados de Anat Pat.

INDICADORES
Indicador de Actividad:
Nº de lesiones tratadas en programa. Se obtendrá con el registro OMI.
Indicador de Calidad:
Porcentaje de correspondencia de diagnóstico clínico- anatomopatológico:
Nº de diagnósticos concordantes/ nº de diagnósticos no concordantes x 100.
Se calculará al comprobar siempre el diagnóstico Anatomopatológico. El Objetivo mínimo es una concordancia del 85%.

DURACIÓN
Octubre 2016: Adecuación de la sala, Revisión de necesidades de material.
Noviembre 2016: Revisión del Protocolo. Información al Equipo
Diciembre 2016: Inicio de la actividad.
Marzo 2017: Evaluación del desarrollo del programa. (1ª evaluación)
El Programa debe estar integrado en la actividad del CS.
Junio 2017: 2ª evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1649

1. TÍTULO

ADECUACION A LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 01/03/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO TEMPORAL VISUS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OSES SORIA AMALIA
MURILLO LAHOZ EVA
AZNAR TEJERO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión de EAP explicando objetivos de mejora y metas a conseguir.
Momitorización del cuadro de mandos.
Utilización del Strepto test para el diagnóstico de Faringoamigdalitis y adecuar el tratamiento. Se ha llevado a cabo registro de los realizados:
El 66% de los test realizados fueron negativos y por lo tanto tratamiento sintomático y en los positivos fueron tratados con Penicilina.
Revisión de los pacientes en tratamiento con Lidocaína .
Revisión de los pacientes polimedicados .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisado el cuadro de mandos nos mantenemos dentro de rango para el uso eficiente de estatinas como para las faringoamigdalitis.
Se ha adecuado el uso de Lidocína .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido mentalizar al EAP de la importancia del uso eficiente de las Estatinas, del rieso anticolinérgico en pacientes ancianos.
Todavía queda mucho por hacer hasta alzanzar todos los objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1649 ========== ***

Nº de registro: 1649

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP UNIVERSITAS

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, LIZANDRA FRON PEDRO MANUEL, PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN, MARTINEZ MANERO ADRIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación de prescripción de medicamentos: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1649

1. TÍTULO

ADECUACION A LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA

se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-parches de lidocaína,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión.
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestOs

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1649

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA PRESCRIPCIONB EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Fecha de entrada: 06/03/2018

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LIZANDRA FRON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentacion del programa el EAP dia 16 / 11 / 2017
Se presenta el programa con los objetivos según documentación redactada por el equipo de farmacia del area 3

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
seleccion eficiente de estatinas : 17.22 %
17. 43 % (2016).
uso de ab. en faringitis estreptococica : 90 %
uso de atrpinicos en >75 años: 12.34%
12.76% (2016)
inh bomba protones: 72.98%
74,2% (2016)
seleccion eficiente hipolipemiantes:17.22%
17,43% (2016)
tto hipolipemiante combinado en p. 1ª: 6,18%
6.9% (2016)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revison del gasto farmaceutico y el uso apropiado de farmacos
tienden a ajustarse a los objetivos fijados por el contrato programa ;
el centro de salud Universitas cumple los parametros previamente fijados por el area 3.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1649 ========== ***

Nº de registro: 1649

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP UNIVERSITAS

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, LIZANDRA FRON PEDRO MANUEL, PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN, MARTINEZ MANERO ADRIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación de prescripción de medicamentos: Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1649

1. TÍTULO

ADECUACION EN LA PRESCRIPCIONB EN LA ASISTENCIA SANITARIA

relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-parches de lidocaína,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión.
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con parches de lidocaína (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestOs

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1676

1. TÍTULO

CAMINANDO CON CORAZON

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR AZNAR TEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha diseñado un cartel informativo.
Se han definido las líneas estratégicas.
Se estableció la ruta a reralizar en el parque.
Se diseñó power point informativo para dar a conocer el proyecto al EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido poner en marcha, ya que la siguiente responsable del proyecto, fue desplazada de la plaza por traslado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La idea es retomar de nuevo el proyecto, una vez que los nuevos miembros del EAP se hayan integrado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1676 ========== ***

Nº de registro: 1676

Título
CAMINANDO CON CORAZON

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, SANCHEZ GARCIA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Conforme las personas se hacen mayores aparecen modificaciones y alteraciones en el estado de salud físico y psicológico. Estos cambios son progresivos pero hay evidencia cientifica con la que se demuestra que el ritmo de degeneración se puede modificar con la actividad física. El ejercicio puede ayudar a mantener o mejorar la condición física, el estado mental y los niveles de presión arterial de los ancianos. El realizar ejercico regularmente aumenta la habilidad de un adulto mayor en sus quehaceres diarios, reduce los riesgos de enfermedades crónicas como las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad,en definitiva mejora la calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
Prevenir y reducir la discapacidad y prolongar
su independencia

MÉTODO
-10 minutos de estiramientos y calentamiento suaves
-20 minutos paseando por el parque y educandolos en unos buenos habitos higienico-dieteticos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1676

1. TÍTULO

CAMINANDO CON CORAZON

INDICADORES
Usuarios que quieren participar en el programa de todos a los que se les ha ofertado la actividad.
Usuarios satisfechos con la actividad realizada atraves de encuesta de satisfaccion
Valorar mejora de valores de tension arterial y peso

DURACIÓN
OCTUBRE :
MARTES Y JUEVES :8,15H A 9H
NOVIEMBRE
MARTES Y JUEVES :8,15H A 9H
DICIEMBRE:
MARTES Y JUEVES :8,15H A 9H
continuaremos en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1683

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 07/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CARRIQUIRI MILIAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ GARCIA ALICIA
MAGAÑA JULIAN ELENA
LAZARO ORTEGA MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CLASIFICACION EN GABETAS DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURAS DE SALAS 17 Y 18.
CAMBIO DE DISPOSICION DE LAS DOS SALAS
AMBAS SALAS MANO DE PINTURA
COLOCACION DE CORTINAS CON RAIL EN TECHO PARA PROTECCION DE INTIMIDAD DE LOS PACIENTES
PROHIBICION DE BAJAR A COGER MATERIAL EN ESTAS SALAS Y REPOSICION DIRECTAMENTE DE ALMACEN
CAMBIO DE LUGAR CARRO DE PARADAS PARA FACIL ACCESO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PROTECCION DE INTIMIDAD DEL PACIENTE
SENSACION DE ESPACIO EN AMBAS SALAS
MEJOR ACCESO PARA PODER REALIZAR LIMPIEZA DE SALAS AL RETIRAR MATERIAL QUE HABIA EN EL SUELO
ORDEN Y FACILIDAD PARA ENCONTRAR MATERIAL DE USO EN ESTAS SALAS DE URGENCIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ORGANIZACION DE TRABAJO QUE SE REALIZA EN ESTAS SALAS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1683 ========== ***

Nº de registro: 1683

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
CARRIQUIRI MILIAN CARMEN, OTAL VALLES MONTSERRAT, APARICIO TORNAY NURIA, JORDAN PEREZ MARIA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1683

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1690

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 07/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ALICIA SANCHEZ GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RANDET LATORRE VICTORIA
ROMAN DIEZ MARI FE
MINGUILLON CASTILLO ANA
RIVAS RODRIGUEZ ANA
MOLINES MATEO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
IMPLANTACION DE CONSULTA NO PRESENCIAL EN EL CENTRO EN MEDICINA Y ENFERMERIA
LA DEMANDA LA GESTIONO PERSONAL DE ADMISION.
USO DE TELEFONO Y ORDENADOR

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SOLUCION DE DEMANDA ENFERMERA SOBRE DUDAS ACERCA DE ESTADO DE SALUD,ACERCA DE TRATAMIENTOS Y TAMBIEN CITACION DIRECTA CON SU ENFERMERA PORQUE LE PREOCUPABA ALGUN PROBLEMA DE SU FAMILIAR Y NO PODIA ACUDIR AL CENTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DIVULGAR A LA POBLACION ESTE SERVICIO TELEFONICO CON INFORMACION ESCRITA O EN PRENSA, TELEVISION.

7. OBSERVACIONES.
MAYOR COLABORACION A LA HORA DE CITACION EN ADMISION,PASAN LLAMADAS PERO NO LAS REGISTRAN EN OMI PARA ENFERMERIA,SI PARA MEDICINA SE OBSERVA MAYOR REGISTRO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1690 ========== ***

Nº de registro: 1690

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
SANCHEZ GARCIA ALICIA, RANDET LATORRE VICTORIA, ROMAN DIEZ MARI FE, MINGUILLON CASTILLO ANA, RIVAS RODRIGUEZ ENRIQUE, MOLINES MATEO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1690

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0713

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DIEGO CALAVIA SARNAGO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO MORALES GEMA
AZNAR VIDALLER CARMEN
LOIDI PLA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- JULIO 2018: Elaboración por parte de Gema Galindo y Diego Calavia, del documento a entregar a los pacientes, en el momento de citarse para primera consulta de Fisioterapia en las Unidades de Fisioterapia de C.S. Univérsitas y C.S. Delicias Sur, en el servicio de Admisión de su Centro de Salud. En esta nota se les explica a los pacientes cómo deben anular su cita, en el caso de que no puedan asistir a la misma y además, trata de concienciarles de que lo hagan en beneficio de todos.

2- JULIO 2018: Comunicación de Gema Galindo y Diego Calavia mediante reunión o mediante e-mail con los Jefes de Admisión de los Centros de Salud: Univérsitas, Delicias Norte, Oliver, Delicias Sur, La Bombarda y Valdefierro, para recordar a los administrativos del servicio de admisión, la importancia de asegurarse de que todos los pacientes recogen y entienden el documento citado en el anterior apartado, en el momento de citarse para la primera consulta de Fisioterapia.
A los pacientes se les empieza a entregar dicho documento a partir del 1 DE AGOSTO DE 2018.

3- JULIO 2018: Elaboración por parte de Gema Galindo y Diego Calavia de un documento para facilitar a los MAP de los respectivos Centros de Salud, en el que se les explica de la problemática existente en cuanto a las ausencias a la primera consulta de fisioterapia en las Unidades de Fisioterapia de C.S. Universitas y C.S. Delicias Sur. Además en este documento se les recuerda la existencia del Procedimiento de Atención Fisioterápica del Sector III y del Protocolo de derivación a las Unidades de Fisioterapia de AP, para tratar de que las derivaciones sean lo más correctas posibles, priorizando los problemas agudos respecto a los crónicos.

4- JULIO 2018: Comunicación de Gema Galindo y Diego Calavia mediante reunión o mediante e-mail con los Coordinadores Médicos de los Centros de Salud: Univérsitas, Delicias Norte, Oliver, Delicias Sur, La Bombarda y Valdefierro, para facilitarles el documento anteriormente citado, y solicitarles que faciliten dicho documento a los MAP de sus correspondientes centros.

5- 2 DE NOVIEMBRE 2018 – 26 DE FEBRERO DE 2019: registro por parte de Gema Galindo, Maria Angeles Loidi, Carmen Aznar y Diego Calavia, del nº de pacientes citados en primera consulta de fisioterapia especificando el nº de incomparecencias, en las respectivas Unidades de Fisioterapia de C.S Universitas y C.S Delicias Sur.
En este punto modificamos el calendario previsto y comenzamos con la recogida de datos en el mes de noviembre, en lugar de empezar en el mes de septiembre como teníamos previsto. Ésto lo hicimos debido a que a los pacientes se les empezó a entregar el documento en admisión, en el momento de citación para primera consulta de fisioterapia, el 1 de agosto de 2018. Teniendo en cuenta que en nuestras unidades tenemos una lista de espera para primera consulta de unos 3-4 meses, así dimos tiempo para que los pacientes que pidieron cita en agosto comenzaran a llegar a nuestras consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El indicador utilizado ha sido: nº de pacientes que no acuden a primera consulta de fisioterapia de las Unidades de Fisioterapia de los centros de salud Universitas y Delicias Sur / nº de pacientes citados en primera consulta de fisioterapia en las Unidades de Fisioterapia de los centros de salud Universitas y Delicias Sur X 100.
La recogida de datos se realizó a través los fisioterapeutas responsables de las Unidades de Fisioterapia tanto en turno de tarde como en turno de mañana en ambos centros de salud.
El resultado obtenido tras la recogida de datos entre el 2 de noviembre de 2018 y el 26 de febrero de 2019 ha sido de 18,5 % de incomparecencias, es decir, el 81,5 % de los pacientes citados para primera consulta de fisioterapia SI que acuden a la cita.
El estándar marcado al inicio de este proyecto era del 95% en los primeros 6 meses, con lo que no hemos conseguido llegar a este objetivo, quedándonos en un 81,5 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Podemos decir que no hemos conseguido llegar al estándar del 95 % marcado al inicio del proyecto, lo que nos indica que pese a nuestro esfuerzo desde las Unidades de Fisioterapia, finalmente la decisión de asistir o no a la consulta está en manos del propio paciente así como de otras múltiples causas.
La existencia de este porcentaje de incomparecencias es una problemática importante para el buen funcionamiento de las Unidades de Fisioterapia de AP, ya que afecta a la lista de espera de la unidad y además supone una carga de trabajo administrativo de los fisioterapeutas responsables, que deben dedicar tiempo de la jornada para localizar nuevos pacientes que cubran las huecos creados ante dichas incomparecencias.
Consideramos que sería interesante seguir aportando ideas para tratar de mejorar estas cifras y reducir el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0713

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

número de incomparecencias a primera consulta de fisioterapia, para mejorar con ello la eficiencia de la Unidad y del trabajo de los fisioterapeutas responsables.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/713 ========== ***

Nº de registro: 0713

Título
EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

Autores:
CALAVIA SARNAGO DIEGO, GALINDO MORALES GEMA, LOIDI PLA MARIA ANGELES, AZNAR VIDALLER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD. EFICIENCIA.

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
CADA SEMANA ENCONTRAMOS DE MEDIA 2 PACIENTES QUE NO ACUDEN A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA.
ESTE PROBLEMA AFECTA A LOS FISIOTERAPEUTAS DE AMBOS CENTROS DE SALUD (UNIVÉRSITAS/DELICIAS SUR) Y A TODOS LOS PACIENTES QUE ESTÁN ESPERANDO PARA SER ATENDIDOS PUESTO QUE AUMENTA LA DEMORA CON CITAS DE CONSULTAS QUE NO SON EFECTIVAS.
LAS CAUSAS DE ESTE PROBLEMA SON:
– LA EXCESIVA DEMORA ENTRE EL MOMENTO DE LA CITACIÓN Y EL MOMENTO DE LA CONSULTA LO QUE PROVOCA QUE EL PACIENTE OLVIDE LA CITA.
– LA INADECUADA DERIVACIÓN DESDE MEDICINA PRIORIZANDO PROBLEMAS CRÓNICOS DANDO COMO RESULTADO QUE LOS AGUDOS SE RESUELVAN ANTES DE LA CITA OTORGADA EN FISIOTERAPIA.
– EL DESCONOCIMIENTO DEL PROCESO Y LA DIFICULTAD QUE ENCUENTRAN LOS PACIENTES PARA ANULAR LA CITA CUANDO NO PUEDEN ACUDIR.
– FALTA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DEL PACIENTE DE NO ANULAR LA CITA, CUANDO ES SABEDOR DE QUE NO VA A ACUDIR A DICHA CONSULTA.
LAS CONSECUENCIAS QUE ÉSTO GENERA SON:
- NO APROVECHAMIENTO EFICAZ DEL TIEMPO DE TRABAJO DE LOS FISIOTERAPEUTAS.
- SOBRECARGA ADMINISTRATIVA DEL FISIOTERAPEUTA AL TENER QUE LOCALIZAR A OTRO PACIENTE PARA OCUPAR ESE LUGAR EN LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE.

RESULTADOS ESPERADOS
REDUCIR O EVITAR LAS INCOMPARECENCIAS A PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19.

MEJORAR LA EFICACIA DEL TRABAJO DE LOS FISIOTERAPEUTAS.

MÉTODO
1. ASEGURAR DESDE ADMISIÓN QUE EL PACIENTE RECOGE Y COMPRENDE EL RECORDATORIO DE LA CITA.
2. RECORDAR LOS PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN (PREFERENTES/ORDINARIOS) A FISIOTERAPIA AP A LOS FACULTATIVOS PARA REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN LOS PROCESOS AGUDOS.
3. ENTREGAR JUNTO A LA CITA DE FISIOTERAPIA UN DOCUMENTO EXPLICANDO EL PROCESO PARA FACILITAR LA ANULACIÓN DE LA CITA.
4. CONCIENCIAR AL PACIENTE DE LA IMPORTANCIA DE ANULAR LA CITA MEDIANTE LA EXPLICACIÓN DE LOS PROBLEMAS QUE CONLLEVA LA NO ANULACIÓN EN EL DOCUMENTO DEL PUNTO 3.

INDICADORES
Nº PACIENTES QUE NO ACUDEN A PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0713

1. TÍTULO

EVITAR LA INCOMPARECENCIA A LA PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL CS UNIVERSITAS Y CS DELICIAS SUR

SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19 / Nº DE PACIENTES CITADOS EN PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD UNIVÉRSITAS Y DELICIAS SUR ENTRE EL 1-9-18 Y EL 28-2-19 X 100

ESTÁNDAR DEL 95% LOS PRIMEROS 6 MESES; POSTERIORMENTE DEL 100%.

DURACIÓN

- JULIO 2018: ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO QUE EXPLICA EL PROCESO PARA FACILITAR LA ANULACIÓN DE LA CITA Y CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DE ANULARLAS. DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO.
- JULIO- AGOSTO 2018: REUNIÓN ENTRE DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO CON LOS JEFES DEL SERVICIO DE ADMISIÓN DE LOS CSDELICIAS SUR Y UNIVÉRSITAS PARA QUE RECUERDEN A LOS ADMINISTRATIVOS LA CONVENIENCIA DE ASEGURARSE DE QUE TODOS LOS PACIENTES RECOGEN Y ENTIENDEN EL RECORDATORIO DE LA CITA.
- JULIO-AGOSTO 2018: REUNIÓN DE DIEGO CALAVIA Y GEMA GALINDO CON LOS MAP DE SUS RESPECTIVOS CS, RECORDANDO LOS PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA AP, INCIDIENDO EN LA PRIORIZACIÓN DE LOS CASOS AGUDOS.
- DE SEPTIEMBRE/18 A FEBRERO/19: REGISTRO DEL Nº DE PACIENTES CITADOS EN PRIMERA CONSULTA DE FISIOTERAPIA ESPECIFICANDO LAS INCOMPARECENCIAS. DIEGO CALAVIA, CARMEN AZNAR, GEMA GALINDO, M ANGELES LOIDI.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0766

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS UNIVERSITAS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR AZNAR TEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MURILLO LAHOZ EVA
DIESTE AISA LUCIA
PERALTA GINES MARIA
MUNIESA GRACIA PAULA
GIL GARCIA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se reliazan tres reuniones del grupo, una de ellas con la Técnico de Salud, para la elaboración del proyecto.
Se presenta al EAP en una reunión, donde además se proporcionan los listados de cada cupo, tanto a medicina como a enfermería. Se recuerda el proyecto en otra reunión de EAP tras el verano.
Enfermería además se reune tras asistir a la presentación de IC y Enfermeríapor parte de Gerencia.
Se diseña una hoja informativa al paciente para fomentar autocuidado y detectar signos de alarma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado de los indicadores serán proporcionados en la evaluación de la Cartera de Servicios.
El EAP se ha concienziado de la importancia del cocntrol de esta patología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes si conocen y comprenden mejor su enfermedad, se involucran más en el autocuidado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/766 ========== ***

Nº de registro: 0766

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S .UNIVERSITAS

Autores:
AZNAR TEJERO PILAR, MURILLO LAHOZ EVA, OSES SORIA AMALIA, DIESTE AISA LUCIA, BONED JIMENO CARMEN, PERALTA GINES MARIA, BOLSA ENFEDAQUE PAZ, GIL GARCIA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según revisiones realizadas existe una baja cobertura y gran variabilidad en la atención, medios diagnósticos, terapias, cuidados .
Es necesario mejorar la adhesión al tratamiento y mejorar la aplicación de GPC.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar actividades preventivas.
- Reducción de servicios Hospitalarios.
- Aumentar cobertura vacunal antigripal y antineumocócica.
- Fomentar autocuidado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0766

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS UNIVERSITAS

- Adecuar tto. farmacológico.

MÉTODO
Reunión con EAP, para explicar proyecto.
Reunión con Médicos y enfermería de forma diferenciada para incidir en los objetivos que son compentencia de cada uno y de los comunes.
Reparto de listados de pacientes con IC de cada cupo, para incidir en las actividades con estos pacientes.

INDICADORES
Mejora de la cumplimentación de RCV.
Reducción uso Servicio Hospitalario.
Aumento de cobertura vacunal : Gripe y Neumococo.
Número de pacientes con Ic a los que se realiza revisión de tto.
Número de pacientes en tto con Calcioantagonistas respecto del total con IC.
Número de pacientes con IC en tto con betabloqueantes repsecto del total.

DURACIÓN
Fecha prevista el día 30 de mayo con la reunión de EAP.
Resto de actividades a lo largo del año con reuniones bimensuales para incidir en las actividades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0883

1. TÍTULO

PROGRAMA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA UNIVERSITAS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LIZANDRA FRON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAJARIN SANCHEZ ANA BELEN
ALONSO PEDRAZA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Eleccion del responsable de equipo Abril 2018
Asistencia a la jornada de presentacion IRASPROA 13 Abril 208
Difusion de la informacion de la jornada a los miembros del equipo Mayo 2018
Sesion de antibioticos en el E A P y firma de compromiso de los profesionales
para proteger alos pacientes mediante el buen uso de los antibioticos : dia 15 Noviembre 2018 ; asistieron un 50 % de los profesionales médicos del Equipo.
Colocacion de poster y salvapantallas Noviembre 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nombramiento de un responsable
2 reuniones : Presentacion del proyecto en Mayo 2018
Seleccion del uso de antibioticos ; resistencia de antibioticos
Noviembre 2018
Presencia de alrededor 50% de médicos del Centro de Salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Presentacion del panorama sobre el uso de antibioticos en atención primaria
Poner en conocimiento las actitudes recomendadas para las diversas patologias mas frecuentes en atencion primaria y compromiso de los profesionales en el buen uso de los antibioticos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/883 ========== ***

Nº de registro: 0883

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
LIZANDRA FRON PEDRO, PAJARIN SANCHEZ ANA, ALONSO PEDRAZA ANGELES, MUNIESA GRACIA PAULA, MORATILLA LOPEZ ISABEL, MOLINER MATEO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
el incremento em la resistencia a los antibioticos supone una dificultad para el manejo de infeciones comunitarias y Hospitalarias

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0883

1. TÍTULO

PROGRAMA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA UNIVERSITAS

Optimizar el uso de antibioticos (ab.) en atención primaria asumiendo unos principios de racionalidad

MÉTODO
asistencia a jornada IRASPROA dia 13 Abril
dar a conocer lop principios enerales
sesiones formativas relacionadas con el uso racional de ab. Perfil de resistencias a las infeciones habituañes en atención primaria

INDICADORES
tener un responsable del uso de ab en el equipo
.difusion de los principios generales de uso racional de ab.
indicador : difusion del informe consumo / resistencias a los ab.

. formacion del uso adecuad de ab.
indicador : nº de sesiones realizadas

.presentacion del programa
% profesionales que participan en el proyecto

DURACIÓN
De abril a Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1052

1. TÍTULO

PROMOCION DE AUTOCUIDADOS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMALIA OSES SORIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERALTA GINES MARIA
AZNAR TEJERO PILAR
SEDILES CABELLO ANA ISABEL
TORRES TRASOBARES BELEN
MATA BORDONABA ROSARIO
CALAVIA SARNAGO DIEGO
TEJERO LOPEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron varias reuniones desde el mes de junio, del grupo de trabajo, con dos líneas de actuación:
- Realizar paseos saludables para pacientes de más de 65 años o jubilados.
Los paseos se iniciaron en el mes de Octubre, los martes de 9:30-10:30. La actividad comienza con 10 minutos de calentamiento, se pasea al tiempo que se responden, comentan preguntas/dudas de los pacientes y se termina con 10 minutos de estiramientos.
El grupo ha ido creciendo paulatinamente teniendo una media de 26 pacientes.
- Promoción de salud en Institutos de nuestra zona.
Se han dado charlas de Hábitos saludables y de primeros auxilios en dos Institutos quedando pendiente otro más que por razones de agenda escolar se postpuso a 2019. Previamente se pasón una encuesta a los alumnos sobre hábitos saludables.
Se programaron visitas al Centro de Salud para alumnos de primaria, que ´por razones de agenda escolar quedaron programadas para inicio del 2019.
Se realizó reunión de EAP para dar a concer el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido al retraso en el inicio de la actividad y como dicha actividad no se va a cerrar, los indicadores se realizarán a final del año actual. Se decidió no realizar medida de la TA ya que se ha priorizado la actividad social .
Resultados obtenidos : Mantener la actividad de paseos saludables.

Realizar charlas en Institutos / Colegios de la zona.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo que forma este proyecto está totalmente satisfecho por la buena acogida por parte de los pacientes, que a pesar de haber iniciado la actividad en meses con tiempo frío, se ha conseguido aumentar el número de participantes.
Queda pendiente la encuesta de satisfacción, ya que se inició en Octubre no se consideró oportuno hacerla por la poca trayectoria del proyecto.
Los pacientes han pedido la posibilidad de hacer dos días a la semana.

7. OBSERVACIONES.
Amalia Oses Soria, responsable de este proyecto se desplazó con el concurso de traslados. En la actualidad la resposable es Pilar Aznar Tejero

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1052 ========== ***

Nº de registro: 1052

Título
PROMOCION DE LOS AUTOCUIDADOS

Autores:
OSES SORIA AMALIA, BONED JIMENO CARMEN, MUNIESA GRACIA PAOLA, DIESTE FRANCA CAROLINA, APARICIO TORNAY NURIA, PEREZ MOYA ANTONIO, CONTI CUESTA ANTONIA, GIL CLAVERIA GREGORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1052

1. TÍTULO

PROMOCION DE AUTOCUIDADOS

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobrepeso, diabeticos,hipertensos, escolares
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Dada la elevada población con sobrepeso, sedentarismo y malos hábitos en la alimentación, se plantea la promoción de hábitos saludables para dicha población

RESULTADOS ESPERADOS
-Promover y motivar autocuidado a través de dietas, ejercicio, e intercambio de experiencias que favorezcan una actitud de cambio en la mejora de dichos hábitos
-La población a la que va dirigida sería enfermos crónicos, escolares
-Interacción de la población con los profesionalesy entre ellos

MÉTODO
-Elaboración de la parte teórica y ejercicios
-Elaboración de encuesta.
-Charlas en centro escolares, asociaciones de vecinos y mayores.
-Información a la población,talleres y paseos saludables.
-Atención individualizada en consulta programada
-Recogida de datos y evaluación

INDICADORES
- Número de talleres programados y realizados >80 %
-Número de pacientes satisfechos > 80%.

DURACIÓN
Planificación: Junio 2018
Talleres: Tercer y cuarto trimestre 2018
Evaluación:Septiembre y diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1092

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO OPTIMO DE CONSULTA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA MURILLO LAHOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OSES SORIA AMALIA
AZNAR TEJERO PILAR
TEJERO LOPEZ TERESA
ROC SERRANO JOSE CARLOS
SEDILES CABELLO ANA ISABEL
TORRES TRASOBARES BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION EAP PARA INFORMAR DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS
INFORME AL EAP PARA COMUNICAR LA FORMA DE REGISTRO DE LAS MEDICACIONES USADAS PARA SU REPOSICIÓN
REVISIÓN Y MANTENIMIENTO DE SALA DE URGENCIAS
REVISIÓN Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CORRECTO REGISTRO DE LAS REVISIONES
CORRECTO REGISTRO DEL USO DE LA MEDICACIÓN
CONCIENCIACIÓN DEL EAP EN USO DE SALA DE URGENCIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
MEJORAR LA CALIDAD DEL REGISTRO DEL USO DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE TODO EL EAP
MEJORAR EL USO DE LA SALA DE URGENCIAS, SIGUE SIENDO MULTIDISCIPLINAR EN OCASIONES A PESAR DE ESTAR EL EAP INFORMADO
MEJORAR LA REPOSICION DE MEDICAMENTOS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1092 ========== ***

Nº de registro: 1092

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA C.S. UNIVERSITAS

Autores:
MURILLO LAHOZ EVA, OSES SORIA AMALIA, DIESTE AISA LUCIA, TORRES TRASOBARES MARIA BELEN, GORGOJO ITOIZ PUY, PERALTA GINES MARIA, ROMAN DIEZ MARI FE, RIVAS RODRIGUEZ ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA URGENTE NO DEMORABLE
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: EVITAR LAS DEMORAS PREVISIBLES EN LA ATENCIÓN URGENTE, AUMENTANDO LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ATENCIÓN URGENTE ES UN PUNTO ESPECIALMENTE SENSIBLE E IMPORTANTE DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL EAP.
RAZONES:
-VARIABILIDAD EN LOS CRITERIOS DE ATENCIÓN URGENTE
-EXCESIVAS DIFERENCIAS ENTRE LOS PROFESIONALES EN CUESTIÓN DE FORMACIÓN E IMPLICACIÓN.
-INADECUADA ORGANIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS SALAS DE URGENCIAS Y MALETINES, CON ACÚMULO DE MEDICACIÓN EN OCASIONESY FALTA DE ELLA Y DE MATERIAL EN OTRAS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1092

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO OPTIMO DE CONSULTA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

- INADECUADO CONTROL DE MEDIOS TERAPEÚTICOS, COMO EL DESFIBRILADOR, ETC.
-INADECUADO USO POR PARTE DE LA POBLACIÓN DEL HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

RESULTADOS ESPERADOS
-DEFINIR UN PROCEDIMIENTO CON LOS CONTENIDOS BÁSICOS DEL CARRO DE PARADAS Y EMERGENCIAS CON LA PROPUESTA ORGANIZATIVA ESTANDARIZADA.
-CONSEGUIR LA BUENA ORGANIZACIÓN DEL CARRO DE PARADAS Y MALETÍN DE URGENCIAS, Y QUE TODO EL EAP SE FAMILIARICE CON ÉL Y SE RESPONSABILIZE DE SU ADECUADO MANTENIMIENTO.
-EDITAR UN DOCUMENTO CONOCIDO POR TODO EL EAP, Y DEJANDOLO EN UN LUGAR ACCESIBLE PARA TODOS, INDICANDO CLARAMENTE LOS PROFESIONALES QUE DEBEN HACERSE CARGO DE DICHA URGENCIA EVITANDO ASÍ LA DEMORA EN LA ATENCIÓN URGENTE, TANTO EN EL PROPIO CENTRO COMO LA DOMICILIARIA.
-HACER PROPUESTAS DE EDUCACIÓN SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN PARA INCREMENTAR LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN URGENTE POR UN USO ADECUADO.
-PROPORCIONAR TALLERES DE FORMACIÓN Y MANTENIMIENTO DE HABILIDADES DE LOS PROFESIONALES EN ATENCIÓN URGENTE Y RCP, ASI COMO DEL USO DEL DESFIBRILADOR
-MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS SALAS DE URGENCIAS, MALETÍN Y CARRO DE PARADAS.

MÉTODO
-PROMOVER LA AUTOFORMACIÓN EN ATENCIÓN URGENTE EN EL C.S., ORGANIZANDO SESIONES CLÍNICAS SOBRE RCP Y LAS DIVERSAS PATOLOGIAS URGENTES
- SESIONES FORMATIVAS SOBRE EL USO DE FÁRMACOS EN ATENCIÓN URGENTE, SOBRE EL MANEJO DE ECG, ASPIRADOR, DESFIBRILADOR POR PARTE DE TODO EL EAP,SOBRE LA LOCALIZACIÓN DE TODO ELLO EN LA SALA DE URGENCIAS, PARA TIULARES Y PERSONAL EVENTUAL, PARA LA FAMILIARIZACIÓN CON LA SALA DE URGENCIAS Y EVITAR DEMORAS EN LA BÚSQUEDA DE LOS NECESARIO.
- UNA REUNIÓN SEMESTRAL CON EL EAP, PARA LA CONCIENCIACIÓN Y MOTIVACIÓN EN LA COLABORACIÓN DEL MANTENIMIENTO DEL MALETÍN Y LA SALA DE URGENCIAS.
- PROPROCIONAR AL EAP UNA MATRIZ PARA QUE DEFINAN EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR, DEJANDO ESTA MATRIZ TANTO EN ADMISIÓN COMO EN LA SALA DE URGENCIAS

INDICADORES
CREACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN DOCUMENTO CONOCIDO POR TODO EL EAP EN EL QUE SE ESPECIFIQUE EL PERSONAL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN URGENTE DENTRO Y FUERA DEL C.S.
-INDICADOR:EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO
-OBJETIVO:GARANTIZAR LA RAPIDEZ EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EVITANDO DEMORAS, POR LA EXISTENCIA DE DICHO DOCUMENTO.
-INDICADOR: PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE CONOCEN DICHO DOCUMENTO
-OBJETIVO : SUPERIOR AL 80%
-F I:INFORME DEL CENTROY/O VISITA AL EAP
-PORCENTAJE DE PROFESIONALES DEL EAP QUE AHN PARTICIPADO EN FORMACIÓN EN PATOLOGÍA URGENTE Y EN RCP.
-OBJETIVO : 80%
-F I: INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS
-NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL CENTRO QUE HAN ASISTIDO/PARTICIPADO EN AL MENOS UNA SESIÓN RELATIVA A URGENCIAS/NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL SECTOR
.OBJETIVO : 80%
-F I: INFORME DEL CENTRO, ACTAS FIRMADAS
-QUE EXISTA CONSTANCIA POR ESCRITO DE LOS CONTENIDOS Y LAS REVISIONES DE MANTENIMIENTO DEL CARRO, SALA DE URGENCIAS Y MALETINES.
-OBJETIVO 80%
-FI: INFORME DEL CENTRO Y/O VISITA AL EAP
-

DURACIÓN
DE FEBRERO A DICIEMBRE DE 2018.SE PREVÉ LA CONTINUACIÓN DEL PROYECTO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1467

1. TÍTULO

¡MI HIJO NO COME CHUCHES!

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTELA MILLAN SOBRINO
· Profesión ..... ODONTOESTOMATOLOGO/A
· Centro ..... CS UNIVERSITAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COCA GARCIA IRENE
YAGÜE MUÑOZ MARIA CARMEN
SERRANO PERIS DIANA
TARRAGO GIL ROSA MARIA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La labor de educación se realiza en principalmente en la consulta a través del desarrollo del programa PABIJ, utilizándose además otros métodos de apoyo.
Para conseguir transmitir a los usuarios la realidad del contenido oculto de azúcar en los los alimentos con mayor índice de cariogenicidad se han realizado las siguientes actividades:
• Se ha construido un panel en el que se han colocado envases vacios de: actimel, zumo, tónica, acuarios, batido de chocolate, Kas, Coca-Cola, red bull, cereales de desayuno, galletas oreo, “mi fruta”, m&m, sugus, caramelos haribo, sobres de azúcar, agua mineral. Al lado de cada uno se ha colocado, empaquetado, el equivalente del contenido de azúcar. El panel incluye también empaquetados los equivalentes en terrones de azúcar de las recomendaciones de la OMS.
Está colgado en la sala de espera de la unidad de salud bucodental desde junio de 2018. Tanto los materiales adhesivos como el resto de los materiales incluidos en el panel han sido sufragados por las personas que han desarrollado el proyecto.
Para mejorar la visibilidad se ha conseguido que los responsables de mantenimiento trasladen los focos del techo.
• Se han recopilado los envases de otros productos y se ha señalado el contenido de azúcar en los mismos (helados, refrescos etc.)
• Se ha diseñado un manual “Cuanto azúcar añadido hay en los alimentos, aprenda a leer las etiquetas” que colgado junto al panel ayuda a leer el etiquetado
• Se ha impreso un folleto con los contenidos de azúcar de los alimentos que se entrega en la consulta.
• Charla exprés: al estar colocado en la espera de dos consultas de odontología, las personas del equipo de trabajo y durante la espera han comentado a lo largo de estos meses con los padres y niños el panel, ¿Has visto el panel? ¿Sabías el azúcar que contiene? ¿Qué te parece?
• Se ha diseñado un poster plastificado denominado “el árbol de los propósitos” en el que los niños al salir de la consulta colocan en un post-it con forma de manzana su propósito del cambio de hábito.
• Se ha pasado una encuesta de conocimientos.
• Se ha grabado un video en el que se ha entrevistado a dos miembros del equipo y a una madre y un niño para hablar del problema del azúcar.

Todos los materiales han sido sufragados por las personas que han desarrollado el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización del panel informativo : Si
Preparación del material de consulta: Si
Charlas impartidas: 23; número de asistentes, no cuantificado.
Niños vistos en PABIJ: 771. El 100% de los niños han recibido consejo sobre el consumo de azúcar
Numero de encuestas: 104

item	si (%)	no (%)
Conoce riesgos azucar	98,1	1,9
Con la información ha nejorado conocimientos	87,5	12,5
Conocimiento adecuados sobre azucar	98,1	1,9
Capacidad para leer etiquetas	75,0	25,0
Posibilidad de reducir consumo de azucar	92,3	7,7
Cambio de habito sobre bebidas azucaradas	94,2	5,8
Consumo entre horas	86,5	13,5
Decision sobre cambio de habitos sobre chuches	97,1	2,9
Información proporcionada por proyecto	100,0	0,0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El valorar el número de asistentes a la charla exprés es complicado ya que existe gran movimiento de personas en la sala de espera
La información gráfica con objetos de la vida real son una buena herramienta de difusión de la información.
Existe una notable desinformación sobre el contenido de azúcar en los alimentos. Hasta los profesionales nos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1467

1. TÍTULO

¡MI HIJO NO COME CHUCHES!

hemos sorprendido.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1467 ========== ***

Nº de registro: 1467

Título
¡ MI HIJO NO TOMA CHUCHES !

Autores:
TARRAGO GIL ROSA MARIA, MILLAN SOBRINO ESTELA, COCA GARCIA IRENE, YAGÜE MUÑOZ MARIA DEL CARMEN, SERRANO PERIS DIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UNIVERSITAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las recomendaciones para reducir la ingesta de azúcares libres a lo largo del ciclo de vida se basan en los siguientes datos: los adultos que consumen menos azúcares tienen menor peso corporal, el aumento de la cantidad de azúcares en la dieta va asociado a un aumento comparable del peso, los niños con los niveles más altos de consumo de bebidas azucaradas tienen más probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad, un consumo de azúcares libres superior al 10% de la ingesta calórica total produce tasas más elevadas de caries dental
Por las entrevistas informales realizadas en la consulta hemos detectado que los usuarios desconocen el contenido real de azucares de las bebidas y de los alimentos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los conocimientos para conseguir un cambio de hábitos.

Que los usuarios conozcan el contenido de azúcar de los productos más consumidos, centrándonos en las bebidas y golosinas que son prescindibles en la dieta.

Que los usuarios aprendan a identificar en la etiqueta la cantidad de azúcar que contienen las bebidas carbonatadas.

Que los usuarios relacionen el consumo de azúcar con las patologías relacionadas, especialmente la caries dental.

Que los usuarios identifiquen que alimentos/ bebidas de su dieta pueden eliminar/disminuir consumo para mejorar su salud general y bucodental.

MÉTODO
Diseño y realización de un panel en 3D que informe del contenido de azúcar de las principales bebidas carbonatadas y de las golosinas más habitualmente consumidas. Se expondrá en la sala de espera de las consultas indicadas.

Hacer una recopilación de envases de bebidas y alimentos en las que se señalará el contenido de azúcar. Estas estarán en la sala de espera para la libre consulta de pacientes y familares.

Realización de charlas “exprés” en la misma zona presentando los materiales y explicando la relación del azúcar con patología bucodental y patología sistémica. Diseño de la misma.

Diseño de un formulario/encuesta en la que tras la charla los asistentes indiquen si han mejorado sus

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1467

1. TÍTULO

¡MI HIJO NO COME CHUCHES!

conocimientos y los compromisos personales en relacionados con el consumo.

Informar a los profesionales sanitarios de los Centros de Salud que derivan pacientes de este proyecto para que refuercen los conocimientos y cambios de habitos propuestos.

INDICADORES
Realización del panel informativo: si/no
Preparación del material de consulta si /no
Número de “charla impartidas”
Número de asistentes.
Numero de encuestas recibidas y análisis de las mismas.

DURACIÓN
Diseño del panel mayo junio
Recopilación de envases de bebidas y alimentos y descripción de sus contenidos junio
Diseño de la charla junio
Diseño de la encuesta junio
Inicio de las charlas y exposición de material junio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1312

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PAULA GARVI SOLER
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ MURILLAS MARIA PILAR
MUÑOZ RUIZ ANA
SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN
GASTON FACI ANA
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Difusión desde las consultas de pediatría del taller de lactancia, sobre todo, a los padres de los recién nacidos
2. Sesiones semanales del taller, todos los jueves de 12,30 a 14h. En estas sesiones se tratan temas que interesan a los asistentes y que surgen de forma espontánea. Algunos temas que se tratan con frecuencia son: lactancia, desarrollo psicomotor, sueño, alimentación, seguridad, apego.
3. En ocasiones se han realizado sesiones específicas sobre temas que han sugerido los asistentes:
4. Sesión sobre " alimentación infantil" impartida por una nutricionista (22/06/2017)
5. Sesión sobre porteo ergonómico impartido por una asesora en porteo (28/09/2017)
6. Sesión sobre lenguaje de signos para lactantes impartido por un especialista (19/10/2017)
7. Sesión sobre masaje infantil (abril 2017)
8. Sesión sobre sueño infantil (febrero 2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. La asistencia media de participantes al taller es de 10 personas. Los participantes son mayoritariamente madres, si bien aumenta la presencia de padres, sobre todo durante el primer mes de vida de los bebés
2. Los niños que acuden al taller suelen ser menores de 6 meses, el motivo principal de abandono suele ser laboral, la incorporación de la madre al trabajo fuera de casa. En caso de madres que no se incorporan al mundo laboral, el momento de abandono suele ser cuando el hijo cumple los 12-15 meses
3. El nivel de satisfacción de los asistentes es alta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En estos momentos el taller de lactancia es un proyecto afianzado en la comunidad.

El taller de lactancia es un espacio en el que las madres se aportan ayuda mutua para mejorar sus sentimientos de autoeficacia respecto a su lactancia y a su maternidad. Las verdaderas protagonistas son las madres, los profesionales sanitarios que acudimos al taller somos simples moderadores.
De este proyecto ha surgido otra iniciativa, un grupo de madres de las que acuden al taller están intentando formar una asociación de "familias de niños de 0 a 3 años de edad"

La difusión y promoción del taller se hace fundamentalmente a través del centro de salud. Esta difusión podría mejorar a través de cartelería, y difusión en la revista mensual de la localidad.
Un complemento al taller de lactancia sería la creación de una consulta de lactancia materna en el servicio de pediatría que pudiera dar apoyo a las madres que precisan una atención más urgente por problemas relacionados con la lactancia.

Para poder mantener este tipos de proyectos a largo plazo es muy importante formar y capacitar en lactancia materna a todos los profesionales que atienden a la población pediátrica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1312 ========== ***

Nº de registro: 1312

Título
TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1312

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

GARVI SOLER PAULA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, MUÑOZ RUIZ ANA, RUIZ MURILLAS PILAR, GASTON FACI ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Fomentar la lactancia materna
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la actualidad existe evidencia suficiente para afirmar que invertir en la lactancia materna tiene un impacto significativo en la salud de mujeres y niños, y en las economías de los países.
Según el último análisis sobre lactancia materna publicado por The Lancet, los niños amamantados durante periodos más largos tienen una menor morbilidad y mortalidad infecciosa, que aquellos que son amamantados por periodos más cortos o no son amamantados. Hay indicios crecientes que también sugieren que la lactancia materna podría proteger en el futuro contra el sobrepeso y la obesidad. La lactancia materna beneficia a las madres que amamantan, puede prevenir el cáncer de mama y podría reducir el riego de diabetes y cáncer de ovario.
A pesar de la multitud de beneficios de la lactancia materna, en una sociedad como la nuestra en la que hemos perdido la cultura de la lactancia, las madres que amamantan a menudo no reciben el apoyo necesario y, cuando surge algún problema, no tienen a quién consultar.

RESULTADOS ESPERADOS
Fomentar la lactancia materna y evitar abandonos indeseados
- Ofrecer un espacio de apoyo y ayuda mutua, de libre acceso en el que las madres puedan compartir con otras mujeres sus experiencias para mejorar los sentimientos de autoeficacia de las mujeres respecto a su lactancia y a su maternidad.
- Ofrecer conocimientos y estrategias de manejo de las consultas frecuentes: cohecho, sueño, deposiciones, llanto excesivo, alimentación complementaria, reincorporación al trabajo
- Informar sobre recursos en internet relacionados con la lactancia y la maternidad.
- Se coordinará con el ayuntamiento la forma de publicitar en taller, para que llegue a toda la población de Utebo

MÉTODO
- El taller se realiza los jueves a las 12,30h y su duración es aproximadamente de hora y media.
- La captación es realizada por los profesionales del centro de salud. La matrona da a conocer la existencia del taller de lactancia a todas las embarazadas durante el trimestre del embarazo, y cualquier profesional del centro de salud puede desde su consulta derivar a mujeres al taller de lactancia.
- Está moderado por profesionales formados en lactancia materna: enfermera, pediatra y matrona del centro de salud.
- El taller se realiza en el edificio polifuncional del ayuntamiento
- Se realización de sesiones relativas a la crianza a petición de las madres
- La entrada al taller es voluntaria, no se precisa cita previa y está abierto a la asistencia de cualquier madre, o persona que precise apoyo en la lactancia o en la crianza

INDICADORES
- Satisfacción de los usuarios
- Asistencia al taller
- Realización de sesiones relativas a la crianza.

DURACIÓN
Se trata de una actividad continua, que se inició en 2015, se realiza cada jueves y se va a mantener mientras exista demanda por parte de la población.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1312

1. TÍTULO

TALLER DE LACTANCIA COMO APOYO A LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1619

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BELEN BRUN ALONSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU ARNAL SALVADOR
IBAÑEZ ESTRELLA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentación al equipo médico del cuadro de mandos de farmacia.
Presentación del proyecto al equipo y recordatorio del cuadro de mandos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Poco impacto del proyecto, a la vista de los resultados que aparecen en el cuadro de mandos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Falta de hábito de implantación de programas de mejora en el equipo.
El no disponer de ordenador con conexión a la intranet en la sala de reuniones dificulta una buena explicación de los recursos y la puesta en común de las dificultades encontradas.
El envío desde Farmacia de listados de pacientes (identificados por nombre, no por AR) con problemas de prescripción motiva para su revisión.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1619 ========== ***

Nº de registro: 1619

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP UTEBO

Autores:
BRUN ALONSO MARIA BELEN, LOU ARNAL SALVADOR, IBAÑEZ ESTELLA JOSE ANTONIO, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISLIPEMIAS, DIGESTIVO, ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA, MATERIAL SANITARIO
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento y material sanitario. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia,
-uso de apósitos,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1619

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluidos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia y antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría.
Revisión de pacientes en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones de menor eficiencia (sí/no).
% de variación de gasto en apósitos a través de receta médica.
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1704

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GRAJERA SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONDE VAZQUEZ PAULA
CANDAU MARIN REYES
BAILO GAY ANA MARIA
MANDADO ALMAJANO DANAE
SANZ ORMAZ PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En cuanto a la gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, se han realizado las siguientes actividades:

1. Se realizó un inventario de la medicación que teníamos y se valoraron las necesidades reales
2. Se estableció con farmacia un listado de la medicación y se ajustó el pacto estableciéndose cantidades máximas y mínimas. Estas cantidades se han ido revisando en algunos casos ajustándolas a las necesidades reales.
3. Se ordenaron los medicamentos en el almacén alfabéticamente por principio activo y se prepararon etiquetas para su identificación.
4. Se han realizado tablas de conversión de nombres de fármacos de principio activo a nombre comercial y viceversa para facilitar la identificación de los medicamentos.
5. Se identificaron los fármacos termolábiles y se controla la temperatura de las neveras mediante gráficas.
6. Se han identificado y protegido de la luz los medicamentos fotosensibles.
7. Se realiza un control de caducidades mediante la hoja de Control de Caducidades PO-01-3_Z3(P)E tanto de los medicamentos del almacén de fármacos, como de los medicamentos de las gavetas de la sala de urgencias, carro de paradas y maletín de urgencias.
8. Llevamos una hoja de control de verificación de las caducidades PO-02-2_Z3(P)E, mediante firma. Hemos establecido un responsable mensual de revisión de caducidades.
9. Se colocó una caja para depositar los medicamentos caducados de farmacia y de los maletines del equipo. Hay un responsable para llevarlos al punto Sigre cada dos meses.
10. Se ha colocado una hoja de Conservación de envases multidosis tanto en el almacén de farmacia como en la sala de urgencias, y se corrigen los plazos según las instrucciones de Farmacia (Ej viales de Tuberculina: ahora 24h) En las reuniones de enfermería se recuerda el plazo de conservación.

En cuanto a la gestión del almacén de material fungible:

Se ha colocado el material en dos estancias, una es el almacén del centro y la otra es el garaje, ya que el almacén del centro es muy pequeño y precisábamos más espacio. Hemos priorizado el material que está envuelto o cubierto en cajas para dejarlo en la estancia del garaje.
1. Se limpió el almacén, se contactó con dirección, para proceder a eliminar las RX antiguas y se reorganizó el espacio.
2. En reunión de equipo y mediante correo interno, se comunicó a los compañeros la nueva ubicación de los distintos materiales.3. Se han establecido máximos y mínimos que se han ido ajustando. Reunión con responsables de almacén y Gemma Zueco el día 2 de Junio. Se ha bajado el pacto en algunos productos y en otros lo hemos tenido que subir.
4. Se recordó a los compañeros en reunión de equipo, que no se puede fumar en el almacén ni en el centro en general.
5. Se utiliza la hoja de " Relación de productos devueltos al HCU PO-01-3_Z3(P)E

Respecto a la gestión de la sala de urgencias y carro de paradas

Se redistribuyó la sala de urgencias para ser más operativa. Se hizo un listado con la medicación y materiales necesarios y se organizó la distribución de la medicación y materiales en gavetas.
1. Se acordó el stock mínimo tanto de la medicación de las gavetas y materiales, como la del carro de paradas y maletín de urgencias
2. Se dispone de unas hojas con el contenido tanto del carro de paradas como del maletín de urgencias PO-01-2_Z38P)E
3. En sucesivas reuniones de equipo y enfermería se insiste en la importancia de reponer el material utilizado y mantener el orden de la sala de urgencias.
4. Se organizaron en un archivador todos los manuales de instrucciones de los equipos y aparatos de la sala, ECG, Espirometro, desfibrilador…
5. Se separan las bombonas de 02 vacías y se llevan al almacén.
6. Se cambia el agua del humedificador de las balas de Oxigeno cada 3 meses

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1704

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a la gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín. Se han cumplido los indicadores:

1. Pacto de farmacia ajustado estableciendo máximos y mínimos.
2. Colocación de los medicamentos en el almacén por principio activo
3. Se dispone de tabla de conversión de nombre comercial a principio activo y viceversa
4. Hay una caja para retirar la medicación caducada del centro y se lleva al punto sigre cada dos meses aproximadamente
5. Anualmente se hace la revisión general del botiquín y productos y se lleva control de caducidades mensual mediante hoja de registro PO-01-3_Z3(P)E, así como control de firmas mediante hoja PO-02-2_Z3(P)E.
6. No hay en el almacén de farmacia, medicamentos que no sean los pactados.

En cuanto a la gestión del almacén de material fungible:
1. Se ordenó el almacén del centro y se acondicionó el garaje
2. El material está agrupado en estanterías
3. Se han establecido máximos y mínimos de todos los productos que se han ido ajustando conforme a las necesidades.
4. Actualmente ya no se fuma en el almacén
5. Se utiliza la hoja de " Relación de productos devueltos al HCU PO-01-3_Z3(P)E
6. Hemos conseguido no tener "almacenes" paralelos "por si acaso" e intentamos realizar los menos pedidos "urgentes" que podemos

Respecto a la gestión de la sala de urgencias y carro de paradas

1. La sala está ordenada de forma operativa
2. La medicación está ordenada en gavetas por principio activo y se ha fijado el mínimo que debe contener
3. Hay listados del contenido que tiene que haber tanto en el carro de paradas como en el maletín de urgencias.
4. Siguiendo las recomendaciones de la técnico de salud, hemos colocado unas tijeras en el aparato del DESA, y puesto fecha de apertura en el frasco humedificador del Oxigeno
5. Hemos organizado las instrucciones de los distintos aparatos de la sala de urgencias en un archivador para su consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En general llevar este proyecto a cabo ha sido un poco costoso. En parte porque ha habido que vencer la resistencia al cambio y las rutinas que vamos adquiriendo con el paso del tiempo.
Por otro lado es muy gratificante encontrar los almacenes, la sala de urgencias y maletín ordenados y con la medicación revisada y actualizada
- Tenemos pendiente organizar el nuevo carro de urgencias, pero estamos esperando a tener los separadores y el protocolo para hacerlo
- Vemos necesario utilizar una hoja de incidencias para anotar lo que pueda suceder en la sala de urgencias y poder revisarlo con posterioridad. Actualmente nos lo decimos de palabra.
- Otra cosa que también tenemos pendiente, es utilizar alguna hoja de registro en la que podamos anotar la rutina de orden a seguir en la sala de urgencias.
- Aun, no hemos solicitado a farmacia ampollas de Morfina para tener en la sala urgencias y en el maletín de urgencias por el procedimiento establecido. Se comentó con coordinador médico, pero aun no se ha llevado a cabo.
- También nos falta utilizar la hoja de rotura de stock
- Tenemos que seguir insistiendo en el equipo de la importancia del mantenimiento de todo lo que hemos realizado a través de este proyecto.
- A ver si este año podemos formar el grupo de calidad del centro.

Desde aquí agradecer tanto a dirección de enfermeria, como a la tecnica de salud y de farmacia, su apoyo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1704 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1704

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1704

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional de medicamento y material sanitario

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1704

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1707

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA GASTON FACI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO MARIA PILAR
GARVI SOLER PAULA
RUIZ MURILLAS MARIA PILAR
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
CANDAU MARIN REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º Reunión con el equipo para presentar el proyecto.

2º Reuniones del grupo de trabajo.

Los martes que no hay reunión de equipo se han ido preparando las cartas a los colegios para presentar el proyecto, las charlas para los colegios (padres y alumnos), el póster divulgativo y comunicación con la empresa que gestiona la máquina expendedora del centro de salud.

También mediante un grupo de Wassap se va poniendo al día a todo el equipo

3º Reuniones con el ayuntamiento y con distintas asociaciones dentro e la mesa intersectorial de salud.

Ha habido 5 reuniones con la Mesa Intersectorial (16/06/2017,11/09/2017,15/09/2017, 20/10/2017 y 26/01/2018). Desde el ayuntamiento deciden presentar el proyecto a la RAPPS.

Nos ofrecen publicar en la revista mensual diferentes artículos para promover los hábitos saludables en la edad infantil.

Se ofrecen como intermediarios para contactar con los diferentes centros escolares y con los servicios sociales.

Se divulgará desde el ayuntamiento las actividades que se vayan a realizar.

4º Reuniones con Consejo de Salud.

Presentación del Proyecto el día 15/09/2017
Información de las actividades realizadas el día 15/12/2017

5º Reuniones con los equipos escolares.

Se han tenido reuniones con los cuatro centros escolares. Primero para presentar el proyecto (06/11/2017 y 08/11/2017). Todos los colegios deciden colaborar y se planifican las charlas para padres y alumnos. Se decide dar la charla a los alumnos de 3º y 4º curso de EP.
Coinciden los cuatro centros en la importancia de estar comunicados el Centro de Salud con los centros escolares para seguir haciendo otras intervenciones.

Tras la presentación del proyecto se ha tenido contacto de manera regular mediante correo electrónico y vía telefónica.

6º Charlas a padres:

-CEIP Infanta Elena. Realizada el día 27/11/2017. Se pasa una encuesta de valoración al final de la charla con una puntuación de 5/5. El comentario de los padres más recurrente era la corta duración, ya que tenían que cerrar el colegio y no duró más de una hora. A los padres asistentes les pareció una idea muy acertada el retirar los productos procesados del almuerzo.

En contactos posteriores a la charla, la directora nos comentó que habían disminuido mucho el volumen de la basura, ya que los productos procesados generan más residuos.

-CEIP Octavus. Realizada el 11/12/2017. La valoración de la encuesta fue 5/5 y el comentario más repetido fue solicitar más información sobre ejercicio físico.

-CEIP Artazos y CEIP Parque Europa quedan pendientes para el mes de marzo de 2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1707

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

7º Talleres con los alumnos de 3º y 4º de EP.

-CEIP Parque Europa: realizada el día 18/12/2017. Se realizan dos sesiones de hora y cuarto de duración cada una. En cada sesión había 48 alumnos. Han sido muy dinámicas y participativas. Llama la atención el elevado nivel que tiene en temas de salud, pero les influye más en su alimentación la publicidad que sus propios conocimientos.

-CEIP Artazos, CEIP Octavus y CEIP Parque Europa Quedan pendientes para los meses de febrero y marzo de 2018.

8ºDifusión a la prensa.

Se pone en contacto con el Centro de Salud el Heraldo de Aragón, y se publica reportaje el día 24 de diciembre.

Se envía artículo a la revista mensual de Utebo para que se publique en el número de febrero.

9º Retirada de la máquina expendedora del centro de Salud todas las comidas procesadas el día 22/09/2017, dejando exclusivamente Café, agua y Coca-Cola en la bandeja inferior, fuera del alcanza de la vista de los niños.

Los alimentos no saludables de las máquinas expendedoras de los centros deportivos no se pueden retirar hasta que finalice el contrato que tiene actualmente.

10º Poster publicitario: se realiza póster con dibujos realizado por niños donde se fomenta el consumo de alimentos frescos, elaboración casera y métodos que utiliza la industria para llamar la atención de los consumidores más pequeños.
Está pendiente que los envíe gerencia para ponerlos en el Centro de salud, colegios y Ayuntamiento.

11º Instalación de fuentes en las zonas con más afluencia de escolares. El ayuntamiento está realizando actualmente el estudio de cuales serían estos lugares.

12º Las ayudas que se les da a las familias con pocos recursos no incluyen alimentos procesados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para evaluar los resultados tenemos como punto de partida los datos de la Tesis de Ana Gastón, en la que el C. S. Utebo tiene una prevalencia de sobrepeso y obesidad de un 20%. Los datos son de los años 2010 y 2011.
De manera anual se va a ir calculando la prevalencia de sobrepeso y obesidad utilizando la misma metodología para poder comparar y tener resultados objetivos.

Otros marcadores secundarios serán las encuestas realizadas en clase a los niños para ver si disminuye el número de niños que llevan productos procesados a la hora del almuerzo y el volumen de basura generado en los recreos. Estos marcadores se valoran a principio y final de curso.

Desde que se retiraron de la máquina expendedora los alimentos procesados no saludables se aprecia, de forma llamativa, que ya no entran los niños a las consultas con bolsas de snacks.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aceptación del proyecto ha sido muy buena por una parte de los padre, pero cuesta mucho modificar hábitos de alimentación, por lo que no podemos esperar resultados a corto plazo.

Hace falta involucrar mucho a los escolares, ya que son ellos los que demandan estos productos procesados, y por la edad que tienen resulta más fácil modificar hábitos.

Según resultados se valorara realizar otras actividades dirigidas a niños, y abordar el tema en las guarderías, tanto públicas como privadas, y en otros grupos de trabajo comunitarios, como es el taller de lactancia y crianza.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1707 ========== ***

Nº de registro: 1707

Título
ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1707

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DESDE UN PUNTO DE VISTA COMUNITARIO

GASTON FACI ANA, RUIZ MURILLAS PILAR, GARVI SOLER PAULA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, CANDAO MARIN REYES, HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR, ORTILLES GARCIA MARTA, SOLANS BASCUAS TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sobrepeso y obesidad infantil
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A pesar de que en las consultas de pediatría siempre se trata la alimentación, y que cada vez hay más preocupación por la alimentación saludable por parte de los padres, se aprecia que la alimentación infantil está más influenciada por el entorno escolar y publicitario que por el núcleo familiar, por lo que podría ser útil abordar el problema a nivel comunitario.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir las prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 2 a 14 años
- Promover una alimentación saludable a nivel familiar y comunitario

MÉTODO
- Reunión con el ayuntamiento a través de la mesa intersectorial para presentar el proyecto.
- Obtención de datos relativos a IMC de la población infantil
- Formación del equipo en alimentación saludable comunitaria para unificar criterios.
- Reunión con los directores de los centros educativos.
- Reunión con las APAS.
- Actividades de intervención mediante charlas y talleres dirigidas tanto a los niños como a su entorno familiar.
-

INDICADORES
- Datos de prevalencia anual mientras dure el proyecto.
- Número de talleres realizados.
- Número de charlas realizadas.
- Número de asistente a las charlas y a los talleres

DURACIÓN
Reunión intersectorial realizada en junio.
En el mes de septiembre se realizará las reuniones con los centros educativos y las APAS.
A lo largo del curso escolar se realizará los talleres y las charlas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0689

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GRAJERA SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE
OLMO PEREZ ELENA
TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL
BAILO GAY ANA MARIA
GOMEZ CUARTERO MARIA JOSE
CONDE VAZQUEZ PAULA
OTO ROYO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha reorganizado el contenido del nuevo carro de paradas así como el del maletín de urgencias actualizándolo a los nuevos protocolos de urgencias y a las necesidades sentidas por los profesionales del equipo. Se ha actualizado el listado de contenido de los mismos y se han colocado los mismos en lugar visible en la sala de urgencias para que todos los profesionales puedan consultarlo.
También se han colocado en la parte externa del carro de paradas, etiquetas con el contenido que albergan los cajones del mismo para facilitar su uso ante una urgencia.
Se ha dispuesto el DESA encima de dicho carro (anteriormente estaba colocado en la bandeja inferior del carro de electrocardiograma) y se ha informado al equipo.
2. Se realiza control de caducidades mediante la hoja de Control de caducidades PO-01-3_Z3(P)E, del carro de paradas, del maletín de urgencias y gavetas.
3. Se ha colocado la hoja de registro de incidencias que nos proporcionó la Técnico deSalud en la sala de urgencias y se está utilizando por los miembros del equipo. También, se ha colocado un buzón de incidencias en la zona de admisión del centro. Estas incidencias son analizadas por el grupo de calidad de Utebo .
4. Se ha elaborado un documento con el procedimiento del circuito de atención de urgencias, consensuado con los administrativos del centro. En los casos en los que ante un aviso urgente el paciente sea desplazado, se le asigna un médico según el orden establecido en una planilla, se contacta telefónicamente con dicho facultativo y con la enfermera asignada y se registra en la agenda. En los casos de avisos urgentes de pacientes pertenecientes al centro, se contactará telefónicamente con su médico y enfermero asignado y se registrará en la agenda.
5. Hay un enfermero localizado por planta para el caso en que surja un aviso urgente y en ese momento no esté el enfermero asignado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. La sala de urgencias está organizada de forma operativa.
2. Hay listados actualizados de los contenidos del carro de paradas y maletín de urgencias.
3. Se realiza control de caducidades mediante la hoja de Control de caducidades PO-01-3_Z3(P)E, del carro de paradas, del maletín de urgencias y gavetas.
4. Los profesionales del centro, usan la hoja de incidencias. Las incidencias son analizadas periódicamente por el grupo de calidad del equipo.
5. Se ha elaborado un documento con el procedimiento del circuito de atención de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos tenido dificultades en la organización del carro de paradas, en cuanto que solicitamos en Abril de 2018 separadores para los cajones del mismo y aún no los tenemos. Los compañeros habían decidido esperar a tener los separadores para organizar el nuevo carro. Hemos reclamado en múltiples ocasiones estos separadores a través de dirección de enfermería y nos consta que también ellas han contactado con Suministros en repetidas ocasiones, pero sin resultado. A la vista de que no nos llegaban, hemos organizado con cajas de plástico la medicación de urgencia.
No hemos realizado taller de reciclaje de RCP. Por un lado, no estaba formado el grupo de formadores del Hospital clínico y por el otro, este año ha habido oposiciones, traslados, dos jubilaciones de médicos, bajas por enfermedad… estos hechos han propiciado que no se dieran las condiciones para realizarlo.
Para este año, ya estamos en contacto con la tecnica de salud para realizar dicha formación que realizaremos en horario de tarde pq por la mañana hay dificultades en bloquear las agendas.
Por otro lado, la sala de urgencias pensamos que debería ser empleada solo para las urgencias, pero en estos momentos y durante las mañanas, la falta de espacio del centro, las consultas de pequeño tamaño y la alta demanda, hace que se esté empleando habitualmente para realizar pruebas complementarias, espirometrías… también se empleó para la vacunación antigripal para descongestionar las consultas de enfermería. Hasta el momento no ha habido ningún incidente ante la presencia de una urgencia vital, estando la sala ocupada. La prioridad la tenemos clara y si surge una urgencia desalojaremos de la sala a las personas que estén en ese momento, para atenderla.
Cuesta esfuerzo mantener la sala en condiciones óptimas y que todo el mundo colabore. En las reuniones recordamos siempre la necesidad de mantener el orden de la sala. Creo que es muy positivo que se haya formado el grupo de calidad del equipo porque de ésta forma se implican más profesionales de distintos estamentos en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0689

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

la mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/689 ========== ***

Nº de registro: 0689

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

Autores:
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, NAVARRO GOMEZ MARIA CARMEN, BAILO GAY ANA MARIA, OTO ROYO ANA, CONDE VAZQUEZ PAULA, OLMO PEREZ ELENA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, TARRAGUEL NAVARRO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías urgentes
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Aunque se ha realizado una redistribución de la sala de urgencias y se han organizado, materiales, medicación y maletín de urgencias, existen diferencias profesionales en cuanto a la formación e implicación.

Seria necesario mejorar la destreza en el manejo del desfibrilador, del DESA, de la utilización de mascarilla laringea y pistola intraosea asi como realizar reciclaje en RCP para todo el equipo.

Por otro lado tenemos que reorganizar el nuevo carro de paradas que va a sustituir al que teníamos

En cuanto a la gestión de la demanda urgente, aunque existe una planilla en la que se establece el turno de profesional sanitario para la atención a pacientes desplazados durante la jornada ordinaria, no esta protocolizado el procedimiento a seguir ante una demanda urgente desde que esta se produce en el servicio de admisión o por teléfono hasta que se atiende, ni la sustitución en la situación en la que se produce una ausencia no esperada de un profesional en horario de atención continuada como MAC o EAC.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Definir un procedimiento con los contenidos básicos del caro de paradas y emergencias
2. Conocimiento por todos los miembros del equipo del contenido del carro de paradas y maletín de urgencias, así como de los protocolos de mantenimiento
3. Mejorar las habilidades de los profesionales en el manejo del desfibrilador, del DESA, de la utilización de la mascarilla laringea y pistola intraosea
4. Realizar reciclaje en RCP
5. Evitar las demoras en la atención urgente mediante un documento explícito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio en cada momento para designar al profesional/es responsables de la atención urgente (emergencia), tanto dentro del Centro de Salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro
6. Definir la estrategia para cubrir el turno del profesional ausente por situaciones inprevistas en turnos de atención coninuada.

MÉTODO
1. Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del nuevo carro de paradas y maletín de urgencias
2. Establecer un procedimiento para mantener el orden de la sala de urgencias con registro de las actividades y revisiones realizadas por los responsables
3. Implantar hoja de registro de incidencias en la sala de urgencias
4. Definir los criterios y procedimiento de la atención urgente
5. Realizar taller de reciclaje de RCP y patologías consideradas urgentes
6. Realizar sesiones de formación en manejo de desfibrilador, del DESA, de mascarilla laríngea y pistola

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0689

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

intraósea

INDICADORES
1. Creación de un protocolo con el contenido del nuevo carro de paradas y maletín de urgencias

Indicador: Existencia de dicho documento SI/NO

Objetivo: Existencia de dicho documento

Indicador: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo obtenido a través del acta con las firmas de la/las reuniones establecidas a tal fin.

Objetivo: Superior al 80% igual 85/90 de sanitarios (excluyendo administrativos y trabajador social.) incluyendo matrona

2. Existencia del registro cumplimentado mediante firma del mantenimiento según la periodicidad acordada

Objetivo: Superior al 80% el control de firmas

3. Existencia de control de caducidades y firmas

Objetivo : superior al 80% el control de firmas

4. Utilización de hoja de incidencias

Indicador: Uso de la hoja de incidencias

5. Realización de un taller de reciclaje de RCP

Indicador: Número total de profesionales del centro que han asistido al taller de reciclaje de RCP

Objetivo: Superior al 80%

7. Realización de sesiones formaticas en el manejo del desfibrilador, del DESA, de mascarilla laringea y pistola intraosea

Indicador: Número de profesionales del centro que han asistido a los distintos talleres

Objetivo: Superior al 80%

8. Existencia de un documento con el procedimiento del circuito de atención de urgencias

Indicador: Existencia de dicho documento SI/NO
Objetivo: Porcentaje de profesionales conocedores del mismo. Superior al 80%

DURACIÓN
Planificación del proyecto : Abril- Mayo 2018
Realización de los talleres: De Mayo-Junio a Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0997

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EQUIPO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA GASTON FACI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTILLES GARCIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
BRUN ALONSO BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo (20 de abril de 2018)
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13 de abril de 2018
Difusión de la información de la Jornada a los miembros del EAP (8 de Mayo de 2018)
Sesión de antibióticos en el EAP. Difusión de los principios generales en Atención primaria con fecha del 11 de diciembre con una asistencia del 70% de profesionales Colocación de los posters sobre “Antibióticos, solo cuando sea necesario” en las consultas del Centro de Salud.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hay un responsable/referente del uso de antibióticos en el EAP

Nº reuniones sobre el buen uso de antibióticos : 4

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora como positivo la información ofertada a los pacientes a travésde los carteles colocados en la sala de espera.
Todo el equipo se ha involucrado en la reducción de uso de antibióticos comenzando con una revisión en sesiones clínicas de las patologías infeciosas más frecuentes en AP

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/997 ========== ***

Nº de registro: 0997

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO

Autores:
GASTON FACI ANA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, ORTILLES GARCIA MARTA, BRUN ALONSO BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES QUE ACUDAN AL CENTRO DE SALUD CON UNA INFECCION
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0997

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN AP EN EL EQUIPO

considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo-Junio)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0998

1. TÍTULO

TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE ENGUITA PELLICENA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLMO PEREZ ELENA
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR
GASTON FACI ANA
ORTILLES GRACIA MARTA
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA
SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN
MUÑOZ RUIZ ANA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Difusión desde las consultasde pediatría de dicho taller,principalmente a los padres de los recien nacidos. También desde los talleres de preparación al parto que organizan las matronas del centro de salud dan información del taller.
2- Se realizan sesiones semanales,los jueves de 12,30 a 14 h. En las sesiones se tratan los temas que surgen por el interes de los asistentes, los más frecuentes : lactancia, sueño, desarrollo psicomotor, alimentación, seguridad.
3- Se han realizado talleres monográficos con temas solicitados por los asisten-tes al taller:
- Sesión sobre porteo ergonómico impartido por una asesora en porteo (15/03/2018 y 18/10/2018)
- Sesión de musicoterápia impartido por una musicoterapeuta (12/04/2018)
- Sesión de RCP y atragantamiento impartido por protección civil del ayto de Utebo (19/04/2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La asistencia media a las sesiones ha aumentado y la presencia de padres también está aumentando, de unos 15-20 participantes.
Los niños que acuden al taller suelen ser menores de 6 meses siendo el motivo de abandono la incorporación de la madre al mundo laboral.
El nivel de satisfacción de los asistentes es alto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El taller que comenzó como taller de lactancia es un proyecto afianzado en la comunidad.
Es un espacio en el que las madres y los padres se aportan apoyo y ayuda mutua que mejora los setimientos de los padres respecto a su crianza. Los verdaderos protagonistas son los padres,los profesionales sanitarios que acudimos al talles somos simples moderadores.
La difusión y promoción del taller se hace a traves del centro de salud principalmente, pero gracias a la colaboración del ayto para la difusión de las sesiones en la revista mensual y cartelería se ha conseguido atraer a más población no usuarios del sistema nacional de salud.
Para mantener este tipo de proyectos comunitarios a largo plazo sería importante formar y capacitar en lactancia materna y crianza a todos los profesionales que atienden a la población pediátrica para educar en hábitos saludables en la infancia y así a la larga mejorar la salud comunitaria de la población adulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/998 ========== ***

Nº de registro: 0998

Título
TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA

Autores:
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, OLMO PEREZ ELENA, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, GASTON FACI ANA, ORTILLES GRACIA MARTA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, SOBREVIELA LLOP MARIA CARMEN, MUÑOZ RUIZ ANA FELISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0998

1. TÍTULO

TALLERES DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LA PRIMERA INFANCIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En las primeras consultas tras el nacimiento los padres presentan múltiples dudas en relación a la lactancia, alimentación complementaria,desarrollo psicomotor y cuidados básicos.

El tiempo que se dedica en las consultas en limitado y no permite abordar éstos temas en profundidad,éste es el motivo por el que se decidió poner en marcha éste taller donde los padres son los protagonistas ante los tema a tratar.

Se había detectado un aumento del abandono de la lactancia materna en los inicios de ésta, por lo que se pensó que dando un entorno en el que se sintieran apoyadas tanto con los profesionales como con la experiencia de otras madres sirviese para no abandonar .

RESULTADOS ESPERADOS
Brindar a las familias un espacio donde sentirse apoyados en la tarea de la crianza de sus hijos, puedan plantear dudas,compartir experiencias, adquirir y mejorar habilidades, apoyados por el equipo de pediatría y otros profesionales.

MÉTODO
Se realizarán sesiones semanales, los jueves de 12,30 a 14h,en un local cedido por el Ayuntamiento y coordinado con el equipo de pediatría del Centro de Salud.
Los contenidos de las sesiones serán libres abiertos a los intereses de las personas que acudan al taller.
Un jueves al mes se tratará un tema monográfico propuesto por las familias.
La captación se realizará fundamentalmente en las consultas de pediatria, matrona y por el resto de profesionales del equipo.
Las sesiones monográficas serán publicitadas mediante carteles informativos en el C. Salud, así como en la revista mensual municipal y en las redes sociales del Ayuntamiento de Utebo.

INDICADORES
Número de sesiones realizadas a lo largo del año
Media de asistencia de padres y madres.
Análisis descriptivo sobre la satisfacción del usuario y de los componentes del equipo

DURACIÓN
La actividad se desarrollará todos los jueves del año no festivos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA ORTILLES GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS UTEBO
· Localidad ..... UTEBO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1º Reunión con el equipo para explicar el proyecto. 29/05/2018

2º Reuniones del grupo de trabajo.

Los martes que no hay reunión de equipo se han ido preparando las cartas a los colegios para presentar el proyecto, las charlas para los colegios (padres y alumnos), el póster y tríptico divulgativo.
También mediante un grupo de Wasap se va poniendo al día a todo el equipo, y se envían referencias bibliográficas para estar actualizados en el tema.

3º Reuniones con el ayuntamiento y con distintas asociaciones dentro e la mesa intersectorial de salud.

Forma parte del plan de salud del municipio y está presentado a la RAPPS.

En la revista mensual del municipio, “Utebo Actual”, se han publicado diferentes artículos sobre el tema del almuerzo saludable, así como información de las actividades que se van realizando para promover los hábitos saludables en la edad infantil.

Han colaborado como intermediarios para contactar con los diferentes centros escolares y con los servicios sociales.

Están divulgando desde el ayuntamiento las actividades que se están realizado, y proporcionan lugares público para las charlas a familias y profesores.

Han subvencionado las charlas realizadas por una dietista nutricionista

4º Reuniones con Consejo de Salud.

En cada reunión del consejo de salud se va informando de las actividades realizadas

5º Reuniones con los equipos escolares.

Se han tenido reuniones con los cuatro centros escolares, con los dos institutos y con las dos guarderías municipales. Se les ha pedido ayuda para que los alumnos de tercero de E.P. realicen dibujos para ilustrar el tríptico y póster informativo que se les entregará a comienzo de curso. (06/11/2017 y 08/11/2017). Todos los centros educativos públicos deciden colaborar y se planifican las charlas para padres y alumnos. Se decide dar la charla a los alumnos de 3º curso de EP, a los alumnos de 3º de la ESO, al personal de las guarderías y a los padres. Estos últimos repartidos en dos grupos; una para las familias de alumnos menores de tres años y otra para las familias de los mayores de tres años.

Tras la presentación del proyecto se ha tenido contacto de manera regular mediante correo electrónico y vía telefónica.

6ºCharlas a padres:

A diferencia del año pasado, que se realizó una por colegio, con poca aceptación, se comienza el proyecto con una primera charla para las familias por la tarde en una sala cedida por el Ayuntamiento (11/06/2018). Pusieron servicio de guardería, para facilitar la asistencia de las familias. La sala se llenó, quedando gente sin poder entrar, por lo que se decidió realizar otras dos charlas más a lo largo de este curso. Las fechas de estas charlas han sido:
-24/1/2019
-31/1/2019

7ª Talleres con los alumnos y profesores

3º de EP
Se realizan sesiones de hora y cuarto. Primero se les explica el proyecto, la nutricionista habla de los distintos productos procesados, de los azúcares, sal y grasa enseñándoles a entender los etiquetados y termina con los trucos publicitarios que emplea la industria alimentaria. Tras la charla se realiza un coloquio donde

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

los alumnos comentan los almuerzos que suelen llevar a clase.

En cada sesión participan dos clases (unos 50 alumnos)

Las charlas realizadas son:

-CEIP Miguel Artazos: 19/10/2018
-CEIP Octavus: 26/10/2018
-CEIP Infanta Elena: 9/11/2018
-CEIP Parque Europa: 18/1/2019

3ª de la ESO
La dinámica es la misma que para los alumnos de primaria, pero se emplean ejemplos más apropiados para la adolescencia.

Personal de las Escuelas Infantiles
Se realiza una única charla juntando al personal de las dos Escuelas Infantiles para concretar el mensaje que se les dará a las familias. Se realizó el día 22/11/2018.
Ambas Escuelas deciden quitar de los almuerzos todos los productos procesados.

La empresa de Catering que les sirve la comida decide también retirar todos los postres azucarados, dejando exclusivamente fruta.

8ºRefuerzo de la información dada en las charlas en las revisiones realizadas en el Centro de Salud de los 9 años y 14 años

9ºDifusión a la prensa.

Se pone en contacto el Heraldo de Aragón con el Centro de Salud, y publican reportaje sobre las actividades que se están realizando en el centro, el día 24 de diciembre.

10ª Retirada de la máquina expendedora del centro de Salud todas las comidas procesadas el día 22/09/2017, dejando exclusivamente Café, agua y Coca-Cola en la bandeja inferior, fuera del alcanza de la vista de los niños. Se aprecia que ya no se entra a las consultas con bolsas de snacks.

11ªComunicación de resultados Se realizará al final del curso escolar: al equipo de AP, Centros Escolares y Ayuntamiento.

12º se entrega a todos los alumnos de los cuatro colegios un tri´ptico con información sobre almuerzos saludables, ilustrado con los dibujos realizados por los alumnos a los que se les ha dado las charlas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para evaluar los resultados tenemos como punto de partida los datos de la Tesis de Ana Gastón, en la que el C. S. Utebo tiene una prevalencia de sobrepeso y obesidad de un 20%. Los datos son de los años 2010 y 2011.
De manera anual se va a ir calculando la prevalencia de sobrepeso y obesidad utilizando la misma metodología para poder comparar y tener resultados objetivos.
Se han solicitado a la dirección los datos registrados en OMI-AP de peso y talla, pero por el momento no se nos han facilitado

Otros marcadores secundarios serán las encuestas realizadas en clase a los niños para ver si disminuye el número de niños que llevan productos procesados a la hora del almuerzo y el volumen de basura generado en los recreos.
Estos marcadores se valoran a principio y final de curso.
Como el proyecto ya es conocido por las familias, alumnos y profesorado, el grado de aceptación es superior al del año pasado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La aceptación del proyecto ha sido muy buena por una parte de las familias, pero cuesta mucho modificar hábitos de alimentación, por lo que no podemos esperar resultados a corto plazo.

Hace falta involucrar mucho a los escolares, ya que son ellos los que demandan estos productos procesados, y por la edad que tienen resulta más fácil modificar hábitos.

Según resultados se valorará realizar otras actividades dirigidas a niños, y abordar el tema en las guarderías privadas, y en otros grupos de trabajo comunitarios, como es el taller de lactancia y crianza.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/1038 ================================== ***

Nº de registro: 1038

Título
PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

Autores:
GASTON FACI ANA, ORTILLES GARCIA MARTA, SOLANS BASCUAS MARIA TERESA, OLMO PEREZ ELENA, ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE, GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR, HERRERO JIMENEZ MARIA PILAR, RUIZ MURILLAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTEBO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ACTIVIDADES PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La alimentación ha sido un tema prioritario al que se le han dedicado muchas horas en las últimas décadas, tanto por parte de Atención Primaria como en el ámbito escolar, y además los padres cada vez están más concienciados, aunque no siempre bien informados

A pesar de todo el esfuerzo, no solo no hemos conseguido mejorar la alimentación de nuestros niños, sino que tendríamos unas cifras crecientes de patologías relacionadas con la alimentación como serían la obesidad y el sobrepeso

Ya desde el embarazo los padres están sometidos a múltiples mensajes publicitarios relacionados con la alimentación infantil. Esta publicidad dirigida a los padres sigue estando presente en los primeros años, pero a partir de los dos tres años la publicidad ya va dirigida a niños, que son los que coaccionan a sus padres a la hora de la compra. Hay bastantes estudios que relacionan la influencia que ejerce la publicidad de alimentos no saludables en la población infantil, y España estaría especialmente retrasada en este aspecto, ya que no tenemos una regulación detallada sobre la publicidad dirigida a niños.

Sobre la persuasión indirecta que se realiza entre iguales, en relación con los alimentos procesados, no se encuentran estudios ni publicaciones, pero él boca a boca en esta edad sería muy importante.

En este proyecto se está trabajando conjuntamente el Centro de Salud, los cuatro colegios de Utebo y el Ayuntamiento, para intentar disminuir la comida procesada no saludable que toman los niños a la hora del almuerzo, y de esta manera poder reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil, que actualmente está en un 20%

Otros objetivos son mejorara la alimentación de la población infantil disminuyendo el consumo de los productos procesados

MÉTODO
-Retirada de las máquinas expendedoras de bebidas y comida los productos no saludables.
-los niños no llevaran al colegio alimentos procesados. Se recomendará que traigan bocadillos, fruta, frutos secos, bollería casera, leche y agua.
-los cumpleaños de los niños no se celebrarán en clase con dulces, bollería ni snaks.
-Se realizaran charlas para padres y para los alumnos.
-Promocionar el uso de fuentes de agua en los sitios públicos frecuentados por los niños.
-No patrocinar eventos infantiles con empresas que comercialicen alimentos no saludables.
-Se ha involucrado a los alumnos en la realización de los carteles informativos.
-El Ayuntamiento está divulgando las actividades realizadas.
-Se trabaja con los servicios sociales de base para que los alimentos que se proporcionan a las familias desfavorecidas sean lo más saludable posible.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1038

1. TÍTULO

PROYECTO COMUNITARIO PARA ABORDAR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE UTEBO

INDICADORES
Se calculará la prevalencia anual de sobrepeso y obesidad infantil mientras dure el proyecto

Seguimineto del volumen de basura generado en los colegios a la hora del recreo.
Encuestas de satisfacción en las charlas a padres.

DURACIÓN
Inicio en junio de 2018
No hay fecha de finalización al ser un proyecto a largo plazo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRES RUBIO FERNANDO
VELA CONDON PABLO ANTONIO
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS
SOLER PARDINILLA MARIA JESUS
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Solicitud de listados de pacientes en tratamiento con Antivitamina K y ACOD, al servicio de Farmacia de AP del Sector (Datos de Receta electrónica)
2.Valoración del control de la coagulación de cada paciente según los criterios del IPT por cada profesional de los asignados a su cupo en julio 2017
-Extracción de datos de OMI AP
-Entrega a cada uno de los profesionales médicos del listado de los pacientes de su cupo con los resultados
-Modificaciones de tratamiento si se ha considerado oportuno
3.Evaluación de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Total de pacientes anticoagulados: 131
• Total de pacientes con acenocumarol: 92
• Total de pacientes con ACOD: 39
• Total de pacientes no evaluados (tratamiento con duración menor de 6 meses, autocontroles, domicilios a temporadas fuera de Valdefierro): 24
• % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango en julio de 2017: 42,64%
• % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, mal controlados con situaciones clínicas en las que el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), recomienda su paso a ACOD: 42,85%
• % de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales en julio 2017: 29,77%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es preciso mejorar el porcentaje de pacientes que cumpliendo las indicaciones del IPT para su paso a ACOD, aun siguen en tratamiento con acenocumarol.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/300 ========== ***

Nº de Registro: 0300

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, MORENO ASENSIO SANTIAGO, TORRES RUBIO FERNANDO, VELA CORDON PABLO, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

PROBLEMA
Durante los últimos años, se han incorporado al campo de los anticoagulantes orales nuevos fármacos con un valor añadido, en determinadas circunstancias, recogidas en un Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del Ministerio de Sanidad UT/V4/23122013, que mejoran la seguridad, los circuitos asistenciales, la calidad de vida de los pacientes y en definitiva los resultados en salud.
Este cambio de paradigma en la anticoagulación necesita un abordaje centrado en el paciente, que identifique

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan los ACOD (Anticoagulantes orales de acción directa), aunque no precisan monitorización, no se relaje su seguimiento, que debe seguir siendo estrecho y realizarse de forma coordinada con las Unidades de Coagulación y el personal de enfermería de los centros; Contando en todo momento con la participación activa del paciente y estrategias de optimización de la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la seguridad clínica y la Calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

MÉTODO
1.-Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K, que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD.
- Extracción de datos de OMI AP (Responsable: Grupo de mejora)
- Modificaciones de tratamiento si se precisan (Responsable: el médico del paciente)
2.-Identificación de pacientes en tratamiento en el momento de iniciar el proyecto con ACOD
- Datos de receta electrónica proporcionados por el Servicio de Farmacia AP del Sector
3.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO
-Responsable: El grupo de mejora
4.- Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros. (Responsable: Mario Bárcena)

5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad. (Responsable: Antonio OTO, Rosabel Villares

INDICADORES
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ADOD
-%de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
-Existencia de protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD
- Nº de sesiones clínicas de Anticoagulantes orales realizadas en el Centro de salud
- % de personas que han asistido a las sesiones
-Nº de pacientes/cuidadores que asisten a la reunión formativa
- Nº de trombosis registradas en pacientes tratados
- Nº de hemorragias leves registradas en pacientes tratados
- Nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

DURACIÓN
1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (Mayo/junio)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo/junio)
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO (Junio/julio)
4. Trabajo de campo con los pacientes (De Junio a noviembre)
5. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo/junio/ septirmbre)
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Septiembr/Octubre)
7. Evaluación de resultados (Noviembre/Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA
VELA CONDON PABLO ANTONIO
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS
SOLER PARDINILLA MARIA JESUS
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
•Solicitud de listados de pacientes en tratamiento con Antivitamina K y ACOD, al servicio de Farmacia de AP del Sector (Datos de Receta electrónica)
•Valoración del control de la coagulación de cada paciente según los criterios del IPT por cada profesional de los asignados a su cupo en agosto 2018
Extracción de datos de OMI AP
Entrega a cada uno de los profesionales médicos el listado de los pacientes con sus resultados
Modificaciones de tratamiento si se ha considerado oportuno
Sesión clínica con los resultados el 13/02/2019
•Evaluación de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
•Total de pacientes anticoagulados: 153
•Total de pacientes con antivitamina K (acenocumarol; warfarina): 94
•Total de pacientes con ACOD: 59
•Total de pacientes no evaluados (tratamiento con duración menor de 6 meses, autocontroles, domicilios a temporadas fuera de Valdefierro): 25
•% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango en agosto de 2018: 40,96%
•% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, mal controlados con situaciones clínicas en las que el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), recomienda su paso a ACOD: 57,77%
•% de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales en agosto 2018: 38,56%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Continúa siendo preciso mejorar el porcentaje de pacientes mal controlados que cumpliendo con los criterios del IPT aún continúan en tratamiento con acenocumarol.

7. OBSERVACIONES.
El año de presentación del proyecto a valorar fue el 2015. En el desplegable solo permitía a partir de 2016

*** ========== Resumen del proyecto 2015/300 ========== ***

Nº de Registro: 0300

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, MORENO ASENSIO SANTIAGO, TORRES RUBIO FERNANDO, VELA CORDON PABLO, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

PROBLEMA
Durante los últimos años, se han incorporado al campo de los anticoagulantes orales nuevos fármacos con un valor añadido, en determinadas circunstancias, recogidas en un Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del Ministerio de Sanidad UT/V4/23122013, que mejoran la seguridad, los circuitos asistenciales, la calidad de vida de los pacientes y en definitiva los resultados en salud.
Este cambio de paradigma en la anticoagulación necesita un abordaje centrado en el paciente, que identifique a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan los ACOD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0300

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES, EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

(Anticoagulantes orales de acción directa), aunque no precisan monitorización, no se relaje su seguimiento, que debe seguir siendo estrecho y realizarse de forma coordinada con las Unidades de Coagulación y el personal de enfermería de los centros; Contando en todo momento con la participación activa del paciente y estrategias de optimización de la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la seguridad clínica y la Calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

MÉTODO
1.-Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K, que cumplen criterios según el IPT para cambiar a ACOD.
- Extracción de datos de OMI AP (Responsable: Grupo de mejora)
- Modificaciones de tratamiento si se precisan (Responsable: el médico del paciente)
2.-Identificación de pacientes en tratamiento en el momento de iniciar el proyecto con ACOD
- Datos de receta electrónica proporcionados por el Servicio de Farmacia AP del Sector
3.- Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO
-Responsable: El grupo de mejora
4.- Sesiones clínicas en el EAP de formación en el manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD, actitud ante situaciones especiales etc. Presentación del protocolo de seguimiento a médicos y enfermeros. (Responsable: Mario Bárcena)

5.- Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las Actividades de la Comunidad. (Responsable: Antonio OTO, Rosabel Villares

INDICADORES
- % de pacientes anticoagulados con Antivitamina K, que los últimos seis meses tienen menos del 60% de determinaciones de INR en rango
-% de pacientes anticoagulados con Antivitamina K y situaciones clínicas en las que el IPT, recomienda su paso a ADOD
-%de pacientes en tratamiento con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales
-Existencia de protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD
- Nº de sesiones clínicas de Anticoagulantes orales realizadas en el Centro de salud
- % de personas que han asistido a las sesiones
-Nº de pacientes/cuidadores que asisten a la reunión formativa
- Nº de trombosis registradas en pacientes tratados
- Nº de hemorragias leves registradas en pacientes tratados
- Nº de hemorragias graves registradas en pacientes tratados

DURACIÓN
1. Identificación de pacientes en tratamiento con Antivitamina K (Mayo/junio)
2. Identificación de pacientes en tratamiento con ACOD (Mayo/junio)
3. Elaboración de un protocolo conjunto de seguimiento de los pacientes tratados con ACO (Junio/julio)
4. Trabajo de campo con los pacientes (De Junio a noviembre)
5. Sesiones clínicas en el EAP (Mayo/junio/ septirmbre)
6. Actividad formativa con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores (Septiembr/Octubre)
7. Evaluación de resultados (Noviembre/Diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0291

1. TÍTULO

MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA BARRANCO OBIS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO
GONZALEZ GARCIA MILAGROS
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL
ATANCE MELENDO ESTHER
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesiones formativas para los profesionales sanitarios, médic@s y enfermer@s, residentes y estudiantes del C.S. Se abordo la valoración, diagnostico, tratamiento y evaluación de la faringoamigdalitis, incidiendo en el correcto tratamiento antibiótico (prueba positiva).
Se reviso la Guia Clinica de FAA, resolviendo dudas y exponiendo casos clinicos.
Se involucro activamente al personal del uso racional de esta técnica (pacientes sin criterio o con solo un criterio Centor, no sería oportuno realizar dicha prueba).
Se realizo taller del manejo del Streptotest A para dicho personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disminución de la prescripción de antibióticos más usados en A.P para el tratamiento de la FAA al discriminar infecciones víricas de las bacterianas.
Disminución del gasto farmacéutico en A.P.
Mayor satisfacción del paciente al evitar el uso de antibióticos por sus efectos secundarios, y aumento el grado de satisfacción en la atención recibida en dicho procedimiento.
El paciente comprende mejor el tratamiento, después de explicar por qué y para que se realiza esta prueba (observa el resultado en directo), ya que muchos de los pacientes demandan al profesional un antibiotico.
Implementación del uso del Streptotest en las consultas de los EAPs.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Streptotest A es una herramienta de gran ayuda para el profesional del A.P que contribuye a una reducción del consumo inadecuado de antibióticos en el tratamiento de las FAA de origen vírico.
Así como un uso racional de los medicamentos y su adecuación a las necesidades de atención a los pacientes en las consultas de los EAPs.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario el seguimiento y desarrollo de sesiones formativas y de reciclaje de esta técnica diagnostica, como comprobar a largo plazo la disminución del uso de antibióticos en nuestro EAPs. C.S. Valdefierro

*** ========== Resumen del proyecto 2016/291 ========== ***

Nº de registro: 0291

Título
MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA, EN LA CONSULTA DE UN EAPS. DISCRIMINACION ENTRE BACTERIANAS Y VIRICAS A TRAVES DEL USO CORRECTO DE ESCALAS DEVALORACION CLINICA Y TECNICAS DE DETECCION

Autores:
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, BARCENA CAAMAÑO MARIO, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, OTO NEGRE ANTONIO LUIS, VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, ATANCE MELENDO ESTHER, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0291

1. TÍTULO

MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las infecciones
respiratorias más frecuentes en nuestro medio. La FAA representa una causa nada despreciable de absentismo laboral, de hasta 6,5 días de media de baja laboral por episodio .
Es también una de las razones más frecuentes por las que se prescribe un antibiótico en nuestro país, con una tasa aproximada de prescripción del 80%. A pesar de ello, la causa más frecuente de etiología bacteriana, la producida por Streptoccus pyogenes estreptococo ß-hemolítico del grupo A (EBHGA) el %-30% de todas las faringoamigdalitis en niños y el 5-15% en adultos (2,3).
En la práctica habitual, el diagnóstico se realiza en base a criterios clínicos (fiebre, exudado amigdalar, adenopatia cervical anterior y ausencia de tos), que tienen una baja sensibilidad para predecir infección por EBHGA (49-74%), por lo que la indicación de la prescripción antibiótica aumenta al haber un gran número de falsos positivos .
Para el diagnóstico de la FAA la prueba de referencia es el cultivo de exudado amigdalar, cuya sensibilidad y especificidad son muy elevadas (90-95% y >95% respectivamente) .
Control de las manifestaciones clínicas:
-Escalas de predicción: Criterios de Centor.
-Métodos microbiológicos.
-El cultivo faríngeo es la prueba de referencia.
-Pruebas de detección antigénica rápida del EBHGA (Strep A) Streptoccus pyogenes o estreptococo ß-hemolítico del grupo A.
-EBHGA es el causante del 20 - 30% de todas las faringoamigdalitis en niños 5 -15% en adultos.
-Es habitual la existencia de portadores asintomáticos, principalmente entre los niños (20%) (En adultos 5%).
La faringoamigdalitis aguda (FAA.) es una de las razones más frecuentes por las que se prescribe un antibiótico en nuestro país: tasa aproximada de prescripción del 80%.
La estrategia que ha demostrado mejor cociente coste-efectividad, es realizar pruebas antigénicas rápidas a los pacientes con mayor probabilidad de infección por EBHGA. (Streptoccus pyogenes o estreptococo ß-hemolítico del grupo A), y tratar en base al resultado, los casos positivos. Desde este punto de vista, la mejor recomendación para los pacientes con dos o más criterios de Centor sería realizar técnicas rápidas de detección de antígenos (StrepA).
2. Características clínicas específicas en base al germen etiológico de la faringoamigdalitis aguda (FAA).
3. Criterios para la discriminación en (FAA).
4. Criterios de Centor y probabilidad de infección por estreptococo ß-hemolítico del grupo A.
5. Diferencias clínicas entre faringoamigdalitis viral y bacteriana.

Oportunidad de Mejora.
Para los pacientes:
Mayor grado de satisfacción en la atención recibida en este tipo de procesos.
Para los profesionales:
Un mejor uso de los antibióticos en las consultas de A.P.
Para la Administración:
Disminución de las D.D.D. de antibióticos en los EAPs.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Mejorar el uso correcto y racional de los antibióticos, en los EAPs de salud, consultas de AP.
2- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a las consulta de AP. con este proceso (FAA).
3- Disminución del gasto farmacéutico en A.P.

MÉTODO
Se realizaran sesiones formativas (clínicas), del EAPs para la puesta en funcionamiento de esta asistencia clínica en las consultas del CS. Valdefierro.
Para esto se revisara la Guía clínica para el manejo de la Faringoamigdalitis aguda del adulto.
Se revisara la técnica de la determinación rápida del StrepA por parte del Equipo de Enfermería y en sesión formativa para el EAPs.
Así como para las consultas de GEDEN gestión de enfermería a demanda, en procesos agudos.

Evaluación de los aspectos imponderables como:

-Abastecimiento en almacén, (ya subsanado).
-Localización de los test.
-Conocimiento de todos los miembros del EAPs. de la técnica en el CS.
-Implementación de la técnica en las consultas del EAPs.

INDICADORES
Disminución de D.D.D. de antibióticos más usados en AP. para el
tratamiento de la FAA. y evitar la duplicidad de la petición de consulta de los pacientes por FAA.
Corte de cartera de Servicios en AP.
Encuesta de satisfacción del usuario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0291

1. TÍTULO

MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

DURACIÓN
Continuidad de la implementación 2016 .
Evaluación a través de sesiones de Equipo cada seis meses programa ISO 9001del EAPs Valdefierro.
Evaluación anual del programa Mayo 2017.
El EAPs. cree necesario el seguimiento de esta actividad y continuar con la implementación de la técnica por todo el EAPs. de Valdefierro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0470

1. TÍTULO

ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUCIA BARTOLOME LALANZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PEREZ ARAMENDIA MARIA JESUS
ATANCE MELENDO ESTHER
GIL GIMENEZ NEREA
LARENA FERNANDEZ ISRAEL
GAY GASANZ BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se mantiene una cuenta específica de correo electrónico con contraseña de acceso confidencial.
La cuenta con la que se inició el proyecto que era una cuenta de Gmail. se sustituyó, por recomendación de Informática del Sector 3, por una cuenta de Outlook dentro del Servicio Aragonés de Salud, creando el correo valdefierropediatria@salud.aragon.es para mostrar mayor confidencialidad de los datos a los usuarios.
A esta cuenta de correo accedemos diariamente 2 pediatras y 2 enfermeras pediátricas.
Los contenidos del correo así como las respuestas se registran en la Hª clínica del paciente.
Existe la posibilidad de enviar archivos o enlaces web a páginas de información y Educación para la salud.
En la agenda del profesional existen huecos específicos para citación de estas consultas con el epígrafe de Demanda no Presencial
Seguimos entregando al usuario hojas informativas con la dirección de correo electrónico donde se especifican los asuntos a tratar por este medio.
La hoja está disponible en admisión del Centro, en el área de pediatría y en las diferentes consultas pediátricas.
Se entrega en la primera visita de los padres y todas las veces que sea necesario.
Nos comprometemos a contestar en un plazo máximo de 48 horas excepto correos enviados en fin de semana que se contestan el lunes.
El proyecto y su seguimiento ha sido informado en varias reuniones del Consejo de Salud de Zona.
Al año y medio de funcionamiento de este servicio hemos realizado una encuesta para averiguar el grado de satisfacción del usuario con esta cuenta de correo y comprobar su efectividad.
Se realizó a través de Google Forms para que fuese anónima.
Las cuestiones planteadas fueron:
-Este correo ha mejorado la accesibilidad a la consulta de pediatria?
-Este servicio ha ayudado a resolver las dudas sobre la salud de su hijo?
-El tiempo de respuesta a los correos le parece adecuado?
-La información adicional proporcionada mediante enlaces web y documentos adjuntos le parece útil?
-Puntúe del 1 al 10 su grado de satisfacción con el servicio proporcionado.
-Escriba cualquier sugerencia o comentario que crea que puede ayudar a mejorar el servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el día 28-5-2017 se recibieron 2058 mails, aproximadamente 4 al día.
De las 2418 cartillas de pediatría hasta el 1-6-2017, 524 pacientes (21,68%) hicieron uso de este servicio.
La encuesta de satisfacción se remitió a los 524 mails.
Obtuvimos 157 respuesta (29,96%)
-El 97,4% consideran que constituye mejora en la accesibilidad.
-El 93,8% consideran que ayuda a resolver dudas sobre la salud de sus hijos.
-El 96,5% está satisfecho con el tiempo de respuesta.
-El 84,1% considera útil la información adicional mediante enlaces web y documentos adjuntos recibidos.
-El 94,3% puntúan el servico del 8 al 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-La implementación de este servicio ha generado una satisfacción general de los pacientes que recomiendan se siga manteniendo e incluso sugieren que se amplíe a otras consultas.
-Se ha disminuído el número de consultas burocráticas presenciales, llamadas telefónicas y las interrupciones en mitad de la consulta.
-Permite tener mayor tiempo para responder las dudas y recapacitar sobre éstas.
-Se constata un aumento progresivo en la utilización del mismo por parte de los usuarios.
-Por otra parte, ha supuesto un incremento en la carga del trabajo
de los profesionales, sobre todo los lunes, ya que no disponen de un tiempo especifico de la jornada laboral dedicado únicamente a la contestación de los e-mails.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/470 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0470

1. TÍTULO

ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS

Nº de registro: 0470

Título
ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS. CS. VALDEFIERRO 2016

Autores:
BARTOLOME LALANZA LUCIA, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, ATANCE MELENDO ESTHER, FUSTERO RAMOS LOURDES, GIL GIMENEZ NEREA, PEDRUZO GARCIA LORETO, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ver proyecto.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento del número de pacientes en las consultas de pediatría (cercanos a los 1200 pacientes por cupo de pediatría en Valdefierro), la gran frecuentación (justificada por el alto número de lactantes) y el prolongado tiempo de espera antes de acceder a la consulta, justifica la búsqueda de soluciones para agilizar las consultas de pediatría.

-Objetivo.
Uso racional de la tecnología (teléfono y correo electrónico) con el fin de agilizar la consulta diaria de pediatría de atención primaria, para una serie de problemas que no requieren una consulta presencial.
Disminuir el tiempo de espera del usuario.
Palabras clave.
Consulta telefónica, consultas por correo electrónico en pediatría.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Mejorar el uso correcto y racional de las consultas de pediatría y enfermería pediátrica en el EAP de salud.
2- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a las consulta de AP. por haber menos tiempo de espera.
3- Disminución del tiempo que pierden los padres esperando a una consulta presencial en A.P. y por tanto aumento de la satisfacción del usuario de estas teleconsultas.

MÉTODO
1º Se realizará una revisión bibliográfica de tema. Recopilación de experiencias similares en nuestro ámbito
2º Se seleccionarán los temas a tratar en este tipo de consultas:
-consultas puntuales (dudas sobre dosis, puericultura..),
-información sobre resultados de laboratorio (orinas de control, analíticas de rutina, resultados con niño sano..),
-resultado de RX de control…
-Renovación de recetas crónicas…

- Se establecerán los temas NO aptos para estas consultas:

-patologías que entrañan gravedad
-síndrome febril,
-patologías que requieren exploración e inspección…

3ºDiseño de agenda para la citación de estas consultas.

4º Diseño del correo electrónico y puesta en marcha.

5º Presentación del proyecto al Consejo de Salud

INDICADORES
A través de encuesta de satisfacción del usuario, y Consejo de Salud de Zona CS. Valdefierro.

DURACIÓN
Se puso en funcionamiento en Junio 2015 y el EAPs. cree necesario su seguimiento de la implementación así como su total conocimiento por el mismo y por la población del barrio, durante el proximo año 2017 y su posterior evaluación en Marzo 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0470

1. TÍTULO

ATENCION VIA TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRIA DE UN EAPS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0516

1. TÍTULO

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA ISABEL VILLARES ANDRES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUIL LANGARITA SUSANA
ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN
GONZALEZ GARCIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
consulta programada de enfermeria, sesion de formacion en el equipo,

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
27 derivaciones, con una media de 10 visitas por paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creacion de agenda diferenciada

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/516 ========== ***

Nº de registro: 0516

Título
ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

Autores:
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, BUIL LANGARITA SUSANA, ESQUIVIAS JARAMILLO CARMEN, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: POBLACION GENERAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN TODO EL AMBITO SANITARIO SE CUIDA DE LA SALUD DE NUESTROS USUARIOS PERO TODAVIA QUEDAN ASPECTOS EN LOS QUE SE PUEDE MEJORAR MUCHO ASPECTOS INFORMATIVOS, DE AUTONOMIA DEL PACIENTE.....REALMENTE EN LA INTEGRALIDAD EN LA ATENCION QUEDA MUCHO POR AVANZAR. ELCUIDADO ENFERMERO CONTEMPLA LA ATENCION DE UNA MANERA HOLISTICA Y COMENZAR A DESARROLLAR FACTORES QUE NO INCIDAN SOLO EN EL AMBITO PURAMENTE FISICO ES UNA OPORTUNIDAD. TODOS SUFRIMOS PERDIDAS DE MUCHOS TIPOS Y CUIDAR DE ESTO TAMBIEN ES UNA RESPONSABILIDAD ENFERMERA.

RESULTADOS ESPERADOS
- DESARROLLAR UN ROL PROFESIONAL.
- MEJORAR LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. INTEGRANDOLAS EN EL PROCESO VITAL DE LAS PERSONAS
- FAVORECER LA COMUNICACION TERAPEUTICA.
- MOTIVAR A LOS SANITARIOS A ESTE TIPO DE CUIDADOS.
- AUMENTAR LA AUTONOMIA DEL PACIENTE.
- FAVORECERLA COMUNICACION SOBRE ESTOS TEMAS.

MÉTODO
- DETECTAR LAS PERDIDAS IMPORTANTES
- OFRECER CONSULTA DE DUELO.
- DERIVACION DE PROFESIONALES SANITARIOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0516

1. TÍTULO

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ELABORACION DE LAS PERDIDAS. CONSULTA DE DUELO

- REUNION EN SESION CLINICA PARA EL EAP.

INDICADORES
- NUMERO DE DERIVACIONES.(REGISTRO)
- NUMERO DE CONSULTAS EN EL SEGUIMIENTO.
- ENCUESTA DE SATISFACCION

DURACIÓN
SESION CLINICA INFORMATIVA Y DIFUSION, IMPLEMENTACION Y DESARROLLO EN NOVIEMBRE DE 2016.
EVALUACION EN JUNIO 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1620

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS TOMAS RODRIGUEZ ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARCENA CAAMAÑO MARIO
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
BARTOLOME LALANZA MARIA LUCIA
OTO NEGRE ANTONIO
SOLER PARDINILLA MARIA JESUS
VELA CONDON PABLO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Presentación del proyecto al Equipo a cargo de María Jesús Lallana
sesión realizada el 19/09/2016

Revisión de los indicadores de Uso Racional del Medicamentos incluidos en el cuadro de mandos.

En cuanto a los indicadores no incluidos en el cuadro de mandos, revisión de pacientes en tratamiento con esos principio activos y que fueron enviados desde el Servicio de Farmacia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Selección eficiente de estatinas .
En diciembre del 2016 el indicador fue del 22,72% a 31 de diciembre de 2017 el indicador es de 20,33%. (mejoría del 10,5%)

-Utilización de antibióticos de elección en faringitis estreptocócica.
En diciembre del 2016 el indicador fue del 90,72 % a 31 de diciembre de 2017 el indicador es de 95,26%. (mejoría del 5%)

-Adecuación de la prescripción de fentanilo de absorción rápida en pacientes con dolor no oncológico.
*Se realiza una revisión de los pacientes con consumo de fentanilo de absorción rápida y se valora de forma individual la adecuación de la prescripción, modificando ésta mediante introducción de analgésico mórficos de liberación sostenida.
*Se contactó con la Unidad del Dolor a través del servicio de farmacia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo en equipo con objetivos claros facilita la obtención de resultados.
La obtención de listados de pacientes ha facilitado la revisión de los tratamientos.
Contar con el Servicio de Farmacia facilita el trabajo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1620 ========== ***

Nº de registro: 1620

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA. EAP VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, BARTOLOME LALANZA LUCIA, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, OTO NEGRE ANTONIO LUIS, RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS, SOLER PARDINILLA MARIA JESUS, TORRES RUBIO FERNANDO, VELA CONDON PABLO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1620

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION EN LA ASISTENCIA SANITARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA VALDEFIERRO

Otro Tipo Patología: DISLIPEMIAS, TRATAMIENTO DEL DOLOR, ANTIBIOTICOS EN PEDIATRÍA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en los objetivos de seguridad del paciente y de uso racional del medicamento. La prescripción razonada de medicamentos es esencial por su repercusión en la obtención de mejores resultados en salud, para disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y para garantizar la eficiencia en la utilización de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtener mejores resultados en salud, disminuir los problemas relacionados con los medicamentos y garantizar la eficiencia en la utilización de recursos. Las actuaciones se centran en la adecuación de:
-estatinas de menor eficiencia,
-opiáceos de liberación inmediata,
-utilización de antibióticos en faringoamigdalitis en pediatría,
-no utilización de antibióticos en gastroenteritis en pediatría.

MÉTODO
Actualizar los conocimientos relativos a la utilización de los fármacos seleccionados en el acuerdo de gestión.
Revisar los pacientes en tratamiento con dichos medicamentos.
Formación a través de los casos clínicos detectados en la revisión de pacientes en el EAP.
Monitorización a través del cuadro de mandos de farmacia y de la información remitida por el servicio de farmacia.
Registro de las actividades realizadas.

INDICADORES
Indicadores de prescripción incluídos en el cuadro de mandos de farmacia: estatinas, antibióticos en faringoamigdalitis.
Revisión de pacientes en tratamiento con fentanilo de liberación inmediata (sí/no).
Actas de sesiones de formación sobre adecuación de la prescripción de medicamentos.
Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.

Junio-Octubre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1642

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRANCO OBIS PATRICIA
BUIL LANGARITA SUSANA
PEDRUZO GARCIA LORETO
RERO GUIMERA MARIA JESUS
SAEZ LAFUENTE LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesiones formativas para los profesionales sanitarios, residentes y estudiantes del C.S, donde se abordó los siguientes temas:
-RCP básica y avanzada, en adultos y pediatría, recordando las dosis de los fármacos usados según las recomendaciones de la ERC 2015, resaltando las actividades de urgencia que se realizan en los domicilios.
-Revisión de los cambios propuestos en la ERC.
Carro de paradas, con el stock mínimo de fármacos para atender las urgencias en condiciones lo más optimas posibles:
-Aérea y ventilación: Ambu, mascarilla laríngea, bala de oxígeno.
-Circulación: Abbocath, perfusiones disponibles tanto cristaloides como coloides.
-Revisar la caducidad del material y creación de un Excel para control de las próximas caducidades.
-Se propuso revisar las caducidades la última semana de cada mes (firma de la persona correspondiente) y correcto funcionamiento de los aparatos.
-Indicaciones de la ERC, en formato póster en la sala de Urgencias.
-Repaso del algoritmo de la obstrucción de la vía aérea.
-Repaso del listado de medicación, anexo al carro de paradas.
-Inclusión en el maletín de un plano de la zona.
-Se realizan sesiones para recordar los contenidos de los protocolos ante situaciones de urgencias en Atención Primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Adiestramiento en una RCP.
-Conocer la ubicación de la sala de Urgencias.
-Listado de material y fármacos del carro de paradas revisado y adecuado a las necesidades de la Urgencia en A.P.
-Localización precisa y rápida por parte del todo el equipo del material en situaciones de Urgencia.
-Chequeo periódico de todo el material, tanto fármacos como material fungible.
-Designación de un responsable del control habitual del maletín y del carro de paradas.
-Rotulación de los cajetines de medicación, perfectamente separados por fármaco.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental en una Urgencia tener el carro de paradas revisado y consensuado, con la caducidad revisada y sin que falte nada del listado anexo al carro.
-El material después de una Urgencia siempre se debe reponer, para un buen uso y correcto mantenimiento del carro de paradas, y maletin.
-Reciclaje de los conocimientos por parte del personal de los EAPs. para que, en caso de la atención de las urgencias, que todos conozcan su actividad y dar una respuesta rápida, efectiva y eficiente, ante este tipo de atención.

7. OBSERVACIONES.
En la última sesión se propuso realizar un proyecto de mejora para que todos los centros sanitarios del Sector Zaragoza III, dispongan del mismo material y de la misma disposición en el maletín para facilitar al personal eventual la localización de dicho material en situaciones de urgencia, potenciando la seguridad del paciente y aumentando la calidad asistencial.
Se podría disminuir el peso del maletín de Urgencias o sustituirlo con ruedas.
Es necesario formar y realizar una acogida en el C.S. Valdefierro a todo personal eventual, para facilitar el trabajo de los profesionales, por eso proponemos la estandarización de dichas herramientas.
Se debería trabajar para consensuar una guía básica de equipación estándar dentro del Sector para los EAPs. Urbanos y Rurales, dado que las necesidades son distintas

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1642 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1642

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Nº de registro: 1642

Título
GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

Autores:
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, RERO GUIMERA MARIA JESUS, SAENZ LAFUENTE LAURA, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, VILLARES ANDRES ROSA ISABEL, BARRANCO OBIS PATRICIA, PEDRUZO GARCIA LORETO, BUIL LANGARITA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patologias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Gestión de riesgos: material sanitario, sala y maletín de urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Gestión de medicamentos del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-01_Z3 (P)E: Control y gestión de los botiquines de medicamentos en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
2. Gestión de material sanitario del botiquín: Adecuar la gestión del botiquín al procedimiento nº PO-02_Z3 (P)E: Gestión de los almacenes de fungible en los Equipos de Atención Primaria (EAP)
3. Gestión de maletines y sala de urgencias. Preparar las condiciones para la adecuada atención urgente

MÉTODO
Nombrar responsable de cada actividad

Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín
Análisis de la situación con respecto a los procedimientos indicados
Realización de las actividades de adaptación al mismo
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

Gestión de maletines y sala de urgencias
Evaluación de la organización y dotación de la sala de urgencias y maletines
Realización de las actividades de adaptación
Presentación del procedimiento y la nueva gestión a los miembros del EAP
Registro de las actividades realizadas

INDICADORES
Gestión de medicamentos y material sanitario del botiquín, maletín, carro de paradas, sala de urgencias y consultorios
Dispone de listado de medicamentos revisado y adecuado a las necesidades del equipo (sí/no).
Está definido el stock mínimo (sí/no).
Cumplimentación de la revisión de caducidades en la hoja PO-01_4-Z3 (P)E en el año 2017.
Cumplimentación del Informe de revisión de botiquines en el año 2017 (no ISO).

Actas de presentación de las actividades realizadas al equipo.

DURACIÓN
Abril- Mayo:
Presentación del acuerdo de gestión al EAP
Definición de responsables.
Análisis de la situación del botiquín, sala y maletín de urgencias

Junio-Noviembre:
Realización y registro de las actividades del punto 6

Noviembre-Diciembre:
Evaluación de las actividades realizadas utilizando los indicadores propuestas en el punto 7

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1642

1. TÍTULO

GESTION DE RIESGOS: MATERIAL SANITARIO, SALA Y MALETIN DE URGENCIAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1657

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS BLASCO PEREZ-ARAMENDIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEDRUZO GARCIA LORETO
BARCENA CAAMAÑO MARIO
OTO NEGRE ANTONIO
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto
Difusión e información del proyecto al EAP.
Se ha revisado la bibliografía existente y otras experiencias similares en otros centro de salud. Hemos realizado varias reuniones del equipo de atención primaria para la elaboración, presentación y seguimiento del proyecto de "Gestión de la demanda a través de las consultas no presenciales". Así consta en las actas de las reuniones de los días:
9 de febrero, 30 de marzo, 21 de junio, 5, 20 y 24 de octubre y un control el 13 de diciembre del año 2017. En estas reuniones con el equipo del centro de salud se ha presentado el proyecto, se ha debatido cómo mejorar la gestión de la demanda. Se ha decidido cómo se preparan las agendas de médicos y enfermeros y qué tipo de consultas son susceptibles de ser atendidas de forma no presencial. Hemos decidido diferenciar entre consulta administrativa y consulta no presencial. Se decide incluir temas como el seguimiento de enfermedades crónicas que requieren pequeños contactos telefónicos o consultas sobre resultados analíticos o de pruebas complementarias. También incluimos interconsultas con especialistas.
Calculamos el número de consultas de este tipo se están haciendo en cada momento y cómo se puede aumentar la oferta para disminuir las consultas presenciales. Esto evita esperas en el centro y pérdidas de horas de trabajo al paciente por temas que se pueden resolver por teléfono o por correo electrónico. También se ha abordado el tema de la confidencialidad y la deontología. Esta consulta se ofrece como un complemento a la consulta presencial, dentro de un control integral y continuado del paciente.

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo
Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017.
En febrero ya empieza a generarse la agenda de algunos profesionales para comenzar a atender pacientes. Las llamadas se decide citarlas en estos horario y así no interrumpir con llamadas las consultas presenciales. Las consultas no presenciales se decide que se atiendan en momentos en que no entorpece la atención de otros pacientes que sí que están en el centro de salud.
Entre la consultas no presenciales se incluyen la consultas con los especialistas que contestan las interconsultas virtuales. Se decide el circuito por el cual una interconsulta virtual se cita en la agenda del médico (en una consulta no presencial) para que éste llame al paciente y comente lo que el especialista y el médico de familia han decidido respecto a su interconsulta

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional .
El 10 de enero de 2017 comienzan a diseñarse las agendas dejando varios espacios para las demandas no presenciales.
En diciembre del 2017 en 75 % de los médicos y el 71,4% de los enfermeros de equipo tienen agendas con tiempo especial para la demanda no presencial y el 100% de los miembros del equipo realizan este tipo de consulta y lo registran como tal, aunque su agenda no esté preestablecido este concepto.

4. Información al usuario: Servicio de Admisión informa al usuario al llamar a pedir cita o a pedir hablar por teléfono con su profesional de referencia.
A la población también se le informa a través del Consejo de Salud de Área. En la reunión del 31 de enero del 2017 se explica el proyecto para que se comunique al resto de los usuarios de sus asociaciones.
En la reunión del Consejo de Salud del 28 de mayo del 2017 también se explica el funcionamiento de las consultas virtuales con los especialistas y la gestión con los pacientes a través de las consultas no presenciales con los médicos de atención primaria.

5. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017.
En noviembre el funcionamiento de las consultas no presenciales ya es fluido y es usado por todos los profesionales.
Los pacientes ya usan este tipo de consulta con agilidad . Nos consta su satisfacción porque en varias ocasiones nos lo han manifestado ya que no tienen que esperar en las salas de espera y pueden ser atendidos por teléfono o e-mail sin perder horas de trabajo.
Por el momento no hemos hecho una encuesta de satisfacción al respecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1657

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos planteados son los siguientes: 5 % de consultas no presenciales en medicina y un 10 % de consultas no presenciales en enfermería.
RESULTADOS: desde enero a agosto el porcentaje medio de consultas no presenciales en consulta médica es del 3.025%, de consulta pediátrica es del 6.05% y de consulta no presencial de enfermería es del 5.77%.
Como cifras a destacar el mes que más demanda no presencia en medicina de familia fue marzo con un 3.6%, en pediatría en el mes de junio un 8% de las consulta fueron no presenciales. Enfermería durante el mes de mayo realizó un 8% de consultas no presenciales, siendo este el mes que más consultas de este tipo se realizaron.
Los resultado promedio hasta agosto se van aproximando a los objetivos de proyecto, incluso son superados como ocurre en la consulta de pediatría (6.05%) que supera el 5 % del objetivo.
Hay algunos meses que se obtiene un 8% de las consultas en pediatría muy por encima del objetivo y en enfermería también un 8% muy cerca del 10% que nos hemos puesto como objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de centro de salud ha tomado con entusiasmo esta Proyecto y todos han colaborado a su implementación.
Los pacientes parecen satisfecho pero en ocasiones se detectan pacientes que utilizan este recurso con frecuencia y para banalidades. También hay pacientes que llaman y cuando el profesional va a devolver la llamada ya no contestan el teléfono o acude a consulta antes de que el médico haya tenido tiempo de llamarle.
El número de consultas ha aumentado a lo largo del año. Se han obtenido los objetivos parcialmente, tenemos que continuar este próximo año para afianzar los resultados y mejorar los parámetros que no se han llegado a obtener totalmente.
Todavía queda por realizar más consultas no presenciales conforme tengamos más interconsultas virtuales con los especialistas. Por ejemplo las interconsultas que el especialista solo quiere realizar analíticas se puedes organizar con una consulta no presencial con el paciente, por teléfono o e-mail.
Esta es una herramienta que ya se nos hace imprescindible y cuando terminemos el Proyecto ya estará incorporado al quehacer diario. Es muy recomendable para todo tipo de consulta tanto de primaria como de especializada, de medicina y de enfermería.

7. OBSERVACIONES.
Es importante registrar en la historia clínica lo que se ha gestionado por teléfono o por correo electrónico para evitar problemas deontológicos, ya que si las conversaciones o los mail escritos se sacan de contexto pueden generar problemas medico legales.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1657 ========== ***

Nº de registro: 1657

Título
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, BARTOLOME LALANZA LUCIA, PEDRUZO GARCIA LORETO, BARCENA CAAMAÑO MARIO, OTO NEGRE ANTONIO LUIS, RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS TOMAS, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, GONZALEZ GARCIA MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente y racionalice la demanda presencial.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1657

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA NO PRESENCIAL

Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP: Coordinador EAP / responsable del proyecto

2. Desarrollo de circuito de consulta no presencial: Sº Admisión con grupo trabajo

3. Creación agenda: Servicio de Admisión con cada profesional

4. Información al usuario: Servicio de Admisión

INDICADORES
5 % de consultas no presenciales en medicina
10 % de consultas no presenciales en enfermería

DURACIÓN
1. Difusión e información del proyecto al EAP: tras la firma del AG

2. Creación del circuito de demanda no presencial: JULIO-AGOSTO 2017

3. Valoración de la actividad recibida y medidas de mejora a implantar si no se consiguen los porcentajes esperados: OCTUBRE-NOV 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0690

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA BARRANCO OBIS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS
SAENZ LAFUENTE LAURA
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Puesta en marcha de una consulta monografia de tabaquismo, realizando en ella orientacion y tratamiento del mismo.
Se realizan sesiones formativas para todos los miembros del equipo, incluidos MIR,EIR y estudiantes en practicas en este centro.
Se ofrecio y se explicaron las ventajas de la vacunacion antigripal y antineumococica.
Insitir en los cambios de habitos diarios (Suprimir tabaco, cafeina, controlar el habito, dieta...).
Revision de los programas de actividades comunitarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora del proceso en los pacientes con IC.
Se aumento significamente el numero de pacientes que abandonaron el habito tabaquico con repercusion en el riesgo cardiovascular.
Se adecuo el tratamiento farmacologico en IC (fuente : farmacia).
Se potencio los cuidados en los pacientes con IC y se reforzo la educacion sobre habitos diarios.
Se realizo una revision de las actividades preventivas comunitarias (Andarines,consulta especializada en tabaquismo....)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seria conveniente la puesta en marcha de un programa de insuficiencia cardiaca mediante la colaboracion entre diferentes profesionales implicados en su atencion. .
Es necesario una atencion continua de estos pacientes desde el CS para disminuir las visitas a urgencias.

7. OBSERVACIONES.
Seria interesante ofrecer al paciente con ICC un triptico con los cuidados, signos y sintomas...

*** ========== Resumen del proyecto 2018/690 ========== ***

Nº de registro: 0690

Título
PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL C.S. VALDEFIERRO

Autores:
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA, BARRANCO OBIS PATRICIA, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, RODRIGUEZ ALVAREZ JESUS, SAENZ LAFUENTE LAURA, VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado que es un proyecto del Sector III el EAPs se plantea trabajar el mismo, aunque el EAPs en sesión clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0690

1. TÍTULO

PROYECTO MEJORA DEL PROCESO DE IC EN AP EN EL CS VALDEFIERRO

cree como algo consustancial a la labor asistencial normalizada esta actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

Reduccion uso urgente de servicios sanitarios hospitalariso: dirigido a la poblacion con IC con descompensacion aguda que originan ingresos potencialmente evitables

Aumentar cobertura de vacunacion antigrial y antineumococica como primera medida de prevencion primaria. Dirigido a toda la poblacion de IC

Potenciar cuidados a todos los pacientes del programa

Adecuar el tratamiento farmacologico en IC: dirigido a la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
Consulta monografica de tabaquismo
Formacion: Sesiones clinicas en el EAP
Comunicación del desarrollo del proyecto: Reunion EAP, Medicina Interna como colaborador, Consejo de salud de zona

INDICADORES
Mejora de las actividades preventivas en ICC: Actividades comunitarias (ANDARINES, CONSULTA DE TABACO) con repercusión en riesgo cardiovascular en el contexto de IC

Pontenciar los cuidados en IC: Número de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunacion antigripal y antineumocócica. (el objetivo aumentar 10% en vacunacion antigripal y 5% en antineumococica con respecto al año anterior)

Adecuación del tratamiento farmacológico en IC (numero de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se las ha hecho revisión el tratamiento). Fuente de datos: listado farmacia

Portentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respecto al total de pacientes con IC. Fuente de datos: listados farmacia.

Portentaje de pacientes en tratamiento con beta bloqueantes respecto al total de pacientes con IC. Fuente de datos: farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año

Cambios en la practica clinica. Revision de GPC e implementación

Oferta servicios: consulta monografica de tabaco.

Formación: Sesiones EAP

Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, indicadores

Comunicación: Reunion EAP, Consejo de salud de zona en todo el periodo del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0692

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO,MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO VILLAFRANCA ESCOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GARCIA MILAGROS
VILLARES ANDRES ROSABEL
BUIL LANGARITA SUSANA
BARRANCO OBIS PATRICIA
SAENZ LAFUENTE LAURA
RERO GUIMERA MARIA JESUS
PEDRUZO GARCIA LORETO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se realizan sesiones formativas para los miembros del EAPs,médicos residentes, enfermeros residentes y estudiantes en prácticas del C.S, donde se aborda los siguientes temas:
-RCP básica y avanzada, en adultos y pediatría, recordando las dosis de los fármacos usados según las recomendaciones de la ERC 2015, resaltando las actividades de urgencia que se realizan en los domicilios.
-Revisión de los cambios propuestos en la (Europea Reanimación Cardiopulmonar) ERC.
Se realiza revisión del carro de paradas, con el stock mínimo de fármacos para atender las urgencias en condiciones lo más optimas posibles:
-Vía aérea y ventilación: Ambu, mascarilla laríngea, bala de oxígeno etc.
-Circulatorio: Abbocath, perfusiones disponibles tanto cristaloides como coloides, diverso material para venoclisis etc.
-Revisar la caducidad del material y creación de un Excel para control de las próximas caducidades segun norma ISO 9001.
-Se realiza revisión de las caducidades la última semana de cada mes (firma de la persona correspondiente) y correcto funcionamiento de los aparatos.
-Indicaciones de la ERC, en formato póster en la sala de Urgencias.
-Repaso del algoritmo de la obstrucción de la vía aérea.
-Repaso del listado de medicación, anexo al carro de paradas.
-Inclusión en el maletín de un plano de la zona.
-Se realizan sesiones para recordar los contenidos de los protocolos ante situaciones de urgencias en Atención Primaria.
Se realizan dos cursos durante el año en el EAPs.uno de RCP. básica y otro de RCP.avanzada.
Durante el año y dentro del plan formativo del EAPs. hacia la comunidad se realiza un curso de RCP básica, para los vecinos del barrio interesados en esta formación se incluye el manejo del desfibrilador automático, y revisa el protocolo de actuación en caso de una parada cardiorespiratoria.
Se realiza evaluación de los cursos con encuesta ISO. 9001.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Adiestramiento en una RCP.
-Conocer la ubicación en la sala de Urgencias el equipamiento del carro de paradas y su uso por el EAPs. .
-Listado de material y fármacos del carro de paradas revisado y adecuado a las necesidades de la Urgencia en el EAPs.
-Localización precisa y rápida por parte del todo el equipo de salud, del material en situaciones de Urgencia.
-Chequeo periódico de todo el material, tanto fármacos como material fungible.
-Designación de un responsable del control habitual del maletín y del carro de paradas.
-Rotulación de los cajetines de medicación, perfectamente separados por fármaco.
-Concimiento de la RCP. Básica en el taller formativo de TAOVAL. (Talleres Ocupacinales Valdefierro).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Adiestramiento y reciclaje de los conocimientos por parte del personal del EAPs. para que, en caso de la atención de las urgencias, que todos conozcan su actividad y dar una respuesta rápida, efectiva y eficiente, ante este tipo de atención.
-Es fundamental en una sala de Urgencias tener el carro de paradas revisado y consensuado, con la caducidad revisada y sin que falte nada del listado anexo al carro.
-El material después de una Urgencia siempre se debe reponer, para un buen uso y correcto mantenimiento del carro de paradas, y maletin.

7. OBSERVACIONES.
Se debería trabajar para consensuar una guía básica de equipación estándar de los carros de paradas del Sector Zaragoza III, para los EAPs. Diferenciando Urbanos y Rurales, dado que las necesidades son distintas.
Es necesario formar y realizar una acogida en el C.S. Valdefierro a todo personal eventual, para facilitar el trabajo de los profesionales en el EAPs. Por lo cual proponemos la estandarización de dichas herramientas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0692

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO,MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/692 ========== ***

Nº de registro: 0692

Título
GESTION DEL MATERIAL SANITARIO, MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

Autores:
VILLAFRANCA ESCOSA ALFREDO, BARRANCO OBIS PATRICIA, BUIL LANGARITA SUSANA, GONZALEZ GARCIA MILAGROS, VILLARES ANDRES ROSABEL, PEDRUZO GARCIA MARIA LORETO, RERO GUIMERA MARIA JESUS, SAENZ LAFUENTE LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: circulatoria/cardíaca
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En sesión clínica del EAPs. se establecen criterios para el desarrollo de las tareas asistenciales y formativas en la actuación frente a situaciones de urgencia circulatoria.

RESULTADOS ESPERADOS
-Unificar conocimientos, procedimientos y uso de materiales frente a la asistencia de urgencias cardíacas.
-Conocimiento del EAPs. de las instatalaciones y equipos del CS.

MÉTODO
-Se realizan sesiones formativas para los profesionales sanitarios, residentes y estudiantes del C.S, donde se aborda los siguientes temas:
-RCP básica y avanzada, en adultos y pediatría, recordando las dosis de los fármacos usados según las recomendaciones de la ERC 2015, resaltando las actividades de urgencia que se realizan en los domicilios.
-Revisión de los cambios propuestos en la ERC.
Dentro de la actividad formativa del EAPs. Se realiza revisión del carro de paradas, con el stock mínimo de fármacos para atender las urgencias en condiciones lo más optimas posibles:

- -Aérea y ventilación: Ambu, mascarilla laríngea, bala de oxígeno.
- -Circulación: Abbocath, perfusiones disponibles tanto cristaloides como coloides.
- -Revisar la caducidad del material y creación de un Excel para control de las próximas caducidades segun norma ISO 9001.
- -Se propone revisar las caducidades la última semana de cada mes (firma de la persona correspondiente) y correcto funcionamiento de los aparatos.
- -Indicaciones de la ERC, en formato póster en la sala de Urgencias.
- -Repaso del algoritmo de la obstrucción de la vía aérea.
- -Repaso del listado de medicación, anexo al carro de paradas.
- -Inclusión en el maletín de un plano de la zona.
- -Se realizan sesiones para recordar los contenidos de los protocolos ante situaciones de urgencias en Atención Primaria.

Se realizan dos cursos durante el año en el EAPs.uno de RCP. básica y otro de RCP.avanzada.
Se realiza durante el año y dentro del plan formativo del CS. hacia la comunidad un curso de RCP básica, para los vecinos del barrio interesados en esta formación, incluyendo el manejo del desfibrilador automático, y revisando el protocolo de actuación en caso de una parada cardiorespiratoria.
Se espera alcanzar:
-Adiestramiento en una RCP.

- -Conocer la ubicación en la sala de Urgencias el equipamiento del carro de paradas y su uso por el EAPs. .
- -Listado de material y fármacos del carro de paradas revisado y adecuado a las necesidades de la Urgencia en A.P.
- -Localización precisa y rápida por parte del todo el equipo del material en situaciones de Urgencia.
- -Chequeo periódico de todo el material, tanto fármacos como material fungible.
- -Designación de un responsable del control habitual del maletín y del carro de paradas.
- -Rotulación de los cajetines de medicación, perfectamente separados por fármaco.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0692

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL SANITARIO,MALETIN, CARRO DE PARADAS Y SALA DE URGENCIAS

INDICADORES
Mejora de la calidad asistencial en este tipo de proceso.

DURACIÓN
Para la formación e implementación en el EAPs de esta actividad se cree necesario el desarrollo de sesiones formativas para el EAPs y de las personas del Barrio al largo de del año y posteriores.

OBSERVACIONES
-Es fundamental en una Urgencia tener el carro de paradas revisado y consensuado, con la caducidad revisada y sin que falte nada del listado anexo al carro.
-El material después de una Urgencia siempre se debe reponer, para un buen uso y correcto mantenimiento del carro de paradas, y maletin.
-Reciclaje de los conocimientos por parte del personal de los EAPs. para que, en caso de la atención de las urgencias, que todos conozcan su actividad y dar una respuesta rápida, efectiva y eficiente, ante este tipo de atención.
En sesión clínica se decide continuar con el proyecto de mejora, para proponer que todos los centros sanitarios del Sector Zaragoza III, dispongan del mismo material y de la misma disposición en el maletín, para facilitar al personal eventual la localización de dicho material en situaciones de urgencia, potenciando la seguridad del paciente y aumentando la calidad asistencial.
Se podría disminuir el peso del maletín de Urgencias o sustituirlo con ruedas.
Es necesario formar y realizar una acogida en el C.S. Valdefierro a todo personal eventual, para facilitar el trabajo de los profesionales, por eso proponemos la estandarización de dichas herramientas.
Se debería trabajar para consensuar una guía básica de equipación estándar dentro del Sector para los EAPs.Urbanos y Rurales, dado que las necesidades son distintas.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0731

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO BARCENA CAAMAÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VALDEFIERRO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS
MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo el 04/04/2018.
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/ 2018.
Ponencia en la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/2018.
Sesión de antibióticos en el EAP: "IRASPROA de la teoría a la acción" el 26/04/2018. Asistentes: 90%
Asistencia el 05/07/2018 en la Gerencia de Atención Primaria del Sector a la reunión de responsables de referentes de los EAP.
Sesión de antibióticos en el EAP: "Difusión de los principios generales de IRASPROA en Atención Primaria" 28/11/2018. Asistentes: 94%
Colocación de los posters sobre “Antibióticos, solo cuando sea necesario” en las consultas del Centro de Salud el 28/11/2018.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos el 28/11/2018.
Asistencia del responsable del EAP al curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria" el 29/11/2018.
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elegir un responsable /referente del uso de antibióticos en el equipo el 04/04/2018.
Asistencia a la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/ 2018.
Ponencia en la Jornada de presentación de IRASPROA el 13/04/2018.
Sesión de antibióticos en el EAP: "IRASPROA de la teoría a la acción" el 26/04/2018. Asistentes: 90%
Asistencia el 05/07/2018 en la Gerencia de Atención Primaria del Sector a la reunión de responsables de referentes de los EAP.
Sesión de antibióticos en el EAP: "Difusión de los principios generales de IRASPROA en Atención Primaria" 28/11/2018. Asistentes: 94%
Colocación de los posters sobre “Antibióticos, solo cuando sea necesario” en las consultas del Centro de Salud el 28/11/2018.
Firma del compromiso de los profesionales sobre proteger a sus pacientes mediante el buen uso de los medicamentos el 28/11/2018.
Asistencia del responsable del EAP al curso "Principios de uso de antibióticos: puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en Atención Primaria" el 29/11/2018.
Presencia de salvapantallas sobre uso adecuado de antibióticos en los ordenadores de los profesionales de Atención Primaria del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido que llegue la información a todos los miembros del EAP de Valdefierro sobre la puesta en marcha de la estrategia IRASPROA en Aragón, haciendo hincapié en la importancia de la Atención Primaria en la adecuada utilización de los antibióticos.
Se ha difundido entre los componentes del EAP la existencia del enlace a IRASPROA a través de la web del Sector Zaragoza 3, con acceso a la Guía Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe.
Se han cumplido los objetivos previstos para el año 2018.
Se prevé la posibilidad de seguir trabajando en la mejora de la utilización de los antibióticos en atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/731 ========== ***

Nº de registro: 0731

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0731

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA EN EL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD DE VALDEFIERRO

Autores:
BARCENA CAAMAÑO MARIO, BLASCO PEREZ-ARAMENDIA MARIA JESUS, MARTINEZ GARCIA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDEFIERRO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes que acudan al centro de salud con una infección.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El incremento de las resistencias a los antimicrobianos supone un importante problema de salud pública ya que los antibióticos permiten no solamente tratar con éxito infecciones comunitarias que previamente tenían una considerable morbimortalidad, sino que son un recurso esencial para la prevención y tratamiento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, complicación frecuente de numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
Las principales instituciones sanitarias mundiales consideran la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública y su abordaje un asunto prioritario que incluye la optimización del uso de antibióticos.
A nivel de la Agencia española del medicamento se ha puesto en marcha el Plan Nacional para el Control de la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) y a nivel de la comunidad autónoma de Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la Dirección General de Asistencia sanitaria aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el uso de antimicrobianos para evitar la emergencia de resistencias a los antibióticos.
Adherirse a los principios generales PROA (Decálogo sobre uso adecuado de antibióticos elaborado por el grupo de Atención Primaria de IRASPROA).
Realizar formación en uso adecuado de antibióticos.

MÉTODO
Asistencia a la jornada de presentación IRASPROA del 13 de abril.
Dar a conocer los principios generales PROA.
Dar sesiones formativas relacionadas con PROA, perfil de resistencias a antibacterianos, infecciones más frecuentes y su tratamiento en Atención Primaria.
Participar en las campañas sanitarias que promueva el grupo IRASPROA en Aragón.

INDICADORES
Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en el equipo. (Abril)
Difusión de los principios generales PROA en atención primaria. (Mayo)
Indicador: Difusión del informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP. (Septiembre 2018)
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Nº Sesiones realizadas sobre PROA:
Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes. 3 sesiones al año.
Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA. Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2018. Se prevé la continuación en los próximos años.

OBSERVACIONES
Mejorar la formación en el uso adecuado de los antibióticos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1112

1. TÍTULO

LIBRO DE PROCEDIMIENTOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ROYO SARTO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFITA MAINZ SERGIO
CASTAN RUIZ SILVIA
NUÑEZ TOBOSO MARIA ANGELES
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha realizado en primer lugar el Mapa de procesos NIVEL 0 Y 1 para identificar aquellos procesos más relevantes para su inclusión en el Libro de Procedimientos.
2. Se identificaron 6 procesos clave y se inicia el trabajo del primero de ellos “Gestión Servicios de Admisión de los EAPs”
3. Se llevan a cabo reuniones con responsables de diferentes EAPs del Sector de ámbito rural y urbano para consensuar qué subprocesos y procedimientos englobarían las tareas de Gestión de Servicios de Admisión.
4. Se señalan a modo de procedimientos administrativos que forman parte de este primer Proceso, 17 entre los que señalamos aquellos que se han realizado, quedando pendientes los demás:
• Citación en OMI
• Generación Agenda
• Citación Interconsulta virtual
• Cargos a terceros
• Prestaciones ortopédicas
• Asistencia a pacientes con tarjeta sanitaria europea
• Transporte sanitario
• Remisión documental al archivo de la Administración de la Comunidad de Aragón
Cronograma:
Se propuso el primer trimestre 2017, pero en este periodo absolutamente infraestimado, pudimos realizar el mapa de procesos e identificación de procedimientos administrativos, cambiando fechas por firma del CP.

El desarrollo del proyecto se ha ido llevando a cabo a lo largo de reuniones mantenidas con los actores principales:

Señalamos varias de las reuniones con carácter técnico-informativo que se han mantenido a lo largo del periodo:
• 31 Mayo 2017, 13,30h: Visita a CS Sádaba: se abordan varios temas y se habla con responsable de Admisión sobre el proyecto, apuntando varias peculiaridades de subprocesos administrativos, en el ámbito rural.
• 13 Junio 2017, 14,00h: visita a CS Ejea: entre otros se habla con personal del S Admisión para recabar información sobre aspectos administrativos de interés para el proyecto.
• 21 Junio 8,00: Visita a CASETAS y conversación con Admisión para cerrar información.
• 29 Junio 8,30h Visita Cariñena: se recogen aspectos de actividades en Admisión, con particularidades del ámbito rural.
• 8 Septiembre 9,00 Reunión en Delicias Sur: varios temas, con Admisión se obtiene información y resolución de dudas sobre el proyecto.
• 20 Septiembre 2017, 13,30h Reunión en Seminario con Virginia Conchello, Jefe de Admisión del CS Delicias Norte: nos aporta información sobre el procedimiento de envío de historias Clínicas al Archivo DGA. Acordamos con ella repasar el borrador de procedimientos ya hechos, para su corrección.
• Contacto telefónico con Magdalena Gómez, responsable del Archivo de la DGA, para aclarar algunas dudas relativas al procedimiento ya realizado.
• Contacto con Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.
para resolver aspectos puntuales de Atención sanitaria a extranjeros.
• Noviembre (varios días): Revisión del procedimiento de trasporte sanitario con Carmen Laborda, responsable del mismo en la DAP.
• Septiembre (varios días): revisión del procedimiento de Solicitud de HC, con Pedro Elhombre, responsable del mismo en la DAP.
• Así mismo se han aprovechado todos los días de revisión por la Dirección de la ISO de AP, para comentar, resolver y comentar sobre el seguimiento de los proyectos de EAP y Sector.

NB: En las reuniones/visitas a CS siempre han formado parte al menos 1 persona de DAP, técnico salud, coordinador médico y/o enfermería y responsable o una persona de Admisión.

Se propone prolongar el proyecto para terminar la parte de procedimientos administrativos de Servicios de Admisión e incluir el resto de procesos llevados a cabo en la propia DAP. El ritmo de trabajo se ve enlentecido por la participación de diferentes personas y áreas y por el proceso de elaboración fase borrador, revisión por responsable y documento definitivo.
Así mismo quedaría pendiente una vez finalizado, colgar los procedimientos de Servicios de Admisión en la intranet.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1112

1. TÍTULO

LIBRO DE PROCEDIMIENTOS

Procedimientos de trabajo:
El proyecto finalizará con la creación de todos los procedimientos que recogen el dominio de las tareas y responsabilidades de lo que es una Unidad de Clientes de un Dirección médica, así como el desarrollo documental de la actividad llevada a cabo en la propia DAP y grupo técnico de apoyo.
La relación de procedimientos completados se ha comentado en tareas realizadas.
No ha habido cambios técnicos importantes de procedimientos de trabajo, pero sí se sistematiza y disminuye la variabilidad en la forma de trabajar de nuestras Admisiones, que en algunos casos contaban con peculiaridades que se han podido generalizar.

Plan de Comunicación:

1. Reuniones interna de DAP y cuerpo Técnico para desarrollo de los proyectos: primer acta el día 19 abril 2017.
2. Reuniones con cada EAP a la firma del AG exponiendo los proyectos que se desarrollan en el CP. Cronograma disponible en epiware con la fecha de reunión con cada EAP.
3. Reuniones con el gerente de Sector para informar de proyectos y seguimiento de los mismos: 14 junio 9,00h // 29 sept. 8.00h
4. Comisión de Dirección de Sector: presentación de proyectos del CP (Acta 19/2017, fecha de 1 mayo 17)
5. Consejo de Salud de Zona: información de los proyectos que se están llevando a cabo en CS y/o Sector (ámbito AP)
6. Consejo de salud de Sector: en la reunión mantenida el 11 de mayo de 2017, se expusieron los proyectos para el año 2017, tanto de primaria como de especializada
7. Al finalizar el proyecto: inclusión en intranet e información y disponiblidad de los documentos para todos los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluación de resultados:

1. Documentación existente: SÍ. (Procedimientos punto 4 del apartado Actividades realizadas)
2. Difusión Proyecto: Porcentaje de EAPs conocedores del proyecto: 100%

Impacto del proyecto:
Si bien el proyecto no ha concluido, el impacto del mismo sería: Configurar y crear la Unidad de Clientes de la DAP Z3 que en estos momentos no existe, estandarizar procedimientos de actuación ágiles, consensuados y adaptados a las características de nuestros EAPs, Gestionar de forma integral y coordinada los trámites administrativos a nivel central, a nivel de Sector y a nivel de la DAP.
• Establecer un nexo de comunicación, información y referencia para los Sº de Admisión de los 22 EAPs (procesos de “mostrador” y “ventanilla única”)
• Dar un enfoque integrador a la información y comunicación desde la Unidad de Clientes de la DAP con los Servicios de Admisión de los EAPs, favoreciendo la colaboración con los mismos para la detección de necesidades y resolución de problemas.
La orientación del mismo es hacia el cliente interno en el seno de la propia DAP, Servicios de admisión y profesionales y hacia el cliente externo en procedimientos concretos cuya actividad va dirigida directamente al usuario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoración del grupo de mejora y lecciones aprendidas: destacamos como positivo la colaboración externa por parte de todos los implicados en reuniones y que han brindado de forma proactiva toda su experiencia y opinión al respecto, así como la valoración desde los Servicios de Admisión que han hecho del proyecto recalcando la necesidad y la predisposición a trabajar todos de la misma forma, así como la facilidad de suponer de un “libro” que plasme lo que se hace y cómo se hace a las personas que se integren de nuevo a trabajar en servicios de Admisión. Por tanto constatamos la necesidad sentida y percibida del proyecto.

Tenemos la perspectiva de todos los procesos clave, coordinación y responsabilidad de cada uno de ellos y posteriormente la gestión de la mejora de los mismos.

El trabajo por procesos si bien no ha finalizado, ya nos ha permitido un primer objetivo en términos de resultados de la organización, en este caso y de forma verbalizada (no hemos medido por encuesta de satisfacción) a través de de satisfacción del cliente interno.

A largo plazo esperamos conseguir:
• Reducción de costes internos innecesarios (actividades sin valor agregado).
• Reducción de plazos
• Mejorar la calidad y el valor percibido por los clientes.

Queda pendiente además de lo ya explicado en otros apartados de esta memoria, la parte técnica e informática de inclusión documental en la intranet de AP.
Respecto a la sostenibilidad del proyecto, la gestión por procesos es siempre un proyecto flexible y activo en función de los cambios e inclusión de nuevas responsabilidades a los actores principales, cambios que pueden surgir en la dinámica interna de la DAP, o cambios externos inducidos por procesos estratégicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1112

1. TÍTULO

LIBRO DE PROCEDIMIENTOS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1112 ========== ***

Nº de registro: 1112

Título
LIBRO DE PROCEDIMIENTOS

Autores:
ROYO SARTO ANGEL, LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actuación de los servicios de admisión en diversos procedimientos se ve truncada ocasionalmete por la estacionalidad de los contratos, requiriendo en ocasiones un periodo formativo en el mejor de los casos, o una discontinuidad de servicios en el peor. La unificación y registro escrito de dichas actuaciones en forma procesal / algorítmica puede contribuir a disminuir la variabilidad mejorando el funcionamiento del servicio de admisión.

RESULTADOS ESPERADOS
Gestión alta y modificación de usuarios
Circuito de urgencias
Libro de procedimientos

MÉTODO
ACTIVIDADES
Creación con los profesionales de los servicios de admisión de los equipos de un libro de procedimientos .

OFERTAS
Libro de procedimientos

INDICADORES
Valoración de informe con las medidas adoptadas

DURACIÓN
Primer trimestre 2017

OBSERVACIONES
Colaboración con Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1114

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES AZA PASCUAL-SALCEDO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS
SARASA BELLOSTA CRISTINA
ZUECO OLIVAN MARIA GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
•Actualización del "Procedimiento operativo de control y gestión de los botiquines de medicamentos en los centros de salud del sector Zaragoza III"
•Difusión activa del procedimiento entre todos los profesionales y acceso directo desde la intranet del sector
•Revisión de los consumos del año 2016 y ajuste de los pactos de medicamentos de botiquines y actualización del programa del HCU
•Elaboración de información sobre caducidad de los envases multidosis y difusión a todos los EAP
•Actualización del listado de medicamentos fotosensibles y disfusión a todos los EAP
•Distribución de etiquetas para facilitar el control de los medicamentos (Próximo a caducar. Fecha ; Para envases multidosis: fecha de apertura y fecha de caducidad)
•Revisión de seguimiento de los botiquines: Revisión en todos los centros de salud del sector de los botiquines de medicamentos, la sala de urgencias, el carro de paradas, el maletín de urgencias y las neveras con dotación de fármacos de cada uno de los centros de AP del sector (cumplimentación de "Hoja de informe sobre la revisión de los botiquines) en las siguientes fechas

ALAGON:30/06/2017; 24/08/2017
BOMBARDA: 18/12/2017
BORJA: 08/02/2017
CARIÑENA:29/06/2017
CASETAS:27/04/2017
DELICIAS NORTE:18/12/2017
DELICIAS SUR: 15/11/2017
EJEA DE LOS CABALLEROS:13/06/2017
ÉPILA: 12/07/2017
GALLU:22/12/2017
HERRERA DE LOS NAVARROS:11/12/2017
LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA: 02/01/2018
MARÍA DE HUERVA: 12/06/2017
MIRALBUENO: 17/11/2017
OLIVER: 03/05/2017
SÁDABA: 31/05/2017
SOS DEL REY CATÓLICO: 24/01/2017
TARAZONA: 02/11/2017
TAUSTE: 22/12/2017
UNIVERSITAS: 15/12/2017
UTEBO: 31/10/2017
VALDEFIERRO: 23/11/2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualización y difusión al 100% de los EAP e inclusión en la intranet del sector de
-El procedimiento de control y gestión de medicamentos en los centros de salud
-la información sobre medicamentos fotosensibles
-la información sobre la caducidad de los envases multidosis

Se revisaron el 100% de los depósitos de medicamentos de los centros de salud del Sector Zaragoza III y se cumplimentó la "Hoja de informe sobre la revisión de Botiquines": 100% EAP

Reposición de etiquetas para facilitar la revisión del botiquín, en los centros que se solicitan

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque los EAP conocen el procedimiento, se solucionan muchas dudas sobre la metodología en las revisiones, sobretodo porque hay cambio en el personal y porque se modifican la forma de pedir al hospital de referencia, debido a la inclusión de fármacos que requieren registros específicos para su dispensación a los EAP

Los profesionales se han sentido apoyados porque desde la Dirección se les han facilitado nuevas etiquetas para ordenar los botiquines de los medicamentos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1114

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1114 ========== ***

Nº de registro: 1114

Título
CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
SARASA BELLOSTA CRISTINA, LAFITA MAINZ SERGIO, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto se adscribe en el objetivo de seguridad del paciente y en el de uso racional de medicamento

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer las pautas de emisión, recepción, distribución, conservación y revisión de medicamentos y productos sanitarios en un equipo de atención primaria

Establecer las pautas de solicitud, recepción, distribución, conservación y revisión del material fungible de los Equipos de atención primaria

Mejorar la seguridad evitando la existencia de medicamentos y material caducado.

Mejorar la gestión de estocajes, evitando el acumulo de medicamentos y materiales innecesario en los centros favoreciendo la eficiencia de los mismos

MÉTODO
Visita de los responsables que designe la DAP al almacén del centro de salud para realizar el diagnostico de la situación.
Información sobre los procedimientos establecidos.
Facilitación del soporte documental y de almacenamiento requerido en cada caso, (etiquetas, regletas de soporte, contenedores, etc)
Reordenación del almacén si procede.
Visitas de seguimiento y evaluación por parte de los responsables.

INDICADORES
Acta de reunión de inicio.
Evaluación de la instauración del procedimiento: si/no.

DURACIÓN
Visita de los responsables : enero marzo 2017.
Facilitación del soporte documental y de almacenamiento enero abril 2017
Seguimiento marzo diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1114

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS Y DEL MATERIAL FUNGIBLE EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1118

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL

Fecha de entrada: 25/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARASA BELLOSTA CRISTINA
ROYO SARTO ANGEL
CASTAN RUIZ SILVIA
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cronograma de implantación:

1. Realización del borrador del proyecto(información al usuario, criterios que debería cumplir una DEMNP, responsabilidades del S Admisión, flujograma) : 1-31 Julio, 1-15 sept. Responsables. S. Lafita,Diana Serrano, S. Castán,
2. Activación acto DEMNP por parte de SSCC (OMI AP): 20 septiembre
Primera reunión con Valdefierro y Gallur: Presentación del proyecto a coordinadores médicos, de enfermería y responsables del S. Admisión y acordar puntos del borrador del proyecto. El inicio de la implantación del proyecto será de forma paulatina y se iniciará por el registro en las agendas de OMI del acto DEMNP en todas aquellas consultas telefónicas que de forma espontánea surgen del propio paciente. Responsable: S Lafita y C Sarasa
3. Inicio piloto en Valdefierro y Gallur: 30 septiembre a 15 octubre. Responsables: S. Lafita y C Sarasa
4. Segunda reunión Valdefierro y Gallur (coordinadores médicos, de enfermería y responsables del S. Admisión) 14 diciembre, para ver dificultades y propuestas de solución. Gallur: pendiente realización reunión de EAP para difundir el proyecto. En consultorio de Mallén (coordinadora Gallur) se ha comenzado a registrar consultas telefónicas en OMI.
Valdefierro: Se realizó reunión de EAP y se ha puesto en marcha en todas las agendas el registro en OMI de las consultas telefónicas. SE propone Normalización de la matriz de las agendas con la aparición de 2-3 huecos de DEMNP
5. Inclusión proyecto en CP: Mayo 17. Se acuerda desplegar por los EAPs el proyecto a nivel de AGC

El proyecto de consulta no presencial desplegado por todos los EAPs del Sector Zaragoza III, responde a una nueva línea asistencial enmarcadas en el contexto de Ordenación asistencial del Departamento.
Con esta nueva prestación, el paciente tiene la opción de resolver algunas de sus necesidades de salud mediante una llamada al profesional de Atención Primaria que precisa (médico, enfermera…), sin que sea preciso que acuda físicamente al Centro de Salud, facilitando su accesibilidad y racionalizando la demanda presencial.
Evidentemente se añade una nueva vía de accesibilidad asistencial.

Plan de Comunicación:
1. Reuniones interna de DAP y cuerpo Técnico para desarrollo de los proyectos: primer acta el día 19 abril 2017.
2. Reuniones con cada EAP a la firma del AG exponiendo los proyectos que se desarrollan en el CP. Cronograma disponible en epiware con la fecha de reunión con cada EAP.
3. Correo electrónico a todos los coordinadores y S admisión sobrE la nueva modalidad de DEMNP (28 octubre 16)
4. Reuniones con el gerente de Sector para informar de proyectos y seguimiento de los mismos: 14 junio 9,00h // 29 sept. 8.00h
5. Comisión de Dirección de Sector: presentación de proyectos del CP (Acta 19/2017, fecha de 1 mayo 17)
6. Consejo de Salud de Zona: información de los proyectos que se están llevando a cabo en CS y/o Sector (ámbito AP)
7. Consejo de salud de Sector: en la reunión mantenida el 11 de mayo de 2017, se expusieron los proyectos para el año 2017, tanto de primaria como de especializada.
8. Información a la población desde los propios servicios de Admisión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores son extraídos de registro actividad agendas OMI a nivel central y enviados de forma mensual, el objetivo a alcanzar es:
- Porcentaje consultas no presenciales médicos = 5%
- Porcentaje consultas no presenciales enfermería = 10%

Resultados alcanzados a fecha de octubre de 2017:
De forma agregada a nivel de Sector:
Porcentaje consultas no presenciales médicos: 4%
Porcentaje consultas no presenciales enfermería: 3%
Porcentaje consultas no presenciales pediatras: 4%

Queda pendiente recibir datos fin de proyecto (diciembre 2017). Queda pendiente la recepción de datos fin de proyecto. Los datos hasta mayo fueron enviados sistemáticamente y de forma mensual desde SSCC, pero según nos trasmitieron un problema informático ocasionó que durante los meses posteriores hasta diciembre y enero de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1118

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL

2018 no se hayan recibido más datos, y los últimos recibidos corresponden a la actividad de octubre. Por tanto el valor de los indicadores a fin de proyecto (diciembre 2017) no los conocemos, a pesar de ser solicitados reiteradamente.

En cuanto al impacto el grado de cumplimiento de objetivos no es valorable hasta no recibir datos finales, pero la visión global hasta el momento es que ha sido más fácil de conseguir en el ámbito médico que en enfermería, ya que según refieren profesionales de enfermería, sus actividades de cuidados requieren generalmente la presencia física del paciente.
En cuanto a su vertiente hacia el paciente, hay un grupo de población que se ve directamente favorecida por este tipo de demanda, pacientes jóvenes-mediana edad y pacientes pediátricos.
Si bien y en dependencia de los criterios y motivos de consulta el impacto es positivo para toda la población.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto de consulta no presencial desplegado por todos los EAPs del Sector Zaragoza III, responde a una nueva línea asistencial enmarcadas en el contexto de Ordenación asistencial del Departamento.
Con esta nueva prestación, el paciente tiene la opción de resolver algunas de sus necesidades de salud mediante una llamada al profesional de Atención Primaria que precisa (médico, enfermera…), sin que sea preciso que acuda físicamente al Centro de Salud, facilitando su accesibilidad y racionalizando la demanda presencial.
Desde el grupo de mejora consideramos que las actividades han ido en la línea que habíamos previsto, pero a lo largo del periodo de implantación hemos encontrado dificultadaes en algunos EAPs, porque nos han trasmitido, sobre todo en el ámbito rural, no es fácil para el paciente mantener un contacto no presencial con los profesionales sanitarios, debido entre otros factores a la edad añosa y a la dependencia generada por parte de la población a visitar al propio profesional, ya que no hay apenas dificultad de accesibilidad al centro y sienten más seguridad en la demanda presencial. Consideramos que la DEMNP es una alternativa válida y que poco a poco y a pesar de la resistencia al cambio de una parte de la población, ganará terreno en la actividad de nuestras consultas. Por ello, debemos insistir para que se sistematice plenamente en nuestros pacientes y en nuestros profesionales.
Consideramos qeu el proyecto es sostenible y que a nivel global debe seguir siendo integrado en la actividad de las consultas de AP

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1118 ========== ***

Nº de registro: 1118

Título
GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Uno de los objetivos estratégicos del Departamento es la ampliación del uso por parte de profesionales y ciudadanos de métodos alternativos de consulta, que puedan dar cabida a una asistencia no presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS
La población diana es el conjunto de usuarios del SALUD y los servicios implicados son tanto los asistenciales (pediatría, med. de familia, enfermería) como los servicios de admisión

MÉTODO
OFERTA
Consulta no presencial (telefónica, email, etc…)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1118

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA CONSULTA NO PRESENCIAL

ACTIVIDADES
-Creación de protocolos y circuitos
-Dentro del Libro de procedimientos administrativos a instaurar, subepígrafe específico
-Formación administrativos
- Implantación, monitorización

INDICADORES
5% de las consultas de medicina y 10% de las de enfermería serán de este tipo

DURACIÓN
-Creación de protocolos y circuitos –hasta dic. 2016
-Dentro del Libro de procedimientos administrativos a instaurar, subepígrafe específico –hasta feb. 2017
-Formación administrativos feb. 2017
- Implantación, monitorización feb-2017- continuidad

OBSERVACIONES
Colaboración con Dirección de Derechos y garantías del usuario

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1120

1. TÍTULO

HIGIENE DE MANOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA GEMMA ZUECO OLIVAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE ALAVA GARCIA MARIA ROSA
ELHOMBRE MONTAÑES PEDRO JOSE
LABORDA VAL CARMEN
SERRANO PERIS DIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Supervisión de infraestructura y equipamiento de los Centros de Salud:
Durante las visitas a los EAP se revisará:
Existencia de sistema de secado de manos de un solo uso, es decir existencia de papel secamanos con dispensador elevado; en caso de no existencia en algún puesto de atención, se solicita a la persona responsable de contratos de limpieza.
Existencias de botellas de preparado de base alcohólica (PBA) en los puntos de atención sanitaria, en la sala de urgencias, en los maletines de urgencias y maletines individuales y si procede en el coche.
Evaluación del tipo de frasco de PBA existente, recomendando siempre el uso del contenedor de un litro en consultas y el de tamaño pequeño en el resto (Poner aquí código SERPA). Se revisa así mismo el tipo y cantidad existente en el almacén.

En estas visitas se insiste en la necesidad de la higiene de manos y se pregunta por la aceptación de los salvapantallas.

Difusión de la cultura de Higiene de manos a través de salvapantallas.
En 2016 y 2017 se ha expuesto en la pantalla de todos los ordenadores de los profesionales de los EAPs un salvapantallas relativo al tema, mantenido durante cuatro días todos los meses alrededor del día 5 de cada mes.
En 2017 se ha realizado una inmersión en el tema. Se han creado unas diapositivas que insisten en la sensibilización del tema higiene general de manos, técnica de lavado de manos, importancia del uso del PBA, técnica del uso del PBA y uso de guantes. Podemos considerar que el conjunto de estos salvapantallas tienen entidad como para ser considerada una actividad formativa

Se han difundido siguiendo el siguiente cronograma:

Semana 43-. 23 octubre. Diapositiva 1
Semana 44.- 30 octubre. Diapositiva 2
Semana 45-. 6 noviembre. Diapositiva 3
Semana 46.- 13 noviembre. Diapositiva 4
Semana 47-. 20 noviembre. Diapositiva 5
Semana 48.- 27 noviembre. Diapositiva 6
Semana 49.- 4 diciembre. Diapositiva 7
Semana 50.- 11 diciembre. Diapositiva 8
Semana 51-. 18 diciembre. Diapositiva 9
Semana 52.- 25 diciembre. Diapositiva 10
Semana 1 2018.- 1 Enero. Diapositiva 11
Estos salvapantallas están realizados desde las transparencias del curso “La higiene de manos durante la atención sanitaria” curso basado en las Directrices y en los materiales formativos de la OMS y actualizado en mayo de 2017.

Promoción de la formación continuada intracentro sobre el tema de higiene de manos.
Recuerdo a los EAPs de la importancia de la actualización continuada del tema de la higiene de manos. Se remite a los responsables de formación de los EAPs, la presentación del “Curso HM actualizado CYLM 2017”, indicándoles la conveniencia de hacer una presentación.
Impresión y entrega Impresión del tríptico a los profesionales de nueva incorporación a los EAPs: hand_Higiene_Whwn_Howw_leaflet_OPC_Sp_web_2012.pdf.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cumplimiento del calendario de exposición de salvapantallas. Se ha cumplido el 100% del calendario de exposición de salvapantallas previsto.
Número de sesiones impartidas por los EAPs. (Está información está pendiente de completar)
Completar la Instalación de soportes de papel para el secado de manos en tres EAPs.
Entrega a 64 profesionales del triptico y una “petaca de hidrogel” habiendo sido reforzada la importancia de este tema en la entrevista de acogida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1120

1. TÍTULO

HIGIENE DE MANOS

Los profesionales consultados valoran como muy positiva el recuerdo del tema de higiene de manso a través de los salvapantallas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1120 ========== ***

Nº de registro: 1120

Título
HIGIENE DE MANOS

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevención de las infecciones es una parte fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud. El incorporar los momentos específicos para la acción de la higiene de las manos en el flujo de trabajo del personal sanitario es un indicador de calidad que destaca la seguridad de los sistemas de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la higiene de manos en la práctica clínica

MÉTODO
ACTIVIDADES
- Formación
- Posicionamiento de hidroalcoholes
- Creación de herramientas de apoyo documental
OFERTA
Posicionamiento de hidroalcoholes a disposiciónde los profesionales en los lugares más indicados en cada centro
Formación y difusión de material para una correcta higiene de manos

INDICADORES
Valoración de informe con las medidas adoptadas

DURACIÓN
- Formación: primer trimestre 2017
- posicionamiento de hidroalcoholes: primer trimestre 2017
-Creación de herramientas: primer trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SERGIO LAFITA MAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARASA BELLOSTA CRISTINA
ROYO SARTO ANGEL
ZUECO OLIVAN GEMMA
CASTAN RUIZ SILVIA
SERRANO PERIS DIANA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO

1. Consejo de salud de Sector: Acta 3/18 (30 enero 18)
2. Reuniones con cada EAP para exposición del CP y ACG 2018 (se adjuntará cronograma de reuniones)

B. CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. CAMBIOS OFERTA SERVICIOS

Actividades: Objetivo: Vía clínica Y Consulta monográfica (agendas…)

1. Acta 5 Junio 2018: Reunión con Juan Pérez (Jefe Medicina Interna) Seminario 8.00. Se plantea inicialmente el proyecto de AP, y se insta a la colaboración en términos de formación a AP.

2. Acta 2 Junio 2018 Viernes, Cebollada HCU . Reunión con el nuevo Jefe de Servicio de MI para retomar lo previamente hablado con el anterior Jefe de MI.

3. 26 septiembre 2018 miércoles Cebollada, HCU. Nueva reunión tras el periodo de verano y cerrar los detalles y gestión de la formación que se realizará.

4. Nombramiento de 2 referentes médicos y enfermeros para liderar la implementación en el sector. Mayo 2018

5. Formación integral de los referentes en las consultas de insuficiencia cardiaca del HCU. Fecha fijada abril.

6. 22 enero 19 de 10-11h: reunión con Lola del Pino (Jefe Unidad Admisión), para solicitar datos de alta con diagnóstico de ICC 8CMBD) reagudizada en el año 2017 para ver situación de partida en el Sector y datos de año posterior para comparación (comparación diagnósticos CMBD I50.1, I50.20,I50.21, I50,22, I50.23, I50.32, I50.33, I50.40, I50.9) .

C. FORMACIÓN ICC

1. Lunes 18 Junio 12-15 h: Taller de formación “Papel de la enfermería en la Gestión de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca”. Ponente: Raúl Juarez
2. Realización de sesiones clínicas y casos en los EAPs por parte del internista referente en cada uno de ellos.

D. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN IC. RESPONSABLE Sº DE FARMACIA DE AP

Para facilitar la revisión de los tratamientos farmacológicos se han realizado las siguientes actuaciones:
• Remisión a todos los profesionales de los EAP del listado de todos los pacientes crónicos complejos con Insuficiencia Cardíaca (procedente de la extracción de la Dirección General de Asistencia Sanitaria con fecha 30/06/2018) con la relación de medicamentos dispensados a estos pacientes (encriptado)
• Remisión de Información que ayude a la revisión de los tratamientos “Boletín Terapéutico Andaluz (CADIME): Insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria”. que incluye el algoritmo de tratamiento y una tabla con los fármacos no recomendados o desaconsejados en IC-FEVr
• Inclusión de información de apoyo para médic@s de familia y enfermer@s sobre Insuficiencia Cardíaca en nuestra intranet, en Cartera Serv–Protocolos /Directrices Clínicas de Sector/INSUFICIENCIA CARDIACA:
? Guía de atención enfermera (Junta de Andalucía-2017)
? Insuficiencia cardíaca crónica (CADIME-2016)
? Proceso Asistencial Integrado (Junta de Andalucía-2012)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Nº EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. 14 EAPs han realizado una actividad comunitaria en relación a la IC.
2. Reducción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD. Pendiente de recoger datos CMBD solicitado a HCU. 2,6%
3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Pendiente de datos de la extracción
4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Pendiente de datos de la extracción.
5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia
Este indicador no ha podido medirse de OMI, porque se ha modificado el registro con motivo del PCC, por lo que no se puede realizar la extracción.
6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. % pacientes en tratamiento con calcio-antagonistas (C08): 19,78%
7 Porcentaje de pacientes crónicos complejos con insuficiencia cardíaca en tratamiento con betabloqueantes respecto al total de pacientes con IC. %Pacientes en tratamiento con betabloqueantes (C07): 45,09%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dificultades encontradas:
- Sistemas de información y extracción de datos: no tenemos capacidad técnica para realizar las extracciones de OMI, suponiendo esto una labor de solicitud a servicios de informática externos y en ocasiones accesibilidad complicada.
- Falta de coordinación muy difícil con el servicio de Medicina Interna por causas internas del propio Servicio.

Oportunidades:
- Mejora del sistema de información de la HC recogiendo variables de interés en el proceso de atención a la IC.
- Definición de vías clínicas de atención a la IC entre diferentes ámbitos sanitarios.

Todavía falta parte importante del desarrollo e implementación del proyecto, previstos para el 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/52 ========== ***

Nº de registro: 0052

Título
CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

Autores:
LAFITA MAINZ SERGIO, SARASA BELLOSTA CRISTINA, ROYO SARTO ANGEL, ZUECO OLIVAN GEMMA, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según casuística existe baja cobertura, variabilidad y desigualdades en la atención ala IC en AP: alto porcentaje de pacientes sin cuidador, excesivas diferencias en formación d elso profesionales e implicación en el proceso de IC. La actuación preventiva de las actividades comunitarias en la IC no se intregran en el proceso.
Uso racional de recursos: el despliegue de medios diagnósticos, terapias, cuidados, recomendaciones no se implementan totalmente. Es necesario la mejora del grado de adhesión al tratamiento, integración AP-AE,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

implementación de GPC, y aumento de la resolutividad de la AP en la atención de la IC.
Actividad: somo capaces de identificar aquellas actividades innecesarias o con poco valor añadido? Sería necesario trabajar definiendo una ruta asistencial definida facilitando el flujo del proceso.
En relación a los resultados, se hace imprescindible la medición de variables intermedias de proceso (planes de cuidados, planes estandarizados, implicación del paciente en la promoción de la salud...) y monitorizar el seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar las actividades preventivas en la ICC, objetivo dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC
2. Reducción uso urgente de servicios sanitarios hospitalarios: dirigido a población con IC con descompensación aguda que originan ingresos potencialmente evitables
3. Aumentar cobertura de vacunación antigripal y antineumocócica, como primera medida de prevención primaria. Dirigido a toda la población de IC
4. Potenciar cuidados: a todos los pacientes del programa.
5. Adecuar el tratamiento farmacológico en IC: dirigido a,la totalidad de los pacientes con IC

MÉTODO
1. Cambios en la práctica clínica: Implementación GPC, vía clínica
2. Cambios en la oferta de servicios: definición de una consulta monográfica, modificación agendas OMI, incorporación plantilla autocuidados.
3. Formación: PLan de formación IC: Sesiones EAP, sesiones de Gestión de casos
4. Adecuación de recursos: adecuación de plantilla, referentes rápidos en IC.
5. Evaluación: Diseño de plantilla IC, trabajo Grupo ICC : listados, comunitaria, datos CMBD e indicadores de seguimiento.
6. Comunicación del desarrollo del proyecto: reunión EAPs, Medicina Interna como colaborador, consejo de salud de zona y de sector.

INDICADORES
1. Mejora de las actividades preventivas en ICC: Nº EAPs con algún tipo de actividad comunitaria en el contexto de IC. Objetivo: al menos 7 . Fuente de datos: registro actividades comunitarias de los centros

2. Reduccción uso urgente servicios sanitarios hospital. Ingresos potencialmente Nº Ingresos urgentes con reagudización de IC respecto al año anterior. Objetivo: reducción 2%. Fuente de datos CMBD

3. Potenciación de los cuidados en IC: Nº pacientes con diagnóstico de IC en los que consta la vacunación antigripal y antineumocócica. Objetivo: aumento 10% en vacunación antigripal y 5% en antineumocócia respecto al año anterior. Fuente de datos: OMI AP

4. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de IC en los que consta registros del plan de cuidados: exploración básica (control peso, perímetro cintura, presión arterial). Objetivo: medición situación de partida. Fuente de datos: OMI AP

5. Adecuación del tratamiento farmacológico en IC: Nº de pacientes polimedicados con diagnóstico de IC a los que se les ha hecho revisión de tratamiento. Objetivo: >50%. Fuente de datos: listados Farmacia

6. Porcentaje de pacientes en tratamiento con calcioantagonistas respeto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

7. Porcentaje de pacientes en tratamiento con betabloquenates respecto al total de pacientes con IC. Objetivo: medir situación de partida. BD Farmacia

DURACIÓN
Proyecto a desarrollar en periodo temporal mayor de un año.

1. Cambios práctica clínica: GPC/Vía clínica: Valoración y adecuación hasta junio 2018.

2. Oferta servicios: Consulta monográfica/agendas OMI/Plantilla autocuidados: Enero-junio 2018

3. Formación: Sesiones EAPs/ Sesiones Gestión de casos. marzo-diciembre 2018

4. Adecuación servicios: Referentes rápidos/ Adecuación plantilla. Periodo marzo-diciembre 2018

5. Evaluación: Diseño plantilla/ trabajo grupo: listados, comunitaria, datos CMBD, indicadores. marzo-junio 2018

6. Comunicación: Reunión EAPs, MI, Consejos de Salud Zona y sector. Reunión EAPs periodo firma de AG. Comuniación MI en todo el periodo del proyecto. Comunicación con Consejos de Salud según reuniones planificadas.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0052

1. TÍTULO

CARDI_AP (ATENCION DE LA IC EN AP)

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0064

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAIII

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... DIANA SERRANO PERIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFITA MAINZ SERGIO
ROYO SARTO ANGEL
CASTAN RUIZ SILVIA
SARASA BELLOSTA CRISTINA
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS
NUÑEZ TOBOSO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los directivos de la Dirección de Atención Primaria y los profesionales técnicos de la misma:
Abril: Presentación del proyecto a los coordinadores y responsables de enfermería trasladado a los EAPs a través de los Acuerdos de Gestión. En las visitas a los EAPs se ha informado del mismo. La evaluación de los proyectos de los equipos constituirá la evaluación completa de este proyecto.
Abril a septiembre, se ha trabajado en el consenso de los contenidos del carro de parada con los responsables del sector I y II, y con profesionales del 061.
Febrero a septiembre se ha adquirido y dotado de carro de paradas adecuado a 10 de los EAps, que no lo tenían.
Junio a noviembre se ha diseñado un tríptico, sobre el uso racional de los recursos de la atención urgente para poblacion.
Noviembre, reunión con la Jefe de servicios de Urgencias para identificar áreas de mejora en el área de urgencias.
Noviembre, se han identificado algunos procesos significativos de atención urgente: Código Ictus, código infarto, soporte vital avanzado en adultos y pediatría, parada cardiaca ritmo desfibrilable y no desfibrilable. Se han remitido los algoritmos de estos procesos a todos los equipos, para su exposición en la sala de urgencias.
Noviembre se ha realizado un curso de atención al parto, considerado como un evento de atención urgente cuando debe ser atendido de forma inminente en los centros rurales.
De abril a noviembre se han desarrollado 7 cursos de formación en RCP promovidos desde la DAP, facilitando el apoyo con material docente a los EAPs que han desarrollado sus propias sesiones formativas.
De enero a diciembre, se han visitado la totalidad de los centros supervisando la sala de urgencias y otras significativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del rpoyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.
Número total de carros correctamente organizados/número total de carros de parada. = 15 / 18 = 83’5 %.
Profesionales que han tenido acceso a formación en RCP organizada desde la dirección en los tres últimos tres años = 421/528 =81,3 %.
Esta información podrá complementarse tras la evaluación de los proyectos de los EAps ya que se incluye este apartado.
% de salas con algoritmos
22/22 = 100 %.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El tema de urgencias es un tema sensible en realcion a la seguridad de los EAPs. Los profesionales son muy receptivos. Es necesario mantener y estimular la formación en este tema de forma continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/64 ========== ***

Nº de registro: 0064

Título
ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZA III

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0064

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAIII

SARASA BELLOSTA CRISTINA, LAFITA MAINZ SERGIO, ROYO SARTO ANGEL, CASTAN RUIZ SILVIA, SERRANO PERIS DIANA, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, NUÑEZ TOBOSO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención Urgente
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Atención urgente es un punto especialmente sensible de la cartera de servicios de un EAP. Razones:
Variabilidad en los criterios de atención urgente
Excesivas diferencias profesionales formación e implicación.
Disparidad de recursos en Urgencias (Botiquín, maletín de urgencias, carro de paradas), en algunos casos incluso carencia de un carro de paradas adecuado para el transporte y el soporte de la medicación y recursos de atención.
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala/s de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios terapéuticos como el desfibrilador, etc.
Inexistencia en algunos casos de procesos de mantenimiento explicito y controlado de gestión intracentro del los recursos técnicos de apoyo a la AU (Ej desfibrilador)
Inadecuado uso por parte de la población en horario de atención continuada

RESULTADOS ESPERADOS
Definir un procedimiento con los contenidos básicos del carro de paradas y emergencias y con la propuesta organizativa estandarizada.
Conseguir que los carros de paradas tengan una organización estandarizada.
Evitar las demoras en la atención urgente a traves de que EAPs del sector tengan un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el exterior del centro.
Mejorar la eficiencia del sistema a traves de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención urgente tanto en la zona rural como en la urbana para racionalizar el uso de la misma.
Mantener las habilidades profesionales en atención urgente y en RCP.
Mejorar la gestión de la sala de urgencias, maletín y carro

MÉTODO
Consensuar un protocolo de contenido y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias. Se está intentando unificarlo a nivel del sector I, II y III.
Proporcionar a los profesionales de los EAPs una matriz para que definan (en el caso de que no exista) el procedimiento para la asignación de casos en atención urgente (en los centros y en en los que existe más de un profesional). Así mismo se contemplarán las situaciones excepcionales de ausencia del profesional designado por causas no previsibles
Promover la autoformación en atención urgente en los centros de salud distinguiendo entre RCP y otros cuadros de patología urgente.

Recopilar y distribuir entre los EAPs documentos gráficos con evidencia científica (algoritmos) sobre la atención de la patología urgente.
Diseñar y distribuir para los EAps rurales un tríptico informativo dirigido a la poblacióncon las indicaciones del uso adecuado de la atención continuada.
Diseñar y distribuir la información del uso más adecuado de las urgencias extrahospitalarias en los centros de salud urbanos.
Revisión anual presencial de las salas de urgencias para la evaluacion de las mismas
Incluir en el acuerdo de gestión de los EAPs la realización de las sesiones auto formativas relativas a urgencias y RCP que se considere adecuado en cada centro.
Organización de al menos cinco cursos de RCP.

INDICADORES
Que el 85 % de los EAPs tengan un carro de paradas con la organización estandarizada.(Se excluyen aquellos que tienen “camareras y otros recursos no adecuados)
Indicador : Número de carros correctamente organizados/ numero total de carros de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0064

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL URGENTE EXTRAHOSPITALARIA SECTOR ZARAGOZAIII

paradas.
Fuente de información: informe del centro y/o visita al EAP.

Que el 90 % de los EAPs del sector tengan un documento explicito y conocido por todos los profesionales en el que se indique cual es el criterio para designar al profesional responsable de la atención urgente (emergencia) tanto dentro del centro de salud, como en un aviso domiciliario o en el el exterior del centro. (fuente de información (FI) existencia del documento)
Indicador: Número de centros con procedimiento explicito/ numero total de centros
Objetivo 80%
FI: informe del centro y/o visita al EAP
Porcentaje de profesionales de cada EAP que han participado en formación en patología urgente y en RCP..
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Número total de profesionales del sector que han participado en al menos una sesión relativa a urgencias/ número total de profesionales del sector
Objetivo 80%
FI: informe del centro actas firmadas
Que exista constancia por escrito de los contenidos y las revisiones de mantenimiento del carro, sala de urgencias y maletines
Objetivo 80%

FI: informe del centro y/o visita al EAP
Que el 90 % de las salas de urgencias estén dotados con los algoritmos remitidos.
FI: informe del centro y/o visita al EAP

Que el 90 % de los EAps rurales hayan diseñado y distribuido sus documentos con indicaciones de uso.(FI existencia de documento)
Revisión presencial de la menos el 90 % de los EAPs.
Numero de EAPs visitados / número de EAPs del sector.
FI actas de visita.
Número de cursos realizados/ numero de cursos previstos

DURACIÓN
De febrero a diciembre de 2018. Se prevee la continuación hasta la total desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS LALLANA ALVAREZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES
SERRANO PERIS DIANA
FRAJ GARCIA NIEVES
CASTAN RUIZ SILVIA
ZUECO OLIVAN GEMMA
LAFITA MAINZ SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Existe un responsable/referente del uso de antibióticos en cada equipo de atención primaria del sector.

20 EAP han presentado un proyecto asistencial sobre PROA

Se ha asistido a todas de las reuniones del grupo IRASPROA autonómico celebradas:
16/01/2018. Asistencia: 16 miembros (89%)
22/06/2018. Asistencia: 13 miembros (76%)
03/10/2018. Asistencia: 12 miembros (71%)

Se han celebrado y coordinado 7 reuniones del grupo PROA-AP del sector
01/02/2018. Asistencia: 12 miembros (67%)
01/03/2018: Asistencia: 13 miembros (72%)
19/04/2018: Asistencia: 11 miembros (61%)
31/05/2018: Asistencia: 12 miembros (71%)
26/09/2018: Asistencia: 11 miembros (61%)
22/11/2018: Asistencia: 6 miembros (33%)
20/12/2018: Asistencia: 10 miembros (56%)

Se han revisado los capítulos de infecciones respiratorias, adaptándolos a los datos de resistencias locales de Aragón.

Se han revisado las infecciones urinarias e infecciones de transmisión sexual de la actualización realizada por el sector Zaragoza II de la guía de antimicrobianos de Aljarafe

Se han realizado dos sesiones sobre Prescripción diferida

Se ha realizado formación sobre uso adecuado de antimicrobianos. Se han realizado reuniones con los responsables de antibióticos de nuestro sector, se ha elaborado materia de soporte para las sesiones en los EAP.
-Difusión Jornada de presentación de IRASPROA (13/04/2018)
-Principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas, actualización de nuestra Intranet Asistencia 85%:
-Compromiso con el buen uso de antibióticos. Asistencia 85%:
-Curso “Principios de uso de antibióticos. puesta en marcha de un programa de optimización de antibióticos en atención primaria”.29/11/2018. 6 horas de formación (Acreditación 09, créditos). Asistencia de 27 profesionales (20 admitidos al curso, 7 oyentes)

Se ha realizado una encuesta sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos para médicos de atención continuada (MAC). Realización de la encuesta a 70 profesionales MAC. Tasa de respuesta 37,1%. Se presentaron los resultados en el Congreso de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (octubre 2018) y en el curso de formación sobre antibióticos (29/11/2018)

Se ha actualizado el apartado PROA-AP en la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector, con los siguientes apartados:

EQUIPO PROA AP ¿Quiénes forman parte del Equipo PROA-AP?
GUIAS DE ANTIMICROBIANOS. Guía Terapéutica de Antimicrobianos (Aljarafe)
FORMACIÓN. Presentación del PROA-AP para Aragón
Encuesta Casos Clínicos PROA Medicina de Familia
Encuesta Casos Clínicos PROA Pediatría
Encuesta Casos Clínicos PROA Enfermería
Protocolo de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en niños (actualización diciembre 2018)
RESISTENCIAS BACTERIANAS. Resistencias bacterianas Atención Primaria Sector Zaragoza III (Año 2017).
Resistencias bacterianas del Sector Zaragoza III (HCU-A.P.) (Período 2013-2017)
UTILIZACIÓN DE ANTIINFECCIOSOS. Informe Atención Primaria del Sector Zaragoza III (Año 2017)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

ENLACES DE INTERÉS. Enlace a PROA-HCU, Enlace a Estrategia IRASPROA

Se han incluido salvapantallas relacionados con el uso adecuado de antibióticos durante 1 semana en los ordenadores de todos los profesionales del sector Zaragoza III
Campaña Ni menos ni más, tú decides:
Cuando usas bien los antibióticos, todos ganamos. 25/04/2018
¿Necesita un antibiótico? ¿Ahora? ¿Por qué? 21/05/2018
Con el tratamiento antibiótico. Sé preciso 04/06/2018
Pilota el tratamiento antibiótico 18/06/2018
Trata a tu paciente durante el tiempo estrictamente necesario 02/07/2018
Gracias a ti los antibióticos podrán seguir salvando vidas 16/07/2018
DÍA EUROPEO PARA EL USO PRUDENTE DE LOS ANTIBIÓTICOS 18/11/2018 15/11/2018
DECÁLOGO DEL BUEN USO DE ANTIBIÓTICOS 13/12/2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% de los EAP tienen un responsable del uso de antibióticos. Un 50% no coinciden con el coordinador o con el responsable de URM, mostrando un especial interés en el uso correcto de los antibióticos

90% de los EAP han presentado un proyecto asistencial sobre PROA. Objetivo =75%

Asistencia al 100% de las reuniones del grupo IRASPROA autonómico

Se han celebrado y coordinado 7 reuniones del grupo PROA-AP del sector (Objetivo. 6 reuniones)

Se han revisado las infecciones respiratorias en pediatría y adultos teniendo en cuenta la evolución de las resistencias bacterianas en nuestro sector

Se han realizado 4 sesiones de formación sobre PROA (Objetivo: 3 sesiones)

Se han difundido los principios generales PROA en atención primaria.
Se ha difundido a los EAP el informe de consumo/resistencias a los antimicrobianos en el sector a todos los EAP.

Porcentaje de profesionales sanitarios del EAP que han participado en formación en PROA: 85% (objetivo 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los profesionales están interesados en el uso adecuado de antibióticos
Hemos realizado una encuesta a los Médicos de atención continuada para conocer sus necesidades. Hemos dado respuesta a varias demandas, pero no hemos solucionado su acceso a formación online.
La formación es necesaria y la formación on line es la más solicitada por los profesionales
Los profesionales demandan conocer la situación de partida del uso de antibióticos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1439 ========== ***

Nº de registro: 1439

Título
PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
LALLANA ALVAREZ MARIA JESUS, AZA PASCUAL-SALCEDO MERCEDES, SERRANO PERIS DIANA, FRAJ GARCIA NIEVES, CASTAN RUIZ SILVIA, ZUECO OLIVAN GEMMA, LAFITA MAINZ SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La OMS considera la resistencia a los antibióticos uno de los principales problemas de salud pública. Las bacterias multirresistentes causan 25.000 muertes al año en Europa. El uso excesivo e inadecuado de los antibióticos es una de las principales causas de este problema, por ello, la optimización del uso de antibióticos es un asunto prioritario.
En Aragón, la resolución del 5 de febrero de 2018 de la DGAS aprueba el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y optimización de uso de antibióticos en Aragón (IRASPROA) para avanzar de forma coordinada en iniciativas que conduzcan a la mejora del uso de los antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Impulsar la implicación de los profesionales de atención primaria en el programa PROA-AP a través de personas clave en todos los equipos del sector.
Potenciar el compromiso de los EAP en proyectos asistenciales relacionados con la mejora de la utilización de antibióticos.
Evaluar la situación del uso de antibióticos en atención primaria del Sector Zaragoza III.

MÉTODO
1. Selección de una persona clave con interés en el uso de antibióticos en cada EAP para implementar el Programa de PROA-AP en su equipo.
2. Facilitar la implementación del decálogo de principios generales de uso de antibióticos.
3. Impulsar la actividad del grupo PROA-AP del sector Zaragoza III:
a. Adaptación de la Guía de Aljarafe para atención primaria. Selección de los procesos más prevalentes y su tratamiento. Difusión entre los profesionales de AP.
b. Apoyar a los EAP en la formación relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico
c. Detectar las necesidades formativas en relación al uso de antibióticos de los médicos de atención continuada y residentes de 3 y 4 año.

4. Realizar un análisis actualizado del consumo de antibióticos en atención primaria del sector.
5 Elaborar una presentación relacionada con el informe de resistencias a los antimicrobianos en el ámbito extrahospitalario.
6.Actualizar e incorporar toda la información relativa al uso de antibióticos y resistencias a antimicrobianos en la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector.
7. Utilizar salvapantallas en los ordenadores para difusión de mensajes a través de imágenes y carteles.
8 Validar los informes de utilización de antibióticos y hacer un seguimiento cuatrimestral de la evolución de los indicadores.

INDICADORES
1.a Tener un responsable/referente del uso de antibióticos en cada equipo de atención primaria del sector.
1.b. Porcentaje de EAP del Sector que incluyen un proyecto Asistencial PROA en su Acuerdo de Gestión Clínica. Objetivo =75%

2. Asistencia a reuniones del grupo PROA autonómico. Asistencia al 75%
3. Número de reuniones del grupo PROA-AP del sector. Objetivo: 6 reuniones al año.
Objetivo: Adaptación de la Guía de Aljarafe.
Indicador: Revisión de los capítulos de infecciones respiratorias. Adaptación a los datos de resistencias locales de Aragón.
Objetivo : Formación sobre uso adecuado de antimicrobianos.
Indicador: Elaboración del material de soporte para las sesiones realizadas sobre PROA: Presentación del programa, principios generales PROA, consumo de antimicrobianos/perfil de resistencias bacterianas. Porcentaje de profesionales asistentes.
Indicador: Realizar y analizar una encuesta sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos para médicos de atención continuada (MAC) y residentes
4. Realizar el informe de uso de antibióticos del sector
5. Difundir el informe de las resistencias a los antimicrobianos en atención primaria del sector Zaragoza III a todos los EAP.
6. incluir la información relativa al programa PROA-AP en el apartado específico de la Intranet de Atención Primaria de nuestro sector.
7. Difundir los principios generales PROA en atención primaria. Utilizar los salvapantallas
8. Envío cuatrimestral de la utilización de antibióticos a los profesionales. Monitorización del uso de cefalosporinas de tercera generación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

DURACIÓN
- Enero-Diciembre: Reuniones de trabajo del grupo PROA-AP del sector
- Abril-Mayo: identificación áreas de mejora individualizadas de cada EAP en el uso de antibióticos
- Marzo-Abril: encuesta a MAC y residentes sobre conocimiento y necesidades formativas en prescripción de antimicrobianos.
- Mayo: informe de uso de antibióticos en atención primaria. Sector Zaragoza III.
-Junio-Octubre: convocatoria y formación de los responsables de uso de antibióticos de los EAP.
-Septiembre-Diciembre: Diseño y difusión de campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA.
-Mayo-Diciembre: Actualización del apartado PROA-AP en la Intranet de Atención Primaria y utilización de salvapantallas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0733

1. TÍTULO

CONTROL DE SINTOMAS EN LA AGONIA. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA AZNAR ARRIBAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... ESAD ZARAGOZA 3
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ESAD
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ BUENO MARIA PILAR
MARTINEZ CASAMAYOR MARIA CONCEPCION
FANLO FERRERO MARIA LUISA
RAMIRO MARIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Exposición de la sesión clínica con las pautas de tratamiento y cuidados en la agonía en Centros de Salud que han solicitado dicha sesión.
C.S. SADABA
C.S. BOMBARDA
C.S. ALMUNIA
C.S. EPILA
C.S. TARAZONA
C.S. CARIÑENA
C.S. VALDEFIERRO
C.S. UNIVERSITAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se proporciona a los Centros de Salud los cauces para obtener material y fármacos necesarios para tratar pacientes en situación de agonía directamente desde el mismo centro.
Han solicitado la sesión clinica 8 Centros de Salud de los cuales se ha impartido a todos .
El número de profesionales del Salud que han asistido a las sesiónes son 139 en total

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha facilitado la información al personal médico y de enfermería de las pautas a seguir en caso de situación agónica de un paciente y el tratamiento que se administrará. Así la persona que quiera fallecer en su domicilio lo pueda hacer libre de síntomas.
El personal sanitario del centro de Salud tiene información de lo necesario para actuar frente a estos casos, disponiendo de medicación y pautas para control de síntomas.
Las personas que han asistido a dichas sesiones han quedado satisfechas y se les ha resuelto las dudas que tenían en caso de agonía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/733 ========== ***

Nº de registro: 0733

Título
CONTROL DE SINTOMAS EN LA AGONIA. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Autores:
AZNAR ARRIBAS MARIA LUISA, RUIZ BUENO MARIA PILAR, RAMIRO MARIN MARIA PILAR, DE ECHAVE ESTEBAN ANGELES, LAPUERTA ALCAZAR CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD ZARAGOZA 3

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad terminal.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0733

1. TÍTULO

CONTROL DE SINTOMAS EN LA AGONIA. FACILITAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existen pacientes que entran en agonía en su domicilio, el control de síntomas es muy importante. Muchas veces la vía oral no es posible y se precisan fármacos por vía subcutánea, que no siempre están accesibles en el Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Los facultativos que acudan al domicilio a atender una situación de agonía, tengan accesibles en el Centro de Salud medicación y pautas de tratamiento, según síntomas.
La persona que quiera fallecer en su domicilio pueda hacerlo libre de síntomas.

MÉTODO
1- Preparación sesión clínica con las pautas de tratamiento y cuidados en la agonía. (Luisa Aznar)
2- Exposición en los EAP del Sector que lo deseen (Luisa Aznar, M. Pilar Ruiz)
3- En los Centros quede preparado un paquete con la medicación necesaria para controlar los síntomas de la agonía, con un responsable de su revisión periódica.

INDICADORES
1-Número de EAP que soliciten la sesión clínica
2-Número de Centros de Salud que dispongan de la medicación necesaría para control de síntomas en agónia,habilitado en un lugar específico y accesible en el Centro de Salud

DURACIÓN
Enero 2017 a noviembre 2017
-Enero a mayo: charlas a los Centros de Salud que lo soliciten
-De mayo a octubre: coordinación con responsable del Centro de Salud para suministrar los fármacos necesarios.
-Noviembre: llamar telefónicamente a los Centros de Salud para comprobar que disponen de dichos fármacos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0202

1. TÍTULO

DIFUSION DE LOS TALLERES PARA CUIDADORES DEL HCU "LOZANO BLESA" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA MARIA GASPAR CALVO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CME INOCENCIO JIMENEZ
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARIJO CAMARA ROSARIO
SANCHEZ PEREZ ESTER
CELMA MORALEJO ROCIO
REGLA RAUFAST ANA JESUS
ESTERUELAS CUARTERO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Reunión el 15 de Mayo de 2017 del equipo de mejora para establecer el nuevo calendario de actuación desde Junio de 2017 a Diciembre de 2017.
2. Reunión con la Enfermera de Valoración del HCU, Dña Ana Monche que nos facilita los teléfonos de la Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Sector III y el listado de correos electrónicos de los coordinadores de los centros de salud. También nos facilita el pdf con el cartel anunciador del Taller de Cuidadores.
3. Contacto telefónico el 25 de mayo con la Dirección de Enfermería del sector III, informando del contenido del proyecto de mejora.
4. Envio de correo electrónico con carta de presentación para los coordinadores de enfermería de los centros de salud de atención primaria del sector III. Septiembre 2017.
5. Envio de correo electrónico con el cartel anunciador del Taller de Cuidadores en pdf para su máxima difusión. Septiembre 2017.
6.Durante el último trimestre de 2017 se recoge la asistencia de participantes a los talleres de cuidadores, como es habitual, pero además se registra si alguno ha conocido la existencia del taller por recomendación del personal de atención primaria o de los carteles colocados en el centro de salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se plantearon dos indicadores
Indicador 1: nº asistentes al Taller para Cuidadores procedentes de AP/nº total asistentes
Para calcular el indicador se ha revisado el registro de asistentes a los Talleres de Cuidadores. El número total de asistentes de septiembre a diciembre ha sido de 67 personas, entre las cuales ninguna ha sido derivada desde AP.
Indicador 2: nº de respuestas enviadas por parte de los coordinadores de enfermería/nº correo electrónicos enviados.
Para calcular el indicador se ha revisado el número de respuestas recibidas de los coordinadores de enfermería de los CS del Sector. Se enviaron 23 correos adjuntando una carta de presentación. Se recibió respuesta por parte de un coordinador, lo que representa un 4,3% del total

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La limitación del estudio se debe a que el resultado del mismo no depende únicamente de los integrantes del equipo de mejora, sino de la participación/involucración de los coordinadores para transmitir la información al personal de enfermería del centro de salud.
Las actividades realizadas se han llevado a cabo según el calendario previsto. La respuesta por parte del personal de AP no ha sido la esperada. La comunicación a través del correo electrónico ha sido insuficiente para establecer el contacto con los coordinadores de enfermería de los CS del sector y motivar su participación en el proyecto.
Para otros años habría que buscar otras fórmulas más eficaces como hacer llamadas telefónicas o visitas a los centros.

7. OBSERVACIONES.
La modificación del calendario del proyecto fue debida a que la resolución que aprueba los proyectos de calidad no se publicó hasta mayo de 2017.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/202 ========== ***

Nº de registro: 0202

Título
DIFUSION DE LOS TALLERES PARA CUIDADORES DEL HCU "LOZANO BLESA" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0202

1. TÍTULO

DIFUSION DE LOS TALLERES PARA CUIDADORES DEL HCU "LOZANO BLESA" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III

GASPAR CALVO ELENA, GARIJO CAMARA ROSARIO, SANCHEZ PEREZ ESTER, CELMA MORALEJO ROCIO, REGLA RAUFAST ANA JESUS, ESTERUELAS CUARTERO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidadores y familiares de pacientes inmovilizados y/o crónicos dependientes
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los Talleres para Cuidadores se realizan semanalmente en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" desde el año 2009. Están diseñados para enseñar a los cuidadores el manejo básico (cuidados de salud y movilizaciones) de personas encamadas que al alta hospitalaria vayan a tener un alto grado de dependencia en ABVD. En Atención Primaria se tiene contacto directo con pacientes inmovilizados cuyos familiares y cuidadores se podrían beneficiar de los contenidos de estos talleres.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo 1: Difundir los Talleres para Cuidadores entre los profesionales y usuarios de Atención Primaria del Sector Zaragoza III.

Objetivo 2: Aumentar el número de participantes en los Talleres para Cuidadores del HCU "Lozano Blesa"

MÉTODO
1º Contactar con la Enfermera Gestora de Casos del HCU "Lozano Blesa" para facilitar la relación con Atención Primaria. Responsable: Rosario Garijo
2º Contactar con la Dirección de Enfermería del Sector Zaragoza III para informar del contenido de proyecto. Responsable: Elena Gaspar
3º Enviar carta informativa/correo electrónico a los coordinadores de enfermería de cada Centro de Salud del Sector Zaragoza III. Responsable: Rosario Garijo y Esther Sanchez
4º Enviar carteles con la publicidad del taller para que sean colgados en los tablones de anuncios de cada Centro de Salud. Responsables: Elena Gaspar y Rocio Celma

INDICADORES
Indicador 1:
Nº de asistentes al Taller para Cuidadores procedentes de Atención Primaria//Nº de asistentes totales

Indicador 2:
Nº de respuestas afirmativas por parte de los Coordinadores de Atención Primaria como que han recibido la información y la documentación//Nº correos electrónicos enviados

DURACIÓN
Duración: desde Octubre de 2016 a Junio de 2017
Cronograma:
4º trimestre 2016: contactar con Enfermera de Casos del HCU y con Dirección de Atención Primaria. Realizar la difusión en los Centros de Salud
1º y 2º trimestre de 2017: medición de respuestas recibidas por parte de los Coordinadores de Enfermería. Medición del número de usuarios que acuden a los talleres desde Atención Primaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0319

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIARES Y USUARIOS DEL C.R.P. NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA MIR FERNANDEZ
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CRP NTRA SRA DEL PILAR
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA
OLMOS BELIO SEBASTIAN
DIAZ VILLARROYA ISABEL
FERRER ESTEBAN VICTORIA
LANZAN SANCHO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del 2017 hemos realizado 6 reuniones con todos los miembros para desarrollar el proyecto y recabar toda la información necesaria. Habiendo distribuido entre todos los participantes las diferentes partes. Las primeras dos reuniones fueron para recabar la información para corregir los déficit que faltaban en el anterior proyecto. las siguientes dos reuniones para distribuir las partes entre los componentes. la siguientes para poner todo en común.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A la fecha de hoy estamos a falta de tres puntos del proyecto que aun están en desarrollo y mejoras y la revisión y aceptación de la Dirección del Centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pùntos que quedan pendientes son: Los objetivos(principales y secundarios), un aspecto relativo al ingreso y los aspectos relativos al alta.

7. OBSERVACIONES.
A lo largo de los próximos 4 meses se espera acabar los puntos pendientes y recibir la aprobación de dirección para posterior entrega al comité de calidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/319 ========== ***

Nº de registro: 0319

Título
MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIAS Y SUSARIOS DEL CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE ZARAGOZA

Autores:
MIR FERNANDEZ MARIA CRISTINA, DIAZ VILLARROYA ISABEL, FERRER ESTEBAN VICTORIA, GONZALEZ GOIZUETA EUGENIA, BELIO SEBASTIAN OLMOS, LANZAN SANCHO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP NTRA SRA DEL PILAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta falta de documentacion o manual donde se informacion para entragar a familiares y usuarios en las visitas al domicilia antes del ingreso y durante la estancia en el centro.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la informacion y taencion a los usuarios y familiares durante su estancia en la unidad.

MÉTODO
Reuniones bimensuales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0319

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA E INFORMACION PARA FAMILIARES Y USUARIOS DEL C.R.P. NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

Recabar informacion general del CRP desde administracion, de servicios del centro en las diferentes disciplinas
Derechos y deberes de los usuarios elaborar los apartados de la guia y consensuar en las reuniones del equipo

INDICADORES
% de familias a las que se les entrega la guia de informacion al ingreso.
% de familiares que observamos conocen las normas durante el ingreso.

DURACIÓN
Se inicia en junio del 2015 hasta junio del 2016, despues de 12 meses siemdo esta una ampliacion de otros 12 meses empezando en octubre del 2016 y acabando en octubre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho
```

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0627

1. TÍTULO

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTESINGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR GARCES SOTILLOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEGURA ARAZURI NIEVES
COLAS SANZ CARLOS
ALBA ETAYO BEGOÑA
SAENZ ABAD DANIEL
CRUSELLS CANALES MARIA JOSE
ULLOA LEVIT SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De forma prospectiva, desde enero de 2017, se remitieron para estudio alergológico aquellos pacientes que refirieran alergia a penicilina ingresados en los servicios de Medicina Interna e Infecciosas, servicios piloto donde se comienza a implantar el protocolo de evaluación alergológica. Incluiremos en el conjunto de datos también a los pacientes remitidos de otros servicios, en los que el motivo de la interconsulta fuera el mismo.
- Se elaboró un esquema de derivación a Alergología.
- Se actualizó el protocolo de estudio alergológico en pacientes con sospecha o etiqueta de alergia a betalactámicos.
- Se elaboró una base de datos para cuantificar los datos de los pacientes estudiados en 2017.
- Se aprobaron los protocolos por el equipo PROA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A 70 pacientes ingresados se les realizó estudio alergológico frente a betalactámicos.
De estos, 43 terminaron el estudio.
En el 77% (33 pacientes) se descartó alergia a betalactámicos.
En el 23 % (10 pacientes) se confirmó alergia a betalactámicos, y de estos, 7 pudieron ser tratados con un betalactámico alternativo.
IMPACTO: 40 pacientes de los 43 que terminaron el estudio pudieron ser tratados con la mejor opción terapeútica.
Al ser un dato validado permite recomendaciones de prescripción para Atención Primaria y Especializada.
No hubo reacciones graves durante todos los procedimientos. No se realizó ninguna desensibilización.
27 pacientes no han finalizado el estudio en la fecha de recogida de datos, bien por éxitus (8 pacientes), por estar pendientes de pruebas (10 pacientes) o porque rechazaron el estudio (9 pacientes). Puede explicarse por la elevada mediana de edad de los paciente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La intervención que se ha descrito es una de las intervenciones más costo-efectivas que se pueden plantear para “recuperar” antibióticos: con esta aproximación, mediante una intervención puntual, en casi el 80% de los casos se descarta definitivamente la alergia a penicilina lo que permite usar en el futuro este antibiótico y sus derivados siempre que sea preciso, evitando opciones menos eficaces o que estén reservadas para infecciones por microorganismos resistentes a estos antibióticos.

El objetivo es extender a todos los servicios del hospital la acción puesta en marcha en los servicios de Medicina Interna e Infecciosas si se dispone de medios. Para poder abordarla con éxito, mínimo riesgo y máxima seguridad para los pacientes, se debería dotar a Alergología de medios personales (alergólogos y enfermeras) específicamente dedicados a ello y un espacio físico acorde a las necesidades, del tipo de hospital de día.
Dados los buenos resultados obtenidos, este abordaje proactivo de la alergia a betalactámicos, debería ser un ejemplo y realizarse en todos los hospitales del SNS.
El alergólogo puede y debe jugar un papel importante en el uso de antibióticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/627 ========== ***

Nº de registro: 0627

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0627

1. TÍTULO

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTESINGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)

Autores:
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR, SEGURA ARAZURI NIEVES, COLAS SANZ CARLOS, ZALBA ETAYO BEGOÑA, SAENZ ABAD DANIEL, CRUSELLS CANALES MARIA JOSE, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, ULLOA LEVIT SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los antibióticos betalactámicos (BL) son fármacos de primera línea en el manejo de gran número de infecciones. Se incluyen penicilinas, cefalosporinas, carbapenemas y monobactamas.
Las reacciones a BL son la causa más frecuente de reacciones adversas a fármacos mediadas por un mecanismo inmunológico.
Un nº elevado de pacientes ingresados en este hospital (10-20%) refieren ser “alérgicos a penicilina, en muchos casos sin presentar una hª clínica sugestiva de alergia, y a veces aportando informes antiguos donde no se han realizado estudios con estándares actualizados. En estos casos, cuando presentan patología infecciosa, se utilizan antibióticos alternativos, no BL, de segunda línea, que, además de presentar mayor posibilidad de toxicidad asociada, son menos coste-eficaces, y por tener un mayor espectro contribuyen a desarrollar resistencias bacterianas. Está demostrado que una evitación
innecesaria incrementa la mortalidad, morbilidad y el coste económico en pacientes incorrectamente etiquetados como alérgicos a BL, siendo ésta una de las principales oportunidades de mejora a implementar desde los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA).

RESULTADOS ESPERADOS
- Minimizar el impacto de la sospecha de alergia a BL en los pacientes que ingresen en el HCU y precisen tratamiento con estos antibióticos
- Poder tratar a los pacientes alérgicos a penicilina que ingresen en el HCU, con el mejor BL que precisen, cuando su evaluación alergológica estime que pueden utilizarlos

MÉTODO
El proyecto requiere de un abordaje multidisciplinar con participación de los SS de Alergología y de los SS de Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna, Urgencias, UCI y Farmacia Hospitalaria, integrados en el PROA del HCU. El primer paso consistirá en la creación del equipo multidisciplinar.

Se distinguen estas fases:

I. Elaboración de protocolos de actuación. Se estandarizará:

- El manejo del paciente con sospecha de de alergia a BL. Se consensuará un protocolo de actuación y derivación del paciente que ingresa con sospecha de alergia a BL y precisa antibióticos de esta familia. Contará con la participación de los SS de Alergología, Infecciosas, Medicina Interna, UCI, Urgencias y Farmacia Hospitalaria.

- La evaluación del paciente con sospecha clínica de alergia a BL. El Sº de Alergología realizará un protocolo estandarizando el estudio alergológico en los distintos supuestos que se presentan en la clínica, incluida la desensibilización, de forma coordinada con el Sº de M. Intensiva, cuando no existan alternativas y sea factible su realización.

II. Planificación de la difusión de los protocolos de actuación. Durante esta fase:

- se presentarán los protocolos en la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (CIPPA) y PROA del HCU

- se decidirá la forma y canales de difusión de los protocolos a los profesionales del HCU

- se diseñará el circuito de actuación para poner en marcha una actividad de identificación activa de pacientes ingresados con alergia a BL en los SS particicipantes

III. Implementación de una identificación activa de pacientes ingresados con alergia a BL, para aplicar los protocolos acordados en los pacientes que más se benefician de su cumplimiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0627

1. TÍTULO

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SOSPECHA DE ALERGIA A ANTIBIOTICOS BETALACTAMICOS EN PACIENTESINGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (HCULB)

IV. Evaluación del Impacto de la actividad

INDICADORES
- Aprobación de los protocolos correspondientes a la Fase I por PROA/CIPPA (S/N)
- Disponibilidad de los protocolos de la Fase I en la intranet del hospital (S/N)
- Elaboración del Plan de implementación de los protocolos de actuación basados en una actividad de identificación activa de casos (S/N)
- Nº de accesos a los protocolos en la intranet del hospital durante la Fase III (N)
- Nº y proporción de pacientes con alergia a BL identificados en los que se realiza interconsulta durante el ingreso o son remitidos a una consulta del Sº de Alergia (informe de alta)
- Nº de desensibilizaciones realizadas (N)
- De los pacientes remitidos, nº y proporción de pacientes evaluados por el Sº de Alergia en los que se permite el uso de algún BL.
- Nº de reacciones medicamentosas acontecidas con los procedimientos realizados

DURACIÓN
- Aprobación de los protocolos correspondientes a la Fase I por PROA/CIPPA (S/N)
- Disponibilidad de los protocolos de la Fase I en la intranet del hospital (S/N)
- Elaboración del Plan de implementación de los protocolos de actuación basados en una actividad de identificación activa de casos (S/N)
- Nº de accesos a los protocolos en la intranet del hospital durante la Fase III (N)
- Nº y proporción de pacientes con alergia a BL identificados en los que se realiza interconsulta durante el ingreso o son remitidos a una consulta del Sº de Alergia (informe de alta)
- Nº de desensibilizaciones realizadas (N)
- De los pacientes remitidos, número y proporción de pacientes evaluados por el Sº de Alergia en los que se permite el uso de algún BL
- Cuantificación de reacciones medicamentosas acontecidas con los procedimientos realizados.

I: Oct.-Nov. 2016
II: Dic. 2016
III: En.-Mar. 2017
IV: Abril 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCIA FERRER CLAVERIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEGURA ARAZURI NIEVES
COLAS SANZ CARLOS
SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR
LEZAUN ALFONSO APOLINAR
AGULLO GARCIA ANA
CARRION SARI SILVIA KARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha habilitado desde junio de 2018 una consulta con periodicidad mensual, monográfica para el estudio y seguimiento de los pacientes con angioedema de características bradicinergicas, así como sus familiares, con una nueva agenda denominada ALGC3-ANGIOEDEMA.
La relación de días que se ha pasado esta consulta en 2018 son:
- 22 de Junio
- 27 de Julio
- 21 de Septiembre
- 19 de Octubre
- 23 de Noviembre

El número de pacientes atendidos en consulta a lo largo de estos 6 días ha sido de 41 pacientes. De ellos 22 presentan angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor (AEH-C1INH) pertenecientes a 11 familias diferentes, 2 pacientes presentan angioedema hereditario por mutación del F. XII, 4 angioedema de características bradicinergicas idiopáticos. El índice de asistencias a urgencias en el total de los pacientes con diagnóstico de AEH-C1INH atendidos en la unidad es de 78 visitas a lo largo del año 2018.

Se han elaborado diferentes protocolos en consulta:
1. Protocolo de seguimiento en consulta.
Todos los pacientes con AEH por déficit de C1 inhibidor, requieren en la visita basal hemograma, bioquímica, estudio de complemento con C4, C1 INH y actividad de C1 (actividad de C1 en laboratorio de referencia), serologías de VHA, VHB, VHC, VIH, Parvovirus B19 y confirmar vacunación de VHA y VHB.

En caso de precisar tratamiento con andrógenos se deberá realizar en la visita basal ecografía abdominal, hemograma, función hepática, perfil lipídico y análisis de orina. Se realizará control cada 6 meses del hemograma, función hepática, perfil lipídico y análisis de orina y exploración física valorando signos de virilización, peso y tensión arterial. Se recomienda revisión anual de la ecografía abdominal y alfa-feto proteína, por el riesgo de desarrollo de tumores hepáticos.

Si se sigue tratamiento con antifibrinolíticos, se deberá realizar en la visita basal estudio de coagulación. Se realizarán controles cada 6 meses con estudio de enzimas musculares (aldolasa, creatin fosfokinasa), función hepática y renal y análisis de orina. Se recomienda una vez al año revisión oftalmológica (fondo de ojo) para descartar daños en la retina.

En caso de haber precisado de tratamiento con Pdh C1INH (Berinert®), hay que realiza hemovigilancia una vez al año con controles serológicos de VHA, VHB, VHC, VIH, Parvovirus B19 por su riesgo teórico de transmisión. Las pruebas complementarias y de seguimiento en consulta son las recomendadas por el Grupo Español de Angioedema por Bradicinina (GEAB: Spanish Consensus of Bradykini-Induced Angioedema II JIACI 2011).

2. Protocolo en situación de emergencia
PROTOCOLO ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DEFICIT DE C1 INHIBIDOR

1 - COMO TRATAMIENTO EN URGENCIAS, en caso de presentar edema de glotis, edema cérvico-facial, o dolor abdominal invalidante, se administrará C1-INHIBIDOR (BERINERT®) 1000 U (2 viales) por vía intravenosa (20 U/kg) (administración directa lenta en 10-20 minutos), el efecto comienza a los 15-30 minutos y puede repetirse dosis en caso necesario transcurrida 1 hora. En caso de no disponer de C1-inhibidor se administrará ICATIBANT (FIRACYR® 30mg) (1 jeringa precargada) por vía subcutánea en abdomen, pudiendo repetir dosis transcurridas 6 horas, sin sobrepasar 3 dosis cada 24 horas.
Ante dolor abdominal moderado se debe administrar analgesia y reponer líquidos IV. En muchos casos un brote puede simular un abdomen agudo quirúrgico.
En caso de cuadro agudo LEVE con afectación periférica (angioedema de extremidades) puede mantenerse actitud expectante y tratar con analgesia. Pero siempre deberá permanecer en observación durante al menos 8-12 horas ya que la evolución del cuadro es progresiva.
Si no se dispone de BERINERT® ni FIRACYR® se puede administrar ACIDO TRANEXÁMICO (ANCHAFIBRIN®) vía intravenosa (20-50 mg/kg/día) 500-1000mg/2 horas o ACIDO EPSILON AMINOCAPROICO (CAPROAMIN®) 8gr intravenosos durante 4 horas y posteriormente 16 gramos al día o PLASMA FRESCO CONGELADO 2 unidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

SI FUESE NECESARIO DEBE REALIZARSE TRAQUEOTOMÍA.
ESTE TIPO DE ANGIOEDEMA NO RESPONDE A CORTICOIDES, ADRENALINA NI ANTIHISTAMINICOS.
2 - COMO PROFILAXIS A CORTO PLAZO de intervenciones quirúrgicas y de manipulaciones oro-faríngeas (manipulaciones/extracciones dentales, endoscopias…) se debe administrar 500- 1000U de C1- INHIBIDOR (BERINERT®) intravenoso 1 a 6 horas antes, repitiendo la dosis si existe alguna complicación.
Si no se dispone de C1 INHIBIDOR puede administrarse 2 unidades de PLASMA FRESCO CONGELADO, si es posible 24 horas antes y repetir inmediatamente antes del procedimiento.
Otra alternativa es tomar DANAZOL (DANATROL®) 200mg/ 8 horas o ESTANAZOLOL 2mg/ 8 horas durante 5 días antes y hasta 3 días después de la manipulación.
Icatibant (Firacyr®) no está indicado como tratamiento profiláctico.
COMO NORMAS GENERALES LOS PACIENTES CON DÉFICIT DE C1 INHIBIDOR
1. DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE ESTROGENOS (anticonceptivo, tratamiento hormonal sustitutivo, etc) Y FÁRMACOS DE ACCIÓN ESTROGENICA. Si precisa anticonceptivos orales puede tomar progestágenos.
2. DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE HIPOTENSORES DEL GRUPO DE LOS IECAS (captopril, enalapril, linosipril, quinapril,…)
3. EN CASO DE PRECISAR ANTIDIABÉTICOS ORALES SE RECOMIENDA EVITAR EL GRUPO DE LAS GLIPTINAS, inhibidores de la dipeptidil peptidasa IV (DDP-IV).

3. Protocolos para la edad pediátrica

PROTOCOLO ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DEFICIT DE C1 INHIBIDOR EN POBLACIÓN INFANTIL
1 - COMO TRATAMIENTO EN URGENCIAS, en caso de presentar edema de glotis, edema cérvico-facial o dolor abdominal invalidante, se administrará C1-INHIBIDOR (BERINERT®) 500 U (1 vial) por vía intravenosa (a la dosis de 20 U/kg) (administración directa lenta en 10-20 minutos). El efecto comienza a los 15-30 minutos y puede repetirse dosis en caso de ser necesario transcurrido 1 hora. En caso de no disponer de C1 inhibidor si el niño/a es mayor de 2 años se podrá administrar ICATIBANT® (FIRACYR® 30mg/3ml) (12-25 Kg: 10mg (1ml); 26-40 kg: 15mg (1.5ml); 41-50 kg: 20mg (2ml); 51-65 kg: 25mg (2.5ml) y de >65kg 30mg) por vía subcutánea en abdomen, pudiéndose repetir dosis en caso necesario transcurridas 6 horas, y no más de 3 dosis cada 24 horas.
Ante dolor abdominal moderado se debe administrar analgesia y reponer líquidos IV. En muchos casos un brote puede simular un abdomen agudo quirúrgico.
En caso de cuadro agudo LEVE con afectación periférica (angioedema de extremidades) puede mantenerse actitud expectante y tratar con analgesia. Pero siempre deberá permanecer en observación durante al menos 8-12 horas ya que la evolución del cuadro es progresiva.
Si no se dispone de BERINERT® se puede administrar ACIDO TRANEXÁMICO (ANCHAFIBRIN®) vía intravenosa 20-50 mg/kg/día o ACIDO EPSILON AMINOCAPROICO (CAPROAMIN®) 0,2-0,4g/kg/día intravenosos o PLASMA FRESCO CONGELADO.
ESTE TIPO DE ANGIOEDEMA NO RESPONDE A CORTICOIDES, ADRENALINA NI ANTIHISTAMINICOS.
2 - COMO PROFILAXIS A CORTO PLAZO de intervenciones quirúrgicas y de manipulaciones oro-faríngeas (manipulaciones/extracciones dentales, endoscopias…) se debe administrar 500 U de C1- INHIBIDOR (BERINERT®) 10-25 U/kg intravenoso 1-6 horas antes del procedimiento, repitiendo la dosis si existe alguna complicación.
COMO NORMAS GENERALES LOS PACIENTES CON DÉFICIT DE C1 INHIBIDOR:
DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE ESTROGENOS Y FÁRMACOS DE ACCIÓN ESTROGENICA.
DEBE EVITAR LA UTILIZACIÓN DE HIPOTENSORES DEL GRUPO DE LOS IECAS (captopril, enalapril, linosipril, quinapril,…)

4. Protocolo en embarazadas

PROTOCOLO ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DEFICIT DE C1 INHIBIDOR EN EL EMBARAZO

1 - COMO TRATAMIENTO EN URGENCIAS, en caso de presentar edema de glotis, edema cérvico-facial, o dolor abdominal invalidante, se administrará C1-INHIBIDOR (BERINERT®) 1000 U (2 viales) por vía intravenosa (20 U/kg) (administración directa lenta en 10-20 minutos), el efecto comienza a los 15-30 minutos y puede repetirse dosis en caso necesario transcurrida 1 hora.
Ante dolor abdominal moderado se debe administrar analgesia y reponer líquidos IV. En muchos casos un brote puede simular un abdomen agudo quirúrgico.
En caso de cuadro agudo LEVE con afectación periférica (angioedema de extremidades) puede mantenerse actitud expectante y tratar con analgesia. Pero siempre deberá permanecer en observación durante al menos 8-12 horas ya que la evolución del cuadro es progresiva.
Si no se dispone de C1-INHIBIDOR, se puede administrar antifibrinolíticos a partir del 2º y 3 trimestre, como el ACIDO TRANEXÁMICO (ANCHAFIBRIN®) vía intravenosa (20-50 mg/kg/día) 500-1000mg/2 horas o ACIDO EPSILON AMINOCAPROICO (CAPROAMIN®) 8gr intravenosos durante 4 horas y posteriormente 16 gramos al día o PLASMA FRESCO CONGELADO 2 unidades.
SI FUESE NECESARIO DEBE REALIZARSE TRAQUEOTOMÍA.
ESTE TIPO DE ANGIOEDEMA NO RESPONDE A CORTICOIDES, ADRENALINA, NI ANTIHISTAMINICOS.

2 - COMO PROFILAXIS A CORTO PLAZO de intervenciones quirúrgicas y de manipulaciones oro-faríngeas (manipulaciones/extracciones dentales, endoscopias,…) se debe administrar 500- 1000U de C1- INHIBIDOR (BERINERT®) intravenoso 1- 6 horas antes, repitiendo la dosis si existe alguna complicación.

3- MANEJO EN EL PARTO.
- No se recomienda profilaxis a corto plazo de forma sistemática en todos los partos.
- Solo se deberá administrar C1-INHIBIDOR (BERINERT®) en caso de cesárea o parto instrumental.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

• Se recomienda disponer de C1-INHIBIDOR en el paritorio para su administración en caso de episodio agudo durante el parto o en las siguientes horas.

Se ha desarrollado también una nueva vía de actuación para tratamiento en Profilaxis a corto plazo (PCP) y se les podrá administrar el C1INH en su centro de Salud y evitar así la asistencia a urgencias para este uso, como se venía realizando hasta el momento actual. Se esta trabajando para poder realizarlo en los próximos meses de manera programada en Hospital de día del Hospital Clínico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con el desarrollo de la consulta monográfica de AEH nos ha permitido conocer que Aragón cuenta por el momento con 11 familias afectadas de angioedema hereditario. Ninguna de ellas tenía a todos los familiares de primer grado estudiados, con lo cual estamos trabajando para poder llevar a cabo un diagnóstico en todos y cada uno de ellos, de cara a poder ofrecerles un adecuado tratamiento en el caso de estar afectados y para poder realizar consejo genético.
Hemos observado en nuestra muestra que en este último año hasta el 25% de los pacientes presentaban ataques graves y el 55% ataques moderados y la necesidad de cambiar la normativa legal vigente en cuanto al tratamiento de estos pacientes, para que puedan tener un mejor acceso a la medicación que precisan sobre todo a nivel domiciliario.
Hemos sido conscientes de la gran afectación en la calidad de vida de la mayoría de los pacientes, que les implica absentismo escolar, laboral y una alta carga de enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de la información cada vez más en la actualidad de las enfermedades raras, y entre ellas el AEH, en nuestros pacientes el tiempo hasta el diagnostico de su enfermedad es como en otros estudios de alrededor de 7.75 años, un tiempo muy elevado al tratarse de una enfermedad de riesgo vital y curso impredecible; esto justifica la necesidad de estas consultas de cara al diagnostico y manejo de estos pacientes, de sus familiares y del consejo genético que precisan.
Se han podido unificar criterios diagnósticos y terapéuticos en pacientes con angioedema hereditario de características bradicinergicas y en especial con angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor (AEH-C1INHB) que es lo que sobre todo se ha centrado la consulta en estos primeros meses. Se han llevado a cabo protocolos de control y seguimiento como recomiendan las guías GEAB; así como protocolos de tratamiento en ataque agudo y PCP en población general, gestantes y población pediátrica.
Además, hasta octubre de 2018 Aragón era la única Comunidad Autónoma (CCAA) que no dispensaba para uso fuera del ámbito hospitalario el tratamiento con pdC1-INH ni Icatibant a estos pacientes, ya que no estaba aprobado por parte de la CEMA (Comisión de Evaluación de Medicamento en Aragón). Con la puesta en marcha de la consulta se ha llevado de nuevo la problemática de estos pacientes a este comité y se ha podido actualizar estos tratamientos y conseguir que nuestros pacientes puedan disponer de ambos fármacos según sus necesidades tal y como recomiendan las guías.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/650 ========== ***

Nº de registro: 0650

Título
CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

Autores:
FERRER CLAVERIA LUCIA, SEGURA ARAZURI NIEVES, SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA, GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR, LEZAUN ALFONSO APOLINAR, AGULLO GARCIA ANA, CARRION SARI SILVIA KARINA, COLAS SANZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor es una enfermedad muy poco frecuente. Se estima que afecta en torno a 1/50.000 habitantes, lo que hace que se enmarque dentro de las llamadas “enfermedades raras”.
Cursa con episodios recurrentes de angioedema, no pruriginoso, en distintas localizaciones, lo más frecuente a nivel cutáneo y abdominal. Los episodios abdominales son habitualmente “no filiados”, precisando múltiples asistencias a urgencias e incluso han llegado a confundirse con cuadros de abdomen agudo, que han terminado con cirugía abdominal en pacientes no bien diagnosticados. Los más peligrosos, los ataques laríngeos, son la manifestación más dramática que puede darse en estos pacientes por obstrucción de la vía aérea superior y muerte por asfixia. Aproximadamente la mitad de los pacientes sufren al menos un ataque laríngeo a lo largo de su vida, con el consecuente riesgo vital.
El tratamiento con antihistamínicos, corticoides y adrenalina es ineficaz en estos pacientes y por tanto debe evitarse. El tratamiento en el ataque agudo más eficaz consiste en concentrado plasmático de la C1 esterasa humana (Berinert® o Cinryze®) intravenosos o fármacos sintéticos que actúan sobre la vía de contacto activada en AEH-C1-INH como un antagonista de RB2 (acetato de icatibant -Fyracir®) subcutáneos.
El curso de la enfermedad es impredecible a lo largo de la vida de un paciente, así como en los miembros de la misma familia con la misma mutación genética. El diagnóstico de AEH-C1 INH se retrasa durante un promedio de 8.5 años a partir de la presentación inicial de los síntomas, aunque algunos estudios sugieren demoras de más de 13-20 años de promedio. Estos retrasos son preocupantes por el importante riesgo de edema laríngeo que compromete la vida de los individuos afectados, así como el aumento del gasto sanitario en exploraciones, ingresos y tratamientos ineficaces a lo largo de la vida de estos pacientes.
Merece la pena destacar la gran afectación en la calidad de vida de estos pacientes, que debutan con esta patología en edades tempranas, habitualmente durante la pubertad, desarrollando una alta carga de enfermedad que les incapacita en sus actividades diarias, escolares y laborales, con un elevado coste indirecto de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es unificar a todos los pacientes con una patología muy poco frecuente en una única consulta monográfica. El número de pacientes aproximados con este diagnostico en Aragón es de alrededor de 20.
En dicha consulta se tendrá registro y conocimiento de todos los pacientes afectados en Aragón, para poder realizar un mejor seguimiento y manejo de una patología con riesgo vital y curso impredecible. Esta consulta implicara una mejor accesibilidad al sistema, dando lugar a una consulta de referencia para pacientes, familiares y facultativos, para poder optimizar todos los recursos, intentar disminuir las asistencias a urgencias y los tratamientos innecesarios.
Por otro lado, facilita el mejor conocimiento de una enfermedad rara, para poder llevar a cabo un adecuado manejo y actualización de estas enfermedades tan poco frecuentes. Se ofrece la posibilidad de un mejor aprendizaje a los residentes y estudiantes de la facultad.

MÉTODO
La oferta que se propone es la apertura de una consulta monográfica con carácter trimestral, 2 días cada trimestre, con un total de 8 días/año.
Se citaran a los pacientes cada 30 minutos a lo largo de ese día.
Se elaboraran protocolos de seguimiento (analíticas, pruebas complementarias, interconsultas), protocolo en situación de emergencia, protocolos en embarazadas y protocolos para la edad infantil.

INDICADORES
Los indicadores para monitorizar el proyecto serán:
Número de pacientes atendidos en el año.
Indicadores de demanda: reducción del número de asistencias a urgencias.
Se realizara evaluación del proyecto con carácter anual.

DURACIÓN
La duración del proyecto es indefinida.
El responsable de la implantación será la Dra. Lucía Ferrer en colaboración con Dra, Nieves Segura, Dr. Carlos Colas, Dra. Mª Teresa Sobrevía, Dra. Mª Mar Garcés, Dr. Apolinar Lezaun, Dra. Ana Agullo y Dra. Silvia Karina Carrión.
El proyecto se iniciara a lo largo del segundo trimestre del 2018.
La revisión para tener concluidos los protocolos es en el último cuatrimestre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0650

1. TÍTULO

CONSULTA MONOGRAFICA DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN ARAGON

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0312

1. TÍTULO

TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ARIEL GONZALO GONZALES SEJAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORANDEIRA GARCIA LACRUZ MARIA JOSE
RAMIREZ GASCA MARIA TERESA
SOPEÑA BIARGE FEDERICO
ABAD BEORLEGUI ELENA
GARCIA FERNANDEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Señalización tanto en la hoja de solicitud como en los cassets, así como inclusión con preferencia en todo el proceso.
El patólogo responsable de su sección inmediatamente los analizó e incluyó los diagnósticos en el comité de tumores de digestivo.
Se ha elaborado un formato de identificación de las biopsia preferntes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente es el servicio de digestivo quien incluye los diagnósticos,
de esta forma se ha acortado el tiempo de diagnóstico y toma de desiciones, por parte del comité multidiciplinario de esta forma hemos disminuido la demora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Respecto a la programación de, estudios complementarios radiológicos, (TC, RMN, PET-TAC, etc.), valoración anestésica, programación de cirugía, decisión de control o seguimiento por parte del servicio de cirugía u oncología y la realización de una nueva biopsia (en caso de que sea necesaria) Se ha conseguido mejorar, disminuir la demora.
Reunión con los miembros del proyecto para elaborar los informes definitivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/312 ========== ***

Nº de registro: 0312

Título
TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA

Autores:
GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO, MORANDEIRA GARCIA LACRUZ MARIA JOSE, RAMIREZ GASCA MARIA TERESA, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, SOPEÑA BIARGE FEDERICO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente existe retraso en el diagnóstico de biopsias neoplásicas de colon y demora en la inclusión de pacientes en el comité de tumores de digestivo. Estas muestras siguen la vía normal de procesamiento junto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0312

1. TÍTULO

TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA

con las otras biopsias realizadas por otras etiologías. Es el clínico que suele llamar al patólogo pidiendo que se priorice y agilice su diagnóstico, además que muchas veces requieren estudio inmunohistoquímico.
En las hojas de solicitud de estudio Anatomopatológico suelen colocar la palabra preferente ocasionalmente, si no es así, en recepción de muestras no se detectan y pasan desapercibidas en el tallaje, inclusión, corte y tinción, hasta que llegan a los despachos donde están entremezcladas con el resto de biopsias.
Si pudiésemos identificar estas muestras desde que se toman vía endoscópica, emplearíamos un sistema de señalización tanto en la hoja de solicitud como en los cassets, así se incluirían con preferencia y todo el proceso (tallaje, corte, tinción hasta la entrega en los despachos de los patólogos) llevarían un tiempo más corto respecto a otras biopsias. Seguidamente debería ser el patólogo el que incluya inmediatamente los diagnósticos en el comité de tumores de digestivo. Actualmente es el servicio de digestivo que los incluye cuando les llega el diagnóstico definitivo, lo cual conlleva nuevamente retraso. El mejorar estos pasos implicaría una toma se decisiones anticipadas y disminución de la demora respecto a la programación de:

? Estudios complementarios radiológicos, (TC, RMN, PET-TAC, etc.) para determinar el estadio.
? Valoración anestésica.
? Programación de cirugía
? Decisión de control o seguimiento por parte del servicio de cirugía u oncología.
? Una nueva biopsia en caso de que la muestra no sea representativa.

De esta forma aseguraríamos un diagnóstico precoz, manejo del paciente y tratamiento inmediato mucho más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir el tiempo de procesamiento hasta el diagnóstico definitivo de las biopsias neoplásicas de colon.
-Inclusión vía informática en el comité de tumores de digestivo de forma inmediata, para disminuir el retraso en la valoración multidisciplinaria.

MÉTODO
-Informar y coordinar con el Servicio de Digestivo, específicamente con el personal que realiza las biopsias endoscópicas de colon, para la señalización de todas las muestras sospechosas de malignidad.
-Explicar y formar al técnico de recepción que tiene que detectar las muestras señalizadas.
-Informar a los patólogos de la sección de digestivo que se tienen que tallar las muestras señalizadas de forma preferente.
-Indicar a los técnicos que repartan las preparaciones y que se entreguen de forma inmediata tras la tinción y valoración.
-Reunir a las técnicos que se encargan del procesamiento, explicar que el bloque señalizado tiene que ser procesado de forma prioritaria.
-Aclarar y dar a conocer a los patólogos de la sección de digestivo la importancia de diagnosticar las biopsias lo antes posible e incluirlas de forma inmediata vía informática en el comité de tumores de digestivo.

INDICADORES
- Tiempo promedio de diagnóstico de biopsias de colon neoplásicas/Total de biopsias de colon neoplásicas diagnosticadas=Tiempo promedio por biopsia neoplasica diagnosticada

-Tiempo promedio de inclusión de pacientes con diagnósticos neoplásicos de colon /Total de pacientes con diagnósticos neoplásicos de colon incluidos en el comité de tumores de digestivo = Tiempo promedio por paciente incluido en el comité de tumores de digestivo

Obtención de datos
Para saber los tiempos a estudiar contamos con la información:
-En la hoja de solicitud de estudio anatomopatológico figura la fecha de registro.
-En el programa informático de Anatomía Patológica (PAT-Win) se puede ver la fecha en que se realiza el diagnóstico definitivo.
-En el programa del comité de tumores de digestivo también figura la fecha de apertura e inclusión del paciente.
-Estadística del comité de tumores de digestivo.

DURACIÓN
-El proyecto tendrá una duración mínima de siete meses, de los cuales el último mes se dispondrá exclusivamente para la obtención de datos y conclusiones.
-Fecha de inicio: 01/11/2016
-Fecha de finalización: 01/06/2017
-Previamente durante el mes de octubre nos pondremos en contacto con el servicio de digestivo, de forma específica con el personal que realiza las endoscópias de colon, solicitando la señalización de forma escrita “SOSPECHA DE NEOPLASIA” con letra clara y en mayúsculas, de muestras sospechosas de malignidad, en la parte superior, en el anverso de la hoja de solicitud de estudio Anatomopatológico.
-También se organizará una reunión con los patólogos de la sección de digestivo así como con los técnicos implicados en todo el proceso, para informar y explicar el método de identificación y priorización de las muestras señalizadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0312

1. TÍTULO

TRIAJE DE BIOPSIAS NEOPLASICAS DE COLON, DIAGNOSTICO PRECOZ E INCLUSION INMEDIATA EN EL PROGRAMA DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS, PARA EL ABORDAJE MULTIDICIPLINARIO Y TOMA DE DECISIONES ANTICIPADA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0325

1. TÍTULO

MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA SOTA OCHOA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO
GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
ANOZ CARBONELL ELISABETH
LAMBEA SORROSAL JULIO
GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS
MURILLO PEREZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Octubre 2016: reunión del personal implicado en el proceso (Urologos, oncologos, patologos y TSAP). Unificación de los criterios y pautas a seguir.

- Diciembre 2016: Elaboración de la hoja informativa para pacientes y para profesionales sanitarios.
- Enero-abril 2017: Implantación de la hoja informativa.
- Septiembre 2017: Recogida de los resultados y análisis en el grupo de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Facilitar la información sobre el proceso de recogida de orina a los pacientes y profesionales sanitarios.
Suprimir los tubos de recogida inadecuados.
Suprimir la utilización de productos (alcohol) que puedan dañar la muestra.
Disminuir el numero de orinas no valorables para diagnóstico.
Disminuir la repetición de la prueba por errores durante la recogida de la orina que impiden un diagnóstico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dificultades para la trasmisión de información entre profesionales de distintos servicios y categorías profesionales. Necesidades distintas según resultados esperados por los distintos servicios. Mejora en el manejo en el servicio de Anatomía Patológica y en el diagnostico a pacientes

7. OBSERVACIONES.
Seguimos trabajando en el proyecto

*** ========== Resumen del proyecto 2016/325 ========== ***

Nº de registro: 0325

Título
MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL

Autores:
SOTA OCHOA PATRICIA, MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO, GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, ANOZ CARBONELL ELISABETH, LAMBEA SORROSAL JULIO, GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS, MURILLO PEREZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El estudio de la citología de orina es una herramienta sencilla, incruenta y fundamental en la detección y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0325

1. TÍTULO

MODELO INFORMATIVO SOBRE LA ADECUADA RECOGIDA DE ORINA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA O SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL

seguimiento de los pacientes con carcinoma vesical que contribuye a un correcto manejo diagnóstico-terapéutico de este grupo de pacientes, evitando en muchas ocasiones otros procedimientos más invasivos y/o costosos tanto para el paciente como para la institución. Diariamente hemos detectado en nuestro servicio una serie de errores que se repiten con cierta frecuencia en la recogida de la orina de los pacientes, siendo los principales de ellos: inadecuado recipiente para la recogida, utilización de productos como el alcohol que degeneran el material y principalmente una falta de conocimiento de en los pacientes respecto a hora y modo de la recogida, cantidad de orina, tiempo máximo hasta el procesamiento y lugar de conservación de la misma. Todos estos errores alteran la correcta conservación de la orina, dificultando o imposibilitando en algunos casos, un diagnóstico correcto. Por tanto vemos la posibilidad de realizar un modelo informativo sencillo y fácil tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios implicados, que puede mejorar los resultados diagnósticos y además evitar repeticiones de recogida de muestras innecesarias, con un claro beneficio para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar y facilitar la información sobre el proceso de recogida de orina a los pacientes y profesionales sanitarios.
- Suprimir los tubos de recogida inadecuados.
- Suprimir la utilización de productos (alcohol) que puedan dañar la muestra.
- Disminuir el numero de orinas no valorables para diagnóstico.
- Disminuir la repetición de la prueba por errores durante la recogida de la orina que impiden un diagnóstico.

MÉTODO
- Reunir al personal implicado en el proceso con el fin de unificar criterios y establecer las pautas adecuadas desde el inicio hasta el final del proceso.
- Elaborar una hoja informativa para los pacientes que se adjuntará al volante de petición.
- Elaborar una hoja informativa para los profesionales sanitarios (urolólogos, oncólogos, enfermeros, técnicos, celadores) que se distribuirá por todas las áreas de actuación.
- Número de teléfono donde poder consultar cualquier clase de duda.
- Recoger las indicencias detectadas con el fin de mejorar en los puntos de mayor dificultad.

INDICADORES
- Nº total de pacientes con inadecuado proceso de recogida de orina/ nº total de pacientes con solicitud de recogida de orina x100.
- Nº total de recipientes inadecuados para la recogida/ nº total de recipientes recibidos x100
- Nº total de orinas con fijador (alcohol)/ nº total de orinas recibidas x100

DURACIÓN
- Mes de octubre, reunión del personal implicado en el proceso y unificación de los criterios y pautas a seguir.
- Posteriormente y de forma sucesiva: elaboración de la hoja informativa para pacientes y para profesionales sanitarios. Implantación de la hoja informativa. Recogida durante al mínimos 6 meses de los datos y evaluación de los mismos.
- Finalmente, en el mes de julio, conclusiones e información al personal de los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES
Previsión de recursos
- Sin coste

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0326

1. TÍTULO

PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS NO FIJADAS PARA UN OPTIMO TALLAJE Y DIAGNOSTICO POSTERIOR

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMO MUÑOZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FELIPO BERLANGA FRANCESC
FUERTES NEGRO BEGOÑA
ILIEV ILIEV HRISTO
MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN
OLMEDO ARBIZU EMMA
RODRIGUEZ BALLABRIGA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el Servicio de Anatomía Patológica no existía un consenso a la hora de, una vez las piezas son remitidas en fresco desde el quirófano, ser tratadas y abiertas por los residentes para su posterior manejo, tallaje y diagnóstico. Se han propuesto unas reglas básicas completamente estandarizadas de apertura y tratamiento de estas piezas para disminuir las dudas que los MIR y los TEAP tenían que hacer a los patólogos y para que desaparezcan o se minimicen los problemas posteriores de tallado de estas piezas.
Para ello, por el momento, se han llevado a cabo reuniones con los MIR, previamente distribuidas a lo largo del año, en las cuales se han ido elaborando los distintos protocolos de tallaje de cada tipo de pieza, repartidas por secciones.
Las reuniones se hicieron los días 08/02/17 (para tratar los protocolos de las piezas de la sección de Ginecología, Mama, Otorrino y Pulmón), 08/03/17 (para tratar los protocolos de las piezas de la sección de Urología, Sistema Nervioso Y Órganos Endocrinos), 05/04/17 (para tratar los protocolos de las piezas de la sección de Digestivo, Páncreatobiliar e Hígado) y 10/05/17 (para tratar los protocolos de las piezas de la sección de Piel, Linfoide, Hematopoyético y Partes Blandas).
Los MIR han ido elaborando los protocolos para cada una de estas piezas, habiendo tenido que salvar novedades como la incorporación en la cadena de los nuevos envases para el traslado de las piezas desde el quirófano, la normativa del formol en el laboratorio etc. Todo ello se ha tenido en cuenta y respetado convenientemente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos hasta la fecha son los siguientes:
-Disminución del número de consultas que las TEAP y los MIR hacen a los patólogos sobre cómo tratar las piezas quirúrgicas.
-Mayor rendimiento, en cuanto a tiempo empleado, por los MIR y las TEAP a la hora de manejar las piezas no fijadas.
-Disminución de los problemas de tallaje de algunas piezas derivados de un incorrecto manejo inicial de las mismas o a un manejo heterogéneo, dependiendo de las personas implicadas en el proceso.
-Optimización y máxima calidad en el tallado, lo que implícitamente ha llevado a una disminución en los errores de interpretación del patólogo a la hora de tallar las piezas; por ende, mejora en la calidad del diagnóstico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se están elaborando por escrito protocolos estandarizados de apertura y tratamiento de las piezas quirúrgicas cuya finalidad (se está consiguiendo) es que las dudas que los MIR y los TEAP tenían que preguntar frecuentemente a los patólogos sean muchas menos y que desaparezcan o se minimicen los problemas posteriores de tallado y diagnóstico de estas piezas.
Los protocolos se han elaborado individualmente para cada tipo de pieza, aunque aún tenemos actividades pendientes y problemas que resolver, que son:
-Acabar por completo todos los protocolos (algunos están en fase de redacción).
-Reunión con los patólogos de cada una de las secciones, para poner en común de forma definitiva estos protocolos y pulir las cosas que puedan cambiarse o mejorarse (lo ideal sería realizar cuatro reuniones, una con cada sección, con día a determinar).
-Aclarar algunos puntos, como por ejemplo qué ocurre cuando dos patólogos tienen diferente idea o concepto de cómo abrir una pieza siendo ambas ideas correctas y admitidas.
-Encuesta informativa a los patólogos para evaluar el grado de satisfacción con la apertura de las piezas (INDICADOR DEFINIDO EN LA SOLICITUD DEL PROYECTO)
-Redacción final del protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/326 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0326

1. TÍTULO

PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS NO FIJADAS PARA UN OPTIMO TALLAJE Y DIAGNOSTICO POSTERIOR

***

Nº de registro: 0326

Título
PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS NO FIJADAS PARA UN OPTIMO TALLAJE Y DIAGNOSTICO POSTERIOR

Autores:
MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO, FELIPO BERLANGA FRANCISCO JOSE, FUERTES NEGRO BEGOÑA, ILIEV ILIEV HRISTO, MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN, OLMEDO ARBIZU EMMA, RODRIGUEZ BALLABRIGA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: El proyecto tiene como finalidad mejorar el tratamiento de piezas extraidas en quirofano por cualquier tipo de patología
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las piezas quirúrgicas son enviadas, generalmente en fresco (a veces también en formol), al Servicio de Anatomía Patológica donde, cada día, a última hora de la mañana, son tratadas convenientemente por los Médicos Internos Residentes (MIR.), con ayuda de las Técnicos Especialistas (TEAP.), para que se fijen adecuadamente en formol y al día siguiente puedan ser talladas y estudiadas de forma óptima por los patólogos.
Actualmente, en el Servicio, no hay un consenso claro a la hora de manejar estas piezas de forma que, dependiendo de la persona que esté abriéndolas o, sobre todo, del patólogo al que le toque tallar al día siguiente, el manejo se hace de una forma u otra y, en muchas ocasiones, sin seguir las directrices marcadas por las guías de referencia. Esto genera continuas dudas, tanto en las TEAP como en los MIR, que de forma excesiva deben consultar al patólogo correspondiente, con la pérdida de tiempo que eso genera, además de que, aun así, a veces las piezas no se fijan bien o al día siguiente no están en óptimas condiciones para su tallado.
Consideramos importante seguir unas reglas básicas estandarizadas de apertura y tratamiento de estas piezas que llegan desde quirófano, para disminuir las dudas y el número de consultas que los MIR y las TEAP tienen que hacer a los patólogos y para que no haya problemas posteriores de tallado de la pieza si ésta no se ha abierto o tratado adecuadamente.

RESULTADOS ESPERADOS
-Acordar unos patrones estandarizados para el tratado y apertura de cada uno de los tipos de piezas no fijadas procedentes de quirófano.

-Disminuir el número de consultas que las TEAP y los MIR hacen a los patólogos sobre cómo tratar esas piezas.

-Mayor rendimiento, en cuanto a tiempo empleado, por los MIR y las TEAP a la hora de manejas las piezas no fijadas.

-Disminuir los problemas que se han observado actualmente a la hora del tallaje de algunas piezas, debido a un incorrecto manejo de las mismas o a un manejo demasiado dispar, dependiendo de las personas implicadas en el proceso.

-Optimizar y lograr una máxima calidad en el tallado, lo que lleva implícito una disminución en los errores de interpretación del patólogo a la hora de tallar la pieza y una considerable mejora en la calidad del diagnóstico.

MÉTODO
-Reunión con los miembros de cada una de las secciones diagnósticas del Servicio para establecer las directrices que se van a seguir para el manejo de cada tipo de pieza quirúrgica.

-Reunir al personal implicado en el proceso con la finalidad de unificar criterios y establecer las pautas adecuadas desde el inicio al final del proceso.

-Se indicará al personal facultativo que, en la medida de lo posible, es conveniente y/o necesario seguir las indicaciones expuestas en las guías de referencia.

-Elaboración de un documento en el que se describan con todo detalle las pautas a seguir para el manejo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0326

1. TÍTULO

PAUTAS DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS NO FIJADAS PARA UN OPTIMO TALLAJE Y DIAGNOSTICO POSTERIOR

cada tipo de pieza; este documento deberá estar en un lugar de fácil acceso para todo el personal y para que pueda ser consultado en el mismo momento en el que los trabajadores estén manejando las piezas.

-Recoger las incidencias detectadas a medida que se vaya llevando a cabo este proyecto, con el fin de mejorar en los puntos de mayor dificultad.

INDICADORES
-Encuesta informativa entre los patólogos para evaluar el grado de satisfacción con la apertura de las piezas: la respuesta se gradará en
1 (Muy bien)
2 (Bien)
3 (Regular)
4 (Mal)

-Nº de piezas mal abiertas o mal fijadas (tras ser debatidas con el patólogo responsable y los miembros de este proyecto) / Nº total de piezas remitidas en 1 mes x 100.

DURACIÓN
-Mes de Octubre: reunión del personal implicado en el proceso y unificación de los criterios y pautas a seguir.

-Mes de Noviembre-Enero: reuniones con los facultativos de las diferentes secciones para elaborar las indicaciones de manejo de las piezas.

-Mes de Enero: nueva reunión del grupo comentar los aspectos derivados de las diferentes reuniones.

-Posteriormente y de forma sucesiva: elaboración del documento donde figuren las indicaciones para el manejo de las piezas; comunicación de este documento a todo el Servicio; durante un mínimo de 4 meses ir viendo las diferentes incidencias o problemas que vayan apareciendo para ir subsanándolas.

-Finalmente, en el mes de julio, reunión con el personal para recoger las impresiones y el grado de satisfacción existente con el nuevo sistema aplicado.

OBSERVACIONES
Previsión de recursos: sin coste.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0358

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA RAMIREZ GASCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORANDEIRA GARCIA LACRUZ MARIA JOSE
PEREZ CACHO MARIA JESUS
MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN
RODRIGUEZ BALLABRIGA MARIA
LOBERA ARNAL MARIA CARMEN
TRASOBARES TRASOBARES CONCEPCION
ABAS MARTIN FELIPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
a) Octubre-Diciembre 2016: Reunión de los integrantes del grupo para elaborar el método de trabajo que mejor se adecue a cada puesto analizando las propuestas en cada laboratorio y la posibilidad de unificar o no, el modelo de hojas de incidencias. Se plantean opciones informáticas a través de Patwin que puedan rellenar tanto patólogos como TSAP y modelos en Excel a rellenar por TSAP en cada laboratorio. Se especifica que deberá ser evaluado por el coordinador de calidad del servicio para plantear las soluciones a la incidencia detectada. Se establece la gradación del tipo de incidencia y de no conformidad según criterios de la ISO UNE EN 15879
b) Enero-Marzo 2017: Reuniones parciales por laboratorios (Registro-tallaje, inclusión, corte, tinciones, inmunohistoquimica, citología) indicando como y cuando deben realizarse las notificaciones y la obligatoriedad de realizarlas. En las reuniones de la comisión de calidad del servicio (mensuales) se comenta varias veces la necesidad de recoger las incidencias y los problemas que nos encontramos en cuanto a la recogida de las mismas. Se comunica en la sesión médica del servicio y en la reunión de la supervisión con las TSAP del registro de incidencias. Asi mismo a las secretarias y celador
c) Abril-septiembre 2017: puesta en marcha
d) Octubre de 2017: evaluación de los resultados obtenidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de incidencias recogidas en Patwin entre abril-septiembre 2017
(*se analiza también la calidad del contenido y las acciones de mejora a plantear):113
Analisis incidencias recogidas en el registro entre abril-septiembre 2017: Importancia alta:5, media:9, baja:99.Abierta: 5, cerrada: 104, anuladas:4
Grado subjetivo de desarrollo del plan de mejora: muy avanzado, con resultados parciales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han detectado dificultades de compresión de la gravedad de la incidencia, no comunicación al coordinador de calidad, ni cierre de la incidencia o no conformidad, falta de notificación de resolución de la incidencia, etc. que plantean al grupo el retomar en más profundidad el tema. A pesar de ello se ha identificado un incremento de la conciencia de responsabilización de los profesionales e implicación con los problemas de seguridad del paciente que conlleva cualquier incidencia, planteamiento de un objetivo más ambicioso para un registro completo dentro del laboratorio

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos trabajando este proyecto

*** ========== Resumen del proyecto 2016/358 ========== ***

Nº de registro: 0358

Título
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA

Autores:
RAMIREZ GASCA MARIA TERESA, MORANDEIRA GARCIA LACRUZ MARIA JOSE, PEREZ CACHO MARIA JESUS, MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN, RODRIGUEZ BALLABRIGA MARIA, LOBERA ARNAL MARIA DEL CARMEN, TRASOBARES TRASOBARES CONCEPCION, ABAS MARTIN FELIPE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0358

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......: Seguridad del paciente

PROBLEMA
En la actualidad, el 70% de los errores que se producen en los laboratorios de Anatomía Patológica se dan en las fases preanaliticas y analíticas según indica la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Sin embargo, no existe un sistema de recogida y análisis de todas las situaciones que pueden acaecer durante estas fases del proceso en el servicio de Anatomía Patológica del HCU. Se intentara mejorar la seguridad del paciente y la reducción de errores, mediante el establecimiento de un proceso operativo que minimice la posibilidad de errores y maximice la probabilidad de interpretarlos cuando se produzcan. Se propone la creación de un sistema de recogida de incidencias que sea ágil, accesible, no punitivo, sencillo de rellenar y que pueda ser utilizado por todos los miembros del servicio. El sistema de recogida será adecuado dentro de la norma UNE-EN-ISO 15189

RESULTADOS ESPERADOS
- Implicación/responsabilización de todos los profesionales en todo el proceso mediante un sistema de recogida de incidencias
- promover la cultura de seguridad del paciente
- Reforzar la competencia técnica de los trabajadores y evitar conflictos en las distintas fases del proceso
- Minimizar las consecuencias de las incidencias que se produzcan
- Mejora de la comunicación con otros servicios

MÉTODO
- elaboración de un sistema de registro de incidencias consistente en una hoja de notificación que incluya
- presentación de la hoja de registro de incidencias a todo el personal de servicio antes de su puesta en marcha
- formar al personal en el procedimiento adecuado de identificación de incidencias y la necesidad de verificación
- rechazar muestras biológicas no debidamente identificadas en el momento de la llegada a la recepción del servicio
- identificación inequívoca del paciente
- introducción de la muestra en el sistema de trazabilidad
- Análisis de las actuaciones a seguir para la detección en registro, procesado macroscopico-tallaje, procesamiento tisular y realización de bloques de parafina, microtomía, tinción y verificación de muestras, entrega al patólogo para su diagnóstico, pruebas adicionales solicitadas por el patólogo, archive, e igualmente en las diferentes fases en citología e intraoperatorias
- Determinación de los responsables para poner en marcha acciones de mejora

INDICADORES
- Notificaciones de incidencias: habitualmente detectada por el personal durante el trascurso de sus actividades, ya sean por observación directa o por comunicación
- Calidad del registro de incidencias: registro adecuado o no, que incluya el origen de la incidencia, descripción y todo lo que sea de ayuda para estudiarla, incluyendo fecha y firma
- Análisis de las acciones correctoras: registro por la persona responsable, con la asignación de quien debe ejecutarla, fecha y firma
- Análisis de incidencias a las que no se puede aplicar acción correctora
- Evaluación del archivo de incidencias y evaluación e informe en las reuniones de calidad del servicio en las que estará obligatoriamente el jefe de servicio

DURACIÓN
-Duración 12 meses
-Fase I: octubre - diciembre 2016: recogida de información, diseño
-Fase II: enero-febrero 2017: Reuniones parciales por áreas de capacitación en las fases preanalitica y analítica para establecimiento de las notificaciones. Información a todo el servicio de las actuaciones previstas
-Fases III y IV: puesta en marcha y evaluación de los 3 y 6 primeros meses de funcionamiento y planteamiento de puntos de mejora

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0358

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. ELABORACION E IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE INCIDENCIAS DE ERRORES EN EL LABORATORIO. FASE PREANALITICA Y ANALITICA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0363

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN LAFUENTE MAINAR
· Profesión ..... TEAP
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLORIA TRUC LIDIA
MEJIA URBAEZ ELAINE
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
COBO RUBIO ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
a) Noviembre 2016, Reunión de los integrantes del grupo para aportar ideas para elaborar el tríptico informativo que mejor transmita información.
b) Enero 2017 Creación de un primer modelo de tríptico informativo, según criterios establecidos en la reunión y puesta en común para pequeñas mejoras en cuanto a formato.
c) Marzo 2017, El grupo de trabajo se reúne y se da el visto bueno del último modelo de tríptico para comenzar a entregárselo a los pacientes que acuden a la consulta de PAAF.
d) Marzo 2017 hasta la actualidad. Se ha implantado definitivamente el método.
e) Octubre 2017, reunión del equipo para valorar los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de pacientes a los que se les entrega tríptico/ Nº pacientes citados a la prueba
Se ha efectuado la entrega al 99% de los pacientes.
Nº de pacientes satisfechos con la información / Nº pacientes citados a la prueba.
El 98% de los pacientes estaban muy satisfechos con la información.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez implantada la entrega del tríptico informativo, se ha observado que hay una mejora evidente en la comprensión de la prueba de PAAF por parte de los pacientes, reduciendo su nivel de nerviosismo por miedo a la prueba.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/363 ========== ***

Nº de registro: 0363

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)

Autores:
LAFUENTE MAINAR ANA BELEN, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, MEJIA URBAEZ ELAINE, FLORIA TRUC LIDIA, COBO RUBIO ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0363

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PUNCIONES EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA, ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PUNCION CON AGUJA FINA (PAAF)

PROBLEMA
El servicio de Anatomía Patológica posee una consulta de punciones, en la que se realizan pruebas de PAAF a pacientes de forma rutinaria los lunes. A lo largo del tiempo, hemos detectado que los pacientes cuando acuden a realizar la prueba, presentan muchas dudas acerca del procedimiento al que van a ser sometidos. Dicha información, que ha debido ser facilitada en la consulta desde la que son derivados, se ha difuminado o les han surgido nuevas dudas, esto genera que los pacientes acudan nerviosos y demandantes de información.
Dicha información debe ser suministrada para mejorar la relación medico-paciente y la seguridad del procedimiento.
Como consecuencia de esa demanda de información, se prolongan los tiempos de consulta y a su vez se generan retrasos que afectan al resto de los pacientes citados.
Con la finalidad de mejorar la información que recibe el paciente, proponemos como oportunidad de mejora, la realización un documento informativo en forma de tríptico, donde se recoja la información principal de la prueba (fundamentos, características, recomendaciones, consejos y probables complicaciones) de una forma sencilla, ilustrada y atractiva visualmente.

RESULTADOS ESPERADOS
a. Mejorar la información de la técnica de PAAF, con un vocabulario claro y accesible, que se trasmite a los pacientes que acuden a la realización de la prueba.
b. Aumentar la calidad asistencial del paciente, reduciendo los tiempos de realización de la técnica y por ende minimizando los tiempos de espera.
c. Aumentar la satisfacción de los pacientes y familiares, mejorando la relación medico-paciente, y a su vez haciendo menos traumática la prueba (ansiedad, stress, angustia, etc.)
d. Mejorar la seguridad del paciente, debido a que con la información adecuada y pleno conocimiento de las características de la prueba, podrán existir menos complicaciones derivadas de las conductas de los pacientes (sobresaltos, movimientos impulsivos, deglución, etc.).

MÉTODO
a. Reunión de los integrantes del grupo para el diseño/elaboración del tríptico y una mini-encuesta de satisfacción, que serán distribuidas en conjunto.
b. Puesta en marcha de una prueba piloto durante dos meses (8 sesiones de consulta).
c. Reunión para evaluar los resultados del periodo de prueba, asi como analizar la información recogida en las encuestas. Esto ultimo con la finalidad de implantar propuestas de mejora y modificación en caso de ser necesario en el tríptico.
d. Reunión con el grupo de control de calidad una vez transcurridos 12 meses, con la finalidad de discutir los beneficios generados por la implantación del triptico

INDICADORES
a. Nº de pacientes a los que se les entrega tríptico/ Nº pacientes citados a la prueba.
b. Nº de pacientes satisfechos con la información / Nº pacientes citados a la prueba.

DURACIÓN
a. 1º mes: reunión para el diseño del tríptico y la mini encuesta de satisfacción para el paciente.
b. 2º y 3º mes: aplicación de la fase de prueba piloto del tríptico.
c. 4º mes: análisis de resultados obtenidos, asi como estudio de las encuestas de satisfacción, para modificar el tríptico de ser necesario.
d. 4º a 12º mes: implantación del modelo definitivo de tríptico.
e. 12º mes: reunión con el grupo de control de calidad con la finalidad de analizar los resultados, esto último a través de los indicadores de evaluación definidos previamente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0364

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREANING CITOLOGICO GINECOLOGICO

Fecha de entrada: 15/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CARLO BRUNO MARTA CASANOVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE MAINAR ANA BELEN
LAGUNA LASIERRA MARIA CARMEN
PEREZ CACHO MARIA JESUS
GRACIA MARZO RITA CARIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Noviembre 2016: Reunión de los integrantes del grupo para generar ideas destinadas a la elaboración de la plantilla de checklist que mejor transmita información.
- Enero 2017: Diseño de un primer modelo de checklist, según criterios previamente establecidos en la reunión, y aplicación de pequeñas mejoras en relación al formato visual.
- Febrero 2017: Reunión y visto bueno al modelo definitivo del checklist, planificación del programa de implementación e impresión de los mismos.
- Febrero 2017 hasta la actualidad: Se ha implantado definitivamente el checklist y se ha utilizado ampliamente por patólogos y técnicos en citopatología.
- Octubre 2017: ultima reunión del equipo para valorar los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El uso del checklist nos ha permitido estandarizar y a la vez regular los diagnósticos citopatológicos que se realizan en nuestro servicio.
Ademas, nos ha permitido eliminar la subjetividad presente con los distintos tipos de escritura y nos ha facilitado la consecución de nuestros objetivos principales, entre otros la de minimizar el riesgo existente en la transcripción de datos y garantizar la seguridad de nuestros diagnósticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de trabajo se ha desempeñado de una manera eficiente, cumpliendo el cronograma planteado y aportando soluciones o críticas en la distintas reuniones planificadas.
A futuro, se plantea la modificación desde este checklist, con la finalidad de adaptarlo a los nuevos estándares de la clasificación ginecologica de Bethesda, que se implantará próximamente en nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/364 ========== ***

Nº de registro: 0364

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREANING CITOLOGICO GINECOLOGICO

Autores:
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, LAFUENTE MAINAR ANA BELEN, PEREZ CACHO MARIA JESUS, FLORIA TRUC LIDIA, GRACIA MARZO RITA CARIDAD, LAGUNA LASIERRA MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0364

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN CHECKLIST DE SEGURIDAD, PARA LA TRANSCRIPCION DE LOS RESULTADOS DEL SCREANING CITOLOGICO GINECOLOGICO

PROBLEMA
La valoración de citología ginecológica, se realiza en conjunto en un tándem Patólogo/Citotécnico. El resultado es escrito a mano en las hojas de petición, utilizando un sistema de códigos alfanumérico, por el personal citotécnico una vez finalizado el análisis.
Posteriormente el departamento de secretaria del servicio, se encarga de transcribir dicha información alfanumérica al sistema de informatizado de gestión en Anatomía Patológica (PATHWin).
El problema planteado es que se pueden generar errores en la transcripción de dichos códigos diagnósticos, debido a los distintos tipos de caligrafía, y por lo tanto alterar el diagnostico final de las citologías ginecológicas.
La oportunidad de mejora sugerida, consiste en realizar un checklist estandarizado e impreso, para los diagnósticos de citología ginecológica (en los que simplemente se tenga que marcar una casilla con una tilde para seleccionar el diagnostico correspondiente), para eliminar el factor de riesgo que son los distintos tipos de caligrafía y por ende mejorar la seguridad de la paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el uso de checklist se espera minimizar los errores de transferencia de información y por lo tanto mejorar la seguridad del paciente. A su vez también, será menos complicado y mas eficiente la transcripción de información por parte del personal administrativo, y se evitara el retraso en la transcripción del diagnostico de las mismas.

MÉTODO
a. Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal citotécnico, personal administrativo y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador del checklist.
b. Una vez realizado el borrador, se realizara una reunión del grupo para su aprobación y difusión al personal.
c. Puesta en marcha de una prueba piloto del mismo, durante un mes.
d. Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos, aplicación de propuestas de mejora y modificación del borrador inicial en caso de ser necesario.
e. Aplicación de los cambios sobre el borrador y evaluación a los seis meses de uso.

INDICADORES
a. Grado de implantación: se evaluara el número de citologías transcritas utilizando el modelo de checklist diseñado.
b. Grado de mejora de la calidad: evaluación de la incidencia de fallos de transcripción, una vez puesto en practica el modelo checklist diseñado.
c. Grado de adecuación: se realizaran controles periódicos, con la finalidad de recabar información puntual que permita realizar ajustes puntuales sobre el modelo de checklist diseñado.
d. Grado de satisfacción de los profesionales: se realizara una encuesta, al personal involucrado en el diagnostico cito-ginecológico, sobre la satisfacción con el proyecto de mejora.

DURACIÓN
La duración del proyecto abarcaría un año, con el siguiente calendario de implantación:
a. 1º mes: reunión/es para el diseño del borrador del checklist.
b. 2º mes: impresión y difusión, al personal implicado, del checklist.
c. 3º mes: Prueba piloto del borrador.
d. 4º mes: Análisis de los resultados obtenidos en la prueba piloto e implantación de correctivos si fuera necesario.
e. 5º al 12º mes: implantación del modelo definitivo del checklist.
f. 12º mes: realización de encuesta de satisfacción al personal involucrado y evaluación de los primeros seis meses de aplicación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0448

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ELISABETH ANOZ CARBONELL
· Profesión ..... TEAP
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
DEL PINO JIMENEZ MARIA DOLORES
BASELGA SORIANO ISABEL
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
ABAS MARTIN FELIPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniónes con el grupo de control de calidad y el personal implicado, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para establecer los criterios necesarios y definir el diseño preliminar del formato de solicitud.

Realización de un cuño con las palabras GANGLIO CENTINELA, para marcar la solicitud actual de Estudio Anatomopatológico, obteniendo así, su correcta identificación por todo el personal, dándole la importancia y rapidez pertinente, desde su extracción en Quirófano hasta su procesado en Anatomía Patológica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la estampación del cuño en la actual solicitud de estudio anatomopatológico, se espera:

- Facilitar el reconocimiento de la prioridad de la muestra.

- Permitir la reducción de los tiempos de tránsito, procesamiento y diagnóstico.

- Mejorar la fidelidad y seguridad de la prueba.

- Reconocer el tipo de estudio (intraoperatorio o diferido), así como los datos clínicos relevantes para la correcta realización del estudio (CK19 y neoadyuvancia).

- Expresar los resultados de la prueba, de forma concisa y de fácil interpretación.

- Beneficiar y mejorar la seguridad del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Actividades pendientes:

- Proceder a la estampación de varias solicitudes a modo de prueba durante un periodo de tiempo

- Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y la implantación del diseño definitivo.

7. OBSERVACIONES.
Es la segunda vez que envío este formulario

*** ========== Resumen del proyecto 2016/448 ========== ***

Nº de registro: 0448

Título
DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)

Autores:
ANOZ CARBONELL ELISABETH, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, MOROS GARCIA MANUEL, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, DEL PINO JIMENEZ MARIA DOLORES, BASELGA SORIANO ISABEL, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, ABAS MARTIN FELIPE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0448

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El estudio de la afectación de los ganglios linfáticos es uno de los factores pronósticos más importantes y un criterio determinante para las decisiones quirúrgicas y terapéuticas. El estudio de los ganglios centinela, puede ser realizado de manera intraoperatoria o de forma diferida.
En nuestro servicio esto se realiza mediante el método OSNA, dicha técnica determina cuantitativamente la presencia de metástasis a nivel de ganglios linfáticos y a su vez permite la sobreestadificación de las metástasis linfáticas. La técnica amplifica y detecta, en menos de 25 minutos, la expresión de Citoqueratina 19 (CK19) en el ácido ribonucleico mensajero (ARNm) de las células neoplásicas presentes en el ganglio.
Por este motivo, es de vital importancia que la muestra llegue de la manera más rápida a nuestro servicio, debido a que la técnica se debe realizar en tejido sin ningún tipo de fijación. De no cumplirse esto, se puede deteriorar la calidad de la muestra y por ende el resultado de la misma puede verse afectado, sin importar que sea intraoperatoria o resultado en diferido.
Proponemos, que se disponga de un formato único para el estudio del ganglio centinela mediante el método OSNA. Dicho formato expresara claramente que el estudio a realizar será por OSNA, a su vez puede ser impreso en papel con una coloración específica para facilitar su reconocimiento. El personal de celadores y los auxiliares de quirófano tendrán mayor capacidad para priorizar el envío de dichas muestras.
A su vez, en el servicio de anatomía patológica, una vez recibidos, serán más fácilmente canalizados para la pronta realización del estudio. También, dicho formato contará con información específica relacionada con los datos clínicos/patológicos pertinentes para la técnica (positividad para técnica inmunohistoquímica de Citoqueratina 19 y neoadyuvancia previa). Una vez realizado el estudio, el formato contará con un apartado específicamente diseñado para el resultado del estudio, con información concisa que permita la correcta interpretación del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera con la implementación de estos cambios:
- Facilitar el reconocimiento de la prioridad de la muestra.
- Permitir la reducción de los tiempos de tránsito, procesamiento y diagnóstico.
- Mejorar la fidelidad y seguridad de la prueba.
- Reconocer el tipo de estudio (intraoperatorio o diferido), así como los datos clínicos relevantes para la correcta realización del estudio (CK19 y neoadyuvancia).
- Expresar los resultados de la prueba, de forma concisa y de fácil interpretación.
- Beneficiar y mejorar la seguridad del paciente.

MÉTODO
- Reunión con el grupo de control de calidad y el personal implicado, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para establecer los criterios necesarios y definir el diseño preliminar del formato de solicitud.
- Reunión del grupo de trabajo, con los servicios relacionados, con la finalidad de difundir el diseño preliminar y escuchar sus opiniones o sugerencias.
- Puesta en marcha de una prueba piloto de formato, durante un mes.
- Análisis de los problemas surgidos durante el periodo de prueba, evaluación de los resultados iniciales obtenidos, aplicación de propuestas de mejora y diseño definitivo del formato.
- Aplicación de formato definitivo y evaluación del mismo a los seis meses de uso

INDICADORES
- Nº de ganglios analizados por método Osna/Nº de ganglios totales x 100
- Nº de ganglios sin Ck19 positiva/Nº de ganglios totales x 100
- Nº de ganglios con tratamiento neoadyuvante/Nº de ganglios totales x 100

DURACIÓN
- Primer mes: reunión de trabajo, elaboración del formato de prueba y presentación a los distintos servicios implicados.
- Segundo mes: puesta en marcha de una prueba piloto del mismo.
- Tercer mes: análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos, aplicación de propuestas de mejora y diseño del formato definitivo.
- Aplicación del formato definitivo y evaluación a los seis meses de uso

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0448

1. TÍTULO

DISEÑO Y PUESTA EN USO DE UN FORMATO DE SOLICITUD PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEL GANGLIO CENTINELA (GC), MEDIANTE TECNICA DE OSNA (ONE STEP NUCLEIC ACID AMPLIFICATION)

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0500

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN NUEVO METODO DE TRABAJO PARA LA COMPROBACION DE CASETES/BLOQUES/PREPARACIONES EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ..... LIDIA FLORIA TRUC
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA FERNANDEZ MARIA
BARRA BORAO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
a) Noviembre 2016, Reunión de los integrantes del grupo para elaborar el método de trabajo que mejor se adecue a cada puesto.
b) Diciembre/Enero 2017 Puesta en marcha del método establecido en la reunión:
? En el área de tallado, verificar, contar y apuntar todos los bloques que se generan.
? Se establece un protocolo de cortes adicionales en las muestras de escaso material, para evitar la pérdida del mismo y agilizar las técnicas especiales.
? En el área de inclusión contar todos los bloques recibidos, hacerlos y verificarlos. Comprobar que el bloque se ha incluido correctamente. Ordenar por casos y médicos.
? En el área de corte, recibir los bloques contarlos, repartirlos equitativamente, cortarlos, y verificarlos.
? En el área de tinción, comprobar uno a uno si sale todo el tejido incluido. Verificar y entregar al patólogo. En el supuesto de que el corte no es el adecuado se manda repetir, evitando así la demora.
c) Febrero 2017, El grupo de trabajo hizo un análisis del método implantado, dando como resultado que se iba por buen camino y que había bajado el número de repeticiones, y de errores de trabajo en la cadena .
d) Marzo 2017 hasta la actualidad. Se ha implantado definitivamente el método.
e) Septiembre 2017, reunión del equipo para valorar los resultados obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de cristales rechazados/ Nº de cristales revisados
Se rechazan máximo 5 de cada 100. Son cifras orientativas y variables cada día, ya que depende de muchos factores, tanto humanos como de la propia biopsia.

Nº de seriaciones, cortes adicionales/ Nº de cristales entregados.
Se realizan al día unas 5-6 seriaciones /adicionales del total de los cristales entregados. Son cifras orientativas y variables cada día, ya que depende de muchos factores, tanto humanos como de la propia biopsia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez implantado el método, se ha observado:
a.-Mejora evidente en la cadena de trabajo, agilizando el tiempo de entrega y mejorando el resultado final de la biopsia reduciendo considerablemente los casos en los cuales el patólogo tenía que volver a pedir nuevos cortes para llegar al diagnóstico.
b.-Mejora en la calidad de la muestra entregada al patólogo.
c.-Disminución del riesgo de errores, derivado de la atención por parte del personal técnico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/500 ========== ***

Nº de registro: 0500

Título
ELABORACION DE UN NUEVO METODO DE TRABAJO PARA LA COMPROBACION DE CASETES /BLOQUES / PREPARACIONES EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Autores:
FLORIA TRUC LIDIA, OLMEDO ARBIZU ENMA, GARCIA FERNANDEZ MARIA, BARRA BORAO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0500

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN NUEVO METODO DE TRABAJO PARA LA COMPROBACION DE CASETES/BLOQUES/PREPARACIONES EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de enfermedades
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El correcto funcionamiento de un servicio de Anatomía Patológica depende de un trabajo en cadena, desde el momento en que se recibe la muestra hasta la entrega al facultativo para su posterior diagnóstico, para que este proceso sea lo más rápido posible. En el servicio de anatomía hemos detectado que con cierta frecuencia el diagnóstico final se retrasa debido a que los patólogos necesitan más cortes adicionales y seriaciones debido a una serie de problemas surgidos en el procesado de la muestra, como en el tiempo de fijación, inclusión, corte y teñido de la muestra, por lo tanto hemos creído necesario mejorar la forma del trabajo en cadena para que el proceso no se alargue en el tiempo y el resultado sea óptimo.

RESULTADOS ESPERADOS
a. Mejorar la calidad del trabajo con un trabajo en equipo.
b. Facilitar el trabajo de diagnóstico.
c. Disminuir el número de peticiones de cortes adicionales/ seriaciones.
d. Mejorar los tiempos de entrega al patólogo y por lo tanto al clínico que pidió el estudio., adelantando así el resultado para el paciente

MÉTODO
a. Reunión de los integrantes del grupo para elaborar el método de trabajo que mejor se adecue a cada puesto.
b. Puesta en marcha de ese método durante un tiempo, que se establecerá con el grupo, para ver el funcionamiento y posibles correcciones.
c. Se espera mejorar la calidad del trabajo ofrecido, con repercusión de una disminución en el tiempo de espera del paciente para un diagnóstico.
d. Reunión con el grupo de control de calidad una vez transcurrido un tiempo estipulado para valorar los resultados generados por este nuevo método de trabajo.

INDICADORES
a. Nº de cristales rechazados / Nº de cristales revisados.
b. Nº de seriaciones,cortes adicionales/ Nº de cristales entregados.
c. Nº de bloques rehechos/ Nº de bloques cortados.

DURACIÓN
a. 1er mes: Reunión para la elaboración del método.
b. 2ºy 3er mes: fase de prueba del método elaborado.
c. 4º mes : análisis de resultados obtenidos, nivel de satisfacción del personal a cargo de esas tareas.
d. 4º al 12 mes: implantación del nuevo sistema de trabajo.
e. 12 mes: Reunión con el grupo de control de calidad para valorar los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0506

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ELAINE MEJIA URBAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE
OLMEDO ARBIZU ENMA
COBO RUBIO ADORACION
GRACIA MARZO RITA CARIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- REUNIONES CON LOS MIEMBROS DEL EQUIPO REALIZANDO LLUVIA DE IDEAS Y DEBATE DE LAS MISMAS, CON LA CONSIGUIENTE ELECCIÓN DE LAS FÓRMULAS MAS ADECUADAS PARA REALIZAR LAS PRIMERAS PROPUESTAS.
- ELABORACIÓN DEL TEXTO ESTÁNDAR A EMPLEAR A MODO DE PRUEBA PARA POSTERIORMENTE IDENTIFICAR LOS PUNTOS DE MEJORA Y CLAVES PARA SU REALIZACIÓN, SIGUIENDO LAS PAUTAS E INDICACIONES DE PARTE DEL PERSONAL DEL PROGRAMA INFORMÁTICOPARA SU ELABORACIÓN.
- REUNIÓN PARA EXPONER LOS PUNTOS DÉBILES DEL PROTOCOLO Y MEJORAR SU ELABORACIÓN PARA PONER EN MARCHA DE FORMA DEFINITIVA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DADA LA RECIENTE ACTUALIZACIÓN DEL LABORATORIO, CON LA MODIFICACIONES ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES QUE ESTANDARIZAN TODOS LOS PROCESOS DEL MISMO, PARA UNA MAYOR OPERATIVIDAD Y RENDIMIENTO, FACILITÓ LA INCORPORACIÓN DEL PROTOCOLO PROPUESTO, DE TAL MANERA QUE SE UNIFICA EL SISTEMA DE TRABAJO EMPLEADO EN EL SERVICIO.
TRAS ESTUDIAR Y VALORAR DISTINTAS FORMAS DE LLEVAR A CABO EL PROYECTO Y CONTANDO CON NUEVOS RECURSOS TECNOLÓGICOS, DECIDIMOS REALIZARLO DESDE EL LABORATORIO DE MACROSCOPÍA; SIENDO LA TÉCNICO ESPECIALIZADA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA LA ENCARGADA DE, MEDIANTE UN NUEVO PROGRAMA INFORMÁTICO (DRAGON MEDICAL DIRECT), UTILIZAR LOS PROTOCOLOS YA CREADOS PREVIAMENTE.
El TEXTO ESTÁNDAR PARA LA BIOPSIA PEQUEÑA SE IMPLEMENTÓ EN FASES, LA PRIMERA, COMO PRUEBA CON 20 INFORMES DE BIOPSIAS TALLADAS EN EL SERVICIO.
POSTERIORMENTE SE ESTUDIARON Y ANALIZARON LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA, CON LA CORRESPONDIENTE CORRECCIÓN SEGUIDO DE LA PUESTA EN MARCHA DE FORMA DEFINITIVA DEL PROTOCOLO DE TEXTO ESTÁNDAR EN BIOPSIA PEQUEÑA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
VALORAMOS DE FORMA POSITIVA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO, YA QUE NOS PERMITE REALIZAR EL DICTADO DESDE EL LABORATORIO DE MACROSCOPÍA, OPTIMIZANDO EL TIEMPO, LOS RECURSOS Y OBTENIENDO UNA FIEL REPRODUCCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS BIOPSIAS, YA QUE SU DESCRIPCIÓN SE REALIZA IN SITU Y SE EVITAN ERRORES DE TRANSCRIPCIÓN.
CON ESTE SISTEMA SE CONSIGUE LIBERACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO, LO QUE PERMITE SU EMPLEO EN OTRAS TAREAS DEL SERVICIO.
ACTUALMENTE DETECTAMOS QUE LAS FUNCIONES DE LAS TÉCNICOS ESPECIALISTAS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA HAN AUMENTADO Y QUE ESTO REQUIERE MAYOR EMPLEO DE PERSONAL QUE CUBRA LAS NECESIDADES ACTUALES DEL SERVICIO PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.
LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS NOS PERMITEN AVANZAR EN EL BUEN DESARROLLO Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS QUE PRESTAMOS, PERO A SU VEZ NOS EXIGEN CONSTANTE RENOVACIÓN, APRENDIZAJE, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO Y CON ELLO APROVECHAR AL MÁXIMO TODAS LAS APLICACIONES QUE OFRECE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/506 ========== ***

Nº de registro: 0506

Título
PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA

Autores:
MEJIA URBAEZ ELAINE, CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, OLMEDO ARBIZU ENMA, COBO RUBIO ADORACION, GRACIA MARZO RITA CARIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0506

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la patología en biopsia pequeña
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....: Guía, protocolo

PROBLEMA
Un Sistema de información debe facilitar la recogida estructurada de datos, la explotación de los mismos y el establecimiento de dispositivos de trazabilidad. Sobre la base de recomendaciones internacionales se propone el uso de criterios uniformes para la elaboración de informes anatomopatológicos sujetos a protocolos desde el tallado de la pieza hasta su diagnóstico final.

El procedimiento de análisis y diagnóstico en el laboratorio comienza cuando el Técnico Especialista en Anatomía Patológica realiza el tallado de las biopsias de pequeño tamaño, las cuales, deben incluirse en su totalidad y no requieran orientación para su inclusión (biopsias endoscópicas digestivas, ginecológicas, bronquiales, vesicales y ORL, cilindros hepáticos, de médula ósea, prostáticos y mamarios, resecciones transuretrales (RTU) prostáticas y vesicales, biopsias testiculares, polipectomías digestivas y ginecológicas (cérvix y endometrio)).

Posteriormente el personal administrativo se encarga de transcribir literalmente al sistema informático la descripción de cada muestra. En esta fase analítica, la descripción macroscópica de la biopsia pequeña es el proceso conocido como “tallado” y es una de las operaciones que más riesgos presenta dentro de las tareas que se realizan en el Servicio de Anatomía Patológica.

Así mismo, la transcripción de toda la información de forma individual en cada caso representa una carga importante de las funciones del personal administrativo, por lo que la optimización de este procedimiento mediante la estandarización de la descripción macroscópica en el laboratorio y posteriormente su transcripción en secretaria, incrementaría la eficiencia y efectividad del proceso, siendo el mismo fundamental para el desempeño adecuado del procesamiento de estas muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos primarios:
Crear un protocolo de descripción macroscópica estandarizada para el tallado de la biopsia pequeña.
Incorporar el nuevo protocolo de descripción al sistema informático utilizado en el servicio (Patwin).
Formar a los Técnicos Especialistas en Anatomía Patológica en el uso del nuevo protocolo.
Formar al personal administrativo en el uso del nuevo protocolo.
Instaurar el protocolo de descripción macroscópica estandarizada.

Objetivos secundarios:
Impulsar el uso del Patwin como una herramienta útil para corroborar el lugar de procedencia de la muestra, así como su correcto etiquetado.

MÉTODO
Redacción de un primer borrador del protocolo de descripción. Este incluirá localización (región anatómica/ órgano de procedencia), número de fragmentos, tamaño, forma y color de la muestra.
Reunión con el personal técnico del laboratorio y el personal administrativo para presentar el borrador del protocolo como idea de la cual partir en la elaboración del protocolo definitivo.
Elaboración de un protocolo unificado para este tipo de muestras en conjunto con todo el personal implicado.
Entrenamiento del personal implicado en el tratamiento de la biopsia pequeña y su adecuada descripción macroscópica.
Entrenamiento del personal administrativo para la transcripción de la descripción macroscópica.
Reunión con los representantes del sistema Patwin para la integración al sistema del protocolo.

INDICADORES
- Tiempo de dictado con el método convencional/ Tiempo de dictado con el método propuesto.
- Nº de informes transcritos al día, método convencional/ Nº de informes transcritos al día con el método propuesto.

DURACIÓN
1er y 2do mes: realizar reuniones con el personal técnico del laboratorio y el personal administrativo para aunar e integrar las pautas a seguir. Seguido de una reunión con el personal de soporte técnico de Patwin para plantear la implementación de esta mejora de calidad.
3er mes: redacción del protocolo estándar para la descripción macroscópica de la biopsia pequeña.
4to al 10vo mes: incorporación de su uso en la práctica diaria.
11vo mes: reunión con el personal implicado para evaluación de la puesta en marcha del protocolo.
12vo mes: Conclusiones y resultados finales obtenidos con la estandarización de éste proceso como mejora de calidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0506

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LAS DESCRIPCIONES MACROSCOPICAS EN EL TALLADO DE LA BIOPSIA PEQUEÑA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0514

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO REMITIDO A OTROS CENTROS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MOLECULARES

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ..... INMACULADAFRANCESC FELIPO BERLANGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOROS GARCIA MANUEL
SORIA NAVARRO JOAQUIN
TRASOBARES TRASOBARES CONCEPCION
LOBERA ARNAL MARIA CARMEN
BLANZACO ACIN ZULEMA
GARCIA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha identificado al Servicio de Oncología Médica como el servicio hospitalario demandante de la mayoría de estudios moleculares.
Se ha elaborado un diagrama de flujo para su manejo por parte de todos los implicados en el proceso, con participación activa de facultativos, TEAP's y administrativos del servicio.
Se han registrado los indicadores de salida y devolución de muestras

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Registro de los casos con material que sale fuera de nuestro servicio
Registro de los casos en los que se produce la devolución del material
Registro de recepción de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los centros de referencia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto se está desarrollando con el esfuerzo de todo el personal implicado, aunque no al ritmo que inicialmente creíamos que se podía llevar a cabo. No obstante las actividades realizadas han empezado a dar resultados muy satisfactorios en los indicadores recogidos.
Actividades pendientes:
Elaboración de una hoja de solicitud de estudios a realizar fuera de nuestro Hospital
Entrega de la hoja de solicitud y del diagrama a los servicios generadores de peticiones de pruebas moleculares
Registro de recepción de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los centros de referencia

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/514 ========== ***

Nº de registro: 0514

Título
GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO REMITIDO A OTROS CENTROS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MOLECULARES

Autores:
FELIPO BERLANGA FRANCISCO JOSE, SORIA NAVARRO JOAQUIN, TRASOBARES TRASOBARES CONCEPCION, LOBERA ARNAL MARIA DEL CARMEN, BLANZACO ACIN ZULEMA, GARCIA FERNANDEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0514

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO REMITIDO A OTROS CENTROS PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS MOLECULARES

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La creciente necesidad de realizar estudios moleculares que permitan establecer diagnósticos o tratamientos adecuados para cada paciente, ha conllevado un incremento en el número de muestras biológicas anatomopatológicas (bloques de tejido parafinado y secciones tisulares en portaobjetos) que salen de nuestro servicio hacia centros de referencia en los que se llevan a cabo dichos estudios. En muchas ocasiones, ese material no se devuelve a nuestro servicio y, lo que es aún peor, no recibimos los resultados de esos estudios cuando es otro servicio el que gestiona la salida de ese material.

RESULTADOS ESPERADOS
El presente proyecto pretende organizar de manera racionalizada la salida del material biológico del Servicio de Anatomía Patológica, así como la devolución de ese material y la recepción del resultado emitido por el centro de referencia. Ello supone la implicación de los diferentes estamentos del servicio (facultativos, TEAP’s y administrativos) y la necesaria colaboración de los servicios demandantes de las pruebas.

MÉTODO
Identificación de los servicios hospitalarios demandantes de estudios moleculares
Elaboración de una hoja de solicitud de estudios a realizar fuera de nuestro Hospital
Elaboración de un diagrama de flujo de fácil interpretación
Participación activa de facultativos, TEAP’s y administrativos del servicio.
Entrega de la hoja de solicitud y del diagrama a los servicios generadores de peticiones de pruebas moleculares.

INDICADORES
Registro de los casos con material que sale fuera de nuestro servicio.
Registro de los casos en los que se produce la devolución del material.
Registro de recepción de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los centros de referencia.

DURACIÓN
Diagrama de flujo disponible en un plazo de 3 meses desde la aprobación del proyecto
Distribución a los servicios peticionarios durante los 15 días siguientes
Recogida y análisis de los indicadores a los seis meses.
Emisión de informe de resultados al año de la aprobación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0672

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CARCINOMA DE MAMA

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CARDIEL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEJIA URBAEZ ELAINE
MOROS GARCIA MANUEL
OLMEDO ARBIZU EMMA
ABAD BEORLEGUI ELENA
BLANZACO ACIN ZULEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión inicial del equipo para que cada uno de los miembros establezca los posibles puntos de mejora desde su punto de vista. Una vez conocidos por todos, se ha dividido el proceso por fases temporales (pre-analítica, analítica y post-analítica) y establecido subgrupos para que trabajen sobre ellos según su grado de implicación en cada fase.
Actualmente, estamos pendientes de convocar una segunda reunión para exponer el trabajo realizado por cada uno de los integrantes del grupo y proceder a la coordinación de todo el proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sin resultados todavía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las actividades son muy iniciales quedando todavía pendiente:
- Acordar decisiones finales en cuanto al desarrollo del proceso.
- Comunicar las mismas al resto del personal.
- Implementar las actuaciones a realizar.
- Valorar resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/672 ========== ***

Nº de registro: 0672

Título
ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CANCER DE MAMA

Autores:
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, MEJIA URBAEZ ELAINE, MOROS GARCIA MANUEL, OLMEDO ARBIZU EMMA, BLANZACO ACIN ZULEMA, ABAD BEORLEGUI ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La BAG es el método por excelencia para la confirmación diagnóstica del cáncer de mama. Las muestras histológicas se obtienen por un procedimiento rápido, seguro y bien tolerado por las pacientes y permiten establecer una completa tipificación del tumor, lo cual va a condicionar la actitud terapéutica posterior.
La necesidad de iniciar el tratamiento lo antes posible una vez diagnosticado el cáncer, unido a la no desdeñable ansiedad que genera en las pacientes la espera del resultado de la biopsia, nos obliga a reducir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0672

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN LA EMISION DEL INFORME ANATOMOPATOLOGICO DE LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG) EN CARCINOMA DE MAMA

al máximo el intervalo de tiempo desde que se reciben las muestras en el laboratorio hasta que se emite el informe anatomopatológico.
Para ello es imprescindible una absoluta coordinación de todo el personal del servicio de Anatomía Patológica implicado en el proceso diagnóstico, estableciendo unas pautas de actuación detalladas, claras y precisas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducción de los tiempos y mejora en la eficiencia del proceso diagnóstico de la BAG de mama.
- Responsabilidad y compromiso de todos y cada uno de los miembros implicados (patólogos, técnicos y administrativos) a nivel de su ámbito de trabajo.
- Instauración de pautas de trabajo bien definidas y conocidas por todos los implicados, así como previsión ante posibles incidencias.

MÉTODO
1. Reuniones periódicas de los miembros del grupo (facultativos y técnicos) para que todos y cada uno de ellos establezcan los puntos de mejora en los que estén involucrados por razón de su puesto de trabajo, con posterior coordinación de todas las actuaciones.
2. Información al resto del personal implicado de las decisiones acordadas.
3. Implementación de las actuaciones a realizar bajo la supervisión del patólogo responsable del diagnóstico.
4. Valoración de los resultados obtenidos.

INDICADORES
1. Intervalo de tiempo desde que se registra la muestra en el servicio de Anatomía Patológica (fecha de registro) hasta que se emite el informe anatomopatológico (fecha de informado: el informe está disponible en la intranet). Esta valoración se realiza a través del sistema informático propio del servicio (Patwin).
2. Valoración de los tiempos intermedios: fecha de registro - fecha de macroscopia - fecha de entrega al patólogo de los cortes histológicos - fecha de entrega al patólogo de técnicas inmunohistoquímicas - fecha de emisión del informe anatomopatológico. Estas valoraciones se realizan a través del sistema informático interno del laboratorio y del Patwin.

DURACIÓN
1. Fecha prevista de inicio: 2 de noviembre de 2016.
2. Fecha prevista de finalización: 2 de mayo de 2016.
3. Cronograma:
a) Reuniones periódicas durante los dos primeros meses para establecimiento de los tiempos máximos a invertir en cada uno de los procesos involucrados (recepción de la muestra - tallaje - inclusión en parafina - corte - tinción - entrega de cristales al patólogo - valoración inicial y solicitud de técnicas complementarias - realización de técnicas complementarias - entrega de las mismas al patólogo - realización del diagnóstico - emisión del informe)
.
b) Comunicación al resto del personal implicado en el proceso y puesta en marcha en el tercer mes.
c) Valoración de resultados al final del quinto mes y corrección de incidencias y problemas detectados.
d) Evaluación final al finalizar el sexto mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0483

1. TÍTULO

INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EMMA OLMEDO ARBIZU
· Profesión ..... TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALERO TORRES CAROLINA
BARRA BORAO VERONICA
MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN
BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES
GONZALES SEJAS ARIEL
FELIPO BERLANGA FRANCESC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 1º mes, se forma tanto al personal técnico como médico en el uso y manejo del sistema de capsulas de seguridad y el procesamiento automático de las biopsias mediante sistema microondas de carga continua.
El siguiente trimestre se comienza a utilizar este sistema con algunas biopsias. utilizando todos los recursos necesarios y adaptando la forma y el sistema de trabajo por parte del personal para el uso y realización adecuado del proceso y utilizando los medios necesarios para ello.
Se reúne el grupo de calidad, se valoran los avances y resultados, siendo estos positivos, pero susceptibles de alguna mejora que se lleva a cabo. Informando y formado a todo el personal implicado en ello.
A partir del segundo trimestre se implementa el sistema a casi la totalidad de las biopsias, utilizando y normalizando el uso de los recursos necesarios para llevarlo a cabo, siendo valorado esté por el grupo de calidad, satisfactoriamente pero adaptando los cambios necesarios para seguir mejorando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha completado la automatización del proceso de las muestras histológicas que llegan diariamente a nuestro laboratorio.
consiguiendo como objetivo principal mejorar la calidad, seguridad y trazabilidad, evitando la perdida de material durante la manipulación y la adecuada orientación de las muestras, para llegar al diagnóstico adecuado en el menor tiempo posible, y con el mayor aprovechamiento del material que entra en nuestro servicio.
Y logrando disminuir los problemas relacionados con la manipulación, orientación y manejo, que se daban durante el procesado de las muestras histológicas con el anterior método de trabajo.
Al utilizar los nuevos recursos (campanas de tallado, procesador ondas microondas, formador de bloques etc) implantados en el servicio, se ha llegado a alcanzar el segundo objetivo y no menos importante, que es la reducción a la exposición diaria por parte del personal, ante el uso y manejo de los productos químicos formaldehído y xileno. Al tener un menor uso y estar más protegidos frente a ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al haberse logrado los objetivos principales que se querían alcanzar con la automatización del sistema, la valoración del equipo es positiva.
Se han cumplido los plazos establecidos, y por parte de todo el personal ha habido implicación y esfuerzo para llevarlo a cabo.
Se ha mejorado en el entorno de trabajo, con lo que con lleva una disminución en los riesgos laborales.
Por lo tanto se ha mejorado en la calidad y seguridad del trabajo que se realiza diariamente, logrando así el objetivo final de nuestro trabajo, que es conseguir un diagnostico adecuado en el menor tiempo posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/483 ========== ***

Nº de registro: 0483

Título
INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Autores:
OLMEDO ARBIZU EMMA, VALERO TORRES CAROLINA, BARRA BORAO VERONICA, MARCELLAN MURUZABAL MARIA CARMEN, BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES, GONZALEZ SEJAS ARIEL, FELIPO BERLANGA FRANCESC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0483

1. TÍTULO

INCREMENTO DE LA AUTOMATIZACION DE LA FASE ANALITICA EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El servicio de anatomía patológica, se encuentra en la necesidad de disminuir las incidencias relacionadas con la manipulación, orientación y manejo, que se dan durante el procesado de las muestras histológicas, que se reciben diariamente en nuestro laboratorio de Anatomía Patológica en la fase analítica.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivo principal, nos planteamos mejorar la calidad, seguridad y trazabilidad, evitando la perdida de material durante la manipulación y la adecuada orientación de las muestras, para llegar al diagnóstico adecuado en el menor tiempo posible, y con el mayor aprovechamiento del material que recibe nuestro servicio. Enfocada a mejorar la calidad.
Como segundo objetivo, nos planteamos evitar en la mayor medida de lo posible la exposición y el uso de productos químicos (formaldehído y xileno).

MÉTODO
a) Implementación por parte del personal tanto medico como técnico, en el uso del nuevo sistema de tallaje con cápsulas de seguridad.
b) Utilización de las mesas de tallaje, y de los sistemas fotográficos, de dictado de voz y trazabilidad.
c) Procesamiento de muestras, mediante sistema microondas de flujo continuo.
d) Realización de bloques mediante sistema automático.

INDICADORES
Grado de implantación: (número de biopsias procesadas de forma automática / número total de biopsias) * 100.
Grado de eficacia: (tiempo total utilizado en una única manipulación / número total de biopsias) * 100.

DURACIÓN
1º mes: Formación del personal sobre el manejo de las cápsulas de seguridad y del proceso automático.
2º- 3º mes: Realización de algunas biopsias con este proceso. Reunión del grupo de calidad para evaluar avances.
4º- 12º mes: Implementación en el proceso al 100% de las biopsias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0529

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN LAFUENTE MAINAR
· Profesión ..... TEAP
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLORIA TRUC LIDIA
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
RAMIREZ GASCA TERESA
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
BARRA BORAO VERONICA
GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como primera medida, realizamos una reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
Una vez realizado el borrador, se convocó una reunión del grupo para aprobar el modelo y se envió a la comisión de Historias Clínicas.
La comisión de Historias Clínicas, dio el visto bueno para comenzar su uso, aunque quedó paralizada porque en Gestión de Calidad se ha comenzado a desarrollar la implementación del programa de cribado cervical que va a crear unos protocolos y documentación comunes para toda la Comunidad Autónoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El nuevo documento de solicitud de cribado cervical aunque fue aprobado por la comisión de historias clínicas no ha podido implementarse ya que se ha comenzado a trabajar de forma conjunta y consensuada en un programa de cribado cervical único para toda la Comunidad Autónoma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora formado en el servicio de Anatomía Patológica valora positivamente el trabajo desempeñado y el modelo de solicitud creado, aunque por motivos ajenos a ellos no haya podido ser implementado.
En cualquier caso valoramos muy positivamente la creación por parte del Salud de un programa conjunto y consensuado de cribado cervical. Con este programa se van a seguir las recomendaciones establecidas para la detección precoz del cáncer de cérvix, implementándose un co-test que incluye tanto la determinación de HPV como el estudio de la citología en los casos pertinentes dentro de los servicios de Anatomía Patológica. De este modo se centralizará las pruebas en un solo servicio ya que dependiendo del resultado de la prueba de HPV se realizará o no la citología. Esto implica que el modelo de solicitud de cribado debe recoger datos tanto de una como de la otra prueba.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/529 ========== ***

Nº de registro: 0529

Título
MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Autores:
LAFUENTE MAINAR BELEN, FLORIA TRUC LIDIA, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, BARRA VORAO VERONICA, RAMIREZ GASCA TERESA, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, GUMIEL MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRIVADO DE CERVIX
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0529

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se ha detectado que la hoja de solicitud de cribado cervical vigente en estos momentos en el sector III, no se adapta a las necesidades actuales, especialmente en lo relativo a la terminología empleada. Este modelo de solicitud, no sigue el actual sistema recomendado por todas las Sociedades Científicas (SEAP,SEC,SEGO y AEPCC), que es el Sistema Bethesda 2014.

RESULTADOS ESPERADOS
Como primer objetivo, nos planteamos que todas las solicitudes de cribado cervical recibidas en Anatomía Patológica utilicen el mismo modelo de solicitud y que el mismo, esté ajustado a los estándares internacionales.
La población diana será toda aquella susceptible de cribado cervical.
Este documento va dirigido tanto a ginecólogos del Sector III, como a matronas de Atención Primaria de dicho sector.

MÉTODO
a) Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
b) Una vez realizado el borrador, se realizara una reunión del grupo para su aprobación y envío a la comisión de Historias Clínicas.
c) Puesta en marcha del proyecto, informando del cambio a la nueva hoja de solicitud a todo el personal implicado (ginecólogos y matronas del Sector III).
d) Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

INDICADORES
Grado de implantación: (número de solicitudes en el formato correcto de hoja de petición/ número total de solicitudes) * 100

DURACIÓN
1º mes: reunión/es para acordar el mejor modelo de la nueva hoja de solicitud.
2º mes: Envío del modelo de solicitud acordado a la comisión de Historias Clínicas para su aprobación.
3º al 12º mes: Implantación del modelo definitivo una vez sea aprobado por la citada comisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0529

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN LAFUENTE MAINAR
· Profesión ..... TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FLORIA TRUC LIDIA
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
BARRA BORAO VERONICA
RAMIREZ GASCA TERESA
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
GUMIEL GARCIA MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como primera medida, realizamos una reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
Una vez realizado el borrador, se convocó una reunión del grupo para aprobar el modelo y se envió a la comisión de Historias Clínicas.
La comisión de Historias Clínicas, dió el visto bueno para comenzar su uso, aunque quedó paralizada porque en Gestión de Calidad se ha comenzado a desarrollar la implementación del programa de cribado cervical que va a crear unos protocolos y documentación comunes para toda la comunidad autónoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El nuevo documento de solicitud de cribado cervical aunque fue aprobado por la comisión de historias clínicas no ha podido implementarse ya que se ha comenzado a trabajar de forma conjunta y consensuada en un programa de cribado cervical único para toda la Comunidad Autónoma

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora formado en el servicio de Anatomía Patológica valora positivamente el trabajo desempeñado y el modelo de solicitud creado, aunque por motivos ajenos a ellos no haya podido ser implementado.
En cualquier caso valoramos muy positivamente la creación por parte del Salud de un programa conjunto y consensuado de cribado cervical. Con este programa se van a seguir las recomendaciones establecidas para la detección precoz del cáncer de cérvix, implementándose un co-test que incluye tanto la determinación de HPV como el estudio de la citología en los casos pertinentes dentro de los servicios de Anatomía Patológica. De este modo se centralizará las pruebas en un solo servicio ya que dependiendo del resultado de la prueba de HPV se realizará o no la citología. Esto implica que el modelo de solicitud de cribado debe recoger datos tanto de una como de la otra prueba.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/529 ========== ***

Nº de registro: 0529

Título
MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

Autores:
LAFUENTE MAINAR BELEN, FLORIA TRUC LIDIA, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, BARRA VORAO VERONICA, RAMIREZ GASCA TERESA, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, GUMIEL MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRIVADO DE CERVIX
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0529

1. TÍTULO

MODIFICACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE CRIBADO CERVICAL

PROBLEMA
Se ha detectado que la hoja de solicitud de cribado cervical vigente en estos momentos en el sector III, no se adapta a las necesidades actuales, especialmente en lo relativo a la terminología empleada. Este modelo de solicitud, no sigue el actual sistema recomendado por todas las Sociedades Científicas (SEAP,SEC,SEGO y AEPCC), que es el Sistema Bethesda 2014.

RESULTADOS ESPERADOS
Como primer objetivo, nos planteamos que todas las solicitudes de cribado cervical recibidas en Anatomía Patológica utilicen el mismo modelo de solicitud y que el mismo, esté ajustado a los estándares internacionales.
La población diana será toda aquella susceptible de cribado cervical.
Este documento va dirigido tanto a ginecólogos del Sector III, como a matronas de Atención Primaria de dicho sector.

MÉTODO
a) Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
b) Una vez realizado el borrador, se realizara una reunión del grupo para su aprobación y envío a la comisión de Historias Clínicas.
c) Puesta en marcha del proyecto, informando del cambio a la nueva hoja de solicitud a todo el personal implicado (ginecólogos y matronas del Sector III).
d) Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

INDICADORES
Grado de implantación: (número de solicitudes en el formato correcto de hoja de petición/ número total de solicitudes) * 100

DURACIÓN
1º mes: reunión/es para acordar el mejor modelo de la nueva hoja de solicitud.
2º mes: Envío del modelo de solicitud acordado a la comisión de Historias Clínicas para su aprobación.
3º al 12º mes: Implantación del modelo definitivo una vez sea aprobado por la citada comisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0531

1. TÍTULO

TRAIJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELAINE MEJIA URBAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE
MOROS GARCIA MANUEL
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
MUÑOZ GUILLERMO
FELIPO BERLANGA FRANCESC
GONZALES SEJAS ARIEL
VALERO TORRES ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos reuniones con los integrantes del comité de mama donde se consensuó y se determinó el proceso a seguir; posteriormente se realizó una reunión con el personal del servicio implicado en el diagnóstico del cáncer de mama para discutir y aclarar los criterios y coordinar la actuación ante un diagnóstico nuevo de cáncer de mama y sobre las piezas quirúrgicas.
Posteriormente se inició la ejecución del proyecto, comentando las dudas que surgieron en su momento y evaluando los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente se incluyen desde el servicio de anatomía patológica todos los casos nuevos diagnosticados de cáncer de mama mediante biopsia, así como también el resultado final de las piezas quirúrgicas de todas las pacientes recibidas y procesadas.
La población diana:
Mujeres adultas con lesión neoplásica biopsia y/o intervenida quirúrgicamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la instauración de este plan de mejora hemos conseguido agilizar las decisiones tomadas en el comité de tumores; ya que todas las pacientes son estudiadas previamente por los especialistas que tienen acceso al listado de pacientes colgadas en el comité antes del mismo.
Todas las pacientes se comentan semanalmente en el comité de tumores de cáncer de mama y de esta manera evitamos la demora en los tiempos de actuación. En el momento de la consulta con la paciente, se presenta a la misma no solo el diagnóstico de su lesión sino un plan terapéutico a seguir previamente discutido en el comité por todos los agentes sanitarios implicados.
Por lo expuesto previamente, este plan de mejora, ha sido bien recibido y se cumple al 100% por todos los patólogos que intervienen en el diagnóstico de esta patología, debido a su trascendencia sobre el tratamiento de las pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/531 ========== ***

Nº de registro: 0531

Título
TRIAJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Autores:
MEJIA URBAEZ ELAINE, CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, MOROS GARCIA MANUEL, MARTA CASANOVA CARLO BRUNO, MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO, FELIPO BERLANGA FRANCESC, GONZALEZ SEJAS ARIEL, VALERO TORRES ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0531

1. TÍTULO

TRAIJE DEL CANCER DE MAMA. INCLUSION EN EL COMITE DE TUMORES DE MAMA DESDE EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se observó desde el Comité de Tumores de Mama la presencia de pacientes procedentes de otros servicios diferentes a la Unidad de Mama, diagnosticadas de carcinoma mamario, cuya valoración por parte del Comité se demoraba, aumentando los tiempos de respuesta. Esto se veía agravado por la supresión del formato de papel en los informes anatomopatológicos, siendo el momento en que la paciente acudía a la consulta cuando se iniciaba la derivación a la Unidad de Mama. Ésta misma situación se observó en aquellos casos con diagnóstico de carcinoma de mama no sospechado previamente.
Una vez identificado el problema, se propuso desde el servicio de Anatomía Patológica la posibilidad de incluir directamente todos los diagnósticos de carcinoma de mama en el Comité por parte de los patólogos que realizaban el diagnóstico, permitiendo que no se escapara ningún diagnóstico tumoral con la consecuente demora en los tiempos de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados: Realizar el triaje de todos los casos nuevos de cáncer de mama desde el servicio de Anatomía Patológica para su inmediata inclusión y posterior discusión en el Comité de Tumores Mamarios.
Población diana: Todas pacientes biopsiadas por lesiones mamarias.
Servicios diana: Todos los que intervienen en diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

MÉTODO
- Propuesta del proyecto descrito previamente en el Comité de Mama.
- Reunión con los integrantes del Comité de mama para consensuar y determinar el procedimiento a seguir.
- Reunión con el personal del servicio implicado en el diagnóstico de esta patología para coordinar la actuación ante un diagnóstico nuevo de cáncer de mama.
- Puesta en marcha del proyecto.
- Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

INDICADORES
Grado de implantación: Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama incluidas en el Comité de Tumores mamarios /Total de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.

DURACIÓN
1º mes: Reunión/es para acordar las actuaciones a seguir.
2º mes: Puesta en marcha del proyecto.
4º mes: Reunión para evaluación preliminar del grado de implantación.
6º mes: Reunión para evaluación definitiva.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0548

1. TÍTULO

ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CARDIEL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE MAINAR ANA BELEN
MEJIA URBAEZ ELAINE
RAMIREZ GASCA TERESA
BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES
VALERO TORRES CAROLINA
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS
OLMEDO ARBIZU EMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha diseñado la nueva hoja de solicitud de estudio anatomopatólogico y se ha aprobado por el grupo de trabajo y por el grupo de calidad del servicio. Con todo ello, se ha remitido a la Subdirección de Servicios Centrales y a la Comisión de Historias Clínicas del hospital. Una vez llegados a este punto, no se nos ha respondido ni comunicado nada al respecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración de un nuevo documento de solicitud de estudio anatomopatológico adapatado a las necesidades actuales tanto del propio servicio como del potencial cliente. Sin impacto todavía por no haber sido implementado en la práctica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la aprobación por los órganos externos pertinentes para su definitiva implantación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/548 ========== ***

Nº de registro: 0548

Título
ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES

Autores:
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE, LAFUENTE MAINAR BELEN, MEJIA URBAEZ ELAINE, RAMIREZ GASCA TERESA, BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES, VALERO TORRE CAROLINA, CHICO RODRIGUEZ MILAGROS, OLMEDO ARBIZU EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología que requiera estudio anatomopatológico
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de Anatomía Patológica hemos detectado que la vigente hoja de solicitud de Estudio Anatomopatológico no se ajusta a las necesidades actuales, presentando un formato obsoleto en muchos aspectos. Asimismo carece de datos fundamentales para el trabajo diario del patólogo, además de incluir apartados coincidentes con el documento de Cribado Cervical.
Los datos que se considera debe incluir dicho documento y que, o bien estaban ausentes o eran incompletos, son:
- Procedimiento: Hace referencia al método empleado para la obtención de la muestra (ej.: biopsia diagnóstica y método de obtención, tipo de exéresis, tipo de cirugía, PAAF, citología exfoliativa, etc).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0548

1. TÍTULO

ADECUACION DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO A LAS NECESIDADES ACTUALES

- Hora de extracción: Actualmente es de vital importancia saber con absoluta precisión el tiempo de isquemia fría y/o de fijación en formol que han sufrido las muestras en la fase preanalítica, la cual influye de manera decisiva en el resultado de los biomarcadores predictivos de respuesta a tratamiento.
- Muestra/s remitida/s: Se venía observando que este apartado se quedaba en muchas ocasiones escaso para referir las diferentes muestras remitidas, ocupando espacios relativos a otras cuestiones.
- Sospecha de patología maligna: Facilita el triaje de las muestras recepcionadas en cuanto al grado de urgencia.
- Antecedentes personales de patología neoplásica: Igualmente permite un manejo más eficiente de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados:
- Facilitar la cumplimentación de la hoja de solicitud de Estudio Anatomopatológico al médico peticionario.
- Mejorar el manejo de la muestra una vez llega al servicio de Anatomía Patológica.
- Reducir tiempos y costes derivados de la realización de pruebas innecesarias (que se realizaban por carecer de ciertos datos clínicos relevantes).
- Dar prioridad a los casos más urgentes.

Población diana: Todos los pacientes a los que se realice una biopsia.

Servicios diana: Todos los que envían muestras para su estudio anatomopatológico.

MÉTODO
a) Reunión entre el grupo de control de calidad, el personal técnico y patólogos del servicio, con la finalidad de recabar información e intercambiar ideas para realizar el borrador de la hoja de solicitud.
b) Una vez realizado el borrador, se convocará una reunión del grupo para su aprobación y envío a la comisión de Historias Clínicas junto con el correspondiente informe justificando la modificación.
c) Puesta en marcha del proyecto, informando del cambio a todo el personal implicado (Médicos del Sector III).
d) Análisis de los problemas surgidos, evaluación de los resultados obtenidos y aplicación de propuestas de mejora en caso de ser necesario.

INDICADORES
Grado de implantación: (número de solicitudes en el formato correcto de hoja de petición/ número total de solicitudes) * 100

DURACIÓN
1º mes: reunión/es para acordar el mejor modelo de la nueva hoja de solicitud.
2º mes: Envío del modelo de solicitud acordado a la comisión de Historias Clínicas para su aprobación.
3º al 6º mes: Implantación del modelo definitivo una vez sea aprobado por la citada comisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0091

1. TÍTULO

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA REALIZACION DE TECNICAS DE ANESTESIA LOCORREGIONAL

Fecha de entrada: 31/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARTA LUCIA FERRER FERRER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONA GRACIA MARIA DEL CARMEN
FRANCO ABAD MARTA
GARCIA LECINA ANA CRISTINA
PELIGERO DEZA JAVIER
ALESON HORNO GEMA
LABENA BERNAL ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA DISPONIBLE EN LOS DISTINTOS ORGANISMOS REPRESENTATIVOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO, EN LOS QUE SE DESCRIBEN LAS CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES BÁSICAS DE LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICO-PACIENTE.
ASIMISMO, REVISIÓN DE TEXTOS ESPECÍFICOS DE LA ESPECIALIDAD Y PROTOCOLOS DE OTROS CENTROS HOSPITALARIOS CON EL FIN DE LOCALIZAR LAS TÉCNICAS MÁS COMUNMENTE REALIZADAS Y SUS RIESGOS ASOCIADOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO HA SIDO LA ELABORACIÓN DE VARIOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS ACTUALMENTE EN VOGA EN EL CAMPO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO Y ANALGESIA MULTIMODAL, QUE NO ESTABAN CONTEMPLADAS ESPECIFICAMENTE EN LOS DOCUMENTOS HASTA AHORA DISPONIBLES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS ESTUDIOS REVELAN QUE LAS DEFICIENCIAS ENLA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SON APROXIMADAMENTE LA CAUSA DEL 70%DE LAS RECLAMACIONES SNAITARIAS, POR LO QUE ESTE EQUIPO CONSIDERO PERTINENTE LA REVISIÓN Y ELABORACIÓN DE NUEVOS DPOCUMENTOS.
UNA DE LAS PRINCIPALES DIFICULTADES QUE SE ENCONTRARON EN LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO, FUE LA NECESIDAD DE SINTETIZAR TODA LA INFORMACIÓN A APORTAR AL PACIENTE EN UN ÚNICO DOCUMENTO, QUE FACILITARA LA LECTURA Y COMPRENSIÓN DEL INTERLOCUTOR. SOMOS CONSCIENTES DE QUE ES MUCHA LA INFORMACIÓN A APORTAR (TENIENDO EN CUENTA LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA)Y LA NECESIDAD DE SINTETIZAR ESA INFORMACIÓN PARA NO ABRUMAR AL PACIENTE Y FACILITAR LA COMPRENSIÓN DE LA MISMA.
POR ELLO Y QUIZÁS UNO DE LOS ASPECTOS PENDIENTES DEL PROYECTO, SERÍA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR UN ÚNICO CONSENTIMIENTO INFORMADO QUE ENGLOBARA TODAS LAS TÉCNICAS DERIVADAS DEL ACTO ANESTÉSICO; SIN EMBARGO, Y DESDE EL PUNTO DE VISTA LEGAL, ESTA TAREA RESULTA BASTANTE COMPLICADA PUESTO QUE EL PACIENTE TIENE DERECHO (Y NOSOTROS EL DEBER) DE SER INFORMADO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/91 ========== ***

Nº de registro: 0091

Título
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TECNICAS ECOGUIADAS DE ANESTESIA/ANALGESIA LOCORREGIONAL

Autores:
FERRER FERRER MARTA LUCIA, GARCIA LECINA ANA CRISTINA, FRANCO ABAD MARTA, ALESON HORNO GEMMA, LABENA BERNAL ROSA MARIA, BONA GRACIA MARIA DEL CARMEN, PEREZ PASCUAL LETICIA ISABEL, LANAU ARILLA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología quirúrgica susceptible
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0091

1. TÍTULO

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA LA REALIZACION DE TECNICAS DE ANESTESIA LOCORREGIONAL

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TÉCNICAS DE ANESTESIA LOCORREGIONAL ADAPTADO A LAS NUEVAS TÉCNICAS DE BLOQUEO NERVIOSO

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A TÉCNICAS DE ANESTESIA LOCORREGIONAL APORTÁNDOLES UNA INFORMACIÓN MÁS ADECUADA

MÉTODO
- REDACTAR HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA LOCORREGIONAL ADAPTADO A BLOQUEOS NERVIOSOS
- PRESENTAR LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN
- INTRODUCIR LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA CONSULTA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA

INDICADORES
- SELECCIÓN ALEATORIA DE HISTORIAS DE PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA QUE HAYAN SIDO SOMENTIDOS A TÉCNICAS DE BLOQUEOS NERVIOSOS PARA COMPROBAR LA INCLUSIÓN DE DICHO CONSENTIMIENTO INFORMADO (HISTORIAS CON HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INCLUIDA/TOTAL DE HISTORIAS REVISADADS)

DURACIÓN
SEPTIEMBRE- DICIEMBRE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 1 Nada
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 1 Nada
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0133

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JAVIER LONGAS VALIEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MURILLO PINA RAQUEL
ALBENDEA CALLEJA CARLOS
FERRER FERRER MARTA LUCIA
FRANCO ABAD MARTA
RUIZ TORRES BEATRIZ
PALACIOS FANLO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de este periodo se ha elaborado el protocolo de la terapia prehabilitadora para paciente de gastrectomía, modificando el protocolo inicial en relación a las características del paciente tratado. Se han puesto a punto las pruebas de valoración de la capacidad funcional del paciente. Se ha iniciado la estandarización de los resultados obtenidos en la prueba de test de los seis minutos para nuestra población. Se han planteado nuevas tablas de ejercicios específicas.
Se ha optimizado el seguimiento de los pacientes en el periodo perioperatorio.
Se ha desarrollado una página web para profesionales y pacientes donde se pueden consultar los protocolos específicos para la técnica quirúrgica, así como terapias específicas para el paciente, con referencias en nutrición, terapia física y consejos en terapia cognitiva. Dirección: https://prehabilitacion.wordpress.com
En cuanto a la divulgación del proyecto se han impartido varias conferencias en ámbito local como en la jornada anual e la sociedad aragonesa del cáncer de mama. También se han impartido conferencias a nivel nacional como en el congreso nacional de la sociedad española de anestesiología y reanimación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado de la implantación del protocolo ha sido óptimo. El indicador que se ha utilizado ha sido la estancia media de los pacientess intervenidos de gastrectomía previa y posterior a la implantación. Esta media ha disminuido significativamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implementación del protocolo de prehabilitación para cirugía oncológica de estómago ha supuesto, a nuestro criterio, una mejora sustancial en la calidad asistencial en este tipo de pacientes. Los resultados han sido concluyentes encuanto a la estancia hospitalaria y en la reducción de la morbilidad en este tipo de cirugía. El desarrollo posterior del proyecto debe incidir en la mejora de la terapia física, así como en la posible impementación de terapia cognitiva grupal. Valoraremos la creación de la figura del paciente esperto, ya que en un fuutro plantearemos sesiones conjuntas con pacientes. El desarollo y potenciación de la plataforma web erá uno de los puntos de mejora del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/133 ========== ***

Nº de registro: 0133

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

Autores:
LONGAS VALIEN JAVIER, MURILLO PINA RAQUEL, ALBENDEA CALLEJA CARLOS, FERRER FERRER MARTA LUCIA, FRANCO ABAD MARTA, RUIZ TORRES BEATRIZ, PALACIOS FANLO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0133

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En ocasiones, las complicaciones derivadas del acto quirúrgico, no pueden ser previstas dada la naturaleza de la propia intervención; por ejemplo en cirugía de urgencia. Sin embargo cuando hablamos de cirugía programada, el paciente debería llegar a la misma en las mejores condiciones posibles. En algunas ocasiones, esto no ocurre y la posibilidad de que presente complicaciones postoperatorias aumenta de manera impredecible.
A pesar de las herramientas de las que dispone la medicina convencional, un 20% de nuestros pacientes presentará algún tipo de complicación médica o quirúrgica. Por lo tanto vemos que aun ciñendo nuestra actuación de acuerdo a los protocolos, aún encontramos un elevado número de efectos adversos en determinados pacientes. Para encontrar puntos de actuación de mejora de estos resultados se debe acudir a la rama de la medicina que se ocupa del paciente que va a ser intervenido, es decir a la medicina perioperatoria. Por lo tanto se deben buscar posibles factores de riesgo de desarrollo de complicaciones postquirúrgicas. En esta línea es donde entra la definición de prehabilitación, entendiendo como tal el proceso diseñado para mejorar la capacidad funcional del paciente antes de la cirugía, con el objeto de mejorar la recuperación del daño quirúrgico, reduciendo las complicaciones postoperatorias y por lo tanto reducir la estancia hospitalaria y los costes que se derivan de ella. La prehabilitación debe de llevarse a cabo antes del ingreso hospitalario, teniendo claros sus objetivos: optimizar el estado físico, nutricional, emocional, médico y farmacológico del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Mejorar la capacidad funcional de los pacientes que esperan cirugía.

2.-Una mejor recuperación de la capacidad funcional postoperatoria, alcanzando los niveles basales funcionales previos en menor espacio de tiempo.

3.-Disminución de las complicaciones médicas postquirúrgicas.

MÉTODO
Desde la consulta de cirugía se derivará a la unidad de prehabilitación,que será atendidad por el equipo de anestesiólogos cuya consulta se establece los miércoles en turno de tarde.

En ella se procederá a realizar la consulta de prehabilitación.

1.-La valoración del estado
funcional preoperatorio del paciente que va a ser intervenido es uno de los pilares básicos de la Unidad de Prehabilitación.

Por lo tanto debemos hacer una selección de los posibles pacientes candidatos a recibir una terapia prehabilitadora.

Para ello el test que presenta mejores resultados en la literatura es el test de la marcha de seis minutos. Este test da una idea de la capacidad submáxima que puede asumir un paciente e incluye parámetros como: intensidad, resistencia, fuerza o velocidad.

Una vez identificada la población de riesgo se deben aplicar programas de ejercicio orientados a la mejora de la capacidad funcional del paciente. El ejercicio aumenta la capacidad aeróbica y mejora el Índice de Masa Corporal. Además la terapia de prehabilitación debe incluir necesariamente terapia nutricional, con el objetivo de recuperar metabólicamente el gasto que pueda producir los programas de ejercicio. El último pilar del programa de prehabilitación es la terapia cognitiva.

INDICADORES
1.-Consulta preanestésica e Información al paciente de todos los procedimientos a los que va a ser sometido y firma de los consentimientos informados para la anestesia y pruebas funcionales.

2.-Valoración de la capacidad funcional del paciente

Test de los seis minutos- Escala de Borg-Distancia recorrida

3.-Valoración del estado nutricional por encuesta nutricional y parámetros biológicos.

4.-Valoración del estado cognitivo por test HF36 y HADS.

5.-Establecimiento de terapia prehabilitadora

Se realizarán controles basales- previos a cirugía y un mes tras cirugía

DURACIÓN
Por lo desarrollado anteriormente se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0133

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TERAPIA PREHABILITADORA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GASTRECTOMIA

entiende como misión de la Unidad de Prehabilitación la de aplicar terapia prehabilitadora a los pacientes con riesgo de deterioro perioperatorio, con la finalidad de aumentar su capacidad funcional previa a la cirugía, con el fin de conseguir los mejores resultados en salud, eficiencia y calidad tanto en la actividad asistencial, docente como investigadora.
La duración de la puesta en marcha e implementación de la Unidad será de un año, en el que se validará el test de los seis minutos para nuestra población y se estudiará el impacto de la aplicación de prehabilitación en el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0233

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MURILLO PINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LONGAS VALIEN JAVIER
MARIN ZALDIVAR CLARA
ALBENDEA CALLEJA CARLOS
RIVERO SALVADOR TAMARA
ELIA GUEDEA MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con el objetivo de mejorar la recuperación del paciente tras una cirugía mayor colorrectal surgen los programas de rehabilitación multimodal, Fast-track o de recuperación intensificada (Enhanced Recovery Programs, ERAS). Éstos suponen un conjunto de estrategias perioperatorias basadas en la evidencia científica y llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar, diseñadas para minimizar el estrés asociado al proceso quirúrgico y mejorar la recuperación funcional del paciente tras el mismo, contribuyendo así a reducir las complicaciones postoperatorias y a acortar la estancia hospitalaria.

El Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa ha implantado programas ERAS, que si hasta ahora han demostrado claros beneficios en la recuperación del paciente, todavía siguen en proceso de desarrollo. En dicho hospital se siguen los protocolos elaborados por el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) para los distintos tipos de cirugía colorrectal, los cuales incluyen medias preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias.

La mayoría son estrategias que se cumplimentan en los periodos intra- y postoperatorio cuando el periodo preoperatorio es un periodo de vital importancia en el que identificar factores de riesgo potencialmente modificables sobre los que poder actuar, y cuya mejora previa a la intervención puede tener repercusiones positivas a nivel intra- y postoperatorio.

Así surgen los programas de Prehabilitación, cuyo pilar fundamental supone mejorar la capacidad funcional del paciente previa a la cirugía con el objetivo de que éste afronte mejor la intervención y consiga una más rápida recuperación funcional tras la misma. Estos programas se componen además de otros dos pilares sobre los que se ha de actuar además del estado funcional, como son el estado nutricional y el estado cognitivo.

Las revisiones sistemáticas y meta-análisis realizados hasta la fecha de los trabajos publicados en prehabilitación reflejan los beneficios de este tipo de terapia en cuanto a la reducción de las complicaciones postoperatorias y el acortamiento de la estancia hospitalaria.

Con esta premisa, se crea en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, la primera Unidad de Prehabilitación, supeditada al Servicio de Anestesiología y Reanimación, con el objetivo de implementar un programa de prehabilitación trimodal para pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva.

Dentro del calendario marcado los pacientes con indicación quirúrgica de cirugía colorrectal son derivados desde el Servicio de Cirugía General a la Unidad, ubicada en las consultas de Anestesiología del edificio de consultas externas del hospital. Si presentan un grado en la escala New York Heart Association (NYHA) igual a uno y dan su consentimiento, son incluidos en el programa. Se elaboran tres consentimientos específicos para la Unidad, de inclusión al programa, de realización del test de la marcha de los seis minutos, y de utilización de datos estadísticos.

Los pacientes incluidos son vistos en la Unidad en tres ocasiones, en una primera consulta tras la indicación quirúrgica, en una segunda consulta dos semanas después de la primera y previa a la cirugía, y en una tercera consulta al mes de la cirugía. Se forma un equipo de trabajo destinado a tal fin formado por dos facultativos y dos residentes de Anestesiología, además de dos enfermeras.

En la primera consulta se conoce e informa al paciente sobre el programa de prehabilitación, se realiza la valoración preanestésica, y se evalúa su estado funcional, su estado nutricional y su estado cognitivo.

La evaluación del estado funcional se efectúa mediante el test de la marcha de los seis minutos, el cual consiste en medir la distancia máxima que recorre el paciente andando de un lado a otro a lo largo de un pasillo de 20 metros, anexo a la Unidad, durante seis minutos. Durante su realización se monitoriza al paciente registrando cada minuto su frecuencia cardiaca y su saturación de oxígeno, así como la distancia recorrida en metros. En dicho pasillo se añaden unas marcas cada dos metros para facilitar este registro.

Antes de iniciar el test, se registran variables hemodinámicas (tensión arterial sistólica, diastólica y media, frecuencia cardiaca y saturación arterial de oxígeno). Una vez finalizado se registran de nuevo las mismas variables además de los segundos que tarda el paciente en alcanzar su frecuencia cardiaca basal, la distancia total recorrida y la aparición de complicaciones.

Una vez conocida la capacidad funcional del paciente, se elabora una pauta de ejercicios que debe realizar diariamente hasta el ingreso hospitalario. Esta pauta se basa principalmente en el entrenamiento de la resistencia aeróbica mediante la repetición de ciclos de 6 minutos caminando rápido, intercalados por “pausas” de 10 minutos caminando despacio. Tanto el número como la progresión de ciclos repetidos se adecúan al estado funcional previo y la tolerancia de cada paciente.

Además del ejercicio aérobico, los pacientes deben seguir con la actividad que realizaran habitualmente así como llevar a cabo repeticiones diarias de ejercicios respiratorios, de flexibilidad y de entrenamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0233

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?

de la fuerza muscular. Se elabora un documento con estas pautas de ejercicios tanto explicados como representados de forma gráfica, que se aportan al paciente. Contamos con un facultativo especializado en Rehabilitación que nos ayuda a elaborar estas pautas, basadas en la evidencia científica encontrada para este tipo de programas.

La evaluación del estado nutricional se lleva a cabo con el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), un instrumento de cribado que identifica a adultos con riesgo bajo, intermedio o alto de malnutrición. Aquellos pacientes con un riesgo intermedio o alto son derivados al servicio de Endocrinología para recibir tratamiento nutricional específico.

Al resto de los pacientes se les pautan suplementos nutricionales en forma de batidos hiperproteicos hipercalóricos con mezcla de fibras, enriquecidos en L-Arginina, nucleótidos, ácidos grasos omega 3 y antioxidantes. Deben tomar un brick diario durante los 7 días previos a la cirugía y los 7 días posteriores a la misma. Con ellos se busca la recuperación del gasto metabólico causado por los programas de ejercicio. Además de mejorar el estado proteico del paciente, favorecen la modulación de la inflamación y del sistema inmune, mantienen el control del índice glucémico, contribuyen a la cicatrización y a la reducción de la tasa de infecciones de herida quirúrgica, y previenen el estrés oxidativo. Contamos con una especialista en Nutrición que además de indicarnos los suplementos más adecuados, nos aconseja en casos individualizados. Se obtienen recetas específicas para la obtención de dicho tratamiento suplementario.

La evaluación del estado cognitivo se realiza con la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), un instrumento que permite evaluar los síntomas cognitivos y conductuales de ansiedad y depresión. El paciente debe cumplimentar el cuestionario de forma individual en tres ocasiones, tras cada visita a la Unidad.

Se proporcionan ejercicios basados en Mindfulness además de toda la información requerida por el paciente o los familiares durante el proceso, y apoyo en cuanto necesiten.

Se elabora y aporta a cada paciente un tríptico informativo al respecto de un programa de prehabilitación trimodal así como una hoja con las instrucciones a seguir hasta el día de la intervención.

En la segunda consulta se evalúa de nuevo el estado funcional con el test de la marcha de los seis minutos para valorar la evolución de su capacidad funcional, registrando las mimas variables antes, durante y tras la realización del mismo. Se valora el cumplimiento del programa hasta ese momento, se refuerzan las pautas a seguir y se resuelven dudas.

Se realiza un seguimiento del paciente durante todo el proceso hasta la tercera consulta en la que se realiza de nuevo el test de los seis minutos para evaluar el grado de recuperación funcional postoperatoria y se recoge el cuestionario HADS cumplimentado. Si no ha habido incidencias que requieran cuidados adicionales, el paciente es dado de alta de la Unidad tras esta última consulta.

Posteriormente se procede a registrar los datos recogidos en cada consulta así como aquellos datos referentes al ingreso y evolución postoperatoria, obtenidos de la historia clínica electrónica, en un programa estadístico para su análisis y posterior interpretación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo de este proyecto era crear una Unidad de Prehabilitación en la que implementar un programa de prehabilitación trimodal para pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva.

Dicha Unidad se ha creado desde el servicio de Anestesiología iniciando la puesta en marcha de dicho programa, el cual se ha llevado a cabo en los pacientes con criterios de inclusión durante el calendario marcado.

En total se han efectuado 200 consultas en la Unidad, de las cuales un 40% han sido consultas de primer día.

Los indicadores de evaluación y seguimiento utilizados en el proyecto han sido:

-Capacidad funcional perioperatoria: se ha registrado la capacidad funcional de cada paciente como distancia recorrida en metros durante la realización del test de los seis minutos, incluyendo la distancia total y la distancia recorrida cada minuto. El test se ha realizado en un pasillo anexo a la consulta, marcado cada dos metros hasta los 20 metros que debe medir el lugar utilizado para la realización del mismo. La prueba se ha llevado a cabo por cada paciente en las tres visitas a la Unidad, registrando estas distancias en cada una de ellas.

-Complicaciones postoperatorias: se han registrado las complicaciones presentadas durante los primeros 30 días tras la intervención, anotando la incidencia y el tipo de complicación según la escala de Clavien modificada.

-Estancia hospitalaria: se ha registrado la estancia en una unidad de cuidados intensivos tras la cirugía, si ésta se ha producido y su duración en días, así como la estancia hospitalaria total en días.

Tanto las complicaciones postquirúrgicas como la duración de estancia hospitalaria se han obtenido de la historia clínica electrónica.

Todos los pacientes incluidos han cumplimentado el programa obteniendo una mejora en su capacidad funcional, con una distancia total recorrida en el test de los seis minutos superior en las determinaciones previa a la cirugía y al mes de la cirugía con respecto a la inicial. Esto indica no sólo una mejora de su estado funcional en el periodo preoperatorio sino también una mayor y más rápida recuperación funcional postoperatoria.

La incidencia de complicaciones, duración de estancia en cuidados intensivos y duración total de estancia hospitalaria han sido menores en comparación con una muestra histórica de pacientes intervenidos de cirugía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0233

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?

colorrectal electiva sin terapia prehabilitadora.

La optimización previa del paciente a nivel funcional, conjuntamente y apoyada con la mejora de su estado nutricional y cognitivo, supone que el paciente llegue a la cirugía en mejores condiciones lo que puede determinar una incidencia menor de complicaciones graves postoperatorias y por consiguiente una menor estancia hospitalaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La importancia de la Prehabilitación radica en su intervención activa durante el periodo preoperatorio, periodo hasta ahora olvidado y sin duda fundamental en la preparación y optimización del paciente de cara a afrontar una situación agresiva y estresante como es una cirugía mayor. Esto supone una nueva forma de ver y actuar para con el paciente por parte del anestesiólogo, y la oportunidad por parte del paciente de participar en su preparación y recuperación.

Para lograr la mayor optimización previa del paciente necesitamos la involucración de muchos servicios conformando un equipo multidisciplinar. Es por ello que aunque la Unidad de Prehabilitación esté supeditada al servicio de Anestesiología, deben participar en ella especialistas en otros campos. En este sentido, queda pendiente conseguir una mayor participación activa y coordinada por parte de otros servicios y especialistas no sólo durante y tras la intervención sino también durante el periodo previo al ingreso hospitalario.

Asimismo, debemos protocolizar el manejo preoperatorio de estos pacientes, mejorando y desarrollando aspectos referentes a cada uno de los pilares que conforman la prehabilitación trimodal. Esta protocolización podrá contribuir a lograr una mejor replicación del programa en otros centros.

El objetivo de la Unidad es seguir trabajando en el programa de prehabilitación trimodal incluyendo no solo mejoras en el mismo sino también más pacientes con cáncer colorrectal y si es posible más adelante, pacientes con otros tipos de cáncer o incluso otras patologías con indicación quirúrgica.

7. OBSERVACIONES.

*** ==================================== Resumen del proyecto 2016/233 ==================================== ***

Nº de registro: 0233

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?

Autores:
MURILLO PINA RAQUEL, LONGAS VALIEN JAVIER, MARIN ZALDIVAR CLARA, ALBENDEA CALLEJA CARLOS, RIVERO SALVADOR TAMARA, PELIGERO DEZA JAVIER, ELIA GUEDEA MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Con el objetivo de mejorar la recuperación tras una cirugía colorrectal surgen los programas de recuperación intensificada (Enhanced Recovery Programs, ERAS). Suponen un conjunto de estrategias perioperatorias basadas en la evidencia científica diseñadas para minimizar el estrés asociado al proceso quirúrgico y mejorar la recuperación funcional del paciente tras el mismo, contribuyendo así a reducir las complicaciones postoperatorias y a acortar la estancia hospitalaria.
La mayoría de las estrategias que incluyen se centran en los periodos intra- y postoperatorio, cuando el periodo preoperatorio es un periodo de vital importancia en el que identificar factores de riesgo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0233

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREHABILITACION TRIMODAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA. ¿UNA ESTRATEGIA MAS A INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION INTENSIFICADA?

modificables cuya mejora previa a la intervención puede tener repercusiones positivas a lo largo de todo el periodo perioperatorio.
Incluso en ausencia de complicaciones, la capacidad funcional del paciente se ve reducida durante este periodo previo, manteniéndose en el tiempo tras la intervención. Diversos estudios han demostrado una mejora significativa en la capacidad funcional tras varias semanas siguiendo un programa de prehabilitación en pacientes sometidos a cirugía colorrectal.
Estos programas actúan además sobre otros dos pilares, estado nutricional y estado cognitivo, conformando así la Prehabilitación trimodal. Su importancia radica en su intervención durante el periodo preoperatorio, buscando una mayor optimización del paciente para que éste llegue a la cirugía en las mejores condiciones posibles.

RESULTADOS ESPERADOS
-Implementar un programa de prehabilitación trimodal para pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva.
-Conseguir una mayor optimización funcional, nutricional y cognitiva preoperatorias de los pacientes incluidos en el programa.
-Disminuir la incidencia de complicaciones postoperatorias.
-Reducir la duración de estancia hospitalaria.

MÉTODO
Una vez indicada la intervención quirúrgica, los pacientes serán derivados a la Unidad de Prehabilitación. Si presentan un grado en la escala New York Heart Association (NYHA) igual a uno y dan su consentimiento, serán incluidos en el programa de prehabilitación trimodal.
Estos pacientes serán vistos en la unidad, los miércoles en horario de tarde, en tres ocasiones, por un equipo formado por dos facultativos especialistas y dos residentes de anestesiología, además de dos enfermeros.
En la primera consulta, tras la indicación quirúrgica, se llevará a cabo la valoración preanestésica y la evaluación del estado funcional (mediante el test de la marcha de los seis minutos), el estado nutricional (con el Malnutrition Universal Screening Tool, MUST), y el estado cognitivo (con la Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).
Se aportará una pauta de ejercicio que el paciente deberá realizar diariamente hasta el ingreso hospitalario, basado principalmente en el entrenamiento de la resistencia aeróbica, junto con ejercicios sencillos respiratorios, de flexibilidad y de fuerza muscular. Asimismo se pautarán suplementos nutricionales en forma de batidos hiperproteicos hipercalóricos que deberán tomar 7 días antes y 7 días después de la cirugía Y se proporcionarán ejercicios de relajación basados en Mindfulness, además de toda la información y apoyo que necesiten.
En la segunda consulta, dos semanas después, se valorará el cumplimiento del programa, se evaluará de nuevo el estado funcional, y se afianzarán las instrucciones a seguir hasta el día de la cirugía.
En la tercera consulta, al mes de la cirugía, se valorará el estado del paciente tras la misma, se evaluará el grado de recuperación funcional, y se le dará de alta de la unidad si no ha habido incidencias que precisen cuidados adicionales.
Una vez completado su paso por la unidad se registrarán en una base de datos los parámetros recogidos en las sucesivas consultas así como las siguientes variables: tipo de cirugía colorrectal, técnica quirúrgica, complicaciones postquirúrgicas según la escala de Clavien modificada, estancia en UCI y estancia hospitalaria total.

INDICADORES
-Capacidad funcional como la distancia recorrida en metros durante la realización del test de los seis minutos, tanto la distancia total como la distancia recorrida cada minuto.
-Complicaciones postoperatorias según la escala de Clavien modificada.
-Duración en días de estancia en una unidad de cuidados intensivos y de estancia hospitalaria total.

DURACIÓN
El proyecto se iniciará el 1 de Noviembre de 2016 y finalizará el 1 de Noviembre de 2017.
Durante este periodo los pacientes que vayan a ser intervenidos de cirugía colorrectal electiva y cumplan con criterios de inclusión al programa de prehabilitación trimodal, serán vistos en la Unidad de Prehabilitación en las tres visitas ideadas para ello. Una vez se completen las tres consultas, se procederá a registrar los datos recogidos en cada una de ellas así como aquellos referentes al ingreso y evolución postoperatoria en un programa estadístico para su análisis e interpretación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0937

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS. UNIDAD DEL DOLOR

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... OLGA GASCA ANDREU
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CIA GOMEZ PEDRO
YANGUAS LASHERAS PILAR
VAZQUEZ SANCHO MARIA JESUS
EZQUERRA FANLO MARIA CRUZ
MARTINEZ ABADIA MARIA ESPERANZA
CONDE ANDRES RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión bibliográfica
- Puesta en común
- Elección de procedimientos a realizar y reparto de trabajos
- Puesta en común

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
5 procedimientos completos elaborados y dos más en proceso de realización, que es aproximadamente el 50% del total de procedimientos que se realizan en la Unidad, standard marcado.
El proyecto ha ayudado en la formación de personal de nueva incorporación en la unidad y personal sustituto (8 personas). Además en la formación de MIR (6), alumnos de medicina (8), alumnos de enfermería (12), de Auxiliar de enfermería (2) y alumnos de Foccus ((6).
Total: (42 beneficiarios)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Las actividades realizadas han ayudado a trabajar en equipo.
- Revisión de los procedimientos que se realizan actualizándolos, según la evidencia científica.
- Ha facilitado la formación del personal de nueva incorporación, haciéndola más rápida y eficaz, además de dar seguridad.
- Ha mejorado la enseñanza con la documentación aportada a los alumnos que rotan por la Unidad.
Para que este proyecto quede completo sería necesario elaborar 7 procedimientos quedándo de esta forma terminados todos los procedimiento de la Unidad, ayudando de una forma más eficaz en la mejora de la calidad que se da a los pacientes atendidos en la Unidad, aportando seguridad y evitando la variabilidad en las personas que se incorporan a la Unidad y mejoraría la formación de los alumnos qué rotan por la Unidad. La sostenibilidad y replicación del proyecto es posible, ya que se ha podido realizar el 50% del mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/937 ========== ***

Nº de registro: 0937

Título
PROTOCOLIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE DOLOR DEL H.C.U. "LOZANO BLESA"

Autores:
GASCA ANDREU OLGA, VAZQUEZ SANCHO MARIA JESUS, YANGUAS LASHERAS PILAR, CONDE ANDRES RAQUEL, BARCELONA ASENSIO PATRICIA, SAENZ-LÓPEZ PASCUAL LIDIA CRISTINA, EZQUERRA FANLO MARIA CRUZ, MARTINEZ ABADIA ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dolor
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0937

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCEDIMIENTOS. UNIDAD DEL DOLOR

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la gran rotación de personal de enfermería en la U. del Dolor, motivada por sustituciones o incrementos de actividad asistencial, hemos visto necesario hacer una protocolización de las actividades más frecuentes de nuestro trabajo. Es necesario que éste trabajo esté basado en las mejores prácticas, sea consensuado y expresado en normas de tal manera que podamos atender a nuestros pacientes con la mejor calidad y seguridad posible, disminuyendo la variabiliadad en la atención de los mismos

RESULTADOS ESPERADOS
• Unificar criterios y plasmarlos por escrito
• Racionalizar recursos disminuyendo el tiempo en la realización de los procedimientos*
• Normalizar la actividad profesional para incrementar la calidad y seguridad de los cuidados de enfermería

MÉTODO
• Revisión bibliográfica
• Reuniones periódicas para normalizar las actividades llevamos a cabo en la Unidad como son: Iontoforésis, TENS, Lidocaina IV, Propofol IV, Qutenza, Infiltraciones de rodilla y trigéminos, de Toxina botulínica guiada por TAC, puntos gatillo, músculos profundos guiados por ecografía, Radiofrecuencia convencional de facetas, ganglio dorsal, de la cadena simpática, Epidural Interlaminar, caudal y de nervios periféricos.

INDICADORES
• 70 % de procedimientos realizados en la Unidad protocolizados

DURACIÓN
• Tercer trimestre de 2016: Revisión bibliográfica
• Primer trimestre de 2017: puesta en común
• Segundo trimestre 2017: Elaboración y redacción de procedimientos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1643

1. TÍTULO

OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADA ANTES DE FINALIZAR LA GESTACION

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JULIA GUILLEN ANTON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TEJERO SANCHO SUSANA
ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO
SOLA GARCIA JOSE LUIS
CHARLO BERNARDOS MARTA
DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO
EZQUERRA GIMENEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Coordinación con Servicio de obstetricia
Elaboración del material necesario
Información a los 2 Servicios involucrados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reuniones para elaboración del material necesario de las sesiones informativas
Material de video y consentimiento ya realizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de su puesta en marcha e implantación de 2018

7. OBSERVACIONES.
Debido a cambios en el Servicio de Obstetricia de la Responsable del Área objeto de este proyecto han pasado meses sin poder trabajar en el proyecto por lo que se implantará a lo largo de 2018

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1643 ========== ***

Nº de registro: 1643

Título
OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADAANTES DE FINALIZAR LA GESTACION

Autores:
GUILLEN ANTON JULIA, TEJERO SANCHO SUSANA, ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO, SOLA GARCIA JOSE LUIS, CHARLO BERNARDOS MARTA, DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO, EZQUERRA GIMENEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad el consentimiento informado de analgesia del parto vía epidural se obtiene de la paciente en el momento de su paso a la zona de dilatación y paritarios de la planta cuarta de nuestro hospital. En la mayoría de los casos la paciente ya presenta dinámica de parto y, por lo tanto dolor, por lo que dicho consentimiento se obtiene en condiciones de sufrimiento y escasa receptividad a las información que el anestesista le debe aportar en
cuanto a en qué consiste la técnica, posibles complicaciones y dificultades que en cada caso pueda presentar su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1643

1. TÍTULO

OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANALGESIA DEL PARTO: INFORMACION ADECUADA ANTES DE FINALIZAR LA GESTACION

realización. Tampoco la paciente se encuentra en situación de exponer posibles dudas que pudiera tener sobre la analgesia epidural del parto. Atendiendo a todo lo anterior, se pueden plantear dudas en cuanto a la validez de ese
consentimiento obtenido en circunstancias de precipitación y sufrimiento cuando la paciente lo único que desea es que le alivien el dolor que padece.

RESULTADOS ESPERADOS
Teniendo en cuenta el número de partos/año en nuestro hospital así como la limitación de recursos que hacen imposible la atención de todas las pacientes embarazadas en las consultas de anestesia disponibles vamos a elaborar
un procedimiento que permita, a través de sesiones periódicas, reunir grupos de pacientes embarazadas que reciban información sobre el desarrollo del parto y la analgesia epidural en condiciones más favorables de recibir información, compresión de la técnica y de sus posibles complicaciones, y que, a su vez, permita a las pacientes verbalizar, de forma colectiva o individual, las dudas o miedos que puedan tener de cara al momento de finalizar su
gestación.
Una vez recibida toda la información y resueltas las dudas, las gestantes se llevarán a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural, que firmarán una vez hayan reflexionado sobre toda la información recibida y lo aportarán junto con el resto de la documentación del seguimiento obstétrico de su embarazo en el momento de su ingreso hospitalario para el parto. En ese momento, el anestesista que va a realizar la técnica de analgesia epidural podrá resolver las dudas que a la gestan le hayan podido surgir desde que recibió toda la información en las sesiones programadas.

MÉTODO
-Realizar sesiones periódicas mensuales o quincenales conjuntas anestesia-obstetricia reuniendo a grupos de embarazadas.
-Presentación mediante vídeos y explicaciones por profesionales, anestesistas y obstetras, de la técnica de la analgesia epidural y del desarrollo del parto.
-Explicación de las posibles complicaciones.
-Resolución de dudas en común
-Resolución de dudas y/o temores a nivel individual al final de las sesiones con los profesionales para aquellas pacientes que así lo requieran.
-Todas las gestantes se llevarán a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural.

INDICADORES
- Elaboración del procedimiento
- Difusión del procedimiento a todos los miembros de los Servicios de Anestesia y Obstetricia.
- Difusión del procedimiento entre las pacientes embarazadas.
- Números de embarazadas que asisten a las sesiones programadas.

DURACIÓN
Años 2016-2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1663

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO INTERVENIDO DE COLUMNA

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE FELIX MARTINEZ JUSTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLAGORTA GARCIA SILVIA
GARCIA RUIZ NURIA
BENITO NAVERAC HELENA
ALTEMIR TRALLERO JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de un protocolo en el caso de pacientes neuroquirúrgicos intervenidos de columna para el uso intraoperatorio de técnicas y fármacos anestésicos que no interfieren en la monitorización neurofisiológica. Se intensificó la colaboración entre anestesiólogo, neurofisiólogo y neurocirujano con toma de decisiones conjuntas durante el periodo intraoperatorio.
Valoración postquirúrgica del paciente intervenido, tanto dentro del quirófano una vez finalizada la intervención como posteriormente en la sala de reanimación, para descartar lesiones neurológicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disminución de las lesiones neurológicas derivadas de la manipulación quirúrgica en los pacientes intervenidos de columna.
Reconocimiento precoz de las lesiones o déficits neurológicas posibilitando su rápido tratamiento médico o neuroquirúrgico.
Se aumentó el número de intervenciones de columna realizadas con monitorización neurofisiológica, beneficiándose de este modo un mayor número de pacientes neuroquirúrgicos.
Ausencia de complicaciones anestésicas importantes con el uso de las técnicas y fármacos adaptados para no interferir en la monitorización neurofisiológica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos han sido favorables.
La protocolización de las técnicas y fármacos anestésicos ha servido para homogeneizar la actuación de los distintos anestesiólogos ante los pacientes intervenidos de columna y con monitorización neurofisiológica.
Los pacientes neuroquirúrgicos intervenidos de otras patologías no relativas a columna también podrían beneficiarse de la monitorización neurofisiológica y de la aplicación de proyectos similares al aquí descrito.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1663 ========== ***

Nº de registro: 1663

Título
MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO INTERVENIDO DE COLUMNA

Autores:
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX, OLAGORTA GARCIA SILVIA, GARCIA RUIZ NURIA, BENITO NAVERAC HELENA, ALTEMIR TRALLERO JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Evitar lesiones neurologicas en los pacientes intervenidos de columna mediante un manejo anestesico que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1663

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE NEUROQUIRURGICO INTERVENIDO DE COLUMNA

permita la monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuación de las técnicas y fármacos anestésicos para realizar una correcta monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria que permita guiar al neurocirujano durante la intervención y así evitar lesiones neurologicas.
Elaboración de un protocolo

MÉTODO
Utilización de fármacos anestésicos que no interfieran en la monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria.
Estrecha colaboración entre anestesiologo, neurofisiologo y neurocirujano

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que se beneficien del manejo anestésico adecuado a la monitorizacion neurofisiologica intraoperatoria

DURACIÓN
Año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0198

1. TÍTULO

OPTIMIZAR NIVELES HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA OLAGORTA GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX
ESTEBAN CIRIANO MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La mayoría de las transfusiones durante el periodo perioperatorio se deben principalmente a tres motivos: 1) presencia de anemia preoperatoria, 2) pérdida sanguínea intraoperatorio-postoperatoria y 3) transfusión liberal en el período postoperatorio. Por lo tanto, la adecuada evaluación del paciente con la subsecuente optimización de la hemoglobina supone una disminución en el número de complicaciones postoperatorias. Por lo tanto, es imperativo individualizar cada paciente según el contexto y el tipo de intervención para decidir la cifra de hemoglobina optima.

Se seleccionaron pacientes programados para cirugía de resección transuretral de vejiga y se realizó una consulta anestésica preoperatoria. Teniendo en cuenta, el riesgo moderado de sangrado en este tipo de intervención, elaboramos un check list» sencillo para:
-Identificar y corregir anormalidades en la coagulación y/o coagulopatía congénita
-Identificar antecedentes de sangrado en procedimientos quirúrgicos previos.
- Identificar eventos trombóticos,
-Identificar uso de fármacos antiplaquetarios y/o anticoagulantes orales, suplementos vitamínicos, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina, medicina alternativa (ginkgo, ginseng, ajo) que pueden favorecer un sangrado postoperatorio.

En la valoración preoperatoria se detectaron y pudieron corregirse alteraciones preoperatorias bien remitiendo al paciente al especialista o bien iniciando tratamiento en ese mismo momento. Con el hemograma, algún test complementario del metabolismo del hierro, un parámetro de inflamación y la tasa de filtrado glomerular es posible iniciar el tratamiento con hierro intravenoso solo o asociar eritropoyetina, con o sin hierro. En casos seleccionados puede ser necesaria una visita control a los 15 días para ver la respuesta y complementar el tratamiento. La hemoglobina objetivo está en función de las características clínicas del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos evidencian una disminución en el número de requerimientos transfusionales postoperatorios. Como consecuencia de ello se puede observar:
- Disminución en los índices de Morbilidad y mortalidad
- Disminución en el desarrollo de Infección postoperatorias
- Disminución en el número de pacientes afectados de Síndrome de dificultad respiratoria aguda y fallo multiorgánico
- Disminución en la estancia en cuidados intensivos y/o hospitalización prolongada.0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La anemia y los requerimientos de transfusión sanguínea durante el periopera- torio incrementan el riesgo de complicaciones postoperatorias retrasando en muchos casos el alta hospitalaria. La adecuada evaluación preoperatoria, la optimización de hemoglobina y riesgo de sangrado tiene un impacto positivo en la evolución del paciente al disminuir el número de posibles complicaciones asociadas.
Por lo tanto, programar una consulta anestésica preoperatoria con antelación para poder valorar y revisar las cifras de Hb en pacientes susceptibles de tratamiento es francamente necesario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/198 ========== ***

Nº de registro: 0198

Título
OPTIMIZAR NIVELES DE HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0198

1. TÍTULO

OPTIMIZAR NIVELES HB PREOPERATORIA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA PARA MINIMIZAR RIESGO ASOCIADO A TRANSFUSIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES QUIRURGICOS DE ALTO RIESGO

Autores:
OLAGORTA GARCIA SILVIA, ESTEBAN CIRIANO MARIA ESTHER, MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La elaboración de este protocolo nace de la necesidad creciente de desarrollar protocolos basados en la evidencia para mejorar la calidad y reducir los errores clínicos en el manejo clínico de pacientes con carcinoma vesical.

La presencia de anemia perioperatoria representa un riesgo independiente de resultados negativos en el postoperatorio, mayores costes y mayor tiempo de estancia hospitalaria. La transfusión de componentes hemáticos se asocia a efectos adversos y deben de evitarse en lo posible, de aqui la importancia de la hemoglobina previa en un paciente susceptible de cirugia vesical.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es realizar una valoración preoperatoria adecuada en pacientes de alto riesgo susceptibles de tratamiento quirurgico y detectar y corregir alteraciones en valores de hemoglobina previos a cirugia.
Con la optimización de este parametro así com posibles alteraciones en la coagulación se podran reducir los requeriminetos transfusionales y de forma indirecta se disminuiran la mortalidad y morbilidad perioperatoira.

MÉTODO
Valoración preoperatoria exhaustiva de pacientes de alto riesgo analizando valores de Hemoglobina preoperatoria así como posibles alteraciones en la coagulación.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que podrían beneficiarse de la valoración preoperatoria en consulta preanestésica

DURACIÓN
Año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0240

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AURORA CALLAU CALVO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA
PEDRAZ NATALIAS MARTA
NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ
BADEL RUBIO MARIA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
LONGAS VALIEN JAVIER
ZARATE TEJERO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Proyecto nace de la necesidad de mejorar la información acerca del proceso quirúrgico en general y anestésico en particular, que se proporciona a pacientes pediátricos y a sus padres y/o tutores antes de ser sometido a un procedimiento anestésico.
El paciente es visto en consulta de preanestesia, donde se le solicita el estudio preoperatorio se le ofrece información sobre el proceso. Aunque se trata de hacerlo de forma fácil y comprensible, la situación estresante, el entorno hospitalario, la falta de tiempo, y otros factores, hacen que esta información no se asimile correctamente.
Se crea un grupo de trabajo con el objeto de elaborar material gráfico que mejore la información sobre el proceso y disminuya la ansiedad y el miedo preoperatorios en los niños. Este grupo está formado por adjuntos de Anestesia, Médicos Residentes y se incluye también un MIR de Pediatría que ayude a entender qué consecuencias tiene en el niño este proceso, más allá de la consulta de anestesia o del propio quirófano.
Se ha elaborado un material adaptado a niños, muy gráfico, visual, atractivo, en formato comic. Los textos utilizados se han adaptado al lenguaje infantil. Los dibujos han sido elaborados por Javier Longás, con las ideas aportadas por el grupo y los textos por Aurora Callau y Patricia García-Consuegra.
Tanto el contenido como el formato ha sido debatido en las reuniones del grupo de mejora para consensuar.
El material resultante se presentó a la Dirección en Octubre18, dando el visto bueno para su utilización, aunque recalcando la dificultad para la financiación del material. Se adjunta (ANEXOI)
A partir de ese momento se comienza a entregar a una muestra (hasta que pueda reproducirse en número suficiente para ser entregado a todos) a los niños hospitalizados para ser intervenidos quirúrgicamente el día anterior a su intervención. Se comenta con el propio niño y con los padres el material.
Antes del alta se entrega una encuesta a los padres (ANEXO II) para valorar la intervención del Servicio de Anestesia en el proceso quirúrgico y la información recibida. Del mismo modo a los niños en edad escolar se entrega encuesta sencilla con escala Likert a través de emoticonos (ANEXOIII).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES:
Material gráfico elaborado, consensuado en forma y fondo: SI
% familias que han utilizado la herramienta gráfica: nº familias a los que se les ha dado el material/ nº de niños anestesiados a partir de la fecha que se pone en marcha x 100 (100%)
% Padres satisfechos o muy satisfechos con la información recibida con respecto a la anestesia de sus hijos: nº de padres satisfechos o muy satisfechos / nº padres encuestados x 100 (100%)
% niños satisfechos o muy satisfechos con la información recibida con respecto a la anestesia: nº de niños satisfechos o muy satisfechos / nº niños encuestados x 100 (90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La satisfacción de los niños y los familiares mejora cuando la información que se les proporciona del proceso es clara, comprensible y veraz.
Adaptar la información al entorno de los niños es una excelente herramienta para conseguirlo
Implicar a los padres junto con sus hijos en el proceso, favorece la comunicación y la colaboración para conseguir el objetivo final: disminuir los efectos negativos de una insuficiente preparación previa a una intervención quirúrgica
Recomendaciones:
Además de continuar midiendo la satisfacción con respecto a la información recibida y al proceso de anestesia en general, sería recomendable medir indicadores indirectos de esta satisfacción como: disminución de la ansiedad, del dolor, del consumo de fármacos, de la estancia hospitalaria etc.

7. OBSERVACIONES.
Para poder entregar el documento a todos los niños que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico, sería necesaria una vía de financiación estable que asegurara la impresión de suficientes ejemplares del material elaborado.
Los resultados alcanzados por indicadores surgen de la muestra entregada en la planta de hospitalización. La

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0240

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)

puesta en marcha del proyecto desde la consulta ha sido iniciada al conseguir la impresión de todos los ejemplares que iban a ser necesarios, con fecha del 1 febrero 2019.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/240 ========== ***

Nº de registro: 0240

Título
CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCU)

Autores:
CALLAU CALVO AURORA, GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA, PEDRAZ NATALIAS MARTA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, BADEL RUBIO MARIA, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, LONGAS VALIEN JAVIER, ZARATE TEJERO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes pediátricos que vayan a sometidos a una intervención quirúrgica u cualquier otra prueba que necesite la asistencia de un facultativo anestesista
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El HCU lleva a cabo unos 500 procedimientos anestésicos anuales en pacientes pediátricos. Existen expectativas de aumentar la cifra en el próximo año con la implantación del PET-TAC de referencia para los niños de todo Aragón. Los Servicios de COT, OFT y ORL intervienen niños mayores de 12 meses de manera programada, y nuestra cartera de servicios incluye asistencia a niños mayores de 8 años que precisen cirugía urgente. A veces la población pediátrica del sector requiere la realización de pruebas diagnósticas bajo anestesia general o sedación fuera de quirófano, y siempre con la presencia de especialistas en Anestesia. El HCU es centro de referencia de Cirugía de Implante Coclear, Litotricia, y en los próximos meses también para exploraciones con PEC-TAC de la población Infantil en Aragón.

Ahora, un anestesista ve inicialmente al niño en consulta, donde se realiza el estudio preoperatorio. Ahí explica a padres o tutores en qué consiste el proceso, el tipo de anestesia a realizar, y las recomendaciones o pautas a tener en cuenta los días previos al ingreso para la intervención.
En el preoperatorio se ofrece información sobre el proceso, comprensible y fácil de asimilar. Además de la entrevista en la consulta o en la planta de hospitalización, podemos utilizar otro tipo de instrumentos como materiales gráficos, visitas al quirófano etc.
Diversos estudios afirman que un 60 % de los niños experimentan ansiedad en el preoperatorio y durante la inducción anestésica. Es muy importante preparar a niños y padres antes de la cirugía. La ansiedad y el miedo preoperatorios prolongan la inducción de la anestesia y pueden ocasionar problemas en el postoperatorio (trastornos del sueño, trastornos alimentarios, aparición de enuresis) que interfieren en el funcionamiento diario del niño en su proceso de hospitalización.
Se plantea la creación de un material gráfico específico dirigido a niños y padres. Muchos beneficios se asocian a una buena preparación ante una intervención quirúrgica: menor ansiedad, menor dolor, menor necesidad de fármacos y estancia hospitalaria, postoperatorios más cortos...

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
- Proporcionar información veraz y fácilmente comprensible sobre el procedimiento anestésico a realizar y disminuir la ansiedad prequirúrgica en el paciente pediátrico y sus posibles consecuencias.
Objetivos específicos:
- Crear un material gráfico que explique a niños y padres de forma comprensible todo el proceso anestésico
- Hacer partícipes a los padres y fomentar su colaboración en el proceso previo a la anestesia
- Disminuir los efectos negativos de una insuficiente preparación previa a la intervención quirúrgica

MÉTODO
- Reuniones con los facultativos del grupo multidisciplinar para unificar el protocolo de anestesia en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0240

1. TÍTULO

CREACION DE MATERIAL GRAFICO COMO HERRAMIENTA DE INFORMACION PARA EL PACIENTE PEDIATRICO QUE VA A SER ANESTESIADO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA (HCULB)

paciente pediátrico
- Material específico para niños que recibirán un procedimiento anestésico. Así facilitar una buena preparación antes de la intervención quirúrgica. El material contemplará diversos aspectos (ansiedad previa, síntomas asociados, técnicas a utilizar). Se presentará de forma gráfica, fácilmente comprensible
- Material para padres y niños con pautas a seguir los días previos a la cirugía de forma clara y sencilla
- Visita al niño por un anestesista el día previo a la intervención para recordar últimas pautas, resolver posibles dudas y verificar si el niño es apto para la cirugía
- Encuesta de satisfacción anónima a los padres para valorar la intervención del servicio anestesia
- Encuesta a los niños (en edad escolar) a través una escala de Likert registrada en emoticonos
- Recogida y revisión de datos de las encuestas para realizar la evaluación

INDICADORES
- Material gráfico realizado SI / NO
- % de padres satisfechos/muy satisfechos con la información recibida respecto a la anestesia
- % de niños satisfechos/muy satisfechos con la información recibida respecto a la anestesia
- % de padres y/o niños que han utilizado la herramienta (con respecto al número de pacientes pediátricos anestesiados)

DURACIÓN
- Duración del proyecto: 1 año
- Junio-Agosto 2018:
" Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas, orientación y diseño preliminar del material gráfico
" Actualización de procedimientos de evaluación preoperatoria en pediatría y elaboración de protocolos
" Sesión informativa a facultativos para la exposición del proyecto, nuevos protocolos, y de la información que debe ser entregada a padres y niños
- Agosto-Septiembre 2018: comienzo de la realización del material gráfico
- Octubre 2018: Revisión final del material elaborado, del diseño y contenido, para su posterior edición e impresión
- Noviembre 2018: entrega de folletos informativos y puesta en marcha de nuevos protocolos
- Reunión semestral del equipo para evaluación intermedia de resultados, posibles modificaciones e introducción de mejoras

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0467

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE FELIX MARTINEZ JUSTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLAGORTA GARCIA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Selección de los pacientes programados para cirugía de colon atendidos en la consulta de anestesia preoperatoria. Dentro de este grupo se identificaron aquellos con patología respiratoria o con comorbilidades asociadas que pudieran presentar complicaciones respiratorias postquirúrgicas. Se reajustó el tratamiento de base de la patología respiratoria correspondiente, insistiendo a los pacientes en su correcto cumplimiento, se realizó pruebas complementarias en aquellos casos que se estimó oportuno (gasometría, espirometría, ...), derivando a neumología para una reevaluación a los pacientes con peor control de su patología.
Se aseguró la toma del tratamiento broncopulmonar el día previo a la intervención quirúrgica y también la misma mañana de la cirugía de colon justo antes de la entrada en quirófano.
Se priorizó el uso de técnicas analgésicas locorregionales (bloqueos TAP, catéteres epidurales, anestesia subaracnoidea,....) como medida encaminada a disminuir el uso de derivados opioides para tratamiento del dolor postoperatorio.
Durante el período intraoperatorio se optimizó el modo de ventilación mecánica invasiva asegurando una buena oxigenación, evitando la hipercapnia excesiva en las cirugías laparoscópicas, y además realizando maniobras de reclutamiento y el uso de ventilación mecánica con PEEP como medidas para evitar la formación de atelectasias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se consiguió que los pacientes llegaran a la cirugía de colon con su patología respiratoria mejor controlada. Siendo reevaluados por neumología aquellos casos más rebeldes al tratamiento o peor controlados.
- Mayor adhesión al tratamiento broncopulmonar de los pacientes
- Se aseguró la toma medicamentosa broncopulmonar correspondiente previa a la cirugía.
- Aumento del uso de técnicas analgésicas locorregionales
- Disminución del consumo de opiáceos postquirúrgicos en el postoperatorio inmediato en la URPA
- Disminución del consumo de opiáceos en el postoperatorio en la planta de cirugía
- Aumento de la ventilación mecánica invasiva con medidas encaminadas a evitar atelectasias
- Disminución de la necesidad de soporte ventilatorio invasivo postquirúrgico
- Disminución en la incidencia de infecciones respiratorias postquirúrgicas
- Disminución en los valores absolutos referidos por los pacientes en las escalas de dolor postoperatorio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos han sido satisfactorios y acordes a lo esperado. Creemos que el seguimiento más estrecho de los pacientes incluidos en este proyecto ha sido la clave para poder aplicar las medidas incluidas en él y también para asegurar su correcto cumplimiento. El trabajo coordinado entre la consulta de anestesia preoperatoria, neumología, dolor agudo postoperatorio y cirugía resulta fundamental para obtención de beneficios importantes objetivables en este tipo de pacientes con patología respiratoria sometidos a cirugía de colon. Las medidas incluidas en este proyecto podrían ser aplicables a otros tipos de cirugías que comprometan la función ventilatoria postoperatoria (cirugía torácica, hepato-biliar,....) pudiendo obtener en dichos pacientes beneficios similares a los ya obtenidos en los pacientes de cirugía de colon.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/467 ========== ***

Nº de registro: 0467

Título
PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA

Autores:
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX, OLAGORTA GARCIA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0467

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR LAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE COLON DE FORMA PROGRAMADA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Identificar preoperatoriamente a los pacientes de riesgo además de realizar una adecuación de las técnicas anestésicas y analgésicas para evitar las complicaciones respiratorias postquirúrgicas en los pacientes intervenidos de cirugía de colon de forma programada.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución de las complicaciones respiratorias postquirúrgicas en los pacientes intervenidos de cirugia de colon de forma programada. Elaboración de un protocolo.

MÉTODO
Identificar y optimizar los pacientes con patología pulmonar en la consulta preanestésica. Adecuación de la ventilación mecánica intraoperatoriamente. Utilización de técnicas analgésicas locorregionales.

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que se beneficien de las técnicas anestésicas y analgésicas dirigidas a disminuir las complicaciones respiratorias postoperatorias

DURACIÓN
Año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0476

1. TÍTULO

ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA BADEL RUBIO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEDRAZ NATALIAS MARTA
NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ
GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA
CALLAU CALVO AURORA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
LONGAS VALIEN JAVIER
GUILLEN ANTON JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el HCU se intervienen niños mayores de 12 meses de manera programada y a niños mayores de 8 años que precisen cirugía urgente. Hasta ahora nuestro Servicio disponía de diversos documentos de Consentimiento Informado tomando como paciente de referencia al individuo adulto, sin embargo, existen importantes diferencias en el manejo anestésico entre el paciente adulto y el pediátrico.
El paciente pediátrico es valorado en la consulta de preanestesia y es allí donde se le ofrece al representante del menor la información sobre el proceso, la cual debe ser entregada por escrito, reflejando la finalidad y naturaleza de la intervención así como sus riesgos y consecuencias más frecuentes.
Por todo ello, el proyecto nació de la necesidad de diseñar un único Consentimiento Informado de Anestesia Pediátrica que recogiera los distintos procedimientos anestesiológicos aplicables a nuestra población infantil.
Con el fin de llevar a cabo este proyecto se creó un grupo de trabajo formado por adjuntos de Anestesia y Médicos Residentes.
Para la elaboración del Consentimiento Informado se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica actualizada de trabajos y documentos relacionados con el consentimiento informado en pediatría. Además se tuvieron presentes los requerimientos legales y éticos necesarios para su desarrollo (ley estatal 41/2002 del 14 de noviembre y ley de Salud de Aragón 6/2002 del 15 de abril centrándonos en los artículos 12 y 14). Se realizó también una búsqueda de la legislación existente en otras comunidades autónomas como la ley 3/2001 del 28 de mayo de la comunidad autónoma de Galicia. (ANEXO I)
El grupo de mejora se reunió para debatir el contenido del nuevo formato haciendo hincapié en aspectos específicos de anestesia pediátrica como son: las recomendaciones de ayuno preoperatorio, precauciones en cuanto a la coexistencia de procesos infecciosos, el mantenimiento o abandono de la medicación habitual así como la utilización de un lenguaje claro y comprensible para el representante del menor y su representante. Finalmente se elaboró un Consentimiento Informado pediátrico unificando todos los procedimientos anestésicos del niño. (ANEXO II)
A partir de ese momento se implanta el nuevo documento en la consulta preanestésica y se entrega una encuesta de satisfacción al representante legal del niño (ANEXO III) para valorar la calidad de la información recibida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES:
Realización del Consentimiento Informado pediátrico: SI
% de padres satisfechos/muy satisfechos con la información recibida sobre la técnica anestésica, según la encuesta de satisfacción: 94%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de un Consentimiento Informado único adaptado a la población pediátrica mejora la satisfacción de sus representantes legales y proporciona una información más clara, comprensible y veraz de los procedimientos anestésicos que se van a realizar sobre el niño. Destacar en este documento las características anestésicas particulares del paciente pediátrico así como las consideraciones preoperatorias a tener en cuenta mejora el proceso quirúrgico y disminuye la incertidumbre de los padres.

Recomendaciones: sería recomendable medir la disminución de complicaciones quirúrgicas en el niño tras una adecuada información preanestésica a los padres.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/476 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0476

1. TÍTULO

ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR

Nº de registro: 0476

Título
ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR

Autores:
BADEL RUBIO MARIA, PEDRAZ NATALIAS MARTA, NAVARRO VICENTE DE VERA BEATRIZ, GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA, CALLAU CALVO AURORA, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, LONGAS VALIEN JAVIER, GUILLEN ANTON JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Distintas intervenciones quirúrgicas en las especialidades de; otorrinolaringología, traumatología, urología, oftalmología. Exploraciones, pruebas diagnósticas o terapéuticas en niños de diferentes patologías que requieran sedación o anestesia general.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el HCU se llevan a cabo unos 500 procedimientos anestésicos anuales en pacientes pediátricos. Los Servicios de COT, OFT,ORL y UROLOGÍA intervienen niños mayores de 12 meses de manera programada, y en nuestra Cartera de Servicios se incluye la asistencia a niños mayores de 8 años que precisen cirugía urgente. Cada vez es mayor el número de pacientes pediátricos del sector que requiere la realización de pruebas diagnósticas bajo anestesia general o sedación fuera de quirófano y siempre con la presencia de uno/dos anestesistas. El HCU es Centro de Referencia para Cirugía de Implante Coclear,
Litotricia y en los próximos meses para exploraciones con PEC-TAC en Aragón.
Actualmente, nuestro Servicio dispone de diversos documentos de Consentimiento Informado, que se explican y entregan a los pacientes en función del procedimiento anestésico que se les vaya a realizar (anestesia general, anestesia locorregional, sedación...). Todos ellos proporcionan información detallada de la labor del anestesiólogo, y han sido redactados tomando como paciente de referencia al individuo adulto.
Sin embargo, en el manejo anestésico existen importantes diferencias entre los pacientes adultos y pediátricos, tanto fisiológicas como farmacocinéticas y emocionales. Además, las recomendaciones de ayuno preoperatorio y las precauciones en cuanto a la coexistencia de procesos infecciosos también presentan connotaciones diferentes.
Por ello, el Grupo de Mejora plantea la necesidad de diseñar un Consentimiento Informado de Anestesia Pediátrica que recoja, en un único documento, los distintos procedimientos anestesiológicos aplicables a nuestra población infantil.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal
- Crear un consentimiento informado de anestesia específicamente dirigido a niños y padres.

Objetivos específicos

- Presentar al anestesiólogo como facultativo accesible, de fundamental importancia en la asistencia al paciente quirúrgico pediátrico.
- Actualizar los procedimientos de evaluación preoperatoria en pediatría.
- Disminuir la incertidumbre en los padres acerca de aspectos sobre el manejo anestésico; el ayuno, los procesos infecciosos de vías respiratorias previos al día de la intervención, la medicación que se debe mantener o retirar.
- Reunir en un único consentimiento las diversas técnicas anestésicas.

MÉTODO
- Realizar una búsqueda bibliográfica de trabajos y documentos relacionados con el consentimiento informado en pediatría.
- Analizar los requerimientos legales y éticos que describen para los documentos de consentimiento informado las normas nacionales y del Servicio Aragonés de Salud.
- Reuniones con los facultativos del grupo para identificar los puntos más importantes del consentimiento informado.
- Realizar una fase de elaboración del documento dirigido a los padres de los niños. En éste figurarán unificadas las diferentes modalidades anestésicas. Se presentará escrito y fácilmente comprensible y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0476

1. TÍTULO

ADECUACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ANESTESIA A LOS PACIENTES PEDIATRICOS DE NUESTRO SECTOR

cumpliendo los requisitos de consentimiento informado propuestos por las autoridades sanitarias.
- Realizar actividades de formación al servicio de Anestesiología para mejorar la aplicación del protocolo.
- Elaborar un cuestionario de satisfacción para los padres respondido de forma anónima y valorar la calidad de la información recibida por las familias.

INDICADORES
- % de consentimientos que han sido entregados a los padres, están firmados y constan en la historia clínica.
- % de padres satisfechos/muy satisfechos con la información recibida sobre la técnica anestésica, según la encuesta de satisfacción.
- % sobre el total de quejas verbales o escritas, formuladas por los padres, sobre la información recibida y que figuran en la historia clínica.

DURACIÓN
- Duración del proyecto: 1 año
- Septiembre- diciembre de 2018:
• Búsqueda bibliográfica y revisión de requerimientos legales y éticos para el consentimiento informado e identificación de puntos importantes.
• Reuniones del grupo de mejora para puesta en común de ideas y diseño preliminar del consentimiento informado.
• Realización del consentimiento informado e impresión del mismo.
- Sesión informativa a los facultativos para la exposición del proyecto.
- Enero 2019: inicio de entrega de los nuevos consentimientos en la consulta preanestésica. Se comenzará con la realización de una encuesta de satisfacción y comprensión del proceso anestésico dirigida a los padres una vez se haya llevado a cabo la intervención quirúrgica.
- Reunión semestral del equipo para la evaluación intermedia de resultados, posibles deficiencias e introducción de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... GEMA GRIMA LAENCINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO GRACIA NOEMI
BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL
MARTIN HERRERO EVA MARIA
CARRANZA NAVARRO PILAR
COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO
VIÑAS JAQUERO PILAR
VALDRES CARROQUINO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El paciente amputado de extremidad inferior tiene una baja calidad de vida en el campo físico y psicológico, mayores alteraciones posturales en las extremidades inferiores, alteración o pérdida de la sensibilidad y altas temperaturas en la extremidad del muñón de la amputación y sobrecarga durante la marcha.
Se observa que tras la intervención quirúrgica del paciente, queda un largo trabajo posterior: información, curas, fisioterapia, búsqueda de prótesis, adecuación de viviendas o búsqueda de ayudas, además de necesidad de apoyo psicológico, que no se esta considerando totalmente a nivel hospitalario.
Tras varias reuniones con el servicio de Angiología y Cirugía Vascular y bajo el asesoramiento de Rehabilitación, Psiquiatría y trabajora social se realiza un tríptico con toda esta información necesaria para el paciente durante el ingreso y posteriormente al alta para ayudarle a afrontar de la mejor forma posible esta nueva etapa. El tríptico esta finalizado, quedando pendiente alguna variación desde el punto de vista foto digital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha finalizado el tríptico, en el que se ha desarrollado de forma sencilla y con apoyo de imágenes la información necesaria para continuar la nueva fase que deben afrontar al alta los pacientes. Se intenta así favorecer la previsión y solución de multitud de problemas a los que se va a afrontar en su domicilio. Se desarrolla la forma de realizar las curas, vendajes y protección el muñón así como los signos de alerta ante una mala evolución de la herida del muñón, medidas posturas recomendadas, ejercicios del muñon, control del dolor del miembro fantasma, ejercicios de tonificación, riesgo de sobrepeso, reeducación de la marcha, la necesidad de rehabilitación y los posibles resultados gracias a ella, los diferentes tipos de sillas de ruedas en el inicio y prótesis posteriormente así como la colocación de la prótesis y mantenimiento de esta, la necesidad de apoyo psicológico y la valoración de acondicionamiento de domicilio o búsquedas de alternativas y recomendaciones de las opciones disponibles por parte del servicio de trabajadores sociales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La meta a la cual está orientado este proyecto es permitir la máxima funcionalidad y el uso eficaz de los medios físicos de soporte como son su vida cotidiana, laboral, familiar y social.
La adecuada rehabilitación del paciente amputado, que exige un enfoque multidisciplinario de su discapacidad, le permite a estas personas un reintegro social y laboral satisfactorio con una calidad de vida óptima para ser una independiente y funcional.
Hemos observado la falta de información a los pacientes en toda la etapa posterior a la cirugía y el beneficio de ofrecer toda ella durante el ingreso, previamente a la amputación para que tanto el paciente como la familia se vayan preparando psicológicamente y realizando las acciones burocráticas pertinentes y planteándose las necesidades socioeconómicas que se derivan de este tipo de cirugía, sobre todo considerando que muchos pacientes vivían solos o incluso tenían familiares a su cargo, sumándole la carga económica necesaria.

7. OBSERVACIONES.
Una amputación constituye en un proceso traumático para el individuo que precisa buscar reencontrarse psicológica y socialmente y el proceso de rehabilitación del amputado puede transcurrir de forma rápida y eficaz, obteniendo el individuo gran funcionalidad e independencia en la utilización de sus prótesis, o, por el contrario, se pueden observar fallos en la rehabilitación que comprometen la progresión del individuo en grado variable
Creemos necesaria la información aportada al paciente y en una siguiente fase, queremos registrar en los controles posteriores de los pacientes en consultas externas de Cirugía Vascular si han recibido y comprendido correctamente el tríptico todos los pacientes y el beneficio que ha supuesto para el paciente y familias recibir esta información de forma clara, sencilla y precoz según la escala de Barthel.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1753 ========== ***

Nº de registro: 1753

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPICO INFORMATIVO

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
GRIMA LAENCINA GEMA, YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE, SANCHO GRACIA NOEMI, MARTIIN HERRERO EVA, CARRANZA NAVARRO PILAR, COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO, MONCHE PALACIN ANA MARIA, VALDRÉS CARROQUINO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las amputaciones mayores son un tratamiento quirúrgico en pacientes con patología arterial periférica que, pese a los avances en material y técnica quirúrgica en las últimas décadas, todavía se utilizan de forma frecuente en la etapa crítica de la enfermedad.
En los principales estudios en pacientes con isquemia crónica crítica de EEII se observa que aproximadamente un 25-30% necesitará una amputación mayor durante el primer año y que aproximadamente un 30% de estos pacientes podrían necesitar una amputación contralateral o una reamputación en la misma extremidad.
Se han visto tasas de curación por primera intención en amputaciones infracondíleas de un 60% aproximadamente, observando un 15% estimado de conversión a amputación supracondílea al año. La tasa de curación primaria de la amputación supracondílea es mayor al 95% de los casos en la literatura. En los factores que pueden influir en la baja tasa de curación primaria de las amputaciones por debajo de la rodilla se observan, entre otros, los cuidados postoperatorios ambulatorios; fundamentales para evitar sobreinfecciones y dehiscencias de las heridas operatorias.
Pero no solamente hay que tener en cuenta los resultados respecto al éxito operatorio, sino que el hecho de haber sido sometido a una amputación mayor significa una carga social y psicológica para el paciente ya que hay un cambio tanto en la fisionomía como en el estilo de vida que puede tener consecuencias importantes si no son manejadas de forma adecuada.
La propuesta de este programa de educación en amputados responde a una necesidad socio-sanitaria para mejorar los cuidados postoperatorios del muñón de amputación y conseguir la mejor adaptación posible del paciente a este importante cambio de vida.
Se precisa una evaluación interdisciplinaria: el manejo del dolor, la rehabilitación física-psicológica y la adaptación protésica, preparando así al paciente en el proceso de reintegración familiar, social y laboral.
El objetivo es educar al paciente así evitando posibles complicaciones en el muñón de amputación para lograr rehabilitarse y recuperar al máximo nivel posible la funcionalidad e independencia y mejorar así su calidad de vida; tanto a nivel físico como psicológico y social. Todo ello se debe iniciar lo antes posible tras la amputación.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana del proyecto son los pacientes post operados de una amputación mayor de la extremidad inferior. El objetivo es poder brindar al paciente la información suficiente para poder realizar una recuperación integral y minimizar el riesgo de complicaciones. Se tratarán temas que se enumerarán en el apartado 6.

MÉTODO
Se llevará a cabo la confección de un tríptico informativo para pacientes post-amputados. Abarcará los siguientes items:
- Analgesia adecuada en su domicilio
- Medidas dietéticas, para mejorar la cicatrización y mejorar la fuerza muscular, necesaria para su rehabilitación.
- Cuidados e higiene del muñón de amputación:
- Mantener normas de asepsia durante las curas tópicas
- Mantener higiene corporal estricta
- Evitar traumatismo del muñón
- Educar en el cuidado de la piel
- Reconocer los signos de complicaciones
- Lograr la aceptación de su nueva imagen corporal
- Mejorar su estado de ánimo y afrontar la experiencia sufrida
- Lograr el máximo nivel de autonomía
- Acondicionamiento del hogar acorde a las necesidades requeridas
Se redactará el texto, el cual será presentado en reunión del comité de calidad de AYCV para revisión y corrección. Posteriormente, ya aprobado el texto, se presentará en formato tríptico (cuyo diseño será realizado por un profesional), para aprobarse en una segunda reunión. Ya realizadas las correcciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPICO INFORMATIVO

pertinentes se enviará a imprenta para tenerlo a disposición de los pacientes.

INDICADORES
Se evaluarán los siguientes indicadores:
• Entrega del material a > 90% de la población objetivo a partir de que éste se encuentre disponible
Como se evaluará el indicador:
• Se registrará en los controles en CCEE posteriores al alta si el paciente recibió el tríptico informativo al durante el ingreso o al alta hospitalaria.
• Se realizará una revisión de este registro a los 6 meses y al año de haber implementado el programa para valorar el cumplimiento de la cobertura.

DURACIÓN
- Fecha prevista de inicio: Noviembre 2017
- Fecha prevista de finalización: Junio 2018
- Redacción del texto del tríptico:
Responsable: Gema Grima Laencina
Duración: 2 meses
- Realización del diseño gráfico del tríptico:
Responsable:
Duración: 2 meses
Se presentará el borrador con texto e imágenes en reunión del comité de calidad el . Se llevarán a cabo las modificaciones teniendo un plazo de 2 semanas para presentar el borrador final para su aprobación.
Posterior a esto se llevará a imprenta para obtener las copias y poder utilizarlas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GEMA GRIMA LAENCINA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE
SANCHO GRACIA NOEMI
MARTIIN HERRERO EVA
CARRANZA NAVARRO PILAR
COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO
VALDRES CARROQUINO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto se inició en Noviembre de 2017 con la recopilación de información respecto a los temas que se tratarán en el tríptico informativo. Se ha reunido y elegido el material que se pondrá a disposición de los pacientes en el texto.
Actualmente nos encontramos realizando el diseño del tríptico, para presentarlo en la próxima reunión de la unidad de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como el proyecto todavía no esta implementado (fecha de implementación sería en Junio de 2018 si no hay inconvenientes) no hemos logrado resultados hasta la fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha desempeñado las funciones asignadas dentro de los plazos estipulados, por lo que la valoración es positiva. Como ya se ha mencionado previamente el proyecto no ha finalizado todavía, por lo que quedan actividades por realizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1753 ========== ***

Nº de registro: 1753

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
GRIMA LAENCINA GEMA, YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE, SANCHO GRACIA NOEMI, MARTIIN HERRERO EVA, CARRANZA NAVARRO PILAR, COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO, MONCHE PALACIN ANA MARIA, VALDRES CARROQUINO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las amputaciones mayores son un tratamiento quirúrgico en pacientes con patología arterial periférica que, pese a los avances en material y técnica quirúrgica en las últimas décadas, todavía se utilizan de forma frecuente en la etapa crítica de la enfermedad.
En los principales estudios en pacientes con isquemia crónica crítica de EEII se observa que aproximadamente un 25-30% necesitará una amputación mayor durante el primer año y que aproximadamente un 30% de estos pacientes podrían necesitar una amputación contralateral o una reamputación en la misma extremidad.
Se han visto tasas de curación por primera intención en amputaciones infracondíleas de un 60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

aproximadamente, observando un 15% estimado de conversión a amputación supracondílea al año. La tasa de curación primaria de la amputación supracondílea es mayor al 95% de los casos en la literatura. En los factores que pueden influir en la baja tasa de curación primaria de las amputaciones por debajo de la rodilla se observan, entre otros, los cuidados postoperatorios ambulatorios; fundamentales para evitar sobreinfecciones y dehiscencias de las heridas operatorias.
Pero no solamente hay que tener en cuenta los resultados respecto al éxito operatorio, sino que el hecho de haber sido sometido a una amputación mayor significa una carga social y psicológica para el paciente ya que hay un cambio tanto en la fisionomía como en el estilo de vida que puede tener consecuencias importantes si no son manejadas de forma adecuada.
La propuesta de este programa de educación en amputados responde a una necesidad socio-sanitaria para mejorar los cuidados postoperatorios del muñón de amputación y conseguir la mejor adaptación posible del paciente a este importante cambio de vida.
Se precisa una evaluación interdisciplinaria: el manejo del dolor, la rehabilitación física-psicológica y la adaptación protésica, preparando así al paciente en el proceso de reintegración familiar, social y laboral.
El objetivo es educar al paciente así evitando posibles complicaciones en el muñón de amputación para lograr rehabilitarse y recuperar al máximo nivel posible la funcionalidad e independencia y mejorar así su calidad de vida; tanto a nivel físico como psicológico y social. Todo ello se debe iniciar lo antes posible tras la amputación.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana del proyecto son los pacientes post operados de una amputación mayor de la extremidad inferior.
El objetivo es poder brindar al paciente la información suficiente para poder realizar una recuperación integral y minimizar el riesgo de complicaciones. Se tratarán temas que se enumerarán en el apartado 6.

MÉTODO
Se llevará a cabo la confección de un tríptico informativo para pacientes post-amputados. Abarcará los siguientes items:
- Analgesia adecuada en su domicilio
- Medidas dietéticas, para mejorar la cicatrización y mejorar la fuerza muscular, necesaria para su rehabilitación.
- Cuidados e higiene del muñón de amputación:
- Mantener normas de asepsia durante las curas tópicas
- Mantener higiene corporal estricta
- Evitar traumatismo del muñón
- Educar en el cuidado de la piel
- Reconocer los signos de complicaciones
- Lograr la aceptación de su nueva imagen corporal
- Mejorar su estado de ánimo y afrontar la experiencia sufrida
- Lograr el máximo nivel de autonomía
- Acondicionamiento del hogar acorde a las necesidades requeridas

Se redactará el texto, el cual será presentado en reunión del comité de calidad de AYCV para revisión y corrección. Posteriormente, ya aprobado el texto, se presentará en formato tríptico (cuyo diseño será realizado por un profesional), para aprobarse en una segunda reunión. Ya realizadas las correcciones pertinentes se enviará a imprenta para tenerlo a disposición de los pacientes.

INDICADORES
Se evaluarán los siguientes indicadores:
• Entrega del material a > 90% de la población objetivo a partir de que éste se encuentre disponible
Como se evaluará el indicador:
• Se registrará en los controles en CCEE posteriores al alta si el paciente recibió el tríptico informativo al durante el ingreso o al alta hospitalaria.
• Se realizará una revisión de este registro a los 6 meses y al año de haber implementado el programa para valorar el cumplimiento de la cobertura.

DURACIÓN
- Fecha prevista de inicio: Noviembre 2017
- Fecha prevista de finalización: Junio 2018
- Redacción del texto del tríptico:

Responsable: Gema Grima Laencina
Duración: 2 meses
- Realización del diseño gráfico del tríptico:

Responsable:
Duración: 2 meses
Se presentará el borrador con texto e imágenes en reunión del comité de calidad el . Se llevarán a cabo las modificaciones teniendo un plazo de 2 semanas para presentar el borrador final para su aprobación.
Posterior a esto se llevará a imprenta para obtener las copias y poder utilizarlas.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1753

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES AMPUTADOS TRAS EL ALTA: TRIPTICO INFORMATIVO

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0376

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... GONZALO YUNGE DEL POZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO GRACIA NOEMI
BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL
GRIMA LAENCINA GEMA
MARTIN HERRERO EVA
COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO
CARRANZA VAZQUEZ PILAR
VALDRES CORRAQUINO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La incidencia de las infecciones quirúrgicas de prótesis vasculares ha ido disminuyendo a lo largo de los años como resultado de mejora de las técnicas quirúrgicas, de los materiales empleados y de la profilaxis antimicrobiana. No obstante, aunque las infecciones son complicaciones relativamente infrecuentes son devastadoras y se asocia con elevadas tasas de mortalidad y pérdida de miembros.
Respecto a la infección quirúrgica consideramos que existen medidas “Gold Standard” que nunca deberíamos dejar de cumplir: la adecuada profilaxis quirúrgica, el corte del vello en lugar del rasurado, la correcta antisepsia de la piel y el control de la normoglucemia y la normotermia. Nuestro objetivo es mejorar estas medidas centrándonos en la adecuada profilaxis antibiótica. Se realiza búsqueda bibliográfica para analizar si el antibiótico utilizado actualmente como profilaxis previa a las cirugías realizadas en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico Lozano Blesa es el más indicado y si el número de dosis administradas son las necesarias o hay una opción de mejora para el paciente con capacidad de disminuir la tasa de infección en este tipo de cirugías. Se realizan reuniones con el servicio de infecciosas para establecer el protocolo más beneficioso y poder reducir la tasa de infección postquirúrgica minimizando los efectos secundarios de los medicamentos según el tipo de cirugía. Teniendo en cuenta la implantación o no de material protésico y el tipo de cirugía limpia o sucia. Observamos indicada una sola dosis de antibiótico previa a la intervención sin ser necesarias las dos dosis posteriores administradas actualmente salvo algunas excepciones como prolongación de la cirugía, sangrado de importante debito... Tanto la cefuroxima 1,5 gr intravenoso que es el actual antibiótico utilizado como la cefazolina 2 gr intravenoso están correctamente indicadas, quedando pendiente de concretar con el servicio de infecciosos el cambio de antibiótico a cefazolina próximamente y valorar los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se inicia una primera decisión según las guías más actualizadas y en consenso con el servicio de infecciosas: reducir las dosis de antibiótico profiláctico administradas. Se reducen las 3 dosis en 24h administradas cada 8 horas intravenosas a una sola dosis previa a la cirugía. Solo en situaciones de importante debito de sangrado o intervenciones quirúrgicas de más de 4 horas se administra una nueva dosis de antibiótico. Esto se ha llevado a cabo durante el último año, sin observarse un aumento de tasa de infección quirúrgica postoperatoria y tras la revisión de las historias clínicas se observa un correcto cumplimiento del protocolo en el 90% de los casos. El antibiótico se administra en caso de cirugías que no sean limpias o precisen implante de material protésico, algo muy frecuente en nuestra cirugía, pero cuya infección conlleva una muy alta morbimortalidad del paciente. Respecto al antibiótico recomendado para intervenciones en Cirugía Vascular: cirugía con implante de prótesis/endoprótesis vasculares o injertos, implante de marcapasos/desfibrilador y tanto en cirugías de alto riesgo como en la cirugía de aorta abdominal/ miembros inferiores con implante de prótesis-endoprótesis-injertos así como en las de bajo riesgo: cirugía de miembros superiores y carótida si precisan implante de parche/injerto, el antimicrobiano indicado es la cefuroxima o la cefazolina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No es necesaria la administración de varias dosis antibióticas de forma rutinarias dentro de las 24h tras la intervención quirúrgica. No se ha visto aumento de la tasa de infección en nuestro servicio al utilizar solo una dosis previa a la intervención salvo casos en los que por alta cuantía de sangrado o número de horas de intervención quirúrgica en las que se ha administrado una dosis más de antibiótico. Todo ello supone una mejora en la calidad del paciente, minimizando los efectos secundarios de los medicamentos sin ser necesarios, sin aumentar el riesgo de infección, así como un ahorro de coste económico y prevención de resistencias polimicrobianas a los antibióticos que tantos problemas nos están causando.

7. OBSERVACIONES.
Hemos cambiado nuestro protocolo hospitalario en la profilaxis antibiótica prequirúgica de nuestros pacientes, bajo el asesoramiento del servicio de infecciosas y las guías más actualizadas. Mejorando la calidad de vida del paciente, con ahorro económico secundario y disminuyendo las resistencias antibióticas. Sin asumir riesgo de infección tras las intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestro servicio. Como segunda parte del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0376

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

proyecto queremos valorar el cambio de tipo de antibiótico, posiblemente iniciaremos un nuevo protocolo con cefazolina iv tras revisar las últimas actualizaciones, aunque ambos están bien indicados.
La incidencia de las infecciones quirúrgicas varía dependiendo de los diferentes estudios, del tipo de infección considerada, del lugar de la incisión, oscilando dentro de un rango del 7% al 44% si consideramos todas las infecciones, o entre el 0,5% a 5% si sólo tenemos en cuenta las infecciones protésicas propiamente dichas; y ello a pesar de la profilaxis antibiótica utilizada en este tipo de procedimientos. Por ello debemos seguir trabajando para reducir con las medidas necesarias las tasas de infección de las heridas quirúrgicas en particular y de la infección postoperatoria en general, ya que se trata de uno de los retos actuales que interpela a todo profesional en su actividad asistencial y en el que aún nos queda un largo camino por recorrer.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/376 ========== ***

Nº de registro: 0376

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

Autores:
SANCHO GRACIA NOEMI, YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE, GRIMA LAENCINA GEMA, BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL, MARTIN HERRERO EVA MARIA, COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO, CARRANZA VAZQUEZ PILAR, VALDRES CORRAQUINO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Infecciones postoperatorias
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se observa la necesidad de revisar el protocolo de profilaxis antibiótica, para la actualización de los antibióticos mas efectivos en el momento actual en colaboración con el Servicio de Infecciosas, así como la necesidad de disminuir el numero de dosis de antibiótico suministrada tras el procedimiento quirúrgico, dado que tiene la misma efectividad y se consiguen disminuir los efectos secundarios de la administración de dichos tratamientos antibióticos a altas dosis, además de la repercusión económica que esto asocia.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisión bibliográfica de los tratamientos antibióticos recomendados actualmente para la profilaxis antibiótica en la infección de herida quirúrgica en la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular.
Establecer el tipo de antibiótico indicado, el tratamiento sustitutivo en caso de alergia al fármaco de elección, la dosis, el número de dosis necesarias y especificar el tipo de intervenciones que precisan profilaxis.

MÉTODO
Establecer un protocolo de actuación en el servicio de Angiología y Cirugía Vascular en colaboración con el servicio de Infecciosas, para ser implantado de forma unánime, con el fin de mejorar los resultados y minimizar la tasa de complicaciones infecciosas tras la intervención quirúrgica. A la vez disminuir los efectos secundarios innecesarios de la administración de los antibióticos y conseguir una mejora económica secundaria.

INDICADORES
Revisión de las historias clínicas y comprobación del tipo de antibiótico utilizado en la profilaxis, la dosis y la utilización de una sola dosis previa a la intervención, salvo las situaciones que se indican, en las que precisa nueva dosis de antibiótico.
Analizar si se aplica correctamente el protocolo y si es efectivo, objetivando la tasa de infección de herida quirurgica.

DURACIÓN
Se inicia la revisión de bibliografía así como reuniones con el servicio de infecciosas realiza a partir de Febrero de 2018. Se realizara el protocolo en un plazo de 3-6 meses para posterior implantación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0376

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CIRUGIA VASCULAR

OBSERVACIONES
El protocolo genera un beneficio para el paciente, con reducción de la tasa de infección, disminución de la dosis y los efectos secundarios, así como un beneficio económico al disminuir el número de dosis necesarias y establecer el tratamiento antibiótico mas eficaz.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0710

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NOEMI SANCHO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YUNGE DEL POZO GONZALO
BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL
MARTIN HERRERO EVA
GRIMA LAENCINA GEMA
COLLELL DE LAS HERAS CONSUELO
CARRANZA VAZQUEZ PILAR
VALDRES CORRAQUINO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El tratamiento endoluminal de los aneurismas de aorta es un campo en desarrollo, la mayoría de prótesis están en continuo desarrollo y es imprescindible un estricto seguimiento de los pacientes para evaluar los resultados y detectar la aparición de complicaciones.
El seguimiento ira encaminado esencialmente a:
• Determinar el crecimiento o reducción del tamaño del aneurisma
• Comprobar la correcta permeabilidad, deformación o migración del injerto
• Detectar la existencia de fugas o “endoleaks”
La permeabilidad del injerto y la existencia de acodamientos u estenosis es también detectable con ecodoppler, aplicando los criterios descritos para el seguimiento del sector iliaco. Ello asociado a una simple radiografía de abdomen nos ofrece casi toda la información necesaria.
Estudios realizados recientemente demuestran que el eco doppler realizado por un explorador experimentado ofrece una elevada capacidad de detectar fugas con un bajo índice de falsos negativos (sensibilidad 91.7% y VPN 99.4%) aunque puede sobreestimar su presencia (especificidad 98.9, VPP 78.6 %). Asimismo, es posible determinar el origen de la fuga, ya sea un relleno del saco aneurismático a partir de ramas lumbares o mesentérica inferior (tipo II) o a partir del injerto, anclaje proximal, distal o de segmentos intermedios (tipo I). En este campo, la utilización de ecopotenciador puede mejorar la fiabilidad de la técnica permitiendo detectar pequeñas fugas, sobre todo las tipo II difícilmente detectables con examen simple.
Por ello se realiza un protocolo de seguimiento mediante eco doppler de los aneurisma de aorta abdominal (AAA) intervenidos mediante técnica endovascular (EVAR). Se presenta en sesión a los componentes del servicio para su instauración de forma protocolizada y unanime. Se inicia en el laboratorio de Cirugía Vascular del Hospital Clínico Lozano Blesa por parte de cinco miembros del servicio la realización de eco doppler arterial de aorta y extremidades inferiores para el control post-EVAR según el protocolo presentado. Anteriormente se controlaban los pacientes mediante Angio TC aórtico anualmente, con los riegos derivados de: la irradiación anual a la que era sometido el paciente durante el resto de sus años de supervivencia y el riesgo nefrotóxico por la inyección de contraste iv. Siguiendo el protocolo se solicita Angio TC de aorta y Eco doppler arterial al mes de la intervención, y posteriormente se controla mediante eco doppler a los 3-6-12 meses de la cirugía durante el primer año y posteriormente mediante eco doppler anual siguiendo las recomendaciones de las ultimas guías. Solo se solicita control mediante Angio TC en el caso de observarse fuga con indicación quirúrgica para planificación de la intervención quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante un año se han controlado 80 pacientes en nuestro laboratorio y se han intervenido 20 aneurismas mediante técnica EVAR en el último año, los cuales se van sumando a los pacientes que precisan control con eco doppler y disminuyendo el número de pruebas diagnósticas invasivas solicitadas.
Se ha realizado el protocolo de forma sistemática durante este año, con buena correlación entre eco doppler y Angio TAC realizado ante la visualización de fugas. Se obtiene un gran beneficio al no someter al paciente al riesgo de irradiación durante décadas de control y se evita el riesgo nefrotóxico tras la inyección de contraste iv, considerando el alto número de pacientes dada la edad con insuficiencia renal. Supone un ahorro económico importante evitando numerosas pruebas diagnósticas invasivas seriadas anualmente y una reducción del número de consultas en nuestro servicio, dado que estos pacientes ya solo son controlados en el laboratorio sin tener que volver a ser citados en consultas y realizando en el mismo laboratorio en control y exploración vascular, excepto la primera revisión tras la intervención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El eco doppler es la modalidad diagnóstica ideal para screening y seguimiento pre y postquirúrgico del AAA. Se ha adquirido gran destreza en el control y la detección de complicaciones tras implante de EVAR en pacientes con aneurisma aorta abdominal y también se realiza seguimiento de aneurismas iliacos y poplíteos. Los resultados obtenidos nos confirman que es fiable el seguimiento con eco doppler además de todos los beneficios derivados para el paciente, para el hospital a nivel económico y en nuestro servicio, implicando reducción de las listas de espera en consultas externas y evitando a los pacientes visitas sucesivas al hospital.

7. OBSERVACIONES.
En el seguimiento de estas prótesis la utilización de ecodoppler no representa, como en otros sectores, un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0710

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

gasto añadido, sino que puede disminuir la frecuencia de exploraciones más caras, que comportan una elevada carga de radiación y contraste para el paciente. Podemos ir ampliando los estudios con eco doppler a otras patologías vasculares como la patología arterial periférica, reduciendo la necesidad de realizar Angio TC y arteriografías, minimizando riesgos para el paciente y agilizando nuestra actividad laboral.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/710 ========== ***

Nº de registro: 0710

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

Autores:
YUNGE DEL POZO GONZALO JOSE, SANCHO GRACIA NOEMI, GRIMA LAENCINA GEMA, MARTIN HERRERO EVA MARIA, BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente, el tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal se realiza de manera cada vez más frecuente. Se ha observado en diversos centros que en los últimos 10 años ha habido un aumento en la tendencia a tratar esta patología con dispositivos no invasivos, suponiendo una menor tasa de complicaciones peritoreatorias, una menor estancia hospitalaria y un mayor confort del paciente entre otras.
Hay asociado a esta técnica quirúrgica un seguimiento periódico ya que el implante de éstos dispositivos no está exento de complicaciones. Se necesitan pruebas de imágenes para corroborar el correcto funcionamiento de la prótesis y la ausencia de complicaciones en los distintos sectores arteriales involucrados en la técnica.
Previamente el seguimiento se realizaba con AngioTC, obteniendo imágenes de alta calidad pero exponiendo a los pacientes a una cantidad de radiación que podría ser perjudicial. Actualmente existen estudios que vinculan al seguimiento con TC exclusivamente de éstos pacientes con la aparición de neoplasias asociadas a la excesiva radiación.
Por esto es que en el año 2017 se realizó una revisión bibliográfica y en base a esto y la experiencia de otros centros se formuló un nuevo protocolo de seguimiento en los pacientes postoperados de endoprótesis aórticas, basándonos en el mayor uso del eco doppler.
Hay evidencia en la actualidad que apoya el uso del eco doppler en el seguimiento de estos pacientes, reservando el uso del AngioTC para el control inicial y posteriormente sólo en caso de complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto se dirige a los pacientes intervenidos en nuestro servicio de aneurisma de aorta abdominal y que se haya implantado una endoprótesis. Se espera conseguir una menor utilización del AngioTC para el seguimiento de estos pacientes.
A la vez al ser un proyecto que realiza nuestro servicio en la mayoría de los casos, se disminuye la sobrecarga al servicio de radiología ya que solicitamos menos AngioTCs.

MÉTODO
El protocolo actual de seguimiento de los pacientes con endoprótesis aórtica es el siguiente (de manera simplificada):
- Al mes postimplante se realiza AngioTC del sector aortoiliaco, radiografía de abdomen simple y una ecografía doppler del sector aortoiliaco.
- El seguimiento en un paciente sin complicaciones se realizaría con ecografía doppler y radiografía de abdomen a los 6 meses post implante, al año post implante y luego de manera anual.
- En caso que aparezca una complicación en los controles con ecodoppler se complementaría la exploración con un AngioTC el cual sirve para confirmar el hallazgo diagnóstico y planificar la intervención.

INDICADORES
Se realiza un registro de pacientes en seguimiento, dejando constancia de las exploraciones realizadas, asegurando que se cumpla el protocolo de seguimiento implementado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0710

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE ENDOPROTESIS AORTICAS

DURACIÓN
El proyecto se encuentra implementado en la actualidad y se mantendrá hasta que sea necesaria una nueva revisión de éste.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0200

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CONHIPERPROLACTINEMIA

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA SANTAMARIA GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE
BARRA PARDOS MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha puesto a punto un nuevo método para discriminar desde el laboratorio la interferencia por macroprolactina en aquellos pacientes con hiperprolactinemia.

2. Se ha comparado con un método de referencia para comprobar si existen diferencias significativas.

3. Se ha estudiado la prevalencia de la macroprolactina en las muestras que llegan al laboratorio

4. Se ha evaluado la posibilidad de implantarlo en el laboratorio, determinado los criterios de inclusión, sensibilidad y especificidad de la técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Tras la puesta a punto del nuevo método para discriminar interferencias por macroprolactina. Se ha valorado el suero de 183 pacientes con resultados patológicos de prolactina y se ha detectado interferencia en el 16% de los casos estudiados.

-Se ha concluido que la prevalencia de la interferencia es elevada y por tanto un porcentaje de pacientes están siendo erróneamente clasificados de hiperprolactinemia

-Por tanto, se decide implantar este nuevo método en el laboratorio e incluir la determinación de macroprolactina a todos los sueros con resultados patológicos de prolactina, para en un único análisis informar al clínico de la interferencia y facilitar con ello la interpretación de los resultados.

-Con ello, se ha reducido el número de determinaciones innecesarias, se ha establecido un protocolo de trabajo y en conclusión ha mejorado la calidad de la información ofrecida desde el laboratorio tanto al clínico como al paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La información ofrecida por el laboratorio resulta muy importante a la hora de interpretar los resultados. Estableciendo un adecuado protocolo de trabajo se puede ofrecer un buen soporte y agilizar las decisiones clínicas, evitando repeticiones y análisis innecesarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/200 ========== ***

Nº de registro: 0200

Título
IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CON HIPERPROLACTINEMIA

Autores:
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE, GARCIA GUTIERREZ ALMUDENA, BARRA PARDOS MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0200

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DE LAS INTERFERENCIAS POR MACROPROLACTINA EN PACIENTES CONHIPERPROLACTINEMIA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las causas más comunes de un aumento no fisiológico de la prolactina son el prolactinoma, lesiones en la región del hipotálamo-hipófisis y las hiperprolactinemias producidas por medicamentos. La prolactina se puede encontrar en circulación como un monómero de 23kDa, un dímero de 45 kDa o como macroprolactina, formada en la mayoría de los casos por una molécula monomérica y una inmunoglobulina G. En el procedimiento de medida pueden detectarse falsas hiperprolactinemias debidas a interferencias producidas por macroprolactinas, presentando los diferentes inmunoanálisis comerciales distinta susceptibilidad. La prevalencia y la repercusión clínica de la presencia de una macroprolactina no se conoce con exactitud, pero es un fenómeno frecuente, esto implica la necesidad de diferenciar la macroprolactina de las causas más relevantes de hiperprolactinemia.

RESULTADOS ESPERADOS
La MPRL tiene una actividad biológica limitada y menor biodisponibilidad que la monomérica, además es inmunorreactiva y produce resultados de PRL por encima del intervalo de referencia ya que se elimina más lentamente acumulándose en suero y produciendo hiperprolactinemia aparente.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de MPRL en pacientes con hiperprolactinemia mediante la precipitación con PEG de la MPRL.

MÉTODO
Todos los miembros del equipo de mejora participarán de forma activa en las diferentes etapas del proyecto que consistirá en lo siguiente: seleccionar pacientes con distintos niveles de prolactina en sangre y posteriormente establecer una población de refencia y otra con hiperprolactinemia. La cuantificación de prolactina se realizará por quimioluminiscencia. Como método para la detección de la macroprolactina se empleará precipitación con polietilenglicol 6000, posteriormente se calculará el porcentaje de recuperación de la prolactina y se determinará la prevalencia de las hiperprolactinemias consecuencia de una macroprolactina.

INDICADORES
Se comparará la población control, en la que se detecta una concentración de prolactina dentro del intervalo de refencia, con la población en la que se detecta hiperprolactinemia, para ello se realizará una estadística descriptiva

Se calculará el porcentaje de sueros hiperprolactinémicos para posteriormente

Se interpretarán las posibles interferencias, se establecerá el límite de corte y se calculará la prevalencia de macroprolactina, para ello se empleará como índice el procentaje de recuperación de prolactina.

DURACIÓN
El proyecto tiene como fecha prevista de inicio noviembre-diciembre de 2016, periodo en el que se comenzará a seleccionar las muestras, cuantificar las prolactinas y recoger datos. A comienzos de año 2017, se procederá a realizar la precipitación con polietilenglicol a todas las muestras seleccionadas durante el periodo anterior y se calculará el porcentaje de recuperación de la prolactina. Finalizará el proyecto en abril-mayo de 2017 con el análisis estadístico y la evaluación sobre la posible inclusión de la detección de macroprolactina en sueros hiperprolactinémicos a fin de eliminar la interferencia por macroprolactina

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR GUTIERREZ SAMPER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE
LLORENTE FERNANDEZ ELENA
FABRE ESTREMERA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Formación del personal técnico y facultativo del laboratorio en el manejo del nuevo analizador Access 2 durante el mes de Junio de 2018.
Se inicia la determinación de muestras de inhibina A en el analizador Access 2 en Julio de 2018.
- Adaptación de la inhibina A al programa de cálculo Lifecycle en Julio de 2018.
- Se realiza una base de datos con los cribados de segundo trimestre, triple y cuádruple test.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Desde el 1 de julio 2018 hasta el 31 de Enero de 2019 tenemos 68 cribados de segundo trimestre, que suponen el 6.14% de todos los cribados prenatales. El cribado de primer trimestre se ha realizado a 1039 gestantes, 93.86%, en dicho período.
- Con los resultados obtenidos hasta ahora no podemos calcular tasas de detección debido a que tenemos que esperar a que finalicen las gestaciones.
- Hemos observado que el número de pruebas de ADN fetal en sangre materna se han reducido al introducir la inhibina A y calcular el quádruple test en comparación con el triple test.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Recoger más casos y evaluar tasas de detección de todo el período.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/608 ========== ***

Nº de registro: 0608

Título
IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

Autores:
GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE, LLORENTE FERNANDEZ ELENA, FABRE ESTREMERA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cribado prenatal permite seleccionar a las gestantes con mayor riesgo de desarrollar un defecto congénito. Aproximadamente el 3% de los recién nacidos presentan una anomalía congénita, siendo el Síndrome de Down la cromosomopatía más común y la causa más frecuente de retraso mental.
El cribado bioquímico de segundo trimestre constituye la alternativa al cribado prenatal de primer trimestre, en las mujeres gestantes que inician el control prenatal de forma tardía, a partir de la 14 semana de gestación.
Existen tres estrategias de cribado bioquímico de segundo trimestre: el doble test bioquímico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CUADRUPLE TEST BIOQUIMICO PARA EL CRIBADO PRENATAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

consistente en determinar alfafetoproteína (AFP) y gonadotropina coriónica humana (ß-HCG), el triple test bioquímico determina AFP, ß-HCG y estriol (uE3) o el cuádruple test bioquímico (AFP, ß-HCG, uE3 e inhibina A). Hasta ahora en nuestra Área se realizaba el triple test con unas tasas de detección de Síndrome de Down del 60%.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es implantar el cuádruple test bioquímico, con la determinación de la inhibina A. Este test aumenta la tasa de detección del Síndrome de Down en las gestantes que empiezan tarde el control de su embarazo, que en nuestro Área es de aproximadamente el 5% de todas las gestantes.
Según la bibliografía la tasa de detección del triple test bioquímico está en torno al 69% frente al 81% del cuádruple test bioquímico, ambos para una tasa de falsos positivos del 5%.

MÉTODO
Determinar la inhibina A en el equipo Access de quimioluminiscencia de Beckman Coulter. Y este parámetro se combina con las otras tres determinaciones analizadas, mediante una técnica de fluoroinmunoensayo en el analizador Delfia Xpress de Perkin Elmer. El cálculo del cuádruple test se realiza con el programa informático Lifecycle de Perkin Elmer.

INDICADORES
- Número de gestantes a las que se realiza el cribado prenatal de segundo trimestre.
- Tasa de detección del cuádruple test bioquímico.
- Tasa de detección del triple test bioquímico.

Se compararán las tasas de detección del cuádruple test bioquímico con las tasas de detección que se obtendrían con el triple test bioquímico en las gestantes de nuestra Área

DURACIÓN
- Formación del personal técnico y facultativo del laboratorio en el manejo del nuevo analizador Access 2 durante el mes de Mayo y Junio de 2018.
- Adaptación de la inhibina A al programa de cálculo Lifecycle durante el mes de junio de 2018.
- Comparación de las tasas de detección del cuádruple y triple test desde Julio de 2018 hasta Julio de 2019, con revisión cada 3 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0879

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA RAMOS ALVAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRUEBO MUÑIO MARIA
FERNANDEZ GONZALEZ AYLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha cuantificado la alfa2macroglobulina y albúminia en orinas hematúricas con presencia de hematies dismóficos, y en orina con hematies normales para ver si observan diferencias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que el número de hematurias con hematies dismórficos es muy escaso, no se ha podido llegar a ninguna conclusión en estos momentos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seguiremos trabajando unos meses mas para ver si este parámetro nos permite clasificar las orinas en función de su origen

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/879 ========== ***

Nº de registro: 0879

Título
IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS

Autores:
RAMOS ALVAREZ MONICA, ARRUEBO MUÑIO MARIA, FERNANDEZ GONZALEZ AYLA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en el diagnóstico clínico

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hematuria puede clasificarse en función de su origen en glomerular o postglomerular. La identificación del origen de la hematuria es importante ya sea desde Atención Primaria para derivar al paciente hacia Nefrología o Urología, como desde la Atención Especializada para orientar al diagnóstico y la indicación de otras pruebas complementarias, algunas de las cuales de carácter invasivo. El estudio de la morfología de los hematíes o hematíes dismórficos, es el parámetro de laboratorio más utilizado con este fin, pero este estudio presenta ciertas limitaciones. Entre ellas está la subjetividad del observador, la baja estabilidad de las formas alteradas de los hematíes, y la amplia zona gris de 20-80% de hematíes dismórficos respecto al total de hematíes presentes en la muestra, donde no permite clasificar claramente la hematuria.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es implementar en las orinas con hematuria en las que interesa identificar el origen del sangrado, la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina en orina. Se trata de una proteína de gran tamaño que no llega a atravesar el glomérulo ni en casos de glomérulos muy dañados. De esta manera, su presencia en la orina nos orientaría hacia un origen postglomerular del sangrado, mientras que su ausencia estaría más asociada con un origen glomerular.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0879

1. TÍTULO

IDENTIFICACION DEL ORIGEN DEL SANGRADO EN ORINAS HEMATURICAS

En las orinas donde se solicite el estudio de hematíes dismórficos se añadirá la cuantificación de las proteína alfa-2-macroglobulina y albúmina en orina, y se calculará la ratio entre ambas proteínas. En aquellas orinas cuyo valor de albuminuria sea >100 mg/L, si la ratio alfa-2-macroglobulina/albúmina se encuentra entre 2-31 x 10 -2 orientaría hacía un origen postglomerular del sangrado, mientras que un valor entre 0,01-2 x10 -2 lo haría hacia un origen glomerular.

INDICADORES
- En 10 pacientes con diagnóstico de hematuria glomerular, se comprobará de forma retrospectiva, que la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina apoya el diagnóstico.
- En caso afirmativo se pondrá en marcha el proyecto, añadiendo la cuantificación de la proteína alfa-2-macroglobulina a todas las orinas en las que se soliciten hematíes dismórficos.
- Transcurrido un mes desde la puesta en marcha, se evaluará junto con el servicio de Nefrología el valor añadido de dicha cuantificación para la orientación al diagnóstico.

DURACIÓN
Puesta a punto de la técnica de determinación de la proteína alfa-2-macroglobulina en orina: Abril-Mayo 2018.
Evaluación inicial por parte del laboratorio: Mayo a Julio 2018.
Inclusión de los resultados de la cuantificación de alfa-2-macroglobulina junto con el estudio de hematíes dismórficos en el informe de laboratorio: Agosto 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EMMA LARA NAVARRO
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATORRE GARCES VIOLETA
RUIZ BUDRIA JOSE
JULIAN ANSON MARIA ANGEL
FERNANDEZ GONZALEZ AYLA
PALACIOS FIGUER JULIA
LEON GAÑETE INMACULADA
ALMUDI SADABA ROSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Análisis del documento consenso por el grupo de trabajo y revisión bibliográfica de forma individual.
- Reunión 31/10/18: Presentacion de resultados del análisis y revisión bibliográfica en el servicio de Bioquímica Clínica del HCU. Se realizarón las siguientes actuaciones:

Se ponen en común las nuevas recomendaciones en determinación de lípidos que están resumidas en el documento de consenso de las sociedades sea, Española de Cardiología, SEQC, semFYC y SEMERGEN. Acordandose realizar los siguientes cambios:

- Informar el cálculo de colesterol no-HDL (Colesterol total-Colesterol HDL). Para ello es necesario crear la prueba en el Sistema informático de Laboratorio Modulab.
- Eliminar los valores de referencia que aparecen actualmente en el informe de LDL y apo B por considerar más actual hablar de valores Objetivo dependiendo del riesgo Cardiovascular del paciente.
- Insertar una tabla con los valores Objetivo según el riesgo cardiovascular tras los valores del colesterol no HDL.
- Realizar una modulación de la demanda de determinaciones de colesterol según las recomedaciones del documento consenso no realizándose a aquellos pacientes en lo que se ha realizado la determinación en un plazo inferior a una semana.
- Modificación de los valores de referencia de Lipoproteína A <50 mg/dL
- Redactar una nota explicativa para los servicios peticionarios resumiendo estas actuaciones en el informe del perfil lipídico.
- En un medio plazo se propone la creación de distintos perfiles de Bioquímica General dependiendo de si el paciente es hospitalizado de recién ingreso o ingreso de larga duración.

Se realizan los cambios en el Sistema Informático de laboratorio Modulab Gold:
• Se crea la prueba de Colesterol no HDL como cálculo de colesterol total – colesterol HDL que se añade cada vez que existe la prueba colesterol y colesterol HDL.
• Se eliminan la nota de valores de referencia de LDL y ApoB añadiéndose la tabla:

Objetivo terapéutico para colesterol LDL, colesterol no-HDL y apoB, según riesgo cardiovascular

Riesgo Cardiovascular	Objetivo		
	Colesterol LDL	Colesterol no-HDL	Apo B
Muy Alto	< 70 mg/dL	< 100 mg/dL	< 80 mg/dL
Alto	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL	<100 mg/dL
Moderado	< 115 mg/dl	< 145 md/dL	No procede
Bajo	< 115 mg/dL	No procede	No procede

• Se añaden reglas de rechazo para modulación de la demanda para todos los pacientes. En la cual se rechazan las pruebas Colesterol, Colesterol HDL, colesterol no HDL, colesterol LDL (directo y calculado) si se ha realizado la prueba en menos de una semana.
• Se cambian los valores de referencia de Lp A <50 mg/dl

El responsable técnico de Bioquímica Automatizada redacta la siguiente nota explicativa para los servicios peticionarios:
Desde el Servicio de Bioquímica Clínica se informa a todos los Servicios Clínicos de la puesta en común de las nuevas recomendaciones de las determinaciones de lípidos recogidas en el documento de consenso de las sociedades, SEA, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Medicina del Laboratorio(SEQC), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y SEMERGEN.
• Se informará el cálculo de colesterol no-HDL
• Se sustituirán los intervalos de referencia de Colesterol LDL y ApoB, que aparecen actualmente en el informe, por los valores objetivo dependiendo del riesgo cardiovascular (ver tabla adjunta)
• Se realizará la modulación de la demanda en las determinaciones de colesterol total según las recomendaciones de este documente consenso, no realizándose con una diferencia de tiempo inferior a una semana (en pacientes ingresados)
• Se modifican los intervalos de referencia de la lipoproteína A < 50 mg/dL

Objetivo terapéutico para colesterol LDL, colesterol no-HDL y apoB, según riesgo cardiovascular

Riesgo Cardiovascular	Objetivo		
	Colesterol LDL	Colesterol no-HDL	Apo B

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO

Muy Alto	< 70 mg/dL	< 100 mg/dL	< 80 mg/dL
Alto	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL	<100 mg/dL
Moderado	< 115 mg/dl	< 145 md/dL	No procede
Bajo	< 115 mg/dL	No procede	No procede

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han modificado el 100% de los informes del perfil lipídico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se recomienda una revisión cada dos años como mínimo de la bibliografía del perfil lipídico.
Se recomienda una modulación de la demanda según las recomendaciones de las distintas sociedades en función del tipo de paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1273 ========== ***

Nº de registro: 1273

Título
ACTUALIZACION DEL INFORME DEL PERFIL LIPIDICO

Autores:
LARA NAVARRO EMMA, LATORRE GARCES VIOLETA, RUIZ BUDRIA JOSE, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, FERNANDEZ GONZALEZ AYLA, PALACIOS FIGUER JÚLIA, LEON GAÑETE INMACULADA, ALMUDI SADABA ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En noviembre de 2017 se publicó un documento consenso entre las sociedades Españolas de Arteriosclerosis (SEA), Cardiología, Medicina de Laboratorio (SEQC ML), Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) y de médicos de Atención primaria (Semergen), para establecer unas recomendaciones para el control del perfil lipídico, análisis de las fuentes de variabilidad de dicho perfil y recomendaciones para el informe del laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es analizar el documento consenso “Homogeneización de los valores del perfil lipídico” y poner en práctica las recomendaciones que en él se tratan.

MÉTODO
- Análisis del documento consenso por el grupo de trabajo y revisión bibliográfica.
- Presentacion de resultados del análisis y revisión bibliográfica en el servicio de Bioquímica Clínica del HCU.
- Reunión de grupo de trabajo para establecer los cambios necesarios a nivel interno del laboratorio en todas las fases del proceso analítico.
- Realizar cambios necesarios que se puedan realizar inmediatamente y establecer cronogramas para realizar todos los cambios.
- Informar a especialistas clínicos de los cambios realizados.

INDICADORES
% de informes de perfiles lipídicos actualizados/ mes

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS VALORES DEL PERFIL LIPIDICO

Finalización del proyecto en Diciembre 2018. Seguimiento en años sucesivos para incorporar actualizaciones futuras que se produzcan en estas determinaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0611

1. TÍTULO

GESTION INFORMATICA DEL CONTROL DE REACTIVOS DE LABORATORIO. IMPLANTACION DEL MODULO DE GESTION DE STOCK A TODAS LAS SECCIONES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JOSE RUIZ BUDRIA
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LETAMENDI VIÑAU MARIA TERESA
LARA NAVARRO EMMA
OTERO ANDRES MARIA JESUS
JULIAN ANSON MARIA ANGEL
LORENTE MARTIN SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han creado 18 almacenes en el módulo de Stock del SIL de laboratorio, correspondientes al servicio de Bioquímica. Estos son:
COBAS 8000
E 801
C 502
HB A1C
PROTEINOGRAMAS
SANGRE OCULTA HECES
CALIBRADORES Y CONTROLES
Controles BIO-RAD
URGENCIAS
GASOMETROS
PROTEINAS-NUTRICIÓN
LÍQUIDOS BIOLÓGICOS
SCREENING PRENATAL
FARMACOLOGIA
ORINAS
ESPERMIOGRAMAS
BIOLOGIA MOLECULAR
HORMONAS
Por necesidades de acreditación se amplio el móduulo de stock a los serviciios de Inmunologia con 4 almacenes
ALERGIA
INMUNOPROTEÍNAS
CITOMETRIA (AQUIOS)
AUTOINMUNIDAD
y al final de año se incorporó el servicio de Microbiología con el almacen de la sección de serología
Mic-Serologia
Asi mismo se ha impartido formación dirigida al personal de cada sección, para la implantación del sistema de gestión de Stock.
Se ha generado un anexo al documento PTE-03_Z3(E)C_L_BQ Rev_C "PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE STOCKS. NORMA UNE-EN-ISO 15189"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha logrado tener de forma informática un control de trazabilidad de los reactivos en cuanto al lote de reactivo como la caducidad del mismo, cumpliendo las exigencias de la NORMA UNE-EN-ISO 15189:2012.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De los 24 almacenes creados, 4 de ellos todavía no funcionan al 100 % de sus posibilidades, dejando estos para completar a lo largo del siguiente periodo. Se planifican nuevas sesiones recordatoriias dirigidas a TEL y FEAs de las secciones implicadas a lo largo del primer trimestre de 2018.
Se continuará con la ampliación de la gestión de stock al resto de seccionesd el laboratorio de Microbiología.
Se ve la necesidad de un puesto de trabajo con impresora de etiquetas, en el Servicio de Bioquimica Clínica para un mejor control de los reactivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/611 ========== ***

Nº de registro: 0611

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0611

1. TÍTULO

GESTION INFORMATICA DEL CONTROL DE REACTIVOS DE LABORATORIO. IMPLANTACION DEL MODULO DE GESTION DE STOCK A TODAS LAS SECCIONES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Título
GESTION INFORMATICA DEL CONTROL DE REACTIVOS DE LABORATORIO. IMPLANTACION DEL MODULO DE GESTION DE STOCK A TODAS LAS SECCIONES DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Autores:
RUIZ BUDRIA JOSE, LETAMENDI VIÑAU MARIA TERESA, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, LARA NAVARRO EMMA, ANDRES OTERO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Bioquímica Clínica del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” se encuentra acreditado según norma UNE-EN-ISO 15189 desde el año 2007

El apartado 5.3.2.4 de la norma, trata de la gestión de inventario y expone la necesidad de establecer un control de inventario para los reactivos y materiales fungibles.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es informatizar todo el proceso de gestión de stock en el módulo propio que está disponible en el SIL de laboratorio (MODULAB GOLD).

MÉTODO
Sistematizar y mejorar el sistema de gestión de stock y realización de pedidos de los reactivos de las distintas secciones del laboratorio de Bioquímica, incluyendo al laboratorio de urgencias

Las actividades a realizar serán:
Recopilación de los datos identificativos de los reactivos (Nombre, proveedor, referencia proveedor, código serpa, etc…) Responsable: Mª Teresa Letamendi
Cálculo de stock mínimo y máximo necesario para cada reactivo, dependiente de la frecuencia de realización de pedidos. Responsables: José Ruiz Budría, Emma Lara Navarro, Mª Jesús Andrés Otero.
Introducción de los datos al programa de laboratorio. Responsable: José Ruiz Budría
Habilitación del módulo de stock a todo el personal de laboratorio: Responsable: Mª Ángel Julián Ansón.
Formación del personal Técnico. Responsables: José Ruiz Budría, Mª Jesús Andrés Otero

INDICADORES
Nº de reactivos caducados
Se calculará trimestralmente por almacén indicando el número absoluto de reactivos caducados. Objetivo 0 reactivos caducados
% de reactivos en rotura de stock extrema (Falta de reactivos).

DURACIÓN
Recopilación de datos: Hasta final de 2016
Cálculo de stock e introducción de los datos al SIL: Primer trimestre 2017

-Formación del personal técnico en el uso del módulo de Gestión de Stock: Hasta fin primer trimestre 2017
Seguimiento durante un año de stock máximo y mínimo y modificaciones si son necesarias
Seguimiento del cumplimiento de entradas y salidas del módulo de Gestión de Stock

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0596

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA SANTAMARIA GONZALEZ
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LORENTE MARTIN SILVIA
PERIAGO PERALTA MARIA NIEVES
PALACIOS FIGUER JULIA
MARCO CEBOLLA ANA CRISTINA
ROS LOPEZ SUSANA
LAMATA HERNANDEZ FELIX
PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para alcanzar las actividades propuestas en el proyecto, el equipo se ha reunido en varias ocasiones para revisar los objetivos y su cumplimiento, con ello se han analizado los principales errores observados durante la fase analítica y postanalítica y se ha propuesto una solución para intentar reducirlos, se han concretado los puntos a incluir en el perfil evolutivo de la PTHi y se ha decido reducir a una única muestra la determinación de calcio total y PTH basal. Una vez consensuados estos puntos se ha establecido un protocolo de trabajo en el que se incluyen las condiciones de procesamiento y almacenamiento de la muestra en caso de que la intervención se realice fuera de horario de trabajo del laboratorio de rutina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nombre del Indicador----------Valor (resultado cuantitativo) del Indicador
Nº de incidencias antes/después del protocolo: 70%/5%
Reducción del nº incidencias analíticas: 65%
Encuestas personal: grado de satisfacción: Muy útil: 80% / Útil: 20%
Encuestas personal: grado de comprensión y compromiso: 100%
Disminución tiempo de respuesta: 50%
Sesiones informativas y reuniones: 4

El protocolo ha permitido optimizar la monitorización de PTH intraoperatoria en el laboratorio en su fase analítica y postanalítica. Se ha conseguido reducir el tiempo de emisión de resultados a la mitad y se ha mejorado la comunicación entre cirujanos y laboratorio, estableciendo protocolos de trabajo útiles y comprensibles para los profesionales implicados en el procesamiento de las muestras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto ha sido diseñado con la intención de establecer un protocolo de trabajo para optimizar la monitorización de PTH intraoperatoria en el laboratorio con el objetivo de mejorar el servicio proporcionado por el laboratorio y con ello, la calidad asistencial. Los resultados han sido muy positivos en todos los indicadores analizados, el protocolo ha quedado establecido y el proyecto ha concluido satisfactoriamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/596 ========== ***

Nº de registro: 0596

Título
OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

Autores:
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, LORENTE MARTIN SILVIA, PALACIOS FIGUER JULIA, MARCO CEBOLLA ANA CRISTINA, ROS LOPEZ SUSANA, LAMATA HERNANDEZ FELIX, GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR, PUENTE LANZAROTE JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0596

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la última década se ha extendido el uso de la monitorización intraoperatoria de la parathormona (PTHi) en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario (HPTP). La vida media de esta hormona es de 5 minutos, por lo que la curva trazada por el nivel de PTH durante la intervención permite conocer la cuantía de la extirpación del tejido hiperfuncionante. De este modo, una caída significativa de los niveles posquirúrgicos de PTH tras haberse efectuado la resección de la(s) glándula(s) anormal(es) es un buen predictor de éxito quirúrgico. El estudio del perfil evolutivo de la PTHi tras la exéresis glandular se realiza en el laboratorio con un tiempo estimado de 30 minutos desde la recepción de las muestras. Sin embargo, en el laboratorio hemos detectado que las muestras recibidas no siempre reúnen las condiciones deseables, no siempre están correctamente etiquetadas, en ocasiones no son reconocidas por el analizador y en consecuencia el informe de resultados se demora. Para ofrecer un servicio más rápido y de mejor calidad resulta necesario revisar las condiciones en las que se reciben las muestras, concretar los puntos incluidos en el perfil evolutivo de la PTHi y establecer un protocolo de trabajo que incluya una comunicación fluida entre cirujanos y laboratorio. Este proyecto surge para dar continuidad al proyecto de mejora de la fase preanalítica.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Optimizar la monitorización de PTH intraoperatoria en el laboratorio
2.Establecer un protocolo de trabajo en el laboratorio
3.Reducir el tiempo de emisión de resultados
4.Mejorar la comunicación entre cirujanos y laboratorio

MÉTODO
. Revisar y reducir los errores más frecuentes por los que el analizador no reconoce la muestra
. Determinar en una única muestra calcio y PTH basal, con lo que se evita extracción de muestras innecesarias al paciente.
. Protocolizar la fase analítica y postanalítica y concienciar de la importancia de la determinación entre los técnicos de laboratorio que procesan las muestras.
. Establecer las condiciones de procesamiento y almacenamiento de la muestra en caso de que la intervención se realice fuera de horario de trabajo de laboratorio de rutina.
. Consensuar con los cirujanos los puntos a incluir en el perfil evolutivo de la PTHi
. Conocer el proceso completo desde que la muestra es extraída en quirófano hasta que se emite el informe de resultados. El protocolo de actuación en quirófano y laboratorio se comunicará en una sesión informativa conjunta entre ambos servicios.

INDICADORES
. Número de incidencias registradas en recepción de muestras. Se comparará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo
. Número de incidencias registradas durante la fase analítica. Se valorará la reducción del número de incidencias analíticas desde la implantación del protocolo
. Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo. Podremos evaluar si se ha comprendido, incluir sugerencias, comprobar el grado de satisfacción del personal
. Tiempo de respuesta informe de resultados, permitirá valorar la disminución del tiempo en la emisión de resultados.
. Sesiones informativas o reuniones diseñadas para mejorar el servicio

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO: La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de 10-12 meses.

Durante el cuatrimestre trimestre del año, se estudiarán las principales causas que retrasan la entrega de resultados y se buscará soluciones que resuelvan los problemas más comunes, además de preparar y establecer un protocolo de trabajo en el laboratorio que incluya el trabajo técnico y facultativo.

En el segundo cuatrimestre se procederá a la puesta en común entre cirujanos y bioquímicos, donde se consensuarán y establecerán los mejores puntos a incluir en el perfil de valoración de PTHi y se ofrecerán sesiones informativas que permitan a los profesiones implicados conocer el proceso completo.

Finalmente, el último cuatrimestre comprenderá la valoración del servicio tras las mejoras incluidas, se evaluarán los indicadores y se comprobará que el proyecto haya transcurrido con satisfacción

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0596

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE ANALITICA Y POSTANALITICA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0656

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA LLORENTE FERNANDEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA
AZNAREZ NOGUERAS SOFIA
FRANCO CUARTERO JAVIER
BASTARDO VALERO MARIA MERCEDES
USON URIEL MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestro laboratorio, las determinaciones hormonales del perfil androgénico se basan en la cuantificación de la testosterona total, SHBG y la testosterona libre determinada por métodos directos (ESTRATEGIA A). Dadas las limitaciones metodológicas de la determinación de testosterona libre, sumada a la mayor eficacia diagnóstica de la estimación de la testosterona libre (94 frente al 91% de eficacia diagnóstica), proponemos un nuevo perfil androgénico basado en la testosterona total y la estimación de las fracciones de testosterona libre y biodisponible estimada a partir de la SHBG y la albúmina (ESTRATEGIA B).
Este nuevo protocolo propuesto presenta una mayor utilidad diagnóstica y estimamos que un menor coste por paciente.
De forma previa a la implantación de la nueva estrategia diagnóstica, se calculó el coste real del perfil androgénico (3.77€/paciente, con un coste anual de 12242€), así como la estimación de coste de la propuesta diagnóstica (3.27 €/paciente, con un coste anual de 10608€). Se estimó un ahorro anual de 1633€, un 13.3% del coste.
Se comunicó el cambio a los servicios peticionarios implicados: Urología, Endocrinología y Ginecología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la implantación de esta propuesta, en junio de 2018, se calculó el coste real de la mejora, comparando los periodos comprendidos entre 1/09/2017-31/01/2018 (estrategia A) y 1/09/2018-31/01/2019 (estrategia B). El coste de la estrategia A durante los 5 meses de evaluación fue de 3.72€/paciente (12625€/año), frente a los 3.21€/paciente (10337€/año) con la nueva propuesta. Esto supuso un ahorro real de 2287€ anuales, aproximadamente un 18.1% del coste del perfil androgénico.
No ha sido detectada ninguna incidencia ni reclamación por parte de los clínicos. Tampoco ha sido solicitada la petición de determinación de testosterona libre cuantificada por método de referencia
Resumen de indicadores:
? Incremento coste efectividad anual entre el perfil propuesto y el protocolo previo = -2515 (mayor eficacia a menor coste)
? Incidencias detectadas tras la implantación del protocolo = 0
? nº de peticiones para la determinación de testosterona libre directa solicitadas = 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La nueva estrategia permite una mayor eficacia diagnóstica en la patología androgénica (incrementándose del 91 al 94%) con un menor coste (ahorro anual de 2287€)

7. OBSERVACIONES.
No precisa

*** ========== Resumen del proyecto 2018/656 ========== ***

Nº de registro: 0656

Título
OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

Autores:
LLORENTE FERNANDEZ ELENA, SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, AZNAREZ NOGUERAS SOFIA, FRANCO CUARTERO JAVIER, BASTARDO VALERO MARIA MERCEDES, USON URIEL MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0656

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La testosterona es un andrógeno sintetizada en los testículos en los hombres, en los ovarios en las mujeres, y en ambos sexos en la corteza suprarrenal. En el hombre, la secreción testicular de testosterona está regulada por la hormona luteinizante (LH) y mediante retroalimentación negativa vía hipotálamo-hipófisis. Esta testoterona se transforma en la próstata y las vesículas seminales en dihidrotestosterona, que es más activa biológicamente. La testosterona estimula el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos secundarios y contribuye al mantenimiento de la función prostática y de la vesícula seminal. En la mujer, los ovarios producen pequeñas cantidades de testosterona que en concentraciones fisiológicas no ejercen efectos andrógenos específicos. La mayor parte de la testosterona en las mujeres se forma por conversión periférica de otros andrógenos (DHEA y androstenodiona). Además, la testosterona sintetizada en los ovarios se convierte en estradiol y estrona. Un aumento de la producción de testosterona en la mujer puede causar virilización.
Del total de testosterona, sólo el 2% circula libre en la sangre (TESTOSTERONA LIBRE), mientras que la testosterona restante está unida a proteínas transportadoras, aproximadamente un 60% a la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG) y un 38% a la albúmina (unión de baja afinidad). La TESTOSTERONA BIODISPONIBLE es la suma de la testosterona libre y la unida a albúmina (unión de baja afinidad).
La testosterona libre puede ser determinada por métodos directos (siendo el método de referencia la diálisis de equilibrio, pero sin utilidad en el laboratorio clínico por su laboriosidad) o se puede calcular mediante métodos indirectos. Otros métodos de cuantificación directa, como el radioinmunoanálisis (RIA) o los inmunoensayos enzimáticos (ELISA) no presentan buena correlación con el método de referencia, lo que también limita su utilidad.
La testosterona biodisponible se puede estimar a través de fórmulas validadas, basadas en la cuantificación de la testosterona total, la fracción unida a SHBG y la unida a albúmina.
El estudio del perfil androgénico, tanto en el varón y como en la mujer, es frecuente en el Laboratorio de Hormonas como herramienta de ayuda en el diagnóstico de patologías relacionadas con la deficiencia o el exceso de andrógenos, tales como la pubertad precoz o retardada, la virilización, infertilidad, el hirsutismo o la alopecia. Dicho perfil se basa en la determinación de testosterona total junto con la fracción de testosterona libre o a la estimación de testosterona biodisponible.
En la actualidad se considera que la testosterona biodisponible refleja mejor el estado androgénico que la testosterona total e incluso que la testosterona libre cuantificada por métodos directos. Vermeulen y colaboradores encontraron una eficacia diagnóstica para el hipoandrogenismo del 94% cuando se estimaba la testosterona biodisponible, frente al 91% demostrado por la testosterona libre.
En nuestro laboratorio, el perfil androgénico se basa en la cuantificación de la testosterona total junto a la fracción libre por métodos directos (ESTRATEGIA A). Proponemos un nuevo perfil androgénico basado en la testosterona total y la fracción biodisponible estimada a partir de la SHBG y la albúmina (ESTRATEGIA B)
El protocolo propuesto presenta una mayor utilidad diagnóstica con un menor coste anual.
A continuación se resume el análisis de costes realizado:

DESCRIPCIÓN	COSTE ANUAL	COSTE POR PACIENTE	UTILIDAD (eficacia diagnóstica)
ESTRATEGIA A	Basado en testosterona libre	12242?	3.77? 94%
ESTRATEGIA B	Basado en testosterona biodisponible	10608?	3.27? 91%

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es implantar y evaluar el nuevo protocolo de laboratorio propuesto para evaluar el perfil androgénico de los pacientes.

MÉTODO
La nueva estrategia diagnóstica ha sido consensuada con los servicios de Endocrinología, Urología y Ginecología, principales peticionarios de estas determinaciones.
Se propone dar una sesión informativa sobre las ventajas del nuevo perfil a los profesionales implicados.

INDICADORES
Se proponen los siguientes indicadores de seguimiento:

- Diferencia de costes anual entre el perfil propuesto y el protocolo previo
- Incidencias detectadas tras la implantación del protocolo
- nº de peticiones para la determinación de testosterona libre directa solicitadas y que son procedentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0656

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL PERFIL BIOQUIMICO HORMONAL PARA LA VALORACION DEL ESTADO ANDROGENICO MEDIANTE LA ESTIMACION DE TESTOSTERONA BIODISPONIBLE

DURACIÓN
Se propone el siguiente cronograma:

01/03/2018 a 15/05/2018
Comunicación del nuevo protocolo pactado a todos los profesionales implicados
Configuración de las nuevas determinaciones en el sistema informático del laboratorio (Modulab) y en el petitorio electrónico: testosterona libre calculada y testosterona biodisponible calculada.

16/05/2018 a 31/05/2018
Puesta en marcha del nuevo protocolo

01/06/2018 a 30/09/2018
Análisis de las incidencias detectadas y establecimiento de las acciones correctivas necesarias.

1/10/2018 a 30/10/2018
Evaluación del protocolo mediante el cálculo de los indicadores.

OBSERVACIONES
Bibliografía consultada:

1. Vermeulen A, Verdonck L, Kaufman JM. A critical evaluation of simple methods for the estimation of free testosterone in serum. J Clin Endocrinol Metab. 1999;84(10):3666-72.

2. Sartorius G, Ly LP, Sikaris K, McLachlan R, Handelsman DJ. Predictive accuracy and sources of variability in calculated free testosterone estimates. Ann Clin Biochem. 2009 Mar;46(Pt 2):137-43.

3. Morris PD, Malkin CJ, Channer KS, Jones TH. A mathematical comparison of techniques to predict biologically available testosterone in a cohort of 1072 men. Eur J Endocrinol. 2004 Aug;151(2):241-9.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0745

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA LORENTE MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERIAGO PERALTA MARIA NIEVES
ALIERTA GRACIA EVA MARIA
SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE
PEREA DE PACO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el proyecto Optimización de la monitorización de PTH introperatoria: fase preanalítica, se contemplaron los siguientes indicadores:
1.- Nº de incidencias registradas en la preparación, extracción y transporte de las muestras. Se contemplará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo.
2.- Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo.
3.- Sesiones informativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.-Durante este tiempo se han establecido diferentes pautas de trabajo en consenso con el personal implicado de cada sección (cirujanos/bioquímicos, enfermeras de anestesia, celadores y TEL) hasta determinar unos protocolos para la monitorización, extracción y transporte de muestras de paratohormona (PTH) intraoperatoria.
Tomando el período comprendido entre Octubre y Diciembre de 2017 se produjeron 15 incidencias todas ellas relacionadas con la preparación, extracción y transporte de las muestras. Lo que vino a corresponder con un 100% de los análisis realizados durante dicho período.
Tras la implantación de los respectivos protocolos, se valoraron durante el mismo período del año 2018 las incidencias ocurridas.
De las 15 muestras analizadas hubo incidencias en 7 de ellas lo que se representó en un 28,5% de incidencias relacionadas con la monitorización y con el transporte y un 42,8% con la extracción.

2.-A comienzos de 2019 se pasaron unas encuestas de valoración al personal implicado en cada servicio del proyecto donde se vieron los resultados que se muestras a continuación.
A la pregunta: ¿Cree que el proceso se ha mejorado tras la implantación del protocolo? Hubo un 100% de respuestas afirmativas en la monitorización y en el transporte y en el área de la extracción fué un 64,7% los que consideraron que el proceso había mejorado.
Y a la pregunta: Valore de 0 a 5, siendo 0= nada útil y 5 Muy útil, el grado de mejora que cree que ha supuesto la implantación del protocolo.
La valoración de 4 puntos fué la más representativa con un 50% en las encuestas de monitorización, un 63,6% en la extracción y un 100% en el transporte.

3.-Antes de la puesta en marcha de los protocolos se impartieron sesiones formativas al personal implicado (TEL, enfermeras de anestesia y celadores) las cuales tuvieron muy buena aceptación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto ha sido diseñado para establecer unos protocolos de trabajo en la monitorización, extracción y transporte de la PTH intraoperatoria con la intención de informar al personal implicado de la importancia de cada fase y mejorar así el servicio proporcionado por el laboratorio en el tratamiento de las muestras.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/745 ========== ***

Nº de registro: 0745

Título
OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

Autores:
LORENTE MARTIN SILVIA, SANTAMARIA GONZALEZ MARIA, PERIAGO PERALTA MARIA NIEVES, ALIERTA GRACIA EVA MARIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0745

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA MONITORIZACION DE PTH INTRAOPERATORIA: FASE PREANALITICA

SANTANDREU LACASA SILVIA IRENE, PEREA DE PACO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
. La apropiada evolución de los niveles de paratohormona (PTH) en muestras seriadas obtenidas durante el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario es indicador del éxito quirúrgico, es por esto mismo que una buena trazabilidad de las muestras es fundamental en la fase preanalítica.
Conseguir que desde el laboratorio los tubos vayan perfectamente etiquetados, que dichas etiquetas no sufran ningún deterioro durante el proceso, que se protocolicen los tiempos de extracción, que la temperatura entre la extracción y el análisis sea la correcta y que no se demoren los tiempos son puntos fundamentales para garantizar la calidad de las determinaciones.
Este proyecto antecede y se continúa con el proyecto de mejora de las fases analítica y postanalítica de la monitorización de PTH intraoperatoria.

RESULTADOS ESPERADOS
* Establecer un protocolo de preparación de los contenedores de muestras biológicas y de la nevera de transporte en el laboratorio. *Mejorar la trazabilidad de las muestras.
* Revisar y optimizar la extracción de muestras en el quirófano y el transporte y recepción en el laboratorio.
* Establecer un protocolo de trabajo en el quirófano.

MÉTODO
* Unificar criterios a la hora del transporte de las muestras.
* Reducir incidentes con la identificación de las muestras.
*Protocolizar la fase preanalítica y concienciar al personal implicado de la importancia de la extracción de la muestra y del correcto transporte al laboratorio.
* Conocer el proceso completo desde que la muestra es extraída en quirófano hasta que se emite el informe de resultados. El protocolo de actuación en quirófano y en el laboratorio se comunicará en una sesión informativa conjunta entre los servicios.

INDICADORES
* Número de incidencias registradas en la preparación, extracción y transporte de las muestras. Se comparará el número de incidencias preanalíticas antes y después de establecer el protocolo de trabajo.
* Encuestas al personal implicado para evaluar el protocolo de trabajo. Valorando si se ha comprendido el proceso, si se podría mejorar de alguna manera y el grado de satisfacción.
* Sesiones informativas o reuniones diseñadas para mejorar el servicio.

DURACIÓN
* La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de 10-12 meses.
* Durante el primer cuatrimestre de año, se estudiarán las principales causas que retrasan la entrega de muestras y se buscarán soluciones que resuelvan los problemas más comunes.
*En el segundo cuatrimestre del año se procederá a la puesta en común entre enfermeras de anestesia, celadores y el laboratorio para consensuar y establecer los protocolos de actuación y se ofrecerán sesiones informativas que permitan a los profesionales implicados conocer el proceso completo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1026

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VIOLETA LATORRE GARCES
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES OTERO MARIA JESUS
LARA NAVARRO EMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Obtención de los años 2017 y 2018 de los indicadores relativos a la efectividad de las notificaciones enviadas desde el laboratorio de bioquímica:
1.a/Notificaciones enviadas a un destino correcto (porque el servicio solicitante lo ha facilitado).
1.b/Notificaciones recibidas y abiertas en t<24 h por el servicio peticionario. Período en el que se realizó esta acción: Noviembre 18- Enero 19.

2.- Tras la evaluación pormenorizada de todas las notificaciones enviadas por el servicio de bioquímica en el año 2018, se realizó la elaboración de los siguientes listados:
2.a/ Solicitantes que han facilitado al laboratorio un correo electrónico, para la recepción de valores críticos, y abren las notificaciones en menos de 24 horas. 2.b/ Solicitantes que han facilitado una dirección de correo, pero que no abren las notificaciones del laboratorio.
2.c/ Solicitantes que no han facilitado un correo electrónico al laboratorio.
Período en el que se realizó esta acción: Enero 19.

3.- Reunión con los componentes del proyecto de mejora para la evaluación de los datos obtenidos.
- Se agrupan algunos destinos de un mismo servicio, para optimizar la sistemática de notificaciones, siguiendo el ejemplo de los servicios en los que este sistema se ha implantado con éxito.
- Se eliminan de nuestro objetivo los destinos genéricos que no pertenecen a nuestro sector, por resultar inviable la comunicación electrónica con ellos.
- Se esbozan tres tipos de comunicaciones:
3.a/ Carta de agradecimiento a los servicios donde este sistema se ha implantado con éxito.
3.b/ Carta explicando la notificación de valores críticos del laboratorio, y solicitando la colaboración del servicio solicitante. Se adjuntará el listado de valores críticos vigente, por si alguno de los clientes necesitara realizar alguna modificación, y se les facilitará la extensión y correo del responsable del proyecto, para facilitar la comunicación.
Fecha de reunión: 15 de Febrero de 2019.

El proyecto de mejora finalizará, como se fijó en la propuesta, en Mayo de 2019.
Se realizarán las siguientes acciones:
4.- Envío de las cartas de agradecimiento, y de solicitud de colaboración con el sistema de notificación de críticos a los solicitantes (Jefes de servicio y Coordinadores de los CS)

5.- Tras tres meses, se evaluará la eficacia de las acciones llevadas a cabo, con la medida de los indicadores mencionados en el punto 1.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Indicadores mensuales de los años 2017 y 2018 relativos a la efectividad de las notificaciones:
1.a/Notificaciones enviadas a un destino correcto (porque el servicio solicitante lo ha facilitado). Promedio anual 2017: 87.31%. Promedio anual 2018: 94.50%
1.b/Notificaciones recibidas y abiertas en t<24 h por el servicio peticionario.
Promedio anual 2017: 57.59%. Promedio anual 2018: 66.50%.
En ambos indicadores se observa una tendencia ascendente, que atribuimos a la insistencia (mediante vía telefónica) de los facultativos de bioquímica que enviamos los críticos, en la asignación de un correo y apertura de las notificaciones, a los solicitantes.

2.- Evaluación de las notificaciones enviadas por el servicio de bioquímica en el año 2018, y clasificación de los solicitantes (Servicios y Centros de Salud):
2.a/ Existen 50 solicitantes que han facilitado al laboratorio un correo electrónico, para la recepción de valores críticos, y abren las notificaciones en menos de 24 horas.
2.b/ Se hallan 53 solicitantes que han facilitado una dirección de correo, pero que no abren las notificaciones del laboratorio, 37 de ellos de manera recurrente.
2.c/ 32 solicitantes que no han facilitado un correo electrónico al laboratorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El sistema de notificación de valores críticos de laboratorio se ha implantado con éxito en 50 destinos, destacando positivamente los servicios de Endocrinología y Nefrología, y la mayoría de los Centros de Salud.
Tras este primer paso en la implantación, se observa que en primaria la notificación por vía electrónica ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1026

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U

sido mucho más exitosa que en atención especializada. Nuestro objetivo es conseguir tras la finalización del proyecto, la sistematización de este proceso también en consultas externas y hospitalización.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1026 ========== ***

Nº de registro: 1026

Título
MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U. LOZANO BLESA

Autores:
LATORRE GARCES VIOLETA, JULIAN ANSON MARIA ANGEL, LARA NAVARRO EMMA, ANDRES OTERO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde la implantación de la notificación de valores críticos por correo electrónico en Enero de 2016, se ha seguido su efectividad mediante dos indicadores mensuales:
% de notificaciones enviadas correctamente (es decir, el servicio solicitante ha facilitado al laboratorio una dirección de correo electrónico para la recepción de las notificaciones).
% de notificaciones abiertas en un plazo inferior a 24 horas desde su envío.
Se observa que este proceso ha sido efectivo en más del 90% de los Centros de Salud solicitantes, pero sólo en algunos servicios de nuestro hospital (fundamentalmente, Nefrología, Medicina Interna, Endocrinología y Digestivo), por lo que muchos de los servicios solicitantes, o bien, no han facilitado todavía una dirección de correo electrónico al laboratorio, o si lo han hecho, no tienen establecida una sistemática de apertura de las notificaciones.
Por otro lado, se considera necesario la revisión con cada servicio de los valores críticos a notificar por el laboratorio, en función de las características de sus pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Teniendo en cuenta que la notificación de valores críticos es un requisito de la Norma UNE-EN ISO 15189, los objetivos a conseguir son:
- Consenso de los valores críticos con los servicios peticionarios del hospital.
- Notificación efectiva de valores críticos por vía electrónica, es decir, conseguir trasladar a los servicios solicitantes la necesidad de la implantación de una sistemática para la apertura de las mismas, poniendo como ejemplo aquellos servicios donde se realiza con éxito.

MÉTODO
Actividades a realizar:

1.- Desglosar en los indicadores relativos a la efectividad de las notificaciones, aquellos servicios que todavía no han facilitado una dirección de correo al laboratorio, y los que a pesar de haberlo hecho, no abren las notificaciones en menos de 24 horas.

2.- Comunicación con cada uno de estos servicios para:
a/explicarles en qué consiste el sistema de notificación electrónica
b/revisión conjunta de los valores críticos propuestos por bioquímica y modificarlos, si fuera necesario, para sus pacientes
c/solicitud de dirección de correo electrónico, si el servicio aún no la hubiera facilitado
d/revisión con el servicio solicitante de la sistemática para la apertura de las notificaciones, poniendo como ejemplo la seguida por los servicios de nuestro hospital donde se realiza con éxito

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1026

1. TÍTULO

MEJORA EN LA NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA, POR VIA ELECTRONICA A LOS SERVICIOS SOLICITANTES DEL H.C.U

3.- Seguimiento durante un trimestre de los indicadores relativos a las notificaciones electrónicas para estos servicios.

4.- Comunicación a estos servicios agradeciéndoles su colaboración, y recordándoles si fuera necesario, las mejoras a realizar.

Por otro lado, a los servicios donde la notificación de valores críticos ya se realiza con éxito:

5.- Comunicación donde el laboratorio les felicita, les agradece su colaboración y les remite los valores críticos que se les notifican actualmente, por si consideraran necesario realizar alguna modificación.

INDICADORES
Los indicadores a medir son los siguientes:
a/ % Noticaciones enviadas correctamente (el servicio solicitante ha facilitado una dirección de correo electrónico).
Fórmula: Notificaciones con error a servicios del hospital/Total de notificaciones a servicios del hospital
Resultado actual: 81%
Resultado deseado: 100%
b/ % Notificaciones abiertas en un período inferior a 24 horas.
Fórmula: Notificaciones abiertas en servicios del hospital <24h /Total de notificaciones a servicios del hospital
Resultado actual: 42%
Resultado deseado: 90%

DURACIÓN
Actividades 1 y 5: junio 2018
Violeta Latorre

Actividad 2: julio-noviembre 2018
M. Ángel Julián, M. Jesús Andrés, Emma Lara y Violeta Latorre

Actividad 3: enero-marzo 2019
Violeta Latorre

Actividad 4: abril 2019
M.Ángel Julián y Violeta Latorre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1268

1. TÍTULO

DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINATOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DELA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SEBASTIAN MENAO GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRUEBO MUÑIO MARIA
RAMOS ALVAREZ MONICA
TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL
INDA LANDALUCE MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha puesto a punto el diagnostico genético del déficit de alfa1 antitripsina (gen SERPINA1). Se han seleccionado 20 casos con un nivel bajo de la fracción alfa1 en el proteinograma, de los cuales 12 presentaban niveles bajos de la enzima alfa1 antitripsina. De los 12, 1 paciente ha fallecido y el resto (11) han sido citados a la consulta de Enfermedades Minoritarias del Servicio de Medicina Interna. Todos ellos han accedido a realizarse el estudio genético. Además, en esto momentos tenemos otros 15 casos candidatos con niveles bajos de la enzima alfa1 antitripsina

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha concluido el estudio genético de los 11 pacientes, pero de momento en dos pacientes se han encontrado mutaciones patogénicas responsables de déficit de alfa1 antitripsina

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El hallazgo casual de una fracción baja de alfa1 en el proteinograma es una herramienta muy útil en el estudio de déficit de alfa1 antitripsina y debería instaurarse en la práctica clínica más allá de este proyecto de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1268 ========== ***

Nº de registro: 1268

Título
DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA TOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DE LA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

Autores:
MENAO GUILLEN SEBASTIAN, ARRUEBO MUÑIO MARIA, RAMOS ALVAREZ MONICA, TORRALBA CABEZA MIGUEL ANGEL, INDA LANDALUCE MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Hallazgos de laboratorio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora en el diagnóstico clínico

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La realización del proteinograma en suero es un método semicuantitativo de análisis de proteínas. Es una petición cuya indicación es muy diversa pero que se solicita de forma muy frecuente al laboratorio de Bioquimica. La región alfa1 del proteinograma se corresponde principalmente con la concentración de la proteína alfa-1 antitripsina (ATT). El déficit de AAT es la enfermedad congénita potencialmente mortal más frecuente en la edad adulta, pero sigue siendo hoy en día una enfermedad infradiagnosticada. La ATT es una glucoproteína inhibidora de proteasas cuya concentración en suero se encuentra en torno a 120-220 mg/dL. La deficiencia de ATT confiere una predisposición para desarrollar enfermedades a lo largo de la vida,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1268

1. TÍTULO

DETECCION DE PACIENTES CON DEFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINATOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA EL HALLAZGO DE NIVELES BAJOS DELA FRACCION ALFA1 EN EL PROTEINOGRAMA

principalmente enfisema pulmonar y diversos tipos de hepatopatías, colestasis neonatal, hepatitis juvenil, cirrosis hepática en niños y adultos, y hepatocarcinoma, de tal manera que incluso se ha sugerido que puede estar asociado al desarrollo de cánceres. El gen de la AAT se transmite por herencia mendeliana simple de manera autosómica recesiva, es un gen muy polimórfico, donde el alelo normal se denomina PiM, y los alelos deficientes más frecuentes son PiS, PiZ y más raramente el alelo Null. El aumento de riesgo para enfermedad hepática y/o pulmonar se asocia a valores de ATT por debajo de 120 mg/dL que presentan fenotipos MZ, SZ, ZZ, o null, siendo de alto riesgo valores por debajo de 40 mg/dL con fenotipos ZZ o Null (OMIM 107400). Se piensa que en España pueden existir más de 12000 personas con fenotipo deficiente ZZ, donde tan solo el 4% ha sido diagnosticado, de tal manera que estos pacientes tienen una alta probabilidad de padecer enfermedades respiratorias sobretodo asociadas al hábito tabáquico, por lo que un conocimiento de su situación puede ayudar a establecer estilos de vida saludable que evite ese deterioro progresivo de su función respiratoria y en determinados casos puede indicar la necesidad de establecer un tratamiento sustitutivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Diagnosticar los casos de déficit de alfa 1 antitripsina en aquellas personas a las que se le realice un proteinograma y que presenten valores bajos de la fracción alfa1.

MÉTODO
A todas aquellas personas a las que se le realice un proteinograma y que presenten un valor de alfa 1 por debajo del 3.5% se les cuantificará la AAT en suero. Cuando las concentraciones de esta proteína estén por debajo de <100 mg/dL se recomendará el genotipado del gen que codifica a la AAT. Para ello, desde el laboratorio de Bioquímica se contactará con la consulta de Enfermedades Minoritarias Sistémicas del Servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa y posteriormente se citará al paciente para proponer la realización de dicho estudio. Una vez en la consulta, previo consentimiento autorizado, se realizará el diagnóstico genético en el laboratorio de genética de este Hospital

INDICADORES
En términos generales, se evaluará al cabo de un año el número de pacientes en los que se hubiere detectado el alelo Z o Null, variantes con mayor predisposición a padecer enfermedad pulmonar, procediéndose a un seguimiento de estos pacientes con las pertinentes recomendaciones terapéuticas y de estilo de vida.

DURACIÓN
El estudio del gen de la ATT se pondrá a punto a los largo de los 3 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a analizar una serie de controles y se seguirá con el estudio de pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JAIME GIMENO GARZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
ESTEVE ALCALDE PATRICIA
BIELSA RODRIGO FERNANDO
VEGAS VEGAS ISMAEL
NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER
GARCIA CLAVER AINHOA
GONZALO SANCHEZ PASCUAL
TORCAL CASADO CHARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre Junio de 2015 y Febrero de 2016 se realizaron las siguientes actividades:
- Se constituyó el Grupo de Trabajo, al cual se unió el otro Cardiólogo del Hospital Ernest Lluch, de Calatayud (Ismael Vegas Vegas).
- Se elaboró la Vía clínica de derivación de pacientes con insuficiencia cardiaca desde Atención Primaria a Consulta de Cardiología.
- Se modificó el protocolo que inicialmente se presentó en el Proyecto para adaptar los puntos de corte del NT-proBNP a las Guías de Práctica Clínica más recientes.
- Trabajamos con el responsable de OMI, y se consiguió incluir la vía de derivación diseñada en dicha aplicación informática.
- Se comenzó a informar, e instruir a los Médicos de Atención Primaria para poner en marcha dicha Vía clínica
Entre Marzo de 2016 y Junio de 2016:
- Se comenzó de forma piloto la derivación de pacientes, con los Médicos de Atención Primaria que formaban parte del Grupo de trabajo.
A partir de Junio de 2016:
- Se instauró la Interconsulta Virtual de Cardiología, por lo que la mayoría de pacientes remitidos desde Atención Primaria a la Consulta de Cardiología pasaban por este filtro, donde el Cardiólogo asesoraba y orientaba al Médico de Atención Primaria para la correcta derivación a la Consulta de Cardiología, si precisaba; por lo que se llegó a la conclusión de que este Proyecto ya no tenía sentido, porque se había instaurado otra vía de comunicación y derivación con Atención Primaria mucho más fluida y eficaz

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Los resultados no son valorables porque se detuvo precozmente este Proyecto, pues fue superado por otra realidad (instauración de Interconsulta virtual)
- Los pacientes que se remitieron de forma piloto fueron escasos, por lo que no nos permitió valorar su impacto sobre la reducción de la lista de espera para la Consulta de Cardiología, ni la reducción del número de Ecocardiogramas realizados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque el proyecto no cumplió las expectativas para el que fue diseñado, pues como hemos comentado, fue superado por una realidad superior, sí que podemos extraer varios aspectos positivos:
- Permitió elaborar una Vía clínica de derivación, que hoy en día aun se tiene en cuenta en la Interconsulta virtual, sirviendo como guía para la derivación estos pacientes
- Permitió dar a conocer en Atención Primaria, el nuevo biomarcador (NT-proBNP) disponible en el Laboratorio de bioquímica del Hospital Ernest Lluch, así como sus indicaciones y utilidad
- Impulsó la instauración de la Interconsulta virtual de Cardiología, porque de alguna manera, este Proyecto, ponía en evidencia la escasa comunicación entre Primaria y Cardiología, lo cual repercutía en derivaciones inadecuadas que sobrecargaban la Unidad de Cardiología; y así la necesidad de encontrar fórmulas y recursos que mejoraran esta deficiencia

7. OBSERVACIONES.
Cuando se elaboró el Proyecto, en el Hospital Ernest Lluch sólo había un Cardiólogo (Dr. Jaime Gimeno Garza). Desde Junio 2015, se contrata un segundo Cardiólogo (Dr. Ismael Vegas Vegas) al cual se creyó imprescindible incluirlo en el Proyecto, para que pudiera ponerse en marcha.
Actualmente el responsable del proyecto (Dr. Jaime Gimeno Garza) ya no trabaja en el Hospital Ernest Lluch sino que trabaja en el HCU Lozano Blesa.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/189 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

Nº de Registro: 0189

Título
VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

Autores:
GIMENO GARZA JAIME, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, ESTEVE ALCALDE PATRICIA, BIELSA RODRIGO FERNANDO, NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER, GARCIA CLAVER AINOHA, GONZALVO SANCHEZ PASCUAL, TORCAL CASADO CHARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

PROBLEMA
Problema: derivación inadecuada desde Atención Primaria de pacientes con el diagnóstico de sospecha de insuficiencia cardiaca a la Consulta de Cardiología, sobrecargando la misma (aumentando la lista de espera) y haciéndola poco eficiente.
Derivación inadecuada por:
-Derivación del síntoma (disnea) y no del síndrome (IC): o sea, remitir a Consulta de Cardiología disneas para estudio; la orientación diagnóstica básica de la disnea la debe hacer el MAP y en función de la sospecha etiológica remitirla al especialista correspondiente (Neumología, Cardiología, Medicina Interna, etc).
-No se ha realizado el estudio básico en Primaria o este es incompleto: el estudio básico de una disnea o sospecha de IC debería incluir analítica general, Rx tórax y ECG. Remitir al paciente con esas pruebas ayuda enormemente en la consulta especializada permitiendo ganar tiempo y eficiencia
-Diagnóstico incorrecto de IC
Oportunidad: la inclusión en la cartera de servicios del Laboratorio del marcador para diagnóstico de IC "NT-proBNP" nos brinda la oportunidad de mejorar y facilitar el diagnóstico de IC desde Atención Primaria y así mejorar la calidad de las derivaciones a Cardiología evitando derivaciones incorrectas o innecesarias

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo primario: establecer una vía clínica para la correcta orientación diagnóstica y derivación de pacientes con sospecha de insuficiencia cardiaca desde Atención Primaria a Cardiología, respaldada por el marcador NT-proBNP
Objetivos secundarios:
-Reducir derivaciones inadecuadas
*Reducir lista de espera en Consulta de Cardiología
*Disminuir realización de Ecocardiogramas innecesarios; reducir lista de espera en Ecocardiografía
-Evitar peticiones no indicadas de NT-proBNP

MÉTODO
Diseñar, difundir e implementar una vía clínica.
-Diseñar: creación de un Grupo de Trabajo formado por Atención Primaria, Cardiología , Laboratorio y Responsable Funcional de OMI .
-Difundir: difusión en Atención Primaria de dicha vía clínica mediante nota informativa a cada Centro de Salud, nota en la Intranet del Sector, y acciones formativas.
-Implementar: incluir en OMI dicha vía clínica como un Plan de Diagnóstico de IC para su obligado cumplimiento . El plan incluirá os criterios clínicos de Framingham, radiografía de torax, electrocardiograma y analítica general con determinación de los péptidos natriuréticos (NT-proBNP). Continuar acciones formativas y presentar resultados.

INDICADORES
Muestreo que estimará:
-Número de derivaciones por IC y % de derivaciones correctas (aplicando correctamente la vía clínica)
-Número de NT-proBNP solicitados desde Atención Primaria y % de aquellos solicitados correctamente (siguiendo indicaciones de la vía clínica)
-Reducción de la lista de espera para Consulta de Cardiología (pacientes en lista de espera y días de demora al comienzo y al final)
-Reducción del número de Ecocardiogramas realizados (Ecocardiogramas solicitados antes/después de la implantación de la vía clínica para el estudio de disnea/IC y % de reducción).

DURACIÓN
Junio 2015-Septiembre 2015: creación del Grupo de trabajo y diseño de la vía clínica.
Octubre 2015-Noviembre 2015: presentación de la vía clínica y formación
Diciembre 2015: puesta en marcha e implementación.
Febrero 2016: evaluación preliminar. Dificultades y búsqueda de soluciones.
Mayo 2016: evaluación de indicadores y conclusiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0189

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA CORRECTA DERIVACION DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESDE ATENCION PRIMARIA A CARDIOLOGIA, MEDIADA POR EL NT-PROBNP

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0466

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JUAN FRANCISCO CUEVA RECALDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACAMBRA BLASCO ISAAC
BIRSASTEANU BOERU DANIELA
TEJERO JUSTE CARLOS
PEREZ LAZARO CRISTINA
FERRER NAVARRO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El ictus isquémico es una enfermedad prevalente en nuestro medio y que requiere la implementación de estrategias eficaces de prevención secundaria. Para esto es indispensable determinar la causa etiológica del evento isquémico, proceso dentro del cual la detección de fuentes cardioembólicas tiene un papel fundamental. Las patologías cardiacas potencialmente implicadas son múltiples, las cuales requieren la participación de un cardiólogo en la toma de decisiones, tanto para definir las opciones diagnósticas como para indicar las terapéuticas.
En nuestro centro de trabajo se identificaron posibles necesidades de mejora en este ámbito, a raíz de lo cual se decidió diseñar un proceso asistencial específico adaptado a la realidad de nuestro entorno en términos de recursos humanos, tecnológicos y logísticos.
En lo referente al campo de mejora, y los aspectos específicos a cambiar, se pueden señalar:
- realización del ecocardiograma durante la fase aguda del ictus, en pacientes con secuelas neurológicas que dificultaban la correcta adquisición de imágenes, además del riesgo consiguiente de movilizar enfermos en esta situación clínica;
- en ocasiones la inadecuada selección de la modalidad ETT/ETE llevaba a movilizar al enfermo dos días distintos (ayuno no planificado para ETE);
- demora en la toma de decisiones terapéuticas (tiempo transcurrido entre ecografía y valoración);
- realización de estudios que no cambiarían el tratamiento del paciente, ya sea por contexto clínico, comorbilidades o por contar ya con diagnóstico establecido de cardiopatía; y
- prolongación de la estancia media en periodos de saturación asistencial de la Sección de Ecocardiografía.
Definición del Problema.
1. Misión: Proveer una valoración cardiológica adecuada, oportuna y suficiente de los pacientes con ictus isquémico agudo no lacunar hospitalizados en el Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
2. Objetivos
2.1. Valoración de posible causa cardiaca de embolismo.
2.2. Establecimiento precoz de un plan terapéutico y de seguimiento apropiados, en caso de diagnosticarse patología cardioembólica.
2.3. Identificación de pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de pruebas diagnósticas adicionales (Ecocardiograma Transtorácico [ETT] con test salino, Ecocardiograma Transesofágico [ETE], monitorización ECG prolongada), cuando no se ha establecido un diagnóstico definitivo.
3. Límites
3.1. Límite de entrada. Los pacientes ingresados con diagnóstico de ictus isquémico agudo no lacunar en el Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. No podrán entrar en el proceso pacientes de otros servicios.
3.2. Límite de salida. Tras la valoración y elaboración del plan terapéutico los pacientes serán informados y derivados para seguimiento, si así fuese necesario, a su especialista de área; si precisasen estudio cardiológico hospitalario, serán trasladados al Servicio de Cardiología, en donde estarán a cargo de los facultativos del área de hospitalización.
4. Requisitos.
Se deberán cumplir todos los siguientes:
4.1. Paciente con estabilidad hemodinámica y neurológica, que no dificulte la valoración clínica y ecocardiográfica.
4.2. Paciente con pronóstico vital y funcional adecuado de al menos 1 año.
4.3. Paciente al que se ha realizado las pruebas complementarias pertinentes para confirmar diagnóstico de ictus isquémico agudo, así como para valoración de otras causas etiológicas (Doppler TSA).
4.4. Paciente en el que se ha descartado otras causas neurológicas de su clínica.
4.5. Paciente en el que se ha detectado causa cardiológica del ictus (FA, flutter auricular) para completar estudio e iniciar plan terapéutico.
5. Recursos.
5.1. Recursos Humanos. Para la puesta en marcha del proceso se contará con personal tanto del Servicio de Neurología como del Servicio de Cardiología – Sección de Pruebas Funcionales No Invasivas. A continuación, se detalla los miembros del equipo de Cardiología:
- Dr. Juan Francisco Cueva Recalde
- Dra. Daniela Birsasteanu Boreu
- Dr. Isaac Lacambra Blasco
6. Recursos Tecnológicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0466

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

6.1. Ecógrafo de bolsillo – Portátil: Vscan - GE®
6.2. Ecógrafos, instalaciones y recursos de la Sección de Ecocardiografía.
6.3. Recursos del Servicio de Neurología: electrocardiógrafo y telemetría ECG.
7. Procedimiento de la Valoración de Cardioembolismo.
7.1. Componentes de la valoración.
- Antecedentes: historia cardiológica
- Exploración cardiovascular
- Hallazgos de monitorización
- ECG
- Ecocardioscopia: Descripción de las estructuras valoradas: tamaño de AI, estructura de VM, tamaño de VI, FEVI y contractilidad segmentaria, estructura de VAo, presencia de Valvulopatías, masas.
- En caso de FA: escalas de riesgo (CHA2DS2-VASc – HASBLED)
- Tratamiento
- Seguimiento
- Pruebas adicionales
8. Actividades
Siguiendo el diseño señalado, desde marzo de 2016 hasta junio de 2017, se realizaron 132 valoraciones; con una frecuencia progresivamente ascendente, alcanzado las 15 valoraciones por mes.
El resultado de la valoración se reflejaba en la hoja de colaboración enviada por el Servicio de Neurología, con cuyos facultativos se ha mantenido relación directa y frecuente. El paciente era informado el mismo día de la valoración acerca del resultado de la misma, así como de las acciones terapéuticas disponibles, según cada caso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes incluidos presentaron una edad media de 73,9 +/- 12,4 años, con una alta prevalencia de HTA (71,2%) y dislipemia (48,5%). El 18,8% tenían diagnóstico previo de FA, estando anticoagulados el 14,4%, de estos últimos el 72% recibía acenocumarol, y el restante 28% anticoagulantes de acción directa (ACOD). La duración del ingreso fue de 9,8 +/- 6,5 días. La demora de la valoración cardiológica fue de 1,9 +/- 0,2 días. Un 9,8% de los pacientes valorados presentaron diagnóstico final de ictus lacunar, siendo este un criterio de exclusión del proceso. El 100% de los pacientes fueron valorados con ecocardioscopia o ecocardiograma transtorácico. Se encontró fuente cardioembólica en el 30,3% de los pacientes, casi en su totalidad por FA, se realizó ajuste en el tratamiento cardiológico en el 27% de todas los pacientes. Al alta prácticamente el 100% de los pacientes recibieron antiagregación y el 91% estatina. Los pacientes anticoagulados al alta fueron el 36,2%, y de estos el 81% con ACOD. La mortalidad total fue del 3,2%, por ictus 0,8% y de causa CV 1,6%. La tasa de reingreso por ictus fue del 3,2%, de causa CV 4% y por otras causas 9,6%.

Los resultados fueron obtenidos de las hojas de colaboración realizadas. El seguimiento se realizó a través de la historia clínica electrónica.

El impacto del proceso se puede dividir en dos apartados:
- logístico
- clínico

En cuanto a las ventajas logísticas, la implementación del proceso ha permitido que el 100% de los pacientes reciban una adecuada valoración cardiológica, que no únicamente ecocardiográfica. Además realizándose esta en menos de 2 días tras la solicitud, siendo un factor fundamental para obtener estancias medias bajas. Pero principalmente, se ha establecido una vía de trabajo en equipo con comunicación directa y rápida, a través de los mismo facultativos, mejorando así la colaboración.

Desde el punto de clínico, el proceso ha permitido que los pacientes con diagnósticos cardiológicos sean dados de alta con un tratamiento y esquema de seguimiento específico de su patología y diseñado por un especialista y consensuado con su neurólogo, ya que se encuentra en la fase aguda de un ictus.

De esta manera se ha conseguido los objetivos propuestos de este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proceso diseñado ha permitido ofrecer una valoración cardiológica completa y precoz a los pacientes con ictus.
En las diferentes reuniones de seguimiento del proyecto se ha evidenciado la satisfacción de todos los componentes del equipo, pero sobre todo se ha observado el beneficio del paciente, cuyo cuidado se nutre de un abordaje multidisciplinar y eficiente.
Como necesidades de mejora se ha planteado la necesidad de afinar la selección de los pacientes (según criterios de inclusión). Además dada la ocasional participación de otros facultativos y residentes en la solicitud de colaboración, se ha mencionado la posibilidad de diseñar una hoja específica de solicitud.
El proyecto se ha planteado como una actividad continuada y se viene realizando de manera ininterrumpida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/466 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0466

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

Nº de registro: 0466

Título
VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO ENPACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

Autores:
CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO, LACAMBRA BLASCO ISAAC, BIRSASTEANU BOERU DANIELA, TEJERO JUSTE CARLOS, PEREZ LAZARO CRISTINA, ANDRES SANCHEZ ARTURO, GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO, FERRER NAVARRO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes que han sufrido un evento cerebrovascular isquémico, ictus o AIT, requieren una evaluación etiológica que permita una adecuada prevención secundaria precoz, sobre todo los casos de perfil embólico. Una parte fundamental es la valoración cardiológica, se ha estimado que el 15-20% de los ictus isquémicos se deben a embolia cardiaca. Los casos de ictus criptogénicos incluyen fibrilación auricular paroxística. Finalmente, se ha demostrado alta incidencia de patología cardiovascular en este subgrupo.
La valoración cardiológica hospitalaria tiene como objetivos: (1) detección de posible fuente cardioembólica y (2) valoración y tratamiento de las patologías cardiacas identificadas.
La detección de fuente cardioembólica se basa en tres pilares: valoración clínica cardiológica, monitorización de ECG y ecocardiograma. La monitorización ECG (48-72h) se realiza de rutina en el Servicio de Neurología. En lo referente a la ecocardiografía, la realización misma del estudio y modalidad a utilizar (transtorácico o transesofágico) no ha sido uniforme. Adicionalmente la selección de pacientes en los cuales la prueba tendría un impacto directo en el tratamiento tampoco se ha consensuado. La valoración clínica cardiológica es indispensable para superar estos inconvenientes.
Todo lo anterior se traduce en problemas de organización y logísticos como: (1) realización del ecocardiograma durante la fase aguda del ictus, en pacientes con secuelas neurológicas que dificultan la correcta adquisición de imágenes, además del riesgo consiguiente de movilizar enfermos en esta situación clínica; (2) en ocasiones la inadecuada selección de la modalidad ETT/ETE lleva a movilizar al enfermo dos días distintos (ayuno no planificado para ETE); (3) demora en la toma de decisiones terapéuticas (tiempo transcurrido entre ecografía y valoración); (4) realización de estudios que no cambiarían el tratamiento del paciente, ya sea por contexto clínico, comorbilidades o por contar ya con diagnóstico establecido de cardiopatía; y (5) prolongación de la estancia media en periodos de saturación asistencial de la Sección de Ecocardiografía.

RESULTADOS ESPERADOS
Así nace la necesidad de implementar la valoración cardiológica de alta resolución con los siguientes objetivos:
•Optimización de la valoración cardiológica a los pacientes con ictus isquémico.
•Reducir el tiempo de espera para la valoración cardiológica, ecocardiografía y decisiones terapéuticas (reducción de estancia media).
•Aumentar los pacientes con plan terapéutico y de seguimiento cardiológico al alta.
•Reducción de morbimortalidad y reingresos hospitalarios.

MÉTODO
Los pacientes que ingresen en la Unidad de Ictus del Servicio de Neurología con diagnóstico de ictus isquémico de perfil embólico serán valorado por los facultativos de ese servicio, quienes solicitarán mediante Hoja de Colaboración: Valoración de Cardioembolismo. Esta valoración será realizada por los facultativos de la Sección de Pruebas Funcionales No Invasivas del Servicio de Cardiología.
•Dr. Juan Francisco Cueva R.
•Dra. Daniela Birsasteanu
La colaboración constará de los siguientes elementos:
•Valoración cardiológica, comorbilidades cardiacas y pruebas complementarias.
•Definición de la estrategia diagnóstico-terapéutica: modalidad de ecocardiografía, Holter ECG, ajuste de tratamiento cardiológico, valoración de contraindicación para anticoagulación y recomendación de la mejor opción farmacológica.
•Realización de ecocardioscopia como técnica de screening de cardiopatía estructural y de selección de casos que requieran valoración más completa.
•Planificar la realización de ETE en los pacientes seleccionados para esta modalidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0466

1. TÍTULO

VALORACION CARDIOLOGICA DE ALTA RESOLUCION Y DETECCION DE FUENTE DE CARDIOEMBOLISMO EN PACIENTES INGRESADOS POR ICTUS

•Implementación de un plan terapéutico y de seguimiento cardiológico de los pacientes.

INDICADORES
Se han planificado monitorizar dos tipos de resultados: cobertura y eficiencia:
•Tiempo desde el ingreso hasta la valoración cardiológica/realización de ecocardiograma.
•Tiempo desde ingreso hasta el inicio de anticoagulación.
•Proporción de ictus definidos como cardioembólicos en los que se demuestra fuente cardiaca/fibrilación auricular.

•Proporción de pacientes con Anticoagulantes de Acción Directa.
•Proporción de pacientes con ecocardiograma/ecocardioscopia al alta.
•Proporción de pacientes con valoración cardiológica al alta.
•Proporción de pacientes con plan terapéutico cardiológico al alta.
•Estancia media de los pacientes ingresados por ictus isquémicos.
•Mortalidad e ingresos hospitalarios en los 6 meses después del evento índice.

DURACIÓN
Se ha comprobado la factibilidad de la actividad. En adelante se plantea como una actividad continuada. A partir del mes de octubre de 2016 se iniciará el registro de casos en la base de datos. El análisis de resultados se realizará a los 6 y 12 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0790

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UNCENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA

Fecha de entrada: 29/11/2017

2. RESPONSABLE ..... PABLO REVILLA MARTI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMONA AYNAT AMALIO
CECILIO IRAZOLA ALVARO
LACAMBRA BLASCO ISAAC
BURILLO GIL MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La endocarditis infecciosa es una enfermedad relativamente poco frecuente, pero con un fuerte impacto en la comunidad por su morbimortalidad y el consumo de recursos que conlleva. En los hospitales sin servicio acreditado de cirugía cardiaca, la atención a los pacientes con endocarditis infecciosa es compleja y requiere igualmente de la colaboración de facultativos de distintas especialidades. El diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad con un abordaje multidisciplinar, que puede llegar a necesitar de cirugía en el 40-50% de los pacientes, ha demostrado reducir la mortalidad

Con el objetivo de mejorar y uniformar la asistencia a esta patología en nuestro centro, a finales del año 2015 se creó el grupo de apoyo al manejo diagnostico-terapéutico de la endocarditis infecciosa (fase 1). Inicialmente se incluyó en el grupo a dos especialistas en enfermedades infecciosas, una médico internista y tres cardiólogos (uno experto en imagen cardiaca y dos cardiólogos clínicos), al que con posterioridad se incorporó una especialista en medicina intensiva.

Durante los meses de diciembre de 2015 y febrero de 2016 (fase 2) se elaboraron los documentos de uso interno, adaptados a las características del centro para la aproximación diagnostica en pacientes con sospecha de endocarditis infecciosa, incluyendo aspectos de la valoración clínica, así como la solicitud de pruebas complementarias de laboratorio, microbiológicas o de imagen. Conforme a las guías de práctica clínica de Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa publicadas en 2015 se establecieron los tiempos y criterios para contactar con el servicio de Cirugía Cardiaca de referencia cuando existe indicación quirúrgica.

Una vez establecido el grupo se comenzó a colaborar con los facultativos responsables de pacientes con sospecha de endocarditis infecciosa (fase 3) con asesoramiento en cuanto al estudio diagnóstico, programación de las pruebas imagen cardiológicas y tratamiento antimicrobiano. La forma de contactar con el grupo pudo ser bien por contacto directo del facultativo responsable, alerta por bacteriemia por microorganismos típicos o compatibles o hallazgo ecocardiográfico considerado criterio diagnóstico de endocarditis infecciosa. Se realizaron reuniones con una periodicidad aproximada semanal en las que se pusieron en común los casos sospechosos e incidentes para el mejor abordaje de los mismos. La revisión de los casos incidentes durante el año 2017 (fase 4) se describen en el apartado de resultados alcanzados.

Tras la publicación de la guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa, se actualizó el protocolo hospitalario de "Recomendaciones para la prevención de la endocarditis infecciosa" con el objetivo de adecuar la profilaxis de la endocarditis infecciosa a las recomendaciones más actuales, manteniendo la limitación de la profilaxis a pacientes de alto riesgo en situaciones de alto riesgo e incorporando además una serie de recomendaciones para disminuir la incidencia de endocarditis relacionada con la atención sanitaria que no se incluían en el protocolo anterior. El protocolo vigente se puede consultar en la intranet del hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" en la siguiente dirección:

http://10.35.208.91:16080/documents/10180/9356147/RPC-69_Rev.B_Recomendaciones%20para%20la%20prevencion%20de%20de%20la%20endocarditis%20infecciosa_aprob.13062017.pdf

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2017 se ha presentado asesoramiento en los casos sospechosos de endocarditis infecciosa realizándose 230 ecocardiografías incluyendo transotorácicas y transesofágicas. Se confirmó el diagnostico según los criterios modificados de Duke publicados en las guías de la ESC de 2015 en 18 pacientes con una edad media de 62.4 ± 12.5 años y siendo el 64.7% varones.

La distribución de los factores predisponentes para endocarditis infecciosa fue la siguiente: hipertensión arterial (47.1%), anemia (41.2%), diabetes mellitus (23.5%), enolismo (17.6%), tabaquismo (17.6%), enfermedad renal crónica (11.8%), inmunodepresión (11.8%), cirrosis (11.8%), sondaje vesical (11.8%) y neoplasia activa (5.9%).

El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la obtención de hemocultivos fue de 19 días. Respecto a la etiología, los microorganismos más frecuentemente aislados fueron el Streptococcus viridans (29.4%) y el Staphylococcus aureus (23.5%) con un 17.6% de endocarditis con cultivos negativos.

En cuanto a los hallazgos ecocardiográficos la válvula aórtica fue la más frecuentemente afectada (52.9%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0790

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UNCENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA

seguida de la válvula mitral (29.4%), con un 23.5% de endocarditis sobre válvula protésica. Se realizó ecocardiografía transtorácica en el 100% de los pacientes, hallando datos compatibles con endocarditis infecciosa en el 88.2% de las exploraciones. El ecocardiograma transesofágico se realizó en el 70.8% de los pacientes. Se detectaron complicaciones perianulares en el 29.4% de los pacientes y disfunción valvular en grado III-IV en el 41.2%

Otras pruebas diagnósticas de imagen realizadas fueron: tomografía computadorizada toracoabdominal 41.2%, tomografía por emisión de positrones y tomografía computadorizada cerebral en el 23.5% y resonancia magnética cerebral en el 5.9%.

Las complicaciones más frecuentes durante el ingreso fueron el desarrollo de insuficiencia cardiaca (53%), insuficiencia renal (23.5%) y el embolismo en el sistema nervioso central (11.8%)
Presentaron indicación quirúrgica el 64.7% (11) de los pacientes. De esos 11 pacientes, 9 fueron presentados para cirugía cardiaca siendo aceptados 5 de ellos. La razón para no recibir tratamiento quirúrgico fue el alto riesgo de la intervención. La mortalidad intrahospitalaria global fue del 47.1%. La estancia varió entre 1 y 42 días influido por la necesidad con estancias más cortas en pacientes con necesidad de traslado para cirugía en el centro de referencia o fallecimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El manejo de los pacientes con diagnóstico de sospecha de endocarditis infecciosa sigue siendo un reto en la práctica clínica diaria que requiere de la colaboración de especialistas de múltiples especialidades. Mantiene una elevada mortalidad intrahospitalaria generalmente relacionada con la infección por Staphylococcus aureus así como el desarrollo de complicaciones locales, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal o embolismo periférico durante el ingreso.

Durante el desarrollo del proyecto se ha conseguido:

- Establecer protocolos de evaluación diagnostica uniforme en el paciente con sospecha de endocarditis infecciosa y apoyo en el seguimiento clínico-terapéutico.
- Revisar los casos incidentes en nuestro centro.
- Actualizar el protocolo hospitalario de “Recomendaciones para la prevención de la endocarditis infecciosa” siendo aprobado por la dirección del hospital.

Queda pendiente establecer una línea de contacto rápida con el servicio de Cirugía Cardiaca de referencia para comentar las opciones de tratamiento quirúrgica en casos determinados.

La actividad de este grupo multidisciplinar continuará ofreciendo asesoramiento y perseguirá seguir contribuyendo a mejorar el pronóstico de los pacientes con endocarditis infecciosa ingresados en el hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/790 ========== ***

Nº de registro: 0790

Título
GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN CENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA

Autores:
REVILLA MARTI PABLO, CARMONA AYNAT AMALIO, CECILIO IRAZOLA ALVARO, LACAMBRA BLASCO ISAAC, BURILLO GIL MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Enfermedad infecciosa
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0790

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO AL MANEJO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UNCENTRO SIN CIRUGIA CARDIACA

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La endocarditis infecciosa es una enfermedad relativamente poco frecuente, pero con un fuerte impacto en la comunidad por su morbimortalidad y el consumo de recursos que conlleva. En los hospitales sin servicio acreditado de cirugía cardiaca, la atención a los pacientes con endocarditis infecciosa es compleja y requiere igualmente de la colaboración de facultativos de distintas especialidades. El diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad con un abordaje multidisciplinar, que puede llegar a necesitar de cirugía en el 40-50% de los pacientes, ha demostrado reducir la mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
*Establecer protocolos de evaluación diagnóstica precoz del paciente con sospecha de endocarditis infecciosa.
*Seguimiento clínico-terapéutico de los pacientes con endocarditis infecciosa.
*Revisión y análisis de los casos incidentes en nuestro centro.
*Actualización del documento de prevención de endocarditis.

MÉTODO
Fase 1. Constitución del equipo de trabajo: Integrado por dos expertos en enfermedades infecciosas, una médico internista y tres cardiólogos (1 imagen cardiaca y dos clínicos).
Fase 2. Puesta a punto de las herramientas y dinámica de trabajo: Elaboración de un documento de evaluación diagnóstica ante la sospecha de endocarditis infecciosa, seguimiento y criterios de derivación.
Fase 3. Oferta de soporte especializado para la asistencia a pacientes con endocarditis infecciosa.
Fase 4. Revisión de resultados.

INDICADORES
Indicadores de proceso:
• Tiempo desde inicio de síntomas hasta obtención de hemocultivos
• Tratamiento antibiótico antes de la obtención de hemocultivos
• Tiempo hasta identificación del microorganismo
• Porcentaje de ecocardiograma transesofágico
Indicadores de resultado:
• Mortalidad (intrahospitalaria).
• Necesidad de cirugía cardiaca.
• Estancia hospitalaria.

DURACIÓN
Se pretende que esta acción sea mantenida en el tiempo.
Cronograma
Fase 1: 11/2015
Fase 2: 12/2015 – 2/2016
Fase 3: 3/2016
Fase 4: 2016/17

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0786

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PABLO REVILLA MARTI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO
AMORES ARRIAGA BEATRIZ
CANTIN GOLET AMPARO
SERRANO AISA PEDRO JAVIER
MORLANES GRACIA PAULA
RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN
GIMENO GARZA JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El dolor torácico es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de Urgencias, existiendo en el hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” desde el año 2014” el protocolo de manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica. Debido a la actualización de las guías de práctica clínica de cardiopatía isquémica estable con posterioridad a la elaboración del mismo, la introducción de la troponina ultrasensible como marcador de necrosis miocárdica y la incorporación de la guardia de Cardiología de presencia física, se planteó la actualización del protocolo teniendo en cuenta dichas novedades.
En la primera fase del proyecto se estableció un grupo de trabajo con miembros de los servicios de Urgencias y Cardiología para la revisión de la nueva evidencia disponible. Para la elaboración del protocolo se siguieron las recomendaciones de las guías de práctica clínica vigentes de la Sociedad Europea de Cardiología (avaladas por la Sociedad Española de Cardiología) de manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST (2012), de diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable (2013) y tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST (2015). Se revisaron también otros artículos científicos novedosos relacionados con el manejo de la población diana e introducción de troponina de alta sensibilidad.

Se realizaron diversas reuniones durante el año 2017 hasta finalizar con la redacción de la nueva versión del protocolo de manejo del dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias.

En la segunda fase, el protocolo fue aprobado por la Comisión de Dirección del centro (8/2/2018) y desde entonces puede ser consultado en la intranet del hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” en la siguiente dirección: 10.35.208.91:16080/documents/10180/9356147/RPC-95 (Rev.B)_Dolor torácico.pdf

En la tercera fase se efectuó la difusión del protocolo con la realización inicial de sesiones divulgativas en los servicios de Cardiología y Urgencias. El 2 de mayo de 2018 en una sesión clínica hospitalaria se expusieron los datos obtenidos del anterior protocolo, así como las novedades del nuevo protocolo y algoritmo de trabajo para su conocimiento general. Además, se presentó el protocolo en la clase de dolor torácico dentro del curso de urgencias que se realiza para los residentes de primer año. Por parte de la unidad de Calidad se facilitó la impresión de posters con el algoritmo del protocolo que se colocaron en el box vital, sala observación y sala de trabajo de atención médica.

En la última fase se han revisado los resultados de la aplicación del nuevo algoritmo que se han expuesto en sesiones clínicas en los respectivos servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 se atendieron en el servicio de Urgencias del Hospital Clínico 2495 pacientes bajo los motivos de consulta de dolor torácico, dolor torácico no especificado y disconfort torácico. El diagnóstico final fue 86 síndromes coronarios agudos con elevación de ST, 201 síndromes coronarios agudos sin elevación de ST y 36 SCA no especificados además de 140 pacientes con ángor.

Se incluyeron en el protocolo 86 pacientes con sospecha de dolor torácico de etiología isquémica con electrocardiograma no diagnóstico y sin elevación de marcadores de necrosis en las determinaciones seriadas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión detallados en el protocolo. De las 86 ergometrías solicitadas desde el servicio de Urgencias 13 (15,1%) resultaron positivas, 2 (2,3%) no concluyentes y 71 (82,6%) negativas.

Requirieron ingreso 15 pacientes (18,36%); los 13 pacientes con ergometría positiva y los 2 con ergometría no concluyente realizando en todos ellos una coronariografía. De los pacientes con ergometría positiva 10 presentaron lesiones significativas en las arterias coronarias con revascularización percutánea en 8 casos y quirúrgica en 2. Los dos pacientes con ergometría no concluyente no presentaron lesiones angiográficamente significativas en las arterias coronarias epicárdicas. Los pacientes con ergometría negativa fueron dados de alta desde el servicio de urgencias, pacientes que con anterioridad a la instauración del protocolo precisaban ingreso en un alto porcentaje de casos (tasa de altas 82,56%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0786

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

En el seguimiento la tasa de eventos (SCA o revascularización electiva) en los primeros 30 días ha sido 0%. A falta de completar el seguimiento a los 12 meses en la totalidad de los pacientes, solo se han registrado dos casos de revascularización electiva en pacientes dados de alta con ergometría negativa (1 paciente con persistencia del dolor torácico y SPECT cardiaco con inducción de isquemia y 1 paciente con dolor torácico de esfuerzo progresivo tras el alta) lo que supondrían un 2,8%. Estos datos muestran los siguientes valores para la prueba de esfuerzo en las condiciones reseñadas: Sensibilidad 83%. Especificidad 95%. Valor predictivo positivo 76%. Valor predictivo negativo 97%.

Los datos mostrados se han obtenido del programa PCH de urgencias, base de datos de ergometrías e Intranet del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la atención al paciente con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias intervienen tanto los médicos adjuntos de los servicios de Urgencias y Cardiología, así como los residentes de las diferentes especialidades que realizan las guardias. Un grupo heterogéneo, que presenta un buen nivel de aceptación del protocolo y aceptable seguimiento con unos resultados muy buenos de seguridad a los 30 días y previsiblemente a los 12 meses.

Durante el desarrollo del proyecto se ha conseguido:
- Elaboración, aprobación y puesta en marcha de la actualización del protocolo del manejo del dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias.
- Identificar de forma rápida y eficiente los pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.
- Evitar el ingreso en pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.

Como aspectos a mejorar se incluyen:
- Valoración de los pacientes de riesgo bajo-intermedio por el servicio de urgencias con la aplicación del protocolo sin necesidad de valoración por Cardiología de guardia y valoración de los pacientes con probabilidad alta o con revascularización previa y sospecha de dolor torácico de etiología isquémica por Cardiología de guardia.
- Definir una vía de actuación en los pacientes que cumplen criterios de inclusión en el protocolo sin posibilidad de ergometría en las siguientes 24 horas.
- Inclusión en el protocolo la posibilidad de realización de ecocardiograma de esfuerzo en determinados pacientes.

El protocolo sigue vigente para seguir contribuyendo a mejorar el manejo de los pacientes con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en el servicio de Urgencias del hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/786 ========== ***

Nº de registro: 0786

Título
ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
REVILLA MARTI PABLO, LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, CANTIN GOLET AMPARO, SERRANO AISA PEDRO JAVIER, MORLANES GRACIA PAULA, RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN, GIMENO GARZA JAIME

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0786

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La asistencia de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias por dolor torácico con sospecha de etiología isquémica plantea un problema asistencial por diversas razones. El dolor torácico supone entre un 5-20% de las visitas a urgencias y es preciso realizar un diagnóstico diferencial entre los diferentes perfiles clínicos del dolor. En las últimas décadas se han propuesto diferentes soluciones para mejorar el diagnóstico del dolor torácico en los servicios de Urgencias, incluyendo el uso de guías y protocolos diagnósticos con la formación de equipos multidisciplinares.
En el año 2014 se instauró en el hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza el protocolo de manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica. Actualmente debido a la actualización de las guías de práctica clínica con posterioridad a la elaboración del mismo, la introducción de la troponina ultrasensible como marcador de necrosis miocárdica y la incorporación de la guardia de Cardiología de presencia física, creemos adecuada la actualización del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
•Actualización del protocolo de dolor torácico no traumático para pacientes mayores de 14 años en el servicio de urgencias en colaboración entre los servicios de Urgencias y Cardiología conforme a las guías vigentes de práctica clínica de la sociedad Europea de Cardiología de SCACEST, SCASEST y enfermedad coronaria estable
•Detectar de forma temprana y efectiva los pacientes con síndrome coronario agudo.
•Identificar de forma rápida y eficiente los pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.
•Evitar el ingreso en pacientes de bajo riesgo de eventos coronarios.

MÉTODO
•Revisión del protocolo previo y nuevas evidencias científicas disponibles.
•Elaboración de nuevo protocolo de “Manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica en el servicio de Urgencias”
•Aprobación del protocolo por la dirección del hospital.
•Instauración y difusión del protocolo en el servicio de Urgencias.
•Revisión de resultados.

INDICADORES
•ECG al ingreso: Pacientes con dolor torácico con ECG realizado en los primeros 10 minutos de su llegada a urgencias x 100 / Pacientes con dolor torácico
•Tasa de ergometría: Pacientes con dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en los que se realiza ergometría x 100 / Pacientes con dolor torácico
•Tasa de altas: Pacientes con dolor torácico dados de alta desde urgencias x 100 / Pacientes con dolor torácico incluidos en el protocolo
•Tasa de eventos en pacientes con ergometría negativa a 30 días: Pacientes dados de alta con ergometría negativa que presentan SCA o revascularización electiva en 30 días x 100/ Pacientes con ergometría negativa
•Tasa de eventos en pacientes con ergometría negativa a 6 y 12 meses: Pacientes dados de alta con ergometría negativa que presentan SCA o revascularización electiva en (6-12 meses) x 100/ Pacientes con ergometría negativa

DURACIÓN
•1er semestre 2017 - Revisión de bibliografía y elaboración de nuevo protocolo.
•2º semestre 2017 – Aprobación del protocolo por la dirección del hospital.
•1er semestre 2018 – Instauración y difusión del protocolo.
•4º trimestre de 2018 – Resultados de los 12 primeros meses.

OBSERVACIONES
•Actualización del protocolo de dolor torácico conforme aparezcan actualización de las guías de práctica clínica de la sociedad Europea de Cardiología.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1486

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PINILLA LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ
CARO CAVERO JAVIER
VOCES COMBARROS FRANCISCA
BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado una consulta de enfermería especializada en insuficiencia cardiaca (IC) en el Centro Sanitario Cinco Villas, donde se han atendido a los pacientes con reagudización reciente de su IC, de tres procedencias distintas 1.- Aquellos dados de alta hospitalaria con dicho diagnóstico 2.- Procedentes del Servicio de Urgencias. 3.- Pacientes ya en control ambulatorio por esta patología, con una reagudización de la misma.
Los pacientes valorados tras un alta hospitalaria o una visita a Urgencias han sido valorados por enfermería en un plazo entre 5 y 15 días (preferiblemente una semana), siendo una cita independiente de la asistencia habitual realizada por Cardiología.
La enfermera especializada en IC realiza las siguientes funciones: - Intervención educativa, mejorando el autocuidado en 3 dimensiones: mantenimiento (dieta, ejercicio, toma de fármacos), monitorización (autoevaluación diaria del peso para detectar precozmente descompensaciones) y automanejo (signos de alarma y uso flexible de diuréticos). - Conciliación del tratamiento médico y revisión de la medicación, para evaluar la adherencia al tratamiento y detectar efectos secundarios u otros problemas relacionados con la medicación. - Promover una atención sanitaria precoz en caso de signos o síntomas de incipiente descompensación, que no puedan ser manejados únicamente con el aumento de la dosis de diuréticos. 6.- Mejorar la relación del personal sanitario con el paciente, de forma que nos reconozca como personas accesibles a la hora de resolver las dudas que se le presenten a lo largo de la evolución de su enfermedad. 7.- Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo de estos 6 meses, han sido valorados 54 pacientes (21 hombres, 33 mujeres) con una edad media de 77 años (rango 38-89), y se han realizado entre 2 y 5 visitas a cada uno de ellos.
Hemos realizado una encuesta dirigida al paciente y a su familia preguntándoles por el grado de satisfacción en la calidad de la atención recibida y en la autogestión de su enfermedad, siendo valorada en el 100% de las mismas como “buena” o “muy buena”.
Hemos recogido el grado de adherencia terapéutica en forma de escala numérica y si el paciente ha traído cumplimentada la hoja de dosificación de diuréticos en función del peso y los síntomas. El 89% de los pacientes ha conseguido cumplimentar la hoja de dosificación de diuréticos, y llevar a cabo la pauta propuesta correctamente (esto es, aumentar el tratamiento de la forma indicada en caso de aumento de peso, volviendo a la pauta previa una vez alcanzado el peso objetivo). La media de cumplimentación terapéutica en la visita inicial ha sido de 4,1 (sobre una escala del 1 al 5); en la última visita recogida ha sido de 4,9/5. La media de pérdida de peso tras aplicar la pauta de diuréticos en función del peso ha sido de 2 Kg (rango 0-9 Kg), lo que indica una mejoría en el control clínico. De los 54 pacientes valorados por reagudización de su IC, han reingresado 5 (9%), cuatro de ellos por reagudización respiratoria (diagnóstico principal) y solamente uno (1,8%) por IC sin infección respiratoria como desencadenante (diagnóstico principal IC).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos positivamente tanto la evolución como el resultado de este proyecto. Al realizar una intervención estructurada y precoz en los pacientes reagudizados, garantizamos el continuum asistencial, realizando intervenciones educativas (resolución de dudas, conciliación del tratamiento, aprendizaje de la autodosificación de diuréticos, distribución de material de apoyo al paciente...) y detectando signos incipientes de descompensación para poder actuar sobre ellos con el objetivo último de evitar reingresos.
Los pacientes han mostrado su satisfacción por la atención recibida (tanto por los conocimientos adquiridos, como por la accesibilidad), y sobretodo, hemos percibido que al tener que ocuparse de su propio control sintomático a través de la pauta de dosificación de diuréticos han tomado conciencia y han comprendido mejor su papel en la evolución de su enfermedad, y se aprecia una clara mejoría clínica en la gran mayoría de los pacientes, siendo más llamativa en aquellos en los que la enfermedad es más avanzada.
Creemos que el aprendizaje sobre su patología y la participación activa en sus cuidados, da como resultado pacientes empoderados, que se traduce en una clara mejora en su calidad de vida y en su evolución. En este sentido, el rol de la Enfermera especializada en IC es clave, ya que, con los conocimientos adquiridos y un mínimo apoyo del personal médico, está capacitada para llevar esta consulta y cumplir con los objetivos de la misma.
De forma indirecta, creemos que mejora las demoras en la agenda de Cardiología, al reducir el número de consultas que tiene que realizar el Cardiólogo.
Consideramos que se trata de un proyecto sostenible y aplicable a otros medios, como el de nuestro propio hospital de referencia (HCU), ya que puede aportar calidad a la asistencia que realizamos actualmente a los pacientes con IC.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1486

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1486 ========== ***

Nº de registro: 1486

Título
CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

Autores:
PINILLA LOZANO MARIA JESUS, RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ, CARO CAVERO JAVIER, VOCES COMBARROS FRANCISCA, BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La IC es uno de los problemas médicos y sociales más relevantes de la actualidad. Es una patología altamente prevalente que acorta la supervivencia, reduce enormemente la calidad de vida e incrementa significativamente el coste sanitario.
Los ingresos hospitalarios suelen ser prolongados y se han incrementado en los últimos años, fundamentalmente debido aumento de los reingresos. Tienen un patrón bimodal, se producen principalmente tras el diagnóstico (las tasas de reingreso por IC a los 30 días se cifran entre el 25-50%) y en la fase final de la enfermedad.
Constituyen la mayor parte del coste económico de esta enfermedad.
Además del impacto en mortalidad y coste sanitario, la IC provoca una gran merma en la calidad de vida.
Un seguimiento estructurado de los pacientes con IC basado en mejorar su educación sanitaria, optimizar el tratamiento médico, añadir apoyo psicosocial y facilitar el acceso a los cuidados necesarios, mejora la calidad de vida, reduce el reingreso por IC y la mortalidad de los pacientes tras la hospitalización.
Algunos estudios han mostrado que un Servicio de Enfermería de IC puede reducir la morbimortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es realizar una intervención estructurada y precoz en el periodo postingreso, garantizando el continuum asistencial, con la finalidad de realizar intervenciones educativas (resolución de dudas, conciliación del tratamiento, aprendizaje de la autodosificación de diuréticos, distribución de material de apoyo al paciente...) y detectar signos incipientes de descompensación para poder actuar sobre ellos con el objetivo último de evitar reingresos.
También serán valorados en esta consulta aquellos pacientes, ya en control ambulatorio por esta patología, que consideremos que se pueden beneficiar de un seguimiento más estrecho.
Dicha valoración será realizada por personal de enfermería especializada en IC (otra finalidad es, por tanto, promover nuevos roles en enfermería).
De forma indirecta, pueden mejorar las demoras en la agenda de Cardiología, al reducir el número de consultas convencionales para control/optimización del tratamiento diurético en las reagudizaciones.

MÉTODO
1.- Identificar a los pacientes dados de alta con el diagnóstico “insuficiencia cardiaca” mediante la revisión sistemática de todos los informes de alta remitidos a nuestra consulta.
2.- Identificar a los pacientes ya en control ambulatorio por esta patología, que consideremos que se pueden beneficiar de un seguimiento más estrecho.
3.- Crear una consulta de enfermería paralela a la agenda de cardiología, donde se atenderá a los pacientes citados de forma sistemática. Podrá consultar con Cardiología las dudas que surjan, puesto que serán consultas realizadas en horario simultáneo y comunicadas físicamente.
4.- Tras el alta hospitalaria, los pacientes serán citados por enfermería en un plazo entre 5 y 15 días (preferiblemente una semana). Así mismo, recibirán la cita de asistencia habitual realizada por un cardiólogo.
5-. La enfermera especializada en IC realizará:
- Intervención educativa, mejorando el autocuidado en 3 dimensiones: mantenimiento (dieta, ejercicio, toma de fármacos), monitorización (autoevaluación diaria para detectar precozmente descompensaciones) y automanejo (signos de alarma y uso flexible de diuréticos).
- Conciliación del tratamiento médico y revisión de la medicación, para evaluar la adherencia al tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1486

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

y detectar efectos secundarios u otros problemas relacionados con la medicación.
- Promover una atención sanitaria precoz en caso de signos o síntomas de incipiente descompensación, que no puedan ser manejados únicamente con el aumento de la dosis de diuréticos.
6.- Mejorar la relación del personal sanitario con el paciente, de forma que nos reconozca como personas accesibles a la hora de resolver las dudas que se le presenten a lo largo de la evolución de su enfermedad.
7.- Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

INDICADORES
El personal sanitario recogerá el grado de adherencia terapéutica en forma de escala numérica y si el paciente ha traído cumplimentada la hoja de dosificación de diuréticos en función del peso y los síntomas, con la finalidad de valorar la mejora en la calidad de la asistencia y en el autocuidado.
Se valorarán los reingresos en los primeros 30 días y en otros momentos del primer año, se compararán con el porcentaje de reingresos por insuficiencia cardiaca del resto de pacientes del Área III en el mismo periodo, con la finalidad de evaluar la efectividad de este seguimiento en cuanto a morbimortalidad.

DURACIÓN
El proyecto comenzará en el mes de junio de 2018, y los indicadores comenzarán a evaluarse al mes del inicio.
Establecemos un tiempo de 12-18 meses para obtener resultados en los indicadores de morbimortalidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1560

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCULB

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONELA LUKIC OTANOVIC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
SANCHEZ INSA ESTHER
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO
SIMO SANCHEZ BORJA
PAESA GARZA MARIA CRUZ
LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR
DOBON REBOLLO MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El grupo de mejora de la Sección ha realizado extensa búsqueda bibliográfica sobre el tema y ha consultado con las otras Secciones de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista sobre cual es el protocolo de actuación en sus centros. Ajustando las recomendaciones de la práctica clínica a nuestra realidad, se ha elaborado el siguiente algoritmo de actuación:
A su ingreso los pacientes serán avisados no tomar el Sintrom el día del ingreso, se procederá a su ingreso de forma habitual (17 h) y se determinará el INR a su ingreso. Así mismo, se realizará valoración de la factibilidad de acceso radial del paciente.
En caso de acceso radial factible:
Si INR <3- tomar la dosis de Sintrom que le toca y determinar INR la mañana del cateterismo. Si se trata de cateterismo diagnóstico: para INR <1.5 se administrará 50 UI/kg de HNF, para INR entre 1.5-2 se administrará 25 UI/kg de HNF y para INR >2 no se administrará HNF adicional para la realización del cateterismo. Si se trata de cateterismo terapéutico: para INR <1,8 se añadirá 70-100 UI/kg de HNF, para INR 1.8-2.5 se añadirá 50 UI/kg de HNF y para INR >2.5 no se añadirá HNF adicional.
Situaciones especiales: aquellos pacientes que presenten a su ingreso: un INR >3, que tengan un acceso radial poco factible o una alta posibilidad de acceso femoral (o acceso femoral programado), así como si se trata de un intervencionismo coronario percutáneo programado sobre TCI, OCT, bifurcaciones con rama lateral >2.5 mm, VSF o AMI, rotablación o ultimo vaso permeable; en estos pacientes se procederá a suspensión de Sintrom durante 48 h, se valorará terapia puente si alto o moderado-alto riesgo trombótico y se determinará un nuevo INR el día del cateterismo.
Para los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales directos- no tomarán la dosis que les toca el día del ingreso. A su ingreso se valorará el acceso radial y se realizará la determinación de bioquímica con función renal. En caso de acceso radial factible y función renal normal, se procederá a la realización de cateterismo cardiaco de manera habitual, administrando la dosis de NACO que le corresponde. El día del cateterismo no se administrará NACO. Durante el cateterismo diagnóstico se administrará 25 UI/kg de HNF si han pasado más de 8 h de la última dosis del NACO. En caso de cateterismo terapéutico- ICP: no se tomará la dosis de NACO el día de cateterismo y se administrará dosis ajustada de 70-100 UI/kg de HNF (se valorará su incremento según la complejidad – duración del procedimiento). En caso de los pacientes mencionados como situaciones especiales se procederá a la interrupción del tratamiento durante al menos 48h, valorando la necesidad de terapia puente para cada caso.
El protocolo de actuación será englobado dentro de los protocolos de actuación para la preparación y manejo de los pacientes que van a ser sometidos a cateterismo cardiaco que se están finalizando y van a ser lanzados en los próximos días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración del protocolo de actuación. Análisis de la situación actual. Elaboración del folleto con el algoritmo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este protocolo esté preparado de ser mandado a la revisión y aprobación por la Comisión de evaluación del hospital en breve, junto con el protocolo global de la preparación y manejo de los pacientes que van a ser sometidos a cateterismo cardiaco que estamos terminando de elaborar. Posteriormente se procederá a su difusión y puesta en marcha.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1560 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1560

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCULB

Nº de registro: 1560

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCU

Autores:
LUKIC OTANOVIC ANTONELA, RUIZ ARROYO JOSE RAMON, SANCHEZ INSA ESTHER, LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, SIMO SANCHEZ BORJA, PAESA GARZA MARIA CRUZ, LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR, DOBON REBOLLO MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cateterismo cardiaco es la prueba invasiva utilizada en el manejo de los pacientes con cardiopatía isquémica y para la valoración previa a procedimientos quirúrgicos. El número de procedimientos y su complejidad crecen continuamente. En nuestro centro en el 2017 se han realizado 2092 estudios diagnósticos y algo más de 1000 estudios terapéuticos, con abordaje en un 25% de ellos de más de un vaso, la mayoría ad-hoc. Los pacientes tomadores de anticoagulantes orales, representan un aproximado 10-15% de los procedimientos y son un reto para la seguridad del procedimiento, por alto riesgo trombótico y hemorrágico. Actualmente estos pacientes ingresan 48 h antes y se les realiza a todos “bridging” o terapia puente a heparina sódica IV y precisan de un ingreso de al menos 72 h. Las guías de práctica clínica consideran que este proceder aumenta el riesgo de complicaciones hemorrágicas y trombóticas e indican valorar la realización de cateterismo cardíaco sin la suspensión de éste y la terapia puente para los pacientes con riesgo trombótico alto. La gran variabilidad en las estrategias adoptadas en este contexto ponen de manifiesto la necesidad de protocolización de las actuaciones en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es unificar las actuaciones periprocedimiento en cuanto al manejo de la terapia anticoagulante. Como objetivos secundarios: disminución de las complicaciones hemorrágicas y trombóticas y de estancia hospitalaria. Población diana son todos los pacientes con fibrilación auricular, con indicación de anticoagulación oral con AVK o NACO remitidos para la realización de cateterismo. El proyecto implica a todos los servicios que remiten a los pacientes para la realización de cateterismo cardiaco y al servicio de Hematología (enfermería y facultativos). Se pretende: Protocolizar y unificar las actuaciones periprocedimiento en cuanto a terapia anticoagulante. Reducción de tiempo de estancia, manteniendo o mejorando de la seguridad del paciente en cuanto a las complicaciones trombóticas o hemorrágicas. Adaptarnoss a las guías de práctica clínica.

MÉTODO
La elaboración en junio-septiembre 2018 (revisión de evidencia, contacto con otras unidades de Cardiología Intervencionista, colaboración con Hematología y consenso del grupo de mejora). Tres reuniones- una interna, una con Hematología y otra con hospitalización para consensuar actuaciones. En Julio y Agosto 2018: análisis de los pacientes con tratamiento anticoagulante oral atendidos en nuestra unidad a lo largo de los años 2016-2017 como referencia. La difusión del nuevo protocolo se realizará en forma de sesión en el Servicio de Cardiología y otros servicios implicados, folletos con el algoritmo de actuación y actualización de la vía clínica de cateterismo cardíaco, previa aprobación por los organismos responsables del hospital.

INDICADORES
1. Nombre: %ACO / cateterismo. Porcentaje de pacientes tomadores de anticoagulación oral remitidos para la realización de cateterismo cardiaco. Calculo: (Pacientes tomadores de anticoagulación oral remitidos para la realización de cateterismo cardiaco)/ (Pacientes a los que se les ha realizado cateterismo cardiaco)*100. 2. Nombre: % correcta cumplimentación protocolo. Porcentaje de pacientes tomadores de anticoagulación oral incluidos en el protocolo sin la terapia puente. Medida: porcentaje, periodicidad: trimestral. Calculo: (Pacientes en tratamiento con ACO sin indicación de terapia puente y sin terapia puente aplicada) / (Pacientes en tratamiento con ACO sin indicación de terapia puente)*100. Estándar 95%. 3. Nombre: %terapia puente correcta. Porcentaje de pacientes con indicación de terapia puente con la terapia puente correctamente aplicada. Medida porcentaje. Trimestral. Calculo: (Pacientes con indicación clara de terapia puente con la terapia puente aplicada) / (Pacientes con indicación de terapia puente). Estándar 100% 4. Nombre %complicaciones hemorrágicas. Porcentaje de pacientes con complicaciones hemorrágicas en el periodo peri-procedimiento (hasta 7 días postprocedimiento). Porcentaje y trimestral. Calculo: (Pacientes tomadores de ACO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1560

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN LOS PACIENTES REMITIDOS PARA LA REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO EN LA SECCION DE HEMODINAMICA Y CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA DEL HCULB

remitidos para cateterismo que hayan presentado complicaciones hemorrágicas) / (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo). Estándar 2.5%. 5. Nombre: %complicaciones trombóticas. Porcentaje de pacientes con complicaciones trombóticas en el periodo peri-procedimiento (hasta 7 días postprocedimiento). Porcentaje, trimestral. Calculo: (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo que hayan presentado complicaciones trombóticas) / (Pacientes tomadores de ACO remitidos para cateterismo). Estándar 0.5%.

DURACIÓN
1. Elaboración del protocolo- De 1 a 31 de agosto 2018 2. Análisis de situación actual: De 1 a 31 de julio 2018 3. Elaboración de folleto con el algoritmo – agosto-septiembre 2018 4. Difusión del protocolo- a partir de 1 de septiembre 2018 5. Puesta en marcha de nuevo proceder- 10 de septiembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0140

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA SEGUIMIENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... PABLO ROYO DACHARY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALMEIDA PONCE HELEN
MARTINEZ GUILLEN JOSE
PALACIOS GASOS PILAR
FERNANDEZ PERA DIEGO
POLA BANDRES GUILLERMO
NAVARRO BARLES ANA
ALLUE CABAÑUZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se ha creado una base de datos por cada una de las 4 unidades que forman el Servicio.
2.- Estas bases de datos se han alojado en un ordenador del Hospital, quedando accesibles desde cualquier ordenador del hospital a través de la intranet.
3. -estas bases de datos están protegidas por contraseña para que solo los facultativos del Servicio de Cirugía General puedan acceder a ellas.
4.- En Junio de 2016 se empezaron a recoger pacientes de las cuatro unidades. En la sección de HBP se empezó en Enero de 2016 por estar disponible antes.
5.- Desde Junio de 2016 se han realizado sesiones de morbi-mortalidad trimestrales empleando los datos recogidos en las bases

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- En la actualidad hay recogidos 3015 pacientes en las bases de datos.
2.- La realización de sesiones de morbimortalidad ha permitido llevar un mejor control de la actividad del Servicio, permitiendo conocer una estadística básica de qué actividad se realiza y que resultados tenemos.
3.- La base de datos de HBP y trasplantes, que está actualizada hasta el día de hoy, incluye ya 1141 pacientes. Contiene casi dos años completos de actividad registrada y nos va a permitir poner en marcha nuevos proyectos de mejora. En este sentido el cumplimiento ha sido del 100% de pacientes registrados.
4.- Las bases de datos del resto de las unidades están actualizadas hasta el verano de 2017, momento en que se ha replanteado cambiar el formato de las sesiones de morbi-mortalidad. Su actualización está pendiente de programar nuevas sesiones. En estas el cumplimiento desde Junio de 2016 hasta Junio de 2017 ha sido aproximadamente del 90%.
5.- Las bases de datos permiten también una comparación de la actividad del Servicio globalmente, permitiendo saber el peso que cada patología tiene en la actividad diaria del Servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1.- El registro de la actividad diaria del Servicio es básico para poder tener conciencia, no solo de la actividad que se realiza, sino también de los resultados de esta. En este sentido, el disponer de una base de datos que permita un análisis en tiempo real de la situación del Servicio es esencial.
2.- La elaboración y mantenimiento de una base de datos básica es factible cuando existe un responsable, como ha ocurrido en el caso de la sección de HBP.
3.- En caso de no existir un responsable de la base de datos, la realización de sesiones de morbi-mortalidad es clave para generar una motivación y tener la base de datos actualizada. En nuestro caso, la ausencia de realización de sesiones de morbi-mortalidad tras el verano de 2017, ha hecho que las bases no se actualicen.
4.- Queda pendiente de definir un nuevo formato de sesiones de morbi-mortalidad que sirva como motivación para seguir manteniendo las bases de datos actualizadas.
5.- El disponer de una base de datos actualizada en la sección de HBP nos va a permitir poner en marcha diferentes programas de mejora, así como proyectos de investigación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/140 ========== ***

Nº de registro: 0140

Título
ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA SEGUIMIENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Autores:
ROYO DACHARY PABLO, ALMEIDA PONCE HELEN, MARTINEZ GUILLEN JOSE, PALACIOS GASOS PILAR, FERNANDEZ PERA DIEGO,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0140

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS PARA SEGUIMIENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

POLA BANDRES GUILLERMO, NAVARRO BARLES ANA, ALLUE CABAÑUZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las tasas de mortalidad y de complicaciones postoperatorias de muchos procedimientos quirúrgicos varían significativamente entre centros. Esta no siempre es atribuida a la cirugía en sí, sino que la causa puede ser multifactorial, y en algunos casos evitable.
El registro y el análisis de la mortalidad y las complicaciones perioperatorias han demostrado ser uno de los instrumentos más efectivos para reducirlas y para mejorar la calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera tener un registro fiable y continuo de la actividad del Servicio, que nos permita saber cuales son nuestros resultados actuales y poder analizar la evolución temporal. Esta base de datos se empleará para realizar sesiones de morbi-mortalidad trimestrales.

MÉTODO
Se elaborará una base de datos que permita la recogida de los datos y el análisis y comparación de los datos a tiempo real. La base de datos se elaborará en una tabla Excel que cumplirá con la actual ley de protección de datos, alojándose en un ordenador del hospital, bajo clave y sin contener datos personales de los pacientes. La base de datos se registrará en el hospital.
Esta base incluirá tablas para analizar en el momento los resultados según periodos de tiempo concretos, cirujano, patología, etc.

INDICADORES
Se realizarán sesiones de morbi-mortalidad trimestrales empleando la base de datos que incluya el 100% de los pacientes que ingresan en el servicio de Cirugía General.

DURACIÓN
Existe ya un boceto de la base de datos, que se adaptará para poder incluir pacientes de las cuatro secciones del Servicio. La base da datos debe estar completa para empezar en 2017 a registrar el 100% de los pacientes

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0198

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARTINEZ GUILLEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO DACHARY PABLO
SOLANAS GRACIA JOSE ANTONIO
ALMEIDA PONCE HELEN
MILLAN GALLIZO GUILLERMO
SANCHEZ BLASCO LAURA
HERNAEZ ARZOZ ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Diseño, desarrollo e implantación junto con el Servicio de Informática de una planilla configurada como protocolo quirúrgico, desde el programa informático Hp-Doctor.
2.Difusión y manejo de la planilla informatizada a todo el Servicio de Cirugía General.
3.Evaluación retrospectiva del número de protocolos quirúrgicos realizados mediante la planilla informatizada en el Hp-Doctor, durante el periodo comprendido desde el mes de Enero del 2017 hasta el mes de Noviembre de 2017.
4.Evaluación de la cumplimentación por parte del Servicio de Cirugía del número de protocolos quirúrgicos mediante el programa Hp-Doctor, en relación al número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el Servicio de Cirugía General durante el año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS:
Enero 2017:
-Total intervenciones: 258
-Protocolos cumplimentados: 110
-Porcentaje sobre el total: 42,6 %
Febrero 2017:
-Total intervenciones: 268
-Protocolos cumplimentados: 109
-Porcentaje sobre el total: 40,7 %
Marzo 2017:
-Total intervenciones: 282
-Protocolos cumplimentados: 119
-Porcentaje sobre el total: 42,2 %
Abril 2017:
-Total intervenciones: 231
-Protocolos cumplimentados: 108
-Porcentaje sobre el total: 46,8 %
Mayo 2017:
-Total intervenciones: 265
-Protocolos cumplimentados: 126
-Porcentaje sobre el total: 47,5 %
Junio 2017:
-Total intervenciones: 268
-Protocolos cumplimentados: 106
-Porcentaje sobre el total: 39,6 %
Julio 2017:
-Total intervenciones: 207
-Protocolos cumplimentados: 106
-Porcentaje sobre el total: 51,2 %
Agosto 2017:
-Total intervenciones: 220
-Protocolos cumplimentados: 138
-Porcentaje sobre el total: 62,7 %
Septiembre 2017:
-Total intervenciones: 242
-Protocolos cumplimentados: 141
-Porcentaje sobre el total: 58,3 %
Octubre 2017:
-Total intervenciones: 322
-Protocolos cumplimentados: 178
-Porcentaje sobre el total: 55,3 %
Noviembre 2017:
-Total intervenciones: 330
-Protocolos cumplimentados: 185

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0198

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

-Porcentaje sobre el total: 56,1 %

Observamos una clara línea ascendente en cuanto al porcentaje de protocolos cumplimentados en el Hp-Doctor, relacionado con un proceso de adaptación del personal al manejo de la plataforma digital.
No conseguimos alcanzar el objetivo que nos habíamos marcado de un 70% de protocolos quirúrgicos cumplimentados en Hp-Doctor sobre el total de intervenciones realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es muy positiva ya que en tan solo 11 meses se ha conseguido una cumplimentación media mediante este método del 49,36 % sobre el total de intervenciones realizadas.
La retroalimentación obtenida con otros servicios también es positiva ya que ha mejorado la inteligibilidad de los protocolos así como la facilidad de la búsqueda de los mismos a nivel de Intranet.
Recomendamos la implementación de más ordenadores con el sistema Hp-Doctor instalado en el antequirófano (zona sucia), para conseguir una mejora en los parámetros de cumplimentación obtenidos hasta la fecha por parte del Servicio de Cirugía General.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/198 ========== ***

Nº de registro: 0198

Título
INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Autores:
MARTINEZ GUILLEN JOSE, ROYO DACHARY PABLO, SOLANAS GRACIA JOSE ANTONIO, PALACIOS FANLO MARIA JOSE, ALMEIDA PONCE HELEN, MILLAN GALLIZO GUILLERMO, SANCHEZ BLASCO LAURA, HERNAEZ ARZOZ ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El protocolo quirúrgico es un documento con información fundamental de todos los aspectos clínicos acontecidos durante el acto quirúrgico. La cumplimentación en historia clínica informatizada (HCI) de este documento permite la integración de la información y su posterior explotación además de mejorar la legibilidad y la accesibilidad de la información allí contenida. Según estudios publicados (Amarasinghma R. et al., 2009) los hospitales que utilizan la historia clínica informatizada (notas, registros, prescripción electrónica y sistemas de apoyo a la decisión) tienen menos complicaciones y una menor mortalidad con menor coste que los que no la utilizan. Aunque en nuestro centro, algunos servicios cumplimentan el protocolo quirúrgico en historia clínica informatizada, su práctica no está generalizada.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el grado de utilización del protocolo quirúrgico informatizado, lo que permitirá:
- Mejorar la legibilidad de los protocolos quirúrgicos.
- Facilitar el acceso a los profesionales a un importante documento de la historia clínica.
- Evitar la pérdida o extravío de este documento
- Facilitar la búsqueda y análisis de datos del Servicio.

MÉTODO
Una realización de protocolo quirúrgico superior a un 70% en 2017.

INDICADORES
Metodología de evaluación: Evaluación retrospectiva de fichas de protocolo quirúrgico realizados a través de la HCI. Número estimado de intervenciones quirúrgicas a evaluar: 4400. La comprobación se realizará a partir de la explotación de la HCI y se comparará el periodo enero-abril de 2009 con el periodo enero-abril de 2010.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0198

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

DURACIÓN
Octubre 2016 formar grupo trabajo, contacto con el Servicio de Informática.
Noviembre 2016 creación de las plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en nuestro Servicio.
Noviembre - Diciembre 2016: Integración del protocolo quirúrgico informatizado en el programa HpDoctor.
Enero 2017: Valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados con el fin de detección de problemas y resolución.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0341

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICION DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO SOLER LANZUELA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ PLUMED ANA VICTORIA
BUENO FENERO SARA
SANCHEZ BUEY MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una línea de tiempo para no exceder la fecha prevista de grabación y edición.
-Se llevó a cabo la petición de autorización a los diferentes servicios de dirección del Hospital Clínico.
- Desde la consulta de estomaterapia se localizó a los posibles participantes. Tras varias puestas en contacto con ellos, se eligió al candidato idóneo para realizar el vídeo.
- Grabación del vídeo.
- Edición de vídeo. Tras la grabación, se editó la imagen y se añadió voz en off con la explicación de cómo realizar el aseo de la ostomía y el uso de los diferentes dispositivos, para dar un refuerzo a las imágenes grabadas.
- Presentación a dirección del Hospital.
Los medios utilizados fueron: Ipad de la consulta de estomaterapia, PINNACLE VÍDEO par la edición y otro hardware.
El calendario se cumplió con respecto a lo establecido al comienzo del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Grabación y edición del vídeo formativo-explicativo para su proyección en los talleres a pacientes ostomizados.
Pendiente de presentar en dirección del Hospital Clínico.
- Indicadores utilizados:
Pacientes localizados desde la consulta de estomaterapia. Se llevó a cabo una búsqueda de los pacientes que más se podrían ajustar al perfil deseado para poder llevar a cabo la grabación.
Pre selección de dos candidatos.
Selección final del paciente que aparecería en el vídeo.
- Impacto del proyecto.
Tras varios años de realización del taller a paciente y familiares ostomizados, hemos recibido varias demandas por parte de los asistentes a estos talleres, y una de ellas era la falta de un medio audiovisual donde se pudiera observar de forma práctica y no sólo teórica, el manejo de la ostomía y sus múltiples dispositivos y accesorios.
Desde el grupo de trabajo creímos que la proyección de un vídeo explicativo sería una buena forma de completar la información que se les entrega a través de los talleres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se observó una importante motivación en los pacientes ostomizados para colaborar en la creación de un vídeo que ampliara las necesidades informativas de los nuevos ostomizados, tanto cuidados físicos como apoyo psicológico.
Refuerzo visual a la educación sanitaria ofrecida por el personal de enfermería.
Método de consulta y apoyo en domicilio, ya que si lo desean, se les enviará el vídeo a través del correo electrónico corporativo del grupo de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/341 ========== ***

Nº de registro: 0341

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0341

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICION DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Título
CREACION DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICION DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
SOLER LANZUELA FRANCISCO, BUENO FENERO SARA, SANZ PLUMED ANA VICTORIA, SANCHEZ BUEY MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Tras los proyectos de mejora de años anteriores en los que se creo un taller para pacientes ostomizados y familiares, se detecto que el formato power point no cubre todas las necesidades explicativas de como realizar la higiene del estoma que esperaban los asistentes a los talleres.
Con la oportunidad que se le ha brindado al grupo de ostomias, aun pendiente de creación, por parte de la Dirección de Enfermería del Hospital Clinico de impartir cursos/sesiones clínicas a lo profesionales sanitarios, se observó que seria recomendable ampliar el soporte informático de estas mismas sesiones. Así pues se decidió a pedir este proyecto de mejora con el objeto de crear un vídeo en el que aparezca un paciente/persona portadora de una ostomía realizando el aseo de esta misma y llevando a cabo un cambio de bolsa, en el que este mismo participante haga un testimonio sobre todo su proceso hasta su situación actual.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de un vídeo explicativo y testimonial sobre cómo llevar acabo la higiene y cambio de bolsa.

MÉTODO
Los integrantes del grupo se pondrán en contacto con la estomaterapeuta del Hospital Clínico, ya conocedora del proyecto, para localizar un posible participante del vídeo.

Se pedirá autorización a la dirección del Hospital para poder llevar a cabo la grabación del vídeo.

Se pedirá autorización al participante del vídeo para poder usar su imagen y proyectar este vídeo en las diferentes sesiones que se lleven a cabo.

Creación del vídeo por parte de los integrantes del grupo de ostomías.

INDICADORES
- Número de posibles participantes.
Se obtendrán a través de la consulta de estomaterapia.
Se monitorizaran mediante una hoja de excel de recogida de datos.

- Creación del vídeo.
Fases de grabación y edición del vídeo.
Se realizará una linea de tiempo para no exceder la fecha prevista de grabación y edición.

DURACIÓN
- Inicio: tan pronto como se resuelva la resolución de los proyectos de mejora 2016.
- Petición de autorización a los diferentes servicios de dirección del Hospital Clinico.
- Localización de participantes.
- Grabación del vídeo.
- Edición de vídeo.
- Presentación a dirección del Hospital.
- Fin de proyecto Septiembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0341

1. TÍTULO

CREACION DE AUDIOVISUAL PARA IMPARTICION DE SEMINARIOS/CURSOS SOBRE EL PACIENTE OSTOMIZADO, DIRIGIDOS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0597

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA AZUCENA GONZALO RODRIGUEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CECILIO IRAZOLA ALVARO
NAVARRO GONZALO ANA
CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA
ELIA GUEDEA MANUELA
ALGARATE CAJO SONIA
BONAGA SERRANO BEATRIZ
MOZOTA DUARTE JULIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para mejorar la calidad de uso de antimicrobianos en un Servicio de Cirugía General, como objetivo principal del proyecto, implicando para ello a los cirujanos generales en un proceso continuo de mejora en el uso de antibióticos (acorde a los principios de equipos PROA ya utilizados en otros servicios) se planificó un calendario, con una serie de actividades cuyo cumplimiento ha sido globalmente satisfactorio.

FASE 1. CONSTITUCIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO
De Octubre a Diciembre de 2016 se realiza la constitución del equipo de trabajo. Notificar que aunque inicialmente se incluyó Soledad Salvo en el proyecto, fue finalmente Sonia Algarate la microbióloga que nos acompañó en el proyecto. María Ángeles Allende Bandrés, José Ramón Paño Pardo y Blanca Obón Azuara participaron desinteresadamente y de forma activa en el proyecto.
FASE 2. EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE USO DE ANTIMICROBIANOS, PRIORIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES.
1. Encuesta de percepciones del servicio en Diciembre de 2016 que sirvió para valorar las debilidades y fortalezas de los cirujanos en el uso de antimicrobianos en nuestro servicio, para conocer el punto de partida y determinar qué acciones se pueden desarrollar para lograr el compromiso con el programa. Así se identificaron los puntos más problemáticos para los cirujanos a la hora de utilizar antibióticos. De los 42 cirujanos del servicio (adjuntos y residentes) se obtuvo una respuesta del 65%. Los cirujanos encontraron los principales problemas en el sobrediagnóstico, -y por tanto sobretratamiento-, el empleo de antibióticos de espectro y duración excesivos, el ajuste de tratamiento según la función renal, la terapia secuencial…
2. Evaluación de calidad de uso (corte): Se analizaron 8 situaciones en 2 días diferentes. 1/12/2016 y 12/12/2016, con unas plantillas guía para cada paciente. Para identificar de esta forma tratamientos optimizables. Estas plantillas habían sido utilizadas por el equipo PROA del hospital previamente en otros servicios.

Tras el análisis minucioso por el equipo PROA-Q de estas 2 actividades se decide priorizar y planificar una serie de actividades.
Las actividades a desarrollar fueron:
-implementación de protocolos antibióticos según la guía hospitalaria
-desarrollo de la prescripción electrónica
- actividades docentes presenciales/online. Las perlas de información. Son sesiones de fundamentos teóricos con una duración media unos 20 minutos, para mejorar el conocimiento y uso de antibióticos de los puntos más problemáticos, previamente identificados.: tratamiento empírico, fiebre nosocomial, ajuste a función renal, alérgicos, toma de muestras e identificación de antibiograma, duración y terapia secuencial. Estas sesiones fueron realizadas por miembros del equipo PROA fundamentalmente como se podrá comprobar en párrafos subsiguientes.
-coaching antibiótico a demanda y coaching antibiótico mediante sistema de alertas.

Constituyéndose estas 3 últimos como los puntos fuertes del proyecto.

FASE 3. IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES. De Enero a Junio 2017.
El 20 de enero de 2017 se comunica al Servicio de Cirugía General en sesión general la existencia del proyecto, las actividades planificadas y las personas clave del proyecto.
?DESARROLLO DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA exclusivamente en las camas desde 218 a 234 (por imposibilidad técnica de dotar a todas las camas del servicio), con un grado de aceptación excelente por todo el personal, tanto médicos como enfermería. Se realizaron diversos cursos para el correcto aprendizaje del personal médico y de enfermería. La prescripción electrónica supone una mejora considerable en la calidad y seguridad de la prescripción y administración de medicamentos, en concreto de antibióticos. A su vez permite seguimiento y ajustes, por parte del servicio de Farmacia, que pueden identificar errores de prescripción, sobre o infra-dosificación, exceso de duración…
?Implementación de las ACTIVIDADES DOCENTES conforme a un cronograma previamente acordado, ajustando alguna de las fechas que finalmente fueron éstas.
ACTIVIDADES DOCENTES (perlas)
3 FEBRERO – TRATAMIENTO EMPÍRICO – 20 MINUTOS Impartido por el Dr. Cecilio
17 FEBRERO – FIEBRE NOSOCOMIAL – 30 MINUTOS (finalmente no fue impartida, coincidió con el cese del Dr.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0597

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)

Alvaro Cecilio).
3 MARZO – INTERACCIONES AJUSTE INSUFICIENCIA RENAL – 30 MINUTOS por la Dra. Bonaga
24 MARZO – ALERGICOS Y RECORDATORIO TTO EMPÍRICO – 20 MINUTOS por la Dra. Gonzalo

31 MARZO – TOMA DE MUESTRAS 20 – 30 MINUTOS por la Dra. Algarate
5 MAYO – SESIÓN SOBRE DURACIÓN – 20 MINUTOS por el Dr. Paño
19 MAYO – INTERPRETACIÓN ANTIBIOGRAMA Y TTO DIRIGIDO – 30 MINUTOS por la Dra. Algarate
30 JUNIO – TERAPIA SECUENCIAL – 20 MINUTOS

?coaching antibiótico (a demanda) y coaching antibiótico (sistema de alertas).
De esta forma se acompaña y entrena al cirujano en el manejo correcto de los antibióticos en casos concretos. De esta forma el cirujano podrá alcanzar una autonomía y no una dependencia de otros profesionales en la prescripción adecuada de los antibióticos que les compete, para así incorporarlo en la práctica diaria

Independientemente de necesidades concretas, se planifican una evaluación de uso de antibióticos el último jueves de cada mes, ampliable en función de necesidad. En estas evaluaciones no sólo se toman pacientes al azar, elegidos desde el servicio de Farmacia, sino que también se aprovechan para discutir los casos especialmente controvertidos.

Estas reuniones se llevaron a cabo los días:
23 de febrero, 27 de abril, 16 de mayo, 1 de junio.
En ellas se utilizó la tabla de evaluación de corte de uso de antibióticos, en las que se evaluaron numerosos ítems tanto de la infección, del paciente y sus comorbilidades, del diagnóstico microbiológico, los antibióticos prescritos y finalmente una evaluación global.

FASE 4: EVALUACIÓN DE RESULTADOS Julio-septiembre 2017
Las evaluaciones de corte de uso de antibióticos realizadas a lo largo de la fase 3, finalmente han servido para una evaluación de nuestros resultados. Porque incluyen la mayoría de indicadores de van den Bosch que se indicaban en el proyecto inicial, medidos como proporción de pacientes
1. con síntomas sistémicos en los que se han obtenido 2 hemocultivos
2. en los que se han obtenido muestras del foco de infección
3. con tratamiento empírico en los que se han seguido las guías locales
4. en los que se ha ajustado el tratamiento al resultado microbiológico
5. en los que se ha ajustado la posología a la insuficiencia renal
6. en los que, siendo factible, se utiliza antibioterapia oral
7. con duración excesiva de tratamiento
8. en los que se ha documentado el plan antibiótico (este parámetro no estaba recogida en la tabla de evaluación).

Según la complejidad de los casos analizados (cuya elección se realizaba al azar desde el servicio de farmacia), la cumplimentación de estos indicadores por caso analizado podía ser próxima al 100% o muy deficiente.

A partir de junio de 2017 no se ha realizado ninguna reunión más para finalizar la evaluación del impacto de la intervención. Si bien se plantea retomar la actividad, aunque ya fuera del proyecto de mejora a partir de febrero de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Teniendo en cuenta las dificultades de coordinar un proyecto interdisciplinar, valoramos muy positivamente la realización de la mayor parte de las actividades propuestas en el proyecto inicial. Los programas PROA incorporan una variedad de estrategias para optimizar el uso de agentes antimicrobianos.

1. Se ha conseguido un uso correcto y juicioso de la prescripción electrónica por el personal médico y de enfermería. Dicho personal incluso reclama la prescripción electrónica en la totalidad de las camas.

2. La asistencia a las actividades docentes (perlas de información) por parte de los miembros del servicio ha sido numerosa y participativa. Esto ha podido fomentar el interés creciente de los cirujanos en la prescripción correcta de antibióticos.

3. La evaluación de resultados, quizás ha sido el ítem que no se ha realizado exactamente según fechas y orden previsto.

Se realizaron 4 evaluaciones de calidad de uso de antibióticos en las fechas descritas (23 de febrero, 27 de abril, 16 de mayo, 1 de junio), en aquellos pacientes que al azar habían sido elegidos por el servicio de Farmacia. Estas evaluaciones se realizaron con unas tablas proporcionadas por el equipo PROA que incluyen algunos de los indicadores inicialmente previstos. Sin embargo con las características de estas tablas y las evaluaciones realizadas no es posible emitir unos resultados en términos numéricos estadísticos.
No se han realizado ninguna evaluación de calidad de uso más allá de Junio de 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las pautas de manejo de las infecciones se encuentran muy arraigadas, la implementación de actividades PROA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0597

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)

se valora como muy positiva para mejorar una prescripción antibiótica adecuada y responsable por parte de los cirujanos.
Las sesiones de evaluación de corte en las que se discute el manejo y tratamiento, por un grupo interdisciplinar de facultativos (cirugía, farmacia, infecciosos, medicina intensiva) son muy positivas para en el aprendizaje y adquisición de buenos hábitos en el manejo de infecciones del paciente quirúrgico.
Ya se ha reclamado por diferentes miembros del equipo PROA-Q y del servicio volver a poner en marcha estas sesiones que probablemente se lleve a cabo en 2018, independientemente del proyecto que ahora se presenta.

No se desestima repetir alguna sesión recordatorio de las perlas realizadas. Asímismo el equipo PROA-Q colabora activamente con el equipo PROA hospitalario y sus actividades (día de uso prudente de antibióticos, evaluaciones de calidad…).

7. OBSERVACIONES.
Reiterar la participación activa de María Ángeles Allende Bandrés, José Ramón Paño Pardo y Blanca Obón Azuara, a pesar de no estar incluidos por necesidad en el proyecto.

*** ==================================== Resumen del proyecto 2016/597 ==================================== ***

Nº de registro: 0597

Título
PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)

Autores:
GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA, CECILIO IRAZOLA ALVARO, NAVARRO GONZALO ANA CRISTINA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA, ELIA GUEDEA MANUELA, BONAGA SERRANO BEATRIZ, MOZOTA DUARTE JULIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Profesionales
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los microorganismos pierden con el tiempo su sensibilidad natural a los antimicrobianos debido a la transmisión de resistencias y a la influencia del uso de los antimicrobianos. El incremento de las resistencias y la escasez de nuevos antibióticos nos presenta un futuro poco esperanzador que preocupa a diversas instituciones sanitarias internacionales.

La prescripción de antimicrobianos está interferida por múltiples circunstancias. Estas limitaciones pueden ser tanto de conocimiento de la realidad epidemiológica del centro como logísticas o de actitud ante la incertidumbre clínica.
El hecho es que cuando se ha evaluado, el 35-50% de los tratamientos antibióticos son mejorables.
La mejora de la calidad de uso de antibióticos pasa por que los prescriptores adquieran y se adhieran a buenas prácticas, lo que precisa de un cambio en los hábitos de prescripción. Debe incluir la identificación de los principales problemas y su priorización, planificación de diferentes medidas y evaluación de su impacto.

Debido a la complejidad actual de los pacientes quirúrgicos, se ha planteado la posibilidad de iniciar un proceso de mejora de uso de antimicrobianos (PROA) en el servicio de Cirugía General del HCUZ. Estos pacientes pueden presentar enfermedades infecciosas que requieran tratamiento quirúrgico y antimicrobiano asociado; y a su vez distintas infecciones nosocomiales se pueden añadir en estos pacientes. La gravedad, las comorbilidades y la procedencia de estos pacientes pueden influir tanto en el tratamiento antimicrobiano apropiado, como en la profilaxis adecuada.
Por el posible impacto en el tratamiento de estos pacientes y la mejora en la calidad asistencial del HCUZ, el servicio de Cirugía General del HCUZ se presenta como una oportunidad excepcional para la puesta en marcha de un proceso de mejora de la calidad de uso de antimicrobianos.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo primario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0597

1. TÍTULO

PROCESO DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL (PROA-Q)

Mejorar la calidad de uso de antimicrobianos en un Servicio de Cirugía General.
Objetivos secundarios
-Disminuir presión antibiótica.
-Implicar a los profesionales en un proceso continuo de mejora de la calidad de uso de antibióticos
-Certificar la validez de PROA ya utilizado en otros servicios médicos (urgencias, medicina interna) en un Servicio Quirúrgico.

MÉTODO
Fase 1. Constitución del equipo de trabajo
-Inclusión (PROA) como objetivo del Servicio de Cirugía.
-Designación de responsable PROA del Servicio así como otras personas clave del Servicio (PCS)
-Incorporación de Microbiología y Farmacia al grupo para la constitución del Grupo de Trabajo (GdT) PROA. Trabajo de forma coordinada y multidisciplinar. Se acordará la periodicidad de las reuniones y la estructura de los resúmenes de las reuniones, responsabilidad de la PCS.
Fase 2. Evaluación de los problemas de uso de antimicrobianos, priorización y planificación de actividades
-Realización de un corte de uso de antimicrobianos (point-prevalence survey) y de una encuesta a los miembros del Servicio
-Priorización de los problemas observados por parte del GdT PROA
-Planificación de Actividades. La cartera de actividades a desarrollar son: implementación de protocolos antibióticos, desarrollo de la prescripción electrónica, actividades docentes presenciales/online, coaching antibiótico (a demanda) y coaching antibiótico (sistema de alertas)
Fase 3. Implementación de las actividades
Comunicación al Servicio de las actividades planificadas y de las PCS
-Implementación de las actividades conforme a un cronograma previamente acordado
Fase 4. Evaluación del impacto de la intervención

INDICADORES
-Análisis de los indicadores seleccionados.

Se utilizarán los indicadores de calidad de uso de antibióticos propuestos por van den Bosch et al en 2014 (PMID 25266285), medidos como proporción de pacientes:
1. con síntomas sistémicos en los que se han obtenido 2 hemocultivos
2. en los que se han obtenido muestras del foco de infección
3. con tratamiento empírico en los que se han seguido las guías locales
4. en los que se ha ajustado el tratamiento al resultado microbiológico
5. en los que se ha ajustado la posología a la insuficiencia renal
6. en los que, siendo factible, se utiliza antibioterapia oral
7. con duración excesiva de tratamiento
8. en los que se ha documentado el plan antibiótico

Los indicadores se medirán a través de cortes de uso de antibióticos que se realizarán mensualmente durante la intervención.
Se medirá también la utilidad de la actividad percibida por los miembros del Servicio así como el impacto sobre el consumo de antimicrobianos.

DURACIÓN
Calendario previsto:
Fase 1 Evaluación de la situación basal, priorización de problemas y diseño de las actividades de mejora, implantación de la prescripción electrónica: Octubre-Diciembre 2016
Fase 2: Ciclo 1 Enero-Marzo 2017
Fase 3: Ciclo 2 Abril-Junio 2017
Fase 4: Evaluación de resultados: Julio-Septiembre 2017
Cada uno de los dos ciclos consistirá en la implementación de las actividades de mejora. Entre el primer y el segundo ciclo ser procederá a medir el impacto de las actividades para considerar la adaptación de las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0728

1. TÍTULO

OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE PALACIOS FANLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON DOMINGUEZ MARIA DE LOS ANGELES
CALVO CATALA BEATRIZ
CANDEAL HARO JOSE MIGUEL
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Selección de pacientes
Se seleccionaron los pacientes obesos mórbidos que iban a ser intervenidos durante el año 2017 respetando la antigüedad en lista de espera y atendiendo a criterios de priorización: comorbilidad mayor invalidante (Diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico, artropatía invalidante) y edad avanzada.
La indicación de bypass gástrico se estableció por la existencia de obesidad mórbida con comorbilidades asociadas con especial indicación en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, reflujo gastroesofágico (RGE) y trastornos de la alimentación en los que las técnicas restrictivas no son las más adecuadas.
El bypass gástrico conlleva una importante dificultad técnica. El riesgo de complicaciones está relacionado con la experiencia del cirujano. La optimización preoperatoria es fundamental para minimizar los riesgos quirúrgicos y favorecer el cambio del estilo de vida.

2- Optimización preoperatoria
El objetivo es conseguir una pérdida de peso del 10% con respecto al peso máximo. Esto se consigue sustituyendo las comidas principales por una dieta VLCD (very low calorie diet) mediante un preparado comercial apoyado en el ejercicio físico principalmente caminar. Esta dieta cubre los requerimientos nutricionales con pocas calorías.
En una serie analizada desde enero de 2014 a junio de 2016 se intervinieron 69 pacientes de bypass gástrico en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza. Solo se consiguió optimizar mediante dieta VLCD al 30% de los pacientes y el objetivo de este plan de mejora consistía en aumentar el porcentaje de pacientes optimizados.

3- Preparación quirúrgica.
Se inició la preparación entre 5-6 semanas antes de la cirugía mientras se actualizaba el preoperatorio y se programó la cirugía después de evaluar la pérdida de peso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2017 se intervinieron un total de 66 pacientes de obesidad mórbida siendo 31 sometidos a bypass gástrico laparoscópico. A 3 pacientes se les realizó una reconversión a bypass gástrico desde una gastrectomía vertical fallida (2 pacientes por desarrollo de reflujo gastroesofágico de novo y un paciente con pérdida insuficiente de peso).
De los 31 pacientes intervenidos de bypass gástrico laparoscópico, 6 fueron varones y 25 mujeres de edad media 48,26 años (rango 22-67).
El peso máximo medio fue de 130,7 kg (rango 85- 157,7 kg) con desviación estándar (DS) de 22,53 kg. El IMC máximo medio fue de 49,78 kg/m2 (rango 40,77-66,8 kg/m2). El 45% eran pacientes superobesos.
El peso medio preoperatorio fue de 115,62 kg (rango 80-148 kg). El IMC medio preoperatorio fue de 43,99 kg/m2 (rango 36- 56,29 kg/m2).
La pérdida de peso preoperatoria media fue de 15,54 kg (DS de 16,5 kg). Como el peso medio máximo era 130,7 kg, globalmente se ha conseguido la pérdida de peso deseada del 10%.
Analizando los datos de forma individual todos los pacientes excepto uno consiguieron perder peso de forma preoperatoria y el 58% consiguieron el objetivo planteado con la optimización (pérdida de peso preoperatorio en un 10%).
Aunque en la serie de pacientes previa (2014-2016) sólo se consiguió la optimización en un 30%, se consiguieron unos resultados muy favorables en cuanto a pérdida de peso, curación de comorbilidades y calidad de vida. El índice de complicaciones estuvo dentro de los estándares recomendados por la SECO (Sociedad Española de Cirugía de la obesidad). No hubo mortalidad.
En los pacientes intervenidos en 2017 se ha conseguido disminuir la estancia media de 6,4 ± 4,7 días (serie 2014-2016) a 5,6 ± 3,8 días y el tiempo quirúrgico en 15±3,5 minutos.
No ha habido diferencias estadísticamente significativas en cuanto a morbilidad. Nuevamente no ha habido mortalidad en 2017.
En cuanto a la pérdida ponderal de peso a los 6 meses de seguimiento el PEIMCP (porcentaje de exceso de IMC perdido) es del 66,76 % y el PSP (porcentaje de sobrepeso perdido) es del 62,23 %. A los 9 meses de la intervención quirúrgica el PEIMCP es del 78,11% y el PSP del 75,58% resultados considerados excelentes según los criterios de Larrad y Baltasar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0728

1. TÍTULO

OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

1- Se consiguió aumentar del 30% al 58% el porcentaje de pacientes obesos mórbidos optimizados antes de la intervención quirúrgica de bypass gástrico laparoscópico.
2- Se ha conseguido disminuir la estancia media que ha pasado de 6,4 ± 4,7 días a 5,6 ± 3,8 días.
3- Se ha reducido el tiempo quirúrgico para la realización del bypass gástrico en 15±3,5 minutos.

RECOMENDACIONES: Sería muy interesante aplicar esta optimización preoperatoria a todos los pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica independientemente de la técnica a realizar.
Técnicas más sencillas como la gastrectomía vertical se benefician también de esa pérdida de peso preoperatoria del 10%, aunque presentan baja tasa de complicaciones estas pueden ser muy graves y difíciles de solucionar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/728 ========== ***

Nº de registro: 0728

Título
OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

Autores:
PALACIOS FANLO MARIA JOSE, GASCON DOMINGUEZ MARIA DE LOS ANGELES, CALVO CATALA BEATRIZ, CANDEAL HARO JOSE MIGUEL, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: CIRUGIA METABÓLICA

PROBLEMA
En la actualidad, el tratamiento de la obesidad se ha convertido en uno de los principales retos de los sistemas sanitarios. El objetivo de este tratamiento es conseguir una pérdida ponderal adecuada y mantenida en el tiempo que resuelva o mejore las comorbilidades asociadas, evite el riesgo de muerte prematura y mejore la calidad de vida de los pacientes. De ahí la importancia de monitorizar el resultado del tratamiento quirúrgico mediante métodos validados y reconocidos por las sociedades científicas.
El bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico (BGYRL) continúa siendo el gold estándar en cirugía bariátrica, sobre todo en pacientes con IMC>45 kg/m2 y especialmente en Cirugía Metabólica. En la actualidad supone más del 50% de las intervenciones que se realizan en el Hospital Clínico de Zaragoza (HCU) (datos de 2015-2016). Se trata de una técnica mixta, con un grado alto de complejidad. La morbimortalidad disminuye drásticamente con la experiencia del cirujano y con la optimización preoperatoria de los pacientes.
El objetivo de esta optimización es conseguir la pérdida de un 10% del peso previo a la intervención quirúrgica. Existe evidencia científica que esta pérdida de peso produce una disminución del tamaño hepático y de la grasa intraabdominal, lo que mejora la visión intraoperatoria de la unión gastroesofágica y facilita el acto quirúrgico proporcionando una serie de ventajas como el acortamiento del tiempo quirúrgico, reducción del número de complicaciones postoperatorias, menor estancia hospitalaria y finalmente mayor adherencia del paciente a los cambios en el estilo de vida tras cirugía. (Martínez –Ramos D et al. Cir Esp 2012, White MA. J Clin 2010).

La optimización preoperatoria se consigue mediante dietas VLCD (muy bajas en calorías), pautas de ejercicio físico (principalmente caminar, bicicleta y ejercicios en piscina en aquellos pacientes con dificultades locomotoras) y modificación de hábitos alimenticios y estilo de vida.
Las dietas VLCD son productos alimenticios presentados en distintos formatos (batidos, barritas, purés….), aceptados por la SECO y la SEEDO y de fácil adquisición en farmacias y supermercados. Sustituyen una comida y son más económicos que la comida habitual.
De enero de 2014 a junio de 2016 se intervinieron en el HCU 69 pacientes con OM realizándose BGYRL, con una estancia media postoperatoria de 6,4 ± 4,7 días. La duración de la intervención quirúrgica fue de 168±77

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0728

1. TÍTULO

OPTIMIZACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA QUE VAN A SER SOMETIDOS A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO

minutos.
En cuanto a la morbilidad nuestras cifras están situadas por debajo de los estándares (7,23%). No hubo mortalidad.
Pero tan sólo 21 pacientes (30,4%) fueron preparados para la cirugía mediante una dieta VLCD.
A pesar de que los resultados obtenidos por nuestros pacientes son muy buenos, consideramos que la implementación de la optimización en los pacientes obesos previo a la cirugía bariátrica puede mejorar los resultados quirúrgicos y ahorrar costes económicos mediante la reducción del tiempo quirúrgico y la estancia media.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir optimizar el 70% de los pacientes que van a ser sometidos a BGYRL en el HCU durante el año 2017 supondrá:
A.Disminuir el tiempo quirúrgico (menor 150 minutos)
B.Disminuir la estancia hospitalaria en 2 días (tiempo de estancia: 4 días)
C.Disminuir el índice de complicaciones
D.Aumentar la satisfacción del paciente
E.Mejoría en la calidad de vida

MÉTODO
En primer lugar se determinarán los pacientes obesos mórbidos candidatos a BGYRL. Se establecerá un orden de acuerdo a la antigüedad en lista de espera y criterios de priorización (superobesidad y comorbilidades mayores asociadas).
El paciente se citará en consultas externas con 2 meses de antelación a la fecha probable de quirófano para comenzar la optimización, coincidiendo con la actualización del preoperatorio y preanestesia.
Se le pautará la dieta VLCD para sustituir la comida, cuyo gasto económico será sufragado por el propio paciente (estimado entre 60 euros a un máximo de 150 euros dependiendo del producto elegido). Este coste económico es menor que la alimentación habitual del paciente.
Al mismo tiempo se le marcarán unas pautas de ejercicio físico dependiendo de sus características y se aconsejará el abandono del hábito tabaquito (apoyado puntualmente por la Unidad de deshabituación tabáquica) y cambios en el estilo de vida.

INDICADORES
Se evaluará a principios de 2018 el porcentaje de pacientes obesos operados optimizados de forma preoperatoria, el grado de cumplimiento, el porcentaje de peso perdido de forma preoperatoria, la morbimortalidad postoperatoria, tiempo quirúrgico y estancia media.

DURACIÓN
OCTUBRE-NOVIEMBRE 2016
- Determinar los pacientes que van a ser sometidos a BGYRL durante el año 2017 (se estima un mínimo de 50 BGYRL anuales) y establecer un orden.
NOVIEMBRE 2016-DICIEMBRE 2017
- Se comenzara la optimización preoperatoria. El tiempo estimado para conseguir el objetivo de disminuir un 10% el peso es entre 4-6 semanas.
ENERO 2018
- Evaluación de los resultados obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0838

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIAGENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA LAMATA DE LA ORDEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
LAGUARTA BLAS TERESA
BELANCHE MANCEBON ANA ISABEL
VILELA MIRAMON IRMA
LAFUENTE FINA
GARE PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante 2 meses en el servicio de Cirugía se ha colocado una plantilla rellenable por cada unidad asignando un responsable de cada unidad por día, así como la manera de ponerse en contacto con él. De tal manera que se mejora la asistencia sanitaria dismunyendo el tiempo que el equipo de enfermería dedica para contactar con el médico responsable.
Así mismo, en dicha plantilla se incluyen anotaciones por parte de el equipo de enfermería en cuanto a las incidencias acontecidas durante el tiempo en el que han estado localizando al responsable, reflejando la hora.
Los indicadores propuestos han sido:
A. Indicador de control de respuesta a las demandas de enfermería

1. ¿Se ha localizado al responsable asignado (“mañanero”)?: SI/NO
2. Horario en que se solicita al responsable asignado.
3. Horario en que se responde el responsable asignado.

B. Indicador de atención continuada por parte del equipo de guardia:
El equipo de guardia reflejará en una hoja de control las necesidades de reevaluación de un paciente (horario) y la ejecución de medidas en dicho sentido (horario), así como las de demandas no atendidas y razones (ocupación en quirófano, demandas asistenciales con mayor prioridad…)
En caso de no poder atender la demanda, quedará reflejado al terminar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como análisis inicial del período de prueba de esta mejora de la calidad asistencial en pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía General del HCU, hemos de reconocer el bajo grado tanto de recogida de las planificaciones (no se han recogido 10 de los 22 calendarios semanales que tendría que haber, gran parte de ellos arrojados a la basura por parte del equipo de enfermería al desconocer la evaluación de los mismos a pesar de transmitir, en reiteradas ocasiones, por cirugía y supervisora de enfermería la importancia de archivar dicho papel.
Se ha constatado, en los 12 registros restantes un escaso cumplimiento tan sólo en la asignación y localización del responsable de cada Unidad, por lo que se ha realizado el análisis descriptivo basándonos en esos 12 registros semanales entregados, calculando sobre 56 días, excluyendo los festivos.
Siendo para cada Unidad las siguientes cifras:
- Unidad 1- Endocrino- Mama: R: 19,6% (11 de 56 días informados) con un 8,9% de asignación de la localización del responsable (5 de 56 días).
- Unidad 2- Esófago-gástrica y pared: R: 21,4% (12 de 56 días informados) con un 10,7% de asignación de la localización del responsable.(6 de 56 días).
- Unidad 3- Colon: R: 64,2% (36 de 56 días informados) con un 33,9% de asignación de la localización del responsable. (19 de 56 días).
- Unidad 4- Hepato-bilio-pancreática: 62,5% (35 de 56 días informados) con un 55,3% de asignación de la localización del responsable. (19 de 56 días).

A continuación se muestran las notaciones de enfermería reflejados por escrito en las planificaciones semanales:
- “Esto es pura ficción”
- El día 7 de Noviembre del 2016, paciente intervenido el 4/11 en turno de tarde no es pasado, por lo que se llama a busca de guardia y se informa que el paciente ha de ser seguido por el que le operó por la tarde y lo acaba viendo también.
- El día 8 de Noviembre del 2016: 3 pacientes asignados a la Unidad de Endocrino-Mama quedan sin visitar a las 15:00h, por lo que se llama al busca de guardia con el consiguiente enfado.
- El día 8 de Noviembre del 2016 hay problemas con paciente de la Unidad de Esófago-gástrica al no haber responsable de actividad matinal.
- Días 14 y 15 de Noviembre 2016: Paciente sin ver a las 15:00h: 226-2. Se avisa a busca de guardia.
- Día 15 de Noviembre 2016: responsable en quirófano. Motivo de llamada: no hay validación del tratamiento.
- Durante la semana del 14-18 de Noviembre el paciente de la habitación 215, adscrita a la Unidad de Colon queda sin ver, por lo que se llama al busca de guardia a las 14h.

Para el indicador de control de respuesta a las demandas de enfermeríaes necesaria la constatación de la hora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0838

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIAGENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD

de solicitud de asistencia y la hora en que se responde a la llamada, valorando así la prontitud o demora asistencial. Dado que en los comentarios de enfermería ambos datos de cada episodio no es posible confeccionar el indicador.
En cuanto al indicador de atención continuada por parte del equipo de guardia: indicador no ha sido plasmado por los médicos cirujanos del equipo de guardia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como análisis de los datos descriptivos arrojados por casi la mitad de la información requerida hay una baja concienciación del proyecto de mejora, tanto a nivel del equipo de enfermería como de médicos cirujanos.
Como propuesta de mejora se debería escribir en el papel: NO TIRAR, GUARDAR Y ENTREGAR A SUPERVISORA DE ENFERMERÍA DE LA PLANTA

7. OBSERVACIONES.
Pese a la baja participación de ambos equipos asistenciales (médico y de enfermería), vemos necesario replantear la utilidad y puesta en marcha de este proyecto en sesión conjunta con equipo de enfermería y médicos cirujanos, para perfilar mejor las necesidades y el grado de implicación exigido.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/838 ========== ***

Nº de registro: 0838

Título
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD

Autores:
LAMATA DE LA ORDEN LAURA, ELIA GUEDEA MANUELA, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, LAGUARTA BLAS TERESA, BELANCHE MANCEBON ANA ISABEL, VILELA MIRAMON IRMA, LAFUENTE JUAN JOSEFINA, GARDE SABALZA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes hopsitalizados a cargo de Cirugía General
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Mejora en la calidad asistencial hospitalaria

PROBLEMA
Los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria son inherentes a la misma. Las prácticas seguras son aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente. A nivel nacional, la incidencia de eventos adversos relacionados con la cirugía está en torno al 10,5%, de los que una tercera parte serían evitables. Tras la creación de las Unidades parece haberse incrementado en el Servicio de Cirugía General-Hospitalización diversos errores que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente y reducir la calidad asistencial.

Ante este problema se creó un grupo de mejora para analizar en profundidad la problemática desde todos los puntos de vista de los integrantes del Servicio. Los componentes del grupo son: el Jefe de Servicio, la supervisora de Enfermería, un FEA representante de cada Unidad (Coloproctología, Esofagogástrica y Pared, Cirugía de Mama y Endocrina, Hepatobiliopancreática), dos residentes, tres enfermeras, tres auxiliares de enfermería, un celador y una administrativa.

El análisis de la problemática en seguridad se llevó a cabo siguiendo la metodología del grupo nominal. Los principales puntos sobre los que se objetivaron problemas fueron: prescripción médica, deficiente comunicación entre los diferentes estamentos, personal deficiente / inadecuado, ausencia/no cumplimiento de los protocolos clínicos, organización del pase de visita, problemas relacionados con información al paciente y derecho a la intimidad.

Este proyecto de mejora se centra en establecer unos indicadores objetivos que midan la respuesta rápida del servicio ante una duda de enfermería o un problema agudo del paciente ingresado en turno de mañana a través de la designación de un médico responsable por Unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0838

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL MATINAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CIRUGIAGENERAL MEDIANTE LA ASIGNACION DE UN MEDICO RESPONSABLE DE UNIDAD

El objetivo del proyecto es mejorar la calidad asistencial hospitalaria en los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía, a través de una asistencia precoz, específica (por parte de un miembro de cada unidad) y continuada a la vez que se mejora la relación médico-enfermera (demanda del personal de enfermería) con un mejor empleo del tiempo de trabajo por parte del equipo de enfermería, a la par que se minimizan las situación de stress, cuando se demanda atención médica preferente en jornada habitual.

MÉTODO
La comisión de mejora de calidad asistencial del servicio ha propuesto (reunión del 7/10/2016) que los coordinadores de cada Unidad deberán asignar un responsable de planta de jornada matinal diario con programación semanal así como determinar el lugar o forma para localizarlo por parte de enfermería.
Se imprimirá un documento para cada control de enfermería (3: antigua Cirugía A, antigua Cirugía B y Trauma-Cirugía).

El cirujano asignado como responsable de planta deberá de responder en la mayor brevedad posible a las dudas suscitadas por el personal de enfermería que asiste a los pacientes de su Unidad correspondiente así como atender los nuevos eventos médicos acontecidos en el paciente tras el pase de visita.

INDICADORES
a. ¿Se ha localizado al médico responsable de Unidad?: SI/NO
b. Hora en que se solicita al responsable asignado.
c. Hora en que se responde el responsable asignado.

DURACIÓN
La puesta en marcha de estas medidas se inició el día 10/10/2016.

Durante dos meses se recogerán datos relativos a su cumplimiento.

En Diciembre se llevará a cabo una nueva reunión en la que se expondrán y analizarán los resultados. A partir de estos se continuarán las medidas y/o se implementarán nuevas.

OBSERVACIONES
Este es un proyecto de mejora de la calidad asistencial atendiendo a la organización del pase de visita, propuesta dentro de las medidas consensuadas por el grupo de mejora que se transmitieron al resto del integrantes del servicio de cirugía en una reunión llevada a cabo el día 07/10/2016.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0895

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H. CLINICO UNIVESITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALLUE CABAÑUZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ SORIANO BLANCA
GIL ROMEA ISMAEL
CALVO CATALA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redacción de una hoja informativa que se entrega al paciente tras la realización del procedimiento quirúrgico.
Difusión del proyecto entre los profesionales que participan en el procedimiento (cirujanos, auxiliares y enfermeras).
Análisis de mejora mediante una encuesta de satisfacción a los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No es posible cuantificar el impacto del proyecto con la información de las que disponemos, ya que no ha sido registrado el grado de satisfacción de los pacientes en relación a la propuesta de mejora de manera objetiva mediante la realización de encuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para la consecución completa del proyecto queda pendiente la realización del análisis del grado de satisfacción de los pacientes mediante encuestas telefónicas al mes de la intervención quirúrgica, como se estableció en el plan inicial.
Si bien, los pacientes pueden ser consultados en la entrevista personal a la que acuden para revisión de resultados al mes de la cirugía, no se ha establecido un registro de la información. Este punto debería ser mejorado para continuar con la sostenibilidad del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/895 ========== ***

Nº de registro: 0895

Título
ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H. CLINICO UNIVESITARIO LOZANO BLESA

Autores:
PALACIOS GASOS PILAR, ALLUE CABAÑUZ MARTA, MARTINEZ SORIANO BLANCA, GIL ROMEA ISMAEL, LAMATA DE LA ORDEN LAURA, CALVO CATALA BEATRIZ, FERNANDEZ PERA DIEGO, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, el servicio de Cirugía General realiza un importante número de procedimientos quirúrgicos ambulatorios al mes. Informar a los pacientes de los procedimientos realizados y de las recomendaciones de tratamiento postoperatorias es un de las tareas de los profesionales que los realizan; sin embargo, existe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0895

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE HOJA INFORMATIVA Y RECOMENDACIONES PARA PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H. CLINICO UNIVESITARIO LOZANO BLESA

una carencia de la información aportada probablemente debido a la falta de tiempo.
Los pacientes son remitidos a su domicilio tras la intervención quirúrgica con una herida que requiere cuidados y supervisión de las posibles complicaciones. El seguimiento en la mayor parte de las ocasiones se realiza por los médicos de atención primaria (MAP). La colaboración entre los distintos niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario es una herramienta que facilita la accesibilidad al sistema y la continuidad en los cuidados.
En este sentido, proponemos la creación de un documento informativo dirigido a los pacientes y a los MAP que incluya la información del procedimiento realizado así como de los cuidados postoperatorios necesarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la calidad de la asistencia a través de documentos informativos.
Detectar complicaciones de forma precoz y proporcionar el tratamiento correspondiente.
Facilitar la asistencia a los profesionales de Servicio de Cirugía General y médicos de atención primaria.

MÉTODO
Redacción de una hoja informativa que se entregará al paciente tras la realización del procedimiento quirúrgico.

Difusión del proyecto entre los profesionales que participan en el procedimiento (cirujanos, auxiliares y enfermeras).

Análisis de mejora mediante una encuesta de satisfacción a los pacientes.

INDICADORES
Se realizará el control de la entrega del documento al alta del paciente.

Encuesta de satisfacción telefónica al mes de la intervención quirúrgica una vez entregado el resultado de anatomía patológica.

DURACIÓN
Octubre- Noviembre 2016: presentación del proyecto y del documento informativo en sesión clínica del servicio.
Enero 2017: inicio del proyecto, entrega de documentación a los pacientes.
Abril 2017: análisis de mejora mediante encuesta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1085

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIAONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA NAVARRO GONZALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL
MARTINEZ SORIANO BLANCA
CALVO GRACIA FERNANDO
HERNAEZ ARZOZ ALBA
NAVARRO BARLES ANA
POLA BANDRES GUILLERMO
SAENZ CUSI ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño y consenso del material informativo preoperatorio para pacientes que van a ser intervenidos de gastrectomía y de esofaguectomía oncológicas.
Desarrollo de un plan de detección precoz de carencias de Vit D, Vit B12 y Hierro. pre y postoperatorio
Desarrollo de un plan de suplementación de Vit D, Calcio, Vit B12 y Hierro.
Desarrollo de un plan de valoración dl estad nutricional pre y postoperatorio asi como en el seguimieto al mes 3, 6, 12 meses y posteriormente de forma anual.
Consenso de encuestas de calidad de vida a utilizar.
Elaboración y consenso de las pautas nutricionales postoperatorias.
Elaboración de documento informativo sobre prevención, detección y manejo de Sdr. de Dimping y esteatorrea.
Consenso para valoración de estado nutricional en la consulta de cirugía y asesoramiento básico al respecto y posibilidad de remitir al Servicio de Nutrición ante casos de manejo complejo.

Presentación del proyecto en el Servicio de Cirugía y del material elaborado y el plan en la Unidad recientemente modificada en su composición.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disponer de una información uniforme y por escrito para los pacientes así como de un plan de prevención, detección precoz y manejo de déficits vitamínicos, anemia, déficits nutricionales, bajo peso, esteatorrea y síndrome de dumping.
Realización de encuestas de calidad de vida a 12 de los pacientes intervenidos en el año 2017 de gastrectomía y 3 de esofaguectomía. Sigue en marcha durante 2018 y se mantendrá en el futuro según evaluemos resultados con las modificaciones que se estimen oportunas.
No hemos realizado aún ningún análisis estadístico de los datos ya que el seguimiento es breve y de pocos pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es subjetivamente útil y bien recibido por los pacientes la información recibida y el mayor seguimiento y consejo en el postoperatorio. La información escrita ha sido bien valorada por facultativos de cirugía, personal de enfermería y pacientes. Se ha aumentado el grado de comunicación con el Servicio de Nutrición y Oncología

7. OBSERVACIONES.
El Dr. Bielsa Rodrigo Miguel Angel se jubiló en Noviembre de 2017 por lo que propongo sea sustituido en el proyecto por el Dr. Lamata Hernande Felix, actual jefe de la Unidad de Cirugía Esofagogástrica

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1085 ========== ***

Nº de registro: 1085

Título
PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIA ONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA

Autores:
NAVARRO GONZALO ANA CRISTINA, BIELSA RODRIGO MIGUEL ANGEL, MARTINEZ SORIANO BLANCA, CALVO GRACIA FERNANDO, HERNAEZ ARZOZ ALBA, NAVARRO BARLES ANA, POLA BANDRES GUILLERMO, SAENZ CUSI ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1085

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIAONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la formación en 2013 de la Unidad de Cirugía esófago-gástrica de Servicio de Cirugía General del HCU Lozano Blesa, que interviene todas las neoplasias esófagogástricas del hospital se realizó un estudio retrospectivo para valorar: situación nutricional, peso, carencias vitamínicas y calidad de vida de los pacientes intervenidos entre Nov. de 2011 y Mayo de 2015. Los resultados obtenidos muestran:
- Anemia: 45% de los pacientes
- Déficit de hierro: 22,73%
- Deficit de Vit B12: 9%
- Deficit de Vit D: 100% de los pacientes
- Buena Calidad de vida (encuestas EORTC- QLQ 30 y EORTC-QLQ 22)
- El 13% presentaban Síndrome de Dumpping
- El 18% de pacientes con IMC insuficiente

En la mayoría de los casos los déficits no estaban siendo suplementados a pesar de ser conocidos por analíticas realizadas previamente.
Teniendo en cuenta lo previsible de los déficits, la facilidad de detección y de suplementación precoz, así como sus importantes repercusiones para la salud del paciente, se trata de una clara oportunidad de mejora unificando criterios conjuntamente con el Servicio de Endocrino y Nutrición para la prevención, tratamiento y seguimiento.
La mayoría desconocían las pautas nutricionales para lograr una nutrición eficaz así como a evitar el síndrome de Dumping, esto se puede optimizar mediante una información pre y postoperatoria a los pacientes que actualmente no se realiza de una forma estandarizada.
El estudio de la calidad de vida es de máximo interés en la atención sanitaria, de reciente estudio a nivel internacional y no así en nuestro medio, supone un medidor de la calidad asistencial y una oportunidad de mejora en la actividad al alcance de los medios disponibles.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL
Mejorar la atención perioperatoria de los pacientes intervenidos de gastrectomía y/o esofaguectomía oncológica, priorizando la mejora de su calidad de vida, estado y soporte nutricional.
OBJETIVOS SECUNDARIOS
Obj. 1: Uniformizar la información a los pacientes intervenidos de gastrectomía y/o esofaguectomía oncológica, en cuanto a:
- técnica quirúrgica, postoperatorio en el hospital y al alta.
- dieta recomendada y consejos enfocados a evitar síndrome de Dumping y otras molestias propias de las modificaciones anatómicas secundarias a la intervención quirúrgica
- posibles complicaciones o sintomatología tras la intervención quirúrgica

-Obj. 2: Consensuar con Endocrino y poner en práctica unas pautas de suplementación y de detección precoces de déficits nutricionales.
-Obj. 3: Estudio de la Calidad de Vida de los pacientes intervenidos de gastrectomía y/o esofaguectomía oncológica al mes, los 3, 6 y 12 meses de la intervención.

MÉTODO
. Elaboración de información para entregar a los pacientes en consulta preoperatoria con explicación de la intervención prevista, el postoperatorio y la recuperación previsibles. (A Navarro G., M. A. Bielsa, A. Hernáez, A. Navarro B., G. Pola)
. Consensuar una pauta de suplementación, seguimiento y tratamiento de las carencias nutricionales en el postoperatorio con el Servicio de Nutrición. (A. Navarro G, F. Calvo).
. Entrega de la información preoperatoria y de las pautas nutricionales postoperatorias, suplementación vitamínica postoperatoria. Realización de encuestas de calidad de vida (A. Navarro G, M. A. Bielsa, A. Hernáez, A. Navarro B., G. Pola).
- Detección y suplementación de posibles déficits nutricionales. (F Calvo, A.Navarro G., M. A. Bielsa, A. Saenz).
. Evaluación y análisis de resultados: peso, IMC, parámetros nutricionales, déficits vitamínicos y calidad de vida. (A Navarro G., A. Hernáez, A. Navarro B., G Pola)

INDICADORES
- Nº de carencias nutricionales detectadas/Nº de pacientes intervenidos
- Nº de pacientes suplementados/Nº de déficits vitamínicos detectados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1085

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES SOMETIDOS A GASTRECTOMIA Y/O ESOFAGUECTOMIAONCOLOGICA. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CARENCIAS NUTRICIONALES Y ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA POSTOPERATORIA

- Nº de pacientes con un IMC insuficiente al año de la intervención
- Nº de pacientes que realizan las 4 encuestas de calidad de vida/Número de pacientes intervenidos

DURACIÓN
- Inicio: Nov. 2016
- Fin: Dic. 2018

o Fase 1: Nov. y Dic. 2016: Diseño y consenso del material informativo y del plan de suplementación, detección y tratamiento de carencias nutricionales. Consenso de encuestas de calidad de vida a utilizar.
o Fase 2: Enero 2017: Presentación del proyecto a la Unidad, MIR de Cirugía y Facultativos y personal auxiliar implicado de Consultas de Cirugía, Oncología y Nutrición.
o Fase 3: Desarrollo del plan de información, pauta de suplementos, detección de carencias, tratamiento de las mismas y encuestas de calidad de vida. Recogida prospectiva de datos.
o Fase 4: Recopilación de los datos, análisis estadístico de los mismos y nueva propuesta aportando las modificaciones que se estimen oportunas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1060

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOSQUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN PABLO MARIN CALAHORRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto de mejora se puso en marcha de acuerdo a las fechas previstas, desde Septiembre 2018, creando el grupo de trabajo y en contacto con la comisión de historias clínicas para la normalización de los protocolos.
Así también se contactó con el Servicio de Informática que colaboraron en todo momento y pautaron las normas para la inclusión de las plantillas del protocolo quirúrgico, limitándolas a un máximo de 6 procedimientos predefinidos (los más frecuentes o los que eligiera cada especialidad) para evitar el colapso de la herramienta HP doctor.
Desde Septiembre de 2018 se contactó con los Servicios de Traumatología, Cirugía Vascular y Neurocirugía para que procedieran a elegir los procesos y a la creación de las plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes de cada servicio, para luego integrarlas en el HP doctor para realizar el protocolo quirúrgico informatizado.
El servicio de Traumatología realizó las plantillas de sus patologías más frecuentes y ya han sido integradas al programa HP doctor por el servicio de informática, y se están cumplimentando por los facultativos del Servicio, habiendo realizado unos 75 protocolos hasta la fecha.
El servicio de Cirugía vascular ha realizado las plantillas de las intervenciones quirúrgicas, revisándolos y solventando los problemas. Se han integrado dentro del programa de HPdoctor y están a punto para que los facultativos del Servicio empiecen su cumplimentación.
El Servicio de Neurocirugía ha realizado las plantillas de las intervenciones quirúrgicas y están en proceso de revisión de problemas para integrarlas por el Servicio de Informática dentro del programa HPdoctor.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El calendario del proyecto se está cumpliendo y estamos a la espera de confirmar los protocolos de Cirugía Vascular y de Neurocirugía de cara a poder evaluar la cumplimentación del protocolo quirúrgico informatizado con fecha de Abril 2019, como se expuso en el proyecto de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto está en proceso de cumplimiento, aún a la espera de confirmar sus resultados.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto está en proceso de completar sus objetivos y de valorar los resultados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1060 ========== ***

Nº de registro: 1060

Título
INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOS QUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)

Autores:
MARIN CALAHORRANO JUAN PABLO, GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA, ESTELLA NONAY RUBEN, MILLAN GALLIZO GUILLERMO, POLA BANDRES GUILLERMO, SIERRA BERGUA BEATRIZ, COGHI GRANADOS JORGE, MARTIN RISCO MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: QUIRURGICAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: PROCESOS ORGANIZATIVOS O DE ADMINISTRACION

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1060

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN SERVICIOSQUIRURGICOS DEL HCU LOZANO BLESA (TRAUMATOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA VASCULAR)

PROBLEMA
El protocolo quirúrgico es un documento de la historia clínica esencial, que contiene información fundamental de todos los aspectos del acto quirúrgico.La cumplimentación en historia clínica informatizada de este documento permite la integración de la información y su posterior explotación, además de mejorar la legibilidad y la accesibilidad de la información allí contenida. En nuestro centro el Servicio de Cirugía General ha implantado el protocolo informático con éxito y buena cumplimentación por lo que sería adecuado ampliar la informatización de este documento a otros servicios quirúrgicos del HCU Lozano Blesa,como Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Vascular.

RESULTADOS ESPERADOS
Informatizar el protocolo quirúrgico de los Servicios de Traumatología, Neurocirugía y Cirugía Vascular:
-Mejorar la legilibilidad de los protocolos quirúrgicos.
-Facilitar el acceso a los profesionales a un importante documento de la historia clínica.
-Evitar la pérdida o extravío de este documento.
-Facilitar la búsqueda y análisis de datos del servicio.

MÉTODO
Cumplimentación del protocolo quirúrgico informático superior a un 70 % en 2019.

INDICADORES
Evaluación retrospectiva de fichas de protocolo quirúrgico realizados a través del HP Doctor, en Historia Clínica Electrónica.
La comprobación se realizará a partir de la explotación de la Historia Clínica electrónica y se comparará el periodo enero-abril 2015 con Enero-Abril 2019.

DURACIÓN
Septiembre 2018: grupo de trabajo, contacto con informática.
Octubre 2018: creación de plantillas base de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes de cada servicio.
Noviembre 2018: integración del protocolo quirúrgico informatizado en HP Doctor.
Enero 2019: valoración de los primeros protocolos quirúrgicos informatizados para detección de problemas y resolución.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1186

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA CORDOBA DIAZ DE LASPRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELIA GUEDEA MANUELA
DEITO BERTOL ANGELITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SELECCION DE PATIENTES PARA LA TECNICA SEÑALADA, INICIANDO EN LA ACTUALIDAD LA PUESTA EN MARCHA DEL PROCEDIMIENTO DESCRITO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PREVISIBLE DISMINUCION DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL (GI-II y alguna GIII) EN LA LEQ.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
METODO AMBULATORIO FACILMENTE REPRODUCTIBLE

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1186 ========== ***

Nº de registro: 1186

Título
TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

Autores:
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, ELIA GUEDEA MANUELA, DEITO BERTOL ANGELITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: COLOPROCTOLOGIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las hemorroides son la enfermedad ano-rectal más frecuente que padece más del 50% de las personas mayores de 50 años, siendo remitidos en algún momento de su vida a consultas de coloproctología para su valoración, manejo y tratamiento.
La cirugía de la enfermedad hemorroidal sólo es necesaria en el 5-10% de los pacientes, aquellos con hemorroides grado III y IV o aquellos con hemorroides de menor grado en donde ha fracasado el tratamiento médico. El resto de la patología hemorroidal, que puede llegar a suponer el 75% de toda la patología hemorroidal, inicialmente manejada mediante las medidas higiénico-dietéticas y tratamientos tópicos, requerirán en algún momento de otras acciones por los Coloproctológos al no ser suficientemente eficaces y persistir la clínica. A este grupo de pacientes queremos ofertar los procedimientos ambulatorios instrumentales indicados para las hemorroides grado I, II y algunos III. Estos tratamientos incluyen procedimientos como: esclerosis, ligadura con bandas elásticas, coagulación con infrarrojos, coagulación con láser, crioterapia, diatermia bipolar etc. Todas estas modalidades terapéuticas pretenden fijar las almohadillas submucosas que conforman la hemorroide, al músculo subyacente para que el tejido cicatricial resultante prevenga el prolapso durante la defecación. Nuestro trabajo se focalizará en la ligadura hemorroidal mediante la banda elástica que constituye en la actualidad el modelo más extendido. Este procedimiento se basa en la aspiración de la mucosa (disminuyéndo su traumatismo al no tener que traccionar de ella) para una vez aspirada soltar una banda elástica de goma que coarte el cuello de la hemorroide. El número ideal de ligaduras por sesión es de dos, y la curación se consigue en 1-3 sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1186

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

RESULTADOS ESPERADOS
Las hemorroides SINTOMÁTICAS grado I, II, y algunos III son indicación de manejo mediante procedimientos instrumentales ambulatorios. La ligadura con banda elástica ofrece una mejoría real de los síntomas, siendo una alternativa real y no la antesala del tratamiento quirúrgico y esta mejoría se mantiene en el tiempo, hasta 5 años.
Dentro del manejo instrumental ambulatorio hemorroidal, hemos elegido la ligadura mediante banda elástica tras revisar la literatura y comprobar que diversos estudios han mostrado que tanto para los grados I, II y parte del III, la ligadura con banda es mejor que la esclerosis. Por otro lado un 80-90% de los pacientes con hemorroides prolapsadas (G III), son aún subsidiarios de tratamiento conservador siendo la ligadura con banda el procedimiento de elección.
Así pues, nuestro objetivo principal es aplicar un procedimiento ambulatorio a realizar en consultas externas, sin ingreso hospitalario, reduciendo la inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ) de aquellos pacientes con hemorroides G III o cualquier grado hemorroidal (excepto G IV) con clínica de rectorragia sometidos en nuestra práctica clínica actual a los diversos procedimiento quirúrgicos: hemorroidectomía, hemorroidopexia o desarterialización.

MÉTODO
El tratamiento habitual de las hemorroides G III, G IV y aquellas con clínica de rectorragia en nuestro centro es quirúrgico: hemorroidectomía, hemorroidopexia o desarterialización. Esto implica su inclusión en la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) con su correspondiente tiempo de espera, su ingreso hospitalario y una estancia hospitalaria de al menos 24 horas tras la cirugía. Pretendemos incluir en la cartera de servicios de la Unidad de Coloproctología un procedimiento basado en el manejo instrumental AMBULATORIO para aquellos pacientes con hemorroides SINTOMÁTICAS grado I, II, algún III y cualquier grado (excepto G IV) con clínica de rectorragia, reduciendo el abordaje quirúrgico de un subgrupo de pacientes con patología hemorroidal.

Recursos necesarios:
- Anamnesis y exploración clínica por un Coloproctólogo
- Aceptación por parte del paciente mediante firma del Consentimiento Informado
- Tacto rectal y Anuscopia
- Ligaduras HaemoBand©
- Sistema de aspiración.
- Programación de los pacientes en 1-2 medias consultas/mensuales

INDICADORES
A. Valoración mediante encuesta previa y posterior al tratamiento
B. Evaluación de resultados y monitorización de complicaciones:
1. Disconfort: si/no
2. Tenesmo: si/no
3. Dolor: si/no
Escala analógica-visual (0-10)
4. Rectorragia: si/no
si ha tenido: día de aparición
5. Fiebre
6. Retención aguda Urinaria (RAU)
7. Sépsis pélvica (infección sinergística)

El tratamiento es efectivo y mantenido en el tiempo entre el 77 y el 91% de los pacientes

DURACIÓN
Inicio de inclusión de pacientes en Junio de 2018 y desarrollo del procedimiento hasta junio 2019. Posterior evaluación de resultados y difusión del procedimiento.

Responsables:
Dra Manuela Elia Guedea
Dra Elena Córdoba Díaz de Laspra

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1186

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL DE LA PATOLOGIA HEMORROIDAL MEDIANTE LIGADURA CON BANDA ELASTICA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1198

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUELA ELIA GUEDEA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIARTE ABENIA MARIA CARMEN
PALACIOS FRANCO MARIA GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La estimulación se realiza de manera ambulatoria, tres veces por semana durante las tres semana previas a la intervención quirúrgica.
Método: introducción de sonda urológica de 16 o 18 CH a través del asa eferente de la ileostomía. La solución está compuesta por 500 ml de suero salino fisiológico asociado a 30 gramos de espesante nutricional para enlentecer el tránsito intestinal La velocidad de infusión debe ser lenta (5 jeringas de 100 cc durante 20 minutos).
Se precisará POR SESION: 500 cc de suero fisiológico, 30 gramos de espesante nutricional, 1 jeringa urológica de 100 ml, 1 sonda urológica de silicona de 16 o 18 CH, guantes y compresas.
Tras tres semanas de estimulación se programará cierre de ileostomía.
El cierre de ileostomia se lleva a cabo siempre con la misma técnica: anastomosis latero-lateral mecánica y cierre de piel subcuticular.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha se han estimulado 17 pacientes. De momento no se ha llegado a la N necesaria, por lo que se continua en la actualidad incluyendo pacientes-
Se registran en una base de datos.
Cuando se acabe la recogida se analizarán los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sin haber concluido el estudio, podemos decir que la estimulación del asa aferente es una técnica factible de realizar en nuestros pacientes, desde el punto de vista clínico como organizativo.
Hasta que alcancemos el tamaño muestral requerido (n=32), no podremos sacar conclusiones en cuanto a complicaciones y reducción de íleo postoperatorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1198 ========== ***

Nº de registro: 1198

Título
REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

Autores:
ELIA GUEDEA MANUELA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, DIARTE ABENIA MARIA CARMEN, PALACIOS FRANCO MARIA GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1198

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

La cirugía rectal cada vez más radical, trajo consigo el aumento de la tasa de complicaciones como la dehiscencia anastomótica. Medidas como la creación de una ileostomía de protección (IP) fueron adoptadas para reducir la morbi-mortalidad tras la escisión mesorrectal total en pacientes con cáncer rectal sometidos a tratamiento neoadyuvante. Pero la IP conlleva inconvenientes como la necesidad de una nueva intervención para su cierre, disminución de la calidad de vida durante el tiempo que se mantiene en uso y las complicaciones generadas tras el cierre de la misma. El íleo paralítico postoperatorio (IPP) es el que presenta una mayor incidencia provocando un aumento de la estancia hospitalaria y un mayor gasto sanitario. Otras complicaciones como: íleo mecánico, fuga anastomótica o la hemorragia también están presentes, además de la hernia ventral postoperatoria.

En ausencia de complicaciones proponemos el cierre precoz de la IP, sin embargo en aquellos pacientes en los que es necesario administrar quimioterapia postoperatoria suele retrasarse hasta después del fin de la misma. El cierre tardío de una IP conlleva una serie de cambios estructurales adicionales que podrían influir al desarrollo del IPP, atribuible al intestino eferente excluido del tránsito intestinal. La motilidad y la absorción del intestino delgado están estrechamente relacionadas con la estructura de la mucosa y del músculo, y los cambios estructurales que se producen tras la creación de la IP contribuyen al desarrollo del IPP. Se han estudiado los cambios intestinales producidos tras la creación de una IP, mostrando una pérdida de contractilidad de la capa muscular y una atrofia de las vellosidades intestinales, causa de “obstrucción funcional” intestinal tras la reconstrucción del tránsito y del desarrollo del IPP. Otros estudios han analizado los cambios morfológicos tras una IP mostrando un aumento del tamaño de las vellosidades intestinales y del espesor de la mucosa en el segmento proximal ileostómico.
El IPP representa la complicación más frecuente tras el cierre de la IP con un aumento en la morbimortalidad asociada al procedimiento e implicaciones socioeconómicas como: estancia hospitalaria prolongada y mayor gasto sanitario. En las series publicadas la incidencia del IPP varía entre el 10 y el 32%. En nuestra Unidad el IPP tras cierre tardío de ileostomía es del 15,10% y la estancia postoperatoria de 11,74 días (DE 15,74). Por tanto proponemos la estimulación del cabo eferente para intentar disminuir el IPP con la consiguiente reducción de la estancia media cuando el cierre deba demorase mas allá de los 6 meses.

RESULTADOS ESPERADOS
Estudio prospectivo randomizado que compara estimulación intestinal a través del asa eferente de IP previa a su cierre, frente a la no estimulación. Analizaremos si disminuye la incidencia de IPP en los pacientes estimulados frente a los no estimulados, esperando reducir la incidencia de IPP por debajo del 5%.

MÉTODO
La estimulación se realiza de manera ambulatoria, tres veces por semana durante las tres semana previas a la intervención quirúrgica. Método: introducción de sonda urológica de 16 o 18 CH a través del asa eferente de la ileostomía. La solución está compuesta por 500 ml de suero salino fisiológico asociado a 30 gramos de espesante nutricional para enlentecer el tránsito intestinal La velocidad de infusión debe ser lenta (5 jeringas de 100 cc durante 20 minutos).
Se precisará POR SESION: 500 cc de suero fisiológico, 30 gramos de espesante nutricional, 1 jeringa urológica de 100 ml, 1 sonda urológica de silicona de 16 o 18 CH, guantes y compresas.
Tras tres semanas de estimulación se programará cierre de ileostomía.

INDICADORES
1. Durante el período de estimulación disponemos de un formulario donde se valoran diariamente y hasta el día de la cirugía los parámetros:
- Dolor abdominal.
- Expulsión de gases y heces.
- Número de deposiciones
- Capacidad de control de deposiciones.
- incidencias

2. Analizaremos la incidencia de IPP en ambos grupos de pacientes y estableceremos si la estimulación del cabo eferente es un factor determinante en la incidencia de IPP.
a. Número de pacientes con IPP/Número de pacientes sometidos a estimulación del cabo eferente
b. Número de pacientes con IPP/Número de pacientes grupo control
c. Días para inicio de ingesta
d. % total de pacientes sometidos a estimulación/% de IPP
e. % complicaciones en ambos grupos (Clavien-Dindo)
f. Estancia media global y estratificada por grupos

DURACIÓN
Inicio de inclusión de pacientes: mayo de 2018 y desarrollo del procedimiento basando el tamaño muestral calculado según el análisis retrospectivo de complicaciones postquirúrgicas tras el cierre de ileostomía. Ajustando un 15% de pérdidas, establecemos 32 pacientes por grupo para un nivel estadístico del 95% y una potencia de 0.8 (final probable 2020)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1198

1. TÍTULO

REDUCCION DEL ILEO POSTOPERATORIO MEDIANTE ESTIMULACION DEL CABO EFERENTE EN LAS ILEOSTOMIAS DE PROTECCION PREVIO A SU CIERRE QUIRURGICO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1285

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

Fecha de entrada: 07/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA ALLUE CABAÑUZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
PEREZ PANZANO ESTHER
HERNAEZ ARZOZ ALBA
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de encuestas de satisfacción validadas y calidad de vida, quedando pendiente la evaluación de los datos obtenidos y la comunicación de los resultados en la reunión multidisciplinar de la Unidad de Mama, para obtener conclusiones y establecer protocolos de información adaptados a las necesidades de las pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han entregado hojas de información y encuestas a todas las pacientes de intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata en la Unidad durante el periodo Agosto-Diciembre 2018, si bien, el numero es insuficiente para establecer conclusiones generalizables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han entregado hojas de información y encuestas a todas las pacientes de intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata en la Unidad durante el periodo Agosto-Diciembre 2018, si bien, el numero es insuficiente para establecer conclusiones generalizables por lo que continuaremos con el proyecto, entregando encuestas y evaluando la percepción de las pacientes intervenidas durante el 2019. Creemos se trata de un proyecto sostenible dado su mínimo coste y facilmente replicable, y que puede aportar información útil para mejorar la información que se da a este grupo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1285 ========== ***

Nº de registro: 1285

Título
EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

Autores:
ALLUE CABAÑUZ MARTA, ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, PEREZ PANZANO ESTHER, HERNAEZ ARZOZ ALBA, GIL ROMEA ISMAEL, VALCARRERES RIVERA PILAR, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hasta un 50% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama experimentan niveles elevados de malestar emocional, ansiedad (relacionada con su apariencia,sexualidad y autoestima), depresión y peor calidad de vida. A pesar de que la cirugía conservadora es el gold estándar del tratamiento quirúrgico del cáncer mama, hasta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1285

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS DE MASTECTOMIA Y RECONSTRUCCION INMEDIATA EN LA UNIDAD DE MAMA

un 30-50% de mujeres precisan mastectomía, lo que se suma al impacto del diagnóstico de cáncer. La reconstrucción inmediata cuenta con grandes ventajas psicológicas y económicas, pero no es garantía de satisfacción completa a largo plazo. Uno de los aspectos en que coincide la literatura y que incide en la calidad percibida por las pacientes, es en la necesidad de información antes de tomar la decisión. En este sentido es importante conocer las carencias ante la información que se proporciona, con el fin de dotar de instrumentos a los profesionales para mejorarla.Conociendo la experiencia de nuestras propias pacientes podremos elaborar planes para mejorar la calidad de la atención percibida en los diferentes puntos del análisis.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer las vivencias, expectativas y grado de satisfacción percibida de las pacientes sometidas a mastectomía y reconstrucción inmediata. Se evaluarán cinco áreas.1)El impacto del diagnóstico del cáncer.2)Información recibida ante la intervención.3)Las experiencias en el postoperatorio.4)Cumplimiento de expectativas.5)Satisfacción con la decisión tomada.

MÉTODO
Se realizarán encuestas de satisfacción validadas internacionalmente (BreastQ test) así como entrevista personalizada a las pacientes durante las visita postoperatorias, con la colaboración del personal de enfermería de la Unidad de Mama. En la entrevista se incluirán preguntas relacionadas con la experiencia ante la operación, con la información recibida antes de la cirugía pro¬puesta, con la experiencia después de la intervención, sobre las cicatrices, efectos secundarios, complicaciones y secuelas, sobre el pecho reconstruido y si volvería a pasar por la misma experiencia de la reconstrucción.Se evaluará la relación entre la calidad de la información recibida sobre el tratamiento por parte de los profesionales y las expectativas derivadas de la información proporcionada. Por último, se solicitaron ideas destinadas a mejorar la calidad de la información en cuanto al tema, en concreto, de la reconstrucción mamaria después de la mastectomía.

INDICADORES
Para monitorizar el proyecto y los resultados nos basaremos en el módulo de reconstrucción BREAST-Q postoperatorio, que está compuesto por nueve escalas que pueden utilizarse de forma independiente. Encontramos referencias en la literatura, relativas a estudios de mayor envergadura que determinan los valores a alcanzar en nuestro proyecto.
Eltahir et al (2013) compararon mujeres con reconstrucción mamaria frente a mujeres mastectomizadas sin reconstrucción. Las mujeres reconstruidas obtuvieron mayor puntuación en satisfacción con los pechos (p=0.003), bienestar psicosocial (p=0.008), bienestar sexual (p=0.007) y satisfacción con la cirugía (p=0.001).

DURACIÓN
Realización de entrevistas y encuestas a las pacientes intervenidas entre agosto de 2018 y Diciembre de 2018.Responsables: personal de enfermería de la Unidad de Mama
Análisis de los resultados obtenidos Enero y febrero de 2019.Responsable: personal médico de la Unidad de Mama
Se comunicarán los resultados en las reuniones de la Unidad de mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso, se realizará un análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos y puesta en marcha de actividades para mejorar la calidad de la asistencia en este ámbito.
Responsable: personal médico de la Unidad de Mama. Fecha prevista de inicio agosto 2018 y finalización marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA HERNAEZ ARZOZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUE CABAÑUZ MARTA
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde que se inició el proyecto se ha llevado a cabo la realización del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios para entregar al alta a las pacientes, en base a la bibliografía existente y a las recomendaciones de todas las sociedades de patología mamaria. Esta actividad se ha llevado a cabo siguiendo el calendario previsto en julio de 2018.
También siguiendo el calendario previamente fijado, desde el mes de agosto se viene entregando dicho documento a todas las pacientes intervenidas en la unidad previo al alta hospitalaria.
Paralelamente se han registrado las visitas de las pacientes a la Sala de Curas de la Unidad de Mama.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento no se han podido extraer resultados ya que el periodo de entrega del documento y de evaluación del grado de satisfacción en consultas, así como del número de visitas a la Sala de Curas, marcado en nuestro proyecto no finaliza hasta marzo de 2019, por lo tanto nos encontramos inmersos aún en el proceso de recogida de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A día de hoy aún no es posible sacar conclusiones dado que aún no se ha llevado a cabo el análisis de los resultados, sin embargo y de forma subjetiva, la percepción por parte de los facultativos es de que la entrega del documento de recomendaciones al alta es una medida sencilla de realizar, que no consume recursos más allá de su impresión en papel, y que puede ser muy útil para la paciente una vesz que se encuentra en su domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1301 ========== ***

Nº de registro: 1301

Título
RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Autores:
HERNAEZ ARZOZ ALBA, ALLUE CABAÑUZ MARTA, ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, GIL ROMEA ISMAEL, VALCARRERES RIVERA PILAR, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hoy en día, la reconstrucción inmediata es una práctica aceptada por todas las sociedades de patología quirúrgica mamaria, encaminada a disminuir el impacto físico y psicológico tras la realización de mastectomía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

oncológica. Existen multitud de técnicas quirúrgicas reconstructivas, que van desde el empleo de implantes protésicos hasta la reconstrucción con tejidos autólogos. Cada una de ellas tiene diferentes ventajas y riesgos, así como diferentes necesidades de cuidados postoperatorios.
Un aspecto fundamental a la hora de tomar decisiones por parte de las pacientes y enfrentarse a la recuperación después de la cirugía, y que incide en la calidad percibida, es la información recibida. Dicha información, cuando es adecuada, permite elaborar expectativas realistas y, sobre todo, disminuir el nivel de ansiedad de las pacientes.
Nuestra unidad incorpora las técnicas reconstructivas inmediatas como una atención básica dentro de su cartera de servicios. Fruto de ello somos conscientes de la importancia de informar a nuestras pacientes y educarlas e implicarlas en su proceso de recuperación. Con el objeto de optimizar este proceso, proponemos la elaboración de un documento informativo acerca de cuidados postoperatorios, con los aspectos fundamentales a tener en cuenta tras el alta hospitalaria, en función del tipo de reconstrucción realizada en cada caso.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo de este proyecto es la mejora de la atención brindada a las pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción inmediata en el postoperatorio temprano, una vez que la paciente es dada de alta de la Unidad de Mama. Este objetivo se pretende alcanzar por medio de la entrega por escrito de un documento de información acerca de los cuidados postoperatorios que deberán seguir dichas pacientes.

MÉTODO
Desarrollo de documento de información acerca de cuidados postoperatorios, en función del tipo de reconstrucción inmediata realizada, en relación a: manejo ambulatorio de drenajes, cuidado de heridas quirúrgicas, necesidad de visitas de enfermería, empleo de sujetadores adecuados, y realización de ejercicio físico y vuelta a la actividad habitual. Dicho documento se entregará a todas las pacientes, previo al alta hospitalaria.
Entrevista en consulta de UMAC al mes de la intervención, donde se comprobará la utilidad de dicha información, en base a la satisfacción referida por la paciente.

INDICADORES
El resultado de nuestro proyecto se evaluará por medio del impacto en el número de visitas no programadas a la Sala de Curas de la UMAC y a urgencias en el primer mes post-intervención. El objetivo será alcanzar un máximo de una visita a la Sala de curas y ninguna visita a urgencias, en relación a dudas sobre los cuidados postoperatorios.
Así mismo se evaluará el grado de satisfacción de las pacientes con esta estrategia por medio de entrevista en consultas, esperando obtener niveles altos de satisfacción con la información recibida.
No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.

DURACIÓN
Elaboración del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios: julio 2018
Entrega al alta de dicho documento a todas aquellas pacientes intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata entre agosto de 2018 y abril de 2019.
Evaluación de la satisfacción de las pacientes con esta información a través de entrevista con ellas en la visita en Consultas al mes de la intervención.
Comunicación de resultados en las reuniones de la Unidad de Mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso y análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos.
Fecha prevista de inicio julio 2018 y finalización marzo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA HERNAEZ ARZOZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUE CABAÑUZ MARTA
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde que se inició el proyecto se ha llevado a cabo la realización del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios para entregar al alta a las pacientes, en base a la bibliografía existente y a las recomendaciones de todas las sociedades de patología mamaria. Esta actividad se ha llevado a cabo siguiendo el calendario previsto en julio de 2018.
También siguiendo el calendario previamente fijado, desde el mes de agosto se viene entregando dicho documento a todas las pacientes intervenidas en la unidad previo al alta hospitalaria.
Paralelamente se han registrado las visitas de las pacientes a la Sala de Curas de la Unidad de Mama.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momento no se han podido extraer resultados ya que el periodo de entrega del documento y de evaluación del grado de satisfacción en consultas, así como del número de visitas a la Sala de Curas, marcado en nuestro proyecto no finaliza hasta marzo de 2019, por lo tanto nos encontramos inmersos aún en el proceso de recogida de datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A día de hoy aún no es posible sacar conclusiones dado que aún no se ha llevado a cabo el análisis de los resultados, sin embargo y de forma subjetiva, la percepción por parte de los facultativos es de que la entrega del documento de recomendaciones al alta es una medida sencilla de realizar, que no consume recursos más allá de su impresión en papel, y que puede ser muy útil para la paciente una vesz que se encuentra en su domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1301 ========== ***

Nº de registro: 1301

Título
RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

Autores:
HERNAEZ ARZOZ ALBA, ALLUE CABAÑUZ MARTA, ARRIBAS DEL AMO MARIA DOLORES, GIL ROMEA ISMAEL, VALCARRERES RIVERA PILAR, SOUSA DOMINGUEZ RAMON, GÜEMES SANCHEZ ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hoy en día, la reconstrucción inmediata es una práctica aceptada por todas las sociedades de patología quirúrgica mamaria, encaminada a disminuir el impacto físico y psicológico tras la realización de mastectomía

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1301

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES TRAS MASTECTOMIA CON RECONSTRUCCION INMEDIATA

oncológica. Existen multitud de técnicas quirúrgicas reconstructivas, que van desde el empleo de implantes protésicos hasta la reconstrucción con tejidos autólogos. Cada una de ellas tiene diferentes ventajas y riesgos, así como diferentes necesidades de cuidados postoperatorios.
Un aspecto fundamental a la hora de tomar decisiones por parte de las pacientes y enfrentarse a la recuperación después de la cirugía, y que incide en la calidad percibida, es la información recibida. Dicha información, cuando es adecuada, permite elaborar expectativas realistas y, sobre todo, disminuir el nivel de ansiedad de las pacientes.
Nuestra unidad incorpora las técnicas reconstructivas inmediatas como una atención básica dentro de su cartera de servicios. Fruto de ello somos conscientes de la importancia de informar a nuestras pacientes y educarlas e implicarlas en su proceso de recuperación. Con el objeto de optimizar este proceso, proponemos la elaboración de un documento informativo acerca de cuidados postoperatorios, con los aspectos fundamentales a tener en cuenta tras el alta hospitalaria, en función del tipo de reconstrucción realizada en cada caso.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo de este proyecto es la mejora de la atención brindada a las pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción inmediata en el postoperatorio temprano, una vez que la paciente es dada de alta de la Unidad de Mama. Este objetivo se pretende alcanzar por medio de la entrega por escrito de un documento de información acerca de los cuidados postoperatorios que deberán seguir dichas pacientes.

MÉTODO
Desarrollo de documento de información acerca de cuidados postoperatorios, en función del tipo de reconstrucción inmediata realizada, en relación a: manejo ambulatorio de drenajes, cuidado de heridas quirúrgicas, necesidad de visitas de enfermería, empleo de sujetadores adecuados, y realización de ejercicio físico y vuelta a la actividad habitual. Dicho documento se entregará a todas las pacientes, previo al alta hospitalaria.
Entrevista en consulta de UMAC al mes de la intervención, donde se comprobará la utilidad de dicha información, en base a la satisfacción referida por la paciente.

INDICADORES
El resultado de nuestro proyecto se evaluará por medio del impacto en el número de visitas no programadas a la Sala de Curas de la UMAC y a urgencias en el primer mes post-intervención. El objetivo será alcanzar un máximo de una visita a la Sala de curas y ninguna visita a urgencias, en relación a dudas sobre los cuidados postoperatorios.
Así mismo se evaluará el grado de satisfacción de las pacientes con esta estrategia por medio de entrevista en consultas, esperando obtener niveles altos de satisfacción con la información recibida.
No existen indicadores ni valores estándar en la literatura con los cuales comparar el impacto de nuestro proyecto.

DURACIÓN
Elaboración del documento de recomendaciones sobre cuidados postoperatorios domiciliarios: julio 2018
Entrega al alta de dicho documento a todas aquellas pacientes intervenidas de mastectomía con reconstrucción inmediata entre agosto de 2018 y abril de 2019.
Evaluación de la satisfacción de las pacientes con esta información a través de entrevista con ellas en la visita en Consultas al mes de la intervención.
Comunicación de resultados en las reuniones de la Unidad de Mama para el conocimiento por parte de todos los profesionales implicados en el proceso y análisis de los puntos de mejora derivados de los resultados obtenidos.
Fecha prevista de inicio julio 2018 y finalización marzo 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0168

1. TÍTULO

PLANIFICACION INFORMATICA DEL PROGRAMA QUIRURGICO

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JORGE ALBAREDA ALBAREDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCO RUBIO NIEVES
EZQUERRA HERRANDO LAURA
GOMEZ VALLEJO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Cuantificación en minutos de la duración de las intervenciones programadas mas habituales en nuestra especialidad
2- Cuantificación en minutos del tiempo en el que permanece vacío el quirófano entre intervenciones quirúrgicas programadas
3- Hora de comienzo de quirófanos
4-Hora de finalización
5-Rendimiento quirúrgico del Servicio
6- intervenciones suspendidas
7 Elaboración de un programa informático de programación quirúrgica
8- creación de una lista de espera virtual
9- Programación virtual de la lista de espera mediante el programa informático hasta encontrar el rendimiento idóneo con garantía de terminar antes de las 15 horas de la tarde

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos encontrado en rendimiento quirúrgico idóneo virtual.
Esta herramienta nos permite conocer con antelación los quirófanos que son necesarios para intervenir la lista de espera quirúrgica pudiendo definir incluso el día de intervención con gran antelación
Igualmente nos permite conocer donde han surgido los problemas cuando el programa quirúrgico termina mas tarde de lo programado
Los resultados han sido publicados en revista científica indexada recientemente habiendo recibido solicitaciones del sistema de programación de diversas consejerías de sanidad de varias comunidades autónomas.
J.Albareda et all. Do we perform surgical programming well? How can we imporve it? Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2017, 61: 375-82
Aplicando este sistema de programación quirúrgica. nos encontramos actualmente según los datos que nos ha aportado nuestro hospital, en el rendimiento quirúrgico ideal

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados virtuales del programa han sido lo suficientemente fiables como para comenzar su aplicación con pacientes reales
es necesario ampliar el estudio de datos para redondear todavía mas la duración de intervenciones quirúrgicas disminuyendo al máximo la variabilidad entre los profesionales que participan.
Se trata de una línea de investigación sobre gestión sanitaria que pensamos es verdaderamente interesante, habiendo comenzado en la actualidad la modelación de otras herramientas informáticas sobre vías clínicas de las patologías mas relevantes de nuestra especialidad

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/168 ========== ***

Nº de registro: 0168

Título
PROGRAMACION QUIRURGICA INFORMATIZADA DE LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE CIRUGIA ORTOPEDICA

Autores:
ALBAREDA ALBAREDA JORGE, GOMEZ VALLEJO JESUS, BLANCO RUBIO NIEVES, RUIZ FRONTERA MIGUEL, GRAN UBEIRA NESTOR, MAHULEA CRISTIAN, SILVA SUAREZ MANUEL, CLAVEL VILLAGRASA DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0168

1. TÍTULO

PLANIFICACION INFORMATICA DEL PROGRAMA QUIRURGICO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Existencia de listas de espera quirúrgica en cirugía ortopédica y traumatología. Sus causas son lo extremadamente limitado de los recursos quirúrgicos disponibles debiendo obtener el máximo rendimiento quirúrgico de dichos recursos. Actualmente la programación quirúrgica se realiza de forme intuitiva por experiencias anteriores siendo difícil o muy complejo el obtener un rendimiento máximo de cada quirófano disponible pues se desconoce la duración media de cada proceso quirúrgico, al igual que se desconoce los tiempos muertos intermedios o al menos están sin definir. Igualmente se desconoce cual es el rendimiento óptimo de cada quirófano disponible ya que la ocupación del 100% no es posible por dichos tiempos muertos.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Conocer los tiempos medios de duración de cada técnica quirúrgica empleada incluyendo desde la entrada del paciente al quirófano hasta su salida
2- Incluir el lista de espera cada paciente con su tiempo de duración
3- Crear un programa informático patentable y aplicable a todos los Servicios quirúrgicos y a todos los hospitales, que programe cada quirófano disponible teniendo en cuenta la duración de cada proceso, su antigüedad en lista de espera y su prioridad
4- Definir cual es el rendimiento quirúrgico óptimo de cada quirófano
5- Programar informáticamente cada quirófano disponible con un rendimiento previo conocido y óptimo
6- Conocer en cada jornada cual ha sido la causa de alteración de la programación de cada quirófano
7- Conocer cual debe ser la duración de cada tiempo muerto entre operaciones para tratar de minimizarlo al máximo

MÉTODO
El bloque médico, basándonos en los datos existentes en el departamento de estadística de nuestro hospital, revisará la duración de todas las cirugías necesarias, que serán varios miles de ellas para conocer el tiempo medio de cada proceso quirúrgico de nuestra especialidad (5 médicos del equipo incluido el responsable del proyecto).
Los 3 ingenieros informáticos realizarán un programa informático en el que se incluiría los pacientes en lista de espera con su diagnóstico, técnica quirúrgica que precisan y duración de la misma, así como fecha de inclusión y prioridad. este programa realizará la programación quirúrgica con rendimiento que podrá ser variable al principio para encontrar el rendimiento óptimo de cada quirófano para que no se prolongue mas tarde de la hora de finalización pero para que se aproxime lo máximo posible. Ya hemos realizado un ensayo con un programa informático que ya hemos elaborado programando con un error máximo del 1%, trabajo presentado y publicado en Septiembre de este año en el Congreso europeo de ingeniería informática
Este programa se retroalimentará con las duraciones de cada técnica cada día de forma que podamos saber en el futuro la duración de cada técnica quirúrgica en dependencia del cirujano y anestesiólogo que la realice.

INDICADORES
Rendimiento quirúrgico de los quirófanos programados de esta forma. Información que recibiremos de los controles del hospital que actualmente realizan
% de quirófanos que terminan mas tarde de la hora oficial de finalización del quirófano
Conocimiento de los tiempos planteados en los objetivos

DURACIÓN
El inicio será de inmediato, pensando que dentro de un año tendremos el programa informático no solamente terminado sino que habremos comenzado ya a programar con él. No obstante los objetivos previstos pensamos deberán desarrollarse en 3 años, teniendo en cuenta que el avance de este programa hará, sin duda, definir otros objetivos mas ambiciosos

OBSERVACIONES
Pensamos que se trata de un excelente objetivo que vamos a desarrollar de cualquier forma. Nuestro rendimiento actual quirúrgico es excelente pues supera el 78%, pensando que es difícilmente superable, pero este programa será, como es nuestro objetivo, de aplicación a todos los Servicios quirúrgicos de todos los hospitales, desapareciendo la subjetividad en la programación, garantizando el máximo rendimiento de los recursos disponibles y pudiendo, desde su inclusión en lista de espera, aproximar una fecha de realización de la cirugía, si conocemos previamente los recursos quirúrgicos disponibles

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0170

1. TÍTULO

MEJORA Y AMPLIACION DE LA INFORMACION A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LADEGLUCION, A TRAVES DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS QUE OFRECE EL H.C.U. LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL HERRERA SERRANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA RUIZ MARIA PILAR
MONCHE PALACIN ANA MARIA
CELMA MORALEJO ROCIO
GASPAR CALVO ELENA MARIA
GARCIA BARRECHEGUREN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una revisión bibliografica y se realizó un Documento Power Point por los miembros del equipo durante el primer trimestre del año 2017
Se contacto con el servicio de comunicación para su inclusión en la pag. Web y en la INTRANET del HCU
Pendiente de realizar dicha inclusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al no poder incluir el power en la pag.Web ni en la Intranet del Hospital no podemos medir los indicadores de resultado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de Taller de Cuidadores ha adquirido y ampliado los conocimientos necesarios para poder asesorar con eficacia a los cuidadores que asisten a los Talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/170 ========== ***

Nº de registro: 0170

Título
MEJORA Y AMPLIACION DE LA INFORMACION A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION, A TRAVES DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS QUE OFRECE EL H.C.U LOZANO BLESA

Autores:
HERRERA SERRANO ANA ISABEL, LABORDA RUIZ MARIA PILAR, MONCHE PALACIN ANA MARIA, CELMA MORALEJO ROCIO, GASPAR CALVO ELENA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crónico dependiente
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con la finalidad de facilitar las tareas de cuidados y enseñar a los cuidadores/as el correcto manejo del enfermo y el autocuidado de ellos mismos, desde el año 2009 se imparten talleres para Cuidadores no profesionales en el HCU Lozano Blesa. Durante este tiempo se ha detectado que una de las principales preocupaciones expresadas por los asistentes a los talleres, es el manejo de los pacientes con dificultad en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0170

1. TÍTULO

MEJORA Y AMPLIACION DE LA INFORMACION A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON DIFICULTADES EN LADEGLUCION, A TRAVES DE LAS HERRAMIENTAS INFORMATICAS QUE OFRECE EL H.C.U. LOZANO BLESA

la deglución.
Continuando en la misma línea de dar la mayor información posible, consideramos necesario elaborar un documento que pueda añadirse a las Recomendaciones a Pacientes y Familiares, para que este disponible en la INTRANET y Pagina Web del HCU Lozano Blesa

RESULTADOS ESPERADOS
-Ampliar la información proporcionada a familiares y cuidadores de pacientes crónicodependiente del Sector III a traves de las herramientas informaticas que proporciona el HCU Lozano Blesa
-Mejorar el conocimiento sobre dificultades en la deglución de los cuidadores de pacientes del Sector III

MÉTODO
-Revision bibliografica (Todo el equipo)
-Consensuar el contenido del Documento Power Point por parte de todos los miembros del equipo (Ana I. Herrera)
-Elaboración de un documento Power Point de recomendaciones a pacientes con dificultades en la deglución (M.P. Laborda y A. Monche)
-Contactar con el servicio de comunicación del hospital para su inclusión en la pag. Web y en la INTRANET del HCU Lozano Blesa (A. Garcia)

INDICADORES
-Inclusión del documento Power Point en la pag. Web del HCU Lozano Blesa, en el apartado para Apoyo a los Cuidadores
-Inclusión del documento Power Point en la INTRANET del HCU Lozano Blesa, en el apartado para Apoyo a los Cuidadores
Nº Cuidadores asistentes al taller que demandan información sobre disfagia /Nº TOTAL de asistentes al taller de Cuidadores

DURACIÓN
-Octubre-Diciembre 2016: Revision bibliográfica y realización del Power Point
-Enero-Marzo 2017: Revisión y consenso del contenido y forma del Power Point
-Abril-Junio 2017: Presentación a la Comisión de Cuidados y Unidad de Calidad del documento Power Point
Contacto con el servicio de Comunicación del Hospital
Una vez obtenidos todos los permisos: inclusión del documento en INTRANET y pag. Web del hospital

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0218

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... BELEN SERAL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER
GROS ASPIROZ SARA
COLLADO HERNANDEZ PILAR
JIMENEZ SALAS BERTA
DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO
LANAU ARILLA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Me he reunido con el responsable de la organización de la unidad de CMA para plantear la necesidad que había de protocolizar la analgesia en dicha planta, siguiendo unas pautas consensuadas entre traumatólogos y anestesiólogos involucrados en el tratamiento del paciente.

Me he reunido con el jefe de sección del dolor (S. de Anestesiología y Reanimación) elaborando un esquema de trabajo muy amplio en vías de desarrollo, que sirva también para un futuro trabajo de residentes en Congreso de Traumatología, CMA, Anestesia, Calidad…

Hemos valorado factores importantes de los pacientes a intervenir como edad, peso, patología previa asociada y tipo de cirugía.

Hemos recogido las encuestas telefónicas de los niños intervenidos en CMA en este periodo de tiempo y los que no se han intervenido en programa de CMA, para valorar satisfacción de los padres y del niño.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha planteado entre los distintos equipos que participan en la CMA (traumatólogos, anestesiólogos y pediatras, enfermeras de URPA y CMA) la necesidad de innovar con la analgesia multimodal, es decir no tratar el dolor en el postoperatorio con un único fármaco, sino con asociaciones de analgésicos y/o técnicas que actúen tanto en el origen del dolor postoperatorio (anestésicos locales y AINEs) como en las vías de transmisión del estímulo (bloqueos nerviosos), así como en la percepción del dolor (opiáceos y analgésicos centrales), consiguiendo así una mayor efectividad analgésica con menores efectos secundarios derivados del empleo de un solo fármaco.

Se ha protocolizado la utilización del analgésico en función del peso del paciente, dentro del postoperatorio de la cirugía infantil, para así facilitar el manejo de enfermería, disminuyendo los efectos secundarios de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para la organización de este esquema de trabajo creemos fundamental la información de los padres en la valoración preanestésica, la formación del personal en cuanto a la evaluación del dolor mediante escalas subjetivas aplicables según edad y desarrollo del paciente (Escala Visual Analógica, Escala de caras de Wong-Baker) y su registro durante su ingreso hasta el alta, así como la elaboración de protocolos de vigilancia y tratamiento de los efectos secundarios derivados de la analgesia.

Este proceso debe realizarse por etapas, dentro de un enfoque de mejora de la calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/218 ========== ***

Nº de registro: 0218

Título
PROTOCOLO DE ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0218

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

Autores:
SERAL GARCIA BELEN, NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER, GROS ASPIROZ SARA, COLLADO HERNANDEZ PILAR, JIMENEZ SALAS BERTA, DEL CAMPO DEL CAMPO FERNANDO, LANAU ARILLA PILAR, GUILLEN ANTON JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las Unidades de Cirugia Ambulatoria ó Cirugía Sin Ingreso, son aquellas intervenciones quirúrgicas que, independientemente del tipo de anestesia empleada, permiten dar de alta al paciente el mismo día de la operación. Ofreciendo siempre la misma seguridad y calidad en la asistencia que la cirugía tradicional con ingreso hospitalario.
En el caso de los niños, estos programas suponen una enorme ventaja, ya que el niño puede regresar a dormir a su domicilio, evitando varios días de estancia hospitalaria y facilitando su recuperación al encontrarse en un entorno familiar y conocido, lo que le tranquiliza y reconforta.
Tras la instauración del programa de cirugia infantil ambulatoria en nuestra especialidad desde hace dos años y tras la experiencia de 25 intervenciones quirurgicas en 8 sesiones, se plantea la necesidad de mejora en el postoperatorio inmediato como es la realización de un protocolo de analgesia, en coordinación con el Servicio de Anestesia y Reanimación y el Servicio de Pediatria.
Hay que tener en cuenta que la mayoria de los pacientes que ingresan y se intervienen en Cirugia Ambulatoria de este Hospital son adultos, y tanto los niños como los adultos ingresan en la misma unidad, con la misma enfermeria.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende regularizar la analgesia en funcion del peso del paciente, dentro del postoperatorio de la cirugia infantil, para asi facilitar el manejo de enfermeria.

MÉTODO
La coordinadora del proyecto (DRA SERAL) unificará criterios, en colaboración con la jefa del Servicio de Anestesia y Reanimación (DRA. GUILLEN) y la pediatra de la planta de Escolares (DRA: COLLADO), para elaborar un protocolo de analgesia que servirá y ayudará al manejo de este tipo de pacientes.

INDICADORES
La evaluacion se realizara mediante una revision retrospectiva de la base de datos Statview elaborada desde la misma unidad de cirugia ambulatoria, en la que se recogen los criterios clinicos al alta, asi como una encuesta de satisfacción que realiza enfermeria por telefono a las 24 horas.
1. NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA SATISFECHOS CON EL PROGRAMA : NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA EN UN AÑO. para monitorizar el índice de satisfacción.
2. NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA CON CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO: NUMERO DE PACIENTES ADOLESCENTES OPERADOS EN CMA EN UN AÑO. para medir el grado de cumplimiento del protocolo.
2.

DURACIÓN
La tendencia va a ser a aumentar las sesiones de cirugia ambulatoria, dada la ventaja que ofrecen para el niño y su familia. Por tanto se realizará un protocolo que salvo actualizaciones, mantendremos de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0237

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA SECCION DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER NICOLAU ABADIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERAL GARCIA BELEN
BARTOLOME BURILLO ANTONIO
GROS ASPIROZ SARA
JIMENEZ SALAS BERTA
PAUMARD OLIVAN DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado una hoja informativa dirigida al paciente pediátrico y su familia, donde se incluyen las instrucciones a seguir en el domicilio después de una intervención quirúrgica dentro del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) infantil. La hoja tiene un formato comic en A5, lo que le permite transformarse en un díptico tamaño bolsillo que se puede adjuntar cómodamente al sobre del informe de alta. En el diseño hemos contado con la ayuda, totalmente desinteresada, del estudio gráfico Factor de comunicación, quien realizó las ilustraciones y el maquetado del documento. Mediante estas ilustraciones de colores vivos y dibujos atractivos para el niño, se pretende que éste pueda sentirse identificado con los personajes, y así hacerle fácilmente entendibles las recomendaciones al alta. Se trata, además, de que el niño participe en el proceso del postoperatorio y le ayude a entender la experiencia, ya de por sí estresante o potencialmente traumática para él. Hemos querido condensar en cuatro viñetas todo lo relativo al género de vida que debe seguir el niño desde la salida del hospital, la importancia de tomar la medicación indicada (sobre todo los analgésicos), las posibles complicaciones que pueden surgir y que suponen un motivo justificado para acudir al Servicio de Urgencias y la información necesaria para contactar con el hospital vía telefónica en caso de duda. Una vez realizado nos pusimos en contacto con la sección de Comunicación del Hospital y la Unidad de Calidad para ajustar el documento a la normativa correspondiente. Tras ser aprobado por la Comisión de Dirección se envió a Impresión encontrándose listo para su difusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dado que el proceso de elaboración del díptico ha durado más de lo pensado todavía no ha podido utilizarse y por lo tanto no ha comenzado el proceso de evaluación. Está previsto difundirlo en breves en cuanto pueda programarse la próxima sesión de CMA infantil de cirugía ortopédica. La evaluación consistirá en una encuesta telefónica a las 24 horas de la intervención, para poder recoger las impresiones causadas por el díptico así como los posibles aspectos a mejorar. Tenemos confianza en conseguir una clara mejoría en la información aportada al paciente tras una intervención de cirugía ortopédica infantil en CMA. Pensamos que la valoración por parte del niño y su familia va a ser positiva y va a cumplir con los objetivos propuestos en cuanto a satisfacción del usuario, disminución de los riesgos derivados de la atención (como por ejemplo el adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas) y mejora de la utilización de recursos, disminuyendo el número de visitas evitables a Urgencias o posibles reingresos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de un documento de estas características supone un lento y trabajado proceso que implica colaboración de múltiples profesionales. Creemos que esta idea es perfectamente aplicable a nuevos proyectos de mejora pensando en los niños como población diana y en colaboración con otros Servicios del hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/237 ========== ***

Nº de registro: 0237

Título
HOJA INFORMATIVA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA SECCION DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

Autores:
NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER, SERAL GARCIA BELEN, BARTOLOME BURILLO ANTONIO, GROS ASPIROZ SARA, EZQUERRA HERRANDO LAURA, JIMENEZ SALAS BERTA, PAUMARD OLIVAN DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0237

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA SECCION DE TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA INFANTIL

Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Postoperatorio de cirugía ortopédica infantil
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En nuestro Servicio de Traumatología hemos observado un incremento sustancial en el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo el programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en la población infantil. Creemos que este incremento irá a más, dados los beneficios que dicho programa aporta al paciente y su familia. Entre los procesos quirúrgicos realizados se encuentran retiradas de material de osteosíntesis, exéresis de tumoraciones, tratamiento del genu valgo, tratamiento de patología del pie como el hallux valgus interfalángico, el pie plano valgo, los dedos en garra y secuelas del pie zambo. Si el paciente cumple criterios de alta se le entrega un informe donde se hace constar las recomendaciones terapeuticas tales como el género de vida y la medicación, así como la cita para revisión en consultas. Consideramos que dadas las características de estos pacientes se puede mejorar dicha información al alta

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende un mejor entendimiento y cumplimiento de las indicaciones terapeuticas al alta de los niños operados en la unidad de CMA de nuestro Servicio, con la consiguiente mejora en el nivel de satisfacción

MÉTODO
Se elaborará una hoja informativa para el paciente y sus padres donde se incluirán las instrucciones a seguir en su domicilio después de la intervención. Dichas instrucciones se referirán sobre todo al género de vida y al tratamiento médico analgésico (según protocolo de analgesia en colaboración con los Servicios de Anestesiología y Pediatría). La hoja tendrá un formato comic para que el niño pueda leerlo a modo de cuento y facilitar así la comprensión de las instrucciones a seguir. En su elaboración participarán todos los médicos del equipo, quienes resumirán las órdenes de tratamiento que serán plasmadas en un comic diseñado por un ilustrador

INDICADORES
La evaluación se realizará mediante una encuesta telefónica que se realizará por teléfono a las 24 horas del alta, donde se recogerá información relativa al nivel de satisfacción del usuario y el grado de cumplimiento del tratamiento

DURACIÓN
La hoja se entregará a los pacientes operados partir de Enero de 2017 y según los resultados de la encuesta de satisfacción se podrá modificar en caso de que algún aspecto no resulte claro. Si cumple con su función se mantendrá de manera definitiva

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0239

1. TÍTULO

LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K PREOPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE Y DISMINUCION DE DEMORA QUIRURGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CONSUMIDORES DE DICUMARINICOS

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE ..... NIEVES BLANCO RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURILLO FUERTES PILAR
REDONDO TRASOBARES BEATRIZ
CALVO TAPIES JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha procedido a la administración de una ampolla de vitamina K en pacientes ancianos con fractura de cadera que toman dicumarínicos y que presentan una coagulación alterada al ingreso. Esta administración se realizará de forma preoperatoria el día de ingreso, solicitando analíticas posteriores para observar la regulación de parámetros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con esta medida se ha conseguido una regulación de su coagulación de una forma más rápida, esto implica una menor demora quirúrgica y una menor necesidad de transfusión, en comparación con pacientes con la misma patología donde no se administra dicha terapia el día del ingreso. Por lo tanto con esta medida se ha obtenido una mayor eficencia y efectividad en el tratamiento de estos pacientes ya que la disminución de la demora quirúrgica y una menor necesidad de transfusión suponen una menor morbilidad postoperatoria y una menor estancia hospitalaria.
Los indicadores empleados son la necesidad o no de transfusión, el número de concentrados de hematíes necesarios, los días de demora quirúrgica y los días de hospitalización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos de una forma positiva este proyecto ya que se han logrado los objetivos pertinentes de una forma efectiva y eficiente. Por este motivo el proyecto se instaurará en los siguientes años consecutivos formando parte de una guía clínica en fractura de cadera.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/239 ========== ***

Nº de registro: 0239

Título
LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K PREOPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE Y DISMINUCION DE DEMORA QUIRURGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CONSUMIDORES DE DICUMARINICOS

Autores:
BLANCO RUBIO NIEVES, BURILLO FUERTES PILAR, GOMEZ VALLEJO JESUS, REDONDO TRASOBARES BEATRIZ, CALVO TAPIES JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes que ingresan con fractura de cadera en nuestro Servicio son pacientes pluripatológicos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0239

1. TÍTULO

LA ADMINISTRACION DE VITAMINA K PREOPERATORIA COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE Y DISMINUCION DE DEMORA QUIRURGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA Y CONSUMIDORES DE DICUMARINICOS

polimedicados. Un porcentaje elevado de estos pacientes toman fármacos anticoagulantes como los dicumarínicos. Está demostrado que los pacientes consumidores de tratamientos anticoagulantes presentan volúmenes superiores de hemorragias y necesidades transfusionales más elevadas. A todo esto se le añade que son pacientes que presentan anemia crónica al ingreso, y que ésta se agrava por la pérdida hemática que se produce y por la necesaria intervención quirúrgica. Por estas razones, la mitad de estos pacientes con fractura de cadera que ingresan en nuestro Servicio precisan de transfusión de sangre, siendo la transfusión un proceso no exento de riesgos.
La fractura de cadera y los dicumarínicos es una asociación cada vez más frecuente en nuestros pacientes con fractura de cadera. Esto condiciona un manejo perioperatorio diferente por los teóricos riesgos asociados al sangrado quirúrgico y por demoras quirúrgicas más elevadas debido a problemas de coagulación que precisan de más días prequirúrgicos para estabilizarla.
Esta mayor necesidad de transfusión y de demora quirúrgica implica un riesgo elevado para estos pacientes ancianos suponiendo un mayor número de complicaciones, una mayor estancia hospitalaria y un aumento en su mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
La administración de una ampolla de Vitamina K al ingreso en pacientes ancianos con fractura de cadera que toman dicumarínicos permitirá mejorar su coagulación, lo que supondrá una disminución de su demora quirúrgica y una menor necesidad de transfusión. Con todo ello se minimizará el número de complicaciones postoperatorias, la estancia hospitalaria, y con ello la mortalidad de estos pacientes.

MÉTODO
Se plantea la realización de un protocolo de tratamiento consistente en la administración de una ampolla de vitamina K a los pacientes que ingresan desde urgencias con fractura de cadera, que además son tomadores de dicumarínicos y que presentan coagulaciones alteradas.

INDICADORES
Todos los pacientes incluidos en dicho protocolo serán evaluados inicialmente con una analítica observando su coagulación y su estado de anemia. Tras la administración del tratamiento se recogerán los siguientes indicadores en el momento del alta hospitalaria:
Hemoglobina al ingreso, hemoglobina en el momento de la intervención quirúrgica, hemoglobina al alta, necesidad de transfusión, número de concentrados transfundidos, demora quirúrgica, aparición de complicaciones y estancia hospitalaria.

DURACIÓN
Se pretende valorar los pacientes incluidos en este protocolo a lo largo de 12 meses y plantear una comparación con los resultados de los pacientes atendidos en nuestro hospital durante un periodo similar de tiempo donde no se administra dicha terapéutica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1381

1. TÍTULO

INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO BLANCO BAIGES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMBAN MASCARAY NOEMI
CASTAN BELLIDO LIDIA
GOMEZ VALLEJO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Evaluación de las cirugías de mano y muñeca realizadas en nuestro servicio durante el último año.
Revisión de los consentimientos informados existentes en nuestro servicio y en la intranet de nuestro hospital, y analizar las carencias en cuanto a patología de mano y muñeca.
Elaboración de los consentimientos informados de las patologías de mano y muñeca más frecuentes realizadas en nuestro servicio que no contaban con uno propio.
Disposición de los consentimientos realizados para su uso en consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El análisis llevado a cabo por el grupo de trabajo tuvo como resultados la elaboración de 11 consentimientos informados nuevos homologados por la Sociedad Española de Cirugía de Mano (Artroscopia de muñeca; Reparación de fibrocartílago triangular; Tratamiento artroscópico de las inestabilidades carpianas; Tenosuspensión por rizartrosis; Lesión del ligamento cubital metacarpo-falángico del pulgar; Artroplastia de muñeca y dedos; Inestabilidad escafolunar; Mano congénita; Tratamiento del Dupuytren con colagenasa; Osteotomía de radio y cúbito; Sinovectomía de mano y muñeca), y su incorporación a la práctica clínica en la consulta donde se explica al paciente el tipo de cirugía a realizar y sus posibles complicaciones.
Ambas acciones cumplen los indicadores propuestos previamente (mínimo de 10 consentimientos y su implantación en la consulta).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización del proyecto se evidencia la dificultad para el transcurso de la consulta prequirúrgica sin contar con los consentimientos adecuados para las cirugías específicas de mano y muñeca, y la mejora de la misma al disponer de dichos consentimientos.
Con la incorporación de los consentimientos se facilita al paciente la comprensión de la cirugía y se mejora la cobertura legal del facultativo.
Se evidencia que todavía quedan consentimientos pendientes de incluir para cirugías poco frecuentes, ya que la cirugía de mano y muñeca ha aumentado sus procedimientos considerablemente en las últimas décadas con la adquisición de nuevos implantes y nuevas técnicas quirúrgicas que antes no eran usuales, como la artroscopia de muñeca y la microcirugía. Se puede ampliar en un futuro este proyecto para otras intervenciones, sin coste alguno.
También se considera como el siguiente paso de este proyecto la incorporación de los consentimientos presentados a su pestaña de intranet pertinente para facilitar su utilización a los facultativos de nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1381 ========== ***

Nº de registro: 1381

Título
INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Autores:
BLANCO BAIGES EDUARDO, LAMBAN MASCARAY NOEMI, CASTAN BELLIDO LIDIA, GOMEZ VALLEJO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1381

1. TÍTULO

INCORPORACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECIFICOS DE CIRUGIA DE MANO PARA INTERVENCIONES CARENTES DEL MISMO EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Hoy día el número de procedimientos quirúrgicos en Traumatología ha aumentado considerablemente respecto a las últimas décadas. Los avances son más notorios en campos específicos como la cirugía de mano y muñeca, y lo que antes eran intervenciones excepcionales hoy son cirugías cotidianas (artroscopia de muñeca, tenosuspensión por rizartrosis, transferencias tendinosas, injertos vascularizados, microcirugía, artroplastias de carpo y dedos, acortamiento de cúbito,...).
El marco legal alrededor de muchos de estos procedimientos no está del todo actualizado, y concretamente no disponemos de los consentimientos informados específicos de estos procesos.
En la práctica clínica de la consulta, al incluir a muchos pacientes en la lista de espera quirúrgica por cirugía de mano y muñeca es necesario dar al usuario un consentimiento general sobre el que hay que escribir las complicaciones específicas de cada proceso, y existe la posibilidad de no aclarar todos los posibles riesgos y complicaciones. Con respecto a cirugías convencionales (que disponen de consentimiento propio), el tiempo de consulta se incrementa notablemente y el respaldo legal es menor.

RESULTADOS ESPERADOS
Dar al paciente una información más adecuada y detallada sobre el procedimiento quirúrgico de mano o muñeca al que se va a someter.
Facilitar al facultativo la práctica clínica en la consulta.
Agilizar los trámites en la inclusión en lista de espera quirúrgica.
Ampliar el respaldo legal del facultativo.

MÉTODO
Evaluación de las cirugías de mano y muñeca realizadas en nuestro servicio durante el último año para elaborar un listado de las más frecuentes.
Revisar los consentimientos existentes en Cirugía Ortopédica y Traumatología relativos a cirugía de mano y muñeca.
Elaborar consentimientos quirúrgicos de las intervenciones más frecuentes que presenten carencias documentales.
Disponer de dichos consentimientos en la consulta para su uso.
Estas acciones se llevarán a cabo por el equipo de mejora de este proyecto.

INDICADORES
Los indicadores serán:
- la realización de un mínimo de 10 consentimientos informados nuevos.
- la incorporación de los consentimientos a la práctica clínica en la consulta.

DURACIÓN
Los consentimientos se realizarán desde Julio hasta Diciembre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1415

1. TÍTULO

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FELICITO GARCIA-ALVAREZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBAREDA ALBAREDA JORGE
LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL
ESTELLA NONAY RUBEN
BURILLO FUERTES PILAR
GRAN UBEIRA NESTOR
SARASA ROCA MARTA
ANGULO CASTAÑO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado una ficha específica para la recolección de los datos del paciente que se incluye en lista de espera quirúrgica para la implantación de una artroplastia de rodilla y cadera y en el momento del ingreso hospitalario para la cirugía programada.
Se ha iniciado la incorporación de dicha ficha en la historia clínica realizada en las consultas del servicio.
Se ha iniciado la revisión de dicha ficha y actualización al ingreso hospitalario del paciente para ser intervenido.
Se está realizando un seguimiento de dichos pacientes y detección de las infecciones asociadas.
Se han realizado sesiones formativas periódicas sobre las artroplastias y sus complicaciones a los miembros delservicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza (14-09-2018 Tipos de implantes en el recambio de la artroplastia de rodilla.
26-10-2018 Tipos de implantes en el recambio de la artroplastia de cadera.
23-11-2018 El aparato extensor en la artroplastia de rodilla: indicaciones terapéuticas, consecuencias y complicaciones postquirúrgicas.).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos recogidos son insuficientes para la elaboración de conclusiones válidas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto está sirviendo para formar a los médicos residentes del servicio en el análisis clínico y de datos. Ha mejorado la percepción de la importancia de los factores de riesgo para el desarrollo de la infección asociada a la artroplastia por parte del personal facultativo del servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1415 ========== ***

Nº de registro: 1415

Título
DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

Autores:
GARCIA-ALVAREZ GARCIA FELICITO, ALBAREDA ALBAREDA JORGE, LASIERRA SANROMAN JOSE MANUEL, ESTELLA NONAY RUBEN, CASTILLO PALACIOS ANDRES, BURILLO FUERTES PILAR, LORENZO LOPEZ RAUL, GRAN UBEIRA NESTOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1415

1. TÍTULO

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LA INFECCION ASOCIADA A ARTROPLASTIA

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La infección asociada a artroplastia supone una grave amenaza para la salud del paciente, un deterioro de su capacidad funcional y un alto coste económico y de recursos para el sistema sanitario. La incidencia de la infección en la artroplastia primaria de cadera está cerca del 1% en artoplastia de cadera primaria, entre un 2-3% en la artroplastia de rodilla primaria, y cercana al 5% en la artroplastia de recambio de rodilla no séptica. El incremento en el número de artroplastia implantadas cada año, el envejecimiento de la población y de sus co-morbilidades asociadas, provocan que el problema se acreciente. Entre los factores asociados a este tipo de infecciones existe una parte vinculada a la técnica quirúrgica, condiciones del material y de los quirófanos, y otra parte importante asociada a la predisposición de determinados pacientes por las características de su sistema inmunológico, los tratamientos habituales o las co-morbilidades asociadas. Hay un esfuerzo continuado en la eliminación del riesgo asociado al material. Pero existe un campo de trabajo en la detección y control de los factores asociados al paciente que le predisponen al desarrollo de una infección asociada a la artroplastia. Algunos de estos factores aparecen posteriormente en el tiempo, como es el caso de la parición de infecciones en otras partes del organismo en pacientes portadores de artroplastia que provoca una bacteriemia, y esta una colonización del implante con el desarrollo posterior de una infección asociada a la artroplastia.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Detección y análisis de los factores del paciente que se asocian a un mayor riesgo de infección asociada a artroplastia.
2- Control y disminución de esos factores de riesgo.
3- Educación del paciente sobre los factores de riesgo.
4- Determinación de la incidencia de infección asociada a artroplastia en nuestro medio.

MÉTODO
1-Elaboración de una ficha específica para la recolección de los datos del paciente que se incluye en lista de espera quirúrgica para la implantación de una artroplastia de rodilla, cadera u hombro.
Anamnesis sobre hábitos tóxicos, co-morbilidades y medicación habitual.
2-Sesiones formativas periódicas (1/cuatrimestre) sobre las artroplastias y sus complicaciones a los miembros del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.
3- Incorporación de dicha ficha en la historia clínica realizada en las consultas del servicio.
4- Revisión de dicha ficha y actualización al ingreso hospitalario del paciente para ser intervenido.
5- Seguimiento de dichos pacientes y detección de las infecciones asociadas.
6- Análisis de la población estudiada y correlación de los datos recogidos.

INDICADORES
Para el diagnóstico de la infección asociada a artroplastia se aplicarán los criterios de la Musculoskeletal Infection Society (Parvizi et al. Clin Orthop Relat Res 2011; 469(11).
Se confecionará una base con los datos recogidos.

DURACIÓN
Inicio octubre de 2018.
Finalización diciembre de 2020.
Responsables: Felícito García-Alvarez, Jorge Albareda, José Manuel Lasierra, Pilar Burillo y los colaboradores indicados en el listado.
Sesiones cuatrimestrales con el servicio de Cir Ortop. y Traumatología, además de una sesión previa conjunta para la puesta en marcha de la recogida de datos en las consultas.
Al finalizar el proyecto. análisis de los resultados y publicación de los mismos en revistas científicas.

OBSERVACIONES
En una segunda fase del estudio se plantearía un proyecto de mejora con intervención directa sobre los factores de riesgo detectados durante el periodo previo a la cirugía.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1428

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EMILIO JUAN GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAÑO PARDO JOSE RAMON
GARCIA GUTIERREZ CESAR
MORALES ANDALUZ JOSE
MORTE ROMEA ELENA
GOMEZ VALLEJO JESUS
TORRES CAMPOS ANTONIO
CASTAN BELLIDO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han programado pacientes que requieren terapia antibiótica para su tratamiento de forma ambulatoria, procediéndose al alta hospitalaria una vez su proceso quirúrgico lo permitía, evitando estancias prolongadas y continuando la terapia antibiótica necesaria de forma ambulatoria.
Se ha cumplido el calendario previsto con uso mínimo de recursos ya disponibles en nuestro hospital

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha disminuido la exposición y con ello el riesgo a la adquisición / transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
Hemos evitado trastornos a los pacientes y sus familiares, con un recurso más eficiente de los recursos sanitarios, con disminución de forma llamativa de la estancia hospitalaria, evitando además el bloqueo de habitaciones, permitiendo un uso compartido y multiplicando con ello la disponibilidad de camas para ingresos hospitalarios.
Se ha permitido una incorporación antes a la actividad habitual, incluso laboral, con una mejor satisfacción del paciente con el servicio prestado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se trata de un proyecto altamente eficiente, con un uso mínimo de medios materiales y humanos, un ahorro en tiempo y recursos máximo y una mejora de la calidad asistencial importante

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1428 ========== ***

Nº de registro: 1428

Título
TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

Autores:
JUAN GARCIA EMILIO, PAÑO PARDO JOSE RAMON, GARCIA GUTIERREZ CESAR, MORALES ANDALUZ JOSE, MORTE ROMEA ELENA, GOMEZ VALLEJO JESUS, TORRES CAMPOS ANTONIO, CASTAN BELLIDO LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procesos Infecciosos
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El número de prótesis puestas en Traumatología se multiplica cada año, requiriendo optimizar los tiempos quirúrgicos, los recursos humanos y materiales y fundamentalmente la estancia hospitalaria.
Además las prótesis de rodilla y cadera se llevan implantando desde hace muchos años lo que obliga a cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1428

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

de recambio de dichos implantes, cirugías que son más complejas y subsidiarias de mayores complicaciones.
Un porcentaje de pacientes sufren una infección o requieren un recambio de una prótesis séptica, en uno o 2 tiempos y por lo tanto sufrirán una ó 2 intervenciones quirúrgicas más tras la prótesis inicial, con las consiguientes estancias hospitalarias y recursos necesarios.
Un elevado número de estos pacientes podrían ser dados de alta sin ningún problema, pero nos encontramos que debido al tratamiento antibiótico parenteral que requieren, deben mantener su estancia hospitalaria una media de 3 semanas, simplemente para recibir la antibioterapia necesaria, cuando si no fuera por dicho motivo, este paciente podría ser dado de alta en 5-7 días.
En nuestro hospital solo es posible administrar tratamientos antibióticos por vía intravenosa a pacientes ingresados y exclusivamente por dicho motivo se mantienen ingresados a pacientes clínicamente estables simplemente para recibir antibioterapia parenteral. Esta situación:
a) conlleva un aumento del riesgo de adquisición/transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
b) supone un perjuicio para el paciente y sus familiares
c) implica un uso ineficiente de los recursos sanitarios.
d) Prolonga innecesariamente la estancia hospitalaria
e) Obliga en ocasiones a bloquear camas para no compartir habitaciones los procesos sépticos con cirugías con implantes
Para evitar esta situación de riesgo, perjuicio para los pacientes, ineficiencia para el sistema y medias elevadas de estancia hospitalaria por causas poco justificadas, existen los programas de antibioterapia parenteral de forma ambulatoria.

RESULTADOS ESPERADOS
No puede ser que algo tan simple a priori como la administración parenteral de un antibiótico, obligue a pacientes a mantener sus ingresos hasta una media de 3 semanas, cuando en menos de una podrían estar en su domicilio, con los beneficios que reportan tanto para ellos, como para el propio sistema de Salud.
Por ello el objetivo del proyecto ha de ser la aplicación de la antibioterapia de forma ambulatoria a todos estos pacientes intervenidos de prótesis articular, que no requieren ingreso hospitalario por ningún otro motivo que el simple hecho de dicho tratamiento, logrando con ello:
a) Disminuir el riesgo de adquisición/transmisión de microorganismos resistentes o infecciones nosocomiales
b) Evitar perjuicios para el paciente y sus familiares
c) Evitar el uso ineficiente de los recursos sanitarios.
d) Disminuir llamativamente la estancia hospitalaria
e) Evitar el bloqueo y uso compartido de habitaciones en este tipo de procesos, multiplicando con ello la disponibilidad de camas para ingresos hospitalarios
f) Permitir que el paciente se incorpore antes a su actividad habitual, incluso laboral.
g) Mejorar la satisfacción del paciente con el servicio prestado

MÉTODO
El hospital dispone de medios humanos y materiales para poder administrar los antibióticos parenterales que estos pacientes requieren de forma ambulatoria, como la quimioterapia de los pacientes oncológicos, y lo que es más importante aún dispone del interés y ganas del servicio de Traumatología y de Infecciosos para conseguir los objetivos de este proyecto.
El paciente se iría de alta hospitalaria con su correspondiente informe, al que se adjuntaría el tratamiento antibiótico a seguir de forma ambulatoria, junto con las dosis, periodicidad, tiempo, duración y lugar de administración y se enviaría copia del mismo al personal de enfermería responsable de su administración para mayor fiabilidad.

INDICADORES
a.-Se monitorizarán el número de pacientes incluidos en el programa, así como se establecerán los motivos por los que haya pacientes que no puedan seguirlo, y se buscará en fases siguientes la mejor solución para aquellos que queden excluidos si la hubiera
b.-Se estimará el ahorro en días de ingreso/mes
c.-Se estimará el aumento de camas disponibles/mes, tanto por el alta del paciente como por el desbloqueo de la habitación compartida con éste.
d.-Se valorará el grado de satisfacción personal de los pacientes que sigan el programa
e.-Se valorará el grado de decepción de los pacientes que no puedan seguirlo

DURACIÓN
Iniciar el programa lo antes posible, de cara a conseguir los objetivos del proyecto a la mayor brevedad. El proyecto se realizará durante el período de un año, y al año se valorarán los indicadores de evaluación para estimar el interés del mismo en virtud de los recursos utilizados, con el fin último de prolongar indefinidamente la terapia antibiótica ambulatoria en pacientes con artroplastia y que pase a formar parte de la cartera de servicios del centro hospitalario.

OBSERVACIONES
Se trata de un proyecto que, con muy escasos recursos, ya disponibles por el centro hospitalario, puede resolver varios objetivos a cumplir en la mejora para el paciente, la eficiencia de recursos y la gestión de camas.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1428

1. TÍTULO

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO AMBULATORIO EN ARTROPLASTIAS SEPTICAS (TRATAN AMARSE)

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1056

1. TÍTULO

LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CONEJERO DEL MAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA
ESCARTIN MADURGA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La consulta de lesiones vasculares está dirigida principalmente a niños recién nacidos o de corta edad que presenten lesiones sospechosas.
Con el inicio del seguimiento de las lesiones vasculares en la consulta de dermatología pediátrica se pretende que dichas lesiones sean diagnosticadas lo más precozmente posible, realizado las pruebas pertinentes, el seguimiento e iniciar el tratamiento con Propanolol u otros tratamientos en caso de que sea necesario.
Los pacientes han sido remitidos desde las consultas de pediatría, urgencias, primaria o consultas de dermatología.
La Dra. Raquel Conejero, adjunta del Servicio de Dermatología ha sido la responsable de la consulta, habiéndose contado con la colaboración de una enfermera de Pediatría Mª Victoria Mallén Alastuey quien se ha encargado del control de las constantes necesarias al inicio y durante los aumentos de dosis de la medicación, y la valoración de los resultados previos al inicio de los tratamientos. También se ha contado con la colaboración de la Dra. Laura Escartín Madurga quien debía valorar y tratar los posibles efectos secundarios derivados del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los pacientes han sido citados coincidiendo con la consulta de Dermatología pediátrica en el servicio de Dermatología, siendo una consulta mensual. La consulta de pediatría se han valorado 107 pacientes de los cuales 15 han sido enfermedades vasculares, y de ellos tres han precisado tratamiento con Propanolol. Cuando se ha precisado tratamiento con Propanolol los pacientes acudían a pediatría donde se iniciaba el tratamiento y los controles pertinentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que es fundamental poder trabajar en consultas multidisciplinares. En este caso es necesario el correcto diagnóstico de las lesiones vasculares, como son los Hemangiomas que se pueden beneficiar de tratamiento médico, debiendo ser diferenciadas de las malformaciones vasculares. Dicho tratamiento puede producir efectos secundarios, los cuales van a ser mejor valorados por un pediatra y debemos hacer control de constantes en los niños en las primeras dosis del tratamiento y en cada aumento del mismo, en cuyo caso la participación de una enfermera de pediatría ha sido fundamental.

7. OBSERVACIONES.
La valoración de las lesiones vasculares de la infancia deben ser tratadas en una consulta monográfica por ser ya que es imprescindible para reducir errores diagnósticos, exámenes complementarios y pruebas invasivas innecesarias.
El inicio del tratamiento debe ser lo mas precoz posible para evitar complicaciones posteriores.
Es preciso el control de los posibles efectos secundarios del fármaco por personal experto pediatras y enfermera de pediatría

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1056 ========== ***

Nº de registro: 1056

Título
LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Autores:
CONEJERO DEL MAZO RAQUEL, MALLEN ALASTUEY MARIA VICTORIA, ESCARTIN MADURGA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1056

1. TÍTULO

LESIONES VASCULARES DE LA INFANCIA. CONTROL EN CONSULTA DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la infancia pueden presentarse diferentes tipos de lesiones vasculares, como los hemangiomas infantiles, que son con diferencia los más frecuentes, y otros más raros, como el hemangioendotelioma kaposiforme o las malformaciones vasculares en todas sus variantes. Su correcto conocimiento y diagnóstico, es imprescindible para reducir errores diagnósticos, exámenes complementarios y pruebas invasivas innecesarias, y si fuera preciso, recibir el tratamiento más indicado y efectivo en cada caso. Todo ello contribuye en evitar las consultas a diferentes (“pacientes nómadas”) y contribuir a una escolarización-socialización del niño con las mínimas secuelas psicológicas.
Actualmente, el tratamiento con Propanolol, ha demostrado eficacia en el tratamiento de los hemangiomas infantiles, es un tratamiento muy eficaz y seguro, pero se debe monitorizar a los pacientes. Hasta hace poco tiempo, estos pacientes eran ingresados durante 24 h para poder ser monitorizados. Actualmente la experiencia con el fármaco, permite que no sea necesario el ingreso hospitalario, sin embargo sí que es preciso monitorizar y controlar al paciente durante unas horas al inicio del tratamiento y en los aumentos de dosis del fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
La consulta de lesiones vasculares está dirigida principalmente a niños recién nacidos o de corta edad que presenten lesiones sospechosas.
Con el inicio del seguimiento de las lesiones vasculares en la consulta de dermatología pediátrica se pretende que dichas lesiones sean diagnosticadas lo más precozmente posible, realizado las pruebas pertinentes, el seguimiento e iniciar el tratamiento con Propanolol u otros tratamientos en caso de que sea necesario.

MÉTODO
El inicio de dicha consulta, se comunicará al servicio de Pediatría y pediatras de atención primaria para que los niños sean remitidos a la consulta lo más precozmente posible mejorando así el pronóstico de muchos de ellos.
Los pacientes también podrán ser remitidos desde las consultas de Dermatología y desde Urgencias.
Se hará responsable de la misma la Dra. Raquel Conejero, adjunta del Servicio de Dermatología. Vamos a contar con la colaboración de una enfermera de Pediatría Mª Victoria Mallén Alastuey quien se encargará del control de las constantes necesarias al inicio y durante los aumentos de dosis de la medicación, y la valoración de los resultados previos al inicio de los tratamientos o los posibles efectos secundarios derivados del mismo lo realizará la adjunta de Pediatría Laura Escartín Madurga

INDICADORES
Los indicadores para la monitorización del proyecto serán el número total de niños atendidos con lesiones vasculares en la consulta de Dermatología Pediátrica, el número de niños candidatos al tratamiento con Propanolol, que serán monitorizados en las consultas de pediatría de nuestro hospital, y el seguimiento de los mismos.

DURACIÓN
De Junio a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1061

1. TÍTULO

HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA CONEJERO DEL MAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una consulta mensual en las consultas de dermatología, donde se valoraran los pacientes según la demanda de dicha patología. En dicha consulta se cuenta con un ecógrafo el cual es utilizado por la Dra. Claudia Conejero del Mazo. Dicha técnica aporta información en el momento inicial del diagnóstico (lo que permite ajustarnos a los protocolos establecidos en las guías terapéuticas actuales), poder valorar la evolución de las lesiones, y además aporta información en la respuesta al tratamiento instaurado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 86 pacientes valorados en la consulta de hidradenitis superlativa, ha sido necesario la realización de ecografía en la mitad de los pacientes. 50% de todos los pacientes para valorar el estadio inicial de las lesiones y el seguimiento de las mismas tras la introducción de los tratamientos instaurados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Después de un año de trabajo en está consulta, pensamos que ha supuesto una mejora en los pacientes, el poder tener a una persona especializada en dicha patología. A pesar de ello, la gran complejidad que supone el inicio de los diferentes tratamientos y la decisión de cual es el mejor momento para realizar los tratamientos quirúrgicos, nos hemos puesto en contacto con los cirujanos para en el próximo año iniciar una consulta multidisciplinar, para poder valorar a los pacientes en el mismo momento en la consulta de hidradenitis el cirujano y el dermatólogo.

7. OBSERVACIONES.
La creación de está consulta de Hidradenitis supurativa, proporciona una mejora de la calidad asistencial de los pacientes con dicha patología. El disponer de un ecógrafo en la consulta, facilita el diagnóstico, estadificación de la enfermedad, además de permitir el seguimiento y control de los tratamientos establecidos.
Vamos a continuar realizando esta consulta y mejorándola.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1061 ========== ***

Nº de registro: 1061

Título
HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA

Autores:
CONEJERO DEL MAZO CLAUDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hidradenitis supurativa es una enfermedad cutánea crónica, inflamatoria, recurrente y debilitante del folículo piloso, que se presenta habitualmente con lesiones dolorosas, profundas e inflamadas en las áreas del cuerpo que albergan glándulas apocrinas, y son más frecuentes en las regiones axilares, inguinales y anogenitales. Se trata de una entidad de difícil manejo, ya que, en muchas ocasiones, es complicado precisar la verdadera naturaleza y la extensión de las lesiones. La ecografía cutánea permite una visualización en tiempo real de las estructuras cutáneas en estudio que define el tipo de lesión, su extensión anatómica y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1061

1. TÍTULO

HIDRADENITIS SUPURATIVA: SEGUIMIENTO ECOGRAFICO EN CONSULTA MONOGRAFICA EN DERMATOLOGIA

grado de actividad inflamatoria, lo que repercutirá en el manejo adecuado del paciente. Es una técnica útil en el diagnóstico, el estadiaje de la enfermedad y el seguimiento y monitorización de la respuesta al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
La población a la que va dirigido este proyecto es a todos aquellos pacientes que presenten lesiones inflamatorias recidivantes inguinales, axilares o anogenitales, de cualquier edad o sexo, que hayan sido valorados en consultas de Atención primaria, Cirugía, Dermatología o Urgencias. El objetivo que se desea obtener es poder diagnosticar, estadificar, y monitorizar a los pacientes, tanto si precisan tratamiento médico convencional, tratamiento biológico o cirugía.

MÉTODO
Para el desarrollo de dicha actividad se cuenta con una consulta mensual en las consultas de dermatología, donde se valoraran los pacientes según la demanda de dicha patología. En dicha consulta se cuenta con un ecógrafo, el cual será utilizado para la valoración de dichas lesiones al inicio del tratamiento así como la respuesta a los fármacos.

INDICADORES
Se considerara como indicador el número de pacientes valorados en la consulta de hidradenitis supurativa, así como el nº de pacientes que precisen de la utilización del ecógrafo para el seguimiento.

DURACIÓN
Desde Junio a Diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIODE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

Fecha de entrada: 27/03/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLA JERUSALEN GARGALLO PUYUELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLASTRE BOCOS JUDITH
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER
DOMPER ARNAL MARIA JOSE
SOSTRES HOMEDES CARLOS
MUÑOZ IRIARTE PATRICIA
DOMINGO PEREDA SILVIA
LANAS ARBELOA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha difundido entre los diversos médicos solicitantes de exploraciones endoscópicas dos folletos explicativos con las directrices a seguir por el paciente para realizar una adecuada preparación previa a la colonoscopia. Se han utilizado los 2 nuevos folletos usados en la Unidad de Endoscopias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa que han sido recientemente modificados y que tras evaluarlos consideramos que eran totalmente adecuados. Dichos nuevos folletos tienen 2 objetivos y cambios fundamentales respecto a los previos:
a) Adaptar al máximo el horario de tomas de la preparación laxante utilizada al horario en que se realiza la colonoscopia. Esto conlleva que los pacientes que se realizan las pruebas a partir de las 11:30 realizaran una preparación denominada “partida o split” para que el tiempo transcurrido entre la última toma de la preparación y la realización de la colonoscopia sea siempre inferior a 6 horas y superior a 2 horas.
b) Utilizar la preparación más adecuada en función de las características del paciente. Así, se ha instaurado el posible uso de Moviprep® cuando esté indicado (por ejemplo: pacientes con insuficiencia renal, embarazo, edad avanzada…). Previamente a este proyecto en la Consulta de Digestivo del CASAR únicamente se recomendaba Citrafleet® que no está indicado en pacientes con ciertas comorbilidades o características.

2. Por parte del personal de Enfermería asignado a la Unidad de Endoscopias del Centro de Alta Resolución de las Cinco Villas, se ha realizado una revisión de la Historia Clínica de todos los pacientes citados para realización de endoscopias en la semana previa a dicha exploración. El objetivo de dicha revisión era detectar aquellos pacientes con alto riesgo anestésico y que por tanto precisarían sedación controlada por Anestesista y que dicho dato no hubiera sido indicado por el médico solicitante de la exploración. En caso de encontrar a un paciente con alto riesgo anestésico según la clasificación ASA, dicho personal de enfermería informaba al médico endoscopista para confirmación y remisión en caso necesario al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para realización de colonoscopia con sedación por Anestesista. De esta forma, dicho paciente no se sometía a una preparación innecesaria y además se podía citar a otro paciente de la lista de espera en su lugar.

3. Todos los días en los que se ha realizado Endoscopias en el CASAR (generalmente 1 vez a la semana, en ocasiones 2 veces por semana) el endoscopista desplazado a dicho centro ha realizado evaluación de todos los volantes de petición de endoscopias con las siguientes actuaciones.
a) Denegación de aquellas peticiones de endoscopias no adecuadas.
b) Realización de un informe escrito con el motivo de la denegación de la endoscopia que ha sido remitido al paciente y al médico solicitante.
c) En el caso de que la denegación fuera debida a un incorrecto periodo de seguimiento de esófago de Barret, cribado de cáncer colorrectal familiar o postpolipectomía, en el informe con el motivo de denegación se indican los periodos de seguimiento correctos y la fecha en que se debía solicitar la siguiente exploración. En el caso de no tener suficiente información en la historia clínica o en el volante de petición para realizar una recomendación adecuada, se llamaba al paciente para completar dicha información y explicarle su situación. Todas las recomendaciones han sido basadas en las Guías Clínicas más recientes de la Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva (ESGE).
d) Realización por parte de los endoscopistas de todos los partes de endoscopias para adecuar de forma correcta los tiempos de espera. Evitando que las pruebas endoscópicas con carácter preferente superaran un tiempo de espera de 4 semanas.

4. Modificación de la infraestructura utilizada para la realización de las Endoscopias Digestivas en el CASAR. Previamente se realizaban las pruebas en una consulta con baño en la que se había instaurado una lavadora para la limpieza de los endoscopios utilizados. Tras realizar la endoscopia, se trasladaba al paciente a otra consulta, todavía bajo los efectos de la sedación, para que pudiera despertarse en una camilla acompañado por su familiar correspondiente. Esto conllevaba:
- Mala vigilancia del paciente en el periodo post-sedación.
- Lugar de trabajo inadecuado, con alto nivel de contaminación auditiva y excesivo calor, secundario al uso de lavadora e instrumentos de limpieza de los endoscopios.
- Monitorización del paciente durante la sedación con pulsioximetro inadecuada.

Tras el proyecto se ha trasladado la Unidad de Endoscopias Digestiva a los Quirófanos del CASAR, que no estaban siendo utilizados. Esto conlleva:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIODE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

- Vigilancia del paciente postsedación por personal adecuado (un/a enfermero/a)
- Lugar de trabajo adecuado: quirófano.
- Monitorización del paciente durante la sedación adecuado, con la infraestructura disponible para la sedación o anestesia utilizada en intervenciones quirúrgicas. Conlleva monitorización de saturación de oxigeno, frecuencia cardiaca y tensión arterial, como se recomienda en la Guía de Sedación por no anestesistas de la Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva.

5. El día de la endoscopia, y en función de los resultados de la misma y la terapéutica realizada, se ha dado al paciente por parte del endoscopista las recomendaciones pertinentes en cuanto al momento que deben reintroducir los fármacos antiagregantes y/o antiacoagulantes que llevara como tratamiento habitual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Mejora en la limpieza colónica de los pacientes que se han realizado colonoscopia en la Unidad de Endoscopias del CASAR. El porcentaje de repetición/acortamiento de periodo de realización de endoscopias por mala o regular preparación ha sido inferior al 5%. Se ha utilizado la escala de Boston para evaluar la limpieza colónica, considerando preparación mala o regular si la puntuación era inferior a 6.
2. Se ha reducido de forma considerable el tiempo de espera de las endoscopias preferentes. Siendo el tiempo de espera para la realización de endoscopias catalogadas como preferentes por el endoscopista que ha revisado los volantes de petición inferior a 4 semanas en > 95% de los casos.
3. El número de pacientes que han acudido a la realización de una endoscopia en la Unidad de Endoscopias del CASAR y que no han podido realizarse la exploración (gastroscopia o colonoscopia) por un alto riesgo anestésico para la sedación realizada por endoscopista por no estar indicado en el volante de petición o por no haber sido detectado tras la revisión de la Historia clínica por el personal de enfermería ha sido del 0% en el periodo evaluado (Enero 2016- Diciembre 2017).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Una buena difusión de los folletos sobre preparación para colonoscopia entre los médicos solicitantes es importante para mejorar la calidad de la limpieza colónica. Creemos que para lograr una mejoría mayor sería interesante poder dar charlas informativas a los Médicos de Atención Primaria de la zona, insistiendo en la importancia de una buena preparación para una endoscopia de calidad y para reducir los costes económicos que conlleva la repetición de exploraciones.
2. La evaluación de los volantes de petición de endoscopia por un médico especialista en Aparato Digestivo es eficaz para reducir o minimizar la realización de exploraciones no indicadas. Ello conlleva: a) una disminución de riesgos para el paciente, que no se somete a una prueba invasiva no indicada, b) reducción de costes, al disminuir el número de exploraciones endoscópicas realizadas, c) disminución de los tiempos de espera, pudiendo realizar de forma más precoz las pruebas indicadas.
3. La realización de informes de denegación adjuntando recomendaciones sobre los periodos de seguimiento adecuados, además de las ventajas enumeradas en el punto anterior, tiene un valor formativo para los médicos peticionarios que cada vez adecuan mejor la petición de pruebas a la evidencia clínica disponible.
4. La evaluación del riesgo anestésico de los pacientes de una forma no presencial (revisión de historia clínica) y previo al día de la prueba endoscópica permite que todos los pacientes que realizan la preparación con laxantes para la colonoscopia puedan realizarse la exploración. De esta forma se evita la duplicación de citaciones y los riesgos que conlleva la toma de preparación de forma innecesaria.
5. Como aspecto pendiente queda la difusión de un protocolo para el manejo de antiacoagulantes y antiagregantes pre-prueba. Por otra parte, no se ha evaluado si el hecho de dar las recomendaciones sobre cuando reintroducir los fármacos antiagregantes y/o anticoagulantes por el endoscopista el día de la prueba ha modificado el riesgo hemorrágico o tromboembólico post-prueba de los pacientes, aunque no era uno de los objetivos de nuestro proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/568 ========== ***

Nº de registro: 0568

Título
OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIO DE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

Autores:
GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN, MILLASTRE BOCOS JUDITH, ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER, DOMPER ARNAL MARIA JOSE, SOSTRES HOMEDES CARLOS, MUÑOZ IRIARTE PATRICIA, DOMINGO PEREDA SILVIA, LANAS ARBELOA ANGEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIODE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las endoscopias digestivas solicitadas en el CASAR de Cinco Villas y en sus centros de salud correspondientes se realizan en un único día semanal por un endoscopista que se desplaza desde el HCU Lozano Blesa. Esta circunstancia limita la oferta de "endoscopias realizables" semanalmente y dificulta la capacidad de control sobre la lista de espera derivada de una demanda superior a dicha oferta. Esto hace relativamente frecuente la necesidad de remitir exploraciones al HCU Lozano Blesa lo que conlleva; por una parte, que el paciente deba desplazarse a un Centro hospitalario lejano a su domicilio y por otra, una sobrecarga de trabajo en la Unidad de Endoscopia del HCU Lozano Blesa. Por ello, creemos que es imprescindible la optimización del rendimiento de la Unidad de Endoscopias del CASAR Cinco Villas promoviendo una correcta indicación de las exploraciones solicitadas, así como una adecuada preparación (limpieza cólica y manejo de antiagregación /anticoagulación) de los pacientes, que minimice la repetición de pruebas.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Minimizar el número de exploraciones solicitadas con "indicación incorrecta" por el médico de atención primaria o los especialistas correspondientes.
2. Mejorar la preparación de los pacientes mediante una adecuada información sobre las pautas a seguir para alcanzar una correcta limpieza cólica previa a la exploración.
3. Evitar la repetición de exploraciones terapéuticas por un inadecuado manejo de la antiagregación y/o anticoagulación prescrita a los pacientes, mediante información adecuada a los facultativos solicitantes.
4. Valoración adecuada por el facultativo solicitante del riesgo anestésico de los pacientes que van a ser sometidos a una exploración endoscópica para la identificación de los pacientes de alto riesgo que deberán ser remitidos de forma directa al Centro Sanitario de tercer nivel de referencia (HCU Lozano Blesa).
5. Valoración adecuada por el facultativo solicitante de la necesidad de terapéutica endoscópica avanzada que precisará remisión directa al Centro Sanitario de tercer nivel de referencia (HCU Lozano Blesa).
6. Adecuar las solicitudes de seguimiento de pólipos a los intervalos de tiempo definidos por las Guías de práctica clínica vigentes.
7. Adecuar las solicitudes de endoscopia de control en los pacientes de alto riesgo de cáncer colorrectal a los protocolos establecidos.

MÉTODO
1. Elaboración y difusión de un folleto explicativo con las directrices a seguir por el paciente para una adecuada preparación previa a la exploración.
2. Elaboración y difusión de un protocolo para el correcto manejo de la medicación antiagregante y anticoagulante previo a la exploración por parte del facultativo solicitante.
3. Elaboración y difusión de un protocolo para la correcta derivación directa de pacientes al HCU Lozano Blesa, cuando exista un elevado riesgo anestésico o sea necesaria la realización de endoscopia terapéutica avanzada.
4. Revisión y cribado de todas las solicitudes de endoscopia digestiva y desestimación de aquellas no indicadas.
5. Realización de informe de denegación de la endoscopia que será remitido a médico solicitante y al paciente.
6. En el caso de que el motivo de denegación sea una incorrecta adecuación a los periodos de seguimiento establecidos se realizará un informe con las pautas a seguir. Dicho informe se remitirá al facultativo solicitante y al paciente.

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes a los que se les realiza gastroscopia y/o colonoscopia preferente en > 4 semanas.
2. Porcentaje de pacientes a los que se les realiza gastroscopia y/o colonoscopia normal en > 6 semanas.
3. Porcentaje de exploraciones que precisan repetirse por:
- Mala preparación
- Manejo incorrecto de antiagregación/anticoagulación
- Paciente de alto riesgo que debe remitirse al Centro de referencia

DURACIÓN
1. Elaboración de protocolos (Noviembre 2016-Enero 2017)
2. Difusión protocolos (Enero 2017- Marzo 2017)
3. Cribado de solicitudes (Noviembre 2016- Indefinido)
4. Registro de exploraciones duplicadas/mal remitidas a Ejea (Noviembre 2016-Noviembre 2017)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0568

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL RENDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL CENTRO SANITARIODE ALTA RESOLUCION DE LAS CINCO VILLAS

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA, ZARAGOZA

Fecha de entrada: 16/05/2018

2. RESPONSABLE ..... JUDITH MILLASTRE BOCOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GIL AGUSTIN
BORREGO ESTELLA VICENTE
GARCIA RAYADO GUILLERMO
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER
SOSTRES HOMEDES CARLOS
BENGOECHEA MARTINEZ LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Constitución del grupo multidisciplinar. PRIMERA REUNIÓN 08/06/2017
2. Elaboración de un Procedimiento Normalizado de Trabajo para la revisión de los casos clínicos y decisión diagnóstico-terapéutica
3. Creación de una Consulta Específica dedicada a la Pancreatología en el seno del Servicio de Digestivo.
4. Registro de los casos presentados y la decisión del Comité en una tabla Excel específica elaborada a tal efecto
5. Creación de una plantilla en HP-Doctor para la introducción de la información clínica de cada paciente sometido a evaluación (en fase de desarrollo)
6. Elaboración de un informe específico de la decisión diagnóstico-terapéutica del Comité que quede registrada en el archivo informático del hospital
7. Registro informatizado de la asistencia a la reunión semanal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los 4 primeros objetivos descritos y el objetivo 7 han sido conseguidos a lo largo de este primer año de existencia del comité
Los objetivos 5 y 6 se encuentran pendientes de resolución por parte del equipo de Informática del centro.
Se han elaborado una serie de indicadores:
- INDICADORES DE PROCESO
Nº de sesiones realizadas. Objetivo: 1 reunión semanal
Nº de sesiones a las que asiste al menos un miembro de cada equipo participante.
Nº de informes registrados en HP-Doctor
- INDICADORES DE RESULTADO
Nº de pacientes con patología pancreática grave evaluados en el comité.
Nº de pacientes con Cáncer de páncreas evaluados en el comité. Objetivo > 90%
Nº de pacientes con lesión quística pancreática evaluados en el comité,
% de pacientes con estadificación completa a la presentación en el comité
Cáncer de páncreas: tiempo de demora entre la decisión terapéutica y el inicio del tratamiento. Objetivo: 15 días máx

Se propone una evaluación de los indicadores a fecha 30 de Junio y 31 de Diciembre del año 2018, con la elaboración de un informe anual de la actividad del comité.
Tras la evaluación se analizarán de nuevo los indicadores y se efectuará propuesta de mejora del proceso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PROBLEMAS DETECTADOS
- Ausencia de Secretaría para la elaboración de informes y registro de asistencia oficial.
- Necesidad de incorporación de nuevos Servicios: Anestesia, Nutrición, Radiología Intervencionista, Oncología radioterápica
- Asistencia irregular de miembros de servicios imprescindibles como Radiología

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/783 ========== ***

Nº de registro: 0783

Título
CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES PANCREATICOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA, ZARAGOZA

Autores:
MILLASTRE BOCOS JUDITH, GARCIA RAYADO GUILLERMO, SOSTRES HOMEDES CARLOS, LANAS ARBELOA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En Enero de 2016 se crea en el Servicio de Digestivo del HCU la primera consulta monográfica de patología pancreática, y en sus 10 primeros meses de desarrollo llama la atención del escaso volumen de pacientes remitidos con tumores pancreáticos (AdenoCa, Neuroendocrinos o Lesiones Quísticas).
Existe amplia evidencia bibliográfica que avala el beneficio del seguimiento de estos pacientes por un gastroenterólogo, para el manejo adecuado de la IPE (Insuficiencia Pancreática Exocrina), así como para el seguimiento de lesiones sin indicación quirúrgica al diagnóstico, pero con potencial de malignización en su evolución natural. Del mismo modo, en la atención del estos pacientes con patología pancreática, y muy especialmente con patología oncológica, la toma de decisiones por un equipo multidisciplinar debe ser la norma.
Sin embargo, en la actualidad, muchos de estos pacientes son remitidos a las CCEE de Cirugía/Oncología e incluso derivados a Atención primaria, sin existir directrices uniformes dada la falta de protocolos adaptados a nuestro centro.
La Ausencia de un Comité de Tumores específico/Unidad Multidisciplinar, impide la toma de decisiones consensuadas entre los distintos especialistas implicados en la atención de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer criterios uniformes para la atención de estos pacientes mediante la elaboración de protocolos
- Traslación a la práctica clínica de los avances científicos de la forma mas rápida y eficiente posible.
- Evaluación continua de los resultados mediante el establecimiento de los indicadores adecuados.
- Establecer criterios para screening de pacientes de alto riesgo
- Mejorar el diagnóstico de IPE, así como el tratamiento paliativo y nutricional de estos pacientes.
- Creación de un entorno multidisciplinar que facilite la mejora y genere oportunidades para la investigación, como:
• Integración en los grupos de trabajo internacionales, como el Club Pancreático Europeo.
• Participar en ensayos multicéntricos relacionados con esta patología, como nuevas líneas de quimioterapia dirigidas frente a los constituyentes del estroma tumoral.
• Mejorar las técnicas diagnósticas y terapéuticas endoscópicas e incorporar técnicas de tratamiento endoscópico de proximidad.
• Creación de un biobanco de sueros y muestras patológicas para estudios posteriores.
• Desarrollar líneas propias de investigación como las que se está llevando a cabo por el S. de Digestivo o de nuevos biomarcadores para la discriminación de los tumores quísticos de Páncreas.
• Obtener fondos para investigación de organismos oficiales o privados

MÉTODO
• Creación de Unidad Multidisciplinar que integre a los distintos especialistas implicados en el manejo de los tumores pancreáticos: Gastroenterologos, Cirujanos, Radiólogos, Anatomopatólogos, Oncólogos Médicos y Radioterápicos.
• Uniformización de los criterios en el manejo de estos pacientes mediante la Elaboración de Protocolos Clínicos específicos en colaboración con otros centros de nivel terciario de nuestra comunidad.
• Establecimiento de indicadores de calidad que permitan monitorizar los resultados con frecuencia anual/bianual.

INDICADORES
• Porcentaje de AdenoCa Pancreáticos diagnosticados, evaluados en Comité de Tumores específico:
o Registro sistemático de hallazgos radiológicos y ultrasonográficos preoperatorios según la plantilla recomendada por la Guía de Cáncer de Páncreas de la NCCN, versión 1-2016.
o Registro sistemático de su concordancia con los hallazgos en pieza operatoria en caso que se indique intervención quirúrgica.
o Evaluación de resecabilidad. Pre y Post tratamiemto neoadyuvante en Cáncer de Páncreas.
• Porcentaje de Lesiones Quísticas pancreáticas diagnosticadas, evaluadas en Comité de Tumores:
o Eventos sospechosos de malignización.
o Correlación del diagnóstico de sospecha prequirúrgico y el análisis de la pieza operatoria
o Seguimiento postquirúrgico.
• Porcentaje de casos en los que se estudia el desarrollo de IPE, como consecuencia de la propia enfermedad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA, ZARAGOZA

o bien de la resección quirúrgica.
o Monitorización de la respuesta al tratamiento y repercusión en la supervivencia y calidad de vida.

DURACIÓN
1. Noviembre-diciembre 2016: Creación del Equipo Multidisciplinar y designación de facultativo responsable en cada especialidad.
2. Enero-Junio 2016: Decisión de los protocolos a elaborar y cronograma de su desarrollo: AdenoCa pancreático, Lesiones Quísticas, Neuroendocrinos.
Contacto y líneas de colaboración con la Unidad de Pancreatología de Hospital Universitario Miguel Servet.
3. Enero-Junio 2016: Creación de un Registro informático de casos y seguimiento. Diseño de los Indicadores de Calidad.
4. Junio 2016- Junio 2017. Elaboración de protocolos y aprobación por Comité de Calidad Asistencial y Tecnología.
5. Junio- Diciembre 2017. Publicación protocolos en Intranet del Salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA, ZARAGOZA)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUDITH MILLASTRE BOCOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RAYADO GUILLERMO
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER
SOSTRES HOMEDES CARLOS
GONZALES SEJAS ARIEL GONZALO
BENGOECHEA MARTINEZ LOURDES
GARCIA GIL AGUSTIN
BORREGO ESTELLA VICENTE
TORRES RAMON IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Grupo Multidisciplinar Establecido.

2. Procedimiento Normalizado de Trabajo para la revisión de los casos clínicos y decisión diagnóstico-terapéutica: Reunión semanal con un primer tiempo en el que se presentan casos nuevos, y un segundo tiempo de revisión de casos “pendientes”, resultados AP, seguimiento…

3. Consulta Específica establecida para el manejo de la Patología Pancreática en el seno del Servicio de Digestivo. Actualmente abierta media consulta semanal (media 10 pac/sem).

4. Registro de los casos presentados y la decisión del Comité en una tabla excel específica elaborada a tal efecto (a desaparecer una vez resuelto el registro en Intranet)

5. Incorporación del Comité de Patología Pancreática en Intranet para registrar la información clínica de cada paciente que se somete a evaluación (a finalizar por Sº Informática)

6. Elaboración de un Informe Específico de la decisión diagnóstico-terapéutica del Comité para su registro en el archivo informático del hospital (a finalizar por Sº Informática)

7. Registro informatizado de la asistencia a la reunión semanal.

8. Elaboración de los Indicadores de Proceso y Resultado (más adelante):
• INDICADORES DE PROCESO:
a) Nº sesiones multidisciplinares realizadas (Obj: 1 reunión semanal, >90% semanas): 77/82 (93%) Todas las semanas excluyendo puentes y festivos.
b) Nº sesiones con, al menos, un miembro por Servicio participante (Obj: >90%): 73/77 (95%) (excluyendo al Sº de Radiología que no suele acudir)
c) Nº informes registrados en Intranet (Obj: 100%): 0 (en proceso por parte del Sº de Informática)
d) Nº informes registrados en tabla excel (Obj: 100%): 154 pacientes registrados, 100% casos presentados

9. Calendario de evaluación de indicadores:
• Se realiza una primera evaluación de los indicadores desde el comienzo del comité (Junio 2017) hasta finales del año 2018 (31 Diciembre).
• A partir de 2019 la evaluación se realizará con cadencia anual.
Tras la evaluación: Análisis de indicadores y propuestas de mejora del proceso.

10. Creación de una BASE DE DATOS ESPECÍFICA DE LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS. Pendiente de desarrollar

11. Informe anual de la actividad del Comité. REALIZADO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES DE RESULTADO:
a) Nº pacientes con patología pancreática grave (no neoplásica) evaluados (Nº absoluto): 13/154 (8%)
b) Nº pacientes con Neoplasia Pancreática evaluados (Adenocarcinoma y Tumor neuroendocrino) (Nºabsoluto) ADC 71/154 (46%)
12 TNE/154 (8%)
c) Nº pacientes con Lesión Quística Pancreática evaluados (Nº absoluto) 15/154 (10%)
d) Patología biliar neoplásica (incluye ampuloma) (Nºabsoluto) 31/154 (20%)
e) Patología biliar no neoplásica (Nºabsoluto): 4/154 (2,5%)
f) Otros (Nºabsoluto): 8/154 (5%)
g) Cáncer de Páncreas: Demora entre decisión terapéutica - inicio tratamiento (Quirúrgico, Oncológico)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA, ZARAGOZA)

(Objetivo: 15 días)
Demora Quirúrgica: 7-10 días
Demora Oncológica: 7-10 días (primera consulta)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El comité de Patología Pancreática se ha convertido en una herramienta hospitalaria imprescindible para el manejo de la misma. Permite la comunicación directa de los especialistas implicados, con cadencia semanal, la evaluación detallada de cada paciente, y la decisión multidisciplinar de las maniobras diagnóstico-terapéuticas indicadas. En el mismo se han evaluado pacientes del HCU y de otros centros de nuestra misma área como el Hospital Ernest Lluch. Los objetivos imprescindibles han sido conseguidos, tal y como queda reflejado en los Indicadores descritos previamente. Así mismo hemos encontrado dificultades (la mayoría no únicamente dependientes del buen hacer del comité), que enumeramos a continuación, y sobre las que seguiremos trabajando en el próximo año.
1. El Sº de Informática no ha incorporado nuestro comité a la Intranet del sector hospitalaria, por lo que no se han podido realizar informes oficiales de la decisión diagnóstico-terapéutica. Este nos parece uno de los mayores problemas, por la importancia no sólo asistencial, sino también legal de la ausencia de estos informes.
2. Ausencia de Secretaria (elaboración de informes, registro de asistencia…)
3. Necesidad de incorporar Servicios como ANESTESIA, NUTRICIÓN, RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.
4. Falta de asistencia de miembros de servicios imprescindibles como RADIOLOGÍA
5. Necesidad de Protocolos de manejo de las distintas patologías pancreáticas adaptados a nuestro centro, para uniformizar su manejo.
6. Frecuente valoración añadida de pacientes afectados por patología biliar, ya que su manejo suele recaer sobre los mismos especialistas que componen este comité.
7. Falta de recursos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/783 ========== ***

Nº de registro: 0783

Título
CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES PANCREATICOS EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
MILLASTRE BOCOS JUDITH, GARCIA RAYADO GUILLERMO, SOSTRES HOMEDES CARLOS, LANAS ARBELOA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En Enero de 2016 se crea en el Servicio de Digestivo del HCU la primera consulta monográfica de patología pancreática, y en sus 10 primeros meses de desarrollo llama la atención del escaso volumen de pacientes remitidos con tumores pancreáticos (AdenoCa, Neuroendocrinos o Lesiones Quísticas).
Existe amplia evidencia bibliográfica que avala el beneficio del seguimiento de estos pacientes por un gastroenterólogo, para el manejo adecuado de la IPE (Insuficiencia Pancreática Exocrina), así como para el seguimiento de lesiones sin indicación quirúrgica al diagnóstico, pero con potencial de malignización en su evolución natural. Del mismo modo, en la atención del estos pacientes con patología pancreática, y muy especialmente con patología oncológica, la toma de decisiones por un equipo multidisciplinar debe ser la norma. Sin embargo, en la actualidad, muchos de estos pacientes son remitidos a las CCEE de Cirugía/Oncología e incluso derivados a Atención primaria, sin existir directrices uniformes dada la falta de protocolos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0783

1. TÍTULO

COMITE MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE INTEGRAL MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA PANCREATICA EN EL SECTOR III, HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA, ZARAGOZA)

adaptados a nuestro centro.
La Ausencia de un Comité de Tumores específico/Unidad Multidisciplinar, impide la toma de decisiones consensuadas entre los distintos especialistas implicados en la atención de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer criterios uniformes para la atención de estos pacientes mediante la elaboración de protocolos
- Traslación a la práctica clínica de los avances científicos de la forma mas rápida y eficiente posible.
- Evaluación continua de los resultados mediante el establecimiento de los indicadores adecuados.
- Establecer criterios para screening de pacientes de alto riesgo
- Mejorar el diagnóstico de IPE, así como el tratamiento paliativo y nutricional de estos pacientes.
- Creación de un entorno multidisciplinar que facilite la mejora y genere oportunidades para la investigación, como:
• Integración en los grupos de trabajo internacionales, como el Club Pancreático Europeo.
• Participar en ensayos multicéntricos relacionados con esta patología, como nuevas líneas de quimioterapia dirigidas frente a los constituyentes del estroma tumoral.
• Mejorar las técnicas diagnósticas y terapéuticas endoscópicas e incorporar técnicas de tratamiento endoscópico de proximidad.
• Creación de un biobanco de sueros y muestras patológicas para estudios posteriores.
• Desarrollar líneas propias de investigación como las que se está llevando a cabo por el S. de Digestivo o de nuevos biomarcadores para la discriminación de los tumores quísticos de Páncreas.
• Obtener fondos para investigación de organismos oficiales o privados

MÉTODO
• Creación de Unidad Multidisciplinar que integre a los distintos especialistas implicados en el manejo de los tumores pancreáticos: Gastroenterologos, Cirujanos, Radiólogos, Anatomopatólogos, Oncólogos Médicos y Radioterápicos.
• Uniformización de los criterios en el manejo de estos pacientes mediante la Elaboración de Protocolos Clínicos específicos en colaboración con otros centros de nivel terciario de nuestra comunidad.
• Establecimiento de indicadores de calidad que permitan monitorizar los resultados con frecuencia anual/bianual.

INDICADORES
• Porcentaje de AdenoCa Pancreáticos diagnosticados, evaluados en Comité de Tumores específico:
o Registro sistemático de hallazgos radiológicos y ultrasonográficos preoperatorios según la plantilla recomendada por la Guía de Cáncer de Páncreas de la NCCN, versión 1-2016.
o Registro sistemático de su concordancia con los hallazgos en pieza operatoria en caso que se indique intervención quirúrgica.
o Evaluación de resecabilidad. Pre y Post tratamiemto neoadyuvante en Cáncer de Páncreas.
• Porcentaje de Lesiones Quísticas pancreáticas diagnosticadas, evaluadas en Comité de Tumores:
o Eventos sospechosos de malignización.
o Correlación del diagnóstico de sospecha prequirúrgico y el análisis de la pieza operatoria
o Seguimiento postquirúrgico.
• Porcentaje de casos en los que se estudia el desarrollo de IPE, como consecuencia de la propia enfermedad o bien de la resección quirúrgica.
o Monitorización de la respuesta al tratamiento y repercusión en la supervivencia y calidad de vida.

DURACIÓN
1. Noviembre-diciembre 2016: Creación del Equipo Multidisciplinar y designación de facultativo responsable en cada especialidad.
2. Enero-Junio 2016: Decisión de los protocolos a elaborar y cronograma de su desarrollo: AdenoCa pancreático, Lesiones Quísticas, Neuroendocrinos.
Contacto y líneas de colaboración con la Unidad de Pancreatología de Hospital Universitario Miguel Servet.
3. Enero-Junio 2016: Creación de un Registro informático de casos y seguimiento. Diseño de los Indicadores de Calidad.
4. Junio 2016- Junio 2017. Elaboración de protocolos y aprobación por Comité de Calidad Asistencial y Tecnología.
5. Junio- Diciembre 2017. Publicación protocolos en Intranet del Salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0146

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA ESCUELA DE CELIACOS EN EL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMACHA TOMEY BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes adultos se captan a través de la consulta de EC del HCU y los niños a través de la consulta de digestivo infantil.
La comunicación se realiza vía telefónica o por mail, se han enviado 463 correos y recibidos 258.
La educación consta de dos sesiones, de dos horas de duración cada una

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de celiacos asistentes ha sido 78, y el de familiares 35, el objetivo era 25.
Se han realizado 7 talleres desde septiembre de 2017, hasta mayo de 2018, Desde el mes de mayo del 2018 se ha instaurado la “escuela de celíacos”, con una periodicidad semanal, el objetivo era 4 talleres.
El test de valoración de conocimientos previos muestra un 21 % de fallos sobre el total de preguntas, reduciéndose estos tras la formación a un 2%, el objetivo era un 30%.
La encuesta de grado de satisfacción (valoración de 1 a 10) muestra que el 90% de los pacientes lo valoran con 10 y el 10% con 9., el objetivo era un 7.5 sobre 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de los asistentes ha sido muy positiva.
Los pacientes han mejorado los conocimientos y habilidades necesarias para manejar su enfermedad, potenciando su motivación y recursos.
Los padres reclaman la realización de talleres específicos para niños y con mayor amplitud de horarios.
La dinámica del taller mejoraría si se pudieran realizar por grupos de edad
Sería necesario, en determinados casos realizar una revisión de la dieta personalizada

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/146 ========== ***

Nº de registro: 0146

Título
DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE L A ESCUELA DE CELIACOS EN HCU LOZANO BLESA

Autores:
ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR, REMACHA TOMEY BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora calidad de vida

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad celíaca (EC) es la enfermedad crónica intestinal más frecuente en España, estimándose una prevalencia del 1%.
El único tratamiento para controlarla, se basa en la instauración y cumplimiento exhaustivo (estricto y de por vida) de una dieta exenta de gluten (DEG).
En la actualidad, los pacientes recién diagnosticados no cuentan con ningún tipo de educación terapéutica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0146

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA ESCUELA DE CELIACOS EN EL HCU LOZANO BLESA

especializada. La implementación de un proceso educativo favorecería en gran medida la adhesión a la dieta terapéutica.

RESULTADOS ESPERADOS
- Adquisición por parte de los pacientes de los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo de la enfermedad celiaca.
- Potenciar la motivación, capacidad y recursos necesarios para una adecuada adherencia al tratamiento dietético.
- Garantizar el seguimiento de los pacientes celiacos del Sector Zaragoza III

MÉTODO
1.- Captación de la población a través de la consulta de EC del HCU “Lozano Blesa” de Zaragoza.
2.- Organización de la educación terapéutica:
2.1- Destinatarios: Dirigido a pacientes celíacos recién diagnosticados
2.2- Inscripción: Se realizará en la consulta de EC del HCU.
2.3- Programación de la educación terapéutica:
2.3.1. Contenido:
Enfermedad Celíaca (etiopatogenia, cronicidad).
Consecuencias de la falta de adherencia a la dieta.
Cómo realizar una dieta equilibrada exenta de gluten.
Adquisición de competencias de autocontrol y de autoadaptación al nuevo estatus.
2.3.2. Sesiones:
Educación grupal con dos talleres teórico-prácticos por paciente, con una duración total de la misma de 5 horas
Realización consulta individualizada en los pacientes con una inadecuada evolución
3.- Evaluación de la formación: indicadores
4.- Seguimiento del paciente

INDICADORES
- Grado de conocimientos de los pacientes/familiares celiacos (antes/después de educación terapéutica). Medido mediante cuestionario de conocimientos.Valor a alcanzar 70% de aciertos en cuestionario final
- Grado de satisfacción de los pacientes/familiares, valorado mediante encuesta de satisfacción.Valor a alcanzar 7.5 sobre 10.
- Número de talleres realizados de educación terapéutica. El objetivo es realizar 4
- Número de pacientes/familiares que han realizado los talleres de educación terapéutica, el objetivo es 25

DURACIÓN
Octubre 2017: inicio de los talleres
Junio 2018: finalización de los talleres

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1163

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E MPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLA JERUSALEN GARGALLO PUYUELO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMOLLON GARCIA FERNANDO
ARROYO VILLARINO MARIA TERESA
MONTERO MARCO JESICA
ALFAMBRA CABREJAS ERIKA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha realizado un protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con inmunomoduladores para facilitar la labor de seguimiento de pacientes con este tratamiento en la Consulta de Enfermería. De esta forma los pacientes en tratamiento con azatioprina, mercaptopurina o metrotexate y que están en remisión clínica y biológica de su enfermedad inflamatoria intestinal han sido valorados de forma alternante por su especialista en enfermedad inflamatoria intestinal y por la enfermera especializada en enfermedad inflamatoria intestinal con el periodo establecido de 6 meses. Es decir 1 visita anual con el médico y 1 visita anual con la enfermera.
2. Se ha implantado la telemedicina (teléfono y correo electrónico) en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Se ha administrado la información de contacto correspondiente de forma verbal en la consulta médica y además se ha entregado hoja informativa con dichos datos a todos los pacientes atendidos. El teléfono utilizado ha sido la extensión telefónica de la consulta de Enfermería de la Unidad de Enfermedad inflamatoria intestinal y ha estado activo de 8:30 a 15:00 de lunes a viernes. El correo electrónico ha estado activo las 24 horas/día y los 365 días/año. Por ambos medios se han contestado dudas planteadas por los pacientes y se ha procedido a la citación de forma preferente (3-5 días) en la consulta de su especialista en enfermedad inflamatoria intestinal correspondiente de aquellos pacientes que precisaban atención médica presencial por presentar síntomas sugerentes de brote de actividad inflamatoria o efectos adversos a la medicación. La actividad de telemedicina (correos electrónicos y llamadas recibidas) ha sido registrada en una base de datos Excel por la enfermera responsable (Jessica Montero).
3. Realización de encuesta de satisfacción sobre el servicio de telemedicina a 200 pacientes que han utilizado la misma a lo largo del periodo de estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos que se aportan son los correspondientes al periodo: Febrero de 2018 a Febrero de 2019.

- El número de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en tratamiento con inmunomoduladores atendidos anualmente por la Enfermera especializada en Enfermedad Inflamatoria Intestinal ha sido de 140 pacientes. De estos pacientes algunos han sido atendidos por la enfermera 2 o más veces durante este periodo si ha sido preciso por alteraciones analíticas o introducción reciente de fármacos siendo por tanto el número de visitas superior.
- Número de llamadas atendidas. La media de llamadas semanales atendidas ha sido de 10-12 llamadas. En total se han recibido 460 llamadas en un año. Existen pacientes que no han contactado telefónicamente con la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en todo el año. El paciente que más llamadas ha realizado en el periodo estudiado ha realizado 15 llamadas.
- El tiempo de solución del problema que motiva la llamada desde la recepción de la misma ha oscilado entre 0 días (siendo solucionada la duda o el problema el mismo día de la llamada) hasta un máximo de 3 días.
- Número de correos electrónicos recibidos. En el periodo evaluado se han recibido un total de 1229 correos electrónicos enviados por los pacientes atendidos en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. El paciente que más ha contactado a través de este medio ha enviado 30 correos en el año evaluado.
- Tiempo medio de respuesta al correo electrónico por el equipo de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal ha oscilado entre 0 días (siendo solucionada la duda o el problema el mismo día de la recepción del email) hasta un máximo de 3 días.
- Consultas resueltas mediante telemedicina sin precisar consulta médica presencial. El 82% de las consultas realizadas por los pacientes vía teléfono o email han podido ser resueltas por esta misma vía, sin necesidad de visita médica presencial. El 18% restante han precisado ser valorados por su médico especialista con visita presencial.
- La Satisfacción de los pacientes con el sistema de telemedicina. La satisfacción con la comunicación vía telefónica o vía correo electrónico se midió mediante un cuestionario basado en la escala Likert (puntuación que oscila entre 0= muy mal y 5=excelente). La puntuación media dada por los pacientes encuestados para el teléfono fue de 4,6 puntos y para el correo electrónico de 4,9 puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La valoración alternante por parte de enfermería y médico especialista de los pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con inmunomoduladores en remisión clínica tras la formación correspondiente de la enfermera y con el protocolo disponible es posible y cumple con los criterios de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1163

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E MPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HCU LOZANO BLESA

calidad exigidos por las guías actuales de práctica clínica. Esto permite aumentar el número de consultas disponibles del médico especialista en Enfermedad inflamatoria intestinal para atender a pacientes con actividad inflamatoria aguda que precisan valoración preferente/urgente por su Médico especialista o a pacientes con diagnóstico nuevo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
• Un porcentaje importante de pacientes atendidos en nuestra Unidad de Enfermedad Inflamatoria intestinal han utilizado los sistemas de telemedicina (teléfono y correo electrónico) que se han puesto a su disposición
• Los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal valoran de forma muy positiva la oportunidad de poder comunicarse con su equipo de médico-enfermera de forma rápida, tanto por vía email como por vía telefónica
• Aunque no ha sido evaluado, creemos que la disponibilidad de contacto directo y rápido con su médico especialista probablemente disminuya las visitas a Urgencias y hospitalizaciones innecesarias de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1163 ========== ***

Nº de registro: 1163

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EIMPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DELHCU LOZANO BLESA

Autores:
GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN, GOMOLLON GARCIA FERNANDO, ARROYO VILLARINO MARIA TERESA, MONTERO MARCO JESICA, ALFAMBRA CABREJAS ERIKA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Hospital Clínico Universitario existe la Unidad de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) integrada por 3 médicos especialistas en Digestivo y 2 enfermeras. En dicha Unidad se atiende a 1550 pacientes. El tiempo total dedicado a la consulta de EII por los 3 médicos es de 28 horas/semana. El hecho de que la enfermedad curse a brotes conlleva que en muchas ocasiones los pacientes deban ser atendidos fuera de sus citas previstas de forma muy preferente (< 3 días). Además, muchos pacientes precisan tratamiento de mantenimiento con inmunomoduladores o biológicos, que precisan controles periódicos. En nuestra Unidad, 700 pacientes llevan tratamiento con inmunomoduladores, y 291 con biológicos. Por tanto, el carácter impredecible de la evolución y la necesidad de realizar controles periódicos máximo cada 4-6 meses aún en los periodos de remisión clínica junto con el número limitado de horas que puede dedicar el personal médico conlleva que en ocasiones la lista de espera sea mayor de la deseable y no se puedan cumplir los plazos de seguimiento que estipulan las guías clínicas actuales. Por otra parte, la posible aparición de brotes requiere que los pacientes tengan acceso a la atención por parte de su especialista de forma precoz. Nuestro proyecto consiste en la implantación de forma progresiva de una atención multidisciplinar del paciente con EII, que incluya atención médica y atención de enfermería especializada.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Realización de un protocolo de seguimiento de pacientes en tratamiento con inmunomoduladores en una Consulta de Enfermería. Los pacientes que estén en periodo de remisión podrán ser visitados de forma alternante por la enfermera y el médico. Esto permitirá que dichos pacientes, si se están en remisión y sin efectos secundarios, sean vistos 1 vez al año por el médico. Se pretende disminuir la lista de espera, ajustando al máximo los periodos de seguimiento recomendados por las Guías, así como la posible liberación de huecos de la consulta para la atención de pacientes con brote o efectos adversos que precisen atención muy preferente
2. Implantación de la telemedicina (teléfono y correo electrónico) en la Unidad de EII. Esto permitirá un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1163

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR AL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL E MPLANTACION DE LA TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HCU LOZANO BLESA

acceso a la atención por parte del especialista en EII de forma precoz. El teléfono móvil y el correo estarán activos las 24 horas/día y 365 días/año. El teléfono se contestará de 8:00 a 15:00 horas. En el resto de horarios el paciente podrá dejar 1 mensaje y se le contactará en < 24 horas de lunes a viernes y en <72 horas el fin de semana. Por ambos medios se contestaran dudas y se procederá a la citación de forma preferente (3-5 días) en la consulta a aquellos que precisen atención presencial. Se pretende lograr una atención más personalizada al paciente, una disminución en las visitas a Urgencias en periodos de brote y una disminución del número de ingresos en Hospitalización.

MÉTODO
1. Para la implantación de un protocolo de seguimiento de inmunomoduladores se realizará: a) revisión exhaustiva de la última evidencia disponible, b) redacción de protocolo escrito de actuación y c) varias sesiones docentes por parte del personal médico a la enfermera responsable para la solución de dudas del protocolo y simulación de situaciones posibles
2. Para la implantación de la telemedicina se habilitará una línea telefónica directa y una cuenta de correo institucional. Inicialmente la enfermera especialista en EII atenderá a ambos medios y trasmitirá a los médicos responsables de cada paciente las dudas o cuestiones planteadas por el paciente.

INDICADORES
Se monitorizarán los siguientes aspectos:
- Número de pacientes con EII en tratamiento con inmunomoduladores atendidos anualmente por la Enfermera especializada en EII
- Número de llamadas atendidas y Ratio de llamadas/paciente
- Tiempo medio de respuesta desde recepción de mensaje telefónico
- Número de emails recibidos y Ratio de emails / paciente
- Tiempo medio de respuesta al email
- Ratio de consultas resueltas mediante telemedicina sin precisar consulta presencial
- Encuesta de satisfacción a los pacientes sobre el servicio de telemedicina

DURACIÓN
Elaboración de protocolo para seguimiento de pacientes en tratamiento con inmunomoduladores: 3 meses. Derivación anual desde la consulta médica a la consulta de enfermería a los pacientes candidatos. Si los resultados son positivos se mantendrá esta actividad indefinidamente.
Repartición de hoja informativa con número de teléfono, dirección de correo electrónico y profesionales responsables a todos los pacientes que acudan a la consulta de EII en nuestra Unidad. La monitorización de la actividad generada se evaluará al año y se realizará posteriormente encuesta de satisfacción a los usuarios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1200

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA LORENTE PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO AULLO MARIA TRINIDAD
CORTES GARCIA LUIS
GARCIA RAYADO GUILLERMO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Identificación de los pacientes atendidos en nuestro sector que pueden ser potenciales candidatos a ser derivados al Hospital de Día.

-Valoración de la ubicación más idónea del Hospital de Día de Hepatología

-Comunicación del proyecto a profesionales y pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Durante estos meses hemos llevado a cabo la identificación de los pacientes atendidos en nuestro sector que pueden ser potenciales candidatos a ser derivados al Hospital de Día. Estos incluyen básicamente pacientes con diagnóstico de ascitis refractaria, bien por ausencia de respuesta a dosis máximas de diuréticos; o bien por ascitis intratable (pacientes que no pueden ser tratados con las dosis necesarias de diuréticos por aparición de efectos secundarios a éstos - alteraciones hidroelectrolíticas o encefalopatía hepática-. Estos pacientes precisan paracentesis evacuadoras periódicas frecuentes (en ocasiones cada 2-4 semanas) con reposición de albúmina que motivan múltiples atenciones en el Servicio de Urgencias o incluso hospitalización (paracentesis ecodirigidas por dificultad técnica).
Para esta actividad hemos analizado los datos de la Unidad de Codificación e Información Clínica y hemos identificado a un total de 20-30 pacientes.
Además de estos enfermos, los pacientes dados de alta de hospitalización/Servicio de Urgencias tras un episodio de descompensación edemato-ascítica que precisan control analítico temprano para ajuste de tratamiento diurético serían también subsidiarios de ser atendidos en la Unidad Ambulatoria.

-Valoración de la ubicación más idónea del Hospital de Día de Hepatología teniendo en cuenta la infraestructura y el personal sanitario necesarios para los procedimientos a realizar (básicamente paracentesis evacuadora y/o extracción de analítica sanguínea e infusión endovenosa de seroalbúmina).
En la actualidad se está consensuando con la Dirección de nuestro hospital el lugar más adecuado para la ubicación del Hospital de Día de Hepatología en nuestro centro, así como la dotación de personal.

-Comunicación del proyecto a profesionales y pacientes
Se está elaborando un documento para la difusión del proyecto entre los profesionales del centro. Asimismo se está confeccionando una encuesta de satisfacción del paciente en la que se incluirá un apartado de sugerencias para analizar periódicamente las inquietudes y necesidades percibidas por nuestros pacientes de cara a poder realizar mejoras que repercutan en una mejor calidad de la atención percibida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora es positiva, ya que durante este tiempo se han identificado a los pacientes que podrían beneficiarse de la puesta en marcha del Hospital de Día. Queda pendiente decidir la situación física más idónea de la Unidad y definir el equipo asistencial que atenderá la misma (enfermera, auxiliar de enfermería y médico).
En cualquier caso, creemos que se trata de un proyecto sostenible, que requiere escaso equipamiento material y que tendría un impacto muy positivo en la mejora de la atención de los pacientes con enfermedad hepática crónica descompensada.
El envejecimiento de la población y el incremento de la supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática debido a la mejora en el manejo de estos pacientes en los últimos años, ha motivado un aumento progresivo en el número de ingresos hospitalarios y reingresos de estos pacientes, lo que provoca una sobrecarga importante en nuestro sistema sanitario a todos los niveles. Por otra parte, la hospitalización es una intervención médica de alto coste, no exenta de complicaciones y agresiva para el paciente desde el punto de vista personal y familiar. Todo ello ha motivado el desarrollo de estrategias y dispositivos asistenciales dirigidos a evitar el ingreso hospitalario y a mejorar la continuidad y la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1200

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1200 ========== ***

Nº de registro: 1200

Título
HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
LORENTE PEREZ SARA, SERRANO AULLO MARIA TRINIDAD, CORTES GARCIA LUIS, LUE ALBERTO, GARCIA RAYADO GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La cirrosis hepática (CH) descompensada es la causa más frecuente de reingreso en el Servicio de Digestivo. En el año 2014 y según datos de la Unidad de Codificación e Información Clínica, los reingresos por enfermedad hepática supusieron al menos 165 episodios en 61 pacientes y se asociaron a una mortalidad del 25%. Por lo que uno de los aspectos más importantes en ese proceso, es incluir en el mismo una atención en Hospital de Día. Está ampliamente demostrado con experiencias nacionales e internacionales, que el control periódico de los pacientes cirróticos descompensados en una unidad ambulatoria en la que se pueda ajustar la medicación según las alteraciones analíticas, realizar paracentesis evacuadoras, etc. evita ingresos y aumenta la supervivencia.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mejorar la Supervivencia de los pacientes con CH descompensada
2. Disminuir la necesidad de ingresos hospitalarios en pacientes con CH descompensada
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes con CH descompensada

MÉTODO
DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA
PROCEDIMIENTO:
Los pacientes son derivados desde la consulta de Digestivo, desde el S. Urgencias o una vez dados de alta desde la planta de hospitalización.
INDICACIONES
-Cualquier cirrótico con ascitis que no se controla adecuadamente con diuréticos.
-Ascitis refractarias
-Pacientes con intolerancia a los diuréticos.
-Control analítico en pacientes recién dados de alta hospitalaria (para acortar estancia hospitalaria)
SISTEMÁTICA EN EL HOSPITAL DE DÍA
-Al paciente lo recibe una auxiliar y una enfermera.
-Se le ofrece una cama o un sillón.
-La enfermera le extrae la analítica de sangre y cursa dicha analítica más la orina que aporta el paciente.
-Se deja un vía venosa para infusión de albúmina.
-Selecciona a los pacientes a los que hay que realizar una paracentesis evacuadora.
-El médico procede a la paracentesis evacuadora y se recoge una muestra para bioquímica del líquido ascítico.
-Se infunde albúmina en función de los litros de líquido ascítico drenado.
-El médico revisa el resultado de la analítica urgente y ajusta el tratamiento del paciente y emite un informe y decide cuando tiene que volver dicho paciente al hospital de día (variable: de 1-3 semanas)
-Una vez que haya dejado de drenar la enfermera le retira el catéter y la vía venosa y se procede al alta con el informe del médico
Se realizarán periódicamente encuestas de satisfacción y además, se dispondrá de un BUZON DE SUGERENCIAS para analizar periódicamente las inquietudes y necesidades de nuestros pacientes y poder realizar mejoras que repercutan en una mejor atención percibida.DOTACIÓN DE PERSONAL
-Médico
-Enfermera (ya disponible en la Unidad de Endoscopias en turno de tarde)
-Auxiliar de clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1200

1. TÍTULO

HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCION DEL ENFERMO CON CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

INDICADORES
-Supervivencia de los pacientes con CH atendidos en el Hospital de Día de Hepatología
-Tasa de infecciones nosocomiales y de infecciones por gérmenes multiresistentes en estos pacientes
-Tasa de reingresos de los pacientes con CH descompensada atendidos en el Hospital de Día de Hepatología
-Satisfacción del paciente
Los indicadores se evaluarán semestralmente.

DURACIÓN
La implantación del Hospital de Día de Hepatología se puede realizar de forma rápida ya que se dispone de la infraestructura y del personal necesarios a excepción de un/a auxiliar de enfermería dos tardes a la semana.
En un futuro y solo si fuese necesario por incremento importante de la demanda, se podría ampliar el horario a más tardes de la semana.
Se considera un proyecto que tras su implantación se mantendrá de forma permanente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JASA ARDANAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMÁS
GONZALEZ MORAN CARMEN
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GIL ROMEA ISMAEL
VAL-CARRERES RIVERA MARIA PILAR
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
ANDRES CONEJERO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones para la elaboración del proceso Ca Mama.
- Establecimiento de criterios de inclusión.
- Lista de espera quirúrgica (LEQ) única.
- IQ con Equipos quirúrgicos mixtos: ginecólogos y cirujanos generales.
- Hospitalización de las pacientes de Unidad de Mama en planta 4ª, con habitaciones propias.
- Asignación de GFH propio a la unidad de mama.
- Planificación de nueva ubicación de Consultas de Unidad de Mama con redimensionamiento del número de consultas de acuerdo con la presón asistencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:

1º. Primer contacto con Unidad.

Indicador: Porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad es < 7 días. Valor a alcanzar: 85%, límite inferior 75%, límite superior 100%. Resultado: 60%.

Cada semana se reciben entre 20-25 nuevos casos solicitando consulta en la unidad, se valoran los miércoles y se citan para la siguiente semana la gran mayoría, entre los que se incluyen los que el médico de cabecera considera sospechosos, así pues el tiempo transcurrido entre valoración en consulta (valoración de la nota del MAP) y su visita en consulta oscila entre 5 y 9 días. Si el MAP se pone en contacto directo telefónico con Unidad de Mama la paciente puede ser vista en 24 o 48 h.

2º. Comité de tumores.

Indicador: Porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la biopsia informada hasta evaluación por el comité de tumores < 7 días. Valor a alcanzar: 85%, límite inferior 75%, límite superior 100%. Resultado: 100%.
Todas las pacientes que son vistas durante la semana portadoras de neoplasia (ya biopsiada) susceptibles de intervención quirúrgica son comentadas en el comité de tumores el lunes siguiente.
Así que el 100 % de las pacientes ya biopsias son comentadas en el comité antes de transcurridos 7 días

Además de los indicadores reseñados, los siguientes resultados son de destacar, por el cambio que han supuesto en la atención a las pacientes con patología en mama:
- Constitución de la Unidad de Mama con unificación de cirujanos generales, ginecólogos y oncólogos.
- Lista de Espera Quirúrgica única, evitando dos entradas diferentes (ginecología y cirugía general).

- Disminución de la variabilidad en la atención a las pacientes.

- Atención quirúrgica con equipos compuestos por cirujanos generales y ginecólogos.
- A todas las pacientes se realiza el ingreso quirúrgico en planta 4ª (ginecología), atendido por equipo quirúrgico que realiza la intervención quirúrgica.
- Planificación de área Unidad de Mama en consultas externas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está contento en cuanto a la integración de distintos especialistas en la Unidad, consiguiendo una única LEQ y una mejora en la variabilidad de la atención a las pacientes atendidas.
Queda pendiente la reubicación en consultas externas, que está pendiente de obras de adecuación, ya que van a ocupar el espacio donde estaban las consultas de psiquiatría que han sido trasladadas recientemente al Centro de Especialidades Inocencio Jiménez.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1757 ========== ***

Nº de registro: 1757

Título
UNIDAD DE MAMA

Autores:
JASA ARDANAZ VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención a pacientes con patología mamaria en más de un servicio ocasiona que sean atendidos con variabilidad, no justificable por las evidencias científicas. El conseguir un equipo multidisciplinar que trabaje cohesionado permitiría un trabajo más adecuado.

RESULTADOS ESPERADOS
Modificar la actual estructura de la Unidad de Mama. Minimizar la variabilidad en la atención a la paciente con patología mamaria

MÉTODO
- Puerta de entrada única a la Unidad de Mama
- Unificación del proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento de los pacientes afectos de esta patología

INDICADORES
1. Primer contacto con la unidad
Descripción: Tº transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad <7d
Fuente de datos: Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 85% de las pacientes
Límite inferior: 75%. Límite superior: 100%

2. Comité de tumores
Descripción: Tº transcurrido desde la biopsia informada hasta evaluación por el comité de tumores<7d
Fuente de datos: Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 85% de las pacientes
Límite inferior: 75%. Límite superior: 100%

DURACIÓN
Subproceso1: sospecha diagnóstica hasta diagnostico(Atención Primaria, Radiología, Ginecología y Cirugía General). Enero-marzo
Subproceso 2. Consulta de patologías con tratamiento quirúrgico y estudios de extensión. (Comité de Mama, Radiología, Ginecología, Cirugía y Oncología). Febrero -abril
Subproceso 3.Tratamiento quirúrgico. (Cirugía, Radiología, Ginecología, Anestesia, Unidad Gestión de Camas) . Marzo-mayo
Subproceso 4 . Tratamiento Postquirúrgico (Oncología, Radioterapia, Rehabilitación, Psiquiatría, Ginecología y Cirugía). Mayo-julio
Subproceso 5. Seguimiento (Medicina de Familia, Oncología Médica, Ginecología, Cirugía, Radioterapia y Rehabilitación). Mayo -julio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JASA ARDANAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GÜEMES SANCHEZ ANTONIO TOMÁS
GONZALEZ MORAN CARMEN
SOUSA DOMINGUEZ RAMON
GIL ROMEA ISMAEL
VALCARRERES RIVERA MARIA PILAR
ARRIBAS DEL AMO DOLORES
ANDRES CONEJERO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Metas alcanzadas/consolidadas.
- Asignación de GFH propio a la unidad de mama.
- Lista de espera quirúrgica (LEQ) única.
- Intervenciones Quirúrgicas con Equipos quirúrgicos mixtos: ginecólogos y cirujanos generales.
- Hospitalización de las pacientes de Unidad de Mama en planta 4ª, con habitaciones propias.
- Ubicación de Consultas de Unidad de Mama nueva en planta -1 del edificio de consultas Externas:
Esta estructura está dotada con:
- 2 salas de espera.
- 1 recepción pacientes.
- 1 sala de reuniones.
- 1 sala para AECC.
- 2 consultas de enfermería.
- 6 consultas médicas: oncología, oncología radioterápica, cirugía general, ginecología.

2.- Nuevos Documentos.
- Protocolo de Tratamientos Oncológicos.
- Protocolo de manejo clínico de la cardiotoxicidad en Oncología (Onc Med y Cardiología).
- Protocolo de manejo clínico de la axila en cáncer de mama (Onc Med, Onc RT, AP, cirugía, Med nuclear).
- Protocolo de seguimiento en pacientes con cáncer de mama (UMA y At. Primaria).
- Profilaxis quirúrgica en cirugía de mama.

3.- Modificaciones de Estructura Hospitalaria.
- Unidad de Mama Consultas Externas, planta -1.
- Dotación de las consultas.
- Espacio en Intranet para disponer todos los miembros de los documentos comunes.
- Asignación de GFH propio a la unidad de mama.
- Lista de espera quirúrgica (LEQ) única.
- Intervenciones Quirúrgicas con Equipos quirúrgicos mixtos: ginecólogos y cirujanos generales.
- Hospitalización de las pacientes de Unidad de Mama en planta 4ª, con habitaciones propias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores Analizados:
1º. Primer contacto con Unidad.
Indicador: Porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad es < 7 días. Valor a alcanzar: 85%, límite inferior 75%, límite superior 100%. Resultado: 80%. Cada semana se reciben entre 20-25 nuevos casos solicitando consulta en la unidad, se valoran los miércoles y se citan para la siguiente semana la gran mayoría, entre los que se incluyen los que el médico de cabecera considera sospechosos, así pues el tiempo transcurrido entre valoración en consulta (valoración de la nota del MAP) y su visita en consulta oscila entre 5 y 9 días. Si el MAP se pone en contacto directo telefónico con Unidad de Mama la paciente puede ser vista en 24 o 48 h.
2º. Comité de tumores.
Indicador: Porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la biopsia informada hasta evaluación por el comité de tumores < 7 días. Valor a alcanzar: 85%, límite inferior 75%, límite superior 100%. Resultado: 100%. Todas las pacientes que son vistas durante la semana con neoplasia (ya biopsiada) susceptibles de intervención quirúrgica son comentadas en el comité de tumores el lunes siguiente. Así que el 100 % de las pacientes ya biopsias son comentadas en el comité antes de transcurridos 7 días. Para la consecución de este objetivo se modificó el método de incluir a las pacientes en el Comité, de manera que directamente desde Anatomía Patológica se incluyen.
Además de los indicadores reseñados, los siguientes resultados son de destacar, por el cambio que han supuesto en la atención a las pacientes con patología en mama:
- Constitución de la Unidad de Mama con unificación de cirujanos generales, ginecólogos y oncólogos.
- Lista de Espera Quirúrgica única, evitando dos entradas diferentes (ginecología y cirugía general).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

- Disminución de la variabilidad en la atención a las pacientes.
- Atención quirúrgica con equipos compuestos por cirujanos generales y ginecólogos.
- A todas las pacientes se realiza el ingreso quirúrgico en planta 4ª (ginecología), atendido por equipo quirúrgico que realiza la intervención quirúrgica.
- Planificación de área Unidad de Mama en consultas externas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está contento en cuanto a la integración de distintos especialistas en la Unidad, consiguiendo una única LEQ y una disminución en la variabilidad de la atención a las pacientes atendidas.
Se han conseguido buenos resultados en los objetivos planteados.
Ha sido importante el trabajo del equipo multidisciplinar con el apoyo de la dirección para el cambio estructural conseguido. A destacar la nueva ubicación en consultas externas, adecuando los espacios a las necesidades de las pacientes que se atienden.
Aunque el objetivo de alcanzar un 85% del porcentaje de pacientes cuyo Tiempo transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad es < 7 días se ha quedado en el 80% el mismo era muy ambicioso, se ha conseguido que el 100% sean atendidas en menos de 10 días y seguimos trabajando en la coordinación con atención primaria para mejorarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1757 ========== ***

Nº de registro: 1757

Título
UNIDAD DE MAMA

Autores:
JASA ARDANAZ VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención a pacientes con patología mamaria en más de un servicio ocasiona que sean atendidos con variabilidad, no justificable por las evidencias científicas. El conseguir un equipo multidisciplinar que trabaje cohesionado permitiría un trabajo más adecuado.

RESULTADOS ESPERADOS
Modificar la actual estructura de la Unidad de Mama. Minimizar la variabilidad en la atención a la paciente con patología mamaria

MÉTODO
- Puerta de entrada única a la Unidad de Mama
- Unificación del proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento de los pacientes afectos de esta patología

INDICADORES
1. Primer contacto con la unidad
Descripción: Tº transcurrido desde la sospecha diagnóstica por el MAP hasta primera visita en la unidad <7d
Fuente de datos: Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 85% de las pacientes
Límite inferior: 75%. Límite superior: 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1757

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LOS PROCESOS DE PATOLOGIA DE MAMA. UNIDAD DE MAMA

2. Comité de tumores
Descripción: Tº transcurrido desde la biopsia informada hasta evaluación por el comité de tumores<7d
Fuente de datos: Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 85% de las pacientes
Límite inferior: 75%. Límite superior: 100%

DURACIÓN
Subproceso1: sospecha diagnóstica hasta diagnostico(Atención Primaria, Radiología, Ginecología y Cirugía General). Enero-marzo
Subproceso 2. Consulta de patologías con tratamiento quirúrgico y estudios de extensión. (Comité de Mama, Radiología, Ginecología, Cirugía y Oncología). Febrero -abril
Subproceso 3.Tratamiento quirúrgico. (Cirugía, Radiología, Ginecología, Anestesia, Unidad Gestión de Camas) . Marzo-mayo
Subproceso 4 . Tratamiento Postquirúrgico (Oncología, Radioterapia, Rehabilitación, Psiquiatría, Ginecología y Cirugía). Mayo-julio
Subproceso 5. Seguimiento (Medicina de Familia, Oncología Médica, Ginecología, Cirugía, Radioterapia y Rehabilitación). Mayo -julio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GUTIERREZ CIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALTARRIBAS BOLSA ELENA
GUIJARRO CASADO AGUSTIN
FUSTER DIESTE PILAR
IBAÑEZ TENAS PILAR
AMORIN CALZADA MARIA JOSE
JASA ARDANAZ VICENTE
BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Humanización de las Unidades de Medicina Intensiva

- Proyecto H-UCI (humanización de las unidades de Medicina Intenisva)
o Formación del grupo multidisciplinar
o Identificación de necesidades
o Puesta en marcha de acciones concretas:
? Diseño de ropa de cama adecuada a la protección de la intimidad y a las necesidades de monitorización y atención urgente del paciente crítico
? Atención a los familiares
- Implantación de Plan de seguimiento al alta de Medicina Intensiva a pacientes con requerimientos especiales.

- Atención al final de la vida en la Unidad de Medicina Intensiva:

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, incluyendo expertos en Bioética (nivel Master y Experto Universitario) y en donación de órganos

- Reuniones de trabajo en UCI para elaborar un documento sobre la Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV).

- Evaluación y aprobación del documento LTSV por la Comisión de Revisores de la Práctica Clínica, por el Comité de Ética asistencial y por la Comisión de Dirección del Hospital.

- Implantación del manejo de pacientes en UCI de acuerdo al Protocolo de Limitación del Tratamiento de Soporte Vital.

2. Respeto a la Dignidad del Paciente

- Elaboración por Comité de Ética Asistencial del Procedimiento de Respeto a la Intimidad y Dignidad de los Pacientes. Recomendaciones.

- Elaboración por Comité de Ética Asistencial de un cartel con viñetas basado en el documento previo y pegado de carteles en cada Unidad Asistencial.

- Proyecto: Escucha activa de pacientes respecto a respeto a su dignidad y fomento de su participación en los cuidados.

- Proyecto: Respeto a la intimidad durante la información a pacientes y familiares.

o En diferentes servicios (especialmente quirúrgicos, en los que se había detectado una mayor irregularidad en cuanto a la información a pacientes) se definió como objetivo anual el establecimiento de un horario y espacio definido para la información
o Definición de espacios para la información a pacientes quirúrgicos en el antequirófano.

- Proyecto: Valoración integral (bio-psico-social) de las necesidades del paciente y su familia

o Realización sistemática de la valoración de necesidades del paciente al ingreso

o Valoración funcional y cognitiva de los pacientes

o Identificación de Problemas

o Identificación del Cuidador Principal y valoración integral del mismo

o Valoración por enfermera Gestora de Casos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

o Detección precoz del riesgo social y solicitud de colaboración a Trabajo Social si se precisa

o Planificación del alta del paciente

o Emisión de informes de valoración de gestora de Casos para el hospital de convalecencia socio Sanitario/Atención Primaria/ Residencia Sociosanitaria Santa Ana

o Coordinación con Atención Primaria

o Atención Telefónica al Cuidador

- Proyecto “Escuela de Pacientes”:

1.Talleres a cuidadores. Cuidados de movilización, higiene, alimentación, etc paciente dependiente (192 asistentes)

2. Talleres de “primer impacto” a pacientes Ostomizados

- Proyecto Decálogo de Pacientes:
o Conociendo el impacto de un ingreso hospitalario en la vida de las personas, se recogió las opiniones de diferentes pacientes ingresados preguntándoles qué propuestas harían para mejorar la experiencia de la hospitalización. Este proyecto se canalizó a través de la Comisión de Cuidados, fruto de estas aportaciones se ha elaborado el Decálogo del Paciente Ingresado con objeto de integrar en la práctica clínica diaria asistencial la experiencia que nos demandan los pacientes del Sector Zaragoza III.

- Proyecto información a Pacientes:
o Díptico información intervenciones a niños Traumatología
o Díptico información paciente quirúrgico
o Díptico información iontoforesis

- Proyecto: Acompañamiento a los pacientes en riesgo de suicidio
o Identificación de necesidades
o Contacto con ONGs para la búsqueda activa de voluntarios con formación y perfil personal adecuado para el acompañamiento de este tipo de pacientes.
o Acuerdo entre el Hospital y la asociación Seniors en Red
o Formación de los voluntarios impartida desde el Servicio de Psiquiatría del HCU

3. Incentivación profesional: identificación e implementación de incentivos no económicos para los profesionales del hospital.

- Potenciar el trabajo de enfermería:

o Realización de acuerdos de gestión en las unidades de enfermería: Hospital de Día Oncohematológico, hospital de seman Y Bloque Quirúrgico

o Formación en las unidades asistenciales sobre el programa de Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería Línea Abierta (GACELA CARE).

o Análisis y evaluación mensual de los indicadores de cuidados

o Información mensual a Supervisoras y profesionales de las unidades asistenciales sobre los resultados de los indicadores de cuidados

o Planificación y realización de proyectos en función de resultados

- Promoción de la colaboración Atención Primaria/ Atención Especializada

o Evaluación de las experiencias de colaboración activa de servicios con Atención Primaria: MI, digestivo, hematología. Propuesta de extensión a otros servicios.

o Difusión de la colaboración activa: sesión hospitalaria de experiencia del servicio de hematología, Atención coordinada en Artritis Reumatoide (Jornada en IACS).

o Evaluación de los resultados asistenciales de la experiencia en asistencia Compartida de MI con otras unidades de hospitalización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

- Trabajo con los servicios que prestan asistencia en Centros Cinco Villas y Tarazona para evaluar los recursos que se destinan a la misma, así como la actividad asistencial y su evolución prospectiva.

4. Difusión e implicación de los pacientes/ ciudadanos en la realización de este proyecto

Uno de los aspectos más destacados de este proyecto es la participación por parte del Comité de Ética Asistencial en los trabajos realizados. En dicho Comité se incremento la participación de los ciudadanos con un nuevo miembro lego, que se añade al que se integraba en el Comité desde el inicio de sus actividades.

Atención a los cuidadores:
- Identificación del Cuidador Principal y valoración integral del mismo
- Detección precoz del riesgo social y solicitud de colaboración a Trabajo Social si es preciso
- Planificación del alta
- Atención Telefónica al Cuidador

Implicación con el voluntariado
- Acuerdo de colaboración con la ONG Seniors en Red

5. Formación a los profesionales para la realización de este proyecto

Formación en Bioética:
- Sesiones hospitalarias
- Curso de bioética para residentes
- Curso de confidencialidad (impartido desde la Comisión de Historias Clínicas)
- No dependiendo del hospital, pero en relación con el interés generado por el tema entre losprofesionales, durante los dos últimos años se ha incrementado el número de profesionales que en este momento cuentan con formación universitaria (Máster y experto universitario) y han puesto dicha formación al servicio de este hospital, constando en esta dirección 8 profesionales con Máster Universitario en Bioética y 1 con Título de Experto Universitario.

Formación en las unidades asistenciales sobre la realización y cumplimentación del Informe de Continuidad de Cuidados.

Formación a los voluntarios para el Proyecto de Acompañamiento a los pacientes en riesgo de Suicidio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Dignidad de la persona- Limitación del tratamiento de soporte vital.

Nº de pacientes en los que se indica LTSV en historia clínica: 43. Nº total de pacientes que fallecen con LTSV: 43. 100%

- Dignidad de la persona- Respeto a la intimidad en la información.

Nº de unidades que disponen de una sistemática de información que respeta la intimidad: 30. Nº total unidades: 30. 100 %

Unidades: Aislamiento, C Vascular, Cardiología, Cirugía A, Cirugía B, Trauma- Cirugía, Trauma, Psiquiatría, Neurocirugía, Obstetricia A, Obstetricia B, Ginecología, Pediatría Lactantes, Pediatría Escolares, urología, oftalmología, neurología, H Semana, Digestivo, Hematología, Polivalente, Neumología, Oncología, MID-Endocrino, MI A, MI B, MI C, Infecciosos, UCI médica, UCI quirúrgica.

- Continuidad asistencial: UCI integrada.

Nº de pacientes a los que se sigue al alta de UCI: 170. Nº total de pacientes con criterios de seguimiento: 170. 100%

- Continuidad asistencial: continuidad de Cuidados

Nº de Unidades que cumplimentan >70%: 28. Nº Total de Unidades: 28. 100%

- Continuidad asistencial: Valoración de Necesidades

Nº de Unidades que cumplimentan la valoración al ingreso > 80%: 27. Nº Total de Unidades: 28. 96,4%

- Continuidad asistencial: Gestión Casos

Nº de pacientes con informe realizado: 801 Nº Pacientes evaluados: 951. 84,22%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

- Continuidad asistencial: Atención Primaria

Nº de unidades que colaboran activamente con AP: 5. Unidades: MI, hematología, digestivo, reumatología, oncología

- Continuidad asistencial: Atención Compartida

Nº de unidades que integran a un internista en su equipo de atención en planta de hospitalización: 4.
Unidades: Traumatología, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Psiquiatría

- Equidad en la atención.

Nº de Unidades que consiguen en los Centros Cinco Villas y Tarazona demoras iguales o inferiores a las obtenidas en Zaragoza: 7. Nº de Unidades que prestan atención en Cinco Villas y Tarazona: 13. 54%
Unidades con demoras iguales o inferiores: alergología, urología, neumología, dermatología, cardiología, digestivo y medicina interna. Resto de unidades: cirugía general, ORL, neurología, rehabilitación, ginecología y anestesia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las acciones encaminadas a respetar la dignidad de los pacientes han dado algunos frutos, que merecen ser destacados.
Los valores alcanzados, tras las actividades propuestas satisfacen las expectativas, la recomendación es continuar el trabajo que se esta realizando con los diferentes equipos fomentando la realización de informes, los registros enfermeros y la gestión de casos, para dar continuidad a los cuidados.
La coordinación asistencial entre especializada y Atención Primaria es muy satisfactoria con los servicios que tienen actividades específicas, por lo que parece recomendable continuar trabajando en este sentido.
La asistencia compartida de MI con algunos servicios es una experiencia que genera satisfacción en los profesionales.
La participación de los pacientes es incipiente y aún escasa, pero la experiencia de su trabajo dentro del Comité de Ética Asistencial, así como la nueva incorporación de los voluntarios de Seniors en Red nos motiva a continuar nuestro trabajo en esta línea.
Adicionalmente, el proyecto se ha ampliado del inicialmente propuesto con la incorporación de algunas actividades a iniciativa de las unidades clínicas (como el proyecto de acompañamiento a pacientes) que dan idea de la aceptación de este proyecto asistencial por parte de los profesionales del hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1758 ========== ***

Nº de registro: 1758

Título
ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

Autores:
GUTIERREZ CIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Continuidad asistencial

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los valores de respeto al paciente, como individuo, así como su autonomía, deben ser tenidos en cuenta en nuestra organización sanitaria. Así mismo la participación del paciente en sus cuidados son fundamentales para un adecuada asistencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

RESULTADOS ESPERADOS
Implicar al paciente al máximo en la atención a su propia salud fomentando su autonomía. Proporcionar una asistencia no compartimentalizada, favoreciendo el tránsito del paciente por los diferentes ámbitos de atención, dando continuidad al proceso, desde la prevención hasta la posthospitalización

MÉTODO
Dignidad del paciente:
- Definición de las actitudes, tiempos y ublicación de la información a los pacientes y sus familiares
- Asegurar la adecuada limitación de tratamientos de soporte vital básico en los casos en los que esté indicado

Continuidad asistencial
- Proporcionar continuidad en los cuidados de enfermería
- Implantar la decisión compartida en lo que respecta a las comorbilidades que presentan los pacientes quirúrgicos y de psiquiatría

Equidad
- Mantener la asistencia adecuada en los centros Cinco Villas y Tarazona

INDICADORES
Indicadores para su cumplimiento:
1. Dignidad de la persona- Limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV)
Nº de pacientes en los que se indica LTSV en la historia clínica/Nº total de pacientes que fallecen con LTSV x 100
Fuente de datos : Auditoría de historias en UCI
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

2. Dignidad de la persona – Respeto a la intimidad en la información
Descripción: Nº de unidades que disponen de una sistemática de información que respeta la intimidad /Nº total de unidades x 100
Fuente de datos : Auditoría del comité de ética asistencial
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

3. Continuidad asistencial-UCI integrada
Descripción: Nº de pacientes a los que se sigue al alta de UCI/Nº total de pacientes con criterios de seguimiento x 100
Fuente de datos: Información de los propios servicios-Dirección de enfermería
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior 80%. Límite superior 100%

4. Continuidad asistencial- continuidad de cuidados de enfermería
Descripción: Nº de unidades que cumplimentan el informe de continuidad de cuidados en > 70% /Nº total de unidades x 100
Fuente de datos: Auditoría de dirección de enfermería- Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 60%
Límite inferior: 50%. Límite superior: 90%

5. Continuidad asistencial – Valoración de necesidades al ingreso
Descripción: Nº de unidades que cumplimentan la valoración de necesidades al ingreso >80% de los pacientes/Nº total de unidades clínicas x 100
Fuente de datos: Auditoría de dirección de enfermería- Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 90%
Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

6. Continuidad asistencial – Gestión de casos
Descripción: Nº de pacientes con informe realizado la enfermera gestor de casos/ Nº pacientes evaluados x 100
Fuente de datos: Auditoría de dirección de enfermería- Sistemas de información HCU
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 60%. Límite superior: 100%

7. Continuidad asistencial – Atención Primaria
Descripción: Nº de Unidades que colaboran activamente (no sólo interconsultas) con AP
Fuente de datos: Información aportada por las propias unidades
Valor a alcanzar: 4
Límite inferior: 2
Límite superior: 4

8. Continuidad asistencial – Atención compartida
Descripción: Nº de unidades que integran a un internista en su equipo de atención en planta de hospitalización
Fuente de datos: Informe anual del Servicio de Medicina Interna
Valor a alcanzar: 5
Límite inferior: 4. Límite superior: 6

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1758

1. TÍTULO

ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

9. Equidad en la atención
Descripción: Nº de unidades que consiguen en los Centros Cinco Villas y Tarazona demoras iguales o inferiores a las obtenidas en Zaragoza/ nº total de unidades que prestan atención den Cinco Villas y Tarazona x 100

DURACIÓN
Las actividades reseñadas se comenzaron a desplegar en el primer trimestre de 2017, y continuarán cada una de ellas hasta final de año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0110

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JASA ARDANAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBAREDA ALBAREDA JORGE
GUILLEN ANTON JULIA
VILLARREAL SALCEDO ISABEL
BLANCO RUBIO NIEVES
MOZOTA DUARTE JULIAN
BURILLO FUERTES PILAR
PASTOR TOMAS EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Reuniones del Grupo de Trabajo:
- 4 abril:
- Presentación Proyecto
- Se han priorizado para realizar las siguientes acciones:
1. Registro prospectivo de fracturas de cadera.
2. Trabajar en una Vía Clinica de Fractura de Cadera.

-10 abril:
1. Se debatió el borrador de Hoja de Recogida de Datos. Se acordó traer para la próxima reunión propuestas de modificaciones concretas a la misma, así como el responsable de la cumplimentación de cada uno de los datos.
2. Se presentó guión de Vía Clinica. Se concluyó que en la próxima reunión se repartiría a las partes involucradas el desarrollo de cada una de las partes.
- 27 abril.
1. Se consensúa la hoja de recogida de datos, y el método de recogida y análisis.

-21 mayo:
1. Se analizan los datos hasta la fecha.
2. Se realizan propuestas para mejorar el % de cirugía fractura cadera temprana: modificación cirugía en la guardia e incremento quirófanos para fractura cadera de urgencia diferida.

- 16 julio y 27 agosto: análisis de la evolución de los resultados, propuestas de mejora de los mismos.

- 23 noviembre.
. Se analizan los resultados. Se propone realizar el análisis excluyendo los pacientes que tienen contraindicación médica para la cirugía en las primeras 48 horas.
. Se debate la vía clínica, se proponen modificaciones tras consensuar algunos puntos.
- 12 diciembre.
. Se presentan los resultados de las fracturas del último mes.
. Se revisa la vía clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar para abordar las fracturas de cadera.
Se ha diseñado una hoja de recogida de datos prospectiva, que la abre el traumatólogo de guardia con los casos que acuden, pasándola al jefe de traumatología para finalizar su cumplimentación. El análisis de datos se realiza en la Unidad de Calidad. Presentándolos posteriormente en el grupo de trabajo para proponer acciones.
Del análisis de las fracturas de cadera en el periodo mayo- diciembre 2018 hemos hallado los siguientes datos:
1. Nº fracturas:
mayo 33, junio 43, julio 38, agosto 32, septiembre 36, octubre 35
noviembre 41, diciembre 50, Total 308
2. Fracturas extracapsulares:
mayo 26 (79%), junio 27 (63%), julio 24 (65%),
agosto 20 (62%), septiembre 14 (39%), octubre 22 (63%),
noviembre 26 (63%), diciembre 27 (54%), Total 186 (60,4%)
3. Porcentaje de Fracturas de cadera con Intervención Quirúrgica urgente (%):
mayo 18, junio 44, julio 42, agosto 20, septiembre 50, octubre 36,

noviembre 23, diciembre 30, Total 32,9
4. Plazo demora intervención quirúrgica (media días):
mayo 2,6, junio 2,3, julio 2,6, agosto 3,3, septiembre 2,2, octubre 2,9,
noviembre 3,5, diciembre 3,1, Total 2,8
5. % intervenciones quirúrgicas en las primeras 48 horas:
mayo 57, junio 47, julio 62, agosto 39, septiembre 65, octubre 55,
noviembre 50, diciembre 53, Total 53,5

La vía clínica está elaborada por el grupo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0110

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ante una patología tan frecuente como la fractura de cadera es un proceso muy frecuente en nuestro hospital (1,3 fracturas/día en el periodo que estamos analizando en el proyecto) era una necesidad el constituir un grupo para impulsar medidas que permitan mejorar la atención a los pacientes con dicha patología, su constitución consideramos que es un primer escalón para conseguir mejorar y disminuir la variabilidad en el momento de realizar la intervención quirúrgica.
Hemos conseguido incrementar la cirugía urgente de la fractura de cadera del 25% al 33%.
Nos queda implantar la vía clínica y considerar otras medidas para minimizar la demora de la intervención quirúrgica.
Las reuniones periódicas del grupo de trabajo son un punto clave para evaluar los resultados, las tareas desarrolladas y trabajar conjuntamente en la consecución de los objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/110 ========== ***

Nº de registro: 0110

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

Autores:
JASA ARDANAZ VICENTE, ALBAREDA ALBAREDA JORGE, GUILLEN ANTON JULIA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, BLANCO RUBIO NIEVES, MOZOTA DUARTE JULIAN, BURILLO FUERTES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La fractura de cadera es un proceso muy frecuente en nuestro hospital (1,4 fracturas/día).
La variabilidad en el momento de la intervención quirúrgica condiciona inequidad en la atención a este tipo de pacientes.
No ha sido posible implementar una vía de práctica clínica.
Pacientes ancianos que consumen recursos de hospitalización, enfermería, rehabilitación, nutrición.
La cirugía urgente de cadera es claramente insuficiente (25%).
La demora en el momento quirúrgico genera hospitalizaciones innecesarias, puede incrementar las complicaciones y la mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar la cirugía precoz de la fractura de cadera (90% en menos de 2 días)
Disminuir la mortalidad respecto al año 2017
Disminuir morbilidad añadida: IRAS, TEP, respecto a 2017
Realizar una Atención integral al paciente
Disminuir las estancias innecesarias
Iniciar de forma precoz la RHB
Fomentar el empoderamiento del paciente afecto de Fractura de Cadera
Llevar a cabo educación al paciente y cuidadores

MÉTODO
Establecimiento del proceso de cadera COT-RHB
Quirófano específico de urgencias diferidas
Incremento de la actividad quirúrgica urgente en turno de tarde

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0110

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA FRACTURA DE CADERA Y SUSTITUCION CADERA

Sería deseable incrementar la plantilla orgánica de fisioterapeutas
Sesión Clínica Hospitalaria informativa
Información a pacientes y cuidadores en talleres

INDICADORES
Días hasta cirugía de fractura de cadera < 2: (Estándar: 80%)
Análisis comparativo de mortalidad en pacientes con fx de cadera en 2016 y 2017 frente a datos postimplantación de "Proceso de Cadera" 2018
Análisis comparativo de complicaciones (morbilidad) en pacientes con fx de cadera en 2016 y 2017 frente a datos postimplantación de "Proceso de Cadera" 2018
Coordinación entre servicios implicados: elaboración e implantación vía clínica (Estándar: SÍ)
Análisis comparativo de estancias medias postimplantación de Proceso de Cadera 2018 versus estancias en 2016-2017
% Inicio de RHB a las 48h postcirugía (Estándar: 80%)
Nª de talleres realizados con cuidadores (Estándar: 3)

DURACIÓN
Establecimiento del proceso de cadera COT-RHB: primer semestre 2018
Quirófano específico de urgencias diferidas: primer semestre 2018
Incremento de la actividad quirúrgica urgente en turno de tarde: primer semestre 2018
Incrementar la plantilla orgánica de fisioterapeutas: 2018
Sesión Clínica Hospitalaria informativa: segundo semestre 2018
Información a pacientes y cuidadores en talleres: segundo semestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0722

1. TÍTULO

PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE DUE EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GIMENO ORNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILLO GUTIERREZ ESPERANZA
IRIGOYEN CUCALON LUIS
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA
CRESPO MARTIN PILAR
CAMPOS FERNANDEZ JULIA
AGUDO TABUENCA ANA
ORTEZ TORO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Curso impartido entre el 4 y el 6 de octubre de 2017
20 participantes
20 horas docentes
Realización en HCU Lozano Blesa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Adquisición y mejora de actitudes y competencias de D.U.E. en diagnóstico y asistencia al paciente diabético ingresado en Endocrinología y Medicina Interna

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Amplia aceptación y satisfacción de los participantes con el contenido del curso

7. OBSERVACIONES.
El responsable del Proyecto ha sido la Dra María Antonia Sancho Serrano. Tras su jubilación y debido a que la labor provisional de coordinación del Servicio ha recaído en el Dr José Antonio Gimeno Orna, el mismo aparece como responsable actual.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/722 ========== ***

Nº de registro: 0722

Título
PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE D.U.E. EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO “LOZANO BLESA”

Autores:
SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA, AGUILLO GUTIERREZ ESPERANZA, IRIGOYEN CUCALON LUIS, MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, CRESPO MARTIN PILAR, CAMPOS FERNANDEZ JULIA, AGUDO TABUENCA ANA, ORTEZ TORO JOSE JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente. Redución de riesgos

PROBLEMA
La disponibilidad de fármacos nuevos para el tratamiento de la diabetes:
- en administración oral (inhibidores DPP-4, inhibidores del transporte de glucosa en el túbulo renal) o
- en administración subcutánea (análogos GLP-1, insulinas prandiales, insulinas de acción prologada) …

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0722

1. TÍTULO

PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE DUE EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

.. representa gran oportunidad para mejorar el control glucémico y metabólico de las personas con diabetes.
La insulina es un medicamento de alto riesgo, como tal, los organismos internacionales recomiendan instaurar prácticas seguras de utilización … (proyecto "Valoración del programa de mejora del uso de insulinas en el HCU y medidas de mejora" …)
En el hospital, la prevalencia de pacientes con diabetes es superior al 14%, lo que significa que las DUEs van a atender personas con diabetes, en todos los Servicios hospitalarios y especialmente en el Servicio de Endocrinología y Medicina Interna.

En algunos Servicios se ha detectado:
1. Dificultad para identificar con seguridad diferentes clases de insulina
2. Episodios de hipoglucemia tratados no siempre de formacorrecta.

Por ello será necesario que los profesionales realicen formación continuada en : tratamientos nuevos, consecuencias de su utilización y posibles efectos adversos

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general : Adquirir y mejorar actitudes y competencias de D.U.E. en diagnóstico y asistencia al paciente diabético ingresado en hospital.

Objetivos específicos :
1. Identificar clases de insulina y forma de administración.
2. Describir pautas generales de administración de Insulina
3. Aplicar protocolos establecidos para D.U.E. ante complicaciones agudas (Hipoglucemias, hiperglucemias).
4. Saber identificar incidencias que necesitan incidencias.
5. Aplicar protocolos de actuación en situaciones especiales del paciente diabético (ayuno, pauta quirúrgica, etc).

MÉTODO
Curso " Perfeccionamiento en actitudes y competencias de D.U.E. en diagnostico y asistencia al paciente diabético ingresado en Hospital Clínico "Lozano Blesa".

a- Exposición temas con presentación POWER Point
b- Participación de asistentes.
c- Interactiva. Destreza y habilidad en el manejo de insulinas.
d- Resolver casos prácticos.
e- Adquirir competencias.
f- Participación de los profesores en todas las clases como observadores. Intervención al final si consideran que algun apartado no se ha resuelto con claridad.

INDICADORES
I, Indicador error identificación

- A)Número de errores en la identificación de insulinas, en un periodo de tiempo, antes del curso de formación.
- B)Número de errores en la identificación de insulinas, en un periodo de tiempo, despues del curso de formación.

Indicador : B/A x 100 .

II, Indicador hipoglucemias:

-A) Número de hipoglucemias basales bien resueltas, en relación al número de hipoglucemias basales identificadas, en un período de tiempo determinado ANTES del Curso.
-B)) Número de hipoglucemias basales bien resueltas, en relación al número de hipoglucemias basales identificadas en un período de tiempo determinado DESPUÉS del Curso.

Indicador : B/A x 100

DURACIÓN
Evaluación inicial : Enero 2017.
Formación : Febrero 2017
Evaluación posterior: Final Marzo, Abril, Mayo 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0722

1. TÍTULO

PERFECCIONAMIENTO EN ACTITUDES Y COMPETENCIAS DE DUE EN DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA AL PACIENTE DIABETICO INGRESADO EN HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0673

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL ILUNDAIN GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO
GARCIA GARCIA BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se ha iniciado la oferta de consulta en Centro de especialidades Inocencio Jimenez con código ENDJDG. La responsable de la consulta es la Dra Ilundain.
Se han atendido un total de 8 pacientes y a fecha de corte de 31 de enero de 2019 el número de días hasta el primer hueco libre encontrado es de 7
2.- Se ha consensuado con pediatría la transición de cuidado entre pediatría y endocrinología
3.- Se han desarrollado los procedimientos de consentimiento informado
4.- Se han establecido los protocolos de actuación y circuitos de derivación de los pacientes entre las distintas especialidades implicadas, principalmente pediatría, psicología, urología y ginecología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha difundido la oferta asistencial de esta nueva prestación entre los profesionales del Servicio.
La adherencia al protocolo es del 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La consulta ha quedado implantada y es plenamente operativa

7. OBSERVACIONES.
Ninguna

*** ========== Resumen del proyecto 2018/673 ========== ***

Nº de registro: 0673

Título
GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

Autores:
ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL, GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, GARCIA GARCIA BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según Instrucción de 16 de mayo de 2016 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, la atención a personas transexuales debe ser coordinada en el sector III por el Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Debido a la complejidad de la asistencia y a la necesidad de involucrar a varios Servicios, puede ser conveniente la constitución de un equipo multidisciplinar que garantice la atención satisfactoria a estas personas.
En particular es necesaria una cuidadosa selección del momento de inicio y monitarización del tratamiento hormonal sustitutivo así como del tratamiento quirúrgico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0673

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON INCONGRUENCIA DE GENERO

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Mejorar la calidad de la asistencia a personas con incongruencia de género mediante el diseño de un proceso asistencial adecuado a sus necesidades
2.- Facilitar el acceso a atención especializada multidisciplinar
3.- Reducir la variabilidad en el tratamiento hormonal de los sujetos para garantizar los mejores resultados fenotípicos, reduciendo los potenciales efectos secundarios
4.- Lograr una adecuada satisfacción de las personas con incongruencia de género con los resultados del tratamiento

MÉTODO
Actividades y oferta de Servicios

Población diana: Personas con una identidad de género percibida diferente de la que tienen asignada desde el nacimiento con una duración superior a los 6 meses. Puede o no ir acompañada de disforia y problemas de adaptación social. En el Servicio de Endocrinología se atenderían personas con edad igual o superior a los 14 años (antes de esa edad deberían haber sido evaluados en pediatría, con transferencia al Servicio de Endocrinología cuando cumplan los 14 años).

Actividades:
1.- Evaluación de jóvenes y adultos
1.1 El diagnóstico de incongruencia / disforia de género debería realizarse por profesionales de salud mental cualificados y con experiencia. Debe excluirse patología psiquiátrica acompañante
1.2 No debe realizarse tratamiento farmacológico antes del inicio de la pubertad, pero el niño puede haber adoptado un rol adecuado al sexo deseado para comprobar que mejora su calidad de vida
2.- Adolescentes
2.1 Se debe suprimir la pubertad tras su inicio, con análogos de GnRH
2.2 Se puede iniciar el tratamiento con hormonas sexuales a partir de los 16 años si persiste la indicación
2.3 Se debe realizar monitorización clínica y analítica periódica
3.- Adultos
3.1 Se debe dar tratamiento con hormonas sexuales si se confirman los criterios diagnósticos
3.2 Hay que descartar contraindicaciones al tratamiento con hormonas sexuales
3.3 Se debe realizar monitorización clínica y analítica a largo plazo, con cribado adecuado de cáncer genital
4.- Cirugia de reasignación sexual
4.1 Solo debe realizarse si un equipo multidisciplinar consensúa que es médicamente necesaria y que beneficiará al paciente
4.2 En general sólo debe hacerse a partir de los 18 años y tras información sobre opciones de fertilidad. Debe de haber habido tratamiento adecuado y satisfactorio durante más de 1 año con hormonas sexuales.

Oferta de Servicios: consulta monográfica en Servicio de E y N con evaluación y monitorización periódica de la suplencia hormonal. Derivación a otros especialistas necesarios.

INDICADORES
Adherencia al protocolo: personas que consultan por incongruencia de género atendidas según protocolo/total de personas derivadas por este motivo.
Estándar: >50%
Se realizará evaluación anual de la actividad.

DURACIÓN
Se prevé la consolidación del proceso asistencial en el tiempo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0704

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BLASCO LAMARCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO
BENITO ORMEÑO ANA MARIA
GARCIA GARCIA BLANCA
ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cribado de DM durante el primer y tercer trimestre gestación si la paciente cumple criterios y universal en el segundo trimestre.
Derivación con diagnóstico confirmado a consulta monográfica, evaluación inicial; seguimiento hasta el parto y revisión postparto.
Educación diabetológica en la primera visita y control periódico en pacientes con glucemia dentro de objetivos
Revisión tras parto y lactancia con SOG 75 grs e informe a atención primaria con resultado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado todas las actividades según el standard marcado: se ha realizado cribado de DM del 100% de las gestantes, se han seguido el 100% de las gestantes derivadas en nuestras consultas, se ha evaluado al 12,2% postparto (este ítem precisa más tiempo para completar el 100%), de los recién nacidos han sido macrosomas el 6,6%. y de los recién nacidos el 8,9%(8/90) han tenido un peso <2500 grs (5/8 han sido prematuros).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha tenido un resultado satisfactorio para los objetivos pautados. Como proyectos pendientes serían: mejorar la relación con el servicio de obstetricia para realizar protocolos comunes y unificar criterios en situaciones especiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/704 ========== ***

Nº de registro: 0704

Título
PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Autores:
BLASCO LAMARCA YOLANDA, GIMENO ORNA JOSE ANTONIO, BENITO ORMEÑO ANA MARIA, GARCIA GARCIA BLANCA, ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes gestacional (DMG) se define como la intolerancia a la glucosa diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
La diabetes mellitus durante el embarazo es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones materno-fetales. Dada la necesidad de una monitorización estrecha de las pacientes, es preferible una coordinación efectiva entre los Servicios de Endocrinología y de Obstetricia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0704

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Reducir la frecuencia de DMG no diagnosticada durante el embarazo, mediante un cribado adecuado de toda gestante. En caso de que no sea posible la realización del test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG), se debe aplicar un tratamiento y control similar al de la paciente con DMG.
2.- Considerar la diabetes diagnosticada en el primer trimestre como diabetes previa a la gestación, siguiendo las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes.
3.- Consensuar con el servicio de Obstetricia la dieta indicada según el Índice de masa corporal (IMC) previo de la paciente para alcanzar unos resultados materno-fetales lo más favorables posibles.
4.- Integrar la actividad de educación diabetológica de la paciente con DMG en las funciones de las matronas, como pieza clave en el tratamiento, seguimiento y control de dichas pacientes. De este modo puede reducirse el número de visitas de la paciente con DMG a la consulta de endocrinología.

MÉTODO
Población diana: Pacientes con gestación confirmada
Actividades
1.- Cribado de DM durante el primer trimestre (mismos criterios que fuera de la gestación) cuando existan factores de riesgo. Dado que no hay uniformidad en las guías, durante una fase transitoria se contempla realizar simultáneamente medición de glucemia basal, HbA1c y test de O´Sullivan.
2.- Cribado de DMG durante el segundo trimestre. Toda paciente gestante debe ser sometida al cribado de DMG mediante el test de O'Sullivan. En aquellas pacientes con prueba positiva debe realizarse como confirmación el TTOG.
3.- Cribado de DMG durante el tercer trimestre:
- Gestantes no estudiadas previamente.
- Gestantes con cribado normal en segundo trimestre ante el desarrollo de polihidramnios o aumento de perímetro abdominal fetal. En estos casos se realizará directamente un TTGO.
4.- Derivación de pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes durante el embarazo a consulta monográfica de endocrinología. Se realizará evaluación inicial, orientación terapéutica y planificación de control postparto. Se revisarán periódicamente las pacientes que no cumplan los objetivos glucémicos con medidas higiénico-dietéticas y sean tributarias de iniciar tratamiento farmacológico:
El tratamiento de elección es la insulina.
5.- Control por educadora o matrona tras la visita inicial. Se realizará educación dietética (dieta y ejercicio) e instrucción en la técnica de autoanálisis de glucemia y cetonuria. Se orientará sobre niveles de alerta por glucemia elevada. Ante niveles anormales se realizará derivación inmediata a consulta de endocrinología si la paciente no lleva tratamiento con insulina. Si la paciente ya está insulinizada el ajuste de dosis podrá realizarse por la educadora o matrona, pero se dispondrá de contacto estrecho con endocrinólogo para resolución de dudas.
La frecuencia de visitas será cada 1 ó 2 semanas según el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
6.- Seguimiento y control obstétrico similar al de la gestante sin DMG salvo complicaciones. Se realizará control glucémico intraparto mediante tratamiento con insulina IV si fuese necesario para mantener cifras idealmente entre 70 y 110 mg/dl.
7.- Entre las 4-12 semanas tras parto se debe realizar cribado de DM con TTOG de 75 gramos, evaluándose los resultados en consulta monográfica de endocrinología. Los resultados se informaran al médico de atención primaria.

INDICADORES
1.- Indicadores de proceso
Indicador 1: gestantes cribadas para presencia de DM pregestacional/total gestantes.
Estándar: 100%
Indicador 2: Gestantes cribadas para presencia de DM gestacional/total gestantes
Estándar: 100%
Indicador 3: Gestantes con DM gestacional seguidas en consulta conjunta de endocrinología y enfermería/total gestantes con DM gestacional.
Estándar: >90%
Indicador 4: Pacientes con evaluación de tolerancia a la glucosa posparto/total gestantes con DM gestacional.
Estándar: >50%
2.- Indicadores de resultados
Indicador 5: Porcentaje de recién nacidos grandes para edad gestacional (peso > p90)
Estándar: <10%
Indicador 6: Porcentaje de recién nacidos pequeños para edad gestacional (peso < p10)
Estándar: < 8%

DURACIÓN
El proceso se ha iniciado en el año 2018 y se prevé su mantenimiento de modo indefinido a largo plazo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0704

1. TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1011

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL SANJOAQUIN CONDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRUSELLS CANALES MARIA JOSE
NAVARRO AGUILAR MARIA ELENA
AMORES ARRIAGA BEATRIZ
SERAL GARCIA CRISTINA
LORDA ESPES MARTA
TARI FERRER ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento (Enfermedades tropicales).
- Atención diaria (lunes-viernes) en Consultas Externas, horario de 8:00 a 9:00 de pacientes derivados desde Urgencias, Atención Primaria y especialidades hospitalarias, con sospecha de Enfermedad tropical no subsidiaria de ingreso.
- Evaluación de las lesiones cutáneas por el Servicio de Dermatología con toma de biopsia en los casos necesarios para estudios microbiológicos.
- Elaboración de una base de datos con recogida de todos los pacientes evaluados en el años de funcionamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han evaluado 38 pacientes (20 mujeres y 18 varones).
El volumen de consultas en 2017 ha aumentado 2.5 veces respecto a 2016.
- Nacionalidades de los evaluados :19 africanos, 12 españoles, 6 sudamericanos, 1 paquistaní.
- Los individuos evaluados se han infectado al viajar a sus países de origen para visitar a su familia (59%), en los viajes por turismo (21%) y finalmente viajes por trabajo (13%).
- Servicios de procedencia: 14 derivados desde Urgencias, 13 derivados desde Atención Primaria, 7 desde otras especialidades médicas y 3 desde Atención al Viajero.
- Patologías más frecuentes: malaria, esquistosomiasis, estrongiloidiasis, Trypanosomiasis americana.
- Medicación dispensada en Farmacia por orden de frecuencia: Antipalúdicos (Dihidroartemisina/piperaquina, Atovacuona/proguanil, Cloroquina), Ivermectina y Praziquantel).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El número de viajeros a países tropicales se incrementa cada año y en este contexto se ha constatado, tanto en Atención Primaria como en Urgencias, un mayor índice de sospecha de Infección tropical y un mayor número de derivaciones .
Ninguno de los extranjeros atendidos en Consultas (mayor grupo de individuos derivados), solicitó asesoramiento en Atención al Viajero. Esta población se identifica como la más vulnerable a sufrir patología tropical y se perfila como la que requiere mayor información y asesoramiento desde Atención Primaria.
La comunicación ágil (a través de un teléfono) con Atención Primaria y con Servicios de Urgencias facilita la toma de decisiones y permite mejorar los circuitos de derivación.
Destacar la importancia de los test de diagnóstico rápido en los Servicios de Urgencias (ej malaria) avalados por S. de Microbiología para decidir ingreso o derivación a Consultas Externas. La presencia de Dermatólogos en los Servicios de Urgencias permite la valoración de lesiones cutáneas tras regreso del trópico (a veces efímeras)y la toma precoz de muestras en los casos necesarios. Sumamente importante la participación del Servicio de Farmacia con medicación disponible para su administración urgente (en el caso de malaria) y para la reposición continua de la medicación extranjera consumida en estas patologías (ivermectina, Praziquante, Dietilcarbamacina, Nifurtimox, Benznidazol)

7. OBSERVACIONES.
Esta consulta continuará en marcha durante 2018.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1011 ========== ***

Nº de registro: 1011

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

Autores:
SANJOAQUIN CONDE ISABEL, CRUSELLS CANALES MARIA JOSE, NAVARRO AGUILAR MARIA ELENA, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, SERAL GARCIA CRISTINA, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, LORDA ESPES MARTA, TARI FERRER ELVIRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1011

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los inmigrantes y viajeros internacionales son la población expuesta a la patología tropical. En Aragón el 12.8% de la población es inmigrante y en el Área III hay censados 50.000 extranjeros, un 6% proceden de áreas tropicales. Los inmigrantes sufren enfermedades importadas a su llegada a España, o tras regresar de sus países por vacaciones o visitas familiares. Según La WORLD TOURISM ORGANIZATION el volumen de viajeros españoles a áreas tropicales se incrementará en los próximos 15 años por negocios, cooperación o placer. Antes de viajar, los Centros de Atención al Viajero realizan un trabajo fundamental para la prevención, asesoramiento y prescripción de las profilaxis adecuadas. La labor de estos centros no incluye atender a los viajeros o inmigrantes enfermos y la primera asistencia recae en Atención Primaria o Servicios de Urgencias. La poca familiaridad con estas enfermedades y su sintomatología inespecífica, dificulta su detección, y puede suponer incluso la muerte para el individuo no diagnosticado. En 2016 España ha comunicado 2 muertes por malaria en viajeros nacionales, uno de ellos en un hospital público de Zaragoza evitables con un diagnóstico y tratamiento precoz. Otras enfermedades importadas menos graves podrían recibir valoración especializada ambulatoria sin necesidad de hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS
- Ofertar una consulta de Alta Resolución en Enfermedades Tropicales, en el Hospital Clínico Universitario dependiente del Servicio de Enf. Infecciosas. Asistirá de lunes a viernes en horario de 8.00-9:00h a pacientes con síntomas de enfermedad importada derivados desde Urgencias, Atención Primaria y Centros de Atención al Viajero. Se aceptará población de otras Áreas a falta de Unidades de Medicina Tropical en Aragón.
- Implicación del Servicio de Microbiología en el diagnóstico urgente de malaria y de otras patologías tropicales víricas, bacterianas o parasitarias. Disponibilidad en el S. de Farmacia del tratamiento de malaria recomendado por la OMS para administrar inmediatamente tras el diagnóstico y facilitar la medicación extranjera para otras patologías.

MÉTODO
SESIONES FORMATIVAS con representantes de los centros de Atención al viajero, Servicio de Urgencias y Centros de Salud (Dras Navarro y Sanjoaquín).
ACTUALIZACIÓN PROTOCOLO PROA del Hospital Clínico Universitario sobre diagnóstico y tratamiento de la patología Infecciosa del viajero. (Dras: Seral, Navarro, Sanjoaquín). ESTUDIO MICROBIOLOGICO URGENTE: frotis, gota gruesa y test de diagnóstico rápido de malaria. Si no es posible (no hay guardias de microbiología en nuestro hospital), se realizará el test de diagnóstico rápido en el Laboratorio de Urgencias y SIEMPRE se confirmará por S. de Microbiología. (Dra Seral).
VALORACION DERMATOLOGICA temprana en Urgencias y en la Consulta (Dra Lorda)
ACCESIBILIDAD de lunes a viernes, horario 8:00-15:00h a través del Teléfono directo: 976 768 862, Extensión desde el Hospital Clínico 162664(Dra Crusells).
BASE DE DATOS donde recoger la información para analizar con interés científico. (Dra Tari)

INDICADORES
1- Número de sesiones de diciembre de 2016 a 2017 con Atención Primaria, Urgencias e Infecciosas. 2- Número de derivaciones por patología tropical desde la apertura de la consulta hasta Diciembre de 2017. 3- Número de consultas derivadas desde Urgencias en un año de seguimiento. 4- Número de consultas derivadas desde Atención Primaria en un año de seguimiento.
5 -Número de Consultas derivadas desde Atención al Viajero y otras Áreas Sanitarias en un año de seguimiento.

DURACIÓN
Protocolo PROA de Patología Infecciosa del viajero actualizado en junio de 2016.
Reuniones para presentar el proyecto de mejora (en Urgencias y en Atención Primaria) octubre de 2016. Reuniones cada 3 meses con los integrantes del proyecto para evaluar y cuantificar y solucionar problemas. Reunión cada cada 6 meses con los Centros de Atención al Viajero.
Disponibilidad del test de diagnóstico rápido de malaria en el laboratorio de Urgencias octubre de 2016. Puesta en marcha de la Consulta de Enfermedades Tropicales y del viajero en octubre de 2016.
Base de datos activa en octubre de 2016
Evaluación y comunicación de los datos recogidos en Diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1011

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA AL VIAJERO Y AL INMIGRANTE QUE REGRESAN DEL TROPICO EN EL AREA SANITARIA III DE ZARAGOZA

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0484

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS

Fecha de entrada: 22/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASUNCION SAGREDO SAMANES
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUERTOLAS TENA ISABEL
LETONA CARBAJO SANTIAGO
RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD
CORRAL SUBIAS MONICA
OLAVE RUBIO MARIA TERESA
AGUADO BACHILLER MARIA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA sobre.
- Tratamiento de Bacteriemia relacionada con catéter intravascular
- Indicaciones y contraindicaciones del sellado antibiótico
- Concentraciones eficaces y seguras de antimicrobianos y de anticoagulantes
- Estabilidad físico-química de las soluciones para sellado
- Frecuencia de administración y tiempo de permanencia de las soluciones
- Duración del tratamiento mediante sellado
- Evaluación de resultados

PRUEBAS DE ESTABILIDAD FÍSICA DE POSIBLES SOLUCIONES PARA SELLADO
ANTIBIÓTICO Ante la gran variedad de soluciones empleadas y descritas en la literatura e incluso datos contradictorios en cuanto a su estabilidad físico-química (que puede depender incluso de los productos comerciales empleados y del orden de mezcla de los mismos), en el Servicio de Farmacia, y con los medicamentos disponibles actualmente en
el hospital, se prepararon 9 mezclas diferentes de Antibióticos (adecuados para sellado) y Heparina y se observó si se producían alteraciones físicas
CONSULTAS A PROFESIONALES DE OTROS HOSPITALES CON EXPERIENCIA EN EL ESTE TEMA
PUESTA EN COMÚN sobre:
- Evidencia científica
- Opiniones de profesionales expertos
- Necesidades de los pacientes atendidos en el HCULB
- Medios disponibles en el HCULB
REDACCIÓN DEL PROTOCOLO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PRUEBAS DE ESTABILIDAD
Se prepararon varias soluciones mezcla de antibiótico + heparina a distintas concentraciones.
Se observó si había o no alteración física
Se obtuvieron al menos 1 solución límpidas de heparina con: Daptomicina,Vancomicina y Ciprofloxacina
Se produjo turbidez u opalescencia en todas las mezclas ensayadas de heparina con Amicacina y con Gentamicina, que en algunos casos disminuía o desaparecía a las 24-48 h de la preparación
SOLUCIONES ESTANDARIZADAS
Basándonos en los resultados obtenidos en nuestras pruebas, hemos considerado como normalizadas 5 soluciones para poder cubrir gérmenes
Gram + y Gram-.
Nº PACIENTES TRATADOS CON SELLADO Y % PACIENTES CON HEMOCULTIVO NEGATIVO TRAS TERAPIA
Aún sin estar elaborado el Protocolo, se ha tratado comenzado a trabajar con los criterios descritos en el mismo, principalmente a partir de septiembre de 2017.
Así se han tratado mediante sellado de catéter con soluciones antibióticas preparada en Farmacia 14 pacientes, todos ellos afectados por bacteria Gram +. Se han elaborado un total de 311 jeringas monodosis preparadas, para cumplimentar 195 días de tratamiento (Datos obtenidos del Registro de solicitudes a Farmacia y actividad en dicho Servicio).De ellos en un 71% constan Hemocultivos negativos tras la terapia (Datos obtenidos de la Intranet del Hospital)
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO
Se ha redactado un breve Protocolo (cuyo texto se remitirá a la Unidad
de calidad)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Constatada en nuestro hospital la variabilidad de actuaciones ante sospecha de infección por catéter vascular que se desea mantener, se ha visto la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0484

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS

necesidad y oportunidad de unificar criterios de actuación y mejorar la calidad de la asistencia en: Diagnóstico, Indicaciones de mantenimiento
del Catéter y de Tratamiento mediante sellado antibiótico, Preparación de las soluciones para sellado, Procedimiento de Administración y
Recambio de las mismas y Seguimiento de los resultados en los pacientes
Para aumentar la seguridad para el paciente, se ha optado por la preparación de las soluciones antibióticas en el Servicio de Farmacia, con procedimientos normalizados (para evitar errores en las diluciones), en ambiente estéril y en dosis listas para su uso
Por ello se ha redactado un Protocolo de Actuación práctica, sencillo y conciso.
Quedaría pendiente la implementación y evaluación de resultados de dicho Protocolo.
Consideramos que debería de ser aprobado por el Comité de Infecciones y Politica Antibiótica, tras lo cual se podría difundir a los Servicios clínicos pertinentes (casi todos ellos representados en este Grupo de mejora), e incluirlo en un link en la Guía PROA del centro.
Asimismo se debería hacer una Evaluación de Resultados tras la aplicación del protocolo:
Cultivos negativos tras tratamiento, Recidivas, Catéteres “salvados”…

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto está relacionado con las actividades del grupo PROA-HCULB

*** ========== Resumen del proyecto 2016/484 ========== ***

Nº de registro: 0484

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS

Autores:
SAGREDO SAMANES MARIA ASUNCION, LETONA CARBAJO SANTIAGO, RUIZ LAIGLESIA JOSE ESTEBAN, SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, OLAVE RUBIO MARIA TERESA, CORRAL SUBIAS MONICA, PUERTOLAS TENA ISABEL, AGUADO BACHILLER MARIA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La infección relacionada con el uso de catéteres intravasculares es una complicacion frecuente, que aumenta la morbi-mortalidad de nuestros pacientes. Cuando ocurre, lo mejor es retirar el catéter infectado, ya que los gérmenes permanecen en la biocapa que se forma en su interior, y a pesar de que la bacteriemia se trate eficazmente, esta recurre.
Sinembargo, hay pacientes en los que es importante “salvar” el catéter, ya que es imprescindible tener acceso venoso de larga duración, y su implantación es complicada. Esto ocurre por ejemplo con los catéteres para hemodiálisis o los reservorios para administración de quimioterapia antineoplásica. En estos casos, además del tratamiento sistémico de la bacteriemia, se puede hacer tratamiento local para esterilizar el catéter, mediante la administración de una solución concentrada de antibiótico +/- anticoagulante.

RESULTADOS ESPERADOS
- Estandarizar las indicaciones y contraindicaciones del uso de la terapia mediante sellado de catéteres con antibióticos
- Estandarizar las soluciones antimicrobianas a utilizar, para garantizar su estabilidad y eficacia
- Mejorar la eficacia y seguridad del tratamiento de la bacteriemia relacionada con catéter intravascular permanente

MÉTODO
Fase 1 - Constitución del grupo de trabajo y diseñar dinámica de trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0484

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR DE LARGA DURACION, MEDIANTE EL SELLADO DE CATETER CON SOLUCIONES ANTIBIOTICAS

Fase 2 - Revisión bibliográfica sobre los siguientes aspectos
- Indicaciones y contraindicaciones del sellado antibiótico
- Concentraciones eficaces y seguras de antimicrobianos y de anticoagulantes
- Estabilidad físico-química de las soluciones para sellado
- Frecuencia de administración y tiempo de permanencia de las soluciones
- Duración del tratamiento mediante sellado
- Evaluación de resultados

Fase 3 - Pruebas de estabilidad física (ausencia de precipitados) de varias mezclas de antibiótico y heparina
Fase 4 - Elaboración del protocolo
Fase 5 - Implementación del protocolo

INDICADORES
Protocolo elaborado SI / NO
Nº Soluciones estandarizadas
Nº Pacientes tratados mediante sellado
% Cultivos negativos tras tratamiento

DURACIÓN
Fase 1 Oct-Nov 2016
Fase 2 Nov 2016-Enero 2017
Fase 3 Febrero 2017
Fase 4 Marzo-Abril 2017
Fase 5 A partir Abril 2017

OBSERVACIONES
Este proyecto está relacionado con las actividades del grupo PROA-HCU

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0586

1. TÍTULO

VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GIMENO GRACIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVADOR GOMEZ TRANSITO
SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA
SANCHEZ MARTELES MARTA
BUENO LOZANO GLORIA
GIL RUIZ CLARA
SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza un corte de revisión las insulinas en los botiquines sala de observación de urgencias, UCI médica, UCI quirúrgica y plantas de hospitalización excepto 12B y 10A por cierre estival, del 28/09/2016 a 03/10/2016
En la observación directa realizadal se refleja lo siguiente:
-una vez la insulina (plumas y viales) está abierta, se mantiene en un 32% en el frigorífico
.- En el 44% de los viales abiertos se anota la fecha de apertura o la de caducidad, sin embargo, sólo un 14% de las plumas abiertas tienen la fecha de caducidad indicada
- El 85% de las plumas abiertas se encuentran sin identificar de forma unipersonal
- La cantidad de viales de insulina rápida encontradas es mucho mayor que el de pluma, pero en el caso de Insulatard y Lantus, se encuentran igual número de viales que de plumas, cuando las plumas se deberían usar en debuts diabéticos.

A continuaciones distribuye una encuesta anómina de conocimientos básicos de las insulinas así como de su conservación y utilización en las mismas, para poder realizar una formación adecuada en base a lo encontrado. Tan solo 23 encuestas son devueltas completadas en ellas se observa: un adecuado conocimiento de las insulinas, y una conservación más diversa. Hay una distribución por igual en conservar la insulina abierta en el frigorífico o temperatura ambiente, así como con fecha o sin fecha de caducidad, también el uso de una pluma por paciente o el uso de pluma “tipo vial” es el mismo, y 1 de 23 ha tenido un incidente relacionado con la administración de insulina en el último mes y 2 de 23 lo ha tenido en su alrededor. Se considera la cartelería de los tipos de insulina distribuida útil (realizada en proyecto de mejora de calidad anterior)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se observa todavía un margen de mejora, sobre todo en el uso de plumas y viales así como de su conservación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por la observación directa de botiquines se constata una mejora en la conservación y uso de los viales y de la insulina. El número de encuestas obtenidas es muy reducido por lo que no podemos extraer conclusiones robustas, pero sí se reafirma lo obtenido en la observación directa de los botiquines, aunque en menor medida.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario llevar a cabo medida de mayor difusión para la correcta utilización de los viales y las plumas en el hospital

*** ========== Resumen del proyecto 2016/586 ========== ***

Nº de registro: 0586

Título
VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA

Autores:
GIMENO GRACIA MERCEDES, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, SANCHO SERRANO MARIA ANTONIA, SANCHEZ MARTELES MARTA, BUENO LOZANO GLORIA, GIL RUIZ CLARA ISABEL, SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0586

1. TÍTULO

VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: SEGURIDAD

PROBLEMA
La insulina es un medicamento de alto riesgo, como tal, organismos internacionales recomiendan instaurar prácticas seguras de utilización.
En el 2014 se formó un grupo multidisciplinar formado por una endocrino, una internista, una pediatra, dos enfermeras y dos farmacéuticas, se continuo con el trabajo bajo el proyecto de mejora de la calidad en el 2015 (num.741):
-Se realizó una selección de insulinas para cubrir todas las necesidades del paciente hospitalizado.
-Se priorizó el uso de viales multidosis de insulina a las plumas. (se incluyó la presentación de viales de insulina, que hasta entonces no disponía el hospital).
Se mantuvieron las plumas en la guía del hospital, para la educación y manejo en el debut diabético o para cuando no disponga en el mercado de su presentación en vial. (uso unipersonal, correcta identificación)
-Se revisaron los tipos de insulinas existentes en España, teniendo en cuenta:
- Necesidad de cada una de ellas en el hospital
- Su nombre comercial y presentación, pare evitar confusión entre las mismas.
- PVP, por la repercusión que puede tener en atención primaria su inclusión en el hospital
- Precio de adquisición de las insulinas por el hospital.
Con todo esto se elaboró una propuesta de los tipos de insulinas a incluir.
Se elaboraron dos tipos de carteles informativos con los tipos de insulinas para su colocación en las unidades donde se utilizan: un cartel general y otro cartel de insulinas de uso exclusivo en pediatría, que se repartieron por todos los controles de hospitalización a la vez que se difundieron prácticas seguras para el manejo de las mismas.
Se aprobaron los carteles y las medidas tomadas por la Comisión de Seguridad y Mortalidad y por la Comisión de Farmacia y farmacoterapéutica,.
Se cambiaron las descripciones de insulinas en las peticiones informáticas de botiquín y en la prescripción informática para reducir los errores.

En el 2015: se observa un mayor consumo de viales respecto a la época anterior al inicio de este programa de insulinas, pero se el consumo de plumas sigue siendo elevado, seguramente más que para pacientes en debut diabético.
No ha sido necesario comprar ninguna insulina fuera de la guía del hospital.
Tenemos notificaciones de un manejo inadecuado de las insulinas, se continúa utilizando las plumas como si fueran viales, no se identifica bien fecha de apertura y caducidad y la conservación no es la adecuada.
Para comprobar todo esto se plantea:

RESULTADOS ESPERADOS
- Utilización de viales preferentemente a las plumas de un mismo tipo de insulina.
- Una correcta identificación de apertura y caducidad de viales y plumas.
- Una correcta identificación de plumas para una utilización unipersonal.

MÉTODO
- Realizar una encuesta anónima, breve y sencilla, que pueda reflejar en ella hábitos de administración. Con los resultados de esta encuesta se podrá enfocar una formación adecuada.
- Realizar una revisión de botiquines, para registrar conservación de insulinas, uso unipersonal de las mismas, y fecha caducidad de viales antes de la encuesta y después de la puesta en marcha de plan de formación y difusión.

INDICADORES
Se realizará un corte:
% viales abiertos bien identificados (fecha caducidad) respecto al total de viales abiertos. (Media de botiquines)
%plumas identificadas unipersonalmente respecto al total de plumas abiertas

DURACIÓN
Octubre 2015: revisión de situación de insulinas en botiquines
Octubre-Diciembre 2015: reparto y recogida de encuestas
Enero 2016: Análisis de resultados de la encuesta
Febrero 2016: Propuesta de medidas de mejora
Marzo 2016: Implantación de las mismas
Abril- Junio 2016: Revisión de situación de insulinas en botiquines

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0586

1. TÍTULO

VALORACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DEL USO DE INSULINAS EN EL HCU Y MEDIDAS DE MEJORA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0748

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BONAGA SERRANO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO GRACIA MERCEDES
VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL
CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER
CUMBRAOS SANCHEZ MARIA JOSE
SALVADOR GOMEZ TRANSITO
ARRABAL TORCAL PILAR
PALACIOS LASECA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2016, el Servicio de Farmacia ha llevado a cabo las siguientes actividades:
-Elaboración de un folleto informativo con las principales recomendaciones acerca del uso seguro del medicamento. Este ha sido distribuido a todas las unidades de Enfermería.
-Contacto con cada una de las supervisoras de las unidades para entrega del folleto y explicación y difusión de cada una de las estrategias a implantar
-Difusión del listado de medicamentos de alto riesgo y antídotos para su identificación según color pertinente (rojo y amarillo, respectivamente)
-Registro de los medicamentos de alto riesgo y antídotos de cada una de las plantas para poder llevar a cabo estrategias de eliminación y/o simplificación si procede.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores propuestos y resultados

1) (Número de botiquines finalizados/Botiquines totales)*100
Resultado: 100%. Se ha procedido a la revisión y registro de medicamentos de alto riesgo y antídotos en el 100% de los botiquines.

2) (Número de medicamentos de alto riesgo eliminados/medicamentos de alto riesgo totales)*100
Indicador parcialmente no completado --> Las estrategias de simplificación y/o eliminación se están llevando a cabo de manera conjunta con las supervisoras de la Unidad. Hasta el momento, el indicador alcanzado ha sido un 15%.

3) (Número de medicamentos de alto riesgo simplificados/medicamentos de alto riesgo totales)*100
Indicador parcialmente no completado --> Las estrategias de simplificación y/o eliminación se están llevando a cabo de manera conjunta con las supervisoras de la Unidad. Hasta el momento, el indicador alcanzado ha sido un 21,7%.

El indicador que evalúa el numero de principios activos simplificados se completara cuando finalice la estrategia de eliminación / simplificación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de estrategias que favorecen el uso seguro del medicamento ha tenido buena aceptación por parte de las unidades de enfermería. El hecho de identificar los medicamentos de alto riesgo con color rojo ha permitido tomar conciencia de la potencialidad de consecuencias fatales que pueden provocar estos medicamentos en caso de error. Las estrategias de simplificación y/o eliminación de medicamentos de alto riesgo ha permitido incrementar la seguridad en los botiquines de planta. El hecho de que el farmacéutico haya liderado esta actividad ha permitido mejorar la comunicación con las distintas unidades así como potenciar su papel en el campo de la seguridad en el uso del medicamento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/748 ========== ***

Nº de registro: 0748

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0748

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

BONAGA SERRANO BEATRIZ, GIMENO GRACIA MERCEDES, ABAD BAÑUELOS BEATRIZ, CUMBRAOS SANCHEZ MARIA JOSE, CAMPOS MONTELLANO FRANCISCO JAVIER, LOPEZ MALLEN MARIA PILAR, ARRABAL TORCAL PILAR, SALLAN DIAZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No procede
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Uso seguro del medicamento

PROBLEMA
Dentro del ámbito del Uso Seguro del Medicamento, diferentes organizaciones recomiendan instaurar prácticas seguras encaminadas a reducir los errores de medicación (EM). Los medicamentos de alto riesgo (MAR) son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Por la potencial peligrosidad asociada al uso de estos medicamentos y con objeto de minimizar la aparición de EM con estos fármacos, en el hospital se han iniciado diferentes estrategias.

En los últimos años, dentro del Servicio de Farmacia se está trabajando en líneas de actuación específicas con determinados MAR (insulina, heparina, metotrexato, etc). Pero dada la importancia de definir estrategias globales con este tipo de fármacos, se ha decidido iniciar intervenciones formativas, de identificación y revisión de MAR en las unidades de hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS
-Identificar los MAR con código de color en todos los botiquines del hospital
-Definir tanto estrategias generales como simplificar y/o eliminar MAR en unidades de hospitalización
-Desarrollar medidas de mejora específicas en base a los incidentes detectados en la revisión del botiquín.

MÉTODO
En primer lugar se procederá a revisar los MAR existentes en el botiquín. En consenso con la Supervisora de la Unidad se eliminarán del botiquín aquellos MAR cuyo consumo sea escaso o nulo. Asimismo, se procederá a simplificar aquellos MAR en el caso de que existan varias presentaciones, con el objetivo de minimizar errores.

Una vez finalizada la revisión se entregarán las etiquetas de color rojo para que estos fármacos queden identificados mediante código de colores en el botiquín.

Se registrará el tipo de estrategia llevada a cabo, simplificación de presentaciones o eliminación de las mismas.

Con objeto de dar continuidad a las estrategias implementadas se procederá a revisar de manera periódica los pactos de MAR acordados y actualizarlos, si procede.

INDICADORES
-(Número de botiquines finalizados/Botiquines totales)*100

Con objeto de cuantificar los MAR, tanto por especialidad como por principio activo que se simplifican o eliminan, se procederá a registrar los siguientes indicadores:

Por especialidad:

-(Número de MAR eliminados/MAR total del botiquín)*100

Por principio activo:

-(Número de principios activos eliminados/principios activos identificados como MAR en el botiquín)*100
-(Número de principios activos simplificados/principios activos identificados como MAR en el botiquín)*100

Se considerará que el botiquín está finalizado una vez se hayan entregado y colocado las etiquetas de color. MAR hace referencia a cada una de las especialidades farmacéuticas.

DURACIÓN
Durante el año 2016 se procederá a la revisión de los botiquines e identificación de los MAR.
A lo largo del año 2017 se revisarán las estrategias implementadas con periodicidad semestral.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0748

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0911

1. TÍTULO

MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PUERTOLAS TENA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES
LUQUE GOMEZ PILAR
LARA NAVARRO EMMA
JIMENO SAINZ ARACELI
COLLADO HERNANDEZ PILAR
SERRANO ARCOS MIGUEL ANGEL
GIRON JORCANO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A continuación se detallan las actividades desarrolladas:
- Revisión del proyecto.
Durante el segundo semestre de 2016 el Servicio de Farmacia redactó un documento titulado “Unidad Funcional de Farmacocinética Clínica: Monitorización de antibióticos” que incluyó los objetivos, competencias y metodología de trabajo de esta nueva actividad. En octubre de 2016 se revisó el borrador junto con el Servicio de Bioquímica y el equipo PROA, aprobándose en noviembre de 2017.
Actualmente está vigente la versión 2 del documento (actualizado en febrero de 2017). Dicho documento se ha enviado a la dirección de correo electrónico: unidaddecalidadh03@gmail.com
El protocolo incluye entre otros: los criterios de indicación de monitorización de vancomicina y aminoglucósidos (ver apartado 8.2), los rangos terapéuticos idóneos para cada fármaco (vancomicina, amikacina, gentamicina, tobramicina) y en cada indicación (ver anexo 5) y el circuito de trabajo con las competencias de cada perfil profesional (ver gráfico del anexo 1).

- Puesta en marcha de la técnica para determinar los niveles de aminoglucósidos.
Durante el segundo semestre de 2016, el Servicio de Bioquímica trabajó en la incorporación de la determinación analítica de concentraciones plasmáticas de aminoglucósidos en su cartera de servicios. Se encargó de la adquisición de reactivos y material fungible, validación de la técnica y calibración del aparato, siendo a partir de noviembre de 2016 cuando se incluyó la técnica dentro de la oferta de determinaciones disponibles en el hospital.
Actualmente la medición de niveles se realiza en el Laboratorio de Urgencias de lunes a domingo las 24 h del día. Las concentraciones séricas de amikacina y gentamicina se determinan mediante técnica de interacción cinética de micropartículas en solución (KIMS) y las de tobramicina a través de enzimoinmunoensayo homogéneo (EIA), todas ellas en autoanalizador Cobas 6000.

- Difusión del proyecto a los profesionales del hospital
El miércoles 9 de noviembre de 2016 se presentó el proyecto en el hospital a través de la sesión general titulada: “Farmacocinética Clínica: Un paso más en la optimización del uso de antibióticos”.
Además de desarrollar diferentes aspectos teóricos que explicaban el beneficio de la monitorización farmacocinética en el uso seguro y eficaz de antibióticos de estrecho margen terapéutico, se detallaron conceptos prácticos sobre cómo se iba a poner en marcha la actividad en el hospital (objetivos y competencias, circuito de trabajo, herramientas y recursos disponibles, etc.)

- Diseño (formato electrónico) de informe farmacocinético (PK).
En el periodo octubre 2016 – enero 2017, se trabajó de forma conjunta con el Servicio de Informática para el diseño de una plantilla que facilitara la creación de informes PK que se visualizaran en la intranet del hospital.

Desde febrero de 2017 este formato ya está disponible, e incluye la siguiente información:
- Identificación del paciente
- Servicio responsable
- Fecha del informe
- Datos antropométricos del paciente
- Antibiótico prescrito y pauta actual.
- Resultado de las concentraciones séricas de fármaco (mcg/mL)
- Parámetros farmacocinéticos estimados.
- Recomendación, si procede, de un nuevo esquema terapéutico: dosis, intervalo posológico, día y hora de inicio del nuevo esquema
- Fecha de próxima monitorización.
- Datos de contacto de farmacéutico responsable del informe.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores propuestos y resultados:
- Disponibilidad de indicaciones de monitorización de vancomicina y aminoglucósidos (documento/intranet)
COMPLETADO. Incluido en el apartado 8.2 del documento “Unidad Funcional de Farmacocinética Clínica: Monitorización de antibióticos”

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0911

1. TÍTULO

MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

- Definición de los niveles diana de vancomicina y aminoglucósidos (documento/intranet)
COMPLETADO. Incluidas como tablas en el anexo 5 del documento "Unidad Funcional de Farmacocinética Clínica: Monitorización de antibióticos"

- Disponibilidad de la técnica analítica para aminoglucósidos (informe del Jefe de Servicio)
COMPLETADO. Desde noviembre de 2016 está disponible la determinación de niveles de aminoglucósidos en horario de lunes a domingo las 24h del día.

- Número de pacientes en los que se solicitan niveles / Número de pacientes que reciben vancomicina
PARCIALMENTE COMPLETADO. No ha sido posible medir el nº total de pacientes que reciben vancomicina en todo el hospital ya que no se pueden contabilizar los que reciben este antibiótico en plantas SIN prescripción electrónica.
Por tanto, para evaluar este indicador sólo se han tenido en cuenta, tanto en el numerador como en el denominador, los pacientes CON prescripción médica en formato electrónico y CON sistema de dispensación en dosis unitaria, ya que si no existe dispensación no queda registrado en el histórico (caso cirugía A).
Por otro lado, es conveniente resaltar que el denominador está falseado por exceso ya que no ha sido posible excluir los pacientes que han recibido vancomicina vía oral, que aunque es un porcentaje muy bajo, falsea algo el resultado.
Los datos se han obtenido del programa de prescripción Unidosis Pharmatools de Dominion y de los informes PK del HP Doctor.
Periodo marzo/noviembre 2017.
- Nº pacientes en los que se solicitan niveles: 111
- Nº pacientes que reciben vancomicina: 208
Resultado: En el 53,3% de pacientes que reciben vancomicina se solicitan niveles para ajuste posológico individualizado.

- Número de pacientes en los que se solicitan niveles/Número de pacientes que reciben aminoglucósidos.
PARCIALMENTE COMPLETADO. No ha sido posible medir el nº total de pacientes que reciben aminoglucósidos en todo el hospital ya que no se pueden contabilizar los que reciben estos antibióticos en plantas SIN prescripción electrónica.
Por tanto, para evaluar este indicador sólo se han tenido en cuenta, tanto en el numerador como en el denominador, los pacientes CON prescripción médica en formato electrónico y CON sistema de dispensación en dosis unitaria, ya que si no existe dispensación no queda registrado en el histórico (caso cirugía A).
Los datos se han obtenido del programa de prescripción Unidosis Pharmatools de Dominion y de los informes PK del HP Doctor.
- Nº pacientes en los que se solicitan niveles: 26
- Nº pacientes que reciben aminoglucósidos: 189
Resultado: En el 13,7% de pacientes que reciben aminoglucósidos se solicitan niveles para ajuste posológico individualizado.

- % recomendaciones aceptadas / nº total recomendaciones propuestas por la UFFC.
COMPLETADO. En el periodo marzo-noviembre de 2017 el grado de aceptación de las recomendaciones emitidas por el Servicio de Farmacia a través de sus informes PK ha sido del 94,75%.
Desglose del indicador por meses.
- Marzo 92%
- Abril 87%
- Mayo 86%
- Junio 96%
- Julio 92%
- Agosto 100%
- Septiembre 100%
- Octubre 95%
- Noviembre 100%.

- % de pacientes (total / en los que se solicitan niveles/en los que se dejan recomendaciones/en los que se siguen las recomendaciones) en los que se observa daño renal (reversible/irreversible) en el curso del uso de vancomicina o aminoglucósidos.
COMPLETADO. En el periodo marzo-noviembre de 2017 no se ha observado daño renal en ningún paciente monitorizado en los que se haya aceptado la recomendación posológica. 0%.
En un 1,53 % de los pacientes se ha observado riesgo de fallo renal según los criterios RIFLE (aumento de la creatinina x 1,5) aunque en todos los casos la creatinina ha vuelto a sus valores habituales tras ajuste/suspensión del antibiótico.

- Nº total monitorizaciones / mes.
COMPLETADO. En el periodo marzo-noviembre de 2017 se realizaron un total de 317 monitorizaciones. Se ha calculado una media de 35 monitorizaciones / mes.
Desglose del indicador por meses:
- Marzo: Vancomicina 40; aminoglucósidos 5. Total: 45
- Abril: Vancomicina 26; aminoglucósidos 5. Total: 31
- Mayo: Vancomicina 30; aminoglucósidos 4. Total: 34
- Junio: Vancomicina 28; aminoglucósidos 10. Total: 38
- Julio: Vancomicina 34; aminoglucósidos 9. Total: 43

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0911

1. TÍTULO

MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

- Agosto: Vancomicina 34; aminoglucósidos 8. Total: 42
- Septiembre: Vancomicina 19; aminoglucósidos 5. Total: 24
- Octubre: Vancomicina 18; aminoglucósidos 3. Total: 21
- Noviembre: Vancomicina: 37; aminoglucósidos 2. Total: 39

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad de Farmacocinética Clínica ha tenido buena aceptación. Los informes PK se han convertido en una herramienta de gran ayuda para los clínicos para la obtención del máximo beneficio en la medición de concentraciones séricas de antibióticos de estrecho margen terapéutico. Además, esta actividad ha permitido integrar al farmacéutico en el equipo asistencial, aumentando la comunicación con el personal médico y de enfermería, y aportando un valor añadido en la toma de decisiones del tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes. Por otra parte, dada la buena aceptación del programa y la utilidad en la terapéutica de pacientes con infecciones, se ha establecido un circuito de solicitud de niveles de otros fármacos a laboratorios externos (casos del voriconazol y posaconazol).
Los objetivos propuestos se han alcanzado de acuerdo al proyecto; si bien, se han identificado algunas limitaciones como la alta carga de trabajo asistencial, que ha dificultado la realización de reuniones de grupo y el seguimiento detallado del impacto de la actividad, y la falta de recursos tecnológicos (ej. prescripción electrónica en parte del hospital) que ha entorpecido la identificación de pacientes que podían beneficiarse de la monitorización (ej. pacientes pediátricos, pacientes en hemodiálisis, etc), la recogida de datos, explotación y obtención de indicadores globales.
Respecto a la sostenibilidad del proyecto, la Unidad de Farmacocinética Clínica continúa su actividad en el HCU Lozano Blesa. Además se ha incluido dentro de la cartera de servicios del Servicio de Farmacia.
En relación a las posibilidades de replicación, la monitorización farmacocinética de antibióticos de estrecho rango terapéutico es una actividad extensible a cualquier hospital en el que haya: un farmacéutico especialista con conocimientos teóricos y prácticos sobre FC, una técnica validada para la determinación de concentraciones plasmáticas de fármacos y un programa informático de monitorización farmacocinética de aplicación en la práctica clínica habitual.

7. OBSERVACIONES.
Enviado documento “Unidad Funcional de Farmacocinética Clínica: Monitorización de antibióticos” a la dirección: unidaddecalidadh03@gmail.com

*** ========== Resumen del proyecto 2016/911 ========== ***

Nº de registro: 0911

Título
MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

Autores:
PUERTOLAS TENA ISABEL, ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES, LUQUE GOMEZ PILAR, LARA NAVARRO EMMA, JIMENO SAINZ ARACELI, COLLADO HERNANDEZ PILAR, SERRANO ARCOS MIGUEL ANGEL, GIRON JORCANO GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Farmacocinética Clínica es el conjunto de actividades dirigidas a diseñar pautas posológicas individualizadas mediante la aplicación de los principios farmacocinéticos y farmacodinámicos (PK/PD).
La base de esta disciplina no sólo reside en la determinación de las concentraciones plasmáticas de fármacos, sino también en la realización de una adecuada interpretación y utilización de estos datos.
Actualmente el Hospital Clínico dispone de la determinación de concentraciones plasmáticas de algunos fármacos, pero este servicio no se acompaña de la interpretación de los resultados ni de la realización de un adecuado seguimiento. Por ello, desde el Servicio de Farmacia junto con el apoyo del equipo PROA se ha promovido la creación de una Unidad de Farmacocinética Clínica. Creemos que esta actividad puede resultar muy útil, transformándose en una herramienta de gran ayuda para los clínicos con el fin de obtener el máximo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0911

1. TÍTULO

MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE ANTIBIOTICOS DE ESTRECHO RANGO TERAPEUTICO: VANCOMICINA Y AMINOGLUCOSIDOS

beneficio en la medición y garantizar un uso seguro y eficaz de fármacos de estrecho margen terapéutico en determinados pacientes.
Además, la Farmacocinética Clínica es una actividad claramente reconocida dentro de la especialidad de Farmacia Hospitalaria y su instauración puede ser una buena oportunidad de proyección clínica e integración del farmacéutico en las unidades asistenciales.
La finalidad de nuestro proyecto se centra en la monitorización de vancomicina y aminoglucósidos (gentamicina, amikacina, tobramicina). Se trata de un grupo antibióticos de estrecho margen terapéutico, en los que la optimización del tratamiento puede ayudarnos a evitar situaciones de toxicidad, aumentar la efectividad y respuesta clínica de los pacientes, e incluso a prevenir su multirresistencia.
Además, tras la inminente implantación de la determinación analítica de aminoglucósidos, objetivo promovido por el equipo PROA, y la ya existente de vancomicina, nuestro hospital se convertirá en el centro de referencia del Salud para la medición de niveles séricos de antibióticos y por tanto otros centros de nuestra comunidad podrán beneficiarse de dicha actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
? Promover el uso seguro y eficaz de vancomicina y aminoglucósidos en pacientes que por su situación clínica requieren un ajuste individualizado del tratamiento.
? Instaurar una metodología de trabajo en el Servicio de Farmacia para el desarrollo de una Unidad de Farmacocinética Clínica.
? Elaborar informes farmacocinéticos con recomendaciones posológicas, propuestas de cambios de esquemas de tratamiento o adopción de medidas complementarias.
? Formar un equipo multidisciplinar entre los diferentes profesionales

MÉTODO
Las actividades a desarrollar serán las siguientes:
1. Definición de criterios de indicación de monitorización de vancomicina y aminoglucósidos
2. Definición de los niveles diana de vancomicina y aminoglucósidos
3. Puesta en marcha de la técnica para determinar los niveles de aminoglucósidos
4. Puesta en marcha de un circuito de trabajo para la identificación, monitorización y consejo terapéutico de ajuste de dosis de vancomicina y aminoglucósidos.
5. Evaluación del impacto de la actividad

INDICADORES
- Disponibilidad de indicaciones de monitorización de vancomicina y aminoglucósidos (documento/intranet)
- Definición de los niveles diana de vancomicina y aminoglucósidos (documento/intranet)
- Disponibilidad de la técnica analítica para aminoglucósidos (informe del Jefe de Servicio)
- Número de pacientes en los que se solicitan niveles/Número de pacientes que reciben vancomicina
- Número de pacientes en los que se solicitan niveles/Número de pacientes que reciben aminoglucósidos
- % recomendaciones aceptadas / nº total recomendaciones propuestas por la UFFC.
- % de pacientes (total/en los que se solicitan niveles/en los que se dejan recomendaciones/en los que se siguen las recomendaciones) en los que se observa daño renal (reversible/irreversible) en el curso del uso de vancomicina o aminoglucósidos.
- Nº total monitorizaciones / mes.

1Criterios RIFLE. Kellum JA, Bellomo R, Ronco C. Definition and classification of acute kidney injury. Nephron Clin Pract. 2008;109:c182–7

DURACIÓN
Octubre 2016
- Diseño (formato electrónico) de informe farmacocinético.
- Revisión del proyecto.
- Puesta a punto de la determinación analítica de aminoglucósidos.
Noviembre 2016
- Presentación del proyecto en sesión general del hospital.
- Inicio oficial de la actividad de la Unidad Farmacocinética en el hospital.
Trimestralmente
- Evaluación de la actividad a través de indicadores.
- Reuniones de grupo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0933

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO FRUTOS PEREZ-SURIO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CRESPO ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas incluyen la recepción de los formularios de solicitud de antipsicóticos de liberación prolongada (Risperidona Consta, Paliperidona mensual o trimestral, y Aripiprazol depot), para el inicio, renovación o cambio de tratamiento, de los pacientes en los diferentes Centros de Salud y Unidades de Salud Mental del Sector Sanitario Zaragoza III.
El grado de cumplimiento del calendario se ajusta a la planificación previa, mediante las correspondientes solicitudes en albaranes urgentes, para el tratamiento mensual de los pacientes, según el cronograma previsto, y solicitudes adicionales cuando se incluye un nuevo paciente. Para la dispensación de los tratamientos de Risperidona Consta, medicamento que ha de conservarse en frío, se generan solicitudes específicas para tramitar, directamente con el laboratorio titular autorizado de la comercialización de ese producto, su envío directo a la unidad peticionaria. En el caso de los tratamientos con paliperidona de liberación prolongada trimestral, no se incluye en los petitorios de los centros de salud, pactados para realizar peticiones mensuales o de menor frecuencia, y se acuerda con las coordinadoras de enfermería en los equipos de atención primaria, su petición agregando medicamento fuera de pacto los meses que son necesarios.
Queda redactado el “PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS PARENTERALES DE ACCIÓN PROLONGADA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA III”.
En 2017 se publica, en Pharmacy & Pharmacology International Journal, un artículo sobre el plan de dispensación, de estos antipsicóticos de segunda generación, desde Farmacia Hospitalaria hacia Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para la estimación de frecuencia de pacientes en tratamiento se utilizaron, en el denominador de la fórmula de cálculo, los datos demográficos de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) obtenidos desde el documento de trabajo de DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ARAGÓN 2016 (disponible en: http://tinyurl.com/jkjmk3k).
Con respecto a paliperidona palmitato (Xeplion mensual), 22 pacientes inician tratamiento desde el HCULB (paciente ingresado o en consultas externas del Servicio de Psiquiatría o en Hospital de Día), 5 desde Unidades de Salud Mental del Sector, 1 desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial, 1 para un Centro Socio-Sanitario y el resto de tratamientos son dispensados a los Centros de Salud (CS) de los pacientes.
En el caso de la dispensación de paliperidona trimestral, cuatro pacientes pertenecen a ZBS no incluidas en el Sector Zaragoza III: Rebolería, Valdespartera, Daroca, y San José Sur.
Se documentaron 45 pacientes en tratamiento con aripiprazol, de los que el 80% están en tratamiento con dosis de 400 mg. De los 45 pacientes registrados en el periodo de estudio, un paciente deja de estar en tratamiento por cambio a paliperidona de liberación prolongada (Xeplion 150 mg), la dispensación de un paciente deja de realizarse desde el HCULB (atención farmacéutica realizada por otro Sector Sanitario, ya que se administra en un CS externo al nuestro), y un paciente finaliza el tratamiento (sin documentar motivo de retirada).
Las tasas obtenidas por 100.000 habitantes, se presentan para un denominador poblacional de personas con edad igual o superior a 18 años. Estas tasas ajustadas siempre coinciden con las tasas brutas para los diferentes antipsicóticos, excepto en el caso del mínimo de dispensaciones de Aripiprazol para el CS Miralbueno-Garrapinillos (6,40), que para el denominador poblacional total (incluidos menores de 18 años) es menor que en el CS La Almunia de Doña Godina (7,93).
Aplicando la fórmula de cálculo se obtienen, como número de pacientes en tratamiento, expresado como valores máximos y mínimos, por cada 100.000 habitantes adultos:
- Risperdal Consta: CS Casetas (54,68) y CS María de Huerva (6,80).
- Xeplion: CS Cariñena (138,02) y CS Miralbueno-Garrapinillos (8,31).
- Abilify Maintena: CS Casetas (46,87) y CS La Almunia de Doña Godina (7,93).
- Trevicta: CS Ejea de los Caballeros (53,71) y CS Bombarda (7,23).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El análisis de la situación actual, de las causas y de los procesos relacionados, ha permitido establecer una correcta planificación farmacoterapéutica de los pacientes incluidos en los programas de Salud Mental, lo que supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, la calidad de la evaluación y seguimiento clínico de los pacientes en tratamiento con estos fármacos.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0933

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/933 ================================== ***

Nº de registro: 0933

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III

Autores:
FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO, MARTINEZ CRESPO ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las oportunidades de mejora detectadas en la monitorización del actual ACG 2016 facilitarán la continuidad asistencial y la intervención de profesionales de distintos centros y/o niveles asistenciales, con continuidad de proyectos ya incluidos, con la consecuente mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes pluripatológicos en el área de Salud Mental, así como en los procesos organizativos y de administración, en los que intervienen varios Servicios o Unidades.

Se establece este proyecto para la aplicación de las Instrucciones del Servicio Aragonés de Salud sobre adquisición y dispensación de Aripiprazol intramuscular depot, Paliperidona inyectable de liberación prolongada, y de Risperidona inyectable de liberación prolongada en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, comenzamos a adquirir dichas especialidades farmacéuticas directamente y a distribuirlas a las Unidades de Salud Mental y a los Centros de Salud, para su administración a los pacientes, su seguimiento clínico y control. Desde entonces, en el Servicio de Farmacia hemos registrado los datos que considerábamos imprescindibles para el óptimo funcionamiento del circuito establecido. Analizando los datos recogidos, hemos observado varias oportunidades de mejora, y decidido priorizar en la mejora de la planificación sanitaria del tratamiento farmacológico. Adicionalmente, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y sus consecuencias negativas clínicas y económicas se consideran por la OMS un problema de salud pública que se traduce también en un problema de seguridad.

El análisis de la situación actual, de las causas y de los procesos relacionados, permite establecer la necesidad de planificación farmacoterapéutica de los pacientes incluidos en los programas de Salud Mental, lo que supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, la calidad de la evaluación y seguimiento clínico de los pacientes en tratamiento con estos fármacos.

Para la estimación de frecuencia de pacientes en tratamiento se utilizarán, en el denominador de la fórmula de cálculo, los datos demográficos de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) obtenidos desde el documento de trabajo de DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ARAGÓN 2016 (disponible en: http://tinyurl.com/jkjmk3k)

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la planificación y adecuación de los tratamientos antipsicóticos de liberación prolongada con respecto a la política sanitaria. Se pretende mejorar el control clínico y farmacoterapéutico de pacientes con esquizofrenia a los que se dispensan, desde el Servicio de Farmacia del HCULB los tratamientos antipsicóticos risperidona inyectable de liberación prolongada, paliperidona suspensión y aripiprazol intramuscular depot.

La planificación de los cambios y acciones de mejora necesarias contribuyen al desarrollo de Servicio y del profesional sanitario. Puesto que la gestión de este circuito se centraliza en el Servicio de Farmacia, se propone una estrategia para:
- Aumentar la adherencia al tratamiento de estos pacientes a través del seguimiento farmacoterapéutico.
- Mejorar la seguridad de los pacientes desarrollando buenas prácticas entre el equipo multidisciplinar implicado.
- Ajuste de las prescripciones a los protocolos vigentes tanto de especializada como en primaria.
- Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Centros de Salud (CS), las Unidades de Salud Mental (USM) del Sector y Farmacia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0933

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA PLANIFICACION SANITARIA DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICOTICOS INYECTABLES DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III

MÉTODO
Profesionales participantes: Servicio Farmacia Atención Especializada - USM. En consultas de Salud Mental se realiza el seguimiento clínico Psiquiátrico. -Enfermera de las USM realizan los cuidados de enfermería. - Actividades: - Difusión de la oportunidad de mejora detectada los profesionales sanitarios implicados. Farmacéuticos. - Detección de los pacientes con problemas de adherencia. Farmacéuticos. - Establecimiento del canal de captación y notificación del incumplimiento del tratamiento. Todos. - Análisis de los factores y causas de los problemas de adherencia. Equipo Mejora.

INDICADORES
- Nº de pacientes con Risperidona consta en CS o USM/Nº pacientes de la ZBS.
- Nº de pacientes con Paliperidona de liberación prolongada en CS o USM/Nº pacientes de la ZBS.
- Nº de pacientes con Aripiprazol intramuscular depot en CS o USM/Nº pacientes de la ZBS.
Fecha de inicio: noviembre 2016. Fecha prevista de finalización: diciembre 2017.

DURACIÓN
- Noviembre 2015- Noviembre 2016 Fase de pre-análisis datos, detección pacientes incumplidores y establecimiento canal comunicación
- Diciembre 2016 Probar y verificar la utilidad de las medidas propuestas y realizar, si procede, los ajustes necesarios.
- Enero - Noviembre 2017 Monitorizar el proceso mejorado
- Diciembre 2017 Evaluación y análisis de resultados, propuestas de mejora
Realización de reuniones de equipo quincenales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0980

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ARENERE MENDOZA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HORNA OREJA OIHANA
PASCUAL MARTIN OIHANA
COMET BERNAD MACARENA
FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO
ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU
ALVAREZ MANCEÑIDO FELIPE
JULIAN ANSON MARIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado una reunión con el Servicio de Bioquímica (SB) para realizar una consulta predeterminada con el programa de MODULAB, que permita conocer qué pacientes hospitalizados, en las plantas con prescripción electrónica, tienen los valores de creatinina con valores superiores al rango normal. (Mes de junio)
Se han realizado dos reuniones en el Servicio de Farmacia (SF). La primera en el mes de junio en la que se ha llevado a cabo el reparto de las siguientes tareas entre los integrantes del grupo:
1. Revisión bibliográfica de qué antimicrobianos (AM) son susceptibles de ajuste posológico (AP) en base a la función renal.
2. Revisión para la parametrización y estandarización de pesos en hombres y mujeres en el programa de prescripción electrónica utilizando la fórmula de Cockcroft-Gault.
3. Revisión del procedimiento de registro de Recomendaciones Farmacéuticas (RF).
Segunda reunión que se ha realizado en el mes de octubre:
1. Se ha parametrizado el programa de prescripción electrónica, en donde se han señalado los AM susceptibles de AP, se ha adaptado la fórmula de Cockcroft-Gault con los pesos estandarizados, se han creado unos textos asociados predefinidos para realizar las RF y se ha estandarizado la forma de registro de las RF.
2. Se ha elaborado un procedimiento por escrito de todo el circuito que ha servido como hoja de trabajo.
3. Se ha realizado por escrito el procedimiento de cálculo de los indicadores.
Se ha comenzado a trabajar en la práctica asistencial diaria en el mes de noviembre en las unidades de: Medicina interna A, Medicina interna B, Oncología, Aislamiento, Neurocirugía y Digestivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Realización de la consulta en MODULAB por el SB, en la que se filtren los pacientes con creatinina alterada y que estén hospitalizados en unidades con prescripción electrónica (SI)
2. Determinación de los AM susceptibles de AP en caso de insuficiencia renal crónica y parametrización del programa de prescripción electrónica (SI).
Durante los meses de noviembre, diciembre (2018) y enero (2019) se ha realizado el trabajo de revisión de tratamientos. Se han revisado 81 tratamientos correspondientes a 72 pacientes. Se han realizado un total de 76 RF de las que 46 se han aceptado, 14 no se han aceptado y 16 no se han podido valorar (altas, finalizaciones-cambios de tratamiento).
3. % Tratamientos revisados de pacientes con IRC que llevan AM susceptible de AP= tratamientos de pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM susceptible de AP / Pacientes con creatinina alta *100
10,5%= (81/772)*100
4. % RF aceptadas = nº RF aceptadas /nº RF totales x 100
76,6% = (46/60)*100
5. % tratamientos con RF de los pacientes candidatos susceptibles de AP= nº de RF / pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM x 100
93,8% = (76/81)*100
Los AM que más frecuentemente se ha recomendado un AP ha sido:

PRINCIPIO ACTIVO	RECOMENDACIONES FARMACÉUTICAS	%
PIPERACILINA/TAZOBACTAM	24	31,58%
AMOXICILINA/CLAVULANICO	15	19,74%
MEROPENEM	8	10,53%
LEVOFLOXACINO	5	6,58%
AMIKACINA	3	3,95%
FLUCONAZOL	3	3,95%
SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIM	3	3,95%
CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM	2	2,63%
TEICOPLANINA	2	2,63%
CEFTAROLINA	1	1,32%
AMPICILINA	1	1,32%
AZITROMICINA	1	1,32%
CASPOFUNGINA	1	1,32%
CEFTAZIDIMA	1	1,32%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0980

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

CEFTRIAXONA	1	1,32%
CEFUROXIMA AXETILO	1	1,32%
CIPROFLOXACINO	1	1,32%
GENTAMICINA	1	1,32%
IMIPENEM/CILASTATINA	1	1,32%
VANCOMICINA	1	1,32%
Total general	76	100,00%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La intervención incluida en el proyecto de mejora sobre las recomendaciones de AP por parte del SF, la valoramos como una actividad positiva que mejora la calidad de las prescripciones aumentando principalmente la seguridad de los tratamientos de los pacientes. Se puede observar que se trata de una intervención muy bien aceptada por los médicos prescriptores que en un 76,6% han modificado la posología de acuerdo a lo recomendado por el SF. También se observa que se trata de una recomendación útil, ya que el 93.8% de los pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido no tenían un ajuste posológico realizado por el facultativo.
Sería conveniente extender el proyecto al resto de unidades que tienen prescripción electrónica (Infecciosas, Medicina interna C y R, Hematología, Neumología, Cirugía)
Además, dichas recomendaciones se podrían parametrizar en el programa de prescripción electrónica para que salieran de una forma automática. Habría que consensuar con el PROA y el Servicio de Nefrología las recomendaciones de ajuste realizadas.

7. OBSERVACIONES.
Macarena Comet Bernad no figuraba en el equipo inicial, ya que ha sustituido a Isabel Puértolas Tena por su permiso de maternidad. Pedimos por favor, se cambie una persona por otra a la hora de emitir los correspondientes certificados.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/980 ========== ***

Nº de registro: 0980

Título
IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Autores:
ARENERE MENDOZA MERCEDES, PUERTOLAS TENA ISABEL, HORNA OREJA OIHANA, PASCUAL MARTIN OIHANA, FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO, ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU, ALVAREZ MANCEÑIDO FELIPE, JULIAN ANSON MARIA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El manejo adecuado de los antimicrobianos (AM) en los centros hospitalarios es una actividad prioritaria impulsada por diferentes organizaciones a nivel Europeo, Nacional y Autonómico.
Una oportunidad de mejora detectada, es la individualización posológica de AM en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). La IRC se caracteriza por una pérdida progresiva de la tasa de filtrado glomerular (FG), que lleva a una incapacidad renal para realizar la función depurativa. Por esta razón, los pacientes con IRC, presentan cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos que se eliminan por esta vía, observándose una serie de modificaciones tanto en la intensidad y duración del efecto terapéutico, como un aumento de los efectos adversos. La estimación del FG es el mejor índice para evaluar la función renal, el cual puede medirse a través del aclaramiento de creatinina con la fórmula de Cockcroft-Gault, que es la recomendada para ajuste posológico (AP).
El Servicio de Farmacia (SF) tiene una posición estratégica y de responsabilidad a la hora de validar los tratamientos. De esta forma, las recomendaciones farmacéuticas (RF) en pacientes con tratamiento AM y función renal alterada, pueden ser de utilidad en el AP con una importante repercusión en la seguridad del manejo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0980

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROYECTO DE RECOMENDACIONES FARMACEUTICAS DE AJUSTE POSOLOGICO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

estos tratamientos.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantar un sistema de RF de AP para los AM, en pacientes IRC, que estén ingresados en las plantas con prescripción electrónica del HCULB, con el objetivo final de mejorar la seguridad del manejo de estos medicamentos.
Las unidades con prescripción electrónica susceptibles de este tipo de intervención serían: medicina interna, A, B, C y R, infecciosas, oncología, hematología, digestivo, neurocirugía, cirugía A y aislamiento.
Pacientes con IRC. Se trataría de pacientes con valores de creatinina por encima del rango establecido por el Servicio de Bioquímica (SB).
Hombres: 0.7-1.2 mg/dl
Mujeres: 0.5-0.9 mg/dl

MÉTODO
Se realizará una reunión con el SB para estudiar la posibilidad de establecer una consulta predeterminada con el programa de MODULAB que permita conocer qué pacientes hospitalizados en las plantas con prescripción electrónica tienen los valores de creatinina con valores superiores al rango normal.
Dentro del SF se realizarán dos reuniones en las que se llevarán propuestas, y una vez estudiadas y consensuadas se implantarán. En estas reuniones se tratarán los siguientes temas, en los que también se especifica el trabajo de campo:
1. Se analizará y determinará qué AM son susceptibles de AP en base a la función renal, y se parametrizarán en el programa de prescripción electrónica. Se revisará qué fuente se utilizará para realizar las RF.
2. Se analizará, determinará y parametrizará el peso estándar a incluir para hombres y mujeres en la fórmula de Cockcroft-Gault, debido a que con cierta frecuencia no es posible saber el peso del paciente.
3. Se crearán unos textos asociados predeterminados en el programa de prescripción electrónica, para estandarizar la forma de recomendar el AP.
4. Se desarrollará el procedimiento a seguir desde el Servicio de Farmacia para realizar las RF de AP en estos casos, así como el procedimiento para registrarlas.

INDICADORES
1. Realización de la consulta en MODULAB por el SB, en la que se filtren los pacientes con creatinina alterada y que estén hospitalizados en unidades con prescripción electrónica (SI/NO)
2. Determinación de los AM susceptibles de AP en caso de IRC y parametrización del programa de prescripción electrónica (SI/NO).
3. % Pacientes con IRC que llevan AM susceptible de AP= pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM susceptible de AP / Pacientes con creatinina alta *100
4. % RF aceptadas = nº RF aceptadas /nº RF totales x 100
5. % Pacientes con RF = nº de RF / pacientes con aclaramiento de creatinina disminuido que estén en tratamiento con AM x 100

DURACIÓN
Realización de la consulta en MODULAB. María Angel Julián Ansón. Mes de junio
Primera reunión en el SF. Mes de junio. Resto de integrantes del equipo.
Revisión bibliográfica de los AM susceptibles de AP y propuesta al grupo y elaboración de unas tablas de AP.
1. Revisión para parametrización, estandarización de pesos en hombres y mujeres en la fórmula de Cockcroft-Gault.
2. Revisión del procedimiento de registro de RF.
Segunda reunión del SF. Mes de septiembre. Mismos participantes que en le primera reunión
Parametrización de Farmatools, en donde se señalarán qué AM son susceptibles de AP cargando las RF de AP en base a los aclaramientos de creatinina, se adaptará la fórmula de Cockroft-Gault, se crearán los textos asociados predefinidos, y de registro de las RF.
Se elaborará por escrito un procedimiento de todo el circuito.
Comienzo del funcionamiento del proyecto en octubre.
En el mes de diciembre se analizarán los resultados obtenidos y se estudiará la viabilidad del proyecto de cara a la incorporación en la Cartera de Servicios del SF.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1020

1. TÍTULO

COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES GIMENO GRACIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO
APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO
SALVADOR GOMEZ TRANSITO
VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL
FELIX MARTIN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Definición de pacientes candidatos a la dispensación: se hizo en primer lugar una revisión de los pacientes que en el 2017 se les había dispensado medicación desde HCULB y cuyo domicilio estuviera en el área de influencia de Ejea de los Caballeros (CS Ejea, Tauste, Luna y Sádaba) 293 pacientes. Se acordó iniciar por los pacientes con psoriasis que reciben medicación desde HCULB y con domicilio en Ejea (14 pacientes).
Reunión con el Servicio de Dermatología para la puesta en común del proyecto.
Se realizó el procedimiento del circuito para la prescripción-distribución-dispensación y Atención farmacéutica a los pacientes seleccionados (introducción- normativa- objetivo- alcance-criterios de inclusión-criterios de exclusión, pasos del procedimiento- coordinación con personal del CASAR de Ejea), así como documentos para información al paciente y firma de inclusión en el proyecto y condiciones.
Reunión con la Dirección del hospital HCULB y de Ejea para aprobación de propuesta.
Reunión con empresa de transporte, fundamental en el proyecto, ya que mucha medicación de la incluida requiere condiciones de conservación de 2-8ºC. Boyaca, actualmente contratada por HCULB, no dispone de este tipo de contrato con HCULB, por lo que habría que tener uno nuevo, que asegurase la correcta conservación de la medicación hasta su entrega.
Asimismo, se tuvo otra reunión con una empresa que dispone de todo este servicio integrado (transporte, seguimiento, plataforma online,…).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una pre-selección de pacientes candidatos
Se ha realizado el procedimiento del circuito para la prescripción-distribución-dispensación y atención farmacéutica
Se ha realizado documentos de información al paciente para su conocimiento del proyecto y su inclusión.
Se han mantenido reuniones con la Dirección Médica y empresa de transporte.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha diseñado el circuito para la puesta en marcha del proyecto, a espera de que la empresa de transporte asegure el correcto transporte con su conservación de la medicación. El actual contrato que se mantiene con la misma no lo incluye, y sería un servicio extra con su coste.
Así mismo, en el mercado existen unas plataformas que facilitarían todo el circuito a implantar, y se está valorando tambien esta opción.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1020 ========== ***

Nº de registro: 1020

Título
COORDINACION ENTRE H CLINICO UNIVERSITARIO L.BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Autores:
GIMENO GRACIA MERCEDES, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, APESTEGUIA EL BUSTO ALBERTO, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL, FELIX MARTIN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1020

1. TÍTULO

COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no se selecciona a los pacientes por patología
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La unidad de pacientes externos del Servicio de Farmacia dispensa medicamentos de uso hospitalario a pacientes no hospitalizados.
El arsenal terapéutico que habitualmente se suministra desde estas unidades se ha visto incrementado en los últimos años con la aparición de nuevos fármacos para tratar VIH, hepatitis B, hepatitis C, esclerosis múltiple, hormona de crecimiento, tratamientos onco-hematológicos y enfermedades inmunomediadas entre otros.
El incremento de nuevos fármacos junto con la cronicidad de determinadas enfermedades ha provocado un incremento de actividad en esta área. El número medio de pacientes atendidos al día, se ha incrementado de 57 pacientes en el año 2009 a 100 pacientes en el 2017. En global, se ha pasado de atender 2927 pacientes al año 2009 a 4252 en el 2017.
En la atención farmacéutica desarrollada en la Unidad de Pacientes Externos, el farmacéutico asume la responsabilidad de las necesidades farmacoterapéuticas del paciente y responde de este compromiso ante el propio paciente, su familia, el equipo multidisciplinar y la sociedad. El farmacéutico debe garantizar que el paciente use los medicamentos de forma correcta, racional y responsable, con el fin de alcanzar los resultados terapéuticos planeados con el mínimo riesgo de reacciones adversas.
La atención farmacéutica a los pacientes externos se ha convertido en una actividad muy importante en los servicios de farmacia hospitalarios debido tanto a la repercusión asistencial (asegurar el buen uso de los medicamentos), como al gran impacto económico que representa; además de cumplir el derecho del paciente a la atención farmacéutica personalizada e información sobre medicamentos. Esta actividad permite una mejor integración del farmacéutico en el equipo asistencial, ofreciendo una atención multidisciplinar al paciente y finalmente, hace posible una mayor implicación en el tratamiento y participación de los resultados clínicos, desarrollando técnicas de educación sanitaria.
El sector III tiene una gran población de ámbito rural, en concreto en el año 2017, 163 pacientes pertenecían al Centro de Salud (CS) de Ejea, 83 al CS de Tauste y 44 al CS de Sádaba, que se tienen que desplazar a Zaragoza para determinadas consultas con facultativos especialistas, porque no disponen de ellas en el Hospital de Ejea, por lo que en pacientes crónicos, con enfermedad estable, adherentes al tratamiento, con consultas médicas distanciadas se podrían beneficiar de alternar la dispensación y la atención farmacéutica recibida en HCU con la dispensación en el Centro Médico de Especialidades de Ejea y atención farmacéutica a distancia.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto tiene como objetivo evitar desplazamientos de los pacientes con determinados tratamientos crónicos, entre las consultas con el especialista, sin disminuir la atención farmacéutica recibida.

MÉTODO
Definir qué tipo de pacientes se pueden incluir en el proyecto y realizar la selección de pacientes candidatos a participar
Realización de documento de compromiso del paciente al proyecto, el cual tras su explicación y firmará para adherirse al mismo.
Información del tipo de transporte para asegurar condiciones de conservación de la medicación durante su transporte.
Reunión con el Hospital de Ejea para planificar circuito, días de transporte, dispensación por la auxiliar, firma de paciente de recogida, notificación al HCU de la recogida.
Definición del procedimiento de coordinación entre el Servicio de Farmacia de HCU y el Hospital de Ejea

INDICADORES
Disponer del procedimiento de actuación para la dispensación de medicamentos de uso hospitalario y atención farmacéutica a determinados pacientes al Hospital de Ejea.

DURACIÓN
Pre-Selección de pacientes- Mercedes Gimeno Gracia
Definición del transporte de medicamentos y aseguramiento de control de temperaturas- Tránsito Salvador Gómez
Desarrollo del procedimiento a llevar a cabo – circuito: Alberto Apesteguía y Puerto Pardo
Diseño de documento de compromiso del paciente con el proyecto. Jose Manuel Vinuesa
Preparación de paquetes a enviar a Ejea y recepción/control de recogidas del paciente en Ejea.- Pilar Félix

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1020

1. TÍTULO

COORDINACION H. CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA-CENTRO SANITARIO DE EJEA PARA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO A PACIENTES CRONICOS MANTENIENDO LA ATENCION FARMACEUTICA RECIBIDA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0210

1. TÍTULO

NFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LAINTRANET DE HCU

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MONCHE PALACIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. GESTION DE CASOS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
SERRANO ARCOS MIGUEL ANGEL
CALVO NAVAL ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras conseguir los permisos necesarios por parte de la Dirección de Enfermería, se elaboraron 3 tipos de plantillas para otros tantos modelos de informes que se emiten al alta de los pacientes valorados por las enfermeras gestoras de casos: Informe de traslado a hospital o centro socio-sanitario, Informe traslado Vía Rápida San Juan de Dios, Informe Simple para Atención Primaria
En el mes de diciembre 2016 se introdujeron en el HP-doctor y a partir del 1/01/2017 se realizaron los informes desde esta plataforma. Al mismo tiempo se inició la comunicación a través de correo electrónico con los coordinadores de los centros de salud, cada vez que un paciente era dado de alta del hospital, para informar de la aparición de los informes en la historia electronica del paciente.
En el mes de mayo y abril se mantuvieron varios contactos con distintos centros de AP y con dirección de enfermeria de AP, para confirmar la visibilidad de nuestros informes desde estos centros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 01/01/2017 hasta el 01/12/2017se han realizado 437 Informes a centros sociosanitarios, 47 Informes Via Rapida SJD, y 270 Informes simples para AP,
754Informes realizados / 894 pacientes valorados por EGC= 0.84
754Informes incluidos en Intranet/754 Informes realizados =1
Por lo tanto el 84% de los pacientes valorados por las Enf. Gestoras de Casos tienen un informe en la Historia Electronica
Se ha comunicado a AP la existencia de dichos informes al 100%
Los datos se recogen de los registros y estadísticas que realizan la Enfermeras Gestoras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La colaboración con el servicio de Informática ha sido muy beneficiosa, facilitando la formación necesaria para la realización de todos los informes. No todos los pacientes valorados por las Enfermeras gestoras de casos, ni todas sus actuaciones, precisan de informe a Atención Primaria, por lo que el porcentaje puede variar mas o menos según las necesidades. La implantación del sistema ha sido total y por lo tanto queda perfectamente incluido en el trabajo diario y en las funciones de las Enfermeras Gestoras. No se excluye que en el futura pueda haber rectificaciones de plantilla o nuevas inclusiones dependiendo de las necesidades que vayan surgiendo.
Por otro lado, la inclusión de dichos informes en la Intranet, ha sido valorada positivamente por otros profesionales del equipo de salud, que pueden optar a la máxima información sobre el paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/210 ========== ***

Nº de registro: 0210

Título
INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LA INTRANET DE HCU

Autores:
MONCHE PALACIN ANA MARIA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA, SERRANO ARCOS MIGUEL ANGEL, CALVO NAVAL ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0210

1. TÍTULO

NFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS DE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DE PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES DEL HCU LOZANO BLESA Y SU INCORPORACION A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE EN LAINTRANET DE HCU

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crónico dependiente
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente las Enfermeras Gestoras de Casos realizan los informes y se recogen en una base de datos propia, siendo la comunicación con Atención primaria a traves del Correo Electronico, y por fax a traves de admisión del HCU. No se guardaban en la Historia clinica del paciente.
Pretendemos mejorar la confidencialidad, la comunicación con Atención Primaria y el acceso de todos los profesionales implicados a los informes que se generan. Así como la permenencia de estos informes en la historia clínica del paciente.
Informatización de los informes clínicos de la intervención de la Enfermera Gestora de Casos del hospital. Incluir los informes dentro del soporte informatico en la Historia Clinica general virtual del paciente, de manera que esten accesibles en la Intranet del hospital y a traves de su enlace con la Historia Clinica Electronica sea visible desde cualquier punto de la Red Sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
-Aumentar la confidencialidad de los datos clinicos de los pacientes en la comunicación entre la Enfermera Gestora de Casos y el Equipo de Atención Primaria.
-Proporcionar el acceso a la información, a los profesionales sanitarios que acceden a la Intranet del HCU y a la Historia Clinica Electronica del paciente

MÉTODO
-Solicitar y obtener los permisos de acceso para poder "colgar" nuestros informes en la Intranet del HCU (Ana Monche/Ana Garcia)
-Crear el documento informatico adecuado para los distintos tipos de informes que realizan las Enfermeras Gestoras de Casos (Ana Monche/M.A. Serrano)
-Incluir los informes clínicos en el soporte informatico de la Intranet del Hospital y en la Historia Clinica de los pacientes (M.A. Serrano/ Alfredo Calvo)
-Comunicar a los Centros de Atención Primaria la accesibilidad a los informes de la Enfermera Gestora de Casos.

INDICADORES
-Nº de informes informatizados en la Intranet/Nº total de informes realizados
-Nª de informes incluidos en la Intranet y comunicados a A. Primaria/Nª total de informes realizados

DURACIÓN
Octubre de 2016: Solicitar y obtener los permisos de acceso a la intranet y al sistema informatico HPDOCTOR
Realización de las plantillas de los informes de la Enfermera Gestora de Casos y su inclusión en la herramieta informatica HPDOCTOR
Octubre-Diciembre 2016: Realización de los informes en el sistema HPDOCTOR y su inclusión en la Intranet hasta alcanzar el 100% de los informes realizados
Enero-Marzo 2017: Comunicación a los Equipos de Atención Primaria para infomar de la introducción de los informes en la Historia Clinica General del paciente y de su accesibilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1034

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA OLAVE RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ FERNANDEZ RAQUEL
PAÑO PARDO JOSE RAMON
CASTILLO GARCIA JAVIER
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
PEREZ TRULLEN ALFONSO
DE BENITO JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la constitución del GdT PROA Hematología se han realizado diversas actividades:
-Cortes de antimicrobianos para valoración del nivel de cumplimentación de la indicación y duración de antimicrobianos en el paciente hematológico.
-Encuesta a los miembros del Servicio de Hematología sobre la situación del uso de antimicrobianos y las posibilidades de mejora.
-Comunicación de los resultados de la encuesta en sesión del Servicio.
-Elaboración de un protocolo de actuación en el paciente hematológico neutropénico con sospecha de infección. Este protocolo ha sido consensuado con todos los integrantes del GdT de los Servicios implicados (Microbiología, Farmacia, Radiología, UCI, Neumología, Infecciosos y Hematología) e incluye la actuación tanto en el ámbito diagnóstico como terapeútico.
-Se ha planificado el pase antibiótico semanal, cada lunes, con presencia de todos los miembros del Servicio de Hematología y de un miembro de Infecciosos y/o Microbiología

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Disponibilidad de una guía local de diagnóstico y tratamiento de los principales síndromes infecciosos en el paciente hematológico neutropénico, acordada por el GdT y pendiente de la aprobación por la Comisión de Infecciones.
-Mejora de la percepción en la calidad del uso de antibióticos por los facultativos de Hematología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Se ha elaborado un protocolo de actuación en el paciente hematológico neutropénico que quedaría pendiente de aprobación en la Comisión de Infecciones del hospital. Posteriormente se procederá a su difusión entre todos los Servicios del hospital implicados (todos ellos están representados en el GdT) y se añadirá como un apartado específico dentro de la guía PROA del hospital.
-Se debe implementar el pase antibiótico semanal para integrar los aspectos microbiológicos y los aspectos clínicos/hematológicos, con objeto de sistematizar el manejo clínico-laboratorio de la infección en el paciente hematológico.
-Es necesario continuar trabajando de manera sistemática y multidisciplinar, para completar los objetivos pendientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1034 ========== ***

Nº de registro: 1034

Título
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1034

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA

Autores:
OLAVE RUBIO MARIA TERESA, MARTINEZ FERNANDEZ RAQUEL, PAÑO PARDO JOSE RAMON, CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, PEREZ TRULLEN ALFONSO, DE BENITO AREVALO JOSE LUIS, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las complicaciones infecciosas del paciente oncohematológico presentan una elevada morbi-mortalidad . Su elevada frecuencia y gravedad, así como la creciente resistencia a los antibióticos hacen que su manejo sea altamente complejo y que su adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento continúen siendo un objetivo fundamental para el Servicio de Hematología.

Una de los principales problemas en su manejo deriva del incremento de la resistencia a los antibióticos que, unido al parón en el desarrollo de los antimicrobianos, nos ha introducido en una “crisis antibiótica” que condiciona la necesidad de optimizar el uso de los antibióticos.
Debido a dicha complejidad es imprescindible la participación de otros Servicios del hospital y su actuación coordinada en el menor tiempo posible.

Finalmente, la implicación que el Servicio de Hematología tiene en la mejora de la calidad asistencial, hace que las circunstancias para la puesta en marcha de un proceso de mejora de la calidad de uso de antimicrobianos en este Servicio sean idóneas, motivo por el que se presenta esta propuesta de Proyecto de Mejora de la Calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo primario
• Mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico de las infecciones en pacientes oncohematológicos.

Objetivos secundarios
• Implicar a los profesionales de diferentes servicios en un proceso transversal, continuo, de mejora de la calidad asistencial
• Optimizar la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos

MÉTODO
Fase 1. Constitución del equipo de trabajo
• Inclusión de la optimización del uso de antibióticos (PROA) como objetivo de Servicio.
• Designación del responsable PROA del Servicio así como de otras personas clave del Servicio para esta actividad (PCS)
• Incorporación de profesionales de los Servicios de Microbiología, Radiología, Neumología, Cuidados Intensivos y Farmacia en el Grupo de Trabajo (GdT) multidisciplinar PROA.

Fase 2. Evaluación de los problemas de uso de antimicrobianos, priorización y planificación de actividades
• Realización de un corte de uso de antimicrobianos (point-prevalence survey) y de una encuesta a los miembros del Servicio
• Priorización de los problemas observados por parte del GdT PROA
• Planificación de Actividades.
• Actividades a desarrollar:
1. Elaboración de guías de diagnóstico y tratamiento de los principales síndromes infecciosos, adaptadas a las circunstancias epidemiológicas del centro
2. Realización de actividades docentes presenciales/online
3. Pase antibiótico semanal
4. Coaching antibiótico a demanda y basado en sistema de alertas clínicas, microbiológicas o de prescripción

Fase 3. Implementación de las actividades
• Comunicación al Servicio de las actividades planificadas y de las PCS
• Implementación de las actividades conforme al cronograma.

Fase 4. Evaluación del impacto de la intervención
• Análisis de los indicadores seleccionados.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1034

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LAS INFECCIONES EN EL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA: PROA-HEMATOLOGIA

- Disponibilidad de una guía local de diagnóstico y tratamiento de los principales síndromes infecciosos en paciente oncohematológico.
- Número de pases antibióticos semanales realizados.
- Grado de mejora en la calidad de uso de antibióticos percibido por los facultativos del Servicio de Hematología.
- Proporción de pacientes oncohematológicos con bacteriemia en los que el tratamiento antibiótico inicial (empírico) y definitivo (dirigido) es apropiado, adecuado y cumple con las recomendaciones de la guía local.

DURACIÓN
1: Evaluación de la situación basal, priorización de problemas y diseño de las actividades de mejora: Noviembre, Diciembre 2016 y Enero 2017
2: Implementación de las actividades: Febrero-julio 2017; desglosado en 2 ciclos entre los que se medirá el impacto de las actividades y su posible ajuste.
3: Evaluación de resultados: Agosto-Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA RODRIGUEZ ANGELES
FERRANDO QUINTIN MARIBEL
ANADON SANZ ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicio de la consulta de enfermeria en Noviembre 2017. Acciones realizadas inicio tratamiento anticoagulante con AVK (educacion sanitaria), control ACOD (revisión analitica, educacion sanitaria y adherencia)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo del 2018 han sido revisados en Consulta de Hemostasia de ENFERMERIA 590 pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Objetivo alcanzado de instauración de la consulta. Objetivos proximos analizar los datos de derivacion a AP

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/907 ========== ***

Nº de registro: 0907

Título
INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Autores:
GAVIN SEBASTIAN OLGA, DOBON REBOLLO MANUELA, PALOMERA BERNAL LUIS, GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES, FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL, ANADON SANZ ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ANTICOAGULACION
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia crónica más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población1,2. Su prevalencia se incrementa con la edad, de modo que se estima que la padece un 8,5% de la población mayor de 60 años3.
La FA confiere a los pacientes que la padecen un riesgo de ictus y embolia sistémica superior a 5 veces al de la población general. Se estima que 1 de cada 5 ictus isquémicos están asociados a la presencia de FA.
Dado que la complicación más importante de la FA por su frecuencia e impacto en la mortalidad prematura y en la discapacidad es el ictus, el tratamiento antitrombótico debe acompañar a las estrategias de control del ritmo y de la frecuencia cardíaca.
A pesar de las recomendaciones de las Guías Europeas 2012-2016 del manejo de la Fibrilación Auricular, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha elaborado un Informe de Posicionamiento Terapéutico (UT/V4/23122013), que especifica los criterios y recomendaciones generales para el uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con Fibrilación Auricular no valvular.

El mantenimiento de un buen control de la anticoagulación es habitualmente complejo. De hecho, se ha estimado que el tiempo en rango terapéutico puede llegar a oscilar entre el 29% y el 75%4, 5, 6, con un porcentaje de INRs en rango de entre el 34% y el 68%6. En España, los datos disponibles de estudios observacionales han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

mostrado un tiempo en rango terapéutico de en torno al 64%7 y porcentajes de INRs en rango de entre el 44%6 y el 59%7. El estudio PAULA, realizado en España el 2014, concluye que aproximadamente el 40% de los pacientes (el 43,1% por el método directo y el 39,4% por el método de Rosendaal) con fibrilación auricular no valvular anticoagulados con antagonistas de la vitamina K en atención primaria presentan un control de la anticoagulación inadecuado durante los 12 meses previos8.
En el caso de los ACODs, no se establece una monitorización del tratamiento pero si un seguimiento para garantizar la adherencia al tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS
1.Información al paciente anticoagulado
2.Flujo ordenado de pacientes anticoagulados
3.Check-list cumplimiento terapeútico
4.Fomentar la adherencia
5.Educacion sanitaria
6.Manejo perioperatorio

MÉTODO
1.Revisión de los pacientes anticoagulados (AVK, ACODs), según las características del paciente y del anticoagulado
2.Chequear en cada visita la adherencia y cumplimiento terapeútico
3.Reforzar la educación sanitaria

INDICADORES
Número de pacientes evaluados en la consulta de enfermeria
Número de pacientes reevaluados en la consulta de enfermeria
Número de pacientes derivados a atención primaria

DURACIÓN
Anual

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA GAVIN SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO QUINTIN MARIBEL
GRACIA RODRIGUEZ ANGELES
ANADON SANZ ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Instauración y desarrollo a lo largo del 2018 de la consulta de Hemostasia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han controlado en la consulta de Hemostasia 550 pacientes, en la que se han incluido inicios de tratamiento anticoagulante con AVK y ACOD, formación de los pacientes en anticoagulación, seguimiento de los ACOD y autocontrol

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena acogida de la consulta de enfermería por parte de los pacientes
Accesibilidad a la misma por parte de los pacientes
Imprescindible para fomentar la educación de los pacientes asi como la adherencia al tratamiento anticoagulante

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/907 ========== ***

Nº de registro: 0907

Título
INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

Autores:
GAVIN SEBASTIAN OLGA, DOBON REBOLLO MANUELA, PALOMERA BERNAL LUIS, GRACIA RODRIGUEZ MARIA ANGELES, FERRANDO QUINTIN MARIA ISABEL, ANADON SANZ ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ANTICOAGULACION
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia crónica más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población1,2. Su prevalencia se incrementa con la edad, de modo que se estima que la padece un 8,5% de la población mayor de 60 años3.
La FA confiere a los pacientes que la padecen un riesgo de ictus y embolia sistémica superior a 5 veces al de la población general. Se estima que 1 de cada 5 ictus isquémicos están asociados a la presencia de FA.
Dado que la complicación más importante de la FA por su frecuencia e impacto en la mortalidad prematura y en la discapacidad es el ictus, el tratamiento antitrombótico debe acompañar a las estrategias de control del ritmo y de la frecuencia cardíaca.
A pesar de las recomendaciones de las Guías Europeas 2012-2016 del manejo de la Fibrilación Auricular, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha elaborado un Informe de Posicionamiento Terapéutico (UT/V4/23122013), que especifica los criterios y recomendaciones generales para el uso de los nuevos anticoagulantes orales (NACOs) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con Fibrilación Auricular no valvular.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0907

1. TÍTULO

INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE HEMOSTASIA

El mantenimiento de un buen control de la anticoagulación es habitualmente complejo. De hecho, se ha estimado que el tiempo en rango terapéutico puede llegar a oscilar entre el 29% y el 75%4, 5, 6, con un porcentaje de INRs en rango de entre el 34% y el 68%6. En España, los datos disponibles de estudios observacionales han mostrado un tiempo en rango terapéutico de en torno al 64%7 y porcentajes de INRs en rango de entre el 44%6 y el 59%7. El estudio PAULA, realizado en España el 2014, concluye que aproximadamente el 40% de los pacientes (el 43,1% por el método directo y el 39,4% por el método de Rosendaal) con fibrilación auricular no valvular anticoagulados con antagonistas de la vitamina K en atención primaria presentan un control de la anticoagulación inadecuado durante los 12 meses previos8.
En el caso de los ACODs, no se establece una monitorización del tratamiento pero si un seguimiento para garantizar la adherencia al tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS
1.Información al paciente anticoagulado
2.Flujo ordenado de pacientes anticoagulados
3.Check-list cumplimiento terapeútico
4.Fomentar la adherencia
5.Educacion sanitaria
6.Manejo perioperatorio

MÉTODO
1.Revisión de los pacientes anticoagulados (AVK, ACODs), según las características del paciente y del anticoagulado
2.Chequear en cada visita la adherencia y cumplimiento terapeútico
3.Reforzar la educación sanitaria

INDICADORES
Número de pacientes evaluados en la consulta de enfermeria
Número de pacientes reevaluados en la consulta de enfermeria
Número de pacientes derivados a atención primaria

DURACIÓN
Anual

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS MARTINEZ LOSTAO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INMUNOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INDA LANDALUCE MERCEDES
GARCIA CENZANO CRISTINA
SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA
GONZALEZ GARCIA GONZALO
SEGURA ARAZURI NIEVES
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR
COLAS SANZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Acciones conjuntas del Sº de Inmunología y Sº de Alergología:
-Se han mantenido reuniones 3 reuniones (27/09/18, 18/10/18 y 09/11/18) entre los integrantes del Equipo de Mejora para planificar las acciones a realizar.
Actividades realizadas en el Sº de Inmunología:
-Se han registrado todas las peticiones de la prueba Phadiatop Infant (PI) solicitadas a pacientes pediátricos desde Atención Primaria (AP) del Sector III desde el 12/11/18.
-Ante un resultado positivo de dicha prueba se ha incluido una nota informativa en el informe de resultados indicando al FEA solicitante que el resultado positivo en la prueba PI indica una alta probabilidad de sensibilización a alérgenos comunes y la recomendación de solicitar valoración en Atención Especializada (Sº de Alergia, HCU).
-Los sueros con resultados se han guardado a -20ºC (se guardarán durante 1 año).
-Ante un resultado negativo de dicha prueba, se ha incluido una nota informativa en el informe de resultados indicando al FEA solicitante que dicho resultado no excluye la sensibilización a los alérgenos no incluidos en esta prueba.
-Los sueros negativos han guardado a -20ºC (se conservarán 6 meses).
-Tras la valoración del paciente en Atención Especializada, se ha ampliado el estudio de alergia aquellos pacientes que el FEA del Sº de Alergología ha considerado necesarios.
2- En AP del Sector III (en coordinación con el Sº de Pediatría):
-Los Pediatras han solicitado la prueba PI en aquellos pacientes pediátricos con sospecha de un cuadro alérgico cuando lo han considerado oportuno.
-A la recepción del informe con un resultado positivo, el Pediatra ha solicitado consulta en Atención Especializada (Sº Alergia) para la valoración del paciente.
3- En el Servicio de Alergia:
-Se han registrado las solicitudes de consulta de pacientes pediátricos con un resultado positivo en la prueba PI de AP del Sector III.
-Se han citado a consulta a dichos pacientes y tras valorar su clínica alérgica, el FEA del Sª de Alergología ha solicitado, si procede, la ampliación del estudio de alergia al Sº de Inmunología con lo alérgenos que ha considerado necesarios.
Se ha realizado una sesión (22/11/18) para comunicar a los FEA de AP la utilidad diagnóstica de la prueba de cribado y los cambios en la solicitud y el manejo de dicha prueba que iba a suponer la puesta en marcha del presente Proyecto de Mejora. Están previstas 2 sesiones más el 14/03/19 y el 16/05/19 con los FEA de AP en las que explicará las acciones realizadas hasta el momento y los resultados obtenidos.
También se ha realizado una reunión del Equipo de Mejora (20/12/18) en la que se han valorado las acciones realizadas hasta ese momento y los resultados iniciales obtenidos. Está prevista llevar a cabo una nueva reunión en la segunda quincena de marzo.
Los resultados obtenidos se explican a continuación en el Apartado 6.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.
En el presente Proyecto de Mejora se establecieron 2 indicadores:
1- Nº de pacientes pediátricos con resultado positivo en la prueba PI derivados desde AP del Sector III al Sº de Alergología.
2- Nº de pruebas de alergia que se han dejado de realizar tras un resultado positivo en la prueba PI en pacientes pediátricos del Sector III.
El estándar propuesto fue el de una reducción en un 50% el número de pruebas de alergia que actualmente se amplían tras un resultado positivo de la prueba PI (límites: inferior: 35%; superior: 65%).
Desde la puesta en marcha del Proyecto (12/11/18) hasta el momento de escribir la presente memoria (25/02/19) se han registrado 100 peticiones de la prueba PI en pacientes =14 años en el Sector III de las cuales 50 han sido positivas (49,5%). En el año 2017 (año completo tomado como referencia antes de iniciar el Proyecto de Mejora), se realizaron 335 determinaciones de la prueba PI siendo 154 positivas (45,9%). Dado que el Proyecto de Mejora lleva algo más de 3 meses, la tendencia en la cantidad de pruebas PI solicitadas (y el porcentaje de PI positivos) es similar a lo registrado en el 2017.
De los 50 pacientes con resultado positivo se ha realizado consulta desde AP a Atención Especializada (Sº Alergología) para 38 de ellos lo que supone un 76% del total. Teniendo en cuenta que para 8 pacientes el FEA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

de AP aún ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, se ha realizado la consulta desde AP al Sº de Alergología en 38 de los 42 pacientes de en los que sí se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI lo que supone que en un 90,5% de los pacientes para los cuales el FEA de AP ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, dicho FEA ha realizado una consulta con Atención Especializada (Sº de Alergología).
La ampliación sistemática del estudio de alergia ante un resultado positivo de la prueba PI que se realizaba antes de este Proyecto de Mejora hubiera supuesto la realización del estudio de 15 alérgenos/paciente, esto es, el estudio de 750 alérgenos (15 alérgenos/paciente x 50 pacientes). Hasta el momento se ha llevado a cabo la ampliación dirigida del estudio de alergia tras realizar consulta con el Sº de Alergología en 6 pacientes realizando un total de 39 determinaciones (media determinaciones/paciente = 6,5±3,6). Esto supone un 5,2% del total de las 750 determinaciones que se hubieran realizado antes del Proyecto de Mejora. Por lo tanto, se han dejado de realizar tras un resultado positivo en la prueba PI un 94,8% de las pruebas de alergia. Si sólo tenemos en cuenta los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, la reducción es del 93,8% (39 pruebas realizadas de 630 potenciales determinaciones).
Mientras que antes se ampliaba el estudio de alergia sistemáticamente en el 100% de los PI positivos, tras la puesta en marcha del Proyecto de Mejora, se ha realizado dicha ampliación en el 12% de las peticiones (14,3% si se tiene en cuenta sólo las peticiones de los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo).
Por otra parte, mientras que el porcentaje de resultados positivos en las determinaciones de IgE específica frente a los alérgenos que se realizaban en la ampliación sistemática previa al Proyecto de Mejora era de un 31,8% en el 2017 (año completo tomado como referencia antes de iniciar el Proyecto de Mejora), el porcentaje de resultados positivos en las determinaciones solicitadas tras la ampliación dirigida del estudio de alergia puesta en marcha en el Proyecto de Mejora se ha incrementado hasta el 48,7%.
Por último, la reducción del número de determinaciones realizadas en un más de un 90% ha supuesto una reducción en el gasto realizado. El precio actual de la ampliación sistemática del estudio de alergia tras un PI positivo según el concurso vigente es de 94,48€ con un precio medio por alérgeno de 6,30€. Teniendo en cuenta estos datos, el número de pruebas que se han dejado de hacer, así como el número de pruebas que se han realizado tras la ampliación dirigida tras consulta con el Sº de Alergología, se ha reducido el gasto en 4478,20€ (en 3722,38€ considerando los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI).
Las fuentes de obtención de los datos empleadas para la elaboración de los resultados expuestos han sido los registros que han realizado en el Sº de Alergología y de Inmunología y el sistema informático de gestión de laboratorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la vista de los resultados obtenidos en el periodo de tiempo que lleva en marcha el presente Proyecto, la valoración del Equipo de Mejora es muy satisfactoria. Las actividades propuestas y que se han realizado (sesión formativa y de comunicación del Plan de Mejora con los FEA de AP, emisión de la nota informativa en el informe de resultados, ampliación dirigida del estudio de alergias tras consulta con Atención Especializada) han sido las adecuadas ya que los resultados obtenidos en los indicadores de calidad propuestos para el seguimiento de este Proyecto han sido realmente óptimos. En este sentido cabe destacar la gran implicación de los facultativos de AP ya que el 90,5% de los FEA de AP (38 de 42) que han visualizado el resultado positivo de la prueba PI han realizado una consulta con Atención Especializada. Por otra parte, teniendo en cuenta los 42 pacientes para los cuales se ha se ha visualizado el resultado positivo de la prueba PI, se han dejado de realizar un 94,8% de las pruebas de alergia que se hacían antes de las puesta en marcha de este Proyecto lo que está por encima no sólo del estándar propuesto para el indicador 2 (50%) sino también de su límite superior propuesto (65%). Esto ha supuesto un ahorro en la determinación de las pruebas de alergia de 3722,28€.
Antes de la puesta en marcha del presente Proyecto, se habían detectado algunos errores en el diagnóstico y con ello en el manejo terapéutico en población pediátrica del Sector III tras realizar el estudio de cribado y la ampliación de la prueba PI. En este sentido, el porcentaje de resultados positivos en las en las pruebas de alergia que se realizaban en la ampliación sistemática previa al Proyecto de Mejora era de un 31,8% en el 2017 mientras tras la ampliación dirigida del estudio de alergia puesta en marcha con este Proyecto el porcentaje de resultados positivos en las determinaciones solicitadas se ha incrementado hasta el 48,7%. Aunque pueden ser diversos los factores que hayan contribuido a este incremento, uno de ellos puede ser que la ampliación dirigida del estudio de alergia solicitada por un FEA de Atención Especializada en función de la clínica observada tras realizar la consulta del paciente con un resultado positivo de la prueba PI está mejor orientada que la ampliación sistemática que se realizaba previamente a la puesta de este Proyecto. En este sentido, el presente Proyecto está en completa sintonía con las recomendaciones actuales de las distintas Sociedades Científicas de Especialidades de Laboratorio en relación a la adecuación de la demanda analítica a las necesidades clínicas
Por todo ello, todos estos resultados son claros indicadores no sólo de la sostenibilidad de este Proyecto sino también de sus posibilidades de replicación y de expansión al resto de Sectores sanitarios de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1402 ========== ***

Nº de registro: 1402

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

Título
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

Autores:
MARTINEZ LOSTAO LUIS, INDA LANDALUCE MERCEDES, GARCIA CENZANO CRISTINA, SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA, GONZALEZ GARCIA GONZALO, SEGURA ARAZURI NIEVES, GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR, COLAS SANZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ALERGIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Phadiatop Infant® (PI) es una prueba de cribado de enfermedad alérgica usada en Pediatría de Atención Primaria (AP) que detecta IgE específica frente a una mezcla de los aeroalérgenos y alergenos alimentarios que originan con más frecuencia enfermedad alérgica en <5 años. Sin embargo, PI no contiene alérgenos muy frecuentes en nuestra área (polen de cupresáceas, salsola, LTP, algunos epitelios de animales, etc). En la actualidad, ante un resultado Positivo de esta prueba en el Sº de Inmunología se amplía sistemáticamente el estudio de alergia frente a 15 de los alérgenos inhalantes y alimentarios más frecuentes. Se han detectado algunos errores en el diagnóstico y tratamiento en población pediátrica del Sector III tras realizar el estudio de cribado y la ampliación de la prueba PI. Además, esta ampliación sistemática supone un inapropiado uso de los recursos. En 2017 se realizaron 335 pruebas de cribado en <14 años en el Sector III siendo positivas 154 (45,9%) suponiendo un gasto de 14.549€

RESULTADOS ESPERADOS
-Evitar la toma de decisiones inadecuadas en el diagnóstico y tratamiento de pacientes pediátricos debía a la ampliación de dicha prueba.
- Racionalizar el gasto actual derivado de la ampliación sistemática del estudio de alergia tras un resultado positivo de esta prueba.
- Advertir que un resultado negativo de esta prueba no excluye la sensibilización del paciente a otros alérgenos no incluidos en la misma.
Población diana: población pediátrica del Sector III.
Servicios implicados: Alergia, Pediatría e Inmunología del HCU.

MÉTODO
1- En el Sº de Inmunología:
- Se registrarán las peticiones de la prueba PI solicitadas a pacientes pediátricos desde AP del Sector III.
- Ante un resultado positivo de dicha prueba, no se realizará la ampliación del estudio y en su lugar, se conservará el suero positivo a -20ºC durante 1 año (los sueros negativos se conservarán 6 meses).
- En el informe de los resultados se incluirá una nota informativa indicando al FEA solicitante que el resultado positivo en la prueba PI indica una alta probabilidad de sensibilización a alergenos comunes y la recomendación de solicitar valoración en Atención Especializada (Sº de Alergia, HCU).
-Ante un resultado negativo de dicha prueba, se advertirá que dicho resultado no excluye la sensibilización a los alérgenos no incluidos en ésta.
- Tras la valoración del paciente en Atención Especializada, si el FEA de Alergia lo considera necesario, se ampliará el estudio de alergia a los alérgenos solicitados.
2- En AP del Sector III (en coordinación con el Sº de Pediatría):
- En pacientes pediátricos con sospecha de un cuadro alérgico, si el Pediatra lo considera necesario, podrá solicitar la prueba PI.
- A la recepción del informe con un resultado positivo, el Pediatra solicitará consulta en Atención Especializada (Sº Alergia) para la valoración del paciente.
3- En el Servicio de Alergia:
- Se registrarán las solicitudes de consulta de pacientes pediátricos con un resultado positivo en la prueba PI de AP del Sector III.
- Se citará a consulta a dichos pacientes y valorará su clínica alérgica.
- Posteriormente, el FEA solicitará, si procede, el estudio frente a los alérgenos que considere necesarios indicando en la petición que es una ampliación del estudio en una muestra previamente positiva en el cribado.

Se realizarán sesiones de formación con los FEA de AP explicando la utilidad diagnóstica de la prueba de cribado y los cambios en la solicitud y el manejo de dicha prueba.
Se realizarán reuniones trimestrales de los componentes del equipo para valorar las acciones realizados y los resultados obtenidos.
Este proyecto supone un cambio en la oferta de servicios del Sº de Inmunología al dejar de ampliar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1402

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE IGE ESPECIFICA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR III

sistemáticamente el estudio de alergia ante un resultado positivo de la prueba PI realizando el estudio sólo de los alérgenos solicitados por el FEA de Alergia tras valorar al paciente.
Los recursos materiales que se emplearán son de los que se dispone actualmente para el estudio de alergia.

INDICADORES
- Nº de pacientes pediátricos con resultado positivo en la prueba PI derivados desde AP del Sector III al Sº de Alergia.
- Nº de pruebas de alergia que se han dejado de realizar tras un resultado positivo en la prueba PI en pacientes pediátricos del Sector III.
Fuentes: Registros que realizarán en el Sº de Alergia y de Inmunología y sistema informático de gestión de laboratorios.
Estándar: reducción en un 50% el número de pruebas de alergia que actualmente se amplían tras un resultado positivo de la prueba PI (límites: inferior: 35%; superior: 65%).

DURACIÓN
Duración: 1 año (del 01-10-18 al 30-09-19).
Se realizarán reuniones trimestrales entre los responsables para valorar la implementación de las acciones y los indicadores descritos.
Responsables: Dra. Sobrevía (Pediatría), Dr. Martinez-Lostao (Inmunología) y Dr. Colás (Alergia).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION INGLES GARCIA DE LA CALERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUECO GARCIA ELENA
SERRANO BARCOS LAURA
ACHA AIBAR BEATRIZ
SANTAMARIA MORENO LUCIA
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
PEREZ CIRES ALVARO
MARQUESAN CELAYA YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Visitas a los diferentes servicios del hospital y consultas externas para comprobar como se realiza la gestión de residuos en todos los ámbitos.
- Emisión de informes para resolver dudas de gestión de residuos, accidentes o incidentes ocurridos con los mismos, dirigidos a los responsables inmediatos, al Servicio de Hostelería, a la Subdirección de Gestión Económica o a Consenur.
- Desarrollo de un procedimiento de Gestión Interna de Residuos en el HCU, aprobado por la Comisión de Dirección.
- Actividades docentes:
o Cursos: Gestión de residuos sanitarios en el HCU Lozano Blesa, acreditado con 0,6 créditos. 4 sesiones: 11 de mayo de 2016, 7 de noviembre de 2016, 17 y 31 de octubre de 2017.
o Charlas:
? Gestión de residuos sanitarios para alumnos de TCAE. 2 sesiones: 19 de enero y 21 de diciembre de 2017.
? Gestión de residuos en Anatomía Patológica: 19 de abril de 2017.
o Sesión de enfermería: Gestión de residuos sanitarios: 1 de febrero de 2017
- Implantación de la recogida de residuos líquidos en los laboratorios, Anatomía Patológica y Farmacia en las garrafas adecuadas, aptas para el transporte de mercancías peligrosas por carretera. Por tanto, ya no se desechan al desagüe, ya que constituían un riesgo para el medioambiente.
- Implantación de la recogida selectiva de envases de productos químicos peligrosos, ajustando nuestra gestión de residuos a la Ley 22/2011 de residuos y suelos contaminados.
- Tratamiento de los residuos de formaldehído, declarado cancerígeno grupo 1 por la IARC (Agencia Internacional para la investigación del cáncer) mediante un circuito cerrado que neutraliza el formol permitiendo su desecho por el desagüe.
- Coordinación de la gestión de residuos extraordinarios con la empresa gestora Consenur.
- Participación en la Comisión Técnica de valoración para la adjudicación del servicio de gestión de residuos sanitarios para centros dependientes del Servicio Aragonés de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Documento del procedimiento de Gestión Interna de Residuos en el HCU: El primer indicador de evaluación era la Elaboración del manual de gestión de residuos sanitarios que está incluido en el Procedimiento.
- Impartición de los cursos acreditados: (segundo indicador). Además se han impartido otras charlas y sesiones clínicas (ver punto 5).
- Evolución de la producción de residuos (tercer indicador): El estándar era tenerlo realizado.

Los datos de producción de residuos nos los suministra mensualmente nuestro gestor externo, Consenur, en una base de datos donde se recogen las pesadas de los mismos realizadas en nuestras instalaciones, en nuestra presencia y cuyos datos son contrastados por el servicio de Hostelería.

? RESIDUOS BIOSANITARIOS- Grupo III.

Los residuos biosanitarios son los residuos más importantes en cantidad de cualquier ámbito sanitario. En la gráfica se puede observar como la producción de residuos Grupo III ha ido disminuyendo desde el año 2010 (con un repunte en 2016), de manera semejante al número de estancias y a pesar de la elevación del número de actividades de consulta.
Existe una tendencia a la baja en la producción de residuos Grupo III en relación con el número de camas, estancias y consultas desde 2010 hasta 2015. A partir de ese año aparece un repunte a pesar del descenso de las estancias totales y de las consultas.
Si observamos otros parámetros de gestión hospitalaria, sobre todo aquellos procesos que generan altas cantidades de residuos Grupo III, se aprecia que la actividad hospitalaria se ha incrementado un 8% desde 2012, y sin embargo solo se ha elevado un 1% los kilogramos totales de producción.
Atendiendo al indicador de gramos de producción por cada actividad de las incluidas entre las de alta capacidad generadora de residuos Grupo III, el descenso en la producción es evidente y se sitúa aproximadamente en un 7%.
Así se explica que el aumento total en la producción de residuos grupo III está relacionado con el aumento de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

actividad y no con una peor gestión de los trabajadores en la segregación de dichos residuos.

? RESIDUOS CITOSTÁTICOS- Grupo VI

En este caso, se observa un aumento continuado del número de pacientes en hospital de día (155% de incremento en el periodo 2010-2017) y por tanto del número de tratamientos citostáticos. En consecuencia, la disminución en la producción de residuos orienta a una mejor gestión de los mismos, ya que en las inspecciones realizadas se observan que las actividades de segregación de los trabajadores son adecuadas.
La producción de residuos citostáticos ha disminuido un 44% en el año 2017 debido, en gran parte, al cambio en la gestión de residuos de piezas anatómicas formalizadas que ahora llevan un código propio, aunque su destino final sigue siendo la incineración. Si sumamos los 6303.01 Kg de citostáticos a los 3683.31, obtenemos 9.986,32, lo que nos deja con unas cifras similares de producción a los años 2010-2015.
Si relacionamos producción de residuos por sesión de paciente tratado en hospital de día vemos que en 2017 solo se han producido 520 gramos por sesión de tratamiento.
Dado que en los años previos se contabilizaban sumados los residuos anatómicos en formol, la producción por sesión en 2017 sería de 820 gramos, lo que supone una disminución real de producción del 35% por cada sesión de tratamiento respecto del año 2010.
? ÁCIDOS

Su producción ha vuelto a disminuir en 2017. La elevación tan importante de 2016 se debió a actividades de limpieza de antiguos almacenes de reactivos en los laboratorios.
? DISOLVENTES HALOGENADOS
En 2016 no se produjo este tipo de residuos, que cada vez es más infrecuente y que se aparece ocasionalmente por tareas de limpieza de productos químicos obsoletos en los laboratorios.
? DISOLVENTES NO HALOGENADOS
Su producción aumentó en un 582% en relación a 2014 durante el 2016 debido a la mejora de nuestra gestión de residuos de los laboratorios, en cumplimiento de la normativa vigente en materia de medioambiente y residuos peligrosos. Previamente muchos de ellos se iban por el desagüe.

En 2017, sin embargo, hemos disminuido su producción en un 66%, ya que desde septiembre de 2017 se ha instalado un equipo en Anatomía Patológica que convierte el formaldehído en un residuo apto para su eliminación por desagüe.
? ENVASES CONTAMINADOS
Su producción ha aumentado un 586% en relación a 2014 debido a las mejoras que estamos implementando en nuestra gestión de residuos. Actualmente existe recogida selectiva de envases que han contenido residuos peligrosos, dando cumplimiento a la normativa vigente en esta materia (Ley 22/2011 de residuos y suelos contaminados).
La recogida se realiza en una bolsa transparente colocada sobre un soporte.
En 2018 todavía se espera aumentar este tipo de residuos, ya que aun falta implantar las medidas en los laboratorios de Microbiología y Hematología.
? MEDICAMENTOS CADUCADOS
Su producción ha sido la mayor del periodo estudiado (2014-2017), a pesar de que el número de camas, número de estancias y número de consultas han sido las menores de dicho periodo. El número de estancias ha disminuido un 4,5% desde 2015 y el de consultas un 2.5%. Deberíamos mantener los esfuerzos por mejorar la gestión de los estocajes en nuestro hospital para evitar que se nos caduquen los medicamentos.
? PARAFINA
Su producción aumentó en 2017 un 147% en relación a 2016 acompañando al espectacular aumento de actividad del servicio de Anatomía Patológica que prácticamente se ha duplicado en relación a los años previos.
? REACTIVOS DE LABORATORIO
Su producción ha disminuido un 38,5% en relación a 2016. El incremento notable que tuvo lugar en 2016 se debió sobre todo a temas de limpieza de de almacenes donde se conservaban gran cantidad de reactivos en desuso desde hacía años.
? RESIDUOS ANATÓMICOS EN FORMOL
Este grupo de residuos que parece nuevo de este año 2017, es una escisión del grupo de citostáticos. Actualmente se les ha asignado una etiqueta y un grupo propio para identificar mejor el tipo concreto de residuo.
? SOLUCIONES ACUOSAS
Su producción ha aumentado casi un 2000% en relación a 2014 y un 600% respecto a 2016. Este espectacular incremento se debe a la recogida de los vertidos líquidos peligrosos de los grandes modulares de Bioquímica, que antes iban al desagüe con el subsiguiente riesgo para el medioambiente y nuestro incumplimiento en materia de residuos. Aun cabe esperar que los datos de producción de estas soluciones se eleven un poco, con la recogida adecuada de los líquidos del Laboratorio de Microbiología y se estabilicen en 2018.

- Evolución de la accidentalidad relacionada con los residuos (tercer indicador): El estándar era tenerlo realizado.

Todos los accidentes relacionados con la gestión de residuos, en el Sector 3, desde 2014, han generado accidentes de tipo biológico.

Los accidentes biológicos que se deben a la inadecuada gestión de residuos constituyen un 5.04% del total de accidentes en los últimos 4 años. En 2017 existe una disminución importante de los mismos, que puede tener relación con la implantación masiva de mecanismos de seguridad pasiva en los punzantes, lo que se refleja también en los índices de accidentalidad por mil trabajadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

Observamos que uno de los motivos principales es el desechar la aguja en el mismo campo de trabajo (43.44%), concepto al que podríamos sumar la aparición de aguja entre la ropa del paciente (4.92%) y aguja perdida en el suelo, superficies u otros lugares (9.02%), dando un total de 57.38%. Este problema se relaciona directamente con la costumbre de no integrar el contenedor de punzantes entre el equipamiento indispensable para realizar las técnicas.
También se relaciona con este último concepto la maniobra de reencapuchar los punzantes, que parece increíble que a estas alturas todavía se siga realizando y que constituye casi un 20% del total de los accidentes relacionados con la gestión de residuos.
Cabe destacar asimismo los problemas al introducir los punzantes en el contenedor de residuos (8,55%), que se relacionan mayoritariamente con el nivel de llenado de los mismos, lo que hace que las agujas se vuelvan.
Por último, es injustificable desechar agujas en bolsas de basura (6,84% de los accidentes).
Es necesario preparar acciones preventivas para disminuir esta accidentalidad, de carácter formativo e informativo, y concienciar a los trabajadores de la necesidad de cambio de algunas costumbres en sus técnicas de trabajo.
- Emisión de los informes de mejora pertinentes según los desajustes observados o tras accidentes o incidentes: El estándar era tenerlo realizado.

Se han emitido informes de:
- Aguja en bolsa de residuos en quirófano 21.
- Contenedor de punzantes amarillo etiquetado como citostático en la consulta de alergia.
- Punzantes en bolsa de basura de vestuario.
- Punzantes en ropa de lavandería.
- Contenedor de punzantes mal cerrado en CS de Gallur.
- Gestión de residuos en Anatomía Patológica.
- Eliminación de productos químicos almacenados en Anatomía Patológica, Farmacia, Bioquímica e Inmunología.
- Plan de gestión de residuos Centro Sanitario Moncayo.

Y de forma verbal se ha informado y resuelto cuantas cuestiones se nos han planteado en relación a los residuos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha producido una importante mejora en la segregación adecuada de los residuos sanitarios:
- Actualmente, en las inspecciones realizadas en los servicios se detectan muchos menos errores, lo que es importante para la seguridad de los pacientes, los trabajadores, la institución y el medioambiente.
- Los residuos químicos líquidos que antes se iban por el desagüe ahora se eliminan en contenedores homologados.
- Se ha implantado la recogida de envases de productos químicos peligrosos.
- Los residuos de formaldehído se neutralizan para poder ser eliminados por desagüe y el proceso se realiza en un circuito cerrado, evitando el contacto de los trabajadores con un agente cancerígeno.
- Existe un Procedimiento de gestión interna de residuos en la intranet del hospital, a disposición de todos los trabajadores, para resolver dudas en la segregación.

Es importante seguir con las labores docentes para mantener los estándares de mejora conseguidos, incluyendo los resultados de accidentalidad en relación con la gestión de residuos y medidas preventivas sobre los mismos.
El siguiente paso es evaluar la situación de la gestión interna de residuos en el resto de centros adscritos al Sector, resolver las anomalías que se encuentren, estableciendo procedimientos de gestión propios y estrategias formativas adecuadas.

7. OBSERVACIONES.
Esta es la Memoria que ya incluye todos los datos de producción de residuos del 2017 y los datos de accidentalidad. Sustituye a la previa enviada.
Además, he quitado los datos de tablas y gráficos, ya que el sistema no los sustenta. Si se desea tener estos datos, pueden solicitármelos por email.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/434 ========== ***

Nº de registro: 0434

Título
MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

Autores:
INGLES GARCIA DE LA CALERA CONCEPCION, ACHA AIBAR BEATRIZ, ARIPES TORRES PILAR, PEREZ CIRES ALVARO, SALA RODRIGO JAIME, SANTAMARIA MORENO LUCIA, ZUECO GARCIA ELENA, SERRANO BARCOS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Gestión de residuos, cumplimento normativa medioambiental y de prevención de riesgos laborales.

PROBLEMA
El paso del tiempo, el cambio de técnicas de trabajo y la movilidad del personal han hecho necesario que se introduzcan actividades recordatorias de las adecuadas prácticas de gestión de residuos de nuestro centro. También se hacía necesaria la renovación y mejora de los documentos informativos que figuran colgados en la intranet, sobre todo en lo referente a residuos químicos.

En el trascurso de nuestras inspecciones hemos detectado:
? Dudas acerca de la adecuada gestión de algunos residuos.
? Eliminación de residuos Grupo II que no precisan tratamiento específico en contenedores Grupo III, lo cual encarece el gasto.
? Eliminación de residuos químicos en contenedores Grupo III (Riesgo biológico), lo que conlleva una gestión inadecuada.
? Eliminación de residuos químicos no permitidos y/o peligrosos para el medioambiente, por desagüe.
? Inquietud por parte de los trabajadores en mejorar la gestión de residuos no peligrosos, reciclables, tales como plástico y cristal.

Asimismo, se producen accidentes biológicos en nuestro personal o en el de la empresa de limpieza derivados de errores en la gestión de los residuos punzantes, tales como desecharlos en bolsas de basura, dejarlos entre la ropa o no llevar un contenedor adecuado a las habitaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la gestión de residuos en el HCU.
- Actualizar la guía de gestión de residuos del HCU y colgarla en la intranet del Hospital.
- Aumentar la formación y la información de los trabajadores del Hospital en la gestión de residuos sanitarios.
- Disminuir la cantidad de residuos del Grupo II (asimilables a urbanos) que van al Grupo III (Biosanitarios peligrosos).
- Mejorar la recogida adecuada de los residuos químicos, con especial atención a los laboratorios del HCU, Anatomía Patológica y Farmacia.
- Disminuir la accidentalidad relacionada con los errores en la gestión de residuos punzantes.

MÉTODO
Hemos constituido un grupo de trabajo en el que se incluyen todos los integrantes de nuestra Unidad, con reuniones periódicas semanales. Se ha dividido el hospital en secciones, que en caso de dudas, tendrán como referente a uno de nosotros.
Se realizarán 2 inspecciones anuales a cada servicio para revisar in situ posibles defectos de gestión, resolver dudas y recoger sugerencias. En los casos necesarios se remitirán informes por escrito a los responsables de los servicios.
A través de los responsables de formación del centro, se han establecido dos cursos formativos acreditados con 0.6 créditos.
Hemos revisado la normativa de gestión de residuos del HCU que está colgada en la intranet del Hospital y vamos a actualizarla.
Se han recabado datos de producción de los distintos grupos de residuos sanitarios desde el año 2010, y se van a estudiar en relación a diferentes parámetros de actividad del Hospital, para observar la evolución de nuestra producción de residuos. Asimismo, se realizará un estudio de accidentalidad relacionada con los residuos durante los últimos años y se observará su evolución.

INDICADORES
- Realización del Manual de gestión de residuos sanitarios. Realizado y colgado en la intranet del HCU.
- Sesiones formativas: Acreditadas e impartidas.
- Estudio de la evolución de la producción de residuos del Sector: Realizado.
- Estudio de la evolución de la accidentalidad relacionada con los residuos: Realizado.
- Emisión de los informes de mejora pertinentes según los desajustes observados durante las inspecciones o tras accidentes o incidentes: Realizados.

DURACIÓN
- Primera Inspección de los diferentes servicios: Primer semestre de 2016.
- Realización y puesta a disposición en la Intranet del documento de Gestión de residuos Sanitarios: Diciembre de 2016.
- Realización de la segunda inspección anual: Cuarto trimestre de 2016.
- Presentación del estudio de la evolución de la producción de residuos de 2016 en relación con las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0434

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS EN EL HCU LOZANO BLESA

producciones de entre 2010 – 2015: Febrero de 2017.
- Análisis de la evolución de la accidentalidad relacionada con los residuos desde 2010: Febrero de 2017.
- Curso: Gestión de Residuos Sanitarios en el HCULB:
? 1ª edición: 11 de Mayo 2016.
? 2ª edición: 7 de Noviembre 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	2 Poco
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0725

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA SERRANO BARCOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
PEREZ CIRES ALVARO
ACHA AIBAR BEATRIZ
INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION
SANTAMARIA MORENO LUCIA
MARQUESAN CELAYA YOLANDA
MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se estableció por parte de la Dirección de Enfermería del Hospital un calendario de sesiones de reuniones de "acogida" para personal de enfermería y de TCAE del sector III
1ª sesión: 29 mayo de 2018
2ª sesión: 30 mayo 2018
3ª sesión: 7 junio 2018
4ª sesión: 21 junio 2018
A cada uno de los profesionales que acudieron a la reunión, previamente se les había informado desde el Servicio de Personal, la necesidad de responder a un cuestionario básico de salud y acceder al manual de acogida de Prevención de Riegos Laborales del Sector III. Lo podían descargar desde un enlace habilitado para ello (extranet) y posteriormente lo depositarían en el Servicio de Riesgos Laborales (planta 8º) del HCU preservando en todo momento la confidencialidad de datos.
El personal sanitario del Servicio de Prevención valoró el cuestionario de salud para determinar la patitud a los puestos de trabajo. En caso de detectar algún trabajador especialmente sensible, se procedió a la realización de un informe médico de las limitaciones y así poder ofrecer un puesto acorde a las mismas.
Posteriormente, en las reuniones de acogida se impartió una Formación sobre Riesgos Laborales en sus puestos de trabajo, así como las medidas preventivas a adoptar.
En esa misma reunión a aquellas personas que no había constancia de haberse realizado una Vigilancia de Salud específica para los riesgos inherentes de los puesto de trabajo de nuestro Sector, se les entregó de forma individual unos volantes de analíticas y la citación completar el reconocimiento médico inicial obteniendo un informe de aptitud para su puesto de trabajo.
Antes de finalizar la reunión los participantes rellenaron un cuestionario donde se valoraba la satisfacción tanto de la gestión realizada desde el Servicio de Prevención como de la formación recibida en materia de Riesgos Laborales.
Todo esto se realizó incluyendo la formación de acogida del personal de Dirección en menos de una hora el día de la sesión de acogida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Acudieron 255 profesionales (Enfermeros y TCAE) a las reuniones acogida.
Al 100% se les formó en materia inicial de Prevención de Riesgos Laborales.
En materia de Vigilancia de la Salud, un 97,64 % entregaron el cuestionario de valoración inicial de salud. A un 63,92 % se les entrego volante de analíticas y cita para resultados. Un 36,08 % tenía realizada un examen de salud previo. Un 87,11% se realizaron la analítica, y el 92,95 % acudieron a la citación para completar el reconocimiento médico de inicio.
INDICADORES:
El grado satisfacción sobre la valoración inicial de salud realizada por el Servicio de Prevención fue de un 89,16%.
El grado de satisfacción sobre la Formación recibida en materia de Prevención de Riesgos Laborales fue coincidentemente también de un 89,16% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los datos reflejan un porcentaje superior al objetivo que se había propuesto alcanzar, valores de grado de satisfacción superiores al 80%, tanto en la gestión de la consulta como de la formación recibida por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
Podemos concluir que el porcentaje de trabajadores que han realizado del examen de salud ha sido elevado, lo que demuestra el interés por parte del trabajador para conocer su estado de salud, los riesgos inherentes a su puesto de trabajo y las medidas preventivas que puede adoptar en nuestro sector. A su vez este el momento oportuno para realizar actividades de promoción de la salud, basándose fundamentalmente en la prevención primaria.
Es fundamental poder realizar éstas sesiones en el menor plazo de tiempo posible con la mayor eficacia, dado que ha sido uno de los ítems mejor valorados en las encuestas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0725

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

7. OBSERVACIONES.
Se ha valorado muy positivamente la transparencia, la confidencialidad, los conocimientos en materia de prevención, el estado individual de salud, la adaptación del puesto de trabajo en caso de ser necesario y, por tanto, la eficacia de esta intervención. Esto no podría haber sido posible sin la coordinación con otros servicios implicados (personal, dirección, informática...), que gracias a esta multidisciplinariedad y trabajo en equipo ha facilitado la superar el objetivo propuesto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/725 ========== ***

Nº de registro: 0725

Título
CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCOPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
SERRANO BARCOS LAURA, GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA, PEREZ CIRES ALVARO, ACHA AIBAR BEATRIZ, INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION, SANTAMARIA MORENO LUCIA, MARQUESAN CELAYA YOLANDA, MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: accidentes y enferemrdades Profesionales
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Formación en Prevención de Riesgos Laborales
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Al amparo del artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, se especifica la obligatoriedad de impartir formación específica de prevención de riesgos laborales al inicio de las tareas en cada puesto de trabajo. Actualmente en nuestro sector tenemos una contratación estimada de 4000 trabajadores nuevos. Es una prioridad el poder dar cumplimiento a ésta ley, para evitar lesiones, accidentes o enfermedades profesionales en el lugar de trabajo. A su vez es obligado por parte del empresario la realización de reconocimientos médicos iniciales (art.22 Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995) y protección de trabajadores especialmente sensibles (trabajadores con patología, discapacidad o embarazadas - lactantes) adoptando las medidas preventivas y de protección necesarias (art. 25 y 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995)

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar en un sólo acto la formación, información, reconocimiento médico y adaptación de puesto de trabajo si procede de todo el personal de nueva contratación del Sector Zaragoza III. Esto va dirigido a todas las categorías profesionales de nueva contratación.

MÉTODO
Se van a realizar varias sesiones de reuniones de "acogida" a las distintas categorías profesionales de nueva contratación. Inicialmente se procede a realizar a cada uno de los profesionales un cuestionario básico de salud. Seguidamente se impartirá una formación fundamental de Prevención de Riesgos Laborales de nuestro Sector, adaptado a nuestras necesidades y métodos de actuación propios de nuestro Sector. A continuación, se les facilitará volantes de analíticas individualizados con citación posterior para resultados médicos. En caso de detectar un personal especialmente sensible, se procederá de inmediato a realización de informe médico de limitaciones para su incorporación a puestos acordes a las mismas

INDICADORES
Encuesta de satisfacción de acogida.

Evaluación: cuestionario de inicio y tras recibir la formación de los conceptos generales y así poder valorar su correcta adquisición. Se pretende alcanzar valores superiores al 80% de satisfacción con la gestión realizada de la consulta.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0725

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION PARA LA ACOGIDA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SECTOR ZARAGOZA III

De mayo a octubre.
1ª sesión 29/5/18
2ª sesión 30/5/18
3ª sesión 7/6/18
4ª sesión: 21/6/18
el resto de sesiones se irán agrupando las distintas categorías profesionales para realizar lo mismo.

OBSERVACIONES
Se trabaja conjuntamente con los servicios de personal (contratación) y con las Direcciones de cada categoría profesional siendo un equipo multidisciplinar.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0740

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION INGLES GARCIA DE LA CALERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO BARCOS LAURA
ZUECO GARCIA ELENA
MARQUESAN CELAYA YOLANDA
CASTEJON HERRER MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han consensuado y obtenido los datos de la plantilla de trabajadores del sector 3 de los últimos 5 años (2014-2018), eligiendo siempre a fecha del 30 de noviembre.
- Se han realizado las modificaciones de dichas plantillas, unificando puestos de trabajo, servicios, categorías, intervalos de edad, para obtener datos estadísticamente significativos.
- Se han establecido unas normas por escrito de modificación de dichas plantillas para que los datos sean concordantes todos los años.
- Se han extraído los accidentes de trabajo desde 2014-2018, eligiendo los ítems a estudiar, buscando los datos que faltan de manera individual y formateando puestos y categorías de manera similar a los de las plantillas.
- Determinación de los datos a incluir en la Base de ausencias por motivos de salud, en los que se incluye la IT por enfermedad común, por contingencias profesionales, ausencia de días sueltos por enfermedad y suspensiones de contrato por riesgo para embarazo y lactancia. Formatear los datos para que coincidan con las categorías, puestos, etc con los datos de las plantillas.
- Extracción de los datos de solicitudes de cambio o adaptación de puesto de trabajo por motivos de salud, formateando categorías y puestos de manera similar a las plantillas,

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha incluido personal administrativo de personal en el proyecto, implicado en la obtención adecuada de las plantillas y la base de ausencias por motivos de salud.
- Se han obtenido y formateado las bases de datos para poder llevar a cabo el estudio estadístico.
- Los resultados estarán disponibles a principios de 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estarán disponibles a principios de 2020.

7. OBSERVACIONES.
- Es necesario incluir entre los integrantes del equipo de mejora y que quede así registrado oficialmente a Mª Jesús Castejón Herrer, personal administrativo que se ha incorporado desde la sección de Nóminas de Personal.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/740 ========== ***

Nº de registro: 0740

Título
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

Autores:
INGLES GARCIA DE LA CALERA MARIA CONCEPCION, SERRANO BARCOS LAURA, ZUECO GARCIA ELENA, MARQUESAN CELAYA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteraciones de la salud global.
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0740

1. TÍTULO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONSECUENCIAS LABORALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION TRABAJADORA ADSCRITA AL SECTOR 3 DEL SALUD

Otro tipo Objetivos: Mejora de la salud laboral de los trabajadores del sector.

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La edad media de la plantilla del sector 3 es actualmente de 48 años. En nuestra plantilla, el 53% tiene más de 50 años. La edad de los trabajadores influye en múltiples aspectos de nuestro trabajo como sanitarios, ya que la edad se relaciona directamente con la aparición de problemas de salud, la merma en las capacidades físicas y mentales, las alteraciones del sueño y otras.
Ello puede ser la causa que incrementa las solicitudes de cambio de puesto por motivos de salud, el absentismo por enfermedad común, la accidentalidad, etc.
Es necesario que se buscar e implantar medidas preventivas para que los trabajadores lleguen en mejores condiciones a edades avanzadas, así como cuantificar adecuadamente las limitaciones y necesidades reales de los trabajadores de mayor edad.

RESULTADOS ESPERADOS
• Cuantificar la relación entre la edad y los daños a la salud de nuestra población trabajadora.
• Proponer medidas de mejora en las condiciones de trabajo, de promoción de la salud y de adecuación de ratios de trabajadores.

MÉTODO
• Estudio anual y retrospectivo de:
o Absentismo en relación a la edad.
o Accidentalidad en relación a la edad.
o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad.
• Diseño de actividades de vigilancia de la salud específica a los trabajadores mayores de 50 años.
• Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos.

INDICADORES
• Estudio anual de:
o Absentismo en relación a la edad. Realizado
o Accidentalidad en relación a la edad. Realizado
o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad. Realizado
• Diseño de actividades de vigilancia de la salud específica para los trabajadores mayores de 50 años. Realizado.
• Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos. Realizado.

DURACIÓN
Duración: 1 año y medio.
• Estudio anual y retrospectivo de: Enero 2019 y 2020.
o Absentismo en relación a la edad.
o Accidentalidad en relación a la edad.
o Casos de cambio de puesto por motivos de salud en relación a la edad.
• Diseño de actividades de vigilancia de la salud a mayores de 50 años. Abril 2019.
• Informe de medidas de mejora en las condiciones de trabajo que puedan inferirse de los datos obtenidos. Febrero 2020.

OBSERVACIONES
Este proyecto servirá de base para subsiguientes proyectos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0003

1. TÍTULO

CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 09/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN DIAZ MELE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OBON AZUARA BLANCA
MILLAN TARATIEL PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reparto del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo (versión española del Hospital Survey on Patient Safety) a la totalidad de los profesionales sanitarios del Servicio de Medicina Intensiva (enfermería y medicina). Reparto en mano, formato papel.
-Recogida anónima de los cuestionarios (disponible un buzón para ello)
-Análisis de las respuestas
-Medición de la percepción de la CS en nuestro ámbito
-Identificación fortalezas
-Identificación oportunidades de mejora
-Difusión de los resultados en Sesión Clínica del Servicio
-Elaboración de un plan con las medidas identificadas que puedan incidir sobre las oportunidades de mejora para implementación de medidas que mejoren la seguridad del paciente y la CS en la UCI
-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES
-Conocer el grado de CS en el Servicio de Medicina Intensiva=
> 78% (estándar > 50%).
Fórmula: Nº cuestionarios contestados/Nº total de trabajadores sanitarios
-Identificación fortalezas=86%
(>ó= 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo)
-Identificación oportunidades de mejora: Valor obtenido 70%
(>ó= 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo)

Otros aspectos a señalar (no incluidos en los indicadores):
-calificación del clima de seguridad fue de 6,88 (sobre 10)
-notificación Eventos adversos (EA): 8%
-Feed-back y comunicación sobre errores: 30%
-Se aumenta el ritmo de trabajo a pesar de que ello implique sacrificar la seguridad del paciente con un 68,11%
-Insuficiente dotación de personal: 70%
-El personal se apoya mutuamente: 80%
-Los errores no se utilizan en contra de los profesionales: 62%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- No se notifican EA. Se ha realizado una sesión subrayando la importancia de la notificación pero también se ha señalado el vacío legal con respecto a los SNI.
-El clima del Servicio es favorable, se trabaja en equipo que se apoya mutuamente, no existe un ambiente punitivo y la CS percibida se valora como positivamente.

7. OBSERVACIONES.
Existen aspectos muy negativos que quedan fuera de nuestro alcance (aumento del ritmo de trabajo en determinadas ocasiones, insuficiente dotación de personal, entre otros).
Es probable que desde el SALUD y Departamento sea posible incidir en ellos, mejorando así la Seguridad del Paciente.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/3 ========== ***

Nº de registro: 0003

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0003

1. TÍTULO

CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA

Título
CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA

Autores:
DIAZ MELE MARIA CARMEN, OBON AZUARA BLANCA, MILLAN TARATIEL PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías del enfermo crítico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.......: Seguridad del Paciente/ Compromiso de los profesionales/ Trabajo en equipo

PROBLEMA
Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se encuentran en el escalón más alto de la atención especializada, en ellas se proporciona a los pacientes más graves y complejos algunas de las prestaciones más sofisticadas de la medicina actual.

Los pacientes ingresados en una UCI se encuentran sometidos a un alto riesgo de sufrir algún acontecimiento adverso, incluyendo complicaciones graves y potencialmente mortales.

La Cultura sobre Seguridad del Paciente (CS) resulta esencial para minimizar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP), y su medición es esencial para conocer el punto de partida, así como para concienciar a los profesionales de la importancia de la SP en la práctica asistencial habitual, si se desea diseñar actividades que incrementen la seguridad clínica y que minimicen la probabilidad de presentarlos.

“Los proyectos Zero” (BZ, NZ, RZ) de larga tradición en la UCI, comprenden un conjunto de medidas que contribuyen a mejorar la SP. En sus inicios, y con motivo de su implantación, en 2012 se diseñó un programa destinado a conocer el grado de CS entre los profesionales de la UCI.

Transcurridos ya 4 años del mencionado programa, y varios “Proyectos Zero” desarrollados, parece más que pertinente actualizar la información acerca del grado de CS entre nuestros profesionales, que nos permita abordar nuevas estrategias para mejorar la SP en nuestro ámbito.

RESULTADOS ESPERADOS
Este programa tiene como objetivo fundamental valorar cuál es la percepción de la Cultura de Seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, así como concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de la Seguridad y cómo de su implicación activa resulta factible y sostenible lograr una asistencia de mayor calidad.

MÉTODO
Siguiendo la metodología propuesta para el análisis de los datos por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), adaptada al español, se perfilarán las fortalezas, así como las oportunidades de mejora lo que, como ya se ha mencionado nos permitirá incrementar la calidad de la asistencia proporcionada.

Así mismo, mediante el análisis de las oportunidades de mejora, y aprovechando conjuntamente las fortalezas, se diseñarán estrategias de mejora de SP y rediseñarán si es preciso algunas de las ya implementadas.

También se diseñarán las medidas oportunas para plantear reevaluación de los objetivos en el plazo de un año, mediante la identificación de nuevas áreas de mejora que permitan la sostenibilidad del proyecto, basándonos en el proceso continuo de mejora de la calidad asistencial.

Se establecerá la percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Servicio de Medicina Intensiva mediante la colaboración e implicación de todos los profesionales sanitarios, incluyendo todos los estamentos, que trabajan en la Unidad.
Inicialmente esto se realizará mediante la cumplimentación del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes, de manera voluntaria y anónima, que se repartirá en formato papel. Se empleará el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo (versión española del Hospital Survey on Patient Safety) ya que constituye un instrumento validado y de uso público que evalúa la Cultura de Seguridad desde la perspectiva de los profesionales sanitarios en medio hospitalario.

Con el análisis de los resultados se realizará la medición de la percepción de la CS de este Servicio, así como la identificación de sus fortalezas y oportunidades de mejora. Esta identificación permitirá iniciar medidas que mejoren estas dimensiones, pudiendo ser evaluadas nuevamente con posterioridad.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0003

1. TÍTULO

CULTURA DE SEGURIDAD Y PROFESIONALES SANITARIOS EN MEDICINA INTENSIVA

INDICADOR 1
Conocer el grado de CS en el Servicio de Medicina Intensiva > 50%
(Nº cuestionarios contestados/Nº total de trabajadores sanitarios)
INDICADOR 2
Identificación de Fortalezas
(>ó= 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo)
INDICADOR 3
Identificación de Oportunidades de Mejora
(>ó= 50% de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo o de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo)

DURACIÓN
Durante el mes de octubre de 2016 se repartirá entre todos los profesionales sanitarios de la UCI el Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo (versión española del Hospital Survey on Patient Safety).

Durante los meses de noviembre, diciembre de 2016 y enero de 2017 se realizará el análisis de los datos.

En febrero de 2017 se difundirán los resultados del cuestionario de medición de la Cultura de Seguridad, así como las fortalezas detectadas y las oportunidades de mejora, lo que permitirá iniciar medidas que mejoren estas dimensiones y que podrán ser evaluadas nuevamente con posterioridad.

En marzo y abril de 2017 se elaborará un plan con las medidas identificadas que puedan incidir sobre las oportunidades de mejora para implementación de medidas que mejoren la seguridad del paciente y la CS en la UCI a lo largo del resto del año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0587

1. TÍTULO

PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR LUQUE GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMS CLARAMUNT MARIAN
PEREZ MARTINEZ EDUARDO
ZALBA ETAYO BEGOÑA
RONCAL SOLA SUSANA
PARCES ARILLA PILAR
DIAZ MELE MARIA CARMEN
HERNANDEZ ARENAZA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación de equipos multidisciplinares
Presentación al resto del Servicio: sesión general y microsesiones en controles enfermería
Realización material informativo (presentaciones power point que se dejan en ordenadores del Servicio para su consulta)
Realización posters para colocación en las de espera
Elaboración (no acabada todavía) material gráfico para comunicación con paciente intubado)
Diseño camisones específicos para paciente de UCI. se han comprado y comenzado a utilizar
Diseño cortinas para boxes. Se han aprobado por parte de Dirección. pendiente de compra e instalación
Compra e instalación de relojes en todos los boxes
Instalación de taquillas para visitantes
Ampliación de horarios de visitas para horario de comidas y cenas
Elaborado protocolo contención mecánica y de sedación y analgesia (pendiente de aprobación definitiva)
Modificación de las normas de uso sobre teléfonos móviles, actualmente permitidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tal y como se indica en apartado anterior

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se trata de un proyecto de largo recorrido que implica un cambio mentalidad de los trabajadores del Servicio. Modificar los horarios de visitas hasta llegar a un modelo de UCI de puertas abiertas es un cambio muy grande que ha de instaurarse a pequeños pasos y que requiere ciertos cambios estructurales (la colocación de cortinas que garanticen la intimidad de los pacientes, por ejemplo)

7. OBSERVACIONES.
El proyecto ha tenido una gran acogida entre el personal, habiéndose creado un grupo muy activo y entusiasta. Se presentó comunicación de los que estamos haciendo en las Jornadas de Calidad de la SACA 2017

*** ========== Resumen del proyecto 2016/587 ========== ***

Nº de registro: 0587

Título
PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
LUQUE GOMEZ PILAR, RAMS CLARAMUNT MARIAN, PEREZ MARTINEZ EDUARDO, ZALBA ETAYO BEGOÑA, RONCAL SOLA SUSANA, PARCES ARILLA PILAR, DIAZ MELE MARIA CARMEN, HERNANDEZ ARENAZA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticamente enfermos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0587

1. TÍTULO

PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El desarrollo de la Medicina Intensiva en los últimos 30 años ha sido espectacular permitiendo unas cifras de supervivencia de los pacientes críticamente enfermos mayor del 80% en España. La UCI es un entorno altamente tecnológico donde se garantiza la mejor asistencia para el paciente crítico, pero esta tecnificación nos hace olvidar en ocasiones que tras las enfermedades hay personas que las sufren y familias que viven el paso por la UCI como una de las experiencias mas traumáticas de su vida.

RESULTADOS ESPERADOS
Creemos importante desarrollar un plan estratégico que tiene como objetivo humanizar los cuidados intensivos. Ante la imposibilidad de realizar cambios estructurales en la arquitectura y diseño de la UCI actual, se realizarán cambios en el comportamiento/actitud de los profesionales y cambios organizativos

MÉTODO
Hemos priorizado los siguientes objetivos

1.- CREACIÓN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES (enfermería, técnicos cuidados enfermería y médicos)
2.- FLEXIBILIZACIÓN PROGRESIVA DEL HORARIO DE VISITAS, adaptándolos al paciente y a su situación clínica. Incrementar el horario en el que permanecen los familiares en la UCI visitando a los pacientes, especialmente en el caso de que se estén conscientes. Adaptar el horario de visitas a las necesidades especiales que puedan tener las familias.
3.- FACILITAR UNA INFORMACIÓN ADECUADA PARA PACIENTES Y FAMILIARES
- Utilización de material gráfico e imágenes que ayuden a comprender tanto la enfermedad como las pruebas diagnósticas y terapéuticas necesarias
- Creación de carteles explicativos para colocar en la sala de espera de familiares
- Realización de cursos sobre la comunicación de malas noticias
- Mejorar la comunicación con el paciente intubado: uso de dispositivos de comunicación no verbal/alternativa
4.- MEJORAR Y PROMOVER EL BIENESTAR DEL PACIENTE:
- Elaboración de un protocolo sedación y analgesia
- Valoración sistemática de sensaciones de disconfort del paciente (dolor, sed, frío…)
- Prevención del delirio: colocación de relojes en los boxes, disminuir ruido y luz ambiental. Promover el uso de gafas, audífonos, etc que previamente lleve el paciente
- Favorecer el confort psicológico y espiritual: Permitir objetos personales (teléfono móvil, ordenador, televisión, útiles aseo personal…). Favorecimiento de la asistencia espiritual o religiosa que el paciente o sus familiares demanden
- Evitar el uso de contenciones mecánicas inadecuadas. Elaborar un protocolo de utilización de contención mecánica
4.- INTEGRAR A LAS FAMILIAS en el proceso de atención al paciente. Favorecer su participación en las labores de higiene y administración de comidas. Favorecer la presencia de los familiares durante las sesiones de fisioterapia.
5.- MANEJO DE SITUACIONES TERMINALES: HUMANIZAR LOS CUIDADOS EN EL FINAL DE LA VIDA
Limitación soporte vital. Cuidados paliativos . Cuidados al final de la vida.
Conocer las preferencias del paciente. Conocer sus creencias religiosas
Resolver los conflictos potenciales. Procurar privacidad en el momento de la muerte para que sea posible que familia exprese su dolor
6.- ESTABLECER UN BUZÓN DE SUGERENCIAS para que pacientes y familiares, si lo desean, en el momento del alta del paciente cuenten su experiencia y nos sugieran cambios a realizar.
7.- DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS SOCIALES y puesta en contacto con los Trabajadores Sociales del Hospital.

INDICADORES
- Protocolo de Sedación y Analgesia
- Protocolo de Uso de Contención Mecánica
- Porcentaje de encuestas entregadas al alta/Número de altas
- Cursos de formación al personal (al menos dos)
- Ampliación horario visitas : al menos 20% de tiempo superior al actual

DURACIÓN
- CREACIÓN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES: Médicos, enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería. Oct-Dic 2016
- PUESTA EN MARCHA DE LAS MEDIDAS: 2017
- VALORACIÓN RESULTADOS: Oct 1017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0587

1. TÍTULO

PROYECTO HUCI: HUMANIZAR LOS CUIDADOS INTENSIVOS. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0744

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UNIDADES DE CRITICOS DEL HCULB

Fecha de entrada: 05/06/2018

2. RESPONSABLE ..... VALERA ESTHER JUBERIAS SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAQUEDANO BRUNA INMACULADA
CARRION MARCO CARMEN
GOMEZ ANDREU SILVIA
GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS
HERNANDEZ ARENAZA ANA
GARCIA MARTINEZ ELISA
MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado, según nuestro programa, tres sesiones formativas.
La primera sesión formativa se inició en diciembre de 2016, fue una sesión abierta para ambas unidades de críticos de nuestro servicio. Se formaron un total de 40 enfermeras y 23 TCAES. El porcentaje de formación de personal de nueva incorporación es el siguiente:

	ENFERMERAS	TCAES
BZ	75,00%	23,07%
NZ	50,00%	92,30%
RZ	33,33%	15,38%

Tomando como objetivo el 80% de personal de nueva incorporación planteado, observamos que solamente en la sesión de NZ en TCAES se cumple dicho objetivo.

La segunda sesión fue ya una sesión acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Aragón. Por lo tanto, fue una sesión con un número máximo de asistentes de 30 profesionales. Se formo un total de 14 enfermeras y 16 TCAES. El porcentaje de formación de personal de nueva incorporación es el siguiente:

	ENFERMERAS	TCAES
BZ-NZ-RZ	50%	83,33%

Tomando como objetivo el 80% de personal de nueva incorporación planteado, también se observa que el objetivo solo es cumplido por el personal TCAES

La tercera sesión también fue una sesión acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de Aragón. Fueron 30 profesionales. Se formo a un total de 5 enfermeras y 16 TCAES. El porcentaje de formación de personal de nueva incorporación es el siguiente:

	ENFERMERAS	TCAES
BZ-NZ-RZ	60%	50%

El objetivo en esta sesión no es cumplido. Pero queremos aclarar que la demanda de formación en esta última sesión ha sido mayor en el personal fijo.
El total de formación entre ambas sesiones ha sido de 59 enfermeras y 55 TCAES: de este total 37 son personal fijo de la unidad, 45 personal interino y 32 personal contratado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nombre del Indicador Valor (resultado cuantitativo) del Indicador
-iNDICADOR: Bacteriemia relacionada con catéter venoso central en pacientes críticos: Indicador de resultado. Fórmula: número de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central en un período determinado de tiempo x 1000 / sumatorio de días de catéter venoso central en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo. Población: todos los días de catéter venoso central en enfermos dados de alta que han permanecido más de 24 horas en el servicio, durante el periodo de estudio. Estándar: 3 episodios por 1000 días de CVC
Fuente de datos: registro ENVIN-HELICS del año 2017. Resultado:
0,88 episodios por 1000 días de CVC
En 17 camas de UCI-Quirúrgica (Central y Quirúrgica)
- INDICADOR: Neumonía asociada a ventilación mecánica: indicador de resultado. Fórmula: número de neumonías asociadas a ventilación mecánica en un período determinado de tiempo x 1000 / sumatorio de días de ventilación mecánica invasiva en los pacientes con este soporte ventilatorio en dicho periodo de tiempo. Estándar de 7 episodios por 1000 días de VM.
Fuente de datos: registro ENVIN-HELICS del año 2017. Resultado:
1,96 episodios por 1000 días de VM
-INDICADOR:Porcentaje de pacientes aislados en el periodo de estudio (01/01/2017 al 31/12/2017)
En 17 camas de UCI-Quirúrgica (Central y Quirúrgica)
Número de ingresos: 867 pacientes:
20,88%(181 pacientes) porcentaje global de pacientes con aislamiento en este período de tiempo (1/01/2017 al 31/10/2017)
15,69% (136 pacientes) con aislamiento al ingreso en este período de tiempo (1/01/2017 al 31/10/2017) de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0744

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UNIDADES DE CRITICOS DEL HCULB

estos:
83,09% presentan un resultado negativo
16,91% presentan un resultado positivo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Incentivar la participación a las sesiones, favoreciendo con compensación horaria, o cubriendo el tiempo de duración.
-Incidir en las medidas básicas de prevención que observamos en las rondas de seguridad su escaso cumplimiento.
-Conseguir la implicación de todos los colectivos implicados.
-Abrir el ámbito de docencia de Bacteriemia Zero y Resistencia Zero hacia todas las unidades del hospital, mediante sesiones de Enfermería (ya se ha realizado una para personal de todo el hospital el 14/02/2018)

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/744 ========== ***

Nº de registro: 0744

Título
SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UCIS HCULB

Autores:
JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER, BAQUEDANO BRUNA INMACULADA, GOMEZ ANDREU SILVIA, GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS, PEREZ VALLE RAQUEL, HERNANDEZ ARENAZA ANA, GARCIA MARTINEZ ELISA, MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad nosocomial
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Seguridad de paciente

PROBLEMA
Como consecuencia de la tendencia actual al cambio de personal de enfermería cada dos años en las UCIS del HCULB la rotación que se soporta es muy intensa, generando una serie de riesgos en la atención del paciente. Los motivos más importantes que justifican la persistencia de las complicaciones infecciosas son, entre otros: La falta de auditorías en el cumplimiento de las recomendaciones, se desconoce las tasas de cumplimiento de las normas más básicas, la ausencia de un programa de formación continuada para el personal de reciente incorporación, así como reciclajes programados para el personal fijo, la falta compromiso institucional en el objetivo de disminuir las infecciones nosocomiales relacionadas con dispositivos vasculares. Por todo ello, es necesario la aplicación de programas de intervención más contundentes, con implicación de todos los colectivos comprometidos en la atención de los pacientes críticos. El grupo es consciente de que estos proyectos Tolerancia Zero llevan implantados desde el 2009, no son proyectos nuevos, por eso además de la formación del personal de nueva incorporación, que nos parece muy importante, el objetivo fundamental de nuestro planteamiento es el seguimiento mediante rondas de seguridad de que el paquete de medidas de cada uno de los proyectos se realiza de forma adecuada, ya que se ha observado una relajación por parte todos los profesionales, además de que este proyecto pudiera ser el programa pionero en la implementación del plan de seguridad integral implícito de todos los proyectos Tolerancia Zero. Plan que en nuestras unidades no se lleva a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS
En cuanto a formación: Formación del 80% del personal de enfermería de nueva incorporación sobre los Proyectos Tolerancia Zero. En cuanto a seguimiento, que es el objetivo principal: -Evaluación del paquete de medidas de cada uno de los proyectos, mediante listas de verificación (rondas de seguridad) dependientes de los protocolos de prevención de cada proyecto (avaladas por SEMICYUC y SEEIUC, aprobados por el Ministerio de Sanidad y consumo y por nuestro Sistema Aragonés de salud).

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0744

1. TÍTULO

SEGURIDAD DEL PACIENTE: FORMACION CONTINUADA Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS TOLERANCIA ZERO EN LAS UNIDADES DE CRITICOS DEL HCULB

En cuanto a formación: Se realizará en forma de sesiones clínicas, en un día y hora fijo de la semana cada uno de los proyectos: Bacteriemia Zero: impartido por una enfermera y dirigido a enfermeras y TCAE. Duración de una hora. Responsable: Carmen A. Gómez. Neumonía Zero: impartido por una enfermera y dirigido a enfermeras y TCAE. Duración de una hora. Responsable: Ana Hernandez. Resistencia Zero: impartido por un médico, una enfermera y una TCAE, dirigido a enfermeras, TCAE, celadores y personal de la limpieza. Duración de dos horas, repartida entre los formadores. Responsable: Esther Juberías. En cuanto a seguimiento: De forma trimestral (durante el primer año) se realizarán rondas de seguridad (por parte de los miembros del proyecto) por turno en un día de la semana aleatorio, evaluando la lista de verificación determinada de cada proyecto. En dependencia del ítem la evaluación será por observación directa y/o revisión del registro en historia clínica. Responsable Ronda de Bacteriemia Zero: Mª Asunción Machin. Responsable Ronde Tolerancia Zero: Virginia Exposito. Responsable Ronda Resistencia Zero: Elisa Garcia

INDICADORES
Indicador de formación: Indicador de resultado. Porcentaje de personal de enfermería de nueva incorporación formado. Indicadores de seguimiento: Bacteriemia relacionada con catéter venoso central en pacientes críticos: Fuente de datos: registro ENVIN-HELICS Neumonía asociada a ventilación mecánica: indicador de resultado.. Fuente de datos: registro ENVIN-HELICS. Tasa de Pacientes-día en los que se aplican Precauciones de Contacto, definida como el número de paciente-día en los que se aplica este tipo de precauciones por cada 1.000 pacientes-día ingresados cada mes. Este indicador se obtiene de forma continua a partir de la hoja de registro diario de factores de riesgo.

DURACIÓN
Duración del proyecto anual, las sesiones se organizarán en periodos diferentes según los años en los que se realice movilidad interna del personal de enfermaría del HCULB. En el año 2017 no se realizará tal proceso, por lo tanto, el calendario será el siguiente: PERIODO FORMATIVO: 1ºPERIODO DICIEMBRE 2016. 2ºPERIODO: JUNIO 2017. Se realizará un tercer periodo con el proceso de movilización interna en marzo. RONDAS DE SEGURIDAD: INICIAL: (sin formación): noviembre de 2016. 1º RONDA: enero de 2017. 2º RONDA: marzo de 2017. 3º RONDA: junio de 2017. 4º RONDA: septiembre de 2017. 5º RONDA: diciembre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA SANCHEZ DONOSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ BARTOLOME BELEN
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
MILLAN TARATIEL PAULA
VIRGOS SEÑOR BEATRIZ
BARCELO CASTELLO MIREIA
JIMENEZ RIOS MARIA
MORA RANGIL PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes críticos requieren un elevado nivel de cuidados interrumpidos cuando pasan a planta. Presentan características potencialmente graves que pueden motivar prolongar su estancia hospitalaria, reingreso en UCI o su muerte. La hospitalización debe ser entendida como un continuo antes y después de UCI.
Durante el año 2018 se identificó al alta a pacientes con factores riesgo (FR) para reingresar en UCI o fallecer en planta. Se realizó su seguimiento durante la primera semana, los días laborables en el turno de mañana, mediante revisión en Intranet de datos relevantes que orientasen la evolución y visita en planta para modificar o ajustar tratamiento si procedía, previa información y puesta en contacto con su médico responsable. Se cumplimentó una plantilla por paciente en seguimiento.
Actuaciones llevadas a cabo en el momento de ser dados de alta: Registrar en el informe alta (IA) los factores de riesgo de los pacientes, fecha de colocación de catéter venoso central (CVC), fecha de instauración de antibióticos (AB) y fecha estimada de retirada (cuando ello era posible).
Actuaciones llevadas a cabo en el seguimiento del paciente: Confirmación de la estabilidad del paciente sin precisar otra actuación, participación en decisión de LTSV, reorientación diagnóstica, intensificación o ajuste de las medidas terapéuticas, seguimiento estrecho de su evolución y detección de evolución desfavorable planteando reingreso en UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Nº de pacientes dados de alta a planta de UCI-Q (no cuentan los exitus ni los traslados a otro hospital) en el periodo del 1-1-2018 al 30-12-2018: 337 pacientes.
• Nº de pacientes dados de alta a planta que presentan al menos un factor de riesgo para ser incluidos en el proyecto: 139 (41% del total)
Nº de pacientes que han sido seguidos en planta de los que presentan factores de riesgo: 130 (93%) El objetivo era > 85%
• Nº de pacientes dados de alta a planta con CVC: 109
Nº de informes en los que consta la fecha de inserción del catéter: 95
Indicador: 95/109 x 100: 87%. El objetivo era > 90%
• Nº de pacientes dados de alta a planta con AB amplio espectro: 54 (36,5% del total de pacientes en seguimiento)
Nº IA UCI-Q donde hay constancia de las fechas de inicio de tratamiento AB amplio espectro: 49
Indicador: 49/54 x 100: 90,7%. El objetivo era >90%
• Nº de informes en los que consta la fecha de inicio de AB: 75 (50,7% del total)
Nº total de IA con AB: 82
Indicador: 75/82 x 100: 91%. El objetivo era > 90%
La duración prevista de AB se reflejó en el 13,7% de los pacientes en seguimiento y no se dejó constancia de ello en el IA en el 16,5%. En un 44,6% de IA no procedía hacerlo porque no llevaban AB al alta y en un 25,2% se consideró no posible estimar la duración de la antibioterapia principalmente por persistencia de focos no drenables o resultados microbiológicos pendientes.
• Nº de actuaciones llevadas a cabo:
1. De los 130 pacientes, 88 (el 59,5%) permanecieron estables.
2. En 3 pacientes (2%) se decidió Limitación de las terapias de soporte vital (LTSV).
3. En 1 paciente (0,7%) se procedió a reorientación diagnóstica.
4. En 24 pacientes (16,2%) se realizó ajuste del tratamiento.
5. En 15 pacientes (10,1%) se llevó a cabo un seguimiento estrecho en planta.
6. 8 pacientes (5,4%) requirieron reingreso precoz en UCI.

La mayoría de pacientes seguidos en planta permanecieron estables sin precisar ninguna actuación. En casi una quinta parte se realizó ajuste tratamiento, que principalmente consistió en recomendar la retirada de CVC innecesarios recordando el riesgo de mantener dichos dispositivos.
• Nº reingresos detectados mediante proyecto/Nº total reingresos
Indicador: 6/8 x 100: 75%. El objetivo era >80%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Un gran porcentaje de pacientes de UCI presentan al alta factores de riesgo que los hacen susceptibles de complicaciones, fallecimiento en planta o reingreso, siendo el más frecuente el ser portadores de un CVC. En un alto porcentaje de IA se reflejó la fecha de colocación del CVC, dato importante a tener en cuenta para prevenir una posible bacteriemia asociada. No obstante, no fuimos capaces de alcanzar, por muy poco, el objetivo planteado de más del 90% de IA reflejando dicho dato (nos quedamos en un 87%).
- La mitad de los pacientes seguidos llevaban antibioterapia al alta y en más de un tercio ésta era de amplio espectro. En la mayoría de IA constaba la fecha de inicio de antibioterapia, facilitando a otros facultativos una mayor optimización y uso adecuado de los mismos.
- Recomendar/insistir en una retirada precoz de los CVC y la antibioterapia, si es posible, es clave para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Sólo en 3 pacientes se realizó LTSV, cuya práctica no es tan habitual fuera de las UCIs pese a que está bien definida y forma parte de la buena práctica clínica. Es posible que ello se deba a desconocimiento de la misma y miedo a repercusiones legales por parte de los profesionales sanitarios.
- Mediante el proyecto se detectaron casi todos los reingresos sin llegar al objetivo propuesto quizá porque el seguimiento se realizaba sólo por las mañanas y días laborables (y sabemos que los pacientes se deterioran más cuando hay menos facultativos en el hospital que puedan atenderlos, es decir, tardes y festivos fundamentalmente).
- Para cualquier proyecto que pretenda mejorar la calidad de los servicios de salud, es necesaria una monitorización estrecha, motivación continuada y tiempo para lograr los objetivos planteados. A veces, esto no es posible por la propia carga asistencial a que están sometidos los profesionales.
- Como proyecto de continuación de la UCI sin paredes hemos podido acompañar al paciente en su “paso” a planta en esos primeros días de mayor incertidumbre para ellos y sus familias percibiendo la satisfacción de los mismos y la propia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/769 ========== ***

Nº de registro: 0769

Título
PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

Autores:
SANCHEZ DONOSO NURIA, JIMENEZ BARTOLOME BELEN, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, MILLAN TARATIEL PAULA, FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, SANCHO VAL ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticos postquirúrgicos y politraumatizados
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La patología que presenta el enfermo crítico se debe considerar como un proceso continuo que seinicia antes de su ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) y se mantiene tras el alta del mismo. La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes dados de alta desde el SMI se cifra entre un 5 y un 25% y la mayoría de los casos fatales ocurren en la primera semana tras el alta. El reingreso en el SMI cuadriplica la mortalidad de los pacientes y duplica su estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el proyecto UCI SIN PAREDES se pretende identificar al alta de la Sección UCI-Quirúrgica a los pacientes de mayor riesgode desarrollar eventos adversos y proporcionarles un seguimiento estrecho tras el alta con el fin de disminuir la mortalidad, evitar su reingreso en UCI o bien para procurar su reingreso precoz antes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

ACTIVIDAD DE SEGUIMIENTO EXTRA-UCI: EL PROCESO DEL PACIENTE CRITICO COMO UN CONTINUO ASISTENCIAL

que la condición clínica se deteriore.

MÉTODO
Previamente al alta se identificarán los pacientes que presenten uno o más factores de riesgo de mala evolución en planta (cirugía de alto riesgo, estancia prolongada en UCI, necesidad de alto nivel de cuidados de enfermería, portador de cánula de traqueostomía o CVC, fracaso orgánico en evolución, presencia de dos o más comorbilidades, antibioterapia de amplio espectro o resultados de pruebas diagnósticas pendientes).
La intervención se realizará a varios niveles:
a) En el informe de alta de UCI Q se dejará constancia de fecha de colocación de catéteres venosos centrales y duración prevista de tratamientos antibióticos
b) Contacto con el facultativo responsable del servicio receptor en planta en el momento del alta
c) Visita diaria durante la primera semana de los pacientes en planta y, en caso de ser necesario, contacto con sus facultativos y/o enfermeras responsables para modificar tratamiento, realizar nuevos test diagnósticos y, si es preciso, reingreso precoz en UCI
Se informará a los Servicios del Hospital de la implementación de este proyecto de mejora, con el fin de contar conla posibilidad de establecer un diálogo con las/los facultativas/os de los servicios, para optimizar o modificar demanera conjunta el tratamiento. Los Servicios incluidos en este proyecto son: Cirugía General, Urología, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular, Neurocirugía y Traumatología.

El registro de la información de los datos se realizará en un soporte informático.
Los datos serán anónimos, y en la explotación final de los mismos para la obtención de los indicadores, no habrá ningún dato que permita la identificación del paciente.

INDICADORES
Nº Informes de Alta de la Sección UCI-Q donde hay constancia decolocación CVC (fecha de la misma)
Nº IA con constancia CVC y fecha/Nº total de IA
VALORACIÓN> 90%
Nº Informes de Alta de la Sección UCI-Q donde hay constancia de las fechas de inicio de tratamiento antibiótico
Nº IA con constancia de fecha de ttº AB/Nº total de IA
VALORACIÓN> 90%
Nº pacientes valorados en función de los criterios de inclusión
Nº pacientes con FR valorados/Nº total de pacientes con FR dados de alta de la UCI Q
VALORACIÓN> 85%
Nº actividades llevadas a cabo del total de las posibles acciones*
*Acciones llevadas a cabo al alta y al seguimiento
Nº de número de actividades llevadas a cabo del total de las acciones/paciente
PUNTUACIÓN DEL 1 AL 9
Nº reingresos llevados a cabo
Nº reingresos detectados mediante proyecto/Nº total reingresos
VALORACIÓN > 80%

DURACIÓN
Constitución del equipo octubre-noviembre 2016
Notificación resto de los Servicios del Hospital diciembre 2016
Implementar las medidas enero-diciembre 2017
Monitorización de los primeros resultados octubre-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA OBON AZUARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONAGA SERRANO BEATRIZ
VELILLA SORIANO CARMEN
GAMARRA CALVO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han analizado todos los pacientes en los que se ha empleado DMD durante el año 2018.
Se ha analizado la adecuación de su indicación según los diferentes documentos de referencia.
Se han impartido 3 sesiones clínicas
Se ha elaborado un tríptico con las principales indicaciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD= 75%

pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación= 92%

% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD=3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena valoración general
Se está estudiando los factores que originan la variabilidad de su prescripción en nuestro entorno (pte de análisis estadístico)

7. OBSERVACIONES.
No

*** ========== Resumen del proyecto 2018/282 ========== ***

Nº de registro: 0282

Título
OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
OBON AZUARA BLANCA, BONAGA SERRANO BEATRIZ, VELILLA SORIANO CARMEN, GAMARRA CALVO SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas patologias que requieran sedacion, o que provoquen delirium
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sedación en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva constituye un tratamiento para mejorar el confort, optimizar la tolerancia a la misma y proporcionar una disminución del dolor, la agitación y estrés (1).

La dexmedetomidina (DMD) es fármaco aprobado desde 2011 por la EMA con indicación en pacientes adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

ingresados en los SMI que requieren una sedación de corta duración o bien una sedación secuencial (2). Además la literatura indica que puede reducir el riesgo de aparición de delirium en el paciente crítico se encuentra indicado en el control del delirium (3). Resulta de gran utilidad, al poseer una vida media más corta que otros fármacos de la misma familia, no provocar efecto rebote al suspender su administración, y no precisar ajuste de dosis en insuficiencia renal.
Se trata de un fármaco agonista superselectivo de los receptores alfa 2-adrenérgicos, tan efectivo como los sedantes tradicionales, sin existir en la actualidad suficiente evidencia científica para apoyar su empleo sistemático. Los estudios en los que se justifica su empleo cuentan con importantes sesgos de publicación, y hasta el momento no existe una evidencia sobre el efecto de la reducción en la mortalidad total (4), en estancia en UCI (5) o en la dosis de opiáceos (6) o en la de benzodiacepinas en el caso de delirium (7).
Cuando diversas agencias de evaluación de tecnologías (8,9) evaluaron el coste-efectividad y la evidencia de su empleo en UCI, se apreció que la DMD reducía los costes totales de hospital y los costes en UCI. Sin embargo, cuando se evaluaron los beneficios en términos de tiempo de estancia en UCI, o tiempo de estancia hospitalaria total, los resultados no fueron consistentes, con una ganancia muy limitada de AVAC.
A pesar de todo lo mencionado existen publicaciones y documentos de Consenso de la Sociedad de Medicina Intensiva donde se recomienda su empleo en determinadas situaciones, por lo que es preciso delimitar bien sus indicaciones para realizar una prescripción adecuada de este fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar todos los pacientes en los que se ha empleado DMD utilizando un cuestionario elaborado ad hoc donde se registran todas las indicaciones recomendadas y las contraindicaciones.
Estudiar la variabilidad de su recomendación en nuestro entorno.
Promover la prescripción adecuada de DMD.

MÉTODO
Establecer unas indicaciones de su adecuada prescripción en nuestro ámbito.
Realizar sesiones informativas donde se promueva su prescripción de acuerdo con las indicaciones firmemente establecidas.

INDICADORES
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD. Valor del indicador > 50%
% pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación. Valor del indicador > 90%
% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD. Valor del indicador < 5%

DURACIÓN
Periodo de estudio 2017-2019.
Selección de las variables mayo-junio 2018
Selección de los pacientes julio-sept 2018
Análisis de los pacientes y variables resultado octubre-diciembre 2018
Redacción de las indicaciones en nuestro entorno enero-febrero 2019
Difusión en sesión marzo 2019
Reevaluación pacientes abril-septiembre 2019
Análisis de la situación y análisis comparativo octubre-diciembre 2019

OBSERVACIONES
No

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DELHOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 03/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA OBON AZUARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONAGA SERRANO BEATRIZ
GAMARRA CALVO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han analizado todos los pacientes en los que se ha empleado DMD durante el año 2018.
Se ha analizado la adecuación de su indicación según los diferentes documentos de referencia.
Se han impartido 3 sesiones clínicas
Se ha elaborado un tríptico con las principales indicaciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD= 75%

pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación= 92%

% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD=3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena valoración general
Se han logrado unificar los criterios de indicación de ttº con DMD
Se está estudiando los factores que originan la variabilidad de su prescripción en nuestro entorno (pte de análisis estadístico)

7. OBSERVACIONES.
NO

*** ========== Resumen del proyecto 2018/282 ========== ***

Nº de registro: 0282

Título
OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
OBON AZUARA BLANCA, BONAGA SERRANO BEATRIZ, VELILLA SORIANO CARMEN, GAMARRA CALVO SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas patologias que requieran sedacion, o que provoquen delirium
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sedación en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva constituye un tratamiento para mejorar el confort, optimizar la tolerancia a la misma y proporcionar una disminución del dolor, la agitación y estrés (1).

La dexmedetomidina (DMD) es fármaco aprobado desde 2011 por la EMA con indicación en pacientes adultos ingresados en los SMI que requieren una sedación de corta duración o bien una sedación secuencial (2). Además

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0282

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL EMPLEO DE DEXMEDETOMIDINA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DELHOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

la literatura indica que puede reducir el riesgo de aparición de delirium en el paciente crítico se encuentra indicado en el control del delirium (3). Resulta de gran utilidad, al poseer una vida media más corta que otros fármacos de la misma familia, no provocar efecto rebote al suspender su administración, y no precisar ajuste de dosis en insuficiencia renal.
Se trata de un fármaco agonista superselectivo de los receptores alfa 2-adrenérgicos, tan efectivo como los sedantes tradicionales, sin existir en la actualidad suficiente evidencia científica para apoyar su empleo sistemático. Los estudios en los que se justifica su empleo cuentan con importantes sesgos de publicación, y hasta el momento no existe una evidencia sobre el efecto de la reducción en la mortalidad total (4), en estancia en UCI (5) o en la dosis de opiáceos (6) o en la de benzodiacepinas en el caso de delirium (7).
Cuando diversas agencias de evaluación de tecnologías (8,9) evaluaron el coste-efectividad y la evidencia de su empleo en UCI, se apreció que la DMD reducía los costes totales de hospital y los costes en UCI. Sin embargo, cuando se evaluaron los beneficios en términos de tiempo de estancia en UCI, o tiempo de estancia hospitalaria total, los resultados no fueron consistentes, con una ganancia muy limitada de AVAC.
A pesar de todo lo mencionado existen publicaciones y documentos de Consenso de la Sociedad de Medicina Intensiva donde se recomienda su empleo en determinadas situaciones, por lo que es preciso delimitar bien sus indicaciones para realizar una prescripción adecuada de este fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar todos los pacientes en los que se ha empleado DMD utilizando un cuestionario elaborado ad hoc donde se registran todas las indicaciones recomendadas y las contraindicaciones.
Estudiar la variabilidad de su recomendación en nuestro entorno.
Promover la prescripción adecuada de DMD.

MÉTODO
Establecer unas indicaciones de su adecuada prescripción en nuestro ámbito.
Realizar sesiones informativas donde se promueva su prescripción de acuerdo con las indicaciones firmemente establecidas.

INDICADORES
% pacientes en los que se ha prescrito DMD de acuerdo con las indicaciones establecidas/ total de pacientes donde se ha empleado la DMD. Valor del indicador > 50%
% pacientes en los que se ha empleado DMD únicamente /total de pacientes con sedación. Valor del indicador > 90%
% pacientes en los que se ha empleado DMD existiendo alguna CI/ total de pacientes en los que se ha empleado DMD. Valor del indicador < 5%

DURACIÓN
Periodo de estudio 2017-2019.
Selección de las variables mayo-junio 2018
Selección de los pacientes julio-sept 2018
Análisis de los pacientes y variables resultado octubre-diciembre 2018
Redacción de las indicaciones en nuestro entorno enero-febrero 2019
Difusión en sesión marzo 2019
Reevaluación pacientes abril-septiembre 2019
Análisis de la situación y análisis comparativo octubre-diciembre 2019

OBSERVACIONES
No

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0591

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LETICIA FERNANDEZ SALVATIERRA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARCELO CASTELLO MIREIA
MILLAN TARATIEL PAULA
PASCUAL BIELSA ANA
LUQUE GOMEZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza un estudio observacional prospectivo mediante un estudio de prevalencia.
Se recogen, durante los meses mayo y junio de 2018, variables epidemiológicas y características del Soporte Nutricional Especializado (SNE) de los diferentes pacientes ingresados con estas dos características:
- Paciente con ingreso de más de 48 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos quirúrgica
- Inicio de cualquier Soporte Nutricional (excluida fluidoterapia)

Durante los meses de septiembre y diciembre de 2018 se realiza un análisis de los datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la recogida de variables epidemiológicas y de las características de SNE de los diferentes pacientes ingresados, obtenidos de nuestros datos locales, se compara con los estándares nacionales y guías de práctica clínica (GPC). Para ello, contamos con tres indicadores:

1. Medición del porcentaje de enfermos en los que se inicia Nutrición Enteral (NE) de manera precoz (24-48horas iniciales). Uno de los objetivos del proyecto es que la NE de manera precoz se aplique en el 100% de los pacientes.

$$\frac{\text{Nº de enfermos con NE e inicio precoz}}{\text{Nº de enfermos con NE}} \times 100$$

2. Medición del porcentaje de hiperglucemias >300mg/dl para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo. Uno de los objetivos del proyecto es que las hiperglucemias >300mg/dl sean inferiores al 5%.

$$\frac{\text{Nº total de determinaciones de glucemia con valor> 300mg/dl}}{\text{Nº total de determinaciones de glucemia realizadas}} \times 100$$

3. Medición del porcentaje de hipoglucemias graves para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo. Uno de los objetivos del proyecto es que el porcentaje de hipoglucemias sea inferior al 0.5%.

$$\frac{\text{Nº total de determinaciones de glucemia con valor<40mg/dl}}{\text{Nº total de determinaciones de glucemia realizadas}} \times 100$$

Tras el análisis de nuestros datos, los objetivos 1 y 3 están cumplidos, no siendo así con el objetivo 2.
En el estudio, hallamos un 8% de hiperglucemias >300mg/dl no alcanzando el objetivo de <5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El único resultado que no está dentro de los objetivos es el número de glucemias >300mg/dl. Como objetivo se marcó que tendría que ser inferior a 5% y en nuestro estudio, el porcentaje es de un 8%.
Es necesario establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a cumplir objetivos, como por ejemplo más controles glucémicos al día o modificar la pauta de insulina en pacientes de riesgo.
Esta medida ya se está implementando con el fin de obtener unos niveles de glucemia adecuados en el paciente crítico, sin olvidar los otros dos objetivos, que aunque están alcanzados hay que tenerlos presentes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0591

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/591 ================================== ***

Nº de registro: 0591

Título
PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

Autores:
FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, BARCELO CASTELLO MIREIA, MILLAN TARATIEL PAULA, PASCUAL BIELSA ANA, LUQUE GOMEZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con nutrición artificial
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La adecuación del Soporte Nutricional Especializado (SNE) en el paciente crítico tiene implicaciones en la morbilidad y el pronóstico. Las guías de práctica clínica (GPC) son una herramienta importante para los profesionales sanitarios en la práctica diaria habitual y un método de consulta para el tratamiento correcto de los pacientes. Asimismo, la evidencia sigue siendo baja y existen controversias importantes respecto al SNE en el paciente crítico.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende:
- Conocer la situación actual de la praxis respecto a la SNE en nuestro ámbito local
- Conocer la práctica del SNE y poder desarrollar estrategias para disminuir la probable baja adherencia a las GPC en nuestro ámbito, y así mejorar la calidad asistencial.
- Conocer el impacto de las GPC en SNE y el grado de adherencia en la práctica habitual

MÉTODO
Se realiza un estudio observacional prospectivo mediante un estudio de prevalencia.
Recogida de variables epidemiológicas y de las características de SNE de los diferentes pacientes ingresados.
Seguimiento de las prácticas nutricionales y complicaciones.

INDICADORES
- EVALUACIÓN: Obtención de nuestros datos locales y comparación con los estándares nacionales. Comparación de los mismos con los datos de las GPC
- INDICADORES:
* Medir el porcentaje de enfermos en los que se inicia Nutrición Enteral (NE) de manera precoz (24-48horas iniciales)--> 100%

$$\frac{\text{Nº de enfermos con NE e inicio precoz}}{\text{Nº de enfermos con NE}} \times 100$$

* Medir el porcentaje de hiperglucemias >300mg/dl para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo --> <5%

$$\frac{\text{Nº total de determinaciones de glucemia con valor> 300mg/dl}}{\text{Nº total de determinaciones de glucemia realizadas}} \times 100$$

* Medir el porcentaje de hipoglucemias graves para establecer las medidas adecuadas que nos ayuden a reducirlas al máximo--> 0.5%

Nº total de determinaciones de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0591

1. TÍTULO

PRACTICAS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CRITICO

glucemia con valor<40mg/dl
---------- x 100
Nº total de determinaciones de
glucemia realizadas

DURACIÓN

FECHA DE INICIO: ABRIL 2018
FECHA DE FINALIZACIÓN: FEBRERO 2019

* Creación del grupo de trabajo: Abril 2018
* Recogida de datos: Mayo-junio 2018
* Análisis: Septiembre- Octubre 2018
* Difusión en sesión clínica: Enero-Febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0630

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIREIA BARCELO CASTELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
MORA RANGIL PATRICIA
MILLAN TARATIEL PAULA
JIMENEZ RIOS MARIA
EDROSO JARNE PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se desarrolló un registro de decisión de LTSV donde se recogieron diferentes items como fecha de ingreso, fecha en que se consultó a la UCI, edad del paciente, diagnóstico y comorbilidades, motivo de la LTSV, años de experiencia profesional del médico intensivista que decidió la LTSV y si la decisión fue unilateral o consensuada por otros profesionales.
Se recogieron en dicho registro todos aquellos pacientes a los que se decidió la limitación de soporte vital con la decisión de no ingreso en UCI durante un intervalo de tiempo de 4 meses, de mayo a agosto del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se obtuvo una muestra de 21 pacientes a los que se les realizó una Limitación del tratamiento de soporte vital consistente en el No ingreso en UCI. 9 pacientes fueron mujeres y 12 varones. El 100% presentaban un estado funcional previo de restricción severa de la actividad (incluyendo encamamiento) por enfermedad. Así mismo el 100% de los pacientes presentaron un índice Karnofski igual o menor a 50, indicando un elevado riesgo de mortalidad en los siguientes 6 meses. 19 pacientes presentaron 4 o más enfermedades previas asociadas siendo las más prevalentes la insuficiencia cardiaca, EPOC, Diabetes e insuficiencia renal. Los 3 restantes, presentaron 3 enfermedades previas asociadas (EPOC, DM e IC). La decisión de LTSV estuvo apoyada en el 100% de los casos por más de un motivo siendo los más prevalentes los de la enfermedad crónica severa previa, limitación funcional previa, edad y futilidad del tratamiento. La decisión de No ingreso en UCI fue tomada en el 81% de los casos durante el turno de guardia (estando presente el médico de la guardia) y el 19% restante se tomó durante el turno de mañanas. En todos los casos, la decisión fue consensuada por todo el equipo asistencial (ya fuera el resto del equipo de UCI o bien el médico responsable del paciente antes de la llamada a UCI) conjuntamente con la familia del paciente. No hubo desacuerdo (en la decisión de LTSV de No ingreso en UCI) con la familia o con el médico del servicio de origen en ninguno de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras el estudio observacional se ha podido objetivar que la decisión de LTSV de No ingreso en UCI Se realiza con más frecuencia en pacientes con comorbilidad grave asociada y en pacientes con una funcionalidad previa muy deteriorada. Se suele llevar a cabo con la decisión consensuada del equipo asistencial junto con la familia.
El estudio se ha podido concluir tras los 4 meses de recogida de pacientes y sin quedar pendiente ninguna actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/630 ========== ***

Nº de registro: 0630

Título
LTSV: NO INGRESO EN UCI

Autores:
BARCELO CASTELLO MIREIA, FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, JIMENEZ RIOS MARIA, MORA RANGIL PATRICIA, MILLAN TARATIEL PAULA, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, EDROSO JARNE PALOMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Limitación del tratamiento de soporte vital

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0630

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad se han reconocido múltiples derechos de los enfermos críticos tales como el derecho a recibir una atención de calidad, derecho para tomar decisiones sobre los tratamientos de soporte vital (sobre su indicación, aceptación, intensidad, duración…) y el derecho de una atención paliativa de calidad en caso necesario.

Es por ello que ante el ingreso de un paciente en el hospital, con riesgo significativo de muerte o de estancia prolongada, tras una valoración interdisciplinaria de todo el equipo asistencial, se debe consensuar con el paciente y/o sus familiares, los cuidados que desea recibir.

Las decisiones de limitar el ingreso en UCI a la población hospitalaria son una de las decisiones más arduas y complicadas que se debe tomar en el ámbito de la medicina intensiva.
Ampliar los conocimientos adquiridos a través de un estudio de estas características representa importante herramienta de gestión, debido al principio de justicia distributiva, y una adecuación de la praxis médica en este aspecto, así como el desarrollo de herramientas que nos ayuden a la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos del proyecto son
-Desarrollar un sistema de registro de decisión de LTSV y no ingreso en UCI
-Conocer las características epidemiológicas y clínicas de la población a la que se le realiza una LTSV consistente en no ingreso en UCI.
-Averiguar aspectos que en la práctica clínica diaria pasan desapercibidos en este sentido
-Minimizar la heterogeneicidad mostrada en este tipo de decisiones entre los diferentes profesionales sanitarios que interactúan en la toma de la decisión.
-Homogeneizar la práctica clínica de estas decisiones garantizando la adecuación del tratamiento de soporte vital.

-Identificar los nexos comunes en las decisiones de LTSV de NO ingreso en UCI.

MÉTODO
Estudio observacional, prospectivo y analítico.
La muestra será todos los pacientes adultos valorados por el servicio de medicina intensiva (servicio extendido o equipo de guardia) que no son considerados subsidiarios de ingreso en UCI, como medida de LTSV.
Describir las características epidemiológicas y médicas de los pacientes a los que se decide LTSV de No ingreso en UCI.
Se incluyen paradas cardiacas intrahospitalarias en las que se decide finalizar la reanimación por causas derivadas de las comorbilidades del enfermo.

INDICADORES
Los indicadores que se desean obtener son los siguientes:

1.- Exploración de la existencia de voluntades previas (DVA) de los pacientes a los que se les haya realizado una LTSV de no ingreso en UCI.
Pacientes con LTSV “no ingreso en UCI” con DVA/ total de pacientes con LTSV “no ingreso en UCI” > 90%
2.- Consenso de la decisión de LTSV entre miembros del conjunto asistencial > 90%
3.- Consenso de la decisión de LTSV entre miembros del conjunto asistencial y entre el paciente y/o la familia / representante legal > 90%

DURACIÓN
Fecha de inicio: 01/05/2018
Fecha de finalización: 30/09/2018
Recogida de datos durante todo el período que dure el estudio.
Análisis de datos: 1/10/2018 al 30/11/2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0630

1. TÍTULO

LTSV: NO INGRESO EN UCI

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1146

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VELILLA SORIANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OBON AZUARA BLANCA
ZALBA ETAYO BEGOÑA
SANCHEZ POLO CARLOS
RIDRUEJO SAEZ RAQUEL
MUNARRIZ HINOJOSA JAVIER
ROYO PUERTO MILAGROS
HERNANDEZ ARENAZA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones mensuales con la comisión de historias clínicas, donde se explica la evolución del desarrollo del proyecto, las actividades a realizar, y la aceptación por parte de los servicios.
- La propuesta de nuevo para este año 2019, como objetivo de la comisión, del procedimiento para la mejora continua de "evitar el exceso de papel".
- Sesión clínica en junio-2018 en el servicio de Medicina Intensiva donde se explica la puesta en marcha del proyecto, la difusión al resto del personal y la concienciación de la importancia en la utilización de los recursos disponibles como son los electrónicos, intentando no duplicar la documentación.
- Reuniones sucesivas y conversaciones telefónicas con el servicio de Informática para la solución de problemas técnicos de mejora antes de la puesta en marcha de la no impresión del informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, como es, la inclusión de todos los informes de alta del servicio de Medicina Intensiva en la intranet hospitalaria y no que solo conste el ultimo del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Importante mejoría en la no impresión de analíticas ni otras pruebas complementarias, utilizando más el formato electrónico y mayor uso de los recursos informáticos en el trabajo diario.
- Mejoría en la solicitud electrónica de pruebas complementarias, como analíticas y pruebas radiológicas, quedando pendiente de resolver la no impresión de solicitudes al servicio de microbiología.
- Mejoría en las respuestas de las solicitudes de colaboración realizada desde la Unidad de Medicina Intensiva a otros servicios, de tal manera que cada vez es más utilizado el formato electrónico que el formato papel, aunque todavía queda pendiente de mejorar ya que no todos los profesionales cuentan con clave para poder utilizar el formato electrónico de la Unidad.
- Menor uso y menor necesidad de impresión de pegatinas de identificación clínica para el trabajo diario, ya que en la actualidad su uso es muy infrecuente.
- Durante el ingreso del paciente en la Unidad son muy pocos los documentos que se guardan en papel, excepto ECG, alguna solicitud de colaboración, resguardo del banco de sangre, por lo que al alta es muy poca la documentación que es necesaria incluir dentro del sobre de la historia clínica.
- Mejoría en el formato electrónico de la historia clínica de la Unidad, ya que es posible la visualización de todos los informes del alta, y no solo del último del paciente.
- Mejoría en la visualización de los informes de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos en la intranet clínica, ya que anteriormente solo era posible la visualización del último ingreso en la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto ha conseguido su objetivo en la reducción del papel y en evitar la duplicidad de documentación consiguiendo sus indicadores, excepto en el caso del informe del alta de la Unidad, que queda pendiente de realizar, ya que no ha sido posible hasta enero de este año la inclusión de todos los informes de alta de la misma en la intranet clínica, por lo que se han seguido imprimiendo, ya que si el paciente ingresaba en más de una ocasión, se perdía el informe antiguo quedando solo el alta reciente.
Pendiente también, si fuese posible la obtención en formato electrónico del informe de cuidados y alta de enfermería de la Unidad para no tener que imprimirlo al alta de la misma.

7. OBSERVACIONES.
Para la creación de este proyecto sirvió de base el realizado en el servicio de Urgencias del hospital para evitar el exceso de papel y a su vez se pretende que con el mismo pueda servir para la concienciación y difusión de las medidas al resto de servicios.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1146 ========== ***

Nº de registro: 1146

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1146

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

Título
MENOS ES MAS

Autores:
VELILLA SORIANO CARMEN, OBON AZUARA BLANCA, ZALBA ETAYO BEGOÑA, SANCHEZ POLO CARLOS, RIDRUEJO SAEZ RAQUEL, MUNARRIZ HINOJOSA JAVIER, ROYO PUERTO MILAGROS, HERNANDEZ ARENAZA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología critica.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la actualidad se ha objetivado la existencia de un exceso de papel en la Historia Clínica de los pacientes. Este hecho resulta de vital importancia porque cuenta con implicaciones económicas, pero sobre todo con repercusiones en la asistencia sanitaria.
Existe una gran cantidad de documentación en formato papel ocupada por documentos que ya existen en formato electrónico.
Todo ello puede dar lugar a confusión, errores en la atención médica, retrasos en la obtención precisa de la información, y por tanto en la valoración y adecuación del tratamiento, poniendo en peligro la seguridad del paciente.
Además supone un mayor tamaño de la historia en formato papel, con la necesidad cada vez mayor de espacio para el almacenaje de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
En el servicio de Medicina Intensiva se dispone de formato electrónico para la realización de la historia clínica, petición de radiología y analítica, la impresión del papel debiera de ser a priori muy escasa, por ello nos proponemos valorar cuales son estas necesidades de impresión y donde se puede incidir en la reducción de las mismas.

Se pretende lograr con este proyecto utilizar el formato papel únicamente en los casos en los que no se encuentre disponible el formato electrónico, disminuir su consumo, evitar la duplicidad de los documentos, uniformizar el acceso a la información y evitar con ello los problemas relacionados con la seguridad del paciente.
Siendo, el objetivo fundamental, la no duplicidad de los documentos, intentando disminuir la historia clínica en formato papel.

MÉTODO
No imprimir analíticas, ni otras pruebas complementarias que puedan obtenerse en formato electrónico.
Si es necesario imprimirlas, no guardarlas en la historia clinica,
desecharlas en el contenedor "Confidencial" facilitado para ello.
No realizar solicitudes en formato papel si su realización es posible en formato electrónico.
No imprimir el informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos
si el paciente es destinado a un servicio en el cual es posible obtenerlo en formato electrónico,si el paciente va destinado a un servicio fuera del ámbito hospitalario en el que no sea posible su valoración electrónica, se realizará la impresión.
Las contestaciones de colaboración de otros servicios dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos,deberán incluirse dentro de su historia clínica, mediante la utilización del programa electrónico propio del Servicio de Medicina Intensiva, en una hoja de colaboración ad hoc destinada para ello.
En el momento del alta de la UCI, tanto las pegatinas de identificación del paciente que no hayan sido utilizadas, como otros documentos en formato papel que no sean necesarios para su seguimiento posterior, se desecharán en el contenedor "confidencial" facilitado para ello, y no serán guardados en la historia clínica.
Se informará a los distintos servicios del hospital de la implementación de este proyecto de mejora en el Servicio de Medicina Intensiva.

INDICADORES
-Nº de documentos clínicos en formato papel/nº total de documentos clínicos (papel + electrónico) < 40%.
-Nº pruebas complementarias en formato papel/nº pruebas complementarias totales (papel + electrónico) < 10%.
-Nº de solicitudes de exploraciones complementarias encontradas en formato papel que es posible su realización en formato electrónico. Ninguna.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1146

1. TÍTULO

MENOS ES MAS

-Nº de informes de alta de UCI encontrados en formato papel/Nº de informes de alta de UCI total (formato papel + formato electrónico) < 10%.
-Nº de contestaciones de colaboración de otros servicios encontradas en formato papel/ Nº de colaboraciones en total (formato papel + formato electrónico) < 10%
- Nº de pegatinas de identificación del paciente así como otros documentos encontrados en formato papel que no sean necesarios para el seguimiento evolutivo del paciente encontrados en la historia clínica fuera del episodio de ingreso en UCI < 10 (hojas de pegatinas + otros documentos).

DURACIÓN
Durante los meses Mayo-Septiembre 2018, se constituirá el equipo y se realizará la notificación al resto de servicios de hospital.
A partir de Octubre 2018, se implementarán las medidas señaladas y durante los meses Abril-Mayo 2019 se monitorizarán los resultados mediante una evaluación de los indicadores mencionados entre las historias clínicas seleccionadas de forma aleatoria de los pacientes dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos para comprobar si es posible su obtención.

OBSERVACIONES
Se está revisando si es posible la obtención en formato electrónico del informe de cuidados y alta de enfermería de la UCI que actualmente se realiza en papel. Si fuese posible también su obtención de forma informatizada sería también incluido en este proyecto junto con el alta medica.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA VICENTE LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RONCAL SOLA SUSANA
RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN
LATORRE NAVASCUEZ RUT
GAGO GALLEGO NURIA
BRETON PEREZ ROSANA
RAMOS ABRIL VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, ABRIL 2018.
REUNIONES CON EL EQUIPO DE MEJORA PARA ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ABRIL-MAYO 2018.
ENVIO DEL PROCEDIMIENTO A LA UNIDAD DE CALIDAD, JUNIO 2018.
PENDIENTE DE REVISIÓN POR LA UNIDAD Y COMISIÓN DE CALIDAD, FEBRERO 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA FORMAR A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA FORMAR A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1286 ========== ***

Nº de registro: 1286

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

Autores:
VICENTE LOPEZ MARTA, RONCAL SOLA SUSANA, RODRIGUEZ GARCIA ADRIAN, LATORRE NAVASCUEZ RUT, GAGO GALLEGO NURIA, BRETON PEREZ ROSANA, RAMOS ABRIL VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El catéter Swan-Ganz, es un catéter ampliamente empleado en las UCIs. El cual permite monitorizar la función cardiovascular en pacientes en estado crítico valorar la respuesta al tratamiento médico. Con los datos derivados de las mediciones pueden evaluarse las funciones ventriculares izquierda y derecha, y lograr un diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de shock.

En la actualidad,en nuestra UCI, no existe ningún documento que marque unas directrices a la hora de insertar, mantener y retirar un catéter Swan-Ganz para que el personal de enfermería pueda apoyarse en él.

También nos hemos dado cuenta, que es escaso el personal de UCI, alrededor de un 20% que pueda preparar todo el material que conlleva la inserción del catéter, sin cometer fallos, sepa como se utiliza y que parámetros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO "ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INSERCCION, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATETER SWAN-GANZ"

mide.

Por ello, una adecuada formación específica de los profesionales reducirá la variabilidad, fortalecerá la cultura de seguridad y disminuirá los errores a la hora de la preparación, mantenimiento, utilización y retirada de dicho catéter.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un procedimiento sobre la actuación de enfermería ante la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz.
Mejorar el grado de conocimiento del método en el personal de UCI.

MÉTODO
Busqueda de bibliografía por parte del equipo que elabora el procedimento.

Realización de un procedimiento "Actuación de enfermería en la insercción, mantenimiento y retirada del catéter Swan-Ganz".

Sesiones-Talleres formativos del personal de enfermería de UCI con los diferentes componentes del equipo todo ello coordinado por el responsable del proyecto.Para ello se dispondrá de todo el material necesario para la insercción del catéter, monitores, etc..

Inclusión del procedimiento en soporte de papel en la documentación de enfermería de la UCI.

Inclusión del procedimiento en soporte informático.

INDICADORES
nº personal de enfermería que conocen el método correcto /nº personal de enfermería que trabaja en la UCI * 100

Estándar: 80-90% (por el moviemiento de personal en la UCI).

DURACIÓN
Busqueda bibliográfica: MARZO-ABRIL 2018 (reuniones mensuales del equipo de mejora).
Elaboración de un procedimiento: ABRIL-MAYO 2018 (reuniones quincenales con el equipo de mejora.
Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación: MAYO 2018.
Medición del grado de conocimiento del método antes de iniciar el proyecto de mejora: JUNIO 2018
Sesiones-Talleres formativos: JULIO-OCUBRE 2018.
Inclusión del procedimiento en soporte de papel e informático en la unidad: JUNIO 2018.
Evaluación del proyecto de mejora con el indicador arriba mencionado: ENERO-ABRIL 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1408

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA RONCAL SOLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE LOPEZ MARTA
VELILLA SORIANO CARMEN
LATORRE NAVASCUEZ RUT
GAGO GALLEGO NURIA
BRETON PEREZ ROSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, FEBRERO-MARZO 2018
REUNIÓN CON EQUIPO DE MEJORA PARA ELABORAR UN PROCEDIMIENTO, MARZO-MAYO 2018.
ENVIO DEL PROCEDIMIENTO A LA UNIDAD DE CALIDAD, JUNIO 2018.
REVISÓN DEL PROCEDIMIENTO POR UNIDAD DE CALIDAD (PILAR CASCÁN), SEPTIEMBRE 2018.
PENDIENTE DE REVISIÓN POR LA COMISIÓN DE CALIDAD PARA LA APROBACIÓN, ENERO 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA PODER REALIZAR LAS SESIONES FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A LA ESPERA DE LA APROBACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA PODER REALIZAR LAS SESIONES FORMATIVAS DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1408 ========== ***

Nº de registro: 1408

Título
ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO

Autores:
RONCAL SOLA SUSANA, VICENTE LOPEZ MARTA, VELILLA SORIANO CARMEN, LATORRE NAVASCUEZ RUT, GAGO GALLEGO NURIA, BRETON PEREZ ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad se ha incorporado una nueva terapia respiratoria, la oxigenoterapia de alto flujo, en los pacientes críticos. El conocimiento de dicha terapia junto a sus distintos modos de tratamiento resulta de vital importancia para su administración en el paciente. Así mismo, las repercusiones económicas en la asistencia al paciente también son muy relevantes pues se revierten situaciones respiratorias sin tener que llegar a intervenciones más cruentas y/o evoluciones clínicas más prolongadas.
El desconocimiento por parte del personal de la existencia de los distintos modos de tratamiento y la aplicación de los mismos puede generar confusión, errores en la atención médica, equivocaciones a la hora de preparar el material adecuado para cada modo de terapia, retrasos en la aplicación del tratamiento, y por

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1408

1. TÍTULO

ADMINISTRACION DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL PACIENTE CRITICO

tanto en la valoración y adecuación del tratamiento, poniendo en peligro la seguridad del paciente.
Dado que en la actualidad en el servicio de Medicina Intensiva se dispone de los medios necesarios para hacer efectivo el tratamiento de oxigenoterapia de alto flujo, nos proponemos valorar cuales son las necesidades de formación y donde se puede incidir en la reducción de errores a la hora de la administración de los distintos modos de dicha terapia.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende facilitar el acceso a la información de los distintos modos de terapia que existen, utilizar los medios para la administración del tratamiento de la oxigenoterapia de alto flujo de forma adecuada, y evitar con ello los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

MÉTODO
-Revisión bibliográfica por parte del equipo que elabora el proyecto.
-Realización del procedimiento "Administración de la oxigenoterapia de alto flujo en paciente críticos".
-Sesiones formativas a los profesionales de la unidad.
-Inclusión de los parámetros que se utilizan en la oxigenoterapia en el soporte informático de la uci.
-Inclusión del procedimiento en soporte informático.

INDICADORES
Número de profesionales formados: nº profesionales formados = nº profesionales formados / total de profesionales unidad X 100
Estándar: 80-90% (por el movimiento de personal en la Uci)

DURACIÓN
FEBRERO-MARZO 2018: Revisión bibliográfica y reuniones del equipo de mejora
ABRIL-JUNIO 2018: Elaboración del procedimiento. Reuniones del equipo de mejora. Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación.
JUNIO 2018: Medición del conocimiento del método antes de iniciar el proyecto de mejora.
JULIO-OCTUBRE 2018: Sesiones formativas. Inclusión de los parámetros y del procedimiento en el soporte informático de la uci.
NOVIEMBRE-ENERO 2019: Evaluación del proyecto de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTINEZ ABELLEIRA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROYO PUERTO MILAGROS
VERGARA MAINAR ALICIA
VICEN CARNICER MARIA CARMEN
PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO
MINGUIJON GARCIA NEILA
PALACIOS LASECA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la primera fase del proyecto, el equipo de mejora elaboró un listado abarcando todas las técnicas que pueden llegar a realizarse, en la actualidad, en nuestra UCI. Estas, se distribuyeron de manera multidisciplinar entre los miembros del equipo, elaborando borradores que fueron puestos en común en las reuniones bimensuales.

Las dichas fueron diseñadas bajo un mismo formato;
-Definición
-Observaciones previas
-Posición del paciente
-Material de la técnica
-Notas y observaciones importantes
-Documento gráfico del material
-Limpieza si precisaba.

A la vez, se elaboró y distribuyó una encuesta para conocer cómo fue la llegada del personal a la unidad y si existía la necesidad de tener documentos de apoyo al trabajo diario. El 100% de personal apoyó el proyecto.

En la actualidad, se han ejecutado más del 83% de las fichas del proyecto quedando únicamente 5 que serán realizadas durante los meses de febrero a abril. A la vez se ha elaborado una encuesta, ad hoc, que será pasada entre el personal de nueva incorporación para conocer su grado de satisfacción con el proyecto.

El material didáctico está en post-producción pendiente de su impresión pero se encuentra disponible en soporte informático en los ordenadores de la unidad.

Todo el personal de enfermería, ha sido informado durante diferentes reuniones y correos de la existencia de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la actualidad se han elaborado 26 fichas, más del 80%, quedando pendiente 5 que serán realizadas por el equipo en los próximos meses.
Se ha diseñado y distribuido una encuesta a todo el personal TCAE de la unidad (fijo, interino y discontinuo). Se han repartido 35 encuestas, las cuales han sido contestadas por 27 personas alcanzando el objetivo marcado del 80% de encuestas contestadas. Queda pendiente distribuir las encuestas post-implantación del proyecto que dará a conocer el impacto del proyecto.
Durante los meses de elaboración de las fichas, los TCAES han recibido información en las diferentes reuniones de unidad y a través de correo. La mayor parte han manifestado el acierto en la confección de las fichas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La UCI es un entorno dinámico y en ocasiones muy estresante donde la respuesta debe ser inmediata. La mayor parte de las técnicas y el aparataje manejado son específicos de los cuidados críticos. Es importante tener estas fichas actualizadas para que sirvan de herramienta de trabajo fiable repercutiendo en la calidad, seguridad y eficacia de los cuidados proporcionados.
Si valoramos las encuestas contestadas por las TCAEs observaremos como más del 87% reflejó que su llegada a la unidad fue por lo menos complicada y estresante, que hasta el año no se sentían capaces de preparar el material de técnicas más complejas y que al 100% le hubiera gustado tener unas fichas donde poder consultar.
A través de este proyecto, el equipo se ha dado cuenta de la importancia que tiene facilitar la incorporación de nuevos profesionales a las unidades de cuidados críticos. Por ello se están elaborando manuales de acogida para los profesionales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1441 ========== ***

Nº de registro: 1441

Título
IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Autores:
MARTINEZ ABELLEIRA NURIA, ROYO PUERTO MILAGROS, VERGARA MAINAR ALICIA, VICEN CARNICER MARIA CARMEN, PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO, MINGUIJON GARCIA NEILA, PALACIOS LASECA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRITICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: PRACTICA CLINICA

Enfoque ....:
Otro Enfoque........:

PROBLEMA
El trabajo en equipo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se relaciona directamente con la eficacia, la calidad y la seguridad en el cuidado al paciente crítico.
Ante una situación de urgencia es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.
Dentro los profesionales sanitarios que componen el equipo multidisciplinar en la UCI están las TCAES (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) junto con enfermeras/os y médicas/os.
En la UCI MÉDICA del Hospital Clínico están en rueda 25 TCAES en turno rotatorio de mañana tarde y noche, más dos en turno fijo; personal con alto grado de rotabilidad. No se exige formación específica en la incorporación a la unidad.
Es tarea de la TCAE preparar el material utilizado en las múltiples técnicas, teniendo en cuenta el continuo avance científico con la incorporación de nuevos equipos.
Con frecuencia las actuaciones en la UCI son urgentes y muy específicas.
La TCAE tiene que conocer el material, la ubicación y el mantenimiento para dar respuesta óptima a las necesidades del paciente crítico.
En la actualidad la unidad no dispone de soportes de apoyo en los temas a tratar siendo el medio de puesta al día el “boca a boca” y recurrir a las compañeras más veteranas.
Por todo ello es necesario incluir en la unidad fichas en soporte informático y papel que desarrollen todo el material de las técnicas más importantes que se realizan y tareas específicas de la TCAE en la UCI.
Una adecuada formación específica de los profesionales reduce la variabilidad de los resultados, mejora la calidad de los cuidados proporcionados, fortalece la cultura de la seguridad y disminuye las posibles complicaciones relacionadas con la técnica; además reduce el estrés y aumenta la satisfacción laboral.

RESULTADOS ESPERADOS
Ampliar y mejorar la formación de personal TCAE en el ámbito de los cuidados intensivos.
Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en los cuidados realizados por la TCAE.
Disminuir la ansiedad del personal TCAE de nueva incorporación en la UCI.

MÉTODO
Listado de las técnicas que se realizan en UCI MÉDICA.
Elaboración de las fichas de material de las diferentes técnicas.
Información y difusión de las fichas en sesiones a los profesionales implicados.
Incorporación en los soportes informáticos de la unidad.
Entregar encuestas de satisfacción antes y después de la implantación de las fichas de material..

INDICADORES
ELABORACIÓN = DEL 80% DE LAS FICHAS CORRESPONDIENTES A LAS TÉCNICAS DE UCINUMERO DE TCAES QUE RECIBEN INFORMACIÓN (CONOCIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO) / NÚMERO TOTAL DE TCAES EN LA UNIDAD X 100 = 100%GRADO DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE FICHAS PARA LA TCAE DE PREPARACION DE MATERIAL DE LAS TECNICAS EN LA UCI MEDICA DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

SATISFACCIÓN: NUMERO DE ENCUESTAS CONTESTADAS POR TCAES/
NÚMERO TOTAL DE TCAES X100 = 80%

DURACIÓN
Los componentes del equipo serán partícipes de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinadas por el responsable del proyecto.NOVIEMBRE – FEBRERO
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Elaboración de listado de técnicas de las TCAES.
Distribución primer bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

FEBRERO-ABRIL
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución segundo bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

ABRIL- JUNIO
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución tercer bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

JUNIO-SEPTIEMBRE
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución cuarto bloque de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Puesta en común.

SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE
Reunión bimensual del equipo de mejora.
Distribución de las fichas a realizar.
Elaboración de los borradores de las fichas en grupos de trabajo.
Elaboración y maquetación de las fichas definitivas.
Puesta en común.
Entregar encuestas antes de la implantación de las fichas.

DICIEMBRE
Difusión e información a los profesionales
Inclusión de las fichas en papel y soportes informáticos de la unidad .
Entregar encuestas tras la implantación de las fichas.
Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0030

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO JOSE RUIZ LAIGLESIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAÑO PRIETO JOSE RAMON
ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES
SAGREDO SAMAMES MARIA ASUNCION
OLIVERA GONZALEZ SUSANA
SANCHEZ FABRA DAVID
JIMENO SAINZ ARACELI
VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la constitución del grupo de trabajo, el equipo de mejora se ha reunido semanal o quincenalmente.
Marzo 2016: elaboración del proyecto.
Abril 2016: constitución del grupo de trabajo
Mayo 2016: se realizó un corte transversal en el servicio de medicina interna apra conocer la incidencia y tratamiento de la neumonía.
Mayo 2016: se elabora una base de datos
Junio 2016: se redifinió el proyecto y se decidió elaborar una lista de verificación sobre la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad.
Junio 2016: se elaboran los indicadores
Julio-septiembre de 2016: fase de no intervención en la que se recogieron datos referentes a todas las neumonías adquiridas en la comunidad que ingresan en el servicio de medicina interna. En esta fase se recogieron 56 casos
Octubre-diciembre 2016: fase de intervención durante la que se ha aplicado la lista de verificación.
Enero-marzo 2017 fase de postintervención
-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se incluyeron 313 pacientes repartidos en los tres periodos. En 119 casos existía relación con la asistencia sanitaria. En la fase de implementación se observó un aumento del uso de biomarcadores, especialmente el primer día (86% vs 69%; p 0.013) y se observó una tendencia al aumento del número de pacientes con diagnóstico etiológico (27% vs 17%; ns). Durante la fase de implementación la estancia media fue más alta (10,5 vs 8,5; ns). La duración de tratamiento antibiótico total disminuyó en 0,7 días (8,5 vs 9.2; p=0.03)en la fase de mantenimiento, que también asoció un descenso de la mortalidad no significativo (13,5% vs 23,9%; ns). No encontramos diferencias significativas en el resto de variables de resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una lista de verificación es una medida simple y económica que puede mejorar la calidad de la atención en neumonia adquirida en la comunidad pero su impacto depende de la estrategia de implementación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/30 ========== ***

Nº de registro: 0030

Título
IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

Autores:
RUIZ LAIGLESIA FERNANDO JOSE, JIMENO SAINZ ARACELI, VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN, OLIVERA GONZALEZ SUSANA, ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES, SAGREDO SAMANES MARIA ASUNCION, PAÑO PARDO JOSE RAMON, SANCHEZ FABRA DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0030

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

Otro Tipo Patología: Infecciosas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El incremento de las resistencia a los antibióticos, junto con las escasas novedades terapéuticas en este campo ha generado una "crisis antibiótica", que es considerada por los organismos sanitarios internacionales como uno de los principales problemas de salud pública a nivel global.
Una de las principales estrategias para minimizar el impacto de la crisis antibiótica es optimizar el uso de los antimicrobianos. En este sentido, el proyecto "Proceso de optimización de uso de antimicrobianos en un servicio hospitalario PROA-MI" (Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés de la Salud-2015; proyecto nº 384) desarrollado durante el año 2015 en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (HCULB), mostró cómo la implantación de un Programa de Optimización Antibiótica disminuyó el consumo y gasto antibiótico -global y de antibióticos prioritarios-, la duración media de los tratamientos y los beneficios del trabajo en equipos multidisciplinares.
Por otra parte, uno de los problemas del uso de los antimicrobianos es la variabilidad de la práctica clínica que lleva a una disminución de la eficiencia, de la seguridad de los pacientes y resultados dispares.
La categoría diagnostica principal CIE 486 (neumonía, organismo sin especificar) es la segunda por frecuencia dentro de las altas del SMI (8,2%) y la primera de causa infecciosa. El GRD 541 (neumonía simple y otros trastornos respiratorios excepto bronquitis y asma con complicaciones) es el primer GRD entre las altas de dicho servicio (11,2%) y el segundo con mayor impacto en estancias evitables.
Por todo ello, se considera que la implantación de una lista de verificación en el diagnóstico y tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) que ingresan en el SMI del HCULB, teniendo como base la Guía PROA del HCULB, es un medio para disminuir la variabilidad clínica en su diagnóstico y tratamiento, optimizando la terapia antibiótica, y logrando un alto impacto dentro del conjunto de la actividad del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo primario
- Disminuir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento de la NAC, optimizando la terapia antibiótica y mejorando el rendimiento de las pruebas diagnósticas.

Objetivos secundarios
- Aumentar la eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de la NAC que ingresa en el SMI
- Aumentar la seguridad de los pacientes con NAC que ingresa en el SMI.
- Mejorar los resultados en el tratamiento y diagnóstico de la NAC que ingresa en el SMI.
- Reforzar y mantener en el tiempo los objetivos conseguidos en el año 2015, en que se llevó a cabo el proyecto "Proceso de optimización de uso de antimicrobianos en un servicio hospitalario PROA-MI" (Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés de la Salud-2015; proyecto nº 384).
- Implicar a los profesionales en un proceso continuo de mejora en la utilización de los antibióticos.
- Difusión entre los profesionales de la Guía antibiótica PROA del HCULB
- Crear de manera estable un Grupo PROA propio del SMI: PROA-MI.

MÉTODO
Fase de planificación. Marzo-junio 2016
- Elaboración del borrador del proyecto
- Constitución del grupo de trabajo
- Corte transversal para detectar problemas relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las NAC en el SMI
- Priorización de problemas
- Presentación al SMI de los resultados del corte transversal.
- Elaboración de la lista de verificación
- Elaboración de la base de datos
- Definición de indicadores
- Redacción final del proyecto de mejora

Fase de no intervención. Julio-septiembre 2016
- Registro prospectivo de la NAC que ingresan en el SMI, según variables recogidas en la base de datos
- Análisis periódico de las NAC registradas

Fase de intervención. Octubre-diciembre 2016
- Presentación al SMI del proyecto de mejora
- Implantación de la lista de verificación de la NAC que precisa ingreso
- Consejo antibiótico según Guía antibiótica PROA HCULB
- Registro prospectivo de la NAC que ingresan en el SMI, según variables recogidas en la base de datos
- Análisis periódico de las NAC registradas
- Actividades docentes e informativas periódicas al SMI

Fase de análisis de resultados. Enero 2017
- Análisis de resultados
- Presentación al SMI de los resultados
- Elaboración de la memoria del Proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0030

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION "CHECK-LIST", EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD QUE PRECISA INGRESO HOSPITALARIO

INDICADORES
- % mortalidad
- % reingresos precoces (15 días; 30 días)
- Duración del ingreso hospitalario
- Duración del tratamiento antibiótico
- % de pacientes con diagnóstico etiológico
- % de pacientes con marcador biológico de gravedad (procalcitonina o proteína C reactiva)
- % de tratamientos que siguen la Guía antibiótica PROA HCULB
- % de pacientes en los que se realiza terapia secuencial

Cada indicador se evaluará mensualmente y se comunicarán los resultados al SMI en sesiones informativas.

DURACIÓN
Fase de planificación: marzo-junio 2016
Fase de no intervención: julio-septiembre 2016
Fase de intervención: octubre-diciembre 2016
Fase de análisis: enero 2017

OBSERVACIONES
El presente Proyecto está incluido dentro de las actividades del Grupo PROA-HCU y PROA-MI
Las actividades del grupo PROA-MI están incluidas en el Contrato de Gestión del Servicio para 2016.
Supone una continuidad del Proyecto PROA-HCU de 2015

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0258

1. TÍTULO

ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO. ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR BURILLO FUERTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBAREDA ALBAREDA JORGE
EZQUERRA HERRANDO LAURA
ESTELLA NONAY RUBEN
VELAZQUEZ ACON CARLOS
CASTILLO PALACIOS ANDRES
GOMEZ VALLEJO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde enero de 2017 han sido valorados por el facultativo de Medicina Interna 400 pacientes ingresados con el diagnóstico de fractura de cadera del anciano en el Servicio de Traumatología . Esta valoración ha incluido:
- conciliación del tratamiento ambulatorio previo del paciente con situación clínica durante el ingreso y tiempo perioperatorio
- aplicacion un protocolo de manejo de anemia perioperatoria con hierro intravenosa y EPO según hemoglobina preoperatoria
- prevención y tratamiento de las complicaciones médicas más importantes
También se ha participado en la elaboración del informe de alta cuando ha sido preciso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En este momento se está completando el análisis de los indicadores propuestos en el proyecto de mejora (de estancia pre y postoperatoria, número de concentrados de hematies transfundidos y mortalidad durante el ingreso)
Tras la experiencia de la atención médica en modalidad de asistencia compartida de los Servicios de Medicina Interna y Traumatología, se ha realizado una búsqueda bibliográfica para la redacción consensuada entre ambos servicios de una protocolo para la atención medico-quirúrgica del paciente anciano con fractura de cadera

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente el análisis de los indicadores así como su seguimiento futuro. Se valora poner en marcha la realización de protocolos específicos de actuación sobre complicaciones médicas frecuentes como puede ser el delirium ; así como la elaboración del protocolo mencionado en el apartado anterior. Por este motivo el equipo de trabajo propone mantener este proyecto de mejora 1 año más a fin de completar estos aspectos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/258 ========== ***

Nº de registro: 0258

Título
ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO.ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA

Autores:
BURILLO FUERTES PILAR, ALBAREDA ALBAREDA JORGE, BLANCO RUBIO NIEVES, EZQUERRA HERRANDO LAURA, ESTELLA NONAY RUBEN, VELAZQUEZ ACON CARLOS, CASTILLO PALACIOS ANDRES, GOMEZ VALLEJO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0258

1. TÍTULO

ASISTENCIA MEDICA AL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO. ESTUDIOS PRELIMINARES PARA LA INSTAURACION DE UNA GUIA CLINICA

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fractura de cadera del anciano es una patología prevalente que supone más de 450 ingresos/año una ocupación del 49%en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HCU. Son pacientes con una edad media de 84 años de edad y elevada comorbilidad. Las complicaciones médicas aparecen en más del 40% de estos pacientes. Estas complicaciones aumentan la mortalidad y la estancia media. A pesar de los avances quirúrgicos y anestésicos introducidos en el tratamiento de estas fracturas en los últimos años no se han visto acompañados de una disminición de las tasas de mortalidad que permanecen estables.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultado General:

- Optimizar la asistencia médica de los pacientes con fractura de cadera del anciano para evitar la aparición de complicaciones médicas con el objetivo final de instauración de una Guia Clínica.

Resultados específicos:
- Reducción de la estancia media hospitalaria.
- Reducción de las tasas de morbi-mortalidad, principalmente las relacionadas con las infecciones nosocomiales y de la anemia perioperatoria.

MÉTODO
Organizar la asistencia médica al ingreso del paciente con fractura de cadera del anciano:

Método principal:

- El paciente debe ser valorado por el Facultativo de Medicina Interna al menos una vez antes de su cirugía, que será lo más temprana posible.
- Aplicación del protocolo de "Ahorro Sanguineo".

- Conciliación del tratamiento ambulatorio del paciente recién ingresado.
- Tratamiento de la anemia perioperatoria.
- Prevención de complicaciones más frecuentes: Desnutrición, estreñimiento e infección urinaria asociada al sondaje.

INDICADORES
Se evaluará de manera cuantitativa por parte del personal encargado:
- Estancia hospitalaria, pre y postrquirúrgica.
- Mortalidad.
- Número de pacientes en los que se ha instaurado el protocolo de "Ahorro sanguineo en fractura de cadera del anciano".
- Número de diagnósticos secundarios generados al alta.
- Número de concentrado dehematíes transfundidos.

DURACIÓN
Proyecto de un año de duración que comenzará en Enero de 2017. En 6 meses se debería valorar los indicadores para ver su nivel de cumplimiento, pudiendo incidir en los puntos con menos seguimiento.
Los resultados preliminares de este programa crearán como resultado la instauración de una Guía Clínica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0983

1. TÍTULO

IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BORJA DEL CARMELO GRACIA TELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CRESPO ELENA
LAGUNA JULIAN
JIMENEZ CASADO MERCEDES
MORENO JUSTE AIDA
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sistema informático que permite generar de forma automatizada calendarios de guardias específicos para el personal médico sanitario. El sistema recoge las preferencias y particularidades de cada una de las especialidades así como también la normativa básica vigente sobre la disposición de las guardias. Además, contiene varios "controles de calidad" que permiten visualizar de forma esquemática y básica el número de guardias de cada uno de los usuarios, la disposición de las mismas y las características asignadas (Dispone de un sistema de alarmas por el que avisa cuando un usuario presenta dos o más guardias seguidas o dos fines de semana en un mismo mes o hay alguna incongruencia en el calendario generado) lo que, de forma general, facilita la revisión de los calendarios. También permite la asignación de puentes y de guardias externas al propio hospital. Todo ello es recogido en un histórico que genera una distribución equitativa de las guardias en un cómputo anual.
El sistema cuenta con un generador de guardias que, únicamente pretando un botón, permite realizar un calendario provisional de guardias con la distribución seleccionada (editable para cada hospital) Por último, presenta numerosos parámetros (tanto en forma de aleatorizar como en diferentes variables como pueden ser la probabilidad de dos guardias seguidas, la tendencia a ocupar ciertos puestos… todos ellos editables, lo que permite un amplio abanico de posibilidades de calendarios en cada uno de los meses.

El usuario puede acceder al sistema desde cualquier dispositivo conectado a internet. Al registrarse, puede consultar los calendarios de guardia, solicitar vacaciones, bajas e incluso marcar guardias realizadas en otros centros hospitalarios. Por último, también puede consultar un apartado denominado "Histórico" que, de manera gráfica, muestra la disposición de las guardias de forma global y por días de la semana de todos los meses previos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El programa IASO de turnos de guardia se encuentra vigente y se utiliza como motor principal para la puesta de guardias en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza.
- La instauración del programa IASO ha permitido simplificar el número de comisiones implicadas en la distribución mensual de las guardias (previamente 8 y en la actualidad únicamente una sola comisión unificada) así como el tiempo medio en la puesta de las mismas.
- Disminución significativa del número de errores en la colocación de las guardias
- Aumento de autonomía en el personal sanitario en el calendario de guardias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Aunque el programa permite realizar la aleatorización básica para la puesta de guardias de los principales Servicios del Hospital (Guardias Urgencias y Guardias de Medicina Interna) todavía no ha permitido la puesta de forma autónoma y sin supervisión de las guardias siendo únicamente una herramienta de ayuda y simplificación en la distribución de las guardias.
- Todavía no se han realizado los cursos pertinentes para que sea el propio personal sanitario implicado el que pueda participar de forma activa en la puesta de guardias mediante la autoselección de vacaciones/días libres/otras guardias.
- Por motivos de seguridad de los datos manejados, el programa se encuentra únicamente en la intranet hospitalaria siendo imposible su acceso desde fuera del ámbito hospitalario.
- En el momento actual nos encontramos pendientes de la obtención de fondos con el objetivo de optimizar el funcionamiento del sistema así como simplificar su uso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/983 ========== ***

Nº de registro: 0983

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0983

1. TÍTULO

IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

Autores:
GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, LAGUNA SARRIA JULIAN, MARTINEZ CRESPO ELENA, JIMENEZ CASADO MERCEDES, MORENO JUSTE AIDA, ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La distribución de los turnos de guardia del personal médico supone un gran problema en la actualidad en los hospitales. El aumento del volumen de personal en los mismos así como la tendencia a la supraespecialización y, por consiguiente, el aumento del número de guardias de diferente índole, hacen que cada vez sea más difícil la creación de calendarios de guardias factibles y satisfactorios para la mayoría. Hasta la fecha, no encontramos ninguna medida que permita de forma automatizada, homogénea, equitativa y de fácil acceso que permita la gestión de estas guardias y además, facilite la participación del propio personal implicado, permitiendo que cada uno de los miembros del personal labolar pueda tomar parte en la disposición de las guardias en función de sus necesidades personales.

RESULTADOS ESPERADOS
La aplicación que se presenta busca aunar todas estas necesidades en un único sistema que, desde cualquier dispositivo con acceso a internet, permita la consulta de los turnos de guardia de todo el personal médico de un hospital teniendo en cuenta variables como su especialidad, sus años de experiencia, los tipos de guardia que puede desempeñar, e incluso las propias necesidades personales o laborales (congresos, bajas…) manteniendo en todo momento la equidad con respecto al resto del personal laboral médico. Además, este nuevo sistema también permite la participación de cada uno de los miembros al poder seleccionar ellos mismos días de vacaciones, libre disposición, e incluso guardias en otros centros.

La principales aportaciones sobre la técnica actual es la mejora significativa en el número de errores cometidos, el manejo de un número mucho mayor de personas sin que esto conlleve una peor distribución de las guardias, la equidad de la distribución, de forma que todo el personal al final de cada año laboral dispondrá de un reparto similar de sus guardias. Así mismo, me gustaría también remarcar la sustancial mejora en el tiempo empleado para esta labor, el cual se reduce de forma muy signficativa con este nuevo método.

MÉTODO
Sistema informático que permite generar de forma automatizada calendarios de guardias específicos para el personal médico sanitario. El sistema recoge las preferencias y particularidades de cada una de las especialidades así como también la normativa básica vigente sobre la disposición de las guardias. Además, contiene varios "controles de calidad" que permiten visualizar de forma esquemática y básica el número de guardias de cada uno de los usuarios, la disposición de las mismas y las características asignadas (Dispone de un sistema de alarmas por el que avisa cuando un usuario presenta dos o más guardias seguidas o dos fines de semana en un mismo mes o hay alguna incongruencia en el calendario generado) lo que, de forma general, facilita la revisión de los calendarios. También permite la asignación de puentes y de guardias externas al propio hospital. Todo ello es recogido en un histórico que genera una distribución equitativa de las guardias en un cómputo anual.

INDICADORES
- Control mensual. Objetivo: 100% personal debe cumplir la normativa vigente por Dirección sobre el organigrama de guardias del hospital.
- Control trimenstrual de la distribución de las guardias por parte del programa. Objetivo: 25% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignado.
- Control semestral: 50% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignado.
- Control nonamestral: 75% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignado.
- Control anual: 90% personal en el rango de la media con una desviación estándar en cada uno de los días asignados.

DURACIÓN
Octubre 2016-Enero 2017: Rediseño y actualización del programa optimizando sus aplicaciones y comprobando de manera teórica su funcionamiento.
Febrero 2017: Puesta en marcha del programa de guardias actualizado.
Abril 2017: Control trimestral.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0983

1. TÍTULO

IASO: PROGRAMA TURNO DE GUARDIAS INFORMATIZADO

```
        Julio 2017: Control semestral
        Octubre 2017: Control nonamestral
        Enero 2018: Control anual. Resumen anual de objetivos cumplidos.

OBSERVACIONES


Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................: 1 Nada
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................: 4 Mucho

*** ============================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0698

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA JOSA LAORDEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES HORNA VANESA
OLIVAN USIETO TERESA
LONGAS GASPAR ANA ISABEL
BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido menores a las previstas debido a que en la fecha actual no se han cumplido los 6 meses desde la puesta en marcha del proyecto de mejora.
- No se ha podido realizar hasta el momento la reunión de formación conjunta con Atención Primaria, debido principalmente a movilidad del personal en ambos servicios. Sin embargo, aquellos que han contactado con nuestro servicio telefónicamente solicitando un tratamiento con hierro endovenoso, se les ha indicado el nuevo método planteado para conseguir una derivación más rápida.
- Se ha contactado de forma telefónica con los pacientes para informarles del inicio del tratamiento, fecha y localización, iniciando el tratamiento siempre con una demora inferior a 15 días desde nuestro contacto con Atención Primaria.
- Se ha realizado un registro de todos los pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento con hierro endovenoso en nuestro Centro, mediante una ficha en formato excel, indicando la dosis y periodicidad, así como los datos clínicos del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha actual no se han evaluado los indicadores propuestos en el Proyecto de mejora, ya que estos debían ser evaluados a los 6 y 12 meses del inicio del proyecto.
Sí que se han registrado en la Historia Clínica Electrónica los tratamientos con hierro endovenoso implantados hasta este momento en nuestra agenda de Hospital de Día / Unidad Crónico Complejo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los objetivos han sido correctamente planteados, se ha iniciado un registro de los tratamientos con hierro endovenoso en nuestro Servicio para poder optimizar los recursos del Centro. Debemos mejorar la comunicación con Atención Primaria para poder gestionar de forma más eficaz estos tratamientos, con el objetivo de reducir la demora en nuestras consultas, agilizando las primeras visitas y el inicio del tratamiento. El proyecto es sostenible debido a la escasa necesidad de recursos materiales y personales nuevos, pudiéndose replicar en otros centros con facilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/698 ========== ***

Nº de registro: 0698

Título
COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERROTERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Autores:
JOSA LAORDEN CLAUDIA, GARCES HORNA VANESA, OLIVAN USIETO TERESA, LONGAS GASPAR ANA ISABEL, BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0698

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La vía actual de derivación para los pacientes subsidiarios de tratamiento con hierro endovenoso, se realiza desde Atención Primaria, Urgencias u otras especialidades. Habitualmente el paciente es citado en nuestras consultas en un periodo máximo de 2 meses, según demora. Si en el momento de la visita se dispone de analítica completa reciente (igual o inferior a un mes), se decide si el paciente es candidato a tratamiento con hierro. Si no se dispone de la misma, se solicita una analítica con dichos parámetros, requiriendo una nueva visita.
Tras esta evaluación, si el paciente requiere tratamiento con hierro endovenoso, se gestiona a través del servicio de urgencias del Centro Sanitario Cinco Villas el día de inicio, programando tanto la dosis como la periodicidad.
Tras el tratamiento pautado se revalora la necesidad de continuación del mismo.
La pertinencia de este proyecto, en el momento actual en nuestro centro, sería con el fin de reducir el tiempo de demora entre Atención Primaria y Medicina Interna, mediante una derivación rápida, por vía telefónica, asegurando citar en el periodo inferior a un mes, a todos los pacientes que potencialmente requirieran este tratamiento. Este proyecto contribuiría a mejorar la situación actual, dado que el número de pacientes que requieren tratamiento con hierro endovenoso es elevado en nuestra población, teniendo en cuenta la edad y las comorbilidades asociadas. Esto hecho mejoraría el tiempo de espera y la gestión de las necesidades del paciente. Además, se iniciará un registro electrónico de los pacientes en tratamiento, para adecuar las dosis y periodicidad a las necesidades reales.
Nos gustaría remarcar que hasta el momento actual no existe ninguna vía de derivación rápida, la cual reduciría la demora de la primera visita, el número de visitas necesarias para inicio del tratamiento y permitiría un mejor registro y gestión de los tratamientos pautados.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana serian aquellos pacientes, de cualquier edad, con anemia (Hb < 12 g/dL en mujeres y Hb < 13 g/dL en hombres) asociada con ferropenia, con índice de saturación de la transferrina inferior al 20%.
Los objetivos de este proyecto son:
- Disponer de una vía reglada de derivación rápida a nuestras consultas, mediante conexión telefónica, para los pacientes subsidiarios de tratamiento con hierro endovenoso.
- Implantar el sistema de derivación con Atención Primaria para remitir de forma rápida a los pacientes que precisan dicho tratamiento.
- Disminuir el tiempo de demora para la valoración del paciente, con una única visita inicial para programar el tratamiento.
- Adecuar la dosis y periodicidad del tratamiento con hierro endovenoso a las necesidades del paciente, mediante un registro informatizado de todos los tratamientos.

MÉTODO
En el momento actual, unos 65-70 pacientes acuden a nuestras consultas mensualmente, con una demora aproximada de primera visita de 1-2 meses, si la derivación es considerada “normal”, e inferior en el caso de “preferente”.

Las acciones previstas para lograr nuestros objetivos son: previo a la implantación del proyecto, los componentes del mismo, nos pondríamos en contacto con los coordinadores de todos los centros de salud dependientes del Centro Sanitario Cinco Villas. En esta reunión de formación, bien presencial, por vía telefónica o videoconferencia, les indicaríamos el objetivo del proyecto, así como su los requisitos y el método de contacto para su implantación. A partir de ese momento, podrían ponerse en contacto telefónico directo con nuestro Servicio, de lunes a viernes, de 8 a 14 horas, indicándonos los datos de filiación y el número de historia del paciente que requiera nuestra valoración.
Para agilizar nuestra valoración recomendaremos remitir al paciente con una analítica completa que incluya todos los parámetros necesarios para el estudio etiológico de la anemia, enviando así mismo una analítica de muestra en caso de que fuera necesario.

INDICADORES
- número de consultas solicitadas
- número de tratamientos con hierro endovenoso implantados
- demora (días) para primera visita
- demora (días) para inicio del tratamiento

Dentro de 6 y 12 meses tras el inicio previsto, en Febrero y Agosto 2019, se evaluarán estos indicadores, así como los tiempos de demora y la satisfacción de este nuevo método de comunicación y vía rápida por los médicos de atención primaria, mediante una encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
Implantación en los Centros de Salud mediante información telefónica, por video-conferencia o presencial: Junio-Agosto 2018
Derivación de pacientes a Consultas de Medicina Interna por vía telefónica: A partir de Agosto 2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0698

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ENTRE MEDICINA INTERNA Y ATENCION PRIMARIA PARA LA FERRO TERAPIA ENDOVENOSA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0856

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLA TOYAS MIAZZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GUTIERREZ ANYULI
DE ESCALANTE YANGÜELA BEGOÑA
REMACHA MONEDERO ALBA
ADRIAN SANJUAN RAQUEL
LOPEZ LEON MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de informes de alta de pacientes en los que se realizó sedación paliativa, durante un año, para poder enviar encuesta de satisfacción (previa a poner proyecto en marcha), para así poder compararlo tras su instauración.
- Elaboración del documento de apoyo a los facultativos, tras la toma de decisión de sedación paliativa/terminal.
- Revisión de bibliografía para decidir que variables recoger para realizar el descriptivo de las características de los pacientes en los que se toma la decisión de sedar y aquellas para ayudar a minimizar técnicas diagnóstico/terapéuticas fútiles en estos pacientes.
- Inicio de elaboración de carta y encuesta de satisfacción para los familiares de pacientes en los que se haya realizado sedación paliativa/terminal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han obtenido número de pacientes en los que se realizó sedación paliativa/terminal, durante un año. (46) (no hay estandar)
Se ha solicitado información informal al CEICA por si se precisara de algún tipo de consentimiento informado.
Inicio de elaboración de la base de datos para la recogida de datos para estudio descriptivo de pacientes en los que se tome la decisión de realizar sedación paliativa/terminal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Enriquecedoras las reuniones para ir diseñando y tomando decisiones en el desarrollo del proyecto.
Quedan pendientes:
- Difusión del documento de apoyo a los facultativos
- Envío (tras revisión del grupo) de la carta y encuesta para familiares, antes de poner en marcha el proyecto actual.
- Recogida de datos de pacientes en los que se use el documento de apoyo y su análisis posterior.
- Envío de la carta y encuesta para familiares, tras haber puesto en marcha el proyecto actual.
- Análisis de satisfacción, con encuestas contestadas devueltas, antes y después de poner en marcha el proyecto.
- Diseño de la encuesta para los facultativos que utilicen el documento de apoyo, su entrega y su análisis.

7. OBSERVACIONES.
Se necesitará, como ya se especificó en el proyecto, apoyo estadístico y administrativo (envió y recepción de cartas de encuestas)

*** ========== Resumen del proyecto 2018/856 ========== ***

Nº de registro: 0856

Título
APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Autores:
TOYAS MIAZZA CARLA, REMACHA MONEDERO ALBA, DE ESCALANTE YANGÜELA BEGOÑA, ADRIAN SANJUAN RAQUEL, LOPEZ LEON MARIA JESUS, GRACIA GUTIERREZ ANYULI

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad terminal no neoplásica o neoplásica
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0856

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Satisfación

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Cada año más de 20 millones de personas en el mundo afrontan el final de su vida (FV) por enfermedad avanzada y el 70% de los que fallecen sufre un periodo de varios meses de ET en el que la persona y su familia viven circunstancias que ocasionan gran sufrimiento.
En la mayoría de países desarrollados, la muerte se produce en hospitales e instituciones y cada vez menos en domicilio. El envejecimiento poblacional y la creciente dependencia hacen que muchos de estos pacientes sean atendidos en Medicina Interna (MI).
La falta de formación sobre cuidados paliativos por los profesionales de la salud y el desconocimiento de los pacientes y la familia acerca de las últimas fases de la enfermedad, son un obstáculo importante a los programas de mejora del acceso a esos cuidados.
En MI acogen cada vez con más frecuencia la atención a estos pacientes y la polivalencia, visión integral e integradora se hacen necesarias y cobran especial valor.
Cuando las estrategias de intervención han resultado ineficaces ante un paciente en situación terminal, la adecuación del esfuerzo terapéutico y en ocasiones, la sedación paliativa, son necesarias. Ambos conceptos deben convertirse en una práctica socialmente aceptada y bien manejada por los profesionales sanitarios. Están recogidas en el BOE núm. 115, 14 mayo 2011 y BOA núm. 70, 7 abril 2011, y su objetivo es proporcionar a la persona al FV una atención sanitaria de calidad, apoyando a la familia en la toma de decisiones.
Nuestro objetivo principal es mejorar la atención al FV desarrollando un documento informativo que ayude a los profesionales a transmitir la situación vital del paciente y la actitud terapéutica ofrecida y que ayude a las familias a entender la situación de irreversibilidad, la futilidad de otras medidas diagnóstico-terapéuticas y el importante sufrimiento del paciente, aceptando, si es necesaria la sedación paliativa/terminal (ST) con la tranquilidad de saber que se le va a ofrecer una "buena muerte".

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la atención al paciente terminal y su familia y evitar la sensación de abandono con sufrimiento físico o psicológico
-Ayudar al profesional en la comunicación con las familias de pacientes que precisen ST
-Ofrecer información escrita en lenguaje sencillo a los familiares, para ayudar a que participen activamente en la toma de decisiones al FV
-Conocer datos epidemiológicos y clínicos de pacientes a los que se aplique ST
-Identificar medidas de diagnóstico y ttº fútiles en pacientes en ST (obstinación terapéutica)

MÉTODO
-Elaboración de un documento informativo que explique en lenguaje sencillo qué es la ST y en qué momento se emplea, para ser utilizado por los profesionales de MI como complemento y apoyo a la hora de informar a los familiares del paciente.
-Difusión del documento en sesión clínica del servicio y con personal sanitario del Servicio de Medicina Interna C (MIC).
-Elaboración de una encuesta sencilla sobre la utilidad del documento y puntos de mejora para el personal médico del servicio y resto de personal sanitario de MIC.
- Elaboración de una encuesta de satisfacción a las familias de fallecidos con sedación en MI (se intentará realizar previa y posteriormente a la puesta en marcha de este plan de mejora).
-Diseño de estudio descriptivo que incluya variables epidemiológicas, clínicas y técnicas diagnóstico-terapéuticas fútiles en pacientes que reciban ST.
-Elaboración de consentimiento informado para la recogida de datos epidemiológicos, clínicos y técnicas aplicadas, de pacientes en los que se decida sedación paliativa en MIC.

INDICADORES
-% de pacientes en los que se ha utilizado el documento de apoyo al FV. Estándar desconocido.
-Grado de satisfacción de los profesionales respecto al documento diseñado, utilidad y puntos de mejora. Fuente: encuesta personal sanitario.
-Grado de satisfacción de las familias, previo y posterior a la implementación del documento. Fuente: encuestas contestadas de familiares.
-Estudio descriptivo de los pacientes a los que se aplicó ST en MIC. Fuente: recogida de datos de pacientes con ST en MIC.
-Estudio descriptivo de los datos recogidos acerca de las técnicas fútiles realizadas en los últimos momentos de la vida. Fuente: recogida de datos de pacientes con ST en MIC.

DURACIÓN
- Elaboración del documento informativo. (Dra. Toyas)
- Elaboración de la encuesta de satisfacción para familiares. (Dra. Toyas/Gracia)
- Elaboración de la encuesta de satisfacción para el personal sanitario. (Dra. Toyas/Gracia)
- Entrega de documentación para su aprobación por las comités pertinentes. (Dra. Toyas)
- Difusión del documento informativo a los médicos del Servicio de MI en sesión clínica. (Dra. Toyas/de Escalante).
- Difusión del documento al resto de personal sanitario de MIC. (Sras. López, Remacha y Adrian)
- Análisis datos epidemiológicos, clínicos y técnicas fútiles realizadas a pacientes que han recibido ST. (el equipo)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0856

1. TÍTULO

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

```
-        Encuesta a los miembros del servicio y a familiares. (el equipo)
-        Análisis del nivel de satisfacción y de datos recogidos. (el equipo).

OBSERVACIONES


Valoración de otros apartados
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1114

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN VICENTE DE VERA FLORISTAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRUBIA PEREZ CARMEN
PEREZ CALVO JUAN
SAMPERIZ LEGARRE PILAR
RUIZ DE LA IGLESIA FERNANDO
ESPUELAS MONGE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos consensuado la hoja de información y realizada su difusión en sesión clínica a todos los adjuntos y R5 del servicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ha habido una buena aceptación por parte del servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos iniciando la puesta en marcha ahora que se han incorporado nuevos adjuntos al servico

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1114 ========== ***

Nº de registro: 1114

Título
HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

Autores:
VICENTE DE VERA FLORISTAN CARMEN, TORRUBIA PEREZ CARMEN, PEREZ CALVO JUAN, SAMPERIZ LEGARRE PILAR, RUIZ DE LA IGLESIA FERNANDO, ESPUELAS MONGE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad en el Servicio de Medicina Interna (SMI) existe una hoja de información personalizada que incluye la identificación del facultativo, horario y lugar de información médica, que está siendo infrautilizada por parte de los facultativos.
A pesar de que habitualmente el facultativo se presenta en el primer contacto que tiene con el paciente y familiares,es frecuente constatar a lo largo del ingreso que desconocen el nombre del médico responsable; además, el deseo de conocer e identificar a los profesionales responsables de su cuidado aparece como el primer punto dentro del “Decálogo del paciente hospitalizado”, recientemente editado.
También es habitual la información a familiares en el pasillo, por parte del facultativo, donde es más difícil preservar la confiencialidad y su derecho a la intimidad. Además, esta práctica puede implicar la presencia de mayor número de familiares de los estrictamente necesarios, en horario de mañana, lo que en ocasiones altera el trabajo de los distintos profesionales en la planta.
Se pretende al entregar la Hoja de Información Personalizada, que el médico responsable pueda ser identificado en todo momento por paciente y familiares y adecuar la información a los familiares en despacho médico en horario establecido respetando confidencialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1114

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

RESULTADOS ESPERADOS
- Cumplir la ley de Autonomía del paciente.
- Identificación del médico responsable del paciente
- Evitar información en el pasillo adecuando el lugar de información respetando la intimidad del paciente y el secreto profesional
- Disminuir el número de familiares durante el pase de visita y evitar su permanencia en los pasillos para favorecer el trabajo de los distintos estamentos

MÉTODO
- Actualización de la hoja de información personalizada
- Sesión clínica informativa a todo el servicio presentando la hoja y explicando el proyecto
- Distribución de la hoja informativa personalizada
- Recordatorio mensual, junto con la evaluación mensual, o un envio mensual a cada facultativo, de los resultados

INDICADORES
- Número de pacientes ingresados en el SMI a los que se les ha facilitado la hoja de información/número de pacientes ingresados en el SMI
- Evaluación una vez al mes durante 6 meses. Habrá un médico responsable en cada planta del SMI quién cuantificará el número de hojas dadas por cada facultativo a los enfermos/ familiares correspondiendo con el numero de altas mensuales, las hojas estarán numeradas previamente.

DURACIÓN
Fase de intervención: septiembre 2018-marzo 2019
Difusión proyecto de mejora entre personal facultativo: septiembre 2018
Implantación de la hoja de información personalizada: octubre 2018 a marzo 2019
Recogida de indicadores: octubre a marzo
Valoración de resultados. Abril 2019 –mayo 2019

OBSERVACIONES
HOJA DE INFORMACIÓN PERSONALIZADA

Estimado señor o señora:

El/la médico especialista que le atenderá durante su ingreso en la planta de Medicina Interna

es el/la Dr./Dra.

El horario en el que de manera habitual puede recibir la información sobre la evolución clínica de los pacientes, siempre y cuando el paciente en uso de sus facultades no exprese objeciones, será:

Médico

Horario
Lugar

Dr./Dra.
13:30 H
SECRETARIA

Establecer un horario de información propiciará una información diaria más completa y exhaustiva, por lo que siempre y cuando sea posible, debemos respetarlo ya que ello redunda en beneficio de los pacientes y facilita el trabajo de los profesionales.

En fin de semana no se facilitará información médica salvo incidencias o ingresos.

No obstante, si la situación clínica del paciente sufriera modificaciones significativas o existieran causas justificadas que le impidan ajustarse al horario previsto, por favor comuníquelo a su médico e intentaremos ajustarnos a sus necesidades todo lo que nos sea posible.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1114

1. TÍTULO

HOJA DE INFORMACION PERSONALIZADA, ENTREGADA POR EL MEDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1235

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO CANO FERNANDEZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ LAIGLESIA FJ
SAMPERIZ LEGARRE PILAR
DE LA RICA ESCUIN MARISA
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
MONCHE PALACIN ANA MARIA
GIRON JORCANO GEMA
OLIVERA GONZALEZ SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para analizar el uso de antibióticos al final de la vida, se ha tomado como punto de partida un grupo de 142 pacientes ya fueron seleccionados previamente (mayo-septiembre 2017) mediante el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO versión 3.0 2016, como pacientes con enfermedad terminal y necesidad de medidas paliativas. De estos pacientes se han recogido los pacientes fallecidos en el Hospital desde mayo de 2017 hasta mayo de 2018 (un total de 85 pacientes).Se está elaborando actualmente la hoja de recogida de datos de estos pacientes fallecidos en el año posterior y con datos añadidos sobre el tratamiento antibiótico en el caso de los pacientes a los que se les prescribieron antibiótico en ese último ingreso. La bibliografía revisada para ello es muy escasa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 60% de los pacientes NECPAL+ fallecieron en el año siguiente al ingreso. El análisis de pacientes con necesidades paliativas, ya previamente seleccionados, nos parece que puede dar mayor valor al análisis que se realice, dada la dificultad que existe para precisar la agonía o el final de la vida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el momento actual nos encontramos recogiendo los datos necesarios para la evaluación del proyecto de mejora. Tras la recogida de datos procederemos al análisis de los mismos y, tal y como fue descrito al inicio del proyecto, procederiamos a:
- Difundir los resultados entre los miembros del servicio
- Identificar oportunidades de mejora
- Plantear una estrategia de intervención.
- Difundir las posibles acciones de mejora.
- Evaluar los resultados tras la difusión.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1235 ========== ***

Nº de registro: 1235

Título
USO DE ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

Autores:
CANO FERNANDEZ ALBERTO, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SAMPERIZ LEGARRE PILAR, DE LA RICA ESCUIN MARISA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA, MONCHE PALACIN ANA MARIA, GIRON JORCANO GEMA, OLIVERA GONZALEZ SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad cronica avanzada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1235

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

PROBLEMA
En planta de Medicina Interna(MI) ingresan frecuentemente pacientes pluripatológicos, de avanzada edad, con enfermedades crónicas en ocasiones muy avanzadas. La estimación del pronóstico del paciente con enfermedad crónica avanzada (demencia, enfermedad pulmonar, cardiaca, hepática, renal, o cáncer en estadios avanzados) es complejo pero esencial, ya que la detección de una situación de enfermedad avanzada terminal determina la necesidad de medidas paliativas(NECPAL) en ese paciente. Existe la percepción de un uso excesivo de terapias que resultan fútiles en el tratamiento del paciente con enfermedad terminal en la práctica clínica y tanto el uso de esta terapia como su no retirada se considera mala praxis médica, la denominada “obstinación terapeútica”.
La limitación de esfuerzos terapéuticos (LET) en algunos pacientes, como resultado de un proceso de valoración clínica ponderada, es una correcta práctica deontológica (Art.27.2 del Código de Ética y Deontología Médica de 1999 de la OMC). LET es la retirada o el no inicio de medidas terapéuticas de soporte vital que el profesional sanitario estima que son inútiles o fútiles en un determinado paciente, ya que tan solo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una mínima calidad de vida. A diferencia de la ventilación mecánica, la reanimación cardiopulmonar entre otras, la antibioticoterapia (AB) resulta más difícil de encasillar dentro de estas medidas de tratamientos de soporte vital. En la bibliografía actual hay pocos datos que aborden el papel del uso AB al final de la vida
Por otra parte, cada vez es más necesaria la sensibilización sobre el adecuado uso de AB en nuestra práctica diaria, tanto por sus efectos en el paciente, en la aparición de resistencias, el medioambiente y gasto sanitario entre otros.
Hemos considerado que puede tener un gran interés el estudio del uso de AB en el final de la vida, analizando su utilización en los días anteriores al fallecimiento en pacientes ingresados en MI, en situación de enfermedad crónica avanzada terminal. Nos ha parecido lo más idóneo realizar el estudio retrospectivo de los pacientes fallecidos en el hospital, dentro de un grupo de 142 pacientes ya seleccionado previamente (mayo-septiembre 2017) con enfermedad terminal y necesidad de medidas paliativas mediante el instrumento NECPAL-CCOMS-ICO versión 3.0 2016. Del análisis que se realice sobre el uso de AB en la etapa final de la vida de estos pacientes, pueden desprenderse conclusiones que ayuden a la toma de las decisiones más adecuadas para mejorar la atención dispensada, dentro de la buena práctica médica.

RESULTADOS ESPERADOS
Estudiar el uso de la AB previo al fallecimiento en el grupo de pacientes previamente seleccionados en situación de enfermedad crónica terminal, con necesidades de cuidados paliativos en el servicio de Medicina Interna(NECPAL+), y encontrar oportunidades de mejora para la práctica clínica en estos pacientes

MÉTODO
1.- Determinar los pacientes fallecidos en el hospital desde mayo de 2017 hasta mayo de 2018, dentro del grupo de pacientes previamente seleccionados (NECPAL+).
2.- Recogida de los datos clínicos de los pacientes en situación de enfermedad terminal que han fallecido en el hospital.
3.- De éstos, determinar los pacientes con tratamiento AB los días previos al fallecimiento.
4.- Determinar la duración del tratamiento AB (fecha de inicio y de retirada).
5.- Recogida de los datos clínicos de los pacientes con suspensión del AB, previa al fallecimiento
6.- Determinación de pacientes fallecidos con o sin AB, con notificación pronóstica expresa en Historia clínica.
7.- Análisis de datos
8.- Difusión de los resultados entre los miembros del Servicio.
9.- Identificación de oportunidades de mejora.
10.- Planteamiento de estrategia de intervención
11.- Difusión acciones de mejora
12.- Evaluación de los resultados
Se revisrá para ello, los informes electrónicos de exitus, prescripción terapeútica, registros de enfermería en Cacela Care, y la Historia clínica en soporte papel.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+ fallecidos desde mayo 2017 a mayo 2018 (fallecidos en un año/Nº de pacientes NECPAL x 100)
-Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+, fallecidos, a los que se administre AB en los últimos días previos a su muerte (fallecidos con AB/Fallecidos total x100)
-Porcentaje de pacientes con criterios NECPAL+, fallecidos, a los que se retira AB en los últimos días previos a su muerte (fallecidos con retirada deAB/Fallecidos con AB los días previos x100)

DURACIÓN
Fecha inicio: Junio 2018
Fecha de finalización: Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1235

1. TÍTULO

ANTIBIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1422

1. TÍTULO

PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA 2018

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA OLIVERA GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTABARBARA ARILLA CRISTINA
GARCIA BARRECHEGUREN ANA
MARCO NAVARRO MARIA JOSE
GRACIA GUTIERREZ ANYULI
CAMON PUEYO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No iniciado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No alcanzados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ninguna por el momento

7. OBSERVACIONES.
Debido a aprobado en OPE de responsable de proyecto y obtención de plaza en otro hospital, no se ha llevado a cabo el proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1422 ========== ***

Nº de registro: 1422

Título
PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA

Autores:
OLIVERA GONZALEZ SUSANA, SANTABARBARA ARILLA CRISTINA, GARCIA BARRECHEGUREN ANA, MARCO NAVARRO MARIA JOSE, GRACIA GUTIERREZ ANYULI, CAMON PUEYO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODA PATOLOGÍA MÉDICA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La satisfacción de los pacientes se considera un importante componente de la calidad de la atención sanitaria. Debido a la valoración individual de la asistencia sanitaria recibida, resulta complejo realizar una medida objetiva de la misma. Existen diferentes metodologías para medir la satisfacción del paciente, siendo una de las herramientas más populares las que se basan en el uso de cuestionarios, tanto autoadministrados a los pacientes como los cumplimentados mediante entrevista personal. Recientemente en nuestro hospital se ha desarrollado un decálogo de los puntos que resultan de mayor importancia para los pacientes ingresados en el HCU.
El objetivo de este proyecto es realizar una aproximación a la percepción que tienen los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna de la calidad, sobre todo de los aspectos interpersonales, así como del cumplimiento de decálogo mencionado anteriormente y recientemente difundido en nuestro hospital, pudiendo servir como punto de partida para implementar la atención humana ofrecida a nuestros pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1422

1. TÍTULO

PERCEPCION DE LOS PACIENTES DE LA ATENCION RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HCU "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA 2018

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la percepción de los pacientes ingresados en M. Interna de la atención interpersonal recibida por el personal sanitario en el servicio de M. Interna del HCU "Lozano Blesa".

MÉTODO
Se realizará un estudio observacional descriptivo a lo largo de varios meses, en los que se entregará un autocuestionario al ingreso del paciente, y que de forma voluntaria completarán y entregarán en el momento del alta. Se entregará el cuestionario a un número aproximado de 400 pacientes, realizando posteriormente el análisis estadístico de los resultados. En función de los resultados obtenidos, se espera se derive en una mejora de la atención interpersonal ofrecida a los pacientes y familiares de los mismos.

INDICADORES
- Estándar: se ofrece información veraz (pruebas, tratamiento, ...) a los pacientes y familiares, completa y adecuada.
- Estándar: se informa en un lugar adecuado a los familiares.
- Estándar: se avisó con la suficiencia antelación del día del alta, entregando un informe de alta con explicaciones acerca del mismo.
- Estándar. el personal sanitario es amable y respetuoso con el paciente.
- Estándar: se ha respetado el descanso nocturno.
- Estándar de calidad: tiempo de visitas.

DURACIÓN
- Entrega de autocuestionario: Agosto-Noviembre 2018.
- Análisis de resultados: Diciembre 2018.
- Comunicación de resultados y propuestas de mejora: Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ARACELI JIMENO SAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ LAIGLESIA FJ
SIERRA BERGUA BEATRIZ
REIG ARTES MARIA CARMEN
SAN CLEMENTE LABARTA CHARO
GARIJO CAMARA CHARO
HORMA OREJA OIHANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-- Revisión semanal de reacciones adversas en pacientes ingresados en Medicina Interna.
- El periodo de valoración se incluyó las 24hdiarias valorando los turnos y la accesiblidad de los participantes.
- Se incluyeron en una base de datos creada para tal proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se revisaron un total de 224 pacientes. De ellos 6% presentaron reacciones adversas Las reacciones más frecuentes fueron presincope-síncope por fámacos hiptensores, fiebre por flebitis y exantema por metamizol

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Revisión de la medicación administrada a los pacientes ingresados.
- Revisión de las vías periféricas y retirada de las mismas si no utilizadas
- Consideramos que probablemente al ampliar la muestra se pueden detectar más reacciones adversas que quizás no has sido objetivadas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1559 ========== ***

Nº de registro: 1559

Título
REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Autores:
JIMENO SAINZ ARACELI, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SIERRA BERGUA BEATRIZ, REIG ARTES MARIA CARMEN, SAN CLEMENTE LABARTA CHARO, GARIJO CAMARA CHARO, HORMA OREJA OIHANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según la definición de la OMS, una reacción adversa medicamentosa (RAM) viene definida como cualquier respuesta a un fármaco que es nociva ó no intencionada que ocurre a dosis habitual en pacientes para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"

profilaxis diagnóstico ó tratamiento de una enfermedad relacionada con el uso de un determinado fármaco.
La polifarmacia representa uno de los principales problemas en la atención a los pacientes ancianos. Este grupo de edad, son generalmente pacientes pluripatológicos que requieren por ello un mayor consumo de fármacos. A veces, el equilibrio entre la necesidad del fármaco y las reacciones adversas (RAMs) a ellos supone un verdadero desafio.
Casi en la mitad de los casos son evitables. Las caídas, la hipotensión ortostática, la insuficiencia cardíaca y el delirium son las más frecuentes. Ningún fármaco está exento de RAMs. Es bien conocido que los pacientes ancianos consumen un porcentaje elevado de fármacos en relación a la población más joven, tienen enfermedades médicas intercurrentes y además también sufren modificación en los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos de los fármacos. Las RAMs son más frecuentes en la población anciana debido a la polifarmacia.
Aproximadamente el 15% de la población es mayor de 65 años y representan un tercio de todas las prescripciones e incluso mayor en el consumo de fármacos no prescritos. Además, las RAMs no son únicamente idiosincrásicas, ó dosis dependiente sino que la interacción entre fármacos conlleva un aumento en la frecuencia de las mismas entre el 35 y 60% de los casos.
Las estrategias para disminuir el número de RAMs son múltiples, desde la suspensión de los medicamentos, el cambio de los mismos, reducir el número de prescriptores, y valorar la conciliación. Las RAMs afectan tanto a pacientes ingresados (1 de cada 6 presentaran una RAMs) como ambulatorios.. Además de su incidencia, las RAMs representan una elevada morbimortalidad.
Existen distintos factores (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal), que predisponen a las mismas, suponiendo un aumento en los días de hospitalización con el consiguiente gasto económico. En los próximos 25 años, se espera que la población con edades superiores a 65 años, representen más de 70 millones. Actualmente la pirámide de edad está cambiando y la población mayor de 85 años representa un porcentaje de mayor crecimiento. Todos estos factores han contribuido a plantearnos este plan de mejora con objeto de mejorar la calidad de nuestros enfermos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valorar las RAMs a fármacos en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna.
- Determinar las características epidemiológicas de estos pacientes.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes que han precisado ingreso hospitalario por este motivo.

MÉTODO
- Reunión inicial para evaluar el protocolo.
- Reuniones periódicas según las necesidades para valorar los posibles problemas que puedan acaecer en la implantación del protocolo.
- Se realizará un estudio descriptivo y observacional

INDICADORES
- Número de pacientes con reacciones adversas a fármacos/número de pacientes tomadores de dichos fármacos en el Servicio de Medicina Interna.
- Porcentaje de pacientes que han requerido ingreso hospitalario por reacciones adversas a fármacos..
- Número de pacientes que consta en el diagnóstico del informe de alta la reacción adversa
- Porcentaje de pacientes que se les ha retirado medicación

DURACIÓN
Septiembre - marzo 2018 recogida de eventos.
Abril- junio 2018 análisis de datos.
Comunicación de resultados y propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" PROYECTO 2018_1559

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ARACELI JIMENO SAINZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIERRA BERGUA BEATRIZ
HORMA OREJA OIHAMA
REIG ARTES MARIA CARMEN
SANCLEMENTE LABARTA CHARO
GARIJO CAMARA CHARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* Se realizó solicitud a la Dirección Médica del centro, para la realización de estudios de investigación, incluyendo el acuerdo de confidencialidad.

* Enero 2018: Solicitamos permiso a las distintas secciones del servicio de Medicina Interna a través de sus jefes de Sección, para incluir la revisión de las reacciones adversas medicamentosas de los pacientes del Servicio.

* Febrero- marzo 2018 Realizamos revisión bibliográfica.

* Abril 2018 elaboramos protocolo de recogida de datos.

* Mayo-Junio 2018: Revisión en diversas ocasiones dicho protocolo atendiendo a la mayor accesibilidad en la recogida de datos por los componentes del plan de mejora, así como evitar la pérdida de casos en el estudio.

* Julio-agosto 2018: Creación de una base de datos, con objeto de su utilización posterior para el estudio estadístico.

* Septiembre-diciembre 2018: Se decidió hacer un estudio preliminar retrospectivo, con objeto de valorar la situación actúal, así como comprobar la comunicación a farmacovigilancia de Aragón.

Se han utilizado los ordenadores del hospital para la recogida de datos, manteniendo en todo momento la confidencialidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente, está en proceso de análisis del estudio preliminar, y de recogida de datos de forma prospectiva

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Existe una gran motivación por los componentes del equipo, por la trascendencia que creemos que puede tener dicho proyecto, valorando según los resultados, la forma más adecuada de actuar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1559 ========== ***

Nº de registro: 1559

Título
REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Autores:
JIMENO SAINZ ARACELI, RUIZ LAIGLESIA FERNANDO, SIERRA BERGUA BEATRIZ, REIG ARTES MARIA CARMEN, SAN CLEMENTE LABARTA CHARO, GARIJO CAMARA CHARO, HORMA OREJA OIHANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" PROYECTO 2018_1559

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según la definición de la OMS, una reacción adversa medicamentosa (RAM) viene definida como cualquier respuesta a un fármaco que es nociva ó no intencionada que ocurre a dosis habitual en pacientes para profilaxis diagnóstico ó tratamiento de una enfermedad relacionada con el uso de un determinado fármaco.
La polifarmacia representa uno de los principales problemas en la atención a los pacientes ancianos. Este grupo de edad, son generalmente pacientes pluripatológicos que requieren por ello un mayor consumo de fármacos. A veces, el equilibrio entre la necesidad del fármaco y las reacciones adversas (RAMs) a ellos supone un verdadero desafío.
Casi en la mitad de los casos son evitables. Las caídas, la hipotensión ortostática, la insuficiencia cardíaca y el delirium son las más frecuentes. Ningún fármaco está exento de RAMs. Es bien conocido que los pacientes ancianos consumen un porcentaje elevado de fármacos en relación a la población más joven, tienen enfermedades médicas intercurrentes y además también sufren modificación en los parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos de los fármacos. Las RAMs son más frecuentes en la población anciana debido a la polifarmacia.
Aproximadamente el 15% de la población es mayor de 65 años y representan un tercio de todas las prescripciones e incluso mayor en el consumo de fármacos no prescritos. Además, las RAMs no son únicamente idiosincrásicas, ó dosis dependiente sino que la interacción entre fármacos conlleva un aumento en la frecuencia de las mismas entre el 35 y 60% de los casos.
Las estrategias para disminuir el número de RAMs son múltiples, desde la suspensión de los medicamentos, el cambio de los mismos, reducir el número de prescriptores, y valorar la conciliación. Las RAMs afectan tanto a pacientes ingresados (1 de cada 6 presentaran una RAMs) como ambulatorios.. Además de su incidencia, las RAMs representan una elevada morbimortalidad.
Existen distintos factores (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal), que predisponen a las mismas, suponiendo un aumento en los días de hospitalización con el consiguiente gasto económico. En los próximos 25 años, se espera que la población con edades superiores a 65 años, representen más de 70 millones. Actualmente la pirámide de edad está cambiando y la población mayor de 85 años representa un porcentaje de mayor crecimiento. Todos estos factores han contribuido a plantearnos este plan de mejora con objeto de mejorar la calidad de nuestros enfermos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valorar las RAMs a fármacos en pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna.
- Determinar las características epidemiológicas de estos pacientes.
- Cuantificar el porcentaje de pacientes que han precisado ingreso hospitalario por este motivo.

MÉTODO
- Reunión inicial para evaluar el protocolo.
- Reuniones periódicas según las necesidades para valorar los posibles problemas que puedan acaecer en la implantación del protocolo.
- Se realizará un estudio descriptivo y observacional

INDICADORES
- Número de pacientes con reacciones adversas a fármacos/número de pacientes tomadores de dichos fármacos en el Servicio de Medicina Interna.
- Porcentaje de pacientes que han requerido ingreso hospitalario por reacciones adversas a fármacos..
- Número de pacientes que consta en el diagnóstico del informe de alta la reacción adversa
- Porcentaje de pacientes que se les ha retirado medicación

DURACIÓN
Septiembre - marzo 2018 recogida de eventos.
Abril- junio 2018 análisis de datos.
Comunicación de resultados y propuestas de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1559

1. TÍTULO

REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" PROYECTO 2018_1559

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE PRATS RIVERA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA NUCLEAR
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABOS OLIVARES MARIA DOLORES
ALVAREZ RUIZ SOLEDAD
ANDRES GRACIA ALEJANDRO
DE LA CUEVA BARRAO LETICIA
DELGADO CASTRO MONSERRAT
FALGAS LACUEVA MARINA
NAVARRO BELTRAN PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS
- Tumores hematológicos:
Documentos:
Indicaciones PET-TC en Mieloma múltiple
Indicaciones PET-TC en linfoma Hodgkin
Indicaciones PET-TC en linfoma no Hodgkin
Revisadas por la Dra. de la Cueva
o Realizadas y aprobados por el subcomité del HUMS
o En revisión por el Servicio Hematología HCULB

- Cáncer de pulmón:
Documento:
Indicaciones PET-TC en cáncer de pulmón
A. Carcinoma no microcítico de pulmón
B. Carcinoma microcítico de pulmón
C. Otros tumores pulmonares y torácicos
Revisadas por la Dra. Razola
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HCULB
o En revisión por el subcomité del HMS

- Cáncer de mama
Documento:
Indicaciones PET-TC en cáncer de mama
Revisadas por el Dr. Prats y la Dra. Álvarez
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Melanoma
Documento:
Indicaciones PET-TC en melanoma
Revisadas por la Dra. Delgado
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Cánceres urológicos
Documentos:
PET/TC con 18F-Colina en el Carcinoma de próstata
PET/TC con 18F-FDG en el Carcinoma renal
PET/TC con 18F-FDG en el Carcinoma vesical
PET/TC con 18F-FDG en tumores del tracto urinario superior
PET/TC con 18F-FDG en tumores de pene
PET/TC con 18F-FDG en tumores testiculares
Revisadas por la Dra. Falgas y Dra. De la Cueva
o Realizadas y aprobadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS

- Cáncer de tiroides
Documentos:
Indicaciones PET-TC en cáncer de Tiroides:
Carcinoma diferenciado de tiroides
Carcinoma medular de tiroides
Carcinoma anaplásico de tiroides

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Revisadas por Dr. Prats
o Realizadas por el subcomité del HCULB
o Revisadas por el subcomité del HMS
o Aprobadas

- Cánceres de cabeza y cuello
Revisadas por el Dr. Navarro
Documentos:
Indicaciones PET-TC en tumores de cabeza y cuello. Se excluyen:
Cáncer de tiroides
Melanoma de submucosa
Tumores de glándulas salivares
o Pendientes de remitir al subcomité del HUMS
o Pendientes de remitir al subcomité del HCULB

- Tumores pediátricos
Revisadas por el Dra. de la Cueva
Documentos:
Indicaciones PET-TC en tumores de cabeza y cuello. Se excluyen:
Cáncer de tiroides
Melanoma de submucosa
Tumores de glándulas salivares
o En revisión por el subcomité del HUMS
(no hay subcomité en el HCULB)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Indicador:
- Número de Indicaciones revisadas y redactadas por la Unidad Clínica Multidisciplinaria de Medicina Nuclear de Aragón: 8 de 8 (100%)
- Indicador:
- Número de Indicaciones revisadas y aprobadas por los respectivos subcomités del HCULB: 4 de 7 (no existe subcomité de tumores pediátricos) (57%)
- Indicador:
- Número de Indicaciones revisadas y aprobadas por los respectivos subcomités del HUMS: 6 de 8 (75%)

A la vista de estos resultados podemos concluir que nos encontramos por encima del 75% que era el objetivo propuesto para el 2018, primer año de desarrollo del proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ASUNTOS PENDIENTES
- Finalizar revisión por parte de los subcomités pendientes
- Presentar indicaciones en subcomités de tumores de cabeza y cuello del HCULB y del HUMS
- Presentar documento final en Comité de Tumores y Unidad de Calidad

Estamos, como queda patente, ante un proyecto sostenible, finalizabe en el plazo indicado y de una indudable repercusión clínica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1016 ========== ***

Nº de registro: 1016

Título
PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Autores:
PRATS RIVERA ENRIQUE, DE LA CUEVA BORRAO LETICIA, DEGADO CASTRO MONTSERRAT, FALGAS LACUEVA MARINA, NAVARRO BELTRAN PABLO, RAZOLA ALBA PAULA, SANGROS SAHAUN MARIA JOSE, TARDIN CARDOSO LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1016

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS PET-TC EN PATOLOGIA ONCOLOGICA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El PET-TC es una técnica de diagnóstico por imagen de la especialidad de Medicina Nuclear con alto impacto en áreas como el diagnóstico oncológico, neurología, cardiología y patología infeccioso-inflamatoria. Sus indicaciones han aumentado desde comienzos del siglo actual al crecer la disponibilidad de los equipos y la investigación científica en torno a su eficacia y eficiencia.
Dada la inminente implantación en el Sistema público de salud de la Comunidad Aragonesa, del equipo PET-TC en la Unidad de Medicina Nuclear, es necesario delimitar cuando está indicada la solicitud de la exploración. Basándonos en la demanda actual consideramos necesario optimizar el uso de este equipo y de los recursos disponibles para su puesta en marcha.

RESULTADOS ESPERADOS
- Establecer las indicaciones de realización de PET-TC basadas en la evidencia científica actual en patología oncológica para optimizar el rendimiento del nuevo equipo PET-TC y evitar exploraciones innecesarias que aumentan la dosis de radiación recibida de forma injustificada (seguridad)

- Consensuar las indicaciones de realización de PET-TC de cada patología con cada uno de los subcomités clínicos responsables.

MÉTODO
- Selección de las patologías que se van a estudiar. De inicio se pretende elaborar las indicaciones que van a ser asumidas por el PET-TC de la UCMHMNA:
o Tumores hematológicos
o Cáncer de pulmón
o Cáncer de mama
o Melanoma
o Cánceres de cabeza y cuello
o Cánceres urológicos
o Cáncer de tiroides
o Tumores pediátricos en los que se recomienda PET-TC

- Revisión bibliográfica de guías de práctica clínica actualizadas
- Elaboración de documento breve con las indicaciones de cada patología
- Puesta en común en el subcomité pertinente
- Incluir sugerencias de subcomités
- Presentación en el Comité de Tumores

INDICADORES
-Número de documentos realizados/ Número total de procedimientos PET-TC asumidos
2018: 75%
2019: 100%
Evaluación previa a la puesta en marcha del equipo PET-TC

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará durante 2018 y 2019.
Se presentarán los documentos en los diferentes subcomités una vez elaborados y posteriormente a las Unidades de Calidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0772

1. TÍTULO

REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO HERNANDEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POZO RINCON ALICIA
LOPEZ DOMENECH CONCEPCION
LOPEZ MENDOZA HECTOR
MARECA DOÑATE ROSA
PRIETO ANDRES PURIFICACION
FELIX MARTIN MANUELA
AIBAR REMON CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han cumplido la totalidad de actividades previstas para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la Consulta de Vacunas de acuerdo al calendario establecido:

1. En cuanto a las actividades "Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento", "Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades" y "Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas", para dar respuesta a las mismas se redactaron los documentos “Rediseño de Procesos de la Consulta de Vacunas” y "Consulta de vacunas - Organización de enfermería", los cuales fueron difundidos entre todos los miembros del Servicio en reunión del Servicio del 20/07/18. Asimismo, se eleboró el documento “Organización de las citaciones de la consulta de Medicina Preventiva” tras reunión entre todos los facultativos del Servicio el 25/10/18.

2. En cuanto a la actividad "Elaboración de un listado de verificación de seguridad para el proceso de dispensación y administración de
vacunas", se elaboró el cartel “Los 5 correctos para vacunar de manera segura” cuyo contenido se explicó a todos los miembros del Servicio en reunión del 20/07/18 y se ubicó en la consulta de vacunas desde el 24/07/18.

3. En cuanto a la actividad "Elaboración de un Registro de errores de administración de vacunas", se elaboró un “Registro de errores en la consulta de vacunas”, disponible en formato Excel en el servidor común del servicio desde el 1/08/18, y cuya sistemática de uso fue explicada a todos los miembros del Servicio en reunión del Servicio del 20/07/18.

4. Además, se ha elaborado el díptico informativo “Consulta de Vacunas” que se distribuye a todos los pacientes que, desde el 1/08/18, solicitan cita en la consulta de vacunas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se cumplío el estándar (sí) del indicador "Diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento"
- Se cumplío el estándar (sí) del indicador "Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades"
- Se cumplío el estándar (sí) del indicador "Definición de las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas"
- Se cumplío el estándar (sí) del indicador "Existencia de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal"
- No se cumplió es estádar (0 casos en cuatro meses) del indicador "Errores de administración de vacunas" (dado que se detectó 1 error de administración en cuatro meses -de agosto a noviembre-)

Los mencionados indicadores se extrajeron del documento “Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública 2018” (en el que se recogen todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora), así como consultando el resgistro Excel de errores de administración de vacunas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Durante el año 2018 se desarrollaron y completaron todas las actividades previstas en este proyecto de mejora.
- Para el indicador “Errores de administración de vacunas” no se consiguió el estándar propuesto de 0 errores en cuatro meses, motivo por el que se ha planificado impartir en el año 2019 la sesión del servicio “Seguridad del paciente en el proceso de vacunación”.
- El cartel que hemos elaborado titulado “Los 5 correctos para vacunar de manera segura" podría ser ubicado en otras consultas de vacunas de otros Servicios de Medicina Preventiva para ser utilizado como herramienta para contribuir a la seguridad del acto vacunal.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0772

1. TÍTULO

REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/772 ========== ***

Nº de registro: 0772

Título
PROYECTO DE MEJORA "REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS"

Autores:
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO, POZO RINCON ALICIA, LOPEZ DOMENECH CONCEPCION, LOPEZ MENDOZA HECTOR, MARECA DOÑATE ROSA MARIA, PRIETO ANDRES PURIFICACION, FELIX MARTIN MANUELA, AIBAR REMON CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes susceptibles de vacunación por su patología de base o tratamiento inmunosupresor que tome
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la consulta de vacunas del Sº de Medicina Preventiva y Salud Pública se implementan los diferentes programas de vacunación de pacientes en situaciones especiales, según sus diagnósticos y tratamientos específicos.
Para el desarrollo de dicha actividad y con criterios de efectividad y seguridad, hasta el momento actual un médico y un diplomado universitario en enfermería pasan conjuntamente la consulta.
Dado que parece existir un criterio general en el SALUD y en el centro de diferenciación de consultas médicas y de enfermería, se han detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con esta actividad, particularmente en lo que respecta a los siguientes aspectos:
- Adecuación a las sistemática de consultas de atención ambulatoria del centro
- Gestión eficiente de recursos humanos
- Distribución de actividades según estamento
- Competencias del personal
- Seguridad en el proceso de vacunación

RESULTADOS ESPERADOS
- Rediseñar el proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento y los flujos de los pacientes desde que solicitan la atención hasta que son dados de alta en la consulta
- Establecer los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades.
- Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas y las actividades a desarrollar.
- Elaborar un listado de verificación encaminado a la mejora de la seguridad de la actividad relacionada con la prescripción y administración de las vacunas.

MÉTODO
El plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la Consulta de Vacunas incluye:
1. Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
2. Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
3. Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
4. Elaboración de un listado de verificación de seguridad para el proceso de dispensación ya dministración de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).
5. Elaboración de un Registro de errores de administración de vacunas (Coordinador: I. Hernández. Equipo: Enfermera y TCAE designadas por Supervisora, H. López, R. Mareca, P. Prieto, M. Félix y C. Aibar).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0772

1. TÍTULO

REDISEÑO DE PROCESOS DE LA CONSULTA DE VACUNAS

INDICADORES
- Diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento (sí/no)
- Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades (sí/no)
- Definición de las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas (sí/no)
- Existencia de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal (sí/no)
- Errores de administración de vacunas (0 en cuatro meses)

Los mencionados indicadores para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento “Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública”, que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.

DURACIÓN
- Febrero-Marzo: Elaboración del diseño del proceso de vacunación, especificando las actividades a realizar por cada estamento.
- Abril-Mayo: Establecimiento de los recursos necesarios para realizar cada una de las actividades.
- Junio: Definir las competencias que han de tener los distintos profesionales que trabajan en la consulta de vacunas.
- Julio: Elaboración de un check list de verificación de seguridad para el acto vacunal y de un Registro de errores de administración de vacunas.
- Agosto-Noviembre: Implementación de las medidas anteriores
- Diciembre: Evaluación de resultados (cumplimiento de actividades y número de errores de administración de vacunas)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0956

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO GARCIA MONTERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YAGUE ALVAREZ PILAR
LAGUIA MARTIN PILAR
MOLINER LAHOZ FRANCISCO JAVIER
MARECA DOÑATE ROSA
LOPEZ MENDOZA HECTOR
AIBAR REMON CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión del Sistema de Vigilancia de la IN Vigente: (SI)
• Se ha revisado el sistema y las actividades relacionadas, y comparado con otros sistemas actualmente vigentes o definidos en nuestro entorno, fundamentalmente con las propuestas/proyectos definidos para crear un Sistema de Vigilancia de la Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria a nivel nacional (consenso del CISNS). Como resumen de la información encontrada y principales puntos a debatir, se ha elaborado un documento (REVISIÓN DEL PROCESO DE VIGILANCIA-CONTROL DE IN) fechado en abril de 2018.
• A partir de dicha revisión, se ha realizado una reunión específica con todos los facultativos del Servicio (abril de 2018), en la que se han debatido y valorado las diferentes opciones existentes. A raíz de dicha reunión se decide repartir entre los facultativos del Servicio la labor específica de elaborar propuestas específicas de los principales ámbitos de la Vigilancia y Control de la IN (Vigilancia General de la IN; Infección de Localización Quirúrgica; Gérmenes Multirresistentes; Bacteriemias; EPINE; UCI).
• Se han elaborado documentos específicos de esas 6 áreas de Vigilancia y Control de la IN por diferentes facultativos del Servicio. En febrero de 2019 está pendiente realizar la revisión conjunta de estas propuestas (tanto una primera por parte de los facultativos, como una posterior con el personal de enfermería).
• Por parte del personal de Enfermería, se ha realizado también un proceso de revisión y documentación de las tareas relacionadas con la vigilancia y control de la IN.

Adaptación de los Sistemas de Registro de IN: (PARCIAL)
• Tras los primeros problemas identificados en la Base de datos de registro de la IN, se ha creado una nueva base de datos en ACCESS que simplifica y facilita el proceso de registro de la IN.
• Durante 2018 se ha coincidido en el tiempo con otros dos proyectos nacionales para registro de IN: a nivel nacional el “Proyecto WASPSS”, coordinado por la AEMPS y que pretende pilotar una plataforma-sistema de información que facilite el trabajo de los PROA de Hospital y la Vigilancia de IN. Aunque se inició a finales de 2017, el proyecto ha avanzado muy lentamente y en febrero de 2019 no está implantado. Por otra parte, durante el segundo semestre de 2018 el Grupo autonómico “IRASPROA” ha iniciado un proyecto para registro de la Infección de Localización Quirúrgica que sea común para todos los hospitales del SALUD y sus Servicios de Medicina Preventiva; tras una primera versión “de prueba” disponible en diciembre de 2018, no hay todavía versión definitiva ni disponible para su uso cotidiano.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisión de documentos nacionales y autonómicos y comparación con el Sistema de Vigilancia actual: COMPLETO. Hay un documento general escrito, así como otros documentos específicos de las diferentes áreas de la Vigilancia y Control de la IN.

Definición del nuevo Sistema de Vigilancia y los cambios necesarios para su implementación: PARCIAL. Hay varios documentos elaborados en versión de borrador, pendientes de su revisión conjunta y elaboración definitiva.

Implantación progresiva del nuevo Sistema de Vigilancia: INCOMPLETO. Aunque se han modificado algunas cuestiones del Sistema de Vigilancia (como la base de datos específica de registro de IN), no es definitivo ni está completo.

Evaluación final y adaptación del procedimiento, en base a la evaluación, e implementación de los cambios precisos: NO REALIZADO. Pendiente de la implementación completa del nuevo Sistema de Vigilancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión y reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección Nosocomial es un proceso especialmente complejo y dependiente de muchos factores (organizativos, personales, de recursos informáticos, etc.). Actualmente no hay uniformidad entre los diferentes sistemas vigentes (tanto a nivel local entre los diversos hospitales del SALUD, como a nivel nacional entre aquellas CCAA que tienen sistema específico propio). Tampoco las propuestas actuales de Vigilancia y Control de la IN de Ministerio de Sanidad – CISNS se han logrado implementar en ningún ámbito.
El que no exista un modelo que esté implementado de forma amplia muestra la dificultad de encontrar un sistema válido y fácil de poner en marcha. Al mismo tiempo, la coexistencia de diferentes propuestas de ámbitos nacionales y autonómicos dificulta el proceso de elegir un modelo concreto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0956

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

La escasez de recursos (informáticos, humanos, etc.) dificulta al mismo tiempo implantar nuevas propuestas, que ofrecen mayor utilidad pero exigen más carga de trabajo.
El proceso por tanto demuestra ser “una carrera de fondo” en la que será necesario implicarse durante al menos otro año (2019) y contar con mayor apoyo de otros niveles implicados (Regionales y Nacionales).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/956 ========== ***

Nº de registro: 0956

Título
REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Autores:
GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO, YAGUE ALVAREZ PILAR, LAGUIA MARTIN PILAR, MOLINER LAHOZ FRANCISCO JAVIER, MARECA DOÑATE ROSA MARIA, LOPEZ MENDOZA HECTOR, FELIX MARTIN MANUELA, AIBAR REMON CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) mantiene un sistema de vigilancia de la Infección Nosocomial (IN) prospectivo, activo, continuo y global desde hace muchos años.
Hay una situación cambiante en el mundo de la vigilancia y control de la Infección Nosocomial: cambio en los gérmenes más prevalentes; pacientes cada vez más complejos y con alta comorbilidad; incremento de infecciones por gérmenes multirresistentes; aplicación de programas específicos como RZ y PROA; el desarrollo y ampliación de las TICs relacionadas con la atención de los pacientes; etc.
A nivel institucional además hay una tendencia clara que pretende organizar un Sistema de Vigilancia específico de las Infecciones Nosocomiales (en teoría de todas las IRAS – Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria – pero centrado en la infección de origen nosocomial). Por un lado el Ministerio de Sanidad, ha impulsado con las CCAA un grupo de trabajo para implantar a medio plazo un Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS. Por otro lado, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón ha creado a su vez un grupo de trabajo – Grupo IRASPROA - con el mismo objetivo (crear un Sistema de Vigilancia de las IRAS que unifique los criterios en los hospitales de la CCAA, y sirva a su vez para dar respuesta al Sistema de Vigilancia Nacional).
Por todo ello, se hace necesario revisar y reestructurar el actual Sistema de Vigilancia de la Infección Nosocomial, para adaptarnos a las líneas de trabajo autonómica y nacional, y para optimizar los recursos humanos limitados actuales.
Se han detectado varias áreas y oportunidades de mejora relacionadas con estas actuaciones:
• Situación epidemiológica cambiante, con aparición de gérmenes multirresistentes de alta trascendencia epidemiológica.
• Existen documentos y protocolos, en parte en fase de borrador, que marcan las áreas prioritarias en la Vigilancia de las IRAS
• Alta carga de trabajo y situaciones de presión puntual sobre el personal de enfermería del SMPySP, asociadas a situaciones de sobrecarga asistencial y a recambio del personal (tanto propio como de las unidades de hospitalización) sin suficiente planificación, formación ni supervisión.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos específicos del presente programa de mejora son los siguientes:
• Revisar el actual Sistema de Vigilancia de la IN de nuestro Servicio, para identificar las áreas más prioritarias de acuerdo a las líneas definidas por el MSSSI y el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
• Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que deben modificarse, incorporarse o derogarse.
• Definir los procesos de Vigilancia de IN que finalmente se adopten.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0956

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL

Plan de actividades previsto para el desarrollo de la acción de mejora relativa a la reestructuración del Sistema de Vigilancia de Infección:
1. Revisión de los procesos de Vigilancia de IN existentes comparados con los planteamientos nacionales y autonómicos.
2. Identificación de aquellos procesos más prioritarios y actualmente factibles con los recursos disponibles en nuestro servicio.
3. Redacción de los procesos seleccionados y los cambios requeridos en el Sistema de Vigilancia de IN para su adopción.
4. Implementación de los cambios.
5. Evaluación de resultados (aplicabilidad real de los procesos definidos).

INDICADORES
Los indicadores seleccionados para evaluar los resultados de esta acción se medirán, al finalizar el año, a partir del documento “Actividades del Servicio Medicina Preventiva y Salud Pública”, que recoge todas las actividades del SMPySP relacionadas con la Calidad Asistencial y los Grupos de Mejora.
Objetivos e Indicadores:
- Revisar el actual Sistema de Vigilancia de la IN: Documento de priorización de los procesos de Vigilancia de IN. (SI/NO/PARCIAL)
- Seleccionar los procesos de Vigilancia de IN que deben modificarse, incorporarse o derogarse: Documento de identificación de los procesos de Vigilancia de IN seleccionados, y cambios precisos para su implementación. (SI/NO/PARCIAL)
- Definir los procesos de Vigilancia de IN que finalmente se adopten: Manual de definición de los procesos de Vigilancia de IN seleccionados. (SI/NO/PARCIAL)

DURACIÓN
- Marzo-Abril: Revisión de documentos nacionales y autonómicos y comparación con el Sistema de Vigilancia actual.
- Abril-Mayo: Definición del nuevo Sistema de Vigilancia y los cambios necesarios para su implementación.
- Junio-Julio: Implantación progresiva del nuevo Sistema de Vigilancia.
- Septiembre-Diciembre: Adaptación del procedimiento, en base a la evaluación, e implementación de los cambios precisos. Evaluación anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUELA FELIX MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO LATORRE ARACELI
HERREROS SEÑALADA NATIVIDAD
LAGUIA MARTIN PILAR
PAESA GARZA MARIA CRUZ
PEREZ BENDICHO PEÑA
PRIETO ANDRES PURIFICACION
TEJERO TOMAS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades Fecha prevista, según el proyecto presentado Fecha de realización
1. Actualizar el protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque quirúrgico
Realizado el 11/01/2019
Aprobado en la Comisión de Dirección: 5/02/2019
Difusión a los profesionales En 2019

2. Elaborar las normas de higiene, limpieza y desinfección de Hemodinámica. fecha prevista Marzo-Abril 2019. En curso

3. Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede. Según consultas de los servicios y unidades

Se ha atendido todas las consultas planteadas. Se ha credo 6 nuevos grupos de trabajo (uno por cada tipo de material especifico, o zona).

En cada consulta, se han difundido por escrito . Se han hecho sesiones y talleres de Limpieza y desinfección, productos en uso. En las Unidades de enfermería.

4. Indicar y difundir sobre las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las indicaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos.
- Indicaciones generales
- Indicaciones especificas

Indicaciones generales:
En julio de 2018, se han elaborado las indicaciones de los materiales y equipos sanitarios. Han colaborado los servicios de Electromedicina y M. Preventiva.
Estaba previsto para Septiembre de 2018.

Indicaciones especificas:
Se ha establecido la dinámica de trabajo en colaboración con el Servicio de Electromedicina, para dar las Indicaciones especificas, según el tipo de equipo y material sanitario.

5. Indicar y difundir sobre los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las indicaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios.

- Indicaciones generales
- Indicaciones especificas Indicaciones generales:
Mayo-Junio 2018
Se ha dado la indicaciones y dinfundido en la wed de M. Preventiva
En Mayo 2018.
Productos/Indicaciones Uso - intra2hcuz.hcuz.es

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS DESARROLLADOS EN EL AÑO:
1. Protocolo de limpieza y desinfección de suelos y mobiliario del Bloque quirúrgico
Elaborado
2. Protocolo de limpieza y desinfección de suelos y mobiliario de Hemodinámica
En proceso
3. Protocolo de Limpieza y desinfección de alto nivel de la sonda transductora vaginal-rectal.
Elaborado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

4. Establecer las normas de limpieza y desinfección de equipos teniendo en cuenta las normas de mantenimiento y seguridad de los mismos. Difusión.
Elaborado
5. Disponer de información (procedimientos, fichas técnicas y de seguridad) sobre limpieza y desinfección en el medio sanitario en la pagina web del SMPySP y facilitar la información sobre limpieza y desinfección en el medio sanitario a todos los usuario del HCU y del Sector Zaragoza III
Elaborado en mayo 2018,
En proceso. Se debe actualizar en 2019. Está pendiente de resolver el nuevo concurso de productos de limpieza y desinfección 2019.
6. Se ha atendido a todas las demandas respecto a limpieza y desinfección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo realizado por el Equipo de mejora ha sido el mínimo necesario, según ha ido avanzado el proyecto durante 2018. Hay que destacar el gran esfuerzo por la falta de tiempo de los profesionales, ya que, hay que dedicar tiempo y asumirlo sin dejar de hacer las actividades diarias de cada uno de los componentes.

Este gran proyecto, solo se puede conseguir por el interés mostrado por los profesionales implicados y con el apoyo de la Dirección, a la que se ha solicitado su colaboración para implantar nuevas practicas de limpieza y desinfección (LyD) que requieren de nuevos productos.

La atención a las consultas sobre higiene limpieza y desinfección de los materiales sanitarios ha requerido el crear nuevos grupos de trabajo,
específicos en cada caso, lo que indica la complejidad de los aparatos y equipos que se utilizan en el medio sanitario y el riesgo de transmitir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) a los pacientes.

Si los procesos de Ly D, no se realizan según las indicaciones (tipo de material, contacto con el paciente y producto indicado).

Las revisiones de los procedimientos y practicas de LyD, que se están llevando a cabo permite observar que tenemos una amplia posibilidad de mejora.

Para realizar este gran proyecto, se requiere constancia, mantener la coordinación, el apoyo de la Dirección y la colaboración de los profesionales que atienden a los pacientes. Continuar esta línea de trabajo supondrá minimizar los riesgo de IRAS para los pacientes.
"Algo tan sencillo como la LyD, no puede ser tan difícil de alcanzar".

En 2018, se ha coordinado un total de 6 grupos de trabajo. Es necesario continuar con el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1044 ========== ***

Nº de registro: 1044

Título
HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

Autores:
FELIX MARTIN MANUELA, CALVO LATORRE ARACELI, HERREROS SEÑALADA NATIVIDAD, LAGUIA MARTIN PILAR, PAESA GARZA MARIA CRUZ, PEREZ BENDICHO PEÑA, PRIETO ANDRES PURIFICACION, TEJERO TOMAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

PROBLEMA
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un problema importante para los pacientes que las padecen y para el sistema sanitario.
El último estudio EPINE (Prevalencia de infección nosocomial de España), indica que entre un 5% - 10% de pacientes hospitalizados desarrollan este tipo de infección.
La limpieza y desinfección de suelos, superficies y, en especial, de los materiales sanitarios que contactan con los pacientes, se considera una medida necesaria para evitar la trasmisión de infecciones a los pacientes.

Contar con equipos de vigilancia, prevención y control de las infecciones; programas de higiene, limpieza y desinfección del entorno sanitario y de los materiales y equipos médicos son herramientas clave para disminuir las IRAS.

Las tareas de limpieza y desinfección las pueden realizar diferentes profesionales de los centros sanitarios: personal de limpieza, de enfermería u otros profesionales Se requiere la coordinación entre ellos y sus responsables.

La magnitud y gravedad de las IRAS en los pacientes, el alto coste de los equipos médicos, la detección de prácticas incorrectas en técnicas de limpieza y desinfección, y la demanda de formación del personal sanitario en esta área hace que nos planteemos si son adecuados los procesos de limpieza y desinfección que se están realizando en estos momentos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaborar, revisar y/o actualizar normas de higiene, limpieza y desinfección de suelos, superficies de zonas críticas u otras si procede: Bloque quirúrgico, Hemodinámica…
- Elaborar, revisar y/o actualizar normas de limpieza y desinfección de materiales y equipos médicos.
- Atender a las consultas de higiene, limpieza y desinfección de material sanitario y equipos.
- Conocer si las prácticas que se están realizando son efectivas y seguras de acuerdo a las recomendaciones establecidas por el Servicio de Medicina Preventiva y Servicio de Electromedicina.
- Indicar y difundir las normas de higiene, limpieza y desinfección.

MÉTODO
- Actualizar el protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico
- Elaborar las normas de higiene, limpieza y desinfección en la Unidad de Hemodinámica.
- Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Revisar las prácticas de limpieza y desinfección que se están realizando y mejorarlas, si procede.
- Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos, y difundirlas a los profesionales implicados.

- Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios, y difundir la información a los profesionales implicados.

INDICADORES
Actualización del protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico SI
Elaboración de las normas de higiene, limpieza y desinfección de la Unidad de Hemodinámica. SI
Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades.SI (>80%)
Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede.SI (>80%)
Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos y difundirlas a los profesionales implicados.SI (>80%)

Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios y difundirlas a los profesionales implicados.SI (>80%)

DURACIÓN
Actualización del protocolo de limpieza y desinfección de suelos y superficies del Bloque Quirúrgico.
Octubre-Noviembre 2018

Elaboración de las normas de higiene, limpieza y desinfección de la Unidad de Hemodinámica. Mayo 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1044

1. TÍTULO

HIGIENE, LIMPIEZA Y DESINFECCION: ACCIONES PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

Atender y responder a las consultas sobre higiene, limpieza y desinfección de los servicios y unidades. Atención a la demanda Revisar las practicas que se están realizando y mejorarlas si procede.Atención a la demanda
Indicar las normas de limpieza y desinfección de los materiales y equipos sanitarios teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y seguridad de los mismos y difundirlas a los profesionales implicados.Indicaciones generales:
Septiembre 2018
Indicaciones especificas: Respuesta a las consultas

Indicar los productos de limpieza y desinfección en uso, teniendo en cuenta las recomendaciones de mantenimiento y de seguridad de los equipos y materiales sanitarios y difundirlas a los profesionales implicados.
Indicaciones generales:
Septiembre 2018
Indicaciones especificas: Respuesta a las consultas

OBSERVACIONES
Líneas estratégicas: Mejora de la práctica asistencial, eficiencia, prevención y control de las IRAS, seguridad de pacientes y adecuación de recursos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLOGICO

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOLEDAD SALVO GONZALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VITORIA AGREDA ASUNCION
LAVILLA FERNADEZ MARIA JOSE
SANCHEZ YANGUELA ELENA
GIL TOMAS JOAQUINA
BUENO SANCHO JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Incorporación de la toma de muestras para IGRAs y Resistencia Zero

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualización del manual y envío al Servicio de Calidad del HCU Lozano Blesa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incorporar el documento en la intranet del hospital en un sitio de fácil acceso e identificación

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/273 ========== ***

Nº de registro: 0273

Título
ACTUALIZACIOM DEL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLOGICO

Autores:
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, VITORIA AGREDA ASUNCION, LAVILLA FERNADEZ MARIA JOSE, SANCHEZ YANGUELA ELENA, GIL TOMAS JOAQUINA, ALGARATE CAJO SONIA, BUENO SANCHO JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El primer paso del diagnóstico microbiológico comienza con la obtención de la muestra. Toda la información que puede generar el laboratorio de microbiología depende en gran medida de la calidad de muestra enviada. Es preciso conocer los posibles agentes etiológicos de las enfermedades infecciosas y los mecanismos patogénicos de los mismos. La muestra debe ser representativa del proceso infeccioso, teniendo siempre en cuenta que en determinadas infecciones, muestras no relacionadas directamente con la focalidad clínica, pueden tener también un buen rendimiento microbiológico. El síndrome clínico y los posibles agentes etiológicos implicados condicionan no sólo el tipo de muestra a enviar sino también el procedimiento de obtención y el transporte al laboratorio.
La muestra tiene que ser la adecuada, y además debe cumplir unos requisitos que aseguren su idoneidad y en consecuencia la calidad de nuestro trabajo. La idoneidad de las muestras enviadas depende del cumplimiento de una serie de medidas o reglas referentes al procedimiento de obtención, la cantidad enviada, el transporte rápido al laboratorio y las condiciones de conservación. Las consecuencias de una muestra mal tomada y/o mal enviada pueden suponer un fracaso en el aislamiento del agente etiológico o el aislamiento de posibles microorganismos contaminantes que pueden generar tratamientos innecesarios o inadecuados.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0273

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS PARA ESTUDIO MICROBIOLOGICO

Este documento expone de forma resumida aspectos referentes a la recogida, transporte y conservación de las muestras clínicas, reseñando el material necesario, la técnica de obtención, el volumen, el número de muestras y el modo de transporte de cada una de ellas según las distintas localizaciones y características especiales de aquéllas o de los microorganismos a investigar.
La elaboración del Manual de toma de Muestras para estudio Microbiológico formó parte de los objetivos de calidad del servicio de microbiología 2011 y nuestro objetivo es la revisión y actualización del mismo.

MÉTODO
Revisión e inclusión de nuevos procedimientos por parte de los facultativos responsables

INDICADORES
Envío del Manual actualizado al Servicio de Calidad del Hospital para sustituir el que figura en la actualidad en la intranet del hospital

DURACIÓN
12 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0602

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SERAL GARCIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER
ALGARATE CAJO SONIA
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
BUENO SANCHO JESSICA
VELILLA SORIANO CARMEN
JIMENEZ BARTOLOME BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el marco del programa de Resistencia Zero, se identifican los microorganismos multirresistentes que colonizan pacientes ingresado en UCIs. estos microorganismos multirresistentes que crecen en los medios cromogénicos selectivos hay que detectan los mecanismos de resistencia fenotípicamente mediante pruebas de sensibilidad por difusión utilizando antibióticos seleccionados e inhibidores enzimáticos. Aquellos sospechosos de poseer una carbapenemasa se confirmaron molecularmente.
Se incluirán en el informe los resultados obtenidos en estas pruebas mejorando la certeza y la utilidad del diagnóstico.
Se seguirán archivando los microorganismos multirresistentes para tipado molecular posterior con fines de seguimiento, vigilancia y control epidemiológico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1: Número de microorganismos multirresistentes que requieren confirmación diagnóstica por métodos moleculares.
Requieren confirmación molecular 2-5 microorganismos a la semana
Indicador 2: Número de aislados portadores de betalactamasas (BLEEs, cefamicinasas, carbapenemasas) caracterizadas a nivel de genotipo (VIM, IMP, NDM, GES…; CTX-M, SHV, TEM…, CMY, DHA,...). Se ha realizado la confirmación molecular a 150 aislamientos
Indicador 3: Número de pacientes en los que reducimos el tiempo de respuesta de resultados definitivos con estas técnicas. No se ha realizado para acortar el tiempo de respuesta. Se ha utilizado para confirmar el mecanismo de resistencia. Se podría realizar de rutina para acortar el tiempo de respuesta pero el coste tendría que ser aprobado por la dirección del centro
Indicador 4: Porcentajes de resistencia por SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas en pacientes de UCI. Encontramos 75 pacientes con SARM (8.94%), 198 pacientes con BLEE (23.62%), 5 pacientes con pAmpC (0.59%), 11 pacientes con carbapenemasas en enterobacterias (1.31%) y 82 pacientes con P. aeruginosa productora de carbapenemasas (9.78%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto se tiene que incluir en lo asistencial. Se requiere con el plan nacional de resistencias la confirmación molecular de algunos mecanismos de resistencia, entre ellos la confirmación de carbapenemasas es prioridad 1. Hay que involucrar a las técnicos de laboratorio de bacteriología para que no empiecen a aprender biología molecular.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/602 ========== ***

Nº de registro: 0602

Título
IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTESCOLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)(PROYECTO RESISTENCIA ZERO)

Autores:
SERAL GARCIA CRISTINA, CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER, ALGARATE CAJO SONIA, BUENO SANCHO JESSICA, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, VELILLA SORIANO CARMEN, JIMENEZ BARTOLOME BELEN, MARECA DOÑATE ROSA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0602

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Implementación de un método de PCR en tiempo real en la vigilancia activa al ingreso y semanalmente de los pacientes críticos del HCU colonizados por bacterias multirresistentes de fácil diseminación horizontal. Las técnicas fenotípicas utilizadas hasta la fecha requieren 48-72h para dar un resultado y a veces, el resultado requeriría de una confirmación molecular para que el diagnostico sea definitivo. Se implementaría un método de biología molecular y se procesarían mediante esta técnica aquellos pacientes en los que es urgente evaluar su estado de colonización y para confirmar aquellos resultados que lo requieren. Además clasificaría las carbapenemasas y las BLEEs en clases dando más información al clínico y a Medicina Preventiva que la que actualmente se está dando, con la consiguiente aplicación en las medidas de tratamiento y control epidemiológico.

RESULTADOS ESPERADOS
Se implantó el programa el 1 de marzo de 2015 en nuestro hospital y se han procesado más de 1000 muestras (3-4 muestras por paciente) hasta la fecha.
Se ha realizado un primer análisis de los datos obtenidos (1161 muestras de 193 pacientes analizados) y se ha evaluado la sensibilidad de las técnicas utilizadas.
Se han calculado los porcentajes de colonización y el tiempo que tardan en colonizarse. No se han confirmado algunas de las cepas caracterizadas fenotípicamente ni se han caracterizado molecularmente. No se ha evaluado el impacto de esta vigilancia en la reducción de las tasas de resistencia.
Mejorar la vigilancia activa del programa de resistencia zero en nuestro hospital en cuanto a los siguientes puntos:
-Mejora de sensibilidad de los métodos diagnósticos (sensibilidad de las técnicas, métodos de detección…)
-Caracterización de carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas
- Caracterización de BLEEs y p-AmpC en enterobacterias
-Reducción de los tiempos de respuesta de resultados definitivos
-Análisis de resultados obtenidos en la vigilancia activa
-Pacientes colonizados que desarrollan una infección invasiva.
-Propagaciones epidémicas e infecciones cruzadas
-Tasas de resistencia en las diferentes unidades de la UCI

MÉTODO
A todos los pacientes en el momento de ingresar en UCI, y semanalmente, se les recoge un triple hisopo (faríngeo, nasal, rectal) que se envía al laboratorio.
Se siembra en placas selectivas para detección de SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en enterobacterias y Pseudomonas que se cultivan.
Se identifican los microorganismos crecidos en los medios cromogénicos selectivos y se detectan los mecanismos de resistencia fenotípicamente mediante pruebas de sensibilidad por difusión utilizando antibióticos seleccionados e inhibidores enzimáticos. DR CASTILLO y DRA SERAL
Se confirmarán molecularmente los aislados seleccionados (confirmación, caracterización…). DRA SERAL, DRA BUENO y DRA MENDOZA
Se incluirán en el informe los resultados obtenidos en estas pruebas mejorando la certeza y la utilidad del diagnóstico. DR CASTILLO Y DRA SERAL
Se seguirán archivando los microorganismos multirresistentes para tipado molecular posterior con fines de seguimiento, vigilancia y control epidemiológico. DRA SERAL, DR CASTILLO y DRA ALGARATE
Se analizaran los resultados obtenidos DRA MARECA y DRA SERAL
Se revisaran los tratamientos empíricos en pacientes colonizados que desarrollan una infección invasiva. DRA JIMENEZ Y VELILLA

INDICADORES
Indicador 1: Número de microorganismos multirresistentes que requieren confirmación diagnóstica por métodos moleculares
Indicador 2: Número de aislados portadores de betalactamasas (BLEEs, cefamicinasas, carbapenemasas) caracterizadas a nivel de genotipo (VIM, IMP, NDM, GES…; CTX-M, SHV, TEM…, CMY, DHA,...)
Indicador 3: Número de pacientes en los que reducimos el tiempo de respuesta de resultados definitivos con estas técnicas
Indicador 4: Porcentajes de resistencia por SARM, BLEE/cefamicinasas plasmídicas y carbapenemasas en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0602

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE BIOLOGIA MOLECULAR EN LA VIGILANCIA ACTIVA DE PACIENTES COLONIZADOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN LAS UCIS (SARM, BLEE, PAMPC, CARBAPENEMASAS)

enterobacterias y Pseudomonas en pacientes de UCI

DURACIÓN
Al menos un año. El cronograma a seguir será:
Octubre-Diciembre: Puesta a punto técnica PCR tiempo real
Diciembre-Marzo: Analizar los primeros resultados obtenidos
Marzo-Junio: Caracterización de los genes de resistencia. Introducción de los resultados obtenidos en el informe de microbiología
Junio-Septiembre: Analizar los datos globales de evolución de la tasa de resistencia en estas unidades. Sacar conclusiones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0289

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL BENITO RUESCA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL TOMAS JOAQUINA
CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER
VITORIA AGREDA ASUNCION
SANCHEZ YANGÜELA ELENA
BELTRAN ROSEL ANTONIO
CAMEO RICO MARIA ISABEL
KHALIULINA TATIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Verificación de datos demográficos del paciente
- Introducción “homologada” de los datos demográficos
- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.
- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador cuantificable de realización del proceso y “educar” al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud improcedente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En 2018 se ha conseguido una reducción del gasto de 78084 euros
Se consideraron improcedentes o innecesarias 6493 pruebas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Está acción permite:
La disminución del gasto sanitario
Utilización eficiente de las pruebas empleadas en el diagnóstico microbiológico
Disminución de la carga de trabajo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/289 ========== ***

Nº de registro: 0289

Título
DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

Autores:
BENITO RUESCA RAFAEL, GIL TOMAS JOAQUINA, CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER, VITORIA AGREDA ASUNCION, SANCHEZ YANGÜELA ELENA, BELTRAN ROSEL ANTONIO, CAMEO RICO MARIA ISABEL, KHALIULINA TATIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0289

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El coste de las pruebas de laboratorio de Microbiología tiende a aumentar cada vez más, debido, entre otros factores al aumento de pacientes asistidos, la implantación de programas de prevención de enfermedades infecciosas o de protocolos de asistencia a inmigrantes o a pacientes complejos, etc.

Existe una utilización subóptima de los recursos diagnósticos que dispone el laboratorio de Microbiología como consecuencia de la solicitud y realización de pruebas innecesarias e improcedentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Contribuira a la reducción del gasto sanitario. Hasta ahora se ha conseguido una reducción aporoximada de 60000 € anuales, desde la implantación del programa.

MÉTODO
El sistema implica:

- Verificación de datos demográficos del paciente en la ventanilla de la UCL o en la fila de espera:
- Ver si el nombre y apellidos del volante de petición está completo, es legible, no hay intercambio entre apellidos y nombre (pacientes extranjeros) y si está bien escrito (extranjeros).
- Verificar otros datos como edad, sexo y país de origen del paciente que ayudan en la toma de decisiones en el laboratorio y en la identificación de pruebas previas de ese paciente, cuyos datos demográficos han podido introducirse de otra manera.

- Introducción “homologada” de los datos demográficos mediante el establecimiento de un protocolo que establezca la forma de introducir por parte de los administrativos de:

- Los apellidos compuestos: del Hierro (preposición antes del 1º apellido o detrás del nombre), Pérez-García (con o sin guión), San Juan (junto o separado), El Moutadi (“El”, antes del apellido o tras el nombre), etc.
- Los apellidos en los recién nacidos y en los gemelos.
- Los nombres: rechazo de diminutivos (Conchita), alias, apócopes, iniciales, preposiciones (María del Pilar ó María Pilar), etc.
- Los pacientes extranjeros con un único apellido (con o sin espacio/s detrás.
- El nombre de los pacientes cuando no cabe en el campo informático correspondiente (por dónde se corta para que no conste el nombre).
- Forma de utilización del campo comentarios (no utilizarlo para expresiones como “embarazo confirmado no deseado” que van contra la intimidad de la paciente, y definir para qué datos conviene utilizarlo).

Y que debería ser utilizado por los administrativos de la UCL (en general del hospital) y en la elaboración de las etiquetas para a los impresos del paciente.

- Verificación de las muestras recibidas en el laboratorio: adecuación muestra-petición, correspondencia muestra-volante de petición, corrección de errores, consulta de datos dudosos.
- Detección y rechazo de pruebas improcedentes mediante la consulta de datos previos del paciente en el histórico de la base de datos del sistema informático.

- Informe del motivo del rechazo mediante el envío de un comentario explicativo codificado para cada prueba rechazada. Este informe cumple dos funciones: disponer de un marcador cuantificable de realización del proceso y “educar” al facultativo solicitante para evitar la repetición de la solicitud improcedente.

INDICADORES
- Recuento de las pruebas rechazadas.

- Evaluación de la eficiencia económica del proyecto, en términos de disminución del gasto.

DURACIÓN
Años 2018 y 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0289

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS PROCEDENTES O INNECESARIAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0294

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOLEDAD SALVO GONZALO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALGARATE CAJO SONIA
BENITO RUESCA RAFAEL
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE
MUÑOZ MUÑOZ LARA
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE
PERERA LERIN ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-SE VALIDARON INFORMES PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS DESDE EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA.
2- SE FORZÓ LA IMPRESIÓN DE DICHOS INFORMES EN LAS IMPRESORAS DE LA SECRETARÍA DEL SERVICIO.
3-LOS RESULTADOS DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI CENTRAL SE INFORMARON TELEFÓNICAMENTE A TRAVES DEL BUSCA 710566. LA INFORMACIÓN DEL RESTO DE PACIENTES, SE COMUNICO TELEFÓNICAMENTE AL FACULTATIVO PETICIONARIO O BIEN A LA PERSONA RESPONSABLE DEL GRUPO PROA HEMOCULTIVOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-TOTAL HEMOCULTIVOS SOLICITADOS: 1500
-POSITIVOS: 219
-PACIENTES CON HEMOCULTIVO POSITIVO:91
-INFORMES PRELIMINARES HEMOCULTIVOS POSITIVOS: 131 (59,8%)
-INFORMES PRELIMINARES DE LOS PACIENTES CON HEMOCULTIVOS POSITIVOS 88 (96,7%)
-INDICADOR > 50% DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS
LA INFORMACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS CONTRIBUYE AL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DEL PACIENTE INGRESADO EN UCI AÚN CUANDO LA PRUEBA NO ESTÉ TERMINADA Y PUEDE IR SEGUIDA DE UNA ACTUACIÓN CLÍNICA POR PARTE DEL FACULTATIVO RESPONSABLE DEL PACIENTE.
RESULTADOS OBTENIDOS DE MODULAB

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONSIDERAMOS IMPORTANTE INFORMAR A LOS CLÍNICOS DE LOS RESULTADOS QUE VAMOS OBTENIENDO EN LABORATORIO, MÁS AUN CUANDO LOS PROCEDIMIENTOS PUEDEN NO ESTAR TERMINADOS HASTA PASADOS UNOS DÍAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/294 ========== ***

Nº de registro: 0294

Título
ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Autores:
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, ALGARATE CAJO SONIA, BENITO RUESCA RAFAEL, LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE, MUÑOZ MUÑOZ LARA, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE, PERERA LERIN ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con Bacteriemia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0294

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actuación dirigida a informar resultados positivos que puedan contribuir al diagnóstico o tratamiento del paciente ingresado en UCI aún cuando la prueba no esté terminada y que pueda ir seguida de una actuación clínica por parte del facultativo responsable.

RESULTADOS ESPERADOS
En 2017 se enviaron informes preliminares del 55,55% de los hemocultivos positivos solicitados desde el Servicio de Medicina Intensiva, que correspondían al 100% de los pacientes con hemocultivos positivos.
Esperamos conseguir resultados similares durante este año

MÉTODO
Realizamos los siguientes informes preliminares:
- Tinción de Gram de las botellas de hemocultivo tras la incubación
- Cultivos con resultados significativos
- Identificación rápida a partir de las botellas positivas de los hemocultivos mediante espectrometría de masas.

En cada caso se elabora el informe especificando “Informe preliminar” y se procede a la validación y envío a través de las impresoras del Sº de Medicina Intensiva

INDICADORES
35% de los hemocultivos positivos con informe preliminar
Los datos estarán disponibles en el laboratorio.
Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio

DURACIÓN
Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0442

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA ALGARATE CAJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD
SERAL GARCIA CRISTINA
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE
MUÑOZ MUÑOZ LARA
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA
PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE
PERERA LERIN ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizar un informe preliminar de negatividad en hemocultivos de pacientes pediátricos a las 72 horas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2018 se han recibido 317 hemocultivos de pacientes pediátricos de los cuales 297 fueron negativos.Se informaron preliminarmente un total de 263 (88,56 % de los hemocultivos negativos a las 72 horas).
El 91,19 % de los hemocultivos procedentes de neonatología han sido informados preliminarmente a las72 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los hemocultivos se incuban durante 5 días antes de ser informados como negativos. Hemos incluido en nuestro protocolo la elaboración de informes negativos a las 72 horas para adaptarnos a los protocolos nacionales e internacionales de diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/442 ========== ***

Nº de registro: 0442

Título
ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Autores:
ALGARATE CAJO SONIA, SALVO GONZALO MARIA SOLEDAD, SERAL GARCIA CRISTINA, LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE, MUÑOZ MUÑOZ LARA, MENDOZA LOPEZ CLAUDIA, PINA ECHEVARRIA MARIA JOSE, PERERA LERIN ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes pediátricos que no precisan tratamiento antibiótico tras descartar bacteriemia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los hemocultivos de pacientes pediátricos son informados de forma preliminar a las 72 horas cuando estos son negativos. Esta acción orienta a la suspensión del tratamiento antibiótico siempre que se cumplan los criterios clínicos, analíticos y microbiológicos

RESULTADOS ESPERADOS
En 2017 se enviaron informes preliminares en el 80,39% de los hemocultivos negativos de los pacientes pediátricos tras 72 h de procesamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0442

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 72 HORAS DE LOS HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA

MÉTODO
En cada caso se elabora el informe especificando “Informe preliminar” y se procede a la validación

INDICADORES
80% de los hemocultivos negativos pediátricos con informe preliminar a las 72 h.
Los datos estarán disponibles en el laboratorio.
Se podrán obtener a través de las estadísticas del servicio

DURACIÓN
Fecha de inicio 1 de enero a 31 de diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0488

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SERAL GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER
BELTRAN ROSEL ANTONIO
SANCHEZ YANGÜELA ELENA
FRESNEÑA FRIAS BELEN
KHALIULIANA TATIANA
CONDADO CONDADO HECTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Adelantar los resultados positivos obtenidos al reducir el tiempo de identificación por la introducción de la espectrometría de masas en el laboratorio como método de identificación. Se adelanta el informe de resultado al menos 24h. Se introduce el resultado de identificación en una prueba llamada preliminar y se valida 24h antes de que esté el antibiograma

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 83% de los resultados positivos fueron informados con un informe preliminar. Se procesaron 7223 coprocultivos el año 2018. De ellos resultaron positivos 710 (9.8%) y fue posible informar preliminarmente 597 coprocultivos (83.94% de los positivos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los coprocultivos que no pueden ser informados preliminarmente son los del fin de semana por no haber facultativo que los valide.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/488 ========== ***

Nº de registro: 0488

Título
ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS

Autores:
SERAL GARCIA CRISTINA, CASTILLO GARCIA FRANCISCO JAVIER, BELTRAN ROSEL ANTONIO, SANCHEZ YANGÜELA BELEN, FRESNEÑA FRIAS BELEN, KHALIULINA TATIANA, CONDADO CONDADO HECTOR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Adelantar los resultados positivos obtenidos al reducir el tiempo de identificación por la introducción de la espectrometría de masas en el laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar informes preliminares al obtener el resultado positivo para adelantar el resultado al menos 24h. Todos los coprocultivos positivos por cultivo se informan en una prueba preliminar antes de tener el resultado definitivo y el antibiograma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0488

1. TÍTULO

ELABORACION DE INFORMES DE RESULTADOS PRELIMINARES A LAS 24-48H DE LOS COPROCULTIVOS POSITIVOS

MÉTODO
En cada caso se elabora el informe especificando “informe preliminar” y se procede a la validación

INDICADORES
80% de los coprocultivos positivos con informe preliminar a las 72h. Se obtiene a través de las estadísticas del servicio

DURACIÓN
1 enero-31 diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0875

1. TÍTULO

CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESTHER VIDAL GALINDO
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la actualidad los volantes de petición de hemocultivos positivos, junto con una copia de los resultados se guardan en archivadores en el laboratorio de Microbiología a pesar de que los resultados están disponibles en el programa informático MODULAB. El motivo fundamental es evitar que se pierdan datos contenidos en los volantes tales como situación clínica del paciente, tratamiento antibiótico previo, presencia de dispositivos, antecedentes microbiológicos, números de teléfono a través de los que se ha informado a los facultativos etc..
En 2018 hemos digitalizado estos documentos (volantes y resultados) con la finalidad de que fueran mas accesibles y no ocuparan espacio físico, pudiendo prescindir del papel en caso de que la Dirección del Hospital lo considere oportuno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 01 junio al 31 diciembre 2018 se documentaron 1126 Hemocultivos positivos pertenecientes a 486 pacientes. Escaneándose el 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es una practica rápida, cómoda y permite la accesibilidad a los documentos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/875 ========== ***

Nº de registro: 0875

Título
CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

Autores:
VIDAL GALINDO MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Conservación y protección de resultados

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Conservación de la información de los hemocultivos positivos
El laboratorio de microbiología genera gran cantidad de información sobre la patología infecciosa de los pacientes tanto hospitalizados como extrahospitalarios.
La información, debe ser conservada, no solo para ser recuperada siempre que sea necesaria, sino además porque en ocasiones, es seguida de actuaciones preventivas y asistenciales por parte de las comisiones hospitalarias, de los servicios asistenciales y de las autoridades sanitarias.
La legislación española según el Artículo 17.1 de la Ley 41/2002 de 14 noviembre, de autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condicio¬nes que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el sopor¬te original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. Además, en su¬puestos especiales cuando existan razones epi¬demiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0875

1. TÍTULO

CONSERVACION DE LA INFORMACION DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN FORMATO DIGITAL

documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legisla¬ción vigente. Los sistemas de información del laboratorio deben ser capaces de almacenar y preparar estos datos para su posterior análisis.
La misión del Servicio de Microbiología del H.C.U. Lozano Blesa es el diagnóstico de las enfermedades infecciosas a partir de muestras clínicas de pacientes ingresados en nuestro hospital y de pacientes atendidos en consultas externas, consultorios y centros de salud pertenecientes al Sector III de Zaragoza.
A pesar de que la información queda registrada informáticamente una vez validados los resultados y finalizado el proceso asistencial, los volantes de solicitud junto con las anotaciones del facultativo y una copia del informe remitido al médico peticionario son archivados en carpetas por tiempo indefinido en un espacio destinado a aspectos administrativos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las condiciones de conservación de los hemocultivos con resultados positivos, facilitar el acceso a dicha información y mejorar la seguridad de los datos del paciente.

MÉTODO
Scaneo de los volantes originales y de las copias de los resultados.
Conservacíon en archivos digitales

INDICADORES
100% de hemocultivos escaneados
Documentacion disponible en el Servicio de Microbiología

DURACIÓN
01/06/2018 al 31/12/2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0645

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PABLO IÑIGO GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LIPE RAFAEL
RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN
BERNI WENEEKERS ANA
MARTIN AZARA PILAR
PEÑA PORTA JOSE MARIA
GAMEN PARDO ANGEL
VERNET PERNA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades que se llevaron a cabo durante 2018 cumplieron los calendarios marcados y que venían guiados por los plazos del concurso.
Los pacientes candidatos fueron informados del traslado de Unidad y los criterios de selección, estando de acuerdo la totalidad de los mismos.
Se procedió al cambio del transporte de los mismos
Ha habido que realizar gestión de procesos nuevos tales como transporte de muestras biológicas, servicio de lavanderia y hostelería para esta Unidad
Se solicitó la contratación de un FEA para cubrir la puesta en marcha de la Unidad a medio nivel de funcionamiento. También fue necesaria la incorporación de un celador para aquella Unidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Unidad está funcionando como se había previsto, al 50% de su capacidad. El objetivo era ese, las primeras sesiones fueron con pocos pacientes que iban creciendo en número hasta que a la semana estábamos ya a ese pleno rendimiento (recuerdo que en esta fase pleno rendimiento se refiere al 50% del total).
La nueva Unidad funciona totalmente de forma informatizada sin papel, y esta conectada al menos para control de datos con la Unidad del HCU Lozano Blesa
la Unidad de aguas ha funcionado sin ninguna complicación cumpliendo los estandares de la Sociedad Española de Nefrología
Se realizan controles de Anticoagulantes de forma rutinaria sin desplazamiento de muestras en la propia Unidad y se dispone de análisis para las determinaciones urgentes de valores como potasio, hemoglobina etc.
Los pacientes crónicos son atendidos en consultas de crónicos de hemodiálisis como se venía haciendo en la Unidad hospitalaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha de la Unidad ha supuesto una mejora técnica y de calidad para el equipo médico, equipo de enfermería y pacientes de nuestro Sector.
Se están realizando sesiones de hemodiálisis con la mejor calidad técnica que hay en el mercado a un coste inferior al actual en la Unidad hospitalaria y por debajo del coste del concierto de diálisis con unidades externas
La persona (FEA Nefrologia) que se encarga de la Unidad también se incorpora algunos días a la Unidad del HCU Lozano Blesa y esos días es sustituida allí por otros compañeros para integrar dicho FEA en el Servicio
El número de pacientes que temporalmente requieren del uso de nuestra Unidad por complicaciones ha crecido respecto a lo habitual en nuestra antigua Unidad
Queda pendiente como proyecto de mejora la puesta en marcha al 100% y la re-estructiuración de la Unidad hospitalaria, que requieren de ampliación de plantilla médica y de personal de enfermería y auxiliares.
La Unidad se ha convertido en la Unidad de formación de otras nuevas Unidades de españa habiendo recibido en tan solo 6 meses las visitas de 4 Servcicios nacionales que requieren de nuevas instalaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/645 ========== ***

Nº de registro: 0645

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

Autores:
IÑIGO GIL PABLO, ALVAREZ LIPE RAFAEL, RUIZ DE LA IGLESIA JOSE ESTEBAN, BERNI WENEEKERS ANA, MARTIN AZARA PILAR, PEÑA PORTA JOSE MARIA, GAMEN PARDO ANGEL, VERNET PERNA PATRICIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0645

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL INOCENCIO JIMENEZ (HDIJ)

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad actual de Hemodiálisis del HCU Lozano Blesa requiere de una transformación pues desde que se diseñó está dimensionada y estructurada de forma provisional. Hay un déficit de puestos de HD en la sanidad pública que obliga a concertar esta prestación fuera de nuestras instalaciones. En caso de necesidad de alguno de los grandes centros de HD en Aragón no hay plazas suficientes para remplazarlos

RESULTADOS ESPERADOS
1. Ampliar los puestos de HD de nuestro Sector (útiles para el resto de Sectores en caso necesario) sin depender de convenios externos
2. Modernizar conforme a lo requerido en las Normativas la Unidad de HD de nuestro hospital en las instalaciones del IJ
3. Disminuir el coste de la HD (precios por debajo del convenio con el proveedor externo)
4. Dar un Servicio de Calidad a nuestra población con ERC terminal que requiere Tratamiento Renal Sustitutivo en nuestro Sector con unas instalaciones acordes a la nefrología actual y con menor efecto hospitalario que el actual

MÉTODO
Se han realizado incontables reuniones entre Dirección, Especialistas Médicos, Enfermería para poner en marcha un Proyecto de esta envergadura.
Se ha transmitido a los pacientes el Proyecto, al que sólo serán trasladados aquellos pacientes cuyas condiciones genrales permiten Diálisis en un Centro Extrahospitalario, quedando aquellos casos que requieren cuidados especiales en la Unidad Hospitalaria

INDICADORES
1. Funcionamiento superponible al de la Unidad actual, exceptuendo las técnicas de Nefrología Intervencionista, la Unidad de Agudos, HD del Mieloma y HD en pacientes especiales que quedarán en la Unidad Hospitalaria
2. Unidad de Aguas y Concentrados tal y como funciona en la Unidad Hospitalaria con los mismos estándares que marca la Sociedad Española de Nefrología y las Sociedades Internacionales
Control de todas las variables a controlar clásicas en los pacientes en HD (KtV, PCR, Parámetros de serie roja, Metabolismo fosfo-cálcico, control d einfeccines por catéter, etc, excatamente igual a los parámetros de protocolo de la Unidad actual)

DURACIÓN
1. Puesta en marcha de la instalación, monitores, unidad de agua, sistemas informáticos.
Febrero- Mayo2018
Responsables Dr Alvarez Lipe, Dr Iñigo Gil, Dra Berni Weneekers, Supevisora de Enfermería
2. Inicio de traslado de pacientes
Junio- Julio 2018
Toda la plantilla médica y enfermería
Para el turno de mañana y tarde de Lunes-Miércoles-Viernes
3. Fases posteriores a partir de 2019

OBSERVACIONES
El Proyecto es de una envergadura tal que es imposible ser esquematizado en el espacio diseñado. Por ello se han minimizado muchísimas cuestiones importantes en el desarrollo del proyecto en aras de un mejor entendimiento del mismo

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1131

1. TÍTULO

APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN CRIADO MAINAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO CUARTERO MARIA ANGELES
MARTINEZ CEREZO MARIA PILAR
VIZARRAGA SIMON MARIA PILAR
LOPEZ NIÑO OLGA
RAMIREZ SANCHEZ FABIOLA
CALVO DE JUAN AMELIA
CORELLANO LUMBRERAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al inicio del proyecto y durante el mes de mayo de 2018, se mantuvieron diversas reuniones con los técnicos especialistas en la instalación del circuito de agua ultrapura y de ácidos centralizado para su instalación y puesta en funcionamiento.
Se mantuvieron reuniones con la dirección y los distintos servicios del hospital : farmacia, almacén, suministros, lencería, hostelería para coordinar la provisión de todo lo necesario para poder dotar de infraestructura a la unidad.
Se mantuvo reuniones con el servicio de hematología para la estructurar el seguimiento de tratamientos anticoagulantes de los pacientes así como el tratamiento de hemoderivados y su transporte desde el hospital.
Se trabajo con la plantilla de enfermería para la organización de nuevos turnos asistenciales para dar cobertura a la unidad nueva en horario de 12 horas y compatibilizarlos con la continuidad de asistencia en la unidad del hospital.
Finalmente sé impartió formación al personal del nuevo programa informático.
Durante el mes de mayo se mantuvieron entrevistas personales con los pacientes para informarles de los próximos cambios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 11 de junio cumpliendo el plazo del calendario marcado para la apertura del nuevo centro de hemodiálisis del Sector III, se inaugura la unidad con una capacidad del 50 % en esta primera fase, dando cobertura a 48 pacientes.
El nuevo centro puntero en Aragón en instalaciones y con capacidad suficiente tras la apertura de la segunda fase en 2019, para albergar a todos los pacientes del Area III evitando así el concierto externo de estos pacientes con el importante ahorro económico que esto supone para la sanidad en Aragón.
Se comienza tratamiento de hemodiálisis para los pacientes siguiendo las mismas directrices actuales instauradas en el Hospital Clínico y bajo la misma dirección, para pacientes crónicos, iguales tratamientos y coberturas sanitarias. Se mantienen los cuidados del personal de enfermería en cuanto a accesos vasculares, administración de medicamentos: hierro intravenoso, hemoderivados, y demás fármacos administrados intradiáisis como posdiálisis.
Se pone en funcionamiento el sistema informático, que permite la neutralización de posibles errores y una atención personalizada y de excelencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración por parte del equipo de mejora es que tras el esfuerzo realizado, se consigue una significativa mejora global de los pacientes allí tratados: se cuenta con unas instalaciones modernas, confortables y adecuadas a las necesidades del paciente en tratamiento sustitutivo renal.
Nos queda pendiente para 2019 la apertura total de la unidad, lo que conlleva poder trasladar finalmente todos los pacientes crónicos estables y no tener necesidad de derivar pacientes al centro externo concertado, colaborando por ello a controlar el gasto sanitario en la medida de nuestras posibilidades.

7. OBSERVACIONES.
El 11 de junio se inauguró esta segunda unidad de hemodiálisis perteneciente al Hospital Clínico Lozano Blesa en el Centro de Especialidades Inocencio Jiménez, dependiente del Sector III, al 50% de su capacidad funcional, en el 2019 se completará el proyecto con la apertura del 100% de su capacidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1131 ========== ***

Nº de registro: 1131

Título
APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1131

1. TÍTULO

APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III

Autores:
CRIADO MAINAR MARIA CARMEN, MORENO CUARTERO ANGELES, MARTINEZ CEREZO MARIA PILAR, VIZARRAGA SIMON MARIA PILAR, LOPEZ NIÑO OLGA, RAMIREZ SÁNCHEZ FABIOLA, CALVO DE JUAN AMELIA, CORELLANO LUMBRERAS MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA RENAL
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad actual situada en la planta -1 del HCU. Lozano Blesa, cuyo planteamiento inicial fue provisional, se ha prolongado a lo largo de los años, acumulando una serie de deficiencias estructurales y como consecuencia organizativas. No dando cabida a todo el flujo de pacientes que genera el Sector III, debiendo trasladar el excedente de pacientes al centro concertado.

RESULTADOS ESPERADOS
La nueva unidad ubicada en el CE. Inocencio Jiménez, cuenta con unas instalaciones pioneras y con la adecuada capacidad para absorber todos los pacientes del Sector, sin necesidad de mantener el actual concierto externo y con el importante ahorro que conlleva.
Con ello se espera conseguir:
-Con la apertura se obtendrán unas instalaciones modernas y adecuadas.
-Mayor comodidad para aquellos pacientes que reciban allí su tratamiento dialítico.
La población diana van a ser aquellos pacientes que mantengan de forma habitual una estabilidad hemodinámica que no requieran ingresos frecuentes.

MÉTODO
La Dirección y el Servicio de Nefrología han trabajado a lo largo de los meses para poner el proyecto en funcionamiento, puesto que hay que coordinar muchas áreas de trabajo:
-Desde reuniones con los técnicos especialistas en la instalación del circuito de agua ultrapura, circuito de ácidos centralizado.
-La supervisión de enfermería ha trabajado con la Dirección y los diferentes responsables para la provisión de la dotación inicial de : lencería, farmacia, material de almacén.
-Para establecer circuitos de transporte de muestras biológicas, hemoderivados,residuos, seguimiento de tratamientos anticoagulantes.
-Establecimiento de circuito de hostelería para los almuerzos y meriendas de los pacientes, así como la comida del personal.
-Se ha trabajado con toda la plantilla de enfermería para la organización de los nuevos turnos de trabajo para dar cobertura a la nueva unidad que tendrá un horario asistencial de 12 horas.
-Formación del personal para el programa informático Nefrolink.

INDICADORES
-Funcionamiento con las mismas directrices actuales para pacientes crónicos en una unidad de hemodiálisis.
-Puesta en marcha de la planta de aguas y ácidos centralizado, manteniendo el estándar de las sociedades científicas en nefrología.
-Tratamiento de diálisis a los pacientes:
Conexión y desconexión de los pacientes.
Cuidados del personal de enfermería de accesos vasculares: fístulas arterio-venosas y catéteres venosos centrales según protocolo.
-Administración de hierro intravenoso, hemoderivados y demás fármacos que precisen tanto intradiálisis como posdiálisis.
-Puesta en marcha del sistema informático Nefrolink

DURACIÓN
- Puesta en marcha circuito de agua, ácidos centralizados, amueblamiento de las instalaciones : Finales de mayo, primera semana de junio 2018
-1ª Fase : Traslado de 48 pacientes en dos turnos de diálisis, de mañana y de tarde de forma paulatina y progresiva : Mitad de junio 2018
-Traslado de la plantilla : 6 Enfermeras, 3 TCAEs y 1 Nefrólogo, coincidiendo con los pacientes : Mitad de junio 2018
Con el apoyo del Jefe de Servicio Dr. Alvárez, Jefe de Sección Dr. Iñigo y la Supervisora Carmen Criado, asumiendo todos la responsabilidad de la apertura de la nueva unidad.
-2ª Fase : apertura total con una capacidad para 96 pacientes y con incremento de la plantilla : Año 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1131

1. TÍTULO

APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE HEMODIALISIS SECTOR III

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1134

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANCHEZ MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRIADO MAINAR MARIA CARMEN
TELLO SANCHO MATILDE
GARCIA LANZAN MARIA JOSE
PEREZ VALLE RAQUEL
TOBIAS RUIZ ELVIRA
ALVIRA MATEO FRANCISCA
SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se comienza el proyecto haciendo un análisis de la situación de partida.
Paciente en tratamiento renal sustitutivo con terapia de hemodiálisis tres veces por semana, presenta múltiples úlceras en ambas EEII, en diferentes estadíos de evolución, en el que se confirma por biopsia cutánea la presencia de calcifilaxis.
Se comienza con la toma de diversas muestras para establecer estudio microbiológico para valorar la posible sobre infección de las heridas a tratar.
Se establece un calendario de curas después de cada sesión de hemodiálisis, es decir tres veces por semana y para ello se cuenta con los recursos personales de la plantilla de enfermería de la unidad y con los recursos materiales que dispone el hospital, siguiendo este calendario hasta conseguir la curación de las úlceras.
Se inicia el protocolo de curas establecido para conseguir la epitelización de las úlceras por calcifilaxis.
Se comienza con la administración intravenosa de Tiosulfato sódico al 20% al finalizar cada diálisis.
Se ha ido haciendo un seguimiento semanal mediante fotografías de las diversas úlceras para ir contrastando la evolución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consigue la epitelización total de las úlceras por calcifilaxis de nuestro paciente.
Se alcanza a través de la consecución de los diferentes indicadores establecidos: diversos cultivos microbiológicos de las úlceras, estudios de portador y ante la aparición de gérmenes multirresistentes aislamiento del paciente hasta negativizarlo, siempre consensuado con el servicio de Medicina Preventiva del hospital, facilitar la analgesia previa a la cura y monitorizar el dolor con escala EVA en cada sesión y como último indicador conseguir mantener el buen estado nutricional de nuestro paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valorando que la úlcera por calcifilaxis presenta un 80% de morbimortalidad por el riesgo de infección y de necrosis es vital el hecho de tratar estas heridas y conseguir su curación.
Muy importante vigilar cualquier herida que pueda indicar la formación de úlceras, y detectarlas con prontitud para iniciar diagnóstico y tratamiento con la mayor rapidez posible, ayudando así a evitar la infección y la necrosis.
Junto con este paciente surgieron tres casos nuevos de pacientes en la Unidad de diálisis con calcifilaxis, dos de ellos en las EEII y el tercero diagnosticado en el pene.
En el momento de esta valoración final de la memoria ya estaba concluido el proyecto, informando de ello en el seguimiento del programa de calidad.
En la actualidad seguimos trabajando con los pacientes que se diagnosticaron a posteriorí.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1134 ========== ***

Nº de registro: 1134

Título
TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Autores:
SANCHEZ MARTIN MARIA PILAR, CRIADO MAINAR MARIA CARMEN, TELLO SANCHO MATILDE, GARCIA LANZAN MARIA JOSE, PEREZ VALLE RAQUEL, TOBIAS RUIA ELVIRA, ALVIRA MATEO FRANCISCA, SANCHEZ DE PAZ ENCARNACION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1134

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La calcifilaxis también conocida como artiriolopatía urémica calcificante (AUC), es una importante causa de morbimortalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis con una prevalencia entre el 1% y el 4%.
Su patogenia es compleja y se relaciona con varios factores de riesgo, parece que el medio urémico es adecuado para su desarrollo, aunque también esta descrita en pacientes con función renal normal.
Clínicamente cursa con isquemia y necrosis de la piel y tejido subcutáneo, secundarias a la calcificación, fibrodisplasia de la íntima y trombosis de pequeñas
arteriolas dermoepidérmicas.
Histológicamente es específica y se caracteriza por depósitos de calcio en pequeñas arterias
Tiene mal pronóstico con una mortalidad del 32% en lesiones distales y de un 63% en lesiones proxiales,relacionada generalmente con una sepsis generalizada.
Ante un incipiente aumento de pacientes en la unidad de diálisis, con úlceras en extremidades inferiores, detectamos la necesidad de incidir en el cuidado y tratamiento de estas ulceras.

RESULTADOS ESPERADOS
Diagnosticar la calcifilaxis.
- Epitelización total de la úlcera de los pacientes.
- Control del dolor.
- Prevenir la infección.
- Mantener sus sesiones de diálisis.

MÉTODO
Hacer cultivos de las úlceras, para conocer el punto de partida.
- Sí los cultivos son negativos, curar al paciente al finalizar la sesión de diálisis fuera de la unidad, en la consulta de enfermería.
- Sí los cultivos son positivos investigar si son portadores de algún germen multirresistente,en cuyo caso se aislará por contacto al paciente del resto que están en sala .
- Analgesia previa a la cura de la úlcera.
- Después cura de la úlcera . Esta dependerá de la situación de cada úlcera el estadio y la fase en que se halle.
- Utilizaremos : desbridante enzimático y sí fuera necesario desbridante mecánico, hidrogel,bactericidas, apósitos secundarios, espumas, alginatos y cuando esté en la fase de granulación, activadores del crecimiento que promuevan la proliferación de fibroblastos con producción de colágeno y angiogénesis que ayudan a la formación de tejido de granulación, para conseguir su posterior cicatrización. Cuidado de la piel perilesional con ácidos grasos hiperoxigenados tópicos.
- Administración de tiosulfato intravenoso al 20% en cada sesión de diálisis.
Trabajaremos todo esto a través de una persona, en este caso, la supervisora que canalizará la información y mediante la supervisión de cada caso irá indicando las pautas a seguir, pudiendo hacer un seguimiento contínuo y personalizado.

INDICADORES
- Cultivo de la úlcera.
- En caso de aparecer un germen multirresistente, cultivo de portador, y si procede aislamiento del paciente.
- Analgesia previa a la cura de la úlcera, monitorizar el dolor.
- Conseguir la epitelización total de la úlcera.
- En caso de haber sido portador de algún multirresistente negativizarlo.
- Administración de tiosulfato intravenoso al 20% en cada sesión de diálisis.
- Mantener un buen estado nutricional.

DURACIÓN
La duración será desde la presentación de este proyecto hasta fin del 2018.
La duración de las curas vendrá determinada en cada caso particular, haciendo una estimación que oscila entre media hora y cuarenta y cinco minutos.
La responsable de la implantación del proyecto será la supervisora de la unidad de diálisis Carmen Criado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1134

1. TÍTULO

TRATAMIENTO EN LA CALCIFILAXIS DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS

Será la encargada de evaluar la situación inicial, coordinar las actividades a realizar en cada caso y comunicar al resto de personal cuales son las acciones a desarrollar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0517

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE PABLO HERRERO JARQUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TELLER JUSTE PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El planteamiento propuesto inicialmente para la consecución del objetivo, incluía la realización de consultas ambulatorias de patología del sueño por la tarde mediante la creación de un módulo MAC para el Dr, Herrero, que finalmente no se pudo materializar por problemas administrativos.
Se creó una Consulta semanal de resultados para el Dr. Herrero en horario de mañana.
Se ha aumentado el número de poligrafías domiciliarias realizadas a 872 (652 en 2017).
Se ha aumentado el número de registros de poligrafía domiciliaria leídos semanalmente con la participación de otros miembros del Servicio que dedican parte de la jornada diaria a esta actividad.
Se ha aumentado el número de visitas para resultados de poligrafías domiciliarias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La Lista de Poligrafías pendientes de realizar a 31-12-18 era de 362 (725 en 2017) por lo que se ha alcanzado el objetivo 1 de reducir a menos de 500 los estudios en lista de espera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha alcanzado el objetivo de reducción de poligrafías en lista de espera. Sin embargo será necesario mantener la mayor actividad de lectura de las poligrafías para evitar demoras en la entrega de resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/517 ========== ***

Nº de registro: 0517

Título
REDUCCION DE LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, TELLER JUSTE PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A fecha 31 de diciembre de 2017 existen para realizar 725 estudios de sueño poligráficos, lo que hace que la demora para realizar los estudios considerados normales sea de alrededor de 3 años y estudios preferentes de 1 año. La demora para estudios denominados “plus” es de 1 a 3 meses.

Creemos que es necesario aumentar el número de estudios domiciliarios, pero esto requiere de más tiempo para corregirlos y para dar el resultado da los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir a la mitad la lista de espera de poligrafías nocturnas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0517

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA REALIZACION DE POLIGRAFIA DE SUEÑO

Reducir el tiempo de espera para realización de poligrafía nocturna a un año para los estudios normales y a 5 meses para los preferentes.

MÉTODO
La presencia de consultas de tarde para completar jornada con módulos predeterminados (MAC) permitirá ver pacientes de patología de sueño por la tarde y destinar más tiempo de la jornada laboral normal a informar las poligrafías y dar resultados a pacientes.

Realizar 3 poligrafías por día de forma ambulatoria de lunes a viernes y 2 poligrafías al día de forma hospitalaria de lunes a jueves.

INDICADORES
INDICADOR 1: < 500 poligrafías en lista de espera.

INDICADOR 2: Tiempo de espera para estudios normales menor de 1 año y preferentes menor de 6 meses.

ESTANDAR: 95% de las peticiones de poligrafía realizadas en los tiempo establecidos.

DURACIÓN
Inicio primer trimestre 2018.

Al mes se solucionarán unas 92 poligrafías, recortando a final de año a la mitad la lista de espera.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0518

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN COSTAN GALICIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El planteamiento propuesto inicialmente para la consecución del objetivo, incluía la realización de consultas ambulatorias de patología del sueño por la tarde mediante la creación de un módulo MAC para el Dr, Herrero y el Dr. Costán, que finalmente no se materializó por problemas administrativos.
Se aumentó el número de pacientes portadores de CPAP revisados en la Consulta de Trastornos Respiratorios de Sueño (NMLTRS).
En el momento actual no hay datos definitivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Muy avanzado pero sin resultados o con resultados parciales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de datos finales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/518 ========== ***

Nº de registro: 0518

Título
REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, TELLER JUSTE PABLO, PEREZ TRULLEN ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existen en buzón de consulta de Trastornos Respiratorios del Sueño (TRS), a fecha 31 de diciembre de 2017; 1107 pacientes pendientes de revisar en un periodo menor a un año de carácter normal. Son pacientes bien adaptados al dispositivo CPAP y sin pruebas añadidas a las revisiones.

En el caso de poder contar con tres neumólogos para jornadas de tarde (MAC); se podrían revisar alrededor de 40 pacientes semanales, unos 1200 al año, con lo que se conseguiría mantener las prescripciones de CPAP al día y disponer de más tiempo en las consultas de jornada laboral de mañana para manejo de pacientes complejos y de resultados de pruebas solicitadas desde la consulta de TRS.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener las revisiones segumimiento de pacientes con prescripción de CPAP al día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0518

1. TÍTULO

REDUCCION LISTA DE ESPERA PARA CONTROL DE CPAP Y PRESCRIPCION ADECUADA A FORMA Y TIEMPO

Mejorar la atención a pacientes con terapias respiratorias domiciliarias con problemas más complejos.

MÉTODO
Consultas de tarde para revisión de pacientes en tratamiento con CPAP.
Consulta MAC tardes Dr. Teller. Ya existente.
Consulta MAC tarde Dr. Costán. Nueva creación.
Consulta MAC tarde Dr Herrero. Nueva craeción.

Citación de pacientes en tratamiento con CPAP para revisión. Unos 39 pacientes semanales.

INDICADORES
INDICADOR: Pacientes portadores de CPAP revisados en los tiempos establecidos.

ESTANDAR: 90 % de pacientes se les revisa en el periodo de tiempo de un año como mínimo.

DURACIÓN
Creación de consultas Dr, Herrero y Dr. Costán en primer trimestre de 2018.
Organización de agenda de citas.

Evaluación finales 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0520

1. TÍTULO

REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA HERNANDEZ BONAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ BONAGA MARIA
HERRERO JARQUE JOSE PABLO
ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS
GRACIA AGUELO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha completado el contenido del díptico para pacientes en tratamiento con Oxígeno domiciliario y parcialmente el diseño gráfico del mismo.

Se encuentran en proceso los dípticos para pacientes en tratamiento con CPAP y VMNI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos no alcanzados. Se hab comenzado a realizar algunas actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos planteamos completar el proyecto durante el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/520 ========== ***

Nº de registro: 0520

Título
REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

Autores:
COSTAN GALICIA JOAQUIN, HERNANDEZ BONAGA MARIA, HERRERO JARQUE JOSE PABLO, ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS, GRACIA AGUELO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según datos facilitados por la empresa gasística ETH, a lo largo de 2017 se iniciaron en nuestro Sector 790 terapias de oxígeno, 420 de nebulizadores de bajo flujo, 335 CPAP, 45 autoCPAP y 90 BiPAP.

Tan sólo en el caso de CPAP, a los pacientes se les entrega información escrita describiendo el equipo. En el resto de terapias no se entrega ninguna información a los pacientes por parte del médico prescriptor, tan sólo, como es el caso del oxígeno o BiPAP o Nebulizadores, el volante de prescripción con el teléfono de contacto de la empresa proveedora, es luego la empresa la que entrega información a los pacientes.

Desde el Servicio de Neumología creemos necesario crear un documentos sencillo para cada una de las terapias en donde conste información sobre los equipos, beneficios esperados con el uso, posibles complicaciones con sus soluciones y preguntas más frecuentes que acarrean las TRD.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0520

1. TÍTULO

REALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS SOBRE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS (TRD)

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la información de los pacientes en tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias.

Aportar información sencilla y comprensible sobre:
-Uso correcto de los dispositivos.
-Características básicas de los equipos de TRD.
-Objetivo del tratamiento y beneficios que se esperan del mismo.
-Posibles riesgos y problemas realcionados y su solución.
-Preguntas frecuentes.

MÉTODO
Crear una hoja informativa (Díptico) para los pacientes de las siguentes terapias domiciliarias:

- Oxigenoterapia domiciliaria
- CPAP
- Aerosolterapia-Nebulizadores
- Soporte Ventilatorio No Invasivo (VMNI)

Entregar la correspondiente información a los pacientes a los que se prescriba alguna de estas terapias domicilarias.

INDICADORES
INDICADOR: Díptico creado para las TRD más demandas:
- Oxígenoterapia domiciliaria.
- CPAP
- Nebulizadores
- Soporte Ventialtorio No Invasivo.

ESTANDAR: 85 % de los pacientes que inician una TRD reciben el soporte de información específico para la misma.

DURACIÓN
Reunión de equipo y asignación de tareas en primer trimestre 2018.

Diseño de los documentos durante segundo trimestre.

Validadción de los documentos, autorización e impresión en tercer trimestre.

Inicio de entrega efectiva en cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0338

1. TÍTULO

EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA

Fecha de entrada: 10/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR ALONSO ESTEBAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMACHA TOMEY BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes se captan a través de la consulta de E.C. del HCU, ofreciéndoles la posibilidad de acudir con algún familiar.
Cada grupo de celíacos-familiares acude a dos sesiones.
La primera sesión tiene una duración de 3:15 horas, realizándose una explicación general sobre lo que es la E.C. por parte de la doctora y a continuación la enfermera explica en qué consiste la dieta exenta de gluten.
La segunda sesión, llevada a cabo por la enfermera, tiene una duración de 2 horas,de contenido práctico.
Todos los asistentes cumplimentan un test de valoración de conocimientos al inicio y fin de los talleres y una encuesta de grado de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado 8 talleres, formándose 4 grupos de pacientes.

El nº de celíacos asistentes ha sido 32 y el de familiares 22.

El test de valoración de conocimientos previos muestra un 29 % de fallos sobre el total de las preguntas, reduciéndose estos tras la formación a un 3 %.

La encuesta de grado de satisfacción (valoración de 1 a 10) muestra:

Pregunta 1: Recomendación del taller a otras personas/familiares con EC.:
El 82 % de pacientes, valoran 10; el 7 % 9; el 11 % 8.

Pregunta 2: Los conocimientos que ha adquirido le parece que le van a ser útiles a la hora de afrontar su vida diaria.
El 80 % de los pacientes, valoran 10; el 5 % 9;el 15 % 8.

Pregunta 3: Valoración global del taller
El 85 % de los pacientes, valoran 10 ;el10 % 9 y el 5 % 8.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lecciones aprendidas:
Se ha detectado la necesidad de incidir en la lectura y comprensión del etiquetado.
La dinámica del taller mejora si los pacientes pertenecen al mismo grupo de edad.
La educación fomenta la adherencia terapéutica, que podría valorarse mediante el uso de una escala de adherencia pre y post talleres.

Conclusiones:
La valoración de los asistentes ha sido positiva
Los pacientes han mejorado los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo de su enfermedad, potenciando su motivación y recursos.
En el abordaje de la EC, las instituciones sanitarias no deberían limitar sus objetivos al diagnóstico, sino también considerar una atención asistencial íntegra que proporcione a los afectados los recursos y herramientas necesarios para el autocontrol de la enfermedad.

7. OBSERVACIONES.
Nuestra intención es volver a presentar este proyecto de mejora, en la próxima convocatoria de programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en salud 2017, para poder continuar con la actividad.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/338 ========== ***

Nº de registro: 0338

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0338

1. TÍTULO

EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA

Título
EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA

Autores:
ALONSO ESTEBAN MARIA DEL MAR, REMACHA TOMEY BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad celíaca (EC) es la enfermedad crónica intestinal más frecuente en España, estimándose una prevalencia del 1%.
El único tratamiento para controlarla, se basa en la instauración y cumplimiento exhaustivo (estricto y de por vida) de una dieta exenta de gluten (DEG).
En la actualidad, los pacientes recién diagnosticados no cuentan con ningún tipo de educación terapéutica especializada. La implementación de un proceso educativo favorecería en gran medida la adhesión a la dieta terapéutica,

RESULTADOS ESPERADOS
- Adquisición por parte de los pacientes de los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo de la enfermedad celiaca.
- Potenciar la motivación, capacidad y recursos necesarios para una adecuada adherencia al tratamiento dietético.
- Garantizar el seguimiento de los pacientes celiacos del Sector Zaragoza III

MÉTODO
1.- Captación de la población a través de la consulta de EC del HCU “Lozano Blesa” de Zaragoza.
2.- Organización de la educación terapéutica:
2.1- Destinatarios: Dirigido a pacientes celíacos adultos recién diagnosticados
2.2- Inscripción: Se realizará en la consulta de EC del HCU.
2.3- Programación de la educación terapéutica:
2.3.1. Contenido:
Enfermedad Celíaca (etiopatogenia, cronicidad).
Consecuencias de la falta de adherencia a la dieta.
Cómo realizar una dieta equilibrada exenta de gluten.
Adquisición de competencias de autocontrol y de autoadaptación al nuevo estatus.
2.3.2. Sesiones:
Educación grupal con dos talleres teórico-prácticos por paciente, con una duración total de la misma de 5 horas
Realización consulta individualizada en los pacientes con una inadecuada evolución
3.- Evaluación de la formación: indicadores
4.- Seguimiento del paciente

INDICADORES
- Grado de conocimientos de los pacientes/familiares celiacos (antes/después de educación terapéutica).
- Grado de satisfacción de los pacientes/familiares.
- Número de talleres realizados de educación terapéutica
- Número de pacientes que han realizado los talleres de educación terapéutica
- % Pacientes/familiares que han mejorado la adherencia al tratamiento.
- Control analítico de cada paciente: marcadores serológicos de enfermedad celiaca.

DURACIÓN
Octubre 2016: inicio de los talleres
Junio 2017: finalización de los talleres

OBSERVACIONES
Este proyecto de mejora es una continuación del realizado en la convocatoria del 2015.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0338

1. TÍTULO

EDUCACION TERAPEUTICA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CELIACA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... DIEGO RODRIGUEZ MENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTES PEÑA VIZMARY
DEUS FOMBELLIDA JAVIER
MILLERA ESCARTIN ALFONSO
GONZALEZ ENGUITA RAFAEL
GARCIA SAEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A todos los pacientes candidatos a la cirugía de la glándula tiroides, se les realizó una valoración preoperatoria en el laboratorio de Neurofisiología Clínica (Electromiografía (EMG) de músculos fonatorios). Durante la intervención quirúrgica se implementó la modalidad de Monitorización Intraoperatoria de los nervios laríngeos para preservar las estructuras nerviosas durante la cirugía. Al mes de la cirugía, se realizó un nuevo EMG de los musculos fonatorios.

Para todo esto se elaboró un consentimiento informado, que fué entregado a cada paciente, para el conocimiento de la técnica asi como la finalidad de la misma.

El inicio de la puesta en marcha del protocolo fue en el mes de Octubre de 2016.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el mes de Noviembre se han llevado a cabo 36 intervenciones de la gládula tiroides. Todos estos bajo el protocolo de actuación eleaborado y aprobado por el equipo de trabajo.

El 100% de los pacientes en estudio, fueron valorados pre, intra y postquirúrgico por el equipo de Neurofisiología Clínica, correlacionándose los hallazgos entre los tiempos de evaluación.

De los 36 pacientes, solo 5 pacientes (debido al grado de invasión tumoral), durante la resección tumoral, tuvieron lesión neurológica reversible, la cual se correlacionó con los hallazgos en el laboratorio al mes de la intervención. Todos estos pacientes tuvieron una rehabilitación fonatorio a posterior que ha permitido la recuperación funcional de la lesión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implementación de esta nueva técnica de monitorización ha permitido, disminuir el número de traqueotomías postquirúrgicas, debido a la manipulación de la glándula tiroides y sus estructuras nerviosas comprometidas.

Han disminuido el número de pacientes con lesión neurológica irreversible, con lo cual se aporta una mejora de la calidad del procedimineto quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/449 ========== ***

Nº de registro: 0449

Título
VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Autores:
RODRIGUEZ MENA DIEGO, MONTES PEÑA VIZMARY, GUZMAN CARRERAS BEIRA, DEUS FOMBELLIDA JAVIER, MILLERA ESCARTIN ALFONSO, GONZALEZ ENGUITA RAFAEL, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringeo recurrente. La lesión del mismo implica trastornos serios de la fonación que pueden variar desde una disfonía hasta la pérdida completa de la voz. En otros casos más graves, podría comportar la realización de una traqueotomía con las consecuencias inherentes a la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir de forma significativa las lesiones del nervio recurrente.

MÉTODO
Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laringeo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados: todos los miembros del equipo.
Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes ser sometidos a una intervención quirúrgica de la glándula tiroides: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .
Evaluación de las lesiones del nervio recurrente: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .

INDICADORES
1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo y aprobado.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas
3. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con lesión nervio laríngeo recurrente postquirúrgica

DURACIÓN
Octubre -Diciembre 2016: elaboración protocolo consensuado entre los profesionales participantes.
Enero -Octubre 2017: evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas en cirugía programada de tiroides.
Enero - Octubre 2017: análisis de resultados de los indicadores y feed-back al equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DIEGO RODRIGUEZ MENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUZMAN CARRERAS BEIRA
DEUS FOMBELLIDA JAVIER
MILLERA ESCARTIN ALFONSO
GONZALEZ ENGUITA RAFAEL
GARCIA SAEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laringo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base. Se realizaron a todos los pacientes candidatos, unas evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringo recurrente. Hemos disminuido de forma significativa la lesión porcentual de lesiones del nervio recurrente, evitando las traquetomías posteriores, y largas estancias hospitalarias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringo recurrente. Con la puesta en marcha de este protocolo, hemos obtenido mejores resutlas de los despertares de pacientes sometidos a esta cirugía, con una disminución de las complicaciones (disfonía) de manera significatica, así como hemos incrementado una mayor confianza en el desarrollo de este tipo de cirugías.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/449 ========== ***

Nº de registro: 0449

Título
VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Autores:
RODRIGUEZ MENA DIEGO, MONTES PEÑA VIZMARY, GUZMAN CARRERAS BEIRA, DEUS FOMBELLIDA JAVIER, MILLERA ESCARTIN ALFONSO, GONZALEZ ENGUITA RAFAEL, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringeo recurrente. La lesión del mismo implica trastornos serios de la fonación que pueden variar desde una disfonía hasta la pérdida completa de la voz. En otros casos más graves, podría comportar la realización de una traqueotomía con las consecuencias inherentes a la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir de forma significativa las lesiones del nervio recurrente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

MÉTODO
Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laringeo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados: todos los miembros del equipo.
Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes ser sometidos a una intervención quirúrgica de la glándula tiroides: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .
Evaluación de las lesiones del nervio recurrente: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .

INDICADORES
1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo y aprobado.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas
3. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con lesión nervio laríngeo recurrente postquirúrgica

DURACIÓN
Octubre -Diciembre 2016: elaboración protocolo consensuado entre los profesionales participantes.
Enero -Octubre 2017: evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas en cirugía programada de tiroides.
Enero - Octubre 2017: análisis de resultados de los indicadores y feed-back al equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DELTIROIDES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DIEGO RODRIGUEZ MENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUZMAN CARRERAS BEIRA
DEUS FOMBELLIDA JAVIER
MILLERA ESCARTIN ALFONSO
GONZALEZ ENGUITA RAFAEL
GARCIA SAEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laringo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base. Se realizaron a todos los pacientes candidatos, unas evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringo recurrente. Hemos disminuido de forma significativa la lesión porcentual de lesiones del nervio recurrente, evitando las traquetomías posteriores, y largas estancias hospitalarias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringo recurrente. Con la puesta en marcha de este protocolo, hemos obtenido mejores resutlas de los despertares de pacientes sometidos a esta cirugía, con una disminución de las complicaciones (disfonía) de manera significatica, así como hemos incrementado una mayor confianza en el desarrollo de este tipo de cirugías.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/449 ========== ***

Nº de registro: 0449

Título
VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DEL TIROIDES

Autores:
RODRIGUEZ MENA DIEGO, MONTES PEÑA VIZMARY, GUZMAN CARRERAS BEIRA, DEUS FOMBELLIDA JAVIER, MILLERA ESCARTIN ALFONSO, GONZALEZ ENGUITA RAFAEL, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Con la cirugía de la glándula tiroides encontramos un riesgo del 2-3% de lesión del nervio laringeo recurrente. La lesión del mismo implica trastornos serios de la fonación que pueden variar desde una disfonía hasta la pérdida completa de la voz. En otros casos más graves, podría comportar la realización de una traqueotomía con las consecuencias inherentes a la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir de forma significativa las lesiones del nervio recurrente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0449

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DELTIROIDES

MÉTODO
Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica del nervio laringeo recurrente en todas las intervenciones de la glándula tiroides, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados: todos los miembros del equipo.
Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes ser sometidos a una intervención quirúrgica de la glándula tiroides: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .
Evaluación de las lesiones del nervio recurrente: Diego Rodríguez, Vizmary Montes, Beira Guzman .

INDICADORES
1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo y aprobado.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas
3. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención quirúrgica de la glándula tiroides con lesión nervio laríngeo recurrente postquirúrgica

DURACIÓN
Octubre -Diciembre 2016: elaboración protocolo consensuado entre los profesionales participantes.
Enero -Octubre 2017: evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas en cirugía programada de tiroides.
Enero - Octubre 2017: análisis de resultados de los indicadores y feed-back al equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0450

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... VIZMARY MONTES PEÑA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ MENA DIEGO
CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO
COMUÑAS GONZALEZ FERNANDO
BENITO NAVERAC HELENA
GARCIA RUIZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A todos los pacientes candidatos a MONITORIZACIÓN NEUROQUIRÚRGICA, se les realizó una valoración preoperatoria en el laboratorio de Neurofisiología Clínica (Potenciales evocados somatosensoriales (PESS, potenciales evocados visuales (PEV), segun el caso). Durante la intervención quirúrgica se realizaron diferentes técnicas segun el protocolo de la cirugía. Al mes de la cirugía, se realizó un nuevo control de PES y/o PEV.

Para todo esto se elaboró un consentimiento informado, que fue entregado a cada paciente, para el conocimiento de la técnica así como la finalidad de la misma.

El inicio de la puesta en marcha del protocolo fue en el mes de Noviembre de 2016.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el mes de Noviembre se han llevado a cabo 69 intervenciones de neurocirugía (cráneo y columna vertebral). Todos estos bajo el protocolo de actuación elaborado y aprobado por el equipo de trabajo.

El 100% de los pacientes en estudio, fueron valorados pre, intra y postquirúrgico por el equipo de Neurofisiología Clínica, correlacionándose los hallazgos entre los tiempos de evaluación.

De toda la población de estudio, solo 7 pacientes (debido al grado de invasión tumoral- Tu. cerebrales)), durante la resección, tuvieron lesión neurológica reversible, la cual se correlacionó con los hallazgos en el laboratorio al mes de la intervención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implementación de esta nueva técnica de monitorización ha permitido, disminuir el número de secuelas postoperatorias de los distintas estructuras nerviosas, implicadas durante el acto quirúrgico, así como ha otorgado una mayor seguridad al cirujano durante el acto quirúrgico.

Se recomienda continuar con la IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA (MIO), ya que aporta un mayor calidad asistencial de las cirugías de cráneo y columna vertebral.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/450 ========== ***

Nº de registro: 0450

Título
VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

Autores:
MONTES PEÑA VIZMARY, RODRIGUEZ MENA DIEGO, GUZMAN CARRERAS BEIRA, CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO, COMUÑAS GONZALEZ FERNANDO, OLAGORTA GARCIA SILVIA, BENITO NAVERAC HELENA, MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0450

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Con la cirugía de cráneo y columna vertebral existe el riesgo de lesionar diferentes estructuras nerviosas cerebrales así como de la médula espinal. Estas lesiones pueden desencadenar trastornos serios de la función motriz del paciente, que pueden variar desde una parestesia hasta la pérdida completa de la movilidad. La monitorización neurofisiológica durante la intervención quirúrgica minimiza el riesgo, siendo una práctica llevada a cabo en numerosos centros.

RESULTADOS ESPERADOS
Prevenir de forma significativa las lesiones que puedan derivar de la manipulación durante el acto quirúrgico de las diferentes estructuras nerviosas.

MÉTODO
Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados. Responsable: Diego Rodríguez.
Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes a ser sometidos a una intervención quirúrgica de Neurocirugía. Responsable: Vizmary Montes.
Evaluación de las lesiones postquirúrgicas: Juan Bosco Calatayud.

INDICADORES
1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo, aprobado e implantado.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención neuroquirúrgica con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas.
3. Porcentaje de pacientes con lesiones motoras postquirúrgicos.

DURACIÓN
Octubre- Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral
Enero-Octubre 2017: Implantación del Protocolo, evaluación resultados y feed back al equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0450

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEIRA GUZMAN CARRERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ MENA DIEGO
PAÑAR NOVELLA MARIA DEL CARMEN
CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO
BENITO NAVERAC HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral, independientemente de su patología de base.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizaron evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes a ser sometidos a una intervención quirúrgica de Neurocirugía (cráneo o columna vertebral)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la cirugía de cráneo y columna vertebral encontramos un riesgo de diferentes estructuras nerviosas cerebrales así como de la médula espinal. Estas implican trastornos serios de la función motriz del paciente, que pueden variar desde una parestesia hasta la pérdida completa de la movilidad. En otros casos más graves, podría comprometer el bienestar del paciente, siendo un gran problema de salud pública. Con este proyecto hemos podido conseguir aumentar la seguridad clínica y quirúrgica de la intervención, asegurando una reducción de las lesiones postoperatorias y aumentando la seguridad de los pacientes que ingresan al quirofano.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/450 ========== ***

Nº de registro: 0450

Título
VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

Autores:
MONTES PEÑA VIZMARY, RODRIGUEZ MENA DIEGO, GUZMAN CARRERAS BEIRA, CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO, COMUÑAS GONZALEZ FERNANDO, OLAGORTA GARCIA SILVIA, BENITO NAVERAC HELENA, MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con la cirugía de cráneo y columna vertebral existe el riesgo de lesionar diferentes estructuras nerviosas cerebrales así como de la médula espinal. Estas lesiones pueden desencadenar trastornos serios de la función motriz del paciente, que pueden variar desde una parestesia hasta la pérdida completa de la movilidad. La monitorización neurofisiológica durante la intervención quirúrgica minimiza el riesgo, siendo una práctica llevada a cabo en numerosos centros.

RESULTADOS ESPERADOS
Prevenir de forma significativa las lesiones que puedan derivar de la manipulación durante el acto quirúrgico de las diferentes estructuras nerviosas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0450

1. TÍTULO

VALORACION DE LA PREVENCION DEL RIESGO QUIRURGICO EN LA CIRUGIA DE CRANEO Y COLUMNA VERTEBRAL

MÉTODO
Elaboración de un protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral, independientemente de su patología de base, participando en su elaboración representantes de todos los profesionales implicados. Responsable: Diego Rodríguez.
Evaluaciones pre, intra y post quirúrgicas neurofisiológicas de todos los pacientes a ser sometidos a una intervención quirúrgica de Neurocirugía. Responsable: Vizmary Montes.
Evaluación de las lesiones postquirúrgicas: Juan Bosco Calatayud.

INDICADORES
1. Protocolo elaborado por equipo de trabajo, aprobado e implantado.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a intervención neuroquirúrgica con evaluaciones neurofisiológicas pre, intra y post quirúrgicas.
3. Porcentaje de pacientes con lesiones motoras postquirúrgicos.

DURACIÓN
Octubre- Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de trabajo de Monitorización intraoperatoria neurofisiológica de la cirugía de cráneo y de columna vertebral
Enero-Octubre 2017: Implantación del Protocolo, evaluación resultados y feed back al equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0244

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ VALIENTE SARA
GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO
NAVARRO PEREZ MARIA PILAR
SIERRA MONZON JOSE LUIS
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO
JOSA FORNIES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se realizaron encuestas dirigidas para averiguar el manejo de la fiebre, infección y los antibióticos entre el personal sanitario de la planta, para conocer las necesidades y los puntos débiles en la práctica clínica
-Se analizaron y se presentaron al personal dichos resultados
-Se elaboró un check-list específico de manejo de fiebre, infección y antibióticos para el paciente con ictus agudo
-Se empieza a aplicar y utilizar dicho check-list en los pacientes con ictus agudo que presentan fiebre e infección durante su ingreso y se empiezan a recoger las variables en una base de datos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido unificar el manejo de la fiebre en los pacientes con ictus agudo, concienciar de la importancia del correcto tratamiento de las infecciones en el pronóstico de dichos pacientes
Se ha reducido la duración de la terapia antibiótica, al replantear cada 3 y 5 días (con el check.list) la necesidad de continuar o no con la terapia
Se ha protocolizado la solicitud de pruebas complementarias así como la elección de las terapias antibióticas más indicadas en estos casos
El check list no toma las decisiones por el médico pero dirige su actuación y le obliga a plantearse cuestiones importantes a lo largo de la estancia del paciente en la fase aguda del ictus

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de todas estas actuaciones es muy positiva, debiendo generalizarse a todos los pacientes con ictus agudo que ingresan en Neurologia
Seguir recogiendo los datos de la práctica clínica
Elaborar un protocolo escrito para oficializar todas las actuaciones y recomendaciones en el manejo de estos pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/244 ========== ***

Nº de registro: 0244

Título
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO

Autores:
PEREZ LAZARO CRISTINA, TEJERO JUSTE CARLOS, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL, JOSA FORNIES CARMEN, GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO, SIERRA MONZON JOSE LUIS, HERNANDEZ GARCIA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0244

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO

PROBLEMA
El objetivo del manejo del ictus en fase aguda es conseguir que el paciente sobreviva con la menor discapacidad posible. Uno de los factores que influyen negativamente en la evolución y pronóstico son las infecciones en la fase aguda. Existen protocolos de manejo de los pacientes con fiebre y sospecha de infección, pero se requiere adaptarlos a los pacientes con ictus y sus peculiaridades, para conseguir un uso más racional de los antibióticos y recursos diagnósticos disponibles

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la selección de fármacos, conseguir mejor y más eficaz control de las infecciones para evitar fiebre mantenida en la fase aguda, y reducir el gasto hospitalario, tanto en reducción de estancia como en gasto farmaceútico

MÉTODO
Se ha diseñado un ciclo de mejora de la calidad que

- Establecer un Grupo de Trabajo multidisciplinar que incluya médicos especialistas (Neurología, Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva) y enfermería

- Analizar y priorizar los problemas y barreras para la mejora

- Protocolización del manejo diagnóstico y terapéutico de la fiebre/sepsis en pacientes con ictus agudo y fiebre

- Implementación del protocolo de manejo diagnóstico y terapéutico, incluyendo formación y feed-back periódico al Servicio de Neurología

- Evaluación del impacto de la actividad y replanteamiento

INDICADORES
- Número de días de tratamiento antibiótico/100 estancias en unidad de ictus

- Número de días de tratamiento antibiótico/100 ingresos en unidad de ictus

- Número de DDD (dosis diarias definidas) de tratamiento antibiótico/100 en unidad

- Número de días de tratamiento antibiótico/100 ingresos en unidad de ictus

- Número de días con Tª =38ºC/100 estancias en unidad de ictus

- Número de días con Tª =38ºC/100 ingresos en unidad de ictus

- Estancia media y mediana de duración de estancia en unidad de ictus

- Mortalidad en pacientes ingresados en la unidad de ictus

- Número de infecciones o colonizaciones por microorganismos multirresistentes/100 ingresos

- Número de pacientes con infección por C. difficile/100 ingresos

DURACIÓN
INICIO: Último trimestre de 2016

- Constitución del grupo de trabajo: Octubre de 2016

- Evaluación y priorización de problemas y barreras: Noviembre-Diciembre de 2016

- Protocolización del manejo diagnóstico y terapéutico de infecciones en pacientes con ictus agudo: Enero de 2017

- Implementación del protocolo de manejo diagnóstico y terapéutico en pacientes con ictus agudo: Febrero-Octubre de 2017

- Evaluación del impacto: Octubre-Diciembre 2017

FIN: Último trimestre de 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0244

1. TÍTULO

MANEJO DE LA INFECCION EN EL ICTUS AGUDO

Valoración de otros apartados

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0350

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA ISABEL SANCHEZ VALIENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLOSTA DIAGO ELENA
NAVARRO PEREZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha diseñado una base de datos con todos los pacientes atendidos en la consulta de Trastornos del Movimiento del HCU Lozano Blesa. La Base se diseño en Enero 2018 y se fue implementando durante todo el año 2018, de manera que los pacientes se iban incorporando a la misma según iban siendo atendidos en la consulta. A fecha diciembre de 2018 se ha registrado el 100% de pacientes de la consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los dos indicadores elegidos fueron: 1/ Elaboración de la base de datos de los pacientes de la consulta de trastornos del Movimiento: SI
2/ Porcentaje de pacientes incluidos en la misma: 100%
La base de datos se encuentra custodiada por el equipo así como su implementación y registro. El grupo de mejora de la Calidad del Servicio de neurología constató a final de 2018 la elaboración de la base y el porcentaje de pacientes incluidos.
Se registraron 359 pacientes, de los cuales 263 (73,2%) son pacientes diagnosticados de Enfermedad de Parkinson.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El conocimiento del numero de pacientes atendidos, así como los principales diagnósticos de los mismos, nos ha aportado una idea de la complejidad de la consulta, de cara a planificar la gestión de misma y las necesidades presentes y futuras.
Durante el año 2019 seguiremos incluyendo los pacientes nuevos y excluyendo los que sean dados de alta, para valorar el crecimiento anual de la consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/350 ========== ***

Nº de registro: 0350

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Autores:
SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL, BELLOSTA DIAGO ELENA, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En septiembre de 2017, tras la jubilación del anterior responsable, me hice cargo de la consulta de Trastornos del Movimiento del HCU Lozano Blesa.

En ese momento, desconocía tanto el volumen real de pacientes en seguimiento, como las características de los mismos, diagnósticos, etc, lo cual, como es lógico, dificulta sobremanera la correcta gestión de la consulta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0350

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES DE LA CONSULTA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

Por otra parte, hasta septiembre de 2017, las citas de los pacientes no estaban centralizadas en el Servicio de citaciones del HCU Lozano Blesa, sino que se gestionaban directamente por el anterior responsable, de forma que al jubilarse éste, desconocíamos con exactitud el número real de pacientes pendientes de cita, etc.

Al tratarse de una consulta en la que se atienden pacientes con patologías crónicas y evolutivas que requieren un seguimiento especializado de por vida, el volumen de pacientes atendidos es no solo muy elevado, sino también creciente. De hecho, muchos de estos pacientes se encuentran en seguimiento desde hace más de 20 años.
La correcta gestión de una consulta médica, requiere como criterio preliminar, el conocimiento del volumen de pacientes atendidos y características de los mismos.
Una vez conocido este parámetro, podremos no solo evaluar mejor la situación actual con el consiguiente interés epidemiológico y asistencial, sino también inferir el ritmo de crecimiento del número de pacientes, para poder predecir necesidades futuras
Bibliografía: Guía clínica de gestión de consultas externas en Atención Especializada (INGESA)

RESULTADOS ESPERADOS
1. Elaboración de una base de datos de los pacientes atendidos en la consulta de Trastornos del Movimiento garantizando la confidencialidad de la misma
2. Implementación de la misma con el 100% de los pacientes atendidos registrados

MÉTODO
Elaborar e implementar una base de datos de los pacientes atendidos en la consulta de trastornos del movimiento, por parte de los miembros del equipo de mejora de la misma, que serán responsables de su custodia y manipulación para garantizar la confidencialidad.
Los datos obtenidos de la misma se tratarán de forma agrupada.

INDICADORES
Indicadores
1. Elaboración de la base de datos delos pacientes de la consulta de Trastornos del Movimiento: SI/NO
2. Implementación de la base: Porcentaje de pacientes incluidos en la misma
Evaluación:
A final de 2018, desde el grupo de mejora de la Calidad del Servicio de Neurología se constatará la elaboración de la base de datos y el porcentaje de pacientes incluidos

DURACIÓN
Desde 1/1/2018 hasta 31 de diciembre de 2018

.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0367

1. TÍTULO

CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS TEJERO JUSTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ LAZARO CRISTINA
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se organizó la modificación del calendario de consulta para crear los huecos pertinentes
Se notificó a Citaciones el cambio de organización para modificación de agenda
Se definieron los criterios de acceso a la consulta específica
Se realizó difusión entre los neurólogos del servicio, urgencias, y servicios potencialmente derivadores (Oftalmología, Medicina Interna, Radiología Intervencionista, Angiología y Cirugía Vascular, Neurocirugía, Cardiología, Nefrología, Endocrinología).
Criterios de derivación establecidos y consensuados
Se definió el Intervalo entre la realización de los diferentes estudios neurosonológicos en dependencia del perfil clínico / neurosonológico
En todos los pacientes se procedió a un informe estandarizado en HPDoctor que se entregó al paciente a la finalización de la consulta.
Información al paciente del cambio en la organización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Número de pacientes incluidos en el programa
Durante el año 2018 se ha atendido a un total de 695 consultas, con un total de 626 pacientes nuevos, de los que a 69 se les realizó una segunda valoración durante ese mismo año
• Número de consultas evitadas
Se estimó que se habían reducido 833 consultas (evitando una segunda consulta clínica en todos los pacientes nuevos y pasando de 3 a 1 en las revisiones.
• Pacientes satisfechos con la medida
Se ofreció a cada paciente la posibilidad de mantener el tipo de organización de consultas previo. Todos lo rechazaron, aceptando el cambio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo está satisfecho con la consecución de objetivos.
Estamos trabajando para adecuar la oferta de consulta a la demanda, de manera que no se creen demorar excesivas.
Ha sido necesario aumentar el número de pacientes atendidos por día.
El tipo de consulta ofrece la posibilidad de participar en proyectos de valoración y seguimiento de riesgo vascular multidisciplinar y se está trabajando en ese sentido con otras especialidades

7. OBSERVACIONES.
no

*** ========== Resumen del proyecto 2018/367 ========== ***

Nº de registro: 0367

Título
CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA

Autores:
TEJERO JUSTE CARLOS, PEREZ LAZARO CRISTINA, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: ICTUS
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0367

1. TÍTULO

CONSULTA DE PATOLOGIA CAROTIDEA CRONICA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El seguimiento de los pacientes con patología carotidea crónica se realiza tanto en consultas de Neurología general ubicadas en el centro de especialidades de Inocencio Jiménez como en las consultas de Neurovascular del HCU. Al paciente se le solicita el estudio neurosonológico desde la consulta, se le cita en neuronsonología y posteriormente otra vez en la consulta para recibir el resultado.

RESULTADOS ESPERADOS
Cita directa de los pacientes con patología carotidea crónica, evitando la cita del paciente en la consulta de Neurovascular o en la de Neurología general, para solicitar el estudio neurosonológico y su posterior nueva cita para recoger el resultado.
Se enmarca dentro de las acciones encaminadas a mejorar la atención al ictus. Además está incluida dentro de las líneas estratégicas del SALUD y de la atención a tiempo.

MÉTODO
-Organizar la cita de Neurosonología que ha pasado a depender del servicio de Citaciones. A pesar de ello el neurólogo responsable coordina la citación de los pacientes ingresados.
-Definir los criterios de acceso:
-Criterios de derivación
-Intervalo entra la realización de los diferentes estudios neurosonológicos

-Realización de informe estandarizado en HPDoctor de todos los pacientes que cumplen los criterios de acceso.
-Información al paciente del cambio en la organización.
-Posibilitar la realización de nuevas actividades (ingreso, necesidad de AngioTAC etc), en el caso que se considere adecuado

INDICADORES
Número de pacientes incluidos en el programa
Número de consultas evitadas
Pacientes satisfechos con la medida

DURACIÓN
Se inicia en 2018 y se mantendrá de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0368

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA.ESTRATEGIA IRASPROA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ LAZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAÑO PARDO JOSE RAMON
SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL
GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO
NAVARRO PEREZ MARIA PILAR
JOSA CARMEN
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO
SIERRA MONZON JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se sigue utilizando el Check list en la actividad en planta en los pacientes con ictus que presentan fiebre. Se incluyen los datos en una base de datos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado es la homogeneización del manejo del paciente con ictus y síndrome febril, ya que se siguen las pautas de diagnóstico y tratamiento indicados en el protocolo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es positiva, ya que el protocolo obliga a plantearse la mejor opción para el paciente, la limitación de exploraciones complementarias en pacientes que no lo requieran así como evitar el uso de antibióticos cuando no sean necesarios realmente

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos con la misma dinámica de manejo y atención a los pacientes con ictus y fiebre

*** ========== Resumen del proyecto 2018/368 ========== ***

Nº de registro: 0368

Título
VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA ESTRATEGIA IRASPROA

Autores:
PEREZ LAZARO CRISTINA, TEJERO JUSTE CARLOS, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, NAVARRO PEREZ MARIA PILAR, GARRIDO FERNANDEZ ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones en los pacientes hospitalizados unido al uso no adecuado de los antibióticos están generando problemas de salud en todos los hospitales, no solo por el aumento de las resistencias bacterianas sino también por el incremento en la morbi-mortalidad de los pacientes. Debido a estos motivos es fundamental mejorar la prevención, diagnostico y tratamiento de las infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia y optimizar el uso de antibióticos en los pacientes con Ictus.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0368

1. TÍTULO

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA.ESTRATEGIA IRASPROA

MÉTODO
-Puesta en marcha del grupo de trabajo
-Elaboración de un documento de actuación
-Puesta en marcha del documento de actuación en los pacientes con ictus
-Recogida de datos

INDICADORES
% de pacientes en los que se ha utilizado el documento de actuación.
% de pacientes en tratamiento antibiótico en los que se ha indicado el motivo de uso.

DURACIÓN
Año 2018 para la puesta en marcha en los pacientes ingresados en el área de ictus, con extensión del uso durante el año 2019 al resto de los pacientes ingresados en Neurología.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0373

1. TÍTULO

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA SANTOS LASAOSA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCES REDONDO MOISES
LOPEZ BRAVO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se diseñó un modelo de consentimiento informado (fecha de elaboración 20/4/2018) que ya figura en el Intranet del hospital y que firman en la consulta monográfica de cefaleas (NRLCEF) y en la consulta de toxina (NRLTOX) todos los pacientes antes de ser tratados con Onabot A por migraña o neuralgia del trigémino

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Firman el documento el 100% de los pacientes que reciben tratamiento con onabotulinumtoxinA en la consulta de cefalea y de toxina del Servicio de Neurología

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este documento implementa el modelo anterior de consentimiento informado que no contemplaba el tratamiento con onabotA en pacientes con neuralgia del trigémino refractaria. El equipo de mejora valora de forma positiva disponer de este documento en nuestra práctica clínica asistencial

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/373 ========== ***

Nº de registro: 0373

Título
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO

Autores:
SANTOS LASAOSA SONIA, GARCES REDONDO MOISES, LOPEZ BRAVO ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: derechos de los usuarios

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde 2011 se han publicado 5 ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo, en los que se ha administrado una dosis única de toxina botulínica (25-75 U) en pacientes con neuralgia del trigémino (NT) clásica y con un periodo de seguimiento de 8 semanas a 3 meses. El ensayo de mayores dimensiones ha sido el de Zhang et al, en el que se aleatorizaron 84 pacientes en 3 brazos para recibir placebo (28 pacientes), dosis de 25 U (27 pacientes) y dosis de 75 U (29 pacientes). A las 8 semanas la tasa de respondedores fue del 32, 70 y 86%, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos tratados en relación con la dosis. Las principales reacciones adversas, comunicadas también por otros autores, fueron la asimetría facial, la debilidad en la masticación y la ptosis palpebral, todas ellas de carácter leve y transitorio.

La recomendación en el documento de consenso publicado en NEUROLOGIA es utilizar onabotA en pacientes con NT clásica farmacorresistente, a una dosis de 25-75 U, a razón de 2,5-5 U por punto, separados 15 mm, en el área dolorosa El mapa de infiltración se puede ampliar a puntos gatillo de la cavidad oral. La dosis deberá

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0373

1. TÍTULO

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ONABOTULINUMTOXINA EN MIGRAÑA CRONICA Y NEURALGIA DEL TRIGEMINO

ajustarse en función de la superficie que se va a infiltrar, la aparición de efectos secundarios y la respuesta del paciente. Se debe valorar la posibilidad de infiltrar algunos puntos de la hemifacies contralateral para reducir la probabilidad de asimetría facial. Si bien no hay estudios concluyentes en cuanto a la periodicidad del tratamiento, parece razonable establecer un periodo mínimo de doce semanas entre ciclos.

En la Consulta monográfica de Cefaleas se valoran de forma habitual pacientes con NT clásica fármacorresistente y NT secundaria en contexto de pacientes con esclerosis múltiple secundaria progresiva que pueden beneficiarse de este tratamiento. Es por ello que consideramos indicado disponer en nuestra práctica clínica de un modelo de consentimiento informado conjunto para la infiltración de onabotulinumtoxinA tanto en migraña crónica como en NT.

RESULTADOS ESPERADOS
Diseño de un modelo conjunto de consentimiento informado conjunto para la infiltración de onabotulinumtoxinA tanto en migraña crónica como en NT.

MÉTODO
Crear el grupo de trabajo.
Elaborar un modelo de consentimiento informado en consonancia con la Ley de Derechos y Deberes de los usuarios del sistema de salud.
Obtener la aprobación de la Unidad de Calidad del centro.
Incluir en la historia clínica El modelo de consentimiento informado firmado por el paciente y el médico que va a realizar la técnica (tanto en migraña crónica como en NT).

INDICADORES
Número de pacientes sometidos a esta técnica en los que se constata la existencia del documento de consentimiento informado debidamente cumplimentado.

DURACIÓN
Se inicia en 2018 y e mantendrá de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE CARLOS ROCHE BUENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTOS LASAOSA SONIA
IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA
OCON BRETON JULIA
COSTAN GALICIA JOAQUIN
GARCIA ALVAREZ ELENA
RODRIGUEZ MENA DIEGO
GRACIA PELIGERO EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado e implantado un equipo multidisciplinar para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). El grupo está formado por miembros de los Servicios de Neurología, Neumología, Digestivo, Neurofisiología, Rehabilitación y Medicina Física, Psiquiatría, Endocrinología y Nutrición y Enfermería de Neurología.

Se ha tratado de la realización mediante una única visita hospitalaria periódica de la atención médica por las diferentes especialidades implicadas en el manejo directo de esta patología. Se han realizado pruebas diagnósticas o complementarias, tales como pruebas funcionales respiratorias, un estudio electrofisiológico en la primera visita o en aquellos casos que requieran una segunda prueba a lo largo del seguimiento por dudas en el diagnóstico, un estudio nutricional y cribado de desnutrición empleando el método MUST (Malnutrition Universal Screening Tool o herramienta de cribado de desnutrición) que incluye parámetros como el índice de masa corporal, la pérdida involuntaria de peso y la ingesta nutricional, un screening de disfagia mediante el método EAT-10 (Eating Assessment Tool, o herramienta de evaluación de la disfagia),la realización de un método de exploración clínica volumen-viscosidad para detectar alteraciones en la seguridad y eficacia de la deglución en aquellos pacientes con riesgo de disfagia, la colocación de una sonda de gastrostomía cuando los requerimientos nutricionales necesarios no han podido ser cubiertos a través de la vía oral, una valoración y plan integral de rehabilitación desde el diagnóstico, una evaluación del deterioro funcional bien a través de escalas genéricas o específicas y en concreto la escala ALSFRS-R en cada visita y finalmente una actuación desde la unidad de psicosomática para la atención de los aspectos psicológicos y emocionales de los pacientes afectos de ELA. Las revisiones han sido realizadas en función de las necesidades de cada paciente, con recomendaciones generales bi-, trimestrales

Se ha elaborado de forma conjunta un procedimiento de manejo multidisciplinar en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica que actualmente está en proceso de revisión por la Unidad de Calidad del Hospital.

Se ha elaborado una base de datos confidencial y acceso restringido para el registro de todos los pacientes incluidos en el programa de mejora que incluye las principales variables clínicas y epidemiológicas que se actualiza con los ingresos periódicos.

También se ha realizado como parte del proyecto de mejora, una encuesta en el Servicio de Neurología con respecto al conocimiento del Documento de Voluntades Anticipadas de los pacientes con ELA y la constatación en la base de datos de aquellos pacientes que lo hubiesen realizado.

Se ha mantenido una estrecha colaboración entre los Servicios anteriormente señalados para el aviso de los ingresos programados y de las actuaciones previsibles necesarias. Este proceso se ha dirigido desde el Neurólogo gestor del caso, quien programaba las visitas periódicas.

En todas las visitas se ha realizado un informe de alta por parte del Servicio de Neurología, con informes Anexos de los distintos Servicios participantes en la actuación médica, para facilitar la comunicación con Atención Primaria.

El programa se ha ajustado al calendario previsto, de tal forma que ya antes de junio de 2018 se había puesto en marcha el equipo multidisciplinar, se había elaborado en la segunda mitad del año 2018 el procedimiento de manejo, y la comunicación actual del proceso en el mes de febrero de este año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores:

- Número de pacientes incluidos en el proyecto. Se han incluido 14 pacientes en el proyecto. Dos pacientes no han formado parte del proyecto tras la consideración médica y del paciente con el apoyo de sus familiares dada su actual situación sociosanitaria. Índice 88%.
- Informe de alta e información sobre el paciente para Atención Primaria en cada caso nuevo. Índice 100%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

- Porcentaje de ingresos, fuera de los programados. Índice 7%.

Estos indicadores no tienen estándares consensuados en guías clínicas. No obstante, consideramos índices de cumplimiento muy adecuados. En concreto, el porcentaje de pacientes que se han incorporado al programa cercano al 90% se considera razonablemente elevado considerando la no idoneidad, dada la situación terminal en algunos de los pacientes, por el escaso beneficio del ingreso hospitalario. El índice de informe de alta para Atención Primaria es el máximo alcanzable. Con respecto al tercer indicador, el porcentaje menor al 10% se ajusta a la previsible descompensación generalmente respiratoria de la patología.

Los objetivos del proyecto han sido ampliamente alcanzados como han sido la constitución del grupo de trabajo multidisciplinar, fomentar la atención de un punto de vista coste-eficaz, aumentar el grado de satisfacción percibido por pacientes y familiares/cuidadores, adherencia completa de los pacientes, manejo precoz del riesgo de disfagia y desnutrición, manejo precoz de insuficiencia respiratoria con realización en todas las visitas de pruebas funcionales respiratorias, fomentar la investigación clínica y terapéutica con la planificación de un proyecto de cribado y validación de escalas internacionales para la detección de deterioro cognitivo, y una primera comunicación con el biobanco de tejidos de Aragón sobre la disponibilidad de su uso para el estudio genético de los pacientes que así lo deseen.

En concreto, a lo largo de este último año en el grupo de pacientes con ELA, en dos de ellos se ha colocado una sonda de gastrostomía, en dos pacientes se ha iniciado la ventilación mecánica no invasiva y han fallecido dos pacientes por la historia natural de la enfermedad. En un paciente se ha detectado un antecedente familiar con ELA (7%) que es equiparable a la literatura disponible que indica que entre el 5 y 10% de los pacientes con ELA presentan un familiar de primer o segundo grado (ELA familiar).

Queremos destacar cuatro fuentes de información en los que se ha basado la implementación del proyecto de mejora:

- Chio A, Bottachi E, Buffa C, et al. Positive effects of tertiary centres for amyotrophic lateral sclerosis on outcome and use of hospital facilities. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2006; 77:1258-61.
- Van den Berg JP, Kalmijn S, Linderman E, et al. Multidisciplinary ALS care improves quality of life in patients with ALS. Neurology 2005;65: 1264-7.
- Zoccolella S, Begh E, Palagano G, et al. ALS multidisciplinary clinic and survival. Results from a population-based study in Southern Italy. J Neurol 2007;254: 1107-12.
- Miller RG, Brooks BR, Swain-Eng RJ, et al. Quality improvement in neurology: amyotrophic lateral sclerosis quality measures: report of the quality measurement and reporting subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2013; 81:2136-40.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el principal objetivo del proyecto que era mejorar la atención médica de los pacientes con ELA, facilitando los desplazamientos y optimizando la comunicación entre los diferentes servicios médicos implicados para mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes, como así lo demuestran las guías y la evidencia científica disponible, ha sido alcanzado. En este sentido, el Quality Measurement and Reporting Subcommitte of the American Academy of Neurology determina un conjunto de objetivos para la evaluación de la calidad en la mejora de la atención de los pacientes con ELA que incluye una estrategia de atención multidisciplinar para optimizar las terapias disponibles como son los fármacos que han demostrado prolongar la supervivencia (riluzol), la utilización de gastrostomía y de ventilación mecánica en aquellos pacientes con indicación, y enfatiza sobre la recomendación de la realización de una visita aislada. Además del beneficio en la mejora de la calidad de vida e incremento de la supervivencia, el modelo de asistencia multidisciplinar permite optimizar los recursos sanitarios.

Como actividades pendientes destacamos: 1) la aprobación del procedimiento hospitalario para una mejor difusión hospitalaria de las recomendaciones clínicas de este proceso asistencial, 2) la necesaria implementación de planes de información dirigido a los especialistas implicados, a los médicos de atención primaria y a los pacientes sobre la disponibilidad y recomendación de la cumplimentación del Documento de Voluntades Anticipadas para optimizar la fase final de la enfermedad, que actualmente no tiene cura, para mantener la dignidad y calidad de vida y adecuar la voluntad y autonomía de los pacientes en el proceso final de la vida. Con respecto a este punto hay que incidir en la necesidad de una discusión precoz y abierta sobre las decisiones que previsiblemente tendrán lugar en la etapa última de la enfermedad, 3) puesta en marcha de herramientas de cribado de deterioro cognitivo en estos pacientes. Hay que considerar que en muchas ocasiones estos síntomas pueden pasar desapercibidos entre otros síntomas, de mayor expresión clínica inicial, como la debilidad motora o la limitación en las funciones respiratorias, deglutorias y fonadoras.

La sostenibilidad de este modelo creemos que puede replicarse y continuarse en nuestro centro hospitalario potenciando y promoviendo la experiencia de los diferentes participantes del grupo en el manejo de la patología neuromuscular. El programa de mejora se mantendrá de manera indefinida. Finalmente consideramos, en la medida de los recursos disponibles, mejorar las interconexiones del equipo con otros miembros como pudieran ser especialistas en cuidados paliativos, psicólogos y asistencia domiciliaria.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1177 ========== ***

Nº de registro: 1177

Título
IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Autores:
ROCHE BUENO JOSE CARLOS, SANTOS LASAOSA SONIA, IÑIGUEZ MARTINEZ CRISTINA, OCON BRETON JULIA, COSTAN GALICIA JOAQUIN, GARCIA ALVAREZ ELENA, RODRIGUEZ MENA DIEGO, GRACIA PELIGERO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que afecta a las neuronas motoras, que se presenta de forma generalmente esporádica con una incidencia aproximada a 1/500.000 habitantes y año. La supervivencia media es de 3 años. Hasta en un 35% de los pacientes se constata un deterioro cognitivo que alcanza criterios de demencia de perfil frontotemporal en un 15% del total.
Actualmente no se dispone de un tratamiento curativo, por lo que el objetivo principal de los profesionales sanitarios es proporcionar a nuestros pacientes el mejor de los cuidados para mantener una calidad de vida aceptable.
La movilidad reducida de los pacientes que conlleva la enfermedad junto con la complejidad en la toma de decisiones de las diferentes intervenciones médicas hace necesario un abordaje completo en una única visita periódica hospitalaria que incluya a las diferentes especialidades implicadas: neurología, neumología, endocrinología y nutrición, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social, cuidados paliativos, neurofisiología y digestivo entre otras. Se ha demostrado que la asistencia multidisciplinar es la medida más eficaz para mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia de estos pacientes.
Estas visitas regulares hospitalarias deben adecuarse en tiempo a las necesidades particulares de los pacientes, realizándose idealmente en el mismo día todas las pruebas requeridas para evitar desplazamientos innecesarios.
Todo lo anterior debe quedar recogido en un documento clínico al alta por parte del Servicio de Neurología para una adecuada coordinación con Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implantar un grupo de trabajo multidisciplinar enfocado en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Fomentar una atención coste-eficaz (realizando las pruebas necesarias y ajustadas al tipo de paciente, evitando pruebas innecesarias y en momentos inadecuados)
- Obtener una buena adherencia de los pacientes
- Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares/cuidadores
- Detectar y manejar precozmente el riesgo de disfagia y desnutrición
- Detectar y manejar precozmente la debilidad de la musculatura ventilatoria
- Detectar el posible riesgo de trastornos cognitivos y del ánimo.
- Facilitar los circuitos para el acceso a los recursos que precisan los pacientes
- Favorecer la comunicación entre los pacientes y los profesionales sanitarios implicados, aportando la información progresiva, honesta y anticipada sobre las necesidades futuras tanto médicas, sociales, asistenciales y vitales en función de la evolución de los pacientes
- Obtener una base de datos fiable, confidencial y reproducible de la población diana
- Fomentar la investigación clínica y terapéutica

MÉTODO
- Realizar una asistencia multidisciplinar a toda la población diana en una visita hospitalaria única.
- Evaluación regular por parte de los Servicios de Neurología, Neumología, Rehabilitación y Endocrinología y Nutrición
- Realización de pruebas funcionales respiratorias el día de la estancia
- Evaluación funcional basado en la escala ALSFRS-R en cada visita

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1177

1. TÍTULO

IMPLANTACION HOSPITALARIA DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA

- Cálculo de índice de masa corporal realizado en cada visita
- Evaluación por otros Servicios en función de las necesidades individuales.
- Realización de un informe único al alta por parte del Servicio de Neurología (“gestor del caso”) para facilitar la comunicación con Atención Primaria.
- Desarrollo de un protocolo hospitalario de manejo en paciente con ELA

INDICADORES
- Pacientes incluidos en el programa.
- Informe de alta e información sobre el paciente para Atención Primaria en cada caso nuevo.
- Porcentaje de ingresos, fuera de los programados

DURACIÓN
Fecha de inicio: Junio de 2018
Fecha de inicio del protocolo: Julio-Agosto de 2018
Fecha para la primera evaluación: 6 meses desde el inicio del proceso
Plan de comunicación del proceso: tras la primera evaluación

OBSERVACIONES
Se trata de un proceso basado en la evidencia científica disponible: guías de práctica clínica, protocolos asistenciales, vías clínicas y artículos de calidad.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0034

1. TÍTULO

MANEJO CLINICO DE LA RESTRICCION DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: ESTANDARIZACION DE LA VALORACION DEL CRECIMIENTO FETAL Y ESTADO HEMODINAMICO

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE ..... DANIEL OROS LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA RAFAEL
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
RUIZ MARTINEZ SARA
PEREZ HIRALDO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos desarrollado las cuatro primeras fases del proyecto.
Por lo tanto, se ha completado con éxito:
1) Revisión sistemática de todas las curvas de normalidad hemodinámica fetal.
2) Seleccionar las publicaciones con mejor calidad metodológica.
3) Evaluar retrospectivamente la sensibilidad y especificad de cada una de las curvas publicadas seleccionas.
A pesar de que el objetivo cuarto era evaluar de forma prospectiva el resultado perinatal de acuerdo con la mejor curva de referencia publicada, la baja calidad de todas las curvas Doppler analizadas nos obligan a replantear los objetivos, dado que ninguna satisface completamente los requisitos de calidad exigidos. En estos momentos estamos solicitando financiación para realizar unos nuevos estándares Doppler fetal de calidad en el contexto de un proyecto de investigación multicéntrico internacional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1) En la primera fase realizamos un Revisión Sistemática. Encontramos y revisamos 303 artículos potencialmente relacionados.
2) Tras la revisión de todos los artículos seleccionamos los 41 trabajos que cumplían con los criterios de inclusión.
3) Tras evaluar la calidad metodológica de estos trabajos, seleccionamos sólo los que cumplían con los criterios de calidad prefijados internacionalmente. Un total de 21 trabajos.
4. Disponemos de resultados del estudio retrospectivo en una cohorte histórica de nuestro centro de 600 fetos con restricción de crecimiento, de acuerdo a su clasificación y potencial actuación según los 21 trabajos de mayor calidad publicados. La elección de las curvas de referencia Doppler parece tener un impacto más relevante del a priori conocido en la tasa de diagnóstico del feto CIR, oscilando del 2.1% al 18%, y por lo tanto de la tasa de inducción, oscilando para la misma cohorte de pacientes del 2.1% al 25%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La adecuada selección de los valores Doppler de referencia para el control clínico del feto CIR tiene un impacto directo el manejo clínico muy superior al esperado.
Todas las curvas Doppler fetal publicadas tienen una baja calidad metodológica. No encontramos justificación para cambiar las tablas que actualmente utilizamos por otras, dado que ninguna ofrece garantías.
Hemos decidido crear en el entorno de un estudio multicéntrico internacional, unas nuevas tablas de referencia Doppler fetal bajo las máximas consideraciones metodológicas.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos el proyecto muy satisfactorio, dado que hemos demostrado un punto de gran debilidad en el control de los fetos CIR. En estos momentos somos más conscientes en el manejo clínico de estos fetos de la gran variabilidad asistencial a la que pueden estar sometidos.
Dada la nueva dimensión de nuestros objetivos, crear unas referencias nuevas a nivel internacional, consideramos oportuno dar por concluido este proyecto de calidad, ya que este nuevo proceso no estaba incluido en los objetivos iniciales del proyecto de calidad, y por su complejidad no podremos tenerlo finalizado hasta dentro de al menos un par de años.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/34 ========== ***

Nº de registro: 0034

Título
MANEJO CLINICO DE LA RESTRICCION DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: ESTANDARIZACION DE LA VALORACION DEL CRECIMIENTO FETAL Y ESTADO HEMODINAMICO

Autores:
OROS LOPEZ DANIEL, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA RAFAEL, IBAÑEZ BURILLO LUISA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0034

1. TÍTULO

MANEJO CLINICO DE LA RESTRICCION DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: ESTANDARIZACION DE LA VALORACION DEL CRECIMIENTO FETAL Y ESTADO HEMODINAMICO

PATRICIA, RUIZ MARTINEZ SARA, PEREZ HIRALDO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los fetos con restricción de crecimiento intrauterino presentan un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal. Estos fetos exigen un control más estrecho, y en muchas ocasiones la necesidad de inducir el parto. El manejo de estos fetos se realiza mediante la estimación ecográfica seriada de su crecimiento intauterino y el estado hemodinámico realizado por Doppler. Sin embargo, no hay consenso sobre los valores de normalidad sobre el comportamiento hemodinámico fetal. La ausencia de consenso en estos parámetros conduce a un incremento innecesario de las inducciones de parto.

RESULTADOS ESPERADOS
Determinar los estánderes de normalidad para evaluar la respuesta hemodinámica fetal que presenten la mejor sensibilidad y especificidad, de forma que nos permitan disminuir el porcentaje de inducción de parto manteniendo un buen resultado perinatal en las gestaciones de fetos con restricción de crecimiento,

MÉTODO
1) Revisión sistemática de todas las curvas de normalidad hemodinámica fetal.
2) Seleccionar las publicaciones con mejor calidad metodológica.
3) Evaluar retrospectivamente la sensibilidad y especificad de cada una de las curvas publicadas seleccionas.
4) Evaluar prospectivamente la sensibilidad y especificidad de los valores que hallamos elegido como referencia y comparar la tasa de inducción y resultado perinatal con una cohorte histórica de nuestro centro de fetos con restricción de crecimiento.

INDICADORES
Tasa de inducción de parto en fetos con sospecha de restricción de crecimineto. (%)
Resultado perinatal:
- Tasa de cesárea total (%)
- Tasa de cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal (%)
- Ingreso neonatal (%)
- pH arteria umbilical neonatal<7,15 (%)

DURACIÓN
1) Revisión sistemática de todas las curvas de normalidad hemodinámica fetal. (Septiembre-Noviembre/2016)
2) Seleccionar las publicaciones con mejor calidad metodológica. (Diciembre 2017)
3) Evaluar retrospectivamente la sensibilidad y especificad de cada una de las curvas publicadas seleccionas. (Enero 2017)
4) Evaluación prospectiva (Febrero-Junio/2017)

OBSERVACIONES
La metodología estadística (evaluación, análisis y selección de las curvas de normalidad publicadas) de este protocolo se va a desarrollar con la colaboración con el Instituto Perinatal de la Universidad de Oxford.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0187

1. TÍTULO

REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA 3 DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SIRA REPOLLES LASHERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE
ARIÑO MONEVA ELENA
LAHOZ PASCUAL ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Redefinición de circuitos de derivación a consulta de anticoncepción desde Atención Primaria
Modificación de agenda de consultas cumpliendo criterios de Alta Resolución
Redistribución de las competencias del personal implicado
Elaboración de registros e informes normalizados de actividad
Creación de informes de alta para su seguimiento en Atención Primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente, la consulta funciona a pleno rendimiento con periodicidad diaria. No existe demora (No hay pacientes pendientes de cita) y son atendidas antes de 20 días. Los informes llegan perfectamente a Atención Primaria. El origen de las pacientes que acceden a esta consulta desde Primaria, está perfectamente definido y se atiende a la prestación requerida siguiendo ctriterios de Alta Resolución .Alta motivación del personal que atiende estas consultas. Cumplimiento de protocolos por parte de los facultativos en todos los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a la alta motivación y colaboración tanto de los facultativos de Atención Primaria, como de las matronas y el personal de enfermería, se han conseguido los objetivos esperados en tiempo record.
El interés que se ha mostrado en la formación del personal implicado, ha contribuido a la consecución de los objetivos definidos.
La satisfacción de la usuaria es muy alta, comprobado mediante encuestas aleatorias realizadas en colaboración con Atención Primaria. La satisfacción del personal adscrito a esta prestación, es altísima, a pesar de haber incrementado su carga de trabajo.

7. OBSERVACIONES.
Proyecto exitoso, gracias a la colaboración e implicación de Atención Primaria. Perfectamente exportable a otra área sanitaria, o a otra prestación

*** ========== Resumen del proyecto 2016/187 ========== ***

Nº de registro: 0187

Título
REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA III DE ZARAGOZA

Autores:
REPOLLES LASHERAS SIRA, GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE, ARIÑO MONEVA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Medicina preventiva. Anticoncepción
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Accesibilidad y Confort usuaria

PROBLEMA
En el marco de la nueva reorganización de la Asistencia en Anticoncepción en Aragón, se están desarrollando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0187

1. TÍTULO

REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA 3 DE ZARAGOZA

numerosas acciones, destinadas a la mejora de esta prestación y a la redistribución de competencias, tanto de los Servicios de Ginecología, como de los Servicios de Atención Primaria El Objetivo final es garantizar el acceso a la Anticoncepción de todas las mujeres, en condiciones de Equidad con una demora máxima de 30 dias.

RESULTADOS ESPERADOS
Modificación de la Agenda de la Consulta Específica de Anticoncepción, adaptándola a la nueva condición de "Consulta de Alta Resolución"
Redefinición de los contenidos de esta consulta
Aumento del número de pacientes de primer día
Implementación de documentos para su control en Atención Primaria
Atención equitativa a la usuaria
Satisfacción usuaria
Calidad de la prestación
Disminución de Demoras
Reducción Lista de Espera
Agilización de asistencia (Evitar pasos intermedios)
Consulta Alta Resolución
Homogeneización del trabajo de los facultativos
Redefinición contenido de consulta
Intercambio de información con Atención Primaria
Emisión de Informes normalizados

MÉTODO
Puesta en Marcha del primer punto del Programa de Anticoncepción en Aragón (En Elaboración)
- Redefinición de Circuitos desde Atención primaria
- Redistribución de Competencias
- Elaboración de Informes Normalizados
?
- Modificación de las Agendas
- Modificación del funcionamiento interno de la consulta
- Incremento de la Formación reglada a los médicos de Atención primaria para adecuarla a las nuevas competencias

INDICADORES
Numero de pacientes remitidos correctamente para su control en Atención Primaria
Número de pacientes remitidas para control de filamentos de DIU a matrona de Atención Primaria Disminución del tiempo de Demora para Consulta desde Atención Primaria
Satisfacción de pacientes

DURACIÓN
echa de inicio: Enero 2016
?
Fecha de finalización: Diciembre 2016
Calendario:
Inicio en Enero. Se han elaborado líneas fundamentales y documentos
Se han mantenido reuniónes informtivas a profesionales implicados
Modificación de Agendas desde 1 de marzo
Pendientes de recursos materiales (Ecógrafo básico y Bisturí eléctrico) para completar funcionamiento de consulta.

OBSERVACIONES
Con motivo de la nueva organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón, se va a proceder a la puesta en marcha del nuevo "Programa de Anticoncepción en Aragón" del cual ha sido nombrada como Coordinadora la Dra. Repollés Lasheras, responsable de este Proyecto de Medora de la Calidad.
Entre los objetivos prioritarios de este programa se encuentra la redefinición de competencias y la actualización de la Cartera de Servicios, tanto de Atención primaria como de Atención Especializada.
En el ámbito en que los ginecólogos desarrollamos nuestra actividad, se hace necesario, un cambio en el modo de trabajar de nuestra consulta Específica de Anticoncepción, que actualmente se pasa en el CE "Inocencio Jimenez", adaptándola a las nuevas prestaciones para que cumpla criterios de "Consulta de Alta Resolución".
Asimismo se procederá a la modificación de las Agendas, para permitir reducir la demora de esta consulta hasta un máximo de 30 días.
Este ambicioso proyecto, además de la implicación de los profesionales, requiere la dotación de estas consultas de un equipamiento básico, para poder realizar pequeñas actuaciones que permitan dar de alta a las pacientes y resolver su demanda de anticoncepción en un solo acto médico.
Esta última acción es fundamental para cumplir nuestro objetivo.
Por ello me permito solicitar los siguientes equipamientos:

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0187

1. TÍTULO

REDEFINICION DE CONTENIDOS DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ANTICONCEPCION DEL AREA 3 DE ZARAGOZA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0275

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATACION Y PARTO

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA MORENO LAMANA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ECHARTE OBREGOZO MARIA TERESA
FLETA VISIEDO MARIA DEL MAR
ALBA GIMENEZ LAURA
CARAZO HERNANDEZ BELEN
SORLI LATORRE DIEGO
RUIZ SALVADOR INES
RODRIGUEZ MARQUEZ ADELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han realizado dos reuniones de equipo.
- 03/07/2017: primera reunión de equipo dónde se hizo un reparto de tareas y se diseñó el cronograma del grupo de trabajo. Se hicieron tres grupos de trabajo para diseñar los consentimientos informados, la hoja de recopilación de datos y diseño de una charla informativa para el servicio de obstetricia y matronas del hospital Clínico Lozano Blesa.
- 14/07/2017: puesta en común del consentimiento informado, hoja de valoración y recogida de datos y diseño de la charla informativa.
- 18/10/2017: sesión informativa para poner en conocimiento los objetivos del proyecto.
- Noviembre 2017: Se inicia la recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha se han recopilado 7 casos para el proyecto. Hemos tenido bastante dificultad para la incorporación de casos para el proyecto, debido a que existe todavía desconocimiento de las técnicas por parte del personal y de las pacientes.
De los casos, en un 100% se ha visto que ha disminuido el dolor en la escala EVA 2-3 puntos tras la utilización de cualquiera de las tres técnicas indicadas en el proyecto.
En este momento estamos recopilando más datos. Siguiendo el orden de nuestro cronograma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos ampliado la muestra de casos a la fase de pródromos de parto y no solo a la de dilatación.
También a las mujeres que se van a poner la analgesia epidural, pero están en una fase temprana.

7. OBSERVACIONES.
Nos gustaría modificar el título. Poner PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS EN LA FASE DE PRÓDROMOS DE PARTO Y DILATACIÓN

*** ========== Resumen del proyecto 2016/275 ========== ***

Nº de registro: 0275

Título
PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATACION Y PARTO

Autores:
MORENO LAMANA VIRGINIA, ECHARTE OBREGOZO MARIA TERESA, FLETA VISIEDO MARIA DEL MAR, RUIZ SALVADOR INES, ALBA GIMENEZ LAURA, RODRIGUEZ MARQUEZ ADELA, CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN, SORLI LATORRE DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0275

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ALIVIO DEL DOLOR CON TECNICAS NO FARMACOLOGICAS Y ALTERNATIVAS A LA ANALGESIA EPIDURAL EN DILATACION Y PARTO

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se proporciona más información a las gestantes sobre los métodos farmacológicos para el alivio del dolor, especialmente sobre analgesia epidural y sería necesario informar sobre otras opciones no farmacológicas.
Hay mujeres que eligen no utilizar fármacos o simplemente lo tienen contraindicado. Existe una amplia variedad de técnicas encaminadas a mejorar las sensaciones físicas y también a prevenir la percepción psicoemocional del dolor de parto. En este proyecto nos centrariamos en algunas de ellas, entendiendo la dificultad a la hora de implementarlas o formar, en este tipo de técnicas, a matronas del servicio de Obstetrícia y Ginecología del HCU Lozano Blesa que así lo deséen.

RESULTADOS ESPERADOS
- Aliviar el dolor de la gestante en la fase de dilatación y parto.
- Aumentar el número de gestantes que utilizan una de las técnicas descritas.
- Aumentar la motivación del personal a la hora de recomendar y utilizar las técnicas.
- Aumentar la implicación y satisfacción de los usuarios que utilizan las técnicas

MÉTODO
La matrona, explicará y ofrecerá este tipo de técnicas no farmacológicas a aquellas gestantes que lo deseen o cuando exista una contraindicación para la administración de la analgésia epidural.
Para ello, se le proporcionará un documento dónde se desarrollarán las técnicas ofertadas desde este programa y deberá dar su consentimiento.
Nos centraremos en tres técnicas:
- La inyección de agua esteril en rombo de Michaelis. La GPC sobre atención al parto normal del SNS habla de un GRADO DE RECOMENDACIÓN B
- Musicoterapia y audioanalgésia: relaja la musculatura, mejora la respiración, el rítmo cardiaco además de ser un elemento distractor aumentando el control sobre su proceso de parto y provocando una elevación de los niveles de endorfinas. La GPC sobre atención al parto normal del SNS recomienda el uso de técnicas de relajación y respiración.
- El masaje y contacto físico: El masaje y el tacto tranquilizador durante el parto, estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés, además de transmitir interés y comprensión. El masaje y contacto físico tiene un Grado de recomendación B.

INDICADORES
- Realización de escala EVA de dolor en mujeres que han utilizado una de las técnicas descritas y en las que no han utilizado nada (ni analgésia epidural). Comparación de medias aritméticas de dichas muestras.
- Número de mujeres que utilizan una de las técnicas del programa en el área de dilatación / total de mujeres sin analgésia epidural en el área de dilatación.
- Número de mujeres que utilizan una de las técnicas del programa en el área de dilatación / total de mujeres que pasan al área de dilatación.
- Número de gestantes a las que se le ofrece la utlización de las técnicas del programa en el área de dilatación / total de gestantes que pasan al área de dilatación.
- Análisis y evaluación de los resultados de la implementación del programa: valoración positiva del programa de al menos el 75% de los usuarios (encuesta de satisfacción).

DURACIÓN
- Elaboración del protocolo: diciembre 2016
- Información al resto del personal de la Unidad sobre las tecnicas no farmacológicas que abarca el programa: diciembre 2016
- Inicio del proyecto: enero 2017
- Evaluación del programa y registro de resultados: julio 2017

OBSERVACIONES
Sería necesario la realización de cursos formativos sobre este tema.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0339

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ..... BELEN CARAZO HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ MUÑOZ ANA
PROCAS RAMON BEATRIZ
MATEO ALCALA PURIFICACION
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
GONZALEZ DE AGÜERO LABORDA RAFAEL
BRETON HERNANDEZ PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Establecimiento de grupo de mejora
Encuesta al staff sobre posibilidades de mejora
Monitorización de determinados indicadores de calidad
Elaboración de formulario de encuesta a pacientes durante hospitalización

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al evaluar distintos indicadores de atención clínica dentro de un plan de calidad dentro de la buena práctica clínica observamos que diversos marcadores pueden ser obtenidos directamente mediante el programa habitualmente utilizado de altas libres de Obstetricia y altas de parto elaborado en HP doctor así como con los datos recogidos dentro de nuestra Sección de Ecografía y Diagnóstico prenatal en colaboración con la Consulta de Patología Fetal del Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Por otro lado ha existido una sensibilización especial hacia marcadores como la incidencia de desgarros perineales de III-IV grado, que ha dado lugar a la puesta en marcha de un protocolo de actuación de derivación de dichas pacientes para evaluación postparto de dicha condición en la Consulta 4 de Obstetricia y remisión a la consulta de Suelo Pélvico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este programa es una inmejorable oportunidad de mejora de calidad para nuestro Servicio dentro de la buena práctica clínica ya que permite identificar situaciones clínicas-asistenciales que tienen margen de mejora.
Además, ofrece la oportunidad al staff para que exprese distintos puntos de vista de posibilidades de mejora.
Observamos que algunos de los indicadores pueden ser fácilmente obtenidos permitiendo cambiar estrategias en corto espacio de tiempo al detectar variaciones llamativas, si así fuera el caso.
En cambio otros, requieren control historia clínica a historia clínica y esto implica que la monitorización es más dificultosa y puede generar más errores. Por tanto, tardaríamos a detectar variaciones y establecer una estrategia de cambio o de corrección.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/339 ========== ***

Nº de registro: 0339

Título
DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN, PEREZ MUÑOZ ANA, PROCAS RAMON BEATRIZ, MATEO ALCALA PURIFICACION, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, BRETON HERNANDEZ PATRICIA, PARIS BOJ VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0339

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro hospital el parto es uno de los motivos de atención sanitaria más frecuentes. En el año 2015 se produjeron 2.212 nacimientos, 75 nacimientos menos que en el año 2014 (2.287 nacimientos).
Se desea desarrollar e implementar un plan de calidad con el fin de monitorizar e incrementar la mejora continua de la calidad en relación con la asistencia sanitaria llevada a cabo por parte de los profesionales de nuestro Servicio de Obstetricia. Los métodos de detección son encuesta al staff del Servicio de Obstetricia, encuesta a pacientes, y buzón de quejas y sugerencias.
El desarrollo y la aplicación de un plan de mejora continua de calidad en nuestro Servicio podría generar una importante variación en la organización del trabajo llevado a cabo por el personal que trabaja en el Servicio teniendo como finalidad la mejora continua a nivel asistencial. Asimismo la implementación de dicho plan de mejora de calidad también influiría ya que mejoraría la percepción subjetiva sobre la calidad de la atención de las pacientes atendidas en nuestro Servicio.
Dado que el parto es uno de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) más habituales en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, la mejoría continua de la calidad de nuestro plan de calidad repercutiría enormemente en las usuarias y en el Hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera incrementar la colaboración de aquellos profesionales implicados en la asistencia sanitaria de nuestro Servicio. Asimismo se espera mejorar la valoración de las pacientes respecto a la asistencia prestada en nuestro Servicio de Obstetricia.

MÉTODO
1. Formación del grupo de trabajo
2. Evaluación de indicadores de atención obstétrica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia a monitorizar con el fin de estudiar estrategias de cambio y lograr acciones de mejora, incrementando así la calidad de la asistencia prestada a las pacientes:
- Investigación colonización streptococo B-agalactaie (Dra. Procas)
- Estudio analítico preparto (Dra. Pérez Muñoz)
- Tasa total de cesáreas (Dr. Romero)
- Tasa de partos vaginales postcesárea (Dr. Romero)
- Tasa de partos instrumentados (Dr. Romero)
- Incidencia de desgarros perineales de III-IV grado (Dra. Mateo)
- Intervalo indicación cesárea-extracción fetal. (Dra. Mateo)
- Fiebre puerperal tras parto (Dra. Carazo)
- Hemorragia postparto (Dra. Carazo)
- Tasa de prematuridad (Dr Romero)
- Porcentaje de pacientes que han recibido información escrita sobre control gestacional y Diagnostico prenatal. (Dra. Carazo)
- Porcentaje de satisfacción por parte de las pacientes sobre la información en relación con su proceso. (Dra. Carazo)
- Tasa de recién nacidos macrosomas o CIR sin sospecha clínica durante el embarazo (Dr. González de Agüero)
- Tasa de mortalidad materna (Dr. Romero)
- Tasa de mortalidad perinatal ampliada (Dr. Romero)

3. Basándonos en la detección de las diferentes oportunidades de mejora señaladas tanto por parte de los integrantes del Servicio de Obstetricia como por las encuestas de pacientes post-estancia hospitalaria y el buzón de sugerencias y quejas se llevará a cabo la elaboración de un plan de calidad que aumente la colaboración por parte del staff de profesionales del Servicio de Obstetricia.

INDICADORES
1. Número de reuniones del grupo de trabajo
2. Monitorización de los indicadores asistenciales obstétricos
3. Análisis de las variaciones de dichos indicadores y valoración de oportunidades de mejora.

DURACIÓN
Fecha de inicio y finalización proyecto : octubre de 2016-septiembre de 2017
1. Formación grupo de trabajo: octubre de 2016
2. Encuesta al staff sobre oportunidades de mejora: octubre 2016
3. Buzón de quejas y sugerencias: continuo desde octubre 2016
4. Encuesta posthospitalización: desde octubre de 2016 recepción continua de encuestas y monitorización de resultados trimestral
5. Monitorización mensual de indicadores obstétricos: desde octubre 2016
6. Decisión de estrategias de cambio tras identificación de oportunidades de mejora: noviembre de 2016
8. Comunicación profesionales del Servicio de plan de mejora: noviembre
9. Implantación de plan de mejora continua de calidad: noviembre de 2016

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0339

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PLAN DE CALIDAD DENTRO DE LA BUENA PRACTICA CLINICA (BPC) DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0426

1. TÍTULO

VIA CLINICA DE PARTO NORMAL

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... LUISA PATRICIA IBAÑEZ BURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ MUÑOZ ANA
CARRERAS CASANOVA VICTORIA
CASTRO FERNANDEZ ANA ESMERALDA
TEIRA SOLANO YOLANDA
PENA ALIERTA MARIA
BUJEDA BLANCO EVA
MORENO RUTIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Información a los profesionales que participan en el proceso de ingreso anteparto y evaluación postparto: enfermeras de planta, matronas de planta y urgencias y obstetras. Compromiso de desarrollar vía clínica por el Servicio.
2- Elección de profesionales encargados del diseño de la vía clínica: los incluidos en el proyecto de calidad.
3- Sugerencias de los profesionales seleccionados para la elaboración de la vía clínica. Fundamentadas en la Medicina basada en la Evidencia.
4- Elaboración del primer borrador de la vía clínica por el coordinador del proyecto basado en las sugerencias del punto 3.
5- Recepción del primer borrador por el grupo de trabajo; corrección/modificación del mismo
6- Elaboración de la matriz definitiva por el coordinador una vez realizadas las correcciones oportunas.
7-Presentación de la matriz definitiva de la vía clínica al Jefe de Sección de Obstetricia y a los profesionales que participan en la asistencia obstétrica que nos ocupa para su aceptación
8-Modificación de la matriz definitiva por el Jefe de Sección y los miembros facultativos de la sección Materno Fetal
9-Presentación a la Unidad de Calidad del Sector 3.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido un documento que permite la unificación de todas las actuaciones por cualquier profesional sanitario (matrona, enfermera, médico) en el curso de un parto normal. Y que cuenta con el consenso de los miembros de la Sección de Medicina Materno Fetal (Obstetricia) y de las representantes de Enfermería

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora está muy satisfecho con el documento, pues ha sido creado con la participación de todos los eslabones que intervienen el manejo del parto normal (matrona de urgencias, matrona/enfermera de planta, matrona de paritorio, médico) y resultaría de gran utilidad práctica con la unificación de actuaciones por parte de todos. En el momento actual el documento no ha sido aceptado por la Unidad de Calidad del Sector 3, ya que en algunos puntos no se ajusta a los estándares de una vía clínica. Por lo que debe ser modificado y nuevamente presentado a los miembros integrantes del proyecto y del Servicio.

7. OBSERVACIONES.
Todo el servicio está muy interesado en la puesta en marcha de la vía clínica.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/426 ========== ***

Nº de registro: 0426

Título
VIA CLINICA DE PARTO NORMAL

Autores:
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, CASTRO FERNANDEZ ANA ESMERALDA, PENA ALIERTA MARIA, TEIRA SOLANO YOLANDA, FERRER SAMATAN MARIA ELENA, CARRERAS CASANOVA VICTORIA, BUJEDA BLANCO EVA, PEREZ MUÑOZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0426

1. TÍTULO

VIA CLINICA DE PARTO NORMAL

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con la entrada del RD 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, se establece que será necesario que el médico haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir por parte del enfermero.
Esta situación impide expresamente cualquier actuación o decisión de enfermería relacionada con estos medicamentos cuando esta no vaya acompañada de una prescripción médica realizada de forma oficial donde se especifique claramente cuál es el acto enfermero objeto de atención. Esto afecta de lleno a gran parte de la actividad asistencial de los enfermeros, pues el RD habla expresamente del "uso" de los medicamentos. No en vano, en todos los ámbitos donde los enfermeros desarrollan su trabajo, ya sea en hospitales, atención primaria, instituciones penitenciarias, ambulancias, residencias, servicios de salud laboral, etc., la prescripción enfermera supone una herramienta fundamental para garantizar la continuidad de los cuidados y agilizar la toma de decisión respecto al proceso de salud del paciente, aspectos que inciden directamente en la optimización y coordinación de los recursos del Sistema Nacional de Salud y en la seguridad del paciente.
Las matronas (enfermeras especialistas) gestionan un parto de forma autónoma, y para ello, prescriben diferentes medicamentos como la oxitocina.
Desde hace más de 10 años, en nuestro servicio son las encargadas de ingresar a la paciente, momento en el que gran número de pacientes van a requerir antibioterapia intravenosa. Desde hace 2 años, también son las encargadas del cuidado y vigilancia del puerperio inmediato, salvo que haya complicaciones, hasta el momento del alta.
Así, es factible, que una matrona sea la responsable del manejo de una paciente desde su llegada al hospital hasta el alta, momento en el cual un médico obstetra dará el alta a la paciente.
Proponemos como oportunidad de mejora, la instauración de una VÍA CLÍNICA PARA EL INGRESO DE PARTO Y PUERPERIO NORMAL
La Vía Clínica es instrumento dirigido a estructurar las actuaciones ante situaciones clínicas que presentan una evolución predecible. Describe los pasos que deben seguirse, establece las secuencias en el tiempo de cada una de ellas y definen las responsabilidades de los diferentes profesionales que van a intervenir.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Garantizar el cumplimiento de la ley vigente (Real Decreto 954/2015 del 23 de Octubre de 2015). Proporcionando a los profesionales, especialmente a las matronas (enfermeras especialistas) seguridad legal ante posibles demandas.
2- Evitar la variabilidad en la práctica clínica, definiendo la secuencia, duración y responsabilidad de las actividades de médicos, enfermeras, y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular (en nuestro caso el ingreso anteparto y el puerperio), mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia.
3- Coordinar las actividades del día a día en la atención del paciente con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos médicos.
4- Incluir la vía clínica como un documento único dentro de la historia clínica. Facilitando la comprensión por cualquier profesional que acceda a la misma. Al ser un documento estándar, sirve de fuente de datos para las revisiones clínicas

MÉTODO
1- Información a los profesionales que participan en el proceso de ingreso anteparto y evaluación postparto: enfermeras de planta, matronas de planta y urgencias y obstetras. Compromiso de desarrollar vía clínica por el Servicio.
2- Elección de profesionales encargados del diseño de la vía clínica: los incluidos en el proyecto de calidad.
3- Sugerencias de los profesionales seleccionados para la elaboración de la vía clínica. Fundamentadas en la Medicina basada en la Evidencia.
4- Elaboración del primer borrador de la vía clínica por el coordinador del proyecto basado en las sugerencias del punto 3.
5- Recepción del primer borrador por el grupo de trabajo; corrección/modificación del mismo
6- Elaboración de la matriz definitiva por el coordinador una vez realizadas las correcciones oportunas.
7-Presentación de la matriz definitiva de la vía clínica al Jefe de Sección de Obstetricia y a los profesionales que participan en la asistencia obstétrica que nos ocupa para su aceptación
8- Implantación de la vía clínica en la práctica asistencial
9- Evaluación de los indicadores: Estancia Media y Encuesta de satisfacción de los profesionales que utilizan la vía clínica en su práctica diaria.
.

INDICADORES
-Estancia media hospitalaria.
-Encuesta de valoración al personal de enfermería respecto a la satisfacción del uso de la vía clínica.

DURACIÓN
Actividades 1 y 2: Noviembre 2016.
Actividades 3 y 4: Diciembre 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0426

1. TÍTULO

VIA CLINICA DE PARTO NORMAL

Actividad 5: Diciembre 2016- Enero 2017
Actividad 6: Enero-Febrero 2017
Actividad 7: Marzo 2017
Actividad 8: Marzo-Abril 2017
Actividad 9: Septiembre- Octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA BESCOS SANTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ LOPEZ ALEJANDRO
RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL
CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA
BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL
CIA BLASCO PEDRO
SARTAGUDA ALABART MIREYA
AMBROJ NAVARRO CARMEN
TIMON GARCIA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Reuniones del Grupo de Trabajo:

Un martes /mes, a las 8,30 horas en 2ª planta:
23 enero, 20 febrero, 13 marzo, 10 abril, 22 mayo, 12 junio, 11 septiembre, 16 octubre, 20 noviembre.
Miembros del grupo:
Elena Bescos, ginecóloga, coordinadora
Isabel Villarreal, Rehabilitadora
Jose Manuel Ramirez Rodriguez, Cirujano General
Elena Córdoba, Cirujano General
Manuela Elia, Cirujano General
Mireya Sartaguda, Fisioterapeuta
Alejandro Timón, Urólogo
Pedro Cía Blasco, Anestesia Unidad del Dolor
Julián Mozota, Unidad de Calidad
Concepción Gómez Opic, Rehabilitadora
Carmen Ambroj, Urologa

Resumen de actividades realizadas en las reuniones:
- Elaboración consensuada de documentos comunes.
- Presentación de casos complejos, decisión multidisciplinar del plan terapéutico a seguir.
- En cirugías complejas decisión de qué equipos multidisciplinares van a participar en las mismas.

2.- Documentos elaborados.
- Documento unificado de valoración de paciente de primer día.
- Tríptico informativo a pacientes Unidad suelo pélvico.
- Consentimiento informado de terapia rehabilitadora.

3.- Modificaciones de Estructura Hospitalaria.
- Nueva consulta de Rehabilitación y de tratamiento fisioterápico en planta -1 de consultas externas. Ha sido una modificación estructural imprescindible para realizar la evaluación por parte de la Rehabilitadora y el tratamiento por parte de fisioterapia en un área aislada que permite el respeto a la intimidad.
- Se ha incluido en cartera de servicios electroestimulación y biofeedback, y se ha dotado de los instrumentos necesarios para ello.
- Dotación de Ecógrafo, para evaluación y diagnóstico en consulta de Cirugía de las lesiones, lo que permite una orientación terapéutica guiada.
- Espacio en Intranet para disponer todos los miembros de los documentos comunes.
3.- Otras actividades.
- Desde el Servicio de Ginecología se ha puesto en marcha un proyecto para mejorar el seguimiento de los desgarros perineales postparto formando parte de este proyecto y colaborando en el diagnóstico y rehabilitación el Servicio de Cirugía
- Desde el Servicio de Anestesia y formando parte de la Unidad del Dolor, el Dr. Cía colabora con la Unidad y aportó las variedades de tratamientos que puede aportar para la mejoría del dolor pélvico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Utilización de hoja evaluación común: 85%

- Creación documentos comunes: Historia clínica de valoración disfunción suelo pélvico, Tríptico informativo con recomendaciones para pacientes, Consentimiento informado de rehabilitación.

- Cirugías interdisciplinares: Siete : 2 ginecología- cirugía general y 5 ginecología- urología

- Reuniones realizadas 2018: 10

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

- Casos complejos evaluados 2018 en sesiones: 12

Los resultados conseguidos en los indicadores han sido extraídos de las actas de las reuniones realizadas, mediante el análisis de las mismas por la coordinadora del Proyecto.
El impacto del proyecto ha sido muy importante al haber conseguido constituir el grupo, desarrollar un trabajo consensuado y abordar de manera multidisplinar los casos más complejos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Considerábamos fundamental para un Hospital terciario como es nuestro Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” la existencia de la Unidad de Suelo Pélvico, constituida por un equipo multidisciplinar que pueda abordar las diferentes vertientes de las disfunciones del Suelo de la Pelvis. Ya que engloban múltiples patologías que deterioran en gran medida la calidad de vida de nuestras pacientes
El trabajo multidisciplinar favorece el diálogo y el debate sobre casos complejos, permitiendo establecer decisiones terapéuticas consensuadas.
Las reuniones periódicas de la Unidad son un punto clave ya que de esta manera todos los miembros de la Unidad conocemos la situación y necesidades de cada Servicio que la forma pudiendo colaborar todos en su mejora.
La inclusión en cartera de servicios de tratamientos como el biofeefback y electroestimulación, así como la dotación de ecógrafo y de un espacio nuevo para poder tratar a estos pacientes han sido logros que van a mejorar la atención a las pacientes afectadas de esta patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/478 ========== ***

Nº de registro: 0478

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Autores:
BESCOS SANTANA ELENA, SANZ LOPEZ ALEJANDRO, RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL, CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL, CIA BLASCO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Patología coloproctorectal
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......: mejora de la calidad de vida de la paciente con disfunciones del suelo pélvico

PROBLEMA
Siendo el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" un hospital terciario de servicio público y que atiende a un amplio sector de población, y si realmente pretendemos mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad con programas preventivos y asistenciales, y contamos con una estructura suficiente, está más que justificada la existencia de una UNIDAD DE SUELO PÉLVICO.
Puede que no sea una necesidad prioritaria para nuestro Hospital contar con una Unidad de Suelo Pélvico. Pero si ya contamos con una asistencia ginecológica y urológica básicas cubiertas, una asistencia obstétrica bien estructurada y una asistencia oncológica definida en estas dos áreas es posible que el siguiente paso que debemos dar sea crear una Unidad de Suelo Pélvico.
La disfunción del suelo pélvico (DSP), que incluye principalmente la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso pélvico afecta al menos a un tercio de las mujeres adultas. La identificación de factores de riesgo, el desarrollo de programas preventivos y el abordaje terapéutico de esta patología es, por lo tanto, una prioridad en el campo de la salud de la mujer. También deben tener cabida en esta unidad el dolor pélvico crónico, las disfunciones sexuales y las DSP que aparecen en los hombres adultos.
El desarrollo de la sociedad del bienestar ha llevado a una creciente demanda social del tratamiento de las DSP.En este momento los conocimientos en este campo nos dan la posibilidad de podre ofrecer soluciones más efectivas, cirugías con mejores resultados y menos agresivas y fármacos mejor tolerados junto con mejores estrategias de prevención.
Dado que la pelvis, y en concreto el suelo de ésta, es un área de interés de diversas especialidades, se han

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

ido constituyendo recientemente las denominadas UNIDADES MULTIDISCIPLINARES para el estudio y manejo de DSP para valorar a la paciente de forma conjunta obteniendo mayor beneficio la paciente.
Otro gran campo de las Unidades de Suelo Pélvico consiste en promocionar la aparición de unidades de Rehabilitación especializadas en las DSP, ya que constituyen la primera línea de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Cuando el paciente (la mayoría de pacientes con DSP son mujeres pero esta patología aunque en menos medida también afecta al sexo masculino) acude refiriendo alguna de las patologías relacionadas con la disfunción del suelo pélvico es evaluada inicialmente por uno de los siguientes especialistas: ginecólogo, urólogo, cirujano colorrectal o medico rehabilitador
La primera visita es fundamental para realizar una historia clínica detallada, que incluya antecedentes (obstétricos, traumáticos, quirúrgicos, infecciosos,…), hábitos de vida (tabaco, deporte,...), medicación, actividad sexual, habito intestinal,…
A continuación se realizará una exploración física, neurológica y esfinteriana.
En el caso de la incontinencia de orina, se acompañará de un diario miccional.
Para llegar a un diagnóstico lo más preciso posible será preciso contar con distintas colaboraciones, como laboratorio, urodinamia, ecografía, endoscopia, manometría.
Dado que un gran número de las consultas están relacionadas con trastornos de la micción, el laboratorio de urodinámica adquiere un carácter fundamental, siendo necesario que permita realizar flujometría libre, cistometría, perfil de presión uretral y estudio de flujo-presión.

MÉTODO
La unidad estará constituida por los Drs. Elena Bescós y Dr. Alejandro Sanz (Ginecólogos), Drs. Alejandro Timón y Carmen Ambroj (Urólogos) y Drs. José Manuel Ramírez, Elena Córdoba y Manuela Elía (Cirujanos colo-rectal), que atenderán a sus pacientes en las diferentes consultas de Suelo Pélvico de sus respectivos servicios.
Parte importante de esta unidad es la Rehabilitación, contando en este servicio con la colaboración de las Dras. Isabel Bergua y Ana Martínez. En los casos que la causa que suscite la consulta sea un dolor pélvico contaremos con el apoyo del Dr. Pedro Cía, dentro de la Unidad del Dolor.
De esta manera tenemos una unidad funcional multidisciplinar e ineterrelacionada.

Tras la primera visita, el facultativo que atienda a la paciente, mediante un cuestionario u hoja de evaluación común (de prolapso genital, incontinencia urinaria o fecal), valorará si su patología es subsidiaria de tratamiento y seguimiento por parte de ginecología, urología, colo-proctologia o rehabilitación, o si requiere un tratamiento conjunto.
Con periodicidad trimestral se reunirán para discutir los casos más complejos y que probablemente requieran una actuación conjunta.
De esta manera las pacientes recibirán la mejor asistencia posible, actualizada y consensuada, de la patología del suelo de la Pelvis.

INDICADORES
- Utilización de la hoja de evaluación común
- Creación de documentos informativos comunes
- Reuniones realizadas al año
- Unificación de criterios
- Cirugías interdisciplinares realizadas

DURACIÓN
Inicio en 2017, evaluar al año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 10/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ELENA BESCOS SANTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ LOPEZ ALEJANDRO
RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL
CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA
BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL
CIA BLASCO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 5 reuniones desde el inicio del Proyecto.
En las reuniones se han manifestado las necesidades de cada Servicio que conforma la Unidad (ginecología, urología, cirugía, rehabilitación y anestesia) para llevar a cabo la puesta en marcha de dicha Unidad.
Se están creando documentos de consulta de acuerdo con todos los miembros de la Unidad para que las pacientes sean valoradas y tratadas de una manera más uniforme y sentando los puntos clave de exploración y pruebas complementarias para cada tipo de patología.
En estos momentos en punto clave de la Unidad es la Rehabilitación del Suelo Pélvico. Se va a dotar de un espacio que cumpla los requisitos de intimidad e higiene para la realización personalizada de dicha rehabilitación y se va a introducir en cartera de servicios la electroestimulación y biofeedback, contando así del material necesario. En estos momentos la responsable de la Rehabilitación del Suelo Pélvico es la Dra. Concepción Opic con la colaboración de la Dra. Isabel Bergua (la Dra. Ana Martínez en estos momentos no forma parte de la Unidad debido a que se encuentra en el Hospital de Barbastro tras los traslados recientes)
Se han discutido en las sesiones casos complejos para poder contar con la opinión de todos los especialistas.
Han sido realizadas 7 cirugías conjuntas Ginecología – Urología para casos complejos de Incontinencia Urinaria
Se ha planteado 1 caso complejo de prolapso de cúpula y componente posterior conjuntamente Ginecología – Cirugía precisando cirugía por ambos Servicios.
Desde el Servicio de Ginecología se ha puesto en marcha un proyecto para mejorar el seguimiento de los desgarros perineales postparto formando parte de este proyecto y colaborando en el diagnóstico y rehabilitación el Servicio de Cirugía
Desde el Servicio de Anestesia y formando parte de la Unidad del Dolor, el Dr. Cía colabora con la Unidad y aportó las variedades de tratamientos que puede aportar para la mejoría del dolor pélvico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Utilización de la hoja de evaluación común: en proceso. Hoja realizada pendiente de aprobar por la Unidad.
- Creación de documentos informativos comunes: en proceso. Varios documentos ya están realizados y accesibles en Intranet pero la intención es de ampliación del número de documentos.
- Reuniones realizadas al año: 5 reuniones realizadas.
- Unificación de Criterios: en proceso. Se están creando hojas de consulta comunes para la unidad.
- Cirugías interdisciplinares realizadas: 8.
7 realizadas por Ginecología - Urología y 1 realizada por Ginecología – Cirugía

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental para un Hospital terciario como es nuestro Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” la existencia de una Unidad de Suelo Pélvico.
Las disfunciones del Suelo de la Pelvis engloban múltiples patologías que deterioran en gran medida la calidad de vida de nuestras pacientes y que ocupan gran parte de nuestras consultas, por ello es importante disponer de facultativos con amplio conocimiento en el tema que formen parte de Unidades Multidisciplinares. Estas unidades favorecen el diálogo y conocimiento sobre casos complejos pudiendo tener a las mejores técnicas terapéuticas.
Las reuniones periódicas de la Unidad son un punto clave ya que de esta manera todos los miembros de la Unidad conocemos la situación y necesidades de cada Servicio que la forma pudiendo colaborar todos en su mejora.
El futuro próximo de la Unidad es la creación de hojas de consulta comunes para las patologías más frecuentes tratadas en la Unidad como son la Incontinencia Urinaria, la Incontinencia Fecal y el Prolapso de Órganos Pélvicos. Progresivamente la intención es de una mayor facilidad de colaboración entre Servicios para mejorar la atención de nuestras pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/478 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Nº de registro: 0478

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Autores:
BESCOS SANTANA ELENA, SANZ LOPEZ ALEJANDRO, RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL, CORDOBA DIAZ DE LASTRA MARIA ELENA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL, CIA BLASCO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Patología coloproctorectal
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......: mejora de la calidad de vida de la paciente con disfunciones del suelo pélvico

PROBLEMA
Siendo el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" un hospital terciario de servicio público y que atiende a un amplio sector de población, y si realmente pretendemos mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad con programas preventivos y asistenciales, y contamos con una estructura suficiente, está más que justificada la existencia de una UNIDAD DE SUELO PÉLVICO.
Puede que no sea una necesidad prioritaria para nuestro Hospital contar con una Unidad de Suelo Pélvico. Pero si ya contamos con una asistencia ginecológica y urológica básicas cubiertas, una asistencia obstétrica bien estructurada y una asistencia oncológica definida en estas dos áreas es posible que el siguiente paso que debemos dar sea crear una Unidad de Suelo Pélvico.
La disfunción del suelo pélvico (DSP), que incluye principalmente la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso pélvico afecta al menos a un tercio de las mujeres adultas. La identificación de factores de riesgo, el desarrollo de programas preventivos y el abordaje terapéutico de esta patología es, por lo tanto, una prioridad en el campo de la salud de la mujer. También deben tener cabida en esta unidad el dolor pélvico crónico, las disfunciones sexuales y las DSP que aparecen en los hombres adultos.
El desarrollo de la sociedad del bienestar ha llevado a una creciente demanda social del tratamiento de las DSP.En este momento los conocimientos en este campo nos dan la posibilidad de podre ofrecer soluciones más efectivas, cirugías con mejores resultados y menos agresivas y fármacos mejor tolerados junto con mejores estrategias de prevención.
Dado que la pelvis, y en concreto el suelo de ésta, es un área de interés de diversas especialidades, se han ido constituyendo recientemente las denominadas UNIDADES MULTIDISCIPLINARES para el estudio y manejo de DSP para valorar a la paciente de forma conjunta obteniendo mayor beneficio la paciente.
Otro gran campo de las Unidades de Suelo Pélvico consiste en promocionar la aparición de unidades de Rehabilitación especializadas en las DSP, ya que constituyen la primera línea de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Cuando el paciente (la mayoría de pacientes con DSP son mujeres pero esta patología aunque en menos medida también afecta al sexo masculino) acude refiriendo alguna de las patologías relacionadas con la disfunción del suelo pélvico es evaluada inicialmente por uno de los siguientes especialistas: ginecólogo, urólogo, cirujano colorrectal o medico rehabilitador
La primera visita es fundamental para realizar una historia clínica detallada, que incluya antecedentes (obstétricos, traumáticos, quirúrgicos, infecciosos,…), hábitos de vida (tabaco, deporte,...), medicación, actividad sexual, habito intestinal,…
A continuación se realizará una exploración física, neurológica y esfinteriana.
En el caso de la incontinencia de orina, se acompañará de un diario miccional.
Para llegar a un diagnóstico lo más preciso posible será preciso contar con distintas colaboraciones, como laboratorio, urodinamia, ecografía, endoscopia, manometría.
Dado que un gran número de las consultas están relacionadas con trastornos de la micción, el laboratorio de urodinámica adquiere un carácter fundamental, siendo necesario que permita realizar flujometría libre, cistometría, perfil de presión uretral y estudio de flujo-presión.

MÉTODO
La unidad estará constituida por los Drs. Elena Bescós y Dr. Alejandro Sanz (Ginecólogos), Drs. Alejandro Timón y Carmen Ambroj (Urólogos) y Drs. José Manuel Ramírez, Elena Córdoba y Manuela Elía (Cirujanos colo-rectal), que atenderán a sus pacientes en las diferentes consultas de Suelo Pélvico de sus respectivos servicios.
Parte importante de esta unidad es la Rehabilitación, contando en este servicio con la colaboración de las Dras. Isabel Bergua y Ana Martínez. En los casos que la causa que suscite la consulta sea un dolor pélvico contaremos con el apoyo del Dr. Pedro Cía, dentro de la Unidad del Dolor.
De esta manera tenemos una unidad funcional multidisciplinar e ineterrelacionada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0478

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Tras la primera visita, el facultativo que atienda a la paciente, mediante un cuestionario u hoja de evaluación común (de prolapso genital, incontinencia urinaria o fecal), valorará si su patología es subsidiaria de tratamiento y seguimiento por parte de ginecología, urología, colo-proctologia o rehabilitación, o si requiere un tratamiento conjunto.
Con periodicidad trimestral se reunirán para discutir los casos más complejos y que probablemente requieran una actuación conjunta.
De esta manera las pacientes recibirán la mejor asistencia posible, actualizada y consensuada, de la patología del suelo de la Pelvis.

INDICADORES
- Utilización de la hoja de evaluación común
- Creación de documentos informativos comunes
- Reuniones realizadas al año
- Unificación de criterios
- Cirugías interdisciplinares realizadas

DURACIÓN
Inicio en 2017, evaluar al año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0771

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON

Fecha de entrada: 16/12/2017

2. RESPONSABLE ..... NADIA NASSAR MELIC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ
GASCON MAS ELENA
REPOLLES LASHERAS SIRA
PELLICER SORIA ANA MARIA
RUIZ MARTINEZ SARA
POLO OLIVEROS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde mediados del 2016 el DIU Jaydess es un método financiado y del que disponemos en la consulta de Planificación Familiar de Inocencio Jiménez Delicias. Se ha difundido la información de este DIU por todos nuestros centros de Atención Primaria, tanto para su conocimiento a la hora de informar a las pacientes como para su seguimiento o resolución de dudas.
Hemos realizado un estudio observacional prospectivo en el que se han incluido un total de 111 pacientes a las que se les colocó un DIU de Levonorgestrel tipo Jaydess® en la consulta de Planificación familiar del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza desde el mes de Septiembre de 2016 hasta Septiembre de 2017.
Posteriormente, se ha realizado una encuesta telefónica individualizada y totalmente confidencial sobre el grado de tolerancia y la aparición o no de efectos secundarios. Se incluyó dentro de la definición de efectos secundarios: retirada del dispositivo y consulta en el Servicio de Urgencias.
Dentro de los criterios de inclusión se incluyen:*Pacientes que solicitan como método anticonceptivo el DIU Jaydess® durante el periodo de seguimiento descrito en nuestra consulta de Planificación Familiar del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.
*Cumplimiento de los criterios médico de elegibilidad para el uso de DIU Jaydess® de la OMS.
*Periodo de uso entre la inserción del dispositivo y la encuesta o bien retirada mínima de 2 meses.
*Financiación completa del método anticonceptivo DIU Jaydess® por la Seguridad Social en Aragón.
Dentro de los criterios de exclusión:*Colocación de DIU Jaydess® fuera de nuestras consultas.
*Retirada del DIU Jaydess® con menos de 2 meses de utilización.
*Colocación de Dispositivos no financiados por la Seguridad Social en Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del total de 111 pacientes, 2 rechazaron la encuesta y 18 no fueron localizadas telefónicamente tras un mínimo dos intentos. Finalmente, 91 pacientes fueron incluidas en el análisis.
El 89 % de las pacientes que optaron por su inserción fueron de raza caucásica. La edad media fue de 28,35 años, siendo el 63,7% nulíparas y con antecedentes obstétricos de aborto el 84%.
El principal método de inserción entre las usuarias (76.9%) fue el deseo de un método LARC, y otros, la contraindicación de uso de estrógenos, mal cumplimiento con otros métodos o sangrado menstrual abundante.
Las usuarias de este DIU presentan diferentes patrones de sangrado. Un 39.6% presenta eumenorrea, 30.8% sangrado menstrual irregular, 13.2 % amenorrea, 8.8% sangrado menstrual escaso y 7.7% sangrado menstrual abundante.
El 60.4% de las pacientes refieren dolor en el momento de la inserción y el 46.2% dolor durante las primeras 24 horas.
Acudieron a urgencias por algún motivo durante su uso el 19.8% y se lo retiraron el 12% de las pacientes. Los principales motivos por los que las pacientes decidieron retirarse el DIU fueron por sangrado anómalo o por dolor.
Respecto a la tolerancia el 73% de las usuarias opinan que es buena o muy buena.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con el objetivo de unificar la oferta anticonceptiva en la comunidad autónoma, en mayo de 2016 se creó un programa para unificar la organización de la Atención anticonceptiva en Aragón. Se intentaba garantizar una asistencia anticonceptiva de calidad y equitativa en toda la población en edad fértil, desde tres puntos fundamentales, la consulta del médico de Atención Primaria, matrona y en el último nivel, la consulta de planificación familiar. En el programa se establecen las actuaciones propias de cada facultativo remitiendo a la consulta de planificación familiar aquellas pacientes que deseen colocación de método LARC tipo DIU. Tras la incorporación del programa, se consiguió la completa financiación de todos los métodos LARC (Implanon NXT, DIU cobre, DIU Mirena y finalmente DIU Jaydess) que se encuentran disponibles en la consulta de planificación familiar.
El punto fuerte de nuestro estudio es su característica prospectiva de recogida de datos durante 13 meses de duración, con buena documentación de las características demográficas de las usuarias. Podemos concluir que se trata de un método de planificación con buena tolerabilidad, índice de retirada muy similar a otros métodos y que permite dada su financiación y disponibilidad en consulta que puedan acceder a él pacientes jóvenes y nuligestas que deseen un método de larga duración.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0771

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/771 ========== ***

Nº de registro: 0771

Título
INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON

Autores:
NASSAR MELIC NADIA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, GASCON MAS ELENA, PELLICER SORIA ANA MARIA, RUIZ MARTINEZ SARA, POLO OLIVEROS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Planificación familiar
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Planificación familiar

PROBLEMA
Hasta este año los métodos anticonceptivos financiados parcialmente por la Seguridad Social en Aragón englobaban a un grupo de anticonceptivos hormonales combinados orales, a la minipíldora de progesterona y al implante anticonceptivo. Disponíamos como métodos completamente financiados en Aragón de los DIUs de Cobre y el DIUs Mirena.
Hasta la fecha los DIUs disponibles, tanto financiados como de pago, tienen unas dimensiones estándar que pueden dificultar su colocación en pacientes nuligestas, por lo que su uso en estas pacientes era excepcional.

El DIU Jaydess® es el DIU hormonal más pequeño disponible y contiene una dosis hormonal baja. El dispositivo tiene una longitud de 30mm siendo de plástico flexible.

El Diu Jaydess® previene el embarazo de tres formas:
1. Aumentando el espesor del moco cervical, impidiendo el paso de los espermatozoides.
2. Disminuyendo el espesor endometrial, dificultando así la implantación.
3. Creando un entorno desfavorable para los espermatozoides dentro del útero, disminuyendo su movilidad.

La eficacia de Jaydess® en la prevención de embarazos es superior al 99 % desde el momento en que se introduce en el útero hasta que se extrae. Jaydess® es eficaz durante un período máximo de 3 años, periodo ideal en población joven.

RESULTADOS ESPERADOS
Desde su existencia y sobretodo desde su completa financiación se ha convertido en un método útil y cómodo en población joven nuligesta.

Gran parte de la población joven desea métodos anticoneptivos de larga duración, eficaces y que no dependan de los olvidos en su toma, por lo que este método cumple este tipo de requisitos.

La ventaja de disponer de ellos en la consulta de planificación es que la paciente si lo desea sale de la consulta con un método anticonceptivo altamente eficaz durante 3 años y con muy buena tolerancia.

MÉTODO
Desde mediados del 2016 es un método financiado y del que disponemos en la consulta de Planificación Familiar de Inocencio Jiménez Delicias. Se ha difundido la información de este DIU por todos nuestros centros de Atención Primaria, tanto para su conocimiento a la hora de informar a las pacientes como para su seguimiento o resolución de dudas.

Desde septiembre de 2016 se están registrando los DIU Jaydess® que colocamos para tener conocimiento de las preferencias de uso de las pacientes, la tolerancia y los motivos que pueden suscitar su retirada.

INDICADORES
- Número de DIUs Jaydess® colocados en 1 año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0771

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL DIU JAYDESS® A LOS METODOS DE ANTICONCEPCION FINANCIADOS EN ARAGON

- Número de DIUs Jaydess® retirados en 1 año.

DURACIÓN
1 año. Desde septiembre 2016 a septiembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0816

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

Fecha de entrada: 14/12/2017

2. RESPONSABLE ..... PURIFICACION MATEO ALCALA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO CAROD MARIA PILAR
MACHIN RICOL MARIA PILAR
PARIS BOJ VIRGINIA
FERRER SAMATAN ELENA
MARCO SAN JUAN CARLOS
SALAS MARTINEZ ANNA
GIL TOMAS JOAQUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5. ACTIVIDADES REALIZADAS *

- Elaboración de checklist de Estudio de muerte fetal anteparto, incluyendo antecedentes familiares, personales e historia obstétrica, pruebas realizadas y estudio feto-placentario.

- Instauración de comunicación fluida con psicosomática, informándoles de los casos acontecidos durante el ingreso de la paciente, para poder ser atendidas previamente al alta domiciliaria e instaurar atención psicológica temprana.

- Elaboración de encuestas de calidad de la atención obstétrica y psicológica para las pacientes.

- Sesión de Servicio sobre Duelo Fetal con Psiquiatría, con el objetivo de aprender “expresiones desafortunadas”, herramientas de comportamiento y cómo manejar este tipo de situaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Unificación de la atención a las pacientes en los casos de óbito fetal, siguiendo todos el checklist para solicitar las pruebas pertinentes.

- Atención personalizada a estas pacientes por el mismo grupo de personas.

- Colaboración estrecha y eficiente con otros servicios del hospital: psiquiatría, microbiología, anatomía patológica y hematología especialmente.

- Detección PRECOZ de casos que requieren atención y seguimiento por parte de psicosomática.

- Derivación al alta de todas las pacientes a la “Consulta Preconcepcional”, donde se les informa de los resultados obtenidos en los diversos estudios y de la causa del óbito fetal si esta ha sido identificada. Se les ofrece información sobre su futuro reproductivo y la opción de volver a la consulta cuando consideren para resolver posibles dudas.

- Habitación individual en el Área de Ginecología, de modo que la paciente esté lo más aislada posible del resto de pacientes obstétricas del servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Resulta fundamental ofrecer una atención individualizada a estas pacientes, con un trato cercano y personal, evitando juicios de valor o expresiones desafortunadas que puedan incrementar el malestar de la paciente y su pareja. Hemos aprendido que muchas de las cosas que decimos a diario “con buena intención” pueden no ser las más adecuadas ante esta situación. No tenemos formación adecuada en el manejo de situaciones complicadas.

Contar con un checklist para unificar la atención y no olvidar ninguna prueba complementaria ha sido de gran ayuda, y podríamos extenderlo a otros cuadros clínicos de la especialidad.

Resulta muy gratificante a nivel formativo y personal colaborar con otros servicios de forma tan estrecha, ya que aprendemos unos de los otros y se trata al paciente desde diferentes puntos de vista que ayudan a tener una visión global de un cuadro clínico. La colaboración entre servicios ha funcionado perfectamente y ha resultado fundamental para poder identificar de manera precoz aquellas pacientes en riesgo de desarrollar un duelo patológico y comenzar a trabajar con ellas desde el ingreso, ofertándole todas las medidas de apoyo personal y farmacológico que han necesitado, así como el posterior seguimiento por parte de psicosomática en casos concretos.

Con respecto a las encuestas, la idea inicial era entregarlas durante el ingreso o incluso en la visita del puerperio en la consulta preconcepcional, pero no nos ha parecido adecuado, dado el estado emocional de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0816

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

pacientes. La percepción subjetiva es que hemos mejorado en la atención a los casos de óbito fetal.

En general, ha supuesto una mejora en la calidad asistencial a las pacientes con muerte fetal intrauterina y a sus familiares, ofreciéndoles todas las armas que tenemos a nuestra disposición para atenderlas tanto en la esfera física como emocional y poder realizar un seguimiento adecuado a sus necesidades

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/816 ========== ***

Nº de registro: 0816

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

Autores:
MACHIN RICOL MARIA PILAR, CALVO CAROD MARIA PILAR, MATEO ALCALA PURIFICACION, PARIS BOJ VIRGINIA, FERRER SAMATAN MARIA ELENA, MARCO SAN JUAN CARLOS, SALAS MARTINEZ ANNA, GIL TOMAS JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: embarazo, parto y puerperio
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Nos encontramos ante un evento (muerte fetal anteparto) bastante inusual, al que pocas veces nos enfrentamos, motivo por el cual no estamos preparados ni formados para poder atender a estas familias sin empeorar su sufrimiento. Además, la atención profesional debería ir más allá de la actuación médica para garantizarles un adecuado seguimiento en todas las esferas.
Así mismo, al no haber un protocolo establecido, muchas veces la actuación o el estudio de la etiología, puede diferir en dependencia del profesional responsable en ese momento y sería bueno unificar criterios.
Con este proyecto nuestro objetivo es establecer una circuito de actuación interdisciplinar que abarque todo el proceso, proporcionando a la familia una atención integral.

RESULTADOS ESPERADOS
Necesitamos mejorar la atención a los pacientes que se encuentran en esta situación evitando frases desafortunadas que les incrementen el posible sentimiento de culpa que puedan tener.
Así mismo, garantizar una atención profesional integral, humanizada y científica. Dicha atención se basaría en sensibilizar sobre la transcendencia de la muerte gestacional y neonatal a pesar de los tabúes culturales existentes y favorecer el duelo normal reduciendo la morbilidad psicológica a largo plazo.
Con esta guía de actuación se pretende proporcionar recursos de apoyo en el proceso del duelo favoreciendo la consulta con psicosomática en caso de ser necesario o favoreciendo el acceso a grupos o asociaciones de apoyo tras el alta hospitalaria.
A su vez, tras una recogida muestras y analíticas para poder encontrar la posible etiología, se busca la derivación de todos los casos a una consulta específica (preconcepcional) para ofrecer información sobre resultados y pasos a seguir ante futuras gestaciones.

MÉTODO
Para poder realizar dicho proyecto tenemos que mantener contínua comunicación con otros servicios como:
- Obstetricia (Dra. Calvo, Dra. Lou, Dra. Machín, Dra. Mateo, Dra. París): Verificación de recogida adecuada de muestras y remisión a los servicios pertinentes, así como conocimiento del caso por parte de psicosomática y posterior seguimiento en consultas.
- Psicosomática (Dr. Marco, Dra. Salas): Evitar la elaboración de duelo patológico, apoyo psicológico y farmacológico.
- Microbiología (Dra. Gil): poder avisar de la existencia de uno de estos casos y que se puedan buscar más factores que hayan podido desencadenar el fatal desenlace.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0816

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE FETAL ANTEPARTO Y SEGUIMIENTO DEL DUELO

Para valorar la satisfacción de las pacientes en cuanto a la atención recibida, tenemos a nuestra disposición un cuestionario para poder entregarles durante el proceso y así poder mejorar en la atención a otros pacientes que se encuenten en su misma situación.
Además se les ofrecerá otro cuestionario que valorará la escala del duelo perinatal y así poder diagnosticar cuando un duelo se convierte en patológico y poder actuar en consecuencia.

DURACIÓN
Desde enero de 2017 hasta diciembre del mismo año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BOILLOS CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAVENTOS TATO RUT
PELIGERO DEZA JAVIER
LEAL CARIÑENA CONCEPCION
GONZALEZ MORAN CARMEN
ROLDAN RIVAS FERNANDO
SOLA GARCIA JOSE LUIS
LLORENTE ALAMA SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta ahora se han comenzado a desarrollar las siguientes actividades en coordinación con enfermería:
- Información detallada al ingreso a la paciente, del procedimiento quirúrgico que se le va a realizar
- Descripción detallada de su estancia hospitalaria a la paciente
- Evitar enemas de limpieza intestinal en la mayoría de las intervenciones
- Profilaxis en todas las cirugías que está indicada con elaboración del protocolo adecuado
- Profilaxis tromboembólica en las intervenciones indicadas, con elaboración del protocolo adecuado
- Movilización más temprana de las pacientes postoperatoriamente
- Reducción del ayuno postoperatorio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se están elaborando encuestas de satisfacción para las pacientes
Se están recogiendo las complicaciones postoperatorias inmediatas
Se están recogiendo las estancias medias de cada intervención quirúrgica.

Posteriormente se analizaran los resultados obtenidos para analizar el impacto del proyecto analizando distintos indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todavía queda pendiente la aplicación de todas las medidas properatorias que incluyen la reducción del ayuno properatorio, así como la ingesta de carbohidratos properatoriamente. Tamién queda pendiente la retirada más temprana de cateteres epidurales y la movilización de las pacientes el mismo día de la intervención. Todo esto hay que coordinarlo con el Servicio de Anestesia y se piensa ponerlo en marcha a lo largo de estos primeros meses del año 2018.
Hemos observado en general que todas las modificaciones que hasta ahora se han ido introduciendo son del agrado de las pacientes y contribuyen a su satisfacción, estando más tranquilas durante su estancia hospitalaria. Por otra parte la recuperación postoperatoria con la movilización precoz y la introducción de alimentación más precoz, es más rápida acortando la estancia hospitalaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/843 ========== ***

Nº de registro: 0843

Título
APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Autores:
BOILLOS CALVO MARIA JOSE, RAVENTOS TATO RUT, PELIGERO DEZA JAVIER, LEAL CARIÑENA CONCEPCION, GONZALEZ MORAN CARMEN, ROLDAN RIVAS FERNANDO, SOLA GARCIA JOSE LUIS, LLORENTE ALAMA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha demostrado que algunos hábitos quirúrgicos/anestésicos tradicionales han resultado ser factores de riesgo para la aparición de complicaciones postoperatorias. Los hábitos no recomendados son los ayunos prolongados,la preparación colónica,la administración de opioides intravenosos para el control del dolor,la administración de fluidoterapia de forma "liberal",la colocación de sondas nasogástricas de forma rutinaria,el retraso en el inicio de la alimentación oral y en la deambulación.El protocolo ERAS(EnhancedRecoveryAfterSurgery) se trata de un programa de Recuperación Acelerada tras Cirugía.
La filosofía principal del protocolo ERAS es reducir el estrés metabólico causado por el trauma quirúrgico y apoyar la recuperación temprana desde un abordaje multidisciplinar. Esta actuación sobre factores implicados en la respuesta biológica a la agresión impacta en las complicaciones postoperatorias y disminuye la estancia hospitalaria y los costes de hospitalización.
1) Abordaje preoperatorio con base en protocolo ERAS
- Proporcionar información adecuada:desde la consulta ginecológica y de anestesia.
- Evitar ayunos prolongados:se recomienda un ayuno a sólidos de seis horas y de líquidos hasta dos horas antes de la inducción.
- Aporte de Hidratos de Carbono:reduce la respuesta catabólica,disminuyendo la resistencia a la insulina.
- Evitar preparación intestinal:los pacientes sin preparación no tienen un incremento de la morbilidad ni la mortalidad.
- Premedicación:sedantes de vida media corta.
- Profilaxis antimicrobiana:dosis única previa a la incisión. Si más de 3h o sangrado mayor a 1,5l administrar segunda dosis.
- Tromboprofilaxis: heparina y medias de compresión mecánica
2) Abordaje intraoperatorio con base en el protocolo ERAS
- Fármacos de acción corta, anestesia locorregional:la analgesia atenúa la respuesta de estrés,disminuye el dolor dando mejorando la función pulmonar y reduce el íleo.En caso de contraindicación, se puede realizar un bloqueo de pared abdominal ecoguiado (bloqueo TAP bilateral) y/o infiltración con anestésicos locales de las incisiones de trócares.
- Mantener la normotermia:manta térmica y administración de líquidos intravenosos a temperatura controlada.
- Evitar la sobrecarga hídrica:se recomienda una fluidoterapia basada en el peso ideal (3-5 ml/kg/h para laparoscopia y 5-7 ml/kg/h para laparotomía).
- Tipo de incisión: cirugía de mínima invasión,incisiones transversas u oblicuas.
- Evitar el uso de drenajes:aumenta el riesgo de infecciones y retrasa la movilización.
3) Abordaje postoperatorio con base en el protocolo ERAS
- Retirada temprana de sondas y catéteres.
- Analgesia y anestesia epidural:la analgesia epidural se mantiene durante 48 horas. El uso de opioides como analgésico se limita a rescate.
- Evitar uso de sonda nasogástrica: el uso rutinario retrasa la recuperación de la función intestinal, incrementa complicaciones pulmonares y prolonga la estancia, sin evitar los vómitos, la distensión abdominal ni las dehiscencias de anastomosis.
- Reinicio temprano de la dieta:iniciar a las cuatro horas con líquidos,ya que,la ingesta precoz es segura, disminuye las complicaciones postoperatorias y reduce la estancia hospitalaria.
- Movilización temprana.
- Los criterios fundamentales de alta hospitalaria son:tolerancia a sólidos,analgesia oral eficaz y una correcta movilización.

RESULTADOS ESPERADOS
Adaptar el protocolo Eras a la cirugía ginecológica.
Aplicar el protocolo Eras en nuestro servicio.
Evaluar las complicaciones de la cirugía ginecológica tras la implantación de este protocolo.

MÉTODO
La optimización del manejo perioperatorio en base a la implementación del protocolo ERAS ha mostrado en diferentes estudios que mejora de manera significativa la evolución de los enfermos y la calidad y seguridad de atención, por lo que recomendamos sea considerada su implementación. Para lo cual se propone la coordinación con el Servicio de anestesia para la implantación del nuevo protocolo de actuación durante el preoperatorio y la intervención quirúrgica, así como con el personal de enfermería que se va a hacer cargo de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

INDICADORES
Análisis detallado de todas las complicaciones aparecidas en el postoperatorio inmediato de cada una de los tipos de intervención quirúrgica.
Análisis de la estancia media de cada tipo de intervención quirúrgica.
Se va a evaluar la satisfacción subjetiva de las pacientes durante la estancia hospitalaria con una pequeña encuesta.

DURACIÓN
Fecha de inicio:Marzo-2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Fecha de finalización:Diciembre-2017
Marzo: Puesta en común con el servicio de anestesia del protocolo para su implantación en nuestras pacientes.
Abril: Información y entrenamiento del personal de enfemería para su adecuación en nuestra planta de ingreso hospitalario
Mayo en adelante implantación del protocolo en todas nuestras pacientes intervenidas quirúrgicamente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BOILLOS CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAVENTOS TATO RUT
PELIGERO DEZA JAVIER
LEAL CARIÑENA CONCEPCION
GONZALEZ MORAN CARMEN
SOLA GARCIA JOSE LUIS
LLORENTE ALAMA SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Constituimos un equipo de mejora interdisciplinar con integrantes de diferentes servicios para ofrecer un mejor abordaje al proceso quirúrgico. Para ello, contamos con dos anestesistas, uno de los cuales participa es el facultativo habitual de los procedimientos ginecológicos. También contamos con una enfermera de planta de hospitalización habituada en cuidados postoperatorios de pacientes quirúrgicos y los 5 especialistas que componían en ese momento la sección de ginecología oncológica.
Revisamos lo publicado sobre aplicación de protocolos de recuperación intensiva en cirugía, objetivando que estos protocolos reducen la estancia hospitalaria y las complicaciones sin presentar diferencias en cuanto a la tasa de readmisión o mortalidad. A pesar de las ventajas demostradas la aplicación de estos protocolos representa un cambio en la práctica clínica que dificulta la implementación y una vez establecidos, el mantenimiento requiere un esfuerzo permanente. Uno de los grupos pioneros en nuestro país en la aplicación de este protocolo en cirugía ginecológica es el grupo de Vall Hebron cuyos datos presentados en los diferentes congresos han servido de inspiración en nuestro proyecto.
Tras elaborar el protocolo y constituir el equipo de mejora comenzamos con el reclutamiento de las pacientes. Los datos presentados por el grupo catalán se refieres exclusivamente a pacientes operadas por cáncer de ovario. Sin embargo, nosotros decidimos incluir todas aquellas a las que se les iba a realizar una laparotomía exploradora bien por sospecha de tumoración pélvica sin catalogar o bien por sospecha de cáncer de ovario, la cuales valoramos como las más beneficiadas por la aplicación de estos procedimientos. La inclusión de pacientes se realizó desde enero de 2018 hasta diciembre de 2018. En total fueron 19 pacientes las reclutadas.
Se planteó un abordaje preoperatorio, peroperatorio y postoperatorio con diferentes estrategias en cada uno de ellos, tal y como se relató en el documento aportada cuando propusimos el proyecto de mejora.
A nivel preoperatorio se planteó trabajar desde dos lugares diferentes, desde la consulta ofreciendo información detallada del diagnóstico e información oral y escrita sobre el procedimiento que se le va a realizar, explicándole las posibles complicaciones del mismo. Así mismo, se les informó de la estancia media esperada para cada procedimiento resolviendo dudas y haciéndole partícipe del proceso en todo momento. La otra parte del abordaje preoperatorio consistió valorar a las pacientes en consulta de prehabilitación del servicio de anestesia para que pudieran llegar a la cirugía en las mejores condiciones físicas y psíquicas. En este último aspecto encontramos algunas dificultades ya que, en ocasiones, el tiempo transcurrido entre esta visita y la cirugía era muy corto, entre 7-10 días, tiempo probablemente insuficiente para desarrollar toda la estrategia.
A nivel peroperatorio se planteó reducir la hospitalización previa a la tarde anterior al procedimiento salvo que la paciente tuviera algún requerimiento especial que aconsejara su valoración en el preoperatorio inmediato (p.e. pacientes diabéticas tipo 1). Al ingreso todas las pacientes fueron valoradas por enfermería para identificar cualquier tipo de comorbilidad física o psíquica no detectada hasta el momento. También se les recomendó a las pacientes evitar ayudnos prolongados antes de la intervención.
Se evitó la preparación intestinal anterógrada en todos los casos limitándose a la administración de enemas de limpieza a los casos en los que existía una mayor posibilidad de cirugía rectal como parto del procedimiento, ya que el beneficio de la preparación del intestino en cirugía rectal es todavía controvertido.
Todas las pacientes sometidas a este tipo de cirugía recibieron profilaxis antibiótica media hora antes de la cirugía, empleando como opción preferente Amoxicilina/Clavulánico 2 gr, en caso de alergia se administró Clindamicina 900 mg y gentamicina 80 mg. En caso de que la cirugía se prolongara más de tres horas o se produjera un sangrado superior a 1l se administraba una nueva dosis de antibiótico (estrategia consensuada con grupo PROA). Así mismo, todas ellas recibieron tromboprofilaxis con enoxiparina o bemiparina, prolongando el tratamiento un mes tras la cirugía.
En cuanto al abordaje intraoperatorio, se procuró el uso de fármacos de acción corta para favorecen la recuperación más rápida.
Las pacientes sometidas a este tipo de intervenciones recibieron anestesia general y locorregional, lo cual permitió un mejor control en el postoperatorio inmediato, aunque en algún caso, pensamos que también retraso la recuperación al no permitir una deambulación precoz.
Los anestesistas realizaron un uso racional de líquidos durante la intervención para evitar la sobrecarga hídrica, siempre manteniéndola estabilidad hemodinámica y la oxigenación tisular.
Durante la cirugía se intentó minimizar el sangrado. El tipo de incisión empleada mayoritariamente fue la laparotomía media infra y en ocasiones supraumbilical bien por el tamaño de la tumoración o bien porque el acceso necesario a las regiones linfoganglionares así lo requerían. No se colocaron de forma rutinaria drenajes intraabdominales ni de pared abdominal, únicamente cuando el procedimiento así lo requirió. La retirada se realizó de forma precoz siempre que el débito fuera bajo.
La retirada de la sonda vesical en el postoperatorio se realizó de forma precoz, durante el primer día

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

postquirúrgico que se hubiera producido alguna lesión vesical durante el procedimiento, en estos casos la sonda se mantuvo durante 2-4 semanas a criterio del urólogo.
En los casos en los que las pacientes llevaron catéteres epidurales estos se mantuvieron durante las primeras 48 horas del postoperatorio.
No se colocaron sondas nasogástricas rutinariamente y en los casos en los que se precisó de descompresión gástrica intraoperatoriamente se retiraron al terminar el procedimiento.
Todas las pacientes comenzaron de forma temprana en inicio de la tolerancia oral entre las primeras 6 y 24 horas, reservando únicamente el ayuno para aquellos casos en los que se hubiera producir cirugía intestinal, en estos casos, la reintroducción de la dieta se dejó a criterio del cirujano que realizó la intervención.
La movilización se realizó de forma precoz, salvo aquellos casos en los que las pacientes llevaban un catéter epidural que dificultaba la deambulación. En estas situaciones se aconsejó que realizaran movilización de extremidades inferiores en la cama y se retrasó la deambulación a la retirada del catéter epidural.
Los criterios de alta de hospitalización fueron la presencia de tolerancia oral a dieta sólida, un control correcto del dolor postoperatorio con analgesia oral y una correcta movilización de la paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se incluyeron un total de 19 pacientes sometidas a laparotomía exploradora por tumoración pélvica o sospecha de cáncer de ovario.
Tres de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica con Clindamicina y Gentamicina por ser alérgicas a penicilina. No se produjeron complicaciones infecciosas en ninguna de las pacientes.
No hubo complicaciones anestésicas en ningún caso. Así mismo, tampoco se registraron complicaciones relacionadas con el manejo de los líquidos en nuestras pacientes.
En algún caso tenemos la impresión subjetiva de que la presencia del catéter epidural retrasó la movilización de las pacientes y, por tanto,la recuperación postoperatoria, por ejemplo, en aquellas pacientes que tuvieron un diagnóstico intraoperatorio de benignidad y no fueron sometidas a cirugías muy amplias.
No se produjeron complicaciones postoperatorias en ninguna de las pacientes incluidas, sin embargo, el bajo número de pacientes incluidas no permite extraer conclusiones definitivas en este aspecto.
Siete de las pacientes incluidas obtuvieron finalmente un diagnóstico de malignidad, 6 de llas procedentes de ovario y una de ellos correspondió a un leiomisoarcoma uterino. Cuatro pacientes obtuvieron el diagnostico de tumor de ovario borderline. De las 6 pacientes con cáncer de ovario, tres de ellas habían recibido tratamiento con quimioterapia neoadyudante.
Solamente una de las pacientes incluidas requirió la realización de una resección intestinal de colon a nivel de sigma con anastomosis termino-terminal.
La estancia media fue 4,21 días, siendo 3 días la estancia media mínima y 10 la máxima.
Falta por consensuar las horas de ayuno para líquidos con el servicio de anestesia (aunque el tiempo recomendado por la Sociedad Española de anestesia es de dos horas). No realizamos aporte suplementario de maltodextrina previa a la intervención para reducir la respuesta catabólica, disminuyendo la resistencia a la insulina siendo este uno de los aspectos pendientes de introducción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La adaptación del protocolo ERAS a las intervenciones quirúrgicas se produjo progresivamente, por lo que, en realidad, las pacientes incluidas en este trabajo forman parte del periodo de instauración del mismo y, por tanto, un momento de cambio. Este hecho supone un cambio de mentalidad y en la práctica clínica de los profesionales que requiere un tiempo para su completa instauración. No obstante, algunas de las medidas propuestas en él ya se habían implementado en la especialidad antes de la elaboración de este protocolo, por lo que únicamente hubo que seguir en el mismo sentido las actuaciones (p.e. no colocación de catéteres de forma rutinaria, profilaxis antibiótica o tromboprofilaxis).
Probablemente, las pacientes que más se beneficien de la estrategia preoperatoria de este protocolo sean aquellas ya diagnosticadas dec áncer de ovario y sometidas a quimioterapia neoadyuvante y posterior cirugía puesto que el hecho de que han de transcurrir 4 semanas desde el último ciclo hasta la cirugía permite establecer medidas higiénico-dietéticas indicadas desde la consulta de prehabilitación que les permitan llegar a la cirugía en condiciones óptimas para afrontar el procedimiento, añadido al hecho de que estas pacientes probablemente sean las que lleguen en unas estado funcional peor.
Sólo incluimos pacientes con tumoraciones pélvicas (de útero o de ovario) diagnosticadas o sospechosas de malignidad en la instauración de este protocolo sin tener en cuenta otra entidad no poco frecuente de nuestra especialidad como la endometriosis profunda que podría beneficiarse en gran medida de la aplicación de esta estrategia por varias razones. La primera de ellas es que, en ocasiones, las cirugías que requieren son de igual o mayor entidad que las cirugías oncológicas (incluyendo cirugía colorrectal y/o de la vía urinaria) y la segunda de ellas es que, al no tratarse de una patología maligna se puede demorar algo más la cirugía para permitir que las pacientes lleguen en una situación óptima tanto física como emocional.
Probablemente, más adelante, con una casuística mayor, podamos aportar resultados más concluyentes que refrenden el beneficio de la implantación de un protocolo de estas características en cirugía ginecológica.
Queda pendiente reforzar la comunicación de la estrategia al resto de profesionales del servicio de ginecología, anestesia y enfermería para unificar las actuaciones, la información proporcionada a las pacientes en las consultas pre y posquirúrgicas y durante la hospitalización.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/843 ================================== ***

Nº de registro: 0843

Título
APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Autores:
BOILLOS CALVO MARIA JOSE, RAVENTOS TATO RUT, PELIGERO DEZA JAVIER, LEAL CARIÑENA CONCEPCION, GONZALEZ MORAN CARMEN, ROLDAN RIVAS FERNANDO, SOLA GARCIA JOSE LUIS, LLORENTE ALAMA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se ha demostrado que algunos hábitos quirúrgicos/anestésicos tradicionales han resultado ser factores de riesgo para la aparición de complicaciones postoperatorias. Los hábitos no recomendados son los ayunos prolongados,la preparación colónica,la administración de opioides intravenosos para el control del dolor,la administración de fluidoterapia de forma “liberal”,la colocación de sondas nasogástricas de forma rutinaria,el retraso en el inicio de la alimentación oral y en la deambulación.El protocolo ERAS(EnhancedRecoveryAfterSurgery) se trata de un programa de Recuperación Acelerada tras Cirugía.
La filosofía principal del protocolo ERAS es reducir el estrés metabólico causado por el trauma quirúrgico y apoyar la recuperación temprana desde un abordaje multidisciplinar. Esta actuación sobre factores implicados en la respuesta biológica a la agresión impacta en las complicaciones postoperatorias y disminuye la estancia hospitalaria y los costes de hospitalización.
1) Abordaje preoperatorio con base en protocolo ERAS
- Proporcionar información adecuada:desde la consulta ginecológica y de anestesia.
- Evitar ayunos prolongados:se recomienda un ayuno a sólidos de seis horas y de líquidos hasta dos horas antes de la inducción.
- Aporte de Hidratos de Carbono:reduce la respuesta catabólica,disminuyendo la resistencia a la insulina.
- Evitar preparación intestinal:los pacientes sin preparación no tienen un incremento de la morbilidad ni la mortalidad.
- Premedicación:sedantes de vida media corta.
- Profilaxis antimicrobiana:dosis única previa a la incisión. Si más de 3h o sangrado mayor a 1,5l administrar segunda dosis.
- Tromboprofilaxis: heparina y medias de compresión mecánica
2) Abordaje intraoperatorio con base en el protocolo ERAS
- Fármacos de acción corta, anestesia locorregional:la analgesia atenúa la respuesta de estrés,disminuye el dolor dando mejorando la función pulmonar y reduce el íleo.En caso de contraindicación, se puede realizar un bloqueo de pared abdominal ecoguiado (bloqueo TAP bilateral) y/o infiltración con anestésicos locales de las incisiones de trócares.
- Mantener la normotermia:manta térmica y administración de líquidos intravenosos a temperatura controlada.
- Evitar la sobrecarga hídrica:se recomienda una fluidoterapia basada en el peso ideal (3-5 ml/kg/h para laparoscopia y 5-7 ml/kg/h para laparotomía).
- Tipo de incisión: cirugía de mínima invasión,incisiones transversas u oblicuas.
- Evitar el uso de drenajes:aumenta el riesgo de infecciones y retrasa la movilización.
3) Abordaje postoperatorio con base en el protocolo ERAS
- Retirada temprana de sondas y catéteres.
- Analgesia y anestesia epidural:la analgesia epidural se mantiene durante 48 horas. El uso de opioides como analgésico se limita a rescate.
- Evitar uso de sonda nasogástrica: el uso rutinario retrasa la recuperación de la función intestinal, incrementa complicaciones pulmonares y prolonga la estancia, sin evitar los vómitos, la distensión abdominal ni las dehiscencias de anastomosis.
- Reinicio temprano de la dieta:iniciar a las cuatro horas con líquidos,ya que,la ingesta precoz es segura, disminuye las complicaciones postoperatorias y reduce la estancia hospitalaria.
- Movilización temprana.
- Los criterios fundamentales de alta hospitalaria son:tolerancia a sólidos,analgesia oral eficaz y una correcta movilización.

RESULTADOS ESPERADOS
Adaptar el protocolo Eras a la cirugía ginecológica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0843

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA

Aplicar el protocolo Eras en nuestro servicio.
Evaluar las complicaciones de la cirugía ginecológica tras la implantación de este protocolo.

MÉTODO
La optimización del manejo perioperatorio en base a la implementación del protocolo ERAS ha mostrado en diferentes estudios que mejora de manera significativa la evolución de los enfermos y la calidad y seguridad de atención, por lo que recomendamos sea considerada su implementación. Para lo cual se propone la coordinación con el Servicio de anestesia para la implantación del nuevo protocolo de actuación durante el preoperatorio y la intervención quirúrgica, así como con el personal de enfermería que se va a hacer cargo de los pacientes durante el ingreso hospitalario.

INDICADORES
Análisis detallado de todas las complicaciones aparecidas en el postoperatorio inmediato de cada una de los tipos de intervención quirúrgica.
Análisis de la estancia media de cada tipo de intervención quirúrgica.
Se va a evaluar la satisfacción subjetiva de las pacientes durante la estancia hospitalaria con una pequeña encuesta.

DURACIÓN
Fecha de inicio:Marzo-2017.
Fecha de finalización:Diciembre-2017
Marzo: Puesta en común con el servicio de anestesia del protocolo para su implantación en nuestras pacientes.
Abril: Información y entrenamiento del personal de enfemería para su adecuación en nuestra planta de ingreso hospitalario
Mayo en adelante implantación del protocolo en todas nuestras pacientes intervenidas quirúrgicamente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0982

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON

Fecha de entrada: 03/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA GASCON MAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE
CALVO CAROD PILAR
BOILLOS CALVO MARIA JOSE
PEREZ-SERRANO ARTIGAS CARMEN
MORENO ROMEA ESTHER
RAVENTOS TATO RUT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Registro de los datos tras recogida de la encuesta del trabajo fin de master de la Dra. Calvo Carod “Perfil de la usuaria de implante relación del patrón de sangrado con variables sociodemográficos, epidemiológicas de las mismas.”
Cursos y talleres formativos en los centro de Salud y en el colegio oficial de enfermería que han permitido, coordinar atención primaria y especializada, organizar/ mejorar la atención a la mujer en los centro de Salud y mejorar la formación y confianza de los profesional con el implante anticonceptivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Aumento de la inserción de implantes anticonceptivos en Aragón, de 134 implantes en 2015 a 1718 servidos por las Unidades de Farmacia durante el primer año de funcionamiento del Programa. En consecuencia, se ha disminuido la tasa de embarazos no deseados y de interrupciones voluntarias de embarazo.
- Se ha conseguido disminuir la lista de espera de consultas de Planificación familiar ya que del total de implantes insertados, un 63% se realizó en Atención Primaria (1083) y el resto en Atención Especializada (635)
- Perfil de la usuaria: edades en torno a los 20-40 años, correspondiendo a más de 90% de las mujeres y un menor porcentaje de las edades más extremas. Se observa que el 40% de las usuarias presentan sobrepeso u obesidad, se podría explicar a que éste es un factor de riesgo para el uso de estrógenos y se aconseje en dichas mujeres métodos de sólo gestágenos como el implante. El porcentaje de implantes retirados ha sido aproximadamente de un 10% y el motivo más frecuente es la alteración en el patrón de sangrado.
En consecuencia, con este perfil de usuaria del implante anticonceptivo se refleja una mayor equidad en el acceso a la atención anticonceptiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dentro de las novedades más importantes del Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón, publicado en Mayo 2016, incluía la financiación gratuita del implante, la accesibilidad al mismo desde atención primaria y la inserción a cargo mayoritariamente de matronas.
Con los resultado anteriormente descritos, un incremento exponencial de la utilización del implante (x12) y que no exista un cambio significativo en el porcentaje de retirada antes de su caducidad se traduce en un éxito del nuevo programa de anticoncepción desde su completa financiación.
En la actualidad, es un referente de programa en anticoncepción en el resto de España.

7. OBSERVACIONES.
Sería interesante seguir evaluando ya que llevamos sólo un año, y la muestra es pequeña, es necesario seguir valorando la evolución en el tiempo y en otros sectores.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/982 ========== ***

Nº de registro: 0982

Título
SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON

Autores:
GASCON MAS ELENA, REPOLLES LASHERAS SIRA, CALVO CAROD MARIA PILAR, BOILLOS CALVO MARIA JOSE, PEREZ-SERRANO ARTIGAS CARMEN, MORENO ROMEA ESTHER, RAVENTOS TATO RUT

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0982

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

PROBLEMA
El implante subdérmico es un anticonceptivo formado por una sola varilla que contiene 68 mg de etonogestrel, gestágeno de 3ª generación. El principal beneficio de los anticonceptivos con sólo gestágeno es evitar los efectos secundarios metabólicos y clínicos de los estrógenos, por tanto, es una muy buena opción para las mujeres con alguna contraindicación para la toma de estrógenos.
Otra de las ventajas que ofrecen los implantes, a diferencia de otros métodos anticonceptivos, es que no dependen de la persona que los utiliza y, por lo tanto, no presentan diferencias en las tasas de efectividad entre el "uso perfecto" y el "uso típico"; con un Índice de Pearl de 0.05 constituye el método más seguro. Además, el implante está entre los métodos que se denominan de larga duración (tres años) suponiendo una mayor comodidad para la usuaria.
Hasta Junio de 2016, el implante suponía para las usuarias un coste económico, realizar un visado de inspección médica, asistencia a un mínimo de tres consultas ginecológicas, lo cual, conllevaba un riesgo de embarazo no deseado durante la espera. Además, su inserción y retirada debía ser realizada por un facultativo especialista en ginecología. En los sucesivos meses, se ha ido incorporando un programa aprobado por la D.G.A que incluye:
1. Financiación completa del método.
2. Prescripción por médico de atención primaria.
3. Cursos y talleres formativos en Anticoncepción para atención primaria (matronas y facultativos)
4. Seguimiento del método en los centros de salud.

Todo ello con el fin de conseguir la equidad en prestación de un método anticonceptivo prácticamente exento de riesgo y favorecer la accesibilidad de la usuaria mediante la modificación de competencias, de forma que se inserten en Atención Primaria, y que sean financiados, lo cual evita pasos intermedios.

RESULTADOS ESPERADOS
•Disminuir la lista de espera en las consultas de Planificación Familiar.
•Garantizar la equidad en el acceso a la atención anticonceptiva.
•Disminuir la tasa de embarazos no deseados, y en consecuencia, el número de interrupciones voluntarias del embarazo.
•Conocer el perfil de la usuaria del implante, el patrón de sangrado del implante y la tasa de retiradas prematuras (antes del año).
•Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva (Atención Primaria / Atención Especializada).
•Aumentar la adhesión al método a través del seguimiento en Atención Primaria.
•Centralizar la atención integral a la mujer en los centros de salud.

MÉTODO
Responsables: F.E.A Ginecología de la Consulta de Orientación Familiar del Centro de Especialidades de Zaragoza “Inocencio Jiménez”.
? Registro de inserción y retirada de los implantes, así como su motivos, y características epidemiológicas de las usuarias (edad, raza, paridad, IMC….)

Responsables: Matronas de Centro de Salud del Área III de Zaragoza.
? Registro del patrón de sangrado, satisfacción con el método y adherencia al método a los 3-6 meses de inserción del implante.
Para lo anteriormente mencionado, se va a utilizar:
1. Base de datos “Excel” centralizada en la consulta de orientación familiar de ginecología de Inocencio Jiménez.
2. Encuesta entregada en el momento de la inserción del implante, que será entregada a la matrona del centro de salud cuando realicen el control a los 3-6 meses.
3. Cursos y talleres formativos en los centros de salud del Área III de Zaragoza.

INDICADORES
•Número de implantes insertados en atención especializada.
•Número de implantes insertados en atención primaria.
•Número de implantes retirados antes del primer año tras su inserción si el motivo es el patrón de sangrado irregular.

DURACIÓN
-Fecha de inicio: Octubre 2016 ; Fecha de finalización Octubre 2017
- Exposición del proyecto de calidad al grupo de trabajo tras su aprobación.
- Programación de cursos y talleres a atención primaria.
- Recogida de registro de la base de datos y de encuestas en Atención Primaria cada 3-4 meses.
- Análisis de los datos y exposición de los mismos.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0982

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO DESDE SU COMPLETA FINANCIACION EN ARAGON

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0532

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ SORBE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILAR DE MINGO CRISTINA
LASALA CONTE IBANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de protocolos y guías de práctica clínica (junio-octubre 2018)
- Sesión informativa al equipo multidisciplinar implicado en la asistencia a las gestantes ingresadas (diciembre 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Pendiente análisis de datos de encuestas realizadas al personal implicado
- Pendiente impresión y colocación de póster en las unidades seleccionadas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la sesión informativa al personal de hospitalización se valoró muy positivamente la implantación del proyecto.
- Pendiente análisis de datos de encuestas realizadas al personal implicado
- Pendiente impresión y colocación de póster en las unidades seleccionadas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/532 ========== ***

Nº de registro: 0532

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

Autores:
PEREZ SORBE CRISTINA, MORENO RUTIA ESTHER, PEINADO BERZOSA RUTH, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, LASALA CONTE IBANA, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, ORNAT CLEMENTE LIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (2015-2020), las actividades de formación y actualización de personal sanitario en terapéutica y farmacología clínica o la prevención de errores en los circuitos de la medicación son algunas de las iniciativas más relevantes para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.
En el Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (estudio ENEAS) se concluyó que el 37,4% estaban relacionados con la medicación. Por ello y debido a las características específicas de la paciente gestante, consideramos fundamental promover la formación de los profesionales sanitarios implicados en el uso seguro de los medicamentos más habituales.

RESULTADOS ESPERADOS
- Promover la seguridad de la paciente de forma proactiva.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0532

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS DE ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA A TRAVES DE POSTER

- Aumentar la conciliación de la medicación en las diferentes unidades de nuestro servicio, evitando la variabilidad de su uso en la práctica asistencial.
- Incrementar la cultura de seguridad de los profesionales evitando fallos potenciales.
- Proporcionar información a los profesionales sobre la administración de fármacos de uso habitual en obstetricia mediante la elaboración de un póster fácilmente accesible para su consulta.

MÉTODO
- Estimación del coeficiente de riesgo NPR (Número de Priorización de Riesgo) de los fármacos a incluir.
- Elaboración del póster por parte de los miembros componentes del proyecto.
- Presentación en sesión clínica a las diferentes unidades implicadas: hospitalización obstétrico-ginecológica, Urgencias obstétrico -ginecológicas, paritorio.
- Realización de encuesta de utilidad a los profesionales a los que va dirigido.

INDICADORES
- Nº de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica que conoce la implementación del póster / Nº TOTAL de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica x 100
Estándar: el 85% de los profesionales implicados conocerán la implementación del póster.
- Nº de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica que considera el póster útil en su práctica habitual / Nº TOTAL de profesionales implicados en la administración de medicación a la paciente obstétrica x 100
Estándar: el 85% de los profesionales implicados encontrarán útil el póster en su práctica habitual.

DURACIÓN
JUNIO-OCTUBRE 2018: revisión de Protocolos y Guías de Práctica Clínica de uso de fármacos de riesgo en obstetricia.
NOVIEMBRE 2018: Elaboración del póster según resultados de la aplicación del análisis modal de fallos y efectos.
DICIEMBRE 2018: presentación del póster en sesión clinica.
ENERO 2019: implantación.
FEBRERO 2019: evaluación de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0711

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE MARTINEZ MEDEL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ
MATEO ALCALA PURIFICACION
ORNAT CLEMENTE LIA
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
RUIZ MARTINEZ SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde comienzo de 2018 se estableció un circuito interno para realización de la versión cefálica externa.
Las pacientes candidatas que, tras ser informadas en consulta de Obstetricia (y firma de consentimiento informado) decidían someterse a la técnica, acudían en los días señalados para la realización al Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico. Allí, tras detallada información, se realizaba cardiotocografía fetal.
Una vez objetivado el bienestar fetal, se realizaba una ecografía obstétrica básica para certificar presentación fetal, estimar peso fetal y valorar volumen de líquido amniótico. Posteriormente, tras canalización de vía venosa periférica, se procedía al intento de versión externa según las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
Tras el intento, se realizaba nueva cardiotocografía fetal y, si no había complicación alguna, se daba de alta a la paciente con su correspondiente informe, derivándola a su siguiente consulta obstétrica ya citada.
Recursos empleados: Sala, ecógrafo, monitor cardiotocográfico y personal de urgencias de Obstetricia. Tres obstetras asignados al procedimiento (realización aleatoria por uno de ellos).
Acciones para comunicar al Servicio los resultados: Sesión informativa en Enero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Obtención de datos en el periodo realizado 1 enero 2018- 31 diciembre 2018: Base de datos en programa SPSS realizada por uno de los obstetras realizadores de versiones, con información detallada de datos obstétricos, datos de la versión externa y resultado obstétrico posterior. Base de datos perinatales general del Servicio de Obstetricia.

Porcentaje de presentaciones podálicas que aceptan versión externa: 50,55%
Porcentaje de versiones exitosas: 47,8%
Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: 77,27%
Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: 0,86%
Número de cesáreas evitadas en el periodo: 17.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han cumplido todos los objetivos establecidos inicialmente. Aun así nos encontramos con:
• Debilidades: pacientes que no aceptan la técnica a pesar de no existir contraindicaciones y eligen cesárea como método de finalizar su gestación.
• Posibilidades de mejora:
- ampliación del número de pacientes con feto en presentación podálica que aceptan la versión externa, tras una adecuada selección de pacientes (excluyendo contraindicaciones) y una buena información
- establecimiento de una vía clínica oficial
- posibilidad de segundo intento de versión externa bajo anestesia raquídea (amplia bibliografía que avala dicha actuación).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/711 ========== ***

Nº de registro: 0711

Título
ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0711

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

MARTINEZ MEDEL JORGE, EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA, ARRIBAS MARCO MARIA TERESA, ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ, MATEO ALCALA PURIFICACION, ORNAT CLEMENTE LIA, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, RUIZ MARTINEZ SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El objetivo final de la VCE es aumentar la probabilidad de tener un parto vaginal en presentación cefálica y reducir así la tasa de cesáreas asociada a presentación no cefálica.
Esta maniobra se dirige a pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término. Las pacientes deben de ser informadas correctamente sobre el procedimiento y, a su vez, manifestar su conformidad mediante la firma del consentimiento informado de versión cefálica externa.
La eficacia de la VCE es alrededor de un 60% (entre el 40 y el 78%). Diversos factores se asocian con una reducción de las tasas de éxito de esta técnica, pudiendo destacar: nuliparidad, placenta anterior, disminución de líquido amniótico, pelvis no favorable, obesidad materna, tensión de pared abdominal materna, tensión uterina, cabeza fetal no palpable, rotura prematura de membrana (RPM), edad materna avanzada, edad gestacional avanzada, peso fetal elevado, cicatriz uterina previa, presentación de nalgas puras.
Dentro de los factores que se asocian con mayor éxito de la versión externa, destacan el uso de tocolíticos durante la maniobra y la experiencia del operador. También aumentan las probabilidades de éxito factores como multiparidad, volumen de líquido amniótico abundante, placenta en localización posterior o presentación fetal de pies.
Los diferentes estudios demuestran que la realización protocolizada de la versión externa en fetos con presentación diferente a la cefálica se asocia con una reducción en la tasa de cesáreas por presentación no cefálica.
Hasta hace 1 año la VCE no se realizaba de manera protocolizada, era realizada por operadores diversos, precisaba ingreso hospitalario y las tasas de éxito eran variables.
Este proyecto pretende protocolizar la VCE, que sea realizada por un número limitado de operadores y de manera ambulatoria y programada.Todo ello permitirá optimizar los recursos y mejorar la tasa de éxito, reduciendo así la tasa de cesáreas.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes con gestación controlada de bajo riesgo y a término, con feto en presentación no cefálica.

Resultados: Protocolización VCE, realización de VCE de manera ambulatoria, mejorar tasa de éxito (y consecuentemente reducir tasa de cesáreas), optimización de recursos.

MÉTODO
Acciones previstas: Establecimiento de protocolo o vía clínica de VCE, realización por número limitado de operadores.

Recursos: Puesta en marcha de proyecto. Reuniones Servicio de Obstetricia para acordar protocolo o vía clínica. Colaboración del personal de Enfermería del área de Urgencias obstétricas.

Cambios previstos: Realización ambulatoria.

INDICADORES
Porcentaje de presentaciones podálicas que aceptan versión externa: Valor a alcanzar 50%, límites 30-60%.
Porcentaje de versiones exitosas: Valor a alcanzar 40%, límites 35-57%.
Porcentaje de versiones exitosas que finalizan en parto vaginal: Valor a alcanzar 75%, límites 65-80%.
Porcentaje de reducción de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 35%, límites 25-40%.
Reducción total de la tasa de cesáreas asociada a la técnica: Valor a alcanzar 0,6%, límites 0,5-0,8%.

Fuente de datos: Base de datos del Servicio de Versiones Externas

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto: Inmediata

Duración prevista: Valoración de resultados en 1 año.

Responsables: Todos los componentes del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0711

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA REALIZACION PROGRAMADA DE LA VERSION EXTERNA FETAL. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ......................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0717

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PURIFICACION MATEO ALCALA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARAZO HERNANDEZ MARIA BELÈN
AGÜERO LABORDA RAFAEL
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
OROS LOPEZ DANIEL
ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL
TEJERO SANCHO SUSANA
GABASA GORGAS LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha implementado el uso universal de la cartilla del embarazo disponible a tal fin en la Historia Electrónica del Salud. Se siguió el calendario establecido de forma que paulatinamente se fueron incorporando a la misma las gestantes que se incluían para su seguimiento en nuestra Área de Salud.
Se realizaron sesiones informativas para los ginecólogos acerca de su uso y utilización, por parte de los responsables de la misma del Salud.
Del mismo modo se realizaron otras sesiones informativas a las matronas de Atención Primaria, ya que esta herramienta permite coordinar de forma excelente la actividad de las matronas de Atención Primaria y los obstetras. Se dio acceso informático a la misma a las matronas, quienes también la utilizan como herramienta de trabajo.
El proyecto se comenzó a realizar en las consultas de Inocencio Jiménez, para después extenderse a las consultas del Hospital Clínico y posteriormente a las consultas de los centros de Ejea y Tarazona

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El éxito y resultado ha sido de un 100%. En el momento actual ninguna paciente de nuestra Área recibe la cartilla de control de embarazo (antigua cartilla azul) en papel. La Historia Clínica Electrónica y su Cartilla de Embarazo ha permitido eliminar el papel en nuestras consultas así como establece una relación mucho más estrecha en el seguimiento de las gestantes entre matronas y obstetras.
El grado de satisfacción por parte de facultativos y matronas que controlan el embarazo es excelente.
La aceptación por parte de la gestante de no disponer del control gestacional en papel físico también ha sido satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En el momento actual toda la información del curso gestacional de nuestras embarazadas se encuentra disponible en red pudiéndose consultar tanto desde Atención Primaria como desde Atención Especializada en cualquier punto de nuestra Comunidad Autónoma.

Se mantiene contacto constante con los responsables informáticos del Salud para asesorar sobre mejoras de la cartilla electrónica del embarazo, pero desgraciadamente estas tardan en llegar.

Entre las debilidades de este sistema se encuentra el hecho de falta de informes que aporta la embarazada cuando se desplaza de manera ocasional a otra comunidad durante periodo vacacional etc. y precisa asistencia urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/717 ========== ***

Nº de registro: 0717

Título
DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

Autores:
MATEO ALCALA PURIFICACION, CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN, AGÜERO LABORDA RAFAEL, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, OROS LOPEZ DANIEL, ROMERO CARDIEL MANUEL ANGEL, TEJERO SANCHO SUSANA, GABASA GORGAS LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0717

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A fecha de diciembre de 2017, en el Sector III del SALUD, se continúa usando la cartilla de control de embarazo en papel (cartilla azul) que se entrega a la propia embarazada, donde consta su seguimiento a lo largo de la gestación. Esto se realiza de forma independiente a una extensa base de datos informatizada que se lleva de forma paralela de todas nuestras gestantes desde hace varios años.
Desde hace algún tiempo existe ligada a la Historia Clínica Electrónica y promovida por el SALUD, la Cartilla Electrónica del Embarazo, documento que se puede consultar desde todos los hospitales de nuestra Comunidad Autónoma, así como desde todos los puntos asistenciales.
La necesidad de evolución y el proceso imparable de informatización de documentos, hace deseable nuestra incorporación al uso de este instrumento informático.

RESULTADOS ESPERADOS
El desarrollo y la aplicación de la Cartilla Electrónica del Embarazo incluida dentro de un plan de mejora continua de calidad en nuestro Servicio podría generar una importante organización del trabajo, teniendo como finalidad la mejora continua a nivel asistencial.

Dado que el parto es uno de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) más habituales en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, la informatización de su documentación a través del SALUD y la cartilla electrónica del embarazo, podría traer grandes beneficios a la asistencia de la paciente.

A lo largo del presente año, pretendemos incorporar este método de trabajo y eliminar de forma sucesiva las cartillas de papel azul.

A la vez, y dada la amplia experiencia que desde hace años hemos adquirido, gracias a nuestra excelente base de datos obstétricas, queremos aportar ideas al grupo de trabajo de la Cartilla Electrónica del Embarazo del SALUD, para contribuir a su mejora en todos los aspectos posibles.Incorporación sucesiva de embarazadas conforme comiencen su gestación, a la Cartilla Electrónica del Embarazo.

Nuestro objetivo es la incorporación sucesiva de embarazadas conforme comiencen su gestación, a la Cartilla Electrónica del Embarazo y mejorar a lo largo de los próximos años y en colaboración con el resto de Hospitales de la red del Salud Aragón y el SALUD, la recogida de datos.

MÉTODO
En la primera visita de la gestación, crear la Cartilla Electrónica del Embarazo a las nuevas pacientes, de forma que tengan ya su control recogido en dicha herramienta informática. Así, dentro de nueve meses aproximadamente, la gran mayoría de embarazadas tendrían su historia gestacional en este formato. Las revisiones sucesivas del embarazo se realizarán en los formularios de Seguimiento del Embarazo de esta Cartilla.

Se ofrecerán sesiones informativas a los facultativos del Servicio y matronas del manejo de este nuevo soporte informático, así como a las matronas de Atención Primaria, siempre en colaboración con los responsables de la creación de la misma en el SALUD.

INDICADORES
Entre los indicadores estarán el número de Cartillas Electrónicas del Embarazo existentes en nuestro Sector III a final de año 2018 y los ítems mejorados, con información relevante que han sido añadidos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0717

1. TÍTULO

DESARROLLO-MEJORA E INCORPORACION A LA CARTILLA ELECTRONICA DEL EMBARAZO DEL SALUD DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SALUD

DURACIÓN
Comienzo en enero de 2018 y seguimiento a lo largo de los años. Este proyecto se dará por concluída su puesta en marcha en diciembre de 2018, pero continuará a lo largo de los próximos años de manera que podamos alcanzar unos objetivos cercanos al 100% de pacientes con Cartilla Electrónica del Embarazo en su seguimiento.
Se pretende continuar con una mejora continuada de los ítems a recoger.

Las reuniones informativas con facultativos y matronas se realizarán en el primer trimestre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0728

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LIA ORNAT CLEMENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MEDEL JORGE
IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA
CLAVO CAROD PILAR
CORTIZO GARRIDO SANDRA
GUARGUA MONTORI MARIA
ALVAREZ MARTINEZ ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde hace 2-3 años se están llevando a cabo en nuestro servicio varios proyectos en el contexto de mejorar la asistencia en el embarazo, parto y puerperio, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Atención al arto normal del Ministerio de Sanidad. Siguiendo los propósitos de este proyecto se ha realizado un tríptico informativo para las gestantes y un vídeo que muestra las instalaciones en las que se desarrolla la dilatación y el parto normal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tríptico informativo en español.
En la primera visita de embarazo se entregan a las pacientes las recomendaciones de la SEGO que están disponibles en la HCE del embarazo del SALUD.
Vídeo informativo que muestra el servicio de Paritorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la traducción del tríptico a otros idiomas, la impresión en color de este, y la distribución del video informativo a las matronas de Atención Primaria para que lo muestren en las clases de preparación al parto.
Se ha propuesto la exposición de este proyecto en una de las sesiones de Calidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Está en proyecto mejorar los trámites de canalización de las gestantes a primera visita de embarazo para intentar que el 100% tengan acceso a su matrona de Atención Primaria durante el embarazo y, por ello, a las charlas de atención al parto y promoción de la lactancia materna, dónde se demostrarían los videos y podrían suministrarse los trípticos. Un problema que hemos detectado es que sólo el 40% de las embarazadas acuden a primera visita de embarazo con su matrona y por ello muchas de ellas no pueden aprovechar la posibilidad de asistir a clases de preparación al parto.

7. OBSERVACIONES.
Por cambios en la plantilla del Servicio de Ginecología y por estar alguno de los autores en más de dos proyectos, se sustituyen alguno de los miembros.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/728 ========== ***

Nº de registro: 0728

Título
ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

Autores:
ORNAT CLEMENTE LIA, MARTINEZ MEDEL JORGE, IBAÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA, BRETON HERNANDEZ PATRICIA, CALVO CAROD PILAR, PEINADO BERZOSA RUTH, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, PEREZ SORBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0728

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2017 se puso en marcha un nuevo protocolo de control del embarazo normal por parte de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Los cambios que recoge este protocolo se están poniendo en marcha en nuestro servicio desde comienzos del año 2018, además de que se ha puesto en marcha la Historia Clínica Electrónica del Embarazo.
Con el objetivo de informar a las pacientes de todos estos avances, se propone actualizar el folleto informativo que les facilitamos en la primera visita, además de realizar versiones en diferentes idiomas y en un lenguaje más comprensivo que el documento actual.
Un gran porcentaje de pacientes no acuden correctamente a las visitas concertadas, fallando sobre todo a los pasos a seguir en el Diagnóstico prenatal de cromosomopatías, entre otros motivos por lo complicado de los pasos a seguir y la dificultad en explicarlo. La intención de dar la información por escrito en un folleto claro y en lenguaje sencillo para la paciente sería facilitar el cumplimiento de las visitas en el embarazo.
Otra demanda actual, es la humanización en la atención al parto, reflejada en muchas ocasiones en planes de parto que traen las pacientes en los cuales figura como una demanda cada vez mayor, el conocimiento de las instalaciones de Paritorio. Con el objetivo de que se sientan más cómodas en ese proceso, se propone la grabación de un vídeo y difusión en las clases de preparación al parto, sobre el proceso y entorno de desarrollo de un parto normal en nuestro medio.

3.2.- Oportunidades de Mejora para 2018

Actualizar la información dada a las gestantes de nuestro medio en base a los cambios realizados en el último año en cuanto al control de embarazo.
Realizar folletos informativos en diferentes idiomas.
Realizar un video explicativo informando sobre las instalaciones donde se realizará el parto, para que les sea más familiar en el momento de acudir a Urgencias.
Crear un grupo de información a las gestantes en las últimas visitas del embarazo, sobre el desarrollo habitual del parto.

RESULTADOS ESPERADOS
-Crear un tríptico informativo sobre el control de embarazo
-Traducirlo a varios idiomas
-Suministrarles las recomendaciones de la SEGO disponibles en la historia clínica electrónica del embarazo
-Realizar un vídeo explicativo sobre la atención al parto
-Mejorar la satisfacción de las usuarias

MÉTODO
-Realización de tríptico informativo.
-Traducción del mismo a varios idiomas.
-Creación de vídeo explicativo sobre el proceso del parto.
-Distribución del vídeo a las consultas de matrona de Atención Primaria.
-Creación de una consulta en grupo a las embarazadas para información sobre el proceso del parto.

INDICADORES
-% de pacientes que acuden correctamente a la primera visita
-% de pacientes que se realizan correctamente el cribado combinado de primer trimestre
-% de pacientes que acuden a preparación al parto a su matrona de Atención Primaria
Los datos se obtendrán por:
-Encuesta de satisfacción a las pacientes.
-Recogida de los datos de Diagnóstico prenatal por medio del programa Excel del servicio y de la historia clínica electrónica del embarazo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0728

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO

DURACIÓN
Mayo- Septiembre de 2018: realización del tríptico, del video y de las encuestas de satisfacción
Septiembre de 2018- Enero de 2019: recogida de datos de las encuestas de satisfacción
Septiembre 2018: reunión con matronas para consultar dudas y entregarles el material realizado.
Enero 2019: revisión de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0841

1. TÍTULO

CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ARRIBAS MARCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ MARTINEZ SARA
PROCAS RAMON BEATRIZ
PEREZ MUÑOZ ANA
MORENO LAMANA VIRGINIA
CARRERAS CASANOVA VICTORIA
PEINADO BERZOSA RUTH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dos sesiones formativas en el Sº Ginecología y Obstetricia, en el que se debaten los términos para llevarlo a cabo, de acuerdo con otros Servicios implicados
Creación de un protocolo, pendiente de ser refrendado por Sº de Pediatría y Anestesia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Información del proyecto a los profesionales implicados
Puesta en marcha del CPP en cesáreas programadas y urgentes, a criterio de los profesionales implicados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente conseguir varios objetivos:
- La aprobación del protocolo conjunto en la comisión de revisores
- Recogida de datos, tras conseguir unificar criterios
- Incorporación al protocolo quirúrgico informativazo, en el apartdao " observaciones"
- Inclusión en el conjunto de proyectos puestos en marcha en el Sº d Ginecología y Obstetricia, encuadrados en la consecución de IHAN (Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y lactancia)

Nuestro objetivo se fija en conseguir la aplicación del CPP
- 100 % de las cesáreas programadas, que cumplan criterios
- Todas aquellas cesáreas urgentes que no contraindiquen su realización por motivos pediátricos o quirúrgicos

Para conseguir los objetivos fijados sería necesario ampliar el proyecto al menos 1 año, con el fin de ponerlo en conocimiento a todas las partes implicadas y conseguir la completa normalizacióndel CPP en nuestra asistencia al parto por cesárea

7. OBSERVACIONES.
Se realiza cambio de 2 profesionales como coautores por finalización de contrato en el Servicio de un profesional y renuncia de otro profesional en el seguimiento de este proyecto por inicio como coautor en otro proyecto de calidad

*** ========== Resumen del proyecto 2018/841 ========== ***

Nº de registro: 0841

Título
CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

Autores:
ARRIBAS MARCO MARIA TERESA, RUIZ MARTINEZ SARA, BRETON HERNANDEZ PATRICIA, PROCAS RAMON BEATRIZ, PEREZ MUÑOZ ANA, MORENO RUTIA ESTHER, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, PEINADO BERZOSA RUTH

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0841

1. TÍTULO

CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL EN LAS CESAREAS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El contacto piel con piel(CPP) con la madre es el hábitat natural del recién nacido y la lactancia materna el comportamiento programado para ese hábitat.
Existen suficientes argumentos biológicos, fisiológicos, antropológicos y del neurocomportamiento que muestran que el contacto piel con piel, junto con la lactancia materna, representan el estado normal que permite la óptima adaptación de los recién nacidos de todas las especies al medio extrauterino.
Cuando se deja espontáneamente al recién nacido piel con piel con su madre durante el tiempo suficiente(los primeros 70 minutos tras el parto), el recién nacido, que nada más nacer tiene una actitud de alerta, es capaz de restar hasta el pecho y hacer una succión correcta. Este hecho se relaciona con una mejor implantación y duración de la lactancia materna. Sin embargo, si no se aprovecha este momento, una vez transcurridas las 2- 3 primeras horas tras el nacimiento, el recién nacido entra en un periodo de somnolencia, está poco receptivo y no demanda pecho. Si el primer contacto entre madre y recién nacido se retrasa, será mucho más difícil el establecimiento de la lactancia y surgirán más problemas.
Este proceso es frágil, requiere tiempo y puede alterarse si se interrumpe el contacto, aunque sean minutos.
Numerosos estudios han demostrado la ausencia de riesgo y la existencia de claros beneficios del COL, tanto para el niño como para la madre

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: todas las gestantes a las que se realice cesárea, tanto programada como urgente, siempre que la situación materno fetal lo permita

Resultados: En colaboracion con servicios de pediatria y anestesia,facilitar el contacto piel con piel en todas las cesáreas programadas e incorporación progresiva de CPP en las cesáreas urgentes, mejorar tasas de éxito de lactancia materna exclusiva al alta, disminución del número de ingresos de recién nacidos por hipoglucemia a la hora de vida

MÉTODO
Acciones previstas: Establecimiento de un protocolo conjunto con Servicio de Anestesia y Pediatría de CPP en las cesáreas programadas. Establecer criterios de inclusión para realizar CPP en cesáreas urgentes.

Recursos: Creación de un grupo de trabajo con responsables del Servicio de Anestesia, Pediatría, Obstetricia y Matronas. Charlas de formación a personal involucrado. Creación de un comité de lactancia materna junto con Servicio de Pediatría

Cambios previstos: ofrecer a todas las pacientes a las que se va a realizar una cesárea la posibilidad de contacto precoz piel con piel en condiciones óptimas. Mejorar tasa de lactancia materna exclusiva

INDICADORES
Número de pacientes que realizan CPP en cesáreas programadas
Número de pacientes que realizan CPP en cesáreas urgentes
Número de RN ingresados por hipoglucemia a la hora de vida
Número de pacientes con lactancia materna exclusiva al alta

Fuente de datos: recogida de datos desde el HOSPITAL doctor, revisando los informes de alta de Pediatría y Obstetricia. Revisión de resultados con una muestra aleatoria de recién nacidos por cesárea a las que se les realizó CPP frente a otra muestra de recién nacidos a los que no se realizó

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto: inmediata

Responsables: todos los miembros del equipo

Duración prevista: 1 año para elaboración de protocolos, puesta en marcha y recogida de primeros resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0908

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA TABUENCA VICEN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PADIN FABEIRO MARTA
REPOLLES LASHERAS SIRA
NARVION CARRODAN CAROLINA
BESCOS SANTANA ELENA
NASSAR MELIC NADIA
LAHOZ PASCUAL ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
No sé han podido realizar actividades, al estar pendiente de compra el catéter de Word

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han podido alcanzar resultados, al estar pendiente de compra el catéter de Word

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se encuentra pendiente de compra el catéter de Word

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/908 ========== ***

Nº de registro: 0908

Título
UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
TABUENCA VICEN CRISTINA, PADIN FABEIRO MARTA, REPOLLES LASHERAS SIRA, NARVION CASORRAN CAROLINA, BESCOS SANTANA ELENA, NASSAR MELIC NADIA, LAHOZ PASCUAL ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología más frecuente de la glándula de Bartholino es el absceso, que en ocasiones se produce tras la obstrucción del conducto de drenaje de la glándula y la formación de un quiste. El 3% de las mujeres sufrirá esta patología en algún momento de su vida, siendo la edad más frecuente de aparición clínica entre los 20 y los 29 años.

Estos abscesos suelen ser polimicrobianos y pueden ser producidos tanto por gérmenes aerobios como anaerobios, pero el tratamiento antibiótico no es suficiente para su resolución, precisando el drenaje del mismo en numerosas ocasiones.

En nuestro servicio, el absceso de la glándula de Bartholino ocupa tiempo y recursos de la consulta de urgencias de ginecología, del quirófano y de una cama hospitalaria durante el ingreso de la paciente para su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0908

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL CATETER DE WORD PARA DRENAJE AMBULATORIO DEL ABSCESO DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

drenaje quirúrgico.

Todo el proceso supone una carga económica para el sistema de salud. El tratamiento inicial (Grado 2c de evidencia) y de elección en otros países (EEUU y Australia) es la fistulización con catéter de Word, de forma ambulatoria, en consulta, procediendo al drenaje y la marsupialización en quirófano sólo en caso de fracaso o recidiva .

El procedimiento de inserción es ambulatorio, realizando una incisión de 5 mm con anestesia local, drenaje, limpieza y colocación del catéter con 3 ml de suero La curación promedio es en torno a las tres semanas, manteniendo un máximo entre 4 y 6 .

Las recidivas se producen entre un 4 y 10% a los 6 meses, siendo menores que el drenaje solo.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es introducir en nuestro servicio el catéter de Word para drenaje del absceso de la glándula de Bartholino de forma ambulatoria en la consulta de urgencias y posterior seguimiento en consulta de ginecología.

Se evitará el ingreso de la paciente, la ocupación del quirófano y la estancia hospitalaria posterior, minimizando las molestias para la paciente, y la carga económica para el sistema sanitario.

MÉTODO
Se establecerá un protocolo para la inserción del catéter, y posterior seguimiento de la paciente en consulta de ginecología para reevaluar la clínica, valoración de la extracción del drenaje y seguimiento de futuras recidivas.

INDICADORES
- Número de catéteres de Word colocados en urgencias.

- Número de visitas en consulta de ginecología valorando la tolerancia, la clínica y el momento de la extracción.

- Número de recidivas.

- Número de drenajes y marsupializaciones en quirófano por fracaso o recidiva

DURACIÓN
- Inicio con la compra del catéter de Word y adiestramiento del personal para su colocación.
- Registro de los casos y colocación en urgencias.
- Registro de los casos en consulta: expulsión, extracción correcta.
- Registro del número de recidivas.
- Registro del número de interveciones en quirófano.
- Valoración a lo largo del año 2018, con inicio en junio de 2018.
- Valoración a lo largo de dos años.
- Comparación de resultados de la nueva técnica ambulatoria respecto a la anterior quirúrgica con ingreso de años previos .

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0936

1. TÍTULO

CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA EZQUERRA GIMENEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OROS LOPEZ DANIEL
CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN
TEJERO SANCHO SUSANA
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ
POLO OLIVEROS LAURA
HIERRO ESPINOSA CRISTINA
MAINAR JOSA GEMA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación conjunta con endocrinología de un protocolo de control glucémico y administración de insulina intraparto en dependencia de cifras glucémicas. Todo ello según el tipo de diabetes bien sea pregestacional, gestacional con o sin insulinoterapia.
Creación de algoritmos de control glucémico de la gestante diabética durante el ingreso de parto, tanto en el periodo preparto, como durante el trabajo de parto y el puerperio hospitalario. Dichos algoritmos sirven para el control de las pacientes en planta de hospitalización y área de paritorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Unificación de criterios a la hora del manejo de insulinoterapia y control glucémico durante el trabajo de parto y puerperio. Desde su implementación
el cumplimiento de dicho protocolo ha sido del 100% de las pacientes que precisan dicho control.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Disminución de la variabilidad clínica en el manejo de las pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/936 ========== ***

Nº de registro: 0936

Título
CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

Autores:
EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA, OROS LOPEZ DANIEL, CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN, TEJERO SANCHO SUSANA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, POLO OLIVEROS LAURA, HIERRO ESPINOSA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Iniciamos este proyecto de Calidad con el objetivo de unificar criterios junto con el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico, para el manejo de la Diabetes intraparto.
Los profesionales que trabajan en la Unidad de Paritorio creen necesario reevaluar el control que hasta ahora se hace de las gestantes diabéticas en trabajo de parto.
Las pacientes a controlar son las gestantes diabéticas insulinodependientes previas a la gestación y las gestantes diabéticas durante la gestación con o sin Insulina.
Se pretende actualizar el control de las mismas y unificar pautas de control y tratamiento por parte del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0936

1. TÍTULO

CONTROL DE GESTANTE DIABETICAS INTRAPARTO

personal de Enfermeria de planta, matronas de paritorio y médicos del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
El principal objetivo es la unificación del control y tratamiento de la Diabética gestante en el parto, elaborando un protocolo común.
Transmitirlo y afianzarlo como uso habitual y diario por parte de todo el personal del Servicio.
Conseguir un óptimo control de glucemias, un adecuado uso de la Insulina,evitar hipoglucemias intraparto,evitar hipoglucemias en el neonato,manejar correctamente la fluidoterapia necesaria.
En definitiva, tener un procedimiento común de manejo intraparto.

MÉTODO
Elaboración de Procedimiento actualizado y unificado con Servicio de Endocrinología, con el objetivo de optimizar el control de las gestantes diabéticas en fase de parto.
Participación del personal del Servicio adscrito a Obstetricia, personal de guardias, Servicio de Endocrinología y Enfermería.
Recursos: Reuniones del personal involucrado en el Procedimiento. Aplicación del protocolo por el personal implicado en la atención al parto.

INDICADORES
Tasa de pacientes con correcto control de glucemias: Registro en Gacela. Alcanzar 80%, Máx 100 %, mín 50%
Tasa de hipoglucemias maternas intraparto: Registro en partograma. Alcanza r80 %, Máx %, mín 50 %
Tasa de correcto manejo de la fluidoterapia: Registro en partograma. Alcanza r80 %, Máx %, mín 50 %
Tasa de pacientes con correcto manejo de la Insulina pre y postparto: Control glucemias en planta registrado en Gacela. Alcanzar 80 %, Máx %, mín 50 %
Tasa de correcto manejo de la Insulina Intraparto: Registro de control de glucemias en partograma. Alcanzar %, Máx %, mín %
Tasa de hipoglucemias en neonato: Registro en nidos. Alcanzar %, Máx %, mín %

DURACIÓN
Inicio: Inmediato

Calendario:Revisión anual y seguimiento posterior.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0971

1. TÍTULO

HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH PEINADO BERZOSA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO RUTIA ESTHER
DE DIEGO ALLUE MARIA ELENA
EZQUERRA GIMENEZ ANA
POLO BARDINA ESTHER
ALBA GIMENEZ LAURA
AZCARATE PARDOS CRISTINA
BENITO NAVERAC HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- JUNIO 2018: Se realizó una sesión clínica exponiendo la evidencia sobre el tema con el objetivo de informar e implicar al equipo multidisciplinar del Servicio de Obstetricia en el desarrollo del proyecto.
- JUNIO 2018: Reunión de equipo y reparto de tareas.
- JULIO - AGOSTO 2018: Se elabora hoja de recogida de datos, hoja de registro de control de ingesta, consentimiento informado y encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto ha requerido más tiempo para su elaboración y puesta en marcha del que estaba previsto en el calendario inicial por lo que continuará durante el año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto será muy positivo para la gestante, mejorará la experiencia sobre su parto al favorecer que tenga una mayor participación y control sobre el proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/971 ========== ***

Nº de registro: 0971

Título
HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

Autores:
PEINADO BERZOSA RUTH MARIA, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, MORENO RUTIA ESTHER, PEREZ SORBE CRISTINA, EZQUERRA GIMENEZ ANA MARIA, DE DIEGO ALLUE MARIA ELENA, PELIGERO DEZA JAVIER, POLO BARDINA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente las mujeres desean una mayor participación y control en su parto, sociedades científicas relacionadas con este tipo de proceso asistencial están realizando protocolos y guías de atención al parto, pretendiendo eliminar prácticas innecesarias y la utilización de otras alternativas.
En los países industrializados, el miedo a una aspiración de contenido gástrico durante una anestesia general (Síndrome de Mendelson) justifica el ayuno en el trabajo de parto, sin embargo la evidencia actual existente afirma que para el parto normal, de bajo riesgo, no existe necesidad de restringir la ingesta, la cual está asociada a complicaciones materno-fetales. Es por ello que en nuestra práctica habitual existen diferentes puntos de vista en cuanto a la alimentación e hidratación en trabajo de parto y observamos que a un número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0971

1. TÍTULO

HIDRATACION ORAL INTRAPARTO

elevado de gestantes la restricción de la ingesta les supone una experiencia desagradable.
Estos cambios pueden ser llevados a cabo con poco o ningún coste simplemente ofreciendo ingestión de bebidas isotónicas y líquidos claros en intervalos frecuentes, mejoraría la calidad del servicio, los resultados de la obstetricia y la experiencia que las mujeres tienen del parto.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general
- Adecuar las recomendaciones actuales en cuanto a ingesta hídrica en nuestro servicio.
Objetivos específicos
- Conocer los efectos y beneficios de la ingesta oral durante el trabajo de parto en nuestras gestantes
- Describir los resultados metabólicos, obstétricos y neonatales relacionados con la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto en gestantes de bajo riesgo.
Aumentar el grado de satisfacción de las gestantes a las que se les ha permitido la ingesta intraparto mejorando la calidad asistencial.
Comprobar las preferencias de la mujer en cuanto a la ingesta de unos líquidos frente a otros.

MÉTODO
En los partos no intervenidos y bajo supervisión medica la parturienta podrá ingerir infusiones, bebidas isotónicas o agua en cantidades máximas de 150-200ml /h siempre que lo deseen. Existirá un registro de los líquidos administrados.
Los criterios de inclusión serán gestantes a término y de bajo riesgo en fase activa de parto a las que se les ofertará bajo consentimiento informado la toma de líquidos.
Si aparecen factores de riesgo materno fetales se valorará su exclusión.
Realización de encuesta de satisfacción tipo Likert durante el puerperio inmediato.

INDICADORES
- % Nº y frecuencia de aparición vómitos en mujeres con ingesta oral.
- % de mujeres satisfechas con la hidratación oral.
- % de broncoaspiración materna tras una anestesia general en mujeres hidratadas por vía oral.
- % de hipoglucemias en neonatos a la hora de vida.

DURACIÓN
Junio 2018: sesion clinica sobre el tema exponiendo la evidencia cientifica actual.
- Junio 2018: primera reunión de equipo, reparto de tareas.
- Julio – Agosto 2018: elaboración hoja de registro de control de ingesta de líquidos, del consentimiento informado y de las encuestas de satisfacción.
- Septiembre 2018 – Mayo 2019: sesión informativa al servicio y puesta en marcha del proyecto.
- Mayo 2019: reunión evaluadora del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0976

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTHER MORENO RUTIA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ SORBE CRISTINA
MAINAR JOSA GEMA LUCIA
GIL LOSILLA REBECA
AGUILAR DE MINGO CRISTINA
ARRIBAS MARCO MARIA TERESA
MORENO SANCHEZ VICTOR
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de planes de parto de hospitales de diferentes comunidades autónomas avalados por el Ministerio de Sanidad (septiembre 2018).
- Revisión de guías de práctica clínica.
- Elaboración de modelo de plan de parto adaptado a nuestro centro y sus circuitos asistenciales (septiembre-octubre 2018)
- Sesión informativa al equipo implicado en informar a las gestantes y sus parejas solicitantes de plan de parto en nuestro centro (Atención Especializada). octubre 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Pendiente sesiones informativas al personal de Atención Primaria.
- Pendiente de recogida y análisis de datos de encuestas realizadas a las gestantes implicadas.
- Pendiente implementación y puesta en marcha del nuevo documento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Pendiente sesiones informativas al personal de Atención Primaria.
- Pendiente de recogida y análisis de datos de encuestas realizadas a las gestantes implicadas.
- pendiente implementación y puesta en marcha del nuevo documento

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/976 ========== ***

Nº de registro: 0976

Título
ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U. LOZANO BLESA

Autores:
MORENO RUTIA ESTHER, MAINAR JOSA GEMA LUCIA, CASTRO FERNANDEZ ESMERALDA, GIL LOSILLA REBECA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, ARRIBAS MARCO MARIA TERESA, AGUILAR DE MINGO CRISTINA, PEREZ SORBE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro Sistema Nacional de Salud, la estrategia de 2007 de atención al parto normal, impulsó una profunda transformación en el modelo de atención al parto. Este cambio pretende un modelo cuyos principios rectores serían la consideración del parto como un proceso fisiológico y la necesidad de ofrecer una atención personalizada e integral, así como el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0976

1. TÍTULO

ACTUALIZACION, REVISION Y MEJORA DEL PLAN DE PARTO EN EL H.C.U LOZANO BLESA

legislación reconoce a las mujeres. En diciembre de 2011, el Ministerio de Sanidad publica el primer plan de parto y nacimiento, documento que se aconseja sea elaborado conjuntamente con su matrona, y constituye un importante apoyo institucional tanto para las mujeres como para los profesionales en su actividad diaria.

El HCU dispone de un documento informativo sobre el plan de parto, pero a nuestro parecer y según nuestra experiencia no incluye toda la información que la mujer demanda, ni mejoras llevadas a cabo en nuestro servicio en los últimos años en la atención en el proceso de nacimiento. Actualmente nos encontramos con mujeres que acuden con expectativas irreales y un sentimiento de hostilidad hacia nuestro trabajo, aconsejadas por personal no cualificado o no correctamente informado. La mayoría desconocen la realidad en la prestación de nuestra asistencia, y es por ello que consideramos fundamental una actualización de la documentación existente

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la calidad de la información que reciben las gestantes, adaptando las recomendaciones existentes a la asistencia al nacimiento de nuestro hospital.

- Establecer un correcto enlace entre niveles asistenciales para agilizar y facilitar el acceso a nuestra consulta.

- Favorecer la sensación de seguridad y confianza de la usuaria creando un vinculo previo con nuestras instalaciones y protocolos asistenciales.

MÉTODO
- Informar a las matronas de atención primaria y especializada para mejorar el circuito de derivación mediante sesiones informativas en las reuniones de sector.

- Actualización del documento existente en el HCU sobre plan de parto incluyendo asimismo un apartado para que la gestante exprese sus necesidades.

- Elaboración de encuestas

INDICADORES
Encuesta de satisfacción a la gestante preparto:

- expectativas previas

- encuesta de satisfacción respecto de la información recibida.

Encuesta postparto:

- satisfacción tras el parto: escala CONFORT

DURACIÓN
- Septiembre-octubre 2018: difusión de la información en atención primaria y especializada.

- Diciembre 2018: puesta en marcha en nuestra consulta de fisiopatología fetal

- Seguimiento y recogida de encuestas

- Junio 2019: evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0978

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA BEATRIZ ALVAREZ ALONSO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ CUÑADO ANA ISABEL
MANGLANO ALONSO FLAVIA
CALVO CAROD PILAR
RODRIGUEZ SANCHEZ MARIA AURORA
PADIN FABEIRO MARTA
GRACIA PELIGERO EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN LLEVADO A CABO REUNIONES DE LOS MIEMBROS DE TRABAJO Y RECOPILACION DE MATERIAL DE OTROS CENTROS QUE YA TIENEN INSTAURADO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE DUELO FETAL E INICIAR PROTOCOLO DE HCU.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Estandarizar la toma de muestras maternas, fetales y de placenta según protocolo vigente desde 2017
- Esquematizar trámites administrativos
- Crear perfil analítico de óbito fetal en HUMS y HCU.
- Iniciar formación del equipo en el trato a la pareja que inicia el proceso de duelo.
- Iniciar protocolo de atención al duelo perinatal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Reunión trimestral de actualización y modificaciones al protocolo.
- Posponer jornada de sensibilización del personal hasta finalización del protocolo y aprobación del mismo en el servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/978 ========== ***

Nº de registro: 0978

Título
PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.C.U. LOZANO BLESA

Autores:
MAINAR JOSA GEMA LUCIA, MARTINEZ CUÑADO ISABEL, ALVAREZ ALONSO BEATRIZ, MANGLANO ALONSO FLAVIA, PADIN FABEIRO MARTA, VICO RUBIO PILAR, RODRIGUEZ SANCHEZ AURORA, GRACIA PELIGERO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace unos años existe un movimiento social que demanda la visibilización de la pérdida perinatal con la consiguiente desaparición de tabúes y nos exige, al sistema sanitario, una mejor formación y sensibilización de todo el personal implicado cuando tratamos a las familias que pasan por esta situación.
Existen circunstancias relacionadas con la perdida que pueden modificar el duelo perinatal, como la edad gestacional (EG) en el momento de la pérdida, las reacciones de los profesionales y su actuación, tanto en el momento en que se diagnostica la muerte fetal como en el momento del nacimiento, al alta hospitalaria e incluso en consultas ambulatorias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0978

1. TÍTULO

PROTOCOLO ATENCION AL DUELO PERINATAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION H.CLINICO UNIVERSITARIO

posteriores.
En otros centros, la puesta en marcha de proyectos de esta índole ha mejorado notablemente la experiencia de las parejas, disminuyendo el número de duelos patológicos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Humanizar la asistencia prestada, a la mujer y su pareja, en situaciones de muerte perinatal, mediante la elaboración de un protocolo con recomendaciones de actuación que facilite el acompañamiento durante dicho proceso en su paso por la unidad de urgencias y hospitalización.
2. Proporcionar a los profesionales sanitarios los conocimientos necesarios sobre la asistencia ante la muerte perinatal.
3. Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.
4. Concienciar sobre la importancia del papel de los profesionales en la elaboración del duelo perinatal.

MÉTODO
Elaboración de protocolo de atención al duelo perinatal en urgencias y hospitalización por parte de grupo multidisciplinar.

Elaboración de materiales (tras análisis de la situación y de las necesidades de nuestro servicio) díptico, check list de enfermería…..

Jornada de formación y sensibilización para el personal implicado en la atención a las familias.

INDICADORES
Elaboración del protocolo
Difusión del mismo entre el personal implicado
A los seis meses de su implantación encuesta de satisfacción al personal sanitario con recogida de sugerencias y subsanación de posibles errores.
Los criterios de evaluación del protocolo y sus indicadores están pendientes de definirse.

DURACIÓN
Duración: un año, finalización mayo del 2019.
Calendario: Junio 2018 reunión puesta en común, reparto de materiales relacionados con el tema, análisis de la situación actual en nuestro centro.
Septiembre 2018 reunión con personal del HMS presentando sus protocolos y materiales propios.
Septiembre 2018 comienzo de reuniones para la elaboración del protocolo con periodicidad mensual.
Mayo 2019 jornada de formación -sensibilización para el personal del HCU con presentación del protocolo y de materiales auxiliares.

OBSERVACIONES
Al ser elaborado por un grupo multidisciplinar uno de los objetivos es que este protocolo sirva de punto de partida para la elaboración de otros relacionados con el tema, igual de necesarios para el abordaje del duelo perinatal en nuestro centro, buscando siempre la implicación de distintos profesionales.
Por ejemplo:
Atención al duelo en situaciones de pérdida fetal en la unidad de dilatación-paritorio,
Atención en las consultas ambulatorias-atención primaria
Documentación requerida y adecuada cumplimentación de la misma en casos de pérdida perinatal……

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0984

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA NARVION CASORRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES
POLO OLIVEROS LAURA
HIERRO ESPINOSA CRISTINA
ALVAREZ MARTINEZ ALICIA
GUARGA MONTORO MARIA
PEREZ-SERRANO ARTIGAS MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la práctica clínica diaria del área de urgencias de ginecología y obstetricia se atienden a mujeres con abortos casi a diario. Es un diagnóstico frecuente tanto en urgencias como en consultas. Se está aplicando y ofreciendo cada vez a más mujeres el tratamiento médico, como opción alternativa al legrado, siempre que cumplan los criterios requeridos.
Se informa al servicio del nuevo protocolo de aborto y se aplica a diario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el año 2017 se registraron en el área de urgencias 357 abortos, y en el año 2018 un total de 324. Del total de abortos de 2017, alrededor del 30% de los que se atendieron en urgencias fueron tratados de forma exitosa con tratamiento médico, y durante el 2018 han aumentado los tratamientos médicos, alcanzando alrededor del 35%.
Disminución del número de legrados realizados en nuestro servicio, con un menor coste y menor estancia hospitalaria que ello implica.
Alta efectividad del tratamiento médico del aborto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El tratamiento médico del aborto es un tratamiento efectivo en el 90% de los casos, y es una alternativa segura y con menor coste que el tratamiento quirúrgico con legrado.
Debemos continuar aplicando el tratamiento médico del aborto para conseguir mejorar nuestros resultados.

7. OBSERVACIONES.
Se realizará próximamente nueva sesión en el servicio, ante la incorporación de nuevos facultativos al servicio, para que se continúe con el mismo procedimiento.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/984 ========== ***

Nº de registro: 0984

Título
TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

Autores:
NARVION CASORRAN CAROLINA, SOBREVIELA LASERRADA MERCEDES, POLO OLIVEROS LAURA, HIERRO ESPINOSA CRISTINA, ALVAREZ MARTINEZ ALICIA, GUARGA MONTORI MARIA, PEREZ-SERRANO ARTIGAS MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar la asistencia clínica con un menor coste económico
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0984

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

El aborto de primer trimestre es un motivo de consulta muy frecuente tanto en consultas de obstetricia como en el servicio de urgencias de nuestro centro.

El aborto espontáneo clínico se produce en el 10-20% de los embarazos. La mayoría son preclínicos (60%) y por lo general ocurren antes de la semana 12 de gestación (85%).

El tratamiento del aborto puede ser expectante, médico o quirúrgico. El tratamiento médico consiste en la administración de 4comprimidos de misoprostol (800 mcg) y evaluación posterior en consulta.

Actualmente el protocolo del tratamiento médico del aborto en nuestro servicio sigue los siguientes criterios:
- Aborto incompleto
- Embrión con CRL < 7mm
- Saco gestacional < 25mm

Estos criterios son algo restrictivos, y esto implica la realización de mayor número de legrados obstétricos, con las consecuentes implicaciones que conlleva: más coste sanitario, mayor número de ingresos hospitalarios, etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Fijar nuevos criterios de inclusión y exclusión para la realización del tratamiento médico del aborto y poder ofertarlo así a mayor número de mujeres que sufren un aborto de primer trimestre.

Se propone como indicación para el tratamiento médico los siguientes:
- abortos incompletos con restos < 30mm
- embrión con CRL <30 mm
- gestaciones anembrionadas

MÉTODO
Revisión del protocolo de tratamiento del aborto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Aplicar los nuevos criterios para unificar actuaciones en Urgencias y de Consultas.
Acordar un algoritmo de actuación.
Definir claramente el papel a realizar por las personas implicadas.
Creación de un tríptico informativo para las pacientes.

Los criterios de inclusión en el nuevo protocolo serían los siguientes:
- gestación única
- amenorrea < de 10 semanas
- hemoglobina > o igual a 10g/dl y ausencia de coagulopatía
- consentimiento informado
- posibilidad de seguimiento en consulta

INDICADORES
- Número de tratamientos médicos pautados vs número de legrados obstétricos realizados en los quirófanos de urgencia durante la guardia.
- Número de hospitalizaciones debidas a la realización de legrados.
- Número de visitas a urgencias debidas a complicaciones o efectos secundarios del tratamiento médico.
- Número de consultas ambulatorias realizadas.
- Efectos secundarios de ambos tratamientos.
- Número de legrados necesarios por fracaso del tratamiento médico
- Comparar el coste entre tratamiento médico vs tratamiento quirúrgico.

DURACIÓN
Junio: Revisión del protocolo actual.
Junio: Presentación a los miembros del Servicio del nuevo protocolo.
Julio: Puesta en marcha del Protocolo actualizado.
Agosto: Recogida de datos durante 6 meses desde agosto-enero 2018.
Septiembre 2018: Creación de un tríptico informativo que aclare dudas sobre el tratamiento.
Octubre 2018. Creación de encuestas de satisfacción para als pacientes.
Enero 2019: Revisión de los datos recogidos y presentación a los miembros del Servicio.

OBSERVACIONES
El tratamiento médico del aborto tiene una alta tasa de éxito (70-80%) y tiene un menor coste económico respecto al tratamiento quirúrgico con legrado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0984

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO. NUEVOS CRITERIOS DE INCLUSION EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1108

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SIRA REPOLLES LASHERAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE
LAHOZ PASCUAL ISABEL
CALVO CAROD PILAR
GABASA GORGAS LOURDES
ARIÑO MONEVA ELENA
PROCAS RAMON BEATRIZ
NARVION CASORRAN CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Disponibilidad de los dispositivos en farmacia hospitalaria y en almacén para realizar petición reglada
Ampliar información a personal de atención Primaria, especialmente a matronas para incluir los nuevos dispositivos en el consejo anticonceptivo
Adiestramiento en su inserción a los facultativos que así lo requieran

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente se encuentran a disposición de todos los centros que así lo soliciten en las farmacias hospitalarias de toda la comunidad autónoma
Todos los facultativos que requieran un dispositivo de este tipo para su inserción, lo tienen a su disposición en su consulta a demanda
La disponibilidad de estos nuevos dispositivos es conocida por el personal de atención primaria y se incluye en la información sobre consejo anticonceptivo que se presta a las mujeres que lo solicitan en A. Primaria.
No se han detectado dificultades especiales en la técnica de inserción por parte de los ginecólogos de la comunidad autónoma
En el momento actual se considera que la oferta de estos nuevos dispositivos está "normalizada" y se incluye en el consejo anticonceptivo, con lo cual la elección por parte de la usuaria se realiza en las mismas condiciones que el resto de los dispositivos ya existentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La comunicación fluida entre los profesionales de especializada y especialmente, colaboración de matronas y médicos de atención primaria, facilita la inclusión de nuevas técnicas, dispositivos o prestaciones en materia de anticoncepción de forma rápida y eficaz. La homogeneización de la asistencia en toda la comunidad, la existencia de vías de derivación y circuitos estandarizados claros y la formación continuada de los profesionales sanitarios, ha sido fundamental para la inclusión de dispositivos de última generación
Asimismo es fundamental la financiación de estos métodos para una elección sin sesgos de los nuevos dispositivos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1108 ========== ***

Nº de registro: 1108

Título
INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ

Autores:
REPOLLES LASHERAS SIRA, GONZALEZ NAVARRO JOSE VICENTE, LAHOZ PASCUAL ISABEL, CALVO CAROD PILAR, GABASA GORGAS LOURDES, ARIÑO MONEVA ELENA, PROCAS RAMON BEATRIZ, NARVION CASORRAN CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CME INOCENCIO JIMENEZ

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1108

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA OFERTA NORMALIZADA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DE LARGA DURACION (LARC) DE NUEVOS DISPOSITIVOS KYLEENA Y OCON EN LA CONSULTA DE ANTICONCEPCION DE INOCENCIO JIMENEZ

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención embarazo no deseado
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el marco del Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón, se contempla realizar en el curso del Consejo Anticonceptivo, la oferta gratuita de todos los métodos anticonceptivos de larga duración, para su inserción a toda paciente que lo desee.
En el último año se han comercializado nuevos dispositivos con indicaciones diferentes y que consideramos que se deben incluir en el consejo y la oferta de forma normalizada

RESULTADOS ESPERADOS
En un año, se pretende incluir de forma normalizada la oferta e inserción de los nuevos dispositivos a TODAS las pacientes que lo deseen, que acudan a consulta de Anticoncepción de Inocencio Jimenez.
La oferta es para todas las mujeres en edad fértil del área III.

MÉTODO
Disponibilidad de los dispositivos en farmacia hospitalaria y en almacén para realizar petición reglada
Ampliar información a personal de atención Primaria, especialmente a matronas para incluir los nuevos dispositivos en el consejo anticonceptivo
Adiestramiento en su inserción a los facultativos que así lo requieran

INDICADORES
Registro de datos de pacientes a las que se inserte nuevo dispositivo (Perfil de paciente)
Evolución de la curva de solicitud de dispositivos conforme iniciamos oferta de éstos
Normalización de las peticiones con previsión mensual en 1 año

DURACIÓN
Los responsables de la implantación, serán los facultativos que atiendan la consulta de Anticoncepción de Inocencio Jimenez, cuya oferta es diaria.
Comprobaremos datos en un año natural, desde primer dispositivo nuevo que se coloque
Previamente realizaremos campaña informativa de nueva oferta, mediante correo a los coordinadores de Centros de Salud de Atención Primaria para que los oferten a las pacientes que solicitan Consejo Anticonceptivo

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1151

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA BESCOS SANTANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL
CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA
SARTAGUDA ALABART MIREYA
GOMEZ OPIC CONCEPCION
NASSAR MELIC NADIA
TABUENCA VICEN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los partos vaginales con un desgarro superior a IIIa han sido remitidos para valoración esfinteriana a la Sección de Cirugía de Suelo Pélvico para diagnóstico de lesión, rehabilitación y posterior seguimiento por la Sección de Ginecología Suelo Pélvico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL 75% de los partos con lesión han entrado dentro del protocolo de seguimiento.
El control de demoró inicialmente debido a la falta de disposición de Ecografo para dicho diagnóstico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las pacientes se han mostrado muy agradecidas por su seguimiento, diagnóstico, rehabilitación y apoyo.
Es importante continuar con dicho proyecto para mejora de la calidad de vida de nuestras pacientes y fomentar la interrelación entre especialidades con un objetivo de mejora común.

7. OBSERVACIONES.
Aunque el 75% de las pacientes han sido derivadas para llevar a cabo este protocolo sólo el 45% a día de hoy lo han concluído por la demora en la adquisición de un nuevo ecógrafo para su diagnóstico.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1151 ========== ***

Nº de registro: 1151

Título
PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

Autores:
BESCOS SANTANA ELENA, RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL, CORDOBA DIAZ DE LASPRA ELENA, ELIA GUEDEA MANUELA, SARTAGUDA ALABART MIREYA, GOMEZ OPIC CONCEPCION, NASSAR MELIC NADIA, TABUENCA VICEN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Parto es un factor determinante en la perdida de funcionalidad del suelo pélvico. Las estructuras de soporte del suelo pélvico pueden dañarse por los desgarros, la distensión de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios.
El 15-30% de las mujeres que tienen un parto presentan una lesión significativa del músculo elevador del ano. El desgarro del musculo elevador del ano está relacionado con la edad materna en el primer parto.
La importancia de la lesión parcial del musculo elevador del ano es incierta, no así del desgarro completo que se relaciona con una pérdida en la fuerza de contracción del musculo, así como con los signos y síntomas de prolapso.

El Parto se asocia de forma independiente tanto con las lesiones del esfínter anal como con la desinserción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1151

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

del músculo pubococcigeo, siendo estas lesiones significativamente más frecuentes en el parto asistido con fórceps que en el parto espontaneo.

Se estima que aproximadamente el 80-85% de las mujeres tienen alguna forma de lesión perineal durante el Parto (desgarro o episiotomía) y de ellas, aproximadamente el 70% precisan sutura.
La relación de causalidad entre los desgarros del esfínter anal y la incidencia de incontinencia anal (IA) en el posparto está demostrada y aunque la lesión se reconozca y se repare en el parto, un porcentaje elevado de mujeres presentan síntomas de IA en el posparto. La frecuencia referida difiere según el tipo de parto, el peso del feto, la
paridad, la necesidad de episiotomía y de si el diagnóstico es clínico en el paritorio o mediante ecografía endoanal de forma diferida.

Si la evaluación de la lesión esfinteriana se realiza mediante ecografía endoanal en vez de por exploración clínica en el paritorio, el porcentaje de mujeres afectadas tras un parto aumenta desde cero hasta el 35%. Las que han tenido un parto previo, pasan del 40% al 44%. Las pacientes con cesáreas no presentan aumento en su porcentaje de afectación esfinteriana. Esto hizo pensar en la posible lesión oculta del esfínter anal, aunque este hecho no se ha refrendado en trabajos posteriores donde se apreció que las lesiones más que ocultas, eran infravaloradas en el paritorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es un correcto control de la reparación de desgarros del esfínter anal.

Tras la correcta reparación del esfínter externo, entre el 60 y el 80% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. En las que presentan sintomatología, los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria. Además, se encuentran lesiones ecográficas persistentes hasta en el 40% de mujeres asintomáticas.

Por ello queremos controlar a nuestras pacientes y ofrecer rehabilitación en aquellas pacientes sintomáticas o con factores de riesgo para sufrir incontinencia anal o de gases en el futuro.

MÉTODO
Tras una lesión perineal de 3er o 4º grado se realizará un seguimiento específico:

- Al alta, informar de la necesidad de un hábito evacuatorio saludable y evitar el estreñimiento.
- Recomendar la realización de ejercicios de Kegel (administrar hoja informativa)
- Citar visita de cuarentena con obstetra en “Consulta de Puerperio Patológico”.

• Valoración de síntomas ano-rectales y otros síntomas uro-ginecológicos
- Valoración incontinencia urinaria: ICQ-IU-SF
- Valoración incontinencia fecal: escala de Wexner
• Exploración pélvica .
- Valoración del tono en reposo y de la capacidad contráctil del esfínter anal (tacto rectal en reposo y ante maniobra defecatoria inhibitoria)
- Valoración de estado de cicatrices y puntos de dolor
- Test de Oxford para valorar tono muscular pélvico
• Recomendación de ejercicios de la musculatura del suelo pélvico a partir de las 6-12 semanas de la lesión, en todos los casos. Las pacientes que presentan afección del componente externo del esfínter anal obtienen más beneficio con esta medida.
• Citar a pacientes con desgarros a partir de IIb en consulta de Cirugía Suelo Pélvico para realización de ecografía endoanal (a las 8-12 semanas postparto) para valorar si persiste algún defecto anatómico del esfínter (realizar hoja de colaboración dirigida a Consulta Cirugía Suelo Pélvico solicitando realización de eco endoanal tras lesión de esfínter en parto)

INDICADORES
% desgarros III y IV grado controlados en consulta en consulta de puerperio patológico

% desgarros a los que se le ha realizado eco endoanal

% desgarros III y IV grado controlados en la consulta de ginecología suelo pélvico

DURACIÓN
JUNIO 2018 - JUNIO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1151

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CRIBADO DE DESGARROS ESFINTERIANOS TRAS PARTO VAGINAL (PV)

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1623

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS INYECCIONES INTRAVITREAS DEANTIANGIOGENICOS Y DEL IMPLANTE INTRAVITREO DE DEXAMETASONA

Fecha de entrada: 17/05/2018

2. RESPONSABLE ..... JAVIER MATEO GABAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASAS PASCUAL PAULA
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER
ESTEBAN FLORIA OLIVIA
MARTINEZ VELEZ MIREYA
RAMIRO MILLAN PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El implante intravítreo de dexametasona es usado para el tratamiento del edema macular secundario a trombosis venosa retiniana o a uveitis. Se lleva a cabo la actualización de los consentimientos informados de estos fármacos, para ampliar las indicaciones de este fármaco y manejar una información mas actualizada de cara a informar a los pacientes.

Entrega del consentimiento por parte del personal de enfermería o auxiliar de enfermería. Aclaración de dudas que puedan surgir al paciente o sus acompañantes por parte del médico. Firma del consentimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido una mejoría a la hora de informar a los pacientes que reciben estos tratamientos, permitiendo que el paciente comprenda el procedimiento al que se le va a someter, consiguiendo un mejor cumplimiento de las medidas profilácticas pre y post inyección.

Por otra parte, el hecho de actualizar dichos consentimientos, nos ha permitido incluir nuevas indicaciones para el uso de estas inyecciones, sin necesidad de solicitarlas como uso compasivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante realizar una actualización de los consentimientos que manejamos de forma habitual en nuestras consultas, ya que las indicaciones oftalmológicas para ciertos medicamentos se están ampliando en los últimos tiempos. De tal forma que, lo que antes debíamos solicitarlo como uso compasivo y no disponíamos de consentimientos específicos, en la actualidad, existen indicaciones especificas oftalmológicas.
Es necesario que todos los oftalmólogos conozcamos las nuevas indicaciones de estas inyecciones y que disponemos de consentimientos específicos para su uso.

7. OBSERVACIONES.
no

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1623 ========== ***

Nº de registro: 1623

Título
ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS INYECCIONES INTRAVITREAS DE ANTIANGIOGENICOS Y DEL IMPLANTE INTRAVITREO DE DEXAMETASONA

Autores:
MATEO GABAS JAVIER, CASAS PASCUAL PAULA, ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER, ESTEBAN FLORIA OLIVIA, MARTINEZ VELEZ MIREYA, RAMIRO MILLAN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1623

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS INYECCIONES INTRAVITREAS DEANTIANGIOGENICOS Y DEL IMPLANTE INTRAVITREO DE DEXAMETASONA

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los fármacos antiangiogénicos se utilizan desde hace años para el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. El implante intravítreo de dexametasona es usado para el tratamiento del edema macular secundario a trombosis venosa retiniana o a uveitis. En los últimos años, las indicaciones de dichos fármacos se han ampliado al edema macular diabético, en el caso de antiangiogénicos e implante intravítreo de dexametasona y a la trombosis venosa retiniana y la neovascularización coroidea de origen miópico en el caso de los antiangiogénicos. Es por lo tanto necesario actualizar los consentimientos informados de dichos fármacos tanto para incorporar las sus nuevas indicaciones como para añadir la información que la bibliografía más reciente aconseja.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la información que reciben los pacientes sobre dichos fármacos y sus acompañantes.
Población diana: pacientes con edema macular diabético, degeneración maculas asociada a la edad, uveítis, trombosis venosa retiniana, membrana neovascular miópica.
Intervenciones: inyecciones intravítreas.
Servicios: servicio de Oftalmología. Sección de Retina. Sección de uveitis.

MÉTODO
Se seguirá la misma rutina que habitualmente, ya que sólo habrá que sustituir el consentimiento utilizado hasta ahora por los nuevos consentimientos actualizados.
Explicación por parte del personal médico de la patología y el tratamiento propuesto al paciente y sus acompañantes si fuera necesario. Entrega del consentimiento por parte del personal de enfermería o auxiliar de enfermería. Aclaración de dudas que puedan surgir al paciente o sus acompañantes por parte del médico. Firma del consenstimiento.

INDICADORES
Valoración del número de pacientes que son tratados por las patologías a las que se refieren las nuevas indicaciones frente al número total de pacientes tratados con inyecciones intravítreas de antiangiogénicos e implante intravítreo de dexametasona.

DURACIÓN
Los nuevos consentimientos se implantarán en cuanto hayan sido aprobados por la dirección del H Clínico Universitario.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1639

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA REFRACTARIO

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JUAN IBAÑEZ ALPERTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA DIANA
MARTINEZ MORALES JUANA
BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL
CHACON VALLES MANUEL
GUILLEN ANTON JULIA
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se intervinieron 19 casos durante el año 2017, con un tiempo de seguimiento de entre 3 semanas y 8 meses. La edad media fue de 63,4 (±14,89) con un rango de 47 y 83 años. Se operaron 11 varones y 8 mujeres, 9 ojos derechos y 10 ojos izquierdos.
Las válvulas fueron implantadas en diferentes tipos de glaucoma refractario. 13 casos fueron glaucomas neovasculares, de los cuales 10 casos eran diabéticos afectos de Retinopatia Diabética Proliferativa y el resto eran casos de oclusiones vasculares. 2 casos eran glaucomas secundarios en pacientes vitrectomizados, postqueratoplastia (1 caso) y otro postraumático. El resto (2 casos) fueron pacientes en que se había practicado 2 o más trabeculectomías fallidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS TENSIONALES

La PIO prequirúrgica media con tratamiento máximo (3 colirios e inhibidores de la anhidrasa carbónica por vía oral) fue de 36,72 (±8,88) con un rango entre 25 y 55 mmHg. En la primera semana la TO era de 12,07 mmHg (±5,98) con un rango entre 2 y 33. Al mes la PIO media fue de 16,64 mmHg (±4,42) con un rango entre 9 y 28. A los 3 meses de 19,11 (±4,77) y a los 6 meses de 20,62 (±6,33).

La PIO se redujo de 36,72 (±8.8) a 18,54 (±8,65) en la última revisión. El porcentaje de éxito fue del 80,8%. El 61,54% de los pacientes mantuvo tensiones iguales o inferiores a 20 mmHg. El 30.76% de los casos no precisó tratamiento antiglaucomatoso tras la cirugía.
El porcentaje de casos con tensiones no superiores a 21 mmHg con o sin tratamiento asociado fue superior al 70% en todas las revisiones.

El control tensional obtenido con la válvula ha sido superior al 70% de los casos.

TIEMPO ESPERA QUIRURGICO.

Dado el carácter refractario de este tipo de glaucomas los convierten en una de las cirugías preferentes de oftalmología.
Durante el año 2016 se han intervenido 75 pacientes de glaucoma, con un tiempo de espera media quirúrgica de 72,45 días y en el trascurso del año 2017, se han intervenido 108 pacientes (44% mas que el año anterior) con una media de 91,55 días.
En nuestra muestra de 19 pacientes con glaucoma refractario, existe una media de 9 días, con un rango que oscila entre los 4 y los 17 días.
La oscilación de dichos valores depende del día de la semana con la que el paciente es visto en consulta y es programado para cirugía.
En un 42% (9 casos) y relacionado con su patología de base (cardiopatía, valvulopatía, ACV), referían estar en tratamiento antiagregante, lo que propicio una demora de unos 4 -5 días para la realización de la cirugía por el riesgo de sangrado intraoperatorio.

La estancia media hospitalaria se ha reducido drásticamente a 0,3 días de ingreso (solo 2 casos de los 19) por tratarse de ojos únicos y no cumplir con criterios de cirugía mayor ambulatoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha de este programa de calidad ha permitido crear una vía de canalización rápida, para pacientes pendientes de cirugía de glaucoma refractario, optimizando el tiempo de espera quirúrgico, lo que posibilita un abordaje mas optimo y rápido, que se traduce en mejores resultados visuales y tensionales por parte del paciente y una optimización de los recursos, al reducir los ingresos por esta patología, minimizando los costes y la morbilidad asociada así como el numero de reintervenciones.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1639

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA REFRACTARIO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1639 ========== ***

Nº de registro: 1639

Título
OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA REFRACTARIO

Autores:
IBAÑEZ ALPERTE JUAN, PEREZ GARCIA DIANA, MARTINEZ MORALES JUANA, BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL, CHACON VALLES MANUEL, GUILLEN ANTON JULIA, ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad existen pacientes con glaucomas refractarios, que aun con máximo tratamiento, están muy mal controlados y que por tanto revisten por tanto un carácter urgente (la mayoría derivado de otros centros).
La propuesta de mejora, es disminuir al máximo el tiempo de espera quirúrgico en este tipo de pacientes, pudiendo asignarles en la consulta, el día de la cirugia, debido al caracter urgente que presentan. Esto implicaría una colaboracion estrecha con el Servicio de Anestesia, elaborando un protocolo que garantizase un circuito especifico para este tipo de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir el tiempo de espera en pacientes incluidos en lista quirúrgica con glaucoma refractario.

MÉTODO
Establecer un circuito especifico de canalización, basado en un protocolo, y la literatura actual, así como en la experiencia de otros centros, para proponer su aprobación por parte del Servicio de Anestesiología.

INDICADORES
Evaluación trimestral del tiempo de espera quirurgico, desde el momento en el que se apruebe el protocolo.

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1/2/2017 Fecha de finalización: 31/12/2017
Marzo 2017: Elaboración de un protocolo basado en la literatura y en la experiencia de otros centros. .
Abril 2017: Reunión con el Servicio de Anestesia y aceptación del contenido del protocolo.

Trimestralmente: Comprobación del tiempo de espera quirurgico y problemas surgidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1669

1. TÍTULO

USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL

Fecha de entrada: 03/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PAULA CASAS PASCUAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUEZ MURO ENRIQUE
SALVADOR GOMEZ TRANSITO
PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO
DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES
CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA
LOPEZ RODRIGUEZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Búsqueda bibliográfica para establecer los criterios precisos que deben cumplir los pacientes a los que se desee instaurar el tratamiento con bevazucimab en colirio.
Reunión con el servicio de farmacia hospitalaria para determinar la concentración y modo de dispensación del colirio. Además se acuerdan los puntos básicos del protocolo que se deberá realizar para establecer un canal de rápido para la obtención de la medicación fuera de indicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta la fecha, y desde que el proyecto fue iniciado, se ha instaurado el tratamiento con colirio de bevazucimab en tres pacientes. Dos de ellos han precisado ocho semanas de tratamiento (dos dispensaciones) y uno ha requerido cuatro semanas (una dispensación). En los tres casos se ha informado al servicio de farmacia hospitalaria de la evolución de los pacientes. En ningún caso se han observados efectos adversos locales o sistémicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Reunión con el servicio de farmacia hospitalaria para agilizar la obtención del tratamiento.
Valoración clínica del tratamiento, valorar sus resultados clínicos en la mejoría de la supervivencia del injerto corneal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1669 ========== ***

Nº de registro: 1669

Título
USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL

Autores:
CASAS PASCUAL PAULA, MINGUEZ MURO ENRIQUE, ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, DEL BUEY SATAS MARIA ANGELES, CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA, LOPEZ RODRIGUEZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La neovascularización corneal (NVC) aparece por múltiples mecanismos patológicos como pueden ser la inflamación, infección, isquemia o pérdida de la barrera limbar de células madre. La presencia de vascularización en la córnea implica la pérdida de la barrera que supone el limbo esclerocorneal y se asocia a inflamacíon crónica, edema, depósitos lipídicos y, como consecuencia, pérdida de la transparencia corneal y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1669

1. TÍTULO

USO FUERA DE INDICACION DEL COLIRIO DE BEVAZUCIMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION CORNEAL

disminución de agudeza visual. En el caso particular del trasplante corneal, la presencia de vasos en el lecho corneal del receptor, conlleva la pérdida del privilegio inmunitario de la córnea y compromete la supervivencia del injerto. En última instancia, la NVC puede precipitar el fracaso del tejido trasplantado obligando al paciente a someterse a un segundo trasplante, con el coste y riesgos que ello conlleva.
Existen numerosas técnicas para tratar la NVC, si bien ninguna es totalmente efectiva. Éstas incluyen antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos tópicos, diatermia con aguja fina, terapia fotodinámica, o la restauración de la superficie ocular con el trasplante de conjuntiva, limbo o membrana amniótica. A excepción de los antiinflamatorios tópicos (que forman parte del arsenal terapéutico oftalmológico habitual y se utilizan de forma sistemática en este tipo de situaciones), el resto de los tratamientos suponen un procedimiento quirúrgico con riesgo y gasto elevados.
El bevazucimab (Avastin®) es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado que actúa frente todas las isoformas del VEGF-A evitando la aparición de neovascularización e inhibiendo la ya presente. Su uso no ha sido formalmente aprobado por la FDA para indicaciones oftalmológicas; sin embargo, ha sido ampliamente utilizado “off-label o fuera de indicación” por su eficacia y mayor coste-efectividad, habiéndose demostrado la no inferioridad de bevacizumab frente a ranibizumab en múltiples patologías, entre ellas la NVC.

RESULTADOS ESPERADOS
- Introducir en la práctica clínica diaria el colirio de Bevazucimab para pacientes con NVC reciente.
- Facilitar el empleo de colirio de Bevazucimab en pacientes con patología corneal, puesto que su coste es reducido, la vía de administración es cómoda y sencilla y no existen efectos adversos sistémicos asociados publicados.
- Mejorar la supervivencia de los injertos corneales mediante la introducción de nuevas líneas terapéuticas

MÉTODO
Se realizará una reunión con el servicio de farmacia para establecer las indicaciones del tratamiento, concentración y forma de preparación. Además, se establecerá una vía de comunicación adecuada para la petición del tratamiento mediante el formulario adecuado.
Los pacientes en los que se instaure el tratamiento, serán revisados en las consultas de oftalmología dependiendo de la patología que presenten, con una revisión al mes como mínimo (tiempo de caducidad del colirio).
En cada visita el oftalmólogo realizará un registro fotográfico del paciente tratado y reportará cualquier incidencia o efecto adverso al servicio de farmacia, valorando la necesidad de continuar o retirar el tratamiento.

INDICADORES
Valoración de la efectividad del tratamiento mediante comparación de registros fotográficos de los pacientes tratados.

DURACIÓN
Inicio del proyecto: Septiembre de 2017
Comunicación semestral del número de pacientes incluidos en el tratamiento
Fin del proyecto con valoración de la efectividad del tratamiento: Septiembre 2018

OBSERVACIONES
En la literatura médica previa no se ha comunicado ningún efecto secundario sistémico asociado al colirio de Bevazucimab.
Respecto a los efectos adversos locales, podría producir molestias tópicas en el lugar de la instilación, hiperemia conjuntival o queratitis asociadas al principio activo o al conservante utilizado para su formulación (cloruro de Benzalconio). No obstante, estos efectos secundarios son transitorios y desaparecen con la retirada del tratamiento.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1696

1. TÍTULO

USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... OLIVIA ESTEBAN FLORIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATEO GABAS JAVIER
HONRUBIA GRIJALBO ANA
NUÑEZ BENITO ESTHER
PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO
BARTOLOME SESE ISABEL
MARTINEZ VELEZ MIREYA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una sesión clínica explicando el proyecto y las indicaciones posibles para nuestra práctica clínica.
Se elaboró una guía a disposición de todos los Oftalmólogos del Servicio, con las indicaciones del fármaco.
Se realizó una reunión con el personal auxiliar del servicio (enfermeras y auxiliares) para dar a conocer el proyecto y su implicación en la documentación necesaria posible para solicitarlo.
Junto con Farmacia hospitalaria, se realizó un protocolo para la elaboración de la presentación del fármaco: inyección intravitrea.
Pendientes de su aprobación dentro del protocolo de antiangiogénicos por el Grupo de Asesoramiento de Medicamentos de Aragón (GAMA).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento no se ha comenzado a utilizar el fármaco, pero en la reunión se puso de manifiesto el interés por parte de los Oftalmólogo s del proyecto, pues supondría una opción terapéutica hasta ahora no bien resuelta, resaltando la importancia de agilizar los trámites y el conocimiento de su utilización en muchas indicaciones del día a día de la consulta especializada de Oftalmología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No podemos concluir puesto que estamos esperando su aprobación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1696 ========== ***

Nº de registro: 1696

Título
USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR

Autores:
ESTEBAN FLORIA OLIVIA, MATEO GABAS JAVIER, HONRUBIA GRIJALBO ANA, NUÑEZ BENITO ESTHER, PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO, SALVADOR GOMEZ TRANSITO, BARTOLOME SESE ISABEL, MARTINEZ VELEZ MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tratamiento de la patología neovascular ocular ha experimentado grandes cambios a lo largo de las últimas dos décadas gracias al uso de nuevos fármacos que bloquean el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). A pesar de que estos nuevos antiVEGF se diseñaron para ser utilizados en el tratamiento de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1696

1. TÍTULO

USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR

neovascularización coroidea macular (NVC) en el contexto de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), en los últimos años han visto ampliadas sus indicaciones.
El VEGF es un mediador de la inflamación que puede actuar en múltiples procesos. En concreto se conoce su implicación en modelos animales de neovascularización de iris y de retina, así como en el edema macular. Actúa mediante un mecanismo pro-inflamatorio, incrementando la permeabilidad vascular y produciendo y manteniendo nuevos vasos, al tiempo que modula la formación de trombos, el flujo vascular y la vasodilatación.
La posibilidad de bloquear estos mecanismos, así como la similitud de la NVC asociada a la DMAE con otros procesos, ha permitido ampliar las indicaciones de los antiVEGF, en muchos casos dentro de ensayos clínicos o como utilización fuera de indicación (off-label), dentro de un procedimiento de Uso Compasivo.
Bevacizumab es un anticuerpo murino monoclonal humanizado capaz de bloquear todas las isoformas del VEGF. Este fármaco se diseñó inicialmente para el tratamiento de pacientes con carcinoma colorectal metastásico; sin embargo, posteriormente ha venido siendo utilizado bajo uso compasivo en el tratamiento de otras neoplasias, así como en el tratamiento de la DMAE húmeda y otras neovascularizaciones oculares.
Habiéndose demostrado la no inferioridad de bevacizumab frente a otros anti-VEGF, no cabe duda de que uno de los factores más atractivos de bevacizumab es su bajo coste, especialmente comparado con los otros tratamientos antiangiogénicos existentes (ranibizumab y aflibercept).
Pese a ser un fármaco no comercializado para uso oftalmológico, y ser necesaria la obtención de una aprobación off-label para su utilización individualizada como uso compasivo, en la actualidad sus indicaciones en Oftalmología siguen multiplicándose.

RESULTADOS ESPERADOS
- Introducir en la práctica clínica diaria el uso de Bevacizumab “off label” para aquellas indicaciones oftalmológicas no recogidas en la ficha técnica de los antiangiogénicos comercializados para uso intraocular (ranibizumab y aflibercept). Podrá ser empleado mediante inyección intravítrea por facultativos pertenecientes a las secciones de Glaucoma, Oftalmología Pediátrica y a la Unidad de Retina Médica y Quirúrgica, así como en inyección subconjuntival por los facultativos de la Sección de Patología del Segmento Anterior.
- Simplificar los trámites para el empleo Bevacizumab intravítreo y subconjuntival fuera de indicación en Oftalmología mediante un impreso único de solicitud para todos los antiangiogénicos incluyendo los fuera de indicación.
- Reducir el impacto económico que el uso de antiangiogénicos para patologías oculares tiene para el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

MÉTODO
1. Vitrectomía posterior (como coadyuvante 48-72 h previo a la cirugía o en el mismo acto operatorio). Previene el sangrado intra y/o postoperatorio en casos de retinopatía diabética proliferativa con o sin hemorragia vítrea asociada.

2. Cirugía de catarata (como coadyuvante 48-72 h previo a la cirugía o en el mismo acto operatorio). Previene el edema macular postquirúrgico, especialmente en pacientes con retinopatía diabética.

3. Edema macular cistoide (quístico) post-quirúrgico (Síndrome de Irvine-Gass) (2ª a facoemulsificación, queratoplastia, VPP, …)

4. Glaucoma neovascular, con rubeosis iridis.

5. Neovascularización coroidea (NVC) 2ª a:
a. Tumores coroideos (nevus coroideo, osteoma coroideo, hemangioma capilar retiniano, …)
b. Rotura coroidea traumática
c. Estrías angioides
d. Distrofia macular de Best
e. Inflamación ocular (idiopática, Vogt-Koyanagi-Harada, uveítis x TBC, coroidopatía punctata interna, …)
f. Síndrome de presunta histoplasmosis ocular
6. Macroaneurisma arterial retiniano
7. Telangiectasias maculares
8. Enfermedad de Eales
9. Enfermedad de Coats
10. Retinopatía del prematuro
11. Coroidopatía serosa central crónica
12. Metástasis coroideas/iridianas de carcinoma mamario
13. Neovascularización corneal
14. Pterigion recurrente
15. Neoplasia escamosa de la superficie ocular
16. Linfangiectasias conjuntivales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1696

1. TÍTULO

USO COMPASIVO DE BEVACIZUMAB PARA LA NEOVASCULARIZACION OCULAR

INDICADORES
Número de pacientes a los que se ha tratado con bevacizumab por las indicaciones mecionadas en la lista adjunta.
-Ahorro en coste económico del fármaco en la utilización de Bevacizumab frente a Lucentis o Aflibercept en los pacientes tratados.

DURACIÓN
Inicio del Proyecto: Diciembre 2017.
Comunicación semestral del número de pacientes incluidos en el tratamiento.
Final del Proyecto: Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1065

1. TÍTULO

EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE MINGUEZ MURO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER
DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES
CASAS PASCUAL PAULA
LOPEZ RODRIGUEZ NURIA
CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA
BARTOLOME SESE ISABEL
LOPEZ SANGROS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizo una revisión bibliográfica sobre la necesidad de realizar control anestésico previo en cirugía de cataratas en pacientes de bajo riesgo anestésico.
Se elaboro un protocolo para evaluar, por el oftalmólogo, el riesgo anestésico de los pacientes que iban a ser intervenidos de cataratas no complicada en nuestro sector, de forma que, una vez conocido el riesgo ASA, evitar la visita por parte del anestesista, en aquellos pacientes incluidos en los grupos de riesgo I y II.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A pesar de que existen antecedentes descritos en la literatura científica, sobre una practica clínica similar a la que nosotros proponíamos, nuestro protocolo no fue aceptado por el servicio de anestesia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es preciso contar con la implicación de todos los equipos que forman parte del procedimiento quirúrgico, sin obviar ningún estamento de los mismos, para realizar cualquier modificación sobre los protocolos establecidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1065 ========== ***

Nº de registro: 1065

Título
EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

Autores:
MINGUEZ MURO ENRIQUE, ASCASO PUYUELO JAVIER, DEL BUEY SAYAS MARIA ANGELES, CASAS PASCUAL PAULA, LOPEZ RODRIGUEZ NURIA, CARAMELLO ALVAREZ CONSTANZA, BARTOLOME SESE ISABEL, LOPEZ SANGROS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía de cataratas es, con diferencia, el procedimiento quirúrgico más frecuente en cualquier unidad de Oftalmología. En nuestro medio, todos los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas, son sometidos a un estudio rutinario preoperatorio por parte del servicio de Anestesiología, lo que además de consumir recursos, supone la creación de una segunda lista de espera.
La anestesia tópica es una estrategia segura y rentable para abordar la intervención quirúrgica de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1065

1. TÍTULO

EVITAR LA VISITA ANESTESICA PREOPERATORIA Y TEST DIAGNOSTICOS ADICIONALES, EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGIA DE CATARATA NO COMPLICADA BAJO ANESTESIA TOPICA

pacientes con cataratas de baja complicidad.
Se ha estimado que la necesidad de atención, por parte de un anestesista, durante la cirugía de catarata con anestesia tópica, en pacientes ASA I-II y III sólo acontece en el 3,4% de casos, debido principalmente a crisis hipertensivas. Estos resultados cuestionan la utilidad de la consulta preoperatoria de anestesia, en la totalidad de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de cataratas. En la Guía de práctica de cirugía de cataratas, el Real Colegio de Anestesistas y el Real Colegio de Oftalmólogos de Londres, recomiendan, con un nivel de evidencia científica grado A, que las pruebas complementarias previas a la cirugía de cataratas, sólo sean consideradas cuando la historia clínica o la exploración física del paciente así lo aconsejen.
Deberían por tanto establecerse protocolos médicos desarrollados conjuntamente entre oftalmólogos y anestesiólogos para liberar de consultas a éstos últimos, optimizando la eficiencia de los recursos sin poner en riesgo la seguridad de nuestros pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar la consulta anestésica preoperatoria, a todos aquellos pacientes con cataratas susceptibles de ser intervenidas mediante anestesia tópica y que tengan un riesgo anestésico ASA I o II.
Elaborar una guía de valoración de la complejidad técnica de la intervención de cataratas, para diferenciar previamente a la cirugía, aquellos procedimientos susceptibles de poderse realizar mediante anestesia tópica de aquellos que puedan precisar anestesia loco-regional o general.
Desarrollar un cuestionario médico protocolizado, consensuado con el servicio de Anestesiología, que permita al médico oftalmólogo realizar el cribado de los pacientes que no vayan a necesitar la realización de un estudio anestésico preoperatorio previo a la intervención.

MÉTODO
Revisión de la literatura científica existente, para confeccionar una guía que permita estimar, de manera independiente al observador, la complejidad técnica de la intervención de cataratas y, por tanto, las posibilidades de poderla realizar mediante anestesia tópica.
Redacción de un cuestionario médico compuesto por preguntas tipo test, para poder calificar el riesgo anestésico de los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas.
Modificación del circuito de inclusión en lista de espera. Los pacientes seleccionados para ser intervenidos con anestesia tópica y con un riesgo anestésico bajo deberán ser informados y recibir una hoja de recomendaciones para el día de la operación en la visita preoperatoria con su oftalmólogo. Será este mismo facultativo el que dará a firmar un consentimiento informado tanto para la cirugía de catarata como para anestesia.

INDICADORES
Número de pacientes operados de catarata sin necesidad de haber realizado la consulta anestésica preoperatoria.
Documento del HCU. Ficha rosa de inclusión en lista de demanda quirúrgica

DURACIÓN
Junio-Septbre 2018.Confección guía sobre complejidad técnica de cirugía de catarata. Responsable Dra. Caramello Alvarez. Dra. Bartolome. Dr Minguez
Octubre-Dbre 2018. Protocolo de evaluación del riesgo quirúrgico consensuado con Servicio Anestesia. Responsable Dr. Ascaso. Dra del Buey. Dra Lopez Rodriguez
Enero 2019. Modificación del circuito e inclusión en lista de demanda quirúrgica. Responsable. Dra Casas. Dra Lopez Sangros
Marzo 2019 se realizan las primeras intervenciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1119

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LEON REMON GARIJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA DIANA
RAMIRO MILLAN PATRICIA
MINGUEZ MURO ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Hemos elaborado un Documento Informativo de dos páginas que responde a muchas de las dudas que se plantean los pacientes (o sus progenitores si son menores) cuando van a ser operados de estrabismo:
- ¿Deja cicatrices cutáneas la cirugía del estrabismo?
- ¿Ganaré visión con mi ojo estrábico si me opero?
- ¿Veré doble tras la cirugía del estrabismo?
- ¿Tendré que seguir tapándole a mi hijo el ojo dominante tras la cirugía?
- ¿Me operarán uno o los dos ojos?
- ¿Si mi hijo se opera, cuánto tiempo estará sin ir al colegio?, etc.

2.- Hemos realizado una encuesta de satisfacción a nuestros pacientes (o progenitores) operados de estrabismo, preguntándoles si el documento informativo respondía a la mayoría de sus dudas e inquietudes en relación con la cirugía del estrabismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Elaboración del documento informativo definitivo.
2.- Distribución del documento definitivo a los pacientes y/o progenitores operados de estrabismo en el ultimo trimestre del 2018.
3.- Se ha reducido, significativamente, el numero de consultas,tanto telefónicas, como físicas, en relación con la cirugía del estrabismo, lo cual nos permite ahorrar tiempo y dedicarlo a otras cuestiones de nuestra consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos redactado un DOCUMENTO INFORMATIVO claro y conciso, con lenguaje “asequible” al ciudadano medio, en el que se responden a muchas de las dudas que se plantean los pacientes (o sus progenitores, si son menores) que van a ser operados de estrabismo.
Este documento se reparte a los pacientes y familiares al mismo tiempo que leen y firman el consentimiento informado para cirugía del estrabismo.
Creemos que el documento es un elemento que mejora la relación médico-paciente y que ahorra un tiempo valioso al facultativo a la hora de tratar con los posibles operados.
Es importante que los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de estrabismo (procedimiento poco conocido por la población general) dispongan de toda la información para afrontar el proceso con el menor estrés y ansiedad posible y con una actitud positiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1119 ========== ***

Nº de registro: 1119

Título
ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

Autores:
REMON GARIJO LEON, PEREZ GARCIA DIANA, RAMIRO MILLAN PATRICIA, MINGUEZ MURO ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1119

1. TÍTULO

ELABORACION DE DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN CIRUGIA DE ESTRABISMO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La cirugía del estrabismo representa una pequeña parte de toda la cirugía oftalmológica que se realiza en nuestro HCU. A diferencia de la cirugía de facoemulsificación para la extracción de cataratas, de la cirugía para el tratamiento del glaucoma, de la cirugía de retina y de otras cirugías oftalmológicas, todas las operaciones para la corrección de los estrabismos las llevamos a cabo con anestesia general, ingresando a nuestros pacientes la tarde anterior a la operación y dándoles de alta al día siguiente de la operación. La cirugía del estrabismo tiene unas características específicas que debemos tener en cuenta:
- Muchas veces la cirugía se lleva a cabo en niños, con la consiguiente ansiedad que genera la situación para toda la familia, tanto a los padres como a los hermanos, etc.
- La gente, en general, no tiene una idea clara de en qué consiste y como se realiza la cirugía del estrabismo.
- En el caso de los niños, muchos progenitores tienen serias dudas sobre los cuidados sobre el postoperatorio inmediato, sobre las actividades que pueden realizar sus hijos temporalmente tras la operación, sobre cuánto deben ausentarse de las clases, etc.
- En el caso de los adultos que operamos de estrabismo, también tienen numerosas preguntas: ¿puedo ver doble tras la operación?, ¿puedo conducir?, ¿cuanto tiempo aproximado estaré de baja laboral?, ¿me quedarán cicatrices visibles a nivel cutáneo?, etc.

Es evidente que en las consultas previas a la operación, algo hablamos con los pacientes, o con los progenitores que los acompañan caso de que sean menores; pero desgraciadamente, el tiempo que tenemos para las visitas no es tan amplio como nos gustaría y se quedan muchas preguntas “en el tintero”.

RESULTADOS ESPERADOS
Que todos los operados y sus familiares tengan una buena información sobre la cirugía del estrabismo, sobretodo en relación al posoperatorio inmediato y a las recomendaciones y consejos que puedan favorecer su recuperación funcional, su calidad de vida y responda a muchas de sus dudas.

MÉTODO
Proponemos, que durante el primer cuatrimestre de 2018 vamos a redactar en la Sección de Estrabismos un Documento Informativo en el que trataremos de explicar a los pacientes de una manera clara, con un lenguaje comprensible y que no sea demasiado extenso, cómo es el postoperatorio a corto y medio plazo y las medidas que tienen que seguir, intentando responder a la mayoría de las preguntas que se nos plantean habitualmente en las consultas con todas aquellas personas a las que vamos a operar. Evidentemente, las informaciones contenidas en el consentimiento informado no serán objeto de este Documento Informativo.
Creemos que este documento repartido a todos los pacientes que vayamos a operar (o a los progenitores en el caso de los menores de edad), puede aumentar el grado de satisfacción de los usuarios y ayudar a mejorar su calidad de vida durante el postoperatorio inmediato.

INDICADORES
Encuesta verbal y estadísticas de la sección.

DURACIÓN
-Enero a Abril 2018: Elaboración del Documento Informativo.
-Mayo a Octubre 2018: Entrega del Documento a los usuarios que van a ser operados de estrabismo (o a sus progenitores caso de que sean menores de edad).
-Noviembre 2018: Revisión del documento y redacción de posibles añadidos complementarios para responder a temas o cuestiones planteadas por los usuarios que no estuvieran reflejadas en el Documento inicial.
-Diciembre 2018: Elaboración del Documento Definitivo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN IBAÑEZ ALPERTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA DIANA
MARTINEZ MORALES JUANA
BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL
CHACON VALLES MANUEL
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la implantación de la técnica quirúrgica, han sido intervenidos 25 pacientes de glaucoma, de ellos 15 pacientes (60%), con diagnóstico de GPAA (glaucoma primario angulo abierto), 3 pacientes con glaucoma uveítico (12%), 3 pacientes con glaucoma corticoideo (12%) y 4 pacientes con cirugía glaucoma previa fracasada de trabeculectomía (16%).
La edad media 70 años, edades comprendidas entre los 55 y 85 años, 15 mujeres (60%) y 10 hombres (40%).
De la muestra, 14 pacientes son del area de referencia del HCUZ (56%), 7 (28%) Barbastro, 3 Huesca (12%) 1 (4%) Calatayud.
En todos los pacientes se han analizado la agudeza visual, parámetros biomecánica corneal, Presión intraocular, astigmatismo corneal, calidad de vida y grado de satisfacción con la técnica.
Estos datos fueron analizados de forma preoperatoria, a la semana, 1, 2, 3, 6 meses, 1 año.
La realización de la técnica quirúrgica se hace de forma convencional en quirófano, siendo imprescindible el dispositivo iTrack que dispone de un sistema de iluminacion de fibra óptica que rebota en la punta, iluminándola, para la realización de la cateterización del Canal de Schlem. No es preciso personal adicional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han analizado 25 ojos de 25 pacientes con un seguimiento medio de 10,6 meses. La presión intraocular media preoperativa (PIO) era 28.4 ± 7.5 mmHg. La PIO medio al año era 15.9 ± 4.7 mmHg (prueba emparejada de t; P = 0.0001), con una reducción media desde el valor basal de 44% (rango, 11,1% a 82,8%). Después de 6 meses de seguimiento, un índice de éxito calificado basado en la PIO postoperatorio = 21, = 18, y = 16 mmHg fue obtenido en 23 (92%), 21 (84%), y 17 (68%) ojos. El número de medicamentos utilizados preoperativamente y en el seguimiento de 1 año fue de 3,2 ± 0,9 y 1,1 ± 1,3, respectivamente. Las complicaciones más frecuentemente observadas fue el hifema en 12 ojos (48%) y seidel (4%). El procedimiento entero según el protocolo estándar, no se pudo realizar en 1 paciente (4%).

En el subgrupo de los glaucomas corticoideos (3 pacientes 12%), la PIO media preoperatoria fue de 30,7 ± 7,2 mmHg (rango: 24-45). La media de la PIO en el seguimiento de 6 y 12 meses fue de 13,1 ± 2,6 mmHg y de 13,7 ± 1,9 mmHg, respectivamente. El éxito calificado y completo a los 6 y 12 meses fue de 100% para las dos definiciones. El número de medicamentos utilizados preoperativamente y en el seguimiento de 12 meses fue de 4,3 ± 0,7, y 0,2 ± 1,0, respectivamente.

En el subgrupo de los glaucoma uveíticos (3 pacientes 12%), se observó en una reducción significativa de la PIO, a partir de un nivel basal preoperatorio medio de 27,1 ± 12,3 mmHg a una media de 14,5 ± 4,3 mmHg (p = 0,01) a los 12 meses. El éxito completo (límite de 15 mmHg) fue alcanzado en seis pacientes. Sin embargo, el fracaso fue observado en cinco pacientes, dos de los cuales requirió cirugía adicional del glaucoma. Los medicamentos tópicos antiglaucomatosos se redujeron de 2,7 ± 1,2 (media ± SD) al inicio a 0,6 ± 1,2 a los 24 meses (p = 0,007). La actividad de uveítis no aumentó después de la cirugía. La mejor agudeza visual corregida no se redujo; la catarata progresó en dos pacientes.
En el subgrupo de rescate de cirugía previa fallida (4 pacientes 16%), la PIO preoperatoria era 32.2 ± 9.6 mmHg. En este grupo de pacientes, la canaloplastia pudo completarse correctamente en 3 casos; en 1 caso, sin embargo, el canal de Schlemm no pudo ser canulados en los 360 grados, convertiéndose en viscocanalostomía. El seguimiento oscilaba entre 6 y 14 meses (media, 16,7 ± 9,3 M). La PIO media en 2, 3, 6, y 12 meses era 17,3, 15,4, 14,7, y 16,3 mmHg, respectivamente.

El astigmatismo medio preoperatorio era 0,77 ± 0.5 Dioptrías (D), que aumentó a 3.3 ± 1.7 D en 2 semanas postoperatoriamente (P = 0.05; Wilcoxon-test). Posteriormente, el astigmatismo experimentó una disminución espontánea, alcanzando 1,9 ± 0,8 D a las 4 semanas y 1,2 ± 0,74 D a las 12 semanas postoperatoriamente. La mejor agudeza visual corregida, no cambió perceptiblemente. Seis meses después de canaloplastia, el astigmatismo medio alcanzó los valores preoperatorios de 0.86 ± 0.52 D. El astigmatismo a las 2 semanas se correlacionó perceptiblemente e inversamente con el IOP en 6 meses (r = 0.59, P = 0.005; Spearman).

Los pacientes intervenidos de canaloplastia CP (n = 25) fueron comparados a pacientes intervenidos de trabeculectomía TE (n = 30). En el grupo CP, el 57% de los pacientes expresaron gran satisfacción, mientras que el 41% de los pacientes del grupo TE dijeron que estaban muy satisfechos. La diferencia de satisfacción fue estadísticamente significativa (P = 0.034). Se necesitaron significativamente menos segundas cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

después de CP (8% CP versus 35% TE, P < 0.001). Los pacientes fueron más positivos en el grupo CP (54% CP versus 37% TE, P < 0.009). El estrés relacionado con la atención postoperatoria fue menor en el grupo de CP en comparación con el grupo TE (14% frente a 46%). Las dificultades con las actividades de la vida cotidiana, como la lectura, eran mucho más bajas o incluso inexistentes después de la CP, y las quejas como ardor o picadura de los ojos eran significativamente menores en el grupo de CP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La canaloplastia es una técnica quirúrgica compleja; sin embargo, los resultados a mediano plazo son prometedores. El grado de complicaciones es escaso y rara vez son graves. La principal ventaja de este procedimiento es la ausencia de ampolla de filtración y la restauración fisiológica de la salida del humor acuoso.

Los resultados a medio plazo de canaloplastia en pacientes con glaucoma corticoesteroide-inducido, uveíticos y refractarios, son muy prometedores. La canaloplastia debe considerarse como una posible alternativa a la cirugía filtrante en estas formas de glaucoma, cuando la terapia médica no es suficiente para mantener el PIO dentro de límites razonables.

El cambio del astigmatismo después de canaloplastia sigue un curso claro del tiempo con un máximo en 2 semanas que alcanzan valores preoperativos en 6 meses. La cantidad de astigmatismo inducido quirúrgicamente podría ser útil para predecir el resultado de la canaloplastia en términos de reducción de la PIO.

En comparación con trabeculectomía, la canaloplastia se asocia con menos deterioro de la calidad de vida (QoL) y mayor satisfacción del paciente después de la cirugía. Sin embargo, se necesitan datos a largo plazo sobre la reducción de la presión intraocular después de la cirugía para confirmar la satisfacción del paciente a largo plazo con esta cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1473 ========== ***

Nº de registro: 1473

Título
RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

Autores:
IBAÑEZ ALPERTE JUAN, PEREZ GARCIA DIANA, MARTINEZ MORALES JUANA, BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL, CHACON VALLES MANUEL, GARCES PINZOLAS ASUNCION, SIERRA GRACIA MARIA ELENA, ASCASO PUYUELO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La técnica de la canaloplastia es una nueva alternativa quirúrgica para el tratamiento del glaucoma, que pretende reducir la presión intraocular insertando un microcateter en toda la extensión del canal de Schlemm. Diferentes estudios han demostrado que esta intervención tiene un alto grado de eficacia y un nivel de seguridad superior a otras cirugías glaucomatosas, especialmente aquellas que requieren perforar el ojo y que implican mayor riesgo de hipotensión, inflamación o hemorragias.
La canaloplastia, que constituye una alternativa válida a las técnicas convencionales, es un paso más para intentar reducir la presión intraocular a largo plazo. Al ser una técnica no perforante y mínimamente invasiva no requiere la formación de una ampolla de filtración, lo cual reduce los riesgos de infección y posibilita una rehabilitación mucho más rápida.
Desde finales de 2017, la Unidad de Glaucoma del Hospital ClínicoUniversitario “Lozano Blesa” es el centro de referencia para esta técnica en la Comunidad Autónoma de Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GLAUCOMA

RESULTADOS ESPERADOS
Se estima que, a lo largo del 2018,unos 30 pacientes afectos de glaucoma puedan ser intervenidos en el Clínico con esta técnica.
El proyecto tiene como objetivo principal, analizar la implantación de esta técnica, considerando la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.
Como objetivos secundarios se estudiaran los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

MÉTODO
Cada paciente será analizado en la visita preoperatoria, al dia siguiente, 2 semanas, mes 3 meses y 6 meses, estudiando en cada una de ellas la presión intraocular (mmHg), agudeza visual (ETDRS), biomecánica corneal y espesor coroideo.
Se realizara un análisis en conjunto de todos los pacientes intervenidos para analizar el grado de efectividad, seguridad y complicaciones de la canaloplastia y compararla con las tecnicas convencionales.

INDICADORES
Valoracion de la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.

Como objetivos secundarios se estudiaran los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

DURACIÓN
Se estima que, a lo largo del 2018,unos 20-30 pacientes afectos de glaucoma puedan ser intervenidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" con esta técnica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN IBAÑEZ ALPERTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ GARCIA DIANA
MARTINEZ MORALES JUANA
BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL
CHACON VALLES MANUEL
ASCASO PUYUELO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la implantación de la técnica quirúrgica, han sido intervenidos 25 pacientes de glaucoma, de ellos 15 pacientes (60%), con diagnóstico de GPAA (glaucoma primario ángulo abierto), 3 pacientes con glaucoma uveítico (12%), 3 pacientes con glaucoma corticoideo (12%) y 4 pacientes con cirugía glaucoma previa fracasada de trabeculectomía (16%).
La edad media 70 años, edades comprendidas entre los 55 y 85 años, 15 mujeres (60%) y 10 hombres (40%).
De la muestra, 14 pacientes son del área de referencia del HCUZ (56%), 7 (28%) Barbastro, 3 Huesca (12%) 1 (4%) Calatayud.
En todos los pacientes se han analizado la agudeza visual, parámetros biomecánica corneal, Presión intraocular, astigmatismo corneal, calidad de vida y grado de satisfacción con la técnica.
Estos datos fueron analizados de forma preoperatoria, a la semana, 1, 2, 3, 6 meses, 1 año.
La realización de la técnica quirúrgica se hace de forma convencional en quirófano, siendo imprescindible el dispositivo iTrack que dispone de un sistema de iluminación de fibra óptica que rebota en la punta, iluminándola, para la realización de la cateterización del Canal de Schlem. No es preciso personal adicional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han analizado 25 ojos de 25 pacientes con un seguimiento medio de 10,6 meses. La presión intraocular media preoperativa (PIO) era 28.4 ± 7.5 mmHg. La PIO medio al año era 15.9 ± 4.7 mmHg (prueba emparejada de t; P = 0.0001), con una reducción media desde el valor basal de 44% (rango, 11,1% a 82,8%). Después de 6 meses de seguimiento, un índice de éxito calificado basado en la PIO postoperatorio = 21, = 18, y = 16 mmHg fue obtenido en 23 (92%), 21 (84%), y 17 (68%) ojos. El número de medicamentos utilizados preoperativamente y en el seguimiento de 1 año fue de 3,2 ± 0,9 y 1,1 ± 1,3, respectivamente. Las complicaciones más frecuentemente observadas fue el hifema en 12 ojos (48%) y seidel (4%). El procedimiento entero según el protocolo estándar, no se pudo realizar en 1 paciente (4%).

En el subgrupo de los glaucomas corticoideos (3 pacientes 12%), la PIO media preoperatoria fue de 30,7 ± 7,2 mmHg (rango: 24-45). La media de la PIO en el seguimiento de 6 y 12 meses fue de 13,1 ± 2,6 mmHg y de 13,7 ± 1,9 mmHg, respectivamente. El éxito calificado y completo a los 6 y 12 meses fue de 100% para las dos definiciones. El número de medicamentos utilizados preoperativamente y en el seguimiento de 12 meses fue de 4,3 ± 0,7, y 0,2 ± 1,0, respectivamente.

En el subgrupo de los glaucoma uveíticos (3 pacientes 12%), se observó en una reducción significativa de la PIO, a partir de un nivel basal preoperatorio medio de 27,1 ± 12,3 mmHg a una media de 14,5 ± 4,3 mmHg (p = 0,01) a los 12 meses. El éxito completo (límite de 15 mmHg) fue alcanzado en seis pacientes. Sin embargo, el fracaso fue observado en cinco pacientes, dos de los cuales requirió cirugía adicional del glaucoma. Los medicamentos tópicos antiglaucomatosos se redujeron de 2,7 ± 1,2 (media ± SD) al inicio a 0,6 ± 1,2 a los 24 meses (p = 0,007). La actividad de uveítis no aumentó después de la cirugía. La mejor agudeza visual corregida no se redujo; la catarata progresó en dos pacientes.
En el subgrupo de rescate de cirugía previa fallida (4 pacientes 16%), la PIO preoperatoria era 32.2 ± 9.6 mmHg. En este grupo de pacientes, la canaloplastia pudo completarse correctamente en 3 casos; en 1 caso, sin embargo, el canal de Schlemm no pudo ser canulados en los 360 grados, convertiéndose en viscocanalostomía. El seguimiento oscilaba entre 6 y 14 meses (media, 16,7 ± 9,3 M). La PIO media en 2, 3, 6, y 12 meses era 17,3, 15,4, 14,7, y 16,3 mmHg, respectivamente.

El astigmatismo medio preoperatorio era 0,77 ± 0.5 Dioptrías (D), que aumentó a 3.3 ± 1.7 D en 2 semanas postoperatoriamente (P = 0.05; Wilcoxon-test). Posteriormente, el astigmatismo experimentó una disminución espontánea, alcanzando 1,9 ± 0,8 D a las 4 semanas y 1,2 ± 0,74 D a las 12 semanas postoperatoriamente. La mejor agudeza visual corregida, no cambió perceptiblemente. Seis meses después de canaloplastia, el astigmatismo medio alcanzó los valores preoperatorios de 0.86 ± 0.52 D. El astigmatismo a las 2 semanas se correlacionó perceptiblemente e inversamente con el IOP en 6 meses (r = 0.59, P = 0.005; Spearman).

Los pacientes intervenidos de canaloplastia CP (n = 25) fueron comparados a pacientes intervenidos de trabeculectomía TE (n = 30). En el grupo CP, el 57% de los pacientes expresaron gran satisfacción, mientras que el 41% de los pacientes del grupo TE dijeron que estaban muy satisfechos. La diferencia de satisfacción fue estadísticamente significativa (P = 0.034). Se necesitaron significativamente menos segundas cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

después de CP (8% CP versus 35% TE, P < 0.001). Los pacientes fueron más positivos en el grupo CP (54% CP versus 37% TE, P < 0.009). El estrés relacionado con la atención postoperatoria fue menor en el grupo de CP en comparación con el grupo TE (14% frente a 46%). Las dificultades con las actividades de la vida cotidiana, como la lectura, eran mucho más bajas o incluso inexistentes después de la CP, y las quejas como ardor o picadura de los ojos eran significativamente menores en el grupo de CP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La canaloplastia es una técnica quirúrgica compleja; sin embargo, los resultados a mediano plazo son prometedores. El grado de complicaciones es escaso y rara vez son graves. La principal ventaja de este procedimiento es la ausencia de ampolla de filtración y la restauración fisiológica de la salida del humor acuoso.

Los resultados a medio plazo de canaloplastia en pacientes con glaucoma corticoesteroide-inducido, uveíticos y refractarios, son muy prometedores. La canaloplastia debe considerarse como una posible alternativa a la cirugía filtrante en estas formas de glaucoma, cuando la terapia médica no es suficiente para mantener el PIO dentro de límites razonables.

El cambio del astigmatismo después de canaloplastia sigue un curso claro del tiempo con un máximo en 2 semanas que alcanzan valores preoperativos en 6 meses. La cantidad de astigmatismo inducido quirúrgicamente podría ser útil para predecir el resultado de la canaloplastia en términos de reducción de la PIO.

En comparación con trabeculectomía, la canaloplastia se asocia con menos deterioro de la calidad de vida (QoL) y mayor satisfacción del paciente después de la cirugía. Sin embargo, se necesitan datos a largo plazo sobre la reducción de la presión intraocular después de la cirugía para confirmar la satisfacción del paciente a largo plazo con esta cirugía.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1473 ========== ***

Nº de registro: 1473

Título
RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

Autores:
IBAÑEZ ALPERTE JUAN, PEREZ GARCIA DIANA, MARTINEZ MORALES JUANA, BROTO MANGUES MIGUEL ANGEL, CHACON VALLES MANUEL, GARCES PINZOLAS ASUNCION, SIERRA GRACIA MARIA ELENA, ASCASO PUYUELO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La técnica de la canaloplastia es una nueva alternativa quirúrgica para el tratamiento del glaucoma, que pretende reducir la presión intraocular insertando un microcateter en toda la extensión del canal de Schlemm. Diferentes estudios han demostrado que esta intervención tiene un alto grado de eficacia y un nivel de seguridad superior a otras cirugías glaucomatosas, especialmente aquellas que requieren perforar el ojo y que implican mayor riesgo de hipotensión, inflamación o hemorragias.
La canaloplastia, que constituye una alternativa válida a las técnicas convencionales, es un paso más para intentar reducir la presión intraocular a largo plazo. Al ser una técnica no perforante y mínimamente invasiva no requiere la formación de una ampolla de filtración, lo cual reduce los riesgos de infección y posibilita una rehabilitación mucho más rápida.
Desde finales de 2017, la Unidad de Glaucoma del Hospital ClínicoUniversitario “Lozano Blesa” es el centro de referencia para esta técnica en la Comunidad Autónoma de Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1473

1. TÍTULO

RESULTADOS DE LA IMPLANTACION DE LA TECNICA CANALOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO GLAUCOMA

RESULTADOS ESPERADOS
Se estima que, a lo largo del 2018,unos 30 pacientes afectos de glaucoma puedan ser intervenidos en el Clínico con esta técnica.
El proyecto tiene como objetivo principal, analizar la implantación de esta técnica, considerando la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.
Como objetivos secundarios se estudiaran los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

MÉTODO
Cada paciente será analizado en la visita preoperatoria, al dia siguiente, 2 semanas, mes 3 meses y 6 meses, estudiando en cada una de ellas la presión intraocular (mmHg), agudeza visual (ETDRS), biomecánica corneal y espesor coroideo.
Se realizara un análisis en conjunto de todos los pacientes intervenidos para analizar el grado de efectividad, seguridad y complicaciones de la canaloplastia y compararla con las tecnicas convencionales.

INDICADORES
Valoracion de la efectividad, seguridad y complicaciones de la técnica.

Como objetivos secundarios se estudiaran los tiempos de espera quirúrgicos, éxito total y relativo, grado de satisfacción del paciente (cuestionarios VFQ-35 y SF-36).

DURACIÓN
Se estima que, a lo largo del 2018,unos 20-30 pacientes afectos de glaucoma puedan ser intervenidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" con esta técnica.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0188

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA ("RINCON DE OCIO")

Fecha de entrada: 13/11/2017

2. RESPONSABLE ..... MARTA RAMOS FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este último año, el proyecto se desarrolló, y lo que era la sala de estar de los pacientes, se convirtió en lo que llamamos, actualmente, el “Rincón de Ocio”; espacio totalmente gratuito creado a partir de donaciones de los propios trabajadores del servicio y de familiares de los pacientes. Dentro de esta sala se ha creado una biblioteca con 435 libros de lectura, periódicos, radio, revistas, televisión, juegos de mesa y decoración diversa con mensajes positivos.

Se han cumplido las revisiones mensuales del material que hay en la sala, mediante recuento de libros y catalogación en hoja de Excel. Las donaciones se siguen recibiendo actualmente.

Las actividades de decoración temáticas en fechas como Navidad y fiestas del Pilar, se han realizado; además de la renovación de la decoración de la sala aproximadamente cada dos meses; y la actualización semanal de la pizarra con “la frase positiva”.

En el año 2016 ingresaron en esta Unidad un total de 953 pacientes, cifra importante a tener en cuenta, dada la visualización del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal del proyecto era lograr que los pacientes ingresados consiguieran un estilo proactivo y mejorasen su estado anímico, reduciendo así sus niveles de ansiedad mediante el desarrollo de actividades, como la lectura o los juegos de mesa.

Se ha observado una clara mejoría del estado anímico de los pacientes y familiares, donde el 100% de los encuestados señalaban como muy positivo el “Rincón de Ocio” como medio para mejorar su estado emocional.

Uno de los datos más relevantes es que un 64% de los pacientes consiguió disminuir su estado de ansiedad mediante las actividades desarrolladas en este espacio lúdico que se había creado en el hospital, además el uso de la biblioteca y diversas lecturas supera en un 43% al uso de la televisión.

Los usuarios han aprendido a utilizar la sala fácilmente y a cuidarla, ya que, la ven como una vía de escape a su situación actual y les permite salir de la habitación y conocer una nueva zona donde, ellos, son el punto clave para que este proyecto funcione.

El impacto del proyecto ha sido espectacular, constatado en el uso continuo que los pacientes y familiares dan a la sala; además del impacto profesional, dado que la sala se ha divulgado en medios de comunicación (prensa, radio y vía web) de diferentes instituciones y en congresos nacionales (mediante póster y stand).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Basándonos en el impacto que ha tenido el proyecto sobre los pacientes ingresados, se puede sostener que es necesario su continuidad y constante renovación; dado que ahora estamos intentando aumentar la dotación audiovisual con una tablet para uso de los pacientes.

Dado que es un proyecto a coste cero, sus posibilidades de replicación en otras unidades, como Hospital de día o hematología, crecen y se hacen necesarias.

Mejorar las estancias hospitalarias es un fin que debemos tener en cuenta siempre, ya que, los pacientes son el item principal de nuestros cuidados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/188 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0188

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA ("RINCON DE OCIO")

Nº de registro: 0188

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
RAMOS FERNANDEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.......: Mejora del tiempo de ocio en pacientes ingresados

PROBLEMA
Las enfermedades oncológicas tienen gran conexión con el ámbito hospitalario dados los numerosos ingresos y tratamientos que conllevan, por ello, es muy positivo que encuentren en el entorno sanitario un apoyo emocional, tanto físico como psicológico.

Tanto la depresión como la apatía ante las largas horas de la estancia hospitalaria, ayuda a desencadenar pensamientos negativos en estos pacientes (pensar en su enfermedad, en el tiempo que les queda,…). Estos cambios emocionales repercuten tanto individualmente como a nivel familiar y social.

Basándonos en la escala HAD (Hospital, ansiedad y depresión), se realiza un cuestionario de respuestas cerradas a 30 pacientes al azar ingresados en la Unidad de Oncología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

El 55% de los encuestados pasan el mayor tiempo de la estancia viendo la Tv, ya que, no encuentran más divertimentos.

El 71% de los pacientes nos comentan que durante la estancia piensan en su estado de salud y, por ello, su ansiedad aumenta; junto con un 40% que nos responde sentirse apático en los ingresos.

Los sentimientos básicos que sufren estos pacientes durante su estancia son: incertidumbre, sensación de pérdida de intimidad o control de su vida, y sensación de dependencia.

Con este proyecto se ha conseguido un espacio de entretenimiento en la misma planta de Oncología del hospital donde desarrollar un carácter vitalista y cambiar la perspectiva frente del ingreso, creando el “Rincón de Ocio”, donde pacientes y familiares disponen, durante toda su estancia y con entrada libre, de una biblioteca, periódico diario, revistas de entretenimiento, juegos de mesa y decoración con mensajes positivos.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES: Desarrollar un estilo proactivo para conseguir momentos de entretenimiento en pacientes ingresados y disminuir la apatía durante la estancia hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Área cognitiva: Convivir con los síntomas, tratamientos, efectos secundarios y aprender a distraerse.

Área emocional: Relacionarse con más facilidad, sentir que puede ejercer el autocuidado (independencia), desarrollar su confianza y autorregular su ansiedad.

Área psicomotora: Realizar actividades, lecturas o juegos para aumentar el ocio durante el ingreso.

MÉTODO
Para comenzar el proyecto se colocaron carteles informativos dentro del control de la planta 11 del Hospital Clínico Lozano Blesa. Cada profesional sanitario voluntariamente cedió libros, revistas y juegos básicos de mesa (parchís, ajedrez, damas y baraja de cartas). La recogida de material se realizó en el mismo control de enfermería.

Como única responsable del proyecto recojo los libros, los catalogo en una lista de Excel con número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0188

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL TIEMPO DE OCIO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA ("RINCON DE OCIO")

relacionado en el lomo de cada libro, y realizo una revisión mensual de los ejemplares. Actualmente contamos con una biblioteca de 272 libros revisados y etiquetados por título, autor y persona que lo dona.

La decoración ha sido cedida gratuitamente por empresas: Mr. Wonderfull, Ascociación Princesa Calva, Balvi y vinilos Chispum.

Contamos con la ayuda del Heraldo de Aragón que nos cede el periódico diario y con el presente trimestral de la revista National Geographic.

La estantería fue realizada a medida por los servicios técnicos del hospital.

El proyecto está enfocado de manera que no suponga ningún coste a los usuarios ni al hospital.

INDICADORES
1) Indicador de ejemplares: cada mes realizo la contabilización y revisión de los libros y juegos. Anoto los que faltan para saber si se devuelven o no al siguiente mes.

2) Indicador de pacientes: tras el inicio del proyecto transformando la sala de estar habitual en un rincón donde los pacientes pueden entretenerse en actividades lúdicas, se ha observado una mejoría del estado anímico de pacientes y familiares. En la evaluación del programa el 80% de los pacientes nos señalan que es muy positivo el Rincón de Ocio para mejorar su estado anímico y ayudar a distraerse; el 60% de los pacientes nos comentan que lo que más utilizan es la biblioteca y el 30% ha disminuido su ansiedad frente a la estancia hospitalaria.

3) Encuestas anuales a los usuarios.

DURACIÓN
El proyecto se inicio en Septiembre del 2015, aprobado por la Dirección del Hospital.
Actualmente sigue en proceso, ya que, contamos solo con una librería y necesitamos otra para completar la biblioteca, estamos en trámites con servicios técnicos del mismo hospital para su realización.

Las actividades anuales que se llevan a cabo son las decoraciones especiales en fechas señaladas: fiestas del Pilar y navidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0498

1. TÍTULO

MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANTONIA PERIBAÑEZ GAIRIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ GOMEZ ANA ISABEL
TORCAL CUBERO MERCEDES
AGÜERAS CRISTOBAL ANA
RAMOS FERNANDEZ MARTA
SALVADOR SANCHEZ FERNANDO
SALAS CLEMENTE ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento de los conocimientos de los pacientes ingresados sobre el dolor in situ, mediante tres escalas: EVA (escala de valoración analógica del dolor), escala Karnofsky (calidad de vida en paciente oncológico) y algoritmo de Davies para dolor irruptivo en pacientes oncológicos.
Cumplimiento total del calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado principal alcanzado ha sido el de mejorar los conocimientos y el manejo del dolor por parte de los pacientes y familiares.
Hemos logrado que el paciente sepa diferenciar entre su dolor de base y un dolor irruptivo, además de incluir al cuidador principal en las labores de apoyo y colaboración para identificar y alertarnos sobre los cambios en el dolor.
El 29,16% de la muestra es capaz de llevar a cabo actividad normal pero con algún signo o sintoma leve de enfermedad según la escala Karnofsky.
Al finalizar el proyecto tan solo un 2,70% de los pacientes entrevistados presentan un dolor muy severo (8-9) en la escala EVA.
Gracias a la adquisición de conocimientos hemos conseguido que el 75,67% de los pacientes que presentan dolor habitual o de base, lo tengan controlado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por parte del equipo de mejora se valora la buena ejecución en el proyecto dado que los pacientes han logrado:
- utilizar la escala EVA para medir el grado de dolor que presentan en cada turno y comunicarla al personal sanitario.
- solicitar analgesia antes de que el dolor se intensifique.
- implicar a los familiares en la identificación y manejo del dolor.
- mejorar su calidad de vida, ya que, el dolor no interrumpe sus actividades básicas de vida diaria, gracias a que este llega a estar controlado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/498 ========== ***

Nº de registro: 0498

Título
MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
PERIBAÑEZ GAIRIN ANTONIA, LUCIA TABUENCA MAR, TORCAL CUBERO MERCEDES, SANCHEZ GOMEZ ANA ISABEL, AGÜERAS CRISTOBAL ANA, RAMOS FERNANDEZ MARTA, SALVADOR SANCHEZ FERNANDO, SALAS CLEMENTE ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0498

1. TÍTULO

MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Enfoque ....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.......: Educación para la salud en paciente oncológico

PROBLEMA
El dolor del paciente oncológico es el síntoma patológico que más frecuentemente detectamos en nuestro día a día. La enfermera de oncología está en continua relación con los pacientes y familiares y, por ello, observa su preocupación por este tema.

La situación actual en esta Unidad es: el paciente en su ingreso hospitalario desconoce la variabilidad del dolor y cuando debe comunicarlo.

Con este proyecto intentamos ayudar al paciente a identificar y manejar este síntoma para mejorar su seguridad y calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS GENERALES:
1)Mejorar los conocimientos y manejo del dolor por parte de los pacientes y familiares.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Área cognitiva: Identificar, por parte del paciente, la diferencia entre dolor basal y dolor irruptivo.

Área psicomotriz: Colaboración y apoyo, por parte de los familares, solicitando nuestra ayuda.

MÉTODO
Entrega de cuestionario al ingreso del paciente, mediante el cual, realizando preguntas de respuestas cerradas podremos objetivar las necesidad de mejora.

Durante la estancia hospitalaria, las enfermeras responsables del proyecto, formarán al paciente y a sus familiares en datos útiles para afrontar y mejorar el dolor.

Entrega del mismo cuestionario al alta hospitalaria, para poder valorar los progresos.

INDICADORES
Escala EVA- Escala de valoración analógica del dolor.
Escala Karnofsky- Calidad de vida en paciente oncológico.
Algoritmo de Davies para dolor irruptivo en pacientes oncológico.

DURACIÓN
Incio del proyecto: 1 de Noviembre del 2016.

Cronograma: durante un periodo de seis meses pondremos en activo el proyecto. Del 1 Noviembre del 2016 al 1 Mayo del 2017.

Fin del proyecto: 1 Mayo del 2017. A partir de esta fecha realizaremos la evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1195

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ANDRES CONEJERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ISLA CASADO DOLORES
ESCUDERO EMPERADOR PILAR
YUBERO ESTEBAN ALFONSO
MURILLO JASO LAURA
LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE
CORRAL SUBIAS MONICA
BUESO INGLAN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
5.1. Elaboración de Protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
Se realiza una reunion del Grupo de Trabajo de Cáncer Hereditario y Familiar del Hospital para planificar dichos protocolos y avanzar en su elaboración.
El grupo de trabajo de cáncer hereditario y familiar del hospital se reunió el día 21 de Noviembre y acordó la siguiente distribución de tareas en función de las diferentes patologías:
- TUMORES DE MAMA Y OVARIO: Dra. Andrés, Dra leal, Dr. Yubero.
- TUMORES DE ORIGEN DIGESTIVO Y GINECOLÓGICO: Dr. Ferrández, Dr. Sopeña, Dr. Yubero, Dra. Andrés.
- TUMORES ENDOCRINOLÓGICOS: Dra. Aguilló.
- MELANOMA Y TUMORES DE PIEL: Dra. Morales.
- TUMORES UROLOGICOS: Dr. Subirá.

Se acuerda que el protocolo recoja las indicaciones de estudio genético que aparecen en las principales guías clínicas: NCCN (https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_screening.pdf, https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_colon.pdf), ESMO (https://www.esmo.org/Guidelines/Hereditary-Syndromes) y SEOM (Llort et al. Clin Transl Oncol. 2015; 17: 956–961).

5.2 Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
Se adecúa a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM. Se realiza una reunión de consenso y otra de evaluación.

El grupo de trabajo de cáncer hereditario y familiar del hospital ha elaborado el documento a partir de un consentimiento informado aprobado por la sección de cancer hereditario de SEOM, y que sigue las directrices que recoge el documento de posicionamiento sobre la utlización de NGS en cáncer hereditario de la AEGH.

5.3. Implementación del nuevo documento de consentimiento informado.
El anterior documento ha sido sustituido por el nuevo. Es requisito previo a la realización del estudio genético mediante NGS, la firma del actual documento de consentimiento informado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
6.1. Actividad de la Consulta de Asesoramiento Genético en Cáncer Hereditario y Familiar:
Durante el año 2018 la actividad de la consulta realizada por el Sº de Oncología Médica ha aumentado de forma considerable con respecto al año anterior:
- Primeras: incremento de un 95% (año 2018: 382, año 217: 195).
- Sucesivas: incremento de un 35.82 %(año 2018: 345, año 2017: 254).

Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6.2 Adaptación de la consulta a los nuevos modelos de asesoramiento:
La incorporación de NGS al asesoramiento genético del cáncer ha supuesto una mejora en el diagnóstico genético. La introducción de genes que se asocian a riesgo moderado ha traído consigo la necesidad de implementar nuevos modelos de asesoramiento, que incluyen la aplicación de herramientas de evaluación de riesgo, como BOADICEA y CaGENE. Dichas herramientas incorporan en la actualidad los valores de penetrancia de la enfermedad para genes de riesgo moderado lo que unido a la historia familiar permite hacer una evaluación del riesgo más precisa para el paciente y sus familiares. Para cada paciente se elabora un informe que recoge el resultado del estudio genético, la evaluación del riesgo de cáncer y las recomendaciones de reducción de riesgo y de diagnóstico precoz. La detección de un número elevado de variantes de significado clínico incierto supone un reto en la actualidad.
Se realiza la adaptación del asesoramiento al protocolo creado en 100% de casos.
Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6.3 Estudios genéticos realizados mediante NGS.
Se ha realizado un estudio genético mediante NGS a los pacientes remitidos a la consulta de “Asesoramiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1195

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Genético de Cáncer Hereditario y Familiar" dependiente del Servicio de Oncología Médica. El estudio fue llevado a cabo a partir de DNA extraído de sangre total en el equipo MiniSeq de Illumina, mediante un panel de 27 genes (Panel Cáncer Hereditario (HCS) de SOPHiA GENETICS CE-IVD NGS) en el que se incluyen, entre otros, genes tanto de alta penetrancia (OD>5) como de penetrancia moderada (OD 2-5) para el cáncer. Los 27 genes incluidos en el panel son: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, APC, MUTYH, ATM, PALB2, CHEK2, BRIP1, RAD51C, RAD51D, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11, CDH1, NBN, BARD1, RAD50, MRE11A, FAM175A y XRCC2. El panel de genes se divide en varios subpaneles, de manera que en cada individuo se realiza el estudio del subpanel o de los subpaneles que se correlacionan con el fenotipo presente en la familia. Los subpaneles son:

- Panel de cáncer de mama: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, ATM, PALB2, CHEK2, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11, CDH1.
- Panel de cáncer de ovario: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, BRIP1, RAD51C, RAD51D.
- Panel de cáncer de mama y ovario: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, ATM, PALB2, CHEK2, BRIP1, RAD51C, RAD51D, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11, CDH1.
- Panel de cáncer colorrectal con poliposis: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, APC, MUTYH, STK11.
- Panel de cáncer colorrectal sin poliposis – endometrio: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, MUTYH, TP53, PTEN, PIK3CA, STK11.
- Panel de cáncer gástrico: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, APC, CDH1, TP53, STK11.
- Panel de melanoma: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, CDKN2A, CDK4, PTEN, PIK3CA.
- Panel cáncer de páncreas: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, ATM, PALB2, TP53, STK11.
- Panel de cáncer de próstata: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, TP53.
- Panel de cáncer renal: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, PTEN, PIK3CA.
- Panel de cáncer de tiroides: BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, APC, MUTYH, TP53, PTEN, PIK3CA.

Desde Junio de 2017 a Junio de 2018 se han realizado 303 estudios mediante NGS. Se han detectado 39 (12.8%) variantes patogénicas y 99 (32.7%) variantes de significado clínico incierto.
Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6.4.Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario e implementación del mismo en el 100% de casos susceptibles.
Fuente: Registro de Consulta de Asesoramiento genético en Cáncer Hereditario y Familiar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado notablemente la asistencia en la Consulta de Asesoramiento Genético en Cáncer Hereditario gracias a la elaboración de Protocolos de utilización de NGS de asesoramiento genético en cáncer hereditario, previa elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
De esta forma se realiza una selección adecuada de los pacientes susceptibles de realización de panel de genes diagnóstico.
En el primer semestre de 2019 está prevista una nueva revisión del protocolo de utilización de NGS por parte Grupo de Trabajo en Cáncer Hereditario y Familiar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1195 ========== ***

Nº de registro: 1195

Título
INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Autores:
ANDRES CONEJERO RAQUEL, ISLA CASADO DOLORES, ESCUDERO EMPERADOR PILAR, YUBERO ESTEBAN ALFONSO, MURILLO JASO LAURA, LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE, CORRAL SUBIAS MONICA, BUESO INGLAN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1195

1. TÍTULO

INCORPORACION DE TECNICAS DE SECUENCIACION MASIVA. NEXT GENERATION SEQUENCING A LA CONSULTA DE ASESORAMIENTO GENETICO EN CANCER HEREDITARIO

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Las técnicas de Secuenciación masiva = Next Generation Sequencing (NGS) requieren protocolos de utilización en asesoramiento genético en cáncer hereditario y un consentimiento informado específico.
La Asociación Española de Genética Humana ha elaborado un documento de posicionamiento sobre la utlización de NGS en cáncer hereditario como herramienta de diagnóstico genético. En la última reunión de la Sección de Cáncer Hereditario de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) se decidió que ésta avale dicho documento. Se deben adecuar las recomendaciones a la práctica asistencial de nuestro Hospital.
Se plantea la necesidad de incorporar estas técnicas en pacientes seleccionados de la Consulta de Asesoramiento Genético en Cáncer Hereditario.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Elaboración de Protocolos de utilización de NGS asesoramiento genético en cáncer hereditario.
2. Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
Se adecuarán a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM

3. Seleccionar con dichos protocolos los pacientes susceptibles de realización de panel de genes diagnóstico.

MÉTODO
1.- Elaboración de Protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se realizará una reunión bimensual para planificar dichos protocolos y avanzar en su elaboración.
2.- Elaboración de documento de Consentimiento Informado sobre la realización de un panel de genes en asesoramiento genético en cáncer hereditario. Se adecuarán a las recomendaciones de la Asociación Española de Genética Humana y de la Sección de Cáncer Hereditario de la SEOM. Se realizará una reunión de consenso y otra de evaluación.

INDICADORES
1.- Protocolo de utilización de NGS / tipo de patología. (Plantear Protocolo en el 100% de los casos)
2.- Elaboración de consentimiento para realización de NGS. (100% de pacientes a los que se realice NGS deben firmar el Protocolo)
3.- Número de paneles genéticos / Número de pruebas genéticas realizadas (al menos 10% de pacientes)
4.- Número de primeras consultas en las que se plantea NGS / Número de primeras consultas. (10% al menos)
5.- Número de estudios familiares en los que se plantea NGS / Número de estudios de familiares. (5% al menos)

DURACIÓN
1. Elaboración de protocolos de utilización de NGS en asesoramiento genético en cáncer hereditario.
Marzo-Diciembre 2018
2. Elaboración de consentimiento informado sobre la realización de un panel de genes en cáncer hereditario.
Marzo-Junio 2018.
3. Implementación en consulta: Junio-2018 a Diciembre 2018.

OBSERVACIONES
ESTA RESPUESTA SUSTITUYE A LA ANTERIOR EN LA QUE ESTABA EQUIVOCADO EL DNI. ESTE ES EL CORRECTO.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1196

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DOLORES ISLA CASADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
YUBERO ESTEBAN ALFONSO
ESCUDERO EMPERADOR PILAR
ANDRES CONEJERO RAQUEL
MURILLO JASO LAURA
LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE
TORRES SAIZ ALICIA
HUERCANOS ESPARZA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo de funcionamiento global del servicio orientado a agentes externos e internos implicados en la puesta en marcha, desarrollo y cierre de ensayos clínicos. En él se recogió la información sobre los aspectos esenciales de la preparación y conducción de visitas de pre-inicio, inicio, monitorización y cierre. Así como el proceso de obtención, manejo, almacenaje y envío de muestras biológicas, realización de cuestionarios de calidad de vida, realización pruebas de imagen, prescripción, dispensación y administración de fármacos, así como la descripción del procedimiento de varias cuestiones administrativas como son la emisión de certificados de calidad y calibración entre otros.
La comunicación de la creación de este nuevo documento se ha realizado vía email a los profesionales a los que les aplica su uso.
Este protocolo permitirá optimizar la investigación a nivel administrativo y clínico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En total, durante el año2017se realizaron 23 visitas de apertura de ensayos clínicos nuevos. Por otra parte, en ese mismo año se cerraron 10 ensayos. Durante el año 2018 se han abierto 16 ensayos y se han cerrado 11.

Teniendo cuenta estas cifras, en el servicio de Oncología Médica del HCULB participamos de manera estable en unos 45-50 ensayos clínicos (EC) de diferentes especialidades oncológicas además de tener 15-25 ensayos en fase de seguimiento en los cuales no hay pacientes en tratamiento dentro del estudio ni es posible reclutar otros nuevos, pero en los que se solicitan datos de supervivencia y tratamientos posteriores hasta el fallecimiento de los pacientes. En esta fase también se mantiene una revisión continua de los datos para depurarlos y resolver las discrepancias que puedan haberse generado en ellos.
A continuación, se detallan los indicadores previstos junto con su valor y el logro alcanzado por fechas, así como el método de obtención fuente para cada uno de ellos:

RESUMEN DE RESULTADOS.

1 Protocolo de Funcionamiento global:
Nº apartados planificados/nº apartados desarrollados
Valor del indicador: 100%
Fuente: Bibliografía
2. Visitas de inicio realizadas con el nuevo Protocolo.
Nº de visitas inicio con el nuevo protocolo/Nº visitas inicio totales x 100
Valor del indicador: 66%
Fuente:Registro de la Unidad de Investigación
3. Atención de Monitorizaciones según Protocolo.
Nº de visitas de monitorización con el nuevo protocolo/Nº visitas de monitorización totales x 100
Valor del indicador 30%
Fuente:Registro de la Unidad de Investigación
4. Número de reuniones de coordinación
Nº total: 4
Fuente: Registro interno del equipo de trabajo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El protocolo elaborado aglutina los procedimientos más relevantes en relación a los ensayos clínicos. A diciembre de 2018 únicamente logramos finalizar la preparación del mismo y su aceptación por parte del equipo de trabajo, pero no implementar su uso en visitas de inicio, monitorización y cierre. Esta tarea se ha iniciado el 8 de enero de 2019 logrando en las primeras 5 semanas de uso los indicadores previstos inicialmente en el proyecto e incluso superando las expectativas. Consideramos que es un documento interesante de consulta para agentes internos y externos al hospital pero su utilidad será evaluada en marzo 2019 a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1196

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

través de un cuestionario elaborado para tal fin y recogido en este enlace:
https://www.survio.com/survey/d/K8D9O4M3F2F6M0N3J.
Para la replicación del proyecto recomendamos que en caso de ser una unidad como la nuestra en la que ya se venían realizando ensayos clínicos, se haga un listado de los procedimientos que más habitualmente se realizan en la conducción de ensayos clínicos en el servicio concreto. Además, sería conveniente complementar el listado con las dudas que con más frecuencia plantea el personal del hospital y el personal representante del promotor y se busque con la elaboración del protocolo dar respuesta o indicaciones para todos aquellos aspectos identificados. Nuestro índice de apartados puede servir de modelo o base para la elaboración del protocolo en otros centros, pero el procedimiento en sí puede tener variaciones de un hospital a otro o de un servicio a otro debido a la organización del mismo o a su idiosincrasia.

7. OBSERVACIONES.
La evaluación de la utilidad del contenido y formato del protocolo elaborado será evaluada en marzo 2019

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1196 ========== ***

Nº de registro: 1196

Título
CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

Autores:
ISLA CASADO DOLORES, YUBERO ESTEBAN ALFONSO, ESCUDERO EMPERADOR PILAR, ANDRES CONEJERO RAQUEL, MURILLO JASO LAURA, LAMBEA SORROSAL JULIO JOSE, TORRES SAIZ ALICIA, HUERCANOS ESPARZA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La participación de los pacientes en Ensayos Clínicos nacionales e internacionales es una oportunidad para ellos de acceso a novedosos tratamientos y un motor de avance en la investigación oncológica. Es un trabajo de ya muchos años por parte de profesionales del Servicio, lo que ha permitido que Ensayos de muy alto nivel puedan estar disponibles para nuestros pacientes. Dicha actividad en la que participan principalmente los investigadores responsables de los Ensayos, los coordinadores de Ensayos y enfermería requiere una gestión adecuada para optimizar dicha investigación a nivel burocrático y clínico.
Se va a crear un Protocolo de Funcionamiento de esta Unidad en el seno del Servicio de Oncología Médica.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Creación de un Protocolo de Funcionamiento de la Unidad.
2. Elaboración de Protocolos para visitas de inicio, monitorizaciones y cierres de ensayos, así como intervenciones sobre pacientes como extracciones de analíticas y cuestionarios de calidad de vida.

MÉTODO
1. Protocolo de Funcionamiento global.
2. Visitas de inicio de ensayos clínicos.
3. Protocolo para atención de monitorizaciones.
4. Protocolo para visitas de cierre de ensayos clínicos.
5. Coordinación de toma de muestras de ensayos clínicos.
6. Coordinación de realización de cuestionarios de calidad de vida.

INDICADORES
1. Protocolo de Funcionamiento global. (Elaborarlo en su totalidad)
2. Visitas de inicio realizadas con el nuevo Protocolo. (30% del total)
3. Visitas de cierre realizadas con el nuevo Protocolo. (30% del total)
4. Atención de Monitorizaciones según Protocolo. (30% del total)
5. Número de reuniones de coordinación: 4.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1196

1. TÍTULO

CONSTITUCION DE UNA UNIDAD DE INVESTIGACION CLINICA

DURACIÓN
1. Elaboración de Protocolos. Marzo-Septiembre 2018
2. Implementación: Septiembre-2018 a Diciembre 2018.
3. Reuniones periódicas: Mayo-Julio-Septiembre-Noviembre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS PRESENTANDO EPISTAXIS

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ AGREDA MORENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLES VARELA HECTOR
ROYO LOPEZ JUAN
ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO
FUMANAL SENZ LUIS
LOIS ORTEGA YOLANDA
GARCIA CURDI FERNANDO
LOPEZ BUIL JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró la hoja de indicaciones del paciente que ha presentado epistaxis que ha requerido atención en urgencias. En ella se explican de forma clara las cosas que debe y no debe hacer el paciente los primeros días tras presentar el episodio de sangrado. Una vez realizada y consensuada entre los miembros del grupo, se decidió un lugar del box de Otorrino en urgencias para depositarlas, y que estén accesibles siempre que acudimos allí. Desde el primer momento, se ha entregado dicha hoja de indicaciones a todos los pacientes atendidos, haciendo constar su entrega en el informe de urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la hoja de urgencias de alta del paciente se hace constar la entrega de dicha hoja de indicaciones.
La mayoría de los pacientes no han vuelto a urgencias por dicho motivo, por lo que no se puede cuantificar si han llevado dichas recomendaciones a cabo.
Sí que hemos constatado que los pacientes agradecían mucho que se les entregasen dichos consejos escritos, ya que en el momento de la urgencia se encuentran nerviosos y no prestan la atención necesaria, ni pueden retener, todo lo que se les indica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración global del equipo es muy satisfactoria, ya que para nosotros es una acción muy fácil, tratándose simplemente, a la vez que se le explica al paciente lo que debe y no debe hacer, de entregar lo mismo por escrito. Es un acto muy beneficioso, y que creemos necesario seguir haciendo, ya que son muchos consejos a tener en cuenta, que el paciente, por su situacion de nerviosismo que acaba de pasar tras presentar la epistaxis, no va a retener. Una vez en casa y tranquilos, a los pacientes se les ocurren dudas de que cosas puede comer, como le hemos dicho que tenía que dormir o estornudar... lo que ocasiona que se sientan inseguros, intentando localizarnos por teléfono para preguntar dudas.
De esta forma, nos aseguramos de que lo entienden bien, y una vez en su domicilio, pueden repasar lo que no les haya quedado claro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/240 ========== ***

Nº de registro: 0240

Título
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS PRESENTANDO EPISTAXIS

Autores:
AGREDA MORENO BEATRIZ, VALLES VARELA HECTOR, ROYO LOPEZ JUAN, ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO, FUMANAL SENZ LUIS, LOIS ORTEGA YOLANDA, GARCIA CURDI FERNANDO, LOPEZ BUIL JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EPISTAXIS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0240

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS PRESENTANDO EPISTAXIS

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una de las urgencias más frecuentes en la especialidad de Otorrinolaringología es la epistaxis o hemorragia nasal. En determinadas épocas del año es frecuente atender varios pacientes al día con este problema: algunos de ellos son ingresados, bien por la cuantía del sangrado, por la localización del punto sangrante, o por su recidiva y la necesidad, por lo tanto, de acudir a urgencias en repetidas ocasiones.
Sin embargo, en otros casos, el paciente es tratado con un taponamiento nasal, y con él es enviado a su domicilio, para ser retirado entre 2 y 4 días después.
Es una situación que preocupa mucho a los pacientes, y que precisa de unas normas claras de conducta durante el periodo que ese taponamiento es mantenido.
Al ser atendidos en urgencias, se les explican verbalmente las pautas de actuación que deben de seguir, así como los motivos o no, de preocupación. No obstante, en muchas ocasiones, tanto el paciente como los acompañantes están tan preocupados y nerviosos que, al llegar a casa, no se acuerdan de las pautas indicadas.
Es por este motivo por lo que pensamos que sería útil entregar una hoja con las indicaciones básicas que estos pacientes deben seguir en sus domicilios.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es mejorar la calidad de la atención, ya que con una simple hoja donde se les recuerdan por escrito las indicaciones que deben seguir, los pacientes se encuentran más orientados respecto de su tratamiento. Estas indicaciones básicas de actuación pueden en gran medida disminuir el número de recidivas de la epistaxis. Por otra parte, esta hoja supone una herramienta de tratamiento ya que señala el lugar y el tiempo en el que ese taponamiento será retirado.

MÉTODO
Hemos realizado una hoja informativa donde se resumen las normas básicas de conducta de un paciente que acaba de tener una epistaxis y ha acudido al servicio de urgencias, donde ha sido taponado. Este paciente será dado de alta con un taponamiento nasal que deberá llevar durante al menos 48 horas.

Esta hoja informativa, será entregada al paciente, junto con el informe de alta, por el facultativo que les haya atendido en urgencias.

INDICADORES
- número de pacientes que acuden al lugar y hora indicados en la hoja de instrucciones (se les preguntará en la llamada telefónica).
-entrevista telefonica en la que el paciente indicará la utilidad de la hoja informativa y su grado de satisfacción con ella.

DURACIÓN
El proyecto se iniciará con carácter inmediato y se prolongará en la medida en la que se compruebe su utilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0159

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO GARCIA CURDI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGREDA MORENO BEATRIZ
SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL
VALLES VARELA HECTOR
ROYO LOPEZ JUAN
LOPEZ BUIL JESSICA
GIL GRASA GUILLERMO
VELA GAJON PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una ficha-resumen, para completar después de que cada paciente oncológico fuese presentado en el Comité de Tumores, de modo que fuese más fácil su seguimiento posterior en consultas. Esta hoja se presentó en una sesión clínica del Servicio de Otorrinolaringología para el conocimiento por parte de todos los facultativos del Servicio. Este método se comenzó a utilizar desde finales de abril de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con esta actualización lo que se ha pretendido es mejorar la calidad de la atención al paciente oncológico, aumentando la precisión en el seguimiento y mejorando el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras casi 10 meses de uso, el Servicio ha confirmado la utilidad de dicha ficha, sobretodo los facultativos dedicados a la oncología de la esfera ORL. No obstante, se siguen apuntando cosas a mejorar, para poder pulirla en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/159 ========== ***

Nº de registro: 0159

Título
ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL

Autores:
GARCIA CURDI FERNANDO, AGREDA MORENO BEATRIZ, SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL, VALLES VARELA HECTOR, ROYO LOPEZ JUAN, LOPEZ BUIL JESSICA, GIL GRASA GUILLERMO, VELA GAJON PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología oncológica es cada vez más frecuente en nuestro medio, y sobretodo en una especialidad como Otorrinolaringología, que abarca los tumores de Cabeza y Cuello. Los pacientes oncológicos, suelen ser pacientes complejos, pluripatológicos y tratados de una forma multidisciplinar. Por ello, en ocasiones resulta difícil conocer los detalles de evolución de cada paciente, ya que hay que revisar historias de varias especialidades para evaluar el seguimiento y los tratamientos que ha recibido.

Por ello, en nuestro servicio, desde hace años existe una ficha-resumen del paciente oncológico en la primera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0159

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA FICHA-RESUMEN DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN LA HISTORIA CLINICA DE ORL

hoja de nuestra historia. En dicha ficha recogemos un breve resumen de la enfermedad del paciente.

Pretendemos actualizar esta pequeña ficha, para que sea todavía más rápido conocer al paciente de un solo vistazo, adjuntándola en la primera hoja. Se recogerán datos como la fecha de primera visita, fecha de diagnóstico del tumor, localización, estirpe histológica y TNM inicial tras haber pasado por el Comité de Tumores.

Se habilitará una tabla en la que se podrán recoger los tratamientos que reciba el paciente y la fecha de inicio y final de dicho tratamiento. Además se podrá anotar si el paciente ha sufrido una recidiva/progresión de su enfermedad

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es mejorar la calidad de la atención, ya que con una simple hoja se puede conocer la historia de un paciente. De esta manera, un médico puede conocer a un paciente que nunca ha atendido en pocos segundos, lo que ayuda a mejorar el diagnóstico y tratamiento.

MÉTODO
Se ha realizado una ficha-resumen, que se deberá rellenar en todos los pacientes oncológicos (una vez hayan sido presentados en el Comité de Tumores) valorados por el servicio de ORL a partir de que se ponga en marcha este proyecto. Para ello se explicará el funcionamiento de esta hoja en una sesión del Servicio de Otorrinolaringología a todos los miembros del Servicio.

INDICADORES
Se hará una encuesta a los miembros del Servicio de Otorrinolaringología pasado un tiempo, para ver la utilidad de la aplicación. Con ello podremos detectar defectos que hayamos encontrado e intentar buscar la manera de solucionarlos.

DURACIÓN
El proyecto se iniciará con carácter inmediato y se prolongará en la medida en la que se compruebe su utilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL SEBASTIAN CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGREDA MORENO BEATRIZ
GARCIA CURDI FERNANDO
ARTAL SANCHEZ RAQUEL
VELA GAJON PABLO
MILLAN GUEVARA JOSE
LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado, discutido en sesiones de servicio y aprobados en una de dichas sesiones.
Se han repartido ejemplares en los despachos de las consultas externas de ORL del HCUZ.
Se ha puesto en marcha su utilización, informando a los pacientes del cambio asistencial propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La realización de los protocolos ha sido a satisfacción de todos los facultativos que han considerado que ayuda en su labor de una mejor atención de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha ha sido dificultosa, por:
- Años de trabajo con los mismos métodos y costumbres. Se han de cambiar las rutinas de los facultativos y las de los pacientes.
- Falta de tiempo para explicar a los pacientes el cambio en nuestro modo de trabajo, respecto de las revisiones que se realizan.
- Más falta de tiempo para cumplimentar los informes necesarios de alta de consultas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/417 ========== ***

Nº de registro: 0417

Título
PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Autores:
SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL, AGREDA MORENO BEATRIZ, GARCIA CURDI FERNANDO, ARTAL SANCHEZ RAQUEL, VELA GAJON PABLO, MILLAN GUEVARA JOSE, LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA FARINGOLARINGEA Y CERVICOFACIAL
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Laringología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.

RESULTADOS ESPERADOS
Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.
3º Reducir la lista de espera en consultas.

MÉTODO
Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

INDICADORES
Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.
Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

DURACIÓN
Fecha de inicio:02/01/2018
Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:
Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.
Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.
Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.
La evaluación de resultados se realizara en 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL SEBASTIAN CORTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGREDA MORENO BEATRIZ
GARCIA CURDI FERNANDO
ARTAL SANCHEZ RAQUEL
VELA GAJON PABLO
MILLAN GUEVARA JOSE
LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha unificado los criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico.
Protocolo en la Sección de Laringología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.
Entrevistas a los miembros del Servicio, comprobando la aplicación de los protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha mejorado la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
Se ha reducido el número de consultas de revisión innecesarias.
Se ah disminuido la lista de espera en consultas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Siguiendo un protocolo de revisiones, todos los pacientes con patología similar reciben el mismo tratamiento y seguimiento.
Con un protocolo de revisiones, se reduce el número de consultas innecesarias y se reduce la lista de espera en consultas.

7. OBSERVACIONES.
Pendiente la evaluación de resultados que se realizara durante este añó.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/417 ========== ***

Nº de registro: 0417

Título
PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Autores:
SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL, AGREDA MORENO BEATRIZ, GARCIA CURDI FERNANDO, ARTAL SANCHEZ RAQUEL, VELA GAJON PABLO, MILLAN GUEVARA JOSE, LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA FARINGOLARINGEA Y CERVICOFACIAL
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0417

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE LARINGOLOGIA Y PATOLOGIA CERVICAL

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Laringología para realizar revisiones en el mismo período de tiempo a pacientes con una patología similar.

RESULTADOS ESPERADOS
Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.
2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.
3º Reducir la lista de espera en consultas.

MÉTODO
Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

INDICADORES
Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.
Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

DURACIÓN
Fecha de inicio:02/01/2018
Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:
Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.
Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.
Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.
La evaluación de resultados se realizara en 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0429

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO ALFONSO COLLADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUMANAL SENZ LUIS
GRACIA SIMON LAURA
GIL GRASA GUILLERMO
LOPEZ BUIL JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado, discutido en sesiones de servicio y aprobados en una de dichas sesiones.
Se han repartido ejemplares en los despachos de las consultas externas de ORL del HCUZ.
Se ha puesto en marcha su utilización, informando a los pacientes del cambio asistencial propuesto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La realización de los protocolos ha sido a satisfacción de todos los facultativos que han considerado que ayuda en su labor de una mejor atención de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha ha sido dificultosa, por:
- Años de trabajo con los mismos métodos y costumbres. Se han de cambiar las rutinas de los facultativos y las de los pacientes.
- Falta de tiempo para explicar a los pacientes el cambio en nuestro modo de trabajo, respecto de las revisiones que se realizan.
- Más falta de tiempo para cumplimentar los informes necesarios de alta de consultas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/429 ========== ***

Nº de registro: 0429

Título
PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LA SECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

Autores:
ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO, FUMANAL SENZ LUIS, GRACIA SIMON LAURA, GIL GRASA GUILLERMO, LOPEZ BUIL JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología de macizo facial, senos paranasales y base de cráneo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el último año se ha detectado una excesiva demora en la atención de pacientes derivados desde el médico de cabecera a nuestra especialidad, así como de los pacientes a los que revisamos periódicamente por patología crónica.

Esto ha hecho unificar criterios a la hora de realizar revisiones a pacientes con patología a nivel otorrinolaringológico, de modo que se minimicen las listas de espera y consigamos una atención más adecuada para nuestros pacientes.

De este modo se ha creado un protocolo en la Sección de Rinología para realizar revisiones en el mismo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0429

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE REVISIONES NECESARIAS POR PATOLOGIAS DE LASECCION DE RINOLOGIA Y PATOLOGIA FACIAL

período de tiempo a pacientes con una patología similar.

RESULTADOS ESPERADOS
Este año nos hemos fijado el objetivo de optimizar la atención de los pacientes en las consultas externas de Otorrinolaringología del HCULB, con tres metas primordiales:

1º Mejorar la atención médica y el grado de satisfacción de nuestros pacientes.

2º Reducir el número de consultas de revisión innecesarias.

3º Reducir la lista de espera en consultas.

MÉTODO
Se van a diseñar diversos protocolos de atención a los pacientes, con el fin de programar las revisiones estrictamente necesarias.

INDICADORES
Protocolo realizado y validado en Sesión de Servicio.

Entrevistas con los miembros del servicio para comprobar si han comenzado a aplicar dichos protocolos.

DURACIÓN
Fecha de inicio:02/01/2018
Fecha de finalización:31/12/2018

Calendario:

Realización y validación protocolos de enero a marzo de 2018.

Puesta en marcha de los protocolos marzo a Diciembre de 2018.

Entrevistas con los facultativos desde la puesta en marcha hasta fin de año.

La evaluación de resultados se realizara en 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0269

1. TÍTULO

PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ECHARTE OBREGOZO
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PARITORIOS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORENO LAMANA VIRGINIA
FLETA VISIEDO MARIA DEL MAR
RODRIGUEZ MARQUEZ ADELA
ESTEBAN CID MARIA VICTORIA
CENDEJAS ALBERDI ITZIAR
REYES RAMOS MARIA DEL PILAR
MANGLANO ALONSO FLAVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras el cambio de destino laboral de dos antiguas integrantes se procedió a incorporar a dos nuevas compañeras, conformándose de manera definitiva el equipo de trabajo para el diseño del Proyecto de Mejora. Tras una revisión bibliográfica, tuvieron lugar una serie de reuniones de trabajo:
- Junio: diseño del cronograma, del consentimiento informado y de la hoja de seguimiento de encuestas.
- Septiembre: definición de la población diana y diseño de la hoja informativa a la gestante.
- Octubre: realización de las fotos para la hoja informativa a la gestante.
- Octubre: diseño de la encuesta de valoración.
- Octubre: sesión informativa al personal del Servicio. Comunicación vía email con Atención Primaria para que informe sobre el Proyecto de Mejora a las gestantes que acudan a ese nivel asistencial.
- Noviembre: puesta en marcha del Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde Noviembre hasta el 17 de Diciembre se ha entregado la pelota a 21 gestantes. De éstas, 2 no la utilizaron finalmente, por lo que no se les recogió encuesta. En las restantes, menos una, se constata una disminución del dolor durante el uso de la pelota, cuantificándose entre 1 y 4 puntos en la Escala EVA del dolor.
En la gestante que queda, se observa el mismo dolor con y sin pelota.
Por otro lado, todas las gestantes refieren volver a usar la pelota en un próximo parto y recomendarla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Inicialmente el Consentimiento Informado se quedaba en la Historia Clínica de la gestante. Tras consultarlo, actualmente se guardan junto con la Encuesta de Valoración. Es por ello, que se están realizando las gestiones administrativas correspondientes para recuperar los Consentimientos que se han quedado en la Historia.
También se observa que compañeras matronas no integrantes del Proyecto utilizan la pelota como una herramienta más en su trabajo. Viendo que es un elemento que ayuda a controlar el dolor y que hay compañeras que lo valoran positivamente, el Equipo de Trabajo está planteándose cómo favorecer la utilización de la esferodinamia por parte de todas las matronas del Servicio interesadas.

7. OBSERVACIONES.
De las pelotas que actualmente disponemos para implementar el Proyecto, dos han sido obsequios de gestantes que han participado en él, mostrándonos de esta manera su agradecimiento y satisfacción.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/269 ========== ***

Nº de registro: 0269

Título
PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA

Autores:
ECHARTE OBREGOZO MARIA TERESA, RODRIGUEZ MARQUEZ ADELA, FLETA VISIEDO MARIA DEL MAR, MORENO LAMANA VIRGINIA, ESTEBAN CID MARIA VICTORIA, CENDEJAS ALBERDI ITZIAR, REYES RAMOS MARIA DEL PILAR, MANGLANO ALONSO FLAVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0269

1. TÍTULO

PROGRAMA ASISTENCIAL DE LA MATRONA A LA GESTANTE EN FASE PRODROMICA Y/O TRABAJO DE PARTO. USO DE LA ESFERODINAMIA

Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el HCU, la matrona, una vez verificado el bienestar fetal, la dinámica uterina y la progresión de la fase de dilatación, ofrece a la gestante en fase prodrómica y/o trabajo de parto numerosos apoyos y recomendaciones que en conjunto tienen dos finalidades: aliviar en parte el dolor de las contracciones y facilitar el encajamiento y descenso del feto por el canal del parto.
Actualmente, las publicaciones científicas y la práctica en otros centros avalan el uso de la esferodinamia como una herramienta más de apoyo a la gestante y que de momento no se emplea en este hospital.
Con la esferodinamia se propone a la gestante sentarse sobre una pelota de grandes dimensiones, mientras el tronco y los brazos pueden sujetarse a un soporte fijo. Las piernas pueden adoptar diferentes posiciones.
Su uso estaría justificado por los siguientes mecanismos:
- aprovechar el efecto de la gravedad propio de la verticalidad para favorecer el descenso fetal
- mantener una pelvis libre y en movimiento (basculación, traslación, circunducción), consiguiendo un "efecto tamiz" que permite al estrecho superior de la pelvis aumentar sus diámetros cuando la presentación pasa por él y favorecer así el encajamiento y descenso fetal.
- permitir a la gestante un mejor control del dolor.

RESULTADOS ESPERADOS
Aliviar el dolor de la gestante en trabajo de parto.
Reducir el tiempo de fase latente.
Implicar a la gestante y su acompañante en el trabajo de parto.
Motivar al personal en el uso de la esferodinamia.

MÉTODO
La matrona, tanto en planta como en paritorio, ofrecerá a aquellas gestantes que lo deseen la posibilidad de usar una pelota de dilatación hasta que les sea administrada la anestesia epidural o ya no necesiten su uso.
Para ello, se les proporcionará un tamaño de pelota adecuada a su complexión. También se les explicará como hacer un uso adecuado y óptimo:
- cómo sentarse y levantarse
- medidas que garanticen una utilización segura.
- posición correcta sentada sobre la pelota: caderas en flexión entre 80 y 90 grados, en abducción. Rodillas flexionadas. Los pies apoyados en el suelo.

INDICADORES
N° de gestantes que mejoran en 1 ó más puntos en la Escala Eva del dolor / n° total de gestantes en trabajo de parto
Comparación de las medias aritméticas del Bishop de las usuarias de esferodinamia, cuando pasan al área de dilatación, frente a las no usuarias.
N° de gestantes a las que se les ofrece la esferodinamia / n° total de gestantes en trabajo de parto
Encuesta de satisfacción a la gestante que usa la esferodinamia.

DURACIÓN
Elaboración del proyecto: diciembre 2016
Información sobre el proyecto al personal de la Unidad: diciembre 2016
Implementación del proyecto: desde enero 2017
Evaluación del programa y registro de resultados: julio 2017

OBSERVACIONES
A la iniciativa de mejora está previsto darle continuidad en años sucesivos.
Así mismo, se prevé necesario para la implementación del proyecto los siguientes recursos:
- pelotas de esferodinamia
- curso formativo dirigido a las matronas, por ejemplo: “Técnicas de posicionamiento para un parto natural: Uso de la esferodinamia para la resolución de malposiciones de parto” (Ecufis).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0616

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... GONZALO GONZALEZ GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FACI ALCALDE ELENA
CUADRON ANDRES LORENA
ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO
ASCASO MATAMALA ANGELA
GARCIA HERNANDEZ LARA
PEREZ NAVALON LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El cumplimiento de calendario marcado ha sido irregular, pero aunque con retraso se han conseguido todos los objetivos marcados inicialmente.

CALENDARIO
• Enero 2017- Junio 2017: redacción de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología más frecuente en la Unidad de Urgencias de Pediatría.
Las 10 patologías que se eligieron, debido a su importancia y su frecuencia fueron:
• Bronquiolitis aguda, Crisis asmática, Dolor abdominal, Fiebre, Gastroenteritis aguda, Laringitis, Neumonía, Otitis media aguda, Traumatismo craneoencefálico, Vómitos.
Para la realización de las hojas de recomendaciones que se muestran a continuación se han utilizado los propios protocolos del servicio y bibliografía actualizada.
Cada hoja de recomendaciones consta de 4 apartados:
BRONQUIOLITIS (por ejemplo)
¿QUÉ ES LA BRONQUIOLITIS?
¿QUÉ DEBE HACER EN CASA?
¿CUÁNDO DEBE CONSULTAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS?
¿CUESTIONES IMPORTANTES?
Como muestra de una hoja de recomendaciones entera se muestra la siguiente:

FIEBRE
¿QUÉ ES LA FIEBRE?
La fiebre consiste en la elevación de la temperatura normal del cuerpo: más de 38º C si se mide en el recto o más de 37,5º C si se mide en la axila.
La causa más frecuente en los niños es una infección vírica.

¿QUÉ DEBE HACER EN CASA?
- No decida que su hijo tiene fiebre poniéndole la mano sobre la frente, use el termómetro.
- Mantenga una temperatura ambiental agradable. No ponga mucha ropa al niño.
- Ofrézcale abundantes líquidos, sin forzarle.
- No es necesario bajar la fiebre en todas las circunstancias, sólo si el niño está molesto. Esto ocurre, generalmente, a partir de 38-38,5ºC.
- Utilice las dosis de antitérmicos recomendadas por su pediatra respetando los intervalos entre las mismas aunque la fiebre reaparezca antes. Siempre que sea posible adminístrelos por la boca, no por vía rectal.
- No se debe alternar medicamentos para tratar la fiebre.
- Los baños con agua templada disminuyen poco la fiebre. Puede usarlos para ayudar a los antitérmicos. No utilice compresas de alcohol, ni de agua fría.

¿CUÁNDO DEBE ACUDIR A UN SERVICIO DE URGENCIAS?
- Si el niño tiene menos de 3 meses de edad.
- Si su hijo está adormilado, decaído o, por el contrario, muy irritable.
- Si ha tenido por primera vez una convulsión.
- Si se queja de dolor de cabeza intenso y vomita varias veces.
- Si el niño respira con dificultad.
- Cuando aparecen manchas rojas en la piel que no desaparecen al presionar.

CUESTIONES IMPORTANTES
- Algunas personas piensan que la fiebre es siempre mala y que puede provocar lesiones importantes. ¡Esto no es verdad! Cuando tenemos una infección el cuerpo produce más calor (fiebre) para que nuestras defensas luchen contra ella.
- La fiebre no produce daños en el cerebro hasta que llega a 42º C o más.
- Los antitérmicos no curan la infección, sólo ayudan a que el niño se sienta mejor.

BIBLIOGRAFIA

1. Tesouro L, Ramos E. Vómitos. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0616

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA

y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 349-355.
2. Saceda JM, Carceller F. Traumatismo craneoencefálico. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 483-488.
3. Vilanova A, de la Torre CA. Dolor abdominal. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 211-228.
4. Udaondo C, López R. Fiebre. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 247-265.
5. Alós M, Morillo P. Asma bronquial. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1931-1945.
6. Sánchez M, Calvo C. Laringitis. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1365-1372.
7. Sánchez M, Calvo C. Neumonía de origen comunitario. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1379-1387.
8. Salas D, Baquero F. Otitis media aguda y otitis externa. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1355-1360.
9. Sánchez M, Calvo C. Bronquiolitis. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1379-1387.
10. Calzado I, Méndez A. Gastroenteritis aguda. En: Guerrero J, Cartón A, Barreda A, Menéndez J, Ruiz J. Manual y Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid: Ed. Panamericana; 2018. p 1399-1407.
11. Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J. Tratado de Urgencias de Pediatría. Madrid: Ergón; 2011.

• Junio 2017: presentación en sesión en el Servicio de Pediatría de estas hojas de información y puesta en marcha para su difusión.
• A partir de Junio-Julio de 2017 en adelante: se entregaron estas hojas informativas a todos los padres que acudieron por motivos de consulta o patología especificada.
Junto con la hoja de recomendación se repartieron encuestas de satisfacción a los acompañantes:
ENCUESTA URGENCIAS PEDIATRIA HCU
1. ¿Qué patología le han diagnosticado a su hijo/a? (Marque con una X)
-Bronquiolitis -Gastroenteritis aguda
-Bronquitis -Traumatismo craneal
-Fiebre -Otitis media aguda
-Dolor abdominal -Laringitis
-Vómitos -Neumonía
2. ¿Qué le ha parecido el tiempo de espera a ser atendido?
-Muy adecuado, Adecuado, No adecuado, Muy poco adecuado
3. De 0 a 10 indique el grado de urgencia por su consulta (0 nada grave, 10 muy urgente)
4. ¿Le parece útil la hoja de recomendaciones sobre la patología de su hijo/a?
-Si -No
5. El hecho de haber recibido la hoja de recomendaciones, le da más tranquilidad y le aclara en que situaciones volver a urgencias? (De 0 a 10)
6. ¿Qué es lo que más ha valorado de su asistencia? Puede marcar 2
-Amabilidad -Poco tiempo de espera -Hoja de recomendaciones
-Profesionalidad
• Noviembre 2017 se analizaron aleatoriamente 60 pacientes a los que se les entregaron las hojas de recomendaciones para analizar cual fue su evolución posterior. Si volvieron a urgencias o si fueron a su centro de salud.
• Diciembre 2017 se realizó de nuevo sesión en el servicio de Pediatría para mostar resultados de encuestas y analisis de pacientes a los que se les hizo seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS DE ENCUESTA:
Encuestas realizadas: n=60 de forma aleatoria en el mes de Noviembre de 2017.
Pregunta 1. ¿Qué patología le han diagnosticado a su hijo?
1. Bronquiolitis:2
2. Bronquitis:16
3. Fiebre:8
4. Dolor abdominal:6
5. Vómitos:6
6. Gastroenteritis aguda:8
7. Traumatismo craneal:0
8. Otitis media aguda:0
9. Laringitis:10
10. Neumonía:4
Las patologías más frecuentes son las bronquitis y las laringitis (patología respiratoria) que se corresponde con las enfermedades más prevalentes en la época del año en que se recogieron las encuestas aleatoriamente.
Pregunta 2. ¿Qué le ha parecido el tiempo de espera a ser atendido?
1. Muy adecuado 47%
2. Adecuado 50%
3. No adecuado 0%
4. Muy poco adecuado 3%
El 97 % de los padres que acudieron a urgencias consideraron que el tiempo que habían esperado era adecuado o muy adecuado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0616

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA

Pregunta 3. De 0 a 10 indique el grado de urgencia por su consulta (0 nada grave, 10 muy urgente)
De 0 a 10 la moda es 5.
El 86% (52 pacientes) le dieron una puntuación por encima de la media de gravedad (5 o más puntos) y hasta al 53,3% les pareció que la patología de su hijo tenia una gravedad de 6 o más sobre 10.
La sensación de gravedad que tienen los padres ante la enfermedad de sus hijos tiende a ser importante sin ser concordante con la realidad ya que el 100% de los encuestados fue derivado a su domicilio.
Pregunta 4. ¿Le parece útil la hoja de recomendaciones sobre la patología de su hijo/a?
El 100% de los encuestados consideró de utilidad la hoja de recomendaciones
Pregunta 5. El hecho de haber recibido la hoja de recomendaciones, le da más tranquilidad y le aclara en que situaciones volver a urgencias? (De 0 a 10)
La moda es 10
El 83,3% de los encuestados respondieron a la pregunta con 8 puntos o mas. Es decir la hoja de recomendaciones le da más tranquilidad y le aclara los motivos por los que volver a urgencias.
Pregunta 6. ¿Qué es lo que más ha valorado de su asistencia? Puede marcar 2
1. AMABILIDAD= 56/60
2. ESPERA=12/60
3. RECOMENDACIONES=6/60
4. PROFESIONALIDAD=42/60

A la mayoría de los acompañantes lo que más les importa es la amabilidad con la que se les trata y en segundo lugar la profesionalidad

ANALISIS ALEATORIO DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZÓ ENCUESTA

Se analizaron 64 pacientes a los que se entregó encuesta de satisfacción y se analizó diagnóstico al alta, si el paciente volvió a consultar en urgencias en los primeros 7 días, si el paciente consultó antes de 7 días en su centro de salud y si el paciente consultó de nuevo en urgencias entre los 7 y los 15 días postalta.
1. TIPO DE PATOLOGÍA
1. Bronquiolitis:2
2. Bronquitis:14
3. Fiebre:8
4. Dolor abdominal:2
5. Vómitos:8
6. Gastroenteritis aguda:10
7. Traumatismo craneal:6
8. Otitis media aguda:0
9. Laringitis:10
10. Neumonía:4

2. ¿Cuántos pacientes volvieron a urgencias en los primeros 7 días?
Volvieron 10 personas de 64 consultas iniciales. De las cuales: 6 (60%) fueron bronquitis, 2 bronquiolitis (20%) y 2 vómitos.
3. ¿Cuántas personas regresaron de 7-15 días a urgencias?
Regresaron a urgencias 6 personas. De las cuales 4 ya habían consultado a los 7 días por bronquitis y 2 personas mas regresaron por primera vez a urgencias por una laringitis.
4. ¿Cuántas personas fueron a su Centro de salud antes de 7 días después de su consulta inicial en urgencias?
De las 64 personas analizadas 32 (50%) consultaron en su centro de salud y de estos 18, es decir la mitad lo hicieron por procesos respiratorios, sobre todo bronquitis

Los indicadores que se marcaron al inicio del proyecto fueron los siguientes:
1. Encuestas de satisfacción y utilidad valoradas por los acompañantes de los pacientes. (Nivel de Utilidad de 1 a 10)
2. Registro aleatorio de diferentes patologías durante un mes y seguimiento durante el mes siguiente para comprobar nuevas visitas a urgencias y efectividad de las recomendaciones dadas.
3. Realización de memoria al finalizar proyecto con los resultados obtenidos.

El resultado de las encuestas fue satisfactorio en líneas generales. Por la época de del año en que se analizaron las encuestas la patología más prevalente fue la respiratoria. Sorprende que a la mayoría de los padres el tiempo de espera les parece adecuado y que consideran que la patología por la que acuden es relativamente grave, aunque al final ningún niño acabe ingresado ni tenga prioridad vital. Los padres a los que se dio la hoja de recomendaciones quedaron muy satisfechos y según refieren les da tranquilidad y les aclara los motivos por los que volver a Urgencias. Sorprende que lo mas que valoran de los profesionales que les atienden sea la amabilidad por delante de otras cualidades.

En cuanto al seguimiento de los pacientes analizados es grato comprobar que solo regresaron a urgencias 10 de los 64 pacientes analizados y que ninguno requirió ingreso
Sorprende que solo un 50% de los pacientes acuda a su pediatra en los primeros 7 días desde la atención en urgencias, porque se les aconseja a todos, y se deja escrito, que sean revisados por su pediatra

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES

1. En la época del año encuestada la mayoría de los pacientes tenía patología respiratoria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0616

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA

2. A la mayoría de los pacientes el tiempo de espera les pareció adecuado o muy adecuado
3. A la más de la mitad de los padres la patología de su hijo les parece grave
4. Al 100% la hoja de recomendaciones le parece útil
5. Al 83,3% les aclara porqué motivos volver a urgencias
6. Lo que más valora la gente en nosotros es la AMABILIDAD Y LA PROFESIONALIDAD
7. Reconsultan de nuevo en urgencias un porcentaje pequeño de pacientes y lo hacen sobre todo por temas respiratorios.
8. La mitad de los pacientes que acude a urgencias consulta en su pediatra de atención primaria y de estos la mitad, lo hacen por problemas respiratorios, sobre todo bronquitis.
9. Ningún paciente de los analizados terminó ingresando en el Hospital
10. Es necesario seguir realizando hojas de recomendaciones de patologías frecuentes en años posteriores, ya que parecen útiles y los padres de los pacientes los valoran.

7. OBSERVACIONES.
Los padres de los pacientes consideran utiles las hojas de recomendaciones y sería interesante seguir ampliando patologías.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/616 ========== ***

Nº de registro: 0616

Título
REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA

Autores:
GONZALEZ GARCIA GONZALO, FACI ALCALDE ELENA, CUADRON ANDRES LORENA, ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO, ASCASO MATAMALA ANGELA, GARCIA HERNANDEZ LARA, PEREZ NAVALON LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DIFERENTES PATOLOGÍAS PEDIATRICAS FRECUENTES EN URGENCIAS PEDIATRICAS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La demanda asistencial en el Servicio de Pediatría del HCU Lozano Blesa es cada año mayor, disponiendo de menos tiempo para la atención de las urgencias y para las explicaciones que requiere cada acto médico. Tras la atención pediátrica en el servicio de Urgencias de Pediatría se dan verbalmente una serie de indicaciones en cuanto al tratamiento y signos de alarma a los padres o acompañantes del menor sobre la patología que padece y el cuidado que precisa.
En ocasiones, consiste en una gran cantidad de información nueva que puede resultar difícil de comprender. En otras ocasiones, esta información se da al acompañante del niño que acude a Urgencias sin ser ninguno de los dos progenitores (pueden ser tíos, abuelos, tutores o el miembro familiar que normalmente se ocupa de su cuidado) pudiendo resultar difícil la trasmisión de esta información de una manera completa.
Es por este motivo que se presenta la oportunidad de facilitar esta información por escrito, de una manera ordenada, esquemática y de sencilla comprensión para poder ser recordada en el domicilio en cualquier momento.
Se pretende realizar una serie de hojas de recomendaciones con información, cuidados y signos de alarma sobre la patología o motivos de consulta más frecuentes que les ha motivado a acudir al servicio de Urgencias de Pediatría.

No se pretende sustituir a la información verbal que se les comunica mientras está siendo atendido sino apoyar con un documento por escrito donde puedan consultar de nuevo la información facilitada. Así mismo puede ser una manera de realizar educación sanitaria sobre cuando acudir de nuevo a un servicio de urgencias con los signos de alarma más importantes, cómo tratar la patología y cuándo debe ser revisado por su pediatra.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la educación sanitaria a los familiares y acompañantes de los niños sobre motivos de consultas y patología clínica más frecuente en nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas.

- Informar de una manera ordenada, detallada y de sencilla compresión sobre los signos de alarma por los que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0616

1. TÍTULO

REALIZACION DE HOJAS DE RECOMENDACIONES DE PATOLOGIAS FRECUENTES PARA PADRES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HCU LOZANO BLESA

acudir nuevamente a Urgencias en el proceso por el que el paciente ha consultado, mejorando así los recursos sanitarios y la sobrecarga de volumen en segundas consultas innecesarias.

- Con la facilitación de esta información se pretende diagnosticar posibles complicaciones médicas de dichas patologías, de una manera precoz por el conocimiento por parte de los padres de los signos de alarma.

- Asegurar que todos los acompañantes reciban una información unificada y clara sobre la patología aguda del niño.

MÉTODO
- Realización de hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología pediátrica más frecuente en la Unidad de Urgencias de pediatría para ser entregadas en el mismo acto médico cuando se da de alta al paciente (al menos 20 patologías). (González García, Gonzalo; García Hernández Lara; Pérez Navalón, Laura)

-Realización de una sesión médica en el servicio de pediatría para presentar la nueva herramienta de apoyo en la Unidad de Urgencias y difusión de las nuevas hojas de recomendaciones (Muñoz Jalle, Elena).

-Se valorará el uso de las hojas de recomendaciones anotando su entrega en el informe de alta y haciendo un registro aleatorio de entrega durante un mes y evolución posterior de estos niños (Cuadrón Andrés, Lorena; Ascaso Matamala, Angela; Faci Alcalde, Elena)

-Encuesta de satisfacción a padres sobre la entrega de dichas hojas en la Unidad de Urgencias de Pediatría (Romero de Avila Montoya, Jose Mario).

INDICADORES
1. Encuestas de satisfacción y utilidad valoradas por los acompañantes de los pacientes. (Nivel de Utilidad de 1 a 10)

2. Registro aleatorio de diferentes patologías durante un mes (por lo menos 10 pacientes recogidos de cada patologia) y seguimiento durante el mes siguiente para comprobar nuevas visitas a urgencias y efectividad de las recomendaciones dadas.

3. Realización de memoria al finalizar proyecto con los resultados obtenidos.

DURACIÓN
- Enero 2017- Marzo 2017: redacción de las hojas de recomendaciones sobre los motivos de consulta y patología más frecuente en la Unidad de Urgencias de Pediatría.

- Marzo 2017: presentación en sesión en el Servicio de Pediatría de estas hojas de información y puesta en marcha para su difusión.

- A partir de Abril de 2017 en adelante: entrega de estas hojas informativas a todos los padres que acudan por motivos de consulta o patología especificada. Realización de encuestas de satisfacción a acompañantes y realizacion de registro de entrega de hojas de recomendaciones para monitorización posterior.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0761

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PALOMA HUERTA BLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUADRON ANDRES LORENA
ASCASO MATAMALA ANGELA
MUÑOZ JALLE ELENA
ESCRIBANO GARCIA ANA
ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO
FERRER SANTOS PILAR
BEAUMONT ROMEA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha llevado a cabo la adquisición e implantación de mochila específica de emergencias, fácil de transportar con disposición de diversos espacios y compartimentos en los que colocar el material de forma ordenada según secuencia específica.
- Se ha procedido a la localización y señalización de la mochila en un lugar fácilmente accesible e identificable situado en despacho médico del área de Urgencias de Pediatría.
- Se ha ordenado el material en compartimentos según la secuencia específica: A (vía aérea), B (ventilación) y C (circulación).
- Se han realizado sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación.
- Se han establecido unas normas de revisión periódica del material y la medicación, elaborándose una hoja de registro y lista de comprobación del material y repuestos necesarios. Se ha fijado una periodicidad mensual para comprobar fechas de caducidad de medicación y de material y comprobación del buen funcionamiento de la bolsa autoinflable (ambú®) y periodicidad cada 48 horas para comprobar medicación básica de urgencia en buenas condiciones (adrenalina, amiodarona)
- La revisión mensual se ha registrado mediante firma por la persona responsable en la hoja de registro incluida en el interior de la mochila.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- La adquisición de una mochila específica de emergencias ha permitido mejorar el acceso y ordenación de medicación y material de RCP, facilitando su revisión y reposición.
- Se ha elaborado e instaurado una hoja de cálculo de registro de medicación y material e implicación del personal tanto médico como de enfermería en la revisión del material y contenido de la mochila de RCP (Cumplimentación hoja de registro (100%) y Revisión mensual mochila RCP (100%).
- Se han llevado a cabo y cumplimentado las sesiones informativas al personal sanitario (MIR Pediatría, FEA Pediatría y Personal Enfermería de Urgencias) 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- El equipo valora de forma muy positiva la estandarización del material y su revisión protocolizada, permitiendo un fácil acceso y confianza en los facultativos a la hora de abordar situaciones de urgencia.
- Se trata de un proyecto sostenible que se va a seguir desarrollando en el Servicio de Pediatría.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/761 ========== ***

Nº de registro: 0761

Título
ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

Autores:
HUERTA BLAS PALOMA, CUADRON ANDRES LORENA, ASCASO MATAMALA ANGELA, MUÑOZ JALLE ELENA, ESCRIBANO GARCIA ANA, ROMERO DE AVILA MONTOYA JOSE MARIO, FERRER SANTOS PILAR, BEAUMONT ROMEA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0761

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La parada cardiorrespiratoria (PCR) se puede presentar en cualquier lugar y en cualquier momento y por ello todos los centros sanitarios y los servicios de urgencias deben disponer de personal y material adecuado para realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP). Por otra parte, los errores con el material y la medicación durante la RCP no son infrecuentes y pueden tener repercusiones muy importantes.
Las mochilas de RCP deben tener el material y la medicación para llevar a cabo de forma rápida y eficiente una RCP pediátrica. Debe existir al menos una mochila de RCP accesible en el Servicio de Urgencias de Pediatría. Debe contener solo el material y la medicación imprescindibles para realizar una RCP y atender a las urgencias vitales. El material debe ser conocido por el personal, incluir los repuestos necesarios y ser revisado y repuesto periódicamente.
La estandarización y unificación del contenido (material y medicación) de los carros y mochilas de RCP pediátrica, así como el entrenamiento del personal en su utilización, son una parte esencial de la organización asistencial de la RCP pediátrica.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar la identificación y el acceso de la mochila de RCP presente en el Servicio de Urgencias de Pediatría.
- Estandarizar y unificar del contenido (material y medicación) de la mochila de RCP pediátrica estableciendo un protocolo de revisión periódica.
- Entrenamiento del personal en su utilización como parte esencial de la organización asistencial de la RCP pediátrica.

MÉTODO
- Adquisición e implantación de mochila fácil de transportar con disposición de diversos espacios y compartimentos en los que colocar el material de forma ordenada.
- Localización y señalización de la mochila en un lugar fácilmente accesible e identificable.
- Ordenar el material por colores o compartimentos según la secuencia: A (vía aérea), B (ventilación) y C (circulación).
- Realizar sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación.
- Establecer un protocolo de revisión periódica del material y la medicación, en el que conste específicamente el personal responsable, y una lista de comprobación del material y sus repuestos.

INDICADORES
- Instauración de registro y ordenación de medicación según secuencia específica
- Calendario de revisión periódica mensual con identificación de persona responsable.
- Calendario de sesiones programadas informativas para personal médico y de enfermería con periodicidad bimensual.

DURACIÓN
- Adquisición e implantación de mochila de RCP en un lugar accesible e identificable de RCP, así como ordenación del material en marzo 2018
- Realizar sesiones informativas y de entrenamiento del personal médico, de enfermería y auxiliar en el conocimiento del contenido y la disposición del material y medicación del carro (abril 2018-mayo 2019 con periodicidad bimensual)
- Establecer un protocolo de revisión periódica del material y la medicación, en el que conste específicamente el personal responsable, y una lista de comprobación del material y sus repuestos (abril 2018- mayo 2019 con periodicidad mensual)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0761

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION Y UNIFICACION DEL CONTENIDO (MATERIAL Y MEDICACION) DE LA MOCHILA DE RCP PEDIATRICA, ASI COMO EL ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL EN SU UTILIZACION Y REVISION PERIODICA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0969

1. TÍTULO

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LORENA CUADRON ANDRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HUERTA BLAS PALOMA
GONZALEZ GARCIA GONZALO
ARTIGAS CLEMENTE MARIA
AMIGUET BIAIN MIREIA DEL ROSER
HUETO NAJARRO ALBA
REVUELTA CABELLO ANA
BERBES LOPEZ CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde enero a junio de 2018:
- Revisión de la evidencia científica y bibliografía existente sobre el empleo del óxido nitroso inhalado en procedimientos dolorosos en pediatría
- Elaboración de un protocolo para el empleo e indicaciones del óxido nitroso inhalado en las urgencias pediátricas y planta de hospitalización
- Realización de sesiones informativas en el servicio de pediatría sobre sedoanalgesia en urgencias y sobre el empleo de óxido nitroso para procedimientos dolorosos.

Desde junio a diciembre de 2018:
- Elaboración de hojas informativas para los padres y pacientes que se entregan antes del empleo del óxido nitroso en las que se explica qué es el óxido nitroso y cómo se administra, cuáles son sus efectos beneficios y posibles efectos adversos, así como unas recomendaciones al alta.
- Elaboración de una base de datos de los pacientes a los que se administró óxido nitroso inhalado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se llevó a cabo la elaboración de una base de datos en las que se han incluido cada uno de los pacientes en los que se administró óxido nitroso inhalado, así como los siguientes indicadores: edad del paciente, tipo de procedimiento doloroso para el cual se administra óxido nitroso, eficacia de su utilización, efectos adversos acontecidos, satisfacción por parte del paciente y de sus acompañantes en cuanto a los efectos obtenidos con su administración y si se entrega la hoja de recomendaciones.
Desde junio a diciembre de 2018 se han incluido 42 pacientes a los que se administró óxido nitroso inhalado. En el 46,6% de los casos se empleó para procedimientos traumatológicos (reducción de fracturas o luxaciones), en el 33,3% de los casos para suturas de heridas y en el 20% para otras indicaciones como canalización de vías, punciones lumbares y drenaje de abscesos. La administración de dicho fármaco fue eficaz en 91 % de los pacientes, no hubo complicaciones en ningún paciente y sólo se objetivó en un caso euforia como efecto adverso, que cedió rápidamente tras el cese de administración. Se entregó hoja de recomendaciones en todos los pacientes. En el 98% de los casos se objetivó satisfacción por parte del paciente o sus acompañantes en cuanto a los efectos obtenidos.

Indicadores:
- Número de pacientes en los cuales la administración de óxido nitroso fue eficaz: 91%
- Número de pacientes en los que se entregó hoja de recomendaciones: 100%
- Número de pacientes/acompañantes que evaluaron de forma positiva la administración de óxido nitroso en cuanto a los efectos obtenidos: 98%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La protocolización del empleo de óxido nitroso inhalado nos ha permitido, además de conocer mejor sus efectos, ampliar las indicaciones de su uso con la consiguiente mejora en la atención de los pacientes en urgencias y hospitalización de pediatría, objetivando un claro beneficio en el bienestar de los pacientes y en la realización de los procedimientos dolorosos de forma más eficaz y segura. Por ello, dados los resultados satisfactorios obtenidos, seguiremos empleando este protocolo en nuestro servicio para garantizar una atención adecuada y de calidad en el manejo del dolor en el paciente pediátrico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/969 ========== ***

Nº de registro: 0969

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0969

1. TÍTULO

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

Título
EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

Autores:
CUADRON ANDRES LORENA, HUERTA BLAS PALOMA, GONZALEZ GARCIA GONZALO, ARTIGAS CLEMENTE MARIA, AMIGUET BIAIN MIREIA DEL ROSER, HUETO NAJARRO ALBA, REVUELTA CABELLO ANA, BERBES LOPEZ CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que cause dolor menor
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El óxido nitroso inhalado, en una mezcla equimolar al 50% y administrado mediante mascarilla, tiene efecto analgésico, amnésico y ansiolítico. Tiene como ventajas su administración inhalada, rápido inicio de acción con escasos efectos adversos, así como su rápida recuperación al dejar de administrarlo. Por todos estos motivos, es un fármaco especialmente útil para procedimientos diagnósticos y terapeúticos menores de corta duración de causen dolor y ansiedad al niño. Desde hace varios años lo tenemos a nuestra disposición en el servicio de urgencias pediátricas y vemos la necesidad de establecer un claro protocolo de actuación para su empleo, así como de elaborar hojas informativas a los padres y un registro de efectos adversos que nos permita realizar un mejor uso de dicho fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la utilización y administración del óxido nitroso inhalado en el servicio de urgencias pediátricas y en planta de hospitalización del Hospital Clínico Lozano Blesa
- Evitar el riesgo de reacciones adversas o usos no indicados del mismo
- Evaluar la seguridad y efectividad del uso de óxido nitroso en procedimientos dolorosos menores en pediatría
- Evaluar la aceptación del uso del mismo por el paciente, los padres y el resto de especialidades médicas o de enfermería que participen en el procedimiento

MÉTODO
- Revisión de la evidencia científica y bibliografía existente sobre el empleo del óxido nitroso inhalado
- Elaboración de un protocolo para el empleo e indicaciones del óxido nitroso inhalado en las urgencias pediátricas y planta de hospitalización
- Realización de sesiones en el servicio para explicar e implantar el uso del óxido nitroso inhalado y las indicaciones del mismo
- Elaboración de hojas informativas para los padres y pacientes
- Crear hoja de registro de administración de óxido nitroso así como de los efectos adversos que pudieran aparecer

INDICADORES
- Número de pacientes a los que se administra óxido nitroso inhalado y motivo de su administración
- Número y tipo de reacciones adversas que aparecen
- Evaluación de la satisfacción por parte de los pacientes y sus progenitores

DURACIÓN
- Revisión de la evidencia científica (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de un protocolo de empleo de óxido nitroso inhalado en procedimientos dolorosos menores en pediatría (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de consentimiento informado y hoja explicativa para el paciente y sus padres (Marzo- Abril 2018)
- Elaboración de una base de datos para recogida de datos y resultados (Abril 2018-Abril 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0969

1. TÍTULO

EMPLEO DEL OXIDO NITROSO INHALADO PARA TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS MENORES EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACION PEDIATRICAS

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA BUENO LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE GUILLEN SOFIA
ESCARTIN MADURGA LAURA
RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR
LANUZA ARCOS REBECA
GONZALEZ GAYAN LAURA
ENCINAS GABARRUS JENIFER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha informado a los profesionales de las distintas subespecialidades del servicio de pediatría del proyecto.
En este período se ha procedido a la recogida de una parte de las hojas informativas que actualmente se entregan a los familiares de los pacientes atendidos en las distintas subespecialidades pediátricas del HCU, queda pendiente completar total de recogida y ser adaptadas todas al formato de Hoja de Información al paciente (HIP) y ser codificada por la Unidad de Calidad del HCU

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El hecho de recopilar y adaptar las hojas informativas, ha permitido actualizarlas con nuevas recomendaciones e informaciones.
Se disponen de las siguientes hojas: recomendaciones en pacientes con alergía a proteína leche de vaca, recomendaciones en pacientes con estreñimiento, padezco drepanocitosis ó anemia de células falciformes ¿qué significa?, soy portador de anemia de células falciformes ¿qué significa?, consejos tras la estancia hospitalaria en nidos, preparación ambulatoria para colonoscopia mayores de 8 años, preparacion ambulatoria para colonoscopia menores de 8 años, recomendaciones en pacientes con intolerancia a la lactosa, recomendaciones en pacientes con enfermedad celíaca,
Actualmente se siguen recogiendo hojas informativas.
Posteriormente se procederá a analizar los resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante realizar una actualización de las hojas informativas que se manejan de forma frecuente en las diferentes subespecialidades pediátricas. Es necesario que se conozca que son accesibles a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría. Todavía se precisan recoger mayor numero de hojas.

7. OBSERVACIONES.
Al ser la duración del proyecto indefinida, sería interesante seguir completando el máximo número de hojas informativas que se entregan en nuestro servicio.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1017 ========== ***

Nº de registro: 1017

Título
ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Autores:
BUENO LOZANO OLGA, VALLE GUILLEN SOFIA, ESCARTIN MADURGA LAURA, RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO, COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR, LANUZA ARCOS REBECA, GONZALEZ GAYAN LAURA, ENCINAS GABARRUS JENIFER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: diversas patologías de la edad pediátrica que necesitan hoja informativa
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La información al paciente y familiares es un componente esencial en la calidad asistencial, y, en concreto, la información escrita contribuye a un mejor conocimiento de la situación del paciente, en nuestro caso del niño, y a una optimización del uso de los recursos del sistema sanitario. Añadido a todo ésto y debido a la diversidad étnica de nuestro sector nos encontramos en muchas ocasiones con una importante barrera idiomática y cultural que dificulta la comprensión de información verbal siendo especialmente importante en estos casos la entrega de la información de forma escrita. Actualmente en cada subespecialidad de pediatría existe una gran diversidad de formato de hojas informativas pero sólo se encuentran disponibles en sus áreas de trabajo, no siendo posible su acceso universal.
Por todo ello, se plantea la necesidad de mejora en la información dada de forma escrita.
El presente proyecto pretende ser un instrumento de mejora que dé respuesta a la necesidad de conseguir un mayor nivel de satisfacción, conocimiento y, por tanto, adecuación del uso de los recursos sanitarios de nuestros pacientes y familiares, entregando un información escrita uniforme, veraz y contrastada codificada por la Unidad de Calidad del HCU y accesible a todo el personal sanitario de Pediatría mediante su búsqueda en intranet.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende regularizar y adaptar las diferentes hojas informativas de las subespecialidades pediátricas al formato de Hoja de Información al Paciente (HIP), y su codificación por la Unidad de Calidad del HCU para que sea accesible a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría.

MÉTODO
El coordinador del proyecto recopilará las diferentes recomendaciones/informaciones que se dan actualmente en nuestro Servicio en colaboración con los diferentes responsables de las subespecialidades pediátricas para diseñar hojas informativas uniformes codificadas y colgadas en intranet que ayudarán a una mejora del conocimiento de la situación de los pacientes, de la calidad asistencial, del grado de satisfacción y del uso de los recursos.

INDICADORES
Alcanzar un 80% de codificación y acceso en intranet de las hojas de información al paciente pediátrico

DURACIÓN
Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece la entrega de la información escrita para el niño y su familia y la ausencia de necesidad de recursos extras se mantendrá este proyecto de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA BUENO LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE GUILLEN SOFIA
ESCARTIN MADURGA LAURA
RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR
LANUZA ARCOS REBECA
GONZALEZ GAYAN LAURA
ENCINAS GABARRUS JENIFER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha informado a los profesionales de las distintas subespecialidades del proyecto.
En este período se ha recordado a los pediatras la necesidad de las hojas y se ha procedido a la recogida de las hojas informativas que actualmente se entregan a los familiares de los pacientes atendidos en las distintas subespecialidades pediátricas del HCU y posteriormente están sido codificadas por la Unidad de calidad del HCU, recientemente se acaban de enviar las últimas que quedaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Han sido un total de 16 hojas recogidas que están enviadas y en proceso de ser codificadas por la Unidad de Calidad del HCU. La distribución de las hojas recogidas ha sido la siguientes: procedentes de la zona de urgencias pediátricas (planta -1): 3: vómitos, gastroenteritis aguda y crisis asmática. desde hospitalización/urgencias: administración de óxido nitroso inhalado. De planta/neonatología (planta 5) 4: alimentación del recién nacido de bajo peso, alimentación del recién nacido de bajo peso con fórmula, alimentación del recién nacido de bajo peso con lactancia materna, extracción y conservación de la leche materna. Desde la consulta de pediatría (planta calle), 8: Gastroenterología: recomendaciones en pacientes con alergia a proteína leche de vaca, recomendaciones en pacientes con estreñimiento, preparación ambulatoria para colonoscopia mayores de 8 años, preparación ambulatoria para colonoscopia menores de 8 años, recomendaciones en pacientes con enfermedad celíaca. Hemoglobinopatías: padezco drepanocitosis ó anemia de células falciformes ¿qué significa?, soy portador de anemia de células falciformes ¿qué significa? Endocrinología: consejos nutricionales para combatir el exceso de peso Actualmente se acaban de enviar las 5 últimas que quedaban por recopilar. De consulta de pediatría-gastroenterología: recomendaciones en pacientes con intolerancia a la lactosa. De planta/neonatología (planta 5): alimentación en recién nacido término con lactancia mixta, alimentación del recién nacido término con lactancia de fórmula. De urgencias pediátricas (planta -1): laringitis, técnica de inhalación con cámara y traumatismo craneoencefálico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Es importante realizar una actualización de las hojas informativas que se manejan de forma frecuente en las diferentes subespecialidades pediátricas.
-Es necesario que se conozca que son de fácil acceso a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría.

7. OBSERVACIONES.
-Al ser la duración del proyecto indefinida, sería interesante seguir completando el máximo número de hojas informativas que se entregan en nuestro servicio.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1017 ========== ***

Nº de registro: 1017

Título
ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

Autores:
BUENO LOZANO OLGA, VALLE GUILLEN SOFIA, ESCARTIN MADURGA LAURA, RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO, COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR, LANUZA ARCOS REBECA, GONZALEZ GAYAN LAURA, ENCINAS GABARRUS JENIFER

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1017

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION, ADECUACION Y ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE (HIP) PEDIATRICO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: diversas patologías de la edad pediátrica que necesitan hoja informativa
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La información al paciente y familiares es un componente esencial en la calidad asistencial, y, en concreto, la información escrita contribuye a un mejor conocimiento de la situación del paciente, en nuestro caso del niño, y a una optimización del uso de los recursos del sistema sanitario. Añadido a todo ésto y debido a la diversidad étnica de nuestro sector nos encontramos en muchas ocasiones con una importante barrera idiomática y cultural que dificulta la comprensión de información verbal siendo especialmente importante en estos casos la entrega de la información de forma escrita. Actualmente en cada subespecialidad de pediatría existe una gran diversidad de formato de hojas informativas pero sólo se encuentran disponibles en sus áreas de trabajo, no siendo posible su acceso universal.
Por todo ello, se plantea la necesidad de mejora en la información dada de forma escrita.
El presente proyecto pretende ser un instrumento de mejora que dé respuesta a la necesidad de conseguir un mayor nivel de satisfacción, conocimiento y, por tanto, adecuación del uso de los recursos sanitarios de nuestros pacientes y familiares, entregando un información escrita uniforme, veraz y contrastada codificada por la Unidad de Calidad del HCU y accesible a todo el personal sanitario de Pediatría mediante su búsqueda en intranet.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende regularizar y adaptar las diferentes hojas informativas de las subespecialidades pediátricas al formato de Hoja de Información al Paciente (HIP), y su codificación por la Unidad de Calidad del HCU para que sea accesible a través de la intranet a todo el personal sanitario de Pediatría.

MÉTODO
El coordinador del proyecto recopilará las diferentes recomendaciones/informaciones que se dan actualmente en nuestro Servicio en colaboración con los diferentes responsables de las subespecialidades pediátricas para diseñar hojas informativas uniformes codificadas y colgadas en intranet que ayudarán a una mejora del conocimiento de la situación de los pacientes, de la calidad asistencial, del grado de satisfacción y del uso de los recursos.

INDICADORES
Alcanzar un 80% de codificación y acceso en intranet de las hojas de información al paciente pediátrico

DURACIÓN
Dada la mejora de la calidad asistencial que ofrece la entrega de la información escrita para el niño y su familia y la ausencia de necesidad de recursos extras se mantendrá este proyecto de forma indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1018

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PEREZ CADENAS
· Profesión ..... TECNICO/A DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUENTE COLINA ALBERTO
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA
ACHA AIBAR BEATRIZ
DUEÑAS JOLLARD SANDRA
ZUECO GARCIA ELENA
SIMON MELCHOR LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Coordinación con Mutua y recepción, y por tanto conocimiento, en el mismo día en el Sº PRL de toda asistencia realizada a trabajadores Sector III tanto si es baja como si no.
- Elaborado procedimiento de Gestión de Accidentes de Trabajo. Pendiente aprobación, publicación y difusión
- Elaborado material (incluido video) para la acogida de nuevo personal en el que se ha incluido “modo de actuación en caso de accidente de trabajo”
- Realizada formación de acogida a nuevo personal incluyendo “Modo de actuación ante un accidente de trabajo”.
- Elaborada formación general de PRL a realizar por todo el personal en plataforma Moodle (teleformación) “Curso Básico de Prevención de Riesgos Laborales Sector III”.
- Realizada tefeformación “Curso Básico de Prevención de Riesgos Laborales Sector III” por miembros del Comité de Dirección tanto de Atención Especializada como Atención Primaria y Delegados de Prevención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador de notificación de Accidentes de trabajo: 48%
(Nº de notificaciones de accidentes de trabajo por el mando intermediox100/ Nº accidentes registrados en Sº PRL)
Indicador de notificación de Accidentes de trabajo con baja: 53%
(Nº de notificaciones de accidentes con baja de trabajo por el mando intermediox100/ Nº accidentes con baja registrados en Sº PRL)
Indicador de cultura preventiva: 6,84%
(Nº trabajadores formados x100/ Nº trabajadores totales)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han comenzado a desarrollar algunas actividades aunque queda pendiente gran parte de la implantación.
Tras completar la fase de comunicación diaria por parte de la mutua al Sº PRL directamente, sin intermediarios, se ha mejorado el conocimiento rápido de toda atención en mutua a los trabajadores, iniciando al día siguiente la posterior investigación.
Se ha completado la fase de preparación del procedimiento de gestión de accidentes de trabajo, de la formación a impartir de manera presencial durante las acogidas y de la formación básica de PRL que debe realizar todo trabajador del Sector III (ésta última en plataforma Moodle, modalidad teleformación)
El procedimiento está pendiente de aprobar y publicar en la Intranet del Sector III, momento a partir del cual se procederá a su difusión, explicación y exigencia de cumplimiento.
La formación básica de PRL que debe realizar todo trabajador del Sector III, en modalidad teleformación, está siendo realizada y revisada por los miembros del Comité de Dirección tanto de Atención Primaria como Atención Especializada, así como por los Delegados de Prevención. Actualmente estamos recibiendo el feedback con sugerencias de todos ellos para su mejora y posterior lanzamiento definitivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1018 ========== ***

Nº de registro: 1018

Título
GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
PEREZ CADENAS MARIA MAR, ACHA AIBAR BEATRIZ, DUEÑAS JOLLARD SANDRA, ZUECO GARCIA ELENA, PUENTE COLINA ALBERTO, GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA, SIMON MELCHOR LUCIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1018

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: accidente de trabajo
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguirdad y Salud en el trabajo

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de PRL debe tener un control total de los accidentes de trabajo ocurridos en los distintos centros de trabajo con el fin de realizar una adecuada investigación de los mismos. El objetivo de toda investigación de los accidentes de trabajo es conocer los factores que intervienen en el mismo, analizar las causas y evitar su repetición, mediante la propuesta e implantación de medidas que ayuden a evitar o minimizar los riesgos en origen. Para ello es necesario conocer todas las circunstancias relativas a la siniestralidad laboral que afecta a nuestro sector.
Actualmente, algunos de los trámites se realizan por otros Servicios, no llegando la información al Servicio de PRL. Aunque muchos de los accidentes son adecuadamente comunicados e investigados, aún se detectan de manera bastante frecuente accidentes de los que no se tiene constancia en el Servicio de PRL, que han sido incluso baja y comunicados formalmente al Ministerio de Trabajo a través del parte Delta
Disponer de toda la información facilita la adecuada y correcta investigación exigida por el plan de Prevención de nuestro Sector y dar cumplimiento a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar una gestión integral de los accidentes de trabajo ocurrido en cualquier centro de trabajo del Sector Zaragoza III, desde la notificación inmediata por parte del responsable hasta la declaración Delta al Ministerio de Trabajo, asegurando que el Servicio de PRL dispone de toda la información pertinente.
- Asegurar la inmediata asistencia sanitaria al accidentado
- Asegurar la comunicación del accidente por parte del mando intermedio
- Facilitar una rápida investigación del accidente haciendo partícipe desde el primer momento al mando intermedio, delegados de prevención, dirección correspondiente en la investigación como en la propuesta de medidas correctivas y preventivas.
- Disponer de toda la información relativa a todo accidente de trabajo tanto con baja como sin baja ocurrido en cualquier centro de trabajo del Sector Zaragoza III
- Garantizar la adecuada correspondencia entre la información recibida en el Servicio PRL y la disponible en mutua a la hora de realizar la declaración Delta al Ministerio de Trabajo.
- Realizar la declaración Delta en un plazo máximo de 5 días y con la información real y contrastada de la forma de ocurrencia del accidente
- Mejorar el control de siniestralidad laboral y control de las medidas correctoras implementadas, pudiendo garantizar una correcta trazabilidad en todo el proceso que sufre un trabajador con un accidente laboral

Se va a proceder a intervenir en los Servicios de Personal, Mandos intermedios y Direcciones de todo el Sector III para conseguir conocer, declara e investigar todos los accidentes laborales acaecidos en el Sector Zaragoza III

MÉTODO
- Elaborar un procedimiento de gestión de accidentes de trabajo en el Sector Zaragoza III
- Implementación del procedimiento mediante sesiones formativas a mandos intermedios (supervisores, jefes de grupo, jefes de Servicio, …), direcciones y delegados de prevención.
- Realización de formación a todo el personal tanto de nueva incorpoarción como estable del Sector Zaragoza III mediante vídeo formativo de gestión integral de accidentes de trabajo.
- Coordinación con Servicio de urgencias y mutua para la asistencia sanitaria que se precise y su comunicación al Servicio de PRL del Sector Zaragoza III
- Investigación del accidente de trabajo y Declaración Delta al Ministerio de Trabajo

INDICADORES
Indicador de notificación = Nº de notificaciones de accidente del mando intermedio x 100/Nº accidentes registrados en S.PRL

Indicador de notificación AT con baja = Nº de notificaciones de AT con baja de mutua x 100/Nº accidentes con baja registrados en S.PRL

Indicador de cultura preventiva = Nº trabajadores formados x 100/
Nº total de trabajadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1018

1. TÍTULO

GESTION INTEGRAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SECTOR ZARAGOZA III

DURACIÓN
DURACIÓN: Mayo 2018 - mayo 2019
CALENDARIO
Mayo 2018: Realización de indicadores de inicio (Técnico PRL)

Junio 2018:elaboración procedimiento de accidentes de trabajo (Sº PRL y Unidad de Calidad)

Septiembre 2018: creación de material formativo (vídeo) (Sº PRL)

Octubre - Diciembre 2018: formación a todo el sector III (unidad formación, Sº PRL, Directivos y mandos intermedios)

Febrero- Marzo 2019: realización de indicadores de resultados (Sº PRL)

Abril- Mayo 2019: realización de la memoria

OBSERVACIONES
Se trabaja conjuntamente con las Direcciones de cada categoría profesional, mandos intermedios, mantenimiento, hostelería, informática, etc. para garantizar la implementación de la cultura preventiva.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1039

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO PUENTE COLINA
· Profesión ..... INGENIERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA MORENO LUCIA
DUEÑAS JOLLARD SANDRA
SIMON MELCHOR LUCIA
MARTINEZ SEDILES MARIA
PEREZ CIRES ALVARO
PEREZ CADENAS MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A) Se ha revisado y adaptado a las necesidades del Sector III el PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES elaborado por la Secretaria General Técnica del Salud en Julio de 2006.
B) Se han elaborado nuevos documentos con objeto de procedimentar y simplificar la CAE. Estos documentos ya están implementados y forman parte del sistema de gestión de PRL de la Unidad Básica de PRL. A continuación, se detallan los documentos antes referenciados:

- IT.4.14.01 Instrucción Operacional CAE SUMINISTROS.
- FO.4.14.01 Formato FICHA DE DATOS GENERALES (IMPRESO 1).
- FO.4.14.01.01 Formato INFORMACION RIESGOS BASICA_CDT_HCU.
- FO.4.14.01.02 Formato RECIBI_INFORMACION RIESGOS BASICA_CDT_HCU.
- FO.4.14.02 Formato DECLARACION RESPONSABLE SOBRE PRL(IMPRESO 2).
- FO.4.14.03 Formato PARTE DE FORMACION EN PREVENCION (IMPRESO 3).
- FO.4.14.04 Formato PETICION DE INFORMACION A EMPRESAS CONCURRENTES SOBRE LOS RIESGOS ESPECIFICOS GENERADOS POR ELLAS (IMPRESO 4 + MODELO 1 + MODELO 2).
- FO.4.14.05 Formato COMUNICACIÓN DE INCIDENTE Y/O ACCIDENTE PARA CONTRATISTAS (IMPRESO 5).
- FO.4.14.06 Formato PARTE INFORMACION RIESGOS (IMPRESO 6).
- FO.4.14.07 Formato COMUNICACIÓN A LOS DDPP DE LA EXISTENCIA DE EMPRESAS CONCURRENTES (IMPRESO 7).
- FO.4.14.08 Formato LISTADO CONTROL CONTRATAS Y TRABAJADORES.

C) Se ha realizado un exhaustivo estudio de mercado sobre aplicativos informáticos para la gestión de la CAE. Se han estudiado siete aplicativos y se ha elaborado un informe final de conclusiones sobre fortalezas y debilidades de cada uno de ellos en relación a su posible implementación en el Sector III (para más información ver Z:\00 OHSAS\06 00 DOC\DOC_INT\COMPARATIVOS).
D) A falta de implementación del aplicativo informático, se ha puesto en marcha el procedimiento CAE para subcontratas relevantes que han participado en diferentes trabajos en el HCU. En concreto, el procedimiento se ha aplicado exitosamente a 7 subcontratas durante el ejercicio 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador documental = Documentos recibidos x 100/documentos solicitados
*Nuestro objetivo debe de ser > al 90%
**Resultados a fecha 20190228 100%

Indicador presencia = Nº trabajadores externos autorizados x100/Nº trabajadores externos totales
*Nuestro objetivo debe de ser > al 80%
**Resultados a fecha 20190228 INDICADOR NO IMPLEMENTADO

Indicador satisfacción = Resultado encuestas >3 x100/Total encuestas
*Nuestro objetivo debe de ser > al 80%
**Resultados a fecha 20190228 INDICADOR NO IMPLEMENTADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
De los objetivos planteados en este proyecto se han cumplido:
- Garantizar la gestión de la coordinación de actividades empresariales conforme a las exigencias legales.
- Informar a nuestras subcontratas y autónomos de los riesgos propios de nuestros centros de trabajo.
- Control documental (evaluaciones de riesgos, accidentes, aptitudes médicas de reconocimientos médicos, cualificación de los trabajadores, formación específica de PRL, ...)
- Autorización para inicio de actividad de la subcontrata y/o autónomos para dar cumplimiento art. 24 de la ley 31/1995 de PRL.

De los objetivos planteados en este proyecto está pendiente de implementar:
- Reuniones con subcontratas y/o autónomos estableciendo las medidas exigibles de control y coordinación pertinentes.
- Control operacional de forma que las subcontratas y/o autónomos desempeñen su actividad conforme a las medidas establecidas en las reuniones previas de coordinación de actividades empresariales.
- Planificación de actividades de subcontratas y/o autónomos en nuestras instalaciones.

Como conclusiones:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1039

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

- En estudio, por parte de la Subdirección de Gestión, la viabilidad de la implementación del aplicativo informático para el control de la CAE.
- La puesta en marcha “manual” del Procedimiento CAE ha permitido valorar la viabilidad del Procedimiento, su simplicidad de aplicación y eficiencia de resultados.
- La implementación “manual” del Procedimiento CAE garantiza la seguridad jurídica de Sector III respecto a las obligaciones legales derivadas del obligado cumplimiento del artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales desarrollado por el RD 171/2004, de 30 de enero, para la coordinación de empresas subcontratadas y/o trabajadores autónomos.

7. OBSERVACIONES.
Se trabaja conjuntamente con las Direcciones y con los responsables de contratación de los servicios de hostelería, física y protección radiológica, servicios técnicos, suministros, farmacia, electromedicina, mutua de accidentes etc. para garantizar la correcta implementación del art 24 de la Ley de PRL.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1039 ========== ***

Nº de registro: 1039

Título
COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Autores:
PUENTE COLINA ALBERTO, PEREZ CADENAS MARIA MAR, SANTAMARIA MORENO LUCIA, DUEÑAS JOLLARD SANDRA, MARTINEZ SEDILES MARIA XIOMARA, PEREZ CIRES ALVARO, SIMON MELCHOR LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Integración de la prevención a todos los niveles jerárquicos del Sector Zaragoza III

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Falta de cumplimiento en nuestros centros de trabajo del artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales desarrollado por el RD 171/2004, de 30 de enero, para la coordinación de empresas subcontratadas y/o trabajadores autónomos. El incumplimiento de esto deriva en responsabilidades jurídicas, administrativas, civiles y penales de todos los miembros implicados de nuestros centros, recayendo principalmente en Gerente y responsables de contratación.

RESULTADOS ESPERADOS
Garantizar la gestión de la coordinación de actividades empresariales conforme a las exigencias legales.
1. Informar a nuestras subcontratas y autónomos de los riesgos propios de nuestros centros de trabajo
2. Reuniones con subcontratas y/o autónomos estableciendo las medidas exigibles de control y coordinación pertinentes.
3.Control documental (evaluaciones de riesgos, accidentes, aptitudes médicas de reconocimientos médicos, cualificación de los trabajadores, formación específica de PRL, ...)
4. Control operacional de forma que las subcontratas y/o autónomos desempeñen su actividad conforme a las medidas establecidas en las reuniones previas de coordinación de actividades empresariales
5. Autorización para inicio de actividad de la subcontrata y/o autónomos para dar cumplimiento art. 24 de la ley 31/1995 de PRL.
6. Planificación de actividades de subcontratas y/o autónomos en nuestras instalaciones.

MÉTODO
1.Elaborar procedimiento de coordinación actividades empresariales del Sector Zaragoza III
2. Definir niveles de subcontratas y/o autónomos en base a la actividad a desarrollar
3.Definir control documental a solicitar a subcontratas y/o autónomos
4. Definir documentos a enviar a las subcontratas y/o autónomos
5. Elección de herramienta informática que facilite el proceso y minimice los errores de gestión, dada la carga documental que conlleva el proceso.
6. Implementación de herramienta para lo cual se llevará a cabo un plan de formación. Comprenderá al Sº PRL, formación a subcontratista y/o autónomos y formación al personal responsable de la contratación
7. Control de acceso de subcontratistas y/o autónomos a nuestros centros del Sector III

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1039

1. TÍTULO

COORDINACION DE ACTIVIDADES EMPRESARIALES EN EL SECTOR ZARAGOZA III

8. Encuesta de satisfacción a personal propio y subcontratas (Valoración tipo Likert)

INDICADORES
Indicador documental= Documentos recibidos x100/documentos solicitados
Nuestro objetivo debe de ser > al 90%

Indicador presencia= Nº trabajadores externos autorizados x100/Nº trabajadores externos totales
Nuestro objetivo debe de ser > al 80%

Indicador satisfacción= Resultado encuestas >3 x100/Total encuestas
Nuestro objetivo debe de ser > al 80%

DURACIÓN
DURACIÓN: de mayo 2018 a mayo del 2019
CALENDARIO:
Mayo - junio 2018: Elaboración de procedimiento de subcontratas (Sº PRL)
Julio-Septiembre: Definición control documental (Sº PRL)
Octubre -diciembre. Implementación herramienta informática CAE
Enero - Marzo: Formación en procedimiento de subcontratas
Abril - Mayo: Realización de indicadores y memoria de proyecto

OBSERVACIONES
Se trabaja conjuntamente con las Direcciones y con los responsables de contratación de los servicios de hostelería, física y protección radiológica, servicios técnicos, suministros, farmacia, electromedicina, mutua de accidentes etc. para garantizar la correcta implementación del art 24 de la Ley de PRL.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0532

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... BELEN REVILLA PEIRO
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO ASENSIO RAQUEL
RUIZ GONZALEZ MARIA VICTORIA
SOLA TALAYERO BEATRIZ NATIVIDAD
BASTAROS MARTINEZ INES
ASCOZ CARRIO BRENDA
RODENES CERVERA IVAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Abril de 2016 se celebra una reunión conjunta, denominada “Día de Trabajo”, en la que participan el personal de la Unidad de Agudos: TCAEs, Enfermeras Especialistas en salud mental y Celadores. En ella el personal más implicado en la elaboración del Programa de Talleres describe al resto del personal las diferentes dinámicas.
Después se lleva a cabo la presentación del Programa de Talleres al personal médico y responsables facultativos de la unidad. Asiste el Jefe de Servicio de Psiquiatría Dr. Valero Pérez Camo y el Jefe de Sección de la Unidad de Hospitalización de Agudos el Dr. Ricardo Campos Ródenes.
Puesta en marcha del 100% de los talleres propuestos en el Programa de Talleres. Comenzamos a trabajar con la totalidad del Programa desde el mes de julio de 2016 hasta la fecha actual.
Registrada la asistencia y características de las dinámicas propuestas por la Enfermera de salud mental del Programa de talleres. Nos valemos para ello de la Hoja de Registro, archivo incluido en el escritorio de los ordenadores de la planta.
En junio de 2017 se diseña una encuesta de satisfacción adaptada a este proyecto para evaluar el Programa de Talleres. Se elabora una encuesta donde se valoran 5 parámetros: Material/ Información, Material /tiempo empleado, Profesional que lo imparte, Grado de interés y Grado de utilidad. Utilizamos una escala tipo Likert. Se muestran 5 iconos para valorar los 5 posibles resultados: Totalmente insuficiente, Insuficiente, Ni suficiente ni insuficiente, Suficiente y Totalmente suficiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde julio del 2016 se vienen realizando talleres propios de enfermería pensados y diseñados para colaborar en la recuperación del paciente de salud mental. Es un programa pionero, basado en Patrones Funcionales y desarrollado por Enfermeras especialistas en salud mental. Este programa ha sido aceptado satisfactoriamente tanto por el personal como por los pacientes ingresados, configurándose como una actividad propia de la planta.
De forma objetiva obtenemos esta impresión tras analizar los datos obtenidos en la Encuesta de satisfacción; Evaluación del sondeo hecho entre octubre y noviembre de 2017: La máxima valoración la obtiene el “Personal que lo imparte” con un 55,7% de “Totalmente suficiente”. El resto de parámetros obtienen la evaluación máxima de “Suficiente”. Se valoran de forma individual los 11 patrones sobre los que se desarrollan las dinámicas del Programa de Talleres y todos obtienen la valoración máxima de “Suficiente”.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este programa demuestra los beneficios de involucrar al personal sanitario en actividades con pacientes. El programa de Talleres y su evaluación nos muestra beneficios tanto en los pacientes como en los profesionales. El Programa se ha diseñado como una "herramienta terapéutica" y sus beneficios redundan tanto en los pacientes, que la valoran satisfactoriamente, como en los profesionales que lo imparten. Vemos totalmente viable continuar con el desarrollo de este Programa en la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/532 ========== ***

Nº de registro: 0532

Título
PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA, DESEMPEÑADO POR TCAES Y ENFERMERAS ESPECIALISTAS EN S.MENTAL. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0532

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA

Autores:
REVILLA PEIRO BELEN, MEDINA ROMERO MARIA CRUZ, RUBIO ASENSIO RAQUEL, RUIZ GONZALEZ MARIA VICTORIA, SOLA TALAYERO BEATRIZ NATIVIDAD, BASTAROS MARTINEZ INES, ASCOZ CARRIO BRENDA, RODENES CERVERA IVAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....: Psicoeducación

PROBLEMA
En la Unidad de Corta Estancia de adultos del Hospital Clínico Universitario los pacientes disponen de varios momentos de Actividades en los que se crean espacios dirigidos por profesionales deEenfermería, donde se fomentan habilidades físicas, sociales y cognitivas.Corresponde a dos horas al dia. Con el objetivo de dotar de un mayor contenido terapéutico a estos espacios, un grupo de Enfermería de las plantas de adultos e infanto-juvenil comienza la tarea de recoger información sobre actividades y dinámicas de grupo. Se pretende elaborar un calendario de actividades que se extienda de forma reglada a lo largo del año, programando actividades diferentes para las diferentes semanas. Como referencia para empezar a trabajar nos basamos en el Modelo de Enfermería de Matjory Gordon, donde se describen 11 Patrones Funcionales: Percepción y manejo de la salud, Nutricional y metabólico, Eliminación, Actividad y ejercicio, Reposo y sueño, Cognitivo y perceptual, Autopercepción autoconcepto, Función y relación, Sexualidad y reproducción, Afrontamiento y tolerancia al estrés, Valores y creencias.”. Se ha obtenido un PROGRAMA DE TALLERES pendiente de ser implementado de forma completa en la Unidad de Corta Estancia

RESULTADOS ESPERADOS
Como resultado del trabajo realizado en el anterior Programa de calidad 2015 “Diseño e implementación de talleres/actividades para el cuidado del paciente psiquiátrico ingresado en una Unidad de Corta Estancia, incluido dentro del Plan de Cuidados de Enfermería”, se obtuvo un PROGRAMA DE TALLERES. El principal objetivo en el año 2016 es implementarlo de forma completa en la Unidad de Corta Estancia de adultos. Pretendemos convertirlo en una herramienta más del trabajo diario de las Enfermeras Especialistas en salud mental junto a TCAEs.
- A través de la puesta en marcha del Programa de Talleres, los pacientes ingresados en la UCE de adultos se beneficiarán de los contenidos de Psicoeducación y Educación para la Salud tratados en las reuniones de gran grupo.
- Bajo el modelo de Patrones Funcionales, diseñado por Matjory Gordon, los Talleres propuestos abarcan los 11 Patrones y se distribuyen en un calendario de 9 semanas
- Con el Registro de las actividades del Programa se pretende crear una herramienta que sirva para analizar el desempeño del Programa de Talleres. Se pretende que este programa sea flexible en cuanto a que acepte cambios que mejoren el desempeño del mismo

MÉTODO
- Se celebrará un “Día de trabajo” donde reunirse el personal de la Unidad de Corta Estancia, que incluye y Enfermeras Especialistas en salud mental, TCAE y Celadores para familiarizarse con el material didáctico. Reflexiones y puesta en común de los detalles para la puesta en marcha del Programa. Durará una jornada entera de 7 horas.
- Implementación del 100% del Programa de Talleres.
- Celebración de reuniones de equipo donde evaluar y modificar, si es necesario, aspectos en el desempeño de los Talleres.
- Registro de las actividades a través de la Hoja de Registro. A diario se registrará cómo ha trascurrido el Taller en cuanto a: Tema del Taller, asistentes, incidencias, posibles mejoras en el desempeño del Taller.

INDICADORES
- Levantar Actas de las reuniones celebradas por los Miembros de Equipo, en las que se describan contenidos tratados y asistentes a las mismas.
- Dejar constancia del “Día de Trabajo” a través de Acta y Hoja de firmas para informar de los contenidos tratados y los/las asistentes a Dirección de Enfermería del Centro.
- Utilizar la Hoja de Registro de Talleres como herramienta para registrar la práctica o no del Programa de Talleres por parte del personal de la Unidad.

DURACIÓN
Fecha de inicio: enero de 2016
Fecha de finalización: diciembre de 2016
Calendario:
Enero:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0532

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE TALLERES INCLUIDO EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA. REGISTRO BASICO Y PRIMERA APROXIMACION EVALUATIVA

1. Celebrar una reunión conjunta de Enfermeras Especialistas de salud mental, TCAEs y Celadores a través de un “Día de Trabajo”.
2. Presentación del Programa de Talleres al personal médico y responsables facultativos de la unidad.

Febrero:

1. Implementar el 100% del Programa de Talleres
2. Registrar a través de la Hoja de Registro el 100% de los Talleres.

Marzo:

1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.

Junio:

1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.

Septiembre:

1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.

Diciembre:

1. Repetir reunión conjunta de TCAEs y Enfermeras Especialistas de salud mental para evaluar el Programa una vez iniciado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0628

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL IRIGOYEN RECALDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARO REBOLLO FRANCISCO
PEREZ CAMO VALERO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- TRABAJO CONTINUADO A LO LARGO DE TODO EL AÑO CON INFORMATICOS DEL SALUD (COORDINADOS POR RAFAEL MARRON) PARA LA CONFECCION DEL REGISTRO ELECTRONICO, VARIAS REUNIONES.

2- DOS REUNIONES MANTENIDAS CON EL DIRECTOR DE ATENCION ESPECIALIZADA Y UNA CON EL COORDINADOR DE SALUD MENTAL DEL DEPARTAMENTO PARA AJUSTE DEL PROGRAMA DE REGISTRO.

3- REUNION CON PROFESIONALES DE LA RED DE SALUD MENTAL PARA MOSTRARLES EL PROGRAMA Y PEDIRLES SU COLABORACION EN EL PILOTAJE DE ESTE

4-PILOTAJE POR ÁMBITOS CLÍNICOS REALIZADO POR 13 FEAS DE TODOS LOS SECTORES SANITARIOS Y DE TODAS LAS ÁREAS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL (INFANTIL, TOXICOMANÍAS, UNIDAD DE AGUDOS, HOSPITAL DE DÍA, CENTROS DE SALUD MENTAL, CENTROS DE REHABILITACIÓN, UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y PSICOGERIATRÍA)

5- REMISION DE LOS RESULTADOS DEL PILOTAJE A LOS INFORMATICOS DEL SALUD PARA ULTIMAR LA PUESTA A PUNTO DEL PROGRAMA

6- FINALIZACION DEL PROCESO DE CREACION DEL REGISTRO INFORMATICO

7- PLANIFICACION E INICIO DE LAS 4 REUNIONES (2 EN ZARAGOZA CIUDAD, UNA EN HUESCA CIUDAD Y OTRA EN TERUEL CIUDAD) DE PRESENTACION OFICIAL A FACULTATIVOS PSIQUIATRASY PSICOLOGOS DEL REGISTRO (A CARGO DE DR. ABAD, DR. PEREZ CAMO, DR. MARRON Y DRA IRIGOYEN)

8- REMISION A LA DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA DE PANEL INFORMATIVO SOBRE EL REGISTRO PARA SER REMITIDO A TODOS LOS MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA

9- INICIO DE LA RECOGIDA DE DATOS EN TODO EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD DE ARAGON

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
PROGRAMA INFORMATICO YA ULTIMADO, PILOTADO, PRESENTADO Y REGISTRO YA OPERATIVO Y EN MARCHA.

IMPACTO:
1- PRIMER REGISTRO EN ARAGON ACCESIBLE DESDE LA HCE PARA COMPILAR TODOS LOS DATOS CLINICOS, ASISTENCIALES Y SOCIOPERSONALES DE PACIENTES AFECTOS DE PATOLOGIA MENTAL GRAVE, LO QUE MEJORARÁ SU DETECCIÓN Y ATENCION POR PARTE DE TODOS EL PERSONAL DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD

2- EL REGISTRO PERMITIRA POR PRIMERA VEZ EN ARAGON LA OBTENCION DE DATOS REALES, Y NO INFERIDOS, SOBRE EL VOLUMEN Y LAS CARACTERISTICAS DE ESTE TIPO DE POBLACION, PUDIENDO SER UTILIZADO POR TANTO PARA LA GESTIÓN Y PLANIFICACION DE RECURSOS DESDE EL AMBITO MACRO (SALUD Y DEPARTAMENTO) AL MICRO (POR UNIDADES O SERVICIOS CONCRETOS)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HA SIDO FUNDAMENTAL EL TRABAJO COLABORATIVO Y SINTONICO INTERDISICPLINAR (INFORMATICA Y PSIQUIATRIA), ASI COMO LA BUENA ACOGIDA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SELECCIONADOS POR LAS JEFATURAS DE SERVICIO QUE REALIZARON EL PILOTAJE.

TODO ELLO HA PERMITIDO QUE UN PROGRAMA DE CALIDAD QUE NACIÓ COMO UN PROYECTO DE SECTOR SE HAYA CONVERTIDO EN UN PROYECTO PIONERO E IMPRESCINDIBLE PARA TODO ARAGON

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/628 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0628

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Nº de registro: 0628

Título
CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Autores:
IRIGOYEN RECALDE ISABEL, PEREZ CAMO VALERO, CARO REBOLLO FRANCISCO, SANCHEZ PEREZ NOELIA, ZAPATERO GONZALEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....: Gestión asistencial y planificación de recursos necesaria

PROBLEMA
En el momento actual no existe un registro oficial de estas características en el servicio de psiquiatría. Algunos de los pacientes que cumplirían criterios para dicha denominación son conocidos por todos los profesionales por haber pasado por todos las unidades del servicio, otros son atendidos repetidamente en urgencias o precisan de hospitalizaciones frecuentes, otros acceden a programas de enfermería ambulatoria para control de su adhesión o tolerabilidad al tratamiento.

La ausencia además de un sistema general de recogida de información en salud mental (asunto pendiente desde hace ya décadas) en Aragón, tampoco ha facilitado la recogida de esta importante casuística, lo que nos lleva a importantes dificultades para el conocimiento real del número de pacientes afectos de este concepto nosológico y secundariamente a la imposibilidad de planificar adecuadamente nuestros recursos actuales y futuros.
La oportunidad de mejora es la constitución de este registro, con un diseño técnico, adecuado, accesible informáticamente y operativo, que permita de forma clara la catalogación de los casos que cumplen criterios de TMG.

RESULTADOS ESPERADOS
Este sería el punto inicial e imprescindible para el desarrollo posterior de programas ad hoc para grupos de pacientes y para evitar:
1- Descoordinación asistencial entre profesionales y recursos
2- Pérdida de seguimiento
3- Dificultades actuales en la continuidad asistencial por falta de información sintética, accesible y disponible en red a todos los sanitarios que puedan atender a estos pacientes

MÉTODO
Diseño del registro de TMG. YA REALIZADA EN COLABORACION CON INFORMATICOS DEL SALUD.

Pilotaje del registro. EN MARCHA

PENDIENTE:
Reunión de formación a todos los profesionales con acceso a cumplimentación del registro
Puesta en marcha del registro en red
Censo

INDICADORES
Registro documental de todos los indicadores:.
- constitución y sesiones de grupo de trabajo
- reunión de formación de los profesionales con acceso a cumplimentación del registro
- registro operativo en red
- censo por sectores periódico

DURACIÓN
Programa iniciado en 2014 con ámbito sectorial, que ha pasado a ser propuesto de ámbito autonómico al ser considerado de interés por la Consejería de Salud.

OBSERVACIONES
El ritmo de ejecución de este proyecto ha sido muy lento al haber ampliado considerablemente su ámbito inicial (de registro en intranet para el sector, trabajándolo con los informáticos del hospital a registro en historia clínica electrónica en colaboración con los informáticos del Salud).
sin embargo, no solo se reconvierte en un proyecto mucho más ambicioso, sino que pensamos se cubre con ello una necesidad sentida y demandada desde hace décadas por los profesionales de salud mental de Aragón.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0628

1. TÍTULO

CREACION DE REGISTRO DE CASOS DE PACIENTES AFECTOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0691

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE ..... AURORA PILAR QUEROL NASARRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL
CARO REBOLLO FRANCISCO
PALOMERO LOBERAMA VISITACION
OLMEDILLAS ALVARO RAFAEL
MODREGO AZNAR FABIOLA
GAVARA GIMENO CARMEN
PEREZ CAMO VALERO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Plan Estratégico de Salud Mental de Aragón (2002-2010), contemplaba como una de sus líneas estratégicas la atención sanitaria y social prioritaria a colectivos de riesgo, incluyendo a los ancianos, que definen como: "colectivo significativo por las características demográficas de Aragón, muy vulnerable a la institucionalización y al padecimiento de trastornos psiquiátricos y demencias, que requieren, en muchas ocasiones, estrategias específicas asistenciales y de cuidados". Además, la Cartera de Servicios del Servicio Aragonés de Salud contempla el “Programa de Atención Psicogeriátrica” como un programa específico para su implantación en las Unidades de Salud Mental (USM). Sin embargo, la asistencia psiquiátrica a los pacientes ancianos se realiza habitualmente en las USM siguiendo criterios adultomórficos, y no claramente psicogeriátricos.

La consulta de PG debe ser el eje fundamental para la gestión de los pacientes psicogeriátricos desde la perspectiva comunitaria. Y, atendiendo a los principios de Psiquiatría Geriátrica de la Organización Mundial de la Salud (WHO - OMS, 1996), debe avanzar hacia una atención global (incluyendo al paciente y su entorno socio-familiar), integral (bio-psico-social) y multidisciplinar.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Se inició registro de pacientes derivados a Psicogeriatría y las variables consideradas.
Análisis de los datos recogidos.

2. Desde Octubre de 2016 a Diciembre de 2017, se inició el contacto con los profesionales de Centros de Atención Primaria para implantar una programación de sesiones formativas y de revisión de casos, que se ha ajustado a cada Centro.
Establecimiento de sesiones formativas en los Centros de Atención Primaria del Sector en el área de PG.
-Consulta telefónica de casos en pacientes psicogeriátricos por parte de Psiquiatras, (especialmente importante por la dificultad para su desplazamiento).Se comunicó a los Centros de AP de nuestra área de atención el número telefónico específico.
-Consulta telefónica por parte de Psiquiatra responsable del proyecto, con Médicos o Trabajadores sociales de residencias de mayores. En algunos casos se han fijado entrevistas personales.
3. Se fijaron reuniones quincenales de coordinación multidisciplinar en el Equipo de salud Mental para definir criterios de derivación de pacientes e interprofesionales.
4. Actividades de coordinación con otros servicios/recursos de salud mental.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Análisis de necesidades asistenciales de los pacientes atendidos en consulta PG en la realización del Programa durante 2016.
Durante el período de marzo 2015 a diciembre de 2016, fueron atendidos 187 pacientes (9.6% del total de pacientes derivados a la USM).La edad media fue de 78.1 (DS 8.1).El 62.5% fueron mujeres. En cuanto a motivo de consulta Trastornos de conducta(n=59; 32%), depresión n=53;28%), alucinaciones y/o delirios n=42; 23%, ansiedad/insomnio (n=22 12%) y otros motivos (n=10; 5%).

-Carga asistencial PG en USM……n=187 (9.6% del total de derivaciones a USM)
-Pacientes que precisaron intervención Enfermera; n=13 (7% de los pacientes PG)
-Pacientes que precisaron intervención Trabajadora social ; n=40 (21.4% de los pacientes PG)
-Pacientes que precisaron valoración por Medicina interna o Psicogeriatría; n=74 (39.6%)
-Pacientes que precisaron valoración por Neurología ; n=93 (49.7%)
-Pacientes institucionalizados ; n=47 (23 % del total derivaciones PG)
-Pacientes que precisaron ingreso en UHA Psiquiatría n=10; (5.3%)
(n=5,50% diagnóstico de Esquizofrenia o trastorno delirante; n=3, trastorno del humor y n=2,20% de Trastorno mental orgánico.

2 .Coordinación con AP.
2.1)Reuniones formativas en atención primaria. Se definieron los objetivos a conseguir mediante éstas: a)cribado de alteraciones orgánicas que pueden producir síntomas psiquiátricos; b)detección precoz de deterioro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0691

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

cognitivo y prevención de riesgos asociados a la depresión en el anciano; c)actuaciones específicas en trastornos específicos (cuadros afectivos, trastornos conductuales etc
2.2) La atención telefónica específica se presta de lunes a viernes de 13.30h a 14.30h. El porcentaje de consultas sobre pacientes psicogeriátricos-PG-dentro de este espacio fue del 15 %.
3 .Establecimiento de reuniones con Equipo de Salud mental para
3.1) redefinir criterios de inclusión y 3.2) elaborar protocolos de coordinación entre los diferentes profesionales de acuerdo a las necesidades detectadas.
3.1) Se definieron por el equipo de salud mental los siguientes criterios de inclusión en el "programa de Psicogeriatría": pacientes mayores de 60 años + 1) síntomas psiquiátricos en pacientes con demencia conocida o sospecha de deterioro cognitivo; ó 2) síntomas psicóticos de nueva aparición (incluye alucinaciones, delirios y cuadros confusionales); ó 3) trastorno de conducta (incluye inquietud/ agitación psicomotriz, agresividad, conducta oposicionista, conducta desinhibida...); ó 4) síntomas depresivos y/o ansiosos en contexto de enfermedad somática; ó 5) complejidad de manejo en contexto de abuso sustancias, trastorno personalidad, problemática social...)
3.2)En el período de enero a junio 2017, se han instaurado reuniones de equipo multidisciplinar con frecuencia quincenal .Dentro de los temas abordados en éstas se ha establecido criterios de derivación y seguimiento para intentar protocolizar las intervenciones multidisciplinares y asegurar la continuidad asistencial.
3.2.1)En el ámbito de Trabajo social, los criterios de priorización de derivación de casos en PG han sido a) Vivir solo/a o con cuidador principal mayor de 75 años b) Falta de apoyo familiar y/o social: cuando carezca de apoyo o éste exista pero sea insuficiente c) Existencia de conflicto familiar (multifactorial) d) Sobrecarga del cuidador/a principal y/o riesgo claudicación de cuidados e) Vivienda deficiente y/o aislada f) Bajos recursos económicos g) Sospecha de malos tratos.
3.2.2) En el ámbito de Enfermería, los criterios de derivación establecidos fueron
a) Actividades de Coordinación específica con enfermería/médicos de Atención Primaria. Continuidad de cuidados. b) Intervención Enfermera en Plan de cuidados de TMG psicogeriátrico (supervisión adherencia al tratamiento, control antropométrico, tensión arterial, perímetro abdominal) c) Inclusión en Programa de seguimiento de control de variables analíticas (control de hemogramas, protocolo de clozapina, protocolo de litio, niveles de fármacos en sangre, parámetros analíticos específicos etc.) d)Seguimiento de hábitos de salud (en general o en patologías específicas, actividades de prevención etc.) e) Cuidados de enfermería relacionados con el deterioro funcional. Apoyo en gestiones de cuidados de salud. e) Necesidad de aplicación y/o seguimiento de tratamientos inyectables de larga duración f)Realización de registro de los pacientes incluidos en el programa de Psicogeriatría (PG), como variable la necesidad de intervención por parte de enfermería, así como los motivos de la misma.
4. Enlace con otros servicios y recursos
4.1) Neurología o Geriatría. Se ha establecido coordinación con Servicio de Neurología y Geriatría de forma escrita, para derivación o interconsulta de pacientes. No ha sido posible establecer reuniones con contacto directo para análisis de casos.
4.2) Se ha realizado coordinación con otros recursos de salud mental. En un caso para valoración de recurso de institucionalización en unidad de Psicogeriatría de CRP Ntra. Sra. del Pilar, pero la buena evolución hizo innecesaria esta derivación. Se han establecido contactos de seguimiento telefónico con residencias de mayores con personal médico, enfermero o trabajo social. En algunos casos se han realizado entrevistas personales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. La puesta en marcha de este proyecto ha supuesto una implicación y potenciación del equipo de salud mental en nuestro ámbito ambulatorio-Unidad de salud mental.
2. El volumen de pacientes derivados supone un porcentaje importante, susceptible de crecimiento debido al envejecimiento poblacional. Ha posibilitado cuantificar las características psicopatológicas y necesidades asistenciales y entre éstas la de atención multidisciplinar en este grupo etario.
3. Ha permitido establecer criterios claros y consensuados por el equipo de atención de salud mental.
4. Es necesario crear estrategias de coordinación con otras especialidades médicas y otros recursos sociosanitarios para mejorar el abordaje conjunto de casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/691 ========== ***

Nº de registro: 0691

Título
DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Autores:
QUEROL NASARRE AURORA, QUINTANILLA LOPEZ MIGUEL ANGEL, PALOMERO LOBERA VISITACION, OLMEDILLAS ALVARO RAFAEL,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0691

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

MODREGO AZNAR FABIOLA, PEREZ CAMO VALERO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Plan Estratégico de Salud Mental de Aragón (2002-2010), contemplaba como una de sus líneas estratégicas la atención sanitaria y social prioritaria a colectivos de riesgo, incluyendo a los ancianos, que definen como: "colectivo significativo por las características demográficas de Aragón, muy vulnerable a la institucionalización y al padecimiento de trastornos psiquiátricos y demencias, que requieren, en muchas ocasiones, estrategias específicas asistenciales y de cuidados".
La consulta de Psicogeriatría (PG) debe ser el eje fundamental para la gestión de los pacientes psicogeriátricos desde la perspectiva comunitaria. Y debe avanzar hacia una atención global (incluyendo al paciente y su entorno socio-familiar), integral (bio-psico-social) y multidisciplinar (OMS, 1996).
Desde marzo de 2015 se ha implantado en la Unidad de Salud Mental (USM) de las Consultas Externas del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza un programa de atención a pacientes PG. Los pacientes mayores de 60 años derivados a la USM que cumplen con los criterios de inclusión establecidos (ver método) son atendidos por un mismo psiquiatra de la unidad, con formación específica en PG. Durante los primeros 6 meses de este programa piloto fueron valorados 47 pacientes, con una edad media de 78.3 años. A destacar en esta muestra una elevada carga de enfermedades crónicas (media 1.7 por sujeto), polifarmacia (media 8.8 por sujeto) y deterioro cognitivo (46.8%; 17% no diagnosticado previamente). Por las características de esta población, es especialmente importante la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y entre diferentes profesionales para mejorar la calidad asistencial de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Enlace con Atención Primaria (AP), contemplando el área específica de la PG.
2. Analizar necesidades asistenciales de los pacientes incluidos en el programa de PG: Enfermería, Trabajo Social, interconsulta con Medicina interna/ Geriatría, interconsulta con Neurología, ingreso en Unidad de Hospitalización de Agudos (UHA) de Psiquiatría, institucionalización en residencia.
3. Establecer vías de enlace con los diferentes profesionales y recursos implicados en la atención al paciente PG; para favorecer una atención continuada, integral y multidisciplinar.

MÉTODO
Los criterios de inclusión inicialmente establecidos (PG, MAQ, MC, MVP, RO, VP) son: sujetos mayores de 60 años + síntomas psiquiátricos en pacientes con demencia, psicosis (alucinaciones, delirios) y/o alteración de conducta de aparición en edad tardía, síntomas confusionales, sospecha de deterioro cognitivo, ansiedad y/o depresión en contexto de comorbilidad médica, casos geriátricos en que se describe complejidad de manejo terapéutico (problemática social, resistencia a tratamiento...).
Desde enero 2016, elaboramos un registro de los pacientes incluidos en el programa (PG), incluyendo como variables: la necesidad de intervención (y motivo) por parte de enfermería (FM), trabajo social (EG), medicina interna ó psicogeriatría y neurología; la necesidad de ingreso en UHA Psiquiatría por el cuadro que motiva la consulta en USM; y si el paciente reside institucionalizado en el momento que consulta.
Actividades para mejorar: 1) Sesiones formativas de PG en Centros de AP del Sector (PG), con especial interés en cribado de alteraciones orgánicas que pueden producir síntomas psiquiátricos, detección precoz de deterioro cognitivo y prevención de riesgos asociados a la depresión en el anciano. 2) Consulta telefónica de casos en pacientes psicogeriátricos (PG, MAQ, MC, MVP, RO, VP), especialmente importante por la dificultad para su desplazamiento. 3) Análisis de necesidades asistenciales de los pacientes atendidos en consulta PG (PG) 4) Establecer reuniones y protocolos de coordinación entre los distintos profesionales (VP, PG), de acuerdo a las necesidades detectadas.

INDICADORES
- Carga asistencial PG en USM= Pacientes PG derivados/total pacientes derivados *100
- Número (n) y porcentaje (%) total de pacientes PG que precisan intervención de enfermería.
- n y % de pacientes PG que precisan intervención de Trabajo Social.
- n y % de pacientes PG que precisan valoración por Medicina interna ó psicogeriatría.
- n y % de pacientes PG que precisan valoración por Neurología.
- n y % pacientes PG que precisan ingreso en UHA Psiquiatría.
- n y % de pacientes PG institucionalizados en residencia.

DURACIÓN
Octubre-Diciembre 2016: Análisis de pacientes atendidos en el programa de PG durante el año 2016 y de necesidades asistenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0691

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PSICOGERIATRIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLINICO DE ZARAGOZA

Octubre 2016- Junio 2017: Sesiones formativas en PG para todos los Centros de AP del Sector.
Enero-Junio 2017: Diseño de estrategias de enlace con AP y otras especialidades. Diseño de protocolos de intervención multidisciplinar y de continuidad asistencial.
Julio- Septiembre 2017: Memoria que refleje los resultados alcanzados del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0579

1. TÍTULO

ADECUACION INDICACIONES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL, CALIDAD DE CUMPLIMENTACION DE LA PETICION CURSADA EN URGENCIAS, CONOCER SI LA PETICION DE LA ECOGRAFIA TUVO RELEVANCIA EN EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RUTH DOMENE MOROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE
RODRIGUEZ TORRES CRISTINA
JUAN CASTEJON ROBERTO
ORTIZ GIMENEZ RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
y debe ser clasificada en cada uno de los criterios que a continuación se detallan y obtener las estadísticas y conclusiones.
Adecuación de las indicaciones de la ecografía abdominal
Calidad de la cumplimentación de la petición cursada en urgencias.
Conocer si la petición de la ecografía tuvo relevancia en la evolución clínica del paciente.
En cuanto a la valoración se asignará a cada criterio una puntuación; 1 muy mala adecuación, 2 mala adecuación, 3 normal, 4 buena y 5 muy buena.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En proceso de obtención de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todavía sin obtención.

7. OBSERVACIONES.
Necesitamos unos meses más.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/579 ========== ***

Nº de registro: 0579

Título
ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"

Autores:
RODRIGUEZ TORRES CRISTINA, MILLAN LOPEZ JUAN ALBERTO, CEBRIAN VALENCIA LUIS, JUAN CASTEJON ROBERTO, VILLEGAS MORA YASNA, ORTIZ GIMENEZ RAMON, ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE, SOLIS GUTIERREZ DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado en los últimos años un aumento de las solicitudes de ecografía abdominal desde el Servicio de Urgencias. Existe una gran variabilidad en la utilización de los procedimientos diagnósticos que no puede ser explicada exclusivamente por las características de los pacientes. La disminución de los usos inapropiados no es una tarea sencilla, pero si se consiguiera lograría mejorar la calidad asistencial y liberar recursos para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0579

1. TÍTULO

ADECUACION INDICACIONES DE ECOGRAFIA ABDOMINAL, CALIDAD DE CUMPLIMENTACION DE LA PETICION CURSADA EN URGENCIAS, CONOCER SI LA PETICION DE LA ECOGRAFIA TUVO RELEVANCIA EN EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE

proveer otros servicios, aproximándonos así al objetivo de mejorar la salud de la población y gestionar mejor los recursos disponibles. La inadecuada solicitud de las tecnologías de diagnóstico por imagen, como puede ser la ecografía, entre otras, genera una sobrecarga para el Servicio de Radiodiagnóstico e incrementa el coste de oportunidad para otros pacientes, al no poder beneficiarse de esta prueba cuando está indicada. Además, el uso inadecuado. Además, el uso inadecuado puede llevar a hallazgos casuales que generan pruebas y tratamientos adicionales innecesarios que originan incertidumbre y ansiedad en los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es evaluar la adecuación de las indicaciones de la ecografía abdominal, la calidad de la cumplimentación de la petición cursada en urgencias y conocer si la petición de la ecografía tuvo relevancia en la evolución clínica del paciente.

MÉTODO
Se propone realizar un estudio retrospectivo de los pacientes no pediátricos atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, entre el 1 de Enero de 2015 y el 31 de Diciembre de 2015, a los que se realizó una ecografía abdominal. Se recogerá información sobre los motivos de petición, los estudios de imagen adicionalmente realizados y la evolución de cada uno de los pacientes. Se pretende valorar la utilidad de la ecografía abdominal y la influencia de sus resultados en la evolución y el manejo de estos pacientes.
La recogida de datos se llevará a cabo por 4 residentes de la especialidad de Radiodiagnóstico y se clasificarán, con la ayuda de 3 facultativos especialistas, los resultados de la ecografía abdominal, en tres categorías: normal, patológico o inespecífico. Se estudiará además, con la supervisión de un facultativo del Servicio de Urgencias, la evolución de cada uno de los pacientes así como los estudios radiológicos adicionalmente realizados dentro de las primeras 72 horas.

INDICADORES
A través del sistema informático Indra y de la historia clínica electrónica del paciente, se van a recoger los datos referentes a:
- Motivo de petición.
- Información relevante (antecedentes patológicos, síntomas o signos de la exploración) y datos de laboratorio) no referida en la petición.
- Resultado de la exploración: normal, patológico o inespecífico. Se catalogan como resultado "normal" aquellos en los que no se detectó ninguna alteración. Se catalogan como "inespecífico" toda exploración que, aún arrojando algún hallazgo positivo, éste no era orientativo de ninguna entidad patológica o no guardaba relación con el contexto clínico propuesto. Se consideran resultados "patológicos" aquellos que lo fueron claramente "per se", incluso si no eran sospechados clínicamente o bien cuya presencia servía para confirmar una sospecha clínica.
- Realización de otras pruebas de imagen adicionalmente realizadas dentro de las primeras 72 horas, fundamentalmente TC abdominal, así como sus resultados.
- Evolución del paciente: alta, ingreso en planta de hospitalización, ingreso en UCI, cirugía y traslado a otro centro.

DURACIÓN
Se prevee iniciar el proyecto el 1 de Diciembre de 2016, con fecha prevista de finalización el 1 de Julio de 2017.
Aproximación al cronograma de actividades:
- Recogida de datos: 18 semanas.
- Análisis e interpretación de resultados: 8 semanas.
- Conclusiones: 2 semanas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0764

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE ..... DAVID IBAÑEZ MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMPOS MAYORA MARIA VICTORIA
DE BENITO AREVALO JOSE LUIS
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO
RUIZ ARROYO JOSE RAMON
DOTTI GONZALEZ DIEGO
SOLIS GUTIERREZ DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas son:
- Protocolo de cardio-TC presentado al staff de Radiología y Cardiología
- Dar a conocer el protocolo al personal técnico y de enfermería, de manera que sea un procedimiento seguro y eficaz.
- Realizar de manera sistemática la angiografía coronaria mediante TC a todos los pacientes con riesgo bajo-moderado de enfermedad coronaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores seleccionados para este trabajo son:

-Valorar la utilidad de la angiografía coronaria mediante TC estudiando cuántos pacientes evitaron el manejo invasivo.
Número de pacientes que evitaron que se les realizara la angiografia invasiva / número de pacientes totales.
-Determinar la reducción de los costes al realizar TC cardiaco frente a la realización sistemática de cateterismo diagnóstico

La duración y calendario previstos fueron:
Fecha de inicio: Enero de 2017
Fecha de finalización: Diciembre de 2017

Entre dichas fechas se ha realizado un total de 64 exploraciones de TC-coronaria, 35 de los cuales varones y 29 mujeres, 7 del total por estudio PRE-TAVI.
Del total de pacientes, en 13 de ellos se realizó cateterismo coronario posterior a angio-Tc coronaria. Teniendo en cuenta los costes de las distintas exploraciones (coste de TC es de 199 euros, y si se añade secuencia de calcio score son 32,26 euros más. El coste de angiografía invasiva es de 1061 euros al que hay que añadir el coste por noche de hospitalización en el servicio de cardiología que asciende a 741,66 euros), ello supone un ahorro de 42.316,74 euros, considerando que se realiza el calcio score en todos ellos, y sin tener en cuenta los gastos por noche de hospitalización.
Ello manifiesta el importante ahorro económico en aquellos pacientes en que la probabilidad de evento coronario es baja o media mediante la utilización de TC-coronaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La angio-TC coronaria es una herramienta de diagnóstico coronario barata y de alto poder resolutivo con unas claras indicaciones que son los pacientes con riesgo bajo o intermedio de un evento coronario frente a dolor torácico no concluyente. Su instauración sistemática supone un importante ahorro económico para las instituciones sanitarias sin pérdida en la calidad asistencial e incluso con menor tasa de complicaciones

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/764 ========== ***

Nº de registro: 0764

Título
IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0764

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
IBAÑEZ MUÑOZ DAVID, DE BENITO AREVALO JOSE LUIS, LINARES VICENTE JOSE ANTONIO, DOTTI GONZALEZ DIEGO, ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE, ENTRENA MARTINEZ CARMEN, PARADISI CHACON CARLOS EDUARDO, RUIZ ARROYO JOSE RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares, especialmente la enfermedad coronaria, constituyen la primera causa de muerte en adultos. El campo del estudio no invasivo por imagen de las enfermedades coronarias ha avanzado considerablemente en los últimos años gracias al desarrollo tecnológico de los equipos radiológicos. La angiografía coronaria mediante tomografía computarizada, especialmente en equipos de 64 coronas, ha demostrado ser útil proporcionando información morfológica detallada de las arterias coronarias, ofreciendo tanto su luminograma como información sobre la propia pared arterial (extensión y composición de las placas ateroescleróticas). La TC coronaria presenta una alta sensibilidad y un alto valor predictivo negativo de manera que se puede descartar enfermedad coronaria en pacientes con riesgo cardiovascular bajo o moderado, sin necesidad de realizar un cateterismo diagnóstico invasivo.

Esta técnica presenta un potencial eficiente que con una estrategia efectiva de gestión de los recursos que aporta y los recursos humanos y técnicos disponibles, puede implicar un cambio en determinadas actitudes clínicas en especialidades como la Cardiología y la Radiología de manera que se disminuya el número de angiografías invasiva indicadas en pacientes de bajo-moderado riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar la utilización de la angiografía no invasiva en un hospital de tercer nivel, de manera que se disminuya la realización sistemática de angiografía invasiva en pacientes con riesgo cardiovascular bajo-moderado.

Analizar la rentabilidad de la angiografía no invasiva frente a la invasiva durante un periodo de un año, de manera que se reduzcan los costes y se eviten riesgos al disminuir el número de angiografías invasivas.

MÉTODO
El servicio de Radiodiagnóstico ya dispone de un TC de 64 coronas y del software cardiaco necesario para realizar el estudio.

Para conseguir los objetivos deseados, debemos realizar varias medidas que se valoraran de forma conjunta entre todos los miembros del equipo.

• Realizar un protocolo de cardio-TC y presentarlo al staff de Radiodiagnóstico y Cardiología
• Dar a conocer el protocolo al personal técnico y de enfermería del Servicio de Radiodiagnóstico, de manera que sea un procedimiento seguro y eficaz.
• Realizar de manera sistemática la angiografía coronaria mediante TC a todos los pacientes con riesgo bajo-moderado de enfermedad coronaria, en lugar de realizar directamente la angiografía coronaria invasiva.

INDICADORES
- Valorar la utilidad de la angiografía coronaria mediante TC estudiando el porcentaje de pacientes que evitaron el manejo invasivo:
% = (Número de pacientes que evitaron que se les realizara la angiografia invasiva / número de pacientes totales) x 100

- Determinar los costes de la TC cardiaca y la reducción de los costes al realizar TC cardiaco frente a la realización sistemática de cateterismo invasivo diagnóstico.

Coste TC: 199 euros (calcio score 32,26 euros mas)
Coste angiografía invasiva: 1061 euros
Coste noche hospitalización en cardiología: 741.66 euros

DURACIÓN
- Fecha de inicio: Diciembre de 2016
- Fecha de finalización: Diciembre de 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0764

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE ANGIOGRAFIA CORONARIA MEDIANTE TC EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Diciembre 2016: Elaboración del protocolo de TC coronaria.

Enero 2017: Presentación del protocolo de TC coronaria a todo el personal del Servicio de Radiodiagnóstico incluyendo médicos, enfermeros, auxiliares y técnicos, y a los peticionarios del Servicio de Cardiología.

Enero-Diciembre 2017: Realización de la TC coronaria a todos los pacientes con riesgo cardiovascular bajo-moderado y sospecha de enfermedad coronaria.

Diciembre de 2017: Análisis de los resultados: porcentaje de pacientes que evitan la realización de angiografía invasiva, costes y rentabilidad del proceso.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0810

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

Fecha de entrada: 02/01/2018

2. RESPONSABLE ..... HELENA ESTEBAN CUESTA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE BENITO AREVALO JOSE LUIS
DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL
GUIROLA ORTIZ JOSE ANDRES
TARDIN CARDOSO ANA LETICIA
VALIENTE MARTINEZ CAROLINA
GASCON DOMINGUEZ MARIA DE LOS ANGELES
SIMON MARCO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han revisado los algoritmos de actuación en los pacientes con hemorragia digestiva baja aguada grave de los últimos dos años, evaluando los tiempos de actuación, incluyendo la demora en la realización las diferentes intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas. Se registró las pruebas o intervenciones requeridas en cada caso y el resultado final del proceso. ??

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos objetivado qué algoritmos de actuación se correlacionan con unos mejores resultados globales evaluados en términos de estancia hospitalaria y mortalidad. El análisis se ha centrado en el manejo inicial de estos pacientes y especialmente en la detección del origen del sangrado que es lo que condiciona las decisiones posteriores. Hemos detectado que el momento y el protocolo de adquisición de la angio-TC tienen una relación estadísticamente significativa con la probabilidad de detectar el origen del sangrado. También hemos identificado la relación que tienen la toma de antiagregantes y/o anticoagulantes u otros factores favorecedores del sangrado en la presencia de sangrado digestivo.

A partir del análisis de los datos estamos pendientes de acordar a través de los miembros del proyecto un protocolo hospitalario con participación de los diferentes Servicios representados en este proyecto de mejora.

Tras formalizar el protocolo de actuación pretendemos analizar de manera prospectiva los resultados del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo prioritario del protocolo que estamos diseñando es acordar el manejo inicial de los pacientes con hemorragia digestiva baja aguda, destacando la relevancia de una actuación coordinada en pacientes con sangrado digestivo bajo con una presentación clínica grave e inestabilidad hemodinámica. Creemos que es fundamental difundir la necesidad de realizar una angio-TC urgente en todos estos casos como medida inicial, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, ya que hemos observado que su realización temprana, tanto si se detecta sangrado activo como si no, siempre aporta datos relevantes para estructurar el manejo posterior de estos pacientes. ?

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/810 ========== ***

Nº de registro: 0810

Título
DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

Autores:
ESTEBAN CUESTA HELENA, DE GREGORIO ARIZA MIGUEL ANGEL, GUIROLA ORTIZ JOSE ANDRES, TARDIN CARDOSO ANA LETICIA, VALIENTE MARTINEZ CAROLINA, GASCON DOMINGUEZ MARIA DE LOS ANGELES, SIMON MARCO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0810

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hemorragia digestiva baja aguda (HDBA) constituye una situación urgente, que puede devenir crítica, precisando tratamiento inmediato. Su incidencia anual es de aproximadamente 25 episodios por cada 100.000 habitantes y supone el 1% de los ingresos hospitalarios urgentes.
El manejo de los pacientes con HDBA requiere un enfoque clínico multidisciplinar, que implica a radiólogos y a especialistas de Intervencionismo, Urgencias, Digestivo, Cirugía y Medicina Nuclear.
La identificación del punto de sangrado y su etiología constituyen los objetivos primarios en el manejo de la HDBA.
Las alternativas diagnósticas y terapéuticas disponibles incluyen técnicas endoscópicas, gammagrafía, angio-TC, arteriografía y cirugía.
Una revisión retrospectiva realizada recientemente por la coordinadora del grupo, analizó los protocolos de actuación que se llevaron a cabo en los pacientes atendidos en el HCU "Lozano Blesa" por HDBA con inestabilidad hemodinámica inicial durante un periodo de 2 años. Se observó una marcada heterogeneidad en su manejo, con criterios diversos de selección de las diferentes técnicas diagnósticas y terapéuticas. Además el rendimiento de las pruebas o intervenciones realizadas fue muy variable.
Desde el Servicio de Radiología se pretende dar difusión a la capacidad de la angio-TC para detectar la etiología y el punto de sangrado. Es una técnica fácilmente accesible, y reproducible, tiene una elevada precisión diagnóstica, rapidez y carácter no invasivo. Por todo ello se pretende incluir la angio-TC como herramienta diagnóstica de primera línea en los protocolos de manejo de la HDBA grave. Consideramos que la angio-TC puede orientar inicialmente el algoritmo de actuación y mejorar los resultados de los procedimientos subsiguientes.
Además se pretende consensuar una guía global de manejo de estos pacientes, que haga más homogénea la atención recibida y los resultados.

RESULTADOS ESPERADOS
- Diseñar un protocolo de actuación ante casos de HDBA con criterios de gravedad, consensuado entre los principales participantes (Radiología, Medicina Nuclear, Intervencionismo, Digestivo, Cirugía y Urgencias).
- Homogeneizar la pauta de actuación mejorando la calidad de la atención que reciben estos pacientes, a la vez que se optimiza la gestión y el consumo de los recursos disponibles.

El objetivo prioritario es que todos los pacientes que acudan al Servicio de Urgencias con un escenario clínico similar (HDBA grave) sean tratados de la mejor manera posible en base a la evidencia científica disponible. Ofertar unos recursos similares con unas demoras semejantes.

MÉTODO
- Revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible concerniente al manejo de los pacientes con HDBA
- Recopilación de las principales guías de manejo clínico de la HDBA disponibles
- Consenso entre los servicios implicados a través de los representantes de cada uno de ellos incluidos en el proyecto de mejora
- Consenso y difusión de los acuerdos por parte de cada uno de los miembros del proyecto en sus servicios correspondientes.
- Aplicación del protocolo consensuado y recogida prospectiva de los casos para la evaluación del proyecto de mejora

INDICADORES
Se constituirá una base de datos en la que se incluirán los siguientes parámetros: Edad y sexo de los pacientes, datos de inestabilidad hemodinámica (TAS<100mmHg y FC>100 lpm), necesidad de más de 4 concentrados de hematíes, toma de antiagregantes y/o anticoagulantes, fecha de ingreso, fecha en la que se realizaron las diferentes pruebas diagnósticas y/o terapéuticas (colonoscopia, angio-TC, técnicas intervencionistas, cirugía) y el diagnóstico o resultado derivado de ellas, la fecha de alta o fallecimiento.
Estos datos se compararan con los ya recogidos de manera retrospectiva, lo cual nos permitirá evaluar las posibles mejoras en el rendimiento diagnóstico de las pruebas realizadas, de los resultados de los procedimientos terapéuticos y del proceso global (mortalidad y estancia media).

DURACIÓN
Durante el mes de noviembre, la coordinadora del proyecto realizará una revisión bibliográfica para presentar la evidencia disponible concerniente al manejo de la HDBA.

Tras la presentación de estos datos, cada componente del grupo elaborará un protocolo de actuación, argumentando sus planteamientos en base a las referencias bibliográficas revisadas.

A partir del mes de diciembre de 2016, se programará una reunión para consensuar un protocolo de actuación.

Desde ese momento se programarán sesiones informativas en todos los servicios involucrados para explicar los algoritmos consensuados. Adicionalmente se difundirá una memoria explicativa del algoritmo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0810

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA AGUDA

A partir de este momento se espera la puesta en práctica de la guía de actuación acordada y comenzar la recogida de datos para la evaluación del proyecto. Estos datos se analizarán cada año que continúen vigentes los protocolos acordados.

OBSERVACIONES
Población diana: Pacientes con hemorragia digestiva baja (clínicamente presentada en forma de hematoquecia, melenas, rectorragias de curso agudo y con criterios de gravedad (inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0881

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA

Fecha de entrada: 25/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GIMENO PERIBAÑEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO LARIO MARIA CARMEN
SAEZ VALERO EDUARDO
MENAL MUÑOZ PATRICIA
LOPEZ IBAÑEZ TOMAS
BAZ BARSELO NATIVIDAD
DOTTI GONZALEZ DIEGO
LASA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan diversas reuniones para:

1.-Definir las exploraciones incluidas en unidad de neurorradilogía
2.-Descripción del procedimiento normalizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se decide posponer protocolos hasta adquisición de nuevas RM, ya que los protocolos de cada una de las pruebas serán diferentes con las nuevas resonancias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el trabajo realizado por el grupo de momento carece de mucha utilidad ya que se esta a la espera de las nuevas resonancias para poder desarrollar todo el trabajo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/881 ========== ***

Nº de registro: 0881

Título
PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA

Autores:
GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE, CASTILLO LARIO MARIA CARMEN, MENAL MUÑOZ PATRICIA, SAEZ VALERO EDUARDO, LOPEZ IBAÑEZ FRANCISCO TOMAS, BAZ BARSELO NATIVIDAD, DOTTI GONZALEZ DIEGO, LASSA CUBERO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las exploraciones neurorradiológicas se encuentran cada vez más extendidas y son cada vez más utilizadas, siendo hoy en día la RM una de las categorías mas importantes de la neurorradiología.
A pesar de que existen facultativos especialistas con una mayor capacitación y experiencia en neurorradiología, no siempre estas exploraciones son llevadas a cabo por los mismos, realizándose estas exploraciones de manera no homogénea (tanto desde el punto de vista de la técnica como el informe

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0881

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE RESONANCIAS MAGNETICAS EN NEURORRADIOLOGIA

radiológico).
La gran variabilidad de personal que trabaja en las unidades de resonancia, hace que sea necesario establecer un procedimiento normalizado de todas y cada una de las diversas exploraciones neurorradiológicas llevadas a cabo en la resonancia magnética, para que todas las exploraciones sean homogéneas y cumplan los criterios óptimos de calidad.
La demanda de resonancias magnéticas es cada vez mayor, existiendo una liste de espera en aumento, por lo que es fundamental que las exploraciones sean realizadas de manera óptima para evitar la repetición de las mismas, lo cual contribuiría al aumento de la lista de espera de los usuarios.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Normalizar las exploraciones neurorradiológicas en RM para que sean llevadas a cabo con calidad óptima y de manera homogénea.
2. Unificar y homogeneizar el informe radiológico.
3. Establecer indicaciones de RM neurorradiológicas.

MÉTODO
1. Establecer las indicaciones para la realización de las exploraciones neurorradiológicas, y difundirlas entre los médicos peticionarios, tanto facultativos de primaria como facultativos especialistas de nuestro sector.
2. Descripción y estandarización del procedimiento normalizado desde que el paciente llega a la unidad de RM en el servio de radiodiagnóstico hasta que se realiza la exploración, de tal manera que cualquier paciente que llega a nuestra unidad siempre siga una serie de pasos normalizados y estandarizados.
3. Describir los distintos protocolos de realización de RM en neurorradiología en función de la sospecha clínica y de los hallazgos radiológicos, que sean uniformes para todos los pacientes independientes del técnico que realiza la exploración y del radiólogo responsable.
4. Realizar informes tipo disponibles para todos los facultativos responsables de RM neurorradiológica, de tal manera que el informe sea homogéneo y aporte la información necesaria a acerca de la exploración.

INDICADORES
- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas que cumplen criterios de indicación.
- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con secuencias estandarizadas según protocolos previamente establecidos
- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con informe tipo normalizado.

Estos porcentajes deben de ser comparados con los mismos indicadores previos al establecimiento de estos criterios (se revisarán informes y exploraciones desde septiembre a diciembre 2016).

La obtención de estos datos será a través del programa con el que se realizan los informe radiológicos, que permite acceder a la justificación clínica (cumplimentada por el radiólogo al realizar en informe según las indicaciones del clínico), así como acceder a las imágenes radiológicas.

Este programa permite el análisis retrospectivo de estas variables.

DURACIÓN
La duración de este procedimiento será 1 año.
* Desde Diciembre a Marzo
Se formarán los grupos de trabajo para determinar las indicaciones de las exploraciones neurorradiológicas en RM así como para realizar los diversos protocolos en función de la sospecha clínica y de los hallazgos radiológicos.
Estos criterios se fundamentarán en las guías de la Sociedad Española de Neurorradiología.
A su vez se describirá el procedimiento al que se somete al usuario desde su llegada a nuestro servicio.
Se realizarán los informes tipo según la patología existente
* Desde Abril a Julio
Se difundirá toda esta información entre los médicos peticionarios, así como entre el personal que realiza las exploraciones tanto médicos como personal de enfermería, técnicos y auxiliares (a cada estamento la información que le competa según sus funciones).
* Desde Julio a Noviembre
Se realizará un seguimiento semanal de todo este procedimiento, de tal manera que en los supuestos que no se cumpla se inducirá en el personal responsable.
Se medirán los indicadores de manera semanal y mensual, para valorar la evolución de estás medidas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1506

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO SAEZ VALERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE
CASTILLO LARIO MARIA CARMEN
LOPEZ IBAÑEZ TOMAS
BAZ BARSELO NATIVIDAD
GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS
ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE
SOLIS GUTIERREZ DIEGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el semestre previo a la puesta en marcha de los nuevos equipos de RM (1º semestre de 2018), se revisó en la bibliografía las indicaciones más aceptadas de las nuevas técnicas de las que íbamos a disponer, fundamentalmente espectroscopía y perfusión cerebral. También se revisaron los protocolos diagnósticos más usuales en patología desmielinizante, despistaje de microadenoma hipofisario y estudio de oído interno con RM.
En septiembre de 2018, previo a la inminente puesta en marcha del primer equipo de RM en el centro médico de especialidades “Inocencio Jiménez” se realizó una sesión clínica informativa especialmente dirigida a las principales especialidades implicadas en neurociencia (neurología, neurocirugía, psiquiatría, neurofisiología), con el fin de exponer las adelantos diagnósticos que suponían los nuevos equipos de RM, así como las posibles aplicaciones en el uso clínico habitual.
Durante la primera quincena de octubre de 2018, se mantuvieron sesiones de trabajo diarias con el técnico de aplicaciones de la casa comercial Philips, distribuidora de las nuevas resonancias magnéticas, con el fin de programar protocolos de estudio actualizados, en base a las capacidades técnicas del aparato y las necesidades diagnósticas en el ámbito de la neurorradiología actual. En las mismas fechas, se realizó la formación de los técnicos superiores en radiodiagnóstico para la utilización óptima de los nuevos aparatos de RM.

Durante el mes de diciembre, durante la puesta en marcha de la nueva RM del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, se mantuvo una nueva reunión con el técnico de aplicaciones de la casa comercial responsable de los nuevos equipos, con el fin de ajustar definitivamente los protocolos de adquisición en los que se trabajó durante el mes de octubre. Durante estas fechas también se completó la formación de los técnicos.
Finalmente se está trabajando desde entonces con los nuevos protocolos de adquisición de imagen, en función de la patología estudiada, con especial mención a la utilización de técnicas de RM avanzada (espectroscopía y perfusión), en los casos en los que esta pueda ser de utilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado con éxito la actualización de nuevos protocolos de adquisición con nuevas :secuencias de estudio neurorradiológico, entre las que destacan:
-Incorporación de secuencias DIXON en los estudios vertebrales.
-Nuevas secuencias útiles para la realización de estudios vasculares sin y con contraste intravenoso,.
-Secuencias T2* gradiente de rutina en estudio cerebrales (especialmente útil en el despistaje de microangiopatía vascular y detección de pequeños cavernomas).
-Estudios cerebrales volumétricos que permiten la valoración con óptima resolución espacial en planos sagitales y coronales en una única adquisición.
- Secuencia DUAL en patología desmielinizante para añadir secuencia ponderada en densidad protónica con el objetivo de aumentar la sensibilidad en una única adquisición, con mínimo aumento del tiempo de adquisición .
-Estudio dinámico para estudio hipofisario con adquisición de imagen en fase arterial y tardía para aumentar sensibilidad diagnóstica en la detección del microadenoma hipòfisario.
-Implantación de técnicas de neuroimagen avanzada (espectroscopía y perfusión) en el estudio de patología tumoral.
-Programación de secuencia funcional BOLD.
Desde el mes de Enero, se han revisado en el PACs todos los estudios de RM que se han realizado en la sección de neurorradiología (167 estudios realizados en enero), objetivando que el 100% se han realizado utilizando las secuencias según se programaron con el técnicos de aplicaciones de la empresa distribuidora de los equipos de RM, exceptuando pacientes con pruebas incompletas por falta de colaboración, o estudios más breves condicionados por la situación clínica del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se puede considerar acabada la actualización de los protocolos de adquisición de imagen en RM para estudio neurorradiológiocos, ya que las exploraciones se están realizando según los nuevos protocolos programados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1506

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

Como recomendación cabe reseñar la conveniencia de revisar los resultados de las nuevas técnicas de neuroimagen (perfusión, espectroscopía), correlacionando los hallazgos con el resultado anatomopatológico, con el fin de evaluar la eficacia de la técnica y poder mejorar en la interpretación de los hallazgos radiológicos. Este podría ser motivo de otro proyecto de mejora de calidad en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1506 ========== ***

Nº de registro: 1506

Título
ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

Autores:
SAEZ VALERO EDUARDO, GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE, CASTILLO LARIO MARIA CARMEN, LOPEZ IBAÑEZ TOMAS, BAZ BARSELO NATIVIDAD, GORMEDINO HERRERO JOSE LUIS, ALVAREZ ARRANZ ENRIQUE, SOLIS GUTIERREZ DIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La RM es una prueba diagnóstica fundamental en neurorradiología, siendo cada vez más utilizada.
Las exploraciones de RM varían en función de la sintomatología y sospecha diagnóstica de los pacientes, así como en función de los posibles tratamientos que pueda recibir el paciente.
La diversidad de personal que trabaja en las unidades de resonancia, hace que sea necesario establecer un procedimiento normalizado de todas las exploraciones neurorradiológicas llevadas a cabo en este equipo, para que todas las exploraciones sean homogéneas y cumplan unos criterios óptimos de calidad.
La demanda de estudios de resonancia magnética es cada vez mayor, lo que ocasiona una lista de espera. En este sentido es importante que las exploraciones se realicen de manera óptima para evitar su repetición y contribuir a reducir la lista de espera.

Nuestro sector sanitario va a ser dotado de dos nuevas RM, que podrán realizar nuevas exploraciones y técnicas, hasta ahora no existentes, de lo que se deriva una oportunidad para actualizar y mejorar nuestra atención con esta técnica.

RESULTADOS ESPERADOS
Normalizar las exploraciones neurorradiológicas en RM para que sean llevadas a cabo con calidad óptima y de manera homogénea.
Establecer protocolos de exploración para todas las exploraciones neurorradiológicas que se lleven a cabo en la RM de nuestro sector.
Llevar a cabo la implantación de nuevos procedimientos de RM neurorradiológica.

MÉTODO
1.Descripción y estandarización del procedimiento desde que el paciente llega a la unidad de RM en el servicio de radiodiagnóstico hasta que se realiza la exploración, de tal manera que cualquier paciente que llega anuestra unidad siempre siga una serie de secuencia de pasos estandarizados.
2. Establecer de manera detallada los protocolos de RM neurorradiológias para las patologías más prevalentes y sus potenciales procedimientos terapeúticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1506

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DE LAS RESONANCIAS MAGNETICAS DE ULTIMA GENERACION

3. Implantar nuevos procedimientos de RM neurorradiológica, estableciendo las indicaciones de los mismos, así como hacer llegar este informe a los médicos peticionarios que lo solicitan.
4. Realizar informes tipo disponibles para todos los facultativos responsables de RM neurorradiológica, para que recoja homogéneamente la información necesaria.

INDICADORES
- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con secuencias estandarizadas según protocolos previamente establecidos.
- Porcentaje de exploraciones de RM neurorradiológicas con informe tipo normalizado.

Estos porcentajes serán comparados con los mismos indicadores previos al establecimiento de estos criterios. Se revisarán informes y exploraciones previos a la implantación de las nuevas resonancias del sector.

La obtención de estos datos será a través del programa con el que se realizan los informes radiológicos, que permite acceder al protocolo de estudio realizado, así como acceder a las imágenes radiológicas.

DURACIÓN
La duración de este procedimiento será 1 año y 3 meses.
* Desde Septiembre de 2018
Se fija la fecha de Septiembre como fecha supuesta de implantación de la primera RM nueva del sector.

Se formarán los grupos de trabajo para determinar los nuevos protocolos de pruebas neurorradiológicas, con la colaboración de técnicos de aplicaciones de RM

Se establecerán las indicaciones y protocolos de pruebas neurorradiológicas nuevas, que hasta el momento no era posible realizar en nuestro área con la dotación existente.
Se establecerá difusión a los clínicos de estas nuevas técnicas para que conozcan si disponibilidad.
Cronograma:
Durante los primeros 6 meses desarrollar lo el nuevo equipo de RM la actualización de los protocolos.
Durante los siguientes 6 meses implantar los protocolos desarrollados.
Los últimos 3 meses para evaluar los resultados de su aplicación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1509

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DAVID IBAÑEZ MUÑOZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA SAEZ MARIA PILAR
GUILLEN ANTON JULIA
DE BENITO AREVALO JOSE LUIS
FEIJOO AGESTA ROSA
PINTADO RIVAS PILAR
NAVAS CAMPO RAQUEL
MORENO CABALLERO LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la aprobación del presente proyecto de mejora se han llevado a cabo dos reuniones con el Subdirector de Servicios Quirúrgicos, la Jefa del Servicio de Anestesia y Reanimación y el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico. En dichas reuniones se ha puesto en común los criterios de inclusión para la realización de la radiografía simple de tórax como estudio preoperatorio y se han establecido los criterios de indicación y de exclusión de pacientes, se ha estimado qué recursos son necesarios o deben modificarse en el Servicio de Radiodiagnóstico para su implementación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En una revisión preliminar a la implantación definitiva, habiendo iniciado una programación provisional, se ha observado algunos cambios destacables. Durante el año 2017, como referencia de lo que ha sido habitual hasta ahora, se realizaban una media de 20 radiografías simples de Tórax al día, de las cuales 17 se realizaban por debajo de los 65 años recomendados según las guías actuales de práctica clínica, siendo 14 de ellas en menores de 50 años.
Actualmente, el promedio de estudios ha experimentado una ligera reducción (17 estudios preoperatorios por día, una reducción del 15%), de manera que el número de estudios realizados en menores de 65 años ha descendido a 10 (una reducción del 42%) y en menores de 50 años a 3 pacientes por día (una reducción del 80%).
Estas cifras implican una marcada reducción de la radiación innecesaria en población joven, así como del uso de recursos y gasto económico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente una última reunión entre los participantes para concluir en el protocolo definitivo, no realizada por circunstancias ajenas a nuestro servicio. Se espera llevarla a cabo próximamente. En ese protocolo, por una parte se detallará la edad definitiva de corte para la inclusión de los pacientes. Por otra se concretará las modificaciones organizativas que obligan al Servicio de Radiodiagnóstico para adpatarse a las consultas de tarde del Servicio de Anestesia.
La tasa de pacientes no indicados debería ser próxima a 0 en futuros controles

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1509 ========== ***

Nº de registro: 1509

Título
IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Autores:
IBAÑEZ MUÑOZ DAVID, GARCIA SAEZ MARIA PILAR, GUILLEN ANTON JULIA, DE BENITO AREVALO JOSE LUIS, FEIJOO AGESTA ROSA, PINTADO RIVAS PILAR, NAVAS CAMPO RAQUEL, MORENO CABALLERO LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1509

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procedimientos quirúrgicos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hasta el momento actual la radiografía de tórax preoperatoria ha representado una de las pruebas utilizadas para prevenir complicaciones quirúrgicas y detectar patología relevante respecto de la intervención. Estas pruebas complementarias preoperatorias no pueden sustituir el papel de la historia y la exploración clínica del paciente. Los estudios actuales han demostrado que la realización de la radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria rara vez influye en la toma de decisiones del médico en casos de cirugía programada, aporta radiaciones ionizantes innecesarias en muchos casos y no es coste-efectiva.
Las guías actuales de las sociedades de anestesiología y radiología han aportado estas conclusiones y limitan la indicación de la misma a unos pocos casos en los que aumenta la probabilidad de hallazgos significativos.
La utilización indebida y el exceso de solicitudes de dichas radiografías suponen un incremento en el coste y en el tiempo de ocupación de sala de RX que impide utilizar la misma para estudios más rentables e indicados. También implica un aumento de la radiación en población joven, con mayor riesgo de desarrollar enfermedades inducida por la misma.
En el momento actual se están llegando a realizar radiografías a adolescentes sin justificación alguna. Ello supone un incremento de ocupación de tiempo de sala que impide realizar en el mismo equipo exploraciones realmente necesarias, con el incremento que ello supone en las listas de espera

RESULTADOS ESPERADOS
-Estandarizar el uso del nuevo protocolo de radiografía de tórax preoperatoria en un hospital de tercer nivel, de manera que se disminuya la realización sistemática del mismo en casos no indicados, fundamentalmente en personas jóvenes en las que aumenta el riego por radiación acumulada. La población diana del mismo son todas aquellas personas que acudan a la consulta de anestesiología previo a un procedimiento quirúrgico.

-Reducir el porcentaje de radiografías de tórax preoperatorias innecesarias en un 25% respecto al mismo período de tiempo previo a su instauración

-Cuantificar el ahorro derivado de las radiografías innecesarias no realizadas.

-Este proyecto implica directamente en su realización a los servicios de radiodiagnóstico y anestesiología, y en su aplicación a todo médico peticionario de estudios radiológicos preoperatorios.

MÉTODO
Las actividades que se pretenden realizar son:
•Realizar un protocolo actualizado de radiografía de tórax preoperatoria entre los Servicios de Radiología y Anestesiología mediante un máximo de 3 reuniones consecutivas, basándose en la literatura actual más relevante
•Dar a conocer el protocolo a todo el personal médico del hospital mediante una sesión en el salón de actos del centro.
•Enseñanza a los técnicos de radiodiagnóstico con 3 sesiones informativas sobre las indicaciones fundamentales por el responsable del grupo de mejora, ya que ayudarán en la detección de fallos en la implantación del protocolo.

INDICADORES
Los indicadores seleccionados para este trabajo son:

- Valorar el porcentaje de reducción de radiografías de tórax innecesarias realizadas, comparando las exploraciones realizadas previo a la implantación del protocolo y a los 3 meses de la misma, cuantificado durante un período de los 6 meses siguientes:Sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 primeros meses 2019 / sumatorio RX tórax preoperatorios en 6 primeros meses de 2018
-Determinar la reducción de los costes por las exploraciones innecesarias evitadas
-Cuantificar el número de exploraciones alternativas de otra tipología (radiografías musculoesqueléticas, abdominales…) que se han incrementado en su realización ante la liberación del tiempo de sala.

DURACIÓN
La duración y calendario previstos son:
Fecha de inicio: Octubre de 2018
Fecha de finalización: Octubre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1509

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE RADIOGRAFIA DE TORAX PREOPERATORIA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Elaboración del protocolo: 1 mes.
Presentación del mismo a médicos y técnicos de radiodiagnóstico: 1 semana
Información a los servicios hospitalarios peticionarios: 1 sesión
Implantación y rodaje del mismo: 3 meses
Registro de exploraciones realizadas: 6 meses
Cuantificación y memoria de resultados:2meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1547

1. TÍTULO

POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH DOMENE MOROS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO
IÑIGO GIL PABLO
MADARIAGA RUIZ BLANCA
SAINZ MARTINEZ JOSE MARIA
ORTIZ GIMENEZ RAMON
SOLIS GUTIERREZ DIEGO
LOPEZ IBAÑEZ TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades a lo largo de 2018 han sido:
1. Estudio de agenda específica en el servicio de radiodiagnóstico, de crear una prestación específica de estos pacientes, está todavía en elaboración. Actualmente se realizan en una jornada laboral, estos pacientes con las prestaciones de ecografía Doppler renal, ecografía de aparato urinario y ecografía de abdomen. A dichos pacientes además de la valoración renal específica para la poliquistosis se realiza un estudio completo abdominal. Algunos de ellos además se les realiza ecografía Doppler aortoiliaco, si es preciso. La valoración específica renal incluye la medición de los riñones en los 3 ejes del espacio, tomando 3 medidas de cada una y hallando la media. Posteriormente debe realizarse el informe, tratándose de un informe detallado, con incorporación de imágenes clasificadoras por la clínica mayo, al sistema PACs, dicho tiempo requerido de informe es elevado, 45 min.
2. Crear modelo de informe con distintas especificaciones como....eje longitudinal, eje axial y eje transversal, existencia de asimetrías renales, distribución de los quistes, complicaciones de los mismos, existencia de litiasis, de dilatación del sistema pielocalicial, valoración del índice cortico medular....volumen renal total derecho, e izquierdo y clasificación A, B, C, D o E según la clínica Mayo.)
Está pendiente de realizarse agenda específica de RM, estimación de tiempo de informe.
3. Inicio de protocolo de estudio de secuencias de RM.
4.Estudio de 30 pacientes mediante US con PQRAD y familiares, con obtención de 26 pacientes de PQRAD radiológica y clasificación de los mismos mediante la clasificación de la clínica Mayo.
5. Estudio de RM de 2 pacientes con PQRAD, inicio de protocolo de secuencias de RM adaptadas para el estudio de volumen.
6. Comunicación del proyecto y resultados obtenidos mediante sesión hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mediante ecografía se han seleccionado 10 pacientes que son candidatos al tratamiento con Tolvaptan, quedan pendientes de valorar los pacientes límite que precisan de valoración mediante RM. Como la bibliografía refleja, y la aprobación por el ministerio refrenda dichos pacientes mejoraran su calidad de vida y supondrá un costo menor al retrasar su entrada en diálisis.
Tras recibir tratamiento con el fármaco estos pacientes deben seguir sus controles mediante US. Por lo cual el proyecto debe continuar.
En la actualidad se está cumpliendo el calendario, se han recogido los datos, la evaluación de los datos están perfilándose. Y se pretende empezar con el protocolo en Abril.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido muy costoso la elaboración de los estudios de ecografía y realización de informes con la consecuente clasificación, pero se han recogido muchos datos, que posteriormente pueden ser base de futura investigación y valoración de la evolución del paciente. Queda pendiente la valoración del volumen de los pacientes que precisan la realización de RM, se realizará mediante segmentación dicha valoración, de forma semiautomática, también precisa de tiempo de radiólogo en estación de trabajo, pero está ampliamente demostrado en la bibliografía que es necesaria dicha valoración para clasificar a los pacientes si son candidatos al tratamiento.
Importante, queda pendiente la realización y puesta en marcha del protocolo de los pacientes candidatos a la administración del fármaco.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1547 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1547

1. TÍTULO

POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS

Nº de registro: 1547

Título
POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS

Autores:
DOMENE MOROS RUTH, FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO, IÑIGO GIL PABLO, MADARIAGA RUIZ BLANCA, SAINZ MARTINEZ JOSE MARIA, ORTIZ GIMENEZ RAMON, SOLIS GUTIERREZ DIEGO, LOPEZ IBAÑEZ TOMAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Adecuación al tratamiento

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tolvaptán es el primer tratamiento que ha demostrado eficacia en frenar la progresión de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) secundaria a Poliquistosis Hepatorenal Autosómica Dominante (PQRAD). No es un fármaco que pueda o deba administrarse a todos los pacientes. Tan sólo son susceptibles de ser tratados aquellos pacientes con PQRAD cuando están en lo que se denomina fase de Progresador Rápido. Este estado o fase viene en primer lugar definido por criterios de descenso del Filtrado Glomerular (FGe), por la presencia de mutaciones truncantes pero también por criterios radiológicos que se derivan del cálculo del Volumen Renal Total ajustado a la altura (hVRT)
El Tolvaptán es un fármaco caro para el sistema sanitario y que presenta un efecto secundario muy marcado en forma de acuaresis por lo que es fundamental la buena selección de los pacientes susceptibles. Según los estudios TEMPO y las Agencias FDA y AEMA los pacientes valorados en los estadíos 1C, 1D y 1E de la clasificación de la Clínica Mayo para la determinación de la evolución del hVRT de los pacientes con PQRAD serían susceptibles de llevar el fármaco. El Informe de Posicionamiento Terapeútico del Ministerio sólo incluye los grupos 1D y 1E.
Actualmente se está llevando a cabo el Registro de pacientes con PQRAD en nuestra Comunidad, en nuestro Hospital hemos introducido unos 70 pacientes pero faltan todavía por registrar. Calculamos que aproximadamente unos 12-15 pacientes son subsidiarios actualmente de llevar el fármaco. La realización de una Ecografía de estas características lleva más tiempo que el habitual para una ECO abdominal. Durante este tiempo hemos realizado Ecografías a algunos de estos pacientes y hemos generado un circuito especial para estas solicitudes con la idea de centralizar estas solicitudes en uno o como muchos dos radiólogos con el fin de minimizar errores operador-dependientes. La idea es establecer un protocolo y una rutina de ecografía para estos pacientes no solo con el objetivo de estudiar la indicación del fármaco sino para mejorar la asistencia y forma de estudiar la evolución de esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS
- Crear un Proceso en la sección de abdomen del Servicio de Radiodiagnóstico para el estudio mediante US y RM de pacientes con PQRAD
- Establecer el tiempo de agenda necesario para la realización de las ecografías y de las RM de estos pacientes.
- Aplicar los criterios de la Clasificación de la Clínica Mayo para estas ecografías.
- Establecer circuito directo de pacientes que precisen de estudios de RM.

MÉTODO
Reuniones periódicas con nefrología para definir la forma de las solicitudes y el mecanismo de citaciones a seguir.
Realización de los estudios radiológicos aplicando los criterios de Clasificación de la Clínca Mayo

INDICADORES
- Valorar cuantos pacientes han sido estudiados mediante:
  US
  RM
- Valorar cuantos de estos pacientes han sido susceptibles del fármaco por los criterios radiológicos.
- Porcentaje de pacientes clasificados en cada grupo (A,B,C,D,E)

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1547

1. TÍTULO

POLIQUISTOSIS HEPATORENAL AUTOSOMICA DOMINANTE (PQRAD). VALORACION RADIOLOGICA DE NUEVOS TRATAMIENTOS

Recogida de datos desde Enero 2018 hasta Diciembre 2018
Evaluación de los datos: Enero a Marzo de 2019
Puesta en marcha y elaboración de protocolo; Abril 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0107

1. TÍTULO

DISEÑO DE CURSOS ON-LINE EN LA PLATAFORMA MOODLE, DESTINADOS A LA FORMACION CONTINUADA DELPERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN LAS UNIDADES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS X

Fecha de entrada: 07/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES RIVAS BALLARIN
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANELLAS ANOZ MIGUEL
RUIZ MANZANO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como estaba previsto, realizaron los cursos:
“Protección radiológica para personal que dirige u opera equipos de rayos X con fines médicos”, dirigido a facultativos, TSID y DUE.
“Protección radiológica para personal de enfermería relacionado con el uso de equipos de rayos X” dirigido a DUE y TCAE.
Durante el primer trimestre de 2016 se elaboraron los contenidos de los cursos en la plataforma de teleformación del SALUD, y en abril se solicitó la acreditación ante la Comisión de Formación Continuada para las Profesiones Sanitarias.Los cursos fueron acreditados con 3,1 y 1,4 créditos respectivamente. En el mes de septiembre, a la apertura del periodo de inscripción, se envió un e-mail a los Servicios a los que iban dirigidos los cursos, comunicando la existencia de los mismos.
Los cursos estuvieron disponibles en la plataforma entre el 16 de octubre y el 4 de noviembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
“Protección radiológica para personal que dirige u opera equipos de rayos X con fines médicos”
Matriculados: 96
Aptos: 77 (80,2%)

“Protección radiológica para personal de enfermería relacionado con el uso de equipos de rayos X”
Matriculados: 17
Aptos: 11 (64,7%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implementación de cursos en una plataforma e-learning resulta de gran utilidad para llegar a un gran número de trabajadores, sin provocar alteraciones en la labor asistencial ni afectar a los turnos de trabajo. Las herramientas que proporciona la plataforma permiten hacer un seguimiento individualizado de los alumnos, permitiendo valorar el esfuerzo realizado

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/107 ========== ***

Nº de registro: 0107

Título
DISEÑO DE CURSOS ON-LINE EN LA PLATAFORMA MOODLE, DESTINADOS A LA FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN LAS UNIDADES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS X

Autores:
RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES, CANELLAS ANOZ MIGUEL, RUIZ MANZANO PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Exploraciones con rayos X
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0107

1. TÍTULO

DISEÑO DE CURSOS ON-LINE EN LA PLATAFORMA MOODLE, DESTINADOS A LA FORMACION CONTINUADA DELPERSONAL QUE PRESTA SERVICIOS EN LAS UNIDADES QUE UTILIZAN EQUIPOS DE RAYOS X

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El RD 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico y RD 1085/2009, de 3 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre Instalación y Utilización de Aparatos de Rayos X con Fines de Diagnóstico Médico establecen la necesidad de proporcionar formación continuada en protección radiológica al personal que maneja equipos de rayos X o desarrolla su trabajo en unidades donde está expuesto a ese tipo de radiación.
Por ello, se ha considerado la conveniencia de desarrollar cursos de formación en modalidad online, para que todo el personal implicado pueda participar en estos cursos, sin afectar al correcto funcionamiento de servicios o unidades.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar la formación en protección radiológica del personal de los servicios de radiodiagnóstico (facultativos y enfermería) y de otros servicios o unidades que se sirven de los rayos X para su actividad asistencial, como son; cardiología, traumatología, urología, neurocirugía, cirugía vascular, digestivo, anestesiología.
De esta forma se espera mejorar la percepción del riesgo por parte de los trabajadores para, de esa forma, aplicar correctamente las medidas de protección para ellos mismos y para los pacientes.

MÉTODO
Se proponen dos cursos:
“Protección radiológica para personal que dirige u opera equipos de rayos X con fines médicos”, dirigido a facultativos de las especialidades mencionadas en el apartado anterior, así como a TSID y DUE que operan equipos de rayos X a demanda de esos facultativos.

“Protección radiológica para personal de enfermería relacionado con el uso de equipos de rayos X”, va dirigido a DUE y TCAE que desarrollan su trabajo en unidades donde se utilizan equipos de rayos, pero no son responsables de su manejo.
El ámbito es: Sector III, Hospital Ernest Lluch, Hospital Obispo Polanco, Hospital San José de Teruel, Hospital Comarcal de Alcañiz.

INDICADORES
Indicadores a evaluar: Nº de cursos diseñados
Nº de cursos realizados
% del personal inscrito que ha superado los cursos
A partir de la plataforma Moodle, donde se desarrollan los cursos, se obtiene información sobre el número de personas inscritas y se puede hacer un seguimiento individualizado de sus actividades dentro de los mismos.

DURACIÓN
Fecha inicio: Enero/16 Fecha final: Noviembre /16
Cronograma: Enero: Identificación de los posibles destinatarios, priorización y reparto de tareas entre los miembros del equipo./ Febrero: Elaboración de objetivos y contenidos de los cursos/ Marzo: Solicitar reconocimiento créditos de formación continuada/ Septiembre lanzar los cursos en la Plataforma Moodle/Noviembre: Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0132

1. TÍTULO

CONTROL DE DOSIS ADMINISTRATIVAS ASIGNADAS POR PERDIDA DE INFORMACION DOSIMETRICA DEBIDA AL NO CAMBIO MENSUAL DE DOSIMETRO. ELABORACION DE ESTADISTICAS. ANALISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES DERIVADAS

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ..... PABLO ORTEGA PARDINA
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANELLAS ANOZ MIGUEL
RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES
GARCIA ROMERO ALEJANDRO
CASTEJON ANDRES CARMEN
AGUIRRE COLLADO AURORA
FERRER GONZALEZ LUISA
RUIZ MANZANO PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha diseñado y elaborado una hoja de cálculo en formato Excel de Microsoft, para el seguimiento del grado de cumplimiento de la determinación de la dosis mensual de trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes, de acuerdo con lo contemplado en el reglamento de protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes.

El análisis y desarrollo de la aplicación, se realizó a lo largo del primer trimestre de 2016. Se comenzó a implementar a partir de marzo de 2016, analizando los primeros resultados, y añadiendo mejoras en el diseño y explotación de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mediante esta aplicación se elaboran de forma cuantitativa y cualitativa y en tiempo real de los indicadores que se describen a continuación:

- % de dosis administrativas.
- % de no cambios de dosímetro realizados en el mes clasificados por causa de los mismos.

Otros indicadores obtenidos:
- % de portadores que reciben dosis inferiores al límite de público.
- % de portadores que reciben dosis superiores al límite de público e inferiores a 3/10 del limite de dosis de los trabajadores expuestos.
- % de portadores que reciben dosis superiores a 3/10 del limite de dosis e inferiores al límite de dosis de los trabajadores expuestos.

Mensualmente se elabora y remite a la gerencia del sector un informe con los valores de los indicadores correspondientes.

También se elaboran los escritos personales destinados a los trabajadores controlados dosimétricamente que no proceden al cambio mensual del dosímetro. Este escrito lo firma el Gerente del Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La posibilidad de obtener mensualmente en tiempo real los indicadores antes mencionados, permiten una gestión mas ágil y realista de la protección radiológica de los trabajadores expuestos del sector. Por este motivo, su uso tiene una continuidad en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/132 ========== ***

Nº de registro: 0132

Título
CONTROL DE DOSIS ADMINISTRATIVAS ASIGNADAS POR PERDIDA DE INFORMACION DOSIMETRICA DEBIDA AL NO CAMBIO MENSUAL DE DOSIMETRO. ELABORACION DE ESTADISTICAS. ANALISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES DERIVADAS

Autores:
ORTEGA PARDINA PABLO, CANELLAS ANOZ MIGUEL, RIVAS BALLARIN MARIA ANGELES, GARCIA ROMERO ALEJANDRO, CASTEJON ANDRES CARMEN, AGUIRRE COLLADO AURORA, FERRER GONZALEZ LUISA, RUIZ MANZANO PEDRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0132

1. TÍTULO

CONTROL DE DOSIS ADMINISTRATIVAS ASIGNADAS POR PERDIDA DE INFORMACION DOSIMETRICA DEBIDA AL NO CAMBIO MENSUAL DE DOSIMETRO. ELABORACION DE ESTADISTICAS. ANALISIS DE RESULTADOS Y ACCIONES DERIVADAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El reglamento de protección Sanitaria contra las radiaciones ionizantes, exige que para los trabajadores expuestos, se determine la dosis con periodicidad mensual. El Consejo de Seguridad Nuclear decidió el año 2008 asignar dosis administrativas a aquellas personas de las que se pierda información dosimétrica, ya sea por no realizar correctamente el cambio de dosímetro, o bien por pérdida del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Obtención cuantitativa y cualitativa y en tiempo real de los indicadores que se describen en el apartado 7.
Elaboración de los escritos personales destinados a los trabajadores controlados dosimétricamente que no proceden al cambio de dosímetro. Este escrito lo firma el Gerente del Hospital.

MÉTODO
Desarrollo mediante hoja excel y programación en Visual Basic de rutinas y macros para la gestión de las pérdidas y no cambios mensuales de los dosímetros personales.

INDICADORES
% de dosis administrativas.
% de no cambios

DURACIÓN
Fecha inicio: Enero 2016 Fecha final: -----
Cronograma:
-Análisis de la aplicación, desarrollo de la misma Enero/Febrero 2016
-Curva de aprendizaje y mejora de la aplicación de Marzo de 2016 a octubre de 2016
-Explotación de resultados: a partir de octubre de 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0171

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GARCIA ROMERO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN CEBRIAN ESTHER
ORTEGA PARDINA PABLO
HERNANDEZ VITORIA ARACELI
LOPEZ MATA MIRIAM
SERRANO ZABALETA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2016 se realizó la puesta en marcha de una hoja de cálculo donde se registraron todas las incidencias en las unidades de tratamiento de radioterapia externa en las que interviene el Servicio de Física. La hoja recoge el tipo de incidencia, si la soluciona el servicio de física o se requiere intervención del servicio técnico y si supone una parada, evaluándose el coste en huecos de tratamiento de pacientes de la misma. Una parada no tiene por qué conllevar pérdida de huecos de tratamiento si es solucionada a tiempo. Se ha procedido a la elaboración de informes semestrales que fueron enviados al servicio de Radioterapia, trasmitiéndose también la información al servicio técnico. Se evaluó el coste en recursos que suponen las averías e incidencias para el servicio de Física.
El principal cliente de esta actividad es el Servicio de Oncología Radioterápica, que recibe un informe detallado de los huecos perdidos por avería y de la actividad del Servicio de Física que permite que la pérdida de huecos no sea mayor. Indirectamente la dirección del hospital se beneficia de las posibilidades de este análisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultados
1 de Diciembre de 2015 a 30 de Noviembre de 2016
Incidencias totales en ambos aceleradores …….117
Incidencias solucionadas por el Servicio de Física ……47
Incidencias solucionadas por el Servicio Técnico……64
Incidencias solucionadas por Servicios Técnicos HCUZ…5
Incidencias por 5 días de tratamiento……. 1.17
Paradas totales…….. 44
Paradas solucionadas por el Servicio de Física…….11
Paradas solucionadas por el Servicio Técnico……27
Paradas solucionadas por empresa externa autorizada…2
Paradas por 5 días de tratamiento…….0.42
Horas efectivas de parada…….289.5
Huecos perdidos……..1158
Porcentaje de huecos perdidos frente a huecos totales disponibles 4%

Con respecto a las paradas, un 25% son solucionadas por el servicio de física y eso supone una disminución en los huecos perdidos, ya que la necesidad de que el servicio técnico acuda genera una potencial pérdida de huecos debido al tiempo de demora. El servicio de Física está capacitado para solucionar determinadas paradas que no requieren recambio de piezas y que por software o mediante el reseteo de determinados interruptores pueden ser solucionadas.
De acuerdo con los resultados obtenidos se han modificado los indicadores propuestos a comienzos de 2016 por otros que se han estimado más oportunos: Porcentaje de huecos perdidos frente a huecos totales disponibles, porcentaje de incidencias solucionadas por el Servicio de Física y porcentaje de paradas solucionadas por el Servicio de Física:

Porcentaje de huecos perdidos frente a huecos totales disponibles 4%. El estandar queda establecido en un máximo del 7%. Si en algún año se supera este valor será necesario investigar la causa, posiblemente el problema estuviera en el tiempo de respuesta del servicio técnico y tendría que ver con el contrato de mantenimiento de las unidades de tratamiento, o bien con imponderables (en enero de 2017, por ejemplo, una inundación ajena al servicio técnico dejó durante dos semanas sin servicio el Acelerador Oncor)
Porcentaje de incidencias solucionadas por el Servicio de Física 40%. Un valor superior al 10% ya es un buen dato sobre la repercusión del trabajo del Servicio de Física en la solución de incidencias.
Porcentaje de paradas solucionadas por el Servicio de Física 25%. Un valor superior al 5% ya es un buen dato sobre la repercusión del trabajo del Servicio de Física en la solución de paradas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La información que proporciona la hoja de cálculo y su análisis semestral y anual permite analizar la repercusión de las incidencias y paradas en los tratamientos de radioterapia, y por extensión en la calidad de los tratamientos. La comunicación periódica con el Servicio de Radioterapia permite evaluar las tendencias de cada unidad de tratamiento y valorar el trabajo relacionado con las averías que el Servicio de Física realiza

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0171

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

en las unidades.
Esta estadística anual va a permitir además analizar si la extendida idea de que la vejez de las unidades aumenta el número de turnos perdidos de las mismas es algo constatable empíricamente.
La información es en cualquier caso valiosa para ver el impacto que tiene la atención de las incidencias en las demoras de tratamiento, así como para llevar un registro de las averías más frecuentes.

7. OBSERVACIONES.
Los indicadores han sido cambiados con respecto a los iniciales del proyecto, en función de la experiencia y de la propia definición de indicador.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/171 ========== ***

Nº de registro: 0171

Título
SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

Autores:
GARCIA ROMERO ALEJANDRO, MILLAN CEBRIAN ESTHER, ORTEGA PARDINA PABLO, HERNANDEZ VITORIA ARACELI, LOPEZ MATA MIRIAM, SERRANO ZABALETA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detectó una falta de registro de las averías e incidencias que se producen en los aceleradores de radioterapia externa en el servicio de radioterapia del HCUZ. Si bien todas las averías se registran de acuerdo a los procedimientos establecidos, no existe un método rápido para evaluar el coste de las mismas en huecos de tratamiento. Además, muchas incidencias son solucionadas por personal del Servicio de Física y este tipo de acciones no estaban contabilizadas ni registradas. En definitiva, se trata de buscar la manera de poder resumir semestralmente todas las incidencias y averías, su coste, el personal implicado y los plazos de resolución.

RESULTADOS ESPERADOS
Al obtener un registro detallado en un solo documento de incidencias y averías, tiempos de respuesta, personal implicado y consecuencias, se puede analizar rápìdamente las tendencias de cada unidad y su evolución semestral.
Resultados detallados son:

1. Tiempo medio de solución de averías en las que interviene el servicio técnico
2. Tiempo medio de solución de incidencias en las que interviene el servicio de física
3. Frecuencia y número de averías e incidencias por unidad de tratamiento
4. Huecos de tratmiento perdidos en cada unidad y porcentaje con respecto al número total de huecos
5. Posibilidad de elaborar un informe detallado para el Servicio de oncología radioterápica

MÉTODO
Puesta en marcha de una hoja de cálculo donde se registran todas las incidencias en las unidades de tratamiento de radioterapia externa en las que interviene el Servicio de Física. Se consignará el tipo de incidencia, si la soluciona el servicio de física o se requiere intervención del servicio técnico y si supone una parada, evaluándose el coste en huecos de tratamiento de pacientes de la misma y los tiempos medios de intervención. Se procederá a la elaboración de informes que serán enviados al servicio de Radioterapia, trasmitiéndose también la información al servicio técnico. Se computará el coste en recursos que suponen las averías e incidencias para el servicio de Física y se tratará de establecer un registro que ayude al mantenimiento preventivo.

INDICADORES
Número de informes hasta Junio de 2016: Deberán ser dos informes, correspondientes a Diciembre de 2016 y a Junio de 2016.

Número de averías con parte a Servicio técnico anotadas en la hoja: Al menos un 95% de las averías con parte

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0171

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE AVERIAS EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

en las carpetas existentes a tal efecto en las unidades de tratamiento deberán estar consignadas en la nueva hoja de cálculo.

DURACIÓN
El proyecto se pone en marcha en Junio de 2016, llegando hasta Junio de 2017 para la recopilación de la información generada en un año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1031

1. TÍTULO

ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GARCIA ROMERO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANELLAS ANOZ MIGUEL
HERNANDEZ ABADIAS ARACELI
MILLAN GINER ESTHER
ORTEGA PARDINA PABLO
FERRER LUISA
AGUIRRE COLLADO AURORA
BAQUERIZO CASTAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se puso en marcha una hoja de cálculo donde se registraron todas las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha digital o en papel, relacionadas con la recepción de la ficha en física, es decir, el origen de la incidencia es ajeno al Servicio de Física pero se detecta durante el procesado del plan del paciente. Se consignó el tipo de incidencia y se ha evaluado el posible efecto en la realización de la dosimetría clínica. Inicialmente el sistema de entrada de datos era la ficha en papel, con su hoja de simulación, sus datos de prescripción y las restricciones para los órganos de riesgo escritas en la misma. Del lado electrónico los datos pasan al servicio de física a través del sistema de planificación PCRT, generalmente con la tomografía computarizada de simulación (TC) del paciente y una serie de volúmenes dibujados y segmentados en el mismo en el mismo (volúmenes objetivo del plan PTVs y órganos de riesgo OARs)
A raíz de la introducción del nuevo acelerador True Beam (Junio 2018) la carga de trabajo aumentó notablemente en el servicio y el cambio en los procedimientos unido al hecho de que a partir de Septiembre de 2018 se introduce el nuevo sistema de registro y verificación ARIA y su sistema de planificación asociado ECLIPSE, ambos de la empresa VARIAN, se ha producido un retraso en el presente proyecto. Los datos en la hoja de cálculo se introdujeron de manera fluida hasta Mayo de 2018 pero posteriormente se canceló la introducción debido a que la fase de aprendizaje del nuevo sistema supuso un incremento transitorio de las incidencias a la llegada de la ficha a física, por lo que se decidió esperar a iniciar un nuevo registro cuando todas las novedades se estabilizaran. Esto supuso una adaptación de la acción de mejora ya que supone una nueva manera de introducir los datos en el sistema, que de manera progresiva afectará a todos los tratamientos y culminará con la adopción total de la ficha electrónica a finales de 2019. Este periodo de transición ha ido dejando nuevos tipos de incidencias que han sido analizadas dentro de la presenta acción.

El número total de dosimetrías clínicas que han entrado en el servicio de física durante 2018 han sido 1035. Una replanificación se considera una nueva dosimetría clínica.

El cuadro resumen que se ha generado tras todas las modificaciones mencionadas presenta el siguiente aspecto
Dato Soporte Incidencias detectadas
Prescripción
Ficha en papel/PTV del plan/Prescripción en ARIA
Restricciones OARs
Ficha en papel/Prescripción en ARIA
TC del paciente: Asignado correctamente
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)
TC del paciente: Marcas de colocación
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)
TC del paciente: Orientación correcta de las imágenes
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)
TC del paciente: Nuevo TC tras modificación de un tratamiento inicial
TC en PCRT (Oncor) y en ECLIPSE (True Beam)
Plantilla localización (si es estándar)
Contornos en PCRT,
Plantilla de contornos en Eclipse
Contorno externo mal
Contornos en PCRT y ECLIPSE (es automático)
OARs defectuosos
Contornos en PCRT y ECLIPSE
PTVs mal diseñados
Contornos en PCRT y ECLIPSE
Hoja de simulación incorrecta
Ficha en papel/documento dinámico
TOTAL:

Si se reorganizan las incidencias en función del tipo de problema que puede suponer para el tratamiento de pacientes tendríamos la siguiente tabla:
Clasificación según la repercusión del tipo de incidencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1031

1. TÍTULO

ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Repercusión Número Descripción
Leve
Moderada
Grave

La clasificación de las incidencias es independiente de las barreras posteriores para la detección de errores relacionadas con las mismas.
Posible indicador: porcentaje de incidencias detectadas con respecto al total de dosimetrías clínicas entrantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento se ha rediseñado el cuadro de incidencias y se ha identificado un indicador a consignar, de tal modo que a lo largo de 2019 se esperan tener resultados definitivos o un indicador robusto que permita tras la realimentación de la fuente de datos, en este caso médicos y técnicos del servicio de radioterapia, la evaluación de la mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en marcha del nuevo sistema ha supuesto una demora en la estabilización del registro de incidencias. Sin embargo se ha diseñado un cuadro actualizado de registro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1031 ========== ***

Nº de registro: 1031

Título
ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

Autores:
GARCIA ROMERO ALEJANDRO, CANELLAS ANOZ MIGUEL, ORTEGA PARDINA PABLO, FERRER GONZALEZ LUISA, AGUIRRE COLLADO AURORA, BAQUERIZO CASTAN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE ONCOLÓGICO
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El registro de incidencias en todas las etapas del proceso de radioterapia es un elemento fundamental para la evaluación del riesgo y para la efectividad de las acciones de mejora. En esta línea desde el servicio de física se han venido poniendo en marcha registros que han cubierto diversos aspectos de dicho proceso. Por un lado derivado de proyectos previos se anotan y analizan las incidencias detectadas por el cliente con respecto al producto principal del servicio de física en radioterapia, el plan de tratamiento (véase la actividad de mejora "Seguimiento de incidencias no detectadas en la revisión por parte de Física de las fichas de tratamiento de radioterapia externa.", del año 2017. Por otro lado todas las incidencias de las unidades de tratamiento con respecto a interrupciones y paradas se registran en formato papel y en también en formato digital desde el año 2015, lo que permite generar un informe de interrupciones y paradas periódicamente. Por último, las incidencias en el tratamiento de los pacientes, que se registran semanalmente, genera un informe semanal a la unidad de radioterapia para que se pongan en marcha las medidas correctoras pertinentes. Esta nueva acción de mejora viene a poner el foco en otra de las etapas del proceso, la recepción de la información para tratamiento por parte de nuestro servicio, con lo cual se ampliará la información sobre defectos o aspectos en los que mejorar la producción previa a dicha recepción, responsabilidad de la unidad de radioterapia.

RESULTADOS ESPERADOS
Registrar las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha de tratamiento de radioterapia que se recibe, tanto los datos digitales como los de soporte en papel. Analizar las mismas para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1031

1. TÍTULO

ANALISIS DE INCIDENCIAS EN LA RECEPCION POR PARTE DE FISICA DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

incidir en la mejora de la calidad de dicha información.

MÉTODO
Cronograma: Enero: Puesta en marcha de una hoja de cálculo donde se registrarán todas las incidencias o faltas detectados por el personal de física en la ficha digital o en papel, relacionadas con la recepción de la ficha en física. Se consignará el tipo de incidencia, evaluándose el posible efecto en la realización de la dosimetría clínica.

INDICADORES
Posible indicador: porcentaje de incidencias detectadas con respecto al total de dosimetrías clínicas entrantes. Diciembre: Análisis de resultados. Se procederá a la elaboración de informes que serán difundidos a todos los miembros el servicio de Física relacionados con el proceso de radioterapia así como a la unidad de radioterapia, retroalimentándose a su vez el proceso de preparación de fichas para la dosimetría clínica.

DURACIÓN
Fecha inicio: Febrero/18 Fecha final: Diciembre/18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1043

1. TÍTULO

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELESDE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER JIMENEZ ALBERICIO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ MANZANO PEDRO
CANELLAS ANOZ MIGUEL
AGUIRRE COLLADO AURORA
FERRER GONZALEZ LUISA
BAQUERIZO CASTAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En la Unidad de Hemodinámica se realizan básicamente 7 tipos de intervenciones (1= Angiografía Coronaria, 2=Angioplastia, 3=Angiografía+angioplastia, 4 = Angioplástia de Oclusión total crónica, 5 = TAVI; 6 = cierres de fuga periprotésica (LEAK); 7 = procedimiento estructural terapéutuco). El proyeccto de mejora consiste en obtener los niveles de referencia de dosis para esos procedimientos en función de la complejidad del mismo según el criterio de los especialistas que las realizan y en función de la vía de acceso. Para ello se utilizará el software de registro de dosis DOLQA instalado en pruebas desde julio de 2017. También servirá para aportar estos datos en un proyecto a nivel nacional llamado DOCCACI liderado desde el servicio de física y PR del hospital San Carlos de Madrid.
También se controlarán las dosis en piel de los pacientes. De los valores estimados y/o registrados se desprenderá si la dosis máxima en piel que reciben estos pacientes puede dar lugar efectos radioinducidos como eritema o quemaduras. Los primeros pueden aparecer después de la irradiación de aproximadamente 3 Gy y los segundos tras la irradiación de 5 Gy, según ICRP 103. IAEA indica que el Eritema transitorio temprano se podría producir con dosis superiores a 2 Gy. En estos pacientes, es recomendable hacer un seguimiento posterior para detectar posible daños en la piel cuando el valor de Kerma en aire registrado por el equipo supere un determinado valor (entre 3-5 Gy).
Se pretende informar a los especialistas que realizan estos procedimientos para que hagan un seguimiento de esos pacientes y para que tomen las medidas oportunas.
La estimación se ha realizado a partir de los datos facilitados por el sistema DOLQA y por los facultativos de la Unidad de Hemodinámica de este hospital, correspondiente al periodo de junio a octubre de 2018 con un total de 514 procedimientos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han encontrado diferencias significativas en función de la vía de acceso. Tampoco se obtienen diferencias significativas entre los grupos Angioplastia y Angiografía + Angioplastia, lo que nos induce a considerar que en próximos estudios estos pacientes se analicen como un único grupo. Se han obtenido valores medios de Dosis piel (mGy), PDA (mGy.cm2) y Tiempo por tipo de procedimiento y por dificultad. Se ha enviado informes de los resultados al servicio de hemodinámica. Por otra parte, considerando que los valores de PDA pueden utilizarse como indicadores de la dosis máxima en piel que ha podido recibir el paciente, en la literatura se establecen niveles de acción para la prevención y seguimiento de posibles efectos tisulares en piel. Gracias a que con el software de DOLQA podemos evaluar y estimar como se ha distribuido la dosis en piel, se han analizado los 1189 procedimientos llevados a cabo en 2018 y sólo hemos encontrado 9 pacientes con dosis en piel entre 2000 y 3000 mGy y 5 pacientes entre 3000 y 4000 mGy. Ninguno supera los 5000 mGy. Estos pacientes han sido objeto de seguimiento por parte de los facultativos de hemodinámica y ninguno de ellos ha mostrado efectos tisulares en piel.
Si se comparan con los valores de referencia establecidos por otros países (tercer cuartil), los resultados obtenidos en esta Unidad se hallarían dentro de valores aceptables.
Hasta noviembre de 2018 se han tomado datos de más de 2600 pacientes que serán aportados al proyecto DOCCACI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se continuará con este estudio para aportar datos al proyecto DOCACCI y deberemos establecer un procedimiento para la vigilancia de las posibles lesiones en piel de los pacientes debidas a la radiación ionizante utilizada.
Se ha observado que muy pocos pacientes superan los 3000 mGy y que por debajo de 5000 mGy no se ha observado efectos en la piel de los pacientes.
Ningún paciente supero los 5000 mGy.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1043 ========== ***

Nº de registro: 1043

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1043

1. TÍTULO

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELESDE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

Título
ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELES DE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

Autores:
RUIZ MANZANO PEDRO, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, CANELLAS ANOZ MIGUEL, AGUIRRE COLLADA AURORA, FERRER GONZALEZ LUISA, BAQUERIZO CASTAN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EXPLORACIONES HEMODINÁMICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la Unidad de Hemodinámica se realizan básicamente 7 tipos de intervenciones (1= Angiografía Coronaria, 2=Angioplastia, 3=Angiografía+angioplastia, 4 = Angioplastia de Oclusión total crónica, 5 = TAVI; 6 = cierres de fuga periprotésica (LEAK); 7 = procedimiento estructural terapéutico). Dichos procedimientos pueden conducir en algunos casos a dosis altas en piel.
El nuevo software DOLQA de registro es una muy buena oportunidad para poder registrar las dosis que reciben los pacientes en procedimientos guiados por rayos-X. Su aplicación en hemodinámica resulta de alto interés.

RESULTADOS ESPERADOS
La acción de mejora consiste en obtener los niveles de referencia de dosis para esos procedimientos en función de la complejidad del mismo según el criterio de los especialistas que las realizan y en función de la vía de acceso. Se pretende informar a los especialistas que realizan estos procedimientos para que hagan un seguimiento de esos pacientes y para que tomen las medidas oportunas.

MÉTODO
Para ello se utilizará el software de registro de dosis DOLQA instalado en pruebas desde julio de 2017. También servirá para aportar estos datos en un proyecto a nivel nacional llamado DOCCACI liderado desde el servicio de física y PR del hospital San Carlos de Madrid.
También se controlarán las dosis en piel de los pacientes. De los valores estimados y/o registrados se desprenderá si la dosis máxima en piel que reciben estos pacientes puede dar lugar efectos radioinducidos como eritema o quemaduras. Los primeros pueden aparecer después de la irradiación de aproximadamente 3 Gy y los segundos tras la irradiación de 5 Gy, según ICRP 103. IAEA indica que el Eritema transitorio temprano se podría producir con dosis superiores a 2 Gy. En estos pacientes, es recomendable hacer un seguimiento posterior para detectar posible daños en la piel cuando el valor de Kerma en aire registrado por el equipo supere un determinado valor (entre 3-5 Gy).

INDICADORES
Posible indicador: porcentaje de procedimientos para los que no se obtienen valores de referencia respecto de aquellos procedimientos con recolección de más de diez valores.

DURACIÓN
Fecha inicio: Marzo/18 Fecha final: Noviembre/18
Marzo-septiembre: Toma de datos.
Octubre: análisis de datos.
Noviembre: Obtención de los niveles de referencia locales y valoración general de las dosis en piel registradas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1043

1. TÍTULO

ESTIMACION Y CONTROL DE LAS DOSIS DE LOS PACIENTES DE HEMODINAMICA. OBTENCION DE NIVELESDE REFERENCIA LOCALES EN FUNCION DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1523

1. TÍTULO

PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTOMETABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PEDRO RUIZ MANZANO
· Profesión ..... RADIOFISICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. RADIOFISICA HOSPITALARIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PRATS RIVERA ENRIQUE
JIMENEZ ALBERICIO JAVIER
FERRER GONZALEZ LUISA
BAQUERIZO CASTAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se redactó un documento que ha sido evaluado por los miembros del proyecto en varias reuniones y se ha trabajado por correo electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha elaborado un documento final consensuado de NORMAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL PERSONAL DE HEMODIÁLISIS CON PACIENTES TRATADOS CON ISÓTOPOS RADIACTIVOS EN MEDICINA NUCLEAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El documento ha sido bien aceptado y se ha aplicado una vez desde su creación.
Cada vez que haya un paciente tratado con isótopos radiactivos que deba ser dializado se seguirán las normas establecidas y todo el personal involucrado conocerá los riesgos y los modos de actuación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1523 ========== ***

Nº de registro: 1523

Título
PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTO METABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS

Autores:
RUIZ MANZANO PEDRO, PRATS RIVERA ENRIQUE, ALVAREZ LIPE RAFAEL, CANELLAS ANOZ MIGUEL, JIMENEZ ALBERICIO JAVIER, FERRER GONZALEZ LUISA, AGUIRRE COLLADO AURORA, BAQUERIZO CASTAN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Protección radiológica de trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha dado algún caso de tener que realizar diálisis a un paciente en tratamiento metabólico mediante isótopos radiactivos.

RESULTADOS ESPERADOS
El objeto de este proyecto es establecer las pautas de protección radiológica de trabajadores de la unidad de diálisis cuando se de el caso de tener un paciente con tratamiento metabólico mediante isótopos radiactivos.

MÉTODO
Desarrollo de un protocolo conjunto de la Unidad de Diálisis, Servicio de Medicina Nuclear y Servicio de Protección Radiológica, que incluya información y formación inicial en materia de protección radiológica del personal de enfermería de la unidad de diálisis, que vayan a atender este tipo de pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1523

1. TÍTULO

PAUTAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN LA UNIDAD DE DIALISIS CON PACIENTES CON TRATAMIENTOMETABOLICO MEDIANTE ISOTOPOS RADIACTIVOS

INDICADORES
El objetivo final es que en todos los casos de Diálisis de pacientes en tratamiento metabólico, el personal de enfermería que atienda estos paciente reciba la información y formación en materia de proteccióon radiológica adecuada a esta situación especial.

DURACIÓN
Dado que la frecuancia de estos casos es muy baja, la duración de la implantación no es previsible a corto plazo, por eso se propone realizar seminario con el personal de enfermería de la unidad.
Fecha inicio: Junio 2018
Fecha Final: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0196

1. TÍTULO

MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANOBLESA Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL

Fecha de entrada: 21/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANA JESUS REGLA RAUFAST
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ PLUMED ANA VICTORIA
ESTERUELAS CUARTERO PAULA
IBAÑEZ VICENTE ANGELA
GARIJO CAMARA ROSARIO
SANCHEZ PEREZ ESTER
HERRERA SERRANO ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se amplió y modificó el Power Point utilizado en las sesiones de los talleres, y se modificaron y se ampliaron con dos videos mas el material audiovisual para incluirlos en la pag web del hospital y en la Intranet.
A partir del mes de septiembre se incluyeron los nuevos videos en los Talleres y se aumentaron los items en la encuesta con dos preguntas sobre los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 20/09/2017 hasta el 01/12/2017 y durante estos tres meses han acudido 57 personas al taller, de los cuales 29 eran cuidadores y contestaron el 100% a la encuesta realizada.
El 93% contestó satisfactoriamente a la encuesta y comprendió perfectamente los vídeos
La fuente es el registro de asistencia de los talleres llevado a cabo por Enf. Gestora De Casos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos mejorado la comunicación entre las expectativas de los asistentes a los talleres y los profesionales que los imparten, dinamizando las sesiones. Al modificar y ampliar el material audiovisual se ha disminuido la variabilidad de la información proporcionada, por los distintos profesionales que imparten los talleres.

7. OBSERVACIONES.
Debido a un problema informático no se ha podido realizar la inclusión de los vídeos en la intranet y en la pag web, quedando pendiente la resolucion de dicho problema y la actuación final

*** ========== Resumen del proyecto 2016/196 ========== ***

Nº de registro: 0196

Título
MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANO BLESA Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL

Autores:
REGLA RAUFAST ANA JESUS, SANZ PLUMED ANA VICTORIA, ESTERUELAS CUARTERO PAULA, IBAÑEZ VICENTE ANGELA, GARIJO CAMARA ROSARIO, SANCHEZ PEREZ ESTER, HERRERA SERRANO ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CUIDADORES DE PACIENTES CRONICOS Y DEPENDIENTES
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Año 2005
Se realizó un estudio de investigación entre cuidadores principales de los pacientes ingresados con patología crónica y dependientes en 8 unidades de H.C.U.
Se comprueba que al alta la mayoría van a domicilio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0196

1. TÍTULO

MEJORA DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE LOS TALLERES A CUIDADORES QUE SE IMPARTEN EN H.C.U LOZANOBLESA Y SU DIFUSION A TRAVES DE LA INTRANET Y PAGINA WEB DEL HOSPITAL

Objetivos:
- Mostrar consejos útiles para hacer frente a los problemas del día a día.
- Cuidar y cuidarse.

Año 2009
- Impartición del primer taller.
- Dejan de impartirse los talleres en 2011.

Año 2014
- Se reinicia la impartición de los talleres con nuevo equipo de trabajo.

Año 2016
-Transcurridos estos años se detecta la necesidad de actualizar y ampliar el material audiovisual con el que se estaba trabajando hasta el momento.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la calidad de la información y del material audiovisual con el que se está trabajando hasta este momento.
- Difusión del material audiovisual a través de la intranet y página web del hospital.

MÉTODO
- Ampliar y modificar la presentación del power point.
Responsables: Rosario Garijo y Ester Sanchez.
- Ampliar y modificar los videos de movilización.
Responsables: Ana Jesús Regla, Ana Victoria Sanz, Ana Isabel Herrero y Paula Esteruelas.
- Añadir ítems en la encuesta de valoración sobre el grado de satisfacción del material audiovisual.
Responsables: Ana Jesús Regla y Ana Victoria Sanz.
- Inclusión del material audiovisual en la intranet y página web del hospital.
Responsable: Ángela Ibañez.
- Mejorar la información ofrecida en la intranet y página web del hospital.
- Dinamizar la realización de los talleres intercalando el contenido impartido por enfermera y fisioterapeuta.

INDICADORES
- Número de asistentes que rellenan los ítems de la encuesta referentes al soporte audiovisual /número de asistentes.
- Número de asistentes que contestan afirmativamente a los ítems de la encuesta referentes al soporte audiovisual / número de asistentes que rellenan la encuesta.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Octubre 2016.
Fecha de finalización: Junio 2017.

4º Trimestre 2016
- Modificación del power point.
- Modificación de los videos de movilización.

1º Trimestre 2017
- Reunión y puesta en común para valorar el material audiovisual.
- Contacto con el departamento de comunicación del hospital para renovar el nuevo material en la página web y en la intranet.
- Introducir los nuevos ítems en la encuesta.

2º Trimestre 2017
- Puesta en marcha definitiva.
- Evaluar y analizar resultados obtenidos hasta el momento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0222

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILLARREAL SALCEDO ISABEL
CARNEIRO LAZARO RAQUEL
PEMAN FRAGO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se ha creado la consulta específica de Suelo Pélvico RHB, mejorando así la accesibilidad al tratamiento rehabilitador del suelo pélvico (SP).
2.- Hemos cumplido el calendario marcado con la puesta en marcha de un día a la semana de consulta médica de Suelo Pélvico y horario específico de tratamiento de fisioterapia.
3.-Se facilita por escrito la información básica a cerca de la patología a los pacientes atendidos en la consulta de Rehabilitación de SP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- Apertura de agenda específica de SP RHB (12 pacientes semanales)
2.- Horario específico de tto SP (2h/d)
3.- Desarrollo de información escrita para el paciente (en vías de realización)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es altamente positiva en lo relativo a la ACCESIBILIDAD de los pacientes a consulta específica de SP, que es el motivo del presente proyecto de Calidad, ya que actualmente se citan 5 primeros días y 7 revisiones semanales en una consulta monográfica de Suelo Pélvico RHB los martes en HCU.
Además se aporta información por escrita de forma que el paciente pueda colaborar en su tratamiento de manera activa.
Consideramos que es un proyecto sostenible e interesante tanto para el usuario como para el hospital. Es una patología de alta prevalencia en la que el tratamiento rehabilitador ha demostrado aumentar la calidad de vida de los pacientes mediante la mejora progresiva de la sintomatología.
Si su resultado se considera favorable puede extrapolarse su uso a otros hospitales y/o sectores sanitarios.

7. OBSERVACIONES.
Los ejercicios de SP son la primera línea de tto de la incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta (Recomendación Grado A). Los ejercicios de SP junto a biofeedback es la terapia que se asocia con una mayor mejoría/curación subjetiva (Evidencia Ia). Por lo que el desarrollo de este Proyecto de Mejora, al haber creado consulta específica de RHB SP mejora la Accesibilidad al tto y con ello mejora la Calidad en la atención recibida.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/222 ========== ***

Nº de registro: 0222

Título
MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO

Autores:
MARTINEZ GONZALEZ ANA, BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL, GARCIA ALVAREZ ELENA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, PEMAN FRAGO ROSA, CARNEIRO LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología de Suelo Pélvico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0222

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Acceso a una consulta específica de Suelo Pélvico

PROBLEMA
-Mejorar la accesibilidad al tratamiento Rehabilitador de Suelo Pélvico, mediante la creación de una consulta especifica de Suelo Pélvico.

Definición y epidemiología.
La disfunción del suelo pélvico (SP) constituye una gran diversidad de trastornos clínicos entre los que se incluyen la incontinencia urinaria (IU) y fecal (IF), los prolapsos vesicales, uterino o rectal y dolor de suelo pélvico.
La Internacional Continence Society (ICS) define la IU como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y provoca una disminución de la calidad de vida del paciente. Los estudios epidemiológicos indican que se trata de una patología de alta prevalencia, oscilando entre un 5 a un 69% en las mujeres y entre un 1% al 39% en varones.
El objetivo principal del tratamiento Rehabilitador de Suelo Pélvico es aumentar la calidad de vida de los pacientes mediante la mejoría progresiva de la sintomatología referida por cada paciente. A nivel nacional, se está tratando dicha patología en unidades especializadas de Rehabilitación de Suelo Pélvico.
Demanda por parte de otras especialidades.
- Ginecología y obstetricia: Solicitud por parte de Ginecología de necesidad de tratamiento y valoración de pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) en Junio 2015. A partir de lo cual se inician contactos con otras especialidades (Cirugía, Urología, Unidad del Dolor) quienes a su vez demandan tratamiento rehabilitador.
- Cirugía: solicitan tratamiento rehabilitador de pacientes con IF y/o IU. Tienen 160 pacientes en lista de espera para remitir a tratamiento Rehabilitador.
- Unidad del Dolor: necesidad de tratamiento Rehabilitador de pacientes con dolor miofascial de la musculatura de SP y/o dolor Neuropático por lesión de n. Pudendo.-
- Urología: necesidad de tratamiento Rehabilitador de IU Urgencia y pacientes con IU tras intervención quirúrgica de prostatectomía.
Evidencia científica de Rehabilitación.
- Los ejercicios del suelo pélvico son la primera línea de tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta (Recomendación Grado A).
- Los ejercicios del suelo pélvico asociados con biofeedback es la terapia que se asocia con una mayor mejoría subjetiva (Evidencia Ia).
- La electroestimulación es efectiva en la incontinencia urinaria de urgencia (Evidencia Ib).
- Los conos vaginales son útiles sin embargo, su mala aceptación en la clínica limita su uso (Evidencia Ia).
- La utilización de programas de ejercicios trabajando las sinergias de coactivación y la gimnasia abdomino hipopresiva aunque se utilizan, su recomendación es de Grado C.
- En relación al tratamiento conductual aunque se considera que es fundamental, sobre todo en la incontinencia de urgencia, tiene un grado de recomendación B3.

RESULTADOS ESPERADOS
- Un descenso en el número de intervenciones quirúrgicas en aquellas pacientes con incontinencia urinaria y/o cistoceles.
- Al disminuir el número de intervenciones quirúrgicas, descenso de la lista de espera quirúrgica de estas pacientes y disminución del gasto sanitario derivado de tal intervención.
- Mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO
- Concesión de un día a la semana de consulta de Suelo pélvico
- Concesión de horario específico de tratamiento de Suelo Pélvico (1h y media/día)
- Compra de material necesario para el desarrollo de la misma.

INDICADORES
- Apertura de horario específico de consulta de Suelo Pélvico 1 día/semana.
- Apertura de horario específico de tratamiento de Suelo Pélvico 1h y media/día.
- Desarrollo de información escrita al paciente

DURACIÓN
Ante la necesidad de valorar y tratar este tipo de pacientes, en este momento están siendo ya valorados por un medico Rehabilitador y han empezado a ser tratados por un fisioterapeuta especializado en Suelo Pélvico.Proponemos para la puesta en marcha de la consulta de Suelo Pélvico de Rehabilitación;
- Médicos:
- Inicialmente 1 consulta semanal para posteriormente pasar a 2 días a la semana en función de la demanda de pacientes.
3 primeros días y 5 revisiones; (siendo uno de los huecos de 1er día como “preferente” para pacientes remitidas por dolor pélvico.

9’00-9’45 Primer día
9’45-10’30 Primer día

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0222

1. TÍTULO

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE SUELO PELVICO

10’30-11’15 Primer día
11’15-11-45 Revisión
11’45-12’15 Revisión
12’15-12’45 Revisión
12’45-13’15 Revisión
13’15-13’45 Revisión
- Fisioterapia:

- 2 fisioterapeutas:
o Se recomiendan sesiones de media hora de tratamiento en las que se incluye ejercicios específicos de suelo pélvico y biofeedback en los casos que se precise. Los pacientes que precisen electroestimulación, se realizará fuera de la media hora de tratramiento específico (ejercicios+/- BF).
o La frecuencia de las sesiones variará en función de la patología de cada paciente pudiendo prescribirse:
• Diario
• Lunes-miercoles-viernes
• Marte-Jueves
o El horario de las sesiones será gestionado por la Supervisora del Servicio de Rehabilitación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0706

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O CON RIESGO NEUROLOGICO

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MARIA PUEYO RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALEGRE YOLANDA
GIMENO ERRUZ MARIA ANGELES
VALLE GUILLEN SOFIA
MUÑOZ JALLE ELENA
VENTURA FACI MARIA PURIFICACION
RUIZ PEREZ PABLO
QUINTANA OTERO ALINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2017 se han relizado reuniones los días: 24 de Enero, 28 de marzo, 9 de mayo y 28 de noviembre.
Lugar de realización: en el aula de Pediatria, planta 5ª del HCU.
Asistentes: Facultativos del Servicio de Pediatria del HCU, trabajadora social de Pediatría del HCU, Facultativos del servicio de Rehabilitación del HCU y personal de Atención Temprana (medico rehabilitador, psicológa y trabajadora social)
Se ha modificado los miembros del grupo de trabajo, ha sido baja del grupo La Dra. Marín Gaspar, FEA de Rehabilitadión y la Dra. Amparo Santamaría Torroba de Atencióna Temprana y han sido sustituidos por el Dr. Pablo Ruiz Perez y La Dra. Alina Quintana, del HCU y Atención temprana respectivamente.
En las distintas reuniones se han expuesto casos de pacientes concretos, en número de 7 a 14 pacientes según reunión,

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se valora la situación clínica, funcional y social de cada uno de los pacientes que se exponen y se determinan las necesidades que precisan en cuanto al tratamiento medico, tratamiento rehabilitador, valoración en Atención temprana y trabajadora social, se señalas las acciones que ya se estaban llevando a cabo De esta manera se ha coordinado la actuación multidisciplinar que precisa el paciente y familires, optimizando recursos, dando prioridad a las necesidades y evitando la duplicidad de valoraciones y tratamintos, entre los distintos instituciones y Servicios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que es necesaria la comunicacion interdisciplinar para el abordaje de estos pacientes, ya que son pacientes con grandes demandas asistenciales en los distintos niveles, tanto a nivel médico como por el problema social y familiar que se genera, porque se trata de pacientes con importantes afecciones neurológicas ya establecidas o con potencial riesgo neurológico durante su desarrollo.

Por este motivo se establece seguir realizando reuniones periódicas anuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/706 ========== ***

Nº de registro: 0706

Título
ATENCION MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O FACTORES DE RIESGO NEUROLOGICO

Autores:
PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA, MARIN GASPAR ELENA MARIA, LOPEZ ALEGRE YOLANDA, GIMENO ERRUZ MARIA ANGELES, SANTAMARIA TORROBA MARIA AMPARO, VALLE GUILLEN SOFIA, MUÑOZ JALLE ELENA, VENTURA FACI MARIA PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Alteraciones del retraso psicomotor establecidad o pacientes con riesgo neurológico
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0706

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O CON RIESGO NEUROLOGICO

Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- No hay una linea de trabajo multidisciplinar entre Pediatria, Rehabilitación y Atención temprana en la valoración, seguimiento y tratamiento de los niños con retraso psicomotor o riesgo de padecerlo, en cuanto a que:
-Existe una desinformación si un niño ha sido valorado por Atención temprana, aunque sea remitido allí desde pediatría, o si continúa en seguimiento, y/o si se ha pautado tratamiento
- Se llegan a duplicar tratamientos de fisioterapia entre Atención temprana y Rehabilitación.
- Pacientes que por dispersión geográfica no tienen acceso fácil a una RHB y puede hacerse a través de Atención temprana.
- Familiares que demandan información o solicitudes a pediatría, que deben ser gestionadas por trabajadora social de Atención temprana.

Demanda por parte de otras especialidades.
- Rehabilitación: Necesidad de coordinar, no duplicar y complementar tratamientos con atención temprana.
- Pediatría. Aumento creciente de los casos de prematuridad. Necesidad de valoración funcional y discapacidad.
- Atención temprana. Aumento de la demanda de valoración y tratamientos.
- Mejorar la atención al paciente pediátrico entre los Servicios de pediatría, rehabilitación del hospital clínico y Atención temprana de Aragón.
- Dar respuesta lo más pronto posible y con la mayor eficacia a las necesidades, médicas, funcionales, psicológicas y sociales, que puedan presentar los niños con alteraciones en su desarrollo o los niños que tengan el riesgo de padecerlas.

El retraso psicomotor supone hasta un 10-15% de las consultas neuropediátricas. Muchos de los casos obedece a encefalopatías prenatales, otros se trata de retrasos psicomotores madurativos o casos de desarrollo psicomotor en el límite de la normalidad, las enfermedades de la unidad neuromuscular son más raras. Y en muchos de los casos no se encuentra un diagnóstico etiológico establecido.
Entre los diagnósticos funcionales, de los niños que consultan por retraso psicomotor, alrededor de un 45% tendrá retardo mental, un 15% trastorno del espectro autista y un 17% parálisis cerebral infantil.

El diagnóstico se orienta, y con frecuencia se establece de forma exclusiva, mediante la historia clínica y exploración. Con frecuencia solo la evolución y seguimiento de los pacientes permite precisar el diagnóstico.

- El objetivo principal de este grupo es detectar a los recien nacidos o niños de temprana edad con lesiones establecidas que justifiquen un retraso psicomotor o identificar factores de riesgo pre y perinatal que puedan originar este retraso psicomotor para acelerar la intervención médica y la instauración precoz de medidas terapéuticas para ayudar a prevenir y tratar las posibles carencias.
- Mejorar la atención al paciente pediátrico entre los Servicios de pediatría, rehabilitación del hospital clínico y Atención temprana de Aragón.
- Dar respuesta lo más pronto posible y con la mayor eficacia a las necesidades, médicas, funcionales, psicológicas y sociales, que puedan presentar los niños con alteraciones en su desarrollo o los niños que tengan el riesgo de padecerlas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Una correcta atención multidisplinar de los niños de factores de riesgo neurológico o alteraciones del desarrollo psicomotor
- Una pronta derivación de los pacientes, entre los distintos Servicios y centros
- Valoración e inicio de tratamiento más precoz.
- Evitar duplicidad de tratamientos y consultas simultaneas y repetidas hospitalarias y en Atención temprana y con ello disminuir el gasto sanitario.
- Mejoría de la información, atención y dar respuesta a las demandas también de los familiares.
- Atención más eficaz y efectiva

MÉTODO
Realización de 4- 5 reuniones anuales entre Pediatría, Atención temprana y Rehabilitación, con carácter bimensual (que ya se han iniciado durante el año 2016), para abordar de manera multidisciplinar los casos de niños con alteraciones en el desarrollo psicomotor o con riesgo neurológico, y asi cubrir sus necesidades tanto médicas, como funcionales, psicológicas y sociales, que puedan presentar el paciente y familiares.

INDICADORES
- Número de reuniones realizadas año.
- Numero de pacientes valorados en cada reunión

DURACIÓN
Continuar con la realización de 4- 5 reuniones anuales, con carácter bimensual, que ya se han iniciado durante el año 2016.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0706

1. TÍTULO

ATENCION MULTIDISCIPLINAR A LOS NIÑOS CON ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR O CON RIESGO NEUROLOGICO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 2 Poco
```

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VILLARREAL SALCEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU MERCADE ANA CRISTINA
ESPADA ZARAGOZA ROSA
GONZALEZ KING GARIBOTTI CAROLA
ACOSTA RUEDA JERONIMO
PARRA SOTO CARLOS EDUARDO
AZUARA LAGUIA JOSE LUIS
MEDRANO CID MAYRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se ha desarrollado tríptico informativo cumpliendo cronograma previsto en el primer semestre de 2017
2.- Tras reunión del equipo de mejora el 15 de Junio 2017 se realizaron las modificaciones y mejoras oportunas
3.- Envío de tríptico a Calidad 23-Junio- 2017 para revisión y posterior maquetación e impresión.
4.- Actualmente estamos a la espera de su aprobación para continuar con el desarrollo de este Proyecto de Mejora de Calidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado hasta el momento, es un tríptico informativo de fácil lectura, términos comprensibles para los pacientes y muy bien ilustrado para facilitar el cumplimiento de los ejercicios recomendados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora es altamente favorable, nuestro principal objetivo en el 2017 era la realización del Tríptico informativo "Prevención de la trombosis venosa profunda" se ha cumplido.
Queda pendiente la revisión del mismo por parte de Calidad y el visto bueno de Dirección. Creemos necesario continuarlo y finalizar el Proyecto de Mejora en 2018, ampliando los plazos previstos anteriormente.
ASPECTOS PENDIENTES.- 1.- Utilización del tríptico en periodo de prueba
2.- Divulgación en el ámbito hospitalario
3.- Encuesta de satisfacción

CRONOGRAMA PROPUESTO para actividades pendientes.-
1.- Utilización del tríptico en periodo de prueba (Febrero, Marzo y Abril 2018)
2.- Divulgación en el ámbito hospitalario (Mayo, Junio 2018)
3.- Encuesta de satisfacción (2º semestre 2018)

Consideramos que es un proyecto sostenible e interesante tanto para el usuario como para el hospital, que mejorará la atención y disminuirá riesgos y complicaciones vasculares de una manera altamente coste-efectiva.
Si su resultado es favorable puede extrapolarse su uso a otros hospitales y/o sectores sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/735 ========== ***

Nº de registro: 0735

Título
EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
VILLARREAL SALCEDO ISABEL, LOU MERCADE ANA CRISTINA, ESPADA ZARAGOZA ROSA, GONZALEZ-KING GARIBOTTI, ACOSTA RUEDA JERONIMO, PARRA SOTO CARLOS EDUARDO, AZUARA LAGUIA JOSE LUIS, MEDRANO CID MAYRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detectó el problema en reunión de Comisión de Enfermedad Tromboembólica llevada a cabo en fecha 31 de Mayo 2016, al comentar la Dra. Lou la posibilidad, al integrar en la Comisión a un médico especialista en Rehabilitación y Medicina Física, de aconsejar sobre ejercicios y medidas no farmacológicas para prevenir la enfermedad trombótica.
Consideramos prioritaria la Educación para la Salud, la prevención primaria mediante ejercicios sencillos y específicos a realizar diariamente por el paciente durante su periodo de hospitalización.
La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) incluye tanto la trombosis venosa profunda (TVP) como la tromboembolia pulmonar (TEP), que es habitualmente una complicación de la TVP. La ETEV se considera actualmente la tercera causa de muerte cardiovascular por detrás del ictus y de la cardiopatía isquémica.
La incidencia de la ETEV en España es de 154/100.000 habitantes. Siendo la media de edad 65 años, más frecuente en varones, y la incidencia aumenta con la edad.
La ETEV tiene una elevada tasa de mortalidad asociada, entre otros factores, debido a la dificultad del diagnóstico. Es probable que su incidencia esté subestimada.
En cuanto a la mortalidad, en el TEP es de 11,6% frente al 2,3% de la TVP. La mayoría de los pacientes que desarrollan ETEV tienen algún factor de riesgo, pero la concurrencia de varios de ellos incrementa el riesgo.
Es por tanto una enfermedad relativamente frecuente con importante morbimortalidad por lo que es fundamental su prevención primaria.
Se han identificado numerosos factores de riesgo predisponentes y hay evidencia de que el riesgo de presentarla se incrementa proporcionalmente al número de factores de riesgo presentes. Además existen factores adquiridos, tales como: cirugía, inmovilización, traumatismo, obesidad, tabaco, envejecimiento, hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca avanzada, terapia estrogénica, embarazo, cáncer, quimioterapia, accidente cerebrovascular, lesión medular, viajes aéreos prolongados…
Como prevención primaria, existen unas recomendaciones para prevenir posibles episodios tromboembólicos, como son: caminar, ya que la movilización evita la formación de trombos. Los expertos recomiendan no cruzar las piernas cuando se está sentado, si es posible sentarse con las piernas un poco elevadas y, sobre todo, que cuando se esté de pie se utilicen medias de compresión fuerte. En caso de tener que permanecer sentados o encamados durante mucho tiempo se pueden realizar ejercicios, incluso permaneciendo sentados (levantar los talones, movilizar tobillos y rodillas, etc.). Dormir con las piernas en posición ligeramente elevadas, realizar baños de agua fría (10 min) en cada pierna o practicar ejercicios son algunas recomendaciones que pueden ayudar a evitar complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Educar al paciente hospitalizado y familiares en los autocuidados y ejercicios a realizar para prevenir eventos trombóticos. Empoderamiento.
2.- Disminución del riesgo de presentar complicaciones vasculares en los pacientes con encamamiento prolongado durante su periodo de hospitalización mediante medidas no farmacológicas.
3.- Realización de Tríptico informativo de manera conjunta con Servicio de Apoyo Comunicación Sector 3, para entregar a los pacientes de riesgo.

MÉTODO
- Informar a la Comisión de Enfermedad Tromboembólica (CETE) HCU en próxima reunión (18-10-2016), en caso de ser aceptado este proyecto de mejora de calidad, para contar con su apoyo y aprobación (Isabel Villarreal y Ana Cristina Lou). Ambas miembros CETE.
- Diseñar Tríptico Informativo, ilustrarlo y maquetarlo (Isabel Villarreal, Jerónimo Acosta y Ángela Ibáñez)
- Una vez realizado el tríptico divulgar su existencia y aconsejar su utilización mediante sesión hospitalaria y reuniones pertinentes con servicios médico quirúrgicos (Isabel Villarreal, Rosa Espada, Carola Gonzalez y Carlos Parra)

INDICADORES
1.- Desarrollo de tríptico y maquetación del mismo antes de Junio 2017
2.- Divulgación, comienzo de utilización de tríptico definitivo, entrega del mismo en el segundo semestre 2017
3.- Encuesta de satisfacción a una muestra de pacientes que han recibido el tríptico, sobre su idoneidad y claridad de contenidos.

DURACIÓN
1º.- 18-10-16 Información a la Comisión de Enfermedad Tromboembólica de este Proyecto de Mejora de Calidad
2º.- Inicio de realización del tríptico y maquetación. Enero- Febrero - Marzo 2017
3º.- Comienzo de utilización en periodo de prueba y modificaciones del mismo si proceden. Abril-Mayo, Junio 2017
4º.- Divulgación Septiembre - Octubre 2017
5º.- Encuesta de satisfacción. Noviembre - Diciembre 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL VILLARREAL SALCEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOU MERCADE ANA CRISTINA
ESPADA ZARAGOZA ROSA
GONZALEZ-KING GARIBOTTI
ACOSTA RUEDA JERONIMO
PARRA SOTO CARLOS EDUARDO
AZUARA LAGUIA JOSE LUIS
MEDRANO CID MAYRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se ha modificado el Tríptico y maquetado por parte del Sº de Apoyo a la Comunicación del Sector III y posteriormente aprobado por la Dirección de este Hospital. (Nos hemos retrasado con respecto al calendario inicialmente previsto)
2.- Se ha divulgado tríptico informativo desde CETE a enfermería HCU
3.- Se ha comenzado la entrega del tríptico por parte de RHB a los pacientes de riesgo (tanto hospitalizados como ambulatorios)
4.- Se ha realizado Encuesta de Satisfacción para los pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado y finalizado ha sido la realización y entrega de un tríptico informativo de fácil lectura, que permite informar y empoderar a los pacientes mediante un lenguaje comprensible y bien ilustrado para facilitar el cumplimiento de los ejercicios recomendados. Junto a la posibilidad de conocer el grado de satisfacción tras la recepción del mismo mediante encuesta de satisfacción.
Indicador: Tríptico elaborado y utilizado (Sí)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora es altamente favorable, nuestro principal objetivo al inicio de este Proyecto de Mejora era la realización del Tríptico informativo "Prevención de la trombosis venosa profunda" y se ha cumplido.
Otra conclusión importante es la importancia de un equipo multidisciplinar para llevar a cabo este tipo de proyectos.
Consideramos que ha sido un proyecto sostenible e interesante tanto para el usuario como para el hospital, que mejorará la atención y disminuirá riesgos y complicaciones vasculares de una manera altamente coste-efectiva. Además podría extrapolarse o replicarse su uso en otros hospitales y/o sectores sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/735 ========== ***

Nº de registro: 0735

Título
EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
VILLARREAL SALCEDO ISABEL, LOU MERCADE ANA CRISTINA, ESPADA ZARAGOZA ROSA, GONZALEZ-KING GARIBOTTI, ACOSTA RUEDA JERONIMO, PARRA SOTO CARLOS EDUARDO, AZUARA LAGUIA JOSE LUIS, MEDRANO CID MAYRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detectó el problema en reunión de Comisión de Enfermedad Tromboembólica llevada a cabo en fecha 31 de Mayo 2016, al comentar la Dra. Lou la posibilidad, al integrar en la Comisión a un médico especialista en Rehabilitación y Medicina Física, de aconsejar sobre ejercicios y medidas no farmacológicas para prevenir la enfermedad trombótica.
Consideramos prioritaria la Educación para la Salud, la prevención primaria mediante ejercicios sencillos y específicos a realizar diariamente por el paciente durante su periodo de hospitalización.
La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) incluye tanto la trombosis venosa profunda (TVP) como la tromboembolia pulmonar (TEP), que es habitualmente una complicación de la TVP. La ETEV se considera actualmente la tercera causa de muerte cardiovascular por detrás del ictus y de la cardiopatía isquémica.
La incidencia de la ETEV en España es de 154/100.000 habitantes. Siendo la media de edad 65 años, más frecuente en varones, y la incidencia aumenta con la edad.
La ETEV tiene una elevada tasa de mortalidad asociada, entre otros factores, debido a la dificultad del diagnóstico. Es probable que su incidencia esté subestimada.
En cuanto a la mortalidad, en el TEP es de 11,6% frente al 2,3% de la TVP. La mayoría de los pacientes que desarrollan ETEV tienen algún factor de riesgo, pero la concurrencia de varios de ellos incrementa el riesgo.
Es por tanto una enfermedad relativamente frecuente con importante morbimortalidad por lo que es fundamental su prevención primaria.
Se han identificado numerosos factores de riesgo predisponentes y hay evidencia de que el riesgo de presentarla se incrementa proporcionalmente al número de factores de riesgo presentes. Además existen factores adquiridos, tales como: cirugía, inmovilización, traumatismo, obesidad, tabaco, envejecimiento, hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca avanzada, terapia estrogénica, embarazo, cáncer, quimioterapia, accidente cerebrovascular, lesión medular, viajes aéreos prolongados…
Como prevención primaria, existen unas recomendaciones para prevenir posibles episodios tromboembólicos, como son: caminar, ya que la movilización evita la formación de trombos. Los expertos recomiendan no cruzar las piernas cuando se está sentado, si es posible sentarse con las piernas un poco elevadas y, sobre todo, que cuando se esté de pie se utilicen medias de compresión fuerte. En caso de tener que permanecer sentados o encamados durante mucho tiempo se pueden realizar ejercicios, incluso permaneciendo sentados (levantar los talones, movilizar tobillos y rodillas, etc.). Dormir con las piernas en posición ligeramente elevadas, realizar baños de agua fría (10 min) en cada pierna o practicar ejercicios son algunas recomendaciones que pueden ayudar a evitar complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Educar al paciente hospitalizado y familiares en los autocuidados y ejercicios a realizar para prevenir eventos trombóticos. Empoderamiento.
2.- Disminución del riesgo de presentar complicaciones vasculares en los pacientes con encamamiento prolongado durante su periodo de hospitalización mediante medidas no farmacológicas.
3.- Realización de Tríptico informativo de manera conjunta con Servicio de Apoyo Comunicación Sector 3, para entregar a los pacientes de riesgo.

MÉTODO
- Informar a la Comisión de Enfermedad Tromboembólica (CETE) HCU en próxima reunión (18-10-2016), en caso de ser aceptado este proyecto de mejora de calidad, para contar con su apoyo y aprobación (Isabel Villarreal y Ana Cristina Lou). Ambas miembros CETE.
- Diseñar Tríptico Informativo, ilustrarlo y maquetarlo (Isabel Villarreal, Jerónimo Acosta y Ángela Ibáñez)
- Una vez realizado el tríptico divulgar su existencia y aconsejar su utilización mediante sesión hospitalaria y reuniones pertinentes con servicios médico quirúrgicos (Isabel Villarreal, Rosa Espada, Carola Gonzalez y Carlos Parra)

INDICADORES
1.- Desarrollo de tríptico y maquetación del mismo antes de Junio 2017
2.- Divulgación, comienzo de utilización de tríptico definitivo, entrega del mismo en el segundo semestre 2017
3.- Encuesta de satisfacción a una muestra de pacientes que han recibido el tríptico, sobre su idoneidad y claridad de contenidos.

DURACIÓN
1º.- 18-10-16 Información a la Comisión de Enfermedad Tromboembólica de este Proyecto de Mejora de Calidad
2º.- Inicio de realización del tríptico y maquetación. Enero- Febrero - Marzo 2017
3º.- Comienzo de utilización en periodo de prueba y modificaciones del mismo si proceden. Abril-Mayo, Junio 2017
4º.- Divulgación Septiembre - Octubre 2017
5º.- Encuesta de satisfacción. Noviembre - Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0735

1. TÍTULO

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE CON RIESGO TROMBOTICO: TRIPTICO INFORMATIVO

```
--------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1049

1. TÍTULO

DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS AZUARA LAGUIA
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABRIL ESCO SUSANA
BUEY ALASTUEY IGNACIO
MARTA LAZO MIGUEL ANGEL
NAVARRO GONZALEZ ELOISA
PEMAN FRAGO ROSA
PUEYO ACIN BLANCA
VILLARREAL SALCEDO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Como principales actividades realizadas destacamos:

1. Colaboración del Departamento de Comunicación Sector 3 (Dña. Ángela Ibañez Vicente) en la toma de imágenes y diseño del documento en formato de tríptico informativo.

2. Toma de las imágenes fotográficas de los ejercicios que componen el documento.

3. Reuniones de equipo para consensuar contenido y opciones de diseño del documento gráfico de apoyo al paciente.

4. Elaboración de un documento provisional para ser valorado por varias personas del Servicio de RHB (médicos especialistas en RHB y fisioterapeutas) externas al equipo de mejora.

5. Elaboración del documento definitivo.

Estas actividades se han desarrollado durante el segundo semestre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha elaborado el documento gráfico, que da respuesta y cumplimiento al principal objetivo de este proyecto.
El impacto del mismo viene marcado por la mejoría clara de la información escrita facilitada a todos y cada uno de los pacientes que han precisado tratamiento de Escuela de Espalda en el Servicio de RHB del Hospital Clínico Universitario.
El indicador que emplearemos será el porcentaje de pacientes a los que se entrega el documento, cuando podamos hacer entrega del mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El documento gráfico realizado sustituye al que actualmente se entrega a los pacientes al finalizar el tratamiento médico de Escuela de Espalda, y reproduce de forma mejorada, actualizada y fidedigna los contenidos prácticos.

El documento se entregará a los pacientes al finalizar el tratamiento de Escuela de Espalda para que sirva de consulta y recordatorio y así mejorar la adherencia a dicho tratamiento una vez finalizada la fase hospitalaria.

Para facilitar la difusión, queda pendiente incluir esta información en la página web del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1049 ========== ***

Nº de registro: 1049

Título
DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1049

1. TÍTULO

DOCUMENTO GRAFICO DE APOYO AL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EJERCICIOS RECOMENDADOS EN LA ESCUELA DE ESPALDA

Autores:
AZUARA LAGUIA JOSE LUIS, ABRIL ESCO SUSANA, BUEY ALASTUEY IGNACIO, PEMAN FRAGO ROSA, NAVARRO GONZALEZ ELOISA, PUEYO ASIN BLANCA, VILLARREAL SALCEDO ISABEL, MARTA LAZO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto surge ante la necesidad de adecuar la información de ejercicios para los pacientes con patología de raquis lumbar incluidos en los grupos de tratamiento de “Escuela de Espalda” para que sirva de consulta y recordatorio y así mejorar la adherencia a dicho tratamiento una vez finalizada la fase hospitalaria.
Empoderamiento del paciente afecto de lumbalgia crónica y subaguda.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana del proyecto serían los pacientes con patología de raquis lumbar (lumbalgia crónica y subaguda) incluidos en los grupos de tratamiento de “Escuela de Espalda” con cinesiterapia grupal.
Se podrían beneficiar de dicho proyecto usuarios de Atención Primaria y otros pacientes con similar patología no incluidos en “Escuela de Espalda”

MÉTODO
El contenido se proporciona dentro de las clases prácticas incluidas en el tratamiento de “Escuela de Espalda”
La información gráfica, objetivo de este proyecto, sustituiría a la que actualmente se proporciona a los pacientes que realizan dicha “Escuela de Espalda”
Se necesita un archivo fotográfico del material que constituya el grueso de esta información, reuniones del equipo para consensuar y determinar el contenido y formato definitivo, coordinación con la persona encargada del departamento de Comunicación del Hospital para incluirlo en la web hospitalaria, intranet…

INDICADORES
Documento gráfico de los ejercicios recomendados disponible en página web e intranet

DURACIÓN
2º semestre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0756

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CILIA AMPARO PERALTA GINES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO BELTRAN CONCEPCION
PALERO DIAZ EVANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha establecido una consulta semanal de ecografía articular y partes blandas, de inicio en mayo de 2018, siendo la responsable de su realización la Dra. Palero. Entre los meses de mayo y diciembre de 2018 se ha practicado estudio ecográfico a 88 pacientes durante 14 días de consulta. Sólo 3 pacientes citados no acudieron. Las localizaciones articulares más frecuentes son carpos, manos y pies, seguida de rodillas, codos, tobillos y hombros.
Se han detectado los siguientes perfiles de pacientes que se han beneficiado de esta exploración complementaria:
- Diagnóstico previo de artritis reumatoide con exploración física no concluyente para la presencia de artritis.
- Artrosis y aumento de volumen articular a la exploración física.
- Artrosis con factor reumatoide o antiCCP positivos.
- Factor reumatoide elevado y artralgias inespecíficas.
- Poliartralgias sin clara artritis a la exploración física.
- Psoriasis con artralgias inespecíficas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1: Porcentaje de pacientes en los que se detecta sinovitis subclínica con respecto a total de pacientes derivados para descartarla. Resultado 44%

Indicador 2: Porcentaje de pacientes en los que se diagnostica artritis reumatoide con respecto al total de pacientes remitidos para valorar este diagnóstico .Resultado 55%

En cuanto al primer indicador, en 24 pacientes se detectó sinovitis subclínica, con power doppler presente, de 54 derivados para tal fin (un 44%). Esto supone que en el 56% de los casos se ha mantenido u optimizado la terapia, con el consiguiente ahorro económico (sobre todos en terapias biológicas), además de evitar posibles reacciones adversas a nuevas terapias.
En cuanto al segundo indicador, se diagnosticó artritis reumatoide tras realizarse ecografía en 11 de 20 pacientes derivados con este propósito (un 55%). Estos pacientes pueden recibir tratamiento en la "ventana terapéutica de oportunidad" con la prevención de daño articular, discapacidad física e incapacidad laboral. Por otra parte, en el 45% de los casos que no se diagnostica artritis reumatoide se evitan fármacos inmunomoduladores, con sus posibles reacciones adversas, con el ahorro económico que esto también conlleva.
Aunque no se estableció como indicador, hay que señalar que en 6 de 11 pacientes con psoriasis y artralgias se detectó sinovitis con señal power doppler (un 54%), por lo que ha sido de gran utilidad en este perfil de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La introducción de ecografía articular realizada por una reumatóloga entrenada ha permitido un mejor manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con patología inflamatoria. El mayor control de la actividad articular se relaciona con una menor progresión del daño radiológico. Además, permite optimizar terapias si no se detecta sinovitis subclínica. Por otra parte, es una herramienta válida para el diagnóstico diferencial entre patología inflamatoria y degenerativa.
Tras estos óptimos resultados, se continuará con la actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/756 ========== ***

Nº de registro: 0756

Título
DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0756

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Autores:
PERALTA GINES CILIA AMPARO, DELGADO BELTRAN CONCEPCION, PALERO DIAZ EVANGELINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente y origina un coste económico y social importante.
En la práctica a menudo es difícil diagnosticar una poliartritis en las fases muy iniciales ya que suele tener un comienzo insidioso y prolongado. Estudios recientes demuestran que antes de que empiecen los síntomas clínicos hay una fase prolongada de inflamación subclínica o poco sintomática, que puede detectarse mediante técnicas especiales, como la ecografía con Power Doppler.
En la Guía de práctica clínica para el manejo de la AR (GUIPCAR) de la Sociedad Española de Reumatología, se recomienda la utilización de la ecografía cuando la exploración física plantea dudas sobre la existencia de signos inflamatorios articulares, o la detección ecográfica de sinovitis, derrame, o erosiones vaya a modificar el manejo terapéutico del paciente.
Las ventajas de la ecografía son su inocuidad, su coste relativamente bajo, su accesibilidad e inmediatez, la posibilidad de exploraciones amplias y de repetición de las mismas. El entrenamiento de los reumatólogos en ecografía aporta grandes beneficios en la evaluación clínica del enfermo con artritis.
Su mayor sensibilidad respecto a la exploración física le confiere especial valor cuando se desea cuantificar la intensidad y extensión de la sinovitis, muy útil en la AR precoz, pero también en la AR establecida cuando la extensión de las secuelas y de la proliferación sinovial ocasionan dudas razonables sobre el grado de inflamación subyacente; y, en general, en cualquier situación en que la ecografía facilite la toma de una decisión terapéutica.

Hasta ahora, se realiza ecografía articular por parte de Reumatología en escasas ocasiones debido a la ausencia de un tiempo específico para ello. Durante el tiempo de consulta de cada paciente resulta complicado realizar, además de evaluación de analíticas, radiografías, exploración física, índices de actividad de la enfermedad e informe para el Médico de Atención Primaria, ecografía articular debido a que precisa de un tiempo de implementación del que no se dispone.
Se pretende incorporar la realización de ecografía articular por parte de Reumatología de una forma reglada, estableciendo una consulta monográfica. Se derivarán pacientes de reumatología.
Esta herramienta nos permitirá un mayor control de la actividad clínica del paciente, intensificando el tratamiento en los casos precisos con la consiguiente reducción del daño óseo estructural y la discapacidad física y psíquica que éste genera. Por otra parte, en los pacientes que presenten dolor articular debido patología degenerativa la ecografía nos permitirá diferenciarlo del dolor debido a artritis y se podrá optimizar medicación inmunosupresora, reduciendo costes hospitalarios en caso de las terapias biológicas.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el control de la actividad de la artritis reumatoide para reducir daño articular y manifestaciones extraarticulares
Población diana: Pacientes con artritis reumatoide, según criterios ACR 1987 o según criterios ACR/EULAR 2010, en los que hay dudas sobre la presencia de inflamación articular activa (ej, sinovitis residual, artralgias de ritmo mecánico, elevación de reactantes de fase aguda sin detectarse artritis a la exploración, etc).

MÉTODO
Se citarán solamente solicitudes remitidas desde la consulta de Reumatología.
La solicitud se formalizará en el impreso de “hoja de consulta” donde se especificará el motivo de solicitud y las pruebas de imagen realizadas o planificadas.

INDICADORES
Pacientes con AR en los que se detecta sinovitis subclínica
_____ X100
Pacientes derivados con AR

DURACIÓN
Responsable de exploración ecográfica: Dra Evangelina Palero Díaz.
Perioricidad de la consulta: Primer miércoles de cada mes, citando a los pacientes cada 30 minutos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0756

1. TÍTULO

DETECCION ECOGRAFICA DE SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Fecha de inicio: mayo de 2018 .Se mantendrá mientras sea posible.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0757

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION DELGADO BELTRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA
PERALTA GINES CILIA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado una agenda de consulta de osteoporosis, siendo la responsable de la misma la Dra. Aznar. En principio con periodicidad mensual, se ha modificado en función de la demanda asistencial, llegando a ser semanal algún mes, con un total de 18 días de consulta durante el año 2018. La media de pacientes citados por día es de 14, siendo la mayor parte de ellos pacientes con osteoporosis y alto riesgo de fractura, o bien que ya se han fracturado. Se derivan a atención primaria las osteoporosis sin fracturas o que presentan bajo riesgo de fractura.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: Porcentaje de pacientes a los que se prescribe alendronato con respecto al total de pacientes a los que se prescribe tratamiento antiosteoporótico (en la consulta monográfica de osteoporosis) . Resultado: 18%.
Un alto porcentaje de pacientes con osteoporosis no cumple adecuadamente el tratamiento. La existencia de una consulta presencial de osteoporosis permite seleccionar el fármaco más adecuado en cada caso y ayuda al mantenimiento de la adherencia al mismo. También permite detectar nuevas fracturas o nuevos factores de riesgo de fractura. Si bien el ácido alendrónico es el fármaco más coste efectivo, la adherencia a los bifosfonatos orales es baja (por intolerancia o polimedicación).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En una consulta monográfica de osteoporosis, los pacientes son más graves y muchos ya han llevado tratamiento previo con ácido alendrónico. Estos pacientes, o aquellos polimedicados, se pueden beneficiar de otras opciones terapeúticas con posología más cómoda o con mayor eficacia antifractura. Dado que la mayor parte de los pacientes de la consulta de osteoporosis cumplen estos perfiles, el % de tratamiento con bifosfonato oral no ha resultado mayor. Es imprescindible tener en cuenta que la consulta monográfica de osteoporosis no refleja el total de osteoporosis que atendemos en reumatología. El porcentaje total de alendrónico en Reumatología no es el 18% sino el que viene reflejado en los consumos de farmacia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/757 ========== ***

Nº de registro: 0757

Título
ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Autores:
DELGADO BELTRAN CONCEPCION, AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA, PERALTA GINES CILIA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0757

1. TÍTULO

ATENCION A PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA

Los pacientes con osteoporosis que se evalúan en nuestro servicio y que además tienen otras enfermedades reumatológicas asociadas, son controlados periódicamente a la vez que se evalúa dicha enfermedad. Sin embargo, si solo presentan osteoporosis se realiza una primera visita, solicitando las pruebas diagnósticas pertinentes y enviando por correo un informe con las pautas a seguir. De esta forma que se agiliza a la vez que se da servicio a los pacientes con esta patología.
Sin embargo, en ocasiones, la complejidad del paciente por comorbilidades, gravedad o circunstancias especiales, hace que sea necesaria una consulta presencial para el seguimiento de la osteoporosis.
En los casos especiales en que los pacientes no tienen otra patología reumatológica asociada a su osteoporosis que haga necesario el seguimiento en nuestras consultas, así como cuando el paciente presenta patologías asociadas o por la gravedad o complejidad de la osteoporosis que padece, se citará de forma presencial en una consulta monográfica de osteoporosis.

RESULTADOS ESPERADOS
Uso racional de fármacos antiosteoporóticos
Apoyar la prescripción de ácido alendrónico como fármaco de elección por ser coste/efectivo en pacientes con osteoporosis y menos de 2 fracturas.
Mejorar la adherencia a los fármacos por medio de la consulta presencial

MÉTODO
En los pacientes con osteoporosis que se remiten a nuestras consultas, tras evaluación por parte del reumatólogo correspondiente, si procede se solicitan pruebas diagnosticas y se envían los resultados y las pautas a seguir a través de un informe. Habitualmente no se cita al paciente para darle los resultados. Se ha establecido una consulta monográfica de osteoporosis que permite citar a los pacientes en un periodo corto de tiempo y realizar un seguimiento más estricto en casos de mayor complejidad/severidad. La responsable de dicha consulta monográfica va ser siempre la misma persona.

INDICADORES
Número de pacientes en los que se prescribe alendronato X100
_____
Número total de pacientes en los que se precribe fármacos antiosteoporóticos

DURACIÓN
Perioricidad mensual
Esta consulta, será complementaria a la que ya se realiza de “osteoporosis no presencial”

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1510

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABISMEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA FERRER DUFOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TOXICOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENAO GUILLEN SEBASTIAN
BERNAL MORILLO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha intentado poner a punto la técnica de detección de THC con el equipo de GC/MS que disponemos en la Unidad de Toxicología. Para ello se ha puesto a punto la extracción mediante columnas de intercambio iónico, pero no se ha podido llegar a confirmar el THC por GC/MS posiblemente porque la sensibilidad de nuestro equipo actualmente no es lo suficiente para analizar el THC a los niveles en los que se encuentra en orina

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha podido confirmar todavía el THC mediante GC/MS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sería necesario dotar a la Unidad de Toxicología de equipación más sensible para detectar THC y otras sustancias, como equipos de HPLC/MS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1510 ========== ***

Nº de registro: 1510

Título
PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

Autores:
MENAO GUILLEN SEBASTIAN, FERRER DUFOL ANA, BERNAL MORILLO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Consumo de sustancias tóxicas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Calidad analítica

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La determinación de cannabis (THC) mediante técnicas inmunoenzimáticas es una técnica muy habitual en el laboratorio de Toxicología. Anualmente realizamos mas de 18000 determinaciones de dicho parámetro. Es una técnica muy específica, pero como todas las técnicas pueden tener falsos positivos debidos a sustancias que interfieren con el anticuerpo y dan resultados positivos cuando en realidad son negativos. Son pocas, y bien conocidas, las sustancias que producen falsos positivos, pero en situaciones legales es importante tener la confirmación por técnicas de referencia. En nuestro laboratorio disponemos de un cromatógrafo de gases con detector por espectrometría de masas (GC/MS) con el que realizamos la confirmación de otras drogas de abuso y la detección de fármacos para los que no disponemos de técnicas inmunoenzimáticas. Para la confirmación de THC, a parte de este equipo era necesario disponer de un dispositivo formado por un bloque magnético termostatizado y una entrada de nitrógeno, cosa que tenemos desde hace unos meses. De esta manera, ya se puede realizar la confirmación por GC/MS en nuestro laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Confirmar los resultados positivos a cannabis en muestras con fines legales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1510

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABISMEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

MÉTODO
Dicha acción de mejora afecta a la determinación de THC, mejorando la calidad de dicho análisis al confirmarse mediante su técnica de referencia en los casos precisos

INDICADORES
Se evaluará al cabo de un año el número de análisis de THC confirmados mediante GC/MS

DURACIÓN
La puesta a punto se estima que tendrá una duración de 3 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a aplicar en muestras

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1511

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE DETECCION DE INSECTICIDASORGANOCLORADOS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA BERNAL MORILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. TOXICOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER DUFOL ANA
AMOS ALVAREZ MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha puesto a punto la extracción de compuestos organoclorados a partir de leche materna mediante disolvente orgánico y columna de extracción líquido-líquido. Ensayo de patrones. Desarrollo del método cromatográfico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha alcanzado la sensibilidad necesaria para la cuantificación de las substancias buscadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente de consulta con los técnicos de aplicaciones de los fabricantes del intrumento para que optimicen el método

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1511 ========== ***

Nº de registro: 1511

Título
PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE DETECCION DE INSECTICIDAS ORGANOCLORADOS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

Autores:
FERRER DUFOL ANA, MENAO GUILLEN SEBASTIAN, BERNAL MORILLO MARIA, RAMOS ALVAREZ MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología: Toxicidad
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Control epidemiológico de exposición a tóxicos
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante mucho tiempo se han utilizado los plaguicidas en múltiples ámbitos, destacando la agricultura, aprovechando el efecto tóxico que ejercen sobre los distintos organismos. Dentro del conjunto de los plaguicidas, hay que destacar los plaguicidas organoclorados (POC), donde la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) los ha clasificado en el grupo 2B (posiblemente carcinogénico en humanos) a muchos de ellos (DDT, lindano, pentaclorofenol…). Los POC se incluyen dentro de los compuestos orgánicos persistentes, mostrando gran resistencia a la degradación biológica y química, así como su liposolubilidad que hace que se bioacumulen y se biomagnifiquen a través de la cadena alimentaria, aumentando así el riesgo para la salud humana. El problema de estas sustancias es su amplia distribución en el medio ambiente, y su permanencia habitual en los tejidos de los seres humanos, debido a su alta persistencia y escasa degradación, nos permite llevar a cabo estudios para poder determinar su presencia. Como dichos insecticidas, al ser liposolubles, se acumulan en tejidos grasos, la leche materna es una matriz óptima para realizar su detección y cuantificación. En el laboratorio de Toxicología disponemos de la infraestructura necesaria para realizar la determinación de los distintos insecticidas organoclorados mediante cromatografía de gases y espectrometría de masas. De esta manera, a través del Banco de Leche de Aragón, y previo consentimiento de la donante de leche, se obtendrán las muestras con las que realizaremos el estudio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1511

1. TÍTULO

PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE DETECCION DE INSECTICIDASORGANOCLORADOS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS

RESULTADOS ESPERADOS
Puesta a punto de una técnica de extracción de plaguicidas organoclorados de muestras de leche materna, y su posterior identificación y cuantificación mediante cromatografía de gases acoplado a espectrometría de masas (GC-MS).

MÉTODO
Control epidemiológico de exposición a tóxicos

INDICADORES
Se evaluará al cabo de un año el número de análisis realizados

DURACIÓN
La puesta a punto se estima que tendrá una duración de 6 meses tras el inicio del proyecto. Posteriormente se empezará a aplicar en muestras

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0525

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: "MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"

Fecha de entrada: 14/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS ROYO PUERTO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUIJON GARCIA NEILA MARIA
PALACIOS LASECA MARTA
PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO
RONCAL SOLA SUSANA
VELILLA SORIANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones del equipo de mejora mensuales.

En los meses de octubre a diciembre de 2016 se llevó a cabo revisión bibliográfica. Una vez seleccionada la bibliografía esta se distribuyó entre los componentes del grupo llevando a cabo una revisión por pares y puesta en común.

Desde enero hasta abril de 2017 se elaboró el procedimiento "MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA".
El 20 de mayo se presentó en la Unidad de Calidad el mencionado procedimiento, siendo aprobado por la Comisión de Dirección del hospital el 13 de junio.

En mayo se elaboró un documento interno del equipo de trabajo donde se plasmó el contenido de las sesiones formativas que se llevarían a cabo.

El 14 de junio se realizaron sesiones formativas para el personal de enfermería donde se incluyó la presentación del procedimiento de medición de la Presión Intraabdominal (PIA). Desde esta fecha se ha llevado a cabo formación directa a cuantos compañeros lo han solicitado individualmente o en grupos reducidos, la continua incorporación de enfermeras a la unidad hace necesario seguir con esta actividad. Se ofreció la formación a enfermeras y a técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, estos últimos declinaron la invitación

Una vez aprobado el procedimiento se creó acceso directo en los escritorios de los ordenadores de trabajo de las enfermeras agilizando el acceso al mismo.

Las actividades realizadas se han llevado a cabo según el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aprobación del procedimiento "MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"por la Comisión de Dirección del centro.

Formación del personal de enfermería sobre la PIA que hasta este momento era la constante "olvidada" y que está cobrando importancia cada día más en diferentes patologías. Las enfermeras hemos tomamos conciencia de la importancia de una técnica y una medición correcta, mejorando la calidad de nuestros cuidados.
Se han realizado dos sesiones formativas al personal de enfermería. Las sesiones individuales o en grupos reducidos se imparten a petición del interesado y por el participante del grupo de mejora al que se le solicita.

En la actualidad el procedimiento está implantado en la unidad, siendo accesible a todos los profesionales, habiendo contribuido a estandarizar la toma de la PIA, poder valorar las cifras de PIA al eliminar la variabilidad de actuación entre los profesionales.

El 34,21% de las enfermeras de la unidad recibieron formación en las sesiones convocadas, no pudiendo aportar el porcentaje de enfermeras formadas en sesiones esporádicas por no disponer de registros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora está satisfecho con la consecución de los objetivos, con el interés que ha suscitado el tema planteado y la disposición de nuestros compañeros en la realización de la toma de PIA en condiciones óptimas siguiendo el procedimiento que se ha elaborado.

La monitorización de la PIA permite establecer un diagnóstico precoz en el paciente crítico, disminuyendo complicaciones y mortalidad. La habilidad en la medición de la PIA, la valoración de los valores obtenidos e identificación del síndrome compartimental abdominal son definitivas para evitar complicaciones mayores en pacientes críticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0525

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: “MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL “LOZANO BLESA”

El procedimiento se elaboró en función de las peculiaridades de nuestra unidad. Hay a disposición de los profesionales sistemas cerrados de medición intravesical de PIA, garantizando la esterilidad del circuito sin necesidad de desconexiones, disminuyendo la incidencia de infecciones urinarias por menor manipulación, aportando seguridad a pacientes y profesionales, no se precisa uso de agujas, pero estos, a día de hoy, no se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos del centro. El sistema de drenaje urinario debería mantenerse cerrado constantemente, nuestra incursión en el sistema por el método plasmado, contando con los medios de los que disponemos, presenta riesgo potencial de infección urinaria por lo que se debería plantear el acceso a los sistemas cerrados de medición de PIA.

Ante la posibilidad de un aumento de las infecciones urinarias en pacientes a los que se les hace seguimiento de la PIA cabría plantear realizar un estudio de incidencia de infección urinaria en pacientes con toma de PIA transvesical.

Es de suma importancia contar con documentos internos validados para que todos, los profesionales del equipo que formamos la unidad, realicemos nuestras tareas de una forma estandarizada y permitan a los profesionales tener una fuente de consulta unificada y actualizada.

Disponer de procedimientos y protocolos resulta insuficiente si estos no se cumplimentan, por lo que resulta importante un seguimiento de la adherencia a los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/525 ========== ***

Nº de registro: 0525

Título
IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: “MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL “LOZANO BLESA”

Autores:
ROYO PUERTO MILAGROS, MINGUIJON GARCIA NEILA MARIA, PALACIOS LASECA MARTA, PEREZ ARCOS JUAN FRANCISCO, RONCAL SOLA SUSANA, VELILLA SORIANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La presión intraabdominal (PIA) es una constante, en ocasiones infravalorada, que se puede monitorizar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de forma programada y sencilla, indicando la presión a la que está sometida la cavidad abdominal y facilitando la toma de decisiones terapéuticas ante situaciones difíciles.

Numerosos estudios afirman que con la monitorización de esta constante conseguiríamos una mejoría en la supervivencia de los pacientes críticos, sobre todo en aquellos con sepsis de origen abdominal. Al controlar los valores de la PIA podemos detectar valores que se desvían de la normalidad evitando la hipertensión intraabdominal y el Síndrome Compartimental Abdominal que puede provocar además de hipoperfusión a todos los órganos de la cavidad abdominal, fallo multiorgánico, asociándose con un aumento de la morbimortalidad del paciente.

La medición de la PIA se realiza en nuestra UCI mediante el método indirecto transvesical. En la actualidad, no existe ningún procedimiento ni documento donde el personal de enfermería pueda apoyarse a la hora de su medición, aumentando la variabilidad de la práctica y sesgando los resultados.

Una adecuada formación específica de los profesionales reduce la variabilidad de los resultados, mejora la calidad de cuidados proporcionados, fortalece la cultura de seguridad y disminuye las posibles complicaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0525

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO: "MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"

relacionadas con la técnica. Además, hay que tener en cuenta que la formación sobre diversos procedimientos en nuestra unidad de cuidados intensivos es una necesidad manifestada por sus profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar y reducir la variabilidad de actuación entre los diferentes profesionales en la medición de la PIA.

MÉTODO
Los componentes del equipo serán partícipes de forma equitativa en las diferentes actividades siendo coordinadas por el responsable del proyecto.

? Revisión bibliográfica individual y puesta en común en las reuniones del equipo de mejora.
? Elaboración del procedimiento "MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL TRANSVESICAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "LOZANO BLESA"" basado en la evidencia científica. ?Implantación del procedimiento en la unidad.
?Difundir el procedimiento entre los profesionales pertenecientes a la unidad, profesionales de nueva incorporación o eventuales mediante:
-Sesiones formativas a los profesionales de enfermería de la unidad.
-Inclusión en los documentos de enfermería de la unidad; carpetas tradicionales en papel y carpetas en los soportes informáticos.

INDICADORES
?Procedimiento realizado y enviado a la comisión de calidad para su aprobación.
?Número de sesiones formativas impartidas al personal de enfermería de la UCI.
?Porcentaje de profesionales formados: Nº enfermeros formados = Nº enfermeros formados/total de enfermeros X 100.

DURACIÓN
OCTUBRE-DICIEMBRE 2016
Revisión bibliográfica.
Reuniones mensuales del equipo de mejora.

ENERO-MARZO 2017
Elaboración del procedimiento.
Reuniones mensuales del equipo de mejora.

ABRIL-MAYO 2017
Envío del procedimiento a la comisión de calidad para su aprobación.
Sesiones formativas a los enfermeros de la UCI.
Inclusión del documento en las carpetas de trabajo de la unidad.

JUNIO 2017
Evaluación del proyecto de mejora

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0729

1. TÍTULO

ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICOUNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ANGUSTIAS GOMEZ BACA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI QUIRURGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRION MARCO CARMEN
REGAÑO VIGIL PILAR
GARCIA MARTINEZ ELISA
JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER
MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION
BAQUEDANO BRUNA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1-Tras recibir aprobación del proyecto el 20/4/17, nos ponemos en contacto con Dña.Victoria Julve (Jefa de Servicio de Política de Recursos Humanos en el SALUD) el 25/4/17 para explicarle en qué consiste el proyecto ya que está basado en el uso de la plataforma de formación del SALUD (plataforma tipo Moodle) de la que su servicio es responsable. Nos ponemos en
contacto con su equipo para iniciar y trabajar con la plataforma de formación Moodle.
2- 27/4/17: primera reunión del equipo completo. Se producen dos bajas en nuestro equipo (Virginia Expósito Zaragoza y Raquel Pérez Valle) que son sustituidas por Inmaculada Baquedano Bruna y Pilar Regaño Vigil.
Se comunican los cambios a la Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (HCUZ) el 1/5/17.
3- 8/5/17 Se envían correos corporativos de todas las componentes a Dña. Victoria Julve para darnos de alta en la plataforma.
4- Debido a la dificultad de reunirnos los miembros del proyecto, se crea una cuenta Gmail común para comunicarnos más fácilmente y donde utilizaremos la nube de Google (Drive) para ir poniendo en común archivos y enlaces relacionados con los cuidados intensivos.
5- 23/5/17 Nos reunimos en el SALUD en el Servicio de RRHH del SALUD para crear nuestros accesos individuales a la plataforma Moodle y nos imparten una pequeña introducción al funcionamiento de la plataforma.
Durante los meses posteriores se van abriendo carpetas en el Drive donde recopilamos el material de interés para el proyecto.
6- En la actualidad se están reestructurando los contenidos y realizando nuevas búsquedas con un criterio científico basado en la evidencia.
Al ser un proyecto dinámico, se va a presentar a los compañeros de las UCIs para ofrecerles la oportunidad de crear protocolos o procedimientos que puedan ser incluidos en la plataforma y de ese modo ampliar su desarrollo profesional.
Al mismo tiempo se re-evaluará sus necesidades formativas para darles cabida en la plataforma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El indicador de evaluación del proyecto es el análisis del nº de conexiones a la plataforma/mes.
Como la plataforma no está del todo puesta en marcha no es valorable este indicador por el momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El inicio del proyecto fue muy rápido y con mucha motivación cargado de ideas. Creemos profundamente en él porque lo consideramos una herramienta fundamental para nuestro trabajo diario en la UCI.
El proyecto necesita ser desarrollado durante más tiempo en los próximos meses sujeto a la disponibilidad de sus miembros teniendo en cuenta que están participando en otros proyectos y a sus cargas laborales.
Hemos aprendido el manejo de herramientas digitales de trabajo en equipo.
Además, al poner en común diferente material formativo, hemos ampliado a nivel individual nuestros conocimientos sobre enlaces y métodos de búsqueda relacionados con la sanidad.
Consideramos que será un proyecto sostenible ya que se está utilizando la plataforma de formación del Salud, con lo que contamos con el respaldo de una institución importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/729 ========== ***

Nº de registro: 0729

Título
ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0729

1. TÍTULO

ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICOUNIVERSITARIO LOZANO BLESA

GOMEZ BACA CARMEN ANGUSTIAS, CARRION MARCO CARMEN, GARCIA MARTINEZ ELISA, JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER, MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION, PALACIOS LASECA MARTA, REGAÑO VIGIL PILAR, BAQUEDANO BRUNA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente Crítico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente en las UCIs del HCULB trabajamos una amplia plantilla de personal de enfermería(más de 128 profesionales)a las que hay que sumar personal que cubre reducciones de jornada. Ello,junto con los períodos vacacionales y las frecuentes movilidades de personal, supone una alta rotación de nuevo personal en nuestro servicio.Entre tanto personal hay profesionales de todo tipo de procedencia. Debido a la organización del sistema mucho de este personal llega o por petición propia (motivado) o no (desmotivado, con inseguridades...)pero con un factor común en la mayoría de los casos: sin formación previa en UCI, la cual van adquiriendo día a día gracias al apoyo y supervisión de los compañeros. Todo ello supone una sobrecarga de trabajo físico y emocional para la plantilla lo cual también puede tener una repercusión directa – negativa- en la atención de calidad al paciente. También puede suponer un coste económico (al poder producirse errores, absentismo laboral al no sentirse el personal apoyado, y sobrecargado de trabajo). Otro de los problemas presentes es la falta de tiempo del personal durante el turno de trabajo para consultar los protocolos y la imposibilidad de hacerlo en su tiempo libre desde su domicilio,al encontrarse físicamente en formato papel en la unidad. Este proyecto aspira a servir como guía formadora para los recién llegados y guía unificadora de criterios de trabajo para todo el personal de enfermería de nuestra UCI. Esto propiciaría una mejora del ambiente laboral y sería una herramienta de bajo coste para mejorar la Seguridad del Paciente y los Cuidados de Calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1_ Facilitar el acceso a los protocolos y procedimientos vigentes en nuestra UCI siempre a través de un acceso estrictamente restringido-mediante contraseña- a los usuarios de nuestra unidad .
2- Unificar conocimientos, criterios y pautas de trabajo.
3_ Aumentar sentimiento de seguridad del personal a la hora de trabajar
4_ Proporcionar Cuidados de Calidad basados en la evidencia
5_ Mejorar la Seguridad del Paciente
6_ Promover un ambiente de motivación y empoderamiento profesional

MÉTODO
Este proyecto se desarrollará utilizando la Plataforma Virtual de Enseñanza del Servicio Aragonés de Salud.
1º_ Se contactará con el SALUD para iniciar el proyecto. Los encargados del departamento de Servicio de Política de Recursos Humanos serán los gestores de crear/desactivar las contraseñas. Todos los miembros de este proyecto tendrán capacidad para colgar los contenidos previamente acordados y revisados en la plataforma.
*(ya se ha contactado con los responsables de este departamento y nos han ofrecido su apoyo y orientación para manejarnos en la Plataforma)

2º_ Entre los miembros del proyecto se repartirán tareas y responsabilidades creando grupos de trabajo para que en la plataforma aparezcan los diferentes protocolos y proyectos vigentes en nuestra unidad como son:
- Formación básica: monitorización y control hemodinámico, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, técnicas de hemidiafiltración, SVA, farmacología en UCI . Esther Juberías Sánchez
- los proyectos Toleranzia Zero avalados por la SEMICYUC (Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero). Carmen Gómez Baca
- Protocolos: Cuidados del paciente coronario, del paciente ventilado y/o con patología respiratoria,del neuroquirúrgico, del transplantado hepático, cuidado y mantenimiento de PICCs, limpieza y mantenimiento del material.... Carmen Carrión Marco

Al tratarse de una plataforma de enseñanza queremos que sea dinámica, para ello:
3º_ En la sección “Publicaciones” se colgarán artículos de actualidad en enfermería y relacionados con nuestro trabajo para mantenernos actualizados. (siempre cumpliendo las condiciones de publicación estipuladas por el autor o la fuente). Marta Palacios Laseca
4º_En la sección de “Formación” se publicitarán cursos, talleres y enlaces de interés para el personal,así como congresos nacionales e internacionales relacionados con nuestro trabajo en la UCI. Virginia Expósito Zaragoza

INDICADORES
1_ nº de conexiones a la plataforma/mes
2_ Se solicitará una valoración trimestral a los usuarios a partir del total funcionamiento de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0729

1. TÍTULO

ESPACIO VIRTUAL DE ENFERMERIA DE LAS UCIS DEL HOSPITAL CLINICOUNIVERSITARIO LOZANO BLESA

plataforma.

DURACIÓN
Inicio: Noviembre 2016: -reparto de tareas
-inicio diseño plataforma
Desarrollo: Enero 2017: fin diseño plataforma
Enero-Mayo 2017: introducción contenidos en la plataforma
Mayo 2017: plataforma en total funcionamiento
Mayo-Diciembre 2017: valoración mensual nºde conexiones y recogida de resultados.
Julio-Octubre-Diciembre 2017: recogida valoración usuarios
Fin: Diciembre 2017: evaluación resultados indicadores

OBSERVACIONES
El acceso será restringido a usuarios con contraseña (sólo personal de la UCI HCULB y con correo corporativo)entendiendo que los protocolos colgados en nuestra plataforma son de ámbito exclusivo de la UCI.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE ..... NURIA SANCHEZ DONOSO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UCI QUIRURGICA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ BARTOLOME BELEN
BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL
MILLAN TARATIEL PAULA
FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA
VIRGOS SEÑOR BEATRIZ
GUTIERREZ IBAÑES PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes críticos presentan características potencialmente graves que pueden motivar desde el reingreso en UCI hasta la muerte del paciente en la planta, por lo que el nivel de atención requerida sigue siendo elevado, y la atención proporcionada debe ser óptima independientemente de donde permanezca ingresado. Por estas razones, resulta pertinente diseñar estrategias destinadas a disminuir la mortalidad evitable tras el alta de UCI, el reingreso y la aparición de otros eventos adversos.
Con el proyecto "Free Wall UCI Q Sección" (FW-UCIQ-S) se pretendió identificar a los pacientes que en el momento del alta de la UCI Quirúrgica contaban con factores que implicaban un mayor riesgo de ser reingresados o de fallecer en planta, y sobre los que cualquier cambio intraproceso pudiese comportar un impacto positivo en su evolución.
Previamente al alta de UCI-Q se identificaron los pacientes que presentaban uno o más factores de riesgo de mala evolución en planta (cirugía de alto riesgo, estancia prolongada en UCI, necesidad de alto nivel de cuidados de enfermería, portador de cánula de traqueostomía o CVC, fracaso orgánico en evolución, presencia de dos o más comorbilidades, antibioterapia de amplio espectro o resultados de pruebas diagnósticas pendientes al alta de UCI).

La intervención se realizó a varios niveles:
a) En el informe de alta de UCI Q se dejó constancia de la fecha de colocación de catéteres venosos centrales y la duración prevista de tratamientos antibióticos si era posible (buena evolución, buen control del foco).
b) Se contactó con el facultativo responsable del servicio receptor en planta en el momento del alta.
c) Se siguió a los pacientes realizando una visita diaria durante su primera semana en planta, y en el caso de considerarlo necesario, se contactó con sus facultativos y/o enfermeras responsables para modificar tratamiento, realizar nuevos test diagnósticos y, si era preciso, considerar reingreso precoz en UCI.
Previamente a ello, se informó a los Servicios del Hospital de la implementación de este proyecto de mejora, con el fin de contar con la posibilidad de establecer un diálogo con las/los facultativas/os de los servicios, para optimizar o modificar de manera conjunta el tratamiento. Los Servicios incluidos en este proyecto son: Cirugía General, Urología, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular, Neurocirugía y Traumatología.
d) Se elaboraron unas hojas de registro de datos que se rellenaban al alta de los pacientes subsidiarios de seguimiento adjuntándolas al informe de alta y guardándolas en dos carpetas, la de pacientes en seguimiento actual y la de áquellos en que éste había finalizado.
e) Una vez completado el período de seguimiento los datos se iban introduciendo en una base de datos para su posterior análisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados que se describen a continuación corresponden al periodo que va del 1-1-2017 al 30-11-2017. Se han conseguido los objetivos descritos en el proyecto para los distintos indicadores.

Nº de pacientes dados de alta a planta de HCU (no cuentan los exitus ni los traslados a otro hospital): 335 pacientes.
Nº de pacientes dados de alta a planta que presentan al menos un factor de riesgo para ser incluidos en el proyecto: 170 (50,74% del total)
Nº de pacientes que han sido seguidos en planta de los que presentan factores de riesgo: 170 (100%) El objetivo era > 85%
Nº de pacientes dados de alta a planta con catéter venoso central (CVC): 118
Nº de informes en los que consta la fecha de inserción del catéter: 111.
Indicador: 111/118 x 100: 94%. El objetivo era > 90%
Nº de pacientes dados de alta a planta con AB amplio espectro: 63 (37% del total)
Nº de informes en los que consta la fecha de inicio de AB: 60
Indicador: 60/63 x 100: 95%. El objetivo era > 90%
Nº de actuaciones llevadas a cabo:
1. De los 170 pacientes que se siguieron, 96 (el 56,5%) permanecieron estables y no fue necesaria ninguna actuación por nuestra parte.
2. En 2 pacientes (1,2%) se decidió limitación de las terapias de soporte vital (LTSV) y no se les reingresó nuevamente en UCI.
3. En 6 pacientes (3,5%) se procedió a reorientación diagnóstica.
4. En 34 pacientes(20%) se realizó ajuste del tratamiento (principalmente modificación antibioterapia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

ajustando a los resultados microbiológicos y/o sugiriendo suspensión precoz pero también ajuste de otros tratamientos).
5. En 21 pacientes (12,4%) se llevó a cabo un seguimiento estrecho en planta (recordando y promoviendo una retirada precoz del CVC).
6. 11 pacientes (6,5%) requirieron reingreso precoz en UCI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. La participación proactiva del intensivista fuera de la UCI puede disminuir infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) como la bacteriemia por catéter al disminuir los CVC innecesarios y promover su retirada precoz.

2. El proyecto promueve un uso adecuado de antibióticos, al indicar fecha de inicio de los mismos y días aconsejables de terapia antimicrobiana en el informe de alta, en las situaciones en que la evolución clínica del paciente lo permite.

3. Es posible una detección a tiempo de signos y síntomas de deterioro del paciente en planta que hagan considerar su reingreso precoz en UCI anticipándonos a situaciones de riesgo vital que complicarían todavía más la evolución del mismo y aumentarían su morbi-mortalidad.

4. Todo el equipo de UCIQ hemos percibido una gran satisfacción tanto en el paciente como en sus familiares con este tipo de continuidad asistencial, por breve que sea, y a su vez, ello ha repercutido en una gran satisfacción a nivel personal y profesional entre nosotros.

5. Todo ello contribuye a una mayor seguridad del paciente y calidad de nuestro sistema asistencial.

En nuestra opinión, el proyecto UCI sin paredes es relevante y factible de realizar la mayor parte del tiempo a lo largo del año, salvo en ocasiones puntuales y/o festivos en los que la carga de trabajo nos imposibilita abandonar la unidad para centrarnos en los pacientes de planta. Se requiere un tiempo no desdeñable para informarse de cómo se encuentra el paciente, visitarlo, explorarlo si procede, y hablar con el personal de enfermería y médico responsables del paciente si se considera oportuno realizar algún cambio o ajuste de tratamiento.
No obstante, lo consideramos un proyecto interesante a nivel profesional y personal y creemos sería relativamente sencillo su sostenibilidad y replicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/769 ========== ***

Nº de registro: 0769

Título
PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

Autores:
SANCHEZ DONOSO NURIA, JIMENEZ BARTOLOME BELEN, BUSTAMANTE RODRIGUEZ RAQUEL, MILLAN TARATIEL PAULA, FERNANDEZ SALVATIERRA LETICIA, SANCHO VAL ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticos postquirúrgicos y politraumatizados
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La patología que presenta el enfermo crítico se debe considerar como un proceso continuo que seinicia antes de su ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) y se mantiene tras el alta del mismo. La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes dados de alta desde el SMI se cifra entre un 5 y un 25% y la mayoría de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0769

1. TÍTULO

PROYECTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL TRAS EL ALTA DE UCI: UCI SIN PAREDES

los casos fatales ocurren en la primera semana tras el alta. El reingreso en el SMI cuadriplica la mortalidad de los pacientes y duplica su estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el proyecto UCI SIN PAREDES se pretende identificar al alta de la Sección UCI-Quirúrgica a los pacientes de mayor riesgode desarrollar eventos adversos y proporcionarles un seguimiento estrecho tras el alta con el fin de disminuir la mortalidad, evitar su reingreso en UCI o bien para procurar su reingreso precoz antes de que la condición clínica se deteriore.

MÉTODO
Previamente al alta se identificarán los pacientes que presenten uno o más factores de riesgo de mala evolución en planta (cirugía de alto riesgo, estancia prolongada en UCI, necesidad de alto nivel de cuidados de enfermería, portador de cánula de traqueostomía o CVC, fracaso orgánico en evolución, presencia de dos o más comorbilidades, antibioterapia de amplio espectro o resultados de pruebas diagnósticas pendientes).
La intervención se realizará a varios niveles:
a) En el informe de alta de UCI Q se dejará constancia de fecha de colocación de catéteres venosos centrales y duración prevista de tratamientos antibióticos
b) Contacto con el facultativo responsable del servicio receptor en planta en el momento del alta
c) Visita diaria durante la primera semana de los pacientes en planta y, en caso de ser necesario, contacto con sus facultativos y/o enfermeras responsables para modificar tratamiento, realizar nuevos test diagnósticos y, si es preciso, reingreso precoz en UCI
Se informará a los Servicios del Hospital de la implementación de este proyecto de mejora, con el fin de contar conla posibilidad de establecer un diálogo con las/los facultativas/os de los servicios, para optimizar o modificar demanera conjunta el tratamiento. Los Servicios incluidos en este proyecto son: Cirugía General, Urología, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular, Neurocirugía y Traumatología.

El registro de la información de los datos se realizará en un soporte informático.
Los datos serán anónimos, y en la explotación final de los mismos para la obtención de los indicadores, no habrá ningún dato que permita la identificación del paciente.

INDICADORES
Nº Informes de Alta de la Sección UCI-Q donde hay constancia decolocación CVC (fecha de la misma)
Nº IA con constancia CVC y fecha/Nº total de IA
VALORACIÓN> 90%
Nº Informes de Alta de la Sección UCI-Q donde hay constancia de las fechas de inicio de tratamiento antibiótico
Nº IA con constancia de fecha de ttº AB/Nº total de IA
VALORACIÓN> 90%
Nº pacientes valorados en función de los criterios de inclusión
Nº pacientes con FR valorados/Nº total de pacientes con FR dados de alta de la UCI Q
VALORACIÓN> 85%
Nº actividades llevadas a cabo del total de las posibles acciones*
*Acciones llevadas a cabo al alta y al seguimiento
Nº de número de actividades llevadas a cabo del total de las acciones/paciente
PUNTUACIÓN DEL 1 AL 9
Nº reingresos llevados a cabo
Nº reingresos detectados mediante proyecto/Nº total reingresos
VALORACIÓN > 80%

DURACIÓN
Constitución del equipo octubre-noviembre 2016
Notificación resto de los Servicios del Hospital diciembre 2016
Implementar las medidas enero-diciembre 2017
Monitorización de los primeros resultados octubre-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0880

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CARMEN PEÑA NEBRA
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD CENTRAL DE LABORATORIO (UCL)
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDREU GIRAL ELENA
GIMENO ZAPATA MARIA PILAR
HERRANDO BAYO FRANCISCA
LOU GUILLEN RAQUEL
GARCIA LOZANO MARIA ISABEL
FUSTERO MARTIN MARIA ISABEL
VALERO MARTIN ENAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Desde el 1 de junio a diciembre de 2018 se ha estado realizando por parte del personal administrativo de la UCL (componentes del equipo del proyecto de mejora y responsable) el registro del número de Tarjeta Sanitaria (CIA) en cada una de las peticiones de analítica recibidas a través de la UCL del HCU “Lozano Blesa” del sector III, como dato necesario para que los resultados de las analíticas se incluyan en la HISTORIA ELECTRONICA del paciente.

2. En las peticiones que no consta historia para capturar los datos del paciente, y tenemos como único dato identificativo la fecha de nacimiento nos ha sido imposible introducir el TIS al registrar la petición de la analítica.
En estos casos, al final de la mañana, se exporta la lista total de peticiones de analíticas del día a una hoja Excel para seleccionar los pacientes sin CIA.

3. Sobre esa selección, la responsable del proyecto, utilizando como recurso la INTRANET CLINICA, busca por apellidos y nombre al paciente y comprueba que coincide la fecha de nacimiento de la petición para copiar el CIA, e introducirlo en los datos demográficos del paciente de la base de datos de MODULAB (programa de laboratorio).

4. Paralelamente, se lleva contaje y estadística diaria y mensual utilizando como herramienta una tabla dinámica de Excel, de todos los pacientes corregidos con datos, sin datos, sin introducir, PE corregidas, etc. de los cuales se han sacado los indicadores de valoración.

5. Se han realizado tres Actas: una al inicio del proyecto explicando los objetivos y dando las instrucciones pertinentes, otra de seguimiento con las dificultades encontradas y actividades realizadas, y una finalizar el proyecto analizando los resultados y avances obtenidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el inicio del proyecto en junio de 2018 a diciembre se ha alcanzado un 99,59% de las peticiones correctas con número de Tarjeta Sanitaria incorporado a la analítica una vez realizadas las correcciones aplicadas.
Los resultados han ido variando mensualmente, según el volumen de peticiones recibidas, siendo octubre el mes con más peticiones realizadas (50.900), consiguiendo un total de 50.561 con nº de CIA después de un 50,34% de correcciones.
En diciembre de 2018, se ha corregido la mitad de las peticiones, hasta llegar a alcanzar el 99,59% de peticiones correctas.
Teniendo en cuenta que el objetivo a alcanzar con el proyecto era el 100 % y habiéndose encontrado con un 49% de peticiones sin datos para poder realizar la inclusión del CIA, hemos tenido unos resultados excelentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha puesto en común a lo largo del desarrollo del proyecto, todas las dificultades que se han encontrado en las peticiones sin datos identificativos del paciente. En la mayor parte peticiones que utilizan tarjeta grafitada sin Hª ni fecha de nacimiento del paciente.
Se decide pedir la tarjeta sanitaria al paciente cuando se pueda, al registro de la analítica como medida de recomendación para utilizar.
En diciembre de 2018, se concluye el proyecto con resultado positivo viendo los objetivos alcanzados y se acuerda seguir incluyendo el nº de CIA como medida necesaria a aplicar indefinidamente siguiendo con la implicación del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0880

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

*** ========== Resumen del proyecto 2018/880 ========== ***

Nº de registro: 0880

Título
REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL H CU LOZANO BLESA COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

Autores:
PEÑA NEBRA ANA CARMEN, ANDREU GIRAL ELENA, GIMENO ZAPATA MARIA PILAR, HERRANDO BAYO FRANCISCA, LOU GUILLEN RAQUEL, GARCIA LOZANO MARIA ISABEL, FUSTERO MARTIN MARIA ISABEL, VALERO MARTIN ENAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ANALITICAS SOLICITADAS A LOS SERVICIOS CENTRALES DEL LABORATORIO DEL SECTOR III
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los resultados de las analíticas recibidas que se registran en la UCL del HCU LOZANO BLESA, sin el número de tarjeta sanitaria no pasan a la historia electrónica del paciente con lo cual no pueden ser visualizadas por los facultativos y hacer un seguimiento evolutivo de su patología.
Se realiza todo el proceso de pre analítica y post analítica con su correspondiente coste económico y de trabajo si no se introduce su numero de CIA no pasa a la historia clinica electrónica.
Además supone un porcentaje de reclamaciones de estas analíticas sin CIA (nº de tarjeta sanitaria) que conlleva un importante tiempo de busqueda posterior para encontrar la analítica solicitada.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera conseguir que la totalidad de las analíticas que a través de la UCL del HCU LOZANO BLESA sean registradas y el resto de analíticas que sean registradas para todo el HCU tengan el número de tarjeta sanitaria correspondiente para su inclusión en la historia cllinica electrónica del paciente y cualquier facultativo de cualquier sector pueda acceder a ellas.

MÉTODO
Introducir el número de tarjeta sanitaria (CIA) a mano en la totalidad de las analíticas que se reciban en la UCL y las que se reciban de todas las peticiones al HCU LOZANO BLESA.
Asegurando que los datos del paciente se correspondan exactamente a su tarjeta sanitaria y que todas las analíticas estén en las correspondientes historias clinicas electrónicas de los pacientes analizados.

INDICADORES
El indicador representará el porcentaje de analíticas sin CIA frente al total de las analíticas revisadas.
Alcanzar el 100 % de analíticas con su correspondiente CIA (numero de tarjeta sanitaria).

DURACIÓN
La duración será anual hasta el 31 de diciembre de 2018 prorrogable hasta que exista la necesidad.
Se realizarán reuniones semanales, para realizar muestreo previa visualización y corrección de cualquier omisión o error de identificación de tarjeta sanitaria de cada analítica registrada durante la semana.
En los indicadores quedará registrado el número de analíticas sin CIA por error u omisión.
La fecha inicial será del 1 de junio de 2018

OBSERVACIONES
Si algún componente del equipo deja de serlo o es sustituido por otro, se puede realizar el cambio o sustitución mientras la elaboración del proyecto.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0880

1. TÍTULO

REGISTRO DE LA TOTALIDAD DE LAS PETICIONES DE ANALITICAS RECIBIDAS EN LA UCL DEL HCU "LOZANO BLESA" COMO DATO OBLIGATORIO EL Nº DE TSI PARA QUE SE INCORPOREN LOS RESULTADOS A LA HCE DEL PACIENTE

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1754

1. TÍTULO

DAÑO CERO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JULIAN MOZOTA DUARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASCAN HERREROS MARIA PILAR
REBOLLO PINA CARMEN
PAÑO PARDO JOSE RAMON
SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM
ROQUES MATA MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Dentro del Grupo PROA se han realizado entre otras las siguientes actividades que abordan aspectos relacionados con Daño Cero:

• La actividad de monitorización e intervención en pacientes PROA-bacteremia, que ha mantenido su operatividad asistencial con la participación de PROA en alguno de los diferentes niveles de intervención en más de 400 episodios a lo largo del año.
• El trabajo realizado para gestionar el desabastecimiento de piperacilina/tazobactam y minimizar el impacto en el centro.
• La consolidación de la actividad de monitorización PK/PD de vancomicina, aminoglucósidos y azoles.
• La operatividad del circuito de evaluación de pacientes alérgicos a b-lactámicos.
• La monitorización del cumplimiento de la profilaxis antibiótica en servicios quirúrgicos.
• La puesta en marcha del protocolo de sellado de catéteres en pacientes con bacteriemia secundaria a infección del dispositivo.
• La publicación y difusión de la actualización de la Guía de Tratamiento Antimicrobiano del hospital
• El desarrollo de una campaña de concienciación a los profesionales del centro sobre principios de buen uso de antibióticos basada en una lista de verificación. Dicha campaña alcanzó a más de 200 profesionales de 11 servicios.
• La realización de actividades formativas como el curso de antibioterapia celebrazo en marzo de 2017 y la formación a FEA de otros centros a través del Programa FOCUSS.
• La elaboración de un modelo de cooperación coordinada con Atención Primaria en optimización de uso de antibióticos, que ha sido adoptada a nivel autonómico.
• La incorporación del hospital al pilotaje programa WASPSS (Wise Antimicrobial Stewardship Support System) del Plan Nacional contra la Resistencia a los Antibióticos.

2. Desde las Unidades de Enfermería se ha trabajado entre otras en las siguientes actividades que abordan aspectos relacionados con Daño Cero:

- Control de caducidades mensual en cada unidad

- Reuniones de equipo multidisciplinar para establecer cambios posturales

- Estudio de tipo de apósitos por unidad y gasto para adecuar los tratamientos según tipo de LLP a través de la comisión de Heridas Crónicas

- Participación en el 5º estudio nacional de prevalencia GNEAUPP

- Varios cortes anuales para seguimiento de cumplimentación del Check – List.

3. Desde la Unidad de Calidad y la Dirección del centro se ha promovido la participación en Programas Zero impulsados desde el Ministerio y Sociedades Científicas a través de la Estrategia de Seguridad del Paciente.

- En UCI programas Neumonía Zero, Bacteriemia Zero y Resistencia Zero.

- Infección Quirúrgica Zero: programa implantado este año en Cirugía colorrectal y en Cirugía Ortopedica prótesis primarias de cadera y rodilla.

- Se continúa trabajando en el listado de verificación de seguridad quirúrgica. A través de evaluaciones con feed back a los propios servicios y a la Comisión del Bloque Quirúrgico.

4. Desde la Comisión de Seguridad y Mortalidad Unidad se ha trabajado entre otras en las siguientes actividades que abordan aspectos relacionados con Daño Cero:

- Código Alerta:
Se realizan entrevistas informales para detectar barreras en la implementación del Código Alerta.
La coordinadora de cuidados, Carmen Rebollo Pina, informó a la Comisión de una nueva actualización del programa informático “Gacela Care” que podía servir como herramienta para relanzar la implementación del código alerta. Se acuerda impulsarlo a través del “Gacela Care”.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1754

1. TÍTULO

DAÑO CERO

Implantación piloto del código alerta en unidades seleccionadas: Se seleccionan 3 Unidades con diferente idiosincrasia para el "pilotaje" de la implantación del Código incluyendo la actualización del programa Gacela Care: Cirugía, Cardiología, Oncología.
- Uso seguro de heparina no fraccionada:
Se actualiza el procedimiento del uso seguro de heparina no fraccionada dada la implantación parcial de su anterior versión.
- Limpieza y desinfección de materiales y superficies: protocolo de limpieza y desinfección de superficies y materiales.
- Amfe de la medicación de alto riesgo en las unidades de hospitalización:
La dirección del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" solicitó a la Comisión de Seguridad y Mortalidad realizar una actividad formativa con los siguientes objetivos principales:
a. Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
b. Aproximar a los profesionales sanitarios a la cultura y estrategias de seguridad del paciente, a través de la puesta en marcha de prácticas clínicas asociadas al uso seguro del medicamento.
c. Desarrollar un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) del uso del Medicamento en las unidades de hospitalización.
Se formaron 63 profesionales sanitarios (43 diplomados en enfermería, 18 licenciados en medicina y 2 licenciados en farmacia).
- Gestión de notificaciones de incidentes al SINASP
El número de notificaciones al SiNASP se ha incrementado en un 40%. En el año 2017 se han recibido 21 notificaciones frente a las 15 del 2016. Se establece un sistema de feed-back mediante reuniones informales a los trabajadores notificantes y a las unidades involucradas. Se comunica el incidente a todos los trabajadores del Servicio y se analizan las factores latentes del sistema que se pueden rediseñar para hacerlos más seguros y evitar la repetición del incidente.
- Análisis de reclamaciones.
Revisión por la Coordinadora del SIAP (Servicio de Información y Atención al paciente) de todas las quejas y reclamaciones recibidas en dicho Servicio.
Presentación en la Comisión de las quejas seleccionadas, relacionadas con seguridad.
Análisis de la causa de la reclamación

5. Desde el Servicio de Información al paciente:
Participa en la Comisión de Seguridad en la selección y análisis de las quejas y reclamaciones.
Remisión al Servicio correspondiente de la queja/ reclamación
Emisión de informes, tras el estudio, de las reclamaciones del paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1 - Uso Seguro del Medicamento: Prescripción electrónica de antibióticos.

Nº de Unidades que prescriben antibióticos en formato electrónico: 12. Nº Total de Unidades que disponen de prescripción electrónica: 12. 100 %
Unidades: MI C, Infecciosos, MI A, MI B, MI D, Oncología, Digestivo, Hematología, Psiquiatría, Neurocirugía, Cirugía A, Hospital Ejea.

2 - Uso Seguro del Medicamento: Registro caducidades

Nº de Unidades con control de caducidades en el botiquín: 72 Nº Total de Unidades: 72. 100%

3 - Cuidados seguros: Ulcera Decúbito

Nº de Unidades que registran la aparición de úlceras: 24. Nº Total de Unidades que disponen de prescripción: 24. 100%

4 - Seguridad en el bloque quirúrgico: Chek List quirúrgico

Nº de Unidades quirúrgicas que cumplimenta el Check list > 90% de IQ programada: 9 Nº Total de Unidades unidades quirúrgicas: 9. 100%
Cirugía general 90%, cirugía vascular 93%, dermatología 100%, ginecología y obstetricia 90%, neurocirugía 100%, oftalmología 100%, ORL 100%, traumatología 100% y urología 93%.

5 - Uso seguro del medicamento: PROA.

Nº de Unidades adheridas al programa PROA: 22. Nº Total de Unidades unidades clínicas: 28 80%

• Servicios/Unidades clínicos con actividad PROA: Aparato Digestivo, Alergología, Bioquímica, Cirugía Vascular, Cirugía General, Enfermedades Infecciosas, Farmacia, Hematología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Oftalmología, ORL, Oncología, Pediatría, Traumatología, Urgencias y Urología
• Servicios/Unidades clínicos sin actividad PROA: Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Nefrología, Psiquiatría, Reumatología.

6 - Control IRAS: NAVM.

NAVM / Nº días de vía aérea artificial x 1000 = 3,56

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1754

1. TÍTULO

DAÑO CERO

7 - Control IRAS: Bacteriemia relacionada con catéter (BRC).

BRC / Nº días de catéter x 1000 = 1,55

8 - Quejas y reclamaciones

Nº de quejas respondidas por el responsable de servicio al que se dirige la queja o reclamación: 2785. Nº Total de quejas: 2796. 99,6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El Grupo PROA se ha mantenido activo en las iniciativas que comenzó en el año previo, además ha emprendido otras que han servido incluso de referencia a nivel nacional (ej: gestión desabastecimiento piperacilina / tazobactam). Además ha dinamizado en los servicios clínicos y centrales relacionados con la infección el trabajo, pasando a ser proactivo, más que reactivo e implicando a múltiples profesionales.
Enfermería es un eslabón más en el abordaje de daño cero, donde los cuidados enfermeros son piedra angular. Sirva de ejemplo el registro de pacientes de riesgo (Norton < 14) y que desarrollan úlcera por presión, nos proporciona información para adoptar medidas que nos ayudan a disminuir la incidencia. En 2017 se produjo el 6,39% de lesiones intrahospitalarias. Se hace necesario continuar con el proyecto.
Este año hemos comenzado con entusiasmo por parte de los profesionales en el Hospital con el programa IQZ, continuando con el trabajo que se venía haciendo en los que llevamos años implantando: BZ, NZ y RZ, que tan buenos resultados han dado.
La Comisión de Seguridad y Mortalidad impulsa diferentes iniciativas conducentes a evitar el daño, sirva de ejemplo el Código Alerta, formación AMFE, evaluaciones de indicadores y análisis de incidencia que permiten mejorar la Seguridad de los pacientes de nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1754 ========== ***

Nº de registro: 1754

Título
DAÑO CERO

Autores:
MOZOTA DUARTE JULIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Abordaje transversal de todas patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Varios estudios han demostrado que alrededor del 60% de los problemas relacionados con la seguridad del paciente son evitables. Siendo los más frecuentes los problemas relacionados con los medicamentos y con las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, por ello es nuestro propósito trabajar tanto en la seguridad de los medicamentos como de las infecciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir al máximo el daño evitable provocado por la asistencia sanitaria

MÉTODO
Uso Seguro del Medicamento:
- Asesoramiento del servicio de Farmacia a las Unidades clínicas
- Asesoramiento sobre el uso correcto de los Ab por parte de lo integrantes del PROA a todos los servicios

Control de la IRAS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1754

1. TÍTULO

DAÑO CERO

- Participación en los Programas Neumonía Zero, Bacteriemia Zero e Infección Quirúrgica Zero.

Respuesta a las reclamaciones:

- Asesoramiento al SIAP por parte de la CMSP
- Respuesta rápida a los reclamantes

INDICADORES

1. Uso Seguro del medicamento- Prescripción electrónica de antibióticos
Descripción: Nº de unidades que prescriben antibióticos en formato electrónico/Nº total de unidades que disponen de prescripción electrónica x 100
Fuente de datos: Servicio de Farmacia
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

2. Uso Seguro del medicamento- Registro de caducidades
Descripción: Nº de unidades con control de caducidades en el botiquín/Nº total de unidades x 100
Fuente de datos: Servicio de Farmacia
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

3. Cuidados seguros- úlcera de decúbito
Descripción: Nº de unidades que registran la aparición de úlceras/Nº total de unidades que disponen de prescripción electrónica x 100
Fuente de datos: Información de los propios servicios-Dirección de enfermería
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 80%. Límite superior: 100%

4. Seguridad en el bloque quirúrgico-Check list quirúrgico
Descripción: Nº de unidades quirúrgicas que cumplimentan el check list >90% de IQ programadas/Nº total de unidades quirúrgicas x 100
Fuente de datos: Unidad de Calidad
Valor a alcanzar: 90%
Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

5. Uso Seguro del medicamento- PROA
Descripción: Nº de unidades adheridas al programa PROA/Nº total de unidades clínicas x 100
Fuente de datos: Grupo PROA. Informe anual
Valor a alcanzar: 90%
Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

6. Control IRAS- NAVM
Descripción: NAVM/ Nº días de vía aérea artificial x 1000
Fuente de datos: Registro ENVIN UCI
Valor a alcanzar: 9 %
Límite inferior: 8 %. Límite superior: 12 %

7. Control IRAS- Bacteriemia relacionada con catéter (BRC)
Descripción: BRC/ Nº días de catéter x 1000
Fuente de datos: Registro ENVIN UCI
Valor a alcanzar: 4%
Límite inferior: 4%. Límite superior: 2%

8. Respuesta a las quejas y reclamaciones de los pacientes
Descripción: Nº de quejas respondidas por el responsable del servicio al que se dirige la queja o reclamación/ nº total de quejas x 100
Fuente de datos: Informe del SIAP
Valor a alcanzar: 90%
Límite inferior: 90%. Límite superior: 100%

DURACIÓN
Las actividades comenzaron en el primer trimestre de 2017, y se mantendrán, al menos, hasta final de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JULIAN MOZOTA DUARTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ BONAGA MARIA
COSTAN GALICIA JOAQUIN
CASCAN HERREROS PILAR
GUILLEN ANTON JULIA
CHAURE PARDOS ARMANDO
LOPEZ MENDOZA HECTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Reuniones del Grupo de Trabajo:
- 15 marzo, 22 marzo, 4 mayo, 22 junio, 11 julio, 25 septiembre, 16 noviembre, 14 diciembre.
2.- Resultados de las auditorías realizadas por el grupo:
Primera.- 20 marzo, utilización oxígeno en pacientes ingresados:
- 611 pacientes ingresados en el hospital, de los cuales 185 (30,9%) estaban en tratamiento con oxígeno.
- Hay variabilidad en los pulsioxímetros que se utilizan, con una elevada utilización de los pulsioxímetros individuales.
- Muchos de los dispositivos (como gafas o mascarillas), continuaban colgados en la habitación días después de dejar de ser utilizados.
Segunda.- Abril, Prescripción de oxígeno:
- Mediante muestreo se analizaron un total de 67 pacientes, de los que 29 (30%) llevaban oxígeno.
- 25 (86%) lo tenían prescrito, 60% se prescribió en planta y 40% en urgencias.
- La interfase estaba prescrita en 22 pacientes (88%).
- El flujo estaba prescrito en 21 pacientes (84%).
- Se prescribió la modificación de O2 según saturación de oxígeno en 7 pacientes (28%).
- Se realizó gasometría a 26 pacientes (89%), arterial en 68% casos y venosa 42%.
- Presentaban sat O2 en rango (Sp O2 entre 92 y 96 si no tiene tendencia a la retención de CO2 o Sp O2 entre 89 y 92 si tiene tendencia a la retención de CO2) 13 pacientes (45%), siendo la causa de fuera de rango un exceso de saturación O2 en el 95%.
- En los pacientes con tendencia a la retención estaba en rango en 6 pacientes (37%), siendo la causa de fuera de rango un exceso de saturación O2 en el 100% de los casos.
- Con estas auditorías pudimos constatar que en nuestro hospital es muy frecuente la administración de oxígeno medicinal a los pacientes ingresados. Además, también pudimos ver que existe un amplio margen de mejora tanto en la indicación de la prescripción, como en la cumplimentación de la misma. El objetivo de este procedimiento es intentar mejorar en estos aspectos, dados los riesgos que puede ocasionar un mal uso del oxígeno medicinal.
Tercera.- Abril, O2 en UCI:
- 19 de abril: se analizaron 22 pacientes: 68% VMI, 9% VMNI, 5% oxígeno alto flujo, 13% otros dispositivos O2, 5% sin oxígeno.

3.- Documentos elaborados.
RPC-110, Protocolo de oxigenoterapia en paciente adulto hospitalizado.
Elaborado por los miembros del grupo de trabajo en el periodo de mayo a septiembre. Revisado por Comisión de Revisores con fecha 17 de octubre. Aprobado por Comisión de Dirección el 13 de noviembre de 2018.

4.- Plan difusión.
En la reunión del 16 de noviembre se trata como único punto del orden del día las estrategias para su difusión, concluyendo que se van a realizar las siguientes actividades:
- Colgado en la intranet del hospital.
- Cartel resumido para controles de enfermería.
- Presentación breve de 2-3 diapositivas para enfermería, utilizadas como apoyo en visitas breves 5-10’ a los controles de enfermería.
- Para 2019: vídeo con dispositivos de administración O2.
- Para facultativos: sesión hospitalaria el 19 de diciembre, posteriormente sesión en MI y en Urgencias.
- Sesión con enfermería de anestesia.
En la reunión del 14 de diciembre se revisa el cartel para controles de enfermería. Se diseñan unas pegatinas para poner en cada fuente de oxígeno: "No tocar oxígeno, manipular solo por enfermería".
En la reunión de Comisión de Dirección del 15 de enero se aprueba la impresión de carteles para los controles de enfermería y la impresión de las pegatinas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Mapa de recursos materiales relacionado con oxigenoterapia: Sí realizado.
2. % de pacientes con oxigenoterapia que mantienen la saturación en rango (en al menos un 80% de los registros). Resultado obtenido: 37%; la mayor parte pacientes presentaban una saturación por encima de rango. (Estándar: > 70%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

3. % de pacientes con oxigenoterapia en los que hay prescripción por escrito. Resultado obtenido: 86% (Estándar: > 95%)
Estos resultados son los que el hospital tiene en los indicadores propuestos antes de realizar la intervención en las unidades: difusión del Protocolo, carteles, pegatinas, etc.
Otros resultados conseguidos:
- Elaboración del RPC-110, Protocolo de oxigenoterapia en paciente adulto hospitalizado.
- Difusión del Protocolo, ya ha sido colgado en la intranet, se ha realizado sesión hospitalaria y se ha iniciado la difusión en las unidades de enfermería, habiendo elaborado para ello carteles y pegatinas, que han sido diseñados por el equipo de trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo que impulsa este Proyecto considera fundamental para nuestro Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” la existencia de un Protocolo que aborde el manejo de la oxigenoterapia, y que se convierta en la herramienta que permita una formación adecuada para todos los profesionales implicados en la atención a los pacientes.
Uno de los problemas que hemos constatado en el análisis de nuestra práctica es la sobreutilización del oxígeno: el principal motivo por el que no están nuestros pacientes en rango terapéutico es porque están por encima de rango, situación que puede desencadenar una acidosis respiratoria que provoque coma y requerimientos de ventilación mecánica, con la morbilidad añadida y el consumo de recursos que se requieren.
Estamos satisfechos con los resultados conseguidos hasta ahora, este año trabajaremos en las unidades para difundir las recomendación y esperamos conseguir un adecuado manejo de la oxigenoterapia, lo que nos permitirá conseguir los objetivos clínicos planteados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/104 ========== ***

Nº de registro: 0104

Título
ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

Autores:
MOZOTA DUARTE JULIAN, HERNANDEZ BONAGA MARIA, COSTAN GALICIA JOAQUIN, CASCAN HERREROS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oxigenoterapia es un método terapéutico de utilización muy frecuente en los pacientes hospitalizados, su inadecuado manejo puede ocasionar daño en los pacientes.
Se han identificado los siguientes puntos críticos:
. Elevado porcentaje de pacientes del hospital en tratamiento con O2
. Exceso de gasometría con muestra arterial
. No uso adecuado de las nuevas posibilidades de administración de oxígeno, como el oxígeno de alto flujo
. Sería posible un uso más racional y eficiente del recurso de VMNI

RESULTADOS ESPERADOS
1. Obtener el compromiso de adhesión a las recomendaciones en un 25% de las plantas de hospitalización en el primer año y en un 50% en el segundo año (en dependencia de lo obtenido en el primer año).
2. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI)
3. Mejorar del porcentaje de pacientes que permanecen durante su ingreso con SatO2 entre 92 y100% (o el que se defina como rango óptimo. Porcentaje a valorar en dependencia de la situación basal
4. Mejorar la prescripción de oxigenoterapia en planta: registro en órdenes de tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0104

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA CON OXIGENO EN EL PACIENTE ADULTO

5. Mejorar la coherencia entre la prescripción y la administración de O2.
6. Limitar la obtención de muestras de sangre arterial para la realización de gasometría a las indicaciones correctas.
7. Detectar precozmente las necesidades de terapia intensiva o monitorización continua
8. Registrar la SatO2 en el registro de enfermería (GACELA) acorde con la prescripción médica

MÉTODO
1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI).
2. Elaboración de una guía de menejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo
4. Cumplimiento del protocolode oxigenoterapia
5. Curso: manejo de la VMNI
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se paute oxigenoterapia
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA)
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo.
9. Definición de recomendaciones clave.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría

INDICADORES
1. Mapa realizado al final de primer trimestre del año. (Estándar: SÍ).
2. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia que mantienen la saturación en rango (en al menos un 80% de los registros). (Estándar: > 70%)
3. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con oxigenoterapia en los que hay prescripción por escrito. (Estándar: > 95%)
4. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes en los que la prescipción es coherente con la administración. (Estándar: > 80%)
5. AUDITORIA SEMESTRAL: % de GSA que cumplen con la indicación de toma de muestra arterial. (Estándar: >75%)
6. AUDITORIA SEMESTRAL: % de pacientes con hipoxemia al ingreso en UCI que presentan la sat O2 baja desde hace menos 24 horas. (Estándar: >60%).
7. AUDITORIA SEMESTRAL: % pacientes con correcto registro de SatO2 en gacela. (Estándar > 90%)

DURACIÓN
1. Elaborar un mapa de recursos materiales relacionados con la oxigenoterapia en plantas de hospitalización (disponibilidad de pulsioxímetros, oxígeno de alto flujo, máquinas de VMNI): enero- marzo 2018.
2. Elaboración de una guía de manejo de la oxigenoterapia en planta de hospitalización. Enero- julio 2018.
3. Inclusión en cartera de servicios de O2 alto flujo. Primer semestre 2018.
4. Curso: manejo de la VMNI. Abril- mayo 2018.
6. Asegurar la disponibilidad de pulsioximetría en todas las áreas en las que se pauta oxigenoterapia. Marzo 2018.
7. Registro de sat O2 como signo vital en el registro de enfermería (GACELA). Enero- diciembre 2018.
8. Conocer la ubicación y disponibilidad de los recursos para VMNI y O2 de alto flujo. enero- marzo 2018.
9. Definición de recomendaciones clave. Febrero- junio 2018.
10. Análisis del cumplimiento de dichas recomendaciones: definición del método, recogida de datos y análisis de los mismos. Febrero- junio 2018.
11. Auditoría al inicio del proyecto y semestral para medir, en una muestra de pacientes el número de pacientes con prescripción de oxigenoterapia. Primer y cuarto trimestre 2018.
12. Difusión del inicio del proyecto, de la guía y de los resultados de la auditoría. enero - diciemrbe 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0754

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN DIARTE ABENIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE ESTOMATERAPIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER LANZUELA FRANCISCO
BUENO FENERO SARA
CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA
MORENO SANZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se programaron una serie de reuniones del equipo de mejora a lo largo de noviembre/ diciembre 2016, en las que se pusieron en común ideas y propuestas de puesta en marcha del circuito.

Se redactaron 2 formatos de hojas de derivación a la consulta de estomaterapia:

1ª Hoja de derivación a la consulta prequirúrgica. Tras la toma de decisión de intervenir al paciente candidato a ser ostomizado, y al iniciar el proceso preoperatorio, se le deriva a la consulta de estomaterapia a través de una hoja de colaboración que incluye una serie de datos para marcar: motivo de la intervención, tipo de estoma que se le va a realizar, fecha aproximada de la cirugía… Esta hoja de colaboración es recogida por el personal auxiliar de la consulta de cirugía y entregada a la enfermera estomaterapeuta para su gestión y citación personal del paciente. Se procurará citar haciendo coincidir el día con el de alguna prueba preoperatoria, para facilitar la asistencia y optimizar la atención.

2ª Hoja de derivación a la consulta para captación de pacientes intervenidos de urgencia a los que se les realiza un estoma de eliminación, seguimiento de complicaciones, o reingresos por otros motivos de pacientes portadores de estomas, que precisen revisión por estomaterapeuta. Podrá ser cursada desde la consulta de cirugía general de la misma manera que la anterior, o desde cualquier servicio de hospitalización donde se encuentren ingresados estos pacientes, de la misma manera que se cursa cualquier hoja de colaboración. Si se requiere atención urgente, se podrá avisar al teléfono-busca de la unidad de estomaterapia.

3º Para el inicio de la educación sanitaria a pacientes intervenidos de manera programada, se acuerda que desde la secretaría de cirugía, se enviará el parte quirúrgico semanal a la unidad de estomaterapia, para que, teniendo constancia del ingreso, se realice el marcaje prequirúrgico el día previo a la intervención, y se inicie el programa de educación y atención al paciente ostomizado en los días sucesivos. Dicho parte se enviará a ser posible antes del jueves para poder programar la actividad con la suficiente antelación, y poder citar a los pacientes que ingresan en domingo.

Se acuerda también que los cirujanos avisarán del posible alta hospitalaria del paciente con la suficiente antelación para que sea posible programar las sesiones educativas a los pacientes, preparar el material e informe de alta de la enfermera estomaterapeuta.

Este material y acuerdos, se presentó a los cirujanos generales a través de dos cirujanos, y al personal de enfermería del servicio de cirugía general a través de los enfermeros de dicho servicio, integrantes del equipo del proyecto de mejora.
Se puso en marcha el circuito de derivación en diciembre 2016.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Realización del circuito: SI.

-Porcentaje de pacientes que van a ser sometidos a la realización de una ileostomía / colostomía en el HCU Lozano Blesa, que son derivados a la Unidad de Estomaterapia para la visita prequirúrgica. El porcentaje de pacientes derivados a la unidad para la visita prequirúrgica, es de alrededor de un 60%, siendo captado el resto a través de la recepción del parte de quirófano semanal en la unidad de estomaterapia.

-Porcentaje de pacientes sometidos a la realización de una ileostomía / colostomía en el HCU Lozano Blesa, que reciben atención por parte de la Unidad de Estomaterapia durante la hospitalización: la totalidad de pacientes intervenidos son atendidos por la enfermera de estomaterapia, de acuerdo a sus necesidades, por uno u otro método de derivación: hoja de colaboración, teléfono, busca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Diversos estudios demuestran la importancia de la atención especializada previa a la intervención, así como del seguimiento a corto y largo plazo, para la mejora de la calidad de vida y prevención de complicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0754

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION

Entre los pacientes sometidos a cirugía que conlleve la realización de un estoma de eliminación, se percibe que mejoran en su proceso de adaptación y aceptación de su nueva situación, cuando se realiza la visita prequirúrgica ambulatoria. Se aprecia también que el momento idóneo para realizarla, y cuando más provechosa resulta, es cuando se realiza al menos una semana antes de la intervención, y unos días después de la consulta médica en la que se le ha informado de la intervención.

Desde el equipo de mejora, se continuará trabajando para programar la consulta prequirúrgica en la unidad de estomaterapia ambulatoria en el mayor número de pacientes posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/754 ========== ***

Nº de registro: 0754

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION

Autores:
DIARTE ABENIA MARIA CARMEN, SOLER LANZUELA FRANCISCO, BUENO FENERO SARA, SANCHEZ BUEY MILAGROS, ELIA GUEDEA MANUELA, CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA, MORENO SANZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal, malformaciones, traumatismos.
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el HCU Lozano Blesa existe una unidad de estomaterapia para la atención a pacientes ostomizados. Diversos estudios demuestran la importancia de la atención especializada previa a la intervención, así como del seguimiento a corto y largo plazo, para la mejora de la calidad de vida y prevención de complicaciones.
Actualmente no existe un circuito sistematizado de derivación de los pacientes a la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un flujograma de derivación entre el servicio de Cirugía General y la Unidad de Estomaterapia para pacientes:
- Que van a someterse a la realización de una ileostomía/ colostomía para la visita prequirúrgica (preparación, marcaje del estoma).
- Que han sido intervenidos, para el seguimiento y educación sanitaria durante la hospitalización, y al alta hospitalaria.
-Que habiendo sido intervenidos con anterioridad, precisen de atención especializada por parte de la Unidad de Estomaterapia.

MÉTODO
Se programará una reunión con el equipo de mejora a primeros de noviembre 2016, para poner en común ideas y propuestas de puesta en marcha del circuito.
Noviembre 2016: Información al resto de integrantes de la unidad de cirugía general (enfermeros / cirujanos coloproctología), del procedimiento dederivación elegido.
Diciembre 2016: Puesta en marcha del circuito.

INDICADORES
-Realización del circuito: SI/NO.
-Porcentaje de pacientes que van a ser sometidos a la realización de una ileostomía / colostomía en el HCU Lozano Blesa, que son derivados a la Unidad de Estomaterapia para la visita prequirúrgica.
-Porcentaje de pacientes sometidos a la realización de una ileostomía / colostomía en el HCU Lozano Blesa,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0754

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL Sº DE CIRUGIA GENERAL Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA, PARA DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ESTOMAS DIGESTIVOS DE ELIMINACION

que reciben atención por parte de la Unidad de Estomaterapia durante la hospitalización.

DURACIÓN
Octubre/ Noviembre 2016: Elaboración del circuito y difusión del mismo.
Diciembre 2016: Puesta en marcha del circuito.
Marzo 2016: Evaluación.

OBSERVACIONES
Se valorará la realización de una hoja específica de solicitud de colaboración/ derivación a la Unidad de Estomaterapia.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1652

1. TÍTULO

GESTION DE PRACTICAS EN EL SECTOR III: ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO UNIFICADO QUE AGILICE Y GARANTICE SU SOLICITUD

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARTA CHARLO BERNARDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FORMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALTARRIBAS BOLSA ELENA
ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO
GUTIERREZ CIA ISABEL
CASCAN HERREROS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido la elaboración de un procedimiento de prácticas para centros públicos, otro para centros privados y un formulario de solicitud de prácticas dirigido al sector III.
Para la gestión de las prácticas esporádicas del sector III durante el año 2016 se ha utilizado por cada solicitud de prácticas el envío vía email del procedimiento correspondiente (público o privado) en formato pdf y el formulario de solicitud de prácticas en formato formulario de word.
Una vez recibido el formulario completo y la documentación necesaria para el desarrollo de las prácticas se ha finalizado la gestión mediante el envío del protocolo de gestión de prácticas correspondientes del Salud junto a su anexo para la firma del responsable de prácticas de la universidad o centro solicitante y el gerente adscrito al Sector III.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora de la gestión y calidad de las prácticas esporádicas mediante el envío vía email del procedimiento estructurado en pasos bien definidos y el formulario correspondiente simplificando así los trámites y evitando una sobrecarga en la Unidad de Formación.
Indicadores:
Procedimiento y formulario elaborado: Si
Difusión del procedimiento a los centros públicos y privados solicitantes de prácticas esporádicas: Si
Utilización del procedimiento y formulario: Si
Fuente y método de obtención: realizado a través de procedimiento de prácticas esporádicas del Salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro hospital como centro universitario imparte docencia y cada vez más a gran número de alumnos y residentes de diferentes procedencias (en cuanto a formación y lugares de origen). La gran diversidad en cuanto al tipo de prácticas, trámites a realizar, solicitud de documentación…ha hecho necesario y prioritario el haber formalizado un procedimiento de gestión de dichas prácticas con el fin de unificar y agilizar todos los pasos requeridos en una gestión adecuada de la actividad docente de todo el Sector III de Zaragoza.
Tras una valoración del proyecto sería opción de mejora, digitalizar el formulario en la wordpress de formación del Sector III para poder generar una base de datos automática y crear campos para que se pudiera adjuntar la documentación necesaria de forma que mejoraríamos en gran medida la agilidad en el trámite y solicitud de la documentación además de controlar la trazabilidad de todas las prácticas de manera automática.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1652 ========== ***

Nº de registro: 1652

Título
GESTION DE PRACTICAS EN EL SECTOR III: ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO UNIFICADO QUE AGILICE Y GARANTICE SU SOLICITUD

Autores:
CHARLO BERNARDOS MARTA, ALTARRIBAS BOLSA ELENA, CASCAN HERREROS MARIA PILAR, ESCRIBANO SANCHEZ IGNACIO, GUTIERREZ CIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1652

1. TÍTULO

GESTION DE PRACTICAS EN EL SECTOR III: ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO UNIFICADO QUE AGILICE Y GARANTICE SU SOLICITUD

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FORMACION
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: FORMACION DE LOS PROFESIONALES

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Nuestro hospital como centro universitario imparte docencia, recibiendo anualmente a un gran número de alumnos y residentes de diferentes procedencias (en cuanto a formación y lugares de origen). La gran diversidad en cuanto al tipo de prácticas, trámites a realizar, solicitud de documentación... hace necesario y prioritario formalizar un procedimiento de gestión de dichas prácticas con el fin de unificar y agilizar todos los pasos requeridos en una gestión adecuada de la actividad docente de todo el Sector III de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la gestión y calidad de las prácticas mediante un procedimiento estructurado en pasos bien definidos con el fin de simplificar trámites y de esta manera evitar una sobrecarga innecesaria de trabajo en la Unidad de Formación del Sector III.

MÉTODO
Elaboración del procedimiento (en pasos estructurados) de solicitud de prácticas de alumnos y residentes procedentes de centros públicos y privados que incluya los protocolos de prácticas esporádicas ya existentes en el Salud indispensables para formalizar y autorizar dichas prácticas.
-Elaboración del formulario de solicitud de prácticas que estaría incluido en el procedimiento.

INDICADORES
- Procedimiento y formulario elaborado.
- Difusión del procedimiento a los centros públicos y privados solicitantes de prácticas esporádicas.
- Utilización del procedimiento y formulario.

DURACIÓN
Año 2016-2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1123

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA CHARLO BERNARDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE FORMACION
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALTARRIBAS BOLSA ELENA
SAEZ DE GUINOA MYRIAM
PALACIOS LASECA MARTA
LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR
CASCAN HERREROS PILAR
BASELGA SORIANO ISABEL
REBOLLO PINA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Diseño del proceso de prácticas formativas de enfermería con los profesores asociados de ambas universidades (pública y privada). Definición de los subprocesos: Acogida, Prácticas y Evaluación.
2. Elaboración del Plan de acción y cuadro de mandos del proceso y subprocesos de prácticas formativas universitarias.
3. Desarrollo e implantación de un registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
4. Diseño y aplicación de herramientas digitales para la evaluación:
-Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias
-Encuesta de satisfacción de alumnos universitarios
5. Análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas de los profesores asociados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Método de obtención de indicadores de los subprocesos acogida y prácticas: Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias

INDICADORES_ACOGIDA
-Porcentaje de profesores asociados que han recibido el listado de alumnos 15 días previo a su incorporación: 46,53%. Estándar: 100%. Fuente: Listado de alumnos
-Nº listados de alumnos por módulo recibidos por la Supervisora de Formación 15 días previos a su incorporación. 1 listado USJ por módulo. Estándar: 2 (1 listado Unizar + 1 listado USJ). Fuente: Listado de alumnos universidad
-Porcentaje de unidades que han recibido el nº de alumnos pactado previamente con la unidad: 83,88%. Estándar: 100%. Fuente: Registro Supervisora Unidad/profesores asociados. Responsable de medición: profesores asociados
-Porcentaje de acogidas en el curso académico: 100%. Estándar: 100%. Fuente: Registro de Supervisora de Formación

INDICADORES_PRÁCTICAS
-Porcentaje de profesores asociados que tienen a sus alumnos en su unidad: 78,55%. Estándar: 90%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de efectos adversos producidos en la unidad con el alumno en prácticas: 2,25%. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de accidentes biológicos producidos a los alumnos en prácticas: 3,50% Estándar: 0. Fuente: Incidencias/Informe de Riesgos Laborales.

Método de obtención de indicadores de evaluación: Encuesta de satisfacción de alumnos

INDICADORES_EVALUACIÓN
-Porcentaje de profesores asociados que han realizado la evaluación de acuerdo a la normativa de la universidad: 100%. Estándar: 100%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor asociado: 86,6%. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor colaborador: 87,6% Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
-Porcentaje de grado de satisfacción global: 89,4% Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES. PUNTOS FUERTES.
- Elevado índice de satisfacción de los alumnos tanto con respecto al programa en su conjunto como al desempeño de los profesores, siendo ligeramente superior la del colaborador que la del asociado.
- Se han atendido al 100% de los alumnos recibidos aunque no se ajustasen a los flujos previstos y se han realizado acogidas institucionales colectivas por parte del Hospital Clínico en todos los casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1123

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

- La evaluación docente se realiza siempre de acuerdo a la normativa universitaria.
- La gestión de las prácticas por parte del HCU se ha realizado de forma satisfactoria con casi cero incidencias relativas a la gestión del Hospital.
- Mejora de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos en el último módulo evaluado con respecto a la media de los mismos, con una tendencia ascendente desde el inicio de la primera evaluación.

RECOMENDACIONES U OPORTUNIDADES DE MEJORA.
- La comunicación con suficiente antelación de los alumnos participantes por parte de las Universidades permitiría organizar mejor la acogida, revisar las asignaciones y evitar sobrecargas.
- Los incidentes biológicos producidos a lo largo de este período han sido nueve casos pero debería plantearse como objetivo “0 incidentes”.
- Aunque los efectos adversos se han limitado a dos casos en uno de los módulos de este período debería plantearse como objetivo “0 efectos adversos” dada su implicación en la seguridad del paciente.

La justificación de seguimiento del proyecto se fundamenta en la identificación de puntos fuertes y aspectos de mejora en la calidad de las prácticas formativas que podemos implementar y evaluar para obtener mejora de la calidad de las mismas en cuanto a gestión, coordinación y mejora de la seguridad del paciente y del alumno.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1123 ========== ***

Nº de registro: 1123

Título
ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

Autores:
CHARLO BERNARDOS MARTA, ALTARRIBAS BOLSA ELENA, SAEZ DE GUINOA SENTRE MYRIAM, PALACIOS LASECA MARTA, LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR, CASCAN HERREROS PILAR, BASELGA SORIANO ISABEL, REBOLLO PINA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FORMACIÓN
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Nuestro hospital como centro universitario acoge alrededor de 300 alumnos/año de enfermería y cuenta actualmente con 30 profesores asociados de universidades pública y privada, con una carga de trabajo práctico asistencial de 2100 horas. En el mismo, identificamos el desconocimiento sobre cuáles eran las necesidades de los profesores asociados y alumnos universitarios, las incidencias y eventos adversos que ocurrían en los períodos formativos, la satisfacción de los alumnos con los profesores asociados y colaboradores y los resultados globales de sus prácticas formativas.

RESULTADOS ESPERADOS
.Mejorar la gestión y la calidad de las prácticas formativas universitarias de enfermería mediante el diseño de una estrategia de evaluación sistemática digital dirigida a los alumnos universitarios y a los profesores asociados de las universidades pública y privada.
.Optimizar el ciclo de comunicación entre ambas entidades y los alumnos.

MÉTODO
Metodología y acciones previstas para lograr los objetivos:
1. Diseño del proceso de prácticas formativas con los profesores asociados de ambas universidades (pública y privada). Definición de los subprocesos: Acogida, Prácticas y Evaluación.
2. Elaboración del Plan de acción y cuadro de mando del proceso y subprocesos de prácticas formativas universitarias.
3. Desarrollo e implantación de un registro de incidencias del proceso de prácticas formativas.
4. Diseño y aplicación de herramientas digitales para la evaluación:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1123

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE EVALUACION SISTEMATICA DIGITAL PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRACTICAS FORMATIVAS DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

-Formulario de evaluación de las prácticas formativas universitarias
-Encuesta de satisfacción de alumnos universitarios
5. Análisis y evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los alumnos y la evaluación del proceso de prácticas formativas de los profesores asociados.

INDICADORES
Indicadores de Suprocesos:
Acogida
-Porcentaje de profesores asociados que han recibido el listado de alumnos 15 días previo a su incorporación. Estándar: 100%. Fuente: Listado de alumnos
-Nº listados de alumnos por módulo recibidos por la Supervisora de Formación 15 días previos a su incorporación. Estándar: 2 (1 listado Unizar + 1 listado USJ). Fuente: Listado de alumnos
-Porcentaje de acogidas en el curso académico. Estándar: 100%. Fuente: Registro de Supervisora de Formación
Prácticas:
-Porcentaje de profesores asociados que tienen a sus alumnos en su unidad. Estándar: 90%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de efectos adversos producidos en la unidad con el alumno en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Nº de accidentes biológicos producidos a los alumnos en prácticas. Estándar: 0. Fuente: Incidencias/Informe de Riesgos Laborales.
Evaluación:
-Porcentaje de profesores asociados que han realizado la evaluación de acuerdo a la normativa de la universidad. Estándar: 100%. Fuente: Registro de profesores asociados.
-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor asociado. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
-Porcentaje de grado de satisfacción con el profesor colaborador. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU.
-Porcentaje de grado de satisfacción global. Estándar: 85%. Fuente: Encuesta de satisfacción HCU

DURACIÓN
El proyecto se realizará a lo largo del curso académico 2018-2019 de los alumnos universitarios de enfermería y que consta de cuatro períodos o módulos de prácticas según establecen las universidades de forma trimestral.
Inicio: Septiembre 2018; Fin: Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ ABAD DANIEL
ABASCAL RODA JOSE MANUEL
CANTIN GOLET AMPARO
LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN
RIVAS JIMENEZ MIGUEL
GRANADOS CARLOS
COLAS CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El principal objetivo fue optimizar el uso de recursos humanos y materiales, disminuir la estancia hospitalaria y los costes asociados al angioedema agudo, así como poder disminuir la mortalidad relacionada con este proceso, adecuando su manejo en el Servicio de Urgencias, a la mejor evidencia científica disponible.
Para ello, se elaboró un protocolo de manejo del angioedema agudo en Urgencias, con un algoritmo de decisión diagnóstico- terapéutico, contrastado con la evidencia científica actual.
El protocolo fue elaborado por un grupo de trabajo constituido por médicos urgenciólogos y alergólogos y personal de enfermería.
Las recomendaciones realizadas para ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre el diagnóstico, la valoración clínica y el tratamiento se basaron en la síntesis de esta evidencia de la literatura científica disponible y en la experiencia de los expertos.
Nuestra población diana fueron los pacientes > 14 años con signos o síntomas de angioedema agudo, que consultaban en el Servicio de urgencias.
Los profesionales a los que iba dirigido el protocolo eran:
1. Profesionales facultativos:
a. Médicos Adjuntos del Servicio de Urgencias
b. Médicos Internos Residentes que hacen guardias de presencia física en el Servicio de Urgencias.
c. Otros médicos implicados en el manejo de los pacientes con angioedema agudo en el Servicio de Urgencias: adjuntos y residentes de Otorrinolaringología, adjuntos y residentes de Alergología, Anestesia y de Dermatología.
d. Médicos adjuntos y residentes que hacen guardias de Medicina Interna en nuestro hospital.
2. Profesionales de enfermería:
Profesionales de enfermería que realizan su labor asistencial en el Servicio de Urgencias

Para la elaboración del protocolo de angioedema se realizó inicialmente una revisión bibliográfica mediante una búsqueda en idioma inglés y castellano a través de MEDLINE (OVID), mediante una estrategia diseñada previamente para este propósito.
Se procedió a recuperar los estudios referentes a los diferentes apartados del protocolo: angioedema agudo en general, estudios de descripción de la frecuencia del angioedema, diagnóstico, etiología y tratamiento.
Se estudiaron y valoraron las referencias relevantes de los diferentes documentos.
Con el fin de no perder ningún artículo español, que pudiera haber sido publicado en alguna revista española no indexada en IME o MEDES se utilizó el buscador de Internet Google Académico. La combinación de palabras clave fue angioedema, tratamiento y protocolo. Se obtuvieron 938 resultados al aplicar esta búsqueda el día 22 Enero 2014.
Tras revisarlos se consideraron de interés para utilizarlos en este protocolo 4 de ellos.
El total de títulos a considerar por parte de los investigadores fue de 486.
2.5. Proceso de selección de documentos
Por consenso, se incluyeron documentos que trataban sobre los siguientes aspectos:
- Diagnóstico de angioedema
- Manejo de angioedema agudo
- Tratamiento de angioedema agudo
En una primera fase se realizó la lectura de títulos. Si con la lectura de títulos el documento no pudo ser excluido, se leyó el abstract y si tras ello tampoco fue excluido, se leyó el documento completo. Se excluyeron artículos que contenían datos publicados anteriormente.
Estrategia de implementación del protocolo:
La estrategia de implementación del protocolo se orientó fundamentalmente a la intervención sobre los profesionales implicados en el manejo de esta patología:
• Información de la elaboración del protocolo a la Dirección del Hospital y Unidad de Calidad.
• Sesiones formativas: Sesiones clínicas y/o informativas dirigidas a FEAs, MIR, ATS y celadores.
• Distribución material impreso: Elaboración de dípticos de bolsillo para los profesionales.
• Disponibilidad y acceso del protocolo: en la intranet del hospital
• Auditoría y retroalimentación: se proporcionó a los profesionales y a la dirección del hospital un resumen de las actividades y revisión de resultados tras el periodo estimado para la evaluación del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Se propusieron los siguientes indicadores para la monitorización e implementación del protocolo. Todos de proceso, salvo el segundo indicador, que era de resultado. Así mismo, todos exploraban la dimensión efectividad, salvo el segundo que exploraba la eficiencia. El responsable de la obtención de los indicadores fue el gestor del protocolo. La fuente de datos fue la historia clínica informatizada en el programa PCH de urgencias. El estándar para los 4 indicadores se estableció en 90%.
Se recogieron 322 casos de angioedema registrados en el sistema de información PCH Urgencias, que fueron vistos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario en el periodo entre Enero de 2015 y Diciembre 2017.
En cuanto al resultado de los indicadores monitorizados se diferenciaron 3 períodos: 1º previamente (2015), 2º durante (2016) y 3º posteriormente (2017) a la difusión del protocolo.
1. Proporción de pacientes con crisis de angioedema con anamnesis adecuada. Respectivamente: 54,16%, 77,96% y 94,30%.
2. Proporción de pacientes derivados al servicio de Alergología: 51,98%, 69,18% y 52,63%
3. Proporción de pacientes tratados con fármacos anti- bradicinérgicos por ineficacia del tratamiento antihistaminérgico: 0,69%, 13,55% y 2,10%
4. Proporción de pacientes con diagnóstico previo que reciben tratamiento adecuado: 23,9%, 90% y 39,28%.
Se realizó un análisis descriptivo para conocer las características generales de la muestra global.
Posteriormente se llevó a cabo un análisis bivariante de comparación de los subgrupos según casos recogidos antes de la implantación del protocolo y posterior a la implantación del mismo.
El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS Statistics 21, aplicando en la comparación de muestras pruebas paramétricas (T Student) o no paramétricas (U Mann-Whitney) según el caso, y chi cuadrado para comparación de variables cualitativas.
Al comparar las variables referentes al proceso de atención del angioedema antes y después de la implantación del protocolo tampoco se encontraron diferencias significativas en ambos grupo.
Discusión:
Realizamos la elección de nuestros niveles de estándares basándonos en nuestros propios resultados previos y con un objetivo ambicioso. No comparamos nuestros resultados con los de otros centros (benchmarking), dado que se veía dificultada la comparación por la existencia de una gran diversidad metodológica en la evaluación y la elección de estándares aceptables válidos de adecuación del protocolo.
Los resultados obtenidos en los sucesivos cortes realizados han puesto de manifiesto, tras una situación inicial con mayor problema, una mejora en las cifras tras la monitorización de los 4 indicadores durante la implementación del protocolo y un empeoramiento en las cifras nuevamente en el período posterior a la implementación.
La mejora de calidad obtenida es destacada en un inicio; su evolución en los distintos momentos de medición sí nos dan información para poder clasificar el proceso estudiado como aceptable o problemático y adoptar en consecuencia posibles decisiones de actuación.
En este caso las posibles intervenciones deberían incidir en el cumplimiento del protocolo mediante la realización de ciclos de mejora.
Aunque no se ha detectado ningún problema de calidad, los indicadores en los que se producían más incumplimientos eran “la proporción de pacientes tratados con fármacos antibradicinérgicos o inhibidor de C1” y “proporción de pacientes con diagnóstico previo de angioedema bradicinérgico, que recibe un tratamiento adecuado”, esto puede ser debido a un defecto en la construcción del indicador: relacionábamos el número de pacientes tratados con antibradicinérgicos con el total de pacientes atendidos por angioedema y no con los que no responden al tratamiento antihistaminérgico en el primer caso y en el segundo, con los pacientes diagnosticados de angioedema bracicinérgico.
Estos resultados nos invitan a valorar la fiabilidad de los indicadores y elaborar una versión final, para su uso rutinario en la gestión interna de la mejora de la seguridad del paciente.
Tras el análisis estadísticos los resultados no son concluyentes y esto puede estar en relación con el tamaño muestral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En conclusión, la aplicación de un algoritmo de decisión, en función de unas variables clínicas, ayuda a la selección de la opción terapéutica más eficiente en cada momento y puede ser un instrumento de utilidad en el abordaje terapéutico. También la insistencia de su seguimiento con los profesionales y el recuerdo a modo de sesiones clínicas o material impreso o pósters puede ayudar a mejorar la motivación de los profesionales a la hora de utilizar estos protocolos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/297 ========== ***

Nº de Registro: 0297

Título
INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Autores:
ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA, SAENZ ABAD DANIEL, ABASCAL RODA JOSE MANUEL, CANTIN GOLET AMPARO, LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN, RIVAS JIMENEZ MIGUEL, GRANADOS CARLOS, COLAS SANZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

PROBLEMA
La urticaria y el angioedema son frecuentes motivos de consulta, no sólo en alergología, sino también en Atención Primaria y en urgencias; en concreto, el angioedema, se está convirtiendo en un problema creciente entre la población más añosa.
Se trata de un cuadro que cursa a episodios de inicio impredecible y que potencialmente pueden amenazar la vida del paciente, por lo que afecta a la calidad de vida de los mismos.
Además existen estudios, desarrollados en España, que describen la repercusión económica del angioedema, nada desdeñable, por el mayor absentismo laboral que presentan, que es mayor que en todos los pacientes que sufren alergias
Se estima que el 20% de la población experimentará un episodio en algún momento de su vida.
En nuestro Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Zaragoza, a lo largo del año 2014, se atendieron 122 pacientes con angioedema (13 casos pediátricos, menores de 14 años, y 109 en adultos, es decir, pacientes mayores de 14 años) de 124.740 urgencias que pasaron por dicho servicio en el mismo período.
El interés de esta enfermedad radica en la heterogeneidad y en la gravedad potencial del cuadro clínico, lo que dificulta su diagnóstico, y en la necesidad de un tratamiento precoz y específico, según el mediador inflamatorio que lo desencadene, con el fin de evitar complicaciones. Su pronóstico mejorará con el tratamiento adecuado administrado de forma precoz.
En el servicio de urgencias el médico debe guiarse únicamente por la historia clínica y la exploración física, con los medios habituales en este ámbito, para establecer un diagnóstico de sospecha y administrar un tratamiento adecuado. Esto puede llevar a una variabilidad en el manejo de estos pacientes. Para disminuir la misma se propone elaborar un protocolo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el manejo del angioedema agudo en el servicio de urgencias, de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible, reduciendo al mínimo el fracaso terapéutico y los costes económicos que acarrean.

MÉTODO
Se propone la elaboración de un protocolo de manejo del angioedema agudo en Urgencias, con un algoritmo de decisión diagnóstico– terapéutico, contrastado con la evidencia científica actual, y su posterior difusión al personal sanitario implicado en el manejo de esta patología, a través de sesiones clínicas impartidas tanto a FEAs, MIR, ATS como a celadores, para posteriormente comenzar a aplicarlo a los pacientes que acudan al servicio de urgencias con angioedema agudo. Ademas colocaran posters en la unidad de vital, boxes de observación y de cirugía, ubicaciones donde se atienden a este tipo de pacientes, con el algoritmo impreso.
También se propone elaborar dípticos de bolsillo con el algoritmo, que se repartirán después de cada sesión a los profesionales involucrados en la asistencia de estos pacientes.
Tras un año de la aplicación del protocolo, se revisarán los resultados obtenidos.

INDICADORES
Se proponen los siguientes indicadores para la monitorización e implementación del protocolo:
1.
Numerador: Nº de pacientes que acuden a urgencias con crisis de angioedema a los que se realiza anamnesis que incluye los siguientes aspectos: antecedentes familiares, antecedentes personales y tratamiento farmacológico actual x 100
Denominador: Nº total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

2.
Numerador: Nº de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema sin diagnóstico previo, que son derivados al alta al servicio de alergología para su diagnóstico definitivo x 100
Denominador: Nº total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

3.
Numerador: Nº de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema con compromiso orofaringeo, sin diagnóstico previo, que no responde a tratamiento antihistaminérgico, y que reciben tratamiento con fármacos anti- bradicinérgicos x 100
Denominador: Nº total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

4.
Numerador: Nº de pacientes que acuden al servicio de urgencias con crisis aguda de angioedema con compromiso orofaringeo, con diagnóstico previo de angioedema bradicinérgico, que reciben tratamiento antibradicinérgico x 100
Denominador: Nº total de pacientes que consultan por angioedema en el servicio de urgencias

El responsable de la obtención de los indicadores, será el gestor del protocolo. La fuente de datos será la historia clínica informatizada en el programa PCH de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0297

1. TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

La periodicidad de su obtención, anual.

DURACIÓN
- Creación del grupo de trabajo de angioedema: Enero 2015.
- Elaboración del protocolo: Hasta Junio 2015.
- Elaboración de posters y dípticos de bolsillo durante Julio y Agosto 2015.
- Sesión clínica a los adjuntos de urgencias, residentes y personal de enfermería: En Septiembre 2015, en la cual se comenzarán a repartir los dípticos.
- Colocación de pósters: en Septiembre 2015
- Inicio de la aplicación del protocolo: Septiembre 2015
- Revisión de resultados: Septiembre 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0127

1. TÍTULO

CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LAINCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE ..... TASIO PEÑA JIMENEZ
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EZQUERRA RODRIGO ANA
GRACIA ECHEVERRIA FERNANDO
DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA
FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA
AMORES ARRIAGA BEATRIZ
MIGUEL GIMENO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 6 vídeo tutoriales:
-El circuito del paciente
-El vital
-Monitor zoll
-Bomba de perfusión Braun
-Bomba de jeringa Braun
-PCH barra de herramientas

Estos vídeos han sido instalados en diferentes ordenadores del servicio para
su consulta, tanto por el personal del servicio como por el personal en prácticas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ha permitido dar a conocer el Servicio de Urgencias a los DUEs y TCAEs de nueva incorporación. Al no tener un contador de visualizaciones de los vídeos
estos resultados y el impacto positivo se conocen por manifestación directa de los interesados. La valoración global y final de este proyecto no puede realizarse puesto que los vídeos siguen siendo visualizados continuamente al convertirse en un material de apoyo permanente en el servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por todo lo dicho anteriormente consideramos que este proyecto debe continuar ampliandose y actualizandose.
Asimismo cabe resaltar que han sido las experiencias y el trabajo de los profesionales del servicio los que han servido de base para este material

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/127 ========== ***

Nº de registro: 0127

Título
CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LA INCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
PEÑA JIMENEZ TASIO, DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA, FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, EZQUERRA RODRIGO ANA, GARCIA ECHEVARRIA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0127

1. TÍTULO

CANAL URGENCIAS. CONTENEDOR DE ARCHIVOS MULTIMEDIA PARA FACILITAR LAINCORPORACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PROBLEMA
El servicio de Urgencias se caracteriza por su gran dinamismo y complejidad debido a que en él se lleva cabo la atención de múltiples patologías con distinto nivel de gravedad en distintas áreas (Traumatología, Cirugía, Oftalmología, Pediatría, Psiquiatría, Atención médica, Atención ambulatoria y Vitales).

La plantilla de enfermería (TCAEs y DUEs) es amplia y constantemente llegan a este servicio, por múltiples causas, bajas, asuntos familiares, libranzas, vacaciones… personal de nueva incorporación que desconoce el funcionamiento de dicho servicio.

Actualmente a todo el personal que se incorpora, además de una explicación verbal por nuestra parte, se le facilita una guía de la organización del servicio en formato POWER junto con unas nociones básicas de cómo trabajar con PCH. Más adelante, en cuanto se puede, se les imparte un taller de dicha herramienta informática. A esto hay que añadir que cuando llevan unos meses en el servicio se les forma en TRIAJE y comienzan a clasificar.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar, mejorar y agilizar la incorporación al Servicio de Urgencias de DUEs y TCAEs de nueva incorporación.

MÉTODO
Con la intención de mejorar y facilitar la incorporación de los profesionales mencionados a nuestro servicio, hemos pensado en la posibilidad de hacer uso de las nuevas tecnologías y filmar vídeos cortos explicativos del funcionamiento del servicio en general y luego por áreas.
Estos vídeos y sus contenidos serán grabados y editados por Tasio Peña (además de auxiliar de enfermería, técnico en imagen y sonido) y después supervisados por los responsables de calidad del servicio.
Dicho material audiovisual solamente podrá ser utilizado de forma privada dentro del servicio, no siendo de uso público.

INDICADORES
Encuesta de satisfacción a los profesionales de nueva incorporación en el servicio.

DURACIÓN
Fecha de inicio: octubre de 2016
Fecha de finalización: mayo de 2017
Se prevén realizar entre dos y tres vídeos al mes dependiendo del contenido.
Los vídeos se agruparán en tres grandes apartados:
1.- Video funcionamiento general
2.- Videos específicos de las distintas áreas
2.a) Clasificación/triaje
2.b) Vitales. Carros de paradas
2.c) Cirugía
2.d) Traumatología
2.e) Atención Medica
2.f) Pediatría
2.g) ORL
3.h) Oftalmología

3.- Videos aparatos
3.a) Desfibrilador
3.b) Respirador
3.c) Monitor
3.d)Torre de constantes
3.e) Bipap
3.f) Central de monitorización
3.g) Bisturí eléctrico
3.h) Bombas de perfusión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0158

1. TÍTULO

ETEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JOSE ALBERTO GARCIA NOAIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JIMENEZ CASADO MERCEDES
MORENO JUSTE AIDA
ESPAÑA ARITA MILGIAM GEORGINA
FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO
DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO
NAVARRO CALZADA JORGE
NAVARRO AGUILAR MARIA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La población objeto de estudio han sido los pacientes diagnosticados como primera posibilidad de ETEV en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" durante los años 2015 a 2017.
Se ha realizado un estudio retrospectivo recogiendo, además de los datos del proceso asistencial en nuestra Unidad de Urgencias (edad, sexo, nivel de prioridad en el triaje, área de atención, tipo de alta y servicio de destino del
paciente), la presencia de factores de riesgo predisponentes: embarazo/puerperio (6 meses postparto), obesidad (IMC>30), encamamiento >4días, anticonceptivos o terapia hormonal sustitutiva, catéter venoso central, ACVA/IAM, infección aguda grave o sepsis, insuficiencia cardíaca clases III y IV, ?trauma o fractura en miembro inferior, diabetes mellitus, enfermedad inflamatoria intestinal activa, síndrome nefrótico, EPOC grave, neoplasia activa, quimioterapia recibida en los 30 días previos, trombofilia o síndrome antifosfolípido, ETEV o cirugía reciente previa; y la profilaxis adecuada con anticoagulantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el periodo analizado se recogieron 588 pacientes, 384 con diagnóstico de TVP y 204 de TEP, siendo el 51,5% de sexo femenino y la edad media de 67,5 años. El nivel de prioridad asignado en el triaje fue con mas frecuencia el IV (55%) seguido del III (27%), II (29%), V (2,5%) y I (0,5%). El lugar de atención fue mayoritariamente el área de Atención Médica (65%), el 11,2% lo hicieron en la de Críticos y el 10,7% en la de Cirugía, precisando un 9,1% del total pasar a la Sala de Observación. El 51% de los enfermos requirió ingreso hospitalario, objetivando un 1,5% de fallecimientos. El servicio de destino con más ingresos fue Cirugía Vascular con un 29%, seguido de Medicina Interna con un 26% y Neumología con 20%. Un 16,6% de los sujetos precisó estancia en UCI.
Al analizar los factores de riesgo predisponentes nos encontramos con los siguientes porcentajes: embarazo/puerperio (6 meses postparto) un 0%, obesidad (IMC>30) un 24%, encamamiento >4días un 21,5%, anticonceptivos o terapia hormonal sustitutiva un 2,5%, catéter venoso central un 1%, ACVA/IAM un 10,2%, infección aguda grave o sepsis un 1,5%, insuficiencia cardíaca clases III y IV un 5,6%, trauma o fractura en miembro inferior un 3%, diabetes mellitus un 15,8%, enfermedad inflamatoria intestinal activa un 0,5%, síndrome nefrótico un 0,5%, EPOC grave un 5,1%, neoplasia activa un 19,3%, quimioterapia recibida en los 30 días previos un 7,1%, trombofilia o síndrome antifosfolípido un 1%, ETEV previa un 13,7% y cirugía reciente un 3,5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos nos permiten identificar posibles campos de actuación en la mejora de la tromboprofilaxis.
Es necesaria una autoevaluación continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/158 ========== ***

Nº de registro: 0158

Título
ETEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL

Autores:
GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO, JIMENEZ CASADO MERCEDES, MORENO JUSTE AIDA, ESPAÑA ARITA MILGIAM GEORGINA, FLAMARIQUE PASCUAL ALVARO, DE LOS MARTIRES ALMINGOL IRENEO, NAVARRO CALZADA JORGE, NAVARRO AGUILAR MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0158

1. TÍTULO

ETEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL

ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) afecta cada año a 100 de cada 100.000 personas aproximadamente. Su prevalencia es menor en jóvenes (menos de 5 casos por cada 100.000 personas/año en menores de 15 años) pero se duplica según se va incrementando en 10 años la edad hasta llegar a un intervalo situado entre 450 y los 600 casos por 100.000 en personas con más de 80 años. Puede afectar a individuos sanos aunque lo más frecuente es que sea una complicación de otra enfermedad, especialmente cuando se trata de pacientes hospitalizados; de hecho, la prevalencia de TEP en ingresados se ha estimado sobre un1% y la incidencia de TVP sin profilaxis entre un 10% y un 26 %.
En cuanto a los Servicios de Urgencia hospitalarios, la incidencia de ETEV se estima en 30 casos por 100.000 habitantes/año, siendo el 35% pacientes con TEP.
Según diferentes estudios, la mortalidad asociada a TVP oscila entre un 5 y un 10,5 %, la asociada a TEP entre un 14,7 y un 23%, y la de la ETEV se ha estimado en un 11,6%. La mortalidad hospitalaria global es de un 6,5-10 %. En cuanto a la causa de la mortalidad intrahospitalaria hay estudios que indican que la ETEV es una causa de muerte muy frecuente (5,5%-26%) y varía según el tipo de estudio y periodo de seguimiento realizado y dependiendo de que el paciente haya recibido o no tratamiento profiláctico. Cabe destacar que de los fallecidos por TEP, un 83% presentaban TVP en piernas y tan sólo el 19% de éstos habían presentado síntomas clínicos. Por tanto es muy importante la profilaxis primaria .

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conocer cómo se realiza la atención en nuestra Unidad de Urgencias a los pacientes diagnosticados como primera opción de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), estableciendo cuál es su presión de demanda, qué maniobras diagnósticas y terapéuticas utilizamos, y cuál es el destino final de los mismos.
2. Identificar los factores de riesgo asociados que predisponen al desarrollo de la enfermedad tromboembólica venosa en estos enfermos y cuál es su peso desde el punto de vista epidemiológico.
3. Establecer posibles diferencias en el manejo del proceso asistencial y en la prevalencia de los diferentes factores de riesgo entre los dos componentes de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV): trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP).
4. Proponer medidas de mejora para reforzar la profilaxis primaria e intentar reducir la morbimortalidad.
5. Autoevaluación continua.

MÉTODO
La población objeto de estudio son los pacientes diagnosticados como primera posibilidad de ETEV en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” durante los años 2015 a 2017.
Se realizará un estudio retrospectivo recogiendo, además de los datos del proceso asistencial en nuestra Unidad de Urgencias (edad, sexo, nivel de prioridad en el triaje, área de atención, tipo de alta y servicio de destino del paciente), la presencia de factores de riesgo predisponentes: embarazo/puerperio (6 meses postparto), obesidad (IMC>30), ?encamamiento >4días,?anticonceptivos o terapia hormonal sustitutiva, catéter venoso central, ACVA/IAM, infección aguda grave o sepsis, ?insuficiencia cardíaca clases III y IV, ?trauma o fractura en miembro inferior, diabetes mellitus, enfermedad inflamatoria intestinal activa, síndrome nefrótico, EPOC grave,?neoplasia activa, quimioterapia recibida en los 30 días previos, trombofilia o síndrome antifosfolípido, ETEV o cirugía reciente previa; y la profilaxis adecuada con anticoagulantes.

INDICADORES
1. Informe de los datos asistenciales del proceso de la ETEV en nuestra Unidad
2. Informe de los factores de riesgo asociados detectados en el estudio
3. Propuesta de acciones de mejora

DURACIÓN
Se establece una duración inicial del proyecto de 1 año.
Presentación de resultados con propuestas de líneas de mejora a finales de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0158

1. TÍTULO

ETEV DIAGNOSTICADA EN URGENCIAS. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU EVOLUCION TEMPORAL

```
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 3 Bastante
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0767

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 27/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN LAHOZA PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ ABAD DANIEL
SANCHEZ BLASCO LAURA
MILLAN GALLIZO GUILLERMO
CAÑAMARES ORBIS PABLO
ALFARO ALMAJANO ENRIQUE
MURILLO DIAZ DE CERIO INES
ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han elaborado diferentes herramientas para facilitar el manejo homogéneo de las infecciones intraabdominales en Urgencias:
- Protocolos en formato bolsillo con las recomendaciones terapéuticas de cada tipo de infección
- Plantillas de dietas para los diferentes tipos de patología para pacientes dados de alta desde Urgencias
- Plantillas para incorporar a PCH con recomendaciones sobre cada patología
- Documentos adicionales de apoyo en el diagnóstico y manejo de algunas patologías más prevalentes de este tipo

Se ha realizado difusión y formación sobre estas herramientas entre los Médicos Residentes que realizan guardias de presencia física en la Unidad de Urgencias y en los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El grado de aceptación del Proyecto ha sido muy satisfactorio entre los profesionales implicados en el manejo.
Se han cumplido indicadores de proceso como la elaboración del material y la difusión del proyecto pero todavía no se dispone de datos suficientes para medir el cumplimiento de los indicadores de resultado incluidos en nuestro proyecto
Se pretende continuar con el mismo, llegando a su implantación definitiva y posterior medición de estos indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración del material ha sido consensuada por un equipo formado por profesionales de Urgencias, Servicio de Cirugía General y Servicio de Aparato Digestivo y siguiendo la política del Grupo PROA de nuestro hospital así como sus directrices en política antibiótica. Se trata de un proyecto sostenible por este motivo y por no incrementar los costes económicos. Además, la aceptación ha sido muy positiva y como hemos comentado se prevé su finalización e implantación definitiva en próximos meses. No se han encontrado grandes dificultades ni amenazas relevantes en el diseño ni en la implantación y sí diferentes fortalezas y oportunidades de mejora entre las que destacaríamos el hecho de que incluye a un gran número de profesionales y permite llevar a cabo una actitud muy homogénea por todos ellos en el manejo de este tipo de infecciones.

7. OBSERVACIONES.
Adjuntamos en mail aparte dirigido al Coordinador de Calidad los documentos elaborados durante el desarrollo de este proyecto

*** ========== Resumen del proyecto 2016/767 ========== ***

Nº de registro: 0767

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
LAHOZA PEREZ MARIA DEL CARMEN, SAENZ ABAD DANIEL, MURILLO DIAZ DE CERIO IRACHE INES, ESCOLAR MARTINEZ-BERGANZA TERESA, SANCHEZ BLASCO LAURA, MILLAN GALLIZO GUILLERMO, ALFARO ALMAJANO ENRIQUE, CAÑAMARES ORBIS PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0767

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Homogeneización de manejo de patología entre Servicios implicados

PROBLEMA
Del total de asistencias realizadas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), un 1% (2% si consideramos la gastroenteritis) son por infecciones intraabdominales (IIA) (hepatobiliares (43.8%), apendicitis (28.6%) y diverticulitis (22.4%). Además, un 50% precisan ingreso y un 20% asocian sepsis. Resulta difícil homogeneizar su manejo y crucial optimizar la utilización empírica de antibióticos. Aunque la concienciación de los Médicos de Urgencias sobre la importancia en la elección del antibiótico y en la toma de muestras previas a su inicio es creciente, existe todavía importante opción de mejora en ambos aspectos.
Los principales problemas identificados en el manejo de las IIA en el SUH de nuestro Hospital, coincidentes con trabajos publicados en otros hospitales son:

a) Heterogeneidad en la elección del antibiótico.
- Inadecuada selección de tratamiento empírico con utilización creciente de carbapenémicos y fármacos con actividad antipseudomónica sin valoración reglada de su indicación
- Sobreutilización de quinolonas aun con tasas altas de resistencias de las enterobacterias.
- Uso de antibióticos en procesos sin indicación

b) Falta de planificación en el informe sobre la duración recomendada del tratamiento

c) Inadecuada solicitud de pruebas para diagno´stico microbiolo´gico

RESULTADOS ESPERADOS
• Mejoría y homogeneidad en la elección del antibiótico
• Mayor planificación en la duración del mismo
• Mejoría en toma muestras microbiológicas
• Mejoría en la comunicación y unificación de criterios entre Servicios

MÉTODO
a) Elaboración de herramientas para facilitar el manejo homogéneo de las IIA:
• Creación y distribución de algoritmos terapéuticos para cada tipo de IIA con formato bolsillo y póster, cuyo contenido irá en la línea de la política antibiótica del Hospital.
• Inclusión de textos predefinidos en el PCH con recomendaciones (dietéticas, duración del tratamiento, signos de alarma, planificación de seguimiento…) para el informe del paciente.

b) Actividades formativas
• Sesión clínica dirigida a Facultativos del SUH y a MIR para informar sobre el proyecto, presentar las herramientas de apoyo y distribuir los dípticos de bolsillo.
• Sesión clínica para Facultativos de Urgencias y MIR con presentación de casos clínicos reales y discusión de su manejo
• Sesiones diarias de 10 minutos en el cambio de guardia en Urgencias (14:30) durante 2 semanas para consolidar la vigencia del proyecto.
• Sesión clínica dirigida al personal de Enfermería para enfatizar en la importancia de la toma de muestras biológicas para cultivo
• Sesión clínica en los Sos de Digestivo y Cirugía (Facultativos y MIR) para informar sobre la actividad y presentarla, poniendo en valor la necesidad retroalimentación con ellos conforme avance el proyecto

INDICADORES
Indicadores de proceso
• Número de sesiones formativas programadas que han sido impartidas (control de firmas para asistencia)
• Disponibilidad de algoritmos de manejo de cada patología en formato de bolsillo y póster elaborados por el Grupo

Indicadores de resultado
• Proporción de pacientes dados de alta del SUH con una IIA cuyo tratamiento antimicrobiano concuerda con el recomendado en el algoritmo diseñado (Objetivo > 70%)
• Proporción de pacientes dados de alta del SUH con diagnóstico de gastroenteritis sin tratamiento antibiótico (objetivo > 90%)
• Proporción de pacientes atendidos en Urgencias por una IIA que precisan ingreso
• Proporción de pacientes atendidos en Urgencias por una IIA que pasan a Sala de Observación
• Proporción de pacientes atendidos en Urgencias por una IIA dados de alta desde Urgencias
• Proporción de pacientes con IIA dados de alta desde Urgencias que consultan por el mismo motivo en las siguientes 72 horas
• Proporción de pacientes dados de alta desde Urgencias con diverticulitis aguda en los que figura la duración prevista de antibiótico (objetivo > 70%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0767

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

- Proporción de pacientes atendidos por una IIA en los que se utilizan quinolonas en el tratamiento empírico (objetivo disminuir un 40% (Pre vs Post actividad))
- Proporción de pacientes en los que se prescribe algún fármaco con actividad antipseudomónica sin criterios reales para ello (objetivo disminuir un 20% (Pre vs Post actividad))
- Proporción de pacientes a los que se les inicia tratamiento antimicrobiano para una IIA sin extracción previa de muestras para cultivo (objetivo < 20%)
- Grado de satisfacción de los profesionales con la actividad, medido mediante encuestas anónimas

DURACIÓN
Duración: 12 meses
- Elaboración de las herramientas de ayuda (textos predefinidos y protocolos) e impresión en los diferentes formatos (bolsillo y póster) (octubre a diciembre de 2016)
- Recopilación de datos de muestra de pacientes pre-actividad (diciembre 2016)
- Difusión y formación (inicio en enero de 2017)
- Medición de indicadores al finalizar el proyecto
- Comunicación de los resultados en sesiones informativas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0845

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 01/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA VALIENTE MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SIERRA BERGUA BEATRIZ
SANCHEZ BERNAL JAVIER
RUIZ RUIZ FRANCISCO JOSE
GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA
GARCIA TOVAR MARIA
HORNA OREJA OIANA
SANJOAQUIN CONDE ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto de mejora pretendía mejorar el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) en el Servicio de Urgencias, y para conseguirlo se propuso, por una parte, la realización de actividades formativas y, por otra, la elaboración de materiales de ayuda que facilitaran su manejo.

A) ACTIVIDADES FORMATIVAS:
Impartidas por parte de los miembros del equipo de mejora y dirigidas a adjuntos y residentes que realizan guardias en el Servicio de Urgencias del HCU Lozano Blesa, o que colaboran con él y están implicados en el manejo de este tipo de infecciones.

Se llevaron a cabo todas las actividades programadas inicialmente excepto una.

- Sesiones en el Servicio de Urgencias, dos sesiones:
• 1 de diciembre, Carolina Valiente (adjunto de Urgencias): sesión dirigida a presentar la actividad de mejora y a dar difusión a la "Guía de tratamiento antimicrobiano" del hospital, en la parte que concierne a las IPPB. Esta sesión se centró en el manejo de las infecciones no complicadas.
• 2 de marzo, Azucena Gonzalo (cirujano general): sesión enfocada al manejo de las infecciones complicadas y en la que se destacó la importancia de su reconocimiento precoz y la necesidad de hacer una valoración inmediata por parte de los servicios quirúrgicos.

- Sesiones en el Servicio de Dermatología, dos sesiones: impartidas por Javier Sánchez (residente de Dermatología), el 26 de enero y el 21 de septiembre, con contenido similar a las del Servicio de Urgencias.

- Sesiones a los residentes: sesiones de 10 minutos a los residentes que inician su guardia en el Box de Cirugía de Urgencias. Todos los días, al inicio de la guardia, durante dos semanas (desde el 17 de abril al 2 de mayo). Sesiones impartidas por Carolina Valiente, Beatriz Sierra o Francisco Ruiz (adjuntos de Urgencias), en las que se hacía un repaso rápido del manejo de las IPPB mediante el uso de un check list.

- No se ha llegado a realizar la sesión planteada al personal de Enfermería del Servicio de Urgencias, que tenía por objeto profundizar en la obtención de muestras para cultivo y en las medidas higiénicas y posturales.

B) HERRAMIENTAS DE AYUDA:
- Check-list o lista de comprobación en IPPB, similar a las realizadas para otras patologías infecciosas. Herramienta útil para guiarnos de manera ordenada y rápida en el manejo de estas infecciones. Elaborado por la Dra. Beatriz Sierra en marzo de 2017 y utilizada en las sesiones impartidas a los residentes.
- Prerredactado de órdenes de cuidados y tratamiento al alta de la celulitis y erisipela, para su inclusión en el sistema de historia clínica de Urgencias (PCH) . Elaborado por Carolina Valiente en mayo de 2017. Todavía no se ha incorporado al PCH, por lo que, en su defecto, se ha optado por la colocación de unos sencillos carteles en los boxes de cirugía del servicio de Urgencias con objeto de recordar la importancia de las medidas no farmacológicas en el tratamiento de las IPPB.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados que se esperaban conseguir con este proyecto, eran, entre otros:
- mejorar la identificación de las IPPB
- mejorar la selección del tratamiento antimicrobiano
- mejorar la toma de muestras y medidas higiénicas y posturales
- mejorar la comunicación entre los facultativos que forman parte del proceso.

Y los indicadores propuestos:
• Número de visitas a la sección de IPPB de la "Guía de tratamiento antimicrobiano" de la intranet del hospital. Medición antes y después de realizar actividades formativas. Objetivo aumento > 20%.
• Porcentaje de pacientes con IPPB en los que el tratamiento al alta del SUH concuerda con el recomendado en la Guía del hospital. Objetivo > 70%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0845

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

• Porcentaje de casos tratados en la sala de observación o ingresados en los que se realiza marcado de bordes de lesión. Objetivo > 50%.
• Porcentaje de pacientes dados de alta con el diagnóstico de IPPB en cuyo informe constan recomendaciones higiénico-dietéticas al alta. Objetivo > 70%.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:
Para la medición de estos indicadores se creó un registro con los pacientes mayores de 14 años atendidos por infecciones de piel y partes blandas en el Servicio de Urgencias del HCU Lozano Blesa desde el 1 de diciembre de 2016 hasta el 30 de noviembre del 2017.

Los pacientes inicialmente incluidos fueron aquellos cuyo diagnóstico al alta, según el registro de pacientes de historia informatizada de Urgencias (PCH), era cualquiera de los siguientes:
- "absceso en la piel" u otros abscesos de diversas localizaciones (p.ej. "absceso en los dedos de la mano", "absceso en el tronco"...)
- "panadizo"
- "celulitis"
- "erisipela"
- "impétigo"
- "fascitis necrotizante"
- "quiste pilonidal con absceso"
- "quiste sebáceo sobreinfectado"
- "infecciones de la piel"
- "úlcera de decúbito de evolución tórpida"
- "seroma posquirúrgico sobreinfectado"
- "revisión de herida quirúrgica"
- también se incluyó el diagnostico de "mordedura", tanto humana como animal, que, si bien no es propiamente una IPPB, su manejo si está relacionado con ésta y está incluida en el capítulo de IPPB de la "Guía de Tratamiento Antimicrobiano" del hospital.

Se excluyeron los diagnósticos de:
- "celulitis periorbitaria"
- "pie diabético" o "pie diabético complicado".

Aunque el pie diabético no fue una patología explícitamente excluida en la propuesta inicial del plan de mejora, consideramos que su manejo sobrepasa lo planteado para este proyecto. Es una patología compleja, en la que hay otros mecanismos de lesión involucrados además de los infecciosos, de difícil evaluación a través de la historia del PCH, y que en nuestro hospital tiene un manejo muy específico por parte del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

En cuanto a la infección de la herida quirúrgica, la mayor parte de estos episodios quedaron finalmente excluidos para su valoración. Éstas infecciones están codificadas bajo el muy impreciso término de "revisión de herida quirúrgica". En este diagnóstico están incluidas situaciones muy heterogéneas, muchas de etiología no infecciosa, cuya revisión, dado su gran volumen, se ha desestimado. Sólo se decidieron incluir para su revisión aquellas infecciones de herida quirúrgica subsidiarias de ingreso, de número más reducido. Para ello se revisaron los episodios con este diagnóstico que precisaron ingreso y en los que, tras revisar la historia de Urgencias, se concluyó que el motivo del éste era la infección de la herida.

Por último, en las "infecciones de la piel" sólo se consideraron para su inclusión aquellos episodios que, tras revisión de la historia clínica de Urgencias, eran compatibles con los diagnósticos arriba señalados, excluyendo otros como dermatofitosis, herpes, etc.

MUESTRA:
El número de episodios de IPPB registrados desde el 1 de diciembre de 2016 hasta el 30 de noviembre de 2017, con los criterios previamente expuestos, fue de 1344, con una media de 111,37% episodios al mes.

No obstante, para el cálculo de los indicadores, se recogieron únicamente los datos de los pacientes atendidos en los últimos 6 meses, desde el 1 de junio al 30 de noviembre de 2017, momento en el que habían finalizado casi todas las actividades proyectadas. El número de episodios finalmente evaluados (desde junio a noviembre) fue de 592, con una media de 98,66 pacientes al mes.

VARIABLES:
Las variables registradas para cada episodio fueron el diagnóstico al alta según registro en PCH, la ubicación del paciente (p.ej. Sala de Observación, Atención Médica...), el destino del paciente (ingreso, domicilio, éxitos o traslado), el tratamiento realizado o prescrito (antibiótico e instrumental), el registro en la historia del marcado de los bordes de la lesión (sólo si el paciente quedaba en Sala de Observación o ingresaba) y el registro de las recomendaciones higiénico-dietéticas en el informe de alta (sólo para pacientes cuyo destino era domicilio).

MÉTODO:
Los datos fueron recogidos por la responsable del proyecto, Carolina Valiente, mediante la revisión de manera retrospectiva de las historias clínicas electrónicas en PCH y los datos disponibles en los diversos sistemas de información de intranet del hospital (informes de alta hospitalaria, registro de enfermería en Gacela...). También se revisaron ocasionalmente a través de la HCE del Sistema Aragonés de Salud los contactos con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0845

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Atención Primaria relacionados con estos episodios.

Todos los datos fueron recogidos y procesados mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciencia), versión 22.0.

RESULTADOS:
Como ya se ha expuesto anteriormente, el número de episodios de IPPB registrados desde el 1 de junio al 30 de noviembre de 2017, fue de 592, con una media de 98,66 pacientes al mes.

En cuanto a la distribución de los diagnósticos, la frecuencia relativa de éstos fue: "celulitis" o "erisipela" 27,95%, "abscesos" 24,80%, "quiste sebáceo sobreinfectado" 7,48%, "quiste pilonidal con absceso" 5,11%, "panadizo" 7,48%, otras "infecciones de la piel" 7,87%, "impétigo" 3,93%, "seroma postquirúrgico infectado" o "revisión de herida quirúrgica" (incluyendo solo herida quirúrgica infectada subsidiaria de ingreso) 1,18%, "úlcera por decúbito de evolución tórpida" 1,18%, "fascitis necrotizante" 0'39% y "mordeduras" 12,59%.

El porcentaje de pacientes ingresados fue el 11,33% de los casos atendidos.

En cuanto al resultado de los indicadores:

- Número de visitas a la sección de IPPB de la "Guía de tratamiento antimicrobiano" de la intranet del hospital.
Medición antes y después de realizar actividades formativas.
Objetivo aumento > 20%.
Resultado: no realizado
Este indicador no ha podido ser calculado porque, previo a su medición, en octubre de 2017, se cambió la "Guía de tratamiento antimicrobiano" de la intranet del hospital. Existía un contador de visitas en cada página, pero, tras la modificación de la guía, los datos de meses previos dejaron de estar accesibles.

- Porcentaje de pacientes con IPPB en los que el tratamiento al alta del SUH concuerda con el recomendado en la "Guía de tratamiento antimicrobiano" del hospital.
Objetivo > 70%.
Resultado: 71,47%.
Para su cálculo sólo se tuvieron en cuenta los pacientes dados de alta desde el Servicio de Urgencias (se excluyeron aquellos que ingresaron). La decisión sobre la adecuación del tratamiento, fue realizada por parte del responsable del proyecto tras valoración detallada de la información clínica disponible. Se consideraron adecuados los tratamientos ajustados a las nuevas recomendaciones de tratamiento de las IPPB, aún no publicadas pero sí difundidas en las sesiones, así como, durante los primeros meses, aquellos tratamientos concordantes con la guía aún vigente en la intranet del hospital. La nueva guía se publicó en octubre.

- Porcentaje de casos tratados en la sala de observación o ingresados en los que se realiza marcado de bordes de lesión.
Objetivo > 50%.
Resultado: 45,45%
Para su cálculo sólo se tuvo en cuenta aquellos pacientes subsidiarios de observación hospitalaria, bien en Sala de Observación, bien en planta. Además este indicador sólo se valoró en aquellos pacientes en los que había afectación difusa de la piel, celulitis o erisipela, en el que el marcado de los bordes es una buena herramienta para valorar de manera objetiva la evolución de la lesión. Aunque no se consiguió el objetivo previsto, tras comentar el caso entre los distintos miembros del equipo de mejora, nuestra impresión subjetiva, es que este hecho frecuentemente no queda registrado en la historia clínica y su cumplimentación es mayor de la registrada.

- Porcentaje de pacientes dados de alta con el diagnóstico de IPPB en cuyo informe constan recomendaciones higiénico-dietéticas al alta.
Objetivo > 70%.
Resultado 74,03%
Para su cálculo se han tenido en cuenta los paciente dados de alta desde el Servicio de Urgencias con el diagnóstico de celulitis o erisipela. Para estos pacientes es para los que está diseñado el prerredactado de las órdenes de tratamiento al alta. Se consideraron como válidos aquellos episodios en cuyo informe de alta había al menos una recomendación higiénico-dietética: elevación de extremidad, vendaje semicompresivo, tratamiento o prevención de tinea pedis u otras medidas dirigidas a disminuir los edemas crónicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora respecto a la cumplimentación y los resultados del proyecto es favorable. Se han realizado casi todas las actividades previstas y los resultados conseguidos cumplen los objetivos planteados. Cabe destacar la colaboración entre los Servicios de Cirugía, Dermatología y Urgencias, con una actitud más proactiva por parte de todos ellos. Los pacientes graves han sido adecuadamente identificados y tratados precozmente. En los pacientes ingresados con infecciones graves de piel y tejidos blandos, no se ha identificado ningún caso el que la mala evolución pueda atribuirse a una demora en el drenaje o desbridamiento inmediato de las lesiones cuando así lo requerían. Por otra parte, respecto al tratamiento antibiótico al alta, observamos una alta adhesión a la guía del hospital, que contrasta con el excesivo uso de amoxicilina-clavulánico que se observó en el estudio realizado previamente al diseño de este proyecto (hasta 62% en pacientes ambulatorios). Aún cabe margen de mejora, especialmente en los pequeños abscesos, que muchas veces

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0845

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

sólo requieren drenaje y en los que se prescribe antibiótico con más frecuencia de lo necesario (hasta un 18% de los casos), casi siempre amoxicilina/clavulánico. Queda por destacar la mejora al alta en las recomendaciones de tratamiento no farmacológicas, dirigidas a disminuir la inflamación y evitar recidivas y frecuentemente olvidadas.

El proyecto es fácilmente replicable, repitiendo las actuaciones realizadas. En cuanto a posibles mejoras, creo que sería beneficioso una mayor intervención sobre los residentes. Una manera sencilla de llegar a un mayor número de ellos, sería dar una sesión sobre IPPB, similar a las dadas en los Servicios de Urgencias y Dermatología, dentro del programa habitual de sesiones matinales que tienen de la Unidad Docente. En el futuro también sería deseable implementar actuaciones dirigidas a los servicios de Angiología y Cirugía Vascular y Traumatología, sobre los que no se ha actuado y que manejan una parte considerable de las IPPB.

7. OBSERVACIONES.
Ayer envíe otra versión de la memoria del proyecto con ligeras variaciones. La envíe por duplicado (por error). Ruego las descarten. Esta es la definitiva. Gracias

*** ========== Resumen del proyecto 2016/845 ========== ***

Nº de registro: 0845

Título
PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
VALIENTE MARTINEZ CAROLINA, SIERRA BERGUA BEATRIZ, SANCHEZ BERNAL JAVIER, GONZALO RODRIGUEZ MARIA AZUCENA, GARCIA TOVAR MARIA, HORNA OREJA OHIANA, SANJOAQUIN CONDE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: También incluye patologías con otro Grupo Código CIE: Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) son un grupo heterogéneo de infecciones que afectan a piel y anejos cutáneos, tejido celular subcutáneo, fascias y músculo estriado. Representan el 5-17% de las visitas a los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) y originan la prescripción de gran número de antibióticos.

Las oportunidades de mejora en el manejo de las IPPB en el ámbito del SUH, así como las barreras que dificultan su implementación, han sido identificadas por los miembros del equipo de trabajo a través de la revisión de 103 pacientes con este diagnóstico atendidos en el SUH del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa durante 2015, así como mediante una posterior aproximación estructurada a los problemas existentes siguiendo la metodología sugerida por Flottorp et al.

Los principales problemas identificados en el manejo de las IPPB fueron:
1) Sobrediagnóstico, confundiendo frecuentemente IPPB con trombosis venosa profunda, edemas y eczema de estasis.
2) Inadecuada identificación de la gravedad y monitorización de la evolución de la infección, con escasa utilización de técnicas sencillas como el marcado de los bordes de la lesión y de escalas como el LRINEC, útil para identificar infecciones potencialmente graves.
3) Inadecuado diagnóstico microbiológico, con solicitud de pruebas inadecuadas, empleando de forma casi exclusiva la recogida de muestras mediante frotis con torunda.
4) Inadecuada selección de tratamiento antibiótico empírico, con uso indiscriminado de amoxicilina-clavulánico, tanto en pacientes ambulatorios como ingresados (65,2% y 38% respectivamente), pese a no ser, salvo excepciones, el tratamiento inicial de elección.
5) Excesiva duración del tratamiento antibiótico: la duración media en pacientes ambulatorios fue de 8,4 días, cuando, en celulitis no complicadas, 5 días de tratamiento antibiótico parecen ser tan efectivos como 10.
6) Deficiente aplicación de medidas higienico-dietéticas y posturales (p. ej. elevación del miembro afectado): no se indicó ninguna medida de este tipo en el 49,3% de los pacientes tratados ambulatoriamente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0845

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DEL MANEJO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Las principales barreras percibidas fueron las relacionadas con la falta de información del personal médico, la sobrecarga asistencial, la escasa comunicación e interacción entre los distintos niveles asistenciales, así como la falta de monitorización y de feedback a los profesionales sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejoría en la identificación de IPPB
- Mejoría en la selección del tratamiento antimicrobiano
- Mejoría en toma muestras y medidas higiénicas y posturales
- Mejoría en la comunicación entre los facultativos que forman parte del proceso

MÉTODO
a) Herramientas de ayuda al manejo de las IPPB:
- Elaboración de una lista de verificación con los principales aspectos que el facultativo debe decidir durante el abordaje de las IPPB. Responsable: Beatriz Sierra
- Realización de un prerredactado en el sistema de historia clínica de Urgencias (PCH) de órdenes de cuidados y tratamiento al alta, facilitando al facultativo la tarea de recordar y aconsejar al paciente sobre los cuidados idóneos para su patología. Responsable: Carolina Valiente.

b) Actividades formativas:
- Sesiones (2) dirigidas a los médicos y enfermeras del SUH, con el objeto de presentar la actividad de mejora y de dar difusión a la guía de tratamiento antimicrobiano de IPPB del hospital. Estructuradas a partir de casos clínicos reales. Responsable: Carolina Valiente y Azucena Gonzalo.
- Sesiones a los residentes que hacen guardias en el SUH, con una duración prevista de 10-15’ y que se repetirán diariamente durante 2 semanas al inicio de la guardia. Responsables: Carolina Valiente, Beatriz Sierra, Francisco Ruiz.
- Sesión a personal de enfermería del SUH con el objetivo de profundizar en la obtención de muestras para cultivo y en las medidas higiénicas y posturales. Responsable: María García.
- Sesiones (2) en el Servicio de Dermatología, el más demandado a la hora de valorar estas patologías, con un enfoque similar a la planteada en el SUH. Responsable: Javier Sánchez.

INDICADORES
- Número de visitas a la sección de IPPB de la "Guía de tratamiento antimicrobiano" de la intranet del hospital. Medición antes y después de realizar actividades formativas. Objetivo aumento > 20%.
- Porcentaje de pacientes con IPPB en los que el tratamiento al alta del SUH concuerda con el recomendado en la Guía del hospital. Objetivo > 70%.
- Porcentaje de casos tratados en la sala de observación o ingresados en los que se realiza marcado de bordes de lesión. Objetivo > 50%.
- Porcentaje de pacientes dados de alta con el diagnóstico de IPPB en cuyo informe constan recomendaciones higiénico-dietéticas al alta. Objetivo > 70%.

DURACIÓN
Duración del proyecto: 12 meses (octubre 2016-octubre 2017).
- Inicio de sesiones: diciembre 2016
- Elaboración de lista de verificación y hoja de recomendaciones al alta: octubre 2016
- Medición de indicadores: septiembre 2017
- Sesiones informativas sobre resultados: noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0660

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERPAI EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ AMORES ARRIAGA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA NOAIN ALBERTO
GOMEZ BITRIAN JOAQUIN
VALIENTE MARTINEZ CAROLINA
HORNA OREJA OIHANA
DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA
FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la presentaciónd el proyecto en mayo de 2018 se han realizado las siguientes actividades:
1- Formación d el grupo de trabajo.
2-Análisis de la situación, valorando el consumo de fluidoterapia del servicio y concretando qué envases son los que más se deshechan.

Respecto a los envases de 500 y 1000 cc se realiza:
1- Revisión de la literatura
2- Redacción de un documento resumen de las inidcaciones de la fluidoterapia en urgencias, sencillo, adaptado a un uso rápido.
3-Difusión al personal facultativo de urgencias (en sesión de servicio)
4- Difusión al personal en formación que realiza turnos de atención continuada en urgencias con recordatorios (nvío a su correo electrónico en 2 ocasiones)
5- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2018 al 15 de junio de 2018.
6- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2019 al 15 de juniod e 2019 (pendiente de completarse)

Respecto los envases de 100:
1-Revisión de la literatura
2- Redacciónde una tabla con las recomendaciones en ficha técnica de cada uno de lso fármacos incluídos en el botiquín de urgencais del HCU en este momento, indicando si puede ser administrado en bolo, diluciíon intermitente, perfusión, usos subcutáneso o intramuscular. .
3-Difusión al personal facultativo de urgencias y a enfermería.
4-Colocación de carteles explicativos en cada uno de lso botiquines de urgencias.
5- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2018 al 15 de junio de 2018.
6- Medición del número de envases del 15 de febrero de 2019 al 15 de juniod e 2019 (pendiente de completarse)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido al retraso en el inicio del proyecto, no ha sido posible iniciar la medición del indicador de ninguno de los dos aprtados del proyecto, el resultado se obtendrá a finales de junio cuando se complete dicha medida, aunque se obtendrán indicadores parciales mensuales para inicidir en el recordatorio o realizar más acciones de divulgación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente de relzar la medición tras implantar la acción demejora por la difucultad en lograr una correcta difusión de las acciones de mejora debido al amplio número de personal qeu realiza guardias en ruegncias y lo heterogéneo de su formación, por lo que se ha adaptado el documento a múltiples especilidades y niveles de formación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/660 ========== ***

Nº de registro: 0660

Título
ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Autores:
AMORES ARRIAGA BEATRIZ, GARCIA NOAIN ALBERTO, GOMEZ BITRIAN JOAQUIN, VALIENTE MARTINEZ CAROLINA, CANTIN GOLET AMPARO, HORNA OREJA OIHANA, DOMINGUEZ SANZ BEGOÑA, FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0660

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERPAI EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Múltiples patologías
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión (“no hacer”)
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La sueroterapia intravenosa es una de las medidas terapéuticas más frecuentemente utilizadas en los Servicios de Urgencias y Emergencias.
De forma global la fluidoterapia tiene como finalidad mantener el equilibrio hidroelectrolítico si no es posible que el paciente ingiera líquidos, o tratar las alteraciones hidroelectrolíticas.
Otra utilidad de la fluidoterapia es servir de vehículo en la administración de fármacos de uso endovenosos.
Pero en ocasiones se hace un uso indiscriminado de la fluidoterapia, añadiéndola al tratamiento de forma rutinaria sólo por el hecho de que el paciente esté esperando pruebas analíticas o utilizándola para disolver fármacos que pueden ser administrados directamente.
Como cualquier fármaco, su uso debe de estar justificado, ya que no está exento de riesgos, derivados del propio fármaco o de la forma de administración.
El uso de la fluidoterapia en nuestro servicio de urgencias ha aumentado exponencialmente, tanto en el uso de sueros (glucosado5%, glucosalino y sodio cloruro 0,9%) de 500 cc o de 1000 cc como en el de los utilizados para disolver fármacos en envases de 100 cc (sodio cloruro 0,9%), pasando a ser el primer fármaco en gasto de la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Creemos posible adecuar el uso de fluidoterapia insistiendo en las indicaciones y ajustando los fármacos que precisan dilución para su administración. No es posible analizar de forma individual si se ha mejorado o no la adecuación de la fluidoterapia, pero una medida indirecta es el número de envases solicitados a farmacia

MÉTODO
En el primer punto:
1- Redacción de un documento de indicaciones generales de fluidoterapia adaptada a la actividad de nuestro servicio.
2- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal en formación.
3- Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio.
4- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 500 cc y 1000 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 3% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.
En el segundo punto,
1- Se realizará un listado de los fármacos de uso habitual en urgencias vía intravenosa.
2- Se describirá cuales no precisan dilución.
3- Se elaborará un documento resumen.
4- Distribución y realización sesión formativa en urgencias, encaminada fundamentalmente a personal de enfermería. La sesión se repetirá para poder abarcar al mayor número de personal.
5- Valoración del número de envases de fuidoterapia (de 100 cc) en 4 meses previos a la distribución dividido para el número de pacientes atendidos en el servicio.
6- Valoración del número de envases en fluidoterapia (de 100 cc) en los 4 meses posteriores a la difusión del documento. Disminución del 2% de envases solicitados corregido por el número de pacientes atendidos.

INDICADORES
Uso de fluidoterapia envases de 1000 y de 500 cc:
(Número de envases de 500 cc y de 1000 cc solicitados en 4 meses antes de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)/ (Número de envases de 500 cc y de 1000 cc solicitados en 4 meses después de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)

Uso de fluidoterapia de 100 cc:
(Número de envases de 100 cc solicitados en 4 meses antes de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)/ (Número de envases de 100 cc solicitados en 4 meses después de la puesta en marcha del proyecto línea/pacientes atendidos en el servicio en esos 4 meses)

DURACIÓN
Durante los meses de mayo a agosto se redactarán los dos documentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0660

1. TÍTULO

ADECUAR EL USO DE FLUIDOTERPAI EN URGENCIA DEL HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA

En septiembre se realizará la difusión y formación.
La medición del número de envases solicitados se realizará en los meses de octubre de 2018 a enero 2019 (ambos incluidos) y se comparará con los datos de los meses de octubre 2017 a enero de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0839

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO GARCIA NOAIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTERAS GOMEZ ANA BELEN
CASULLA FLORIA JORGE
FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA
TENO NAVARRO ISABEL MARIA
RAMOS CACHO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Reuniones periódicas, al menos mensuales, de los miembros del plan de mejora para analizar los pros y contras de las diferentes modificaciones establecidas, y establecer los próximos objetivos a conseguir.

• Difusión entre todos los miembros del equipo asistencial de todos los cambios propuestos y adoptados. A través del correo corporativo y en un total de 4 sesiones informativas a lo largo del año.

• Contacto periódico con los responsables de nuestros aplicativos informáticos y propuestas de posibles mejoras (soporte PCH): agrupar documentos, desautorizar impresión de documentos ...

• Comunicación con los diferentes servicios del Hospital para mejorar nuestra interacción “digital”. Por correo corporativo e información in situ.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han conseguido los siguientes objetivos:
1. Reducir el consumo bruto de papel en las distintas etapas del circuito asistencial, evitando duplicidades con el sistema digital y garantizando la confidencialidad:
a. Etiquetas identificativas.
b. Triaje y traslado del paciente por parte del celador a las distintas áreas de Atención (Críticos, Ambulatoria, Atención Médica, Cirugía, Traumatología, Psiquiatría, Pediatría, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia).
c. Cambios de ubicación dentro de cada área de atención.
d. Solicitud de exámenes de laboratorio
e. Petición de estudios radiológicos y traslado de los pacientes para el mismo con retorno a su lugar de origen.
f. Consulta de informes y pruebas complementarias previas
g. Redacción de informe de alta médica y de cuidados de enfermería.
2.Difusión de la conciencia de “urgencias sin papeles” promoviendo el uso sistematizado de los sistemas digitales de la información.
3.Revisión de cada punto de los distintos circuitos asistenciales incidiendo en el uso preferente de las TICS sin necesidad de consumo de papel.

La medición de los indicadores propuestos ha sido:
- Informe puntual a los miembros del servicio de los cambios establecidos y las modificaciones en el circuito asistencial
Fuente de información: grupo de mejora
Realizado (estándar: realizado).
- Elaboración del acta de las reuniones del equipo del plan de mejora
Fuente de información: grupo de mejora
Realizado (estándar: realizado)
- Estimación de la reducción de costes en el consumo .Reducción porcentual comparativa con el año anterior del consumo/petición a suministros de paquetes de folios y tóner de tinta para impresoras
Fuente de información: suministros en los últimos 3 meses del año.
El consumo/petición promedio de folios semanales pasó de 16400 a
13000: 21% (estándar: 20%).
El consumo/petición promedio de tóner de impresoras (un total de 18
unidades en el servicio) pasó de 4 a 3,4: 15% (estándar: 20%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Ha cambiado nuestra forma de trabajo al difundir la cultura de "urgencias sin papeles" con mayor interacción con los sistemas digitales, modificando la costumbre establecida de duplicar la información en soporte escrito.
- Queda camino por recorrer para consolidar el proyecto ante la gran variabilidad y renovación del personal que interacciona en nuestra Unidad.
- Debemos incidir en los usos no asistenciales que implican consumos en este sentido.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0839

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/839 ========== ***

Nº de registro: 0839

Título
USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GARCIA NOAIN ALBERTO, ESTERAS GOMEZ ANA BELEN, CASULLA FLORIA JORGE, AMORES ARRIAGA BEATRIZ, FERNANDEZ MUR ANA CRISTINA, TENO NAVARRO ISABEL MARIA, RAMOS CACHO NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
• El problema con el uso de papel no es sólo el daño ecológico que significa, sino también el reto que representa para nuestra organización y productividad. El consumo excesivo de papel no sólo es negativo para el ambiente ya que los costes asociados (de impresión, de copiado, almacenamiento, y en última instancia del papel mismo) pueden representar cientos/miles de euros al año, en especial si tenemos en cuenta que la tinta para impresora es el líquido más caro del mundo.
• En los últimos años hay una corriente para disminuir o eliminar el consumo de papel. En inglés se dice “to go paperless”, que traducido directamente suena bastante radical: eliminar por completo el papel de nuestras vidas puede ser una perspectiva un poco extrema. Sin embargo, con un poco de dedicación y voluntad, y el uso de las herramientas adecuadas, es posible reducir nuestro consumo de papel y adoptar sistemas más eficaces, donde nuestra información esté segura, accesible y fácil de localizar.
• Aplicado a nuestra unidad de Urgencias se plantea como un reto en la organización de nuestro sistema de trabajo y en la concienciación de los profesionales que interactuamos en el mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Reducir el consumo bruto de papel en las distintas etapas del circuito asistencial, evitando duplicidades con el sistema digital y garantizando la confidencialidad:
a. Etiquetas identificativas.
b. Triaje y traslado del paciente por parte del celador a las distintas áreas de Atención (Críticos, Ambulatoria, Atención Médica, Cirugía, Traumatología, Psiquiatría, Pediatría, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia).
c. Cambios de ubicación dentro de cada área de atención.
d. Solicitud de exámenes de laboratorio
e. Petición de estudios radiológicos y traslado de los pacientes para el mismo con retorno a su lugar de origen.
f. Consulta de informes y pruebas complementarias previas
g. Redacción de informe de alta médica y de cuidados de enfermería.
2.Difusión de la conciencia de “urgencias sin papeles” promoviendo el uso sistematizado de los sistemas digitales de la información.
3.Revisión de cada punto de los distintos circuitos asistenciales incidiendo en el uso preferente de las TICS sin necesidad de consumo de papel.

MÉTODO
• Reuniones periódicas de los miembros del plan de mejora para analizar los pros y contras de las diferentes modificaciones establecidas, y establecer los próximos objetivos a conseguir.
• Difusión entre todos los miembros del equipo asistencial de todos los cambios propuestos y adoptados.
• Contacto periódico con los responsables de nuestros aplicativos informáticos y propuestas de posibles mejoras.
• Comunicación con los diferentes servicios del Hospital para mejorar nuestra interacción “digital”.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0839

1. TÍTULO

USO RACIONAL DEL PAPEL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Indicadores:
- Informe puntual a los miembros del servicio de los cambios establecidos y las modificaciones en el circuito asistencial ? (estándar: realizado).
- Realización del acta de las reuniones del equipo del plan de mejora (estándar: realizado)
- Estimación de la reducción de costes en el consumo .Reducción porcentual comparativa con el año anterior del consumo/petición a suministros de paquetes de folios y tóner de tinta para impresoras (estándar: 20%).

DURACIÓN
Desde enero hasta diciembre de 2018. Reuniones bimensuales del equipo de mejora con acta y difusión de decisiones. Medición de reducción del consumo al final de año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0359

1. TÍTULO

APLICACION DE UN FORMATO INFORMATIVO DE RECOGIDA DE DATOS, PARA LOS PACIENTES AFECTOS DE DISFUNCION ERECTIL, SOMETIDOS A TEST DE DROGAS VASOACTIVAS, DE CARA A SU UTILIZACION CON FINES TERAPEUTICOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO MONZON ALEBESQUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
UCAR TERREN ALBERTO
MARTIN MONTAÑES MANUEL
CEITEGUI COSCOLLA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nuestro proyecto, se puso en marcha el 19/10/2016, tras la elaboración de una base de datos específica, que denominamos "disfunción eréctil" en el programa File Maker Pro, de uso ya habitual en nuestro medio en otras unidades de trabajo, que permite la elaboración de las fichas de cada paciente desde nuestro puesto de trabajo habitual, así como la revisión e impresión de las mismas mediante acceso, desde otros lugares de trabajo, a los archivos remotos del mencionado programa.
La ficha básica fue de costosa elaboración pues intentamos que en una sola pantalla figurase toda la información relevante del paciente, que sirviese inicialmente para saber sus antecedentes, la indicación correcta de la prueba a realizar y los resultados de la misma, de una forma simple rápida y precisa.
Consta de unos datos de filiación básicos del paciente, como son el nombre y apellidos, edad, número de la Seguridad Social, número de historia clínica y fecha de la prueba. Hacemos constar asimismo desde que consulta específica se remite al paciente, para remitir en su caso el informe preceptivo de resultados y quien realiza la prueba en cuestión.
Un apartado especialmente complejo aunque muy útil es el de los antecedentes personales del paciente, donde aparecen las causas más frecuentes y reconocidas en nuestro medio como causantes de disfunción eréctil, que se han de marcar con una cruz, dejando un apartado para otros, donde se pueden teclear a mano patologías causales pero poco habituales.
Un anexo a este apartado, recoge las experiencias previas del paciente con drogas vasoactivas así como el resultado de las mismas..
En el siguiente apartado figura la prueba a realizar de las 3 habituales, a saber, test de PGE1, test de Gittes y test de Alprostadilo transmeático, así como las dosis de los mismos que se emplean en cada caso. Un casillero anexo nos sirve para recoger la impresión subjetiva del realizador sobre las dificultades de ejecución del test.
Lógicamente tras estos datos y posteriormente a la realización de la prueba, anotamos los resultados relativos a la repuesta eréctil conseguida, de boca del paciente durante la revisión diferida a la realización del test.
Los apartados finales recogen en un desplegable la interpretación de resultados de la prueba, así como el tratamiento sugerido en base a esos resultados y el deseo del paciente al respecto.
Hemos empleado este sistema de trabajo de forma habitual desde octubre de 2016, todos los miércoles útiles a lo largo del año, sin otros problemas que alguna avería informática eventual, que nunca ha puesto en peligro la base de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos recogido datos durante el periodo comprendido entre el 19/10/2016 y el 11/10/2017 correspondientes a 187 pruebas, de un total de 123 pacientes, pues en un 30% de los casos aproximadamente, la prueba se repite al paciente o se realiza otra prueba alternativa diferente, en función de los resultados de la primera.
Este formato como hemos comentado ha resultado sumamente práctico para nuestro trabajo habitual y permite revisar los datos con una gran facilidad.
La aplicación de este proyecto no ha supuesto desembolso alguno para el hospital, ni para el servicio de Urología ni para la unidad de Andrología, pues hemos empleado recursos propios y un programa informático de uso ya habitual en nuestro medio como es el File Maker Pro.
Seguimos con el proyecto en su segundo año de desarrollo sin problemas y sin modificaciones relevantes en la ficha de de datos, que sigue permitiendo una recogida de los mismos rápida y normalizada y que se ha convertido en una herramienta cotidiana más en nuestro trabajo diario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creo que estamos consiguiendo los objetivos marcados iníciales que no eran otros que el empleo sistemático de una base de recogida de datos por parte de todos los miembros de la unidad de Andrología, que permite la consulta rápida de los mismos y su valoración y elaboración de cara a la realización de comunicaciones a congresos y de publicaciones de la especialidad.
Quedaría para un proyecto posterior, la implicación de nuestra base de datos con la elaboración de los informes preceptivos tanto para atención primaria como para inspección de área, con el objetivo de simplificar los trámites burocráticos relativos a la prescripción farmacológica en disfunción sexual.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0359

1. TÍTULO

APLICACION DE UN FORMATO INFORMATIVO DE RECOGIDA DE DATOS, PARA LOS PACIENTES AFECTOS DE DISFUNCION ERECTIL, SOMETIDOS A TEST DE DROGAS VASOACTIVAS, DE CARA A SU UTILIZACION CON FINES TERAPEUTICOS

*** ========== Resumen del proyecto 2016/359 ========== ***

Nº de registro: 0359

Título
APLICACION DE UN FORMATO INFORMATIVO DE RECOGIDA DE DATOS, PARA LOS PACIENTES AFECTOS DE DISFUNCION ERECTIL, SOMETIDOS A TEST DE DROGAS VASOACTIVAS, DE CARA A SU UTILIZACION CON FINES TEAPEUTICOS

Autores:
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, UCAR TERREN ALBERTO, MARTIN MONTAÑES MANUEL, CEITEGUI COSCOLLA BEGOÑA, TIMON GARCIA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Hombres
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISFUNCION SEXUAL DEL VARON
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
LA DISPARIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PROVOCACION DE ERECCION INDUCIDA POR DROGAS VASOACTIVAS EN LOS PACIENTES CON DISFUNCION ERECTIL, HACE DIFICIL SU ESTANDARIZACION DE CARA A UNIFICAR LOS RESULTADOS DE LOS MISMOS.

RESULTADOS ESPERADOS
PODER ACCEDER A UNA INFORMACION DE RESULTADOS HOMOLOGABLE, ESTANDARIZADA Y DISPONIBLE EN INTRANET

MÉTODO
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DONDE SE RECOJAN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DEL PACIENTE, TIPO DE PRUEBA APLICADA (TEST DE PGE 1, TEST DE GITTES O ALPROSTADILO TRANSMEÁTICO CON VIRIREC), Y RESULTADOS HOMOLOGABLES.

INDICADORES
RESPUESTA AL TEST DE ERECCION (ESCALA DE 1 A 10).
FLUJOS VASCULARES MEDIANTE ECO-DOPPLER EN PACIENTE NO RESPONDEDORES

DURACIÓN
COMIENZO EL 1/10/2016
FINALIZACIÓN EL 1/10/18

REALIZACION DE 5 TEST DE ERECCIÓN, EN SUS DISTINTAS MODALIDADES, TODOS LOS MIERCOLES LECTIVOS EN LA UNIDAD DE ANDROLOGÍA, PLANTA -1

OBSERVACIONES
NO

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0360

1. TÍTULO

PROYECTO DE REHABILITACION PRECOZ PENEANA DE CARA A LA CPNSERVACION/RECUPERACION DE LA FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO UCAR TERREN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO
MARTIN MONTAÑES MANUEL
CEITEGUI COSCONA BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboraci´on de un protocolo de seguimiento, en base a la cronología de la intervención.
Concienciación de todo el Servicio de Urología, para conocer y cumplir este protocolo de estudio, mediante charlas y sesiones internas.
Elaboración de un cronograma y un sistema de recogida de datos previos y posteriores a la Prostatectomia Radical, utilizando indices de valoración de función eréctil (IIFE-5, SEP 2 y 3, SQED) y valoración de comorbilidades de Carlson. Valoración morfométrica peneana en cada visita
Inicio de una pauta de Rehabilitación peneana y seguimiento de la misma, durante 3 meses después de la cirugía.
Instauración de un tratamiento, personalizado para cada paciente, en base a las posibilidades de recuperación de la función eréctil

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A fecha de hoy, la totalidad de los pacientes sometidos a prostatectomia radical, son valorados antes de la intervención e informados de la morbi-mortalidad esperable.
Posteriormente, la totalidad de los mismos, son informados de las secuelas de este procedimiento, iniciando protocolo consensuado de rehabilitación peneana, al menos durante tres meses mediante tratamiento oral a días alternos con Tadalafilo 5 y Alprostadilo intrauretral.
Finalmente, pasado este periodo, son nuevamente revaluados, instaurando medidas terapéuticas a fin de recuperar la función, habitualmente con Alprostadilo intracavernoso.
Todos los pacientes pasan a un seguimiento prolongado en cualquiera de las dos consultas de Andrología.
Con independencia de los resultados clínicos, nuestro mayor logro, desde nuestro punto de vista, ha sido la concienciación de todo el servicio de urología para que remitan a este tipo de pacientes a nuestra consulta antes de ser sometidos a la prostatectomia, ya que existe consenso sobre la precocidad tras la cirugía, como principal factor capaz de propiciar la conservación morfométrica peneana

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este protocolo ha permitido integrar las unidades de Oncologia (uroprost y uroonc) con la de Androfobia.
Los pacientes remitidos a la consulta por este motivo, se consideran de máxima prioridad y son citados en la consulta de antro sin demora, por la enfermera involucrada en el proyecto.
Los primeros resultados son altamente satisfactorios, apreciando un buen cumplimiento de los protocolos (aunque en su mayoría no están financiados) y unos resultados esperanzadores en sentido de conservar la morfometria peneana tras la cirugía. No obstante, para la obtención de resultados se precisa completar la totalidad de visitas propuestas.
Es interesante que, en todos los casos, se ha conseguido la participación femenina, para concienciar a los pacientes y fidelizarlos con el proyecto

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/360 ========== ***

Nº de registro: 0360

Título
PROYECTO DE REHABILITACION PRECOZ PENEANA DE CARA A LA CONSERVACIO/RECUPERACION DE LA FUNCION ERECTIL EN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA

Autores:
UCAR TERREN ALBERTO, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, MARTIN MONTAÑES MANUEL, TIMON GARCIA ALEJANDRO, CEITEGUI COSCOLLA BEGOÑA, GARCIA CABELLO CELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0360

1. TÍTULO

PROYECTO DE REHABILITACION PRECOZ PENEANA DE CARA A LA CPNSERVACION/RECUPERACION DE LA FUNCION ERECTIL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA

Sexo .....: Hombres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
NECESIDAD DE INICIO PRECOZ DE REHABILITACION PENEANA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA RADICAL PELVIANA UROLOGICA, DE CARA A CONSERVAR LA CAPACIDAD ERECTIL Y TRATAR LA DISFUNCION SEXUAL CASO DE QUE ACONTECIESE.

RESULTADOS ESPERADOS
INICIO PRECOZ DE ACTIVIDAD SEXUAL, MEDIANTE IDENTIFICACION DE FACTORES PREDISPONENTES Y APLICACION PRECOZ DE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS

MÉTODO
EVALUACION PRE Y POSTOPERATORIA DE LOS PACIENTES, MEDIANTE TEST NORMALIZADOS DE FUNCION SEXUAL (IIFE 5/15 Y SEP II Y SEP III) Y SU CORRELACION CON LAS INCIDENCIAS OPERATORIAS

INDICADORES
EVALUACION DE FUNCION ERECTIL PREOPERATORIA.
INDICES DE COMORBILIDAD.
CONSTATACION DE INTEGRIDAD NEUROVASCULAR QUIRURGICA
RESPUESTA A LOS TRATAMIENTOS PROPUESTOS

DURACIÓN
INICIO 1/10/2016
CONCLUSIÓN EL 1/10/2018

OBSERVACIONES
NO

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0418

1. TÍTULO

VIGILANCIA ACTIVA EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO DE BAJO GRADO

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MURILLO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMIREZ FABIAN MANUEL
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
GARCIA MAGARIÑO JESUS
SOTA OCHOA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En nuestra consulta de alta resolución (ECOCIS) se han controlado los pacientes diagnosticados de tumor vesical no musculo invasivo(TVNMI). Se han valorado citologías urinarias y hemos realizado personalmente ecografías y cistoscopias. Los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de pTaG1-G2 y citologías negativas se han seguido cistoscópicamente a los 6 y 12 meses. De ellos, los que han presentado recidiva de su lesión dentro de los parámetros establecidos(tamaño menor de 15 mm; número de lesiones inferior a tres;aspecto macroscópico de TaG1) NO han sido incluidos en lista quirúrgica y siguen el protocolo de Vigilancia Activa hasta que las lesiones evolucionen y se establezca la indicación de R.T.U. de Carcinoma vesical.
El material elaborado para este proyecto es un programa informático de seguimiento (File MaKer) y una hoja de base de datos (Excel).
En relación a la comunicación a los pacientes se les ha informado del programa, de su seguridad y beneficios y se les ha ofrecido la cirugía "precoz"como alternativa.Su decisión se ha hecho constar por escrito en la historia clínica.
Consideramos que los resultados, evidentes y altamente ventajosos para la calidad asistencial,deben ser y serán comunicados y publicados en los foros de difusión científica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han incluido 49 pacientes con lesiones TaG1 y tamaño en total-si son múltiples-de menos de 3-4 cm; es decir, 49 pacientes que NO han sido intervenido quirúrgicamente.
Hemos podido seguir a 26 de ellos a los 6 meses y han seguido en vigilancia activa 21 (No evolución de sus lesiones o evolución pero cumpliendo todavía los criterios de inclusión).
De estos 26, al año hemos valorado 15 de los cuales 13 siguen en V.A.
En conclusión de los 49 pacientes, tras un año de seguimiento, sólo se han intervenido 7 (14,2 %).
Los indicadores establecidos han sido:
1. Seguridad oncológica: La anatomía patológica de los 7 pacientes sometidos a R.T.U. de las lesiones recidivadas ha sido de pTaG1 en 4. pTaG2 en 2 y 1 con pT1G2 (es decir siguen siendo TVNMI de bajo grado).
2.Clínica: los 49 pacientes han permanecido asintomáticos durante todo el año (No hematuria)
3.Gestión clínica: Ninguno de ellos ha necesitado citación en consulta y se ha evitado un 85.8 % de cirugía programada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Creemos que el programa de V.A. de este grupo numeroso de pacientes de TVNMI de bajo grado es seguro, mejora la calidad de vida del paciente al disminuir el número de ocasiones que debe intervenirse quirúrgicamente y tiene un impacto importante en el ahorro de recursos del hospital, disminuyendo consultas, pruebas complementarias e ingresos hospitalarios.
Concluimos que la vigilancia activa debe incorporarse como herramienta eficaz en todas las unidades de Urología para este grupo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/418 ========== ***

Nº de registro: 0418

Título
VIGILANCIA ACTIVA (V.A.) EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO (CVNMI) DE BAJO GRADO

Autores:
MURILLO PEREZ CARLOS, VALLE GERHOLD JORGE, RAMIREZ FABIAN MANUEL, HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO, GARCIA MAGARIÑO JESUS, SOTA OCHOA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0418

1. TÍTULO

VIGILANCIA ACTIVA EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO DE BAJO GRADO

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Carcinoma Vesical no músculo invasivo(CVNMI) evoluciona clínicamente en relación al grado histológico. Las guías clínicas de la Asociación Europea de Urología recogen que los Ta G1 (afectación de la lámina propia y bien diferenciados) presentan una excepcional capacidad de progresión así como un riesgo no despreciable de recidiva.
En la actividad asistencial del urólogo el hallazgo de una recidiva de esta lesión en el control cistoscópico se ha tratado siempre mediante Resección Transuretral (RTU) de la lesión. La alta prevalencia de este tumor en nuestra comunidad y el altísimo número de recidivas, causan un importante impacto en la lista quirúrgica y un elevado consumo de recursos asistenciales. Se suma, como factor negativo en el impacto de la cirugía en estos pacientes, el alto porcentaje de presentación en la población de mayor edad.
Existen en España ya experiencias muy positivas con la implantación de protocolos de Vigilancia Activa (V.A.) en el CVNMI de bajo grado. Consisten en el control endoscópico de la recidiva de la lesión sin actuación quirúrgica hasta que la misma evolucione hacia un aumento del tamaño y/o número de implantes tumorales o macroscópicamente se objetive un cambio en sus características. De este modo se consigue una reducción notable del número de procedimientos en quirófano sin que exponga al paciente a ningún riesgo en la seguridad oncológica y por consiguiente con un impacto en el ahorro de recursos y en la calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
Con esta iniciativa se pretende disminuir el número de cirugías programadas en estos pacientes (RTU Ca. Vesical) y por consiguiente disminuir el número de pruebas complementarias necesarias para el preoperatorio, consultas y la estancia hospitalaria (3-4 días de media), sin que suponga un riesgo para el control de la enfermedad ni posibilidades de progresión de la misma.
Por otra parte, el seguimiento del proceso se realizaría coincidiendo con la cistoscopia, que está protocolizada efectuarla a los 6 meses; de esta manera ni se incrementan el número de cistoscopias ni el número de visitas en consulta para el paciente.

MÉTODO
Los pacientes que presenten Carcinoma Urotelial pTa G1 se siguen mediante citologías y cistoscopias. Si la citología es negativa y en la endoscopia presentan una recidiva de la lesión papilar menor de 15 mm. y aspecto macroscópico similar a la originaria son subsidiarios de Vigilancia Activa. También se incluirían si presentan menos de 3 lesiones de tamaño menor a 1 cm. – y lógicamente de aspecto TaG1-
A este grupo de pacientes tras información razonada y que sea entendida con claridad se les plantea RTU de la recidiva del proceso o inclusión en el programa de V.A.
Otra de las ventajas del programa es que mejoramos la tolerancia y aceptación del paciente a las sucesivas cistoscopias- realizadas con anestesia local mediante lubricante urológico- al incorporar a nuestro instrumental endoscópico el cistoscopio flexible.
Para el mejor control y garantía de cumplimiento de la V.A., hemos creado una ficha clínica de seguimiento específica, incorporada a nuestra base de datos informática de nuestros pacientes con CVNMI.
Finalmente, contamos con la necesaria colaboración de un compañero de Anatomía Patológica, pues el inexcusable requisito de seguridad oncológica y de que no haya riesgo de progresión de la lesión es un diagnóstico de certeza en la filiación primaria del tumor.

INDICADORES
La evaluación y seguimiento se llevará a cabo en la sala de endoscopia urológica (ubicada en la Unidad de litotricia) y en el despacho adjunto donde disponemos del programa informático.
Como indicadores de calidad del proceso establecemos:
1) Oncológico : Las citologías negativas y la ausencia de modificación macroscópica en la cistoscopia de control. (La citología positiva es una prueba de alta especificidad para Ca. Urotelial de alto grado; lógicamente, su presencia obliga a abandonar el programa de V.A.)
2) Clínicos: Estabilidad en la sintomatología miccional y ausencia o mínima presencia de hematuria macroscópica durante el seguimiento
3) El número de procedimientos quirúrgicos (RTU) no realizados o evitados.
4) El número de consultas ahorradas ya que estos paciente salen del circuito general para seguirse exclusivamente desde la sala de cistoscopias.

DURACIÓN
Como consideramos que el programa es útil tan sólo con evitar una intervención quirúrgica en un año por paciente, comenzaremos a reclutar pacientes en Octubre de 2016 (de los ya intervenidos previamente y de quienes disponemos de Anatomía Patológica) y realizaremos una primera evaluación tras un año, coincidiendo con la finalización del proyecto. La eficacia de la V.A. está ya recogida en la bibliografía por lo que esperamos prolongarlo indefinidamente.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0418

1. TÍTULO

VIGILANCIA ACTIVA EN CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO DE BAJO GRADO

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MODELO DE "DIARIO MICCIONAL" EN LOS PACIENTES QUE SE REMITEN A CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CARMEN AMBROJ NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TIMON GARCIA ALEJANDRO
UCAR TERRER ALBERTO
MATA ORUS MARIA
BESCOS SANTANA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Distribución: entre las Consultas desde las que se nos remiten los pacientes. Se puede descargar desde la Intranet.
- Instrucción: a los Facultativos para que lo cumplimenten los pacientes.
Se ha cumplido el calendario marcado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha superado el porcentaje estimado del 80% en el cumplimiento de los objetivos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esta incorporación es positiva para la valoración objetiva de los sintomas de los pacientes,seguimiento clinico y objetivos alcanzados con tratamientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/441 ========== ***

Nº de registro: 0441

Título
IMPLANTACION DEL MODELO DE "DIARIO MICCIONAL" EN LOS PACIENTES QUE SE REMITEN A CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE SUELO PELVICO

Autores:
AMBROJ NAVARRO CARMEN, TIMON GARCIA ALEJANDRO, UCAR TERRER ALBERTO, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, MARTIN MONTAÑES MANUEL, MATA ORUS MARIA, BESCOS SANTANA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La incontinencia de orina es uno de los problemas que nos ocupa con frecuencia en la consulta de Suelo Pélvico. El tipo y grado de incontinencia, de difícil valoración, determina las pruebas complementarias que deberemos solicitar y la oferte terapéutica que deberemos plantear.
Para objetivar la misma hemos diseñado un Diario Miccional, sencillo y fácilmente cumplimentable, con el que los pacientes nos deben ser remitidos a nuestra Unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir el número de Consultas-Revisiones, puesto que en la primera consulta ya acude el paciente con el "Diario miccional" cumplimentado. Disminuir el número de pruebas complementarias a solicitar
- Ofertar la opción terapéutica más precisa posible para cada paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0441

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MODELO DE "DIARIO MICCIONAL" EN LOS PACIENTES QUE SE REMITEN A CONSULTAS ESPECIALIZADAS DE SUELO PELVICO

MÉTODO
- Distribución: entre las Consultas desde las que se nos remiten los pacientes. Se puede descargar desde la Intranet.
- Instrucción: a los Facultativos para que lo cumplimenten los pacientes.

INDICADORES
- Número de pacientes a los que se ha entregado el Diario Miccional en las consultas de origen (80%).
- Número de pacientes que lo han cumplimentado correctamente (80%).

DURACIÓN
Se estima iniciar con la distribución del Diario Miccional y la instrucción a los Facultativos en enero de 2017 con una duración de carácter indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0442

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE ESTUDIOS URODINAMICOS

Fecha de entrada: 13/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO TIMON GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMBROJ NAVARRO CARMEN
UCAR TERRER ALBERTO
MATA ORUS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Distribución a las Consultas desde las que se solicita dicha prueba. Se puede descargar desde Intranet.
Instrucción a los Facultativos que lo entregarán a los pacientes.
Se ha cumplido con el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han superado las previsiones del 90% en el cumplimiento de las condiciones marcadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto ha supuesto una mejora de la asistencia, en tiempo y forma, por la mejor aceptación de la misma por parte del paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/442 ========== ***

Nº de registro: 0442

Título
HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE ESTUDIOS URODINAMICOS

Autores:
TIMON GARCIA ALEJANDRO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, UCAR TERRER ALBERTO, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, MARTIN MONTAÑES MANUEL, MATA ORUS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Estudio Urodinámico es una prueba diagnóstica que exige de una preparación e información previa a la realización de la misma. Muchos de los pacientes acuden sin los requisitos previos correctamente realizados y con ansiedad explicable ante el desconocimiento de la prueba a realizar.

Hemos diseñado una Hoja Informativa en la se indica la preparación previa a realizar y detalles del procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
- Evitar suspensión de procedimientos por la inadecuada preparación del paciente.
- Mejora de la satisfacción del paciente ante la prueba.

MÉTODO
- Distribución: a las Consultas desde las que se solicita dicha prueba. Se puede descargar desde Intranet.
- Instrucción: a los Facultativos que lo entregarán a los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0442

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE ESTUDIOS URODINAMICOS

INDICADORES
- Número de pacientes a los que se ha entregado la Hoja Informativa en las consultas de origen (90%).
- Número de pacientes correctamente preparados para la realización de la prueba (90%).

DURACIÓN
Se estima iniciar con la distribución de la Hoja Informativa en enero de 2017 con una duración de carácter indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0588

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE UROLOGIA Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA PARA LA ENSEÑANZA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UROSTOMIAS

Fecha de entrada: 14/12/2017

2. RESPONSABLE ..... JORGE SUBIRA RIOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIARTE ABENIA MARIA CARMEN
GARCIA CABELLO CELIA ISABEL
LLAMAZARES CEBRIAN MARIA TERESA
JAIME ARILLA ANTONIA
GONZALEZ TRASOBARES PAZ
IZQUIERDO OBON SOLEDAD
VALLE GERHOLD JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre todas las partes para elaborar el circuito de derivación(noviembre de 2016) y puesta en marcha inmediata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización del circuito : SI
75% de los casos han pasado del circuito : 85%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al ser una necesidad, la coordinación entre urólogos de la unidad de cistectomía radical, secretarias de urología, enfermería de planta y enfermería de unidad de Estomaterapia, el entendimiento ha sido fácil y sobretodo el beneficio es duradero en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/588 ========== ***

Nº de registro: 0588

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE UROLOGIA Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA PARA LA ENSEÑANZA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UROSTOMIAS

Autores:
SUBIRA RIOS JORGE, DIARTE ABENIA MARIA CARMEN, GARCIA CABELLO CELIA, LLAMAZARES CEBRIAN MARIA TERESA, JAIME ARILLA ANTONIA, GONZALEZ TRASOBARES PAZ, IZQUIERDO OBON SOLEDAD, VALLE GERHOLD JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente ha habido un relevo en los profesionales encargados de la Unidad de Estomaterapia, siendo esta unidad de máxima utilidad para el Servicio de Urología.
Diversos estudios avalan la importancia de la información al paciente previo a ser sometido a una intervención quirúrgica donde se vaya a realizar una urostomia, así como la instrucción durante el ingreso y el seguimiento a corto, medio y largo plazo de estos pacientes para mejorar su calidad de vida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0588

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN CIRCUITO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE UROLOGIA Y LA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA PARA LA ENSEÑANZA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UROSTOMIAS

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un circuito entre el Servicio de Urología y la Unidad de Estomaterapia para que esta sea conocedora con antelación de los pacientes que van a ser intervenidos mediante cistectomía radical así como marcaje de la localización más adecuada para colocar una urostomia previa a la cirugía.

MÉTODO
Se convocará una reunión entre los integrantes del proyecto para realizar una puesta de ideas a finales de octubre - principios de noviembre de 2016 y concretar el circuito.
puesta en marcha del circuito en noviembre de 2016.

INDICADORES
Realización del circuito: se evaluará si /no
El 75% de los pacientes que van a ser cistectomizados pasarán por este circuito desde diciembre de 2016 hasta la finalización del proyecto.

DURACIÓN
octubre- noviembre 2016: elaboración del circuito.
noviembre- diciembre 2016: puesta en marcha del circuito.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0590

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CELIA ISABEL GARCIA CABELLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUBIRA RIOS JORGE
VALLE GERHOLD JORGE
UTRILLA PEREZ MARTA
ROMERO BILBAO BORJA
MARIN ZALDIVAR CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
revision bibliografica sobre lo existente en la literatura.
sobre ello se elabora, adapatandolo a nuestro medio, encuesta de satisfacción (general + por derivación urinaria) estando ya disponible en la consulta específica de cistectomía UROCIS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
elaboración encuesta: si
75% encuestas entregadas: si

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
la importancia de adaptar las encuestas a nuestro medio.
pendiente de evaluar los resultados obtenidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/590 ========== ***

Nº de registro: 0590

Título
ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL

Autores:
GARCIA CABELLO CELIA, SUBIRA RIOS JORGE, VALLE GERHOLD JORGE, UTRILLA IBARBUEN MARTA, ROMERO BILBAO BORJA, MARIN ZALDIVAR CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cistectomía radical es el procedimiento quirúrgico con mayor mórbi-mortalidad en Urología, ya que no solo implica la exéresis de órganos sino también la necesidad de reconstruir la vía urinaria.
hay diversas opciones que ofrecen ventajas y desventajas sin unas claras indicaciones.
En la toma de decisión del tipo de derivación es necesario la implicación del paciente puesto que alguna de ellas implica la colocación de urostomía o bien micción por vía uretral.
Según varios artículos, el grado de satisfacción del paciente cistectomizado con su derivación urinaria depende de la implicación de este en la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS
elaborar una encuesta de satisfacción del paciente cistectomizado con el circuito ya establecido así como del tipo de derivación urinaria que tiene.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0590

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA RADICAL

con esta encuesta se quiere detectar cual es el tipo de derivación con la que el pacientes está más satisfecho así como los puntos de mejoras en el proceso de cistectomia radical establecido en nuestro servicio.

MÉTODO
elaboración de una encuesta de satisfacción basada en ya existentes y adaptadas a nuestros objetivos.
entrega de dicha encuesta a los pacientes intervenidos de cistectomia radical.

INDICADORES
elaboración de la encuesta en noviembre de 2016: si/no
entrega de la encuesta a los pacientes cistectomizados en la consulta de seguimiento.

DURACIÓN
noviembre 2016: elaboración de la encuesta.
diciembre 2016: entrega de la encuesta a los pacientes en su seguimiento en la consulta de específica de UROCIS: 75% de encuestas entregadas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0745

1. TÍTULO

BASE DE DATOS DE LA CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA EN EL SERVICIO REFERENCIA DE LITIASIS DE ARAGON

Fecha de entrada: 12/12/2017

2. RESPONSABLE ..... DANIEL HIJAZO GASCON
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO BELTRAN BENJAMIN
NAVARRO GIL JOAQUIN
UTRILLA IBUARBEN MARTA
PARLANGE SANMIGUEL BEGOÑA
SANZ GRACIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación de una base de datos de la cirugía intrarrenal retrograda (RIRS) en el servicio de litiasis de referencia de Aragón. Esta base de datos abarca desde la implantación de la técnica en nuestro hospital en 2012 hasta noviembre de 2017.
Se ha realizado también un estudio descriptivo e inferencias de los parámetros de esta cirugía: tiempo quirúrgico, tamaño litasico tratado, número de litiasis, localizaciones de las mismas, complicaciones quirúrgicas y postoperatorias, tasa de "stone free rate" y tiempo quirúrgico.
Para la realización de este proyecto únicamente ha sido necesaria la revisión de las historias clínicas de los pacientes bien en papel o en su formato electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para valorar los resultados de proyecto y su impacto se han comparado los resultados de nuestra unidad con las guías Europea y Americana de litiasis urinaria, así como de la bibliografía científica más reciente.
Se han incluido un total de 235 pacientes y se ha procedido a analizarlos datos. Esto nos ha permitido:
-Comprobar la seguridad y eficacia de la técnica.
-Observar su elevada efectividad en litiasis múltiples o complejas, en pacientes que hubieran sido candidatos a múltiples sesiones de litotricia extracorporea o intervenciones quirúrgicas.
-Obtener una herramienta de feedback de el trabajo de nuestro servicio de urología
-Comparar nuestros resultados en comparación a los descritos en la literatura para encontrar los puntos a mejorar.
-Al poder comparar los resultados de esta técnica (RIRS) con la litotricea extracorporea y otras técnicas de tratamiento litiásico empleadas en nuestro servicio, nos permite reforzar la toma de decisiones terapéuticas en una técnica novedosa donde algunos aspectos des la indicación esta por definir en las guías clínicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este proyecto nos ha permitido comprobar la correcta implantación en nuestro servicio y corroborar sus ventajas en el tratamiento de la patología litiasica.
Entre las características que se han comprobado:
-Es una técnica minimamente invasiva: estancia media hospitalaria inferior a 48 horas, molestias o dolor postoperatorio solo en el 18% de los pacientes que responde en el 100% de los casos a analgésicos de rescate.
-Es segura: en el 88,8% de los pacientes no han existido complicaciones postoperatorias con únicamente un 7% de complicaciones en el primer mes que en su mayoría no han precisado de reingreso hospitalario.
-Es eficaz en casos complejos de litiasis urinaria lo que supone disminuir la necesidad de procedimientos posteriores: los casos tratados han predominado los de litiasis múltiples, de gran tamaño y en localizaciones complejas. Casos en los que seria preciso la realización de múltiples sesiones de litotricia extracorporea aumentando el coste y riesgo de morbilidad del proceso de tratamiento.
-Mejora la actividad científica de nuestro servicio de urología: aporta nuevas hipótesis para la realización de futuras investigaciones o estudios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/745 ========== ***

Nº de registro: 0745

Título
BASE DE DATOS DE LA CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA EN EL SERVICIO REFERENCIA DE LITIASIS DE ARAGON

Autores:
HIJAZO GASCON DANIEL, BLASCO BELTRAN BENJAMIN, NAVARRO GIL JOAQUIN, UTRILLA IBUARBEN MARTA, PARLANGE SANMIGUEL BEGOÑA, SANZ GRACIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0745

1. TÍTULO

BASE DE DATOS DE LA CIRUGIA INTRARRENAL RETROGRADA EN EL SERVICIO REFERENCIA DE LITIASIS DE ARAGON

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de Urología del HCU Lozano Blesa es el de referencia de litotricia de Aragón. En el año 2012 se introdujo la cirugía intrarrenal retrograda (RIRS) que es una técnica endourológica mínimamente invasiva, con mínimas complicaciones y una alta tasa de efectividad.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos con la realización de una base de datos de esta nueva técnica analizar los resultados del servicio en cuanto a seguridad y eficacia respecto a las técnicas más antiguas para el tratamiento de las litiásis intrarrenales.
Los resultados esperados es que esta nueva técnica tenga unas complicaciones y una eficacia mayores que a otras técnicas, especialmente en aquellos casos complejos que precisas de múltiples sesiones de tratamiento de litotricia extracorporea.
También mencionar la mejora a nivel de investigación del servicio, ya que somos uno de los centros de referencia europeos a nivelk de endourología y unos de los pioneros en introducir en España esta técnica.

MÉTODO
Se van a recoger de manera retrospectiva todos los pacientes sometidos a esta técnica desde el años 2012 hasta octubre de 2016.
A partir de octubre de 2016 se recogerán los datos de manera prospectiva.

INDICADORES
Recogida del 100% de los pacientes de forma retrospectiva a fecha de Enero de 2017 y los datos prospectivos a fecha de Mayo de 2017. Recogida del 90% de la información de cada paciente.

DURACIÓN
Inicio del proyecto: Octubre 2016
Revisión de datos retrospectivos: hasta Enero 2017
Revisión de datos prospectivos: hasta Mayo 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0773

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE DOCUMENTO INFORMATIZADO PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTESTRATADOS MEDIANTE ESWL EN NUESTRA UNIDAD

Fecha de entrada: 11/12/2017

2. RESPONSABLE ..... BENJAMIN BLASCO BELTRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAPAPE POVES VICTORIA
NAVARRO GIL JOAQUIN
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
FERRUZ GIMENEZ MONTLER
GONZALEZ VARGAS FRANCISCA
SESE TAMAYO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Incorporación de la presentación "Evolución" en nuetra Base de Datos relacional FileMaker.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se constata la cumplimentación de los porcentajes marcados mediante la realización de búsquedas simples.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Método de trabajo de gran utilidad para el control y seguimiento de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/773 ========== ***

Nº de registro: 0773

Título
IMPLEMENTACION DE DOCUMENTO INFORMATIZADO PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS MEDIANTE ESWL EN NUESTRA UNIDAD

Autores:
BLASCO BELTRAN BENJAMIN, CAPAPE POVES VICTORIA, NAVARRO GIL JOAQUIN, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, FERRUZ GIMENEZ MONTLER, GONZALEZ VARGAS FRANCISCA, SESE TAMAYO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace un tiempo en nuetra Unidad, se vienen modificando los formularios y otros documentos en papel. El control evolutivo de los pacientes sometidos a litotricia extracorporea se realiza mediante la cumplimentación de una hoja impresa que se adjunta a la historia clínica. Con la incorporación de esta opción en nuetra Base de Datos, se facilita la cumplimentación de todos los items a la vez que permite un rápido control y evaluación de nuestra actividad en cuanto a resultados efectivos se refiere.

RESULTADOS ESPERADOS
- Cumplientación de todos los ítems del formulario.
- Mejorar el control de resultados y actividades.

MÉTODO
Medidas previstas:
- Incorporación de la presentación "Evolución" en nuetra Base de Datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0773

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE DOCUMENTO INFORMATIZADO PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DE LOS PACIENTESTRATADOS MEDIANTE ESWL EN NUESTRA UNIDAD

Responsables implicados:
- Médicos de la Unidad para la valoración y cumplimentación.
- Enfermeras para ajustes de Agenda.
- Administrativa: sustitución de los nuevos documentos incorporados a la Historia Clínica

INDICADORES
- Cumplimentación de dicha presentación en un porcentaje superior al 90%
- Que se hayan registrado mas del 90% de los items presentes.

La monitorización se realizará por "búsquedas simples" de entre los pacientes tratados en dicho periodo.

DURACIÓN
Está previsto iniciar la mencionada implementación a partir de enero 2017, siendo una actividad de tiempo indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1024

1. TÍTULO

GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 18/12/2017

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PLAZA ALONSO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROBERTO ALCACER ANA TERESA
MATOS OROZCO OLIVIA
ASENSIO MATAS AGUSTIN
SANCHEZ ZALABARDO MANUEL
JAIME ARILLA ANTONIA
LAMAZARES CEBRIAN MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se diseñaron unos protocolos comunes de revisión de pacientes en función del proceso quirúrgico a realizar, aprobados por el personal del Servicio de Urología del Hospital Clínico, así como variaciones en función de la patología médica propia de cada paciente. Cada protocolo incluía diversos ítems según proceso, en lo que se refiere a: Tolerancia vía oral, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, medidas preoperatorias, solicitud de reserva de sangre, solicitud de radiografía de vías urinarias previa.
Todo ello fue realizado basándose en las recomendaciones del grupo PROA, del Banco de Sangre, Servicio de Hematología, Guías Europeas de Urología, etc.
Además, cada protocolo incluía variantes según el paciente sea: Diabético tipo 1 ó 2, alérgico a la profilaxis antibiótica estándar, si toma anticoagulantes y antiagregantes y la pauta sustitutoria, etc.
Se utilizaron las hojas preparatorias para cada procedimiento de forma prequirúrgica. Se revisaron durante el periodo propuesto la utilización de dichas hojas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores propuestos fueron:
1. ¿Se pueden aplicar los protocolos diseñados a todas las cirugías realizadas durante esa semana?. Sí
2. ¿Se han incluido los protocolos en las cirugías realizadas durante esa semana?. Sí
3. ¿Las intervenciones quirúrgicas suspendidas han sido debidas a fallos en la preparación de los pacientes?. NO ¿En cuántas de éstas se había incluido el protocolo realizado?. Ninguna.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las hojas de protocolos preparatorios se han implementado con éxito en el Servicio de Urología del Hospital clínico Universitario Lozano Blesa, con buena acogida por parte del personal de médicos adjuntos del servicio, así como personal de enfermería y auxiliares, ha ayudado a unificar los criterios en cuanto a profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, manejo del paciente diabético, preparación de los pacientes con cistectomía radical etc. El proyecto continuará en uso durante los próximos años, incluyendo alguna mejora en cuanto a ciertas intervenciones quirúrgicas que con l paso del tiempo y actualización de la literatura pertinente precisan alguna ampliación de ítems a realizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1024 ========== ***

Nº de registro: 1024

Título
GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

Autores:
PLAZA ALONSO CRISTINA, ROBERTO ALCACER ANA TERESA, MATOS OROZCO OLIVIA, ASENSIO MATAS AGUSTIN, SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL, JAIME ARILLA ANTONIA, LAMAZARES CEBRIAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1024

1. TÍTULO

GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El concepto de evaluación preoperatoria nace en 1846, consiste en la valoración global del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, con el objetivo de establecer el plan preoperatorio más adecuado. Con el envejecimiento de la población, la incidencia de la patología urológica quirúrgica ha ido en aumento en los últimos años, con el consecuente aumento en números de la lista de espera de nuestro Servicio de Urología. Esta situación genera que el tiempo entre la valoración anestésica previa y la cirugía se demore, con la caducidad de muchos de los preoperatorios ya realizados. Además durante este tiempo, muchos de nuestros pacientes acuden al día de la cirugía con patología médica no valorada previamente, como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, arritmias cardiacas, accidentes cerebro-vasculares, etc. Con todo ello hemos ido observando en los últimos años un alto índice de suspensión de pacientes el mismo día de la intervención quirúrgica, por un mal manejo perioperatorio del paciente, repercutiendo directamente en la lista de espera quirúrgica. De esta situación nace la necesidad de establecer unos criterios unificados de revisión de pacientes en función de la intervención quirúrgica a realizar, estableciendo los mismos criterios de tratamiento y pruebas preoperatorias a solicitar.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el siguiente Proyecto de Calidad, se espera un manejo integrado de la patología médica-quirúrgica del paciente. Esperamos detectar problemas médicos hasta entonces no conocidos, y manejarlos de forma integrada, como son: hipoglucemias descontroladas, arritmias cardiacas no conocidas, alteraciones con el manejo de la pauta anticoagulante y antiagregante; manejo del paciente según el proceso quirúrgico con los mismos criterios unificados, y que no sea médico-dependiente.
Esperamos conseguir a corto-medio plazo una disminución de la suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas, ya sea por problemas médicos no detectados o por pruebas médicas que no habían sido solicitadas. A largo plazo esta disminución de la incidencia de intervenciones quirúrgicas suspendidas, repercutirá en la disminución de la lista de espera, con el subsiguiente ahorro económico que conlleva.

MÉTODO
Para ello se han diseñado unos protocolos comunes de revisión de pacientes en función del proceso quirúrgico a realizar, aprobados por el personal del Servicio de Urología del Hospital Clínico, así como variaciones en función de la patología médica propia de cada paciente. Estos consisten en:

- -Protocolo de Cirugía Litiásica
- -Protocolo de Nefrectomía Radical
- -Protocolo de Nefrectomía Parcial
- -Protocolo de Cistectomía Radical
- -Protocolo de Prostatectomía Radical
- -Protocolo de Braquiterapia
- -Protocolo de Biopsia de Próstata
- -Protocolo de RTU de Próstata/Adenomectomía
- -Protocolo de Cirugía Endourológica General
- -Protocolo de Cirugía Genital
- -Protocolo de Prótesis de Pene
- -Protocolo de Cirugía de la Incontinencia
- -Protocolo de Cirugía del Cistocele
- -Protocolo de Pieloplastia

Cada protocolo incluye diversos ítems según proceso, en lo que se refiere a: Tolerancia vía oral, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, medidas preoperatorias, solicitud de reserva de sangre, solicitud de radiografía de vías urinarias.
Han sido realizados basándose en las recomendaciones del grupo PROA, del Banco de Sangre, Servicio de Hematología, Guías Europeas de Urología, personal de enfermería. Además, cada protocolo incluye variantes según el paciente sea: Diabético tipo 1 ó 2, alérgico a la profilaxis antibiótica estándar, si toma anticoagulantes y antiagregantes, etc.

INDICADORES
La evaluación se realizará de forma anual, en la cuarta semana del mes de Noviembre, evaluando el total de cirugías realizadas durante esa semana, donde se aplicarán los siguientes indicadores:
1. ¿Se pueden aplicar los protocolos diseñados a todas las cirugías realizadas durante esa semana?. Aplicados en >95%
2. ¿Se han incluido los protocolos en las cirugías realizadas durante esa semana?. Que se hayan incluido en >80% de las cirugías realizadas
3. ¿ Desde la implementación del proyecto, se ha suspendido alguna intervención quirúrgica programada por fallos en el protocolo o por no haberse aplicado correctamente?. Que las intervenciones suspendidas por mala preparación del paciente sea <10%.
Estos son los indicadores positivos esperados para poderlo prolongar los años sucesivos.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1024

1. TÍTULO

GESTION PERIOPERATORIA DE PACIENTES EN CIRUGIA UROLOGICA PROGRAMADA

La duración inicial del proyecto sería a lo largo del 2017, pudiendo prolongarse en el tiempo en base a los resultados que se vayan obteniendo.

OBSERVACIONES
Se establecerá un cronograma para realizar las monitorizaciones de los indicadores. Se llevaran a cabo la cuarta semana de Noviembre de 2017, si la previsión es presentar la memoria de finalización al acabar el año, o bien en el mes anterior a la presentación de dicha memoria, si no es al final del año. Para ello se revisaran todas las historias de los pacientes programados esa semana, obteniéndose así el resultado de los indicadores 1 y 2. El indicador 3 se medirá recopilando todos los casos de suspensión de actividad quirúrgica desde que se implemente el proyecto, y calculando el porcentaje correspondiente a este indicador.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0798

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO XAVIER ELIZALDE BENITO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCO CHAMORRO CARLOS
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
CAPAPE POVES VICTORIA
MARTIN MONTAÑES MANUEL
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
VALLE GERHOLD JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha conseguido el diseño de una estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos, volumetría prostática, antígeno prostático específico (PSA) y tacto rectal (todos ellos valorados como máximo en 1 año previo a la cirugía), previos a la cirugía, con alto porcentaje de cumplimiento, para ser el primer año, en la historia clínica del paciente e implicación por parte de los miembros del programa de calidad.
Falta el desarrollo de la estandarización de las fichas de inclusión en lista de espera quirúrgica para facilitar la inclusión de los datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pacientes con volumetría prostática ecográfica
83,7% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos)
Pacientes con Tacto Rectal
51,16% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos))
Pacientes con PSA
81,39% (estándar=>25% 1º año; =>50% 2º año; =>75% 3º año; >80% en sucesivos))
Pacientes sin los 3 parámetros básicos
11,62% (estándar =<75% 1º año; =<50% 2º año; =<25% 3º año; <20% en sucesivos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el inicio del programa de calidad, a pesar de la corta andadura, se ha objetivado que casi todos los pacientes con HBP incluidos en lista de espera quirúrgica presentan alguno de los parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía.
Hay un alto cumplimiento de los indicadores, ya en este primer año, con menor resultado cuantitativo del tacto rectal, quizá por la dificultad de recopilación en las historias clínicas, que es donde se ha realizado la búsqueda.
Se comentará los resultados en sesión clínica para implementar que sea en la ficha de inclusión en lista de espera quirúrgica donde sean cumplimentados estos parámetros, para mejorar los resultados y facilitar la búsqueda de los datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/798 ========== ***

Nº de registro: 0798

Título
OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA

Autores:
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER, BLANCO CHAMORRO CARLOS, MONZON ALEBESQUE FRANCISCO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, CAPAPE POVES VICTORIA, MARTIN MONTAÑES MANUEL, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, VALLE GERHOLD JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0798

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) afecta a la mitad de los varones mayores de 50 años. Una cifra que se incrementa hasta el 80% a partir de los 80 años. Se trata de la enfermedad de la próstata más frecuente, de una de las causas de ingreso hospitalario más común entre los españoles y del primer motivo de consulta en los servicios de urología. La Urología Funcional es una disciplina de la Urología que está adquiriendo un mayor protagonismo y proyección en los últimos años. El crecimiento de la Urología Funcional es paralelo al mayor interés de los profesionales sanitarios sobre patologías relacionadas con la disfunción miccional. La cirugía en pacientes con hipertrofia benigna de próstata obtiene óptimos resultados en aquellos pacientes con obstrucción del tracto urinario inferior secundaria a adenoma prostático. La realización de la ecografía con volumetría prostática, PSA y tacto rectal previos a la cirugía son procedimientos que permiten evaluar preoperatoriamente el tipo de intervención y estimar el tiempo operatorio y de ingreso. Con este objetivo hemos diseñado un proyecto de optimización en el manejo de esta patología, esencial para poder tomar ulteriores decisiones y el manejo de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del estudio va a ser mejorar el tratamiento de los pacientes con HBP (población diana varones adultos), estandarizando y facilitando el diagnóstico, y por consiguiente el adecuado tratamiento, siguiendo las directrices de la Asociación Española de Urología y European Association of Urology. Permitirá la racionalización de pruebas complementarias, técnicas diagnósticas y tratamientos de urología funcional con alto impacto en la calidad asistencial. Es especialmente importante recalcar que el estrecho contacto con el paciente con disfunción miccional y sus problemas, la atención integral y la aplicación de tratamientos específicos adecuados a la patología funcional subyacente, tendrán como resultado una mayor eficacia y satisfacción del paciente y sus familiares.
Como consecuencia de se espera:
• Acortar los circuitos de los pacientes.
• Optimizar el tiempo quirúrgico.
• Mejorar la información del proceso de cada paciente.
• Mejorar la atención integral al paciente con hiperplasia benigna de próstata.

MÉTODO
Realizaremos una estandarización de seguimiento de los pacientes con HBP, con inclusión de los tres parámetros básicos (volumetría prostática, PSA y tacto rectal) previos a la cirugía.
Será preciso una reunión inicial para estandarizar el procedimiento y valoraciones trimestrales. Una vez en marcha el modelo de solicitud será responsabilidad de todos los miembros del Servicio realizar una adecuado seguimiento. Permitirá acortar el circuito de los pacientes en relación a pruebas diagnósticas previas a inclusión en lista de espera quirúrgica, y una mejor elección de la técnica quirúrgica con la optimización que supone en el tiempo quirúrgico y planificación del parte de quirófano.

INDICADORES
Ecografía con volumetría prostática prequirúrgica en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)
Tacto rectal prequirúrgico en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)
Antígeno prostático específico (PSA) prequirúrgico en pacientes con hiperplasia benigna prostática 1 año antes de la cirugía. (estándar=>25%)
Tasa de pacientes sin los 3 parámetros previos a cirugía por hipertrofia benigna de próstata 1 año antes de la cirugía. (estándar = 20%)
Estos indicadores serán medidos preoperatoriamente sobre todos los pacientes sometidos a cirugía por HBP durante el periodo evaluado, obteniéndolos de las historias clínicas y revisión de inclusión en lista de espera quirúrgica y protocolos quirúrgicos en la base de datos File Maker del servicio de Urología.
Criterios de exclusión: No se contemplan.

DURACIÓN
Dado que ya se dispone del lugar y personal adecuado para llevarlo a cabo, así como la base de datos de protocolos quirúrgicos, es factible comenzar en cuanto se estandarice para lo que se necesitará el primer trimestre. El programa debería continuarse durante al menos 1 año, con monitorizaciones, para finalmente incorporarlo a la rutina permanente del Servicio, valorando su ampliación posterior a otro año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0798

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0904

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MURILLO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLASCO BELTRAN BENJAMIN
GARCIA MAGARIÑO JESUS
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
MEDRANO LORENTE PILAR
PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO
RAMIREZ FABIAN MANUEL
SUBIRA RIOS JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la puesta en marcha de este proyecto, en enero de 2018, se ha procedido, en primer lugar, en la Base de Datos “Protocolos Quirúrgicos” a homogeneizar la denominación de las intervenciones quirúrgicas. Concretamente todas las RTU por carcinoma o tumor vesical se han denominado “RTU Tumor Vesical”.
Contabilizando el período de 1 de enero a 1 de diciembre de 2018, se han realizado 233 RTU de Tumor Vesical.
Hemos comprobado que el 74,7% de los protocolos operatorios tenían cumplimentado los ítems “nº de tumores” y “tamaño”, y el 59,6% el ítem “tasa de recidiva”. En conjunto el 58,7% tenían cumplimentados los 3 ítems observados en el acto quirúrgico.
Dado que los ítems de Anatomía Patológica se cumplimentan en la primera revisión en consulta, aproximadamente al mes de la RTU, cumplían este criterio 189 protocolos, en los que el 50,2% tenían relleno el ítem “categoría” y el 47,0% el ítem "grado". Los ítems de Anatomía Patológica se cumplimentaron en el 41,0%, observados al mes de la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el 32,2,8% de los protocolos operatorios aparecen cumplimentados los 5 ítems, es decir están correctamente cumplimentados.
En el lado negativo se han detectado un 17,4% de protocolos sin ningún ítem, es decir mal cumplimentados.
Finalmente, el 50,3% estaban parcialmente cumplimentados.
Respecto a la Base de Datos ECOCIS (para el seguimiento y control de los tumores vesicales), todavía no hemos podido perfilar la manera de realizar la auditoría.
Finalmente, en el seguimiento de la Base de Datos de Biopsias de Próstata, realizadas desde el 1 de enero 328 biopsias, hemos hallado un cumplimiento de los datos en el 74,4% del tacto rectal y del 86,6% de los datos ecográficos, siendo el 71,6% correctamente cumplimentados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al haberse modificado la filosofía de estos Programas de Calidad, aceptados a finales de junio pasado, solo hemos podido realizar la monitorización que se presenta en diciembre, aunque el calendario previsto es de 3 monitorizaciones anuales, lo que se realizará en las sucesivas prórrogas del programa.
Estos resultados se presentarán en Sesión del Servicio de Urología con el objeto de mejorar la cumplimentación. Se comunicará, a título privado, a aquellos profesionales con una tasa mas alta de no cumplimentación.
No hemos hallado, en el año actual, la fórmula para controlar los datos de la base ECOCIS.
A pesar de la corta trayectoria del programa los resultados iniciales han sido buenos, incluso superiores al estándar previsto, lo que es un estímulo para la mejora continua en los próximos años. En Biopsia de Próstata han sido muy buenos, aunque mejorables.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/904 ========== ***

Nº de registro: 0904

Título
CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

Autores:
MURILLO PEREZ CARLOS, BLASCO BELTRAN BENJAMIN, GARCIA MAGARIÑO JESUS, HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO, MEDRANO LLORENTE PILAR, PEREZ ARBEJ JOSE ANTONIO, RAMIREZ FABIAN MANUEL, SUBIRA RIOS JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0904

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Servicio de Urología se dotó así mismo, hace años, por iniciativa propia, de un programa informático para gestión de datos, denominado “Filemaker®”, con el cual se han generado muchas bases de datos aplicadas a distintos aspectos de la asistencia sanitaria del Servicio.
Comenzó como un sistema de gestión de los protocolos operatorios y ahora se ha ramificado a Litotricia, Biopsias de próstata, Urodinámica, Andrología, Tumores vesicales superficiales, Tumores vesicales infiltrantes, etc.
En el Servicio ejercen su actividad 18 médicos de plantilla más 4-5 médicos residentes, que utilizan de manera habitual este programa, así como secretarias y enfermeras. Esto hace que se produzcan algunos “incumplimientos” en el llenado de los datos de los diferentes formularios.
Dado que algunas de estas bases de datos sirven para “clasificar” determinadas patologías y determinar así el tratamiento, seguimiento o pauta a seguir, en cada caso, nos resultaría muy útil conseguir que el número de incumplimientos se redujera al mínimo.

RESULTADOS ESPERADOS
Hemos decidido iniciar este programa, a modo de “auditoría” interna, para averiguar el impacto real de la ausencia de estos datos y, por supuesto, proponer al resto de miembros del Servicio un esfuerzo para subsanar estos fallos.
Es comprensible que dado que el número de profesionales implicados no es pequeño, el objetivo puede necesitar de un cierto tiempo para ser alcanzado plenamente.

L

MÉTODO
La primera acción será homogeneizar la nomenclatura utilizada para definir las técnicas quirúrgicas, en los protocolos operatorios de la base datos Filemaker®, con el objeto de que las búsquedas de estos protocolos, a partir de ahora, se puedan realizar con la seguridad de que se rescatan todos los protocolos de esa técnica quirúrgica.
Se modificará la forma de introducir la denominación de la técnica con un “desplegable”, con posibilidad de indicar el lado (derecho-izquierdo) y de varias técnicas quirúrgicas simultáneas al mismo paciente.
Además, se comunicará a todos los miembros del Servicio la necesidad de indicar en el diagnóstico de las cistoscopias por control postoperatorio de tumor vesical, que no será otro que “Control de tumor vesical”, para que así conste en la base de datos de PROTOCOLOS.
Para los controles de la cumplimentación de los protocolos de tumor vesical se revisarán los realizados en cada período en relación con las intervenciones realizadas, valorando los datos ausentes y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de protocolos hechos/no hechos y completos/incompletos.
Para los controles de la cumplimentación del programa ECOCIS se recurrirá a, primero, búsqueda de las cistoscopias por “Control de tumor vesical” y, a continuación, comprobar que estos pacientes tienen abierta ficha en la base de datos ECOCIS. Se valorarán los porcentajes de fichas hechas/no hechas, su cumplimentación y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de fichas hechas/no hechas y completas/incompletas.
Para los controles de la cumplimentación del programa BIOPSIAS DE PRÓSTATA se revisarán las fichas de la base de datos, en relación con las biopsias realizadas, valorando los datos ausentes y los responsables de la falta de datos. Se calcularán los porcentajes de fichas hechas/no hechas y completas/incompletas.

INDICADORES
1. Homogeneización de la nomenclatura de las técnicas quirúrgicas en el archivo de protocolos operatorios
2. Protocolos operatorios con adecuada nomenclatura, del total de esa técnica quirúrgica
3. Sistema de control de la cumplimentación de los protocolos de RTU de tumor vesical
4. Protocolos operatorios de RTU de tumor vesical con los datos cumplimentados (nº de tumores, tamaño, recidiva, anatomía patológica)
5. Sistema de control de la cumplimentación de la base de datos ECOCIS
6. Pacientes con diagnóstico de Tumor vesical incluidos en programa ECOCIS, del total de los sometidos a cistoscopia de control
7. Sistema de control de la cumplimentación de la base de datos Biopsia de próstata
8. Pacientes sometidos a biopsia de próstata con todos los campos cumplimentados, respecto a todas las biopsias realizadas
Los coordinadores del programa se encargarán de la evaluación, solicitando la colaboración de quien se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0904

1. TÍTULO

CONTROL DE LA CUMPLIMENTACION DE LAS BASES DE DATOS FILEMAKER

considere necesario.
Se presentarán los resultados en sesión clínica y se contactará con los profesionales que hayan incurrido en errores, de forma privada, para valorar la causa de los mencionados fallos.

DURACIÓN
Fecha de inicio: 1/01/2018. Fecha de finalización: abierta.
Monitorizaciones previstas (fecha aproximada): Finales de Abril, Agosto y Diciembre
Presentación en Sesión Clínica: Mitad de Mayo y Septiembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0909

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA CAPAPE POVES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLE GERHOLD JORGE
UCAR TERREN ALBERTO
AMBROJ NAVARRO CARMEN
TIMON GARCIA ALEJANDRO
BLANCO CHAMORRO CARLOS
NAVARRO GIL JOAQUIN
BLASCO BELTRAN BENJAMIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la puesta en marcha de este proyecto, en julio de 2018 se han realizado 11 cirugías de estenosis uretral y 5 dilataciones uretrales en quirófano.
De ellas 3 fueron uretroplastias con mucosa oral, 8 uretrotomias internas.
Todos los pacientes intervenidos con plastia de mucosa oral han sido evaluados en la consulta especializada de patología uretral por los miembros del equipo quirúrgico que realizan dicha intervención. De las 8 uretrotomías, 3 fueron en pacientes que no habían pasado por la consulta específica.
La cirugía ha sido indicada en la primera visita. Y se han intervenido en un plazo inferior a 6 meses.
Al alta son remitidos a la misma consulta donde se realizan los distintos esquemas de seguimiento y control. Los pacientes a los que se ha realizado uretrotomía endoscópica NO habían sido controlados en esta consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nombre del Indicador y Valor (resultado cuantitativo) del Indicador :
- Existe una consulta específica de patología uretral: SI (estándar = SI)
- Pacientes programados desde esta consulta: 27 % (estándar >30% 1o año / >60% 2o año / >90% 3o año).
- Pacientes de consulta con cumplimentación de al menos 3 ítems o mas (historia, exploración, ecografía, cistoscopia o calibración, test miccional):
27 % (estándar >30% 1o año / >60% 2o año / >90% 3o año)
- Pacientes con Urocultivo previo: 50% (estándar >30% 1o año / >60% 2o año / >90% 3o año).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La consulta específica de uretra está ya creada y se logra una recepción adecuada de los pacientes con estenosis uretral.
Todos los pacientes intervenidos, con mucosa oral, de patología uretral a lo largo de este año han pasado por su consulta especializada, donde se les realizan en la primera visita las pruebas complementarias pertinentes para decidir la mejor indicación de la técnica (exploración física, cistoscopia) y en esa misma primera visita ya quedan incluidos en lista de espera quirúrgica.
Como actividades pendientes queda por mejorar los indicadores de urocultivo, ecografía y cuestionario PROM, que no han sido completados en todos los pacientes, así como conseguir que todos los pacientes con patología uretral, candidata a uretrotomía interna, sean derivados a esta consulta.
Queda mucho por hacer para concienciar al resto de compañeros del Servicio para orientar a los pacientes con patología uretral hacia esta consulta especializada, por lo que los datos se expondrán en sesión clínica.
Vistos los resultados la prórroga del programa en años sucesivos es muy necesaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/909 ========== ***

Nº de registro: 0909

Título
MANEJO DE ALTA RESOLUCION DE LA ESTENOSIS URETRA

Autores:
CAPAPE POVES VICTORIA, VALLE GERHOLD JORGE, UCAR TERREN ALBERTO, AMBROJ NAVARRO CARMEN, TIMON GARCIA ALEJANDRO, BLANCO CHAMORRO CARLOS, NAVARRO GIL JOAQUIN, BLASCO BELTRAN BENJAMIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0909

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La estenosis uretral es una patología relativamente frecuente en nuestros días a pesar de haber disminuido las estenosis postinfecciosas. Ello se debe a que han aumentado otras de las causas de estenosis como son las traumáticas y especialmente las yatrogénicas.
La incidencia de la estrechez uretral masculina y su impacto negativo es desconocida. La mayoría de los pacientes experimentan síntomas del tracto urinario bajo moderados (principalmente de vaciado), acompañados de infecciones del tracto urinario recurrentes.
La incidencia de esta enfermedad es muy variable en diferentes regiones del globo, pero puede afectar hasta al 0,6% de la población de ciertas áreas y su impacto sanitario no es despreciable. Se estima que en EE.UU. es responsable de 5.000 hospitalizaciones y 1,5 millones de consultas ambulatorias al año, con un coste superior a 200 millones de dólares anuales.
Su presentación es muy variable, de ahí la dificultad para su manejo, pudiendo pasar desapercibida a cualquier urólogo. Sobre todo porque además su incidencia no es muy elevada.
Actualmente no existe una consulta especializada que homogeinice y protocolice el manejo de esta patología no demasiado frecuente pero sí con repercusión en la calidad miccional y de vida del paciente así como sus niveles de ansiedad. Quedando la gestión de esta patología al criterio de cada especialista.
Se pretende crear una unidad de uretra que pueda recibir y centralizar todos los pacientes con sospecha de estenosis uretral para que reciban un diagnóstico y tratamiento especializados acordes a los protocolos de la patología. Así cada paciente podrá recibir el tratamiento acorde a su tipo de estenosis, para minimizar las complicaciones que pueden estar asociadas con la terapia y que adicionan morbilidad como son sangrados, infección, incontinencia,
impotencia y fallo terapéutico con el uso repetido.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: pacientes con sintomatología obstructiva de tracto urinario inferior y sospecha de estenosis uretral.

Se pretende optimizar el manejo del paciente con estenosis de uretra. Acelerando el proceso diagnóstico y tratamiento disminuyendo su ansiedad y los efectos adversos derivados de la mala calidad miccional.
Además al ser una consulta específica se homogeneiza el protocolo de actuación de este paciente que puede pasar desapercibido debido a la clínica poco específica.

MÉTODO
El paciente que consulta por síntomas obstructivos de tracto urinario inferior y en el que se sospecha la posibilidad de que exista una estenosis de uretra se remite a la consulta especializada de uretra habiéndosele pedido previamente una cistouretrografía miccional seriada (CUMS).
En la consulta se valora al paciente de acuerdo a su sintomatología (cuestionario PROM), exploración física (aparato genital, tacto rectal…) y los resultados de la CUMS.
Si se diagnostica de estenosis de uretra, en la misma consulta disponemos de cistoscopio para valorar el estado de la mucosa uretral y la localización exacta de la estenosis así como su calibre de cara a plantear la mejor opción quirúrgica correctora.
Así mismo se dispone en la consulta de ecógrafo para evaluar el estado de la vía urinaria superior y la existencia o no de elevado residuo postmiccional.
Con los hallazgos obtenidos en esta única visita médica se puede incluir al paciente en lista quirúrgica para realizar la corrección uretral.
El seguimiento de los pacientes con esta cirugía se haría desde la misma consulta para hacerles durante la misma visita la cistoscopia de control, retirada de sonda vesical o talla si las portaran y valoración con el cuestionario sobre calidad miccional en estenosis de uretra (cuestionario PROM).

De esta forma se le evitan al paciente varias visitas para realizar cada una de las pruebas diagnósticas disminuyendo el periodo de espera hasta realizar la cirugía y por tanto de los niveles de ansiedad y malestar.

INDICADORES
Para monitorizar el funcionamiento del manejo del paciente con estenosis uretra hemos tomado como indicadores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0909

1. TÍTULO

MANEJO DE ALTA RESOLUCION EN LA ESTENOSIS DE URETRA

que se pueden realizar tanto en la primera visita como en las sucesivas revisiones los siguientes:
- Exploración física genital.
- ECO aparato urinario.
- Cistoscopia.
- Calibrado uretral.
- Cuestionario PROM.
- Urocultivo.

DURACIÓN
Se pretende implantar esta consulta a lo largo del año 2018, y continuar con su desarrollo si los resultados fuesen satisfactorios de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0977

1. TÍTULO

ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL, PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE SUBIRA RIOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H CLINICO UNIVERSITARIO
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MURILLO PEREZ CARLOS
RAMIREZ FABIAN MANUEL
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO
GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS
MEDRANO LLORENTE PILAR
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER
NAVARRO GIL JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la aprobación del Proyecto de Calidad, a mediados del año 2018, se han realizado varias reuniones entre los participantes del proyecto.
Se ha elaborado por consenso un guion del texto, con la información a transmitir a los pacientes, y de unas viñetas a realizar, como base fundamental del folleto informativo.
Las primeras viñetas las está realizando, a mano, un dibujante experto y urólogo en temas médicos, bajo la supervisión de miembros el equipo del Proyecto, por lo que su “acabado” está siendo más largo de los esperado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el momento actual se han elaborado un 75% de las viñetas previstas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hacer las cosas bien requieren su tiempo

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/977 ========== ***

Nº de registro: 0977

Título
ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

Autores:
SUBIRA RIOS JORGE, MURILLO PEREZ CARLOS, RAMIREZ FABIAN MANUEL, HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO, GARCIA-MAGARIÑO ALONSO JESUS, MEDRANO LLORENTE PILAR, ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER, NAVARRO GIL JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H CLINICO UNIVERSITARIO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El programa Fast track en cistectomía ha demostrado en nuestro centro una mejora significativa de los resultados en términos de estancia, complicaciones, reingreso, sin estancia en UCI y especialmente si se cumplen todos los ítems.
De los 20 ítems reconocidos con evidencia en cistectomía radical sólo nos falta por cumplir el primero:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0977

1. TÍTULO

ELABORACION DE ICONOGRAFIA (INFORMACION ESCRITA) SOBRE EL PROGRAMA FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL, PARA SER ENTREGADO A LOS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

entregar información escrita al paciente antes de comenzar el procedimiento multidisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar iconografía escrita para entregar a los pacientes que van a ser intervenidos de cistectomía radical explicando todo el proceso: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

MÉTODO
En primera instancia una reunión para poner en común ideas sobre el guion a elaborar, según la Guía Salud de cirugía mayor abdominal pero adaptándola a cistectomía radical y a nuestro medio.
posteriormente elaborar el documento en un formato sencillo y práctico para luego ser entregado a Calidad del Hospital y una vez validado poder ser utilizado en consulta específica de cistectomía radical: UROCIS

INDICADORES
elaboración de la iconografía escrita y entregarla a la comisión de calidad para su validación y uso hospitalario

DURACIÓN
septiembre 2018: reunión entre los componentes del proyecto para elaborar un guion de la información a entregar.
octubre 2018: elaboración de la información escrita.
noviembre 2018: entrega a Calidad HCU para su validación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO SEVA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM DELICIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES ROZAS ANA BELEN
SANCHEZ LAZARO CARMEN
MARTIN MARTINEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El presente estudio es de tipo observacional, analítico y transversal. Las entrevistas fueron realizadas por el psiquiatra y por la enfermera de referencia del paciente en sesiones individuales en el centro de salud mental de Delicias “Escultor Palau”.
La muestra inicial fue de 18 sujetos seleccionados por muestreo de casos consecutivos que cumplían criterios para el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en febrero de 2017. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, seguimiento ambulatorio y en cualquier fase evolutiva de su enfermedad, bajo tratamiento con antipsicóticos por un periodo de tiempo superior a 12 semanas, seguimiento por enfermería y posesión de analítica de sangre reciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los criterios de exclusión fueron: pacientes con incapacidad para entender y cumplimentar los cuestionarios de salud formulados. La muestra final ha quedado compuesta por 16 sujetos dado que 2 individuos no aportaron analíticas de sangre.
Todos ellos han mantenido el seguimiento quincenal durante los 10 meses siguientes. El 60% eran varones.
No ha habido ningún acontecimiento cardiovascular de riesgo en ninguno de ellos. En 3 de ellos nos hemos puesto en contacto con los servicios de primaria bien telefónicamente o a través de un informe con el fin de mejorar o supervisar el seguimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos muestran una prevalencia de síndrome metabólico acorde con los estudios realizados en sujetos con esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo. Comprobando una asociación entre presencia de síndrome metabólico y mayor perímetro abdominal, presión arterial sistémica, glucosa, triglicéridos y una asociación entre presencia de síndrome metabólico y tasas más bajas de colesterol tipo HDL.

La necesidad de investigar estas condiciones clínicas en sujetos con esquizofrenia a fin de buscar tratamientos psicofarmacológicos más seguros desde el punto de vista de un posible riesgo metabólico asociado al tratamiento antipsicótico se configura como un objetivo de urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/781 ========== ***

Nº de registro: 0781

Título
PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

Autores:
SEVA FERNANDEZ ANTONIO, SANCHEZ LAZARO CARMEN, ARIZA MARTIN YOLANDA, MARTIN MARTINEZ CARMEN, VILLATORO PEREZ MARINA, BERNAL ROMAGUERA PATRICIA, MORALES ROZAS ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: USM DELICIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Los pacientes diagnosticados de TMG presentan significativamente un riesgo mayor de padecer enfermedades físicas que el resto de población, con elevada mortalidad, pérdida de años de vida, infradiagnóstico, y bajo nivel de autocuidados; como se recoge en la literatura y en las recomendaciones y Guías Terapéuticas de tratamiento, donde recomiendan la creación de programas concretos de evaluación y seguimiento de patologías médicas concomitantes en TMG.

La excesiva mortalidad cardiovascular asociada con TMG se atribuye a un incremento de factores de riesgo (F.R.) coronario modificables:
? Obesidad
? Fumar
? Diabetes
? Hipertensión
? Dislipidemia
? Síndrome metabólico

Fuentes de información:

1. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

2. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp. Psiquiatría 2008; 36(5):251-264. Autores: J. Saiz Ruiz, J. Bobes García, J. Vallejo Ruiloba et al

RESULTADOS ESPERADOS
1. DETECCIÓN: Evaluación del actual estado de salud física de los TMG atendidos en las USM Delicias. Mediante exploración física y analíticas de control

2.ACTUACIÓN: Modificación de los factores de riesgo y disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular
.

MÉTODO
1. Diseño de plan de valoración y seguimiento de la salud física en el trastorno mental grave.

Captación del paciente mediante:
a) Programa de medicación inyectable que recibe tratamiento en CSMental
b) Pacientes en revisión

3. ACTIVIDAD actividades de prevención de riesgo cardiovascular

2. CONTINUIDAD ASISTENCIAL: devolución de la información a los equipos de atención primaria.
??

INDICADORES
Diagnóstico psiquiátrico
Sexo
Salud física:
- Indice de masa corporal (peso, talla)
-Tabaco
- Glucosa, hemoglobina glicada
-Tensión arterial
-Colesterol

Seguimiento trimestral

DURACIÓN
o ENERO-MARZO: Recogida de bibliografía
o MARZO-ABRIL: Diseño de programa de evaluación y seguimiento de salud física en TMG.
o ABRIL en Adelante: Captación de Pacientes.Implementación del programa de evaluación y seguimiento.
o JUNIO-JULIO: Análisis preliminar de datos, buscando principales factores de riesgo coronario modificables.
o SEPTIEMBRE-OCTUBRE: Diseño de programa de modificación de FR y disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular
o NOVIEMBRE Análisis de datos de evaluación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0781

1. TÍTULO

PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) QUE PRECISAN TRATAMIENTO ANTIPSICOTICO INYECTABLE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ............................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .................: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1196

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTESMAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGOANTICOLINERGICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS LUIS TABUENCA FERRER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUSTE SERAL MARIA DEL MAR
ABAD TUDELA CORO
SORIANO BANZO FERNANDO
RODRIGUEZ MUELA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La organización del proyecto comenzó a mediados del mes de febrero, cuando se puso en marcha la idea de participar en un proyecto sobre el "uso racional del medicamento" sugerido por la dirección de Atención Primaria del Sector, formando parte del contrato programa del año 2017.
Se realizó una primera sesión formativa el 6 de marzo de 2.017 a cargo del responsable del proyecto con los médicos de atención primaria del Centro de Salud de Alhama de Aragón y se repasaron los indicadores en esa fecha, así como los fármacos implicados en cada caso que era necesario disminuir.
En dicha reunión se recomendó que cada médico realizara la revisión oportunista en consulta a demanda de la historia farmacoterapéutica (HFT) de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, identificación de MPI y MERA y valoración de su retirada, justificando la acción al paciente.
Esta intervención sería necesario desarrollar durante todo el año 2017.
También se acordó la identificación durante todo el año 2017, fuera de consulta, utilizando el "Cuadro de Mandos del Uso Racional de Medicamento", y con periodicidad mensual de al menos un 10% de los pacientes que hasta ese momento incumplieran los objetivos planteados. Se debería valorar la existencia de MPI y MERA y se registraría este hecho en FLASH de OMI, y a través de una consulta de demanda no presencial se contactaría con el paciente para explicar el hecho y en caso de ser necesario citarlo para una demanda presencial y entregarle la nueva hoja de la HFT e informar de los motivos.
El 25 de octubre de 2.017 se realizó una reunión de seguimiento y evaluación de los indicadores.
Finalmente, el 22 de enero de 2.018 se realizó una reunión final en la que se presentaron los resultados finales de diciembre de 2017 de ambos indicadores.
No fueron necesarios más recursos que los ya existentes en el CS de Alhama de Aragón y en los consultorios de las localidades atendidas en nuestra ZBS:
- Equipos informáticos de cada consultorio
- Teléfonos de cada consultorio
- Proyector del CS de Alhama de Aragón

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados en diciembre de 2.017, según el cuadro de mandos de URM, son los siguientes:

CIAS	MPI	MERA
1004020101C	12,21	16,03
1004020103E	6,30	11,81
1004020105R	8,57	10,00
1004020106W	8,54	6,10
1004020107A	2,63	7,89
1004020109M	12,82	5,13
EAP Alhama de Aragón	8,83	10,88

En cuanto a los medicamentos potencialmente inapropiados (MPI), se ha conseguido el objetivo propuesto en la reducción general en el EAP, del 12,30% obtenido en 2.016 al 8,83% en 2.017, por debajo del objetivo propuesto del 12%.
Además, el EAP ha conseguido resultados por debajo obtenidos tanto en el Sector Calatayud (13,19%) como en el total de Aragón (12,95%).
INDICADOR Medicamentos inapropiados
GRAFICO
En el gráfico superior se aprecia el esfuerzo del EAP desde marzo de 2.017 en la reducción de este indicador.
Además, todos los CIAS individualmente han conseguido el objetivo propuesto de acabar 2.017 por debajo del estándar del 14,21%. Sin embargo, dos de los CIAS no han conseguido el objetivo general del EAP del 12%. Los fármacos implicados más habitualmente han sido el ácido acetilsalicílico a dosis de 300 mg., la domperidona, y el escitalopram a dosis de 15 ó 20.
En cuanto a los medicamentos con elevado riesgo anticolinérgico (MERA), se ha conseguido el objetivo general propuesto en la reducción general en el EAP, del 12,11% obtenido en 2.016 al 10,88% en 2.017, pero no se ha conseguido llegar al objetivo propuesto por debajo del 10%.
El EAP sí que ha conseguido resultados por debajo del Sector Calatayud (12,55%) como en el total de Aragón (12,32%).
INDICADOR Medicamentos con riesgo Anticolinérgico
GRAFICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1196

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTESMAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGOANTICOLINERGICO

El gráfico demuestra también el esfuerzo realizado en el EAP, pero nunca se ha conseguido reducir el indicador por debajo del 10,2%.
Además, cinco CIAS han conseguido acabar 2.017 por debajo del objetivo estándar del 12,33%. Cuatro CIAS también han conseguido acabar por debajo del 10% propuesto en este proyecto.
Al estudiar la desviación de los dos CIAS que no cumplieron objetivos, se ha comprobado que el fármaco más implicado ha sido la quetiapina, que actualmente se utiliza cada día más para las alteraciones cognitivas y del sueño en los ancianos, así como la paroxetina y la solifenacina, fármacos generalmente indicados por la atención especializada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cualquier actividad de uso racional del medicamento que no implique a la atención especializada es un fracaso.
Se responsabiliza históricamente a la atención primaria de salud del gasto farmacéutico o del uso irracional del medicamento, y desde este nivel asistencial se pueden corregir bastantes desviaciones, pero con gran esfuerzo y coste personal, y solamente tras haber conseguido una autoridad sobre una población concreta y sobre cada paciente individualmente.
Produce perplejidad que en una memoria de evaluación de un proyecto de calidad no puedan adjuntarse tablas ni gráficos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1196 ========== ***

Nº de registro: 1196

Título
MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGO ANTICOLINERGICO

Autores:
TABUENCA FERRER JESUS LUIS, JUSTE SERAL MARIA DEL MAR, ABAD TUDELA CORO, SORIANO BANZO FERNANDO, FERNANDEZ MOROS RAUL W, RODRIGUEZ MUELA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PAtologías asociadas a los MPI y MERA
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La ZBS de Alhama de Aragón, según los datos presentados por la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud (DAPSC) el 1/2/2017, atiende a una población de 3.084 personas, de las cuales 551 tienen más de 75 años, lo que supone el 17,9% de la población.
Entre los objetivos estratégicos del Acuerdo de Gestión de 2017 (AG2017) se incluyen algunos relativos al “uso racional del medicamento” (URM), y dos que afectan específicamente al grupo de edad de mayores de 75 años: la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) y la prescripción de medicamentos de elevado riesgo anticolinérgico MERA).
Los resultados obtenidos por el EAP de Alhama de Aragón en 2016 son:
- MPI: 12,3% (estándar <14,21%, óptimo 10%)
- MERA: 12,11% (estándar <12,33%, óptimo 7%)

A pesar de estar cumpliendo ambos indicadores, los datos se encuentran alejados del óptimo, y además existe acusada diferencia entre los diferentes CIAS, existiendo algunos alejados del estándar.
Los médicos de este EAP consideran que deben mejorarse a nivel individual y colectivo estos indicadores, que además de afectar a un importante segmento de la población atendida, forman parte de los objetivos estratégicos del Sector Calatayud presentados en el AG2017.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1196

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS INDICADORES DE "USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO" RELACIONADOS CON LOS PACIENTESMAYORES DE 75 AÑOS: MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y CON ELEVADO RIESGOANTICOLINERGICO

1. Conseguir que todos los CIAS de nuestro EAP cumplan el estándar mínimo de ambos indicadores
2. Conseguir rebajar el indicador MPI del EAP de 12% y el indicador MERA de 10%

Población diana: personas de la ZBS de Alhama de Aragón mayores de 75 años.
Intervenciones: revisión y valoración de los fármacos prescritos a cada paciente y eliminación, si es posible, de los fármacos implicados.

MÉTODO
1. Sesión formativa a cargo del responsable de URM, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP, en el momento de implantación del proyecto, para repasar los MPI y MERA y dosis implicados, según el propio AG2017.
2. Revisión oportunista en consulta a demanda de la historia farmacoterapeútica (HFT) de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, identificación de MPI y MERA y valoración de su retirada, justificando la acción al paciente, a desarrollar durante todo el año 2017.
3. Identificación durante todo el año 2017, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Uso Racional de Medicamento, y con periodicidad mensual de al menos un 10% de los pacientes que hasta ese momento incumplan los objetivos planteados. Se valorará la existencia de MPI y MERA y se registrará este hecho en FLASH de OMI, y a través de una consulta de demanda no presencial se contactará con el paciente para explicar el hecho y en caso de ser necesario citarlo para una demanda presencial y entregarle la nueva hoja de la HFT e informar de los motivos.
4. Reunión de los MAP y MAC del EAP para seguimiento y evaluación de los indicadores cuando se considere oportuno, y al menos tras la presentación por parte de la DAPSC de los datos del primer y segundo cuatrimestre.
5. Reunión de seguimiento y evaluación de objetivos en los primeros días del mes de noviembre con la finalidad de fijar el esfuerzo personal en cada CIAS para cumplir los objetivos propuestos.
6. Reunión de evaluación final cuando se conozcan los resultados finales de 2017 de ambos indicadores.

INDICADORES
Fuente de datos:
1. Cuadro de Mandos del Uso Racional del Medicamento de EAP.
2. Cuadro de Mandos del Uso Racional del Medicamento de CIAS.

Indicadores y estándar:
1. Indicador MPI del EAP: % pacientes >75 años del EAP a los que se les ha revisado la MPI en el último año. Objetivo tendente a 0%, límite superior 14,21%, objetivo mínimo 12%.
2. Indicador MERA del EAP: % pacientes >75 años del EAP a los que se les ha revisado la MERA en el último año. Objetivo: tendente a 0%, límite superior 12,33%, objetivo mínimo 10%.
3. Indicador MPI de cada CIAS: % pacientes >75 años según CIAS a los que se les ha revisado la MPI en el último año. Objetivo: tendente a 0%, límite superior 14,21%, objetivo mínimo 12%.
4. Indicador MERA de cada CIAS: % pacientes >75 años según CIAS a los que se les ha revisado la MERA en el último año. Objetivo tendente a 0%, límite superior 12,33%, objetivo mínimo 10%.

DURACIÓN
Desde abril a diciembre de 2017, con el calendario expresado en el punto 6.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1197

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR JUSTE SERAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA
COMPES DEA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La organización del proyecto comenzó a mediados del mes de febrero, cuando se puso en marcha la idea de participar en un proyecto sobre el objetivo estratégico “DIABETES”, y trabajar específicamente el indicador de la cobertura de retinografías, sugerido por la dirección de Atención Primaria del Sector, formando parte del contrato programa del año 2017.
Se realizó una primera sesión formativa el 13 de marzo de 2.017 a cargo de la responsable del proyecto con el personal médico y de enfermería del Centro de Salud de Alhama de Aragón y se explicó cómo realizar el proyecto y cómo solicitar las retinografías a través de la Intranet. Se propuso la revisión sistemática en las consultas programadas del paciente diabético del registro de realización de una retinografía en los últimos 3 años y propuesta de realización si procediera en el CS de Calatayud. También se propuso la revisión oportunista en consulta a demanda de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, revisión de última retinografía y propuesta de realización si procediera en el CS de Calatayud.
El 18 de septiembre se informó al EAP que la DAP iba a cambiar el sistema de realización de retinografías, que ya no se debían citar a través del sistema habitual, y que nuestro EAP iba a ser el centro piloto del nuevo sistema. Este nuevo sistema implicaba la realización por parte de la DAP de un listado de pacientes pendientes de retinografía que se citarían en el CS de Calatayud a través de la Unidad de Admisión del CS de Alhama, y que los resultados se colgarían en la Historia Clínica Electrónica del paciente, se informarían por carta al paciente, y el resultado se incluiría en los Planes Personales de OMI de cada paciente.
El nuevo programa se esperaba que se pusiera en marcha en octubre de 2.017. Sin embargo, no lo ha hecho hasta enero de 2.018.
Por este motivo, ya no se realizaron más actividades relacionadas con el proyecto desde septiembre de 2.017. El 22 de enero de 2.018 se informa por parte de la responsable del proyecto del resultado final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados en diciembre de 2.017, según el cuadro de mandos de diabetes, son los siguientes:

CIAS	% retinografías realizadas hace…			
	< de 24 meses	> 24 y < 36 meses	< 36 meses	> 36 meses
1004020101C	43,64	30,91	74,55	25,45
1004020103E	63,89	16,67	80,56	19,44
1004020105R	20	26,67	46,67	53,33
1004020106W	55,56	13,89	69,45	30,56
1004020107A	69,23	7,69	76,92	23,08
1004020109M	65,00	0	65,00	35,00
EAP Alhama de Aragón	52,57	18,86	71,43	28,57

Como resultado final, un 71,43% de la población diana diabética de la ZBS de Alhama de Aragón tiene registrada la realización de una retinografía en los últimos 36 meses, superando el objetivo propuesto del 60%, a pesar de que el proyecto debió suspenderse en septiembre de 2.017.
Por CIAS, cinco de los 6 también han conseguido el objetivo individual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo con objetivos concretos definidos ayuda a la consecución de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1197

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1197

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

========== ***

Nº de registro: 1197

Título
MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE, JUSTE SERAL MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que cada vez es más prevalente a nivel nacional y en la Comunidad Autónoma de Aragón, siendo la primera causa de ceguera.
El Programa de Atención Integral a la Diabetes en Aragón cuya última actualización es de 2012, tiene como línea estratégica 4 el "Abordaje de Complicaciones" con 2 objetivos, uno de los cuales es facilitar la detección precoz de la Retinopatía para evitar su progresión.
Esto se puede conseguir mediante programas de cribado a través de la retinografía con cámara no midriática por personal entrenado, algo de lo se dispone en el Sector de Calatayud.
El Acuerdo de Gestión 2.017 establece como uno de los objetivos a alcanzar dentro de la estrategia "DIABETES" conseguir una adecuada cobertura de la retinografía de cribado, indicador que en este momento aún no ha sido cuantificado.
El EAP de Alhama de Aragón consiguió en 2016 una cobertura de retinografía de cribado del 65,18 %, bastante por encima de la cobertura alcanzada por el Sector Calatayud (46,8%) y por el total de Aragón (42,14%). A este hecho contribuyó en gran medida el hecho de disponer en nuestro centro de salud de un retinógrafo dos meses al año, lo que beneficiaba la accesibilidad de nuestros usuarios. Desde 2016 ya no se dispone de este recurso, y los diabéticos de nuestra zona de salud deben desplazarse hasta Calatayud, lo que va suponer un serio hándicap para mantener el índice de cobertura.
El EAP de Alhama de Aragón considera que debemos esforzarnos a través de un programa específico para mantener la cobertura alcanzada en años anteriores.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir que al menos un 60% de la población diabética de la ZBS de Alhama de Aragón tenga registrada la realización de una retinografía al menos cada 36 meses.
Población diana: pacientes con registro en OMI de diabetes mellitus.
Población excluida: pacientes diabéticos con retinopatía previa de grado mayor que leve tratados en Oftalmología y diabéticos mayores de 80 años con retinografía previa normal.

MÉTODO
1. Reunión formativa a cargo del responsable del proyecto en el momento de la implantación del mismo para explicar cómo realizar dicho proyecto y cómo solicitar las retinografías a través de la Intranet.
2. Revisión oportunista en consulta a demanda de los individuos incluidos en la población diana que acuden a consulta por cualquier motivo, revisión de última retinografía y propuesta de realización si procede en el CS de Calatayud.
3. Revisión sistemática en las consultas programadas del paciente diabético del registro de realización de una retinografía en los últimos 3 años y propuesta de realización si procede en el CS de Calatayud.
4. Reunión de los miembros del equipo para seguimiento y evaluación del proyecto cuando se considere oportuno, al menos una vez en cada cuatrimestre.
5. Reunión de seguimiento y evaluación de los objetivos en los primeros días del mes de noviembre con la finalidad de fijar el esfuerzo personal de cada CIAS para cumplir los objetivos propuestos.
6. Reunión de evaluación final cuando se conozcan los resultados finales de 2017

INDICADORES
Fuente de datos:
1. Cuadro de Mandos de Diabetes de EAP.
2. Cuadro de Mandos de Diabetes de CIAS.
Indicadores y estándar:
1. Indicador retinografías del EAP: % de pacientes diabéticos del EAP con diagnóstico de diabetes y registro de retinografía en el último año. Objetivo superior al 60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1197

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE RETINOGRAFIAS EN LOS DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

2. Indicador retinografías de cada CIAS: % de CIAS que han conseguido o mantenido una cobertura igual o superior al 60% en el registro de retinografías de los pacientes diagnosticados de diabetes en el último año. Objetivo superior al 60%

DURACIÓN
De abril a diciembre de 2.017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1198

1. TÍTULO

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTA COMPES DEA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La organización del proyecto comenzó a mediados del mes de febrero, cuando pusimos en marcha la idea de participar en un proyecto comunitario sugerido por la dirección de Atención Primaria del Sector. Formando parte del contrato programa del año 2017.
Realizamos una primera reunión con el equipo de enfermería del Centro de Salud presentando el tema del proyecto y posteriormente lo pusimos en común con el resto del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Alhama de Aragón.
Como información previa aporté los conocimientos y experiencia adquirida durante el periodo de tiempo que estuve trabajando en la consulta de pediatría del Centro de Salud de Calatayud, ya que participé en las sesiones del grupo de lactancia y crianza instaurado en ese Centro. La puesta al día en los diferentes temas a tratar se hizo a través del estudio de artículos publicados en páginas web especializadas en los mismos. Ejemplos: ALBA, AEPAP, Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, DGT…
Los recursos materiales necesarios fueron los disponibles en el propio centro:
- la consulta de enfermería.
- la sala de espera.
- sillas.
- equipo informático.
- fotocopias…

No fue necesario solicitar recursos extra a la dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud.
La demanda asistencial surgida por la creación del grupo y el tiempo invertido en éste se pactó con los enfermeros Teresa Pérez-Caballero y Juan José de la Osa Fondón.
En la reunión con el equipo pensamos que una sesión de grupo a la semana sería suficiente para alcanzar los objetivos. Entre los meses de Abril a Septiembre realizamos 16 sesiones. Estas fueron los miércoles de 9.30 a 10.15 de la mañana.
La difusión del proyecto la realizamos exclusivamente de forma interna, una vez comunicada y decidida a idea del proyecto a todo el equipo, los miembros del mismo nos encargamos de forma oral de informar a los posibles participantes de la creación del grupo. Médicos desde sus consultas durante el seguimiento del programa de embarazo, matrona desde las visitas preparto, pediatra en la primera consulta del Recién Nacido sano, admisión al hacer la tramitación de la tarjeta sanitaria del recién nacido y finalmente en la consulta de enfermería en la revisión de los puntos de sutura tras el parto. No hicimos carteles ni informamos por medios externos al Centro de Salud ya que toda la población a la que iba destinada estaba suficientemente informada desde el mismo.
Las actividades de intervención fueron varias y eran diferentes dependiendo de los temas a tratar.
En la primera sesión (26/04/17) realizamos la presentación y una lluvia de ideas para trabajar en las diferentes sesiones, dimos información sobre recursos online como e-lactancia.org donde aparecen fármacos que pueden tomar las madres durante la lactancia en relación con los riesgos para el bebé por el paso de los mismos a través de la leche materna. Hubo 6 participantes, todas ellas mujeres y sus inquietudes fueron: amamantar y trabajar, sillas homologadas para el automóvil…
Segunda sesión (3/05/17), participaron 4 madres y un padre y trabajamos sobre los mitos de la lactancia materna, eco feminismo y lactancia materna, sillas a contramarcha y reincorporación al trabajo remunerado. Proporcionamos información, confianza y recursos para el mismo. Las fuentes de información fueron: Albalactancia.org, Inatal, D.G.T. y Vía Láctea.
Tercera sesión (10/05/17), hubo 5 participantes y los temas abordados fueron: Mastitis, lactancia materna a demanda ¿Cual es su significado real?, decálogo para una familia feliz y recomendaciones de la AEPAP sobre la infancia feliz.
Durante la cuarta sesión (24/05/17) realizamos el taller de extracción manual de la leche materna, usos del sacaleches manual y eléctrico, conservación de la leche extraída y forma de administrar la leche con jeringa. La duración de este taller fue de 40 minutos, hubo una participación de 3 madres. Visualizamos un vídeo e hicimos prácticas.
En la quinta sesión (31/05/17) trabajamos sobre el Método de alimentación Baby leadwearnin. B.L.W. (a partir de 6 meses). Ya que la edad de los hijos de los participantes va desde 0 a 24 meses y surgen diferentes dudas sobre la introducción de los alimentos en la dieta de los lactantes. El número de participantes fue de 6 personas.
Durante la sexta sesión (07/06/17) surgió la idea de realizar un café tertulia- evaluación en un bar de la localidad, ya que varias participantes se despedían por la incorporación a sus puestos de trabajo. Durante el mismo pasamos una encuesta de satisfacción y la evaluación fue favorable con la que nos reforzamos en la tarea de continuar con el programa.
Séptima sesión (14/06/17), hicimos el juego de pasa palabra sobre términos utilizados en el tema de vacunas, inmunidad, anticuerpo, antígeno, dosis, recuerdo de vacuna…

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1198

1. TÍTULO

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

En la octava sesión (21/06/17) repetimos el mismo juego de pasa palabra por la demanda de los participantes, se sumó un abuelo ya que hicimos la dinámica en la sala de espera. Aportó sus experiencias de cuando vacunaba a sus hijos.
En la novena sesión hubo una participación de 5 madres y el tema a tratar fue: preguntas y respuestas sobre los cambios en el calendario de vacunación infantil. Repartimos la documentación, fotocopias. Hicimos la lectura sobre el documento “Preguntas y respuestas sobre el cambio de calendario común de vacunación infantil del Gobierno de Aragón”.

Sesión décima (12/07/17). Prevención de accidentes, lactancia materna a demanda y cólicos del lactante. Las fuentes de información fueron: Guía para la prevención de accidentes en la infancia del Gobierno de Aragón, AEPAP y Alba lactancia materna.org. Número de participantes: 6.
Durante el periodo estival se produjeron dudas sobre protección solar en los niños y en la undécima sesión (19/07/17) presentamos el programa educativo para la prevención del Cáncer de piel dirigido a niños. Guía de foto protección en la infancia para atención primaria del Gobierno de Aragón. Hicimos una lluvia de ideas sobre la protección solar, incidiendo sobre todo en la protección por medios físicos. Participación: 5.
Sesión duodécima (26/07/17), Evaluación, despedida de participantes y encuesta de satisfacción. Café- tertulia en el bar de la localidad. Participantes: 5.
Decimotercera (02/08/17) Fiebre. Consejos AEPAP, decálogo de la fiebre. Fiebre y vacunas. Información y trabajo sobre casos prácticos. Participantes: 6.
Sesión decimocuarta (09/08/17) Repetimos la sesión Alimentación Método BLW a petición de los participantes.
Decimoquinta (06/09/17) creación del grupo de autoayuda ya que el proyecto estaba llegando al final. La idea fue que los participantes se ayudaran unos a otros con su experiencia familiar y también profesional.
Última sesión (13/09/17), en ella reforzamos positivamente los aprendizajes adquiridos y animamos a que continúen en esa línea. Hicimos una valoración por observación directa, que fue muy positiva y también la despedida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos fueron adecuados por concretos y factibles. Para evaluar los resultados realizamos una encuesta de satisfacción que pasamos en 2 ocasiones, cada 6 semanas aproximadamente, ya que los grupos por sus características eran cambiantes por la incorporación al trabajo de las madres y padres tras el periodo de descanso maternal.
También comprobamos por observación directa la consecución de los objetivos.
La participación en las sesiones fue adecuada a la población del Centro de Salud, ya que el número de nacimientos no es muy numeroso. Hubo una media de 5 participantes, de los cuales un 80% fueron mujeres.
De los resultados de las encuestas podemos concluir:
- La organización, información previa y duración de las sesiones ha sido adecuada ya que se ha obtenido una media de 9 puntos sobre 10
- Contenidos adecuados, 9 puntos sobre 10.
- Profesional de la salud, capacidades de comunicación, transmisión, conocimiento de temas a tratar, empatía y fomento de la participación. Se ha obtenido la misma media.
- Conocimientos adquiridos útiles para la crianza de los hijos, misma calificación.
- Recomendable a otras familias. Misma puntuación.

Mediante la observación directa hemos comprobado que ha disminuido el grado de ansiedad y miedo a expresar sus emociones, ya que se ha creado un ambiente de serenidad y respeto en el grupo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los proyectos de atención comunitaria deben ser dinámicos y flexibles con una definición de objetivos precisa para la consecución los mismos.
Como reflexión podríamos decir que debe de haber más apoyo del equipo para la sostenibilidad, ya que si funciona como es en nuestro caso, puede pasar a la agenda comunitaria de nuestro Centro de Salud.
Para mejorar el proyecto se puede hacer un nuevo análisis de la situación fomentando la cultura de equipo de trabajo.
Como conclusión la valoración final es muy positiva para la comunidad gracias a la buena participación y a la variedad de actividades lúdicas que hemos realizado, los participantes pueden convertirse a sí mismo en vectores de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1198 ========== ***

Nº de registro: 1198

Título
FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1198

1. TÍTULO

FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y APOYO A LA CRIANZA PARA MADRES Y PADRES DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS EN EL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:
COMPES DEA MARTA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, DE LA OSA FONDON JUAN JOSE, PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: aCTIVIDAD COMUNITARIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: aCTIVIDAD COMUNITARIA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora ha sido detectada a través de la demanda expresada por parte de las madres y padres que tienen un niño lactante (0-2 años), en las consultas de Pediatría, Enfermería y Matrona.
Las madres y los padres expresan su falta de conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende crear un clima en el que se apoye y se fomente positivamente la lactancia materna y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia materna exitosa y una crianza adecuada.
Se trata de ofrecer un espacio en el que madres y padres se sientan protagonistas y confiados de expresar sus interrogantes y dificultades compartiendo información y apoyo profesional.
Ofrecer un apoyo emocional a las madres dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones.
Potenciar la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia materna y la crianza.
Disminuir la ansiedad en esta etapa de cambios emocionales.

MÉTODO
Sesiones formativas y/o prácticas durante el embarazo dirigidas a madres y padres con bebés hasta 2 años, impartidas por la enfermera del C.S. Alhama de Aragón (Marta Compés Dea)
Debido a la dispersión de la ZBS, se facilitará en el PAC de Nuévalos dicho servicio a cargo de la enfermera de Nuévalos (Mª Pilar Pardo Hernández) para todas aquellas personas que no pueden acceder a este servicio en el C.S. Alhama.
Las sesiones tendrán lugar:
- C.S. Alhama de Aragón..: Miércoles, 09:30-10:15
- PAC Nuévalos……: Jueves, 12:30-13:00

INDICADORES
Indicador 1: Número de sesiones impartidas a lo largo de 2017 (sesión semanal, cada miércoles exceptuando los períodos vacacionales). Valor a alcanzar: 16. Valor Inferior: 12. Valor Superior: 20 .Periodo evaluación: al finalizar el año.
Indicador 2: Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones: se facilitará una encuesta de satisfacción a las mujeres en cada taller. En la encuesta se evaluará el grado de utilidad, la facilidad de comprensión y la sencillez de la presentación.

DURACIÓN
Fecha de inicio: Abril 2017
Fecha finalización: Diciembre 2017
Responsables de su implantación:
- Marta Compés Dea (Responsable del proyecto)
- Mª Pilar Pardo Hernández (Co-responsable del proyecto)
- Juanjo De La Osa Fondón (Colaborador)
- Teresa Pérez-Caballero Sánchez (Colaboradora)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA COMPES DEA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL
FUNES NAVARRO EMMANUEL
SANJUAN CORTES MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ser una persona activa física y socialmente ayuda a mejorar el bienestar mental, cognitivo y permite disfrutar de una mejor calidad de vida.
Desde la atención primaria rural, por su proximidad con el paciente, fomentamos la participación comunitaria. Introducir la actividad física como rutina diaria, como eje de la salud para las personas y como base del tratamiento de múltiples patologías, se convirtió en nuestro objetivo.
Los lugares donde realizamos la actividad son al aire libre en un entorno privilegiado como es el parque del lago termal de Alhama de Aragón de mayo a octubre, y en el camino de la Veguilla noviembre y diciembre. En Jaraba en el entrono de los balnearios Serón y Sicilia.
El equipo de atención comunitaria nos reunimos en febrero en 2 ocasiones para elaborar el proyecto en el que participamos los enfermeros, aunque más adelante se unió como colaboradora la auxiliar administrativa del centro. Una vez elaborado el proyecto, lo presentamos mediante una sesión clínica al resto de los compañeros del centro a los que después fuimos informando por correo electrónico.
Para la difusión de nuestro proyecto utilizamos carteles, en los que anunciábamos el nombre del proyecto con la idea principal del mismo y la derivación al enfermero de referencia para la inscripción de los interesados. No resultó adecuado ya que finalmente captamos a los participantes poniéndonos en contacto con las personas que conocemos que son las que posteriormente guiarán a los grupos y a través del boca a boca. Desde las consultas y desde el servicio de admisión animamos a participar en la actividad, informando de los días que los enfermeros podíamos acompañar en los paseos.
Realizamos ajustes sobre la idea principal por varios motivos:
- Dificultad de cumplimiento por parte de enfermería de la supervisión semanal de los paseos, se hizo de forma menos exhaustiva hablando con las personas que se prestaron como líderes del grupo para evaluar la actividad. En Jaraba surgieron problemas por la dispersión. Teresa y Pilar supervisaron 6 paseos ya que cada enfermera atiende a muchos municipios.
Teresa a Ibdes, Jaraba, Calmarza y laboratorio en Nuévalos. Pilar a Nuévalos, Campillo de Aragón, Abanto, Monterde, Llumes, Cimballa y laboratorio en Nuévalos.
En Alhama la dificultad surgió por la presión asistencial afectando a los enfermeros de Cetina y Alhama, Rosa y Emmanuel.
Este problema se subsanó en parte gracias a la implicación de nuestra dirección de atención primaria, ya que a partir de octubre destinó 2 jornadas al mes para realizar el trabajo comunitario de nuestro centro de salud de la mano de la referente comunitaria, Marta.
- Dificultad en unificar pequeños grupos ya formados. Al trabajar en poblaciones pequeñas, ya existen grupos en los que surgen diferencias de planteamiento de la rutina, de intensidad de la actividad y porqué no decirlo de enemistades. Nos planteamos cómo planear la actividad respetando todas las opciones... Desde el equipo de atención comunitaria valoramos positivamente el trabajo grupal, así que el día que los enfermeros podíamos supervisar intentábamos reunir a la mayor parte de los subgrupos. El resto del tiempo se nos ocurrió la idea de crear un calendario de autorregistro de la actividad física de los participantes. Lo pusimos en marcha en Alhama para posteriormente extrapolar a Jaraba y al resto de municipios si realmente funcionaba. En el reparto y recepción de calendarios fue de gran ayuda Mirian (aux. Administrativo) que se prestó voluntaria en esta parte del proyecto.
La forma de registrar la actividad es por puntos verdes, colocarán un punto verde sobre el día que hayan realizado actividad física, también registrarán de la misma forma si han participado en actividades dirigidas por parte de la comarca o asociaciones, zumba, pilates, yoga, zumba gold... En un futuro la entrega de calendarios se puede realizar desde las consultas de enfermería y medicina, como una forma de recomendación y evaluación de activos comunitarios.
Paseos supervisados:
17/05/2018. Comenzamos en Jaraba con Pilar y Teresa, acuden 10 participantes y trabajan las fases del ejercicio, calentamiento, trabajo aeróbico y estiramientos. Realizan una lluvia de ideas sobre los beneficios del ejercicio regular.
31/05/2018. Durante el paseo se informan de cómo han pasado estas semanas, de la regularidad y unión del grupo, observan que se crean subgrupos según edades e intereses. La participación es predominantemente femenina con edades comprendidas entre los 40 y 80 años. Se refuerza la idea de no abandonar, recordando los beneficios del ejercicio. La participación fue de 8 personas, en Jaraba con Pilar y Teresa.
14/06/2018.El grupo se reúne en la plaza del pueblo con Teresa y Pilar, acuden 7 personas, todas mujeres y hacen una pequeña evaluación sobre los días anteriores, todas caminan al menos 4 veces por semana durante aproximadamente 1 hora, aunque siguen en grupos pequeños. El recorrido se hace por el camino que une los balnearios de Serón y Sicilia.
El grupo de Jaraba supervisado por enfermeros se fija a jueves alternos de mitad de mayo a mitad de julio.
10/07/2018. La actividad comienza a las 8,40 con 15 participantes, a todas las participantes se les ha citado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

previamente en la consulta de enfermería para pesar, medir y realizar el IMC. Al empezar la actividad se dividen en 3 grupos según la capacidad física de las integrantes, uno de ellos da 10 vueltas al lago, otro 8 y el último 4. La caminata discurre con buen ánimo y se nota en todas las participantes la voluntad de no perder el ritmo, nadie se detiene a descansar. Al terminar surge el compromiso de continuar con los paseos así como de ampliar conocimientos en temas de salud, alimentación y deporte. Enfermero responsable:Emmanuel.
25/07/2018. El paseo comienza en el parque del lago a las 8,30 con 7 participantes, todas ellas mujeres. Un grupo camina 10 vueltas y el otro 7. Durante el recorrido se explican ejercicios de calentamiento, estiramientos, hidratación y alimentación antes, durante y después del ejercicio. Rosa anima a las participantes a apuntarse a las actividades programadas por la comarca para trabajar la fuerza, resistencia y flexibilidad que no aporta el solo hecho de caminar.
05/10/2018.Comenzamos con una dinámica, el parte meteorológico, que consiste en expresar nuestro estado de ánimo antes y después de realizar la actividad,a través de los símbolos de la meteorología, nubes, sol, viento, tormenta... Caminamos unos 50 minutos y propongo que vayan pensando en los beneficios que les aporta el ejercicio. Al finalizar realizamos una lluvia de ideas :sirve para la salud mental, las piernas, la circulación, agilidad, azúcar, hipertensión, huesos, corazón, no engordar, para todo.
Participantes: 10. Conductor del grupo: Marta.
09/11/2018.Decidimos por unanimidad cambiar el recorrido al camino de la Veguilla por las condiciones climatológicas, en el lago hay mucha humedad y las hojas caídas del otoño hacen el terreno resbaladizo. Hablamos durante el recorrido de la importancia de movilizar todas las articulaciones, completamos la actividad con ejercicios de fuerza y flexibilidad del tronco superior, recomendamos que los repitan diariamente en el grupo para que entre todos recuerden el mayor número de ejercicios. Hicimos la entrega de los calendarios de autorregistro, la actividad duró 70 minutos y asistieron 7 personas. Enfermera responsable: Marta.
23/11/2018. Se suspende la actividad por las condiciones climáticas (lluvia), quedamos para el próximo día, entregamos los calendarios del mes de diciembre a la auxiliar del centro para que los reparta, hablo con la portavoz de las participantes por teléfono. Enfermera responsable: Marta.
10/12/2018. Son las 9 de la mañana, comenzamos con una temperatura de 0ºC, solo 3 participantes, me comentan que el resto salen por la tarde por el frío. Recogemos los calendarios de actividad mensual, quedamos para el último paseo del año y despedida. Proponemos la reanudación del grupo a partir de marzo, agrupándonos de nuevo a las 9 de la mañana. Responsable: Marta.
14/12/2018. Solo 3 participantes se presentan para realizar la actividad, -2ºC. Caminamos 50 minutos, nos despedimos, recogemos los calendarios y posponemos la actividad hasta que el tiempo lo permita. Responsable: Marta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo general del proyecto era introducir la actividad física como rutina diaria en la población diana, se ha alcanzado pero solo en el grupo de mujeres mayores de 65 años. Así pues el resto de objetivos específicos los vamos a evaluar en este grupo. Para la valoración de la modificación de los hábitos alimentarios realizamos entrevistas durante los paseos y
el nivel de conocimientos por observación directa. El grado de satisfacción tanto de profesionales como de participantes ha sido alto, han transmitido que la actividad les aporta bienestar, incluso dependencia.
En relación con los indicadores fijados para la evaluación los resultados son los siguientes:
Indicador 1: número de paseos supervisados 13. No conseguido.
Indicador 2: Actividad instaurada en 2 municipios de la zona básica de salud. Conseguido, en Alhama y Jaraba.
Indicador 3: Valorado por los calendarios de autorregistro. Conseguido, 70%.
Indicador 4: No valorado.
La duración de la intervención en el proyecto fue de 8 meses, de mayo a diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La difusión del proyecto se tendría que modificar, ya que las participantes son personas que habitualmente utilizan los servicios asistenciales del Centro de Salud, y queremos que nuestra propuesta se conozca en toda la comunidad, ya que va destinada a la población adulta de ambos sexos.
Los carteles realizados se pueden mejorar con un tamaño mayor y en color, y distribuirlos por zonas transitadas de los municipios. También solicitando colaboración a los ayuntamientos, anunciando la actividad por megafonía en los municipios que cuenten con este servicio.
La propuesta de supervisión de los paseos se limitará a los meses de marzo a octubre, ya que en los meses de condiciones meteorológicas más duras los paseos se siguen realizando en las horas centrales del día.
Deberemos valorar los beneficios de ampliar el ámbito de actuación en el resto de municipios, por número de habitantes, posibilidad de supervisión de los paseos o símplemente rellenando los calendarios de autorregistro y entregándolos a los referentes.
Como conclusión la valoración es positiva para la comunidad gracias a la aceptación de la actividad, los participantes se han convertido en vectores de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/501 ========== ***

Nº de registro: 0501

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

Título
¿TE MUEVES? VEN, CAMINA, DISFRUTA DE TU ENTORNO

Autores:
COMPES DEA MARTA, JUDEZ JOVEN ROSA, FUNES NAVARRO ENMANUEL, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: El proyecto está dedicado a fomentar estilos de vida saludables.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Ser una persona activa ayuda a mantenerse ágil físicamente, mejorar el bienestar mental y social, mejorar la función cognitiva, permite disfrutar de una buena calidad de vida, mantener un peso adecuado y reducir el riesgo de desarrollar algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, hipercolesterolemia o cáncer de mama o colon, mejorando la evolución de algunas de ellas.
La atención primaria nos permite la proximidad al paciente y facilita la comunicación mediante el mensaje breve, reiterado, de forma individual o colectiva. Por ello vamos a fomentar la participación comunitaria. Dentro de este marco de actuación la oportunidad de mejora seleccionada es informar, trabajar y promocionar hábitos de vida saludables desde la actividad comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
- Introducir la actividad física como una rutina diaria para mantener o aumentar la calidad de vida desde un punto de vista holístico de la persona, es decir biopsicosocial.
- Modificar los hábitos alimentarios inadecuados.
- Aumentar el nivel de conocimientos de los participantes, que consigan diferenciar entre los tres componentes del ejercicio: fuerza, flexibilidad y resistencia, así como los beneficios del mismo.
- Disminuir el sedentarismo.
- Reducir el IMC en los participantes con tendencia hacia el normopeso.
- Reforzar el concepto de hábitos saludables como base del tratamiento de múltiples patologías.
- Acercar el trabajo de enfermería a la comunidad, dando a conocer nuestra labor y aportando nuestro conocimiento.

MÉTODO
Se realizarán paseos diariamente de aproximadamente 50 minutos de duración, de lunes a domingo.
Dependiendo de la época del año:
- Periodo invernal, de octubre a abril: en horario de 13,30 a 14,20.
- Periodo estival, de mayo a septiembre: en horario de 8,15 a 9,05.

En la localidad de Alhama de Aragón los paseos se realizarán alrededor del Lago termal, y durante el cierre del balneario Termas Pallarés pasarán al camino de la Veguilla.
En el resto de localidades se harán recorridos circulares alrededor de los núcleos poblacionales.
Un día a la semana un enfermero acompañará a los participantes, registrando la asistencia semanal, haciendo refuerzo positivo e introduciendo temas sobre alimentación, ejercicio (fuerza, flexibilidad y resistencia), tabaco, alcohol, etc. y resolviendo dudas que surjan durante la semana. Entre los responsables del proyecto se creará un turno rotatorio para que todos se involucren y aporten su conocimiento para la consecución de los objetivos del proyecto. El enfermero responsable de cada semana realizará un acta para facilitar la evaluación de la actividad.
Antes de comenzar se hará una valoración de los participantes mediante:
- Datos básicos: peso, talla, IMC y perímetro abdominal.
- Encuesta sobre estilos de vida saludables (Ministerio de Sanidad) Son cuestionarios diferentes según grupos de edad. Usaremos el de 18 a 64 años y el de mayores de 65.

INDICADORES
- Indicador 1: número de paseos supervisados a lo largo de 2018. Valor a alcanzar 16, valor inferior 12, valor superior 20.
- Indicador 2: implantar la actividad en al menos 2 núcleos poblacionales de la zona básica de salud.
- Indicador 3: Número de pacientes que han introducido o incrementado el ejercicio físico en su rutina diaria/ Número de pacientes captados. Estándar 60 %.
- Indicador 4: porcentaje de satisfacción de los participantes que se medirá con una encuesta valorando la utilidad, los beneficios adquiridos y la capacidad del personal sanitario.

Para la medición de los indicadores se utilizarán la toma de datos básicos personales y la cumplimentación de encuestas y escalas de valoración.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

DURACIÓN
Fecha de inicio: mayo de 2018.
Fecha de finalización: 1 de diciembre de 2018.

OBSERVACIONES
Se informará al Balneario Termas Pallarés de la actividad a realizar para solicitar su visto bueno.
Se contactará con asociaciones de vecinos, mujeres, personas mayores para dar a conocer nuestro proyecto
Se nombrará a 2 personas voluntarias como portavoces del grupo para realizar el seguimiento diario, mantendrán una comunicación directa con la responsable del proyecto al menos una vez al mes vía telefónica.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... TERESA PEREZ-CABALLERO SANCHEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
FUNES NAVARRO ENMANUEL
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos del proyecto fueron:

1. Conseguir que todos los pacientes >40 años diagnosticados de EPOC tengan realizada, al menos una espirometría.

2. Contribuir a aumentar el registro de pacientes con EPOC, actualmente en el 4,01%, mediante la realización de espirometrías a pacientes fumadores.

3. Alcanzar una cobertura, de al menos, el 60% (estándar: 50-70%) en el registro de “Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas” en 2018.

4. Mejorar el conocimiento y uso de los distintos tipos de inhaladores en los pacientes EPOC.

GRUPOS DESTINATARIOS:

Pacientes EPOC >40 años y < 80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.

INTERVENCIONES:

Realización de espirometrías, revisión y cumplimentación del registro de “Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas” y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC, previo y posterior, a la comprobación del uso de los distintos dispositivos en la consulta de enfermería.

ACTIVIDADES REALIZADAS A LO LARGO DEL AÑO.

Se realizó una primera sesión el 5 de febrero de 2018 a cargo de la responsable del proyecto con el EAP y se dividió en 2 partes:

1. Parte teórica donde se mostraron los distintos tipos de dispositivos existentes.
2. Taller práctico de uso de inhaladores.

Se creó una agenda de espirometrías quincenal con un máximo de 2 espirometrías al día, empleando la 1ª quincena de cada mes para la realización de espirometrías en Alhama y la segunda quincena en Nuévalos.

Se reunieron los enfermeros el 12 de febrero de 2018 y se acordó revisar una vez al mes el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión para valorar el grado de cumplimiento del indicador “Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas”.

En el mes de mayo se vuelve a reunir el personal de enfermería y se valora la posibilidad de sustituir el cuestionario que se preveía pasar a los pacientes por la observación del uso correcto/incorrecto de los inhaladores debido a la dificultad que les suponía a gran parte de dichos pacientes.
Para ello se le pide al paciente que use su inhalador sin darle ninguna indicación, después se le enseña a usarlo corrigiendo sus posibles errores y por último se le pide que lo vuelva a utilizar después de nuestras indicaciones

Para la realización de las espirometrías se usan 2 métodos:

Captación en consulta programada de enfermería
A partir de los listados de OMI del programa de atención a pacientes crónicos: EPOC.

Varios pacientes que han acudido a lo largo de este año al Servicio de Neumología han aportado copia de la espirometría realizada allí, previa petición desde Atención Primaria.

Por problemas de agenda, no ha sido posible rotar por el servicio de Neumología con la enfermera de consultas externas de Neumología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

A principios de enero, se entrega a la responsable del proyecto los resultados obtenidos y se ponen en común dichos resultados con el EAP el 18 de febrero de 2018.
Se realizó una primera sesión el 5 de febrero de 2018 a cargo de la responsable del proyecto con el EAP y se dividió en 2 partes:

1. Parte teórica donde se mostraron los distintos tipos de dispositivos existentes.
2. Taller práctico de uso de inhaladores.

Se creó una agenda de espirometrías quincenal con un máximo de 2 espirometrías al día, empleando la 1ª quincena de cada mes para la realización de espirometrías en Alhama y la segunda quincena en Nuévalos.

Se reunieron los enfermeros el 12 de febrero de 2018 y se acordó revisar una vez al mes el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión para valorar el grado de cumplimiento del indicador “Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas”.

En el mes de mayo se vuelve a reunir el personal de enfermería y se valora la posibilidad de sustituir el cuestionario que se preveía pasar a los pacientes por la observación del uso correcto/incorrecto de los inhaladores debido a la dificultad que les suponía a gran parte de dichos pacientes.
Para ello se le pide al paciente que use su inhalador sin darle ninguna indicación, después se le enseña a usarlo corrigiendo sus posibles errores y por último se le pide que lo vuelva a utilizar después de nuestras indicaciones

Para la realización de las espirometrías se usan 2 métodos:

Captación en consulta programada de enfermería
A partir de los listados de OMI del programa de atención a pacientes crónicos: EPOC.

Varios pacientes que han acudido a lo largo de este año al Servicio de Neumología han aportado copia de la espirometría realizada allí, previa petición desde Atención Primaria.

Por problemas de agenda, no ha sido posible rotar por el servicio de Neumología con la enfermera de consultas externas de Neumología.

A principios de enero, se entrega a la responsable del proyecto los resultados obtenidos y se ponen en común dichos resultados con el EAP el 18 de febrero de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto al indicador 1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tienen un FEV1<70 se ha obtenido un 74,75%, respecto al 100% que era el resultado esperado. Aquí han influido varios factores, un porcentaje de pacientes se ha negado a realizar la prueba, otros han sido incapaces de realizar la técnica, y la avería técnica el espirómetro impidió realizar espirometrías desde el mes de septiembre hasta finales de noviembre, con lo que el tiempo se nos echó encima.

Con respecto al indicado 2: % de prevalencia de EPOC, se ha obtenido un 5,44%, aumentando la prevalencia EPOC con respecto a 2017.

El indicador 3: % de pacientes con diagnóstico EPOC y registro de “Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas” en el último año ha conseguido un resultado del 85,43%, frente al 60% esperado, destacando la implicación del personal de enfermería para mejorar el registro.

Por último, el indicador 4: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de EPS, ha obtenido los siguientes resultados: antes de la EPS un 72,72% de los pacientes usaba correctamente los inhaladores, y posteriormente un 85%. El 15% restante eran pacientes que bien por edad, falta de colaboración o incapacidad para realizar bien la técnica no fueron capaces de usar con éxito el inhalador. En dichos pacientes se insiste en cada consulta como realizar correctamente la técnica. También es reseñable que algunos pacientes que están diagnosticados de EPOC no usan ningún dispositivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Trabajar en una ZBS con mucha dispersión dificulta la realización de actividades con la población porque no disponen de medios de transporte para acceder a dichos servicios, muchos de ellos no están dispuestos a desplazarse para realizar estas actividades.

Muchas veces se da por hecho que los pacientes saben realizar ciertas técnicas por el simple hecho de que llevan mucho tiempo realizándolas, cuando en realidad no es así, el personal de enfermería debería estar atento al uso correcto de los inhaladores, refrescando dichos conocimientos cada cierto tiempo.

En nuestra ZBS, la dispersión es tal, que funcionamos como 2 centros de salud y aunque la implicación de los profesionales es importante, es necesario dotar del material suficiente a ambos centros para poder realizar un proyecto de calidad de tanta envergadura, por lo que hemos solicitado a dirección la adquisición de un segundo espirómetro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

La espirometría es una técnica que tiene una cierta dificultad y los profesionales deberían estar formados y actualizados para poder realizarla con éxito, por lo que sería interesante recibir formación continuada todos los años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/572 ========== ***

Nº de registro: 0572

Título
PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE EPOC DEL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, FUNES NAVARRO EMMANUEL, JUDEZ JOVEN ROSA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La prevalencia de EPOC registrada en OMI en nuestra ZBS en dicha población a fecha 31/12/2.017 es del 4,01%, por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud, según indica el estudio EPISCAN, el cual marca una prevalencia del 10,2% en personas entre 40-80 años. Es necesario aumentar la realización de espirometrias por parte del personal de enfermería.
Además el registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas alcanza el 46,30%. Nos planteamos aumentar este registro hasta un 60%.
Existe una falta de destreza en el uso de los inhaladores por parte de los pacientes EPOC. Sería conveniente acciones al respecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados:
1.Conseguir que todos los pacientes >40 años diagnosticados de EPOC tengan realizada, al menos, una espirometría.
2.Contribuir a aumentar el registro de paciente con EPOC, actualmente en el 4.01%, mediante la realización de espirometrías a pacientes fumadores.
3.Alcanzar una cobertura, de al menos, el 60% (estándar: 50-70%) en el registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en 2.018.
4.Mejorar el conocimiento y uso de los distintos tipos de inhaladores en los pacientes EPOC.
Población diana: pacientes EPOC >40 años y <80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.
Intervenciones: realización de espirometrías, revisión y cumplimentación del registro de limpieza ineficaz de vías aéreas y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC, previo y posterior, a la comprobación del uso de los distintos dispositivos en la consulta de enfermería.

MÉTODO
1.Sesión formativa a cargo de la responsable del proyecto de calidad, dirigida al personal de enfermería de nuestro EAP. Dicha sesión formativa consistirá en un taller práctico para la realización de espirometrias.
2.Rotatorio de las enfermeras del EAP con la enfermera de consultas externas de neumología del Hospital Ernest Lluch para mejorar la técnica de realización de espirometrías.
3.Creación de una agenda para la realización de espirometrias, con un máximo de 2 espirometrias al día, 15 días en el C.S de Alhama de Aragón y 15 días en el PAC de Nuevalos. En caso de que el paciente acuda al hospital para la realización de una espirometria, se solicitará una copia de la misma.
4.Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes que no tengan un registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada.
5.Entrega y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores a los pacientes diagnosticados de EPOC, previo y posterior a la comprobación del correcto uso de los dispositivos, para valorar la mejora en el uso de los mismos tras la actividad de educación para la salud.
6.Reuniones cuatrimestrales y puesta en común de los resultados obtenidos hasta la fecha.

INDICADORES
1:% de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tienen un FEV1<70. Objetivo: 100%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
2:% de prevalencia de EPOC. Objetivo: superar el 4,01% de 2.017. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Periodo de evaluación: al finalizar el año 2.018
3:% de pacientes con diagnostico de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Valor a alcanzar: 60%. Valor inferior: 50%. Valor superior: 70%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
4:% de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de educación para la salud. Fuente de información: cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC. Periodo de evaluación al finalizar el año.

DURACIÓN
Abril 2018 a Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO ROYO VILLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUSTE SERAL MAR
ABAD TUDELA CORO
SORIANO BANZO FERNANDO
TABUENCA FERRER LUIS
RODRIGUEZ MUELA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
OBJETIVOS DEL PROYECTO:
Los objetivos del proyecto fueron:
1. Alcanzar una razón entre la prevalencia de EPOC registrada y la prevalencia estimada en función del estudio EPISCAN de al menos un 0,6% (estándar: 0,6-1%). Para ello deberíamos pasar de una prevalencia EPOC de 4,01% a un 5,83%.
2. Conseguir que todos los pacientes con EPOC tengan realizada al menos una espirometria en los últimos 2 años que confirme una FEV1/FVC<70%, tras identificar y descartar aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas o relativas para su realización.
3. Lograr que todos los CIAS de nuestro EAP alcancen en pacientes con diagnostico EPOC un porcentaje de registro de síntomas respiratorios en el último año, de al menos un 60% (estándar: 50-70%).
4. Registrar correctamente el resto de ítems que OMI ofrece en los Planes Personales-EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN, lo que implica la determinación del fenotipo, escala GOLD, índice BODEx, test COPD (CAT), saturación de oxígeno y otros síntomas.
5. Adecuar el tratamiento de cada caso de EPOC a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017)
6. Alcanzar al menos un 60% de pacientes con EPOC y fumadores a los que se les ha realizado una intervención breve de tabaquismo (estándar: 50-70%).
GRUPOS DESTINATARIOS:
Personas fumadoras y pacientes EPOC >40 y <80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.
INTERVENCIONES:
1. Creación en OMI de las agendas de espirometrías.
2. Revisión sistemática en OMI, a través del listado de cartera del servicio 307 y del cuadro de mandos de acuerdos de gestión, de todos los pacientes con resgistro de EPOC (R95), para detectar:
La existencia de una espirometría en los últimos 2 años con FEV1/FVC<70%, y si no existe, indicar su realización.
El seguimiento semestral del protocolo de Planes Personales-307-EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN y su registro completo, citando al paciente en consulta si es preciso.
El tratamiento indicado en cada caso, y si no se corresponde con las guías terapéuticas, citar al paciente en consulta para su valoración y eventual cambio de tratamiento.
3. Detección médica en consulta médica y de enfermería de la población fumadora entre 40-80 años mediante el registro del protocolo Planes Personales-304-PREVENCIÓN ENF. CARDIOVASC.-HÁBITOS TÓXICOS. Posteriormente, mediante el medidor portátil COPD6, en consulta a demanda o programada, se realizará una detección de posibles casos EPOC no diagnosticados, que posteriormente se confirmarán por medio por medio de una espirometría.
4. En caso de no existir el episodio TABACO, creación del episodio P17-TABACO y cumplimentación completa del protocolo Planes Personales-319-TABACO, incluyendo la intervención sobre tabaquismo adecuada.
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL AÑO:
La organización del proyecto comenzó en el mes de enero, cuando se puso en marcha la idea de participar en un proyecto sobre la mejora en el diagnóstico y seguimiento del paciente EPOC.
Se realizó una primera sesión formativa para todos los miembros del EAP, el día 5 de febrero de 2018, a cargo del coordinador del centro, repasando los conceptos básicos para la interpretación de una espirometría. Así como una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC. Por otro lado, la coordinadora de enfermería dio una segunda charla a cerca del uso y manejo de inhaladores.
El día 12 de noviembre de 2018 se realizó una segunda sesión, a cargo del responsable del proyecto, sobre los criterios diagnósticos, clasificación y tratamiento en el paciente EPOC. También se repasó prevalencia EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo.
En dicha reunión se recomendó que cada médico realizara una identificación, fuera de consulta, a través del Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tuvieran un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco. Registrándose con un flash en OMI. Se aprovechó la consulta para rellenar dicho registro.
Se realizó una identificación de nuevos pacientes EPOC, utilizando los datos extraídos de OMI-AP, para ello se estudiaron las personas fumadores con una edad comprendida entre 40-80 años, independientemente de su índice tabáquico. Los pacientes fueron citados en la consulta de enfermería, realizándose una espirometria en aquellos pacientes que tuvieran un FEV1/FEV6< 80%. También se aconsejó una revisión del tratamiento de los pacientes EPOC, para una optimización del mismo de acuerdo a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017), así como derivación a la consulta de enfermería para comprobar el uso de los mismos.
El día 10 de diciembre de 2018 se realizó una tercera sesión, a cargo de la coordinadora de enfermería, para explicar el grado de mejora en el uso de inhaladores, tras evaluar su manejo en consulta, y corregir posibles

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

errores. El responsable del proyecto repasó también el resultado en los indicadores obtenidos hasta la fecha.
El día 18 de febrero de 2019 se realizó una última sesión en la que se presentaron los resultados finales de diciembre 2018.
Los medidores portátiles COPD-6 no estuvieron disponibles hasta el mes de septiembre. Tampoco se pudo utilizar el espirómetro del centro durante varias semanas, desde el mes de septiembre hasta finales de noviembre, debido a problemas de tipo técnico. Ambos aspectos, dificultaron parcialmente la realización de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados en diciembre de 2018, según el cuadro de mandos, son los siguientes:
1. En cuanto a la razón prevalencia de EPOC registrada/ EPOC estimada, hemos aumentado la detección de pacientes EPOC en nuestra población, pasando de un 4,01% a un 5,44%, aunque no se ha alcanzado el objetivo propuesto para este año (5,83%-9,72%). Se objetivaron diferencias entre los diferentes CIAS, alcanzando 2 de ellos el estándar establecido, con un 6,50% y un 7,34%, respectivamente. A pesar de ello, todos los profesionales del equipo aumentaron sus prevalencias con respecto a 2017. El resultado global se encuentra muy por encima de la prevalencia registrada en el sector Calatayud y en Aragón, con un 4% y 3%, lo que supone una diferencia en la detección de la prevalencia EPOC de un 27% y un 45%, respectivamente.
2. El 78,43% de los pacientes EPOC tienen una espirometria realizada en los últimos 2 años. El 21,56% de los sujetos que no disponen de una espirometria se debe a uno de los siguientes motivos: causa desconocida 27,27%, edad 18,18%, procesos neurodegenerativos 4,54%, patología cardiovascular 4,54%, patología cerebrovascular 4,54%, falta de colaboración 22,72%, incomparecencia 13,63%. Descartando su realización al valorar el riesgo-beneficio de la prueba.
3. Con respecto al indicador EPOC-síntomas hemos pasado de un 69,35% a un 91,76%. Todos los miembros del EAP han aumentado su registro, alcanzado el objetivo marcado >60%. Estos datos suponen un 43% más que el sector Calatayud, y un 71% más que Aragón en su conjunto. Indicador en el que tan solo se han registrado un 21% de los pacientes en nuestra Comunidad Autónoma. En el indicador EPOC-vías aéreas se ha pasado de un 62,90% a un 95,29%, superando en todos los casos el 70% (estándar: 50-70%).
4. En el indicador EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN se han alcanzado los siguientes resultados en el registro de los distintos parámetros: fenotipo 64,70%, escala GOLD 59,80%, índice BODEX 45,09%, test CAT 44,11%, disnea Mmrc 76,47%, tos 17,64% y expectoración 9,80%. Objetivándose una gran variabilidad entre los diferentes CIAS.
5. Se ha realizado una revisión de los tratamientos en pacientes EPOC, objetivándose una aceptable adecuación a las guías GOLD 2018/GesEPOC 2017. Un 80,59% siguen un tratamiento correcto, y un 2,40% se podrían considerar infratratados. El 57,84% de los pacientes realiza un seguimiento en el especialista (neumología, alergología). Se observa un 19,60% de pacientes no tratados, el 65% de reciente diagnostico. En este tipo de pacientes se ha objetivado una falta de tiempo para poder instaurar tratamiento, así como una falta de interés por parte de algunos pacientes, ya que en su mayoría se tratan de pacientes EPOC leves, con escasos síntomas respiratorios. Un 20% no siguen tratamiento pese a realizar un seguimiento por el neumólogo, el 75% de ellos por causa no conocida, el resto porque no quieren tomar el inhalador. El 15% restante, en seguimiento por AP, no sigue el tratamiento por causa desconocida en un 66%, y el 33% restante por rechazo del paciente. También se objetivo a un paciente diagnosticado erróneamente como EPOC.
6. Por último, con respecto al registro en el indicador detección-TABACO, hemos pasado de un 68,70% a un 78,37%. Todos los miembros del equipo, a excepción de uno de los CIAS, han superado el 70%, aunque se ha aumentado su registro hasta un 68,55%. En el indicador intervención-TABACO se ha aumentado de un 84,14% a un 91,10%, muy por encima del límite marcado (estándar: 50-70%), objetivándose un 19% más de intervenciones breves que en sector Calatayud, y un 28% más que en Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La detección de pacientes EPOC para mejorar el infradiagnóstico de la enfermedad precisa de una búsqueda activa en consulta. El uso de dispositivos portátiles tipo COPD-6 facilita esta tarea, aunque sería muy útil disponer de un segundo espirómetro en el centro.
Los pacientes diagnosticados en 2018 son en su mayoría EPOC leves o leve-moderados, siendo bastante reticentes al tratamiento, dada la escasez de síntomas.
Se debería mejorar el registro del indicador EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN, evitando la variabilidad entre los diferentes CIAS, y también sería recomendable la optimización en el tratamiento de algunos pacientes.
La presencia de dificultades técnicas, así como el retraso en la disponibilidad de los medidores portátiles, han supuesto un problema a la hora de alcanzar el objetivo marcado, por lo que nos gustaría continuar con este proyecto en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/573 ========== ***

Nº de registro: 0573

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

ARAGON

Autores:
ROYO VILLA ALBERTO, JUSTE SERAL MARIA MAR, ABAD TUDELA CORO, SORIANO BANZO FERNANDO, RODRIGUEZ MUELA TERESA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La prevalencia de EPOC en nuestra ZBS es 4,01%. Consideramos que existe infradiagnóstico y este proyecto pretende mejorarlo. El proyecto original tenía 10.7032 caracteres y ha sido necesario acortarlo

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados:
1Aumentar el registro de prevalencia de EPOC
2Espirometría bianual en pacientes EPOC
3Aumentar el registro OMI de síntomas respiratorios
4Registrar en OMI el seguimiento de EPOC: fenotipo, escala GOLD, índice BODEx, test COPD (CAT) y otros
5Adecuar el tratamiento de cada caso de EPOC a las guías actuales
6Aumentar el registro de fumadores a los que se les ha realizado una espirometría COPD6 y una intervención en tabaquismo
Población diana: personas fumadoras y pacientes EPOC>40 y <80 años.
Intervenciones:
1Creación en OMI de agendas de espirometrías
2Detección en pacientes EPOC de espirometría en los 2 últimos años.Si no existe,realizar.
3Seguimiento semestral del paciente EPOC y su registro
4Comprobación de tratamiento farmacológico adecuado
5Detección en consulta médica y de enfermería de la población fumadora entre 40-80 años, registrar y mediante el espirómetro portátil COPD6 detectar posibles casos EPOC no diagnosticados a confirmar con espirometría

MÉTODO
1Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, en el momento de implantación del proyecto, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP, para repasar prevalencia de EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo, según el propio AG2018
2Al menos 2 sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP. La primera para realizar una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC, y la segunda para repasar los criterios diagnósticos de EPOC, clasificación y tratamiento
3Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tengan un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada
4Identificación durante todo el año 2018 de nuevos pacientes EPOC, fuera de consulta, utilizando los datos extraídos de OMI-AP, para ello se estudiarán las personas fumadoras que tengan una edad comprendida entre 40-80 años, cualquiera que sea su índice tabáquico. El registro será similar al punto 3
5Utilización del medidor portátil COPD6 para descartar EPOC en pacientes fumadores
6Citación en consulta de enfermería de los pacientes fumadores, potencialmente EPOC, con una FEV1<80 según el medidor portátil COPD6, para la realización de una espirometría que nos permita confirmar el diagnóstico
7Optimización del tratamiento. Se adecuará el tratamiento de cada caso EPOC a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017). Los pacientes EPOC se remitirán a la consulta de enfermería para la realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores y una comprobación del uso de los distintos dispositivos, como actividad de educación para la salud
8Reuniones cuatrimestrales de los MAP del EAP, para seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos en los distintos indicadores hasta la fecha

INDICADORES
Fuente de datos
1Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión del EAP
2Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión de cada uno de los CIAS.
3Listados del Servicio 307-EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

4Registros individuales de OMI
5Extracciones de datos de OMI
Indicadores y estándar:
1:Razón entre la prevalencia de EPOC registrada y la prevalencia estimada en función del estudio EPISCAN. Objetivo: >0,6, límite superior: 1, límite inferior: 0,6
2:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC que tienen registrada al menos una espirometría en los últimos 2 años que confirme un FEV1/FVC<70%, tras descontar aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas o relativas para su realización. Objetivo: >80 %, límite superior: 100%, límite inferior: 80%
3:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%
4:Porcentaje de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha realizado una medición COPD6. Al ser una nueva técnica y carecer por el momento de los medidores, no nos proponemos objetivos específicos a cumplir, solamente registrar el porcentaje de mediciones realizadas
5:Porcentaje de pacientes con EPOC y fumadores a los que se ha realizado una intervención en tabaquismo. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%

DURACIÓN
Abril 2018 a Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1220

1. TÍTULO

MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ASCENSION HERNANDEZ VALLESPIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARIZA
· Localidad ..... ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL
FELEZ RIPOLL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron tres reuniones (segundo, tercer y cuarto trimestre) para evaluar el desarrollo del proyecto, cambio de impresiones entre los profesionales responsables y evaluación de la prescripción según datos de consumo farmacéutico manejados en nuestro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según los datos de prescripción activa enviados desde el departamento de farmacia de nuestro sector no se han alcanzado los objetivos propuestos.
Tan solo se ha conseguido una reducción del 0,1% de prescripción de estatuas ineficientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Entendemos que obviamente el trabajo no ha sido suficiente, el trabajo de todos los profesionales del centro no ha ido en la misma linea que los implicados en este proyecto y posiblemente otros factores que no hemos sido capaces de identificar

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1220 ========== ***

Nº de registro: 1220

Título
MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS

Autores:
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL, FELEZ RIPOLL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una de las cuestiones mas importantes de las políticas sanitarias es el uso racional de medicamentos. La OMS apoya el uso racional de los medicamentos como una estrategia de primer orden en materia sanitaria.
Entendemos que el URM cuida algunos de los principios básicos de la atención primaria de salud como son: el principio de justicia, ya que un gasto innecesario compromete la sostinibilidad del sistema sanitario o el principio de equidad, ya que el uso adecuado permite distribuir los recursos de forma equitativa, sin menoscabar la adecuación del tratamiento protegiendo así la seguridad del paciente.
La evidencia consultada concluye que el efecto de las estatinas podria deberse a un efecto de clase, de tal forma que no se han detectado diferencias significativas entre las diferentes opciones terapéuticas disponibles. No hay datos, basados en eventos clínicos que sugieran la superioridad de una estática frente a otra en la reducción de eventos cardiovasculares si bien entre ellas puede haber diferencias en la disminución del c-LDL a dosis similares. El perfil de efectos adversos es similar para todas las estatinas. Los efectos adversos a nivel muscular ocurren con todas las estatinas y el riesgo aumenta con la dosis.
La relación coste-efectividad es, por tanto, determinante a la hora de seleccionar una estática. En nuestro medio la estática de menor coste y con mayor experiencia de uso es la simvastatina.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1220

1. TÍTULO

MEJORA DEL PERFIL DE PRESCRIPCION DE ESTATINAS

Simvastatina y atorvastatina son las que presentan mejores resultados en cuanto a eficacia y seguridad en los estudios clínicos realizados.

RESULTADOS ESPERADOS
Dado que los datos aportados desde el departamento de farmacia de nuestro sector nos indican un consumo elevado de rosuvastatina y pitavastatina frente a simvastatina y atorvastatina, nos plateamos como objetivo estratégico la reducción del consumo de rosuvastatina y pitavastatina en prevención primaria.

Por tanto nuestros objetivos serian:
- Disminuir el porcentaje de pacientes en tratamiento con estatinas ineficientes (rosuvastatina y pitavastatina)
- Educación sanitaria a los pacientes en el uso de estos fármacos y en el autocuidado para el control de su enfermedad

MÉTODO
Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, plateando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar.
Nos reunimos con Direccion de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto.
Contactamos con la farmaceutica de nuestro sector que nos facilita la extracción de datos referentes a este proyecto.
En próximas fechas se realizara una sesión clínica para explicar las indicaciones de prescripción de las principales estatinas.
Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto.

INDICADORES
Se utilizara como fuente de datos los facilitados por la farmacéutica del sector Calatayud sobre el consumo y prescripción de estatinas en la población asignada el Centro de salud de Ariza en el año 2016-2017.
Se buscara como objetivo la reducción del 5% de los envases prescritos en 2017.
Los indicadores serán:
1- Pacientes con prescripciones activas de estatinas ineficientes (rosuvastatina y pitavastatina) prescritas por este EAP en el año

Valor a alcanzar: 5%
Limite superior: 5%
Limite inferior: 0%

2- Nº de pacientes a los que se les revisa el tratamiento hipolipemiante

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

3- Nº de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su tratamiento y auto cuidado.
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

DURACIÓN
La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2017 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1456

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA NEGREDO HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARIZA
· Localidad ..... ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENDICHO ROJO CESAR
CASTAN BELLIDO JENNIFER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento activo de pacientes con riesgo de ulceración incidiendo en planes personales, y específicamente en el cumplimentaron de la escala Norton
Visitas a la residencia de personas mayores para realizar esta escala en dichos pacientes.
Reuniones entre profesionales intercambio activo de información y programar agenda de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La percepción subjetiva es de mejora
No obstante no tenemos resultados objetivos dada la falta de datos por ausencia del Tecnico de Salud del sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Precisamos datos objetos para una mejor evaluación de resultados

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1456 ========== ***

Nº de registro: 1456

Título
DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Autores:
NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, BENDICHO ROJO CESAR, CASTAN BELLIDO JENIFER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: senilidad
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras los resultados de la evaluación de los indicadores en 2016, detectamos la necesidad de aumentar el porcentaje obtenido en el registro del riesgo de ulceración a través de la escala Norton. Habíamos obtenido un 34.78% y pensamos que es necesario mejorarlo.
A pesar de este resultado mejorable, en nuestra zona solamente en la residencia de ancianos es donde se presenta algún caso de UPP. No hay ningún caso en pacientes domiciliarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos aumentar a un 65% dentro de la población de dependientes/inmovilizados de nuestro centro

MÉTODO
- Revisar cada uno de nosotros las historias de nuestros inmovilizados/dependientes y rellenar en el protocolo de dependiente/inmovilizado la pestaña DEPENDIENTE SEGUIMIENTO dentro de la cual se encuentra la escala de Norton

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1456

1. TÍTULO

DETECCION Y REGISTRO ADECUADO DEL RIESGO DE ULCERACION EN PACIENTES DEPENDIENTES E INMOVILIZADOS QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

- Aumentar el tiempo dedicado a ésto último en los pacientes institucionalizados en la residencia de ancianos de Ariza pues todos ellos son dependientes y necesitan actualizar sushistorias clínicas. Para ello la enfermera responsable de la residencia de nuestro centro dedicará parte de las mañanas de los jueves y viernes a este fin.
- Actualizar las valoraciones ya existentes

INDICADORES
% de pacientes dependientes e inmovilizados con valoración de riesgo de ulceración
Valor a alcanzar: 65%
Límite inferior: 60%
Límite superior: 80%
Para monitorizar el proyecto cogeremos a todos nuestros dependientes e inmovilizados y les pasaremos la escala de Norton para intentar llegar a un mínimo del 65% de dichos pacientes.

DURACIÓN
La duración de la actividad va a ser este año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0551

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISRAEL ROIG BARTOLOME
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ARIZA
· Localidad ..... ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA
BENDICHO ROJO CESAR
PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL
NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sean realizado varias sesiones clinicas. Primera para explicar al equipo el desarrollo del proyecto; otras dos para evaluar el estado del proyecto y dificultades del mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el indicador 1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del ITB en el ultimo año
Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%
El resultado obtenido tras la evaluación de registro en OMI fue de : 38%

En el indicador 2- No de pacientes diabéticos detectados sin medición del ITB en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

El resultado obtenido tras la evaluación de registro en OMI fue de : 100%

En el indicador 3- No de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y auto cuidado.
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

El resultado obtenido tras la evaluación de registro en OMI fue de : 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo esta satisfecho con el resultado obtenido en este proyecto de mejora pero somos conscientes de la necesidad de continuar el trabajo iniciado para captar mas pacientes a los que realizar esta fácil prueba diagnostica.
De este modo podrán detectarse precozmente la existencia de enfermedad arterial periférica (EAP) durante la fase asintomática y establecer medidas preventivas más contundentes
Las enfermedades arteriales periféricas ya establecidas que se detecten gracias a este medio diagnostico podrán ser tratadas en nuestro Equipo de Atención Primaria o derivada a las unidades especializadas

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/551 ========== ***

Nº de registro: 0551

Título
MEDICION DEL INDICE TOBILLO- BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Autores:
ROIG BARTOLOME ISRAEL, DIEZ GIMENO IRENE, BENDICHO ROJO CESAR, PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL, NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0551

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevalencia de EAP ha sido evaluada en múltiples estudios epidemiológicos y en la población general española varia entre el 4,5-8,5%. Siendo muy dependiente de la edad y poco del sexo.
En la población de pacientes diabéticos estas cifras se incrementan notablemente. La prevalencia de EAP en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 estimada por la medición de ITB se sitúa en un 8% en el momento del diagnostico y alcanza un 45% tras 20 años de evolución
?También es sabido que existe una elevada prevalencia de enfermedad arterial periférica no conocida entre los pacientes con diabetes.

El pronostico de los pacientes con enfermedad arterial periférica es variable, no obstante, es conocido que el aumento del riesgo de eventos cardiovasculares esta relacionado con la severidad de la EAP. También afecta negativamente a la calidad de vida y produce un deterioro funcional importante.

Todas las guias de practica clínica aconsejan la estimación individual del riesgo cardiovascular global como herramienta básica para realizar intervenciones eficientes. La prueba mas usada para la estimación de la prevalencia de la EAP es la medición del indice tobillo-brazo ITB.

Un ITB inferior a 0,9 es diagnostico de EAP, a pesar de que mas del 80% de estos sujetos no tengan manifestaciones clínicas.
La utilidad del ITB reside en detectar precozmente la existencia de enfermedad arterial periférica (EAP) durante su fase asintomática y servir como parámetro de corte para el establecimiento de medidas preventivas más contundentes antes de que el daño vascular existente se haga sintomático.

El diagnostico precoz de la EAP supone la posibilidad de actuar de forma temprana y mas agresiva sobre los factores de riesgo para evitar el primer evento cardiovascular y la perdida de extremidad.
En este sentido la medición del ITB es la prueba mas asequible para el diagnostico precoz de una enfermedad que es mayoritariamente asintomática.
Ademas esta prueba es de fácil manejo en atención primaria frente a otras técnicas para evaluar el flujo sanguíneo, como Ecografia dopler o angiografías.
Es una tecnica no invasiva y de bajo costo.

Se pretende evaluar en el paciente con diabetes los factores de riesgo que se asocian a la aparición de complicaciones vasculares en extremidades inferiores.

RESULTADOS ESPERADOS
- Detectar a los pacientes diabéticos a los que no se les ha realizado el ITB en el ultimo año

?- Realizar una captación activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías a los que tenemos acceso o aprovechar controles rutinarios para realizar la medición de indice tobillo-brazo.

- Captar pacientes diabéticos con EAP asintomática e insistir en el control y mejora de sus factores de riesgo cardiovascular

MÉTODO
Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, plateando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar.
Nos reunimos con Direccion de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto.

En próximas fechas se realizara una sesión clínica para actualizar conocimientos sobre la medición del ITB y los valores de referencia.

La medicion del índice tobillo brazo (ITB), se define como el cociente entre la presión arterial sistólica maleolar y la presión arterial sistólica en el brazo.

Un ITB próximo a 1 (> 0,90) se considera normal, entre 0,90-0,70 se considera enfermedad arterial leve, entre 0.69 – 0,40 enfermedad arterial moderada y un valor < 0,40 indica enfermedad arterial severa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0551

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto. ?

INDICADORES
Los indicadores serán:

1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del ITB en el ultimo año

Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%

2- Nº de pacientes diabéticos detectados sin medición del ITB en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

3- Nº de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y auto cuidado.

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85% ???

DURACIÓN
La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2018 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo año ??

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0553

1. TÍTULO

MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ASCENSION HERNANDEZ VALLESPIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ARIZA
· Localidad ..... ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENDICHO ROJO CESAR
PELEGRIN CANTARERO ANA BELEN
NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA
ROIG BARTOLOME ISRAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 1 sesiones clínicas en el equipo para explicar el proyecto y desarrollo del mismo, otra sesión para evaluación y mejora de la técnica diagnostica de medida del indice tobillo-brazo. en otras dos reuniones de equipo repasamos el estado del proyecto, detección activa de pacientes y manejo de la educación sanitaria individualizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el indicador: Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del perímetro abdominal en el ultimo año
Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%
El valor alcanzado es del 72%. Dato obtenido del registro de OMI tras evaluar las historias clínicas en OMI de todos nuestros pacientes diabéticos

En el indicador: Numero de pacientes diabéticos detectados sin medición del perímetro abdominal en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%
El valor alcanzado es del 100%. Dato obtenido del registro de OMI tras evaluar las historias clínicas en OMI de todos nuestros pacientes diabéticos

En el indicador: Numero de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y autocuidado.
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%
El valor alcanzado es del 100%. Dato obtenido del registro de OMI tras evaluar las historias clínicas en OMI de todos nuestros pacientes diabéticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha detectado un incremento de la preocupación del paciente por sus hábitos higiénico-dieteticos y el control del peso cuando han sido sometidos a esta prueba diagnostica tras una captación activa en muchos casos. Valoramos la facilidad del manejo de la prueba y su característica incruenta somos consciente de la importancia de mantener y potenciar a educación sanitaria dentro de la población

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/553 ========== ***

Nº de registro: 0553

Título
MEDICION PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Autores:
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, BENDICHO ROJO CESAR, PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL, NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, DIEZ GIMENO IRENE, ROIG BARTOLOME ISRAEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0553

1. TÍTULO

MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La enfermedad cardiovascular (ECV) es una de las principales causas de muerte, morbilidad y gasto sanitario en nuestra poblacion.
La detección y control de los factores de riesgo cardiovascular sigue siendo una estrategia preventiva esencial.
La obesidad es un factor contribuyente clave, tanto como factor independiente de riesgo de enfermedad cardiovascular como tambien a través de su asociación con otros FRCV como hipertensión, dislipemia o Diabetes Mellitus tipo 2 “.

Las guias europeas de prevención cardiovascular recomiendan combinar las estrategias de detección de poblaciones de alto riesgo con los cambios de estilo de vida. Proponen la función SCORE para cuantificar el riesgo cardiovascular.
Se establecen cuatro niveles de riesgo (muy alto, alto, moderado y bajo) con objetivos terapéuticos según el riesgo.

La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular mayor, cuya prevalencia se ha ido incrementando en los últimos años.
Ademas la distribución del exceso de grasa es un parámetro importante a evaluar ya que la obesidad central o abdominal presenta un mayor riesgo para el desarrollo de eventos cardiovasculares.

La medición del perimetro abdominal es un método facil, incruento y sin costes para detectar un factor de riesgo cardiovascular que asociado a una enfermedad crónica como la diabetes incrementa este riesgo.

Se pretende evaluar en el paciente con diabetes los factores de riesgo que se asocian a la aparición de eventos cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS
- Detectar a pacientes diabeticos a los que no se les ha realizado una determinacion de perímetro abdominal en el ultimo año.

- Realizar una captación activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías a los que tenemos acceso o aprovechar controles rutinarios para realizar la medición de este indicador.

- Detectar pacientes diabéticos con obesidad central e insistir en el control y mejora de sus factores de riesgo cardiovascular

MÉTODO
Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, plateando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar.
Nos reunimos con Direccion de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto.

En próximas fechas se realizara una sesión clínica para actualizar conocimientos sobre la medición del perímetro abdominal y los valores de referencia
La medicion del perimetro abdominal se realiza en un punto medio entre el reborde costal y borde superior de la cresta iliaca, despues de una respiracion normal, con la cinta metrica sobre la piel sin hacer presion.

Un perimetro abdominal superior a 88 cms en mujeres y superior a 102 en varones definen la obesidad central.

Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto. ??

INDICADORES
Se buscara como objetivo la medición del perímetro abdominal a pacientes diabéticos a los que no se les haya realizado esta medición en el ultimo año

Los indicadores serán:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0553

1. TÍTULO

MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del perímetro abdominal en el ultimo año

Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%

2- Nº de pacientes diabéticos detectados sin medición del perímetro abdominal en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

3- Nº de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y auto cuidado.

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85% ??

DURACIÓN
La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2018 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo año ??

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1226

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE CONSULTORIOS LOCALES

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES BLANQUEZ PUEYO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO TABERNERO ANTONIO
GOMEZ LLORENS CARMEN
IBAÑEZ FORNIES MONICA
REMIRO SERRANO FATIMA
GRACIA AZNAR ASUN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2017 se realizan reuniones mensuales,excepto los meses de verano
Fechas:
26/01 Se reúnen Mercedes Blánquez,Carmen Gomez y Antonio Bueno
Temas : -Presentar hoja de registro para control de medicación,reposición de urgencias .
-Presentar a compañeros responsables de sala de urgencias y de botiquines locales la hoja de registro en una fecha concreta .
-Establecer como responsable de botiquín de consultorios locales a Médico /ATS de cada consultorio .
23/02 Se reúnen Mercedes Blánquez,Carmen Gomez y Antonio Bueno junto con el resto del equipo

Temas : -Adjudicar responsable del petitorio de balas de oxígeno .
-Presentar a los responsables de petitorio de farmacia,de material de sala de urgencias,de revisar carro de paradas
-Registro en hoja mensual de cada responsable.
23/03
20/04
Tema: -Quejas de ATS por desabastecimiento de determinados parches.
25/05
Tema: -Petitorio de dichos parches según impreso dirigido a dirección .
-Comprobamos registro de reposición en hoja de registro.
21/09
26/10
23/11
Tema : reunimos para valoración y resultados .

ACCIONES ESPECÍFICAS
-Revisión de caducidades /medicamentos / material
-Reposición de medicación y material
-Revisión carro de paradas
-Revisión vals de Oxígeno
-Registro en hoja de estas actividades
INDICADORES
-Registro de actividad: buen registro en plantilla .Se han revisado caducidades y repuesto.
-Se va reponiendo y subsanando las faltas de forma semanal
-Balas de oxígeno,se pide cuando se necesita

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EVALUACIÓN
-¿Hemos encontrado medicación / material en falta en sala de urgencias
SI, debido a que los profesionales por comodidad cogemos medicación / material de la sala de urgencias en lugar de cogerlo del almacén.
-No tenemos una hoja de registro para ir apuntando fármaco / material en falta.Lo comunicamos de palabra.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
OBJETIVOS
-Hemos conseguido controlar medicación / material de sala de urgencias / curas
-Hemos conseguido que el materia / medicación esté disponible controlando caducidades .
-No se ha conseguido comunicación con responsable de petitorios a la hora de adelantarnos a la falta del medicamento .
-Crear hoja de registro de material /medicación que va a estar en falta para el año que viene

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1226

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE CONSULTORIOS LOCALES

*** ================================== Resumen del proyecto 2016/1226 ================================== ***

Nº de registro: 1226

Título
CONTROL Y GESTION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL FUNGIBLE EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD Y EN LOS BOTIQUINES DE LOS CONSULTORIOS LOCALES

Autores:
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES, BUENO TABERNERO ANTONIO, GOMEZ LLORENS MARIA CARMEN, GRACIA JARABO MYRIAM, ORUE JUNGUITU ALMA MARIA, ASTORGA MOLINA NOELIA, MELENDO BUENO MAGDALENA, OMEDES BES MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: .
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente no se dispone de un plan de necesidades en cuanto a medicación ni material fungible, ni de un procedimiento para asegurar la continuidad del estocaje preciso.
Este proyecto se adscribe en el objetivo de seguridad del paciente y en el uso racional del medicamento.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un circuito de intervención que permita una continuidad en la accesibilidad de toda la población a medicación y material fungible necesario para una atención eficiente.

MÉTODO
- Reunión de Equipo para establecer un plan de necesidades.
- Confección de listado con todos los medicamentos y material fungible que debe haber en la sala de urgencias del centro de salud y en los botiquines de los consultorios locales.
- Nombrar responsables de la supervisión de cada una de las áreas a evaluar.
- Elaboración de una hoja de registro de las actividades, estableciendo responsables, periodicidad de las mismas, incidencias detectadas.

INDICADORES
- % de registros de actividad
- % de registros de incidencias
- % de incidencias subsanadas en tiempo

DURACIÓN
Fecha de inicio de proyecto: 01/05/2017
Fecha de evaluación de resultados: 31/12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** == ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1227

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FATIMA REMIRO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ FORNIES MONICA
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES
DIAZ VICENTE PABLO
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA
ASTORGA MOLINA NOELIA
HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA
OMEDES BES MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES
- 11/04/2017. Reunión inicial equipo. Sesión formativa: “EPOC. Revisión de la cartera de servicios”. Ponente: Pablo de Lora Novillo (MAP).
- 18/04/2017. Sesión formativa: “Criterios diagnósticos de EPOC”. Ponente: Pablo díaz Vicente (MAP).
- 02/05/2017. Sesión formativa: “Taller espirometrías”. Ponente: Antonio Bueno Tabernero (EAP).
- 16/05/2017. Reunión de equipo para decidir organización de espirometrías.

FORMACIÓN

Antonio Bueno Tabernero (EAP CS Ateca) rota con la enfermera de espirometrías del Hospital Ernest Lluch.

INTERVENCIÓN
- Se acuerda en reunión de equipo la realización de las espirometrías en función del protocolo de planes personales de OMI. En Ateca se realizarán en consulta de enfermería. Los enfermeros periféricos se programarán las espirometrías por las tardes coincidiendo con su horario de guardia.
- Revisión de los pacientes incluídos en la cartera de servicios de EPOC de OMI-AP. Captación y seguimiento de los mismos.
- Captación telefónica activa de pacientes de edades comprendidas entre 18-40 años que han acudido a consulta en el último año para registrar su hábito tabáquico.
- Captación de los pacientes fumadores que acuden a consulta de medicina/enfermería y derivación para espirometría.
- Metodología. Indicadores:
% de pacientes EPOC captados y a los que se ha hecho seguimiento este año.
Prevalencia de EPOC en nuestra ZBS.
% de hábito tabáquico en >14 años
% de espirometrías realizadas en pacientes fumadores
% de espirometrías patológicas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Captación activa del 72% de los pacientes con EPOC incluídos en nuestra cartera de servicios. Seguimiento, ajuste de tratamiento y derivación a neumología en caso de ser necesario.
- Captación de fumadores y realización de espirometrías programadas a los mismos.
- Un mínimo porcentaje de espirometrías en pacientes fumadores han sido diagnósticas de nuevos casos de EPOC.
- No se han podido objetivar porcentualmente los indicadores planteados ya que no ha sido posible extrapolar los datos desde OMI-AP y no habíamos utilizado ningún otro sistema de registro alternativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha habido errores en el planteamiento y metodología del proyecto. El próximo año seguiremos trabajando en este proyecto de mejora para subsanarlos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1227 ========== ***

Nº de registro: 1227

Título
INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1227

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

REMIRO SERRANO FATIMA, IBAÑEZ FORNES MONICA, DIAZ VICENTE PABLO, REMIRO SERRANO FATIMA, ORUE JUNGUITU ALMA MARIA, ASTORGA MOLINA NOELIA, HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA, OMEDES BES MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los resultados obtenidos en la "prevalencia de EPOC registrada" en esta ZBS Ateca en el año 2016 está muy distante de la "prevalencia estimada" en función del estudio EPISCAN.
Ésto supone un infradiagnóstico de EPOC sobre el que se precisa intervenir.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la atención a los pacientes con EPOC.
Detección de población de riesgo (fumadores) en mayores de 14 años

MÉTODO
- Sesión formativa en espirometrías para los profesionales del EAP.
- Designación de responsable de la realización y control de las espirometrías.
- Creación de agendas para realizar espirometrías en el centro de salud y en los consultorios locales.
- Identificación de pacientes susceptibles de realizar espirometría (con diagnóstico previo de EPOC, con hábito tabáquico...)
- Sesiones conjuntas de interpretación de resultados.

INDICADORES
- % pacientes de más de 14 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco: Valora alcanzar: 62%. Valor inferior: 42%. Valor superior: 62%. Período evaluación: anual
- % de pacientes fumadores con registro de espirometría: Valora alcanzar: 90%. Valor inferior: 20%. Valor superior: 100%. Período de evaluación: anual.
- % de espirometrías patológicas

DURACIÓN
Fecha de inicio de proyecto: 01/05/2017
Fecha evaluación resultados: 01/12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1227

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFRADIAGNOSTICO DE LA ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN LA ZBS ATECA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FATIMA REMIRO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES
DE LORA NOVILLO PABLO
GOMEZ LLORENS CARMEN
IBAÑEZ FORNES MONICA
MELENDO BUENO MAGDALENA
BUENO TABERNERO ANTONIO
DIAZ VICENTE PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha enviado encuesta sobre el hábito tabáquico a todos los pacientes de 50-59 años de la ZBS Ateca, en total se enviaron 500 encuestas de las que han sido contestadas 214 (122 no fumadores y 92 fumadores).
Con fecha 13/05/2018 se publicó en el blog del Centro de Salud de Ateca información sobre el proyecto de mejora y acceso a Guía de Práctica Clínica del SNS sobre la EPOC (" Aprendiendo a conocer y vivir con la EPOC").
Sesiones clínicas impartidas al equipo en relación al proyecto de mejora:
- 27/03/2018 Diseño y planificación del proyecto de mejora "diagnóstico precoz de la EPOC"
- 02/04/2018 Presentación del proyecto de mejora "Diagnóstico precoz de la EPOC" al EAP.
- 24/04/2018 Registro en OMI de EPOC, tabaquismo y espirometrías.
- 08/05/2018 GESEPOC 2017. Actualización.
Se ha trabajado con el 100% de las encuestas que nos han sido devueltas cumplimentadas y se ha registrado correctamente, de todas ellas, en OMI el hábito tabáquico.
Se ha contactado telefónicamente con todos los pacientes fumadores que han devuelto la encuesta (92 fumadores) y se les ha propuesto la realización de espirometría. Se ha dado cita en la consulta monográfica a todos los pacientes que han aceptado realizar la prueba (se han realizado 56 espirometrías).
El 100% de las espirometrías realizadas han sido valoradas por el MAP y registradas en OMI.
A todos los pacientes fumadores de la población diana del proyecto se les ha dado información sobre el tabaco y el tratamiento de deshabituación.
´Los pacientes que en la espirometría presentaban un cociente FEV1/FVC<70 son diagnosticados de EPOC y se les registra en OMI, se cumplimenta el plan personal asociado y, a los que procede, se deriva a neumo e instaura tto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se han diagnosticado de EPOC 3 casos nuevos en la franja de edad estudiada (50-59 años), esto supone un 3,26% de la población estudiada.
- En el 66,6% de los EPOC de nuevo diagnóstico está registrado el índice BODEx en OMI. En el 33,3% restante no se puede cumplimentar el índice BODEx en OMI ya que los pacientes no presentan síntomas respiratorios.
- El 100% de los pacientes con EPOC de alto riesgo (BODEx>5) han sido derivados a neumología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Las sesiones impartidas al EAP en relación con este proyecto de mejora nos han servido para trabajar no solo con la población diana de este proyecto sino con la población general de la ZBS Ateca.
- En este tramo de edad el número de nuevos casos de EPOC diagnosticados ha sido bajo. Nos lleva a pensar que sería pertinente dirigir el estudio a una población más mayor (60-75 años).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1227 ========== ***

Nº de registro: 1227

Título
INTERVENCION SOBRE EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA

Autores:
REMIRO SERRANO FATIMA, IBAÑEZ FORNES MONICA, DIAZ VICENTE PABLO, REMIRO SERRANO FATIMA, ORUE JUNGUITU ALMA MARIA, ASTORGA MOLINA NOELIA, HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA, OMEDES BES MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1227

1. TÍTULO

MEJORA DEL INFRADIAGNOSTICO DE LA ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN LA ZBS ATECA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los resultados obtenidos en la "prevalencia de EPOC registrada" en esta ZBS Ateca en el año 2016 está muy distante de la "prevalencia estimada" en función del estudio EPISCAN.
Ésto supone un infradiagnóstico de EPOC sobre el que se precisa intervenir.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la atención a los pacientes con EPOC.
Detección de población de riesgo (fumadores) en mayores de 14 años

MÉTODO
- Sesión formativa en espirometrías para los profesionales del EAP.
- Designación de responsable de la realización y control de las espirometrías.
- Creación de agendas para realizar espirometrías en el centro de salud y en los consultorios locales.
- Identificación de pacientes susceptibles de realizar espirometría (con diagnóstico previo de EPOC, con hábito tabáquico...)
- Sesiones conjuntas de interpretación de resultados.

INDICADORES
- % pacientes de más de 14 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco: Valora alcanzar: 62%. Valor inferior: 42%. Valor superior: 62%. Período evaluación: anual
- % de pacientes fumadores con registro de espirometría: Valora alcanzar: 90%. Valor inferior: 20%. Valor superior: 100%. Período de evaluación: anual.
- % de espirometrías patológicas

DURACIÓN
Fecha de inicio de proyecto: 01/05/2017
Fecha evaluación resultados: 01/12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1229

1. TÍTULO

CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PABLO DE LORA NOVILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO TABERNERO ANTONIO
GRACIA JARABO MYRIAM
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA
ASTORGA MOLINA NOELIA
OMEDES BES MARIA
GALINDO FAGO ADRIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reunión de Equipo (RE): se decide, para iniciar el proyecto, nombrar 2 personas (Pablo de Lora y Antonio Bueno) que lideren el grupo de trabajo y distribuyan responsabilidades para cada uno de sus miembros. Como primer objetivo se marca buscar en internet blogs con contenidos afines a los planteados con el propósito de definir un modelo propio.
- RE: se presentan blogs con contenidos similares a los proyectados y se decide el modelo a implantar. Se inicia la maquetación del blog para su aprobación.
-RE: se presenta la maqueta inicial con su diseño y configuración, aprobándose el modelo a colgar en internet.
- RE: se distribuyen, dentro del equipo de mejora, responsabilidades de contenidos, para irlos publicando periódicamente en el blog, y la búsqueda de colectivos a los
que se les pueda comunicar (ayuntamientos, asociaciones, centros escolares,...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Una vez publicada la weblog en internet, se hace un seguimiento:
- del contador de número de páginas visitadas, intentando buscar una correlación entre la publicación de un determinado contenido con un mayor o menor número de visitas con el fin de identificar preferencias y programar futuras publicaciones.
- de los comentarios en cada una de las páginas publicadas
- de los correos enviados por los usuarios y respondidos por el grupo de trabajo.
Con todo ello, transferiremos una buena información con contenidos adaptados a las necesidades del usuario del Servicio de Salud.
Y esto se traducirá además en una mejora en las encuestas de satisfacción y un menor número de reclamaciones.
La peculiaridad de este Proyecto hace que los resultados esperados se objetiven a medio/largo plazo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La publicación de una weblog implica un esfuerzo mantenido en el tiempo. Conocemos el riesgo de decaer en la indolencia. La respuesta del usuario y los resultados obtenidos deben ser un acicate en esta labor constante.
El objetivo último debe ser que la información recibida se traduzca en una mayor autonomía y responsabilidad de los usuarios junto con una mejora en la utilización de los recursos sanitarios que disponemos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1229 ========== ***

Nº de registro: 1229

Título
CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA

Autores:
DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO, BUENO TABERNERO ANTONIO, IBAÑEZ FORNES MONICA, GOMEZ LLORENZ MARIA CARMEN, MELENDO BUENO MAGDALENA, GRACIA JARABO MYRIAM, HERNANDEZ VILLAMAYOR MARIA, BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1229

1. TÍTULO

CREACION DE UNA WEBLOG INFORMATIVA DEL CENTRO DE SALUD ATECA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Actualmente no hay un lugar en el que se reúna toda la información específica sobre la oferta de recursos sanitarios, tanto humanos como materiales, a los usuarios sobre los servicios que se prerstan desde el Centro de Salud

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer a la comunidad información sobre la oferta de servicios que se prestan desde el Centro de Salud y sobre temás de interés sanitario para fomentar hábitos saludables.

MÉTODO
Se creará una weblog con contenidos de carácter sanitario específicos de la ZBS Ateca, donde se informará de todos los servicios que se prestan, horarios, recursos humanos y materiales, con inclusión de páginas de información sanitaria con objeto de fomentar hábitos saludables a la población. Se establecerá un feedback de información que produzca un incremento de la satisfacción por la atención recibida y una disminución del número de reclamaciones.

INDICADORES
- Número de visitas en el contador del blog
- Número de consultas/sugerencias recibidas
- Registro de reclamaciones
- En cuestas de satisfacción
- % participación de profesionales EAP

DURACIÓN
- Fecha de inicio del proyecto: 01/04/2017
- Fecha de publicación web: 01/10/2017
- Fecha de evaluación de resultados: 01/12/2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA IBAÑEZ FORNES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ATECA
· Localidad ..... ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO TABERNERO ANTONIO
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con periodicidad mensual, desde el inicio del proyecto la responsable ha mantenido reuniones con la Directora del Instituto y con los profesores de Educación física en función de la disponibilidad. En los casos en los que hubiese una incomparecencia por parte de los profesores de E.F., la Directora quedaba encargada de comunicarles lo expuesto.
Respecto al equipo de Atención Primaria, se comunicaban los avances del proyecto en las reuniones del equipo, que se realizan una vez por semana.
Durante el primer trimestre se obtuvieron las medidas antropométricas de los alumnos de 1 °ESO, labor se llevó a cabo por los profesores de E.F. utilizando la báscula y tallímetro del centro de salud. Con posterioridad se realizó una encuesta sobre hábitos alimenticios a los alumnos, elaborada por los miembros del proyecto.
Durante el segundo trimestre el profesor de E.F. incidía en sus clases sobre la importancia de la alimentación antes de realizar un esfuerzo físico.
Durante el tercer trimestre del año lectivo 2017/2018 se realizó con los alumnos, tal y como estaba marcado, una charla sobre alimentación y hábitos saludables por parte de la enfermera del centro de salud, responsable de éste proyecto, doña Mónica Ibáñez y para este fin se utilizó como material de apoyo, un PowerPoint confeccionado por los miembros del EAP involucrados en el proyecto.
Durante el primer trimestre del año lectivo 2018/2019 se realizó a los alumnos que actualmente están cursando 2o ESO, una encuesta de satisfacción elaborada por los miembros de este proyecto y contando con la colaboración de los profesores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante la elaboración del proyecto, se marcaron los siguientes objetivos:
TRAS EL CURSO 2017-18 en 1º de la ESO:
- Aumentar los conocimientos sobre alimentación y balance energético.
- Aumentar el % de alumnos que desayunan diariamente.

Éstos objetivos fueron establecidos después de los resultados obtenidos tras la primera encuesta sobre hábitos de alimentación (noviembre 2017), ya que de las 57 encuestas contestadas, 35 niños no realizaban desayuno o almuerzo.
Tras la encuesta de satisfacción pasada en noviembre de 2018, hemos obtenido los siguientes resultados: han contestado a la encuesta 49 alumnos, (8 menos de los que se encuestaron en el año anterior) y solamente 4 niños no desayunaban. Es decir, del total de alumnos de 1 °ESO estaban desayunando de forma habitual un poco más del 22 % y ahora lo hacen más de un 53 %
Cómo indicadores hemos utilizado los siguientes:
- Encuesta de satisfacción: refleja el interés de los alumnos por el tema de la alimentación, a la mayoría les gustaría seguir aprendiendo sobre alimentación saludable a excepción de 2 alumnos que no tienen ningún interés sobre éste tema y 3 alumnos que no ven necesario seguir con ésta formación.

De ésta encuesta también obtenemos los datos sobre el cambio de hábitos de alimentación reflejado anteriormente.
- Indicador visual expresado por el profesor de E.F.: se ha de tener en cuenta puesto que hace refiere a la incidencia y repetición de la actitud que toman los alumnos respecto al balance energético. Lo que ha hecho que los alumnos estén más concienciados del tema.
- Personal del Equipo de Salud que colaboran con éste proyecto: A las tres personas nombradas inicialmente que están incluidas en el proyecto hay que sumar además la colaboración de otro enfermero que asumió el trabajo del centro dé salud mientras se estaba desarrollando la actividad en el instituto. De los 10 profesionales del.EAP, 4 estamos implicados, eso es un 40 %de los profesionales, valor bastante satisfactorio para un inicio.
- Personal del Equipo Docente, contamos con la colaboración de la Directora y de un profesor de E.F, pertenecientes al equipo docente de 10 ESO: Éste valor del total del profesorado resulta un poco pequeño, pero hay que tener en cuenta que es un proyecto joven y está enfocado a que dure varios años, la expectativa es que aumente este porcentaje a lo largo de los años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido la primera vez que este centro de salud ha colaborado activamente con otra entidad sobre temas de salud.
La inexperiencia en este ámbito hace que se vaya despacio en cuanto al cómo y el cuándo, es difícil encontrar también tiempo para reuniones entre las dos entidades, puesto que se trabaja a ritmos distintos, aún así, la experiencia ha sido bastante satisfactoria.
Trabajar con otros profesionales de distintas ramas te hace conocer más y mejor los problemas que se plantean dentro de la comunidad.
Los adolescentes necesitan una base educacional y una repetición de conceptos para que consoliden conocimientos y modifiquen hábitos. Estamos satisfechos y sorprendidos, al mismo tiempo del índice de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

en sus hábitos alimenticios.
Queda mucho trabajo por hacer ya que éste proyecto no termina aquí, sino que las actividades durarán los cuatro años de la ESO.
A nivel de la colaboración, como responsable del proyecto, estoy satisfecha. Por parte del instituto, éste año la directora me puso en comunicación con los profesores de E.F. nada más comenzar el curso y ya nos hemos reunido para planificado actividades y ya tenemos el proyecto de éste año tanto para los alumnos que cursan segundo como para los que han iniciado este año el instituto, (Io ESO). Con lo cual, este proyecto de colaboración ha quedado incluido dentro de su programa educativo.
Por parte del Equipo de Salud, aunque cueste trabajar de forma distinta, la aceptación y voluntariedad para ayudar a la realización de actividades fuera del centro va en aumento.

7. OBSERVACIONES.
Para el año siguiente se marcan los siguientes:

* Objetivos:
- Reforzar los conocimientos de los alumnos adquiridos el año pasado
- Informar e implicar a los padres de los alumnos en el proyecto

* Indicadores:
- Número de alumnos que consiguen más de un 50% de aciertos del cuestionario final de evaluación.
- Porcentaje (%) de profesores que realizan el cuestionario. Se medirá mediante la siguiente fórmula : número de profesores que rellenan el cuestionario/ número de profesores a los que se les ofrece.

Aceptación en un 50%de los padres de los alumnos en relación al proyecto y su disposición a mejorar y/o modificar hábitos alimenticios en sus casas.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/582 ========== ***

Nº de registro: 0582

Título
ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

Autores:
IBAÑEZ FORNES MONICA, BUENO TABERNERO ANTONIO, BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El I.E.S. “Zaurín” de Ateca, está adherido al programa “Escuelas Promotoras de Salud”. Cuando el SARES se reúne con el Instituto, nuestro Centro de Salud es invitado a participar en el proyecto, poniéndose el Equipo a su disposición.
En septiembre de 2017 se realizan reuniones con los profesores para valorar los programas prioritarios. Los profesores de E. Física observan malos hábitos alimentarios en los adolescentes, ya que en sus clases los alumnos presentan más síncopes de los esperados tras realizar ejercicio físico.
Inicialmente se evaluaron los hábitos nutricionales de los alumnos mediante encuesta y cálculo del Índice de Masa Corporal individual. Se pretendía conocer directamente la situación actual y valorar la necesidad real de iniciar un proyecto educativo.
De las 57 encuestas contestadas señalaremos que:
3 alumnos contestaron que no sabían si habían recibido una buena educación sobre alimentación, 1 alumno contestó que no, y el resto que creían haber recibido una buena formación.
En cuanto a si creían comer adecuadamente, 3 contestaron que no, 6 que no lo sabían y el resto que creían comer adecuadamente.
44 niños hacen deporte regularmente fuera del ámbito escolar.
22 niños dicen realizar 5 comidas al día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

35 niños no realizan desayuno o almuerzo.
Solo 2 alumnos refieren comer fruta si "pican" algo entre comidas, el resto toma snacks, frutos secos o chuches.
Los resultados mostraron según las tablas de I.M.C. para niños y adolescentes que:
El 16,3% presentaba obesidad.
El 23,6 presentaba sobrepeso.
El 43,6% presentaba valores normales.
El 10,9% presentaba desnutrición leve.
El 3,6% presentaba desnutrición moderada.
El 1,8% presentaba desnutrición severa.
3 alumnos se negaron a pesarse.
Según nuestra valoración los alumnos estudiados presentan una cifra de exceso de peso global del 39,9%, con un 23,6% de sobrepeso y un 16,3% de obesidad, cifras superiores a otros estudios.
Por ello se decidió intervenir realizando actividades educativas con los alumnos durante la ESO, con el objetivo de conseguir una conducta alimentaria adecuada al final del ciclo formativo.

RESULTADOS ESPERADOS
AL FINALIZAR ESO:
Que los alumnos lleven una alimentación saludable.
Que los alumnos sepan modificar su alimentación en función del gasto energético que realicen.
Aumentar el % de alumnos con un I.M.C. dentro de la normalidad, según talla y sexo.
Disminuir el % de alumnos con sobrepeso y obesidad, adecuándolas a las cifras de prevalencia en Aragón.
TRAS EL CURSO 2017-18 en 1º de la ESO:
Aumentar los conocimientos sobre alimentación y balance energético.
Aumentar el % de alumnos que desayunan diariamente.
EN CADA CURSO:
Anualmente se consensuarán los objetivos más adecuados

Reforzar los conocimientos de los alumnos adquiridos el año pasado.

Informar e implicar a los padres de los alumnos en el proyecto

MÉTODO
Charla taller sobre alimentación en 1º ESO, con PowerPoint.
Al inicio de cada curso se definirán las actividades más adecuadas. Un avance sería:
Charlas para padres/madres o tutores sobre hábitos alimentarios.
Charla-taller sobre trastornos de la conducta alimentaria.
Talleres sobre alimentación, consumo responsable y alimentos km. 0.

INDICADORES
PARA EL CURSO 2017-18:
Nº de profesionales de Equipo de Salud implicados en el desarrollo y actividades, sobre el total de miembros del Equipo.
Nº de profesores del Instituto implicados, sobre el total del claustro.
Nº de alumnos que han asistido a las sesiones, sobre el total de alumnos.
% de alumnos de 1º que han adquirido el hábito de desayunar, sobre el total de alumnos de 1º.
Nº de síncopes tras el ejercicio físico, con registro de los episodios y datos de si han desayunado y si ocurren en alumnos diferentes o en los mismos.
AL FINALIZAR ESO:
Se tendrá en cuenta el nº de alumnos que a lo largo del proyecto han abandonado, repetido o dejado el Instituto.
1- Mediante nuevo cálculo del I.M.C. y comparación con el previo:
Nº de alumnos que han normalizado su peso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.
% de alumnos que han disminuido su grado de obesidad o sobrepeso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.
2- Mediante nueva encuesta:
Nº de alumnos que han aprendido a adecuar la ingesta antes del ejercicio, sobre el total de alumnos.
Nº de alumnos que desayunan diariamente, sobre el total de alumnos.
Nº de alumnos que han modificado positivamente sus hábitos alimentarios sobre el total de alumnos.

DURACIÓN
Toma de contacto con Dirección del I.E.S.: 9/2017.
Reuniones periódicas con la Dirección del I.E.S. y durante todo el curso.
Reuniones periódicas entre enfermera responsable y el Equipo de Salud.
Reuniones con los profesores: 3 en el 1º trimestre y una por ahora en el 3º.
Reuniones con el jefe de Cocina del I.E.S.: 2 en el 1º trimestre.
Encuesta de hábitos alimentarios a alumnos de 1º: 12/ 2017.
Cálculo a los alumnos de 1º del I.M.C.: 12/2017.
Charlas-talleres, 2 sesiones en grupos de 30 alumnos, 5/ 2018.
Encuesta para valorar el nº de alumnos que han adquirido el hábito de desayunar y a modificar la ingesta según ejercicio previsto: 10/2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA BERNAL FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHARLEZ MILLAN CARMEN
MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA
HERNANDEZ GIL RUT
BARRIENDO ORTILLES CERES
SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA
JILVENAU CORINA
CAUSAPE GRACIA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Elaboración de un proceso clínico asistencial del paciente con faringoamigdalitis a todo áquel que acude al centro de salud en horario de Atención Continuada. El equipo se reunió en varias ocasiones para planificar las actividades a realizar, delimitar las funciones de cada integrante del proyecto y especificar las acciones que posteriormente se llevarían a cabo .Abril 2018

2. El 4 de Abril de 2018 se presentó en sesión clínica el Proyecto de Mejora ante los miembros de los distintos equipos de AP de Calatayud Norte y Sur.

3 .Elaboración de una Infografía y publicada en los distintos boxes de Urgencias. Abril 2018

4. Creación de una hoja de registro con distintas variables: Edad,sexo,historia clínica,centro de salud al que pertenecen,alergias medicamentosas,tratamiento antibiótico previo,tratamiento antibiótico actual, cuantificación de criterios de Centor, resultado de STP test,el tipo de tratamiento y seguimiento posterior. Abril 2018

5 .Elaboración de una hoja de instrucciones de STP dónde se explica de forma detallada la realización del STP Test . Abril 2018

6 .Solicitud a la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud los Kits de STP Test . Abril del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NDICADOR 1 :% Profesionales sanitarios de Atención Continuada que asisten a la sesión clínica de presentación de proceso. El 4 de Abril de 2018 se realizó la presentación del Proyecto de Mejora en la Biblioteca del Centro de Salud. Los docentes fueron Ceres Barriendo y Cristina Bernal y contó con la asistencia de 31 miembros de equipo de Calatayud Norte y Sur. Los asistentes a la presentación fueron 31 profesionales de los cuales 20 realizan jornada de Atención Continuada, obteniendo un porcentaje de 64%. Valor a alcanzar 60%

INDICADOR 2 :% Pacientes que presentan síntomas de faringoamigdalitis aguda con dos o más criterios de Centor a los que se le han realizado el test. Se ha obtenido un porcentaje del 100 % ya que a todos que presentaron clínica compatible con faringoamigdalitis aguda se les realizó el test con dos o más criterios de Centor. Se ha realizado el test a 88 pacientes, 10 quedan registrados como desplazados,5 son vistos en Calatayud Sur y los otros 5 en Calatayud Norte,9 se desconoce su procedencia y el resto Calatayud Norte 74 y el Centro de Calatayud Sur 14 .Con cuatro criterios de Centor se registraron: 18 pacientes : 11 resultado positivo (61,1%) y 7 resultados negativo (38,9%) Tres criterios de Centor : 46 pacientes, 20 resultado positivo (43.5%)y 26 negativo (56,5%)y dos criterios de Centor : 24 pacientes : 10 pacientes resultado positivo (41,7%) y 14 negativo (58,3%).Valor a alcanzar 100%

INDICADOR 3 :% Pacientes a los que se le han realizado test STP Test y su resultado ha sido positivo Un total de 41 (46,6%) pacientes el resultado fue positivo de 88 a los que se le realizó el test,un total de 47(53,4%) el resultado fue negativo Valor a alcanzar 75%

INDICADOR 4 :% Pacientes pediátricos con cualquier antibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda / pacientes menores de 14 años con prescripción de Penicilina V o fenoximetilpenicilina (modificación de indicador respecto al anterior por fallo en su elaboración).
Hubo 37 pacientes menores de 14 años (42%), De estos 37, 21 pacientes dieron positivo en el STP test (56,8%) y 16 fueron negativos (43,2%). De los 21 menores positivos, 16 recibieron Penicilina V (76.2%) y el resto Amoxicilina (23.8%).

INDICADOR 5: % Pacientes que han acudido a consulta de su médico de familia y/o pediatra en los 7 días posteriores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

De los 61 pacientes a los que se les ha realizado el seguimiento han acudido de nuevo a consulta en los siete días posteriores al tratamiento :11 pacientes (18%).
De estos 11 pacientes, ocho tuvieron un STP test positivo: cuatro de ellos acudieron a consulta por revisión con buena evolución, uno de ellos presentó reacción urticariforme, otro púrpura de Scholein Henoch y el último un absceso periamigdalino, y otro por cambio de antibiótico prescrito en otra comunidad autónoma.
Tres presentaron STP negativo: dos acudieron por control de evolución siendo favorable y un tercero por un absceso periamigdalino con posterior ingreso en hospital (el hecho de que obtengamos un absceso en un STP negativo hace pensar que quizá la recogida del frotis faringeo no fue correcta).
Del resto de pacientes a los que se les realizó un test no hubo seguimiento por ser desplazados (14 pacientes)y mal registro de datos (10 pacientes). Quizá también comentar que 1 pertenecía a compañía privada. Valor a alcanzar 25%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con los datos obtenidos en el proyecto de Mejora se observa que ha habido un correcto uso del medicamento, obteniendo un beneficio que se refleja en el estado de salud del paciente, junto con una minimización de costes y del riesgo, ya que la prescripción adecuada del medicamento logra evitar efectos secundarios, interacciones medicamentosas, así como, menos resistencias.
Se recomienda seguir el protocolo y continuar con la utilización del Streptotest por su sencillez, por el ato grado de aceptación obtenido en la consulta de Atención Continuada, ya que todos los pacientes accedieron a la realización del test y aceptaron la prescripción, no habiendo rechazo de la misma.
Recalcamos la importancia de continuar con las directrices seguidas hasta hora, pues durante este periodo se ha logrado el objetivo marcado: aliviar,curar,frenar el gasto innecesario y un uso racional del antibiótico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/460 ========== ***

Nº de registro: 0460

Título
USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Autores:
BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, HERNANDEZ GIL RUTH, BARRIENDO ORTILLES CERES, CAUSAPE GRACIA SARA, JILAVEANU CORINA MARIA, MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA, SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La faringitis o faringoamigdalitis es uno de los motivos asistenciales más frecuentes de consulta en Atención continuada y una de las razones por las cuales se prescribe antibiótico. El principal agente responsable entre las causas bacterianas es el STP Pyogenes o STP Betahemolítico del grupo A.
Las escalas de valoración clínica (Criterios de Centor)son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se debe practicar la técnica de detección rápida de Ag estreptocócico (TDR) dicho test presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, sin su empleo, se tiende a sobrediagnosticar faringoamigdalitis aguda con la consiguiente precripción innecesaria de antibiótico.
Actualmente disponemos en nuestro centro de salud Alere TestPack StrepA con una Sensibilidad:97% y Especificidad del 98.4%..

RESULTADOS ESPERADOS
Dagnóstico de faringitis estreptocócica grupo A mediante test a todos los pacientes que acuden a nuestro CS con dos o más criterios de Centor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

-Diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis aguda por Streptococo B hemolítico del grupo A o Streptococcus pyogenes del resto de faringoamigdalitis (víricas, STP grupo C y G, anaerobios..)

-Tratar de forma eficiente faringoamigdalitis aguda y optimización de uso de Antibiótico.

-Evitar el contagio por STP betahemolítico del grupo A, en la comunidad para romper la cadena epidemiológica.

-Disminuir la resistencia antimicrobiana en la comunidad al tratar unicamente las indicadas.

-Disminuir la variabilidad diagnóstica.

MÉTODO
1. Elaborar el proceso clínico- asistencial del paciente con faringoamigdlalitis aguda en todo paciente que acuda al centro de salud en horario de Atención Continuada. En niños menores de 4 años, es muy común la etiología viral. Además, la prevalencia de portadores de EBHGA es alta y la identificación estreptocócica con la prueba del Strep A carece de significado. Si hubiese alguno de los criterios suplementarios, podría considerarse hacer una determinación de Strep A:
Brote comunitario por EBHGA.
Paroniquia.
Impétigo.
Lengua en frambuesa.
Rash escarlatiniforme
2.Presentación de dicho proceso a todos los profesionales del EAP Norte, Sur, SUAP y Atención Continuada .
3.Solicitar a la Dirección Atención Primaria Kits de Streptococo beta Hemolítico
4. Elaborar una infografia con los criterios diagnósticos y el tratamiento indicado,que sirva como referencia a los profesionales en las salas de urgencia.
5. Elaborar una hoja de registro con
Los datos de identificación del paciente, nombre, edad, sexo,
Alergias farmacológicas.
Criterios de Centor.
Tratamiento antibiótico.
Toma de antibiotico previo.
Presencia de cuadro de faringoamigdalitis en contexto familiar.
Nueva consulta posttratamiento.

INDICADORES
INDICADOR 1: % Profesionales sanitarios que asisten a la sesión clínica de presentación del proceso.
Valor a alcanzar : 60%.
limite superior: 100%
Limite inferior : 50%

INDICADOR 2: % de pacientes que presentan síntomas de faringoamigadalitis aguda con 2 o mas criterios de Centor a los que se les ha realizado el test.
Valor a alcanzar 90%
Limite superior: 100%
Limite inferior 80%.

INDICADOR 3: % Pacientes a los que se la ha realizado test STP A y su resultado ha sido positivo.
Valor a alcanzar: 75%
Límite superior :83%
Límite inferior: 45%

INDICADOR 4: % Pacientes menores de 14 años con prescripción de penicilina V, o fenoximetilpenicilina y diagnostico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda / los pacientes pediátricos con prescripción de cualquier antitibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda.
Valor a alcanzar mayor de 90%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 80%

INIDICADOR 5 % de pacientes que han acudido a la consulta de su médico de familia y/o pediatra en los primeros 7 días por este motivo.
Valor a ancanzar :25%
Límite superior: 30%
Límite inferior: 5%.

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio : Mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Sesión informativa: 1º quincena de mayo 2018
Solicitud de Kit: 1ª quincena de mayo 2018
Hoja de registro: 1:ª quincena de mayo 2018
Infografía::1ª quincena de mayo 2018
Captación de pacientes: desde 2ª quincena de mayo 2018 hasta final diciembre de 2018

Evaluación intermedia : Octubre 2018

Fecha prevista de finalización : 2ª quincena de diciembre de 2018

Evaluación final . 2ª quincena de diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SUSANA PIQUERAS LORIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORCAL CASADO MARIA ROSARIO
DELGADO GUAJARDO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-MAYO 2016-Reunión organizativa de los integrantes del equipo
-Rosario Torcal coordinó la formación de una enfermera en el Servicio de Oncologia del HELL y la inclusión de los fármacos y materiales necesarios a traves de la farmacia y almacén del hospital.
Informó del proyecto y de la necesidad de formación al resto de las enfermeras del equipo.
-JUNIO 2016-Susana Piqueras recibió formación en el servicio de Oncologia.
-Susana Piqueras y Carmen Delgado se encargaron de la organización y ubicación del material y de la guía de procedimiento.
Iniciaron la realización del procedimiento a demanda de un paciente.
-MAYO-OCTUBRE 2016- Susana Piqueras y Carmen Delgado realizaron formación individual de las enfermeras mientras se realizaba el procedimiento con un paciente,siempre tras su consentimiento.
-NOVIEMBRE 2016-Susana Piqueras y Carmen Delgado acudieron a la sesión clínica teorico-práctica realizada en el HELL sobre el procedimiento.
-DICIEMBRE 2016-Susana Piqueras y Carmen Delgado impartieron sesión clínica al resto de las enfermeras.Se entregó manual de procedimiento y tras exposición teorica se realizaron practicas en camara con membrana de simulación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se formó una enfermera en el Servicio de Oncologia por profesionales expertos, que habitualmente realizan la técnica.
-la formación individual con paciente fué realizada por el 69.23% de las enfermeras.
-La formación teorico-práctica con camara de simulación fue realizada por el 76.92% de las enfermeras.
-En la actualidad se dispone del material, medicación y ubicación que permite realizar este procedimiento de manera cómoda y segura para el paciente.
-Podemos ofrecer la posibilidad de realizar las extraciones sanguineas,lavado y sellado del reservorio e incluso administración de medicación en los pacientes portadores de éste dispositivo y que así lo soliciten.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-El procedimiento del uso de reservorio subcutaneo en nuestro centro es algo novedoso.Al ser un abordaje de via central a través de acceso periferico,nos hemos encontrado con cierto temor por parte de los profesionales que deben realizarlo.
-Con la adecuada formación y el conocimiento de los beneficios que aportan al paciente se ha conseguido la aceptación de ésta tecnica.
-Los pacientes a los que se les ha aplicado la técnica han manifestado su satisfacción.Esperamos seguir ampliando en lo sucesivo a aquellos que lo demanden.
-Queda pendiente la extensión de la práctica a la totalidad de las enfermeras y nuestra disposición para formar a enfermeras de otros equipos si así lo solicitan.

7. OBSERVACIONES.
-Manifestar nuestro agradecimiento a nuestras compañeras del Servicio de oncologia del HELL, Ascensión Vallejo y Ana Mª Blancas que han colaborado en nuestra formación y han estado dispuestas por su experiencia en la resolución de las dudas que les hemos planteado.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/608 ========== ***

Nº de registro: 0608

Título
IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE

Autores:
PIQUERAS LORIENTE SUSANA, TORCAL CASADO MARIA ROSARIO, DELGADO GUAJARDO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Variados, neoplasia, VIH, crónicos, hematológicos.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-Cada vez se realiza con mayor frecuencia, el implante de reservorio subcutáneo en pacientes crónicos, oncológicos, hematológicos y con VIH.
-En la actualidad, no es posible en el Centro de Salud, prestar asistencia a pacientes portadores de reservorio subcutáneo y que precisan lavado y sellado del mismo, realización de extracciones sanguineas de dicho reservorio o administración de tratamientos en pacientes terminales .
-La ausencia del material necesario asi como de la formación de los profesionales que realizan la técnica que son las enfermeras, imposibilita la realización de dicho procedimiento .
-El acceso venoso central mediante reservorios subcutáneos, constituye un sistema seguro y eficaz, que proporciona una mejor calidad de vida, ya que resultan muy cómodos para el paciente que se ve sometido a punciones venosas repetitivas, evitan la dificultad de canalizar vías periféricas, reducen el riesgo de flebitis del sistema venoso superficial, reducen el riesgo de infección y el dolor y facilitan la movilidad y el confort del paciente.
-Estas evidencias, pese a la existencia de algún inconveniente, justifican la utilidad de la puesta en marcha de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Dotar al centro de salud del material necesario y de la formación teorico práctica de los profesionales, para poder realizar,el procedimiento de atención a pacientes portadores de reservorio subcutáneo de manera habitual.

MÉTODO
-Rosario Torcal Casado
-Coordinar la formación de una enfermera en el servicio de oncología del Hospital Ernest LLuch.
-Solicitar y coordinar con el servicio de farmacia y almacén, la inclusión en el petitorio de los fármacos y materiales necesarios para realizar el procedimiento .
-Informar del proyecto a las enfermeras y de la necesidad de formación .

-Susana Piqueras Loriente
-Recibir formación en el servicio de oncología.
-Difusión del manual sobre el procedimiento de atención al paciente portador de reservorio subcutáneo, realizado en abril de 2016, por las enfermeras: Ascensión Vallejo y Ana Mª Blancas del Servicio de Oncología del HELL, revisado por la
Unidad de Calidad y aprobado por la Comisión de Dirección.
-Programar fechas de formación individual, adaptadas a las agendas de los profesionales.
-Realizar formación teórica y práctica en membrana de cámara de simulación.
-Realizar formación individual mientras se realiza el procedimiento con paciente, siempre tras su consentimiento.

-Carmen Delgado Guajardo
-Colaborar en la organización y adaptación de fechas de formación a las agendas y disponibilidad de los profesionales.
-Participar en la formación de dichos profesionales de forma individual mientra se realiza el procedimiento con paciente.
-Organizar, revisar y ubicar el material necesario y la guía de procedimiento en la sala de cirugía y mostrar al resto de las enfermeras del equipo.

INDICADORES
-1. Formación de una enfermera en el servicio de oncología: objetivo = 100%
-2. Realización de sesiones clínicas incluyendo formación teórica y práctica con cámara de simulación: objetivo= 100%
-3. Nº de enfermeras formadas en la realización del procedimiento con paciente bajo la supervisión de una enfermera adiestrada : objetivo= 50% de las enfermeras del Centro
(7 enfermeras)

DURACIÓN
-Mayo 2016: Iniciación del proyecto. Reunión organizativa de los componentes.
-Junio 2016: Formación de una enfermera en el Servicio de Oncología del HELL
y realización de acciones para disponer del material y fármacos necesaríos .
-Finales de junio : Organización del material en la sala de cirugía de laboratorio, e inicio de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0608

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL USO DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE

```
realización del procedimiento aplicado a un paciente.
-Octubre de 2016 : formación teórica y práctica en reservorio de simulación.
-De junio a febrero de 2017 y adaptado al calendario de pacientes que acudan portadores de reservorio, se
realizará la formación individual de la enfermeras.
-Febrero 2017: finalización del proyecto.



OBSERVACIONES


Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ...................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................: 4 Mucho

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0657

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CHARLEZ MILLAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRIENDO ORTILLES CERES
BERNAL FRANCO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Puesta en contacto con los directores de los centros escolares para ofertarles el programa " Salud en la escuela".
-Reunión con los responsables de los centros escolares y los responsables del proyecto para planificar la cronologia y localización de las sesiones.
-El colegio Augusta Bílbilis solicita un taller de primeros auxilios dirigido a profesores.
-El día 28 de Marzo de 2017 se realizo la sesión formativa teorico-practica de dos horas de duración.(Maniquies cedidos por la unidad docente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se formó al 100% de los profesores del colegio(35), alcanzando en las encuestas un 80% de satisfacción.
-La evaluación de conocimientos fué superada por el 100% de participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Es fundamental hacer educación sanitaria fuera de nuestro ámbito de trabajo, para mejorar la salud de la población y racionalizar y ordenar el uso del sistema sanitario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/657 ========== ***

Nº de registro: 0657

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO “SALUD EN LA ESCUELA”

Autores:
CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, BARRIENDO ORTILLES CERES, BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, ARANAZ VILLARTE MIGUEL, PARRILLA GIL MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras un primer contacto con los centros escolares de Calatayud mediante los talleres de RCP para alumnos de educación primaria, se recogieron sugerencias y necesidades formativas en materia de salud de los profesores de los colegios. Estas sugerencias han sido analizadas por parte de un grupo de profesionales, dando lugar a la creación de un grupo de trabajo, que atendiendo a las indicaciones de las “Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, Nº119 de 24 de junio de 2015.” Han decidido desarrollar unos talleres formativos dirigidos al personal docente de los centros educativos de Educación Infantil y Primaria respondiendo a las necesidades en materia de salud demandadas con el fin de mejorar la calidad de vida de los alumnos con enfermedades crónicas, detectar a tiempo conductas de riesgo o prestar una asistencia de calidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0657

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

en una situación de urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS
•Capacitar a los docentes en la realización de una asistencia sanitaria de calidad ante una situación que requiera una asistencia sanitaria o de urgencia.
•Instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre los Centros Educativos de Calatayud y el Centro de Atención Primaria.
•Visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria del Centro de Atención Primaria Calatayud Norte.

MÉTODO
Desde el centro de salud se envía a los 5 colegios una carta informativa presentándoles el proyecto e invitando a los directores de los centros a una reunión con los coordinadores de medicina y enfermería y los responsables del proyecto durante la primera quincena del mes de septiembre. En esta reunión se dará a conocer el desarrollo de las sesiones y se acordará localización, cronología y personal docente asistente.
Se han programado otros 3 módulos formativos dirigidos al profesorado, todos ellos siguen la misma metodología, un bloque teórico, uno práctico y uno dedicado a la resolución de conflictos, casos reales y dudas.
Toda la información que se presente en el taller, será recogida en una “Guía para la asistencia sanitaria no titulada en centros escolares” que se entregará a todos los colegios al finalizar las sesiones.

INDICADORES
Nº de profesores de educación infantil que participan en los talleres.
Nº de profesores de educación primaria que participan en los talleres.
Nº de profesores que aprueban el test de evaluación de conocimientos.
Grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas de los profesores respecto al tema presentado

DURACIÓN
Los talleres se realizarán durante el 2º y 3º trimestre del curso escolar 2016-2017 una vez concretada la disponibilidad de los colegios y del Centro de Salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0825

1. TÍTULO

FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGOPARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD.TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA LOPEZ GABAS
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL
BLAZQUEZ GIRON PILAR
UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se envió una carta informativa a los cinco colegios de Calatayud ofertandoles la formación.
-Solamente respondió el colegio Augusta Bílbilis solicitando formación sobre el acoso escolar.
-El equipo de trabajo, a pesar de que era un tema no ofertado se reunió en diferentes ocasiones para conocer los diferentes protocolos y sobre todo los de la comunidad autonoma, ya que consideró que era una conducta de riesgo.
-Teniendo conocimiento de que dentro del cuerpo de la policia local hay un responsable del acoso escolar, conocido en los colegios,mantuvimos una reunión con el concejal responsable de dicho cuerpo para coordinar criterios y actuaciones.
-Una vez todo coordinado se habló con el colegio para fijar una fecha.La actividad NO se realizó por problemas de calendario del colegio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se cumplió el objetivo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Que en éstas actividades debe de existir implicación por todas las partes.
-No fue un trabajo perdido,porque nosotros mismos aprendimos cosas que desconociamos,pero no se cumplió el objetivo que perseguiamos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/825 ========== ***

Nº de registro: 0825

Título
FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS

Autores:
LOPEZ GABAS MARIA LUISA, LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL, BLAZQUEZ GIRON MARIA PILAR, TORCAL CASADO MARIA ROSARIO, UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

Tras un primer contacto con los centros escolares de Calatayud mediante los talleres de RCP para alumnos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0825

1. TÍTULO

FORMACION EN PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGOPARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD.TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VIOLENCIA DE GENERO Y CONSUMO DE DROGAS

educación primaria, se recogieron sugerencias y necesidades formativas en materia de salud de los profesores de los colegios. Estas sugerencias han sido analizadas por parte de un grupo de profesionales, dando lugar a la creación de un grupo de trabajo, que atendiendo a las indicaciones de las “Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, Nº119 de 24 de junio de 2015.” han decidido desarrollar unos talleres formativos dirigidos al personal docente de los centros educativos de Educación Infantil y Primaria. De esta forma se responde a las necesidades en materia de salud demandadas con el fin de mejorar la calidad de vida de los alumnos, detectar a tiempo conductas de riesgo y dar apoyo formativo al profesorado.

RESULTADOS ESPERADOS
•Capacitar a los docentes para detectar conductas de riesgo susceptibles de trastornos de la conducta alimentaria, violencia de género o consumo de drogas.
•Instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre los Centros Educativos de Calatayud y el Centro de Atención Primaria.
•Visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria del Centro de Atención Primaria Calatayud Norte.

MÉTODO
Desde el centro de salud se envía a los 5 colegios una carta informativa presentándoles el proyecto e invitando a los directores de los centros a una reunión con los coordinadores de medicina y enfermería y los responsables del proyecto durante la primera quincena del mes de septiembre. En esta reunión se dará a conocer el desarrollo de las sesiones y se acordará localización, cronología y personal docente asistente.
Se han programado otros 3 módulos formativos dirigidos al profesorado, todos ellos siguen la misma metodología, un bloque teórico, uno práctico y uno dedicado a la resolución de conflictos, casos reales y dudas.
Toda la información que se presente en el taller, será recogida en una “Guía para la asistencia sanitaria no titulada en centros escolares” que se entregará a todos los colegios al finalizar las sesiones.

INDICADORES
Nº de profesores de educación infantil que participan en los talleres.
Nº de profesores de educación primaria que participan en los talleres.
Nº de profesores que aprueban el test de evaluación de conocimientos.
Grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas de los profesores respecto al tema presentado.

DURACIÓN
Las sesiones se van a realizar durante el curso escolar 2016/2017. Se programarán las actividades de forma conjunta entre ambos colectivos para que su desarrollo afecte lo más mínimo al trabajo ordinario de ambos colectivos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1165

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANDRES GARCIA TENORIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUENCA SEBASTIAN MIGUEL
DIEZ ADRADAS NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras solicitar listado de EPOC de nuestro centro realizamos dos sesiones formativas a médicos y enfermeras con el fin de conocer el indicador y su registro.
A mitad de periodo se solicito un avance de resultados.
-La segunda sesion se realizo de recordatorio despues del corte.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido que el 52.8% (Según cuadro de mandos) de los pacientes con EPOC se haya mejorado el registro de éste indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las sesiones formativas para aquellos indicadores de nueva implementación consiguen la mejora en sus resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1165 ========== ***

Nº de registro: 1165

Título
MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC

Autores:
GARCIA TENORIO ANDRES, CUENCA SEBASTIAN MIGUEL, DIEZ ADRADAS NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Conocidos los datos de la avaluación del año 2016 y viendo el bajo cumplimiento del indicador de registro de síntomas respiratorios en pacientes con EPOC analizamos la situación y se llega a la conclusión que puede ser debido a que el indicador es de nueva inclusión y a un fallo de registro por parte de los profesionales. Por ello nos planteamos que puede ser una acción de mejora para el año 2017.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención al paciente diagnósticado de EPOC.
Mejorar el registro de síntomas respiratorios en el último año en pacientes diagnosticados de EPOC y vistos en consulta en el periodo a analizar.

MÉTODO
Obtener un listado de los pacientes con EPOC de nuestra unidad
Realizar dos sesiones de formación interna orientada a conseguir un registro de calidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1165

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC

INDICADORES
Numerador-Pacientes con registro de síntomas respiratorios en el último año.
Denominador- Pacientes diagnosticados de EPOC que hayan acudido a consulta en el último año
Evaluación semestral

DURACIÓN
Abril- Mayo-Contactar para conseguir listados fiables de pacientes diagnosticados de EPOC.
Mayo- Reunión para difundir listados
Mayo- 1ªSesión formativa de registro en OMI de 1 hora de duración- Responsable Andrés Garcia Tenorio.
Junio- Evaluación primer corte
Septiembre-2ª Sesión formativa de registro en Omi de 1 hora de duración-Responsable Andres Garcia Tenorio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1166

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS PACIENTES, DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRO ENFERMERO: LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO TORCAL CASADO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUENCA SEBASTIAN MIGUEL
BLAZQUEZ GIRON PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se realizó una reunión con el EAP, para explicar donde conseguir un listado de los pacientes diagnosticados de EPOC por cada cupo médico.
-Posteriormente se realizaron dos sesiones formativas de registro en OMI encaminadas a la consecución del objetivo, dirigidas a médicos y enfermeras

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según datos del cuadro de mandos hemos conseguido mejorar el registro, alcanzando un 59,08%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental a la hora de mejorar un registro, tener una buena base de datos y sesiones formativas del registro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1166 ========== ***

Nº de registro: 1166

Título
MEJORA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRODEL DIAGNOSTICO ENFERMERO, LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS

Autores:
TORCAL CASADO MARIA ROSARIO, CUENCA SEBASTIAN MIGUEL, BLAZQUEZ GIRON MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante los datos de la evaluaccion del año 2016 y considerando que el diagnostico enfermero de limpieza ineficaz de las vías aéreas tiene un bajo cumplimiento por falta de registro, nos planteamos como acción de mejora para el año 2017, mejorar este indicador.

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar la atención al paciente diagnosticado de EPOC
-Mejorar el registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas en pacientes diagnosticados de EPOC y vistos en consulta de enfermaría en el último año.

MÉTODO
-Obtener un listado de los pacientes con EPOC de nuestra unidad
-Realizar dos sesiones de formación interna para enfermería orientada a conseguir un registro de calidad.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1166

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS PACIENTES, DIAGNOSTICADOS DE EPOC, EL REGISTRO ENFERMERO: LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS

% de pacientes diagnosticados de EPOC con registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas en el último año.
Evaluación semestral
Fuente de datos-Listados de pacientes con EPOC facilitados por la DAP
Estándar- 60%
Límite inferior 31
Límite superior 100

DURACIÓN
Abril-Mayo- contactar con la DAP para conseguir listados fiables de pacientes diagnosticados de EPOC
Mayo - Reunión para difundir listados
Mayo- 1ª Sesión formativa de registro en OMI de 1h de duraccion y Responsable Mª Rosario Torcal Casado.
Junio- Evaluación primer corte.
Septiembre2ª Sesión formativa de registro en OMI de 1h de duraccion y Responsable Mª Rosario Torcal Casado.
Diciembre - Finalización del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1167

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD.(ALUMNOS DE 6º DE PRIMARIA)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE PONCE LAZARO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABORDA HIGES FATIMA MARIA
SESAM MENDEZ CYNTIA
ANDREU BERZOSA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Puesta en contacto con los directores de los colegios ofertandoles el taller.
-Participaron el colegio Augusta Bílbilis y Francisco de Goya.
-Se realizó una charla formativa y un taller práctico para los profesores de los cursos a los que iba dirigido. Formandose trs profesores en el colegio Augusta Bílbilis y dos en el colegio Fancisco de Goya.
-En el colegio de Augusta Bílbilis se realizaron tres charlas formativas y tres talleres prácticos dirigidos a escolares de 6º de primaria,formandose 67 niños en grupos de 22-22-23.
-En el colegio Francisco de Goya se realizaron dos charlas formativas y dos talleres prácticos dirigidos a escolares de 6º de primaria, formandose 50 niños en grupos de 25.
-(Maniquies cedidos por la unidad docente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Participaron el 40% de los colegios de Calatayud.
-De los colegios que participaron se formaron el 100% de los profesores de los cursos a los que iba dirigido el taller y el 99,2% de los niños de 6º de primaria.
-La satisfacción alcanzada en las encuestas fué del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Es necesaria la educación para la salud en las escuelas para fomentar buenos hábitos y prevenir actitudes no deseadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1167 ========== ***

Nº de registro: 1167

Título
TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD

Autores:
PONCE LAZARO MARIA JOSE, GARCIA TENORIO ANDRES, BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cardiovascular
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos recogido las necesidades formativas,mediante encuestas, de los profesores y alumnos de los Colegios de educación primaria de Calatayud, siendo el tema prioritario teoría y práctica sobre RCP básica.
Esta formación se ha ofertado, desde el centro de salud,a todos los colegios de Calatayud.

RESULTADOS ESPERADOS
-Saber detectar y actuar ante una situación de emergencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1167

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR PARA PROFESORES Y ALUMNOS DE LOS CENTROS DOCENTES DE CALATAYUD.(ALUMNOS DE 6º DE PRIMARIA)

- Capacitar a los discentes para detectar una situación candidata de RCP y activar de forma rápida los servicios de urgencias.

MÉTODO
-Realizar una charla formativa, en cada colegio dirigida a profesores .
-realizar un taller práctico por colegio, dirigido a profesores.
-Realizar una charla formativa por colegio y clase de 6º de primaria
-Realizar un taller práctico por colegio y clase de 6º de primaria, con un números de alumnos no superior a 25 niños.
-Todas las charlas y talleres tienen una duración de 50minutos
Cambios previstos: Aprender a detectar y actuar ante una situación de emergencia por parte de los profesores y el alumnado.

INDICADORES
-% de asistentes que clasifican el curso como satisfactorio (Escala Lickert mayor o igual a tres.)
Estándar 50%
Límite inferior- 35%
Límite superior 100%

-% de Colegios de educación primaria de Calatayud que han participado.
Estándar -50%
Límite inferior-30%
Límite superior-100%
-% de Profesorado que ha participado según colegio
Estándar-30%
Límite Inferior-20%
Límite superior- 100%
-% de Alumnos que han participado según colegio
Estándar-90%
Límite inferior- 70%
Límite superior-100%
-Evaluación en el mes de Junio, al finalizar el curso escolar.
-Fuente de datos: Encuestas y listados de colegios.

DURACIÓN
Las charlas formativas tienen una duración de 15 minutos
Los talleres prácticos tienen un duración de 50 minutos
Las personas responsables son los mismos del proyecto
Inicio-Septiembre 2016
Finalización - Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1739

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN PEREZ TORNOS
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAYUS ABAD MARIA CRISTINA
MUR ASCASO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Educacion en los colegios, mediante charlas con ayuda de una presentación en Power- Point.Utilizamos un fantoma y un cepillo para enseñarles a cepillarse correctamente.
En estas charlas les hablamos de todo lo referente a su boca, como cuidarla, la dieta recomendable, intentamos que segun la edad de los niños a la que impartimos la charla sea lo más amena posible.
Cuando se acaba la charla les invitamos a que participen y pregunten si tienen alguna duda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los niños que han venido a la consulta a revisión hemos observado que si han mejorado en su higiene bucal.Observamos que los niños acuden a sus revisiones peirodicamente.
Los padres estan satisfechos, sus hijos lo han contado en casa y parece que estan motivados.
El profesorado que ha estado presente en las charlas ha quedado bastante satisfecho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es recomendable seguir haciendo educación a los niños que comienzen 1º de primaria.
Al resto de los alumnos seria interesante hacerles un recordatorio.
Es importante que estos niños sigan viniendo a las revisiones, con estas charlas educativas encontramos que se encuentran mucho más motivados.
Los niños no vienen temorosos a la revisión de su boca, ya no le es tan desconocida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1739 ========== ***

Nº de registro: 1739

Título
EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS

Autores:
PEREZ TORNOS MARIA CARMEN, MUR ASCASO CARLOS, LAYUS ABAD MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES BUCALES
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: OBJETIVO PROPIO DE LA USBD

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La caries es actualmente la enfermedad infecciosa más frecuente en la infancia, y puede ocasionar graves problemas de salud general. Los diferentes factores etiológicos implicados pueden estar condicionados por los profesionales que asisten al niño y su entorno. Las recomendaciones internacionales, insisten en la importancia de una primera consulta odontológica antes del año de edad, mientras que en España se observa que menos del 30% de los niños de 3 años han visitado alguna vez al dentista (RCOE. 2007).
En nuestra USBD, se observa que muchos niños presentaban una higiene bucal defectuosa (muy mal cepillados), con alto índice de caries.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1739

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A POBLACION PEDIATRICA EN LOS COLEGIOS

El año pasado impartimos sesiones educativas a 620 alumnos en 4 centros de educación primaria a distintos niveles (1º, 4º, 5º y 6º) para potenciar la higiene bucodental a través de actividades educativas lúdicas y prácticas, fomentando la responsabilidad y la autonomía en el cuidado bucal de los escolares. La evaluación de la actividad ha sido positiva y bien valorada por parte de los niños, los profesores y los padres. Se observa un aumento de la demanda de las revisiones periódicas al dentista a petición de los propios niños quienes se lo piden a sus padres.

RESULTADOS ESPERADOS
El programa Educación para la salud Bucodental en la escuela tiene como objetivos que el alumnado:
• Adquiera conocimientos sobre la salud bucodental.
• Adopte actitudes positivas hacia al cuidado bucodental.
• Adquiera habilidades para cuidar su salud bucodental.

MÉTODO
Desde la Dirección de AP se enviará una carta a los Directores de todos los centros escolares de Calatayud, ofertando la actividad.
Elaboración de una presentación power-point, adecuado a la edad de los niños.
Sesiones educativas para la mejora en el cepillado a los niños de los cursos: 1 º,2 º y 6º de primaria de los cinco colegios de Calatayud y en el de Educación Especial.
Se utilizará fantoma y cepillo gigante, para la demostración del cepillado correcto (material de la Unidad de Salud Bucodental).
A los niños más pequeños se les entrega un diploma para pintar

INDICADORES
1. Numero de charlas informativas realizadas en el año
2. nº de escolares a los que se les ha impartido las charlas
3. nº de colegios de educación primaria en los que se ha impartido el programa / total colegios de educación primaria
4. Encuesta de satisfacción al profesorado de los colegios
5. Encuesta de hábitos adquiridos de los escolares a los padres

DURACIÓN
La actividad comienza en el primer trimestre de 2017 y finaliza en el segundo trimestre, al finalizar el curso escolar.
Encuesta de satisfacción al profesorado de los colegios
Encuesta de hábitos adquiridos de los escolares a los padres

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA BERNAL FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHARLEZ MILLAN CARMEN
HERNANDEZ GIL RUT
BARRIENDO ORTILLES CERES
CAUSAPE GRACIA SARA
MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA
JILAVENAU CORINA MARIA
SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.Elaboración de un proceso clínico asistencial del paciente con faringoamigdalitis a todo áquel que acude al centro de salud en horario de Atención Continuada. El equipo se reunió en varias ocasiones para planificar las actividades a realizar, delimitar las funciones de cada integrante del proyecto y especificar las acciones que posteriormente se llevarían a cabo .Abril 2018

2. El 4 de Abril de 2018 se presentó en sesión clínica el Proyecto de Mejora ante los miembros de los distintos equipos de AP de Calatayud Norte y Sur.

3 .Elaboración de una Infografía y publicada en los distintos boxes de Urgencias. Abril 2018

4. Creación de una hoja de registro con distintas variables: Edad,sexo,historia clínica,centro de salud al que pertenecen,alergias medicamentosas,tratamiento antibiótico previo,tratamiento antibiótico actual, cuantificación de criterios de Centor, resultado de STP test,el tipo de tratamiento y seguimiento posterior. Abril 2018

5 .Elaboración de una hoja de instrucciones de STP dónde se explica de forma detallada la realización del STP Test . Abril 2018

6 .Solicitud a la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud los Kits de STP Test . Abril del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NDICADOR 1 :% Profesionales sanitarios de Atención Continuada que asisten a la sesión clínica de presentación de proceso. El 4 de Abril de 2018 se realizó la presentación del Proyecto de Mejora en la Biblioteca del Centro de Salud. Los docentes fueron Ceres Barriendo y Cristina Bernal y contó con la asistencia de 31 miembros de equipo de Calatayud Norte y Sur. Los asistentes a la presentación fueron 31 profesionales de los cuales 20 realizan jornada de Atención Continuada, obteniendo un porcentaje de 64%. Valor a alcanzar 60%

INDICADOR 2 :% Pacientes que presentan síntomas de faringoamigdalitis aguda con dos o más criterios de Centor a los que se le han realizado el test. Se ha obtenido un porcentaje del 100 % ya que a todos que presentaron clínica compatible con faringoamigdalitis aguda se les realizó el test con dos o más criterios de Centor. Se ha realizado el test a 88 pacientes, 10 quedan registrados como desplazados,5 son vistos en Calatayud Sur y los otros 5 en Calatayud Norte,9 se desconoce su procedencia y el resto Calatayud Norte 74 y el Centro de Calatayud Sur 14 .Con cuatro criterios de Centor se registraron: 18 pacientes : 11 resultado positivo (61,1%) y 7 resultados negativo (38,9%) Tres criterios de Centor : 46 pacientes, 20 resultado positivo (43.5%)y 26 negativo (56,5%)y dos criterios de Centor : 24 pacientes : 10 pacientes resultado positivo (41,7%) y 14 negativo (58,3%).Valor a alcanzar 100%

INDICADOR 3 :% Pacientes a los que se le han realizado test STP Test y su resultado ha sido positivo Un total de 41 (46,6%) pacientes el resultado fue positivo de 88 a los que se le realizó el test,un total de 47(53,4%) el resultado fue negativo Valor a alcanzar 75%

INDICADOR 4 :% Pacientes pediátricos con cualquier antibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda / pacientes menores de 14 años con prescripción de Penicilina V o fenoximetilpenicilina (modificación de indicador respecto al anterior por fallo en su elaboración).
Hubo 37 pacientes menores de 14 años (42%), De estos 37, 21 pacientes dieron positivo en el STP test (56,8%) y 16 fueron negativos (43,2%). De los 21 menores positivos, 16 recibieron Penicilina V (76.2%) y el resto Amoxicilina (23.8%).

INDICADOR 5: % Pacientes que han acudido a consulta de su médico de familia y/o pediatra en los 7 días posteriores.
De los 61 pacientes a los que se les ha realizado el seguimiento han acudido de nuevo a consulta en los siete días posteriores al tratamiento :11 pacientes (18%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

De estos 11 pacientes, ocho tuvieron un STP test positivo: cuatro de ellos acudieron a consulta por revisión con buena evolución, uno de ellos presentó reacción urticariforme, otro púrpura de Scholein Henoch y el último un absceso periamigdalino, y otro por cambio de antibiótico prescrito en otra comunidad autónoma.
Tres presentaron STP negativo: dos acudieron por control de evolución siendo favorable y un tercero por un absceso periamigdalino con posterior ingreso en hospital (el hecho de que obtengamos un absceso en un STP negativo hace pensar que quizá la recogida del frotis faringeo no fue correcta).
Del resto de pacientes a los que se les realizó un test no hubo seguimiento por ser desplazados (14 pacientes)y mal registro de datos (10 pacientes). Quizá también comentar que 1 pertenecía a compañía privada. Valor a alcanzar 25%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con los datos obtenidos en el proyecto de Mejora se observa que ha habido un correcto uso del medicamento, obteniendo un beneficio que se refleja en el estado de salud del paciente, junto con una minimización de costes y del riesgo, ya que la prescripción adecuada del medicamento logra evitar efectos secundarios, interacciones medicamentosas, así como, menos resistencias.
Se recomienda seguir el protocolo y continuar con la utilización del Streptotest por su sencillez, por el ato grado de aceptación obtenido en la consulta de Atención Continuada, ya que todos los pacientes accedieron a la realización del test y aceptaron la prescripción, no habiendo rechazo de la misma.
Recalcamos la importancia de continuar con las directrices seguidas hasta hora, pues durante este periodo se ha logrado el objetivo marcado: aliviar,curar,frenar el gasto innecesario y un uso racional del antibiótico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/460 ========== ***

Nº de registro: 0460

Título
USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Autores:
BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, HERNANDEZ GIL RUTH, BARRIENDO ORTILLES CERES, CAUSAPE GRACIA SARA, JILAVEANU CORINA MARIA, MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA, SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La faringitis o faringoamigdalitis es uno de los motivos asistenciales más frecuentes de consulta en Atención continuada y una de las razones por las cuales se prescribe antibiótico. El principal agente responsable entre las causas bacterianas es el STP Pyogenes o STP Betahemolítico del grupo A.
Las escalas de valoración clínica (Criterios de Centor)son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se debe practicar la técnica de detección rápida de Ag estreptocócico (TDR) dicho test presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, sin su empleo, se tiende a sobrediagnosticar faringoamigdalitis aguda con la consiguiente precripción innecesaria de antibiótico.
Actualmente disponemos en nuestro centro de salud Alere TestPack StrepA con una Sensibilidad:97% y Especificidad del 98.4%..

RESULTADOS ESPERADOS
Dagnóstico de faringitis estreptocócica grupo A mediante test a todos los pacientes que acuden a nuestro CS con dos o más criterios de Centor.

-Diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis aguda por Streptococo B hemolítico del grupo A o Streptococcus pyogenes del resto de faringoamigdalitis (víricas, STP grupo C y G, anaerobios..)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

-Tratar de forma eficiente faringoamigdalitis aguda y optimización de uso de Antibiótico.

-Evitar el contagio por STP betahemolítico del grupo A, en la comunidad para romper la cadena epidemiológica.

-Disminuir la resistencia antimicrobiana en la comunidad al tratar unicamente las indicadas.

-Disminuir la variabilidad diagnóstica.

MÉTODO
1. Elaborar el proceso clínico- asistencial del paciente con faringoamigdlalitis aguda en todo paciente que acuda al centro de salud en horario de Atención Continuada. En niños menores de 4 años, es muy común la etiología viral. Además, la prevalencia de portadores de EBHGA es alta y la identificación estreptocócica con la prueba del Strep A carece de significado. Si hubiese alguno de los criterios suplementarios, podría considerarse hacer una determinación de Strep A:
Brote comunitario por EBHGA.
Paroniquia.
Impétigo.
Lengua en frambuesa.
Rash escarlatiniforme
2.Presentación de dicho proceso a todos los profesionales del EAP Norte, Sur, SUAP y Atención Continuada .
3.Solicitar a la Dirección Atención Primaria Kits de Streptococo beta Hemolítico
4. Elaborar una infografia con los criterios diagnósticos y el tratamiento indicado,que sirva como referencia a los profesionales en las salas de urgencia.
5. Elaborar una hoja de registro con
Los datos de identificación del paciente, nombre, edad, sexo,
Alergias farmacológicas.
Criterios de Centor.
Tratamiento antibiótico.
Toma de antibiotico previo.
Presencia de cuadro de faringoamigdalitis en contexto familiar.
Nueva consulta posttratamiento.

INDICADORES
INDICADOR 1: % Profesionales sanitarios que asisten a la sesión clínica de presentación del proceso.
Valor a alcanzar : 60%.
limite superior: 100%
Limite inferior : 50%

INDICADOR 2: % de pacientes que presentan síntomas de faringoamigadalitis aguda con 2 o mas criterios de Centor a los que se les ha realizado el test.
Valor a alcanzar 90%
Limite superior: 100%
Limite inferior 80%.

INDICADOR 3: % Pacientes a los que se la ha realizado test STP A y su resultado ha sido positivo.
Valor a alcanzar: 75%
Límite superior :83%
Límite inferior: 45%

INDICADOR 4: % Pacientes menores de 14 años con prescripción de penicilina V, o fenoximetilpenicilina y diagnostico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda / los pacientes pediátricos con prescripción de cualquier antitibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda.
Valor a alcanzar mayor de 90%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 80%

INIDICADOR 5 % de pacientes que han acudido a la consulta de su médico de familia y/o pediatra en los primeros 7 días por este motivo.
Valor a ancanzar :25%
Límite superior: 30%
Límite inferior: 5%.

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio : Mayo 2018
Sesión informativa: 1º quincena de mayo 2018
Solicitud de Kit: 1ª quincena de mayo 2018
Hoja de registro: 1:ª quincena de mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Infografía::1ª quincena de mayo 2018
Captación de pacientes: desde 2ª quincena de mayo 2018 hasta final diciembre de 2018

Evaluación intermedia : Octubre 2018

Fecha prevista de finalización : 2ª quincena de diciembre de 2018

Evaluación final . 2ª quincena de diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0477

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE IGNACIO PERALES MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA
ALCAZAR MORTE MARIA JESUS
NAVARRA VICENTE BEATRIZ
LAFUENTE HIDALGO MIGUEL
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ
GALLEGO VELA SANTIAGO
PARRA FORMENTO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones trimestrales entre los pediatras de AP del Sector Calatayud y los FEA Pediatría del Hospital.
1º Virginia Gimenez: " Patología relacionada con el gluten" 13 de marzo 2018
2º Miguel Lafuente: "Crisis en contexto febril" 08 de mayo 2018
3º Carla Martínez: "Fluidoterapia en la infancia" 25 de septiembre 2018
4º Beatriz Navarra: "Aspectos éticos y legales en Pediatría" 6 de noviembre 2018

2 sesiones extraordinarias:
1º Sonia de la Fuente (Dermatologia HELL): "Dermatitis Atopica" 22 de mayo 2018
2º María Dolores Miramar (Genética HUMS): "Actualización diagnóstico genético enfermedades pediatricas" 23 de octubre 2018
3º Unidad Paliativos HUMS. "Cuidados paliativos pediatricos en Aragón" 20 noviembre 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Número de sesiones conjuntas realizadas entre ambos niveles asistenciales. Mínimo: 6, máximo 15. TOTAL: 7
- Número de profesionales implicados que asisten a las sesiones conjuntas. HAN ASISTIDO ENTRE 7 Y 11 PROFESIONALES.
- Cobertura de todos los centros de salud del área. SI
- Número de profesionales ajenos a la Pediatría que coordinan una reunión. 3 SESIONES EXTRAORDINARIAS
- Encuesta de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria y Especializada. REALIZADA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido muy gratificante y enriquecedor a nivel personal y profesional para compartir experiencias, comentar casos del dia a dia y actualizar conocimientos en determinados campos.
Se ha conseguido el objetivo final que era mejorar la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/477 ========== ***

Nº de registro: 0477

Título
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Autores:
PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO, GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA, ALCAZAR MORTE MARIA JESUS, NAVARRA VICENTE BEATRIZ, LAFUENTE HIDALGO MIGUEL, ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ, GALLEGO VELA SANTIAGO, PARRA FORMENTO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PEDIATRIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0477

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Atención Primaria del paciente pediátrico se desarrolla alrededor de la labor asistencial, incluyendo tanto las revisiones del niño sano, como la atención a las demandas urgentes. En ocasiones, se precisa la Atención Especializada para el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento del paciente. La comunicación y coordinación entre niveles asistenciales resulta fundamental para implementar la asistencia y mejorar la calidad de la atención.
Se hace necesario organizar reuniones periódicas con los pediatras de su Área, y mucho mejor si en ellas participa el Servicio de pediatría del hospital de referencia. Es una buena oportunidad para el conocimiento personal y de las posibilidades y limitaciones de cada uno; y esta organización zonal pediátrica podría aportar también soluciones a la creación de guías de actuación conjuntas, atención continuada, sustituciones, etc.
Para ello proponemos un programa colaborativo entre los dos niveles asistenciales en el que se resolverán las necesidades asistenciales diarias y se realizarán sesiones científicas actualizadas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar de la calidad asistencial del paciente pediátrico.
- Implementar la coordinación entre niveles asistencial.
- Gestionar los recursos sanitarios de la forma más eficiente.
- Actualización en patologías pediátricas más prevalentes.

MÉTODO
Se planificarán reuniones periódicas entre el servicio de Pediatría del Hospital Ernest Lluch y los distintos pediatras de Atención Primaria del sector Calatayud para actualizar las patologías más prevalentes y relevantes del campo de la Pediatría. Cada sesión estará coordinada por uno de los pediatras del Equipo, que será el encargado de la elección del tema a revisar. La periodicidad será bimensual o trimestral en función de las necesidades asistenciales. La duración aproximada será entre 60-90 minutos y se realizarán en la Biblioteca del Hospital Ernest Lluch. A su vez, se propondrán reuniones extraordinarias, coordinadas por profesionales de otras Especialidades, sobre temas de interés para la Pediatría (Dermatología, Traumatología, Genética, etc). Todas las actividades serán acreditadas por parte de la Comisión de Formación Continuada y será necesario realizar un control de la asistencia a las mismas mediante recogida de firmas.
Se intentarán colgar en una plataforma la mayoría de las sesiones realizadas.

INDICADORES
- Número de sesiones conjuntas realizadas entre ambos niveles asistenciales. Mínimo: 6, máximo 15.
- Número de profesionales implicados que asisten a las sesiones conjuntas.
- Cobertura de todos los centros de salud del área.
- Número de profesionales ajenos a la Pediatría que coordinan una reunión.
- Encuesta de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria y Especializada.

DURACIÓN
Marzo 2018 - Junio 2018: Ordenar y seleccionar fechas, ponentes y temas a revisar.
Junio 2018 - Junio 2019: Puesta en marcha de las reuniones con periodicidad indicada anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0533

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS LOPEZ FELEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIQUERAS LORIENTE SUSANA
PONCE LAZARO MARIA JOSE
CHARLEZ MILLAN CARMEN
BERNAL FRANCO CRISTINA
DELGADO GUAJARDO CARMEN
TORRA CUIXART CARMEN
IBAÑEZ CATALAN PEÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- 1ª Reunión Equipo (14.00h). 16-04-18. Planificar cronograma. Envío a todos colegios del Proyecto. Se queda con las distintas direcciones de los centros, que fijen una fecha tras la reunión de claustro al comenzar el curso 2018-19.
2.- 2ª Reunión Equipo (14.00h). 26-09-18. Se concretan días de asistecia a los distintos colegios. Se acuerda acudir, mínimo, 2 personas del equipo por cada vía y colegio. Se confecciona y perfila Powerpoint a exponer durante los talleres.
3.- Taller en Colegio Augusuto Bilbilis (09.00h). 12-12-18
4.- Taller en Colegio Baltasar Gracián (09.00h). 24-01-19
5.- Taller en Colegio Francisco de Goya (09.00h). 13-2-19
6.- Taller en Colegio Santa Ana (09.00h). 05-03-19
7.- Taller en Colegio Salvador Minguijón (09.00h). 13-03-19
8.- 3ª Reunión Equipo (14.00h) 13-03-19. Análisis de objetivos alcanzados y grado de impacto del programa. Conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% alumnos que han asistido a los Talleres, planteándose un objetivo >80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de los talleres ha sido muy positiva. L@s alumn@s han comprendido claramente la importancia de una buena formación en RCP básica, así como un buen aprovechamiento de los recursos disponibles (teléfono 061, 112, ambulancias) que ell@s mismos pueden tener que utilizar en cualquier momento.
Los docentes igualmente han quedado muy satisfechos, llegando incluso a plantear por su parte la extensión de dicha formación hacia ell@s mism@s.
Por todo ello, vemos necesaria la continuación de dicho proyecto, dado que la reanimación cardiopulmonar básica es el pilar principal en casos de parada cardiorespiratoria: sin una RCP básica, la avanzada es completamente ineficaz.
Y es especialmente importante hacerlo en las aulas, pues los niñ@s desde pequeñ@s es importante que tomen conciencia sobre ello. A ello se une que son unos estupend@s transmisores de información en su entorno familiar y cercano, lo que les confiere un valor añadido.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/533 ========== ***

Nº de registro: 0533

Título
TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS Y CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

Autores:
LOPEZ FELEZ CARLOS, PIQUERAS LORIENTE SUSANA, PONCE LAZARO MARIA JOSE, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, DELGADO GUAJARDO CARMEN, TORRA CUIXART CARMEN, IBAÑEZ CATALAN PEÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0533

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Es importante destacar que los niños y los jóvenes son excepcionales agentes de transformación de los adultos. La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) no se encuentra al margen, y su aprendizaje también impacta en ellos, tal como sucede con otras enseñanzas.
La importancia de la enseñanza de RCP en los colegios ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a lanzar su campaña “Kids Save Lifes” (los niños pueden salvar vidas). Esta campaña aconseja enseñar en las escuelas RCP y manejo del DEA a todos los niños del mundo empezando a los 10 años.
En cuanto a la edad ideal o aconsejable para que los niños sean entrenados, se podría decir que un buen momento es entre los 6 y 12 años, en la escuela primaria, y realizar un re entrenamiento en la enseñanza secundaria. Existen estudios que muestran que es muy sencillo implementar programas de entrenamiento en adolescentes entre 12 y 14 años.
Es por ello, y como continuidad a los talleres realizados en años previos, por lo que se propone dicho proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
- Lograr una adecuada difusión de la importancia de la RCP como instrumento básico para salvar vidas.
- Capacitar a profesores y alumnos de los centros educativos públicos y concertados de 6º Primaria en la identificación y actuación en situaciones de emergencia que requiera RCP mediante la realización de talleres teórico-prácticos.

MÉTODO
- 1ª Reunión del grupo de mejora, con el fin de determinar actividades a realizar y reparto de las mismas
- Contactar vía telefónica con los Directores de los centros educativos para explicar objetivos, características, y duración de los talleres. A continuación, se les remitirá invitación formal por correo ordinario.
- Programar sendas reuniones del Responsable del presente proyecto, con los Directores o responsables de cada colegio que acepte su participación, con objeto de concretar fechas para realización de talleres formativos.
- 2ª Reunión, con objeto de planificar talleres y audiovisuales teórico-prácticos, así como elaborar test de examen, encuestas de satisfacción y diplomas acreditativos.
- Solicitud a Unidad Docente de maniquí de simulación para realizar prácticas de RCP
- Realización de talleres formativos de carácter teórico-práctico en colegios. Consistirá en una breve exposición de no más de 15’ duración, de diapositivas para fijar los conceptos de Emergencia, Cadena de Supervivencia, técnica de RCP. Posteriormente se emitirá un video resumen de todo ello con un caso práctico, para finalizar con prácticas dirigidas de la realización de una correcta RCP.
Posteriormente se realizarán talleres prácticos donde se instruirá a los alumnos en la correcta técnica de RCP. Para ello se dividirán en 3-4 grupos, estando al cargo de cada uno de ellos un docente del centro de salud.
Finalmente, se realizará breve examen teórico, tanto previo como posterior a dicha actividad, para comprobar la fijación de los conceptos transmitidos y se les otorgará a cada alumno Diploma simbólico donde se acredita que han finalizado con éxito dicha actividad.
Se pasará encuesta de satisfacción.
- 3ª Reunión, con el fin de realizar la evaluación final e impacto del programa formativo teórico-práctico

INDICADORES
- % colegios que participan en los talleres: >80%
- % alumnos que participan en los talleres: >80%
- % alumnos que aprueban el test de evaluación final: >90%
- % profesores que aprueban el test de evaluación final: >90%

DURACIÓN
- Abril 2018: 1ª reunión del grupo de mejora, con objeto de redacción del presente proyecto.
- Mayo-Junio 2018: contacto de la persona responsable del proyecto con los distintos centros educativos y exposición del proyecto.
- Septiembre 2018: contestación de participación de centros educativos en el proyecto.
- Septiembre 2018: 2ª reunión, para delimitar tareas.
- Desarrollo de los talleres teórico-prácticos en centros educativos. La fecha dependerá del calendario escolar del año 2018/19.
- 3ª reunión, tras fin de talleres en todos los centros. Redacción de memoria y conclusiones.

OBSERVACIONES
En dependencia de la disponibilidad de aulas y del número de alumnos, se ajustarán los números de talleres a realizar, así como las fechas de los mismos. Dependemos en gran medida del calendario escolar.

Antigua línea:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0533

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0567

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA PIQUERAS LORIENTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORCAL CASADO MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-FEBRERO 2018- Exposición del proyecto a todo el personal,en una reunión de equipo.
-Solicitud de estupefacientes (Morfina y Dolantina) Elaboración de norma de ubicación y control.
-MAYO 2018-Elaboración de catalogo de actividades de urgencias.

-Elaboración de la hoja control, donde se recoge la actividad a realizar, quien la tiene

que realizar y la firma de la persona que la realiza. Con un apartado para cualquier

observación de mejora o de incidencia en el control

-Elaboración de planilla con el calendario anual para la solicitud de pedido de

material sanitario y medicación.

-JUNIO 2018-Reunión de enfermeras y aux de enfermería para presentar los registros de las

actividades.

-Se informa de la puesta en marcha del proyecto al Coordinador médico para que lo

comunique al resto de MAP, SUAP y MAC para su conocimiento y colaboración.

- JUNIO 2018 – Se realiza un taller para todo el personal sanitario sobre carro de paradas y

medicación. Incluido material de ventilación e intubación. Y localización de todo

el material.

JUNIO-JULIO- Valoración de hojas de registro de firmas y cumplimentación de actividades.

SEPTIEMBRE- Reunión de enfermería y aux de enfermería exponiendo la evolución del proyecto y

correcion de fallos.

OCTUBRE- Se realiza taller de RCP básica dirigido a personal no sanitario y aux de enfermería.

OCTUBRE- Taller dirigido a todo el personal sobre uso de DEAS y presentación de los modelos

que tenemos en el servicio, con sus normas de mantenimiento.

NOVIEMBRE – Elaboración de los stocages del material que debe de haber en el servicio tanto en

fungible como medicación.

SEPTIEMBRE-DICIEMBRE – Valoraciones trimestrales de las hojas de firma y registro de

actividades

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En la primera evaluación después de los dos meses de su puesta en marcha, se detecta falta de registro de actividades y firma y solicitudes de material al servicio de almacén (Según lo marca el calendario de pedidos).Después de una nota recordatoria esto se subsana, según se constata en las evaluaciones trimestrales.

-En el indicador de registro de actividad nos marcamos como objetivo 80% y se ha conseguido un

93,45%
-En los indicadores de formación el resultado ha sido:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0567

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Formación sobre carro paradas- Objetvo 80% Alcanzado-87%

RCP Básica para personal no sanitario- Objetivo 80% Alcanzado-66,6%

Taller uso DEAS – Objetivo 80% Alcanzado-89,28%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-La elaboración de normas de organización y funcionamiento y el control de su cumplimento mediante el registro de firmas crea un hábito en el personal del Servicio de Urgencias que conducen a una mayor implicación y responsabilidad.

Todo ello ha repercutido en:

Mejorar el orden y limpieza del servicio.
Realizar solicitudes de material y medicación de forma racional y acorde a las previsiones de consumo.
Aumentar la seguridad clínica del paciente con un mejor control y vigilancia de caducidades.
Aumentar la seguridad clínica del paciente con el control y vigilancia correcto de desfibriladores, aspiradores, balas de oxigeno, pulsiosimetros, nebulizadores, termómetros etc.
Conocimiento por parte del personal de nueva incorporación de la existencia de normas y rutina de control.
Mejor formación e información del personal no sanitario en cuanto a maniobras de RCP y uso de desfibriladores.
Mejor información de los profesionales sanitarios que no realizan atención continuada de la localización de todo el material en caso de necesitarlo ante una urgencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/567 ========== ***

Nº de registro: 0567

Título
MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Autores:
PIQUERAS LORIENTE SUSANA, TORCAL CASADO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad Clínica

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a las características del Servicio de Urgencias del Centro de Salud Calatayud Norte:
Por una parte la gran variabilidad y rotación del personal que presta sus servicios: equipo de Atención Primaria, SUAP, refuerzos del Centro de Salud y del Sector, personal sustituto y personal de mañanas que realiza la atención urgente.
Por otra parte la ausencia de normas y de manual de organización y funcionamiento referentes al control de material fungible, medicación y aparataje, conducen a una situación de falta de implicación y de asunción de responsabilidad de dichos profesionales que pueden derivar en un deficiente funcionamiento del servicio.
Ante esta situación consideramos preciso realizar una intervención sobre normas de la gestión del Servicio de Urgencias con el fin de mejorar la calidad de asistencia y seguridad del paciente atendido.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos del proyecto van enfocados a mejorar la gestión del servicio y a aumentar la seguridad clínica del paciente, mediante la realización de diferentes actividades.
Formar al 80% del personal de equipo,Suap y refuerzos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0567

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Cumplimentación de actividades en un 80%

MÉTODO
Designación de las actividades diarias a realizar por el personal de guardia y auxiliar de enfermería encargada del servicio, y registro de las mismas.
Elaboración de stocage de material fungible y medicación.
Elaboración de un calendario para la solicitud de pedidos.
Elaboración de un cuadro resumen para colgar en las consultas del servicio y que sirvan de recordatorio de las actividades a realizar cada día.
Reuniones (Con registro de firmas) para el personal del equipo,Suap y refuerzos para dar a conocer el proyecto y sus actividades, así como el sistema de registro.
Talleres dirigidos al personal que no hace guardias para mostrar la ubicación del material y medicación con el fin de facilitar la asistencia en caso de una urgencia.
Talleres para todo el personal sobre el uso de nuestros desfibriladores y del material de ventilación e intubación.
Talleres de RCP básica para personal no sanitario y aux de enfermería.
Tallers de RCP avanzada par médicos y enfermeras.
Se realizará una valoración mensual los tres primeros meses de su puesta en marcha y posteriormente se realizarán valoraciones trimestrales.
Realización de charlas recordatorias de refuerzo en función de los resultados de las valoraciones.

INDICADORES
La evaluación se realizará mediante la valoración de la hoja de actividades con el control de firma de haber realizado la actividad.
Mediante hoja de control de firma de haber realizado la formación.
Los indicadores son de resultado:

Nº de personas formadas
---------- X 100
Nº de personas de plantilla

Nº de días con registro de actividades
---------- X 100
Nº total de días

DURACIÓN
Elaboración de calendario de pedidos, normas,actividades diarias, hoja de firmas y cuadro resumen. ABRIL -MAYO 2018
Reunión informativa JUNIO 2018
Realización de talleres A LO LARGO DE 2018
Valoraciones mensuales JUNIO-JULIO 2018 y posteriormente TRIMESTRAL
Evaluación del proyecto DICIEMBRE 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0585

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 04/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANTONIA UBIDE MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO TEJERO ANTONIO
PEREZ SANZ EVA
PARRILLA GIL MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIÓN EQUIPO DE MEJORA PARA ANÁLISIS DE CAUSAS:15-05-2018

REUNIÓN EQUIPO DE MEJORA PARA PROPUESTA DE MEDIDAS CORRECTORAS Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES:22-05-2018

REUNIÓN CON FARAMACÉUTICA DE SECTOR PARA RECABAR INFORMACIÓN SOBRE PACIENTES EPOC CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:06-06-2018

REUNIÓN CON NEUMÓLOGOS DE ZONA PARA INTENTAR CAPTAR RESULTADOS DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS DEN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA:02-11-2018

REUNIÓN INFORMATIVA CON LOS MÉDICOS DE CENTRO DE SALUD PARA COMUNICARLES EL MÉTODO DE RECEPCIÓN Y REGISTRO DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS TANTO EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO EN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA:03-11-2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha realizado medición porque alguna de las medidas correctoras se ha iniciado tras el acuerdo con especializada en mes de Noviembre,por lo que se continuará con el proyecto durante el año 2019
Queda pendiente sesión de formación en cuanto a interpretación de espirometrías por parte de Neumólogos de zona.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El EAP debe continuar insistiendo en la capatición de pacientes con hábito tabáquico,en la realización de el espirometría y en el registro de resultados .

7. OBSERVACIONES.
Con motivo de la última convocatoria de movilidad voluntaria,la responsable del equipo de mejora ya no pertenece al EAP Calatayud Norte desde 05-11-2018,por lo que en próximas fechas se designará nuevo responsable.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/585 ========== ***

Nº de registro: 0585

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

Autores:
UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA, NAVARRO TEJERO ANTONIO, PEREZ SANZ EVA, PARRILLA GIL MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0585

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

PROBLEMA
La prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población (el 15,1% en varones y el 5,7% en mujeres) de entre 40 y 80 años, según determinó el estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) en 2007, que continúa siendo el último gran estudio epidemiológico realizado sobre esta enfermedad en España.
La EPOC se caracteriza también por un importante infradiagnóstico, cifrado en el 73% en la población española, por el mismo estudio EPI-SCAN.
Tras la evaluación de los indicadores de acuerdos de gestión del año 2017 en el EAP Calatayud Norte, hemos detectado la escasa evolución en los últimos dos años en nuestro Centro en cuanto al indicador “razón entre prevalencia de EPOC registrada en relación a la prevalencia estimada en el estudio EPI-SCAN (>0,6-1)”. El porcentaje de mejora de dicha razón en 2017 ha sido de 3,12%.
Suponemos que además de los casos no diagnosticados debemos de considerar aquellos en los que el registro no se ha realizado correctamente.
Es por ese motivo que iniciamos el presente proyecto de mejora para analizar las causas e iniciar las medidas correctoras con el objetivo de acercar los resultados a los esperados para la población asignada a nuestro Centro.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Analizar las posibles causas de los malos resultados del indicador PREVALENCIA DE EPOC.
2. Mejorar en la detección de pacientes con hábito tabáquico y potenciales pacientes con EPOC.
3. Aumentar el número de espirometrías, para conseguir mejorar el diagnóstico de EPOC en potenciales pacientes por edad y hábito tabáquico.
4. Mejorar la recaptación de pacientes diagnosticados y en seguimiento por especialista.
5. Garantizar la capacitación de los profesionales del EAP para la interpretación de las espirometrías.
6. Mejorar el registro de EPOC en OMI.

MÉTODO
1. Reunión del Equipo de Mejora para analizar las causas de los malos resultados del indicador PREVALENCIA DE EPOC y proponer medidas correctoras.
2. Iniciar procedimiento de comunicación con especialista para compartir resultados espirométricos, con la intención de no duplicar pruebas, en ocasiones de especial dificultad en algunos pacientes.
3. Organizar sesiones formativas para los profesionales en relación con:
- Detección y registro de pacientes con hábito tabáquico.
- Criterios para realización de espirometrías con el fin de detectar pacientes con EPOC.
- Interpretación de espirometrías.
- Registro de EPOC en OMI.

INDICADORES
INDICADORES:
Conseguir una mejora en el resultado del indicador " razón entre prevalencia registrada de EPOC y prevalencia estimada" entre 3,5-4%, el mismo propuesto por el EAP para el año 2018.
EVALUACIÓN:
La evaluación del indicador coincidirá con la evaluación del contrato de gestión del año 2018.
FUENTE DE DATOS:
Cuadro de mandos del Programa OMI-AP

DURACIÓN
INICIO: Mayo de 2018.

DURACIÓN: Año 2018 hasta evaluación del contrato de gestión.

1. Reunión del equipo de mejora para análisis de causas, propuesta de medidas correctoras y asignación de responsabilidades: primera quincena de Mayo.

2. Primera sesión formativa con los profesionales del EAP para establecer criterios para realización de espirometrías, diagnóstico y registro de EPOC: tercera semana de Mayo.

3. Segunda sesión formativa sobre interpretación de espirometrías: cuarta semana de Mayo.

4. Primera evaluación de resultados: primera quincena de Septiembre.

5. Sesión formativa para informar a los profesionales sobre la evolución del plan de mejora: primera quincena de Septiembre.

OBSERVACIONES
EL INDICADOR SOBRE EL QUE SE PROPONE EL PLAN DE MEJORA SE PRESENTA EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN COMO UNA RAZÓN DE PREVALENCIA Y UN OBJETIVO EN NÚMEROS ABSOLUTOS

EN LA EVALUACIÓN DE 2017 LOS RESULTADOS SE NOS PRESENTAN COMO PORCENTAJE DE MEJORA

ES POR ESO QUE EL OBJETIVO QUE SE PROPONE EN EL PRESENTE PROYECTO,SE PRESENTA TAMBIEN EN FORMA DE PORCENTAJE DE MEJORA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0585

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0815

1. TÍTULO

FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE PARRILLA GIL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIEZ ADRADAS NATALIA
ARA LAPLANA MERCEDES
SISAMON MOLINERO PILAR
ANDREU BERZOSA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Puesta en contacto con los directores de los centros escolares para ofertarles el programa " Salud en la escuela"
-Reunión de los responsables de los centros escolares y los responsables del proyecto para planificar la cronologia y localización de las sesiones.
-El colegio Francisco de Goya solicita formación sobre dibetes infantil:pautas de actuación,dirigido a los profesores.
-Se realizó una sesión formativa teorico-páctica de dos horas horas de duración con resolución de conflictos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se formó el 82% de los profesores, con un índice de satisfacción del 76%, discrepando en el horario de la formación.
-El Test de conocimientos fué superado por el 100% de los asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Que es fundamental fomentar la participación intersectorial y responder a las necesidades detectadas en el ámbito de la educación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/815 ========== ***

Nº de registro: 0815

Título
FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO “SALUD EN LA ESCUELA”

Autores:
PARRILLA GIL MARIA JOSE, DIEZ ADRADAS NATALIA, ARA LAPLANA MERCEDES, SISAMON MOLINERO MARIA PILAR, ANDREU BERZOSA JOSE LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras un primer contacto con los centros escolares de Calatayud mediante los talleres de RCP para alumnos de educación primaria, se recogieron sugerencias y necesidades formativas en materia de salud de los profesores de los colegios. Estas sugerencias han sido analizadas por parte de un grupo de profesionales, dando lugar a la creación de un grupo de trabajo, que atendiendo a las indicaciones de las “Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en los centros docentes de la comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, Nº119 de 24 de junio de 2015.” han decidido desarrollar unos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0815

1. TÍTULO

FORMACION EN ENFERMEDADES CRONICAS PARA PROFESORES DE LOS CENTROS ESCOLARES DE CALATAYUD. GRUPO DE TRABAJO "SALUD EN LA ESCUELA"

talleres formativos dirigidos al personal docente de los centros educativos de Educación Infantil y Primaria respondiendo a las necesidades en materia de salud demandadas. El fin es mejorar la calidad de vida de los alumnos con enfermedades crónicas, detectar a tiempo conductas de riesgo y prestar una asistencia de calidad en una situación de urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS
•Capacitar a los docentes en la realización de una asistencia sanitaria de calidad a los alumnos que padecen algún tipo de enfermedad crónica o alergia.
•Instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre los Centros Educativos de Calatayud y el Centro de Atención Primaria.
•Visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales especialistas en medicina y enfermería familiar y comunitaria del Centro de Atención Primaria Calatayud Norte.

MÉTODO
Desde el centro de salud se envía a los 5 colegios una carta informativa presentándoles el proyecto e invitando a los directores de los centros a una reunión con los coordinadores de medicina y enfermería y los responsables del proyecto durante la primera quincena del mes de septiembre. En esta reunión se dará a conocer el desarrollo de las sesiones y se acordará localización, cronología y personal docente asistente.
Se han programado otros 3 módulos formativos dirigidos al profesorado, todos ellos siguen la misma metodología, un bloque teórico, uno práctico y uno dedicado a la resolución de conflictos, casos reales y dudas.
Toda la información que se presente en el taller, será recogida en una “Guía para la asistencia sanitaria no titulada en centros escolares” que se entregará a todos los colegios al finalizar las sesiones.

INDICADORES
Nº de profesores de educación infantil que participan en los talleres.
Nº de profesores de educación primaria que participan en los talleres.
Nº de profesores que aprueban el test de evaluación de conocimientos.
Grado de satisfacción y cumplimiento de expectativas de los profesores respecto al tema presentado.

DURACIÓN
Los talleres se van a desarrollar a lo largo del curso escolar 2016/2017. Pactando las sesiones en los periodos de tiempo que menos afecten al desarrollo de las actividades ordinarias de ambos profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1230

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SONIA BERNAD HERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
CARMANIU TOBAL JORGE
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA
SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN
ALCAZAR MORTE MARIA JESUS
CHUECA GORMAZ ISABEL
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DE ORGANIZACION:

• Reunión del grupo de calidad para proponer un proyecto: reunión realizada en 16 de febrero de 2017 a las 14 horas con participación del grupo de calidad del centro de salud.

• Reunión EAP para elegir el proyecto: reunión realizada el 7 de marzo de 2017 a las 14 horas convocada por la coordinadora y con asistencia de los miembros del EAP.

• Consulta con SARES para obtener material: encuestas y presentación tabaco. Consulta realizada por Sonia Bernad mediante correo electrónico, se mantuvieron distintos contactos con Elisa Ferrer el primero de ellos el 21 de marzo 2017.

• Consulta con IACS para seleccionar el consentimiento y valorar los aspectos éticos de una intervención con menores. Acudimos a una reunión presencial Ana Cristina Gálvez y Sonia Bernad con Mónica Torrijo el 6 de abril de 2017 a las 13,30 horas en el CIBA.

• Selección del material audiovisual: proyecto tabacoff del Gobierno de la Rioja, seleccionado por Sonia Bernad durante el mes de abril de 2017.

• Selección del cuestionario según cuestionario ESTUDES 2014, seleccionado y adaptado por Ana Cristina Gálvez y Sonia Bernad durante el mes de abril de 2017.

• Selección del consentimiento informado para padres propuesto por el comité de ética del IACS, adaptado por Sonia Bernad durante el mes de mayo de 2017.

• Obtención de la población según tarjeta sanitaria, datos a 11 de abril de 2017 por secretaria de dirección de AP.

• Elaboración de un folleto informativo propio para entregar a los participantes, realizado por Carmen Solans en durante el mes de mayo de 2017.

• Elaboración de las cartas para enviar a padres y adolescentes, realizado por Sonia Bernad durante el mes de mayo de 2017.

DE COMUNICACION:

• Realizadas dos sesiones formativas e informativas sobre promoción de la salud en general y sobre nuestro proyecto en particular para los miembros del EAP con presentación del material y estructura de la intervención. Una se realizó el 7 de abril y la otra el 15 de junio, ambas a las 14 horas. Fueron convocada por Sonia Bernad con la asistencia del todo el EAP.

• Comunicación con alcaldes y peñas: durante el mes de mayo de 2017. Cada profesional se dirigió al personal perteneciente a cada pueblo.

• Comunicación del proyecto a la Dirección de Atención Primaria de nuestro Sector, por parte de la Coordinadora durante el mes de mayo de 2017.

DE INTERVENCION:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1230

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

• Envío de cartas a adolescentes y sus padres de forma individualizada citándoles para la intervención, durante la primera quincena de junio, según el listado de pacientes de 14 a 18 años por M Carmen Solans y Sonia Bernad.

La primera intervención se realizó entre el 26 de junio y el 7 de julio. Consistió en la cumplimentación de una encuesta previa, una lluvia de ideas sobre los efectos del tabaco, el visionado de la presentación audiovisual específica para adolescentes, un debate posterior y una nueva encuesta para valorar el aprendizaje, la utilidad, su opinión sobre la actividad y sus propuestas para próximos años. Se realizaron 14 sesiones con la participación de todo el EAP salvo la médico del consultorio local de Terrer.

• La Segunda intervención se realizó de forma individual mediante el envío de cartas con la campaña del Ministerio de Sanidad: #nonsmokingchallenge¡¡¡ durante el mes de noviembre. Se realizó entre el 2 y el 17 de noviembre por parte de Sonia Bernad.

DE EVALUACION:

. Análisis de las encuestas cumplimentadas previa y posterior a la intervención: a cargo de Isabel Chueca y Sonia Bernad, durante la primera quincena de diciembre.

. Análisis de los temas propuestos por los adolescentes para próximos años: a cargo de Isabel Chueca y Sonia Bernad, durante la primera quincena de diciembre.

. Opiniones de los profesionales: a cargo de Isabel Chueca y Sonia Bernad, durante la primera quincena de diciembre.

. Comunicación de resultados obtenidos al EAP: previsto 19 de diciembre a las 14h.

DE MATERIALES.

• Encuesta ESTUDES 2014.

• Programa Tabacoff del Gobierno de La Rioja.

• Consentimiento informado según modelo de IACS.

• Folleto de elaboración propia sobre tabaco.

• Material fungible: cartulinas, folios, rotuladores, sobres,

• Aperitivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador 1: cobertura alcanzada. La cobertura en cuanto a localidades llega al 94,7%, únicamente un MAP no ha colaborado, siendo realizada la actividad por otra compañera si bien por motivos de seguimiento no se ha incluido esta localidad en el cómputo. La cobertura en cuanto a participantes ha llegado al 50,4%.

Indicador 2: porcentaje de adolescentes que cumplimentan la encuesta. El 95% de los participantes ha rellenado la encuesta.

Indicador 3: porcentaje de aprendizaje antes /después de la intervención. Valorado según las respuestas en la encuesta posterior. El 71,7%

VALORACION DEL EAP: los miembros del EAP han mostrado su satisfacción y disposición a participar en nuevas ediciones.

NUEVOS TEMAS: los temas propuestos por los participantes para nuevas ediciones han sido los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1230

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

- Deshabituación tabáquica
- Alcohol.
- Drogas.
- Educación sexual.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Violencia de género.
- Alimentación.
- Cáncer.

PARTICIPACION: Los participantes han colaborado únicamente en la evaluación y la propuesta de temas para próximas intervenciones.

OBJETIVOS Y ASPECTOS NO ALCANZADOS: el objetivo nº4: promover hábitos de vida saludables era poco concreto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La complejidad de organizar y trabajar en temas de promoción de la salud exige la formación de un grupo de trabajo que no se vea afectado por los cambios de personal.

- Hemos de rodearnos de personal con interés en el tema para conseguir implicar a todo el EAP.
- No podemos imponer al personal que no quiera participar su implicación en el proyecto, hay que buscar alternativas para que la población no pierda la oportunidad de mejora de su autonomía en salud.
- Necesitamos más formación en promoción de la salud.
- Necesitamos aumentar nuestro conocimiento de las asociaciones y actividades que realiza la población de nuestra zona.
- Trabajar con adolescentes exige un modo de trabajo distinto para el que tenemos que formarnos, insistiendo más en el aspecto lúdico

7. OBSERVACIONES.
De las 24 localidades que componen nuestro Centro de Salud se ha ofertado la actividad al 100%, en 5 de ellos no había población de 14 – 18 años y en uno de ellos no ha colaborado la médico si bien la actividad se realizó por otra compañera con el apoyo de enfermería. Excluyendo a los que no tenían población de esa edad se ha realizado en el 75% de las poblaciones.

- La participación en los distintos pueblos ha sido muy dispar pero se ha superado el 75% en Belmonte, Mara, Montón, Morata de Jiloca, Munébrega, Villalba y Huérmeda.
- Han participado el 50,4% de la población entre 14 – 18 años. El 43,5 eran hombres y el 54,5 % mujeres, un 2% no contestó. La edad media de los participantes fue de 14,9 años.
- El 32,6% confiesa haber fumado alguna vez, con una edad media de 13,5 años y siendo el principal motivo la curiosidad y la presión del grupo.
- El 71,7% señala que la intervención le ha resultado útil y ha aumentado sus conocimientos.

AUTOVALORACION: la valoración global del proyecto es muy buena. La organización ha sido compleja pero ha sido muy bien acogida por los profesionales con una implicación casi total del EAP y por la población a la que iba dirigida, si bien nos hubiera gustado una participación mayor que esperamos en próximos años ya que continuaremos con los temas propuestos por los adolescentes. Creemos que hemos conseguido los objetivos propuestos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1230

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1230

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

========== ***

Nº de registro: 1230

Título
DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14–18 AÑOS ADSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

Autores:
BERNAD HERNANDO SONIA, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, CARMANIU TOBAL JORGE, GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, ALCAZAR MORTE MARIA JESUS, CHUECA GORMAZ ISABEL, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención y promoción de habitos saludables
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los jóvenes entre 14-18 años, son uno de los grupos de población más expuesto al inicio del consumo de sustancias tóxicas, como el tabaco,
Se caracterizan por un escaso contacto con el sistema sanitario (salvo patología aguda) con lo que tenemos poco acceso a ellos.
La adolescencia es una etapa de cambios importantes, físicos y psicológicos (escaso control de la impulsividad) que pueden marcar el resto de su ciclo vital, tienen un escaso sentido de los riesgos que pueden llevar a determinadas conductas y adicciones peligrosas para su salud.
Es necesario conocer la prevalencia del consumo del tabaco en este grupo de población.

RESULTADOS ESPERADOS
1 -CONOCER LA PREVALENCIA DE FUMADORES EN LA POBLACION DE 14-18 AÑOS ADSCRITA A NUESTRO CENTRO DE SALUD.

2 -EVALUAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS RIESGOS DEL CONSUMO DE TABACO PARA LA SALUD.

3 -SENSIBILIZAR Y CONCIENCIAR A LOS JOVENES SOBRE LOS RIESGOS DEL CONSUMO DE TABACO.

4 -PROMOVER HABITOS DE VIDA SALUDABLES.

MÉTODO
1-ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO según cuestionario Estudes 2014 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y selección del material audiovisual

2-Sesión formativa para los miembros del equipo, con presentación del material didáctico (cuestionarios y material audiovisual).

3- Obtención del registro de la población diana de 14 a 18 años: datos de filiación y dirección.

4- Citación por carta de la población de entre 14 y 18 años

5- Cumplimentación de un cuestionario pre-exposición, proyección de una presentación basada en el proyecto tabacoff del Gobierno de La Rioja, recomendado por SARES Zaragoza, cumplimentación cuestionario post-intervención a la población objeto de estudio.

6- Análisis de datos

INDICADORES
1.Cobertura alcanzada: %
Valor a alcanzar 95%
V. Inferior: 80%
V. superior: 100%
Periodo de evaluación: Anual
2.Porcentaje de adolescentes que cumplimentan la encuesta
Valor a alcanzar 100%
V. Inferior: 50%
V. superior: 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1230

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DEL HABITO TABAQUICO EN POBLACION DE 14-18 AÑOS ABSCRITOS AL EAP DE CALATAYUD SUR

Periodo de evaluación: Anual
3.Porcentaje de incremento del aprendizaje antes/después de la intervención realizada
Valor a alcanzar 20%
V. Inferior: 5%
V. superior: 20%
Periodo de evaluación: Anual

DURACIÓN
OBTENCION DE LA POBLACION DE 14 – 18 AÑOS: MARZO 2017.
OBTENCION DEL MATERIAL A EXPONER EN LAS SESIONES: MARZO – ABRIL 2017.
1.ELABORACION DE LAS ENCUESTAS PARA LOS PARTICIPANTES: MARZO – ABRIL 2017.
2.REALIZACION DE LAS SESIONES: A DETERMINAR POR CADA PROFESIONAL..
3.ANALISIS DE LAS ENCUESTAS CUMPLIMENTADAS: OCTUBRE 2017
4.COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS AL EAP: NOVIEMBRE – DICIEMBRE

OBSERVACIONES
Consultado con SARES Zaragoza y el IACS.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1234

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN SANZ SEBASTIAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
CHUECA GORMAZ ISABEL
AVELLANA MARTINEZ CARLOS
CARMANIU TOBAL JORGE
ECHEVARRIA MONTOTO PILAR
GOMEZ SANZ CARMEN
SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- SESIONES CLÍNICAS: dos sesiones convocadas por el responsable del proyecto, dirigidas a todo el personal sanitario del equipo.

La primera:" Procedimiento de revisión del circuito de mantenimiento de material y aparataje de la sala de urgencias del CS Calatayud Sur" realizada el día 7 de abril de 2017.

La segunda: "Organización del material de curas y medicación en el CS de Calatayud Sur" realizada el 10 de mayo de 2017.

El espacio físico utilizado fue la misma sala de urgencias para poder mostrar la medicación del carro de paradas, el maletín, el aparataje y la documentación (hoja rueda mensual, hoja de registro y libro de incidencias) que se iba a utilizar.

El recurso utilizado fue además de lo anterior un documento powert-point..

2- "RUEDA MENSUAL DE REVISIÓN DE EQUIPAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS: "Rueda de revisiones de Atención Continuada" elaborada en febrero y modificada en marzo para solventar algunas deficiencias encontradas.

3 -"HOJA DE REGISTRO DE RUEDA DE REVISIONES" creada en febrero de 2017, debe de ser firmada diariamente por el médico y enfermero responsables de la jornada de atención continuada, y en el caso de que se produjera alguna incidencia, tiene que indicarse con un aspa (x) en el apartado de observaciones, para posteriormente ser recogida y expresada en el cuaderno de incidencias.

4-"CUADERNO DE INCIDENCIAS": se realizó como el resto de los documentos en febrero. Este cuaderno, consta de varias hojas de registro y en cada una de ellas tres apartados: uno para escribir la incidencia, otro con las acciones realizadas para su resolución y el tercer apartado para la firma de los responsables de la jornada. No es de uso diario, únicamente deben de anotarse las incidencias si las hubiera (por ejemplo y frecuentemente medicamentos caducados o de próxima caducidad, falta o deficiencia de material, pero también cualquier otra incidencia ocurrida durante la jornada).

5- Para las incidencias registradas que no han sido resueltas en el momento, se han nombrado tres responsables (Carmen Sanz, Mª José Lafuente y Ascensión Alonso), que deben de revisar mensualmente el cuaderno y realizar las actuaciones pertinentes.

Esta pregunta es obligatoria.

6. RESULTADOS ALCANZADOS

- Todos los profesionales del equipo, incluídos los que no hacen jornada de Atencion Continuada, han sido informados y conocen el procedimiento. El porcentaje de asistencia a las sesiones fue: 70% a la primera y 75% a la segunda (valor inferior 60%, superior 100%), los profesionales que no pudieron asistir a las sesiones han sido informados y se les ha mostrado la documentación. A los profesionales incorporados recientemente también se les ha enseñado el nuevo procedimiento.

- Aunque el procedimiento se inició en enero de 2017, su puesta en marcha, con el registro de rueda de revisión mediante firma nominal se estableció el día 1 de abril.

- El porcentaje de cumplimiento de rueda ha sido: abril 86%; mayo 78,65%; junio 82%; julio 85%; agosto 82%; septiembre 85%; octubre 100%; noviembre 90%; diciembre: 82% (límite inferior 80%, superior 100%)

- El porcentaje de incidencias detectadas resueltas es del 97% (límite inferior 80%, límite superir100%), las únicas incidencias que no han podido ser resueltas son las que resultan de falta de reposición de material / falta de suministros, una vez solicitado en el pepitorio o por suministro menor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1234

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todos los profesionales del equipo, incluídos los que no hacen jornada de Atencion Continuada, han sido informados y conocen el procedimiento. El porcentaje de asistencia a las sesiones fue: 70% a la primera y 75% a la segunda (valor inferior 60%, superior 100%), los profesionales que no pudieron asistir a las sesiones han sido informados y se les ha mostrado la documentación. A los profesionales incorporados recientemente también se les ha enseñado el nuevo procedimiento.

- Aunque el procedimiento se inició en enero de 2017, su puesta en marcha, con el registro de rueda de revisión mediante firma nominal se estableció el día 1 de abril.

- El porcentaje de cumplimiento de rueda ha sido: abril 86%; mayo 78,65%; junio 82%; julio 85%; agosto 82%; septiembre 85%; octubre 100%; noviembre 90%; diciembre: 82% (límite inferior 80%, superior 100%)

- El porcentaje de incidencias detectadas resueltas es del 97% (límite inferior 80%, límite superir100%), las únicas incidencias que no han podido ser resueltas son las que resultan de falta de reposición de material / falta de suministros, una vez solicitado en el pepitorio o por suministro menor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestro equipo ha valorado de forma positiva el proyecto, ya que se trata de un procedimiento fundamental e imprescindible para organizar y mantener el equipamiento utilizado en la atención continuada. La implantación del mismo ha supuesto un esfuerzo por parte de todos los profesionales implicados, sin embargo, poco a poco nos hemos ido familiarizando, conociéndolo perfectamente en la actualidad.

Nos ha servido para conocer y mantener de forma adecuada el material y aparataje, además para control adecuado y pertinente de la medicación.

Al revisar mensualmente las caducidades según la rueda y el estado de los aparatos trabajamos para mejorar la seguridad clínica de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.
El servicio de urgencias del CS de Calatayud Sur fue inaugurado en el año 2016, diferenciando los servicios de urgencias de los E.A.P Calatayud Norte y Calatayud Sur, anteriormente unificados. Por este motivo decidimos llevar a cabo este proyecto, sentimos que era necesario y pertinente ya que teníamos que reestructurar un nuevo servicio, adecuando los recursos disponibles a sus necesidades. Hemos cumplido todos los objetivos planteados, el resultado de nuestros indicadores están dentro del estándar marcado. El 3% de incidencias no resueltas, son debidas a causas ajenas a nuestro equipo, ya que su suministro depende de otros servicios

Tenemos previsto continuar en el año 2018 con el mismo proyecto.

También tenemos intención de presentar un nuevo proyecto de: solicitud, organización y distribución de medicación y material de curas en el almacén de urgencias, propuesto por varios compañeros de nuestro equipo con la intención de ser eficientes en el empleo de medicamentos y evitar caducidades innecesarias.

Por último agradecer la colaboración de Pilar Bernal y Mª Carmen Solans (responsables de almacén) ya que muchas de las incidencias han sido resueltas por ellas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1234 ========== ***

Nº de registro: 1234

Título
PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

Autores:
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, CHUECA GORMAZ ISABEL, AVELLANA MARTINEZ CARLOS, CARMANIU TOBAL JORGE, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, GOMEZ SANZ CARMEN, SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1234

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las nuevas instalaciones del Servicio de Urgencias del CS de Calatayud Sur se inauguraron en el año 2016, diferenciando los servicios de urgencia de los EAP Calatayud Norte y Sur.
El servicio de urgencias de un CS es parte importante en el funcionamiento del Equipo, porque asiste tanto urgencias durante la jornada ordinaria, atención continuada prestada desde las 17 horas a las 8 horas del día siguiente y 24 horas en festivos y fines de semana.
Al tratarse de un equipo integrado por un gran número de profesionales, que ejercen la mayor parte de su jornada en consultorios locales, deben de estar familiarizados con la organización y equipamiento de la sala de urgencias, para poder realizar de forma eficiente la asistencia urgente.

RESULTADOS ESPERADOS
MANTENER ACTUALIZADO EL EQUIPAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS
1- Difundir a todos los profesionales del EAP el circuito de asistencia en urgencias establecido.
2- Informar a todos los profesionales de EAP, del equipamiento y distribución del material disponible en la sala de urgencias.
3- Realizar inventario de material de electromedicina, listado de medicación y material fungible con stock mínimo en carro de paradas (anexo 1) y maletín de urgencias (anexo 2), documentación (anexo 3)
4- Establecer una rueda de revisiones de Atención Continuada y su registro correspondiente.
5- Elaborar un libro de registro de incidencias para la reposición y mantenimiento del material de urgencias.
6- Cumplimentar las incidencias detectadas y actuación realizada en el libro de incidencias de atención continuada.
7- Establecer un ciclo de mejora de las deficiencias observadas
.

MÉTODO
- 2 sesiones clínicas:
primera sesión: informativa en la sala de urgencias del material disponible (consulta urgencias y maletín)
segunda sesión : circuito del usuario y rueda de revisiones de atención continuada y registro de incidencias.

- Elaborar rueda mensual de revisión de equipamiento de sala de urgencias : Rueda de Revisiones de Atención Continuada (anexo 4)
Realizar la Hoja de registro de la rueda de revisiones de AC (Anexo 5)
- Cumplimentación diaria de la hoja de registro de revisiones, por el médico y enfermero responsables de la jornada de atención continuada.
- Creación de un cuaderno de registro de incidencias para reposición de medicación y material . (anexo 6)
- Registro diario de las incidencias detectadas y actuación realizada.

INDICADORES
INDICADOR 1: porcentaje de asistencia a las sesiones formativas: valores a alcanzar: 100%
valor inferior 60%, valor superior 100%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 2: se ha creado una rueda de revisiones
Valor a alcanzar: Si
Periodo evaluación: anual
INDICADOR 3: se ha elaborado una hoja de registro rotatoria
Valor a alcanzar: Si
Periodo evaluación: anual
OBJETIVO 4: % de cumplimentación de la rueda de revisión de atención continuada mediante firma nominal
Valor a alcanzar: 100%
V. Inferior: 80% - V. Superior: 100%
Periodo evaluación: anual
INDICADOR 5: Se ha elaborado un sistema de registro de incidencias
Valor a alcanzar: Si
Periodo evaluación: anual
INDICADOR 6: %de incidencias detectadas resueltas
Valor a alcanzar: 100%
V. Inferior: 80% - V. Superior: 100%
Periodo evaluación: anual

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1234

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REVISION DEL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CS CALATAYUD SUR

1º sesión clínica informativa: enero 2017
2º sesión clínica informativa: febrero 2017
Creación rueda de revisión: enero 2017
Elaboración de hoja de registro de rueda : febrero 2017
Inicio de registro de rueda de revisión : febrero 2017
Elaboración de libro de registro de incidencias para reposición o mantenimiento de material de urgencias: febrero 2017
Inventario de electro- medicina y equipamiento sala de urgencias y documentación,: enero 2017
Inventario de medicación y material fungible de carro de paradas y maletín de urgencias,: enero 2017
Reposición medicación y material: 1 de enero al 31 de diciembre 2017
Revisión y evaluación de incidencias no urgentes: 2 quincena de abril,agosto y diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1235

1. TÍTULO

GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASCENSION ALONSO BENEDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN
GRANERO BERLANGA NICOLAS
BERNAL GARCIA PILAR
VILLACAMPA CALLEJA MARIA ANGELES
AZNAR RICO MARIA ANTONIA
MOROS SANZ ESTHER
BARANDA JEREZ MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. ELABORACIÓN DE UN LISTADO ACTUALIZADO DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE PRECISAN TIRAS REACTIVAS POR CUPO/PROFESIONAL .EMPEZADO EN MAYO DEL 2017 Y FINALIZADO EN OCTUBRE DE 2017 (EN CONTINUA EVALUACIÓN).ELABORADO EN EXCEL. (TOTAL DE PACIENTES DE CALATAYUD SUR Y POR PROFESIONAL/CUPO).
2. ADECUACIÓN DE TIRAS A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE EN DEPENDENCIA DE SU TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y/O PROTOCOLOS VIGENTES EN NUESTRO SECTOR.
3. COMUNICACIÓN AL EAP EN REUNIÓN EN LA PRIMERA QUINCENA DE ABRIL DE 2017.
4. COMUNICACIÓN Y SUPERVISACIÓN PARA SU APROBACIÓN POR FARMACIA DE AP DEL SECTOR.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. INDICADOR 1: Nº DE PACIENTES QUE NECESITAN TIRAS REACTIVAS SEGÚN EL PROTOCOLO ESTABLECIDO. OCTUBRE 2017: 100%
2. INDICADOR 2: % DE SOLICITUDES CUMPLIMENTADAS POR LOS PROFESIONALES SEGÚN LA INSTRUCCIÓN RECOMENDADA. OCTUBRE 2017: 100% (EN EVALUACIÓN CONTINUA)
3. INDICADOR 3: % DE CONCORDANCIA ALCANZADA ENTRE LA INDICACIÓN Y EL TRATAMIENTO ESTABLECIDO. OCTUBRE 2017: 100%
4. INDICADOR 4: % DE ASISTENCIA A LA REUNIÓN. OCTUBRE 2017: 70%.
5. INDICADOR 5: COMUNICACIÓN PARA SU APROBACIÓN POR FARMACIA AP DEL SECTOR DE CALATAYUD. OCTUBRE 2017: 100%
6. INDICADOR 6: COMUNICACIÓN A LOS PACIENTES DE FORMA INDIVIDUAL. OCTUBRE 2017: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DESDE EL EQUIPO DE AP DE CALATAYUD SUR, CON ESTE PROYECTO, HEMOS APRENDIDO A GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANÁLISIS EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS. ASÍ PODEMOS, MES A MES, AJUSTAR NUESTRO PETITORIO EN SERPA Y HACER UN BUEN USO DEL MATERIAL.
ES UN PROYECTO QUE ESTÁ CONTINUAMENTE ACTIVO YA QUE SE VAN AÑADIENDO PACIENTES CON NUEVO DIAGNÓSTICO DE DIABETES Y NECESIDAD DE MATERIAL DE AUTOANÁLISIS, PACIENTES QUE NECESITAN UN CAMBIO EN EL NÚMERO DE TIRAS POR CAMBIO DE TRATAMIENTO Y EXCLUSIÓN DE PACIENTES DEL LISTADO POR EXITUS.
CON EL LISTADO ELABORADO POR CUPO/PROFESIONAL, CADA PROFESIONAL CONOCE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE SU CUPO QUE PRECISAN DE MATERIAL DE AUTOANÁLISIS.

7. OBSERVACIONES.
ES NECESARIA LA IMPLICACIÓN DE TODO EL EAP. JUNTO CON LA DESIGNACIÓN DE UN RESPONSABLE.
PROYECTO EN CONTINUO DESARROLLO Y ACTUALIZACIÓN.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1235 ========== ***

Nº de registro: 1235

Título
GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA

Autores:
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GRANERO BERLANGA NICOLAS, BERNAL GARCIA PILAR, VILLACAMPA CALLEJA MARIA ANGELES, AZNAR RICO MARIA ANTONIA, MOROS SANZ ESTHER, BARANDA JEREZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1235

1. TÍTULO

GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA

Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace tiempo se ha observado en nuestro centro un desajuste entre el número de tiras disponibles y las demandadas por nuestros pacientes.
Detectamos la necesidad de mantener actualizado el sistema de registro de nuestros pacientes, y adecuar la gestión del material a las necesidades reales en cuanto a indicaciones y número de tiras.
Adaptándonos a los nuevos avances terapéuticos, conforme a la nueva evidencia científica.

RESULTADOS ESPERADOS
Gestionar eficientemente el material de autoanálisis de los pacientes diabéticos.

MÉTODO
- Elaborar un listado actualizado de pacientes diabéticos que precisan tiras reactivas por cupo/ profesional.
- Adecuar el número de tiras a las necesidades del paciente en dependencia de su tratamiento de acuerdo a la evidencia científica y/o protocolos vigentes en nuestro sector.
- Adaptar el petitorio mensual a las necesidades reales del Centro de Salud Calatayud Sur.
- Comunicación al EAP en reunión en la primera quincena de abril de 2017.
- Comunicación y supervisión para su aprobación por farmacia de AP del sector
- Comunicación a los pacientes de forma individual en consulta programada

INDICADORES
INDICADOR 1: Nº de pacientes que necesitan tiras reactivas según protocolo establecido
Valor alcanzar: >90%
L. Superior: 100%
L. Inferior: 80%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 2: % solicitudes cumplimentadas por los profesionales según la instrucción recomendada
Valor alcanzar: >90%
L. Superior: 100%
L. Inferior: 80%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 3:% de concordancia alcanzada entre la indicación y el tratamiento establecido
Valor alcanzar: > 95%
L. Superior: 100%
L. inferior :85%
Periodo de evaluación anual
INDICADOR 4: % de asistencia a la reunion
Valor alcanzar: 100%
L. Superior: 100%
L. inferior :60%
Periodo de evaluación: abril 2017
INDICADOR 5: se ha comunicado para su aprobación por Farmacia AP sel sector Calatayud
Valor a alcanzar: SI
Periodo de evaluación: anual
INDICADOR 6: se ha comunicado a los pacientes de forma individual
Valor a alcanzar 100%
L. Superior: 100%
L. inferior :80%
Periodo de evaluacióin anual

DURACIÓN
- Elaborar un listado actualizado de pacientes diabéticos que precisan tiras reactivas por cupo/ profesional: Abril 2017
- Adecuar el número de tiras a las necesidades del paciente en dependencia de su tratamiento de acuerdo a la evidencia científica y/o protocolos vigentes en nuestro sector: De mayo a diciembre 2017
- Adaptar el petitorio mensual a las necesidades reales del Centro de Salud Calatayud Sur: mayo a diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1235

1. TÍTULO

GESTIONAR DE FORMA EFICIENTE EL MATERIAL DE AUTOANALISIS DE LOS PACIENTES DIABETICOS DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES Y EVIDENCIA CIENTIFICA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1245

1. TÍTULO

IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA GALVEZ VILLANUEVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAD HERNANDO SONIA
DIGON SANMARTIN LUIS
BARRIENDO ORTILLES CERES
ECHEVARRIA MONTOTO PILAR
CHARLEZ MILLAN CARMEN
SANMARTIN FLORENZA LAURA
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.DOS SESIONES CLINICAS FORMATIVAS EN EL C.SALUD CON MATERIAL ESPECIFICO ELABORADO PARA LOS MIEMBROS DEL EAP. REALIZADAS LOS DIAS 8 Y 22 DE MARZO DEL 2017.
2.CREACION DE UNA AGENDA PARA LA CITACION DE LOS PACIENTES DE TODOS LOS CUPOS, MARZO 2017.
3.ELABORACION DE UN DOCUMENTO PARA EXPLICAR EN QUE CONSISTE LA PRUEBA Y COMO DEBE CUIDARSE EL APARATO DURANTE SU UTILIZACION, QUE SE ENTREGARA A LOS PACIENTES ANTES DE SU COLOCACION. EN CASO DE TENER ALGUN PROBLEMA DURANTE LA REALIZACION DE LA PRUEBA SE LES ENTREGAN LOS TELEFONOS DE CONTACTO PARA ACLARACION Y RESOLUCION DE DUDAS O PROBLEMAS QUE PUEDAN SURGIR.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVO 1 INTRODUCIR UNA NUEVA HERRAMIENTA DIAGNOSTICA PARA EL CONTROL DELOS FRCV EN NUESTRO CENTRO DE SALUD:
INDICADOR Nº 1 % DE PROFESIONALES QUE HAN UTILIZADO EL MAPA EN EL ULTIMO AÑO: 80% (LI 80- LS 100%).
INDICADOR 2 % DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HTA A LOS QUE SE HA REALIZADO UN MAPA EN EL ULTIMO AÑO: 2% (LI 3- LS 5%)
OBJETIVO Nº2: MEJORAR EL DIAGNOSTICO DE HTA EN LOS USUARIOS DE NUESTRO CENTRO:
INDICADOR 1 % DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE, MEDIANTE MAPA, SE DESCARTA EL DIAGNOSTICO DE HTA EN EL ULTIMO AÑO:0% (LI 0- LS 100%)
INDICADOR 2 % DE PACIENTES HTA DIAGNOSTICADOS DE HTA DE BATA BLANCA EN EL ULTIMO AÑO: 0% (LI 0-LS 100%)
INDICADOR 3 % DE PACIENTES HTA DIAGNOSTICADOS DE HTA ENMASCARADA EN EL ULTIMO AÑO: 0% (LI 0-LS48%)
INDICADOR 4 % DE PACIENTES HTA DIAGNOSTICADOS DE HTA LABIL EN EL ULTIMO AÑO: 0% (LI 2- LS 5%)
OBJETIVO 3 IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR, A FIN DE PREVENIR EVENTOS CARDIOVASCULARES FUTUROS
INDICADOR 1 5 DE PACIENTES HIPERTENSOS DIAGNOSTICADOS, EN LOS QUE, MEDIANTE MAPA, SE LES DETECTE UN RIESGO CARDIOVASCULAR ELEVADO EN EL ULTIMO AÑO:
INDICADOR 1 % DE PACIENTES HIPERTENSOS DIAGNOSTICADOS EN LOS QUE, MEDIANTE MAPA, SE LES DETECTA UN RIESGO CARDIOVASCULAR ELEVADO EN EL ULTIMO AÑO:68,42% (LI 40- LS60%)
INDICADOR 2 % DE PACIENTES HIPERTENSOS TIPO RISER DIAGNOSTICADOS MEDIANTE MAPA EN EL ULTIMO AÑO:26,32% (LI 1-LS 9%)
INDICADOR 3 % DE PACIENTES HIPERTENSOS TIPO NO DIPPER DIAGNOSTICADOS MEDIANTE MAPA EN EL ULTIMO AÑO:36,84% (LI 25-LS 50%)
INDICADOR 4 % DE PACIENTES HIPERTENSOS TIPO DIPPER EXTREMO DIAGNOSTICADOS MEDIANTE MAPA EN EL ULTIMO AÑO:5,26% (LI 1-LS 2%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL DIAGNÓSTICO DE FENOMENO BATA BLANCA, HTA ENMASCARADA E HTA LABIL, REQUIEREN, PARA UN DIAGNÓSTICO DE CALIDAD, QUE SEAN DATOS REPRODUCIBLES Y POR TANTO EXIGEN REALIZACIÓN DE MAPAS SUCESIVOS.
POR ELLO EN ESTA PRIMERA EXPERIENCIA CON LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL HEMOS CONSIDERADO MÁS UTIL REALIZAR MAPAS ANTE DUDAS DIAGNÓSTICAS Y FUNDAMENTALMENTE ANTE PACIENTES HIPERTENSOS CON MAL CONTROL.
En este primer estudio y dada la complejidad de recoger y combinar ingentes datos estadísticos como sería establecer grados de HTA, lesión de órgano diana y procesos clínicos asociados, nos hemos centrado en detectar, en base a las variaciones circadianas, a aquellos hipertensos con patrones de peor pronóstico y por tanto de mayor RCV, dejando para futura revisión lo mencionado anteriormente.

7. OBSERVACIONES.
PRECISAMOS CONTINUAR DESARROLLANDO ESTE PROYECTO PARA EXTENDERLO A TODOS LOS PROFESIONALES Y LOS PACIENTES QUE LO PRECISEN.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1245 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1245

1. TÍTULO

IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

Nº de registro: 1245

Título
IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

Autores:
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA, BERNAD HERNANDO SONIA, DIGON SANMARTIN LUIS, BARRIENDO ORTILLES CERES, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, LAURA SANMARTIN FLORENZA, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA PA MEDIDA EN CONSULTA CONLLEVA UNA RELACIÓN CONTINUA E INDEPENDIENTE ENTRE LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES CV GRAVES: ICTUS, IAM, MUERTE SÚBITA, ENFERMEDAD RENAL TERMINAL, IC Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA ESTO ES CIERTO PARA TODOS LOS GRUPOS DE EDAD Y TODOS LOS GRUPOS ÉTNICOS.
SE HA OBSERVADO TAMBIÉN UNA RELACIÓN CONTINUA ENTRE LAS COMPLICACIONES Y LOS VALORES DE PA MEDIDOS FUERA DE LA CONSULTA AMPA Y MAPA.
SE HA DEMOSTRADO DE FORMA CONSISTENTE QUE EL PROMEDIO DE LA PA DE 24H TIENE UNA RELACIÓN MÁS ESTRECHA CON LAS COMPLICACIONES MÓRBIDAS Y MORTALES QUE LA PA MEDIDA EN LA CONSULTA.

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR UNA NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PARA EL CONTROL DE LOS FRCV EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE HTA EN LOS USUARIOS DE NUESTRO CENTRO: CONFIRMAR-DESCARTAR HTA EN PACIENTES CON DUDAS DIAGNÓSTICAS: FENOMENO BATA BLANCA, HTA ENMASCARADA,HTA LABIL.
IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR, A FIN DE PREVENIR EVENTOS CARDIOVASCULARES FUTUROS.

MÉTODO
DOS SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS EN EL C.SALUD CON MATERIAL ESPECIFICO ELABORADO PARA LOS MIEMBROS DEL EAP: REALIZADAS LOS DÍAS 8 Y 22 DE MARZO DEL 2017.
CREACIÓN DE UNA AGENDA PARA LA CITACIÓN DE LOS PACIENTES DE TODOS NUESTROS CUPOS.
ELABORACIÓN DE UN DOCUMENTO PARA EXPLICAR EN QUE CONSISTE LA PRUEBA Y COMO DEBE CUIDARSE EL APARATO DURANTE SU APLICACIÓN, QUE SE ENTREGARA A LOS PACIENTES ANTES DE SU COLOCACIÓN.
EN CASO DE TENER ALGÚN PROBLEMA CON EL USO DEL MONITOR DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA SE DAN UNOS TELÉFONOS DE CONTACTO PARA LA ACLARACIÓN Y RESOLUCIÓN DE LAS DUDAS Y PROBLEMAS QUE PUEDAN SURGIR.
CIRCUITO MAPA
CITACIÓN AGENDA DEL PACIENTE.
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN INFORMATIVA CON TELÉFONOS DE CONTACTO PARA LA RESOLUCIÓN DE DUDAS.
COLOCACIÓN DEL MONITOR
RETIRADA DEL MONITOR A LAS 24H.
REALIZAR FORMACIÓN CONTINUADA CON LOS MIEMBROS DEL EAP MEDIANTE PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y EXPOSICIÓN DE LAS ACTUACIONES CLÍNICAS, TANTO DIAGNÓSTICAS COMO TERAPEÚTICAS, QUE SE HAYAN PODIDO DERIVAR DE NUESTROS ESTUDIOS.

INDICADORES
PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EAP EN LAS SESIONES FORMATIVAS:AL MENOS UN 70% DE LOS MIEMBROS DEL EAP .
FORMACIÓN PRÁCTICA DE LOS MIEMBROS DEL EAP: AL MENOS UN 40%.
OBJETIVO Nº 1: INTRODUCIR UNA NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PARA EL CONTROL DE LOS FRCV EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
INDICADOR 1: % de profesionales que han utilizado la MAPA en el último año
Valor a alcanzar:100%
L.I:80%
LS:100%

INDICADOR 2: % de pacientes diagnosticados de HTA a los que se les ha realizado un MAPA en el último año
Valor a alcanzar: 5%
L.I:3%
LS:5%
OBJETIVO Nº 2: MEJORAR EL DIAGNÓSTICO DE HTA EN LOS USUARIOS DE NUESTRO CENTRO: CONFIRMAR-DESCARTAR HTA EN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1245

1. TÍTULO

IMPLANTACION UTILIZACION MAPA EN EL C.S. CALATAYUD SUR

PACIENTES CON DUDAS DIAGNÓSTICAS: FENOMENO BATA BLANCA, HTA ENMASCARADA, HTA LABIL.
INDICADOR 1: % de pacientes hipertensos en los que, mediante MAPA, se descarta el diagnóstico de HTA en el último año
Valor a alcanzar:5%
L.I:0%
LS:100%

INDICADOR 2: % de pacientes hipertensos diagnosticados de HTA de BB en el último año
Valor a alcanzar:5%
L.I:0%
LS:100%
INDICADOR 3: % de pacientes hipertensos diagnosticados de HTA enmascarada en el último año
Valor a alcanzar:1%
L.I:0%
L.S:48%
INDICADOR 4: % de pacientes hipertensos diagnosticados de HTA lábil en el último año
Valor a alcanzar:2%
L.I:2%
L.S:5%
OBJETIVO Nº 3: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR, A FIN DE PREVENIR EVENTOS CARDIOVASCULARES FUTUROS.
INDICADOR 1: % de pacientes hipertensos diagnosticados en los que, mediante MAPA, se les detecte un RCV elevado en el último año
Valor a alcanzar:40%
L.I:40%
L.S:60%
INDICADOR 2: % de pacientes hipertensos tipo “Risser” diagnosticados mediante MAPA en el último año
Valor a alcanzar:5%
L.I:1%
L.S:9%
INDICADOR 3: % de pacientes hipertensos tipo “non dipper” diagnosticados mediante MAPA en el último año
Valor a alcanzar:30%
L.I:25%
L.S:50%
INDICADOR 4: % de pacientes hipertensos tipo “dipper extremo” diagnosticados mediante MAPA en el último año
Valor a alcanzar:1%
L.I:1%
L.S:2%

DURACIÓN
MARZO DEL 2017: CREACIÓN DE UNA AGENDA PARA LA CITACIÓN DE LOS PACIENTES.
SESIONES CLÍNICAS FORMATIVAS PARA EL APRENDIZAJE DE LA TECNICA PARA MEDICOS Y DUES: 8 Y 22 DE MARZO 2017.
ANALISIS DE LOS RESULTADOS DICIEMBRE 2017.
REALIZAR FORMACIÓN CONTINUADA CON LOS MIEMBROS DEL EAP MEDIANTE PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y EXPOSICIÓN DE LAS ACTUACIONES CLÍNICAS, TANTO DIAGNÓSTICAS COMO TERAPEÚTICAS, QUE SE HAYAN PODIDO DERIVAR DE NUESTROS ESTUDIOS:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN SOLANS PIQUERAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL MOSTEO MARIA JOSE
BERNAL GARCIA PILAR
SANMATIN FLORENZA MARIA LAURA
MOROS SANZ ESTHER
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE
GRANERO BERLANGA NICOLAS
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con la realización de este proyecto de calidad se plantearon varios objetivos: El primero de ellos era formar a todos los profesionales del Centro de Salud de Calatayud Sur para la correcta cumplimentación y el conocimiento del circuito del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E. Otro de los objetivos a conseguir con este proyecto era unificar el procedimiento y la distribución de material de autoanálisis. Con la cumplimentación de este Anexo se pretende conseguir otro objetivo que es afianzar entre los profesionales del Centro de Salud el programa para la gestión de suministro y control del material de autoanálisis y con ello mejorar la seguridad del paciente tanto en el inicio como en el ajuste de tratamiento, que sería el último de los objetivos planteados en el proyecto.
Durante el año 2018 hemos realizado distintas actividades para llevar a cabo los objetivos que nos planteamos. En el primer trimestre del año 2018 se hicieron dos reuniones para explicar el proyecto de calidad a los compañeros. En estas reuniones se explicó la importancia de tener una base de datos con los diabéticos que precisaran material de autoanálisis para que, a la hora de hacer los pedidos del material necesario, no tuviéramos problemas de suministro por no llegar al stock necesario. Para poder realizar esta base de datos se distribuyó a cada profesional la documentación autorizada para ello y dónde se podía encontrar. También formamos a los profesionales para la correcta cumplimentación del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E de “Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar” y se explicó el correcto circuito para la aprobación de la solicitud por parte de la Farmacia de Atención Primaria.
Creímos importante también que cada profesional re visara las Historias clínicas de los pacientes para la detección de cambios en el tratamiento y motivos de inestabilidad de la enfermedad. (Inicio o cambio de tratamiento, glucemia fuera de objetivos, enfermedades intercurrentes, asociación de fármacos hiperglucemiantes, cambio de situación o de actividad). Con esta revisión se pretendía detectar y registrar los pacientes con cambios de situación clínica o ajuste de tratamiento.
Dentro de las actividades planteadas se incluyó también la cumplimentación del “PCE- Conocimientos Deficientes” por los profesionales de enfermería para valorar el nivel de conocimientos de los pacientes relacionados con la enfermedad. En este protocolo los profesionales de enfermería indagan, afianzan y valoran los conocimientos de los pacientes diabéticos, y en el caso de diabéticos que precisen material de autoanálisis, se valora también el buen uso de los aparatos de autocontrol, las zonas de punción...
Una vez hecho esto, en el último trimestre del año 2018, se realizó y analizó una base de datos con todos los pacientes diabéticos del Centro de Salud de Calatayud Sur. En esta base de datos se recoge: el nombre del paciente, si ha habido cambios durante el año en su tratamiento o en su situación clínica, cual debería de ser la frecuencia con la que el paciente se hiciera un autocontrol (según el tipo de diabetes, el tipo de tratamiento, su situación clínica…), cuando hay que volver a revisar la solicitud (anualmente si no hay cambios) y si está bien cumplimentado por parte de los profesionales de enfermería el “PCE- Conocimientos Deficientes” durante el año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. % de profesionales que asisten a la reunión informativa:
Las dos reuniones informativas para la realización del proyecto de calidad se llevaron a cabo en el primer trimestre del año 2018. El objetivo que nos planteamos era que, por lo menos un 90% del equipo participara en esta reunión informativa. Se consiguió un 70% de asistencia de los profesionales sanitarios.
2. Participación del 90%, como mínimo, del personal sanitario del Centro de Salud de Calatayud Sur.
En este proyecto de calidad se pedía la colaboración de todos los profesionales sanitarios del Centro de Salud, ya que consideramos que es importante conocer los cambios de tratamiento y de situación clínica de cada paciente por parte de cada uno de los profesionales.
La participación que se pretendía conseguir era de un 90%, se ha llegado a un 85 %. En el equipo de Calatayud Sur hay un total de 20 profesionales, 9 enfermeras y 11 médicos. Han participado 17 profesionales.
Los profesionales de enfermería han participado un 100%, es decir los 9 integrantes del equipo de enfermería. Mientras que los profesionales de medicina han participado un 72,7 % representando este % a 8 profesionales médicos.
3: % de solicitudes de tiras reactivas bien cumplimentadas por los profesionales (nº de solicitudes correctas sobre el total de solicitudes)
En el intervalo de tiempo de enero a diciembre de 2018, se realizaron 117 solicitudes de tiras reactivas para el autoanálisis de la glucemia capilar en el EAP de Calatayud sur.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Fueron aceptadas por parte de Farmacia de Atención Primaria 108 solicitudes de 117, es decir un 92,30%.
De las 117 solicitudes realizadas, 14 solicitudes fueron rechazadas, es decir un 11,9 %. Posteriormente a ser rechazadas, desde Farmacia de AP se informó al profesional de enfermería responsable de la solicitud rechazada para que procediera a su corrección de acuerdo a las pautas indicadas en el Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E.
De las 14 solicitudes rechazadas, 5 solicitudes fueron corregidas, es decir, un 4.10%. Por lo tanto en 2018, 9 solicitudes fueron rechazadas, es decir, un 7,6%.
4. % de pacientes clasificados como inestables según criterios de protocolo partido por el total de pacientes que precisan tiras de glucemia.
De los 117 pacientes incluidos en nuestra base de datos que precisan tiras de glucemia para autoanálisis, 53 de ellos los hemos clasificado como pacientes en situación estable, y 64 de ellos están clasificados como pacientes en situación inestable. Nos referimos a un paciente en situación inestable cuando ha iniciado o ha cambiado de tratamiento, las glucemias están fuera de los objetivos marcados, hay enfermedades intercurrentes, hay una asociación de fármacos hiperglucemiantes o hay un cambio de situación a actividad.
Estos 64 pacientes representan un total de un 54,70 % de los pacientes que precisan material para autoanálisis.
Los pacientes clasificados como estables, 53, son un 45,29 % del total.
5. % de pacientes incluidos en el programa que tiene cumplimentado “Conocimientos Deficientes en Diabetes”
Este apartado lo consideramos de gran importancia porque es el que nos permite registrar correctamente en OMI-AP todos los cambios en la enfermedad, conocimientos del paciente en cuestión de dieta, ejercicio, cuidados del pie, técnica de punción, uso del aparato de autoanálisis..
“Conocimientos Deficientes en Diabetes” es un protocolo que permite registro en todos los diabéticos que pertenecen al Centro de Salud de Calatayud Sur. En nuestro centro, según cartera de servicios a diciembre de 2018, tenemos inscritos 411 diabéticos, de los cuales, 104 (13 menos que al inicio del proyecto) necesitan material para autocontrol.
En diciembre de 2018, se han revisado las Historias Clínicas de cada uno de los pacientes incluidos en el proyecto, un total de 100 pacientes. En este punto excluimos a los pacientes pediátricos ya que ellos no están incluidos en “Conocimientos Deficientes en Diabetes”. De los 100 pacientes, 52 tienen bien cumplimentado durante el año 2018, el apartado de “Conocimientos Deficientes en Diabetes” en los planes personales, es decir un 52%.
Este objetivo no ha sido alcanzado por los profesionales que deben cumplimentarlo, ya que se pretendía llegar a un mínimo de un 80%.
Creemos importante incidir en el correcto registro del protocolo, ya que nos permite saber, a lo largo del año, en qué debemos incidir más, corregir o aportar refuerzos positivos o conocimientos en nuestros pacientes
6. Registro de los pacientes con cambios en el tipo de tratamiento antidiabético y el grado de estabilidad de la enfermedad.
En diciembre de 2018 de los 104 pacientes que formaban parte de nuestro proyecto de calidad, 6 de estos pacientes necesitaron un cambio de tratamiento a lo largo del año 2018. Esto representa un 6,7% del total de nuestros pacientes.
Hemos registrado en nuestra base de datos los cambios de tratamiento de los 6 pacientes, así que hemos alcanzado el 100% de este registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos respetado la duración del proyecto (año 2018) y el calendario previsto. No obstante creemos que este proyecto necesita continuidad en el tiempo y en el año 2019 se volverán a cumplimentar las solicitudes para el autocontrol a la Farmacia de Atención Primaria de los pacientes que lo necesiten.
La conclusión a la que hemos llegado tras la realización de este proyecto de calidad es que tenemos a más de la mitad de nuestros pacientes, un 54,70%, que necesitan material para autocontrol en una situación Inestable de la enfermedad con todos los riesgos que esto lleva para su propia salud.
Es importante también que los profesionales de enfermería registremos en OMI-AP “PCE- Conocimientos Deficientes” para valorar el nivel de conocimientos de los pacientes relacionados con la enfermedad, así podremos indagar, afianzar y valoran los conocimientos de los pacientes diabéticos, y en el caso de diabéticos que precisen material de autoanálisis, se valora también el buen uso de los aparatos de autocontrol, la frecuencia con la que se deben hacer un autocontrol, las zonas de punción...

7. OBSERVACIONES.
Hemos observado también, según los datos de nuestro registro en la base de datos de 2018, que se necesitarían, mensualmente, un total de, aproximadamente unas 5000 tiras de tiras de autocontrol NIPRO, 1000 tiras de autocontrol ACCU-CHECK, 30 tiras de autocontrol para invidentes y 250 tiras de autocontrol MEDITRONIC. Anualmente son 60000 tiras de NIPRO, 12000 de ACCU-CHECK, 360 para invidentes y 3000 tiras MEDITRONIC.
Con la ayuda de las responsables de almacén (material fungible) hemos observado con estas cifras y comparándolas con el material recibido en el año 2018, que muchos de nuestros pacientes no se hacen los autocontroles con la regularidad que su tipo de tratamiento aconseja. Por lo tanto, es importante que nosotros como profesionales de la salud, estemos atentos a todo lo relacionado con los cambios de situación de nuestros pacientes para su seguridad.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/226 ========== ***

Nº de registro: 0226

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Autores:
SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GIL MOSTEO MARIA JOSE, GRANERO BERLANGA NICOLAS, DE LA OSA FONDON JUAN JOSE, MOROS SANZ ESTHER, BERNAL GARCIA PILAR, SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A principio de 2107 se observó en nuestro centro un desajuste entre el número de tiras disponibles y las demandadas por nuestros pacientes. Cada profesional del equipo de Calatayud Sur inició una actualización de registro de sus pacientes diabéticos con necesidad de material de autoanálisis. En este nuevo año se han detectado errores en la cumplimentación por parte de los profesionales de la “Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar” de acuerdo con el Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E. La importancia del proyecto es afianzar y poner en conocimiento entre los profesionales la correcta cumplimentación de la solicitud para facilitar el seguimiento y registro de material entregado así como revisar en nuestros pacientes los posibles cambios en sus tratamientos gestionando el material de forma eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Formar a todos los profesionales del Centro de Salud de Calatayud Sur para la correcta cumplimentación y el conocimiento del circuito del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E.
2. Unificar el procedimiento y distribución de material de autoanálisis.
3. Afianzar entre los profesionales el programa para la gestión de suministro y control del material de autoanálisis.
4. Mejorar la seguridad del paciente tanto en el inicio como en el ajuste de tratamiento.

MÉTODO
-Reunión general para informar del proyecto a los profesionales.
-Distribución de la documentación autorizada y dónde encontrarla.
-Formación de los profesionales para la correcta cumplimentación del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E de “Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar”.
-Realización por parte de los profesionales del correcto circuito para la aprobación, por parte de la Farmacia de AP, de la solicitud.
-Revisión de las Historias clínicas de los pacientes para la detección de cambios en el tratamiento y motivos de inestabilidad de la enfermedad. (Inicio o cambio de tratamiento, glucemia fuera de objetivos, enfermedades intercurrentes, asociación de fármacos hiperglucemientes, cambio de situación o de actividad).
-Registro de pacientes con cambios de situación clínica o ajuste de tratamiento.
-Cumplimentación del “PCE- Conocimientos Deficientes” por los profesionales de enfermería para valorar el nivel de conocimientos de los pacientes relacionados con la enfermedad.

INDICADORES
OBJETIVO DEL 1 AL 3: % de profesionales que asisten a la reunión informativa:
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 90%
Límite superior: 100%
Periodo de evaluación: abril 2018
OBJETIVO DEL 1 AL 3: Participación del 90%, como mínimo, del personal sanitario del Centro de Salud de Calatayud Sur.
OBJETIVO DEL 1 AL 3: % de solicitudes de tiras reactivas bien cumplimentadas por los profesionales (nº de solicitudes correctas sobre el total de solicitudes)
Valor a alcanzar: 70%
Límite inferior: 50%
Límite superior: 70 %
Periodo de evaluación: junio 2018
OBJETIVO 4: % de pacientes clasificados como inestables según criterios de protocolo partido por el total de pacientes que precisan tiras de glucemia.
Valor a alcanzar: 60%
Límite inferior: 40%
Límite superior: 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Periodo de evaluación: junio 2018
OBJETIVO 4: % de pacientes incluidos en el programa que tiene cumplimentado “Conocimientos Deficientes en Diabetes”
Valor a alcanzar: 80%
límite inferior: 80%
Límite superior: 100%
Periodo de evaluación: anual
OBJETIVO 4:Registro de los pacientes con cambios en el tipo de tratamiento antidiabético y el grado de estabilidad de la enfermedad.
Valor a alcanzar: 80%
Límite inferior: 80%
Límite superior. 100%
Periodo de evaluación: anual

DURACIÓN
-Fecha prevista de inicio: Abril de 2018
Reunión general
Distribución de documentación.
-1ra. Autoevaluación: Junio 2018
Solicitudes bien cumplimentas por los profesionales de Calatayud Sur.
-Fecha prevista finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA GALVEZ VILLANUEVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIGON SANMARTIN LUIS
BERNAD HERNANDO SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primer y segundo trimestres:
La agenda para la citación de los pacientes fue creada en marzo del 2017, siendo utilizada por los miembros del EAP.
Sesión clínica formativa para los miembros del EAP: febrero 2018.
Realizar formación continuada con los miembros del EAP mediante presentación de casos clínicos y exposición de las actuaciones clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que se hayan podido derivar de las pruebas realizadas con el MAPA.
Tercer trimestre: evaluación intermedia de los resultados.
Análisis de los resultados en diciembre del 2018.
Material utilizado: Elaboración de una ficha para la recogida de los datos de historia farmacológica, horario de toma de la medicación, a través de la hoja de prescripción farmacológica de la historia clínica informatizada de cada paciente. También se recogen los datos de antecedentes médicos asociados: HTA, diabetes, dislipemia, enfermedad renal crónica, tabaquismo, indice de masa corporal. A partir de la historia clínica de OMI de cada paciente.
Descripción del perfil de MAPA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.- OBJETIVO: NÚMERO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE SE REALIZA MAPA Y SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA Y ASOCIADA A HTA DIURNA.
INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA Y DIURNA: Resultado obtenido 70%.
Valor a alcanzar: 60% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)
L.I: 50%
L.S: 70%

INDICADOR 2: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTUNA AISLADA: Resultado obtenido 20%.
Valor a alcanzar: 16% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)
L.I.: 10%
L.S: 20%

2.- OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR: Resultado obtenido 46,6%.
INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON PATRÓN NO DIPPER:
Valor a alcanzar 49%
L.I: 39%.
L.S: 59%
INDICADOR 2: %PACIENTES CON PATRÓN RISER: Resultado obtenido 10%.
Valor a alcanzar 9%
L.I: 5%
L.S: 15%
INDICADOR 3. %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER EXTREMO: Resultado obtenido 20%.
Valor a alcanzar 2%
L.I: 0%.
L.S: 5%

INDICADOR 4: %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER (PATRÓN FISIOLÓGICO): Resultado obtenido 23,3%.
Valor a alcanzar 39%
L.I: 29%
L.S: 49%

3.- OBJETIVO: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA TOMA DE MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA
INDICADOR 1: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA MAÑANA: Resultado obtenido 83,3%.
Valor a alcanzar: 40%
LI: 30%
LS: 50%
INDICADOR 2: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA NOCHE: Resultado obtenido 4,2%.
Valor a alcanzar: 30%
LI: 20%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

LS: 40%
INDICADOR 3: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN MAÑANA Y NOCHE: Resultado obtenido 12,5%.
Valor a alcanzar: 30%
LI: 20%
LS: 40%
4.- OBJETIVO: % DE PACIENTES EN LOS QUE SE MODIFICA SU TRATAMIENTO TRAS LA REALIZACIÓN DEL MAPA : Resultado obtenido 83,3%.
Valor a alcanzar: 50%
LI: 30%
LS: 70%

5.- OBJETIVO: % DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA MAPA QUE TIENE CUMPLIMENTADO EL APARTADO DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: Resultado obtenido 56,6%.
Valor a alcanzar: 80%
LI: 70%
LS: 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sería preciso, en la medida de lo posible, realizar MAPA en la población hipertensa a fin de identificar su patrón circadiano y etiquetar a aquellos pacientes que presentan HTA nocturna, independientemente de otros parámetros, siendo estos pacientes los de mayor riesgo cardiovascular (RCV).
Identificar a los pacientes con perfil de MAPA con mayor RCV: riser, no dipper y dipper extremo.
Esto nos permitiría ajustar el tratamiento farmacológico al perfil circadiano del paciente, estableciendo la hora u horas idóneas de administrar el o los fármacos antihipertensivos.
Es una herramienta útil que nos ayuda a la mejora del control y prevención de eventos cardiovasculares graves en pacientes de riesgo. Se trata de un proyecto a largo plazo, puesto que el beneficio que se puede derivar de las modificaciones farmacológicas, se ve en el continuo de los cuidados médicos e higienicodieteticos que nuestros pacientes precisan a lo largo de su vida, ya que se trata de enfermedades crónicas que aumentan su prevalencia con la edad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/252 ========== ***

Nº de registro: 0252

Título
IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

Autores:
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA, DIGON SANMARTIN LUIS, BERNAD HERNANDO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Enfermedades del sistema circulatorio

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Numerosos estudios han demostrado que la presión arterial (PA) ambulatoria estima de forma más precisa y con mayor reproducibilidad el riesgo cardiovascular (RCV) y la lesión de órgano diana (LOD) que la PA clínica. Las últimas evidencias apuntan que el valor ambulatorio de presión arterial nocturna es el mejor predictor de enfermedad cardiovascular (ECV) de forma independiente a los valores de presión arterial ambulatoria diurna en pacientes hipertensos.
Los primeros datos que tenemos sobre prevalencia de HTA nocturna provienen del registro de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPAPRES) de la SEHLELHA, en el que en una cohorte de 33820 hipertensos tratados, la prevalencia de HTA nocturna fue del 60,8% y un 16,3% presentaron hipertensión nocturna aislada (HNA).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

RESULTADOS ESPERADOS
Sería preciso, en la medida de lo posible, realizar MAPA en la población hipertensa a fin de identificar su patrón circadiano y etiquetar a aquellos pacientes que presentan HTA nocturna, independientemente de otros parámetros, siendo estos pacientes los de mayor riesgo cardiovascular (RCV).
Identificar a los pacientes con perfil de MAPA con mayor RCV: riser, no dipper y dipper extremo.
Esto nos permitiría ajustar el tratamiento farmacológico al perfil circadiano del paciente, estableciendo la hora u horas idóneas de administrar el o los fármacos antihipertensivos.

MÉTODO
Registro presión arterial ambulatoria mediante MAPA(monitorización ambulatoria de la presión arterial) durante 24 horas a pacientes adultos diagnosticados de HTA, mediante la colocación de un monitor de presión arterial.
Registro del horario de la toma de la medicación antihipertensiva, a través de la hoja de prescripción farmacológica de la historia clínica electrónica de cada paciente.
Realización y registro de las actividades de enfermería sobre conocimiento deficientes de los pacientes hipertensos.
Dar sesiones clínicas formativas a los miembros del EAP.
Dar sesiones de casos clínicos y exposición de resultados a los miembros del EAP.
Evaluación intermedia de los resultados.

INDICADORES
1.- OBJETIVO: NÚMERO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE SE REALIZA MAPA Y SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA Y ASOCIADA A HTA DIURNA.
INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA Y DIURNA:
Valor a alcanzar: 60% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)
L.I: 50%
L.S: 70%
INDICADOR 2: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTUNA AISLADA.
Valor a alcanzar: 16% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)
L.I.: 10%
L.S: 20%
2.- OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR:
INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON PATRÓN NO DIPPER:
Valor a alcanzar 49%
L.I: 39%.
L.S: 59%
INDICADOR 2: %PACIENTES CON PATRÓN RISER:
Valor a alcanzar 9%
L.I: 5%
L.S: 15%
INDICADOR 3. %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER EXTREMO:
Valor a alcanzar 2%
L.I: 0%.
L.S: 5%

INDICADOR 4: %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER (PATRÓN FISIOLÓGICO)
Valor a alcanzar 39%
L.I: 29%
L.S: 49%
3.- OBJETIVO: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA TOMA DE MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA
INDICADOR 1: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA MAÑANA
Valor a alcanzar: 40%
LI: 30%
LS: 50%
INDICADOR 2: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA NOCHE
Valor a alcanzar: 30%
LI: 20%
LS: 40%
INDICADOR 3: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN MAÑANA Y NOCHE
Valor a alcanzar: 30%
LI: 20%
LS: 40%
4.- OBJETIVO: % DE PACIENTES EN LOS QUE SE MODIFICA SU TRATAMIENTO TRAS LA REALIZACIÓN DEL MAPA
Valor a alcanzar: 50%
LI: 30%
LS: 70%

5.- OBJETIVO: % DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA MAPA QUE TIENE CUMPLIMENTADO EL APARTADO DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:
Valor a alcanzar: 80%
LI: 70%
LS: 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

DURACIÓN
Primer y segundo trimestres:
La agenda para la citación de los pacientes fue creada en marzo del 2017, siendo utilizada por los miembros del EAP.
Sesión clínica formativa para los miembros del EAP: febrero 2018.
Realizar formación continuada con los miembros del EAP mediante presentación de casos clínicos y exposición de las actuaciones clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que se hayan podido derivar de las pruebas realizadas con el MAPA.
Tercer trimestre: evaluación intermedia de los resultados.
Análisis de los resultados en diciembre del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0305

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASCENSION ALONSO BENEDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR
DIGON SANMARTIN LUIS
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
ARMANIU TOBAL JORGE
GRANERO BERLANGA NICOLAS
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el primer cuatrimestre del 2018, se creó el grupo de trabajo interdisciplinar compuesto por profesionales medicina y enfermería del EAP Calatayud Sur para la elaboración del manual de acogida.
Se designó un responsable para la entrega del manual de acogida y de la encuesta-cuestionario sobre la información recibida a los nuevos profesionales.
Se realizaron reuniones de los participantes en el proyecto todos los martes y jueves de Enero a Abril de 2018.
Para la elaboración del manual nos hemos basado en el formato de manuales de acogida de los EAPs de nuestro sector integrados en el SGC ISO 9001. Los contenidos mínimos que se recogen en el manual son los siguientes:
1. Objetivo y ámbito de aplicación.
2. Introducción al EAP
3. Actividades.
4. Organización.
5. Accesos Informáticos.
6. Historia Clínica.
7. Procesos Administrativos.
8. Seguridad para todos.
9. Anexos
Se elaboró una encuesta-cuestionario de satisfacción de los profesionales para evaluar sus conocimientos sobre el funcionamiento del centro y para conocer el grado de satisfacción sobre el contenido del manual de acogida.
Se envió en el mes de mayo (30/05/2018) a la unidad técnica para su revisión.
El documento fue aprobado por la coordinadora del equipo con fecha del 19 de septiembre de 2018.
El manual se colgó en Intranet clínica del Sector Calatayud, en el apartado “Atención Primaria”
http://172.25.88.150/modules/AP/Manual_acogida_CSCalatayudSur_20180919_revA.pdf
Se impartió una sesión clínica con fecha del 24 de octubre de 2018 para presentar el manual de acogida y difundir su contenido a todos los profesionales el EAP Calatayud Sur.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el segundo y tercer cuatrimestre se han recogido los datos hasta diciembre 2018 y evaluado resultados según indicadores: en total se han incorporado 10 profesiones con más de 90 días de trabajo.
1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento.
Resultado: 10/10 = 100%
Se ha entregado documento al 100% de los nuevos profesionales incorporados tanto por bajas temporales, vacaciones, jubilaciones, movilidad voluntaria, personal en formación. Con un tiempo mínimo de permanencia en el EAP de
2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta respecto a encuestas entregadas.
Resultado 90% = (9/10)
3. Porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud
Número de encuestas que reflejan conocer al menos el 70% de las respuestas/total de encuestas entregadas
Resultado 80% (8/10)
4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil.
(Número de encuestas con una calificación superior a 7 /número de encuestas contestadas)
Resultado 70% (7/10)
En la encuesta también se pregunta a los profesionales sobre posibles cambios en el manual de acogida las sugerencias aportadas ha sido -Mayor aclaración sobre funcionamiento
Aclarar el procedimiento del servicio de Admisión.
Explicaciones de derivaciones desde A. Primaria a otros Servicios de A. Especializada no existentes en Hospital Ernest Lluch.
Frecuencia de revisión mantenimiento del manual de acogida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con el este proyecto hemos los objetivos planteados. El manual de acogida es una herramienta importante para el buen funcionamiento del EAP que seguiremos actualizando según anualmente y incluyendo las mejoras propuestas en las encuestas de satisfacción de los profesionales (funcionamiento servicio de admisión, funcionamientos de aparatos, etc.).

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0305

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

*** ========== Resumen del proyecto 2018/305 ========== ***

Nº de registro: 0305

Título
REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Autores:
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, DIGON SANMARTIN LUIS, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, CARMANIU TOBAL JORGE, GRANERO BERLANGA NICOLAS, DE LA OSA FONDON JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad del paciente y satisfacción del usuario
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Problema u oportunidad de mejora:
En el EAP de Calatayud Sur no se dispone en el momento actual de un Manual de Acogida.
Los EAP son estructuras dinámicas con profesionales que se van trasladando. Esta movilidad del personal obliga a disponer de adecuados protocolos de acogida para orientarles en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos y en conclusión, acompañar al nuevo profesional, bien sea de plantilla, sustituto, residente o estudiante en prácticas; para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a pacientes y usuarios.
Consideramos que esto es necesario porque redundará en una optima asistencia a los usuarios del centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados que se esperan conseguir:
mayor cocimiento sobre estructuras, procesos administrativos, asistenciales, así como funciones del equipo
adaptación más rápida de los profesionales al equipo de atención primaria
Mejorar la seguridad del paciente con el correcto conocimiento de los circuitos propios de cada centro por los profesionales.

MÉTODO
Crear un grupo de trabajo interdisciplinar para elaborar dicho protocolo de acogida
Elaborar un manual de acogida,que aporte información detallada en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos, estructura del equipo, límites geográficos, consultorios, profesionales, horarios y todo lo inherente a nuestro Centro de Salud para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a los usuarios
.Idear un libro registro que confirme la entrega del manual a los profesionales que se han incorporado al equipo de Calatayud Sur 2018 por periodos de trabajo o periodos formativos
Designar un responsable de referencia, para la entrega del manual de acogida y realice el registro
Establecer una encuesta-cuestionario que ponga de manifiesto que los profesionales a los que va dirigido el protocolo, han adquirido un conocimiento suficiente del funcionamiento del centro, y explorar el grado de satisfacción de los nuevos profesionales en dicho documento.

El responsable se encargará de dar el manual, encuestas y la información que le sea necesaria y permitirá a nuevo miembro saber a quien dirigirse en caso de necesidad.
La encuesta servirá para comprobar si las personas que han recibido el manual de acogida, han conseguido conocer adecuadamente las peculiaridades de nuestro EAP y también un apartado de observaciones en el que nos puedan hacer sugerencias de mejora.

INDICADORES
ndicadores:
1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento:
(numero de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida / en relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado 90%
Limite inferior 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0305

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

limite superior 100%
2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta:
(número de encuesta-cuestionarios realizadas/ numero de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%
limite inferior 60%
limite superior 80%
3. porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud:
(número de encuestas que reflejen conocer al menos el 70% de las respuestas / total de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%
limite inferior 60%
limite superior 100%
4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil:
(número de encuestas con una calificación superior a 70/ por el número de encuestas contestadas) por 100, resultado esperado 80%
límite inferior 60%
límite superior 80%

Los cuestionarios y distintas actividades que consideremos sean necesarias para el buen funcionamiento de nuestro Centro de Salud.

DURACIÓN
Duración y calendario

Realización del manual de acogida,libro de registro y encuesta-cuestionario febrero, marzo, abril y mayo 2018.

Recogida de datos de abril a diciembre de 2018
Evaluación en diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA BERNAD HERNANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA
CHUECA GORMAZ ISABEL
GIL MOSTEO MARIA JOSE
MOROS SANZ ESTHER
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
ARANAZ VILLARTE MIGUEL
SANMARTIN FLORENZA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.De organización:

Reunión EAP para elegir proyecto y elección de miembros del núcleo de promoción de la salud que organizaran la intervención: 19 de febrero 2018 a las 14h, con la constitución del grupo de trabajo anteriormente citado.
Reunión con el Instituto Aragonés de la Mujer (IAM) para preparar la intervención, realizada el 15 de diciembre de 2017 a cargo de la Dra Gálvez.
Reunión con la Jefa de Sección de Estratejias y Formación Dna Asunción Cisneros responsable del programa de violencia de genero del Departamento de Sanidad para preparar la intervención: 24 de enero 2018 a las 13,30., por Dra Gálvez y Dra Bernad.
Reunión con SARES para exponer la intervención y buscar recursos: Dra Elisa Ferrer el 24 de enero 2018 a las 14h, a cargo de la Dra Gálvez y Dra Bernad. Con fecha 16 de marzo de 2018 se remitió por correo electrónico todo el proyecto para su revisión por el SARES, por la Dra Bernad.
Contacto con el Ayuntamiento de Zaragoza (departamento de igualdad) para obtener el permiso para el uso del cómic ganador del III certamen de cómic sobre VG, contactamos con el responsable de Participación Ciudadana a cargo de Dña M José Gil.
Realización de curso sobre VG durante los meses de febrero y marzo 2018¨: “Atención a la violencia de género desde el Sistema Sanitario” por la Dra Gálvez y la Dra Bernad.
Asistencia a la presentación del Plan Estratégico para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón 2018 – 2021, del Gobierno de Aragón, a través del IAM: 19 de marzo: Dra Gálvez y Dra Bernad.
Contacto con activos comunitarios y recursos comunitarios: reunión con la psicóloga de la Comarca, encargada de violencia de género Dña Noelia Calderón el día 25 de abril, nos presenta el plan de actuación integral de la Comarca en Violencia de Género: dña Esther Moros y Dña Laura Sanmartin.
Selección del material audiovisual y encuesta previa y posterior a las intervenciones; durante los meses de marzo y abril por parte del grupo de trabajo partir del material obtenido en distintas reuniones.
Elaboración del consentimiento informado según formato del IACS y de las cartas a remitir a padres y adolescentes: durante los meses de marzo y abril por parte del grupo de trabajo a partir del material obtenido en distintas reuniones
Obtención de población diana según datos de tarjeta sanitaria por parte de Secretaría de Dirección: por Secretaria de Dirección a marzo 2018.

2.De comunicación:

Realización de dos sesiones formativas sobre promoción de la salud y sobre VG: a cargo de la Dra Gálvez, Dra Chueca y Dra Bernad los días 21 de febrero y 6 de junio de 2018.
Reunión EAP para la explicación de la intervención y presentación del material audiovisual: el día 11 de junio.
Comunicación con alcaldes y peñas.
Comunicación del proyecto a la Dirección de AP.

3. De intervención:

Envío de las cartas a padres y adolescentes citándoles para las intervenciones, en cada consultorio: primera quincena de junio.
Realización de la primera intervención en los consultorios locales entre el 25 de junio y el 13 julio de 2018. Las intervenciones constan de un cuestionario previo, una lluvia de ideas sobre el tema, una presentación, un debate y un cuestionario posterior a fin de valorar la repercusión de las intervenciones y temas para años sucesivos.
Una segunda intervención de forma individual según campaña del Ministerio:”CORTA A TIEMPO. EL MALTRATO NO LLEGA DE REPENTE”, durante la segunda quincena de octubre.

4. De evaluación:

Análisis de las encuestas previas y posteriores y de los temas propuestos por los adolescentes para próximas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

ediciones: noviembre 2018 por parte del equipo de trabajo.
Análisis de las opiniones de los profesionales: noviembre 2018 por parte del grupo de trabajo
Comunicación de los resultados a los miembros del EAP: previsto para diciembre de 2018 no se ha podido realizar por traslados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cobertura alcanzada: 50% (basada en cobertura del año pasado). Límite inferior (LI): 40% - límite superior (LS): 60%., la cobertura alcanzada ha sido del 41%.
Porcentaje de localidades que participa: 70% (basado en localidades que participaron el año pasado). LI: 50% - LS: 100%., las localidades que han participado han alcanzado el 82,3%, en 7 de los pueblos no había población de 14 a 18 años.
Porcentaje de profesionales que participa: 70% (basado en profesionales que participaron el año pasado). LI: 50% - LS: 100%., han participado el 84% de los profesionales con una gran implicación en el proyecto.
Porcentaje de adolescentes que cumplimenta la encuesta: 90% (basado en resultados del año pasado). LI: 50% - LS: 100%.el 89,9% ha cumplimentado la encuesta.
Porcentaje de incremento del aprendizaje sobre tipos de violencia de genero antes/después de la intervención realizada : 60% (basado en resultados del año pasado). LI: 50% - LS: 100%. 51,8%
Porcentaje de adolescentes que identifica la violencia psicológica como VG: 50%, LI 30% - LS 60%.79,3%
Porcentaje de profesionales del C.S. que han realizado un formación específica sobre violencia de genero: 20% LI: 10%- LS: 30%., ha sido del 26,3%, con un total de 5 profesionales.
Porcentaje de profesionales del C.S. que conoce los activos comunitarios en violencia de genero y el circuito específico de derivación en la zona rural de Calatayud: 80%. LI: 70% - LS:100%.considerando los asistentes a la sesión del 6 de junio: 52,6%, 10 profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Han participado el 41% de la población, con una edad media de 15,2 años, predominantemente mujeres 72%.
El 82,7% convivían en un familia tradicional, el 48,2% había repetido curso y realizaba algún trabajo remunerado el 13,7%.
Salían más de un día a la semana el 48,2% y entre sus aficiones destacan quedan con amigos (55.1%), redes sociales e internet (51.7%) y el deporte (41,3%).
Entre las respuestas a la encuesta destacan: interrumpirles cuando hablan, molestarle que hable con otras personas, sentirse nervioso por hacer algo que no le va a gustar y sentirse controlado (3,4%).
El 79,3% es capaz de identificar la violencia psicológica como parte de la violencia de genero y casi el 52 % ha mejorado su conocimiento sobre el tema tras la intervención.
Como temas para próximos años destacan; alcohol, drogas y educación sexual.
La valoración global de 0 a 10 fue de 7,9, al 89,6% le ha resultado útil y el 82,7% la recomendaría a sus compañeros.

7. OBSERVACIONES.
Resaltar un año más la necesidad de un trabajo compartido a nivel de sistema educativo, sanitario e institucional para reforzar y unificar los mensajes que reciben nuestros adolescentes.
Nos ha llamado la atención el echo de que el 72% de los participantes este año fueran mujeres, hemos de conseguir implicar en este tema a los adolescentes varones como parte de la solución.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/314 ========== ***

Nº de registro: 0314

Título
PROMOCION DE LOS “BUENOS TRATOS” Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Autores:
BERNAD HERNANDO SONIA, GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA, CHUECA GORMAZ ISABEL, GIL MOSTEO MARIA JOSE, MOROS SANZ ESTHER, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA, ARANAZ VILLARTE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: promoción de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según la Macroencuesta de Aragón de 2011 se observa un importante aumento de los casos de violencia de genero detectados en población de 14 a 19 años con una tasa de 17,10 en 2009 a 92,37 en 2011. Los adolescentes tienen dificultades a la hora de identificar conductas de maltrato psicológico como coacciones, celos, control.. considerando únicamente violencia de género los casos de agresiones graves.
Por todo ellos nos parece importante conocer sus opiniones y creencias sobre violencia de género (en adelante VG) y potenciar las relaciones de igualdad y “buen trato”.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el concepto de VG que tienen los adolescentes de nuestro C.S.
Conocer el grado de exposición a la VG que tienen los adolescentes de nuestro C.S.
Evaluar el grado de conocimientos que tiene sobre los distintos tipos de VG y los recursos que tienen a su disposición.
Sensibilizar y concienciar a los jóvenes sobre las relaciones de igualdad y “buen trato”.
Mejorar la formación de los profesionales de nuestro C.S. en violencia de genero y conocer los activos comunitarios en este campo.

MÉTODO
1.De organización:
Reunión EAP para elegir proyecto.
Contactos para preparar las intervenciones con el Instituto Aragonés de la Mujer (IAM), la responsable del programa de violencia de genero del Departamento de Sanidad, SARES y Ayuntamiento de Zaragoza (departamento de igualdad).Asistencia a la presentación del Plan Estratégico para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón 2018 – 2021, del Gobierno de Aragón.
Realización de curso sobre VG durante los meses de febrero y marzo 2018.
Contacto con activos comunitarios.
Selección del material audiovisual y encuestas
Obtención de población diana.
2.De comunicación:
Realización de dos sesiones formativas sobre promoción de la salud y sobre VG, con presentación del material para las intervenciones.
Comunicación con alcaldes, peñas y Dirección de AP.
3. De intervención:
Envío de las cartas a padres y adolescentes citándoles para las intervenciones, en cada consultorio.
Realización de la primera intervención en los consultorios locales entre finales de junio y principios de julio de 2018. Las intervenciones constan de un cuestionario previo, una lluvia de ideas sobre el tema, una presentación, un debate y un cuestionario posterior a fin de valorar la repercusión de las intervenciones y temas para años sucesivos.
Una segunda intervención de forma individual según campaña del Ministerio.
4. De evaluación:
Análisis de las encuestas previas y posteriores y de los temas propuestos por los adolescentes para próximas ediciones y de las opiniones de los profesionales.

INDICADORES
Cobertura alcanzada: 50%. Límite inferior (LI): 40% - límite superior (LS): 60%.
Porcentaje de localidades que participa: 70%. LI: 50% - LS: 100%.
Porcentaje de profesionales que participa: 70%. LI: 50% - LS: 100%.
Porcentaje de adolescentes que cumplimenta la encuesta: 90%. LI: 50% - LS: 100%.
Porcentaje de incremento del aprendizaje sobre tipos de violencia de genero antes/después de la intervención realizada : 60%. LI: 50% - LS: 100%.
Porcentaje de adolescentes que identifica la violencia psicológica como VG: 50%, LI 30% - LS 60%.
Porcentaje de profesionales del C.S. que han realizado formación específica sobre violencia de genero: 20% LI: 10%- LS: 30%.
Porcentaje de profesionales del C.S. que conoce los activos comunitarios en violencia de genero y el circuito específico de derivación: 80%. LI: 70% - LS:100%.

DURACIÓN
Actividades de organización:consistentes en la elección del proyecto, formación del personal, preparación del material y comunicación con otras organizaciones: enero a mayo de 2018, realizada por miembros del proyecto.
Actividades de comunicación: consistentes en sesiones formativas al EAP y comunicación con agentes locales:de febrero a mayo 2018, realizado por miembros del proyecto.
Actividades de intervención: consistente en la realización de las intervenciones con adolescentes, de junio a octubre 2018, realizado por miembros del proyecto.
Actividades de evaluación: consistente en el análisis de las intervenciones,de sus resultados y lecciones aprendidas para próximos años, de octubre a diciembre 2018, realizado por miembros del proyecto

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL CHUECA GORMAZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANS PIQUERAS CARMEN
BERNAL GARCIA PILAR
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2018, hemos realizado distintas actividades para llevar a cabo los objetivos planteados. En el mes de abril del año 2018 se hicieron dos reuniones informativas en la biblioteca del Centro de Salud para difundir el proyecto a todos los profesionales sanitarios del equipo de Calatayud Sur. En estas reuniones se nombraron los responsables de botiquín y almacén de farmacia que realizarían las funciones de solicitud de petitorio, control posterior de albaranes mensuales y remisión a farmacia del hospital del albarán sellado.
Se acordó que fueran tres responsables del equipo, dos profesionales de enfermería y un profesional médico.
En estas reuniones se acordó que, mensualmente, los profesionales que realizan la atención continuada de la jornada del día 4º al 9º de cada mes, ordenarán y distribuirán la medicación recibida según principio activo y caducidad.
Se explicó que todos los meses la farmacéutica de Atención Primaria realizaría la revisión, actualización y remisión del listado de productos a caducar para el control de caducidades por correo electrónico a los coordinadores de equipo y responsables de botiquín de farmacia. Ellos serían los encargados de difundir, vía correo electrónico, el listado al resto de profesionales del equipo.
Los responsables de petitorio de farmacia se han reunido varias veces a lo largo del año 2018 con la farmacéutica del sector para consensuar la mejor forma de organización del almacén de farmacia; cómo identificar y etiquetar las estanterías del almacén y de las consultas de Calatayud Sur y cómo identificar y separar los medicamentos de isoapariencia en etiquetado o en el nombre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. % DE PROFESIONALES QUE ASISTEN A LA REUNION INFORMATIVA.

Las dos reuniones informativas para explicar el proyecto de calidad a los profesionales del equipo de Calatayud Sur se llevaron a cabo en el mes de abril del año 2018 en la biblioteca del centro. En el equipo de Calatayud Sur, somos un total de 20 profesionales, 11 médicos y 9 enfermeros.
Planteamos que, por lo menos el 60% del equipo acudiera a las reuniones informativas. Se consiguió un 70 % de asistencia, ya que acudieron 16 profesionales del equipo.

2. % DE PROFESIONALES DEL EQUIPO QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO

De los 20 profesionales (11map y 9 eap), han participado 16 profesionales (8 map y 8 eap), es decir, un 70% del equipo ; siendo un 50% eap de los profesionales que participaron en el proyecto y el 50% restante map.
Nuestro límite inferior estaba fijado en un 80%. con lo cual no hemos alcanzado el indicador propuesto.

3. % DE ALBARANES REMITIDOS A FARMACIA DE HOSPITAL TRAS SU COMPROBACIÓN.

El primer jueves de cada mes se recibe el petitorio de farmacia con su correspondiente albarán y el listado de dispensación de artículos de farmacia. Después de su comprobación este albarán es sellado, y junto con una fotocopia del listado de dispensación se remite a farmacia hospitalaria por correo interno.
Durante el año 2018, se ha remitido a farmacia hospitalaria el 100% de los albaranes tras ser comprobados.

4. ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS POR PRINCIPIO ACTIVO EN ALMACÉN DE FARMACIA.

Antes de comenzar con el etiquetado de los medicamentos, se realizó la revisión del equipamiento del almacén de farmacia del EAP de Calatayud Sur, para ello se tuvo en cuenta:
• En cuanto al mobiliario, los requisitos de las estanterías son los siguientes:
– Deberán ser metálicas (otro tipo de material, como la madera, puede estropearse con más facilidad) y capaces de soportar bastante peso (no deformables con facilidad).
– La altura de las mismas debe ser acorde a la estatura del personal que las va a utilizar. Hemos de procurar que la altura máxima no exceda de 1,75 metros para evitar al personal problemas de accesibilidad a la mercancía. Las estanterías que se pueden adquirir son las denominadas tipo “compacto”, lo que aumentaría la superficie de los almacenes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

– Igualmente, hemos de tener en cuenta que la última balda nunca esté pegada al suelo. Debemos montarlas de forma que de la última al suelo haya una distancia de seguridad de 20 ó 25 cm. Este margen de seguridad nos protegerá de posibles catástrofes (inundaciones) o del contacto con animales (roedores, insectos...).
– Las estanterías deben ser fácilmente limpiables.
• Las condiciones especiales en el almacén:
– Armario o caja fuerte para estupefacientes: hay que determinar el volumen de consumo de estos medicamentos y en función del mismo habilitaremos una u otra opción. Siempre bajo llave. Una caja fuerte con cerradura de seguridad dentro del almacén valdría para aquellos centros cuyo consumo no sea excesivo.
– Nevera para medicamentos termolábiles: deberá tener controlada la temperatura mediante sonda. El rango de temperatura máxima-mínima deberá encontrarse siempre entre 2-8°C. Se realizará registro diario de las temperaturas

Posteriormente a la revisión de los requisitos mínimo que debía de cumplir el almacén se detectó que “el etiquetado de medicamentos iba a ser un proceso complejo ya que la parte de almacén que teníamos en el equipo destinada a la farmacia no reunía las condiciones adecuadas, sobre todo por la escasez de espacios en las estanterías, para llevar a cabo este indicador del proyecto.
Después de consultar este problema con dirección, se nos proporcionaron más baldas para las estanterías que algunos de los componentes del equipo de Calatayud Sur montaron.
Se pidió colaboración a la farmacéutica de Atención Primaria que nos facilitó un listado de la medicación disponible en el pacto de farmacia ordenada por orden alfabético de principio activo. También nos indicó cómo etiquetar haciendo coincidir las distintas presentaciones del mismo principio activo.
Con ayuda de un DYMO se etiquetaron las estanterías disponibles para la farmacia por orden alfabético de principio activo.

Estimamos necesario añadir debajo de cada principio activo su nombre comercial y forma de presentación para facilitar el reconocimiento de los fármacos por todo el personal sanitario.
También se han etiquetado las baldas de las neveras y ordenado por principio activo.
Hemos conseguido etiquetar el 100% de la medicación disponible en el almacén de farmacia de nuestro equipo.

5. IDENTIFICACIÓN Y SEPARACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ISOAPARIENCIA EN EL ETIQUETADO O EN EL NOMBRE EN ALMACÉN DE FARMACIA.

La urgencia en la selección de fármaco es una de las causas más comunes en los errores de medicación y donde la identificación debe ser inequívoca, clara y cualquier ayuda en la identificación de los fármacos aumenta la seguridad del paciente.
Medicamentos como Adrenalina, Atropina, Naloxona o Haloperidol son algunos de los fármacos más habituales de situaciones urgentes. Sus envases son muy parecidos en cuanto al color y el tamaño, lo cual puede favorecer a errores. Por lo tanto, es importante incluir medidas de isoapariencia para mejorar la seguridad del paciente.
Una medida fue colocar estos fármacos en baldas diferentes y separados por otros fármacos, así como en el caso de tener dos nombres el principio activo poner el que diera lugar a menor error. Por ejemplo, teniendo adrenalina y atropina se nombra la adrenalina por epinefrina alejándose en balda de la atropina.
La identificación y separación de medicamentos es un proceso que debe llevarse a cabo en el momento que se recibe el petitorio de farmacia. Hay que controlar medicamento por medicamento y colocarlo en su lugar correspondiente.
Donde más complicación puede haber por similitud en la isoapariencia es en los sueros. Lo hemos solucionado separando los de igual presentación intercalando otros de pariencia distinta para prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente por equívocos en la identificación.
Hemos identificado, separado y etiquetado los medicamentos de isoapariencia semejante en el almacén de farmacia en un 100%.

6. MESES EN LOS QUE SE HA ENVIADO CORREO ELECTRÓNICO A TODOS LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DEL LISTADO DE PRODUCTOS DE FARMACIA A CADUCAR.
Mensualmente, mediante correo corporativo, la farmacia de Atención Primaria remite a los coordinadores del equipo el listado de productos de farmacia a caducar en el mes. Los coordinadores lo remiten a todos los profesionales sanitarios del equipo.
Todos los meses se han enviado los correos.

7. % DE LISTADO DE CADUCIDADES REMITIDOS A FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, TRAS SU COMPROBACIÓN.

Después de que cada profesional recibe el listado de medicación a caducar en el mes, debe de comprobar con éste el botiquín de su consultorio, también se comprueban las caducidades del Servicio de Urgencias de Calatayud Sur y las del almacén de farmacia. Una vez comprobados los listados se remiten al responsable de la farmacia del equipo que hace un recuento de los productos caducados y se registran en una hoja Excel que que se remite trimestralmente a la farmacéutica de atención primaria. Se enviaron los listados de caducidades por correo electrónico a farmacia de A.P en las siguientes fechas: 28/03/18, 06/07/18 y 16/10/18 y 19/12/18.

8. SE HA REALIZADO AL MENOS UNA REUNIÓN CON FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA CONSENSUAR STOCK ÓPTIMO DE FARMACIA.

Nos hemos reunido en distintas ocasiones con la farmacéutica de Atención Primaria para el desarrollo del proyecto (abril, junio y noviembre 2018) y así poder valorar el stock del almacén de farmacia y poder cubrir las necesidades del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo realizado ha sido satisfactorio. El proyecto se ha trabajado por una parte importante de los profesionales del EAP de Calatayud Sur, implicándose tanto profesional como personalmente para mejorar la seguridad al paciente y la tarea diaria de los profesionales.
Se han desarrollado todas las actividades propuestas en el proyecto y, se pretende obtener cambios en cuanto a la mejora de la seguridad al paciente y la disminución de errores en la selección de la medicación por parte de los profesionales del Sector para mejorar la atención asistencial.
Este proyecto se puede hacer extensible al resto de equipos de atención primaria del sector de Calatayud y al resto de sectores.
Este proyecto de calidad se ha llevado a cabo durante el año 2018. Es un proyecto que se continuará en el tiempo y que se pretende que se haga extensible al resto de los equipos de atención primaria ya que es una forma de gestionar de forma óptima el almacén de farmacia, botiquines locales y servicio de urgencias desde la base de un uso racional del medicamento, para ser más eficientes en el consumo de fármacos, evitar caducidades innecesarias y prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/462 ========== ***

Nº de registro: 0462

Título
BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Autores:
CHUECA GORMAZ ISABEL, BERNAL GARCIA PILAR, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, DE LUCAS BARQUERO ARÍADNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion en urgencias
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Urgencias del CS de Calatayud Sur, fue inaugurado en el año 2016, motivo por el cual durante 2017 se implantó el proyecto de calidad (2016/1234) de revisión del circuito de mantenimiento del material y aparatos de la sala de urgencias y de forma más específica el carro de paradas y maletín de urgencias.
Hemos detectado la necesidad de mejorar la gestión del almacen- botiquín de farmacia desde la base de un uso racional del medicamento, para ser mas eficientes en el consumo de fármacos, evitar caducidades innecesarias y prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente en cuanto a la identificación y administración de medicamentos.
De esta forma se dará continuidad al proyecto de calidad de 2017 de urgencias en nuestro equipo de atención primaria y se podrán establecer criterios de calidad y seguridad clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Difundir e implicar a todos los profesionales en el " Procedimiento operativo de control y gestión de los botiquines de medicamentos"
2- Revisión y actualización del listado de medicamentos en el EAP Calatayud Sur
3- Revisión y adecuación el stock óptimo de medicamentos a las necesidades del equipo
4- Identificar los fármacos del botiquín /almacén por principio activo
5-Identificar y separar los medicamentos de isoapariencia en el etiquetado o en el nombre.

MÉTODO
OBJETIVOS 1-2:
- Dos sesiónes informativas para difundir el proyecto a todos los profesionales del EAP,
- Nombrar a los responsables de botiquín y almacen de farmacia que realizaran las funciones de solicitud de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

petitorio, control posterior de albaranes mensuales y remisión a farmacia del hospital el albarán sellado.
- Mensualmente los profesionales que realizan la Atención continuada de la jornada del día 4º al 9º de cada mes, ordenarán y distribirán la medicación recibida según principio activo y caducidad.
- Mensualmente los responsables de almacén remitirán por correo electrónico a todos los profesionales del equipo el listado de productos de farmacia a caducar, control de caducidades.

OBJETIVO 3:
- Revisión / actualización del listado y del stock de medicamentos en el CS Calatayud Sur
- Realización de al menos una reunión de los responsables de petitorio de farmacia con la responsable de farmacia del Sector para consensuar los stock óptimos en base a petitorios previos.

OBJETIVO 4 y 5
- Identificar (etiquetar) en las estanterias del almacén de medicamentos/consultas de Calatayud Sur los medicamentos por principio activo.
- Identificar y separar los medicamentros de isoapariencia en etiquetado o en nombre incluídos en el listado de medicamentos del almacen de Calatuayud Sur

INDICADORES
1- % de profesionales que asisten a la reunión informativa:
Valor a alcanzar: 100%
Límite superior: 100%
Límite inferior: 60%
Fecha de reunión: abril 2018, en la biblioteca del CS.

2- % de profesionales del equipo que participan en el proyecto:
Valor a alcanzar: 100%
Límite superior: 100%
Límite inferior: 80%
Periodo de evaluación . Anual.

3- % de albaranes remitidos a farmacia de hospital, tras su comprobación
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 70%
Límite superior: 100 %
Periodo de evaluación: anual.

4- Etiquetado medicamentos por principio activo en almacen de farmacia
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 90%
Límite superior: 100 %
Periodo de evaluación: anual.

5- Identificación y separación de medicamentos de isoapariencia en el etiquetado o en el nombre en almacén de farmacia
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 90%
Límite superior: 100 %
Periodo de evaluación: anual.

6- Meses en los que se ha enviado correo electrónico a todos los profesionales del equipo del listado de productos de farmacia a caducar
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 80%
Límite superior: 100 %
Periodo de evaluación: anual.

7- % de listado de caducidades remitidos a farmacia de AP, tras su comprobación
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 70%
Límite superior: 100 %
Periodo de evaluación: anual.

8- Se ha realizado al menos una reunión con farmacia de AP para consensuar stock óptimo de farmacia
Valor a alcanzar: Si
Límite inferior: uno
Limite superior : no se puede precisar previamente

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio: Abril de 2018
Reunión informativa: primer lunes de abril de 2018
Evaluación intermedia: Junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Revisión de todos los indicadores.
Fecha prevista finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0821

1. TÍTULO

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN DAROCA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CASTAÑO PRIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA
CUADRADO GONZALEZ AINOA
IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR
BES GIMENEZ ANA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CHARLAS/TALLERES SOBRE: `REVENCION DROGADICION E HIGIENE ALIMENTARIA A LOS CURSOS 1º,2º,3º Y 4 º DE LA ESO DEL IES DAROCA
Y CHARLA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR Y PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL A 4º DE ESO.
EN TOTAL SE DIERON A 84 ALUMNOS DE LOS 4 CURSOS.
SE DIERON UN TOTAL DE 5 CHARLAS.
TALLER DE RCP BASICA A LKOS ALUMNOS DE 3º Y 4 º DE ESO
CHARLAS EN LA RADIO COMARCAL DE DAROCA DE E DUCACION SANITARIA SOBRE VACUNACION ANTIGRIPAL Y ALERGIAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
TRAS LA AVLORACION DE LAS ENCUESTAS DE SASTIFACCION SE HAN OBTENIDO UNS RESULTADOS MUY SASTIFACTORIOS EN RELACION AL INTERES DESPERTADO EL APRENDIZAJE DE CUESTIONES RELACIONADAS CON LA MATERIA IMPARTIDA. LA MEDIA DE SASTIFACCION ESTA SOBRE 80/90 %. LA VALORACION GLOBAL DE TODAS AS ACTIVIDADES ESTA EN UN 80%.
AUNQUE HAY VARIACIONES SEGUN CURSOS, COMO SE EXPLICA EN OBSERVACIONES, ESAS VALORACIONES ESTAN HECHAS POR LOS PROFESORES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
TRAS LA VALORACION CREEMOS OPORTUNO CONTINUAR CON LAS CHARLAS EN INSTITUTO
DEBERIAMOS CONCRETAR CON EL PROFESORADO NUEVOS TEMAS A TRATAR QUE CONSIDEREMOS OPORTUNOS PARA EL ALUMNADO.

7. OBSERVACIONES.
Por cursos podemos concluir lo siguiente:
- En 1º de la ESO, han sido un éxito las dos charlas impartidas.
- En 2º de la ESO, se mantiene el interés en Drogodependencias pero baja en Alimentación
- En 3º ESO, baja mucho el interés, sobre todo en Drogodependencias.
- En 4º de la ESO, baja el interés en las tres Charlas.

Creemos que hay un proceso de habituación y desensibilización a medida que subimos de curso.
lOS PROFESORES PIENSAN QUE SE DEBERIAN REALIZAR AÑO SI Y AÑO NO, INTERCALANDO OTROS TEMAS, QUE SE DEBEN ESTUDIAR CONJUNTAMENTE.

SE DISPONEN DE TODAS LAS ENCUESTAS DE SASTIFACCION ARCHIVOS Y GRAFICOS, PARA SU ESTUDIO..

*** ==================================== Resumen del proyecto 2016/821 ==================================== ***

Nº de registro: 0821

Título
PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD. CS DAROCA

Autores:
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA, CUADRADO GONZALEZ AINOA, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, SIMON APARICIO MARIA PAZ, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educ Sexual, Prev Accidentes en ancianos, etc.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0821

1. TÍTULO

PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN DAROCA

Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda que presentaba la población de Daroca por continuar con el Programa de Educación para la Salud iniciado en 2016. Como la intervencion comunitaria fue muy positiva vemos la necesidad de continuar realizando esta promoción y educación para la salud a nivel de la comunidad añadiendo la intervención en una residencia de ancianos de Daroca.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el nivel de salud de la población de Daroca al realizar una intervención comunitaria interdisciplinar.
Como objetivos específicos:
Promover desde el Centro de Salud la participación activa de otros sectores de la Sociedad. Crear un programa participativo y multidisciplinar.
Diseñar actividades comunitarias estructuradas que puedan perdurar en el tiempo.
Evaluar tanto el proyecto en general como cada una de las actividades concretas desarrolladas.
Transmitir a la población información sanitaria capacitándola para optar por comportamientos más saludables y fomentar el autocuidado.
Conocer actitudes y expectativas de los profesionales del Centro de Salud sobre la realización de Actividades Comunitarias.

MÉTODO
Las medidas previstas a realizar son:
"El paseo saludable ", llevado a cabo los lunes por personal del Centro de Salud.
Colaboración con el IES de Daroca impartiendo charlas de Educación para la Salud por parte del Equipo Multidisciplinar. Los temas a tratar son: 1.- Reanimación CardioPulmonar Básica y Avanzada. 2.- Alimentación, Nutrición. Alteración en la conducta alimentaria. 3.- Hábitos de vida saludables. Prevención de Alcoholismo, Dogradicción, etc. 4.- Sexualidad y Anticoncepción.
Colaboración con la Residencia de Ancianos de Daroca impartiendo las sesiones de: 1.- Prevención de Accidentes en Ancianos. 2.- Prevención de riesgos laborales en los cuidadores.

INDICADORES
1.- Número de sesiones impartidas en IES de Daroca durante el curso 2017.
2.- Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones. Se facilitará una encuesta de satisfacción (tanto en el IES de Daroca como en la Residencia de Ancianos).

DURACIÓN
Fecha inicio: Enero 2017
Fecha finalización: Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0821

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EDAD INFANTIL Y ADOLESCENCIA (COLEGIO E INSTITUTO DAROCA)

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ SIMON APARICIO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL
BES FRANCO ANGEL
RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA
CUADRADO GONZALEZ AINOA
MORANT PABLO AITANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Charlas y talleres prácticos sobre alimentacion
2. Taller de primeros auxilios
3. Charla sobre educación sexual y anticoncepción.
4. Charla y taller sobre drogadición y alcoholismo

Se realizará un test pre y post charla y taller de 10 preguntas.
El objetivo es lograr que en el test post charla haya un aumento en las respuestas correctas de un 75% con respecto al test pre charla.
Se pasará una encuesta de sastifaccion a los alumnos y al profesorado con la intención de lograr unos resultados de sastifacción del 80%

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Charlas y talleres prácticos sobre alimentación: Resultados pre-taller 63% de respuestas acertadas. Post-taller 81% de respuestas acertadas.
2. Taller de primeros auxilios: Pre-taller 38%, Post-taller 88%
3. Taller de salud buco-dental: Pre-taller 50%, Post-taller 90%
4. Charla y taller sobre drogadicción y alcoholismo: Pre-taller 64%, Post-taller 87%
Encuesta de satisfacción del profesorado: 91%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Buena aceptación de charlas y talleres por parte del profesorado y alumnos, considerando actividades prácticas y útiles; constatándose mejoría acerca de conocimientos en las diferentes encuestas realizadas siendo el taller de primeros auxilios uno de los más prácticos y útil como método inicial de acercamiento a la atención inicial ante una emergencia/urgencia.
Vista su buena aceptación, eficiencia y práctica durante los años que se ha realizado se deja como finalizado e incluido en la cartera de servicios como una actividad comunitaria a realizar a todos los cursos escolares.
El año próximo se introducirá como nuevo taller las adicciones y dependencia a las nuevas tecnologías.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/821 ========== ***

Nº de registro: 0821

Título
PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD. CS DAROCA

Autores:
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA, CUADRADO GONZALEZ AINOA, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, SIMON APARICIO MARIA PAZ, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educ Sexual, Prev Accidentes en ancianos, etc.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0821

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PROMOCION Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EDAD INFANTIL Y ADOLESCENCIA (COLEGIO E INSTITUTO DAROCA)

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La oportunidad de mejora fue detectada a través de la demanda que presentaba la población de Daroca por continuar con el Programa de Educación para la Salud iniciado en 2016. Como la intervencion comunitaria fue muy positiva vemos la necesidad de continuar realizando esta promoción y educación para la salud a nivel de la comunidad añadiendo la intervención en una residencia de ancianos de Daroca.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el nivel de salud de la población de Daroca al realizar una intervención comunitaria interdisciplinar.
Como objetivos específicos:
Promover desde el Centro de Salud la participación activa de otros sectores de la Sociedad. Crear un programa participativo y multidisciplinar.
Diseñar actividades comunitarias estructuradas que puedan perdurar en el tiempo.
Evaluar tanto el proyecto en general como cada una de las actividades concretas desarrolladas.
Transmitir a la población información sanitaria capacitándola para optar por comportamientos más saludables y fomentar el autocuidado.
Conocer actitudes y expectativas de los profesionales del Centro de Salud sobre la realización de Actividades Comunitarias.

MÉTODO
Las medidas previstas a realizar son:
"El paseo saludable ", llevado a cabo los lunes por personal del Centro de Salud.
Colaboración con el IES de Daroca impartiendo charlas de Educación para la Salud por parte del Equipo Multidisciplinar. Los temas a tratar son: 1.- Reanimación CardioPulmonar Básica y Avanzada. 2.- Alimentación, Nutrición. Alteración en la conducta alimentaria. 3.- Hábitos de vida saludables. Prevención de Alcoholismo, Dogradicción, etc. 4.- Sexualidad y Anticoncepción.
Colaboración con la Residencia de Ancianos de Daroca impartiendo las sesiones de: 1.- Prevención de Accidentes en Ancianos. 2.- Prevención de riesgos laborales en los cuidadores.

INDICADORES
1.- Número de sesiones impartidas en IES de Daroca durante el curso 2017.
2.- Porcentaje de satisfacción de los asistentes a las sesiones. Se facilitará una encuesta de satisfacción (tanto en el IES de Daroca como en la Residencia de Ancianos).

DURACIÓN
Fecha inicio: Enero 2017
Fecha finalización: Diciembre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1151

1. TÍTULO

PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO LA HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANGEL BES FRANCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRENA MARINA EMILIA
PEREZ ABADIA ANA
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA
ALDA CAMPOS BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. LISTADOS DE TODOS LOS DIABETICOS EN OMI
2. LISTADO DE DIABETICOS INTERNADOS EN RESIDENCIAS, SE PIDE ALAS ENFERMERAS DE LA RESIDENCIA PREPARAR LAS CORRESPONDIENTES ANALITICAS.
3. COMPROBAR A LOS DIABETICOS QUE NO TENGAN REGISTRADO LA HBA1C CADA 6 MESES.
4. REVISAR ANALITICAS PREVIAS, SOBRETODO DE LOS ESPECIALISTAS Y ANOTAR LA HEMOGLOBINAS EN LOS CASOS EN QUE ESTEN, Y SI NO SOLICITAR ANALITICA.
5. ESTAS ACTUACIONES CADA 6 MESES.

EN CADA CONTROL SE INSTA EN APLICAR Y REVISAR LAS MEDIDAS ANTERIORMENTE CITADAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
REVISIONES CUATRIMESTRALES:
ABRIL: 34%
AGOSTO: 36%
DICIEMBRE: 59%
Hay que tener en cuenta que los resultados de noviembre pueden aumentar ya que falta todavía un mes para terminar el proceso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE HA ALCANZADO EL MINIMO EXIGIDO (50 %), AUNQUE CONSIDERAMOS QUE ES UN NIVEL MUY BAJO PARA EL DESEADO. YA QUE SE ESPERABA ALCANZAR UN 75%
LA VALORACION QUE SE HACE ES QUE NO SE HA PRODUCIDO UNA REVISION EXAHUSTIVA DE AS HISTORIAS, PARA COM PROBAR LAS CIFRAS DE HBA1C.
CONSIDERO MAXIMA PROIRIDAD TOMAR MAS INTERES Y SER MAS ACTIVOS EN LA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS.
OTRA CAUSA SE DEBE A LAS REVISIONES DE ESPECIALISTAS CUANDO PIDEN ELLOS LOS ANALITICAS Y NO QUEDAN REGITSTRADAS EN OMI.
SE INSISTE EN CONTROL DE ESTAS SITUACIONES.
TAMBIEN HAY QUE ANOTAR QUE LAS ULTIMAS REVISIONES DE HABC1 REALIZADAS EN DICIEMBRE, ALGUNAS NO HAN SIDO CARGADAS EN OMI.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1151 ========== ***

Nº de registro: 1151

Título
PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES (PORCENTAJE)

Autores:
BES FRANCO ANGEL, BARRENA MARINA EMILIA, CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, PEREZ ABADIA ANA, RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS, RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, ALDA CAMPOS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1151

1. TÍTULO

PACIENTES DIABETICOS EN LOS QUE SE HA REVISADO LA HBA1C EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Definición: Proporción de pacientes diabéticos diagnosticados antes de los últimos 12 meses con al menos un registro DGP “HB A1C” ‘EHGBA1C’ en 6 meses.

Tras la evaluación de los indicadores de la cartera de servicios del año 2016 hemos detectado que la realización de la determinación de los niveles de HBIAC- EHGBA1C a los pacientes diabéticos no alcanzaban los mínimos exigidos en los indicadores de la cartera de servicio del contrato de gestión del año 2016.

RESULTADOS ESPERADOS
Alcanzar un 70% de determinaciones de HB!AC/EHGBA!C en los pacientes diabéticos de los pacientes registrados como tales en nuestra zona de salud

MÉTODO
1. Listado de pacientes diabéticos de OMI
2. Revisión de las historias clínicas de los pacientes diabéticos cuando acudan a consulta tanto programada como a demanda en enfermería y medicina. Control analíticas de especialistas no cargadas en OMI.
3. Solicitad el parámetro a todos aquellos pacientes que no lo tengan registrado cada 6 meses

INDICADORES
Fuentes de datos: Registro OMI
Valor alcanzar: 70%
Valor inferior: 50%
Valor superior: 100%
Periodo de evaluación: cuatrimestral

DURACIÓN
Anual 2017 y evaluación cuatrimestral

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1152

1. TÍTULO

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO ()

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO GARCIA TEJEDOR
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ
BARRENA MARINA EMILIA
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL
HERNAN PEREZ CHELO
SIMON APARICIO MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
LISTADOS DE PACIENTES EPOC

REVISION HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES EPOC EN CONSULTAS A DEMANDA O PROGRAMADAS

REVISION SI TENIAN REGISTRADOS SINTOMAS RESPIRATORIOS ULTIMO AÑO

EN CASO NEGATIVO REALIZAR EXPLORACION DE PACIENTE Y REGISTRO

DESPUES DE CADA REVISION CUATRIMESTRAL DE RESULTADOS SE IINSISTE EN ADOPTAR LAS MEDIDAS ANTERIORES E INTENSIFICAR LA BUSQUEDA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ABRIL 2017 15%

AGOSTO 2017 16%

DICIEMBRE 2017: 54%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. La progresión alcanzada en los resultados en los sucesivos cortes nos demuestra la importancia de insistir y recordar la necesidad de revision de la historia de los pacientes EPOc para comprobar si se ha relizado la exploracion y el registro correspondiente.
2. NO hemos alcanzado los resultados previstos, por ello consideramos oportuno continuar un año más con dicho proyecto. Quedando pendiente una revision más a fondo de las historias de pacientes EPOC.
3. Ha habido algun error en el registro de los datos, ya que se anotaban en apartado diferente y no se registraban en OMI correctamente. Dicho error ya ha sido subsanado.

7. OBSERVACIONES.
ES UN PROYECTO QUE SE HA QUEDADO SIN ALCANZAR LOS OBJETIVOS PREVISTOS.
SE VALORARA INCLUIRLO PARA EL AÑO PROXIMO

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1152 ========== ***

Nº de registro: 1152

Título
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO (PORCENTAJE)

Autores:
GARCIA TEJEDOR ANTONIO, RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS, RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, BARRENA MARINA EMILIA, CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, HERNANZ PEREZ CONSUELO, SIMON APARICIO MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1152

1. TÍTULO

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO ()

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
DEFINICION: PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPOC Y REGISTRO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL ULTIMO AÑO.

Tras la evaluación de los indicadores de la cartera de servicios del año 2016 hemos detectado que el registro en OMI de los síntomas de la EPOC se encuentran por debajo delos límites requeridos.

RESULTADOS ESPERADOS
Alcanzar un 90% de registro de los síntomas de EPOC en la Historia Electrónica OMI.

MÉTODO
Listado de pacientes EPOC de OMI
Revisión de las historias clínicas de los pacientes EPOC cuando acudan a consulta tanto programada como a demanda en enfermería y medicina.
Control de síntomas de los pacientes EPOC a todos aquellos pacientes que no los tengan registrados

INDICADORES
Fuentes de datos: Registro OMI
Valor alcanzar: 90%
Valor inferior: 75%
Valor superior: 100%
Periodo de evaluación: cuatrimestral

DURACIÓN
Año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1153

1. TÍTULO

PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DE ULCERACION EN EL ULTIMO AÑO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA LORENTE HERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALDA CAMPOS BLANCA
BES GIMENEZ ANA VICTORIA
SIMON APARICIO MARIA PAZ
HERNANZ PEREZ CHELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. LISTADO DE LOS PACIENTES PAECD
2. REVISION HISTORIAS CLINICAS DE DICHOS PACIENTES.
3. COMPROBAR SI TIENEN REALIZADO EL TEST DE NORTON
4. REALIZARLO Y REVISARLO A LOS PACIENTES QUE NO LO TENGAN EN LAS CONSULTAS PROGRAMADAS DE ENFERMERIA.
5. COMPROBACION CUATRIMESTRAL DE RESULTADOS
6. EN CADA REVISION SE INSISTE EN ACTUALIZAR LOS REGISTROS Y REVISARLOS
7. CONTROL DE PACIENTES NUEVOS QUE VIENEN A ESTA ZONA DE SALUD Y SE INGRESAN EN RESIDENCIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ABRIL: 80%
SEPTIEMBRE 75%
DICIEMBRE: 71%

SE OBSERVA UNA LEVE DISMINICION DEL PORCENTAJE, PODRIA SER DEBIDO A PACIENTES NUEVOS PROVENIENTES DE OTRAS ZONAS DE SALUD Y QUE SE INGRESAN EN RESIDENCIA Y NO ESTAN REVISADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE OBSERVA QUE EN ESTE SERVICIO LOS RESULTADOS ALCANZADOS HAN SIDO ACEPTABLES AUNQUE POR POCO NO SE HA ALCANZADO EL MINIMO EXIGIDO .
POR LLO CONSIDERAMOS OPORTUNO CONTINUAR UN AÑO MAS CON ESTE PROGRAMA PARA ALCANZAR UNOS MEJORES RESULTADOS.
LA TACTICA SERÁ LA MISMA REVISION INTENSA DE HISTORIAS Y PACIENTES.EN LAS CONSULTAS PROGRAMADAS DE ENFERMERIA

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1153 ========== ***

Nº de registro: 1153

Título
PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DEULCERACION EN EL ULTIMO AÑO

Autores:
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA, ALDA CAMPOS BLANCA, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, SIMON APARICIO MARIA PAZ, HERNANZ PEREZ CONSUELO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DEFINICION: PROPORCION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DEPENDIENTE (Z28 O A99) IDENTIFICADOS COMO DEPENDIENTES (DGP “DVFUNCIO” ENTRE 1 Y 60), QUE ALMENOS TIENE UN REGISTRO EN EL DGP “DPNORTON” EN EL PERIODO DEEVALUACION.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1153

1. TÍTULO

PACIENTES INCLUIDOS EN PAECD CON VALORACION DEL RIESGO DE ULCERACION EN EL ULTIMO AÑO

Tras la evaluación de los indicadores de la cartera de servicios del año 2016 hemos detectado que la realización del Test de Norton, en relación a la prevención de úlceras en pacientes adultos dependientes no alcanzaba un minimo de porcentaje de test realizados.

RESULTADOS ESPERADOS

Alcanzar un 90% de Test de Norton realizados a los pacientes adultos dependientes que tenemos recogidos en OMI a lo largo del año 2017.

MÉTODO
1. Listado de pacientes dependientes de OMI
2. Revisión de las historias clínicas de los pacientes dependientes.
3. Control del Test de Norton síntomas de los pacientes dependientes y realizarlo aquellos que no lo tengan registrado

INDICADORES
Mínimo: 75%
Máximo: 100%
Control cuatrimestral

DURACIÓN
AÑO NATURAL 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0537

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS RIHUETE CASTAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL
BES FRANCO ANGEL
BARRENA MARINA EMILIA
PEREZ ABADIA ANA MARIA
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ
CUADRADO GONZALEZ AINOA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermeria de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para hacer una revisión de los factores de riesgo cardiovascular, su cálculo y las escalas que podemos emplear y la segunda para valorar los resultados que se han obtenido desde la aplicación de la estrategia.
3. Revisión por parte de enfermería y medicina de las historias de OMI para evaluar a través del índice de riesgo cardiovasular que los pacientes dispongan de todos los datos necesarios para poder realizar el cálculo (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, hipertrofia de ventrículo izquierdo, fumador, HDL, PAD).
4. Reuniones trimestrales para revisión y evaluación de resultados.

Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde Dirección de Atención Primaria
Evaluación trimestral
Alcanzar, al final del 4º trimestre de 2018, un 85% de las revisiones del índice de riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 18 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Primer trimestre 74%
Segundo trimestre 72%
Tercer trimestre 75%
Cuarto trimestre 79%
Resultado final 79%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque no se ha alcanzado el 85% de objetivo marcado inicialmente, hemos alcanzado un 79% que se considera aceptable debido a que hemos objetivado que hay dificultad de captación a determinados grupos de paciente (18-30 años fundamentalmente) con lo que se pierden varios pacientes del numerador.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/537 ========== ***

Nº de registro: 0537

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Autores:
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS, BES FRANCO ANGEL, CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, BARRENA MARINA EMILIA, CUADRADO GONZALEZ AINOA, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, RODIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, SIMON APARICIO MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0537

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN. PERTINENCIA DEL PROYECTO
Los factores y marcadores de riesgo cardiovascular, son los que se asocian a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular: colesterol, diabetes, hipertensión, tabaquismo, herencia genética, estrés, obesidad y la frecuencia cardiaca. (1)
Es necesario datos básicos de edad, peso, sexo e información sobre hábitos de vida para descubrir si la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular es baja, media o alta. Una vez detectado el riesgo, se pueden poner en marcha planes y actividades preventivas para mejorar el estado de salud del paciente y disminuir la probabilidad de sufrir una patología. (1)
Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en el último año el 30% de las muertes registradas en el mundo fue por enfermedad cardiovascular, de los cuales sobre el 40% se debieron a cardiopatía coronaria y el 35% a los accidentes vasculares cerebrales. (2)
La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre los facoteres de riesgo. Para las personas que presentan un alto riesgo es fundamental la detección precoz y el tratamiento temprano. (1)
Existen varias escalas que se pueden utilizar para el cálculo del riesgo cardiovascular (SCORE, REGICOR, FRAMINGHAM). (2)

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
1. Detectar de forma precoz los pacientes que presenten riesgo cardiovascular para poder adoptar actitudes preventivas dirigidas a estos pacientes
2. Disminuir el riesgo cardiovascular a traves de actividades preventivas
3. Que se reduzca el porcentaje de patología cardiovascular en la población de nuestro área de salud
Resultados:
1. Alcanzar un porcentaje de realización de la valoración del riesgo cardiovascular durante el año 2018 del 85%
Población diana: Personas mayores de 18 años que acudan a consulta de forma programada o a demanda, sin patología cardiovascular previa.
Intervenciones:
1. Revisión por parte de medicina y enfermería de las historias de OMI de pacientes mayores de 18 años (programada/demanda), excluyendo los inmovilizados y los que presenten patología cardiovascular previa, para revisar los parámetros necesarios para el cálculo de riesgo cardiovascular (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, Hipertrofia ventricular izquierda, fumador, HDL, PAD) y en caso de que se detecte que falta algún parámetro realizarlo para poder ejecutar el cálculo.
2. Generar Flash en OMI de los pacientes que se detecte un riesgo cardiovascular moderado-alto para poder aplicar las medidas preventivas necesarias.
3. El registro se realizará mediante la evaluación de los DGP:
a. Población en quienes consta el DGP 'RCV%'
b. Población sin episodio abierto de cardiopatía isquémica angina, infarto, miocárdica crónica o artropatía periférica, ACV o AIT. Episodio abierto tabaco, diabetes, HTA no complicada, HTA complicada o hipercolesterolemia con algún registro.
Se excluye del cálculo de los DGP aquellos pacientes que presenten un proceso cardiovascular declarado en quienes no tiene sentido realizarlo.

MÉTODO
1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermeria de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Al menos dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para hacer una revisión de los factores de riesgo cardiovascular, su cálculo y las escalas que podemos emplear y la segunda para valorar los resultados que se han obtenido desde la aplicación de la estrategia.
3. Revisión por parte de enfermería y medicina de las historias de OMI para evaluar a través del índice de riesgo cardiovasular que los pacientes dispongan de todos los datos necesarios para poder realizar el cálculo (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, hipertrofia de ventrículo izquierdo, fumador, HDL, PAD).
4. Reuniones trimestrales para revisión y evaluación de resultados.

INDICADORES
Fuente de datos:
1. OMI
2. Resultados mensuales recibidos que se envíen desde Dirección de Atención Primaria.
Indicadores y estándar:
Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde Dirección de Atención Primaria
Evaluación trimestral
Alcanzar, al final del 4º trimestre de 2018, un 85% de las revisiones del índice de riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 18 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0537

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

DURACIÓN
Fecha de inicio: Abril 2018
Fecha finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES
(1) Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica, revisores expertos para la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(10) :894-899
(2) Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guia de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra 2008. Organización Mundial de la salud.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0578

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA APARICIO SORIANO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS DAROCA
· Localidad ..... DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BES GIMENEZ ANA VICTORIA
SIMON APARICIO MARIA PAZ
MARTI GUILLEN LOURDES
ALDA CAMPOS BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermeria de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para informar y revisar la cartera de servicios del paciente polimedicado mayor de 75 años dado a una población envejecida en nuestra zona de actuación y la segunda de la importancia y los efectos que produce la polimedicación en el paciente anciano.
Dado los resultados obtenidos en cada control semestral, que fueron muy deficientes, se insistió y se instruyó en la técnica de localización de los pacientes en OMI y la correcta cumplimentación de los datos según protocolo.
3. Identificación durante todo el año 2018, por parte de enfermería los pacientes mayores de 75 años con más de 5 fármacos activos y activando Flash para que los médicos puedan actuar adecuando la medicación
4. Optimización del tratamiento.
5. Reuniones semestrales para revisión y evaluación de resultados.

Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envían desde Dirección de Atención Primaria. Evaluación semestral. Alcanzar un 85% de las revisiones de las medicaciones de los ancianos polimedicados en el 2018. Alcanzar 90% de revisiones de medicina derivadas por enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Primer semestre: 13%
Segundo semestre: 19%
Las revisiones de medicina derivados desde enfermería no se ha podido evaluar porque no se han podido obtener datos desde OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dado el escaso/nulo cumplimiento del objetivo se decide continuar un año más en la realización de dicho proyecto debido a la importancia que se considera para el control que es preciso del paciente polimedicado mayores de 75 años. Este año se va a continuar realizando más sesiones formativas y correctivas de forma TRIMESTRAL.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/578 ========== ***

Nº de registro: 0578

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

Autores:
APARICIO SORIANO OLGA, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, SIMON APARICIO MARIA PAZ, MARTI GUILLEN LOURDES, ALDA CAMPOS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: polimedicado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0578

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No existen estudios que valoren los actos médicos que conllevan a una iatrogenia importante, principalmente la utilización de fármacos sin control. Los ancianos representan el 70% del gasto farmacéutico. Los estudios muestran un exceso de consumo de fármacos con una media de 4,5-8 fármacos por persona y día (1).
El alto consumo de fármacos supone un índice elevado de efectos secundarios y mortalidad, además de una mala prescripción en la mayoría de los casos. Cada fármaco se puede prescribir por diferentes médicos que condicionan la iatrogenia (1). Existe un principio fundamental en la práctica de la medicina, “primun non nocere”, por el cual no debemos administrar fármacos si no tenemos claro para que lo vamos a utilizar y durante cuanto tiempo lo vamos a mantener.
La mayoría de fármacos presentan efectos adversos, suponiendo un 7% de los ingresos hospitalarios según un metaanálisis realizado por Alonso et al donde analizaban 22 estudios de diversos países que evaluaban los ingresos por efectos adversos de fármacos (EAF). Estos ingresos eran más frecuentes en pacientes >64 años con tasas de ingresos entre el 7,2-16,8%, pudiendo concluir de que los EAF son una causa importante de ingreso (2). En nuestra ZBS presenta prescripción activa 1824 pacientes, de los que 21,48% son >75 años.
Una vez conocidos los resultados del 2017 de este servicio hemos detectado unos % de realización por debajo de los mínimos requeridos, y considerando su importancia en la salud del anciano nos proponemos alcanzar unos índices adecuados de ejecución.
El CS Daroca atiende a 3800 personas, de las que 1400 son >65 años (18,5%)
Tras evaluar con el cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión los datos de “% polimedicados por Enfermería”, el % de revisión de ancianos polimedicados >75 años a los que se les ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería a fecha del 31/12/2018, dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación, en nuestra área de salud ha sido de 5,67%. Factor que debería corregirse.
Estas son las razones por las que desde la ZBS Daroca se considera que es necesario implementar un proyecto que intente mejorar la revisión de los pacientes polimedicados por parte de enfermeria, mejorando el registro en OMI, reduciendo los fármacos prescritos por paciente y, por lo tanto, reduciendo los efectos adversos a fármacos y detectando los fármacos que sean potencialmente peligrosos para este grupo de edad.
Mediante este proyecto se pretende mejorar y alcanzar los indicadores relativos al paciente polimedicado de la ZBS de Daroca y reducir, por tanto, la iatrogenia.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
1. Prevenir los riesgos asociados en el empleo de fármacos en el paciente >75 años
2. Promover el trabajo en equipo mediante la coordinación y comunicación entre enfermería y medicina.
Resultados:
1. Alcanzar un % de revisión de pacientes polimedicados >75 años por parte de enfermería del 85% en el año 2018.
2. Alcanzar un % de revisión por parte de medicina de los pacientes derivados por enfermería de un 90%.
Población diana: >75 años que tengan prescripción activa de más de 5 fármacos en ZBS Daroca.
Intervenciones:
1. Revisión por parte de enfermería de todas las historias OMI de pacientes >75 años (programada/demanda) para revisar las prescripciones activas y derivar al médico en caso de se detecten prescripciones inadecuadas para adaptar la medicación en aquellos pacientes que sea posible.
2. Generar Flash en OMI para comunicar a los médicos los pacientes >75 años que precisan revisión de la medicación.
3. El registro se realizará mediante la evaluación de los DGP:
a. Adherencia: DGP “CTMORSKY”
b. Adecuación: DGP “AD_TERA” (adecuación de los fármacos a la historia clínica, dentro de la Valoración de la Concordancia).

MÉTODO
1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermeria de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Al menos dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para informar y revisar la cartera de servicios del paciente polimedicado mayor de 75 años dado a una población envejecida en nuestra zona de actuación y la segunda de la importancia y los efectos que produce la polimedicación en el paciente anciano.
3. Identificación durante todo el año 2018, por parte de enfermería los pacientes mayores de 75 años con más de 5 fármacos activos y activando Flash para que los médicos puedan actuar adecuando la medicación
4. Optimización del tratamiento.
5. Reuniones semestrales para revisión y evaluación de resultados.

INDICADORES
Fuente de datos:
1. OMI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0578

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

2. e-receta
Indicadores y estándar:
Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde DAP Calatayud
Evaluación semestral
Alcanzar un 85% de las revisiones de las medicaciones de los ancianos polimedicados en el 2018
Alcanzar 90% de revisiones de medicina derivadas por enfermería

DURACIÓN
Fecha de inicio: Abril 2018
Fecha finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES
(1) Blasco Patiño F, Martinez Lopez de Letona J, Villares P, Jimenez AI. El paciente anciano polimedicado: efectos sobre su salud y el sistema sanitario. Información terapéutica del sistema nacional de salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad de España. Vol 29, 2005.
(2) Alonso P, Otero MJ, Fernández M. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. Farmacia Hosp 2002; 26:77-89.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0713

1. TÍTULO

PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

Fecha de entrada: 22/04/2017

2. RESPONSABLE ..... ANGELA TELLO MARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN OTAL MARIA PILAR
HERRAIZ GASTESI GONZALO
CARO REBOLLO JOSEFINA
CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO
GARIN MORENO ANA LUZ
LALANA JOSA MARIA PILAR
CENARRO GUERRERO TERESA
MONEO HERNANDEZ MARIA ISABEL
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO.
El Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria (AraPAP) se ha reunido con carácter trimestral en la sala de reuniones del Centro de Salud Muñoz Fernández de Zaragoza en las siguientes fechas: 16/09/2015, 10/02/2016, 11/05/2016, 20/09/2016 y 15/03/2017.

2. ACTIVIDADES DOCENTES.

TALLER SOBRE TOS CRÓNICA
Fue impartido en las XI Jornadas Aragonesas de Pediatría de Atención Primaria el 26 de noviembre de 2015 en el Colegio de Médicos de Zaragoza. La actividad estaba dirigida a pediatras de Atención Primaria y MIR de Pediatría.
Profesorado: Isabel Moneo Hernández y Ángela Tello Martín, ambas médicos pediatras.
El objetivo principal del taller fue proporcionar herramientas para el manejo y abordaje de la tos crónica en pediatría. Se plantearon 5 casos clínicos interactivos con preguntas de respuesta múltiple a las que debían responder utilizando tarjetas de colores para dar sus respuestas que luego fueron razonadas. El material didáctico se envío a los asistentes por correo electrónico. Los asistentes fueron evaluados mediante test pre y postcurso.

SESIÓN CLÍNICA SOBRE TÉCNICAS INHALATORIAS EN PEDIATRÍA.
Está actividad se realizó en el mes de febrero de 2016 en el Centro de Salud de Illueca y estaba dirigida a médicos de Atención Primaria y enfermeros de dicho centro de Salud. Profesorado: Ángela Tello Martín (médico pediatra).
El objetivo de la sesión fue la formación en el manejo de la patología respiratoria en la edad pediátrica en urgencias de atención primaria: bronquiolitis, broncoespasmo y crisis asmática. Se mostraron las diferentes técnicas inhalatorias que se usan en pediatría: cámara con mascarilla, nebulizador y las diferentes formas de presentación de los inhaladores, pudiendo los asistentes poner en práctica los distintos sistemas de inhalación. Se dio a los asistentes material didáctico tanto en formato papel (algoritmos de actuación) como a través del email, además de proporcionarles información sobre los distintos recursos online para las familias (uso de sistemas de inhalación). Se evaluó a los asistentes mediante encuesta tipo test pre y post-sesión clínica.

CURSO SOBRE EL ENFOQUE MOTIVACIONAL EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA.
El curso se impartió como Actividad Formativa del Salud en Junio de 2016. Tuvo lugar los días 31 de mayo, 2 y 7 de junio en Atención Primaria (Condes de Aragón). Duración total de 6 horas y reconocido por la Comisión de Formación Continuada según nº expte. 02-0004- 04/0124-A con 0,8 créditos.
Profesorado: Isabel Nerin (Médico Neumóloga), Adriana Marqueta (Psicóloga), Pilar Samper (Médico Pediatra), Ángela Tello (Médico Pediatra) y Gonzalo Herráiz (Médico Pediatra).
Durante los meses de abril a junio de 2016 se procedió a la recopilación de información de utilidad para pediatras y material divulgativo con herramientas para el manejo del consejo antitabaco para padres.
El objetivo principal del curso fue mejorar las habilidades del pediatra en la prevención del consumo activo de tabaco en los más jóvenes y en la prevención de la exposición pasiva a través de la intervención en los padres fumadores.
El curso constó de una primera parte teórica dónde se explicaron los principios generales de las técnicas motivacionales y se dieron a conocer la técnica y los principios básicos. Se aportó información acerca de su utilidad en el ámbito clínico y sobre la evidencia disponible de su eficacia en problemas de práctica clínica habitual, especialmente en el tratamiento del tabaquismo. La parte práctica constó de ejercicios de role-playing en los que se utilizó el enfoque motivacional en el tratamiento del tabaquismo y se incorporaron las diferentes estrategias motivacionales explicadas en la parte teórica. Se centró en desarrollar las habilidades pertinentes utilizadas en el enfoque motivacional para fomentar el cambio de conducta en el paciente fumador. A lo largo del curso se intercaló parte teórica con aplicación práctica a través de ejercicios prácticos con el objetivo de dinamizar el grupo y facilitar la interacción entre los alumnos, y entre alumnos y docentes.
Se entregó vía mail la información recopilada de utilidad para pediatras y material divulgativo para padres

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0713

1. TÍTULO

PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

sobre el problema del niño como fumador activo y pasivo. Al final del curso los alumnos cumplimentaron una encuesta de satisfacción así como un test sobre los conocimientos adquiridos después del desarrollo del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos alcanzado el objetivo del número de reuniones anuales, manteniendo una reunión trimestral del grupo de trabajo, con elevación de acta y una asistencia de entre un 60 y un 80% de los miembros del grupo.

En cuanto al número de actividades docentes hemos realizado 3 actividades docentes, alcanzando nuestro objetivo anual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es positiva en cuanto a la calidad de las actividades formativas realizadas y la satisfacción del alumnado.

No se pudo realizar el curso de formación en Patología Respiratoria para Pediatras de Atención Primaria del Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza. Fue convocado se convocó inicialmente en noviembre de 2015 y posteriormente en mayo de 2016, sin que se alcanzara un número de inscripciones suficientes, por lo que finalmente fue suspendido.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2015/713 ========== ***

Nº de Registro: 0713

Título
PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDITRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

Autores:
TELLO MARTIN ANGELA, OLIVAN OTAL MARIA PILAR, HERRAIZ GASTESI GONZALO, CARO REBOLLO JOSEFINA, CASTILLO LAITA JOSE ANTONIO, GARIN MORENO ANA LUZ, LALANA JOSA MARIA PILAR, MONEO HERNANDEZ MARIA ISABEL, LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

PROBLEMA
La utilización de la vía inhalatoria para la administración directa de distintas sustancias en el árbol bronquial es una práctica muy antigua, pero en los últimos años su uso se ha incrementado de forma generalizada en nuestra sociedad. Numerosas publicaciones indican la gran frecuencia con la que se cometen errores en la administración, dervidados del desconocimiento de los sistemas de inhalación por parte de los pacientes y también por el personal sanitario.
Con nuestras actividades formativas intentamos transmitir a los médicos que asisten a niños en AP, la importancia de la educación sanitaria en esta patología y la difusión de las novedades en este campo.
La patología respiratoria motiva el mayor porcentaje de prescripción de Antibióticos, fármacos de utilidad terapéutica baja, y otras sustancias potencialmente peligrosas (ejemplo alerta de la AEM sobre la utilización de Codeina en menores de 12 años) en pediatría de Atención Primaria. Hay diversos estudios que demuestran la variabilidad en esta prescripción según el perfil del médico prescriptor. Pretendemos difundir la necesidad del uso racional de medicamentos en la infancia.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar los conocimientos de los alumnos que asisten a nuestras actividades formativas evaluando todas nuestras actividades, haciendo test pre y postcurso.

MÉTODO
Reuniones periódicas, del grupo con elevación de acta.
- Realizar actividades de formación canalizadas a través de sociedades científicas, Colegio de médicos, Actividades formativas del Salud

INDICADORES
Reuniones del Grupo de trabajo con elevación de acta al menos 4 anuales,
Actas de las reuniones, con la asistencia de al menos el 60% de los componentes.
Actividades docentes 3 al año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0713

1. TÍTULO

PATOLOGIA RESPIRATORIA EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA. MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

DURACIÓN
Un año prorrogable.
Curso en COMZ Noviembre 2015- febrero 2016 (según nos indique la organización)
Taller en jornadas de la Asociación aragonesa de atención Primaria. Noviembre 2015.
Formación a médicos residentes de pediatría y Medicina de familia (junio 2015 a junio 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1222

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROCIO MELUS ROJAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS
ELIAS GAVILANES MERCEDES
GALLEL URGEL MERCEDES
LAPIEDRA PUIG LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha implantado una estrategia común que estamos siguiendo en todo el equipo de atención primaria en el seguimiento del paciente diabetico.

Se estan realizando exploraciones del pie diabetico, como se quedo en las actividades del plan, para aumentar la cobertura total de los pacientes.

Se estan registrando las intervenciones en educación diabetológica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En relación con la revision del pie diabetico, se está mejorando notablemente las cifras anteriores a la implantación del proyecto

En relacion al registro de las intervenciones en educación diabetológica estamos en la misma linea, mejorando el registro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que continuar realizando las actividades propuestas, mejorando mes a mes hasta el final del proyecto.

Se ha instaurado de manera estandarizada en el funcionamiento de la consulta de enfermeria la revision del pie diabético, a todos aquellos pacientes que acuden a la consulta programada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1222 ========== ***

Nº de registro: 1222

Título
IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

Autores:
MELUS ROJAS ROCIO, BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, ELIAS GAVILANES MERCEDES, LAPIEDRA PUIG LOURDES, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1222

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

PROBLEMA
Hemos detectado a la luz de los resultados de los indicadores del acuerdo de gestión una necesidad de mejorar las actividades que conciernen al seguimiento del paciente diabético. Una de las causas de esta deficiencia en el seguimiento se deba muy probablemente a la fluctuación del personal sanitario en los últimos meses.
Creemos que el seguimiento del paciente diabético es mejorable en nuestro centro de salud, razón por la que consideramos importante desarrollar el presente proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación de una estrategia común a seguir por todo el equipo de atención primaria en el seguimiento del paciente diabético.
Aumentar la cobertura de la exploración del pie diabético, con la indicación de realizar la exploración con doppler en aquellos pacientes con resultado en la exploración de pie diabético de ALTO riesgo.
Aumentar el registro de las intervenciones en la educación diabetológica
Exponer los resultados que se espera conseguir, indicar al menos los pacientes o la población diana y las intervenciones o servicios a los que se dirige el proyecto.

MÉTODO
Las acciones previstas para lograr los objetivos detallados son las siguientes:
Realizar sesiones informativas a todo el equipo de atención primaria sobre el correcto registro de la educación diabetológica y la exploración del pie diabético.
Establecer las acciones a realizar en cada visita programada a paciente diabético con el objetivo de que todos los profesionales unifiquemos criterios.
Está previsto realizar dos sesiones informativas a lo largo del año para explicar al equipo la evolución y resultados obtenidos hasta el momento.
Los recursos necesarios para una exploración básica del pie diabético incluyen doppler, monofilamento y esfingomanómetro.

INDICADORES
Para la monitorización del proyecto hemos elegido estos indicadores:
Número de pacientes con registro en historia clínica de exploración del pie diabético al inicio del programa, a mitad del programa y al finalizar.
Número de pacientes con registro en historia clínica de alguna intervención en el plan de cuidados de conocimientos deficientes en el paciente diabético.
La fuente de datos empleada serán los listados de OMI AP proporcionados por servicios centrales.

DURACIÓN
Hemos establecido que la duración del programa sea de un año, con inicio en Mayo 2017, hasta Mayo de 2018 con intención de crear una estrategia de continuidad del programa de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1222

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROCIO MELUS ROJAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELIAS GAVILANES MERCEDES
LAPIEDRA PUIG LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha mejorado notablemente el número de pacientes a los que se les ha realizado la exploración del pie y se ha llevado a cabo educación diabetológica de manera sistemática en las consultas de enfermeria, mejorando la atención global al paciente diabético.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante estos años hemos ido viendo, con el cuadro de mandos como hemos ido creciendo en la realización y correcto registro de esta actividad. Hemos sobrepasado la media de la valoración del Sector Calatayud y de Aragón, mejorando notablemente respecto al año 2016 que empezamos. En el año de comienzo no se realizaban apenas revisiones en ninguna consulta y actualmente se realizan a mas de la mitad de los pacientes. La revision del pie diabetico y el correcto registro de educacion diabetológica se queda incluido en las actividades normalizadas de seguimiento del paciente diabético.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante estos años hemos hecho varias sesiones, talleres y charlas tanto internas dentro del propio centro como fuera de él para aprender y mejorar la realizacion de la revisión del pie diabético. Todo el equipo de enfermeria realiza de manera normalizada en su atención integral al paciente diabético estas actividades en la consulta del centro. Quedando asi como un servicio mas que se realiza a estos pacientes

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1222 ========== ***

Nº de registro: 1222

Título
IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

Autores:
MELUS ROJAS ROCIO, BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, ELIAS GAVILANES MERCEDES, LAPIEDRA PUIG LOURDES, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hemos detectado a la luz de los resultados de los indicadores del acuerdo de gestión una necesidad de mejorar las actividades que conciernen al seguimiento del paciente diabético. Una de las causas de esta deficiencia en el seguimiento se deba muy probablemente a la fluctuación del personal sanitario en los últimos meses.
Creemos que el seguimiento del paciente diabético es mejorable en nuestro centro de salud, razón por la que consideramos importante desarrollar el presente proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1222

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COBERTURA DE LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO Y EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES EN EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL CS ILLUECA

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación de una estrategia común a seguir por todo el equipo de atención primaria en el seguimiento del paciente diabético.
Aumentar la cobertura de la exploración del pie diabético, con la indicación de realizar la exploración con doppler en aquellos pacientes con resultado en la exploración de pie diabético de ALTO riesgo.
Aumentar el registro de las intervenciones en la educación diabetológica
Exponer los resultados que se espera conseguir, indicar al menos los pacientes o la población diana y las intervenciones o servicios a los que se dirige el proyecto.

MÉTODO
Las acciones previstas para lograr los objetivos detallados son las siguientes:
Realizar sesiones informativas a todo el equipo de atención primaria sobre el correcto registro de la educación diabetológica y la exploración del pie diabético.
Establecer las acciones a realizar en cada visita programada a paciente diabético con el objetivo de que todos los profesionales unifiquemos criterios.
Está previsto realizar dos sesiones informativas a lo largo del año para explicar al equipo la evolución y resultados obtenidos hasta el momento.
Los recursos necesarios para una exploración básica del pie diabético incluyen doppler, monofilamento y esfingomanómetro.

INDICADORES
Para la monitorización del proyecto hemos elegido estos indicadores:
Número de pacientes con registro en historia clínica de exploración del pie diabético al inicio del programa, a mitad del programa y al finalizar.
Número de pacientes con registro en historia clínica de alguna intervención en el plan de cuidados de conocimientos deficientes en el paciente diabético.
La fuente de datos empleada serán los listados de OMI AP proporcionados por servicios centrales.

DURACIÓN
Hemos establecido que la duración del programa sea de un año, con inicio en Mayo 2017, hasta Mayo de 2018 con intención de crear una estrategia de continuidad del programa de manera indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MILAGROS BENITO LOPEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN
TORRIJO SOLANAS ROBERTO
HERRERO CASTILLO EVA
SANCHEZ VALLE BERNARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha establecido un sistema para la realización de espirometrias en la población diana señalada en el Proyecto de Gestion Clínica.

Se esta aumentando el registro de planes de cuidados de enfermeria de EPOC mejorando los datos actuales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En relacion a las espirometrias realizadas a pacientes con las caracteristicas mencionadas anteriormente, no tenemos las cifras exactas. Pero se ha habilitado una agenda con consulta varios dias para realizarla en el centro, mejorando notablemente el número de pacientes con espirometria realizada

Con relación a los registros de síntomas respiratorios en pacientes con EPOC, apenas hemos mejorado. En la autoevaluación que realizamos en el equipo se quedó en volver a retomar el asunto y mejorar en este segundo semestre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente hacer el registro correcto de los síntomas respiratorios en pacienes EPOC, para mejorar de aquí a finales de año los resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1232 ========== ***

Nº de registro: 1232

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Autores:
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, HERRERO CASTILLO EVA, SANCHEZ VALLE BERNARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A la luz de los resultados de la evaluación de indicadores llevada a cabo en nuestro centro de salud, corroboramos que las cifras de diagnóstico de EPOC se encuentran muy por debajo de las esperadas para la población de nuestro centro de salud. Así mismo se detecta una necesaria mejora en el seguimiento de los pacientes afectos de EPOC. La importancia del proyecto radica en la necesidad de incidir en la disminución

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

del infradiagnóstico de EPOC y garantizar su adecuado seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un sistema para la realización de espirometrías. La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 45 años de edad con un índice tabáquico de más de 10 paquetes/año. Así como fumadores de cualquier edad o índice tabáquico que presenten síntomas respiratorios compatibles con EPOC.
Aumentar el registro de planes de cuidados de enfermería de EPOC mejorando el actual

MÉTODO
Crear agenda específica para la realización de espirometría y sistema de derivación a consulta médica para resultado de la misma.
Formación en la realización e interpretación de la espirometría de los responsables del proyecto del equipo
Sesiones clínicas con el equipo de atención primaria para mejorar el correcto registro en OMI AP de síntomas respiratorios en paciente EPOC.
Sesiones clínicas en el equipo de atención primaria sobre la correcta interpretación de las espirometrías.
Materiales y recursos: Se realizarán reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo. En cuanto a recursos materiales, disponemos de espirómetro, si bien se establecerá en un sitio fijo (sala polivalente) con intención de que las condiciones atmosféricas varíen lo menos posible. Acorde con esto y según las premisas de correcta realización de espirometrías se solicitará una estación metereológica básica para poder introducir los datos necesarios en espirómetro sobre humedad relativa y otros datos. Así mismo, en la sala donde se realice la espirometría se contará con peso y metro, ya que estos datos resultan de vital importancia a la hora del registro espirométrico. Hemos detectado también falta de papel para impresión en espirómetro, el actual no es del tamaño adecuado, así como necesidad de pinzas nasales (sólo disponible en momento actual una unidad) y cámara de inhalación con mascarilla reservada única y exclusivamente para la realización de espirometrías.

INDICADORES
Confirmación de la creación de agenda específca para la realización de espirometrías, contabilizando el número de exploraciones realizadas fijando un mínimo de ocho espirometrías mensuales a la finalización del programa.
Número de espirometrías realizadas a paciente fumador al inicio, a mitad y al final del programa.
Número de pacientes con diagnóstico de EPOC con correcto registro de algún síntoma respiratorio

DURACIÓN
El comienzo del proyecto está previsto para el mes de Mayo de 2017, con una duración de un año, hasta Mayo de 2018, con intención de establecer una estrategia firme que continúe en el tiempo.

OBSERVACIONES
A este respecto, hemos detectado problemas a la hora de redactar el proyecto en cuanto a que no nos queda claro a qué se refiere el establecesr un plan de comunicación, tal y como se especifica en el apartado 6 (actividades y ofertas de servicios), rogamos nos desgloséis éste concepto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN RUIZ CARLOS
ORTEGA DEL ARBOL AGUSTIN
GARCIA REDONDO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Durante este segundo año de proyecto, se ha mantenido abierta la agenda específica de espirometrías donde, desde admisión, se han ido citando, siendo indicado por parte de enfermería y medicina indistintamente, a aquellos pacientes que en cartera de servicios, bien por tener un diagnóstico de EPOC o de tabaquismo, les correspondía la realización de la misma.
- Se ha conseguido aclimatar el espacio y disponer de un espirómetro calibrado, de condiciones adecuadas y material básico necesario.
- Por parte de medicina y enfermería se ha intensificado la captación de aquellos pacientes fumadores que no estaban registrados como tal, para poder incluirlos en dicha cartera de servicios para poder completar su protocolo.
- Se ha incrementado además el cribado espirométrico en aquellos pacientes que presentan sintomatología compatible con un diagnóstico de EPOC.
- Tras varias sesiones de equipos en las que se han establecido criterios comunes se ha incrementado y se ha incluido en el seguimiento habitual los síntomas respiratorios de los pacientes EPOC y su limpieza de vías aéreas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha establecido y respetado la agenda de espirometrías, adecuando la actividad de enfermería para poder llevarlas a cabo.
- Se ha conseguido alcanzar la media de 8 espirometrías mensuales.
- Se he mejorado la cifra de diagnósticos de EPOC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la realización de este proyecto nos ha quedado pendiente realizar una formación/actualización en técnica de realización e interpretación de las mismas.
Nos parece un proyecto que debe continuarse puesto que se trata de una patología crónica que precisa de un seguimiento continuado y actualización de las exploraciones de forma periódica, tanto en nuestras consultas y de forma coordinada con las de neumología, a propósito de lo cúal si hemos valorado que sería conveniente conseguir que los resultados de las espirometrías realizadas en sus consultas nos llegasen a AP, para evitar duplicidades.

7. OBSERVACIONES.
Se trata de un proyecto viable y que poco a poco se esta estableciendo e incluyendo en la práctica diaria puesto que el porcentaje de pacientes EPOC en nuestra población y elevado y la repercusión clínica sobre el paciente y su mejoría con el tratamiento adecuado, hace de esta práctica diagnóstica y de evaluación, una herramienta muy útil en nuestras consultas.
La intención del equipo es continuar para seguir cumpliendo los objetivos.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1232 ========== ***

Nº de registro: 1232

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Autores:
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, HERRERO CASTILLO EVA, SANCHEZ VALLE BERNARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A la luz de los resultados de la evaluación de indicadores llevada a cabo en nuestro centro de salud, corroboramos que las cifras de diagnóstico de EPOC se encuentran muy por debajo de las esperadas para la población de nuestro centro de salud. Así mismo se detecta una necesaria mejora en el seguimiento de los pacientes afectos de EPOC. La importancia del proyecto radica en la necesidad de incidir en la disminución del infradiagnóstico de EPOC y garantizar su adecuado seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un sistema para la realización de espirometrías. La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 45 años de edad con un índice tabáquico de más de 10 paquetes/año. Así como fumadores de cualquier edad o índice tabáquico que presenten síntomas respiratorios compatibles con EPOC. Aumentar el registro de planes de cuidados de enfermería de EPOC mejorando el actual

MÉTODO
Crear agenda específica para la realización de espirometría y sistema de derivación a consulta médica para resultado de la misma.
Formación en la realización e interpretación de la espirometría de los responsables del proyecto del equipo
Sesiones clínicas con el equipo de atención primaria para mejorar el correcto registro en OMI AP de síntomas respiratorios en paciente EPOC.
Sesiones clínicas en el equipo de atención primaria sobre la correcta interpretación de las espirometrías.
Materiales y recursos: Se realizarán reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo. En cuanto a recursos materiales, disponemos de espirómetro, si bien se establecerá en un sitio fijo (sala polivalente) con intención de que las condiciones atmosféricas varíen lo menos posible. Acorde con esto y según las premisas de correcta realización de espirometrías se solicitará una estación metereológica básica para poder introducir los datos necesarios en espirómetro sobre humedad relativa y otros datos. Así mismo, en la sala donde se realice la espirometría se contará con peso y metro, ya que estos datos resultan de vital importancia a la hora del registro espirométrico. Hemos detectado también falta de papel para impresión en espirómetro, el actual no es del tamaño adecuado, así como necesidad de pinzas nasales (sólo disponible en momento actual una unidad) y cámara de inhalación con mascarilla reservada única y exclusivamente para la realización de espirometrías.

INDICADORES
Confirmación de la creación de agenda específca para la realización de espirometrías, contabilizando el número de exploraciones realizadas fijando un mínimo de ocho espirometrías mensuales a la finalización del programa.
Número de espirometrías realizadas a paciente fumador al inicio, a mitad y al final del programa.
Número de pacientes con diagnóstico de EPOC con correcto registro de algún síntoma respiratorio

DURACIÓN
El comienzo del proyecto está previsto para el mes de Mayo de 2017, con una duración de un año, hasta Mayo de 2018, con intención de establecer una estrategia firme que continúe en el tiempo.

OBSERVACIONES
A este respecto, hemos detectado problemas a la hora de redactar el proyecto en cuanto a que no nos queda claro a qué se refiere el establecesr un plan de comunicación, tal y como se especifica en el apartado 6 (actividades y ofertas de servicios), rogamos nos desgloséis éste concepto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ILLUECA

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MURO CULEBRAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN RUIZ CARLOS
ORTEGA DEL ARBOL AGUSTIN
GARCIA REDONDO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Durante este segundo año de proyecto, se ha mantenido abierta la agenda específica de espirometrías donde, desde admisión, se han ido citando, siendo indicado por parte de enfermería y medicina indistintamente, a aquellos pacientes que en cartera de servicios, bien por tener un diagnóstico de EPOC o de tabaquismo, les correspondía la realización de la misma.
- Se ha conseguido aclimatar el espacio y disponer de un espirómetro calibrado, de condiciones adecuadas y material básico necesario.
- Por parte de medicina y enfermería se ha intensificado la captación de aquellos pacientes fumadores que no estaban registrados como tal, para poder incluirlos en dicha cartera de servicios para poder completar su protocolo.
- Se ha incrementado además el cribado espirométrico en aquellos pacientes que presentan sintomatología compatible con un diagnóstico de EPOC.
- Tras varias sesiones de equipos en las que se han establecido criterios comunes se ha incrementado y se ha incluido en el seguimiento habitual los síntomas respiratorios de los pacientes EPOC y su limpieza de vías aéreas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha establecido y respetado la agenda de espirometrías, adecuando la actividad de enfermería para poder llevarlas a cabo.
- Se ha conseguido alcanzar la media de 8 espirometrías mensuales.
- Se he mejorado la cifra de diagnósticos de EPOC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En la realización de este proyecto nos ha quedado pendiente realizar una formación/actualización en técnica de realización e interpretación de las mismas.
Nos parece un proyecto que ha permitido establecer la base para abordar una patología crónica que precisa un seguimiento continuado y actualización de las exploraciones de forma periódica, tanto en nuestras consultas y de forma coordinada con las de neumología, a propósito de lo cúal si hemos valorado que sería conveniente conseguir que los resultados de las espirometrías realizadas en sus consultas nos llegasen a AP, para evitar duplicidades.

7. OBSERVACIONES.
Se trata de un proyecto viable y que poco a poco se esta estableciendo e incluyendo en la práctica diaria puesto que el porcentaje de pacientes EPOC en nuestra población y elevado y la repercusión clínica sobre el paciente y su mejoría con el tratamiento adecuado, hace de esta práctica diagnóstica y de evaluación, una herramienta muy útil en nuestras consultas.
La intención del equipo es continuar con la misma mecánica establecida hasta ahora.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1232 ========== ***

Nº de registro: 1232

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Autores:
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, HERRERO CASTILLO EVA, SANCHEZ VALLE BERNARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1232

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ILLUECA

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: PROPIOS DE LA UNIDAD

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
A la luz de los resultados de la evaluación de indicadores llevada a cabo en nuestro centro de salud, corroboramos que las cifras de diagnóstico de EPOC se encuentran muy por debajo de las esperadas para la población de nuestro centro de salud. Así mismo se detecta una necesaria mejora en el seguimiento de los pacientes afectos de EPOC. La importancia del proyecto radica en la necesidad de incidir en la disminución del infradiagnóstico de EPOC y garantizar su adecuado seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un sistema para la realización de espirometrías. La población diana en la que tenemos intención de actuar es la siguiente: fumadores de más de 45 años de edad con un índice tabáquico de más de 10 paquetes/año. Así como fumadores de cualquier edad o índice tabáquico que presenten síntomas respiratorios compatibles con EPOC. Aumentar el registro de planes de cuidados de enfermería de EPOC mejorando el actual

MÉTODO
Crear agenda específica para la realización de espirometría y sistema de derivación a consulta médica para resultado de la misma.
Formación en la realización e interpretación de la espirometría de los responsables del proyecto del equipo
Sesiones clínicas con el equipo de atención primaria para mejorar el correcto registro en OMI AP de síntomas respiratorios en paciente EPOC.
Sesiones clínicas en el equipo de atención primaria sobre la correcta interpretación de las espirometrías.
Materiales y recursos: Se realizarán reuniones con carácter trimestral para la evaluación de la puesta en marcha del proyecto y seguimiento del mismo. En cuanto a recursos materiales, disponemos de espirómetro, si bien se establecerá en un sitio fijo (sala polivalente) con intención de que las condiciones atmosféricas varíen lo menos posible. Acorde con esto y según las premisas de correcta realización de espirometrías se solicitará una estación metereológica básica para poder introducir los datos necesarios en espirómetro sobre humedad relativa y otros datos. Así mismo, en la sala donde se realice la espirometría se contará con peso y metro, ya que estos datos resultan de vital importancia a la hora del registro espirométrico. Hemos detectado también falta de papel para impresión en espirómetro, el actual no es del tamaño adecuado, así como necesidad de pinzas nasales (sólo disponible en momento actual una unidad) y cámara de inhalación con mascarilla reservada única y exclusivamente para la realización de espirometrías.

INDICADORES
Confirmación de la creación de agenda específca para la realización de espirometrías, contabilizando el número de exploraciones realizadas fijando un mínimo de ocho espirometrías mensuales a la finalización del programa.
Número de espirometrías realizadas a paciente fumador al inicio, a mitad y al final del programa.
Número de pacientes con diagnóstico de EPOC con correcto registro de algún síntoma respiratorio

DURACIÓN
El comienzo del proyecto está previsto para el mes de Mayo de 2017, con una duración de un año, hasta Mayo de 2018, con intención de establecer una estrategia firme que continúe en el tiempo.

OBSERVACIONES
A este respecto, hemos detectado problemas a la hora de redactar el proyecto en cuanto a que no nos queda claro a qué se refiere el establecesr un plan de comunicación, tal y como se especifica en el apartado 6 (actividades y ofertas de servicios), rogamos nos desgloséis éste concepto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUACACION SECUNDARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA LATORRE RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DONOSO VIDORRETA RAQUEL
SANCHEZ REMACHA CARLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Siguen en proceso las visitas al colegio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se puede valorar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1233 ========== ***

Nº de registro: 1233

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Autores:
LATORRE RUIZ CRISTINA, DONOSO VIDORRETA RAQUEL, SANCHEZ REMACHA CARLA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: propios de la unidad

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El EAP del C.S de Illueca, hemos tomado conciencia de la importancia de proporcionar unos primeros auxilios de calidad ante una situación de emergencia.
Es por ello que hemos pensado que los primeros auxilios es una herramienta fundamental que es necesario que conozcan la población en general, y nuestra población diana en concreto (alumnos de primer curso de educación secundaria)
Al no existir una asignatura de salud, creemos necesario prepararles para enfrentarse a situaciones urgentes que puedan presentarse en la vida cotidiana y que sean capaces de resolverlas, convirtiéndose así en agentes de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana es: alumnos de primer curso de educación secundaria.
Resultados e intervenciones:

-Incorporar conocimientos, actitudes y habilidades que les hagan capaces de proporcionar cuidados para la propia salud y la de la comunidad.

-Que sepan reconocer situaciones de riesgo.

-Que al finalizar las intervenciones propias del proyecto, hayan adquirido conocimientos básicos para poder

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUACACION SECUNDARIA

actuar correctamente ante situaciones urgentes.

MÉTODO
-Elaboración del contenido de la actividad formativa.
-Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos

-Desarrollo de simulacros de actuación

-Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas.

INDICADORES
- Número de alumnos que participan activamente en la resolución de casos.

-Porcentaje de alumnos que manifiestan satisfacción con las intervenciones realizadas en relación con el número de alumnos participantes, estableciendo un porcentaje mínimo de 90%.

DURACIÓN
-Elaboración del contenido de la actividad formativa: Mayo-Junio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso

-Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos: Julio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso

-Preparación de simulacros de actuación : Junio 2017.Cristina Latorre y Carla Sanchez

-Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas:Julio 2017. Mercedes Gallel

Está previsto que el proyecto se desarrolle durante el curso escolar 2017-2018, quedando pendiente de fijar fechas de realización, con el equipo directivo del Instituto de secundaria Virgen de la Peña de Illueca, a principios de dicho curso escolar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA LATORRE RUIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DONOSO VIDORRETA RAQUEL
SANCHEZ REMACHA CARLA
CHARLEZ MILLAN CARMEN
GALLEL URGEL MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se contactó con el director del Instituto Sierra de la Virgen para informar del proyecto que se prentendía realizar con alumnos de1º de Educación Secundaria y consensuar fechas y contenidos.
- Se realizaron dos talleres de dos horas cada uno, el primero el 7 de noviembre de 2017 se explicó RCP apoyada en videos. El segundo el 20 de diciembre de 2017 se llevó a cabo un taller práctico, con simulacros de actuación, utilizando para ello muñeco de simulación para realizar las prácticas.
Se llevó un desfibrilador semiautomático y diverso material de escritorio, así como un ordenador portatil.
- Antes de iniciar la actividad se cumplimentó un cuestionario con cinco preguntas con cuatro opciones de respuesta siendo una única valida:
1. ¿Cuál es el primer eslabón de la cadena de supervivencia tras reconocer a una persona en riesgo de PCR?"
a) Llamar pidiendo ayuda.
b) Iniciar inmediatamente RCP.
c) Buscar un desfibrilador.
d) Trasladar al paciente.
2. Secuencia de reanimación en el adulto:
a) 2 respiraciones de rescate y comenzar compresiones torácicas.
b) 30 compresiones torácicas/ 2 ventilaciones.
c) 5 respiraciones de rescate/ 30 compresiones torácicas.
d) Sólo ventilar sin hacer compresiones torácicas.
3. Ante un paciente inconsciente pero que respira y tiene pulso, ¿qué haríamos?
a) Ponerlo en posición lateral de seguridad,
b) Ponerlo boca arriba con las piernas en alto.
c) Dejarlo como está.
d) Sentarlo
4. ¿ Para que sirve la maniobra de Heimlich?
a) Para cortar hemorragias.
b) Para curar quemaduras.
c) En atragantarnientos.
d) Todas son ciertas.
5. Ante una herida con sangrado importante ¿qué haríamos primero?
a) Limpiarla bien con agua y jabón.
b) Comprimir el punto de sangrado para controlar la hemorragia.
c) No hacer nada y esperar a que lleguen los servicios sanitarios.
d) Todas son correctas.
- Al finalizar la actividad formativa se volvió a realizar el mismo cuestionario.
- Se cumplimentó la encuesta de satisfacción de la actividad a los alumnos, que consistia en evaluar del 1 al 10, siendo 1 el menor y 10 mayor.
1)Como valoras esta actividad para tu vida.
2)¿Recomendarias a otros alumnos este curso?
3)En general el curso le parecio...
4)Estás de acuerdo con las intervenciones realizadas (si- no)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El numero de alumnos que participaron en el proyecto fue de 53, la totalidad de los alumnos. Consiguiendo un 100% de participación.
- Resultados de las encuestas:
- Valoracion media de la actividad para su vida: 9,1 (indicador >8)
- Recomendacion a otros alumnos para realizar el curso: 9,2 (indicador >8)
- En general el curso le pareció: 9,3 (indicador >8)
- Porcentaje de alumnos que manifiestan satisfacción con las intervenciones realizadas en relación con el número de alumnos participantes: 98 % (indicador > 90%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Los objetivos se lograron ampliamente.
- Tanto para los alumnos, profesores y profesionales del EAP el proyecto fue muy bien valorado.
- Por parte de la dirección del instituto se solicitó que se realizara la actividad para el profesorado en grupo aparte.
- Se valoró la posibilidar de realizar la actividad anualmente para que todos los alumnos adquieran conocimientos y habilidades para enfrentarse a situaciones de salud urgentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

- El EAP cree conveniente ampliar la formación de primeros auxilios básicos en: heridas, quemaduras, accidentes domésticos.....

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1233 ========== ***

Nº de registro: 1233

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

Autores:
LATORRE RUIZ CRISTINA, DONOSO VIDORRETA RAQUEL, SANCHEZ REMACHA CARLA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, GALLEL URGEL MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: propios de la unidad

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El EAP del C.S de Illueca, hemos tomado conciencia de la importancia de proporcionar unos primeros auxilios de calidad ante una situación de emergencia.
Es por ello que hemos pensado que los primeros auxilios es una herramienta fundamental que es necesario que conozcan la población en general, y nuestra población diana en concreto (alumnos de primer curso de educación secundaria)
Al no existir una asignatura de salud, creemos necesario prepararles para enfrentarse a situaciones urgentes que puedan presentarse en la vida cotidiana y que sean capaces de resolverlas, convirtiéndose así en agentes de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana es: alumnos de primer curso de educación secundaria.
Resultados e intervenciones:

-Incorporar conocimientos, actitudes y habilidades que les hagan capaces de proporcionar cuidados para la propia salud y la de la comunidad.

-Que sepan reconocer situaciones de riesgo.

-Que al finalizar las intervenciones propias del proyecto, hayan adquirido conocimientos básicos para poder actuar correctamente ante situaciones urgentes.

MÉTODO
-Elaboración del contenido de la actividad formativa.
-Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos

-Desarrollo de simulacros de actuación

-Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas.

INDICADORES
- Número de alumnos que participan activamente en la resolución de casos.

-Porcentaje de alumnos que manifiestan satisfacción con las intervenciones realizadas en relación con el número de alumnos participantes, estableciendo un porcentaje mínimo de 90%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1233

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA

DURACIÓN
-Elaboración del contenido de la actividad formativa: Mayo-Junio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso

-Elaboración de una encuesta previa y otra posterior a las intervenciones, para valorar el nivel de conocimientos adquiridos: Julio 2017. Carmen Charlez y Raquel Donoso

-Preparación de simulacros de actuación : Junio 2017.Cristina Latorre y Carla Sanchez

-Elaboración de una encuesta de valoración de las intervenciones realizadas:Julio 2017. Mercedes Gallel

Está previsto que el proyecto se desarrolle durante el curso escolar 2017-2018, quedando pendiente de fijar fechas de realización, con el equipo directivo del Instituto de secundaria Virgen de la Peña de Illueca, a principios de dicho curso escolar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR GARCIA REDONDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ILLUECA
· Localidad ..... ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante la primera quincena del mes de octubre preparamos el power point que posteriormente se utilizaría en las sesiones de educación, un test de evaluación para los asistentes y una encuesta final de satisfacción .

El test de evaluación de conocimientos consiste en 12 preguntas relacionadas con los temas a tratar, con tres posibles respuestas cada una.

La encuesta de satisfacción final valora los siguientes aspectos con una posible puntuación del 1 al 4, siendo 1 mala, 2 regular, 3 buena y 4 muy buena:

-Organización.
-Actividad formativa.
-Evaluación global.

.

Una vez finalizado se explica el proyecto al resto de compañeros del equipo de enfermería y se llega a la conclusión de que tres sesiones son demasiadas para garantizar la asistencia de los pacientes, por lo que se acuerda llevar a cabo dos sesiones por grupo de 90 minutos cada una.

Cada enfermero del equipo se encarga de seleccionar los pacientes de su cupo candidatos a participar en el proyecto, se les informa de que cada grupo no podrá exceder el número de 12/15 personas.

Los contenidos de dichas sesiones se dividen en :

1º SESIÓN: Conceptos generales relacionados con la diabetes, complicaciones agudas, importancia del ejercicio físico.(Imparte Ángela María Sánchez López)

2º SESIÓN: Alimentación en diabetes, tratamientos, control,complicaciones crónicas y pie diabético. (Imparte Pilar García Redondo)

Contactamos con cada ayuntamiento para que se nos habilite una sala equipada para poder impartir la sesiones .

Se convoca a los pacientes seleccionados mediante llamada telefónica o en la consulta de forma presencial.

Durante el año 2018 se realizan las sesiones en el siguiente orden y fechas:

-Jarque del Moncayo : 18 y 25 de octubre.
-Tierga y Trasobares: 8 y 15 de noviembre.
-Gotor e Illueca: 22 y 29 de noviembre.
-Brea de Aragón: 13 y 20 de diciembre.

Antes de comenzar la primera sesión, los asistentes contestan el test de evaluación para valorar conocimientos previos . A l finalizar la segunda sesión se realiza el mismo test para valorar conocimientos adquiridos y se rellena la encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Puesto que el proyecto no ha finalizado en 2018 y continúa a lo largo del siguiente año, a continuación exponemos únicamnente los datos de las encuestas realizadas hasta diciembre de 2018.

Para conseguir una valoración objetiva del proyecto, a la hora de medir resultados se han tenido en cuenta únicamente el cuestionario y la valoración final de los pacientes que han acudido a las dos sesiones.

INDICADORES:

-Número de asistentes del total de convocados: Se convocan 76 pacientes entre todos los municipios y asisten 39 pacientes a las dos sesiones, 12 sólo a la primera sesión y 3 sólo a la segunda sesión.

-Número de personas que superan el test de evaluación final tras la segunda sesión: 36 personas de las 39 que acuden a las dos sesiones superan el test teniendo en cuenta que hemos considerado que superar el test consiste en contestar correctamente al menos 10 de las 12 preguntas,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

-Número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones: en los dos primeros items a valorar(organización y actividad formativa), los 39 asistentes se muestras satisfechos, es decir, puntúan con un 3 o con un 4. En el tercer item (evaluación global) hay 4 personas que no contestan y 35 se muestras satisfechas puntuando con 3 o 4.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A fecha 31 de diciembre faltaban por realizar sesiones en los siguientes municipios: Aranda del Moncayo, Brea de Aragon e Illueca.

A lo largo de enero y febrero de 2019 ya se han realizado sesiones en los tres municipios.

En marzo de 2019, y tras analizar los datos de muy baja asistencia en Illueca, llegamos a la conclusión de que el sistema de convocatoria en este municipio no fue el adecuado o suficiente, por lo que se decide a partir de esta fecha realizar una nueva selección de pacientes candidatos a participar con un sistema de convocatoria que incluya un recordatorio telefónico el día anterior a la sesión.

Hemos detectado también la necesidad de avisarles en la convocatoria de la necesidad de acudir con las gafas si las precisan ya que ha resultado dificultoso el rellenado de las encuestas y valoración final por parte de estos pacientes.

Teniendo en cuenta la parte del proyecto llevado a cabo hasta ahora, concluimos que la actividad está siendo satisfactoria tanto para los pacientes como para las organizadoras.

-

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1275 ========== ***

Nº de registro: 1275

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Autores:
GARCIA REDONDO PILAR, SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a un 5% de la población general y a un 14% de mayores de 65 años.
El abordaje de este problema de salud requiere de diferentes intervenciones ejecutadas por un grupo multidisciplinar.Una de estas intervenciones es la educativa,incluida dentro de la cartera de servicios.
La educación para la salud(EPS)enmarcada en el trabajo con grupo,apota ventajas y beneficios como la mejor comprensión de conocimientos,ayuda a cambiar el autoconcepto y autopercepción,facilita las relaciones y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

mejora las habilidades sociales.
En lo que se refiere a los diabéticos,los abordajes grupales en EPS han puesto de manifiesto la elevada satisfacción y aumento de capacitación para el manejo y control de la enfermedad.
El presente proyecto pretende reflejar la puesta en marcha y la evaluación de la intervención enfermera en EPS grupal llevada a cabo con pacientes diábeticos tipo II en las poblaciones pertenecientes al C.S. Illueca.

RESULTADOS ESPERADOS
1.Que los pacientes adquieran conocimientos acerca de su enfermedad,complicaciones y manejo para el buen control relacionados con:
-Conceptos clave:diabetes,tipos,insulina,páncreas,energía.
-Alimentación:grupos de alimentos,distribución,cantidades...
-Ejercicio físicoimportancia en la diabetes,precauciones,prevención de hipoglucemias..
-Control/autocontrol de los niveles de glucosa:justificación del autocontrol si procede,técnica correcta si procede,horario,frecuencia,interpretación de resultados,registro de datos.En pacientes que no requieran autocontrol,explicar la importancia de acudir a los controles periódicos en consulta.
-Tratamiento con ADO/insulina:tipos,mecanismos de acción,correcta administración..
-Hipo/hiperglucemias:concepto,síntomas,prevención,tratamiento,manejo del glucagón...
2.Que los pacientes expresen una mejor o mayor aceptación de su problema y un adecuado manejo del mismo.
3.Que los pacientes pongan en práctica acciones para el control de su enfermedad.

MÉTODO
Se realizaran tres sesiones por grupo de 90 minutos cada una,cada grupo no será superior a 12-15 personas.
Se impartirán sesiones teóricas tras las cuales se fomentará la participación del grupo para que expresen dudas,experiencias,opiniones...
Para finalizar,si lo requiere la actividad,se llevará a cabo taller práctico.
Sesión 1: Conceptos clave en diabetes/alimentación
Sesión 2: Ejercicio físico/autocontrol y control en consulta.
Sesión 3; Tratamiento/hipo e hiperglucemias.

Recursos:Pizarra,proyector,material diábetico,material educativo escrito.

INDICADORES
Evaluaremos el proyecto mediante:

-Registro de asistencia
-Cuestionarios de evaluación anónimos tras cada sesión
-cuestionarios de satisfacción final.

A los seis meses se evaluaran datos de los pacientes:glucemia,hemoglobina glicosilada,control de peso,número de hipoglucemias.

Indicadores:

-número de asistentes del total de convocados
-número de personas que superan el test de evaluación final tras cada sesión.
-número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones.

Indicadores a los seis meses:

-Número de personas que han mejorado su glucemia
-Número de personas que han mejorado el nivel de hemoglobina glicosilada
-Número de personas que han reducido su IMC
-Número de personas que han reducido complicaciones(hipo e hiperglucemias).

DURACIÓN
Se realizarán sesiones de 90 minutos una vez por semana de entre 12 y 15 personas.Como mínimo se pretende conseguir un grupo por cada municipio,por tanto un mínimo de 21 sesiones.Se preveé que en los municipios de Illueca y Brea de Aragón se origine mas de un grupo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0065

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARCOS CEBOLLA POLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOS ROYO BERTA
MARIN LAZARO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó en formato papel el modelo de derivación de avisos
Se explicó el programa a las enfermeras de At Primaria del CS de Morata de jalón
Se comenzó la realización en marzo del 2017 y finalizó el 31 diciembre del 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se comenzó la realización en marzo del 2017 y finalizó el 31 diciembre del 2017
Dos de las tres enfermeras derivaron siempre sus avisos a domicilio a través del modelo
Durante esos meses, se realizaron un total de 43 avisos, mediante el modelo, derivados de enfermería de at primaria a los EAC en el cupo de Morata de jalón-Chodes
Durante esos meses, se realizaron 19 avisos, mediante el modelo, derivados de enfermería de at primaria a los EAC en el cupo Sta Cruz-Tobed-codos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se mejoró la comunicación y el registro de los avisos a domicilio programados durante dines de semana y festivos
Cumpliendo con el modelo, no hubo ningún percance en ubicación del paciente, días en los que se solicitaba la atención, y material a emplear durante la misma.
No hubo omisiones en el registro

7. OBSERVACIONES.
Si se incluyera en OMI-ap el modelo de derivación de avisos a domicilio, podría fácilmente en todos los centros de salud del sector, reducir errores u omisiones en las curas.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/65 ========== ***

Nº de registro: 0065

Título
MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

Autores:
CEBOLLA POLA MARCOS, SOS ROYO BERTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda persona tributaria de precisar Asistencia Domiciliaria por parte de Enfermería de Atención Continuada
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La correcta derivación de domicilios programados es básica para garantizar una Continuidad de Cuidados de calidad.
El personal de Enfermería de Atención Continuada debe disponer de información detallada con el fín de evitar la variabilidad en el procedimiento a realizar durante la asistencia.
El personal de Enfermería de At. Continuada se enfrenta a multitud de dificultades para realizar los avisos; En primer lugar en ocasiones no puede acceder a OMI-AP al no estar dado de alta en el Consultorio correspondiente, por lo que sólo dispone de la información que le deje apuntada la Enfermera/o de cupo. A veces ahí radica el segundo problema; Papel escrito a mano, "post-it", avisos impresos sin apuntar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0065

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

medicación o material necesarios, no dejar constancia en periodos estivales prolongados qué día o días se debe acudir al domicilio, etc. A estas situaciones hay que añadir que en las curas a domicilio de larga duración, los datos que se obtienen de los registros en el episodio correspondiente se vuelven más imprecisos con el tiempo ("Consulta sucesiva: Cura úlcera"), obviando aspectos importantes como cambio de medicación por mala evolución, aparición de exudado, reacciones alérgicas locales secundarias al apósito, etc.
Muchas veces esa información contradictoria genera incertidumbre en el paciente y la familia, creándose discrepancias entre el modo en que la Enfermera/o de Atención Continuada pensaba realizar el procedimiento y el modo "real" en el que se lleva a cabo por su profesional de cupo.
La creación de un modelo único de derivación de avisos a domicilio, permitiría de una forma muy visual, disponer de toda la información administrativa y técnica necesaria para facilitar la correcta Continuidad de Cuidados de los pacientes durante fines de semana y festivos, y a su vez mejorar la eficacia y eficiencia en la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Garantizar la correcta Continuidad de Cuidados de aquellos pacientes que requieran asistencia domiciliaria por parte de Enfermería de Atención Continuada.
2. Evitar la aparición de errores u omisiones que retrasen y perjudiquen la evolución del proceso del paciente.
3. Mejorar la comunicación entre Enfermería del EAP y la de Atención Continuada mediante el seguimiento conjunto de pacientes tributarios de asistencia domiciliaria.
4. Aumentar la eficiencia de los Cuidados de Enfermería mediante la reducción de la variablidad del material empleado y su cuantía, disminuyendo por lo tanto el coste.

MÉTODO
La medida principal radica en la creación de un modelo estándar para la derivación de pacientes, que para mayor comodidad podría ser incluído en OMI-AP en la sección de "Plantillas". Se acordaría con el Personal de Informática el modo de añadirlo.
Como se viene realizando, la derivación de los avisos a domicilio durante los fines de semana y festivos correrá a cargo del Enfermero/a del EAP, quien de una manera rápida y segura, puede añadir con un simple "click" todos los datos antes de su impresión en papel. MODELO DE DERIVACIÓN DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN CONTINUADA

DATOS DEL PACIENTE
Nombre Dirección
Población Teléfono Alergias

MOTIVO DE LA ASISTENCIA

CURA ?
Tipo de Lesión Herida? Úlcera por Presión? Úlcera Vacular? Otros?
_____
Localización _____(Desplegable)
Exudado Nulo? Escaso? Moderado? Abundante?
Limpieza/Desinfección *Suero Fisiólógico? *Povidona Yodada? *Clorhexidina? *Otro?
_____
Procedimiento _____
Observaciones_____

INYECTABLE ?
Medicación _____
Vía de Administración IM ? SC? IV? ID? Otra?
_____
Observaciones _____

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ?
Sonda vesical? Sonda Nasogástrica? Vendaje? Sutura? Otros?
_____
Técnica Lavado? Cambio? Colocación? Retirada? Otro?
_____
Observaciones _____

MATERIAL
Domicilio? Centro de Salud?

PERIODICIDAD
Lu? Ma? X? Ju? Vi? Sá? Do? Diaria incluso festivos?

INDICADORES
Indicadores:
- Cumplimentación adecuada del Modelo de Derivación de Avisos a Domicilio por todo el Personal de Enfermería del EAP
- Utilización del Modelo de Derivación de Avisos a Domicilio en horario de Atención Continuada por todos los profesionales.
-Encuesta de Satisfacción que se creará a tal efecto enviada a aquellos profesionales que hayan usado dicho modelo en 2017.

DURACIÓN
Fecha de Inicio 1/ Enero/ 2017
La implantación del Modelo de Derivación, tendría una duración de un año, donde se estudiarían el número

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0065

1. TÍTULO

MODELO DE DERIVACION DE AVISOS A DOMICILIO PARA ENFERMERIA DE ATENCION CONTINUADA

total de avisos y características para poder evaluar el grado de eficacia de la medida.

OBSERVACIONES
Modelo realizado en formato ".odt" que se puede enviar para una mejor visualización, ya que está diseñado mediante ítems y casillas.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1218

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... PASCUAL GONZALVO SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER
RUIZ CASADO MARIA PILAR
TEJEDOR SANJOSE ROSARIO
MARTI GUILLEN LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar se realizó una sesión mediante intervención y explicación del responsable del proyecto con exposición en power-point del sistema de citación en OMI, y en concreto de la citación mediante alta rápida, así como de la búsqueda de pacientes en el fichero de OMI tanto de pacientes activos como en el histórico, de manera que los profesionales iniciasen sistemáticamente el mecanismo de búsqueda y/o alta rápida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Situación de indicadores.

Para el período comprendido entre el 1 de junio de 2017 y el 31 de octubre de 2017, el resultado de los indicadores asumidos ha sido:

1- Número de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM con realización de actividad de registro en OMI normalizada / número de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM
valor estandar: 80%
limite inferior 30%
limite superior 90%
indicador obtenido 57%

2- Número de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM / número de pacientes atendidos en UrgCSM.
Indicador obtenido 17%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se constata que la sistemática de apertura de alta rápida por los profesionales tanto médicos como enfermeras, es asumida sin problemas, aunque en ocasiones se sigue registrando la actividad en paneles de “PACIENTE DESPLAZADO URGENCIAS” o similares, que se usaban anteriormente y que se tratan de evitar mediante la presente acción.

El registro queda visible mediante el acceso a la agenda de citaciones de urgencias de cada día, mediante la inscripción “DESPLAZADO” en el apartado de observaciones. Se observa que esta circunstancia no se cumple en todos los registros, y además la no cumplimentación de la misma imposibilita la búsqueda posterior. Por ello se impone una auto-correción de la sistemática de registro para la captura de los registros, que en este momento no es posible por las limitaciones de OMI en cuanto a recuperación y explotación de datos por parte del EAP. Desconocemos si es así también por Servicios Centrales u operadores del sistema.

7. OBSERVACIONES.
Analisis.

Ambos indicadores están dando resultados que podemos considerar como esperados, si bien en el indicador 1 consideramos que tras varios meses en funcionamiento, y teniendo en cuenta la experiencia adquirida en 5 mese de aplicación, debería en lo sucesivo acercarse más al límite superior,
El indicador 2, se ajusta bastante al esperado que era de un 15%.

Dado que el seguimiento se va a realizar todavía durante otros 19 meses, se espera obtener datos de evolución más precisos en cuanto se avance en el mismo, y más concretamente cuando se alcance los 12 meses, pues entonces ya se dispondrá de una visión sin el sesgo de estacionalidad.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1218 ========== ***

Nº de registro: 1218

Título
NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1218

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

Autores:
GONZALVO SANCHEZ PASCUAL, NAVARRO LOPEZ FRANCISCO JAVIER, MARIN LAZARO RAQUEL, VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, TEJEDOR SANJOSE ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas las patologías
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, el registro en OMI de la atención en urgencias en el Centro de Salud de Morata de Jalón (UrgCSM), por las limitaciones de OMI en cuanto a incorporación de datos de los mismos, no sigue unos cauces unificados, utilizando en unos casos la apertura de historia clínica mediante alta rápida y en otros en la apertura directa de episodio diagnóstico en tapiz común a múltiples pacientes. En el primer caso, los pacientes quedan en la base de datos de OMI en un único tapiz con datos básicos de filiación, pero incrementa los denominadores en la evaluación de los indicadores asistenciales de la Zona de Salud en el caso de que estos no se cierren inmediatamente.
En el segundo caso los pacientes no incrementan los denominadores, pero es imposible la cuantificación de los mismos, resultando además muy difícil su búsqueda posterior. Además se observa que el registro de estos pacientes tiene una gran variabilidad en cuanto a filiación, descripción de la atención, definición de la misma y forma de archivo, lo que dificulta primero una explotación de los datos de los mismos, así como su localización posterior en caso de necesidad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Garantizar la seguridad clínica en la atención a los pacientes desplazados
- Registrar de manera homogénea los pacientes desplazados de otra zona básica de salud
Se pretende conseguir que en los pacientes desplazados atendidos en urgencias en el Centro de Salud, tanto los datos de filiación del paciente así como los datos clínicos obtenidos en la atención prestada sigan unos cauces homogéneos de registro en cada uno de ellos, que faciliten verificaciones posteriores.
- Mantener la base de datos del histórico de OMI
Así también el mantenimiento en el histórico de OMI de una base de datos propios de centro que pueda servir en ulteriores contactos del paciente con el CS.

MÉTODO
Registro sistemático de los mismos, utilizando la apertura de historia clínica en OMI mediante alta rápida, procediendo a su cierre inmediato pasándola al histórico.
Formación: 2 sesiones formativas a los integrantes del CS que realizan Atención Continuada
Recursos previstos: nº de reuniones, recursos materiales (cañón, ordenador,..)
Cambios previstos: mejor asistencia al desplazado.

INDICADORES
1- Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM con realización de actividad de registro en OMI normalizada / Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM. (% pacientes desplazados con registro de actividad en OMI)
- Valor a alcanzar (estándar): el 80% de los desplazados.
- Límite inferior: 30%
- Límite superior: 90%
2- Nº de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM / Nº de pacientes atendidos en UrgCSM .(% de pacientes desplazados atendidos en UrgCSM)
Estimación de situación actual:
Indicador 1 : -sin datos anteriores-
Indicador 2 : 15%
Fuente de Datos: Agenda de UrgCSM

DURACIÓN
1 al 31 de mayo de 2017: realización de 2 sesiones informativas a los integrantes del CS que realizan Atención Continuada, por Pascual Gonzalvo Sánchez y Raquel Marín Lázaro.

1 de junio de 2017: inicio de la actividad.

31 de mayo de 2019, finalización. Duración 2 años.

Evaluación: del 1 al 30 de junio de 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1218

1. TÍTULO

NORMALIZACION DEL REGISTRO DE LOS PACIENTES DESPLAZADOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL CS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1256

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... LOURDES MARTI GUILLEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALVO SANCHEZ PASCUAL
TEJEDOR SANJOSE ROSARIO
SOS ROYO BERTA
CEBOLLA POLA MARCOS
MARIN LAZARO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Aunque nos habíamos fijado peridos de evaluación cuatrimestrales, cuando llegó el momento de evaluar nos pareció más operativo hacer dos evaluaciones, dado que habíamos iniciado comenzado el año.
Desarrollo de las actividades primera evaluación
Durante el periodo de la primera evaluación (desde el 7-03-2017 al 31-07-2017) se ha hecho seguimiento de todas las incidencias identificando el nombre del paciente para identificar por qué se había cometido el error, si por desconocimiento de los tubos que había que poner o por alguna otra razón.
Desarrollo de las actividades segunda evaluación
Durante la segunda evaluación (desde el 1-08-2017 al 28-11-2017) se hizo seguimiento de todas las incidencias, pero solo en parte de este periodo se identificó al paciente, ya que se determinó que el trabajo que hacer ésto llevaba consigo no mejoraba sustancialmente nuestros objetivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicadores primera evaluación:
Porcentaje de muestras de orina que no aporta el paciente ...3.17% (96.83)
Porcentaje de excesos de tubos en las determinaciones habituales ...3.14% (96.86)
Porcentaje de ausencia de tubos …2.01% (97.99)
Porcentaje de muestras de la nevera no recogidas en el laboratorio...0.44% (99.6)
En todos los casos se ha superado el valor a alcanzar que era del 90%, por lo que en ésta evaluación hemos conseguido los objetivos.

Indicadores segunda evaluación:
Porcentaje de muestras de orina que no aporta el paciente...4.61% (95.39)
Porcentaje de excesos de tubos en las determinaciones habituales...3.74% (96.26)
Porcentaje de ausencia de tubos...2.14% (97,86)
Porcentaje de muestras de la nevera no recogidas en el laboratorio...0% (100)
En todos los casos se ha superado el valor a alcanzar que era del 90%, por ello, en esta evaluación también hemos conseguido el objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El número aproximado de tubos de sangre utilizados ha sido de 2062 y de orina 778 durante el periodo que comprenden las dos evaluaciones.
Consideramos que debemos mejorar, para lo que es necesario, por una parte prestar más atención a la hoja de analítica, en el momento de hacer la extracción y por la otra asegurarnos de los tubos que corresponden si tenemos duda.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1256 ========== ***

Nº de registro: 1256

Título
REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS, POR ENFERMERIA

Autores:
MARTI GUILLEN LOURDES, TEJEDOR SANJOSE ROSARIO, SOS ROYO BERTA, CEBOLLA POLA MARCOS, MARIN LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1256

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recibimos todas las semanas dichas hojas. Habitualmente hay dos tipos de errores: faltan tubos o sobran tubos. Cuando faltan tubos alguna prueba es probable que no haya podido hacerse. Si sobran tubos hay un gasto innecesario. Si buscamos en los volantes de OMI por qué ha habido dichas incidencias, mejoraremos la calidad de las extracciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el conocimiento de las muestras necesarias para los distintos perfiles y pruebas
Establecer feed-back con los compañeros del laboratorio cuando el error viene de allí
Mejorar la cadena del procedimiento en beneficio del paciente
Hacer las extracciones a un coste menor
Reducir el número de incidencias un 40%

MÉTODO
6.1.Determinar la causa de las incidencias:
Orina de 24 horas que no trae el paciente y a pesar de especificarlo en la hoja enviada al laboratorio, en la de preanalíticas consta como que falta
Exceso de tubos en determinaciones no habituales
Falta de tubos
En el laboratorio, no recogida de muestra de la nevera o pérdida de la misma
Otras

6.2. Las actividades a realizar son:
- Semanalmente, repaso de la hoja de incidencias preanalíticas buscando con el código, en el volante del paciente y nuestras anotaciones en la hoja CA(E)_L-BQ (listado de extracciones) para encontrar la causa de los errores.

6.3. Procedimiento de corrección una vez determinada la causa:
Búsqueda en el listado de perfiles CA(E)E_L-BQ
Anotación en dicho listado si ha habido variación en los perfiles
Identificación del paciente
Buscar en OMI petición de analítica
Valorar la necesidad de contactar con el paciente para nueva determinación

6.4 Recursos previstos:
- Hoja de incidencias preanalítica, listado de extracciones, listado de perfiles, OMI.

6.5. Cambios previstos:
Vamos a mejorar la mejorar la eficiencia del servicio de extracciones en el Centro de Salud

INDICADORES
% muestras de orina que no aporta el paciente (nº de pacientes sin muestras de orina de 24 horas sobre el total de pacientes)
- Valor a alcanzar (estándar) el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

% excesos de tubos en las determinaciones habituales (nº de analíticas con tubos en exceso sobre el total de tubos habituales)
- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

% de ausencia de tubos (nº de analíticas con tubos ausentes sobre el total de analíticas)
- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%?
- Límite superior: 80%

% de muestras de la nevera no recogidas en el laboratorio (nº de muestras no recogidas sobre el nº de muestras enviadas)
- Valor a alcanzar (estándar): el 80%
- Límite inferior: 20%
- Límite superior: 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1256

1. TÍTULO

REVISION HOJA DE INCIDENCIAS PRE-ANALITICAS Y SEGUIMIENTO DE LAS MISMAS POR ENFERMERIA

Fuente de datos: listado de perfiles, hojas de preanalíticas, web del laboratorio, petición de analíticas OMI
Inicio desde la hoja de preanalíticas del 14 de marzo
La evaluación se hará repasando todas las hojas de preanalíticas y las anotaciones que hayamos puesto en ellas.

DURACIÓN
Determinar la causa de las incidencias:
Martes, después de enviar las analíticas, se revisarán las hojas de preanalíticas de la semana anterior. La revisión la harán Lourdes Martí y Raquel Marín, en caso de ausencia de ellas Berta Sos o Marcos Cebolla (EAC del CS)
Actividades a realizar:
Los martes, repaso hoja preanalíticas, revisión petición de analítica del paciente (si es necesario), buscar en OMILAB, la revisión la hará Lourdes Martí, en caso de ausencias de ella Berta Sos o Marcos Cebolla (EAC del CS)
Procedimiento de corrección
Los martes, Lourdes Martí Guillén, Rosario Tejedor Sanjosé, Raquel Marín Lázaro en caso de ausencia de ellas Berta Sos o Marcos Cebolla EAC del CS)
Fecha prevista inicio: El año en curso
Fecha prevista finalización: Diciembre 2017.
Autoevaluación en julio y en diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GISTAS QUILEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN
JABBOUR NEEMI ISSA
MARIN LAZARO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En una primera parte de esta actividad comunitaria en la escuela, se planteó realizar el taller orientado a los escolares del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA, en concreto de las escuelas pertenecientes a nuestra Zona Básica de Salud (Morata de Jalón), si bien a petición del claustro de profesores se hizo extensible a todo el CRA (incluido el alumnado de las poblaciones del Frasno) pertenecientes al vecino Centro de Salud de Sabiñán.
Posteriormente y dependiendo de las necesidades de profesores, monitores de comedor, padres y resto de personal, se podrán realizar otros talleres específicos para población adulta.
Un Colegio Rural Agrupado (C.R.A.) es un centro educativo formado por un grupo de pequeñas escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural. El Colegio Rural Agrupado “Vicort – Isuela” está situado en el suroeste de la provincia de Zaragoza, en la cuenca del río Jalón. Nació en 1992 y agrupa 7 municipios situados a las faldas de la sierra de Vicort (Codos, Tobed, Santa Cruz de Grío y su barrio La Aldehuela de Grío, y El Frasno con las pedanías de Aluenda e Inogés) y en la ribera del río Isuela (Arándiga, Nigüella y Mesones de Isuela).
La sede o cabecera del C.R.A. está en El Frasno. Cuatro de las poblaciones disponen de dos unidades (Codos, El Frasno, Arándiga y Mesones de Isuela) y Tobed es unitaria, mientras que Nigüella, Santa Cruz de Grío y los barrios tienen las escuelas cerradas. Dicha agrupación fue propuesta en su día por el MEC y asumida por la DGA con las transferencias educativas. Las distancias son grandes y las relaciones entre las dos zonas escasas. Con la comarcalización de Aragón, nuestros pueblos se integran en tres comarcas distintas: Comunidad de Calatayud, Valdejalón y Aranda.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se realizó un taller con exposición teórica y práctica de temas sobre: prevención de riesgos y accidentes, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) constando pues, de estas tres partes y la realización de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.
La parte teórica se realizará con una exposición mediante montaje de diapositivas de Power Point, esquemática y con ilustraciones para la fácil comprensión de niños y profesores. Los temas que se tratarán serán:
a) Prevención de riesgos, orientado sobre todo a los más pequeños, con dibujos sobre aquello que se debe y no se debe hacer para prevenir accidentes. En este apartado incluimos:
1) Prevención de accidentes domésticos (enchufes, escaleras, fuego, actividades en la cocina, ingestión de productos tóxicos, medicamentos,, productos de limpieza…etc)
2) Prevención de accidentes y daño ocasionado por vehículos (mirar a ambos lados de la calzada antes de cruzar, uso de cinturón de seguridad, utilización de casco con la bicicleta…
3) Respeto de las señales de peligro, en la playa, en la piscina, en zonas de recreo…
4) Pedir ayuda a los mayores para la realización de tareas peligrosas, como el uso de tijeras, coger objetos punzantes, cocinar…

b) Primeros auxilios:
1) Definición y principios generales.
2) Situaciones de emergencia que podemos encontrarnos y actuación en cada caso. En este apartado se explica cómo actuar en caso de una situación de inconsciencia, si respira o no y si está o no en parada cardio-respiratoria, incluyendo aquí la posición lateral de seguridad, actuación ante un atragantamiento (maniobra de Heimlich).
3) Hemorragias: Actuación según gravedad, incidimos en el manejo de las hemorragias más comunes: epistaxis, etc.
4) Insolación, protección solar.
5) Contusiones, actuación.
6) Fracturas: tipos y actuación.
7) Quemaduras.
c) Práctica con muñecos: para lo cual dispondremos de maniquíes para RCP de adulto y pediátrico con los que se practicarán la puesta en marcha de la cadena de supervivencia y maniobras de reanimación cardiopulmonar así como situación de urgencia que nosotros propongamos. Los muñecos se solicitaron a l la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, que nos los cedió de forma gratuita.
Material utilizado:
-Ordenador y cañón proyector, muñecos de RCP (Anne y Baby Anne), colchonetas y esterillas, alcohol y gasas para limpiar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

La realización de la actividad se planificó de acuerdo a la disponibilidad de horarios del CRA y de los docentes. Se realizó durante el día 5 de mayo, viernes, en la jornada de convivencia que se celebró en las instalaciones del colegio de El Frasno. La actividad comenzó las 10 de la mañana.

La duración del taller fue de una hora y media por cada grupo de escolares, realizándose un total de tres talleres distribuidos por edades. Infantil, primer ciclo de primaria y segundo ciclo de primaria, durante toda la jornada.

POBLACIÓN DIANA A LA QUE SE IMPARTIÓ EL TALLER

·EDAD. Niños de infantil y primaria del C.R.A. (Centro Rural Agrupado) Vicort-Isuela
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Objetivo población general
·Enmarcado en la línea estratégica de Atención Comunitaria: PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

Indicadores propuestos:

-Niños participantes /Total de niños del CRA.
55 escolares participantes/ 58 niños en total

-Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.
NIÑOS ASISTENTES TOTAL NIÑOS POBLACIÓN
14 14 Mesones
5 6 Arándiga
13 13 El Frasno
7 7 Tobed
16 18 Codos
-Niños por edades participantes/total de niños

Infantil Total infan 1er cicl pirmar Total 1er cicl
asistent asistentes
12 12 15 16

2º cicl primaria Total 2º ciclo TOTAL ASISTENTES
asitent
28 30 55

-Profesores asistentes. 14 profesores

-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tuvo similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

Del total de profesores asistentes 14, sólo se recibieron 7 encuestas sobre el taller.
Estos son los resultados:

1.- En cuanto al desarrollo del curso, te encuentras (satisfacción):
Nada Poco Bastante 5 Mucho 2

2.- En cuanto a la utilidad del mismo para tu trabajo, lo consideras:
Nada Poco Bastante 5 Mucho 2

3.- En cuanto a la utilidad para los niños lo consideras:
Nada Poco Bastante 3 Mucho 4

4.- ¿Consideras adecuado el lugar y entorno donde se ha realizado?
Nada Poco 1 Bastante 5 Mucho 1

5.- ¿Consideras clara la exposición del tema?
Nada Poco Bastante 3 Mucho 4

6.- ¿Consideras adecuado el material utilizado?
Nada Poco Bastante 2 Mucho 5

7.- Consideras el contenido del taller:
Insuficiente Adecuado 5 Excesivo 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

8.- Considerarías interesante la realización de este tipo de taller adaptado al profesorado?
Nada Poco Bastante 3 Mucho 4

9.- Sugerencias sobre aspectos de este taller o temática que pudiera interesar a alumnos y docentes para otros talleres… (pregunta abierta).
Curas, inmovilizaciones, actuaciones básicas, mareos…etc.

-Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constó de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre: Nada, poco, bastante o mucho.
Respondieron a la encuesta un total de 31 niños.
- 7 niños de infantil de 12 asistentes.
- 9 niños de primer ciclo de primaria de 15 asistentes.
- 15 niños de segundo ciclo de primaria de 28 asistentes.

1.- La actividad que hemos realizado me puede servir en caso de necesitarlo:
Nada Poco Bastante 3 1 6 Mucho 4 8 11
2.- El material utilizado, las diapositivas, los muñecos me han gustado:
Nada1 Poco1 Bastante 3 2 7 Mucho 4 6 9
3.- He aprendido lo importante que es evitar accidentes que pudieran hacerme daño:
Nada Poco1 Bastante 4 3 6 Mucho 2 6 11
4.- He aprendido el número de emergencias para avisar ante un peligro o accidente:
Nada Poco1 Bastante 6 Mucho 7 9 11
5.- He aprendido cosas que antes no conocía: como qué es una parada cardiaca:
Nada11 Poco 4 1 Bastante 1 5 7 Mucho 2 5 8
6.- He aprendido qué hay que hacer si alguien se atraganta.
Nada Poco 2 3 Bastante 3 3 3 Mucho 2 3 14
7.- He aprendido qué hacer si alguien pierde al consciencia (se desmaya).
Nada1 Poco 4 4 Bastante 1 2 3 Mucho 1 3 14
8.- He aprendido cómo debo actuar ante una quemadura.
Nada Poco 3 1 2 Bastante 1 4 7 Mucho 3 4 8
9.- He aprendido cómo se pueden curarlas heridas.
Nada 1 Poco 1 2 1 Bastante 2 3 3 Mucho 3 4 13
10.- En general: ¿te ha gustado la actividad que hemos realizado?
Nada Poco 1 Bastante 1 4 Mucho 6 8 13

Como aportación de un docente:
Para niños de infantil es difícil la gradación propuesta en las respuestas (diferenciar entre bastante y mucho). Para rellenar la mayoría de los ítems se les preguntó a los niños qué hacer ante estas situaciones) para la mejor comprensión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:

En cuanto a los aspectos organizativos de la actividad, nuestra parte, se ve que si bien se facilitó la realización de la actividad en una jornada, el apretado horario dificultó la realización de un diálogo más extenso con los escolares, donde pudieran participar o exponer sus dudas. Al mismo tiempo dificulta la adaptación de los contenidos para las diferentes edades no disponer de este tiempo. El espacio físico quizás quedó pequeño para moverse con comodidad a la hora de la realización de la práctica.

La realización de las encuestas por parte de los profesores fue de un 50%, por lo que perdemos un feed-back interesante para la organización de estas actividades. Podían haber tenido un papel más dinámico en el taller. La participación en la realización de las actividades por parte de los niños fue activa y atenta y su participación entusiasta, la realización de las encuestas fue mayor en los escolares que por parte de los profesores y se toma nota de la necesidad de adaptar las respuestas especialmente en el tramo de menos edad.

Aspectos como el aprendizaje del número de emergencias 112 y la prevención de accidentes resultan claves. Conceptos como la parada cardíaca en los más pequeños cuesta entender. En general la actividad gustó a la mayor parte de los niños mucho.

Los docentes consideran interesante (bastante y mucho) realizar la actividad de forma específica para ellos. Tienen interés en aspectos como manejo de heridas, inmovilizaciones, mareos, etc.

La realización de estas actividades comunitarias se ve facilitada por la apuesta por las mismas por parte de la administración Aspectos organizativos como los desplazamientos, consecución del material, etc, siguen dependiendo de una dosis de voluntariedad de los miembros del equipo participantes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1374 ========== ***

Nº de registro: 1374

Título
MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

Autores:
GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, JABBOUR NEEMI ISSA, MARIN LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Objetivo población general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La evolución de las lesiones ocurridas en un accidente puede depender de la calidad y rapidez de los primeros auxilios recibidos. Así por ejemplo la falta de oxígeno durante una parada cardiorrespiratoria podrá ocasionar en el cerebro lesiones irreversibles, o la muerte.
La baja densidad de población de muchas zonas rurales de nuestro territorio aragonés, su elevada dispersión y el envejecimiento de la misma hacen necesaria la formación de los habitantes de los núcleos rurales para una actuación inmediata que pueda salvar o mejorar la calidad futura de vida de las personas que lo precisen.
El espacio natural para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios sin duda es la escuela. En nuestro medio, actualmente, no se imparte esta materia como enseñanza reglada y el acercamiento a conceptos sencillos de forma pedagógica y adaptada, puede mejorar las actitudes y aptitudes de los escolares en relación con su salud y autocuidado.
Así mismo la nueva Normativa de marzo del 2015 del Departamento de Educación del Gobierno de Aragón sobre las Instrucciones de Organización y Funcionamiento para la Atención Sanitaria no Titulada en Centros Docentes abre la puerta a una necesaria colaboración y coordinación de esfuerzos entre el ámbito sanitario y el educativo.
Por ello hemos estimado oportuna la realización de unos talleres de primeros auxilios en la comunidad educativa rural perteneciente a la zona de salud de Morata de Jalón, facilitando así la adquisición de conocimientos básicos que capaciten tanto a alumnos primero, como a profesores en una segunda fase para una correcta actuación en caso de un accidente, así como concienciar en el protagonismo y autocuidado de los usuarios con su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Población a la que se dirige el taller:
En una primera parte de esta actividad comunitaria en la escuela, realizaremos el taller orientado a los escolares del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA, en concreto de las escuelas pertenecientes a nuestra zona Básica de Salud (Morata de Jalón). Posteriormente y dependiendo de las necesidades de profesores, monitores de comedor, padres y resto de personal, se podrán realizar otros talleres específicos para población adulta.
Un Colegio Rural Agrupado (C.R.A.) es un centro educativo formado por un grupo de pequeñas escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural.
El Colegio Rural Agrupado “Vicort – Isuela” está situado en el suroeste de la provincia de Zaragoza, en la cuenca del río Jalón. Nació en 1992 y agrupa 7 municipios situados a las faldas de la sierra de Vicort (Codos, Tobed, Santa Cruz de Grío y su barrio La Aldehuela de Grío, y El Frasno con las pedanías de Aluenda e Inogés) y en la ribera del río Isuela (Arándiga, Nigüella y Mesones de Isuela).
La sede o cabecera del C.R.A. está en El Frasno. Cuatro de las poblaciones disponen de dos unidades (Codos, El Frasno, Arándiga y Mesones de Isuela) y Tobed es unitaria, mientras que Nigüella, Santa Cruz de Grío y los barrios tienen las escuelas cerradas.
Dicha agrupación fue propuesta en su día por el MEC y asumida por la DGA con las transferencias educativas. Las distancias son grandes y las relaciones entre las dos zonas escasas. Con la comarcalización de Aragón, nuestros pueblos se integran en tres comarcas distintas: Comunidad de Calatayud, Valdejalón y Aranda.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: (PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

MÉTODO
Se realizará un taller con exposiicón terórica y práctica con la exposición de temas sobre prevención de riesgos, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) constará de tres partes y la realización de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

INDICADORES
Indicadores propuestos:
-Niños participantes /Total de niños del CRA
-Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.
-Niños por edades participantes/total de niños
-Profesores asistentes.
-Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre. Nada, poco, bastante o mucho.
-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

DURACIÓN
La realización de la actividad se planificará de acuerdo a la disponibilidad de horarios del CRA y de los docentes. Fechas previstas: inicio durante mes de mayo-junio 2017.
Si por motivos de agenda no fuera posible su realización se pospondrá hasta el inicio del curso que viene: mes de octubre.
La duración del taller será de dos horas seguidas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN VELAZQUEZ TRIANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ CASADO MARIA PILAR
MARIN LAZARO RAQUEL
SOPESENS GARETA JOSE MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Iniciar en el adiestramiento sobre prevención de accidentes, primeros auxilios y maniobras de RCP en la población escolar del CEIP LUCAS ARRIBAS, durante el año 2018, como proceso iniciado en atención a las escuelas de nuestro Centro de Salud de Morata de Jalón. Esta actividad fue iniciada en el curso 2017 con la impartición del taller a los escolares del CRA (Centro Rural Agrupado) Isuela Vicort.
Se realizó un taller con exposición teórica con montaje de diapositivas y práctica en prevención de accidentes, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) y la cumplimentación de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.
La parte teórica se realizó con una exposición mediante montaje de diapositivas. La práctica con maniquíes para RCP de adulto y pediátrico.
se realizó el 19 de junio del 2018, durante toda la mañana. La duración del taller aproximada fue de una hora y media por cada grupo de escolares.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Niños participantes /Total de niños del CEIP Asistieron la totalidad de niños de la escuela. 54 niños.INFANTIL: 18 niños y niñas: 9 alumnos de 5 años. 9 alumnos de 3 y 4 años.PRIMER Y SEGUNDO CICLO DE PRIMARIA (de 1º a 4º cursos): 12 alumnos.TERCER CICLO DE PRIMARIA: 24 alumnos.
Profesores asistentes. Asistieron un total de 5 profesores.
Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tiene similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.
Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Consta de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre: Nada, poco, bastante o mucho.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En cuanto a los aspectos organizativos de la actividad, por nuestra parte, vemos que si bien se facilita la realización de la actividad en una jornada, el apretado horario dificulta la realización de un diálogo más extenso con los escolares, donde pudieran participar o exponer sus dudas. Al mismo tiempo dificulta la adaptación de los contenidos para las diferentes edades no disponer de este tiempo.
La asistencia y realización de las encuestas por parte de los profesores fue muy pobre y se pierde la oportunidad de conocimiento mutuo y ofertar al profesorado talleres específicos para ellos. También podían haber tenido un papel más dinámico en el taller, la preparación de estos aspectos en clase puede ayudar a la mejor comprensión de algunos conceptos como parada cardio-respiratoria, atragantamiento.
La participación en la realización de las actividades por parte de los niños fue activa y atenta y su participación entusiasta. Aspectos como el aprendizaje del número de emergencias 112 y la prevención de accidentes, resultan claves. Conceptos como la parada cardíaca en los más pequeños cuesta entender. En general la actividad gustó a la mayor parte de los niños mucho.
Aspectos organizativos como los desplazamientos, consecución del material, etc, siguen dependiendo de una dosis de voluntariedad de los miembros del equipo del centro de salud participantes.
Resulta necesario que una vez se ha comenzado esta relación entre las escuelas: la del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA y CEIP LUCAS ARRIBAS de la Zona Básica de salud de Morata de Jalón, se pueda establecer un contacto más cercano que permita interaccionar con comunidad educativa y coordinarnos para la realización de futuros talleres de formación para escolares, docentes y/o padres y madres.

7. OBSERVACIONES.
No se incluyen los resultados de la encuesta y el test de conocimientos por falta de espacio.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1374 ========== ***

Nº de registro: 1374

Título
MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE I) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES. C.S. MORATA DE JALON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON

Autores:
GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, JABBOUR NEEMI ISSA, MARIN LAZARO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Objetivo población general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La evolución de las lesiones ocurridas en un accidente puede depender de la calidad y rapidez de los primeros auxilios recibidos. Así por ejemplo la falta de oxígeno durante una parada cardiorrespiratoria podrá ocasionar en el cerebro lesiones irreversibles, o la muerte.
La baja densidad de población de muchas zonas rurales de nuestro territorio aragonés, su elevada dispersión y el envejecimiento de la misma hacen necesaria la formación de los habitantes de los núcleos rurales para una actuación inmediata que pueda salvar o mejorar la calidad futura de vida de las personas que lo precisen.
El espacio natural para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios sin duda es la escuela. En nuestro medio, actualmente, no se imparte esta materia como enseñanza reglada y el acercamiento a conceptos sencillos de forma pedagógica y adaptada, puede mejorar las actitudes y aptitudes de los escolares en relación con su salud y autocuidado.
Así mismo la nueva Normativa de marzo del 2015 del Departamento de Educación del Gobierno de Aragón sobre las Instrucciones de Organización y Funcionamiento para la Atención Sanitaria no Titulada en Centros Docentes abre la puerta a una necesaria colaboración y coordinación de esfuerzos entre el ámbito sanitario y el educativo.
Por ello hemos estimado oportuna la realización de unos talleres de primeros auxilios en la comunidad educativa rural perteneciente a la zona de salud de Morata de Jalón, facilitando así la adquisición de conocimientos básicos que capaciten tanto a alumnos primero, como a profesores en una segunda fase para una correcta actuación en caso de un accidente, así como concienciar en el protagonismo y autocuidado de los usuarios con su salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Población a la que se dirige el taller:
En una primera parte de esta actividad comunitaria en la escuela, realizaremos el taller orientado a los escolares del C.R.A. (Colegio Rural Agrupado) de VICORT-ISUELA, en concreto de las escuelas pertenecientes a nuestra zona Básica de Salud (Morata de Jalón). Posteriormente y dependiendo de las necesidades de profesores, monitores de comedor, padres y resto de personal, se podrán realizar otros talleres específicos para población adulta.
Un Colegio Rural Agrupado (C.R.A.) es un centro educativo formado por un grupo de pequeñas escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural.
El Colegio Rural Agrupado “Vicort – Isuela” está situado en el suroeste de la provincia de Zaragoza, en la cuenca del río Jalón. Nació en 1992 y agrupa 7 municipios situados a las faldas de la sierra de Vicort (Codos, Tobed, Santa Cruz de Grío y su barrio La Aldehuela de Grío, y El Frasno con las pedanías de Aluenda e Inogés) y en la ribera del río Isuela (Arándiga, Nigüella y Mesones de Isuela).
La sede o cabecera del C.R.A. está en El Frasno. Cuatro de las poblaciones disponen de dos unidades (Codos, El Frasno, Arándiga y Mesones de Isuela) y Tobed es unitaria, mientras que Nigüella, Santa Cruz de Grío y los barrios tienen las escuelas cerradas.
Dicha agrupación fue propuesta en su día por el MEC y asumida por la DGA con las transferencias educativas. Las distancias son grandes y las relaciones entre las dos zonas escasas. Con la comarcalización de Aragón, nuestros pueblos se integran en tres comarcas distintas: Comunidad de Calatayud, Valdejalón y Aranda.

MÉTODO
Se realizará un taller con exposiicón terórica y práctica con la exposición de temas sobre prevención de riesgos, primeros auxilios y práctica de RCP (reanimación cardiopulmonar, obstrucción vía aérea y casos clínicos) constará de tres partes y la realización de una encuesta de satisfacción al final del mismo para profesores y alumnos.

INDICADORES
Indicadores propuestos:
-Niños participantes /Total de niños del CRA
-Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.
-Niños por edades participantes/total de niños
-Profesores asistentes.
-Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre. Nada, poco, bastante o mucho.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1374

1. TÍTULO

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL:(PARTE II) TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES, C.S. MORATA DE JALON

-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

DURACIÓN
La realización de la actividad se planificará de acuerdo a la disponibilidad de horarios del CRA y de los docentes. Fechas previstas: inicio durante mes de mayo-junio 2017.
Si por motivos de agenda no fuera posible su realización se pospondrá hasta el inicio del curso que viene: mes de octubre.
La duración del taller será de dos horas seguidas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA LACORT BELTRAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN
SOPESENS GARETA JOSE MARIANO
NAVARRO LOPEZ JAVIER
ABAD TUDELA CORO
MARIN LAZARO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se trata de la continuación del proyecto iniciado en 2017 para la difusión de las maniobras de RCP y manejo del DESA en la población adulta del ámbito rural.
El primer taller se realizó en la población de Codos y a través del Consejo de Salud se dio a conocer en el resto de poblaciones de la Zona básica de Salud del CS de Morata de Jalón. Programándose para el año 2018 el taller de Mesones de Isuela, población en la que se realizó el día 4 de marzo del 2019.
En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras. La Zona Básica de salud de Morata de Jalón: Nigüella, Mesones de Isuela, Arándiga, Morata, Chodes, Sta. Cruz de Grío, Tobed y Codos. De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.
Se utilizaron torsos de adulto para la práctica de RCP adulto y Baby para la de niños. Se utilizaron también: ordenador portátil y cañón de vídeo del Centro de Salud, fotocopias de carteles y encuestas. Se utilizaron las instalaciones del ayuntamiento, la utilización de conexión wi-fi para la visualización de los vídeos.
Se realizó una primera parte teórica con la exposición de un montaje de diapositivas así como la visualización de vídeos relacionados con la resucitación cardiopulmonar. En una segunda parte se realizaron las prácticas sobre torsos de reanimación de adultos y niños, así como escenificación con voluntarios de algunos de los supuestos que se explican a continuación.
Se describen las siguientes situaciones:
-Identificación de signos vitales: consciencia, respiración y pulso.
-Identificación situación de inconsciencia y principales causas.
-Identificación de la situación de inconsciencia con respiración y pulso normales: apertura de vía aérea y posición lateral de seguridad.
-Identificación de la situación de parada cardiorrespiratoria y activación sistema de emergencias.
-Técnica de resucitación cardiopulmonar: punto de masaje, frecuencia masaje y ventilaciones, etc.
-Situación de atragantamiento: maniobra de Heimlich.
-Técnicas específicas en resucitación y atragantamiento pediátricos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de talleres realizados por consultorio de cabecera. Un taller realizado en Mesones de Isuela.
Nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona. Total de participantes 17 de una población censada de 281 habitantes en 2018 (tarjetas sanitarias 200). Media de edad de 57,3 años, edades comprendidas entre 21 y 69 años. De los 17 participantes del taller, 16 fueron mujeres y un varón.
Nº de aprobados en el test/nº test realizados. Se detalla a continuación el test realizado. En general los participantes valoraron como bastantes o muchos los conocimientos adquiridos en realización masaje cardíaco, apertura de vía aérea, número de emergencias, posición lateral de seguridad o maniobra de Heimlich.
Encuesta de satisfacción de usuarios. Se detalla a continuación. Se recibieron 17 encuestas. La mayor parte de los participantes consideraron muy útil y muy necesaria su impartición.
Se sugirieron otros temas a tratar: Heridas sangrantes, espalda sana, hipertensión, cáncer de mama (autoexploración,…), diabetes, repetición del taller de RCP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este tipo de talleres resulta de sumo interés para la población y los docentes. La participación en el taller así lo demuestra.
La realización del taller por la tarde facilitó la asistencia de los participantes.

En general el nivel de conocimientos adquiridos ha sido valorado como bastante y mucho por parte de los asistentes: pérdida de consciencia, cómo se realiza apertura de vía aérea, el lugar del tórax donde se realiza el masaje cardíaco.

El grado de satisfacción también ha sido muy alto y consideran en su mayor parte, muy útil la realización de este tipo de taller para el ámbito rural en el que viven y desarrollan su actividad.

Para el equipo del centro de salud supone una oportunidad de contacto y relación con los pacientes en otro ámbito fuera de la consulta generándose mayor vínculo con los pacientes así como una oportunidad de mejorar la asistencia en una situación de emergencia como es la parada cardio -respiratoria.

Se plantea continuar con adiestramiento de la población adulta en otras localidades en las que se adquieran

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II

D.E.S.A. asociaciones deportivas de nuestra comunidad.

7. OBSERVACIONES.
HAN CAMBIADO RESPECTO A LA PLANIFICACIÓN INICIAL, ALGUNOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE CALIDAD ASÍ COMO LA COORDINADORA DEBIDO A CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN, TRASLADOS, ETC, EN EL CENTRO DE SALUD.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1375 ========== ***

Nº de registro: 1375

Título
CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON

Autores:
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, JABBOUR NEEMI ISSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población general rural
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardiaca cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena
de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias).

La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras.
En nuestra población desde el centro de salud (Morata de Jalón) hasta el núcleo rural más alejado (Codos), hay 40 minutos. Por otra parte la dotación con DESA por parte del Ayuntamiento hacen deseable el conocimeitno de su manejo por parte de dicha población. Será extensible esta iniciativa a otros núclos rurales del Centro de Salud.
De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia. Manjo del DESA por parte de población no sanitaria en el ámbito rural.
-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

MÉTODO
Se realizará un taller formativo con parte teórica (a través de montaje de diapositivas) y un aparte práctica con la utilizació de torsos- maniquíes Anne y Baby Anne, así como Desfibrilador Semiautomático. La duración arpoximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN R.C.P. BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DE LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON. PARTE II

participantes por taller (15-20).

INDICADORES
INDICADORES PROPUESTOS INICIALMENTE:
nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
Encuesta de satisfacción de usuarios.
Encuesta satisfacción de profesionales.

DURACIÓN
La duración arpoximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).
Se prevee un primer taller durante los meses de octubre o noviembre del presente año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADORSEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN VELAZQUEZ TRIANA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JABBOUR NEEMI ISSA
GISTAS QUILEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DETECCIÓN DEL PROBLEMA Y LA OPORTUNIDAD DE MEJORA.
Las paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardiaca cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena
de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias).

La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras.

De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.
La Zona básica de salud de Morata de Jalón:
Nigüella, Mesones de Isuela, Arándiga, Morata, Chodes, Sta. Cruz de Grío, Tobed y Codos.
El taller de RCP y manejo de D.E.S.A. se realizó en la fecha del 19 de diciembre del 2017 en la población de Codos, a las 12:30 horas en el local del Centro de Día. Se comienza en Codos, al ser ésta la primera población en la que se ha dispuesto de desfibrilador semiautomático.
El taller tuvo una duración aproximada de una hora y media. Se realizó la difusión fundamentalmente mediante bandos y carteles en diferentes lugares de la población: Ayuntamiento, residencia de ancianos, puerta del consultorio, tienda local.

Se utilizaron torsos de adulto para la práctica de RCP adulto y Baby para la de niños.

Se utilizaron las instalaciones del ayuntamiento con la utilización de conexión wi-fi para la visualización de los vídeos.
Se utilizaron también los ordenadores portátiles personales de los docentes así como el cañón de vídeo del Centro de Salud de Morata de Jalón. Las fotocopias para los carteles y las encuestas también se realizan en el centro de salud.
Los desplazamientos (coste en combustible) corrieron a cargo de los docentes por ausencia de fianciación específica.

CONTENIDO DEL TALLER: (Anexo III)

Se realiza una primera parte teórica con la exposición de un montaje de diapositivas así como la visualización de vídeos relacionados con la resucitación cardiopulmonar, para lo cual se utiliza ordenador portátil personal y cañón de vídeo del centro de salud. En una segunda parte se realizan las prácticas sobre torsos de reanimación de adultos y niños, así como escenificación con voluntarios de algunos de los supuestos que se explican a continuación.

En cuanto a los contenidos de la exposición:

Se incide en la relevancia del tema: prevalencia, la dispersión en nuestra Zona básica de Salud, así como la definición de cadena de supervivencia y la importancia de la activación precoz.

Se describen los protocolos del Consejo Europeo de Resucitación con las últimas recomendaciones del 2015.

Se describen las siguientes situaciones:
-Identificación de signos vitales: consciencia, respiración y pulso.
-Identificación situación de inconsciencia y principales causas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADORSEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

-Identificación de la situación de inconsciencia con respiración y pulso normales: apertura de vía aérea y posición lateral de seguridad.
-Identificación de la situación de parada cardiorrespiratoria y activación sistema de emergencias. Visualización de vídeo con respiración tipo “gasping”.
-Técnica de resucitación cardiopulmonar: punto de masaje, frecuencia masaje y ventilaciones, etc. Visualización de vídeo.
-Situación de atragantamiento: maniobra de Heimlich, visualización de vídeo.
-Técnicas específicas en resucitación y atragantamiento pediátricos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS PROPUESTOS E INDICADORES.

-Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.

-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia.

-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

INDICADORES PROPUESTOS INICIALMENTE:

? nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
? nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
? Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
? Encuesta de satisfacción de usuarios.
? Encuesta satisfacción de profesionales.

RESULTADOS.

En cuanto a los indicadores propuestos:

Nº de talleres realizados por consultorio de cabecera. En este caso un primer taller en la población de Codos.
Nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
Han acudido 21 personas, total de habitantes censados 226.

Participación por género: 16 mujeres y 5 hombres.

Edades medias de los participantes: Se han recogido sólo las edades de los participantes que rellenaron la encuesta de satisfacción (16) y el test de conocimientos (17). La edad media fue de 55.2, la edad mínima fue de 20 años y 77 el participante de más edad.

1. Nº de aprobados en el test/nº test realizados. Se adjuntan los resultados del test cualitativo.
2. Encuesta de satisfacción de usuarios. Se adjuntan los resultados.
3. Encuesta satisfacción de profesionales. Se adjuntan los resultados.

TEST DE CONOCIMIENTOS TALLER RCP ADULTOS Población 17 encuestas
Rodea la respuesta que consideres:
1.- He aprendido el número de emergencias para avisar ante un peligro o accidente:
Nada Poco Bastante 2 Mucho 15
2.- He aprendido qué hacer si alguien pierde la consciencia (se desmaya)
Nada Poco Bastante 5 Mucho 12
3.- He aprendido cuál es la posición lateral de seguridad
Nada Poco Bastante 12 Mucho 5
4.- He aprendido cómo se abre la vía aérea
Nada Poco Bastante 5 Mucho 12
5.- He aprendido qué es una parada cardiaca.
Nada Poco Bastante 13 Mucho 4
6.- He aprendido en qué lugar del tórax se realiza el masaje cardíaco.
Nada Poco Bastante 5 Mucho 12
7.- He aprendido la frecuencia de compresiones torácicas y ventilación.
Nada Poco Bastante 9 Mucho 8
8.- He aprendido cómo se maneja el Desfibrilador Semiautomático.
Nada Poco Bastante 12 Mucho 4
9.- He aprendido qué hay que hacer si alguien se atraganta (Maniobra de Heimlich)
Nada Poco Bastante 9 Mucho 8
10.- En general: ¿te ha gustado la actividad que hemos realizado?
Nada Poco Bastante Mucho 16
Sugerencias para mejorar: temas a tratar, etc…

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADORSEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES:
Edad…… Varón ? 6 Mujer ? 10
1.- En cuanto a la realización de este curso-taller de reanimación cardipulmonar usted se encuentra:
a. Nada satisfecho. b. Poco satisfecho. c. Bastante satisfecho. 6 d. Muy satisfecho. 10
2.- En cuanto a la utilidad de realizarlo en la zona rural, en su lugar de trabajo, etc. lo considera:
a. Nada útil. b. Poco útil. c. Bastante útil. 1 d. Muy útil. 15
3.- En cuanto a los aspectos organizativos:
3.1. Usted considera el lugar y el entorno donde se ha realizado:
a. Nada adecuado. b. Poco adecuado. c. Bastante adecuado. 5 d. Muy adecuado. 11
3.2. Usted considera el material utilizado:
a. Nada adecuado. b. Poco adecuado. c. Bastante adecuado. 4 d. Muy adecuado. 12
3.3. Considera la exposición:
a. Nada clara. b. Poco clara. c. Bastante clara. 2 d. Muy clara. 14
3.4. Considera el contenido del curso:
a. Insuficiente. b. Adecuado. 15 c. Excesivo.
4.- Usted considera la realización de talleres similares con otros temas:
a. No necesaria. b. Poco necesaria. c. Bastante necesaria. 10 d. Muy necesaria. 5
5.- ¿Qué temas le gustaría se pudieran tratar en otros talleres?
6.- Si lo desea puede realizar alguna sugerencia o crítica que nos ayude a mejorar para futuros cursos, gracias

Sugerencias realizadas por parte de los participantes para la realización de otros talleres:
Primeros auxilios, traumatismos, más sesiones de RCP anualmente, cortes profundos y pérdida de miembros, curas, atención a mayores, hipo e hiperglucemias y crisis hipertensivas y episodios de hipotensión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La realización de este tipo de talleres resulta de sumo interés para la población y los docentes. La participación en el taller así lo demuestra.

En cuanto a la organización del mismo, el horario propuesto dificultó la asistencia de otros interesados que se encontraban en horario laboral.

Las instalaciones y la disposición del consistorio han hecho posible la realización del taller en un ambiente y medios adecuados, así como la difusión para la realización del mismo.

En general el nivel de conocimientos adquiridos ha sido valorado como bastante y mucho por parte de los asistentes: pérdida de consciencia, cómo se realiza apertura de vía aérea, el lugar del tórax donde se realiza el masaje cardíaco.

El grado de satisfacción también ha sido muy alto y consideran en su mayor parte, muy útil la realización de este tipo de taller para el ámbito en el que viven y desarrollan su actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1375 ========== ***

Nº de registro: 1375

Título
CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. C.S. MORATA DE JALON

Autores:
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, JABBOUR NEEMI ISSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADORSEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población general rural
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las paradas cardíacas (PC) extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardiaca cada 20 minutos, ocasionando 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena
de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias).

La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras.
En nuestra población desde el centro de salud (Morata de Jalón) hasta el núcleo rural más alejado (Codos), hay 40 minutos. Por otra parte la dotación con DESA por parte del Ayuntamiento hacen deseable el conocimeitno de su manejo por parte de dicha población. Será extensible esta iniciativa a otros núclos rurales del Centro de Salud.
De estas premisas parte la necesidad de este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia. Manjo del DESA por parte de población no sanitaria en el ámbito rural.
-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

MÉTODO
Se realizará un taller formativo con parte teórica (a través de montaje de diapositivas) y un aparte práctica con la utilizació de torsos- maniquíes Anne y Baby Anne, así como Desfibrilador Semiautomático. La duración arpoximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).

INDICADORES
INDICADORES PROPUESTOS INICIALMENTE:
nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
Encuesta de satisfacción de usuarios.
Encuesta satisfacción de profesionales.

DURACIÓN
La duración arpoximada será de una hora y media cada taller.
Se prevee realizar un taller por cada núcleo rural que lo solicite. Si el número de participantes fuera elevado se desdoblará el taller para la mejor realización y aprovechamiento de la práctica. Número ideal de participantes por taller (15-20).
Se prevee un primer taller durante los meses de octubre o noviembre del presente año 2017.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1375

1. TÍTULO

CAPACITACION EN RCP (REANIMACION CARDIOPULMONAR) BASICA Y MANEJO DEL D.S.A. DESFIBRILADORSEMIAUTOMATICO PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL. CS MORATA DE JALON

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............:

*** ============================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA NAYA MATEU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS MORATA DE JALON
· Localidad ..... MORATA DE JALON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS ROY MARIA ISABEL
SOS ROYO BERTA
PUERTAS CANTERIA ALFONSO
TEJEDOR SAN JOSE ROSARIO
GONZALVO SANCHEZ PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tercer trimestre 2018
- Revisión de la base de datos de pacientes EPOC con criterios de inclusión (pacientes no dependientes y con accesibilidad) en el CS Morata de Jalón enviada por DAP.
- Revisión actualizada de los tipos de dispositivos y posterior realización de hojas explicativas de cada uno de ellos incluyendo la técnica inhalatoria.
- Búsqueda de material para la realización de las presentaciones en Powerpoint para los dos talleres.
- Diseño de la encuesta de satisfacción valorando duración, contenidos y objetivos alcanzados con pregunta abierta para sugerencias y comentarios.
Primer trimestre 2019
Se realizaron dos talleres de 2 horas de duración los días 1 y 6 de febrero con 5 y 11 pacientes respectivamente, citados previamente vía telefónica por la administrativa del Centro de Salud.
Los talleres constaron de dos partes:
- Una parte teórica, donde se hace un abordaje integral de la enfermedad (educación sanitaria).
- Otra parte práctica, donde tras explicar los distintos tipos de dispositivos y la correcta técnica inhalatoria cada uno de los pacientes de forma individual practicó su manejo y uso correcto.
Posteriormente se cumplimentó el Taitest y la encuesta de satisfacción.
Al finalizar se hizo entrega, según el tipo de dispositivo de uso individual, de una hoja explicativa con la correcta técnica inhalatoria.
Como seguimiento para comprobar y reforzar los conocimientos adquiridos y resolver las dudas que hubieran podido surgir, se aconsejó citarse a los 15-20 días con la enfermera de su cupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES
Se diseñan tres tipos de indicadores:
1. Número de pacientes EPOC con criterios de inclusión participan en los 2 talleres / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo:30%
Tras la realización de ambos talleres y a pesar de tratarse de una actividad que depende de terceros, se logra alcanzar un objetivo cercano al 30%, 27,12% (en el primer taller se alcanza un 8,47% de participación (5 pacientes) y en el segundo taller se alcanza un 18,65% (11 pacientes), sobre un total de 59 pacientes EPOC con criterios de inclusión obtenidos de la base de datos facilitada por DAP de Calatayud.
2. Número de pacientes EPOC con criterios de inclusión que realizan un uso correcto de los dispositivos / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión que participan en ambos talleres. Objetivo: 60%
TALLER 1 (01/02/19)
Los resultados obtenidos sobre los pacientes que realizan un uso correcto de la técnica inhalatoria en los que participan 5 pacientes antes de la realización del taller fue del 40% (2 de los 5 pacientes hacen un uso correcto) pasando a ser un 80% tras la finalización del taller (4 de 5 pacientes hacen un uso correcto), por lo que se supera el objetivo o estándar propuesto del 60%.
En este primer taller se citaron en un principio un total de 8 pacientes, pero al final acudieron 5 por coincidencia con entierro en Morata de Jalón (curiosamente el fallecido era uno de los citados a este primer taller).
TALLER 2 (06/02/19)
Los resultados obtenidos sobre los pacientes que realizan un uso correcto de la técnica inhalatoria en los que participan 11 pacientes antes de la realización del taller fue del 45,45% (5 de los 11 pacientes hacen un uso correcto) pasando a ser un 63,63% tras la finalización del taller (7 de 11 pacientes hacen un uso correcto), por lo que se supera el objetivo o estándar propuesto del 60%.
Resaltar que en este segundo taller acudió de forma voluntaria (sin citación previa) una persona asmática al enterarse del taller con el objetivo de comprobar y reforzar si estaba haciendo un uso correcto de la técnica inhalatoria con su tratamiento del asma.
3.Número de pacientes EPOC con adherencia al tratamientos con inhaladores (taitest) / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión que participan en ambos talleres. Objetivo: 50%

TAITEST	TALLER 1	TALLER 2
NIVEL DE ADHESIÓN	(5 Pacientes)	(11 Pacientes)
Buena (=50 puntos)	0	1
Media (46 - 49 puntos)	4	7
Mala (<=45 puntos)	1	3

TIPO DE INCUMPLIMIENTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

Errático		3		9
Deliberativo	2		2	
Inconsciente	0		0	

En los resultados obtenidos en ambos talleres observamos que el grado de adhesión al tratamiento predominante es el intermedio (46-49 puntos) y el tipo de incumplimiento es el errático (paciente que olvida la toma de medicación).
Como se trata de una actividad que depende de terceros el seguimiento a los 15-20 días siguientes por la enfermera de cupo ha sido bajo (37,5% inferior a nuestro objetivo marcado del 50%, sólo acuden 6 de los 16 participantes en ambos talleres), por lo que no podemos sacar conclusiones o resultados finales en este indicador en cuanto al grado de adherencia y cumplimiento del tratamiento propuesto.
- Se elaboró una encuesta final de satisfacción en ambos talleres, con 10 items que se valoran de 1-5 (1: Insatisfacción total, 5: Satisfacción total) y una pregunta abierta para sugerencias.
La evaluación de la misma ha dado como resultado:
CONTENIDO
¿Los contenidos han cubierto sus expectativas?. Valor medio: 4,89.
¿Los temas se han tratado con la profundidad que esperaba?. Valor medio 4,89.
METODOLOGÍA / ORGANIZACIÓN
¿La duración del taller ha sido adecuada?. Valor medio: 4,78.
¿La metodología se ha adecuado a los contenidos?. Valor medio: 5.
¿Las condiciones ambientales (aula, mobiliario, recursos utilizados) han sido adecuadas para facilitar el proceso formativo?. Valor medio: 4,78
PROFESIONALES
¿Los profesionales dominan la materia?. Valor medio: 5.
¿Los contenidos se han expuesto con la debida claridad?. Valor medio: 5.
¿Motiva y despierta interés en los asistentes?. Valor medio: 4,89.
VALORACIÓN / SUGERENCIAS
¿La información recibida es útil para el conocimiento y manejo de mi enfermedad?. Valor medio: 4,89.
Señale aspectos para mejorar la calidad de esta acción formativa: No hubo sugerencias.

OBJETIVOS ESPERADOS
- La mejora de la calidad de la formación en la técnica inhalatoria además de recordar la importancia de su adhesión al tratamiento terapéutico.
- Mediante el refuerzo de la educación sanitaria ayudar a mejorar la autonomía y el empoderamiento del paciente sobre su salud y como proceder ante síntomas de alerta lo que contribuirá a mejorar el pronóstico y calidad de vida y a disminuir la frecuencia y gravedad de las exacervaciones, complicaciones y los ingresos hospitalarios.
- Reforzar la importancia del enjuague bucal tras la aplicación de los inhaladores, dado el alto grado de incumplimiento observado en ambos talleres, siendo la causa observada en la mayoría de los casos el desconocimiento de dicha actuación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Propuestas de mejora
- Valorando los resultados obtenidos en ambos talleres consideramos que existe una necesidad constante y permanente de revisar y reforzar tanto la educación sanitaria como la técnica inhalatoria en las consultas de AP dado el alto grado de desconocimiento que hemos observado lo que conlleva en muchas ocasiones al abandono de la medicación, la mala cumplimentación, las reagudizaciones y la merma en la calidad de vida además del aumento de las comorbilidades y por tanto del gasto sanitario evitable.
- Mejorar la falta de continuidad y seguimiento por parte de las consultas de AP (revisión tratamientos, realización espirometrías...) además de la comunicación y coordinación con los neumólogos de área mejorando los protocolos de actuación en cuanto a derivaciones y seguimiento de estos pacientes. La comunicación entre los profesionales sanitarios es un factor indispensable para mejorar la calidad asistencial del paciente crónico y el correcto abordaje de su enfermedad, por eso es básico poner nuestro empeño en propiciar que los procesos de comunicación sean lo más eficientes posibles. Para una atención integral del paciente EPOC es fundamental una coordinación y una comunicación fluida entre AP y AE.
- Mejorar el infradiagnóstico de la EPOC que sigue existiendo además de en sus tratamientos dada su alta prevalencia. Actualmente existe un 73% de EPOC no diagnosticados, mayor porcentaje en mujeres que en hombres. Una de las soluciones pasaría por aumentar y hacer espirometrías como prueba habitual en las consultas médicas.
- Aumentar las campañas y políticas que ayudan a la deshabituación del tabaco, gran responsable de esta enfermedad que causa al año 287.667 muertes evitables.
- Conocer las condiciones que actúan como barreras de la adhesión del paciente y del tipo de incumplimiento terapéutico nos proporcionaría una valiosa información para incorporar medidas correctoras específicas en los programas de educación sanitaria.
- La falta de adherencia terapéutica en términos globales afecta hasta al 50% de los pacientes crónicos, que, a su vez suponen la mitad de la población española, lo que tiene importantes consecuencias negativas para la salud de los pacientes y un significativo impacto en la sostenibilidad del sistema sanitario, por este motivo hay que ser conscientes de la necesidad de aunar esfuerzos para mejorar de forma integral este problema.
- Es fundamental y prioritario en el paciente EPOC el aumento del protagonismo en la gestión de su salud.

7. OBSERVACIONES.
Se añade a María Isabel Ramos Roy como componente del equipo de mejora al ser la persona encargada de realizar las citaciones a los pacientes para ambos talleres.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

*** ========== Resumen del proyecto 2018/603 ========== ***

Nº de registro: 0603

Título
EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

Autores:
NAYA MATEU YOLANDA, SOS ROYO BERTA, PUERTAS CANTERIA ALFONSO, TEJEDOR SAN JOSE ROSARIO, GONZALVO SANCHEZ PASCUAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Los pacientes con Epoc constituyen una de las líneas estratégicas prioritarias en la AP de Salud por tratarse de una patología con una alta prevalencia y carga de morbimortalidad lo que a su vez repercute en una importante carga social y económica.
La mayoría de los pacientes son especialmente vulnerables por coexistir en ellos además asociados muchas veces otras patologías crónicas (cardio-vasculares, DM, nefropatías, cáncer, desnutrición, infecciones...) o factores asociados como la edad avanzada, déficits cognitivos, pacientes polimedicados o pluripatológicos entre otros factores lo que obstaculiza y empeora el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.
Los pacientes con Epoc precisan tratamiento INTEGRAL lo que comprende tanto medidas generales no farmacológicas (educación sanitaria, cesación tabáquica, actividad física, nutrición, vacunación, rehabilitación espiratoria,comorbilidades,) y farmacológicas.
La intervención educacional es fundamental y debe situarse en el primer escalón terapéutico de la Epoc y corresponde a todos los profesionales sanitarios.
Por todo ello y siendo la Epoc una de las líneas estratégicas prioritarias del SALUD y nuestra zona sanitaria, una zona sanitaria con mucha población mayor con importantes comorbilidades se plantea mejorar el adiestramiento de los autocuidados de los paciente con Epoc incidiendo sobretodo en aquellos que mantienen todavía unas aptitudes mínimas para ello.

RESULTADOS ESPERADOS
a) Mejorar el seguimiento clínico de la Epoc en el C.S. Morata de Jalón.
b) Conseguir una mejora del pronóstico y calidad de vida y un descenso de la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones, complicaciones e ingresos hospitalarios mediante educación sanitaria.
C) Fomentar la comunicación y el feedback entre los pacientes y el equipo de AP del C.S. de Morata de Jalón.
d) Mejorar la autonomía y la responsabilidad del paciente sobre su salud.

MÉTODO
- Reforzar o incrementar los conocimientos generales de su enfermedad.
- Reconocer los síntomas de alerta de las reagudizaciones y cómo proceder ante las mismas.
- Optimizar y realizar un uso correcto de los dispositivos inhaladores.
- Introducir en los pacientes habilidades de autoadministración de fisioterapia respiratoria.
- Fuente de datos: Elaboración actualizada de base de pacientes Epoc en OMI de la zona conforme con los criterios de inclusión establecidos (pacientes no dependientes y con accesibilidad al C.S. de Morata de Jalón). Dicha captación la realiza en cada cupo su Médico de AP y su enfermera.
- La actividad se realizará en forma de taller o sesión de educación para la salud grupal.
El número de talleres como es una actividad nueva y que "depende de terceros" se fijará un estándar mínimo para este año de una sesión formativa con un número aproximado de entre 5-10 pacientes Epoc que serán informados y citados mediante llamada telefónica.
El taller durará entre 1-2 horas y constará de dos partes:
Una parte teórica, por medio de una presentación se realizará un abordaje integral de la enfermedad (educación sanitaria, fisioterapia respiratoria...)
Una parte práctica, donde cada paciente traerá su dispositivo inhalador practicando cada uno de ellos de forma individualizada el manejo y uso correcto. Además se les entregará individualmente una hoja explicativa para llevarse a casa como modelo recordatorio a seguir.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

INDICADORES
- Cobertura: Número de Epoc participantes con criterios de inclusión sobre el total de Epoc de la zona.
- Un test de adherencia a los inhaladores (taitest)
- Una encuesta de satisfacción anónima de 10 preguntas para poder valorar duración, contenidos y objetivos adquiridos dejando alguna pregunta abierta para observación, sugerencias y comentarios.
- Posteriormente,al mes, se realizará un seguimiento por su enfermera de cupo en su consulta programada para comprobar y reforzar los conocimientos adquiridos además de resolver las dudas que hubieran podido volver a surgir.

Indicadores y objetivos:
Número de pacientes EPOC con criterios de inclusión que participen en el taller / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 30%.
Número de pacientes EPOC que realizan un uso correcto de los dispositivos / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Obvetivo: 60%
Número de pacientes EPOC con adherencia al tratamiento con inhaladores (taistest) / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 50%.

DURACIÓN
Elaboración base de pacientes Epoc conformes a los criterios de inclusión y recogida de datos iniciales en tercer trimestre 2018.
- Valoración actividades realizadas, octubre 2018-marzo 2019.

Evaluación final proyecto, abril 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0152

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LUISA HUERTAS BADOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR
JASO GRAU DOLORES
MERINO LABORDA JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el último trimestre de 2016, fue diseñada la hoja de recogida de datos de las intervenciones realizadas (datos demográficos, motivo, localización, técnica...)

PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EAP SABIÑÁN
ID _____ __ _____ __ __ __
AÑO MES DIA ORDEN
SEXO
H/M
EDAD

MOTIVO QUE HA JUSTIFICADO LA CIRUGÍA
1 ESTÉTICO 2 DOLOR/MOLESTIA 3 MIEDO A MALIGNIDAD 4 OTRAS
NÚMERO LESIONES
(HASTA 10 1,2,3,,,,,,, Y >10)
AGRUPADAS EN UNA LOCALIZACIÓN
1 SI 2 NO
IMÁGENES
1 SI 2 NO
LESIÓN 1
LOCALIZACIÓN
1 CABEZA 2CUELLO 3 TRONCO 4 EESS 5 EEII 6 AXILAS 7 OTRAS
MUESTRA AP
1 SI 2 NO
TÉCNICA
1 ELECTROCIRUGÍA 2 ESCISIÓN 3 CRIOTERAPIA 4 OTRAS
RESULTADO AP
VER ANEXO 1

como la encuesta de satisfacción (compuesta por 5 preguntas cerradas).

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR E.A.P. SABIÑÁN
Por favor, buscando mejorar nuestra atención, le agradeceríamos que contestase las siguientes preguntas. Gracias.
1º. El tiempo que pasó desde que fué la primera vez a su médico con el problema hasta que se lo han resuelto ¿le ha parecido….?
Mucho tiempo Un tiempo adecuado Muy rápido
2º. Las explicaciones que le dió el médico que le atendió sobre lo que le iban a hacer ¿le han parecido…?
Excesivas Adecuadas Muy pocas
3º La limpieza e higiene de la sala e instalaciones ¿le ha parecido…?
Mala Buena Muy buena
4º Como cree en general que le han atendido en relación a su problema?
Muy bién Bien Regular Mal
5º En caso de presentar un problema similar
Acudiría al mismo sitio
Acudiría a un lugar distinto con distintos profesionales
Le da igual el sitio y los profesionales
NS/NC

Desde enero de 2017 se están utilizando ambas, también se recoge consentimiento informado expreso previo a la intervención.

En el mes de octubre de 2017, han sido diseñadas las bases de datos para recoger y analizar los resultados derivados de las dos hojas de recogida previas.
Desde entonces y hasta final de año, se ha procedido al traspaso de los mismos a estas bases para su posterior análisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0152

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

Durante el año 2017, se han realizado un total de 28 intervenciones, en todos los casos se ha cumplimentado la hoja de recogida de datos y entregado encuesta para su cumplimentación de forma anónima.
En 26 casos esa encuesta ha sido entregada por los pacientes y tan solo en dos casos no ha sido cumplimentada.

A día de hoy está pendiente la realización de análisis estadístico más exhaustivo sobre los resultados obtenidos, pero un análisis previo sobre los resultados de la encuesta de satisfacción, reflejan una muy buena aceptación del programa.

El tiempo que pasó desde que fué la primera vez a su médico con el problema hasta que se lo han resuelto ¿le ha parecido….? Mucho tiempo 0% Un tiempo adecuado 30,77% Muy rápido 69,23%
Las explicaciones que le dió el médico que le atendió sobre lo que le iban a hacer ¿le han parecido…?
Excesivas 0% Adecuadas 100% Muy pocas 0%
La limpieza e higiene de la sala e instalaciones ¿le ha parecido…?
Mala 0% Buena 53,85% Muy buena 46,15%
Como cree en general que le han atendido en relación a su problema?
Muy bién 88,46% Bien 11,54% Regular 0% Mal 0%
En caso de presentar un problema similar
Acudiría al mismo sitio 100%
Acudiría a un lugar distinto con distintos profesionales 0%
Le da igual el sitio y los profesionales 0%
NS/NC 0%

El análisis de los datos demográficos, tipo de lesión, técnica utilizada y otros items, está pendiente de realizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras llevar un año de implantación de este sistema de recogida de datos y control de las actividades realizadas, se ha objetivado una mejora en las satisfacción de los usuarios que valoran muy positivamente la accesibilidad a esta unidad, así como el trato recibido.
Es preciso continuar con el desarrollo del mismo, aunque ahora puede verse limitado por la jubilación de la persona que realizaba principalmente esta actividad.
Con los datos obtenidos, debemos realizar una análisis más completo para comprobar la utilidad del programa no solo en la eliminación de lesiones benignas, si no de aquellas con componente de malignidad que gracias al programa son detectadas con mayor premura.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/152 ========== ***

Nº de registro: 0152

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

Autores:
HUERTAS BADOS MARIA LUISA, ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR, JASO GRAU DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras analizar los resultados de la actividad desarrollada en este programa durante los últimos cinco años, se detectaron fallos de registro en el procedimiento que generan una oportunidad de mejora, en concreto no se especificaban el número de lesiones resecadas, ni aclaraba localización. Así mismo en algún caso no figuraba en HC, la existencia de consentimiento informado previo.

Otros puntos débiles que se aprecian son la falta de formación,falta de espacio físico para ello, variabilidad en los registros y gran problematica a la hora de encontrar el instrumental adecuado, necesario y en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0152

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR EN EL EAP SABIÑAN

condiciones óptimas.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de los registros del programa de cirugía menor así como todo el circuito, desde la derivación, a la obtención del resultado de la anatomía patológica de las lesiones resecadas.
Unificacion de criterios respecto al instrumental preciso.
Mejorar la satisfacción de los pacientes.

MÉTODO
Se diseñará un protocolo en el que incluir todos los pasos, desde la detección del caso susceptible de incluir en programa, derivación, consentimiento informado, cumplimentación del protocolo y recepción del resultado. (HUERTAS, ROLDÁN)

Diseñar una encuesta de satisfacción del usuario que se cumplimentará tras la realización de la actividad quirúrgica. (JASO, MERINO)

Realizar sesiones formativas sobre el material preciso, su mantenimiento y organización.(HUERTAS, ROLDÁN)

INDICADORES
Indicador 1: Resultado. Número de pacientes incluido en el programa de cirugía menor en cuya HC, figure consentimiento informado (estándar 100%)
Los datos se obtienen con la revisión sistemática de las HC de los pacientes incluidos en el programa

Indicador 2: Resultado. Porcentaje de pacientes incluido en el programa de cirugía menor en cuya HC y dentro del protocolo, figura en número de lesiones resecadas y su localización. (mínimo 75%)

Indicador 3: Satisfacción. Porcentaje de pacientes incluido en el programa de cirugía menor que reflejan estar satisfechos con el proceso (mínimo 50%)

DURACIÓN
Fecha de inicio: septiembre 2016

Fecha finalización: diciembre 2017

Cronograma:
septiembre 2016 elaboracíon de la encuesta de satisfacción y protocolo de derivación.

octubre 2016 Implementación del protocolo y encuesta, previa puesta en conocimiento d etodos los miembros del EAP.

mayo 2017: Primera evaluación de resultados

diciembre 2017 evaluación definitiva de resultados y detección de posibles oportunidades de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGOANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LOURDES VICIOSO ELIPE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año se han realizado dentro del programa formativo, tres sesiones clínicas orientadas a mejorar la formación de los facultativos en la prescripción a mayores de 75 años.
Anciano Polimedicado 02/02/2017
Bioética y prescripción médica. 9/03/2017
Medicamentos UTB: 18/05/2017

También se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora.
Se han realizado revisiones por parte de cada profesional de los listados de pacientes incluidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como primer objetivo alcanzado es de destacar la implicación del personal para adecuar las cifras.
Respecto al
Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.
Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional
A día 31/12/2017, la tasa se encuentra en el 10,57%, logrando el objetivo inicial al reducir en más de cinco puntos la tas (enero 2017 15,68%) y habiendo mejorado en todos los cupos y tan solo uno se encuentra por encima del 12% (12,33%)
En cuanto al
Indicador 2 Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.
Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional
La tasa actual es del 10,57%, mínima mejoría que además en algún cupo ha supuesto incluso aumento de la tasa, ya que solo uno ha disminuido por debajo del 10%. Este podría justificarse en que se trata de cupos pequeños, en los que pequeñas variaciones pueden desencadenar grandes cambios porcentuales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación en temas de URM y el análisis periódico de los indicadores recogidos en el cuadro de mandos, facilitan la intervención y la mejora de la prescripción, que a la larga redunda en un consumo de recurso más eficiente y una reducción de efectos adversos en nuestros pacientes

7. OBSERVACIONES.
Dado que no se han logrado los objetivos iniciales marcados, se propone alargar por un periodo de al menos seis meses este proyecto de mejora.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1156 ========== ***

Nº de registro: 1156

Título
MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Autores:
VICIOSO ELIPE LOURDES, ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JASO GRAU DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGOANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población atendida por nuestro equipo, es una población envejecida lo que conlleva pluripatología y consecuente polimedicación, que en muchos casos puede provocar daños en la salud de nuestros pacientes.
Partiendo de los datos actuales, si bién se cumple el criterio como equipo, se sitúa en la zona alta del rango (15,01% y 12,24% respectivamente) y algún CIAs lo supera, por lo que creemos conveniente intervenir para reducir en la medida de lo posible los posibles efectos indeseados

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el porcentaje de fármacos inapropiados utilizados por los médicos que desarrollan su labor en nuestro EAP.

MÉTODO
1. Realizar actividades formativas, dentro del programa de formación propio del equipo, dirigido a formación en URM, más concretamente en lo relacionados a mayores de 75años.

2. Trabajar cada CIAS de forma individual según listados del cuadro de mandos, identificando a los pacientes en potencial riesgo y depurando dentro d elo posible los tratamientos que siguen.

INDICADORES
Los utilizados dentro del acuerdo de gestión.
Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.
Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional
Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.
Indicador Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.
Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional
Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

DURACIÓN
Formación continuada a lo largo de todo el año 2017, que se irá adecuando según las necesidades detectadas basadas en la evolución de los indicadores del cuadro de mandos.
Todos los médicos del EAP se implicarán en temas de formación.

La evaluación final coincidirá con la evaluación final del año del AGC.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ..... LOURDES VICIOSO ELIPE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MERINO LABORDA JOAQUIN
JASO GRAU DOLORES
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año 2017 se han realizado dentro del programa formativo, tres sesiones clínicas orientadas a mejorar la formación de los facultativos en la prescripción a mayores de 75 años.
Anciano Polimedicado 02/02/2017
Bioética y prescripción médica. 9/03/2017
Medicamentos UTB: 18/05/2017
En el año 2018 se han realizado otras cuatro sesiones clínicas relacionadas con el URM y anciano.
Anciano frágil 25/04/2018
Fármacos inapropiados en mayores 75 años 7/9/2018
Notificación Reacciones adversas medicamentosas 2/10/2018
Uso racional Antibióticos 11/12/2018

Se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora tanto durante 2017 como 2018 (11/01/18-20/02/18 – 17/05/18 - 06/11/18)
Se han realizado revisiones periódicas por parte de cada profesional de los listados de pacientes incluidos de cara a posibles actuaciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como primer objetivo alcanzado es de destacar la implicación del personal para adecuar las cifras, realizando análisis periódicos e implementando las acciones precisas siempre que fuese posible

Respecto al
Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.
Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional
A día 31/12/2018, la tasa se encuentra en el 11,95%, logrando el objetivo inicial al reducir en casi cuatro puntos (3,73%) la tasa de enero 2017 15,68% y habiendo mejorado en todos los cupos aunque dos de ellos se encuentran ligeramente por encima del 12% (12,09% y 12,31%)

INAPROPIADOS	ENERO 2017	DICIEMBRE 2018	VARIACIÓN
TOTAL	15,68%	11,95%	-3,73%
CUPO 1	18,18%	11,49%	-6,69%
CUPO 2	14,29%	11,84%	-2,45%
CUPO 3	15,43%	12,09%	-3,34%
CUPO 4	14,49%	12,31%	-2,18%

En cuanto al
Indicador 2 Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.
Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional
La tasa actual a día 31/12/2018 es del 10%, mínima mejoría de poco más de un punto, aunque alcanzando el objetivo. además habiendo mejorado en todos los cupos salvo en uno que ha sufrido un aumento de la tasa (curiosamente el que más bajo lo tenia de forma inicial), y dos han disminuido por debajo del 10%.

ANTICOLINÉRGICO	ENERO 2017	DICIEMBRE 2018	VARIACIÓN
TOTAL	11,16%	10,00%	-1,16%
CUPO 1	12,12%	8,05%	-4,07%
CUPO 2	8,79%	10,53%	1,74%
CUPO 3	11,73%	11,54%	-0,19%
CUPO 4	11,59%	7,69%	-3,90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Los datos han sido obtenidos del cuadro de mandos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación en temas de URM y el análisis periódico de los indicadores recogidos en el cuadro de mandos, facilitan la intervención y la mejora de la prescripción, que a la larga redunda en un consumo de recurso más eficiente y una reducción de efectos adversos en nuestros pacientes

A pesar de la implicación de todos los miembros del equipo en el proyecto de mejora y evaluación continua de los indicadores hemos detectado variaciones escasas e incluso algún incremento no esperado. Este podría justificarse en que se trata de cupos pequeños, en los que pequeñas variaciones pueden desencadenar grandes cambios porcentuales. También se ha detectado que alguno de los fármacos recogidos no provienen de una prescripción desde atención primaria sino que se trata de continuaciones de prescripciones realizadas por especialistas hospitalarios, lo que dificulta la intervención sobre la prescripción de los mismos.

Como RECOMENDACIÓN FINAL, se decide el mantener la continua revisión de los indicadores recogidos en el cuadro de mando con seguimiento particular de cada uno de los pacientes incluidos en los listados para que si es posible se modifiquen prescripciones no correctas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1156 ========== ***

Nº de registro: 1156

Título
MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Autores:
VICIOSO ELIPE LOURDES, ROLDAN GUILLEN MARIA PILAR, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JASO GRAU DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatología
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La población atendida por nuestro equipo, es una población envejecida lo que conlleva pluripatología y consecuente polimedicación, que en muchos casos puede provocar daños en la salud de nuestros pacientes.
Partiendo de los datos actuales, si bién se cumple el criterio como equipo, se sitúa en la zona alta del rango (15,01% y 12,24% respectivamente) y algún CIAs lo supera, por lo que creemos conveniente intervenir para reducir en la medida de lo posible los posibles efectos indeseados

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir el porcentaje de fármacos inapropiados utilizados por los médicos que desarrollan su labor en nuestro EAP.

MÉTODO
1. Realizar actividades formativas, dentro del programa de formación propio del equipo, dirigido a formación en URM, más concretamente en lo relacionados a mayores de 75años.

2. Trabajar cada CIAS de forma individual según listados del cuadro de mandos, identificando a los pacientes en potencial riesgo y depurando dentro d elo posible los tratamientos que siguen.

INDICADORES
Los utilizados dentro del acuerdo de gestión.
Indicador 1 Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años.
Objetivo: < 12% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1156

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS Y/O CON RIESGO ANTICOLINERGICO ELEVADO EN MAYORES DE 75 AÑOS

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.
Indicador Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años.
Objetivo: < 10% tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional
Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

DURACIÓN
Formación continuada a lo largo de todo el año 2017, que se irá adecuando según las necesidades detectadas basadas en la evolución de los indicacdores del cuadro de mandos.
Todos los médicos del EAP se implicarán en temas de formación.

La evaluación final coincidirá con la evaluación final del año del AGC.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOSPROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS BLAS GABARDA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CIMORRA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año se han realizado reuniones de enfermería. Cada enfermero ha realizado búsqueda activa de casos en los que no estuviese correctamente cumplimentado.
Se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los tres indicadores a los que hace referencia el proyecto son.
Riesgo de caidas: Desde una cobertura inicial en enero del 86,5% se ha llegado a una cobertura en el momento del análisis del 100%, cumpliendo totalmente el objetivo.
Test de Zarit: Desde una cobertura inicial en enero del 80,9% se ha llegado a una cobertura en el momento del análisis del 90,48%, un incremento de casi un 10%, que a pesar de poder mejorarse, cumple el objetivo inicial..
Test de Norton: ya inicialmente con cobertura del 100%, que se ha mantenido todo el año, hasta el momento actual..

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El análisis individualizado y por cupos de las coberturas a través del cuadro de mandos, facilita la cobertura de los indicadores que hacen referencia a los distintos programas.
Las reuniones del personal de enfermería para analizar posibles problemas puntuales, mejoran la cumplimentación de los programas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1157 ========== ***

Nº de registro: 1157

Título
MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

Autores:
HUERTAS BADOS MARIA LUISA, MARTIN CIMORRA JAVIER, BLAS GABARDA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: COBERTURA

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A pesar de que en el corte final, la cobertura de los indicadores relacionados con los pacientes dependientes e inmovilizados han mejorado, se ha detectado una cobertura irregular de los mismos, más si cabe al tratarse de pacientes habitualmente bien controlados y con múltiples visitas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1157

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE INDICADORES INCLUIDOS EN EL CONTRATO PROGRAMA RELACIONADOS CON LOSPROGRAMAS RELACIONADOS CON PACIENTES DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención en todos los pacientes dependientes e inmovilizados, que podrán ser evaluados mediante la mejora de cobertura recogida en el AGC del año 2017

MÉTODO
1. Búsqueda activa de casos DEPENDIENTES/INMOVILIZADOS, según listados de programas para revisar, la cumplimentación de los inidicadores. Colocar indicativo (FLASH), en aquellos que lo incumplan
2. Cumplimentar de forma anual la pregunta sobre riesgo de caidas y grabar el DGP a pesar de estar dado como realizado dentro de los planes personales.
3. Cumplimentar de forma anual el Test Norton y grabar el DGP
4. Cumplimentar de forma anual el Test Zarit y grabar el DGP
5. Sesiones formativas para mejorar la calidad de registro en el entorno OMI_AP.

INDICADORES
Indicador Pacientes Programa Dependiente/ Inmovilizado con registro sobre Riesgo de ca?as en el último año (%).
Definici? Porcentaje de pacientes con diagn?tico de dependiente y Barthel = 90, que al menos tiene un registro de riesgo de ca?as, en el ?timo a?.
F?mula Numerador: (SERV_326A): Pacientes incluidos en el denominador que almenos tiene un registro en el DGP CA?DAS ('CCAIDAS' = 'S' o 'N') en el periodo de evaluaci? (?timo a?)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagn?tico de
DEPENDIENTE (Z28 o A99), con el DGP “DVFUNCIO” entre 1 y 90 y alg?
registro en el periodo de evaluaci? (?timo a?)
Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes incluidos en PAECD con valoraci? del riesgo de
ulceraci? en el último año
Definici? Proporci? de pacientes con diagn?tico de dependiente (Z28 o A99) identificados como dependientes (DGP “DVFUNCIO” entre 1 y 60), que almenos tiene un registro en el DGP “DPNORTON” en el periodo de evaluaci?
F?mula Numerador (SERV_326): Pacientes con diagn?tico DEPENDIENTE (Z28 oA99) que al menos tiene un registro en el DGP “DPNORTON” en el periodode evaluaci? (?timo a?)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagn?tico DEPENDIENTE
(Z28 o A99), con el DGP “DVFUNCIO” entre 1 y 60 y alg? registro en el
periodo de evaluaci?
Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes dependientes/ inmovilizados en los que se ha
identificado el estado del cuidador (Test de Zarit) en el último año
(%).
Definici? Porcentaje de Pacientes dependientes o inmovilizados en los que se ha identificado el estado del cuidador (Test de Zarit) en el ?timo a?
F?mula Numerador: (SERV_326B): Pacientes incluidos en el denominador que al menos tienen un registro en el DGP PUNTUACION ZARIT ('DPZARIT'
ENTRE 0 y 88) en el periodo de evaluaci? (?timo a?)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagn?tico de INMOVILIZADO (A28) o de DEPENDIENTE (Z28 o A99) con el DGP “DVFUNCIO” entre 1 y 90, y alg? registro en el periodo de evaluaci? (?timo a?)
Fuente OMI-AP

DURACIÓN
Esta previsto realizar las acciones de mejora a lo largo de todo el año 2017, utilizando como herramienta de control, los datos aportados en los sucesivos cortes realizados en los indicadores incluidos en los ACG.
Todo el personal de enfermería será responsable de la implementación de las acciones de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1158

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLAS GABARDA JESUS
MARTIN CIMORRA JAVIER
SANCHEZ REMACHA CARLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo del año se han realizado controles periódicos del cuadro de mandos sobre los indicadores a los que hace referencia el proyecto de mejora.
Se han realizado revisiones por parte de cada profesional de los listados de pacientes incluidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador Pacientes con diagnostico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año (%). En el momento de diseñar el proyecto de mejora (septiembre 2016), la cobertura era del 38,6%.
Tras la implementación de las medidas y en el momento del cierre, la cobertura se encuentra en el 88%, si bien hay variación entre cupos desde un 62% (un cupo) a un 100%.

Indicador Pacientes con Diagnostico de EPOC y con intervención de Limpieza Ineficaz de Vías aéreas (%). En el momento de diseñar el proyecto de mejora (septiembre 2016), la cobertura era del 47,4%.
Tras la implementación de las medidas y en el momento del cierre, la cobertura se encuentra en el 84%, si bien hay variación entre cupos desde un 72% (un cupo) a un 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa del paciente EPOC, no estaba correctamente incorporado en la rutina de trabajo, muchas veces por ser pacientes que no acuden con tanta frecuencia a consulta.
Tras la búsqueda activa se ha podido mejorar el registro y cumplimentación del programa.
Se debe realizar análisis permanente del cuadro de mandos para monitorizar cualquier desviación en la cumplimentación de indicadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1158 ========== ***

Nº de registro: 1158

Título
MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC

Autores:
MERINO LABORDA JOAQUIN, BLAS GABARDA JESUS, MARTIN CIMORRA JAVIER, SANCHEZ REMACHA CARLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado que la EPOC, se encuentra dentro de los objetivos estratégicos para el año 2017, a pesar que nuestro registra datos por encima de la media, creemos indicado dada la motivación de los miembros del EAP, continuar esta linea, aumentando el diagnóstico mediante la realización de espirometrías y la atención y control a los pacientes, con el fin de mejorar el control de la enfermedad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1158

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION Y ATENCION DE PACIENTES CON EPOC

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la prevalencia detectada de pacientes con EPOC y el control de su patología potenciando la actividad de enfermería en lo relacionado con este proceso.

MÉTODO
1. Formación continuada relacionada con EPOC y con la mejora de calidad de registro en OMI-AP.
2. Búsqueda activa de casos EPOC, según listados de programas para revisar, la cumplimentación de los inidicadores. Colocar indicativo (FLASH), en aquellos que lo incumplan
3.Cumplimentar al menos de forma anual ambos indicadores, aunque se deberán reflejar y apuntar en los planes personales tantas veces como se realize

INDICADORES
Indicador Pacientes con diagnostico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año (%).
Definición Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año.
Fórmula Numerador (SERV_307E): Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en el DGP (`CRESPIR? = S o N).
Denominador (SERV_307): Población entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro en el periodo de evaluación.
Fuente OMI-AP

Indicador Pacientes con Diagnostico de EPOC y con intervención de Limpieza Ineficaz de Vías aéreas (%).
Definición Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas, en el último año.
Fórmula Numerador (SERV_307F): Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en los DGP LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AÉREAS ('NA_00031' = 1) y MANEJO VÍAS AÉREAS ('LIV_3140'=1)
Denominador (SERV_307): PPoblación entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro en el periodo de evaluación.
Fuente OMI-AP

DURACIÓN
Formación continuada a lo largo de todo el año.
Responsables, tanto personal médico como de enfermería del EAP.
Evaluación final coincidente con el corte final de diciembre de 2017 del AGC.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... DOLORES JASO GRAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HUERTAS BADOS LUISA
VICIOSO ELIPE LOURDES
PUERTA RICA ANA
MENDIZ ORTIGAS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ORGANIZACIÓN:
El personal encargado del programa (Dolores Jaso y Luisa Huertas), a lo largo de 2017, ha realizado un curso para formadores en RCP en el H Calatayud (18/10/16 al 27/10/2016).
Se impartieron sesiones clínicas al personal del EAP como parte de su instrucción, con fechas:
01/06/17: TALLER RCP TEORÍA
06/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
07/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
24/10/17: TALLER RCP AVANZADA TEORÍA.
En la primera quincena de septiembre de 2017, contacto con el Ayuntamiento de Sestrica para concretar fechas y lugar de realización del curso.
Se colocaron carteles informativos en los lugares habilitados en la localidad de Sestrica. (Ayuntamiento, Consulta, Farmacia y tablón público).
Con fecha 2/12/2017, contacto telefónioc con Unidad Docente HCU para solicitar material necesario para el curso.
Los días 12 y 13 de diciembre se imparten las sesiónes formativas en la población de Sestrica. Para las sesiones se utiliza presentación power point que describe los elementos básicos en RCP a conocer por los discentes. Apoyo con muñeco y DESA.

INTERVENCIÓN:

Se ha realizado, taller grupal de dos sesiones, ambas impartidas de forma conjunta por Dolores Jaso y Luisa Huertas. Las sesiones se han impartido en “la casa del secretario” de Sestrica.
Teórico 12/12/17 3 horas
Práctico 13/12/17 3 horas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han apuntado al curso un total de 11 personas, todas ellas mujeres, aunque finalmente participaron nueve de ellas
Consideramos el objetivo cumplido en gran parte, al haber adquirido conocimientos básicos de actuación ante una situación de urgencia tras la formación impartida.
La participación ha sido activa en todo momento, implicándose en el desarrollo del taller, tanto en la realización de maniobras como en el uso del DESA.

Se ha elaborado una encuesta final de satisfacción del curso, con cuatro items que se valoran de 1-10 y una pregunta abierta de sugerencias.
La evaluación de la misma ha dado como resultado.
¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10)
Valor medio: 9,6
¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10)
Valor medio: 9,8
La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones?
Valor medio: 9,9
Cuál es tu valoración global del curso
Valor medio: 9,9
En el apartado propuestas, la demanda generalizada es la de repetir nuevas sesiones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Respecto al OBJETIVO INICIAL: “Mejorar los conocimientos en salud en la comunidad. Capacitar a al población para actuar en situaciones de salud que así lo requieran.” estimamos que este ha sido alcanzado en parte, ya que se ha conseguido movilizar a la población e implicarla en esta formación y mejorar sus conocimientos, si bien el llegar a la capacitación de la misma, creemos que requiere de un mayor desarrollo del programa con aumento de actividades formativas.

Es importante dotar a la población de conocimientos y habilidades básicas para actuar ante situaciones de emergencia, que pueda a la postre mejorar la supervivencia tras un evento grave.
Sería conveniente adecuar los contenidos teóricos al nivel de conocimientos previos de la población en la que se va a realizar la actividad formativa. Se podría desarrollar un test previo de conocimientos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

Dada la importancia del tema y la repercusión en la primera población donde se ha implementado el programa, está previsto ampliar la oferta del mismo a otras localidades de nuestra Zona Básica de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1159 ========== ***

Nº de registro: 1159

Título
FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

Autores:
JASO GRAU DOLORES, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, VICIOSO ELIPE LOURDES, PUERTA RICA ANA, MENDIZ ORTIGAS MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DADO QUE LA ZONA DE ATENCIÓN DE NUESTRO EAP, ES UNA ZONA RURAL DE AMPLIA DISPERSIÓN, PARECE CONVENIENTE LA POSIBILIDAD DE MEJORAR POR PARTE DE LA POBLACIÓN, SUS CONOCIMIENTOS SOBRE COMO ACTUAR EN CASO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA, HASTA QUE LOS SERVCIOS MÉDICOS ACUDAN AL LUGAR.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD. CAPACITAR A AL POBLACIÓN PARA ACTUAR EN SITUACIONES DE SALUD QUE ASÍ LO REQUIERAN.

MÉTODO
FORMACIÓN A CARGO DE MIEMBROS DEL EAP, DIRIGIDA A TODAS AQUELLAS PERSONAS INETERESADAS EN EL TEMA.

SE CONTACTARÁ CON LOS DISTINTOS AYUNTAMIENTOS, PARA OFERTAR LA ACTIVIDAD.

INDICADORES
INDICADOR 1: NÚMERO DE SESIONES FORMATIVAS IMPARTIDAS.
ESTANDAR: DADO QUE SE TRATA DE UNA NUEVA ACTIVIDAD Y QUE DEPENDE DE TERCEROS, SE FIJÁ UN ESTANDAR MÍNIMO PARA ESTE AÑO DE UNA SESIÓN FORMATIVA.
FUENTE DE DATOS: REGISTRO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS.

INDICADOR 2: SATISFACCIÓN: AL MENOS EL 50% DE LOS ASISTENTES CONSIDERAN ADECUADA LA ACTIVIDAD .
FUENTE DE DATOS: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

DURACIÓN
CADA SESIÓN FORMATIVA SERÁ DE UNA DURACIÓN NO INFERIOR A UNA HORA.
CONTACTO CON AYUNTAMIENTOS PARA DIVULGACIÓN.

RESPONSABLES (LOS DEL PROYECTO)

EN CASO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA POBLACIÓN EL PROGRAMA PODRÍA ALARGARSE EN EL TIEMPO. AL MENOS UNA SESIÓN DURANTE 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

```
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .......................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ................:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... DOLORES JASO GRAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HUERTAS BADOS LUISA
MENDIZ ORTIGAS MARTA
VICIOSO ELIPE LOURDES
PUERTA RICA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ORGANIZACIÓN:
El personal encargado del programa (Dolores Jaso y Luisa Huertas), a lo largo de 2017, ha realizado un curso para formadores en RCP en el H Calatayud (18/10/16 al 27/10/2016).
Se impartieron sesiones clínicas al personal del EAP como parte de su instrucción, con fechas:
01/06/17: TALLER RCP TEORÍA
06/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
07/06/17: TALLER RCP PRÁCTICA
24/10/17: TALLER RCP AVANZADA TEORÍA.
En la primera quincena de septiembre de 2017, contacto con el Ayuntamiento de Sestrica para concretar fechas y lugar de realización del curso.
Se colocaron carteles informativos en los lugares habilitados en la localidad de Sestrica. (Ayuntamiento, Consulta, Farmacia y tablón público).
Con fecha 2/12/2017, contacto telefónico con Unidad Docente HCU para solicitar material necesario para el curso.
Los días 12 y 13 de diciembre se imparten las sesiónes formativas en la población de Sestrica.
El 16/01/2019 se imparte la sesión formativa en la población de Morés, se decide hacerlo en una sola jornada en horario de mañana. Se ha seguido la misma dinámica que el año anterior en cuanto al material necesario.
Para las sesiones se utiliza presentación power point que describe los elementos básicos en RCP a conocer por los discentes. Apoyo con muñeco y DESA.

INTERVENCIÓN:

En el año 2017 Se ha realizado, taller grupal de dos sesiones, ambas impartidas de forma conjunta por Dolores Jaso y Luisa Huertas. Las sesiones se han impartido en “la casa del secretario“ de Sestrica.
Teórico 12/12/17 3 horas
Práctico 13/12/17 3 horas

En el año 2018 (16/01/2019) se ha impartido por las mismas docentes una sesión teórico práctica de cinco horas de duración en la población de Morés (ayuntamiento)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En Sestrica se han apuntado al curso un total de 11 personas, todas ellas mujeres, aunque finalmente participaron nueve de ellas.
En Morés las asistentes han sido 18

Consideramos el objetivo cumplido en gran parte, al haber adquirido conocimientos básicos de actuación ante una situación de urgencia tras la formación impartida.
La participación ha sido activa en todo momento, implicándose en el desarrollo del taller, tanto en la realización de maniobras como en el uso del DESA.

Se ha elaborado una encuesta final de satisfacción del curso, con cuatro items que se valoran de 1-10 y una pregunta abierta de sugerencias.
La evaluación de la misma ha dado como resultado.
¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10)
Valor medio: Sestrica 9,6 Morés 9,4
¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10)
Valor medio: Sestrica 9,8 Morés 9,8
La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones?
Valor medio: Sestrica 9,9 Morés 10
Cuál es tu valoración global del curso
Valor medio: Sestrica 9,9 Morés 9,6
En el apartado propuestas, la demanda generalizada es la de repetir nuevas sesiones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante dotar a la población de conocimientos y habilidades básicas para actuar ante situaciones de emergencia, que pueda a la postre mejorar la supervivencia tras un evento.
Sería conveniente adecuar los contenidos teóricos al nivel de conocimientos previos de la población en la que se va a realizar la actividad formativa. Se podría desarrollar un test previo de conocimientos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

Dada la importancia del tema y la repercusión en la primera población donde se ha implementado el programa, está previsto mantener la oferta del mismo a otras localidades de nuestra Zona Básica de Salud y seguir realizando esta actividad en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1159 ========== ***

Nº de registro: 1159

Título
FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SABIÑAN

Autores:
JASO GRAU DOLORES, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, VICIOSO ELIPE LOURDES, PUERTA RICA ANA, MENDIZ ORTIGAS MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
DADO QUE LA ZONA DE ATENCIÓN DE NUESTRO EAP, ES UNA ZONA RURAL DE AMPLIA DISPERSIÓN, PARECE CONVENIENTE LA POSIBILIDAD DE MEJORAR POR PARTE DE LA POBLACIÓN, SUS CONOCIMIENTOS SOBRE COMO ACTUAR EN CASO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA, HASTA QUE LOS SERVCIOS MÉDICOS ACUDAN AL LUGAR.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD. CAPACITAR A AL POBLACIÓN PARA ACTUAR EN SITUACIONES DE SALUD QUE ASÍ LO REQUIERAN.

MÉTODO
FORMACIÓN A CARGO DE MIEMBROS DEL EAP, DIRIGIDA A TODAS AQUELLAS PERSONAS INETERESADAS EN EL TEMA.

SE CONTACTARÁ CON LOS DISTINTOS AYUNTAMIENTOS, PARA OFERTAR LA ACTIVIDAD.

INDICADORES
INDICADOR 1: NÚMERO DE SESIONES FORMATIVAS IMPARTIDAS.
ESTANDAR: DADO QUE SE TRATA DE UNA NUEVA ACTIVIDAD Y QUE DEPENDE DE TERCEROS, SE FIJÁ UN ESTANDAR MÍNIMO PARA ESTE AÑO DE UNA SESIÓN FORMATIVA.
FUENTE DE DATOS: REGISTRO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS.

INDICADOR 2: SATISFACCIÓN: AL MENOS EL 50% DE LOS ASISTENTES CONSIDERAN ADECUADA LA ACTIVIDAD .
FUENTE DE DATOS: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

DURACIÓN
CADA SESIÓN FORMATIVA SERÁ DE UNA DURACIÓN NO INFERIOR A UNA HORA.
CONTACTO CON AYUNTAMIENTOS PARA DIVULGACIÓN.

RESPONSABLES (LOS DEL PROYECTO)

EN CASO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA POBLACIÓN EL PROGRAMA PODRÍA ALARGARSE EN EL TIEMPO. AL MENOS UNA SESIÓN DURANTE 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1159

1. TÍTULO

FORMACION BASICA EN PRIMEROS AUXILIOS PARA LA POBLACION DEPENDIENTE DEL EAP SAVIÑAN

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICIOSO ELIPE LOURDES
JASO GRAU DOLORES
NAYA MATEU YOLANDA
JABBOUR NEEMI ISSA
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de marzo 2018, contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia para conocer el número de notificaciones 2017.
Con fecha 16 de marzo se recibió la información solicitada:
Notificaciones RAM 2017 : Sabiñan 25 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1054,85), sector Calatayud (primaria) 44 (tasa 84,44) Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total, aquí no TIS- 1121, tasa 84,48.

Se han realizado dos sesiones formativas a lo largo del año :
Con fecha 1/3/18 se realizó sesión clínica a la que asistieron los cuatro médicos titulares y una MAC y donde se repasó el concepto de RAM, que notificar y como hacerlo en e-receta.
El día 2/10/2018 se realiza una nueva sesión formativa a la que también acude el personal de enfermería.

A lo largo del año se ha mantenido contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia que nos ha facilitado de forma periódica los datos necesarios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con fecha 4/5/18 se recibe la información del corte del primer cuatrimestre
Notificaciones RAM : Sabiñan 21 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 886,08), sector Calatayud (primaria) 29 - (tasa 55,65), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 215, tasa 17,53
Ya en el primer cuatrimestre se han conseguido 21 notificaciones (25 en todo el año 2017) y además y como más importante, se ha pasado de un solo notificador a cuatro médicos notificadores.

En los nueve primeros meses se han notificado un total de 25 RAM, teniendo en cuenta el periodo estival, se acepta como una cifra razonable y dentro de lo esperado

Los resultados a final del año 2018 son los siguientes:
Sabiñan 40 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1687,76), sector Calatayud (primaria) 56 - (tasa 107,46), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total, aquí no TIS- 538, tasa 40,55.

El incremento en número absoluto de notificaciones ha sido de 15 (25 en 2017) un 60% - OBJETIVO INICIAL INCREMENTO DE AL MENOS UN 10% -, además como dato muy destacable, el número de notificadores ha pasado de uno a cinco lo que demuestra la implicación de los miembros del equipo con este proyecto.

Un 71,26% de las notificaciones de nuestro sector (Calatayud), corresponden a nuestro EAP y un 7,43 del total de Aragón, cifras muy notables teniendo en cuenta que nuestra población atendida es de apenas unos 2000 habitantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La notificaciones de RAM, son importantes para la seguridad clínica de los pacientes. Hemos comprobado que a veces no se realizaban por desconocimiento del procedimiento o de aquellos supuestos que se deben declarar.
La mejora en la formación y el control periódico del número de notificaciones redundan en una mejora del procedimiento.

Consideramos que el proyecto de mejora ha alcanzado unos grandes resultados aunque lo importante es el mantenimiento de las notificaciones a largo plazo, mediante la incorporación de las mismas a nuestra rutina de trabajo.

Sería recomendable exportar este proyecto de mejora al sector para mejorar las notificaciones en otros centros, mediante la formación en los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/122 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Nº de registro: 0122

Título
MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Autores:
MERINO LABORDA JOAQUIN, VICIOSO ELIPE LOURDES, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JABBOUR NEEMI ISSA, NAYA MATEU YOLANDA, JASO GRAU MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
TRAS UN FALLO EN EL APLICATIVO DE E-RECETA POR EL QUE AL NOTIFICAR NUEVAS RAM, NO SE INCLUÍA LA MEDICACIÓN PREVIA, DERIVÓ EN LA COMPROBACIÓN DEL ESCASO NÚMERO DE NOTIFICACIONES REALIZADAS Y CIERTO GRADO DE DESCONOCIMIENTO DE ESTE MÓDULO.
CONTACTAMOS CON EL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA CONOCER LOS DATOS DE NOTIFICACIONES ACTUALES.

CONSIDERAMOS QUE LA NOTIFICACIÓN DE R.A.M. REDUNDA EN UN BENEFICIO EN LA SEGURIDAD CLÍNICA DE NUESTROS PACIENTES POR LO QUE ESTA DEBE SER UNA PRÁCTICA HABITUAL SISTEMATIZADA E INTERIORIZADA COMO UN MECANISMO NORMAL DENTRO DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS REGISTROS DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS TANTO EN TÉRMINOS CUANTITATIVOS COMO CUALITATIVOS.

INCREMENTAR EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA A TRAVÉS DEL MÓDULO DE E-RECETA

ESTE INCREMENTO SE BUSCA EN TODOS LOS CUPOS DEL EAP ASÍ COMO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA SI SE DETECTASEN EN ESTE PERIODO.

MÉTODO
CONTACTO CON SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS NUMÉRICOS DE NOTIFICACIÓN DE NUESTRO EAP EN AÑOS PREVIOS Y A SER POSIBLE SU COMPARACIÓN CON EL SECTOR Y SALUD.
ASÍ COMO LA OBTENCIÓN DE ESTOS DE FORMA TRI/CUATRIMESTRAL

SE REALIZARÁ UNA SESIÓN INICIAL DE PRESENTACIÓN DEL MÓDULO DE E RECTA PARA LA NOTIFICACIÓN ASÍ COMO FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL CORRECTO REGISTRO EN OMI.

DE FORMA CUATRIMESTRAL SE EVALUARÁ LA EVOLUCIÓN EN EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL MENOS DE FORMA GLOBAL Y A SER POSIBLE DIFERENCIADO POR CUPOS.

INDICADORES
NÚMERO ABSOLUTO DE NOTIFICACIONES RAM AL Sº FARMACOVIGILANCIA.

1. INCREMENTO DE AL MENOS 10% RESPECTO A LAS NOTIFICACIONES DEL AÑO 2017

2. LA FUENTE DE DATOS SERÁ EL Sº FARMACOVIGILANCIA QUE APORTARÁ LOS DATOS PRECISOS.

DURACIÓN
PRIMER TRIMESTRE DE 2018 REALIZACIÓN DE SESIÓN FORMATIVA PARA LOS MÉDICOS DEL EAP.

PRIMER TRIMESTRE DE 2018: OBTENCIÓN DE DATOS DEL AÑO 2017 DEL Sº FARMACOVIGILANCIA.

JUNIO 2018, PRIMERA EVALUACIÓN DE NOTIFICACIONES REALIZADAS DESDE NUESTRO EAP EN BASE A LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL Sº FARMACOVIGILANCIA.

DICIEMBRE 2018 EVALUACIÓN FINAL.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICIOSO ELIPE LOURDES
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO
JABBOUR NEEMI ISSA
NAYA MATEU YOLANDA
JASO GRAU DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el mes de marzo 2018, contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia para conocer el número de notificaciones 2017.
Con fecha 16 de marzo se recibió la información solicitada:
Notificaciones RAM 2017 : Sabiñan 25 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1054,85), sector Calatayud (primaria) 44 (tasa 84,44) Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total, aquí no TIS- 1121, tasa 84,48.

Se han realizado dos sesiones formativas a lo largo del año :
Con fecha 1/3/18 se realizó sesión clínica a la que asistieron los cuatro médicos titulares y una MAC y donde se repasó el concepto de RAM, que notificar y como hacerlo en e-receta.
El día 2/10/2018 se realiza una nueva sesión formativa a la que también acude el personal de enfermería.

A lo largo del año se ha mantenido contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia que nos ha facilitado de forma periódica los datos necesarios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con fecha 4/5/18 se recibe la información del corte del primer cuatrimestre
Notificaciones RAM : Sabiñan 21 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 886,08), sector Calatayud (primaria) 29 - (tasa 55,65), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 215, tasa 17,53
Ya en el primer cuatrimestre se han conseguido 21 notificaciones (25 en todo el año 2017) y además y como más importante, se ha pasado de un solo notificador a cuatro médicos notificadores.

En los nueve primeros meses se han notificado un total de 25 RAM, teniendo en cuenta el periodo estival, se acepta como una cifra razonable y dentro de lo esperado

Los resultados a final del año 2018 son los siguientes:
Sabiñan 40 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1687,76), sector Calatayud (primaria) 56 - (tasa 107,46), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total, aquí no TIS- 538, tasa 40,55.

El incremento en número absoluto de notificaciones ha sido de 15 (25 en 2017) un 60% - OBJETIVO INICIAL INCREMENTO DE AL MENOS UN 10% -, además como dato muy destacable, el número de notificadores ha pasado de uno a cinco lo que demuestra la implicación de los miembros del equipo con este proyecto.

Un 71,26% de las notificaciones de nuestro sector (Calatayud), corresponden a nuestro EAP y un 7,43 del total de Aragón, cifras muy notables teniendo en cuenta que nuestra población atendida es de apenas unos 2000 habitantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La notificaciones de RAM, son importantes para la seguridad clínica de los pacientes. Hemos comprobado que a veces no se realizaban por desconocimiento del procedimiento o de aquellos supuestos que se deben declarar.
La mejora en la formación y el control periódico del número de notificaciones redundan en una mejora del procedimiento.

Consideramos que el proyecto de mejora ha alcanzado unos grandes resultados aunque lo importante es el mantenimiento de las notificaciones a largo plazo, mediante la incorporación de las mismas a nuestra rutina de trabajo.

Sería recomendable exportar este proyecto de mejora al sector para mejorar las notificaciones en otros centros, mediante la formación en los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/122 ==========

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

***

Nº de registro: 0122

Título
MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Autores:
MERINO LABORDA JOAQUIN, VICIOSO ELIPE LOURDES, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JABBOUR NEEMI ISSA, NAYA MATEU YOLANDA, JASO GRAU MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
TRAS UN FALLO EN EL APLICATIVO DE E-RECETA POR EL QUE AL NOTIFICAR NUEVAS RAM, NO SE INCLUÍA LA MEDICACIÓN PREVIA, DERIVÓ EN LA COMPROBACIÓN DEL ESCASO NÚMERO DE NOTIFICACIONES REALIZADAS Y CIERTO GRADO DE DESCONOCIMIENTO DE ESTE MÓDULO.
CONTACTAMOS CON EL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA CONOCER LOS DATOS DE NOTIFICACIONES ACTUALES.

CONSIDERAMOS QUE LA NOTIFICACIÓN DE R.A.M. REDUNDA EN UN BENEFICIO EN LA SEGURIDAD CLÍNICA DE NUESTROS PACIENTES POR LO QUE ESTA DEBE SER UNA PRÁCTICA HABITUAL SISTEMATIZADA E INTERIORIZADA COMO UN MECANISMO NORMAL DENTRO DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS REGISTROS DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS TANTO EN TÉRMINOS CUANTITATIVOS COMO CUALITATIVOS.

INCREMENTAR EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA A TRAVÉS DEL MÓDULO DE E-RECETA

ESTE INCREMENTO SE BUSCA EN TODOS LOS CUPOS DEL EAP ASÍ COMO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA SI SE DETECTASEN EN ESTE PERIODO.

MÉTODO
CONTACTO CON SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS NUMÉRICOS DE NOTIFICACIÓN DE NUESTRO EAP EN AÑOS PREVIOS Y A SER POSIBLE SU COMPARACIÓN CON EL SECTOR Y SALUD.
ASÍ COMO LA OBTENCIÓN DE ESTOS DE FORMA TRI/CUATRIMESTRAL

SE REALIZARÁ UNA SESIÓN INICIAL DE PRESENTACIÓN DEL MÓDULO DE E RECTA PARA LA NOTIFICACIÓN ASÍ COMO FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL CORRECTO REGISTRO EN OMI.

DE FORMA CUATRIMESTRAL SE EVALUARÁ LA EVOLUCIÓN EN EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL MENOS DE FORMA GLOBAL Y A SER POSIBLE DIFERENCIADO POR CUPOS.

INDICADORES
NÚMERO ABSOLUTO DE NOTIFICACIONES RAM AL Sº FARMACOVIGILANCIA.

1. INCREMENTO DE AL MENOS 10% RESPECTO A LAS NOTIFICACIONES DEL AÑO 2017

2. LA FUENTE DE DATOS SERÁ EL Sº FARMACOVIGILANCIA QUE APORTARÁ LOS DATOS PRECISOS.

DURACIÓN
PRIMER TRIMESTRE DE 2018 REALIZACIÓN DE SESIÓN FORMATIVA PARA LOS MÉDICOS DEL EAP.

PRIMER TRIMESTRE DE 2018: OBTENCIÓN DE DATOS DEL AÑO 2017 DEL Sº FARMACOVIGILANCIA.

JUNIO 2018, PRIMERA EVALUACIÓN DE NOTIFICACIONES REALIZADAS DESDE NUESTRO EAP EN BASE A LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL Sº FARMACOVIGILANCIA.

DICIEMBRE 2018 EVALUACIÓN FINAL.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ NAVARRA VICENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MERINO LABORDA JOAQUIN
JABBOUR NEEMI ISSA
HUERTAS BADOS LUISA
JASO GRAU DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el primer trimestre de 2018 se ha diseñado la encuesta de satisfacción que se deberá cumplimentar tras realizar la actividad formativa.

En abril se contacta con el colegio de Sabiñán para realizar la actividad formativa con el profesorado

Se solicita el material y recoge en la unidad docente (HCU)

Con fecha 16/05/2018 se realiza sesión en el colegio de Sabiñán a la que acuden un total de ocho docentes. La formación tiene una duración aproximada de dos horas. Se ha decidido a petición del profesorado unificar en una sesión del doble de duración toda la actividad.
Al finalizar la misma se entrega encuesta de satisfacción para su cumplimentación.

Inicialmente estaba prevista una segunda edición, se ha esperado hasta el nuevo inicio de curso, pero dado que el profesorado es el mismo se pospone hasta el curso 2019/2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se habían diseñado dos indicadores:
Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)
Fuente de datos: registro de actividades formativas.
Se ha cumplido el objetivo al realizar dos sesiones, aunque las sesiones se unificaron en una sola jornada a petición del profesorado.
Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

El análisis de la encuesta da los siguientes resultados.
¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10) Media: 9,37
¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10) Media: 9,5
La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones? (evaluar del 1-10) Media: 9,37
Cuál es tu valoración global del curso (evaluar del 1-10) Media: 9,37

Propuestas de mejora:
Más ejemplos concretos de situaciones que se suelen dar en un aula.
Observaciones:
Me ha parecido muy apropiada y es necesaria.

Se ha cumplido el objetivo inicial marcado ya que la nota media supera el 9, superando incluso las expectativas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La interrelación con otros colectivos que también pueden estar implicados en el control de salud de la población, reporta beneficios evidentes y son muy bien recibidos por estos.
Siempre se plantea una necesidad constante de mejora en la formación y el que desde un EAP rural esta pueda ser realizada, mejora todavía más esta percepción además de la satisfacción personal del docente.

El proyecto ha cumplido con su objetivo inicial de formar al profesorado en primeros auxilios, obteniendo además un alto grado de aceptación.

Dado que la profesional encargada del proyecto y la formación va a dejar próximamente su actividad en nuestro EAP y hasta la llegada del nuevo pediatra, decidimos dar por concluido el proyecto y retomarlo tan pronto como sea posible.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

*** ========== Resumen del proyecto 2018/123 ========== ***

Nº de registro: 0123

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Autores:
NAVARRA VICENTE BEATRIZ, JABBOUR NEEMI ISSA, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, JASO GRAU MARIA DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante su estancia en los colegios la población infantil es susceptible de sufrir tanto accidentes como patologías agudas que requieran una rápida intervención.
Creemos importante que el personal docente que está en contacto con los alumnos adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones de urgencias hasta la llegada de los servicios sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar al personal docente para la actuación inicial en situaciones de urgencia, hasta la movilización y llegada de los servicios sanitarios correspondientes.

MÉTODO
Se realizarán en cada centro educativo, al menos dos sesiones de trabajo de aproximadamente una hora de duración a impartir por personal sanitario del EAP y dedicado al personal docente.
En las sesiones está previsto impartir nociones básicas sobre RCP básica, atragantamiento, atención en primeros auxilios (caídas, heridas, contusiones, convulsión, fiebre...). Se realizará un pequeño simulacro al final, tanto de RCP básica como de atragantamiento .
Se diseñará una encuesta de satisfacción a cumplimentar por los alumnos al final de las sesiones y que al menos abarcará los items suficientes relacionados con objetivos alcanzados, expectativas y metodología empleada.

INDICADORES
Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)
Fuente de datos: registro de actividades formativas.
Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
En el primer cuatrimestre de 2018, contacto con los centros educativos interesados.
En el primer semestre de 2018, realizar al menos dos sesiones formativas en un centro educativo .
En el último cuatrimestre de 2018 dos sesiones formativas en un centro educativo .
Diciembre 2018 evaluación del proyecto (actividades realizadas y encuestas de satisfacción)
En caso de que así sea requerido el proyecto se podrá prolongar a años venideros.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SAVIÑAN

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ NAVARRA VICENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SAVIÑAN
· Localidad ..... SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MERINO LABORDA JOAQUIN
JABBOUR NEEMI ISSA
HUERTAS BADOS LUISA
JASO GRAU DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En el primer trimestre de 2018 se ha diseñado la encuesta de satisfacción que se deberá cumplimentar tras realizar la actividad formativa.

En abril se contacta con el colegio de Sabiñán para realizar la actividad formativa con el profesorado

Se solicita el material y recoge en la unidad docente (HCU)

Con fecha 16/05/2018 se realiza sesión en el colegio de Sabiñán a la que acuden un total de ocho docentes. La formación tiene una duración aproximada de dos horas. Se ha decidido a petición del profesorado unificar en una sesión del doble de duración toda la actividad.
Al finalizar la misma se entrega encuesta de satisfacción para su cumplimentación.

Inicialmente estaba prevista una segunda edición, se ha esperado hasta el nuevo inicio de curso, pero dado que el profesorado es el mismo se pospone hasta el curso 2019/2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se habían diseñado dos indicadores:
Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)
Fuente de datos: registro de actividades formativas.
Se ha cumplido el objetivo, aunque las sesiones se unificaron en una sola jornada a petición del profesorado.
Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

El análisis de la encuesta da los siguientes resultados.
¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10) Media: 9,37
¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10) Media: 9,5
La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones? (evaluar del 1-10) Media: 9,37
Cuál es tu valoración global del curso (evaluar del 1-10) Media: 9,37

Propuestas de mejora:
Más ejemplos concretos de situaciones que se suelen dar en un aula.
Observaciones:
Me ha parecido muy apropiada y es necesaria.

Se ha cumplido el objetivo inicial marcado, superando incluso las expectativas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La interrelación con otros colectivos que también pueden estar implicados en el control de salud de la población, reporta beneficios evidentes y son muy bien recibidos por estos.
Siempre se plantea una necesidad constante de mejora en la formación y el que desde un EAP rural esta pueda ser realizada, mejora todavía más esta percepción además de la satisfacción personal del docente.

El proyecto ha cumplido con su objetivo inicial de formar al profesorado en primeros auxilios, obteniendo además un alto grado de aceptación.

Dado que la profesional encargada del proyecto y la formación va a dejar próximamente su actividad en nuestro EAP y hasta la llegada del nuevo pediatra, decidimos cerrar el proyecto y retomarlo tan pronto como sea posible.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SAVIÑAN

*** ================================== Resumen del proyecto 2018/123 ================================== ***

Nº de registro: 0123

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Autores:
NAVARRA VICENTE BEATRIZ, JABBOUR NEEMI ISSA, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, JASO GRAU MARIA DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante su estancia en los colegios la población infantil es susceptible de sufrir tanto accidentes como patologías agudas que requieran una rápida intervención.
Creemos importante que el personal docente que está en contacto con los alumnos adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones de urgencias hasta la llegada de los servicios sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar al personal docente para la actuación inicial en situaciones de urgencia, hasta la movilización y llegada de los servicios sanitarios correspondientes.

MÉTODO
Se realizarán en cada centro educativo, al menos dos sesiones de trabajo de aproximadamente una hora de duración a impartir por personal sanitario del EAP y dedicado al personal docente.
En las sesiones está previsto impartir nociones básicas sobre RCP básica, atragantamiento, atención en primeros auxilios (caídas, heridas, contusiones, convulsión, fiebre...). Se realizará un pequeño simulacro al final, tanto de RCP básica como de atragantamiento .
Se diseñará una encuesta de satisfacción a cumplimentar por los alumnos al final de las sesiones y que al menos abarcará los items suficientes relacionados con objetivos alcanzados, expectativas y metodología empleada.

INDICADORES
Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)
Fuente de datos: registro de actividades formativas.
Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
En el primer cuatrimestre de 2018, contacto con los centros educativos interesados.
En el primer semestre de 2018, realizar al menos dos sesiones formativas en un centro educativo .
En el último cuatrimestre de 2018 dos sesiones formativas en un centro educativo .
Diciembre 2018 evaluación del proyecto (actividades realizadas y encuestas de satisfacción)
En caso de que así sea requerido el proyecto se podrá prolongar a años venideros.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SAVIÑAN

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1265

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ARANDA GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORALES MERINO YOLANDA
PEÑALOSA GARCIA ISABEL
ARRIBAS DIAZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En reunión del EAP del 20 de abril se presenta y aprueba el proyecto. Se extrae del cuadro de mandos la cobertura del mismo en ese mes y se comenta y analiza.
Se acuerda que sea enfermería la encargada de realizar la actividad y registrarla en OMI-AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una evaluación cuatrimestral. Los datos se han extraído del cuadro de mandos.
Evaluación abril (inicio del programa): cobertura: 64,29%
Evaluación agosto: 65,52%
Al finalizar el año la cobertura es del 100 %. Standard: 75,6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización del proyecto ha resultado sencilla una vez que se ha asumido en el dia a dia de la consulta de enfermería la revisión de los planes personales en el paciente EPOC.
Una vez asumida la mecánica del proceso no resulta complicado mantenerlo en años sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1265 ========== ***

Nº de registro: 1265

Título
REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

Autores:
ARANDA GRACIA MARIA JESUS, MORALES MERINO YOLANDA, PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL, ARRIBAS DIAZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: objetivos asistenciales

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una de las tareas asignadas a la Atención Primaria es el manejo y control de los pacientes con EPOC. El proceso de atención a la EPOC se presenta como una secuencia de actividades integradas que tienen lugar en diferentes momentos con medidas de prevención, atención y rehabilitación. Una de estas actividades consiste en la detección de limpieza ineficaz de vías aéreas, así como el adiestramiento al paciente o su cuidador en actitudes y procedimientos que puedan hacer eficaz la limpieza de sus vías aéreas. Por ello, el registro de esta actividad en OMI-AP constituye uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión Clínica que el EAP firma con la Dirección de Atención Primaria cada año. El pasado año este objetivo no fue alcanzado por el EAP. Nos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1265

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS EN OMI-AP EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2017

proponemos alcanzarlo este año.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el paciente EPOC en el último año.
Al finalizar 2017 el porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año será igual o superior al 75,6 %

MÉTODO
Investigar en los pacientes diagnosticado de EPOC si no pueden expulsar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio e incidir en lo posible en la conducta del paciente o del cuidador para mejorar la fluidez de las secreciones o facilitar su expulsión.
Registrar estas actividades en planes personales de OMI_AP

INDICADORES
% Pacientes diagnosticados de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año.
Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el último año en LIMPIEZA INEFICAZ VÍAS AÉREAS y MANEJO VÍAS AÉREAS / Población entre 40-80 años con diagnóstico de EPOC y algún registro en el ultimo año * 100
Al finalizar el año 2017 se debe haber alcanzado una cobertura del 75,6 %

Fuente de información para el seguimiento y la evaluación: Cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión.

DURACIÓN
Seguimiento con periodicidad cuatrimestral y evaluación al finalizar 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1266

1. TÍTULO

REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO ABELLO GIRALDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRILLO SORIA SANDRO
MORALES MERINO YOLANDA
AZON LOPEZ ESTHER
ARRIBAS DIAZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En reunión del EAP del 20 de abril se presenta y aprueba el proyecto. Se incide en la idea de realizar la actividad también en Atención continuada, como forma de captar pacientes jóvenes que habitualmente no acuden a las consultas habituales. Se extrae del cuadro de mandos la cobertura del mismo en ese mes y se comenta y analiza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado una evaluación cuatrimestral. Los datos se han extraído del cuadro de mandos.
Evaluación abril (inicio del programa): cobertura: 35,6%
Evaluación agosto: 40,38%
Evaluación al finalizar 2017: 74,52%. Standard: 59,3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Resulta difícil alcanzar los objetivos de cobertura, porque los pacientes que acuden habitualmente a consulta ya tienen la actividad cumplimentada. Sin embargo existe una bolsa de pacientes que no acuden o lo hacen esporádicamente y resulta más difícil recabar la información de ellos. A pesar de ello se ha alcanzado el objetivo al finalizar el año, gracias al desarrollo de la actividad en atención continuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1266 ========== ***

Nº de registro: 1266

Título
REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS > DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017

Autores:
ABELLO GIRALDEZ EDUARDO, CARRILLO SORIA EDUARDO, MORALES MERINO YOLANDA, AZON LOPEZ ESTHER, ARRIBAS DIAZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Objetivos asistenciales

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una de las tareas asignadas a la Atención Primaria es el manejo y control de los pacientes con EPOC. El factor más importante causante de la enfermedad es el tabaquismo. A nivel sanitario la estrategia anti tabaco se desarrolla fundamentalmente en la Atención Primaria. Pero para planificar y desarrollar las distintas actividades tendentes a la reducción del consumo de tabaco es necesario conocer la “bolsa” de pacientes fumadores y por tanto es imprescindible interrogar a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico. Por ello,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1266

1. TÍTULO

REGISTRO EN OMI-AP DE PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA A QUIENES SE HA PREGUNTADO POR CONSUMO DE TABACO EN EL AÑO 2017

el registro de esta actividad en OMI-AP constituye uno de los objetivos del Acuerdo de Gestión Clínica que el EAP firma con la Dirección de Atención Primaria cada año. El pasado año este objetivo no fue alcanzado por el EAP. Nos proponemos alcanzarlo este año. Hemos detectado que la mayor parte de los pacientes que no son interrogados sobre habito tabáquico corresponden a pacientes jóvenes que no suelen frecuentar la consulta médica habitual y que su contacto con la atención primaria suele ser en horario de atención continuada. Por tanto nos proponemos ampliar esta actividad de registro también a la atención primaria urgente.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el registro de personas mayores de 15 años a los que se les ha interrogado por consumo de tabaco en los últimos dos años., para ello:
Al finalizar 2017 el porcentaje de pacientes a los que se les ha preguntado y registrado en OMI sobre su habito tabáquico en los dos últimos años deberá ser igual o superior al 59,3 %.

MÉTODO
Interrogar sobre hábito tabáquico a todos los pacientes que acudan a consulta y especialmente los que acuden en periodo de atención continuada .

Registrar estas actividades en los planes personales de OMI_AP.

INDICADORES
Población = 15 años en quienes consta realizado el DGP “TABACO” en los últimos 2 años/ Población = 15 años con algún registro en el periodo de evaluación * 100
Al finalizar el año 2017 se debe haber alcanzado una cobertura del 59,3 %

Fuente de información para el seguimiento y la evaluación: Cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión.

DURACIÓN
Seguimiento con periodicidad cuatrimestral y evaluación al finalizar 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YAMILETH GUERRERO TOLEDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANDA GRACIA MARIA JESUS
GASCON BRUMOS JOSE LUIS
GOTOR LAZARO JOSE MARIA
CARRILLO SORIA SANDRO
ABELLO GIRALDEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de todo el proceso se ha seguido escrupulosamente el calendario marcado:
1. Durante el primer cuatrimestre del año:
? Se propuso la realización de este proyecto al EAP dando su visto bueno por unanimidad. Se llevó a cabo el análisis de pertinencia, diseño y elaboración del mismo.
? Se procedió a la Captación activa en consultas médicas y de enfermería de 60 fumadores > 40 años y se citaron de forma uniforme a lo largo del año en agenda de Espirometrías .
? En fecha 26/04/2018 se procedió al adiestramiento de una enfermera para la realización de espirometrías y se desarrolló una sesión de formación a todos los médicos consistente en el aprendizaje de la interpretación de las mismas.
2. En fecha 9/08/2018: Reunión para valorar el desarrollo del proyecto y realización del primer corte de resultados.
3. En fecha 24/01/2019: Reunión para evaluación final del proyecto, análisis de resultados y conclusiones.

Recursos empleados:
- elaboración de una agenda de espirometrías
- espirómetro
- jeringa calibradora de espirómetro.
- peso y tallímetro
- listado de pacientes con espirometría realizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Nº de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación: 29 pacientes
- estándar: 60 pacientes
? - fuente de datos: listado elaborado de pacientes con espirometria realizada.
Se observa que el número de espirometrías realizadas se aleja sensiblemente del estándar, alcanzando escasamente el 50% del mismo. Esto se debe a las siguientes causas:
- Pacientes que después de citados rechazaron por motivos personales la realización de la prueba: 9 pacientes

- Pacientes que después de citados argumentan dificultades para desplazarse al centro de salud para la realización de la prueba: 7 pacientes
- Pacientes que después de citados manifiestan que han realizado recientemente una prueba de espirometría en el servicio de neumología al que han sido derivados por alguna patología respiratoria de reciente aparición y rechazan repetir la prueba: 6 pacientes
- Pacientes que no pueden acudir a la cita por hallarse enfermos: 2 pacientes
- Pacientes que no acuden a la cita por cambio de domicilio (fuera de la zona de salud): 2 pacientes
- Pacientes que después de citados no acuden a la cita por motivos laborales : 5 pacientes.
- Durante un periodo de tiempo que se aproxima al mes el espirómetro no ha estado operativo, lo que también ha dificultado la cobertura del programa.

- Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN: 0,21
? - estándar: >0,6
? - fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión
Se observa que el resultado alcanzado se halla bastante alejado del standard por dos motivos:
- Por el bajo número de espirometrías realizadas por los motivos antes expuestos
- Porque los resultados de las espirometrías realizadas en su mayor parte se encuentran dentro de la normalidad y por tanto solo se ha incrementado levemente la prevalencia de EPOC

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de espirometría forzada en pacientes fumadores mayores de 40 años es el mejor método para descubrir la bolsa oculta de pacientes EPOC. Evidentemente en nuestro proyecto no se han conseguido los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

estándares fijados y se debe fundamentalmente al deficiente sistema de captación y citación de pacientes establecido que no ha previsto suplir con otros pacientes las faltas a la cita de los esperados. Por otra parte se echa de menos la comunicación entre primaria y el servicio de neumología para poner en común las espirometrías realizadas en ambos ámbitos y evitar duplicidad de pruebas. Aun así pensamos que superando los errores metodológicos cometidos puede resultar un proyecto altamente rentable, por lo que vamos a someterlo a la consideración del EAP y a intentarlo nuevamente en 2019 con las modificaciones de metodología oportunas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/560 ========== ***

Nº de registro: 0560

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Autores:
GUERRERO TOLEDO YAMILETH, ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, GOTOR LAZARO JOSE MARIA, CARRILLO SORIA SANDRO, ABELLO GIRALDEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
Durante el pasado año 2017, nuestro EAP realizó un trabajo importante tanto en prevención y detección del hábito tabáquico como en el tratamiento de la deshabituación tabáquica.
Sin embargo la prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona de salud es baja. Por tanto, en el presente proyecto nos centraremos en el diagnostico precoz de la EPOC, y para ello es necesario la captación activa de toda persona que acude a los servicios sanitarios, mayor de 40 años con factor de riesgo, la generalización de la espirometría como medio diagnóstico y la sensibilización y formación de profesionales en la realización e interpretación de esta prueba con unos criterios de calidad consensuados. La Atención Primaria es el ámbito por excelencia en el que deben desarrollarse estas actividades.
Es decir, se trata de incrementar la detección de pacientes con EPOC. En ese sentido, el estudio EPI-SCAN indica una prevalencia de EPOC en España en población de 40 a 80 años de edad del 10,2%. En nuestra zona de salud la prevalencia de EPOC registrada en enero 2018 es solamente de 1,90%.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General :
Incrementar la prevalencia de EPOC registrada en la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

Objetivo Especifico:
Realización y valoración de espirometria forzada con broncodilatación a 60 personas mayores de 40 años con factor de riesgo de EPOC (fumador) de la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

MÉTODO
Actividades de formación:
- Adiestramiento de una enfermera en la realización de espirometrías
- Formación a los médicos en la interpretación de espirometrías
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:
- Captacion activa en consulta de pacientes mayores de 40 años fumadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

- Citación de pacientes en agenda de Espirometrías .
-Realización de Espirometría forzada con prueba broncodilatadora en todo paciente fumador con o sin síntomas respiratorios .
- Valoración de resultado de espirometría y control por parte de médico y enfermera de atención primaria .

INDICADORES
Nº de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometria forzada con prueba de broncodilatacion:
- estándar: 60
- fuente de datos: OMI-AP
Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN
- estándar: >0,6
- fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

DURACIÓN
Organización y formación de los profesionales:
- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP
Desarrollo del proyecto:
- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto
Evaluación:
- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0561

1. TÍTULO

EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018: PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL PEÑALOSA GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUERRERO TOLEDO YAMILETH
GASCON BRUMOS JOSE LUIS
ARANDA GRACIA MARIA JESUS
GOTOR LAZARO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto es presentado al EAP y aprobado por el mismo en una reunión de Equipo realizada el 12 de abril. Se han desarrollado dos charlas a las amas de casa de Villarroya de la Sierra. Una primera referente a Osteoporosis: Que es, prevalencia, causas y síntomas.. La segunda trató sobre Osteoporosis: Diagnóstico y prevención. Para su desarrollo se han elaborado sendos PowerPoint. Para la evaluación se ha ideado un cuestionario por charla que se les ha pasado a las asistentes antes y después de cada charla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Para evaluar los resultados se elaboraron dos cuestionarios, uno por cada sesión que se pasaron antes y después de cada charla.

1- charla sobre Osteoporosis: que es, prevalencia, causas y síntomas:
- nº asistentes: 29
- puntuación media en el test precharla: 8,2
- puntuación media en el test postcharla: 17,4
Indicador: 8,2/17,4 = 0,47 (standard: < 1)

2- charla sobre Osteoporosis: diagnóstico y prevención:
- nº asistentes: 32
- puntuación media en el test precharla: 10,1
- puntuación media en el test postcharla: 18,6
Indicador: 10,1 / 18,6 = 0,54 (standard: <1)

Cuanto menor es el indicador obtenido mayor es el grado de conocimientos adquiridos.
En la prevención de la osteoporosis influyen notablemente la alimentación y el ejercicio físico, conceptos que fueron trabajados en las sesiones sobre hábitos saludables impartida el año anterior. Probablemente por ese motivo en al segunda charla la puntuación pre-charla fue más alta que en la primera.
Se observa que en ambas charlas los resultados obtenidos superan al estándar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha detectado el bajo nivel de conocimientos de las amas de casa respecto a la osteoporosis con abundancia de ideas equivocadas.

Se ha evidenciado un aprendizaje correcto de los conceptos más importantes.

Las asistentes han puesto de manifiesto su satisfacción por las actividades educativas realizadas y su deseo de que el programa se amplíe durante 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/561 ========== ***

Nº de registro: 0561

Título
EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018. PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES

Autores:
PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, ARANDA GRACIA MARIA JESUS, GOTOR LAZARO JOSE MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0561

1. TÍTULO

EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018: PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Desde 1974 en que Marc Lalonde puso de manifiesto los determinantes de salud, sabemos que los estilos de vida y conductas de salud son responsables del 43% de la mortalidad de la población. Se hace pues imprescindible la educación de la población en hábitos saludables como medida eficiente de mejora de la salud y prevención de la enfermedad. Por tanto nos proponemos llevar a cabo en nuestra zona de salud actuaciones educativas sobre la población para mejorar sus conocimientos fundamentalmente sobre hábitos dietéticos saludables y práctica de ejercicio físico y su aplicación a la prevención de una enfermedad en auge como es la osteoporosis.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general:
Incrementar los conocimientos sobre hábitos saludables en la población femenina de la zona de salud de Villarroya de la Sierra como medida de prevención de la osteoporosis.

Objetivos específicos:
- Incrementar los conocimientos de las amas de casa sobre la osteoporosis
- Conocer los distintos factores de riesgo de osteoporosis y como prevenirlos a través de la alimentación, el ejercicio físico, actitudes posturales, etc.

MÉTODO
Charlas dirigidas a la población de amas de casa de Villarroya de la Sierra sobre la osteoporosis, sus factores de riesgo y como prevenirla.

INDICADORES
Se pasará un test que evalúe los conocimientos sobre osteoporosis antes y después de las charlas.

?(respuestas acertadas en test pre-charlas)/?(respuestas acertadas en test post-charlas) = <1

DURACIÓN
Dos charlas a lo largo del año y evaluación al finalizar 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ARANDA GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL
AZON LOPEZ ESTHER
MORALES MERINO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de todo el proceso se ha seguido el calendario marcado:
1. - Durante el primer cuatrimestre del año:
? - Se propuso la realización de este proyecto al EAP dando su visto bueno por unanimidad. Se llevó a cabo el análisis de pertinencia, diseño y elaboración del mismo.
- El 19/4/2018 se realiza una reunión para la formación de profesionales en el manejo adecuado de la terapia inhalatoria y también para la enseñanza del manejo del test de uso de inhaladores. Se explica la sistemática de la consulta consistente en pasar cuestionario al paciente pre- y post- enseñanza de la terapia inhalatoria detectando los errores e incidiendo en su corrección.
- Para la captación de pacientes se había ideado al principio hacerlo de forma activa en consulta, captando a los pacientes EPOC que utilizaran inhaladores, pero aprovechando que el 17/5/18 se recibe listado de pacientes EPOC desde la Dirección de Atención Primaria del sector de Calatayud, se decide utilizarlo, procediendo a la depuración del mismo consistente en eliminar pacientes que no son de la zona básica de salud (altas rápidas), eliminar EPOC sin tratamiento inhalatorio y añadir pacientes que figuran en la historia clínica con el diagnóstico de EPOC que no aparecían en la relación de pacientes de referencia. El listado resultante es el que se ha utilizado para llevar a cabo el proyecto.
- El 30/8/18 se realiza una reunión para analizar el desarrollo del proyecto y realizar el primer corte.
- El 17 /1/18 se realiza una reunión de análisis del proyecto y evaluación de resultados.
Para la formación de los profesionales se ha utilizado el boletín del CADIME_BTA_33_02 sobre dispositivos de inhalación para asma y EPOC.
Para el cuestionario que se realiza al paciente se ha utilizado el registro de enfermería “técnica inhalatoria” del Hospital Ernest Lluch editado en octubre de 2013 por la Unidad Calidad Asistencial
Se ha elaborado un listado con los pacientes que han sido adiestrados para contabilizar los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes EPOC que usan inhaladores y que han sido adiestrados:
- En el corte del primer cuatrimestre que se realiza el 30/8/18 : 51.5 %
- Resultado final que se realiza el 17/1/18: 81,8% (De un listado de 33 pacientes han recibido enseñanza en el manejo adecuado de la terapia inhalatoria 27 pacientes)
- Estándar: 80%
- Fuente de datos:
- Listado de la Dirección de Atención Primaria depurado.
- Listado de pacientes adiestrados.
Resultado satisfactorio: el estándar ha sido superado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para conseguir que la técnica inhalatoria sea correcta es necesario que los pacientes reciban un entrenamiento adecuado con su inhalador. Es importante dar al paciente instrucciones claras y precisas y que el paciente realice un entrenamiento con su dispositivo. Con frecuencia los pacientes con patología respiratoria sufren modificaciones en su tratamiento cambiando de modelo y sistema inhalatorio, por lo que se considera muy importante la revisión sistemática del uso de inhaladores como mínimo una vez al año.
Sería conveniente extender esta actividad al resto de pacientes con diversas patologías respiratorias que utilizan inhaladores como asmáticos, etc..
Por estos motivos, y por el elevado grado de satisfacción que hemos detectado en estos pacientes tras la sesión de adiestramiento, creemos conveniente continuar un año más con este proyecto por lo que vamos a someterlo a consideración del EAP por si ve oportuno continuarlo en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/562 ========== ***

Nº de registro: 0562

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC

Título
MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

Autores:
ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, AZON LOPEZ ESTHER, MORALES MERINO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad crónica frecuente en nuestra sociedad. Los inhaladores se suelen prescribir para ayudar a controlar los síntomas del EPOC, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de exacerbaciones o agudizaciones. Sin embargo, la evidencia indica que muchos pacientes con EPOC no utilizan correctamente el inhalador. Por lo tanto, es importante detectar quienes son esos pacientes y someterlos a un proceso de adiestramiento para que puedan beneficiarse efectivamente del tratamiento con inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
- Objetivo general:
- Disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida en el paciente EPOC
- Objetivos específicos:
  - Detectar a los pacientes EPOC con uso incorrecto de inhaladores
  - Adiestrar en el manejo de inhaladores a los pacientes EPOC que los utilizan incorrectamente.
  - Comprobar objetivamente que los pacientes EPOC que utilizan inhaladores han adquirido las habilidades necesarias para el manejo de los mismos.

MÉTODO
Actividades de formación:
- Adiestramiento del personal de enfermería en el manejo de los distintos tipos de inhaladores.
- Conocimiento y adiestramiento del personal de enfermería sobre el manejo del test pre y post enseñanza del uso de inhaladores
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:
- Captación activa en consulta de pacientes EPOC que utilizan inhaladores.
- Citación de pacientes en agenda programada de enfermería .
- Realización al paciente de un test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades de uso de inhaladores.
- Sesión de adiestramiento al paciente sobre el manejo de los inhaladores que utiliza .
- Realización al paciente nuevamente del test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades del uso de inhaladores para comprobar objetivamente el adecuado progreso en el manejo los mismos.
- Registro de los pacientes que han sido adiestrados en el manejo de inhaladores

INDICADORES
- % de pacientes EPOC que usan inhaladores que han sido adiestrados en el uso de los mismos: (Pacientes adiestrados/Pacientes EPOC que utilizan inhaladores) * 100
- estándar: 80%
- fuente de datos: OMI_AP

DURACIÓN
Organización y formación de los profesionales:
- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP
Desarrollo del proyecto:
- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto
Evaluación:
- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC

- Responsable: La responsable del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE CODES GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA
BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Nº Sesiones clínicas realizadas: 5
- Fechas: 15/5/17 – 12/06/17 – 19/06/17 – 22/06/17 – 29/06/17
- EAPS: Alhama de Aragón, Daroca, Sabiñán, Morata de Jalón y Villarroya de la Sierrra.
- Recursos: Cañón, PowerPoint, Dermatoscopio
- Materiales: Entrega de la presentación a los asistentes.
- Evaluación: Recogida de firmas y encuesta de evaluación de la sesión clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Porcentaje de EAPs del Sector formados en dermatoscopia:
Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite Inferior: 40% de los EAP :
- Límite superior: 100% de los EAP
% Alcanzado Indicador Nº 1: 50%
---
2. Porcentaje de Médicos de Familia formados en dermatoscopia
Fuente de Datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
Límite Inferior: 20% de los MF de cada EAP
Límite superior: 100% de los MF de cada EPA
- Alhama de Aragón: 00/6 = 90%
- Daroca: 00/7 = 72%
- Sabiñán: 00/4 = 78%
- Morata de Jalón: 00/5 = 100%
- Villarroya: 00/3 = 100%
% Alcanzado Indicador nº2: 88%

Resultados alcanzados:
Médicos de Familia:
- Aprendizaje del uso del dermatoscopio.
- Mayor comprensión diagnóstica de las lesiones dermatológicas.
- Manejo de las lesiones melanocíticas.
- Reducción de la incertidumbre diagnóstica en las lesiones melanocíticas

Usuarios:
- Accesibilidad a la técnica diagnóstica.
- Evitación desplazamientos a la consulta del dermatólogo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Incluir a los profesionales de enfermería en dicha habilidad diagnóstica puede mejorar la cobertura diagnóstica de las lesiones melanocíticas.
- Continuar con dicho proyecto durante 2018 tras la petición del resto de los EAPs.

7. OBSERVACIONES.
- La excedencia por maternidad de la dermatóloga ha sido un impedimento para alcanzar completa cobertura de las sesiones clínicas a todos los EAPs..
- El indicador nº 3 (CMA en AP), no podemos calcularlo por problema informático.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1101 ========== ***

Nº de registro: 1101

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Título
DERMATOSCOPIA EN AP

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. Es una técnica muy ligada a la Cirugía Menor que se realiza en los Centros de Salud, pues ayuda a precisar mucho el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y por lo tanto decidir sobre biopsiar o extirparlas en las mismas consultas. Con todo ello, el MF, gana capacitación y satisfacción del paciente al no tener que desplazarse al hospital. Con el plan de necesidades de este año se dotó a cada EAP de un dermatoscopio tipo Dermlite III 3GEN.
Tras un curso de dermatoscopia realizado en el Sector dado por la dermatóloga de nuestro hospital, se planteó la posibilidad de llevarlo a todos los equipos dado el éxito de participación y el número elevado de facultativos que no pudieron hacerlo y solicitaron continuar con dicha formación.
Se trata de un objetivo que está en consonancia con el objetivo estratégico de fomentar las consultas monográfica del Departamento para el CP 2017.

RESULTADOS ESPERADOS
La DAP potenciará y facilitará la formación en Dermatoscopia en todos los EAPs del Sector.

MÉTODO
Acciones previstas:
Curso:
- 1 Sesión clínicas de 2 hora en cada EAP.
- 1 Taller de 2 hora en cada EAP.
Recursos:
- Dermatosocopio Dermlite DL100 3Gen.

INDICADORES
INDICADOR 1:
- Nombre del indicador: Equipos del Sector formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de equipos formados en dermatoscopia / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

INDICADOR 2:
- Nombre del indicador: Médicos formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de MF formados en dermatoscopia/nº de MF del sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

DURACIÓN
Iº Trimestre 2017:
- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs
IIº y IIIº Trimestre 2017:
- Monitorización actividad en CMA
IVº Trimestre 2017:
- Evaluación
Responsables: J. Codes (MF - DAP) y Sonia de la Fuente (Dermatóloga HELL)

OBSERVACIONES
Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE CODES GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA
BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDAD 2018:
- Nº Sesiones clínicas realizadas: 5
- Fechas: 31/01/18 – 10/10/18 – 17/10/18 – 19/10/18 – 22/10/18
- Población diana: EAPS de Calatayud Sur, Ateca, Illueca, Calatayud Norte y Ariza
- Recursos: Cañón, PowerPoint, Dermatoscopios
- Materiales: Entrega de la presentación a los asistentes.
- Evaluación: Recogida de firmas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES FINALES:
1. Equipos formados en dermatoscopia (2017-2018)
Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas (2017-2018)
- Valor a alcanzar: 80% de los EAPs del sector
- Límite Inferior: 40% de los EAP :
- Límite superior: 100% de los EAP
- EAPS formados: 5 (2017), 5 (2018)
% Alcanzado Indicador Nº 1: 100%

2. Médicos formados en dermatoscopia (2017-2018)
Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas (2017-2018)
- Valor a alcanzar: 70% de los MF del sector
- Límite Inferior: 20% de los MF :
- Límite superior: 100% de los EAP
- EAPS formados: 5 (2017), 5 (2018)
% Alcanzado Indicador Nº 2: 80%

EAP	MFs	FIRMAS	%
ALHAMA	6	5	83%
ARIZA	3 3		100%
ATECA	5	5	100%
CALATAYUD NORTE	12	6	50%
CALATAYUD SUR	10 7		70%
DAROCA	7	5	71%
ILLUECA	6	6	100%
MORATA	5	5	100%
SABIÑÁN	4	4	100%
VILLARROYA	3	3	100%
Promedio	61	49	80%

Solamente no se ha alcanzado el valor establecido (70% de los MF de cada EAP) en un Equipo (Calatayud Norte), en el resto casi todos han llegado al 100%. En global se ha llegado al 80% de cobertura de la formación de los MFs en Dermatoscopia.

INDICADORES CP_2018:
3. Porcentaje de EAPs del Sector formados en dermatoscopia (2018) entre los cinco EAPs pendientes:
Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite Inferior: 40% de los EAP :
- Límite superior: 100% de los EAP
- EAPS formados: 5 (Calatayud Sur, Ateca, Illueca, Calatayud Norte y Ariza)
% Alcanzado Indicador Nº 3: 100%

4. Porcentaje de profesionales médicos formados en dermatoscopia entre el nº de médicos del EAP (2018)
Fuente de Datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
Valor a alcanzar: 80% de los MF de cada EAP
Límite Inferior: 40% de los MF de cada EAP
Límite superior: 100% de los MF de cada EAP
- Calatayud Sur: 7/10 = 70%
- Ateca: 5/5 = 100%
- Illueca: 6/6 = 100%
- Calatayud Norte: 6/12= 50%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

- Ariza: 3/3 = 100%
% Alcanzado Indicador nº4: 75 %

5. Porcentaje de profesionales de enfermería formados en dermatoscopia entre el nº de enfermeros del EAP
Fuente de Datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
Valor a alcanzar: 40% de los ENF de cada EAP
Límite Inferior: 20% de los ENF de cada EAP
Límite superior: 50% de los ENF de cada EAP
- Calatayud Sur: 3/9 = 22%
- Ateca: 2/4 = 50%
- Illueca: 5/5 = 100%
- Calatayud Norte: 3/12 = 25%
- Ariza: 3/3 = 100%
% Alcanzado Indicador nº5: 61%

Impacto:
- Interés manifestado por parte de los profesionales por esta nueva técnica diagnóstica. En enfermería se ha superado el valor a alcanzar (40%/61%).
- Aumento de conocimientos en lesiones pigmentadas cutáneas y tumores de piel, incluido el Melanoma.
- Servir de antesala para la introducción del proyecto en teledermatología previsto par 2019, como continuación.
- Conocimiento implícito de una mayor satisfacción de los pacientes.
- Estrecha colaboración con el Servicio de Dermatología del Hospital E. Lluch.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Interés despertado en el personal de enfermería en esta técnica. Sobre todo, las que hacen y/o apoyan en la cirugía menor.
Este despliegue formativo en dermatoscopia llevado a cabo durante 2018, no ha servido para introducir la teledermatología en los EAPs este año.

7. OBSERVACIONES.
En esta memoria de finalización de proyecto, al ser de continuación de 2017, se introducen los indicadores reflejados en el CP2018.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1101 ========== ***

Nº de registro: 1101

Título
DERMATOSCOPIA EN AP

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. Es una técnica muy ligada a la Cirugía Menor que se realiza en los Centros de Salud, pues ayuda a precisar mucho el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y por lo tanto decidir sobre biopsiar o extirparlas en las mismas consultas. Con todo ello, el MF, gana capacitación y satisfacción del paciente al no tener que desplazarse al hospital. Con el plan de necesidades de este año se dotó a cada EAP de un dermatoscopio tipo Dermlite III 3GEN.
Tras un curso de dermatoscopia realizado en el Sector dado por la dermatóloga de nuestro hospital, se planteó la posibilidad de llevarlo a todos los equipos dado el éxito de participación y el número elevado de facultativos que no pudieron hacerlo y solicitaron continuar con dicha formación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN AP

Se trata de un objetivo que está en consonancia con el objetivo estratégico de fomentar las consultas monográfica del Departamento para el CP 2017.

RESULTADOS ESPERADOS
La DAP potenciará y facilitará la formación en Dermatoscopia en todos los EAPs del Sector.

MÉTODO
Acciones previstas:
Curso:
- 1 Sesión clínicas de 2 hora en cada EAP.
- 1 Taller de 2 hora en cada EAP.
Recursos:
- Dermatosocopio Dermlite DL100 3Gen.

INDICADORES
INDICADOR 1:
- Nombre del indicador: Equipos del Sector formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de equipos formados en dermatoscopia / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

INDICADOR 2:
- Nombre del indicador: Médicos formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de MF formados en dermatoscopia/nº de MF del sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

DURACIÓN
Iº Trimestre 2017:
- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs
IIº y IIIº Trimestre 2017:
- Monitorización actividad en CMA
IVº Trimestre 2017:
- Evaluación
Responsables: J. Codes (MF - DAP) y Sonia de la Fuente (Dermatóloga HELL)

OBSERVACIONES
Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1105

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CODES GOMEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Acciones realizadas:
1. Una sesión/taller: atención al pie diabético y técnica Doppler, para formar a un enfermero (formador de formadores) de cada uno de los EAPs. Fecha: 16/06/2016
2. Implementación del procedimiento de actuación en el síndrome del pie diabético, según el Proceso de Atención Integral a la Diabetes de Aragón en cada uno de los EAPs, mediante una sesión/taller.
Recursos: ?
• Aparato de ultrasonidos Doppler vascular en todos los EAP. ?
• Monofilamentos en todos los EAP. ?
Cronograma:

1º, 2º,3º y 4º Trimestre 2017, sesiones y talleres de formación en los EAP: Alhama de A., Ateca, Daroca, Villarroya, Calatayud Norte y Sur, Morata, Illueca y Sabiñán.
Fechas: 01/12/2016 – 10/11/16 - 22/03/17 – 15/05/17 - 07/0617 - 10/04/17 – 13/12/17 – 13/12/17 – 19/12/17 -

4º Trimestre 2017, evaluación:

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. % de Equipos del Sector formados en la atención al pie diabético y el manejo de la técnica Doppler.
Fuente de Datos: Registro de las sesiones formativas
Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
Límite Inferior: 40% de los EAP del sector?Límite superior: 100% de los EAP del sector
Alcanzado el indicador nº1: en el 90 % de los EAPs se han realizado las sesiones formativas y se ha difundido el procedimiento de atención al pie diabético.
2. Revisión del pie diabético.
Fuente de datos: OMI-AP; Cuadro de mandos de diabetes
Valor a alcanzar: mejora relativa del 5% del sector en comparación con el resultado alcanzado en 2016
Límite Inferior: 1 % de los EAP del Sector
Límite superior: 10 % de los EAP del Sector
Alcanzado el indicador nº2:
Revisión “pie diabético” en diciembre 2016: 51,79%
Revisión “pie diabético” en diciembre 2017: 53,68%
Mejora relativa % alcanzado: 3,52%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo del proyecto ha sido potenciar, desde la DAP, la formación y realización de actividades en el manejo práctico del síndrome del pie diabético, con resultados positivos.

7. OBSERVACIONES.
La creación de una consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano), se desestimó al conocer el borrador del proyecto Unidad de pie diabético en Aragón del Grupo de Trabajo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
La enfermería de atención primaria será la responsable de realizar una adecuada clasificación del pie diabético en base al riesgo, centrándose en la prevención de las complicaciones.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1105 ========== ***

Nº de registro: 1105

Título
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION AL SINDROME DEL PIE DIABETICO

Autores:
BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1105

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Durante 2016 se realizó un curso sobre el pie diabético para formar a formadores de cada EAP. Se dotaron a los Centros de un Doppler y monofilamentos para una mejor exploración y atención a dicha patología. A pesar de haber conseguido una buena cobertura en dicho indicador en el último cuatrimestre, consideramos importante consolidar conocimientos y crear una consulta monográfica sobre pie diabético en un Equipo.

Se trata de un objetivo en consonancia con la línea estratégica de fomentar las consultas monográficas del Departamento para el CP 2017

RESULTADOS ESPERADOS
La DAP potenciará la formación y la realización de actividades en el manejo práctico del síndrome del pié diabético.

MÉTODO
Acciones previstas:
-1 sesión/taller: la atención al pie diabético y la técnica Doppler, en cada uno de los EAPs.
-Implementación del procedimiento de actuación en el síndrome del pie diabético, según el Proceso de Atención Integral a la Diabetes de Aragón.
Recursos:
-Aparato de ultrasonidos Doppler vascular en todos los EAP.
-Monofilamentos en todos los EAP.

Oferta de Servicios:
-Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)

INDICADORES
INDICADOR 1:
- Nombre del indicador: % de Equipos del Sector formados en la atención al pie diabético y el manejo de la técnica Doppler.
- Descripción: Número de equipos en los que se han impartido las sesiones / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los DUE de cada EAP
- Límite superior: 100% de los DUE de cada EAP

INDICADOR 2:
- Nombre del indicador: % de DUE formados en la atención síndrome del pie diabético en el manejo de la técnica Doppler en el Sector
- Descripción: Número de DUE formados /nº de DUE del Sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las talleres formativos
- Valor a alcanzar: 70% de los profesionales de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los profesionales de cada EAP
- Límite superior: 100% de los profesionales de cada EAP

INDICADOR 3:
- Nombre del indicador: Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)
- Descripción: Creación de consulta monográfica del pie diabético en el EAP Calatayud Norte (Urbano)
- Valor a alcanzar: Creación de consulta: SÍ

DURACIÓN
1º Trimestre 2017:
Sesiones y talleres de formación en todos los EAP.

2º y 3º Trimestre 2017:
Monitorización de las actividades y oferta propuesta.

4º Trimestre 2017:
Evaluación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1105

1. TÍTULO

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PIE DIABETICO (2016_1105)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE CODES GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA
ARTO LABORDA MARIA ANGELES
ETAABOUDI OMRANA SAMIA
DIGON SANMARTIN LUIS
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Constitución Grupo de Trabajo a nivel Sector:
El 15/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de “Abordaje de la insuficiencia renal crónica en atención primaria”. El Grupo de Trabajo está formado por un equipo multidisciplinar en el que participan la Dirección médica del sector de Calatayud, dos nefrólogas del Hospital Ernest LLuch, una enfermera A.P, un médico de familia A.P y la farmacéutica de A.P del sector de Calatayud.
• Reuniones:
Se han realizado 4 reuniones en las siguientes fechas 15/02/2018, 08/03/2018, 24/04/2018 y 12/09/2018
En estas reuniones se ha debatido la pertinencia del proyecto, se han planteado objetivos y repartido para el desarrollo de forma individual por los miembros del grupo de trabajo y, para su posterior puesta en común. Se mantuvieron reuniones con el Servicio de Laboratorio del HELL para valorar la pertinencia de la creación de un perfil de enfermedad renal dentro de las plantillas de OMI-LAB. Además, se ha desarrollado el curso para formar a los profesionales sanitarios del sector de Calatayud en cuanto al abordaje de la insuficiencia renal crónica en A.P.
• Formación:
Se impartió el curso de “Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria en la población del Sector de Calatayud” dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso (6 horas en total) entre el 18 / 09/18 y el 04/10 /2018.
El 18/09/2018 se impartió el curso en la biblioteca de C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Morata de Jalón, Daroca y Villarroya de la Sierra.
El 25/09/2018 se impartió el curso en la biblioteca el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Sur.
El 01/10/2018 y 03/10/2018 se impartió el curso en la biblioteca C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Norte.
El 02/10/2018 se impartió el curso en la sala de reuniones del C.S. Alhama de Aragón dirigido a los profesionales de los EAP de Alhama de Aragón, Ariza y Ateca.
El 04/10/2018 se impartió el curso en la sala de reuniones del C.S. Illueca dirigido a los profesionales de los EAP de Sabiñan e Illueca.
Para ello, el Grupo de Trabajo realizó la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y artículos de revisión de la literatura sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC). Posteriormente, elaboró una presentación en Power Point con el objetivo principal de formar a los profesionales.
Toda la documentación fue entregada en formato de Power Point a todos los asistentes a los respectivos cursos para que pasaran una sesión de formación en sus Equipos.
Durante el desarrollo del curso, se accedió al Cuadro de Mandos de Farmacia, y a los listados de pacientes.
También se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.
ACCIONES
- Creación en nuestro petitorio de OMI-LAB el perfil de “Enfermedad Renal Crónica”
- Se envió un listado de pacientes con ERC al EAP Calatayud Sur.
-Revisión de pacientes con terapia triple Wammy extraída del cuadro de mandos de farmacia.

INDICADORES Y EVALUACIÓN.
La explotación de los indicadores se ha solicitado al IACS y estamos esperando sus resultados. Pedimos dos cortes de todos los indicadores, uno al inicio y otro al final del año 2018.
No podemos evaluar los resultados intermedios del proyecto por no disponer de datos de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No podemos evaluar el impacto por carecer de los datos de los indicadores.
El único indicador que disponemos es el extraído del cuadro de mandos de Farmacia: Indicador Insuficiencia Renal Inducida por fármacos (Triple Whammy): En enero de 2018 teníamos en nuestro Sector 704 pacientes incluidos en este indicador en todo el sector. En enero de 2019 se ha disminuido a 465 pacientes (-34%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo realizado ha sido satisfactorio. Ha sido bien acogido en los Centros de Salud. Se ha trabajado una parte importante del proyecto aunque por motivo de tiempo aún queda pendiente continuar con el análisis de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

datos.
Por el momento, ya se han desarrollado la mayor parte de las actividades propuestas en el proyecto y, se pretende obtener cambios en cuanto a la mejora del conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector para mejorar la atención de estos pacientes. Por eso hemos decidido continuar con dicho proyecto en 2019.

7. OBSERVACIONES.
En cuanto tengamos los resultados de los indicadores, los remitiremos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/18 ========== ***

Nº de registro: 0018

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, ARTO LABORDA MARIA ANGELES, ETAABOUDI SAMIA, DIGON SANMARTIN LUIS, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Endocrino-metabolismo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que puede afectar, en sus diferentes estadios, a cerca del 10 % de la población española. Supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al Sistema Nacional de Salud.
En Aragón, el 8% de los hombres y el 5% de las mujeres mayores de 64 años, sufren una ERC, siendo en este Sector el porcentaje un poco más elevado, el 9% en los hombres y el 5,6% en mujeres

RESULTADOS ESPERADOS
1 Conocer la prevalencia de la ERC en el Sector en adultos entre 18 y 80 años de ambos sexos
2 Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana
3 Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
4 Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
5 Mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes entre ambos niveles de AP/AE

MÉTODO
ACCIONES
1 Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI de ERC (CIAP U99)
2 Confirmar el diagnóstico de ERC
3 Evaluación y seguimiento de la ERC: Tensión Arterial, Albuminuria, Filtrado glomerular, HbA1c, LDL-colesterol, Metabolismo óseo-mineral (Ca, P, Vit.D)
4 Valoración de la progresión de la ERC
5 Revisión de pacientes con terapia triple Wammy
FORMACION:
- Difusión por los EAPs del sector del proyecto
- Sesiones clínicas de las GPC de ERC basadas en la evidencia
INVESTIGACIÓN:
- Elaboración de un estudio de investigación sobre la ERC por parte de los miembros del proyecto
RECURSOS:
- Soporte informático y ofimático
- Explotación del cuadro de mandos
CAMBIOS PREVISTOS:
- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector.
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre el Servicio de Nefrología del HELL y la AP

INDICADORES
INDICADORES Y ESTÁNDARES
1 Prevalencia de la ERC (9%)
2 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (60%)
3 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)
4 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado la albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
5 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
6 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)
7 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA y la albuminuria (45%)
8 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)
9 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES que tienen una HbA1c = 7% en los últimos 6 meses (30%)
10 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado un LDL-Colesterol en los últimos 12 meses (70%)
11 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC que tienen un LDL-Colesterol < 100 mg/dl en los últimos 12 meses (44%)
12 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de calcio en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)

3
13 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de fósforo en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
14 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de vitamina D (25-OH- D 3) en sangre venosa en los últimos 12 meses (40%)
15 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una progresión de la enfermedad en los últimos 24 meses (<5%)
16 Número de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una triple terapia Wammy en el periodo de evaluación (<80%)
EVALUACIÓN
Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017
Estructura
- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la ERC, participación, actividad del grupo del proyecto
Proceso
- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores
Resultado
- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN
I TRIMESTRE
- Formación del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso
II TRIMESTRE
- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue
III TRIMESTRE
- Monitorización. Cortes de indicadores
IV TRIMESTRE:
- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ARIADNA DE LUCAS BARQUERO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA
CODES GOMEZ JOSE
COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Constitución Grupo de Trabajo a nivel sector:
El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de “Gestión clínica de la osteoporosis”. El Grupo de Trabajo está formado por un equipo multidisciplinar en el que participan la Dirección médica y de enfermería del sector de Calatayud, un reumatólogo del Hospital Ernest LLuch, una enfermera A.P, un médico de familia A.P y la farmacéutica de A.P del sector de Calatayud.
• Reuniones:
Se han realizado 4 reuniones en las siguientes fechas 01/02/2018, 20/03/2018, 05/09/2018, 13/09/2018.
En estas reuniones se ha debatido la pertinencia del proyecto, se han planteado objetivos y repartido para el desarrollo de forma individual por los miembros del grupo de trabajo y, para su posterior puesta en común. Además, se ha desarrollado el curso, publicado por el IAAP, para formar a los profesionales sanitarios del sector de Calatayud en cuanto al manejo de la osteoporosis en A.P.
• Formación:
Se impartió el curso de “Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria” dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso (6 horas en total) entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018.
El 17/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Morata de Jalón, Daroca y Villarroya de la Sierra.
El 19/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Sur.
El 20/09/2018 y 24/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Norte.
El 26/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Illueca dirigido a los profesionales de los EAP de Sabiñan e Illueca.
El 27/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Alhama de Aragón dirigido a los profesionales de los EAP de Alhama de Aragón, Ariza y Ateca.
Para ello, el Grupo de Trabajo realizó la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y artículos de revisión de la literatura sobre Osteoporosis. Posteriormente, elaboró una presentación en Power Point con el objetivo principal de identificar los factores de riesgo de Osteoporosis y fractura y su prevención.
Los objetivos específicos del curso fueron los siguientes: identificar pacientes con Osteoporosis (en las siguientes situaciones: mujeres postmenopáusicas, varones mayores de 65 años, OP inducida por glucocorticoides, OP secundarias), conocer el tratamiento más adecuado en cada una de dichas situaciones, mejorar la cumplimentación y adherencia al tratamiento de los pacientes, evitar el uso de fármacos sin criterios de tratamiento y reducir la iatrogenia.
Durante el desarrollo del curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar el indicador de osteoporosis y el listado de pacientes. También se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.
Al curso de “Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria” (6 ediciones) se inscribieron 65 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de AP), asistiendo al curso 61 alumnos (93.8 % asistencia).
• Otras actividades:
El Grupo de Trabajo llevó a cabo el reparto de objetivos de forma individual, siendo este el siguiente:
-Introducción: José Codes
-Clínica y diagnóstico: Carmen Sanz y José Codes
-Medidas preventivas: Margarita Bueno y Carmen Santamaría
-Tratamiento: Juan Carlos Cobeta y Ariadna de Lucas
De forma individual, tras la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica y otros documentos sobre Osteoporosis, se redactó y envió a la coordinadora del Grupo de Trabajo los puntos mencionados anteriormente. Está pendiente la puesta en común de este documento, así como su revisión.
• Cumplimiento del calendario:
El calendario marcado y el cumplimiento fue el siguiente:
Iº TRIMESTRE
- Constitución del grupo de trabajo del proyecto: El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de “Gestión clínica de la osteoporosis”.
- Diseño del proceso: En la segunda reunión del Grupo de Trabajo el 20/03/2018 se muestra la propuesta de diseño del proyecto de OP y se reparten los objetivos de trabajo entre los miembros del grupo.
IIº TRIMESTRE
- Difusión del proyecto: En la Comisión de Dirección realizada el 27/06/2018, a la que asistieron los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

coordinadores médicos y de enfermería de los EAP del sector de Calatayud, se informó a los profesionales acerca del proyecto de OP así como de las actividades formativas que se llevarían a cabo.
- Sesiones formativas: Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018 (tercer trimestre).
- Despliegue: Posteriormente a la realización del curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria", en los EAP del sector de Calatayud se han llevado a cabo sesiones para difundir los conceptos adquiridos durante el curso al resto de los profesionales de los EAP que no pudieron acudir al curso.
IIIº TRIMESTRE
- Monitorización. Cortes de indicadores: En diciembre de 2018, se han solicitado los cortes de los indicadores al IACS y estamos pendientes de recibir los datos y analizarlos. En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" (incluido en el proyecto), se ha realizado un seguimiento mensual cuyos resultados trataremos en el siguiente punto de la memoria de seguimiento.
IVº TRIMESTRE
- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados:
A lo largo del 2018, el Grupo de Trabajo detectó que el indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" no contemplaba los factores mayores y menores en su fórmula, lo cual es una limitación ya que el indicador puede dar como resultado mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la OP que en principio no cumplen criterios de tratamiento pero que en realidad cumplen factores de riesgo mayores y/o menores por lo que si deben de estar con tratamiento. El Grupo de Trabajo está pendiente de analizar estos datos.
Por otra parte, este indicador calcula un resultado en porcentaje en vez de en nº de pacientes, cuando el resultado interesante a revisar es el nº de pacientes mujeres de 40 a 65 años tratadas con fármacos para la OP que no cumplen criterios (listado de pacientes), ya que el porcentaje dependiendo del total de mujeres de 40 a 65 años en el sector que se esté analizando puede hacer que este resultado se analice de forma alterada (ver punto 6 de la memoria de seguimiento).
- Evaluación final: Pendiente de realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En diciembre de 2018, se han solicitado los cortes de los indicadores al IACS y estamos pendientes de recibir los datos y analizarlos.
En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años", incluido en el proyecto como "% de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación", se ha realizado un seguimiento mensual y anual de este indicador (informando continuamente a los MAP), obteniéndose a nivel de sector los siguientes resultados:
-Corte enero 2017: 3.77% (292 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/7.752 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).
-Corte enero 2018: 3.89% (303 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.796 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).
-Corte enero 2019: 3.79% (299 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.890 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).
El rango máximo-mínimo indicado en el Cuadro de mandos de Farmacia es 2,47% (mínimo) y 0,82% (máximo), siendo lo ideal alcanzar el 0%. El Sector de Calatayud se encuentra fuera de rango en este indicador en el Cuadro de Mandos de Farmacia y tampoco se alcanza el estándar marcado en el proyecto el cual era obtener un resultado <1.78%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo realizado ha sido satisfactorio. Se ha trabajado una parte importante del proyecto aunque por motivo de tiempo aún queda pendiente continuar con el análisis de datos. Por eso creemos importante seguir con su desarrollo durante 2019.
Por el momento, ya se han desarrollado la mayor parte de las actividades propuestas en el proyecto y, se pretende obtener cambios en cuanto a la mejora del conocimiento de la OP y sus factores de riesgo por parte de los profesionales del Sector para mejorar la atención de estos pacientes.
Este proyecto una vez finalizado se puede hacer extensible al resto de sectores.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/29 ========== ***

Nº de registro: 0029

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Autores:
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Osteoporosis (OP), factor de riesgo para sufrir fracturas por fragilidad, representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y a las repercusiones sociosanitarias y económicas que supone. Tras un análisis de la situación detectamos que el Sector de Calatayud es el que tiene un mayor porcentaje de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos (prescripción activa) para la OP de todo Aragón (3,8%/1,78%, existiendo, además, una gran variabilidad entre los EAPs. Económicamente, las prescripciones activas de fármacos para la OP supuso en el Sector de Calatayud el 2,64% del gasto total del Sector. Desconocemos datos sobre el tratamiento de la OP en otros grupos de población (rangos de edad, sexo)

RESULTADOS ESPERADOS
1. Identificar la población con riesgo incrementado de fracturas por fragilidad
2. Conocer la prevalencia de la OP en adultos entre 40 y 85 años de ambos sexos
3. Conocer la prevalencia de la OP en mujeres postmenopáusicas
4. Conocer la prevalencia de OP en pacientes con tratamiento prolongado de corticoides orales
5. Conocer la prevalencia de la OP densitométrica
6. Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
7. Mejorar la continuidad asistencial entre ambos niveles de AP/AE
8. Evitar la utilización de fármacos para la OP en pacientes que no cumplan criterios de tratamiento
9. Educación para la salud en OP: caídas, fracturas y fragilidad

MÉTODO
ACCIONES
1. Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI-AP de OP (CIAP L95)
2. Revisión del índice FRAX en pacientes con diagnóstico de OP
3. Revisión DMO en pacientes con diagnóstico de OP
6. Revisión de pacientes con prescripción activa de fármacos para la OP
7. Revisión y análisis del tratamiento para la OP de los pacientes de 40 a 65 años que no cumplen criterios (n=303)
5. Revisión y actualización del protocolo de OP de OMI-AP
8. Análisis cuantitativo de fármacos para la OP en el sector

FORMACION
- Difusión por los EAPs del sector del proyecto.
- Sesiones clínicas difundiendo las GPC de OP basadas en la evidencia
- Educación para la salud: Reunión/sesión con pacientes con OP

INVESTIGACIÓN
- Elaboración de un estudio de investigación sobre la OP por parte de los miembros del proyecto

RECURSOS
- Soporte informático y ofimático
- Explotación del CM-Farmacia y OMI-AP

CAMBIOS PREVISTOS
- Conocimiento de la OP y sus factores de riesgo por parte de los profesionales del Sector
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre AE y la AP

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

INDICADORES
1. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (8%)
2. % de mujeres entre 45 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (18%)
3. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado el índice FRAX en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
4. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
5. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tengan valorado el rango de la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
6. % de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación(<1.78%)
7. % de pacientes entre 40 y 85 años diagnosticados de OP y tratamiento prolongado de corticoides orales en el periodo de evaluación (<50%)

EVALUACIÓN:
Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017
Estructura:
- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la OP, participación, actividad del grupo del proyecto
Proceso:
- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores
Resultado:
- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN
Iº TRIMESTRE
- Constitución del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso
IIº TRIMESTRE
- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue
IIIº TRIMESTRE
- Monitorización. Cortes de indicadores.
IVº TRIMESTRE
- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados.
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANS PIQUERAS CARMEN
JUSTE SERAL MAR
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
BAGUENA BERNE MARTA
SANZ FOIX PERFECTA
LOZANO SERRANO AZUCENA
TORCAL ARNAL JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS, CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN Y COMUNICACIÓN:

1. CONSTITUCIÓN EQUIPO DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO.

En reunión del días 25 de abril de 2018 queda constituido el grupo de trabajo multidisciplinar, formado por profesionales de los dos niveles asistenciales y claves en la atención integral de las heridas crónicas en nuestro Sector.
En esta reunión se presentó el proyecto y se distribuyeron tareas.

2. SESIONES INFORMATIVAS DE LOGÍSTICA INTERNA Y EXTERNA DE LOS MATERIALES DE CURA Y PRODUCTOS SANITARIOS EN NUESTRO SECTOR.

Habiendo detectado como punto crítico en nuestro Sector la variabilidad en la forma de solicitud y entrega de los productos sanitarios, necesarios para la prevención y tratamiento de las heridas crónicas, se acordó la realización de sesiones en todos los equipos de Atención Primaria (EAP) por parte de los responsables de recursos materiales (RRMM) del Sector y la Dirección de Enfermería de AP.
El objetivo principal ha sido informar de la logística interna y externa del material de curas y material sanitario en general, a los responsables del material de cada EAP y a sus coordinadores.
Las fechas de realización de las sesiones fueron: 14 de febrero en el CS Daroca, 19 de febrero en el CS Ariza, 22 de marzo en el CS Villarroya, 22 de mayo en el CS Ateca, 21 de septiembre en el CS Illueca, 19 de octubre en el CS Morata y en el CS Sabiñan, 8 de noviembre en el CS Alhama, 9 de noviembre en el CS Calatayud Norte y el 18 de diciembre en Calatayud Sur.
En estas sesiones, se recordó también la necesidad de difusión, entre todos los enfermeros y profesionales implicados, de la Guía de Productos para la Prevención y Tratamiento de Heridas Crónicas que se elaboró desde la Subdirección de Compras y Logística del Servicio Aragonés de Salud y su adaptación en nuestro Sector.

3. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN (LPP) Y HERIDAS CRÓNICAS.

Desde la Comisión de Enfermería de lesiones por presión y heridas crónicas del Sector Calatayud, se elaboró el Protocolo de prevención y tratamiento de lesiones por presión (LPP) y heridas crónicas (HC).
Tanto para la implementación y difusión del protocolo, como para la formación y sensibilización de los profesionales de enfermería en la correcta práctica clínica y en el uso óptimo de los recursos humanos y materiales, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Curso Prevención y tratamiento de lesiones por presión y heridas crónicas, organizado en el hospital Ernest Lluch, desde la Comisión de Enfermería de úlceras por presión y heridas crónicas del Sector, el 29 de mayo de 2018. A este curso tratado como formador de formadores en Atención Primaria, se inscribieron al menos una enfermera de cada equipo, realizando posteriormente una sesión en sus centros.
- Sesiones sobre Prevención y tratamiento de LPP y HC en los equipos de AP, trasladando lo aprendido en el curso anteriormente citado: Villarroya de la Sierra 25 de mayo, Calatayud Norte 12 de septiembre, Calatayud Sur 13 de diciembre, Illueca 21 de septiembre, Sabiñan 11 de junio, Ateca 26 de noviembre, Daroca 1 de octubre, Morata de Jalón 14 de enero, Alhama de Aragón en el segundo semestre de 2018 y en Ariza se realizará el próximo 22 de enero de 2018.
- En el segundo trimestre de 2019 se ha programado la realización del taller "Diagnóstico diferencial, cuidados y tratamiento de lesiones de origen vascular en EEII", en el que se inscribirá un enfermero referente de cada EAP, modelo formador de formadores, con el objetivo de llegar al mayor número de enfermeros posible.

4. ATENCIÓN AL PIE DIABÉTICO

El 8 de noviembre la Dirección General de Asistencia Sanitaria, presentó en el hospital Ernest Lluch el documento del proceso de atención al pie diabético en Aragón, una de las líneas estratégicas definidas en el Programa de Diabetes. En nuestro Sector se ha establecido que la enfermera de competencias avanzadas en la atención del pie diabético sea la enfermera de la consulta de Endocrinología del hospital Ernest Lluch, miembro del equipo de apoyo del proyecto. En el primer trimestre del año en curso, desde el grupo de trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS

se abordarán las acciones específicas a realizar, si se precisa, para una mejor implementación del procedimiento de atención al pie diabético en nuestro Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En diciembre de 2018, después de modificar los indicadores del Proyecto (Indicadores de Impacto) y solicitar la información al IACS, estamos pendientes de recibir los datos y analizarlos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este proyecto por el extenso contenido y los aspectos que han quedado pendientes en la consecución de los objetivos planteados, ha sido necesaria su continuidad en 2019.
Los miembros del equipo de mejora que han realizado las sesiones informativas sobre los recursos materiales y su gestión, en cada uno de los EAP del Sector, han valorado esta actividad muy positivamente. Las características propias de los EAP de la zona rural y su dispersión, ocasiona que en la logística y suministro de los materiales sanitarios surjan algunos inconvenientes, que se han podido tratar en estas reuniones.
Otra de las lecciones aprendidas ha sido la necesidad de un correcto registro de seguimiento de las heridas crónicas, para conocer y evaluar su prevalencia y duración del tratamiento mas adecuado en cada caso, objetivos principales del Proyecto Asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/30 ========== ***

Nº de registro: 0030

Título
ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS

Autores:
BUENO PASCUAL MARGARITA, TORCAL AZNAR JAVIER, GARCIA TEJADA MARGARITA, JUSTE SERAL MARIA MAR, GIL MOSTEO MARIA JOSE, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, LOZANO SERRA MARIA AZUCENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HERDAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cura de heridas crónicas es una de las tareas asistenciales que más recursos ocupan en la atención sanitaria, sobre todo para enfermería.
La prevalencia de las úlceras vasculares oscila entre el 0,10% - 0,30%, su incidencia es entre 3 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Destaca su alta cronicidad y recidiva, de las cuales entre el 40- 50% permanecerán activas entre seis meses y un año, y un 10% alcanzarán hasta los 5 años de evolución.

Las úlceras en el pie diabético son el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes y primera causa de amputación no traumática en el mundo, produciendo una gran carga personal, familiar y social y elevados costes económicos del sistema de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conocer la prevalencia y etiología de las HC atendidas en AP del Sector Calatayud.
2. Difundir el programa de la logística interna y externa de los materiales sanitarios.
3. Implementar el protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC.
4. Aumentar el registro de los cuidados de enfermería de las HC en OMI-AP.
5. Mejorar la calidad de vida de las personas que presentan una HC y de su entorno familiar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS

6. Disminuir el tiempo de cicatrización de la lesión.

MÉTODO
ACCIONES:
1. Formación de un grupo de trabajo integrado por profesionales de AP y AE.
2. Establecer el circuito reglado señalado en el proyecto Unidad de pie diabético en Aragón.
3. Planificar sesiones en todos los EAP, para la difusión informativa de la logística del material sanitario.
4. Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las HC.

CAMBIOS PREVISTOS:
1. Implementación del protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC en el Sector.
3. Sensibilizar a los profesionales en la correcta práctica clínica y el uso óptimo de los recursos

INDICADORES
INDICADORES:
- % de EAP en los que se ha presentado el programa de la logística interna y externa del material necesario para la prestación de la asistencia sanitaria, del Sistema Aragonés de Salud, en el periodo de estudio (100%)
- % de EAP en los que se ha presentado el protocolo de prevención y tratamiento de LPP y HC del Sector, en el periodo de estudio (100%)
- % de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales y crónico complejos a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes con HC activas con registro en episodio de úlcera por decúbito (S97) o úlcera miembros inferiores, excepto las de decúbito (S97/707.1) (80%).
- % de pacientes con heridas crónicas en extremidades inferiores a los que se les ha realizado el diagnóstico diferencial según su etiología arterial o venosa (60%)
- % de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, que han sido tratados con terapia compresiva (40%)

EVALUACIÓN:
Periodo de evaluación: Enero- Diciembre 2017
Estructura:
Actividad del grupo de trabajo, sesiones formativas e informativas de difusión del protocolo.
Proceso:
Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores.
Resultado:
Evaluación final y memoria del proyecto en enero de 2019.

DURACIÓN
Iº TRIMESTRE:
- Formación del grupo de trabajo.
- Sesiones informativas y de difusión del programa de logística del material sanitario

IIº TRIMESTRE:
- Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las LPP y HC.
- Implementación del protocolo de atención a las LPP y HC.

IIIº TRIMESTRE:
- Monitorización.

IVº TRIMESTRE:
- Recogida y aclaración de sugerencias planteados.
- Evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1102

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MANUAL DE LOS PROCESOS DE INTERCONSULTA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE CODES GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP CALATAYUD
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Recopilación y elaboración del manual: Sí
- Presentación e implementación en los EAPs : Sí. Mediante buzón-email se envió a todos los MF de los EAPs del Sector y se presentó en la 2ª Comisión de Dirección de AP.
- Está publicado en la Intranet del Sector? : Sí

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resultado de la encuesta enviada a los MF del Sector:
- Nº de respuestas: 45 (70%)
- Conoces el documento?: Sí (100%)
- Lo has utilizado alguna vez?: Sí (88,9%) No (11,1%)
- Piensas que es de utilidad?: Sí (91,1%) No (8,9%)
- Número de sugerencias: 13
[Actualización periódica (2) / Creo que faltan especialidades y alguna patología más... / Cuando tenemos que solicitar alguna prueba diagnóstica o hacer alguna aclaración me parecería más sencillo poder volver a reenviar la misma interconsulta inicial dirigida a la misma persona / Solucionar IV con otros centros que no son Calatayud (I. Jiménez... / La interconsulta virtual me parece un gran avance y permite derivar al paciente con parte del estudio ya hecho. Además fomenta la comunicación y feed back con especializada, aunque todo es mejorable, claro / Posibilidad de saber si se ha mandado la interconsulta / El problema es que muchas veces los especialistas no pueden valorar las necesidades del paciente / Me parece útil tanto para el paciente como para el profesional / Debería poner el teléfono del especialista que contesta a efectos de aclarar dudas / Incluir esa información en página de interconsultas de OMI / Debería ser interactivo, que te dejara practicar. Me gustaría conocer como lo utilizan los especialistas y si tienen protocolos establecidos para contestar lo que son los procesos más frecuentes. / Que se aclaren los especialistas / Poner más patologías]

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Buena acogida del documento
- Elevado número de respuestas en la encuesta.
- Analizaremos las sugerencias y las valoraremos en próximas ediciones

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1102 ========== ***

Nº de registro: 1102

Título
PROCESOS ESTANDARIZADOS DE INTERCONSULTAS

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología específica
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1102

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL MANUAL DE LOS PROCESOS DE INTERCONSULTA

PROBLEMA
Durante el primer trimestre de 2016 las Direcciones de AP de los ocho Sectores, con la finalidad de mejorar continuidad asistencial entre especializada y primaria, elaboramos unos documentos consensuados de aquellos procesos asistenciales más frecuentes y/o específicos de un número determinado de especialidades médicas. Estos procesos, mediante el uso de criterios clínicos consensuados de derivación, permiten una mejor comunicación interprofesional, continuidad en la atención y un aumento de competencias como resultado del análisis de casos conjunto. Se pretende elaborar un pequeño manual de derivación con aquellas especialidades ya trabajadas y en función del grado de aceptación completarlo con las que faltan.

RESULTADOS ESPERADOS
La DAP elaborará y fomentará el uso, por parte de los médicos de familia, de un manual de recomendaciones y procedimientos consensuados para las interconsultas con los especialistas de nuestro hospital de referencia.

MÉTODO
Acciones previstas:
- Recopilación y elaboración del manual
- Presentación e implementación en los EAPs
- Publicitarlo en la Intranet del Sector

INDICADORES
INDICADOR 1
- Nombre del indicador: Procesos estandarizados de interconsulta
- Descripción: Creación de un manual con los criterios de derivación de los procesos más frecuentes en determinadas especialidades
- Fuente de datos: Procesos específicos elaborados por las DDAP para las siguientes especialidades: Cardiología, Neumología, Digestivo, endocrinología, alergias, nefrología, Cirugía General, Medicina Interna y reumatología.
- Valor a alcanzar: Creación del documento: Sí

EVALUACIÓN: Encuesta de satisfacción entre los profesionales

DURACIÓN
1º Trimestre 2017:
- Elaboración y difusión a los Equipos.
2º y 3º Trimestre 2017:
- Monitorización de las actividades.
4º Trimestre 2017:
- Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0337

1. TÍTULO

ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTAS Y A.PATOLOGICA EN EL SERVICIO DE ADMISION EN EL H.ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN ARTAL GOMEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA ORERA MARIA SOL
LOPEZ GARCIA CONCEPCION
FORTEA GRAN SONIA
DORADO ALVARADO PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
* ACTIVIDADES: RECOGIDA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MAS HABITUALES QUE REALIZA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS ENFERMERÍAS Y ANATOMIA PATOLÓGICA
* RECURSOS:BENCHMARKING CON LO QUE CONOCEMOS DE OTROS HOSPITALES
* DIFUSIÓN: DEL DOCUMENTO EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍAS Y ENTREGA A TODAS LAS NUEVAS INCORPORACIONES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
* SE HA ELABORADO UN PROCEDIMIENTO QUE ABARCA LA MAYOR PARTE DE LOS PROCESOS QUE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO MANEJA EN SU DIA A DIA
* IMPACTO: REDUCCIÓN DE LA INCERTIDUMBRE Y LA VARIABILIDAD DE ACTUACIÓN ASÍ COMO LA DISMINUCION DEL TIEMPO DE APRENDIZAJE INICIAL DE LAS NUEVAS INCORPORACIONES, BIEN EXTERNAS O POR MOVILIDAD INTERNA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
* LA EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESCRITO Y ACTUALIZADO PERMITE LA MEJORA CONTINUA EN LA ATENCIÓN ADMINISTRATIVA, GARANTIZANDO UNOS ESTÁNDARES DE EFICACIA Y EFICIENCIA ADECUADOS.
* ES PRECISO Y ASÍ SE PROPONE, REVISAR EL PROCEDIMIENTO UNA VEZ AL AÑO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/337 ========== ***

Nº de registro: 0337

Título
ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTA Y ANATOMIA PATOLOGICA EN EL Sº DE ADMISION DEL HOSP. ERNEST LLUCH

Autores:
ARTAL GOMEZ MARIA CARMEN, GRACIA ORERA MARIA SOL, LOPEZ GARCIA CONCEPCION, FORTEA GRAN SONIA, DORADO ALVARADO PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La elevada rotación por diversos motivos el personal temporal y las incorporaciones a través de OPES de personal fijo, provocan la incorporación de trabajadores fijos que pueden no tener experiencia alguna en el trabajo específico a desarrollar. Esto hace que exista un periodo más o menos largo de tiempo en que el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0337

1. TÍTULO

ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTAS Y A.PATOLOGICA EN EL SERVICIO DE ADMISION EN EL H.ERNEST LLUCH

personal no puede desempeñar su trabajo con la máxima eficacia, provocando periodos más o menos largos de ineficiencia.
Hará posible la polivalencia del personal del Servicio de Admisión al disponer de un soporte, que facilite el desempeño puntual de esas funciones por los trabajadores adscritos a otras unidades de admisión.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un manual en el que se expliciten la mayor parte de procesos y procedimientos que el personal administrativo debe manejar en su día a día, de manera que disponga de un soporte documental que complemente el acompañamiento de una compañera “veterana” mientras se le instruye en el nuevo puesto de trabajo, reduciendo su incertidumbre y tiempo de formación inicial.

MÉTODO
Recogida de los procesos y procedimientos más habituales que realiza el personal administrativo de esos servicios.

.Hacer un benchmarking somero con lo que conocemos de otros centros del SALUD.

.Conservar un documento que refleje la labor diaria del administrativo.

.Difusión del documento en los Servicios y entrega a todas las nuevas incorporaciones.

INDICADORES
- Existencia física del manual en un formato sencillo y manejable para el profesional

- Disponibilidad del mismo en los Servicios.

- Entrega al 100% de las nuevas incorporaciones.

- Protocolo de revisión anual del mismo

DURACIÓN
- Primer y segundo trimestre 2018:
Recogida de bibliografia, mantenimiento de reuniones de equipo y elaboración de primer borrador de documento.
- Tercer trimestre 2018:
Emisión de documento definitivo, aprobación por comisión de dirección del centro y difusión en el hospital a través de intranet e impresión en todos lo servicios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0712

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA ESTEVE ALCALDE
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ TARANCON RICARDO
MUÑOZ PEÑA CRISTINA
GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para mantener y ampliar el alcance de la acreditación ISO 15189 hemos desarrollado durante este año 2017 las siguientes actividades:
1. De enero a marzo de 2017 se realizó la revisión de los Procedimientos y registros vigentes, así como, el resto de documentación que forma parte de nuestro Sistema de Calidad con el fin de preparar la Auditoría Interna.
2. La Auditoría Interna tuvo lugar el 16 de marzo de 2017
3. El 24 de marzo de 2017 se realizó Revisión por la Dirección
4. Durante los meses de marzo a octubre se prepararon los nuevos Procedimientos y se hicieron los estudios necesarios para preparar la ampliación del alcance en la Auditoría Externa. La revisión del Sistema de Calidad que hemos realizado durante el año 2017 incluye la reclasificación de algunos procedimientos de nivel III a nivel II, la creación de nuevos procedimientos con sus correspondientes registros, y la revisión de los ya existentes.
Dentro de los Procedimientos de Nivel II se han elaborado nuevas versiones de 8 Procedimientos y se han elaborado 17 nuevos Procedimientos.
En los Procedimientos de Nivel III se han elaborado nuevas versiones de 6 Procedimientos y se han elaborado 9 nuevos Procedimientos.
5. La Auditoria Externa tuvo lugar el 14 de diciembre de 2017, y en ella se revisaron las técnicas ya acreditadas, y se auditaron las técnicas propuestas para ampliar el alcance.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el informe de la Auditoría Interna realizada en los laboratorios de Bioquímica y Microbiología con objeto de evaluar el mantenimiento de los alcances acreditados se detectaron 11 Desviaciones. Tras recibir el informe de Auditoria se procedió a abrir las correspondientes NO CONFORMIDADES donde se detallaron las desviaciones detectadas y las acciones emprendidas para su corrección.
En el informe de la Auditoría Externa, recibido el 29 de diciembre de 2017, se detectaron 8 Observaciones y ninguna No Conformidad. Estamos trabajando en el tratamiento de estas Observaciones de acuerdo a lo indicado en el apartado 6 de la NO-11 "Desviaciones: clasificación y tratamiento". Una vez completado este proceso se procederá a enviar la información a ENAC, y si la entidad considera correctas las acciones emprendidas emitirá el informe final confirmando el mantenimiento y ampliación del alcance.
Las técnicas auditadas para valoración la ampliación del alcance han sido: Creatinina en orina, Urea en orina, Glucosa en orina, Ácido Úrico en orina, Proteínas Totales en orina, Albúmina en orina, Ión Sodio en orina, Ión Potasio en orina, Cloruro en orina, Fosfato en orina, Calcio en orina, Magnesio en orina, alfa-Amilasa en orina y Sangre Oculta en Heces.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Un sistema de gestión de la calidad permite dirigir y controlar la calidad de un laboratorio.
El mantenimiento y la ampliación de las técnicas acreditadas es una buena estrategia para mejorar la calidad de los Laboratorios, siendo el resultado final de la acreditación el reconocimiento formal del cumplimiento del Laboratorio de los estándares relativos a los laboratorios clínicos.

7. OBSERVACIONES.
He indicado que la memoria es de seguimiento porque todavía no tenemos el informe final de ENAC en el que se confirme la ampliación y mantenimiento del alcance.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/712 ========== ***

Nº de registro: 0712

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0712

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Título
MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
ESTEVE ALCALDE PATRICIA, GAMERO VILLARROEL CARMEN, ESCOBAR MEDINA ANTONIA, GONZALEZ TARANCON RICARDO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Laboratorio de Bioquímica del Hospital Ernest Lluch se encuentra acreditado según norma ISO 15189 desde el año 2011.
La implantación y funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, supone la necesidad de mejorar continuamente, por tanto el objetivo es el compromiso del Laboratorio de Bioquímica para mantener y ampliar el alcance de la acreditación ISO 15189 mediante un sistema de gestión de calidad normalizado donde los procesos estén perfectamente documentados y actualizados. Para ello se han establecido objetivos e indicadores que permiten medirlos periódicamente mediante un proceso de mejora continua y la detección de errores y riesgos reales y potenciales.

Nuestro plantenamiento es:
- Mantener el alcance acreditado
- Ampliar el alcance de acreditación a las siguientes técnicas:
- Creatinina en orina
- Urea en orina
- Glucosa en orina
- Ácido úrico en orina
- Proteínas Totales en orina
- Albúmina en orina
- Ión sodio en orina
- Ión potasio en orina
- Cloruro en orina
- Fosfato en orina
- Calcio en orina
- Magnesio en orina
- Alfa-amilasa en orina
- Sangre oculta en heces

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir renovar la Acreditación ISO 15189 y ampliar su alcance por un organismo independiente (ENAC), lo cual representa un reconocimiento oficial del prestigio y capacidad técnica del Laboratorio de Bioquímica del Hospital Ernest Lluch para la realización de ensayos físico-químicos y una garantía de la fiabilidad de dichos ensayos de cara a la ciudadanía a cuyo servicio, en el ámbito de la Salud Pública, está el Laboratorio.

MÉTODO
Sistematizar y mejorar la utilización de la información del Sistema de Gestión de Calidad (por ejemplo, informes de auditoría, resultado del seguimiento de objetivos, de indicadores, análisis de incidencias, estudio de no conformidades…) para la mejora continua.

Los puntos que vamos a trabajar para ampliar el alcance de acreditación son:
- Detallar las condiciones preanalíticas que afecten al ensayo de las nuevas pruebas a acreditar: solicitud, preparación previa del paciente, recogida de muestra, transporte de muestra, manipulación de muestra, preparación de muestra, almacenamiento hasta su análisis.
- Verificar y validar de los nuevos procedimientos analíticos a acreditar.
- Elaborar los documentos de los procedimientos analíticos que se precisen.

INDICADORES
% Nuevos ensayos acreditados por ENAC frente a las totales que se van a proponer.
Fórmula: Nº NUEVOS ensayos acreditados por ENAC *100 / Nº ensayos presentados para ampliación del alcance.
Meta: superior al 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0712

1. TÍTULO

MANTENER Y AMPLIAR EL ALCANCE DE ACREDITACION DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Número de NO CONFORMIDADES en la auditoría externa
Meta: inferior a 5

La evaluación se llevaran a efecto por la aplicación del sistema de calidad contemplado en la norma: Auditoria interna, revisión por la direccion y auditoria externa. Prestando especial atención a los indicadores previstos en al acuerdo de gestión del Servicio.

DURACIÓN
Elaborar los documentos de los procedimientos analíticos: Febrero 2017
Verificar y validar de los nuevos procedimientos analíticos a acreditar: Febrero 2017
Auditoria interna: Febrero/abril 2017
Revision por la Direccion: Abril 2017
Auditoria Externa: Octubre/Diciembre 2017
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias interna: Abril-Diciembre 2017.
-Seguimiento y cierre si procede de no conformidades abiertas en auditorias externa:Junio-Diciembre 2017.
-Formación de los profesionales y sesiones de servicio. Marzo 2017.
-Seguimiento y evaluación de indicadores y objetivos planteados: Enero 2018
-Evaluación del Acuerdo de Gestión 2017: Diciembre 2017/Enero 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN)	4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0557

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUDANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR ELMODO DE EXTRACCION

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MUÑOZ PEÑA
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se informó a Atención Primaria y Atención Especializada a través de una nota informativa de las diferentes alternativas respecto al modo de extracción de las muestras de gasometrías en los pacientes ambulatorios a partir del 1 de mayo de 2018. Las indicaciones fueron las siguientes: "El laboratorio del hospital Ernest Lluch ofrece a los pacientes con peticiones analíticas procedentes de Atención Especializada de este mismo hospital y que precisen de extracción hospitalaria únicamente por la muestra de gasometría, la posibilidad de realizarse la extracción en su centro de salud de todas las muestras, excepto la gasometría. La extracción de la muestra de gasometría se llevará a cabo de forma urgente el mismo día de la consulta externa, debiéndose presentar el paciente en el laboratorio del hospital al menos 45 minutos antes de la hora de la citación médica".
Además, cuando en el laboratorio se reciben las peticiones analíticas y las muestras sanguíneas de los pacientes que han optado por realizarse la extracción en el centro de salud (excepto la gasometría), se les localiza telefónicamente para comunicarles y cerciorarnos de que se presencian en el laboratorio el día de la consulta externa 45 minutos antes de ésta para la extracción de la muestra de gasometría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En esta primera memoria de seguimiento, el periodo evaluado es desde el 1 de mayo de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018. En total se ha obtenido un 4.3% de falta muestra de gasometría (indicador), por lo tanto se ha logrado alcanzar el objetivo propuesto (<5%).
Los resultados mensuales obtenidos fueron los siguientes:
- Mayo: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 33 gasometrías, presenciándose únicamente un paciente (3%) sin resultados por falta de muestra; cumpliéndose así el objetivo propuesto.
- Junio: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 38 gasometrías, presenciándose dos pacientes (2.6%) sin resultados por falta de muestra. Por lo tanto, este mes se continua alcanzando el objetivo definido.
- Julio: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 34 gasometrías, presenciándose dos pacientes (5.9%) sin resultados por falta de muestra. Por lo tanto, este mes no se logró alcanzar el objetivo propuesto.
- Agosto: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 35 gasometrías, presenciándose cuatro pacientes (11.4%) sin resultados por falta de muestra. De nuevo, este mes no se logró alcanzar el objetivo propuesto.
- Septiembre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 38 gasometrías, presenciándose un paciente (2.6%) sin resultados por falta de muestra. Este mes se logró alcanzar el objetivo propuesto.
- Octubre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 39 gasometrías, presenciándose un paciente (2.6%) sin resultados por falta de muestra. De nuevo, este mes se alcanzó el objetivo propuesto.
- Noviembre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 32 gasometrías, presenciándose dos pacientes (6.2%) sin resultados por falta de muestra. Este mes, no se logró alcanzar el objetivo propuesto.
- Diciembre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 34 gasometrías, presenciándose el total de pacientes con los resultados. Por lo tanto, se logró alcanzar el objetivo propuesto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto de mejora se logra que prácticamente la totalidad de los pacientes acudan a la consulta externa con la petición analítica completa, evitando así segundas consultas por falta de pruebas complementarias necesarias para conseguir una atención sanitaria eficiente y eficaz. Además, se logra una mejora asistencia ya que a los pacientes se les brinda la oportunidad de elegir el modo de extracción de las muestras de gasometrías.
No obstante, se volverá a informar del proyecto a Atención Primaria y Atención Especializada mediante el reenvío de la nota informativa para intentar lograr un mejor valor del indicador.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0557

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUDANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR ELMODO DE EXTRACCION

*** ========== Resumen del proyecto 2018/557 ========== ***

Nº de registro: 0557

Título
PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

Autores:
MUÑOZ PEÑA CRISTINA, GONZALEZ TARANCON RICARDO, GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS, MALO YAGÜE MARTA, PAJARES BERNAD ISABEL, ESCOBAR RAMON MARIA JESUS, ARTOS LABORDA MARIA DE LOS ANGELES, ETABOUDI SAMIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diversas patologías
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Se ha considerado llevar a cabo este proyecto al detectar la falta de muestras de gasometrías de peticiones de Atención Especializada, cuya extracción del resto de muestras se había realizado en Atención Primaria.
Para realizar una correcta interpretación de los resultados de gases sanguíneos, la extracción de la muestra no puede ser ambulatoria sino hospitalaria; por ello, ante la solicitud de gasometría arterial y/o jeringa venosa deberá remitirse al paciente al hospital para realizar la extracción. Esta situación implica que los pacientes tengan que desplazarse en dos ocasiones al hospital, el día de la extracción y el día de la consulta. Teniendo en cuenta que el análisis de gases debe realizarse inmediatamente a la extracción, y los resultados están disponibles en apenas 15 minutos; consideramos oportuno ofertar a los pacientes la posibilidad de realizar una primera extracción en su centro de salud de todas las muestras excepto la de la gasometría, la cual se llevará a cabo en el laboratorio del hospital el mismo día de la consulta externa.
Con este modo de actuación, el paciente tendrá que desplazarse al hospital una única vez, enorme ventaja principalmente para la población anciana, la cual es mayoritaria en las solicitudes de gasometrías. El posible inconveniente es que serán precisas dos punciones; por ello, el paciente que así lo desee, podrá continuar yendo al hospital, días previos a la consulta, para la extracción de todas las muestras en una única punción.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es garantizar que todos los pacientes de Atención Especializada con solicitud de gasometría sanguínea, se presencien en consulta con los correspondientes resultados.
Además, este objetivo principal se conseguirá a través de una mejora asistencial, al ser los propios pacientes quienes eligen, según sus requerimientos, el modo de extracción de la muestra de gasometría.

MÉTODO
Para lograr los objetivos previstos, el laboratorio ha contactado con los facultativos especialistas de las diferentes especialidades para informar del propósito de la mejora asistencial, acordándose que será preciso la solicitud de los diferentes parámetros determinados en la muestra de gasometría sanguínea en una petición distinta al resto de parámetros que se desee evaluar. Además, se informará a Atención Primaria y Atención Especializada a través de una nota informativa de las siguientes indicaciones: “El laboratorio del hospital Ernest Lluch ofrece a los pacientes con peticiones analíticas procedentes de Atención Especializada de este mismo hospital y que precisen de extracción hospitalaria únicamente por la muestra de gasometría, la posibilidad de realizarse la extracción en su centro de salud de todas las muestras, excepto la gasometría. La extracción de la muestra de gasometría se llevará a cabo de forma urgente el mismo día de la consulta externa, debiéndose presentar el paciente en el laboratorio del hospital al menos 45 minutos antes de la hora de la citación médica”.

INDICADORES
El indicador para monitorizar el proyecto será “Falta muestra de gasometría”. Se contabilizarán y evaluarán mensualmente las muestras de gasometrías procedentes de Atención Especializada que no son extraídas. Se fija como estándar un valor < 5%.

DURACIÓN
Las actividades previstas para conseguir una mejora asistencial y obtener el menos número posible de “falta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0557

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUDANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR ELMODO DE EXTRACCION

muestra de gasometría" de Atención Especializada, serán implantadas por el Responsable de Calidad del laboratorio y por el facultativo especialista responsable de las gasometrías sanguíneas. La fecha prevista para el inicio del proyecto será el 1 de mayo de 2018, siendo indefinida la aplicación de las actividades, siempre y cuando no aparezcan inconvenientes una vez iniciado el desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0558

1. TÍTULO

ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA ESTEVE ALCALDE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN
GONZALEZ TARANCON RICARDO
AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA
SANCHEZ REMACHA BLANCA
SANZ FOIX PERFECTA
GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS
RAMO ORTIZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizamos una reunión entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología en la que se acordó las pruebas funcionales que se iban a incluir en el Protocolo de Pruebas Funcionales del Hospital Ernest Lluch, en concreto 25.
Se ha elaborado el Protocolo de Pruebas Funcionales del Hospital Ernest Lluch en el que se detallan aspectos de organización (lugar de realización, citación, consentimiento informado, equipos,..), el procedimiento de toma de muestra y la explicación detallada de la prueba funcional (tipo de muestras, pruebas a determinar, estímulo, condiciones preanalíticas, procedimiento, condiciones de conservación de las muestras, y las condiciones de conservación y manipulación de la medicación).
Se han preparado los consentimientos informados para cada una de las pruebas funcionales descritas.
Se ha enviado a la Comisión de Calidad el procedimiento para su aprobación y codificación.
Se ha cursado al Comité de Ética del Sector Calatayud la solicitud de aprobación de los consentimientos informados.
El registro de enfermería está pendiente de aprobación por la Comisión de historias.
No se ha realizado la presentación del protocolo al sector porque está en proceso de aprobación y codificación.
Hasta ahora se ha cumplido el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como el proyecto está pendiente de implantación no se han recogido todavía indicadores que informen del impacto de la implantación de este protocolo.
El nuevo espacio habilitado en el Hospital Ernest Lluch para la realización de estas pruebas cumple los requisitos para asegurar la comodidad, privacidad y seguridad del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración del protocolo nos ha permitido revisar en profundidad la organización y la metodología de las pruebas funcionales, lo cuál va a permitir la estandarización en su realización.
El paciente recibirá información adecuada acerca de la prueba funcional mediante instrucciones escritas, para así asegurar su correcta preparación para el procedimiento .

7. OBSERVACIONES.
GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS ya no es personal del SALUD. Me gustaría saber si podemos incluir a un nuevo componente en su lugar.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/558 ========== ***

Nº de registro: 0558

Título
ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
ESTEVE ALCALDE PATRICIA, MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN, GONZALEZ TARANCON RICARDO, AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA, SANCHEZ REMACHA BLANCA, SANZ FOIX PERFECTA, GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS, RAMO ORTIZ MARÍA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0558

1. TÍTULO

ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Seguridad del Paciente

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital Ernest Lluch gestiona la realización de las pruebas funcionales endocrinas, pero no se dispone de un procedimiento que recoja los protocolos de las principales pruebas dinámicas.

La elaboración de un documento consensuado entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología de nuestro hospital facilitará el desarrollo adecuado, sistematizado y estandarizado de las pruebas funcionales endocrinológicas. Entre los puntos a definir en el procedimiento destacar el consentimiento informado o información que se le proporciona al paciente acerca de la prueba, ya que con su implementación garantizaremos que el paciente reciba la información adecuada para valorar la conveniencia de someterse a las intervenciones asistenciales que se le proponen.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es desarrollar un protocolo para la realización y gestión de las pruebas funcionales endocrinológicas realizadas en el Laboratorio del Hospital Ernest Lluch con el fin de mejorar la calidad del proceso y aumentar la seguridad del paciente.
Entre los objetivos secundarios estarían:
• exponer en un documento normalizado los protocolos de las principales pruebas funcionales realizadas en el Laboratorio
• proporcionar información completa sobre las pruebas dinámicas que se realizan en nuestro laboratorio para conseguir una mejor utilización del laboratorio clínico
• lograr una mejor comunicación con los pacientes
• reflejar en un documento oficial la autorización del paciente para someterse al procedimiento diagnóstico

MÉTODO
• Reunión inicial entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología para definir las pruebas funcionales a incluir en el protocolo.
• Elaborar un documento que incluya el fundamento de la prueba, el procedimiento y sus limitaciones.
• Preparar un formulario de información y consentimiento informado para cada prueba funcional recogida en el procedimiento.
• Presentar el Protocolo de Organización de las Pruebas Funcionales en la Unidad de Calidad del Sector.
• Presentar en la Comisión de Historias los modelos de consentimientos informados para su inclusión como documento de la historia clínica.
• Sesión formativa al personal de enfermería del Laboratorio.

INDICADORES
1. Número de pruebas funcionales solicitadas no incluidas en el protocolo
2. Número de pacientes que no presentan el CI en el momento de la extracción
3. Número de pacientes que acuden a realizarse la prueba con preparación insuficiente
4. Problemas en la toma de muestra (no extracción de muestra en el tiempo X de la prueba, no finalización de la prueba por indisposición del paciente,…)

DURACIÓN
- Definir las pruebas funcionales a incluir en el protocolo: segundo trimestre de 2018
- Elaboración del procedimiento de pruebas funcionales: tercer y cuarto trimestre de 2018
- Elaboración del cosentimiento informado: tercer y cuarto trimestre de 2018
- Revisión, aprobación y difusión en el Sector: Primer trimestre de 2019
- Recogida de indicadores y seguimiento: mensualmente desde su implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0279

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MAURICIO MOLODEZKY HORTT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO SALAS REBECA
CARNICERO GIMENO LAURA
ORTIZ ENCISO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas para la elaboración de la nueva hoja de registro anestésico ha sido una búsqueda bibliográfica pormenorizada de la literatura actual, con respecto a los valores a considerar en el intraoperatorio, la estancia en la sala de reanimación, el registro farmacológico y las técnicas realizadas en quirófano.
Se han buscado modelos de registro de hospitales de referencia (HCU Lozano Blesa, HU Miguel Servet y H. Royo Villanova), y se ha preguntado a anestesiólogos de esos hospitales acerca de la idoneidad de su hoja de registro, defectos, errores de forma, puntos positivos y datos que serían necesarios y no forman parte de su registro.
El proyecto no ha podido cumplir los plazos del calendario marcado.
Se ha comunicado a los profesionales de quirófano el proyecto y se ha facilitado un correo de sugerencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado del proyecto se encuentra inacabado, en fase de preparación. ya que se trata de un instrumento muy importante para nuestra actividad profesional, debe quedar perfectamente realizado. Se ha realizado un borrador de la hoja de registro, que debe ser validada por la dirección del centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo valora muy positivamente las actividades realizadas, la búsqueda bibliográfica y la opinión de otros especialistas que desarrollan su actividad profesional en otros centros ha resultado muy eficaz.
Ha quedado pendiente la valoración final de la hoja de registro y su implantación correspondiente en el bloque quirúrgico.
La intención del equipo es la consecución del proyecto cuanto antes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/279 ========== ***

Nº de registro: 0279

Título
ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO

Autores:
MOLODEZKY HORTT MAURICIO, VILLARROEL PINO ENRIQUE, CARNICERO GIMENO LAURA, ORTIZ ENCISO MARTA, ALONSO SALAS REBECA, CORTES FRANCO MARIA TRINIDAD, GARCIA SIMON RAQUEL, SOPESENS GARETA JOSE MARIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes sometidos a actos anestésicos
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Actualización de documento médico-legal.

PROBLEMA
La hoja de anestesia es un instrumento médico legal que se utiliza para registrar todo lo sucedido durante un acto anestésico (técnica, monitorización, medicamentos utilizados, incidencias, observaciones, etc). A día de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0279

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DEL ACTO ANESTESICO

hoy la que contamos en nuestro centro se encuentra desactualizada, ademas de falta de espacio para notas u observaciones y no cuenta con casilleros para información de actos o monitorización que se utilizan en los ultimos tiempos. Sería interesante además unificar en una misma hoja tanto el pre, como el intra y el post operatorio. Para mejorar la calidad de asistencia y disminuir al mínimo posible los errores o eventos adversos que puedan comprometer la seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Revisar los aspectos mejorables en la hoja de registro actual.
2- Unificar la hoja de consulta preoperatoria con la hoja de registro de anestesia (incluyendo el registro en URPA).
3- Diseñar una historia clínica de anestesia actualizada de acuerdo a la normativa actual.
4. Implementar la hoja de de registro de anestesia rediseñada.
5. Evaluar el impacto de los cambios para realizar los ajuste pertinentes.

MÉTODO
Reunión inicial para diagnosticar la situación actual, delegación de tareas para cada punto a mejorar en la historia de registro de anestesia.
Recolección de formatos de historia de registro de anestesia en otros hospitales de la Comunidad de Aragón, para reconocimiento de puntos fuertes que puedan ser adaptados a nuestra hoja de registro.
Elaboración y diagramación de la hoja de registro de anestesia, asignación de un color al papel para su identificación más fácil.
Prueba piloto de la nueva hoja de registro de anestesia por los diversos integrantes del servicio.
Corrección de errores o deficit identificados en la prueba piloto.
Enviar para su evaluación y aprobación por el comité de ética y el comité de seguridad del hospital.
Elaboración de la hoja definitiva de registro de anestesia.

INDICADORES
1- Hoja de recolección de los aspectos mejorables en la hoja de registro actual.
2- Borrador de la hoja de registro de anestesia.
3- Encuesta post piloto para evaluar la satisfacción del personal involucrado.
4- Evaluación con visto bueno por los comité de ética y seguridad del hospital.

DURACIÓN
Primer trimestre de 2017: Reunión y evaluación de la situación actual
Segundo trimestre de 2017: Implementación de la hoja piloto.
Tercer trimestre de 2017: Evaluación de la hoja piloto, diseño de la hoja defintiva.
Fecha de inicio del proyecto: 15 de enero de 2017
Fecha de finalización del proyecto: 10 de diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0332

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA CARNICERO GIMENO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO SALAS REBECA
ORTIZ ENCISO MARTA
JUDEZ LEGARISTI DIEGO
PEREZ PASCUAL LETICIA
MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO
URIARTE PINTO MOISES
JIMENEZ IHUARBEN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron entrevistas con los miembros de anestesia así como supervisora de quirófano y farmacéutico del hospital para decidir los fármacos que debían integrar nuestro pack de Hemorragia Masiva(HM), revisando protocolos de sociedades científicas a nivel nacional y regional. Se decidió incorporar aquellos fármacos que pudieran ser decisivos para evitar o tratar si ya existe una coagulopatía por sangrado. Pese a ser fármacos restringidos consideramos que debían de estar en un lugar cercano a la zona quirúrgica pues la demora en la administración de estos pudiera llegar a ser letal en una caso de HM. Por todo ello, se decidió crear y almacenar el pack de HM en la nevera de la Unidad de Reanimación Post- Anestésica como zona común a todos los quirófanos.
Ete pack está formado por una nevera con dos víales de complejo protrombínico de 500 UI cada uno, Factor VIIr de1,2, y 5 mg, 2 gr de fibrinógeno, 3 viales de ácido tranexámico de 500 mg y 2 viales de vitamina K. Se adjuntó al pack un documento con los objetivos en la reanimación de un paciente con HM y dosificación de estos fármacos en un paciente adulto con peso estándar. En bloque obstétrico se adjuntó al carro de anestesia una copia del Protocolo para el manejo de la hemorragia postparto del grupo de trabajo Interdisciplinario de Aragón.
Se informó por parte de la Supervisora de quirófano al personal de enfermería que tendría que preparar y administrar los fármacos del contenido y lugar de conservación del pack de HM.
Se han llevado a cabo a lo largo del año las revisiones mensuales de caducidades y estado de los fármacos por parte del personal de enfermería de quirófano.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Una vez realizado el pack e informados los profesionales implicados en la utilización de este, se proceden a revisar nuestros objetivos principales para la comprobación de su cumplimiento.
Durante el año 2018 se ha hecho uso de este pack de HM en 4 ocasiones, en concreto 2 hemorragias obstétricas, 1 politraumatizado y 1 sangrado postquirúrgico. Tras el uso del pack se preguntó al anestesista mediante entrevista si consideraba realmente una mejora y un ahorro de tiempo para el tratamiento de la HM siendo el resultado satisfactorio en todas las ocasiones y valorándolo como realmente útil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La HM continua hoy en día teniendo una elevada morbimortalidad en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y obstétricos. El diagnóstico y el tratamiento precoz son fundamentales para evitar y disminuir la morbimortalidad. En un caso de HM se precisa un abordaje multidisciplinar por parte de todos los profesionales implicados tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la hemorragia grave. En el caso de nuestro hospital con recursos materiales y personales limitados el retraso en la administración de productos sanguíneos o fármacos en el tratamiento de la HM puede llegar a ser vital. Es por esto por lo que se debe de facilitar al equipo quirúrgico todas las herramientas posibles para conseguir controlar la hemorragia. Con la realización de este pack,dentro de nuestras posibilidades, consideramos contribuimos a la mejora en el tratamiento del paciente hemorrágico quirúrgico en este hospital comarcal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/332 ========== ***

Nº de registro: 0332

Título
PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0332

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
CARNICERO GIMENO LAURA, ALONSO SALAS REBECA, ORTIZ ENCISO MARTA, JUDEZ LEGARISTI DIEGO, PEREZ PASCUAL LETICIA, MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO, URIARTE PINTO MOISES, JIMENEZ IHUARBEN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: hemorragia perioperatoria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hemorragia masiva (HM), continúa teniendo una elevada morbimortalidad en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y obstétricos. Para mejorar los resultados y disminuir la morbimortalidad relacionada con la HM son imprescindibles un diagnóstico y tratamiento precoz lo que requiere una rápida respuesta por parte del equipo multidisciplinar (anestesiólogos, cirujanos y enfermería) que participan en el proceso. Dentro de las principales causa de mortalidad en la hemorragia masiva perioperatoria está el retraso en la administración de medidas y fármacos para el control de la hemorragia. Son numerosas sociedades(SEDAR, ESA; SEMICYUC,etc…) las que recomiendan la necesidad de implantación y estandarización de protocolos de hemorragia masiva dentro de los cuales se incluyen además del rápido control del sangrado y la rápida administración de componenetes sanguíneos (concentrados de hematíes, plasma fresco congelado y plaquetas), la admisnitración de otra seríe de fármacos que puedan ayudar al control del sangrado y reducir la coagulapatía.
En hospitales con recursos humanos limitados como el nuestro la rápida actuación puede verse demorada lo que supone un aumento de riesgo para el paciente en shock hemorrágico. Es por ello por lo que consideramos fundamental la optimización de los recursos en esa situación crítica.

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificar en un único lugar de almacenamiento todos los fármacos que pudieran ser precisos en el tratamiento de una hemorragia masiva.
- Disminuir el tiempo de demora de administración de estos fármacos ante una situación vital.
-Disminuir el tiempo de búsqueda de fármacos invertido por la persona encargada en proporcionar estos medicamentos al anestesiológo y poder así estar disponible con la mayor brevedad posible para otras funciones requeridas en esta situación vital.

MÉTODO
1.Se realizarán entrevistas-reuniones con los miembros del servicio de Anestesia del hospital, así como con Supervisora de quirófano y responsable de Farmacia del citado hospital para decisión:
- Fármacos imprescindibles en el PACK DE HEMORRAGIA MASIVA.
- Lugar más idóneo de almacenamiento.
2. Se procederá a la realización del Pack con los medicamentos consensuados.
3.Una vez formalizado el PACK se procederá a la difusión de la información por parte de la Supervisora de quirofáno a todo el personal de quirófano.
4. Revisión periódica de los fármacos: caducidades, estado, etc por parte de enfermería.

INDICADORES
- Uso del pack ante una situación de hemorragia dentro de quirófano: SI o NO.
- Valoración por parte del profesional que haya usado el pack de HM mediante entrevista por cualquier miembro del proyecto. En esta entrevista se registrará si realmente considera una mejora la unificación de todos los fármacos en un pack y si cree que ha disminuído el tiempo de demora en la administración de estos productos contribuyendo así a la disminución de las complicaciones de una hemorragia.
- Evaluación mensual del estado y caducidades de los fármacos constituyentes del pack.

DURACIÓN
Consensuación sobre fármacos necesarios en el pack: próximas semanas.
Realización del pack de HM: tan pronto como se hayan decidido los elementos que lo constituirán.
Seguimiento del estado de los fármacos del packK: mensualmente.

La duración del proyecto será indefinida si tras la evaluación se considuera una mejora de actuación ante hemorragia masiva.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0332

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1207

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA ORTIZ ENCISO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARNICERO GIMENO LAURA
ALONSO SALAS REBECA
MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO
JUDEZ LEGARISTI DIEGO
PEREZ PASCUAL LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reunión de miembros del grupo de mejora para realizar el protocolo de acuerdo a las guías de las diferentes sociedades anestésicas
- Sesión general del Hospital para informar a los diferentes servicios quirúrgicos del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido al cambio durante el pasado ejercicio de la mayoría de las plantillas de facultativos de nuestro hospital, el proyecto fue aceptado y recibido con interés, pero ha quedado de momento pendiente de ejecución.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La opción de disminuir el número de pruebas solicitadas en el preoperatorio ha sido recibida con interés por los servicios quirúrgicos, radiología, cardiología y laboratorio; por lo que continuaremos con el proyecto para llevarlo a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1207 ========== ***

Nº de registro: 1207

Título
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Autores:
ORTIZ ENCISO MARTA, CARNICERO GIMENO LAURA, ALONSO SALAS REBECA, MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO, JUDEZ LEGARISTI DIEGO, PEREZ PASCUAL LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología quirúrgica
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La generalización del protocolo preoperatorio para todos los pacientes conlleva la realización innecesaria de muchas pruebas complementarias.
Es necesaria la elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio, de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Española de Anestesiología, adecuado a la edad y comorbilidad el paciente programado para cirugía electiva, con el consiguiente ahorro de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio.
-Alivio de la sobrecarga de los servicios de Cardiología, Laboratorio y Radiología, disminuyendo la lista de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1207

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

espera de estas pruebas, del servicio que los realiza y de los facultativos que los informan.
-Disminuir la yatrogenia sobre el paciente, disminuyendo la realización de pruebas radiológicas innecesarias.

MÉTODO
- Elaboración del protocolo por los miembros del servicio de Anestesiología, de acuerdo a la edad, comorbilidad del paciente tipo de cirugía programada.
- Puesta en común con los responsables de los distintos servicios quirúrgicos del hospital.
- Difusión de manera gráfica y sencilla para facilitar la adherencia al protocolo por los distintos servicios quirúrgicos del hospital.

INDICADORES
- % de disminución del tiempo de espera para la realización de pruebas radiológicas, electrocardiograma y laboratorio.
- % de disminución del número de pruebas solicitadas respecto al ejercicio actual.

DURACIÓN
Junio 2018 a Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0721

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE ..... RICARDO GONZALEZ TARANCON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ FERNANDEZ LETICIA
MUÑOZ PEÑA CRISTINA
URIARTE PINTO MOISES
DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA
SANCHEZ REMACHA BLANCA
SANZ FOIX PERFECTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para el desarrollo del proyecto, se contó, en primer lugar, con la instalación de una nueva versión del autoanalizador (ADAMS HA8180-T de Menarini Diagnostics), en Abril de 2016, como parte de la mejora tecnológica del laboratorio. Este nuevo autoanalizador permite reducir el tiempo de procesado de muestras respecto al antiguo, pasando de 5 minutos a 3 minutos 30 segundos respectivamente.

Para el cálculo de las muestras procesadas en sangre capilar, según el proyecto propuesto, se codificaron nuevas pruebas en el sistema informático del laboratorio que permitían informar el valor de HbA1c realizada en sangre capilar hemolizada de forma inmediata.

Inicialmente se tenía pensado implantar el proyecto a comienzos de Octubre, pero dada las facilidades ofrecidas con la instalación del nuevo autoanalizador, se decidió comenzar a comienzos de Junio, por lo que los resultados que se muestran corresponden al semestre de Junio a Diciembre de 2017.

Se informó y se pactó con los clínicos (especialmente con el servicio de Endocrinología) de la utilidad de esta determinación y de su realización en el laboratorio. Igualmente, a los pacientes, se les informó verbalmente antes de la realización de la prueba y en la entrega de resultados, obteniendo un alto índice de satisfacción con el servicio recibido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el periodo analizado Junio-Diciembre de 2017 se han analizado un total de 40 muestras de HbA1c en sangre capilar, lo que supone una media de 6-7 muestras/mes, y que representan un 0.7% del total de muestras de HbA1c analizadas en el laboratorio en este periodo (6030 muestras). El tiempo de análisis ha sido inferior a 20 minutos en 22 muestras (55%) e inferior a 30 minutos en 34 muestras (85%), por lo que cumplimos el objetivo inicial propuesto (>75% muestras infromadas en un tiempo inferior a 30 minutos). Sólo 6 muestras han superado el tiempo máximo establecido (fijado en 30 minutos), siendo el máximo de 39 minutos. En ningún caso se han recibido quejas ni por parte de pacientes ni de clínicos.

La obtención de los indicadores se ha establecido de manera arbitraria, basado en nuestra experiencia, ya que no existe bibliografía concreta sobre el tema.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos muy positivamente el proyecto, puesto que se han cumplido los objetivos planteados. Se ha ofrecido una nueva prueba en la cartera de servicios del laboratorio que permite obtener una respuesta rápida y fiable en la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar, cubriendo así las necesidades de tiempo de respuesta propuestas por el servicio de Endocrinología.

Por otro lado, esta determinación ha permitido evitar que al paciente se le realicen extracciones venosas innecesarias con los inconvenientes que esto supone, tanto por el desplazamiento como por la molestia que ocasiona la venopunción.

Finalmente, desde el punto de vista de la organización, este proyecto ha conseguido, sin realizar ninguna modificación, nada más que la participación del personal, reducir el gasto, (aproximadamente 5 veces) con respecto a la determinación realizada en los analizadores “Point of Care” de los que se disponía fuera del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/721 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0721

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Nº de registro: 0721

Título
MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Autores:
GAMERO VILLARROEL CARMEN, LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, ESCOBAR MEDINA ANTONIA, GONZALEZ TARANCON RICARDO, DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA, SANZ FOIX PERFECTA, SANCHEZ REMACHA BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hemoglobina glicosilada se realiza a los pacientes con Diabetes Mellitus para el correcto control de su enfermedad. En ocasiones, el paciente acude a la consulta de endocrinología sin el resultado de esta determinación, bien porque no se solicitó con antelación o porque no se realizó la extracción en el tubo adecuado. Por otro lado, los pacientes con Diabetes Mellitus tipo I requieren de un control más estricto, con consultas más frecuentes y como única prueba de laboratorio la hemoglobina glicosilada 3 a 4 veces al año. Ante estas dos situaciones se plantea la posibilidad de disponer de un analizador “Point of Care” en sangre capilar para tener resultados inmediatos, el mismo día de la consulta y evitar que el paciente tenga que acudir a una nueva cita para una venopunción y otra para una nueva consulta lo que conlleva aumento de costes directos e indirectos (pérdida de horas de trabajo, gasto en desplazamientos…). Sin embargo, estos analizadores presentan un mayor coste por prueba y coeficientes de variación más elevados con respecto a los analizadores utilizados en el laboratorio de Análisis Clínicos. La tecnología utilizada en el laboratorio del Hospital Ernest Lluch (HPLC), ofrece la posibilidad de realizar la determinación en sangre capilar, y analizar estas muestras de manera inmediata dentro del ciclo normal de trabajo.
Planteamos por tanto, la posibilidad de realizar la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar ofreciendo un tiempo de respuesta inferior a 20-30 minutos desde que se le realiza la extracción al paciente hasta la emisión del informe. De esta manera, ofrecemos la misma calidad en el análisis a estos pacientes que a aquellos a los que se les realiza la determinación en sangre venosa y a la vez, abaratamos costes.
Es importante destacar que la determinación de Hemoglobina Glicosilada en el laboratorio del Hospital Ernest Lluch, está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). Así mismo, el laboratorio participa en programas de control de calidad externos y cuenta de un personal altamente cualificado. Cuando la técnica se realiza mediante un analizador “point of care” en la misma consulta de endocrinología las garantías de calidad en la determinación son menores.

RESULTADOS ESPERADOS
En primer lugar, ofrecer una respuesta rápida y fiable en la determinación de hemoglobina glicosilada en sangre capilar cubriendo las necesidades de tiempo de respuesta propuestas por el servicio de Endocrinología. En segundo lugar, pretendemos evitar que al paciente se le realicen extracciones venosas innecesarias con los inconvenientes que esto supone, tanto por el desplazamiento como por la venopunción. Y finalmente, la realización de la determinación en nuestro laboratorio es aproximadamente 5 veces más barata que la determinación realizada en analizadores “Point of Care”, lo que supone un ahorro económico directo importante.

MÉTODO
Se utlizará el equipo HA8160 (MENARINI) que permite analizar la fracción HbA1c mediante separación cromatográfica de intercambio catiónico en fase reversa y posterior detección colorimétrica a doble longitud de onda (415 y 500 nm).
El paciente acudirá al laboratorio media hora antes de su cita en la consulta de Endocrinología en el caso de pacientes programados que requieran seguimiento estrecho con varios análisis anuales (DM tipo I o DM tipo 2 en fase de ajuste por mal control metabólico) o se remitirán directamente desde la consulta de Endocrinología en el momento en que se evidencie que no se ha realizado ninguna determinación de A1C en los dos meses previos a dicha consulta y se considera imprescindible dicha determinación para tomar la oportuna decisión clínica. El Enfermero realizará la punción en dedo con lanceta, recogerá la muestra en un capilar o pipeta y la depositará en un tubo con 1000 microlitros de solución hemolizante. En el analizador, la muestra se coloca en posición STAT (posición de urgencia) y se analiza inmediatamente después de la última que se esté procesando. En último lugar, el facultativo valida e imprime el resultado que se entregará en mano al paciente.

INDICADORES
Porcentaje de muestras analizadas en sangre capilar = número de muestras analizadas en sangre capilar /

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0721

1. TÍTULO

MONITORIZACION RAPIDA DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN SANGRE CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

número de muestras totales x 100

Porcentaje de informes emitidos antes de 20 minutos = número de informes emitidos antes de 20 min / número total de informe emitidos x 100. Objetivo > 75%.

Porcentaje de pacientes que manifiestan expresamente algún tipo de descontento con el protocolo sobre el total de pacientes incluidos. De forma cualitativa se anotarán las quejas recibidas para intentar mejorar el proceso. Determinaciones de hemoglobina glicosilada capilar con queja x 100 / Total de determinaciones de hemoglobina glicosilada capilar.

DURACIÓN
Se prevé implantar el proyecto durante el mes de Octubre y realizar el primer análisis a finales de Diciembre para abarcar un periodo de 3 meses. Si la valoración es positiva se pretende tener implantado el proyecto de manera permanente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0389

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE,INTRA Y POATOPERATORIO EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CARMEN JIMENEZ IHUARBEN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBIZU TELLERIA ANA
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE
VALLEJO GUERRERO ASCENSION
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
JIMENEZ CABELLO BELEN
ROMERO VISIEDO JOSE
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES PERIODICAS PARA:
-RECOGER DATOS, INFORMACION Y ELABORACION DEL PRIMER DOCUMENTO
-REVISAR Y VALIDAR TODAS LAS APORTACIONES
-CONSULTAR DATOS Y DUDAS CON OTROS PROFESIONALES
-DIFUSION EN EL HOSPITALDELÑ PROCEDIMIENTO A TRAVES DE LAS SUPERVISORAS DE UNIDADES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE CREA UN PROCEDIMIENTO ESCRITO PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A INTERVENCION QUIRURGICA, INCLUYE CHECK LIST PRE E INTRA QUIRURGICO DEL PACIENTE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROCEDIMIENTO CUESTA IMPLANTARLO POR LA SOBRECARGA DE TRABAJO QUE ELLO SUPONE PARA EL PERSONAL DE PLANTA, PERO SE CONSIGUE GRACIAS AL EMPEÑO DE LAS SUPERVISORAS.
ESTA PENDIENTE DE REVISION LA HOJA FISICA DEL CHEQUEO POR RESULTAR DIFICIL DE COMPLETAR, SE HA BUSCADO ALTERNATIVAS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/389 ========== ***

Nº de registro: 0389

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE, INTRA Y POSTOPERATORIOS EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA

Autores:
JIMENEZ IHUARBEN CARMEN, ALBIZU TELLERIA ANA, MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE, VALLEJO GUERRERO ASCENSION, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, JIMENEZ CABELLO BELEN, ROMERO VISIEDO JOSE, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica programada o de urgencia.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El paciente quirúrgico es aquel que va a someterse, está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica.
Hoy en día, debido a las largas listas de espera, se hace necesaria una rápida preparación y asistencia del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0389

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS PRE,INTRA Y POATOPERATORIO EN CIRUGIA PROGRAMADA Y DE URGENCIA

Paciente antes de su intervención quirúrgica.
Por ello y para obtener la mejor calidad asistencial, sin que se nos escape ningún detalle y que todo esté apunto en el momento de la intervención, se precisa de un buen trabajo de los diferentes equipos de Enfermería que intervienen en este proceso y de una buena protocolización del mismo.
La prevención de las infecciones asociadas a los cuidados de salud así como garantizar la seguridad del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica es una prioridad para los profesionales de los cuidados de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
- Preparar a los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica.
- Identificar las necesidades y garantizar una educación adecuada del paciente.
- Minimizar el riesgo de complicaciones postoperatorias.
- Mejorar y garantizar la atención del paciente y la continuidad de los cuidados durante todo el proceso quirúrgico.

MÉTODO
Este procedimiento lo realizará la comisión de enfermería quirúrgia, para ello habrá reuniones periódicas para:
- recoger de datos, información y elaboración de primer documento.
- revisar y validar todas las aportaciónes.
- Consultar con otros profesionales sobre dudas.
- Difusión en el hospital del procedimiento mediante talleres una vez elaborado

INDICADORES
- Profesionales implicados en el procedimiento a los cuales ha llegado y lo conocen. 100%
- Profesionales que realizan la preparación del paciente quirúrgico siguiendo el procedimiento elaborado: 90%

DURACIÓN
- Elaboración del documento: hasta Marzo 2017
- Difusión del procedimiento: 2º o 3er trimestre 2017
- Evaluación de resultados mediante entrevistas con los responsables de Unidad: 4º trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1131

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCEN MIRAVETE ANA
SENCIANES CARO ROCIO
CATALAN LADRON MARIA LUISA
RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR
GRACIA CABALLERO MARIA CARMEN
ALQUEZAR GARCIA JOSE ANGEL
RODRIGO BLASCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Diciembre de 2016 se elaboró un Protocolo de actuación entre miembros de los servicios de Cardiología y Urgencias para el manejo de los pacientes con dolor torácico en el área de Urgencias. Se estableció un circuito en el que se llevaban a cabo pruebas complementarias de manera precoz, pudiendo decidirse así numerosas altas hospitalarias desde Urgencias, evitando de esta manera ingresos innecesarios. Este circuito de alta resolución estaría vigente de Domingo a Jueves ya que en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud no existe Cardiólogo de guardia. Las pruebas complementarias para la valoración precoz del paciente con dolor torácico comprenden el ecocardiograma transtorácico, la ergometría, el ecocardiograma de estrés físico y ecocardiograma de estrés farmacológico. El cumplimiento del calendario fue correcto ya que las agendas fueron ajustadas para dar cobertura a dichos pacientes a primera hora de la mañana, y dicha reestructuración de agenda se realizó prácticamente desde el planteamiento de la idea piloto. Los recursos empleados para ello fueron los ya presentes en la Unidad de Cardiología: ecocardiógrafo y ergómetro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados del periodo estimado del 1 de Marzo de 2017 al 30 de Septiembre de 2017 fueron los siguientes:
-65 interconsultas realizadas a Cardiología desde Urgencias (20 de ellas con dolor torácico como síntoma principal).
-De esas 20 historias, 3 quedan desechadas: una por duplicidad, una por ausencia de Cardiólogo y una por problemas técnicos con los aparatos.
-De los 17 pacientes restantes se desestima test de provocación de isquemia en 3 de ellos por detectarse valvulopatía significativa.
-De los 14 pacientes restantes se realizan ergometría y/o ecocardiograma de estrés en función de las condiciones de cada paciente. De estos 14 pacientes, sólo en un caso se indica ingreso para tratamiento invasivo por isquemia inducible.
El impacto de la atención como Unidad de Dolor Torácico muestra lo que queda reportado en la bibliografía conocida, que las pruebas funcionales precoces repercuten en una mejor atención con menor necesidad de ingreso hospitalario.
Los datos fueron obtenidos de los registros de la Unidad de Cardiología, el programa informático del servicio de Urgencias (PCH) y las historias clínicas escritas a mano.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las conclusiones a tener en cuenta son:
-La excelente relación entre ambos servicios hospitalarios (Urgencias, Cardiología).
-El marcado carácter beneficioso de una asistencia de calidad y precoz al paciente con dolor torácico, pudiendo evitar ingresos innecesarios y un consumo de recursos exagerado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1131 ========== ***

Nº de registro: 1131

Título
MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
ALAMEDA SERRANO JAVIER, SENCIANES CARO ROCIO, MARCEN MIRAVETE ANA, CATALAN LADRON MARIA LUISA, RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR, HUICI POLO PATXI, VALLEJO RODRIGUEZ CARMEN, GONZALEZ ARIZA BENJAMIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1131

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON DOLOR TORACICO SOSPECHOSO DE ISQUEMICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cardiaca
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
EL DOLOR TORÁCICO CON SOSPECHA DE ORIGEN ISQUEMICO, EXCLUIDO EL CODIGO INFARTO CONSTITUYE UNO DE LOS GRUPOS DE PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE FORMA EXPLICITAMENTE PROTOCOLIZADA PARA OPTIMIZAR RESULTADOS ESTABLECIENDO SISTEMAS DE ALERTA PARA ADECUAR LOS MEDIOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEÚTOCOS. EN EL MOMENTO ACTUAL LA ASISTENCIA SE REALIZA CON OBSERVACIÓN Y SERIACION DE REGISTROS ECG Y MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO. EN EL CASO DE QUE SEAN NEGATIVOS PERO PERSISTA LA SOSPECHA CLINICA SON DADOS DE ALTA PARA CONTROL TEMPRANO EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGIA PARA PROGRAMAR OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

RESULTADOS ESPERADOS
ESTABLECER UN CIRCUITO CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA PARA QUE A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS SE LES REALIZE UNA ERGOMETRIA PREVIA AL ALTA, AL MENOS A LOS ATENDIDOS DE DOMINGO A JUEVES POR LAS CIRCUNSTANCIAS DE NUESTRO CENTRO (DISPONEMOS DE CARDIOLOGO DE LUNES A VIERNES EN HORARIO DE MAÑANA).
CREAR UN CIRCUITO ALTERNATIVO PARA LOS PACIENTES QUE REQUIERAN LA IMPLICACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
OPTIMIZAR LAS AGENDAS DE CARDIOLOGIA.
DISMINUIR EL Nº DE INGRESOS PARA ESTUDIO

MÉTODO
ESTABLECER UN PROTOCOLO DONDE SE INCLUYA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO, CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN, INDICACIONES DE INTRODUCCION O RETIRADA DE FARMACOS, HOJA DE CONSULTA ESTANDARIZADA CON CIRCUITO ESPECIFICO Y DERIVACION REGLADA DE LOS PACIENTES

INDICADORES
% DE PACIENTES DADOS DE ALTA CON ERGOMETRIA REALIZADA > 70
% PACIENTES CON SERIACION REGLADA DE ECG Y MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO > 80

DURACIÓN
REALIZAR PROTOCOLO CONJUNTO ANTES DEL 15 DE FEBRERO
SESION INFORMATIVA-FORMATIVA A LOS MIEMBOS DE LOS SERVICIOS IMPLICADOS EN LA MISMA FECHA
ADECUACIÓN DE LA AGENDA DE PRUEBAS DE CADIOLOGIA EN LA SEGUNDA QUINCENA DE FEBRERO
MEDIDA DE RESULTADOS EN JULIO Y DICIEMBRE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0010

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL ALQUEZAR GARCIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA CABALLERO MARIA CARMEN
MARCEN MIRAVETE ANA
ALAMEDA SERRANO JAVIER
RODRIGO BLASCO MARIA PILAR
RICOTE MOROS ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PRIMER TRIMESTRE de 2018: Actualización en las diversas pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que se realizan en la unidad de Cardiología del Hospital Ernest Lluch con la búsqueda bibliográfica en las diversas revistas biomédicas y protocolos de unidades de Cardiología de diferentes centros hospitalarios de España.
También se realizaron entrevistas con los profesionales de enfermería/personal médico de la unidad para comprobar por qué no se realizan registros de enfermería y cuáles serían los antecedentes personales y médicos que son necesario obtener del paciente, así como la información que es necesaria registrar durante la consecución de la prueba diagnóstica y/o terapéutica. A partir de esto se elaboran 3 borradores diferentes para la realización y registro de enfermería en pruebas de ecografía de estrés farmacológico, pruebas de ecografía transesofágica y cardioversiones eléctricas.
SEGUNDO TRIMESTRE de 2018: Se realizan todas las modificaciones pertinentes de las hojas de registro de enfermería, creando unos documentos adecuadas que son sencillos y rápidos de cumplimentar, con los cuales se facilita al personal la consecución de los cuidados de enfermería a partir de los datos recabados en las entrevistas y búsqueda bibliográfica.
Dichos documentos se presentan para la aprobación por la comisión de historias clínicas y continuidad documental del centro hospitalario.
En este trimestre son aprobadas, se da a conocer a todos los miembros de la unidad mediante una reunión de equipo y se procede a la implantación de las hojas de enfermería en las pruebas de Cardiología.
TERCER TRIMESTRE de 2018: Se siguen utilizando las hojas de registro de enfermería en todas las pruebas especiales que se realizan en la unidad. Reunión de enfermería para resolver dudas.
CUARTO TRIMESTRE de 2018: Se analizan 25 historias de la totalidad de pruebas especiales realizadas en la unidad para la obtención de resultados. Tras ello, se dan a conocer a todos los miembros del equipo y al centro hospitalario.
En la consecución de este proyecto los únicos recursos utilizados son el tiempo material invertido por personal sanitario de la unidad y las copias de los documentos que se adjuntan a cada historia clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha tenido en cuenta el indicador: nº de pacientes observados con registros de enfermería debidamente cumplimentados en su historia clínica / nº de pacientes a los que se les ha realizado pruebas especiales de cardiología tras la implantación de las hojas de enfermería x 100. Por lo que este indicador asciende a 25/25 x 100 = 100%.
Desde que se implantan las hojas de registro hasta finales del año 2018 se realizaron en el servicio de pruebas especiales de cardiología 28 estudios (entre pruebas de ecografía de estrés farmacológico, pruebas de ecografía transesofágica y cardioversiones eléctricas) y de ellas, se analizan 25 historias de diferentes pacientes al azar, estando en todas ellas las hojas de registro de enfermería de la prueba realizada correctamente cumplimentada y archivada.
Con estas hojas de enfermería se ha conseguido estandarizar los cuidados de enfermería en el servicio de pruebas especiales de cardiología del hospital Ernest LLuch, ya que son unas hojas de registro que van guiando al personal para la consecución de los cuidados que son necesarios para estos pacientes.
También en la reunión de enfermería tras la utilización de dicho registro, el 100% del personal de enfermería coincide que facilitan mucho la labor de este colectivo en la realización de estos estudios y a la vez permite un registro de todo lo que se realiza en ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han realizado unas hojas de enfermería que nos han permitido:
Tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
Crear unos registros sencillos y rápidos de cumplimentar y que permitan la recogida de datos de manera objetiva por el profesional de enfermería, siendo éstos, fáciles de interpretar por otros profesionales.
Percibir con facilidad los hallazgos más relevantes del estado actual del paciente.
Documentar de manera precisa los pasos que se han seguido en todo el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, de manera que cualquier integrante del equipo pudiera realizar las pruebas siguiendo los pasos de estas hojas por lo que se ha conseguido estandarizar los cuidados de enfermería en estas situaciones.
Convendría seguir utilizando estas hojas de registro ya que ha habido una mejora y estandarización en la atención presentada los pacientes, ya que estas hojas fueron creadas pensando en todas las necesidades que pudieran tener estos pacientes durante la consecución del procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0010

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

*** ========== Resumen del proyecto 2018/10 ========== ***

Nº de registro: 0010

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
ALQUEZAR GARCIA JOSE ANGEL, GRACIA CABALLERO MARIA CARMEN, MARCEN MIRAVETE ANA, ALAMEDA SERRANO JAVIER, RODRIGO BLASCO MARIA PILAR, RICOTE MOROS ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente con los registros de los cuidados de enfermería.

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad los registros de enfermería tienen una gran importancia en el expediente clínico.
Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que forman parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y la comunidad.
Un buen registro de enfermería constituye un instrumento esencial para obtener la información necesaria del paciente y permite aplicar unos cuidados enfermeros de calidad. A su vez, son documentos legales y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal.
Debido a su inexistencia actualmente y por lo expuesto anteriormente, es necesario elaborar unos registros enfermeros para las diversas pruebas realizadas en la unidad de Cardiología y cubrir la necesidad detectada por parte de los profesionales, de adquirir información del paciente que es necesaria para la realización de éstas. Serán documentos oficiales del hospital donde se registrará la evolución y los cuidados administrados al paciente durante el desarrollo de la prueba.

RESULTADOS ESPERADOS
- Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica, que sean sencillos y rápidos de cumplimentar y que permitan la recogida de datos de manera objetiva por el profesional de enfermería, siendo éstos, fáciles de interpretar por otros profesionales.
- Documentar de manera precisa los pasos que se han seguido en todo el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.
- Estandarizar los cuidados de enfermería en estas situaciones

MÉTODO
1) Actualización en las diversas pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que se realizan en la unidad de Cardiología del Hospital Ernest Lluch con la búsqueda bibliográfica en las diversas revistas biomédicas y protocolos de unidades de Cardiología de diferentes centros hospitalarios de España.
2) Entrevistas con los profesionales de enfermería del servicio para comprobar por qué no se realizan registros de enfermería.
3) Entrevistas con el equipo de la unidad de Cardiología para valorar los antecedentes personales y médicos que son necesario obtener del paciente, así como la información que es necesaria registrar durante la consecución de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
4) Elaboración de hojas de registro adecuadas para las diferentes pruebas que sean sencillas y rápidas de cumplimentar, con las cuales se facilite al personal la consecución de los cuidados de enfermería a partir de los datos recabados en las entrevistas y búsqueda bibliográfica.
5) Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínica y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencia..
6) Implantación de hojas de enfermería en las pruebas de Cardiología.
7) Presentación de los nuevos registros a todo el personal del servicio de Cardiología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0010

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

8) Presentación de resultados posteriores a los profesionales de la Unidad de Cardiología y a la dirección del centro hospitalario tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba especial en el servicio de Cardiología.

INDICADORES
Indicador 1:
Numerador: nº pacientes con registros de enfermería realizados correctamente que se encuentran en su historia clínica.
Denominador: nº de pacientes a los que se les realizan pruebas especiales en cardiología tras la implantación de las hojas de registro de enfermería. Y el resultado de esto por 100.
Estandar: 95-100%
Observaciones: Muestra aleatoria de 25 historias.

Indicador 2:
Entrevista con los profesionales de enfermería para valorar si facilita el trabajo a este profesional y si se estandarizan los cuidados de enfermería aplicados durante las pruebas.

DURACIÓN
Primer Trimestre de 2018: Se realiza búsqueda bibliográfica.
Reuniones con todos los integrantes del equipo de cardiología.
Se realiza primer borrador de Hoja de registro de enfermería.
Segundo Trimestre: Se realiza segundo borrador de la Hoja de registro de enfermería con las modificaciones pertinentes y se presenta a la comisión de historias clínicas y continuidad documental del centro hospitalario.
Se aprueba el uso del nuevo registro, se da a conocer al personal de Cardiología y se implanta.
Tercer trimestre: Se sigue utilizando el nuevo registro.
Cuarto trimestre: Se analiza una muestra al azar de historias clínicas y se adquieren los resultados. Tras ello, se dan a conocer a todo el equipo y al centro hospitalario.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0188

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO
VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN
MARTIN FORTEA PILAR
LAMBAN IBOR ELENA
PALACIN LARROY MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde 2017 se trató de iniciar la implementación de una forma de trabajo en el área de Cardiología en la que la Insuficiencia Cardiaca dispusiera de un papel relevante. Se estableció un circuito en el que el paciente al que se le detectaba Insuficiencia Cardiaca Avanzada, y que era tributario de tratamientos farmacológicos más agresivos, se sometía a ingresos programados. Estos ingresos programados buscaban mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como disminuir la asistencia en Urgencias por episodios de Insuficiencia Cardiaca Aguda. De este modo, los pacientes disminuirían sus visitas al servicio de Urgencias y mejorarían su clase funcional. Durante años la Insuficiencia Cardiaca ha sido un talón de Aquiles para la Cardiología; es por ello por lo que debemos detectar cuales son los pacientes con mayor fragilidad dentro de esta patología y aportarles todas las medidas terapéuticas para su mejoría clínica, subjetiva y objetiva.
El proceso seguido ha estado vigente a lo largo de todo el año 2018, continuando en la actualidad. Los pacientes con sospecha de Insuficiencia Cardiaca eran remitidos como habitualmente a la consulta de Cardiología. Desde allí, o desde un ingreso motivado por un cuadro agudo de Insuficiencia Cardiaca, el paciente era filiado en cuanto a su patología e iniciado el tratamiento. Aquellos pacientes más frágiles, con presiones pulmonares más elevadas y con mayor necesidad de optimización de tratamiento, eran ingresados de forma programada en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE). Con estos ingresos programados de corta estancia se busca mejorar el estado del paciente mediante tratamientos intravenosos con diurético a dosis elevada, inotropos como el levosimendan (que nos ayuda a mejorar las cifras de presión pulmonar)…
Estos ingresos programados en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Hospital Ernest Lluch se llevaban a cabo de lunes a jueves, siempre días en los que la presencia de Cardiólogo le aseguraba un manejo óptimo. Ocasionalmente los ingresos programados se realizaban en viernes por estar de guardia el Cardiólogo y poder ser dado de alta el sábado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A tener en cuenta que se trata de un hospital de menor tamaño en la Comunidad Autónoma; por ello, pocos pacientes son tributarios de manejo en dicha Unidad de Insuficiencia Cardiaca por tratarse de una patología grave, avanzada, en un hospital comarcal (menor población que en un hospital de tercer nivel).
Los resultados del periodo estimado del 1 de Enero de 2018 al 31 de Diciembre de 2018 fueron los siguientes:
-Fueron tratados 5 pacientes en dicha Unidad.
-Uno de los pacientes mejoró significativamente su clase funcional, pasando de grado III a grado I, desapareciendo la hipertensión pulmonar, y pudiendo ser candidato a Transplante Cardiaco. En dicho caso, también se derivó a un hospital de tercer nivel para el implante de un desfibrilador resincronizador como optimización del tratamiento (ya que dicha terapia no puede ser ofrecida en un hospital comarcal).
-Otra paciente tratada presenta una patología valvular irreversible, cuestión que le hacía visitar el servicio de Urgencias cada 15 días. En ella se consiguió pasar varios meses sin ser atendida en Urgencias dada la optimización del tratamiento hasta donde su patología lo permite.
-El resto de paciente fue optimizado de cara a mejoría de su clase funcional o previo a una Cirugía Cardiaca.
-De manera indirecta podemos ver los resultados de una mejor gestión de la Insuficiencia Cardiaca en el área de Calatayud. El manejo holístico y multidisciplinar (Cardiología, Medicina Interna, Urgencias), ayudados por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada, ha conseguido una reducción de los ingresos por Insuficiencia Cardiaca y su estancia media hospitalaria. Los datos disponibles a fecha Febrero de 2019 no comprenden el último trimestre de 2018, puesto que los datos del último trimestre del año se analizan en marzo del año siguiente. Es por ello por lo que haremos las comparaciones teniendo en cuenta los datos de un año completo (de Octubre 2016 a Septiembre 2017, donde no se encontraba vigente de manera óptima la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada; de Octubre 2017 a Septiembre 2018, con vigencia de dicha Unidad):
--Número de ingresos por Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2016 a Septiembre 2017: 154 ingresos.
--Estancia media de Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2016 a Septiembre 2017: 9.16 días.
--Número de ingresos por Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2017 a Septiembre 2018: 140 ingresos.
--Estancia media de Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2017 a Septiembre 2018: 8.53 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-La buena relación y comunicación entre los servicios de Cardiología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y el servicio de Urgencias.
-En el caso de la relación estrecha con Medicina Familiar y Comunitaria, merece especial reconocimiento la Interconsulta Electrónica, que nos acerca de forma virtual al paciente del centro de salud al especialista.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0188

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

-El manejo holístico del paciente con un grupo multidisciplinar, encabezados por el servicio de Cardiología, resuelven para nuestro paciente crónico complejo una mejor valoración y manejo.
-Existe un beneficio clínico en tanto en cuanto los pacientes con un manejo más agresivo de su patología en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca presentan mejores niveles de clase funcional que si no estuvieran tratados en la misma. Así mismo, existe un beneficio en el ámbito de la gestión puesto que gracias a la optimización del paciente las asistencias al servicio de Urgencias disminuyen, reduciéndose la sobrecarga de dicho servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/188 ========== ***

Nº de registro: 0188

Título
UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Autores:
ALAMEDA SERRANO JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN, MARTIN FORTEA PILAR, LAMBAN IBOR ELENA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es bien conocido La Insuficiencia Cardiaca Avanzada es un síndrome clínico que conlleva una elevada morbimortalidad así como un importante deterioro de su calidad de vida y grado funcional.
El estudio PRICE (Prevalencia de insuficiencia cardiaca en España) recoge una prevalencia de insuficiencia cardiaca del 1,3% entre los 45 y los 54 años, del 5,5% entre los 55 y los 64, del 8% entre los 65 y los 75 y del 16,1% entre los mayores de 75. En España, al igual que en otros países industrializados, la insuficiencia cardiaca es la primera causa de hospitalización entre los pacientes mayores de 65 años, llegando a suponer el 3% de todos los ingresos hospitalarios. Se calcula que los gastos derivados de la insuficiencia cardiaca representan entre el 1,5-2% del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud y de éstos la mayor parte, entre el 74-87%, se debe al gasto hospitalario.
Los tratamiento ambulatorios – hospitalización de corta estancia, como la administración intermitente de Levosimendán en pacientes con Insuficiencia Cardiaca Avanzada, muestran un efecto beneficioso sobre biomarcadores (cambios en la con¬centración de NT-proBNP) que marcan la evolución de la enfermedad, lo que conlleva una reducción significativa en el riesgo de hospitalizaciones urgentes por IC. Además resulta un abordaje terapéutico seguro y eficiente.
El Levosimendan tiene un efecto cardioprotector por múltiples factores: la reducción de la precarga y la postcarga mejora el trabajo cardiaco, el incremento del flujo coronario mejora la perfusión de las células cardiacas, la apertura de los canales sensibles a ATP en la mitocondria de las células musculares, protege contra los eventos isquémicos y puede reducir el tamaño del área del infarto, el incremento del flujo de K asociado a la apertura de los canales sensibles a ATP en la mitocondria protege y preserva la función mitocondrial (a través de la normalización de la matriz mitocondrial y del volumen del espacio intermembrana en situaciones de estrés como isquemia o reperfusión).

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es mejorar el manejo de pacientes con Insuficiencia Cardiaca Avanzada, con un seguimiento más estrecho, y administración de manera ambulatoria o con ingresos de corta estancia de medicación específica para mejorar su evolución clínica.
La finalidad es mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes en una patología tan prevalente como la IC, así como reducir el número de reingresos urgentes por disnea secundaria a IC. En este contexto, se entregarán cuestionarios de valoración de calidad de Vida (cuestionario SF-36) para tratar de cuantificar de forma objetiva la mejoría clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0188

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Otro objetivo importante es la adecuación del paciente previa a una Cirugía Cardiaca, mejorando así el pronóstico de cara a la cirugía y postoperatorio.

MÉTODO
Elaboración de un protocolo de actuación en el manejo de los pacientes ambulatorios de Insuficiencia Cardiaca. Ingresos programados de corta estancia y/o tratamiento ambulatorios para la optimización del paciente con IC. El paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) y/o sillones de IC. Se le aportan tratamiento intravenosos con controles estrictos de peso, diuresis y analíticos.
Formación al personal de enfermería con respecto al control y tratamiento en el área de la IC, así como el uso de fármacos específicos.

INDICADORES
-Reingresos urgentes por Insuficiencia Cardiaca Aguda en el año siguiente / Pacientes incluidos en la Unidad de IC.

-Entrega de cuestionario de Salud SF-36 / Pacientes incluidos en la Unidad de IC.

DURACIÓN
-Duración: Indefinida.
-Manejo estrecho del paciente con IC avanzada durante todo el año 2018 y en adelante.
-Evaluación de pacientes tratados en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca: Enero-Febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0112

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DEL PAQCIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTIN MARTINEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLEJO GUERRERO ASCENSION
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR
ALBIZU TELLERIA ANA ARANZAZU
JIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
JIMENEZ CABELLO BELEN
ROMERO VISIEDO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1- Reuniones mantenidas de la comisión de enfermería quirúrgica para realizar búsqueda de bibliografia, reparto de tareas, revisión de documentación vigente y elaboración de un borrador del documento.

2- Revisión del procedimiento por el servicio de neumología del hospital.

3- Aprobación y difusión del procedimiento mediante sesiones de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Existe un documento en todas las unidades del hospital sobre "cuidados de enfermería en el paciente portador de un
drenaje torácico"
- Proximamente se realizará una sesión informativa.

- Nº de profesionales que asisten a la sesión de enfermería impartida en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Elaborar un procedimiento para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas en el uso y manejo del derenaje torácico cerrado y poder proporcionar al paciente los cuidados adecuados:

- Reforzar conocimientos sobre el uso y manejo adecuados del drenaje en planta.

- Prevenir complicaciones

- Resolver principales problemas

- Dar a conocer los cuidados de enfermería

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/112 ========== ***

Nº de registro: 0112

Título
MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Autores:
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE, VALLEJO GUERRERO ASCENSION, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR, ALBIZU TELLERIA ANA ARANZAZU, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, JIMENEZ IHUARBEN CARMEN, JIMÉNEZ CABELLO BELEN, ROMERO VISIEDO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0112

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DEL PAQCIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En el momento del manejo del drenaje torácico se ha observado que el personal no está lo suficientemente instruido sobre la forma de manipular el sistema de drenaje. Debido a la importancia que tiene el manejo de este sistema, se espera que con la elaboración de este procedimiento se le dé importancia a la necesidad de fortalecer el conocimiento del personal de enfermería sobre este tema, lo cual impulsará un proceso de gestión de autocuidado en el manejo del paciente y favorecerá una atención de calidad, asegurando las dimensiones de continuidad y eficacia.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un procedimiento para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas en el uso y manejo del derenaje torácico cerrado y poder proporcionar al paciente los cuidados adecuados:
- Reforzar conocimientos sobre el uso y manejo adecuados del drenaje en planta.
- Prevenir complicaciones
- Resolver principales problemas
- Dar a conocer los cuidados de enfermería

MÉTODO
1- Reuniones mantenidas de la comisión de enfermería quirúrgica para realizar búsqueda de bibliografia, reparto de tareas, revisión de documentación vigente y elaboración de un borrador del documento.
2- Revisión del procedimiento por el servicio de neumología del hospital.
3- Aprobación y difusión del procedimiento mediante sesiones de enfermería.

INDICADORES
- Existe un documento en todas las unidades del hospital sobre "cuidados de enfermería en el paciente portador de un drenaje torácico"
- Nº de profesionales que asisten a la sesión de enfermería impartida en el hospital.

DURACIÓN
- Primer trimestre 2018: elaboración del documento
- Segundo trimestre 2018: revisión y aprobación del procedimiento
- Tercer trimestre 2018: difusión mediante sesión de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0988

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JESSICA PALACIO BARRABES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ AYESA TERESA
MUÑOZ CIFUENTES PABLO
MINGUEZ LASSA MARIA DE LOS ANGELES
DE LA FLOR MARIN MARIO
TORRA CUIXART MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboró un protocolo de manejo de la lumbalgia con la aceptación de los servicios hospitalarios implicados. Sin embargo se retrasó su presentación en los Centros de Salud dependientes dados los diversos cambios en la plantilla de los profesionales involucrados. Finalmente no se llegó a presentar el protocolo como tal de manera oficial ya que se implantó el sistema de interconsulta virtual. Debido a este nuevo sistema de comunicación directa con los facultativos de Atención Primaria decidimos adaptar el protocolo inicialmente creado, valorando de manera individual cada uno de los casos presentados.
Las vías terapéuticas se han mantenido la mayor parte de las veces: ante la existencia de episodios autolimitados (menos de 6 semanas de dolor mecánico) más o menos frecuentes y sin signos de alerta ni clínica neurológica limitante los pacientes recibieron una pauta analgésica ajustada y la posibilidad de valoración por parte del Servicio de Rehabilitación y/o Reumatología. En caso contrario (más de 6 semanas de lumbociatalgia no controlada con medicación, "red flags" y/o clínica neurológica limitante estable) además de la pauta analgésica ya comentada se les amplió el estudio mediante radiografía lumbosacra y/o RMN, valorando posteriormente al paciente en nuestra consulta para determinar la necesidad o no de derivación a Neurocirugía.
Cabe destacar que dentro de este circuito de consulta no entran los pacientes con clínica neurológica progresiva ya que por sus características concretas suelen ser valorados a través del Servicio de Urgencias y desde ahí ya pasan directamente a nuestro cargo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Gracias a la consulta virtual tras la valoración inicial y telemática del caso recibimos al paciente la gran mayoría de las veces con una pauta analgésica efectiva y las pruebas de imagen ya realizadas en los casos oportunos. Además hemos conseguido acortar los tiempos entre la petición de valoración y la primera visita presencial, con una demora máxima aproximada de mes y medio. Esto ha sido en parte gracias a la comunicación a través interconsulta virtual pero no hubiera sido posible de no haber conseguido completar la plantilla de traumatólogos.
Como ya se ha comentado, una parte de los pacientes no ha necesitado valoración en nuestra consulta, beneficiándose de una valoración por parte del Sº de Medicina Física y Rehabilitación y/o Reumatología, al no presentar signos ni clínica de riesgo.
También hemos conseguido ajustar tanto el número de radiografías lumbosacras y resonancias solicitadas respecto a periodos previos, asentando mejor su indicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a las mejoras obtenidas ha disminuido el volumen de pacientes derivados a la consulta de Traumatología por esta patología, lo que representa un beneficio directo para el paciente ya que por una parte la mayoría de ellos son tratados de manera más rápida y directa sin necesidad de pasar por nuestra consulta para una derivación a otra especialidad o para la simple solicitud de pruebas. Por otro lado los pacientes que por sus características nos son remitidos tienen menos demora y están mucho más filtrados y dirigidos para discernir entre una simple resonancia positiva y un paciente con resonancia positiva en la que además confluyen una clínica neurológica y/o una clínica mal controlada por medidas de tratamiento conservador. Éstos últimos serán los candidatos a derivación a Neurocirugía.
Seguiremos manteniendo este modelo de atención. Indudablemente la interconsulta virtual es una herramienta eficaz de comunicación, pero su buen funcionamiento sería impensable sin la colaboración tanto de los profesionales de Atención Primaria (mediante unas consultas en las cuales nos expongan unas exploraciones completas y pautas analgésicas consensuadas) y de toda la plantilla de Traumatología (dispuesta a entablar una comunicación activa).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/988 ========== ***

Nº de registro: 0988

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0988

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

Autores:
PALACIO BARRABES JESSICA, DOMINGUEZ AYESA TERESA, VILLALBA LOMBARTE ERIKA, MUÑOZ CIFUENTES PABLO, RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR, MINGUEZ LASSA MARIA DE LOS ANGELES, DE LA FLOR MARIN MARIO, TORRA CUIXART MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La lumbalgia o dolor lumbar es el cuadro clínico consistente en dolor, tensión muscular o rigidez localizado en la región lumbosacra, acompañado o no de dolor referido o irradiado en pierna (ciática), asociado habitualmente a limitación dolorosa de la movilidad y que en la mayoría de los casos, tiene carácter inespecífico, presentando características mecánicas.

Supone un problema sociosanitario muy común ya que se considera el segundo motivo de consulta médica en Atención Primaria y la primera causa de incapacidad laboral en menores de 45 años en los países industrializados. El 80% de la población padecerá dolor lumbar en algún momento de su vida.

Sin embargo existe una gran variabilidad en el proceso de atención a estos pacientes, lo que ocasiona problemas tanto en los circuitos asistenciales que siguen, como en la utilización de los diferentes dispositivos y recursos asistenciales, como en los resultados y la calidad asistencial final que reciben los enfermos.

Existen múltiples clasificaciones. Centrándonos en la etiología, la gran mayoría son inespecíficas (85%), de buen pronóstico y evolución autolimitada aunque recidivante.
Sin embargo, un 15% se consideran específicas, relacionadas con una enfermedad sistémica. Para identificarlas correctamente, es necesario conocer la existencia de ciertos signos y síntomas de sospecha o alarma (“red flags”) que pueden orientar el diagnóstico.

Otro aspecto importante es descubrir factores psicosociales de mal pronóstico funcional (“yellow flags”). Esto unido a una evaluación periódica del paciente para objetivar la ausencia de factores biológicos de sospecha, tranquilizarlo y negociar un regreso precoz a su actividad normal es la mejor manera de prevenir una evolución crónica.

Con este protocolo se pretende unificar la atención a estos pacientes, buscando la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental será mejorar la calidad asistencial que reciben estos enfermos, así como propiciar un uso más óptimo y racional de los recursos disponibles, definiendo de forma consensuada entre los diferentes niveles asistenciales y especialidades médicas implicadas los circuitos básicos para la atención y derivación de los pacientes con lumbalgia en el Sector Calatayud.

Otro de los objetivos es disminuir las derivaciones a la consulta de Traumatología como simple trámite para la solicitud de pruebas de imagen (resonancia magnética nuclear) para su posterior derivación a Neurocirugía en caso de patología subyacente.

MÉTODO
Creación un protocolo de manejo de la lumbalgia gracias al cual los pacientes verán acortados los tiempos de valoración, resultando en una atención más eficaz. Presentación del protocolo en los centro de salud con la ayuda de los coordinadores de los mismos. Aprobación del protocolo por parte de todos los miembros del mismo, del Hospital y de acuerdo con los coordinadores de los centros de salud incluidos en el área de Calatayud. Desarrollo de la estrategia acordada y valoración de los resultados clínicos y asistenciales obtenidos.

INDICADORES
a) Proporción de enfermos con lumbalgia derivados a Atención Especializada (COT, RHB y Reumatología) respecto del total valorados por lumbalgia en consulta de Atención Primaria (AP).
b) Proporción enfermos derivados a Neurocirugía desde AP que requieren tratamiento quirúrgico tras un año de implantación del protocolo.
c) Proporción de pacientes atendidos por lumbagia en AP que han necesitado atención en Urgencias por el mismo motivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0988

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION A LA LUMBALGIA EN EL SECTOR CALATAYUD

d) Número de resonancias solicitadas una vez instaurado el protocolo respecto años anteriores.
e) Proporción de resonancias con diagnóstico positivo respecto al total de las solicitadas.
f) Número total de solicitudes de radiografía simple de columna lumbosacra en pacientes con lumbalgia sin traumatismo previo.
Apartados a) c) y f): Comparación entre el último año y tras el año de implantación del protocolo.

DURACIÓN
Presentación del protocolo en los servicios hospitalarios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología y Urgencias; así como en los centros de salud incluidos en el mismo, en un mes desde la fecha. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del protocolo y valoración inicial de su funcionamiento a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al finalizar un año de su implantación, presentar datos, índice de actividad y calidad en Sesión Clínica del Servicio y en la Comisión de Calidad.

OBSERVACIONES
No son necesarias.

Valoración de otros apartados

```
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 3 Bastante

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN DE JUAN CEBOLLADA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL
LOZANO GUERRERO SARA
DOMINGUEZ SANZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño de una hoja Word en la que registramos los siguientes datos:
Identificación de paciente
Diagnóstico y fecha de intervención
Cifras de hemoglobina y hematocrito al ingreso
Complicaciones en la intervención
Colocación de recuperador
Cantidad transfundida e incidencias del mismo
Evolución apósito quirúrgico
¿Precisa transfusión de hematíes?¿Cuántos?
Cifras de hemoglobina y hematocrito al alta
Pautado tratamiento con hierro al alta

Cumplimiento de calendario marcado.Enero 2018/Enero 2019

Recursos empleados:
Historia clínica(datos de laboratorio,gráfica de enfermería)
Recursos materiales : Adquisición de equipos de recuperadores sanguíneos
Bolsas de drenaje
Acciones Realizadas:
Actividades formativas dentro del equipo multidisciplinar intrahospitalarias.
Al ingreso del paciente se abre hoja de evaluación de recuperadores,indicando diagnóstico y fecha de intervención quirúrgica.Así como cifras de hemoglobina y hematocrito que se consultan en la historia clínica
Al regreso de quirófano,anotamos la cantidad que se le transfunde en las primeras seis horas postoperatorias.
Finalizada la transfusión se cumplimenta hoja de seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un 99.71 % de pacientes intervenidos quirúrgicamente que se han beneficiado de esta medida de ahorro,no han precisado recibir transfusión de hematíes posteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido el objetivo de disminuir los posibles riesgos para la salud del receptor,disminuyendo en la medida de lo posible el número de transfusiones.
Consiguiendo un descenso en la utilización de sangre que debido a la escasez de donaciones, así como el elevado coste de la misma supone una medida de ahorro importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/178 ========== ***

Nº de registro: 0178

Título
MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

Autores:
DE JUAN CEBOLLADA CARMEN, RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL, LOZANO GUERRERO SARA, DOMINGUEZ SANZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En las intervenciones de COT (cirugía ortopédica traumatológica), una de las medidas de ahorro de sangre consistiría en la trasfusión autologa mediante el denominado recuperador sanguíneo, método utilizado cuando se prevee una importante pérdida de sangre.
Existen una serie de factores como son:
- la escasez de donaciones
- elevado coste del procedimiento

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir los posibles riesgos para la salud del receptor que han originado la promoción de diversas medidas de ahorro de sangre para así disminuir en la medida de lo posible el número de trasfusiones.
Los pacientes a los que va dirigida este procedimiento son aquellos a los que se les va a intervenir de prótesis total de rodilla, prótesis total de cadera y recambios.

MÉTODO
Realización de sesiones formativas al equipo multidisciplinar en la unidad de traumatología y en quirófano.
Adquisición de equipos de recuperadores sanguineos específicos para este tipo de trasfusiones.

INDICADORES
1. % de pacientes intervenidos de prótesis de cadera, rodilla o recambio a los que se les ha aplicado dicha trasfusión.
Fórmula:
Numerador: nº de pacientes intervenidos de protesis de cadera, rodilla o recambio a los que se les ha aplicado la trasfusión
Denominador: nº total de pacientes intervenidos de protesis de cadera, rodilla o recambio.
Estandar: 85-100%
2. Todo el personal de enfermería de la unidad conoce y maneja el procedimiento.

Observaciones: datos obtenidos por muestreo de 25 historias y a través de entrevistas al personal de la unidad.

DURACIÓN
- Primer trimestre 2018: sesiones formativas del equipo multidisciplinar intrahospitalarias.
- Segundo trimestre 2018: implantación del procedimiento y puesta en marcha
- Tercer trimestre 2018: Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN MARTINEZ TOMEY
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO MUÑOZ ELENA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
MORENO RUIZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración conjunta por parte del personal del servicio de endoscopias de una hoja de enfermería que registre los datos relacionados con el paciente y el procedimiento endoscópico (terapeútica, sedación…)
2. Difusión e implementación del nuevo documento de registro en el servicio de endoscopias.
3. Cumplimentación por parte del personal de enfermería de la hoja de registro en cada exploración endoscópica y firma por parte del médico y DUE responsables.
4. Archivar en la historia clínica del paciente la hoja de registro de enfermería, junto con el consentimiento informado, solicitud de la exploración e informe de la prueba endoscópica realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Correcta cumplimentación de las hojas de registro de enfermería incluidas en la historia clínica de los pacientes (96%)
- Hoja de registro de enfermería firmada por el médico responsable de la exploración (92%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Los resultados obtenidos en la evaluación alcanzan los objetivos propuestos.
- La hoja de registro mejora la comunicación entre la unidad de endoscopias y el resto de servicios del hospital.
- El registro mejora la seguridad del paciente.
- Constancia en la historia clínica de la prescripción médica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/210 ========== ***

Nº de registro: 0210

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, SANCHO MUÑOZ ELENA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, MORENO RUIZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente que precisa prueba endoscopica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

PROBLEMA
Debido a la ausencia de un registro de enfermería en las pruebas endoscópicas es necesaria su elaboración, para adquirir información del paciente, reflejar la terapéutica realizada y la medicación administrada durante la misma.
Este registro servirá como orden médica escrita de la medicación suministrada al paciente, ya que hasta ahora, durante la prueba la orden es verbal.

RESULTADOS ESPERADOS
-Elaborar registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
-Documentar de manera precisa la atención de enfermería prestada y la terapéutica realizada.
-Dejar constancia en la historia clínica de la medicación administrada al paciente durante la prueba, firmada la dosis por el medico responsable de la misma y las posibles complicaciones o incidencias.

MÉTODO
1 .Entrevistas con el equipo de la unidad de endoscopias para valorar la información que es necesario obtener del paciente, así como la que terapéutica que se va a registrar.
2. Elaboración de hojas de registro para las diferentes pruebas endoscopicas, que sean sencillas y rápidas de cumplimentar.
3. Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínicas y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencial.
4. .Difusión del nuevo registro a todo el personal de la unidad.
5. Implantación de la hoja de registro de enfermería en la unidad.
6. Presentación de resultados a los profesionales de la unidad de endoscopias y a la dirección del centro hospitalario, tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba en la unidad, tras la implantación del nuevo registro.

INDICADORES
Indicador1: Porcentaje de pacientes a los que se realiza prueba diagnóstica en endoscopias que presentan registro enfermero correctamente cumplimentado.

Numerador: número de pacientes con registros correctamente cumplimentados por parte de enfermería que encuentren en la historia clínica.
Denominador: número de pacientes a los que se ha realizado prueba endoscópica tras la implantación de las hojas de registro. Resultado por 100.
Estandar: 95-100%
Observaciones: Muestra de 25 historias.

Indicador2: Porcentaje de registros enfermeros con firma del facultativo responsable de la prueba.

Numerador: número de registros de enfermería firmados por el facultativo responsable de la prueba.
Denominador: número de pacientes con registro de enfermería realizado. Resultado por 100.
Estándar: Mayor de 90%.
Observaciones. Muestra aleatoria de 25 historias.

DURACIÓN
Primer trimestre 2018: Entrevista con los integrantes de la unidad de endoscopias.
Realización de borrador de la hoja de registro y modificaciones necesarias.
Segundo trimestre 2018: Se aprueba el uso del nuevo registro y se presenta en comisión de historias clínicas.
Tercer trimestre 2018: Se comienza a utilizar el nuevo registro.
Cuarto trimestre2018: Se realiza muestreo de 25 historias aleatorias y se valoran indicadores. Se comunican resultados al personal de la unidad y al centro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN MARTINEZ TOMEY
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO MUÑOZ ELENA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
MORENO RUIZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración conjunta por parte del personal del servicio de endoscopias de una hoja de enfermería que registre los datos relacionados con el paciente y el procedimiento endoscópico (terapeútica,sedación…)

2. Difusión e implementación del nuevo documento de registro en el servicio de endoscopias.

3. Cumplimentación por parte del personal de enfermería de la hoja de registro en cada exploración endoscópica y firma por parte del médico y DUE responsables.

4. Archivar en la historia clínica del paciente la hoja de registro de enfermería, junto con el consentimiento informado, solicitud de la exploración e informe de la prueba endoscópica realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Correcta cumplimentación de las hojas de registro de enfermería incluidas en la historia clínica de los pacientes (96%)

Hoja de registro de enfermería firmada por el médico responsable de la exploración (92%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Los resultados obtenidos en la evaluación alcanzan los objetivos propuestos.

- La hoja de registro mejora la comunicación entre la unidad de endoscopias y el resto de servicios del hospital.

- El registro mejora la seguridad del paciente.

- Constancia en la historia clínica de la prescripción médica.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/210 ========== ***

Nº de registro: 0210

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, SANCHO MUÑOZ ELENA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, MORENO RUIZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente que precisa prueba endoscopica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la ausencia de un registro de enfermería en las pruebas endoscópicas es necesaria su elaboración, para adquirir información del paciente, reflejar la terapéutica realizada y la medicación administrada durante la misma.
Este registro servirá como orden médica escrita de la medicación suministrada al paciente, ya que hasta ahora, durante la prueba la orden es verbal.

RESULTADOS ESPERADOS
-Elaborar registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
-Documentar de manera precisa la atención de enfermería prestada y la terapéutica realizada.
-Dejar constancia en la historia clínica de la medicación administrada al paciente durante la prueba, firmada la dosis por el medico responsable de la misma y las posibles complicaciones o incidencias.

MÉTODO
1 .Entrevistas con el equipo de la unidad de endoscopias para valorar la información que es necesario obtener del paciente, así como la que terapéutica que se va a registrar.
2. Elaboración de hojas de registro para las diferentes pruebas endoscopicas, que sean sencillas y rápidas de cumplimentar.
3. Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínicas y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencial.
4. .Difusión del nuevo registro a todo el personal de la unidad.
5. Implantación de la hoja de registro de enfermería en la unidad.
6. Presentación de resultados a los profesionales de la unidad de endoscopias y a la dirección del centro hospitalario, tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba en la unidad, tras la implantación del nuevo registro.

INDICADORES
Indicador1: Porcentaje de pacientes a los que se realiza prueba diagnóstica en endoscopias que presentan registro enfermero correctamente cumplimentado.

Numerador: número de pacientes con registros correctamente cumplimentados por parte de enfermería que encuentren en la historia clínica.
Denominador: número de pacientes a los que se ha realizado prueba endoscópica tras la implantación de las hojas de registro. Resultado por 100.
Estandar: 95-100%
Observaciones: Muestra de 25 historias.

Indicador2: Porcentaje de registros enfermeros con firma del facultativo responsable de la prueba.

Numerador: número de registros de enfermería firmados por el facultativo responsable de la prueba.
Denominador: número de pacientes con registro de enfermería realizado. Resultado por 100.
Estándar: Mayor de 90%.
Observaciones. Muestra aleatoria de 25 historias.

DURACIÓN
Primer trimestre 2018: Entrevista con los integrantes de la unidad de endoscopias.
Realización de borrador de la hoja de registro y modificaciones necesarias.
Segundo trimestre 2018: Se aprueba el uso del nuevo registro y se presenta en comisión de historias clínicas.
Tercer trimestre 2018: Se comienza a utilizar el nuevo registro.
Cuarto trimestre2018: Se realiza muestreo de 25 historias aleatorias y se valoran indicadores. Se comunican resultados al personal de la unidad y al centro.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DELPROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA SANCHO MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MORENO RUIZ MARTA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración del procedimiento para la realización del test del aliento
- Reuniones con el servicio de laboratorio para gestionar el proceso de recepción y análisis de la muestra
- Difusión al personal de la unidad y reunión informativa con el personal de Atención Primaria
- Inclusión en la Intranet del sector

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Preparación corrrecta de los pacientes que acuden a realizarse el test del aliento: 96%
- Resultado de la prueba en Historia Clínica Electrónica en 24-48 horas: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Disminución de la demora en la citación del test del aliento
- Mejora en la preparación del paciente debido a una adecuada información previa a la realización del test por lo que se evita citaciones repetidas y resultados falsamente negativos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/953 ========== ***

Nº de registro: 0953

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MORENO RUIZ MARTA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por Helicobacter Pylori, un tipo de bacteria, es la causa más frecuente de gastritis y de úlcera gastroduodenal en todo el mundo, y se relaciona también con el cancer gástrico y linfoma gástrico tipo MALT, aunque este tipo de enfermedades son más infrecuentes. La infección es muy común y aumenta con la edad, a los 60 años alrededor del 50% de las personas están infectadas.
El test de aliento es el método más sensible para detectar la presencia de Helicobacter Pylori, con una fiabilidad de aproximadamente 97-98%, siendo muy superior a la de cualquier otro método, incluida la biopsia gástrica, y también el más fiable para comprobar la erradicación tras el tratamiento. Es un test sencillo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DELPROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

rápido, económico y exento de riesgos, pero que requiere de una preparación por parte del paciente, para evitar falsos negativos y una correcta realización por parte de enfermería, para evitar falsos positivos.
Hasta ahora el test se realizaba en nuestro hospital pero el análisis del mismo se llevaba a cabo en el HCU, precisando de entre 15-30 dias para el resultado. A partir de ahora se analiza en nuestro laboratorio y el resultado esta presente en la HCE en 2-3 dias.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución del tiempo de espera del resultado, lo que conlleva un diagnóstico de la infección y tratamiento más rápido.
Correcta preparación del paciente y cumplimiento del procedimiento por parte de enfermería, para evitar falsos positivos y negativos.
Disminución de la demora para la realización de la prueba, debido a que el paciente que acude mal preparado debe volver a citarse.

MÉTODO
Aprobación del documento definitivo: Procedimiento para la realización del test de aliento(Test de ureasa).
Difusión del procedimiento: Intranet del hospital, reuniones informativas con personal de la Unidad y Atención Primaria.

INDICADORES
Número de pacientes a los que se realiza test de aliento cuyo resultado se puede consultar en 2-3 días en HCE.
Número de pacientes a los que no se puede realizar test de aliento por incumplimiento de la preparación.

DURACIÓN
Implantación y difusión: 2º y 3º trimestre de 2018.
Evaluación de resultados: 4º trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DELPROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA SANCHO MUÑOZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MORENO RUIZ MARTA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración del procedimiento para la realización del test del aliento.
- Reuniones con el servicio de laboratorio para gestionar el proceso de recepción y análisis de la muestra.
- Difusión al personal de la unidad y reunión informativa con el personal de Atención Primaria.
- Inclusión en la Intranet del sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Preparación corrrecta de los pacientes que acuden a realizarse el test del aliento: 96%
- Resultado de la prueba en Historia Clínica Electrónica en 24-48 horas: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Disminución de la demora en la citación del test del aliento.
- Mejora en la preparación del paciente debido a una adecuada información previa a la realización del test por lo que se evita citaciones repetidas y resultados falsamente negativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/953 ========== ***

Nº de registro: 0953

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MORENO RUIZ MARTA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por Helicobacter Pylori, un tipo de bacteria, es la causa más frecuente de gastritis y de úlcera gastroduodenal en todo el mundo, y se relaciona también con el cancer gástrico y linfoma gástrico tipo MALT, aunque este tipo de enfermedades son más infrecuentes. La infección es muy común y aumenta con la edad, a los 60 años alrededor del 50% de las personas están infectadas.
El test de aliento es el método más sensible para detectar la presencia de Helicobacter Pylori, con una fiabilidad de aproximadamente 97-98%, siendo muy superior a la de cualquier otro método, incluida la biopsia gástrica, y también el más fiable para comprobar la erradicación tras el tratamiento. Es un test sencillo, rápido, económico y exento de riesgos, pero que requiere de una preparación por parte del paciente, para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DELPROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

evitar falsos negativos y una correcta realización por parte de enfermería, para evitar falsos positivos.
Hasta ahora el test se realizaba en nuestro hospital pero el análisis del mismo se llevaba a cabo en el HCU, precisando de entre 15-30 dias para el resultado. A partir de ahora se analiza en nuestro laboratorio y el resultado esta presente en la HCE en 2-3 dias.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminución del tiempo de espera del resultado, lo que conlleva un diagnóstico de la infección y tratamiento más rápido.
Correcta preparación del paciente y cumplimiento del procedimiento por parte de enfermería, para evitar falsos positivos y negativos.
Disminución de la demora para la realización de la prueba, debido a que el paciente que acude mal preparado debe volver a citarse.

MÉTODO
Aprobación del documento definitivo: Procedimiento para la realización del test de aliento(Test de ureasa).
Difusión del procedimiento: Intranet del hospital, reuniones informativas con personal de la Unidad y Atención Primaria.

INDICADORES
Número de pacientes a los que se realiza test de aliento cuyo resultado se puede consultar en 2-3 días en HCE.
Número de pacientes a los que no se puede realizar test de aliento por incumplimiento de la preparación.

DURACIÓN
Implantación y difusión: 2º y 3º trimestre de 2018.
Evaluación de resultados: 4º trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0100

1. TÍTULO

CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO LOSFABLOS CALLAU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ FOIX PERFECTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Ante la expectativa de traslado del responsable del proyecto,comenzamos a realizar el trabajo de forma inmediata en el segundo trimestre de 2016.Se empezó a realizar control de peso,talla y perímetro de cintura de forma rutinaria a todos los pacientes visitados en la consulta.El proyecto inicialmente iba a durar 2 años y se iba a estimar en un muestreo de 200 paciente sucesivos si había habido efecto sobre la disminución de peso;como no iba a dar tiempo hizimos el muestreo en 200 pacientes sucesivos en mayo de 2016 y deteminamos si había habido cambios en el peso en los últimos 5 años,ya que el equipo asistencial lleva trabajando 5 años y el mayor enfoque al cuidado del peso ya se venía realizando previamente.En una hoja de cálculo excel recogimos la estadística diaria de los pacientes pesados/tallados en relación a pacientes visitados,IMC recogidos,obesos diagnosticados y realizados labores de educación dietética.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
76% de pacientes con control de peso en 1ª visita y 58% en visitas sucesivas=insuficiente
68% de pacientes con determinación del IMC en 1ª visita y 38% en visitas sucesivas=aceptable
80% de pacientes tenían exceso de peso(15% sobrepeso grado1;34% sobrepeso grado 2;29% obesidadgrado 1;15% obesidad grado 2;6,5% obesidad grado 3 y 0,5% obesidad grado 4) 47% con determinación del perímetro de cintura en 1ª visita y 32% al menos una vez al año=insuficiente
48% de pacientes con obesidad han recibido información escrita para disminuirlo=aceptable
Estudio en 200 controles sucesivos:
-46% de pacientes con exceso de peso que disminuyen de peso en un período de tiempo (2011 a 2016):adecuado
-24% que mantienen peso en ese período:adecuado
-32% con exceso de peso que aumenta peso en ese período:inadecuado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para realizar de forma rutinaria a todos los pacientes visitados (media 28/día) control de peso,talla y perímetro de cintura se precisaría una auxiliar de enfermería.Con los recursos actuales (médico+enfermera) alcanzamos a determiarlo en las 3/4 partes de los pacientes.Hay que evitar no realizarlo en pacientes en que sea más prioritario (diabéticos y obesos).
De los pacientes diagnósticados de obesidad (51%,media 14 pacientes día) hemos podido dar información acerca del problema,una somera explicación dietética y unos objetivos de pérdida ponderal a unos 7 pacientes diarios (48%).Para poder darle información adecuada a todos o más detallada sería precisa otra enfermera o dietista.Con los recursos actuales una vez más hemos de priorizar aquellos pacientes que más comorbilidades tienen (diabéticos,hipertensos,patología cardiovascular previa)
El proyecto nos ha servido también para evaluar la prevalencia de las patologías que atendemos en la consulta y el perfil de los pacientes:73% son mujeres,la edad media es de 61,6 años.Patologías vistas:hipotiroidismo 34%,DM2 33%,hipertiroidismo 10%,bocio 8%,DM1 6%,obesidad3% (se entiende pacientes remitidos por MAP para que tratemos su obesidad).Otros diagnósticos 6%.El 67% de los pacientes son sedentarios.De aquí se derivan datos que pueden ser aprovechados por los siguientes responsables de la consulta:mejorar la formación de los médicos de cabecera del área en la patología tiroidea que es más frecuentemente remitida de lo habitual;informar a los médicos del área del alto nivel de sobrepeso, obesidad y sedentarismo que hemos detectado para que se implementen medidas preventivas más precoces.
Con un programa de intervención sobre el peso los resultados globales pueden ser modestos pero el impacto en la salud puede ser importante porque al menos evitamos que al menos globalmente el peso siga aumentando,concienzamos algo a los pacientes en cuanto a sus hábitos y esto debería rendir mejores resultados de salud en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/100 ========== ***

Nº de registro: 0100

Título
CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0100

1. TÍTULO

CONTROL DEL PESO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO, SANZ FOIX PERFECTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Educación para la salud
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
Un 80% de los pacientes que atendemos en la consulta de Endocrinología tienen sobrepeso u obesidad (en la población general esta cifra es del 40-50%).Muchas patologías endocrinológicas tienen como una de sus causas o favorecedores al exceso de peso y otras son complicadas por dicho exceso.Salvo en aquéllos pacientes que son remitidos específicamente para disminuir peso (en torno a un 5% de los que atendemos),no se suele dar la importancia debida a este problema.Aproximadamente ente un 30 y un 50% de los pacientes con exceso de peso refieren que ningún sanitario se lo ha dicho ni le ha explicado como corregirlo y las consecuencias de no hacerlo.En nuestra consulta sólo se ha venido determinando el peso en un 20% de las ocasiones en la visitas de seguimiento y en un 50% de las ocasiones en la primera visita;el perímetro de cintura sólo se ha determinado en un 2% de las visitas.Nuestro propósito es diagnosticar a todos los pacientes que tengan problemas de peso e indicarles cuáles son los problemas asociados y explicarles la manera de intentar corregir o disminuir el riesgo asociado.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir que todos los pacientes atendidos en la consulta de Endocrinología sean clasificados adecuadamente en relación a su peso (bajo peso,normopeso,sobrepeso u obesidad y el grado de cada uno).
Conseguir que todos los pacientes con exceso de peso,sean informados de ello,de las consecuencias o riesgos asociados y se les den indicaciones adecuadas para corregirlo o minimizarlo.

MÉTODO
Pesar,tallar y determinar el perímetro de cintura en todos los pacientes en la primera visita,Luego determinar el peso en todas las visitas sucesivas,calculando el IMC y determinar el perímetro de cintura al menos una vez al año.
Los pacientes con sobrepeso serán informados por el médico y se les hará recomendaciones dietéticas genéricas y recomendaciones genéricas de actividad física según posibilidades y características de cada enfermo.
Los pacientes con obesidad recibirán información detallada y escrita de los puntos anteriores por parte de la enfermera.

INDICADORES
% de pacientes con control de peso en 1ª visita y visitas sucesivas.
% de pacientes con determinación del IMC en 1ª visita y visitas sucesivas.
% de pacientes con exceso de peso y con determinación del perímetro de cintura en !º visita y una vez al año.
% de pacientes con obesidad que han recibido información escrita para disminuirlo.
% de pacientes con exceso de peso que disminuyen de peso en un período de tiempo (200 controles sucesivos)

DURACIÓN
Puesta en marcha del proyecto en último trimestre de 2016.
1ª evaluación de resultados en septiembre de 2017
2ª evaluación y cierre en su caso en septiembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 2 Poco

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0566

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MAÑAS MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEVE ALCALDE PATRICIA
SANTOS GIL MARIA TERESA
MORENO SORIANO MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se diseñó un de solicitud de hormonas en formato papel desde la Unidad de Endocrinología del Hospital Ernest Lluch. Se valoraron las determinaciones hormonales basales y las pruebas funcionales más frecuentemente solicitadas desde la consulta de Endocrinología.
- En la realización del volante se tuvo en cuenta la agrupación de las determinaciones hormonales por órgano productor: 1. Suprarrenal. 2. Hipófisis. 3. Tiroides. 4. Hormonas esteroides.
- Se especificó un apartado específico para Pruebas funcionales, sólo designando aquellas más utilizadas en consultas. (Estímulo con ACTH, Hipoglucemia insulínica, Ritmo cortisol, Supresión DXT, SOG para GH, Sobrecarga iv sodio, Supresión con captopril, SOG 75 gr, Estimulación con Thyrogen, Prolactina 20 min).
- Se realizó varias reuniones con el personal facultativo del Laboratorio clínico del hospital para determinar la idoneidad del modelo de solicitud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El Hospital Ernest Lluch de Calatayud no disponía de un modelo de solicitud de hormonas al laboratorio. Las hormonas se solicitaban en el volante genérico de bioquímica, identificándose errores en la transcripción de pruebas solicitadas y dando lugar a visitas repetidas de pacientes en la consulta por falta de pruebas. Finalmente se ha podido desarrollar un modelo de solicitud de hormonas al Laboratorio del Hospital Ernest Lluch en formato papel, consensuado con el laboratorio de Bioquímica y especificándose las pruebas más frecuentemente utilizadas en la consulta de Endocrinología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mediante el diseño de un modelo de solicitud de pruebas endocrinológicas se ha optimizado la consulta de Endocrinología. No se invierte tiempo durante la consulta en rellenar de forma manual las pruebas hormonales requeridas para el paciente. El laboratorio recibe la información adecuada y exacta acerca de las determinaciones que se tienen que realizar y no hay errores en la transcripción de las pruebas. Queda pendiente de valorar la extensión del modelo de solicitud de hormonas a otras áreas médicas como medicina interna y atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/566 ========== ***

Nº de registro: 0566

Título
ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN, ESTEVE ALCALDE PATRICIA, SANZ FOIX PERFECTA, SANTOS GIL MARIA TERESA, MORENO SORIANO MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0566

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La labor del Endocrinólogo en el Hospital Ernest Lluch se desarrolla principalmente en la consulta ambulatoria. Diariamente se solicitan perfiles hormonales, pero no se dispone de un modelo de solicitud de hormonas al laboratorio clínico en formato papel. Las determinaciones hormonales se solicitan de modo manual escribiendo en un recuadro que se encuentra al final del volante de análisis general. Además de consumir tiempo en la consulta, esto produce que en algunos casos no se soliciten las determinaciones hormonales de forma correcta en todos los pacientes atendidos en la consulta, aumentándose el número de visitas de los pacientes y demorándose el diagnóstico de su patología.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es desarrollar un modelo de solicitud de hormonas al Laboratorio del Hospital Ernest Lluch en formato papel que pueda ser usado en la consulta de Endocrinología. De este modo, se aumenta la calidad asistencial y la eficacia con la que son atendidos los pacientes en la consulta de Endocrinología.

MÉTODO
- Realización de un modelo de solicitud de hormonas en formato papel desde la Unidad de Endocrinología del Hospital Ernest Lluch.
- Las hormonas se agruparán por órgano productor de las mismas.
- Se incluirán las pruebas funcionales de cada eje hormonal más utilizadas en la consulta.
- Se determinarán perfiles hormonales de las patologías más prevalentes.
- Se realizará una reunión con el Laboratorio para determinar la validez del modelo de solicitud.

INDICADORES
- Número de pacientes que les falta alguna determinación hormonal inicialmente según su patología y tienen que volver a la consulta para resultados.
- Adecuación de los perfiles hormonales a las patologías más prevalentes.

DURACIÓN
- El modelo de solicitud se realizará durante los meses de mayo y junio de 2018.
- Se determinará la adecuación del modelo en el tercero y cuarto trimestre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ELHOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MOISES URIARTE PINTO
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORTE ROMEA ELENA
REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO
GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO
TORCAL AZNAR JAVIER
RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL
SAGARDOY VALERA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha revisado y adecuado la base de datos de medicamentos con la que se trabaja en el Servicio de Farmacia y que será la empleada en la prescripción electrónica.
Esta revisión ha consistido en:
- El cambio de todas las descripciones de los medicamentos de nombre comercial a principio activo, dosis y forma farmacéutica.
- Comprobar que la dosis por unidad es correcta.
- Comprobar que la forma farmacéutica es correcta.
- Comprobar que la vía de administración más frecuente es correcta.
- Para los medicamentos que se administran frecuentemente a una dosis y con una pauta posológica fija, incorporar estos datos a la ficha del medicamento para facilitar el proceso de prescripción y que en ese momento la prescripción se cree con todos los datos incorporados.
- Incorporar el dato de la Dosis Diaria Definida (DDD) para generar cálculos automáticos de consumo de medicamentos, sobre todo para los antibióticos (dato necesario para elaborar el informe de consumo de antibióticos solicitado desde el Gripo PROA autonómico).
- Verificar la correcta parametrización de los medicamentos para que aparezcan correctamente en los distintos aplicativos (Unidosis (de este módulo capta los datos el módulo web de prescripción electrónica), Dispensación pacientes ambulantes, Dispensación pacientes externos).
- Verificación de los permisos de los distintos perfiles de usuarios (médico, enfermería, farmacéutico) para asignar correctamente el acceso a las distintas funcionalidades de cada grupo.
- Verificación de la estructura interna de camas disponibles en el hospital para adecuarlas a la disponibilidad en el hospital.
Hasta el momento no se ha podido implantar definitivamentela prescripción electrónica puesto que se va a poner en marcha a través de un módulo web en lugar del aplicativo que estaba programado en el proyecto inicial.
Éste módulo web corporativo, incorpora también un módulo de administración de medicación por el personal de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hasta el momeno no se ha podido implantar la prescripción electrónica, pero se ha adecuado toda la base de datos de medicamentos para poder implantarla proximamente en este año.
No se puede valorar el indicador propuesto ya que no se ha completado el proyecto.
En mayo de 2019 está previsto comenzar con la implementación del proyecto en principio con una planta de hospitalización como piloto en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido un trabajo árduo el que se ha llevado a cabo con la revisión de más de 2.000 fichas de medicamentos diferentes. El paso por el Servicio de Farmacia de múltiples personas durante los últimos años no ha ayudado al correcto mantenimiento de esta base de datos que contaba con múltiples errores que hasta ahora no se han corregido porque no era necesario para el correcto funcionamiento del servicio, pero totalmente necesario para la puesta en marcha de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/485 ========== ***

Nº de registro: 0485

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ELHOSPITAL ERNEST LLUCH

URIARTE PINTO MOISES, MORTE ROMEA ELENA, REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO, GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO, TORCAL AZNAR JAVIER, OLLERO DOMENCHE LETICIA, RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que ingrese en el hospital
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano de la medicación en las hojas de tratamiento.
En estas condiciones, la probabilidad de aparición de errores es muy alta debido a múltiples factores como la ilegibilidad de la orden médica, prescripción en documento erróneo (hoja de evolutivo, de enfermería), uso de abreviaturas no estandarizadas, ausencia de identificación del paciente, paciente erróneo, transcripción de la orden médica a la gráfica de enfermería, ausencia de registro de alergias/intolerancias...
Recientemente se ha realizado un AMFE del proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos en nuestro hospital con el objetivo de identificar los posibles fallos del proceso y proponer acciones correctoras.
Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica de forma electrónica evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y por lo tanto minimizando los posibles errores asociados al proceso.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Disminuir los errores asociados al proceso de prescripción/transcripción de medicamentos.
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción.
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor.
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción en aquellos casos que precisen ajuste de dosis.
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que límite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.

MÉTODO
1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el programa informático: FarmaTools®.
a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
b. Revisión de las características de las fichas de medicamentos, dosis por unidad, vía de administración, grupo faramacoterapéutico…
c. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools®.
3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
4. Implantación definitiva de la PEA.

Recursos materiales: será necesario dotar las unidades de hospitalización de equipos informáticos necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

INDICADORES
Definición del indicador: porcentaje de camas con prescripción electrónica respecto al total de camas de hospitalización disponibles.
(Camas con prescripción electrónica / Total de camas de hospitalización disponibles) x 100
Fuente de Datos: Auditoria
Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.
Límite Inferior: 40%
Límite superior: 50%

DURACIÓN
Abril-junio de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.

Junio-septiembre de 2017: Formación a los facultativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ELHOSPITAL ERNEST LLUCH

Noviembre de 2017: implantación definitiva.

Enero de 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .........................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..............:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0104

1. TÍTULO

ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ASCENSION VALLEJO GUERRERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCAS COSTEA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboracion del procedimiento de uso y manejo del reservorio cutáneo: septiembre 2016.
- Elaboracion de una guia de bolsillo con ilustraciones y conocimentos básicos sobre la manipulacion de los reservorios: noviembre 2016.
- Impresion y difusion del procedimento y guia mediante talleres y reparto de la misma en todas las unidades del hospital donde se pueda atender a un paciente portador de reservorio: 2 tallerres realizados en noviembre del 2016.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADO:
- Uso y manipulacion del reservorio cutáneo adecuado por parte de los profesionales enfermeros del hopital "Ernest Lluch" siguiendo el procedimiento elaborado.
INDICADORES:
- Elaboracion del procedimiento y guia del uso y manejo de reservorio.
- Realizacion de 2 talleres formativos para su difusion.
- Existencia del procedimiento y guia en todas las unidades de enfermeria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Satisfaccion por nuestra parte, por haber podido elaborar y poner en funcionamiento este procedimiento de uso y manejo de reservorio; para mejora tanto, del trabajo diario de los profesionales de enfermeria como, para el beneficio del propio pacient; y estar al alcance en todos los servicios/unidades del hospital "Ernest Lluch" de Calatayud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/104 ========== ***

Nº de registro: 0104

Título
ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
VALLEJO GUERRERO ASCENSION, BLANCAS COSTEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento en los últimos años de la cantidad de pacientes portadores de reservorio subcutáneo, hace necesaria una estandarización de sus cuidados y su difusión entre los profesionales del Hospital Ernest Lluch.
Aunque inicialmente los pacientes portadores, se tratan y son atendidos en Hospital de día oncológico, la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0104

1. TÍTULO

ELABORACION, IMPLANTACION Y DIFUSION DE UN PROCEDIMIENTO Y MANUAL DE BOLSILLO SOBRE USO Y MANEJO DEL RESERVORIO CUTANEO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

continuidad de cuidados se extiende al resto de unidades del Hospital Ernest Lluch, tanto de hospitalización como de servicios como Laboratorio o Urgencias
La ventaja inicial de este tipo de vía venosa es que evita múltiples pinchazos a los pacientes, pero si los profesionales de enfermería no están habituados a su manejo, eso supone además el desplazamiento en numerosas ocasiones del paciente al hospital de Día oncológico, con la incomodidad y gasto que eso supone para los pacientes.La propia manifestación de los pacientes y del personal no adiestrado sobre el miedo y la inseguridad en la manipulación del reservorio ha hecho también necesario el plantear talleres de refuerzo de conocimientos y adiestramiento sobre la técnica

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es que todos los profesionales enfermeros del hospital Ernest Lluch que manipulan un reservorio, lo hagan de la forma adecuada y estandarizada siguiendo el uso de la guía /procedimiento que se elabore.

MÉTODO
- Elaboración del procedimiento de uso y manejo del reservorio cutaneo
- Elaboración de una guía de bolsillo con ilustraciones y conocimientos básicos sobre la manipulación de los reservorios.
- Impresión y difusión del procedimiento y guía mediante talleres y reparto de la misma en todas las unidades del hospital donde se pueda atender a un paciente portador de reservorio.

INDICADORES
1- Elaboración del procedimiento y guía del uso y manejo de reservorios.
2- Realización de al menos 2 talleres formativos para su difusión.
3- Existencia del procedimiento y guía en todas las unidades de enfermería.

DURACIÓN
Elaboración del procedimiento: Septiembre 2016
Difusión e impresión del procedimiento: Noviembre 2016
Difusión en todas las unidades de enfermería: Noviembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0133

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NOEMI MANRESA OROZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ GILABERTE ESTELA
SANZ FOIX PERFECTA
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
CORTES CASADO AFRICA
PEREZ FERNANDEZ LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones mensuales de la comisión de cuidados de enfermería en nutrición para realizar búsqueda bibliográfica, búsqueda de la evidencia, selección de estudios e información de otros cenros hospitalarios donde ya están implantadas (3)
- Reuniones con la Unidad de dietética y cocina para intercambiar ideas y elaborar las dietas Disfagia(4)
- Reuniones con el servicio de informática para adaptar el programa informático de petición de dietas incluyendo las dietas Disfagia (2)
- Reuniones con dirección de gestión para valorar la inclusión de determinados alimentos en las dietas disfagia (ABA/ Alimentación básica adaptada).(2)
- Difusión de las dietas mediante carteles informativos en todas las unidades de hospitalización y servicio de cocina.
- Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado: reuniones con supervisoras de unidad, formación hospitalaria, elaboración de documento informativo (3)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Elaboración, Implantación y difusión de dietas adaptadas para el paciente con disfagia orofaringea.
- Disminución del nº de broncoaspiraciones y complicaciones en estos pacientes.
- Se realiza actividad formativa dirigida a todo el sector sobre cuidados de enfermería en paciente con disfagia donde se realiza talleres prácticos y exposición de video explicativo para el aprendizaje de realización del test volumen viscosidad.
- El 100% de los pacientes diagnosticados con ICTUS que pueden iniciar tolerancia oral tras la realización del test volumen viscosidad, con dietas adaptadas disfagia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos indican que es un proyecto aplicable a otros sectores sanitarios debido al balance positivo de los mismos.

7. OBSERVACIONES.
Desde la comisión de nutrición de enfermería y con el apoyo de la dirección se realizarán dos ediciones formativas anuales sobre disfagia dirigida a todo el personal de enfermería para reforzar conocimientos.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/133 ========== ***

Nº de registro: 0133

Título
ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION: DIETAS DISFAGIA

Autores:
MANRESA OROZ NOEMI, SANCHEZ GILABERTE ESTELA, MARTINEZ BENEDI ISABEL, SANZ FOIX PERFECTA, MARIN MARTINEZ MARIA JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, CORTES CASADO AFRICA, PEREZ FERNANDEZ LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0133

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Este proyecto surge de la observación del riesgo de episodios de atragantamiento sufridos por nuestros pacientes relacionados con la alimentación no adaptada a sus necesidades de forma adecuada y como continuidad a una adaptación de las dietas hospitalarias que se modificaron parcialmente en el año 2016 sin conseguir los resultados esperados.
La disfagia no es una enfermedad en si, sino más bien un síntoma de otras enfermedades
Las complicaciones derivadas de la disfagia tienen importante repercusión en el enfermo y en el sistema sanitario:
- Atragantamientos graves
- Infecciones respiratorias reiteradas o graves por el paso del alimento a vias respiratorias
- Desnutrición o deshidratación por no ingerir los alimentos/liquidos necesarios
- Pérdidas de peso y debilidad muscular
- Ingresos hospitalarios con la consiguiente repercusión humana, sanitaria, social y económica, además de la alta tasa e mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general:
Tratamiento nutricional de la disfagia manteniendo un adecuado estado de nutrición e hidratación y una alimentación sin riesgos.
Objetivos específicos:
- Disminuir o evitar los problemas como el atragantamiento y/o la aspiración.
- Mantener un buen estado nutricional y una correcta hidratación.
- Facilitar la deglución con maniobras dietéticas adecuadas a la capacidad individual de masticar y deglutir
- Satisfacción del paciente: que la hora de comer sea lo mas agradable posible y que se mantenga la alimentación oral el mayor tiempo posible

MÉTODO
- Reuniones mensuales de la comisión de cuidados de enfermería en nutrición para realizar búsqueda bibliográfica, búsqueda de la evidencia, selección de estudios e información de otros cenros hospitalarios donde ya están implantadas.
- Reuniones con la Unidad de dietética y cocina para intercambiar ideas y elaborar las dietas Disfagia.
- Reuniones con el servicio de informática para adaptar el programa informático de petición de dietas incluyendo las dietas Disfagia.
- Reuniones con dirección de gestión para valorar la inclusión de determinados alimentos en las dietas disfagia (ABA/ Alimentación básica adaptada)
- Difusión de las dietas mediante carteles informativos en todas las unidades de hospitalización y servicio de cocina.
- Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado: reuniones con supervisoras de unidad, formación interhospitalaria, elaboración de documento informativo

INDICADORES
. 1-Grado de Cumplimento:
Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100
2-Existencia de la dieta disfagia
3-Grado de aplicación:
Pautar la dieta al 100% de pacientes afectados por disfagia grave
Nº de dietas disfagia prescritas/Nº de pacientes afectados de disfagia

DURACIÓN
-- Reuniones de todos los diferentes equipos multidisciplinares durante el primer trimestre 2018.
-- Elaboración de dietas: Abril 2018
-- Implantación de dietas en el hospital: Mayo 2018
-- Evaluación de resultados: Noviembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0133

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0388

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 17/12/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ORTEGA MAJAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL
CLEMENTE SALA ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde abril de 2018 a diciembre de 2018 se han realizado las siguientes actividades:
1. Evaluación de la infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA) y de guantes en el hospital.
Se ha realizado auditoria en todo el hospital de la disponibilidad de PBA, soportes y carteles. En los puntos donde se ha observado la falta de alguno de los componentes evaluados se ha hablado con el responsable de la unidad de enfermería informando para corregirlo.

2. Realización con motivo del día mundial de higiene de manos de una campaña especial de sensibilización sobre la importancia de la higiene de manos.
El día 8 de mayo celebramos en el hospital de Calatayud el día mundial de higiene de manos al ser el día 5 de mayo sábado.
Personal de medicina preventiva preparó un carro ad hoc para dar información y formación de la técnica de higiene de manos en todas las unidades del hospital (también se utilizaron lámparas de rayos UV para comprobar la adecuación de la higiene de manos). En los servicios quirúrgicos también se les dió formación de la antisepsia quirúrgica de manos.

3. Distribución de carteles y dípticos sobre los 5 momentos de la higiene de manos.
Con motivo del día mundial de higiene de manos se hizo distribución de carteles por todo el hospital.
Posteriormente, a principio de otoño se hizo un plan de contingencia de la gripe estacional 2018/19. Uno de los puntos a considerar era disponer de soluciones hidroalcohólicas y carteles en todos los puntos de atención hospitalaria.

4. Realización de un curso formativo de higiene de manos acreditado para personal del sector de Calatayud
Con la colaboración de un coordinador de higiene de manos de Aragón y del IC+S, se realizó un curso de higiene de manos acreditado en el sector de Calatayud. La sesión presencial fue el 17 de octubre y posteriormente online.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Se dispone de una guía de higiene de manos y uso adecuado de guantes en el hospital: PENDIENTE

2. Se ha realizado difusión de la guía a través de la Intranet del hospital PENDIENTE

3. Se ha realizado un corte anual en el hospital para la evaluación de la disponibilidad de PBA en todas aquellas zonas que se consideren necesarias y detectar oportunidades de mejora: SÍ

4. Se ha dedicado un día para la sensibilización del personal del hospital sobre la importancia de la higiene de manos practicando actividades ad hoc. SÍ

5. Se ha comprobado que en todas las áreas del hospital hay carteles informativos de los momentos de higiene de manos. SÍ

6. Se ha participado en cursos sobre higiene de manos acreditados. SÍ

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Con la auditoria y el plan de contingencia de la gripe se dispone de PSA y carteles en todos los habítáculos de atención del hospital, pero sigue habiendo un % de camas de hospitalización sin PBA en el punto de atención por problemas de ubicación de mobiliario, desplazamiento de pacientes...etc.
2. Se ha comprobado mucha mayor implicación en la formación de higiene de manos del personal de enfermería que del personal médico.

7. OBSERVACIONES.
Se está trabajando en la elaboración de la guía de higiene de manos y uso adecuado de guantes en el hospital para su posterior difusión

*** ========== Resumen del proyecto 2018/388 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0388

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Nº de registro: 0388

Título
PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
ORTEGA MAJAN MARIA TERESA, BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL, CLEMENTE SALA ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROFESIONALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) que incluyen a la infección nosocomial (IN) clásica y a las infecciones adquiridas por pacientes de la comunidad en contacto con la asistencia sanitaria, afectan cada año a cientos de pacientes en todo el mundo. Son una consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, ocasionando una alta morbimortalidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario.
En los países desarrollados entre el 5 y el 10% de los pacientes que ingresan en un hospital contraen una IRAS, representando según el estudio ENEAS de 2005 un 25% de los eventos adversos, siendo en más de la mitad de los casos evitables.
La importancia de las manos en la transmisión de las IRAS está demostrada. Los microorganismos son adquiridos por los profesionales sanitarios durante el contacto directo con pacientes o de manera indirecta con los objetos que lo rodean, y transmitidos de paciente a paciente, por lo que una correcta higiene de manos es el método más simple y efectivo para reducirlas. Existen estudios de alta calidad en la literatura científica que describen que la frecuencia de IRAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios realizan una adecuada higiene de manos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario y no sanitario del hospital.
2. Aumentar la adherencia a la higiene de manos del personal sanitario y no sanitario.
3. Fomentar el uso racional de guantes.

MÉTODO
1. Diseño y elaboración de una guía específica para el hospital sobre higiene de manos y uso adecuado de guantes.
2. Difusión de la guía en el hospital
3. Evaluación de la infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA) y de guantes en el hospital.
4. Realización con motivo del día mundial de higiene de manos una campaña especial de sensibilización sobre la importancia de la higiene de manos.
5. Distribución de carteles y dípticos sobre los 5 momentos de la higiene de manos.
6. Realización de un curso formativo de higiene de manos acreditado para personal del sector de Calatayud.

INDICADORES
1. Se dispone de una guía de higiene de manos y uso adecuado de guantes en el hospital (SÍ, NO).
2. Se ha realizado difusión de la guía a través de la Intranet del hospital (SÍ, NO).
3. Se ha realizado un corte anual en el hospital para la evaluación de la disponibilidad de PBA en todas aquellas zonas que se consideren necesarias y detectar oportunidades de mejora (SÍ, NO).
4. Se ha dedicado un día para la sensibilización del personal del hospital sobre la importancia de la higiene de manos practicando actividades ad hoc. (SÍ, NO).
5. Se ha comprobado que en todas las áreas del hospital hay carteles informativos de los momentos de higiene de manos. (SÍ, NO).
6. Se ha participado en cursos sobre higiene de manos acreditados. (SÍ, NO).

DURACIÓN
1 AÑO (Desde abril de 2018 a marzo de 2019)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0388

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

```
Valoración de otros apartados
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................:

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 08/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA
SEGURA MARIN ANA CARMEN
SERRANO FARADUES ISABEL
QUERO LAHOZ ROSA
SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión de diferentes protocolos de nuestra Sociedad Científica (SEIMC) con el fin de adecuar sus recomendaciones a nuestra cartera de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente se está llevando a cabo el manual de toma de muestras. Los indicadores se evaluarán una vez implantado dicho manual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se está trabajando coordinadamente todo el equipo para la realización del manual de toma de muestras, para su posterior difusión a todos los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/281 ========== ***

Nº de registro: 0281

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, SEGURA MARIN ANA CARMEN, SERRANO FARADUES ISABEL, QUERO LAHOZ ROSA, SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Consideramos necesaria la existencia de un Manual de Toma de Muestras Microbiológicas para la obtención de resultados óptimos que permitan un diagnóstico adecuado de las enfermedades infecciosas y así disminuir las contaminaciones derivadas de un procedimiento incorrecto, así como dar respuesta a las dudas del personal Médico y de Enfermería sobre la correcta recogida de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende estandarizar la recogida y transporte de muestras microbiológicas, disminuir el número de contaminaciones de las muestras recibidas, garantizar la correcta recogida de aquellas muestras que por ser de difícil obtención resultan irrepetibles y dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Realizar una revisión bibliográfica de las principales Sociedades Científicas y revisar la metodología utilizada en diferentes centros para la elaboración de un Manual adaptado a las necesidades del hospital.
Consensuar un documento que refleje la información recogida.
Difundir el documento a Atención Primaria y Especializada para poder realizar las consultas oportunas.

INDICADORES
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).
Número de muestras mal transportadas tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).

DURACIÓN
Elaboración del Manual de Toma de Muestras: Marzo de 2019 (estimado).
Revisión, aprobación y difusión en Intranet: Abril de 2019 (estimado).
Comunicación a los Servicios: Mayo de 2019 (estimado).
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2019 a Octubre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA
SEGURA MARIN ANA CARMEN
SERRANO FARADUES ISABEL
QUERO LAHOZ ROSA
SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión de diferentes protocolos de nuestra Sociedad Científica (SEIMC) con el fin de adecuar sus recomendaciones a nuestra cartera de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Actualmente se está llevando a cabo el manual de toma de muestras. Los indicadores se evaluarán una vez implantado dicho manual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se está trabajando coordinadamente todo el equipo para la realización del
manual de toma de muestras, para su posterior difusión a todos los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/281 ========== ***

Nº de registro: 0281

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, SEGURA MARIN ANA CARMEN, SERRANO FARADUES ISABEL, QUERO LAHOZ ROSA, SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Consideramos necesaria la existencia de un Manual de Toma de Muestras Microbiológicas para la obtención de resultados óptimos que permitan un diagnóstico adecuado de las enfermedades infecciosas y así disminuir las contaminaciones derivadas de un procedimiento incorrecto, así como dar respuesta a las dudas del personal Médico y de Enfermería sobre la correcta recogida de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende estandarizar la recogida y transporte de muestras microbiológicas, disminuir el número de contaminaciones de las muestras recibidas, garantizar la correcta recogida de aquellas muestras que por ser de difícil obtención resultan irrepetibles y dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Realizar una revisión bibliográfica de las principales Sociedades Científicas y revisar la metodología utilizada en diferentes centros para la elaboración de un Manual adaptado a las necesidades del hospital.
Consensuar un documento que refleje la información recogida.
Difundir el documento a Atención Primaria y Especializada para poder realizar las consultas oportunas.

INDICADORES
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).
Número de muestras mal transportadas tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).

DURACIÓN
Elaboración del Manual de Toma de Muestras: Marzo de 2019 (estimado).
Revisión, aprobación y difusión en Intranet: Abril de 2019 (estimado).
Comunicación a los Servicios: Mayo de 2019 (estimado).
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2019 a Octubre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 08/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO
GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
ORTEGA MAJAN MARIA TERESA
SAGARDOY VALERA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto y recogida de indicadores y seguimiento desde Mayo de 2018 a Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De un total de 70 bacteriemias registradas, en el 85,7% el tiempo de respuesta fue adecuado (<2 horas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de trabajo se coordina adecuadamente y el tiempo de respuesta obtenido por el indicador lo consideramos óptimo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/284 ========== ***

Nº de registro: 0284

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, ORTEGA MAJAN MARIA TERESA, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las crecientes resistencias a los antimicrobianos son un problema reconocido por las instituciones científicas y uno de los principales problemas de Salud Pública; por ello, desde hace tiempo se desarrollan estrategias para fomentar el uso apropiado de estos agentes terapéuticos y mejorar el pronóstico de los pacientes.

La detección de las bacteriemias constituye una de las prioridades del Servicio de Microbiología Clínica. La gravedad de esta entidad clínica requiere de la administración rápida de tratamiento antibiótico empírico en función de los datos clínicos y de la epidemiología local de la resistencia antibiótica. En la actualidad la transmisión de la información se realiza comunicando verbalmente al facultativo responsable del paciente los resultados obtenidos, siendo en algunas ocasiones, complicado transmitir dicha información; por ello consideramos fundamental una rápida comunicación de los resultados de las bacteriemias con el objetivo de iniciar una antibioterapia adecuada y en el menor tiempo posible, así como un desescalaje del tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

empírico.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende dar una información ágil de las bacteriemias positivas para facilitar la toma de decisiones de los facultativos clínicos ante la existencia de una bacteriemia con la intención de mejorar resultados clínicos, minimizar efectos adversos (incluyendo resistencias) y usar tratamientos coste-eficaces.

MÉTODO
Tras la creación del grupo PROA adaptado a las características de nuestro hospital,
se constituye una red de comunicación, a través de teléfono móvil, con facultativos de las siguientes especialidades: Microbiología, Medicina Interna, Farmacia Hospitalaria y Medicina Preventiva, con el fin de comunicar de forma rápida y eficiente las bacteriemias positivas (primarias y asociadas a catéter) y favorecer la toma de decisiones.

INDICADORES
% bacteriemias que superan el tiempo de respuesta predeterminado (2 horas) / Nº total de bacteriemias comunicadas X 100

DURACIÓN
- Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto
- Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2018 a Noviembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNESTLLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO
GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
ORTEGA MAJAN MARIA TERESA
SAGARDOY VALERA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto y recogida de indicadores y seguimiento desde Mayo de 2018 a Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De un total de 70 bacteriemias registradas, en el 85,7% el tiempo de respuesta fue adecuado (<2 horas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El grupo de trabajo se coordina adecuadamente y el tiempo de respuesta obtenido por el indicador lo consideramos óptimo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/284 ========== ***

Nº de registro: 0284

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, ORTEGA MAJAN MARIA TERESA, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las crecientes resistencias a los antimicrobianos son un problema reconocido por las instituciones científicas y uno de los principales problemas de Salud Pública; por ello, desde hace tiempo se desarrollan estrategias para fomentar el uso apropiado de estos agentes terapéuticos y mejorar el pronóstico de los pacientes.

La detección de las bacteriemias constituye una de las prioridades del Servicio de Microbiología Clínica. La gravedad de esta entidad clínica requiere de la administración rápida de tratamiento antibiótico empírico en función de los datos clínicos y de la epidemiología local de la resistencia antibiótica. En la actualidad la transmisión de la información se realiza comunicando verbalmente al facultativo responsable del paciente los resultados obtenidos, siendo en algunas ocasiones, complicado transmitir dicha información; por ello consideramos fundamental una rápida comunicación de los resultados de las bacteriemias con el objetivo de iniciar una antibioterapia adecuada y en el menor tiempo posible, así como un desescalaje del tratamiento empírico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNESTLLUCH DE CALATAYUD

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende dar una información ágil de las bacteriemias positivas para facilitar la toma de decisiones de los facultativos clínicos ante la existencia de una bacteriemia con la intención de mejorar resultados clínicos, minimizar efectos adversos (incluyendo resistencias) y usar tratamientos coste-eficaces.

MÉTODO
Tras la creación del grupo PROA adaptado a las características de nuestro hospital, se constituye una red de comunicación, a través de teléfono móvil, con facultativos de las siguientes especialidades: Microbiología, Medicina Interna, Farmacia Hospitalaria y Medicina Preventiva, con el fin de comunicar de forma rápida y eficiente las bacteriemias positivas (primarias y asociadas a catéter) y favorecer la toma de decisiones.

INDICADORES
% bacteriemias que superan el tiempo de respuesta predeterminado (2 horas) / Nº total de bacteriemias comunicadas X 100

DURACIÓN
- Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto
- Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2018 a Noviembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0102

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE RUBIO MONTUENGA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASPAR REDONDO ESTER
PUERTOLAS LILAO RAQUEL
GOMEZ HERNANDO MERCEDES
BLANCAS COSTEA ANA MARIA
ALONSO DE MIGUEL AURORA
BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL
CORTES CASADO AFRICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Mantenimiento de reuniones periódicas de la Comisión de Cuidados de Enfermería para realizar búsqueda bibliográfica, documentación, distribución de tareas y elaboración de un Protocolo de Inmovilización Terapeútica.
-Colaboración y asesoramiento sobre el mismo por parte del Comite de Etica Asistencial y del servicio de Psiquiatría del sector.
-Aprobación por la Comisión de Dirección.
-Difusión del Protocolo mediante talleres formativos dirigidos a todo el personal sanitario y no sanitario del Hospital Ernest LLuch.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se realizo la actividad formativa durante los dias 22, 24 y 25 de octubre de 2018 titulada " Curso de abordaje y procedimiento de contención mecánica en el paciente agitado".
-Dicho curso lo realizaron 18 personas.
-El protocolo esta en la Intranet del hospital para facilitar su aplicación en caso necesario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Creemos que el Protocolo elaborado es una herramienta muy util en la prática diaria en nuestro centro para unificar criterios y pautas de actuación.
-Tenemos previsto repetir durante este año 2019 las sesiones formativas para el personal pero esta vez haciendolo de forma mas concreta en cada Unidad, para reforzar conocimientos y difundirlo a mas profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/102 ========== ***

Nº de registro: 0102

Título
MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Autores:
RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE, GASPAR REDONDO ESTER, PUERTOLAS LILAO RAQUEL, GOMEZ HERNANDO MERCEDES, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, ALONSO DE MIGUEL AURORA, BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL, CORTES CASADO AFRICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0102

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Los cambios experimentados en la sociedad, el incremento de la esperanza de vida unida a una mayor discapacidad y dependencia, y la actual consideración de la persona como sujeto de derechos ha llevado a una profunda reflexión sobre el modelo de atención a las personas en situación de dependencia.
Esta situación origina cambios en el tipo de atención, pasando de asegurar la calidad de los cuidados profesionales a la atención integral centrada en la persona y la calidad de vida.
La IT supone una confrontación ético entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (deseo bienintencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida).
Este conflicto ético, junto a los problemas de salud que puede desencadenar y sus posibles consecuencias legales exigen que el procedimiento que se realiza cumpla una normativa que contempla desde lo adecuado de la prescripción y metodología hasta el papel de todo el equipo implicado incluida la obligación de informar a la familia.
La ausencia en nuestro hospital de un documento que marque los criterios claros y pautas de actuación en situaciones de crisis y la necesidad planteada de los profesionales al respecto, hace necesaria la elaboración e implantación de un protocolo.

RESULTADOS ESPERADOS
Generales:
• Regular el uso de IT en el hospital Ernest LLuch de Calatayud
Específicos:
• Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en la aplicación de la IT con referencia a:
- Indicaciones de la IT
- Fases o secuencias de actuaciones
- Procedimientos técnicos
- Registro de datos de utilidad clínica
- Evaluación
? Proporcionar a los profesionales del Hospital los conocimientos y pautas que garanticen una adecuada utilización de la IT en caso necesario.
? Garantizar la seguridad de los pacientes, la de los familiares y cuidadores y la del personal asistencial.
Dar a conocer las implicaciones éticas y jurídico-legales que tiene el aplicar IT de paciente en la práctica asistencial y poder prevenir los riesgos derivados de estas

MÉTODO
? Mantenimiento de reuniones periódicas de la comisión de cuidados de enfermería para realizar búsqueda bibliográfica, documentación, distribución de tareas y elaboración de un protocolo de Inmovilización Terapeútica
? Colaboración y asesoramiento sobre el mismo por parte del comité de ética asistencial y del servicio de psiquiatría del sector.
? Aprobación por la comisión de dirección
? Difusión del protocolo mediante talleres formativos dirigidos a todo el personal sanitario y no sanitario del hospital Ernest Lluch.

INDICADORES
1- DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
- Tipo de indicador: Proceso
- Objetivo / justificación: Una mayor difusión del protocolo facilita el conocimiento y uso del mismo en el centro de trabajo.
- Formula: Nº de personas del servicio que conocen el protocolo x 100 / Nº de personas que trabajan en el centro
- Explicación de términos:
Difusión: talleres, cursos, sesiones realizadas en la unidad y
Profesionales que han participado en ellos.
- Estándar: 90%
Fuente de datos . Registro de personal/responsable de enfermería/auditoría interna/encuesta de satisfacción
- Población:Todo el personal de la unidad
- Responsable obtención: Responsable de enfermería
- Periodicidad obtención: Anual

2- PORCENTAJE DE PACIENTES CON MEDIDAS DE IT SEGÚN PROTOCOLO
- Tipo de indicador: Proceso
- Objetivo / justificación: Unificar criterios y pautas de actuación. Valorar exhaustivamente la indicación de la medida para hacer la sujeción solo cuando se hayan agotado las otras posibilidades.
- Formula: Nº de pacientes que tienen en su historia los registros del protocolo debidamente cumplimentado x100 /Nº de pacientes con IT.
- Explicación de términos
Datos de identificación del paciente/usuario
Información al usuario
Motivo de la sujeción
Estado del paciente/usuario
Tipo de sujeciónI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0102

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

ncidencias
Fecha de indicación, pauta temporal y retirada
- Estándar: 90%
- Fuente de datos: documentación clínico asistencial/ historia de enfermería
- Población: Todos los expedientes de las personas usuarias con medidas de sujeción
- Responsable de obtención: Responsable de enfermería
- Periodicidad de obtención: Anual

DURACIÓN
? Elaboración, revisión, aprobación e implantación del documento: Hasta 2º trimestre 2018-02
? Difusión mediante curso formativo: 3er trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0313

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRUZ ESTEBAN GUAJARDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE
MORTE ROMERO ASUNCION
ARENAS MARTINEZ MIRIAN
FORCEN CASADO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboracion de un folleto informativo- explicativo de todos los cuidados relacionados con con la alimentacion, accesovacular, controles analiticos y y radiologicos,administracionde farmacos y problemas psicosocialesde estos pacientes
Reuniones Programadas con todas las unidades del hospital dirigidas a todo el personal sanitario para difundir este folleto,,resolver dudasy dar a conocer el funcionamiento del servicio de hemodialisis. Estas reuniones se realizaron de manera que pudieran asistir todos los turnos de enfermeria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Existe un folleto informativo en todas las unidades del hospita-
Se realizaron 9 sesiones formativas
Asistiendo 110 personas a las sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la comunicacion con todos los servicios del hospital
Hemos observado que cuando un paciente de hemodialisis esta ingresado se siguen las recomendaciones incluidas en el folleto y explicadas en las charlas,con la mejora significativa en el cuidado del paciente.
Seria conveniente repetir este proyecto de mejora cada dos años .

7. OBSERVACIONES.
Ha sido muy positivo para nuestro servicio y para el hospital realizar este plan de mejora

*** ========== Resumen del proyecto 2018/313 ========== ***

Nº de registro: 0313

Título
MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Autores:
ESTEBAN GUAJARDO CRUZ, RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE, MORTE ROMERO ASUNCION, ARENAS MARTINEZ MIRIAN, FORCEN CASADO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente nefrológico (hemodializado)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de hemodialisis en un servicio cerrado donde los pacientes precisan cuidados enfermeros específicos. Cuando estos pacientes permanecen hospitalizados, existe un desconocimiento generalizado sobre su patologia y los cuidados enfermeros que precisan.
Esto repercute negativamente en la atención del paciente y a veces incluso en su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0313

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Mejorar la comunicación con todos los servicios del hospital para dar a conocer y difundir estos cuidados enfermeros.
Dar a conocer el servicio de hemodiálisis al hospital y su funcionamiento en cuanto al personal de enfermería.

MÉTODO
- Elaboración de un folleto informativo - explicativo de todos los cuidados relacionadas con la alimentación, acceso vascular, controles analíticos y radiológicos, administración de fármacos y problemas psicosociles de estos pacientes.

- Reuniones programadas con todas las unidades del hospital dirigidas a todo el personal sanitario para difundir este folleto, resolver dudas y dar a conocer el funcionamiento del servicio de hemodiálisis. Estas reuniones se realizarán de forma que puedan asistir todos los turnos de enfermería.

INDICADORES
- Existe un folleto informativo en todas las unidades del hospital.
- Nº de sesiones formativas realizadas en el hospital.
- Nº de asistentes a estas sesiones formativas.

DURACIÓN
- Primer trimestre 2018: elaboración del folleto informativo
- Segundo trimestre 2018: formateo y aprobación del documento por calidad asistencial e inicio de impartación de primeras sesiones en enfermería.
- Tercer trimestre 2018: Finalización del total de las sesiones formativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0305

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARTA PALACIN LARROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MANRESA OROZ NOEMI
SORIANO VELA RAQUEL
DE LA FLOR MARIN MARIO
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se realizaron tres talleres de formacion para Enfermeria y Auxiliares en primer trimestre de 2016. En dichos talleres se explico la realización del test de disfagia, la adaptación de dietas según resultados y pautas de movilización de pacientes con ictus.
-Se adaptaron las dietas del hospital preexistentes, creándose, a parte de la dieta disfagia ya existente, dietas intermedias para pacientes que han mejorado su situación inicial. Segundo trimestre 2016
-Se elaboraron recomendaciones de enfermería para pacientes con disfagia ingresados y al alta (cuarto trimestre 2016)
-Actualización hojas de registro de enfermería para test de disfagia (test volumen-viscosidad). Segundo trimestre 2016
-Difusion de videos sobre cambios posturales y realizacion test volumen viscosidad (primer trimestre 2017)
-Realizacion poster cambios posturales para area de ictus (4º trimestre 2016)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las Unidades de Ictus son el mejor sistema asistencial que se puede ofrecer a los pacientes que sufren un ictus, con evidencia científica sobradamente demostrada (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). Aportan una mejor situación funcional al alta, mayor grado de independencia, menor tiempo de hospitalización, disminución en el número de complicaciones de una forma coste/eficaz.
Uno de los requisitos imprescindibles de toda Unidad de Ictus y que la definen como tal, es la disposición de personal de “enfermería formada y entrenada en patología vascular cerebral y en número suficiente” (1 enfermera por cada 4-6 pacientes) para la aplicación de los protocolos médicos, conocimientos de principales complicaciones y detección de problemas con el conocimiento suficiente de las escalas específicas así como el plan de cuidados estandarizado de los pacientes.
Al ser ésta una estrategia fundamental en la atención al Ictus ya que se benefician el 80% de los pacientes con Ictus que ingresan en nuestros hospitales, la Comunidad Autónoma de Aragón estableció en su Plan de atención al Ictus en 2010 que todos los Sectores Sanitarios dispondrían de camas de ictus para atender a los pacientes en camas específicas, con protocolos de atención, cuidados, monitorización y enfermería entrenada para disminuir la morbimortalidad. En los hospitales terciarios serían UNIDADES DE ICTUS (con Neurólogo 24 horas), y en el resto de hospitales de Aragón serían ÁREAS DE ICTUS.
La formacion que realizamos a la enfermeria se mide en las auditorias bianuales sobre el tratamiento del ictus en todos los hospitales de aragon (aun no disponemos de los resultados de 2016) En la previa de 2014 se muestran los siguiente datos sobre movilizacion prezcoz y test de disfagia:
-Movilizacion precoz: tasa de cumplimiento 96.8%, siendo el global de la comunidad 76.8%
-Realizacion test de disfagia: tasa de cumplimiento 64.5 %, global de la comunidad 41.5%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación para enfermería es vital para la atención de pacientes en unidades/áreas de ictus. El principal problema que nos enfrentamos es la alta movilidad del personal, lo que obliga a la realización de cursos y talleres de formación constantemente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/305 ========== ***

Nº de registro: 0305

Título
PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

Autores:
PALACIN LARROY MARTA, MANRESA OROZ NOEMI, SORIANO VELA RAQUEL, DE LA FLOR MARIN MARIO, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0305

1. TÍTULO

PROMOCION Y EDUCACION PARA MEJORAR LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA E ICTUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con Ictus y disfagia
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Plan de Atención al Ictus de Aragón, incluye su difusión y la formación de los profesionales implicados en la atención de estos pacientes.
Tanto en la atención temprana de los síntomas, como en la vigilancia semi-intensiva en las primeras 48-72 horas y en la posterior recuperación, el papel de enfermería es clave para evitar complicaciones y facilitar una mejoría satisfactoria.
Por eso, se hace necesaria realizar un conjunto de actividades encaminadas a formar y a educar al personal de enfermería para mejorar la atención en los cuidados de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la atención al paciente con ictus y disfagia:

- Reforzar conocimientos sobre el Plan de Atención al Ictus del Sistema Aragonés de Salud a las enfermeras/os, tcaes y celadores del Sector de Calatayud
- Dar a conocer los cuidados enfermeros propios del paciente con Ictus
- Manejo postural en el paciente hemipléjico. Manejo inicial de rehabilitación en el ictus en planta de hospitalización. 60 min.
- Dar a conocer la técnica de realización del test volumen viscosidad para disfagia. Adaptación de dietas.
- Disminuir la morbimortalidad

MÉTODO
- Realización de sesiones formativas dirigidas al personal de enfermería sobre atención al paciente con ictus y disfagia.
- Adaptación de las dietas del hospital para el paciente con Disfagia.
- Elaboración de recomendaciónes de enfermería para el paciente con disfagia.
- Actualización de hojas de registro de enfermería para indicar la realización del test volumen/viscosidad y elaboración de algoritmo de realización.
-Difusión de videos sobre cambios posturales y realización del test volumen/viscosidad en la intranet del hospital.
-Realización de posters con cambios posturales para la unidad Ictus.

INDICADORES
- Realización de talleres de formación
- Existen todos los documentos nombrados y algunos de ellos actualizados.
- Difusión de tutoriales en la intranet del hospital.

DURACIÓN
- Realización de talleres de formación: 1er trimestre 2016
- Actualización de documentación: 2º trimestre 2016
- Adaptación de dietas para el paciente con disfagia: 3er trimestre 2016
- Elaboración de posters para unidad Ictus: 4º trimestre 2016
- Difusión de videos formativos en intranet: 1er trimestre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA PALACIN LARROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
en seguimiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
en seguimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
en seguimiento

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/144 ========== ***

Nº de registro: 0144

Título
MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
PALACIN LARROY MARTA, VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN, HUICI POLO PATXI, LAMBAN IBOR ELENA, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARCEN MIRAVETE ANA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El ictus es una patología prevalente que supone una parte importante en la atención en las guardias de Medicina Interna de nuestro hospital. Por otra parte, el tratamiento del mismo, ha evolucionado espectacularmente en los últimos años sobre todo en la fase aguda, lo que requiere que los médicos estén constantemente actualizados en los nuevos criterios de tratamiento.
La guardia de Medicina Interna en nuestro hospital esta atendida por especialistas en medicina interna y otras especialidades medicas: cardiólogos, digestologos, neumólogos, etc; los cuales precisan actualización continua en esta patología para poder ofrecer al paciente la mejor atención posible.

RESULTADOS ESPERADOS
Poblacion diana: pacientes ingresados por ictus en Hospital Ernest Lluch de Calatayud
Objetivos: disminuir la morbimortalidad.

MÉTODO
Se propone:
1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurologia Vascular que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS.
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital.
4. Colocar cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital.

INDICADORES
Se monitorizara a través de la mortalidad por ictus que se nos ofrece anualmente a cada hospital desde el PAIA. Actualmente la mortalidad por ictus en nuestro hospital se encuentra en torno al 13%, dentro de la media esperable en los hospitales de nuestra comunidad, si bien es cierto que seria esperable que disminuyera con la puesta en marcha de los nuevos tratamientos de fase aguda.

DURACIÓN
1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018: Marzo-abril 2018. Revision por Calidad Mayo-Junio.
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurologia Vascular que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS: abril y mayo 2017
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital: abril-mayo 2017
4. Colocar cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital: abril -mayo 2017.
5. Evaluacion indicadores: reunión PAIA enero y febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITALERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA PALACIN LARROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN
HUICI POLO PATXI
LAMBAN IBOR ELENA
SERAL MORAL MARIA
MARCEN MIRAVETE ANA
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Se ha realizado material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos
los que realicen guardias de medicina interna en el hospital.

- Se ha colocado cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital.

- Se realizo sesion informativa a MI sobre tratamiento del ictus en las guardias en junio 2018, pero dada la rotacion y cambio de personal se postpuso la segunda sesion a 2019 una vez realizados los cambios de la OPE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mortalidad de ictus HELL 2018: pendientes de que nos pasen datos desde CMBD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente la actualizacion del protocolo de atencion al ictus del hospital y nueva sesion a los medicos de MI

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/144 ========== ***

Nº de registro: 0144

Título
MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
PALACIN LARROY MARTA, VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN, HUICI POLO PATXI, LAMBAN IBOR ELENA, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARCEN MIRAVETE ANA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El ictus es una patología prevalente que supone una parte importante en la atención en las guardias de Medicina Interna de nuestro hospital. Por otra parte, el tratamiento del mismo, ha evolucionado espectacularmente en los últimos años sobre todo en la fase aguda, lo que requiere que los médicos estén constantemente actualizados en los nuevos criterios de tratamiento.
La guardia de Medicina Interna en nuestro hospital esta atendida por especialistas en medicina interna y otras especialidades medicas: cardiólogos, digestologos, neumólogos, etc; los cuales precisan actualización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITALERNEST LLUCH DE CALATAYUD

continua en esta patología para poder ofrecer al paciente la mejor atención posible.

RESULTADOS ESPERADOS
Poblacion diana: pacientes ingresados por ictus en Hospital Ernest Lluch de Calatayud
Objetivos: disminuir la morbimortalidad.

MÉTODO
Se propone:
1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurologia Vascular que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS.
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital.
4. Colocar cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital.

INDICADORES
Se monitorizara a través de la mortalidad por ictus que se nos ofrece anualmente a cada hospital desde el PAIA. Actualmente la mortalidad por ictus en nuestro hospital se encuentra en torno al 13%, dentro de la media esperable en los hospitales de nuestra comunidad, si bien es cierto que seria esperable que disminuyera con la puesta en marcha de los nuevos tratamientos de fase aguda.

DURACIÓN
1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018: Marzo-abril 2018. Revision por Calidad Mayo-Junio.
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurologia Vascular que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS: abril y mayo 2017
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital: abril-mayo 2017
4. Colocar cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital: abril -mayo 2017.
5. Evaluacion indicadores: reunión PAIA enero y febrero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0109

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL MARTINEZ BENEDI
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO EN FORMATO PAPEL, CON INFORMACIÓN REGLADA, CONCISA Y ÚTIL PARA LOS PACIENTES QUE INGRESAN ADEMÁS ASPECTOS BÁSICOS MÁS RELEVANTES QUE QUE LOS USUARIOS DEBEN CONOCER DEL HOSPITAL. EL TRÍPTICO ESTARÁ DISPONIBLE EN LA HABITACIÓN DEL PACIENTE UNA VEZ PREPARADA PARA SU INGRESO. SE LE HA COMUNICADO A LAS RESPONSABLES DE CADA UNIDAD ESTA NUEVA ACCIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO DEL INDICADOR DEL PORCENTAJE DE Nº DE NUEVOS USUARIOS SATISFECHOS POR EL Nº DE NUEVOS USUARIOS INFORMADOS POR 100 HA SIDO DEL 100%. ESTE RESULTADO LO CORROBORA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REALIZADA AL FINAL DE LA PROPUESTA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ESTE TRÍPTICO LES HA APORTADO TANTO AL PERSONAL SANITARIO COMO A LOS PACIENTES UNA MAYOR SEGURIDAD EN SU INGRESO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/109 ========== ***

Nº de registro: 0109

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MARTINEZ BENEDI ISABEL, ZAPATA LOPEZ ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente hospitalizado
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Relación con el usuario/paciente

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad, los usuarios que acuden a nuestra hospital tienen
un conocimiento muy dispar sobre algunos aspectos del mismo, de tipo administrativo y de funcionamiento (por ejemplo: horario de comidas, normas sobre aseo personal e higiene, pase de visita médica, medidas de ailamiento, secretaria, alta médica…..)
Hemos detectado que el desconocimiento de determinados aspectos concretos repercute negativamente tanto en la calidad de la atención percibida por los usuarios como en el propio funcionamiento diario de la unidad. La detección se ha llevado a cabo de forma directa a través de las propias sugerencias y quejas de los usuarios a través de los buzones de sugerencias y supervisoras de unidad.
Por todo ello se hace necesario la elaboración de un tríptico de información para el paciente hospitalizado.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0109

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Ofrecer una información reglada, concisa y útil a los pacientes que acuden a nuestra unidad por primera vez, así como secundariamente a aquellos que ya están en seguimiento, para mejorar tanto la calidad asistencial percibida por el usuario como el propio funcionamiento cotidiano de las unidades de hospitalización.

MÉTODO
Elaboración de un tríptico informativo que resuma de forma escueta y sencilla los aspectos básicos más relevantes que deben conocer los usuarios del hospital. Este tríptico estará disponible en la habitación del paciente una vez preparada para su ingreso.
Todas las dudas aclaratorias al respecto serán resueltas por la supervisora de la Unidad.

INDICADORES
Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida
sobre la unidad a través del formato del tríptico informativo: (Nº de nuevos usuarios satisfechos* /nº de nuevos usuarios informados)x100.
Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

DURACIÓN
Primer trimeste 2018: elaboración del trípitco informativo y encuesta de satisfacción.
Segundo y tercer trimestre 2018: aprobación e inicio de entrega del tríptico informativo a los nuevos pacientes hospitalizados.
Diciembre 2018: Valoración de resultados con las encuestas de satisfacción

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LORENA DURAN ALGAS
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENES LANASPA JOSE JAVIER
EGEA GONZALEZ ELENA
PICOT CASTRO MIGUEL
FARRER VELAZQUEZ MANUEL
CAÑIZARES OLIVER SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actualmente en nuestro hospital cuando una gestante esta en fase activa de parto el control del bienestar fetal se realiza mediante monitorización biofísica externa y/o interna.

La monitorización fetal pretende detectar precozmente la perdida de bienestar fetal (RPBF) durante el parto, secundaria a hipoxia fetal, con el fin de poder intervenir y evitar el deterioro fetal, disminuyendo así la morbimortalidad materno-fetal y mejorando los resultados perinatales.

En nuestro servicio dicha vigilancia fetal intraparto se realiza mediante el RCTG continuo. Cuando es patológico o dudoso (95% de sensibilidad para hipoxia fetal), se deben descartar los falsos positivos (50-70%) mediante la determinación del ph en sangre del cuero cabelludo fetal (Gold estándar por su alto VPN 95-97% pese a un 6% de falsos positivos).

Hasta abril de 2018 en nuestro hospital no se realizaba esta técnica por no ser costo-efectiva, ya que el mantenimiento de un gasómetro de uso exclusivo para nuestra unidad era demasiado elevado para nuestro volumen anual de partos. Pero gracias al esfuerzo conjunto de los jefes del servicio de Laboratorio (Dra. Esteve Alcalde) y del servicio de ginecología y obstetricia (Dr. Farrer Velázquez) y el personal de ambos servicios se ha podido compaginar el uso del gasómetro del servicio de laboratorio cuando se necesita realizar una toma de ph de calota como gold estándar para descartar falsos positivos ante un RCTG no tranquilizador. Esto nos muestra su equilibrio ácido-base, que es el indicador más fiable para el diagnóstico de acidosis fetal, por lo tanto es el parámetro que mejor indica la finalización inmediata del parto debido a RPBF (recomendación C). La toma de dicha micro toma sanguínea (técnica de Erich Saling) requiere una dilatación cervical al menos de 2-3cm y amniorrexis.

En nuestro servicio, con el inicio de las determinaciones de ph de calota fetal desde Abril de 2018 hasta el momento, hemos dado un salto muy importante e imprescindible de calidad asistencial, no sólo para gestantes y sus fetos, sino para el personal implicado en su asistencia. Aunque insistiendo, en que, durante la práctica clínica, muchas decisiones obstétricas, aun contando con un estudio de ph fetal, se deben tomar teniendo en cuenta la valoración global de la paciente y de su situación clínica especifica (contraindicaciones de la técnica).

Las intervenciones realizadas fueron:

Una primera reunión interdisciplinar en Febrero de 2018 de los servicios de Laboratorio y Bloque obstétrico, a la que asistieron los jefes de servicio de ambas, los matrones y parte del personal TCAE del bloque obstétrico y parte del personal de laboratorio. Su duración fue de 2 horas en las cuales el servicio de laboratorio explico de manera teórico-practica como manejar el gasómetro abl90 flex, como registrar las muestras adecuadamente en el mismo para asegurar su trazabilidad en el servicio de laboratorio y poder incluirlas posteriormente en la intranet del hospital. Además

de informar sobre los problemas mas frecuentes del aparato y como resolver los mismos. Después se procedió a realizar varias determinaciones con sobrantes de muestras para adquirir las destrezas necesarias para el uso del aparato. Para terminar la sesión, se elaboró un video explicativo para recordar lo aprendido y fue enviado a todos los integrantes del equipo obstétrico además de ser guardado para su consulta en un ordenador del bloque obstétrico.

Posteriormente, se nos envió por correo electrónico el manual completo del gasómetro abl90 flex y se redacto unas instrucciones pormenorizadas (de uso interno en el bloque obstétrico) para el manejo del gasómetro las cuales fueron incluidas con todo el material necesario para realizar la microtoma de calota fetal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

También se acordó el circuito para solicitar su utilización al servicio de laboratorio, establecer su prioridad de uso, quien realizaría el traslado y como realizarlo, quien seria el responsable del análisis de la muestra y de la cumplimentación de las peticiones de laboratorio y el circuito para su devolución y limpieza.

Se obtuvo todo el material quirúrgico no desechable necesario para realizar la microtoma según la técnica de Saling (amnioscopios, cuchillas de microtoma, lancetas porta cuchillas, pinzas de anillos, capilares heparinizados, tapones para capilares, hierros, imán además de una fuente de luz fría) y de varios equipos de prueba desechables.

Posteriormente se decidió que el registro de dicha actividad, al igual que los resultados obtenidos o las incidencias, se recogerían en el apartado de “observaciones” del libro de partos, en el cual se ha habilitado una parte específicamente para ello.

En febrero de 2019 se realizó otra reunión por parte de los matrones/as de la unidad para recordar el uso del gasómetro y se consensuó a principios de marzo de 2019 con la Dra. Esteve Alcalde, jefa de servicio de laboratorio que se adjuntaran las instrucciones reducidas de uso del gasómetro al aparato cada vez que este se trasladase al bloque obstétrico para su uso. Y a su vez se acordó, que el personal del bloque obstétrico podría ir al servicio de laboratorio para refrescar sus conocimientos sobre el uso del gasómetro si lo consideraban oportuno bajo la supervisión del personal de laboratorio.

Queda pendiente de realizar una sesión clínica informativa sobre la técnica y los resultados obtenidos desde su implantación (17 de Abril de 2019) en el salón de actos del hospital Ernest Lluch auspiciada por el departamento de calidad del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nuestra población diana han sido las embarazadas que han parido en nuestro servicio desde abril de 2018 hasta finales de Febrero de 2019. Un total de:

113 partos eutócicos

11 partos mediante kiwi

20 vacuum

3 parto mediante fórceps

22 cesáreas urgentes

19 cesáreas programadas

Durante ese tiempo se realizaron 8 microtomas de calota fetal a 4 gestantes en fase activa de parto. Sin estas determinaciones esas 4 gestantes hubieran finalizado su gestación mediante cesárea urgente, sin embargo y gracias a la determinacion del ph de calota fetal, 2 de ellas acabaron en parto eutócico, otra de ellas acabo en un parto mediante vacuum tipo kiwi. Todas ellas obtuvieron resultados normales para el ph de arteria umbilical post-nacimiento. La cuarta

gestante terminó en parto por cesárea por imposibilidad de obtener un resultado pese a la extracción de la muestra, por lo que se realizó una segunda reunión del equipo de matronas para reforzar los conocimientos sobre el adecuado uso del gasómetro.

Tasa de partos con determinaciones de ph de calota entre todos los partos atendidos en dicho periodo: 2´127%

Tasa de cesáreas evitadas en partos en los que se realizo ph de calota por RCTG no tranquilizador que hubiera condicionado sin su realización una cesárea urgente: 75% de cesáreas evitadas.

Todos estos datos se obtuvieron del libro de partos, del apartado observaciones/ph calota fetal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valoró positivamente por parte del equipo obstétrico la posibilidad de la monitorización bioquímica fetal, aunque dado que afortunadamente es una técnica muy necesaria pero de escaso uso, el equipo obstétrico demandó

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

refrescar los conocimientos sobre el uso del gasómetro con periodicidad semestral/anual.

Dado que los recursos para su aplicación continuada en la practica obstétrica, no supone un cargo extra ni para la unidad ni para el hospital y todos los recursos necesarios para llevarla a cabo están disponibles en el hospital, esta técnica se seguirá ofertando a nuestra población diana de manera indefinida, pasando a ser recogidos los datos de la misma a partir de Abril de 2019 en el libro electrónico de partos (que se implantará a partir de esa fecha) a la par que en el convencional de papel, para su mejor uso estadístico.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/607 ========== ***

Nº de registro: 0607

Título
PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

Autores:
DURAN ALGAS LORENA, MENES LANASPA JOSE JAVIER, EGEA GONZALEZ ELENA, PICOT CASTRO MIGUEL, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, GARCIA SIMON RAQUEL, CAÑIZARES OLIVER SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Gestantes durante proceso de parto.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los años 60 la monitorización fetal creo la idea de que la tecnificación y el control del parto mejoraría los resultados neonatales. Las expectativas sobre el conocimiento exacto del estado fetal y la posibilidad de predecir los resultados, no se vieron cumplidas, por la dificultad en la interpretación de los registros cardiotocográficos fetales, ya que se realiza de forma subjetiva por los profesionales adecuados y aun así, existe una alta variación inter-observador en la interpretación del RCTG, coincidiendo solo en un 22% de los casos.
La monitorización fetal pretende detectar precozmente la perdida de bienestar fetal (RPBF) durante el parto, secundaria a hipoxia fetal, con el fin de poder intervenir y evitar el deterioro fetal, disminuyendo así la morbimortalidad materno-fetal y mejorando los resultados perinatales.
La vigilancia fetal intraparto se realiza mediante el RCTG continuo. Cuando es patológico o dudoso (95% de sensibilidad para hipoxia fetal), se deben descartar los falsos positivos (50-70%) mediante la determinación del ph en sangre del cuero cabelludo fetal (Gold estándar por su alto VPN 95-97% pese a un 6% de falsos positivos). Esto nos mostrara su equilibrio acido-base, que es el indicador más fiable para el diagnóstico de acidosis fetal, por lo tanto es el parámetro que mejor indica la finalización inmediata del parto debido a RPBF (recomendación C).
La toma de dicha microtoma sanguínea (técnica de Erich Saling) requiere una dilatación cervical al menos de 2-3cm y amniorrexis.
Este análisis tiene como fin, disminuir el porcentaje de falsos positivos de RPBF inherentes a los procedimientos de monitorización fetal, tratando de detectar precozmente la asfixia perinatal cuyas secuelas son muerte fetal, encefalopatía neonatal y parálisis cerebral y lograr un mejor resultado perinatal con el menor número de intervenciones posibles. Debemos aclarar que la existencia o no de un compromiso fetal, no siempre coincide con el estado neonatal, pero el uso conjunto de ambas técnicas reduce la incidencia de instrumentalización del parto por distrés fetal (en comparación con la monitorización sola) (RR 0,33 P=0,007) aunque sin diferencias en la tasa de cesáreas.
En nuestro servicio, con el inicio de las determinaciones de ph de calota fetal, damos un salto muy importante e imprescindible de calidad asistencial, no sólo para gestantes y sus fetos, sino para el personal implicado en su asistencia. Aunque insistiendo, en que, durante la práctica clínica, muchas decisiones obstétricas, aun contando con un estudio ph fetal, se deben tomar teniendo en cuenta la valoración global de la paciente y de su situación clínica especifica. En las situaciones en las que el ph fetal no pueda realizarse, las decisiones obstétricas se tomarán en base a la gravedad de las alteraciones de la FCF, de otros datos acerca del estado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

fetal y de la situación clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
-Reducir la variabilidad en la toma de decisiones durante el parto, con el consiguiente aumento de la calidad asistencial.
-Disminuir la tasa de cesáreas/ partos instrumentalizados innecesarios.
-Disminuir los RN nacidos con acidosis.
-Aumentar y mejorar la seguridad de madre y feto.
-Aumentar y mejorar la seguridad de los profesionales que asisten los partos.

MÉTODO
-Sesión del equipo (matronas, auxiliares y ginecólogos) para unificar criterios e información sobre el procedimiento.
-Base de datos donde se reflejen ph realizados, valores, tipo de parto, Apgar.
-Análisis Estadístico de los resultados obtenidos

INDICADORES
- % de partos con determinaciones de ph calota entre todos los partos atendidos.
- Tasa de cesáreas y de partos instrumentales en los partos con ph calota.
-Todos los partos se realizará un ph de arteria umbilical.

DURACIÓN
Inicio Junio 2018; Fin Mayo 2019
Cronograma:
-Reuniones Junio 2018.
-Elaborar planilla de recogida de datos Junio 2018.
-Protocolo/ plan cuidados/ procedimiento Octubre 2018.
-Implantación del proceso Octubre 2018.
-Análisis de los datos recogidos y conclusiones Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0643

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNAEN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGODURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE JAVIER MENES LANASPA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLEGO VELA SANTIAGO
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ
PICOT CASTRO MIGUEL
DURAN ALGAS LORENA
GOMEZ DOMINGUEZ HILARIO ALFONSO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión/Sesión informativa equipo multidisciplinar en el que se establece la sistemática de trabajo. (octubre 2018)
Elección de lugares para el registro de datos (libro de partos y hojas de alta matrona) que sea una base de datos. (octubre 2018)
Inicio del método piel con piel y recogida de datos desde 1 enero 2019.
Revisión de los datos obtenidos en enero y febrero 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de piel con piel entre todos los partos normales de bajo riesgo 100% (standard 80%).
Porcentaje de inicio de lactancia materna en puerperio inmediato durante el piel con piel entre las gestantes que dan lactancia materna o lo desean 100% (standard 80%).
Porcentaje de lactancias exitosas al alta hospitalaria entre las lactancias iniciadas en el piel con piel 100% (standard mayor de 70%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de que los objetivos o porcentajes de los indicadores son del 100%, hay que reseñar que sólo se han podido evaluar 2 meses de asistencia y que la muestra ha sido pequeña (30 partos), por lo que no nos podemos aventurar a extrapolar ninguna conclusión.
Habría que aumentar la muestra o esperar varios meses para tener una impresión mejor de los porcentajes de los indicadores. Como logro de este proyecto, todo el proceso va a quedar registrado y reflejado tanto en el libro de partos como en la hoja de alta hospitalaria de la matrona por lo que los datos son fácilmente extrapolables para un análisis estadístico mas exhaustivo y que nos lleve a conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/643 ========== ***

Nº de registro: 0643

Título
PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Autores:
MENES LANASPA JOSE JAVIER, GALLEGO VELA SANTIAGO, ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ, MARTINEZ BENEDI ISABEL, PICOT CASTRO MIGUEL, DURAN ALGAS LORENA, EGEA GONZALEZ ELENA, GOMEZ DOMINGUEZ HILARIO ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0643

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNAEN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGODURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

PROBLEMA
Los RN a término, aunque sean de bajo riesgo, requieren una serie de cuidados y procedimientos rutinarios, a parte de una valoración cuidadosa de su estado general. Suele llevarse a cabo por las matronas en paritorio.
En diversas culturas los RN son colocados directamente sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento. Históricamente este comportamiento era necesario para la supervivencia del RN. Con la tecnificación de la asistencia al parto, la mayoría de los niños que nacen en un hospital son separados de la madre o vestidos antes de entregarselos, estas rutinas pueden perturbar la interacción precoz entre la madre y el RN.
En los últimos años se han producido cambios en la asistencia del RN sano, la evidencia científica recomienda el contacto piel con piel temprano, de forma ideal en el momento del nacimiento, colocando al RN desnudo, en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, manteniendo caliente al RN (secando y cubriendo) con una manta o toallas/paños, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre.
Se recomienda evitar la separación de la madre y el RN dentro de la primera hora de vida y/o hasta que haya finalizado la primera toma. Durante este periodo la matrona (y auxiliar de enfermería) mantendrá una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible entre la madre y el RN con registro de signos vitales del RN.
Esta práctica, está dentro de las recomendaciones que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace en su estrategia de parto normal, basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor.
La evidencia también nos indica que la mayoría de RN sanos a termino, presentan comportamientos espontáneos de alimentación en la primera hora de vida. El contacto temprano piel con piel con succión se asocia a un inicio satisfactorio de la lactancia materna y a una mayor duración de la lactancia materna. La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora.
El contacto directo piel con piel tiene grandes beneficios que aporta para ambos:
-Favorece el establecimiento del vínculo afectivo
-Aumenta la probabilidad de éxito de la lactancia materna
-Mejora el control de la termorregulación del RN (previene hipotermia)
-Evita la hipoglucemia del RN
-Disminuye el distress respiratorio

Respecto a los cuidados generales del RN; pinzamiento del cordón umbilical, profilaxis ocular, administración de vitamina K intramuscular y recogida de huellas del RN pueden realizarse sin separar al RN de su madre. Las medidas antropométricas del RN pueden llevarse a cabo mas tarde, evitando la interrupción innecesaria del contacto madre-hijo en los primeros minutos tras el parto.
En nuestro servicio planteamos este proyecto de mejora de calidad asistencial al detectar variabilidad en la asistencia al RN sano en función de la persona que la lleva a cabo. Vemos una oportunidad de mejora, en la que no sólo participan diferentes profesionales (matronas, pediatras, auxiliares y enfermeras), sino que también colaboran diferentes servicios (Bloque Obstétrico y Unidad Materno-Infantil). Elaborando un protocolo/procedimiento unificado.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir la variabilidad en la práctica diaria en el manejo del RN sano mediante la protocolarización de la asistencia. (aumento de la calidad asistencial).
Favorecer el vínculo afectivo madre-RN de forma temprana, interfiriendo lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina
Fomentar una Lactancia Materna exitosa.
Mejora del control termorregulación del RN (disminución del riesgo de hipotermia fetal)
Evitar hipoglucemias del RN
Disminuir distress respiratorio

MÉTODO
Taller/Sesión Clínica/ Reuniones equipo multidisciplinar, estableciendo un protocolo de actuación/guía…consensuado con los diversos servicios y profesionales implicados y adaptado a nuestro medio de trabajo.
Elaborar Planilla de recogida de datos y creación de una Base de datos
Revisión de datos obtenidos y análisis/evaluación

INDICADORES
Porcentaje de piel con piel entre todos los partos normales de bajo riesgo (>80%)
Porcentaje de inicio de Lactancias en puerperio inmediato: nº lactancias iniciadas durante el piel con piel entre las gestantes que dan lactancia materna o la desean (>80%)
Lactancias exitosas al alta: nº lactancias maternas al alta/ entre nº de contactos piel con piel o lactancias iniciadas en el piel con piel. (>70%)

DURACIÓN
Fecha de inicio Mayo 2018 y final Marzo 2019
Cronograma:
Charlas /Reuniones Mayo 2018
Protocolo/ plan cuidados/ procedimiento 2018 Sept
Elaborar planilla de recogida de datos o Check list + base de datos Sept 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0643

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNAEN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGODURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Implantación del proceso Sept 18
Análisis de los datos recogidos y valoración /conclusiones Marzo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0824

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CAÑIZARES OLIVER
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA COLERA DANIEL
GARCIA SIMON RAQUEL
PELLICER SORIA ANA MARIA
FRANCO SERRANO CARLOS
GIL LAFUENTE OSCAR
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO
BERNAL ARAHAL TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración de un protocolo de actuación ante la pérdida fetal y duelo perinatal.
- Elaboración de un circuito asistencial ante el diagnóstico de muerte fetal intraútero.
- Adaptación de consentimientos y documentación a cumplimentar ante un caso de muerte fetal.
- Elaboración de un circuito para el envío de documentación y muestras recogidas durante el proceso, incluyendo la derivación al centro de referencia, si procede.
- Sesión Hospitalaria sobre Duelo perinatal con el objetivo de dar a conocer el problema y su situación actual, ofreciendo herramientas a los profesionales para manejar esta situación y mejorar así la calidad asistencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Proporcionar una visión global del problema a las diferentes especialidades médicas y enfermería.
- Formación a los profesionales involucrados a través de la sesión hospitalaria y los protocolos de actuación.
- Actuación uniforme siguiendo unas pautas establecidas según las últimas evidencias científicas disponibles, mejorando así la calidad asistencial.
- Detección PRECOZ de casos que requieren atención y posterior seguimiento en el centro de salud por parte del psiquiatra y psicólogo.
- Atención personalizada y humanizada a las pacientes y su entorno, por ejemplo, facilitando una habitación individual en el área Materno-Infantil, en una localización lo más alejada posible del resto de pacientes obstétricas.
- Actualización de la documentación y consentimientos a cumplimentar en estas situaciones.
- Agilizar el circuito asistencial así como el envío de muestras recogidas durante el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Aunque las pérdidas gestacionales suelen ser inusuales en nuestro medio, no por ello no debemos estar preparados y formados debidamente.
- Se ha demostrado que la pérdida perinatal provoca un gran impacto emocional a los padres, familiares y a los profesionales que los atienden, por lo que resulta fundamental la formación para manejar estas situaciones ofreciendo así una atención uniforme, individualizada, humanizada y de calidad, evitando así actitudes poco adecuadas por parte del personal sanitario que puedan dificultar el proceso de un duelo saludable a padres y familiares.
- Disponer de un protocolo de actuación y un circuito asistencial es primordial para unificar y facilitar la atención asistencial, permitiendo también la detección precoz de pacientes con riesgo de desarrollar un duelo patológico, ofertándoles medidas de apoyo tanto farmacológicas como psicológicas previas al alta y seguimiento en los Centro de Salud.
- Con respecto al tríptico informativo sobre duelo perinatal, que se pretendía repartir al alta a la paciente y sus familiares, queda pendiente finalizar su elaboración y aprobación por parte del Comité de Ética Asistencial.
- Con respecto a los cuestionarios para valorar la atención recibida, la idea inicial era distribuirlos en la consulta de revisión, pero por el momento no nos ha parecido adecuado debido al estado emocional de las pacientes. No obstante, subjetivamente percibimos una mejora notable en la atención ante estas situaciones.

Como conclusión, la puesta en marcha de este proyecto de calidad ha logrado mejorar la formación y actuación de los profesionales involucrados y, por lo tanto, la calidad asistencial a las pacientes y sus familiares.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/824 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0824

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

Nº de registro: 0824

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

Autores:
CAÑIZARES OLIVER SILVIA, GIL LAFUENTE OSCAR, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, FRANCO SERRANO CARLOS, GARCIA SIMON RAQUEL, GRACIA COLERA DANIEL, PELLICER SORIA ANA MARIA, GONZALEZ MARQUETA MAXIMO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Salud mental
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La pérdida gestacional provoca un gran impacto emocional para los padres, su entorno y para los profesionales involucrados en la atención, que pueden influir en los cuidados prestados. Dependiendo de las semanas de gestación, la frecuencia de presentación de la pérdida gestacional varía. Las pérdidas en el segundo y tercer trimestre suelen ser bastante inusuales, pero no por ello no debemos estar preparados y formados debidamente para actuar con seguridad, calidad y uniformidad entre los diferentes miembros del servicio.
El no tener un protocolo establecido para el manejo de las pérdidas gestacionales y el consecuente duelo perinatal conlleva que se actúe según el criterio del profesional responsable en ese momento.
Los diferentes estudios al respecto ponen de manifiesto un déficit de recursos personales, como son las habilidades de comunicación, y falta de formación específica del duelo perinatal. Esto conlleva actitudes poco adecuadas por parte del personal sanitario que dificultan el proceso de un duelo saludable a los padres y familiares.

RESULTADOS ESPERADOS
- Con este proyecto pretendemos proporcionar herramientas para formar a los profesionales involucrados y actuar uniformemente siguiendo unas pautas establecidas según las últimas evidencias científicas disponibles, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial.
- Proporcionar a las pacientes y sus familiares una asistencia personalizada y humanizada.
- Mediante un tríptico informativo, distribuido al alta, facilitar información y el contacto con grupos de apoyo
- Agilizar y mejorar la comunicación con matronas, psicólogos y psiquiatras del Centro de Salud.

MÉTODO
- Elaborar un protocolo de actuación ante la pérdida gestacional por trimestres y duelo perinatal.
- Elaboración de base de datos
- Establecer un circuito para enviar muestras recogidas durante el parto, incluyendo la derivación al centro de referencia, si procede.
- Reuniones/Seminarios/Sesiones clínicas periódicas hospitalarias y en Centros de Salud (incluyendo a médicos de atención primaria, ginecólogos, matronas, auxiliares de enfermería) para informar, unificar criterios y análisis de resultados de forma conjunta.
- Colaboración estrecha con servicio de psiquiatría y psicosomática del Centro de Salud.
- Proporcionar una atención personalizada a estas pacientes tomando las medidas oportunas para poder "identificar" y "aislar" a la paciente de las demás pacientes obstétricas del servicio.
- Proporcionar un tríptico informativo (sobre pérdida gestacional y duelo) a los padres al alta, para facilitar el seguimiento y el proceso del duelo adjuntando información de contacto de asociaciones especializadas en dicho tema.
- Realizar estudio de pruebas complementarias, si procede, en la visita post-alta.

INDICADORES
- Existencia de un protocolo específico en el servicio de ginecología y obstetricia
- Valoración del nivel de satisfacción de los profesionales sanitarios implicados en el proceso a modo de cuestionario.
- Valoración de la atención recibida por parte de los padres mediante un cuestionario en la consulta de revisión.

DURACIÓN
INICIO DEL PROYECTO: JUNIO 2018
- Elaboración del protocolo: Inicio en JUNIO 2018
- Sesiones hospitalarias y en Centros de Salud para difundir dicho protocolo y mejorar la comunicación entre las diferentes especialidades: Inicio SEPTIEMBRE 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0824

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1544

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS FRANCO SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FARRER VELAZQUEZ MANUEL
GARCIA SIMON RAQUEL
PELLICER SORIA ANA MARIA
GIL LAFUENTE OSCAR
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO
GRACIA COLERA DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se convocó y celebró una reunión en el mes de septiembre con matronas de Atención Primaria y especialistas de nuestro servicio en el Hospital.
2. En ella se estableció el circuito asistencial y las funciones de la matrona y del especialista en relación a la informatización de la cartilla del embarazo.
3. Se acordó que la primera visita de captación se realizara por la matrona de Atención Primaria de tal forma que la anamnesis inicial fuera realizada por ella. Y los formularios de seguimiento se utilizaran en las visitas sucesivas tanto por matrona, como por obstetra.
4. Se realizó formación del funcionamiento de la Cartilla de embarazo electrónico. Y se elaboró un pdf. que se remitió a los correos electrónicos del personal con las instrucciones de cómo utilizar la historia clínica electrónica.
5. Se entrega en cada consulta una copia impresa en papel a la paciente, de tal forma que si la gestante se encuentra en otra comunidad o centro en el que no se disponga de intranet, se pueda obtener toda la información obstétrica hasta la fecha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido la implicación de todo el personal sanitario que asiste a la mujer gestante. Tanto matronas de Atención Primaria como especialistas obstetras están llevando a cabo la historia clínica electrónica.
La puesta en marcha se llevó a cabo en octubre. Y se inició con las primeras visitas. Posteriormente en las sucesivas visitas se siguió completando la HCE en el formulario de seguimiento.
Al haber iniciado la HCE en octubre, todavía no hay pacientes con todas las visitas introducidas en la HCE. Pero se prevé que en el mes de junio, todas las embarazadas tengan de forma exclusiva su cartilla de embarazo electrónica.
Para ello la primera visita de captación es realizada por la matrona de Atención Primaria y se realiza una anamnesis completa. De esta forma cuando la paciente llega a la Consulta de Obstetricia, ya tiene la Cartilla de embarazo electrónica abierta. Posteriormente el especialista y la matrona en cada visita realizan un nuevo formulario de seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implicación y coordinación tanto de atención primaria como especializada en el seguimiento de la mujer gestante es imprescindible para un buen manejo de la misma.
La realización de una HCE evita los problemas derivados del soporte en papel: desorden, falta de uniformidad, ilegibilidad, disponibilidad lenta, confidencialidad no garantizada, dificultad para tratar la información…
La cartilla de embarazo permite la interoperabilidad entre los distintos profesionales que asisten a la paciente embarazada.
Además en los casos de traslado de la paciente a otro centro por indicación médica o por traslado de la paciente a otra comunidad por razones personales, permite obtener la historia clínica del embarazo de manera sencilla y rápida, sin tener que hacer el trámite que se realizaba a través de Atención al Paciente.

7. OBSERVACIONES.
La demora en la puesta en marcha del proyecto ha hecho que se retrase el calendario previsto. Por lo que en junio de 2019 se prevé que se alcance el objetivo principal: Informatizar la historia clínica obstétrica de toda paciente gestante del Sector.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1544 ========== ***

Nº de registro: 1544

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1544

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
FRANCO SERRANO CARLOS, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, GARCIA SIMON RAQUEL, PELLICER SORIA ANA MARIA, GIL LAFUENTE OSCAR, CAÑIZARES OLIVER SILVIA, GONZALEZ MARQUETA MAXIMO, GRACIA COLERA DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Mujeres
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
De todos es conocidos los problemas que plantea el soporte en papel de la Historia Clínica: desorden y falta de uniformidad en los documentos, ilegibilidad, disponibilidad lenta y rígida, una confidencialidad no garantizada, dificultad para tratar la información…
Por todo ello, se busca la unificación de la historia clínica en soporte electrónico con el fin de resolver los problemas anteriormente descritos y garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica para la atención sanitaria correcta.

La atención de la paciente gestante está encaminada a vigilar la evolución del proceso de gestación, de forma que sea posible prevenir factores de riesgo que puedan desencadenar complicaciones en el embarazo, aunque en ocasiones surge patología tanto materna como fetal, con la derivación a otros centros hospitalarios de referencia o que implican seguir conductas específicas durante el control prenatal y la asistencia del parto. Debido a que se trata de un proceso multidisciplinar, en ocasiones en distintos centros sanitarios e incluso en diferentes comunidades autónomas y países (migración, traslados de viviendas, periodos vacacionales) se propone la unificación de la historia clínica obstétrica en la Comunidad Autónoma.

En 2016 se elaboró un formulario específico en la HCE denominado “Cartilla de embarazo”. Formulario que algunos sectores de la comunidad han ido incorporando a su método de trabajo habitual en la consulta de Obstetricia, pero que en nuestro sector no se ha formalizado. Es por lo que se elabora este proyecto para incorporar la HCE en la Consulta de Obstetricia en nuestro día a día.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal:
• Informatizar la Historia clínica obstétrica de toda paciente gestante del Sector de Calatayud.

Objetivos secundarios:
• Implicación de todo el personal sanitario (Matronas de Atención Primaria y Atención Especializada) en el proyecto.
• Establecer el circuito asistencial entre Atención Primaria y Especializada.
• Posibilidad de interoperabilidad entre los distintos centros hospitalarios de la Comunidad, con especial mención a aquellas pacientes que se canalizan al Hospital de referencia.

MÉTODO
1. Convocatoria y celebración de una reunión con matronas de Atención Primaria y Especialistas de nuestro Servicio para presentación de Proyecto.
2. Establecer el circuito asistencial y las funciones de la matrona y del especialista en relación a la informatización de la historia clínica.
- Captación e inicio de la Cartilla del embarazo electrónica por matrona de Atención Primaria.
- Seguimiento de la HCE por el especialista en las próximas visitas en la Consulta de Obstetricia.
3. Formación de personal sanitario que asiste a la embarazada en el funcionamiento de la HCE.
4. Entregar a la gestante una cartilla de embarazo actualizada en cada Consulta. De tal forma que la paciente disponga de toda la información del embarazo actual en caso de necesitarla en cualquier otra comunidad autónoma o incluso en cualquier otro país.

INDICADORES
Número de pacientes con primera visita electrónica.
Tasa de pacientes con HCE completa al finalizar el proceso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1544

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

DURACIÓN
El programa se plantea por un periodo de un año, tras el cual se debe haber conseguido el objetivo principal del proyecto.
Inicio del proyecto: Julio 2018.
- Elaboración de documento informativo para profesionales sanitarios y remisión a través del correo corporativo. Inicio en Julio de 2018.
- Sesión hospitalaria y con Atención Primaria para formación relacionado con el funcionamiento de la HCE y establecer circuito asistencial. Septiembre de 2018
- Aplicación de la HCE en todas las primeras visitas. Septiembre de 2018.
- Finalización de Proyecto y análisis de los datos. Junio de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0521

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PAJARES BERNAD
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALO YAGUE MARTA
JIMENEZ RUBIANO BERTA
ESCOBAR RAMON MARIA JESUS
MUÑOZ PEÑA CRISTINA
SOLORZANO GARRIDO MARIA PILAR
BLANCAS COSTEA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado las hojas informativas de los antineoplasicos orales utilizados en la consulta de onco-hematología desde mayo de 2018 hasta diciembre de 2018, incluyendo los siguientes fármacos: abidaterona, enzalutamida, lapatinib, capecitabina, ciclofosfamida, palbociclib, etoposido, sunitinib, gefitinib, imatinib, crizotinib, erlotinib, ciclofosfamida, vinorelbina, everolimus y dabrafenib. La información detallada incluida en cada diptico informativo es la referente a la posología, forma de administración, efectos secundarios, precauciones, mantenimiento, interacciones farmacológicas y conservación de los fármacos, utilizando un lenguaje facilmente entendible.
Desde enero de 2019 hasta febrero de 2019, se ha procedido a la entrega de este material escrito a aquellos pacientes que iniciaban un tratamiento antineoplásico oral, al mismo tiempo que recibía la información verbal y previa a la dispensación del tratamiento en el servicio de farmacia de nuestro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha procedido a la entrega de los dipticos informativos a un total de 16 pacientes, con un cumplimiento del tratamiento, de las pautas de posología, forma de administración y conservación en el 100% de los casos. En lo referente a efectos secundarios, precauciones e interacción el poscentaje, el cumplimiento ha sido del 87,5% (14 pacinetes/ 16 pacientes incluidos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La administración de antineoplásicos orales aporta ventajas al paciente, dado que le permite una mayor autonomía y menor riesgo de complicaciones derivadas de accesos venosos. Esta autonomía implica un cumplimiento estricto y riguroso de las pautas médicas y farmacéuticas en domicilio. La información escrita en forma de dipticos mejora la adherencia al tratmaiento y permite mejorar la actuación del paciente ante los efectos adversos derivados de la medicación.

7. OBSERVACIONES.
Posteriormente se remitiran los resultados definitivos con un mayor periodo de tiempo de inclusión y seguimiento de los pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/521 ========== ***

Nº de registro: 0521

Título
ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

Autores:
PAJARES BERNAD ISABEL, URIARTE PINTO MOISES, MALO YAGUE MARTA, JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA, ESCOBAR RAMON MARIA JESUS, MUÑOZ PEÑA CRISTINA, SOLORZANO GARRIDO MARIA PILAR, BLANCAS COSTEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0521

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La atención farmacéutica al paciente onco-hematológico es una pieza clave en el proceso asistencial de estos pacientes.
En la actualidad el uso de fármacos antineoplásicos orales representa en torno al 25-30% de todos los agentes antitumorales utilizados.
La quimioterapia oral presenta ventajas para los pacientes ya que les confiere mayor autonomía, además de reducir el riesgo asociado al uso de vías centrales y catéteres.
Sin embargo, los antineoplásicos orales también suponen un reto para los profesionales sanitarios debido a varios motivos:
• Se debe asegurar una correcta adherencia al tratamiento (se sabe que la falta de adherencia es uno de los principales factores de fracaso terapéutico), no comprometida con la administración parenteral del tratamiento en Hospital de Día.
• La necesidad de establecer las correctas medidas de seguridad respecto al tratamiento de residuos tóxicos en el domicilio, motivado por la falsa sensación de inocuidad que genera el uso de la vía oral en un contexto que principalmente emplea la vía parenteral.
• Existe riesgo potencial de sobredosis accidental, al que hay que añadir las potenciales interacciones entre fármacos o fármacos-alimento.
• El propio paciente y/o sus cuidadores se implican en el tratamiento asumiendo la responsabilidad de la correcta administración, controlando la aparición de efectos adversos o alertando de posibles cambios en su medicación habitual que pueda interaccionar con su tratamiento antineoplásico.

A lo mencionado anteriormente, se debe sumar el impacto psicológico que supone el diagnóstico de estas patologías en estos pacientes, a los que además se les facilita mucha información por muchos profesionales diferentes.
Por todo ello, debemos proporcionar una correcta y completa información a los pacientes, además de intentar garantizar su correcta comprensión.
Disponer de información por escrito sobre los tratamientos que va a recibir, ayudará a los pacientes a comprender dicha información y, sobre todo, disponer de ella posteriormente cuando le puedan surgir dudas.
Por ello, con la colaboración de los servicios de Farmacia, Oncología y Hematología estamos trabajando en la elaboración y actualización de hojas estandarizadas de información al paciente (dípticos) para ser entregadas a los pacientes que inician tratamiento con fármacos antineoplásicos orales.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar y actualizar hojas estandarizadas de información para ser entregadas a los pacientes que inicien tratamiento con fármacos antineoplásicos orales.
Las hojas incluirán información consensuada que describa las principales características del fármaco para asegurar su correcta administración y que permitan reconocer los principales efectos adversos, condiciones de conservación, etc. Todo ello con un lenguaje fácilmente comprensible.

MÉTODO
• Elaboración de las hojas de información de los nuevos antineoplásicos orales.
• Actualización de las ya existentes.
• Informar tanto de forma oral como escrita, mediante la entrega de los dípticos a los pacientes, en el propio acto de dispensación de la medicación en el Servicio de Farmacia a los pacientes que inician un nuevo tratamiento oral.

INDICADORES
• Informar al 100% de los pacientes con inicio de tratamiento o con cambio de antineoplásicos orales.
o Pacientes informados que inician tratamiento con antineoplásicos orales o que cambian de tratamiento / Total de pacientes que inician tratamiento con antineoplásicos orales o que cambian de tratamiento.
o Mínimo: 90%
o Máximo: 100%

DURACIÓN
La duración del proyecto es anual.
El calendario previsto será el siguiente:
Abril-Mayo: elaboración y actualización de los dípticos.
Junio-Diciembre: Entrega de información a los pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0521

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BERTA JIMENEZ RUBIANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERRANO GARCIA CRISTINA
MOLINA MORENO JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde la puesta en marcha del programa de asistencia telefónica, se han recibido un total de 30 llamadas únicamente, distribuidas en los 2 primeros meses desde el inicio del proyecto. Realizamos encuesta de satisfacción a todos los usuarios que identificamos y que acudieron en el 100% de los casos a los Servicios de Urgencias, clasificamos dichas consultas en las tres categorías referidas en el proyecto inicial (mal control de síntomas, toxicidad a los tratamientos o claudicación del paciente y/o familiares) y las correlacionamos con el porcentaje de pacientes que finalmente ingresaron por presentar criterios de gravedad. Finalmente, proponemos diferentes estrategias de mejora en la calidad asistencial del paciente onco-hematológico.-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con la puesta en marcha del proyecto, realizamos difusión del mismo mediante dípticos informativos y a través de la Radio (SER Calatayud) para que todos los pacientes que reciben tratamiento o son seguidos en nuestro Centro conociesen la disponibilidad de esta herramienta de soporte. En el caso de los dípticos, fueron entregados a todos los pacientes durante su primera visita en el Servicio de Oncología Médica o a aquellos que recibían tratamiento activo antineoplásico o Cuidados Paliativos.Como hemos comentado en el apartado anterior, se han realizado aproximadamente 30 llamadas, concentradas fundamentalmente en los meses de Julio y Agosto. Posteriormente, el número de llamadas recibidas ha ido decreciendo (1 o 2 en el mes de Diciembre de 2018), no habiéndose registrado ninguna desde el mes de Enero de 2019. En el 97% de los casos, los pacientes fueron remitidos al Servicio de Urgencias de nuestro Centro. No recibimos ningún correo desde el equipo de soporte de Oncocare para evaluación preferente de los pacientes. El 95% de los pacientes realizaron la encuesta de satisfacción, puntuando la asistencia recibida. El grado de satisfacción es muy bajo hasta el momento actual (65% del total de los pacientes puntuaron el Servicio con un 2 o poco satisfecho, 15% nada satisfechos y el 20% restante lo calificó como aceptable o indiferente, siendo la puntuación de 3).. Hemos distribuido los principales motivos de consulta en los 3 apartados descritos con anterioridad: 65% por mal control de síntomas, principalmente dolor y disnea, y el 35% restante por toxicidad a los tratamientos recibidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de que el programa de asistencia telefónica Oncocare ha sido implantado con éxito en 15 Centros sanitarios de todo el país y su puntuación global, valorada por los pacientes es de 8,9, en nuestro caso, podemos concluir hasta el momento actual (aún no ha finalizado el periodo previsto de análisis) que no ha modificado ni impactado de forma significativa en la calidad de vida de nuestros pacientes. Ningún caso se resolvió telefónicamente y todos los pacientes salvo 1, acudieron finalmente al Servicio de Urgencias. Dada la complejidad creciente del manejo del paciente oncológico con la introducción de la inmunoterapia y terapias dirigidas deducimos, en base a la escasa adherencia a dicho Servicio de asistencia telefónica, que los pacientes prefieren la asistencia física y preferiblemente por un oncólogo médico. Los facultativos que pertenecen a dicho sistema de apoyo telefónico no son especialistas en Oncología Médica, y este puede ser un punto importante de mejora, ya que los facultativos adscritos al programa son F.E.As de Atención Primaria y Comunitaria. Desconocemos si el tratarse de un área de asistencia fundamentalmente rural con importante dispersión geográfica ha sido un factor determinante en la no adherencia al servicio de asistencia. En base a estos resultados y la ausencia de impacto en la calidad de vida de los pacientes, proponemos la existencia de dicho Servicio pero al frente de especialistas de Oncología Médica (guardias no presenciales...) y la creación de una Consulta de Enfermería Oncológica que filtre y estandarice las necesidades y cuidados de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.
Dada la escasa adherencia observada, insistiremos en la difusión por parte de nuestro Servicio, tanto por parte de los FEA, DUE y TACE y realizaremos una encuesta a los pacientes que reciben tratamiento oncológico activo para valorar la idoneidad de permanencia de dicho Servicio y las propuestas de mejora en la asistencia de este grupo especial de pacientes de manejo tan complejo. Los resultados serán comunicados en la memoria final del proyecto.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1166 ========== ***

Nº de registro: 1166

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Título
IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Autores:
JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, SERRANO GARCIA CRISTINA, MOLINA MORENO JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El manejo del paciente onco/hematológico resulta cada vez más complejo, debiéndose este hecho a múltiples causas como por ejemplo el empleo de nuevos fármacos (inmunoterapia o nuevas terapias dirigidas), el distrés emocional que genera el diagnóstico, la presencia de múltiples síntomas fundamentalmente en las fases más avanzadas de la enfermedad y la toxicidad secundaria a los tratamientos empleados.
Para el correcto manejo de estos pacientes, es fundamental la colaboración entre los especialistas implicados en los diferentes niveles asistenciales (oncólogos, personal de enfermería y auxiliares, facultativos del Servicio de Urgencias o del equipo de Atención Pª, etc). A pesar de lo anterior y del rápido acceso o disponibilidad de los recursos sanitarios en nuestro medio, tanto el paciente como sus familiares se enfrentan diariamente a situaciones en gran medida desconocidas y complejas para ellos que generan importantes dudas y disconfort. La ausencia de información, la dispersión geográfica que caracteriza a nuestro Sector Sanitario, las dificultades sociales o la falta de soporte familiar, pueden provocar situaciones en la que el paciente y/o sus familiares no identifiquen una situación que constituya una urgencia oncológica aunque presenten dudas al respecto, o por el contrario, acudir innecesariamente a los Servicios de Urgencias por motivos que podrían solventarse fácilmente mediante una consulta al Médico de Atención Primaria o con una sencilla modificación del tratamiento de soporte.
Por todo ello y como una herramienta más de soporte al paciente onco/hematológico, surge la iniciativa ONOCOCARE o teléfono de 24 horas de atención al paciente oncológico. De esta forma, a través de este sistema se tiene acceso durante los 365 días del año a profesionales sanitarios con formación específica en atención continuada de pacientes con cáncer. De este modo, los usuarios pueden resolver sus dudas sobre ciertos aspectos de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, cuestiones sobre nutrición o para recibir ayuda emocional. Ante cualquier duda relativa al diagnóstico o tratamiento directo de la enfermedad (quimioterapia, radioterapia, cirugía, pruebas diagnósticas) o ante cualquier sintomatología grave, el equipo médico de Oncocare derivará al paciente de forma directa al servicio de Oncología del propio hospital o, en caso de riesgo vital, al servicio de Urgencias.
Este programa ya ha sido implantado en 15 centros sanitarios de todo el país, con un registro total de 5.430 llamadas recibidas. El 64% de las consultas se resuelve en la propia llamada y los usuarios le otorgan una puntuación del 8,9. El Hospital de Calatayud es el primero en Aragón en incorporar este servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
-Determinar el impacto del programa de asistencia telefónica 24 horas ONCOCARE en la calidad de vida de los pacientes onco/hematológicos.
-Determinar el porcentaje de pacientes remitidos al Servicio de Urgencias o a la Unidad de de Oncología Médica de forma preferente (casos graves o que requieren una actuación preferente por parte del oncólogo).
-Identificar y clasificar los motivos más frecuentes de consulta por parte del paciente y/o familiares, y en base a dichos resultados, establecer posibles objetivos o puntos de mejora.

MÉTODO
-Realización de una encuesta de satisfacción a todos los usuarios que hayan empleado el servicio de asistencia sanitaria continuada. Dicha encuesta es libre y voluntaria. Los pacientes han de cuantificar el grado de satisfacción con el sistema de asistencia telefónica ONCOCARE, asignando una puntuación cuyos valores que se encuentran entre el 1 (nada satisfecho) y el 5 (absolutamente satisfecho).
-Clasificación de las llamadas recibidas en tres categorías de aplicación práctica: toxicidad a los tratamientos, mal control de síntomas (dolor, disnea, etc.) y claudicación o distrés emocional.
-Correlación de dichos resultados con la práctica clínica habitual, estableciendo el porcentaje de urgencias reales o casos preferentes identificados mediante el sistema de asistencia telefónica.
-En función de la prevalencia de los diferentes motivos de consulta, podemos plantear estrategias de mejora,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

como por ejemplo información escrita y detallada sobre los diferentes fármacos empleados si el mayor porcentaje de consultas recayese o lo constituyesen las dudas sobre las toxicidades al tratamiento y su manejo.

INDICADORES
Realización de la encuesta al 100% de los usuarios que hacen uso del sistema
-Número de pacientes cuyo grado de satisfacción es igual o superior a 4 dividido entre el total de pacientes a los que se les ha realizado la encuesta x 100. Favorable si = 75%
-Porcentaje de pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias o son remitidos a Oncología Médica con carácter preferente tras realizar la consulta telefónica. Se expresará el porcentaje con respecto al 100% de los pacientes que hacen uso del sistema.

DURACIÓN
Es un proyecto anual que entrará en vigor en Junio de 2018 hasta Junio de 2019.Exposición de los resultados en Julio de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0196

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROMERA SANTA BARBARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLEGO VELA SANTIAGO
PARRA FORMENTO JESUS
LAFUENTE HIDALGO MIGUEL
MARTINEZ ANDALUZ CARLA
MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con fecha 2/4/2018 se realiza una reunión entre el sevicio de Pediatría y el servicio de enfermería para explicar la implantación del cribado de cardiopatías críticas a todos los recién nacidos. Para ello se realiza un protocolo, se cuelgan varios carteles por la planta con el algoritmo de actuación y se explica al personal de enfermería cómo se ha de realizar el protocolo. Nos han facilitado dos pulsioxímetros que ya llevan incorporado el software para realizar directamente la medición, y se establece que se realizará a las 24h de vida de los recién nacidos, y se dejarán recogidos los datos de forma informática.
La semana siguiente se explica la implantación del protocolo a los pediatras de atención primaria y se comunica que el resultado llegará sellado en la cartilla de vacunación. A partir del 11/4/2018 comenzamos a realizarlo a todos los recién nacidos.
Previo a la realización de la prueba se explica a los familiares en qué consiste la prueba, el carácter inocuo de la misma y como interpretar los resultados, y al alta se comunica a los padres el resultado de la misma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consiguió realizar el cribado de cardiopatía congénita critica a 167 recién nacidos durante el periodo del 11 de abril de 2018 al 8 de febrero de 2019, de los cuales el 55,68% eran mujeres, y el 44,32% restante eran varones.
El resultado dio negativo en el 100% de los neonatos estudiados, si bien el 80,5% lo hizo en primera medición, el 15,5% dio negativo en la segunda medición y el otro 4% hubo que realizar hasta 3 mediciones para que saliera el resultado negativo.
Un 3% de los pacientes fueron remitidos para estudio por cardiología al diagnosticarse soplo neonatal, con resultado negativo del test de cribado, y que también dio resultado negativo al realizar el test de cribado en el centro de referencia.
La saturación preductal media fue de 96,41% y la postductal media fue de 97,37%. La diferencia de saturación pre y postductal estuvo entre 0-1% en el 50% de los pacientes, entre 1-2% en el 25,7% y entre 2-3% en el 24,3% de los neonatos estudiados. Los indicadores utilizados
El primer indicador, que fue número de recién nacidos a los que se realiza la toma de pulsioximetria/ número total de recién nacidos vivos, se ha cumplido en el 98,8% de los casos, superando el estándar previsto. Los otros 2 indicadores no se han podido evaluar, al ser todos los resultados negativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde la implantación del protocolo, ha sido un cribado ampliamente aceptado por todo el personal y sin complicaciones en cuanto a la aplicación.
Dado que la muestra de recién nacidos todavía no es muy numerosa, los resultados deben interpretarse con cautela.
La aplicación de dicho cribado neonatal ayuda a mejorar la asistencia a los recién nacidos, además de la satisfacción obtenida por parte de las familias. Es una técnica fácil de realizar y con resultados sencillos de interpretar, sin aumentar los costes, ya que el pulsioxímetro es un dispositivo necesario en cualquier planta de pediatría.
Debemos continuar realizando dicho cribado para asegurar una completa asistencia a los recién nacidos, ampliar la muestra para continuar con el estudio y poder detectar cardiopatías que precisarían diagnóstico y tratamiento precoz, para así disminuir la mortalidad neonatal.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/196 ========== ***

Nº de registro: 0196

Título
CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0196

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

Autores:
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ, GALLEGO VELA SANTIAGO, PARRA FORMENTO JESUS, LAFUENTE HIDALGO MIGUEL, MARTINEZ ANDALUZ CARLA, MARTINEZ BENEDI ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología: cardiopatías congénitas críticas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cardiopatías congénitas críticas son una patología muy grave que afecta a los recién nacidos, y que precisa un diagnostico precoz, que permita iniciar tratamiento en las primeras horas de vida, y evitar el fallecimiento del recién nacido.
la incidencia de cardiopatías congénitas es de 75/1000 recién nacidos vivos, y el 30% de dichas cardiopatías se detecta tardíamente.
Es importante tanto su diagnóstico prenatal, como posnatal muy precoz; sin embargo, tanto el diagnóstico por ecocardiografía fetal como la exploración física del recién nacido pueden ser insuficientes para diagnosticar un número importante de estas cardiopatías. El cribado de cardiopatias congenitas criticas mediante el uso de pulsioximetría ha demostrado ser un método eficaz, no invasivo y de bajo coste, además de bien tolerado, para detectar a recién nacidos asintomáticos y afectos de dichas cardiopatías en las primeras horas después del nacimiento.
Dicho cribado ha sido recomendado en los estándares de la sociedad española de neonatología y se esta implantando de forma progresiva en todos los hospitales de la comunidad.
Consiste en la colocación de un pulsioxímetro preductal (mano derecha del recién nacido) y postductal (mano izquierda, o cualquiera de las extremidades inferiores), entorno a las 24 horas de vida, valorando los niveles de saturación de oxigeno.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo consiste en detectar aquellos recién nacidos asintomáticos, con cardiopatía congénita crítica no detectada en diagnostico prenatal y que se beneficiaran de un diagnostico y tratamiento precoz.
Se aplicará a todos los recien nacidos de la Unidad de Pediatría y Maternoinfantil, que nazcan entre los periodos del 1/5/2018 al 1/5/2019.

MÉTODO
Para la aplicación del protocolo será necesario la monitorización de la saturación de oxigeno por pulsioximetria entorno a las 24h de vida de todos los recién nacidos de la unidad.
Para ello serán necesarias sensores de oxímetria neonatales, que se acoplen a los pulsioxímetros de la unidad, y que sean deshechables. Se establecerá como normal una saturación de es=95% en mano derecha y pie o=95% en alguna de las extremidades y la diferencia es =3% entre ambas localizaciones .
El valor absoluto de positividad en saturación es<90% en mano derecha o pie, o ante la presencia de síntomas. En esta situación el recién nacido será trasladado a la unidad de cardiologia infantil de referencia (H. Infantil Miguel Servet) para valoracion ecográfica urgente-preferente.

Si los valores se encuentran entre el 90 y el 94% en mano derecha o pie, o la diferencia entre ambos es>3%, repetir en 30 minutos. Si tras la segunda determinación el recién nacido sigue presentando una saturación del 90-94% en mano derecha o pie, o una diferencia entre ambos>3%, se considerará positivo, y precisará valoración por cardiología infantil.

Previo a la instauración del protocolo, el algoritmo de actuación se explicará a todo el personal de la unidad, así como a los pediatras de los centros de salud del sector, para que sean informados de su implantación, y del manejo de los pacientes. Se realizará formación del personal de enfermería encargado de la realización de dicha valoración.
El valor obtenido de pulsioximetría quedará registrado en la cartilla de salud Infantil que se les entrega a los padres, así como la fecha de realización.
Cada 3 meses, se realizará reunión entre la supervisora de enfermería y la coordinadora del proyecto, para registrar incidencias.
Se realizará un registro anual de los datos obtenidos.

INDICADORES
1.- Número de recien nacidos a los que se realiza la toma de pulsioximetria/ número total de recien nacidos vivos
2.- Número de recien nacidos con prueba positiva/ número total de recien nacidos vivos
3.-Número de recien nacidos con cardiopatía confirmada posteriormente por ecocardiografia /número de recien

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0196

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

nacidos con prueba positiva

DURACIÓN
Se comenzará a implantar la realizacion de pulsioximetria y el registro el 2/5/2018. previa a esta fecha, se dará un curso de formación para enfermería y se hará una reunión con los pediatras de atencion primaria del sector para que conozcan la implantación del registro.
A los 3 meses se realizará reunión con la responsable de enfermería para valoración y resolución de problemas que hayan surgido.
a los 6 meses, una evaluacion provisional de resultados,
A los 12 meses, nueva evaluación memoria con los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAEZ AGUDO FELICIDAD
MARTINEZ ARNEDO CRISTINA
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-RECOPILACIÓN DE LAS FICHAS TÉCNICAS DE CADA FÁRMACO A INCLUIR EN LA GUIA EN EL CIMA: CENTRO DE INFORMACIÓN ONLINE DE MEDICAMENTOS DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS- AEMPS
- REVISIÓN DE DUDAS SURGIDAS EN LA RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN PARA ELABORAR LAS FICHAS EN CUANTO A ESTABILIDAD, COMPATIBILIDADES, ETC CON FARMACEUTICO DEL HOSPITAL.
- REUNIÓN DE EQUIPO PARA PUESTA EN COMÚN Y DAR FORMATO A UN PRIMER BORRADOR.

-EN LOS MESES PREVISTOS.
-MEDIOS INFORMÁTICOS DEL CENTRO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- EL PROYECTO ESTÁ EN SEGUIMIENTO HASTA EL MOMENTO LAS ACTIVIDADES QUE SE HAN IDO REALIZANDO SE VAN AJUSTANDO AL OBJETIVO DE QUE EXISTA UN MANUAL QUE NOS AYUDE DURANTE LA UTILIZACIÓN DE LOS FÁRMACOS EMPLEADOS EN ESTÁ UNIDAD CON MAYOR SEGURIDAD.

-NOS HA PERMITIDO SOLICITAR Y DISPONER DE EQUIPOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS FOTOSENSIBLES PARA BOMBA DE PERFUSION, DE LO CUALES NO DISPONIAMOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL PROYECTO ESTÁ EN SEGUIMIENTO,
- UNA DE LAS MEJORAS CONSEGUIDAS QUE YA ESTA PATENTE EN NUESTRA UNIDAD ES CONTAR CON EL MATERIAL ADECUADO EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS FOTOSENSIBLES PARA QUE NO ALTERE SU EFECTIVIDAD.

Y LA SEGURIDAD AL PREPARAR LAS PERFUSIONES YA QUE EMPEZAMOS A CONTAR CON INFORMACIÓN SOBRE ESTABILIDAD, COMPATIBILIDADES QUE HASTA AHORA NO TENIAMOS.
- QUEDA PENDIENTE ELABORAR EL MANUAL DEFINITIVO.
-DURANTE LA ELABORACIÓN DEL MISMO SE HA PROPUESTO UN NUEVO PUNTO:
LA ELABORACIÓN DE UN DÍPTICO/TABLA DE BOLSILLO PLASTIFICADO PARA CADA ENFERMERO/A DE LA UNIDAD COMO CONSULTA RÁPIDA EN LOS MOMENTOS DE EMERGENCIA EN QUE HAYA QUE REALIZAR SOPORTE VITAL AVANZADO.

7. OBSERVACIONES.
HE PARTICIPADO EN ANTERIORES CONVOCATORIAS Y TODO CORRECTO.
PERO EN ESTA CONVOCATORIA DE 2016, NO HUBO NOTIFICACIÓN CORREO ELECTRÓNICO DE LA SELECCIÓN DEL PROYECTO COMO EN OTRAS CONVOCATORIAS LO CUÁL ES MUY ÚTIL PARA PODER LLEVAR A CABO TODO EL PROYECTO Y CUMPLIR EL CALENDARIO PREVISTO.
HA INFLUIDO MUCHO EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO QUE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN SOBRE PROYECTOS SELECCIONADOS SE REALIZÓ EL MARTES 12 DE DICIEMBRE DE 2017 SIENDO LA CONVOCATORIA.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/302 ========== ***

Nº de registro: 0302

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, DEL VILLAR CRUZ TERESA, RROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: son paciente de medicina interna pero también pacientes de trauma, cirugía, urología, gine que se complican a nivel multiorgánico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE- del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.
En la actualidad no disponemos de una guía /manual sobre cómo preparar y administrar fármacos que se pautan en situación de riesgo vital como parte del soporte vital avanzado que se realiza en los pacientes semicriticos que atendemos como pueden ser fármacos vasopresores-cardiovascular: drogas vasoactivas (Dopamina, Dobutamina, Noradrenalina, Epinifrina, Fenilepinefrina,Aleudrina), anti arrítmicos (Amiodarona,Brevibloc, Verapamilo, Manidon), fármacos hipnóticos-sedantes (Etomidato, Propofol), relajantes musculares (Rocuronio, Anectine, Cisatracurio) entre otros fármacos.
Dichos tratamientos a menudo se deben instaurar de forma precoz para procurar mayor beneficio al paciente, momento en que se necesita un mayor esfuerzo terapéutico y un seguimiento más estrecho.
Por todo ello creemos necesario disponer de este Manual para agilizar y resolver de forma práctica posibles dudas sobre su preparación y administración.

RESULTADOS ESPERADOS
Un Manual que incluya los fármacos de administración parenteral que se emplean en situaciones de Soporte Vital Avanzado en la atención a pacientes semicriticos que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad de Cuidados Especiales –UCE- respecto a: la preparación de las perfusiones, compatibilidad, estabilidad una vez reconstituido y diluido, y precauciones a tomar, de forma que ésta sea rápida y segura.
- Proporcionar un elemento más en la mejora de la atención a nuestros pacientes.
- Mejora el rendimiento individual de cada profesional.

MÉTODO
Recopilar las fichas técnicas de cada fármaco en el CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios –AEMPS.
- Con la colaboración de la Farmacéutica del Hospital Ernest Lluch solventar dudas respecto a cómo proceder en caso de fármacos fotosensibles en bomba de perfusión continua, equipos de perfusión a emplear, tiempos de estabilidad.
- Elaborar un Manual de Dosificación y Diluciones utilizadas en UCE en el que participe el personal de enfermería de la unidad.
- Sesión presentación del mismo.

INDICADORES
- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest LLuch.
- Realización de un taller para su difusión en segundo semestre 2017

DURACIÓN
- Recopilación de fichas descriptivas de fármacos: Noviembre - Diciembre 2016
-Revisión de dudas y elaboración de primer borrador: Enero- Marzo 2017
-Elaboración y maquetación documento definitivo: Abril - Junio 2017
-Difusión de la guía realizando un taller: Octubre- Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0066

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GARCIA AGUIRRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LASTRA VILLAR ROCIO
SAEZ AGUDO FELICIDAD
CERDAN MORENO LAURA
DE MARCO MURO CRISTINA
GARCIA TOBAJAS EVA MARIA
PARDO HERNANEZ MARIA PILAR
LABORDA HIGES FATIMA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto se ha realizado a través de la Comisión de enfermería de lesiones por presión y heridas crónicas del Sector Calatayud, para ello se han mantenido las siguientes reuniones:
- 6 de marzo 2018
- 19 de marzo 2018
- 10 de abril 2018
- 17 de abril 2018
- 24 de abril 2018
- 8 de mayo 2018
- 15 de mayo 2018

Método de trabajo:
- Planificación, distribución de tareas, búsqueda bibliográfica y elaboración de un primer borrador del documento.
- Lectura y revisión continua del documento actualizando las últimas evidencias científicas.
- Se realiza una revisión de los registros enfermeros actuales “seguimiento y evolución de lesiones por presión” y se implanta un nuevo registro relacionado con las medidas preventivas “cambios posturales personalizados”. Elaboración de un “protocolo de bolsillo” para facilitar la consulta de todos los profesionales enfermeros.
- Revisión y actualización de guía de productos disponibles en el Sector para cura de LPP y heridas crónicas
- Elaboración de una guía de prevención y tratamiento de LPP y heridas crónicas para profesionales de nueva incorporación en el hospital.
- Aprobación del Protocolo de Prevención y tratamiento de lesiones por presión (LPP) y heridas crónicas en comisión de dirección.
- Preparación de la actividad formativa para la difusión e implantación del protocolo en el Sector.
- Realización del curso el 29 de mayo. Acreditado por la comisión de formación continuada con 0.8 créditos al que se inscribieron 53 profesionales del Sector y lo realizaron 30. Debido al gran número de inscripciones, se celebrará una segunda edición en 2019 para formar al resto del personal inscrito en la primera edición.
- Se mantienen varias reuniones de equipo con todas las supervisoras del Hospital para informar de la puesta en marcha y aprobación del protocolo. Cada supervisora reúne a su vez al personal de su unidad para darlo a conocer.
- Difusión como noticia en la intranet del hospital para darlo a conocer a todos los profesionales (mayo 2018)
- Inclusión en el apartado de “Enfermería”, “procedimientos” en la intranet para facilitar su consulta, lectura o impresión a todos los profesionales (mayo 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CONTRATO PROGRAMA 2018/ EVALUACIÓN

INDICADOR 1:
Definición:
Proporción de pacientes con riesgo de lesión por presión (Norton =14) que han desarrollado una lesión por presión (LPP Intrahospitalarias)
Fórmula [a) / b)]* 100:
a) Nº de pacientes que han desarrollado una LPP intrahospitalaria con Norton =14
b) Nº de pacientes con hospitalizados con Norton = 14 (hojas de registro y seguimiento de LPP en el periodo de evaluación) (Entre el 1 de Enero y 30 Noviembre anual)
Fuente: 1º- Hojas de registro y seguimiento de LPP (296 Hojas en 2018)
Monitorizado: Base de datos Supervisora de Calidad Asistencial
Periodicidad:Anual
Interpretación: Seguridad
Estándar: 3 - 10 %

EL RESULTADO EN 2019 HA SIDO 9,8% (25/254 x 100)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0066

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION

INDICADOR 2:
Nº de profesionales formados en la prevención y tratamiento de LPP y heridas crónicas:
- Actividad formativa acreditada dirigida al personal de enfermería del Sector el 29 de Mayo: 30 alumnos.
- Talleres formativos en unidad de MI del hospital para personal continuo y de nueva incorporación. Junio: 30 alumnos
- Sesiones clínicas en AP: 50

TOTAL: 110 PROFESIONALES FORMADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA IMPLANTACIÓN Y DIFUSIÓN MEDIANTE LA FORMACIÓN, DE ESTE PROTOCOLO HA SUPUESTO UNA MEJORA EN LOS RESULTADOS DEL INDICADOR 1 (14,19 % EN 2017 Y 9,8% EN 2018). EL GRAN NÚMERO DE PROFESIONALES FORMADOS Y LA DEMANDA HACE NECESARIO REPETIR LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS EN 2019.
TAMBÍEN SE HAN DADO A CONCOER GUÍAS DE MATERIALES Y DE USO DE MATERIALES PARA FACILITAR Y MEJORAR SU USO EN EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/66 ========== ***

Nº de registro: 0066

Título
MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO

Autores:
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR, LASTRA VILLAR ROCIO, SAEZ AGUDO FELICIDAD, CERDAN MORENO LAURA, DE MARCO MURO CRISTINA, GARCIA TOBAJAS EVA MARIA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, LABORDA HIGES FATIMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevención, tratamiento y curación de las heridas forma en nuestros días, un pilar fundamental en la práctica enfermera siendo prioridad en investigación, formación y gestión por parte de los profesionales de enfermería.
Las lesiones por presión y heridas crónicas constituyen un problema de salud que afecta a una amplia población de edades diversas, conlleva un importante gasto económico e implicación social afectando en diversa medida a la calidad de vida del paciente y su entorno.
El abordaje de estas heridas a través de la elaboración, implantación y difusión de un protocolo único en el Sector asegura la disminución de la variabilidad clínica y el buen uso de los recursos disponibles, consiguiendo que las heridas crónicas de muy larga evolución dejen de serlo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Normalizar los cuidados para la prevención y tratamiento de las LPP y heridas crónicas de acuerdo a las últimas evidencias científicas, favoreciendo la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales.
- Disminuir la incidencia de las LPP y heridas crónicas como indicador de calidad de los cuidados enfermeros.
- Implementar una herramienta de trabajo unificada para todos los profesionales del Sector de Calatayud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0066

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION

MÉTODO
- Reuniones de la comisión de LPP del sector para planificar, distribuir tares, búsqueda bibliográfica y elaboración del protococolo de prevención y tto de LPP y heridas crónicas.
- Actualización de registros enfermeros relacionados con las medidas preventivas de las LPP (cambios posturales personalizados)
- Difundir e informar sobre uso y manejo de materiales para cura de heridas del sector (guía de materiales)
- Consolidación de la consulta de enfermería quirúrgica en el hospital Ernest Lluch en el tratamiento y seguimiento de LPP y heridas crónicas.
- Difusión del protocolo mediante talleres dirigidos a los profesionales de enfermería del sector Calatayud.

INDICADORES
1º-Indicador: Porcentaje de pacientes con una valoración Norton = 14 que han desarrollado una UPP

Definición Proporción de pacientes con riesgo de lesión por presión (Norton = 14) que han desarrollado una úlcera por presión (UPP Intrahospitalarias)
Fórmula [a) / b)]* 100
a) Nº de pacientes que han desarrollado una UPP intrahospitalaria
(también los Norton › 14)
b) Nº de pacientes con riesgo de desarrollar una UPP (hojas de registro y seguimiento de UPP en el periodo de evaluación) (Entre el 1 de Enero y 30 Noviembre anual)
Fuente 1º- Hojas de registro y seguimiento de UPP
2º- Monitorizado. Base de datos Supervisora de Calidad Asistencial
Observaciones 1º- Nº de hojas de seguimiento enviadas a la unidad de Calidad. Colaborando con el seguimiento del Protocolo de Prevención y tratamiento de UPP, cada unidad de hospitalización incluidas UMI y UCE remiten a la Unidad de Calidad mensualmente las hojas de registro y seguimiento de UPP.
2º- Se considera úlcera a partir de GRADO I: enrojecimiento
3º- Solo se contabilizarán las úlceras que se producen en el Centro durante su estancia en el mismo.
Periodicidad Anual
Interpretación Seguridad
Estándar: 3 - 10 %

2ºIndicador: Porcentaje de pacientes identificados como Dependientes/Inmovilizados con valoración del riesgo de ulceración en el último año (%) en Atención Primaria.

Definición Proporción de pacientes con diagnóstico de dependiente o de inmovilizado y una valoración Barthel = 60, que al menos tiene un registro de riesgo de ulceración, en el último año. (UPP en Atención Primaria)
Fórmula Numerador (SERV_326): Pacientes incluidos en el denominador que al menos tiene un registro en el DGP “DPNORTON” en el periodo de evaluación (último año)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagnóstico de dependiente (Z28 o A99) o con diagnóstico de inmovilizado (A28 o L28) y con una valoración Barthel (DGP “DVFUNCIO”) entre 1 y 60 y algún registro en el periodo de evaluación (último año)
Fuente OMI-AP
Observaciones
Periodicidad Anual
Interpretación Estándar: 60 - 80 %

3º- Nº de profesionales formados en la prevención y tratamiento de LPP y heridas crónicas.

DURACIÓN
Elaboración y aprobación del documento: 2017 hasta 1er trimestre 2018
Difusión mediante talleres de registros enfermeros, guía de materiales y protocolo: 2º Trimestre 2018
Evaluación de resultados e indicadores: 3er trimestre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAEZ AGUDO FELICIDAD
MARTINEZ ARNEDO CRISTINA
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión de las fichas técnicas elaboradas de cada fármaco y corrección por parte del Farmacéutico del hospital.

- Elaboración de un índice por nombre genérico y comercial.
- Elaboración de una guía/tabla de bolsillo para cada enfermero/a de la unidad como consulta rápida en los momentos de emergencia.
En los meses previstos.
Con los medios informáticos del centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Completar la revisión de todas las fichas elaboradas, lo que permitirá imprimir y encuadernar el Manual de dosificación y diluciones utilizadas en nuestra unidad.
- Durante la realización del mismo nos ha permitido disponer de equipos opacos para la administración en BPC y bolsas opacas para fotoprotección de las diluciones de perfusión continua de fármacos fotosensibles durante su adminisTración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Durante la recopilación de información, elaboración de fichas y corrección de las mismas nos ha permitido realizar nuestro trabajo con mayor seguridad al preparar las diluciones para BPC de forma correcta para mantener su efectividad.
- Ha quedado patente la importancia de seguir la información proporcionada por la ficha técnica de cada fármaco para su administración correcta sobre compatibilidad, estabilidad, fotosensibilidad, conservación.
- Conseguir mejoras como material para la administración correcta de fármacos fotosensibles.
Queda pendiente:
- Impresión y maquetación del Manual de dosificación y diluciones.
- Impresión y plastificación de la guía/tabla para consulta rápida de bolsillo para cada enfermero/a.
- Presentación de ambos y distribución, en sesión para el personal de la unidad.
Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación:
- Revisión de las mismas con actualización según se amplíen/varien las terapias farmácologicas prescritas en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/302 ========== ***

Nº de registro: 0302

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, DEL VILLAR CRUZ TERESA, RROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Otro Tipo Patología: son paciente de medicina interna pero también pacientes de trauma, cirugía, urología, gine que se complican a nivel multiorgánico
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.......: Seguridad del paciente

PROBLEMA
Dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE- del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.
En la actualidad no disponemos de una guía /manual sobre cómo preparar y administrar fármacos que se pautan en situación de riesgo vital como parte del soporte vital avanzado que se realiza en los pacientes semicriticos que atendemos como pueden ser fármacos vasopresores-cardiovascular: drogas vasoactivas (Dopamina, Dobutamina, Noradrenalina, Epinifrina, Fenilepinefrina,Aleudrina), anti arrítmicos (Amiodarona,Brevibloc, Verapamilo, Manidon), fármacos hipnóticos-sedantes (Etomidato, Propofol), relajantes musculares (Rocuronio, Anectine, Cisatracurio) entre otros fármacos.
Dichos tratamientos a menudo se deben instaurar de forma precoz para procurar mayor beneficio al paciente, momento en que se necesita un mayor esfuerzo terapéutico y un seguimiento más estrecho.
Por todo ello creemos necesario disponer de este Manual para agilizar y resolver de forma práctica posibles dudas sobre su preparación y administración.

RESULTADOS ESPERADOS
Un Manual que incluya los fármacos de administración parenteral que se emplean en situaciones de Soporte Vital Avanzado en la atención a pacientes semicriticos que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad de Cuidados Especiales –UCE- respecto a: la preparación de las perfusiones, compatibilidad, estabilidad una vez reconstituido y diluido, y precauciones a tomar, de forma que ésta sea rápida y segura.
- Proporcionar un elemento más en la mejora de la atención a nuestros pacientes.
- Mejora el rendimiento individual de cada profesional.

MÉTODO
Recopilar las fichas técnicas de cada fármaco en el CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios –AEMPS.
- Con la colaboración de la Farmacéutica del Hospital Ernest Lluch solventar dudas respecto a cómo proceder en caso de fármacos fotosensibles en bomba de perfusión continua, equipos de perfusión a emplear, tiempos de estabilidad.
- Elaborar un Manual de Dosificación y Diluciones utilizadas en UCE en el que participe el personal de enfermería de la unidad.
- Sesión presentación del mismo.

INDICADORES
- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest LLuch.
- Realización de un taller para su difusión en segundo semestre 2017

DURACIÓN
- Recopilación de fichas descriptivas de fármacos: Noviembre - Diciembre 2016
-Revisión de dudas y elaboración de primer borrador: Enero- Marzo 2017
-Elaboración y maquetación documento definitivo: Abril - Junio 2017
-Difusión de la guía realizando un taller: Octubre- Noviembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAEZ AGUDO FELICIDAD
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA
SANCHEZ MUÑOZ INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reunión con Carpintero del hospital por parte del Equipo de mejora:
- Valoración in sitú, del estado actual del box de aislamiento donde se confirma: .la necesidad de aumentar la superficie de trabajo, cantidad, tipo y dimensiones, con un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
. la necesidad de ampliar las superficie de trabajo .
- Actividades realizadas:
- Se acuerdan las características de las nuevas superficies de trabajo para incorporar mejoras que faciliten la labor asistencial, se toman medidas para:
oElaboración de superficie de ordenación tipo baldas para el material de higiene, fungible sanitario en el interior del box, sin que reste espacio de las mesas de trabajo.
oElaboración de una mesa abatible que proporcione una superficie de trabajo resistente y al ser plegable no reste espacio para la movilización del paciente, dadas las dimensiones reducidas del box.
- Reunión del equipo de mejora:
- Consensuando el material máximo a introducir en el box.
- Se elabora un listado como primer borrador, con las cantidades mínimas necesarias para que no obstaculice la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material al alta del paciente.
Recursos empleados.
- Material de Carpintería.
- Material de papelería y encuadernación.
Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.
- Diseño de las nuevas superficies de trabajo, para próxima elaboración,pendiente de construir e incorporar al box.
- Documentación que incluya: procedimiento de preparación de box de aislamiento en UCE y un borrador con listado de material fungible.
Fecha previstas:
Fase de construcción de nuevas superficies por parte de carpintero e incorporación al box: Enero- Marzo 2019.
Fase de finalización del documento y presentación en la Unidad:
Mayo- Junio 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Llevar a cabo reuniones con el Carpintero del hospital y del equipo de mejora llegando a acuerdos para avanzar en el proyecto.
- Elaborar un primer listado con el material máximo a introducir en el box necesario para proporcionar los cuidados básicos a un paciente ingresado en dicho box.
Consiguiendo el objetivo propuesto de:
- Eliminar situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas…(esto para la definitiva)
- Llegar a un acuerdo acerca del material mínimo disponible en el interior del box para mejorar la asistencia a estos pacientes.
- Solventar aspectos organizativos que hacen más fácil nuestra labor asistencial con un paciente en aislamiento.
Impacto del proyecto:
Este proyecto va a suponer facilitar nuestra labor tanto, en la práctica asistencial gracias a las superficies de trabajo, como unificando criterios y evitar aglomeraciones de material dentro del box donde debido a la asistencia a pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes si no se usa se acaba desechando el material sobrante, optimizando la asistencia ya que actualmente como lo veníamos desarrollando no era coste-efectivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- En las reuniones el equipo de trabajo queda patente en que necesitamos mejoras en la estructura física actual del box, se alcanza un acuerdo en cuanto al tipo y características y que mejorará las condiciones de trabajo, en cuanto a la necesidad de aumentar las superficies de trabajo.
- Todo el equipo de mejora destaca la importancia de elaborar un documento que recoja un listado de material

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

que describa que material y en qué cantidad ya que servirá de guía a la hora de montar el box de aislamiento cuando se ingresa un paciente evitando almacenar material en el interior que no se use y que después no se deseche.
Queda pendiente (se informará en la memoria final):
Elaboración y colocación en el interior del box de las nuevas superficies de trabajo:
- tablero/mesa de trabajo anclado en la pared para aumentar la superficie de trabajo cuando proporcionamos cuidados de enfermería al paciente (procedimientos como curas, canalización de accesos periféricos o centrales, aseo, administración de medicación). Plegable para que cuando sea necesaria la movilización de la cama del paciente por ingreso, alta, traslado para realización de pruebas no moleste dicha estructura, pero cuando se necesite aumentar la superficie de trabajo pueda extenderse dicho tablero/mesa.
- Incorporación de unos estantes, para disponer dentro del box del material mínimo de uso para poder trabajar sin tener que entrar y salir continuamente del box de aislamiento.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.
Consiguiendo el objetivo propuesto de:
- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.

7. OBSERVACIONES.
No me había llegado comunicación por correo electrónico ni por teléfono de que el proyecto presentado había sido seleccionado, no hay publicado un listado de proyectos seleccionados que consultar para saber si el proyecto había sido seleccionado.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/100 ========== ***

Nº de registro: 0100

Título
IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, ROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, SANCHEZ MUÑOZ INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades que precisan aislamiento en paciente crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Box de aislamiento de nuestra unidad - UCE- se prepara cada vez que recibe un paciente dado que son pacientes adultos semicriticos y precisan durante su atención una serie de procedimientos específicos.
Buscamos resolver situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas…
Se han detectado también áreas de mejora en el interior del box como:
- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Ampliar puerta de acceso al box (medidas no adecuadas con las dimensiones de las nuevas camas). En una situación de urgencia hay que maniobrar repetidamente para poder entrar al box con la cama.

RESULTADOS ESPERADOS
- Población Diana: pacientes adultos semicriticos que ingresen en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE – y precisen aislamiento de contacto, gotas, o transmisión aérea.
- Llevar a cabo medidas correctoras en relación con:
- Estructura física del box dedicado para aislamiento.
- Material disponible en el interior del box.
- Aspectos organizativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.
- Elaboración de un documento (procedimiento) de preparación de box de aislamiento en UCE.

MÉTODO
Valoración de la situación actual:
1ªFase:
Áreas de mejora detectadas:
- La puerta de entrada al box: adaptación a las medidas de las nuevas camas hospitalarias.
- Ausencia de una superficie de trabajo plegable que permita preparar el material para realizar los distintos procedimientos.
- Ausencia de una superficie para colocación/ordenación del material de higiene, fungible sanitario en el interior del box.
- Ausencia de un documento específico de UCE del box de aislamiento.

2ª Fase:
- Reunión para consensuar las superficies necesarias, cantidad, tipo y dimensiones, a realizar en un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
- Valoración por parte del Servicio de Mantenimiento General: carpintero.
- Elaboración de un listado con el material máximo a introducir en el box siendo el mínimo necesario para facilitar la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

INDICADORES
1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio:
1 ª Fase: Marzo- Abril 2018.
Fecha prevista de finalización:
2ª Fase: Mayo- Septiembre 2018.

Participan el equipo de Enfermeria de la Unidad, servicio de mantenimiento general:Carpintero, Supervisora de Calidad.
Celebrar una sesión en la Unidad para presentar el Procedimiento en Octubre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAEZ AGUDO FELICIDAD
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA
SANCHEZ MUÑOZ INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reunión con Carpintero del hospital por parte del Equipo de mejora:
Valoración in sitú, del estado actual del box de aislamiento donde se confirma:
.la necesidad de aumentar la superficie de trabajo, cantidad, tipo y dimensiones, con un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
. la necesidad de ampliar las superficie de trabajo .
- Actividades realizadas:
Se acuerdan las características de las nuevas superficies de trabajo para incorporar mejoras que faciliten la labor asistencial, se toman medidas para:
. Elaboración de superficie de ordenación tipo baldas para el material de higiene, fungible sanitario en el interior del box, sin que reste espacio de las mesas de trabajo.
.Elaboración de una mesa abatible que proporcione una superficie de trabajo resistente y al ser plegable no reste espacio para la movilización del paciente, dadas las dimensiones reducidas del box.
- Reunión del equipo de mejora:
.Consensuando el material máximo a introducir en el box.
.Se elabora un listado como primer borrador, con las cantidades mínimas necesarias para que no obstaculice la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material al alta del paciente.
Recursos empleados.
- Material de Carpintería.
- Material de papelería y encuadernación.
Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.
- Diseño de las nuevas superficies de trabajo, para próxima elaboración,pendiente de construir e incorporar al box.
- Documentación que incluya: procedimiento de preparación de box de aislamiento en UCE y un borrador con listado de material fungible.
Fecha previstas:
Fase de construcción de nuevas superficies por parte de carpintero e incorporación al box:
Enero- Marzo 2019.
Fase de finalización del documento y presentación en la Unidad:
Mayo- Junio 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Llevar a cabo reuniones con el Carpintero del hospital y del equipo de mejora llegando a acuerdos para avanzar en el proyecto.
- Elaborar un primer listado con el material máximo a introducir en el box necesario para proporcionar los cuidados básicos a un paciente ingresado en dicho box.
Consiguiendo el objetivo propuesto de:
- Llegar a un acuerdo acerca del material mínimo disponible en el interior del box para mejorar la asistencia a estos pacientes.
- Solventar aspectos organizativos que hacen más fácil nuestra labor asistencial con un paciente en aislamiento.
Impacto del proyecto:
Este proyecto va a suponer facilitar nuestra labor tanto, en la práctica asistencial gracias a las superficies de trabajo, como unificando criterios y evitar aglomeraciones de material dentro del box donde debido a la asistencia a pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes si no se usa se acaba desechando el material sobrante, optimizando la asistencia ya que actualmente como lo veníamos desarrollando no era coste-efectivo.
Indicadores utilizados:
1.Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2.Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- En las reuniones el equipo de trabajo queda patente en que necesitamos mejoras en la estructura física

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

actual del box, se alcanza un acuerdo en cuanto al tipo y características y que mejorará las condiciones de trabajo, en cuanto a la necesidad de aumentar las superficies de trabajo.
- Todo el equipo de mejora destaca la importancia de elaborar un documento que recoja un listado de material que describa que material y en qué cantidad ya que servirá de guía a la hora de montar el box de aislamiento cuando se ingresa un paciente evitando almacenar material en el interior que no se use y que después no se deseche. Mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes.
Queda pendiente (se informará en la memoria final):
.Elaboración y colocación en el interior del box de las nuevas superficies de trabajo:
- tablero/mesa de trabajo anclado en la pared para aumentar la superficie de trabajo cuando proporcionamos cuidados de enfermería al paciente (procedimientos como curas, canalización de accesos periféricos o centrales, aseo, administración de medicación). Plegable para que cuando sea necesaria la movilización de la cama del paciente por ingreso, alta, traslado para realización de pruebas no moleste dicha estructura, pero cuando se necesite aumentar la superficie de trabajo pueda extenderse dicho tablero/mesa.
- Incorporación de unos estantes, para disponer dentro del box del material mínimo de uso para poder trabajar sin tener que entrar y salir continuamente del box de aislamiento.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.
Consiguiendo el objetivo propuesto de:
- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.

7. OBSERVACIONES.
No me había llegado comunicación por correo electrónico ni por teléfono de que el proyecto presentado había sido seleccionado, no hay publicado un listado de proyectos seleccionados que consultar para saber si el proyecto había sido seleccionado.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/100 ========== ***

Nº de registro: 0100

Título
IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, ROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, SANCHEZ MUÑOZ INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades que precisan aislamiento en paciente crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Box de aislamiento de nuestra unidad - UCE- se prepara cada vez que recibe un paciente dado que son pacientes adultos semicriticos y precisan durante su atención una serie de procedimientos específicos.
Buscamos resolver situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas…
Se han detectado también áreas de mejora en el interior del box como:
- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Ampliar puerta de acceso al box (medidas no adecuadas con las dimensiones de las nuevas camas). En una situación de urgencia hay que maniobrar repetidamente para poder entrar al box con la cama.

RESULTADOS ESPERADOS
- Población Diana: pacientes adultos semicriticos que ingresen en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE – y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

precisen aislamiento de contacto, gotas, o transmisión aérea.
- Llevar a cabo medidas correctoras en relación con:
- Estructura física del box dedicado para aislamiento.
- Material disponible en el interior del box.
- Aspectos organizativos.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.
- Elaboración de un documento (procedimiento) de preparación de box de aislamiento en UCE.

MÉTODO
Valoración de la situación actual:
1ªFase:
Áreas de mejora detectadas:
- La puerta de entrada al box: adaptación a las medidas de las nuevas camas hospitalarias.
- Ausencia de una superficie de trabajo plegable que permita preparar el material para realizar los distintos procedimientos.
- Ausencia de una superficie para colocación/ordenación del material de higiene, fungible sanitario en el interior del box.
- Ausencia de un documento específico de UCE del box de aislamiento.

2ª Fase:
- Reunión para consensuar las superficies necesarias, cantidad, tipo y dimensiones, a realizar en un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
- Valoración por parte del Servicio de Mantenimiento General: carpintero.
- Elaboración de un listado con el material máximo a introducir en el box siendo el mínimo necesario para facilitar la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

INDICADORES
1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio:
1 ª Fase: Marzo- Abril 2018.
Fecha prevista de finalización:
2ª Fase: Mayo- Septiembre 2018.

Participan el equipo de Enfermeria de la Unidad, servicio de mantenimiento general:Carpintero, Supervisora de Calidad.
Celebrar una sesión en la Unidad para presentar el Procedimiento en Octubre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0302

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DEL TRAUMATISMO CRANEAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARTHA URDAZ HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIN LARROY MARTA
VILORIA ALEBESQUE ALEJANDRO
CATALAN LADRON MARIA LUISA
RECIO JIMENEZ ENRIQUE
MUÑOZ JACOBO SERGIO
MONTESA LOU CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizan dos sesiones clínicas para residentes y adjuntos del Servicio de Urgencias de H. Ell en colaboración con el Servicio de Neurología.En las sesiones se presenta el protocolo de TCE adaptado a un Hospital comarcal.Logrando unificar criterios de actuación para lograr una referencia práctica y disminuir la variabilidad en el manejo de los pacientes con TCE y politraumas.
-Quedan establecidos los registros mínimos que deben realizar el personal de enfermería en el área de observación.
-Se unifican los criterios de clasificación inicial del paciente de TCE.
-Se definen los criterios para realización de pruebas de radio diagnóstico (TAC y Rx cervical).
-Definir las lesiones potencialmente quirúrgicas que se trasladarán tras las pruebas, estabilización y consultas a Neurocirugía.
-Se elaboran las hojas de recomendaciones al alta .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la actualización del protocolo de TCE se logra agilizar el estadiaje de los pacientes por criterios de gravedad : leve, moderado y grave. A un 63% de los pacientes se le realizó la escala de coma de Glasgow al inicio,durante su estancia en observación y antes del alta o traslado del paciente.Se logro establecer con mayo rapidez el criterio de permanecer en el área de observación, los pacientes con criterios de ingreso y los que van a requerir traslado urgente para valoración por Neurocirugía e ingreso en UCI. Se logro disminuir la mortalidad en pacientes ancianos en tratamiento con ACO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los Hospitales comarcales no disponen de Servicio de Neurocirugía ni de UCI por lo que es necesario una formación continuada y actualización de los protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia científica para establecer las pautas de actuación y un mejor manejo del paciente con TCE. Se logro optimizar el uso del TAC en pacientes con TCE leve. Siendo determinante la formación continuada a los residentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2014/302 ========== ***

Nº de Registro: 0302

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DEL TRAUMATISMO CRANEAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores:
URDAZ HERNANDEZ MARTHA, PALACIN LARROY MARTA, VILORIA ALEBESQUE ALEJANDRO, MUÑOZ JACOBO SERGIO, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ CIFUENTES PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

PROBLEMA
El traumatismo cráneoencefálico representa una de las principales causas de mortalidad y de discapacidad. Es la principal causa de muerte en población pediátrica y adultos jóvenes. La mortalidad se sitúa en torno al 20%-30%. En el año 2013 se atendieron a 209 pacientes con traumatismo craneal que representa alrededor de un 1% de todos los pacientes atendidos en el año anterior en nuestro servicio de Urgencias; de los cuáles el 40.19% permanecieron en Hospital de Día para control evolutivo, finalmente fueron dados de alta el 90.43% de los pacientes, ingresaron un 2.87% y precisaron de traslado a Hospital de referencia para valoración por Neurocirugía un 6.70% de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0302

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DEL TRAUMATISMO CRANEAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- Reconocer al paciente grave lo antes posible
- Dividir al traumatismo craneoencefálico en leve, moderado y grave
- Evaluación del nivel de Glasgow tanto en la exploración inicial del paciente, como en las consecutivas, y en el momento del alta hospitalaria
- Reconocer al paciente con tratamiento previo con anticoagulantes o antiagregantes
- Reconocer a aquellos pacientes que se les debe realizar un TAC craneal
- Seleccionar a los pacientes que precisen de una observación en Hospital de Día
- Realización de un protocolo para el correcto manejo de estos pacientes
- Realizar un correcto informe de de urgencias al alta que favorezca una correcta compresión por parte del paciente así como cuales son los síntomas por los que debe volver a acudir a Urgencias para una nueva valoración

MÉTODO
- Aplicación de protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia científica
- Sesiones clínicas formativas al resto de adjuntos del servicio de urgencias, así como a los residentes que realizan guardias en nuestro servicio
- Elaboración de un protocolo para el manejo de estos pacientes
- Elaboración de una hoja de recomendaciones al alta

INDICADORES
- Realización de TAC (si/no)
- Entrega de recomendaciones al alta de protocolo de Traumatismo craneal: 80%
- Determinación de Glasgow al inicio de la valoración, en las sucesivas valoraciones y al alta hospitalaria: 80%
- Pacientes que requieran estancia en Hospital de Día para control evolutivo
- Clasificación del trauma craneal en leve, moderado y grave: 80%
- Ingresos hospitalarios
- Traslado a Hospital de referencias para valoración por Neurocirugía
- Exitus
- Valoración de reingreso en el servicio de Urgencias, en un periodo igual o menor de 48 horas, por la misma patología

DURACIÓN
- Elaboración de protocolos y sesiones clínicas en el primer mes del proyecto junto con el servicio de Neurología (junio 2014)
- Periodo de implantación en los dos meses siguientes (julio-agosto 2014)
- Inclusión de pacientes durante un año (septiembre 2014-septiembre 2015)
- Análisis de los resultados obtenidos posteriormente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..........................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..................: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ......................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ...............: 4 Mucho

*** ========================================================================================================== ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0120

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... BENJAMIN GONZALEZ ARIZA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARIAS CRUZ FRANCISCO MANUEL
TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ
SERRANO GARCIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZAR UN CHECK- LIST DE URGENCIAS CON 14 APARTADOS REFERIDOS A LA IDENTIFICACION DEL PACIENTES, DOCUMENTACION CLINICA, REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA, INFORMACION AL PACIENTE, CORRECTO ESTADO DEL PACIENTE, HORARIOS Y COMUNICACION CON LA PLANTA.
IMPLANTADO EN SEPTIEMBRE DE 2016
ENCUESTA DE SATISFACCION MARZO 2017
SE ELABORO UN FORMATO PAPEL Y SE FORMO AL PERSONAL DE URGENCIAS EN SU USO.
SE DIERON CHARLAS INFORMATIVAS AL PERSONAL DE PLANTA PARA SU CONOCIMIENTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ENCUESTA DE SATISFACCION
EVALUACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO
NOTABLE MEJORIA EN LA COMUNICACION URGENCIAS-INGRESO Y EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA COMUNICACIÓN ENTRE URGENCIAS Y EL RESTO DE UNIDADES DE INGRESO HA MEJORADO, EL PACIENTE SALE EN MEJORES CONDICIONES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.
SE PRODUCEN MENOS ERRORES EN EL PASO DE PACIENTES A PLANTA.
QUEDA PENDIENTE INFORMATIZAR EL CHECK LIST E INCLUIRLO DENTRO DEL PROGRAMA PCH DE URGENCIAS

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/120 ========== ***

Nº de registro: 0120

Título
IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, ARIAS CRUZ FRANCISCO MANUEL, TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ, SERRANO GARCIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación de un este sistema permite garantizar la calidad de los ingresos desde el servicio de urgencias.
La lista de verificación o Check list es una herramienta muy útil para nuestro servicio de Urgencias al permitirnos aportar orden, estandarización de cuidados así como mejorar la comunicación entre servicios.
Con el check list conseguiremos:
- Registrar la información crítica
- Disminuir los errores por omisión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0120

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST DE ENFERMERIA PARA LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Evaluar toda la actividad realizada
- Mejorar los estándares de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Definir la puesta en marcha y utilización de un check-list de enfermería para el ingreso de los pacientes desde Urgencias a las áreas de hospitalización, garantizando una mayor eficiencia y seguridad en los ingresos y una mayor satisfacción personal.

MÉTODO
Se elaborará una hoja de check-list para todos los ingresos de hospitalización destinada a la enfermera de la unidad correspondienta.

Para estos ingresos, el check list constará de 14 apartados referidos a la identificación del paciente (colocación de pulsera identificativa y verificación de identidad), verificación de la documentación clínica, revisión de los procedimientos de enfermería, información del paciente, correcto estado del paciente, cama, pañal y comunicación con la planta de destino y a los horarios.

INDICADORES
- Existencia de un check list de enfermería para los ingresos en Urgencias
- Se realizará una encuesta de satisfacción a una muestra de personal de urgencias y de hospitalización
- Evaluación y actualización de la hoja de registro según los resultados de las encuestas.

DURACIÓN
Implantación: Septiembre 2016
Encuestas de satisfacción: Marzo 2016
Evaluación de resultados: Abril 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... SERGIO MUÑOZ JACOBO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUIL MARTIN MARCOS
GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO
SENCIANES CARO ROCIO
MONTESA LOU CRISTINA
ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS MARIA TERESA
GOMEZ HERNANDO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de sesión clínica hospitalaria dirigida a todos los miembros del Servicio(Médicos, MIR, enfemería)
Realización de guía/protocolo sobre manejo de la exacerbación EPOC en Servicio de Urgencias Hospitalarias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente de revisión de historías clinicas para valorar grado de cumplimentación de los indicadores de calidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejora subjtiva en la atención del manejo de pacientes que acuden con clínica de exacerbación y unifación de criterios evitando la variabilidad interporfesional tras realización de guía/protocolo
Pendiente de revisión de historías clinicas para valorar grado de cumplimentación de los indicadores de calidad

7. OBSERVACIONES.
Tras incorporar nuevos miembros al proyecto de calidad, dado que 3 miembros ya no trabajan en el hospital, intentaremos completar el proyecto a la mayor brevedad posible

*** ========== Resumen del proyecto 2016/956 ========== ***

Nº de registro: 0956

Título
MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores:
MUÑOZ JACOBO SERGIO, ZUIL MARTIN MARCOS, GARCIA SAEZ SANDRA, SENCIANES CARO ROCIO, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ CIFUENTES PABLO, YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD, GOMEZ HERNANDO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada con elevada prevalencia y morbimortalidad, que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Se estima que las muertes por EPOC se incrementarán en más de un 30% en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa de muerte a nivel mundial en 2030.

El curso progresivo y crónico de la EPOC se ve a menudo agravado por periodos de aumento de los síntomas denominados exacerbaciones o agudizaciones. Éstas son un acontecimiento frecuente en la historia natural de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

la enfermedad, siendo el motivo más frecuente de visitas médicas, ingresos hospitalarios y de muertes.

Las agudizaciones de EPOC son unas de las situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados. Aunque se ve sometida a variaciones estacionales, representan un 2% de las consultas en los servicios de urgencias. Un 4% de los pacientes consultan cada año por exacerbaciones respiratorias; de estas consultas, un 20% son pacientes con EPOC.

La mortalidad por exacerbaciones de la EPOC que requieren ingreso hospitalario se encuentra en torno a un 14%, y llega hasta un 30% si se precisa ventilación mecánica; además, el propio ingreso por exacerbación condiciona una mortalidad del 40% al año del ingreso, siendo, por tanto un anuncio de que el pronóstico empeora.

Históricamente el tratamiento de las agudizaciones se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica.

Estas circunstancias son las que nos han llevado a revisar el manejo de las agudizaciones, con el fin de optimizar y unificar la atención de esos pacientes, disminuyendo la variabilidad interprofesional

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el tratamiento y manejo de las agudizaciones, estableciendo la indicación del tratamiento broncodilatador, corticoideo y antibiótico según criterios de gravedad de la agudización y guías clínicas vigentes.
Evitar la sobreutilización de antibióticos y corticoides, y optimizar la broncodilatación.
Disminuir número de ingresos hospitalarios, intensificar el seguimiento ambulatorio y de forma secundaria disminuir el coste sanitario.

MÉTODO
Realizar sesiones clínicas hospitalarias dirigida a todos los profesionales (médicos, MIR y enfermeras) que trabajen en el Servicio de Urgencias. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Posteriormente se revisaran los indicadores de calidad mencionados y las historias clinicas de los pacientes que presenten agudizaciones. Responsible: todos los miembros del grupo de mejora
Elaborar guía clínica en formato reducido tamaño bolsillo, que se facilitará a todos los profesionales que trabajen en el Servicio de Urgencias, para resaltar los aspectos más importantes y mejorar la atención de los pacientes con agudizaciones. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Realizar circuito asistencial con el Servicio de Neumología, facilitando citas programadas en consultas externas, en plazo no superior a una semana, para control estrecho de aquellos pacientes con agudizaciones moderadas/graves que puedan beneficiarse de continuar el tratamiento ambulatorio evitando el ingreso hospitalario. Responsables. Marzos Zuil Martín, Sandra Garcia Saez y Mercedes Gomez Hernando

INDICADORES
Tratamiento antibiótico: nº pacientes a los que se les ha prescrito antibiótico/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento antibiótico
Tratamiento corticoideo: nº pacientes a los que se les ha prescrito corticoide/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento corticoideo

DURACIÓN
Noviembre-Diciembre 2016: sesión clínica hospitalaria
Abril-Junio 2017: revisión historias clínicas evaluando el grado de seguimiento, mediante la monitorización de los indicadores
Septiembre 2017 nueva sesión hospitalaria y presentar resultados iniciales
Octubre- Diciembre 2017: segunda revisión de historias clínicas evaluando el grado de seguimiento
Enero-Febrero 2018: presentación de resultados definitivos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SERGIO MUÑOZ JACOBO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUIL MARTIN MARCOS
GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO
SENCIANES CARO ROCIO
MONTESA LOU CRISTINA
ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
INTRODUCCION
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada con elevada prevalencia y morbimortalidad, que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Se estima que las muertes por EPOC se incrementarán en más de un 30% en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa de muerte a nivel mundial en 2030.
El curso progresivo y crónico de la EPOC se ve a menudo agravado por periodos de aumento de los síntomas denominados exacerbaciones o agudizaciones. Éstas son un acontecimiento frecuente en la historia natural de la enfermedad, siendo el motivo más frecuente de visitas médicas, ingresos hospitalarios y de muertes.
Las agudizaciones de EPOC son unas de las situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados. Aunque se ve sometida a variaciones estacionales, representan un 2% de las consultas en los servicios de urgencias. Un 4% de los pacientes consultan cada año por exacerbaciones respiratorias; de estas consultas, un 20% son pacientes con EPOC.
La mortalidad por exacerbaciones de la EPOC que requieren ingreso hospitalario se encuentra en torno a un 14%, y llega hasta un 30% si se precisa ventilación mecánica; además, el propio ingreso por exacerbación condiciona una mortalidad del 40% al año del ingreso, siendo, por tanto un anuncio de que el pronóstico empeora.
Históricamente el tratamiento de las agudizaciones se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica.
Estas circunstancias son las que nos han llevado a revisar el manejo de las agudizaciones, con el fin de optimizar y unificar la atención de esos pacientes, disminuyendo la variabilidad interprofesional.

ACTIVIDADES REALIZADAS
Se realizó una sesión clínica dirigida a todos los profesionales que trabajan en el Servicio de Urgencias (médicos adjuntos, médicos residentes (MIR) y enfermería) en noviembre de 2016 en el momento del inicio del proyecto de calidad, para unificar criterios optimizando y unificando la atención de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con una agudización de EPOC.
Posteriormente en junio de 2018 se realizó una segunda sesión clínica dirigida a médicos adjuntos y personal MIR, evaluando el grado de seguimiento del estudio, así como integrando todas las actualizaciones existentes en el manejo de dicha patología e ilustrando a los médicos residentes que no estaban presentes en nuestro servicio al inicio del estudio.
Se realizó un circuito asistencial con el Servicio de Neumología, facilitando citas programadas en consultas externas, en plazo no superior a una semana, para control estrecho de aquellos pacientes con agudizaciones moderadas que podían beneficiarse de seguimiento ambulatorio evitando el ingreso hospitalario, si bien es cierto que a mitad del estudio se instauró la interconsulta entre Atención Primaria y especializada, siendo esta consulta gestionada entre éstos profesionales, aunque de la misma manera se garantizó la atención y seguimiento con la idea inicial de evitar ingresos hospitalarios, consiguiendo a su vez integrar más si aún cabe a la Atención Primaria y logrando un manejo más multidisciplinar.
Se han revisado las historias clínicas de los pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias durante el año 2018 con una agudización o exacerbación de EPOC, analizando el manejo de estos pacientes de acuerdo a los indicadores establecidos, en 2 periodos en junio 2018 y en enero 2019.
El calendario inicialmente previsto, se ha demorado en torno a un año de la estimación inicial, debido a los numerosos cambios de personal tanto del Servicio de Urgencias como del servicio íntegro de neumología, incluyendo nuevos miembros al proyecto de calidad, aunque esto no ha evitado la correcta consecución del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2018 se atendieron en el Servicio de Urgencias un total de 245 pacientes con diagnóstico de agudización de EPOC, 150 de ellos en los primeros 6 meses del año (Enero-Junio) y 95 de ellos en los últimos 6 meses (Julio-Diciembre), diferencia atribuible probablemente a la estacionalidad de la patología infecciosa, tanto vírica como bacteriana, que es la principal etiología responsable de la agudización de la EPOC. De todos ellos 157 pacientes (64,1%) su destino final fue el ingreso hospitalario en planta de Medicina Interna y 88 pacientes (35,9%) fueron dados de alta ambulatoria. De los 150 pacientes atendidos en la primera mitad de año, ingresaron en planta hospitalaria 103 lo que supone un 68,7%, mientras que en el segundo periodo del año ingresaron un 56,8%(54 ingresos) apreciándose un descenso significativo del porcentaje de ingresos en esta última parte del año coincidiendo con la segunda sesión clínica realizada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Los criterios de gravedad de la exacerbación de EPOC, atienden a criterios clínicos, hemodinámicos, de la gravedad de su enfermedad de base en fase estable y de las comorbilidades asociadas. Atendiendo a estos criterios y adecuados al sistema español de triaje (SET), de las 245 exacerbaciones atendidas, 44(18%) han sido muy graves, 165 graves (67,3%) y 36(14,7%) leves-moderadas. En los primeros 6 meses del estudio fueron muy muy graves el 19,3%(29), el 66,7%(100) graves y el 14%(21) leves-moderadas. En los últimos 6 meses del estudio fueron muy graves el 15,7%(15), graves el 68,4%(65) y leves-moderadas el 15,8%(15). Todo ello habla de que el nivel de gravedad de las agudizaciones atendidas en el servicio de urgencias, es mayoritariamente grave o muy grave y que no hay diferencias significativas en ambos periodos del estudio en cuanto a gravedad, lo cual justificaría el alto porcentaje de ingreso hospitalario.
Indicador 1:
- Tratamiento antibiótico: nº pacientes a los que se le ha prescrito antibiótico/nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento antibiótico X 100.

Primera medición (junio 2018): 90,1%
Segunda medición (enero 2019):93,9%
Indicador 2:
- Tratamiento corticoideo: nº pacientes a los que se les ha prescrito corticoide/nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento corticoideo X 100.

Primera medición (junio 2018):81,4%
Segunda medición (enero 2019):88,7%
La medición de los indicadores del proyecto ha resultado muy positiva tal y como se pueden observar en los resultados aportados. Se puede apreciar un aumento del 3,8% en el primer indicador comparando el primer periodo con respecto al segundo periodo, tras realizar una segunda sesión e informar de los datos preliminares del estudio. En el segundo indicador el aumento es todavía mayor hasta del 7,3% respecto a la primera medición.
Aparte de los indicadores citados, se ha apreciado un mejor manejo global del paciente que acude con una agudización de EPOC, optimizando la broncodilatación, puesto que con anterioridad al estudio se retiraban los broncodilatadores de acción larga que el paciente utilizaba en domicilio y se sustituían por las nebulizaciones.
En el momento actual hemos concienciado e instruido en el uso concomitante de ambos. Además se hace un uso mayor y precoz de la ventilación mecánica no invasiva. Todo ello ha contribuido a reducir la tasa de ingresos hospitalarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Realizar un proyecto de mejora de la calidad asistencial en el manejo de la agudización de EPOC, es efectivo con resultados óptimos en todas las mediciones realizadas. Realizar sesiones clínicas y difundirlas a todo el personal sanitario, ha contribuido de forma fundamental a los resultados obtenidos. La continua revisión de los resultados y la actualización bibliográfica son otras herramientas fundamentales
Tras el alta del Servicio de Urgencias, se debe realizar un control clínico en un plazo de 72 horas, para ello se deben establecer en cada zona programas o protocolos destinados a asegurar la continuidad asistencial. Según el estudio AUDIPOC (auditoría clínica realizada en 129 hospitales españoles) la mortalidad global a los 90 días tras alta hospitalaria por EPOC agudizado es del 11,6% y las tasas de reingreso son del 37%, por todo ello insistimos en la importancia de la continuidad asistencial
Debemos tener en cuenta que un 80% de los episodios de reagudización pueden ser tratados de forma ambulatoria tras recibir un tratamiento inicial adecuado, bien en su centro de salud o en los servicios de urgencias hospitalarios, por lo que es importante un manejo precoz y óptimo para evitar aumentar la tasa de hospitalización, con todas las consecuencias clínicas negativas para el paciente que conlleva, así como mayor coste sanitario de forma secundaria.
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad con elevada prevalencia pero muy infradiagnosticada, esto explica que en nuestro periodo de estudio el número de pacientes atendidos con diagnóstico de agudización de EPOC sea solo de 245, si bien es cierto que con toda probabilidad se habrán atendido muchos más pacientes con esta patología, pero que no tenían diagnóstico previo de EPOC al no habérselo hecho una espirometría previa.
Durante este estudio se han analizado el número de pacientes que tenían indicación de tratamiento antibiótico y que lo han recibido de forma adecuada. Un aspecto muy interesante que no se ha analizado y que pudiera ser motivo de futuros estudios, son aquellos pacientes que han recibido tratamiento antibiótico y realmente no estaba indicado, dado que el sobreuso de los antibióticos y las resistencias bacterianas a los mismos, es un problema sanitaria muy importante de la actualidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/956 ========== ***

Nº de registro: 0956

Título
MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autores:
MUÑOZ JACOBO SERGIO, ZUIL MARTIN MARCOS, GARCIA SAEZ SANDRA, SENCIANES CARO ROCIO, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ CIFUENTES PABLO, YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD, GOMEZ HERNANDO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada con elevada prevalencia y morbimortalidad, que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Se estima que las muertes por EPOC se incrementarán en más de un 30% en los próximos 10 años, convirtiéndose en la tercera causa de muerte a nivel mundial en 2030.

El curso progresivo y crónico de la EPOC se ve a menudo agravado por periodos de aumento de los síntomas denominados exacerbaciones o agudizaciones. Éstas son un acontecimiento frecuente en la historia natural de la enfermedad, siendo el motivo más frecuente de visitas médicas, ingresos hospitalarios y de muertes.

Las agudizaciones de EPOC son unas de las situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados. Aunque se ve sometida a variaciones estacionales, representan un 2% de las consultas en los servicios de urgencias. Un 4% de los pacientes consultan cada año por exacerbaciones respiratorias; de estas consultas, un 20% son pacientes con EPOC.

La mortalidad por exacerbaciones de la EPOC que requieren ingreso hospitalario se encuentra en torno a un 14%, y llega hasta un 30% si se precisa ventilación mecánica; además, el propio ingreso por exacerbación condiciona una mortalidad del 40% al año del ingreso, siendo, por tanto un anuncio de que el pronóstico empeora.

Históricamente el tratamiento de las agudizaciones se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica.

Estas circunstancias son las que nos han llevado a revisar el manejo de las agudizaciones, con el fin de optimizar y unificar la atención de esos pacientes, disminuyendo la variabilidad interprofesional

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el tratamiento y manejo de las agudizaciones, estableciendo la indicación del tratamiento broncodilatador, corticoideo y antibiótico según criterios de gravedad de la agudización y guías clínicas vigentes.
Evitar la sobreutilización de antibióticos y corticoides, y optimizar la broncodilatación.
Disminuir número de ingresos hospitalarios, intensificar el seguimiento ambulatorio y de forma secundaria disminuir el coste sanitario.

MÉTODO
Realizar sesiones clínicas hospitalarias dirigida a todos los profesionales (médicos, MIR y enfermeras) que trabajen en el Servicio de Urgencias. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Posteriormente se revisaran los indicadores de calidad mencionados y las historias clinicas de los pacientes que presenten agudizaciones. Responsible: todos los miembros del grupo de mejora
Elaborar guía clínica en formato reducido tamaño bolsillo, que se facilitará a todos los profesionales que trabajen en el Servicio de Urgencias, para resaltar los aspectos más importantes y mejorar la atención de los pacientes con agudizaciones. Responsable: Sergio Muñoz Jacobo
Realizar circuito asistencial con el Servicio de Neumología, facilitando citas programadas en consultas externas, en plazo no superior a una semana, para control estrecho de aquellos pacientes con agudizaciones moderadas/graves que puedan beneficiarse de continuar el tratamiento ambulatorio evitando el ingreso hospitalario. Responsables. Marzos Zuil Martín, Sandra Garcia Saez y Mercedes Gomez Hernando

INDICADORES
Tratamiento antibiótico: nº pacientes a los que se les ha prescrito antibiótico/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento antibiótico
Tratamiento corticoideo: nº pacientes a los que se les ha prescrito corticoide/ nº total de agudizaciones con indicación de tratamiento corticoideo

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0956

1. TÍTULO

MANEJO DE LAS AGUDIZACIONES DE EPOC EN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Noviembre-Diciembre 2016: sesión clínica hospitalaria
Abril-Junio 2017: revisión historias clínicas evaluando el grado de seguimiento, mediante la monitorización de los indicadores
Septiembre 2017 nueva sesión hospitalaria y presentar resultados iniciales
Octubre- Diciembre 2017: segunda revisión de historias clínicas evaluando el grado de seguimiento
Enero-Febrero 2018: presentación de resultados definitivos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1041

1. TÍTULO

INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA MONTESA LOU
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
URDAZ HERNANDEZ MARTHA
RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR
RECIO JIMENEZ ENRIQUE
MALO YAGÜE MARTA
ESCOBAR RAMON MARIA JESUS
LAMATA DE LA ORDEN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elaboro el protocolo de actuación de la TVP Y TVS para tratamiento domiciliario y seguimiento, así como la investigación de causa oculta de la misma (en consulta de hematología y medicina interna). Este protocolo cambio a su vez el servicio en el cual se ingresan pacientes seleccionados, para optimizar su estudio. Se difundió dicho protocolo en sesiones hospitalarias y en las ultimas jornadas de sociedad aragonesa de urgencias asi como fue presentado en calidad de nuestro hospital .
El calendario de actuación se retraso 6 meses dado los traslados de personal integrante a otros hospitales, y el cambio de los mismos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado ha sido satisfactorio dado que ha cambiado el modo de tratar a los pacientes diagnosticados de esta patología, disminuyendo la variabilidad de los tratamientos, protocolarizando los mismos y asegurando el seguimiento y estudio, Así mismo se ha priorizado el manejo domiciliario del mismo (con el consiguiente ahorro en camas y riesgos de patología nosocomial)
Con respecto a los indicadores fijados; en el ultimo semestre del 2016 se diagnosticaron 25 tvp en nuestro hospital, siendo ingresadas solo el 8 de ellas por lo que la tasa de altas de tvp con tratamiento domiciliario ha sido de un 60% acercándonos al objetivo marcado del 80% que fijan las GPC.
Este pocentaje ha subido significativamente con respecto a la practica clínica previa al protocolo donde ingresaban un 100% de los pacientes.

Revisando las historias de dichos pacientes a prácticamente la totalidad (en tratamiento domiciliario) se le ha retirado la anticoagulación (15 retirado y 2 con anticoagulación) un 88%. Alcanzando el objetivo del segundo indicador

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha reflexionado sobre la gran importancia del tratamiento multidisciplinar de esta patología, incidiendo en la coordinación de profesionales desde urgencias interna hematología cirugía radiología y atención primaria . Asi como de la necesidad de estudiar las causas ocultas de la misma, protocolarizando los estudios de despistaje de cáncer que esconde la TVP.
Ha quedado pendiente la difusión en atención primaria, quedando demostrada la rentabilidad del tratamiento domiciliario con respecto al hospitalario tanto en términos de eficacia como de eficiencia y efectividad .

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1041 ========== ***

Nº de registro: 1041

Título
INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD

Autores:
MONTESA LOU CRISTINA, MARTINEZ ESTEBAN ESTIBALIZ, MALO YAGÜE MARTA, GOMEZ AGUIRRE NOELIA, HUICI POLO PATXI, LARDIES NAVARRO JOSE ANTONIO, RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE, TALAL JABOUR ISSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1041

1. TÍTULO

INSTAURACION DE PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y SUPERFICIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD

Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el hospital Ernest Lluch de Calatayud tradicionalmente, dado que no se dispone de servicio de cirugía vascular se tiende a ingresar a todos los pacientes con trombosis venosa profunda. Esto, no solo no se adecua a las recomendaciones actuales, sino que además, genera días de hospitalización inecesarios, con el consiguiente prejuicio para el paciente . Por lo tanto consideramos importante la instauración de una via de tratamiento domiciliario de esta patología

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto, tiene por objeto sentar las bases de un protocolo consensuado con los distintos servicios de nuestro hospital para la correcta atención de los pacientes con trombosis venosa profunda y superficial
.Establecer las pruebas a realizar, el tratamiento, los criterios de envío a domicilio o ingreso así como los controles a seguir y las recomendaciones para los pacientes
Los objetivos principales es conseguir el tratamiento domiciliario de los pacientes con TVP de bajo riesgo

MÉTODO
Será necesario el control clínico y terapéutico de Cirugía, Hematología, Radiología y Medicina interna si precisa estudio posterior etiológico.Los requerimientos mínimos para realizar el tratamiento en régimen ambulatorio son:
Signos vitales normales
No sospecha de TEP Bajo riesgo de hemorragia por antecedentes
Ausencia de Insuficiencia renal o hepática grave o plaquetopenia
Disponibilidad de medios técnicos y humanos para la administración de HBPM, anticoagulación, control del recuento plaquetario, INR y concentración de transaminasas.
TVP no complicada (ausencia de TVP proximal extensa ilieofemoral extensa/ Flegmasía/ extensión proximal a femoral común)
TVP tanto proximales (femoro-poplíteas) como las de afectación aislada distal al hueco poplíteo

INDICADORES
TASA DE ALTA DE PACIENTES CON TVP EN TRATAMIENTO DOMICILIRIO = Nº TVP EN TRATAMIENTO DOMICILIARIO/ Nº TOTAL DE TVP DIAGNOSTICADOS EN URGENCIAS
retirada de ACO a los 6 meses en tvp domiciliario/ retirada de ACO a los 6 meses de pacientes ingresados con TVP.
Se compararan ambos indicadores con las TVP tratadas previa a la instauración de protocolo

DURACIÓN
ELABORACION Y DIVULGACION DE PROTOCOLO HASTA FEBRERO DE 2017
INICIO INSTAURACION DE PROTOCOLO DE FEBRERO A JULIO DE 2017
MEDICION DE INDICADORES AGOSTO Y SEPTIEMBRE 2017
FINALIZACION PROYECTO OCTUBRE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1132

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ JACOBO SERGIO
POVEDA SERRANO MARIA DEL PILAR
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
FERNANDO GROS TERESA
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN
ESTEVE ALCALDE PATRICIA
MARTIN FORTEA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
OBJETIVO ESPECÍFÍCO: Mejorar el proceso ingreso en M. Interna
OBJETIVOS GENERALES: Optimizar la solicitud de Pruebas de Laboratorio al ingreso, adecuadas al proceso patológico
Evitar duplicar la extracciones al paciente
Disminuir el gasto de material fungible
Elaborar una rutina de enfermería
Adecuar el tto. Especifico desde el primer momento del ingreso
Colaborar a disminuir la estancia media

1. PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS y CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

A lo largo de los meses de enero y Febrero se realizan varias reuniones entre los miembros del Proyecto con la asistencia del mayor número posible de ellos.
Se decide como fecha de implantación el 1 de Marzo y programar las reuniones que fueran necesarias para la puesta en marcha y la evaluación.
Dados los cambios continuos de la Plantilla se ha informado a los nuevos incorporados aprovechando las reuniones programadas mensuales del Servicio.
Se realizará una evaluación al cierre del tercer trimestre y al cierre del ejercicio
Se revisan los Perfiles de Laboratorio actuales utilizados al ingreso en Medicina Interna en ese momento concluyendo que pueden incluir demasiadas determinaciones no siempre necesarias en todos los pacientes y concluimos que el método ideal sería ajustar la solicitud de determinaciones al tipo de Patología y al Paciente, lo que además evitaba el crear un nuevo Perfil en el Laboratorio que por su sistema de acreditación tiene perfectamente definidas sus tareas.
En la última reunión, el tercer miércoles de Febrero decidimos realizar a los pacientes susceptibles de ingreso el perfil habitual de Urgencias y añadir los parámetros que serán necesarios para precisar el Diagnóstico y posteriores controles en Hospitalización. Ello permitiría la adecuación de las determinaciones a cada tipo de Paciente, evitando las innecesarias. Asimismo se determinó por un lado reuniones informativas a los miembros de los dos Servicios implicados y a los Médicos Residentes y por otro con Enfermeras y Auxiliares del Servicio de Urgencias responsables de la preparación del material necesario y de la toma de muestras (Se elabora la Norma de preparación del material para extracción, con los tubos necesarios y los complementarios si hubiera que tomar también muestras de Microbiología como serologías ó cultivos) y se decide el registro en PCH para posteriores comprobaciones y medidas.
Realizadas las reuniones y con los acuerdos adoptados se decide comenzar el 1 de Marzo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se revisan los Perfiles de Laboratorio actuales utilizados al ingreso en Medicina Interna en ese momento concluyendo que pueden incluir demasiadas determinaciones no siempre necesarias en todos los pacientes y concluimos que el método ideal sería ajustar la solicitud de determinaciones al tipo de Patología y al Paciente, lo que además evitaba el crear un nuevo Perfil en el Laboratorio que por su sistema de acreditación tiene perfectamente definidas sus tareas.
En la última reunión, el tercer miércoles de Febrero decidimos realizar a los pacientes susceptibles de ingreso el perfil habitual de Urgencias y añadir los parámetros que serán necesarios para precisar el Diagnóstico y posteriores controles en Hospitalización. Ello permitiría la adecuación de las determinaciones a cada tipo de Paciente, evitando las innecesarias. Asimismo se determinó por un lado reuniones informativas a los miembros de los dos Servicios implicados y a los Médicos Residentes y por otro con Enfermeras y Auxiliares del Servicio de Urgencias responsables de la preparación del material necesario y de la toma de muestras (Se elabora la Norma de preparación del material para extracción, con los tubos necesarios y los complementarios si hubiera que tomar también muestras de Microbiología como serologías ó cultivos) y se decide el registro en PCH para posteriores comprobaciones y medidas.
Realizadas las reuniones y con los acuerdos adoptados se decide comenzar el 1 de Marzo.

- Indicador 1

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1132

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

En Infección Respiratoria hemos evaluado el Perfil 8 de Urgencias, PCR, Gasometría Arterial si PO2<90% y Hemocultivos si fiebre con los siguientes resultados:
- Perfil 8 en el 100%
- PCR en el 84%
- G.A. en el 92%
- Hemocultivos en el 78%

En insuficiencia Cardiaca, Perfil 8 de Urgencias, G: A. si PO2<90% y NT-Pro BNP en pacientes en los que se planteó Dx Diferencial con los siguientes resultados:
- Perfil 8 en el 100%
- G. A. en el 90%
- NT-Pro BNP en el 76%

.
- Indicador 2

Respecto al cumplimiento de la norma de Enfermería comprobando su registro en PCH ha sido del 94%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Revisadas las Hª en PCH y comprobados los datos hemos comprobados que todas las acciones que conduzcan a la estandarización de los procedimientos permiten buen grado de cumplimiento como hemos comprobado en este caso con la sorpresa de haber superado lo previsto. Debemos destacar la labor de la enfermería por la exquisita aplicación de la norma y su registro. Respecto a los pacientes se les reduce el nº de extracciones evitándoles daño innecesarios y permite administrarles el tto adecuado de forma casi inmediata. Por otro lado la Organización ve mejorada la adecuación de recursos disminuyendo inversión en fungible y en duplicidad de determinaciones y disminuir los días de hospitalización colaborando en la disminución de la estancia media.
La intervención parece claramente extensible a otros procesos y fácilmente reproducible, no necesita recursos especiales y para revisarlo y modificarlo sólo necesita el tiempo de reunirse las partes implicadas en el diseño y cumplimiento.
Disponemos de información de la actividad en Urgencias por los registros PCH y tenemos un soporte fiable y de fácil accesibilidad en la HCE .
En conclusión es una adecuación en tiempo del uso de los recursos básicos contemplados en la Cartera de Servicios con resultados de Calidad, Seguridad Clínica del Paciente y que colabora en la eficiencia de la organización

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1132 ========== ***

Nº de registro: 1132

Título
MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
CATALAN LADRON MARIA LUISA, MUÑOZ JACOBO SERGIO, POVEDA SERRANO MARIA DEL PILAR, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, FERNANDO GROS TERESA, GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, ESTEVE ALCALDE PATRICIA, MARTIN FORTEA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROPIA DE MEDICINA INTERNA
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL MOMENTO ACTUAL LOS INGRESOS EN MEDICINA INTERNA LO DECIDE EL MÉDICO QUE REALIZA LA ASISTENCIA EN URGENCIAS. EL PACIENTE ES VALORADO POR EL INTERNISTA DE GUARDIA Y CUANDO PASA A HOSPITALIZACION SE LE ASIGNA UN MEDICO INTERNISTA EN FUNCION DE LA CAMA DONDE INGRESA.
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SE LE REALIZAN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NECESARIAS, INCLUIDAS EN CARTERA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1132

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO INGRESO EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

SERVICIOS DEL MISMO PARA LLEGAR A UNA IMPRESION DIAGNÓSTICA.
EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA CUANDO VALORA AL PACIENTE SOLICITA SU PERFIL ANALITICO DE INGRESO

RESULTADOS ESPERADOS
SOLICITAR DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS EL PERFIL DE INGRESO LO QUE DISMINUIRIA EN AL MENOS UN DÍA LA ESTANCIA MEDIA. EL INTERNISTA RESPONSABLE DEL PACIENTE DISPONDRA DESDE EL PRIMER CONTACTO TODOS LOS DATOS ANALITICOS NECESARIOS PARA INDICAR EN TTO ESPECIALIZADO
DISMINUIR EL Nº DE EXTRACIONES AL PACIENTE CON EL CONSIGUIENTE AHORRO DE TIEMPO DE ENFERMERIA Y USO DE MATERIAL FUNGIBLE.
EVITAR DUPLICIDAD DE DETERMINACIONES EN EL LABORATORIO

MÉTODO
ELABORAR UN PERFIL DE ANALITICA DE INGRESO CONSENSUADO POR URGENCIAS Y MEDICINA INTERNA Y AUTORIZADO POR EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS.
ELABORAR UNA RUTINA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA LA ELECCION DE LOS TUBOS, TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN Y CIRCUITO DE SOLICITUDES
SESIONES INFORMATIVO-FORMATIVAS DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS

INDICADORES
% PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA EL PERFIL ANALITICO DE INGRESO > 75
% CUMPLIMENTACION RUTINA DE ENFERMERIA > 75

DURACIÓN
ELABORACION DE DOCUMENTOS ANTES DEL 15 DE FEBRERO
MEDIDA DE RESULTADOS EN JUJIO Y DICIEMBRE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS TERESA
MONTESA LOU CRISTINA
MUÑOZ JACOBO SERGIO
RECIO JIMENEZ ENRIQUE
URDAZ HERNANDEZ MARTHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización de 2 sesiones dentro del Servicio para exponer la pertinencia del Proyecto. En ellas se recogió información sobre la formación de los miembros de reciente incorporación y se realizó en reparto de funciones de los miembros del proyecto para elaboración de Documentos.
- Se programó la puesta al día de un pequeño manual elaborado en 2012 que fue cuando se inició el uso de la Ecoscopia en este Servicio.
- Se definieron los 2 procesos que se medirían a lo largo del año para elaborar una rutina de su realización y del sistema de registro
- Se programó un curso de formación de 10 horas con el apoyo desinteresado del Grupo de profesionales expertos en Eco de SEMES-Aragón previsto para Junio que tuvo que celebrarse al final los días 24 y 25 de Septiembre por las necesidades asistenciales del servicio en época estival ya que a pesar del esfuerzo de nuestra Dón y la de recursos humanos de nuestra Organización no fue posible tener apoyo en esos meses ni cubrir a un compañero en ILT desde Marzo de los corrientes.
- Se solicitaron pequeñas reformas en uno de los Boxes para poder tener el Ecógrafo conectado continuamente en un punto, facilitar las exploraciones en todo momento y evitar por las características del Equipo del que disponemos del riesgo de averías al desplazarlo continuamente.
- Desde Octubre se pone en marcha la aplicación en comprobación de globo vesical.
- Por otra parte se ha facilitado la formación en Ecocardioscopia de uno de los miembros del Servicio para programar sesiones donde forme al resto de la plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Indicador 1: En el momento actual el 100% de los miembros de la plantilla han realizado formación en Eco-Fast

• Indicador 2: La casuística en Sondaje Ecodirigido es escasa en los 2 meses que se ha recogido ya que hemos recogido ya que sólo se trata de 8 pacientes y en 4 de ellos el sondaje lo realizó según técnica clásica Enfermería no formada aún en el uso del Eco para este fin. Aunque en los otros 4 se realizó el procedimiento previsto por parte de los facultativos y supondría el 100% nos parece que no es significativo

• Indicador 3: No ha habido pacientes que requirieran paracentesis Ecodirigida para tto Ascitis

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos parece un Proyecto interesante y en el que tenemos que continuar trabajando . Estamos estudiando la posibilidad de aplicación en otras técnicas y hemos iniciado la aplicación en punciones venosas, toracocéntesis Dx y terapeúticas Ecodirigidas y estamos trabajando en la elaboración de una rutina y programa de entrenamiento en Ecocardioscopia. Todo ello nos permitiría el plantearnos nuevos proyectos de mejora para el ejercicio 2019 y siguiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/672 ========== ***

Nº de registro: 0672

Título
AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE ECOGRAFIA

Autores:
CATALAN LADRON MARIA LUISA, ANDRES BERGARECHE IGNACIO, DE FERNANDO GROS TERESA, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

JACOBO SERGIO, POVEDA SERRANO PILAR, RECIO JIMENEZ ENRIQUE, URDAZ HERNANDEZ MARTHA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La Ecografía es una de las técnicas de diagnóstico por imagen más accesibles para el médico y más segura para el paciente por su inocuidad. La disponibilidad de equipos portátiles y el establecimiento de protocolos dirigidos a homogeneizar exploraciones en escenarios concretos, para disminuir la variabilidad interoperador, ha demostrado efectividad y eficiencia en pacientes agudos, urgentes y críticos. En un contexto clínico específico, la ecografía obtiene información relevante, de forma rápida, no invasiva y reproductible, define alteraciones anatómicas y funcionales potencialmente críticas y facilita la realización de técnicas y procedimientos.
En nuestro Servicio de Urgencias disponemos de un equipo de ecografía desde 2012 y en aquel momento se formó a todo el personal del Servicio para su manejo en el paciente urgente- critico.
Dado los múltiples cambios en la plantilla en el momento actual la formación de los médicos del Servicio es heterogenea, por lo que creemos necesario y conveniente realizar formación reglada para toda la plantilla a lo largo de este ejercicio.
Por otro lado y para aumentar el rendimiento del equipo y a la vez realizar prácticas seguras nos hemos planteado el iniciar su utilización de forma reglada para realización de procedimientos como la confirmación de globo vesical previo al sondaje uretral y la realización de las paracentesis ecoguiadas.

RESULTADOS ESPERADOS
• Desarrollar el conocimiento sobre la utilidad, efectividad y eficiencia de la ecografía clínica aplicada a pacientes con patología aguda, urgente y crítica.
• Desarrollar las habilidades técnicas básicas para la utilización de equipos ecográficos, conocer las imágenes y artefactos fundamentales y identificar con ecografía patologías frecuentes en medicina de urgencias
• Centrar los objetivos de la valoración clínico-ecográfica en las siguientes áreas:
La ayuda ecoguiada en procedimientos frecuentes

MÉTODO
- Formación en Ecografía básica a todos los facultativos del servicio, e iniciar a los médicos residentes y enfermería:
La formación dará las competencias básicas al alumno para conocer:
• el funcionamiento básico de un ecógrafo.
• las imágenes fundamentales en ecografía.
• la anatomía ecográfica de los órganos abdominales y torácicos.
• objetivar la presencia de liquido / sangre dentro del abdomen y/o en el pericardio.
• la presencia de líquido o aire en el espacio pleural.
• Identificación de cavidades cardiacas y la aplicación de protocolos clínicos ecográficos para la detección de alteraciones cardiocirculatorias de forma rápida y reproductible.
• técnicas de punción con ayuda ecográfica de vasos y otros procedimientos
-Establecer la rutina de su uso en el sondaje vesical y realización de paracentesis.
-Establecer criterios comunes de como plasmar en la Hº Clinica los hallazgos ecoscópicos

INDICADORES
Nº de profesionales formados en Ecografía de urgencias > 80%
Confirmación de globo vesical previo al sondaje 90%
Realización de paracentesis Ecodirigida en pacientes susceptibles > 90%

DURACIÓN
- Programar Cursos de Formación en Ecografía Básica en Junio y si fuera necesario repetir en Septiembre.
- Elaborar documentos de rutina en ambos procedimientos, Junio-18
-Elaborar instrucciones de como informar los hallazgos, Junio-18 Ecoscopicos
Valoración provisional cumplimiento en Septiembre-18
valoración resultados en Enero-19

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0071

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CALIDAD DE TRATAMIETO Y SEGUIMIENTO DEL TUMOR VESICAL DE ALTO RIESGO

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO MARTINEZ DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANDA LASSA JOSE MANUEL
PEREZ BERASATEGUI,OSCAR
PAESA MURCIANO PEÑA
SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL
REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una revisión sistemática de las guías clínicas europea y española y de diferentes protocolos de actuación de otros centros. Se realizaron varias reuniones para poner en común las ideas principales. Se elaboró un protocolo de actuación que siguiese las principales recomendaciones de las guías clínicas y se adaptase a la idiosincrasia de nuestro centro. En el protocolo se especifica los factores que deben de cumplir los pacientes para ser incluidos en el protocolo de Cáncer Vesical de Alto Riesgo (Anatomía patológica, frecuencia de recidiva, tamaño tumoral, presencia de CIS…). Al paciente se le propone un tratamiento con BCG empezando con una instilación semanal durante 6 semanas y posteriormente una instilación trimestral hasta completar dos años de tratamiento. Así mismo, el protocolo se incluye un programa de seguimiento consistente en la realización de diferentes pruebas, Biopsias vesicales, uretrocistoscopias, Citologías de orina, Ecografía de aparato urinario, Urografía intravenosa y Tomografía Computerizada en un orden previsto que se adapta a nuestro centro.

El paciente es citado en consultas 4 semanas después de la realización de la RTU Vesical. Ahí se valora el resultado de la Anatomía Patológica, las características del paciente, edad, comorbilidades, patología urológica concomitante etc. se clasifica al paciente como de bajo, medio o alto riesgo de recidiva y progresión y se le incluye en el protocolo más adecuado. El paciente es informado del diagnóstico, se le propone el tratamiento, se le explica los beneficios y riesgos del mismo y se le da el consentimiento informado del mismo.
El personal de enfermería de la consulta ayuda al paciente a gestionar las diferentes peticiones de citas, pruebas y resuelven las dudas que van surgiendo durante el proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo de la puesta en funcionamiento del protocolo han surgido varios inconvenientes y cambios en las pautas de actuación. Se han producido varios episodios de desabastecimiento de BCG a nivel Nacional que han supuesto la imposibilidad de realizar el programa de mantenimiento en periodos largos desde la puesta en marcha del programa. Los pacientes incluidos en el protocolo de alto riesgo han podido beneficiarse, en general, del tratamiento de inducción con BCG de 6 semanas pero no del programa de mantenimiento. En estos casos el paciente se cambiaba a un programa de mantenimiento con Mitomicina C correspondiente a pacientes de riesgo intermedio. El programa de seguimiento que han seguido estos pacientes oscilaba entre el de alto riesgo o el de riesgo intermedio en algunos casos y siempre adaptado al programa de tratamiento.
En general todos los pacientes que cumplían criterios de alto riesgo y no tenían contraindicaciones han sido incluidos en el protocolo de alto riesgo. Todos ellos han iniciado el tratamiento de inducción con BCG aunque en algunos casos ha sido necesario suspenderlo por mala tolerancia al mismo o por otros efectos secundarios. De los pacientes que completaron el tratamiento de inducción solo pasaron al programa de mantenimiento aquellos que lo hicieron en las épocas en las que no había desabastecimiento. De ellos, no todos pudieron completarlo por desabastecimiento del producto, por progresión de la enfermedad, por mala tolerancia o por otros efectos secundarios o complicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A lo largo de la puesta en funcionamiento del protocolo han surgido varios inconvenientes y cambios en las pautas de actuación. Se han producido varios episodios de desabastecimiento de BCG a nivel Nacional que han supuesto la imposibilidad de realizar el programa de mantenimiento en periodos largos desde la puesta en marcha del programa. Los pacientes incluidos en el protocolo de alto riesgo han podido beneficiarse, en general, del tratamiento de inducción con BCG de 6 semanas pero no del programa de mantenimiento. En estos casos el paciente se cambiaba a un programa de mantenimiento con Mitomicina C correspondiente a pacientes de riesgo intermedio. El programa de seguimiento que han seguido estos pacientes oscilaba entre el de alto riesgo o el de riesgo intermedio en algunos casos y siempre adaptado al programa de tratamiento.
En general todos los pacientes que cumplían criterios de alto riesgo y no tenían contraindicaciones han sido incluidos en el protocolo de alto riesgo. Todos ellos han iniciado el tratamiento de inducción con BCG aunque en algunos casos ha sido necesario suspenderlo por mala tolerancia al mismo o por otros efectos secundarios. De los pacientes que completaron el tratamiento de inducción solo pasaron al programa de mantenimiento aquellos que lo hicieron en las épocas en las que no había desabastecimiento. De ellos, no todos pudieron completarlo por desabastecimiento del producto, por progresión de la enfermedad, por mala tolerancia o por otros efectos secundarios o complicaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0071

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CALIDAD DE TRATAMIETO Y SEGUIMIENTO DEL TUMOR VESICAL DE ALTO RIESGO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2014/71 ========== ***

Nº de Registro: 0071

Título
PROTOCOLO CALIDAD DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE DEL TUMOR VESICAL SUPERFICIAL DE ALTO RIESGO

Autores:
MARTINEZ DELGADO ROBERTO, ARANDA LASSA JOSE MANUEL, PEREZ BERASATEGUI OSCAR, PAESA MURCIANO PEÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

PROBLEMA
El tumor vesical es una de la patologías más frecuentes en la consulta de urología y la que más coste genera por la cantidad de pruebas diagnosticas y reintervenciones que se producen en su seguimiento. Una de las pocas armas con las que cuenta el urólogo de cara a la prevención de recidivas, es un buen protocolo de seguimiento. Este protocolo incluye una serie de pruebas diagnosticas de control e inmunoterapia en forma de instilaciones de BCG (Bacilo de Calmet Garin).

El tumor vesical superficial de alto riesgo supone una amenaza para la vida misma del paciente dadas las altas tasas tanto de recidiva como de progresión a un estadio mas avanzado. La recidiva supone para el paciente por un lado la necesidad de una nueva intervención quirúrgica con el riesgo y coste que ello conlleva y por otro lado a la administración le supone un gasto económico, aumento de listas de espera, mayor consumo de los recursos sanitarios etc. La progresión a un estadio más avanzado supone en el mejor de los casos la necesidad de realizar una Cistectomía Radical, intervención compleja, con elevadas tasas de complicaciones y mortalidad perioperatoria no desdeñable 3%. Además esta supone un elevado gasto sanitario en sí mismo. Y en el caso de los pacientes en los que esta cistectomía no pueda realizarse la enfermedad supone la muerte del paciente por esta enfermedad, con una elevada tasa de complicaciones, reingreso, mala calida.

Las guías clínicas de la asociación europea de urología (EAU) recomiendan un protocolo de seguimiento con las diferentes pruebas diagnósticas e instilaciones a realizar según el tipo de tumor resecado. Este protocolo se basa en estudios científicos con gran evidencia, siendo una referencia para todos los urólogos del continente encontrándose ampliamente extendido su uso.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
El Servicio de Urología del Hospital de Calatayud ya cuenta con un protocolo de estas características elaborado hace años pero que requiere una actualización acorde a las nuevas evidencias publicadas. Este protocolo ha sido aplicado en la mayoría de pacientes pero ha quedado desactualizado y actualmente resulta poco ágil y poco intuitiva su aplicación practica.

RESULTADOS ESPERADOS
El tratamiento con inmunoterapia ofrece unas ventajas evidentes pero la forma de aplicarlo está en constante controversia y cambio. Así existe controversia tanto en las dosis de BCG como en el plan de instilaciones a seguir y esto conlleva un cambio frecuente de las recomendaciones que se plantean en las diferentes guías clínicas. Por tanto nuestro objetivo es revisar las guías clínicas de más relevancia internacional y adecuarlas a la idiosincrasia de nuestro centro y de nuestra población para ofrecerle la asistencia sanitaria de mejor calidad.

Por un lado se espera reducir la tasa de recidivas. Esto supone un mejor control de la enfermedad, una mejoría de la calidad de vida del paciente y un ahorro económico a medio y largo plazo en cuanto a costes económicos directos como a consumo de recursos sanitarios.

Por otro lado se espera reducir la tasa de progresión. Esto supone un aumento de la supervivencia de estos enfermos, una mejora de calidad de vida y un ahorro económico directo y de recursos sanitarios.

MÉTODO
Se realizará un exhaustivo análisis de las guías clínicas europeas sobre tumores vesicales así como de otros estudios al respecto por parte de los urólogos incluidos en el grupo de trabajo.

Se creará un protocolo de seguimiento para los tumores vesicales de alto riesgo donde se incluirán las pruebas necesarias en cada momento del seguimiento, así como el plan de tratamiento y las dosis de BCG a administrar

El protocolo final se adaptará a nuestro centro y a las características de la población sobre la que trabajamos así como podrá individualizarse a cada paciente según su comorbilidad.

Se imprimirán los protocolos y se pondrán en marcha de rutina el primer día que se valore al paciente en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0071

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE CALIDAD DE TRATAMIETO Y SEGUIMIENTO DEL TUMOR VESICAL DE ALTO RIESGO

consulta con la anatomía patológica. En este aspecto nuestros enfermeros de consultas Oscar Pérez y Peña Paesa tendrán un papel relevante.

INDICADORES
1- Se evaluarán todos los pacientes con el diagnóstico de tumor vesical de alto riesgo. Se comprobará su inclusión dentro del protocolo.
2- Se evaluaran los pacientes incluidos en el protocolo correspondan con las indicaciones de inclusión en el mismo.
3- Se evaluará el correcto cumplimiento de las pruebas a solicitar y el correcto cumplimiento de numero y fecha de las dosis de BCG.

DURACIÓN
Mayo: Revisión de bibliografía y estudios.
Junio: Elaboración del protocolo de seguimiento de los tumores vesicales superficiales de alto riesgo.
Julio: Instauración del protocolo de manera oficial.

Recogida de datos durante 1 año.

OBSERVACIONES
Una vez finalizados los protocolos de tratamiento y seguimiento de los tumores vesicales superficiales, como primer paso, se espera elaborar de igual manera protocolos de tratamiento y seguimiento de los tumores vesicales musculoinvasivos hasta ahora inexistentes en nuestro centro. Estos pueden resultar de gran interés clínico así como pueden aportar un extraordinario recurso en nuestro ejercicio profesional.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0147

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO

Fecha de entrada: 21/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL SUAREZ BROTO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOZANO ENGUITA JESUS
PEREZ BERASATEGUI OSCAR
PAESA MURCIANO PEÑA
BURGUEÑO CERMEÑO BIBIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De Julio de 2014 a Agosto de 2014 se realizó un exhaustivo análisis de la guía clínica europea sobre tumores vesicales no musculoinvasivos, así como de otros grupos de trabajo de reconocido prestigio en la materia.

Finalmente se creó un protocolo de seguimiento para los tumores vesicales de moderado riesgo para aplicarlo a los pacientes de nuestro servicio. En este protocolo se recogen los datos administrativos del paciente e incluye un apartado donde se explican los hallazgos en la primera RTU realizada. En él se especifica fecha de realización, número de tumores, tamaño, aspecto y localización vesical. Así como otras anomalías o complicaciones que surgieron. Así mismo hay un subapartado donde se habla de las características anatomopatológicas del tumor, haciendo especial interés en la clasificación TNM y graduación de la OMS de 1973 y de 2004 si la hubiere. También se especifica si el paciente recibió una dosis de mitomicina C postoperatoria en las primeras 24h, hecho fundamental para plantear el seguimiento posterior. Seguidamente, y confirmando que se trata de un tumor vesical de riesgo intermedio según las guías clínicas europeas, el protocolo preformado indica el seguimiento que se ha de realizar en cuanto a pruebas de imagen (ecografía especialmente), citologías de orina, revisiones endoscópicas e instilaciones con mitomicina C, y su momento a lo largo del tiempo.

El protocolo se encuentra en la consulta y se aplica en todos los casos de tumor vesical de riesgo intermedio desde su implantación el 1/8/2014, siempre de una manera individualizada y teniendo en cuenta las características especiales de cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 10 pacientes entraron de novo en el nuevo protocolo de control del tumor vesical de riesgo intermedio desde el 1 de Agosto de 2014 al 1 de Agosto de 2015. Y otros 12 pacientes con idénticas características, que ya estaban en seguimiento desde antes del 1 de Agosto de 2014 se beneficiaron también, modificando alguna pauta.

Por norma general se cumplieron escrupulosamente las indicaciones del nuevo protocolo en cuanto a dosis y momento de instilaciones de mitomicina C, pruebas diagnósticas, estudios anatomopatológicos y revisiones endoscópicas. En un caso puntual no se cumplió el régimen de instilaciones previsto por reacción alérgica del paciente, y en otros 3 casos hubo que retrasarlas al encontrar una infección urinaria persistente que la contraindicaba. Respecto a las pruebas radiológicas de control, principalmente ecografías, se demoraron en algunos casos por problemas de lista de espera, pero siempre un tiempo razonable que no excedió los 2 meses. Así mismo, por cuestiones de lista de espera quirúrgica, alguna cistoscopia se demoró dos meses a lo sumo, tiempo perfectamente asumible.

En el periodo analizado no observamos progresión en ninguno de nuestros pacientes a tumor vesical de alto grado que requiriese terapia con BCG, ni a tumor vesical musculoinvasivo que requiriese cistectomía radical. Tampoco se observaron recidivas de riesgo bajo o intermedio.

Durante este tiempo se informó desde la Agencia Española del Medicamento y desde la Asociación Española de Urología del desabastecimiento de BCG a nivel mundial para el tratamiento del tumor vesical de alto riesgo. Desde las mismas se recomendaba en estos casos únicamente la pauta de inducción, sin continuar con las dosis de mantenimiento. No observamos en nuestro hospital que ningún paciente necesitara instilaciones de mitomicina C de recuerdo por la falta de BCG, aunque sólo se ha analizado la serie hasta agosto del 2015.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La instauración del protocolo ha sido un éxito. Todos los pacientes intervenidos de RTU de Tm vesical que cumplían criterios de riesgo intermedio se incluyeron en el mismo. Los pacientes han tenido el seguimiento que las guías clínicas europeas recomiendan. Ningún paciente recibió más dosis de mitomicina C de las recomendadas.

Una pequeña cosa a mejorar, sería la necesidad de disminuir un poco los tiempos de espera principalmente de las pruebas radiológicas de control.

Respecto a los costes, aplicando el protocolo, hemos hecho un uso de los recursos adecuado. Hemos realizado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0147

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO

un seguimiento eficiente, y aunque intuimos que hemos reducido costes, al no disponer de grupo control, no podemos confirmarlo 100%. Sería necesario estudiar otros años y comparar índices de recidivas, reingresos…

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2014/147 ========== ***

Nº de Registro: 0147

Título
ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO

Autores:
SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL, LOZANO ENGUITA JESUS, PEREZ BERASATEGUI OSCAR, PAESA MURCIANO PEÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

PROBLEMA
El tumor vesical es una de las patologías más frecuentes en la consulta de urología y una de las que más coste genera por la cantidad de pruebas diagnosticas y reintervenciones que se producen en su seguimiento. Una de las pocas armas con las que cuenta el urólogo de cara a la prevención de recidivas, es un buen protocolo de seguimiento. Este protocolo incluiría una serie de pruebas diagnosticas de control (ecografías, cistoscopias, citologías, analíticas…) e instilaciones de mitomicina C (quimioterápico endovesical).

El tumor vesical de riesgo moderado es el que más frecuentemente se diagnóstica y abarcaría diferentes estadios TNM (TaG2, T1G1, T1G2…). Sus dos principales caracteristicas es su tendencia recidivar y en algunos casos a progesar a estadíos más avanzados (tumores de alto riesgo y tumores musculoinvasivos). Con las instilaciones de Mitomicina C y las pruebas diagnosticas para una detección precoz, se intentan disminuir ambas.

Las guías clínicas de la asociación europea de urología (EAU) recomiendan un protocolo de seguimiento según el tipo de tumor resecado. Este protocolo se basa en estudios científicos con gran evidencia, siendo una referencia para todos los urólogos del continente encontrándose ampliamente extendido su uso.

El Servicio de Urología del Hospital de Calatayud ya cuenta con un protocolo de estas características pero que requiere una actualización acorde a las nuevas evidencias publicadas.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera diagnosticar antes las recidivas, minimizando en la medida de lo posible la progresión tumoral a tumor vesical de alto riesgo o musculoinvasivo, que conllevaría probablemente una cistectomia radical posterior. La cistectomía es una cirugía muy agresiva que genera un importante impacto en el paciente al necesitar una derivación urinaria. Aparte tiene una mortalidad perioperatoria no desdeñable de un 3% y supone un consumo de recursos muy importante a lo largo del ingreso.

Se espera disminuir los costes generados por esta patología, consiguiendo una disminución de las recidivas y un diagnóstico precoz de éstas, disminuyendo costes referidos a consultas en urgencias, procedimientos quirúrgicos…etc. Asímismo se espera administrar las correctas dosis de mitomicina C. Ni más ni menos, de las que aboga la EAU basada en metanálisis de primer nivel.

Se espera ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad, basada en los últimos estudios a nivel internacional mejorando a corto y largo plazo su calidad de vida.

MÉTODO
Se realizará un exhaustivo análisis de la guía clínica europea sobre tumores vesicales así como de otros estudios al respecto por parte de los urólogos incluidos en el grupo de trabajo.

Se creará un protocolo de seguimiento para los tumores vesicales de moderado riesgo donde se incluirán las pruebas necesarias en cada momento del seguimiento, así como de las dosis de mitomicina C requeridas.

El protocolo final se adaptará a nuestro centro y a las características de la población que atendemos y podrá individualizarse a cada paciente según su comorbilidad.

Se imprimirán los protocolos y se pondrán en marcha de rutina el primer día que se valore al paciente en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0147

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO

consulta con la anatomía patológica. En este aspecto nuestros enfermeros de consultas Oscar Pérez y Peña Paesa tendrán un papel relevante. En la hoja del protocolo se pondrán los datos identificativos del paciente. Fecha de la cirugía, características del tumor y resultado de la anatomía patológica. Gracias al protocolo sabremos en que fechas hay que administrarle la mitomicina C y qué pruebas y cuándo hay que solicitarlas, a lo largo del seguimiento.

INDICADORES
1- Se evaluarán todos los pacientes con el diagnóstico de tumor vesical de moderado riesgo. Se comprobará su inclusión dentro del protocolo.

2- Se evaluará que los pacientes incluidos en el protocolo correspondan con las indicaciones de inclusión del mismo para evitar sobretratamientos.

3- Se evaluará el correcto cumplimiento de las pruebas a solicitar y el correcto cumplimiento de número y fecha de las dosis de Mitomicina C.

DURACIÓN
Calendario:

Mayo : Revisión de bibliografía y estudios
Junio: Elaboración del protocolo de seguimiento de los tumores vesicales superficiales de moderado riesgo
Julio: Instauración del protocolo de manera oficial

Recogida de datos durante 1 año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

Fecha de entrada: 20/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO MARTINEZ DELGADO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H ERNEST LLUCH
· Localidad ..... CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANDA LASSA JOSE MANUEL
SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL
REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO
DE JUAN CEBOLLADA CARMEN
MILLARUELO LARENAS MARTA
CERDAN MORENO LAURA
VAZ RODRIGUEZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se consensuó con el personal de enfermería el lugar de la administración del fármaco, la unidad de oncología por la tarde.
2. Se seleccionó y formó a personal de enfermería, supervisoras de tarde y noche, para la administración del fármaco, indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas medicamentosas, correcta manipulación, administración y eliminación.
3. Tras la RTU se solicita el fármaco a farmacia desde quirófano para poder administrarlo en las primeras 6 horas.
4. El facultativo pauta “Administración de quimioterapia intravesical” en las ordenes de tratamiento.
5. Enfermería realiza los puntos siguientes:
6. Monitorización de la tolerancia, el tiempo de permanencia en la vejiga, la aparición de alergias o efectos secundarios, de clínica miccional o de otros efectos secundarios del fármaco.
7. Vigilancia de la cantidad y cualidades de la diuresis posteriormente a la administración, reponiendo el sistema lavador en caso necesario.
8. Avisar al urólogo de guardia en caso de complicaciones o efectos inesperados tras la administración.
9. Registrar en la historia clínica del paciente la administración del fármaco, la hora, la tolerancia del paciente al fármaco y la aparición de efectos secundarios si los hubiese en la hoja de evolución de enfermería
10. Los facultativos miembros del equipo de mejora han realizado un seguimiento periódico del programa y han transmitido la información al resto del personal implicandolo en el proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reseñar que como principal problema en la instauración del programa surgió un problema de calendario. Así los aspectos preliminares y selección del personal de enfermería no se realizó hasta diciembre de 2016. A cambio el resto de la instauración fue más rápida. La formación al personal de enfermería se completo a finales de enero, empezando a principios de febrero con los casos pilotos. La adaptación e implicación del servicio y de los profesionales fue ejemplar por lo que la mejora pasó a ser un protocolo de actuación en pocas semanas.
En junio de 2017 estaba prevista una evaluación preliminar que no se realizó por la evidente buena marcha del programa.
Enero de 2018 se ha realizado la evaluación del programa tras casi un año en funcionamiento
Del 1 de enero de 2017 hasta 31 de diciembre de 2017 se han realizado en nuestro servicio 23 RTU de tumor vesical. De ellas 5 (21.7%) resultaron de aspecto musculoinvasivo de entrada por lo que no se beneficiaban del tratamiento y que por lo tanto no se administró. Otras 4 más presentaron invasión del músculo detrusor en su anatomía patológica lo que eleva la cifra a 39%, anormalmente alta. Por tanto fueron 18 pacientes candidatos a quimioterapia postoperatoria.
En 14 casos (77.7%) se completó el tratamiento en las primeras 6 horas tras la RTU. En 2 casos (11.1 %) no se realizó en las primeras 6 horas pero sí antes de las 24 primeras horas. No se pudo realizar el tratamiento en las primeras 24 horas, en dos casos (11.1%) ambos por hematuria. Hemos constatado que los 4 pacientes en los que no se pudo administrar el tratamiento en las primeras 6 horas, todos por hematuria, coincidieron con aquellos que presentaron un estadio avanzado de la enfermedad y que sufrieron cirugías más agresivas y que no se hubiesen beneficiado del tratamiento precoz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pretendíamos que la administración se realizara en las primeras 24 horas postoperatorias a más del 80 % de los pacientes y hemos conseguido un 88.8% (16 casos) y en las primeras 6 horas en más del 70% y hemos conseguido un 77.7% (14 casos).
Como principal problema en la instauración del programa surgió un problema de calendario y fijar las personas responsables de cada actividad.
El programa es actualmente el procedimiento normal de actuación.
Creemos que nuestro programa es totalmente extrapolable a cualquier otro centro por su sencillez.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1067 ========== ***

Nº de registro: 1067

Título
PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

Autores:
MARTINEZ DELGADO ROBERTO, ARANDA LASSA JOSE MANUEL, SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL, REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO, DE JUAN CEBOLLADA CARMEN, MILLARUELO LADERAS MARTA, CERDAN MORENO LAURA, VAZ RODRIGUEZ JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Cáncer de vejiga presenta una elevada prevalecía en nuestra población siendo uno de los económicamente más caros de tratar de debido a su elevada tasa de recidivas. En diversas guías clínicas se recomienda la instilación de quimioterapia intravesical postoperatoria para reducir la probabilidad de recidiva, lo más precoz posible dado que ello aumenta la eficacia. Existe una eficacia máxima si se realiza antes de las 6 horas postoperatorias.
En nuestro centro este procedimiento se realiza de forma habitual a la mañana siguiente de la cirugía, lejos de las primeras 6 horas. Esto se debe a que se realiza en la unidad de oncología, abierta solamente por las mañanas y la administración se debería de realizar por las tardes, tras la RTU. Por ello pensamos que se está perdiendo la eficacia, lo que conlleva un mayor número de casos a tratar, un peor pronóstico, más recidivas y secundariamente coste sobreañadido.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivo proponemos la optimización de la administración de quimioterapia intravesical aplicándola antes de las primeras 6 horas postoperatorias para reducir la tasa de recidivas, mejorar el pronóstico, optimizar el coste de los tratamientos y secundariamente reducir los costes del tratamiento de las recidivas que evitemos.
Pretendemos que la administración se realice en las primeras 24horas postoperatorias a más del 80 % de los pacientes y en las primeras 6 horas en más del 70% de los pacientes una vez el programa esté asentado en nuestro centro.

MÉTODO
1. Consensuar con el personal de enfermería el lugar de la administración del fármaco, la unidad de enfermería o la unidad de oncología por la tarde.
2. Se solicitará el fármaco desde quirófano cuando se prevea que lo van a requerir y se podrá administrar en las primeras 6 horas.
3. El facultativo pautará “Administración de quimioterapia intravesical” salvo contraindicación”.
4. Seleccionar a personal de enfermería entrenado en la administración del producto o se deberá formar a dicho personal para ello. Conocer las indicaciones, contraindicaciones, reacciones adversas medicamentosas, la correcta manipulación, administración y eliminación del fármaco. Enfermería realizará los puntos siguientes.
5. Monitorización de la tolerancia, el tiempo de permanencia en la vejiga, la aparición de alergias o efectos secundarios, de clínica miccional o de otros efectos secundarios del fármaco.
6. Vigilancia de la cantidad y cualidades de la diuresis posteriormente a la administración, reponiendo el sistema lavador en caso necesario.
7. Avisar al urólogo de guardia en caso de complicaciones o efectos inesperados tras la administración.
8. Registrar en la historia clínica del paciente la administración del fármaco, el tiempo trascurrido desde la cirugía, la tolerancia del paciente al fármaco y la aparición de efectos secundarios si los hubiese. Esto puede quedar reflejado en la hoja de evolución de enfermería o en una hoja específica creada al efecto y que permita posteriormente realizar la monitorización del procedimiento.
9. Serán los facultativos miembros del equipo de mejora los responsables del seguimiento periódico del programa y de transmitir la información al resto del personal implicado en el proceso.

INDICADORES
1. Registro de todos los pacientes incluidos en el programa.
2. Porcentaje de pacientes sometidos a RTU vesical a los que se les consigue administrar quimioterapia antes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1067

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL POST-RTU EN EL CANCER DE VEJIGA

de las 6 horas postoperatorias.
3. Registro de efectos secundarios y complicaciones de la administración del fármaco
4. Registro de los pacientes a los que no se les pudo administrar el fármaco en el plazo previsto y los motivos.

DURACIÓN
1. Octubre 2016: aspectos preliminares (decisión del lugar de administración, informar al personal implicado del programa de mejora…) y selección del personal de enfermería.
2. Octubre y Noviembre 2016: formación, si se requiere, al personal de enfermería que se verá implicado en el programa.
3. Noviembre 2016: inicio piloto.
4. Diciembre 2016: evaluación de los casos pilotos y modificación de los protocolos o actuaciones en caso necesario.
5. Enero de 2017: Inicio formal del programa de mejora.
6. Junio de 2017: evaluación preliminar de los parámetros.
7. Enero de 2018: evaluación del programa tras un año en funcionamiento

OBSERVACIONES
Reenvio acortado

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0866

1. TÍTULO

INTEGRACION PLATAFORMAS TECNOLOGICAS 061/112

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DAVID AÑON GIMENO
· Profesión ..... INGENIERO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCOLEA GUERRERO MARTA
SALDAÑA ROYO SERGIO
ACEBES SENOVILLA PABLO
CLAVERO FORCEN MIGUEL ANGEL
MARTON AGUIRRE FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dentro del plan de Diseño y Desarrollo que se propuso inicialmente se han conseguido realizar dentro del periodo 2018:
• Modelo de Arquitectura de la nueva infraestructura tecnológica
• Redacción de pliegos de prescripciones técnicas
• Plan de migración a la nueva infraestructura tecnológica

Los logros han quedado reflejados en forma de documentación técnica y de actas de reuniones de los distintos hitos mencionados.

Respecto al cumplimiento de calendario, que inicialmente estaba previsto en la forma:
• Modelo de Arquitectura de la nueva infraestructura tecnológica (oct 2017-Feb 2018)
• Redacción de pliegos de prescripciones técnicas (marzo2018-abril2018)
• Plan de migración a la nueva infraestructura tecnológica(abril2018-julio2018)
• Implantación de la migración(sept2018-dic2018)

Todo el cronograma ha sufrido cambios, pero se han podido completar los tres primeros hitos quedando pendiente de realizar el último “Implantación de la Migración”. Esto se debe a dos factores:

• El retraso administrativo en la resolución de los concursos derivados de la redacción de los pliegos.
• La impugnación de la resolución del concurso por un participante no adjudicatario.

Además de lo anterior, se ha determinado que la implantación habrá que dividirla en dos tiempos en paralelo, debido a que el 061 y el 112 tienen distintos niveles de complejidad técnica en cuanto a la clasificación de las llamadas, alertantes, escenarios y árbol de decisiones, con lo que será una implantación asíncrona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cronograma: Cumplimento (S/N) del cronograma previsto. Hemos cumplido 3 de los 4 hitos señalados, El cuarto punto, implantación de la migración, se ha pospuesto debido a los factores mencionados anteriormente (retraso administrativo en la resolución de los concursos e impugnación del concurso)

Los indicadores relativos a “Incidencias de la plataforma” y “Tiempos de asistencia” no se podrán evaluar hasta la completa implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Primera lección aprendida: Cuando hay procesos que no puede controlar el grupo de trabajo como “Resolución/Adjudicación de concursos” o “Impugnaciones a los procesos de Resolución/Adjudicación” se traduce en cambios en el cronograma.

No obstante, como mejora para evitar situaciones bloqueantes, hemos descompuesto tareas complejas en tareas simples y hemos comenzado con aquellas que no tienen dependencia de las licitaciones en curso. De forma que se ha creado un grupo de trabajo en cada una de las organizaciones con el objetivo de analizar las tablas de clasificación de llamadas, alertantes, escenarios y árbol de tipificación y establecer una clasificación común relativa al subproceso de recepción de la llamada. Esto se traduce en que la implantación habrá que dividirla en dos flujos en paralelo, debido a que el 061 y el 112 tienen distintos niveles de complejidad técnica y administrativa con lo que será una implantación asíncrona en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/866 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0866

1. TÍTULO

INTEGRACION PLATAFORMAS TECNOLOGICAS 061/112

Nº de registro: 0866

Título
INTEGRACION PLATAFORMAS TECNOLOGICAS 061/112

Autores:
AÑON GIMENO DAVID, ALCOLEA GUERRERO MARTA, SALDAÑA ROYO SERGIO, ACEBES SENOVILLA PABLO, CLAVERO FORCEN MIGUEL ANGEL, MARTON AGUIRRE FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DEMANDANTES DE ATENCIÓN URGENTE
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente son dos agencias que operan de forma individual, pero con un propósito compartido que es la gestión de la urgencias y emergencias de Aragón. Siendo del 061 particularmente quien trata las de tipo sanitario, se considera que dada la naturaleza de ambas entidades, se mejore la colaboración entre ellas y para esa finalidad se considera necesario que haya una primera integración a nivel tecnológico como consecuencia de la Proposición no de Ley 79/16 de Abril 2016 en la que se establece un modelo de integración física de ambas agencias (061/112) como marco de trabajo futuro.
Utilidad del proyecto:
- Disminución de los tiempos de llamada
- Mejora de la calidad asistencial como consecuencia directa de lo anterior
- Eficiencia y racionalización de la gestión de los recursos.
- Se consigue el elemento núcleo sobre el que se podrán integrar agencias futuras (Guardia Civil, Policía .. etc)

Prioridad de la organización :
- Este proyecto lo promueve directamente las cortes de Aragón dentro de su plan estratégico

RESULTADOS ESPERADOS
Metas del proyecto:
- Integración de las agencias 061/112
- Evolución tecnológica de la solución de emergencias
- Disminución de los tiempos de llamada

Población diana:
- Todo sujeto susceptible de recibir asistencia sanitaria urgente en Aragón.

MÉTODO
Elaboración de un Plan de Diseño y Desarrollo, que contendrá como hitos principales :
- Modelo de Arquitectura de la nueva infraestructura tecnológica
- Redacción de pliegos de prescripciones técnicas
- Plan de migración a la nueva infraestructura tecnológica
- Implantación de la migración
- Actas de reuniones de los distintos hitos mencionados

INDICADORES
Cronograma: Cumplimento (S/N) del cronograma previsto.
Incidencias de la plataforma: Comparación entre el nº de incidencias previas a la integración y migración de la infraestructura debidas a la plataforma y las posteriores en el mismo periodo de actividad. Después de la integración deben de ser como norma menores, siendo valores iguales o mayores una desviación motivada por error.
Tiempos de asistencia: Comparación de tiempos de asistencia en una llamada que entre en el 112 cuyo destinatario sea el 061, después de la integración deben de ser notablemente menores, siendo valores iguales o mayores una desviación motivada por error.

DURACIÓN
- Modelo de Arquitectura de la nueva infraestructura tecnológica (oct 2017-Feb 2018)
- Redacción de pliegos de prescripciones técnicas (marzo2018-abril2018)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0866

1. TÍTULO

INTEGRACION PLATAFORMAS TECNOLOGICAS 061/112

- Plan de migración a la nueva infraestructura tecnológica(abril2018-julio2018)
- Implantación de la migración(sept2018-dic2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0870

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL SOBRE PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SERGIO SALDAÑA ROYO
· Profesión ..... INGENIERO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AÑON GIMENO DAVID
ALCOLEA GUERRERO MARTA
MONTERO ALONSO GEMMA
LAGUNAS PARDOS DIEGO
BAUTISTA CANO PEDRO JESUS
DOMINGUEZ PLO ESTHER
LUESMA GARGALLO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A - Recopilación de los indicadores de proceso y estratégicos de la organización

En este apartado se han planteado dos objetivos diferenciados, por un lado, recopilar y consolidar la información de indicadores que actualmente ya se estaban utilizando, así como el procedimiento para su extracción y cálculo con el objetivo de automatizarlos, y por otro, identificar nuevos indicadores que pudieran mejorar la visión del estado de la organización. Se identificaron distintas áreas dentro de la organización y se dividió verticalmente la tarea entre dichas áreas, ya que cada una conformaba un dominio de conocimiento con un responsable o experto identificable y diferentes necesidades y estados en cuanto a su explotación de datos.

El método de trabajo empleado en estas actividades han sido reuniones con los diferentes expertos en cada área en las que se han examinado las explotaciones de datos que ya se realizan.

Las principales áreas identificadas y sus responsables son:
- Actividad Asistencial – Responsable Sistemas de Información
- Asistencial (Protocolos Clínicos) – Responsable departamento de Calidad
- Recursos Humanos – Responsable Departamento de Personal
- Gestión Económica (Facturación, Contabilidad y Suministros) – Responsable Departamento Económico

Además, transversalmente, la dirección de Gestión y la responsable del departamento de Calidad tienen presencia en todas las áreas.

Otras áreas, como Formación, no se han trabajado por el momento, quedando pendiente incorporarlas en posteriores iteraciones de trabajo.

B - Análisis y diseño de la nueva infraestructura software requerida

En este punto nuestro objetivo era adherirnos en la medida de lo posible a soluciones, herramientas o políticas corporativas del SALUD. Se ha participado en la creación del grupo de conocimiento de BI, a través del cual se ha obtenido la información de herramientas más utilizadas o preferidas a nivel corporativo.

Podemos dividir la infraestructura necesaria en tres categorías diferenciadas:

1.- Procesos ETL (Extract Transform Load)
Los procesos de Extracción, Transformación y Carga son aquellos en que se obtienen los datos origen de los distintos repositorios en que se encuentren, se realizan los cálculos y transformaciones necesarios para almacenarlos en un estado fácilmente explotable y el posterior almacenamiento de los mismos en el almacén de datos o DataWarehouse designado.

Aunque se han valorado otras herramientas como SPSS, la herramienta por la que se apuesta a nivel SALUD es PENTAHO, por la que finalmente se ha optado. Para el desarrollo se ha trabajado con instancias locales de la herramienta, pero para las tareas programadas es necesaria una instalación en servidor. Se ha dado la circunstancia de que el servidor de explotación corporativo tiene instalada una versión bastante antigua, por lo que se consideró oportuno realizar una nueva instalación. Solicitamos un servidor, que ya se encuentra disponible, estando pendiente de realizar la instalación en el mismo de la última versión de la herramienta.

2.- DataWarehouse
Se trata del almacén de datos con formato optimizado para su explotación (OLAP). Se pueden implementar sobre Bases de datos Multidimensionales (MOLAP) o sobre Bases de datos Relacionales (ROLAP) con modelo de tablas en estrella. Siendo que estas últimas son de uso común en la mayor parte de las aplicaciones generales, se ha optado por este modelo en el SALUD, existiendo repositorios Oracle para DWH. Se solicitó a servicios centrales la creación de un repositorio DWH para el 061. Sobre el que se ha creado la estructura de tablas para la explotación de actividad asistencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0870

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL SOBRE PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061

3.- Herramientas de visualización.
Estas últimas herramientas generan las tablas y gráficas para los usuarios finales a partir de los datos contenidos en el almacén de datos o DataWarehouse. Se ha trabajado aquí principalmente con 2 plataformas: PENTAHO que además de los ETL también puede generar visualizaciones y OracleBI, herramienta de la que se tienen licencias y se utiliza a nivel SALUD

El uso de esta última ha planteado algún desafío extra, ya que por el tipo de licencia la generación de DashBoards solo se podía hacer desde una máquina, siendo necesario compartir el tiempo de utilización de la misma con otros desarrolladores.

C - Especificación de requisitos de plataforma hardware necesaria

La infraestructura Hardware necesaria ha venido como consecuencia de los requerimientos del software, por lo que también se divide en tres partes:

Servidor para PENTAHO, que se solicitó a servicios centrales.

Base de datos Oracle para DataWarehouse: también se solicitó a servicios centrales.

OracleBI: se ha utilizado la implantación corporativa del SALUD

D - Planificación de la implantación

La planificación original se ha visto condicionada por elementos que no se habían tenido en consideración y que han resultado de gran transcendencia, como las dependencias externas a la hora de la creación de infraestructura o la irrupción de otras tareas de alta prioridad que han fraccionado y retrasado el normal transcurrir del proyecto.

Se ha realizado una implantación parcial de indicadores, por el momento limitada a la actividad asistencial, quedando pendiente tanto la validación de los mismos como la formación a usuarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como se indica en el punto anterior se han alcanzado resultados parcialmente, en mayor o menor medida para distintas fases del proyecto:

Información de indicadores para áreas Asistencial, de Actividad Asistencial y Recursos Humanos.
Plataforma ETL Pentaho

Procesos ETL para área de Actividad Asistencial

Infraestructura de DataWarehose

Diseño e implementación de DWH para área de Actividad Asistencial

Creación de Dashboard sobre OracleBI para área de Actividad Asistencial

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El volumen del ámbito de aplicación, que ya se suponía muy amplio, se ha revelado todavía mayor de lo esperado, se ha fraccionado por áreas de las que se han priorizado algunas sobre otras y dentro de cada área también se han priorizado algunas actuaciones sobre otras.

También se habían infravalorado las dependencias externas en la creación de las necesarias infraestructuras y la irrupción de otras tareas con alta prioridad, que han ocasionado retrasos e interrupciones sobre el normal transcurrir del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/870 ========== ***

Nº de registro: 0870

Título
CUADRO DE MANDOS INTEGRAL SOBRE PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0870

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL SOBRE PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061

Autores:
SALDAÑA ROYO SERGIO, AÑON GIMENO DAVID, ALCOLEA GUERRERO MARTA, MONTERO ALONSO GEMMA, LAGUNAS PARDOS DIEGO, BAUTISTA CANO PEDRO JESUS, DOMINGUEZ PLO ESTHER, LUESMA GARGALLO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DEMANDANTES DE ATENCIÓN URGENTE
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El sistema actual de explotación de datos del 061 se basa en extracciones manuales sobre distintas soluciones que no se encuentran unificadas y con dependencia del conocimiento del personal que lo realiza

En este contexto, se hace necesario un proceso de convergencia sobre una única plataforma tecnológica, que pueda agrupar todos los procesos necesarios de extracción, transformación, carga y visualización de los datos para facilitar su análisis por parte del equipo directivo y los responsables departamentales.

Dicha plataforma estará enmarcada dentro del sistema de gestión de la calidad de la gerencia incorporando los indicadores clave de los procesos de la organización y facilitando la dirección estratégica de la misma.

Utilidad del proyecto:
- Ayuda para toma de decisiones y dirección estratégica de la organización.
- Disponibilidad de la información para la gerencia y responsables de áreas
- Eficiencia y racionalización de la gestión de los recursos.
- Seguimiento de objetivos, planificación y control estratégicos
- Herramienta de comunicación, motivación e incentivo para todo el personal

Prioridad de la organización :
- Este proyecto está dentro del plan estratégico de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Aragón 061

RESULTADOS ESPERADOS
Metas del proyecto:
- Unión de reportes existentes en una única plataforma
- Plataforma con capacidad evolutiva para incorporar nuevos informes que se necesiten
- Mejora de la calidad de los indicadores y los datos
- Facilidad de acceso a la información a los usuarios pertinentes

Población diana:
- Gerencia 061 y responsables de departamento.

MÉTODO
Elaboración de un Plan de Diseño y Desarrollo, que contendrá como hitos principales:
- Recopilación de los indicadores de proceso y estratégicos de la organización (Reuniones con los responsables actuales) y necesidades futuras
- Análisis y diseño de la nueva infraestructura software requerida
- Especificación de requisitos de plataforma hardware necesaria
- Planificación de la implantación
- Implantación progresiva de los indicadores
- Validación de los indicadores integrados
- Formación a usuarios de la nueva plataforma

INDICADORES
Cumplimento (S/N) del cronograma previsto.
% de indicadores actuales integrados (Objetivo 80%, min 60% max 100%)
Facilidad de acceso a la información (Objetivo 75%, min 50% max 100% de los siguientes puntos):
Uso (S/N) de cliente ligero (navegador web) para acceso a la plataforma.
Generación de información gráfica (S/N)
Posibilidad de filtrado y selección en los informes (S/N)
Granularidad de la información (acceso a datos desagregados) (S/N)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0870

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS INTEGRAL SOBRE PLATAFORMA DE BUSINESS INTELLIGENCE DE LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DE ARAGON 061

DURACIÓN
- Recopilación de los indicadores de proceso y estratégicos de la organización (ene 2018 - jun 2018)
- Análisis y diseño de la nueva infraestructura software requerida (mar 2018 – may 2018)
- Especificación de requisitos de plataforma hardware necesaria (mar 2018 – jun 2018)
- Planificación de la implantación (may 2018 – jul 2018)
- Implantación progresiva de los indicadores (jul 2018 – dic 2018)
- Validación de los indicadores integrados (sep 2018 – dic 2018)
- Formación a usuarios (nov 2018 – ene 2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0694

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATEIRAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BLANCA PALOU PAPASEIT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UME FRAGA
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BROSED YUSTE CHABIER
FAJARDO TRASOBARES ESTHER
MOLINA ESTRADA INMACULADA
DOMINGUEZ PLO ESTHER
PEREZ RUEDA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre octubre y noviembre del 2017, se elabora un cuestionario-encuesta donde se incluyen diversos ítems que hacen referencia a la técnica de limpieza y desinfección de superficies y a la gestión de residuos (uso y conocimiento de los productos de limpieza, calendarios de limpieza-desinfección, plan-circuito-contenedores para la gestión de residuos, etc) con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento y de cumplimiento de la Instrucción Técnica de Limpieza y desinfección de superficies implementada en nuestra Gerencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las encuestas son remitidas por los coordinadores de cada base al Departamento de Calidad, donde tras analizar los resultados, se constata falta de cumplimiento, sobre todo y fundamentalmente en la limpieza quincenal

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejorar la seguridad en los pacientes es una prioridad para la Gerencia del 061 Aragón. Los daños durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad se pueden considerar como una oportunidad para detectar fallos en los sistemas y en la organización del trabajo y, por tanto, una oportunidad de mejora.
Dentro de la seguridad del paciente, un gran problema son las Infecciones Relacionada con la Atención Sanitaria (IRA). Entre las medidas más eficaces para paliar este gran problema está la higiene de las manos por parte del personal sanitario y de los materiales del entorno. La formación de los profesionales es una potente herramienta y el primer paso para promover la cultura de la seguridad con lo que se mejora el conocimiento y actitud para promover una práctica clínica más segura.
Poco a poco, se ha ido implementando una línea de trabajo basada principalmente en la elaboración de la Instrucción Técnica de Limpieza y desinfección de superficies y en las aportaciones en cuanto a documentación sobre Higiene de manos por parte del Grupo de seguridad clínica del paciente(SEGPAC 061 Aragón)
Aún con todo, tenemos la percepción de que es necesario un estudio cuantitativo (cuantificar y tipificar el grado de contaminación bacteriana presentes en fonendoscopios y estructuras fijas de la uvi móvil) y cualitativo (deteminar el donde, como y sobre todo, el por qué sucede) de la implementación de la instrucción técnica, para así, poder identificar las acciones necesarias y aplicarlas para evitar su recurrencia.
El Plan de trabajo lo dividimos en 3 fases:
1ª fase: Se pretende cuantificar y deteminar las causas del problema de la contaminación en vehículos y aparataje de uso diario. Para ello, se va a realizar la toma de muestras con hisopos (bases de la provincia de Huesca inicialmente) y se elaborará un check-list con la finalidad de monitorizar las particularidades de cada base. A su vez, se implementarán unas medidas de sensibilización y formación entre todo el personal asistencial, que consistirán en sesión clínica/jornada, documentación en formato “Poster” y recordatorios mensuales a través de e-mail a las distintas bases.
2ª fase: tras un tiempo prudencial, se procederá de nuevo a la toma de muestras y así poder valorar el grado de cumplimentación del personal a las nuevas recomendaciones. Creemos que deberían ser medidas suficientes para apreciar una mejoría en la actitud del personal para promover una práctica clínica más segura.
Si lo permiten los tiempos, nos gustaría que hubiera una 3ª fase: Se continuará monitorizando las bases incluidas en la 1ª y 2ª fase, y a su vez, incluir el resto de unidades de la Gerencia de Urgencias y Emergencias de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/694 ========== ***

Nº de registro: 0694

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0694

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATEIRAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATERIAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

Autores:
PALOU PAPASEIT BLANCA, BROSED YUSTE CHABIER, FAJARDO TRASOBARES ESTHER, MOLINA ESTRADA INMACULADA, DOMINGUEZ PLO ESTHER, PEREZ RUEDA NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Seguridad del Paciente

PROBLEMA
La seguridad en el paciente se ha convertido en uno de los temas principales de cualquier sistema sanitario. Los efectos no deseados secundarios a una atención sanitaria representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños, hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.
Los daños que acontecen durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad se pueden considerar como la oportunidad de detectar fallos en los sistemas y en la organización del trabajo y, por tanto, una oportunidad de mejora.
Podemos ir más allá al hablar de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria (IRA) como un problema mayor dentro de la seguridad del paciente.
La formación de los profesionales es una potente herramienta y el primer paso para cambiar la cultura de la seguridad es contribuyendo a la mejora de conocimientos y actitudes para promover una práctica clínica más segura.
Este proyecto, tiene como finalidad, cuantificar y a la vez, tipificar el grado de contaminación microbiana presente en estructuras fijas de la UVI móvil y fonendoscopios del personal sanitario, ya que, a pesar de tener implantada una Instrucción Técnica para la Limpieza y Desinfección de los vehículos (IT 070611) recomendaciones y documentación de “Higiene de manos”, nunca se ha realizado una evaluación cuantitativa de la implementación de esta instrucción técnica

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las prácticas de desinfección de los fonendoscopios y demás objetos del entorno del paciente en una UVI móvil.
Mejorar la seguridad del paciente mediante la identificación de microorganismos en una UVI móvil y posterior implementación de consejos de sensibilización y medidas correctivas.
Contribuir a la estrategia de Seguridad en el paciente mediante una Intervención de Sensibilización frente las IRA al personal de UVI’s móviles.

MÉTODO
Tras la exposición de los resultados de los análisis de los muestreos pre-intervención y del chel-list sobre hábitos de limpieza en el lugar de trabajo, se va a proceder a iniciar una “campaña de sensibilización” para la adquisición de buenas prácticas en cuanto a higiene de manos y desinfección de materiales y superficies de trabajo. Esta intervención de sensibilización se va a realizar a través de: Sesión clínica/Jornada, documentación en formato “Poster” y recordatorios mensuales a través de e-mail que se enviarán a las distintas bases reincidiendo en el tema. Tras un tiempo prudencial, se procederá de nuevo a la toma de muestras para así, poder valorar el grado de cumplimiento-adhesión del personal a las nuevas recomendaciones.

INDICADORES
nº de acciones informativas realizadas (posters, infografías, correos, etc)
% de bases que tienen el producto de limpieza recomendado por la IT
% de vehículos que tienen PBA en el punto de asistencia (maletines y al lado de la camilla)
% de bases que realizan y cumplen el calendario de limpieza - desinfección
% de muestras que dan positivo en microorganismos
% de muestras con microorganismos patógenos

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración de 2 años y seesarrollara en tres fases:

1ª FASE:
Se procederá a la toma de muestras con hisopo de superficies metálicas y plásticas del vehículo (volante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0694

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATEIRAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

conductor, tirador derecho de la camilla, barandilla derecha de la camilla, pantalla del monitor – botón encendido, imprimir y 12 D- y móvil de guardia) y del fonendoscopio individual de cada médico. Se cuantificará y tipificarán los microorganismos presentes. La recogida de muestras se hará en días que no coincida con la limpieza-desinfección del vehículo para no interferir en los resultados. La persona que realice la toma de muestras, a su vea rellenará un chek-list donde figurarán unos puntos a valorar sobre hábitos personales y de base en cuanto a limpieza y desinfección (PBA, Producto limpieza, calendario, etc)

2ª FASE:
Se procederá de nuevo a una segunda toma de muestras para así proceder a su comparación con los resultados de la 1ª Fase y se procederá a su evaluación.

3ª FASE:
Se pretende continuar con la toma de muestras al año siguiente (semestral) y así, poder monitorizar el grado de cumplimiento con las medidas implementadas, a la vez, que se volverá a realizar el chek-list sobre hábitos de limpieza en el lugar del trabajo, la cual, nos servirá para poder valorar de nuevo la mejoría o no de este indicador. A su vez, se pretende extender el estudio al resto de bases del 061 Aragón hasta alcanzar su totalidad.

OBSERVACIONES
Bases del 061 que participarán en la 1ª Fase: UME de Fraga, Monzón y Huesca.
En el segundo año, se incluirán otras unidades de la Gerencia de Urgencias y Emergencias de Aragón.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0534

1. TÍTULO

MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON LISTADO DE MOTIVOS JUSTIFICADOS SEGUN LISTADO PACTADO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS-2016

Fecha de entrada: 18/02/2018

2. RESPONSABLE ..... BELEN MAINAR GOMEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. UME ZARAGOZA 1
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MENDOZA BARQUIN ANA BELEN
SALCEDO DE DIOS SUSANA
SORIA FERRERO OLGA
PASCUAL LARRAZ MARTA
PARAMIO ANDRES ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Codificación de las indicaciones de TIH En unidades de SVA del “Procedimiento de Actuación en los Traslados Interhospitalarios” del 061 Aragón. (“Referencia “Codificación Internacional de Enfermedades CIE-9”)

2. Búsqueda de los TIH realizados en Aragón durante el año 2017 y la codificación CIE-9 obtenida. Excepto en la ciudad de Zaragoza. La búsqueda se ha realizado mediante las Historias Clínicas realizadas y de las Codificaciones diarias enviadas.

3. Comparación entre las codificaciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
TIH contamos con registro de 1.767 movilizaciones de recurso de SVA durante el año 2.017.

En el “Procedimiento de Actuación en los Traslados Interhospitalarios” del 061 Aragón, existen 199 códigos CIE-9 que justifican la necesidad de un TIH mediante un recurso de SVA.
Se han obtenido 419 referencias codificadas con CIE-9.
Se ha encontrado coincidencia en 92 códigos CIE-9.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestros recursos de SVA para TIH es de 6 repartidos en Huesca, Jaca, Barbastro, Teruel, Alcañiz, Calatayud. La disponibilidad es de 24 horas 365 dias.
Hemos contado el número realizado en localizaciones con CASAR (Centro de Alta Resolución de Aragón) localizados en Ejea de los Caballeros y Fraga. Estas unidades compaginan la asistencia primaria con la TIH.
Se han utilizado con justificación en el 46,23 % de las solicitudes de TIH.
La solicitud de dicho recurso está infra utilizada en el resto de las movilizaciones y por lo tanto, se debería:
1. Volver a pactar las necesidades de estos recursos,
2. Figure identificación de quién lo solicita.
3. Justificación objetiva de la solicitud mediante un cuestionario que contenga una codificación CIE-9. (incluido escore y consentimiento informado)
4. Medio de comunicación para envió de forma visual. (email, intranet, Fax..)
5. Movilizar el recurso necesario y disponible adecuado a la solicitud

7. OBSERVACIONES.
Hemos entregado una memoria en tiempo pero incompleta por imposibilidad de solución tecnológica hasta hoy.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/534 ========== ***

Nº de registro: 0534

Título
MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON LISTADO DE MOTIVOS JUSTIFICADOS SEGUN LISTADO PACTADO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS-2016

Autores:
MAINAR GOMEZ BELEN, CARDIEL GALINDO JOSE CARLOS, MENDOZA BARQUIN ANA BELEN, SALCEDO DE DIOS SUSANA, SORIA FERRERO OLGA MARIA, PASCUAL LARRAZ MARTA, PARAMIO ANDRES MARIA ANGELES, LABAR SILVA REMEDIOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0534

1. TÍTULO

MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON LISTADO DE MOTIVOS JUSTIFICADOS SEGUN LISTADO PACTADO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS-2016

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El 061 ARAGON proporciona un servicio de traslado interhospitalario de apoyo para la movilización de pacientes entre hospitales de la misma comunidad, para traslados intercomunidades, para retornos de habitantes que se lesionan o enferman extracomunitariamente.
Existen unos motivos que justifican el tipo de traslado, con recurso material y recurso humano SVA, SVB o AC.
Los motivos están descritos en un protocolo consensuado con diferentes servicios hospitalarios implicados en la demanda de estos servicios. También justificados con un escore que se debe de proporcionar al 061 para justificar la necesidad de un recurso u otro.
Hemos observado que se cumplimentan las solicitudes con el juicio muy subjetivo del solicitante el cual desconoce la mayoría de las veces la necesidad de cumplimentarla, asi como realizar el escore con claras evidencias de necesidad del tipo de supervisión para dicho traslado.

RESULTADOS ESPERADOS
Nos interesa comparar la concordancia de solicitudes realizadas durante el 2016.
El conocimiento que se tiene desde los centros solicitantes de los traslados que se realizan con todos los justificantes cumplimentados para realizar los

MÉTODO
Desde el 061 se deberá de cumplimentar un cuestionario que debe de realizar el responsable del servicio que hace la solicitud en los casos de que el servicio sea tanto programado como urgente. Firmado y num de col.
Incluye: Motivo de la solicitud y facultativo solicitante (tipo de diagnóstico, CIE, Estado General, pronóstico)
Consentimiento informado
Escore para traslado

INDICADORES
COMPARACIÓN DE CIES
TRASLADOS INTER CUIDADOS INTENSIVOS
TRASLADOS A PLANTAS DE HOSPITAL CON UVI
Mediante la búsqueda y selección de todos los traslados inerhospitalarios codificados diariamente como STRAS realizados en el 061 ARAGON y proporcionados por el archivo desde el programa SENECA. Mensual
La obtención será a traves de la revisión de historias una vez que lleguen a la central del 061 ARAGON en el mes de Enero del 2017

DURACIÓN
Comienzo en Octubre 2016 hasta Mayo del 2017.
Los datos de las codificaciones se proporcionaran con efectos retroactivos correspondientes al año 2016.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0231

1. TÍTULO

DISTRIBUCION TERRITORIAL DE LA IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO PARA EL SCACEST TENIENDO ENCUENTA LA VARIABLE TIEMPO DEPENDIENTE

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... NATALIA GIMENEZ BLASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCLEMENTE SAEZ JORGE
LARA GONZALEZ ARANCHA
TOME REY ANA MARIA
PUEYO VAL JAVIER
MARCO GAYARRE ELENA
MAINAR GOMEZ BELEN
MENDOZA BARQUIN ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se calcularon unos tiempos de isocronas para ayudar en la decisión del tratamiento del SCA que es tiempo dependiente. Se calculó teniendo en cuenta el tiempo de asistencia puro y el de traslado.
Para calcular el tiempo de asistencia puro se solicitó a los informáticos que nos extrajeran los tiempos (de llegada al aviso y de salida hacia el hospital) del programa SENECA de una forma sencilla.
Se contactó con el Instituto Geográfico de Aragón que nos realizó mapas de isocronas con los tiempos que les solicitamos, basándonos en el tiempo de asistencia que teníamos registrado del 2013. Tras conseguir registrar y extraer el tiempo de asistencia del 2015, nos dimos cuenta que el tiempo de asistencia había mejorado notablemente. Desde el Instituto Geográfico de Aragón nos realizaron otros mapas de isocronas con los nuevos tiempos. Posteriormente el servicio de hemodinámica también mejoró su tiempo de asistencia dandonos la oportunidad de ampliar nuestro mapa de isocronas. Esos nuevos mapas están solicitados de nuevo, pero aún no nos los han podido realizar.
También elaboramos en colaboración con ellos una Base de datos con los núcleos urbanos y la isócrona a la que están, para una búsqueda rápida para poder decidir el tipo de tratamiento a elegir.
Se solicitó colaboración al 112 que nos elaboró un mapa de isoscronas para los helicópteros teniendo en cuenta el tiempo de preparación, el tiempo que les cuesta acudir a cada nucleo urbano, el tiempo de transfer y el tiempo desde ese nucleo urbano hasta el hospital donde se realiza la ICPP.
Con todos estos datos estamos pendientes de la actualización de los mapas por parte del Instituto Geográfico de Aragón, de que tanto los mapas como las bases de datos sean introducidos en el programa SENECA para que sirva de herramienta y de la difusión de esta nueva herramienta al personal del 061 de Aragón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han conseguido estos los dos objetivos, realizar:

1. Mapa de Aragón territorializado en mejor respuesta terapéutica al SCACEST.
2. Base de datos con los núcleos urbanos y la isócrona a la que están, para una búsqueda rápida.

Falta actualizar el mapa con los nuevos tiempos e introducirlo en la base de datos del 061 SENECA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde la puesta en marcha del código IAM, se ha conseguido una mejora en los tiempos de asistencia tanto por parte del 061 como por parte del servicio de hemodinamica. Eso nos ha complicado el diseño del mapa de isoscronas, pero es una muy buena noticia para la asistencia a los pacientes con esta patología y para la valoración del código IAM.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/231 ========== ***

Nº de registro: 0231

Título
DISTRIBUCION TERRITORIAL DE LA IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO PARA EL SCACEST TENIENDO EN CUENTA LA VARIABLE TIEMPO DEPENDIENTE

Autores:
GIMENEZ BLASCO NATALIA, SANCLEMENTE SAEZ JORGE, LARA GONZALEZ ARANCHA, TOME REY ANA MARIA, PUEYO VAL JAVIER, MARCO GAYARRE ELENA, MAINAR GOMEZ BELEN, MENDOZA BARQUIN ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0231

1. TÍTULO

DISTRIBUCION TERRITORIAL DE LA IDONEIDAD DEL TRATAMIENTO PARA EL SCACEST TENIENDO ENCUENTA LA VARIABLE TIEMPO DEPENDIENTE

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Código Infarto
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La elección del tratamiento en el SCACEST es tiempo dependiente, aparte de otras variables clínicas del paciente a considerar en cada caso en particular por el médico que atiende al paciente.

Este tiempo ha de calcularse en relación al tiempo que costará atender al paciente una vez diagnosticado y al tiempo de traslado hasta el hospital útil. Muchas veces, en el código IAM se valora sólo el tiempo que cuesta realizar el traslado por carretera sin tener en cuenta el tiempo de asistencia.

Por otro lado las isócronas que se valoran en el 061 son las isócronas de tiempo de respuesta inicial de los SVA, SVB, AC…no de tiempo de respuesta global a una patología.

Para calcular el tiempo de respuesta real a dicha patología tendríamos que calcular el tiempo medio de asistencia que prestamos a dicha patología y sumarle el tiempo de traslado al hospital.

Si somos capaces de calcular estos tiempos podríamos diseñar un mapa con las zonas donde podríamos elegir la opción terapéutica mas adecuada basándonos en el tiempo de respuesta. Esto facilitaría la decisión terapéutica y mejoraría el tratamiento de los pacientes, evitando alargar tiempos para llegar a ICPP. (dando a cada paciente el tratamiento más adecuado)

RESULTADOS ESPERADOS
1. Mapa de Aragón territorializado en mejor respuesta terapéutica al SCACEST.
2. Base de datos con los núcleos urbanos y la isócrona a la que están, para una búsqueda rápida.

MÉTODO
Revisar la bibliografía relacionada.
Calcular el tiempo de asistencia.
Solicitar incluir el tiempo de salida hacia el hospital en la base de datos del Código IAM de Aragón.
Búsqueda de programa para realizar isócronas y para territorializar. http://cartoo.dyndns.org/
http://geomarketingspain.blogspot.com.es/2010/07/geomarketing-isocronas-en-google-maps.html
Utilización de dicho programa para realizar el mapa.
Ofertar este mapa al comité científico del Código infarto de Aragón para su aprobación. Varios participantes de este proyecto de mejora formamos parte del comité científico del Código infarto de Aragón.

INDICADORES
1. Cálculo del tiempo de asistencia: si/no
2. Realización del mapa de territorialización: si/no

DURACIÓN
Un año desde su aprobación.

OBSERVACIONES
Impresión de 20 mapas de isocronas Dina 1. Para las 12 bases, CCU, y hospitales. 300 euros
Tiempo de trabajo invertido en la búsqueda del material y realización del mapa. 3.000 euros

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1380

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... DIEGO LAGUNAS PARDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALOU PAPASEIT BLANCA
PALOMAR CARBO DAVID
GASCA PEREZ ELISA
GIL SUS GUILLERMO
LOPEZ CIERCOLES JOAQUIN
CAZCARRA LAPLANA JUAN JOSE
LOPEZ GARCIA NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han mantenido 4 reuniones de trabajo a lo largo del año con los cuerpos operativos de emergencias españoles y franceses.
- Se han realizado 5 reuniones de las Comisiones Técnicas de Seguimiento de los Planes Binacionales.
- Se han llevado a cabo 2 simulacros.
- Se ha desarrollado una jornada en la que se ejercitó el cambio de mando entre ambos países.
- Se ha presentado el Plan de Socorro Binacional en la base de 061 implicada, Sabiñanigo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha asistido al 100% de las reuniones convocadas por Protección Civil de la Subdelegación de Gobierno de Huesca.
- Se ha asistido al 80% de las reuniones reuniones de la CTS.
- Se ha asistido al 100% de simulacros de los túneles.
- 5 informes de análisis realizados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

La gestión de la atención sanitaria en los planes de emergencia de los túneles binacionales del Somport y Bielsa es una gestión dinámica. No es algo fijo y estanco, sino que están sometidas a continuas modificaciones, debidas al avance de las técnicas, la ciencia de las emergencias, y los diferentes modos de entenderlas por parte de los 2 países (Francia y España).

Son necesarias dichas reuniones para poder encontrar un modo de actuación común. Dicho modo de actuación debe cumplir unos requisitos funcionales y legales que cumplan los criterios de ambos países. Tras estas actuaciones, cada país traspasa a su sistema sanitario estas recomendaciones de los Planes de Socorro Binacionales, especialmente en las regiones afectadas.

Este año continuaremos con reuniones entre los 2 países, no solo ya para la supervisión de los Planes de Socorro, que también, si no para lograr una verdadera integración y adaptación de la gestión de la emergencia. Aunque centrados en los ambientes locales como puede ser los túneles, las reuniones de trabajo se celebraran también en Pau y Zaragoza. Con este objetivo se quiere extender a todo el servicio sanitario las pautas de actuación y gestión de las emergencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1380 ========== ***

Nº de registro: 1380

Título
GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA

Autores:
LAGUNAS PARDOS DIEGO, PALOU PAPASEIT BLANCA, PALOMAR CALVO DAVID, GASCA PEREZ ELISA, GIL SUS GUILLERMO, LOPEZ CIERCOLES JOAQUIN, CAZCARRA LAPLANA JUAN JOSE, LOPEZ GARCIA NIEVES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1380

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Politraumatológica e intoxicaciones
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El 061 ARAGÓN actúa de forma coordinada con el resto de los dispositivos de la cadena asistencial, así como con otros servicios de emergencia sanitarios y no sanitarios y otros centros para la actuación en el caso de producirse una situación especial.
Esta coordinación es recíproca, es decir, estos centros cuentan entre los recursos a movilizar con el 061 ARAGÓN en el caso de que sea necesaria la atención sanitaria a urgencias y emergencias.
En el 061 ARAGÓN toman el tratamiento de situaciones especiales aquellas para las que es necesario diseñar un dispositivo para la cobertura de riesgos y aquellas situaciones englobadas como emergencias colectivas y catástrofes tanto nacionales como internacionales.
Así, el Grupo de Trabajo de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes del 061 ARAGÓN participa en las Comisiones Técnicas de Seguimiento de los Planes de Socorro Binacionales de los Túneles del Somport y Bielsa.
La función principal de estas Comisiones es la supervisión y mejora de las actuaciones de los Servicios de Emergencia en caso de accidentes en dichas instalaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer y mejorar la coodinación con los intervinientes tanto nacionales como internacionales en las emergencias producidas en los túnelesdel Somport y Bielsa.
Garantizar los recursos materiales necesarios para cubrir la prestación de servicios en situaciones especiales realizados por el 061 ARAGÓN en dichas instalaciones.

MÉTODO
Asistir a las reuniones de los Grupos de Trabajo sectoriales de los Túneles del Somport y Bielsa.
Asistir a las reuniones de las Comisiones Técnicas de Seguimiento en representación de los Servicios de Emergencias aragoneses.
Realizaciones de simulacros anuales en los túneles.
Elaboración de los informes de análisis de los simulacros realizados.

INDICADORES
% de reuniones convocadas por Protección Civil de la Subdelegación de Gobierno de Huesca a las que se ha asistido
% de reuniones de la CTS a la que se ha asistido
% de simulacros de los túneles en los que se ha participado
Número de informes de análisis realizados

DURACIÓN
Asistencia a reuniones de trabajo de enero a diciembre de 2017
Realización de simulacros en octubre de 2017
Elaboración de informes en octubre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1381

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATASTROFES

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO VILLELLAS AGUILAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGO DE FRANCIA ANA
PARAMIO ANDRES ANGELES
BIELSA RODRIGO ANTONIO
ROSALES VILCHES CARMEN
TRELLES FACHIN HILTON
LASERNA RODRIGUEZ NAIARA
CASTRO SALANOVA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Revisión de la legislación vigente en materia de emergencias colectivas y catástrofes
• Revisión del Plan de Emergencias y Protección Civil (PLATEAR) del Gobierno de Aragón para lograr la adaptación e inclusión del proyecto en dicho plan.
• Revisión del material de las distintas unidades asistenciales.
• Realización de reuniones con responsables de 112 Aragón en relación a la adaptación del proyecto a la normativa autonómica vigente.
• Adecuación de la operativa actual a los últimos avances científicos en materia de triage y de atención extrahospitalaria a incidentes de múltiples víctimas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Existe un listado de la legislación aplicable en materia de emergencias colectivas y catástrofes.
• Se ha participado en las reuniones convocadas para la coordinación del plan.
• Se ha definido la estructura jerárquica para la activación y ejecución del plan.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

El proceso de actualización del Plan Sectorial Sanitario de Atención Extrahospitalaria en Emergencias Colectivas y Catástrofes se ha desarrollado de forma satisfactoria si bien algunos aspectos no han podido desarrollarse en su totalidad por causas ajenas a este grupo.

El del Plan Sectorial Sanitario de Atención Extrahospitalaria en Emergencias Colectivas y Catástrofes supone la descripción de la estructura jerárquica y operativa ante un incidente de múltiples víctimas. Así mismo describe la dotación material y de personal de las distintas unidades asistenciales, siendo este material, en muchas ocasiones, específico para este tipo de actuaciones.
El 061 ARAGÓN, establece un concierto para la prestación del servicio de transporte sanitario urgente en lo que se refiere a los vehículos y a una parte de los profesionales que prestan sus servicios en las distintas unidades asistenciales.
En el momento de la elaboración de este proyecto de mejora, 061 Aragón se encuentra inmerso en un momento de cambio y de renovación de dicho concierto por lo que no se han podido definir algunos aspectos que quedan supeditados a la finalización de dicho proceso.

Estos aspectos incluyen, por ejemplo, la dotación de las unidades asistenciales en lo relativo a sistemas de comunicaciones, cantidad y ubicación definitiva de dichas unidades, y otros recursos extraordinarios como la posibilidad de disponer de vehículos de logística para el transporte del material específico para siutaciones de múltiples víctimas.

Es por ello que la definición clara de estos aspectos queda pendiente de la adhesión de la nueva empresa concesionaria al concierto de transporte urgente de 061 Aragón.

Además, esto supone el no haber podido realizar las oportunas sesiones de difusión al resto de compañeros del servicio, quedando pendiente de la elaboración definitiva del plan.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1381

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1381

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATASTROFES

========== ***

Nº de registro: 1381

Título
ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATASTROFES

Autores:
VILLELLAS AGUILAR IGNACIO, RODRIGO DE FRANCIA ANA, PARAMIO ANDRES MARIA ANGELES, BIELSA RODRIGO ANTONIO, ROSALES VILCHES CARMEN, TRELLES FACHIN HILTON, LASERNA RODRIGUEZ NAIARA, CASTRO SALANOVA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Inespecífica
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El 061 ARAGÓN, en su Cartera de Servicios establece como programa especial la atención extrahospitalaria en Emergencias Colectivas y Catástrofes a través de la activación del Plan sectorial sanitario de atención extrahospitalaria en emergencias colectivas y catástrofes".
El objetivo de este plan es mejorar y coordinar la respuesta de los servicios sanitarios en la atención de las situaciones de urgencia y emergencia, tanto individuales como colectivas, disponiendo y organizando los recursos necesarios para atender la demanda habitual y aquélla que excepcionalmente se pudiera producir desencadenando súbitamente la aparición de un gran volumen de pacientes de gravedad y complejidad variables.
En el año 2013, el Grupo de Trabajo de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes del 061 Aragón, elaboró este plan que ordena la actuación del sector sanitario para la prevención y asistencia en situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública en Aragón, estableciéndose la estructura jerárquica y funcional de los grupos de intervención y el sistema de coordinación de los distintos recursos y medios sanitarios participantes mediante la definición de funciones, responsabilidades y procedimientos generales de reacción y alerta institucional, inventario de recursos, coordinación de actividades operativas y simulación para la capacitación y revisión, con el fin de salvaguardar la vida, proteger los bienes y recobrar la normalidad de la sociedad tan pronto como sea posible después de que se presente una emergencia colectiva o una catástrofe.
Además, establece criterios para la catalogación de las situaciones de emergencia colectiva destacando, entre otros, el número de víctimas, su dispersión, su patrón lesional y gravedad, duración de la catástrofe, ámbito, afectación de los recursos locales, necesidad o no de ayudas externas ...etc, para de esta forma planificar las estrategias y tácticas de actuación así como la logística necesaria para resolverla de la manera más rápida, eficaz y eficiente.

Este Grupo de Trabajo participa en jornadas y encuentros con entidades participantes en la atención a estas situaciones, detectando la necesidad de adaptación del plan a las nuevas necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés así como a la legislación vigente a nivel europeo, nacional y autonómico.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar el plan y adaptarlo a las necesidades y expectativas detectadas en lo que se refiere a:
- Estructura jerárquica del Plan.
- Estructura funcional del Plan
- Estrategias y tácticas de actuación específicas en función de la naturaleza de la catástrofe, para garantizar su resolución de manera rápida, eficaz y eficiente.
- Logística necesaria para la gestión de estas situaciones.
- Redes de comunicación a utilizar tanto propias como ajenas.
- Mecanismos y procedimientos para la información a instituciones y medios de comunicación
- Catálogo de recursos humanos y materiales necesarios.
- Canales de comunicación de información técnica a los profesionales en el momento de la activación y operativización del plan
- Plan de formación específico del personal en el plan de catástrofes y emergencias colectivas.
- Planes concretos ante riesgos específicos previsibles.
- Mecanismos de evaluación, revisión y actualización del Plan.

MÉTODO
- Revisar la legislación vigente en materia de emergencias colectivas y catástrofes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1381

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATASTROFES

- Revisar y redefinir el contenido del material de catástrofes de las distintas unidades asistenciales.
- Establecer reuniones con las distintas entidades participantes en la atención a las emergencias colectivas y catástrofes en la comunidad autónoma de Aragón.
- Adaptar el plan existente a la legislación vigente y al Plan de Protección Civil de Aragón.
- Adaptar los recursos materiales necesarios para la ejecución del Plan en las distintas unidades asistenciales.
- Difusión del Plan a las distintas unidades asistenciales.

INDICADORES
- Existe un listado de la legislación aplicable en materia de emergencias colectivas y catástrofes.
- Se ha participado en las reuniones convocadas para la coordinación del plan.
- Se ha definido la estructura jerárquica para la activación y ejecución del plan.
- Existen listados actualizados de los recursos materiales necesarios para la activación y ejecución del plan.
- Se han realizado las sesiones de difusión del plan a los distintos grupos de interés.

DURACIÓN
Enero- mayo 2017 revisión bibliográfica
Junio-agosto 2017 actualización del plan
Septiembre- octubre 2017 maquetación del plan
Noviembre-diciembre 2017 difusión del plan

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1381

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIASCOLECTIVAS Y CATASTROFES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO VILLELLAS AGUILAR
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGO DE FRANCIA ANA
PARAMIO ANDRES ANGELES
BIELSA RODRIGO ANTONIO
ROSALES VILCHES CARMEN
TRELLES FACHIN HILTON
LASERNA RODRIGUEZ NAIARA
CASTRO SALANOVA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Revisión de la legislación vigente en materia de emergencias colectivas y catástrofes.
• Revisión del Plan de Emergencias y Protección Civil (PLATEAR) del Gobierno de Aragón para lograr la adaptación e inclusión del proyecto en dicho plan.
• Revisión del material de las distintas unidades asistenciales y propuesta de mejora en éste área.
• Realización de reuniones con responsables de 112 Aragón en relación a la adaptación del proyecto a la normativa autonómica vigente.
• Adecuación de la operativa actual a los últimos avances científicos en materia de triage y de atención extrahospitalaria a incidentes de múltiples víctimas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• El Plan Sectorial en Incidentes de Múltiples Victimas y catástrofes ha sido remodelado introduciéndose los cambios pertinentes en cuanto a operativa y materiales.
• Se ha realizado una primera sesión de difusión para profesionales del servicio 061 Aragón

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proceso de actualización del Plan Sectorial Sanitario de Atención Extrahospitalaria en Emergencias Colectivas y Catástrofes se ha desarrollado de forma satisfactoria si bien algunos aspectos no han podido desarrollarse en su totalidad por causas ajenas a este grupo.

Por un lado hay que tener en cuenta que el 061 ARAGÓN, establece un concierto para la prestación del servicio de transporte sanitario urgente en lo que se refiere a los vehículos y a una parte de los profesionales que prestan sus servicios en las distintas unidades asistenciales y en el momento de la elaboración de este proyecto de mejora, 061 Aragón se ha encontrado inmerso en un momento de cambio y de renovación de dicho concierto por lo que no se han podido implementar de forma efectiva todos los cambios propuestos, especialmente aquellos que hacen referencia a las comunicaciones y transmisiones y otros recursos extraordinarios como la posibilidad de disponer de vehículos de logística para el transporte del material específico para situaciones de múltiples víctimas.

Por otro lado, la realización del Ejercicio Combinado Conjunto con la Unidad Militar de Emergencias y el 112 Aragón, en Abril de 2019, va a suponer el banco de pruebas definitivo en el que se pueda valorar la idoneidad de los cambios introducidos, quedando por tanto a expensas de la evaluación postsimulacro para su aplicación definitiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1381 ========== ***

Nº de registro: 1381

Título
ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIAS COLECTIVAS Y CATASTROFES

Autores:
VILLELLAS AGUILAR IGNACIO, RODRIGO DE FRANCIA ANA, PARAMIO ANDRES MARIA ANGELES, BIELSA RODRIGO ANTONIO, ROSALES VILCHES CARMEN, TRELLES FACHIN HILTON, LASERNA RODRIGUEZ NAIARA, CASTRO SALANOVA RAFAEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1381

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIASCOLECTIVAS Y CATASTROFES

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Inespecífica
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El 061 ARAGÓN, en su Cartera de Servicios establece como programa especial la atención extrahospitalaria en Emergencias Colectivas y Catástrofes a través de la activación del Plan sectorial sanitario de atención extrahospitalaria en emergencias colectivas y catástrofes".
El objetivo de este plan es mejorar y coordinar la respuesta de los servicios sanitarios en la atención de las situaciones de urgencia y emergencia, tanto individuales como colectivas, disponiendo y organizando los recursos necesarios para atender la demanda habitual y aquélla que excepcionalmente se pudiera producir desencadenando súbitamente la aparición de un gran volumen de pacientes de gravedad y complejidad variables.
En el año 2013, el Grupo de Trabajo de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes del 061 Aragón, elaboró este plan que ordena la actuación del sector sanitario para la prevención y asistencia en situaciones de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública en Aragón, estableciéndose la estructura jerárquica y funcional de los grupos de intervención y el sistema de coordinación de los distintos recursos y medios sanitarios participantes mediante la definición de funciones, responsabilidades y procedimientos generales de reacción y alerta institucional, inventario de recursos, coordinación de actividades operativas y simulación para la capacitación y revisión, con el fin de salvaguardar la vida, proteger los bienes y recobrar la normalidad de la sociedad tan pronto como sea posible después de que se presente una emergencia colectiva o una catástrofe.
Además, establece criterios para la catalogación de las situaciones de emergencia colectiva destacando, entre otros, el número de víctimas, su dispersión, su patrón lesional y gravedad, duración de la catástrofe, ámbito, afectación de los recursos locales, necesidad o no de ayudas externas ...etc, para de esta forma planificar las estrategias y tácticas de actuación así como la logística necesaria para resolverla de la manera más rápida, eficaz y eficiente.

Este Grupo de Trabajo participa en jornadas y encuentros con entidades participantes en la atención a estas situaciones, detectando la necesidad de adaptación del plan a las nuevas necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés así como a la legislación vigente a nivel europeo, nacional y autonómico.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar el plan y adaptarlo a las necesidades y expectativas detectadas en lo que se refiere a:
- Estructura jerárquica del Plan.
- Estructura funcional del Plan
- Estrategias y tácticas de actuación específicas en función de la naturaleza de la catástrofe, para garantizar su resolución de manera rápida, eficaz y eficiente.
- Logística necesaria para la gestión de estas situaciones.
- Redes de comunicación a utilizar tanto propias como ajenas.
- Mecanismos y procedimientos para la información a instituciones y medios de comunicación
- Catálogo de recursos humanos y materiales necesarios.
- Canales de comunicación de información técnica a los profesionales en el momento de la activación y operativización del plan
- Plan de formación específico del personal en el plan de catástrofes y emergencias colectivas.
- Planes concretos ante riesgos específicos previsibles.
- Mecanismos de evaluación, revisión y actualización del Plan.

MÉTODO
- Revisar la legislación vigente en materia de emergencias colectivas y catástrofes.
- Revisar y redefinir el contenido del material de catástrofes de las distintas unidades asistenciales.
- Establecer reuniones con las distintas entidades participantes en la atención a las emergencias colectivas y catástrofes en la comunidad autónoma de Aragón.
- Adaptar el plan existente a la legislación vigente y al Plan de Protección Civil de Aragón.
- Adaptar los recursos materiales necesarios para la ejecución del Plan en las distintas unidades asistenciales.
- Difusión del Plan a las distintas unidades asistenciales.

INDICADORES
- Existe un listado de la legislación aplicable en materia de emergencias colectivas y catástrofes.
- Se ha participado en las reuniones convocadas para la coordinación del plan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1381

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PLAN SECTORIAL SANITARIO DE ATENCION EXTRAHOSPITALARIA EN EMERGENCIASCOLECTIVAS Y CATASTROFES

- Se ha definido la estructura jerárquica para la activación y ejecución del plan.
- Existen listados actualizados de los recursos materiales necesarios para la activación y ejecución del plan.
- Se han realizado las sesiones de difusión del plan a los distintos grupos de interés.

DURACIÓN
Enero- mayo 2017 revisión bibliográfica
Junio-agosto 2017 actualización del plan
Septiembre- octubre 2017 maquetación del plan
Noviembre-diciembre 2017 difusión del plan

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1383

1. TÍTULO

MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO ANTON RAMAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILO ANENTO BERNARDO
CHUECA GARCIA MARCELO
GONZALEZ HERRAIZ IGNACIO
GUILLEN LOREN GENEROSA
PASCUAL GARCIA MARIA DEL CARMEN
RAMON DEL RIO DANIEL
ROYO EMBID SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones con Informáticos 061 Aragón para la modificaciones de la base de datos (4 Mayo 2017, 28 junio 2017).
Implantación de la plataforma informática revisada (Julio 2017)
Modificación de la instrucción técnica (IT070612) (26 junio 2017)
Difusión de la instrucción técnica (29 junio 2017)
Registro de datos de PCR extrahospitalaria en la base de datos del proyecto OSHCAR a partir de los datos de la aplicación informática desde 1 de abril 2017 hasta 31 de Diciembre 2017.
Se han revisado los datos para el seguimiento de las PCR recuperadas en Febrero 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado, comunicado y aplicado la nueva versión de la aplicación informática de registro PCR.
Se ha realizado y comunicado la nueva versión de la instrucción técnica IT070612.
Se ha realizado el registro de datos en la base de datos del proyecto OSHCAR.
Se ha realizado la comparación del tanto por ciento de nivel de registro de PCR de la nueva aplicación informática con la anterior.
Se han registrado en la base de datos los pacientes que han recuperado la circulación espontanea.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado los objetivos definidos, se ha conseguido mejorar cifras de registro en la base de datos aunque tendría que pasar 1 año para tener datos concluyentes.
Se tendría que seguir durante más tiempo y ver si se ha conseguido mejorar con respecto al año anterior y si se mantiene la mejora del tanto por ciento de registros de PCR.

7. OBSERVACIONES.
El proyecto ha sido posible gracias a la colaboración de los profesionales del Dpto. de Telecomunicaciones e Informática del 061 ARAGÓN.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1383 ========== ***

Nº de registro: 1383

Título
MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

Autores:
ANTON RAMAS ROBERTO, AGUILO ANENTO BERNARDO, CHUECA GARCIA MARCELO, ROYO EMBID SONIA, PASCUAL GARCIA MARIA DEL CARMEN, GUILLEN LOREN GENEROSA, RAMON DEL RIO DANIEL, GONZALEZ HERRAIZ IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PCR
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1383

1. TÍTULO

MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

PROBLEMA
La incidencia y la supervivencia de la Parada Cardiaca (PCR) extrahospitalaria muestran una gran variabilidad entre países y regiones. En España hay datos parciales, pero no resultados globales sobre el impacto real de este importante problema de salud pública.
Desde el año 2012, el 061 ARAGÓN participa en el proyecto OSHCAR cuyo objetivo es conocer la supervivencia y las secuelas neurológicas de los pacientes que sufren una PCR extrahospitalaria y son atendidos por Servicios de Emergencias Extrahospitalarias.
El proyecto se estructura como proyecto coordinado, donde cada subproyecto replica objetivos y metodología en su ámbito, que coincide con una comunidad autónoma y depende de una administración sanitaria propia. Se establecen mecanismos y acciones de coordinación y se desarrolla una base de datos común que facilite el registro local, de cada SEM, y global del proyecto, de manera que cada SEM disponga de una herramienta de investigación y control de calidad.
Para el desarrollo de este proyecto, En el año 2013, en el 061 ARAGÓN se diseñó una aplicación informática para el registro de datos de las PCR extrahospitalarias constituyendo el primer registro de esta actuación sanitaria en nuestra Comunidad a nivel extrahospitlario.
Según las recomendaciones RCP ILCOR 2015 se aconseja tener un registro para poder realizar una análisis de los datos lo que puede contribuir a la mejora continuada de la calidad de la RCP y de los resultados de la parada cardiaca.
Durante el año 2016 el Grupo de Trabajo PCR ha realizado una evaluación del % de registro de PCR a través de la aplicación obteniendo índices bajos, siendo una de las posibles causas la complejidad de dicha herramienta que provoca cierta inversión de tiempo. Por tanto, se ha detectado la necesidad de revisar la aplicación y adaptarla a las necesidades de nuestros profesionales sin detrimento de la calidad de los registros obtenidos.
Los datos que se recogen de la PCR extrahospitalaria son los derivados de la asistencia prestada, tanto de la labor médica como de enfermería. El equipo sanitario responsable cumplimenta la hoja de recogida de datos en soporte electrónico a través de la aplicación informática PCR disponible a través de la Intranet 061.

RESULTADOS ESPERADOS
* Optimizar la aplicacio´n informa´tica para facilitar y mejorar el registro de datos de todos y cada uno de los avisos relativos a PCR que son atendidos por las unidades del 061 de ARAGÓN.
* Adecuar la instrucción técnica (IT070612) a la nueva versión de la aplicación informática de registro de paradas.
* Realizar el seguimiento de pacientes con recuperación de la circulación espontánea que han sufrido una PCR.
* Participar en el proyecto OSHCAR, que consiste en el una recogida y análisis de datos de PCR extrahospitalaria a nivel nacional.

MÉTODO
* Rediseño e implantación de la plataforma informática.
* Revisión de la actual instrucción técnica (IT070612).
* Difusión de la instrucción técnica.
* Evaluar el impacto que han tenido las mejoras en la aplicación informática.
* Seguimiento de pacientes con recuperación de la circulación espontánea que han sufrido una PCR y registro de datos en la aplicación informática.
* Registro de datos de PCR extrahospitalaria en la base de datos del proyecto OSHCAR a partir del registro de datos en la aplicación informática.

INDICADORES
* Existe una nueva versión de la aplicación informática de registro de PCR.
* Existe una nueva versión de la instrucción técnica IT070612 Cumplimientación de la hoja de registro de datos en PCR extrahospitalaria.
* Comparación del % de nivel de registro de PCR de la nueva aplicación informática con la anterior.
* Se ha realizado difusión de la nueva versión de la instrucción técnica (IT070612) y de la aplicación informática de registro de paradas mediante correo electrónico.
* Se ha realizado un seguimiento de todos los paciente que han recuperado la circulación espontánea y se han registrado sus datos en la aplicación informática.
* Se ha realizado un registro de datos en la base del proyecto OSHCAR de todas las PCR extrahospitalarias registradas en la aplicación informática.

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto mayo 2017
Mayo 2017: Actualización de la documentación y rediseño de la aplicación informática PCR
Junio 2017: Implantación de la aplicación informática PCR
Octubre 2017: Seguimiento de indicadores guía de actuación clínica y registro de PCR
Enero 2018: Evaluación de indicadores guía de actuación clínica y registro de PCR
Fecha de finalización proyecto febrero 2018

OBSERVACIONES
Precisa de la colaboración de los profesionales del Dpto. de Telecomunicaciones e Informática del 061 ARAGÓN.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1383

1. TÍTULO

MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1383

1. TÍTULO

MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO ANTON RAMAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILO ANENTO BERNARDO
CHUECA GARCIA MARCELO
ROYO EMBID SONIA
PASCUAL GARCIA MARIA DEL CARMEN
GUILLEN LOREN GENEROSA
RAMON DEL RIO DANIEL
GONZALEZ HERRAIZ IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diferentes reuniones realizadas a lo largo del año con los miembros del equipo para revisar y modificar la instrucción técnica (4 de mayo y 28 de junio 2017), y con informática del 061 para gestionar las diferentes incidencias que se detectaron desde el 8 de octubre hasta finales de Noviembre y que no nos han hecho posible contabilizar todo el año.
La instrucción Técnica IT070612 se modifico a fecha de 23 de junio de 2017 y se publico el 28 de junio de 2017.
El 29 de junio de 2017 se comunico desde el correo electrónico del grupo de trabajo (grupopceh@salud.aragon.es) a todas las bases la modificación de la instrucción Técnica, se informo que la nueva instrucción se pondría en marcha el 1 de julio de 2017 y se comunico que se difundía a través de Intranet.
Reuniones periódicas (31 enero y 6 de marzo 2018, 25 enero de 2019 y 27 de febrero de 2019) para la revisión de historias y comparación de datos entre 2017 y 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizo las nuevas versiones de la instrucción técnica IT070612 el 28 de junio 2017, y de la aplicación informática que se puso en marcha el 1 de julio 2017.
En el primer semestre del 2017 de 122 casos que se tenían que registrar se consiguió el registro en el 31.97% (39 registros), comparándolo con los casos de la nueva aplicación que eran 243, se consiguió que se registrase el 32.92% (80 registros).
Dichos datos se han conseguido valorando todos los casos posibles que se obtienen a partir de unos códigos registrados en el 061 Aragón a través de la documentación clínica y la aplicación de gestión de la demanda sanitaria en el CCU y observando después con las historias clínicas del 061 si eran casos que se tenían que registrar y si por lo tanto fueron registrados en la aplicación. Posteriormente se calcula el tanto por ciento de registros.
Se realizo la difusión de las modificaciones de la instrucción técnica el 29 de junio de 2017 a través de un correo desde la cuenta del grupo de trabajo (grupopceh@salud.aragon.es) a todas las bases del 061 Aragón y la aplicación informática modificada de registro de paradas se puso en marcha el 1 de julio de 2017 desde la pagina de intranet.
Queda pendiente el seguimiento de los pacientes que se recuperaron de la parada que se realizara a partir de Abril 2019.
A lo largo de julio 2018 se ha realizado el registro de datos en la base del proyecto OSHCAR de las PCR registradas en la aplicación informática entre enero y marzo de 2018, tal y como se solicito desde el proyecto OSHCAR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque en términos absolutos se ha conseguido un aumento de registro, creemos que tenemos que seguir informando para que se aumente el tanto por ciento de registros de Paradas Cardiacas en el 061, mandando más correos periódicos y recalcando que el registro en la aplicación informática de las PC en el 061 está incluido en el contrato de gestión de la Gerencia del 061 Aragón. Se observo durante el segundo semestre de 2018 fallos en el servidor en donde se aloja la Base de Datos del Registro de PCR, por lo que no podemos comparar todo el año 2017 con 2018, lo cual ha podido influir para no obtener los resultados establecidos en el estándar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1383 ========== ***

Nº de registro: 1383

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1383

1. TÍTULO

MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

Título
MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

Autores:
ANTON RAMAS ROBERTO, AGUILO ANENTO BERNARDO, CHUECA GARCIA MARCELO, ROYO EMBID SONIA, PASCUAL GARCIA MARIA DEL CARMEN, GUILLEN LORÉN GENEROSA, RAMON DEL RÍO DANIEL, GONZALEZ HERRAIZ IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PCR
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....:
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
La incidencia y la supervivencia de la Parada Cardiaca (PCR) extrahospitalaria muestran una gran variabilidad entre países y regiones. En España hay datos parciales, pero no resultados globales sobre el impacto real de este importante problema de salud pública.
Desde el año 2012, el 061 ARAGÓN participa en el proyecto OSHCAR cuyo objetivo es conocer la supervivencia y las secuelas neurológicas de los pacientes que sufren una PCR extrahospitalaria y son atendidos por Servicios de Emergencias Extrahospitalarias.
El proyecto se estructura como proyecto coordinado, donde cada subproyecto replica objetivos y metodología en su ámbito, que coincide con una comunidad autónoma y depende de una administración sanitaria propia. Se establecen mecanismos y acciones de coordinación y se desarrolla una base de datos común que facilite el registro local, de cada SEM, y global del proyecto, de manera que cada SEM disponga de una herramienta de investigación y control de calidad.
Para el desarrollo de este proyecto, En el año 2013, en el 061 ARAGÓN se diseñó una aplicación informática para el registro de datos de las PCR extrahospitalarias constituyendo el primer registro de esta actuación sanitaria en nuestra Comunidad a nivel extrahospitlario.
Según las recomendaciones RCP ILCOR 2015 se aconseja tener un registro para poder realizar una análisis de los datos lo que puede contribuir a la mejora continuada de la calidad de la RCP y de los resultados de la parada cardiaca.
Durante el año 2016 el Grupo de Trabajo PCR ha realizado una evaluación del % de registro de PCR a través de la aplicación obteniendo índices bajos, siendo una de las posibles causas la complejidad de dicha herramienta que provoca cierta inversión de tiempo. Por tanto, se ha detectado la necesidad de revisar la aplicación y adaptarla a las necesidades de nuestros profesionales sin detrimento de la calidad de los registros obtenidos.
Los datos que se recogen de la PCR extrahospitalaria son los derivados de la asistencia prestada, tanto de la labor médica como de enfermería. El equipo sanitario responsable cumplimenta la hoja de recogida de datos en soporte electrónico a través de la aplicación informática PCR disponible a través de la Intranet 061.

RESULTADOS ESPERADOS
* Optimizar la aplicacio´n informa´tica para facilitar y mejorar el registro de datos de todos y cada uno de los avisos relativos a PCR que son atendidos por las unidades del 061 de ARAGÓN.
* Adecuar la instrucción técnica (IT070612) a la nueva versión de la aplicación informática de registro de paradas.
* Realizar el seguimiento de pacientes con recuperación de la circulación espontánea que han sufrido una PCR.
* Participar en el proyecto OSHCAR, que consiste en el una recogida y análisis de datos de PCR extrahospitalaria a nivel nacional.

MÉTODO
* Rediseño e implantación de la plataforma informática.
* Revisión de la actual instrucción técnica (IT070612).
* Difusión de la instrucción técnica.
* Evaluar el impacto que han tenido las mejoras en la aplicación informática.
* Seguimiento de pacientes con recuperación de la circulación espontánea que han sufrido una PCR y registro de datos en la aplicación informática.
* Registro de datos de PCR extrahospitalaria en la base de datos del proyecto OSHCAR a partir del registro de datos en la aplicación informática.

INDICADORES
* Existe una nueva versión de la aplicación informática de registro de PCR.
* Existe una nueva versión de la instrucción técnica IT070612 Cumplimientación de la hoja de registro de datos en PCR extrahospitalaria.
* Comparación del % de nivel de registro de PCR de la nueva aplicación informática con la anterior.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1383

1. TÍTULO

MEJORAS DE LA APLICACION INFORMATICA DE REGISTRO DE PCR EXTRAHOSPITALARIA

* Se ha realizado difusión de la nueva versión de la instrucción técnica (IT070612) y de la aplicación informática de registro de paradas mediante correo electrónico.
* Se ha realizado un seguimiento de todos los paciente que han recuperado la circulación espontánea y se han registrado sus datos en la aplicación informática.
* Se ha realizado un registro de datos en la base del proyecto OSHCAR de todas las PCR extrahospitalarias registradas en la aplicación informática.

DURACIÓN
Fecha de inicio del proyecto mayo 2017
Mayo 2017: Actualización de la documentación y rediseño de la aplicación informática PCR
Junio 2017: Implantación de la aplicación informática PCR
Octubre 2017: Seguimiento de indicadores guía de actuación clínica y registro de PCR
Enero 2018: Evaluación de indicadores guía de actuación clínica y registro de PCR
Fecha de finalización proyecto febrero 2018

OBSERVACIONES
Precisa de la colaboración de los profesionales del Dpto. de Telecomunicaciones e Informática del 061 ARAGÓN.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1380

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DIEGO LAGUNAS PARDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALOU PAPASEIT BLANCA
PALOMAR CARBO DAVID
GIL SUS GUILLERMO
GASCA PEREZ ELISA
LOPEZ CIERCOLES JOAQUIN
CAZCARRA LAPLANA JUAN JOSE
LOPEZ GARCIA NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han mantenido 5 reuniones de trabajo a lo largo del año con los cuerpos operativos de emergencias españoles y franceses.
- Se han realizado 4 reuniones de las Comisiones Técnicas de Seguimiento de los Planes binacionales.
- Se han mantenido 2 visitas institucionales de los centros coordinadores de emergencias y sanitarios, una en PAU y otra reciproca en ZARAGOZA
- Se han llevado a cabo 2 simulacros.
- Se ha desarrollado una jornada en la que se ejercitó el cambio de mando entre ambos países.
- Se ha repasado el Plan de Socorro Binacional en la base de 061 implicada, Sabiñanigo.
- Se desarrolló, con tarjetas de Triaje, una sesión de empleo de las mismas para primeros intervinientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha asistido al 100% de las reuniones convocadas por Protección Civil de la Subdelegación de Gobierno de Huesca.
- Se ha asistido al 100% de las reuniones de la CTS.
- Se ha asistido al 100% de simulacros de los túneles.
- Realización de informes de análisis
- Participación en las visitas institucional los Centros coordinadores de Pau
- Organización de la visita reciproca a nuestros Centros Coordinadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Atendiendo al diferente estadío del desarrollo de los Planes de Emergencia de ambos túneles cada uno requiere distintas intervenciones.

En el túnel de Bielsa las necesidades está mas a nivel formativo de los primeros intervinientes, para saber controlar la emergencia y estar preparados para la recepciónd e las ayudas externas de la manera mas óptima.

Mientras que en el túnel del Somport la actuación en el propio túnel lleva un tiempo mayor de desarrollo, y los últimos simulacros indicaban que se estaba haciendo de manera adecuada. Esto nos ha hecho dirigir el foco de los esfuerzos a conocer mas ampliamente los sistemas de respuestas de emergencias en su globalidad. Para ello lo mejor es empezar por conocer los sitios y el modo de trabajo de los lugares en donde se reciben las llamadas solicitando ayuda externa;
- En Pau, la central de Bomberos y la centras del SAMU
- En Zaragoza, el CCU de 061 Aragón y las sala del 112 SOS ARAGON

El ampliar estos conocimientos no exime de la práctica habitual de los simulacros anuales para la comprobación de que todo funciona a nivel operativo en el túnel.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1380 ========== ***

Nº de registro: 1380

Título
GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1380

1. TÍTULO

GESTION DE LA ATENCION SANITARIA EN LOS PLANES DE EMERGENCIA DE LOS TUNELES BINACIONALES DEL SOMPORT Y BIELSA

Autores:
LAGUNAS PARDOS DIEGO, PALOU PAPASEIT BLANCA, PALOMAR CALVO DAVID, GASCA PEREZ ELISA, GIL SUS GUILLERMO, LOPEZ CIERCOLES JOAQUIN, CAZCARRA LAPLANA JUAN JOSE, LOPEZ GARCIA NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Politraumatológica e intoxicaciones
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El 061 ARAGÓN actúa de forma coordinada con el resto de los dispositivos de la cadena asistencial, así como con otros servicios de emergencia sanitarios y no sanitarios y otros centros para la actuación en el caso de producirse una situación especial.
Esta coordinación es recíproca, es decir, estos centros cuentan entre los recursos a movilizar con el 061 ARAGÓN en el caso de que sea necesaria la atención sanitaria a urgencias y emergencias.
En el 061 ARAGÓN toman el tratamiento de situaciones especiales aquellas para las que es necesario diseñar un dispositivo para la cobertura de riesgos y aquellas situaciones englobadas como emergencias colectivas y catástrofes tanto nacionales como internacionales.
Así, el Grupo de Trabajo de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes del 061 ARAGÓN participa en las Comisiones Técnicas de Seguimiento de los Planes de Socorro Binacionales de los Túneles del Somport y Bielsa.
La función principal de estas Comisiones es la supervisión y mejora de las actuaciones de los Servicios de Emergencia en caso de accidentes en dichas instalaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer y mejorar la coodinación con los intervinientes tanto nacionales como internacionales en las emergencias producidas en los túnelesdel Somport y Bielsa.
Garantizar los recursos materiales necesarios para cubrir la prestación de servicios en situaciones especiales realizados por el 061 ARAGÓN en dichas instalaciones.

MÉTODO
Asistir a las reuniones de los Grupos de Trabajo sectoriales de los Túneles del Somport y Bielsa.
Asistir a las reuniones de las Comisiones Técnicas de Seguimiento en representación de los Servicios de Emergencias aragoneses.
Realizaciones de simulacros anuales en los túneles.
Elaboración de los informes de análisis de los simulacros realizados.

INDICADORES
% de reuniones convocadas por Protección Civil de la Subdelegación de Gobierno de Huesca a las que se ha asistido
% de reuniones de la CTS a la que se ha asistido
% de simulacros de los túneles en los que se ha participado
Número de informes de análisis realizados

DURACIÓN
Asistencia a reuniones de trabajo de enero a diciembre de 2017
Realización de simulacros en octubre de 2017
Elaboración de informes en octubre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1040

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO Y PLANIFICACION DEL PROGRAMA FORMATIVO PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE TELEFONISTAS DEL CCU 061 DE ARAGON

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA LOU BLASCO
· Profesión ..... TELEFONISTA
· Centro ..... CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS 061 ARAGON
· Localidad ..... ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEYRONA ARIAS MARIA PILAR
GARCIA GARCIA ISABEL
MARIN GASPAR MARIA LUISA
DUATO MOYA BEGOÑA
SOGAS REY ELIA MARIA
DOMINGUEZ PLO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En cumplimiento del calendario previsto se convocaron varias reuniones en las que se distribuye el trabajo de elaboración por grupos:
- Grupo encargado de la revisión de la las instrucciones de trabajo del CCU, extrayendo de las mismas la información relativa al puesto de trabajo específico de telefonista 061
- Grupo encargado del estudio de las horas necesarias de formación para cada puesto de trabajo específico, distribuyéndolas en teóricas y tutorizadas
o Teórico: alumno y formador comparten puesto de trabajo explicando el contenido del manual formativo a la vez que se realiza el trabajo o tutorizado: el alumno ocupa el puesto de trabajo bajo la supervisión de su tutor aplicando los conocimientos adquiridos en el periodo formativo teórico
En la reunión de junio pasado se establece la metodología para el desarrollo del proyecto, creándose los grupos de trabajo y repartiéndose las funciones a realizar.
En el mes de septiembre se realiza una puesta en común de las revisiones realizadas de las instrucciones de trabajo y se comienza en la elaboración del programa formativo y definición del contenido del manual
En noviembre se expuso la elaboración del manual del alumno realizada hasta el momento, se unifican criterios por parte de los dos grupos participantes y se proyecta la evaluación de los contenidos mediante tres supuestos prácticos a desarrollar. En el mismo mes se presentó ante el colectivo de telefonistas el proyecto hasta el momento desarrollado.
En otra reunión llevada a cabo en el mes de diciembre se ultiman los anexos que complementarán el manual según la última versión.
En el mes de enero del presente año, tras una revisión completa del plan formativo y para disminuir la variabilidad en las actuaciones de las profesionales en la gestión de la demanda sanitaria se complementa con otro anexo de “Utilidades”.
En febrero se proyecta en una presentación para difundir el resultado del programa formativo para profesionales de nueva incorporación a la unidad de telefonistas del CCU 061 Aragón al colectivo de telefonistas y futuros formadores para su conocimiento y posibles aportaciones al programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Diseño del plan de formación dirigido a nuevas incorporaciones de telefonistas en el CCU 061 Aragón.
- Difusión a los profesionales del manual a través de una sesión informativa del contenido del manual.
- Elaboración del programa formativo detallando los objetivos, metodología, cronograma, evaluación y utilidades

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se han alcanzado con los recursos disponibles el manual para el alumno de nueva incorporación en la unidad de telefonistas del CCU del 061 Aragón, disponiendo de recursos materiales para impartir dicha formación. Se ha elaborado un cronograma para la planificación de la formación que incluye número de horas de cada actividad ….etc
Se ha establecido una bolsa de formadores voluntarios para impartir la formación.
Queda pendiente el pilotaje del proyecto debido a que desde la finalización hasta la fecha actual no ha habido posibilidad de impartir una nueva formación por no surgir la necesidad.
Está planificado la realización de la formación inicial en los próximos meses Mayo-Junio con el manual y el programa formativo así como su evaluación.
En esta primera fase del proyecto hemos valorado positivamente dejar constancia de la información que se transmite al alumno y de la planificación de objetivos a impartir por parte del formador, unificando así los criterios.
Se ha elaborado un anexo de preguntas frecuentes para resolver situaciones que no están aclaradas en la formación del manual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1040 ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1040

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO Y PLANIFICACION DEL PROGRAMA FORMATIVO PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE TELEFONISTAS DEL CCU 061 DE ARAGON

Nº de registro: 1040

Título
DISEÑO, DESARROLLO Y PLANIFICACION DEL PROGRAMA FORMATIVO PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE TELEFONISTAS DEL CCU 061 DE ARAGON

Autores:
LOU BLASCO EVA, PEYRONA ARIAS MARIA PILAR, GARCIA GARCIA ISABEL, MARIN GASPAR MARIA LUISA, DUATO MOYA BEGOÑA, SOGAS REY ELIA MARIA, DOMINGUEZ PLO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del 061 ARAGÓN gestiona las demandas de atención sanitaria urgente recibidas a través de los números de teléfono 061-112 movilizando y coordinando los recursos sanitarios disponibles y adecuándolos a las necesidades asistenciales de cada momento.
La tercera fase del proceso de gestión de la demanda sanitaria en el CCU es la fase de movilización, realizada por los telefonistas y que comprende todas las actividades necesarias para la asignación, movilización y seguimiento de los recursos seleccionados por el médico/ enfermero regulador o bien protocolizados según la rama del "árbol de tipificación" seleccionada por el operador de recepción.
Se distinguen tres tipos de puestos:
• Telefonista de emergencias: L_EME.
• Telefonista del SUAP: L_USUAP
• Telefonista de ambulancias: L_AMB.
La filosofía de nuestro trabajo implica que se deben resolver primero las emergencias y en orden, las urgencias y visitas domiciliarias, por ello, todos los puestos deben estar intercomunicados y apoyándose mutuamente, es decir, en el caso de coincidencia en el tiempo de intervenciones con avisos tipificados de emergencia, el telefonista de emergencias puede transferir al telefonista del SUAP una intervención para que éste active los recursos seleccionados por el médico/ enfermero regulador o protocolizados . Del mismo modo, el telefonista del SUAP puede transferir intervenciones al telefonista de emergencias en caso de sobrecarga en su puesto de avisos de urgencia o emergencia.

En la gestión de riesgos y oportunidades realizada en este subproceso de gestión de la demanda sanitaria en el CCU, se detectó como necesidad diseñar y desarrollar un Plan formativo para profesionales de nueva incorporación a la Unidad de Telefonistas del CCU, que permita a estos profesionales adquirir entre otros, los conocimientos en el Mapa de Recursos Sanitarios del 061 y en el funcionamiento de la aplicación informática (Seneca) de gestión de llamadas, que contribuya a la mejora en la atención sanitaria a los pacientes fundamentalmente en situaciones de emergencia en patologías tiempo-dependientes.

RESULTADOS ESPERADOS
- Diseñar un Plan de formación dirigido a nuevas incorporaciones de telefonistas en el CCU 061 de Aragón.
- Garantizar la cobertura del servicio de asignación, movilización y seguimiento de recursos en el CCU 061 de Aragón.
- Disminuir la variabilidad en las actuaciones de los profesionales en la gestión de la demanda sanitaria que le ha sido transferida.

MÉTODO
- Reunión del grupo de trabajo creado para el desarrollo de este proyecto.
- Revisar la instrucción técnica de trabajo de referencia.
- Establecer criterios para la formación inicial, definiendo números de horas. teóricas y prácticas. Evaluación de los conocimientos adquiridos.
- Definir el contenido del Manual del Alumno.
- Presentación del proyecto a Dirección del 061 Aragón para su aprobación.
- Difusión del manual a través de la intranet del 061 y sesión de difusión.
- Realización de pilotaje.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1040

1. TÍTULO

DISEÑO, DESARROLLO Y PLANIFICACION DEL PROGRAMA FORMATIVO PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE TELEFONISTAS DEL CCU 061 DE ARAGON

INDICADORES
- Existe una nueva versión de la instrucción técnica IT070303 Asignación, movilización y seguimiento de recursos en el CCU.
- Se han establecido los criterios del Plan formativo (objetivos, metodología, cronograma, evaluación …).
- Se han definido los contenidos del manual.
- Existe un manual del alumo para incorporación de nuevos telefonistas en el CCU 061 de Aragón.
- El Manual del Alumno se ha difundido a través de la Intranet 061.
- Se ha realizado una sesión de difusión del Plan Formativo a los distintos Grupos de Interés.

DURACIÓN
- Junio del 2018: reunión de trabajo en coordinación con departamento de Calidad y Formación y Dirección de Gestión del 061 ARAGÓN, para establecer la metodología para el desarrollo del proyecto.
- Julio-Agosto 2018: revisión de las instrucciones técnicas de trabajo
- Septiembre 2018: elaboración del programa formativo y definición del contenido del manual
- Septiembre-Octubre 2018: elaboración del Manual del Alumno.
- Noviembre 2018: presentar a Dirección del 061 y pilotaje del programa
- Diciembre 2018: difusión a través de la intranet 061 y sesión divulgativa a los distintos grupos de interés.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0694

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATERIAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA PALOU PAPASEIT
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... UME FRAGA
· Localidad ..... FRAGA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS Y EMERGENCIAS
· Sector ..... 061 ARAGON

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BROSED YUSTE CHABIER
FAJARDO TRASOBARES ESTHER
MOLINA ESTRADA INMACULADA
DOMINGUEZ PLO ESTHER
PEREZ RUEDA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En 2018 se ha realizado una evaluación de las actividades de limpieza y desinfección establecidas en la instrucción técnica de trabajo IT070611 Limpieza y desinfección de material y vehículos sanitarios en las auditorías internas y externas del Sistema de Gestión de Calidad.
El 1 de agosto de 2018 se procede a la puesta en marcha del nuevo concierto de transporte sanitario urgente de pacientes en Aragón. Esta puesta en marcha conlleva que, tanto los vehículos como el material y el aparataje son de nueva adquisición y, por tanto, no contienen carga bacteriana para analizar.
A esta situación, hay que añadir que, los profesionales del Hospital de Barbastro que habían adquirido el compromiso de analizar las muestras, tres meses antes habían cambiado de centro de trabajo y, por parte del Servicio de Microbiología rechazan participar o colaborar en el proyecto.
Ante esta situación, la Dirección del 061 busca apoyo en otros hospitales sin obtener implicación en el proyecto, debido a que no es un proyecto propio de su centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado la evaluación del procedimiento de limpieza y desinfección de material y vehículos sanitarios según lo establecido en la instrucción técnica IT070611 en las unidades de SVA del 061 ARAGÓN y la difusión a los coordinadores de las unidades a través de los resultados de los Contratos de Gestión 2018.
Se difundieron los procedimientos e instrucciones técnicas de referencia a la empresa de transporte sanitario urgente previamente al inicio del nuevo concierto para su difusión a todos los profesionales implicados en estas actividades de limpieza y desinfección.
No ha sido posible analizar muestras de contaminación bacteriana por los motivos expuestos en el apartado 5.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo de mejora establece como lección aprendida, que es fundamental en los proyectos de mejora en los que es necesario implicar a centros de trabajo dependientes de distintos sectores, establecer previamente a la presentación de un proyecto un compromiso formal por parte de las partes implicadas a nivel directivo, que garantice la consecución de objetivos del proyecto presentado.

7. OBSERVACIONES.
Consideramos que es un proyecto que se puede retomar en la convocatoria de 2020, siempre con el compromiso previo que hemos reflejado en el apartado 7 y teniendo en cuenta que la actividad asistencial de las unidades de SVA desde la puesta en marcha del nuevo concierto, habrá posibilitado la toma de muestras y su posterior análisis.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/694 ========== ***

Nº de registro: 0694

Título
ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATERIAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

Autores:
PALOU PAPASEIT BLANCA, BROSED YUSTE CHABIER, FAJARDO TRASOBARES ESTHER, MOLINA ESTRADA INMACULADA, DOMINGUEZ PLO ESTHER, PEREZ RUEDA NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: 061 ARAGON URGENCIAS Y EMERGENCIAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0694

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATERIAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.......: Seguridad del Paciente

PROBLEMA
La seguridad en el paciente se ha convertido en uno de los temas principales de cualquier sistema sanitario. Los efectos no deseados secundarios a una atención sanitaria representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños, hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.
Los daños que acontecen durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad se pueden considerar como la oportunidad de detectar fallos en los sistemas y en la organización del trabajo y, por tanto, una oportunidad de mejora.
Podemos ir más allá al hablar de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria (IRA) como un problema mayor dentro de la seguridad del paciente.
La formación de los profesionales es una potente herramienta y el primer paso para cambiar la cultura de la seguridad es contribuyendo a la mejora de conocimientos y actitudes para promover una práctica clínica más segura.
Este proyecto, tiene como finalidad, cuantificar y a la vez, tipificar el grado de contaminación microbiana presente en estructuras fijas de la UVI móvil y fonendoscopios del personal sanitario, ya que, a pesar de tener implantada una Instrucción Técnica para la Limpieza y Desinfección de los vehículos (IT 070611) recomendaciones y documentación de "Higiene de manos", nunca se ha realizado una evaluación cuantitativa de la implementación de esta instrucción técnica

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las prácticas de desinfección de los fonendoscopios y demás objetos del entorno del paciente en una UVI móvil.
Mejorar la seguridad del paciente mediante la identificación de microorganismos en una UVI móvil y posterior implementación de consejos de sensibilización y medidas correctivas.
Contribuir a la estrategia de Seguridad en el paciente mediante una Intervención de Sensibilización frente las IRA al personal de UVI's móviles.

MÉTODO
Tras la exposición de los resultados de los análisis de los muestreos pre-intervención y del chel-list sobre hábitos de limpieza en el lugar de trabajo, se va a proceder a iniciar una "campaña de sensibilización" para la adquisición de buenas prácticas en cuanto a higiene de manos y desinfección de materiales y superficies de trabajo. Esta intervención de sensibilización se va a realizar a través de: Sesión clínica/Jornada, documentación en formato "Poster" y recordatorios mensuales a través de e-mail que se enviarán a las distintas bases reincidiendo en el tema. Tras un tiempo prudencial, se procederá de nuevo a la toma de muestras para así, poder valorar el grado de cumplimiento-adhesión del personal a las nuevas recomendaciones.

INDICADORES
nº de acciones informativas realizadas (posters, infografías, correos, etc)
% de bases que tienen el producto de limpieza recomendado por la IT
% de vehículos que tienen PBA en el punto de asistencia (maletines y al lado de la camilla)
% de bases que realizan y cumplen el calendario de limpieza - desinfección
% de muestras que dan positivo en microorganismos
% de muestras con microorganismos patógenos

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración de 2 años y seesarrollara en tres fases:

1ª FASE:
Se procederá a la toma de muestras con hisopo de superficies metálicas y plásticas del vehículo (volante conductor, tirador derecho de la camilla, barandilla derecha de la camilla, pantalla del monitor – botón encendido, imprimir y 12 D- y móvil de guardia) y del fonendoscopio individual de cada médico. Se cuantificará y tipificarán los microorganismos presentes. La recogida de muestras se hará en días que no coincida con la limpieza-desinfección del vehículo para no interferir en los resultados. La persona que realice la toma de muestras, a su vea rellenará un chek-list donde figurarán unos puntos a valorar sobre hábitos personales y de base en cuanto a limpieza y desinfección (PBA, Producto limpieza, calendario, etc)

2ª FASE:
Se procederá de nuevo a una segunda toma de muestras para así proceder a su comparación con los resultados de la 1ª Fase y se procederá a su evaluación.

3ª FASE:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0694

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE MEDIANTE LA MEJORA DE LAS PRACTICAS DE DESINFECCION DE FONENDOSCOPIOS Y DEMAS MATERIAL DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN UNA UVI MOVIL

Se pretende continuar con la toma de muestras al año siguiente (semestral) y así, poder monitorizar el grado de cumplimiento con las medidas implementadas, a la vez, que se volverá a realizar el chek-list sobre hábitos de limpieza en el lugar del trabajo, la cual, nos servirá para poder valorar de nuevo la mejoría o no de este indicador. A su vez, se pretende extender el estudio al resto de bases del 061 Aragón hasta alcanzar su totalidad.

OBSERVACIONES
Bases del 061 que participarán en la 1ª Fase: UME de Fraga, Monzón y Huesca.
En el segundo año, se incluirán otras unidades de la Gerencia de Urgencias y Emergencias de Aragón.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0885

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

Fecha de entrada: 28/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PINILLA LOZANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ
CARO CAVERO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este proyecto se ha llevado a cabo para mejorar la calidad en la asistencia de los pacientes con insuficiencia cardicaca (IC), aumentando el conocimiento de su enfermedad, evolución, tratamientos, y consejos sobre el estilo de vida y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).
Para ello hemos creado dos documentos, uno de ellos en forma de díptico con información clara, comprensible, rigurosa y suficiente sobre los aspectos más relevantes de esta enfermedad, y el otro para favorecer el control y ajuste del tratamiento diurético por parte del propio paciente, en base a la monitorización del peso. Ambos tienen el objetivo de conseguir pacientes más responsables y comprometidos con la evolución de su enfermedad, promoviendo la autogestión sanitaria.
Así, los pasos que hemos seguido a lo largo del proyecto han sido:
1.- Hemos identificado en consultas las preguntas y dudas más frecuentes y repetidas en lo referente a la IC y su tratamiento, con el fin de establecer cuáles son los puntos que mayor inquietud generan para darles respuesta en dicho documento.
2.- Hemos incluido otros conocimientos, que, aunque no constituyan una duda habitual en la consulta, los profesionales sanitarios que atendemos a estos pacientes consideramos que supone una información útil para darles, tales como la importancia del control de los FRCV, o el manejo ambulatorio de los diuréticos.
3.- Hemos establecido una pauta homogénea de información oral para todos los profesionales sanitarios que atendemos pacientes con IC en nuestra consulta, que recoge los puntos ya establecidos previamente. De forma que no reciben únicamente la información por escrito, sino que se insiste en ello en cada una de las visitas presenciales que tiene el paciente, ya sea por parte del personal médico, como por el de enfermería.
4.- Hemos creado un soporte físico de información para el paciente y la familia en forma de díptico en el que se recoge de forma clara, rigurosa y comprensible información sobre la IC, los FRCV, los tratamientos y aclaraciones de las dudas más frecuentes. Se ha utilizado un modelo preliminar del mismo, para poder valorar/llevar a cabo las siguientes fases del proyecto. En la actualidad este documento ha sido valorado por la Unidad de Calidad del Sector III positivamente, y se encuentra en fase de adaptación de la maquetación al modelo prefijado en nuestra área de salud.
5-. Así mismo hemos elaborado otro documento con explicaciones y un programa de dosificación de los diuréticos en función de los síntomas y el peso, que los pacientes han realizado diariamente en su domicilio, con el objetivo de conseguir una participación activa en sus cuidados, que se traduzca en un mejor control de su enfermedad evitar reingresos.
6.- Hemos intentado mejorar nuestra relación (personal sanitario) con el paciente, para transmitir nuestra accesibilidad a la hora de resolver las dudas que se le presenten a lo largo de la evolución de su enfermedad.
7- Hemos reevaluado a lo largo de 6 meses a gran parte de los pacientes que han recibido los documentos e información descrita, y hemos comprobado en forma de escalas numéricas que ha mejorado su cumplimentación terapéutica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A lo largo de estos 6 meses, se han entregado los documentos a 53 pacientes, y 38 de ellos han sido nuevamente reevaluados.
Hemos realizado una encuesta dirigida al paciente y a su familia preguntándoles por el grado de satisfacción en la calidad de la atención recibida y en la autogestión de su enfermedad, siendo valorada en el 100% de las mismas como “buena” o “muy buena”.
Hemos recogido el grado de adherencia terapéutica en forma de escala numérica y si el paciente ha traído cumplimentada la hoja de dosificación de diuréticos en función del peso y los síntomas. El 95% de los pacientes ha cumplimentado la hoja de dosificación de diuréticos. La media de cumplimentación terapéutica en la visita inicial (valorada por el paciente) ha sido de 3,9 (sobre una escala del 1 al 5). En la visita posterior ha sido de 4,4/5.
Cabe destacar, que, los pacientes con peor capacidad funcional, y reingresos más frecuentes, no han tenido ningún ingreso desde la realización diaria de la pauta de dosificación de diuréticos a lo largo de nuestro pequeño seguimiento. Estos datos, si bien representan un número escaso para ser significativos, nos indican que la continuación de este proyecto de forma indefinida puede tener consecuencias favorables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Valoramos positivamente tanto la evolución como el resultado de este proyecto.
Los pacientes han mostrado su satisfacción por la información recibida, y sobretodo, hemos percibido que al tener que ocuparse de su propio control sintomático a través de la pauta de dosificación de diuréticos han tomado conciencia y han comprendido mejor su papel en la evolución de su enfermedad.
Creemos que el aprendizaje sobre su enfermedad y la participación activa en sus cuidados, da como resultado pacientes empoderados, que se traduce en una clara mejora en su calidad de vida y en su evolución.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0885

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

Todo esto conforma el comienzo y forma parte de un proceso más complejo y ambicioso que busca mejorar la asistencia de los pacientes con IC.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/885 ========== ***

Nº de registro: 0885

Título
EDUCACION SANITARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Autores:
PINILLA LOZANO MARIA JESUS, RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ, CARO CAVERO FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia cardiaca (IC) es uno de los problemas médicos y sociales más relevantes de la actualidad. Es una patología altamente prevalente que acorta la supervivencia, reduce enormemente la calidad de vida e incrementa significativamente el coste sanitario.
Los ingresos hospitalarios suelen ser prolongados y se han incrementado en los últimos años. Constituyen la mayor parte del coste económico de esta enfermedad.
Además del impacto en mortalidad y coste sanitario, la IC provoca una gran merma en la calidad de vida. Los pacientes sufren síntomas incapacitantes como fatiga y disnea, que suelen conllevar la salida de la vida laboral, sedentarismo, baja autoestima y depresión. Desconocen cómo va a ser la evolución de su enfermedad, tienen dudas sobre cómo manejar correctamente el tratamiento prescrito, la dieta que deben seguir y qué actividades de su vida diaria pueden realizar o cuales deben abandonar.
Mejorar la calidad y la cantidad de información de los pacientes con IC puede suponer una mayor adherencia terapéutica, unos menores índices de ansiedad y depresión y una mayor seguridad del paciente y sus familiares a la hora de hacer frente a su patología. También puede contribuir significativamente a disminuir los reingresos y, por tanto, a disminuir el coste sanitario.
Todo ello enmarcado en un momento en el que la educación sanitaria es un elemento prioritario; el objetivo es promover la autogestión en el paciente. Un paciente responsable es capaz de una mayor gestión de su enfermedad, así como los tratamientos y controles que debe llevar a cabo.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es crear un documento en forma de tríptico con información clara, comprensible, rigurosa y suficiente sobre los aspectos más relevantes de la IC, con la intención de conseguir pacientes más responsables y comprometidos con su enfermedad, promoviendo la autogestión sanitaria.
Creemos que este cambio supondrá una clara mejora en la calidad de vida de estos pacientes, mejorando sus niveles de ansiedad y depresión, y evitando reingresos, con el consiguiente ahorro económico que esto supone.

MÉTODO
Procedimiento a seguir:

1 Identificar en consultas las preguntas y dudas más frecuentes en lo referente a la IC y su tratamiento para darles respuesta

2 Aportar otros conocimientos, que, aunque no constituyan una duda habitual en la consulta, los profesionales sanitarios que atendemos a estos pacientes consideramos que suponen una información útil, tales como nociones básicas de la fisiopatología de la IC, importancia del control de los FRCV, o el manejo ambulatorio de los diuréticos

3 Establecer una pauta homogénea de información oral, por parte del personal médico y de enfermería, de forma que no la reciban únicamente por escrito, sino que se profundice en cada una de las visitas presenciales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0885

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

4 Crear un soporte físico de información para el paciente y la familia en forma de tríptico en el que se recoja de forma clara, rigurosa y comprensible información sobre la patología, los FRCV, los tratamientos y aclaraciones de las dudas más frecuentes

5 Elaborar y adjuntar al tríptico informativo un programa de dosificación de los diuréticos en función de los síntomas y el peso

6 Mejorar la relación del personal sanitario con el paciente, de forma que nos reconozca como personas accesibles a la hora de resolver las dudas que se le presenten a lo largo de la evolución de su enfermedad.

El proyecto será elaborado de forma conjunta por el personal médico y de enfermería de la consulta de cardiología.

INDICADORES
Realizaremos una encuesta al paciente sobre el grado de satisfacción en la calidad de la atención recibida y en la autogestión de su enfermedad. Ésta tiene un condicionante subjetivo, pero la consideramos útil. Incluirán un apartado de “sugerencias” que nos ayuden a mejorar.

El personal sanitario recogerá el grado de adherencia terapéutica en forma de escala numérica y si el paciente ha traído cumplimentada la hoja de dosificación de diuréticos.

También se dedicará un tiempo trimestralmente para realizar balance sobre si la asistencia realizada a partir del momento en que se ponga en marcha el proyecto está cumpliendo las expectativas previstas (entrega y explicación del material al paciente...)

DURACIÓN
Establecemos un tiempo de 2 meses para reconocer las dudas más frecuentes que surgen en consultas y plantearnos los puntos que son necesarios reforzar en este tipo de pacientes.

Una vez recogidos estos datos, a lo largo del siguiente mes se realizará el documento informativo en forma de tríptico que se repartirá a los pacientes, junto con las tablas de control y dosificación ambulatoria de diuréticos.

Posteriormente, se realizarán las encuestas de satisfacción y recogida de datos de adherencia en las visitas que se realicen a lo largo del primer año de seguimiento de cada paciente.

Los primeros resultados podremos recogerlos a los 6 meses y al año de haber comenzado a repartir los trípticos.

OBSERVACIONES
Corrección del proyecto 656

Valoración de otros apartados

```
-------------------------------------------------------------------------------
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .............................: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....................: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .........................: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..................: 3 Bastante

*** ============================================================================================================ ***
```

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0912

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CITAS EN LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA EN EL C.S. CINCO VILLAS

Fecha de entrada: 30/12/2017

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ CINTO NURIA
PINILLA LOZANO MARIA JESUS
PEREZ TRIS GEMA
PEREZ RODRIGUEZ GUADALUPE
MIGUEL DOMINGUEZ MIRIAM
OROZ BAINES INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para disminuir el número de visitas por paciente a la consulta de anestesia, en pacientes pendientes de revisión o interconsulta con cardiología, planteamos la opción de citar antes la consulta de cardiología que la de anestesia; ya que si se hacía al revés la mayoría de los pacientes tenían que volver otra vez a anestesia una vez hubieran pasado por cardiología.
Para ello el personal de administración antes de citar a un paciente en la consulta de anestesia comprobaba el buzón de citas del paciente para visualizar si tenían pendiente cita con cardiología para proceder a su citación antes que en anestesia.
Hemos recogido los datos desde noviembre de 2016 hasta diciembre de 2017 ya que los meses de julio y agosto de 2017 no hubo consulta de anestesia y queríamos tener un registro de 12 meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los datos los hemos obtenido directamente en de cada consulta de anestesia, comprobando si el paciente había sido citado con anterioridad en cardiología.
Hemos realizado una hoja Excel desde noviembre de 2016 hasta diciembre de 2017, obteniendo doce meses de actividad ya que los meses de julio y agosto de 2017 no hubo consulta de anestesia. En este tiempo se han visitado 565 pacientes en la consulta de anestesia de los cuales 40 pacientes han sido vistos por cardiología (7,07% del total): en 35 de ellos se ha realizado la gestión administrativa de consulta de buzón y gestión de cita con cardiología previa a anestesia, en 3 casos no se ha realizado la gestión administrativa de consulta de buzón y en 2 casos ha sido un hallazgo casual en consulta de anestesia que ha hecho que se cursara colaboración con cardiología. Por lo tanto, en el 87,5% de los casos hemos evitado con la consulta del buzón del paciente y con una gestión adecuada en el orden de citación de consultas el que un paciente acuda más de una vez a la consulta de anestesia, en el 7,5% de los casos ha habido un error en la gestión de cita y en 5% de los casos ha sido una situación que no podía preverse.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que aplicar la medida de consultar el buzón de citas en los pacientes pendientes de consulta de cardiología y anestesia es positiva y no costosa económicamente y sí repercute en evitar desplazamientos innecesarios y generar citas no resolutivas; si bien lo ideal sería que saliera un aviso de manera automática en aquellos pacientes que al intentar dar una cita en anestesia estuvieran pendientes de cardiología, así evitaríamos el error de no consultar el buzón de citas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/912 ========== ***

Nº de registro: 0912

Título
MEJORA EN LA GESTION DE LAS CITAS EN LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA EN EL C.S. CINCO VILLAS

Autores:
RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ, PEREZ CINTO NURIA, PINILLA LOZANO MARIA JESUS, BERMEJO SIPAN VIRGINIA, PEREZ TRIS GEMA, PEREZ RODRIGUEZ GUADALUPE, MIGUEL DOMINGUEZ MIRIAM, OROZ BAINES INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0912

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CITAS EN LA CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA EN EL C.S. CINCO VILLAS

Otro Tipo Patología: Paciente quirúrgico con patología cardíaca
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
En Enero de 2016 se produjo un cambio en el funcionamiento de la consulta de Anestesia, en el Centro Sanitario Cinco Villas, con el objetivo de disminuir el número de pruebas complementarias innecesarias realizando una valoración previa del paciente y realizándolas en esa misma consulta en caso necesario.

Tras 9 meses de funcionamiento detectamos que los pacientes con patología cardíaca, pendientes de cita por esta especialidad, con frecuencia tenían que volver a acudir a la consulta de Anestesia una vez que fueran vistos en Cardiología; lo que ocasiona un aumento en la lista de espera de Anestesia y desplazamientos innecesarios de los pacientes.

Debido a esto, nos hemos planteado la posibilidad de realizar un cambio en la gestión de citas de manera sencilla y sin coste económico añadido, evitando así la situación descrita anteriormente.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestros objetivos son:

- disminuir los desplazamientos innecesarios de pacientes y acompañantes
- mantener la lista de espera para la consulta de Anestesia en tiempos adecuados

MÉTODO
El procedimiento a seguir para alcanzar los objetivos planteados es el siguiente:

- Todo paciente pendiente de consulta por Cardiología y que solicite cita con Anestesia será citado primero en la consulta de Cardiología y posteriormente en la de Anestesia, en un plazo no superior a 3 meses desde que solicitó ésta última. Será el personal de citaciones el que compruebe en el sistema si el paciente tiene pendiente una visita con demora por Cardiología e informará al paciente.

- Una vez que ha sido visto en Cardiología y se ha emitido el informe de dicha consulta, el enfermero/a entregará al paciente un volante en el que indique que ya puede ser citado en Anestesia.

INDICADORES
El seguimiento y control de los resultados se puede hacer mediante una hoja Excel en la que quede reflejado el número de pacientes con patología cardiaca que ha evitado acudir al menos 2 veces a la consulta de Anestesia con la puesta en marcha de esta medida. Por otra parte, también nos interesa incluir el número de pacientes con patología cardíaca que han asistido a la consulta en más de una ocasión y el motivo de ello, para poder proponer otras mejoras. Será el personal de enfermería en la consulta de anestesia el encargado de realizarla.

DURACIÓN
Se estima el comienzo del estudio en el mes de noviembre y su desarrollo durante el plazo de un año teniendo en cuenta que no todos los meses se programan el mismo número de consultas.
Desde el 1 de Noviembre 2016 hasta el 31 de Octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0796

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y MEDICINA INTERNA EN EL AREA DE LAS CINCO VILLAS DE ZARAGOZA, MEDIANTE INTERCONSULTA Y SESION CLINICA PRESENCIAL

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA OLIVAN USIETO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON MARTIN ALEJANDRO
MILLAN RUIZ CARLOS
PEREZ CABALLERO CARMEN
PEREZ CALVO JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este año se ha acudido inicialmente a los centros de salud con periodicidad mensual para reunirnos con los médicos de atención primaria y se han realizado charlas según las peticiones de atención primaria. Durante todo el año se ha atendido telefónicamente y mediante correo electrónico a los médicos de atención primaria de todas las CInco VIllas, además de personalmente a los del centro de salud de Ejea de los Caballeros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha reducido el tiempo de espera de las consultas y se ha permitido priorizar, de mutuo acuerdo, aquellas que eran más preferentes. Se han realizado charlas inicialmente que han debido ser suspendidas temporalmente por presión asistencial. La comunicación con atención primaria es diaria, bien personal o telemática. La satisfacción de profesionales y de usuarios es elevada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La relación con atención primaria ha sido fructífera, pudiendo reducir el número de consultas en medicina interna por resolverlas sus médicos, se ha optimizado el tiempo de respuesta de las consultas preferentes y los pacientes acudían a la primera consulta con varias pruebas ya realizadas, disminuyendo el número de consultas y el tiempo hasta el diagnóstico. Es difícil la programación de sesiones que impliquen el desplazamiento del hospital y lo ideal sería hacer guías con encuentros puntuales. EL proyecto va a continuar y además se va a intentar ampliar con otras consultas o con realización de trámites sin que sea preciso que el paciente acuda al hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/796 ========== ***

Nº de registro: 0796

Título
MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y MEDICINA INTERNA EN EL AREA DE LAS CINCO VILLAS DE ZARAGOZA, MEDIANTE INTERCONSULTA Y SESION CLINICA PRESENCIAL

Autores:
OLIVAN USIETO MARIA TERESA, GASCON MARTIN ALEJANDRO, MILLAN RUIZ CARLOS, PEREZ CABALLERO CARMEN, GUILLEN GALVE MARIA, AGUIRRE DE SANTIAGO MIGUEL ANGEL, PEREZ CALVO JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: las atendidas por parte de medicina interna
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el 1 de enero de 2015 el extinto Centro Sanitario de Alta Resolución Cinco Villas, pasa a depender del Hospital Clínico Lozano Blesa. Hasta ese momento se realizaba la coordinación entre Atención Primaria y el Servicio de Medicina Interna por videoconferencia. El Servicio de Medicina Interna del Centro Cinco Villas ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0796

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y MEDICINA INTERNA EN EL AREA DE LAS CINCO VILLAS DE ZARAGOZA, MEDIANTE INTERCONSULTA Y SESION CLINICA PRESENCIAL

incrementado su actividad y ha incluido la consulta externa en su cartera de servicios. Es por ello que se consideró más útil y factible que sea el Centro Cinco Villas quien realicen las interconsultas con los centros de salud, además de existir de esta forma la posibilidad de hacerlo presencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se espera implementar la relación entre los médicos de atención primaria y los de medicina interna; mejorando así la atención a los pacientes y disminuyendo el número de consultas de los pacientes y disminuyendo la demora para la atención a los usuarios.

MÉTODO
Se realizan reuniones previas con el jefe de servicio de Medicina Interna, los internistas y los coordinadores de los centros de salud implicados. Para conseguir el objetivo se planificará una reunión al menos mensual en la que los médicos internistas se desplazarán a los centros de salud para realizar interconsulta-sesión clínica; según lo pactado en la reunión previa.

INDICADORES
Número de consultas realizadas desde medicina interna del Centro Cinco Villas.
Número de sesiones realizadas en los distintos centros de salud.
Cuantificación de la demora en las primeras visitas de medicina interna.
Grado de satisfacción de los profesionales y usuarios con encuesta al año de comenzar el proyecto.

DURACIÓN
Reunión de los responsables en junio de 2016.
Inicio en Septiembre-octubre de las interconsultas-sesiones.
Reuniones mensuales en los centros de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1457

1. TÍTULO

ATENCION CONTINUADA E INTEGRAL A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... VANESA GARCES HORNA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN USIETO TERESA
JOSA LAORDEN CLAUDIA
LLERA GUERRA RAQUEL
LONGAS GASPAR ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta el momento se han realizado las siguientes actividades:
• Entrega al alta de pacientes con IC hoja informativa y recomendaciones no farmacológicas para dicha patología, confeccionada por el Servicio de Medicina Interna Sector III (Proyecto de Mejora de la Calidad SALUD 2014), adaptada a nuestra población y actualizada a las últimas guías.
• Asegurar una comunicación telefónica y coordinación directa con los profesionales de Atención Primaria de la zona con derivación de pacientes directamente a nuestras consultas.
• Visita ambulatoria precoz tras el alta en menos de 1 mes, e incluso en menos días en el caso de pacientes incluidos dentro del programa “Paciente crónico complejo” implantado recientemente en nuestro centro hospitalario.

Debido a las últimas modificaciones de profesionales en el Centro Sanitario Cinco Villas todavía NO se han podido impartir sesiones formativas presenciales en los centros de salud para actualización del manejo de la insuficiencia cardiaca, actividad que se iniciará tan pronto como se estabilice plantilla médica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dentro de los resultados obtenidos es importante destacar:
• la mejora en el conocimiento del propio paciente acerca del control de su enfermedad, así como de las medidas no farmacológicas más indicadas.
• la creación de una adecuada y fluida comunicación entre Atención Primaria y Especializada que asegura la atención integral y continuada de forma individual con cada paciente.

Sin embargo, dado que todavía no han pasado 12 meses desde el inicio del proyecto en estos momentos permanece pendiente de evaluación objetiva de los indicadores propuestos, que se realizará en Junio 2019: nº de consultas atendidas telefónicamente, grado de satisfacción de pacientes y familiares, grado de satisfacción de atención primaria, nº de pacientes atendidos en la consulta de medicina interna tras cita telefónica por parte de atención primaria, demora (días) para la visita, pacientes con diagnóstico “Insuficiencia Cardiaca” NYHA basal II-III atendidos antes de 20 días tras el alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A la espera de hacer una evaluación anual más objetiva del proyecto, actualmente la valoración global de las actividades ya realizadas es muy satisfactoria, resultando un proyecto necesario para el buen funcionamiento del Centro Sanitario Cinco Villas y, puesto que no requiere recursos añadidos, completamente sostenible.

Únicamente mencionar que quedaría pendiente realizar sesiones presenciales conjuntas con Atención Primaria y adaptar mínimamente el proyecto al programa “Paciente crónico complejo”, instaurado recientemente en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1457 ========== ***

Nº de registro: 1457

Título
ATENCION CONTINUADA E INTEGRAL A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Autores:
GARCES HORNA VANESA, OLIVAN USIETO TERESA, JOSA LAORDEN CLAUDIA, LLERA GUERRA RAQUEL, LONGAS GASPAR ANA ISABEL, BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1457

1. TÍTULO

ATENCION CONTINUADA E INTEGRAL A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia cardiaca (IC) constituye uno de los principales diagnósticos al alta en los servicios de Medicina Interna, afectando fundamentalmente a población anciana y pluripatológica. Se trata de una enfermedad crónica que cursa con múltiples descompensaciones, ocasionando numerosas consultas ambulatorias, visitas a urgencias y reingresos hospitalarios, lo que supone una importante limitación funcional para los pacientes, y provoca un elevado coste sanitario. En este escenario desfavorable, uno de los objetivos del manejo de IC es alcanzar y mantener la estabilidad clínica de los pacientes a través de una atención especializada, integral y continuada, mediante un adecuado régimen terapéutico.
En el Centro Sanitario Cinco Villas la IC es, junto con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el diagnóstico más prevalente al alta hospitalaria y a nivel ambulatorio, las consultas especializadas de medicina interna también cuentan con un número elevado de pacientes.
Nuestro proyecto propone varias líneas de mejora actuando a distintos niveles, para lograr una atención integral y continuada del paciente con IC. Por un lado, plantemos actuar sobre el paciente y familiares promoviendo una mayor información, comprensión y manejo de su enfermedad con la entrega de un material estandarizado y dirigido a este tipo de patología. Por otro lado, se pretende una asistencia precoz tras el alta y posteriormente continuada en consultas ambulatorias de Medicina Interna, además de mantener una adecuada comunicación y coordinación con los profesionales de Atención Primaria involucrados en el paciente para lograr un proceso asistencial eficiente y de mayor calidad. Y, por último, para asegurar el conocimiento actualizado y las nuevas pautas terapéuticas sobre esta patología se plantea la posibilidad de hacer reuniones conjuntas Medicina Interna/Atención Primaria con sesiones formativas en los distintos centros de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
• Administrar al alta hoja informativa y recomendaciones no farmacológicas para pacientes con IC, confeccionada por el Servicio de Medicina Interna Sector III (Proyecto de Mejora de la Calidad SALUD 2014), adaptada a nuestra población y actualizada a las últimas guías.
• Garantizar al paciente con insuficiencia cardiaca clase funcional basal NYHA II-III una visita ambulatoria precoz en Medicina Interna en un tiempo máximo de 15-20 días tras el alta, para control evolutivo y ajuste terapéutico.
• Disponer de una vía de comunicación directa entre Atención Primaria y Medicina interna, mediante contacto telefónico, para plantear casos complejos, resolver dudas terapéuticas y tener la posibilidad de derivación y atención precoz, evitando visitas a urgencias e incluso hospitalizaciones. En el caso de que el paciente esté incluido en el programa “Paciente Crónico Complejo” de nuestro Centro, pendiente de implantación actualmente, se seguirán las pautas de atención y derivación establecidas por dicho programa.
• Impartir varias sesiones formativas en los centros de salud para actualización del manejo de la insuficiencia cardiaca.

MÉTODO
Previamente a desarrollar el proyecto se realizaría, de forma consensuada entre los internistas y con enfermería, una serie de recomendaciones para dar a los pacientes diagnosticados de IC al alta, independientemente de su NYHA. Posteriormente se acudirá a los centros de salud para revisar brevemente las nuevas guías en IC y explicar este proyecto. En estos encuentros se ofertará la posibilidad de resolución de dudas de forma telefónica cuando se precise desde atención primaria, para ello disponemos de un teléfono que siempre lleva un internista en horario de 9 a 14 h de lunes a viernes. Debido a la situación actual de la consulta de Medicina Interna, 65-70 visitas al mes, se debería prever una serie de consultas extra, a cuantificar según la demanda y en consenso entre facultativos y dirección, para atención ambulatoria preferente de aquellos pacientes que precisen un estrecho control para evitar descompensaciones.

INDICADORES
• Número de consultas atendidas telefónicamente.
• Grado de satisfacción por parte de pacientes y familiares.
• Grado de satisfacción por parte de los médicos de atención primaria.
• Número de pacientes atendidos en la consulta de medicina interna tras cita telefónica por parte de atención primaria.
• Demora (días) para la visita.
• Pacientes con diagnóstico “Insuficiencia Cardiaca” NYHA basal II-III atendidos antes de 20 días tras el alta.
Dentro de 12 meses, en junio 2019, se evaluarán estos indicadores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1457

1. TÍTULO

ATENCION CONTINUADA E INTEGRAL A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

DURACIÓN
Implantación en los Centros de Salud mediante información telefónica, por video-conferencia o presencial: Agosto-septiembre 2018.
Derivación de pacientes a Consultas de Medicina Interna por vía telefónica: A partir de octubre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0831

1. TÍTULO

MEJORA DEL BOTIQUIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS(EJEA) PARA OPTIMIZAR LA ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO

Fecha de entrada: 07/12/2017

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA TRENC ESPAÑOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
· Localidad ..... EJEA DE LOS CABALLEROS
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LONGAS GASPAR ANA
VOCES COMBARRO FRANCISCA
BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN
SANCHO CASALE LETICIA
OLIVAN USIETO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se había previsto visitar las farmacias del centro de referencia, en nuestro caso, la farmacia de Urgencias HCU.
Allí se nos mostró la identificación por colores, según tipología del fármaco, así como la ordenación por principio activo, ambos no implantados en la farmacia de Ejea.
Se solicitó a personal de compra los requerimientos necesarios para la adaptabilidad del espacio disponible y el uso eficiente del mismo.
Se consiguió una mesa nueva de trabajo, gavetas suficientes y su colocación en el tiempo previsto. En este momento está todo en funcionamiento, a la espera de una nevera para la medicación que requiere refrigeración.
A los profesionales implicados, se les pasó encuesta de satisfacción, cuyos resultados añado en documento adjunto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado las premisas iniciales del proyecto:
-Detallar y organizar por principio activo los fármacos que finalmente se incluyan.
- Adecuar el mobiliario del que se dispone solicitando las mejoras pertinentes para su correcta colocación.
Igualmente se ha objetivado una gestión del tiempo más eficiente a la hora de tratar a pacientes en situaciones urgentes, debido a la mejor disposición de los mismos.
Tanto el personal médico, como enfermería, han visto mejorada su labor diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se realizó un cuestionario con el formato google form en el que la valoración fue muy positiva.
A continuación adjunto algunas de las impresiones detalladas en el mismo:

La nueva farmacia permite tener las medicaciones a mano para un uso rápido y con espacio suficiente para cargar, manteniendo todo recogido y en orden.
Esta muy bien aprovechado el espacio del que disponemos, la accesibilidad de los fármacos y poder tener todo el material ordenado facilita mucho el trabajo diario.
Creo que ha mejorado muchísimo la farmacia respecto de la anterior, porque la anterior era patética, la medicación colocada en vitrinas, no teníamos ni una mesa para cargar medicación, solo un carro inestable con dos ruedas y lleno de cosas, por eso pienso que ha mejorado muchísimo pero también pienso que podría mejorar mas. Tenemos muy poco sitio. Toda la medicación al alcance de pacientes y familiares, por eso creo que la distribución es perfecta, pero la ubicación no.

Desde un punto de vista práctico y asistencial, se ha visto implementado la labor diaria.
Quedaría pendiente, como punto a mejorar, conseguir una separación física entre la medicación y los pacientes, que garantizase la seguridad de los mismos y minimizase riesgos innecesarios, durante su estancia en los boxes de urgencias.

7. OBSERVACIONES.
Me parece interesante que observen la evolución de la farmacia de urgencias de CS Cinco Villas, por lo que se realizaron fotos del proceso de cambio, que adjunto igualmente en documento añadido.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/831 ========== ***

Nº de registro: 0831

Título
MEJORA DEL BOTIQUIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS, EJEA PARA OPTIMIZAR LA ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0831

1. TÍTULO

MEJORA DEL BOTIQUIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS(EJEA) PARA OPTIMIZAR LA ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO

Autores:
TRENC ESPAÑOL PATRICIA, OLIVAN USIETO MARIA TERESA, ANA LONGAS GASPAR, VOCES COMBARRO FRANCISCA, BELTRAN PERIBAÑEZ JOAQUIN, MACIPE COSTA MARIA PILAR, AMORES ARRIAGA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

TEMAS
Sexo ....: Ambos sexos
Edad ....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: urgencias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque ....: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.......:

PROBLEMA
El Centro Sociosanitario Cinco Villas de Ejea de los Caballeros, se integró en el SALUD el uno de enero de 2015, pasando a formar parte del sector III y dependiendo estructuralmente del Hospital Clínico Lozano Blesa. Desde entonces se ha producido un aumento tanto en volumen como en complejidad de los pacientes atendidos, lo que conlleva un mayor abanico de fármacos a utilizar diariamente.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende optimizar la organización y el espacio de la farmacia del servicio de Urgencias, para dispensar una atención a los pacientes más efectiva, especialmente aquellas situaciones que suponen una emergencia médica. Se espera minimizar el número de errores tanto de dispensación como de dilución de los fármacos y disminuir el tiempo orden médica-administración al paciente.

MÉTODO
Para conseguir estos objetivos, se llevarán a cabo las siguientes acciones:
- Estudiar la organización de las farmacias de los distintos servicios de Urgencias de Aragón y adaptabilidad a nuestra situación.
- Llevar a cabo una serie de reuniones con el personal de nuestro Servicio de Urgencias para estudiar el tipo de paciente atendido, así como los fármacos más frecuentemente utilizados, mediante la revisión sistematizada de las historias clínicas en el programa PCH.
- Detallar y organizar por principio activo los fármacos que finalmente se incluyan.
- Adecuar el mobiliario del que se dispone solicitando las mejoras pertinentes para su correcta colocación.

INDICADORES
El proyecto se valorará a través de una serie de ítems recogidos en encuestas de satisfacción que deberá cumplimentar tanto el personal de enfermería como médico del servicio de urgencias, con vistas a valorar la utilidad del proyecto.
Por otro lado, se cuantificará el tiempo empleado en la administración del tratamiento requerido antes y después de la adaptación de la farmacia.

DURACIÓN
El proyecto tiene una duración de seis meses.
Primer trimestre 2017- Estudio organizativo. Gestión del mismo y reuniones pertinentes.
Segundo trimestre 2017- Puesta en marcha, encuestas y satidfacción percibida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

*** ========== ***